

حالة أطفال العالم لعام 2019

الأطفال والغذاء والتغذية

النمو السليم في عالم متغير

يونسف
لكل طفل



يسعى تقرير حالة أطفال العالم، الذي تنشره اليونيسف منذ عام 1980، إلى تعميق المعرفة وإكفاء الوعي بالقضايا الرئيسية التي تؤثر على الأطفال ومناصرة الحلول التي تحسن حياة الأطفال.

فريق التقرير

براين كيلي، رئيس التحرير؛ وسيلين ليبل، محررة؛ وجوليانو دينيز دي أوليفيرا، مختصة في الأبحاث والسياسات؛ وإريك زوك، محرر؛ وغريغوري سلاما، باحث؛ وكاسبر فرولنجر، محلل بيانات؛ وأوباسانا ينج، مصممة؛ وداويت غيريمشيل، مساعد برنامج؛ وديفيد انتوني، رئيس فريق تحليل السياسات.

تحليل بيانات التغذية والابتكار

تشيكيا هايانشي، ريتشارد كومابلي، فريندا ميهر، ونونا رويتز.

التحرير والإنتاج

سامانثا والشوب، مختصة في الإنتاج؛ وأحمد العزي النقشبدي، محرر اللغة العربية؛ وكارلوس بيريلون، محرر اللغة الإسبانية؛ وأليكس ريبول-سالز، محرر اللغة الفرنسية؛ وشين-جي وباسمين حاجي، البحث وفحص الحقائق؛ وأدم وولف واليسون ماكنتي وديبورا بويل محررين لغويين (من شركة Proseworks)؛ وجيرمان أكي، مساعد التوزيع.

الرسومات

غابريلا مونترورزي، ونونا روتر، وشان-جين وانغ، وأوباسانا يونغ.

وسائل الإعلام والاتصال

كورتيس ألبرت كوبر، وسابرينا سيدهو، وغاي تابلور.

البحوث

ساهم في إجراء البحوث الأساسية لهذا التقرير كل من سينثيا م. بوليك، وكثير كولينز، وفابريس ديكليرك، والساندرو ديمايو، وأماندين غارد، وجودي هاريس، وجينا هوليس، وبنينا ماسيبو، وكارين ماكول، وميليسا مون-تشيرنوف، ونيكولاس نيسبيت، ومايكل ن. أوانا، وكيندرا سيكمانز، وميمي تاتلو-جولدن، وديلان والترز، والتحالف العالمي لتحسين التغذية (GAIN).

تمثل مقالات الرأي الآراء الشخصية للمؤلفين ولا تعكس بالضرورة موقف اليونيسف.

غالباً ما تستخدم أيقونات موحدة الجنس خلال هذا التقرير.

ينبغي الحصول على ترخيص لإعادة إنتاج أي جزء من هذا المنشور.

لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بـ:

شعبة الاتصال في اليونيسف، لناية: التراخيص

3 United Nations Plaza New York, NY 10017, USA,
هاتف: +1 (212) 326-7434

البريد الإلكتروني: nyhqdoc.permit@unicef.org

للحصول على أحدث البيانات، يُرجى زيارة الموقع:

<data.unicef.org>.

طريقة الإشارة المقترحة: اليونيسف (2019)

حالة أطفال العالم لعام 2019
الأطفال والغذاء والتغذية: النمو السليم في عالم متغير، اليونيسف، نيويورك.

ISBN: 978-92-806-5006-8

الحقوق محفوظة © لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)

تشرين الأول / أكتوبر 2019

صورة الغلاف: فتاة تتناول طعام الغذاء في مجتمع

هناق تشوكي بامبا المحلي في البيرو.

© UNICEF/ilca/2019

شكر وتقدير

يمثل هذا التقرير ثمرة لتعاون بين العديد من الأفراد والمؤسسات. يتوجه فريق التقرير بالشكر لكل الذين بذلوا طواعيةً من وقتهم وخبرتهم وطاقاتهم، وعلى وجه الخصوص:

المجموعة الاستشارية الفنية

السيدات والسادة: فيكتور إم أغويو، وفرانثيسكو برانكا، وساندرو ديمايو، وجيسكا فانزو، ولورنس حداد، وبورنما مينون، وإلين بيوز، وفكتوريا كوين، وخوان ريفيرا، وميرا شنيكار، وسيزار فيكتورا، وكيت ويست؛ عرفاناً بالمساعدة في التوجيه الاستراتيجي والتوجيه الفني والمشورة السياسية.

المجموعة الاستشارية الداخلية

السيدات والسادة: مانيكا آرثس، وإيراليني بالاراجان، وفرانس بيغن، وسيلجا بيركس، ولويزا برومانا، وإليزبت برغر، وستيفانو فيديل، واليسون فليت، وبرناديت جوتمان، وديان هولاند، وجوزفين إبيي، ورولان كوكبا، وجوان ماتجي، وديفيد ماترين، وكريستيان رودرتر، وتامارا روسلينو، وأورين سكلين، وهاربيت توريليس، وفيلما تيلر، وأمير حسين ياربارفار، ونويل ماري زاجري؛ لمراجعتهم مسودات التقرير وتقديم التوجيه والمشورة.

البيانات والتحليل

فيديا غايشي، مديرة شعبة البيانات والبيوت والسياسات؛ والسيدات والسادة: روبرت بين، وجان بيز، وكلوديا كبا، وليليانا كارفال، وأليشا تشودري، وإيزريك ديلامونيك، ومامانو سالو ديالو، وكارولين هاسفورتز، وتشيكيا هايانشي، ومارك هيريوار، ولوسيا هوغ، ويفيس جاك، وأليبا خليفة، وجوليا كراسيفيك، وريتشارد كومابلي، وسيناي لي، وتشيبيري لوامبا، وفريندا ميهر، وسوجورو ميزونويا، وبادريك مورفي، وكولين موراي، ورادا نويفا، ومحمد عبيدي، وخين وبيتي أوي، ولورين باندولفيلي، وهينجو بارك، ونيكول بيتروسكي، وتابلر بورث، وجينيفر زاكوي، ونونا رويتز، وديفيد شارو، وتوم سليميكر، وسامين واجد، ودانزهن يو، وياهوونغ تشلفنغ.

شعبة البرامج

السيدان عمر عدي، نائب المدير التنفيذي؛ وتيد تشيبان، مدير الشعبة؛ والسيدات والسادة: جينز إيرتس، وباتي ألمان، ويوسف المصري، وكريستينا كالابريس، وديفيد كلارك، ونيتا دالميا، وأشيما غارغ، وتوماس جورج، وسول إجناسيو غيريرو أوتيزا، وجمانة حاج أحمد، وتاتيانا هارمون، وأندرياس هاسمان، وساندا هيلينغ، وأنيث إيموي، وجو جويل، وإمنا كايولي، وراجيني خورانا، وكاثرين لانجفين-فالكون، وجينيفر لوبيز، وإيزابيل مادزوريزا، وإيرين ماكليين، وأندرو موك يوان مين، وريويل كيراثي مونغي، ولويس موريجي، وغوام ناراسيهان، وكريستينا هايد بيريذ جونزاليس، ونيكول ريكاستا، ودولوريس ريو، وجيسكا رودريغيز، وجوانا روجوسكا، ومالي سبلده، وجوزيف سينيبي، وسيرجانا شاكيا، وديبيكا شارما، وساجري سينغ، وروث سيتوما، وإيروم تاكي، وراكشيا راجيشوري ثابا، وفانيا تسوتسيوي، وتمارا روسينو، وإيمي ويكهام.

جمع التبرعات من القطاع الخاص والشراكات

السيدات والسادة: كارلوتا باركارو، وجاكيثا هايس، وأندرو موسون، وأنابيل ماكندوغال، وموريل نعيم، وكيكو ساكاموتو.

شعبة الاتصال

السيدتان شارلوت بيترى غورنيتزكا، نائبة المدير التنفيذي؛ وبالوما إسكوديرو، مديرة الشعبة؛ والسيدات والسادة: موريكو أجويو، وأنا بالدوردستوير، ونيجينا بايكابولوا، وبيبي بيرنز، وماريسا بوكانوف، وماريانا دا كونهما بينتو أمارال، وجيد فلانشا، وجو إنجليش، وأنجوس إنهام، وديبورا توسكوفيك كافانا، وسيلينغة لوغهافا، وغولا يمي لوفادجو، ونجوى مكى، وكريستين ميلز، وكريستين نسيبت، وإديتا نسوبغا، وبيريانكا بروتتي، وأليا سليم، ومايكل سيدويل، وغاي تابلور، وتانيا توركوفيتش، وجوديث يماني، ودينيش بوين.

اللجنة الوطنية لليونيسف في المملكة المتحدة

السيدات والسادة: بولين كاستريس، وكيربير شاهال، وسيري غوتاما، وروكسان بورتوي، ووليام سوليس.

مقر اليونيسف في نيويورك

السيدات والسادة: ديانا كورديرو، وكاتلين إديسون، وأندريه فرانكو، وهونغوي غاو، ودينيش غايانيلو، وبيندو كوتيمريدي، وغايش ناراهاري، وبرينا سيدل، وأرب ستويلا.

الشكر الخاص موصول إلى كل من:

زملاء اليونيسف في أفغانستان وأستراليا وبنغلاديش والصين ومصر وإثيوبيا وغانا وغواتيمالا والهند وإندونيسيا وقبر غيزستان والمكسيك ونيجيريا والفلبين وصربيا والسودان والولايات المتحدة وزيمبابوي لتسهيل حلقات العمل الخاصة بالتقرير.

السيدات والسادة: أليكس كاديلو، وكارولين ماكافري، وهوغو رازوري، وكارلوس روجاس، وماريا إيلينا أوغاز، وإينيس فيلار، ومازيلو ويغولد، في ليما في دولة البيرو؛ والسيدات والسادة: ستيفن باريت، وماريان كلارك هاتينغ، ومريم حليم، وزهير روسلي، ومارك فيرغرا، وفرانديزا زهري، في كوالالمبور في ماليزيا؛ والسيدات والسادة: م. بالباغو، وماريا إيفلين كاربيو، وماريلا كاستيلو، وزافرين شودري، وريني غاليرا، وويجدان ماداني، وجوليا ريس، في مانيفا في الفلبين؛ وكلأ من جي ميون راه، وكيت روز في جاكرتا في إندونيسيا، على صبرهم ودعمهم وروح الدعابة أثناء الزيارات التي قام بها فريق تقرير حالة أطفال العالم.

زملاؤنا موظفو اليونيسف في بنغلاديش، وبلير، والبرازيل، وبوركينا فاسو، والكاميرون، وجمهورية أفريقيا الوسطى، وكوت ديفوار، والسلفادور، وفرنسا، وغانا، وإندونيسيا، وليبيريا، وملاي، وماليزيا، ومالي، والمكسيك، ومولونفا، وميانمار، ونيجيريا، وسيراليون، وجنوب إفريقيا، وإسواتيني، وسوريا، وتايلند، وتونس، والمملكة المتحدة، وأوكرانيا، وفيتنام، وزيمبابوي؛ على المشاركة في استبيان تقرير حالة أطفال العالم، ومركز اليونيسف للابتكار العالمي على تنفيذ وتحليل استطلاع منصة U-Report.

السيدات والسادة: أليجاندرو كالغليو أونا، وهلال الغير، وإنجي كاور، وبيتر باكر، وسنية نيشاتار، وسكولاستيكا نغولي، وشيري ويستن، ورايا على المشاركة للمشاركة في سلسلة مقالات الرأي؛ والسيدات والسادة: فيكتوريا أبرغ، وهالي روفين، وموريا مودريلي، ومارك جين، وماريسا مكاراي، واليسون كيرنس، وكريستين هيوم، وميليسا شاپيرو؛ لمساعدتهم في هذه المقالات.

السيدات والسادة: إليس شامبين كلادين، وكاثرين فليمنج، وجيريش لالا، وفيرجينيا شميد، وأماندا ثيرد، من جامعة ويسترن سيندي على عملهم في تصميم المنهجية وتحليل نتائج حلقات عمل التقرير التي عقدت عالمياً؛ وبيجي كونيغز بوهر، ورافائيل بيريز إسكاياما، الذين عملا في المجموعة الاستشارية للمشروع.

ديريك هيدي للمساهمة في تطوير الإطار الخاص بتسعير الطعام والتغذية، بناءً على نص «الأسعار النسبية للسعرات للأطعمة الصحية وغير الصحية تختلف بشكل منتظم عبر مستويات الدخل والفقرات» بقلم كل من ديريك د. هيدي وهارولد هـ. الدرمان.

مكتب اليونيسف للأبحاث (إيثوننتي)، والتحالف العالمي لتحسين التغذية، وقسم التغذية في شعبة البرامج في اليونيسف، والمشاركين في المشاورات حول منظومات الأغذية للأطفال والمرافقين، التي عقدت في فلورنسا، أيام 5-7 نوفمبر 2018.

السيدات والسادة: إيان أو، وتارا دولي، واليزابيث فوكس، وندي حمادة، وجينيس-كريستيان هولم، وسو هورتون، وديرييلا إيدل، وأشيلا إمشنين، وفايزال كارمالي، وماتميت كوار، وجوزيف بيل لومباردي، وماكمندي ميديا، وتاكاكي ماساكي، ووليام ماسترز، وديفيد نابارو، ودان باركر، ومماركو أولافي ريسانين، ومجلس الأعمال التجارية العالمي للتنمية المستدامة لمساعدتهم ودعمهم.

السيدة ليزا روجرز من منظمة الصحة العالمية لتوفيرها البيانات الأصلية المستخدمة في هذا التقرير.

اليونيسف ممثلة لدعم مملكة هولندا وحكومة النرويج لهذا التقرير.

يصدر تقرير حالة أطفال العالم عن مكتب الرؤى والسياسات العالمية.

السيد لوران تشلندي، مدير المكتب.

حالة أطفال العالم لعام 2019

الأطفال والغذاء والتغذية

النمو السليم في عالم متغير

المحتويات

6
8
12

تمهيد
الرسائل الرئيسية
كيف يضر العبء الثلاثي لسوء التغذية بالأطفال والمراهقين والنساء



14

16
16
18
19
20
22
23
24
26

مقدمة | النمو السليم في عالم متغير

العالم المتغير
سوء التغذية – العبء الثلاثي
ناجون لكن ليسوا على ما يرام
تركيز أكبر على منظومات الأغذية
تسخير المنظومات الغذائية لصالح الأطفال
حول هذا التقرير
وضع تغذية الأطفال أولاً
استطلاع U-REPORT: ما هي آراء المراهقين والشباب في الغذاء والتغذية؟
حلقات عمل تقرير حالة أطفال العالم لعام 2019 مع الشباب والأمهات



34

36
50
54
60
48

01 سوء التغذية عند الأطفال اليوم

سوء التغذية عند الأطفال اليوم
الجمع بين مكونات سوء التغذية
دور منظومات الأغذية
ما الآثار الاقتصادية لسوء التغذية لدى الأطفال؟
القسم الخاص: زيادة الوزن والبدانة في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي والاتحاد الأوروبي



64

68
81
84
90

02 إطعام الطفل مدى الحياة

السنوات المبكرة: الهشاشة والفرصة (السنوات الخمس الأولى من العمر)
الطفولة الوسطى: فترة انتقالية (5-9 أعوام)
مرحلة المراهقة: سنوات حرجة لترسيخ الصحة مدة العمر (10-19 أعوام)
القسم الخاص: ما هو النمط الغذائي الصحي؟



94

101
104
106
112
102
116

03 سوء التغذية في عالم متغير

حلقة من سوء التغذية عبر الأجيال
العولمة
التوسع الحضري
الصدمات المناخية
قسم خاص: تحسين التغذية وتعزيز الدعم المقدم للفتيات والنساء
قسم خاص: التغذية في حالات الطوارئ

04 الاستجابات لسوء التغذية

120



123
125
132
140
148
128
144

كيف تستجيب الحكومات لزخم متزايد
استجابات متعددة لتحديد متعدد الجوانب: نهج منظوماتي للتغذية
وضع الأطفال في صميم منظومات الغذاء
استجابات المجتمع المدني والمجتمعات المحلية
بعض الابتكارات في التغذية
قسم خاص: كيف يبدو النهج المنظوماتي في التغذية في الواقع العملي؟
قسم خاص: تأثير تسويق المواد الغذائية على أنماط تغذية الأطفال

05 برنامج عمل لإيلاء حقوق الأطفال الغذائية الأولية

150



155
156
157
158
160
162

تمكين الأسر والأطفال واليافعين من المطالبة بالطعام المغذي
الدفع بتجار الأغذية للقيام بما فيه خير للأطفال
إنشاء بيئات غذائية صحية لجميع الأطفال
إعلان التعبئة للمنظومات الزائدة للارتقاء بالنتائج الغذائية لكل طفل
جمع وتحليل واستخدام البيانات ذات النوعية الجيدة والأدلة باستمرار للاسترشاد بها في العمل وفي قياس التقدم المحرز
قسم خاص: بيانات أفضل، لأنماط غذائية أفضل

166
178
179
180

الهوامش

منهجيات حلقات عمل تقرير حالة أطفال العالم 2019

ملاحظات بشأن الأشكال

الجدول الإحصائية

مقالات الرأي

32
62
92
118
138
146
164

صون حق الاطفال في الإطعام والتغذية، بقلم هلال إيلفر
لماذا نعتبر معالجة تغذية الأطفال مهمة للتنمية الاقتصادية الأوسع لكل بلد؟
بقلم الدكتورة سنية نيشنار
ريادة النساء لتغذية الاطفال المجتمعية في ريف تنزانيا، بقلم سكولاستيكا إنغولي
رابية، شخصية "افتح يا سمس" الجديدة، تعلم الأطفال العادات الصحية، بقلم شيري ويستن ورايا
يجب على شركات الأغذية حث الخطى لمعالجة أزمة التغذية العالمية، بقلم إنغي كاور
الحراك الأهلي يحارب بدانة الأطفال في المكسيك، بقلم أليخاندرو كالفيلو
كيف نعمل بدأ بيد لنكفل بشراً أصحاء وكوئياً صحيحاً، بقلم بيتر باكر

إضاءة

53	المملكة المتحدة: الأطفال الأشد فقراً يتعرضون لخطر أكبر بالمعاناة من زيادة الوزن وانعدام الأمن الغذائي
72	يوم واحد (يكاد) لا يكفي قط: الحياة اليومية لأم عاملة ترضع وليدها طبيعياً في ريف لاوس
77	التغذية التكميلية والتغير السلوكي في رواندا
79	نوادي الأمهات تتخذ موقفاً ضد سوء التغذية في هايتي
87	بحثاً عن عادات صحية في إندونيسيا
107	تغذية الطفل في المناطق الحضرية الفقيرة في كوالا لامبور
109	البدانة في الطفولة مصدر قلق ملح للصين
113	تغير المناخ يهدد تغذية الطفل في بنغلاديش
135	جهد رائد في توسيم المنتجات الغذائية
141	البقاء على قيد الحياة والأزدهار في بيرو

الإطارات

41	1-1 الرعاية المنزلية للأطفال المهزولين
55	2-1 كيف يمكن للزراعة أن تدعم التغذية على نحو أفضل؟
80	1-2 التغذية المستجيبة
88	2-2 اضطرابات الأكل والنمط الغذائي والصحة العقلية للمراهقين
97	1-3 محددات تغذية الأم والطفل
99	2-3 ضعف المعوية البيئية
100	3-3 الإضافات
101	4-3 علم التخلق
104	5-3 الأطعمة فائقة المعالجة
110	6-3 أسعار المواد الغذائية والتغذية

الرسومات

12	كيف يضر العبء الثلاثي لسوء التغذية بالأطفال والمراهقين والنساء
56	إطار إينوشنتي بشأن المنظومات الغذائية للأطفال والمراهقين
66	الغذاء والتغذية عبر الطفولة
69	كيف تساعد الرضاعة الطبيعية الأم والطفل
97	محددات تغذية الأم والطفل
123	التغذية وأهداف التنمية المستدامة
126	استجابات متعددة لتحد متعدد الجوانب: نهج منظوماتي للتغذية
135	نظم توسيم المنتجات الغذائية
152	وضع تغذية الأطفال أولاً

الأشكال

17	انتشار نمو الأطفال بشكل غير سليم دون الخامسة (التقزم، أو الهزال، أو زيادة الوزن)، 2018
37	1-1 نسبة الأطفال المصابين بالتقزم من الأطفال دون الخامسة، 2018
40	2-1 توقعات سوء التغذية عند الأطفال دون سن 2030 سنوات مقارنة بغايات 2030
42	3-1 النسبة المنوية للأطفال الذين يعانون من الهزال دون الخامسة، 2018
44	4-1 نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من الجوع المستمر، 2019
46	5-1 النسبة المنوية للأطفال الذين يعانون زيادة الوزن دون الخامسة، 2018
47	6-1 الاتجاه في النسبة المنوية للبلدان حسب مجموعة دخل البنك الدولي حيث يعاني ما لا يقل عن 10 بالمئة من الأطفال بعمر 0-19 سنة يعانون من زيادة الوزن
47	7-1 زيادة انتشار زيادة الوزن بين الأطفال والشباب دون سن الخامسة وبعمر 5-19 سنة
49	8-1 النسبة المنوية للأطفال والمراهقين بعمر 0-19 سنة والذين يعانون من زيادة الوزن في 41 بلداً من بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي والاتحاد الأوروبي
50	9-1 عدد البلدان التي تتداخل فيها أنماط التقزم والهزال والوزن الزائد وفق الدم في مرحلة الطفولة
52	10-1 النسبة المنوية للأطفال الذين يعانون من التقزم في الأسر المعيشية الأكثر فقراً مقابل الأغنى في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط الأدنى والمتوسط الأعلى والمرتفع
70	1-2 النسبة المنوية للأطفال الرضع بعمر 0-5 أشهر الذين أطمعوا حليب الأطفال، حسب أقاليم اليونسيف، 2018
71	2-2 الاتجاهات في النسبة المنوية للرضع بعمر 0-5 أشهر الذين يرضعون رضاعة طبيعية حصرية، أقاليم اليونسيف، حوالي 2005 وحوالي 2018
74	3-2 النسبة المنوية للأطفال بعمر 6-23 شهراً الذين أطمعوا مجموعات غذائية معينة، حسب نوعها، عالمياً، 2018
74	4-2 النسبة المنوية للأطفال بعمر 6-23 شهراً والذين يتناولون ما لا يقل عن 5 من 8 مجموعات غذائية (الحد الأدنى للتنوع الغذائي) ، حسب أقاليم اليونسيف ، 2018
74	5-2 النسبة المنوية للأطفال بعمر 6-23 شهراً والذين يتناولون ما لا يقل عن 5 من 8 مجموعات غذائية حسب خميس الثروة ومكان الإقامة، عالمياً، 2018
75	6-2 النسبة المنوية للأطفال بعمر 6-23 شهراً الذين أطمعوا مجموعات غذائية معينة، حسب نوعها حسب مجموعة دخل البنك الدولي، 2018
75	7-2 النسبة المنوية للأطفال بعمر 6-23 شهراً الذين أطمعوا مجموعات غذائية معينة، حسب نوعها، عالمياً، 2018
85	8-2 أنماط التغذية للمراهقين على أساس مجموعة دخل البنك الدولي، 2008-2015
109	1-3 انتشار التقزم والنحافة والوزن الزائد بين الأطفال (7-18 سنة) في الصين ، 1985-2014

الجدول الإحصائية

216	التغذية: المواليد والرضع والاطفال الصغار	180	ملاحظة عامة بشأن البيانات
		181	تقديرات معدل وفيات الأطفال
220	التغذية: الأطفال بعمر ما قبل المدرسة وعمر المدرسة والنساء والأسر المعيشية	182	تصنيفات الأقاليم
		183	ملاحظات حول جداول محددة
224	النماء في مرحلة الطفولة المبكرة	190	أعداد ومعدلات وفيات الأطفال دون الخامسة
228	التعليم		الوفيات حسب الدولة في عام 2018
232	حماية الطفل	192	البيانات السكانية
236	الحماية الاجتماعية والإنصاف	196	وفيات الأطفال
240	المياه والإصحاح والنظافة الصحية	200	صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة
244	المراهقون والمراهقات	204	صحة الطفل
248	المؤشرات الاقتصادية		فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة
252	التمكين الاقتصادي للنساء	208	المكتسب (الإيدز): اليونانيات
			فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة
		212	المكتسب (الإيدز): تغطية التدخلات

تمهيد

لطالما كان الغذاء في صميم عمل اليونيسف. فقد أنقذنا في عام 2018 حياة 4.1 مليون طفل كانوا يعانون من سوء التغذية الحاد الوخيم عبر تقديم التغذية العلاجية لهم، وحسناً نوعية أنماط التغذية لأكثر من 15.6 مليون طفل عبر الإغناء المنزلي للطعام، ودعماً برامج لمنع فقر الدم الناتج عن عوز الحديد وغيرها من صور سوء التغذية الأخرى لـ 58 مليون يافع ويافعة، كما تكفلنا بتقديم خدمات لأكثر من 300 مليون طفل للحيلولة دون إصابتهم بالتقزم وأشكال سوء التغذية الأخرى.

و طالما صبّت قضية التغذية في صلب ريادةتنا الفكرية أيضاً. فقد كان إطارنا المبتكر لمكافحة سوء التغذية الصادر عام 1990 سبباً في تفصيل الأسباب المتعددة لفقر التغذية. ومن ثم أعدنا النظر فيه وصغناه مجدداً عام 2019 لنبهر ما تقوم عليه التغذية الصحيحة أيضاً، ابتداءً بأنماط التغذية للأطفال والنساء، والرعاية التي تعود عليهم بالنفع، والبيئات الغذائية التي يُحْيون فيها، وحتى السبل التي تمكن مجتمعاتنا من إرساء الحق في الغذاء الوافي على ركيّة من قِيَمنا والتزاماتنا السياسية. وفي كل من هذه العوامل فرصة لتحسين تغذية أطفالنا وشبابنا ونسائنا.

حين تصنع أم أو يصنع أب لُقمة في فم طفلها، فإن الطعام يكون حناناً. وحين تولم أسرة احتفالاً ببلوغ ابن أو ابنة لها مبلغ الرجال أو النساء، فإن الطعام يكون لمة واجتماعاً. وحين يصح الفتية والفتيات بالصحك والصياح وهن يتبادلون المأكولات الطيبة حين خروجهم من المدرسة، فإن الطعام يكون فرحاً. ولكل طفل وقتي في كل مكان فإن الطعام حياة، وحق أصيل، وأساس لتغذية صحية ونمو عقلي وجسمي سليم.

بيد أنه من المؤسف أن أعداداً كبيرة من أطفالنا ويافعينا لا يحصلون على أنماط التغذية التي يحتاجونها، وهو ما يكشفه تقرير حالة أطفال العالم الذي بين يديك، ما يضعف قدرتهم على النمو، وعلى أن يشبوا ويتعلموا كل ما بوسعهم تعلمه. وهذا الأمر لا يُضِرُّ بطفل هنا وشباب هناك فقط، بل يُضِرُّ بنا جميعاً.

إذاً يُضطرُّنا هذا الحال لطرح بعض الأسئلة المحيرة: كيف يُعقّل أن يكون لدينا، ونحن في القرن الحادي والعشرين، 5 مليون طفل تحت سن الخامسة مصابون بالتقزم، ونحو 50 مليوناً آخرين يعانون الهزال؟ كيف يُعقّل أن تستمر زيادة الوزن والبدانة بالارتفاع في أوساط الأطفال، ولا سيما الفقراء منهم؟ ولماذا تزداد أنماط التغذية الصحية غلاءً في حين تزداد أنماط التغذية غير الصحية والفقيرة غذائياً رخصاً؟



وَأَيْسَ الشَّبَابِ وَالنِّسَاءِ فِي غَفْلَةٍ عَنِ أَهْمِيَّةِ التَّغْدِيَةِ الْحَسَنَةِ وَالْأَكْلِ السَّلِيمِ. حَيْثُ قَالَتْ لَنَا صَبِيحَةُ صَبِيحَةٍ فِي الـ 16 مِنْ عُمْرِهَا خِلَالَ وَاحِدَةٍ مِنْ أَكْثَرِ مِنْ 70 مِنْ حَلَقَاتِ الْعَمَلِ الَّتِي أُقِيمَتْ فِي مَعْرَضِ إِعْدَادِ هَذَا التَّقْرِيرِ: "جِئْنَا نَأْكُلُ أَحَدَنَا الطَّعَامَ الصَّحِيَّ فَإِنَّهُ بِذَلِكَ لَا يَنْزُكُ شَأْنٌ صِحَّتِهِ لِأَحَدٍ سِوَاهُ بَلْ يَتَوَلَّاهُ بِنَفْسِهِ". فِي جِئْنَا أَخْبَرْتُنَا فَتَاةٌ هِنْدِيَّةٌ فِي الـ 13 مِنْ عُمْرِهَا بِأَنَّ "الطَّعَامَ مُهِمٌّ بِالنِّسْبَةِ لَنَا حَتَّى نَسْتَطِيعَ أَنْ نُحَسِّنَ الدِّرَاسَةَ". كَمَا أَنَّهُمْ وَاعُونَ أَيْضًا بِالْعَوَائِقِ الَّتِي تَقِفُ فِي وَجْهِ التَّغْدِيَةِ الصَّحِيَّةِ: حَيْثُ أَنْبَأْتُنَا أَنَّهُ فِي الْعِشْرِينَ مِنْ عُمْرِهَا فِي غَوَاتِيمَالَا: "لَا أَمْلِكُ الْمَالَ الْكَافِيَ لِشِرَاءِ الطَّعَامِ لِي وَلِطِفْلِي"، فِي جِئْنَا ذَكَرَتْ ابْنَتُهُ الـ 18 رَبِيعًا فِي زِمَابَوِي: "لَا عَلِمَ لِي بِأَصْنَافِ الطَّعَامِ الصَّحِيَّةِ".

لَا جَرَمَ أَنَّ الْخُصُولَ عَلَى فُرْصَةٍ عَادِلَةٍ فِي هَذِهِ الْحَيَاةِ صَعْبٌ إِنْ لَمْ تُمَهَّدِ التَّغْدِيَةُ الْحَسَنَةُ لِذَلِكَ. إِذَا فَلْنَضَعُ أُيُوبِنَا فِي أُيُوبِي بَعْضٍ وَلِنَعْمَلْ مَعًا لِتَدْلِيلِ هَذِهِ الْعَقَبَاتِ لِتَتَوَفَّرَ لِكُلِّ طِفْلٍ وَشَابٍّ وَامْرَأَةٍ أَنْمَاطُ التَّغْدِيَةِ الْمُغْدِيَّةِ وَالْمَأْمُونَةُ وَالْمَيَسُورَةُ وَالْمُسْتَنَدَامَةُ الَّتِي يَحْتَاجُونَهَا فِي كُلِّ لَحْظَةٍ مِنْ لَحْظَاتِ حَيَاتِهِمْ لِیَتِمَكَّنُوا مِنْ تَحْقِيقِ كَامِلِ إِمْكَانَاتِهِمْ.



السيدة هنرييتا هـ. فور
المديرة التنفيذية لليونيسيف

وَأَيْ لَأَرْغَبُ، بِصِفَتِي الْمُدِيرَةَ التَّنْفِذِيَّةَ لِلْيُونِسِفِ، وَرئِيسَةَ الْفَرِيقِ الْوِقَائِدِي لِحَرَكَةِ تَحْسِينِ مُسْتَوَى التَّغْدِيَةِ، أَنْ أَوْكِدَ التَّزَامِي مُجَدِّدًا، وَالتَّزَامِ الْيُونِسِفِ، بِاسْتِعْلَالِ كُلِّ هَذِهِ الْفُرْصِ لِلْسَّعْيِ لِتَحْسِينِ التَّغْدِيَةِ لِكُلِّ طِفْلٍ وَطِفْلَةٍ، وَلَا سِيمًا فِي الْأَيَّامِ الْأَلْفِ الْأُولَى الْحَاسِمَةِ — مِنْ الْحَمْلِ وَحَتَّى يُيَمِّ الْطِفْلُ عَامَهُ الثَّانِي — وَخِلَالَ سِنِي الْمَرَاهِقَةِ، وَهُمَا الْفُرْصَتَانِ اللَّتَانِ لَا مَثِيلَ لَهُمَا. وَإِنَّا إِذْ نُصَدِرُ هَذَا التَّقْرِيرَ مَعَ اسْتِرَاطِيَّةِ الْيُونِسِفِ الْجَدِيدَةِ لِلتَّغْدِيَةِ، وَالَّتِي تَشْرُحُ أَوْلِيَاتِنَا وَخَطَطُنَا لِتَحْسِينِ تَغْدِيَةِ الْأَطْفَالِ وَالشَّبَابِ وَالنِّسَاءِ خِلَالَ السَّنَوَاتِ الْمُقْبِلَةِ، فَإِنَّا نُوَكِّدُ التَّزَامَنَا هَذَا.

لَقَدْ صَارَتْ لَدِينَا مَعْرِفَةٌ جَمَّةٌ بِالسَّبُلِ النَّاجِعَةِ لِذَرْءِ سُوءِ التَّغْدِيَةِ بِصُورِهِ كَافَّةً، مِنْ الْحَمْلِ وَامْتِدَادًا عِبْرَ طُورِي الطُّفُولَةِ الْمُبَكِّرَةِ وَالْمَرَاهِقَةِ. إِلَّا أَنَّ هَذِهِ الْمَعْرَكَةَ لَيْسَتْ بِالْمَعْرَكَةِ الَّتِي يُمَكِّنُ لَنَا أَنْ نَكْسِبَهَا بِمُفْرِدِنَا. فَهِيَ تَحْتَاجُ إِلَى تَصْمِيمِ سِيَاسِيٍّ مِنَ الْحُكُومَاتِ الْوِطْنِيَّةِ، مَشْفُوعٍ بِتَعَهُّدَاتٍ مَالِيَّةٍ جَلِيَّةِ، وَتَخْطِيطِ وَخَوَافِزِ حُكُومِيَّةِ لِحَنْتِ الْقِطَاعِ الْخَاصِّ عَلَى الْاسْتِثْمَارِ فِي الطَّعَامِ الْمُغْدِيِّ وَالْمَأْمُونِ وَمَيَسُورِ التَّكْلِفَةِ لِلْأَطْفَالِ وَالشَّبَابِ وَالنِّسَاءِ وَالْأَسْر. وَقَدْ بَاتَ الدَّفْعُ لَوْضَعِ تَغْدِيَةِ الْأَطْفَالِ عَلَى سَلْمِ الْأَوْلِيَّاتِ يَتَطَلَّبُ، وَبِشَكْلِ مُتَزَايِدٍ، عِنَادًا، لَا فِي الْمَنْظُومَةِ الْعِدَائِيَّةِ فَحَسْبُ، بَلْ فِي مَنْظُومَاتِ الصِّحَّةِ، وَالْمِيَاهِ وَالصَّرْفِ الصَّحِيَّ، وَالتَّعْلِيمِ، وَالْإِعَانَاتِ الْاجْتِمَاعِيَّةِ. وَالنَّجَاحُ فِي أَيِّ مِنْهَا يَسْتَهْلُ النَّجَاحُ فِي بَاقِيهَا.



طفل يبيع وجبات خفيفة للأطفال الآخرين خارج عيادة في مدينة غزة بدولة فلسطين. © UNICEF/UN068011/EI Baba

الأطفال والغذاء والتغذية | النمو السليم في عالم متغير

الرسائل الرئيسية

يهدد العبء الثلاثي لسوء التغذية (نقص التغذية والجوع المستمر وزيادة الوزن) بقاء ونمو وتطور الأطفال والشباب والاقتصادات والدول.

يعاني ما لا يقل عن طفل من كل 3 أطفال دون سن الخامسة من سوء التغذية أو من زيادة الوزن، بينما يعاني طفل من كل طفلين من الجوع المستمر، مما يقوض قدرة ملايين الأطفال على النمو والنماء لتحقيق أقصى إمكاناتهم.

◀ بعد التقزم علامة واضحة على أن الأطفال في بلد ما لا ينمون بشكل سليم، وهو أحد أعراض الحرمان الماضي ومؤشر للفقر المستقبلي.

◀ على المستوى العالمي، هناك على الأقل واحد من بين كل 3 أطفال دون سن الخامسة لا ينمو النمو السليم بسبب سوء التغذية بأشكاله الأكثر وضوحاً: التقزم، والهزال، وزيادة الوزن.

◀ قد يكون الهزال قاتلاً للأطفال، خاصة في أشكاله الأشد. على عكس الاعتقاد الشائع، يعيش معظم الأطفال الذين يُعانون من الهزال في العالم في قارة آسيا، وليس في أوضاع الطوارئ.

◀ وعلى المستوى العالمي، يعاني طفل واحد على الأقل من كل طفلين دون سن الخامسة من الجوع المستمر بسبب نقص الفيتامينات والمغذيات الأساسية الأخرى.

◀ الجوع المستمر يؤدي الأطفال والنساء. يقلل نقص الحديد من قدرة الأطفال على التعلم، بينما يزيد فقر الدم الناجم عن نقص الحديد من مخاطر وفاة النساء أثناء الولادة أو بعدها بفترة قصيرة.

◀ لا يزال نقص التغذية بسبب خسائر فادحة. وفي عام 2018، كان ما يقرب من 200 مليون طفل دون سن الخامسة يعانون من التقزم أو الهزال بينما يعاني 340 مليون على الأقل من الجوع المستمر.

◀ قد تؤدي زيادة الوزن لدى الأطفال إلى الإصابة المبكرة بمرض السكري من النوع الثاني والوحم الاجتماعي والانتاب، وهي مؤشر قوي لبدانة البالغين، ولها عواقب صحية واقتصادية خطيرة.

◀ تستمر معدلات زيادة الوزن والبدانة في الارتفاع. إذ بين عامي 2000 إلى 2006، ارتفعت نسبة الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن (بسن 5 إلى 19 عاماً) من 1 من كل 10 إلى 1 من كل 5 تقريباً.

◀ يتحمل الأطفال والشباب من أشد المجتمعات فقراً وتهميشاً العبء الأكبر لجميع أشكال سوء التغذية، مما يؤدي إلى إدامة الفقر عبر الأجيال.

◀ انخفض عدد الأطفال الذين يعانون من التقزم في جميع القارات، باستثناء إفريقيا، بينما زاد عدد الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن في جميع القارات، بما في ذلك إفريقيا.

- ◀ إن السبب الرئيسي في العبء الثلاثي لسوء التغذية هو الجودة المتدنية لأنماط التغذية الخاصة بالأطفال: 2 من كل 3 أطفال لا يحصلون على نمط التغذية المتنوع الأدنى، الموصى به واللازم للنمو والنماء بصورة صحية.
- ◀ يرضع طفلان فقط من كل 5 أطفال دون سن ستة أشهر رضاعةً طبيعية بشكل حصري، على النحو الموصى به. يمكن للرضاعة الطبيعية أن تنقذ حياة 820 ألف طفل سنوياً في مختلف أنحاء العالم.
- ◀ استخدام بدائل حليب الأم يثير القلق. بين عامي 2008 و 2013، نمت مبيعات حليب الأطفال (عادةً ما يكون أساسها حليب البقر) بنسبة 41% على مستوى العالم و 72% في البلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى، مثل البرازيل والصين وبيرو وتركيا.
- ◀ أنماط التغذية الفقيرة في مرحلة الطفولة المبكرة تسبب سوء التغذية: فنسبة 44% من الأطفال بأعمار بين 6 أشهر و 23 شهراً لا يحصلون على فواكه أو خضروات ولا يتغذى 59% على البيض، ولا منتجات الألبان، ولا الأسماك، ولا اللحوم.
- ◀ يحصل طفل واحد فقط من كل 5 أطفال بأعمار بين 6 أشهر و 23 شهراً من أفقر الأسر والمناطق الريفية على نمط تغذية بالحد الأدنى الغذائي المتنوع والموصى به لتحقيق النمو ونماء المخ بصورة صحية.
- ◀ يستهلك العديد من المراهقين الذين يدرسون في المدارس أطعمة مُصنَّعة بدرجة كبيرة: 42% منهم يشربون المشروبات الغازية مرة واحدة على الأقل يومياً و 46% يتناولون الوجبات السريعة مرة واحدة على الأقل في الأسبوع.
- ◀ تؤدي العولمة، والتوسع الحضري، وعدم المساواة، والأزمات الإنسانية، والصدمات المناخية إلى تغييرات سلبية غير مسبوقة في الوضع التغذوي للأطفال في مختلف أنحاء العالم.
- ◀ العولمة تشكّل خيارات الغذاء واختياراته: تُسيطر 100 شركة كبيرة فقط على 77% من مبيعات الأغذية المُصنَّعة في مختلف أنحاء العالم.
- ◀ في المدن، يعيش الكثير من الأطفال الفقراء في "صحارى غذائية"، حيث يواجهون نقصاً في خيارات الغذاء الصحي، أو في "مستنقعات غذائية"، حيث يواجهون وفرة من الأطعمة المُصنَّعة عالية السعرات الحرارية ومنخفضة المغذيات.
- ◀ وتميل الأسر الفقيرة إلى اختيار طعام منخفض الجودة بتكلفة أقل. وبسبب الفقر والاستبعاد، يواجه الأطفال الأكثر حرماناً أكبر المخاطر من مختلف أشكال سوء التغذية.
- ◀ تؤدي الصدمات المناخية وفقدان التنوع البيولوجي والأضرار التي تلحق بالمياه والهواء والتربة إلى تدهور إمكانات التغذية لملايين الأطفال والشباب، وخاصةً بين الفقراء.
- ◀ عالجت اليونيسف وشركاؤها أكثر من 3.4 مليون طفل يعانون من سوء التغذية الحاد في الأوضاع الإنسانية خلال عام 2018، من أفغانستان واليمن إلى نيجيريا وجنوب السودان.
- ◀ يتطلب تحسين تغذية الأطفال أن تتيح المنظومات الغذائية لجميع الأطفال أنماط تغذية تكون مغذية ومأمونة وميسورة التكلفة ومستدامة.
- ◀ لا يأكل ملايين الأطفال إلا نسبة ضئيلة مما يحتاجون إليه، كما يتناول ملايين الأطفال كميات زائدة مما لا يحتاجون إليه: أضحت أنماط التغذية السيئة تمثل الآن عامل الخطر الرئيسي في العبء العالمي للأمراض.
- ◀ يجب أن تضع المنظومات الغذائية الوطنية تغذية الأطفال في صميم عملها لأن احتياجاتهم الغذائية فريدة من نوعها، وتلبية احتياجاتهم أمرٌ بالغ الأهمية لتحقيق التنمية المستدامة.
- ◀ ينبغي استخدام الحوافز المالية لمكافأة الجهات الفاعلة التي تزيد من توفر الأطعمة الصحية وبأسعار معقولة في الأسواق وغيرها من نقاط البيع، وخاصةً في المجتمعات المحلية ذات الدخل المنخفض.
- ◀ يمكن للمنتجات المالية على الأطعمة غير الصحية تحسين أنماط التغذية عند الأطفال. فعلى سبيل المثال، يمكن أن تقلل الضرائب المفروضة على الأطعمة والمشروبات السكرية من استهلاك الأطفال والمراهقين لها.
- ◀ يمكن أن يمثل إغناء الأغذية التكميلية والأغذية الأساسية بالمغذيات الدقيقة تدخلاً فعالاً من حيث التكلفة لمكافحة الجوع المستتر عند الأطفال والشباب والنساء.

البيانات الغذائية بالغة الأهمية. عندما تكون الخيارات الصحية ميسورة التكلفة وملامنة ومرغوبة، فإن الأطفال والأسر يتخذون خيارات أفضل فيما يتعلق بطعامهم.

- ◀ هناك قوة عاملة كبيرة وشابة - تتمتع بإبداع كبير وإمكانات إنتاجية - أخذة في الظهور في إفريقيا وآسيا. ومع ذلك، فإن مخاطر سوء التغذية تحد من هذا العائد الديموغرافي.
 - ◀ يحتاج الأطفال والمراهقون والشباب والوالدين والأسر إلى الدعم للمطالبة بأطعمة مغذية، غير أن بيانات الغذاء بحاجة أيضاً إلى تعزيز أنماط التغذية الصحية ودعمها.
 - ◀ يمكن لاستراتيجيات التواصل المبتكرة والممتعة التي لا تنسى والمشاركة لتعزيز الأكل الصحي أن تستفيد من التطلعات الثقافية والاجتماعية للأطفال والمراهقين والأسر.
 - ◀ وللتنشيع دور مهم في تعزيز أنماط التغذية الجيدة للأطفال، مثل تنظيم تسويق بدائل حليب الأم للامهات والأسر وتوفير طعام غير صحي للأطفال.
 - ◀ يرتبط تسويق الأطعمة غير الصحية والمشروبات المُحلّاة بالسكر ارتباطاً مباشراً بزيادة الوزن والبدانة لدى الأطفال.
 - ◀ ويساعد وضع علامات توسيم واضحة ودقيقة وسهلة الفهم على واجهة عبوات المنتجات الغذائية الأطفال والشباب والأسر على اتخاذ خيارات غذائية صحية وتحفيز الموردين على تقديم أغذية صحية.
 - ◀ يتعين على الحكومات تعزيز البيانات الغذائية الصحية في المدارس، بما في ذلك توفير وجبات صحية والحد من بيع الوجبات السريعة أو الإعلان عنها بالقرب من مدارس الأطفال وملاعبهم.
 - ◀ كما أن لأنظمة الصحة، والمياه والصرف الصحي، والتعليم، والحماية الاجتماعية دور مهم في تعزيز ودعم التغذية الجيدة للأطفال والمراهقين والنساء.
- يُعد الاستثمار في التغذية للأطفال والشباب استثماراً أساسياً إذا أُريد للعالم النجاح في تحقيق أهداف التنمية المستدامة بحلول عام 2030.**
- ◀ يُعد الاستثمار في تغذية الطفل أمراً أساسياً لتكوين رأس المال البشري، لأن التغذية عنصر أساسي لنمو الأطفال، ونماتهم المعرفي، وأدائهم المدرسي، وإنتاجيتهم المستقبلية.
- 1 تمكين الأسر، والأطفال واليا فاعين من المطالبة بالطعام المغذي
- 2 دفع موردي الأغذية للقيام بما هو خير للأطفال
- 3 إنشاء بيانات غذائية صحية لجميع الأطفال
- 4 حشد الأنظمة الداعمة (الصحة والمياه والصرف الصحي والتعليم والحماية الاجتماعية) لزيادة نتائج التغذية لجميع الأطفال.
- 5 اجمعوا، وحلّوا، واستخدموا البيانات ذات التوعية الجيدة والأدلة باستمرار للاسترشاد بها في الفعل وفي قياس التقدّم المحرز. ■
- قناة، 8، تتمتع بمشروب غازي اشترته للتو من بائع متجول محلي في بريتوريا، في جنوب إفريقيا.
- © UNICEF/UN0343581/Hearfield



Energy	507 kJ	121 kcal	100%
Sugar	21.0 g	42%	
Total Fat	0.5 g	1%	
Total Crap	0.5 g	1%	



كيف يضر العبء الثلاثي لسوء التغذية بالأطفال والمراهقين والنساء

● نقص التغذية: التقزم والهزال

- ضعف النمو وعدوى الأمراض والموت
- ضعف الإدراك، وضعف الاستعداد للمدرسة، وضعف الأداء المدرسي
- ضعف إمكانات كسب لقمة العيش في مستقبل الحياة

● الجوع المستتر: النقص في المغذيات الدقيقة

- ضعف النمو والنماء
- ضعف المناعة وتطور الأنسجة
- سوء الحالة الصحية وخطر الموت

● زيادة الوزن (بما في ذلك البدانة)

- على المدى القصير: مشاكل القلب والأوعية الدموية، والإصابات، وضعف الثقة بالنفس
- على المدى الطويل: البدانة، والسكري، واضطرابات التمثيل الغذائي الأخرى



الأطفال والمراهقين



النساء الحوامل

● نقص التغذية: التقزم ونقص الوزن

- مضاعفات فترة ما حول الولادة
- الخداجة وانخفاض الوزن عند الولادة
- الأمراض المزمنة للطفل في وقت لاحق من العمر

● الجوع المستتر: النقص في المغذيات الدقيقة

- وفيات الأمهات واعتلالهن
- عيوب الأنبوب العصبي في الأطفال حديثي الولادة
- الخداجة، وانخفاض الوزن عند الولادة، وضعف النماء المعرفي لدى الأطفال حديثي الولادة

● زيادة الوزن (بما في ذلك البدانة)

- سكري الحمل ومقدمات الإرتعاج
- مضاعفات الولادة
- زيادة الوزن والمرض المزمن للطفل في وقت لاحق من الحياة



149 مليون طفل
تحت الخامسة
مصابون بالتقزم

+



نحو 50 مليون طفل
تحت الخامسة
مصابون بالهزال

+



40 مليون طفل
تحت الخامسة
مصابون بزيادة الوزن

=

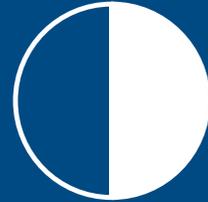


أكثر من 1 من كل 3
أطفال لا ينمو
بشكل سليم



أكثر من 340 مليون
طفل يعانون نقص
مغذيات دقيقة أساسية
(الفيتامينات والمعادن)

=

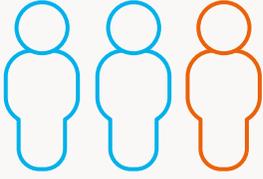


نصف الأطفال على
الأقل يعانون
الجوع المستتر



تحقيق النمو السليم
بمعايير في عالم متغير





- ◀ على مستوى العالم، ثلث الأطفال لا ينمون النمو السليم بسبب سوء التغذية بأشكاله الأكثر وضوحاً: التقزم، والهزال، وزيادة الوزن. يعاني شخص واحد من كل اثنين على الأقل من الجوع المستتر بسبب النقص — الذي غالباً ما يكون مستتراً — في المغذيات الأساسية.
- ◀ وهذا العبء الثلاثي لسوء التغذية، المتمثل في نقص التغذية والجوع المستتر وزيادة الوزن، يقوض صحة الأطفال ونموهم البدني والعقلي.
- ◀ منظومات الأغذية هي المفتاح: إذ عليها تزويد الأطفال والشباب بأنماط تغذية مغذية وآمنة ومقبولة الكلفة ومستدامة.

لا يحصل إلا ثلث الأطفال على التغذية التي يحتاجونها للنمو بشكل حسن، لا سيما في الأيام الأولى الحاسمة — من الحمل وحتى يتمّ الطفل عامه الثاني — بل وغالباً ما يستمر الوضع هكذا في المراحل اللاحقة أيضاً. وفي حين يزداد عدد الأطفال والشباب الذين ينجحون في البقاء على قيد الحياة، إلا أن عدد أولئك الذين يرفلون في أثواب العافية ضئيل جداً، بسبب سوء التغذية. إن أردنا التصدي بنجاح لتحديات القرن الحادي والعشرين، فعلى أن نكون مدركين لأثر التوسّع الحضري والعولمة وغيرها من العوامل الأخرى في التغذية، وأن نزيد من تركيزنا على استخدام منظومات الأغذية الوطنية والعالمية لرفع سوية أنماط التغذية عند الأطفال واليافعين واليافعات والنساء.

سوء التغذية Malnutrition

تعريفه: هو عدم توفر التغذية الملائمة إما لشح الطعام، أو لعدم تناول الكفاية من الأطعمة المغذية، أو لعدم مقدرة الجسم على تمتل الطعام الذي يتناوله الإنسان.

العالم المتغير

مضت 20 عاماً منذ أن نظر تقرير حالة أطفال العالم في قضية تغذية الأطفال. وقد تغيّر الكثير منذ ذلك الحين.

فقد غيرنا محل إقامتنا: إذ ازداد عدد العائلات التي هجرت الأرض والريف وانتقلت إلى المدينة، الأمر الذي يمثل تحوّلًا عالميًا من غير المتوقع أن تهدأ وتبرته مستقبلاً.

وقد غيرنا أدوارنا في المجتمعات في جميع أنحاء العالم، إذ ازداد عدد النساء اللواتي يلتحقن رسمياً بصفوف القوى العاملة، ويقمن بالموازنة بين مسؤولياتهن الوظيفية والأعباء الملقاة عليهن كأولياء أمور رئيسيين، دون أن يحظين سوى بنذر يسير من الدعم من أسرهن، وأرباب أعمالهن، والمجتمع عامّة على الأعم الأغلب.

كما تغيرت ظروف الحياة على كوكبنا. فآزمة التغير المناخي، وفقد التنوع الحيوي، والضّرر الذي يلحق بالماء، والهواء، والتربة تثير مخاوفنا حيال قدرتنا على إطعام هذا الجيل من الأطفال بشكل مستدام، ناهيك عن الأجيال اللاحقة.

وأخيراً فقد غيرنا من طعامنا أيضاً. فقد هجرنا أنماط التغذية البلدية والموروثة، وتعلّقنا بأنماط التغذية الحديثة التي يغلب عليها ارتفاع نسب السكر والدهون وقلة المغذيات الأساسية والألياف، والتي غالباً ما تعتمد على الأطعمة المصنّعة إلى حدّ كبير.

هذه هي خلفية قضية سوء التغذية لدى الأطفال اليوم. وهي بدورها، كحال أشياء أخرى كثيرة، أيضاً تتغير. وقد صار لزاماً اليوم أن يستخدم هذا المصطلح، مصطلح سوء التغذية، الذي ارتبط سابقاً في أذهان الناس بصور الجوع والمجاعات، لوصف شريحة أوسع بكثير من الأطفال — لا أولئك الأطفال الذين يعانون التقزم والهزال فقط، ولكن الذين يعانون ما يسمى "الجوع المستتر" المتمثل في عوز

الفيتامينات والمعادن الأساسية أيضاً، إضافةً إلى العدد المتزايد من الأطفال واليافعين المصابين بزيادة الوزن أو البدانة. هؤلاء هم الأطفال الذين لا ينمون النمو السليم.

وأعدادهم مرتفعة بشكل مثير للقلق (انظر الشكل أ-1). على الصعيد العالمي، نجد أن واحداً من بين كل ثلاثة أطفال في العالم ممّن هم دون الخامسة من عمرهم مصاب بالتقزم، أو الهزال، أو زيادة الوزن، بل ويعاني في بعض الحالات مزيجاً من اثنين من صور سوء التغذية هذه. وعلاوة على ما سبق، يعاني طفل من بين كل طفلين على الأقل من الجوع المستتر الناجم عن عوز الفيتامينات والمغذيات الأساسية — وهو العوز الذي عادةً ما يكون خفياً أيضاً — ما يضرّ بحياة الأطفال، ونموهم، وتطوّرهم في كلّ مرحلة من مراحل حياتهم.

سوء التغذية — العبء الثلاثي

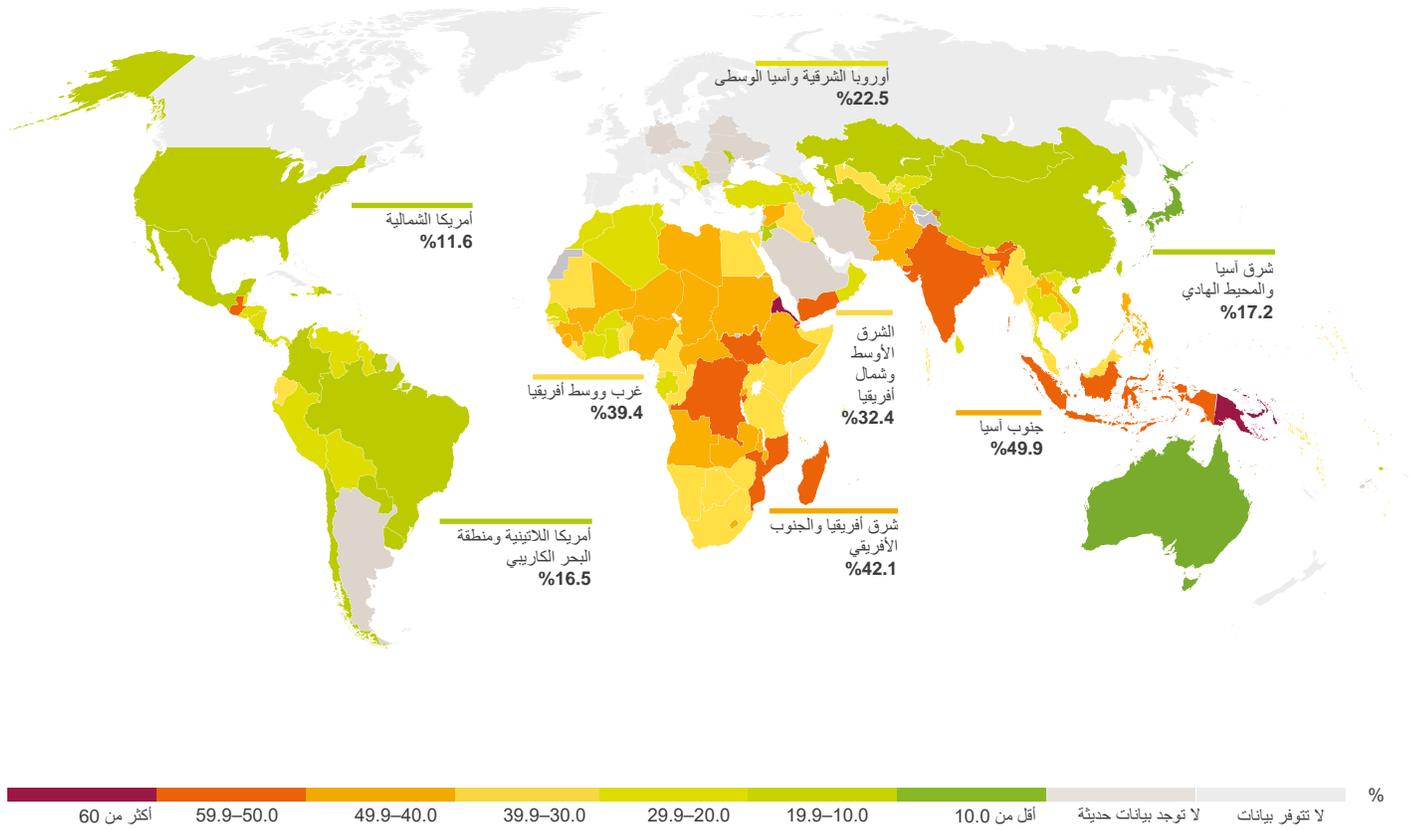
الأطفال الذين لا ينمون النمو سليم هم ضحايا المكونات الثلاثة للعبء الثلاثي لسوء التغذية، والذي أخذ بالظهور بسرعة كبيرة في المجتمعات حول العالم بما في ذلك في بعض من أشدّ دول العالم فقراً.

المكون الأول هو **نقص التغذية**. فرغم تراجع بعض الشيء، فلا يزال نقص التغذية يؤثر في عشرات ملايين الأطفال. حيث يظهر وجوده جلياً في الأجساد التي توقفت عن النمو للأطفال الذين حرّموا من الغذاء الكافي في الأيام الألف الأولى الحاسمة من أعمارهم — من الحمل وحتى يتمّ الطفل عامه الثاني، وغالباً في المراحل اللاحقة أيضاً. ولربّما حمل هؤلاء الأطفال عبء التقزم المبكر طوال حياتهم دون أن يتمكنوا أبداً من بلوغ ما قدر لهم جسدياً وعقلياً فيما لو حصلوا على الطعام الكافي. ويتجلى نقص التغذية أيضاً في هزال أجسام الأطفال في أيّ مرحلة من مراحل حياتهم حين تحرمهم الظروف — من قبيل شح الموارد الغذائية، وعادات

أصبحت أنماط التغذية السيئة السبب الأول للوفيات في مختلف أنحاء العالم.

أين يفتقر الأطفال للنمو السليم؟

الشكل أ-1 | انتشار نمو الأطفال بشكل غير سليم دون سن الخامسة (التقزم، أو الهزال، أو زيادة الوزن)، 2018



إن ثلث أطفال العالم دون سن الخامسة لا ينمون النمو السليم

ملاحظة: البيانات النظرية هي أحدث تقديرات متاحة بين عامي 2006-2018؛ وحيثما لم تتوفر إلا بيانات من قبل عام 2000، استخدم اللون الرمادي الداكن للدلالة على عدم وجود بيانات حديثة. إن التسميات المستخدمة وطريقة تقديم المواد في هذا المنشور لا تعبر عن أي رأي كان من جانب منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) فيما يتعلق بالوضع القانوني لأي بلد أو إقليم، أو سلطاته، أو بتقسيم حدوده.

يعرّف "النمو السليم" بأنه النمو الخالي من التقزم والهزال وزيادة الوزن. انظر الملاحظة بشأن الأرقام على الصفحة 179 لمزيد من المعلومات.

المصدر: UNICEF analysis of UNICEF/World Health Organization/World Bank Group Joint Malnutrition Estimates, 2019 edition. *Levels and trends in child malnutrition: Key findings of the 2019 edition of the Joint Child Malnutrition Estimates*

تتزايد أعداد الأطفال والشباب الذين ينجون من الموت، لكن القليلين جداً منهم يزدهرون.

التغذية القاصرة — والتي غالباً ما يفاقمها الفقر والأزمات الإنسانية والنزاعات، من الغذاء الكافي، والتي تنتهي في عدد كبير جداً من الحالات بالوفاة. فقد بلغ عدد الأطفال المصابين بالتقزم ممن هم تحت سن الخامسة 149 مليوناً عام 2018، في حين بلغ عدد المصابين بالهزال نحو 50 مليوناً.

والمكون الثاني من مكونات سوء التغذية هو **الجوع المستتر**. فعوز الفيتامينات والمعادن الأساسية، التي يشار لها عادة بـ "المغذيات الدقيقة"، يسرق من الأطفال حيوياتهم في كل مرحلة من مراحل حياتهم، ويقوض من صحة وعافية الأطفال، واليافعين، والنساء. وما يزيد الوطء الكبير هذا انسلالاً هو أنه قلماً ينتبه للجوع المستتر إلا بعد أن يفوت الأوان لفعل أي شيء. ولذا فعدد الأطفال المصابين بالجوع المستتر صادم جداً. إذ تقدر اليونيسف حسب آخر البيانات المتوفرة أن 340 مليون طفل على الأقل ممن هم تحت سن الخامسة يعانون عوز المغذيات الدقيقة.¹

أما المكون الثالث فهو **زيادة الوزن**، والذي تعدد البدانة أشد صورته. فقد ارتفعت أعداد البدناء من البنات والأولاد بعمر 5-19 عاماً منذ منتصف سبعينيات القرن الماضي، بمقدار 10-12 ضعفاً على مستوى العالم.² وقد صارت زيادة الوزن التي كان ينظر لها لوقت طويل على أنها من أمراض الأغنياء، من أمراض الفقراء على نحو متزايد، ما يعكس التوافر الكبير لما تسمى "الحريرات الرخيصة" من الأطعمة المشبعة بالسكر والدهون في كل بلاد العالم تقريباً. ويرافقها ارتفاع خطر الإصابة بالأمراض غير السارية مثل النمط الثاني من داء السكري، وداء الشريان التاجي.

ويشير التحليل الذي أجري كجزء من دراسة العبء العالمي للأمراض إلى أن أنماط التغذية التي تفتقر إلى التغذية الكافية هي الآن السبب الرئيسي للوفاة في جميع أنحاء العالم.³

وخلف كل هذه الأرقام أرواح حقيقية لأطفال ونساء. فهم الأطفال الصغار الدارجون مثل الصغير متعب الذي شأنه شأن مئات آلاف الأطفال الآخرين في اليمن ممن اضطروا

إلى أن يعاركو الهزال الشديد للبقاء على قيد الحياة. وفي حين تمكن متعب من النجاة بنفسه فقد أخفق كثير من الأطفال غيره في ذلك ممن يعيشون في غمرة نزاعات وأزمات إنسانية حول العالم. وهم أيضاً الأطفال الرضع مثل جومار في الفلبين الذي يعيش بعيداً عن رحى الحرب إلا أنه يعاني من الهزال الشديد أيضاً. وهم أيضاً أبناء أمهات مثل أوروبا في تانزانيا ممن يذهبون إلى المدرسة خاوي البطون لأن أهاليهم لا يقدرين على شراء الطعام. وهم المراهقون مثل زاهفا في إندونيسيا، ممن لا يملكون الوقت الكافي لعمل التمرينات الرياضية، في حين تحيط بهم أصناف الأطعمة غير الصحية. وهم الأمهات مثل زاباثون في ريف لاوس التي عليها أن تحمل عبء إرضاع طفلها وإطعام أسرته علاوة على الأعباء التي يتطلبها عملها في الفلاحة.

ناجون لكن ليسوا على ما يرام

بوسعنا تلخيص حالة سوء التغذية عند الأطفال في القرن الحادي والعشرين بالعبارة التالية: إن عدد الأطفال الذين يتمكنون من البقاء على قيد الحياة في ازدياد، إلا أن عدد أولئك الذين تزدهر أحوالهم ضئيل جداً. فحالهم لا يزدهر في الأيام الأولى الحاسمة حين تكون الفرصة سانحة لوضع أسس النمو الجسماني والتطور العقلي طيلة الحياة. وحالهم لا يزدهر في المراحل الحاسمة الأخرى للنمو في فترتي الطفولة والمراهقة.

لسوء التغذية أسباب كثيرة. فحالة الأم الغذائية مثلاً أثر عميق في بقاء طفلها ونموه وتطوره، تماماً كآثر إرضاع الطفل في الساعات والأيام الأولى من عمره. كما أن أسباب سوء التغذية تتضمن أيضاً بالنسبة لأعداد كبيرة جداً من الأطفال الافتقار للخدمات الصحية الأساسية والماء النظيف والنظافة العامة الكافية، الأمر الذي قد يؤدي إلى إصابتهم بأمراض قد تحول دون قدرة الطفل على تمثّل المغذيات (انظر الفصل الثالث).

أياماً منه ولكنها مع ذلك مستساغة للغاية وكثيفة للغاية بالطاقة مع فقرها بالعناصر الغذائية الأساسية.⁷ وغالباً ما تغيب عن أنماط التغذية هذه الحبوب الكاملة والفواكه والمكسرات والبذور والخضروات وأحماض أوميغا 3 الدهنية.⁸

وهناك قلق متزايد حول تأثير أنماط التغذية هذه على صحة الإنسان. ومع أن جلّ التركيز منصب الآن على ارتفاع نسب زيادة الوزن والبدانة، لكن أنماط التغذية الحديثة لها يد أيضاً في قضية نقص التغذية. إذ تشير دراسة أجريت مؤخراً في نيبال إلى أن الأطفال دون سنّ الثانية يحصلون أحياناً على ربع مدخولهم من الطاقة من أطعمة كالبسكويت، والشعيرة سريعة التحضير، والمرطبات، ما يقلّل من استهلاكهم للأساسي من الفيتامينات والمعادن. وقد لوحظ أن الأطفال الذين يأكلون معظم هذه الأنواع من الوجبات الخفيفة والمشروبات هم أقصر من أقرانهم.⁹

تركيز أكبر على منظومات الأغذية

ليست الآثار الصحية لأنماط التغذية الحديثة مبعث القلق الوحيد بشأنها. ففي عالم يواجه أزمات بيئية متعددة، هناك أيضاً قلق بشأن استدامة أنماط التغذية هذه. إذ يمثل إنتاج الأغذية قرابة ثلث انبعاثات غازات الدفيئة و70% من استهلاك المياه العذبة، والطرق الحالية لإنتاج الغذاء هي السبب الرئيسي للتغير البيئي.¹⁰ فالهزّات التي تتعرّض لها المجتمعات من جراء المناخ، كالتوفانات مثلاً، تمتحن قدرتها على إطعام نفسها بنفسها، وترفع من خطر تعرّض الأطفال للأمراض المنقولة بواسطة الماء. وإن استمرت التوجهات الحالية فلن يزداد أثر إنتاج الطعام في البيئة إلا ارتفاعاً، لا سيما وأن الطلب على الغذاء سيزداد 50% على أقلّ تقدير بغضون منتصف القرن الحالي.¹¹ وسنضطرّ حينها لتلبية الطلب هذا في ظلّ عالم يشهد ارتفاعاً بطيئاً للوجع، رغم تراجع عقود مضت، حيث عانى 820 مليون إنسان نقص التغذية عام 2018.¹²

بيد أن فهم سوء التغذية قد بات يتطلّب، وبشكل متزايد، الحاجة للتركيز على الطعام وأنماط التغذية في كلّ مرحلة من مراحل حياة الطفل والمراهق. وتتضح الصورة لتكشف عن حال مثير للقلق: عدد كبير جداً من الأطفال لا يتناولون سوى القليل من الطعام الصحيّ في حين أنهم يتناولون كمّاً ضخماً من الأطعمة غير الصحية.

وهذه المشاكل تبدأ في وقت مبكر من عمر الطفل. إذ لا يحصل إلا اثنان فقط من أصل كلّ خمسة أطفال على الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر السّنة الأولى من عمرهم، ما يحرمهم من أفضل طعام يمكن أن يعطى لطفل. وأما "الأطعمة الأولى" (أي الأغذية المكتملة) التي ينبغي للأطفال بدء تناولها في الشهر السادس من حياتهم فهي لا تفي أيضاً، في جلّ الحالات، باحتياجات الأطفال. إذ يتناول أقلّ من واحد من أصل كلّ ثلاثة أطفال ممّن تتراوح أعمارهم بين 6-23 شهراً غذاءً متنوعاً قادراً على تغذية أجسامهم وأدمغتهم التي تكون آخذة حينها بالنموّ السريع. أمّا في حالة الأطفال الأشدّ فقراً، فالمعدّل يهوي إلى طفل واحد فقط من أصل كلّ خمسة. وبين الأطفال الأكبر سناً، فانخفاض استهلاك الفواكه والخضروات منتشر على نطاق واسع.⁴ هذا ينطبق أيضاً على العديد من المراهقين، إذ يتجاوز الكثير منهم بانتظام وجبة الإفطار ويستهلكون المشروبات الغازية والوجبات السريعة.⁵

تعكس أنماط تغذية الأطفال اليوم بشكل متزايد "التحول الغذائي" العالمي، حيث تتخلى المجتمعات عن أنماط التغذية الغذائية التقليدية والصحية في كثير من الأحيان لصالح أنماط التغذية الحديثة.⁶ بالنسبة للعديد من الأسر، وخاصة الأسر الفقيرة، فإن هذا يعني زيادة الاعتماد على الأطعمة عالية المعالجة، والتي يمكن أن تحتوي على نسب عالية من الدهون المشبعة والسكر والصوديوم مع كونها فقيرة في المغذيات الأساسية والألياف، وكذلك على الأطعمة "فائقة المعالجة"، والتي توصف بأنها تركيبات تحتوي على القليل من الطعام الكامل أو لا تحتوي

عدد كبير جداً من الأطفال لا يتناولون سوى القليل من الطعام الصحيّ في حين أنهم يتناولون كمّاً ضخماً من الأطعمة غير الصحية.

لجعل المنظومات الغذائية ذات نفع للأطفال، نحتاج لفهم الاحتياجات الغذائية الخاصة للأطفال في كل مرحلة من مراحل الحياة

وردًا على هذه التحديات، وضمن "عقد الأمم المتحدة للعمل من أجل التغذية"، فقد ازداد التركيز على دور **منظومات الأغذية** – التي تشمل جميع العناصر والنشاطات التي تنضوي تحت "إنتاج، وتصنيع، وتوزيع، وإعداد، واستهلاك الطعام" إضافة إلى آثار هذه الأنشطة، بما فيها التغذية والصحة.¹³ وبعبارة أخرى: كل شيء وكل شخص منخرط في عملية جلب الطعام "من الحقل وإلى الفم".

وقد أضحت المنظومات الغذائية اليوم أكثر تعقيداً. إذ تعبر الآن الحدود مواد غذائية أكثر، ويتركز الإنتاج في أيدي عدد قليل نسبياً من الشركات حيث تمثل 100 شركة كبيرة فقط 77% من مبيعات الأغذية المصنعة في جميع أنحاء العالم.¹⁴ وبالنسبة للأسر في جميع أرجاء العالم، فقد صار القطاع التجاري مضطرباً، وبشكل مطرد، بتزويدهم بالطعام الذي يأكلونه، بل وحتى برسم ما يشتهون أن يأكلوه من الأطعمة عبر الحملات التسويقية. ولذا ففهم كيفية عمل المنظومات الغذائية ضروري لتحسين أنماط التغذية.

وفي كثير من الأحيان لا تؤخذ مصالح مجموعة هامة جداً من البشر في الحسبان حين يتم تحليل المنظومات الغذائية، ألا وهم الأطفال. وفي ذلك إغفال خطير. فالأطفال مجموعة فريدة من البشر. وإن أنماط التغذية الفقيرة ستترك أثراً دائماً في نموهم الجسمي وفي تطوّر أدمغتهم. ولذا فعلياً أن نوليهم الاهتمام الأكبر حين نبحث في شأن منظومات الأغذية. إذا كانت المنظومات الغذائية تنفع الأطفال، فهي تنفعنا جميعاً.

تسخير المنظومات الغذائية لصالح الأطفال

تطرقت اتفاقية حقوق الطفل، قبل ثلاثين عاماً خلت، إلى ضرورة إعطاء الأطفال "ما يكفيهم من الطعام المغذي" لمكافحة سوء التغذية والأمراض. ولم يتغيّر الهدف هذا. لكنّ الذي تغيّر هو السياقات التي تولد فيها هذه الضرورة، كما تغيّر إدراكنا لمفصليّة المنظومات الغذائية، التي هي جزء من هذه الأهمية التركيبية لو جاز التعبير، ولحجم إغفالنا سابقاً لهذه القضية.

ولذا ينبغي علينا لتسخير المنظومات الغذائية لصالح الأطفال بشكل أفضل فهم الحاجات الغذائية الخاصة للأطفال في كلّ مرحلة من مراحل حياتهم، وخاصة في الأيام الـ 1000 الأولى – لكن في اليوم الـ 1001 أيضاً، ومن ثمّ في سنيّ الدراسة، إذ أن الطالب الذي يغدّى تغذيةً حسنة قادر على أن يركّز بشكل أفضل، وعلى أن يكسب قدرأً أكبر من العلم في الصفّ، وطيلة سنيّ يفوقه الهامة حين تتسارع عملية نموّه الجسمانيّ والعقليّ مجدداً، وحين تنشأ وتتسرّخ عاداته الغذائيّة لتبقى ملازمة له مدى الحياة.

ونحن بحاجة حتّى نسخر المنظومات الغذائية بشكل أفضل لصالح الأطفال لأنّ فهم هذه السياقات الأخذة بالتغيّر بسرعة هائلة والتي ترسم، وتعيد رسم، أنماط التغذية اليومية للأطفال. كيف لا والتغيّر المناخيّ والتوسع الحضريّ والعولمة يغيرون إلى أبعد حدّ طريقة أكل الأطفال ونوع أكلهم، ناهيك عن تغييرهم للقيم الاجتماعيّة والثقافية المرتبطة بالطعام.

ونحن بحاجة حتّى نسخر منظومات الأغذية بشكل أفضل لصالح الأطفال لأنّ تصدّي للتحديات التي يواجهها الأطفال واليافعون والنساء والعائلات في جميع أنحاء العالم – كالفقر الغذائيّ (إحياء المدن المقفرة من الطعام الطازج والصحيّ والتي لا تجد فيها إلا المعلبات)، والكلفة العالية للطعام الصحيّ، وضغط الوقت، وقلة وفرة الفواكه الطازجة والخضروات في الكثير من المجتمعات، والضغظ الذي يمارس على الكثير من الأطفال والمراهقين والعائلات عن طريق الحملات الدعائية والتسويقية.

وحتّى نسخر المنظومات الغذائية بشكل أفضل لصالح الأطفال، فنحن بحاجة لأن نعالج فضيحة عمالة الطفولة في الزراعة وإنتاج الطعام، والتي تحدد الأخطار بأكثر أنشطتها. فقد شهد عام 2016 انخراط 108 مليون طفل ممّن تتراوح أعمارهم بين 5–17 عاماً في الفلاحة، لتكون الفلاحة مسؤولة بذلك عن 71% من عمالة الأطفال.¹⁵



أب يحمل ابنته ذات الأشهر السبعة وهو يتجول في محل بقالة في مايلاند، كيب تاون، جنوب أفريقيا.
© UNICEF/UN0315717/Sokol

قد تتيح التغذية الجيدة كسر الحلقة المفرغة بين الأجيال التي يؤدي من خلالها سوء التغذية إلى إدامة الفقر، كما يديم الفقر سوء التغذية.

التي يؤدي من خلالها سوء التغذية إلى إدامة الفقر، كما يديم الفقر سوء التغذية. والأطفال الذين يحصلون على التغذية الجيدة لديهم أساس مكين يسمح لهم بتطوير كامل إمكاناتهم الكامنة. عندما يفعل الأطفال ذلك، ستتطور المجتمعات والاقتصادات بشكل أفضل.^{16، 17}

ويجب أن يكون هدفنا الذي سنضعه نصب أعيننا هو أن يكون للأطفال أنماط تغذية مغذية وآمنة وميسورة التكلفة ومستدامة. ■

كما أننا بحاجة حتى نسخر منظومات الأغذية بشكل أفضل لصالح الأطفال إلى أن تكفل مواومة نظم الأغذية لجميع النظم الأخرى التي لها أثر في حياة الأطفال بحيث لا يتعارض بعضها مع البعض الآخر. فعلى أنظمة الصحة، والمياه والصرف الصحي، والتعليم، والضمان الاجتماعي أن تعمل جميعاً معاً لإعطاء الأطفال وذويهم المعرفة، والدعم، والخدمات التي يحتاجونها لضمان أن نترجم أنماط التغذية إلى نمو وتطور أفضل.

عندما ينتفع الأطفال من منظومات الأغذية، فإننا جميعاً ننتفع. يمكن أن تؤدي التغذية الجيدة إلى كسر الحلقة المفرغة بين الأجيال

حول هذا التقرير

يعاين تقرير حالة أطفال العالم في إصداره لهذا العام قضية الأطفال والطعام والتغذية. ويسعى لتعميق فهم أسباب وعواقب سوء التغذية عند الأطفال بصورة كافية، كما يسعى لتسليط الضوء على أفضل الوسائل التي بوسع الحكومات والشركات التجارية والأسر وأصحاب المصلحة الآخرين اتباعها للتصدي لهذه المشكلة.

ينظر **الفصل الأول** في الهيئة المتغيرة لسوء التغذية لدى الأطفال اليوم. ويعرض للحالة الراهنة لنقص التغذية والجوع الخفي وزيادة الوزن في جميع أرجاء العالم، كما أنه يستكشف طبيعة حياة الأطفال المصابين بسوء التغذية الحادّ الوخيم. كما يقدم تقريراً عن كلفة سوء التغذية على الأطفال وعلينا جميعاً. إضافةً إلى أنه يطرح بعض الأفكار الرئيسية المتعلقة بمنظومات الأغذية بتفصيل أكبر.

ويستقصي **الفصل الثاني** سوء التغذية في مختلف مراحل حياة الطفل، بدءاً بتشكّله في رحم أمّه وحتى اللحظة التي يدخل فيها المراهق أو المراهقة سنّ الرشد. ويستكشف هذا الفصل آثار سوء التغذية على نموّ الطفل، والحاجات الغذائية الخاصة للأطفال في كلّ سنة من سنين طفولتهم، وأكبر المؤثرات في حاجاتهم الغذائية الخاصة هذه.

أمّا **الفصل الثالث** فيستقصي أمر سوء التغذية في عالم متغيّر. إذ أن العولمة والتوسّع الحضريّ قد غيّرا من أنماط التغذية للأطفال، في حين زادت الكوارث والنزاعات من سوء الفرص الغذائية لملايين الأطفال الفقراء والمحرومين. ولذا فإن أنماط التغذية الصحية ستبقى بعيدة عن متناول جيلّ المساكين من الأطفال ما لم يكن هناك تغيير جذريّ في منظومات الأغذية اليوم، الأمر الذي سيؤدّي بدوره إلى استمرار غبن هؤلاء الأطفال جيلاً بعد جيل.

يتفحص **الفصل الرابع** الحالة الراهنة لجهود التصدي لسوء تغذية الأطفال، بما فيها زيادة التركيز — على المستويين المحليّ والدوليّ — على أهمية معالجة سوء التغذية في شتى النظم، مع التشديد بشكل خاص على عمل المنظومة الغذائية يبدأ بيد مع أنظمة الصحة، والمياه والصرف الصحيّ، والتعليم، والضمان الاجتماعيّ، وعلى طرق تصدي أصحاب المصلحة المختلفين لهذه القضية.

أخيراً، يعرض **الفصل الخامس** جدول أعمال لوضع حقوق التغذية للأطفال أولاً (انظر الصفحة المقابلة). وتحدد برنامج العمل هذا ضرورتان. أولاًهما أن للأطفال حاجات غذائية خاصة، وأن سوء التغذية يجعلهم عرضةً لضرر بلّغ. وبناءً عليه فجعل حاجات الأطفال أثر ذي أثير أساس لا بدّ منه حتى يحصل كلّ طفل وكلّ يافع على أفضل انطلاقة ممكنة له في حياته. وثانيهما أن المجتمعات لن تنجح في التصديّ للتحديات الاقتصادية، والاجتماعية، والبيئية لعالمنا المتغيّر في القرن الحادي والعشرين ما لم تؤمن أنماط التغذية المغذية والأمنة وميسورة التكلفة والمستدامة لكلّ الأطفال واليافعين.

وضع تغذية الأطفال أولاً

1. تمكين الأسر والأطفال واليافعين من المطالبة بالطعام المغذي



يؤثر الطلب في العرض حيث يستجيب منتجو الغذاء لسلوك المستهلكين وما ترغب إليه نفوسهم. وحين تتوفر الخيارات الصحية وتكون مريحة، ومرغوبة، وفي متناول الشراء، يصبح بمقدور الأهالي وأولياء الأمور انتقاء الطعام الأفضل لأطفالهم. وحين يكبر الأطفال تنشأ المعرفة والمعلومات من أزرهم ليصبحوا عناصر ذوي قدرة كبيرة على التغيير في مجتمعاتهم. إن تشجيع الطلب على الأطعمة المغذية يستلزم لا تثقيف المستهلكين بفوائد أنماط التغذية الصحية وحسب، بل واستغلال شهوات الناس اجتماعياً وثقافياً أيضاً.

2. الدفع بتجّار الأطعمة للقيام بما هو خير للأطفال



إن الطلب وحده لا يكفي: بل يجب للطعام الصحي أن يكون متوفراً، وميسوراً، ومأموناً، وسهل التحضير. ولمنتجي وموردي الطعام دور رئيسي في ذلك، كما للحكومات دور مهم أيضاً، إذ أن من واجب الحكومات أن تضع جميع المنتجين والموردين على قدم المساواة، وأن تكفل أن نشاطاتهم منسجمة ومصالح الأطفال. إن منظومات الأغذية متنوعة وكذا الحلول متنوعة أيضاً، لكن لا مندوحة من جعل إنتاج واستهلاك الطعام مستدامين إذا ما أردنا حماية تغذية الأطفال في الحاضر والمستقبل.

3. إنشاء بيئات غذائية صحية لجميع الأطفال



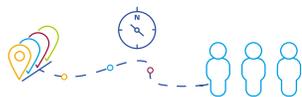
إن بيئات الطعام الشخصية والخارجية هي المكان الذي يتفاعل فيه الأطفال ومقدمو الرعاية لهم مع المنظومات الغذائية. أن البيئات الشخصية والخارجية هي المكان الذي يحتك فيه الأهالي وأطفالهم بالمنظومة الغذائية، لذا فرغم أن قوى العرض والطلب هي التي ترسم شكل البيئات الغذائية، إلا أن الإجراءات الملائمة للسياق مثل فرض وضع الملصقات المعرفّة بالمحتوى على وجه علب الأطعمة والأشربة، وحماية المستهلكين من التسويق التجاري الاستغلالي، من شأنها إقامة بيئات غذائية تعين على تحقيق أنماط التغذية الصحية للأطفال.

4. إعلان التعبئة للنظم الرافدة للارتقاء بالنتائج الغذائية لكل طفل



علاوة على تعبئة المنظومات الغذائية، علينا تعبئة أربع نظم أساسية أخرى إذا ما أردنا تقديم خدمات التغذية، وتحسين الممارسات الغذائية، وتحقيق النتائج الغذائية بالحجم المطلوب. إذ أن على جهود أنظمة الصحة، والمياه والصرف الصحي، والتعليم، والضمان الاجتماعي أن تتضافر كلها لعلاج الأمر. ومن شأن منهج تغذية الأطفال القائم على النظم هذا أن يكفل أن يوسع الأطفال وأسرهم الحصول على أنماط التغذية الصحية، وأن الأطفال يتلقون الخدمات الغذائية التي يحتاجونها لاستفراغ جميع طاقاتهم الكامنة.

5 | جمع وتحليل واستخدام البيانات ذات النوعية الجيدة والأدلة باستمرار للاسترشاد بها في الفعل وفي قياس التقدم المحرز



يمنع شخ البيانات الحكومات من التصدي لهذه القضية بالسياسات، والاستراتيجيات، والبرامج الناجعة. ولذا فتوفر البيانات الدقيقة في حينها ضروري لفهم سوء التغذية، ولاتخاذ الإجراءات المنسقة، والمبنية على البراهين لمحاكاة جميع الجهات الفاعلة. وينبغي بناءً عليه تطوير أساليب جمع المعلومات وتبويبها لتوسيع ما نعرفه عن غذاء الأطفال واليافعين والنساء وأنماط التغذية الخاصة بهم في كل مرحلة من مراحل حياتهم. وعلى نظم البيانات أن تصبح أكثر استجابة، كما أن علينا أن ننشأ ثقافة لمشاركة المعلومات ولشفافيتها.

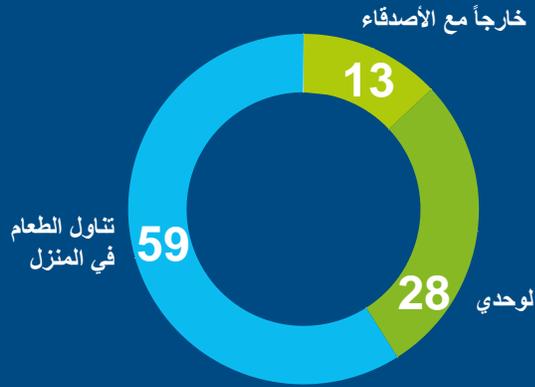
ما هي آراء الشباب في الغذاء والتغذية؟

أفصح أكثر من 150 ألفاً من المراهقين والشباب في أكثر من 35 دولة على منصة U-Report (أنت تبلغ) التابعة لليونسيف عن مواقفهم إزاء الغذاء والتغذية وصورة الجسم.

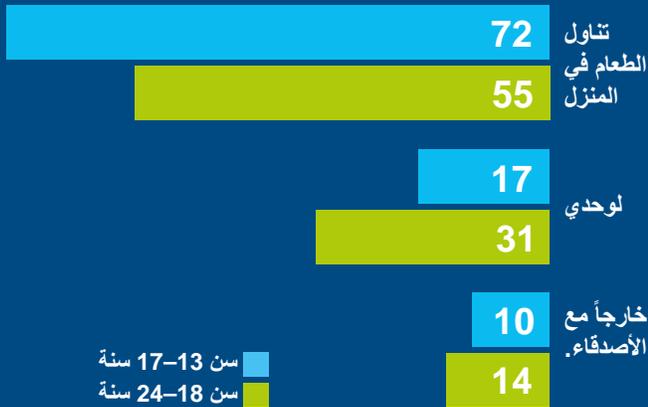
إن منصة U-Report هي أداة مبتكرة للرسائل الاجتماعية يستخدمها أكثر من 7 ملايين شاب في جميع أنحاء العالم لتبادل وجهات النظر حول مجموعة من المخاوف المشتركة.

تشير جميع الأرقام إلى النسبة المئوية للمستجيبين (قد لا يبلغ مجموع الأرقام 100% بسبب التقريب)

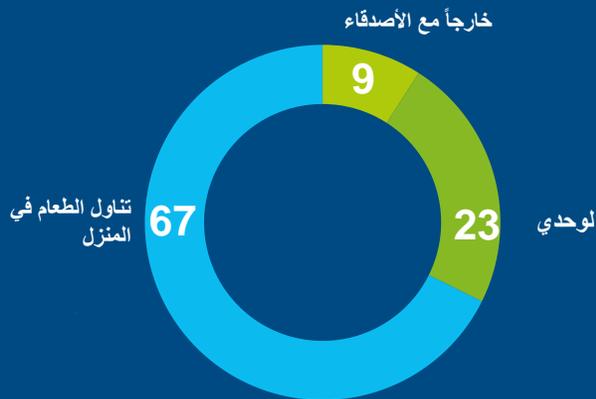
أين تأكل، في الغالب؟
يأكل معظم مراسلي U-Report في المنزل مع الأسرة.



يرجح أن يأكل مراسلو U-Report الأكبر سنّاً وحدهم.



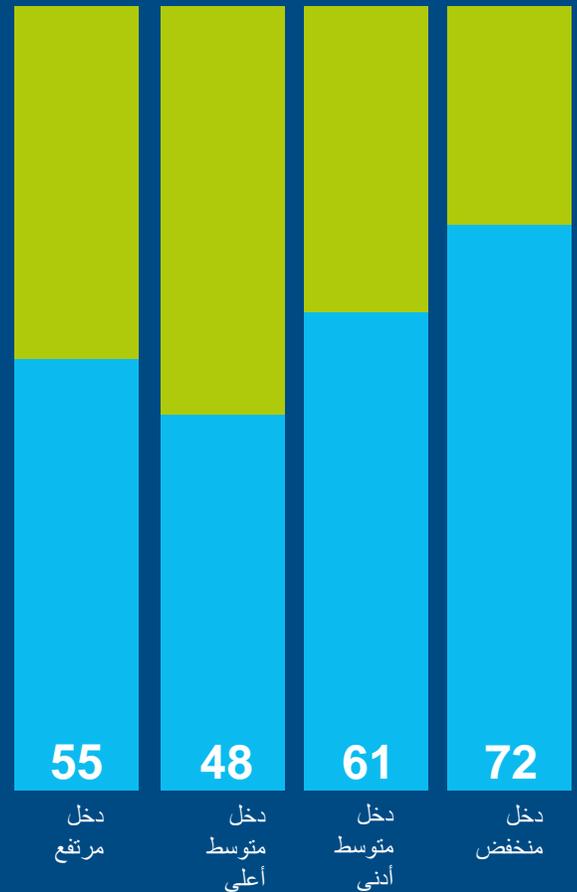
إن الأكل مع الأسرة يعني الأكل بصورة صحية أكثر.



أكثر من ثلثي مراسلي U-Report الذين يقولون إنهم يأكلون بصورة صحية يقولون إنهم يأكلون في المنزل مع أسرهم.

هل تأكل بشكل صحي؟

يقول معظم مراسلي U-Report، وخاصةً في البلدان منخفضة الدخل، إنهم يأكلون بصورة صحية.



ما الذي يمنعك عن الأكل الصحي؟

"غالباً ما يكون الغذاء الصحي باهظ الثمن، فلا تستطيع أسرتي تحمل تكلفته".
أنثى، 16 عاماً، إسواتيني

"لأن والدي لا يمتلك القدرة على شرائه وأنا طالب في الصف الحادي عشر شعبية العلوم".
ذكر، 17 عاماً، مالي

"الغذاء المغذي باهظ الثمن ونادر".
أنثى، 23 عاماً، الهند

"لا أستطيع شراء طعام صحي لأنني لا يمكنني تحمّل تكلفته. نأكل الخضروات والفواكه أحياناً، ولكن شراءها كل يوم مكلف جداً".
أنثى، 21، الفلبين

"ليس لديّ الوقت الكافي لطهي الطعام، وهناك نقص في المنتجات الطازجة والمفيدة حقاً على أرفف المتاجر".
أنثى، 19، أوكرانيا

"إن الأطعمة غير الصحية لذيذة للأسف".
ذكر، 16، البرازيل

"بسبب مظهر وطعم الطعام [الصحي]. فهو لا يبدو مبهج الألوان ولا طعم له".
ذكر، 18، تايلاند

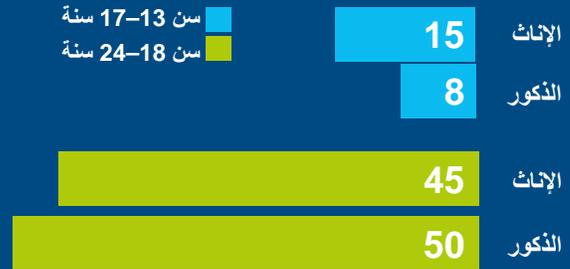
ما هو العامل الأكثر أهمية عندما تقرر الطعام الذي تتناوله؟

الصحة هي الشاغل الرئيسي في البلدان منخفضة الدخل والبلدان متوسطة الدخل من الشريحة الدنيا.



ولكن الطعم يأتي في المرتبة الأولى في البلدان ذات الدخل المتوسط من الشريحة العليا والدخل المرتفع.

ويمثل وزن الجسم أيضاً أحد الشواغل فيما يتعلق بالخيارات الغذائية.



من المرجح أن يقول مراسلو U-Report الأكبر سناً أن الوزن عامل مهم في اختيارات الطعام لديهم.

في البلدان مرتفعة الدخل، يمثل الوزن مصدر قلق لحوالي 3 من كل 5 إناث ولكن لحوالي 1 من كل 2 من الذكور فقط.

ما هي آراء الشباب في الطعام الصحي؟



شارك أكثر من 450 شاباً وفتاة من 18 دولة في حلقات عمل تقرير حالة أطفال العالم لعام 2019، وتحدثوا عما يأكلونه ولماذا. عقدت حلقات العمل جنباً إلى جنب مع حلقات مماثلة مخصصة للأمهات (انظر الصفحة 29). لقراءة الملاحظات حول منهجية حلقات العمل، انظر الصفحة 178. نقدم هنا تحليلاً أولياً لما قاله المشاركون في 12 بلداً حول العوائق التي تحول دون تناول الطعام بشكل صحي وكيف يحاولون تحسين أنماط التغذية الخاصة بهم. وسيتم نشر تحليل كامل في عام 2020. وقد تمت ترجمة الردود أو تحريرها للتوضيح، عند اللزوم.

هل يعرف الشباب الأطعمة الصحية؟

بشكل عام، أفاد المراهقون الذين شاركوا في حلقات العمل بأنهم يتخذون خيارات غذائية صحية أكثر من الخيارات غير الصحية.¹¹⁵ بعد أن وصفوا ما أكلوه على مدار 24 ساعة، طلب منهم تقييم ما إذا كانت الأصناف الصحية أو غير صحية. كانت تقييماتهم دقيقة لحوالي نصف العناصر، لكن غير دقيقة لحوالي الخمس. ولأقل من ثلث العناصر بقليل، لم يتمكنوا من تحديد ما إذا كان الخيار صحيحاً أو غير صحي. وبشكل عام، يبدو أن المراهقين لديهم فهم محدود للصفات الغذائية لأكثر من نصف الأطعمة التي يصادفونها.

ما الذي يمنع الشباب عن الأكل الصحي؟

أفاد العديد من المراهقين بأن الأطعمة المغذية لا تباع بالقرب من منازلهم:

"اللحوم غير متوفرة. لدينا المال لشراء اللحوم، لكن المكان بعيد جداً." فتاة، 14، غانا
"الغذاء غير الصحي أسهل في الوصول إليه." فتى، 17، عاماً، الولايات المتحدة الأمريكية

كانت سهولة الوصول إلى الغذاء الصحي والقدرة على تحمل تكلفته قضايا حاسمة بالنسبة للبعض. في السودان، كان احتمال اعتبار التكلفة عائقاً أمام الأكل الصحي لدى المراهقين في مخيم للاجئين أكبر بثلاثة أضعاف منه لدى المشاركين من المناطق الريفية. وكان تعذر الوصول إلى الغذاء الصحي من العوائق الرئيسية.

أشار المشاركون في حلقة العمل إلى دور الأهل ومقدمي الرعاية في تحديد ما يأكلونه. كما سلطوا الضوء على عامل ضيق الوقت بالنسبة لهم ولأولياء أمورهم:

"لا يطبخون اختياري من الطعام. والداي هما من يقرران ما سنأكله."
فتاة، 15، غانا

"أحياناً لا وقت لطهي الطعام، لذا أتناول الوجبات السريعة."
فتاة، 15، غواتيمالا

"الأمهات ليس لديهن وقت." فتى، 14، المكسيك

قال المراهقون إنهم يواجهون عوائق كبيرة تحول بينهم وبين الأكل الصحي. وكانت التكلفة والمذاق على رأس القائمة:

"نفكر إلى المال لنكون أصحاء... فأسرتنا غير قادرة على العثور على وظائف جيدة." فتاة، 16، الهند
"بعض المواد الغذائية يصعب تحمل تكلفتها." فتى، 16، عاماً، زيمبابوي

كثير من الأطعمة التي يظنون أنها صحية أغلى ثمناً:

"الغذاء الرخيص ليس صحيحاً والصحي ليس رخيصاً."
فتاة، 13، الصين

وقد كان المذاق عائقاً آخر:

"أنا حقا أحب الوجبات السريعة." فتاة، 14، عاماً، غواتيمالا
"عاماً، الغذاء الصحي ليس لذيذاً." فتاة، 14، عاماً، فيرغيزستان

كان المذاق عاملاً مهماً بشكل خاص للمشاركين من المناطق الحضرية. أشار البعض إلى أن تفضيلاتهم الغذائية قد تأثرت بتوفر الوجبات السريعة بسهولة:

"لا نقبل على تناول الطعام الصحي لأننا سبق أن ذقنا الوجبات السريعة وأصبحنا لا نقبل إلا عليها." فتى، 14، سنة، الهند



© UNICEF/Escobar/2019

كيف يحاول المراهقون تحسين أنماط التغذية الخاصة بهم؟

قال البعض إنهم يتناولون الأطعمة التي يعتبرونها صحية حتى لو لم تكن لذيذة جداً:

"يمكنني تحمل المذاق الكريه، لأجل صحتي". فتاة، 17 عاماً، مصر

في البلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى، كان السعي للحصول على عمل استجابةً مهمة لارتفاع تكلفة الغذاء:

"بما أنه لا يوجد لدي مال لشراء الطعام، يتعين عليّ العمل لحصول على المال اللازم لشرائه". فتى، 14 عاماً، غانا
"إذا وجدت عملاً فسأحصل على المال لأشتري الطعام لأسرتي.
فتى، 13 عاماً، السودان

كان توفير المال وتناول الطعام المنتج في المنزل والمطبوخ في المنزل من بين الحلول الأخرى:

"أحياناً أوفر بعض المال خلال الأسبوع كي أتمكن من شراء طعام صحي". فتاة، 16 عاماً، صربيا
"أنا ... أزرع الفاكهة والخضروات". فتى، 15 عاماً، غواتيمالا

أفاد شباب من جميع البلدان التي شملها الاستطلاع بأنهم اتخذوا إجراءات شخصية لتناول طعام صحي بصورة أفضل. قال الكثيرون منهم إنهم يقدرون أهمية الأكل الصحي ويضعون أهدافاً شخصية لأنفسهم:

"أذكر نفسي بإعطاء الأولوية لصحتي في وجبة واحدة على الأقل يومياً". فتاة، 18 عاماً، الولايات المتحدة الأمريكية

"أحاول وضع خطة أفضل لما سأفعله خلال اليوم لتجنب تلك الأنواع من الأغذية [غير الصحية]". فتاة، 15 عاماً، صربيا

أدرك المراهقون عموماً أن بعض المواد الغذائية ليست صحية، واتخذوا خطوات فعالة لتناول كميات أقل من الأطعمة غير الصحية:

"أتجنب الأشياء التي ستؤثر فيّ بدرجة كبيرة ... الوجبات السريعة والطعام الذي يباع في الشوارع". الفلبين، لم يتم ذكر العمر أو الجنس
"أدير وقتي جيداً كي يتوفر لدي الوقت الكافي لتناول الطعام والبدء بطهي طعامي بنفسي". فتاة، 13 عاماً، الصين

أحياناً يتجنب الشباب الطعام غير الصحي بمحاولة صرف انتباههم عنه:

"إذا شعرت بميل للإفراط في الأكل، فقد أذهب لنزهة، أو أخذ غفوة، أو اتصل بصديق، أو أتحدث مع أمي. أفكر بالندم الذي سأشعر به لاحقاً".
فتاة، 17 عاماً، الولايات المتحدة الأمريكية



© UNICEF/China/2019/Ma Yuyuan

ما هي الأفكار التي لدى الشباب لتحسين التغذية؟

"نحن بحاجة إلى أن يتحدث قادة المجتمع مع أولياء الأمور.
"استجابة جماعية، غانا"

"منع بيع الطعام غير المأمون". استجابة جماعية، صربيا
... وللشباب دور أيضاً:

"تكوين مجموعات شباب تعاونية تتعامل مع قضايا الغذاء
والصحة". استجابة جماعية، زيمبابوي

"يمكننا نشر الوعي اللازم لحل المشكلات. وكتابة لافتات.
يمكننا إنشاء مجموعات واتس-أب مخصصة لحل
المشكلات". استجابة جماعية، مصر

أبرز المشاركون في حلقة العمل الحاجة إلى زيادة المعرفة
والوعي بأنماط التغذية وبالتغذية:

"تثقيف الناس. حث الناس على تناول وجبات صحية. عقد
اجتماعات في مكتبة القرية". استجابة جماعية، مصر
"ابق على اطلاع عبر الصحف والإنترنت وقم بشراء
طعامك وفقاً لذلك". فتى، 13، الصين

قال الشباب أن على الحكومات والمؤسسات وقادة المجتمع
الاضطلاع بدور كبير...

ملخص

هناك مراقبون أكثر
يقدرون أهمية الأكل
الصحي ويبدلون جهدهم
لتحسين أنماط التغذية
التي يتبعونها. ولكن
العديد منهم يواجهون
عوائق كبيرة، لا سيما
فيما يتعلق بالتكلفة
وإمكانية الحصول
على الغذاء الصحي.

« ما هي تحديات التغذية التي تواجهها الأمهات؟



شاركت أكثر من 320 امرأة في 18 دولة في حلقات عمل حالة أطفال العالم 2019 للحديث عن كيفية تغذية أطفالهن وأنفسهن. عقدت حلقات العمل، التي نظّمت بالتنسيق بين المكاتب القطرية واللجان الوطنية لليونيسيف وجامعة غرب سيدني (WSU)، إلى جانب فعاليات مماثلة للشباب (انظر الصفحة 26). لقراءة الملاحظات حول منهجية حلقات العمل، انظر الصفحة 178. تقدم هنا تحليلاً أولياً لما ذكرته الأمهات المشاركات في 12 دولة حول ممارساتهن في تغذية أطفالهن الرضع والعقبات التي يواجهنها في إطعام أطفالهن وأنفسهن بشكل جيد. وسيتم نشر تحليل كامل في عام 2020. وقد تمت ترجمة الردود أو تحريرها للتوضيح، عند اللزوم.

ما هي ممارسات الأمهات في تغذية أطفالهن الرضع؟

توصي منظمة الصحة العالمية بإرضاع الأطفال رضاعة طبيعية حصرية لمدة الأشهر الستة الأولى من العمر، ثم إدخال الأطعمة الأولى (أو التكميلية) لتحل تدريجياً محل حليب الأم بين عمري 6-23 شهراً. تشير نتائج حلقة العمل إلى أن ممارسات التغذية في العديد من الحالات ليست مثالية. جميع النساء تقريباً أرضعن إما عقب الولادة أو خلال عشرة الأيام التي تتلوها.¹¹⁶ ومع ذلك، أدخلت حوالي 2 من بين كل 5 أمهات بدائل حليب الأم (BMS) عندما بلغ الطفل 8 أسابيع من العمر، وكان معظمهن يجمع ما بين حليب الأم وبدائله (مع أطعمة سائلة أخرى غالباً) قبل أن يبلغ الطفل 6 أشهر. قدمت معظم الأمهات الأطعمة الأولى في عمر 6 أشهر، ولكن خمسين بشأن ذلك قبل أن يبلغ عمر الطفل 5 أشهر. وقد انتظر البعض حتى صار عمر الطفل بين 7-9 أشهر.

ما الحواجز التي تواجهها الأمهات في إطعام أطفالهن بشكل سليم؟

- على العموم، كان العائق الرئيسي أمام إطعام الأطفال بشكل جيد هو المال:
- "لا أستطيع أن أشتري لطفلي حتى الأغذية غير الصحية، ليس لدي مال". عمر 20 عاماً، زيمبابوي
 - "المال! لا أستطيع شراء الطعام لإطعام الطفل". عمر 25 عاماً، الهند
 - "لا مال في المنزل". عمر 24 عاماً، غانا
- غالباً ما رددت الأمهات مفهوم إحدى المشاركات في حلقة العمل عمرها 38 عاماً في الولايات المتحدة، حيث قالت: "الغذاء الصحي غالي الثمن".
- "في أستراليا، العديد من الأشياء غالية الثمن، مثل الأسماك والخضروات واللحوم. ينبغي أن تكون رخيصة ليتمكن الجميع من شرائها". عمر 29 عاماً، أستراليا
 - "في بعض الأحيان، بعض الأطعمة غالية الثمن". عمر 22 عاماً، المكسيك
- كما تعد سهولة الوصول ومدى التوفر عوائق أيضاً:
- "في بعض الأحيان لا يتوفر طعام صحي في المنزل". عمر 28 عاماً، مصر
 - "من الصعب ركوب سيارة للذهاب لشراء الطعام". عمر 30 عاماً، غانا
 - "من الصعب الحصول على الفواكه والخضروات والبطيخ والشمام والخيار والجزر". عمر 22 عاماً، غواتيمالا
 - "أبلغت الأمهات عن تحديات في التغذية عندما يكره الطفل بعض الأطعمة، أو يكون انتقانياً أو مريضاً بعض الشيء.
 - "طفلي لا يحب الطعام الصحي". عمر 24 عاماً، مصر
 - "لا يريد الأطفال تناول الطعام الصحي، يضايقوننا ويشرعون في البكاء". عمر 25 عاماً، الهند
 - "أجد صعوبة في العثور على طعام يرتضيه طفلي فهو لا يقبل كل أنواع الطعام." عمر 29 عاماً، السودان



© UNICEF/Baddoo/2019

ذكرت الأمهات أيضاً أنه عليهن التعامل مع نصائح غير مرغوب فيها تأتي من أفراد الأسرة:

"حماتي تريد إطعام طفلي البالغ من العمر 8 أشهر "الكونغوي" [نوع من عصيدة الأرز] كل يوم حيث تعتقد أن مثل تلك الأطعمة تكون سهلة الهضم. أريد أن يحصل طفلي على كل أنواع الطعام". عمر 27 عاماً، الصين

"جدة زوجي تخبرني بما ينبغي أن أأطعم طفلي". لم يتم تحديد العمر، المكسيك

"طفلي لا يحب الرضاعة من الثدي". عمر 29 عاماً، الصين

"عندما لا يكون الطفل على ما يرام أو يكون في طور التسنين، فإنه يصعب إرضاعه". عمر 20 عاماً، غانا

ما العوائق التي تواجهها الأمهات في إطعام أنفسهن بشكل جيد؟

"أتناول طعاماً صحياً عندما يكون متاحاً. عندما لا يكون الأمر كذلك، فإنني أكل ما هو متاح". عمر 20 عاماً، زيمبابوي

"من الأسهل الحصول على أطعمة أخرى [على عكس الأطعمة الصحية]". عمر 19 عاماً، المكسيك

"المسافة بعيدة بين السوق والمنزل". عمر 26 عاماً، السودان

تماماً كما هو الحال مع أطفالهن، ذكرت الأمهات أن التكلفة هي أكبر عائق أمام جهودهن لتناول الطعام الصحي، يليها إمكانية الحصول على ذلك الطعام ومدى توفره:

"قلة المال ... إذا كان لدي مال، فسأشتري الطعام وأعدّه كما ينبغي للأمر أن تفعل". عمر 25 عاماً، غواتيمالا

"في بعض الأحيان أفقر إلى المال لشراء بعض الأطعمة الصحية". عمر 25 عاماً، قرغيزستان



ما هي الحلول التي تراها الأمهات للعوائق التي يواجهنها؟

حددت الأمهات مجموعة من الحلول الإبداعية للعوائق التي يواجهنها في إطعام أطفالهن وأنفسهن، بما في ذلك كسب دخل إضافي وزراعة الطعام بأنفسهن:

"يمكننا زراعة الذرة وبيعها للحصول على المال؛ وكذلك زراعة الخضروات وبيعها؛ وبيع الهواتف المحمولة؛ وبيع الملابس مقابل المال". عمر 20 عاماً، زيمبابوي

"يمكننا زراعة الطعام". عمر 26 عاماً، زيمبابوي

للتغلب على تفضيلات الأطفال لبعض الأطعمة وانتقائيتهم، اقترحت الأمهات مجموعة من الحلول الإبداعية:

"أسمح لطفلي بمشاهدة الرسوم المتحركة أو الشخصية بالشخصية، أحاول أن أسليها أثناء الرضاعة". عمر 34 عاماً، صربيا

"أضع الخضروات المهروسة في العصيدة وأطعمها لطفلي عندما يبدأ في الكلام". عمر 35 عاماً، الصين

"أخلط الفاكهة ثم أضعها في الكعكة. أقوم بمزجها مع بعض المواد الغذائية التي تحبها طفلي". عمر 25 عاماً، صربيا

للتعامل مع النصائح غير المرغوب فيها والتي تأتي من أفراد العائلة، قالت معظم الأمهات إنهن حاولن تجاهلها، رغم أن ذلك لم يكن ممكناً دائماً:

"نصحتني أُمي بإعطاء طفلي البالغ من العمر أسبوعاً بعض العصيدة، ولكنني تجاهلتها". لم يتم تحديد العمر، أستراليا

"أبنت حماتي على القول باستمرار إنني لا أملك كمية كافية من الحليب، وفي النهاية توقفت عن الرضاعة الطبيعية". عمر غير محدد، أستراليا

ملخص

التكلفة الباهظة هي إلى حد بعيد أكبر عقبة تعيق الأمهات عن تناول وتقديم الطعام الصحي، ويليها عدم توفر الأغذية الصحية وصعوبة الوصول إليها. وقد ذكرت العديد من الأمهات مجموعة من التحديات الأخرى، منها كراهية الصغار لبعض الأطعمة، وطبيعتهم الانتقائية، والضغط الأسري.

مقالة رأي

صون حقّ الأطفال في الإطعام والتغذية



هلال إبلفر

مقررة الأمم المتحدة الخاصة
المعنية بالحق في الغذاء

إلى تقديم المعلومات الغذائية والتّقييف الغذائي. وعلاوة على ذلك فلأطفال حقّ الحماية الاجتماعيّة، والمستوى المعيشيّ السويّ، وعدم التمييز. ويكتسب الحقّ الأخير هذا أهميّة خاصّة حين يتعلّق الأمر بدرء التمييز والعنف عن الإناث القاصرات وبدرئه عن أطفال السكان الأصليين وأبناء المجتمعات الريفية.

إن الجوع وإن كان أمده قصيراً مضرّاً بنموّ الطفل. وقد أدركت اتّفاقيّة حقوق الطفل مكن الهشاشة هذا بغضّ النظر عن السنّ، حيث تشير إلى الحاجة لمساندة من يعول الطفل ويعتني به، ولتقديم الرعاية الصحيّة اللائقة للأمّهات قبل الولادة وبعدها. وهذا أمر قد عزّزته اتّفاقيّة القضاء على جميع أشكال التمييز ضدّ المرأة، والتي أعطت النساء حقوقاً خلال فترة الحمل والقطام. إلا أن تلك الاتفاقيّة قد قصرت للأسف عن حماية حقّ النساء المستقلّ في الطعام والتغذية الوافيين، والذي يتعدى حقوق الأمّهات فقط. فقد ثبت أن إعطاء المرأة استقلالها الذاتي لاتخاذ القرارات التي تمسّ حياتها اليوميّة، والحرية للتمتّع بحقوقها الأساسيّة يعود بالنفع على الصحة التناسلية، وعلى تغذية الأسرة، ورفاه الطفل.

وقد أصدرت لجنة حقوق الطفل على مرّ السنين عدداً من 'التعقيبات العامّة' لمساعدة الدول على تطبيق هذه السياسات. فالتعقيب العام رقم 15 مثلاً يؤكّد على الحماية الاجتماعيّة، وعلى إطعام الطّلاب في المدارس،

أن يعاني الكثير من الأطفال حول العالم من سوء التغذية لأمر يجب أن يقصّ مضاجعنا جميعاً. فحال كهذا يستوجب ردّاً تخطيطياً عازماً وفعالاً—ردّاً لا يمكن أن يأتي إلا إن وجدت الإرادة السياسيّة لحماية حقوق الأطفال الإنسانيّة، وعلى رأسها الحقّ في الحصول على الطعام الكافي الذي يقيهم عائلة الجوع ويتضمّن الطعام المغذّي عنصراً أساسياً من عناصره. ويستلزم الحفاظ على هذا الحقّ أن تكفل الدول للجميع—بمن فيهم الأطفال—الحصول على طعام يفي بحاجاتهم الغذائيّة، ويكون سليماً، وملانماً لتقافتهم، وذلك أضعف الإيمان.

وعلى الدول أن تتصدى أيضاً للأسباب البيويّة والجذريّة للجوع وسوء التغذية من وجهة نظر تأخذ بحقوق الإنسان في عين الاعتبار، وتسترشد بالمبدأ القاضي بأن حقوق الأطفال الاقتصاديّة والاجتماعيّة والثّقافيّة واحدة لا تتجزّأ، وهو المبدأ الذي ارتكزت عليه اتفاقيّة حقوق الطفل، التي تحلّ ذكراها الثلاثون هذا العام. وما من مكان ألحّ لهذا الترابط من الحقّ في التغذية، كيف لا وهو يشمل، مثلاً، الحقّ في الماء النظيف، والصّحة، والمستوى المقبول للمعيشة، وكلها شروط لا يمكن بدونها إعمال الحقّ في التغذية إعمالاً كاملاً.

كما أن اتّفاقيّة حقوق الطفل قد كفلت حصانات أخرى للأطفال لتضمن حقّهم في التمتع بأفضل مستوى صحّيّ ممكن. فقد طالبت الدول مثلاً باتّخاذ إجراءات لمكافحة الأمراض وسوء التغذية، من بينها تقديم الأطعمة المغذّيّة بقدر كاف، إضافةً

تشغل هلال إبلفر منذ عام 2014 منصب مقررة الأمم المتحدة الخاصة المعنية بالحق في الغذاء وهي مسؤولة عن إعمال حقّ التغذية الذي أقره مجلس حقوق الإنسان للأمم المتّحدة. وهي أيضاً أستاذة في القانون الدوليّ وزميلة دوليّة مميّزة في مركز ريزنك للقانون والتخطيط الغذائي التابع لكلية الحقوق في جامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس (UCLA)، كما أنها أستاذة باحثة في جامعة كاليفورنيا في سانتا باربرا والتي تحمل فيها صفة "الأستاذ الزائر المميّز" منذ عام 2002.



© UNICEF/UN0315970/Pirozzi

ولسلامة البيئة الطبيعية التي يحيون فيها، ارتباطاً وثيقاً بحق الحياة والبقاء. وبداً، فحتى يكون تعاطينا مع قضية تغذية الطفل قائماً على مبادئ حقوق الإنسان فنحن بحاجة لفهم لا لبس فيه للعلاقة بين التدهور البيئي، وتوفر الموارد الطبيعية، وحقوق الأطفال في الإطعام والتغذية.

أن ضمّ صكوك حقوق الإنسان هذه مع الوثائق ذات الصلة شبه القانونية مثل "الإرشادات الطوعية لدعم الأعمال المطّرد للحقّ في الغذاء الكافي في سياق الأمن الغذائي القومي" وتحويلها إلى خطط حكومية من شأنه أن يكفل ألا يُغفل الأطفال الريفيون، وأطفال المهاجرين والنازحين داخلياً، والأطفال الذين تضرّروا جراء نشوب النزاعات، وجراء التغيّر المناخي، كما أن من شأنه أن يعين الدول على ضمان الحقّ في الإطعام والتغذية حتى لأكثر المجتمعات تهميشاً. وهكذا فالتعاطي مع قضية حقّ الطفل في الإطعام والتغذية من منظور يركّز على حقوق الإنسان ويعالج القضية بجميع جوانبها، يتطلّب حكماً رشيداً وإرادةً سياسيةً على المستويين المحلي والدولي. ومتى استوفينا الإرادة السياسية تلك، فعندئذ يصبح تعزيز المشاركة، والمساءلة، والرّقابة والشفافية، الخطوات الأولى على طريق تطبيق مبادئ حقوق الإنسان على نحو فعال. ■

وعلى الإجراءات الوقائية ضدّ جميع أشكال سوء التغذية. كما يطالب ذات التعقيب الدول بالحدّ من تعريض الأطفال لإعلانات المأكولات الضارّة، ويطالب الشركات الخاصة بالتقيّد بالقواعد الدولية لتسويق بدائل لبن الأم، وقرارات جمعية الصحة العالمية ذات الصلة.

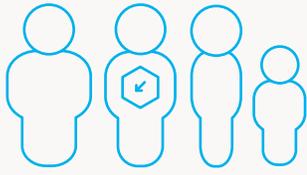
وإذ يقرّ التعقيب العام رقم 7 بأهميّة الرضاعة الطبيعية فنصّه يدعو إلى الحضّ عليها وحمايتها، مصدّقاً بذلك توصيات منظمة الصحة العالمية عن الرضاعة الطبيعية الحصرية. ومع ذلك فكثير من الأمهات العاملات ما زلن يواجهن عقبات كبيرة للقيام بذلك، يعود جزء منها في أغلب الأحيان لتنعاس الحكومات عن منح إجازات أمومة كافية من شأنها حماية الأمهات والأطفال على حدّ سواء.

وتغطّي التعقيبات العامّة الأخرى أثر نشاطات القطاع الخاصّ على الموارد الطبيعية التي نحتاجها لإنتاج كمّيات وافية من الطعام (رقم 16)، والمخاطر الكبيرة لسوء التغذية لدى الأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز (رقم 3). ويجدر ذكر التعقيب العام رقم 11 والذي يركّز - إلى جانب إعلان الأمم المتّحدة بشأن حقوق الشعوب الأصليّة - على أطفال السكّان الأصليين، الذين ترتبط عندهم الأهميّة الثقافيّة لأرضهم التاريخيّة،



سوء التغذية
عند الأطفال اليوم

01



- ◀ لا يزال الكثير من الأطفال يتأثرون بنقص التغذية وبالجوع المستمر، في حين أن أعداد الذين يعانون من زيادة الوزن تتزايد بسرعة.
- ◀ إن سوء التغذية هو نتيجة وسبب هام للفقر والحرمان.
- ◀ توفر المنظومات الغذائية مجموعة من نقاط الدخول المهمة لتحسين تغذية الأطفال.
- ◀ يجلب الاستثمار في التغذية عائدات عالية وهو أساسي لتحقيق أهداف التنمية المستدامة.

عالمياً، يعاني نحو 200 مليون طفل دون سن 5 سنوات من التقزم والهزال أو كليهما معاً، ويعاني ما لا يقل عن 340 مليون طفل من الجوع المستمر الناجم عن نقص الفيتامينات أو المعادن. وفي الوقت نفسه، يعاني أكثر من 40 مليون طفل دون سن 5 سنوات من زيادة الوزن، كما لا تنفك تتعاظم الخسائر الناجمة عن زيادة الوزن والبدانة، حتى في البلدان المنخفضة الدخل. وتعكس هذه الأنماط العبء الثلاثي الهائل لسوء التغذية والذي يهدد بقاء الأطفال والأمم ونموهم وتطورهم.

تتضافر المكونات الثلاثة لسوء التغذية: نقص التغذية والجوع المستتر وزيادة الوزن.

مقدمة

لسوء التغذية لدى الأطفال في القرن الـ 21 ثلاثة مكونات رئيسية. الأول هو البلاء المستمر المتمثل في نقص التغذية. وبالرغم من تراجع معدلات نقص التغذية في بعض أجزاء العالم، إلا أنه يحرم عدداً هائلاً من الأطفال من الطاقة والمغذيات التي يحتاجونها للنمو السليم، وهو يتسبب بأقل قليلاً من نصف الوفيات السنوية بين الأطفال دون سن 5 سنوات¹ والمكون الثاني هو الجوع المستتر – وهو النقص في الفيتامينات والمعادن الأساسية من قبيل فيتامين ألف وفيتامين باء والحديد والزنك. وبما أنه جوع مستتر، وغالباً عرضة للتجاهل، فإنه يسلب الأطفال صحتهم وحيويتهم ويحرمهم حتى من حياتهم. أما المكون الثالث فهو زيادة الوزن، وشكله الأشد، ألا وهو البدانة. كانت ظاهرة زيادة الوزن تعتبر في الماضي علامة على الثراء، إلا أنها باتت تصيب عدداً متزايداً من الأطفال، حتى في بعض أقل بلدان العالم نمواً. كما تساهم في مرحلة لاحقة من الحياة في زيادة الأمراض غير السارية المتصلة بأنماط التغذية من قبيل أمراض القلب، وهي السبب الرئيسي للوفيات في جميع أنحاء العالم².

تتضافر المكونات الثلاثة لسوء التغذية: نقص التغذية والجوع المستتر وزيادة الوزن. ويمكنها أن تؤثر على الأطفال والأسر والمجتمعات المحلية في وقت واحد وأن تؤثر على الفرد على امتداد حياته. وهي تترك تبعات هائلة، ليس فقط على آفاق الطفل – أثناء الطفولة نفسها وعند البلوغ – ولكن أيضاً على التنمية الاقتصادية الوطنية وتحقيق أهداف التنمية المستدامة.

وتتشترك أشكال سوء التغذية هذه بالعديد من الأسباب المشتركة. وهي تبدأ بأنماط التغذية عند الأطفال والأمهات، وتمتد إلى طرق توزيع إمكانية الحصول على الغذاء ويسر كلفته، والقدرة على اتخاذ القرارات في مجتمعاتنا. وبات يتضح على نحو مطرد أنه ما عاد بوسعنا التفكير بجنور هذه المكونات الثلاثة لسوء التغذية دون التحدث عن منظومات الأغذية – أي كل ما يتم فعله لجلب الطعام "من المزرعة إلى

المائدة". وقد أخذ وضع سوء التغذية لدى الأطفال في القرن الحادي والعشرين يعكس على نحو متزايد الواقع بأن العديد من منظومات الأغذية تزود الأطفال بكمية ضئيلة من الغذاء الذي يحتاجونه، وكمية كبيرة من الغذاء الذي لا يحتاجونه.

سوء التغذية عند الأطفال اليوم

نقص التغذية: التقزم والهزال

يؤثر نقص التغذية تأثيراً شديداً على بقاء الأطفال ونموهم وتطورهم. وثمة شكلان من أشكال نقص التغذية هما بين أهم أشكاله: التقزم (أو القزامة، ويسمى أحياناً توقف النمو)، والهزال.

التقزم

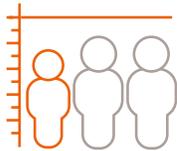
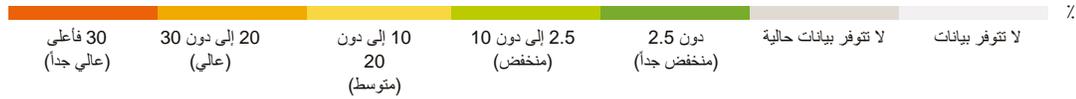
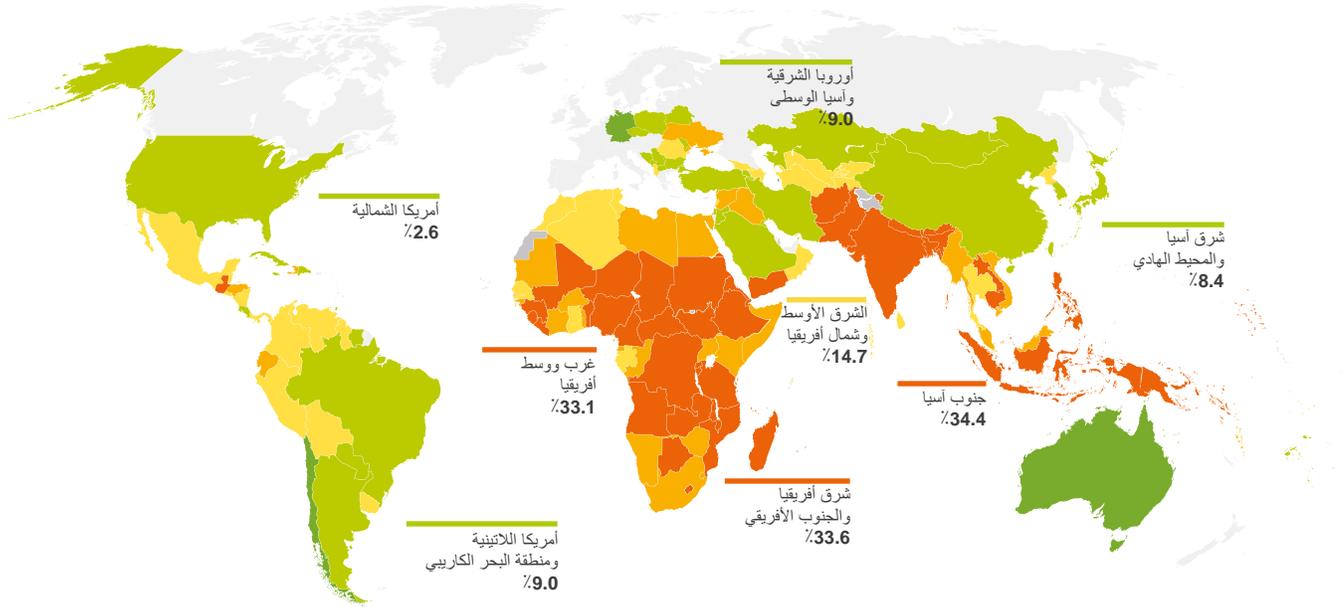
إن التقزم هو مصطلح يستخدم لوصف فئات الأطفال القصار على نحو مفرط بالنسبة لأعمارهم. بيد أن التقزم يتعلق بأمر تفوق كثيراً مجرد طول الطفل الفرد – فهناك أطفال طوال القامة وآخرون قصار في كل مجتمع محلي. فالتقزم يمثل علامة صارخة على أن أطفال مجتمع محلي ما لا ينمون نمواً جيداً بدنياً وعقلياً، خصوصاً خلال الأيام الـ 1000 الأولى من حياة الطفل. وقد وصف التقزم بأنه "المؤشر العام الأفضل" لعافية الأطفال، وبأنه يقدم "صورة دقيقة" لانعدام المساواة في المجتمعات³. وعلى حد تعبير أحد التقارير، فإن التقزم "يمثل عرضاً من أعراض الحرمان في الماضي وفي الوقت نفسه أداة لتوقع الفقر المستقبلي⁴.

ولكن، وللأسف، لا يعرف المدى الحقيقي لانتشار التقزم في العديد من المجتمعات المحلية، خصوصاً تلك التي يكون قصر القامة شائعاً فيها⁵. وتؤدي جوانب الإخفاق هذه إلى تبعات على نماء الأطفال تستمر مدى الحياة، وهي بالتالي مشكلة خطيرة ليس فقط على عافية الأطفال الأفراد، بل أيضاً على التنمية الاقتصادية والاجتماعية الأوسع.

أين يعيش الأطفال الذين يعانون من التقزم؟

الشكل 1-1 | نسبة الأطفال المصابين بالتقزم من الأطفال دون سن 5 سنوات، 2018

المجموع الكلي للتقزم 21.9٪
(149 مليون)



في جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، 1 من كل 3 أطفال دون سن 5 سنوات مصاب بالتقزم



ملاحظة: البيانات القطرية هي أحدث تقديرات متاحة بين عامي 2000 و2018؛ وحينما لم تتوفر إلا بيانات من قبل عام 2000، تم استخدام اللون الرمادي الدال على اللدالة على عدم وجود بيانات حديثة. إن التسميات المستخدمة وطريقة تقديم المواد في هذا المنشور لا تعبر عن أي رأي كان من جانب منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) فيما يتعلق بالوضع القانوني لأي بلد أو إقليم، أو سلطاته، أو بترسيم حدوده.

المصدر: UNICEF/World Health Organization/World Bank Group Joint Malnutrition Estimates, 2019 edition.

برغم الانخفاضات المشجعة في التقرم، فمعظم بقاع العالم ليست في طريقها للوفاء بأهداف التنمية المستدامة للفترة المحددة فيها.

تبدأ أسباب التقرم، كما هي حال الأشكال الأخرى لسوء التغذية، مع الوضع التغذوي للأم. فالأمهات اللاتي عانين من التقرم في طفولتهن معرضات لخطر أكبر بتنشئة أطفال يعانون من التقرم. كما أن قصيرات القامة من النساء أكثر عرضة لولادة أطفال خدج أو أطفال ذوي وزن منخفض عند الولادة، ومن المرجح أن يعاني هؤلاء الأطفال بدورهم من التقرم. ويقدر بأن أوزان 14.6 بالمئة من المواليد الجدد عام 2015 كانت منخفضة عند ولادتهم، وقد ولد حوالي 9 من كل 10 منهم في بلدان منخفضة الدخل وبلدان متوسطة الدخل.⁶ وبالتالي فيمكن أن يستمر التقرم عبر الأجيال بسبب ارتباطه الوثيق بالحرمان، ويمكن أن يقوم بنقل الفقر من جيل إلى الذي يليه.

ولكن يمكن كسر هذه الحلقة. فخلال جيل واحد فقط، بوسع النساء اللاتي عانين من سوء التغذية في طفولتهن أن ينجبن أطفالاً قريبيين من الطول الطبيعي فيما إذا شهدن تحسناً كبيراً في صحتهم وتغذيتهم وبيئة معيشتهم في مرحلة لاحقة من حياتهم وقيل أن يحملن.⁷ وتؤكد أدلة كهذه على أهمية الاستثمار في تغذية الأمهات، ليس فقط للنهوض بأفاق الحياة للنساء، بل أيضاً للجيل المقبل.

يظل وضع التغذية للأم عاملاً مهماً بعد ولادة الطفل، وذلك عبر الرضاعة الطبيعية (انظر الفصل 2). وثمة عوامل أخرى تؤثر على نماء الطفل أيضاً، بما فيها مدى توافر الموارد لأسرة الطفل لتزوده بغذاء ورعاية كافيين، ومدى إمكانية الحصول على الخدمات الصحية والمياه النظيفة والنظافة الصحية. ويمكن للالتهابات المتكررة والتهابات الأمعاء أن تؤدي إلى أن يعلق الطفل في حلقة مفرغة من الأمراض وسوء التغذية: فمثلاً، يكون من الصعب على الطفل المصاب بالتهاب الأمعاء أن يمتص مغذيات كافية، مما يضعف مقاومته للأمراض. ويقدر أن ربع جميع حالات التقرم لدى الأطفال ممن تقل أعمارهم عن سنتين يمكن عزوها إلى تعرّض الطفل إلى خمس

حالات من الإسهال أو أكثر.⁸ لذا تتطلب مكافحة التقرم تخصيص استثمارات لتحسين نوعية أنماط التغذية عند الأطفال وتحسين الممارسات والخدمات المرتبطة بها.

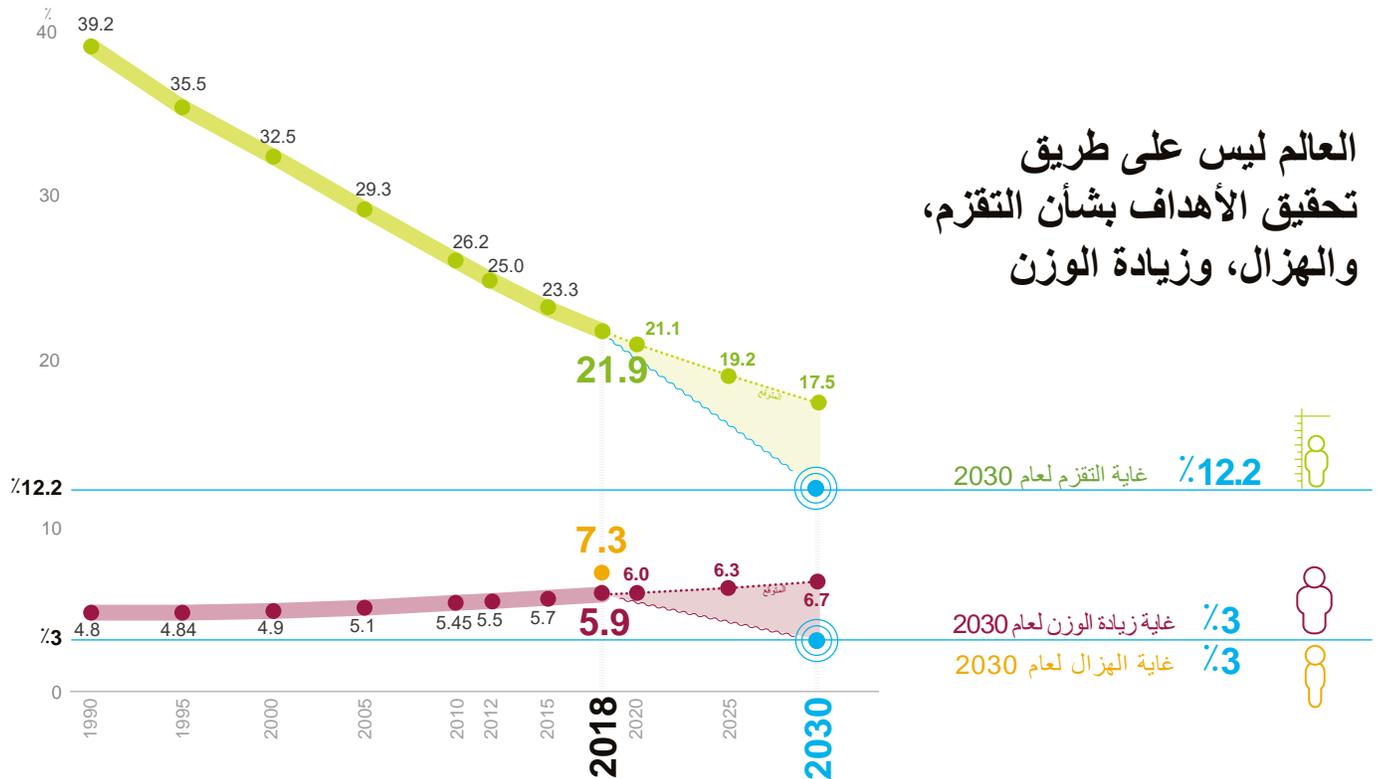
وعلى الصعيد الدولي، هناك تراجع مستمر في نسبة الأطفال دون سن 5 سنوات المصابين بالتقرم وفي أعدادهم (انظر الشكل 1-2). وقد تراجع العدد بمقدار الربع بين عامي 2000-2018 حيث بلغ 149 مليون طفل مصاب. ويعكس هذا ارتفاع الدخل والتحسينات في الحوكمة في العديد من البلدان.⁹ ومع ذلك، وعلى الرغم من الانخفاضات في جميع أنحاء العالم، فقد كان التقدم في الحد من التقرم في كثير من بقاع أفريقيا بطيئاً. وفي الواقع، ثمة إقليمان من أقاليم عمل اليونيسف في القارة الأفريقية شهدا تزايداً في أعداد الأطفال المصابين بين عامي 2000-2018، وهذا يعكس النمو السكاني القوي في القارة؛ حيث ارتفع عدد الأطفال دون سن 5 سنوات المصابين بالتقرم بمقدار 1.4 مليون في شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي، وبمقدار 6.5 مليون في غرب ووسط أفريقيا. ويترك هذا العبء المستمر الناشئ عن التقرم تبعات خطيرة على تنمية رأس المال البشري في أفريقيا.

رغم التراجع المبشر بالخير في أعداد الأطفال المصابين بالتقرم، إلا أن معظم أجزاء العالم ليست على المسار المطلوب لتحقيق غايات حقبة أهداف التنمية المستدامة. وبالمثل، ثمة خطر بعدم بلوغ الغايات المتعلقة بالهزال وزيادة الوزن ما لم يتم بذل جهود مستمرة في هذا المجال. ومن الممكن للتناقص في معدلات التقرم على الصعيد العالمي أن يحجب الواقع بشأن وجود نسب كبيرة من الأطفال في بلدان عديدة ما زالوا يعانون من التقرم – قرابة 38 بالمئة من الأطفال دون سن 5 سنوات في الهند وباكستان و43 بالمئة في جمهورية الكونغو الديمقراطية.¹⁰ إلا أن هذه الإحصاءات الوطنية لا تقدم سوى صورة جزئية. فثمة فروقات كبيرة بين أقاليم البلد الواحد. ففي الهند على سبيل المثال، يعاني حوالي نصف الأطفال من التقرم في الولايات الأكثر تأثراً، مقارنة مع خمسمهم فقط في الولايات الأقل تأثراً.¹¹

في باكستان، قياس طول الطفل متأثر، 6 سنوات، في جلسة رصد للتغذية.



الشكل 2-1 | توقعات سوء التغذية عند الأطفال دون سن 5 سنوات مقارنة بغايات 2030



ملاحظات: أهداف الجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية (WHA) لعام 2030 هي: أ) تخفيض عدد الأطفال دون سن 5 سنوات الذين يعانون من التقزم بنسبة 50٪، ب) تقليل نسبة زيادة الوزن في مرحلة الطفولة إلى أقل من 3٪ والحفاظ عليها، ج) تقليل نسبة الهزال في مرحلة الطفولة إلى أقل من 3٪ والحفاظ عليها. الهزال هو حالة حادة يمكن أن تتغير بشكل متكرر ويسرعة على مدار السنة التقويمية. وهذا يصعب تحديد اتجاهات متوقعة مع مرور الوقت من خلال بيانات المخلات المتاحة، وبالتالي، فإن هذا التقرير يقدم فقط أحدث التقديرات العالمية والإقليمية.

المصدر: UNICEF/World Health Organization/World Bank Group Joint Malnutrition Estimates, 2019 edition.

تستند التوقعات إلى التحليلات التي أجرتها اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية وفريق العمل المشترك لتقديرات سوء التغذية وفق تصنيف البنك الدولي لمجموعات الدخل.

الهزال

من وفيات الأطفال دون سن 5 سنوات في العالم، أي 875,000 وفاة بين الأطفال كان يمكن منعها.¹²

يمكن للتوجهات في مجال الهزال أن تتغير على نحو سريع ومتكرر نتيجة لعوامل من قبيل التوافر الموسمي للغذاء وأنماط انتشار أمراض الإسهال والملاريا. ومع ذلك، ثمة قلق لأن التراجع الذي تحقق في معدلات التقزم لدى الأطفال في العالم لم يتحقق في مجال الهزال.

يصف الهزال الطفل الذي يبدو نحيفاً جداً بالنسبة لطوله. وهو يدل، فيما عدا استثناءات مهمة، على نقص أو خسارة حديثة العهد في الوزن بسبب نقص شديد في الكمية الغذائية المستهلكة أو بسبب المرض أو الأمرين معاً. وعلى الصعيد العالمي، يهدد الهزال حياة 7.3 بالمئة من الأطفال دون سن 5 سنوات، أو قرابة 50 مليون طفل. وفي عام 2013، تسبب الهزال بحوالي 13 بالمئة

على الصعيد العالمي، يهدد الهزال حياة 7.3 بالمئة من الأطفال دون سن 5 سنوات في العالم، أو قرابة 50 مليون طفل.

قد يكون الهزال قاتلاً للأطفال، خاصةً في أشكاله الأكثر شدة.

يعد الهزال أكثر أشكال سوء التغذية الحاد انتشاراً، ويمكن أن يكون مدمراً للأطفال، خصوصاً أنواعه الأشد خطورة. وإذا لم يعالج، يمكن أن يصاب الأطفال بسوء التغذية الحاد الوخيم (SAM) مما يزيد احتمالية وفاة الطفل بمقدار 12 ضعفاً مقارنة بالطفل السليم.¹⁷ وغالباً ما يؤدي سوء التغذية الحاد الوخيم إلى تدهور سريع في الوضع الغذائي، وعادة ما يتجلى على شكل هزال، ونحافة مفرطة، والتورم الذي غالباً ما يصاحب الوذمة الغذائية.¹⁸ وفي حين يكون خطر الوفاة المرتبط بسوء التغذية الحاد الوخيم في أعلى مستوياته بين الأطفال دون سن 5 سنوات، إلا أن الأطفال في سن المدارس والمراهقين معرضون لخطر الوفاة أيضاً. ومن الممكن أن يتعرض الأطفال الذين يبدو عليهم أنهم يتعافون من سوء التغذية الحاد الوخيم لإعاقات إدراكية ومشاكل أخرى في نماذجهم، خصوصاً إذا أصيبوا بالتقرم.²⁰

وتظل المعدلات الدولية للهزال الشديد مرتفعة، فقد عانى منه ما يقدر بـ 16.6 مليون طفل دون سن 5 سنوات في عام 2018.²¹ وغالباً ما يكون الفقر في صميم سوء

وينطبق هذا الأمر بصفة خاصة في إقليم جنوب آسيا، وهو بؤرة عالمية لحالات الهزال إذ يعاني فيه من الهزال 15.2 بالمئة من الأطفال دون سن 5 سنوات. وتصنف الوكالات الدولية هذه النسبة بأنها "مرتفعة"¹³ (ومن بين النقاط الساخنة الأخرى لانتشار الهزال هناك أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وجنوب شرق آسيا وأوقيانوسيا – انظر الشكل 1-3)، حيث لم تشهد معدلات الهزال سوى تحسن طفيف.¹⁴ ويتميز إقليم جنوب آسيا من حيث الفترة التي يحدث فيها الهزال في حياة الطفل. حيث أن الهزال في هذا الإقليم يشهد أعلى انتشار له في السنة الأولى من حياة الطفل، إلا أنه يتناقص في المراحل اللاحقة من الطفولة. وفي الواقع، يبدو العديد من الأطفال المصابين بالهزال وكأنهم ولدوا مهزولين.¹⁵ وثمة مضامين مهمة لهذا الأمر في حل مشكلة الهزال (وكذلك التقزم) في الإقليم: إذ يشير بقوة إلى أهمية النهج القائم على الوقاية، خصوصاً في دعم تغذية الفتيات والأمهات المراهقات، وتشجيع تحسين تغذية الأطفال الصغار وممارسات النظافة الصحية في أول سنتين من الحياة (انظر الفصل 3)¹⁶

الإطار 1-1 | الرعاية المنزلية للأطفال المهزولين

وقد زاد هذا النهج معدلات البقاء على قيد الحياة وأثبتت فاعلية كبيرة من حيث الكلفة، إلا أن هناك حاجة لبذل المزيد من أجل تخفيض الكلفة، مثلاً عبر الإنتاج المحلي للأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال.²⁷ وفي حين تعد إدارة سوء التغذية الحاد الوخيم من بين التدخلات الغذائية العشرة الأكثر تأثيراً للحد من وفيات الأطفال،²⁸ من الممكن زيادة هذا التأثير. فعلى سبيل المثال، بوسع الخدمات الصحية التي توفر كشافاً مكرراً عن سوء التغذية الحاد الوخيم وفيروس نقص المناعة البشرية أن تكون حاسمة في تحسين معدلات البقاء على قيد الحياة بين الأطفال، وذلك من خلال تيسير التدخلات في المرحلة الحرجة من تطور المرض ومن نماء الطفل. ■

شهدت السنوات الأخيرة اكتشافات مهمة في معالجة سوء التغذية الحاد الوخيم، وخصوصاً مع التنفيذ التدريجي في العديد من البلدان للإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد (CMAM). وقبل تطبيق هذه الإدارة المجتمعية، كان الأطفال المصابون بسوء التغذية الحاد الوخيم يحالون عادة إلى الإقامة في مستشفيات لتلقي علاج طويل ومكلف، مما كان يشكل عبئاً على الأسر أسهم في قلة مستويات تلقي العلاج. وبدلاً من ذلك، يعمل نهج الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد على تمكين العائلات من معالجة الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد في البيت، وعادة باستخدام أغذية علاجية جاهزة للاستعمال تعطي للأطفال الذين لا يعانون من مضاعفات طبية، وهم يشكلون أغلبية الحالات.

ولد جويمار باكالتوس أسرة محرومة في إقليم بالاوان الريفي في الفلبين، وكان والداه كلاهما قد تعرضا لمشاكل صحية في الماضي. ولا تتوفر للجماعة الإثنية التي تنتمي إليها الأسرة سوى إمكانية ضعيفة في الحصول على الخدمات، إضافة إلى ضعف الوعي بمشكلة سوء التغذية. ونتيجة لذلك، ورغم ظهور أعراض واضحة على جويمار، لكن لم يتم تشخيصه فوراً بأنه مصاب بسوء التغذية الحاد الوخيم. وحالما بدأ يتلقى العلاج، حقق تقدماً سريعاً وضاعف وزنه خلال أشهر قليلة. ومثل جويمار، ثمة أطفال آخرون عديدون في الفلبين يحصلون على فرصة ثانية: فبدعم من اليونيسيف، تعمل الفلبين على توزيع علاج سوء التغذية الحاد، وتهدف إلى إرساء برنامج وطني للتدخلات بحلول عام 2022، مع تركيز استراتيجي على الأيام الأولى من حياة الطفل.

© UNICEF/Philippines/2016

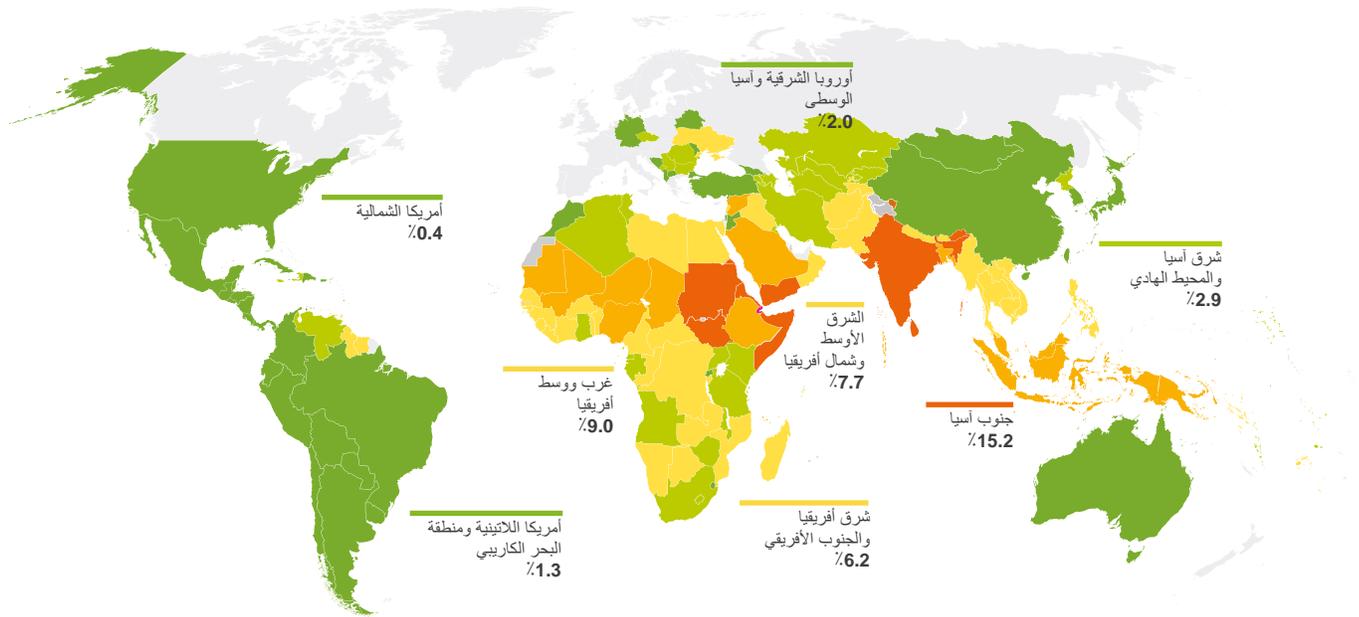


أيلول / سبتمبر 2017 وزن: 9 كغ
كانون الأول / ديسمبر 2016 وزن: +6 كغ
20 أيلول / سبتمبر 2016 وزن: 4.6 كغ
13 آب / أغسطس 2016 وزن: 3.3 كغ

أين يعيش الأطفال الذين يعانون من الهزال؟

الشكل 3-1 | النسبة المئوية للأطفال الذين يعانون من الهزال دون سن 5 سنوات، 2018

المجموع الكلي للتقزم 7.3٪
(49.5 مليون)



في جنوب آسيا، يصاب بالهزال أكثر من 1 من كل 7 أطفال دون سن 5 سنوات



ملاحظة: البيانات القطرية هي أحدث تقديرات متاحة بين عامي 2000 و2018؛ وحينما لم تتوفر إلا بيانات من قبل عام 2000، تم استخدام اللون الرمادي الداكن للدلالة على عدم وجود بيانات حديثة. إن التسميات المستخدمة وطريقة تقديم المواد في هذا المنشور لا تعبر عن أي رأي من جانب منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) فيما يتعلق بالوضع القانوني لأي بلد أو إقليم، أو سلطته، أو بترسيم حدوده.

المصدر: UNICEF/World Health Organization/World Bank Group Joint Malnutrition Estimates, 2019 edition.



فتاة تتلقى قطرات فيتامين ألف في مركز مونت نجافولا الصحي في كينشاسا، جمهورية الكونغو الديمقراطية. يعد نقص فيتامين ألف السبب الرئيسي لعمى الطفولة الذي يمكن الوقاية منه، كما يزيد هذا النقص من خطر الوفاة بسبب أمراض الطفولة الشائعة مثل الإسهال. رغم توفر الأطعمة المدعمة، يعني حوالي واحد من كل خمسة أطفال من نقص فيتامين ألف⁴¹

© UNICEF/UNI44415/Pirozzi

الطوارئ بصفة رئيسية – وبالتالي فإنه من مسؤولية الأوساط المعنية بالمساعدات الإنسانية – وهذا الافتراض يعيق الوقاية والعلاج الفاعلين لسوء التغذية الحاد الوخيم على صعيد العالم.

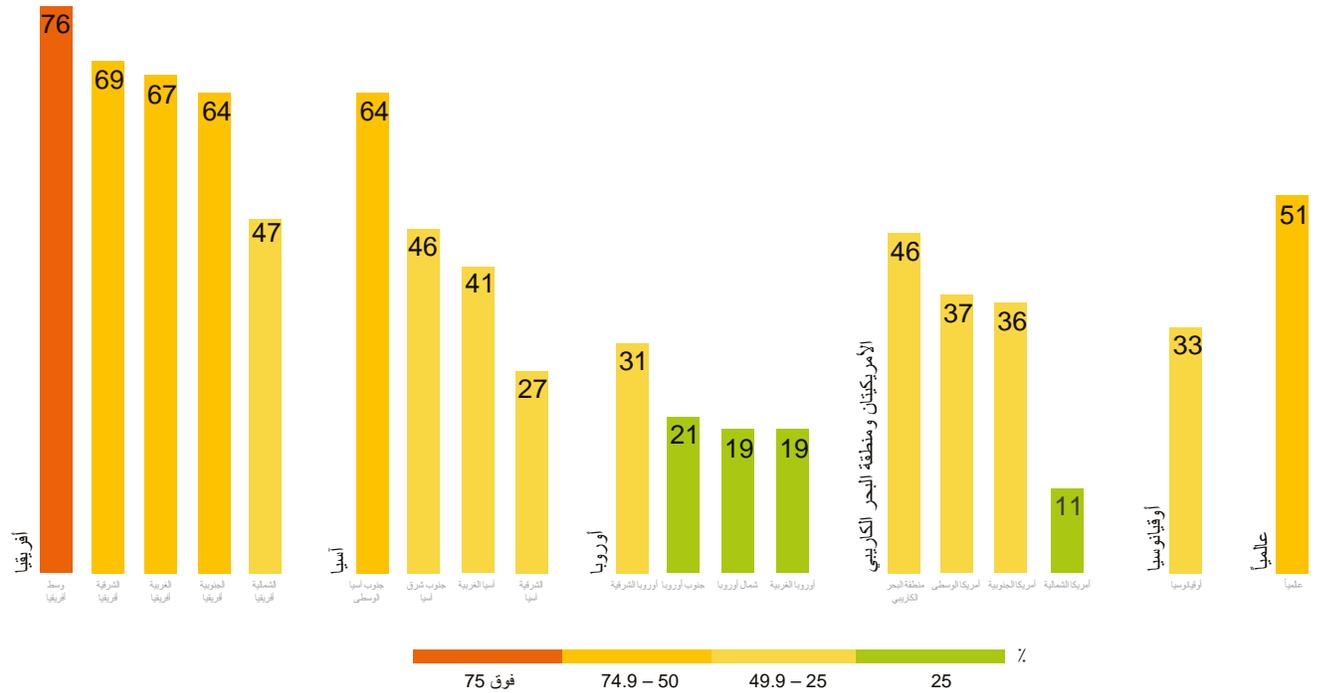
وعموماً، يحصل عدد قليل جداً من الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد الوخيم على العلاج. ورغم التقدم العالمي من حيث عدد الأطفال الذين حصلوا على علاج (من 1.1 مليون طفل في عام 2009 إلى 4.4 ملايين في عام 2017)، إلا أن واحداً فقط من كل أربعة أطفال مصابين يحصل على علاج.²⁵ ويتطلب توسيع النهج الناجحة إقرار سياسات وطنية داعمة، وتخصيص موارد حكومية مكرسة لهذه الغاية، وأيضاً إدماج هذه النهج في الخدمات الوطنية الروتينية. وقد شهدت فعالية العلاج وتوسيعه زيادة كبيرة في البلدان التي حققت هذه المتطلبات.²⁶ مع ذلك، ورغم أن العلاج ينقذ الأرواح، إلا أنه لا يعالج الأسباب الأساسية الكامنة، وهذه المعالجة هي أمر جوهري لضمان الوقاية الطويلة الأجل من الهزال.

التغذية الحاد الوخيم، كما هي حال الأشكال الأخرى لسوء التغذية. وتتسم التفاوتات الموسمية بالأهمية أيضاً، فغالباً ما يكون موسم الأمطار هو فترة ما قبل الحصاد التي تقل فيها مخزونات الغذاء وتتعرض فيها الطرق للإغلاق كما تزداد فيها حالات الأمراض المنقولة بالماء. ويواجه الأطفال المرضى خطراً عالياً بصفة خاصة: إذ يزيد احتمال وفاة الأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية من جراء نقص التغذية الحاد الوخيم بثلاثة أضعاف مقارنة بأقرانهم غير المصابين بالفيروس.^{22، 23، 24} وتتسم الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين الأطفال الحديثي الولادة المصابين بسوء التغذية بأنها فتاكة.

ورغم أن الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد الوخيم عادة هم واجهة أوضاع الطوارئ إنسانية، إلا أن معظم الإصابات تحدث في أوضاع غير طارئة. وثمة افتراض خاطئ بأن سوء التغذية الحاد الوخيم يحدث في حالات

أين يعيش الأطفال الذين يعانون من الجوع المستتر؟

الشكل 4-1 | النسبة المئوية المتوقعة للأطفال دون سن 5 سنوات الذين يعانون من الجوع المستتر



المصدر: UNICEF estimates, 2019 based on Black et al, 2013 and Stevens et al, 2015. انظر الملاحظة بشأن الأرقام على الصفحة 179 لمزيد من المعلومات.

لا يقل عن طفل من كل طفلين دون سن 5 سنوات – أو 340 مليون طفل في العالم – يعانون من الجوع المستتر بسبب نقص الفيتامينات وغيرها من المغذيات الأساسية.³²

ومع ذلك، كثيراً ما تكون تأثيرات نقص المغذيات الدقيقة غير واضحة للعيان أو أنها تظهر متأخراً وبعد فوات الأوان على القيام بأي تدخل. ولهذا السبب غالباً ما يشار إلى جوانب النقص هذه بعبارة "الجوع المستتر". وسواءً أكان هذا النقص مستتراً أم لا، فإن تأثيره حقيقي جداً. وكما قال السيد كول سي. غوتام من اليونيسف في عام 2004، "يمكن ألا تشعر به في بطنك، ولكنه يضرب جذور صحتك وحيويتك".³³

الجوع المستتر

يمكن أن يتعرض الأطفال والأمهات الذين يعانون من نقص في المغذيات الدقيقة – الفيتامينات والمعادن الأساسية لبقائهم ونمائهم وتطورهم – لتبعات صحية مدمرة. ومن الأمثلة على ذلك، نقص فيتامين ألف الذي يعد السبب الرئيسي لعمى الأطفال.²⁹ وتواجه النساء اللاتي يعانين من فقر الدم الشديد (والذي يرتبط عادة، ولكن ليس حصرياً، بنقص الحديد في نمط التغذية) خطراً مضاعفاً بالوفاة أثناء الولادة أو بعدها بفترة وجيزة (انظر الشكل 4-1).³⁰ أما نقص اليود، فحتى في أشكاله المعتدلة، فيمكن أن يضر بقدرة الطفل على التعلم.³¹ وتقدر اليونيسف أن ما

يعاني ما لا يقل عن 340 مليون طفل دون سن 5 سنوات (أي 1 من كل 2) من الجوع المستتر.

للأطفال الذين يعانون من نقص الفيتامين ألف والحديد.³⁸ ويواجه الأطفال في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل على حدٍ سواء الخطر الأكبر من الجوع المستمر، وعادة ما يعانون من نقص في عدد من المغذيات الدقيقة في آن معاً، مما يعكس سوء نمط التغذية لديهم عموماً.^{39,40}

زيادة الوزن والبدانة

إن مسألة زيادة الوزن والبدانة هي مسألة مهمة للأطفال، وذلك أثناء طفولتهم وفي المراحل اللاحقة من حياتهم. ففي الطفولة، يمكن أن تتسبب بعدد من المشاكل الصحية، بما في ذلك مضاعفات في الجهاز الهضمي والجهاز الهيكلي العظمي، إضافة إلى بداية نشأة النوع الثاني من السكري ومشاكل سلوكية وعاطفية، بما فيها الاكتئاب والوصم. كما تعد بدانة الأطفال مؤشراً قوياً على المعاناة من البدانة في مرحلة البلوغ، والتي قد تؤدي إلى تبعات صحية واقتصادية خطيرة.⁴²

لقد زاد عدد الأطفال المصابين بزيادة الوزن في كل قارة تقريباً (انظر الشكل 1-5). وبناء على التوجهات الأخيرة، سيرتفع عدد الأطفال دون سن 5 سنوات الذين يعانون من زيادة الوزن من 40 مليون طفل – قرابة 5.9 بالمائة من المجموع – إلى 43 مليوناً بحلول عام 2025.⁴³

ينظر إلى زيادة الوزن أحياناً على أنها مشكلة تخص البلدان الغنية فقط، ولكن من المدهش أن نرى كم تؤثر أيضاً على البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، ومدى سرعة انتشار المشكلة (انظر الشكل 1-6). وفي عام 2018، كان نصف الأطفال دون سن 5 سنوات الذين يعانون من زيادة الوزن يعيشون في آسيا، وربعهم يعيشون في أفريقيا؛ وقد ازداد عدد الأطفال دون سن 5 سنوات الذين يعانون من البدانة في أفريقيا بحوالي 44 بالمائة بين عامي 2000 و2018.⁴⁴

تدل هذه البيانات على جزء من القصة فقط. فالتقديرات الخاصة بالأطفال الأكبر سناً تساعد على توضيح المدى الحقيقي للتحدي الذي تمثله زيادة الوزن. فوفقاً لشبكة التعاون المعنية بعامل الخطورة للأمراض غير السارية

وكما هي الحال في جميع أشكال سوء التغذية، تؤدي أنماط التغذية السيئة دوراً كبيراً في الجوع المستمر. بل إن التنوع في نمط التغذية يستخدم كمقياس لتحديد ما إذا كان الأطفال والأمهات يحصلون على ما يحتاجونه من المغذيات الدقيقة.³⁴ وتظهر هذه القياسات صورة مثيرة للقلق (انظر الفصل 2).

ولكن يجب أن تكون أجساد الأطفال والأمهات قادرة على امتصاص الفيتامينات والمعادن. فيوسع المشاكل الصحية من قبيل الإسهال والتهابات الأمعاء المزمنة أن تحول دون ذلك، وهذا ينطبق على عوامل أخرى أيضاً ما قبيل ما إذا كانت المغذيات الدقيقة تأتي من أطعمة ذات مصدر نباتي أم حيواني.

وبصفة أعم، يمكن أن يوجد الجوع المستمر في أنماط التغذية التقليدية والنظم العصرية. فعلى سبيل المثال، تعتمد بعض المجتمعات المحلية في البلدان المنخفضة الدخل اعتماداً كبيراً على أطعمة أساسية قليلة، من قبيل الحبوب والدرنات، ويمكن أن يتناول أفرادها في مناسبات قليلة أطعمة مغذية إضافية من قبيل الفواكه والخضروات واللحوم والسمك

والبيض ومشتقات الحليب. وثمة جوانب نقص في أنماط التغذية العصرية أيضاً. فمن الممكن أن تكون الأغذية المجهزة والأغذية الفائقة التجهيز معززة بالفيتامينات والمعادن الأساسية، وهذا يساعد في تلبية احتياجات الأطفال من المغذيات الدقيقة في أنحاء عديدة من العالم (انظر الفصل 4). ومع ذلك يمكن أن تفقر الأغذية والمشروبات الفائقة التجهيز إلى فيتامينات ومعادن أساسية.^{35,36} وبما أن بعض هذه الأطعمة، من قبيل الشعيرية سريعة التحضير والبسكويت، يمكن أن تشعر مستهلكها بالامتلاء، فإنها تقلص شهية الأطفال لتناول الفواكه والخضار الأكثر احتواءً على المغذيات.³⁷

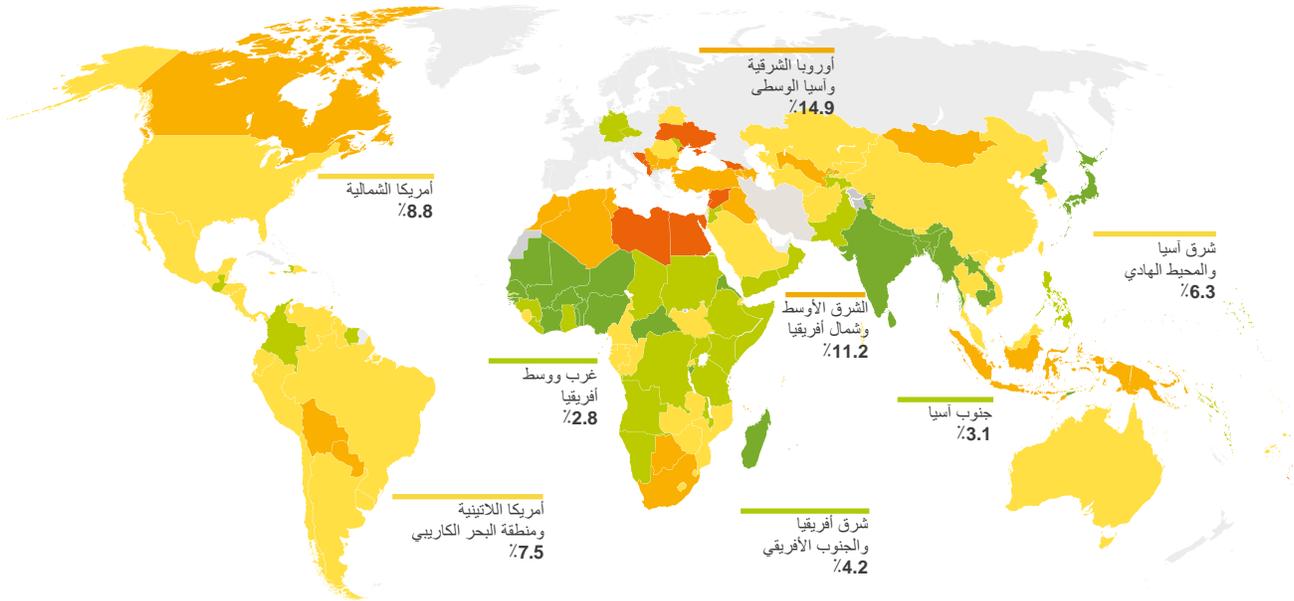
ثمة نقص في التقديرات الدقيقة والمحدثة لمدى انتشار الجوع المستمر، مما يعكس التحديات والتكاليف والوقت الطويل الذي يتطلبه قياس هذا الشكل من سوء التغذية. ونظراً لخطورة تأثير الجوع المستمر على الأطفال، هناك حاجة ماسة لتحسين فهمنا للمشكلة من خلال تطوير أشكال فعالة ومنخفضة الكلفة للفحوص. وتشير التقديرات العالمية الأخيرة التي أجرتها اليونيسف وشركاؤها إلى أن ما لا يقل عن 340 مليون طفل دون سن 5 سنوات (1 من كل 2) يعانون من الجوع المستمر. وهذه تقديرات متحفظة إذا تقتصر على الأعداد المقترنة

قد ينظر إلى زيادة الوزن على أنها مشكلة للبلدان الغنية فقط، ولكن من المدهش أن نرى كم أصبحت تؤثر أيضاً الآن على البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل.

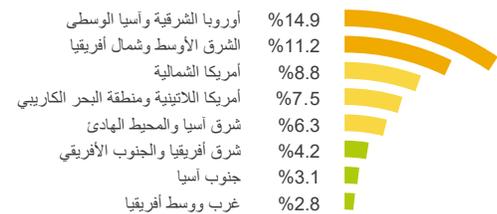
أين يعيش الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن؟

الشكل 5-1 | النسبة المئوية للأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن دون سن 5 سنوات، 2018

مجموع زيادة الوزن، عالمياً
40.1 مليون إنسان (5.9%)



في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، يعاني 1 من كل 7 أطفال تقريباً دون سن 5 سنوات من زيادة الوزن



ملاحظة: البيانات القطرية هي أحدث تقديرات متاحة بين عامي 2000 و2018؛ وحينما لم تتوفر إلا بيانات من قبل عام 2000، تم استخدام اللون الرمادي الداكن للدلالة على عدم وجود بيانات حديثة. إن التسميات المستخدمة وطريقة تقديم المواد في هذا المنشور لا تعبر عن أي رأي كان من جانب منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) فيما يتعلق بالموضع القانوني لأي بلد أو إقليم، أو سلطاته، أو بتوسيم حدوده.

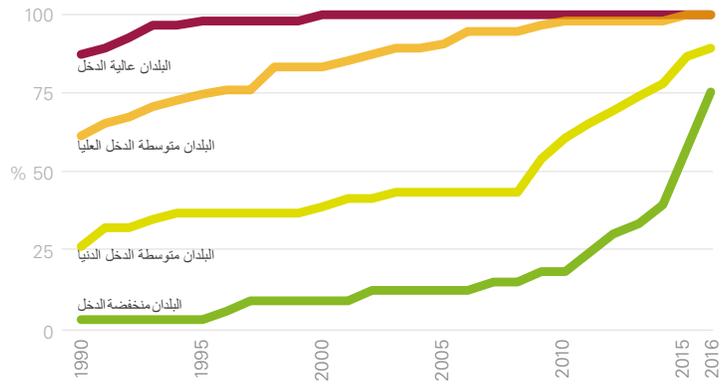
المصدر: UNICEF/World Health Organization/World Bank Group Joint Malnutrition Estimates, 2019 edition.

الشكل 7-1 | تزايد انتشار زيادة الوزن بين الأطفال والشباب دون عمر 5 سنوات ويعمر 19-5 سنة



الشكل 6-1 | الاتجاه في النسبة المئوية للبلدان حسب مجموعة دخل البنك الدولي التي يعاني فيها 10 بالمائة على الأقل من الأطفال بعمر 19-5 سنة من زيادة الوزن

شهدت البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل زيادة كبيرة في انتشار زيادة الوزن على مدى العقد الماضي.



ملاحظة: تستند تصنيفات الدخل إلى تصنيفات البنك الدولي للسنة المالية 2019.

المصدر: NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2017). 'Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults', *The Lancet*, 390(10113), pp. 2627-2642

المصدر: UNICEF/World Health Organization/World Bank Group Joint .Malnutrition Estimates and NCD Risk Factor Collaboration (2017)

لم تعد زيادة الوزن مشكلة البلدان الثرية فحسب، وهي أيضاً ترتفع بشكل باطراد بين الأطفال الأكبر سناً

على مستوى معين في البلدان المرتفعة الدخل، وإن كان مستوى مرتفعاً جداً – على سبيل المثال، حوالي ثلث الأطفال من الفئة العمرية 2-15 سنة في المملكة المتحدة⁴⁶ ومع ذلك، لا يظهر مثل هذا التوجه في المجتمعات المحلية الأكثر فقراً، مما يؤدي إلى تزايد التفاوت في معدلات البدانة بين الجماعات الاجتماعية ذات الدخل المرتفع وتلك ذات الدخل المنخفض. وينزع الأطفال من الخفيات الأكثر فقراً إلى أن يعانون من أشكال أكثر شدة من زيادة الوزن.^{47، 48} وفي البلدان منخفضة الدخل والبلدان متوسطة الدخل، وخصوصاً في أرجاء كثيرة معينة من آسيا، من المرجح أن تواصل معدلات زيادة الوزن ارتفاعها. والأمر المدهش هو أنه لا يوجد منذ عقد الثمانينيات من القرن العشرين سوى أدلة ضئيلة على بلدان تحقق تراجعاً في معدلات البدانة وتحافظ عليه بين السكان بمجملهم،⁴⁹ مما يؤكد على الحاجة إلى التركيز على الوقاية.

(NCD-RisC)، ازدادت نسبة الأطفال من الفئة العمرية 5-19 سنة ممن يعانون من زيادة الوزن من حوالي 1 من كل 10 أطفال (10.3 بالمائة) في عام 2000 إلى أعلى بقليل من 1 من كل 5 أطفال (18.4 بالمائة) في عام 2016 (انظر الشكل 7-1).

ما الذي يسبب هذه الزيادات؟ تشير الأبحاث إلى بعض العوامل الرئيسية. فالزيادة في مدخلات السعرات، والتحول فيما يأكله الأطفال من أنماط التغذية التقليدية إلى العصرية، والتوسع الحضري، وتراجع مستويات الأنشطة البدنية، جميعها عوامل تؤدي دوراً في هذه الزيادة.⁴⁵ وثمة أبحاث تشير إلى أن التغييرات في بيئة البكتيريا في الأمعاء تشكل عاملاً أيضاً.

ما هو المسار الذي تمضي فيه توجهات الطفولة؟ ثمة إشارات على أن زيادة الوزن باتت تستقر

القسم الخاص

زيادة الوزن والبدانة في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي وبلدان الاتحاد الأوروبي

كانت زيادة الوزن والبدانة ترتبطان قبل قرن من الزمان بالثروة. ولكن تغير الأمر الآن. ففي البلدان الغنية غالباً ما يكون الأطفال الفقراء هم الأكثر عرضة لزيادة الوزن والبدانة.⁵⁰

ورغم أن معدلات زيادة الوزن قد استقرت في العديد من البلدان مرتفعة الدخل، إلا أنها استقرت على مستويات تهدد حياة ملايين الأطفال وصحتهم ومستقبلهم بالخطر.⁵¹ ولا يوجد بين بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي وبلدان الاتحاد الأوروبي، التي يبلغ مجموع عددها 41 بلداً، أي بلد يقل فيه معدل زيادة الوزن عن طفل واحد من كل خمسة أطفال (بعمر 5-19 عاماً)، باستثناء اليابان (انظر الشكل 1-8).

زيادة الوزن والحرمان

الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن ينتمون عادة إلى أسر محرومة اجتماعياً واقتصادياً. فعلى سبيل المثال، تتناقص معدلات زيادة الوزن بين الأطفال في الولايات المتحدة مع زيادة مستويات التعليم والدخل لأسرهم.⁵³ كما تم توضيح الرابطة بين البدانة وبين الحرمان الاجتماعي-الاقتصادي في أوروبا.⁵⁴ وصدرت دراسة استخدمت بيانات من مبادرة رصد البدانة لدى الأطفال في أوروبا التي أسستها منظمة الصحة العالمية في عام 2008، وقد ربطت الدراسة بين الوضع الاجتماعي-الاقتصادي ونقص التعليم للوالدين مع انتشار البدانة لدى الأطفال في الجمهورية التشيكية والبرتغال والسويد.⁵⁵

وهناك عبرة وتحذير يؤخذ من دراسة تأثير زيادة الوزن على حياة الناس واقتصاد الشعوب، إذ أخذت هذه المخاطر الصحية تتوسع بسرعة في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل.⁵⁶ والتأثيرات الاقتصادية أيضاً. إذ تبلغ كلفة زيادة الوزن والبدانة على مدى حياة الأفراد في ألمانيا حوالي 145 بليون يورو (ما يعادل 162 بليون دولار)، وتنشأ هذه الكلفة عن عوامل من قبيل تراجع الإنتاجية والمرض.⁵⁸ وتنفق الولايات المتحدة 190 بليون دولار سنوياً على معالجة البدانة والمشاكل الصحية المرتبطة بها، أي ما يعادل حوالي خمس إنفاق البلد على الرعاية الصحية. وتبلغ النفقات المباشرة المقترحة الناجمة عن الأمراض المرتبطة بزيادة الوزن والبدانة في المستشفيات الحكومية في البرازيل 2.1 بليون دولار سنوياً.⁵⁸

الاستجابة

رغم الوعي المتزايد بمخاطر زيادة الوزن، ظلت الجهود الرامية إلى معالجة هذه القضية تجري على نحو غير منهجي.⁵⁹ ومع ذلك، بدأت بلدان من بينها بلجيكا وتشيلي وفنلندا وفرنسا وهنغاريا والمكسيك في السنوات الأخيرة في سن سياسات للتصدي للبدانة، بما في ذلك من خلال الضرائب ووضع ملصقات على عبوات الأغذية تتضمن معلومات سهلة الفهم حول المحتوى الغذائي. وتسترشد هذه الجهود وغيرها بتوصيات صادرة عن منظمة الصحة العالمية تهدف إلى توفير نهج شامل للتصدي للبدانة لدى الأطفال.⁶⁰⁻⁶²

وعلى الصعيد العالمي، لا يوجد سوى معلومات قليلة حول الإنفاق الحكومي للتصدي للبدانة والأمراض غير السارية المرتبطة بالنمط الغذائي من قبيل السكري وأمراض القلب وبعض أنواع السرطان.⁶³ وفي عام 2015، أنفق حوالي 0.01 بالمئة فقط من المساعدات الإنمائية العالمية على الوقاية من البدانة والأمراض غير السارية المرتبطة بالنمط الغذائي ومعالجتها.⁶⁴ وإذ تبدأ البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل بالتعامل مع التبعات المعقدة للمعدلات المتزايدة لزيادة الوزن، فثمة خطر بأن تتجاوز تكاليف الوقاية والعلاج قدرات أنظمة الرعاية الصحية على الاستجابة. ■

الأطفال الذين يعانون زيادة الوزن ينتمون عادة إلى أسر محرومة اجتماعياً واقتصادياً.

الشكل 1-8 | النسبة المئوية للأطفال والمراهقين بعمر 5-19 سنة ممن يعانون زيادة الوزن في 41 بلداً من بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي وبلدان الاتحاد الأوروبي

البلد	معدل الانتشار (%) 2016	% الزيادة منذ 1990
كرواتيا	28.00	160.0
جمهورية كوريا	27.63	94.9
النرويج	27.47	42.1
الجمهورية التشيكية	27.19	81.2
سلوفينيا	27.18	168.8
فنلندا	26.81	35.7
النمسا	26.68	48.8
ألمانيا	26.58	37.0
لوكسمبورج	26.33	29.3
بولندا	25.72	131.1
الدانمرك	25.11	13.6
هولندا	24.77	61.9
رومانيا	24.56	171
بلجيكا	23.93	-1.8
السويد	23.62	24.6
سلوفاكيا	23.36	157.0
سويسرا	21.87	39.4
لاتفيا	21.33	75.9
ليتوانيا	20.58	84.2
إستونيا	20.46	68.0
اليابان	14.42	14.3

البلد	معدل الانتشار (%) 2016	% الزيادة منذ 1990
الولايات المتحدة	41.86	49.7
نيوزيلندا	39.46	44.6
اليونان	37.26	48.9
مالطة	37.11	20.1
إيطاليا	36.87	39.1
شيلي	35.54	61.1
المكسيك	35.51	76.0
إسرائيل	34.80	18.2
أستراليا	34.11	35.1
إسبانيا	33.80	38.4
قبرص	33.47	50.6
البرتغال	32.57	86.2
كندا	32.15	45.1
المملكة المتحدة	31.12	33.1
إيرلندا	30.86	84.4
فرنسا	30.09	38.7
تركيا	29.55	151.1
بلغاريا	28.47	120.6
هنغاريا	28.45	117.3
آيسلندا	28.33	15.3

هناك أسباب مشتركة لنقص التغذية والجوع المستتر وزيادة الوزن، أهمها تردي أنماط التغذية عند الأطفال.

الجمع بين مكونات سوء التغذية

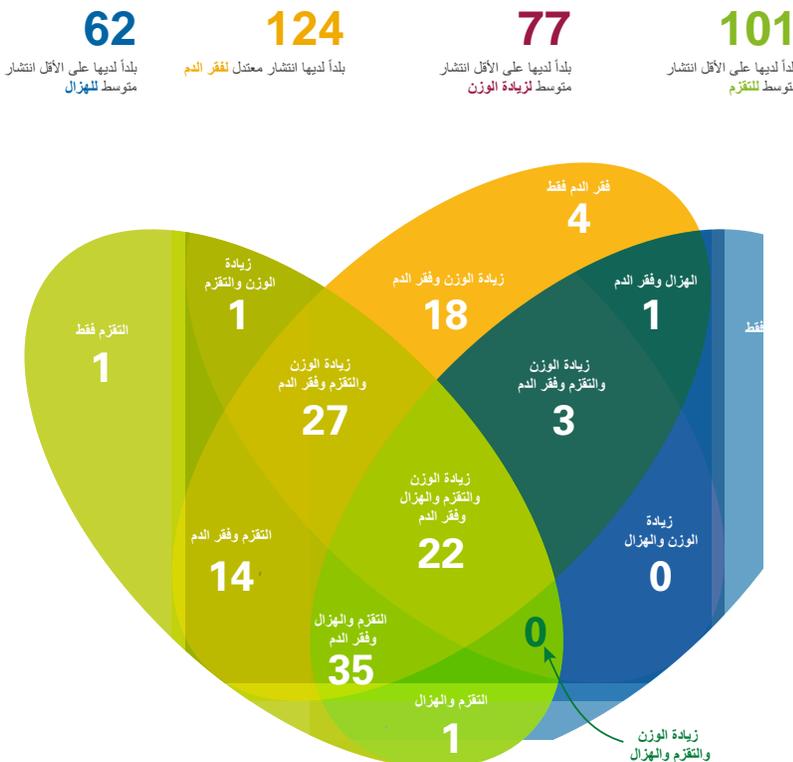
كما ذكرنا أعلاه، تتسم الفروع المتنوعة لسوء التغذية – نقص التغذية، والجوع المستتر، وزيادة الوزن – بأنها متضافرة بطرق عديدة مختلفة. فمثلاً، قد يصاب الأطفال بشكلين أو ثلاثة من أشكال سوء التغذية في الوقت نفسه أو على امتداد حياتهم. إضافة إلى ذلك، بات شكلان من أشكال سوء التغذية موجودين في الوقت نفسه في عدد متزايد من البلدان والمجتمعات المحلية، ويتفاقم الوضع على نحو مطرد إذ توجد الأشكال الثلاثة معاً، لتواجه البلدان العبء الثلاثي لسوء التغذية (نظر الشكل 9-1). وختاماً، تتجم هذه الأشكال الثلاثة عن أسباب مشتركة، وتحديدًا سوء نوعية أنماط التغذية لدى الأطفال.

تزامن أشكال سوء التغذية عند الأفراد

إن أحد الطرق الأكثر انتشاراً التي يمكن أن يعاني فيها الطفل من عدة أشكال من سوء التغذية هو تزامن التقزم

مع الهزال. وعلى حد تعبير مجموعة من الخبراء، "تزيد أرجحية أن يتوقف نمو الطفل المصاب بالهزال، كما تزيد أرجحية أن يهزل الطفل المصاب بالتقزم".⁶⁵ وحسبما تشير إحدى الدراسات، من المرجح أن مثل هؤلاء الأطفال عانوا من "بيئة مبكرة تتسم بالحرمان الشديد".⁶⁶ ويزيد هذا الاقتران بين التقزم والهزال من خطر الوفاة، حتى بالمقارنة مع الأطفال المصابين بالهزال الحاد.⁶⁷ ونظراً لوجود هذه الروابط، برزت دعوات متزايدة في السنوات الأخيرة لوضع برامج تغذية تتناول التقزم والهزال في آن معاً. أما التصبير عن ذلك فيؤدي إلى إضعاف فاعلية البرامج.⁶⁸ ثمة أنماط أخرى لاقتران أشكال سوء التغذية. فعلى سبيل المثال، يقدر أن 8.2 ملايين طفل دون سن 5 سنوات في العالم يعانون من التقزم وزيادة الوزن معاً، في حين غالباً ما يقترن التقزم أو الهزال أو زيادة الوزن مع الأشكال المختلفة للجوع المستتر.⁶⁹ ويمكن أن يعاني الأفراد أيضاً

الشكل 9-1 | عدد البلدان التي تتداخل فيها أنماط التقزم والهزال وزيادة الوزن وفق الدم في مرحلة الطفولة



كم بلداً يعاني من العبء الثلاثي لسوء التغذية؟

ملاحظة: يعرّف الانتشار المتوسط للتقزم بأنه أعلى من 10٪، والانتشار المتوسط لزيادة الوزن بأنه أعلى من 5٪، والانتشار المتوسط للهزال بأنه أعلى من 5٪، والانتشار المعتدل لفقر الدم بأنه أعلى من 20٪. يعتمد التحليل على 134 بلداً بتقديرات حديثة لما لا يقل عن ثلاثة مؤشرات.

المصدر: UNICEF, WHO, World Bank Group (2019). Joint Child Malnutrition Estimates. WHO, Geneva Global Health Observatory, World Health Organization: Anaemia in children <5 years – Estimates by country [Data table]. Retrieved from <http://apps.who.int/gho/data/view.main.ANEMIACHILDRENREGV>

غالباً يكمن الفقر خلف سوء التغذية؛ فالأطفال الفقراء أكثر عرضة لقلّة الطعام وسوء التغذية فيمرضون ويتغيّبون عن المدرسة ويتأخرون مدرسياً، ويعودون للسقوط في براثن الفقر عند الجفاف أو انتشار الأمراض أو تقلقل الوضع الاقتصادي.

الكبرى، وكان أكثر قليلاً من ثلثهم موجودين في منطقة جنوب آسيا. ويعيش أكثر من أربعة من بين كل خمسة من هؤلاء الأطفال في المناطق الريفية. وثمة أرجحية أكبر بأنهم لا يحصلون على طعام كافٍ ويعانون من سوء التغذية، وبأنهم سيمرضون ولن يتموا دراستهم، وأن يسقطوا في براثن الفقر في حالة حدوث جفاف أو انتشار أمراض أو حالة عدم استقرار اقتصادي. كما تقل الأرجحية إلى أدنى حدودها بأن يتمكن الأطفال الفقراء من الحصول على المياه المأمونة وخدمات الصرف الصحي الملائمة وأن يحصلوا على رعاية صحية وقائية من قبيل اللقاحات، وعندما يمرضون تكون الأرجحية أقل بأن يحصلوا على رعاية طبية ملائمة. وتشتد حدة هذه المشاكل في حالة الأطفال الذين يعيشون في أوضاع طوارئ أو غير ذلك من الأزمات (انظر القسم الخاص: التغذية في أوضاع النزاعات).

لا يقتصر الفقر على نقص الموارد المالية. فبالنسبة للعديد من الأطفال والأسر، يقترن الفقر مع الإقصاء الاجتماعي والتمييز والتهميش القائم على النوع الجنساني أو الإعاقة أو الانتماء الإثني أو النأي الجغرافي أو التهجير الداخلي. وعلى المستوى الفردي، فإن مثل هذا الإقصاء وانعدام المساواة يحدد الإمكانية المحلية للحصول على البضائع والخدمات، بما في ذلك الأغذية الصحية. أما على المستوى المجتمعي، يمكن لهذه العوامل أن تحول دون وصول أصوات المجتمعات المحلية الفقيرة والمهمشة واحتياجاتها إلى صانعي القرار.

يتجلى تأثير النوع الجنساني بوضوح في جميع أوجه سوء التغذية وأسبابه (انظر الفصل 3، قسم خاص: تغذية أفضل ودعم أقوى للبنات والنساء). وتظهر الأبحاث والخبرات البرامجية أن تمكين النساء يرتبط بالتغذية الأفضل للنساء والأطفال، ولكن ما تزال النساء في العديد من الأماكن هن آخر من يحصل على الغذاء (وعلى أقل كمية منه) في أوقات الوجبات، ويتمتعن باستقلال ذاتي محدود جداً، مما يعني تمتعهن بسيطرة محدودة، أو لا سيطرة على الإطلاق، على دخلهن ودخل أسرهن، وإقصاءهن عن اتخاذ القرارات.

من أشكال مختلفة لسوء التغذية على امتداد حياتهم، فمثلاً من الممكن أن تزيد الإصابة بالتقزم في الطفولة المبكرة خطر الإصابة بزيادة الوزن في مرحلة لاحقة من الحياة.⁷⁰

العبء الثلاثي لسوء التغذية

تواجه أجزاء عديدة من العالم حالياً العبء الثلاثي لسوء التغذية، وهو واضح بجلاء في بلدان ومجتمعات محلية معينة وحتى في أسر مفردة. وثمة مثال يذكر كثيراً هو الأسرة التي تعاني فيها الأم من زيادة الوزن بينما طفلها مصاب بالتقزم. ففي الهند، تشير التحليلات لبيانات الفترة 2011-2012 أن هذا الوضع موجود في 5 بالمئة من الأسر المعيشية الريفية و8 بالمئة من الأسر المعيشية الحضرية. وتصل النسبة في مصر إلى 5.6 بالمئة من الأسر المعيشية حسب التحليلات لبيانات عام 2008. ويبدو أن المشكلة تتزايد في كلا البلدين.⁷¹ وبخصوص مصر، يعزو الباحثون جزءاً من هذا التزايد إلى زيادة استهلاك الأسر للوجبات الخفيفة السكرية، والتي لا تزود الأطفال بالمغذيات التي يحتاجونها للنمو السليم، وتزود الأمهات بسرعات حرارية زائدة إلى حد مفرط.⁷² وتسلط هذه الأمثلة الضوء على الحاجة إلى النظر إلى سوء التغذية عند الأطفال ضمن السياق الأوسع للعائلة والأسرة المعيشية.

وبصفة أعمّ، تواجه العديد من البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل حالياً تحدي التعامل مع العبء المستمر من التقزم والهزال، ومع الأشكال المتنوعة للجوع المستتر، والمعدلات المتزايدة لزيادة الوزن (انظر الشكل 9-1). ويواجه العديد من هذه البلدان تحدي أن يتجاوز الخطر المائل قدرتها على الاستجابة.

الفقر والإقصاء وسوء التغذية

غالباً ما يكون الفقر كامناً في صميم مشكلة سوء التغذية. وفقاً لدراسة أصدرتها اليونيسف والبنك الدولي عام 2016، فمن بين الأطفال الذين كانوا يعيشون في فقر مدقع في العالم في عام 2013 وبلغ عددهم 385 مليون طفل، كان نصفهم موجودين في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء

ففي البرازيل، على سبيل المثال، كان معدل التقزم بين جماعات السكان الأصليين في عام 2013 أعلى بما يتراوح ما بين ضعفين إلى خمسة أضعاف المعدل بين الجماعات من غير السكان الأصليين. ومن بين التفسيرات الموجودة لهذه الفروقات سوء نوعية المدخول الغذائي، وضعف خدمات الصرف الصحي، ونقص إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية.⁷³

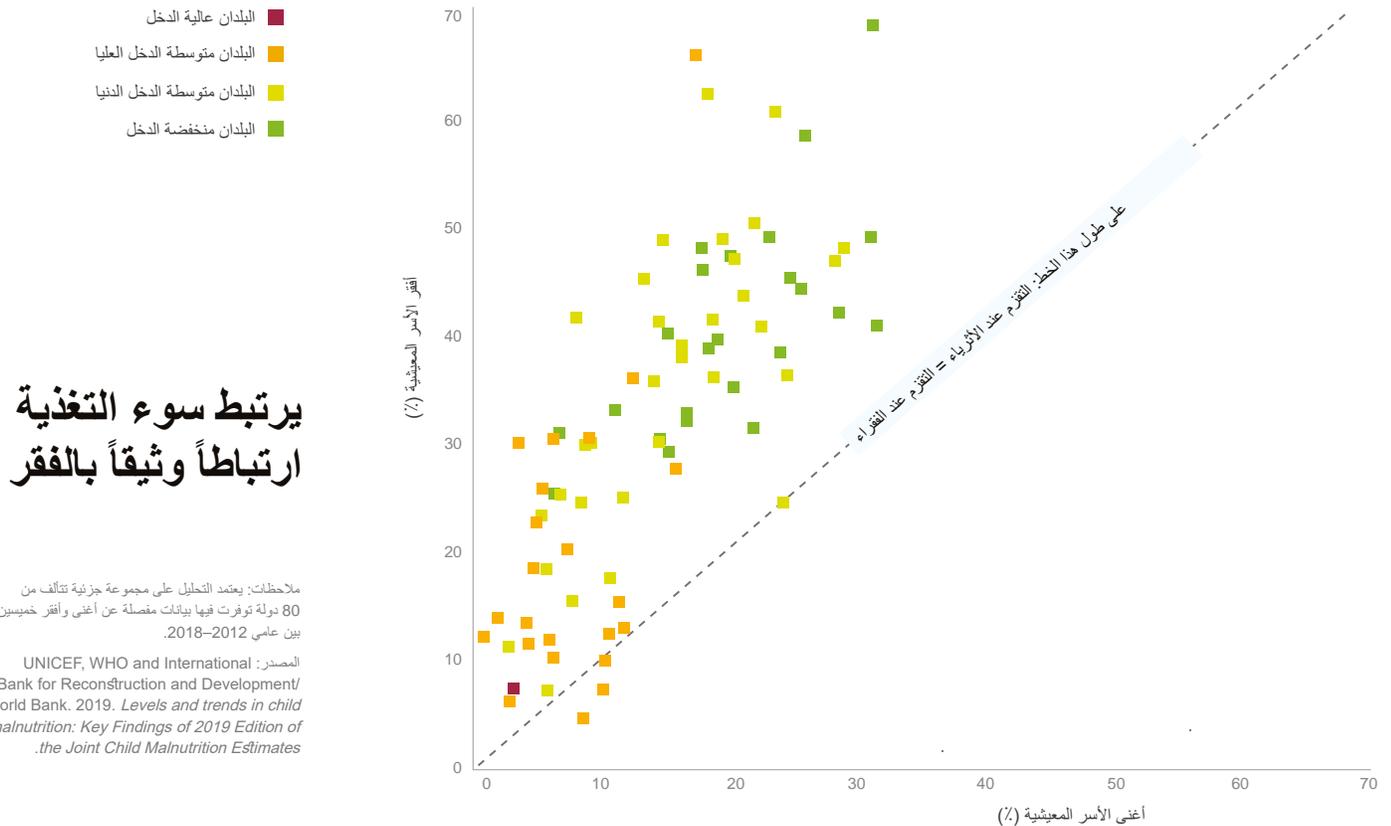
يمكن للنأي الجغرافي أن يحدد أيضاً ما إذا كانت الأسرة تتمكن من الحصول على الأغذية الأساسية وخدمات الرعاية الصحية والتغذية. فأرجحية أن يصاب الأطفال الذين يعيشون في المناطق الريفية في بوروندي وهندوراس ومالي بالتقزم تزيد بالضعفين عنها بين نظرائهم ممن يعيشون في المدن، وتزيد هذه الأرجحية بثلاثة أضعاف في بيرو.⁷⁴

يمكن للإعاقة أن تكون سبباً لسوء التغذية ونتيجة له في أن معاً. فعلى سبيل المثال، يمكن لنقص المغذيات والفيتامينات والمعادن، أو التعرض لمستويات عالية من المواد السامة، أن يقود إلى العمى أو الإصابة بأضرار في الجهاز العصبي. وفي الوقت نفسه، يمكن لبعض الإعاقات – من قبيل الإعاقات في مجالي الإدراك والنماء أو الإصابة بالحنك المشقوق – أن تقود إلى تقليص نصيب الفرد من المغذيات أو الإخفاق في تلبية الاحتياجات الزائدة من المغذيات. ويمكن للوصم المرتبط بالإعاقة أن يؤدي إلى عدم حصول المواليد الجدد على الرضاعة الطبيعية أو حصول الأطفال على أطعمة أقل احتواءً على المغذيات أو على حصص أقل من الغذاء، أو حتى عدم إطعامهم بتاتاً.

يواجه السكان الأصليون وغيرهم من الجماعات الإثنية المستضعفة خطراً أكبر بالتعرض لسوء التغذية.

ويمكن للوصم المرتبط بالإعاقة أن يؤدي إلى عدم حصول المواليد الجدد على الرضاعة الطبيعية أو حصول الأطفال على أطعمة أقل احتواءً على المغذيات أو على حصص أقل من الغذاء.

الشكل 10-1 | النسبة المئوية للأطفال الذين يعانون من التقزم في الأسر المعيشية الأكثر فقراً مقابل الأغنى، في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط الأدنى والمتوسط الأعلى والمرتفع



إضاءة

المملكة المتحدة: الأطفال الأشد فقراً يتعرضون لخطر أكبر بالمعاناة من زيادة الوزن وانعدام الأمن الغذائي

تعهدت حكومة المملكة المتحدة بتقليص بداية الأطفال إلى النصف، والحد من فجوة البداية لدى الأطفال بين المناطق الأكثر ثراءً والمناطق الأشد فقراً بحلول عام 2030. واستحدثت المملكة المتحدة ضريبة على المشروبات السكرية، وأول برنامج للحد من السكر في العالم يهدف إلى تقليص السكر بمقدار 20 بالمئة في المنتجات الأكثر رواجاً التي يستهلكها الأطفال.¹²⁵ وثمة مشاورات في المملكة المتحدة بشأن سن تشريع جديد يحظر عرض الأغذية غير الصحية في نقاط الدفع في المتاجر وفي مداخلها وفي مناطق بارزة من رفوف البضائع، إضافة إلى حظر عروض تخفيض الأسعار التي تشجع زيادة استهلاك هذه المنتجات، من قبيل "اشتر واحد واحصل على الأخرى مجاناً"، وعروض تخفيض السعر مقابل الشراء المتكرر، أو إعادة تعبئة عبوات المشروبات السكرية دون أي حدود.¹²⁶

وتم تشجيع السلطات المحلية على استخدام سلطاتها على التخطيط من أجل تقييد افتتاح المزيد من مطاعم المأكولات السريعة قريباً من المدارس، في حين حظر عمدة لندن الإعلان عن الأغذية غير الصحية على شبكة المواصلات في لندن.¹²⁷

إقراراً بأن الطفولة المبكرة هي فترة حاسمة في تأسيس التفضيلات الغذائية وأنماط التغذية، دعت المملكة المتحدة مؤخراً إلى العمل من أجل الحد من السكر في أغذية الأطفال التجارية، وإنهاء الممارسات المضللة في وضع المعلومات على عبوات الطعام. ووجدت وكالة الصحة العامة في إنجلترا أن بعض الوجبات الخفيفة المحلاة التي تسوق على أنها ملائمة للأطفال وصغار الأطفال تحتوي على سكر بقدر ما تحتوي الحلويات.¹²⁸

وفي موازاة ذلك، أسست حكومة المملكة المتحدة "خطة البداية الصحية" لتوفير قسائم فواكه وخضروات للأسر المنخفضة الدخل التي لديها أطفال صغار، وقد ساعد ذلك على زيادة إنفاق تلك الأسر على الفواكه والخضروات الطازجة بنسبة 15 بالمئة.¹²⁹

رغم أن هناك الكثير مما يجب القيام به لمعالجة بداية الأطفال، فإن المملكة المتحدة تمهد السبيل لضمان أن كل الأطفال ينشؤون في بيئة غذائية صحية. ■

يعاني طفل من كل ثلاثة أطفال في إنجلترا من زيادة الوزن أو البدانة بحلول الوقت الذي يلتحقون فيه بالمدرسة الابتدائية.¹¹⁴ ويزيد معدل انتشار زيادة الوزن والبدانة بأكثر من الضعف في المناطق الأشد فقراً، كما أن هذه الفجوة تتسع إذ يتواصل انتشار البدانة في المناطق الأشد حرماناً.¹¹⁵ وثمة وضع مماثل في سائر مناطق المملكة المتحدة.¹¹⁶

تتأثر أنماط تغذية الأطفال بشدة بالبيئات التي يعيشون فيها. وتعتبر المناطق الأشد فقراً في إنجلترا نقاطاً ساخنة للمأكولات السريعة، حيث يبلغ عدد المطاعم التي تتبع هذا النوع من الطعام خمسة أضعاف عددها في المناطق الأكثر ثراءً.¹¹⁷ ويستهلك الأطفال من المناطق الأكثر فقراً قدرًا غير متناسب من الغذاء من مطاعم المأكولات السريعة التي تتبع الدجاج المقلي، والبيرغر والبيتزا، كما يوجد في المناطق الأكثر فقراً عدد أكبر من الإعلانات الظاهرة للأغذية غير الصحية مقارنةً مع المناطق الأكثر ثراءً.¹¹⁸

وتشجع بيئة المتاجر في المملكة المتحدة استهلاك الأغذية غير الصحية؛ إذ أن ما يصل إلى 40 بالمئة من الأطعمة في المتاجر تباع أثناء عروض تخفيض الأسعار، والأرجحية أكبر بتشجيع بيع الأغذية غير الصحية في هذه العروض.¹¹⁹ وقد أظهرت الدراسات أن عروض تخفيض الأسعار تزيد الكميات التي يشتريها الناس، كما أن مواقع عرض الأغذية في الرفوف وعند نقاط الدفع غالباً ما تشجع على شراء الأغذية غير الصحية.¹²⁰

وفي الوقت نفسه، يعيش حوالي مليوني طفل في إنجلترا في فقر غذائي،¹²¹ وأقل من خمس الأطفال من الفئة العمرية 5-15 سنة يأكلون خمس حصص من الفواكه والخضروات يومياً.¹²² وفي مدينة غنية مثل لندن، ينام 1 من كل 10 أطفال جائعاً.¹²³

وتواجه المملكة المتحدة تحدياً مزدوجاً للتصدي لما تسمى "المستنقعات الغذائية" في المناطق الفقيرة، وذلك من خلال تقييد الترويج للأغذية غير الصحية، وفي الوقت نفسه ضمان أن يعرض البائعون في المناطق الفقيرة أغذية صحية ميسورة الكلفة.



دور منظومات الأغذية

إن التوجهات واضحة في مجال تغذية الأطفال: فمن ناحية، حدث بعض التراجع في انتشار نقص التغذية، لا سيما في التقرم، وإن يكن تراجعاً بمعدل بطيء جداً بحيث أنه لن يحقق الغايات المتفق عليها دولياً. وثمة أدلة أيضاً على حدوث بعض التراجع في الجوع المستتر، ولكنه تراجع بمعدل بطيء جداً أيضاً. ومن ناحية أخرى، ثمة تزايد مطرد في نسبة الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن، حتى في البلدان التي ما زالت تعاني من نقص التغذية.

ما الذي يفسر هذه التوجهات؟ تعكس هذه التوجهات، جزئياً، عالمياً يمكن فيه الأطفال على نحو مطرد من تلبية احتياجاتهم من الطاقة ولكن ليس احتياجاتهم التغذوية. وفي إطار التحول العالمي في نظم الأغذية الذي وصفه الباحث باري بوبكين،⁷⁵ ثمة أعداد متزايدة من الناس يتحولون إلى أنماط تغذية عصرية غنية بالدهون المشبعة، والدهون المتحولة، والسكر، والملح. ويرتبط هذا التحول العالمي بزيادة انتشار الأمراض غير السارية المرتبطة بنمط التغذية. ويعتقد حالياً أن أنماط التغذية متدنية النوعية تمثل العامل الأكثر خطراً في العبء الدولي من الأمراض.⁷⁶

والنتيجة أن عدداً أكبر من الأطفال يتمكنون من البقاء، ولكن عدداً قليلاً جداً منهم يزدهرون – إذ لا يتمكنون من النماء بما يحقق إمكاناتهم البدنية والعقلية الكاملة.

وفي مثل هذا العالم، نحن بحاجة أن نزيد تركيزنا باطراد على نوعية أنماط التغذية الخاصة بالأطفال وأن نطرح السؤال التالي: لماذا يأكل هذا العدد الكبير من الأطفال القليل جداً مما يحتاجونه، بينما يستهلك عدد متزايد من الأطفال الكثير جداً مما لا يحتاجونه؟

تتطلب الإجابة عن هذا السؤال فهم منظومات الأغذية – أي كل ما يتم فعله لجلب الطعام "من المزرعة إلى المائدة". وكما توضح الأبحاث التي أجراها عدد كبير من الخبراء الدوليين (بمن فيهم خبراء من منظمة

الأغذية والزراعة، والصندوق الدولي للتنمية الزراعية، والفريق العالمي المعني بالزراعة والمنظومات الغذائية من أجل التغذية، وفريق الخبراء الرفيع المستوى المعني بالأمن الغذائي والتغذية)، أخذت العمليات والأنشطة التي تشكل ما نأكله اليوم تتزايد تعقيداً.^{77, 79}

ولتوضيح الكيفية التي تؤثر فيها هذه العمليات على الأطفال، عملت اليونيسف مع خبراء دوليين لتطوير إطار إينوشينتي بشأن المنظومات الغذائية للأطفال والمراهقين (انظر أدناه).⁸⁰ يضع هذا الإطار أنماط التغذية للأطفال في صلب تحليل النظام الغذائي، وذلك لسببين: أولاً، لأن متطلبات التغذية عند الأطفال فريدة وحاسمة في أهميتها؛ وثانياً، لأنه لا توجد حلول سحرية لتحسين تغذية الأطفال على المدى الطويل فيما عدا إقامة منظومات غذائية توفر أنماط تغذية مغذية ومأمونة وميسورة الكلفة ومستدامة لجميع الأطفال. وثمة حاجة إلى العمل بخصوص نقاط مختلفة في المنظومة الغذائية – تتوافق مع أنشطة منسقة في مجالات الصحة، والمياه والصرف الصحي، والتعليم، وأنظمة الحماية الاجتماعية – (انظر الفصل 4) من أجل زيادة العرض والطلب على الأغذية المغذية.

يحتوي إطار إينوشينتي على ثلاثة عناصر رئيسية – القوى الدافعة، والمحددات، والتفاعلات.

القوى الدافعة

أن الطرق التي توفر فيها المجتمعات الغذاء وتوزعه للأطفال، ونطاق الخيارات المتوفرة لمقدمي الرعاية والمستهلكين، والقرارات التي يتخذونها، جميعها تتأثر بقوى دافعة قد تبدو للوهلة الأولى غير متعلقة بالمنظومات الغذائية. وعلى سبيل المثال، برزت عوامل في العقود الأخيرة، من قبيل زيادة مستويات الدخل، والابتكارات التقنية، والتسويق والعولمة، وقد ساعدت على إحداث تحول في المنظومات الغذائية وأنماط التغذية التي توفرها للأطفال والمراهقين.

لماذا يأكل هذا العدد الكبير من الأطفال القليل جداً مما يحتاجونه، بينما يستهلك عدد متزايد من الأطفال الكثير جداً مما لا يحتاجونه؟

المحددات

أصبحت العمليات والأنشطة
التي تشكل ما يأكله الأطفال
اليوم معقدة بشكل متزايد.

والجهات الفاعلة الأكثر انخراطاً في إنتاج
الغذاء وفي استهلاكه من قبل الأطفال.

يتألف جوهر إطار إينوشينتي من أربعة محددات
تصف العمليات والظروف

إطار 2-1 | كيف يمكن للزراعة أن تدعم التغذية على نحو أفضل؟

أن يكون للقرارات التي يتخذها المزارعون الصغار (والخيارات المتوفرة لهم) تأثيرات كبيرة على تغذية أطفال من بين الأشد ضعفاً في العالم.

يواجه المزارعون الصغار خيارات بشأن ما إذا كانوا سينتجون مجموعة أكثر تنوعاً واحتواءً على المغذيات من المنتجات لاستهلاك أسرهم، أو ما إذا كانوا سيبيعون ما ينتجونه لزيادة دخلهم. ويمكن زيادة هذا الدخل إذا قامت الأسرة بمعالجة الغذاء قبل بيعه؛ ولكن لا يمكنهم القيام بذلك إلا إذا توفرت لهم إمكانية الوصول إلى أسواق ووسائل نقل تؤدي وظائفها.⁸⁷

وثمة طريقة أخرى تؤثر فيها الزراعة التي يقوم بها المزارعون الصغار على تغذية الأطفال، وذلك إذا أدت إلى تمكين النساء اللاتي يؤدي دوراً رئيسياً في العمل الزراعي ومعالجة الأغذية وتقديم الغذاء للأطفال. وتتطوي مشاركة النساء في الزراعة على إمكانية المساعدة في تحويل السيطرة على موارد الأسر المعيشية إليهن، وفي هذه الحالة تزيد أرجحية توجيه الموارد نحو تغذية الأطفال ورعايتهم.⁸⁸ ومع ذلك، يمكن للبرامج الرامية إلى تعزيز دور المرأة أن تؤدي إلى ضرر غير مباشر على تغذية الأطفال فيما إذا كان هذا الدور يجري على حساب تغذية الأطفال ورعايتهم – بما في ذلك تقديم الرضاعة الطبيعية – أو إذا تسبب بالأذى لصحة النساء وتغذيتهم.⁸⁹ وهذا يؤكد على الحاجة إلى أن تتوافق المبادرات المعنية بالنساء في المجال الزراعي بتدخلات أخرى من قبيل تقديم استشارات ودعم في مجال التغذية، والتوعية بشأن تغيير السلوك، وإتاحة الحصول على خدمات المياه والصرف الصحي، والرعاية الصحية.

ثمة حاجة إلى المزيد من العمل لإظهار الكيفية التي يمكن للزراعة بها أن تحسن تغذية الأطفال على أفضل نحو ممكن، فالإمكانات واضحة، ومن الواضح أيضاً أنه لا يمكن إحداث تغيير جوهري في تغذية الأطفال من دون دعم الزراعة. ■

الزراعة هي أساس المنظومة الغذائية وذات أهمية جوهريّة لتزويد الأطفال بالأنماط الغذائية المغذية والمأمونة والميسورة الكلفة والمستدامة. ومع ذلك، فإن التفاعل بين الزراعة وبين تغذية الأطفال هو أبعد ما يكون عن المسار المباشر البسيط.

فمن أحد الجوانب، يعكس هذا الأمر الواقع بأن أهداف تغذية الأطفال قد تتعارض مع الأهداف الاقتصادية والسياسية.⁸² فعلى سبيل المثال، أدى الاستثمار في الزراعة إلى تحسين الإنتاجية، ولكن تنوع الأغذية تراجع: إذ أن حوالي ثلثي استهلاك السرعات الحرارية في العالم يأتي من ثلاثة محاصيل فقط (الأرز، والقمح، والذرة).⁸³ ومن جانب آخر، يعكس هذا الأمر التنوع الكبير في أنظمة إنتاج الغذاء في العالم — الحضرية والريفية، الصغيرة والكبيرة، التقليدية والعصرية — وجميعها قد تؤثر على نواتج التغذية بطرق مختلفة.

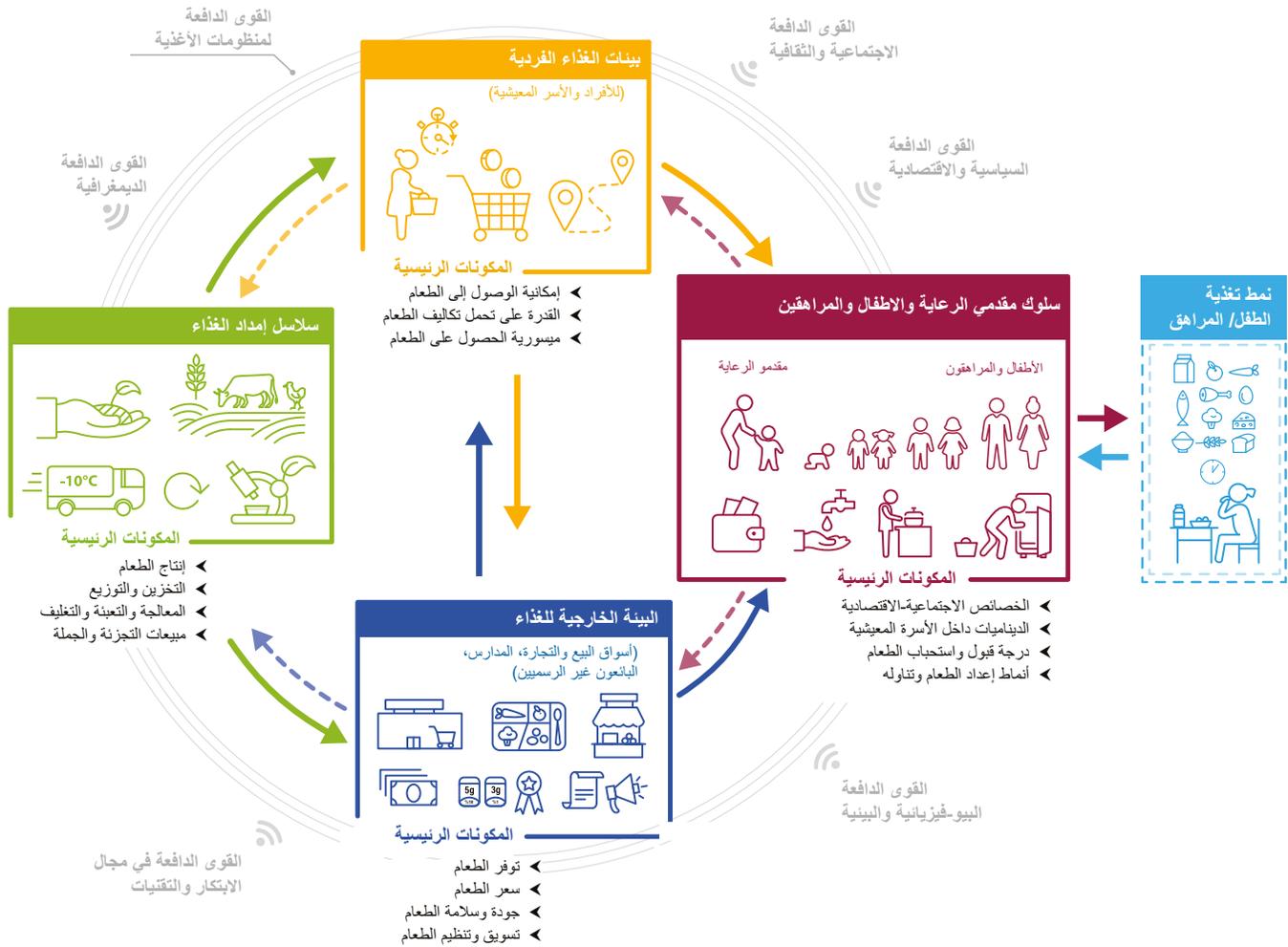
توفر المنظومات الغذائية العصرية القائمة على التصنيع مكتسبات من حيث الكفاءة في الإنتاج، وإمكانية الحصول على الغذاء الميسور الكلفة على امتداد السنة، إلا أنها أخذت تتوجه على نحو متزايد نحو إنتاج أعلاف الحيوانات، ومدخلات صناعية للأغذية المجهزة، والوقود الأحفائي بدلاً من إنتاج الغذاء للاستهلاك الأساسي. وهذا يؤدي إلى تأثيرات على البيئة وعلى التغذية، بما في ذلك خسارة التنوع الأحفائي، وتلوث التربة والمياه، وإنتاج غازات الاحتباس الحراري.⁸⁴

فرص المزارعين الصغار

ثمة ديناميات مختلفة في منظومات الأغذية التقليدية، حيث يشكل ضياع الغذاء وتلفه شاعلاً أكبر.⁸⁵ يكسب حوالي أربعة من كل خمسة أفراد من الفقراء الذين يعيشون في الريف في العالم عيشهم من الزراعة،⁸⁶ والعديد منهم كمزارعين صغار — وهو مصطلح معرف على نحو فضفاض ويمكن أن يعني ملكية صغيرة تديرها عائلة لإنتاج محصول كفاف و محصول آخر تجاري أو محصولين. ويمكن

إطار إينوشنتي بشأن المنظومات الغذائية للأطفال والمراهقين

يحدد إطار عمل إينوشنتي بعض النقاط الرئيسية في المنظومات الغذائية حيث يمكن عندها اتخاذ الإجراءات اللازمة لزيادة العرض والطلب على الأطعمة المغذية للأطفال والشباب.



يضع إطار إينوشنتي أنماط تغذية الأطفال في قلب تحليل المنظومة الغذائية

التثقيف الغذائي والمعلومات الغذائية يمثلان استجابة مهمة ويسهمان في التأثير على السلوك مدى الحياة نحو الأكثر صحة من خيارات الغذاء والعادات والتغذية بشكل عام.

تخزين الأغذية وإدارتها أن يحد من المخاطر المتعلقة بسلامة الغذاء وتلوثه، إضافة إلى تقليص الهدر والتلف. تعني البيئة الخارجية للغذاء، أولاً، جميع الأماكن المادية التي يتوجه إليها مقدمو الرعاية والأطفال والمراهقون لشراء الغذاء أو استهلاكه. إن ما تعرضه المتاجر والأسواق من أغذية ومواد غذائية والأسعار المحددة لها يؤثر كثيراً على إمكانية الحصول على الخيارات الغذائية، ويسر أسعارها، وسهولة الحصول عليها. وبالنسبة للأسر التي تعيش في صحارى أو قفار غذائية، كما تسمى، قد تكون المنتجات الطازجة ببساطة غير متوفرة (انظر الفصل 3). ويعد التسويق والإعلان من الأمور المهمة في البيئة الخارجية للغذاء، إذ يساعدان على تشكيل الذوق والتأثير على قرارات الشراء.⁹⁰ ويمكن أن تتضمن التدخلات الرئيسية في مجال البيئة الخارجية للغذاء الرامية إلى تحسين تغذية الأطفال، فرض معايير على تعزيز الأغذية بالمغذيات الأساسية.

تشمل سلاسل إمداد الغذاء جميع الفاعلين والأنشطة التي تساهم في إنتاج الغذاء ومعالجته وتوزيعه (وفي نهاية المطاف التخلص من الفضلات واستخدامها). وما يزال الإنتاج الزراعي هو المصدر الأكبر لما يأكله الأطفال، ويوفر فرصاً رئيسية لتحسين تغذية الأطفال، مثلاً من خلال الأبحاث والتطوير المعنية بإنتاج محاصيل أكثر احتواءً على المغذيات. وثمة تدخلات أخرى يمكن أن تتضمن تزويد المزارعين الصغار والنساء بالوسائل اللازمة لزراعة خضروات مغذية وتربية الماشية ذات الدورة الإنتاجية القصيرة من قبيل الطيور والماعز، وتطوير أنظمة زراعة مختلطة وزراعة المحاصيل وإنتاج الأسماك. وهناك فرص أيضاً على امتداد سلاسل الغذاء لدعم إنتاج تغذية أفضل للأطفال، من قبيل تعزيز الأغذية بالمغذيات الدقيقة الأساسية، وتقليل استخدام الدهون المشبعة والدهون المتحولة والسكر والملح. وبوسع تحسين



تشكل المواد الغذائية التقليدية أساس نمط التغذية عند أوروبا وأسررتها في تنزانيا. غالباً ما تكافح أوروبا للعثور على ما يكفي لإطعام أسرتها. وتقول: "أحياناً يذهب الأطفال إلى المدرسة في الصباح دون أن يأكلوا شيئاً". عندما يحصل زوجها على بعض المال الإضافي، "قد أعود إلى المنزل باللحوم، كي يتسنى للأطفال الاستمتاع بتناولها".

الوقت عبئاً كبيراً في هذا المجال. ويتعين على النساء الريفيات غالباً الموازنة ما بين العمل غير مدفوع الأجر في الزراعة، وهو عمل "متكرر وشاق ومرهق" وبين دورهن كمقدمات الرعاية الرئيسيات.⁹¹ وتتضمن الاستجابات المهمة تزويد الأسر بتحويلات نقدية تتيح لها، إذا ما تراكمت مع استشارات ودعم كافٍ في مجال التغذية، توفير موارد ورغبة إضافية لشراء أغذية مغذية لأطفالها.⁹² وثمة مجال أيضاً لمعالجة فقر الوقت من خلال تقليص عبء العمل الزراعي والعمل المنزلي على النساء. مثلاً من خلال تحسين إمكانية الوصول إلى موارد المياه للأسرة مما يقلص الوقت الذي تمضيه النساء في جلب المياه، وكذلك توفير أدوات أفضل لتسريع أعمال الغرس وإزالة الأعشاب، كما يمكن إقامة مراكز رعاية يهارية للمساعدة في رعاية الأطفال.⁹³

إضافة لذلك، يمكن استخدام مزيج من الضرائب والحوافز الضريبية لتقليل الطلب على الأغذية غير الصحية وتشجيع العرض من الأغذية الصحية. ومن الإجراءات الأخرى الممكنة أيضاً فرض تعليمات على التغليف وأيضاً الملصقات التي توضع على العبوات الغذائية والتي تتضمن معلومات حول محتويات الغذاء، وتعليمات على التسويق، خصوصاً الأغذية التي تستهدف الأطفال والبالغين (انظر الفصل 4).

تمثل البيانات الشخصية المرتبطة بالغذاء العوامل التي تساعد على تحديد الخيارات في أنماط التغذية للأسر والأطفال، أو التي تقيد هذه الخيارات في العديد من الحالات. وهي تتضمن إمكانية وصول الأسر والأطفال إلى المتاجر والأسواق وقدرتهم على الشراء، مما يحدد يسر أسعار الغذاء وسهولة الحصول عليه (انظر الفصل 3). ويمثل نقص الدخل ونقص



في المكسيك، تحاول غابرييلا إطعام أسرتها بالأطعمة الصحية، مثل السلطة في وقت الغذاء، لكن إيكال، 6 سنوات، لديها أفكار أخرى. يترجاها قائلاً: "أمي، هل أستطيع الحصول على حلوى؟" غابرييلا تجد ذلك أمراً صعباً: "إنهم مجرد أطفال، كل شيء يزدان بالصور الجميلة. وكل شيء فيه سكر. لا يزالون أطفالاً، لذا فهم يريدون الحلوى طوال الوقت".



شأن العديد من الشباب الآخرين، يتخذ المراهق الإندونيسي رافسي بنفسه المزيد من القرارات بشأن الطعام الذي يتناوله، خاصةً عندما يرتاد المركز التجاري مع أصدقائه. يحاول رافسي أن يفقد بعض الوزن: يقول: "أذهب إلى صالة الألعاب الرياضية. أمل أن أفقد وزناً أكثر لأنني ما زلت أعاني حالياً من زيادة الوزن". ولكن الأمر ليس سهلاً. "يصعب عليك تناول طعام صحي عندما يتناول أصدقاؤك أطعمة لذيذة أكثر منها صحية".

إعداد / تصوير: ماكمندي

التفاعلات

لا يعمل أي من هذه المحددات الأربعة بصفة منعزلة تماماً عن غيره. وكما تشير الأسمم في الإطار، فإنها تتفاعل فيما بينها، وتشكل وتعزز بعضها بطرق يمكنها تحسين تغذية الأطفال أو إيدانها. فمثلاً، يساعد الغذاء الذي تعرضه الأسواق المحلية على صياغة أنماط التغذية للأطفال والأسر، وهذا المعروض يتأثر بدوره بالطلب من الأطفال والأسر. وتظهر هذه التفاعلات أهمية ضمان أن تعمل السياسات الرامية إلى تحسين الإمداد بالأغذية المغذية على تعزيز الطلب أيضاً.

تتأثر سلوكيات مقدمي الرعاية والأطفال والمراهقين – أو كيف تقوم الأسر والأطفال واليافعون بشراء الغذاء وتحضيره، وكيف يتم إطعام الأطفال والإشراف عليهم – بعوامل عديدة. ومنها أنماط تناول الطعام، والمعرفة الغذائية، وتفضيلات المذاق، والشهية، ومستويات الأنشطة البدنية. وثمة أهمية أيضاً للعوامل الاجتماعية-الاقتصادية، من قبيل المحرمات الغذائية، والتوجه في بعض الثقافات لإيلاء الأولوية لإطعام الأولاد والرجال على حساب البنات والنساء أثناء الوجبات. وتعد المعلومات الغذائية والتوعية والاستشارات تدخلات مهمة للتأثير على السلوكيات التي تمتد مدى الحياة من أجل اتخاذ قرارات وتكوين عادات أفضل صحياً وغذائياً.

ما الآثار الاقتصادية لسوء التغذية لدى الأطفال؟

يمكن أن يضر سوء التغذية بالأفاق الاقتصادية للطفل؛ وعبرها يضر بالتنمية الاجتماعية والاقتصادية الأوسع نطاقاً بطرق عديدة.

ستشهد العقود القادمة تغييرات كبيرة في السمات السكانية في العالم – إذ ستصبح أفريقيا مركز النمو السكاني العالمي. وبحلول عام 2050، من المتوقع أن يزيد سكان أفريقيا بمقدار ضعف ما بلغه في عام 2017، وسيصل إلى 2.5 بليون فرد. وباختصار، سيصبح مستقبل الإنسانية أفريقياً بصفة مطردة. وسيكون معظم هؤلاء الناس يافعين. ومع تزايد سن السكان في معظم أنحاء العالم، ستظل أفريقيا قارة فتية في العقود المقبلة؛ وفي عام 2050، ستكون المكان الذي يولد فيه اثنان من كل خمسة أطفال في العالم.⁹⁴

وسوف نشوء قوة العمل الفتية والكبيرة هذه، وخلال هذه الفترة القصيرة، لأفريقيا – وكذلك الحال في الهند وفي بعض البلدان الأخرى في منطقة جنوب وجنوبي شرق آسيا – فرصة لتسخير ميزتها الديمغرافية. ولكن لا يمكن تحقيق هذه الإمكانيات إلا بتحسين رأس المال البشري – ما يحصل عليه الناس من تعليم وتدريب ومهارات وخدمات صحية.⁹⁵ ويقف سوء التغذية حائلاً دون تحقق هذا الأمر.

التأثير على الأطفال

ثمة طرق عديدة يمكن لسوء التغذية أن يلحق فيها الضرر بالأفاق الاقتصادية للطفل، وبالتالي بالتنمية الاجتماعية الاقتصادية الأوسع. فالتقزم في الأيام الـ1000 الأولى من حياة الطفل مرتبط بتطور إدراكي أضعف وتحصيل تعليمي أقل.⁹⁶ وتشير أدلة مستمدة من عدة بلدان إلى أن الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية يمضون وقتاً أقل في المدرسة، وعادة ما ينجم ذلك عن ضعف تطور الدماغ، أو ضعف استعدادهم للمدرسة، أو المرض، أو لأنهم يبذون المدرسة في مرحلة لاحقة من الحياة، كما تزداد أرجحية أن يرسبوا ويعيدوا الصفوف. وعلى سبيل

المثال، تظهر الأبحاث أن الأطفال في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى يخسرون 2.5 سنة دراسية إذا حدثت مجاعة أثناء الحمل بهم أو في طفولتهم.⁹⁷

وفي مقابل ذلك، ثمة أمثلة عديدة حول ارتباط التغذية الأفضل بالتحسن في أداء الطفل في المدرسة. فعلى سبيل المثال، فرضت حكومة الولايات المتحدة في عقد الأربعينيات من القرن الماضي إجراءً لتعزيز الخبز للتغلب على النقص الواسع النطاق في الحديد. وأظهرت تحليلات لاحقة حدوث تحسن في معدلات الالتحاق بالمدارس.⁹⁸ وبالمثل، أمضى الأطفال التنزانيون الذين حصلوا على مكملات مكثفة من اليود في أواخر عقد الثمانينيات وعقد التسعينيات من القرن العشرين حوالي نصف سنة إضافية في المدارس مقارنة بالأطفال الذين لم يعالجوا.⁹⁹ وتشير الدراسات حول برامج المكملات الغذائية من غواتيمالا¹⁰⁰ والصين¹⁰¹ إلى أن الأطفال حسنوا أداءهم في مجالات من قبيل الرياضيات والقراءة.

وربما كانت الطريقة الأكثر مباشرة لتوضيح تأثيرات سوء التغذية على الأفاق الاقتصادية للفرد هي تَحْصُّص ارتباط سوء التغذية مع تقلص الدخل – أي من الناحية الفعلية تأثير سوء التغذية على الإنتاجية. وتشير الأبحاث الموجودة إلى أن معدل الخسارة في الدخل على امتداد الحياة والمرتبطة بالتقزم تبلغ 1,400 دولار لكل طفل، وتتراوح ما بين 300 دولار في طاجيكستان وتبلغ ما يزيد عن 30,000 دولار في البلدان الأكثر ثراءً من قبيل جزر البهاما والإمارات العربية المتحدة والكويت وقطر.¹⁰² ودلت الدراسات أيضاً على أن التقزم يرتبط بانخفاض الدخل، فوفقاً لإحدى الدراسات، ترتبط الزيادة في الطول لدى البالغين بمقدار سنتيمتر واحد بزيادة قدرها 4 بالمئة في الأجر الذي يحصل عليه الرجل، و6 بالمئة في الأجر الذي تحصل عليه المرأة.¹⁰³

والسرطان والسكري والأمراض التنفسية المزمنة أكثر من 7 تريليونات دولار خلال الفترة 2011-2025، أي ما يكافئ 4 بالمئة من الإنتاج السنوي لهذه البلدان.

الاستثمار في التغذية

يجب اعتبار التغذية بأنها استثمار أساسي إذا ما أراد العالم تحقيق أهداف التنمية المستدامة بحلول عام 2030. ووفقاً لتقديرات أعدها البنك الدولي وجهات أخرى، يتطلب الأمر تخصيص مبلغ إضافي يبلغ 8.50 دولار لكل طفل سنوياً من أجل تحقيق الغايات العالمية في مجال التقرم للأطفال دون سن 5 سنوات.¹⁰⁹ وهذا يكافئ 5 بلايين دولار سنوياً. وثمة رقمان يساعدان في وضع هذا المبلغ ضمن سياق يتيح المقارنة: فهو أقل بقليل عن مجموع الإنفاق السنوي على الإعلانات لثلاث من أكبر الشركات العالمية للأغذية والمطاعم والذي بلغ 7.2 بلايين دولار وسطياً في بداية العقد الثاني من الألفية الثانية.¹¹⁰ وهو يقل قليلاً عن 1 بالمئة من مبلغ 620 مليار دولار الذي تنفقه البلدان مرتفعة الدخل والاقتصادات الناشئة سنوياً على دعم الزراعة¹¹¹ (والذي يشمل الدفعات المباشرة للمزارعين والعوائق الجمركية ودعم الصادرات).

ثمة عوائد مذهلة لمثل هذه الاستثمارات. فكل دولار يستثمر في تقليص التقرم يولد عوائد اقتصادية تكافئ حوالي 18 دولاراً في البلدان المثقلة بالأعباء.¹¹² وحتى من دون هذه العوائد، يجب أن يكون الاستثمار في تغذية الأطفال في صميم أي جدول أعمال معني بالمساواة. وقال الرئيس السابق للبنك الدولي، جيم يونغ كيم، "يصبّ الجميع اهتمامهم على المساواة في الفرص، بيد أننا في الواقع نكذب إذا كان 25٪ من الأطفال في العالم يعانون من التقرم. فانعدام المساواة محفور في أدمغة 25٪ من جميع الأطفال قبل أن يبلغوا سن الخامسة. لذا فإن الطريقة الوحيدة التي يمكننا أن نقول فيها بصفة معقولة أن هناك مساواة في الفرص هي أن نحد من التقرم حتى يصل إلى صفر".¹¹³ ■

كل دولار يستثمر في الحد من التقرم يولد عائدات اقتصادية تقدر بنحو 18 دولاراً أمريكياً في البلدان المثقلة بالأعباء.

وثمة طريقة إضافية، ومن السهل ألا تتم ملاحظتها، يؤثر فيها سوء التغذية على الأفاق الاجتماعية والاقتصادية للأطفال، وذلك من خلال تأجيل النزاعات. إذ توجد أدلة متزايدة تشير إلى ارتباط ضعف الاقتصاد والوضع الصحي، بما فيه سوء التغذية، بزيادة معدلات النزاعات المسلحة. ووفقاً لتحليل صدر في عام 2008، فإن تخفيض انتشار سوء التغذية لدى الأطفال دون سن 5 سنوات بمقدار 5 نقاط مئوية يرتبط بتراجع أرجحية نشوب نزاع بمقدار 3.5 نقاط مئوية.¹⁰⁴ أما أسباب ذلك فليست واضحة تماماً، ولكن وكما قال السيد جون بويد أور، وهو أول مدير عام لمنظمة الأغذية والزراعة، "لا يمكننا بناء السلام على بطون خاوية".¹⁰⁵

جميع هذه التأثيرات على الفرد تؤدي إلى إضعاف قدرة البلدان على تطوير رأس مالها البشري، والمعروف بأنه "المستويات الإجمالية للتعليم، والتدريب، والمهارات، والصحة للسكان".¹⁰⁶ وهذه خسارة كبيرة. ووفقاً لدراسة كلفة الجوع في أفريقيا التي أصدرها الاتحاد الأفريقي، فإن سوء التغذية لدى الأطفال يكلف اقتصادات أفريقيا ما بين 1.9 بالمئة و16.5 بالمئة من الناتج المحلي الإجمالي في كل سنة.¹⁰⁷ وتشير دراسات صدرت مؤخراً إلى أن سوء التغذية يواصل التسبب بعبء ثقيل على اقتصادات أفريقيا.¹⁰⁸

بذلت جهود أقل بكثير لتقدير كلفة البدانة لدى الأطفال، خصوصاً في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل. ويمكن أن تؤثر زيادة الوزن على الاقتصاد الأوسع من خلال تقليص إنتاجية الأفراد - من جراء انخفاض مستويات الأنشطة البدنية وارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض غير السارية - ومن خلال زيادة كلفة الرعاية الصحية لمعالجة المشاكل الصحية من قبيل ارتفاع ضغط الدم، والسكري، والسمنة. ووفقاً لتقديرات أعدتها منظمة الصحة العالمية، إذا استمرت التوجهات الحالية، ستصل الخسائر الاقتصادية في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل من جراء أمراض القلب

مقالة رأي

لماذا تعتبر معالجة تغذية الأطفال
مهمة للتنمية الاقتصادية الأوسع لكل بلد؟

د. سنية نيشات
مساعدة رئيس الوزراء
الباكستاني لشؤون تخفيف
حدة الفقر وخدمات
الحماية الاجتماعية

كما أن سوء التغذية لا يؤدي إلى الوفاة والإصابة بالأمراض وحسب. لكنه يقوّض أيضاً من الحقّ الإنسانيّ في حياة صحيّة، ويؤثّر سلباً في التنمية الاقتصاديّة بسبب رفعه من تكاليف الرعاية الصحيّة، وما يكبده للاقتصاد أيضاً من خسارات في المقدرة الإنتاجيّة.

ففي حالة نقص التغذية، فإنّ الخسارات التي تتعرّض لها المقدرة الإنتاجيّة تأتي نتيجةً لتراجع المقدرات الجسديّة والذهنيّة، أمّا في حالة البدانة فإنّ التغيب عن العمل، والإنتاجيّة الضعيفة أثناء العمل، والوفاة والعجز الدائم كلّها من أسباب وقوع هذه الخسارات.

إضافة إلى أنّ وقع التكاليف هذه على الناتج المحليّ الإجمالي للبلد قد يكون مهولاً أحياناً. إذ تبلغ الخسارة التي يتعرّض لها الناتج المحليّ الإجمالي سنوياً في آسيا مثلاً 11 بالمئة من جزيء انخفاض الوزن، وسوء نموّ الأطفال، وعوز المغذيات الدقيقة. ويقدر الأثر الذي تخلفه البدانة في الاقتصاد العالميّ باتنين تريليون دولار أو ما يعادل 2.8 بالمئة من الناتج الإجمالي العالميّ، وهو ما يعادل تقريباً الكلفة الاقتصاديّة للتدخين أو للزراعات المسلّحة. ولو جمعنا تكاليف الأشكال المختلفة لسوء التغذية لوصل ما تخلفه من أثر في الاقتصاد العالميّ إلى قرابة 3.5 تريليوناً سنوياً، أو ما يعادل 500 دولار لكلّ فرد.

ولربّما كان المظهر الأوضح للعلاقة بين التغذية والتنمية الاقتصاديّة لبلد ما هو الأثر الذي تتركه في رأس المال البشريّ. فقد أطلق البنك الدوليّ عام 2018 مؤشّر رأس المال البشريّ، ليؤكد على أنّه لا مندوحة للبلدان في عصرنا الرقميّ هذا من الاستثمار العاجل في شعوبها إذا كانت تأمل في أن تستطيع المنافسة في سوق المستقبل.

ويعدّ مؤشّر رأس المال البشريّ مقياساً مركّباً إذ أنّه يشمل بقاء الطفل، وعدد سنين الدراسة، والقرامة. وبفضله صار بوسعنا

لقد أضحت اليمن بعد مضيّ سنين من الصراع الدامي عليها واحدة من أسوأ الكوارث الإنسانيّة في العالم، وبدأت بالترديّ في هوة المجاعات. وحتّى لو انتهى النزاع فيها نهار الغدّ، فإنّ عواقب هذه الأزمة ستبقى ماثلةً لزمن طويل، لا سيّما بسبب ضرر سوء التغذية على تطوّر الدماغ، الذي يحدّد بدوره حجم المقدرات الإدراكيّة التي ستمتلكها كوارث المستقبل. ولذا يسعنا القول أنّ انعدام الأمن الغذائيّ اليوم يسلب من اليمن طاقاتها في قابل الأيام.

لكنّ سوء التغذية لا يقتصر للأسف على السعوب (الجوع الشديد) في المناطق التي تدور فيها رحى الحرب. إذ يعاني الأطفال في شتّى أرجاء الأرض صوراً مختلفة لسوء التغذية، تتعدّى حالة نقص التغذية فقط.

ويقاسي العديد من البلدان اليوم العبء المضاعف لسوء التغذية. حيث يؤدي نقص التغذية لدى الأطفال الصغار، وزيادة الوزن في سنّ لاحقة من الحياة، إلى ارتفاع خطر الإصابة بالأمراض ذات الكلفة العلاجيّة الباهظة، كارتفاع ضغط الدم والسكريّ. حيث يتبدى وجهاً سوء التغذية بشكل يبعث على الأسى في ذات البلد – بل وحتّى في البيت نفسه، والصفّ الدراسيّ نفسه، وباحة اللعب ذاتها.

وقد تبيّن اليوم أنّ نفسيّ مرض السكريّ في الصين، وكامبوديا، وأكرانيا مرتبطٌ بالمجاعات التي وقعت قبل 40 إلى 50 عاماً. ويمكن عزو المعدّل العالي الحالي لمرض السكريّ في جمهوريّة ناورو إلى انقطاع الطعام الذي شهدته خلال الحرب العالميّة الثانية. ما يعني ارتفاع احتمال ظهور "مناطق ساخنة" لمرض السكريّ مستقبلاً في المناطق التي تتعرّض للقحط والمجاعات أو الحروب الأهليّة والإقليميّة (كالقرن الإفريقيّ واليمن) اليوم حين تتحسنّ فيها الظروف الاقتصاديّة والاجتماعيّة مستقبلاً.

الدكتورة سنية نيشات، مساعدة لرئيس الوزراء الباكستاني لشؤون تخفيف حدة الفقر وخدمات الحماية الاجتماعية ووزيرة في حكومة باكستان الفيدرالية. كما أنّها تشغل منصب رئيسة برنامج بنظير لدعم الدخل، ومنصب الرئيسة المشتركة للجنة المستقلة رفيعة المستوى التابعة لمنظمة الصحة العالميّة المعنية بالأمراض غير السارية. وهي مؤسسة معهد "هارت فايل" غير الحكوميّ وغير الربحيّة للدراسات. وسبق لها عام 2017 أن كانت مرشحة دولة باكستان لشغل منصب المديرية العامة لمنظمة الصحة العالميّة حيث كانت واحدة من المرشحين الثلاثة في التصفيات النهائيّة لشغل المنصب.



© UNICEF/UN0281635/Dejongh

أكثر من 820 ألف طفل من خلال اتخاذ إجراءات كإرضاع الأطفال رضاعةً طبيعيةً حصريّة فور ولادتهم، وعن طريق مواصلة تقديم حليب الأمّ لهم ضمن نمط التغذية الخاص بهم حتّى السنة الثانية من عمرهم، وما بعد ذلك.

إلاّ أنّه لا يصحّ أن تستخدم فائدة التدابير المجانية هذه للتقليل من عظيم الأثر الذي يمكن جنيه من وضع المال في أيدي أولئك الذين يركزون تحت وطأة سوء التغذية. ولذا فقد دعيت لتولّي أمر برنامج بنظير لدعم الدخل، وهو برنامج حكوميّ لتقديم المساعدات الماديّة، عقب إعلان حكومة باكستان الأخير عن إيلائها الأولويّة لفضيّة التغذية.

ويقدّم البرنامج الذي تبلغ الميزانيّة التي رصدت له 1.15 مليار دولار أميركيّ المال مباشرة إلى أكثر من 5.6 مليون فقير وأسرة مهمّشة. وقد أظهر تقويم مستقلّ أنّ البرنامج يمكّن النساء بوجه خاصّ، مغيّراً بذلك من الطريقة التي ينظر لهم الناس بها في مجتمعاتهم. وإني أتطلّع إلى إدغام مبادرة جديدة مبنية على التغذية في إطار هذا البرنامج حتّى نزيد من حجم علاجنا لسوء التغذية.

كيف لا وقد ازداد الوعي، كما ازدادت الأدلّة، على أنّ عائد الاستثمار في الحدّ من سوء التغذية كبير، وأنّ الحاجة له ماسّة. لقد أضحي سوء التغذية أشبه بشعبان متعدّد الرؤوس، وقد وجب على دول العالم أن تتصدّى له لأجل صحتنا، ولأجل اقتصاداتنا في حاضرنا ومستقبلنا. ■

إثبات أنّ سوء التغذية مسؤول بشكل مباشر عن الخسارات التي تلحق برأس المال البشريّ.

إذ قد تفوت الأفراد الذين تعرّضوا للتقزم سنين من الدراسة في المدرسة، كما أنّهم قد يتخلّفون عن غيرهم في الالتحاق بالقوى العاملة، ما يعني أنّ 43 بالمئة من الأطفال الذي هم تحت سنّ 5 سنوات في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل معرّضون لارتفاع خطر الفقر بسبب التقزم.

ولذا فإنّ من شأن الاستثمار في تغذية الأطفال أن يعود بأثر حسن في التنمية يمتدّ لزمان طويل. حيث يشير "توافق آراء كوبنهاغن" إلى أنّ عائد كلّ دولار ينفق على التغذية في الأيام الألف الأولى من حياة الطفل قد يبلغ وسطيّاً 45 دولاراً أمريكياً.

ويكفي أن نستثمر سنويّاً ما قدره وسطيّاً 7 مليارات دولار في السنين العشر المقبلة حتّى نحقق الأهداف العالميّة للتغذية في الحدّ من هزال وتقزم الأطفال وفقّر دم الحوامل، ولتحسّن من معدّلات الرضاعة الطبيعيّة. وإنّ من شأن استثمار كهذا أن ينفذ حياة 3.7 مليون طفل بحلول عام 2025 وأن يقلّل من عدد الأطفال المصابين بالتقزم بـ 65 مليون طفل، وأن يزيد عدد الأطفال الذين يحصلون على الرضاعة الطبيعيّة الحصريّة بـ 105 مليون طفل، إضافة إلى تقليل عدد النساء المصابات بفقر الدم بـ 265 مليون امرأة مقارنة بعام 2015. لكنّ كلّ فرص التنمية هذه ستفوتنا بدون استثمار كهذا.

إنّ لسوء التغذية كلفة عالية، لكنّ ذلك لا يعني بالضرورة أنّ حلوله عالية الكلفة أيضاً. فقد قدرت دوريّة لانسيب الطبيّة أن يوسعنا إنقاذ حياة



إطعام الطفل
مدى الحياة

02



◀ إن سوء التغذية أثناء الحمل والطفولة المبكرة يمكن أن يؤثر سلباً على نمو الدماغ.



◀ بشكل عام، يتناول الأطفال في سن المدرسة في جميع أنحاء العالم القليل من الأطعمة الغنية بالمغذيات والكثير من الوجبات الخفيفة غير الصحية.

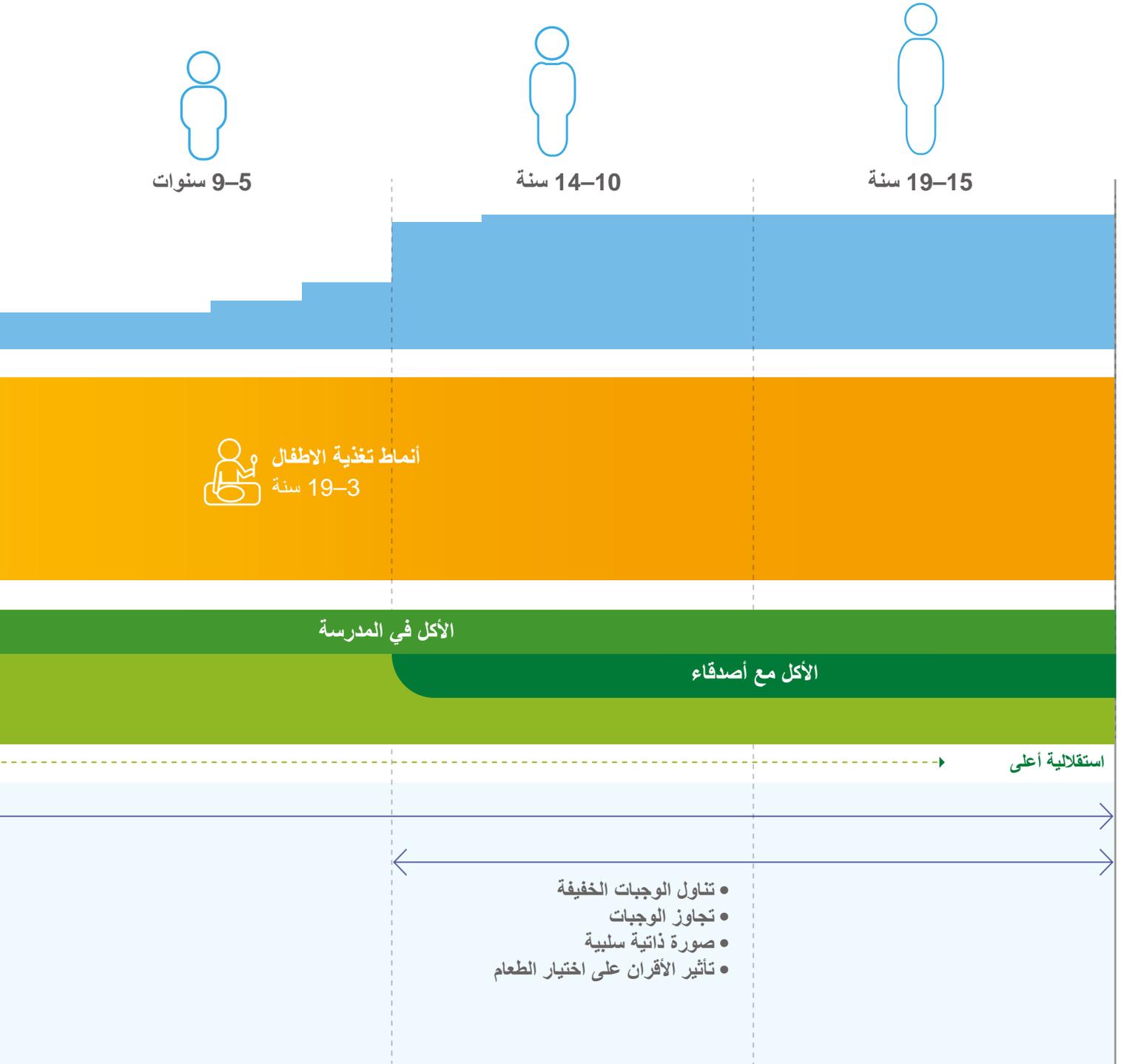


◀ يمكن أن يكون للبدانة في مرحلة المراهقة آثار سلبية تدوم مدى الحياة على المخ، مما يساهم في الظهور المبكر للخلل الإدراكي أثناء الشيخوخة.

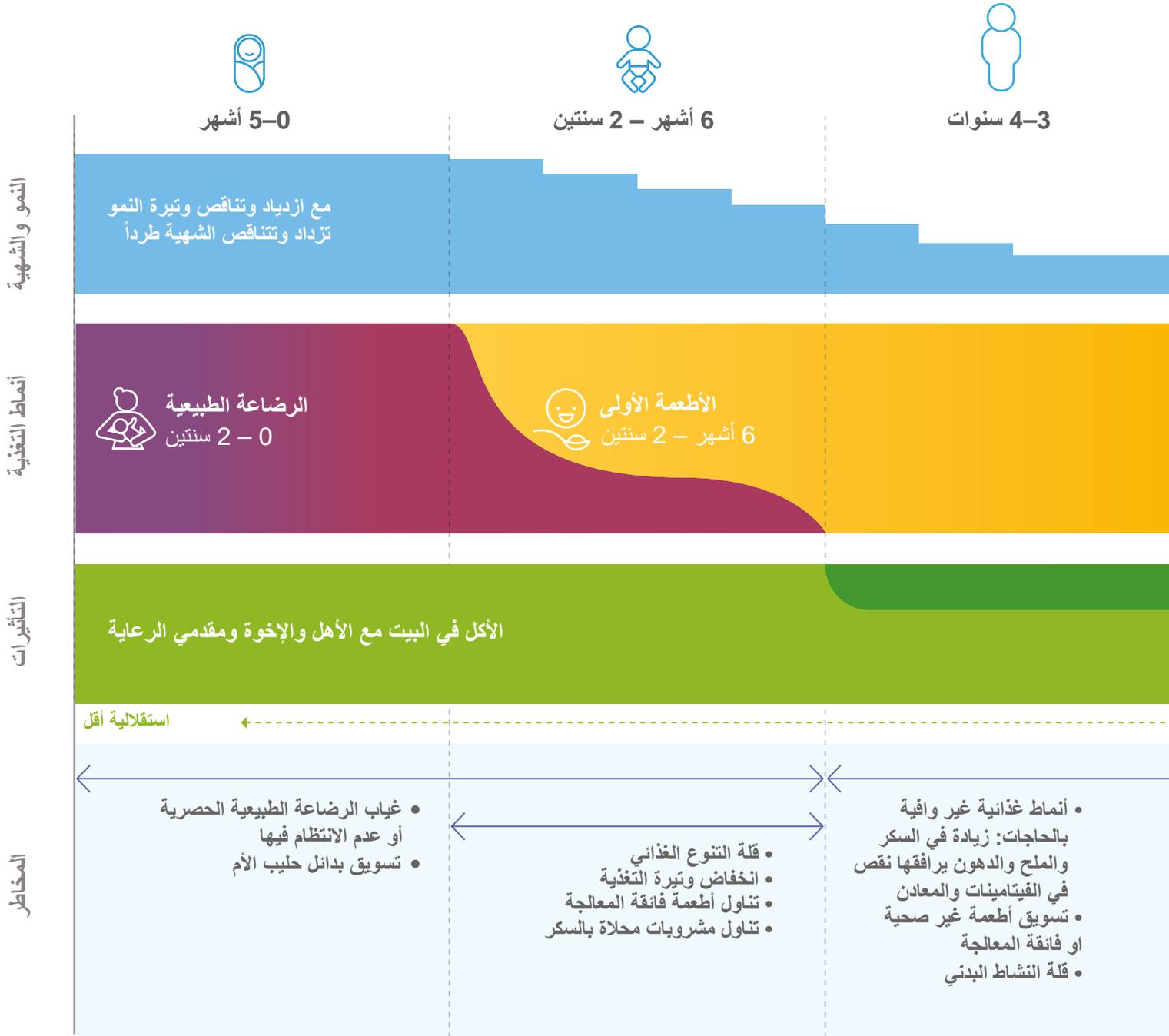
عبر كل مرحلة من مراحل الحياة — من الرحم حتى المراهقة — يكون لدى الأطفال احتياجات وسلوكيات غذائية وعوامل فريدة تؤثر فيها، ويلحق بهم سوء التغذية ضرراً كبيراً بطرق شتى. فالطفولة المبكرة هي فترة نمو سريع خاضعة لخطر الهشاشة التغذوية. ويتعرض الأطفال في سن الدراسة لعوامل مؤثرة رئيسية تمسّ نمط التغذية الخاص بهم وخياراتهم التغذوية. وتمثل مرحلة المراهقة فرصة لا تعوض لوضع نظام تغذية صحي يدوم مدى العمر.

الغذاء والتغذية عبر الطفولة

والأطفال بمختلف أعمارهم لا يتناولون غذاءً يحتوي على ما يكفي من المغذيات أو التنوع الغذائي الكافي، كما أنهم يتناولون كمّاً زائداً من السكر والملح والدهون. يمكن أن تؤدي المخاطر في الأعمار المختلفة إلى الإصابة بشكل أو أكثر من شكل من أشكال سوء التغذية: النقرم، أو الهزال، أو الجوع المستتر، أو زيادة الوزن والبدانة. ومن شأن مثل هذه الحالات أن تؤثر على الأداء المدرسي، والفرص الاقتصادية مدى الحياة، كما أنها تشكل مخاطر صحية في مرحلة البلوغ.



في جميع مراحل الطفولة، يتفرد الأطفال عن غيرهم من البشر من حيث الاحتياجات والمخاطر والسلوكيات الغذائية.



إن غياب التغذية السليمة خلال السنوات الأولى قد يؤدي لعواقب على مدى الحياة.

مقدمة

عبر كل مرحلة من مراحل الطفولة — من الرحم حتى البلوغ — تتطور وتتغير الاحتياجات الغذائية للطفل وسلوكياته والعوامل المؤثرة في نمطه الغذائي. ويمر الرضيع بتغيرات جسمانية واسعة النطاق أسبوعاً تلو الآخر. ومع بداية التحاق الأطفال بالمدرسة، يمكن أن تتغير أنماط الأكل وأنماط التغذية بشكل كبير. وفي فترة لاحقة، تتاح للمراهقين فرص اتخاذ عادات غذائية صحية مدى الحياة، ومع ذلك يظلون عرضة للآثار الطويلة الأجل الناتجة عن زيادة الوزن والبدانة. وتؤدي التغذية السليمة للأمهات والأطفال، في المراحل الأولى من الحياة، إلى انخفاض المخاطر الصحية على امتداد العمر والوقاية من الأمراض غير السارية¹. ومن الهام فهم هذه الاختلافات عبر مرحلة الطفولة من أجل تصميم السياسات والبرامج التي تدعم تغذية الأطفال بفاعلية.

مع نمو الطفل، ينتقل المؤثرون الرئيسيون في النمط الغذائي تدريجياً من الأبوين وغيرهم من مقدمي الرعاية في السنوات الأولى إلى موظفي مراكز الرعاية النهارية والمدارس، وأخيراً إلى الأقران والأصدقاء في سن الدراسة والمراهقة. وتؤثر استراتيجيات تسويق الأغذية والقوى الاجتماعية الأوسع نطاقاً على ما يطعمه الآباء ومقدمي الرعاية لأطفالهم، وتترك أثرها بشكل مباشر على خيارات الأطفال الغذائية مع نموهم وتقدمهم في السن.

السنوات المبكرة: الهشاشة والفرصة

(السنوات الخمس الأولى من العمر)

تعد مرحلة الطفولة المبكرة فترة نمو سريع على المستوى الجسماني والعقلي. ويمكن أن تترتب عن قلة التغذية السليمة والتعرض للأمراض والعدوى خلال هذه السنوات الأولى آثار تمتد مدى الحياة في التحصيل التعليمي والنتائج

الصحية والاقتصادية، ولا سيما بالنسبة للأطفال من أفقر المجتمعات المحلية وأكثرها تهميشاً.

تتميز الأيام الـ1000 الأولى — من مرحلة الحمل حتى بلوغ الطفل عامين من العمر — بأهمية خاصة وحاسمة. فسوء تغذية الأمهات قبل الحمل وفي أثناء وجود الطفل في الرحم، وغياب الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى، وعدم قدرة مقدمي الرعاية على توفير مجموعة متنوعة ومغذية من "الأطعمة الأولى" يمكن أن يؤدي إلى التقزم، والهزال، ونقص المغذيات الدقيقة. وبالنسبة إلى الأطفال ومجتمعاتهم المحلية، يمكن أن تكون العواقب عميقة وممتدة طوال الحياة.

أثر سوء التغذية لدى الأمهات وسوء التغذية في مرحلة الطفولة المبكرة

تبدأ التغذية الجيدة من مرحلة ما قبل الولادة. ويؤثر سوء التغذية لدى الأمهات على الطفل في أثناء وجوده في الرحم وعند الوضع.

ويؤدي سوء التغذية لدى الأمهات، الذي يأتي في شكل نقص الوزن وفقر الدم، إلى زيادة خطر الخداج وانخفاض الوزن عند الولادة، مما يزيد بدوره خطر وفاة المواليد الجدد والتقزم والهزال. وبالإضافة إلى ذلك، فإن زيادة الوزن لدى الأمهات تعد من المضاعفات الشائعة للحمل²؛ فهي ترفع خطر الإصابة بمرض سكري الحمل ومقدمات الارتعاج، وهي مضاعفات قد تهدد الحياة، ويمكن أن تؤدي إلى صعوبات في المخاض وارتفاع معدلات نزيف ما بعد الولادة. وهناك مخاطر على الطفل أيضاً، بما في ذلك الخداج³، وانخفاض وزن الوليد، وعدم بدء الرضاعة الطبيعية، وزيادة خطر زيادة الوزن في تالي العمر⁴.

ترفع متطلبات النمو لدى الجنين مستوى احتياجاته من المغذيات الدقيقة؛ وتعاني العديد من النساء الحوامل من الجوع المستتر أو نقص المغذيات الدقيقة (انظر الفصل 1). ويمكن أن يؤدي نقص الحديد إلى الإصابة بفقر الدم.

كيف تساعد الرضاعة الطبيعية الأم والطفل



حليب الأم ليس مجرد طعام — إنه دواء قوي مصمم خصيصاً لتلبية احتياجات الرضيع

والمغذيات الدقيقة للطفل خلال هذه الفترة يمكن أن يضع الأساس المتين لوظيفة الدماغ طول العمر. وسيكون بمقدور الطفل الذي يتغذى بشكل جيد أن يتفاعل مع البيئة من حوله ومع مقدمي الرعاية بطريقة تدعم نمواً صحياً أكبر للدماغ.¹⁰

قوة الرضاعة الطبيعية

إن الفوائد الواسعة النطاق للرضاعة الطبيعية — بالنسبة إلى سلامة جهاز مناعة الطفل، ونماء الدماغ، والكائنات المعوية الدقيقة — موثقة توثيقاً جيداً ومتفق عليها بتوافق عالمي ضمن الجماعات المعنية بالتغذية. وتوصي اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية بالرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الأشهر الستة الأولى ومواصلة الرضاعة الطبيعية حتى سن سنتين أو أكثر. وكما كتب كيث هانسن من البنك الدولي في مجلة لانسييت الطبية في عام 2016، "لو لم تكن الرضاعة الطبيعية موجودة بالفعل، فإن مخترعها سيستحق جائزة نوبل في الطب والاقتصاد".¹¹

وفي الواقع، فإن نقص الحديد هو السبب الأكثر شيوعاً لفقر الدم الناتج عن سوء التغذية.⁵ ويساهم حمض الفوليك في الحيلولة دون ظهور عيوب الأنبوب العصبي مثل السنسنة المشقوقة في الجنين.⁶ يقلل الكالسيوم خطر التعرض لمقدمات الارتعاج والخداج.⁷ ويدعم فيتامين ألف وظيفة المناعة ونمو الجنين، وخاصةً خلال الثلث الأخير من الحمل.⁸ وأخيراً، يرتبط نقص الزنك لدى الأمهات بانخفاض وزن الطفل عند الولادة، وضعف التطورات العصبية الجينية، والخداج، وزيادة وفيات المواليد الجدد.⁹

وفي حين أن آثار التغذية على الدماغ تختلف باختلاف مراحل الطفولة، فإن نمو الدماغ يكون الأسرع خلال السنوات الأولى. ويمكن أن يؤثر سوء التغذية في أثناء الحمل ومرحلة الطفولة المبكرة تأثيراً سلبياً على نمو الدماغ، الأمر الذي يؤثر بدوره على الإدراك والاستعداد للالتحاق بالمدرسة والسلوك والإنتاجية في سن الدراسة وما بعدها. وبالتالي، فإن توفير الطاقة الأساسية والبروتين والأحماض الدهنية

يبدأ 2 فقط من كل 5 أطفال حديثي الولادة الرضاعة الطبيعية في الساعة الأولى من حياتهم.

تدر الرضاعة الطبيعية فوائد جمة للطفل، وخاصةً في أول ساعة من عمره. فاللبأ، وهو أول لبن تنتجه الأم عقب الولادة، يحمي الجهاز المناعي غير الناضج للرضيع من العدوى والالتهاب.¹² ويتراجع خطر الوفاة تراجعاً كبيراً لدى الأطفال الذين يبدؤون الرضاعة الطبيعية في الساعة الأولى من حياتهم، حتى بالمقارنة مع الأطفال الذين يبدؤون الرضاعة الطبيعية في وقت لاحق في يومهم الأول.¹³

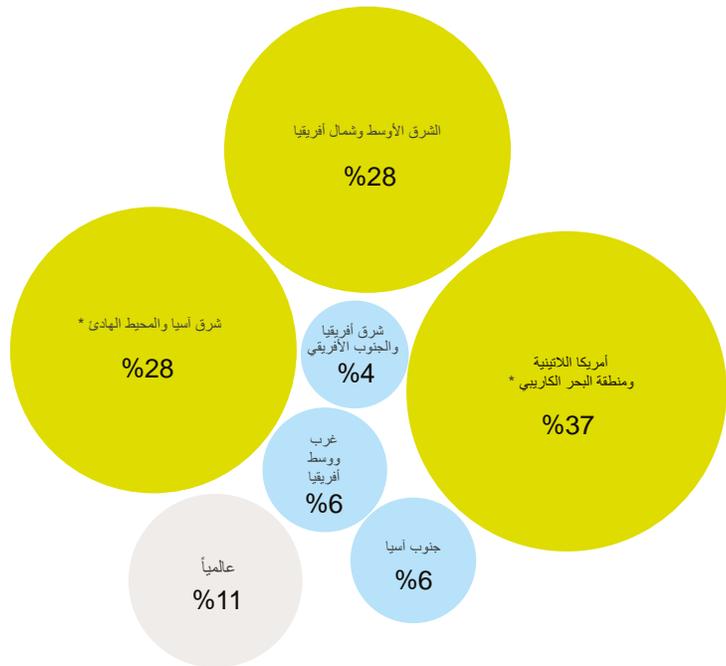
إن لبن الأم لا يعد مجرد غذاء — فهو دواء قوي صمم خصيصاً لتلبية احتياجات الرضع التي يمكن أن تحدّ بشكل كبير من خطر الوفاة.¹⁴ ويمكن للرضاعة الطبيعية الشاملة أن تنقذ حياة 820,000 طفل دون سن 5 سنوات سنوياً في جميع أنحاء العالم. كما أن معدلات الإسهال والأمراض المتصلة بالجهاز التنفسي تكون أقل بكثير لدى الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية. وتشمل

الفوائد الأخرى تحسين الأداء المدرسي¹⁵ وارتفاع مستوى الدخل لدى البالغين، فضلاً عن تحسين العافية البدنية. وتشير الأدلة المتزايدة أيضاً إلى أن الرضاعة الطبيعية تساهم في الحد من زيادة الوزن والبدانة والأمراض المزمنة مثل مرض السكري في تالي العمر.¹⁶

تعد المنافع المتأتية من الرضاعة الطبيعية عظيمة الأثر بشكل خاص في البلدان المنخفضة الدخل، حيث لا تستطيع الأسر في كثير من الأحيان الحصول على المياه النظيفة والرعاية الصحية. وحتى في البلدان المرتفعة الدخل، تظلّ للرضاعة الطبيعية أهميتها في الصحة والنمو والتنمية الصحيين. فعلى سبيل المثال، تقلل الرضاعة الطبيعية من وفيات الرضع المفاجئة والالتهاب المعوي القولوني الناخر الذي يهدد الحياة، وهو التهاب قاتل محتمل في الأمعاء يؤثر في الغالب على الرضع الخدج.

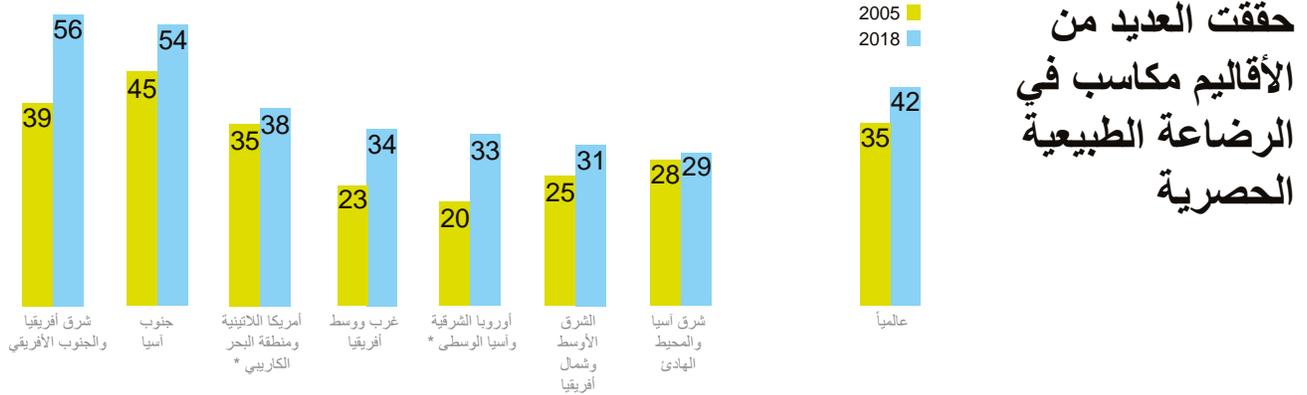
الشكل 1-2 | النسبة المئوية السنوية للأطفال الرضع بعمر 0-5 أشهر الذين أطمعوا حليب الأطفال، حسب أقاليم اليونيسف، 2018

ارتفاع استخدام بدائل حليب الأم أمر يثير القلق المتزايد



ملاحظات: وفي الفترة بين عامي 2008 و2013، زادت مبيعات البديل القائم على الحليب (حليب البقر في العادة) بنسبة 41 بالمائة على الصعيد العالمي وبنسبة 72 بالمائة في الشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل مثل البرازيل والصين وبيرو وتركيا. يستند التحليل إلى مجموعة جزئية من 73 دولة توفرت بيانات عنها للفترة 2013-2018 تغطي 61 بالمائة من سكان العالم. يتم عرض التقديرات الإقليمية فقط عندما تمثل البيانات المتاحة ما لا يقل عن 50 بالمائة من سكان الإقليم. * للوصول إلى تغطية سكانية كافية، تم استبعاد البرازيل من أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي؛ واستبعاد الاتحاد الروسي من أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى. البيانات غير متوفرة لأوروبا وآسيا الوسطى وأمريكا الشمالية. المصدر: قواعد بيانات اليونيسف العالمية، 2019.

الشكل 2-2 | الاتجاهات في النسبة المنوية للرضع بعمر 0-5 أشهر الذين يرضعون رضاعة طبيعية حصرية، أقاليم اليونسف، حوالي عام 2005 وحوالي 2018



ملاحظات: يستند التحليل إلى مجموعة جزئية من 80 دولة لديها بيانات توجهات قابلة للمقارنة تغطي نسبة 74 بالمائة من سكان العالم لحوالي عام 2005 (2003-2008) وحوالي 2018 (2013-2018). يتم عرض التقديرات الإقليمية فقط عندما تمثل البيانات المتاحة ما لا يقل عن 50 بالمائة من سكان الإقليم.

* للوصول إلى تغطية سكانية كافية، تم استبعاد البرازيل من أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي؛ واستبعاد الاتحاد الروسي من أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى.

المصدر: قواعد بيانات اليونسف العالمية، 2019.

دون سن 6 أشهر يرضعون رضاعة طبيعية حصرية. لماذا؟ إن الإجابة عن هذا السؤال معقدة، ولكنها تشمل عوامل متعددة مثل تشجيع بدائل لبن الأم، والمحظورات الاجتماعية والثقافية المعارضة للرضاعة الطبيعية، والكفاح الذي تخوضه نساء كثيرات لتحقيق التوازن بين العمل ورعاية الأطفال، وعدم وجود دعم للرضاعة الطبيعية.

بدائل حليب الأم

في الأيام الثلاثة الأولى من الحياة، يعطى 43 بالمائة من المواليد الجدد في جميع أنحاء العالم سوائل أو أغذية غير لبن الأم، وأشهرها الماء المحلى بالسكر، أو العسل، أو الشاي، أو حليب الأنعام، أو بديل لبن الأم، أو الماء العادي.¹⁹ وفي غرب ووسط أفريقيا، تعدّ المياه أكثر السوائل شيوعاً التي تعطى للرضع في الأيام الثلاثة الأولى بعد الولادة، مما قد يعرضهم على الأرجح لمسببات الأمراض وغيرها من المواد التي تهدد الحياة. وفي أماكن أخرى، لا يتلقى كثير من الرضع في أمريكا اللاتينية

وتستفيد الأمهات من الرضاعة الطبيعية أيضاً. فالرضاعة الطبيعية تساعد على منع النزيف الشديد بعد الولادة وتسرع من نقلص الرحم. وبالإضافة إلى ذلك، لأن الأمهات المرضعات أقل عرضة للتبويض أثناء الرضاعة الطبيعية، فإن الرضاعة الطبيعية تحسن المعبادة بين الولادات. وهناك أيضاً أدلة قوية على الحماية من سرطان الثدي والمبيض،¹⁷ وتوجد أدلة على انخفاض خطر الإصابة بمرض السكري من النوع 2، والحد من ارتفاع ضغط الدم وانخفاض مخاطر الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية بين الأمهات اللواتي يحرصن على إرضاع أولادهن رضاعةً طبيعية.¹⁸

لماذا لا يحصل كثير من الأطفال على رضاعةً طبيعية؟

على الرغم من الفوائد الجمة المذكورة آنفاً، فإن كثيراً من الأطفال لا يرضعون رضاعةً طبيعية على النحو الأمثل. ولا يبدأ الرضاعة الطبيعية في الساعة الأولى من العمر إلا بما يزيد قليلاً عن اثنين من بين كل خمسة (44 بالمائة) في السنة، وحوالي نفس النسبة (42 بالمائة) من الأطفال

إضاءة

يوم واحد (يكاد) لا يكفي قط: الحياة اليومية لأم عاملة ترضع وليدها طبيعياً في ريف لاوس

ولتعويض ابنها عن قلة إرضاعه خلال النهار، تقول إنها تمضغ بعضاً من قطع اللحم وتمزجها بعصيدة الأرز التي أعدتها لابنها الأصغر كاكا صباحاً. إنَّ عبء العمل الثقيل يعني أن شياتون غير قادرة أيضاً على متابعة زياراتها إلى المركز الصحي في المدينة. وقد علقت على ذلك قائلة: "أفضل أن أقضي الوقت في المزرعة بدلاً من الذهاب إلى المركز الصحي"، مضيفاً أن حصادهم الضئيل هو مصدر الدخل الوحيد لأسرتها المكونة من ستة أفراد.

ومع غروب الشمس واقترب رجوع زوجها إلى البيت، يهرع الأولاد لتحية أبيهم، متشوقين لرؤية ما جلبه لهم من فاكهة وثمار. أما بالنسبة إلى شياتون، فالיום لا يزال في منتصفه: إذ يظلّ عليها تحضير العشاء، وغسل الصحون، وإطعام ابنها الصغير. وقالت إنها سوف تحاول أخذ قسط من الراحة بمجرد عودة الأولاد من لعبهم مساءً مع جيرانهم، ملتفتة إلى ضرورة استيقاظها مبكراً من جديد في اليوم التالي. ■

تعيش شياتون في قرية هويتشنگاكو الواقعة في ريف لاوس. بعمر 33 عاماً، كان لديها أربعة أبناء تتراوح أعمارهم بين شهرين و15 سنة. وبالعامل جنباً إلى جنب مع زوجها، تقوم شياتون بزراعة قطعة أرض صغيرة وترعى منزلها مع أطفالها. تقول: "يبدأ يومي في وقت مبكر للغاية، بسبب المشي الطويل إلى المزرعة". ولهذا، فإن ممارستها للرضاعة الطبيعية ليست منتظمة كما نصحتها الطبيب. فبالإضافة إلى العمل الزراعي وإعداد وجبات الطعام للأولاد، تجمع شياتون الحطب، وتضع الطعام للخنزير والماشية، وتغسل الملابس، وتنظف المنزل، وتساعد في مزرعة الجيران لزيادة حصادهم الذي بالكاد يسد رمقهم.

عادة ما تكون شياتون قادرة فقط على إرضاع كاكا (ابنها الأصغر) عندما تكون في بيتها صباحاً قبل توجهها إلى المزرعة (التي تبعد عن بيتهم بمسافة ساعة مشياً)، ومرة أخرى عندما تعود في المساء. "إنه تحدٍ أواجهه يومياً بسبب العمل في الحقل. ففي بعض الأحيان عندما تمطر السماء، لا أستطيع العودة إلى البيت لأرضع أطفالتي طبيعياً، لذلك في موسم الأمطار أحرص دائماً على وجود عصيدة أرز جاهزة في البيت. وعدة مرات طلبت من جارتي الأمهات في الحي أن يرضعن أطفالتي".

قبل أن تتوجه إلى المزرعة، تجمع شياتون حطب الوقود وتقطع، وتنظف حديقتهم الخلفية من الشجيرات. تقول بابتسامة: "أنا أعتبر ذلك أيضاً نوعاً من الإجماع، قبل أن أخوض غمار العمل الحقيقي الذي ينتظرن في المزرعة". © UNICEF/Laos/2018



ومنطقة البحر الكاريبي لبن الأم على الإطلاق ويتلقون بدائل لبن الأم — ففي المكسيك، يستهلك بدائل حليب الأم 48 بالمئة من الرضع بعمر 0-5 أشهر و33 بالمئة بعمر 6-11 شهراً، في حين أن 35 بالمئة فقط من الأطفال دون السنتين من العمر يستهلكون لبن الأم الطبيعي.²⁰

إن ارتفاع الترويج لبدايل لبن الأم وبيعها واستخدامها غير الضروري، بما في ذلك بدائل المتابعة وحليب الأطفال الدارجين، هو أمر يبعث على القلق المتزايد. وغالباً ما يجري تسويق هذه المنتجات مصحوبةً بادعاءات مضللة تفيد بأنها تحسن معدل الذكاء وأجهزة المناعة لدى الأطفال الصغار، أو على أنها ضرورية للنمو الصحي. وفي الفترة بين عامي 2008 و2013، زادت مبيعات البديل القائم على الحليب (حليب البقر في العادة) بنسبة 41 بالمئة على الصعيد العالمي وبنسبة 72 بالمئة في الشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل مثل البرازيل والصين وبيرو وتركيا.²¹

تتمثل الفئة الأسرع نمواً من فئات الحليب الصناعي في الحليب الخاص بالأطفال الدارجين، الذي يسوق للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 13 و36 شهراً. وحققت المبيعات العالمية نمواً بنسبة 53 بالمئة بين عامي 2008 و2013. وقد تزيد هذه المشروبات، غير الضرورية للنمو الصحي،²² أيضاً من تفضيل الطفل للمذاق الحلو.²³ وبالمقارنة مع التراكيب الأخرى من الحليب الصناعي، التي تحتوي على السكريات المضافة، يساهم حليب الثدي في تعريض الأطفال لمجموعة أوسع من المذاقات والنكهات المكتسبة من النمط الغذائي للأم، وبالتالي إعداد الأطفال لنمط غذائي أكثر تنوعاً مع تقدمهم في السن. وتحتوي معظم تراكيب الحليب الصناعي الخاص بالأطفال الدارجين على مزيج من الحليب المجفف الخالي من الدهون الطبيعية، وشراب الذرة وغيرها من المحليات الصناعية المضافة والزيوت النباتية.

وقد أثار مختصو الصحة العامة مخاوف بشأن ارتفاع استخدام الحليب الصناعي الخاص بالأطفال الدارجين. ففي معرض تعليقها على هذه المنتجات، قالت جنيفر إل. بوميرانز، من جامعة نيويورك، "أرى أن هذه الشركات خلقت فترة تغذية وهمية ملأتها بهذا المنتج الجديد.

فنحن الآن نضيف بضع سنوات أخرى من استهلاك الأغذية المحضرة صناعياً التي لم تكن موجودة من قبل".²⁴

المعايير الاجتماعية والرعاية الصحية

تؤثر المعايير الاجتماعية والمحظورات والممارسات التقليدية تأثيراً كبيراً في سلوكيات التغذية. فعلى سبيل المثال، يسري الاعتقاد في ثقافات كثيرة أن الأطفال لا ينبغي أن يستهلكوا اللبأ وينبغي إطعامهم سائلاً آخر، مثل الماء المحلى بالسكر أو العسل أو حليب الأنعام، قبل بدء الرضاعة الطبيعية.

ولبدء الرضاعة الطبيعية مباشرة بعد الولادة، تحتاج الأمهات إلى دعم وعون من الاختصاصيين في قطاع الصحة. ومع ذلك، وجد تقرير لليونسيف في عام 2018 أن وجود طبيب أو ممرضة أو قابلة وقت الولادة لا يدعم بالضرورة البدء المبكر في الرضاعة الطبيعية.²⁵ فمن بين المواليد الذين أشرفت على ولادتهن قابلات ماهرات بدأ 34 بالمئة فقط بالرضاعة الطبيعية في غضون الساعة الأولى من الولادة في جنوب آسيا، في حين أن المعدلات لا تتجاوز 45 بالمئة في الشرق الأوسط/شمال أفريقيا، و47 بالمئة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، و48 بالمئة في شرق آسيا والمحيط الهادئ. يعد ارتفاع الولادات القيصرية من بين الجوانب الناشئة الأخرى المثيرة للقلق. فقد وجدت البحوث في جنوب آسيا أن الولادة القيصرية تعد مؤشراً من المؤشرات القوية على التأخر في بدء الرضاعة الطبيعية.²⁶ وفي 51 بلداً، كانت معدلات البدء المبكر في الرضاعة الطبيعية بين المواليد الجدد، الذين ولدوا عن طريق الولادة المهبلية الطبيعية، أكثر من ضعف معدلات البدء بين المواليد الجدد الذين ولدوا عن طريق العمليات القيصرية.²⁷

ويمكن للأمهات المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية إرضاع أطفالهن طبيعياً دون أن تترتب عن ذلك آثار سلبية على صحتهم وصحة أطفالهن. وعندما تتناول تلك الأمهات العقار المضاد لفيروسات النسخ العكسي باستمرار طوال فترة الرضاعة الطبيعية، ينخفض خطر انتقال فيروس نقص المناعة البشرية إلى أطفالهن انخفاضاً كبيراً. ولتحقيق الرضاعة الطبيعية الآمنة بين الأمهات المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية، يلزم زيادة خدمات العلاج وتقديم المشورة والدعم في المرافق الصحية داخل المرافق الصحية على مستوى المجتمع المحلي.

تؤثر المعايير الاجتماعية والمحظورات والممارسات التقليدية تأثيراً كبيراً في سلوكيات التغذية.

ما الطعام الذي يتناوله الأطفال الصغار؟ أهمية الأطعمة الأولى

الشكل 2-3 | النسب المئوية السنوية للأطفال بعمر 6-23 شهراً الذين أطلعوا مجموعات غذائية معينة، حسب نوعها، عالمياً، 2018*

عندما يبدأ الأطفال في تناول الأطعمة اللينة أو شبه الصلبة أو الصلبة بعمر 6 أشهر، يحتاجون لطعام مغذي ومأمون يحتوي على مجموعة من المغذيات الضرورية للنمو السليم.



إن غياب التنوع الكافي عن أنماط التغذية عند الأطفال قد يعني افتقارهم لما يكفي من المغذيات للنمو السليم، وقد يكون لذلك تأثير مدمر على أجسام الأطفال وعقولهم. توصي اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية بأن يتناول الأطفال في هذه السن على الأقل خمس مجموعات غذائية من بين الثمانية.



إن 59% من الأطفال في العالم يفتقرون لمغذيات ضرورية جداً من الأطعمة ذات المصدر الحيواني.



إن 44% من الأطفال في العالم لا يطعمون أي فواكه أو خضروات.



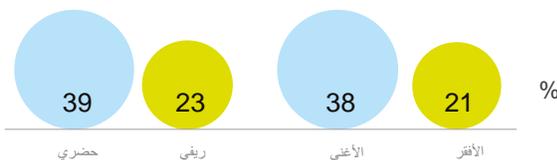
الشكل 2-4 | النسبة المئوية السنوية للأطفال بعمر 6-23 شهراً ويتناولون على الأقل 5 من أصل 8 المجموعات الغذائية (الحد الأدنى للتنوع التغذوي)، أقاليم اليونيسف، 2018**



إن أقل من 1 من كل 3 أطفال يتناولون الأطعمة من العدد الأدنى للمجموعات الغذائية



الشكل 2-5 | النسبة المئوية السنوية للأطفال بعمر 6-23 شهراً الذين يتناولون على الأقل 5 من أصل 8 المجموعات الغذائية حسب خميس الثروة ومكان الإقامة، عالمياً، 2018***

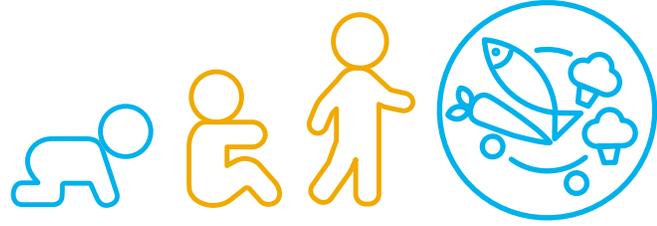


إن 1 من كل 5 أطفال فقط في أفقر الأسر والمناطق الريفية يتناول أطعمة من الحد الأدنى لعدد المجموعات الغذائية



* تحليل قائم على مجموعة جزئية تتألف من 72 بلداً توفرت بياناتها للفترة 2013-2018؛ تشمل هذه المجموعة 61% بالمئة من سكان العالم. ** تقديرات إقليمية وعالمية مبنية على أحدث البيانات الخاصة بكل بلد بين 2013-2018. *** تحليل يستند إلى مجموعة جزئية تتألف من 74 بلداً توفرت منها بيانات مصففة للفترة 2013-2018. مصدر جميع الأرقام في الصفحتين 60-61: قواعد بيانات اليونيسف العالمية، 2019.

إن 2 من كل 3 أطفال بعمر 6-23 شهراً لا يتناولون أطعمة من الحد الأدنى من المجموعات الغذائية



الشكل 2-6 | النسب المئوية للأطفال بعمر 6-23 شهراً الذين أطمعوا مجموعات غذائية معينة، حسب نوعها، حسب مجموعة دخل البنك الدولي، 2018



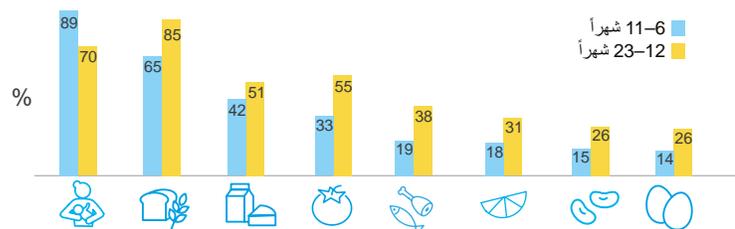
في حين أن الغالبية العظمى من الأطفال الصغار يستهلكون حليب الأم، فإنهم لا يتناولون ما يكفي من الأطعمة أو الفواكه أو البقوليات أو الخضراوات ذات المصدر الحيواني ويعتمدون بشدة على الحبوب.

باستثناء حليب الأم، فإن النسبة المئوية للأطفال الصغار الذين يستهلكون أيًا من مجموعات الغذاء الـ 7 الأخرى أعلى بشكل منتظم في البلدان ذات الدخل المتوسط المرتفع مقارنة بالبلدان منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل.

إن النسبة المئوية للأطفال الذين يستهلكون أغذية حيوانية المصدر عدا الحليب ومشتقاته، مثل البيض واللحوم والدواجن والأسماك، في البلدان ذات الدخل المتوسط المرتفع، تقارب الضعف عن البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل.

الشكل 2-7 | النسبة المئوية للأطفال بعمر 6-23 شهراً الذين أطمعوا مجموعات غذائية معينة، حسب نوعها، عالمياً، 2018

الأطفال الأصغر سناً يتناولون أنماط تغذية أقل تنوعاً مقارنة بالأطفال بعمر 1-2 سنة.



ملاحظة حول الشكل 2-7: يستند التحليل إلى مجموعة جزئية من 72 دولة توفرت بيانات عنها للفترة 2013-2018 تغطي 61 بالمئة من سكان العالم. تعتمد تجميعات الدخل على تصنيف دخل البنك الدولي للسنة المالية 2019. لا يتم عرض تقديرات البنك الدولي لمجموعات الدخل إلا إذا كانت البيانات المتاحة تمثل 50 بالمئة على الأقل من تعداد السكان. * للوصول إلى التغطية السكانية الكافية، لا تشمل بلدان الدخل المتوسط الأعلى البرازيل والصين والاتحاد الروسي.

يمكن أن يعاني الأطفال بعمر 6-23 شهراً من عواقب يمتد أثرها مدى الحياة إذا تناولوا أنماط تغذية غير صحية تفتقر للتنوع وتعتمد على الأطعمة التي تحتوي على نسبة عالية من السكر والدهون والقليل فقط من المغذيات الأساسية.

الموازنة بين العمل ورعاية الأطفال

مما يؤسف له أن الأمهات العاملات في جميع أنحاء العالم يواجهن عوائق أمام الرضاعة الطبيعية. فالأمهات في القوى العاملة يحتجن إلى بيئة داعمة، بما في ذلك إجازة أمومة وإجازة أبوة مدفوعتي الأجر وفترات راحة مخصصة للأمهات العاملات. وفي دراسة أجريت في عام 2015، شملت 11,025 مشاركاً من 19 بلداً، كانت عمالة الأمهات أكثر العوائق المذكورة التي تحول دون الرضاعة الطبيعية الحصرية.²⁸ ويمكن أن يكون للاهتمام الذي يولى على الصعيد الوطني لدعم الأمهات العاملات في مكان العمل آثار كبيرة. فعلى سبيل المثال، مددت فييت نام إجازة الأمومة المدفوعة الأجر في عام 2012 من أربعة أشهر إلى ستة أشهر — وهو ما كان خروجاً جريئاً عن سياسات إجازة الأمومة الأخرى في جنوب شرق آسيا. ومنذ ذلك الحين، كلفت الحكومة جميع أماكن العمل التي تضم قوى عاملة نسائية كبيرة بتوفير مرافق لرعاية الأطفال وأماكن للرضاعة.²⁹

أهمية الأطعمة التكميلية وأسباب عدم حصول الأطفال عليها

عندما يكبر الأطفال ويبلغون من العمر حوالي 6 أشهر، فإن لبن الأم لا يعد كافياً لمدهم بالطاقة والمغذيات التي يحتاجونها. فاحتياجاتهم التغذوية للنمو والنماء بين 6 أشهر و23 شهراً تكون أكبر لكل كيلو غرام من وزن الجسم مما هي عليه في أي وقت آخر من مراحل عمرهم الأخرى، مما يجعلهم عرضة بشكل خاص لنقص التغذية وتعثر النمو. ويمكن لإدخال مجموعة صحية ومتنوعة من الأطعمة التكميلية، جنباً إلى جنب مع الرضاعة الطبيعية، أن يساعد على الحماية من الإصابة بالأمراض أو فقدان الحياة، مع ضمان النمو الصحي والنماء والوقاية من زيادة الوزن والبدانة في فترة لاحقة من العمر. وبالمثل، يمكن أن يعاني الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهراً من عواقب يمتد أثرها مدى الحياة إذا تناولوا الأنماط الغذائية غير الصحية التي تفتقر

إلى التنوع وتعتمد على الأطعمة التي تحتوي على نسبة عالية من السكر والدهون ومنخفضة المغذيات الأساسية.

يوصى بأن يبدأ الرضع في تناول الأطعمة التكميلية عندما يبلغون الشهر السادس من العمر، ولكن على الصعيد العالمي، لا يتناول الأطعمة التكميلية سوى ما يزيد قليلاً عن ثلثي الرضع بعمر 6-8 أشهر. ومع ذلك، يبدأ عدد كبير للغاية من الأطفال في تناول الأطعمة التكميلية في وقت أبكر بكثير. وهناك ما يقرب من نصف الأطفال بعمر 4-5 أشهر، وحوالي 15 بالمئة من الرضع بعمر 2-3 أشهر، ممن يتناولون الأطعمة بالفعل في إقليم أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وشرق آسيا والمحيط الهادئ.³⁰ ففي الولايات المتحدة، يستهلك 21 بالمئة من الرضع الذين تتراوح أعمارهم بين صفر و5 أشهر الحبوب، وترتفع هذه النسبة إلى أعلى معدلاتها بين الرضع الأمريكيين من أصل أفريقي (34 بالمئة).³¹

ابتداءً من الشهر الـ 6 من العمر، يستفيد الأطفال بشكل كبير من الأطعمة ذات الأصل الحيواني، بما في ذلك اللحوم والأسماك والبيض ومنتجات الألبان، والتي تكون فعالة للغاية في تزويدهم بالمغذيات الأساسية وفيتامين ألف والحديد والزنك والكالسيوم؛ وهي عناصر تشتد الحاجة إليها عند من تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهراً. يدعم الغذاء الحيواني المصدر النمو والنشاط البدني ويعزز الأداء المعرفي. فالغذاء الحيواني المصدر غني للغاية بمجموعة من المغذيات الدقيقة الأساسية، ومناسب تماماً لمعدة الأطفال الأصغر سناً. ويرتبط التقزم في مرحلة الطفولة المبكرة أيضاً بانخفاض استهلاك الغذاء الحيواني المصدر.³² بيد أن الغذاء الحيواني المصدر — ولا سيما البيض ومنتجات الألبان — باهظ التكلفة في المناطق الريفية المنخفضة الدخل، وبالتالي فالاستهلاك أقل (انظر الفصل 3). وعلى الصعيد العالمي، لا يطعم سوى طفلين من بين كل خمسة أطفال غذاءً حيوانياً المصدر. تشكل الأسماك — التي تعد رخيصة نسبياً وغنية بالبروتين مع المغذيات الدقيقة — جزءاً كبيراً من الوجبات الغذائية الحيوانية المصدر للأطفال الصغار في سهول أفريقيا وآسيا.³³

إضاءة

التغذية التكميلية والتغير السلوكي في رواندا

تعمل دينيس متطوعة في مجال الصحة المجتمعية في قرية أكابكوزي، حيث تبدأ تلال رواندا الأسطورية البالغ عددها 1000 تل في الانحدار نحو السافانا، وهي سهوب عشبية جافة ومسطحة. وكان اثنان وعشرون طفلاً في قربتها يعانون من نقص التغذية، ولكن اليوم، لا يوجد طفل واحد يعاني من نقص التغذية الشديد أو المعتدل. ويرجع جزء كبير من هذا التحسن إلى جهود دينيس لضمان معرفة الأهالي بكيفية إطعام أطفالهم الأصغر سناً ووضع هذه المعرفة موضع التنفيذ.

من خلال جلسات الطبخ في منزلها، توضح دينيس تقنيات إعداد الطعام المغذي. وفي الأونة الأخيرة، علمت أمهات أخريات كيفية صنع عصير الشمندر، وهو عصير غني بالفيتامينات والمعادن. وقد جمعت أمهات يحملن أطفالهن لتناول العصير الذي صب

في أكواب بلاستيكية. وفي السابق، كان الآباء في هذا المجتمع المحلي يعتقدون أنه من الطبيعي إطعام الأطفال الصغار أنماط تغذية غنية بالنشويات مثل البطاطا. وبتأثير يعرفون اليوم أن هذا النوع من الطعام لا يكفي: فالفاكهة المتنوعة، والبقوليات، والحبوب، والخضروات، ومصادر البروتين مثل البيض والأسماك واللحوم ومنتجات الألبان ينبغي أن تكون جزءاً منتظماً من أنماط التغذية الخاصة بهم.

وتأتي دينيس، وزملاؤها العاملون في مجال الصحة المجتمعية في جميع أنحاء رواندا، في طليعة الجهود المبذولة لمكافحة نقص التغذية، حيث يشكل تشجيع الأهالي على تغيير السلوك في التغذية استراتيجية أساسية. ولتشجيع الاستخدام الأفضل للموارد المحلية، أطلقت الحكومة حملة "1,000 يوم لـ 1,000 تل"، ونشرت من خلالها رسائل عبر مختلف القنوات،

بما في ذلك محطات الإذاعة المجتمعية، ومن خلال العاملين في مجال الصحة المجتمعية (الذين يعتقدون جلسات لرصد النمو شهرياً وحلقات لتعليم الطبخ)، والفنيين الزراعيين (الذين يعلمون المجتمعات المحلية كيفية إنشاء حدائق منزلية)، وأعضاء مجموعات الاندماج والقروض في القرى. كما ساعد أعضاء المجالس النيابية وعلماء الدين والصحفيين في نشر رسائل الحملة.

وفي معرض تعليقها على هذا الأمر، قالت دينيس: "في البداية، لم يفكر الناس في إطعام أطفالهم الخضروات وغيرها من الأطعمة الصحية. لكن أصبح الجميع الآن يعرفون ماذا يعني نمط التغذية المتوازن. وما دما نواصل تثقيف الناس وتشجيعهم، فلن يكون هنا مزيد من الأطفال يعانون سوء التغذية". ■

© UNICEF/UN0301144/Noorani. رواندا. منطقة غاتسيرو، جماعة من النساء في منطقة غاتسيرو، رواندا. UNICEF/UN0301144/Noorani



من المغذيات الدقيقة — أن يصل إلى الأطفال الصغار الضعفاء الذين يعيشون في المناطق الريفية مع محدودة الوصول إلى الأغذية المتنوعة والأغذية المعززة المسوقة تجارياً.³⁶ وفي عام 2017، كان هناك نحو 5 ملايين طفل دون سن 5 سنوات في 14 بلداً في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية يستهلكون أغذية أساسية معززة ببولوجياً، بما في ذلك الفاصولياء الغنية بالحديد، والذرة الغنية بفيتامين ألف والسنيغات والبطاطا الحلوة، والقمح والأرز الغنيين بالزنك.

التأثيرات على الأطفال الصغار

مثلما يعرف كل أب وأم، قد يكون الرضع والأطفال الصغار نقيين بخصوص الطعام. فالمذاق وتفضيلات الطعام يمكن أن يتغيرا من أسبوع إلى أسبوع، وغالباً ما يقدم الأهالي ما يفضله الأطفال. ويساعد تفضيل الأطفال الصغار الفطري للأطعمة الحلوة على زيادة استهلاك الوجبات الخفيفة التجارية مثل البسكويت والكعك والحلويات والمشروبات المحلاة بالسكر في البلدان المنخفضة الدخل.³⁸ وقد وجدت دراسة أجريت في عام 2016 حول ممارسات التغذية بين الأطفال الصغار، في داكار ودار السلام وكاتماندو وبنوم بنه، أن السبب الرئيسي الذي يقف خلف ميل الأمهات إلى إطعام أطفالهن الشوكولاتة والحلويات والبسكويت ورقائق البطاطس أو المقرمشات والكعك هو أن "الأطفال يحبون ذلك"، وهو ما يفوق عوامل أخرى مثل القدرة على تحمل التكاليف، أو الملاءمة أو التصورات السائدة بأن الأطعمة صحية.³⁹ ووجدت الدراسة أن الأطفال الصغار في جميع المدن الأربع أكثر عرضة لتناول الوجبات الخفيفة المنتجة تجارياً من الأطعمة الغنية بالمغذيات الدقيقة، مثل الخضروات الورقية الخضراء والبرتقالية.

وفي الوقت نفسه، تشير مجموعة متزايدة من الأدلة الواردة من البلدان المرتفعة الدخل إلى أن الأغذية التجارية المتاحة في السوق لا تستحق دائماً "الهالة الصحية" التي يحيطها بها الأهالي. وتشمل الأدلة على الترويج غير الملائم على نطاق واسع للأغذية التجارية وضع العلامات

وتشكّل الفاكهة والخضروات والبقوليات والمكسرات والبذور أهمية أيضاً، ليس بوصفها مصادر جيدة من الفيتامينات والمعادن والألياف فحسب، ولكن لأن الأطفال الذين يتعلمون الاستمتاع بتناول مجموعة متنوعة من الفاكهة والخضروات والبقوليات والمكسرات والبذور من المرجح أن يواصلوا كذلك تناولها في مرحلة البلوغ.

تدعيم الأطعمة بالعناصر الغذائية

في أنحاء كثيرة من العالم، لا يمكن للأغذية المحلية وحدها أن تلبى الاحتياجات الغذائية العالية للأطفال الصغار.

ويمكن للأطعمة التكميلية المعززة أو مساحيق المغذيات الدقيقة المتعددة أن تساعد في سدّ هذه الفجوات. ففي جميع أنحاء العالم، توزّع مجموعة من الأغذية المخلوطة المعززة الغنية بالبروتينات والمغذيات الدقيقة من خلال برامج الحماية الاجتماعية والتغذية التكميلية، لتوفير أغذية ومغذيات إضافية تتجاوز ما يتوفر في البيوت في العادة.³⁴

على سبيل المثال، تسمح منتجات تدعيم الأطعمة بالعناصر الغذائية، مثل مساحيق المغذيات الدقيقة، بتمكين مقدمي الرعاية من إضافة الفيتامينات والمعادن الأساسية إلى الأغذية المعدة للأطفال الصغار في بيوتهم، مما يخفف أشكال الجوع المستتر، مثل نقص الحديد وفقر الدم.

واعتباراً من عام 2017، نفذت برامج لتوفير مساحيق المغذيات الدقيقة فيما لا يقل عن 47 بلداً، ووصلت إلى أكثر من 16 مليون طفل تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و59 شهراً. كما يستفيد الرضع والأطفال الصغار من تناول الأطعمة المعززة الواسعة النطاق والمحضرة مركزياً مثل الملح المعالج باليود والدقيق المدعم بالحديد والزيت المعزز بفيتامين ألف. ففي نيروبي، كينيا، على سبيل المثال، نفي هذه المنتجات بحوالي ربع الاحتياجات من فيتامين ألف ونصف الاحتياجات من الحديد للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و23 شهراً.³⁵

وأخيراً، يمكن لتدعيم الأطعمة بالعناصر الغذائية ببولوجياً — عملية إنتاج محاصيل غذائية أساسية ذات محتوى عال

الأطفال الذين يعانون الجوع في المدرسة يكابدون لتركيز الاهتمام وإكمال المهام ويحققون نتائج أسوأ في الاختبارات المعرفية.

إضاءة

نوادي الأمهات تتخذ موقفاً ضد سوء التغذية في هايتي

صممت جاكلين سانتيل على إرضاع طفلها جيمس البالغ من العمر 3 أشهر رضاعة طبيعية حصرية حتى يبلغ من العمر 6 أشهر ومن ثم إعطائه طعاماً تكملياً بالإضافة إلى لبن الأم للحفاظ على صحته. "لم يكن ابني إرفينز البالغ من العمر 5 سنوات يرضع رضاعةً طبيعيةً حصرية. فبعد أن بلغ من العمر ثلاثة أشهر، شرعت في إعطائه الماء والطعام كل يوم تقريباً. وتوضح قائلة: "لم يكن طفلاً قوياً للغاية".

وتقوم الأم البالغة من العمر 25 عاماً، والتي كانت تتمتع ببيع الملابس المستعملة قبل أن تلد جيمس، بزراعة الفاصوليا في حديقة صغيرة يمكنها الآن حصادها وبيع غلتها بعد أن استفادت من التدريب الذي تلقته في مجال التغذية. وتضيف قائلة: "أسأغ حساء الخضار، مع الذرة والأسماك الجافة، لإطعام ابني عندما يكون في السادسة من عمره".

جاكلين تُرضع جيمس، 3 أشهر. © UNICEF/Haiti/2019/Seck

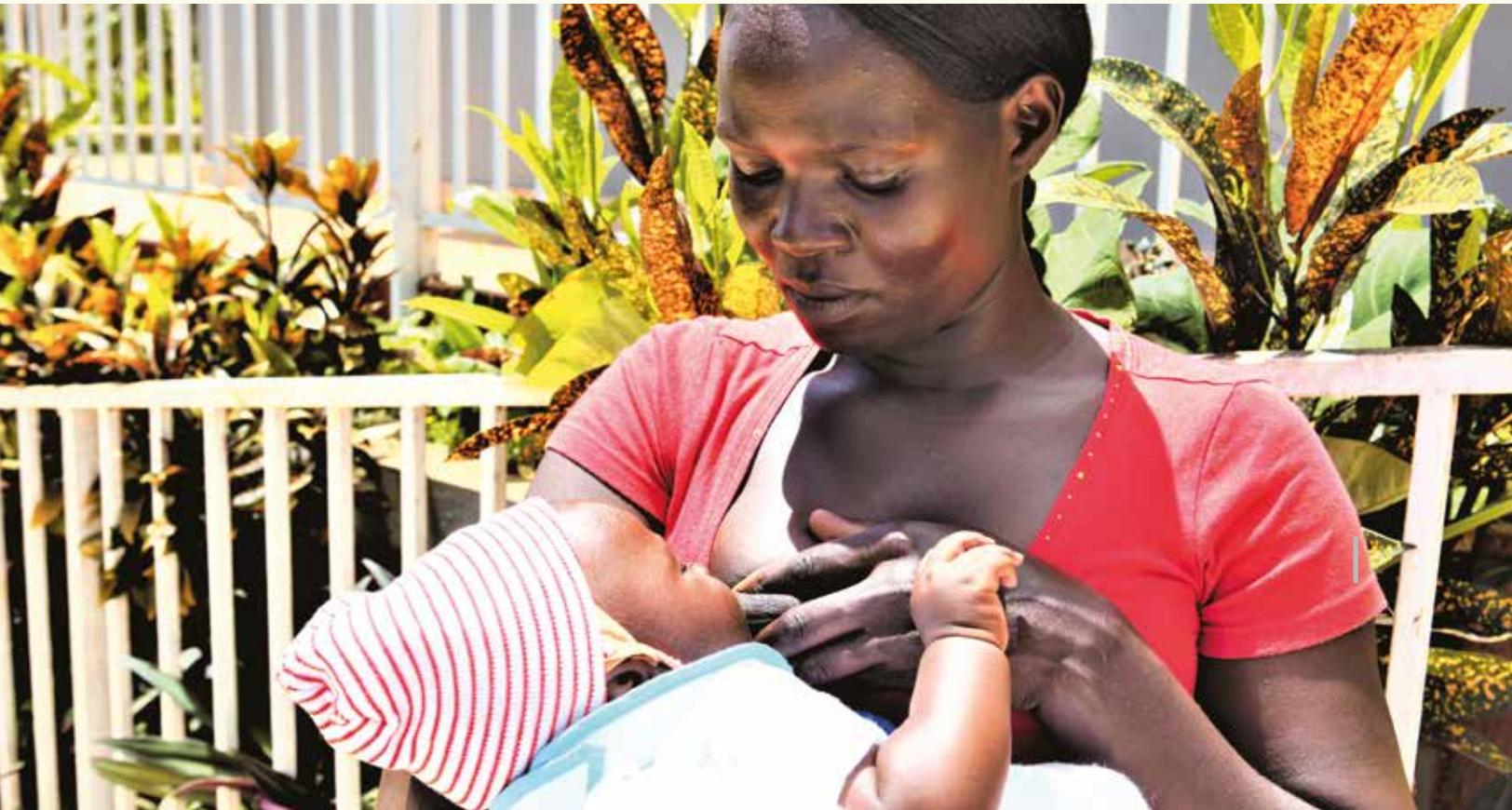
والبهجة. ويعزز التدريب تقدير المرأة لنفسها ومركزها الاجتماعي داخل مجتمعها المحلي. وكانت النساء فخورات للغاية بإنجازتهن لدرجة أنهن نظمن حفل تخرج على نفقتهن الخاصة. وفقاً لبياتريس روبن من مركز بايان الصحي، فإن التغطية باللقاحات تبلغ حوالي 100 بالمئة للاستشارات السابقة للولادة وبعدها، حيث تقوم النساء من النادي بتعليم قريناتهن. وقد زادت حالات إحالة الأطفال الذين يعانون سوء التغذية منذ بدء الدورة.

وتعد الوقاية من سوء التغذية أمراً أساسياً في هايتي، التي تتسم بالفقر المزمن المقترن بأزمة اجتماعية-اقتصادية عميقة. فلا يحصل على الرضاعة الطبيعية الحصرية سوى 40% فقط من الرضع الذين نقل أعمارهم عن 6 أشهر، ويعطى 11% من الأطفال بعمر 6-23 شهراً أطعمة تفي بالحد الأدنى من ممارسات التغذية المقبولة، ويعاني أكثر من 1 من بين كل 5 أطفال دون سن 5 سنوات من النقرم.³⁷

حصلت جاكلين على معرفتها الغذائية من نادي أمهات بايان المحلي في بلدتها ليه نيب. وبفضل مجموعة من البطاقات ذات الرسومات البسيطة، تعلمت مع 29 امرأة أخرى كيفية المساعدة في وقاية أطفالهن من الإصابة بالأمراض أو بسوء التغذية. وقد تعلمن أن لبن الأم يحتوي على جميع المغذيات التي يحتاج إليها الأطفال، وأنه ليس هناك حاجة إلى أي طعام أو سائل آخر حتى سن 6 أشهر. كما عرضت أمامهن طريقة إثراء الوجبات بالمغذيات من الهريس باستخدام مكونات محلية.

وفي نوادي الأمهات، يقدم المستشارون المجتمعيون المشورة إلى الأهالي والقائمين على رعاية الأطفال دون سن 5 سنوات. وتجتمع الأمهات كل أسبوع لمناقشة موضوع واحد بشأن عافية الطفل ونمائه.

وقد تدرّبت إجمالاً 411 امرأة في 20 نادياً في بلدة ليه نيب. ويتسم العمل في النادي بالمشاركة، والحس التفاعلي،



(انظر الفصل 3). ومع ولادة ثلاثة أرباع جميع المواليد الجدد بمساعدة من قابلات ماهرات، فإن لمقدمي الخدمات هؤلاء تأثيراً كبيراً في الرضاعة الطبيعية وممارساتها.

وفي أجزاء كثيرة من أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية، تضطلع الحموات والجذات بدور كبير في كيفية إطعام الرضع والأطفال الصغار. ومع ذلك، فإن نصائحهن قد تكون غير مناسبة في كثير من الأحيان — إذ يصرون، على سبيل المثال، على أن اللبأ "قذر" ويحثن الأمهات على عدم تقديم الغذاء الحيواني المصدر حتى يبلغ الطفل 18 شهراً من العمر.⁴² ويمكن أن يكون للجذات تأثير سلبي على الرضاعة الطبيعية الحصرية إما من خلال تقديم المشورة بشأن تقديم المياه و/أو الأطعمة ميكراً أو تغذية الرضع بأنفسهن فعلاً خلال الأشهر الستة الأولى.⁴³

التي تشجع على الاستخدام المبكر لها، والمنتجات التي تحتوي على كميات كبيرة من السكر، واستخدام النكهات الاصطناعية، والاتساق غير المناسب لتطوير سلوكيات الأكل، وادعاءات غذائية وصحية أخرى متنوعة.⁴⁰

ومع انتقال الأطفال إلى مرحلة الأطفال الدارجين، بين سنتين و4 سنوات، يبدؤون في اختيار طعامهم، وفي كثير من الحالات، يأكلون خارج البيت، مما يضعهم تحت تأثيرات جديدة غير آبائهم ومقدمي الرعاية لهم. وفي هذا العمر، تصبح النماذج الإيجابية لتناول الطعام من الآباء والأمهات ومقدمي الرعاية والأشقاء والمربين والأقران أكثر أهمية وتأثيراً.⁴¹ يضطلع المهنيون الصحيون أيضاً بدور رئيسي في التأثير على الوالدين من خلال الإعلام والدعم والمشورة والرعاية

عندما ينمو الأطفال ويبدؤون بالحبو، سيبدؤون باختيار طعامهم وسيتعرضون لتأثيرات جديدة غير الوالدين ومقدمي الرعاية.

الإطار 1-2 | التغذية المستجيبة

وعندما يسيطر مقدمو الرعاية على التغذية، فإنهم لا يتمكنون فقط من تجاوز الجوع الداخلي للطفل وإشارات الشبع، بل التدخل أيضاً في تطوير اعتماد الطفل على نفسه وممارسة استقلاله.

ووفقاً لدراسة أجريت في عام 2011، فإن التغذية المستجيبة تعزز قبول الطفل للغذاء وكفاية تناوله.⁴⁷ فتغذية الرضع والأطفال الصغار استجابةً لإشارات الجوع والشبع، بدلاً من استخدام الغذاء كاستراتيجية مهدئة، يمكن أن يحسن سلوكيات النوم، الأمر الذي يمكن أن يساعد الطفل بعد ذلك على أن يكون أكثر نشاطاً جسدياً عندما يكون مستيقظاً ويحسن التنظيم الذاتي لشهيته.⁴⁸ وخلص استعراض أجري في عام 2015 إلى أن التدخلات الغذائية المستجيبة هي أكثر تدابير الوقاية التي تبشر بالنجاح في الحلولة دون الإصابة بالبدانة بالنسبة للأطفال دون سن الثانية.⁴⁹ ويؤدي الافتقار إلى التغذية المستجيبة إلى زيادة خطر النمو والنماء دون المستوى الأمثل في البيئات التي ينتشر فيها نقص التغذية. ■

تساعد الكيفية التي يتفاعل بها مقدم الرعاية والطفل على تشكيل السلوكيات والمواقف الطويلة الأجل تجاه الغذاء. فالتغذية المستجيبة – عملية التعرف على إشارات الجوع والشبع والاستجابة لها بشكل مناسب – تساعد على تطوير عادات الأكل الصحية ابتداءً من مرحلة الطفولة وتحد من نقص الوزن والبدانة لدى الأطفال.

وترتكز التغذية المستجيبة على عدة مبادئ رئيسية لمقدمي الرعاية كما يلي:

- ◀ الاهتمام بإشارات الجوع والشبع
- ◀ التعرف على احتياجات الطفل من التغذية والاستجابة لها بطريقة سريعة وداعمة عاطفياً وملائمة من الناحية الإنمائية
- ◀ ضمان توفر الغذاء الصحي
- ◀ خلق بيئة مأمونة ومريحة لتناول الطعام تقل فيها الإلهاءات⁴⁶

تنتم التغذية غير المستجيبة بالافتقار إلى المعاملة التبادلية بين مقدم الرعاية والطفل. ويمكن أن تعكس الحالات التي يسيطر فيها مقدم الرعاية على حالة التغذية ويهيمن عليها؛ حيث يتحكم الطفل في الوضع؛ أو حيث يتجاهل مقدم الرعاية الطفل.



© UNICEF/UN0283275// Frank Dejongh

وتبين البحوث أيضاً إمكانية تعويض الأطفال ما فاتهم خلال هذا العمر بعد إصابتهم بالتقزم المبكر. ووجدت إحدى الدراسات التي أجريت في عام 2010 في بيرو أن الأطفال المتقزمين ممن تمكنوا من تعويض ما فاتهم في سن السادسة حققوا أداءً رفيعاً في الاختبارات المعرفية تماماً مثل الأطفال الطبيعيين غير المتقزمين.⁵²

الاحتياجات والأنماط التغذوية

يتناول عدد كبير للغاية من الأطفال الذين بلغوا سن الدراسة في جميع أنحاء العالم كميات ضئيلة للغاية من الفاكهة والخضروات، وكميةً مفرطة من الوجبات الخفيفة غير الصحية ذات المحتوى المرتفع من السكر والدهون المشبعة والصوديوم والملح، مثل الخبز والبسكويت والحلويات والمنتجات والمشروبات المحلاة، التي غالباً ما يجري تسويقها للأطفال في سن المدرسة ليزيد إقبالهم عليها. ويعد انخفاض استهلاك الفاكهة والخضروات أمراً شائعاً — وهي ظاهرة مثيرة للقلق بالنظر إلى أن الأطفال الذين يتناولون الفاكهة والخضروات في مرحلة الطفولة من المرجح بدرجة أكبر أن يواصلوا القيام بذلك في مرحلة البلوغ.⁵³ توصي العديد من الإدارات الحكومية الصحية بتناول خمس حصص من الفاكهة والخضروات في اليوم، ولكن من الواضح أن العديد من الأطفال لا يحصلون على هذه الكميات ولو بنسبة قريبة منها. ففي دراسة برازيلية، على سبيل المثال، لم يف أي طفل من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 7 و8 سنوات بمؤشر جودة نمط التغذية للخضروات. ويميل الأطفال في البلدان النامية، ولا سيما في الأسر المعيشية الفقيرة والمناطق الريفية، إلى اتباع أنماط تغذية تتكون من عدد قليل من المغذيات الأساسية مثل الحبوب أو الجوز أو الدرنات التي لا تحتوي إلا على قليل من البروتين.⁵⁴

وفي جميع البلدان المرتفعة الدخل والمنخفضة الدخل، وعبر مختلف المنظومات الغذائية، هناك علاقة واضحة بين نمط التغذية المتلفا والنمو المعرفي والإنجاز الدراسي.⁵⁵

وأخيراً، فإن المنظومات الغذائية الحديثة تؤثر تأثيراً كبيراً في أنماط التغذية للأطفال الصغار. يحدد قطاع البيع بالتجزئة توافر بدائل لبن الأم ومشروبات الأطفال الصغار وغيرها من الأطعمة التي تستهدف الأطفال الصغار وإمكانية الحصول عليها، في حين أن الإعلان عن الوجبات الخفيفة غير الصحية وتغليفها ووضعها في المتاجر قد يجعل اتخاذ خيارات صحية غذائياً أمراً صعباً على الآباء والأمهات والأطفال.⁴⁴ ويمكن للقطاع الخاص أن يساهم بطرق إيجابية عندما يضاعف توافر الأغذية والمكملات الغذائية التكميلية والقدرة على تحمل تكاليفها وجودتها، وبوزع هذه المنتجات من خلال قنوات مثل أسواق البيع بالتجزئة، ونظم الصحة العامة، والأغذية الاجتماعية، والتسويق، وتوليد الطلب عليها بين المستهلكين (انظر القسم الخاص بتأثير تسويق الأغذية على الوجبات الغذائية للأطفال، في الفصل 4).⁴⁵

الطفولة الوسطى: فترة انتقالية (5–9 أعوام)

عندما يبدأ الأطفال في الذهاب إلى المدارس الابتدائية، يتواصل تطوّر عاداتهم الغذائية مدى العمر. فأسرة الطفل ومدرسته وقواه الاجتماعية الأوسع نطاقاً تؤثر جميعها في توافر الأغذية والخيارات الغذائية، ولكن الأطفال يبدؤون أيضاً في تحمل بعض المسؤولية تجاه أنماط التغذية الخاصة بهم. وتمثل هذه الفترة الانتقالية أهمية خاصة في ما يتعلق بوضع الأسس اللازمة للعادات الصحية في الأكل. وعند بلوغ تلك السن، تبدأ الأدوار والتوقعات التقليدية للجنسين في الترسخ بالنسبة إلى العديد من الأطفال في البيئات المنخفضة والمتوسطة الدخل، حيث تساعد الفتيات في كثير من الأحيان في المطبخ وتعتني بالأشياء الأصغر سناً، ويساعد الفتيان على إدرار الدخل.⁵⁰

وتتميز فترة الطفولة هذه بنمو مطرد متواصل.

ويمكن أن يختلف مقدار تناول الأطفال للطعام خلال هذه المرحلة اختلافاً كبيراً. فالشهية وتناول الطعام يمكن أن يزيدا قبل طفرات النمو ويمكن أن ينخفضا خلال فترات تباطؤ النمو.⁵¹

زيادة الوزن والبدانة في منتصف مرحلة الطفولة آثار ضارة على المدين القصير والطويل على حد سواء.

جرى تعزيز الأرز، وهو الغذاء الأساسي البوتاني، ويجري الآن توفيره لجميع المدارس. كما يجري استعراض قوائم الطعام المدرسي لزيادة التنوع والتغذية في الوجبات.

المخاطر التغذوية واعتباراتها في سن الدراسة

زيادة الوزن (والبدانة) في منتصف مرحلة الطفولة آثار ضارة على المدين القصير والطويل على حد سواء. فعلى المدى القصير، يمكن أن تزيد من عوامل الخطر على القلب والأوعية الدموية، بما في ذلك مرض السكرى من النوع 2، وارتفاع ضغط الدم، وارتفاع كوليستيرول البروتين الشحمي الخفيض الكثافة، وحتى تصلب الشرايين، ويمكن أيضاً أن تكون مرتبطة بأمراض معينة، بما في ذلك الربو والالتهاب الجهازى منخفض الدرجة.⁵⁹ ومن خلال تأثيرها على الجهازين المناعي والرنوي، ترفع زيادة الوزن والبدانة خطر الإصابة بالعدوى،⁶⁰ وهو تأثير قد يكون شديداً بشكل خاص على الأطفال الذين يتلقون العلاج في المستشفيات.⁶¹ وترتبط بدانة الأطفال أيضاً بمشاكل نفسية واجتماعية، بما في ذلك تدني تقدير الذات، والصورة الذاتية، والمشاكل السلوكية. ويبدو أن الفتيات أكثر عرضة للخطر، ويرتفع الخطر مع التقدم في السن.⁶² وعلى المدى الطويل، تؤدي زيادة الوزن والبدانة في مرحلة الطفولة إلى مضاعفة خطر بدانة البالغين خمسة أضعاف⁶³ كما ترتبط بمجموعة من الاضطرابات الأيضية في مرحلة البلوغ، بما في ذلك مرض السكرى، والسكتة الدماغية، وارتفاع الدهون الثلاثية، وأمراض القلب وارتفاع ضغط الدم.⁶⁴

وقد وجدت البحوث أن الأطفال في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، ولا سيما في المناطق الحضرية وبين الأسر المعيشية ذات الدخل المرتفع، يكتثرون من الجلوس ومقلون في ممارسة التمارين الرياضية، ولذلك آثار وخيمة على صحتهم وتغذيتهم.⁶⁵ وهم بهذه الطريقة يقتدون بالأطفال في البلدان المرتفعة الدخل، الذين يقضون الآن أكثر من نصف يومهم الدراسي جالسين في الفصول الدراسية،⁶⁶ ويقضون

الجوع عامل مهم. فالطاقة ضرورية للتركيز والمشاركة في الأنشطة المدرسية، وبالتالي فإن الأطفال ذوي المعدة الفارغة الذين يشعرون بجوع في المدرسة — بسبب فوات وجبة الإفطار أو عدم تناول ما يكفي من الطعام — يعانون في تركيز انتباههم وإتمام مهامهم.

كما أن الجوع المستتر يعوق الأداء المدرسي؛ فنقص مغذيات دقيقة بعينها يؤثر على التعلم. ووفقاً للبحوث، يرتبط نقص الحديد بانخفاض درجات الاختبارات المدرسية.⁶⁶ ويمكن أن يتسبب فقر الدم في الشعور بالتعب ويمنع الأطفال من الاهتمام بالدراسة. وقد ارتبط تناول نمط غذائي ملائم بانتظام (ولا سيما في وجبة الإفطار) بالتحصيل الأكاديمي الأعلى، في حين أن الوجبات الخفيفة الفائقة المعالجة والوجبات السريعة قد تكون لها تداعيات سلبية.⁶⁷

آثار سوء التغذية المبكر تترتب عليها عواقب طويلة الأجل. فآثار نقص المغذيات في الرحم أو في مرحلة الطفولة المبكرة تؤثر على الأداء المدرسي؛ وعلى سبيل المثال، يشكل التقزم مؤشراً على النتائج التعليمية السيئة طوال مرحلة الطفولة.⁶⁸

وتعبيراً عن الصلة بين النظام الغذائي والأداء المدرسي، تركز بعض برامج التغذية المدرسية على اتباع نمط غذائي متنوع في الأغذية التي توفر مجموعة من المغذيات. فعلى سبيل المثال، يستفيد من برنامج التغذية المدرسية في مملكة بوتان نحو 45 بالمئة من مجموع الطلاب في المملكة. وبشكل نقص المغذيات الدقيقة تحدياً رئيسياً — فهناك فتاة من بين كل ثلاث راهقات في مملكة بوتان تعاني فقر الدم، ويعتقد أن نقص الحديد هو أحد الأسباب الرئيسية. وفي عام 2017، كشف تحليل حكومي أن قوائم الطعام المدرسي في مملكة بوتان ينقصها العديد من المغذيات الدقيقة، ولا سيما الحديد وفيتامين ب₁₂ والزنك، ولا توفر التنوع الغذائي الكافي. وإقراراً بوجود هذه التحديات، أطلقت عدة مبادرات للتصدي لها. وقد

مزيداً من الوقت في الجلوس وهم يشاهدون التلفزيون أو الشاشات الأخرى في البيت.

تفويت وجبة الإفطار

على الرغم من الأدلة الواضحة على فوائدها، فإن الأطفال في سن الدراسة في جميع أنحاء العالم عادةً ما يفوتون وجبة الإفطار أو يهملونها، مما يحرمهم من وجبة هامة تدعم الإدراك بشكل خاص، ولا سيما بين الأطفال الذين يعانون نقص التغذية.⁶⁷ وتختلف الأسباب، ولكن عدداً كبيراً جداً من الأطفال من الخلفيات الفقيرة ليس لديهم خيارات أخرى — فأسرهم ببساطة تفتقر إلى الموارد أو الوقت لإطعامهم في الصباح. ويضطر كثيرون إلى الاعتماد على الأغذية المقدمة أو الممنوحة لهم في المدرسة بدلاً من ذلك. وفقاً لتقرير لمنظمة الصحة العالمية، فإن ثلثي البلدان في أفريقيا والأميركتين وجنوب شرق آسيا تقدم وجبات مدرسية، ولكن توفير الوجبات أقل شيوعاً في أوروبا وغرب المحيط الهادئ.⁶⁸ وبالتالي، فإن الوجبة المسائية بالنسبة إلى العديد من الأطفال هي الوجبة الرئيسية، مما يعني أنهم يقضون معظم اليوم يشعرون بالجوع، مما يعوق اهتمامهم في الصف ويؤثر على الأداء المدرسي، وهو تأثير مسجل، على سبيل المثال، بين الأطفال في غانا وأوغندا.⁶⁹

قد يبدو الأمر منافياً للمنطق، ولكن في بعض البيئات، يكون لدى الأطفال الذين يفوتون وجبة الإفطار مؤشر كتلة جسم أعلى من أقرانهم الذين يحرصون على تناولها. وفقاً للبحوث التي أجريت في نيوزيلندا في عام 2007، يعزى ذلك إلى أن الأطفال الذين يفوتون وجبة الإفطار يتناولون بالتالي عدداً كبيراً من الوجبات الخفيفة — البسكويت والحلويات والرقائق أو رقائق البطاطس، والمشروبات الغازية المحلاة التي تتسم بارتفاع سعراتها الحرارية ولكنها منخفضة المغذيات — بين وجبات الطعام.⁷⁰

ومن الهام ملاحظة أن البيانات المتعلقة بما يتناوله الأطفال في سن الدراسة محدودة للغاية. ففي العديد من الدراسات، يكمل الأطفال الاستبيانات في المدارس من دون مشاركة آبائهم، في حين أن الأطفال الأصغر سناً يواجهون صعوبة في الإبلاغ الذاتي عن الأطعمة التي يتناولونها — وتكون المبالغة في تقدير تناول الطعام أمراً شائعاً.⁷¹ أما بالنسبة إلى الطلاب الأكبر سناً، فيمكن أن تؤدي المخاوف بشأن صورة الجسم إلى الإدلاء بمعلومات أقل دقة، ويرجح أيضاً وجود عدم دقة في الإبلاغ، خاصةً بين أولئك الذين يعانون زيادة الوزن أو يتصورون أن أوزانهم تفوق المعدل.⁷²

البيئة المدرسية

في كثير من البلدان، تشجع البيئة الغذائية المدرسية على استهلاك الأغذية غير الصحية وزيادة الوزن والبدانة. وغالباً ما تباع الأطعمة المصنّعة بدرجة عالية والمشروبات المحلاة بالسكر للأطفال في المقاصف المدرسية أو في المتاجر الصغيرة وأكشاك الشوارع خارج المدارس.

ليس من السهل تغيير البيئة الغذائية لتوفير أغذية أكثر صحة. فعلى سبيل المثال، اتخذت المكسيك إجراءات في السنوات الأخيرة للحد من توفر الأغذية غير الصحية في المدارس، ولكنها لا تزال تواجه تحديات. وفي عام 2010، وضعت الحكومة مبادئ توجيهية للأغذية والمشروبات للمدارس الابتدائية. بيد أنه في عام 2017 أظهرت دراسة شملت 39 مدرسة أن الأغذية الكثيفة الطاقة المحظورة في الإرشادات لا تزال متاحة على نطاق واسع، في حين أن الخضروات والفاكهة والمياه العادية تمثل أقل من 7 بالمئة من الأغذية والمشروبات المتاحة في المدارس.⁷³ وبالإضافة إلى ذلك، لا تزال الإعلانات عن المشروبات المحلاة بالسكر والمعجنات والحلويات، التي يقدم العديد منها كهدايا أو عروض ترويجية خاصة، شائعة خارج المدارس، ولا سيما المدارس الحكومية، ويمكن أن تؤثر على خيارات الطعام والشراب بين الأطفال.⁷⁴

في كثير من البلدان، تشجع البيئة الغذائية المدرسية على استهلاك الأغذية غير الصحية وزيادة الوزن والبدانة.

المناطق الريفية، كثيراً ما تكون الخيارات الغذائية محدودة وعرضة لنقص الأغذية الموسمي. وفي المناطق الحضرية، تحيط بهم الوجبات السريعة والوجبات الخفيفة والمشروبات التي تفتقر إلى المغذيات. وفي جميع السياقات، هناك ميل نحو تناول الوجبات الخفيفة غير الصحية. وبالتالي، يؤثر الجوع المستتر على عشرات الملايين من البشر.

العادات والمخاطر الغذائية للمراهقين

على غرار الأطفال الأصغر سناً، تتسم أنماط التغذية عند المراهقين في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل عموماً بالضعف من الناحية التغذوية. ومن بين المراهقين الملتحقين بالمدارس، يستهلك 34 بالمائة منهم الفاكهة و21 بالمائة من الخضروات أقل من مرة واحدة في اليوم، ولكن 42 بالمائة يشربون المشروبات الغازية مرة واحدة على الأقل في اليوم. ويستهلك أقل من النصف بقليل (46 بالمائة) الوجبات السريعة مرة واحدة على الأقل في الأسبوع. وتتناول نصف المراهقات في المناطق المنخفضة الدخل والمناطق الريفية، في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، أقل من ثلاث وجبات في اليوم، ومعظمهن تفتنهن وجبة الإفطار أو يغفلنّها. وتعد الوجبات الخفيفة شائعة خلال ساعات الدراسة، وعادةً ما يؤكل الغذاء خارج البيت⁷⁶

مرحلة المراهقة: سنوات حرجة لترسيخ التغذية الصحية مدى العمر (10-19 سنة)

تمثل المراهقة مرحلة النمو البدني والنفسي والاجتماعي السريع والتغيرات التي تصاحب البلوغ. ويكون لدى الذكور متطلبات أعلى من المغذيات بسبب معدل نموهم الأسرع والنمو الأكبر في العظام وكتلة العضلات؛ أما الفتيات فيمكن معروضات بشكل خاص لسوء التغذية، والمعايير الثقافية القائمة على النوع الاجتماعي تعني أنهن كثيراً ما تنقصهنّ الاستفادة من الغذاء المغذي والتعليم والفرص الاقتصادية⁷⁵. كما أن احتياجات المراهقات من الحديد أعلى من احتياجات الفتيان بسبب طفرات النمو وبداية الحيض.

ومع وجود ما يقدر بـ 1.25 مليار شخص تتراوح أعمارهم بين 10 و19 سنة في عام 2020، سيكون هناك 250 مليون مراهق آخر مقارنة مع الحال قبل 30 عاماً. وبالتالي، تكتسي التغذية السليمة لهذه المجموعة الكبيرة أهمية كبيرة لسلامتهم في الحاضر والمستقبل على حد سواء. ومع ذلك، يخفق المراهقون، في جميع أنحاء العالم، بشكل روتيني في اتباع أنماط غذائية من شأنها أن تعطيهم أساساً لحياة طويلة وصحية ومنتجة كأشخاص بالغين. ففي

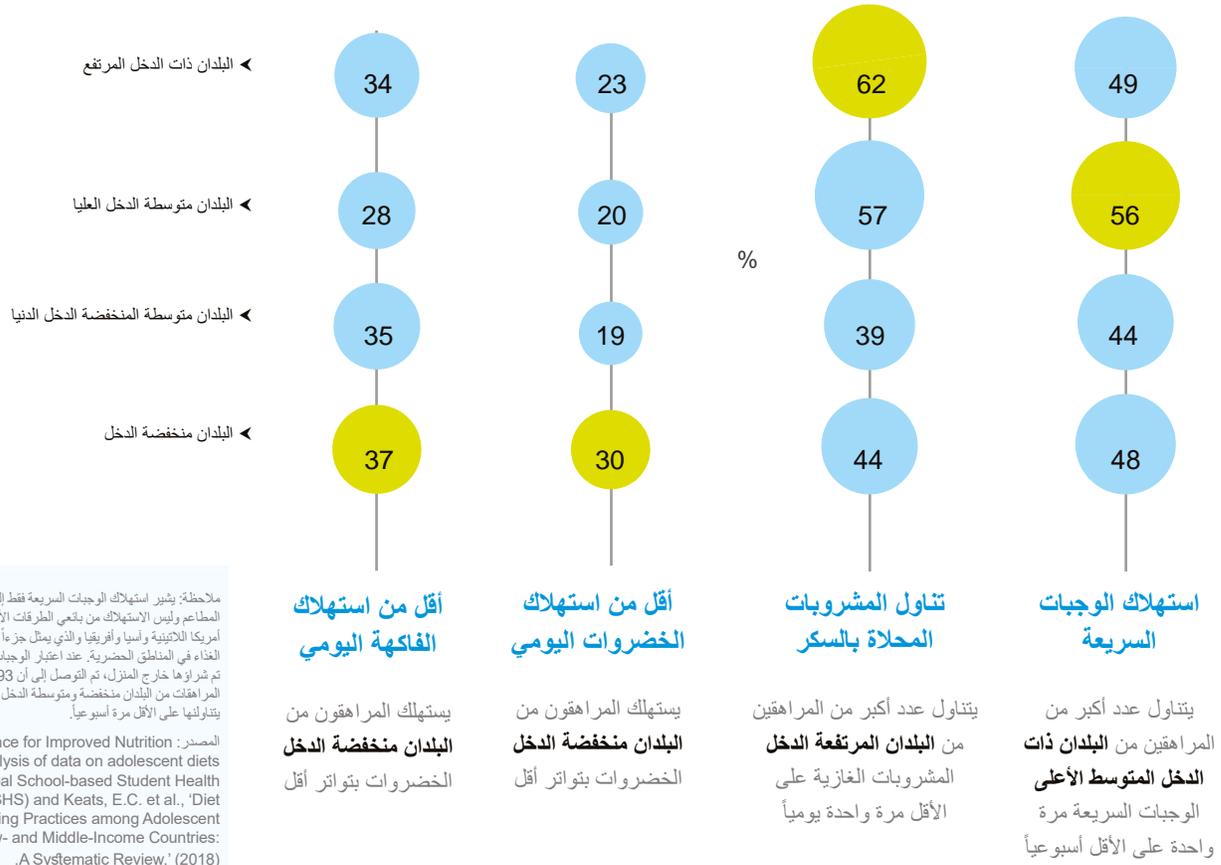
إن المراهقين معرضون بصفة خاصة لنقص التغذية، ويرجع ذلك جزئياً إلى أن نموهم البدني السريع ونماءهم خلال فترة البلوغ يزيدان من احتياجاتهم التغذوية.

باندما، 17 عاماً، تتحدث مع أعضاء في نادي الفتيات المراهقات في حي ماتوك تي، محافظة ديبروجار، آسام، الهند. يرفع النادي الوعي المحلي حول مخاطر شرب الشاي المالح.
© UNICEF/UN0324156/Boro



تختلف العادات الغذائية للمراهقين باختلاف فئات الدخل في البلد

الشكل 2-8 | أنماط التغذية للمراهقين اعتماداً على مجموعة دخل البنك الدولي، 2008-2015



النمط الغذائي والتغذية لهما دور مهم في نمو الدماغ حتى مرحلة البلوغ. ويرتبط نقص التغذية في مرحلة المراهقة بضعف القدرة الإدراكية، والتغيب عن المدرسة، والإجهاد النفسي.⁷⁸ وكما قال الدكتور نيفيل غولدن، عضو لجنة التغذية في الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال ورئيس طب المراهقين في كلية الطب بجامعة ستانفورد في كاليفورنيا، "إذا لم يتناول [المراهقون] الغذاء المناسب فقد تصيبهم العصبية والاكتئاب [و] تظهر لديهم مشاكل مثل البدانة واضطرابات الأكل — وهذه الأخيرة تسبب مجموعة كاملة من الأمراض النفسية".⁷⁹

تأثير نقص المغذيات وزيادة الوزن (أو البدانة) على الحمل

إن المراهقين معرضون بصفة خاصة لنقص التغذية، ويرجع ذلك جزئياً إلى أن نموهم البدني السريع ونماتهم خلال فترة البلوغ يزيدان من احتياجاتهم التغذوية. ومن شأن غياب التغذية الكافية أن يقوض هذه الفترة الحاسمة من النمو والنماء، وهو تأثير يتفاقم عند 16 مليون فتاة تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة و2.5 مليون فتاة دون سن 16 سنة في البلدان النامية ممن يلدن كل سنة.⁷⁷

وفي حين أن الوقاية من التقزم في الأيام الـ 1,000 الأولى لا تزال تشكل أولوية، فإن المراهقة توفر فرصة ثانية لتحقيق عائد مرتفع على الاستثمار مع التدخلات التغذوية.

هناك أدلة على أن للسكر أضراراً شديدة الوطأة على دماغ المراهقين، الذي يستجيب بشكل خاص إلى السلوكيات القائمة على مكافأة النفس. ومن الصعب مقاومة استهلاك الأطعمة اللذيذة الغنية بالسكر والملح و/أو الدهون، ولكن الأبحاث في النماذج الحيوانية تشير إلى أن الأفراد الذين شربوا ماء السكر خلال فترة المراهقة كانت لديهم حوافز أقل وسعوا إلى أسلوب مكافأة النفس في حياتهم كأشخاص بالغين، وهي سلوكيات تدل على الاكتئاب واضطرابات المزاج الأخرى.⁸⁰

ومن المجالات التي تثير القلق بوجه خاص نقص الحديد. ولدعم نموهم السريع ونمائهم البدني، يحتاج المراهقون إلى زيادات كبيرة في تناول بعض الفيتامينات والمعادن، ولا سيما الحديد وخاصة بالنسبة إلى الفتيات. فنقص الحديد وفقر الدم الناجم عن نقص الحديد هما السببان الرئيسيان لسنوات حياة المراهقين المعدلة حسب الإعاقة التي فقدتها الفتيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 10 و19 سنة والفتيان الذين تتراوح أعمارهم بين 10 و14 سنة (يمكن اعتبار سنة واحدة من سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة كسنة واحدة "صحية" مفقودة). وعلى الرغم من التحسينات التي طرأت في جنوب آسيا، لا تزال معدلات نقص الحديد وفقر الدم المرتبط به فيها هي الأعلى في العالم، تليها أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.⁸¹

بعد نقص الحديد، يعد نقص اليود هو ثاني أكثر أشكال الجوع المستتر شيوعاً بين المراهقين. وقد تحسنت حالة اليود على الصعيد العالمي بين عامي 2003 و2017، حيث انخفض عدد البلدان التي تعاني من نقص اليود من 54 إلى 19 بلداً، كما ارتفع عدد البلدان التي يتناول فيها كمية كافية من اليود من 67 إلى 111 بلداً.⁸² وعلى الرغم من أن معدل سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة قد انخفض عبر الأقاليم من عام 1990 إلى عام 2015، فقد تباطأ التقدم في السنوات الأخيرة.

وتتزايد زيادة الوزن والبدانة والأمراض غير السارية المرتبطة بها بين المراهقين في معظم مناطق العالم.⁸³ وفي حين أن الاتجاهات المتزايدة قد استقرت في كثير من البلدان المرتفعة الدخل، وإن كانت على مستويات عالية، فقد تسارعت في أنحاء من آسيا. فتخفيض الوزن أمر صعب. فالطفل الذي يصبح يديناً خلال فترة المراهقة يرجح أن يبقى كذلك حتى مرحلة البلوغ وأن يواجه مخاطر أعلى من الإصابة بأمراض غير سارية مثل مرض السكري من النوع 2. وهناك بعض الأدلة على أن البدانة في مرحلة المراهقة يمكن أن يكون لها آثار سلبية مدى الحياة على الدماغ، مما يساهم في بداية مبكرة من الخلل المعرفي خلال مرحلة الشيخوخة.⁸⁴

يجلب الحمل مجموعة خاصة به من الضعف الغذائي. ففي كل عام، تلد حوالي 16 مليون مراهقة تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة. ويأتي معظمهن من خلفيات محرومة، وبهذه الحالة، غالباً ما يكون لديهن نقص تغذوي قبل الحمل؛ وتتفاقم هذه المخاطر مع زيادة الاحتياجات الغذائية في أثناء الحمل.⁸⁵ وتتعرض المراهقات الحوامل لخطر سوء التغذية بشكل متزايد نتيجة للنمو والاحتياجات المتنافسة للجنين.⁸⁶ وقد أظهرت الدراسات أن حمل المراهقات ينطوي على خطر أكبر من المضاعفات وتقزم الفتاة بينما يؤدي أيضاً إلى ارتفاع خطر حدوث مضاعفات صحية في وقت الولادة.⁸⁷ وتعد العواقب السلبية على الذرية أكبر بكثير في حالات الحمل المبكر للمراهقات (أقل من 16 سنة) مقارنةً بحالات الحمل المتأخر للمراهقات (اللاتي تتراوح أعمارهن بين 16 و24 سنة).⁸⁸

النمو الاستدراكي

يتسم معدل النمو البدني خلال فترة المراهقة بالسرعة الكبيرة، ويعد ثاني معدل للنمو في مرحلة الطفولة المبكرة.⁹¹ وتكتسي التغذية الصحية أهمية كبيرة في هذه الفترة، حيث تشير بعض الأدلة إلى أن المراهقين الذين ينمون بسرعة يمكنهم تعويض ما فاتهم من النمو الطولي خلال مرحلة الطفولة المبكرة، وهي ظاهرة تعرف باسم "النمو الاستدراكي". وعادةً ما يتناقص انتشار التقزم مع التقدم

إضاءة

بحثاً عن عادات صحية في إندونيسيا

إن عوامل كهذه، مصحوبة بالتغيرات الأوسع نطاقاً في الأنماط الغذائية (مثل زيادة استهلاك الأغذية غير الصحية) والتصنيع، أدت إلى مضاعفة معدلات زيادة الوزن لدى المراهقين بين عامي 2004 و2013. دأبت إندونيسيا على التركيز على الحد من نقص التغذية، الذي لا يزال يمثل مشكلة رئيسية — فهناك 30 بالمئة من الأطفال دون سن 5 سنوات لديهم تقزم.⁹⁰ ومع ذلك، وفي خضمّ زيادة الوزن المتزايدة، ارتفع الوعي بشأن الحاجة إلى تحسين معرفة المراهقين وأسره ومجتمعاتهم المحلية بأهمية الأكل الصحي وممارسة النشاط البدني وتغيير مواقفهم وأنماط سلوكهم.

وهذا يعني أيضاً دمج رسائل التغذية والتربية البدنية في المناهج الدراسية للطلاب من أمثال زاهفا. وتضيف زاهفا قائلة: "عندما أكون في البيت لا أفعل شيئاً سوى مشاهدة التلفاز أو الخروج إلى المقهى للتسكع قليلاً مع أصدقائي وتناول الطعام والدرشة". ومع أنها تحاول التوجه إلى صالة الألعاب الرياضية مرة أو مرتين في الأسبوع، لكن تكريس وقت لذلك خلال اليوم يشكل صعوبة. "تنتهي المدرسة في الساعة 4 مساءً، لذا إذا ذهبت إلى صالة الألعاب الرياضية، فلن أعود إلى المنزل حتى الساعة 6 مساءً. إنه أمر متعب للغاية". ■

إنها الثامنة صباحاً وقد تساقطت أشعة الشمس اللاهبة على الساحات الرياضية مقابل إحدى المدارس الثانوية في منطقة كلانتن، جاوة الوسطى، إندونيسيا. وتنقسم هذه الساحات إلى ملعب لكرة السلة من جهة وساحة للتنس على الجانب الآخر، ولكن لا يقبل الجميع على هذه الساحات. تقول زاهفا ضاحكة: "أنا لا أحب ممارسة الرياضة في الخارج، فهناك كثير من الغبار، والجو حار!". وبالنظر إلى عدد زملائها الذين يتناولون أطراف الحديث في الظل بعيداً عن أشعة الشمس، فهي ليست وحدها.

لكثير من الطلاب، تعد حصة الرياضة هذه النشاط البدني الوحيد الذي يقومون به طوال الأسبوع. فيومهم الدراسي طويل ولا يمنحهم الوقت لممارسة الرياضة. كما أنه لا يشجع على عادات الأكل الصحية — يصل الطلاب في الساعة 6:45 صباحاً وتتواصل الحصص الدراسية، مع فترات راحة قليلة، حتى وقت متأخر من بعد الظهر، وهو ما يفسر إلى حدّ ما سبب شيوع تفويت وجبة الإفطار.

ووفقاً لدراسة أجرتها اليونيسف في عام 2017، فإن حوالي نصف المراهقين الإندونيسيين يفوتون الإفطار اليومي في بيوتهم، وبالتالي فإن وجبتهم الأولى من اليوم تتكون من كل ما يمكنهم الحصول عليه في المدرسة.⁸⁹ وعادةً لا توجد لوائح لتنظيم ما يمكن بيعه في المقاصف المدرسية، لذلك ما هو متاح يترك إلى حد كبير لتقدير المدرسة أو البائعين. وغالباً فلا يتضمن المنهج الدراسي إلا معلومات قليلة عن التغذية والأنشطة الصحية.

زاهفا في المدرسة في محافظة كلانتن، جاوة الوسطى، إندونيسيا. © UNICEF/INDONESIA/2018



بالنسبة إلى المراهق، قد يبدو المستقبل من الأمور البعيدة ذات الطابع النظري المبالغ فيه ولا داعي للقلق بشأن الآثار طويلة الأجل لما يتناوله من طعام.

في السن — وبالتالي، فإن بعض الأطفال الذين عانوا من التقزم في وقت مبكر من الطفولة يمكنهم استدراك ما فاتهم وتحقيق بنية جسمية طبيعية بحلول مرحلة البلوغ.⁹² إن إمكانية النمو الاستدراكي تتوقف على عوامل عديدة، بما في ذلك جسامته التقزم الذي يعاني منه الطفل والبيئة الخارجية خلال فترة المراهقة. وتشير بعض الأدلة إلى أن الأطفال الذين يمرون بمرحلة النمو الاستدراكي يحققون أداءً أفضل في الاختبارات المعرفية مقارنةً بأقرانهم الذين توقف النمو لديهم ولم يكن بمقدورهم استدراك ما فاتهم.⁹³ وعلى الرغم من هذه النتائج الواعدة، فإن الآليات الفسيولوجية الكامنة وراء النمو الاستدراكي تتسم بالتعقيد ويصعب القياس عليها.⁹⁴ وهناك حاجة إلى مزيد من الأدلة حول إمكانية القضاء على أوجه القصور البدني والمعرفي. وفي حين أن المراهقة قد توفر فرصة لاستدراك ما فات واللاحق بالركب، فإن زيادة الوزن بسرعة كبيرة في هذه الفترة تشكل مخاطر أيضاً. فالأطفال الذين يعانون

نقص في التغذية عادة ما يصلون إلى سن البلوغ في سن متأخرة، ويعمل الجسم على تأخير النضج الجنسي، مما يتيح مزيداً من الوقت للنمو.⁹⁵ ومع ذلك، فقد وجدت دراسات من كينيا والسنغال أنه عندما يشرع مراهق متعثر في اكتساب الوزن بسرعة كبيرة، على سبيل المثال بعد الانتقال من منطقة ريفية إلى مدينة، أو من بيئة فقيرة إلى أخرى غنية، فإنه يؤدي إلى البلوغ المبكر، وبالتالي إغلاق "النافذة" المتاحة لتحقيق النمو.⁹⁶

تكتسي التغذية الجيدة أهمية كبيرة للغاية لدعم المطالب البيولوجية المتزايدة للمراهقة. وفي حين أن الوفاية من التقزم في الأيام الـ 1,000 الأولى لا تزال تشكل أولوية، فإن المراهقة توفر فرصة ثانية لتحقيق عائد مرتفع على الاستثمار مع التدخلات التغذوية. وبالنسبة إلى بعض الأطفال، يعني النمو الاستدراكي فرصة ثانية، وربما نهائية، للتغلب على العجز الذي عانوا منه في فترة سابقة من حياتهم.

الإطار 2-2 | اضطرابات الأكل والنمط الغذائي والصحة العقلية للمراهقين

إن القلق بشأن حجم الجسم والمظهر الخارجي، والتغيرات الجسدية السريعة، والضغط المجتمعي المحيّد للنحافة، واتباع نمط غذائي للحمية، وضغوط الأقران كلها أسباب تجعل المراهقة من الفترات التي يزيد فيها التعرض لاضطرابات الأكل.

يرتبط خطر الإصابة باضطراب الأكل بعوامل وراثية وبيئية على حد سواء. وتسري اضطرابات الأكل وراثياً في العائلات، ويعزى أكثر من 50 بالمئة من المسؤولية عن الإصابة باضطراب الأكل إلى عوامل وراثية.⁹⁷ فالضغوط المجتمعية التي تدفع الفتيات نحو النحافة والجسد الرشيق وتشجع الفتيان على خفض الدهون في الجسم وبناء عضلات قوية، يمكن أن تؤدي إلى السلوكيات التي قد تكون الخطوة الأولى في منحدر زلق نحو اضطرابات الأكل.⁹⁸ كما ترتبط مشاكل الصحة العقلية الأخرى التي شوهدت في مرحلة المراهقة مثل الاكتئاب والقلق وانخفاض تقدير الذات باضطرابات الأكل.⁹⁹ وتعد اضطرابات الأكل أكثر شيوعاً بين الفتيات، ولكن ذلك يرجع جزئياً إلى أن هذا النوع من الاضطرابات لدى الأولاد الذكور لا يحظى باهتمام كبير.¹⁰⁰ وقد يخفق مختصو الرعاية الصحية في التعرف على أعراض اضطرابات الأكل لدى البنين لأنهم يفترضون أنها اضطرابات تحدث لدى البنات فقط.

وبالإضافة إلى اضطرابات الأكل، تؤدي أنماط التغذية الصحية وتوافر الأغذية دوراً هاماً في الصحة العقلية للمراهقين. وفقاً لدراسة أجريت في الولايات المتحدة، فإن انعدام الأمن الغذائي خلال العام المنصرم — بالافتقار إلى سبل إتاحة الغذاء الكافي لاتباع أسلوب حياة صحي ونشط — يزيد خطر الإصابة بمشاكل سلوكية في مرحلة الطفولة (السلوكيات العدوانية، والقلق/الاكتئاب، وعدم الانتباه/ فرط النشاط).¹⁰¹ ولا تقتصر نتائج الصحة العقلية المرتبطة بانعدام الأمن الغذائي على الطفولة. فقد أشارت دراسات أمريكية متعددة إلى زيادة خطر تشخيص اضطرابات المزاج والقلق وإساءة استعمال المواد المخدرة في العام الماضي بين المراهقين الذين ذكروا فقدانهم للأمن الغذائي في العام المنصرم، بغض النظر عن الجوانب الأخرى للوضع الاجتماعي والاقتصادي.¹⁰² وقد ذكرت مثل هذه الارتباطات بالفعل في بلدان أخرى، وتتابع خلال سني الدراسة الجامعية وحتى مرحلة الشباب، مما يبرز الأهمية العالمية لإتاحة غذاء كاف وصحي في جميع مراحل النمو لسلامة الصحة البدنية والعقلية على حد سواء.¹⁰³

الخيارات الغذائية للمراهقين

بالنسبة إلى المراهق، قد يبدو المستقبل من الأمور البعيدة ذات الطابع النظري المبالغ فيه ولا داعي للقلق بشأن الآثار الغذائية والصحية الطويلة الأجل الناتجة لما يتناوله من طعام. فالصحة والتغذية ببساطة ليس لهما تأثير كبير على أنماط التغذية عند العديد من المراهقين.¹⁰⁴ وبدلاً من ذلك، فإن العوامل الخارجية، مثل الدخل المتاح للإنفاق على الوجبات الخفيفة والوجبات السريعة، وضغط الأقران، والرغبة الاجتماعية في التأقلم بين الأصدقاء، والأمور المتعلقة بصورة الجسم، وتسويق الأغذية، يمكن أن تضطلع جميعها بدور في التأثير على ما يتناوله المراهقون.

ويوفر العمل العرضي ومصروف الجيب من الوالدين دخلاً غير منتظم، ولا سيما في البلدان المتوسطة الدخل والبلدان المرتفعة الدخل، وكثيراً ما يستخدم لشراء وجبات خفيفة غير صحية.¹⁰⁵ وكما يقول أحد المراهقين في إيران، "أحياناً أقرر البدء في تناول الطعام الصحي، ولكن في الصباح أجد أن أمي لم تحضر لي وجبة خفيفة صحية وبدلاً من ذلك تعطيني المال لشراء الوجبات الخفيفة. ومن الطبيعي عند ذلك أن أذهب لشراء أشياء مثل المقرمشات وكرات الجبن الهشة".¹⁰⁶

الخاتمة

وتؤثر صورة الجسم في الخيارات الغذائية كذلك. حسب السياق المحلي، يرغب العديد من الفتيان المراهقين في زيادة الوزن وكتلة العضلات، في حين أن العديد من الفتيات يمكن أن يقلقن إما من الوزن الزائد أو اكتساب الوزن كعلامة على الرفاه والجاذبية. ولا تقتصر اضطرابات الأكل على البلدان المرتفعة الدخل. ووسط الشابات التنزانيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و23 عاماً، ارتفعت أعراض اضطراب الأكل مع زيادة التعرض لوسائل الإعلام.¹⁰⁷

للتسويق والتعبئة والتغليف والرموز الملهمة الدالة على الحالة تأثير مفر على جميع المستهلكين، ولكن المراهقين يتأثرون بشكل خاص بهذه العوامل.

وتتوفر الوجبات السريعة والوجبات الخفيفة المصنعة على نطاق واسع في المناطق الحضرية في جميع أنحاء العالم، ويمكن أن تكون جذابة بشكل خاص للشباب. فمطاعم الوجبات السريعة، التي تتسم منشأتها الداخلية بالنظافة والجمال، هي الأماكن التي يمكن للمراهقين التسكع فيها مع الأصدقاء.

ففي غواتيمالا، على سبيل المثال، يعتبر استهلاك الوجبات السريعة والمشروبات الغازية علامة على ارتفاع الوضع الاجتماعي والانتقال إلى مستويات اجتماعية أعلى: "إن القدرة على تناول الوجبات السريعة ينظر إليها على أنها علامة على انتماء الأسرة إلى الطبقة المتوسطة أو العليا. فالمرهقون في المناطق الريفية 'يحملون' بتناول الدجاج المقلي في مطاعم الوجبات السريعة، ويتطلع المراهقون من الخلفيات الاقتصادية الفقيرة إلى استهلاك المشروبات الغازية في مناسبات خاصة... وأشاروا إلى أنهم يشترون الوجبات الخفيفة بسبب الطعم ('مذاقها جيد ليس إلا')، والمفاهيم حول الطعام ('يمنحنا طاقة')، وضغط الأقران والقبول الاجتماعي ('جميعنا نشترينه')."¹⁰⁸

تنتج كل مرحلة من مراحل الطفولة احتياجات غذائية وسلوكيات تغذوية وتأثيرات محددة على النمط الغذائي. ولكن سواء لم تتوفر للطفل الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الأشهر القليلة الأولى، أم لم يتبع نمط تغذية متنوعاً في السنوات الأولى، أم استهلك كثيراً من السكر والملح والدهون خلال سنوات المراهقة، فإن الأطفال في جميع هذه الحالات لا يتناولون الأنماط الغذائية التي يحتاجون إليها من أجل تحقيق النمو الصحي، وقد يكون لذلك عواقب مدى الحياة. وتعكس أسباب سوء التغذية لدى الأطفال في مختلف الأعمار مزيجاً من العوامل الدافعة على الصعيد الفردية والأسرية والمجتمعية الأوسع نطاقاً. إن توسيع التحليل إلى ما بعد كل مرحلة من مراحل الطفولة سيكشف عن الأسباب العديدة الكامنة وراء سوء التغذية. ■

وتعكس أسباب سوء التغذية لدى الأطفال في مختلف الأعمار مزيجاً من العوامل الدافعة على الصعيد الفردية والأسرية والمجتمعية الأوسع نطاقاً.

قسم خاص:

ما هو النمط الغذائي الصحي؟

ما الذي ينبغي أن يأكله الأطفال؟ إنه سؤال بسيط، ولكن بالنسبة للعديد من الأهالي ومقدمي الرعاية، وحتى الأطفال أنفسهم، فإن الإجابة عنه ليست بالأمر السهل. فالمكونات الدقيقة للنمط الغذائي الصحي تعتمد على سياقات فردية ومحلية، ولكن المبدأ الأساسي هو أهمية تناول الفاكهة والخضروات والحبوب الكاملة والألياف والمكسرات والبذور، بالإضافة إلى الأطعمة الحيوانية المصدر خلال مرحلة التغذية التكميلية. وتتسم الأنماط الغذائية الصحية بإقلالها من السكريات البسيطة، والوجبات السكرية الخفيفة، والمشروبات السكرية، واللحوم المصنعة، والدهون المشبعة والدهون التقلبية المنتجة صناعياً، والملح.¹⁰⁹

الذين تتراوح أعمارهم بين صفر وعامين، كما يلي:

- ◀ الرضاعة الطبيعية الحصرية بدءاً من الساعة الأولى بعد الولادة وحتى 6 أشهر من العمر، ومواصلة الرضاعة الطبيعية حتى سن السنتين.
- ◀ ينبغي إدخال الأطعمة التكميلية المغذية والمأمونة (اللينة وشبه الصلبة والصلبة) تدريجياً ابتداءً من الشهر السادس، مع التركيز بشكل خاص على مجموعة متنوعة من الأطعمة الغنية بالحديد والمغذيات دون إضافة الملح أو السكر أو الدهون، مثل الأطعمة حيوانية المصدر قليلة الدهن (بما في ذلك البيض واللحوم والأسماك ومنتجات الألبان)، والفواكه والخضروات، والبقوليات والمكسرات والبذور.

كثيراً ما تأثرت المناقشات المتعلقة بالتغذية في مجال الصحة العامة في وسائل الإعلام، وفي أوساط واضعي السياسات، بالخلافات والبدع والضغوط التي تمارسها جماعات المصالح التجارية، حيث لا تستند الحجج التي تطرحها هذه الجماعات في كثير من الأحيان إلى الأدلة العلمية إلا بشكل فضفاض، أو تعتمد سوء التفسير والإفراط في تبسيط الأدلة. ويمكن أن يؤدي ذلك إلى طمس الأدلة، وبالتالي تقويض ثقة واضعي السياسات في اتخاذ الإجراءات اللازمة. وقد أدت الخلافات حول تضارب المصالح في تمويل بحوث التغذية، لا سيما عندما توفرها صناعة الأغذية، إلى زيادة ارتباك الجمهور حول ماهية النمط الغذائي الصحي. فعلى سبيل المثال، من المرجح أن تتوصل البحوث الممولة من صناعة الأغذية، التي تحقق في الأثر الصحي للمشروبات المحلاة بالسكر، إلى استنتاجات "ضعيفة/ فارغة" مقارنة بالدراسات المستقلة.¹¹¹ وبالتالي، فإن الافتقار إلى التمويل الخالي من الأهواء لتنفيذ التوصيات الغذائية والتدخلات التغذوية القائمة على الأدلة يحد من الأثر الواسع للمبادئ التوجيهية الغذائية. وكثيراً ما اعتمدت سياسات التغذية السابقة وبرامجها على "المعرفة" بوصفها المحرك الأساسي لتغيير السلوك، على افتراض أن هناك خيارات غذائية أفضل ستقدم من خلال التعليم والمبادئ

تعاونت تسعون دولة في ما بينها لوضع مبادئ توجيهية غذائية قائمة على الأغذية، تستند في كثير من الأحيان إلى توصيات صادرة عن منظمات دولية متخصصة، وحولتها إلى نصائح غذائية واضحة ومفهومة يمكن تصورها وإبرازها أيضاً من خلال وسائل الإيضاح.¹¹⁰ بيد أن هذه المبادئ التوجيهية، في كثير من الأحيان، لم تفرق بين مراحل النمو المختلفة التي يمر بها الطفل، وتعتمد على توصيات غير متنسقة على الصعيد العالمي. وتكافح البلدان أيضاً من أجل صياغة توجيهات واضحة في سياق البيئات الغذائية الحديثة السريعة التغير، مع سيطرة الأغذية المعبأة والمتراكبة التصنيع على حيز كبير من النمط الغذائي اليومي للأطفال. علاوةً على ذلك، يمكن تسييس التوصيات الغذائية من خلال تحريك صناعة الأغذية للدفاع عن مصالحها إذا ما حثت التوصيات الحكومية الجمهور على تناول كميات أقل من منتجاتهم. والبيانات التي بحوزتنا بشأن حصص الاستيعاب الغذائي وأنماط استهلاك الأغذية على مر الزمن قليلة جداً، ما يؤثر أيضاً على تصميم هذه المبادئ التوجيهية وتحديثها.

تنصح معظم المبادئ التوجيهية الغذائية الوطنية باتتباع نمط تغذية متنوع يتكون من أربع إلى خمس مجموعات غذائية، كما يلي:

- ◀ الفواكه والخضروات (التي يمكن أن تشكل حتى نصف النمط الغذائي اليومي في كثير من الحالات)
- ◀ الحبوب الكاملة والأطعمة النشوية
- ◀ البروتينات الصحية والخالية من الدهون ومنتجات الألبان
- ◀ كمية محدودة من السكر والدهون والملح

في جميع الفئات العمرية للأطفال، ينبغي أن يكون استهلاك الطاقة متوازناً مع الحرص على ممارسة الرياضة وحرق الطاقة الزائدة للحيلولة دون زيادة الوزن والبدانة. وفي حين أنه يمكن تطبيق مبدأ توجيهي مشترك لنمط تغذية واحد ملائم طوال مرحلة الطفولة، فهناك توصيات محددة للأطفال الصغار



توزيع حصص من الأرز المطبوخ والخضروات واللحوم والفاصوليا للأطفال في أطباق صغيرة في 'كافيتريا الأطفال' في قرية بانداس في محافظة كلين، مقاطعة جاوة الوسطى. يأتي الآباء والأجداد إلى الكافيتريا كل صباح لشراء الطعام الذي تعده "الكواردر" (وهم عاملون متطوعون في مجال صحة المجتمع). تساعد "الكواردر" على تحسين تغذية الأطفال من خلال توفير المعلومات والمشورة للأهالي. © UNICEF/UN04263/Estey

أكبر زادت مشاكلهم مع النمط الغذائي ... أما من يحافظون على تناول أطباق طازجة فهم يتبعون أفضل نمط غذائي". والخبر السار هو أن هؤلاء الناس ليسوا من أبناء الطبقة الغنية. إنهم أفراد منخفضو الدخل من عامة الشعب، ويعيش العديد منهم في أماكن معزولة في البرازيل". ويوفر الدليل توجيهات إرشادية حول ماهية وكيفية تناول الطعام (تشجع على طبخ الطعام وتناوله مع الآخرين في البيت) مع اتباع "قاعدة ذهبية" واحدة: 'احرص دائماً على تناول الأطعمة الطبيعية أو المصنعة بنسبة ضئيلة والأطباق والوجبات الطازجة، وتجنب الأطعمة فائقة التصنيع.¹¹⁴⁻¹¹³

وفي حين أن فهما لمكونات النظام الغذائي الصحي للأطفال قد تقدم في السنوات الأخيرة، لا تزال هناك ثغرات في تحديد الغذاء الأمثل للأطفال في أعمار محددة، ولأولئك الذين يعيشون في مناطق جغرافية مختلفة، وفي بيئات غذائية مختلفة. يمكن أن يؤدي الفهم الأفضل الذي نصل إليه من خلال التمويل والبحث إلى وضع توصيات غذائية أفضل قائمة على الأدلة وتدخلات غذائية فعالة وواسعة النطاق. ■

التوجيهية الغذائية. غير أن المعرفة وحدها لا تكفي لتحسين المدخول الغذائي، وهناك حاجة إلى سياسات أوسع نطاقاً وتغييرات سلوكية واستراتيجيات بيئية، لا سيما بالنظر إلى انخفاض استثمارات الحكومات في حملات التثقيف والاتصالات العامة مقارنةً بالاستثمارات التي تضخها صناعة الأغذية في مجال التسويق. وحتى لو كان لديهم معلومات غذائية، فقد يختار المستهلكون أطعمة غير صحية ولكنها أطيب مذاقاً أو أقل تكلفة أو أكثر ملاءمةً تسوّق لهم.¹¹²

وفي السنوات الأخيرة، قدمت البرازيل بعض التوصيات العامة المنطقية استناداً إلى ما يأكله الناس فعلاً بصفة يومية. وقد نظر الباحثون في البيانات المتاحة ووجدوا أن الناس يطهون طعامهم بمعدلات أقل في بيوتهم بينما يتناولون مقداراً أكبر من الأطعمة المصنعة والمعبأة، مما يؤدي إلى مشاكل غذائية مثل زيادة الوزن والبدانة والأمراض غير السارية المرتبطة النمط الغذائي. ووفقاً لكارلوس مونتيرو في جامعة ساو باولو، التي ساعد مركز الدراسات الوبائية في الصحة والتغذية التابع لها في تطوير التوجيهات، "كلما استخدم الناس المنتجات الجاهزة للاستهلاك بمعدلات

مقالة رأي

ريادة النساء لتغذية الأطفال المجتمعية في ريف تنزانيا



سكولاستيكا إنغولي
المؤسسة
منظمة روندو النسائية
للتغذية،
تنزانيا

المعتقدات التي يعتنقها الأهالي. فمعظم أحياء روندو تعجّل في فطام الأطفال بعد ولادتهم، وترمي بحليب الأمهات في القمامة لأنهم يعتقدون أنه يضرّ بأطفالهم. وهذا يحدّ من كمية الفيتامينات الهامة التي يتلقاها مواليدهم من رضعات الأم الأولى بعد الولادة.

كما أنّ انعدام المساواة بين الجنسين هو تحدّ آخر. فيما أنّ الرجال لا يساعدون نساءهم على القيام بالواجبات المنزليّة، فإنّ الحمل ثقيل على الأمهات، فهنّ، مثلاً، من عليه جلب الماء، ومن عليه الذهاب إلى الغابة للاحتطاب، ومن عليه طهي الطعام للأسرة، ومن عليه تنظيف البيت. وبما أنّ هؤلاء الأمهات مشغولات جدّاً فإنّ ذلك يعود بأثر سلبيّ على رضاعة الأطفال.

أما إعطاء الأطفال طعاماً غير حليب أمهاتهم قبل أن يبلغوا الشهر السادس من العمر فهو مشكلة أخرى. إذ تعتقد الكثير من الأمهات حين يبكي أطفالهنّ مراراً أنّ سبب بكائهم هو الجوع، وأنّ حليب الأم لا يشبعهم. ولذا يقمن بإطعامهم عصيدة مصنوعة من دقيق المنيهوت الذي لا يصلح لهم طعاماً. كما أنّ الكثير من الأهالي يأتون المطبّبين الشعبيين حين يمرض لهم طفل بدلاً من الذهاب للمستشفى. وهذا ما يفاقم من سوء التغذية، ويرفع نسب حالات وفاة الأطفال اللذين لما يبلغوا الخامسة من عمرهم.

لطالما اقترنت القرى النائية في الريف الإفريقيّ بالفقر وسوء التغذية، لكنّ هذا الوصف لا ينطبق على حال قرية روندو الصغيرة في جنوب شرق تنزانيا، والتي أبت النسوة فيها ببساطة أن يتفرّجن على أطفالهنّ وهم يموتون أو يصابون بالفقارمة. واخترن بدلاً من ذلك تثقيف الأهالي لحثهم على اعتماد أسلوب حياة يركّز على الغذاء الصحيّ. حيث تسير هؤلاء النسوة مسافات قد تصل إلى سبعة كيلومترات، ويطفن بالأسر بيتاً بيتاً، أو يلقين الكلمات في المراكز الصحيّة التي غالباً ما تجتمع فيها النساء. وتقوم هاتهن النسوة بهذه النشاطات التي تغيّر من حياة الناس علاوةً على قيامهنّ بأعبائهنّ اليومية كحرث الأرض، وجلب الحطب، وتهينة الطعام لأسرهنّ، والاعتناء بأطفالهنّ.

ولأنّ الجهل بأهميّة الرضاعة الطبيعيّة هو أحد العوامل المسيّبة لمشكلة سوء التغذية عند الأطفال والتي أثقلت كاهل منطقة الروندو، فقد قرّرت نساء منظمة روندو للتغذية أن ينشرن علمهنّ في المرافق الطبيّة عن طريق الزيارات المنزليّة والاجتماعات العامّة، حرصاً منهنّ على أن تكون مسألة التغذية على سلّم الأولويّات، وبغية القضاء على الجوع، وتحقيق الأمن الغذائيّ، وتحسين التغذية، وتعزيز الزراعة المستدامة في نهاية الأمر.

بيد أنّ المنظّمة تواجه طائفةً من التحديات التي تعوق جهودها لوقف انتشار سوء التغذية. أولى هذه التحديات هي

سكولاستيكا إنغولي هي مؤسسة منظّمة روندو النسائية للتغذية، وقد عملت منذ 2011 على تخفيض حالات وفيات الأطفال الناجمة عن سوء التغذية في منطقة الروندو التابعة لإقليم ليندي في تنزانيا. والمنظّمة عضو في الشراكة لأجل التغذية في تنزانيا (بانيتا)، وهي مجموعة تضمّ 300 منظّمة من منظمات المجتمع المدنيّ.



© UNICEF/UNI197919/Schermbrucker

تقوم منظمة روندو النسائية للتنمية في تنزانيا بما يلي لمكافحة سوء التغذية:

◀ دحض الخرافات الشائعة، كذلك التي تقول أن أكل البيض مضر للحوامل.

◀ تثقيف الأمهات، إما على انفراد وذلك عن طريق زيارة الأسرة أو حين يلتقين كلمات في مستوصفات خدمات صحة الأمومة، عن أهمية الرضاعة الطبيعية الحصرية عقب الولادة، وحتى الشهر السادس من عمر الطفل على أقل تقدير.

◀ تثقيف الأهالي عن خطورة إطفام الأطفال الذين لم يتجاوزوا شهرهم السادس أي طعام غير حليب الأم.

◀ نشر المعلومات عن أهمية إطفام الأطفال الرضع حتى سن الثانية الطعام الغني بالعناصر الغذائية مثل المنيهوت، والعدس، والبقوليات، والحنطة، كدقيق الدخن، التي تزرع محلياً.

لقد صارت نسوة روندو مضرب المثل في المبادرة في الوقت الذي يقعد معظم أفراد المجتمع فيه منتظرين أن تقوم الحكومة لا هم بمكافحة سوء التغذية. فغالباً ما ينظر الناس لسوء التغذية على أنها مشكلة أكبر منهم ويشعرون بالعجز أمامها. لكن حراك النسوة في روندو دليل على أن الأهالي قادرين على إيجاد الحلول أنفسهم للقضاء على سوء التغذية.

ففي كل حركة خير، سواء أكان ذلك إرضاعاً، أم غسل اللبدين قبل تناول الطعام، أم حفاظاً على نظافة البيئة، أم شرباً للماء النظيف والأمن فقط. إذ ليس هناك طريقة معينة يشترط على الناس اتباعها حتى يحققوا تغييراً كبيراً. والروندو مثال على الأثر الكبير للحراك الجماعي وعلى قدرة المجتمعات على القضاء على سوء التغذية فيها. ■



سوء التغذية
في عالم متغير

03



◀ لقد غيرت العولمة كل شيء، من طرق حصد المحاصيل إلى طريقة عرض الأطعمة على رفوف المتاجر. هناك 100 شركة كبيرة فحسب تسيطر على 77% من مبيعات الأغذية المصنعة في جميع أنحاء العالم.



◀ بحلول عام 2050، سيعيش 70% من المراهقين في العالم في المدن، وسيكونون أكثر عرضة للتأثر بتسويق الأطعمة غير الصحية وأكثر عرضة للأمراض المرتبطة بالأنماط الغذائية.



◀ إذا لم نعمل شيء، من المحتمل أن تواجه الأجيال المقبلة انعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية الناجمين عن تغير المناخ.

إن العولمة والتوسع الحضري والصدمات المناخية وحالات الطوارئ تسهم جميعاً في زيادة تفاقم سوء الفرص الغذائية للملايين من الأطفال الفقراء والمستبعدين. وبالنسبة إلى كثير منهم، فإن الخطر الناجم عن قلة السبل المتاحة إلى الطعام المغذي والمأمون والميسور التكلفة والمستدام تفاقمه أمراض سوء جودة المياه والمرافق الصحية. ونحتاج إلى إحداث تحول في التغذية لنضمن توفير الفرصة لهؤلاء الأطفال في تحقيق كامل إمكاناتهم والمساعدة في القضاء على دوامة الفقر من جيل إلى جيل.

وبسبب الفقر والإقصاء،
يتحمل أشد الأطفال حرماناً
جُلّ الأخطار التي تسببها
جميع أشكال سوء التغذية.

مقدمة

في جميع السياقات الحضرية والريفية، تهدد الأنماط الغذائية منخفضة الجودة بقاء الأطفال الفقراء والمستبعدين ونمائهم على المستويين الجسماني والعقلي، وكذلك إمكاناتهم الحياتية، مما يجعلهم في وضع يسمح بنقل حالة الحرمان التي يعيشونها إلى الجيل الذي يليهم. وحتى في عالم دائم التغير، تظلّ هذه الحقيقة سارية اليوم كما كانت قبل عقود — ولعلّها تزداد صحة.

لقد تغير العالم بلا شك. فهناك مجموعة متزايدة من الأدلة حول التغذية — خصوصاً أهمية تغذية الأمهات قبل وأثناء الحمل، والرضاعة الطبيعية الحصرية، والتنوع في الأطعمة الأولى، والرعاية الجيدة وممارسات النظافة الصحية في مرحلة الطفولة المبكرة — التي تقدّم رؤى بالغة الأهمية لتمهيد الطريق أمام التغذية الجيدة ابتداءً من أول 1,000 يوم وانتقالاً إلى الطفولة المتوسطة والمراهقة حتى البلوغ، وانتقالاً إلى الأجيال الجديدة.

إنّ العولمة والتوسع الحضري غير المخطط له والصدمات المناخية تدفع أيضاً إلى إحداث تغييرات غذائية، إيجابية وسلبية على حد سواء، وتشكل هذه التغييرات الخيارات والاختيارات الغذائية للأسر. فمن يستطيعون تحمل تكاليفها قد تتاح لهم إمكانيات أكبر للحصول على أغذية متنوعة ومغذية، ولكن هذه الفوائد لا تزال بعيدة المنال بالنسبة إلى عدد كبير للغاية من الأسر. وبسبب الفقر والإقصاء، يتحمل أشد الأطفال حرماناً جُلّ الأخطار التي تطرحها سوء التغذية بجميع أشكالها، وبالتالي، فإن الأعباء الشديدة للأمراض غير السارية يتحملها الأطفال الأكثر حرماناً.

العلوم الناشئة

تعد الأطعمة المغذية ضرورية لضمان نمو الأطفال بشكل جيد، غير أنّها ليست كافية. ففي جميع أنحاء العالم،

يقوض الإسهال وغيره من الأمراض الحالة التغذوية لعشرات الملايين من الأطفال، كما هو شأن الحالات غير المفهومة تماماً مثل الالتهابات المزمنة في الأمعاء. وتبيّن الأدلة المتزايدة أنّ سوء الأنماط الغذائية يضر بالنبيت الجرثومي المعوي لدى الأطفال، مما يزيد خطر العدوى، وأنّ دورات سوء التغذية بين الأجيال يمكن أن تكون أيضاً نتيجةً لنقص الوزن أو زيادته لدى الأمهات. وتتطوي زيادة المعرفة في مجالات مثل النظافة الصحية والصرف الصحي والكائنات المعوية الدقيقة وعلم التخلق على إمكانية الوقاية من الأمراض وسوء النتائج التغذوية ابتداءً من أول 1,000 يوم وحتى مرحلة البلوغ.

النظافة الصحية والصرف الصحي

تعزى نسبة 45% من الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة إلى سوء التغذية. يعدّ الإسهال فتاكاً على نحو خاص حين يعاني الأطفال نقص التغذية، إذ قضى على ما يزيد عن 700 طفل دون سن الخامسة كل يوم في عام 2016. ويمكن أن تعزى معظم وفيات الأطفال إلى مياه الشرب غير المأمونة، أو الأغذية الملوثة في البيوت، أو التلوث البرازي الناتج عن الدواجن والماشية. فالصرف الصحي غير السليم يساعد على انتشار الأمراض السارية والديدان المعوية ويشجع على تهيئة الأجواء للإصابة بحالات مرضية مثل الخلل المعوي البيئي.

يتطور فهما لدور النظافة الصحية والصرف الصحي في سوء التغذية. فعلى سبيل المثال، تشير البحوث الحديثة إلى أنّ مستوى الحاجة إلى النظافة الصحية والصرف الصحي لحماية الأطفال من التقرم أعلى بكثير مما كان يعتقد سابقاً: "لقد تمثّل التفكير التقليدي في أنّ تحسين فرص الحصول على الغذاء وتنظيف الأسر بشأن النظافة الصحية سيقيان من الإصابة بسوء التغذية في مرحلة الطفولة، غير أنّ هذه التدخلات تواصل الإخفاق"، وفقاً للمؤلف الرئيسي لدراسة أجريت في أرياف غامبيا.⁷

الإطار 3-1 | محدّدات تغذية الأمهات والأطفال

يستخدم الإطار المفاهيمي سرداً إيجابياً لما يمكن أن يساهم في تحسين تغذية الأم والطفل ومنع سوء التغذية بجميع أشكاله لدى الأطفال والمراهقين والنساء. ويوفر وضوحاً مفاهيمياً بشأن المحدّدات التمكينية والأساسية والفورية لتغذية الأم والطفل، وبشأن النتائج الناجمة عن تحسين التغذية لدى الأطفال والمراهقين والنساء (نظر الشكل 3-1). ويتضمن الإطار كذلك توجيهاً لاستراتيجية اليونسيف العالمية لتغذية الأم والطفل للفترة 2020-2030. ■

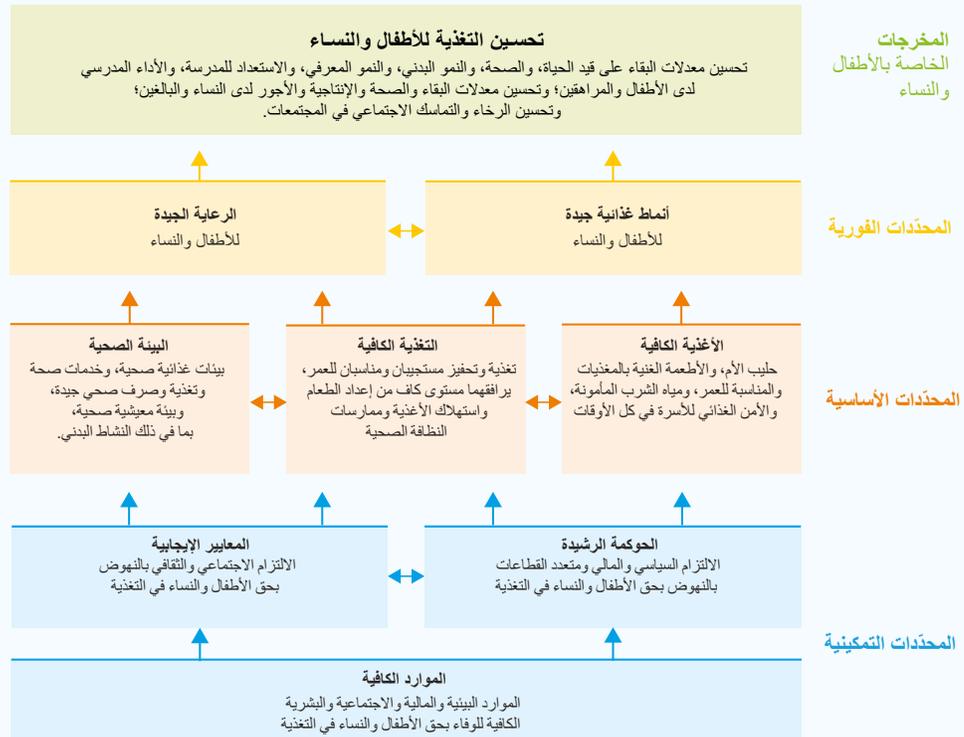
المتاحة إلى خدمات صحية جيدة وإلى بيئة سليمة خالية من الأمراض والأجواء غير النظيفة صحياً. كما أنّ الأنماط الغذائية للأطفال تحددها قوى أوسع نطاقاً، مثل الالتزام السياسي والأولويات الاقتصادية والمعايير الاجتماعية.

ولتحسين فهم هذه التحديات المعقدة والبعيدة المدى والتصدي لها، وضعت اليونسيف الإطار المفاهيمي لعام 2020 لمحدّدات تغذية الأم والطفل. ويستند هذا الإطار إلى إطار اليونسيف لعام 1990 بشأن أسباب نقص التغذية لدى الأطفال، ويعترف بالطبيعة المتطورة والمتعددة لسوء تغذية الأمهات والأطفال، ويتضمن معارف جديدة عن العوامل المحركة لسوء التغذية.

عندما يتناول الأطفال والنساء طعاماً صحياً عالي الجودة، تتم الفائدة على الجميع. فالأطفال الذين يتوفر لهم نمط تغذية مغذٍ ومأمون ومتنوع يكونون أكثر استعداداً للتطور البدني والمعرفي والأداء المدرسي والاستمتاع بالحياة الصحية التي تنتظرهم.

لكي يأكل الأطفال بشكل جيد في كل مرحلة من مراحل النمو، لا ينبغي أن يقتصر الأمر على توفير طعام جيد النوعية وإتاحته باستمرار وجعله ميسور التكلفة فحسب — بل يجب أيضاً أن يصاحب ذلك عدة عوامل أخرى. فأسر هؤلاء الأطفال بحاجة إلى موارد. وتشتمل هذه الموارد على الأموال، وأيضاً معرفة كيفية الوصول إلى نمط تغذية صحي وكيفية توفيره. فهم في حاجة إلى الدعم في مواجهة الضائقة المالية وضغط الوقت. وتعوزهم السبل

الأنماط الغذائية للأطفال أيضاً يؤثر فيها كل من الالتزام السياسي والأولويات الاقتصادية والأعراف الاجتماعية





سلامة الغذاء

لتلوث الغذاء — سواء من البيئة أو من الكائنات الحية الدقيقة — آثار وخيمة على صحة الأطفال. فالرضع والأطفال معرضون بصفة خاصة لهذه الأخطار لأنّ نظامهم الأيضي ما زال يتطوّر، كما أنّ نضج الأعضاء الرئيسية يكون عرضةً لاضطراب دائم وعلى مدى العمر.⁹

ويضيف قائلاً: "تحتاج سلامة النمو للأطفال درجة عالية من النظافة العامّة — فالناس بحاجة لطروف معيشيّة أفضل في أحيائهم وإلى منفذٍ لماء نظيف يستجر إلى منازلهم عن طريق الأنابيب. وينبغي أن تعيد هذه النتائج توجيه أولويات الحكومات، وتحويل الجهود إلى توفير مساكن أفضل بشكل جذري، وتحسين فرص الحصول على المياه النظيفة".⁸

أطفال يغسلون أيديهم في مخيم للاجئين في بيتو، جمهورية الكونغو. © UNICEF/UN0327817/Diefaga

الإطار 2-3 | الخلل المعويّ البيئيّ

ونقص الحديد.³ وتنتشر هذه الحالة انتشاراً واسعاً بين الأشخاص الذين يعيشون في أحوال من الفقر.⁴ وتظهر الواسمات البيولوجية للخلل المعويّ البيئي عند الأطفال الذين يعيشون في بيئات منزلية غير صحية وترتبط بمستويات عالية من التفرزم.⁵

قد يؤدي الخلل المعويّ البيئي أيضاً دوراً في ضعف النمو المعرفي والتحصيل التعليمي لدى الأطفال. ووجدت دراسة طولانية أجريت في ثمانية بلدان منخفضة ومتوسطة الدخل وجود علاقة بين عدد الإصابات المعويّة الأعلى والدرجات المعرفية الأضعف عند الأطفال البالغين سنتين من العمر، بمعزل عن الإصابة بالإسهال.⁶

إنّ الآثار الضارة للإسهال الحادّ على الصحة معروفة تماماً، ومع ذلك ففي وسط التجمعات السكانية السليمة، وكذلك في التجمعات السكانية التي أدت فيها التدخلات إلى الحدّ من الإسهال، لا يزال العديد من الأطفال لا يحققون نمواً طبيعياً.² ولا يزال السبب الدقيق لفشل النمو هذا غير معروف، ولكن هناك اهتماماً متزايداً بالدور المحتمل للخلل المعويّ البيئيّ.

إن الخلل المعويّ البيئي هو اعتلال دون سريري يصيب الإنسان عندما يؤدي التعرض المزمن لمسببات الأمراض البرازية إلى التهاب الأمعاء وتلفها، مما يقلل قدرة الجسم على امتصاص المواد الغذائية. ويرتبط هذا الخلل بقوة مع التفرزم

البدينية والعقلية أصبحت واضحة بشكل متزايد، وكذلك دوره في تعزيز وظائف الجهاز المناعي.

تعد أجسامنا موطناً لتريليونات الميكروبات التي تؤدي دوراً أساسياً في التغذية والنمو الصحي. فهؤلاء الضيوف المعويّون صغار الحجم لا يقومون فقط باستقلاب الطعام الذي نأكله والتأثير على أوزاننا ونماتنا المعرفي،¹¹ بل يعملون أيضاً على تعزيز أجهزة مناعتنا. وتتنبأ هذه الميكروبات حتى بقابليتنا للإصابة بأمراض، بما في ذلك البدانة.¹²

ومع بلوغ السنة الثالثة من العمر، يكون معظم الميكروبيوم قد تكوّن في أجسام الأطفال ليبقى فيها مدى الحياة.¹³ ولا يزال تحديد بداية تكوين الميكروبيوم، سواءً في أثناء الحمل أو الولادة، قيد النقاش، ولكن الساعات والأيام والسنوات الأولى من الحياة تعد فترةً بالغة الأهمية للغاية. فعند الولادة، تنتقل الميكروبات من قناة الولادة والمهبل إلى الطفل، محفزةً جسمه على إطلاق استجابة مناعية هامة. وتساعد الرضاعة الطبيعية والملامسة الجسدية المباشرة ابتداءً من الساعة الأولى على تكوّن ميكروبيوم سليم صحياً.

يحتوي حليب الأم على بروتينات، وسكريات قليلة السكر، وبكتيريا البروبيوتيك التي تحسن الصحة ونماء الدماغ. وقد وصف حليب الأم بأنه "الرّبما كان أكثر الأدوية المصممة خصيصاً التي يحتمل

وتعد الرضاعة الطبيعية بمثابة أفضل تدبير وقائي يمكن تقديمه للرضع المعرضين بصفة خاصة للأمراض المنقولة بالأغذية والأمراض المنقولة بالمياه.

إن الطفيليات والفيروسات والبكتيريا – مثل السلمونيلة والإشريكية القولونية – تسكن بطبيعة الحال أسطح الأطعمة النيئة ويمكن أن تسبب أمراضاً خطيرة. وبدون ممارسات النظافة الصحية الجيدة مثل غسل اليدين بانتظام بالصابون، يمكن أن يؤدي التعامل غير السليم مع الطعام في أثناء إعداده أو تخزينه إلى أمراض منقولة بالأغذية.

وقد وثقت آثار التلوث عن طريق المياه أو الهواء أو التربة والتعرض للمضادات الحيوية ومبيدات الآفات توثيقاً جيداً في السنوات الأخيرة، مما أفضى في البلدان مرتفعة الدخل على وجه الخصوص إلى الطلب على الأغذية العضوية والخالية من المبيدات الحشريّة. ويدرس الباحثون والأوساط العلمية أيضاً آثار التعرض للمواد المضافة للأغذية والمواد التي تلامس الأطعمة الموجودة في عيواتها، مثل البلاستيك.

الكائنات المعويّة الدقيقة

كان النبيت الجرثوميّ المعويّ موضوع بحث واهتمام متنام في السنوات الأخيرة، وكثيراً ما يطلق عليه اسم 'الدماغ الثاني' للجسم. فآثاره القوية على الصحة

لتلوث الطعام
عواقب وخيمة
على صحة الأطفال.

الميكروبات تخبر الجسم
ما إذا كان يحتاج إلى
نوع معين من الطعام
عبر محور الدماغ
والأمعاء.

أن يحصل عليها [الطفل]، في وقت يضبط فيه
التعبير الجيني ضبطاً دقيقاً مدى الحياة".¹⁴

وتشمل التهديدات لهذا التطور: التعرض للمضادات
الحويوية (في أثناء الوجود في الرحم أو أثناء الفترة
المبكرة من الحياة)، والولادة عن طريق العملية
القيصرية، وتناول الحليب الصناعي، وعدم تنوع
الأطعمة الأولى. فهذه التهديدات تعمل على تعطيل
إنشاء البيئة الميكروبيّة المعويّة ويمكن أن تؤثر
سلباً في التغذية والصحة،¹⁵ على سبيل المثال عن
طريق زيادة تعرض الطفل للحساسية والربو.¹⁶

إن إضافة أطعمة أولى متنوعة إلى النمط الغذائي
للطفل بعد الأشهر الستة الأولى من العمر تساهم
في إضافة مجموعة بكتيرية متنوعة تساعد على
هضم الألياف والنشأ والبروتينات. ويساعد اتباع
نمط غذائية أكثر تنوعاً هذه البيئة على أداء مجموعة
أكبر من المهام الأيضية. فالوجبات الغذائية الكافية
ذات المحتوى النباتي الكبير والغنيّة بالألياف
والبروتينات تخلق ميكروبيومات صحية.

وعلى نفس المنوال، فإن تناول الأغذية المحضّرة
صناعياً، التي تحتوي على نسبة عالية من السكر
والمح والدهون والمواد المضافة، يؤثر في

هذه البيئة بطرق يمكن أن تحفز الإصابة بالبدانة
والسكري وأمراض الأمعاء الالتهابية.¹⁷ فعلى سبيل
المثال، تعمل بعض المواد المضافة لأغذية كالمابونيز
والمثلجات على كسر الحاجز الوقائي من المخاط في
الأمعاء، الأمر الذي يؤدي إلى فصل الميكروبات من
بطانة الأمعاء وإنتاج البروتينات التي تلهب الأمعاء.¹⁸

كما تؤثر البيئة الميكروبيّة المعويّة في خياراتنا
الغذائية. فالأبحاث العلمية تظهر أنّ الميكروبات
تتواصل مع الدماغ، وتخبر الجسم ما إذا كان يحتاج
إلى نوع معين من الطعام، من خلال ما يعرف
باسم "محور الأمعاء والدماغ". وقد يبدأ هذا الأمر
حتى من مرحلة الرضاعة الطبيعية، عندما تنتقل
احتياجات الرضيع إلى الأم عن طريق الاتصال
بين اللعاب والحلمة في حلقة تغذية مرتدة.¹⁹

وما زال هناك كثير مما يلزمنا تعلّمه لمعرفة الدور
الذي تضطلع به البيئة الميكروبيّة المعوية والنماء
خلال السنوات الأولى من العمر. فعلى سبيل المثال،
لا يعرف سوى قليل عن النبيت الجرثومي المعوي عند
الأطفال في أول سنتين من عمرهم في البلدان منخفضة
ومتوسطة الدخل. وتستدعي الحاجة إجراء مزيد من
البحوث أيضاً حول الروابط بين الميكروبات لدى
الأمهات في أثناء الحمل والولادة والتقرن لدى الرضع.²⁰

الإطار 3-3 | المواد المضافة للأغذية

في الولايات المتحدة، يسمح بنحو عشرة آلاف مادة كيميائية في الأغذية
ومغلفاتها، ومع ذلك توجد فجوات معرفية كبيرة بشأن سلامة هذه المواد
الكيميائية. فالأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال أصدرت بياناً عن السياسة
العامّة في عام 2018 تطلب فيه إدخال إصلاحات على الكيفية التي تنظم
بها المواد المضافة للأغذية. وسلطت الضوء على المخاوف المتعلقة بمواد
البيسفيتول - أ، والفتالايث، والبيرفلوروألكيل، والبيركلورات، وألوان
الأغذية الاصطناعية، والنترات / النتريت، نظراً لصلاتها باضطراب الغدد
الصماء، واضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط، والحالات المرضية

المزمنة مثل السرطان والسكري من النوع 2 والبدانة.
بالإضافة إلى تحسين طرق الفحص، وسدّ الثغرات في البيانات، ووضع
ملصقات بالعناصر المضافة، توصي الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال أيضاً
بالحدّ من التعرّض لهذه المواد عن طريق تناول مزيد من الفاكهة والخضروات
الطازجة أو المجمّدة، وتجنب اللحوم المعالجة وغسل اليدين بالصابون قبل
العمل على تحضير المواد الغذائية، وغسل الفاكهة والخضروات، وتجنب
وضع البلاستيك في الميكروويف أو غسالة الصحون.¹⁰

الإطار 3-4 | علم التخلُّق

جينية لدى الطفل. فهذا التكيف الجيني يعرّض الأطفال لخطر متزايد من زيادة الوزن في مرحلة الطفولة أو البدانة، والإصابة بالأمراض المزمنة في مرحلة البلوغ، بما في ذلك البدانة وأمراض القلب التاجية والسكتة الدماغية ومرض السكري من النوع 22.

كيف يحدث ذلك؟ ببساطة، إنّ الطفل الذي يولد لأم تعاني نقص التغذية "يتوقع" أن يعيش في عالم قليل المغذيات. ولكنّه حين يطعم طبقاً لنمط تغذية مرتفع السرعات الحرارية (و قليل المغذيات)، فإنّ الطفل يصبح عرضة لبعض أنواع الأمراض. 23. ■

يعتني علم التخلُّق (Epigenetics) بدراسة التغيرات الحاصلة في الكائنات الحية نتيجة للتعديلات المدخلة على التعبير الجيني. فهذه التعديلات في حقيقتها هي تغييرات في النمط الظاهري (الصفات الفيزيائية والكيميائية الحيوية الملحوظة) من دون المساس بالنمط الجيني (التركيب الوراثي الموروث للخلية، أي الـ DNA). وبعبارة أخرى، يمكن أن تساهم بيئة الشخص أو نمط حياته في تغيير الجينات التي يعبرّ أو لا يعبرّ عنها في سلاسل الـ DNA، ويمكن أن ينتقل هذا التغيير إلى أولاده.

فعلى سبيل المثال، يمكن أن يؤدي نقص المغذيات الدقيقة للأمهات إلى تغيير عملية التمثيل الغذائي الجيني ونماء الأعضاء، مما يؤدي إلى حدوث تغيرات

حلقة من سوء التغذية عبر الأجيال

تعدّ الحالة الصحية والتغذية للأم أمراً أساسياً في تحديد الحالة الصحية والتغذية لطفلها (انظر الفصل 2). ويؤثر نقص التغذية لدى الأمهات وزيادة الوزن على نمو الأطفال، بما في ذلك عملية الأيض، "مما يخلق دوامة من سوء التغذية عبر الأجيال". 21 وتسدعي الحاجة إجراء مزيد من البحوث حول الآثار المعقدة للتغذية لدى الأمهات — والآباء — على الأطفال، ولا سيما في مجالات ناشئة ومنها علم التخلُّق.

ووسط معدلات سمنة عالمية متزايدة، يولي اهتمام متزايد للآثار السلبية لزيادة الوزن والسكري لدى الأمهات على النتائج الصحية والتغذية للأم نفسها ولطفلها والأجيال المقبلة. 24 وقد أصبحت زيادة الوزن 25 لدى الأمهات اليوم أحد عوامل الخطر الأكثر شيوعاً على الحمل. 26 إن الارتباط بين زيادة الوزن لدى الأمهات وخطر إصابة الطفل بمرض التمثيل الغذائي هو ارتباط قوي على نحو ملحوظ على مدى العمر. فقد أظهرت الدراسات من

جميع أنحاء العالم وجود علاقة بين زيادة الوزن لدى الأمهات وزيادة الوزن لدى الجيل القادم عند بلوغهم سن 21 و32، وحتى سن 62 وفقاً لدراسة هلنكي الفوجية بشأن الولادة. ووجدت الدراسة نفسها أيضاً وجود صلات بين زيادة الوزن لدى الأمهات والأداء البدني والنفسي والاجتماعي للأطفال في مرحلة البلوغ المتأخرة. 27، 28

وفي الوقت نفسه، تظهر أمثلة التحسينات السريعة في معالجة نقص التغذية — من اليابان وكوريا الجنوبية، ومؤخراً البرازيل 29 وبيرو 30 — أنّ الحالة التغذوية يمكن أن تتحسن بشكل كبير حتى في غضون جيل واحد. كما خلصت أيضاً دراسة أجريت في عام 2013 على الأطفال في أول سنتين من عمرهم من البرازيل وغانا والهند والنرويج وعمان والولايات المتحدة إلى أنّ الأطفال المولودين لأبوين تعرّضوا لظروف تغذية غير مواتية يظنون قادرين على بلوغ الطول المثالي مع توفير الرعاية والتغذية الكافيتين. 31 ولضمان حدوث ذلك، تحتاج النساء والفتيات — ولا سيما الأمهات المراهقات — إلى الدعم والتوجيه بشأن التغذية قبل الحمل، من أجل عافيتهم، وحتى لا تفوت الفرصة خلال أول 1,000 يوم.

إن كلاً من نقص التغذية وزيادة الوزن لدى الأمهات يسببان حلقة من سوء التغذية عبر الأجيال.

قسم خاص:

تحسين التغذية وتعزيز الدعم المقدم للفتيات والنساء

للنساء بوصفهنّ الراعيات الرئيسيات دور محوري، ولعنه الأهم، فيما إذا كان الأطفال يأكلون بشكل جيد، ومع ذلك فإن عدداً كبيراً للغاية من النساء مستبعدات من عملية اتخاذ القرار. فهنّ يواجهن الزواج المبكر والحمل المبكر كفتيات، والتمييز داخل الأسرة المعيشية والعنف المنزلي، وقيوداً على تعليمهن وعملهن، وقوانين متحيزة تحدّ حصولهن على الأرض والتمويل. وفوق ذلك، تعاني كثيرات منهّن سوء التغذية.

بيوتهن، واتخاذ القرارات، تتحسن التغذية ويستفيد الجميع، مما يؤسس لاستدامة هذه الفوائد جيلاً بعد جيل.

وتواجه المرأة عبئاً أكثر من غيرها في العمل. فبينما يحتمل أن تعمل النساء كعاملات لدى الأسرة بدون أجر أو في القطاع غير الرسمي أكثر من الرجال، فإنهن يشكلن أيضاً ما يقرب من 40% من القوى العاملة الرسمية في العالم.¹¹⁵ ومع ذلك، تظل الأمهات في كل مكان تقريباً مسؤولات عن تحمل معظم مسؤوليات تغذية الأطفال ورعايتهن.

تزايد تولي الأمهات أدواراً جديدة — كرائدات أعمال وأكاديميات وقادة مجتمعات محلية، على سبيل المثال — تكافح كثيرات للتغلب على ضيق الوقت. فمتطلبات الوقت والطاقة للقيام بأدوار متعددة يمكن أن تجعل من إطعام أطفالهن، وأنفسهن، بشكل جيد تحدياً مجهداً، إن لم يكن مستحيلًا. وبدون دعم من شركائهن أو شبكة الأسرة — وبدون الحصول على الأطعمة الصحية بأسعار معقولة — فقد تعتمد الأمهات على سهولة الحصول على الأغذية المحضّرة صناعياً أو الأطعمة السريعة.

وعلى نفس المنوال، وبدون الممارسات الصحيحة في مكان العمل أو وجود السياسات الوطنية قد لا تتمكن الأمهات من تزويد أطفالهن بالرضاعة الطبيعية الحصرية أو مواصلة الرضاعة الطبيعية. وعلى الرغم من وجود ثلاث اتفاقيات لمنظمة العمل الدولية بشأن حماية الأمومة — أولها كان منذ 100 عام — فقد كان التقدم بطيئاً في معظم البلدان في اعتماد سياسات تدعم الرضاعة الطبيعية.

يؤدي سوء الأنماط الغذائية إلى تضخيم الاختلافات بين الجنسين، بالحد من إمكانات التعلم، وزيادة المخاطر المتعلقة بالصحة الإنجابية وصحة الأم، وخفض الإنتاجية. وهذه الآثار تديم دورات سوء التغذية وعدم الإنصاف بين الأجيال: فأطفال الأمهات اللاتي يعانين سوء التغذية أكثر عرضة للإصابة بالتقزم، والاختلالات الإدراكية، وضعف المناعة، وزيادة خطر الإصابة بالمرض والوفاة.

وتعد المراهقات معرضات بشكل خاص لسوء التغذية بسبب نموهن الجسماني السريع في سنوات حياتهن الأولى. ومع الحيض، تتطلب أجسامهن مزيداً من الحديد. ويشكل حمل المراهقات — وهو عامل مساهم رئيسي في وفيات الأمهات والأطفال — مخاطر خاصة لأنّ أجساد الفتيات لم تنته من النمو وقد يتنافس الجنين معهن على المغذيات.

وتعد النساء أكثر عرضة لنقص المغذيات الدقيقة، ولا سيما فقر الدم الناجم عن نقص الحديد. وترتبط هذه الحاجة التغذوية غير الملبأة للحديد بالفقر والضعف والافتقار للموارد. وتواجه الأمهات اللاتي يعانين سوء التغذية مخاطر كبيرة. وتشمل هذه العوامل ضعف جهاز المناعة، وزيادة خطر الوفاة في أثناء الولادة، وانخفاض الإنتاجية والقدرة على توليد الدخل، وزيادة صعوبة رعاية أسرهن.

وعندما تحرم الفتيات والنساء من الحق في الغذاء والتغذية والصحة، يعاني الأطفال والأسر المعيشية والمجتمعات المحلية والاقتصادات. وفي المقابل، عندما يجري تمكينهن من تحقيق مستويات أعلى من التعليم، والتحكم في جني مزيد من الدخل، وجلب ممتلكات إلى



تشافنتال، التي تعمل في قطف الشاي بمزرعة روتسيرو للشاي في رواندا، لديها أربعة أطفال. قبل إنشاء مركز تنمية الطفولة المبكرة في المزرعة، كانت تشافنتال تحمل ابنتها، أوموزا، 3 سنوات حالياً، على ظهرها طوال اليوم أثناء عملها. "كان حمل أطفالنا أثناء قطفنا للشاي أمراً غير مريح مطلقاً. كنا أيضاً غير مُنتجين بشكل جيد، حيث كنا نضطر للتوقف عن العمل لإرضاع أطفالنا ورعايتهم. كنا نعلم أننا لا نمنحهم أفضل الفرص، ولكن لم يكن لدينا خيار آخر. بعد إنشاء المركز، توفّر لدينا المزيد من الوقت. أطفالنا الآن في حالة جيدة وأصبحنا أكثر إنتاجية". في عام 2017، عقدت اليونيسيف في رواندا شراكة مع المجلس الوطني لتنمية الصادرات الزراعية لمساعدة مزارع ومصانع الشاي كي تصبح بيئة ملائمة للأسر بشكل أفضل. تضمن ذلك الدعوة إلى إجازة أمومة مدفوعة الأجر، وفترات راحة للرضاعة الطبيعية، وساعات عمل مرنة للوالدين الجدد، وخيارات ميسورة لرعاية الأطفال.
© UNICEF/UN0308986/Rudakubana

سياسات لحماية الأمومة بحيث تدعم أماكن العمل الرضاعة الطبيعية الحصرية والمستمرة، وإجازة أبوين مدفوعة الأجر بما فيه الكفاية. وتوصي دراسة أجريت مؤخراً بمنح إجازة مدفوعة الأجر لمدة ستة أشهر على الأقل لضمان تحقيق أفضل النتائج للأمهات والأطفال (ويتماشي ذلك مع المدة الموصى بها من منظمة الصحة العالمية للرضاعة الطبيعية الحصرية).¹¹⁶ كما أنّ السياسات المتعلقة بإجازة الأبوين المنصّفة بين الجنسين التي تشجع الآباء على الانتفاع من الإجازة ترتبط أيضاً بانخفاض الإجهاد الأسري، وزيادة المشاركة في أداء المهام الأبوية، وزيادة استقرار العلاقات. ■

ويتطلب التصدي لهذا الأمر رفع المركز الاجتماعي للمرأة واستقلالها الذاتي ومنحها سلطة اتخاذ القرارات. ويتطلب الأمر تمكين الفتيات من البقاء في المدرسة لفترة أطول لتحقيق سبل عيش أفضل واستقلال أفضل. كما يتطلب ذلك الاستثمار في تغذية المراهقات والنساء وصحتهن، مع التركيز بوجه خاص على فترات ما قبل الحمل والحمل والرضاعة.

ولاتخاذ القرارات المتعلقة بالتغذية الصحيحة، تحتاج النساء والأمهات إلى ما يكفي من المعلومات والمشورة والدعم والحصول على الأغذية المغذية والمأمونة والميسورة التكلفة والمستدامة. كما يحتجن إلى

العولمة

تسيطر 100 شركة فقط على 77 بالمئة من كل مبيعات الأغذية المصنعة في العالم.

إن العولمة — ويقصد بها تدفق السلع والتكنولوجيات والمعلومات ورأس المال وغير ذلك عبر حدود البلدان — قد استبدت بالمنظومات الغذائية. فقد غيرت كل شيء، ابتداءً من حصاد المحاصيل ومروراً بالطريقة التي يجري بها عرض الأطعمة في سوق مركزية وانتهاءً بما يأكله الأطفال.

فمن ناحية، يمكن للأسر التي تستطيع تحمل التكاليف الحصول على مزيد من الغذاء المتاح والمتنوع — ومنها حبوب الكينوا ومخلل الكيمتشي أو ثمار الفراولة المتوفرة على مدار السنة. ومن ناحية أخرى، مع التوسع في الأغذية السريعة وفائقة التصنيع وأثر التسويق، فإن الشركات المتعددة الجنسيات وعبر الوطنية تجعل تناول الأطفال أطعمةً صحيةً أمراً صعباً بآطراد.

ويعكس الارتفاع في عدد الأسواق المركزية والمتاجر الصغيرة وسلاسل الوجبات السريعة في جميع أنحاء العالم التغييرات في كل من طلب المستهلكين وتوريد الأغذية المنخفضة المغذيات إلى المستهلكين، بمن فيهم الأطفال ومقدمو الرعاية. وقبل ربع قرن من الزمان، كانت الإمدادات الغذائية تميل إلى أن تكون تحت سيطرة الحكومات الوطنية، التي ركزت تركيزاً شديداً على الأمن الغذائي. غير أنه منذ منتصف تسعينيات

القرن العشرين، أدرج الغذاء في اتفاقات التجارة العالمية. وقد أفضى ذلك إلى تعرّض المنظومات الغذائية اليوم إلى قوى الأعمال التجارية التي غيرت توفر الأغذية وأسعارها وأساليب تسويقها.

وفي حين أنّ هناك الملايين من المزارعين ومنتجي الأغذية والمستهلكين، لا يوجد سوى عدد قليل من كبار المصنعين والمسوقين: تسيطر 100 شركة كبيرة فقط على نسبة 77% من مبيعات الأغذية المحضرة صناعياً في جميع أنحاء العالم.³²

وكما أشار فريق الخبراء رفيع المستوى المعني بالأمن الغذائي والتغذية في تقريره لعام 2017، فإن "التركز التدريجي لجزء كبير من القوة الاقتصادية في أيدي شركات الأغذية عبر الوطنية على مدى العقود الماضية قد حد من الحيز المتاح أمام السياسات المحلية والسلطات السياسية للحكومات المحلية والوطنية. وأدى ذلك بدوره إلى الحدّ من قدرة الحكومات على حماية حق شعوبها في الغذاء الكافي وتعزيزه"³³ ويسلط التقرير نفسه الضوء على أنّ "من بين أكثر الأشخاص تأثراً بالمنظومات الغذائية غير المنصفة والمختلة وظيفياً، والبيئات الغذائية غير الصحية، المستهلكون ذوو الدخل المنخفض، وفقراء الريف والحضر، وصغار الملاك ومزارعو الكفاف، والشعوب الأصلية".³⁴

الإطار 3-5 | الأطعمة فائقة التصنيع

والسكر والصوديوم، وانخفاض نسبة الألياف والمغذيات الدقيقة — ومنها البرغر والناغتس والبسكويت والمشروبات السكرية.

إن تجنب الأطعمة فائقة التصنيع ليس سهلاً؛ فهي ليست مصممة للاستهلاك المعتدل. فبفضل مستوياتها العالية من الدهون والسكر والملح والنكهات الأخرى، تحظى كثير من الأطعمة فائقة التصنيع بمذاق لذيذ ولها طعم مرض ومشبع عند تناولها. ومع الأخذ بعين الاعتبار أيضاً تسويقها المكثف — الذي غالباً ما يستهدف الأطفال (انظر الفصل 4) — وتوفرها الواسع، فمن السهل أن نرى أسباب نجاح هذه المواد فائقة التصنيع في الحلول محل الأطعمة الطازجة أو المحضرة قليلاً. ■

إن تحضير المواد الغذائية صناعياً ليس المشكلة بحدّ ذاته. فالعديد من الأطعمة الشعبية والتقليدية والمغذية "محضرة صناعياً" — كالكعك أو الفاكهة أو الحليب المجفف. ومع ذلك، ليست كل عمليات التحضير الصناعي للأغذية سواء، وعادة ما يميز مختصو التغذية بين الأطعمة "المحضرة صناعياً" و"فائقة التصنيع". وقد عرّفت هذه الأخيرة بأنها "تركيبات صناعية"³⁶ تحتوي على قليل من الأغذية الكاملة أو تخلو منها، لكنها تشتمل عوضاً عن ذلك على مواد مستخرجة من الأغذية الكاملة، مثل الزيوت والدهون المهدرجة، والدقيق والنشويات، وأنواع مختلفة من السكر، وأجزاء رخيصة أو بقايا أطعمة حيوانات قيمتها الغذائية محدودة في العادة مقارنةً بالغذاء الكامل الأصلي.³⁷ وتتسم هذه الأطعمة بكثافة الطاقة، وارتفاع نسبة الدهون

وظروف المعيشة غير الصحية أو المكتظة.

تقع الأطعمة فائقة التصنيع في صلب عولمة أسواق الأغذية. ومع نضج الأسواق في البلدان مرتفعة الدخل، سعت شركات الأغذية والمشروبات العالمية أو عبر الوطنية بصورة متزايدة إلى إيجاد أسواق جديدة في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، بما في ذلك أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، التي تمثل "فرصة ذهبية"، طبقاً لما ذكره رئيس إحدى شركات الوجبات السريعة.³⁵

تركز العديد من هذه الشركات على الأطعمة فائقة التصنيع لأن انخفاض تكلفة إنتاجها، وطول مدة صلاحيتها، وارتفاع قيمة البيع بالتجزئة يجعلها مربحة للغاية. ونتيجة لذلك، أصبحت هذه الأغذية الآن منتشرة في كل مكان تقريباً، وتوجد حتى في المناطق النائية من إثيوبيا ونيبال، حيث لا توجد خيارات من الخضروات والفاكهة والأسماك.³⁸

شارع تصطف فيه أكشاك السوق في فريتاون، سيراليون.
© UNICEF/UN072187/Phelps

من ناحية الطلب، تدفع القوى الاقتصادية والمناخية الناس إلى الانتقال نحو المناطق الحضرية حيث تعمل أنماط الحياة والضغوط الاجتماعية الثقافية والتسويق على تغيير الأنماط الغذائية ("التوسع الحضري" أدناه). فعلى سبيل المثال، يمثل تزايد توفر الأطعمة فائقة التصنيع وحصلتها السوقية المتنامية خسارة هائلة لأسواق الأغذية التقليدية وصغار المزارعين وسكان الريف الذين لا يستطيعون التنافس مع الشركات الكبيرة أو سلاسل المتاجر الكبرى. وفي بعض الحالات، يدفع ذلك الأسر الريفية إلى الانتقال إلى المناطق الحضرية بحثاً عن سبل عيش أفضل.

وبالنسبة إلى بعض الأطفال، يعني ذلك زيادة فرص الحصول على التعليم وخدمات الرعاية الصحية والأغذية المتنوعة. وبالنسبة إلى الآخرين، فإن الحياة الحضرية تعني التهديدات الغذائية (زيادة التعرض للدهون والسكريات والملح وما إلى ذلك)، ونمط الحياة الخامل، والتلوث البيئي،



تدفع قلة المساحات العامة
المراهقين للالتقاء في مطاعم
سلاسل الوجبات السريعة

من الفاكهة والخضروات (بين الأسر الأكثر ثراءً)،
ومزيد من الأطعمة خارج البيت، ومزيد من الأغذية
فائقة التصنيع.⁴⁴ والنتيجة هي ارتفاع معدل انتشار زيادة
الوزن والبدانة بين سكان المدن. ومن سري لانكا إلى
الهند، ومن الصين إلى بنن، يرتبط التوسع الحضري
أيضاً بارتفاع معدلات الإصابة بمرض السكري وارتفاع
ضغط الدم وأمراض القلب والأوعية الدموية.⁴⁵

تستأثر حياة المدينة ببعض هذه الاتجاهات: وظائف
مستقرة أكثر، وبذل وقت وطاقة أقل في الأعمال
المنزلية، وزيادة استخدام وسائل النقل العام
للتجول، مما قد يعني انخفاض النشاط البدني.

بالنسبة إلى الأطفال الذين يعيشون في المدن، قد يصعب
العثور على مساحات للعب في الهواء الطلق، وإذا وجدت
قد لا تكون آمنة. ويتسم هذا الأمر بأهمية كبيرة لأن الأطفال
الذين يمارسون مزيداً من التمارين الرياضية هم أقل
عرضة للإصابة بالبدانة،⁴⁶ ليس فقط لأن الممارسة تحرق
السرعات الحرارية، ولكن لأنها تغير أيضاً طريقة معالجة
الجسم للجلوكوز ومن المرجح كذلك أن تستفيد الصحة
العقلية وتساعد على مكافحة الاكتئاب. كما أن عدم وجود
أماكن عامة للأطفال للعب أو للمراهقين للتجمع يدفعهم
إلى الالتقاء في سلاسل الوجبات السريعة بدلاً من ذلك.

شراء المواد الغذائية

عادةً ما تشتري الأسر التي تعيش في المدن طعامها.
وبالتالي، فإن الدخل عامل رئيسي فيما تأكله. وعلى
الأرجح أن تعتمد هذه الأسر إلى شراء طعامها من تجار
التجزئة الكبار، مثل الأسواق المركزية، وكثير من
تلك الأطعمة تكون معبأة أو محضرة صناعياً أو فائقة
التصنيع.⁴⁷ وتبين البحوث التي أجرتها كينيا أن الأفراد
الذين يتسوقون في الأسواق المركزية يشترون قدرأ
أقل من المواد الغذائية غير المحضرة صناعياً (الفاكهة
والخضروات الطازجة، وما إلى ذلك) وقدرأ أكبر من
المواد الغذائية المحضرة صناعياً أو فائقة التصنيع.⁴⁸
ويلاحظ الأمر نفسه في تايلند، حيث يرتبط التسوق في
السوق المركزية باستهلاك المشروبات الغازية، والأطعمة
الخفيفة، واللحوم المحضرة صناعياً والأطعمة الفورية.⁴⁹

وقد احتج بعض الخبراء بأن التوسع الحضري لم
يعد العامل الرئيسي في تحديد مدى توقّر أو غياب
السبل المتاحة أمام الناس إلى الأطعمة غير الصحية،
بما أن سلاسل التوزيع التابعة لشركات الأغذية عبر
الوطنية باتت تمتدّ اليوم إلى مناطق ريفية بعيدة.³⁹

وقد وجد تحليل عالمي حديث بشأن الاتجاهات المتعلقة
بمتوسط مؤشر كتلة الجسم، مع تصنيفها حسب
المناطق الريفية والحضرية في الفترة الممتدة بين
عامي 1985 و2017، أن مؤشر كتلة الجسم للبالغين
في المناطق منخفضة ومتوسطة الدخل (باستثناء
النساء في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى) أخذ في
الارتفاع بنفس المعدل أو بوتيرة أسرع في المناطق
الريفية مما كان عليه في المدن. ويشير المؤلفون
إلى الأسباب المحتملة المتمثلة في انخفاض الطاقة
المستنفذة في العمل اليومي والأعمال المنزلية، ومع
زيادة الدخل وتوفر المنتجات الغذائية الغنية بالدهون
أو الملح أو السكر، وزيادة استهلاك السرعات الحرارية
المنخفضة الجودة⁴⁰ — وباختصار، ما يطلق عليه
"طغيان التوسع الحضري على الحياة الريفية".⁴¹

التوسع الحضري

منذ منتصف القرن العشرين، ارتفعت نسبة سكان
العالم الذين يعيشون في المدن من 30% إلى أكثر من
النصف. ومن المقرر أن يتنامى السكن في المناطق
الحضرية، الأمر الذي يؤثر تأثيراً كبيراً على الأطفال
والشباب. ففي عام 2009، كان حوالي نصف المراهقين
في العالم يعيشون في المدن؛ وبحلول عام 2050،
من المتوقع أن ترتفع هذه النسبة إلى 70%.⁴²
من السرديات الشائعة أن التغيرات الغذائية تحدث أولاً في
المناطق الحضرية، مثلما هي النتائج التغذوية المترتبة عن
ذلك والارتفاع في الأمراض غير السارية.⁴³ ويتمثل أحد
أسباب ذلك في التغير في نمط الحياة والبيئة. وبالمقارنة
مع سكان المناطق الريفية، يعتمد سكان المناطق الحضرية
بشكل أقل على الكربوهيدرات النشوية ويميلون إلى
استهلاك مزيد من اللحوم والبروتينات الأخرى، ومزيد

تجارب قُطريّة تحت المجهر:

تغذية الأطفال في المناطق الحضرية الفقيرة في كوالالمبور

في السنة. وأقرت أم أخرى بأن البيض يسهل الحصول عليه، ولكن أحد أطفالها لديه حساسية تجاهه، لذلك فهي ملزمة بإيجاد بدائل. وتلقت أم ثالثة تقريراً يفيد بأن طفلها حاول إيذاء نفسه لأن الطفل لم يتمكن من تناول الطعام في سلسلة مشهورة للوجبات السريعة.

كما أنّ تواتر الوجبات يشكل مصدر قلق كبير. ففي بعض الأحيان، يجب عليهم شراء أغراض البقالة الخاصة بهم بالتسليف من محل البقالة القريب. وأوضحت نور وسيتي فاطمة أنهما يوزعان الطعام بين أطفالهما بنظام الحصص طوال اليوم. وإلا، فإنهم سيقضون على الطعام بسرعة كبيرة.

بعد تحقيق التوازن بين العمل والأنشطة المنزلية مسألة هامة. ففي حين تمكنت اثنتان من الأمهات الثلاث من التوصل إلى ترتيبات عمل مرنة مع أرباب عملهن، كان على نور أن تأخذ طفلها الرضيع معها إلى العمل. وهذا الأمر يبطئها ويعوق أداءها في العمل، مما يؤثر في نهاية المطاف على دخلها.

وأعربت الأمهات الثلاث جميعهن عن رغبتهن القوية في الإفلات من براثن الفقر. وأوضحت روهانا أنّها ستستفيد من السياسات التي تقدم الدعم للأمهات العازبات من أجل تطوير أعمالها. ووافقتها الرأي كل من نور وسيتي فاطمة. ومع إتاحة سبل الحصول على رأس مال أولي، فإنهن يرغبن أيضاً في فتح مشاريع خاصة بهن. ■

في الشقق منخفضة التكلفة في كوالالمبور، روهانا ونور وسيتي فاطمة هن ثلاث أمهات يخضن نضالاً مشتركاً: اتباع نمط تغذية معذ في تغذية أطفالهن. وخلال مناقشة فريق التركيز التي عقدت لصالح تقرير حالة الأطفال في العالم، أخبرن بعضهن البعض عن التحديات الرئيسية التي تواجههن.

تتحمل ماليزيا عبئاً مزدوجاً كبيراً من سوء التغذية: فبينما يعاني 20.7% من الأطفال دون سن الخامسة من التقزم و11.5% من الهزال، فإن 12.7% من الأطفال (بعمر 5-19 سنة) يعانون من البدانة.¹¹⁸ والحال أصعب في المناطق الحضرية الفقيرة، حيث تميل معدلات سوء التغذية إلى أن تكون أعلى من المتوسط الوطني.¹¹⁹

تعد التكلفة مشكلة شائعة. ففي حين أنّ الأمهات الثلاث يدركن أهمية تناول الطعام المغذي، فإن قيود التكلفة تحدّد ما يمكنهن إطعامه لأطفالهن، بغض النظر عن قيمته الغذائية. وتتكون الوجبة الأرخص والأكثر نموذجية من البيض المقلي والأرز وصلصة الصويا. وتقول نور، وهي أم لأربعة أطفال: "لا أفكر في هذا الشيء [الغذاء الصحي والمتوازن]". فبينما يستطيع الآخرون شراء السمك وتناوله، لا يمكنني سوى توفير الأرز. أعلم علم اليقين أنّ ذلك ليس جيداً، ولكن هذا كل ما يمكنني توفيره".

إن الوجبات الغذائية سيئة الجودة تعد ضارةً بدنياً ومؤلمة نفسياً على حد سواء. وقالت إحدى الأمهات إنها قد لا تتاح لها فرصة تقديم الدجاج سوى مرةً واحدةً

سيتي فاطمة تُفكر بوضوحاً ملولاً لتضعه في الكاري بمنزلها في ديسا ريانج، سينتياك، كوالالمبور. © UNICEF/Zahri 2019



الإعلانات المتلفزة عن الوجبات الخفيفة والمشروبات المحلاة بالسكر تستهدف الأطفال.

كما يتعرض الأطفال ومقدمو الرعاية في المدن لكثير من أنشطة تسويق الأغذية المحضرة صناعياً، والتي يمكن أن تؤثر على الخيارات الغذائية.⁵⁰ ويمكن رؤية أنشطة التسويق هذه في الأماكن العامة في المدينة — بما في ذلك بالقرب من المدارس — وفي الإعلانات التلفزيونية للوجبات الخفيفة والمشروبات السكرية، على سبيل المثال، التي تستهدف الأطفال.

بالنسبة إلى فقراء الحضر، مثل الذين يعيشون في الأحياء الفقيرة، فالأكل الجيد يصبح أصعب مع صعوبة الحصول على الأغذية المغذية. ويعتمد كثيرون بشكل كبير على أغذية الشوارع، التي غالباً ما تكون عالية الدهون والملح. وتمثل الأغذية في الشوارع حوالي ربع إنفاق الأسر المعيشية على الأغذية في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل.⁵¹ فالأسر المعيشية التي تعاني انعدام الأمن الغذائي في المناطق الحضرية في ملاوي، على سبيل المثال، يرجح أن تستهلك الأغذية المحضرة صناعياً من الباعة المتجولين. وخلصت إحدى الدراسات إلى أن "سكان المناطق الحضرية الذين يعانون انعدام الأمن الغذائي قد يكونون عرضة بشكل خاص لضعف النتائج الصحية المرتبطة بضعف فرص الحصول على الأغذية الغنية بالمغذيات والوجبات الغذائية التي تحتوي على الأغذية المكررة والمحضرة صناعياً".⁵²

لقد شرعت مدن كثيرة في اتخاذ إجراءات للتصدي لهذه التحديات. ففي تموز / يوليو 2019، وقعت 198 مدينة في جميع أنحاء العالم ميثاق ميلانو للسياسات الغذائية الحضرية بهدف "تطوير منظومات غذائية مستدامة شاملة ومرنة ومأمونة ومتنوعة توفر أغذية صحية وبأسعار معقولة للجميع".⁵³ ويجمع إطار التغذية أيضاً بين الإجراءات المتعلقة بالسياسات في جميع البيئات الغذائية والمنظومات الغذائية وتغيير السلوك. ومن كوريتيبيا⁵⁴ وأمستردام ودايغو وداكار إلى لندن، تشمل الإجراءات المتخذة على مستوى المدن تحسين فرص حصول الأسر المعيشية الفقيرة على الأغذية الصحية، وطرح الحملات المؤازرة القائمة على المدارس والتعلم، والزراعة الحضرية، وفرض قيود على تسويق الأطعمة غير الصحية.

الحصول على الغذاء الصحي

لا تتاح السبل أمام كل شخص للحصول على أطعمة صحية. فبالنسبة إلى الأسر في المناطق الريفية والناحية، أو المناطق ذات البنية التحتية الضعيفة، قد تتفاقم السبل المادية المحدودة إلى منافذ الأطعمة الصحية بفعل قضايا متعلقة بسبل الاستفادة من الأراضي الزراعية، فضلاً عن التقلبات المناخية والموسمية، التي يمكن أن تهدد الأمن الغذائي وتنوع الأنماط الغذائية.⁵⁶

في عالمنا الذي يتسع حضرياً بأطراد، تواجه الأسر في المدن أيضاً تحديات كبيرة في العثور على أطعمة صحية. فكثير من الأسر تعيش في "صحارى غذائية" — معظمها أحياء حضرية لا تتاح فيها للسكان السبل إلى أسواق الأطعمة الصحية أو تتاح فيما ندر.⁵⁷ وفي هذه المجتمعات، يمكن للناس شراء الأغذية من منافذ الوجبات السريعة وأماكن غير متوقعة مثل محطات البنزين (الوقود)، ومحلات الحلاقة، والصالات الرياضية، ومتاجر بيع التجزئة بخصوصيات، ومتاجر الأجهزة، والمحلات التجارية العامة المحلية، والمغاسل.⁵⁸ وقد أدت وفرة الأطعمة العالية السعرات الحرارية والمغذيات المنخفضة والمحضرة صناعياً في هذه المناطق إلى مصطلح أكثر وصفيّة هو "مستنقعات الغذاء".⁵⁹

تعد الصحارى والمستنقعات الغذائية بطبيعتها بيانات تسبب الإصابة بالبدانة، نظراً لأنها تتيح عدداً وثيراً من الأطعمة الفقيرة بالمغذيات، وفائقة التصنيع، والدهنية، والمحلاة بالسكر (مع محدودية أو انعدام خيارات الغذاء الصحي)، ووجد أنه من خلالها يمكن بقوة التننؤ بالإصابة بالبدانة.⁶⁰ كما أن ارتفاع معدل انتشار الصحارى الغذائية في⁶² الأحياء منخفضة الدخل وأحياء الأقليات والتي تعاني من نقص الخدمات يعني أيضاً أن الأطفال الضعفاء والمحرومين الذين يعيشون في هذه المناطق يواجهون مخاطر متزايدة من الإصابة بزيادة الوزن والبدانة والأمراض غير السارية المرتبطة بالنمط الغذائي طول العمر.

تجارب قطرية تحت المجهر: البدانة في الطفولة مصدر قلق ملح للصين

لماذا يحدث ذلك؟

وكان النشاط البدني ضعيفاً بين الأطفال الذين يعانون من ثقل عبء الواجبات المنزلية،⁸⁴ وربما يعكس فكرة تقليدية في الثقافة الصينية مفادها أن "العلم باب المكانة المرموقة".⁸⁵ وهذا يعني أن الأطفال يضخون باللعب بشكل روتيني لصالح الدراسة الأكاديمية.⁸⁶

وتؤدي فكرة ثقافية أخرى دوراً مؤثراً وتتمثل في النظر إلى البدانة كرمز للثروة والوضع الاجتماعي الرفيع والصحة الجيدة. ويشكل توفير الغذاء أولوية قصوى للأسرة، ومن المرجح أن تفرط الأسر في إطعام أطفالها، لا سيما في الأسر التي يؤدي فيها الأجداد دوراً رئيسياً كمقدمي الرعاية.⁸⁷

استجابةً للمعدلات المثيرة للقلق من زيادة الوزن والبدانة بين الأطفال في الصين، أكد مجلس الدولة على الحاجة الملحة إلى التدخلات والإجراءات في خططهم الوطنية للتغذية (2017-2030) وخطة الصين المعنية بالصحة (2019-2030).[■]

أدت عوامل كثيرة إلى ارتفاع زيادة الوزن في الصين. فقد أحدثت التنمية الاقتصادية السريعة والتوسع الحضري والتقدم التكنولوجي تغييرات في نمط الحياة والسلوكيات. ويتجلى ذلك في انخفاض النشاط البدني بين الأطفال، المترافق مع التحول في أنماط التغذية عن المأكولات التقليدية الغنية بالأطعمة النباتية والحبوب المعده في البيت إلى نمط تغذية حديث عال في اللحوم والسكر والمقالي، وغالباً ما يستهلك في الوجبات الخفيفة أو بعيداً عن البيت.^{80، 81} وهناك دور لاستهلاك المشروبات المحلاة بالسكر.⁸²

إن انخفاض النشاط البدني — دون تخفيض حصص الطعام — يسهم في وضع الأطفال تحت خطر زيادة الوزن. ففي عام 2006، أطلقت الحكومة الصينية برنامجاً وطنياً، هو "رياضة مشرقة لمئات الملايين من المراهقين"، يهدف إلى توفير مزيد من فرص ممارسة الرياضة والنشاط البدني لـ 85% من تلاميذ المدارس. وتماشياً مع توصية منظمة الصحة العالمية بممارسة النشاط البدني المعتدل إلى القوي لمدة 60 دقيقة على الأقل يومياً،⁸³ أضيفت التربية البدنية كأحد العناصر الأربعة للتنمية "الشاملة" للطلاب.

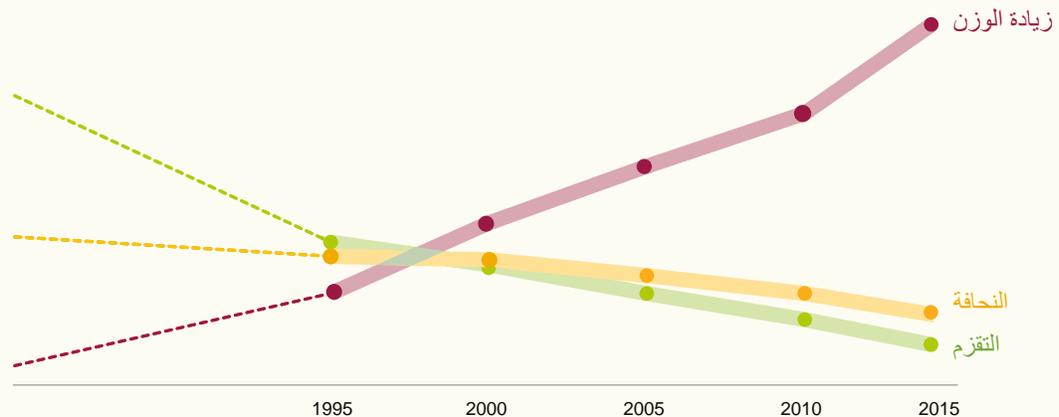
بيد أن تحليلاً أجري في عام 2010 للطلاب بعمر 9-18 سنة أظهر أن 23% فقط منهم يلتزمون بتوصية منظمة الصحة العالمية المذكورة أعلاه.

في خضم النمو الاقتصادي السريع والتوسع الحضري، شهدت الصين منذ عام 1985 تحولاً ملحوظاً في سوء التغذية. إذ بينما انخفض معدل التقزم بين أطفال المدارس من 16% في عام 1985 إلى 2% في عام 2014، زادت معدلات زيادة الوزن والبدانة من 1% إلى 20%.⁶⁸

تعد الصين الآن موطناً لإحدى أكبر مجموعات الأطفال البدناء عالمياً.⁶⁹ ففي عام 2015، أورد تقرير العبء العالمي للمرض وجود أكثر من 15 مليون طفل يعانون من البدانة (بعمر 2-19 سنة) في الصين.⁷⁰ وقد قدر المركز الصيني لمكافحة الأمراض والوقاية منها العدد الإجمالي للأشخاص الذين يعانون من زيادة الوزن والبدانة بـ 120 مليون شخصاً في عام 2012.⁷¹

يتعرض الفتيان لخطر الإصابة بزيادة الوزن والبدانة أكثر من الفتيات:⁷³ 21 21 مقابل 12%، وفقاً لدراسة أجريت في عام 2018 بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 9-11 سنة.⁷⁴ كما أن زيادة الوزن والبدانة تعد أكثر انتشاراً بين الأسر المعيشية الغنية.^{75، 76، 77} وترتفع المعدلات كثيراً بين تلاميذ المدارس في المناطق الحضرية، مع أن هذا التفاوت أخذ في التقلص، بل والتقارب، في بعض المناطق الغنية.^{78، 79} وعموماً، فإن الأطفال المعرضين لمخاطر زيادة الوزن أو البدانة هم فقط أبناء الأسر الغنية، في المناطق الحضرية.

الشكل 1-3 | انتشار التقزم والنحافة وزيادة الوزن / البدانة بين الأطفال (7-18 سنة) في الصين، 1985-2014⁷²



مع نمو الأطفال تتطور
عاداتهم الغذائية التي
سنرافقهم مدى الحياة.

الرج. وثانياً، مع نمو الأطفال، تتطور عادات الأكل مدى الحياة. وهذا يعني أنه حتى لو تحسنت إمكانية الحصول على الغذاء الصحي، فإن الوجبات الغذائية قد لا تتحسن: ففي الولايات المتحدة، على سبيل المثال، يؤدي افتتاح محل بقالة جديد في صحراء فيلادلفيا الغذائية إلى زيادة الوعي، ولكنه لا يبذل حصص الاستهلاك الغذائي أو البدانة في المجتمع المحلي.⁶⁶ وفي بلدان مثل جنوب أفريقيا وبوتسوانا وزمبابوي، تختلف الديناميات الحضرية اختلافاً كبيراً، حيث توجد أعداد كبيرة من المقيمين المتنقلين، فضلاً عن الاقتصادات غير الرسمية والتفاوتات البارزة بين الجنسين. ومع ذلك، ففي حين أنّ الديناميات تختلف، فإن الأدلة تؤيد استنتاجاً مماثلاً: فوجود سوق مركزية في حد ذاته قد لا يكون كافياً لتحسين التغذية إذا لم تكن الجوانب الأخرى للبيئة الغذائية ملائمة.⁶⁷

مع أنّ الصحارى والمستنقعات الغذائية عادةً ما توجد في البلدان مرتفعة الدخل، فإنها بدأت تظهر بصورة متزايدة في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل التي تشهد تحولاً سريعاً في التوسع الحضري والأنماط الغذائية. فعلى سبيل المثال، في المناطق الحضرية من البرازيل⁶³ وبيرو وجنوب أفريقيا وهندوراس، ترى الصحارى الغذائية في المجتمعات المحلية التي تواجه درجة عالية من الفقر، وعدم المساواة العرقية والإثنية بالإضافة إلى تفاوت الدخل.⁶⁴ وفي المكسيك، حيث يعد انتشار البدانة لديها من أعلى المعدلات على الصعيد العالمي، تشكل مستنقعات الأغذية مشكلة أكبر من الصحارى الغذائية.⁶⁵ إن نشأة الطفل في صحراء غذائية له آثار خطيرة على تغذيته وعافيته. فأولاً، إذا قلّت السبل المتاحة للأسر في الحصول على الفاكهة والخضروات قد لا يعود هناك خيار أمام صغار الأطفال سوى تناول الوجبات الغذائية التي تقتصر على التنوع خلال فترة من النمو

الإطار 3-6 | أسعار المواد الغذائية والتغذية

الصحراء الكبرى، التي لديها أعلى معدل للتقزم. وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، تكون السرعات الحرارية من البيض والحليب والحبوب الغذائية المعززة المخصصة للرضع أعلى تكلفة بنحو 9-10 أضعاف عن المواد الغذائية النشوية.

تشير نتائج الدراسة إلى أنّ البلدان التي ترتفع فيها الأسعار النسبية للأغذية الحيوانية المصدر والحبوب الغذائية المعززة المخصصة للرضع ينخفض فيها استهلاك تلك الأغذية انخفاضاً كبيراً من قبل الرضع والأطفال الصغار، وترتفع معدلات التقزم ارتفاعاً كبيراً. ويشير ذلك إلى أنّ تحسين القدرة على تحمل تكاليف هذه الأغذية هو سبيل رئيسي لمعالجة العبء العالمي لنقص التغذية.

كما تسلط الدراسة الضوء على أسباب اقتران ارتفاع معدلات البدانة بارتفاع الدخل القومي. فأسعار الزيوت / الدهون والسكر منخفضة للغاية في جميع المناطق. ومع ذلك، فإن الأغذية المحضرة صناعياً الغنية بالسكر والدهون غالباً ما تكون باهظة التكلفة في البلدان منخفضة الدخل، ولكن أسعارها تنخفض بسرعة مع بلوغ البلدان مستويات الدخل المتوسط والأعلى. كما أنّ الأغذية المحضرة صناعياً غير الصحية هي أيضاً مصادر منخفضة السعر للسرعات الحرارية من الأغذية الصحية في كثير من البلدان الفقيرة، مما قد يفسر ظاهرة العبء المزدوج المتمثل في زيادة البدانة في خضم استمرار نقص التغذية.⁹¹

تشير دراسة حديثة، أجريت على أسعار الأغذية عالمياً، إلى أنّ الأغذية الصحية الغنية بالمغذيات، ولا سيما الأغذية الحيوانية المصدر والحبوب الغذائية المخصصة للرضع، أعلى بكثير (على أساس السعر) من المواد الغذائية النشوية والأغذية المحضرة صناعياً غير الصحية في البلدان منخفضة الدخل.

وقد أجريت هذه الدراسة العالمية، التي قادها المعهد الدولي لبحوث السياسات الغذائية، لاكتشاف مدى اختلاف الأسعار النسبية بين البلدان والمناطق، وما إذا كانت هذه الاختلافات تفسر ممارسات تغذية الأطفال وتفشي التقزم.

وقارنت الدراسة السعر النسبي للسرعات الحرارية، لمجموعة واسعة من الأغذية الصحية وغير الصحية، بتكلفة السرعات الحرارية لأرخص الأغذية الأساسية في كل بلد (مثل الأرز أو القمح أو المنهوت أو الذرة). على سبيل المثال، إذا كان السعر النسبي للسرعات الحرارية للبيض هو 5، فالحصول على السرعات الحرارية من البيض مكلف أكثر بـ 5 مرات عن الحصول عليها من الأرز.

وفي البلدان مرتفعة الدخل، تكون الأغذية حيوانية المصدر رخيصة نسبياً، حيث لا تزيد تكلفة هذه الصناديق إلا بتكلفة تتراوح بين مرة واحدة وأربع مرات عن المواد الغذائية الأساسية النشوية. وفي المقابل، يمكن أن تكون أسعار الأغذية الحيوانية المصدر مكلفة للغاية في المناطق منخفضة الدخل في آسيا وأفريقيا جنوب



التكلفة

تعد التكلفة من المسائل المثيرة للجدل. فهناك نقاش، على سبيل المثال، حول ما إذا كانت الأطعمة الصحية أكثر تكلفةً من الأطعمة غير الصحية — ذلك لأنّ الأطعمة الصحية يمكن أن تكلف أقل من الناحية السعرية المحضّة، ولكن هذه الميزة يمكن أن تفوقها أشياء مثل الكلفة الزمنية لإعداد الطعام من الصفر.

وبرغم ذلك، من الواضح أنّ التكلفة عقبةً حقيقيةً تمنع العديد من الأسر من تناول مجموعة متنوعة من الأطعمة الغنية بالمغذيات. وينطبق ذلك بصفة خاصة على الأسر الأشد فقراً والتي يتعين عليها أن تنفق جزءاً كبيراً من دخلها على الغذاء. ففي جمهورية الكونغو الديمقراطية، على سبيل المثال، تبين البحوث أنّ تكلفة الأغذية الغنية بالمغذيات تشكل عائقاً كبيراً أمام تنوع الأنماط الغذائية للأطفال الصغار، في حين أنّ الأغذية التي يصنفها مقدمو الرعاية على أنّها أكثر صحّةً في⁸⁸ غانا تصنف عموماً أيضاً بأنّها أقل الأغذية التي

يتيسر الحصول عليها بسبب تكلفتها.⁸⁹ وفي الولايات المتحدة، يساعد ارتفاع التكاليف (من حيث السعر ووقت الإعداد على حد سواء) وقلة سبل الحصول على الأغذية الصحية في الأحياء على ظهور الاختلافات بين استهلاك الأسر الغنية والفقيرة للفاكهة والخضروات.⁹⁰ عموماً، تميل الأسر الفقيرة إلى اختيار الأغذية منخفضة الجودة والأرخص.⁹² وقد يوحي ذلك أنّ الأسر تتناول طعاماً أفضل مع ارتفاع الدخل. لكنّ الحال وللأسف ليست كذلك دائماً. فالبحوث تبين أنّه عندما تنفق الأسر — الحضرية أو الريفية — مزيداً من المال على الغذاء، فإن ذلك يكون من أجل الحصول على أغذية صحية وغير صحية على حد سواء،⁹³ وأنّ ارتفاع الدخل يؤدي إلى زيادة الإنفاق على الأغذية سهلة التحضير.⁹⁴

قد توجد تفسيرات عديدة لهذه النتيجة غير المتوقعة.⁹⁵ فقد تسهم عوامل عدا التكلفة والسعر — مثل سهولة التحضير، والتعرض للحملات التسويقية، وسهولة الوصول إلى الغذاء الصحي،

قناة تعبر بركة على طريق غمرته المياه في مايبوتو، موزمبيق. تعيش إيفون، التي يظهر منزلها في الصورة هنا، مع أربعة عشر من أفراد أسرتها وتكسب قوتها من بيع الخضروات التي تشتريها من السوق.
© UNICEF/UN0139437/Prinsloo

تقع أشد آثار الصدمات المناخية على أشد الأسر فقراً، فيكون الأكثر تضرراً أيضاً الأقل قدرة على التكيف.

ومستوى المعرفة التغذوية والعوامل الثقافية — في جعل الأغذية المسببة للسمنة مرغوبة أكثر. كما أنّ النساء ما لم يتحكمن في الدخل الإضافي، فقد لا يجري توجيهه نحو احتياجات الأسرة أو الطفل. كما قد تبقى المحددات الأساسية الأخرى لسوء تغذية الأطفال — مثل سلامة الأغذية — على حالها.

ومع استمرار تحول المنظومات الغذائية، لن تكفي زيادة الدخل وحدها لمعالجة العبء الثلاثي لسوء التغذية اليوم. ولا بدّ من التصدي للقيود المعرفية، وعدم المساواة بين الجنسين، وممارسات التسويق غير العادلة، وغير ذلك من عناصر البيئة الغذائية والإمدادات الغذائية — إلى جانب إيجاد سبل لخفض تكلفة الأغذية الصحية.

الصدّات المناخية

يتأثر الأطفال أكثر من غيرهم بتغيّر المناخ وتدهور البيئة. ففي أعقاب الفيضانات أو الأعاصير، على سبيل المثال، يكون الأطفال أكثر الأشخاص عرضة للإصابة بالأمراض المنقولة بالمياه، مثل الأمراض المصحوبة بالإسهال، والتي تزيد مخاطر تعرّضهم لسوء التغذية والوفاة.

كما أنّ استمرار نقص التغذية وفقدان الإنتاجية الزراعية، إلى جانب سبل عيش الأسر، يهددان نمو الأطفال ونمائهم وتعلمهم، ويمكن أن يؤدي إلى "الهجرة تحت وطأة العوز".⁹⁶ ويؤثر ذلك بشدّة على الأطفال الذي ينتمون إلى أشد الأسر فقراً، الذين هم الأكثر تضرراً والأقل قدرة على التغلب عليها.⁹⁷ وكثيراً ما تنتقل الآثار التراكمية للكوارث والتقلبات الطويلة الأمد أو المتكررة المتصلة بالمناخ إلى الجيل القادم من الأطفال، مما يديم حلقات عدم المساواة عبر الأجيال ويعمقها.

لقد تضاعف عدد الفيضانات والعواصف والجفاف والحرارة الشديدة في جميع أنحاء العالم بشكل جماعي منذ عام 1990، مما أسفر عن نتائج مدمرة.⁹⁸ وأدت الأزمات الجديدة والفيضانات والجفاف

إلى زيادة بنسبة 11% في عدد الأشخاص الذين يواجهون انعدام الأمن الغذائي منذ عام 2016.⁹⁹

وتتسبب الكوارث المتصلة بالمناخ في أزمات غذائية حادة: فالجفاف مسؤول عن 80% من الأضرار والخسائر في الزراعة، مما¹⁰⁰ يغير بشكل كبير من طبيعة الغذاء المتاح للأطفال والأسر، فضلاً عن جودته وسعره. وينطبق ذلك على كل من المناطق الريفية — بالنسبة إلى صغار منتجي الأغذية والعمال الزراعيين والأسر التي تشتري غذاءها — والمناطق الحضرية، حيث تحدد ارتفاعات أسعار الأغذية الناتجة عن ذلك ماهية الغذاء المتوفر.

آثار إنتاج الأغذية على البيئة وعلى الأطفال

يؤدي إنتاج الأغذية الصناعية دوراً رئيسياً في الآثار البيئية لتغير المناخ والتدهور البيئي بسبب أثره الإيكولوجي الهائل ومساهمته في الانبعاثات والتلوّث. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الاستخدام المكثف للمياه العذبة والأسمدة ومبيدات الآفات يشكل أيضاً مخاطر على تغذية الأطفال وعافيتهم.

انبعاثات غازات الدفيئة

المنظومات الغذائية مسؤولة عن قرابة ثلث انبعاثات غازات الدفيئة على الصعيد العالمي، وفقاً لدراسة أجريت في عام 2012.¹⁰¹ فعلى سبيل المثال، يعتبر الإنتاج المتزايد من اللحوم أحد أكبر مصادر الميثان.¹⁰² وإذا استمرت الاتجاهات الحالية نحو الأنماط الغذائية الثقيلة باللحوم، يقدّر بأن ترتفع الآثار البيئية لإنتاج الأغذية على انبعاثات غازات الدفيئة بنسبة 87%.¹⁰³

ولصالح البشرية والكوكب على حد سواء، اقترحت لجنة "EAT" التابعة لمجلة لانسيت الطبية الأسبوعية مؤخراً إحداث تحول غذائي يضاعف من استهلاك الأغذية الصحية مثل الفاكهة والخضروات والبقوليات والمكسرات، ويخفض استهلاك الأطعمة الأقل صحة مثل اللحوم الحمراء والسكر المضاف. ويلاحظ المؤلفون أنّه بالنظر إلى الاحتياجات الغذائية الفريدة

تجارب قطرية تحت المجهر: تغير المناخ يهدد تغذية الطفل في بنغلاديش

83 دولاراً أمريكياً] في الشهر. وبعد سداد الإيجار وشراء الطعام، لا يتبقى لنا سوى القليل للغاية. ولكننا على الأقل قادرون على كسب العيش هنا، وهو ما لم نكن قادرين عليه في كثير من الأحيان عندما كنا نعيش في الريف".

تتشارك روما مطبخاً صغيراً — يتكون من بضعة ألواح من الخشب فوق أعمدة خيزران منصوبة في مستنقع — مع ما لا يقل عن 10 عائلات أخرى. وفي حين أنها استخدمت غاز البوتان في البداية، فقد ثبت أنه من المستحيل تقاسمه على نحو منصف بين هذه العائلات. وأصبح الخشب هو الوسيلة المفضلة الآن، مما يضعف تدهور جودة الهواء في الأحياء الفقيرة. وتقول إن عائلتها تأكل الأرز والعدس في معظم الأيام، ويمكنها أحياناً تحمل تكاليف اللحوم أو الأسماك. ويظهر على ابنها، شاهون، علامات سوء التغذية.

وبالإضافة إلى المصاعب الشاقة التي تعترضها في سعيها إلى توفير الغذاء الصحي لأفراد أسرتها، تصف روما في حديثها بيئةً غير صحية تخلو من سبل الحصول على مياه مأمونة أو مرابض بسيطة أو نظافة صحية كافية. فالكهرباء في الأحياء الفقيرة غير منتظمة، والقوارض والحشرات في الغرفة الوحيدة للأسرة "تجعل حياتها بؤساً مطلقاً"، على حد وصفها.

وستبدأ حكومة بنغلاديش المرحلة الثانية من استراتيجيتها وخطة عملها المتعلقة بتغير المناخ هذا العام، مع زيادة التركيز على احتياجات أشد الناس فقراً وضعفاً، وطلب مزيد من الاهتمام والموارد لوقاية تغذية الأطفال وخدمات الصحة والتعليم والصرف الصحي والمياه والحماية الاجتماعية من آثار تغير المناخ. ■

ينتشر أكثر من 19 مليون طفل في ربوع بنغلاديش على خط المواجهة مع الكوارث الناتجة عن تغير المناخ، ربعم دون الخامسة. فالفيضانات وتآكل ضفاف الأنهار يدفعان الأسر إلى الأحياء الفقيرة في المدن، حيث تواجه الاكتظاظ وقلة السبل المتاحة إلى الغذاء الصحي والتعليم والخدمات الصحية الكافية والمرافق الصحية والمياه المأمونة. وفي الأحياء الفقيرة، كثيراً ما يضطر الأطفال إلى إعالة أنفسهم، ويكونون أكثر عرضة لسوء التغذية، وعمالة الأطفال، وزواج الأطفال، والتعرض للتلوث والعنف والإيذاء.

تتسبب الظواهر المناخية الشديدة، كالجفاف والفيضانات المفاجئة، في وقوع خسائر زراعية فادحة. وفي بلد يعتمد فيه أكثر من 60% من السكان على الزراعة لكسب رزقهم، فإن هذا يعني أنّ أطفال الأسر الأفقر هم الأكثر عرضة للجوع. كما تؤدي التخفيضات في الإنتاج أيضاً إلى ارتفاع أسعار الأغذية، وتلحق أعظم الضرر بأشد الأسر فقراً.

إنّ ارتفاع الإصابة بالأمراض السارية وغير السارية المرتبطة بتغير الظروف المناخية والتوسع الحضري غير المخطط له يهدد الأطفال وأسرهم أيضاً. وتشمل هذه الحالات التهاب الكبد ألف والكوليرا والزحار والتيفود وحمى الضنك وحمى الشيكونغونيا.¹¹⁷

انتقلت روما وزوجها «علي أكبر» وطفلاهما، سنجيدا، 3 سنوات، وشاهون، 9 سنوات، إلى حي تشالنتيكا الفقير في دكا بعد أن تكرّر تعرّض بيتهم إلى فيضان نهر ميغنا. وتقول روما معبئةً على ذلك: "على الأقل يمكننا الوقوف على أرض جافة هنا حتى لو قاسينا تكلفة المعيشة. يكسب زوجي حوالي 7,000 تاكا

طفلة تخوض في مياه الفيضان وهي في طريقها إلى المدرسة في منطقة كوريجرام في بنغلاديش. © UNICEF/UN0286416/Akash



المبيدات الكيميائية أكثر سمية للطفل بـ 10 أضعاف مقارنة بالبالغين.

أصبحت الوجبات الغذائية متشابهة بشكل متزايد في جميع أنحاء العالم (انظر الفصل 1).¹¹³ وهناك ثلاثة محاصيل فقط — الأرز والقمح والذرة — تشكل الآن ما يقرب من ثلثي السعرات الحرارية العالمية.¹¹⁴

وبدون إدخال تحسينات على الأنماط الغذائية الحالية وإنتاج الأغذية، من المرجح أن يواجه الأطفال وأسرهم والأجيال المقبلة خطراً أكبر من انعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية الناجمين عن الصدمات المناخية والتدهور البيئي.

الخاتمة

تعد أسباب سوء تغذية الأطفال اليوم أكثر تعقيداً وأبعد مدى مما كانت عليه في عام 1990. فالتغيرات الكاسحة، مثل العولمة والتوسع الحضري غير المخطط له وتغير المناخ، كلها تفاقم النتائج غير العادلة أصلاً على أشد الأطفال فقراً وإقصاءً وعلى أسرهم. وتهدد الأزمات العالمية بوقف مسار التقدم المحرز في الحد من نقص التغذية لدى الأطفال أو بانتكاسه.

وفي الوقت نفسه، هناك إقرار أوسع بأن استبعاد فئات معينة من الأغذية والخدمات والموارد الأساسية وصنع القرار هو أمر غير عادل ويمكن تجنبه — وأن الأطفال يدفعون الثمن.

كما يقر الباحثون والخبراء والممارسون بقاعدة الأدلة عن أسباب سوء التغذية ومخاطره العابرة للأجيال، ويعملون على توسيع نطاقها. ومن شأن هذه المعرفة والاهتمام زيادة فاعلية التدخلات وتحفيز اتخاذ الإجراءات المناسبة. وبرغم ذلك، فهناك حاجة إلى بذل جهد أكبر من حيث البحث والتطبيق من أجل فهم الظروف الخاصة للأطفال من مختلف الفئات السكانية فهماً كاملاً. فمثلاً، لا توجد سوى دراسات تجريبية قليلة عن جوانب تتجاوز الفقر والنوع الاجتماعي. ولتحقيق أثر أكبر وأكثر استدامة، سيتعين على الممارسين

للأطفال، بما في ذلك البروتين عالي الجودة، فإن هذا "النمط الغذائي المرجعي الصحي الشامل" هو للأطفال الذين تبلغ أعمارهم سنتين فما فوق.¹⁰⁴

ويطلب إنتاج الأغذية أيضاً استخداماً كبيراً للمياه العذبة، حيث تؤثر ندرة المياه بالفعل على الأطفال في جميع القارات.¹⁰⁵ وعلاوةً على ذلك، فإن الأسمدة تعرض النظم المائية لخطر التلوث، وتشكل مبيدات الآفات مخاطر مباشرة على الأطفال.¹⁰⁶ وبالإضافة إلى تناول أغذية تحمل مخلفات من مبيدات الآفات، يتعرض العديد من الأطفال لمبيدات الآفات في أثناء عملهم في الزراعة، التي تمثل 71% من عمالة الأطفال.¹⁰⁷

إنّ التعرض لمبيدات الآفات قبل الولادة يمكن أن يزيد خطر وفاة الجنين وظهور العيوب الخلقية، في حين أنّ التعرض لها في مرحلة الطفولة يمكن أن يعطلّ نظام الغدد الصماء، ويسبب السرطان، ويؤخر النمو العصبي. وتعد المبيدات الكيميائية أكثر سميّة بما يصل إلى 10 مرات للأطفال مقارنةً بالكبار، وعادة ما يؤدي التسمم الحادّ إلى الوفاة.¹⁰⁸

فقدان التنوع البيولوجي

إلى جانب تغير المناخ والتلوث، فإن إنتاج الأغذية ضالع أيضاً في فقدان التنوع البيولوجي. وقد صدر مؤخراً تقرير عن الأمم المتحدة دق ناقوس الخطر بشأن حجم المشكلة: فهناك ما يقرب من مليون نوع من الأنواع الحية مهدد بالانقراض بسبب الأنشطة البشرية.¹⁰⁹ ومن المسلم به أنّ التغيرات في استخدام الأراضي والمياه — مثل إزالة الغابات من أجل نظم إنتاج المحاصيل أو الماشية على نطاق واسع — هي محرك رئيسي لفقدان التنوع البيولوجي.¹¹⁰

ليس التنوع البيولوجي ضرورياً للنظم الإيكولوجية السليمة فحسب، بل يؤثر بشكل مباشر على الأمن الغذائي والتغذية.¹¹¹ ويعد التنوع الغذائي للأطفال معرضاً للخطر أيضاً.¹¹² فمع انخفاض التنوع في إنتاج المحاصيل،

وقد بدأ هذا التغيير في الحدوث بالفعل في العديد من البلدان (انظر الفصل 4). ومع زيادة تنسيق وتنفيذ السياسات والبرامج في جميع منظومات الأغذية والصحة والمياه والمرافق الصحية والتعليم والحماية الاجتماعية، يمكن أن يكون ذلك تحولا. ■

إيلاء اهتمام صريح بمعالجة التهميش وعدم المساواة بين الجنسين الذين يعرّزان التفاوتات على المدى الطويل.

كي تتحوّل المنظومات الغذائية وتطرح أطعمة أفضل للأطفال، لا بد من بذل مزيد من الاهتمام أيضاً بالقوى الأوسع نطاقاً التي تؤثر على أطعمة الأطفال ونموهم ونمائهم — وتشمل الموارد والحوكمة والمعايير (انظر الفصل 4). ويمكن تصنيفها وفحصها وفهمها. ويكشف مثل هذا التحليل عن هياكل السلطة في المنظومات الغذائية وكيف تمارس هذه السلطة، مما يسمح لمجتمع التغذية والجمهور بالاستفادة من المساحات المتاحة للتغيير واستغلالها.

قناة تحمل دلواً من الماء الذي جمعته من مجرى نهر جاف قريب في شمال كينيا. تُعدّ توركانا واحدة من أكثر المناطق تضرراً من الجفاف طويل الأمد وموجات الكوليرا المتكررة.
© ICEF/UN0275168/Njuguna



قسم خاص

التغذية في حالات الطوارئ

نجحت اليونيسف وشركاؤها في علاج أكثر من 3.4 مليون طفل بعمر 6-59 شهراً يعانون سوء التغذية الحادّ الوخيم في أوضاع الطوارئ على الصعيد العالمي في عام 2018. وكانت أكبر أعدادهم في أفغانستان، وتشاد، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وإثيوبيا، ونيجيريا، والنيجر، والصومال، وجنوب السودان، والسودان، واليمن. وقد تعافى نحو 90% من الأطفال.¹²⁰

وتركز هذه الجهود على منع الوفيات التي يمكن تجنبها وتعزيز النمو. تجري اليونيسف وشركاؤها تقييمات للتغذية، ويحددون الأطفال ويعالجونهم، ويوفرون أغذية ومكملات غذائية معززة لمنع نقص المغذيات. كما أنها تشجع الرضاعة الطبيعية وتقدم إرشادات توجيهية بشأن تغذية الرضع والأطفال الصغار، مما يمكن أن ينقذ الأرواح في حالات الطوارئ.

إن معالجة الاحتياجات التغذوية في حالات الطوارئ المعقدة والمطولة تشمل إقامة شراكات في جميع أنحاء العالم تعمل على إنقاذ الأرواح وتزويد الحكومات المحلية والوطنية بالمساعدة التي تحتاجها لمعالجة سوء التغذية في المجتمعات المحلية ولوضع خطط الاستجابة لحالات الطوارئ خلال الأزمات.

وفي حين أنّ 86% من المساعدات الإنسانية الدولية توزع في البلدان التي تعاني من أزمات طويلة ومتوسطة الأجل، فإن التركيز يتزايد على تخطيط القدرة على الصمود.¹²⁵ وفي الفترة 2005-2017 ارتفع متوسط طول الأزمات التي شهدت نداءً للتمويل المشترك بين الوكالات من 4 إلى 7 سنوات.¹²⁶

وفي السودان، في نيسان / أبريل 2019، كانت معدلات سوء التغذية الحادّ في 11 ولاية من أصل 18 تتجاوز عتبة الطوارئ للأمن الغذائي المتكامل البالغة 15%. وبينما يعاني الهزال سنوياً 2.4 مليون طفل دون سن الخامسة، فإن ما يقرب من ثلث الأطفال (700,000 طفل) يعانون سوء التغذية الحادّ الوخيم، وترتفع المعدلات في شرق السودان وبين اللاجئين من جنوب السودان.¹²¹

تاريخياً، ركزت الجهود المبذولة لمعالجة التغذية في حالات الطوارئ إلى حد كبير على تحديد حالات الهزال — وهو مؤشر مرئي على سوء التغذية الحادّ الوخيم.¹²² بيد أنّ تعقد الأزمات وطبيعتها الطويلة قد أدى إلى اعتراف عالمي بأنّ العديد من أشكال سوء التغذية تحدث في حالات الطوارئ. وتبين الأدلة الجديدة أنّ هذه الأشكال يمكن أن تشمل النقرم ونقص المغذيات الدقيقة.¹²³ في الأزمات الإنسانية التي يطول أمدها، يتزايد انتشار النقرم، مع استمرار ارتفاع معدلات الهزال.¹²⁴ ونتيجةً لذلك، يتجه قادة التغذية على الصعيد العالمي إلى اتباع نهج تجمع بين الحلول القصيرة الأجل والطويلة الأجل لمشاكل سوء التغذية.

اليمن

يقدم خدماته مجاناً في عبس، حيث شخّصت إصابة ابنها بسوء التغذية الحادّ الوخيم.

ويعد متعب واحداً فقط من بين 400,000 طفل يمني كانوا يعانون سوء التغذية الحادّ الوخيم في عام 2018.¹²⁸ وتعدّ الأزمة الإنسانية الحالية في اليمن واحدةً من أسوأ الأزمات في التاريخ الحديث.¹²⁹

في حالات الطوارئ في جميع أنحاء العالم، ينطوي علاج الأطفال، مثل متعب، على أدوات ونهج لتوفير مزيج من الأدوية الروتينية، والأغذية العلاجية، والرعاية الفردية، والروابط مع الخدمات الاجتماعية الأخرى مثل النظافة الصحية والصرف الصحي.¹³⁰

في الجمهورية اليمنية، حيث يقيم متعب مع أسرته، أدى النزاع الذي طال أمده والأزمة الاقتصادية وتفكك الخدمات الأساسية، بما فيها خدمات الصحة والمياه والصرف الصحي، إلى تحويل الحياة اليومية إلى "جحيم لا يطاق".¹²⁷ وقد ساهمت وظيفة والده، المتمثلة في نقل البضائع على عربة يدوية، في تزويد الأسرة بالحد الأدنى من الغذاء — الخبز لتناول الإفطار، والخضروات، وعادةً البطاطا، لتناول طعام الغداء وأي شيء تبقى للعشاء.

وفي الوقت الذي بلغ فيه متعب عامه الثاني، أصبح في خضمّ معركة من أجل البقاء على الحياة بسبب الفقر والنزاع الذي طال أمده. وقالت والدته "كان كلما تناول طعاماً أو شرباً تقيّاه". وبعد سبعة أشهر من الأمراض المتكررة المتمثلة في القيء والإسهال وفقدان الوزن، حوّلت والدته إلى مركز صحي

وهو مركز من بين 69 مركزاً للأطفال الذين يعانون مضاعفات صحية بالإضافة إلى سوء التغذية الحادّ الوخيم. ومع ذلك، ومع اقتراب الاقتراب من المنطقة، نقل متعب إلى صنعاء، حيث قدم له ولأسرته الدعم اللازم للعلاج في مركز للتغذية العلاجية في أحد المستشفيات.

بالنسبة إلى متعب، قدمت خدمات التغذية المنفذة للحياة التي كان يحتاج إليها مجاناً إلى أسرته. وهي خدمات وضعت على طريق الشفاء. وتقول والدته "أستطيع أن أرى تحسناً منذ دخوله مستشفى السبعين للأمومة والطفولة. لقد كان يتلقى رعاية صحية جيدة للغاية. وهو يتناول الآن غذاء الحليب المتخصص الذي يعطى له كاملاً ويتفاعل مع الناس من حوله".

"وتضيف قائلة: "أنا سعيدة للغاية، لكنني قلقة بشأن الأطفال الآخرين في منطقتنا الذين قد يصلون إلى وضع ابني إذا لم يتلقوا الدعم والرعاية بسرعة".

ففي اليمن، على سبيل المثال، يستعين الشركاء بمبادرة الرصد الموحد وتقييم الإغاثة والحالات الانتقالية، وهي منهجية تتيح الجمع المنهجي للمعلومات الموثوق بها التي يمكن استخدامها في اتخاذ القرارات وتخصيص الموارد للاحتياجات ذات الأولوية.

كما أنّ الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحادّ هي أيضاً نهج هام لمعالجة مرض سوء التغذية الحادّ في حالات الطوارئ في جميع أنحاء العالم. وفي اليمن، بحلول عام 2018، كانت اليونيسف وشركاؤها يدعمون أكثر من 3,300 برنامج للتغذية العلاجية للمرضى الخارجيين، مثل برنامج عبس حيث تلقى متعب العلاج.¹³¹

ومع أنّ معظم الأطفال يمكن علاجهم في البيت باستخدام أغذية علاجية جاهزة للاستعمال، فإن حالة متعب تتطلب العلاج في أحد مراكز الاستشفاء في أسلم،

النيجر

الرئوي، والملاريا، وأمراض القلب الخلفية. وكانت والدته فاطمة قد فرّت قبل عامين من داماسك، نيجيريا، وهي بلدة تسيطر عليها بوكو حرام، مع أطفالها الثلاثة. ومنذ ذلك الحين، ظلوا في حالة نزوح متواصل. وخلال فترة حملها بابنها ساني، كانت فاطمة تعاني فقر الدم وانعدام الأمن الغذائي وارتفاع مستويات الإجهاد. وبعد وصول فاطمة إلى الموقع المؤقت للنازحين في تشيتيماري، أحضرت ساني إلى أقرب مركز صحي. وتقول: "قالت لي الممرضات إن طفلي الصغير في خطر لأنه، بالإضافة إلى سوء التغذية، أصيب بالملاريا والالتهاب الرئوي". "لم يقبل حليب الثدي، لم يكن لديه أي شهية وتقياً عدة مرات. بدأت أخشى على حياة ابني ساني".

بعد 20 يوماً من دخول المستشفى وبفضل توجيهات العاملين في مجال الرعاية الصحية والدعم من الشركاء، بدأ ساني يعود مجدداً إلى الرضاعة الطبيعية، وأخذ في استعادة وزنه. وقد ذهبت عنه أعراض الملاريا وبدأ يتنفس دون مساعدة آلة الأكسجين. ■

في النيجر، حيث يبلغ معدل انتشار التقزم بين الأطفال دون سن الخامسة 41% وفقر الدم 77%،¹³² كثيراً ما يعالج الأطباء سوء التغذية الحادّ الوخيم الذي يرتبط بمرض آخر يمكن الوقاية منه. ويشرح الدكتور أبالي لاولي في مركز إعادة التأهيل الغذائي المكثف في ديفا قائلاً: "في جميع أنحاء البلاد، يتعرّض الأطفال الذين يهزلون بشدة ولا يحصلون على الرعاية الصحية الكافية إلى معدلات أعلى من الإصابة بالملاريا. كما لاحظنا أنّ الأطفال المصابين بالملاريا يعانون انخفاضاً في دفاعات جهازهم المناعي. وهذا يجعلهم يفقدون شهيتهم، ويصابون بالقيء أو الالتهاب الرئوي أو الإسهال الشديد. وفي هذه المرحلة، فإن خطر سوء التغذية الحادّ يكون مرتفعاً للغاية بسبب نقص الغذاء، والأمراض، والظروف المتعلقة بسوء الحالة الصحية والنظافة الشخصية — والنزوح".

من بين المرضى الذين يعابنهم الدكتور لاولي هناك الطفل ساني البالغ من العمر 3 أشهر، وقد شخّصت إصابته بسوء التغذية الحادّ الوخيم، والالتهاب



مقالة رأي

رأية، شخصيّة "افتح يا سمسم" الجديدة، تعلّم الأطفال العادات الصحيّة



بقلم شيري ويبستن،
رئيسة العمل الخيري
والأثر الاجتماعي في
مؤسسة ورشة سمسم...

الحماس في نفوس الأطفال لتغيير بيوتهم ومدارسهم وأحيائهم إلى الأفضل.

وبصفتها سفيرتنا العالمية للصحة، فقد كانت رأية خير من يعني على كتابة هذا المقال. شكراً على تجاذبك أطراف الحديث معي اليوم يا رأية. أعلم أنّ لديك معلومات جمة عن كيفية المحافظة على صحتنا!

رأية:

صدقت! كأهميّة تأكدنا من نقاء الماء قبل أن نشربه. فأنا أخبر أصدقائي أنّ أحد أسباب إصابتنا بالأمراض هو تلك الجراثيم الصغيرة جداً التي لا نستطيع رؤيتها حتّى، وكيف أنّ أيدينا تحمل الجراثيم، الأمر الذي يقتضي أن نغسلهما بالماء والصابون لعشرين ثانية كلّما استعملنا المرحاض، وقبل الأكل، حتّى نتخلّص من تلك الجراثيم!

شيري

وماذا عن أصدقائك الذين يعيشون في الأماكن التي ليس فيها مياه جارية نقيّة؟

رأية:

يُعدّ الكثير من أصدقائي في شتّى بقاع الأرض المياه الجارية، لكنّ ذلك لا يعفيهم من تنظيف أيديهم من الجراثيم. إحدى الأشياء المسليّة التي نغسلها سوياً تدعى بالصنوبر الميال، وهو مغسلة سهلة الإنشاء والاستعمال، وبوسع أحدنا نصبها في أيّ مكان! وفي حال اضطرر أحدنا لقضاء حاجته في الخارج فمن المهمّ جداً ارتداء خفّ أو حذاء في المرحاض لحماية أقدامنا من الجراثيم أيضاً، لأنّ ذلك سبب آخر للإصابة بالأمراض.

لقد ركّزت مؤسسة ورشة سمسم طيلة الأعوام الخمسين الماضية على المناهج التعليميّة التي تغني بجميع جوانب الطفل، غير مقتصرة على التروس التعليميّة، أو الاجتماعيّة والعاطفيّة التي يحتاجها الطفل للنجاح في حياته فقط، بل مدرّسة أيضاً للمهارات الأساسيّة في مواضيع الصحة والمرونة الحياتيّة.

حيث يعاني الكثير من الأطفال في جميع أرجاء العالم سوء التغذية، والذي قد ينجم عن فقد الطّعام الصحيّ وعن أمراض الطفولة، بل إنّ الأمراض التي يمكن الوقاية منها وعلاجها كالالتهاب الرّئويّ والإسهال هي أكبر مسببات وفيات الأطفال ممّن لم يتجاوزوا الخامسة من عمرهم.

إننا نعلم أنّ لشخصياتنا القدرة الكبيرة على التحدّث مع الأطفال، وعلى أن نكونوا أنموذجاً سلوكيّة لهم، قادرةً على تزويدهم بالمفردات التي يحتاجونها لمناقشة المواضيع الصّعبة. ولأجل ذلك صمّمنا رأية، لتكون دميّة خاصّة في برنامج افتح يا سمسم. رأية عمرها ست سنوات ولها جدائل طويلة ووجه يفيض ابتساماً، وهي تعلّم الأطفال في 11 دولة وبتلاتين لغة، مقدّمة لهم دروساً من شأنها إبعاد شبح الموت عنهم في مواضيع المياه، والنظافة العامّة والنظافة الشخصيّة، وهي زمرة المواضيع التي نرّمز لها بـ "منعش"، وذلك ضمن مبادرة "فلنغتسل!"، التي أطلقت شراكةً مع منظمة "ورلد فيجين".

وقد كانت النتائج مبشّرة، حيث أظهرت أبحاثٌ مستقلّة مؤلّتها مؤسسة غيتس أنّ برنامجنا قد أدّى إلى تحسّن يمكن قياسه في معرفة الأطفال بالمواضيع آفة الذّكر وفي نظرتهم وسلوكياتهم بشأنها في بنغلاديش والهند ونيجيريا. ولذا فإنّ رأية وفلنغتسل! مستمرّان في بثّ



ورأية، السفيرة
العالمية للصحة.

شيري:

صحيح يا راية. وحين يمرض الأطفال فقد يمنع المرض أجسامهم من امتصاص العناصر المغذية التي يحتاجونها للتعافي، وللحفاظ على صحتهم، وللنمو كما ينبغي أيضاً، الأمر الذي يسبب ما يدعى بسوء التغذية.

راية:

إذا فالإصابة بالمرض هي ذاتها سوء التغذية؟

شيري:

إن الإصابة بالمرض هي أحد الأسباب العديدة لسوء التغذية، فسوء التغذية قد يعني أيضاً أننا لا نملك الطعام الكافي لسد رمقنا، أو أننا لا نتناول القدر الكافي من الأطعمة الغنية بالمواد المغذية التي تساعد الأطفال على أن ينموا ويصبحوا بالغين أصحاء.

راية:

أعتقد أنني فهمت عليك! لدي صديق علمني عن أنواع الطعام المختلفة. وأنت تعرفينه أيضاً!

شيري:

هل صديقك هذا دمية زرقاء اللون، وله وبر، واسمه ...

راية:

كعكي!

شيري:

بالفعل إنه يعرف الكثير عن هذا الأمر، فالأكل موضوعه المفضل. ماذا علمك كعكي؟

راية:

لقد علمني وأصدقائي في برنامج افتح يا سمسم الفرق بين الأطعمة التي نأكلها بعض الأحيان، والأطعمة التي نأكلها كل حين. البسكوت مثلاً في خانة 'بعض الأحيان'، أما التفاح فهو في زمرة 'كل حين'، لأنه غني بالفيتامينات وجزء مهم من نظام الأكل الصحي، لذا بوسعي أن أكل التفاح الذي في كل حين!

شيري:

يسعدني أن كعكي علمك شيئاً مهماً عن التغذية، وأنتك تخبرين الناس مثلي عنه. تماماً كما تفعلين حين ترين الأطفال كم هو سهل عليهم تعلم الاغتسال. والأطفال الذين يتعلمون منك السلوكيات التي تساعد على الحفاظ على حياتهم يقومون بعد ذلك بتعليمها لأسرهم.

راية:

أجل! فالعادات الحسنة سريعة الانتشار!

شيري:

إنك بتعليمك الأطفال كيف يبقون أصحاء تقومين بمهمة عظيمة. أحسنت وثابري على ذلك!

راية:

شكراً لك! سأفعل! ■

شيري ويستن هي رئيسة العمل الخيري والأثر الاجتماعي في مؤسسة ورشة سمس، المنظمة التربوية غير الربحية التي تنتج برنامج افتح يا سمس، حيث تقود السيدة ويستن بصفتها السفيرة الأولى لمهمة مؤسسة ورشة سمس جهود المؤسسة لخدمة الأطفال المحرومين وذلك عبر وسائل الإعلام الجماهيري والمبادرات الخاصة، وهو المنصب الذي تقوم فيه بنشر الوعي، وعقد الشراكات الاستراتيجية، واستقطاب الدعم الخيري لمهمة المؤسسة في إعانة الأطفال في كل مكان على أن يزدادوا ذكاءً وقوةً ولطفاً.

راية، ابنة الست سنوات المفعمة بالحياة والنشاط، هي السفيرة العالمية للصحة لمؤسسة ورشة سمس. تقود راية راية الحديث عن نظافة المياه، وغسل اليدين، والاستعمال الصحيح للمرحاض في جميع أنحاء العالم، وتحرص على غسل يديها بالماء والصابون، وعلى ارتداء حقيبتها استعمال المرحاض لتفادي إصابتها بالأمراض، كما أنها تحث الأطفال على أن يعلموا ما تعلموه لأصدقائهم وأسرهم، وذلك لنشر العادات الحسنة بين الناس.



الاستجابات لسوء
التغذية

04



- ◀ يعكس النهج المنظوماتي في التغذية حقيقة أن تغذية الطفل لها محددات متعددة وأن المسؤوليات عنها مشتركة بين قطاعات متعددة وأصحاب مصلحة متعددين، وبين القطاعين العام والخاص.
- ◀ شهدت السنوات الأخيرة زخماً متزايداً لتحسين المنظومات الغذائية، ولكن تم تجاهل الاحتياجات الفريدة للأطفال التي يجب أن تكون في القلب من المنظومات الغذائية.
- ◀ وهناك حاجة إلى مقاربات خاصة بالتغذية في أربعة منظومات داعمة رئيسية — الصحة، والمياه والإصحاح، والتعليم، والحماية الاجتماعية.

تتطلب الطبيعة المتغيرة لسوء التغذية لدى الأطفال استجابةً جديدة: استجابةً يمكن أن تقدم تدخلات خاصة بالتغذية وتنمية حساسة للتغذية بطريقة أكثر تنسيقاً. ينبغي أن تعترف الاستجابة بالدور والمسؤولية المحورية للمنظومة الغذائية، وأن تعمل مع منظومات الصحة، والمياه والإصحاح، والتعليم، والحماية الاجتماعية لتوفير أنماط غذائية أفضل للأطفال.

مقدمة

من الواضح أن هناك الكثير الذي لا يزال يتعين علينا القيام به. ولكن هناك ما يبعث على الأمل. يضع عدد متزايد من الحكومات استراتيجيات لتحسين التغذية. في العديد من البلدان، يمثل ذلك خطوة أولى مهمة يمكن البناء عليها في السنوات القادمة. ولكي تحدث هذه الأساليب فرقاً حقيقياً، تحتاج الحكومات إلى الاعتراف بثلاثة حقائق رئيسية.

- أولاً، لا توجد حلول سهلة إذا ما تعثرت التغذية في مرحلة الطفولة. الاحتياجات الغذائية للأطفال فريدة ومهمة بشكل فريد. لهذا السبب ينبغي أن يكون الأطفال والشباب في صميم التفكير بشأن الغذاء والتغذية.
- ثانياً، علينا التصدي لتحديات سوء التغذية بالعمل عبر جميع المنظومات والقطاعات ذات الصلة. تحتاج المنظومات الغذائية إلى تلبية احتياجات الأطفال على نحو أفضل، ولكن يناط بالمنظومات الأخرى — وخاصة تلك المتعلقة بالصحة، والمياه والإصحاح، والتعليم، والحماية الاجتماعية — أدوار حاسمة ينبغي أن تؤديها في إطار نهج منسق ومنظم.

لفترة طويلة للغاية، كانت التغذية قضية هامشية على جدول أعمال التنمية العالمي. غير أنها اكتسبت اهتماماً أكبر في السنوات الأخيرة، ما يعكس الاعتراف المتزايد بالمنافع الاجتماعية والاقتصادية للاستثمار في التغذية. ومع التوسع في نطاق البحوث حول التدخلات الفعالة، تركّزت المناقشات حول السياسات على الصعيد العالمي بشكل متزايد على النهج التي تقوم على الأدلة¹.

قائمة التدخلات طويلة ومتنامية: من الترويج للرضاعة الطبيعية، إلى تحسين الدعم للأسر الأفقر؛ من جعل علامات توسيم المنتجات الغذائية أكثر وضوحاً وأكثر فائدة، إلى معالجة فقر الدم الناتج عن نقص الحديد وأشكال أخرى من الجوع المستتر؛ من تحسين بيئات طعام الأطفال إلى توفير مياه الشرب المأمونة في كل مكان — مجموعة كبيرة من الإجراءات يمكن اتخاذها (وفي كثير من الحالات يتم اتخاذها) لتحسين تغذية الأطفال.

طفل يأكل لقمة خبز أثناء حملته في مجتمع هانك تشوكيامبا في بيرو.
© UNICEF/ Vilca 2019



إطار: التغذية وأهداف التنمية المستدامة

الغاية 2-1: ضمان حصول الجميع على الغذاء المأمون والمغذي

القضاء على الجوع وضمان حصول الجميع، ولا سيما الفقراء والفئات الضعيفة، بمن فيهم الرضع، على ما يكفيهم من الغذاء المأمون والمغذي طوال العام بحلول عام 2030

الغاية 2-1.



2 **صفر جوع**



الغاية 2-2.

وضع نهاية لجميع أشكال سوء التغذية.

وضع نهاية لجميع أشكال سوء التغذية، بحلول عام 2030، بما في ذلك تحقيق الأهداف المتفق عليها دولياً بشأن توقف النمو والهزال لدى الأطفال دون سن الخامسة، ومعالجة الاحتياجات التغذوية للمراهقات والنساء الحوامل والمرضع وكبار السن بحلول عام 2025

الغاية 2-2.

المصدر: www.un.org/sustainabledevelopment/hunger/

- ثالثاً، بينما قد تكون الحكومات في طليعة القائمين بوضع السياسات والاستراتيجيات والبرامج، فإنها لا تستطيع القيام بذلك بمفردها. تناط بقطاع الأعمال ومجموعات المجتمع المدني، وكذلك الأسر والأطفال والشباب أنفسهم، أدوار مهمة ينبغي تأديتها.

كيف تستجيب الحكومات لزخم متزايد

في عام 2008، خلص إجماع كوبنهاغن إلى أن تدخلات التغذية كانت من بين أكثر التدخلات في مجال التنمية فعالية من حيث التكلفة² في نفس ذلك العام، نشرت مجلة لانسييت سلسلة مقالاتها البارزة عن نقص تغذية الأم والطفل، والتي

سلّطت الضوء على "النافذة الذهبية" للتغذية في الأيام الألف الأولى بعد الحمل³ (تلاها لاحقاً فحص المشكلة المتزايدة لزيادة الوزن).⁴ حفّز زخم هذه المحادثات الحرجة وضع التغذية كأولوية إنمائية عالمية، ما أدى إلى عدد من المبادرات العالمية، بما في ذلك إنشاء حركة تعزيز التغذية (SUN)، وهي نهج متعدد القطاعات يشمل أصحاب مصلحة متعددين لدعم الاستراتيجيات على المستوى القطري لمكافحة سوء التغذية.

بناءً على أهداف التغذية العالمية للجمعية العامة لمنظمة الصحة العالمية، وضعت أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة (SDGs) التغذية كمدخل ونتيجة محورية للتنمية المستدامة. يدعو الهدف 2 على وجه التحديد الدول الأعضاء إلى "إنهاء الجوع، وتحقيق الأمن الغذائي، وتحسين التغذية، وتعزيز

علينا الاستجابة لتحديات تغذية الطفل بالعمل عبر كل المنظومات ذات الصلة.

يوجد لدى 163 بلداً الآن سياسات واستراتيجيات وخطط شاملة أو تتعلق بموضوعات محددة ذات صلة بالتغذية وتعزيز الأنماط الغذائية الصحية.

الزراعة المستدامة". في الواقع، فإن 12 من أهداف التنمية المستدامة الـ 17 تتضمن مؤشرات مهمة للتغذية.⁵ إضافة إلى هذا الطموح العالمي، أعلنت الجمعية العامة للأمم المتحدة عشرية العمل بشأن التغذية (2016-2025) بهدف تعزيز الالتزام العالمي بالقضاء على الجوع ومنع جميع أشكال سوء التغذية.

التدخلات مباشرة أو خاصة بالتغذية، لأنها تعالج بشكل مباشر الأسباب المباشرة وبعض الأسباب الكامنة لسوء التغذية، لا سيما في السكان الأكثر حرماناً، على سبيل المثال بشأن تقديم المشورة حول الرضاعة الطبيعية أو الكشف المبكر عن سوء التغذية الحاد الوخيم (SAM) وعلاجه. يمكن اعتبار البعض الآخر غير مباشر، أو حساساً للتغذية، لأنه يهدف إلى معالجة الأسباب الأساسية وبعض الأسباب الكامنة لسوء التغذية، مثلاً من خلال تعزيز شبكات الأمان الاجتماعي وتعليم وتمكين المرأة.

دفع هذا الزخم العالمي المتنامي العديد من الحكومات إلى تحديث أو تطوير نهج جديدة للتغذية. وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، يوجد لدى 163 بلداً الآن سياسات واستراتيجيات وخطط شاملة أو تتعلق بموضوعات محددة ذات صلة بالتغذية وتعزيز الأنماط الغذائية الصحية.⁶

تعزز التدخلات الحساسة للتغذية فعالية التدخلات الخاصة بالتغذية. في البرازيل، على سبيل المثال، أدى برنامج للحماية الاجتماعية حساساً للتغذية ويستخدم التحويلات النقدية المشروطة إلى انخفاض معدل وفيات الأطفال الناجمة عن سوء التغذية. تتلقى النساء الحوامل والمرضعات تحويلات نقدية بشرط حضور مواعيدهن ما قبل الولادة وبعدها والمشاركة في الأنشطة التعليمية المتعلقة بالتغذية والصحة.¹⁰ بالمثل، يوفر قطاع التعليم نقطة دخول ملائمة تستطيع الحكومات من خلالها للتصدي لسوء التغذية باستخدام نهج حساس للتغذية، لا سيما بين الفئات الأكثر ضعفاً. وتشمل المسارات مساعدة الأطفال على تطوير عادات غذائية صحية منذ سن مبكرة وتحسين الوعي لدى المراهقات بشأن التغذية.

ورغم أن بوادر الالتزام هذه محل ترحيب، فإن هناك أسباباً تدعو للحد. أولاً، لا تزال العديد من هذه السياسات ناشئة — فقلتها يعود تاريخه إلى عام 2015 فصاعداً — لذلك سيستغرق تقييم تأثيرها بعض الوقت. ثانياً، لا تتضمن سياسات التغذية الوطنية بشكل كامل الأهداف، والغايات، والمؤشرات المتعلقة بأهداف التغذية العالمية للجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية. يعدّ دمج الأهداف والالتزامات التي تستوفي متطلبات SMART⁷ أمراً أساسياً لضمان مساءلة الحكومات ورصد التدخلات الغذائية بفعالية.⁸ أخيراً، تتوفر أدلة على أن سياسات وبرامج التغذية لا تزال مجزأة وغير منسقة في كثير من الأحيان.⁹

تعزيز نتائج جهود التغذية

إن فوائد المزج بين النهج الخاصة بالتغذية والنهج الحساسة للتغذية عبر مجموعة من القطاعات واضحة للعيان.¹¹ ومع ذلك، فالجهود الرامية إلى تعزيز أنماط تغذية الأطفال¹². ومنع جميع أشكال سوء التغذية يعترها النقص نتيجة ضعف التنسيق بين الجهات الفاعلة والقطاعات.

عالجت النهج الوطنية بشكل متزايد شواغل التغذية من خلال التدخلات في عدد من القطاعات المحددة تقليدياً، مثل الصحة والتعليم. يمكن اعتبار أن بعض هذه

والممارسات، والخدمات، والنتائج الغذائية. يعتمد تحقيق نتائج على نطاق واسع على متانة هذه المنظومات الخمسة الرائدة في تنفيذ التدخلات الخاصة بالتغذية والحساسية للتغذية في كل مرحلة من مراحل الحياة (انظر الشكل 1-4).

لا يعني ذلك أن المنظومات الأخرى لا يمكن أن تؤدي دوراً أيضاً في هذا الصدد. فمنظومات المعلومات، على سبيل المثال، تعدّ أساسية لجمع، وتحليل، وتفسير البيانات ذات الصلة بالتغذية، ويمكن أن توفر الأساس لاتخاذ قرارات فعالة في الوقت المناسب لتحسين نتائج التغذية للأطفال. يتوفر لدى العديد من البلدان أشكال مختلفة من منظومات المعلومات لدعم تدخلات التغذية.

يستهدف النهج المنظوماتي المنظومات الرئيسية التي لديها القدرة على تقديم التدخلات الغذائية على نطاق واسع، مما يحملها مسؤولية أكبر عن نتائج التغذية بما يتجاوز أهدافها القطاعية. على سبيل المثال، ينظر إلى التغذية في العديد من البلدان على أنها تقع ضمن اختصاص القطاع الصحي، الذي يكلف بمسؤولية رئيسية تتمثل في تقديم تدخلات التغذية. ومع ذلك، فرغم أنه من الواضح أن منظومة الصحة تعدّ مساراً مهماً لتعزيز بعض تدخلات التغذية، فالعديد من المحددات الحاسمة لسوء التغذية لدى الأطفال، مثل تنوع الأنماط الغذائية، تتجاوز المجال المعتاد لمنظومات الصحة. وبدلاً من ذلك، يلزم العمل عبر منظومات متعددة لضمان تغطية جيدة.

ستختلف كيفية ومكان حدوث ذلك وفقاً للسياق. هناك حاجة بالتأكيد إلى مناهج مبتكرة لتعبئة المنظومات لتحسين التغذية. كما تظهر الأمثلة في هذا الفصل (انظر القسم الخاص)، ليس ثمة نقص في قصص النجاح والدروس المستفادة التي يمكن أن تساعد في الدلالة على الطريق للمضي قدماً.

من الواضح إذن أن ترجمة الالتزام السياسي بمعالجة سوء التغذية إلى عمل على أرض الواقع يتطلب أكثر من مجرد زيادة الاهتمام؛ إنه يتطلب كذلك تعبئة المنظومات والمؤسسات والموارد الحكومية واتباع استراتيجيات منسقة. يتطلب النجاح أكثر من نتائج قطاعية منعزلة — إنه يتطلب نهجاً منظوماتياً منسقاً يتم من خلاله تحويل منظومات الغذاء نفسها، وتعمل المنظومات الرئيسية الأخرى مع المنظومة الغذائية لتحقيق نتائج التغذية على نطاق واسع.

استجابات متعددة لتحدّ متعدد الأوجه: النهج المنظوماتي

لماذا نستخدم نهجاً منظوماتياً؟ أولاً، لأنه يجسد أهمية التفاعلات والروابط عبر المجالات المختلفة، مثل الغذاء، والصحة، والتعليم، وبيولوج غرضاً مشتركاً: تحسين أنماط التغذية وتحسين التغذية عند الأطفال والمراهقين والنساء. ثانياً، يتجنب النهج المنظوماتي التفكير التبسيطي الذي يقول بأن سوء التغذية له محددات واضحة تعمل عبر مسارات خطية. بدلاً من ذلك، يركز النهج المنظوماتي على محددات متعددة ومتراصة، ويعترف بالمسؤولية المشتركة والحاجة إلى تعبئة الاهتمام والموارد من مجموعة واسعة من المؤسسات الاجتماعية والحكومية.

على وجه الخصوص، تضطلع خمسة منظومات بأدوار حاسمة ينبغي أن تؤدّيها. ينبغي أن تستجيب المنظومة الغذائية وتوفر خيارات غذائية أفضل للأطفال والمراهقين والنساء. كما تعدّ منظومات الصحة، والمياه والإصحاح، والتعليم، والحماية الاجتماعية أساسية في دفع التحول، خاصةً في بيئات الغذاء الشخصية والخارجية، وتقديم الخدمات اللازمة لدعم تحسين الأنماط الغذائية،

النهج المنظوماتي يستهدف
المنظومات الأساسية القادرة على
تحقيق التدخلات التغذوية على
المستوى العالي.

استجابات متعددة لتحدٍ متعدد الجوانب: نهج منظوماتي للتغذية



يجعل النهج المنظوماتي أنظمة متعددة مسؤولة عن نتائج التغذية بما يتجاوز الأهداف القطاعية



منظومة الحماية الاجتماعية

تشمل منظومة الحماية الاجتماعية مجموعة السياسات والبرامج العامة والخاصة الرامية إلى منع، وتقليل، والقضاء على أوجه الضعف الاقتصادية والاجتماعية إزاء الفقر والحرمان. يمكن لبرامج الحماية الاجتماعية الحساسة للتغذية التخفيف من آثار الفقر على تغذية الأطفال والمراهقين والنساء. المنظومة القوية للحماية الاجتماعية تجمع بين البرامج المختلفة، وغالباً ما تركز على حماية الفئات المستضعفة، وكسر دائرة الفقر.



منظومة التعليم

منظومة التعليم تعني المؤسسات الرسمية وغير الرسمية المصممة لتعليم الأطفال، من رياض الأطفال الأساسية إلى المدارس الثانوية. غالباً ما تكون المدارس الحكومية الاهتمام الرئيسي لسياسة منظومة التعليم، يمكن للمدارس الخاصة أيضاً اتباع التوجيهات التعليمية الوطنية. تتضمن منظومة التعليم القوية معلمين مدربين، وعلم تربية سليم، وبنية تحتية صلبة، وموارد كافية، وينبغي استخدامها كنظام توصيل لتحسين نتائج التغذية.



منظومة المياه والإصحاح

تشمل منظومة المياه والإصحاح السياسات، والبرامج، والخدمات، والمرافق، والجهات الفاعلة المشاركة في توفير مياه الشرب الآمنة والبنية الأساسية للإصحاح المأمون. غالباً ما تستهدف السياسات الفئات السكانية الأكثر ضعفاً لتلبية احتياجاتهم الأساسية. يعدّ وجود منظومة قوية للمياه والإصحاح ضرورياً لضمان الغذاء المأمون، ومياه الشرب الآمنة، والبيئات النظيفة والصحية للأطفال والمراهقين والنساء.



منظومة الصحة

تشمل منظومة الصحة الخدمات الوقائية وكذلك الرعاية العلاجية. ولا تقتصر على تقديم الخدمات، حيث تمثل الحوكمة، والتمويل، والإمدادات، والمعدات، والقوى العاملة، ومنظومات المعلومات كلها جزءاً لا يتجزأ من منظومة الصحة. تدعم منظومة الصحة القوية الممارسات الأسرية وتؤدي إلى نتائج منصفة في البقاء، والنمو، والنماء للأطفال والمراهقين والنساء.



منظومة الغذاء

تشمل المنظومة الغذائية جميع الأنشطة والجهات الفاعلة المشاركة في نقل الأغذية من الإنتاج إلى الاستهلاك وحتى التخلص منها (انظر الفصل 1). وتتضمن العديد من الخطوات الوسيطة، مثل المعالجة، والتوزيع، والتسويق، والبيع بالتجزئة، وتنقسم إلى أربعة مكونات رئيسية: سلاسل الإمداد الغذائي، وبيئات الغذاء الخارجية، وبيئات الطعام الفردية، وسلوك مقدمي الرعاية والمستهلكين — بمن فيهم الأطفال والمراهقين — فيما يتعلق بالغذاء.

قسم خاص:

كيف يبدو النهج المنظوماتي للتغذية في الواقع العملي؟

تتطلب مواجهة تحدي سوء التغذية اتخاذ إجراءات عبر خمسة منظومات رئيسية هي منظومات الغذاء، والصحة، والمياه والإصحاح، والتعليم، والحماية الاجتماعية. يتوفر حالياً بالفعل العديد من الأمثلة من جميع أنحاء العالم حول كيفية مساعدة كل من هذه المنظومات في دعم التحسن في تغذية الأم والطفل.

منظومة الغذاء

العالم. النتيجة هي انخفاض عدد البلدان التي يمثل فيها نقص اليود مشكلة في الصحة العامة من 113 إلى 19 بلداً فقط خلال الفترة من أوائل التسعينيات إلى عام 2016.¹⁶ وقد أدى هذا التقدم إلى انخفاض كبير في اضطرابات نقص اليود وساهم في تحسين النماء الفكري لملايين الأطفال. كما أن إضافة اليود إلى الملح فعالة للغاية من حيث التكلفة، إذ تكلف نحو 0.05 دولار أمريكي للشخص الواحد كل عام.¹⁷

بعد نجاح إضافة اليود إلى الملح في البلدان المتقدمة، اكتسبت عملية توسيع نطاقها لتشمل العالم زخماً قوياً. في عام 1994، صادقت منظمة الصحة العالمية واليونيسف على إضافة اليود إلى الملح كطريقة آمنة وفعالة ومستدامة لمعالجة نقص اليود.¹⁸ ومع ذلك، حققت إضافة اليود إلى الملح تقدماً بطيئاً في جنوب شرق آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وخاصةً في المناطق الريفية ذات البنية التحتية الضعيفة وفي البلدان التي تعتمد على المعالجات الصغيرة للملح. كما هو الحال مع أي شكل من أشكال إغناء الأطعمة، يتطلب التوسع الناجح الالتزام السياسي، والمشاركة من صناعة الأغذية، والروابط مع برامج التغذية الوطنية وغيرها من أولويات التنمية. تحتاج البرامج أيضاً إلى التوافق مع الأنماط الغذائية المتغيرة. على سبيل المثال، تعني زيادة استهلاك الملح من خلال الأطعمة المصنّعة — وليس كملح طعام — أن على الصناعات الغذائية ضمان استخدامها الملح المعالج باليود. تتوافق إضافة اليود إلى الملح أيضاً مع توصية منظمة الصحة العالمية بتقليل استهلاك الملح إلى أقل من 5 غرامات يومياً. من خلال التأكد من معالجة كل ملح يدخل في الطعام باليود، يمكن استيفاء هذا الحد بأمان.¹⁹

يعدّ إغناء الأطعمة الأساسية بالمغذيات الدقيقة أحد أكثر التدخلات نجاحاً وفعالية من حيث التكلفة لمكافحة الجوع المستمر. في العشرينيات من القرن الماضي، شرعت سويسرا



والولايات المتحدة في إضافة اليود إلى الملح، مما أدى إلى القضاء على تضخم الغدة الدرقية ومتلازمة القماءة — وهما أشد أشكال اضطرابات نقص اليود — وتمهيد الطريق لمبادرات لاحقة لإغناء الأطعمة.¹⁴ واليوم، يدأب العديد من البلدان على إغناء الحبوب المكررة بالمغذيات الدقيقة بشكل روتيني.¹⁵

رغم بساطة التقنية المستخدمة، يتطلب إغناء الأطعمة على نطاق تجاري التعاون بين الوكالات الحكومية ووجود صناعة ناضجة للأغذية يتوفر لديها أساليب مركزية ومتخصصة للمعالجة وبنية تحتية كافية للتوزيع. كما يتطلب ذلك عمليات رصد ومراقبة للجودة، ويكون أكثر فعالية عندما يقترن بحملات لتوعية المستهلك من أجل تعزيز الاستهلاك. أثبت الإغناء التجاري للأطعمة على نطاق واسع نجاحاً في المناطق الحضرية، حيث يشتري الناس الطعام من أسواق ومتاجر مركزية. يكون الأمر أصعب في المناطق الريفية التي قد تفتقر إلى بنية تحتية مكتملة للتوزيع.

الانتشار الكاسح لمعالجة الملح باليود

تعدّ إضافة اليود إلى ملح الطعام من أهم قصص النجاح العالمية في مجال التغذية. واليوم، يتوفر الملح الميود لـ 86% من الأسر في

إغناء الأطعمة على نطاق واسع

حالياً، يفرض 81 بلداً — من جنوب إفريقيا والمغرب في إفريقيا، إلى إندونيسيا والأردن في آسيا أو المكسيك وأوروغواي في أمريكا اللاتينية — إغناء دقيق القمح وحده أو بالاشتراك مع دقيق الذرة والأرز.²³ ومع ذلك، لا تزال هناك إمكانات كبيرة غير مستغلة: إذا قامت جميع بلدان العالم بإغناء دقيق الحمض الفوليك، فقد يمنع ذلك ما يقدر بنحو 230,000 حالة من عيوب الأنبوب العصبي سنوياً.²⁴ تشمل العقبات الأخرى حقيقة أن المعايير الوطنية لإغناء دقيق لا تستوفي دائماً الحد الأدنى من المتطلبات للمغذيات الرئيسية مثل الحديد والزنك وفيتامين B12.²⁵

كما هو مبين في بيان أروشا لعام 2015 بشأن إغناء الأطعمة،²⁶ لا تزال هناك حاجة لاتخاذ إجراءات حاسمة. تشمل هذه الإجراءات تحسين الرقابة على معايير ولوائح إغناء الأطعمة وإنفاذها، وتوفير أدلة أفضل لتوجيه تصميم السياسات والبرامج، وتعزيز المساءلة والإبلاغ العالميين، وجهود الدعوة المستمرة، والاستثمار الإضافي (وإن كان متواضعاً).

مهد نجاح إضافة اليود إلى ملح الطعام لمبادرات لاحقة لإغناء الأطعمة في مختلف أنحاء العالم. في الولايات المتحدة، على سبيل المثال، أعقب إضافة اليود إلى الملح إغناء الحليب بفيتامين دال لمنع الكساح في عام 1933، وتطلب إضافة الثيامين والريبوفلافين والحديد إلى دقيق.²⁰ في عام 1942. وفي عام 1996 فرضت الحكومة إضافة حمض الفوليك للدقيق لتقليل انتشار عيوب الأنبوب العصبي، والتي تعدّ السنسنة المشقوقة وانعدام الدماغ في الأجنة — وهي حالة مميتة — أكثرها شيوعاً. أظهرت التقييمات اللاحقة انخفاض معدل انتشار عيوب الأنبوب العصبي بنسبة تراوحت من 19% إلى 32%. شهد العديد من البلدان الأخرى تحسينات مماثلة.²¹ يجري النظر حالياً في برامج وطنية جديدة لإغناء دقيق، بما في ذلك في الأماكن ذات الدخل المرتفع مثل المملكة المتحدة، حيث يخضع الإغناء بحمض الفوليك للمراجعة.²²

منظومة الصحة

الملائمة للأطفال. بحلول عام 2014، ساعدت القابلات الماهرات في 91% من الولادات، مقارنةً بنسبة 93% في عام 2005، بما في ذلك في جميع الولادات تقريباً التي تمت في المرافق الصحية. كما ارتفعت معدلات البدء المبكر للرضاعة الطبيعية من 64% في عام 2005 إلى 81% في عام 2014.²⁹ يوجد في رواندا الآن 45,000 من العاملين الصحيين المجتمعيين الذين يقدمون المشورة للأمهات حول ممارسات التغذية المناسبة والولادات الآمنة.

في الهند، نفذت الحكومة الوطنية وحكومات الولايات استراتيجيات متعددة الجوانب لدعم الرضاعة الطبيعية، بما في ذلك البرامج على نطاق واسع، والمبادرات الفعالة لبناء القدرات، والشراكات القوية، والعمل المجتمعي، وحملات الاتصال. ونتيجةً لذلك، ارتفع معدل البدء المبكر للرضاعة الطبيعية من 24.5% في عام 2006 إلى 44.6% في عام 2014. وكانت الزيادة أكبر — من 12.5% في عام 2006 إلى 34.4% في عام 2014 — في الولايات السبع التي سجلت أعلى معدلات وفيات لحديثي الولادة.^{30,31}

توضّح هذه الأمثلة كيف يمكن للبلدان دمج وتحسين جودة تقديم المشورة بشأن الرضاعة الطبيعية داخل المنظومة الصحية لتحقيق نتائج على نطاق واسع. تمكّنت جميع البلدان الثلاثة المذكورة أعلاه من تعزيز قدرة العاملين الصحيين والمرافق الصحية على تقديم تدخلات التغذية. تظهر هذه النتائج الإيجابية فوائد إضفاء الطابع المؤسسي على الرضاعة الطبيعية، وحمايتها، وتعزيزها، ودعمها في مرافق الأمومة، ولا سيما في الأيام الأولى من حياة الطفل.

قد يكون للمرافق الصحية دور رئيسي في تحسين نتائج التغذية، ولكن للأسف تضيع هذه الفرص في كثير من الأحيان. لكي تحقق المنظومات الصحية الوطنية كامل إمكاناتها، تحتاج إلى تقديم خدمات وقائية ورعاية علاجية، وكذلك إلى تبني الممارسات الأسرية



الإيجابية، مثل الرضاعة الطبيعية، التي يمكن أن تعزز نتائج التغذية بشكل ملحوظ. تعدّ كمبوديا ورواندا والهند أمثلة للبلدان التي تضطلع فيها المنظومة الصحية بهذا الدور.

استثمرت كمبوديا بشكل كبير في زيادة الوعي في المجتمعات المحلية، وكذلك في تحسين جودة الرعاية قرب وقت الولادة. ونتيجةً لذلك، تضاعفت النسبة المئوية للولادات التي تتم بواسطة قابلة صحية ماهرة بين عامي 2005–2014 لتصل إلى 89% في عام 2014، بينما ازدادت نسبة الولادات المؤسسية من 22% إلى 83%. ومن الأهمية بمكان ارتفاع معدل البدء المبكر للرضاعة الطبيعية إلى أكثر من عشرة أضعاف بين عامي 1998–2014 ليصل إلى 63%.²⁷ كما ساعد البرنامج أيضاً في وقف الظاهرة المتصاعدة لاستخدام بدائل لحليب الأم للأطفال حديثي الولادة.²⁸

حققت رواندا أيضاً تقدماً كبيراً. فقد نفذت حملة تواصل مكثفة ومستمرة حول ممارسات التغذية، بما في ذلك البدء المبكر للرضاعة الطبيعية، ومبادرة المستشفيات

منظومة المياه والإصحاح

لا تزال التحديات قائمة، ولكن أمكن تحقيق تقدم كبير. تم تعبئة العاملين الصحيين المجتمعيين، وتشكيل نوادي للمياه والإصحاح والنظافة الصحية في المدارس لتمكين الأطفال من الترويج للممارسات الإيجابية. إجمالاً، أمكن توصيل حزم من خدمات التغذية، بما في ذلك مكملات المغذيات الدقيقة، إلى ما يقدر بنحو 922,000 من الأطفال دون سن الخامسة والنساء.

في إثيوبيا، نفذت اليونيسف برنامج المياه والإصحاح والنظافة الصحية للأطفال (Baby WASH) في عام 2017 بهدف حماية الرضع والأطفال الصغار من العدوى الميكروبية أثناء اللعب والتغذية. تضمن البرنامج تواجداً تفاعلياً مع أدوات ومواد إنمائية، بما في ذلك سلسلة دراما إذاعية، وإعلانات للخدمة العامة، ومجموعات نقاش مع الأمهات.

ساعد هذا التدخل على تغيير السلوكيات. فوفقاً لتقرير داخلي للتقييم، ذكر ما يقرب من ثلاثة أرباع الذين استمعوا إلى البرامج الإذاعية وإعلانات الخدمة العامة أنها أحدثت تغييراً. قال حوالي نصفهم إنهم أصبحوا يغسلون أيديهم أكثر من ذي قبل وباستخدام الصابون، بينما توقّف حوالي ربعهم عن التغطّو في العراء. وقد بدأ العمل بالفعل مع وزارة الصحة لتوسيع نطاق هذا النهج ليشمل جميع أنحاء البلاد، بما في ذلك وضع مبادئ توجيهية وطنية ودليل تدريبي، وإطلاق مبادرة تدريب وطنية للمدربين الذين سيقومون على تنفيذ نهج المياه والإصحاح والنظافة الصحية للأطفال في مختلف مناطق البلاد.³²

من خلال التسبب في حالات مثل الإسهال والزحار التي تحرم الأطفال من امتصاص المواد الغذائية، يعدّ سوء مرافق المياه والإصحاح من العوامل الرئيسية لسوء التغذية. يمكن للتحصينات في منظومة المياه والإصحاح والنظافة



الصحية (WASH)، بالإضافة إلى تدخلات التغذية، الاضطلاع بدور حاسم في منع التفرم وغيره من أشكال سوء التغذية. لقد تبنت مثل هذه النهج كل من باكستان وإثيوبيا حيث يعاني هذان البلدان من ارتفاع معدلات التفرم — أكثر من ثلث الأطفال دون سن الخامسة متضررون — وحيث لا يزال الحصول على خدمات الإصحاح الأساسية يشكل شأغلاً كبيراً على المستوى الوطني.

في إقليم السند في باكستان، نفذت اليونيسف باكستان مع شركائها حزمة متكاملة من التدخلات المتعلقة بالمياه والإصحاح والنظافة الصحية والتغذية التي تركز على الألف يوم الحاسمة من حياة الطفل. ركزت أنشطة المياه والإصحاح والنظافة الصحية على الحد من حدوث وشدة العدوى بالاعتلال المعوي البيئي — وهو التهاب مزمن في الأمعاء — وعلى السيطرة عليه. وشملت التدخلات الحفاظ على إمدادات المياه المأمونة، وتشجيع النهج المجتمعية للقضاء على التغطّو في العراء، وتحسين سلوكيات النظافة الصحية، وتطوير قدرات موفري الخدمة.

منظومة التعليم

فقط تقديم التدخلات الخاصة بالتغذية ولكن أيضاً ضمان توفير بيانات ملائمة للتغذية.

في الهند، يظهر برنامج مكافحة فقر الدم لدى المراهقين كيف يمكن لمنظومة التعليم العمل على تعزيز النتائج الخاصة بالتغذية. بدأ البرنامج في عام 2000 من خلال إطلاق تجريبي يستهدف الفتيات المراهقات في 2000 مدرسة حكومية في خمس ولايات. أجرى البرنامج التجريبي

يمكن للتدخلات الغذائية والتغذوية القائمة على المدارس أداء دور رئيسي في تهيئة بيئة توفر وتعزز الأنماط الغذائية الصحية والتغذية الصحية بين الأطفال والمراهقين.³³ من خلال تثقيف الأطفال (وأولياء أمورهم) والتأثير عليهم في اتخاذ خيارات غذائية صحية، يمكن لمنظومات التعليم ليس



10-19 عاماً في 32 ولاية. لأول مرة، تم دمج ما يقرب من 40 مليون صبي في البرنامج. بحلول عام 2016-2017، كان البرنامج الوطني يصل إلى 36% من المراهقين المستهدفين، واتخذت جميع الولايات خطوات رئيسية للحفاظ على استدامة البرنامج. يعدّ هذا البرنامج، الذي تشترك في ريادته وزارة الصحة ورعاية الأسرة، ووزارة التعليم، ووزارة تنمية المرأة والطفل، مثالاً واعداً لطبيعة التنسيق بين مختلف الجهات الحكومية والذي هو أمر أساسي لإقامة نهج فعال لتحسين التغذية مبني على منظومة التعليم.

ثلاثة تدخلات رئيسية: مكملات حديد — حمض الفوليك أسبوعياً، والتغذية والتعليم شهرياً، وإزالة الديدان مرتين في السنة. استفاد من البرنامج 8.8 مليون فتاة بعمر 10-19 عاماً. بعد مرور عام، أبلغ البرنامج عن انخفاض كبير في انتشار فقر الدم المعتدل إلى الشديد.³⁴

بناءً على النتائج الإيجابية للبرنامج والدروس المستفادة منه، أطلقت حكومة الهند البرنامج الأسبوعي الوطني لمكملات الحديد — حمض الفوليك في عام 2012، والذي استهدف 116 مليون مراهق بعمر

منظومة الحماية الاجتماعية

النمط الغذائي.³⁷ أظهرت دراسة نشرتها مجلة لانسييت أن برنامج Bolsa Familia كان حاسماً في الحد من وفيات الأطفال دون سن الخامسة، عن طريق تحفيز الرعاية ما قبل وما بعد الولادة، وحملات التطعيم، وخدمات الصحة والتغذية للأمهات والأطفال.³⁸

وبالمثل، استفادت حوالي 7 ملايين أسرة من برنامج Prospera للتحويلات النقدية المشروطة في المكسيك.³⁹ كانت تغذية الطفل أحد المكونات الرئيسية لهذا البرنامج منذ بدايته، حيث استفادت الأسر المدرجة في البرنامج من خدمات منتظمة للأم والطفل يتم من خلالها رصد الحالة التغذوية للأطفال. تهدف خدمات التغذية إلى تعزيز قدرات الأسر على تناول أنماط غذائية صحية وأمنة وبأسعار معقولة. وحسبما أظهرت الدراسات، ساعد البرنامج على تعزيز التغذية والنمو الأمثل، كما حسّن التنوع الغذائي لدى الأسر والأطفال.^{40، 41}

تثبتت هذه التدخلات واسعة النطاق أهمية منظومات الحماية الاجتماعية الحساسة للتغذية، حيث تساعد البلدان ليس فقط على التخفيف من آثار الفقر، ولكن أيضاً على دعم الأسر في دورها في رعاية الأطفال، وهو جانب أساسي لضمان عادات الأكل الصحية وتحسين تغذية الطفل. ■

تعدّ برامج الحماية الاجتماعية أداة قوية ليس فقط لإخراج الأسر والأطفال من براثن الفقر، ولكن أيضاً لتعزيز تغذية الأم والطفل. يمكن لمجموعة من التدخلات، مثل التحويلات النقدية المشروطة وغير المشروطة، والحصص الغذائية والتغذية



المدرسية أن تساعد جميعاً في الحد من الآثار طويلة الأجل للحرمان وفي تزويد المجتمعات بالوسائل اللازمة للوصول إلى الطعام المغذي والقدرة على شرائه. أثبتت برامج التحويلات النقدية، على وجه الخصوص، فوائدها في تحسين الحالة التغذوية والنتائج الصحية للأطفال.³⁵

نفّذت برامج للحماية الاجتماعية على نطاق واسع في أمريكا اللاتينية، حيث ساعدت البلدان على الحد من الفقر وتعزيز الأمن الغذائي وتحسين النتائج الغذائية للأطفال والشباب والأسر. في البرازيل، على سبيل المثال، وصل برنامج Bolsa Familia (الإعانة الأسرية) الذي أطلق في عام 2003 إلى أكثر من 13 مليون أسرة خلال العقد الأول من تنفيذه، وساهم بشكل كبير في تحقيق تحسينات في الصحة الاجتماعية والعامة.³⁶ ركّز البرنامج بشكل خاص على التغذية، وكان له دور حيوي في مساعدة الأسر ذات الدخل المنخفض على شراء الغذاء، وبالتالي تعزيز جودة وتنوع

يجب إعادة تشكيل منظومات الغذاء من مجرد "إطعام الناس" إلى "تغذية الناس" — وخاصةً الأطفال — بشكل جيد.

وضع الأطفال في صميم منظومات الغذاء

تعدّ منظومات الغذاء الفعالة (انظر الفصل 1) أساسية لتأمين التغذية المأمونة، وميسورة التكلفة، والمستدامة لجميع الأطفال في كل مكان. على الرغم من دورها المركزي، كانت منظومات الغذاء غائبة إلى حد كبير في السياسات والبرامج الخاصة بتغذية الأم والطفل. لحسن الحظ، فإن المواقف والمقاربات آخذة في التغير الآن. هناك اعتراف متزايد في المجتمع الدولي بضرورة إعادة تشكيل منظومات الغذاء من مجرد "إطعام الناس" إلى "تغذية الناس" — وخاصةً الأطفال — بشكل جيد.

شكل إعلان روما بشأن التغذية في عام 2014 إحدى الخطوات المبكرة المهمة في هذا التفكير. منذ ذلك الحين، سلّطت التقارير والدراسات الضوء على جوانب معينة من منظومات الغذاء.⁴² على سبيل المثال، يوضح تقرير صادر عن فريق الخبراء رفيع المستوى بشأن منظومات التغذية والغذاء بالتفصيل الدور الحيوي للبيانات الغذائية في تشكيل الخيارات الغذائية، وكذلك المسارات المحتملة في مختلف أنواع منظومات الغذاء — سواءً التقليدية أو الحديثة أو المختلطة — نحو أنماط غذائية أكثر استدامة وصحية بدرجة أكبر.⁴³

من بين الأفكار الأخرى، أكد الفريق العالمي المعني بالزراعة ومنظومات الغذاء من أجل التغذية على دور أصحاب المصلحة الرئيسيين،⁴⁴ بينما أكد تقرير التغذية العالمي على دور الحكومة وقطاع الأعمال في ضمان دعم منظومات الغذاء والبيانات الغذائية للأنماط الغذائية الصحية.⁴⁵ خلال الأونة الأخيرة، في أوائل عام 2019 تحديداً، سلّطت لجنة EAT-Lancet الضوء على الحاجة إلى تسريع تحويل

منظومات الغذاء من أجل تحقيق، ليس فقط أهداف التنمية المستدامة، ولكن أيضاً أهداف المناخ.⁴⁶

نحتاج الآن إلى توسيع نطاق هذا الزخم لضمان تلبية منظومات الغذاء لاحتياجات الأطفال والشباب. بالنظر إلى المتطلبات الغذائية الفريدة للأطفال، هناك حاجة ملحة لوضع احتياجاتهم في صميم منظومات الغذاء. من بين القضايا الرئيسية التي ينبغي مراعاتها التخيلات لتحسين الخيارات الغذائية في بيئات الغذاء، أي النقاط التي يتفاعل فيها الأطفال والشباب ومقدمو الرعاية مع منظومة الغذاء الأوسع، مثل المتاجر، والأسواق، والمطاعم، ومنافذ الوجبات السريعة، والتسويق، والإعلان. تعدّ أدوار التشريع والتنظيم، والكيفية التي يمكن بها للأعمال التجارية والقطاع الخاص تحسين الدعم للأنماط الغذائية المغذية للأطفال، عناصر حيوية في النهج المنظوماتي.

دعم تحوّل منظومة الغذاء من خلال التشريع

يمكن للتشريع أن يؤدي دوراً أساسياً في تشجيع الخيارات الغذائية الأفضل للأطفال والشباب في نقاط مختلفة من منظومة الغذاء، مثل تنظيم تسويق الأغذية غير الصحية للأطفال وبدائل حليب الأم لمقدمي الرعاية، عن طريق فرض ضرائب على الأطعمة غير الصحية لإنشاء مثبطات سعرية وزيادة الطلب على الأطعمة المغذية وتسهيل الحصول عليها. كما يمكن للتشريع ضمان إتاحة فرص متكافئة في السوق لجميع الشركات.

على سبيل المثال، تعدّ المدونة الدولية لتسويق بدائل حليب الأم (BMS) إطاراً تنظيمياً راسخاً يحمي الرضاعة الطبيعية ويشجعها، مع ضمان الاستخدام السليم لبدائل حليب الأم، عند الضرورة، عن طريق حظر الترويج لها ووضع علامات كافية لتوسيم المنتجات.⁴⁷ (ومع ذلك، فوفقاً لمؤسسة الوصول إلى



شبرين، 16 سنة، في متجرها للبقالة في بنغلاديش.
UNICEF/UN066971/Mawa ©

البلدان، لا سيما بين الأطفال والمراهقين، ويسهم الإفراط في استهلاكها في تكريس الأنماط الغذائية غير الصحية وزيادة الوزن.⁵⁰ وفقاً لتقرير التغذية العالمي، يفرض 59 بلداً نوعاً من الضرائب على المشروبات المحلاة بالسكر.⁵¹

تعدّ مقارنة ضرائب السكر عبر البلدان المختلفة عملية معقدة، حيث قد يتم فرضها على منتجات مختلفة، وعلى مستويات مختلفة، ولأغراض مختلفة. على سبيل المثال، بدأت ماليزيا في الأونة الأخيرة فرض ضرائب على فنتين من المشروبات في عام 2019: المشروبات التي تحتوي على أكثر من 5 غرامات من السكر/ المحليات المضافة لكل 100 مل وعصائر الفاكهة والخضروات التي تحتوي على أكثر من 12 غرام من السكر لكل 100 مل. تعدّ مقارنة ضرائب السكر عبر البلدان المختلفة عملية معقدة، حيث قد يتم فرضها على منتجات مختلفة، وعلى مستويات مختلفة، ولأغراض مختلفة. من السابق لأوانه تقييم وتحليل تأثير وفعالية هذه الضريبة الجديدة بشكل صحيح.⁵²

التغذية، "تواصل أكبر ست شركات لأغذية الأطفال في العالم تسويق بدائل حليب الأم عبر ممارسات تسويقية تقل كثيراً عن المستوى الذي تحدده معايير المدونة".⁴⁸ في أبريل 2018، كان لدى 136 بلداً من أصل 194 بلداً شكلاً من أشكال الإجراءات القانونية على الأقل لمعالجة أحكام المدونة. بذلت عدة بلدان جهوداً كبيرة لمعالجة ممارسات التسويق غير المناسبة للأغذية التكميلية التجارية.⁴⁹ ولكن على الرغم من هذه الجهود، لا تزال معظم البلدان تفتقر إلى استجابة فعالة ومستمرة للتصدي لتسويق بدائل حليب الأم وغيرها من الأطعمة غير المناسبة للرضع والأطفال الصغار.

ضرائب السكر

استجابةً للانتشار السريع لظاهرة زيادة الوزن والسمنة، فرض العديد من البلدان ضرائب على الأطعمة السكرية، حيث كانت المشروبات المحلاة بالسكر (SSBs) الهدف الأكثر شيوعاً. يتزايد استهلاك هذه المشروبات في معظم

يملك القطاع الخاص إمكانات هائلة لتحسين تغذية الأطفال

على نطاق أوسع، يسأط استعراض صدر مؤخراً عن اليونيسف الضوء على الآثار الإيجابية لمثل هذه الإجراءات على استهلاك المنتجات الخاضعة للضريبة في عدة بلدان. ففي المكسيك، على سبيل المثال، انخفض استهلاك المشروبات الخاضعة للضريبة بنسبة 5.5% في عام 2014 و 9.7% في عام 2015،⁵³ بينما انخفض الطلب على مشروبات الكولا بنسبة 6.7% و 6.1% في العامين الأولين من التنفيذ.⁵⁴ كما ذكر تقرير التغذية العالمي لعام 2018 أن بعض الدراسات الرصدية تؤكد أن الضرائب على المشروبات المحلاة بالسكر تحقق نتائج إيجابية.⁵⁵

التوسيم ومعلومات التغذية

تعد التشريعات لوضع معلومات التغذية على واجهة عبوات المواد الغذائية استجابة سياساتية أخرى استخدمتها بعض البلدان. يتيح هذا التوسيم لمقدمي الرعاية والمستهلكين — بمن فيهم الأطفال والشباب — الاختيار بصورة مستنيرة، ويحفز مراجعة تركيبة المنتج. يشير كم متزايد من الأدلة إلى أن توسيم المنتجات الغذائية يمكن أن يساعد المستهلكين على التغلب على العوائق التي تحول دون تلبية تفضيلاتهم الصحية بسبب عدم كفاية المعلومات.⁵⁶ يعتمد التأثير النهائي على سلوك المستهلكين على تفضيلاتهم الغذائية الحالية، ومستوى المعرفة التغذوية لديهم، وكذلك نوع الطعام. عندما تكون علامات التوسيم واضحة وسهلة الفهم وليست مضللة، فإنها يمكن أن تؤثر بشكل إيجابي على خيارات المستهلك. تشير الأدلة إلى أن علامات التوسيم المصممة جيداً تؤثر بشكل إيجابي على جميع المستهلكين بغض النظر عما إذا كانوا أغنياء أو فقراء، أو متعلمين تعليماً عالياً أم لا.⁵⁷ يمكن أن تؤدي علامات التوسيم الغذائية إلى خلق حوافز للمصنعين لإعادة صياغة منتجاتهم لجعلها صحية بدرجة أكبر.⁵⁸

هناك عدة نظم مختلفة لوضع علامات التوسيم الغذائية (انظر الشكل 2-4). يبدو أن التي تمكن المستهلك من

التوصل بسهولة إلى حكم تقييمي حول مدى "صحية" المنتج وسلامته (أو العكس) تبدو فعالة بصورة خاصة في مساعدة المستهلكين على اختيار منتجات ملائمة من الناحية الغذائية. على سبيل المثال، تعدّ العلامات ذات الترميز اللوني أكثر فعالية من علامات النص العادية في توجيه المستهلكين نحو الأطعمة الصحية.⁵⁹ من بين أكثر النظم شيوعاً، غالباً ما يفضل المستهلكون نظام إشارات المرور المتعددة (MTL) لسهولته. ومع ذلك، تشير أدلة حديثة إلى أن العلامات التحذيرية وأساليب المؤشر الموجز (على سبيل المثال مقياس Nutri) ترتبط بقوة أكبر بمشتريات صحية بدرجة أكبر.⁶⁰ قد تكون العلامات التحذيرية بصورة خاصة وسيلة أبسط وأكثر مباشرة لنقل المعلومات الغذائية المهمة إلى المستهلكين.⁶¹⁻⁶²

هناك حجج قوية لتبني مثل هذه العلامات. ربما بنفس القدر من الأهمية، أكدت دراسة حديثة أجريت في مختلف أنحاء أمريكا اللاتينية أنه عند شراء الوالدين الأطعمة لأطفالهم، فإنهم يأخذون بعين الاعتبار معلومات واجهة العبوة (FOP) لمقارنة القيمة الغذائية للمنتجات، ويبحثون عن نظم للتوسيم يسهل فهمها وتفسيرها.⁶³

دور القطاع الخاص

يتمتع القطاع الخاص بإمكانيات هائلة لتحسين تغذية الأطفال. للجهات الفاعلة في القطاع الخاص — من صغار الملاك إلى الشركات الصغيرة والمتوسطة (SMEs) وصولاً إلى شركات الأغذية متعددة الجنسيات — دور توديه في تحويل منظومات الغذاء العالمية والمحلية. يمكن أن تقلل قدرات وإجراءات القطاع الخاص على امتداد سلسلة القيمة — مثل التخزين البارد، والتعبئة المحسنة، والإغناء، وبعض أشكال المعالجة — من فقدان المغذيات وتحسين سلامة الأغذية وتقديم المزيد من الأطعمة الغنية بالمغذيات إلى الأسر.⁶⁹ هذا مهم بصورة خاصة في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل،

إضاءة:

جهد رائد في توسيم المنتجات الغذائية

فائضاً من الصوديوم والسكر والدهون المشبعة في المدارس؛ وإدخال الأنشطة التي تسهم في تطوير عادات الأكل الصحية ونمط الحياة النشط في جميع المدارس.⁶⁵

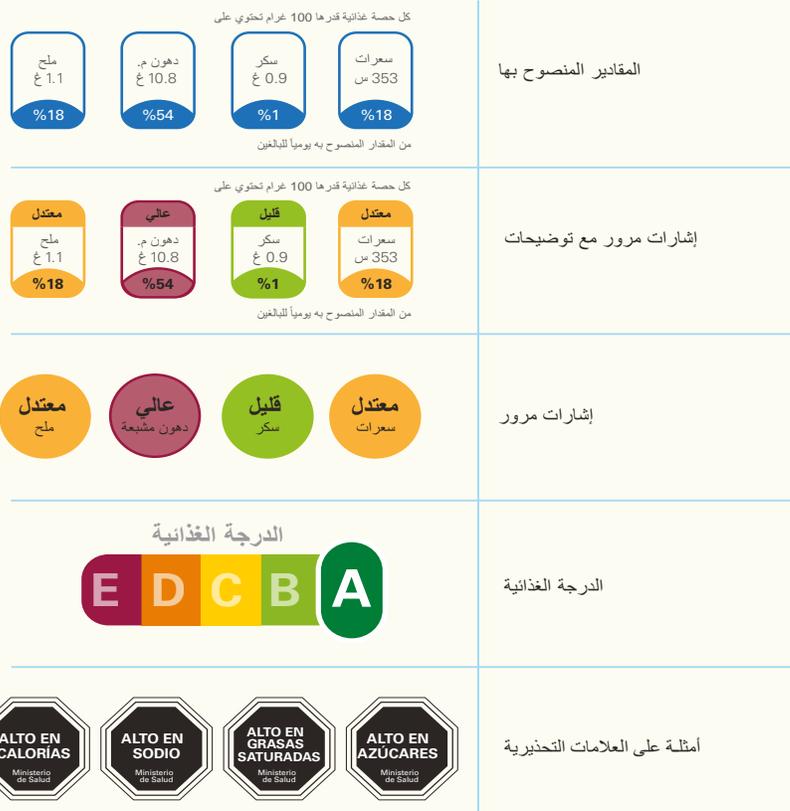
تتميز العلامات التحذيرية الجديدة بصيغة ملفتة للنظر: أحرف بيضاء على مئمن أسود، وتحذر المستهلكين من أن المنتج يحتوي على نسبة عالية من السعرات الحرارية، أو الصوديوم، أو السكر، أو الدهون المشبعة (انظر الشكل 2-4).

تشير تقييمات القانون الجديد وتنفيذه إلى أن الجمهور، وخاصة الأطفال، يدعون هذه الرسائل الجديدة ويفهمونها بسهولة.⁶⁶ يأخذ معظم المستهلكين العلامات التحذيرية على المنتجات الغذائية على محمل الجد ويفضلون شراء الأطعمة التي تحمل علامات أقل أو بدون علامات. تمثل غالبية المدارس للوائح، مما ينشئ بيئات صحية بدرجة أكبر وخالية من الإعلان أو التسويق للأطعمة غير المناسبة، كما توفر أغذية صحية تحتوي على العناصر الغذائية المهمة ومساحات أكبر للأنشطة البدنية.⁶⁷ أعاد عدد من الصناعات صياغة تركيبات منتجاتها الغذائية من أجل البقاء دون الحدود التي وضعت بشأن المكونات غير الصحية.⁶⁸

في مواجهة الانتشار المتزايد باضطراد لظاهرة زيادة الوزن في تشيلي، والتي تؤثر الآن على ما يقرب من نصف أطفالها، أطلقت البلاد برنامجاً شاملاً لمحاولة تحسين البيئات الغذائية للأطفال، بهدف تشجيع ودعم الأطفال والشباب ومقدمي الرعاية لاتخاذ قرارات صحية.

تشمل المبادرات الرئيسية السياسة الوطنية للغذاء والتغذية، والتي تنص على الحق في غذاء جيد، وملائم ثقافياً، ويدعم الصحة الجيدة والرفاه.⁶⁴ وتشمل الإجراءات الأخرى قانوناً جديداً ومبتكراً لوضع علامات التوسيم على الأغذية بهدف حماية تغذية الأطفال من خلال تعديل بيئات الطعام، وتشجيع اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن الغذاء، وخفض استهلاك فائض الصوديوم والسكر والدهون المشبعة.

يعالج القانون خمسة مجالات رئيسية: استحداث علامات تحذيرية جديدة على واجهات العبوات (FOP)؛ فرض قيود على الإعلانات عن الأغذية — وخاصة تلك الموجهة للأطفال دون سن 14 سنة؛ دمج رسائل في الإعلانات عن الأغذية تعزز عادات نمط الحياة الصحية؛ فرض قيود على بيع المواد الغذائية المتضمنة



يمثل فشل المنظومة الغذائية في تقديم طعام صحي للأطفال فشلاً لنا جميعاً

حيث تكثر الشركات الصغيرة والمتوسطة، ويعدّ الإصحاح وفقدان الغذاء من الشواغل الرئيسية.⁷⁰

في العديد من السياقات، يستحوذ اللاعبيون الكبار في القطاع الخاص على حصة متزايدة من السوق مما يمنحهم قدرة هائلة على تعزيز أو تقليل القيمة الغذائية للأطعمة، وتعّد معالجة الأغذية المفتاح لذلك. معالجة الأغذية ليست سبباً بحد ذاتها — فقد استخدمتها المجتمعات البشرية لآلاف السنين لتحسين سلامة الأغذية، وزيادة قيمتها الغذائية، وتقليل قابليتها للتلف. ومع ذلك، يمكن من خلال المعالجة أيضاً إزالة العناصر الغذائية الأساسية، وإضافة الدهون المشبعة الضارة والدهون المتحوّلة والسكر والملح.⁷¹ كما ذكر في الفصل 3، هناك أسباب تدعو للقلق بصورة خاصة بشأن النمو السريع في استهلاك الأطعمة فائقة المعالجة التي تخفق في كثير من الحالات في تلبية الاحتياجات الغذائية للأطفال.

الإلتزامات والمساءلة

يمثل فشل منظومة الغذاء في تقديم طعام صحي للأطفال فشلاً جماعياً. ولذلك يتطلب تصحيحه عملاً جماعياً من جهات تضم الحكومات، والأسر، والمجتمع المدني، والقطاع الخاص، وغيرها. مع نمو دور الشركات الكبيرة في منظومات الغذاء العالمية، هناك حاجة إلى ضمان اضطلاعها بدور إيجابي في الترويج لأطعمة مغذية، وآمنة، وميسورة التكلفة، ومستدامة، والوفاء بالتزاماتها تجاه أطفال العالم وأسرهم.

إشراك قطاع الأعمال

شددت الآليات المختلفة للحكومة على الحاجة إلى إشراك القطاع الخاص في تحسين التغذية في السنوات الأخيرة، وإلى وجود قواعد واضحة المعالم للمشاركة من أجل تحسين النتائج التغذوية للأطفال. في وقت مبكر من عام

2004، أقرّت الجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية الاستراتيجية العالمية بشأن الأنماط الغذائية والنشاط البدني والصحة، والتي أشارت إلى أن القطاع الخاص يمكن أن يكون طرفاً فاعلاً مهماً في تعزيز الأنماط الغذائية الصحية. كما سلّطت الاستراتيجية الضوء على الدور الهام لصناعة الغذاء في تقليل محتوى الدهون والسكر والملح في الأطعمة المصنّعة، ومراجعة ممارسات التسويق، وتوفير خيارات صحية ومغذية بدرجة أكبر للمستهلكين.⁷²

في عام 2015، أطلق الأمين العام للأمم المتحدة الاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل والمراهقين من أجل تعزيز التأثير المحتمل لأهداف التنمية المستدامة. سلّطت هذه الاستراتيجية الضوء على أهمية مجتمع الأعمال في تعزيز تغذية أفضل وأطعمة صحية بدرجة أكبر.⁷³ ومع ذلك، أوصت اللجنة المستقلة للمساءلة، التي أنشئت لدعم الاستراتيجية، الحكومات بتنظيم صناعة الأغذية والمشروبات واعتماد اتفاقية عالمية ملزمة لتشجيع إنتاج الأطعمة الصحية، وتقليل المحتوى غير الصحي، والتحكم في تسويق الأغذية غير الصحية للأطفال.⁷⁴ وبالمثل، دعا تقرير لجنة القضاء على السمنة لدى الأطفال إلى إيجاد بنية للحكومة يشارك فيها القطاع الخاص بفعالية ويخضع للمساءلة في تنفيذ التدخلات.⁷⁵

وقد سبق أن أعربت صناعة الغذاء نفسها عن التزام رسمي بالعمل نحو تحسين الأنماط الغذائية، والتغذية، والنتائج الصحية. على سبيل المثال، في مايو 2018 أعرب التحالف الدولي للأطعمة والمشروبات عن التزامه رسمياً بالتوافق مع هدف منظمة الصحة العالمية المتمثل في القضاء على الدهون المتحوّلة المنتجة صناعياً في إمدادات الغذاء العالمية بحلول عام 2023.⁷⁶

ثبت أن إخضاع شركات الأغذية والمشروبات للمساءلة بشأن التزاماتها ورصد التقدم الذي تحرزه نحو تحقيق

هناك العديد من التحديات التي تواجه تعبئة الجهود والخضوع للمساءلة في القطاع الخاص. تتنافس الأهداف الغذائية للأطفال والشباب مع المصالح التجارية الراسخة لتخلق عوائق قوية أمام تحقيق تحوّل ملموس. تشير دراسة نشرتها مجلة لانسييت مؤخراً حول السمنة إلى أنه رغم تحديد العديد من الإجراءات القائمة على الأدلة والتوصيات بشأن السياسات، إلا أنها لم تترجم إلى إجراءات ذات مغزى بسبب المصالح التجارية الراسخة وعدم كفاية الطلب من الجمهور. وقد أكدت لجنة لانسييت على الحاجة إلى الحد من تأثير المصالح التجارية الكبيرة في وضع السياسات، مما يسمح للحكومات بتنفيذ سياسات فعالة.⁸¹

يتحمل القطاع العام والخاص مسؤولية مشتركة للاستجابة وإيجاد طرق جديدة لتوفير أنماط تغذية صحية وتغذية جيدة للأطفال: ينبغي أن تكون هذه الاستجابة مستدامة، وأن تقود إلى تغيير عميق في النظام الحالي.

الأهداف المعلنة كان يمثل تحدياً في الماضي. على سبيل المثال، تشير الخبرة السابقة في مجالات مثل تسويق المواد الغذائية للأطفال إلى أن التزامات صناعة الأغذية غير مكتملة، وتفترق إلى الطموح، ولا يتم الالتزام بها دائماً بشكل صارم.^{77، 78}

يتطلب ضمان الخضوع للمساءلة تنسيقاً قوياً بين القطاعين العام والخاص. يعدّ تحقيق أنماط غذائية أفضل للأطفال مسؤولية مشتركة لا تقتصر فقط على إقرار أصحاب المصلحة بمسؤوليتهم عن العمل من أجل تغذية أفضل للأطفال، ولكنها تشمل أيضاً مراجعة الممارسات الحالية التي قد تعوق التقدم. يضطلع التشريع والتنظيم بدور مهم، ولكن يمكن للحكومات أيضاً تقديم حوافز للشركات لزيادة الطلب على الغذاء الصحي وتوفيره.⁷⁹ عادةً ما تفضل الشركات النهج الأخير، وتتوفر أدلة على أن نهج الجزرة والعصا هذا أثبت نجاعته.⁸⁰



فتاة في مدرسة هوا نجاى الابتدائية، في مونغ تشا، ديان بيان، فيتنام، تحمل صينية الغذاء التي غسلتها بعد تناولها طعام غداء مُغزّ في المدرسة.

مقالة رأي

يجب على على شركات الأغذية حثّ الخطى لمعالجة أزمة التغذية العالمية



بقلم: إنغري كاور، المديرية
التنفيذية لمؤسسة تيسير
الحصول على الغذاء

وقد صمّمنا المؤشر العالمي ليسر الحصول على الغذاء لتتبع إسهامات شركات الأطعمة والأشربة في التصدي لتحديات العالم الغذائية، ولنشجعهم على فعل المزيد.

وقد كان أثر المؤشر جلياً، فقد كُنّفت العديد من الشركات منذ إنطلاقه عام 2016 من جهودها الرامية إلى تشجيع المستهلكين على اعتماد أنظمة غذائية أفضل، وجرى ذلك إلى حدّ كبير عن طريق اعتمادها سياسات تجارية أفضل، وشفافية أكبر في تقديم المعلومات. كما زادت بعض الشركات من جهودها في مضمّار معالجة فقر التغذية، إمّا عن سبيل الإنفاق الخيري أو عن طريق نشاطها التجاري نفسه، مثلاً بتدعيم بعض أنواع الأطعمة التي تبيعها.

إلا أنّ النتائج التي عاد بها إطلاق المؤشر وإنّ كانت مباشرة، فإنّها تظهر أيضاً أنّه ما زال أمامنا شوطٌ كبيرٌ لنقطعه، حيث ارتفع متوسط عدد النقاط المسجّل عموماً، وإنّ كان ما يزال منخفضاً جدّاً، من 2.5 إلى 3.3 من 10، في حين حصلت تسع شركات على مجموع نقاط قدره 5 أو أكثر، مقارنةً بـ 2 فقط عام 2016. ورغم ذلك فقد أظهر المؤشر لعام 2018 أنّ المجال ما يزال كبيراً لتحسين الجودة الغذائية لمنتجات الشركات، فقد كشف (ملف المنتج)، الذي يقيس مقدّار صحّة منتجات الشركات في 9 بلدان، عدم إمكانية تصنيف سوى أقلّ من ثلث المنتجات الـ 23,000 ألفاً التي شملها المسح تحت خانة المنتجات الصحية.

يؤثر الطعام والشراب الذي يتناوله الأطفال في صحتهم وعافيتهم في حاضرهم ومستقبلهم. فالبدانة والأمراض الأخرى المرتبطة بنوع الطعام المستهلك من جهة، والتقزم والهزال والضعف وحتى اكتساب العدوى من جهة أخرى، كلّها يعود مردها إلى سوء التغذية. وقد ألقت أزمة التغذية العالمية بعبء ثقيل على قطاع الخدمات العلاجية مهددةً بذلك إمكانية تحقيق أهداف الأمم المتّحدة للتنمية المستدامة. ويبرز هنا الدور المحوري الذي يوسع القطاع الخاص النهوض به للتصدي لهذه الأزمة العالمية.

إذ أنّ لمصنعي الأطعمة والأشربة أثراً كبيراً في نوع الطعام الذي يتناوله المستهلكون، حيث يزداد إقبال المستهلكين على شراء الأطعمة والأشربة المعلّبة كلّما ازداد دخلهم، الأمر الذي يقف وراء النمو الذي شهده قطاع إنتاج الأطعمة والأشربة، لا سيما في الأسواق النامية، التي شهدت نمواً اقتصادياً فاقت سرعته سرعة نمو الاقتصادات الناضجة بخمس مرّات. وتُنشّط الشركات المصنّعة للأطعمة والأشربة الاثنان وعشرون الأضخم عالمياً، والتي يعاينها مؤشر 2018 لمؤسسة تيسير الحصول على الغذاء، في أكثر من 200 بلد، وتحقّق مبيعات قدرها قرابة الـ 500 مليار دولار أميركي.

إنّنا في مؤسسة تيسير الحصول على الغذاء نعتقد بأنّ لهذه الشركات دوراً مهماً عليها القيام به للتصدي لتحديات العالم الغذائية، وللأمراض الناجمة عن التغذية الرديئة. كما أنّنا على قناعة بأنّ الشركات التي تعتمد استراتيجيات متكاملة للغذاء العالمي تلحظ مع مرور الوقت تحسناً في أدائها التجاري.

مديرة تنفيذية لمؤسسة تيسير الحصول على الغذاء على جميع مناشط المؤسسة، بما فيها التعاون مع الشركاء الخارجيين وأصحاب المصلحة، كما أنّها عضو في مجلس إدارة المؤسسة. أما قبل انضمامها للمؤسسة فقد كانت إنغري شريكة في وكالة "بور و كرون" الهولندية للاستشارات الإدارية، كما أنّها شغلت مناصب إدارية رفيعة في وكالة "بورت نوفيلى" العالمية للعلاقات العامة، وعملت مستشارة للعديد من الشركات الصناعية للأطعمة والأشربة في مجال الممارسات الاجتماعية المسؤولة وقضايا السعنة التجارية.



© UNICEF/UNI183010/Quintos

لمؤشر عام 2018، إلا أن المؤشر العالمي لعام 2018 اكتشف أن جميع شركات أطعمة الأطفال التي عاينها ما تزال مخالفة لهذه القواعد، حيث يظهر البحث المعمق الذي أجريناه في تايلاند و نيجيريا مثلاً عدداً كبيراً من المخالفات والتي شوهت على نحو كبير في العروض الترويجية المنصوبة فزب صناديق الحساب في المتاجر، و التي تعود ملكيتها لتجار التخزئة الكبار على الانترنت. إن على شركات أطعمة الأطفال أن تكفل أن سياساتها التسويقية مطابقة للقواعد الدولية بحذافيرها، وأنها تطبق على نحو كامل وشامل في جميع البلدان- النامية منها والمتقدمة- وعلى جميع المنتجات، بما فيها حليب الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين السنة والستين. كما أن بوسع الشركات دعم الرضاعة الطبيعية عن طريق اعتماد دوام وترتيبات مرنة ومعينة للأمهات المرضعات من موظفيهم، وتقديم إجازات أمومة أفضل، ومرافق لإعانتهم على استحلاب وتخزين الحليب.

حتى تدعم التغذية الحسنة للأطفال، فإن على شركات الأطعمة أن تكثف من جهودها لتسويق المنتجات الصحية، وأن توفر عدداً أكبر من المنتجات المناسبة لاستهلاك الأطفال. فحينها، وحينها فقط، ترقى إلى المستوى المأمول منها وتسهم في تحقيق هدفي القضاء على الجوع، والتأسيس لأنماط حياة صحية، المدرجين تحت أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة. ■

و إننا إن عابنا عن كذب ما تقوم به هذه الشركات في مضمار تحسين غذاء الأطفال، فإن مؤشر عام 2018 يظهر بغض الجوانب التي تبعث على القلق، حيث لم يلتزم إلا 14% من المنتجات فقط بالتعليمات الغذائية الصادرة عن فرع منظمة الصحة العالمية الإقليمي لأوروبا بشأن تسويق أطعمة الأطفال، و لم تشكل المنتجات التي تطابق المعايير الصحية الملائمة للتسويق للأطفال أكثر من 50% من المنتجات المعروضة في أي من الكنتيات الدعائية للشركات، كما أن سياسات معظم الشركات المتعلقة بالتسويق المسؤول للأطفال كانت قاصرة، و لم تشمل، على سبيل المثال، جميع الوسائل الإعلانية، بما فيها الإعلانات المنشورة على الانترنت، و لم تطبق بحق الأطفال الذين تجاوزوا ال 13 من عمرهم، حيث لم تقم إلا شركة واحدة بتطبيق سياسة التسويق المسؤول على جميع الأطفال حتى سن ال 18، و هي السياسة المثلى. هذا ويؤصي مؤشر ال 2018 الشركات بإيقاف الإعلانات التي لا تراعي توصيات منظمة الصحة العالمية سواءاً على الانترنت كانت أم خارجها.

أما تسويق بدائل لبن الأم فقد كان المجال الآخر الذي برزت فيه الحاجة لتحرك الشركات، حيث تصرّح الشركات بالتزامها بالقواعد الدولية لتسويق بدائل لبن الأم، حتى أن بعضها قد عزّز من سياساته في هذا الصدد استجابة

التدخلات الرامية إلى تعزيز الأكل الصحي وأنماط الحياة الصحية تكون أكثر فعالية واستدامة عندما تعزز مشاركة المجتمع المحلي

استجابات المجتمع المدني والمجتمعات المحلية

يمكن أن تضطلع المجتمعات المحلية ومنظمات المجتمع المدني بدور مهم في تعزيز تغذية الطفل بشكل أفضل، بما في ذلك عن طريق تمثيل أصوات الفئات المهمشة (مثل صغار الملاك، وأطفال السكان الأصليين، والنساء)، ومساءلة الحكومة وقطاع الأعمال، وخدمة الاحتياجات الغذائية لمجتمعاتهم بصورة مباشرة.⁸²⁻⁸³ على وجه التحديد، أشارت سلسلة لانسييت حول تغذية الأم والطفل (2013) إلى أربعة أدوار رئيسية لمنظمات المجتمع المدني تستطيع من خلالها:

- ◀ الدعوة وطنياً وعالمياً للأولويات والإجراءات الغذائية.
- ◀ ضمان المساءلة عن نوعية خدمات التغذية ومدى التغطية التي توفرها.
- ◀ إنتاج المعرفة الخاصة بالسياق الوطني حول أسباب سوء التغذية والحلول الممكنة.
- ◀ تنفيذ البرامج الغذائية وتوفير المنصات لتقديم الخدمات.⁸⁴

يتمثل أحد الشواغل بشأن دور منظمات المجتمع المدني في الأدلة المتوفرة على أنه، في بعض الحالات، تم تأسيس مجموعات للمصالح الخاصة لإنشاء منظمات مجتمع مدني مزيفة — وهي ممارسة يطلق عليها الدعاية الشعبية الزائفة (astroturfing). تتقمص هذه المجموعات مظهر جهد شعبي على مستوى القاعدة يدعم جداول أعمال الشركات، على سبيل المثال من خلال تحدي فرض ضرائب الصودا.⁸⁵

التغيير من أعلى إلى أسفل ومن أسفل إلى أعلى

تكون الاستجابات المجتمعية لسوء التغذية إما من أعلى إلى أسفل أو من أسفل إلى أعلى. في الاستجابة من أعلى إلى أسفل، يجري تعبئة المجموعات المحلية لتنفيذ تدخلات مجتمعية، مثل حملات التثقيف وتغيير السلوك، والاستجابة لحالات الطوارئ. في كثير من الحالات، يجري تخطيط هذه التدخلات وتصميمها على المستوى الوطني، ولكن تنفيذها من قبل مجموعات محلية يعزز شراعتها وشفافيتها. هناك أدلة تشير إلى أن التدخلات الرامية إلى تعزيز الأكل الصحي وأنماط الحياة الصحية تكون أكثر فعالية واستدامة عندما تعزز مشاركة المجتمع المحلي وتأخذ خصائص السياق المحلي في الاعتبار.⁸⁶

يمكن أن تشمل الاستجابات من أسفل إلى أعلى الدعوة من قبل منظمات المجتمع المدني الشعبية من أجل تغيير منهجي وأساسي في منظومة الغذاء. من بين القضايا التي تتبناها منظمات المجتمع المدني على مستوى القواعد الشعبية: الجوع وسوء التغذية، لا سيما لدى الأطفال، والحفاظ على التربة والمياه، والحد من هدر الغذاء، والحق في الغذاء، والإنتاج المحلي للغذاء، والزراعة الحضرية، وتنظيم استخدام الكائنات المحورة وراثياً، وإصلاح الممارسات التجارية، ودعم حقوق الشباب والنساء والشعوب الأصلية. في الجنوب العالمي، برزت "السيادة الغذائية" كقضية رئيسية لمنظمات المجتمع المدني على مستوى القاعدة الشعبية. يتلخص المبدأ الأساسي لهذه القضية في أن "للمجتمعات الحق في تحديد سياساتها الغذائية والزراعية".⁸⁷

يعمل العديد من منظمات المجتمع المدني والحركات الاجتماعية الأخرى على إصلاح منظومة الغذاء وتحسين التغذية. فعلى سبيل المثال، يعزز منتدى الصيادين الباكستاني حقوق مجتمعات الصيد وتمكينها، ويعمل على حماية سبل عيشهم من خلال سياسات وممارسات

إضاءة:

البقاء على قيد الحياة والازدهار في بيرو

للأطفال، وضمان الوصول إلى الخدمات الصحية والتغذية، ونشر المعرفة حول التغذية وممارسات الرعاية الأخرى.

ومع ذلك، فحرب بيرو ضد سوء التغذية لم تضع أوزارها بعد. هناك مخاوف بشأن استمرار انتشار أشكال الجوع المستتر، وخاصة فقر الدم الناجم عن نقص الحديد، وتفشي زيادة الوزن بشكل مضطرب. جمعت مشاورات لأصحاب المصلحة نظمتها اليونيسف في بيرو في نوفمبر 2018 ممثلين عن الحكومة، والأوساط الأكاديمية، ومنظمات المجتمع المدني للتفكير في استراتيجيات لمواصلة مكافحة جميع أشكال سوء التغذية. أقر المشاركون بالتحديات الجديدة المتمثلة في استمرار سوء التغذية وزيادة الوزن، وركزوا على دور القطاع العام في تنسيق السياسات والاستراتيجيات والبرامج، وكذلك الحاجة إلى التنسيق المستمر بين القطاعات وتأمين التمويل الكافي. ■

عندما ولدا في عام 2000 في مجتمع هاناك تشوكييامبا الذي يقع في جبال الأنديز في بيرو، كان كل من خوسيه أبادياس وخوسيه أبراهام يعانون من نقص الوزن. اليوم، أصبح هذا التوأم مراهقين يتمتعان بصحة جيدة ويستعدان للالتحاق بالجامعة. يعكس التحول الذي تحقق لهذا التوأم نجاح بيرو الأوسع نطاقاً في مكافحة نقص التغذية. في عام 2000، كان طفل واحد من بين كل ثلاثة أطفال في بيرو يعاني من التقزم؛ أما اليوم، وبفضل تدخلات مثل برنامج البداية الجيدة⁹⁵، الذي استفاد منه هذا التوأم، انخفض معدل انتشار هذا الداء إلى 12.9% فقط.

يعكس نجاح بيرو في مكافحة نقص التغذية جهداً سياسياً وطنياً حازماً، وتنسيقاً بين القطاعات، ونظاماً فعالاً للميزنة والرصد يقوم على النتائج. كما كان للقيادة المجتمعية أيضاً دور أساسي. في مجتمع هاناك تشوكييامبا، أكد الزعيم المحلي ووالد التوأم، إيجيديو ساتارورا، على الأهمية المحورية للعمل المجتمعي في رصد الحالة التغذوية

Josué Abdías and Josué Abraham with their parents in the Hanaq Chuquibamba community in Peru. © UNICEF/ Vilca 2019



(SUN) شبكة مجتمع مدني تشمل عضويتها أكثر من 2,000 منظمة محلية لتعزيز التحالفات ودعم أنشطة التغذية في البلدان الأعضاء بالحركة.⁹³ تتوفر لدى لجنة الأمم المتحدة للأمن الغذائي العالمي آلية مجتمع مدني توفر مجالاً شاملاً للجميع لضمان تمثيل المجتمع المدني في المناقشات الأوسع للسياسات.⁹⁴

خاتمة

الأدلة في هذا الفصل واضحة: في جميع أنحاء العالم، هناك أمثلة لا حصر لها من المبادرات الكبيرة والصغيرة على حدٍ سواء التي تساعد على تحسين تغذية الأطفال. ومع ذلك، فإن استمرار الخسائر المتمثلة في التقزم والهزال والجوع المستتر، وارتفاع أعداد الذين يعانون من زيادة الوزن، توضح أيضاً أنه لا يزال هناك الكثير مما ينبغي القيام به. إذا أردنا مواجهة تحدي سوء التغذية بشكل كامل، فسنحتاج إلى نهج متصاعد يضع حقوق تغذية الأطفال في صميم منظومات الغذاء ويعطي الأولوية لنتائج التغذية في المنظومات الرئيسية الأخرى. يحدد الفصل التالي والأخير من هذا التقرير كيفية القيام بذلك عن طريق تحديد خمسة مبادئ رئيسية لتعبئة الحكومات، وقطاع الأعمال، والمجتمع المدني لإحداث تغييرات تحويلية في تغذية الأطفال في القرن الحادي والعشرين. ■

الصيد المستدامة.⁸⁸ تعدّ حركة العمال الريفيين المعدمين (MST) أكبر حركة اجتماعية في أمريكا اللاتينية. عملت الحركة لأكثر من 30 عاماً لتحقيق مبادئ الإصلاح الزراعي والسيادة الغذائية في البرازيل.⁸⁹ تسعى منظمات المجتمع المدني المحلية لإصلاح منظومات الغذاء الحديثة في البلدان مرتفعة الدخل. ففي المملكة المتحدة، على سبيل المثال، نجحت منظمات المجتمع المدني في تشجيع التجارة العادلة، وترخيص المنتجات العضوية، والتّهج البيئية، والزراعة الدائمة، وحركات الغذاء المحلي والبطيء.⁹⁰

يمكن أن تضطلع منظمات المجتمع المدني أيضاً بدور رئيسي في تعزيز التغذية في المنظومات الأخرى غير منظومات الغذاء. على سبيل المثال، في منظومة التعليم، قد تسهم منظمات المجتمع المدني في صياغة سياسات بشأن البيئات المدرسية المشجّعة على السّمنة، والتغذية المدرسية، والتثقيف في مجال التغذية. في قطاع الحماية الاجتماعية، قد تعمل تلك المنظمات على ضمان حصول الأطفال من المجتمعات المهمّشة على الخدمات الأساسية. كما نشطت منظمات المجتمع المدني في جهود الدعوة إلى وضع خطط يقودها المجتمع لتحسين خدمات المياه والإصحاح.

رغم إمكاناتها للمساهمة في تحسين تغذية الأطفال، واجهت منظمات المجتمع المدني صعوبات في المشاركة في صياغة السياسات وحالفها قليل من النجاح نسبياً في مجال مساءلة الحكومات والقطاع الخاص.^{91, 92} ومع ذلك، هناك حالات تم فيها إدراج منظمات المجتمع المدني ضمن حوارات وطنية ودولية لتحديد الأولويات ووضع السياسات الغذائية. تضم حركة تعزيز التغذية



قسم خاص:

تأثير تسويق المواد الغذائية على أنماط تغذية الأطفال

بعيداً عن كونها مجرد تفضيل شخصي بسيط، تتأثر خيارات الطعام الفردية وعادات الأكل بشكل كبير بالبيئة الغذائية — وهي مزيج من العوامل التي تشمل توافر الغذاء، وسهولة الوصول إليه، والقدرة على تحمل تكلفته، وأفضليات اختياره. يعدّ تسويق الأغذية أحد العوامل المهمة في البيئة الغذائية التي تؤثر على سلوك المستهلك والنمط الغذائي للطفل.

على الإعلان عن الأغذية غير الصحية 30 مرة عن إنفاق الحكومة على عادات الأكل الصحية.¹⁰⁰ وجدت دراسة حديثة أجريت في 22 بلداً أن لكل إعلان عن الأطعمة الصحية، كان هناك أربعة إعلانات تروج لأطعمة غنية بالدهون والسكر والملح — وكان تسويق هذه المنتجات غير الصحية أكثر شيوعاً أثناء وقت الذروة المشاهدة من قبل الأطفال.¹⁰¹ على الصعيد العالمي، يتعرض الأطفال لكمّ ضخم من التسويق للأطعمة والمشروبات غير الصحية، رغم تنفيذ مبادرات للتنظيم الذاتي من قبل صناعة الأغذية.

كما يمثل التسويق داخل المتجر (تسويق التجزئة) أيضاً تهديداً كبيراً للأطفال. فقد أظهرت دراسة أجريت مؤخراً في المكسيك استخدام المتاجر أساليب معيّنة داخل المتجر لغرض محدد هو جذب الأطفال إلى الأطعمة غير الصحية، بما في ذلك، على سبيل المثال، وضع المنتجات بمستوى عيون الأطفال، والترويج بمنح جوائز، واستخدام شخصيات سينمائية وكرتونية مرخصة.¹⁰²

تمثل البلدان منخفضة الدخل فرصة غير مسبوقة لمنتجاتي ومسوقي الأطعمة المصنّعة فائقة المعالجة والوجبات السريعة والمشروبات المحلاة بالسكر. من عام 2011 إلى عام 2016، نمت مبيعات الوجبات السريعة بنسبة 254% في الأرجنتين و 113% في الهند و 83% في فيتنام و 64% في مصر.¹⁰³ يعدّ التسويق الرقمي أكثر فعالية وانتشاراً من الأساليب التقليدية التي تستخدم التلفزيون والطباعة، مما يثير مخاوف بشأن آثار تسويق المواد الغذائية. وجد تحليل أجري في أوروبا أن الجمع ما بين التسويق عبر الإنترنت ووسائل الإعلام الأخرى أدى إلى زيادة العائد بنحو 70% مقارنةً بإعلانات التلفزيون والسينما.¹⁰⁴ على الصعيد العالمي، يقدر أن واحداً من كل ثلاثة من مستخدمي الإنترنت هم من الأطفال. في البلدان الأقل نمواً، غالباً ما يتم الوصول إلى الإنترنت

عبر البلدان مرتفعة ومتوسطة ومنخفضة الدخل، أصبح الأطفال يتعرضون بشكل متزايد وفي كل مكان لاستراتيجيات للتسويق ذات تأثير قوي. للإعلانات، وتغليف المواد الغذائية الجذّاب الأطفال، وحملات الدعاية الرقمية كلها تحفّز تفضيل الأطعمة غير الصحية واستهلاكها — وخاصةً الوجبات السريعة، والأطعمة فائقة المعالجة الغنية بالملح والسكر و/ أو الدهون، والمشروبات المحلاة بالسكر. يتأمر كل ذلك لزيادة مخاطر زيادة الوزن بين الأطفال.

وفقاً للجنة منظمة الصحة العالمية المعنية بإنهاء السمنة لدى الأطفال لجنة (ECHO)، يرتبط تسويق الأغذية ارتباطاً مباشراً بانتشار زيادة الوزن والسمنة باضطراد وما يتعلق بذلك من أضرار على صحة الأطفال وتغذيتهم: "هناك دليل لا لبس فيه على أن تسويق الأطعمة غير الصحية والمشروبات المحلاة بالسكر يرتبط بسمنة الأطفال."⁹⁶ على سبيل المثال، أظهرت دراسة مسحية للأطفال الأستراليين بعمر 10-16 عاماً أن أولئك الذين انخرطوا بصورة أكبر في مشاهدة محتوى غذائي عبر الإنترنت، وخاصةً إعلانات الفيديو، كانوا أكثر عرضةً لتناول طعام غير صحي.⁹⁷ حدّدت عدة مراجعات منهجية أخرى مدى وطبيعة وتأثير تسويق الأغذية على الأطفال، وقد أكدت المراجعات اللاحقة هذه النتائج.⁹⁸

تواجه الجهود التي تبذلها الحكومات والمجتمع المدني لتعزيز الأنماط الغذائية الصحية في البلدان مرتفعة الدخل تحدياً كبيراً. فتسويق الأغذية غير الصحية يفوق الإنفاق على تسويق الغذاء الصحي أو الترويج للأغذية الصحية في أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية. في عام 2012، بلغ ما أنفق على الإعلان عن الوجبات السريعة في الولايات المتحدة أكثر من 12 ضعفاً لإجمالي الإنفاق على إعلانات الحليب، والماء، والخضروات، والفواكه مجتمعة.⁹⁹ في المملكة المتحدة، يزيد الإنفاق



البيكسا، 8 سنوات، وكوستا، 12 سنة، يلعبان العاباً على هواتفهم المحمولة في بغداد، صربيا. تُضخّم الوسائط الرقمية مدى وصول تسويق الأطعمة غير الصحية للأطفال وتأثير ذلك عليهم. © UNICEF/UN040855/Bicanski

من خلال الهواتف الذكية، مما يمنح المسوّقين للأغذية قناةً إعلانية متاحةً للأطفال في جميع الأوقات تقريباً.¹⁰⁵

هناك أسباب نفسية وفنية وهيكلية تجعل الوسائط الرقمية تضاعف من فعالية قنوات التسويق وتعزز مدى وصولها وتأثيرها. أولاً، تسمح الوسائط الرقمية بـ "الاستهداف الصغير" لرسائل التسويق، ما يسمح بالوصول إلى أكثر الفئات ضعفاً. ثانياً، تسمح الوسائط الرقمية بطرق متطورة باستمرار، ومبتكرة، وإبداعية مثل الألعاب، وتبادل الصور ومقاطع الفيديو مع الأقران، ما يخلق أساليب غامرة وشيقة تزيد من جاذبيتها. ثالثاً، يولع الأطفال بتبادل الأساليب الاجتماعية والغامرة والمسلية والمثيرة للاهتمام والقائمة على البيانات مع أقرانهم.

قامت دراسة حديثة بتقييم سياسات تسويق الأغذية والمبيعات في 79 بلداً. من خلال تقييم اللوائح المعمول بها حتى عام 2014 ومبيعات المواد الغذائية بين عامي 2002 و 2016، وجدت الدراسة أن مبيعات المواد الغذائية غير الصحية ارتفعت في البلدان التي لم يكن لديها تشريعات بشأن تسويق الأغذية غير الصحية، في حين انخفضت مبيعات الأغذية غير الصحية بعد تطبيق تلك التشريعات. ومن الجدير بالذكر أن البلدان التي كان لديها سياسات تنظيم ذاتي من قبل صناعة الأغذية قد شهدت أيضاً زيادة في مبيعات الأغذية غير الصحية، في حين انخفضت المبيعات حيث كان هذا التنظيم قانونياً.¹⁰⁷

استجابةً للتأثير المتزايد لتسويق الأغذية، أقرّت الجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية بالإجماع في دورتها الثالثة والستين في مايو 2010 توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن تسويق الأغذية والمشروبات غير

توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن تسويق الأغذية والمشروبات غير

توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن تسويق الأغذية والمشروبات غير

مقالة رأي

الحراك الأهلي يحارب بدانة الأطفال في المكسيك



بقلم: أليخاندرو كالفيلو أوتّا،
المدير العام لمنظمة "إيل
"بودير ديل كونساميدو
المكسيكية (قوة المستهلك)

بالسكر، فإنها قادرة على رفع سوية الوعي الشعبي، وعلى استحداث شعور بضرورة التّحرك العاجل لحماية الصّحة العامّة، ولا سيّما صّحة الأطفال.

وإذ تتصدّر المكسيك منذ عام 2011 قائمة الدّول الأكثر استهلاكاً للمشروبات المحلاة بالسكر فقد أطلقنا حملة بسيطة فيها في عام 2013 لنظهر حجم السكر الموجود في علبة شراب واحدة من حجم الـ 600 مل، وهو الحجم الأكثر شعبية، حيث عرضت الحملة على المشاهدين صورتين كتب في إحدهما "هل ترغب في سفّ 12 ملعقة من السّكر؟" في حين كتب في الصّورة الأخرى التي تظهر يد بالغ وهي تقدّم مشروباً غازياً إلى طفل وطفلة "أكنت لتعطيه 12 ملعقة من السّكر؟ لماذا تسقيهم المشروبات الغازية إذاً؟". ومع نشرنا لهذا الإعلان في اللّوحات الطّرقية وفي محطات قطار الأنفاق فقد كان لهذه المعلومات أثر بليغ في نفس السّكان الذين كانوا يجهلون حجم السّكر الذي تحتويه هذه المشروبات.

وقد مكّنتنا هذه الحملة التي رفدناها بالمعلومات عن الاستهلاك المتزايد للمشروبات المحلاة بالسكر وعن ارتفاع حالات الوفيات الناجمة عن مرض السّكريّ من تقديم مقترح لفرض ضريبة على هذه المشروبات، حيث تكّلت مساعينا بالنّجاح عام 2014 حين استطعنا فرض ضريبة خاصّة بقيمة 10% على المشروبات المحلاة بالسكر ضمن خطّة الإصلاحات الضّريبية الفيدرالية لحكومة المكسيك.

كما أنّنا قرّنا مطالباتنا بفرض ضرائب على المشروبات المحلاة بالسكر بمقترح لإصدار قوانين ناظمة من شأنها تغيير البيئات المشجّعة للأطفال على السّمنة، كحظر دعايات الأطعمة والمشروبات غير الصّحية للأطفال وإبعادها عن

يجتاح وباء بدانة الأطفال العالم اليوم، ويشير إجماع العلماء والمنظّمات الدّولية إلى أنّ الملام يقع في المقام الأوّل على الحجم المفرط للأطعمة المصنّعة كآلياً والمشروبات المحلاة بالسكر (م م س) التي تسلّلت إلى نظامنا الغذائي. ورغم ذلك فإنّ الشّركات الدّولية العملاقة للأغذية والمشروبات ما فتأت تطعن في صّحة البيانات العلميّة التي تميّط اللّثام عن الضّرر الصحيّ الذي تسبّبه هذه المنتجات، وفي صواب التّوصيات الصادرة عن منظّمة الصّحة العالمية والتي تحضّ على التّخفيف من تناول هذه الأطعمة.

وتضطلع المنظّمات غير الرّبحية بدور هامّ في تشجيع السياسات التي تتصدّى لأصحاب النّفوذ الكبير هؤلاء وفي مكافحة جانحة البدانة العالميّة، إذ قلّما يكون للمعاهد العلميّة التي تجري الأبحاث وتقدّم الأدلّة أثر كبير في السياسات الحكوميّة، حيث تنشر أبحاثها في الدّوريات العلميّة التي غالباً ما لا تصل إلى الدوائر التّشريعية. ولذا فإنّ من شأن تحالف المراكز العلميّة مع المجتمع المدنيّ إزاحة حجر العثرة القابع في وجه التّغيير، حيث تضطلع منظّمات المجتمع المدنيّ بالدعوة إلى إقرار سياسات حكوميّة قائمة على الأدلّة والبراهين، في حين تعنى المراكز العلميّة بتقديم الأدلّة والبراهين التي تحتاجها هذه المنظّمات في عملها.

كما أنّ المنظّمات غير الرّبحية التي تناضل لأجل إقرار سياسات حكوميّة صحيّة تكافح البدانة، والتي تسعى لاستحصال قوانين من شأنها استحداث بيئات أكثر صّحة للأطفال، مهمّة لتحريك هذه القضية في الأوساط الإعلاميّة ولتشكيل رأي عام مناصر للسياسات المكافحة للبدانة

فالحملات الشعبيّة، وإنّ عدمت الأموال الطائلة التي تصرف على إعلانات الوجبات السّريعة والمشروبات المحلاة

أليخاندرو كالفيلو أوتّا عضو سابق في الفريق المؤسس لمنظمة "غرين بيس ميكسكو" والتي عمل فيها لـ 12 عاماً قضى خمسة منها مديراً تنفيذياً للمنظمة قبل أن يؤسس منظمة "إيل بودير ديل كونساميدور" أو "قوة المستهلك" التي يرمز لها بـ "إي بي سي" عام 2006 والتي يديرها حالياً، وهي منظمة من منظّمات المجتمع المدنيّ في المكسيك. وقد كان لـ "إي بي سي" اليد الطولى في استحصال ضريبة على المشروبات الغازية، وفي إصدار تعليمات حكوميّة ناظمة للأطعمة والأشربة في المدارس، وفي تنفيذ القانون الناظم للحملات الإعلانيّة التي تستهدف الأطفال. كما أنّ أليخاندرو عضو في "هيئة لانسيت الطّبيّة للبدانة" وله إسهامات في عمل المجموعات الاستشاريّة التابعة لمنظمة الصّحة العالمية.



© El Poder del Consumidor, Mexico

والمعلومات، وللمصالح الفضلى للطفل. وبدورهم فقد تقدّم العلماء في ذات الآن بمقترح لوضع لصاغة أمامية تحذيرية على الأطعمة والأشربة غير الصحية تنبه المشتريين في حال احتوى المنتج على قدر عال من السكر أو الدهون أو الصوديوم.

كما أننا أجرينا دراسة أظهرنا فيها كيف أن المدارس المكسيكية ما تزال بينات مشجعة على السمنة، وأن التعليمات الناظمة للأطعمة والأشربة المدرسية ما تزال غير مطبقة فيها، وأن الواجب ما زال قائماً على السلطات التعليمية للوفاء بالتزاماتها في كفاءة مراتع صحية للأطفال.

في بعض الحالات، كما هو الحال في تشيلي، دفعت السلطات الصحية والمشرعون الملتمزون بالصالح العام قديماً بسياسات لمحاربة وباء البدانة دون حركة سابقة واسعة النطاق من قبل المجتمع المدني. ومع ذلك، وفي معظم الحالات، يبقى حراك المنظمات المدنية حاسماً لقيادة التغيير. وتتطلب الشراكة بين المجتمع المدني والأوساط الأكاديمية شريكاً ثالثاً ضرورياً لتحقيق الهدف المشترك — ألا وهم المشرعون والموظفون العموميون الملتمزون بالصحة العامة والمستعدون لمواجهة المصالح القوية والمتجذرة التي تقف في طريقهم. ■

مدارسهم. وقد كان أن نجحنا عام 2014 في دعوتنا لسنّ قانون في المجلس النيابي يفرض على المدارس التقيّد بالتعليمات الحكومية للأطعمة والأشربة المباعة في المدارس، وإن كنا ما نزال نفتقر إلى الإرادة السياسية اللازمة لفرض تطبيق هذه التعليمات. ومن الجدير بالذكر أن القوانين الحالية تمنع ترويج هذه المنتجات للأطفال على التلفاز وأثناء الأفلام خلال ساعات محدّدة من النهار، وتستلزم وضع ملصقات معرفة بالمحتوى على وجه علب الأطعمة والأشربة.

لكن المشكلة تكمن في أن هذه القوانين ترسمها مؤسسات يشوبها تضارب كبير للمصالح، حيث أن لشركات الأطعمة فيها نفوذ واسع. ولذا فإنّ اللصاغة المعرفة بالمحتوى، والتي لا يصممها أحد خلا الشركات نفسها، عصية الفهم على المستهلكين، وقدر السكر الذي تنصح به هو في حقيقة الأمر خطر على الصحة. وبذلك تصبح القوانين الناظمة لإعلانات الأطفال مجرد تمثيلية: فهي لا تغطّي البرامج والأوقات التي تعظم فيها مشاهدة الأطفال للتلفاز، ولا تشمل الإعلانات الطرقية، أو التي على الإنترنت وفي وسائل الإعلام الأخرى، أو العروض الترويجية التي تقدّم هذه المنتجات مجاناً للأطفال لتشجيعهم على تناول المنتجات غير الصحية.

و ردّاً على ذلك فقد قمنا برفع عدد من الدعاوى على اللصاقات التعريفية الأمامية كسبنا اثنتين منها، مكرسين بذلك لحقيقة أن هذه اللصاقات، بشكلها الحالي، هي انتهاك لحقّ الطفل في الحصول على الطعام الصحيّ،

بعض الابتكارات في التغذية

طعام علاجي أفضل مذاقاً للأطفال في كمبوديا

يعاني طفل من بين كل ثلاثة أطفال دون سن الخامسة في كمبوديا من التقزم أو نقص الوزن، ولكن 6% فقط من الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد الوخيم يتلقون العلاج. لجعل الغذاء العلاجي أكثر جاذبية وأقل تكلفة من المنتجات القائمة على الحليب، قامت مصلحة مصادب الأسماك التابعة للحكومة الكمبودية ومعهد البحوث في فرنسا واليونيسف بتطوير غذاء Nutrix. الغذاء مليء بالمغذيات الدقيقة ومصمم ليروق للأطفال الكمبوديين من حيث المذاق، وينتج محلياً حيث يصنع من الأسماك والأرز والفاصوليا.

لوحات رقمية جديدة ومحسنة لقياس طول الأطفال



يعدّ جمع بيانات دقيقة حول طول الأطفال الصغار أمراً صعباً. يجري حالياً اختبار لوحة رقمية جديدة لقياس طول الأطفال، مصممة لضمان راحة الأطفال وإعطاء قياسات أكثر دقة. ستزوّد التقديرات المحسنة لطول الأطفال الحكومات والممارسين بفهم أفضل لمعدل نمو الأطفال.

نهج جديد لمنع السمنة لدى الأطفال من خلال شراكة مبتكرة

يعرف كل والد مدى صعوبة تحفيز الأطفال لتناول طعام صحي. في عام 2018، أطلقت Beko، وهي العلامة التجارية الرائدة للأجهزة المنزلية في أوروبا، مبادرة #EatLikeAPro العالمية لمساعدة الأسر على تشجيع أطفالهم على تناول الطعام بشكل أفضل ومنع السمنة لدى الأطفال. استعانت Beko بنجوم من لاعبي شريكها نادي برشلونة لكرة القدم لتقاسم قصص وصفات طعام صحي مفضلة لديهم على موقع #EatLikeAPro لإلهام الوالدين لإعداد وجبات صحية لأطفالهم. استحوذت الحملة على اهتمام العالم، حيث حققت 28 مليون مشاهدة ووصلت إلى أكثر من 140 مليون شخص.



حقوق الملكية للصورة Marc Ensenyat

في مايو 2019، بمساهمة فنية من اليونيسف وتعاون مع نادي برشلونة ومؤسسة برشلونة، استطلعت Beko آراء أكثر من 13,500 طفل بعمر 6-10 سنوات في 18 بلداً، لمعرفة ما إذا كانوا سيأكلون طعاماً صحياً إذا عرفوا أن بطلهم أو قوتهم يفعل ذلك. قال 80% من الأطفال إنهم سيفعلون ذلك. تضمنت حملة #EatLikeAPro على الإنترنت التي تلت ذلك قيام جيرارد بيكيه لاعب نادي برشلونة لكرة القدم بتشجيع الأكل الصحي لأطفال المدارس الابتدائية. سجلت الحملة أكثر من 15 مليون مشاهدة في شهرها الأول.* من خلال هذه الشراكة الثلاثية الفريدة، تطورت #EatLikeAPro إلى حملة اجتماعية حائزة على جوائز ولها حضور وأهمية عالميين.

لتعزيز الوعي العالمي بأهمية الأكل الصحي وتحقيق تأثير على أرض الواقع، انضمت Beko إلى اليونيسف، التي كانت تعمل مع نادي برشلونة منذ عام 2006 لتعزيز حقوق الطفل وتعليمه من خلال الرياضة. لجمع الأموال، استفادت Beko و نادي برشلونة من وجود أكثر من 650 مليون مشاهد لمباراة الكلاسيكو وأطلقا حملة #EatLikeAPro لمشاركة الهاشتاجات. مقابل كل هاشتاج استخدم، تبرعت Beko بمبلغ 1 يورو لليونيسف. وصل الصندوق إلى مليون يورو خلال 11 يوماً، مع مشاركة للهاشتاجات من 167 بلداً. تستخدم الأموال لدعم برامج اليونيسف في ستة بلدان في أمريكا اللاتينية لمعالجة الأسباب الجذرية لظهور وباء زيادة الوزن والسمنة.

ما مكوّنات هذه؟ قم بمسح الشفرة الشريطية لتعرف!

من أستراليا إلى الهند إلى فرنسا، يستخدم العملاء هواتفهم الذكية لمسح الرموز الشريطية الموجودة على الأغذية المعلبة لمعرفة مقدار السكر والملح والدهون التي تحتوي عليها. استخدمت المعلومات الغذائية التي تم جمعها من خلال تطبيق FoodSwitch لأكثر من 34,000 من الأطعمة المعلبة لتحسين نظام Health Star Rating الأسترالي لتوسيع المنتجات الغذائية للأطعمة المعلبة المحلاة بالسكر. في الهند، استخدم تطبيق FoodSwitch لتقييم مدى كون الأغذية المعلبة من إنتاج كبرى شركات تصنيع الأغذية صحية.

تضم منصة Open Food Facts مفتوحة المصدر معلومات غذائية عن أكثر من 75,000 منتج يقوم بإدخالها متطوعون في 150 بلداً. استخدمت المنصة من قبل البرنامج الوطني الفرنسي للتغذية والصحة للتحقق من صحة مقياس درجات التغذية لديه. أثبتت قواعد البيانات هذه التي ينشئها المستهلكون أنها تعدّ بديلاً أكثر فعالية من حيث التكلفة لشراء البيانات من شركات أبحاث السوق.

استخدام التصوير القائم على الذكاء الاصطناعي لتحديد سوء التغذية



© Kimetrica

يتطلب النهج التقليدي لقياس محيط الذراع العلوي للطفل ونسبة الوزن إلى الطول وقتاً ومعدات وموظفين مدربين. باستخدام تقنيات التعرف على الوجه والتعلم الآلي، تقوم طريقة القياس السريع للغاية للحالة التغذوية بتقييم سوء التغذية لدى الأطفال بعمر 6-59 شهراً في سباقات الطوارئ دون الحاجة إلى تقييم بشري — وبدون أخطاء. تقدّر الخوارزمية مؤشر كتلة الجسم (BMI) من خلال تحليل صورة رقمية للطفل. (من أجل سلامة الأطفال، لا تخزن الصورة الفعلية). صممت هذه الأداة السريعة والأقل تدخلاً لتكميل طرق القياس الأخرى وليس لاستبدالها.

استجابة قائمة على البيانات للعبء الثلاثي في الهند



© UNICEF/UN052963/Matta

أرشدت هذه النتائج البرامج الطموحة لتغذية الأطفال في الهند. كما أنها توفر الأساس لتوصيات للسياسات الجديدة المحتملة، بما في ذلك زيادة التنوع الغذائي وإغناء الغذاء لمعالجة نقص فيتامين ألف ومعالجة العبء الثلاثي لسوء التغذية وبدء البرامج في السنوات الأولى لغرس عادات الأكل الصحية مدى الحياة.

كان المسح الوطني الشامل للتغذية في الهند (CNNS)، الذي استمر من عام 2016 إلى عام 2018 في جميع الولايات، أكبر جهد على مستوى البلاد لرسم صورة مفصلة للحالة الغذائية لمرحلة ما قبل المدرسة، والأطفال في سن المدرسة، والمراهقين حتى عمر 19 عاماً.

تم لأول مرة في دراسة استقصائية واحدة تقييم مدى وشدة نقص المغذيات الدقيقة، والمعلومات حول توزيع الدهون وعوامل الخطر التغذوية للأمراض غير المعدية (NCDs)، والروابط بين الحالة التغذوية للأطفال وتطورهم المعرفي. بالإضافة إلى كونه لم يسبق له مثيل من حيث الحجم، استخدم مسح CNNS تدابير مبتكرة لضمان جودة البيانات، بما في ذلك الرصد القائم على الرسائل النصّية القصيرة (SMS) وطرق المعيار الذهبي لجمع العينات البيولوجية والفحوصات المخبرية.

تضمنت النتائج البارزة التي توصل إليها المسح، والذي تحقق بفضل شراكة خيرية مع ميغا وأديتيا ميتال، اكتشاف تغيرات موسمية في نقص فيتامين ألف وتفاوت كبير في انتشار فقر الدم بين الفتيات والفتيان، والحصول على أدلة على تنامي خطر زيادة الوزن والسمنة، وكذلك مرض السكري، بين الأطفال في سن المدرسة.



برنامج عمل لإيلاء حقوق
الأطفال الغذائية الأولوية

05



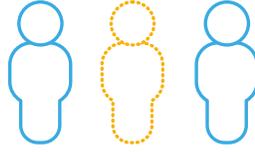
هذه الاستجابات الـ ٥
أساسية لتحسين تغذية
الأطفال:

- ◀ تمكين الأسر والأطفال والبايعين
من المطالبة بالطعام المغذي
- ◀ دفع موردي المواد الغذائية
للقيام بما هو خير للأطفال
- ◀ إنشاء بيئات غذائية صحية لجميع الأطفال
- ◀ تحشيد المنظومات الداعمة لارتفاع
بنتائج التغذية لجميع الأطفال
- ◀ جمع وتحليل واستخدام البيانات
والأدلة ذات النوعية الجيدة بانتظام
لتوجيه العمل وتتبع التقدم المحرز

إذا وجب أن تتصدّر كلمة واحدة ردنا على سوء تغذية الأطفال فتلك الكلمة هي — العمل. فنحن بحاجة إلى عمل يعكس الدور الرئيسيّ للمنظومات الغذائية، ويقوّي العرض — والطلب على — طعام أفضل، ويحسنّ البيئات الغذائية للأطفال، ويعكس دور المنظومات الأساسية الرافدة: الصحة، والمياه والصرف الصحيّ، والتعليم، والضمان الاجتماعيّ. ويقترن العمل بأمر لزام آخر: المحاسبة. ولذا علينا أن نقيس التقدّم حين نحرزه، وأن ننشره، وأن نبني عليه، وأن نحتفل به.

برنامج عمل لإيلاء حقوق الأطفال الغذائية الأولوية

كي ينمو كل طفل
بشكل سليم



إن ١ من كل ٣ أطفال
لا ينمو بشكل سليم

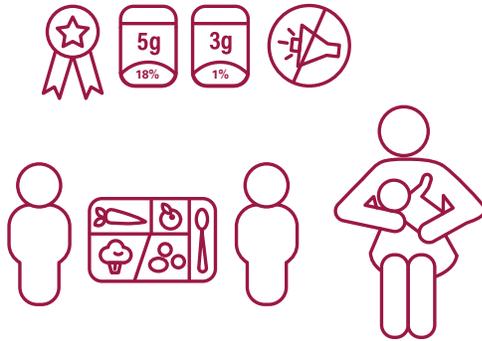


2

دفع موردي الأغذية للقيام بما هو خير للأطفال

1

تمكين الأسر والأطفال واليافعين
من المطالبة بالطعام المغذي

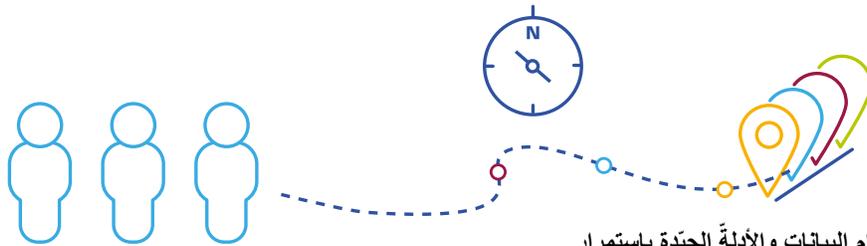


3

إنشاء بيئات غذائية صحية لجميع الأطفال

4

إعلان التعبئة للأنظمة الرافدة للارتقاء
بالنتائج الغذائية لكل طفل



5 جمع وتحليل واستخدام البيانات والأدلة الجيدة باستمرار
للاسترشاد بها في الفعل وفي قياس التقدم المحرز

المقدمة

تحدي الطعام والتغذية الذي يواجهه العالم. بيد أنه علينا، ورغم موجة الاهتمام الحالي، أن نتذكر المثل النيجيري الذي يقول: الكلام الحلو لا يطعم خبزاً. فالكلام وحده قاصر، وعلى ردتنا على سوء تغذية الأطفال أن يكون مبنياً على الأفعال.

فعلينا ردتنا أولاً أن يكون مبنياً على الوعي بأن حقّ الأطفال في الطعام والتغذية هو حقّ من حقوق الإنسان. فقد اجتمع زعماء العالم حين توقيع اتفاقية حقوق الطفل قبل ثلاثين عاماً للتعهد بحقّ كلّ طفل في التمتع بطفولة كاملة. ومع ذلك فما زالت هناك أعداد كبيرة جداً من الأطفال اليوم ممن هم محرومون من حاضرهم ومن مستقبلهم بسبب سوء التغذية. ولذا فإنّ اليونسيف تدعو جميع الفاعلين لإبلاء الأطفال الأولوية، ولمكافحة سوء التغذية بتجديد هذا التعهد بحقّ الأطفال — دون استثناء — بالطعام والغذاء على أنه حقّ من حقوق الإنسان.

ثانياً، على سلامة وعافية النساء والأطفال أن تكون في صميم السياسات الحكومية، إذ أنّ للحكومات دوراً مهماً عليها الاضطلاع به حين يتعلّق الأمر بكفالة الأنماط الغذائية الصحية، وذلك عبر سياساتها، وعبر القوانين الناظمة التي تصدرها، والرقابة التي تفرضها على الجودة، وعلى نجاعة البرامج. وعلى هذه الالتزامات — وعلى الاستثمارات المالية المرتبطة بها — أن تبنى على أسس من الأدلة، وأن تربط بمجموعة من الأهداف ومعايير المحاسبة الواضحة لكلّ طرف من الأطراف. وعلى التقدّم الذي يتمّ إحرازه على صعيد تحقيق أهداف الإطعام والتغذية أن يتابع باستمرار، وأن ينشر، وأن يبنى عليه، وأن يحتفل به.

ثالثاً، إنّ وضع الأطفال في صلب المنظومات الغذائية يتطلب منهجاً ثلاثياً في التعاطي مع الأمر قائماً على: تشجيع الطلب على الخيارات الصحية، وتعزيز عرض الأطعمة

الغذاء لبنة أساسية من لبنات بناء حياة الطفل. فكلّ أوجه الطفولة — من التطور في الرحم، إلى اللعب والاستكشاف في مرحلة الطفولة المبكرة، ومن التعلّم في المدرسة، إلى الاستعداد لحياة البلوغ وللعمل — مبنية على أساس من التغذية السليمة. أما لمن يعاني من سوء التغذية فكلّ تحد في الحياة يصبح أكثر صعوبة، وكلّ فرصة تصبح أصعب اغتناماً. وفي وقت تتعاضد فيه المخاوف حيال قدرة العالم على إطعام نفسه، يطرح هذا التقرير برنامج عمل يهدف إلى تحسين غذاء كلّ طفل..

لقد بدأ هذا التقرير بتعريف سوء التغذية على أنه "فقد الغذاء المناسب إمّا لشحّ الطعام، أو لعدم تناول الكفاية من الأطعمة المغذية، أو لعدم مقدرة الجسم على تمثّل الطعام الذي يتناوله الإنسان". حيث يحرم سوء التغذية طفلاً من أصل كلّ ثلاثة أطفال في العالم من النمو بشكل سليم، في حين يقع اثنان من بين كلّ ثلاثة أطفال دون سن الخامسة عرضة لسوء التغذية بسبب سوء نوعية أنماطهم الغذائية.

وبدورها فإنّ طبيعة سوء التغذية أخذت بالتغير أيضاً مع تغير الأنماط الغذائية للأسر، والتي صارت تبعاً لمنظومات غذائية اشتدّت عولمتها والاتجار بها، خذلت الأطفال وصارت إعادة نظمها ضرورة ملحة وفورية. ولذا يجب وضع احتياجات الأطفال الغذائية الخاصة خلال مختلف مراحل حياتهم في صلب عملية إعادة الإنشاء هذه، كما يجب أن تكون احتياجاتهم أولوية لكلّ الفاعلين في تأمين أنماط غذائية مغذية، وبسرة التكلفة، ومأمونة، ومستدامة.

ويأتي هذا التقرير في وقت ازداد فيه الخوف لا على مقدرة العالم على إنتاج ما يكفي من الطعام المغذي للجميع وحسب، بل وعلى قدرته على فعل ذلك بشكل قابل للاستدامة، وبطرق تصون كوكبنا. إنّ هذا التقرير خاص من نوعه من حيث أنّه يدعو لإبلاء الأطفال الأولوية، وإلى وضعهم في صميم

الكلمات المعسولة لا تغني عن الطعام. الكلمات وحدها لا تكفي. يجب أن تكون استجابتنا لسوء التغذية عند الأطفال قائمة على العمل.



هذه التحدّيات حتّى يكون أثرها في التغذية واسع النطاق. إذ أنّ أهميّة التغذية لنموّ الأطفال ولعافيتهم، ولنموّ وتنمية الاقتصادات الوطنيّة ورأس المال البشري، تجعل من وضع التغذية في صلب الكيفيّة التي نعالج بها التحدّيات الأخرى كالصحّة، والتعليم، وخفض الفقر، والعدالة أمراً لزاماً.

وبناءً عليه، يطرح هذا التقرير برنامج العمل لإيلاء حقوق الأطفال الغذائيّة الأولويّة ليكون دليلاً يسترشد به ردّنا على قضية سوء تغذية الأطفال.

المغذية، وتحسين البيئات الغذائيّة للأطفال. وتقدّم التجارب في عدد متزايد من البلدان أمثلةً على ما هو ناجح، إلا أنّنا ما زلنا بحاجة لبراهين وبيانات أفضل لمراقبة الأداء، ولتوثيق الدروس، ولتحسين العمل على نطاق واسع.

وأخيراً، فعلى ردّنا أن يتعدّى المنظومة الغذائيّة نفسها وأن يرفد بجهود المنظومات الأخرى، فقد رأينا كيف أنّ بوسع المنظومات الأربعة — الصحّة، والمياه والصرف الصحيّ، والتعليم، والضمان الاجتماعيّ — أن تتضافر لدعم تغذية الأطفال في سياقات شتّى. وقد حان الوقت لتعزيز

تقوم الدكتورة باكروفا بإعداد العشاء لعائلتها في منطقة تشون ألي في فيرغيزستان
© UNICEF/UN0146971/Voronin

1 | تمكين الأسر والأطفال والياfeين من المطالبة بالطعام المغذي

- يؤثر الطلب في العرض حيث يستجيب منتجو الغذاء لسلوك المستهلكين وما تهفوا إليه نفوسهم. وحين تتوفر الخيارات الصحية وتكون يسيرة التكلفة، وسهلة التحضير، ومرغوبة، يصبح بمقدور الأهالي وأولياء الأمور انتقاء الطعام الأفضل لأطفالهم. وكلما كبر الأطفال، كلما ازداد عدد القرارات التي يتخذونها حيال ما يريدون تناوله، وهكذا تشد المعرفة والمعلومات من أزرهم ليصبحوا عناصر ذوي قدرة كبيرة على التغيير في مجتمعاتهم. إن تشجيع الطلب على الأطعمة المغذية يستلزم لا تثقيف المستهلكين بفوائد أنماط الطعام الصحية وحسب، بل واستغلال ما ترنوا إليه نفوس الناس اجتماعياً وثقافياً أيضاً لتغيير السلوكيات والعادات.
- ◀ **افهموا واستغلوا حركات (ديناميات) الأسر والمجتمعات.** إن حركات الأسر والمجتمعات، بما فيها قسمة الأرزاق داخل الأسرة نفسها والاستفادة من الأطعمة قد تختلف من أسرة لأخرى بشكل كبير. وتظهر الأدلة بشكل دائم أن النساء حين يحصلن على قدر أكبر من التعليم، والصلاحيّة باتخاذ القرارات، والتحكّم بدخل الأسرة، فإنهن غالباً ما يخترن الأطعمة وعادات الإطعام الأكثر صحّة لأطفالهم. إلا أن أحد المعوقات هي فقدان المسؤولين عن طهو الطعام في المنزل أحياناً لمهارات عمل الوجبات التي تفي بالاحتياجات الغذائيّة للأطفال. ومن المهمّ أيضاً إشراك الآباء والأقارب لإعانة النساء على الأدوار المختلفة التي يضطلعون بها في القوى العاملة الرسميّة وغير الرسميّة.
- ◀ **حسنوا من التثقيف الغذائيّ لخلق العادات الغذائيّة التي تلازم الناس طوال حياتهم.** يبدأ التثقيف الغذائيّ في البيت، ويستمرّ في المدرسة، وينبغي أن تعرّزه
- الحملات الإعلامية العامّة. ويجب دمجه أيضاً في نظم الصحّة والضمان الاجتماعيّ. ويجب تثقيف الأهالي عن الأطعمة المغذيّة وعادات الإطعام الصحيّة لأطفالهم وعن مخاطر الإفراط في استهلاك الأطعمة غير الصحيّة. كما يجب أن يتعدى التعليم فوائد الأطعمة الصحيّة إلى تغيير السلوكيات وإلى التمكين، خاصّة للأطفال الذين مازالوا في سنّ الدراسة، وللياfeين، فهم عناصر للتغيير في مجتمعاتهم.
- ◀ **اجعلوا الأطعمة الصحيّة مرغوبة أكثر.** بوسع استراتيجيات التواصل للترويج للأكل بطريقة صحيّة، والتي تفلح في أن تكون مبتكرة، ومسلية، وممتعة، وتعلّق في الأذهان، أن تستغل ما ترنوا إليه نفوس الأطفال، والياfeين، والأهالي اجتماعياً وثقافياً. وعلى هذه الاستراتيجيات أن تحوز على اهتمام الأهالي وأن تدغدغ ما ترنوا إليه نفوسهم عُرفاً، كالنموّ الجسمانيّ، ونموّ الدماغ، والمقدّرات الدراسيّة، إضافة إلى اهتمامات ورغبات الأطفال والياfeين الذين مازالوا في العمر المدرسيّ كالرياضة، والهندام، والقوّة، والثقافة الدارجة، ووسائل التواصل الاجتماعيّ، وغيرها من الأمور.
- ◀ **استخدموا القوانين التي ثبت نجاحها لتقليص الطلب على الأطعمة غير الصحيّة.** في أحوال معيّنّة، تتمكّن الضرائب التي تفرض على الأطعمة غير الصحيّة، كالمشروبات المحلّاة بالسكر، من خفض الطلب على هذه المنتجات بجعلها أعلى نسبياً من نظيراتها الأكثر صحّة. إن لهذه الأدوات، حين تقرر بالتثقيف الغذائيّ، نجاعة مثبتة في الدفع نحو أنماط تغذية ذات قيمة غذائيّة أكبر للأطفال. ■

2 | الدفع بتجار الأغذية للقيام بما فيه خير الأطفال

إن طلب الأطفال وعائلاتهم للطعام الصحي وحده لا يكفي: بل على الطعام أن يكون متوفراً، وبسر التكلفة، ومأموناً، وسهل التحضير. ولمنتجي وموردي الطعام دور رئيسي في ذلك، كما أن للحكومات دوراً مهماً أيضاً، إذ أن من واجب الحكومات أن تضع جميع المنتجين والموردين على قدم المساواة، وأن تكفل أن نشاطاتهم منسجمة ومصالح الأطفال. إن المنظومات الغذائية عديدة وكذا الحلول عديدة أيضاً. ففي نظم الطعام غير المتقدمة صناعياً، مثلاً، يمكن دعم صغار الملاك الزراعيين لرفع إنتاجيتهم، أما في منظومات الغذاء المتقدمة صناعياً فإن من شأن تقوية روابط المزارع بالسوق، ومن بنى الحوافز أن تحسن من توفر وبسر تكلفة الأطعمة الصحية والطازجة. لكن لا مندوحة للمنظومات الغذائية من العمل على جعل إنتاج واستهلاك الطعام مستدامين إذا ما أردنا حماية تغذية الأطفال في الحاضر والمستقبل.

◀ قدموا الحوافز الاقتصادية للمنتجين، وانفوا

المتبطات، لأجل توريد أطعمة الأطفال ذات القيمة الغذائية الأكبر. إن بمقدور المشرفين على التخطيط الحكومي تحفيز تجار الأطعمة لتوريد الأطعمة المغذية، والمأمونة، وبسرة التكلفة للأطفال، جنباً إلى جنب مع رفع الدعم عن السكر، والحبوب المنخولة، والزيوت المعالجة. وبما أن مرحلة التغذية التكميلية (6-23 شهراً) مهمة جداً لنمو الأطفال وتطورهم، فينبغي ثني منتجي الأطعمة عن تسويق الأطعمة الفقيرة غذائياً، وشديدة التحلية بالسكر، والمصنعة بقدر كبير، على أنها مناسبة لهذه الفئة العمرية. وعلى الحوافز أن تسعى لتشجيع زيادة كميات الفواكه الطازجة والخضروات الموجودة في الأسواق، وفي البقاليات، ونقاط البيع الأخرى، خاصة في الأحياء ذات الدخل المنخفض، وفي الفقار الغذائية (أحياء المدن المقفرة من الطعام الطازج والصحي والتي لا تجد فيها إلا المعلبات). كما أن بوسعنا استخدام

السياسات المنشطة للتجارة، كإيجارات المخفضة، وفواتير الخدمات والتعريفات الجمركية المخفضة، لمكافئة الشركات التي تنتج وتسوق الأطعمة الصحية.

◀ استثمروا في تحديث سلاسل المواصلات والبنى

التحتية لتقليل خسارات الطعام والمغذيات، ولتحسين

سلامة الطعام، لاسيما في المناطق الريفية. إن

كثيراً من الأطعمة التي يكون الأطفال بأمن

الحاجة لها مثل الفواكه، والخضروات، والأطعمة

ذات المنشأ الحيواني كالسمك، والبيض، والحليب

والألبان والأجبان، سريعة التلف. ولذا فإننا نخسر

الكثير منها بسبب فسادها وتلوثها حين تكون البنية

التحتية هزيلة، ما يرفع سعرها ويقفل من عرضها

ومن انخفاض سعرها. وغالباً ما تتجه الأنماط

الغذائية للأطفال حينها للأطعمة عالية التصنيع،

والتي تكون عادة أقل سعراً وأطول عمراً. ولذا

فإن استثمار قطاع الصناعات الغذائية والحكومات

في التخزين، والتغليف، والمعالجة، ووسائل النقل

المبردة، وغيرها من البنى التحتية لنقل الأطعمة

الصحية للأسواق من شأنه تخفيض الكلفة على

المنتجين، وتخفيض الأسعار التي على الأسر تكلفها.

◀ قوّوا السياسات، والاستراتيجيات، والبرامج التي

تعزز من مرونة سلاسل التوريد الغذائي في المناطق

المعرضة للآزمات وفي السياقات الهشة. إن

الأطفال هم أكثر من يعاني في السياقات الإنسانية.

ولذا فإن للأغذية المكتملة سريعة التحضير والتي

تم إغناؤها، إذا ما تم تركيبها بشكل ملائم، دوراً

هاماً في دعم النمو والتطور الأمثلين لدى الرضع

والأطفال الصغار، تماماً كما للأغذية العلاجية

الجاهزة للاستعمال دور في مداواة سوء التغذية الحاد

لدى الأطفال. وبناء عليه ينبغي على الحكومات في

فإننا بحاجة إلى تدخّلات نشطة للتخفيف من وطأة إنتاج الطعام واستهلاكه على البيئة بطرق ثبت بالدليل ضررها على الأطفال، كغازات الاحتباس الحراري، واستخدام الوقود الأحفوري، والمبيدات الحشريّة، وانسيال الأسمدة. هذا وإنّ من شأن اعتماد أنظمة الإنتاج من قبيل الزراعة البيئيّة (الزراعة الإيكولوجيّة)، والزراعة الحراجيّة، وزراعة المقمّحات، ونظم إدارة الزراعة الرعيّة المتكاملة، أن تعزّز من الاستدامة والتنوّع الحيوي للمنظومات الغذائيّة لعدّة أجيال مستقبلية. ■

المناطق التي حلّت بها أزمات أن تكفل توفر مثل هذه الأطعمة إمّا عن طريق تيسير الإنتاج المحلي، أو عن طريق إزالة العوائق التي تعترض الاستيراد. كما أنّ الاستثمار في برامج الضمان الاجتماعيّ حسنة التصميم من شأنه أن يضمن للنساء والأطفال الذين يعيشون في أسر أصابها الفاقة الحصول على الأكل المغذيّ وذو القيمة الغذائيّة العالية.

◀ **خفّفوا من الوطأة البيئيّة لإنتاج الطعام على أطفال الحاضر والمستقبل.** إنّ هناك صلات واضحة بين إنتاج الطعام واستهلاكه، وبين الاستدامة البيئيّة، والأثر الواقع على تغذية الأطفال وصحتهم. ولذا

3 | إنشاء بيئات غذائيّة صحيّة لجميع الأطفال

لا سيما في البلدان منخفضة الدخل ومتوسّطته. عزّزوا من شفافيّة المعلومات الغذائيّة للمنتجات عن طريق اعتماد الملصقات المعرفّة بالمحتوى على وجه علب الأطعمة والأشربة. ينبغي على الحكومات فرض الملصقات المعرفّة بالمحتوى على وجه علب الأطعمة والأشربة، خاصّة تلك التي تسوّق على أنّها ملائمة للأطفال. فمن شأن اللصاقات أن ترفع من سويّة الوعي بالقيمة الغذائيّة للأطعمة المختلفة، وأن تعزّز من تغيير سلوكيات الأهالي، والياقنين، والأطفال، وأن تحثّ الشركات التجاريّة على العمل لتغيير المنتجات إلى الأفضل عن طريق إضافة المكونات الصحيّة وإزالة المكونات غير الصحيّة. وعلى هذه الملصقات إن أرادت أن تكون فعّالة أن تكون جليّة للعيان وسهلة القراءة. كما أنّ بوسعنا منح أختام الجودة، وغيرها من الشهادات المميّزة للبائعين الذين يقدّمون الخيارات

إنّ البيئات الشخصيّة والخارجيّة هي المكان الذي يحتفّ فيه الأهالي وأطفالهم بالمنظومة الغذائيّة، لذا فرغم أنّ قوى العرض والطلب هي من يرسم شكل البيئات الغذائيّة، إلّا أنّ الإجراءات الملائمة للسباق كفرض وضع الملصقات المعرّفة بالمحتوى على وجه علب الأطعمة والأشربة، وحماية المستهلكين من التسويق التجاريّ الاستغلالي، من شأنها إقامة بيئات غذائيّة تعين على تغذية الأطفال تغذية صحيّة.

◀ **إنشاء بيئات تعين على الرضاعة الطبيعيّة الصحيّة وعادات التغذية التكميليّة.** افرضوا تطبيق المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم فرضاً صارماً، وحاسبوا المخالفين. وعزّزوا السياسات الداعمة للأمهات، والأهالي، والأسر، كإجازة الأمومة، وتقديم فسحة من الوقت والفضاء للرضاعة الطبيعيّة في مكان العمل وفي الأماكن العامّة. وحفّزوا توفر، ويُسّر تكلفة الأغذية المُكمّلة سهلة التحضير، وسهولة الحصول عليها في نقاط البيع،

- الصحية وأصناف الطعام المختلفة للأطفال.
- ◀ على تسويق الأطعمة غير الصحية للأطفال
أن يخضع للتنظيم الحكومي. من حقّ الأطفال علينا في كلّ مكان أن نحميهم من الأثر الضارّ والاستغلالي لحملات التسويق والدعاية للأطعمة غير الصحية. وينبغي أن يركّز التنظيم الحكومي على الإعلانات على شاشات التلفاز، وفي الألعاب، والأفلام، والكتب، ووسائل التواصل الاجتماعيّ لكلّ الفئات العمرية، إضافة إلى التركيز على الشركات التجارية والمطاعم التي توزّع الألعاب المجانية للترويج للمأكولات غير الصحية.
- ◀ قلّلوا من المؤثرات المفضية للبدانة في الأماكن المخصّصة للأطفال، وخاصة المدارس.
إنّ المدرسة هي المكان الأوّل الذي يتناول فيه الكثير من الأطفال وجباتهم خارج المنزل بشكل منتظم. ولذا ينبغي على الحكومات وعلى وزارات التعليم اتخاذ خطوات لمكافحة البيئات الغذائية المشجّعة على السمنة، بما في ذلك التأكد من أنّ الوجبات المدرسية مغذية وموّعة، والحدّ من بيع وترويج الأشربة المحلّاة بالسكر، والأطعمة التي تحتوي على قدر عالٍ من الدهون غير الصحية، والسكر، والملح قرب مدارس وملاعب الأطفال، وضمان أن يخصّص وقت كافٍ ضمن النهار المدرسيّ للحركة واللعب الطلق في أمكنة ترفيهية آمنة. ■

4 | إعلان التعبئة للمنظومات الرافدة للارتقاء بالنتائج الغذائية لكلّ طفل

- رغم أنّ المنظومة الغذائية تعدّ دعامة أساسية لتزويد الأطفال بالغذاء الصحيّ، إلّا أنّ علينا تعبئة أربع منظومات أساسية أخرى إذا ما أردنا تقديم خدمات التغذية، وتحسين الممارسات الغذائية، وتحقيق النتائج الغذائية بالحجم الكبير المطلوب. إذ أنّ على جهود منظومات الصحة، والمياه والصرف الصحيّ، والتعليم، والضمان الاجتماعيّ أن تتضافر كلّها لعلاج الأمر. ومن شأن المنهج المنظوماتي هذا أن يكفل أنّ يكون بوسع الأطفال وأسرهم الحصول على الغذاء الصحيّ، وأنّ يتلقّى الأطفال الخدمات الغذائية التي يحتاجونها حتّى ينموا ويتطوّروا ويستفروا جميع طاقاتهم الكامنة.
- ◀ منظومة الرعاية الصحية. ينبغي دمج الإجراءات التي من شأنها أن تكفل بقاء الأطفال، ونموهم، واستفراغهم لجميع طاقاتهم الكامنة ضمن منظومة
- الرعاية الصحية. فالاستثمار، مثلاً، في المعرفة الغذائية للعاملين في القطاع الصحيّ وفي مهاراتهم، لا سيّما وأنهم يعدّون خطّ التماس بين منظومة الرعاية الصحية والأسر، مهمّ للغاية. وكذا الرعاية الوقائية من سوء التغذية كالبداية المبكّر بالرضاعة الطبيعية، وتقديم الإرشاد للأهالي، ودعم الرضاعة الطبيعية الحصرية، والأغذية التكميلية وتغذية الأمهات هي خدمات أساسية ينبغي تقديمها خلال عيادة مرافق الرعاية الصحية قبل الولادة وبعدها. وكذلك الكشف عن فقر الدم وعلاجه، وعن عوز الفيتامين أ، وعن توقّف النمو، والبدانة المفرطة، يتطلّبون جميعاً توافر المهارات في النظام الصحيّ، ويتطلّبون دعماً، ومواداً. وأخيراً، ينبغي على الحكومات نظراً للخطر العالي

لحصول الوفاة من جرّاء الهزال أن تصيف إلى جميع الخدمات الاعتيادية، وبشكل منهجي، الكشف المبكر عنه وعلاج الأطفال الذين وصل هزالهم إلى مرحلة يهدّد حياتهم فيها.

◀ منظومة المياه والصرف الصحي. تعدّ منظومة

المياه والصرف الصحي الأساس الذي لا بدّ منه لحصول الأطفال على مياه الشرب المأمونة والنظافة العامّة التي تضمن سلامتهم. وحصولهم على هذه الخدمات أمر ضروري لضمان غذاء صحيّ لهم، ولوقايتهم من العدوى، ومن الاعتلال المعوي، ولضمان مقدرة أجسادهم على تمثّل المغذّيات، ولدرء القزامة، والهزال، وصور سوء التغذية الأخرى عنهم. وينبغي على الحكومات دعم بناء مرافق محسنة، وتقليص المسافات التي تضطرّ النساء والولدان لقطعها للوصول إلى مياه الشرب المأمونة وإلى المراحيض. ورغم أنّ الاستثمار في البنية التحتية أمر هام، إلا أن الحملات الإرشادية الهادفة إلى تغيير السلوكيات في قضايا الإطعام الأمثل، والتعامل السليم مع الأطعمة، وغسل اليدين بالماء والصابون حين اللزوم، يجب أن تكون موجودة في كلّ مدرسة ومجتمع محلي، وأن توجّه للأهالي وللأطفال منذ الصغر.

◀ منظومة التعليم. بوسع المنظومة التعليميّة

القيام بعدد من التخلّلات لدعم الأنماط الغذائيّة الصحيّة والتغذية الجيدة للأطفال واليافعين. حيث تقع مسؤوليّة تمكين الأطفال وأولياء الأمور من اتّخاذ الخيارات الغذائيّة الصحيّة على عاتق التنقيف الغذائيّ في المرافق التعليميّة الرسميّة

وغير الرسميّة، والذي يجب أن يبدأ في أبكر سنّ ممكن. وعلى المدارس خلق بيئات صحيّة للأطفال واليافعين لتناول الطعام، بما في ذلك كفالة وجود ماء الشرب المأمون، والحدّ من وجود المؤثّرات المفضية إلى البدانة حولهم داخل المدرسة وفي محيطها. وقد تكون برامج الإطعام المدرسيّة، في بعض الأوضاع، مفيدة من حيث تقديم الوجبات المغذّية للأطفال الفقراء. وبوسع المنظومة التعليميّة أيضاً الاضطلاع بدور هامّ في تقديم البرامج المتكاملة لدرء نقص الحديد وفقر الدم وذلك بتقديم المكملات التي تحتوي على المغذّيات الدقيقة، والأدوية الطاردة للديدان، والمشورة الطبيّة بشأن الأكل الصحيّ على سبيل المثال.

◀ منظومة الضمان الاجتماعيّ. تشكّل منظومة

الضمان الاجتماعيّ شبكة أمان لا غنى عنها لحماية تغذية وعافية أطفال ونساء العائلات الأشدّ ضعفاً في المجتمع، وأولئك الذين يعانون الإقصاء الاجتماعيّ والفقر، إمّا مباشرة عن طريق إعطائهم الطعام المتنوّع والمغذّي عينيّاً، أو على شكل قسائم، أو تحويلات مالية، أو بشكل غير مباشر عن طريق تأمين حصولهم على خدمات التغذية عبر منظومة الرعاية الصحيّة، كالرعاية التي تقدّم للنساء قبل الولادة وبعدها، وعبر تقديم المشورة الغذائيّة للأمهات (بمن فيهنّ أمهات الأطفال سيئيّ التغذية)، أو عبر منظومة التعليم باستخدام قسائم الإطعام المدرسيّ على سبيل المثال. كما أنّ منظومة الضمان الاجتماعيّ، علاوة على ذلك، ضروريّة لدعم الأمن الغذائيّ للأطفال والعائلات وذلك عن طريق الحيلولة

دون استنزاف الثروات الإنتاجية كالماشية والبيدار.

5 | جمع وتحليل واستخدام البيانات ذات النوعية الجيدة والأدلة باستمرار للاسترشاد بها في العمل وفي قياس التقدم المحرز

والخضروات، وتحقيق الحد الأدنى المطلوب لتنوع الطعام، وعلى التقليل من السلوكيات السلبية كاستهلاك الأطعمة مفرطة التصنيع. كما أن مراقبة أنماط الإطعام الصحية وغير الصحية ضروري حتى نستطيع معرفة ما إذا كانت المنظومة الغذائية تقوم بمهمتها لصالح أطفالنا على أكمل وجه.

حسّنوا من مقاييس تغذية الأطفال، ومن طرق جمع

البيانات عنها، ومن الأهداف التي توضع لها، في سنّ الدراسة وحتى انتهاء سنّ المراهقة. تندر المعلومات عن الأطفال الأكبر سنّاً وعن اليافعين، وغالباً ما تكون ذات نوعية متدنية. ولذا فإنّ العمل على سدّ هذه الفجوة المعرفية يحتاج المزيد من الاهتمام. إذ أنّ البيانات عن الأنماط الغذائية للأطفال واليافعين في العمر المدرسيّ مهمة، لافهم التوزع الجغرافي والاجتماعي — الاقتصاديّ للأنماط الغذائية والصور المختلفة لسوء التغذية في مرحلة الطفولة الوسطى والمراهقة فحسب، بل ولفهم من يؤثر وما الذي يؤثر في الخيارات الغذائية — في حال كان الاختيار ممكناً أصلاً — لهذه الفئة العمرية، ولتصميم التخلّلات الفعّالة الموجّهة للأطفال والمراهقين في العمر المدرسيّ. وكما هو الحال بالنسبة للتغذية التكميلية، فإنّ تحديد أهداف عالمية ووطنية لتغذية الأطفال واليافعين الذين ما زالوا في سنّ الدراسة أمر لزام حتى نستطيع تحقيق التقدم.

إنّ توافر البيانات الدقيقة في حينها ضروريّ لفهم سوء التغذية، ولاتخاذ الإجراءات المنسّقة، والمبنية على البراهين حتى يصبح بمقدورنا محاسبة جميع الجهات الفاعلة العامة والخاصة. إلّا أنّ شحّ البيانات يمنع الحكومات من التصدي لهذه القضية بالسياسات، والاستراتيجيات، وبالبرامج الناجعة. ولذا ينبغي تطوير أساليب جمع المعلومات وتيرتها لإثراء معرفتنا عن غذاء الأطفال واليافعين والنساء وأنماطهم الغذائية في كلّ مرحلة من مراحل حياتهم، وينبغي ألا يقتصر جمعنا للمعلومات على الأيام الألف الأولى كما جرت العادة. إنّ التصدي لسوء التغذية يتطلّب أن تصبح نظم البيانات أكثر استجابة، وأن تكون هناك ثقافة لمشاركة المعلومات ولشفافيتها.

حدّدوا أهدافاً للتغذية التكميلية للرضع والأطفال

الصغار، وراقبوا التقدم المحرز على هذا الصعيد. نفقد إلى وجود أهداف عالمية متفق عليها لتحسين تغذية الأطفال، وممارسات تغذية الرضع في مرحلة التغذية التكميلية الحاسمة، ولذا فإنّ استدراك هذا الأمر من الأهمية بمكان. إذ يجب أن توضع أهداف عالمية ووطنية لاستكمال الرضاعة، وللتغذية التكميلية، وللتغذية الصحية. وعلى هذه الأهداف أن تستعين بمؤشرات موحدة يمكن جمعها بانتظام عن طريق الاستقصاءات، وعن طريق نظم بيانات ومعلومات التغذية الوطنية. وينبغي على هذه المؤشرات والبيانات صبّ اهتمامها على تحسين الممارسات الإيجابية، مثل زيادة تناول الفواكه

◀ ادعموا تطوير أدوات ومنهجيات تحليلية جديدة لدراسة المنظومات الغذائية النشطة (الديناميكية)، وتحديد العوامل التي تؤثر في أنماط الطعام اليومية للأطفال وتغذيتهم. تتسم المنظومات الغذائية الصناعية بالتعقيد وبالتبدل السريع. ولذا فإن وضع الأطفال في صميم المنظومات الغذائية يتطلب مجموعة جديدة من الأدوات والمنهجيات التحليلية لفهم كيف تجري اختيارات الإنتاج والاستهلاك، وكيف تنسج البيئات الغذائية للأطفال، وكيف يتعاطى الفاعلون وأصحاب المصلحة المختلفون — العامون منهم والخاصون — مع بعضهم البعض. وإن من شأن مجموعة من الأدوات المبتكرة والمجربة — بما فيها الاستقصاءات الأسرية، والخرائط الغذائية، ولوحات متابعة المنظومات الغذائية، أن تمكن أصحاب القرار من مقارنة منظومتهم الغذائية بمنظومات الدول التي تشابههم، ومن معرفة التحديات الرئيسية،

وترتيب التدابير الواجب القيام بها الأولى فالأولى. ◀ حدّدوا أهدافاً لقياس تغطية وعدالة الخدمات الأساسية للتغذية التي تقدّم عن طريق منظومات الصحة، والمياه والصرف الصحي، والتعليم، والضمان الاجتماعي، وحسّنوا من جمع البيانات عنها. إنّ جلّ البيانات عن تغذية الأطفال، دولياً، مستمدة من الخدمات التي تقدّم عبر تدخّلات منظومة الرعاية الصحية وتماسها مع المستفيدين. إلّا أنّ الدور الهامّ للمنظومات الأخرى في دعم تغذية الأطفال يقتضي تحسين رصد التدخّلات والخدمات التي تقدّم عن طريق كافة البرامج ومنصّات الخدمات الأخرى. ولذا يجب تعزيز أنظمة البيانات وإمكاناتها لرصد الأهداف والمؤشّرات التي تمّ صوغها حديثاً عن تغطية وعدالة التدخّلات الأساسية للتغذية. ويعدّ ذلك خطوة ضرورية إذا ما أردنا أن يكون لدينا نظام محاسبة شفّاف متاح للعامّة. ■

طفل يتم وزنه في جلسة رصد نمو اعتيادية في مركز لحماية صحة الأم والطفل. تونس العاصمة.
© UNICEF/UN0212543/Noorani



زاوية خاصّة:

بيانات أفضل، لأنماط غذائية أفضل

كما هو حال تحدّد سوء التغذية نفسها، فإنّ البيانات عن تغذية الأطفال — ما يرصد منها، وما يحلّل، وما يقارن بين المناطق الجغرافيّة والشعوب المختلفة — يتغيّر أيضاً. حيث يزيد الانتقال أو التحوّل الغذائيّ العالميّ، والعبء الثلاثيّ الأضعاف لسوء التغذية، من الحاجة إلى قدر أكبر من البيانات، في حين تفتح التقانات الفرص أمامنا لفهم جديد. ومع التغيّر في أسلوب تعاطينا مع قضيّة سوء التغذية ليصبح أسلوباً متكاملًا، وأمام التركيز المنظوماتي والذي يقاطع عدّة حقول ومجالات أخذاً بعين الاعتبار في ذات الآن البيانات الغذائيّة وسلوك المستهلكين، تمثل الحاجة لصنوف أوسع من البيانات التي يمكن الاستناد عليها للتخطيط.

العمر، وفي الصحة وفي اقتصاديات وكمّ برامج التغذية في سنّ الطفولة المبكرة التي تُجرى عالمياً. وتتضمّن المؤشرات لهذه الفئة العمرية ما يلي:

- ◀ تفشّي انخفاض الوزن عند الولادة، والقزامة، والهزال، والسمنة
- ◀ معدلات الرضاعة الطبيعيّة المبكرة والحصرية والمستمرّة
- ◀ إضافة الأغذية المكملّة إلى غذاء الطفل في الأوان المناسب
- ◀ الحدّ الأدنى من عدد الوجبات
- ◀ الحدّ الأدنى من تنوّع الطعام المتناول والحدّ الأدنى للغذاء المقبول للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الشهر السادس والشهر الثالث والعشرين
- ◀ تغطية مكملات الفيتامين ألف، من ضمن أشياء أخرى.

وتتمّ متابعة القزامة وزيادة الوزن لدى الأطفال دون سنّ الخامسة عن كُتب في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل على المستوى الوطنيّ، إلّا أنّ وثيرة ذلك تتفاوت. كما تستثمر بعض البلدان في جمع البيانات السنوية، في حين تقوم بلدان أخرى بجمع البيانات كلّ ثلاث إلى خمس سنوات. أمّا الهزال فهو حالة قد تتغيّر بشكل موسمي وسريع، ولذلك يصبح تحديد النزعات التي يأخذها في الأوقات المختلفة صعباً، مع أنّ المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوحات الصحيّة والبشريّة (الديمغرافيّة)، من ضمن أشياء أخرى، تمكّننا من تتبّع البيانات اللّحظيّة الخاطفة. وقد أضحي بمقدورنا اليوم مقارنة البلدان والمناطق المختلفة بفضل البيانات المتوافرة حالياً، لكنّ البيانات المحليّة المقسّمة حسب ثروة الأسرة الواحدة، وحسب الفروق الجغرافيّة والجنسيّة، والمتوافرة في بعض البلدان، يمكن أن تكشف عن تفاوتات مهمّة يسترشد بها التخطيط

وبذا يصبح اعتماد البيانات والبراهين أساساً لاتخاذ القرارات بشأن الخطط الحكوميّة والبرامج أمراً لا بدّ منه لتحسين حياة الأطفال. لكن المؤسف في الأمر أنّ الثغرات الحالية في البيانات، لاسيّما منها تلك التي تتعلّق بطبيعة ونوعية غذاء الأطفال حول العالم وفي شتّى مراحلهم العمرية، تجعل من تفشّي، ومن طبيعة وحجم سوء التغذية أمراً عصياً على الفهم. كما أنّ فهمنا للبيئة الغذائيّة بمعناها الأوسع، والتي هي المكان الذي تتخذ فيه القرارات حيال ما يأكل الأطفال، هو أيضاً قاصر، ما يبرز الحاجة لوجود أدوات جديدة تمكّننا من فهم الأنماط الغذائيّة للأطفال بشكل أفضل. كما أنّنا بحاجة إلى وسائل لقياس وفرة الطعام، وإمكانية الحصول عليه، ويسر تكلفته، والطلب عليه، وتناوله، بوصفها مجموعة من العوامل المتّصلة فيما بينها والتي تؤثر في الأنماط الغذائيّة للأطفال، إضافةً إلى تتبّع وفهم الانتقال الغذائيّ الذي نشهد فيه انتشاراً أكبر للأنماط الغذائيّة غير الصحيّة حول العالم.

إلا أنّ النجاح والأثر المرجوّ للبيانات لا يعتمد على رصد عدد أكبر من المؤشرات، أو إجراء عدد أكبر من الاستقصاءات فحسب: بل إنّ تحليل واستخدام البيانات الموجودة بحيث يصبح ذلك هو المحرك الباعث لتصميم وتنفيذ حملات الدعوة للسياسات وللبرامج أمرٌ جوهريّ. كما أنّ علينا أن نربط الجهود المبذولة في هذا المجال مع استحداث أهداف عالميّة ووطنية لتحسين تغذية الأطفال، وممارسات تغذية الرضع.

البيانات عن الأطفال الذين تحت سنّ الخامسة

يتعلّق جلّ البيانات عن التغذية في البلدان منخفضة الدخل ومتوسطةه بالأطفال الذين هم تحت سنّ الخامسة، الأمر الذي لا يعدّ مفاجئاً نظراً للأثر الذي تملكه الأيام الأولى الحاسمة من عمر الطفل في التغذية مدى

تلقوا الطعام من خمس مجموعات غذائية أو أكثر في اليوم السابق)، ومؤشرات الحد الأدنى المقبول به من التغذية (عدد الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و23 شهراً وحصلوا على الحد الأدنى للتنوع الغذائي وعدد الوجبات في اليوم السابق على أقل تقدير).

إلا أن بوسعنا الوصول إلى فهم أفضل لسوء التغذية لو أننا أضفنا مؤشرات التنوع الغذائي — التي ترصد مقدار ووتيرة استهلاك الأطعمة المختلفة، وترجّحها حسب القيمة الغذائية — إلى عدد أكبر من المسوح، وجعلناها تغطّي مجموعة أوسع من الأطفال. إذ تبيّن أن هذه المؤشرات مؤشرات قويّة للوضع الاقتصاديّ وسوء التغذية (للقزامة والهزال على حدّ سواء).

إنّ جمع المعلومات الموثوقة عمّا يأكله الأطفال واليافعون والنساء محفوف بالتحديات. وأحد الأمثلة على ذلك جمع البيانات عن الأطفال في سن الدراسة، إذ أنّ قدرتهم الإدراكية على الإبلاغ الذاتي عن استهلاكهم الغذائيّ محدودة. إضافة إلى أنّ بعض الاستبيانات قد تكون طويلة جداً ما يُجهد من مقدرة الأطفال على الانتباه، التي هي قصيرة أصلاً. ويعتمد العديد من الدراسات على استبيانات أجيب عليها في المدرسة من قبل الأطفال دون مشاركة تذكر من آبائهم. ومن المعروف عن الأطفال في سنّ الدراسة أنّهم يبالغون في الإبلاغ عن مدخولهم من الطعام أحياناً أو يقلّون من حجمه أحياناً أخرى، ما يحدّ من مصداقية بعض البيانات.

أمّا مسوحات المراهقين فيعيقها افتقارهم إلى الحافز للجواب على الاستبيانات الطوعية والقضايا التي تتعلّق بشكل أجسامهم، حيث تشيع قلّة الإبلاغ وسوء الإبلاغ عن استهلاك الطعام بين صفوف المراهقين الذين يعانون زيادة الوزن والبدانة.

وأخيراً فإنّ قواعد بيانات تكوين الأغذية التي تقدّم تقديرات لمستويات الطاقة والمغذيات الدقيقة في الأغذية الشائعة محلياً (والتي لا تكون دقيقة دوماً) هي إمّا غير متوافرة على المستوى القطريّ أو غير موحّدة بين البلدان ما يجعل من المقارنة بين بلد وآخر أمراً صعباً. كما أنّها لا تلبّي الحاجات الخاصّة للأطفال الصغار بشكل كافٍ. كما أنّ العديد من الدراسات الاستقصائية تعدّل من قواعد البيانات العالمية لتكوين الأغذية هذه لاستيعاب الأغذية الخاصّة بكلّ بلد، ما يجعل من المقارنات، مجدّداً، أقلّ مصداقية. ■

الحكوميّ كما يسترشد بها تنفيذ الخطط على المستوى المحلي. أمّا في البلدان ذات الدخل المرتفع، فتميل مؤشرات التغذية هذه إلى الندرة للأطفال دون سنّ الخامسة إما لأنها لا تجمع بشكل منهجي، أو لأنه لا يتمّ الإبلاغ عنها بشكل دوريّ بطريقة تسمح بالمقارنة.

التغرات في البيانات عن الحالة الغذائية للأطفال واليافعين في سنّ الدراسة

إنّ فهمنا ومتابعتنا للحالة الغذائية للأطفال الأكبر سناً أقلّ درجةً من غيره. وقد حاول الاستقصاء العالميّ المدرسيّ عن صحّة الطلاب المشترك بين منظمة الصحة العالمية ومراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها سبر ذلك بسؤال اليافعين الذين تتراوح أعمارهم بين 13 و17 سنة عن بعض جوانب سلوكياتهم الغذائية (كاستهلاك الفواكه، والخضروات، والمشروبات الغازية، والوجبات السريعة) وعن نشاطهم البدنيّ (كالتربية البدنية وركوب الدراجات/المشي إلى المدرسة)، كما جرى تعقّب مؤشرات زيادة الوزن والنحول. إلا أنّ هذه البيانات تستند إلى أرقام الطول والوزن المبلّغ عنها ذاتياً في البلدان الأوروبية، والتي قد تقلّ من شأن معدلات السمنة بسبب المقاييس الاجتماعيّة المرغوب بها محلياً. وبوسعنا أن نضيف إلى ذلك أنّ الفجوة الرئيسية تتمثّل في أنّ عافية الطفل الغذائية طيلة فترة حياته لا يجري تتبّع حالها بشكل منهجيّ منتظم. كما أنّنا نعدم حالياً أيّة مجموعة موحّدة من المؤشرات الموصى بها والتي تُجمع بشكل دوريّ من خلال النظم الإداريّة، كما أنّنا نعدم أيّة دراسات استقصائية على المستوى القطريّ.

العادات الغذائية ومدخول الطعام

وتكمن الثغرة الكبيرة الأخرى في البيانات التي نملكها عن كامل غذاء الأطفال، واليافعين، والنساء من حيث ما يتناولونه فعلاً، كما تكمن في ندرة البيانات عن سوء التغذية الناجم عن عوز المغذيات الدقيقة. وبدون قدر أكبر من العلم بأنماط وتوزّع العادات المتعلّقة بالأنماط الغذائية اليومية يصبح تحديد الأولويات والأهداف الغذائية أمراً صعباً.

ويجري رصد ممارسات التغذية للأطفال الصغار وأمّهاتهم من خلال المسوح الأسريّة، مع مؤشرات الحد الأدنى من التنوع الغذائي (النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و23 شهراً الذين



مقالة رأي

كيف نعمل يداً بيداً لنكفل بشراً أصحاء وكوكباً صحياً

بقلم بيتر باكر، الرئيس
والمدير العام للمجلس
التجاري العالمي للتنمية
المستدامة

للخطر، وكلّ ذلك يؤثر في نهاية المطاف في حجم الأرباح التي تحقّقها الشركات. كما أنّ فرص النموّ، في ظلّ النموّ السكانيّ وتغيّر الأنماط الغذائية الذي يشهده العالم اليوم، قد باتت ساحة للشركات التي تتحرّك بسرعة وتخلق أسواقاً جديدة للطعام الصحيّ.

فيوسع الشركات مثلاً أن تشجّع الأهالي والأطفال على اعتماد خيارات الطّعام الصحيّة والمستدامة. فالترّويج الإعلانيّ والتسويق داخل المتاجر على سبيل المثال هي أدوات ذات قوّة بالغة التأثير في سلوك المستهلكين. لكن على الشركات في الوقت ذاته أن تضبط نفسها شيئاً ما في الحملات التسويقية التي تستهدف الأطفال بشكل مباشر، لأنّ الأطفال سريعو التأثير أكثر من غيرهم بالدعايات. ولذا فإننا نقوم في المجلس التجاري العالمي للتنمية المستدامة بمساعدة الشركات التجارية على فعل ذلك، عن طريق العمل على مشاريع على المستوى القطريّ، مثلاً، تتضمن مجموعة من الأدوات للمساعدة على تسويق وترويج المنتجات التي تقلّ فيها نسبة السكر.

وللحملات التثقيفية العامة دور كبير أيضاً، فنحن بحاجة إلى مزيج من السياسات العامة، والمعلومات، والتواصل مع المجتمعات المحلية حتّى نتمكن من الوصول إلى كلّ فرد، حتّى أولئك الذين يعيشون في مجتمعات مهمّشة.

كما أنّ علينا أن نزيد من تركيزنا على الأثر الذي يتركه إنتاج الطّعام في البيئة. وأن نعدّل من أنماطنا الغذائية أيضاً، لا سيّما وأننا قد دفعنا بموارد كوكبنا الطبيعية إلى الحدّ القصي لقراتها. وقد قدّمت عدّة جهات مبادرات للتصدّي لهذا التحديّ وفي طلبتها تقرير الإيبت ولجنة لانسيت المشترك، ومبادرة النمذجة القطرية التي اقترحتها مجموعة فييل (مجموعة الغذاء، والزراعة، والتنوّع البيئي واستخدام الأراضي، والطاقة)، ومبادرة حوارات المنظومات الغذائية، وتحالف الغذاء واستخدام الأراضي. وإننا نرى أنّ العديد من الشركات التجارية البارزة قد دعمت وشجّعت العمل المبني

رغم أنّ مستقبلنا مرهون بقدرتنا على خلق منظومة غذائية تكفل لنا أفراداً أصحاء وكوكباً معافى، إلّا أنّ منظومتنا الغذائية معطوبة وقد باتت ذلك واضحاً بشكل يبعث على الأسى. فقد تخطّت المنظومات الغذائية الرّاهنة ما لدى كوكبنا من موارد، في حين تسببت الأنماط الغذائية في خلق أزمات صحيّة عالمية من فرط التّغذية تارة ونقصه تارة أخرى، ومع استمرار النموّ السكانيّ والتغيّر الجاري في العادات الغذائية فإنّ سوء هذا الوضع لن يزداد إلّا تفاقماً.

وغالبا ما يُنظر للقطاع الخاصّ على أنّه جزء من المشكلة، لكنّي أعتقد أنّ بوسع القطاع الخاصّ القيام بدور محوريّ في تقديم الحلول. ولتأخذ معالجة الأطعمة على سبيل المثال، فهي قادرة على أن تقدّم لنا طعاماً ذا نوعيّة عالية يطيلُ من عمر الفواكه والخضروات، مقلّلة بذلك من هدر الطّعام. كما أنّ بوسعها أن توّفر الطّعام الصحيّ على مدار السنّة للمجتمعات التي تواجه تحديات بيئية كمنطقة الساحل. ناهيك عن أنّه يمكن تخفيف الأثر البيئيّ للممارسات الزراعيّة إلى أدنى حدّ، أو حتّى جعله أثراً تجديدياً حين يتمّ إنتاج الطّعام بطريقة مسؤولة.

إذ أنّ علينا ألا ننسى أنّ كلّ الطّعام المستهلك في جميع أرجاء العالم اليوم تقريباً هو طعام تُنتجه، أو تعالجه، أو توّزده شركات تجارية ابتداءً بصغار الملاك للأراضي الزراعيّة وبالمزارع الأهليّة، وانتهاءً بالشركات الدوليّة العملاقة، ما يعطي الشركات التجارية فرصة لا تدهنها أيّة فرصة أخرى وقدرة فريدة على تحسين صحّة الأطفال ومستواهم الحياتيّ من خلال إيجاد طعام أكثر صحيّة وأطيب مذاقاً لجميع النّاس يتمّ إنتاجه بشكل مسؤول ومستدام.

لقد صارت مساعدة القطاع الخاصّ على تأمين المتطلّبات الغذائية للأطفال أمراً ضرورياً له، كيف لا وسوء التّغذية هو أحد أسباب انخفاض القدرة الإنتاجية، وارتفاع تكاليف الرّعاية الصحيّة والتأمين، إضافة إلى رفع الكلفة البيئية، وتعرّيض سلاسل التّوريد

بيتر باكر هو الرئيس والمدير العام للمجلس التجاري العالميّ للتنمية المستدامة، وهو منظمة عالمية تديرها مجموعة من المدراء التنفيذيين العامين لأكثر من 200 شركة تجارية بارزة تعمل يداً بيداً لتسريع انتقالنا إلى عالم مستدام. وتتحدر الشركات التي تحمل صفة العضوية في المجلس من جميع قطاعات الأعمال في جميع الاقتصادات البارزة، لتمثّل ريعاً مشتركاً يزيد قدره على 8.5 تريليون دولار أميركيّ و19 مليون موظّف. وهو من الرّواد في مجال الأعمال وقد شغّر حتّى شهر حزيران/يونيو عام 2011 منصب المسؤول الماليّ الأوّل لشركة النقل والخدمات اللوجستية العالمية (تي إن تي إن في) والتي أصبح مديرها العام فيما بعد.



© UNICEF/UN016877/Noorani

- على البراهين الذي تقوم به هذه الجهات، مسترشدة به في استراتيجياتها وأعمالها التجارية.
- أخيراً ينبغي أن يكون الطعام الصحي والمستدام ميسور الثمن وفي متناول الجميع، إذ أنه لا يصح أن تُكرّس الحيف الاجتماعي والاقتصادي في طعام أطفالنا. فعادة ما يكون الطعام الذي يزيد صحته واستدامة عن غيره، حتى في المناطق التي يتوافر فيها، مكلفاً للأسف، كما لا يبقى ما يكفي من الطعام للعديد من صغار المزارعين عند انتهاء الحصاد ولا المال ليشترؤا به الغذاء الصحي والمتنوع.
- وحتى لو نظرنا للموضوع من وجهة نظر تجارية لوجدنا أنّ أطفال الحاضر هم مزارعو وموظفوا المستقبل، ولذا لا يصح أن يكون خذلانهم من ضمن حساباتنا، لكأنك تجد أننا نسير في طريق سينتهي بنا إلى ذلك. لذا علينا أن نتحرّك بشكل عاجل وعلى القطاع الخاص أن يتخذ خطوات جريئة للإسهام في إيجاد الحلول.
- إننا نجمع في المجلس التجاري العالمي للتنمية المستدامة الشركات التي تقوم بدور رائد في التفتيش عن الحلول وتطويرها والارتقاء بها إلى المستوى والحجم المطلوبين. ويقوم الكثير من أعضائنا فرادى، ومن خلال المجلس، بتنفيذ البرامج والمشاريع المبتكرة لينتقلوا بالجميع نحو أنماط غذائية صحية. كما تعمل منظماتنا على دعوة الشركات لتغيير المنظومة الغذائية تغييراً جذرياً حتى نتمكن من تحقيق رؤيتنا في الوصول إلى أناس أصحاء وكوكب صحي، وذلك عن طريق:
- ◀ حماية أمن الطعام والغذاء في سلاسل التوريد
 - ◀ توفير الأطعمة الصحية، والمغذية على النحو الملائم، والمُنتجة بشكل يسمح باستدامتها، للأطفال وعائلاتهم، وجعلها في متناول الشراء
 - ◀ استغلال قوة التسويق التجاري المسؤول، عن طريق إعادة التوازن للإفناق التسويقيّ وذلك برصد ميزانية لتسويق المنتجات الصحية، وتقديم المعلومات التي يمكن الاستناد لها لاتخاذ القرارات، وجعل الخيارات الصحية في متناول الجميع
 - ◀ الانخراط في المحافل التي تجمع عقد الشركات التجارية، والحكومات، والمجامع العلمية، والمجتمعات المدنية لتغيير حال المنظومة الغذائية إلى الأفضل
- ليس هناك حلّ سحريّ لحلّ مشكلة سوء التغذية، ولن ننجح في تغيير حال المنظومة الغذائية إلى الأفضل إلا إن اتبعنا أسلوباً تعاونياً ومتكاملاً للتعاطي مع الأمر.
- إنّ الحاجة ملحة للعمل الآن لا غداً: وعلينا أن نرفع من زخم هذه القضية لأجل أطفالنا ولأجل كوكبنا. وفي الأبحاث التي قامت بها لجنة الإيت ولانسيت المشتركة أهدافاً بوسعنا وضعها هدفاً لسعي مشترك. هيا فلنعمل معاً لقلب حال المنظومة الغذائية ولتحقيق رؤيتنا في الوصول إلى بشرٍ أصحاء وكوكب معافى. ■

مقدمة: النمو السليم في عالم متغير

- 12 FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO (2019). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2019: Safeguarding against economic slowdowns and downturns*. Food and Agriculture Organization, Rome.
- 13 HLPE (2017). *Nutrition and food systems. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition*. Committee on World Food Security, Rome.
- 14 Hossain, N. (2017). 'Inequality, hunger and malnutrition: Power matters'. In K. Von Grebmer (ed.), *2017 global hunger index: The inequalities of hunger*, International Food Policy Research Institute, Washington DC, pp. 25–29.
- 15 ILO (2017). *Global estimates of child labour: Results and trends, 2012–2016*. International Labour Office (ILO), Geneva.
- 16 United Nations (undated). Sustainable Development Goals Knowledge Platform. United Nations, New York.
- 17 Webb, P. (2014). *Nutrition and the Post-2015 Sustainable Development System. A Technical Note*. United Nations Standing Committee on Nutrition, New York.
- 7 *Safeguarding against economic slowdowns and downturns*. Food and Agriculture Organization, Rome.
- 7 Monteiro, C. A., et al (2013). 'Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system', *Obesity Reviews*, 14(Supplement 2), pp. 21–28.
- 8 Ashkan, A., et al. (2017). 'Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017', *The Lancet*, 393(10184), pp. 1958–1972.
- 9 Pries, A.M., et al (2019). 'Unhealthy snack food and beverage consumption is associated with lower dietary adequacy and length-for-age Z-scores among 12–23-month-olds in Kathmandu Valley, Nepal', *Journal of Nutrition*, nxz140.
- 10 Willett, W., et al. (2019). 'Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems', *The Lancet*, 393(10170), pp. 447–492.
- 11 Searchinger, T., et al (2018). *World Resources Report: Creating a sustainable food future*. World Resources Institute, Washington DC.
- 1 UNICEF estimates, 2019 based on Black et al, 2013 and Stevens et al, 2015. See Methodology on p. 178 for more information.
- 2 NCD Risk Factor Collaboration (2017). 'Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults', *The Lancet*, 390(10113), pp. 2627–2642.
- 3 Ashkan, A., et al. (2017). 'Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017', *The Lancet*, 393(10184), pp. 1958–1972.
- 4 المرجع السابق.
- 5 Keats, E. C., et al (2018). *Diet and eating practices among adolescent girls in low- and middle-income countries: A systematic review*. Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) project, Arlington, VA.
- 6 FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO (2019). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2019*.

الفصل 1: سوء التغذية عند الأطفال اليوم

- specific mortality in children under five years: A pooled analysis of ten prospective studies', *PLoS ONE*, 8(5), e64636.
- 18 USAid (2016). 'Community-based management of acute malnutrition: Technical guidance brief'. <https://www.usaid.gov/global-health/health-areas/nutrition/technical-areas/community-based-management-acute-malnutrition>, retrieved 22 July 2019.
- 19 <https://www.unicef.org/nutrition/index_sam.html>, retrieved 22 July 2019.
- 20 Khara, T. and Dolan, C. (2014). *Technical briefing paper: Associations between wasting and stunting, policy, programming and research implications*. Emergency Nutrition Network, Oxford.
- 21 No Wasted Lives Coalition (undated). 'State of acute malnutrition'. <https://www.acutemalnutrition.org/en/countries>, retrieved 22 July 2019; UNICEF, WHO and World Bank Group (2019). *Joint Child Malnutrition Estimates*. WHO, Geneva.
- 22 Jesson, J., et al. (2015). 'Prevalence of malnutrition among HIV-infected children in Central and West-African HIV-care programmes supported by the Growing Up Programme in 2011: A cross-sectional study', *BMC Infectious Diseases* 15, p. 216.
- 23 Muenchhoff, M., et al. (2018). 'Malnutrition in HIV-infected children is an indicator of severe disease with an impaired response to antiretroviral therapy', *AIDS Research and Human Retroviruses*, 34(1), pp. 46–55.
- 24 Rose, A. M., et al. (2014). 'Aetiology and management malnutrition, infant and young child feeding and iodized salt'. <https://data.unicef.org/resources/nutrition-data/>, retrieved 22 July 2019.
- 11 UNICEF, WHO and World Bank (2019). Joint child malnutrition estimates expanded database: stunting.
- 12 Black, R. E., et al. (2013). 'Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries', *The Lancet*. 382(9890), pp. 427–451; Harding, K. L., Aguayo, V. M. and Webb, P (2018). 'Factors associated with wasting among children under five years old in South Asia: Implications for action', *PLoS ONE* 13(7), e0198749.
- 13 de Onis, M., et al. (2018). 'Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years', *Public Health Nutrition* 22(1), pp. 175–179.
- 14 Harding, K. L., Aguayo, V. M. and Webb, P (2018). 'Factors associated with wasting among children under five years old in South Asia: Implications for action', *PLoS ONE* 13(7), e0198749.
- 15 Myatt, M., et al. (2018). 'Children who are both wasted and stunted are also underweight and have a high risk of death: a descriptive epidemiology of multiple anthropometric deficits using data from 51 countries', *Archives of Public Health* 76(28).
- 16 Harding, K. L., Aguayo, V. M. and Webb, P (2018). 'Factors associated with wasting among children under five years old in South Asia: Implications for action', *PLoS ONE* 13(7), e0198749.
- 17 Olofin, I., et al. for the Nutrition Impact Model Study (anthropometry cohort pooling). (2013). 'associations of suboptimal growth with all-cause and cause-
- 1 Black, R. et al. "Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries," *The Lancet* 382: 427-51 (2013).
- 2 WHO (2018). 'Top 10 causes of death'. <https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/>, retrieved 22 July 2019.
- 3 de Onis, M. and Branca, F. (2016). 'Childhood stunting: A global perspective', *Maternal & Child Nutrition* 12 (Supplement 2), pp. 12–26.
- 4 Development Initiatives (2017). *The P20 initiative: Data to leave no one behind, Baseline report March 2017*. Development Initiatives, Washington DC.
- 5 de Onis, M. and Branca, F. (2016). 'Childhood stunting: A global perspective', *Maternal & Child Nutrition* 12 (Supplement 2), pp. 12–26.
- 6 Blencowe, H. et al. (2019). 'National, regional, and worldwide estimates of low birthweight in 2015, with trends from 2000: A systematic analysis', *The Lancet Global Health*, 7(7), e849-e860.
- 7 de Onis, M. and Branca, F. (2016). 'Childhood stunting: A global perspective', *Maternal & Child Nutrition* 12 (Supplement 2), pp. 12–26.
- 8 Walker, C. L. F., et al. (2013). 'Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea', *The Lancet*, 381(9875), pp. 1405–1416.
- 9 Smith, L. C. and Haddad, L. (2015). 'Reducing child undernutrition: Past drivers and priorities for the post-MDG era', *World Development*, 68, pp. 180–204.
- 10 UNICEF (2018). New expanded databases for

- 57 Development Initiatives (2017). *Global Nutrition Report 2017: Nourishing the SDGs*. Development Initiatives, Bristol, UK, p. 52.
- 58 Hruby, A. and Hu, F. B. (2015). 'The epidemiology of obesity: A big picture', *Pharmacoeconomics*, 33(7), pp. 673–689.
- 59 NCD Risk Factor Collaboration (2017). 'Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults', *The Lancet*, 390(10113), pp. 2627–2642, p. 2640.
- 60 OECD (2017). *Obesity Update 2017*, The Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris, p. 9.
- 61 المرجع السابق.
- WHO (2016). *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*. WHO, Geneva, pp. vii–xi
- Development Initiatives (2017). *Global Nutrition Report 2017: Nourishing the SDGs*. Development Initiatives, Bristol, UK, p. 76
- 62 المرجع السابق، صفحة 62.
- 65 Wasting–Stunting Technical Interest Group (WaSt TIG) (2018). *Child wasting and stunting: Time to overcome the separation: A briefing note for policymakers and programme implementers*. Emergency Nutrition Network, Oxford, UK.
- 66 McDonald, C. M., et al. (2013). 'The effect of multiple anthropometric deficits on child mortality: Meta-analysis of individual data in 10 prospective studies from developing countries', *American Journal of Clinical Nutrition*, 97(4), pp. 896–901.
- 67 Khara, T. and Dolan, C. (2014). *Technical Briefing Paper: Associations between Wasting and Stunting, policy, programming and research implications*. Emergency Nutrition Network, Oxford, UK.
- 68 Harding, K. L., Aguayo, V. M. and Webb, P. (2018). 'Factors associated with wasting among children under five years old in South Asia: Implications for action', *PLoS ONE* 13(7), e0198749.
- 69 Development Initiatives (2018). *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*. Development Initiatives, Bristol, UK, p. 14.
- 70 De Lucia Rolfe, E., et al. (2018). 'Associations of stunting in early childhood with cardiometabolic risk factors in adulthood', *PLoS One*, 13(4), e0192196.
- 71 Dang, A. and Meenakshi, J. V. (2017). 'The nutrition transition and the intra-household double burden of malnutrition in India', *ADB Working Paper* 725, Asian Development Bank Institute, Tokyo.
- 72 Aitsi-Selmi, A. (2014). 'Households with a stunted child and obese mother: trends and child feeding practices in a middle-income country, 1992–2008', *Maternal & Child Health*, 19(6), pp. 1284–1291.
- 73 Horta, B. L., et al. (2013). 'Nutritional status of indigenous children: Findings from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil', *International Journal of Equity in Health*, 12(23).
- 74 UNICEF, WHO and World Bank (2019). *Joint child malnutrition estimates expanded database: stunting*.
- Survey 2018. Banjul, Gambia.
- 42 WHO (2016). *Report of the commission on ending childhood obesity*, WHO, Geneva.
- 43 UNICEF, WHO, International Bank for Reconstruction and Development and World Bank (2019). *Levels and trends in child malnutrition: Key findings of the 2019 Edition of the Joint Child Malnutrition Estimates*, WHO, Geneva.
- 44 المرجع السابق.
- 45 Ng, M., et al. (2014). 'Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013', *The Lancet*, 384(9945), pp. 766–781.
- 46 van Jaarsveld, C. H. M. and Gulliford, M. C. (2015). 'Childhood obesity trends from primary care electronic health records in England between 1994 and 2013: Population-based cohort study', *Archives of Disease in Childhood*, 100, pp. 214–219.
- 47 Manios, Y., et al. (2018). 'Prevalence and sociodemographic correlates of overweight and obesity in a large Pan-European cohort of preschool children and their families. The Toy Box study', *Nutrition*, 55–56, pp. 192–198.
- 48 Spinelli, A., et al. (2019). 'Prevalence of severe obesity among primary school children in 21 European countries', *Obesity Facts*, 12, pp. 244–258.
- 49 Ng, M., et al. (2014). 'Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013', *The Lancet*, 384(9945), pp. 766–781.
- 50 Manios, Y., et al. (2018). 'Prevalence and sociodemographic correlates of overweight and obesity in a large Pan-European cohort of preschool children and their families. The Toy Box study', *Nutrition*, 55–56, pp. 192–198.
- 51 NCD Risk Factor Collaboration (2017). 'Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults', *The Lancet*, 390(10113), pp. 2627–2642.
- 52 المرجع السابق.
- 53 Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (2018). 'Prevalence of obesity among youths by household income and education level of head of household – United States 2011–2014', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(6), pp. 186–189.
- 54 Lissner, L., et al. (2016). 'Socio-economic inequalities in childhood overweight: Heterogeneity across five countries in the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI-2008)', *International Journal of Obesity*, 40(5), pp. 796–802.
- 55 المرجع السابق.
- 56 Kraak, V.I., et al. (2016). 'Progress achieved in restricting the marketing of high-fat, sugary and salty food and beverage products to children', *Bulletin of the World Health Organization*, 94(7), pp. 540–548.
- 25 No Wasted Lives Coalition (undated). 'State of acute malnutrition'. <<https://www.acutemalnutrition.org/en/countries>>, retrieved 22 July 2019;
- 26 UNICEF Evaluation Office (2013). *Evaluation of community management of acute malnutrition (CMAM): Global Synthesis Report (Evaluation Report)*. UNICEF, New York.
- 27 WHO, UNICEF, WFP and UN System Standing Committee on Nutrition (2007). *Community-based management of severe acute malnutrition: A joint statement*. WHO, Geneva.
- 28 Bhutta, Z. A., et al. (2013). 'Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?' *The Lancet*, 382(9890), pp. 452–477.
- 29 Gillespie, S., et al (eds) (2016). *Nourishing Millions: Stories of change in nutrition*. International Food Policy Research Institute, Washington, DC, p. 35.
- 30 Daru, J., et al. (2018). 'Risk of maternal mortality in women with severe anaemia during pregnancy and post partum: A multilevel analysis', *The Lancet Global Health*, 6(5), e548–e554.
- 31 UNICEF (2018). 'Globally, 86 per cent of the population has access to iodized salt', UNICEF, New York, July 2018.
- 32 UNICEF estimates, 2019 based on Black et al, 2013 and Stevens et al, 2015. See Methodology on p. 178 for more information.
- 33 UNICEF (2004). 'The hidden hunger of the vitamin and mineral deficient child', UNICEF, New York, March 2004.
- 34 Kennedy, G. Ballard, T. and Dop, M. (2013). *Guidelines for measuring household and individual dietary diversity*. Food and Agriculture Organization and European Union, Rome and Brussels.
- 35 Louzada, M., et al. (2018). 'The share of ultra-processed foods determines the overall nutritional quality of diets in Brazil', *Public Health Nutrition*, 21(1), pp. 94–102.
- 36 Martínez Steele, E., et al. (2017). 'The share of ultra-processed foods and the overall nutritional quality of diets in the US: Evidence from a nationally representative cross-sectional study', *Population Health Metrics*, 15(6).
- 37 Swinburn, B. A., et al. (2019). 'The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report', *The Lancet* 393(10173), pp. 791–846.
- 38 UNICEF estimates, 2019 based on Black et al, 2013 and Stevens et al, 2015. See Methodology on p. 178 for more information.
- 39 Bird, J. K., et al. (2017). 'Risk of deficiency in multiple concurrent micronutrients in children and adults in the United States', *Nutrients*, 9, p. 655.
- 40 Riaz, M., et al. (2018). 'Maternal nutrition during early pregnancy and cardiometabolic status of neonates at birth', *Journal of Diabetes Research*, Article ID 7382946, 8 pages.
- 41 National Nutrition Agency (NaNA) Gambia, UNICEF, Gambia Bureau of Statistics (GBOS) and GroundWork (2019). *Gambia National Micronutrient*

- col 1544.
- 106 Lim, S. S., et al. (2018). 'Measuring human capital: a systematic analysis of 195 countries and territories, 1990–2016', *The Lancet*, 392(10154), pp. 1217–1234
- 107 African Union Commission, NEPAD Planning and Coordinating Agency, UNECA and WFP (2014). *The cost of hunger in Africa: Social and economic impact of child undernutrition in Egypt, Ethiopia, Swaziland and Uganda*. United Nations Economic Commission for Africa, Addis Ababa.
- 108 Hodinott, J. (2016). 'The economics of reducing malnutrition in Sub-Saharan Africa', Working paper for Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition (unpublished).
- 109 World Bank Group (2013). 'Reaching the global target to reduce stunting: How much will it cost and how can we pay for it?', World Bank Group
- 110 Garde, A. and Murphy, B. (2018). *A child rights-based approach to food marketing: A guide for policy makers*. UNICEF, New York, p. 13.
- 111 OECD (2018). *Agricultural Policy Monitoring and Evaluation 2018*. Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris.
- 112 World Bank Group (2013). 'Reaching the global target to reduce stunting: How much will it cost and how can we pay for it?', World Bank Group, citing Hodinott, J., et al. (2013). 'The economic rationale for investing in nutrition', *Maternal & Child Nutrition*, 9 (Supplement 2), pp. 69–82. Median estimate for a sample of 17 high-burden countries used by the authors.
- 113 Boseley, S. (2016). 'World Bank to name and shame countries that fail to prevent stunting in children', *The Guardian*, London, 30 September
- 114 UK Government (2018). *Childhood obesity: A plan for action*. HM Government, London, ch. 2.
- 115 NHS Digital (2018). *National Child Measurement Programme, England: 2017/18 School Year [PAS]*. Department for Health and Social Care, London.
- 116 RCPCH (2017). *State of Child Health Report 2017*. Royal College of Paediatrics and Child Health, London.
- 117 Public Health England (2018). England's poorest areas are fast-food hotspots. Press release 29 June.
- 118 Adams, J., Ganiti, E. and White, M. (2011). 'Socio-economic differences in outdoor food advertising in a city in Northern England', *Public Health Nutrition*, 14(6), pp. 945–950.
- 119 Public Health England (2015). *Sugar Reduction: The evidence for action*. Public Health England, London.
- 120 Winkler, L., et al., (2016). 'Substituting sugar confectionery with fruit and healthy snacks at checkout – a win-win strategy for consumers and food stores? a study on consumer attitudes and sales effects of a healthy supermarket intervention', *BMC Public Health*, 16(1184).
- 121 Children's Commissioner for England (2019). *Childhood vulnerability in England 2019*. Children's Commissioner for England, London.
- 122 NHS Digital (2017). Healthy Survey for England < <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/health-survey-for-england>> retrieved 31 July 2019.
- 123 Smith, A. (2018). *Food poverty in Camden and on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Progress, challenges and guidance for next steps in the WHO European Region*, WHO, Geneva; WHO Regional Office for the East Mediterranean (2018). *Implementing the WHO recommendations on the marketing of food and non-alcoholic beverages to children*.
- 91 Grassi, F., Landberg, J. and Huyer, S. (2015). *Running out of time: The reduction of women's work burden in agriculture production*. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome.
- 92 Rasella, D., et al. (2013). 'Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: A nationwide analysis of Brazilian municipalities', *The Lancet*, 382(9886), pp. 57–64.
- 93 Grassi, F., Landberg, J. and Huyer, S. (2015). *Running out of time: The reduction of women's work burden in agriculture production*. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome
- 94 UNICEF (2018). *Generation 2030: Africa 2.0*. UNICEF, New York.
- 95 Lim, S. S., et al. (2018). 'Measuring human capital: a systematic analysis of 195 countries and territories, 1990–2016', *The Lancet*, 392(10154), pp. 1217–1234.
- 96 Black, R. E., et al. (2013). 'Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries', *The Lancet*, 382(9890), pp. 427–451; WHO (2018). *Malnutrition factsheet*, WHO, Geneva.
- 97 Agbor, J. A. and Price, G.N. (2014). 'Does famine matter for aggregate adolescent human capital acquisition in Sub-Saharan Africa?', *African Development Review*, 26(3), pp. 454–467.
- 98 Niemesh, G. T. (2015). Ironing out deficiencies: Evidence from the United States on the economic effects of iron deficiency', *Journal of Human Resources*, 50(4), pp. 910–958.
- 99 Field, E., Robles, O. and Torero, M. (2009). 'Iodine deficiency and schooling attainment in Tanzania', *American Economic Journal: Applied Economics*, 1(4), pp. 140–169.
- 100 Maluccio, J. A., et al. (2009). The impact of improving nutrition during early childhood on education among Guatemalan adults', *The Economic Journal*, 119, pp. 734–763.
- 101 Wong, H. L., et al. (2014). 'Improving the health and education of elementary schoolchildren in rural China: Iron supplementation versus nutritional training for parents', *Journal of Development Studies*, 50(4), pp. 502–519.
- 102 Fink, G., et al. (2016). 'Schooling and wage income losses due to early-childhood growth faltering in developing countries: National, regional, and global estimates', *American Journal of Clinical Nutrition*, 104(1), pp. 104–112.
- 103 McGovern, M. E., et al. (2017). 'A review of the evidence linking child stunting to economic outcomes', *International Journal of Epidemiology*, 46(4), pp. 1171–1191.
- 104 Pinstrup-Andersen, P. and Shimokawa, S. (2008). 'Do poverty and poor health and nutrition increase the risk of armed conflict onset?', *Food Policy*, 33(6), pp. 513–520.
- 105 House of Commons (1946). 31 May Debate, 5(423),
- 75 Popkin, B. M., Adair and Ng, S. W. (2012). 'Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries', *Nutrition Reviews*, 70(1), pp. 3–21.
- 76 Hawkes, C., Harris, J. and Gillespie, S. (2017). 'Changing diets: Urbanization and the nutrition transition'. In IFPRI, Global Food Policy Report, International Food Policy Research Institute, Washington DC, p. 35.
- 77 FAO (2013). *The State of Food and Agriculture: Food systems for better nutrition*, Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome.
- 78 Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition (2016). *Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century*, Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition, London.
- 79 HLPE (2017). *Nutrition and food systems*. High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security, Rome.
- 80 This section draws on UNICEF, GAIN (2018). 'Food systems for children and adolescents', *Interim Summary Report*, of event at UNICEF Office of Research, Innocenti Florence, Italy, 5–7 November 2018.
- 81 UNICEF, GAIN (2019). 'Food systems for children and adolescents', *Final Report*, of event at UNICEF Office of Research, Innocenti Florence, Italy, 5–7 November 2018.
- 82 Pinstrup-Andersen, P. (2013). Nutrition-sensitive food systems: From rhetoric to action. *The Lancet*, 382(9890), pp. 375–376.
- 83 Jones, A. D. and Ejeta, G. (2015). 'A new global agenda for nutrition and health: The importance of agriculture and food systems', *Bulletin of the World Health Organization* 94(3), pp. 228–229.
- 84 Gillespie, S. and van den Bold, M. (2017). 'Agriculture, food systems, and nutrition: Meeting the challenge', *Global Challenges* 1(3), 1600002.
- 85 FAO (2013). *The State of Food and Agriculture: Food systems for better nutrition*, Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome.
- 86 Ruel, M. T. and Alderman, H. (2013). 'Nutrition-sensitive interventions and programmes: How can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?' *The Lancet*, 382(9891), pp. 536–551.
- 87 Herforth, A. and Harris, J. (2014). 'Understanding and applying primary pathways and principles', *Brief 1: Improving Nutrition through Agriculture Technical Brief Series*. USAID and Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) Project, Arlington, VA.
- 88 Ruel, M. T. and Alderman, H. (2013). 'Nutrition-sensitive interventions and programmes: How can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?' *The Lancet*, 382(9891), pp. 536–551; Gillespie, S. and van den Bold, M. (2017). 'Agriculture, food systems, and nutrition: Meeting the challenge', *Global Challenges* 1(3), 1600002.
- 89 Gillespie, S. and van den Bold, M. (2017). 'Agriculture, food systems, and nutrition: Meeting the challenge', *Global Challenges* 1(3), 1600002.
- 90 WHO Regional Office for Europe (2018). *Evaluating implementation of the WHO Set of Recommendations*

- 128 Public Health England (2019). *Foods and drinks aimed at infants and young children: Evidence and opportunities for action*. Public Health England, London.
- 129 Griffith, R., von Hinke, S. and Smith, S. (2018). 'Getting a healthy start: The effectiveness of targeted benefits for improving dietary choices', *Journal of Health Economics*, 58, pp. 176–187.
- 127 Office of the Mayor on London and the London Assembly (2018). Mayor confirms ban on junk food advertising on transport network. Press release 23 November.
- 124 UK Government (2018). *Childhood obesity: A plan for action*. HM Government, London, ch. 2
- 125 UK Government (2017). *Childhood obesity: a plan for action*
- 126 UK Government (2019). *Government Response to*

Islington, January 2018: Understanding the local picture. Islington and Camden Public Health.

الفصل 2: إطعام الطفل مدى الحياة

- 26 Benedict, R., Hope, C., Torlesse, H. and Stoltzfus, R. J. (2018). 'Trends and predictors of optimal breastfeeding among children 0–23 months: South Asia: Analysis of national survey data', *Maternal & Child Nutrition*, 14(S4), e12698.
- 27 UNICEF, *Capture the Moment*, 2018, p. 16.
- 28 Balogun, O. O., Dagvadorj, A., Anigo, K. M., Ota, E. and Sasaki, S. (2015). 'Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: A quantitative and qualitative systematic review', *Maternal & Child Nutrition*, 11(4), pp. 433–451.
- 29 UNICEF (2017). *The Baby-friendly Hospital Initiative in Viet Nam: Enhancing healthcare quality criteria*. UNICEF, New York.
- 30 White, J. M., Bégin, F., Kumapley, R., Murray, C. and Krasevec, J. (2017). 'Complementary feeding practices: Current global and regional estimates', *Maternal & Child Nutrition*, 13 (Supplement 2), e12505.
- 31 Hamner, H. C., Perrine, C. G., Gupta, P. M., Herrick, K. A. and Cogswell, M. E. (2017). 'Food consumption patterns among US children from birth to 23 months of age, 2009–2014', *Nutrients*, 9(9), pp. 2009–2014.
- 32 Headey, D., Hirvonen, K. and Hodinott, J. (2018). 'Animal-sourced foods and child stunting', *American Journal of Agricultural Economics*, 100(5), pp. 1302–1319.
- 33 International Food Policy Research Institute (IFPRI) (2019). 'Food markets and nutrition in the developing world: Results from ARENA II', Policy Seminar < <http://www.ifpri.org/event/food-markets-and-nutrition-developing-world-results-arena-ii> > retrieved 18/7/19.
- 34 Pérez-Expósito, A. B. and Klein, B. P. (2009). 'Impact of fortified blended food aid products on nutritional status of infants and young children in developing countries', *Nutrition Reviews*, 67(12), pp. 706–718.
- 35 Leyvraz, M., David-Kigar, D. M., Macharia-Mutie, C., Aaron, G. J., Roefs, M. and Tumilowicz, A. (2018). 'Coverage and consumption of micronutrient powders, fortified staples, and iodized salt among children aged 6 to 23 months in selected neighborhoods of Nairobi County, Kenya', *Food and Nutrition Bulletin*, 39(1), pp. 107–115.
- 36 Bouis, H. E. and Saltzman, A. (2017). 'Improving nutrition through biofortification: A review of evidence from HarvestPlus, 2003 through 2016', *Global Food Security*, 12, pp. 49–58.
- 37 Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et ICF (2018). *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016–2017)*, IHE et ICF, Pétiion-Ville, Haïti et Rockville, Maryland, USA
- 387(10017), p. 416.
- 12 Ballard, O. and Morrow, A. L. (2013). 'Human milk composition nutrients and bioactive factors', *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), pp. 49–74.
- 13 Smith, E. R., Hurt, L., Chowdhury, R., Sinha, B., Fawzi, W. and Edmond, K. M. (2017). 'Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis', *PLoS ONE*, 12(7).
- 14 المرجع السابق.
- 15 Lancet Breastfeeding Series Group (2016). 'Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect', *The Lancet*, 387(10017), pp. 475–490.
- 16 Ballard, O. and Morrow, A. L. (2013). 'Human milk composition nutrients and bioactive factors', *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), pp. 49–74.
- 17 Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., et al. (2015). 'Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis'. *Acta Paediatrica*, 104, pp. 96–113.
- 18 Bonifacino, E., Schwartz E. B., Jun, H., Wessel, C.B. and Corbelli, J. A. (2018). 'Effect of lactation on maternal hypertension: A systematic review', *Breastfeeding Medicine*, 13(9), pp. 578–588.
- 19 UNICEF (2018). *From the First Hour of Life*, UNICEF, New York
- 20 Rodríguez-Ramírez, S., Muñoz-Espinosa, A., Rivera, J. A., González-Castell, D. and González de Cosío, T. (2016). 'Mexican children under 2 years of age consume food groups high in energy and low in micronutrients', *Journal of Nutrition*, 146 (Supplement), pp. 1916S–19123S.
- 21 Baker, P., Smith, J., Salmon, L., Friel, S., Kent, G., Iellamo, A. et al. (2016). 'Global trends and patterns of commercial milk-based formula sales: Is an unprecedented infant and young child feeding transition under way?' *Public Health Nutrition*, 19(14), pp. 2540–2550.
- 22 المرجع السابق.
- 23 Pomeranz, J. L., Romo Palafox, M. J. and Harris, J. L. (2018). 'Toddler drinks, formulas, and milks: Labeling practices and policy implications', *Preventive Medicine*, 109, pp. 11–16.
- 24 Wilhelm, M. (2018). 'Toddler Milks: Filling a nutritional need or a marketing niche?' *The Salt*, National Public Radio, 20 February.
- 25 UNICEF (2016). *From the First Hour of Life*, UNICEF, New York.
- 1 Baird, J., Jacob, C., Barker, M., Fall, C., Hanson, M., Harvey, N., Inskip, H., Kumaran, K. and Cooper, C. (2017). 'Developmental origins of health and diseases: a lifecourse approach to the prevention of non-communicable diseases', *Healthcare*, 5(14).
- 2 Catalano, P. M. and Kartik, S. (2017). 'Obesity and pregnancy: mechanisms of short-term and long-term adverse consequences for mother and child', *BMJ*, 356, j1.
- 3 McDonald, S. D., Han, Z., Mulla, S., Beyene, J. and Knowledge Synthesis Group (2010). 'Overweight and obesity in mothers and risk of preterm birth and low birthweight infants: systematic review and meta-analyses', *BMJ (Clinical Research ed.)*, 341, c3428.
- 4 Poston, L., Caleyachetty, R., Cnattingius, S., Corvalán, C., Uauy, R., Herring, S. and Gillman, M. W. (2016). 'Preconceptional and maternal obesity: epidemiology and health consequences', *The Lancet. Diabetes & Endocrinology*, 4(12), pp. 1025–1036.
- 5 Darnton-Hill, I. and Mkpuru, U. C. (2015). 'Micronutrients in pregnancy in low- and middle-income countries', *Nutrients*, 7(3), pp. 1744–1768; Stevens, G. A., Finucane, M. M., De-Regil, L. M., Paciorek, C. J., Flaxman, S. R., Branca, F. et al. (2013). 'Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995–2011: a systematic analysis of population-representative data', *The Lancet Global Health*, 1(1), e16–25.
- 6 De-Regil, L. M., Pena-Rosas, J. P., Fernandez-Gaxiola, A. C. and Rayco-Solon, P. (2015). 'Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD007950.
- 7 Mackillop, L. (2015). 'Pre-eclampsia: reducing the risk with calcium supplements', *BMJ Clinical Evidence*, 1402.
- 8 McCauley, M. E., Broek, N., Dou, L. and Othman, M. (2015). 'Vitamin A supplementation during pregnancy for maternal and newborn outcomes', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD008666.
- 9 Chaffee, B. W. and Kinga, J. C. (2012). 'Effect of zinc supplementation on pregnancy and infant outcomes: A systematic review', *Paediatric Perinatal Epidemiology*, 2(1), pp. 118–137.
- 10 Prado, E. L. and Dewey, K. G. (2014). 'Nutrition and brain development in early life', *Nutrition Reviews*, 72(4), pp. 267–284.
- 11 Hansen, K. (2016). 'Breastfeeding: A smart investment in people and in economies', *The Lancet*,

- 58 Woldehanna, T., Behrman, J. and Araya, M. (2017). 'The effect of early childhood stunting on children's cognitive achievements: Evidence from Young Lives Ethiopia', *Ethiopia Journal of Health and Development*, 31(2), pp.74–85; Walker, S., Chang, S., Powell, C. and Grantham-McGregor, S. (2005). 'Effects of early childhood psychosocial stimulation and nutritional supplementation on cognition and education in growth-stunted Jamaican children: Prospective cohort study', *The Lancet*, 366(9499), pp. 1804–1807.
- 59 Chung, S. T., Onuzuruie, A. U. and Magge, S. N. (2018). 'Cardiometabolic risk in obese children', *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1411(1), pp. 166–183; Reilly, J. J., Methven, E., McDowell, Z. C., Hacking, B., Alexander, D., Stewart, L. and Kelnar, C. J. H. (2003). 'Health consequences of obesity', *Archives of Disease in Childhood*, 88(9), pp. 748–752.
- 60 Rodriguez-Morales, A. J., Bolivar-Mejía, A., Alarcón-Olave, C. and Calvo-Betancourt, L. S. (2016). 'Nutrition and infection', In *Encyclopedia of Food and Health*, Elsevier, pp. 98–103.
- 61 Bechard, L. J., Rothpletz-Puglia, P., Touger-Decker, R., Duggan, C. and Mehta, N. M. (2013). 'Influence of obesity on clinical outcomes in hospitalized children: A systematic review', *JAMA Pediatrics*, 167(5), pp. 476–482.
- 62 Reilly, J. J., Methven, E., McDowell, Z. C., Hacking, B., Alexander, D., Stewart, L. and Kelnar, C. J. H. (2003). 'Health consequences of obesity', *Archives of Disease in Childhood*, 88(9), pp. 748–752.
- 63 Chung, S. T., Onuzuruie, A. U. and Magge, S. N. (2018). 'Cardiometabolic risk in obese children', *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1411(1), pp. 166–183.
- 64 Reilly, J. J. and Kelly, J. (2011). Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: Systematic review. *International Journal of Obesity*, 35(7), pp. 891–898; Umer, A., Kelley, G. A., Cottrell, L. E., Giacobbi, P., Innes, K. E. and Lilly, C. L. (2017). 'Childhood obesity and adult cardiovascular disease risk factors: A systematic review with meta-analysis', *BMC Public Health*, 17(1), p. 683.
- 65 Muthuri, S. K., Wachira, L. J. M., Leblanc, A. G., Francis, C. E., Sampson, M., Onywera, V. O. and Tremblay, M. S. (2014). 'Temporal trends and correlates of physical activity, sedentary behaviour, and physical fitness among school-aged children in Sub-Saharan Africa: A systematic review', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(3), pp. 3327–3359.
- 66 Minges, K. E., Chao, A. M., Irwin, M. L., Owen, N., Park, C., Whittemore, R. and Salmon, J. (2016). 'Classroom standing desks and sedentary behavior: A systematic review', *Pediatrics*, 137(2), e20153087–e20153087.
- 67 Adolphus, K., Lawton, C. L., Champ, C. L. and Dye, L. (2016). 'The effects of breakfast and breakfast composition on cognition in children and adolescents: a systematic review. *Advances in Nutrition*, 7(7), 590S-612S .
- 68 Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- undernutrition in low- and middle-income countries', *Journal of Nutrition*, 141, pp. 502–507.
- 48 Pérez-Escamilla, R., Segura-Pérez, S. and Lott, M. (2017). *Feeding Guidelines for Infants and Young Toddlers: A responsive parenting approach*, Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, NJ.
- 49 Redsell, S. A., Edmonds, B., Swift, J. A., Siriwardena, A. N., Weng, S., Nathan, D. and Glazebrook, C. (2016). 'Systematic review of randomised controlled trials of interventions that aim to reduce the risk, either directly or indirectly, of overweight and obesity in infancy and early childhood', *Maternal & Child Nutrition*, 12(1), pp. 24–38.
- 50 Fox, E. 'Characteristics of children's dietary needs, intake patterns, and determinants that explain their nutrition behaviors' (unpublished).
- 51 Brown, J. E. (2002) 'Child and preadolescent nutrition'. In *Nutrition Through the Lifecycle*, pp. 310–337. Cengage Learning, Boston, Mass.
- 52 Prentice, A. M., Ward, K. A., Goldberg, G. R., Jarjou, L. M., Moore, S. E., Fulford, A. J. and Prentice, A. (2013). 'Critical windows for nutritional interventions against stunting', *American Journal of Clinical Nutrition*, 97(5), pp. 911–918; Crookston, B. T., Schott, W., Cueto, S., Dearden, K. A., Engle, P., Georgiadis, A. et al. (2013). 'Postinfancy growth, schooling, and cognitive achievement: Young Lives', *American Journal of Clinical Nutrition*, 98(6), pp. 1555–1563; Gandhi, M., Ashorn, P., Maleta, K., Teivaanmäki, T., Duan, X. and Cheung, Y. B. (2011). 'Height gain during early childhood is an important predictor of schooling and mathematics ability outcomes', *Acta Paediatrica*, 100(8), pp. 1113–1118; Crookston, B. T., Penny, M. E., Alder, S. C., Dickerson, T. T., Merrill, R. M., Stanford, J. B. et al. (2010). 'Children who recover from early stunting and children who are not stunted demonstrate similar levels of cognition', *Journal of Nutrition*, 140, pp. 1996–2001.
- 53 Craigie, A. M., Lake, A. A., Kelly, S. A., Adamson, A. J. and Mathers, J. C. (2011). 'Tracking of obesity-related behaviours from childhood to adulthood: A systematic review', *Maturitas*, 70(3), pp. 266–284.
- 54 Ochola, S. and Masibo, P. K. (2014). 'Dietary intake of schoolchildren and adolescents in developing countries', *Annals of Nutrition & Metabolism*, 64(2), pp. 4–40.
- 55 Burrows, T., Goldman, S., Pursey, K. and Lim, R. (2017). 'Is there an association between dietary intake and academic achievement? A systematic review', *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 30(2), pp. 117–140.
- 56 Halterman, J. S., Kaczorowski, J. M., Aligne, C. A., Auinger, P. and Szilagyi, P. G. (2001). 'Iron deficiency and cognitive achievement among school-aged children and adolescents in the United States', *Pediatrics*, 107(6), pp. 1381–1386; Walter, T. (2003). 'Effect of iron-deficiency anemia on cognitive skills and neuromaturation in infancy and childhood', *Food Nutrition Bulletin*, 24 (Supplement 4), S104–S110.
- 57 Adolphus, K., Lawton, C. L., Champ, C. L. and Dye, L. (2016). 'The effects of breakfast and breakfast composition on cognition in children and adolescents: A systematic review', *Advances in Nutrition*, 7(3), 590S–612S; Kim, S. Y., Sim, S., Park, B., Kong, I. G., Kim, J. H. and Choi, H. G. 'Dietary habits are associated with school performance in adolescents', *Medicine (Baltimore)*, 95(12), e3096.
- (Haiti Demography and Health Study (DHS), 2016–2017); UNICEF data on malnutrition <<https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>>; UNICEF data on infant and young child feeding <<https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>>.
- 38 Kavle, J. A., Mehanna, S., Saleh, G., Fouad, M. A., Ramzy, M., Hamed, D et al. (2015). 'Exploring why junk foods are "essential" foods and how culturally tailored recommendations improved feeding in Egyptian children', *Maternal & Child Nutrition*, 11(3), pp. 346–370; Pries, A. M., Huffman, S. L., Champeny, M., Adhikary, L., Benjamin, M., Coly, A. N. et al. (2017). 'Consumption of commercially produced snack foods and sugar-sweetened beverages during the complementary feeding period in four African and Asian urban contexts', *Maternal & Child Nutrition*, vol. 13 (Supplement 2).
- المراجع السابق 39
- 40 Elliott, C. D. and Conlon, M. J. (2015). 'Packaged baby and toddler foods: Questions of sugar and sodium', *Pediatric Obesity*, 10, pp. 149–55; Cogswell, M. E., Gunn, J. P., Yuan, K., Park, S. and Merritt, R. (2015). 'Sodium and sugar in complementary infant and toddler foods sold in the United States', *Pediatrics*, 135, pp. 416–423; Crawley, H. and Westland, S. (2017). *Baby foods in the UK: A review of commercially produced jars and pouches of baby foods marketed in the UK*, First Steps Nutrition Trust, London; WHO (2019). Improving the nutritional quality of commercial foods for infants and young children in the WHO European Region, WHO, Copenhagen, Denmark, p. 24.
- 41 De Cosmi, V., Scaglioni, S. and Agostoni, C. (2017). 'Early taste experiences and later food choices', *Nutrients*, 9(2), p. 107.
- 42 Manikam, L., Prasad, A., Dharmaratnam, A., Moen, C., Robinson, A., Light, A. et al. (2018). 'Systematic review of infant and young child complementary feeding practices in South Asian families: The India perspective', *Public Health Nutrition*, 21(4), pp. 637–654.
- 43 Kavle, J. A., Lacroix, E., Dau, H. and Engmann, C. (2017). 'Addressing barriers to exclusive breastfeeding in low- and middle-income countries: A systematic review and programmatic implications', *Public Health Nutrition*, 20(17), pp. 3120–3134.
- 44 Mazarello Paes, V., Ong, K. K. and Lakshman, R. (2015). 'Factors influencing obesogenic dietary intake in young children (0–6 years): A systematic review of qualitative evidence', *BMJ Open*, 5(9), e007396.
- 45 van Liere, M. J., Tarlton, D., Menon, R., Yellamanda, M. and Reerink, I. (2017). 'Harnessing private sector expertise to improve complementary feeding within a regulatory framework: Where is the evidence?' *Maternal & Child Nutrition*, 13 (Supplement 2), e12429.
- 46 Black, M. M. and Aboud, F. E. (2011). 'Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting', *Journal of Nutrition*, 141(3); Saltzman, J. A., Pineros-Leano, M., Liechty, J. M., Bost, K. K., Fiese, B. H. et al. (2016). 'Eating, feeding, and feeling: Emotional responsiveness mediates longitudinal associations between maternal binge eating, feeding practices, and child weight', *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(89).
- 47 Bentley, M. E., Wasser, H. M. and Creed-Kanashiro, H. M. (2011). 'Responsive feeding and child

- J.-P. Bourguignon and A.-S. Parent (eds), *Endocrine Development*, 29, pp. 17–35, S. Karger AG, Basel.
- 96 Leenstra, T., Petersen, L. T., Kariuki, S. K., Oloo, A. J., Kager, P. A., and ter Kuile, F. O. (2005). 'Prevalence and severity of malnutrition and age at menarche: cross-sectional studies in adolescent schoolgirls in western Kenya', *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(1), pp. 41–48; Coly, A. N., Millet, J., Diallo, A., Ndiaye, T., Bénéfice, E., Simondon, F. et al. (2006). 'Preschool stunting, adolescent migration, catch-up growth, and adult height in young Senegalese men and women of rural origin', *Journal of Nutrition*, 136(9), pp. 2412–2420.
- 97 Yilmaz Z., Hardaway A. and Bulik, C. (2015). 'Genetics and epigenetics of eating disorders', *Advances in Genomics and Genetics*, 5, pp. 131–150.
- 98 Striegel-Moore, R. H. and Bulik, C. M. (2007). 'Risk factors for eating disorders', *American Psychologist*, 62(3), pp. 181–198.
- 99 O'Brien, K.M. and Vincent, N.K. (2003). 'Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: Nature, prevalence, and causal relationships', *Clinical Psychological Review*, 23(1), pp. 57–74.
- 100 Limbers, C. A., Cohen, L. A. and Gray, B. A. (2018). 'Eating disorders in adolescent and young adult males: Prevalence, diagnosis, and treatment strategies', *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 10(9), pp. 111–116.
- 101 Whitaker, R. C., Phillips, S. M. and Orzol, S. M. (2006). 'Food insecurity and the risks of depression and anxiety in mothers and behavior problems in their preschool-aged children', *Pediatrics*, 118(3), e859–868.
- 102 Darling, K. E., Fahrenkamp, A. J., Wilson, S. M., D'Auria, A. L. and Sato, A. F. (2017). 'Physical and mental health outcomes associated with prior food insecurity among young adults', *Journal of Health Psychology*, 22(5), pp. 572–581; Bruening, M., van Woerden, I., Todd, M. and Laska, M. N. (2018). 'Hungry to learn: The prevalence and effects of food insecurity on health behaviors and outcomes over time among a diverse sample of university freshmen' *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1).
- 103 Rani, D., Singh, J. K., Acharya, D., Paudel, R., Lee, K. and Singh, S. P. (2018). 'Household food insecurity and mental health among teenage girls living in urban slums in Varanasi, India: A cross-sectional study', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8) e1585; McIntyre, L., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H. and Patten, S. (2013). 'Depression and suicide ideation in late adolescence and early adulthood are an outcome of child hunger', *Journal of Affective Disorders*, 150, pp. 123–129; Belsky, D. W., Moffitt, T. E., Arseneault, L., Melchior, M. and Caspi, A. (2010). 'Context and sequelae of food insecurity in children's development', *American Journal of Epidemiology*, 172(7), pp. 809–818; Jebena, M. G., Lindstrom, D., Belachew, T., Hadley, C., Lachat, C., Verstraeten, R., De Cock, N. and Kolsteren, P. 'Food insecurity and common mental disorders among Ethiopian youth: Structural equation modeling', *PLoS ONE* 11(11), e0165931.
- 104 Story, M., Neumark-Sztainer, D. and French, S. (2002). 'Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors', *Journal of the American Dietetic Association*, 102(3), (Supplement), S40–S51.
- 105 Anthologica and World Food Programme (2018). *Academy of Sciences*, 1393, pp. 3–20.
- 82 Gizak, M., Rogers, L., Gorstein, J., Zimmerman, M. and Andersson, M. (2018). 'Global iodine status in school-age children, women of reproductive age and pregnancy women in 2017', Iodine Global Network.
- 83 NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). (2017). 'Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults', *The Lancet*, 390(10113), pp. 2627–2642.
- 84 Wang, J., Freire, D., Knable, L., Zhao, W., Gong, B., Mazzola, P. et al. (2015). 'Childhood and adolescent obesity and long-term cognitive consequences during aging', *Journal of Comparative Neurology*, 523(5), pp. 757–768.
- 85 Williamson, N. (2013). 'Motherhood in childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy'. *State of World Population 2013*. United Nations Population Fund (UNFPA), New York.
- 86 Scholl, T. O., Hediger, M. L., Schall, J. I., Khoo, C. S. and Fischer, R. L. (1994). 'Maternal growth during pregnancy and the competition for nutrients', *American Journal of Clinical Nutrition*, 60(2), pp. 183–188.
- 87 Bearinger, L. H., Sieving, R. E., Ferguson, J. and Sharma, V. (2007) 'Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: Patterns, prevention, and potential'. *The Lancet*, 369, pp. 1220–1231.
- 88 Restrepo-Méndez, M del C., Lawlor, D. A., Horta, B. L., Santos, I. S., Menezes, A.M., Barros, F. C. and Victora, C. G. (2015). 'The association of maternal age with birthweight and gestational age: A cross-cohort comparison', *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 29(1), pp. 31–40.
- 89 UNICEF (2016). *Reality Check Approach. Perspectives and experiences of adolescents on eating, drinking and physical activity*. UNICEF, Jakarta, Indonesia.
- 90 National Institute of Research and Development and Ministry of Health (2018) Basic health research survey (Riset Kesehatan dasar). Ministry of Health, Jakarta.
- 91 Christian, P. and Smith, E. R. (2018). 'Adolescent undernutrition: Global burden, physiology, and nutritional risks', *Annals of Nutrition and Metabolism*, 72(4), pp. 316–328.
- 92 Prentice, A. M., Ward, K. A., Goldberg, G. R., Jarjou, L. M., Moore, S. E., Fulford, A. J. and Prentice, A. (2013). 'Critical windows for nutritional interventions against stunting', *American Journal of Clinical Nutrition*, 97(5), pp. 911–918.
- 93 Georgiadis, A. and Penny, M. E. (2017). 'Child undernutrition: opportunities beyond the first 1000 days', *The Lancet Public Health*, 2(9), e399.
- 94 Handa, S. and Peterman, A. (2016). 'Is there catch-up growth? Evidence from three continents', *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 78(4), pp. 470–500.
- 95 McIntyre, M. H. (2011). 'Adult stature, body proportions and age at menarche in the United States National Health and Nutrition Survey (NHANES) III', *Annals of Human Biology*, 38(6), pp. 716–720; Willemsen, R. H. and Dunger, D. B. (2015). 'Normal variation in pubertal timing: Genetic determinants in relation to growth and adiposity. In Ochola, S. and Masibo, P. K. (2014). 'Dietary intake of schoolchildren and adolescents in developing countries', *Annals of Nutrition & Metabolism*, 64, pp. 24–40.
- 70 Utter, J., Scragg, R., Mhurchu, C. N. and Schaaf, D. (2007). 'At-home breakfast consumption among New Zealand children: Associations with body mass index and related nutrition behaviors', *Journal of the American Dietetic Association*, 107(4), pp. 570–576.
- 71 Ochola, S. and Masibo, P. K. (2014). 'Dietary intake of schoolchildren and adolescents in developing countries', *Annals of Nutrition & Metabolism*, 64, pp. 24–40.
- 72 Livingstone, M. B. E. and Robson, P. J. (2000). 'Measurement of dietary intake in children', *Proceedings of the Nutrition Society*, 59(2), pp. 279–293.
- 73 Jimenez, A., Morales-Ruán, M del C, López-Olmedo, N., Théodore, F., Moreno-Saracho, J., Tolentino-Mayo, L., Bonvecchio, A. et al. (2017). 'The fight against overweight and obesity in school children: Public policy in Mexico', *Journal of Public Health Policy*, 38(4), pp. 407–428.
- 74 Barquera, S., Hernández-Barrera, L., Rothenberg, S. J. and Cifuentes, E. (2018). 'The obesogenic environment around elementary schools: Food and beverage marketing to children in two Mexican cities', *BMC Public Health*, 18(1), p.461.
- 75 Ivers, L. C. and Cullen, K. A. (2011). 'Food insecurity: Special considerations for women'. *American Journal of Clinical Nutrition* 94(6), 1740S–1744S; Spear, B. A. (2002). 'Adolescent growth and development', *Journal of the American Dietetic Association*, 102(3) (Supplement), S23–S29.
- 76 Keats, E. C., Rappaport, A. I., Jain, R., Oh, C., Shah, S. and Bhutta, Z. A. (2018). 'Diet and eating practices among adolescent girls in low- and middle-income countries: a systematic review'. *Nutrients*, 10(12), e1978.
- 77 The World Health Organization, "Adolescent Pregnancy Key Facts" (2018)
- 78 Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Affi, R., Allen, N. B. et al. (2016). 'Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing', *The Lancet* 387(10036), pp. 2423–2478; Cusick, S. E. and Kuch, A. E. (2012). 'Determinants of undernutrition and overnutrition among adolescents in developing countries', *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 23(3), pp. 440–456; Belachew, T., Hadley, C., Lindstrom, D., Gebremariam, A., Lachat, C. and Kolsteren, P. (2011). 'Food insecurity, school absenteeism and educational attainment of adolescents in Jimma Zone Southwest Ethiopia: A longitudinal study', *Nutrition Journal*, 10(29).
- 79 Costa, S. (2016). 'Teens, Your Brain Needs Real Food', U.S. News and World Report, 5 January 2016, <<https://health.usnews.com/health-news/health-wellness/articles/2016-01-05/teens-your-brain-needs-real-food>>, retrieved 16/7/19.
- 80 The Conversation, 'Why Sugar is so much worse for teenagers' brains', RMIT University, <<https://theconversation.com/why-sugar-is-so-much-worse-for-teenagers-brains-67238>> retrieved 16/7/19.
- 81 Akseer, N., Al-Gashm, S., Mehta, S., Mokdad, A. and Bhutta, Z. A. (2017). 'Global and regional trends in the nutritional status of young people: A critical and neglected age group', *Annals of the New York*

pp. 1410–1426.

112 Guthrie, J., L. Mancino and C.T.J. Lin (2015). 'Nudging consumers toward better food choices: Policy approaches to changing food consumption behaviors,' *Psychology & Marketing*, 32(5), pp. 501–511.

113 Johnson, N. (2015). 'Brazil's nutrition wisdom: No junk food, no eating alone,' *Grist*, 2 March, <https://grist.org/food/brazils-nutrition-wisdom-no-junk-food-no-eating-alone/> retrieved 14/7/19.

114 Belluz, J. (2015). 'Brazil has the best nutritional guidelines in the world', *Vox*, 20 February, <https://www.vox.com/2015/2/20/8076961/brazil-food-guide> retrieved 14/7/19.

Programme, Rome

109 WHO (undated). Healthy Diet < https://www.who.int/behealthy/healthy-diet>, retrieved 14/7/19.

110 Herforth, A., Arimond, M., Álvarez-Sánchez, C., Coates, J., Christianson, K., and Muehlhoff, E. (2019). 'A global review of food-based dietary guidelines', *Advances in Nutrition*, 10(4), pp. 590–605.

111 Litman, E. A., Gortmaker, S. L., Ebbeling, C. B. and Ludwig, D. S. (2018). 'Source of bias in sugar-sweetened beverage research: A systematic review', *Public Health Nutrition*, 21(12), pp. 2345–2350; Bes-Rastrollo, M. (2016). 'Impact of sugars and sugar taxation on body weight control: A comprehensive literature review', *Obesity*, 24(7),

Bridging the Gap: Engaging adolescents for nutrition, health and sustainable development. World Food Programme, Rome.

106 Karimi-Shahanjari, A., Omidvar, N., Bazargan, M., Rashidian, A., Majdzadeh, R. and Shojaeizadeh, D. (2010). 'Iranian female adolescents' views on unhealthy snacks consumption: A qualitative study', *Iranian Journal of Public Health*, 39(3), pp. 92–101.

107 Eddy, K. T., Hennessey, M. and Thompson-Brenner, H. (2007). 'Eating pathology in East African Women: The role of media exposure and globalization', *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), p. 196–202.

108 Anthropologica and World Food Programme (2018). *Bridging the Gap: Engaging adolescents for nutrition, health and sustainable development*. World Food

الفصل 3: سوء التغذية في عالم متغير

Building climate resilience for food security and nutrition. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome.

22 Godfrey, K. M., Reynolds, R. M., Prescott, S. L., Nyirenda, M., Jaddoe, V. W. V., Eriksson, J. G. and Broekman, B. F. P. (2017). 'Influence of maternal obesity on the long-term health of offspring', *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(1), pp. 53–64; Christian, P. and Stewart, C. P. (2010). 'Maternal micronutrient deficiency, fetal development, and the risk of chronic disease', *Journal of Nutrition*, 140(3), pp. 437–445; Krikke, G. G., Grooten, I. J., Vrijkotte, T. G. M., van Eijsden, M., Roseboom, T. J. and Painter, R. C. (2016). 'Vitamin B12 and folate status in early pregnancy and cardiometabolic risk factors in the offspring at age 5–6 years: Findings from the ABCD multi-ethnic birth cohort', *British Journal of Obstetrics and Gynaecology (BJOG)*, 123(3), pp. 384–392.

23 Vaag, A. A., Grunnet, L. G., Arora, G. P. and Brøns, C. (2012). 'The thrifty phenotype hypothesis revisited'. *Diabetologia*, 55(8), pp. 2085–2088.

24 Hanson, M., Gluckman, P. and Bustreo, F. (2016). 'Obesity and the health of future generations', *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 4(12), pp. 966–967.

25 Chen, C., Xu, X. and Yan, Y. (2018). 'Estimated global overweight and obesity burden in pregnant women based on panel data model', *PLoS ONE*, 13(8), e0202183.

26 Poston, L., Caleyachetty, R., Cnattingius, S., Corvalán, C., Uauy, R., Herring, S. and Gillman, M. W. (2016). 'Preconceptional and maternal obesity: Epidemiology and health consequences', *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 4(12), pp. 1025–1036.

27 Mamun, A. A., O'Callaghan, M., Callaway, L., Williams, G., Najman, J. and Lawlor, D. A. (2009). 'Associations of gestational weight gain with offspring body mass index and blood pressure at 21 years of age: Evidence from a birth cohort study', *Circulation*, 119(13), pp. 1720–1727; Hochner, H., Friedlander, Y., Calderon-Margalit, R., Meiner, V., Sagy, Y., Avgil-Tsodik, M. et al. (2012). 'Associations of maternal prepregnancy body mass index and gestational weight gain with adult offspring cardiometabolic risk factors: the Jerusalem Perinatal Family Follow-up Study', *Circulation*, 125(11), pp. 1381–1389.

of Hygiene and Tropical Medicine.

9 Trasande, L., Shaffer, R. M., Sathyanarayana, S. and Council on Environmental Health (2018). 'Food Additives and Child Health', *Pediatrics*, 142(2), e20181408.

10 المرجع السابق.

11 Carlson, A., Xia, K., Azcárate-Peril, M., Goldman, B., Ahn, M., Styner, M., Thompson, A., Geng, X., Gilmore, J., and Knickmeyer, R. (2017). 'Infant gut microbiome associated with cognitive development', *Biological Psychiatry*, 83(2), pp. 148–159; Davis, C. D. (2016). 'The gut microbiome and its role in obesity', *Nutrition Today*, 51(4), pp. 167–174.

12 المرجع السابق.

13 Tanaka, M. and Nakayama, J. (2017). 'Development of the gut microbiota in infancy and its impact on health in later life', *Allergology International*, 66(4), pp. 515–522.

14 Lancet Breastfeeding Series Group (2016). 'Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect', *The Lancet*, 387(10017), pp. 475–490.

15 Bokulich, N. A., Chung, J., Battaglia, T., Henderson, N. et al. (2016). 'Antibiotics, birth mode, and diet shape microbiome maturation during early life', *Science translational medicine*, 8(343), pp. 343ra82.

16 Francino, M. P. (2016). 'Antibiotics and the human gut microbiome: Dysbioses and accumulation of resistances', *Frontiers in Microbiology*, 6(1543).

17 Zinöcker, M. K. and Lindseth, I. A. (2018). 'The Western diet—microbiome—host interaction and its role in metabolic disease', *Nutrients*, 10(3), pp. e365.

18 Velasquez-Manoff, M. (2018). 'The germs that love diet soda', *The New York Times*, 6 April.

19 Victora, C. (2017). 'Breastfeeding as a biological dialogue', *Archivos Argentinos de Pediatría*, 115(5), pp. 413–414; UNICEF (2018). *From the First Hour of Life*, UNICEF, New York, p. 30.

20 Kane, A. V., Dinh, D. M. and Ward, H. D. (2015). 'Childhood malnutrition and the intestinal microbiome', *Pediatric Research*, 77(1), pp. 256–262.

21 FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO (2018). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2018*.

1 Analysis based on CHERG estimates presented in UNICEF (2015). *Committing to Child Survival – A Promise Renewed: Progress Report 2015*.

2 Lunn, P.G., Northrop-Clewes, C. A. and Downes, R. M. (1991). 'Intestinal permeability, mucosal injury and growth faltering in Gambian infants', *The Lancet*, 338, pp. 907–910; Humphrey, J. H. (2009). 'Child undernutrition, tropical enteropathy, toilets, and handwashing', *The Lancet*, 374, pp. 1032–1035; Pickering, A. J., Djebbari, H., Lopez, C., Coulibaly, M. and Alzua, M. L. (2015). 'Effect of a community-led sanitation intervention on child diarrhoea and child growth in rural Mali: A cluster-randomised controlled trial', *The Lancet Global Health*, 3(11), e701–e711.

3 Fahim, S. M., Das, S., Sanin, K. I., Gazi, M. A., Mahfuz, M., Islam, M. M. and Ahmed, T. (2018). 'Association of fecal markers of environmental enteric dysfunction with zinc and iron status among children at first two years of life in Bangladesh', *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 99(2), pp. 489–494.

4 Prendergast, A. J., Humphrey, J. H., Mutasa, K., Majo, F. D., Rukobo, S., Govha, M. et al. (2015). 'Assessment of environmental enteric dysfunction in the SHINE Trial: Methods and Challenges', *Clinical Infectious Diseases*, 61 (Suppl 7), pp. S726–732.

5 Lin, A., Arnold, B. F., Afreen, S., Goto, R., Huda, T. M. N., Haque, R. et al. (2013). 'Household environmental conditions are associated with enteropathy and impaired growth in rural Bangladesh', *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 89(1), pp. 130–137.

6 MAL-ED Network Investigators (2018). 'Early childhood cognitive development is affected by interactions among illness, diet, enteropathogens and the home environment: findings from the MAL-ED birth cohort study', *BMJ Global Health*, 3(4), e000752.

7 Husseini, M., Darboe, M. K., Moore, S. E., Nabwera, H. M. and Prentice, A. (2018). 'Thresholds of socio-economic and environmental conditions necessary to escape from childhood malnutrition: a natural experiment in rural Gambia', *BMC Medicine*, 16(1), p. 199.

8 LSHTM (2018). 'Good housing with indoor plumbing may be key to eliminating childhood malnutrition and stunting'. Press release 1 November, London School

- D. H., Sperry, L. E. and Schechter, C. B. (2018). 'Unexpected neighborhood sources of food and drink: implications for research and community health', *American Journal of Preventive Medicine*, 55(2), e29–e38. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.011>
- 59 HLPE (2017). *Nutrition and food systems. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition*. Committee on World Food Security, Rome.
- 60 Odoms-Young, A., Singleton, C.R., Springfield, S. et al. (2016). 'Retail environments as a venue for obesity prevention', *Current Obesity Reports*, 5(2), pp. 184–191; Hilmers, A., Hilmers, D. C. and Dave, J. (2012). 'Neighborhood disparities in access to healthy foods and their effects on environmental justice', *American Journal of Public Health*, 102(9), pp. 1644–1654.
- 61 Gartin, M. (2012). 'Food deserts and nutritional risk in Paraguay', *American Journal of Human Biology*, 24, pp. 296–301.
- 62 Walker, R. E., Keane, C. R. and Burke, J. G. (2010). 'Disparities and access to healthy food in the United States: A review of food deserts literature', *Health & Place*, 16(5), pp. 876–884.
- 63 Gartin, M. (2012). 'Food deserts and nutritional risk in Paraguay', *American Journal of Human Biology*, 24, pp. 296–301.
- 64 HLPE (2017). *Nutrition and food systems. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition*. Committee on World Food Security, Rome.
- 65 Bridle-Fitzpatrick, S. (2015). 'Food deserts or food swamps? A mixed-methods study of local food environments in a Mexican city', *Social Science & Medicine*, 142, pp. 202–213.
- 66 Cummins, S., Flint, E. and Matthews, S. A. (2014). 'New neighborhood grocery store increased awareness of food access but did not alter dietary habits or obesity', *Health Affairs (Project Hope)*, 33(2), pp. 283–291.
- 67 Battersby, J. and Crush, J. (2014). 'Africa's urban food deserts', *Urban Forum*, 25(2), pp. 143–151.
- 68 Song, Y., Agardh, A., Ma, J., Li, L., Lei, Y., Stafford, R. S. and Prochaska, J. J. (2018). 'National trends in stunting, thinness and overweight among Chinese school-aged children, 1985–2014', *International Journal of Obesity*, 43(2), pp. 402–411.
- 69 GBD 2015 Obesity Collaborators. (2017). 'Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years', *New England Journal of Medicine*, 377, pp. 13–27.
- 70 GBD Collaborative Network (2017). *Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Obesity and Overweight Prevalence 1980–2015*, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Seattle, US.
- 71 Li, P. (2012). 'Obesity is a growing concern in China', *China.org.cn* <http://www.china.org.cn/china/2012-09/14/content_26521029.htm>, retrieved 14/7/19.
- 72 Song, Y., Agardh, A., Ma, J., Li, L., Lei, Y., Stafford, R. S. and Prochaska, J. J. (2018). 'National trends in stunting, thinness and overweight among Chinese school-aged children, 1985–2014', *International Journal of Obesity*, 43(2), pp. 402–411.
- 73 Wang, H., Xue, H., Du, S., Zhang, J., Wang, Y. and Zhang, B. (2017). 'Time trends and factors in body mass index and obesity among children in China: Kennedy, G., Nantel, G. and Shetty, P. (2004). *Globalization of food systems in developing countries: Impact on food security and nutrition*. Food and Agriculture Organization of the United Nations, New York, p. 11.
- 44 Hawkes, C., Harris, J. and Gillespie, S. (2017). 'Changing diets: Urbanization and the nutrition transition'. In *2017 Global Food Policy Report*, pp. 34–41, International Food Policy Research Institute (IFPRI), Washington DC.
- 45 المرجع السابق.
- 46 *The Lancet Diabetes & Endocrinology* (2017). (Editorial) 'Tackling childhood obesity: a step in the right direction', 6, February <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-8587%2818%2930005-6>>, retrieved 14/7/19.
- 47 Popkin, B. M. (2014). 'Nutrition, agriculture and the global food system in low and middle income countries', *Food Policy*, 47, 91–96.
- 48 Demmler, K. M., Ecker, O. and Martin, Q. (2017). 'Supermarket shopping and nutritional outcomes: A panel data analysis for urban Kenya', *World Development*, 102, February, pp. 292–303.
- 49 Kelly, M., Seubsman, S.-a., Banwell, C., Dixon, J. and Sleight, A. (2014). 'Thailand's food retail transition: Supermarket and fresh market effects on diet quality and health', *British Food Journal* 116(7).
- 50 Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition (2016). *Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century*, London.
- 51 Hawkes, C., Harris, J. and Gillespie, S. (2017). 'Changing diets: Urbanization and the nutrition transition'. In *2017 Global Food Policy Report*, pp. 34–41, International Food Policy Research Institute (IFPRI), Washington DC, p. 38.
- 52 Jones, A. D. (2015). 'Household food insecurity is associated with heterogeneous patterns of diet quality across urban and rural regions of Malawi', *World Medical & Health Policy*, 7(3), pp. 234–254.
- 53 Milan Urban Food Policy Pact. <<http://www.milanurbanfoodpolicypact.org/>>
- 54 FAO, EStà and City of Curitiba (2018). *Curitiba: facilitating access of low-income households to healthy food*. Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- 55 Forster, T., Egal, F., Escaduro, A. G., Dubbeling, M and Renting, H. (2015). *Milan Urban Food Policy Pact: Selected Good Practices from Cities*, Fondazione Giangiacomo Feltrinelli, Milan.
- 56 FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO (2018). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2018: Building climate resilience for food security and nutrition*. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome; Hirvonen, K., Taffesse, A. S. and Worku Hassen, I. (2016). 'Seasonality and household diets in Ethiopia', *Public Health Nutrition*, 19(10), pp. 1723–1730; Oduor, F. O., Boedecker, J., Kennedy, G., Mituki-mungiria, D. and Termote, C. (2018). 'Caregivers' nutritional knowledge and attitudes mediate seasonal shifts in children's diets', *Maternal & Child Nutrition*, 15(1), e12633.
- 57 HLPE (2017). *Nutrition and food systems. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition*. Committee on World Food Security, Rome.
- 58 Lucan, S. C., Maroko, A. R., Seitchik, J. L., Yoon, Eriksson, J. G., Sandboge, S., Salonen, M., Kajantie, E. and Osmond, C. (2015). 'Maternal weight in pregnancy and offspring body composition in late adulthood: Findings from the Helsinki Birth Cohort Study (HBCS)', *Annals of Medicine*, 47(2), pp. 94–99; Westberg, A. P., Salonen, M. K., von Bonsdorff, M., Kajantie, E. and Eriksson, J. G. (2016). 'Maternal body mass index in pregnancy and offspring physical and psychosocial functioning in older age: Findings from the Helsinki Birth Cohort Study (HBCS)', *Annals of Medicine*, 48(4), pp. 268–274.
- 29 Monteiro, C. A., Benicio, M. H. and Conde, W. L. et al. (2009). 'Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: The Brazilian experience, 1974–2007', *Bulletin of the World Health Organization*, 88(4), pp. 305–311.
- 30 Huicho, L., Segura, E. R., Huayanay-Espinoza, C. A., Niño de Guzman, J., Restrepo-Méndez, M. C., Tam, Y., Barros, A. J. D. and Victora, C. G. (2016). 'Child health and nutrition in Peru within an antipoverty political agenda: A countdown to 2015 country case study', *The Lancet Global Health*, 4(6), e414–e426.
- 31 Garza, C., Borghi, E., Onyango, A. W. and de Onis, M. (2013). Parental height and child growth from birth to 2 years in the WHO Multicentre Growth Reference Study, 8 September.
- 32 Hossain, N. (2017). 'Inequality, hunger and malnutrition: Power matters'. In K. Von Grebmer (ed.), *2017 Global hunger index: The inequalities of hunger*, International Food Policy Research Institute, Washington DC, pp. 25–29.
- 33 HLPE (2017). *Nutrition and food systems. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition*. Committee on World Food Security, Rome, pp. 112.
- 34 المرجع السابق.
- 35 Gray, A., Fontanella-Khan, J. and Munshi, N. (2018). 'Burger King looks to expand in sub-Saharan Africa', *The Financial Times*, 9 October <<https://www.ft.com/content/57407046-cc0a-11e8-b276-b9069bde0956>>.
- 36 Ministry of Health of Brazil (2014). *Dietary Guidelines for the Brazilian Population*. Ministry of Health of Brazil.
- 37 Replace trans fat: an action package to eliminate industrially-produced trans-fatty acids. WHO/NMH/NHD/18.4 [internet]. Geneva: World Health Organization; 2018.
- 38 Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition (2018). 'Improving diets in an era of food market transformation', Policy Brief No. 11, London.
- 39 Stuckler, D., McKee, M., Ebrahim, S. and Basu, S. (2012) 'Manufacturing epidemics: The role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed foods, alcohol, and tobacco', *PLoS Med* 9(6), e1001235.
- 40 NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2019). 'Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults', *Nature*, 569(7755), pp. 260–264.
- 41 Popkin, B. M. (2006). 'Global nutrition dynamics: The world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases', *American Journal of Clinical Nutrition*, 84(2), pp. 289–298.
- 42 UNICEF (ed.) (2011). *Adolescence: an age of opportunity*. UNICEF, New York.

- Tackling climate change through livestock: A global assessment of emissions and mitigation opportunities.* Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), Rome, p. 15.
- 103 Springmann, M., Clark, M., Mason-D'Croz, D., Wiebe, K., Bodirsky, B. L. et al. (2018). 'Options for keeping the food system within environmental limits', *Nature*, 562, pp. 519–525.
- 104 Willett, W., Rockström, J., Loken, B., Springmann, M. et al. (2019). 'Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems', *The Lancet*, 393(10170), pp. 447–492.
- 105 UN Water (undated). Water scarcity. <<http://www.unwater.org/water-facts/scarcity/>>, retrieved 14/7/19.
- 106 UNICEF (2018). *Understanding the Impacts of Pesticides on Children: A discussion paper.* UNICEF, New York.
- 107 International Labour Office (2017). *Global Estimates of Child Labour: Results and trends, 2012–2016*, International Labour Organization, Geneva, p. 9.
- 108 UNICEF (2018). *Understanding the Impacts of Pesticides on Children: A discussion paper.* UNICEF, New York.
- 109 Brondizio, E. S., Settele, J., Díaz, S. and Ngo, H. T. (eds) (2019). *Global Assessment Report on Biodiversity and Ecosystem Services: Summary for policymakers of the global assessment report on biodiversity and ecosystem services*, IPBES Secretariat, Bonn, Germany.
- 110 Bélanger, J. and Pilling, D. (eds). (2019). *The State of the World's Biodiversity for Food and Agriculture.* Commission on Genetic Resources for Food and Agriculture, FAO, p. 95.
- 111 Collette, L., Hodgkin, T., Kassam, A., Kenmore, P., Lipper, L., Nolte, C., Stamoulis, K. and Steduto, P. (2011). *Save and grow: a policymaker's guide to sustainable intensification of smallholder crop production.* FAO, Rome.
- 112 Remans, R., Flynn, D. F. B., DeClerck, F., Diru, W., Fanzo, J., Gaynor, K., Lambrecht, I., Mudiopu, J., Mutuo, P. K., Nkhoma, P. et al. (2011). 'Assessing nutritional diversity of cropping systems in African villages', *PLoS One*, 6(6); DeClerck, F. A. J., Fanzo, J., Palm, C. and Remans, R. (2011). 'Ecological approaches to human nutrition', *Food and Nutrition Bulletin*, 32(1), pp. S41–S50; Herrero, M., Thornton, P. K., Power, B., Bogard, J. R., Remans, R., Fritz, S. et al. (2017). 'Farming and the geography of nutrient production for human use: a transdisciplinary analysis', *The Lancet Planetary Health*, 1(1), e33–e42; Remans, R., DeClerck, F.A., Kennedy, G. and Fanzo, J. (2015). 'Expanding the view on the production and dietary diversity link: Scale, function, and change over time', *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(45), E6082–E6082; Lachat, C., Raneri, J. E., Walker Smith, K., Kolsteren, P., Van Damme, P., Verzelen, K., Penafiel, D., Vanhove, W. et al. (2017). 'Dietary species richness as a measure of food biodiversity and nutritional quality of diets', *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(1), pp. 127–132.
- 113 Khoury, C.K., Bjorkman, A. D., Dempewolf, H., Ramirez-Villegas, J., Guarino, L., Jarvis, A., Rieseberg, L. H. and Struik, P. C. (2014). 'Increasing homogeneity in global food supplies and the implications for food security', *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(11), pp. 4001–4006.
- 114 Jones, A. D. and Ejeta, G. (2015). 'A new global agenda for nutrition and health: the importance of agriculture and food systems', *Bulletin of the World Health Organization*, 94(3), pp. 228–229.
- 88 Burns, J., Emerson, J. A., Amundson, K., Doocy, S., Caulfield, L. E. and Klemm, R. D. W. (2016). 'A qualitative analysis of barriers and facilitators to optimal breastfeeding and complementary feeding practices in South Kivu, Democratic Republic of Congo', *Food and Nutrition Bulletin*, 37(2), pp. 119–131.
- 89 Armar-Klimesu, M., Osei-Menya, S., Zakariah-Akoto, S., Tumilowicz, A., Lee, J. and Hotz, C. (2018). 'Using ethnography to identify barriers and facilitators to optimal infant and young child feeding in rural Ghana: Implications for programs', *Food and Nutrition Bulletin*, 39(2), pp. 231–245.
- 90 Johnson, S. L. (2016). 'Developmental and environmental influences on young children's vegetable preferences and consumption', *Advances in Nutrition: An International Review Journal*, 7(9), 220S–231S.
- 91 Headey, D. D. and Alderman, H. H. (forthcoming). 'The relative caloric prices of healthy and unhealthy foods differ systematically across income levels and continents', *The Journal of Nutrition*.
- 92 Darmon, N. and Drewnowski, A. (2015). 'Contribution of food prices and diet cost to socioeconomic disparities in diet quality and health: A systematic review and analysis', *Nutrition Reviews*, 73(10), pp. 643–660.
- 93 Hawkes, C., Harris, J. and Gillespie, S. (2017). 'Changing diets: Urbanization and the nutrition transition'. In *2017 Global Food Policy Report*, pp. 34–41, International Food Policy Research Institute (IFPRI), Washington DC. p. 37.
- 94 Muhammad, A., Seale, J. L., Meade, B. and Regmi, A. (2011). 'International evidence on food consumption patterns: An update using 2005 international comparison program data', *USDA Economic Research Service Technical Bulletin*, 1929, US Department of Agriculture, Economic Research Service, March.
- 95 Herforth, A., & Ahmed, S. (2015). The food environment, its effects on dietary consumption, and potential for measurement within agriculture-nutrition interventions. *Food Security*, 7(3), 505–520. <https://doi.org/10.1007/s12571-015-0455-8>.
- 96 FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO (2018). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2018: Building climate resilience for food security and nutrition.* Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome.
- 97 Food Security Information Network (FSIN) (2019). *2019 Global report on food crises: Joint analysis for better decisions*, Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome, Italy and Washington DC; World Food Programme (WFP); International Food Policy Research Institute (IFPRI). <<http://fsinplatform.org/>>
- 98 FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO (2018). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2018: Building climate resilience for food security and nutrition.* Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome.
- 99 Food Security Information Network (FSIN) (2018). *Global report on food crises 2018.*
- 100 FAO (undated). *The impact of disasters on agriculture and food security.* Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome.
- 101 Vermeulen, S. J., Campbell, B. M. and Ingram, J. S. I (2012). 'Climate change and food systems', *Annual Review of Environmental Resources*, 37, pp. 195–222.
- 102 Gerber, P.J., Steinfeld, H., Henderson, B., Mottet, A., Opio, C., Dijkman, J., Falucci, A. and Tempio, G. (2013). 1997–2011', *International Journal of Obesity*, 41(6), p. 964–970.
- 74 Zhang, J., Zhai, Y., Feng, X., Li, W., Yue, B., Astell-burt, T., Zhao, P and Shi, X. (2018). 'Gender differences in the prevalence of overweight and obesity, associated behaviors, and weight-related perceptions in a national survey of primary school children in China', *Biomedical and Environmental Sciences*, 31(1), pp. 1–11.
- 75 GBD 2015 Obesity Collaborators. (2017). 'Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years', *New England Journal of Medicine*, 377, pp. 13–27.
- 76 Ji, C. Y. and Chen, T. J. (2013). 'Empirical changes in the prevalence of overweight and obesity among Chinese students from 1985 to 2010 and corresponding preventive strategies', *Biomedical and Environmental Sciences*, 26(1), pp. 1–12.
- 77 He, W., James, S. A., Merli, M. G. and Zheng, H. (2014). 'An increasing socioeconomic gap in childhood overweight and obesity in China', *American Journal of Public Health*, 104(1), e14–e22.
- 78 Zhang, Y. X., Wang, Z. X., Zhao, J. S. and Chu, Z. H. (2016). 'Prevalence of overweight and obesity among children and adolescents in Shandong, China: Urban–rural disparity', *Journal of Tropical Pediatrics*, 62(4), pp. 293–300.
- 79 Song, Y., Wang, H. and Dong, B. et al. (2016). '25-year trends in gender disparity for obesity and overweight by using WHO and IOTF definitions among Chinese school-aged children: a multiple cross-sectional study', *BMJ Open*, 6, e011904.
- 80 Zhai, F. Y., Du, S. F., Wang, Z. H., Zhang, J. G., Du, W. W. and Popkin, B. M. (2014). 'Dynamics of the Chinese diet and the role of urbanicity, 1991–2011', *Obesity Review*, 15(Supplement 1), pp. 16–26.
- 81 Mroz, T. A., Zhai, F. and Popkin, B.M. (2004). 'Rapid income growth adversely affects diet quality in China-particularly for the poor!', *Social Science and Medicine*, 59(7), pp. 1505–1515.
- 82 Ma, G. S. (2018). Report on the consumption of Sugar-Sweetened Beverages of Children in China. The Population Publishing House, Beijing, p. 12.
- 83 WHO (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health.*
- 84 Zhang, X., Song, Y., Yang, T. B. et al. (2012). 'Analysis of current situation of physical activity and influencing factors in Chinese primary and middle school students in 2010', *Chinese Journal of Preventive Medicine*, 46(9), pp. 781–788.
- 85 Yang, C. (2009). 'Social justice, stratification, and college access: Examining higher education expansion in Taiwan'. Paper presented at the annual meeting of the 53rd Annual Conference of the Comparative and International Education Society, Francis Marion Hotel, Charleston, South Carolina, <http://citation.allacademic.com/meta/p298842_index.html> retrieved 14/7/19.
- 86 Wang, H. and Zhai, F. (2013). 'Programme and policy options for preventing obesity in China', *Obesity Review* 14, (Supplement 2), pp. 134–140.
- 87 Wei, X., Ma, Y., Hu, J., Lin, W., Zhao, Z. and Wen, D. (2018). 'Predicting weight status in Chinese pre-school children: independent and interactive effects of caregiver types and feeding styles', *Public Health Nutrition*, 21(6), pp. 1123–1130.

- 2018 <<http://interactive.unocha.org/publication/datatrends2018/>> retrieved 30 July 2019.
- 127 UNICEF (2018). 'Conflict in Yemen: A living hell for children', News note, 4 November.
- 128 UNICEF (2018). *Yemen humanitarian situation report (December 2018)*. UNICEF, New York.
- 129 المرجع السابق.
- 130 UNICEF (2019). *Annual results report 2018: Humanitarian action*. UNICEF, New York, p. 32.
- 131 SOWC submission from Yemen Country Office.
- 132 World Bank (2017). Prevalence of anemia among children (% of children under 5) <<https://data.worldbank.org/indicator/SH.ANM.CHLD.ZS>> retrieved 30 July 2019.
- action (draft). UNICEF, New York.
- 121 UN OCHA (2018). *Humanitarian needs overview: Sudan*. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, New York.
- 122 Fanzo, J. and Hawkes, C. (2018). *2018 Global nutrition report: Shining a light to spur action on nutrition*. Independent Expert Group of the Global Nutrition Report, p. 15.
- 123 المرجع السابق.
- 124 Mates, E., Shoham, J., Khara, T. and Dolan, C. (2017). *Stunting in humanitarian and protracted crises: Discussion paper*. Emergency Nutrition Network, Oxford, UK.
- 125 المرجع السابق، صفحة 63.
- 126 UN OCHA (2018). World humanitarian data and trends
- 115 World Bank data <<https://data.worldbank.org/indicator/SL.TLFE.TOTL.FE.ZS>>
- 116 Schulte, B., Durana, A., Stout, B. and Moyer, J. (2017). *Paid family leave: How much time is enough?* New America, Washington DC.
- 117 UNICEF (2019). *A Gathering Storm: Climate change clouds the future of children in Bangladesh*. UNICEF, New York.
- 118 WHO (undated). Global Health Observatory data repository. WHO, Geneva, Switzerland.
- 119 UNICEF Malaysia and DM Analytics (2018). *Children Without: A study of urban child poverty and deprivation in low-cost flats in Kuala Lumpur*. UNICEF Malaysia, Putrajaya, Malaysia.
- 120 UNICEF (2019). *Annual results report 2018: Humanitarian*

الفصل 4: الاستجابات لسوء التغذية

- 25 Bobrek, K., Broersen, B., Aburto, N., Garg, A., Serdula, M., Velazquez, F. B. et al. (2019). 'National wheat and maize flour fortification standards and their comparison with international guidelines in countries with mandatory fortification', *Current Developments in Nutrition*, 3 (Supplement 1).
- 26 Government of Tanzania and the Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN) (2015). Arusha Statement on Food Fortification, at the Global Summit on Food Fortification, 9–11 September, Arusha, Tanzania.
- 27 UNICEF and WHO (2018). *Capture the Moment: Early initiation of breastfeeding: The best start to every newborn*. UNICEF, New York.
- 28 Prak, S., Dahl, M. I., Oeur, S., Conkle, J., Wise, A. and Laillou, A. (2014). 'Breastfeeding trends in Cambodia and the increased use of breastmilk substitutes – why is it a danger?' *Nutrients*, 6(7), pp. 2920–2930.
- 29 UNICEF and WHO (2018). *Capture the Moment: Early initiation of breastfeeding: The best start to every newborn*. UNICEF, New York.
- 30 UNICEF (2016). *Annual Results Report – Nutrition 2015*. UNICEF, New York, p. 16.
- 31 Aguayo, V. M., Gupta, G., Singh, G. and Kumar, R. (2016). 'Early initiation of breast feeding on the rise in India', *BMJ Global Health* 1(2), e000043.
- 32 Federal Democratic Republic of Ethiopia-Ministry of Health (2017). *Baby and mother WASH: Implementation Guideline*. UNICEF Ethiopia, Addis Ababa, Ethiopia.
- 33 UNSCN (2017). *Schools as a system to improve nutrition: A new statement for school-based food and nutrition interventions*. United Nations System Standing Committee on Nutrition, Washington DC.
- 34 UNICEF (2018). 'Forging an anaemia-free future: The path to India's nationwide adolescent anaemia control programme', *Field Reports: Lessons from improving nutrition at scale*. UNICEF, New York, p. 3.
- 35 Gaarder, M. M., Glassman, A. and Todd, J. E. (2010). 'Conditional cash transfers and health: Unpacking the causal chain', *Journal of Development Effectiveness*, 2(1), pp. 6–50; Ranganathan, M. and Lagarde, M. (2012). 'Promoting healthy behaviours and improving health outcomes in low- and middle-income countries: A review of the impact of
- Parkhurst, J., Thow, A. M. and Walls, H. (2018). 'What drives political commitment for nutrition? A review and framework synthesis to inform the United Nations Decade of Action on Nutrition', *BMJ Global Health*, 3(1), e000485.
- 14 Miller, B. D. D. and Welch, R. M. (2013). 'Food system strategies for preventing micronutrient malnutrition', *Food Policy*, 42, pp. 115–128.
- 15 Backstrand, J. R. (2002). 'The history and future of food fortification in the United States: A public health perspective', *Nutrition Reviews*, 60, pp. 15–26.
- 16 Iodine Global Network (2016). *Global Iodine Nutrition Scorecard 2016*, Iodine Global Network, Zurich.
- 17 Horton, S. et al. (2008). *Best Practice Paper: Food Fortification with Iron and Iodine*. Copenhagen Consensus Center, Denmark, p.21.
- 18 UNICEF and WHO Joint Committee on Health Policy (1994). *World Summit for Children Mid-Decade Goal: Iodine deficiency disorders (IDD)*, UNICEF and WHO Joint Committee on Health Policy Special Session, 27–28 January 1994 (JCHPSS/94/2.7), WHO, Geneva.
- 19 WHO (2014). *Guideline: Fortification of food-grade salt with iodine for the prevention and control of iodine deficiency disorders*. WHO, Geneva.
- 20 Dwyer, J. T., Wiemer, K. L., Dary, O., Keen, C. L., King, J. C., Miller, K. B. et al. (2015). 'Fortification and health: Challenges and opportunities', *Advances in Nutrition*, 6(1), pp. 124–31.
- 21 Crider, K. S., Bailey, L. B. and Berry, R. J. (2011). 'Folic acid food fortification: Its history, effect, concerns, and future directions', *Nutrients*, 3(3), pp. 370–84.
- 22 UK Government and devolved administrations (2019). *Proposal to add folic acid to flour: Consultation document*. UK Government, London.
- 23 Global Fortification Data Exchange (undated). *Map: Fortification Legislation*. <<http://www.fortificationdata.org>> retrieved 25 July 2019.
- 24 Kancherla, V., Wagh, K., Johnson, Q. and Oakley, G. P. Jr. A. (2018). 'A 2017 global update on folic acid-preventable spina bifida and anencephaly', *Birth Defects Research*, 110(14), pp. 1139–1147.
- 1 Nomura, M., Takahashi, K and Reic, M. R. (2015). 'Trends in global nutrition policy and implications for Japanese development policy', *Food and Nutrition Bulletin*, 36(4), pp. 493–540.
- 2 Copenhagen Consensus Center (2008). *Copenhagen Consensus 2008: Results*. Copenhagen Consensus Center, Copenhagen, Denmark.
- 3 The lancet (2008–). *Maternal and Child Undernutrition Series*. <<https://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-undernutrition>> retrieved 25 July 2019.
- 4 المرجع السابق.
- 5 UN Standing Committee on Nutrition (2014). *Nutrition and the Post-2015 Sustainable Development System. A Technical Note*. United Nations, New York.
- 6 WHO (2017). *Global Nutrition Policy Review 2016-2017*. WHO, Geneva, Switzerland, p11.
- 7 'SMART' is generally accepted to represent 'Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Time-bound', or minor variations thereof.
- 8 IFPRI (2016). *Global Nutrition Report 2016: From promise to impact: Ending malnutrition by 2030*. International Food Policy Research Institute, Washington DC, p.134.
- 9 Reich, M. R. and Balarajan, Y. (2012). *Political economy analysis for food and nutrition security*. World Bank, Washington DC.
- 10 Rasella, D., Aquino, R., Santos, Carlos A. T., Paes-Sousa, R. and Barreto, M. L. (2013). 'Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: A nationwide analysis of Brazilian municipalities', *The Lancet*, 382(9886), pp. 57–64.
- 11 Ruel, M. T. and Alderman, H. (2013). 'Nutrition-sensitive interventions and programmes: How can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?' *The Lancet*, 382(9891), pp. 536–551.
- 12 United Nations System Standing Committee on Nutrition (2017). *Global Governance for Nutrition and the role of UNSCN*. Discussion Paper. United Nations, New York.
- 13 Baker, P., Hawkes, C., Wingrove, K., Demaio, A. R.,

- 69 Downs, S. and Fanzo, J. (2016). 'Managing value chains for improved nutrition'. In M. Eggersdorfer, K. Kraemer, J. B. Cordaro, J. Fanzo, M. Gibney, E. Kennedy, A. Labrique and J. Steffen. *Good nutrition: perspectives for the 21st century*, pp. 45–59. Krager Publications, Basel.
- 70 FAO (2013). *The State of Food and Agriculture 2013: Food Systems for Better Nutrition*. Food and Agriculture Organization, Rome.
- 71 HLPE (2017). *Nutrition and food systems. A report by the High-Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security, Committee World Food Security*, Rome.
- 72 WHO (2004). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. WHO, Geneva, p.13.
- 73 United Nations (2016). *The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030)*. United Nations, New York.
- 74 Independent Accountability Panel for Every Woman, Every Child, Every Adolescent (IAP) (2018). *Private Sector: Who is Accountable? Summary Report*. WHO, Geneva, p.5.
- 75 WHO (2017). *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Implementation plan: Executive summary*. WHO, Geneva, p. 9.
- 76 International Food and Beverage Alliance (2019). *Enhanced commitment to phase out industrially produced trans-fatty acids*, Press Release (undated). <https://ifballiance.org/uploads/press/pdf/5ccc4b8061475_IFBA%20iFA%20Enhanced%20Commitment%2002.05.2019.pdf> retrieved 26 July 2019.
- 77 WHO Regional Office for Europe (2018). *Evaluating Implementation of the WHO Set of Recommendations on the Marketing of Foods and Non-Alcoholic Beverages to Children*. WHO, Geneva.
- 78 Kelly, B., Vandevijvere, S., Ng, S., Adams, J., Allemandi, L., Bahena-Espina, L., Barquera, S., et al. (2019). 'Global benchmarking of children's exposure to television advertising of unhealthy foods and beverages across 22 countries', *Obesity Reviews*, <https://doi.org/10.1111/obr.12840>.
- 79 Haddad, L. (2018). 'Reward food companies for improving nutrition', *Nature*, 556(7699), pp.19–22.
- 80 Afshin, A., Peñalvo, J. L., Del Gobbo, L., Silva, J., Michaelson, M., O'Flaherty, M. et al. (2017). 'The prospective impact of food pricing on improving dietary consumption: A systematic review and meta-analysis', *PLoS One*, 12(3), e0172277.
- 81 Swinburn, B. A., Kraak, V.I., Allender, A., Atkins, V.J., Baker, P. I., Bogard, J. R., Brinsden, H., Calvillo, A., De Schutter, O., Devarajan, R., Ezzati, M., Friel, S., Goenka, S., Hammond, R. A., Hastings, G., Hawkes, C. et al. (2019). 'The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report', *The Lancet*, 393(10173), pp.791–846.
- 82 HLPE (2017). *Nutrition and food systems. A report by the High-Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security, Committee World Food Security*, Rome.
- 83 Swinburn, B., Kraak, V., Rutter, H., Vandevijvere, S., Lobstein, T., Sacks, G. et al. (2015). 'Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity', *The Lancet*, 385(9986), pp.2534–2545.
- 84 Gillespie, S., Haddad, L., Mannar, V., Menon, P.
- implementing a sugar-sweetened beverage tax', *Health Affairs*, 36(3), pp. 564–571.
- 54 UNICEF (2018). *Review of sugar taxes: Case studies on the implementation of sugar taxes in various jurisdictions*. UNICEF, New York.
- 55 Fanzo, J. and Hawkes, C. (2018). *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*. Development Initiatives, Bristol, UK, p.16.
- 56 Hawkes, C., Smith, T.G., Jewell, J., Wardle, J., Hammond, R. A., Friel, S. et al. (2015). 'Smart food policies for obesity prevention', *The Lancet*, 385(9985), pp. 2410–2421.
- 57 Kanter, R., Vanderlee, L. and Vandevijvere, S. (2018). 'Front-of-package nutrition labelling policy: Global progress and future directions', *Public Health Nutrition*, 21(8), pp.1399–1408.
- 58 Hawley, K. L., Roberto, C. A., Bragg, M. A., Liu, P.J., Schwartz, M. B. and Brownell, K. D. (2013). 'The science on front-of-package food labels', *Public Health Nutrition*, 16(3), pp. 430–439.
- 59 Hersey, J. C., Wohlgenant, K. C., Arsenault, J. E., Kosa, K. M. and Muth, M. K. (2013). 'Effects of front-of-package and shelf nutrition labeling systems on consumers', *Nutrition Reviews*, 71(1), pp.1–14.
- 60 Egnell, M. Talati, Z., Hercberg, S., Pettigrew, S. and Julia, C. (2018). 'Objective understanding of front-of-package nutrition labels: An international comparative experimental study across 12 countries', *Nutrients*, 10(10), p. 1452.
- 61 Neal, B., Crino, M., Dunford, E., Gao, A., Greenland, R., Li, N., Ngai, J., Ni Mhurch, C. et al. (2017). 'Effects of different types of front-of- packing labelling information on the healthiness of food purchases: A randomized controlled trial', *Nutrients*, 9(12), p. 1284.
- 62 Hawley, K. L., Roberto, C. A., Bragg, M. A., Liu, P. J., Schwartz, M. B. and Brownell, K. D. (2013). 'The science on front-of-package food labels', *Public Health Nutrition*, 16(3), pp. 430–439.
- 63 INSP-UNICEF (2016). *Review of current labelling regulations and practices for food and beverage targeting children and adolescents in Latin America countries (Mexico, Chile, Costa Rica and Argentina) and recommendations for facilitating consumer information*. UNICEF, New York, p.23.
- 64 Ministerio de Salud (2017). *Gobierno de Chile. Política Nacional de Alimentación y Nutrición*. <<http://www.bibliotecaminisal.cl/politica-nacional-de-alimentacion-y-nutricion/>> retrieved 26 July 2019.
- 65 Osiac, L. R. and Quevedo, T. P. (2018). 'Ley de Etiquetado y Publicidad de Alimentos: Chile innovando en nutrición pública una vez más' ('Law of food labelling and advertising: Chile innovating in public nutrition once again'), *Revista Chilena de Pediatría*, 89(5), pp. 579–581.
- 66 Correa, T., Fierro, C., Reyes, M., Dillman Carpentier, F. R., Taillie, L. S. and Corvalán, C. (2019). 'Responses to the Chilean law of food labeling and advertising: Exploring knowledge, perceptions and behaviors of mothers of young children', *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 16(1), p.21.
- المرجع السابق 67
- 68 Kanter, R., Reyes, M., Swinburn, B., Vandevijvere, S. and Corvalán, C. (2019). 'The food supply prior to the implementation of the Chilean law of food labeling and advertising', *Nutrients* 11(1), p. 52.
- conditional cash-transfer programmes', *Preventive Medicine*, 55(Supplement), S95–105.
- 36 Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2013). *Programa Bolsa Família: Uma década de inclusão e cidadania*. IPEA, Brasília, p. 29.
- 37 Bortoletto Martins, A. P. and Monteiro, C. (2016). 'Impact of the Bolsa Família program on food availability of low-income Brazilian families: a quasi-experimental study', *BMC Public Health*, 16, p. 827.
- 38 Rasella, D., Aquino, R., Santos, Carlos A. T., Paes-Sousa, R. and Barreto, M. L. (2013). 'Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: A nationwide analysis of Brazilian municipalities', *The Lancet*, 382(9886), pp. 57–64.
- 39 Government of Mexico (undated). ¿Qué es PROSPERA Programa de Inclusión Social?. <<https://www.gob.mx/prospera/documentos/que-es-prospera>> retrieved 26 July 2019.
- 40 Hoddinott, J., Skoufias, E. and Washburn, R. (2000). *The Impact of PROGRESA on Consumption: A final report*, International Food Policy Research Institute, Washington DC.
- 41 Fernald, Lia C. H., Gertler, P. J. and Neufeld, L. M. (2008). 'Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: An analysis of Mexico's opportunities', *The Lancet* 371(9615), pp. 828–837.
- 42 FAO and WHO (2014). *Conference Outcome Document: Rome Declaration on Nutrition. Food and Agriculture Organization of the United Nations and World Health Organization*, Rome, p.2.
- 43 HLPE (2017). *Nutrition and food systems. A report by the High-Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security, Committee World Food Security*, Rome.
- 44 Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition (2016). *Food systems and diets: Facing the challenge of the 21st Century*. Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition, London.
- 45 Fanzo, J. and Hawkes, C. (2018). *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*. Development Initiatives, Bristol, UK.
- 46 EAT–Lancet Commission (2019). *Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems*. <<https://www.thelancet.com/commissions/EAT>> retrieved 26 July 2019.
- 47 WHO (1981). *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. WHO, Geneva.
- 48 Access to Nutrition Foundation (2018). *Access to Nutrition Index Global Index 2018*. Access to Nutrition Foundation, Utrecht.
- 49 WHO, UNICEF and IBFAN (2018). *Marketing of Breast-Milk Substitutes: National Implementation of the International Code Status Report*. WHO, Geneva.
- 50 WHO (2015). *Guideline: Sugars intake for adults and children*. WHO, Geneva.
- 51 Fanzo, J. and Hawkes, C. (2018). *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*. Development Initiatives, Bristol, UK, p. 94.
- 52 KPMG (2018). *Budget 2019 Of Sugar Tax and the Digital Economy*. KPMG, Malaysia.
- 53 Colchero, M. A., Rivera-Dommarco, J., Popkin, B. M. and Ng, S.W. (2017). 'In Mexico, evidence of sustained consumer response two years after

100 O'Dowd, A. (2017). 'Spending on junk food advertising is nearly 30 times what government spends on promoting healthy eating', *BMJ*, 359, j4677.

101 Kelly, B., Vandevijvere, S., Ng, S., Adams, J., Allemandi, L., Bahena-Espina, L., Barquera, S., et al. (2019). 'Global benchmarking of children's exposure to television advertising of unhealthy foods and beverages across 22 countries', *Obesity Reviews*, <https://doi.org/10.1111/obr.12840>.

102 Instituto Nacional de Salud Pública de México (2019). Caracterización de la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigido a la población infantil y adolescente en puntos de venta (tiendas de autoservicio) en países latinoamericanos', INSP, Mexico City. (unpublished); and Kantar Retail (2018). In Store Marketing for Children's Food and Beverages'. UNICEF Latin America and the Caribbean Regional Office (internal document).

103 Euromonitor International data, cited in D. Searcey and M. Richtel (2017). 'When KFC Came to Ghana', *New York Times*, 2 October, p. A1.

104 WHO (2016). Tackling food marketing to children in a digital world: Trans-disciplinary perspectives. WHO, Geneva.

105 UNICEF (2017). *The State of the World's Children Report. Children in a Digital World*. UNICEF, New York.

106 World Health Assembly Resolution 63.14: Marketing of foods and non-alcoholic beverages to children.

107 Kovic, Y., Noel, J. K., Ungemack, J. A. and Burleson, J. A. (2018). 'The impact of junk food marketing regulations on food sales: An ecological study', *Obesity Reviews*, 19(6), pp. 761–769.

society-network/>

94 Civil Society and Indigenous Peoples' Mechanism for relations with the UN Committee on World Food Security <http://www.csm4cfs.org/the-csm/>

95 Launched by the Ministry of Health and UNICEF with support from USAID in 1999, the programme promoted growth and development for young children (from conception to 3 years of age) in rural communities in Andean and Amazon regions. The programme promoted health, nutrition, caring and hygiene practices with an emphasis on local and community involvement.

96 World Health Assembly (2016). 'Report of the Commission on Ending Childhood Obesity', Resolution A69/8, 24 March 2016. WHO, Geneva, p. 19.

97 Baldwin, H. L., Freeman, B. and Kelly, B. (2018). 'Like and share: Associations between social media engagement and dietary choices in children', *Public Health Nutrition* 21(17), pp. 3210–3215.

98 For summaries of existing evidence, see Cairns, G., Angus, K., Hastings, G. and Caraher, M. (2013). 'Systematic reviews of the evidence on the nature, extent and effects of food marketing to children: A retrospective summary', *Appetite* 62, pp. 209–215; Boyland, E. and Tatlow Golden, M. (2017). 'Exposure, power and impact of food marketing on children: Evidence supports strong restrictions', *European Journal of Risk Regulation* 8(2), pp. 224–236.

99 Harris, J. L., Schwartz, M. B., Munsell, C. R. et al. (2015). *Fast Food Facts 2013: Measuring progress in nutrition and marketing to children and teens*. UConn Rudd Center for Food Policy and Obesity, Hartford, CT.

and Nisbett, N. (2013). 'The politics of reducing malnutrition: Building commitment and accelerating progress', *The Lancet*, 382(9891), pp. 552–569.

85 Yanamadala, S., Bragg, M. A., Roberto, C. A. and Brownell K. A. (2012). 'Food industry front groups and conflicts of interest: the case of Americans Against Food Taxes', *Public Health Nutrition*, 15(8), pp. 1331–1332.

86 King, L., Gill, T., Allender, S. and Swinburn, B. (2011). 'Best practice principles for community-based obesity prevention: Development, content and application', *Obesity Reviews*, 12(5), pp. 329–338.

87 Patel, R. C. (2012). 'Food sovereignty: Power, gender, and the right to food', *PLoS Medicine*, 9(6), e1001223.

88 Pakistan Fisher Folk Forum <http://pff.org.pk/>

89 Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) <https://www.mstbrazil.org/content/what-mst>

90 Durrant, R. (2014). Civil society roles in transition: towards sustainable food? Briefing Paper. Food Research Collaboration, Centre for Food Policy, City, University of London.

91 Swinburn, B., Kraak, V., Rutter, H., Vandevijvere, S., Lobstein, T., Sacks, G. et al. (2015). 'Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity', *The Lancet*, 385(9986), pp.2534–2545.

92 HLPE (2017). *Nutrition and food systems. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security*. Rome.

93 SUN Civil Society Network <https://scalingupnutrition.org/sun-supporters/sun-civil-

الفصل 5: برنامج عمل لإيلاء حقوق الأطفال الغذائية الأولية

2001–2006', *BMC Public Health*, 9, p. 421.

pp. 423–427; Stommel, M. and Schoenborn, C. A. (2009). 'Accuracy and usefulness of BMI measures based on self-reported weight and height: Findings from the NHANES & NHIS

1 Elgar, F. J. and Stewart, J. M. (2008). 'Validity of self-report screening for overweight and obesity: Evidence from the Canadian Community Health Survey', *Canadian Journal of Public Health*, 99(5),

منهجيات حلقات عمل تقرير حالة أطفال العالم 2019

3 Krasevec, J., An, X., Kumapley, R., Bégin, F. and Frongillo, E. A. (2017). 'Diet quality and risk of stunting among infants and young children in low-and middle-income countries', *Maternal & Child Nutrition*, 13 (Supplement 2), e12430.

2 Australian National Health Medical Research Council (2013). *Eat for health: Australian dietary guidelines*. Australian Government, National Health and Medical Research Council and Department of Health and Ageing.

1 US Department of Agriculture and US Department of Health and Human Services (2015). *Dietary guidelines for Americans 2015–2020*, 8th ed. US Government Printing Office, Washington DC.

ملاحظات بشأن الأشكال

4 Stevens, G.A., et al., Trends and mortality effects of vitamin A deficiency in children in 138 low-income and middle-income countries between 1991 and 2013: a pooled analysis of population-based surveys. *The Lancet Global Health*, 2015. 3: p. e528–36.

5 United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *World Population Prospects 2019*, Online Edition. Rev. 1.

1 Black, R.E., et al., Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 2013. 382(9890): p. 427–51.

2 WHO, Iron deficiency anemia. Assessment, Prevention and Control. A guide for programme managers. WHO (Geneva): 2001.

3 Williams, A.M., et al., Data needed to respond appropriately to anemia when it is a public health problem. *Ann N Y Acad Sci*, 2019. 1450(1): p. 268–280.

منهجيات حلقات عمل تقرير حالة أطفال العالم 2019

المنهجية

استخدمت حلقات العمل لتقرير حالة أطفال العالم 2019 عملية موزعة لجمع البيانات لاستطلاع رؤى المراهقين والأمهات وتصوراتهم وتجاربهم عن الغذاء والتغذية. شارك في تصميم هذه العملية فريق من جامعة غرب سيدني (WSU) واليونيسف، وقد استُخدمت هذه العملية من قبل في مجموعة من مشاريع البحوث والاستشارات الدولية التي تركز على الطفل، بما في ذلك تقرير حالة أطفال العالم 2017.

اشتملت العملية على قيام ممثلين من المكاتب القطرية واللجان الوطنية لليونيسف بتقديم حلقات عمل مدة كلٍّ منها خمس ساعات وجهاً لوجه مع مراهقين بأعمار تراوحت بين 14 و 16 عاماً (رغم أن عدداً من المشاركين كانوا أكبر أو أصغر سناً من ذلك)، ومع أمهات لأطفال وُضِعَ كانوا لا يزالون يتلقون تغذية تكميلية. استخدمت حلقات العمل مجموعة من الأنشطة الإبداعية لاستخراج ردود المشاركين. ركزت هذه الأنشطة على الموضوعات التي حددها اليونيسف، وجامعة غرب سيدني، ومجلس استشاري (انظر الجدول 1-1).

قبل تنظيم حلقات العمل، تلقى المُيسرون دليلاً مفصلاً وشاركوا في ندوة تدريبية مدتها 90 دقيقة للتعرف على محتوى حلقات العمل وعملياتها الإدارية، وتحديد المشاركين فيها.

وبحلول نهاية تموز / يوليو 2019، عقدت ورش عمل في 18 بلداً هي: أفغانستان، وأستراليا، وبغلاديش، والصين، ومصر، وإثيوبيا، وغانا، وغواتيمالا، والهند، وإندونيسيا، وقرغيزستان، والمكسيك، ونيجيريا، والفلبين، وصربيا، والسودان، والولايات المتحدة، وزيمبابوي.

باستثناء واحد، استضافت كل دولة أربع حلقات عمل، وفي المجموع استضافت البلدان 48 حلقة عمل حضرها 464 من المراهقين و 328 من الأمهات (تنقص هذا التحليل بيانات خمسة بلدان). وبلغ متوسط عدد الحضور في حلقة العمل 16.5 مشاركاً. حددت المكاتب القطرية واللجان الوطنية المشاركة عيّنة متنوعة من المشاركين، كما عقد بعضها حلقات عمل مع مجموعات محددة، على سبيل المثال، اللاجئين المهجّرين داخلياً في السودان.

حصل البحث على موافقة أخلاقية من لجنة أخلاقيات البحوث الإنسانية بجامعة غرب سيدني (الموافقة رقم H11101).

قدّمت حكومة النرويج الدعم لهذا المشروع.

جمع البيانات وتحليلها

ليست البيانات والتحليلات المُستقاة من حلقات العمل ذات دلالة إحصائية. بدلاً من ذلك، كان الهدف هو تمكين المراهقين والأمهات الجدد من وصف تصوراتهم وتجاربهم حول الأطعمة التي يتناولونها وأفكارهم حول التغذية بكلماتهم هم.

كان الجزء الأكبر من البيانات التي تم جمعها نوعياً. عمل المشاركون بشكل فردي وفي إطار مجموعات لتعبئة استبيانات مسحية، والإجابة على الأسئلة ذات الإجابات القصيرة، والقيام بتمارين إبداعية (مثل الرسم) وتمارين تستند إلى تصوّر مواقف تخيّلية، والمشاركة في مناقشات في مجموعات صغيرة. تألفت البيانات التي جُمعت من استبيانات ورقية، ومخططات، ورسومات، ونصوص مكتوبة، وصور فوتوغرافية.

تم تقديم المواد البحثية باللغة الإنجليزية. وعند الحاجة، قام موظفو المكاتب القطرية بترجمة المواد إلى اللغات المحلية قبل عقد حلقات العمل. وقام موظفو المكاتب المشاركة بترجمة كل المحتوى المنتج بلغة غير الإنجليزية إلى الإنجليزية. هذا وقد أُتيح للمحللين الحصول على كلٍّ من المحتوى الأصلي والمترجم معاً.

قامت المكاتب المشاركة بتحويل جميع البيانات إلى صيغ رقمية ورفعها إلى مخازن رقمية آمنة. وبعد ذلك، قام فريق جامعة غرب سيدني بتبويب البيانات وتحليلها يدوياً وباستخدام برامج للتحليل.

وقد استُخدم نهج التحليل المواضيعي كأسلوب أساسي لفهم البيانات.

أثناء إدخال البيانات، قام الباحثون الفرديون بتصنيف مجموعات البيانات ذات الصلة (على سبيل المثال، العبارات والاقتباسات والجمل) وفقاً للمواضيع الحالية، واستخلصوا أيضاً مواضيع جديدة تم توليدها من البيانات. بعد ذلك قام الفريق باستعراض ومناقشة البيانات والتحليلات الفردية ذات الصلة، وكذلك التحقق من التفسيرات وصقلها. لُحِصَت التحليلات وعُرِضَت باستخدام أقوال وصور من المشاركين ومُلخّصات (أي رؤى وأفكار أساسية مُستقاة من البيانات)، ومخططات ورسومات تصور المفاهيم الرئيسية والتوجهات العامة.

سُنتشر تقارير مُصاحبة تتضمن نتائج وتحليلات أكثر شمولاً مستمدة من حلقات العمل في عام 2020.

الترميز الغذائي

استُخدمت المبادئ التوجيهية الغذائية المبينة على الأدلة لحكومتَي الولايات المتحدة وأستراليا على التوالي لترميز البيانات.² توفر هذه المبادئ التوجيهية تقسيماً لمجموعات غذاء يُوصى بها للاستهلاك اليومي (الأغذية الأساسية) لضمان التغذية الكافية والنمو، ومجموعات إضافية حُدّدت على أنها مناسبة للاستهلاك العرضي (الأغذية غير الأساسية) للوقاية من الأمراض المزمنة المرتبطة مع أنماط التغذية.

تتمثل نقطة اختلاف بين هذه المبادئ التوجيهية الغذائية والتميز الذي استخدمناه في مسألة الفصل بين البروتين الحيواني والبروتين النباتي. ترجع مسألة الفصل هذه بالتحديد إلى استكشاف أين ومتى تمكّن أو لم يتمكن المشاركون من الحصول على البروتين الحيواني. مع ظهور ارتباط بين الأطفال الذين لا يستهلكون كميات كافية من البيض واللحوم ومنتجات الألبان وارتفاع مخاطر التقزم، فإن تحديد هذا التمييز في مصادر البروتين يُعدّ أمراً مهماً.³

محاور ورشة العمل

المراهقون والمراهقات	الأمهات
النظام الغذائي والمدخول الغذائي	المدخول الغذائي للأطفال
الصحة وصورة الجسم	المدخول الغذائي للأمهات
تسويق المواد الغذائية	التأثيرات على قرارات الأمهات بشأن تغذية الرضع
التأثيرات والبيئات الغذائية: المدرسة	تغذية الرضع خارج المنزل
التأثيرات والبيئات الغذائية: المنزل	مصادر المعلومات عن تغذية الرضع
العوائق أمام الأكل الصحي	العوائق التي تواجهها الأمهات المرضعات
ثقافة الغذاء والمناسبات الخاصة	تغذية الأطفال الصغار
مصادر الغذاء وتحضيره	مصادر وجبات الأسرة وتحضيرها

الأطعمة الأساسية
الحبوب (مثل الخبز، وحبوب الإفطار، والحبوب، والشعيرة، والمعرونة)
البروتين الحيواني (مثل اللحوم الخالية من الدهن، والدواجن الخالية من الدهن، والأسماك، والماكولات البحرية، والبيض)
البروتين النباتي (مثل المكسرات، والبدور، والبقوليات، والفاصوليا، والتوفو)
منتجات الألبان (مثل الحليب، واللبن الرائب، والجبن)
الخضروات (مثل الخضار الداكنة أو الكرنبية، والخضروات الجذرية والأنبوبية والبصلية، والبقوليات، والفاصوليا)
الفواكه (مثل الحمضيات، والتفاحيات، والفاكهة الاستوائية، والتوت، والفواكه الصلبة، والتين، والعنب، والليتشي)
الدهون غير المشبعة (الدهون المتعددة غير المشبعة، الدهون الأحادية غير المشبعة)
الأطعمة غير الأساسية
بنسبة عالية من السكريات المضافة (مثل العسل، والمرببات، والسكر، والسكريات، والأشربة)
بنسبة عالية من الدهون المشبعة والصوديوم (مثل لحم الخنزير المقدد، والكرما، والأطعمة المقلية تجارياً، والبرغر التجاري)
بنسبة عالية من الدهون المشبعة والسكريات المضافة/الصوديوم (مثل البسكويت، والكعك، والشوكولاته)
المشروبات
المشروبات الغازية
الكافيين
المشروبات الكحولية
عصائر الفاكهة
الماء
مشروبات الطاقة

ملاحظات بشأن الأشكال

الشكل أ-1: الأطفال الذين لا ينامون النمو السليم
يمثل الأطفال الذين لا ينامون النمو السليم نسبة الأطفال المنتمين لإحدى الفئات الخمس التالية: المصابون بالتقزم، أو الهزال، أو زيادة الوزن، أو التقزم مع زيادة الوزن، أو التقزم مع الهزال؛ وعادة ما تكون بيانات الفئات الثلاث الأولى متوفرة في التقارير الاستقصائية، أما بيانات آخر فنتين فيطلبان تحليلاً للبيانات الجزئية. وتستند التقديرات إلى 441 مصدر بيانات مشمولة في إصدار عام 2019 من التقديرات المشتركة بشأن سوء التغذية، حيث تتوفر البيانات الجزئية من أجل التحليل. وبالنسبة للبلدان التي لا تتوفر بشأنها بيانات جزئية، تم تطبيق معاملات تعديل إقليمية استناداً إلى المجاميع دون الإقليمية للتداخل بين التقزم والهزال وبين التقزم وزيادة الوزن، وذلك للخروج بتقديرات قطرية للفئات الخمس. تستند المجاميع العالمية والإقليمية إلى المنهجية الموصوفة في الورقة العلمية التي نشرها الباحثون de Onis M، وBlössner M، وBorghi E، وMorris R، وFrongillo EA بعنوان 'تقديرات الانتشار العالمي لزيادة الوزن بين الأطفال في عامي

1990 و 2015'. في مجلة الجمعية الطبية الأمريكية (JAMA). 2 حزيران / يونيو 2004؛ (21): 291-2600. PubMed PMID: 15173151

الشكل 1-4: الجوع المستتر

تستند بيانات انتشار الجوع المستتر إلى تقديرات نقص الحديد ونقص الفيتامين ألف بين الأطفال دون سن الخامسة، بحسب المناطق الفرعية للأمم المتحدة. وتستند بيانات انتشار فقر الدم الناجم عن نقص الحديد إلى ورقة بلاك وآخرون (2013).¹ وقد تم تطبيق معامل تحويل قيمته 2.0،³ لحساب انتشار نقص الحديد. وتستند بيانات نقص الفيتامين ألف إلى ورقة ستيفينز وآخرون (2015).⁴ تم تخصيص قيمة انتشار قدرها صفر للمناطق الفرعية التي تفتقر للبيانات، وذلك توجهاً للحفاظ في التقدير. ولكل منطقة فرعية، وعلى افتراض معدل تداخل بقيمة 50 في المئة بين نقص الحديد ونقص الفيتامين ألف، تم احتساب انتشار الجوع المستتر بأنه ج (الجوع المستتر) = ج(أ) + 0.5 × ج(ب)، حيث ج(أ) و ج(ب) هما أعلى قيمة وأدنى قيمة، على التوالي،

عند مقارنة تقديرات انتشار نقص الحديد ونقص الفيتامين ألف. واستناداً إلى التقديرات الخاصة بمناطق فرعية محددة لحجم الفئة السكانية من الأطفال دون سن الخامسة، تم احتساب العدد العالمي للمتأثرين من الأطفال دون سن الخامسة، ومن ثم الخروج بتقدير مرجح للانتشار العالمي للجوع المستتر.⁵

'ما الذي يأكله الأطفال الصغار؟ أهمية الأغذية

الأولى' (ص. 74-75) تم الخروج بالتقديرات الإقليمية والعالمية باستخدام أحدث البيانات المتوفرة لكل بلد بين عامي 2013 و 2018. تقديرات اليونيسف الإقليمية والعالمية هي معدلات مرجحة للسكان باستخدام تقديرات عام 2018 من التوقعات السكانية في العالم، تنقيح عام 2019 كعامل ترجيح.

الجدول الإحصائية

تعرض الجداول الإحصائية في هذا التقرير أحدث الإحصاءات الأساسية عن بقاء الطفل على قيد الحياة ونمائه وحمايته في مختلف بلدان العالم ومناطقه وأقاليمه. وهي تدعم تركيز منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) على التقدم المُحرز والنتائج المتحققة على صعيد تحقيق الأهداف وتنفيذ العهود المتفق عليها دولياً بشأن حقوق الطفل ونمائه.

ملاحظة عامة بشأن البيانات

مصادر البيانات

البيانات المعروضة في الجداول الإحصائية التالية مستخلصة من قواعد البيانات العالمية التابعة لليونيسف، وهي مصحوبة بتعريفات ومصادر، إضافة إلى حواشي حيثما تقتضي الضرورة. وتعتمد بيانات المؤشرات على التقديرات المشتركة التي تعدها وكالات الأمم المتحدة الأخرى، وعلى استقصاءات تمثيلية للأسر المعيشية على الصعيد الوطني، DHS الاستقصاءات الديمغرافية والصحية من قبيل مبادرة MICS (المسوح العنقودية متعددة المؤشرات)، والاستقصاءات الديمغرافية والصحية. وإضافة لذلك، استُخدمت في الجداول بياناتٌ مستقاة من مصادر إدارية ومن منظمات الأمم المتحدة الأخرى. وتتوفر معلومات أكثر تفصيلاً حول مصادر البيانات في نهاية كل جدول.

وقد اعتمدت المؤشرات الديمغرافية والعديد من المؤشرات المتعلقة بالسكان على أحدث التقديرات والتوقعات السكانية من تقرير "التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2019"، وتقدير "توقعات التوسع الحضري في العالم: تنقيح عام 2018" (المصدر عن إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، شعبة السكان). ومن المحتمل أن تتأثر جودة البيانات متأراً سلبياً في حالة الدول التي عانت في الآونة الأخيرة من كوارث أو نزاعات، وخصوصاً الدول التي تعرضت بنيتها التحتية الأساسية للتجزئة والتفكك، أو شهدت تحركات سكانية واسعة النطاق.

وعلى وجه الخصوص، تساعد اليونيسف البلدان على جمع البيانات وتحليلها بغية رصد وضع الأطفال والنساء من خلال مبادراتها الدولية لاستقصاءات الأسر المعيشية، المسماة مبادرة MICS (المسوح العنقودية متعددة المؤشرات). وقد أنجز منذ عام 1995 من المسوح والاستقصاءات نحو 322 في أكثر من 116 بلداً ومنطقة. وقد كانت مبادرة MICS مصدراً رئيسياً للبيانات المستخدمة في رصد التقدم المحرز في مؤشرات الأهداف الإنمائية للألفية، وتظل مصدراً رئيسياً للبيانات أثناء تنفيذ خطة التنمية المستدامة لعام 2030 لقياس مؤشرات أهداف التنمية المستدامة. وتتوفر معلومات إضافية على الموقع الإلكتروني mics.unicef.org.

المجاميع الإقليمية والعالمية

ما لم يذكر غير ذلك، تم توليد المجاميع الإقليمية والعالمية للمؤشرات كمتوسطات مرجحة سكانياً باستخدام بيانات مستمدة من تقرير "التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2019". وتنسجم هذه المجاميع مع الفئة العمرية أو الجنسية لكل مؤشر (مثلاً، مجموع الولادات الحية من الولادات دون استخدام أوزان مرجحة، وعدد الإناث من الفئة العمرية 15-49 بخصوص فقر الدم لدى الأمهات). وكذلك، ما لم يذكر خلاف ذلك، فقد أوردنا فقط التقديرات الإقليمية والعالمية للمؤشرات التي يتوفر لها تغطية بيانات على مستوى السكان تبلغ كحد أدنى 50 بالمئة.

قابلية البيانات للمقارنة

وقد بُذلت جهود لرفع قابلية الإحصاءات للمقارنة عبر البلدان والأوقات المختلفة، إلى أقصى حد ممكن. ومع ذلك، قد تختلف البيانات المستخدمة على مستوى البلدان من حيث الأساليب المُتبعة في جمع البيانات أو التوصل إلى وضع التقديرات، وكذلك من حيث الفئات السكانية المشمولة فيها. علاوة على ذلك، تخضع البيانات المعروضة هنا إلى منهجيات دائمة التطور، وإلى التنقيحات المُندخلة على بيانات السلاسل الزمنية (مثلاً، التحصين من الأمراض، ونسب الوفيات النفاسية)، وإلى التصنيفات المتغيرة على مستوى الأقاليم. وكذلك، فلا تتوفر بيانات قابلة للمقارنة من سنة إلى أخرى لبعض المؤشرات. لذا لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير "حالة أطفال العالم".

معلومات إضافية حول المنهجية

تعكس البيانات المعروضة في الجداول الإحصائية التالية، وبصفة عامة، معلومات تم جمعها وتحديثها من كانون الثاني / يناير وحتى آب / أغسطس 2019، مع مواقيت نهائية محددة مرتبطة بالمؤشرات المنفردة الموصوفة في قسم "المصادر الأساسية للبيانات" والواردة تحت كل جدول. يعكس حقل "آخر تحديث" الوقت الذي جُمعت فيه البيانات وحُدثت، وذلك في إطار المشاورات القطرية أو العمليات المشتركة بين الوكالات المرتبطة تحديداً بالموضوع المعني.

ونشجع القراء المهتمين بزيارة الموقع الإلكتروني

<data.unicef.org> للتعرف على تفاصيل منهجية بشأن المؤشرات والإحصائيات.

تتوفر البيانات المعروضة في الجداول على شبكة الإنترنت، على الموقع الإلكتروني

<www.unicef.org/sowc> وعبر الموقع الإلكتروني

<www.data.unicef.org>. فيرجى الرجوع إلى هذين الموقعين الإلكترونيين

للإطلاع على أحدث البيانات وعلى أي تحديثات أو تصويبات لاحقة للطباعة.

تقديرات معدل وفيات الأطفال

يستخدم معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بوصفه المؤشر الرئيسي للتقدم على صعيد عافية الأطفال.

www.childmortality.org

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)

2018	2015	2010	2005	2000	1995	1990	1985	1980	الإقليم حسب تصنيف اليونسف
15	17	22	29	40	49	57	62	73	شرق آسيا والمحيط الهادئ
9	10	12	16	21	27	31	37	44	أوروبا وآسيا الوسطى
13	15	19	26	36	45	46	54	66	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
4	4	4	5	6	8	10	13	16	أوروبا الغربية
16	18	24	25	33	43	55	68	84	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
22	23	27	34	42	53	65	86	123	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
6	7	7	8	8	9	11	12	15	أمريكا الشمالية
42	49	62	77	94	112	130	150	172	جنوب آسيا
78	85	101	125	153	172	180	188	201	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
57	64	82	107	136	156	164	172	185	شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي
97	105	120	143	170	188	197	205	217	غرب ووسط أفريقيا
64	71	89	110	137	159	175	192	211	أقل البلدان نمواً
39	42	51	63	76	87	93	102	118	العالم

وفيات الأطفال دون الخامسة (بالآلاف)

2018	2015	2010	2005	2000	1995	1990	1985	1980	الإقليم حسب تصنيف اليونسف
462	542	696	910	1,259	1,706	2,302	2,416	2,622	شرق آسيا والمحيط الهادئ
96	111	135	164	218	305	387	483	571	أوروبا وآسيا الوسطى
78	92	112	138	188	263	329	410	474	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
18	20	23	26	30	41	57	74	97	أوروبا الغربية
172	190	262	282	377	501	641	786	948	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
220	235	246	271	325	420	547	708	902	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
27	29	32	35	35	40	47	50	55	أمريكا الشمالية
1,475	1,716	2,279	2,934	3,570	4,191	4,743	5,258	5,585	جنوب آسيا
2,869	3,007	3,304	3,696	4,045	4,087	3,857	3,613	3,396	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
1,024	1,107	1,322	1,590	1,834	1,908	1,827	1,727	1,631	شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي
1,845	1,900	1,982	2,107	2,212	2,179	2,031	1,886	1,765	غرب ووسط أفريقيا
1,992	2,136	2,508	2,895	3,330	3,558	3,605	3,619	3,580	أقل البلدان نمواً
5,322	5,828	6,955	8,292	9,831	11,250	12,524	13,314	14,080	العالم

تصنيفات الأقاليم

تُحسب المجاميع المعروضة في نهاية كل جدول من الجداول الإحصائية الستة عشر باستخدام بيانات من البلدان والمناطق حسب تصنيفها أدناه.

شرق آسيا والمحيط الهادئ

أستراليا؛ إندونيسيا؛ بابوا غينيا الجديدة؛ بالاو؛ بروني دار السلام؛ تايوان؛ توفالو؛ توكيلاو؛ تونغتا؛ تيمور-ليشتي؛ جزر سليمان؛ جزر كوك؛ جزر مارشال؛ جمهورية كوريا؛ جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية؛ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية؛ ساموا؛ سنغافورة؛ الصين؛ فانواتو؛ الفلبين؛ فيجي؛ فييت نام؛ كمبوديا؛ كيريباس؛ ماليزيا؛ منغوليا؛ ميانمار؛ ميكرونيزيا (ولايات — الموحدة)؛ نارو؛ نيوزيلندا؛ نيوي؛ اليابان.

أوروبا وآسيا الوسطى

أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى؛ أوروبا الغربية

أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى

الاتحاد الروسي؛ أذربيجان؛ أرمينيا؛ ألبانيا؛ أوزبكستان؛ أوكرانيا؛ بلغاريا؛ البوسنة والهرسك؛ بيلاروس؛ تركمانستان؛ تركيا؛ الجبل الأسود؛ جمهورية مولدوفا؛ جورجيا؛ رومانيا؛ صربيا؛ طاجيكستان؛ قيرغيزستان؛ كازاخستان؛ كرواتيا؛ مقدونيا الشمالية

أوروبا الغربية

إسبانيا؛ إستونيا؛ ألمانيا؛ أندورا؛ أيرلندا؛ آيسلندا؛ إيطاليا؛ البرتغال؛ بلجيكا؛ بولندا؛ الجمهورية التشيكية؛ الدانمرك؛ سان مارينو؛ سلوفاكيا؛ سلوفينيا؛ السويد؛ سويسرا؛ فرنسا؛ فنلندا؛ قبرص؛ الكرسي الرسولي؛ لاتفيا؛ لكسمبرغ؛ مالطة؛ المملكة المتحدة؛ موناكو؛ النرويج؛ النمسا؛ هنغاريا؛ هولندا؛ اليونان

أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي

الأرجنتين؛ إكوادور؛ أنتيغوا وبربودا؛ أنغويلا؛ أوروغواي؛ باراغواي؛ البرازيل؛ بنما؛ بوليفيا (دولة — متعددة القوميات)؛ بيرو؛ ترينيداد وتوباغو؛ جامايكا؛ جزر البهاما؛ جزر تركس وكايكوس؛ جزر فرجن البريطانية؛ الجمهورية الدومينيكية؛ دومينيكا؛ سانت فنسنت وجزر غرينادين؛ سانت كيتس ونيفس؛ سانت لوسيا؛ السلفادور؛ سورينام؛ شيلي؛ غرينادا؛ غواتيمالا؛ غيانا؛ فنزويلا (جمهورية — البوليفارية)؛ كوبا؛ كوستاريكا؛ كولومبيا؛ المكسيك؛ مونتسيرات؛ نيكاراغوا؛ هايتي؛ هندوراس

الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

الأردن؛ إسرائيل؛ الإمارات العربية المتحدة؛ إيران (جمهورية — إسلامية)؛ البحرين؛ تونس؛ الجزائر؛ الجمهورية العربية السورية؛ دولة فلسطين؛ العراق؛ عُمان؛ قطر؛ الكويت؛ لبنان؛ ليبيا؛ مصر؛ المغرب؛ المملكة العربية السعودية؛ اليمن

أمريكا الشمالية

كندا؛ الولايات المتحدة

جنوب آسيا

أفغانستان؛ باكستان؛ بنغلاديش؛ بوتان؛ سريلانكا؛ ملديف؛ نيبال؛ الهند؛

أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى

شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي؛ غرب ووسط أفريقيا

شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي

إثيوبيا؛ إريتريا؛ إيسواتيني؛ أنغولا؛ أوغندا؛ بوتسوانا؛ بوروندي؛ جزر القمر؛ جمهورية تنزانيا المتحدة؛ جنوب أفريقيا؛ جنوب السودان؛ جيبوتي؛ رواندا؛ زامبيا؛ زيمبابوي؛ سوازيلند؛ السودان؛ سيشيل؛ الصومال؛ كينيا؛ ليسوتو؛ مدغشقر؛ ملاوي؛ موريشيوس؛ موزمبيق؛ ناميبيا

غرب ووسط أفريقيا

بنين؛ بوركينا فاسو؛ تشاد؛ توغو؛ جمهورية أفريقيا الوسطى؛ جمهورية الكونغو الديمقراطية؛ سان تومي وبرينسيبي؛ السنغال؛ سيراليون؛ غابون؛ غامبيا؛ غانا؛ غينيا؛ غينيا الاستوائية؛ غينيا-بيساو؛ كابو فيردي؛ الكامرون؛ كوت ديفوار؛ الكونغو؛ ليبيريا؛ مالي؛ موريتانيا؛ النيجر؛ نيجيريا

أقل البلدان/المناطق نمواً

[مصنفة على هذا النحو من قبل مكتب الممثل السامي لأقل البلدان نمواً والبلدان النامية غير الساحلية والدول الجزرية الصغيرة النامية].

إثيوبيا؛ إريتريا؛ أفغانستان؛ أنغولا؛ أوغندا؛ بنغلاديش؛ بنين؛ بوتان؛ بوركينا فاسو؛ بوروندي؛ تشاد؛ توغو؛ توفالو؛ تيمور-ليشتي؛ جزر سليمان؛ جزر القمر؛ جمهورية أفريقيا الوسطى؛ جمهورية تنزانيا المتحدة؛ جمهورية الكونغو الديمقراطية؛ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية؛ جنوب السودان؛ جيبوتي؛ رواندا؛ زامبيا؛ سان تومي وبرينسيبي؛ السنغال؛ السودان؛ سيراليون؛ الصومال؛ غامبيا؛ غينيا؛ غينيا-بيساو؛ فانواتو؛ كمبوديا؛ كيريباس؛ ليبيريا؛ ليسوتو؛ مالي؛ مدغشقر؛ ملاوي؛ موريتانيا؛ موزمبيق؛ ميانمار؛ نيبال؛ النيجر؛ هايتي؛ اليمن

ملاحظات حول جداول محددة

الجدول 1. البيانات السكانية

يتضمن جدول الخصائص الديمغرافية مؤشرات مختارة بشأن أهم المعلومات الديمغرافية لكل مجموعة سكانية، بما فيها تعداد السكان الإجمالي، وعدد السكان مصنفاً حسب العمر، إضافة إلى معدلات النمو السكاني السنوية. ويرتبط معدل الولادات السنوية بالتعداد السكاني ومعدل الخصوبة الحالي. وتتيح المعدلات الإجمالية للخصوبة إجراء مقارنات بشأن مستويات الخصوبة على المستوى الدولي. ويُدعى مستوى الخصوبة الإجمالي الذي يبلغ 2.1 "معدل التعويض"، ويمثل المستوى الذي يظل فيه التعداد السكاني ثابتاً على المدى الطويل. أما العمر المتوقع عند الولادة فهو قياس للوضع الصحي والتطور السكاني وهو يواصل الازدياد في جميع بلدان العالم تقريباً. ويمثل معدل الإعالة نسبة السكان في غير سن العمل (أي السكان "المعتمدين على غيرهم" اقتصادياً) إلى السكان في سن العمل (15-64 سنة)، ويمكن تقسيمه إلى معدل إعالة الأطفال (نسبة الأطفال دون سن 15 سنة إلى السكان في سن العمل) ومعدل إعالة المسنين (نسبة السكان بسن 65 أو أكبر إلى السكان في سن العمل). ويكون معدل الإعالة الإجمالي مع مرور الوقت والتطور، عادة على شكل حرف (U) بالإنجليزية؛ فالخصوبة العالية تقود إلى حصة كبيرة من السكان الأطفال، وبالتالي معدل إعالة مرتفع وهو يتقلص مع تقلص الخصوبة ثم يرتفع من جديد نظراً لزيادة العمر المتوقع وزيادة الحصة السكانية من السكان المسنين. وتصف نسبة السكان في المناطق الحضرية، ومعدل النمو السنوي لسكان المناطق الحضرية، وضع عملية التوسع الحضري ودينامياتها. ويشير صافي معدل الهجرة إلى الفارق بين عدد المهاجرين المغادرين وعدد المهاجرين الوافدين؛ ويُظهر البلد / المنطقة الذي يزيد فيه عدد المهاجرين المغادرين عن عدد المهاجرين الوافدين قيمةً إيجابية، في حين يُظهر البلد الذي يزيد عدد المهاجرين الوافدين فيه عدد المغادرين قيمةً سلبية.

جميع المؤشرات الديمغرافية تستند إلى تقرير "التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2019". وفيما عدا عدد السكان الإجمالي، تقتصر المؤشرات الديمغرافية المنشورة على البلدان / المناطق التي يزيد عدد السكان فيها عن 90,000 فرد.

الجدول 2. وفيات الأطفال

تنشر اليونيسف سنوياً، في تقرير "حالة أطفال العالم"، سلسلة من تقديرات وفيات الأطفال. وتمثل هذه الأرقام أفضل التقديرات المتوفرة في وقت طباعة التقرير، وهي تستند إلى عمل الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (الفريق المشترك)، الذي يضم اليونيسف، ومنظمة الصحة العالمية، ومجموعة البنك الدولي، وشعبة السكان بالأمم المتحدة. وتجري عملية تحديث سنوية لتقديرات وفيات الأطفال التي يعدها الفريق المشترك، وذلك من خلال استعراض مفصل لجميع نقاط البيانات التي تتوفر مع مرور الوقت، والتي تؤدي عادةً إلى إجراء تعديلات على التقديرات

المنشورة سابقاً. ولذلك، ينبغي ألا تُستخدم الإصدارات المتتالية من تقرير "حالة أطفال العالم" لغرض تحليل اتجاهات الوفيات مع مرور الوقت. ونعرض أدناه تقديرات عالمية وإقليمية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة للفترة 1990-2018، وهي تقديرات قابلة للمقارنة. ونعرض في الجدول 2 مؤشرات وفيات الأطفال الخاصة ببلدان محددة، وهي تستند إلى أحدث تقديرات فريق تقدير وفيات الأطفال، كما أنها متوفرة على الموقع الإلكتروني data.unicef.org/child-mortality/under-five، وإلى جانب ملاحظات منهجية.

الجدول 3. صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة

يتضمن الجدول الخاص بصحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة مزيجاً من المؤشرات السكانية ومؤشرات تغطية التدخلات. وتشمل المؤشرات السكانية العمر المتوقع للإناث، ومعدل الولادات بين المراهقات، ومعدلات الوفيات النفاسية بما في ذلك عدد الوفيات النفاسية ونسبة الوفيات النفاسية وخطر الوفيات النفاسية على مدى الحياة.

مؤشرات العمر المتوقع ومعدل الولادات بين المراهقات مستقاة من شعبة السكان بالأمم المتحدة. أما بيانات الوفيات النفاسية فهي تقديرات أعدها الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة، والذي يضم منظمة الصحة العالمية، واليونيسف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومجموعة البنك الدولي، وشعبة السكان بالأمم المتحدة. ويجري تحديث منتظم لتقديرات الوفيات التي يصدرها الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة، وذلك من خلال استعراض مفصل لجميع نقاط البيانات التي تتوفر تبعاً. وغالباً ما تؤدي هذه العملية إلى تنقيحات على التقديرات المعلن عنها سابقاً. ونتيجة لذلك، لا ينبغي استخدام الإصدارات المتتالية من تقرير "حالة أطفال العالم" لتحليل توجهات الوفيات النفاسية مع مرور الوقت.

تشمل مؤشرات تغطية التدخلات المؤشرات الخاصة بتنظيم الأسرة، والرعاية السابقة للولادة والرعاية عند الولادة والرعاية ما بعد الولادة للطفل. البيانات الخاصة بهذه المؤشرات مستمدة من برامج استقصاءات الأسر المعيشية الوطنية، من قبيل DHS (الاستقصاءات الديمغرافية والصحية) وMICS (المسوح العنقودية متعددة المؤشرات) وغيرها من الاستقصاءات المعنية بالصحة الإنجابية. وقد تم احتساب تقديرات الأقاليم والعالم باستخدام أسلوب المتوسطات المرجحة. أما المتغيرات المستخدمة في معادلة الترجيح فهي خاصة بكل مؤشر وتطبق على كل بلد. وهي تتوافق مع الفئة السكانية الملائمة المستهدفة في كل مؤشر (مقام الكسر)، وهي مستمدة من الإصدار الأخير من تقرير "التوقعات السكانية في العالم". ولم تُستخدم سوى أحدث نقاط البيانات من الفترة 2013-2018 لكل بلد لحساب المجاميع الإقليمية والعالمية. وتم تضمين الهند والصين في حساب التقديرات الإقليمية والعالمية لكل مؤشر باستخدام البيانات المتوفرة.

◀ بالنسبة إلى الحماية عند الولادة من الكزاز، تقتصر متوسطات الأقاليم على البلدان التي يكون فيها كزاز الأمهات والمواليد مستوياً.

الجدولان 5 و 6. فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)

أصدر برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز ("البرنامج المشترك للإيدز") في عام 2019 تقديرات جديدة لمعدلات انتشار فيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز على المستوى العالمي ومستوى الأقاليم ومستوى الدول لعام 2018، وهي تعكس أحدث التقديرات الوبائية، إضافة إلى بيانات تغطية العلاجات المضادة للفيروسات العكوسة، ومنع انتقال الإصابة بالفيروس من الأم للطفل، والتشخيص المبكر لإصابة الرضع بفيروس نقص المناعة البشرية. وتستند التقديرات إلى أحدث الاكتشافات العلمية المتوفرة وإلى المبادئ التوجيهية لبرنامج منظمة الصحة العالمية، والتي أدت إلى تحسينات بشأن افتراضات احتمالية انتقال الإصابة من الأم للطفل، وتحسينات في معدل الخصوبة بين النساء بحسب العمر، وفي الحالة المصلية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية، وفي صافي معدلات بقاء الطفل على قيد الحياة بالنسبة للأطفال المصابين بالفيروس، وجوانب أخرى. واستناداً إلى هذه المنهجية المحسنة، أعد البرنامج المشترك للإيدز وبأثر رجعي تقديرات جديدة لمدى انتشار فيروس نقص المناعة البشرية، وعدد الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية وتحديد الأفراد الذين يحتاجون إلى العلاج، وحالات الوفاة المرتبطة بمرض الإيدز، وللإصابات الجديدة بالفيروس، وتوجهات أخرى مهمة في وباء فيروس نقص المناعة البشرية.

المؤشرات الأساسية بخصوص الاستجابة لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) بين الأطفال مقسمة إلى جدولين: الجدول 5. التطورات الوبائية لفيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، وجدول 6. التداخلات في مجال فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز).

الجدول 5. فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز): الوبائيات

يتضمن الجدول 5 المؤشرات الأساسية المستخدمة لقياس التوجهات في وباء فيروس نقص المناعة البشرية. وقد تم تصنيف البيانات استناداً إلى مجموعات عمرية لكل 10 سنوات، إذ يُفترض أن جميع الأطفال دون سن 10 سنوات المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية قد أصيبوا من خلال انتقال الفيروس من الأم للطفل. أما الأطفال من الفئة العمرية 10-19 سنة المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية فيشملون إضافة إلى ذلك الإصابات الجديدة بالفيروس من جراء الاتصال الجنسي أو استخدام المخدرات بالحقن، وذلك اعتماداً على سياق البلد. ونظراً للتفاوتات الجنسانية الكبير بين المراهقين والواضح في توجهات وباء فيروس نقص المناعة البشرية وفي الاستجابات البرمجية، باتت البيانات حالياً مصنفة بحسب الجنس لجميع مؤشرات وباء فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز). وإتاحة عقد مقارنات أفضل بين البلدان والأقاليم، استُبدل المؤشر المعني بعدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية بمؤشر يتناول حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1,000 فرد من السكان غير المصابين. وبالمثل، استُبدل المؤشر المعني بالوفيات المرتبطة بالإيدز بمؤشر يتناول الوفيات المرتبطة بالإيدز لكل 100,000 من السكان. ويوفر هذان المؤشران قياسات نسبية للإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية والوفيات المرتبطة بالإيدز، كما يوضحان على نحو أدق تأثير الاستجابة لمواجهة فيروس نقص المناعة البشرية.

يشمل الجدول الخاص بصحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة أيضاً بعض البيانات المصنفة حسب العمر لتوفير معلومات حول الصحة الإنجابية وصحة الأمهات من المراهقات. وتحديداً، تم تصنيف البيانات لفئة العمرية 15-19 سنة لمؤشرات الطلب على وسائل تنظيم الأسرة الملبى بوسائل حديثة، ورعاية الأطفال حديثي الولادة بما لا يقل عن أربع زيارات للمراكز الصحية، ووجود مسؤول صحي ماهر عند الولادة. وقد أتت البيانات المصنفة بشأن الرعاية السابقة للولادة بما لا يقل عن أربع زيارات للمراكز الصحية، ووجود مسؤول صحي ماهر عند الولادة، من المركز الدولي للمساواة في الصحة التابع لجامعة بيلوتاس الاتحادية بالبرازيل. وأتت البيانات الإجمالية والمصنفة بشأن الطلب على وسائل تنظيم الأسرة الملبى بوسائل حديثة من شعبة السكان التابعة لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة. وتم حساب تقديرات الأقاليم والعالم بالأسلوب نفسه الموصوف أعلاه بشأن مؤشرات تغطية التداخلات.

الجدول 4. صحة الطفل

يتضمن الجدول الخاص بصحة الطفل مجموعة من المؤشرات التي تلتقط معلومات حول تغطية التداخلات الفعالة المقدمة للأطفال دون سن الخامسة على مستوى الأسرة المعيشية. وتشمل طائفة من المؤشرات الخاصة بتحصين الطفل ضد الأمراض (موصوفة أدناه)، ومؤشرات حول التداخلات لمنع الإصابة بالالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا ومعالجتها (وهي الأمراض التي تتسبب بأكبر عدد من وفيات الأطفال). المصادر الرئيسية لبيانات المؤشرات الخاصة بمنع أمراض الطفولة ومعالجتها مستمدة من استقصاءات تمثيلية للأسر على الصعيد الوطني، من قبيل DHS (الاستقصاءات الديمغرافية والصحية) وMICS (المسوح العنقودية متعددة المؤشرات). وقد تم احتساب تقديرات الأقاليم والعالم باستخدام أسلوب المتوسطات المرجحة. أما المتغيرات المستخدمة في معادلة التريجيج فهي خاصة بكل مؤشر وتطبق على كل بلد. وهي تتوافق مع الفئة السكانية الملائمة المستهدفة في كل مؤشر (مقام الكسر)، وهي مستمدة من الإصدار الأخير من تقرير "التوقعات السكانية في العالم". ولم تُستخدم سوى أحدث نقاط البيانات من الفترة 2013-2018 لكل بلد لحساب متوسطات الأقاليم والعالم. وقد استُخدم تعداد السكان الإجمالي للمؤشرات التي تلتقط معلومات حول الأسر المعيشية. وتم تضمين الهند والصين في حساب التقديرات الإقليمية والعالمية لكل مؤشر باستخدام البيانات المتوفرة.

التحصين ضد الأمراض

يعرض الجدول الخاص بصحة الأطفال تقديرات منظمة الصحة العالمية واليونيسف للتغطية التحصينية من الأمراض على المستوى الوطني. ومنذ عام 2000، يجري تحديث هذه التقديرات مرة واحدة سنوياً في شهر تموز / يوليو، وذلك بعد عملية تشاورية يجري في إطارها تزويد البلدان بمسودات تقارير مراجعتها والتعليق عليها. وبما أن النظام يدمج بيانات عملية جديدة لإعداد التقديرات، فإن كل تنقيح سنوي ينسخ إصدارات البيانات التي تسبقه. ولا تكون مستويات التغطية المأخوذة من تنقيحات سابقة قابلة للمقارنة. ويمكن الاطلاع على شرح تفصيلي للعملية على الموقع الإلكتروني: data.unicef.org/topic/child-health/immunization.

يتم حساب متوسطات الأقاليم للمستضدات على النحو التالي:

◀ بالنسبة إلى لقاح السل، تقتصر متوسطات الأقاليم على البلدان التي يشتمل برنامج التحصين الوطني الاعتيادي فيها على اللقاح المضاد للسل.

◀ وبالنسبة إلى لقاحات المطعوم الثلاثي (الخنق والشاهوق والكزاز)، وشلل الأطفال، والحصبة، والتهاب الكبد B، والنزلة الترفية من نوع باء، وفيروس الروتا، تشمل متوسطات الأقاليم جميع البلدان، إذ أصدرت منظمة الصحة العالمية توصية شاملة بشأن هذه اللقاحات.

الحد الأدنى المقبول لنمط التغذية (6-23 شهراً) ليتمشى مع التغيير في تعريف الحد الأدنى للتنوع التغذوي؛ (رابعاً) ثمة مؤشر جديد هو عدم استهلاك أي خضروات أو فواكه (6-23 شهراً). كما تم في عام 2018 تعديل تعريف مؤشر الحد الأدنى لتواتر الوجبات (6-23 شهراً)، بيد أن هذه الجداول لم تعكس حتى الآن التقديرات ذات الصلة في الحد الأدنى لتواتر الوجبات والحد الأدنى المقبول للنظام الغذائي.

التقزم والهزال وزيادة الوزن: واصلت اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي العملية الرامية إلى إضفاء الانسجام على البيانات الخاصة بقياسات جسم الطفل، والمستخدمة في حساب وتقدير متوسطات الأقاليم والمتوسطات العالمية وتحليل اتجاهاتها. وكجزء من هذه العملية، استُمدت متوسطات الأقاليم والعالم لانتشار التقزم والهزال وزيادة الوزن من النموذج الموصوف في الورقة العلمية التي أعدها م. دي أونيس وآخرون (M. de Onis et al) بعنوان "منهجية تقدير الأقاليم والاتجاهات العالمية لسوء التغذية عند الأطفال" (المجلة الدولية لعلم الأوبئة، المجلد 33، 2004، الصفحات 1260-1270). وتصدر سنوياً تقديرات جديدة للأقاليم والعالم، وهي تتسح جميع التقديرات السابقة ولا ينبغي مقارنتها معها.

الجرعة المكفلة من فيتامين ألف: تأكيداً على أهمية تناول الأطفال جرعتين من فيتامين ألف سنوياً (تفصل بينهما مدة 4-6 أشهر)، سيقصر هذا التقرير على عرض التغطية الكاملة من التغذية التكميلية بفيتامين أ. وفي ظل غياب طريقة مباشرة لقياس هذا المؤشر، سُبِّغ عن هذه التغطية الكاملة باعتبارها التقدير الأدنى للتغطية من الجولة 1 (كانون الثاني / يناير - حزيران / يونيو) والجولة 2 (تموز / يوليو - كانون الأول / ديسمبر) في أي سنة من السنوات. وتقتصر مجاميع الأقاليم والمجاميع العالمية على البلدان الـ 82 التي أُشير إليها بأنها بلدان ذات أولوية بالنسبة للبرامج على المستوى القطري. وبالتالي، تُنشر المجاميع الإقليمية في الحالات التي تتحقق فيها 50 بالمئة من التغطية السكانية للبلدان ذات الأولوية في كل إقليم من الأقاليم. وبمعنى آخر، فإننا نعرض التقديرات الخاصة بمنطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ على الرغم من عدم وجود بيانات للصين.

سوء التغذية بين الأطفال في سن الدراسة: تعكس المؤشرات الواردة تحت هذا العنوان أهمية إنهاء سوء التغذية بين الأطفال من كل الأعمار. وتستند تقديرات البلدان لسوء التغذية بين الأطفال في سن الدراسة إلى المقال الذي نشرته "شبكة التعاون المعنية بعامل الخطورة للأمراض غير السارية" (2017)، بعنوان "التوجهات العالمية في مؤشر كتلة الجسم، وانخفاض الوزن، وزيادة الوزن، والبدانة من عام 1975 إلى عام 2016: تحليل تجميعي لـ 2416 دراسة قياس سكانية تشمل 128.9 مليون طفل، ومراهق، وبالغ"، مجلة لانسييت (The Lancet)، 390(10113)، الصفحات 2627-2642.

نقص الوزن بين النساء من سن 18 سنة فأكثر: يعكس هذا المؤشر أهمية معالجة سوء التغذية بين الأمهات إذا ما أردنا القضاء على سوء التغذية بين الأطفال. وتستند تقديرات البلدان لنقص الوزن بين النساء إلى المقال الذي نشرته "شبكة التعاون المعنية بعامل الخطورة للأمراض غير السارية" (2017)، بعنوان "التوجهات العالمية في مؤشر كتلة الجسم، وانخفاض الوزن، وزيادة الوزن، والبدانة من عام 1975 إلى عام 2016: تحليل تجميعي لـ 2416 دراسة قياس سكانية تشمل 128.9 مليون طفل، ومراهق، وبالغ"، مجلة لانسييت (The Lancet)، 390(10113)، الصفحات 2627-2642.

الجدول 6. فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز): التداخلات

يتضمن الجدول 6 مؤشرات حول التداخلات الأساسية في الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشرية من أجل الأطفال. وقد تم تعديل مؤشرات التغطية هذه من الإصدارات السابقة لتقرير "حالة أطفال العالم" كي تعكس على نحو أفضل التقدم في البرامج والسياسات الحالية لمواجهة فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز). فعلى سبيل المثال، يلتقط المؤشر الخاص بالتشخيص المبكر لإصابة الرضع بفيروس نقص المناعة البشرية معلومات لتحديد نسبة الرضع المعرضين للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية الذين يحصلون على تشخيص للكشف عن الفيروس خلال شهرين من الولادة. وتُحسب جميع مؤشرات التغطية اعتماداً على أحدث البيانات الموثوقة المتوفرة من الاستقصاءات السكانية وإحصاءات خدمات البرامج.

وتُحسب مجاميع كل مؤشرات التغطية للأقاليم وللعالم باستخدام متوسطات مرجحة سكانية. ونظراً لنقص البيانات في بعض الحالات، لا تُحسب مجاميع المؤشرات القائمة على الاستقصاءات السكانية إلا إذا كانت البيانات في المنطقة المعنية تمثل ما لا يقل عن 50 بالمئة من السكان المراهقين.

الجدولان 7 و8. التغذية

يشمل الجدول 7 المغذيات عند الولادة وممارسات تغذية الرضع والأطفال الصغار، ويتضمن الجدول 8 تقديرات لسوء التغذية بين الأطفال قبل سن الدراسة، والأطفال في سن الدراسة، والنساء في سن الإنجاب، إضافة إلى تغطية التداخلات لبرامج أساسية معنية بالمغذيات الدقيقة.

المؤشرات الخاصة بانخفاض الوزن عن الولادة، والنحافة وزيادة الوزن بين الأطفال في سن الدراسة، ونقص الوزن وفقر الدم بين الأمهات، تستند إلى تقديرات مُنمجة، لذا قد تختلف عن التقديرات الواردة في الاستقصاءات. وبالنسبة لجميع المؤشرات الأخرى، فقد جرى إعادة تحليل التقديرات على المستوى القطري، عند توفر البيانات الأولية، لتتماشى مع أساليب التحليل المعيارية، لذا فقد تختلف عن القيم الواردة في الاستقصاءات.

انخفاض الوزن عند الولادة: تستند التقديرات إلى أساليب جديدة؛ لذا قد لا تكون التقديرات للبلدان والأقاليم والعالم قابلة للمقارنة مع التقديرات الواردة في الإصدارات السابقة لتقرير "حالة أطفال العالم".

عدم تسجيل الوزن عند الولادة: ثمة مؤشر جديد يمثل نسبة الولادات التي حدثت دون تسجيل الوزن عند الولادة في مصدر البيانات.

تغذية الرضع والأطفال الصغار: يعرض الجدول 8 مؤشرات، بما فيها المؤشرات التالية التي تتضمن تغييرات حديثة في التعريفات أو أنها مؤشرات جديدة: (أولاً) حل مؤشر الاستمرار في الرضاعة الطبيعية (12-23 شهراً) محل مؤشرين سابقين حول الاستمرار في الرضاعة الطبيعية حتى سن سنة واحدة (12-15 شهراً) وحتى سن سنتين (20-23 شهراً)؛ (ثانياً) يُعرّف الحد الأدنى للتنوع التغذوي (6-23 شهراً) حالياً بأنه نسبة الأطفال من الفئة العمرية 6-23 شهراً الذين يحصلون على أغذية مستمدة مما لا يقل عن 5 من مجموع 8 مجموعات أغذية محددة، خلال اليوم السابق للقياس (تعكس النسخة الأقدم من هذا المؤشر استهلاك ما لا يقل عن 4 من مجموع 7 مجموعات أغذية محددة أثناء اليوم السابق للقياس)؛ (ثالثاً) تم تعديل مؤشر

الذي اعتمد في الجولة الرابعة. وبالتالي، فإن البيانات المعاد احتسابها والمعروضة هنا قد تختلف عن التقديرات الواردة في التقارير الوطنية للجولة الثالثة.

الأطفال المتروكون تحت إشراف غير كافٍ: كان يشار إلى هذا المؤشر سابقاً باسم "الأطفال المتروكون تحت رعاية غير كافية"، ولكن أعيدت تسميته كي يعكس على نحو أدق طبيعة عوامل البنية الكامنة لهذا الإشراف.

الجدول 10. التعليم

يحتوي هذا الجدول على مجموعة من المؤشرات معنية بالجوانب التالية من تعليم الأطفال: إمكانية الوصول الملائمة، إتمام الدراسة، ونتائج التعليم.

وبصفة محددة، تقيس المؤشرات الخاصة بإتمام الدراسة عدد الأطفال والياقيين الذين تزيد أعمارهم بمقدار 3-5 سنوات عن العمر المحدد للفصل الأخير في كل مستوى دراسي والذين أتموا ذلك الصف الدراسي. ويشير معدل إتمام الدراسة إلى عدد الأطفال في سن الدراسة من فئة عمرية محددة الذين أتموا المستوى التعليمي ذا الصلة. ومن خلال اختيار فئة عمرية أعلى قليلاً من الفئة العمرية النظرية لإتمام كل مستوى تعليمي، فإن المؤشر يقيس عدد الأطفال والمراهقين الذين يلتحقون بالمدرسة في الوقت الملائم إلى حد ما، وتقدمهم عبر منظومة التعليم دون تأخيرات مفرطة الطول.

يشمل هذا الجدول أيضاً مجموعة مؤشرات لرصد المساواة في نتائج التعليم، والتي تعبر عنها الغاية (4-1) من الهدف 4 من أهداف التنمية المستدامة. ويُعتبر مستوى الحد الأدنى للإجادة نقطة مرجعية للمعرفة الأساسية في مجال ما (أي الرياضيات والقراءة) مقاساً عبر تقييم التعليم. ويظهر المؤشر بيانات نشرتها الحكومات الوطنية إضافة إلى بيانات نشرتها وكالات ومنظمات متخصصة بتقييمات التعليم التي تشمل عدة بلدان.

يمكن الاطلاع على معلومات مفصلة حول المؤشرات الواردة في هذا الجدول لدى معهد اليونسكو للإحصاء، تموز / يوليو 2017. البيانات الفوقية للمؤشرات العالمية والمواضيعية لمتابعة واستعراض الهدف 4 من أهداف التنمية المستدامة وجدول أعمال التعليم حتى عام 2030.

الجدول 11. حماية الطفل

تشير حماية الطفل إلى منع العنف والاستغلال والإساءات للأطفال في جميع السياقات والاستجابة إليها. هناك العديد من الانتهاكات المختلفة لحماية الطفل التي يمكن أن يتعرض إليها الأطفال، إلا أن نقص البيانات القابلة للمقارنة يقيد الإبلاغ عن الطيف الكامل لهذه الانتهاكات. وعلى ضوء ذلك، يعرض جدول حماية الطفل بيانات عن قضايا قليلة تتوفر بشأنها بيانات تمثيلية على الصعيد الوطني قابلة للمقارنة. ومن بينها اثنان من تجليات الممارسات التقليدية المؤذية، وبعض أشكال العنف والاستغلال، إلى جانب التسجيل الرسمي للمواليد.

تسجيل المواليد: جرت تغييرات على تعريف تسجيل المواليد من الجولتين الثانية والثالثة للمسح العنقودي متعدد المؤشرات إلى الجولة الرابعة من المسح. وبغية إتاحة المقارنة مع الجولات اللاحقة أعيد احتساب بيانات تسجيل المواليد من الجولتين الثانية والثالثة وفقاً لتعريف المؤشر المعتمد في الجولة الرابعة. وبالتالي، فإن البيانات المعاد احتسابها والمعروضة هنا قد تختلف عن التقديرات الواردة في التقارير الوطنية للجولتين الثانية والثالثة.

فقر الدم بين النساء من الفئة العمرية 15-49 سنة: يعكس هذا المؤشر أهمية معالجة سوء التغذية بين الأمهات إذا ما أردنا القضاء على سوء التغذية بين الأطفال. وتستند تقديرات البلدان لفقر الدم بين النساء إلى منظمة الصحة العالمية (2017)، المرصد الصحي العالمي. في: World Health Organization [online]. Geneva, Switzerland. [Cited 1 August 2019] <http://apps.who.int/gho/data/node.imr.PREVANEMIA?lang=en>; وأما بيانات البدانة عند البالغين فتستند إلى منظمة الصحة العالمية (2017)، المرصد الصحي العالمي.

الملح المدعوم باليود: تغير تعريف المؤشر المعروض في هذا التقرير عما كان عليه سابقاً عندما كان يتعلق باستهلاك الأسر المعيشية على نحو كافٍ للملح المدعوم باليود. وبات التعريف يتعلق حالياً بالملح الذي يحتوي على أيٍّ من مركبات اليود، وبالتالي فإن تقديرات متوسطات الانتشار للأقاليم وللعالم غير قابلة للمقارنة مع المتوسطات المنشورة في الإصدارات السابقة من تقرير "حالة أطفال العالم".

الجدول 9. النماء في مرحلة الطفولة المبكرة

تستمر مرحلة الطفولة المبكرة حتى سن الثامنة، وهي مرحلة حاسمة للنماء الإدراكي والاجتماعي والعاطفي والبدني للطفل. ويتطلب النمو الأمثل للدماغ وجود بيئة محفزة، ومغذيات كافية، وتفاعلاً اجتماعياً مع مزودي الرعاية الذين يركزون اهتمامهم على الطفل. يعرض جدول النماء في مرحلة الطفولة المبكرة بيانات حول مؤشرات محددة مع بيانات تمثيلية على الصعيد الوطني وقابلة للمقارنة حول نوعية الرعاية في البيت، وإمكانية الحصول على مواد التعليم في البيت، وإمكانية الحصول على الرعاية والتعليم في مرحلة الطفولة المبكرة. وأفضل طريقة لفهم المعلومات الواردة في هذا الجدول هي تناولها إلى جانب البيانات الخاصة بمجالات أخرى حاسمة الأهمية للنماء في مرحلة الطفولة المبكرة من قبيل التغذية والحماية.

التحفيز المبكر والرعاية المستجيبة من جانب الكبار الراشدين: أعيد حساب البيانات الخاصة بهذا المؤشر والمستمدة من DHS (الاستقصاءات الديمغرافية والصحية)، وذلك وفقاً لمنهجية MICS (المسوح العنقودية متعددة المؤشرات) بغرض إتاحة إمكانية المقارنة. لذا، ستختلف البيانات المعاد حسابها والمعروضة هنا عن التقديرات في التقارير الوطنية للاستقصاءات الديمغرافية والصحية.

التحفيز المبكر والرعاية المستجيبة من جانب الأب: تشير البيانات من الجولتين الثالثة والرابعة للمسح العنقودي متعددة المؤشرات إلى انهماك الأب في نشاط واحد أو أكثر لتعزيز التعلم والاستعداد للمدرسة، في حين جرى تغيير التعريف في الجولة الخامسة للمسح العنقودي متعدد المؤشرات ليعكس انهماك الأب في أربعة أنشطة أو أكثر. وبالتالي، فإن التقديرات حول التحفيز المبكر والرعاية المستجيبة من جانب الأب ضمن الجولتين الثالثة والرابعة نقلت عن التقديرات المستندة إلى نتائج الجولة الخامسة. أعيد حساب البيانات الخاصة بهذا المؤشر والمستمدة من DHS (الاستقصاءات الديمغرافية والصحية)، وذلك وفقاً لمنهجية MICS (المسوح العنقودية متعددة المؤشرات) بغرض إتاحة إمكانية المقارنة. لذا، ستختلف البيانات المعاد حسابها والمعروضة هنا عن التقديرات في التقارير الوطنية للاستقصاءات الديمغرافية والصحية.

مواد التعلم المتوفرة في البيت: أشياء يلعب بها الطفل: جرت تغييرات على تعريف هذا المؤشر بين الجولتين الثالثة والرابعة للمسح العنقودي متعددة المؤشرات. ومن أجل إتاحة المقارنة مع الجولة الرابعة والجولات اللاحقة للمسح العنقودي متعددة المؤشرات، أعيد احتساب البيانات من الجولة الثالثة وفقاً لتعريف المؤشر

تبرير ضرب الزوجة بين المراهقين: ابتداءً من هذا الإصدار لتقرير "حالة أطفال العالم"، تم تعديل الفئة العمرية المستخدمة للإبلاغ عن هذا المؤشر لتشير إلى المراهقين من الفئة العمرية 15-19 سنة.

التأديب العنيف: احتُسبت التقديرات المستخدمة في إصدارات اليونسيف وفي التقارير القطرية للمسوح العنقودية متعددة المؤشرات الصادرة قبل عام 2010 باستخدام أوزان ترجيحية للأسر المعيشية، ولم تأخذ هذه الأوزان باعتبارها أسلوب اختيار الأطفال الذي يجري في المرحلة الأخيرة لتطبيق نموذج تأديب الأطفال ضمن المسوح العنقودية متعددة المؤشرات. (اختيار عشوائي لطفل واحد ضمن الفئة العمرية المرجعية بغية تطبيق نموذج تأديب الأطفال). وفي كانون الثاني / يناير 2010، تقرر أنه يمكن إنتاج تقديرات أدق باستخدام وزن ترجيحي للأسر المعيشية يأخذ بالاعتبار الاختيار الذي يجري في المرحلة الأخيرة. وقد أعيد حساب بيانات الجولة الثالثة للمسوح العنقودية متعددة المؤشرات باستخدام هذا النهج. إضافة إلى ذلك، تم تعديل الفئة العمرية المرجعية لهذا المؤشر ابتداءً من الجولة الخامسة للمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، واستُخدمت الفئة العمرية 1-14 سنة. لذا، فإن التقديرات من الجولتين الثالثة والرابعة غير قابلتين للمقارنة المباشرة إذ تشير إلى الأطفال من الفئة العمرية 2-14.

الجدول 12. الحماية الاجتماعية والمساواة

يوفر هذا الجدول معلومات حول تغطية الحماية الاجتماعية وحجم التفاوت بالدخل، ويؤثر هذان الجانبان على السياق الذي يعيش فيه الأطفال. وتتضمن مؤشرات الحماية الاجتماعية عدد أمهات الأطفال الحديثي الولادة اللاتي يحصلن على استحقاقات مالية، ونسبة الأطفال المغطيين بالحماية الاجتماعية، وتوزيع استحقاقات الحماية الاجتماعية (الخميس الأول، الخميس الخامس، فئة الـ 40% الأدنى). وفي حين يلتقط أول مؤشرين تغطية الحماية الاجتماعية، يعكس المؤشر الثالث الحالات والتوزيع عبر الفئات الخميسية السكانية. ويعرض الجدول لمحة عامة لشبكة الأمان الاجتماعية التي تستفيد منها الأسر المعيشية - لا سيما الأطفال - في كل بلد.

وتتضمن مؤشرات انعدام المساواة الحصة من دخل الأسرة (الخميس الأول، الخميس الخامس، فئة الـ 40% الأدنى)، ومؤشري جيني وبالم، ونصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي. ويلتقط المؤشر الأول النصيب من الدخل القومي الذي تكسبه كل فئة خميسية سكانية ضمن البلد. وهو يوضح هيكل توزيع الدخل لكل بلد، في حين يعبر مُعامل جيني عن مدى انعدام المساواة وكيف ينحرف عن التوزيع المتساوي للدخل تساويًا تاماً. وفي مقابل ذلك، يركّز مؤشر بالم على الفرق في الدخل بين نصيب أغنى 10 بالمئة من السكان من الدخل القومي ونصيب أفقر 40 بالمئة من السكان. وهذا المؤشر أكثر حساسية لأطراف منحني التوزيع ولانعدام المساواة الشديد. وبما أن التغييرات في انعدام المساواة في الدخل تنتج بصفة أساسية عن التغييرات في دخل أغنى 10 بالمئة من السكان ودخل أفقر 40 بالمئة من السكان، يوفر مؤشر بالم رؤى بشأن التغييرات التوزيعية في انعدام المساواة في الدخل. ويتم نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي هذه المؤشرات إذ يقيس متوسط مستوى المعيشة لكل بلد.

تتسم مؤشرات الحماية الاجتماعية والمساواة بتردها السنوي، وهي تُستخلص من تقرير "مؤشر التنمية العالمية"، وتقرير "أطلس الحماية الاجتماعية - مؤشرات القدرة على التحمل والمساواة"، الصادرين عن البنك الدولي، و"التقرير العالمي للحماية الاجتماعية" الصادر عن منظمة العمل الدولية.

عمالة الأطفال: استُبدل هذا المؤشر بالمؤشر المستخدم في الإبلاغ عن أهداف التنمية المستدامة للمؤشر 8-7-1 والذي يعكس نسبة الأطفال المنخرطين في أنشطة اقتصادية و/أو أعمال منزلية فوق عتبة محددة لعدد من الساعات يختلف باختلاف الفئات العمرية (على أساس حدود الإنتاج العام):

عمالة الطفل للنطاق العمري 5 سنوات إلى 11 سنة: الأطفال الذين يعملون ما لا يقل عن ساعة واحدة أسبوعياً في نشاط اقتصادي و/أو المنخرطون في خدمات غير مدفوعة الأجر للأسرة المعيشية لأكثر من 21 ساعة أسبوعياً؛

عمالة الطفل للنطاق العمري 12 إلى 14 سنة: الأطفال الذين يعملون ما لا يقل عن 14 ساعة أسبوعياً في نشاط اقتصادي و/أو المنخرطون في خدمات غير مدفوعة الأجر للأسرة المعيشية لأكثر من 21 ساعة أسبوعياً؛

عمالة الطفل للنطاق العمري 15 إلى 17 سنة: الأطفال الذين يعملون ما لا يقل عن 43 ساعة أسبوعياً في نشاط اقتصادي. ولم توضع عتبة لعدد ساعات العمل غير المأجور في الخدمات المنزلية للفئة العمرية 15-17 سنة.

تقديرات البلدان المجمع في قاعدة البيانات العالمية لأهداف التنمية المستدامة والمعروضة فيها، والتي أعيد نشرها في تقرير "حالة أطفال العالم"، أُعيد تحليلها من قبل اليونسيف ومنظمة العمل الدولية باستخدام التعريفات والمعايير الواردة أعلاه. وهذا يعني أن قيم بيانات البلدان ستختلف عن القيم المنشورة في تقارير الاستقصاءات القطرية.

زواج الأطفال: بينما تنتشر ممارسة زواج الأطفال على نحو أكبر بين البنات، إلا أن زواج الأطفال يمثل انتهاكاً لحقوق الأطفال من كلا الجنسين. لذا، يبين الجدول انتشار زواج الأطفال بين الذكور والإناث. وبالنسبة للذكور، يبين الجدول الزيجات قبل سن 18 سنة، إذ أن الزواج قبل سن 15 سنة نادر جداً. أما بالنسبة للإناث، فقد احتسب المجموع العالمي كمتوسط انتشار مرجح بحسب عدد السكان في كل إقليم، وللإطلاع على مزيد من التفاصيل حول الاعتبارات المكانية والاقتراضات المستخدمة في الحسابات، يرجى الرجوع إلى تقرير "زواج الأطفال: آخر التوجهات والأفاق المستقبلية"، اليونسيف، نيويورك، 2018.

تشويه / بتر الأعضاء التناسلية للإناث: أُعيد حساب البيانات حول انتشار تشويه الأعضاء التناسلية للإناث بين الفتيات من الفئة العمرية 0-14 سنة، وذلك لأسباب فنية، وقد تختلف عن البيانات المعروضة في الاستقصاء الديمغرافي والصحي الأصلي وفي التقارير القطرية للمسوح العنقودية متعددة المؤشرات. وابتداءً من هذا الإصدار لتقرير "حالة أطفال العالم"، تظهر مواقف الجمهور إزاء هذه الممارسة بوصفها نسبة السكان الذين يعارضونها (بدلاً من الذين يدعمونها)، كما يظهر هذا القياس حالياً بحسب انتشاره بين الذكور وبين الإناث. تستند التقديرات الإقليمية لانتشار تشويه الأعضاء التناسلية للإناث ومواقف الجمهور إزاء هذه الممارسة إلى البيانات المتوفرة من البلدان المشاركة والتي لديها بيانات وطنية تمثيلية، وبالتالي فإن التقديرات تعكس الوضع بين الناس الذين يعيشون في هذه البلدان المتأثرة ضمن الإقليم، وليس الإقليم ككل، فتمة بلدان في كل إقليم لا وجود فيها لهذه الممارسة.

الجدول 13. المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية

التميز الأهمية النسبية والحجم النسبي لكل قطاع للسياسة الاجتماعية. وقد اعتمد تمييز مشابه للمساعدات الإنمائية الرسمية بين المساعدات الواردة / الصادرة مقاسة بملايين الدولارات، والمساعدات الواردة / الصادرة كنسبة من الدخل القومي الإجمالي لكل بلد.

تتسم المؤشرات الاقتصادية بتردها السنوي، وهي تُستخلص من تقرير "مؤشر التنمية العالمية" الصادر عن البنك الدولي، باستثناء المساعدات الإنمائية الرسمية (الواردة والصادرة). وتأتي البيانات لهذا المؤشر من منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي. ونظراً لنقص تغطية البيانات، قام مؤلف التقرير بحساب مؤشر إنفاق الحكومة على الحماية الاجتماعية كنسبة مئوية من الميزانية الحكومية. ويمثل هذا المؤشر نسبة إنفاق الحكومة على الحماية الاجتماعية كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي مقسوماً على الإيرادات الحكومية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي.

الجدول 16. التمكين الاقتصادي للنساء

أضيف هذا الجدول في عام 2019 إقراراً بالتأثيرات المفيدة للتمكين الاقتصادي للنساء على عافية الأطفال، ولعكس الأهمية الجوهرية للتمكين الاقتصادي للنساء حسبما حدده الهدف الخامس من أهداف التنمية المستدامة: تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين كل النساء والفتيات.

مؤشر المؤسسات الاجتماعية والجنسانية: مؤشر المؤسسات الاجتماعية والجنسانية هو قياس مركب للتمييز بين الجنسين في المؤسسات الاجتماعية أعدته منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ويستند إلى بيانات كمية ونوعية مستمدة من معلومات حول القوانين والمواقف والممارسات على الصعيدين الرسمي وغير الرسمي. وتؤثر القوانين والمواقف والممارسات التي تنطوي على تمييز على مسيرة حياة النساء والفتيات، إذ تقيد قدرتهن على مراكمة رأس المال البشري والأصول الاجتماعية والإنتاجية، كما تقيد فاعليتهن وقدرتهن على التعبير عن خياراتهن التي تؤثر على رفاههن.

الأطر القانونية لتعزيز المساواة بين الجنسين في العمل والاستحقاقات الاقتصادية

وفرضها ورصدها: تُعتبر المساواة وعدم التمييز القائم على الجنس من المبادئ الأساسية لأطر السياسة والقانون الدولية، بما في ذلك اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، ومنهاج عمل بيجين. وتُعتبر إزالة القوانين التمييزية وسن أطر قانونية تدفع بالمساواة بين الجنسين في العمل والاستحقاقات الاقتصادية شرطاً مسبقاً لزيادة العمل المدفوع الأجر للمرأة وظروف العمل اللائقة، مما يدفع بالتالي بالتمكين الاقتصادي للنساء. وتُعرف عبارة "الأطر القانونية" بصفة عامة لتشمل القوانين والآليات والسياسات / الخطط الرامية إلى تعزيز وفرض ورصد المساواة بين الجنسين. البيانات المستخلصة لهذا المؤشر، والمعبر عنه في هدف التنمية المستدامة 5-1، مستمدة من تقييمات الأطر القانونية للبلدان التي تُعدها المكاتب الإحصائية الوطنية و/أو الآليات الوطنية للمرأة، والممارسون/ الباحثون القانونيون المعنيون بالمساواة بين الجنسين.

يحتوي هذا الجدول على مجموعة من المؤشرات حول إمكانية الحصول على خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية الأساسية لدى الأسر المعيشية، والمدارس ومرافق الرعاية الصحية. تأتي التقديرات الخاصة بمياه الشرب والصرف الصحي والنظافة الصحية والواردة في هذا التقرير من برنامج الرصد المشترك بين منظمة الصحة العالمية واليونيسف لإمدادات المياه والمرافق الصحية (JMP). يمكن الاطلاع على تفاصيل كاملة حول تعريفات مؤشرات برنامج الرصد المشترك، ومصادر البيانات، والأساليب المستخدمة لإنتاج التقديرات الوطنية والعالمية والإقليمية، على الموقع الإلكتروني <www.washdata.org>. وتصدر تقديرات جديدة مرة كل عامين، وهي تنسخ جميع التقديرات السابقة، ولا يجب مقارنتها معها.

الجدول 14. المراهقون والمراهقات

يعرض جدول المراهقين والمراهقات مؤشرات مختارة بشأن عافية المراهقين على امتداد مجالات متنوعة في حياتهم: الصحة، والحماية، والتعليم، والانتقال إلى العمل. تتعلق عافية المراهقين بمجالات واسعة، ولا يمكن التعبير عنها على نحو شامل عبر مجموعة صغيرة مختارة من المؤشرات. والقصد من القياسات الواردة في الجدول 14 هو عرض عينة توضيحية، ولإستكمال المؤشرات ذات الصلة بالمراهقين والتي تظهر على امتداد الجداول الإحصائية الأخرى الواردة في هذا التقرير. المؤشرات مستمدة من نظام تتبع المراهقين على الصعيد القطري، وهو إطار متعدد أصحاب المصلحة يستند إلى أهداف التنمية المستدامة وتم تطويره لتتبع عافية المراهقين عبر البلدان وعلى امتداد الوقت.

البطالة والمراهقون خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب: البيانات بشأن الدرجة التي يتمكن فيها المراهقون من الانتقال بفاعلية إلى العمل، والموضحة من خلال قياس عدد المراهقين خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب، ومعدل البطالة بين المراهقين من الفئة العمرية 15-19 سنة، مستمدة من منظمة العمل الدولية. تتوفر البيانات الفوقية وملاحظات إضافية حول تفسير هذه المؤشرات في قسم "البيانات الفوقية" على الموقع الإلكتروني <ilo.org/ilostat>.

الجدول 15. المؤشرات الاقتصادية

يعرض هذا الجدول لمحة عامة للاقتصاد الكلي للسباق الذي يؤثر على عافية الأطفال ونمائهم. وثمة غايتان وصفيتان للمؤشرات المشمولة في الجدول: فهي تعكس المجال المالي لدى الحكومات لتمويل برامج العافية - حسب ما يلتقطها مؤشرا الإيرادات الحكومية، وتدفقات المساعدة الإنمائية الرسمية؛ كما تعرض مخصصات الإنفاق الحكومي على قطاعات أساسية من قبيل الصحة، والتعليم، والحماية الاجتماعية، والمساعدات الأجنبية للدول الأعضاء في لجنة المساعدة الإنمائية. والإنفاق الحكومي معروض كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي للبلد ومن الميزانية العامة الإجمالية. ويبرز هذا

خلال الفترة المرجعية ذاتها. ويوضح معدل البطالة نسبة الأشخاص (عادة من سن 15 سنة فأكثر) الموجودين في سوق العمل ولكنهم عاطلون عن العمل، مما يعكس عدم قدرة الاقتصاد على خلق فرص عمل لهؤلاء الأشخاص الذين يرغبون بالعمل ولكنهم لا يعملون رغم أنهم متوفرون للعمل ويسعون بشكل فاعل للحصول عليه. وتُظهر المعلومات حول البطالة والمصنفة حسب الجنس أن النساء يواجهن صعوبة أكبر في العديد من الحالات في دخول سوق العمل، وهو أمر قد يكون مرتبطاً على نحو مباشر أو غير مباشر بالأعراف الجنسانية في البلد المعني.

ملكية الهاتف المحمول: تتيح ملكية الهاتف المحمول للأفراد إمكانية الوصول إلى المعلومات، والخدمات المالية، وفرص العمل، والشبكات الاجتماعية، مما يجعلها من الأصول المهمة لتشجيع التمكين الاقتصادي للنساء حسبما يكرسه الهدف 5 من خطة التنمية المستدامة لعام 2030. وحسب أسلوب القياس المعتمد في المؤشر 5ب-1 لأهداف التنمية المستدامة، يُعتبر الفرد بأنه يملك هاتفاً محمولاً إذا كان يملك جهاز اتصال محمولاً يحتوي على شريحة اشتراك فاعلة واحدة على الأقل للاستخدام الشخصي. وهذا يشمل الهاتف المحمول الذي يوفره صاحب العمل والذي يمكن استخدامه لأغراض شخصية (لإجراء مكالمات خاصة، والوصول إلى شبكة الإنترنت، إلخ). ويستثنى هذا التعريف الأفراد الذين يملكون شريحة اشتراك فاعلة أو أكثر ولكنهم لا يملكون جهاز هاتف محمولاً. ويشمل التعريف الأفراد الذين يملكون هاتفاً محمولاً للاستخدام الشخصي ولكنه غير مسجل باسم الفرد الذي يستخدمه. شريحة الاشتراك الفاعلة هي شريحة الاشتراك التي ظلت قيد الاستخدام خلال الأشهر الثلاثة السابقة.

الشمول المالي: يقيس إمكانية حصول النساء على الخدمات المالية، من قبيل الإدخار والتأمين والدفعات والائتمان والتحويلات، وهذه جوانب ضرورية لفهم التمكين الاقتصادي للنساء. وقد يزيد حصول النساء على الخدمات المالية من قدرتهن التفاوضية في الأسرة المعيشية، مما يتيح فوائد محتملة لعافية الأطفال. وحسب أسلوب القياس المعتمد في المؤشر 8-10-2 لأهداف التنمية المستدامة، يتضمن احتساب وجود حساب في مؤسسة مالية وجود محاسب على استقصاء يبلغ عن امتلاكه حساباً في بنك أو مؤسسة مالية من نوع آخر، من قبيل تعاونية ائتمان، أو مؤسسة لتمويل البالغ الصغر، أو تعاونية، أو حساب توفير في مكتب بريد (إذا كان ينطبق)، أو بطاقة سحب باسم الشخص المعني. كما يتضمن المجيبين الذين يبلغون عن استلام أجور، أو تحويلات حكومية، أو دفعات لقاء منتجات زراعية تودع في حساب في مؤسسة مالية خلال الـ 12 شهراً السابقة؛ أو دفع فواتير الخدمات أو رسوم المدارس من حساب في مؤسسة مالية خلال الـ 12 شهراً السابقة؛ أو استلام أجور أو تحويلات حكومية عبر بطاقة خلال الـ 12 شهراً السابقة. ويتطلب احتساب وجود حساب مالي عبر الهاتف المحمول وجود محاسب على استقصاء يبلغ بأنه يملك شخصياً حساباً مالياً عبر الهاتف المحمول للأشخاص الذين لا يملكون حساباً بنكياً، وذلك من خلال الجمعية الدولية لشبكات الهاتف المحمول، وأنه استخدم هذا الحساب خلال الـ 12 شهراً السابقة لدفع فواتير أو لإرسال أموال أو استلامها. ويتضمن أيضاً مجيبين يبلغون عن استلام أجور أو تحويلات حكومية، أو دفعات لقاء منتجات زراعية، عبر الهاتف المحمول خلال الـ 12 شهراً السابقة.

استحقاقات إجازة الأمومة / الأبوة: تُعتبر الإجازات الوالدية حاسمة الأهمية لدعم صحة الأطفال وعافيتهم والتمكين الاقتصادي للنساء، بما في ذلك بقاء الرضع على قيد الحياة ونماؤهم الصحي وزيادة مشاركة النساء في سوق العمل وزيادة دخلهن. تنص اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 183 على الحق في الحصول على إجازة أمومة مدفوعة الأجر لمدة 14 أسبوعاً للنساء اللاتي تنطبق عليهن الاتفاقية. وفي حين لا يوجد معيار لدى منظمة العمل الدولية ينص على توفير إجازة أبوة تحديداً، إلا أن استحقاق إجازة الأبوة يتيح للأباء العاملين أن ينخرطوا أكثر في رعاية أطفالهم والمشاركة في مسؤوليات الأسرة المعيشية. ولكن من المهم ملاحظة أنه حتى في البلدان التي تتضمن حقاً قانونياً بتوفير إجازة أبوة، لا يتمكن جميع العاملين الاستفادة منها، من قبيل العاملين بدوام جزئي أو العاملين في الاقتصاد غير الرسمي.

الطلب على وسائل تنظيم الأسرة المُلبى بوسائل حديثة: تساعد إمكانية الحصول على الوسائل الفعالة لمنع الحمل واستخدامها في تمكين النساء وشركائهن من ممارسة حقهم بأن يقرروا بحرية ومسؤولية عدد الأطفال الذين يرغبون بإنجابهم وطول الفترات بين إنجاب الأطفال. وتتضمن الوسائل الحديثة لمنع الحمل، حسبما يقيسها مؤشر رقم 3-7-1 للأهداف التنمية المستدامة، التعقيم للأنتى أو للذكر، والغذوة الرحمية المانعة، ووسائل منع الحمل التي تُغرس تحت الجلد، وبالحنق، والحبوب عن طريق الفم، والعازل الذكري والعازل الأنثوي، والوسائل العازلة المهبلية (ومن بينها الغشاء الحاجز وغطاء عنق الرحم والرغاوي والمواد الهلامية والكريمات والإسفنجات التي تحتوي على مواد قاتلة للحيوانات المنوية)، ووسيلة انقطاع الطمث الإرضاعي، ووسائل منع الحمل الطارئة، وغير ذلك من الوسائل الحديثة غير الواردة بصفة منفصلة (مثلاً، الشرائح اللاصقة المحتوية على عقار لمنع الحمل، أو الحلقة المهبلية المانعة للحمل). وسعيًا لإتاحة المقارنة بين البلدان أوردنا المعلومات الخاصة بالنساء المتزوجات أو المرتبطات، إذ لا تقوم جميع البلدان بجمع المعلومات عن جميع النساء، بصرف النظر ما إذا كن متزوجات أم لا.

التحصيل العلمي: بينما يزيد التعليم الابتدائي الأطفال بالأساس اللازم للتعليم مدى الحياة، يسألهم التعليم الثانوي بالمعارف والمهارات التي يحتاجونها لتمكينهم اقتصادياً عندما يصلون مرحلة البلوغ. وعند عقد مقارنة بين الفتيات الحاصلات على تعليم ثانوي والفتيات الحاصلات على تعليم ابتدائي فقط، نقل أرجحية زواج الفتيات الحاصلات على تعليم ثانوي بينما هن في مرحلة الطفولة وأن يحملن وهن في مرحلة المراهقة. وفي حين تكسب النساء الحاصلات على تعليم ابتدائي دخلاً يزيد قليلاً عن الدخل الذي تكسبه النساء غير الحاصلات على تعليم، فإن النساء الحاصلات على تعليم ثانوي يكسبن ما معدله ضعف ما تكسبه النساء غير الحاصلات على تعليم (انظر ودون وآخرون (2018)، 'فُرص مهدورة: الكلفة العالية لعدم تعليم الفتيات'، سلسلة مذكرات كلفة عدم تعليم الفتيات. البنك الدولي، واشنطن العاصمة).

المشاركة في سوق العمل ومعدلات البطالة: إن إمكانية المتساوية في الوصول إلى سوق العمل هي أمر حاسم الأهمية للتمكين الاقتصادي للنساء. ويُحسب معدل المشاركة في سوق العمل بالتعبير عن عدد الأشخاص في سوق العمل خلال فترة مرجعية محددة كنسبة من السكان في سن العمل (عادة من سن 15 سنة فأكثر)

أعداد ومعدلات وفيات الأطفال دون الخامسة لكل بلد لعام 2018

تم ترتيب الجدول بحسب عدد الوفيات غير المدور يشير تعبيراً الحد الأدنى والحد الأعلى إلى حدي مجال ثقة عند مستوى ثقة 90%

العبء الأعلى من الموت بين الأطفال دون سن 5 سنوات

معدل وفيات الأطفال دون سن 5 سنوات (الوفيات لكل 1,000 مولود حي) الوسيط الحد الأدنى الحد الأعلى				البلدان والمناطق	معدل وفيات الأطفال دون سن 5 سنوات (الوفيات لكل 1,000 مولود حي) الوسيط الحد الأدنى الحد الأعلى				البلدان والمناطق
الوفيات السنوية للأطفال دون سن 5 سنوات (بالآلاف)					الوفيات السنوية للأطفال دون سن 5 سنوات (بالآلاف)				
29	17	22	15	المغرب	40	33	37	882	الهند
27	17	21	15	أوزبكستان	151	97	120	866	نيجيريا
12	9	11	14	تركيا	85	56	69	409	باكستان
59	21	35	13	رواندا	129	59	88	296	جمهورية الكونغو الديمقراطية
8	6	7	13	الاتحاد الروسي	69	45	55	191	إثيوبيا
29	21	25	13	جمهورية فنزويلا البوليفارية	10	8	9	146	الصين
102	50	71	11	ليبيريا	29	22	25	121	إندونيسيا
34	21	26	11	غواتيمالا	69	41	53	107	جمهورية تنزانيا المتحدة
60	38	48	11	بابوا غينيا الجديدة	144	36	77	94	أنغولا
143	40	76	11	موريتانيا	33	27	30	89	بنغلاديش
19	11	14	10	كولومبيا	125	56	84	83	النيجر
50	15	28	10	كمبوديا	79	46	60	80	السودان
51	24	35	10	طاجيكستان	104	53	73	79	موزمبيق
83	31	50	9	الكونغو	117	81	98	75	مالي
19	11	14	8	بيرو	150	92	119	75	تشاد
61	36	47	8	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	75	50	62	74	أفغانستان
11	10	10	8	الأرجنتين	59	37	46	74	أوغندا
25	13	17	7	الجمهورية العربية السورية	233	65	122	73	الصومال
34	21	27	7	دولة بوليفيا متعددة القوميات	99	66	81	70	كوت ديفوار
12	8	9	7	تاييلاند	96	60	76	66	الكاميرون
23	14	18	6	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية	36	22	28	63	الفلبين
101	19	46	6	تركمستان	55	31	41	60	كينيا
41	21	29	6	الجمهورية الدومينيكية	105	55	76	56	بوركينافاسو
121	53	81	5	غينيا-بيساو	29	16	21	55	مصر
98	34	58	5	غامبيا	84	35	55	47	اليمن
15	13	14	5	إكوادور	71	40	54	45	مدغشقر
113	57	81	5	ليسوتو	128	81	101	44	غينيا
67	26	42	4	إريتريا	62	33	46	43	ميانمار
9	6	7	4	المملكة العربية السعودية	17	13	14	42	البرازيل
8	7	8	4	ماليزيا	58	40	48	41	غانا
10	10	10	4	كازاخستان	38	30	34	40	جنوب أفريقيا
10	8	9	4	أوكرانيا	186	44	99	38	جنوب السودان
32	14	22	4	أذربيجان	106	82	93	38	بنن
26	12	18	4	هندوراس	76	44	58	36	زامبيا
134	51	85	4	غينيا الاستوائية	25	17	21	33	فييت نام
21	13	16	3	الأردن	70	35	50	30	ملاوي
18	16	17	3	تونس	34	21	27	29	العراق
5	4	4	3	المملكة المتحدة	13	12	13	28	المكسيك
4	4	4	3	فرنسا	128	85	105	26	سيراليون
20	18	19	3	قيرغيزستان	7	6	7	25	الولايات المتحدة
69	29	45	3	غابون	85	40	58	25	بوروندي
28	15	20	3	دولة فلسطين	25	22	23	24	الجزائر
38	11	20	3	باراغواي	57	34	44	23	السنغال
4	3	4	3	ألمانيا	23	9	14	22	جمهورية إيران الإسلامية
65	25	40	3	ناميبيا	65	32	46	21	زيمبابوي
9	6	7	3	سري لانكا	192	70	116	19	جمهورية أفريقيا الوسطى
19	17	18	2	نيكاراغوا	41	25	32	18	نيجال
3	2	2	2	اليابان	92	53	70	18	توغو
					84	51	65	17	هايتي

ما زال حوالي 15,000 طفل دون سن 5 سنوات يموتون يومياً

العبء الأدنى من الموت بين الأطفال دون سن 5 سنوات

معدل وفيات الأطفال دون سن 5 سنوات (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)			معدل وفيات الأطفال دون سن 5 سنوات (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)			الوفيات السنوية للأطفال دون سن 5 سنوات			الوفيات السنوية للأطفال دون سن 5 سنوات		
الحد الأدنى	الوسيط	الحد الأعلى	الحد الأدنى	الوسيط	الحد الأعلى	بالآلاف)	بالآلاف)	بالآلاف)	بالآلاف)	بالآلاف)	بالآلاف)
5	4	4	0	73	16	36	2	بوتسوانا			
5	3	4	0	5	5	5	2	كندا			
42	17	26	0	142	34	67	2	جزر القمر			
12	8	10	0	9	6	7	2	شيلي			
25	16	19	0	74	28	46	2	تيمور-ليشتي			
49	20	31	0	5	4	4	2	بولندا			
17	14	16	0	82	35	54	2	إسواتيني			
40	9	19	0	21	9	14	2	السلفادور			
8	6	7	0	18	8	12	2	ليبيا			
5	4	5	0	3	3	3	1	إيطاليا			
86	32	53	0	9	6	7	1	رومانيا			
7	5	6	0	25	10	16	1	منغوليا			
9	6	7	0	4	3	3	1	جمهورية كوريا			
3	2	3	0	3	3	3	1	إسبانيا			
3	2	3	0	94	37	59	1	جيبوتي			
5	4	4	0	28	9	15	1	بنما			
15	12	13	0	4	4	4	1	أستراليا			
2	2	2	0	12	11	11	1	عمان			
5	3	4	0	14	4	7	1	لبنان			
75	13	31	0	9	7	8	1	الإمارات العربية المتحدة			
22	11	16	0	25	9	14	1	جامايكا			
13	10	12	0	4	4	4	1	هولندا			
11	7	9	0	21	12	16	1	جمهورية مولدوفا			
13	8	10	0	4	4	4	1	إسرائيل			
50	22	33	0	10	8	9	1	كوستاريكا			
3	2	2	0	6	4	5	1	كوبا			
26	9	16	0	12	8	10	1	جورجيا			
17	9	12	0	16	9	12	1	أرمينيا			
3	2	3	0	28	24	26	0	فيجي			
22	13	17	0	48	19	30	0	غيانا			
46	28	36	0	6	5	6	0	صربيا			
3	2	2	0	9	7	8	0	الكويت			
9	6	7	0	4	3	4	0	بلجيكا			
19	13	15	0	8	7	7	0	بلغاريا			
20	13	16	0	29	14	20	0	جزر سليمان			
18	11	14	0	5	4	4	0	هنغاريا			
3	2	3	0	4	3	3	0	بيلاورس			
3	2	2	0	44	19	30	0	بوتان			
9	5	6	0	4	3	3	0	الجمهورية التشيكية			
55	18	32	0	5	4	4	0	اليونان			
3	2	2	0	8	7	8	0	أوروغواي			
16	9	12	0	5	4	4	0	سويسرا			
44	14	24	0	7	5	6	0	نيوزيلندا			
34	10	18	0	43	8	18	0	ترينيداد وتوباغو			
5	2	3	0	3	3	3	0	السويد			
13	5	8	0	6	5	6	0	سلوفاكيا			
5	2	3	0	4	3	4	0	النمسا			
56	10	24	0	4	4	4	0	البرتغال			
4	1	2	0	9	8	9	0	ألبانيا			

البيانات السكانية 1. الجدول

معدل الهجرة الصافي (لكل 1,000 نسمة) 2020-2015	معدل النمو السنوي لسكان الحضرة (%)		نسبة السكان الحضرة 2018 (%)	معدل الإعالة (%) 2018			متوسط العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)			الخصوبة الإجمالية (المواليد الأحياء لكل امرأة) 2018	الولادات السنوية (بالآلاف) 2018	معدل النمو السنوي للسكان (%)		السكان (بالآلاف) 2018			البلدان والمناطق
	-2018	-2000		الشيخوخة	الطفولة	المجموع	2018	2000	1970			-2018	-2000	5 دون	18 دون	المجموع	
	2030 ^a	2018															
-3.9	1.0	1.0	56	13	35	48	74	74	68	2.0	47	0.3	0.6	236	845	2,935	جامايكا
-0.8	0.4	0.9	67	22	27	50	77	73	70	1.7	7	0.0	0.1	37	138	628	الجزيل الأسود
-0.2	2.1	2.8	73	10	47	58	77	71	50	3.0	1,023	1.5	1.7	4,951	14,416	42,228	الجزائر
2.6	1.0	1.5	83	10	32	42	74	72	66	1.8	5	0.8	1.4	26	106	386	جزر البهاما
-2.4	3.0	2.6	29	5	69	74	64	59	46	4.2	27	2.0	2.4	122	382	832	جزر القمر
-	1.4	4.0	93	-	-	-	-	-	-	-	-	1.2	3.5	-	-	38	جزر تركس وكايكوس
-2.5	4.0	4.8	24	6	72	78	73	67	56	4.4	21	2.3	2.5	101	304	653	جزر سليمان
-	1.4	2.9	48	-	-	-	-	-	-	-	-	0.5	2.1	-	-	30	جزر فرجن البريطانية
-	0.3	0.7	75	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	-0.1	-	-	18	جزر كوك
-	1.3	1.4	77	-	-	-	-	-	-	-	-	0.9	0.8	-	-	58	جزر مارشال
-8.6	3.2	1.9	41	5	84	89	53	44	42	4.7	166	2.0	1.4	727	2,418	4,666	جمهورية أفريقيا الوسطى
2.1	0.3	0.2	74	30	24	54	79	75	70	1.6	110	0.1	0.2	545	1,943	10,666	الجمهورية التشيكية
-2.8	1.5	2.8	81	11	43	54	74	69	58	2.3	207	0.9	1.3	1,009	3,552	10,627	الجمهورية التونسية
-24.1	4.9	0.4	54	7	49	56	72	73	59	2.8	426	3.8	0.2	1,797	6,273	16,945	الجمهورية العربية السورية
0.3	4.2	4.5	44	6	91	97	60	50	44	5.9	3,468	3.0	3.2	15,185	44,282	84,068	جمهورية الكونغو الديمقراطية
-0.7	1.6	2.1	75	9	35	44	76	70	51	2.1	1,536	1.0	1.2	7,442	23,295	81,800	جمهورية إيران الإسلامية
-0.7	4.7	5.2	34	5	83	88	65	51	47	4.9	2,071	2.8	2.9	9,316	28,558	56,313	جمهورية تنزانيا المتحدة
-22.3	1.3	1.0	88	11	43	54	72	72	65	2.3	524	1.3	1.0	2,545	9,527	28,887	جمهورية فنزويلا البوليفارية
0.2	0.1	0.6	81	20	18	38	83	76	61	1.1	377	0.0	0.4	2,060	8,182	51,172	جمهورية كوريا
-0.2	0.8	0.8	62	13	29	42	72	65	60	1.9	355	0.4	0.6	1,744	6,309	25,550	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية
-2.1	3.0	4.2	35	6	51	58	68	59	46	2.7	166	1.3	1.6	788	2,726	7,061	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
-0.3	0.2	-0.5	43	16	22	38	72	67	65	1.3	41	-0.3	-0.2	210	765	4,052	جمهورية مولدوفا
2.5	1.8	2.2	66	8	44	52	64	56	53	2.4	1,184	1.1	1.4	5,796	19,702	57,793	جنوب أفريقيا
-15.9	3.7	4.1	20	6	76	83	58	49	36	4.7	387	1.9	3.2	1,702	5,316	10,976	جنوب السودان
-2.5	0.4	0.1	59	23	30	53	74	70	67	2.1	54	-0.3	-0.5	279	922	4,003	جورجيا
0.9	1.5	1.7	78	7	45	52	67	57	49	2.7	21	1.3	1.6	101	338	959	جيبوتي
2.6	0.5	0.6	88	31	26	57	81	77	73	1.8	61	0.4	0.4	293	1,149	5,752	الدنمارك
-0.8	1.8	2.3	69	12	50	62	71	62	46	2.7	247	1.3	1.7	1,192	4,209	11,353	دولة بوليفيا متعددة القوميات
-2.2	2.6	2.6	76	5	67	73	74	71	56	3.6	143	2.2	2.3	690	2,202	4,863	دولة فلسطين
-	0.6	0.6	70	-	-	-	-	-	-	-	-	0.2	0.2	-	-	72	دومينيكا
-0.7	3.4	3.2	17	5	70	75	69	49	45	4.0	391	2.3	2.4	1,801	5,710	12,302	رواندا
-3.8	-0.1	-0.6	54	28	23	51	76	70	68	1.6	189	-0.5	-0.7	930	3,626	19,506	رومانيا
-0.5	4.1	4.1	44	4	85	89	64	44	50	4.6	629	2.8	2.8	2,869	9,033	17,352	زامبيا
-8.2	2.2	0.8	32	5	78	83	61	45	57	3.6	443	1.6	1.1	2,196	7,082	14,439	زيمبابوي
-14.3	0.5	-0.4	18	8	67	76	73	69	60	3.9	5	1.0	0.7	28	87	196	ساموا
-8.0	2.8	3.9	73	5	78	83	70	61	55	4.3	7	2.0	2.2	31	104	211	سان تومي وبرينسيبي
-	0.3	1.4	97	-	-	-	-	-	-	-	-	0.2	1.2	-	-	34	سان مارينو
-1.8	1.0	0.9	52	14	33	47	72	71	64	1.9	2	0.2	0.1	8	30	110	سانت فنسنت وجزر غرينادين
-	1.0	0.6	31	-	-	-	-	-	-	-	-	0.5	1.0	-	-	52	سانت كيتس ونيفس
0.0	1.0	-1.4	19	14	26	40	76	73	64	1.4	2	0.3	0.8	11	42	182	سانت لوسيا
-4.6	1.4	0.7	18	16	37	53	77	71	64	2.2	336	0.3	0.7	1,690	6,132	21,229	سري لانكا
-6.3	1.2	1.6	72	13	42	55	73	69	55	2.0	117	0.5	0.5	578	2,107	6,421	السلفادور
0.3	0.2	-0.2	54	23	22	45	77	73	70	1.5	57	-0.1	0.1	282	1,000	5,453	سلوفاكيا
1.0	0.5	0.6	55	30	23	53	81	76	69	1.6	20	-0.1	0.2	104	366	2,078	سلوفينيا
4.7	0.7	2.0	100	15	16	31	83	78	68	1.2	50	0.7	2.0	236	872	5,758	سنغافورة
-1.3	3.6	3.5	47	6	80	86	68	58	39	4.6	548	2.6	2.7	2,557	7,853	15,854	السنغال
-1.2	3.5	2.7	35	6	72	79	65	58	52	4.4	1,347	2.3	2.4	6,158	19,758	41,802	السودان
-1.7	1.0	1.1	66	10	41	52	72	68	63	2.4	11	0.8	1.1	53	187	576	سورينام
4.0	0.8	0.9	87	32	28	60	83	80	74	1.9	119	0.5	0.6	591	2,067	9,972	السويد
6.1	0.8	1.0	74	28	22	50	84	80	73	1.5	88	0.6	1.0	444	1,523	8,526	سويسرا
-0.6	3.0	3.8	42	5	73	79	54	39	36	4.3	256	1.9	2.8	1,134	3,655	7,650	سيراليون
-2.1	1.2	1.7	57	11	34	45	73	71	66	2.4	2	0.5	1.0	8	27	97	سيشيل
-0.5	0.5	0.1	58	20	24	43	76	73	66	1.5	23	-0.1	0.1	116	418	2,083	شمال مقدونيا
6.0	0.4	1.2	88	17	29	46	80	76	62	1.6	231	0.3	1.1	1,203	4,450	18,729	شيلي
0.5	-0.1	-0.1	56	28	24	52	76	72	68	1.5	83	-0.5	-0.4	422	1,691	8,803	صربيا
-2.7	4.1	4.6	45	6	92	98	57	51	41	6.1	629	2.9	2.9	2,673	8,056	15,008	الصومال
-0.2	1.7	3.3	59	15	25	40	77	71	59	1.7	16,824	0.2	0.6	85,912	304,793	1,427,648	الصين
-2.2	3.0	2.2	27	5	61	66	71	62	54	3.6	280	2.0	2.1	1,329	3,829	9,101	طاجيكستان
0.2	2.6	2.9	70	6	66	72	70	69	58	3.7	1,115	2.2	2.7	5,404	17,211	38,434	العراق
18.6	2.4	5.1	85	3	29	33	78	72	50	2.9	91	1.7	4.2	440	1,205	4,829	عُمان
1.6	2.5	3.7	89	6	62	68	66	58	47	4.0	67	2.2	3.0	311	898	2,119	غابون
-1.4	3.7	4.4	61	5	83	88	62	56	38	5.2	88	2.7	3.0	393	1,159	2,280	غامبيا
-0.3	3.0	3.8	56	5	63	69	64	57	49	3.9	876	2.0	2.4	4,104	13,045	29,767	غانا

الجدول 1. البيانات السكانية

معدل الهجرة الصافي (لكل 1,000 نسمة) 2020-2015	معدل النمو السنوي لسكان الحضرة (%)		نسبة سكان الحضرة 2018 (%)	معدل الإعالة (%) 2018			متوسط العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)			الخصوبة الإجمالية (المواليد الأحياء لكل امرأة) 2018	الولادات السنوية (بالآلاف) 2018	معدل النمو السنوي للسكان (%)		السكان (بالآلاف) 2018			البلدان والمناطق
	-2018	-2000		الشيخوخة	الطفولة	المجموع	2018	2000	1970			-2018	-2000	5 دون	18 دون	المجموع	
	2030 ^a	2018															
-1.8	0.9	0.5	36	14	35	50	72	73	66	2.1	2	0.3	0.4	9	31	111	غرينادا
-0.5	2.6	2.8	51	8	57	65	74	68	53	2.9	424	1.7	2.2	2,049	7,106	17,248	غواتيمالا
-7.7	1.0	-0.2	27	10	43	53	70	65	62	2.5	16	0.4	0.2	76	266	779	غيانا
-0.3	3.8	3.2	36	5	82	88	61	51	37	4.7	453	2.6	2.3	2,020	6,331	12,414	غينيا
12.4	3.6	6.4	72	4	61	65	58	53	40	4.5	44	3.0	4.3	191	556	1,309	غينيا الإستوائية
-0.8	3.2	3.5	43	5	77	82	58	50	41	4.5	66	2.3	2.5	298	915	1,874	غينيا-بيساو
0.4	2.9	3.4	25	6	68	74	70	67	54	3.8	9	2.2	2.5	40	131	293	فانواتو
0.6	0.5	0.9	80	32	29	61	83	79	72	1.9	729	0.2	0.5	3,734	14,005	64,991	فرنسا
-0.6	1.9	1.8	47	8	48	56	71	69	63	2.6	2,191	1.2	1.7	11,035	39,276	106,651	الفلبين
2.5	0.2	0.6	85	35	26	61	82	78	70	1.5	51	0.1	0.3	279	1,068	5,523	فنلندا
-7.0	1.6	1.4	56	8	45	54	67	66	62	2.8	19	0.7	0.5	91	305	883	فيجي
-0.8	2.5	3.1	36	10	33	44	75	73	60	2.0	1,598	0.7	1.0	7,831	26,017	95,546	فييت نام
4.2	0.7	1.1	67	20	24	44	81	78	73	1.3	12	0.6	1.3	65	243	1,189	قبرص
14.7	1.5	8.8	99	2	16	18	80	77	68	1.9	26	1.5	8.6	134	440	2,782	قطر
-0.6	2.4	1.5	36	7	51	58	71	66	60	3.0	155	1.4	1.4	788	2,335	6,304	قيرغيزستان
-2.5	1.6	2.5	66	7	43	50	73	69	53	2.3	11	1.0	1.3	53	186	544	كابو فيردي
-1.0	1.4	1.3	57	12	44	56	73	63	63	2.7	384	1.0	1.1	1,964	5,847	18,320	كازاخستان
-0.2	3.4	3.9	56	5	78	83	59	51	47	4.6	893	2.4	2.7	4,003	12,415	25,216	الكاميرون
-	-0.1	0.1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-0.1	0.1	-	-	1	الكرسي الرسولي
-1.9	0.1	0.0	57	31	22	54	78	75	68	1.4	37	-0.6	-0.4	189	723	4,156	كرواتيا
-1.9	3.0	2.9	23	7	49	56	70	58	42	2.5	365	1.2	1.6	1,774	5,944	16,250	كمبوديا
6.6	1.0	1.2	81	26	24	49	82	79	73	1.5	386	0.8	1.1	1,954	7,060	37,075	كندا
-1.3	0.0	0.2	77	22	24	46	79	77	70	1.6	115	-0.1	0.1	608	2,233	11,338	كوبا
-0.3	3.4	3.2	51	5	76	81	57	50	44	4.6	898	2.5	2.3	3,973	12,228	25,069	كوت ديفوار
0.8	1.4	2.9	79	14	31	45	80	77	66	1.8	70	0.7	1.3	354	1,287	4,999	كوستاريكا
4.2	1.0	1.7	81	12	34	46	77	73	62	1.8	736	0.6	1.3	3,730	14,032	49,661	كولومبيا
-0.8	3.1	3.6	67	5	75	80	64	52	51	4.4	173	2.4	2.9	805	2,522	5,244	الكونغو
9.8	1.1	4.0	100	3	28	32	75	73	66	2.1	57	1.1	3.9	302	1,022	4,137	الكويت
-6.9	2.7	3.0	54	7	59	65	68	63	52	3.6	3	1.5	1.8	15	47	116	كوريلاس
-0.2	3.9	4.3	27	4	69	73	66	51	53	3.5	1,479	2.1	2.6	6,993	23,965	51,393	كينيا
-7.6	-0.7	-1.2	68	31	25	56	75	70	70	1.7	21	-1.0	-1.2	107	360	1,928	لافتيا
-4.5	-0.7	3.4	89	10	39	49	79	75	66	2.1	117	-0.8	3.2	617	2,149	6,859	لبنان
16.3	1.3	2.2	91	20	23	43	82	78	70	1.4	6	1.1	1.8	33	116	604	لوكسمبورج
-1.0	3.3	3.7	51	6	74	80	64	52	39	4.3	160	2.3	2.9	721	2,305	4,819	ليبيريا
-0.3	1.4	1.5	80	7	42	49	73	71	56	2.2	126	1.1	1.2	642	2,223	6,679	ليبيا
-11.6	-0.6	-1.2	68	30	23	53	76	71	71	1.7	29	-1.0	-1.2	149	495	2,801	ليتوانيا
-	1.0	0.4	14	-	-	-	-	-	-	-	-	0.3	0.7	-	-	38	ليختنشتاين
-4.8	2.4	2.2	28	8	52	60	54	48	51	3.1	56	0.8	0.2	252	822	2,108	ليسوتو
2.1	0.2	0.7	95	31	22	53	82	79	71	1.5	4	0.2	0.6	22	75	439	مالطة
-2.1	4.5	5.3	42	5	95	100	59	48	32	5.9	795	2.9	3.1	3,460	10,368	19,078	مالي
1.6	1.7	2.8	76	10	35	44	76	73	65	2.0	528	1.1	1.7	2,606	9,191	31,528	ماليزيا
-0.1	4.2	4.6	37	5	72	77	67	58	45	4.1	860	2.5	2.8	3,934	12,455	26,262	مدغشقر
-0.4	2.1	2.0	43	9	55	64	72	69	52	3.3	2,591	1.7	2.0	12,972	38,430	98,424	مصر
-1.4	1.8	2.1	62	11	41	52	76	69	53	2.4	682	1.1	1.2	3,433	11,581	36,029	المغرب
-0.5	1.3	1.7	80	11	40	51	75	74	61	2.1	2,220	0.9	1.4	11,139	40,251	126,191	المكسيك
-0.9	4.4	3.5	17	5	82	87	64	45	40	4.2	621	2.6	2.7	2,835	9,228	18,143	ملايو
22.8	1.1	5.4	40	5	26	31	79	70	44	1.9	7	0.1	3.4	37	120	516	مليديف
4.1	1.5	3.0	84	5	35	40	75	73	53	2.3	598	1.3	2.7	3,007	9,799	33,703	المملكة العربية السعودية
3.9	0.7	1.1	83	29	28	56	81	78	72	1.8	775	0.4	0.7	3,977	14,042	67,142	المملكة المتحدة
-0.3	1.6	2.6	68	6	46	53	70	63	55	2.9	76	1.3	1.6	380	1,092	3,170	منغوليا
1.2	3.8	4.8	54	6	71	76	65	61	50	4.6	148	2.5	2.9	669	2,040	4,403	موريتانيا
0.0	0.3	0.1	41	16	25	41	75	71	63	1.4	13	0.0	0.4	66	283	1,267	موريشيوس
-0.2	4.2	4.0	36	6	85	91	60	49	41	4.9	1,110	2.8	2.8	4,944	15,238	29,496	موزامبيق
-	0.6	1.0	100	-	-	-	-	-	-	-	-	0.6	1.0	-	-	39	موناكو
-	0.3	8.2	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-0.4	0.1	-	-	5	مونتسيرات
-3.1	1.8	1.5	31	9	39	47	67	60	49	2.2	943	0.7	0.8	4,518	17,238	53,708	ميانمار
-2.0	3.3	4.1	50	6	62	68	63	52	53	3.4	70	1.7	1.7	332	1,049	2,448	ناميبيا
-	0.2	0.2	100	-	-	-	-	-	-	-	-	0.2	0.2	-	-	11	ناورو
5.3	1.2	1.4	82	26	27	53	82	79	74	1.7	59	0.8	0.9	301	1,127	5,338	النرويج
7.4	0.8	0.4	58	28	21	50	81	78	70	1.5	88	0.3	0.5	434	1,539	8,891	النمسا
1.5	3.5	3.0	20	9	48	57	70	62	41	1.9	563	1.4	0.9	2,719	10,483	28,096	نيبال
0.2	4.7	3.9	16	5	105	111	62	50	36	6.9	1,037	3.7	3.8	4,503	12,732	22,443	النيجر
-0.3	3.8	4.7	50	5	82	87	54	46	41	5.4	7,433	2.5	2.6	32,917	98,709	195,875	نيجيريا

البيانات السكانية 1. الجدول

معدل الهجرة الصافي (لكل 1,000 نسمة) 2020-2015	معدل النمو السنوي لسكان الحضرة (%)		نسبة سكان الحضرة 2018 (%)	معدل الإعالة (%) 2018			متوسط العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)			الخصوبة الإجمالية (المواليد الأحياء لكل امرأة) 2018	الولادات السنوية (بالآلاف) 2018	معدل النمو السنوي للسكان (%)		السكان (بالآلاف) 2018			البلدان والمناطق
	-2018	-2000		الشيخوخة	الطفولة	المجموع	2018	2000	1970			-2018	-2000	دون 5	دون 18	المجموع	
	2030 ^a	2018															
-3.3	1.6	1.7	59	8	47	55	74	70	54	2.4	133	1.1	1.4	664	2,316	6,466	نيكاراغوا
3.2	0.8	1.2	87	24	30	55	82	78	71	1.9	60	0.7	1.1	301	1,112	4,743	نيوزيلندا
-	1.6	0.8	45	-	-	-	-	-	-	-	-	0.3	-0.9	-	-	2	نيوي
-3.2	2.5	4.0	55	8	54	62	64	57	46	2.9	271	1.1	1.5	1,269	4,385	11,123	هايتي
-0.4	2.3	2.5	34	9	41	50	69	63	48	2.2	24,164	0.9	1.4	116,379	441,501	1,352,642	الهند
-0.7	2.5	3.4	57	7	50	57	75	71	53	2.5	207	1.5	2.1	1,003	3,670	9,588	هندوراس
0.6	0.1	0.3	71	29	22	51	77	72	69	1.5	92	-0.3	-0.3	448	1,690	9,708	هنغاريا
0.9	0.5	1.4	91	30	25	55	82	78	74	1.7	172	0.2	0.4	873	3,362	17,060	هولندا
2.9	0.8	1.1	82	24	29	53	79	77	71	1.8	3,912	0.6	0.8	19,512	73,857	327,096	الولايات المتحدة
-5.4	1.8	0.4	23	6	49	56	68	65	59	3.1	3	1.0	0.3	12	43	113	ولايات ميكرونيزيا الموحدة
0.6	-0.3	0.8	92	46	21	67	84	81	72	1.4	947	-0.4	0.0	5,051	19,591	127,202	اليابان
-1.1	3.6	4.6	37	5	69	74	66	61	37	3.8	868	2.0	2.7	4,084	13,183	28,499	اليمن
-1.5	-0.1	0.2	79	34	22	56	82	79	71	1.3	81	-0.5	-0.3	427	1,796	10,522	اليونان

ملخص

-0.2	1.5	2.7	59	15	28	44	76	71	59	1.8	30,995	0.4	0.7	156,967	558,204	2,363,341	شرق آسيا والمحيط الهادئ
1.7	0.5	0.6	72	25	27	52	78	72	68	1.8	10,973	0.1	0.4	55,923	195,798	918,905	أوروبا وآسيا الوسطى
0.7	0.6	0.6	67	18	31	49	73	66	64	2.0	6,107	0.2	0.4	31,140	103,675	423,215	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
2.6	0.4	0.6	77	31	24	55	82	78	71	1.6	4,866	0.1	0.4	24,782	92,122	495,690	أوروبا الغربية
-0.8	1.1	1.5	81	13	37	49	75	72	60	2.0	10,517	0.8	1.2	52,278	190,134	642,217	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
-0.5	2.0	2.6	65	8	46	54	74	70	52	2.8	10,121	1.5	2.0	49,579	155,634	447,891	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
3.3	0.8	1.1	82	24	28	52	79	77	71	1.8	4,300	0.6	0.9	21,472	80,943	364,296	أمريكا الشمالية
-0.7	2.4	2.7	34	9	43	52	69	63	48	2.4	35,224	1.0	1.5	168,297	619,317	1,814,014	جنوب آسيا
-0.3	3.7	4.0	40	5	78	84	61	50	44	4.7	38,074	2.5	2.7	171,759	530,744	1,080,429	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
-0.3	3.7	3.8	35	6	74	80	64	51	47	4.2	18,407	2.4	2.6	84,514	268,016	560,914	شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي
-0.4	3.8	4.3	46	5	83	88	58	49	42	5.2	19,667	2.6	2.8	87,245	262,728	519,515	غرب ووسط أفريقيا
-1.0	3.7	4.0	34	6	69	75	65	55	44	4.0	31,786	2.2	2.4	145,152	464,454	1,009,691	أقل البلدان نمواً
0.0	1.7	2.2	55	14	39	53	72	66	57	2.5	140,204	0.9	1.2	676,276	2,330,774	7,631,091	العالم

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في الأقاليم والمناطق الفرعية وفتات البلدان، يرجى الاطلاع على الصفحة 182 أو زيارة <data.unicef.org/regionalclassifications>. لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

تعريفات المؤشرات

معدل النمو السنوي للسكان: متوسط معدل النمو الأسّي للسكان على مدى سنة واحدة. يتم حسابه بالصيغة $\ln(P_t/P_0)/t$ حيث t هو طول المدة الزمنية. ويعبر عنه كنسبة مئوية.

الخصوبة الإجمالية: متوسط عدد المواليد الأحياء الذين ستجلبهم مجموعة افتراضية من النساء حتى نهاية فترة التكاثر إذا تعرضن طوال حياتهن لمعدلات الخصوبة في فترة معينة وإذا لم يتعرضن للوفيات. يتم التعبير عنها على أنها عدد المواليد الأحياء لكل امرأة.

معدل الإعالة: معدل الإعالة الإجمالي هو نسبة مجموع السكان بعمر 0-14 عاماً ويعمر 65 عاماً وما فوق إلى السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15-64 عاماً. معدل الإعالة للأطفال هو نسبة السكان بعمر 0-14 عاماً إلى السكان بعمر 15-64 عاماً. معدل الإعالة للشيوخ هو نسبة السكان بعمر 65 عاماً إلى السكان بعمر 15-64 عاماً. يتم تقديم جميع النسب بصورة عدد المعالين لكل 100 شخص في سن العمل (15-64).

مصادر البيانات الرئيسية

كل البيانات الديمغرافية: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، شعبية السكان (2019). التوقعات السكانية في العالم 2019، نسخة الإنترنت. التفتيح رقم 1. قامت اليونيسف بحساب نسب سكان الحضرة في الأقاليم ومعدلات النمو للسكان بالمجموع وللسكان الحضرة.

ملاحظات

– البيانات غير متوفرة.
α يستند إلى إسقاطات التوقعات وفق المتغير المتوسط للخصوبة.
تستند القيم الإقليمية والعالمية إلى بيانات بلدان ومناطق أكثر من المذكورة هنا. ولهذا فلن يتطابق مجموع قيم البلدان مع مجموع القيم الإقليمية أو المجموع العالمي.

الجدول 2. وفيات الأطفال

البلدان والمناطق	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)	2018	2000	1990	احتمال الوفاة بين الأطفال بعمر 5-14 سنة (الوفيات لكل 1,000 طفل بعمر 5 سنوات)			معدل وفيات حديثي الولادة (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)			معدل وفيات الرضع (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)		معدل وفيات الأطفال دون الخامسة حسب الجنس (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)		النزول السنوي في معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (%) -2000-2018	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)				
					2018	1990	2018	2000	1990	2018	1990	إناث	ذكور	2018		2000	1990	2018	2000	1990
أفغانستان	179	129	62	4.1	66	59	121	48	75	61	37	16	5	74	45	60	5			
إثيوبيا	202	142	55	5.2	61	49	120	39	59	28	49	78	12	191	99	52	34			
أذربيجان	96	75	22	6.9	19	24	76	19	33	11	34	5	4	2	51	0	0			
أرمينيا	49	31	12	5.1	14	11	42	11	23	6	16	3	2	1	52	0	0			
إريتريا	153	86	42	4.0	47	36	94	31	35	27	18	45	9	4	44	1	1			
إسبانيا	9	5	3	3.2	3	3	7	3	5	3	3	2	1	1	56	0	0			
أستراليا	9	6	4	2.9	4	3	8	3	5	2	4	2	1	1	62	1	1			
إستونيا	18	11	3	7.9	3	2	14	2	10	5	1	5	1	0	47	0	0			
إسرائيل	12	7	4	3.4	4	3	10	3	6	2	4	2	1	1	52	0	0			
إسواتيني	71	126	54	4.7	59	49	54	43	21	23	17	11	13	2	32	1	1			
إكوادور	54	29	14	4.0	16	13	42	12	7	14	7	8	3	5	51	2	2			
الاتحاد الروسي	22	19	7	5.5	8	6	18	6	11	10	3	5	2	13	44	6	6			
الأرجنتين	29	20	10	3.8	9	11	25	9	15	11	6	3	2	8	64	5	2			
الأردن	36	27	16	2.9	18	15	30	14	16	9	9	5	3	3	59	2	2			
الإمارات العربية المتحدة	17	11	8	2.2	8	7	14	6	8	6	4	5	2	1	53	0	0			
اليابان	41	26	9	6.0	9	8	35	8	13	7	12	7	2	0	74	0	0			
البحرين	23	13	7	3.2	7	7	20	6	5	3	5	4	2	0	43	0	0			
البرازيل	63	35	14	4.9	16	13	53	13	25	18	8	5	2	24	57	7	7			
البرتغال	15	7	4	3.6	4	3	12	3	7	3	2	4	1	0	54	0	0			
البوسنة والهرسك	18	10	6	2.9	6	5	16	5	11	4	7	3	1	0	69	0	0			
الجزر الأسود	17	14	3	9.5	3	2	15	2	11	9	2	2	1	0	63	0	0			
الجزائر	50	40	23	2.9	25	22	42	20	23	15	9	9	4	24	62	15	3			
الجمهورية التشيكية	12	5	3	2.7	4	3	10	3	7	3	2	2	1	0	52	0	0			
الجمهورية الدومينيكية	60	41	29	1.9	32	26	46	24	24	19	8	8	3	6	67	4	1			
الجمهورية العربية السورية	37	23	17	1.9	17	15	30	14	12	9	9	12	7	7	51	4	4			
الدانمرك	9	5	4	1.5	4	5	7	4	4	3	2	2	0	0	74	0	0			
السلفادور	60	33	14	4.9	15	12	46	12	23	15	7	7	4	2	49	1	1			
السنگال	139	131	44	6.1	48	39	71	32	40	21	37	37	13	23	48	11	6			
السودان	132	104	60	3.0	65	55	82	42	43	29	29	29	8	80	48	9	9			
السويد	7	4	3	2.3	2	2	6	2	4	2	2	1	1	0	56	0	0			
الصومال	179	172	122	1.9	127	115	108	77	45	38	38	38	24	73	32	11	11			
الصين	54	37	9	8.1	9	8	42	8	21	4	8	8	2	146	50	40	40			
العراق	54	44	27	2.8	24	29	42	22	24	15	15	9	7	29	58	7	7			
الفلبين	57	38	28	1.6	31	25	40	22	17	14	14	14	5	63	47	12	12			
الكاميرون	137	149	76	3.8	81	71	85	51	40	35	27	35	32	66	36	22	22			
الكرسي الرسولي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
الكونغو	90	114	50	4.6	54	46	59	36	27	31	20	37	7	9	41	3	1			
الكويت	18	12	8	2.5	9	7	15	7	10	7	4	5	2	0	56	0	0			
ألمانيا	9	5	4	2.1	4	3	7	3	3	3	2	2	1	3	60	2	1			
المغرب	79	49	22	4.4	25	20	62	19	36	14	27	10	3	15	61	9	2			
المكسيك	45	26	13	4.0	14	11	36	11	22	13	8	5	2	28	59	6	6			
المملكة العربية السعودية	45	22	7	6.4	7	7	36	6	12	4	4	7	2	4	53	2	1			
المملكة المتحدة	9	7	4	2.4	4	5	8	4	4	3	3	2	1	3	60	2	1			
النرويج	9	5	3	3.6	3	2	7	2	3	1	1	2	1	0	59	0	0			
النمسا	10	6	4	2.5	4	3	8	3	5	3	2	2	1	0	60	0	0			
النيجر	329	226	84	5.5	87	80	133	48	54	25	43	68	37	83	32	26	26			
الهند	126	92	37	5.1	36	37	89	30	57	23	23	21	6	882	62	143	143			
الولايات المتحدة	11	8	7	1.4	7	6	9	6	6	4	5	2	1	25	54	6	6			
اليابان	6	5	2	3.3	3	2	5	2	3	2	2	2	1	2	33	1	1			
اليمن	126	95	55	3.0	59	51	88	43	37	27	27	20	8	47	50	6	6			
اليونان	10	6	4	2.0	5	4	9	4	6	4	3	2	1	0	56	0	0			
أنغيوا وبربودا	28	16	6	5.0	7	6	24	5	15	9	3	5	1	0	50	0	0			
أندورا	11	6	3	4.4	3	3	9	3	6	1	3	7	1	0	50	0	0			
إندونيسيا	84	52	25	4.1	22	28	62	21	23	13	13	15	6	121	51	28	28			
أنغولا	223	206	77	5.4	83	72	132	52	54	28	28	46	16	94	38	15	15			
أنغويلا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
أوروغواي	23	17	8	4.5	8	7	20	6	12	8	5	3	2	0	60	0	0			
أوزبكستان	72	63	21	6.0	24	18	60	19	29	12	12	6	3	15	54	2	2			
أوغندا	185	148	46	6.4	51	42	109	34	39	20	20	32	15	74	44	19	19			
أوكرانيا	19	18	9	4.1	10	8	17	7	11	5	4	4	2	4	58	2	1			
إيرلندا	9	7	4	3.7	4	3	8	3	4	2	2	2	1	0	61	0	0			
إيسلندا	6	4	2	4.0	2	2	5	2	3	2	2	2	1	0	50	0	0			
إيطاليا	10	6	3	3.4	3	3	8	3	6	3	3	2	1	1	64	1	1			
بابوا غينيا الجديدة	87	72	48	2.3	52	44	64	38	29	22	22	15	9	11	47	5	2			
باراغواي	45	34	20	2.9	22	18	36	17	22	11	18	7	3	3	53	2	1			

البلدان والمناطق	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)			النزول السنوي في معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (%) -2000-2018		معدل وفيات الأطفال دون الخامسة حسب الجنس (الوفيات لكل 1,000 مولود حي) 2018		معدل وفيات الرضع (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)		معدل وفيات حديثي الولادة (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)			احتمال الوفاة بين الأطفال بعمر 5-14 سنة (الوفيات لكل 1,000 طفل بعمر 5 سنوات)		الوفيات السنوية للأطفال دون الخامسة (بالآلاف) 2018		الوفيات السنوية للمواليد الجدد (بالآلاف) 2018		نسبة وفيات المواليد الجدد من مجمل وفيات الأطفال الخامسة (بالآلاف) 2018 (%)		عدد الوفيات بين الأطفال بعمر 5-14 (بالآلاف) 2018	
	2018	2000	1990	ذكور	إناث	2018	1990	2018	2000	1990	2018	1990	2018	1990	2018	2000	2018	2000	2018	2000	2018	
	2018	2000	1990	2018	2000	1990	2018	2000	1990	2018	2000	1990	2018	2000	1990	2018	2000	2018	2000	2018	2000	2018
باكستان	139	112	69	2.7	74	65	106	57	65	42	14	10	409	251	62	46						
بالاو	35	29	18	2.6	20	16	30	17	19	15	7	4	0	0	50	0						
بربادوس	18	15	12	1.2	13	11	16	11	12	8	3	2	0	0	65	0						
بروني دار السلام	13	10	12	-0.6	12	11	10	10	10	5	4	2	0	0	47	0						
بلجيكا	10	6	4	2.6	4	3	8	3	5	2	2	1	0	0	56	0						
بلغاريا	18	18	7	5.0	8	6	15	6	8	8	4	2	0	0	51	0						
بنين	38	24	13	3.3	14	12	31	11	19	12	5	3	0	0	67	0						
بنغلاديش	144	87	30	5.9	32	28	100	25	64	42	26	4	89	50	57	12						
بنما	31	26	15	2.9	17	14	26	13	15	8	8	3	1	1	56	0						
بنن	175	139	93	2.2	99	87	106	61	46	31	45	22	38	13	35	7						
بوتان	127	78	30	5.3	32	27	89	25	43	16	20	7	0	0	56	0						
بوتسوانا	51	87	36	4.8	40	33	39	30	25	26	17	6	2	1	67	0						
بوركينافاسو	199	179	76	4.7	81	72	99	49	46	25	40	20	56	19	33	11						
بوروندي	174	156	58	5.5	63	54	105	41	37	22	62	23	25	9	38	8						
بولندا	17	9	4	4.1	5	4	15	4	11	6	3	1	2	1	61	0						
بيرو	81	39	14	5.5	16	13	57	11	28	7	11	3	8	4	52	2						
بيلاورس	15	13	3	7.3	4	3	12	3	8	6	4	1	0	0	38	0						
تايلاند	37	22	9	4.9	10	8	30	8	12	5	9	5	7	4	55	4						
تركمانستان	85	81	46	3.2	52	40	68	39	38	21	30	4	6	3	46	0						
تركيا	74	38	11	7.1	11	10	55	9	23	5	9	2	14	7	52	3						
ترينيداد وتوباغو	30	29	18	2.5	20	17	27	16	20	12	18	4	0	0	63	0						
تشاد	212	186	119	2.5	125	112	112	71	52	34	53	28	75	22	30	13						
توغو	145	120	70	3.0	75	64	90	47	43	25	37	21	18	6	36	4						
توفالو	53	41	24	2.9	27	22	42	21	28	16	10	5	0	0	71	0						
توكيلاو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
تونس	55	30	17	3.2	18	15	43	15	29	11	7	3	3	2	67	1						
تونغا	22	18	16	0.6	14	14	19	13	10	8	5	3	0	0	40	0						
تيمور ليشتي	174	108	46	4.8	50	42	131	39	55	20	27	8	2	1	45	0						
جامايكا	30	22	14	2.4	16	13	25	12	20	10	5	3	0	0	71	0						
جزر البهاما	24	16	10	2.4	11	9	20	8	13	5	4	2	0	0	53	0						
جزر القمر	125	102	67	2.3	73	62	88	51	50	32	18	9	2	1	48	0						
جزر ترنكس وكايكوس	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
جزر سليمان	39	30	20	2.3	22	18	31	17	15	8	8	4	0	0	42	0						
جزر فرجن البريطانية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
جزر كوك	24	18	8	4.6	9	7	20	7	13	4	5	2	0	0	50	0						
جزر مارشال	49	41	33	1.1	37	29	39	27	20	15	9	6	0	0	46	0						
جمهورية أفريقيا الوسطى	180	172	116	2.2	123	110	117	84	52	41	32	15	19	7	36	2						
جمهورية الكونغو الديمقراطية	186	161	88	3.3	95	81	119	68	42	28	41	29	296	98	33	70						
جمهورية إيران الإسلامية	56	34	14	4.8	15	14	44	12	26	9	8	3	22	14	62	3						
جمهورية تنزانيا المتحدة	166	130	53	5.0	57	49	101	38	40	21	30	13	107	44	41	20						
جمهورية فنزويلا البوليفارية	30	22	25	-0.7	26	23	25	21	13	11	4	3	13	8	61	2						
جمهورية كوريا	15	7	3	4.7	3	3	13	3	7	1	5	1	1	1	46	0						
جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية	43	60	18	6.6	20	16	33	14	22	10	8	4	6	3	53	1						
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	153	107	47	4.5	52	42	105	38	47	23	44	9	8	4	48	1						
جمهورية مولدوفا	33	31	16	3.8	18	14	28	14	19	12	5	2	1	0	74	0						
جنوب أفريقيا	59	74	34	4.3	37	31	46	28	20	11	8	6	40	13	32	6						
جنوب السودان	254	183	99	3.4	103	93	150	64	65	40	52	20	38	15	41	6						
جورجيا	48	37	10	7.3	11	9	41	9	25	6	7	2	1	0	59	0						
جيبوتي	118	101	59	3.0	64	54	92	50	44	32	26	13	1	1	54	0						
دولة بوليفيا المتعددة القوميات	121	75	27	5.7	29	24	84	22	41	14	13	5	7	4	54	1						
دولة فلسطين	44	30	20	2.2	22	18	36	17	22	11	6	3	3	2	54	0						
دومينيكا	16	15	36	-4.9	38	33	33	33	10	11	3	3	0	0	79	0						
رواندا	154	183	35	9.1	38	32	94	27	40	16	72	10	13	6	46	3						
رومانيا	31	22	7	6.1	8	7	24	6	15	3	5	2	1	1	46	0						
زامبيا	186	162	58	5.7	63	53	111	40	37	23	30	12	36	15	42	6						
زيمبابوي	80	105	46	4.5	51	42	52	34	24	21	14	13	21	9	45	5						
ساموا	30	21	16	1.6	17	14	25	14	16	8	6	4	0	0	53	0						
سان تومي وبرينسيبي	108	85	31	5.5	34	28	69	24	26	14	20	8	0	0	45	0						
سان مارينو	13	6	2	6.3	2	2	12	2	7	1	2	1	0	0	-	0						
سانت فنسنت وجزر غرينادين	24	23	16	1.8	18	15	20	15	13	10	5	4	0	0	58	0						
سانت كيتس ونيفس	31	23	12	3.7	13	11	25	10	19	8	5	2	0	0	63	0						
سانت لوسيا	22	18	17	0.4	18	15	19	15	12	11	4	2	0	0	75	0						
سري لانكا	22	17	7	4.4	8	7	19	6	13	4	6	2	3	2	60	1						
سلوفاكيا	15	10	6	3.1	6	6	13	5	9	3	3	1	0	0	49	0						

الجدول 2. وفيات الأطفال

البلدان والمناطق	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)			احتمال الوفاة بين الأطفال بعمر 5-14 سنة (الوفيات لكل 1,000 طفل بعمر 5 سنوات)		معدل وفيات حديثي الولادة (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)			معدل وفيات الرضع (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)		معدل وفيات الأطفال دون الخامسة حسب الجنس (الوفيات لكل 1,000 مولود حي) 2018		النزول السنوي في معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (%) -2000-2018	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)			
	2018	2000	1990	2018	1990	2018	2000	1990	2018	1990	إناث	ذكور		2018	2000	1990	
																	نسبة وفيات المواليد الجدد من مجمل وفيات الأطفال دون الخامسة (بالآلاف) 2018 (%)
سلوفينيا	0	55	0	0	1	2	1	3	6	2	9	2	2	5.2	2	6	10
سنغافورة	0	38	0	0	1	2	1	2	4	2	6	3	3	1.8	3	4	8
سورينام	0	53	0	0	3	7	10	18	23	17	41	17	21	3.3	19	34	48
سويسرا	0	72	0	0	1	2	3	3	4	4	7	4	4	1.7	4	6	8
سيراليون	4	32	8	26	21	53	33	51	53	78	156	99	111	4.4	105	234	263
سنشيل	0	61	0	0	3	4	9	9	11	12	14	13	16	-0.3	14	14	17
شمال مقدونيا	0	74	0	0	1	3	7	9	17	9	33	9	11	2.6	10	16	36
ثيبي	0	67	1	2	1	3	5	5	9	6	16	7	8	2.3	7	11	19
صربيا	0	61	0	0	1	3	3	8	17	5	24	5	6	4.6	6	13	28
طاجيكستان	1	44	4	10	5	12	15	28	31	30	81	31	39	4.9	35	84	102
عُمان	0	45	0	1	2	6	5	7	17	10	32	10	12	2.0	11	16	39
غابون	1	48	1	3	14	19	21	29	31	33	60	40	49	3.5	45	85	93
غامبيا	1	46	2	5	13	36	26	40	49	39	82	54	63	3.8	58	115	167
غانا	9	51	21	41	12	27	24	36	42	35	80	43	52	4.1	48	99	127
غرينادا	0	64	0	0	5	3	10	7	12	14	18	14	17	0.1	15	16	22
غواتيمالا	2	47	5	11	4	12	12	21	28	22	59	23	29	3.8	26	52	80
غيانا	0	60	0	0	5	6	18	27	31	25	47	26	34	2.4	30	47	60
غينيا	8	32	14	44	21	49	31	47	62	65	139	96	105	2.8	101	166	236
غينيا الاستوائية	1	36	1	4	18	38	30	45	48	63	121	79	91	3.4	85	157	179
غينيا-بيساو	1	46	2	5	16	40	37	55	64	54	132	75	88	4.2	81	175	223
فانواتو	0	44	0	0	5	7	12	13	17	22	29	24	28	0.5	26	29	36
فرنسا	1	62	2	3	1	2	3	3	4	3	7	4	4	1.6	4	5	9
فنلندا	0	55	0	0	1	2	1	2	4	1	6	2	2	5.1	2	4	7
فيجي	0	42	0	0	5	10	11	9	12	22	24	23	28	-0.7	26	23	29
فييت نام	4	51	17	33	3	12	11	15	24	16	37	17	24	2.0	21	30	51
قبرص	0	57	0	0	1	2	1	4	6	2	10	2	3	5.7	2	7	11
قطر	0	53	0	0	1	4	4	7	11	6	18	6	7	3.3	7	12	21
قيرغيزستان	0	69	2	3	3	6	13	20	24	17	54	17	21	5.3	19	49	65
كابو فيردي	0	59	0	0	2	6	12	17	20	17	47	18	21	3.3	19	36	61
كازاخستان	1	56	2	4	3	6	6	21	22	9	44	9	11	8.1	10	43	52
كرواتيا	0	55	0	0	1	3	3	6	8	4	11	4	5	3.2	5	8	13
كمبوديا	2	52	5	10	5	35	14	35	40	24	85	25	31	7.4	28	107	116
كندا	0	68	1	2	1	2	3	4	4	4	7	5	5	1.2	5	6	8
كوبا	0	41	0	1	2	4	2	4	7	4	11	4	5	3.0	5	9	13
كويت ديفوار	17	43	30	70	25	31	34	47	49	59	105	73	89	3.2	81	145	155
كوستاريكا	0	67	0	1	2	3	6	8	9	8	14	8	10	2.2	9	13	17
كولومبيا	2	55	6	10	2	5	8	13	18	12	29	13	16	3.1	14	25	35
كيريباس	0	44	0	0	9	16	23	29	36	41	69	48	57	1.7	53	71	95
كينيا	14	48	29	60	10	18	20	28	28	31	68	37	45	5.3	41	106	107
لاتفيا	0	51	0	0	1	6	2	7	8	3	13	4	4	7.2	4	14	17
لبنان	0	59	1	1	2	8	4	12	20	6	27	7	8	5.5	7	20	32
لوكسمبورج	0	60	0	0	0	2	1	2	4	2	7	2	3	3.8	2	5	9
ليبيريا	2	35	4	11	17	33	24	45	59	53	175	65	76	5.4	71	187	262
ليبيريا	1	52	1	2	6	8	6	15	21	10	35	11	13	4.8	12	28	42
ليتوانيا	0	50	0	0	1	4	2	5	8	3	12	4	4	5.4	4	11	15
ليختنشتاين	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ليسوتو	0	43	2	5	9	17	35	40	39	66	72	74	88	2.1	81	118	90
مالطة	0	67	0	0	1	2	5	5	8	6	10	6	8	0.4	7	8	11
مالي	15	34	26	75	26	44	33	51	67	62	120	92	103	3.6	98	188	230
ماليزيا	1	55	2	4	3	5	4	5	8	7	14	7	8	1.5	8	10	17
مدغشقر	8	39	18	45	12	41	21	31	39	38	97	49	58	3.9	54	107	159
مصر	9	53	29	55	4	11	11	23	33	18	63	20	22	4.4	21	47	86
ملاوي	7	46	14	30	14	40	22	40	50	35	139	45	54	6.9	50	173	239
ملديف	0	55	0	0	2	12	5	22	39	7	63	8	9	8.4	9	39	86
منغوليا	0	53	1	1	4	10	9	24	30	14	77	13	19	7.6	16	64	108
موريتانيا	1	45	5	11	8	21	33	43	46	52	71	70	81	2.3	76	114	117
موريشيوس	0	59	0	0	2	4	9	12	15	14	20	14	17	1.0	16	19	23
موزامبيق	14	39	31	79	17	60	28	46	60	54	161	68	78	4.7	73	171	241
موناكو	0	50	0	0	1	2	2	3	4	3	6	3	4	2.6	3	5	8
مونتسيرات	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ميانمار	5	50	22	43	5	31	23	37	48	37	82	42	51	3.6	46	89	115
ناميبيا	1	40	1	3	12	16	16	23	28	29	50	36	43	3.7	40	77	74
ناورو	0	60	0	0	6	11	20	25	29	26	46	29	35	1.5	32	42	60
نيبال	3	62	11	18	6	29	20	40	58	27	97	30	34	5.1	32	81	140

البلدان والمناطق	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)			النزول السنوي في معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (%) -2000-2018	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة حسب الجنس (الوفيات لكل 1,000 مولود حي) 2018		معدل وفيات الرضع (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)			معدل وفيات حديثي الولادة (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)			احتمال الوفاة بين الأطفال بعمر 5-14 سنة (الوفيات لكل 1,000 طفل بعمر 5 سنوات)		الوفيات السنوية للأطفال دون الخامسة (بالآلاف) 2018	الوفيات السنوية للمواليد الجدد (بالآلاف) 2018	نسبة وفيات من مجمل وفيات المواليد الجدد للأطفال دون الخامسة (بالآلاف) 2018 (%)	عدد الوفيات بين الأطفال بعمر 5-14 (بالآلاف) 2018
	2018	2000	1990		ذكور	إناث	2018	1990	2018	2000	1990	2018	1990					
نيجيريا	211	185	120	2.4	127	113	125	76	50	48	36	41	20	866	267	31	110	
نيكاراغوا	66	37	18	3.8	20	16	51	16	23	16	9	8	4	2	1	51	1	
نيوزيلندا	11	7	6	1.4	6	5	9	5	4	3	3	3	1	0	0	61	0	
نيوي	13	24	24	0.0	26	21	12	20	7	13	12	4	5	0	0	0	0	
هايتي	144	103	65	2.6	70	59	100	49	39	30	26	31	12	17	7	40	3	
هندوراس	58	37	18	4.1	19	16	45	15	22	18	10	9	5	4	2	55	1	
هنغاريا	17	10	4	4.8	5	4	15	4	11	6	2	3	1	0	0	53	0	
هولندا	8	6	4	2.6	4	3	7	3	5	4	2	2	1	1	0	55	0	
ولايات ميكرونيزيا الموحدة	55	54	31	3.1	34	27	43	26	26	25	16	10	6	0	0	53	0	
ملخص																		
شرق آسيا والمحيط الهادئ	57	40	15	5.4	16	14	43	12	27	20	8	10	3	462	230	50	103	
أوروبا وآسيا الوسطى	31	21	9	5.0	10	8	25	8	14	5	10	5	2	96	50	52	17	
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	46	36	13	5.7	14	11	37	11	21	6	6	4	2	78	39	51	13	
أوروبا الغربية	10	6	4	2.8	4	3	9	3	6	3	2	2	1	18	11	60	4	
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	55	33	16	3.8	18	15	43	14	23	16	9	6	3	172	95	55	30	
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	65	42	22	3.7	23	20	50	18	28	12	12	10	4	220	122	56	37	
أمريكا الشمالية	11	8	6	1.4	7	6	9	5	6	5	3	2	1	27	15	55	6	
جنوب آسيا	130	94	42	4.5	43	41	92	35	59	47	26	20	6	1,475	909	62	211	
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	180	153	78	3.8	83	72	107	53	46	41	28	40	18	2,869	1,054	37	518	
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	164	136	57	4.8	62	52	101	40	43	38	24	39	13	1,024	441	43	189	
غرب ووسط أفريقيا	197	170	97	3.1	103	90	115	64	48	44	31	40	23	1,845	613	33	330	
أقل البلدان نمواً	175	137	64	4.2	69	59	108	46	52	42	26	39	14	1,992	821	41	371	
العالم	93	76	39	3.8	41	36	65	29	37	31	18	15	7	5,322	2,476	47	923	

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في فئات الأقاليم والأقاليم الفرعية والبلدان، يرجى الاطلاع على الصفحة 182 أو زيارة <data.unicef.org/regionalclassifications>.

لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

تعريفات المؤشرات

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة — احتمال الوفاة في الفترة ما بين ولادة الطفل وبلوغه سن الخامسة تماماً، معبّر عنه بعدد الوفيات من كل 1,000 مولود حي.

معدل وفيات الرضع — احتمال الوفاة في الفترة ما بين الولادة وإتمام سنة واحدة من العمر، معبّر عنه بعدد الوفيات من كل 1,000 مولود حي.

معدل وفيات حديثي الولادة — احتمال الوفاة خلال أول 28 يوماً يتيمها المولود من حياته، معبّر عنه بعدد الوفيات من كل 1,000 مولود حي.

احتمال الوفاة بين الأطفال بعمر 5-14: احتمال الوفاة في عمر 5-14 سنة لكل 1,000 طفل بعمر 5.

مصادر البيانات الرئيسية

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة والرضع وحديثي الولادة وأعمار 5 إلى 14 عاماً: الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (اليونيسف، منظمة الصحة العالمية، شعبة السكان بالأمم المتحدة، ومجموعة البنك الدولي). آخر تحديث: أيلول / سبتمبر 2019.	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة والرضع وحديثي الولادة وأعمار 5 إلى 14 عاماً: الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (اليونيسف، منظمة الصحة العالمية، شعبة السكان بالأمم المتحدة، ومجموعة البنك الدولي). آخر تحديث: أيلول / سبتمبر 2019.
--	--

ملاحظات

— البيانات غير متوفرة.

الجدول 3. صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة

خطر الوفيات النفاسية، النسبة المئوية للحياة على مدى (1 من كل -)	نسبة الوفيات النفاسية † 2017		الفحص الصحي بعد الولادة (%) *2018-2013		الرعاية عند الولادة (%) *2018-2013				الرعاية قبل الولادة (%) *2018-2013				معدل الوفيات المراقبات 2013- *2018	الطلب على وسائل تنظيم الأسرة الفلبي يوسائل حديثة (%) *2018-2013		العمر المتوقع: للأنثى 2018	البلدان والمناطق		
	خطر الوفيات النفاسية، النسبة على مدى الحياة (1 من كل -)	نسبة الوفيات النفاسية	عدد وفيات الأمهات	للأمهات	للمواليد الجدد	ولادة قصيرة	ولادة في موسمات توليد	بإشراف كادر ماهر		أربع زيارات على الأقل		زيارة واحدة على الأقل		قبل بلوغ سن 18 سنة (%) *2018- 2013	معدل الوفيات بين المراقبات 2013- *2018			النساء يعمر 19-15 سنة	النساء يعمر 49-15 سنة
								النساء يعمر 19-15 سنة	النساء يعمر 49-15 سنة	النساء يعمر 19-15 سنة	النساء يعمر 49-15 سنة								
	3,100	17	320	-	-	x 13	x 99	-	x 100	-	-	-	24	-	x 72	78	الاتحاد الروسي		
	55	401	14,000	17	x 0	2	26	39	28	30	32	62	21	80	-	62	68	إثيوبيا	
	1,700	26	44	x 83	-	x 20	x 93	x 100	x 40	x 66	x 92	x 4	53	x 13	x 22	75	أذربيجان		
	1,100	39	290	-	-	x 29	99	-	100	x 85	x 90	x 98	x 12	65	-	80	الأرجنتين		
	730	46	100	83	86	26	98	100	100	93	92	98	5	27	31	57	الأردن		
	2,000	26	11	97	98	18	99	100	100	93	96	100	1	24	-	37	78	أرمينيا	
	46	480	510	x 5	-	x 3	x 34	-	x 34	-	x 57	x 89	x 19	x 76	x 6	x 21	68	إريتريا	
	21,500	4	14	-	-	x 26	-	-	-	-	-	-	8	-	-	86	إسبانيا		
	8,200	6	20	-	-	x 31	99	-	-	x 92	x 98	-	10	-	-	85	أستراليا		
	6,900	9	1	-	-	-	99	-	x 100	-	97	-	11	-	-	83	إستونيا		
	10,800	3	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-	84	إسرائيل		
	72	437	130	88	90	12	88	89	88	68	76	99	17	87	-	83	64	إسواتيني	
	33	638	7,700	40	9	3	48	54	16	18	59	20	77	21	42	66	أفغانستان		
	640	59	200	-	-	46	93	-	96	-	x 58	x 84	-	x 111	-	x 79	80	إكوادور	
	3,800	15	5	88	86	31	99	100	100	72	78	88	3	17	5	5	80	اليابان	
	9,400	7	53	-	-	x 29	99	-	-	-	99	x 100	-	9	-	-	84	ألمانيا	
	17,900	3	3	-	-	-	x 100	-	x 100	-	-	x 100	-	5	-	-	79	الإمارات العربية المتحدة	
	1,200	42	1	-	-	-	-	-	100	-	100	x 100	-	x 67	-	-	78	أنغيولا وبربودا	
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	أندورا	
	240	177	8,600	87	79	17	74	87	94	65	77	98	7	x 48	72	78	74	إندونيسيا	
	69	241	3,000	23	21	4	46	50	50	56	61	82	38	163	15	30	64	أنغولا	
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 40	-	-	-	-	أنغويلا	
	2,900	17	8	-	-	30	100	x 100	100	x 44	77	97	-	36	-	-	81	أوروغواي	
	1,200	29	200	-	-	14	100	-	100	-	-	99	x 2	x 30	-	-	74	أوزبكستان	
	49	375	6,000	54	x 11	x 5	73	80	74	59	60	97	28	132	-	54	65	أوغندا	
	3,700	19	83	x 96	x 99	x 12	x 99	x 99	x 99	x 87	x 87	x 99	x 4	23	-	x 68	77	أوكرانيا	
	11,300	5	3	-	-	x 25	100	-	x 100	-	-	x 100	-	7	-	-	84	إيرلندا	
	14,400	4	0	-	-	x 17	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	84	آيسلندا	
	51,300	2	7	-	-	x 40	100	-	-	-	x 68	x 99	-	5	-	-	85	إيطاليا	
	190	145	340	46	-	-	55	-	x 53	-	49	76	x 14	x 65	-	x 41	66	بابوا غينيا الجديدة	
	290	129	180	94	8	46	93	97	96	92	94	99	-	72	83	79	76	باراغواي	
	180	140	8,300	62	64	22	66	70	69	44	51	86	7	46	23	49	68	باكستان	
	-	-	-	-	-	-	x 100	-	100	-	x 81	x 90	-	27	-	-	-	بالاو	
	3,000	14	3	-	-	-	x 98	-	100	-	100	x 100	-	14	-	-	78	البحرين	
	940	60	1,700	-	-	56	99	-	99	-	91	97	-	59	-	x 89	79	البرازيل	
	2,400	27	1	x 97	x 98	x 21	x 100	-	99	-	x 88	x 93	x 7	x 50	-	x 70	80	بربادوس	
	10,700	8	6	-	-	x 31	99	-	x 100	-	-	x 100	-	8	-	-	85	البرتغال	
	1,700	31	2	-	-	-	x 100	-	100	-	x 93	x 99	-	11	-	-	77	بروني دار السلام	
	11,200	5	6	-	-	x 18	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	84	بلجيكا	
	7,000	10	6	-	-	36	94	-	100	-	-	-	5	38	-	-	79	بلغاريا	
	1,100	36	3	96	96	34	96	97	97	92	93	97	17	64	47	66	78	بنلزي	
	250	173	5,100	36	32	23	37	42	42	32	31	64	36	78	68	73	74	بنغلاديش	
	750	52	41	92	93	28	91	89	94	84	88	93	-	79	37	73	82	بنما	
	49	397	1,600	66	64	5	84	77	78	52	52	83	19	94	13	26	63	بنن	
	250	183	24	x 41	x 30	x 12	x 74	x 40	x 75	x 66	85	x 98	x 15	x 28	-	x 85	72	بوتان	
	220	144	81	-	-	-	100	-	x 99	-	x 73	x 94	-	50	-	-	72	بوتسوانا	
	57	320	2,400	74	33	4	82	x 75	80	x 32	47	93	x 28	132	51	56	62	بوركينافاسو	
	33	548	2,400	51	x 8	x 4	84	91	85	52	49	99	13	58	55	38	63	بوروندي	
	8,200	10	3	-	-	x 14	x 100	-	100	-	x 84	x 87	-	11	-	x 22	80	البوسنة والهرسك	
	30,300	2	8	-	-	x 21	100	-	x 100	-	-	-	-	12	-	-	82	بولندا	
	480	88	500	61	96	32	91	90	92	93	96	97	16	44	65	67	79	بيرو	
	23,800	2	3	x 100	x 100	x 25	x 100	x 100	100	x 95	x 100	x 100	x 3	16	-	x 74	79	بيلاروس	
	1,900	37	270	-	-	33	99	99	99	89	91	98	9	43	83	89	81	تاييلاند	
	4,400	7	10	100	100	6	100	100	100	98	96	100	1	28	11	76	72	تركمانستان	
	2,800	17	220	88	72	48	97	98	97	x 57	89	97	6	23	30	60	80	تركيا	
	840	67	12	x 92	-	x 22	x 98	-	100	-	100	x 95	-	x 38	x 61	x 58	76	ترينيداد وتوباغو	
	15	1,140	7,300	16	5	1	22	27	20	33	31	55	51	179	9	20	55	تشاد	
	56	396	1,000	71	35	7	73	58	45	52	57	52	8	89	15	37	62	توغو	
	-	-	-	-	-	x 7	x 93	-	x 93	-	x 67	x 97	x 3	x 28	-	x 41	-	-	توفالو
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 30	-	-	-	-	توكيلاو
	970	43	90	x 92	x 98	x 27	x 99	-	x 74	-	x 85	x 98	x 1	x 7	-	x 73	79	تونس	

خطى الوفيات النفسية، الوفيات على مدى الحياة (1) من كل —	نسبة الوفيات النفسية † 2017			النقص الصحي بعد الولادة (%) * 2018-2013		الرعاية عند الولادة (%) 2018-2013			الرعاية قبل الولادة (%) 2018-2013			الإنجاب قبل بلوغ سن 18 سنة (%) 2013- 2018	معدل الولادات بين المرافات 2013- 2018	الطلب على وسائل تنظيم الأسرة العائلي بوسائل حديثة (%) 2018-2013		العمر المتوقع: للاتني 2018	البلدان والمناطق
	نسبة الوفيات النفسية	عدد وفيات الأمهات	للأمهات	المواليد الجدد	ولادة تقصيرية	ولادة في مؤسسات توليد	بإشراف كادر ماهر		أربع زيارات على الأقل		زيارة واحدة على الأقل			النساء بعمر 19-15 سنة	النساء بعمر 49-15 سنة		
							النساء بعمر 19-15 سنة	النساء بعمر 49-15 سنة	النساء بعمر 19-15 سنة	النساء بعمر 49-15 سنة							
540	52	1	-	-	x 17	x 98	-	x 96	-	x 70	x 99	x 2	x 30	-	x 48	73	تونغا
170	142	52	35	31	4	49	58	56	74	77	84	7	42	22	37	71	تيمور-ليشتي
600	80	38	-	-	x 21	x 99	x 97	x 99	x 85	x 86	x 98	x 15	x 46	-	x 79	76	جامايكا
9,900	6	0	95	99	20	99	-	99	-	87	92	3	10	-	43	79	الجبيل الأسود
270	112	1,200	-	-	16	97	-	97	-	67	93	1	10	-	77	78	الجزائر
820	70	4	-	-	-	-	-	98	-	85	x 98	-	x 32	-	-	76	جزر البهاما
83	273	72	x 49	x 14	x 10	x 76	x 82	x 82	x 38	x 49	x 92	x 17	x 70	x 20	x 29	66	جزر القمر
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 41	-	-	-	جزر تركس وكايكوس
200	104	22	69	16	6	85	-	86	-	69	89	15	78	13	38	75	جزر سليمان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 27	-	-	-	جزر فرجن البريطانية
-	-	-	-	-	-	x 100	-	x 100	-	-	x 100	-	67	-	-	-	جزر كوك
-	-	-	-	-	x 9	x 85	-	x 90	-	x 77	x 81	x 21	x 85	x 40	x 81	-	جزر مارشال
25	829	1,400	-	-	x 5	x 53	x 46	x 40	x 32	x 38	x 68	x 45	x 229	-	x 29	55	جمهورية أفريقيا الوسطى
17,900	3	4	-	-	x 20	100	-	x 100	-	-	-	-	12	-	x 86	82	الجمهورية التشيكية
410	95	200	95	95	58	98	99	98	90	93	98	21	90	67	82	77	الجمهورية الدومينيكية
1,000	31	130	-	-	x 26	x 78	-	x 96	-	x 64	x 88	x 9	x 54	x 31	x 53	78	الجمهورية العربية السورية
34	473	16,000	44	8	5	80	81	80	50	48	88	27	x 138	12	19	62	جمهورية الكونغو الديمقراطية
2,600	16	250	-	-	x 46	x 95	-	x 96	-	x 94	x 97	x 5	36	-	x 69	78	جمهورية إيران الإسلامية
36	524	11,000	34	42	6	63	70	64	48	62	98	22	139	35	54	67	جمهورية تنزانيا المتحدة
330	125	670	-	-	52	99	-	100	-	84	98	24	x 95	-	-	76	جمهورية فنزويلا البوليفارية
8,300	11	43	-	-	x 32	100	-	-	-	x 97	-	-	1	-	-	86	جمهورية كوريا
620	89	310	98	99	13	92	-	100	-	94	100	-	1	-	90	76	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية
180	185	310	47	47	6	65	56	64	52	62	78	18	83	x 48	72	69	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
3,900	19	8	-	-	x 16	x 99	-	100	-	x 95	x 99	x 4	24	-	x 60	76	جمهورية مولدوفا
330	119	1,400	84	-	26	96	97	97	77	76	94	x 15	71	-	78	67	جنوب أفريقيا
18	1,150	4,500	-	-	x 1	x 12	x 25	x 19	x 21	x 17	62	x 28	x 158	-	x 6	59	جنوب السودان
1,900	25	14	-	-	41	100	-	100	-	88	x 98	x 6	44	-	x 53	78	جورجيا
140	248	51	-	-	x 11	x 87	-	x 87	-	x 23	x 88	-	x 21	-	-	69	جيبوتي
16,200	4	2	-	-	x 21	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	83	الدانمرك
220	155	380	-	-	33	88	x 76	x 85	x 69	86	96	x 20	71	-	50	74	دولة بوليفيا المتعددة القوميات
880	27	39	91	94	20	99	100	100	96	96	99	22	48	35	65	76	دولة فلسطين
-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	x 100	-	x 48	-	-	-	دومينيكا
94	248	960	43	19	13	91	94	91	39	44	98	6	41	84	63	71	رواندا
3,600	19	36	-	-	34	95	-	95	-	x 76	76	-	37	-	x 47	79	رومانيا
93	213	1,300	63	16	4	67	73	63	52	56	96	31	x 141	57	62	66	زامبيا
55	458	2,100	57	73	6	77	81	78	73	76	93	22	78	77	85	63	زيمبابوي
590	43	2	63	-	5	82	-	83	-	73	93	6	x 39	11	39	75	ساموا
170	130	9	87	91	6	91	94	93	81	84	98	27	92	38	52	73	سان توماس وبرينسيبي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 0	-	-	-	سان مارينو
750	68	1	-	-	-	-	-	99	-	x 100	x 100	-	64	-	-	75	سانت فنسنت وجزر غرينادين
-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	x 100	-	x 46	-	-	-	سانت كيتس ونيفيس
580	117	3	x 90	x 100	x 19	x 100	-	x 99	-	x 90	x 97	-	x 43	-	x 72	77	سانت لوسيا
1,300	36	120	99	-	32	100	-	100	-	x 93	99	x 4	21	58	74	80	سري لانكا
960	46	54	94	97	32	98	99	98	90	90	96	18	x 69	70	80	78	السلفادور
12,600	5	3	-	-	x 24	-	-	x 99	-	-	x 97	-	26	-	-	81	سلوفاكيا
9,300	7	1	-	-	-	x 100	-	x 100	-	-	x 100	-	4	-	-	84	سلوفينيا
9,900	8	4	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	3	-	-	86	سنغافورة
65	315	1,700	77	78	5	78	69	68	53	57	97	16	78	25	51	70	السنغال
75	295	3,900	27	28	9	28	77	78	49	51	79	22	87	19	30	67	السودان
330	120	13	-	-	x 19	x 92	x 93	x 90	x 68	x 67	x 91	-	60	-	x 73	75	سورينام
12,600	4	5	-	-	-	-	-	-	-	-	x 100	-	4	-	-	84	السويد
13,900	5	4	-	-	x 30	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	85	سويسرا
20	1,120	2,900	90	92	3	77	82	82	77	78	97	30	101	32	45	55	سيراليون
790	53	1	-	-	-	-	-	x 99	-	-	-	-	66	-	-	77	سيشيل
9,000	7	2	-	-	x 25	100	-	100	-	x 94	x 99	x 2	16	-	x 22	78	شمال مقدونيا
4,600	13	29	-	-	x 50	100	-	100	-	-	-	-	33	-	-	82	ثيولي
5,800	12	10	-	-	29	98	98	98	95	94	98	1	15	-	39	78	صربيا
20	829	5,100	-	-	-	x 9	-	x 9	-	x 6	x 26	-	x 123	-	-	59	الصومال
2,100	29	4,900	64	63	41	100	-	100	-	81	100	-	9	-	x 97	79	الصين
1,400	17	46	92	90	5	88	96	95	67	64	92	1	54	18	45	73	طاجيكستان
320	79	870	83	78	33	87	97	96	76	68	88	14	x 82	-	55	72	العراق

الجدول 3. صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة

البلدان والمناطق	العمر المتوقع: لالأمي 2018	الطلب على وسائل تنظيم الأسرة الفلبي بوسائل حديثة (%) *2018-2013		معدل الولادات بين المراهقات 2013-2018	الإنجاب قبل بلوغ سن 18 سنة 2013-2018	الرعاية قبل الولادة (%) *2018-2013		الرعاية عند الولادة (%) *2018-2013				الفحص الصحي بعد الولادة (%) *2018-2013		نسبة الوفيات النفاسية † 2017		
		النساء بعمر 19-15 سنة	النساء بعمر 49-15 سنة			زيرة واحدة على الأقل	أربع زيارات على الأقل	بإشراف كادر ماهر	ولادة في مؤسسة توليد	ولادة قصيرة	للأمهات	للمواليد الجدد	عدد وفيات الأمهات	نسبة الوفيات النفاسية	خطر الوفيات النفاسية، النسبة على مدى الحياة (1) من كل —	
		سنة	سنة			سنة	سنة	سنة	سنة	سنة	سنة	سنة	سنة	سنة	سنة	سنة
عُمان	80	40	—	14	2	99	94	—	99	—	99	99	98	95	17	19
غابون	68	44	x 23	x 91	x 28	x 95	x 78	x 76	x 89	x 91	x 90	x 25	x 60	60	170	252
غامبيا	63	27	11	x 86	19	86	78	74	57	64	63	6	76	520	597	31
غانا	65	46	—	75	17	91	87	81	71	76	73	23	81	2,700	308	82
غرينادا	75	—	—	36	—	x 100	—	—	99	—	—	—	—	—	0	25
غواتيمالا	77	66	50	92	20	91	86	85	66	70	65	8	78	400	95	330
غيانا	73	52	17	74	16	91	87	86	86	94	93	17	93	26	169	220
غينيا	62	22	14	120	37	81	35	48	55	60	53	3	64	2,600	576	35
غينيا الاستوائية	60	21	x 20	x 176	x 42	x 91	x 67	—	x 68	—	x 67	x 7	—	—	130	301
غينيا-بيساو	60	56	20	x 106	28	92	65	65	45	55	44	4	48	440	667	32
فلواتو	72	51	—	x 78	13	76	52	—	89	—	89	12	—	6	72	330
فرنسا	85	x 96	—	5	—	x 100	x 99	—	—	—	98	x 21	—	56	8	7,200
الغالين	75	53	47	47	11	94	87	80	84	86	78	13	86	2,700	121	300
فنلندا	85	—	—	6	—	x 100	—	—	—	—	100	x 16	—	2	3	20,900
فجي	69	—	—	40	—	x 100	94	—	100	—	99	—	—	6	34	1,000
فيت نام	79	70	60	30	5	96	74	55	94	87	94	28	89	700	43	1,100
قبرص	83	—	—	4	—	x 99	—	—	—	—	97	—	—	1	6	11,000
قطر	82	x 69	—	10	—	x 91	x 85	—	100	—	x 99	x 20	—	2	9	5,000
قيرغيزستان	75	66	41	34	4	98	95	93	98	98	98	7	99	95	60	480
كابو فيردي	76	x 73	x 68	x 80	x 22	x 98	x 72	—	92	—	x 76	x 11	—	6	58	670
كازاخستان	77	79	—	25	2	99	95	98	99	99	99	15	99	37	10	3,500
الكاميرون	60	47	39	119	28	83	59	51	65	66	61	2	65	4,700	529	40
الكرسي الرسولي	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
كرواتيا	81	—	—	10	—	—	98	—	100	—	—	24	—	3	8	9,100
كمبوديا	72	57	46	57	7	95	71	76	89	91	83	6	79	590	160	220
كندا	84	—	—	8	—	x 100	x 99	—	x 100	—	x 98	x 26	—	40	10	6,100
كوبا	81	89	73	52	6	99	98	99	99	97	100	40	98	42	36	1,800
كوت ديفوار	59	39	—	123	25	93	51	47	74	76	70	3	83	5,400	617	34
كوستاريكا	83	x 89	—	53	13	x 98	x 90	x 88	99	x 98	99	22	99	19	27	1,900
كولومبيا	80	87	72	75	20	97	90	86	99	96	99	46	99	610	83	630
الكونغو	66	43	28	111	26	94	79	77	94	92	92	5	86	650	378	58
الكويت	76	—	—	6	—	x 100	—	—	x 99	—	99	—	—	7	12	4,200
كيريباس	72	x 36	x 0	x 49	x 9	x 88	x 71	—	x 98	—	x 66	x 10	—	3	92	290
كينيا	69	76	68	96	23	94	58	49	62	65	61	9	36	5,000	342	76
لاتفيا	80	—	—	15	—	x 92	—	—	x 100	—	98	—	—	4	19	3,100
لبنان	81	—	—	17	—	x 96	—	—	x 98	—	x 100	—	—	34	29	1,600
لوكسمبورج	84	—	—	5	—	—	x 97	—	x 100	—	x 100	x 29	—	0	5	14,300
ليبيريا	65	41	22	150	37	96	78	78	67	67	56	4	35	1,000	661	32
ليبيا	76	24	—	11	—	x 93	—	—	—	—	100	—	—	92	72	590
ليتوانيا	81	—	—	13	—	x 100	—	—	x 100	—	—	—	—	2	8	7,500
ليختنشتاين	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ليسوتو	57	79	55	94	14	95	74	70	85	77	10	18	62	310	544	58
مالطة	84	—	—	13	—	x 100	—	—	—	—	100	—	—	0	6	10,200
مالي	60	35	21	174	33	80	43	38	67	42	67	2	63	4,400	562	29
ماليزيا	78	—	—	10	—	97	—	—	99	—	99	—	—	150	29	1,600
مدغشقر	68	61	—	152	36	82	51	x 47	44	x 40	38	2	—	2,800	335	66
مصر	74	80	64	56	7	90	83	88	92	93	87	52	14	960	37	730
المغرب	78	69	—	32	x 8	89	x 30	54	87	x 70	86	21	—	480	70	560
المكسيك	78	80	64	71	21	99	93	94	98	98	97	41	95	740	33	1,300
ملاوي	67	74	62	138	31	98	51	46	90	92	91	6	60	2,100	349	60
ملاييف	80	x 43	x 18	10	1	99	82	87	100	100	95	40	82	4	53	840
المملكة العربية السعودية	77	—	—	7	—	x 97	—	—	98	—	—	—	—	100	17	2,300
المملكة المتحدة	83	—	—	14	—	—	—	—	—	—	—	x 26	—	52	7	8,400
منغوليا	74	65	42	30	3	99	90	81	100	97	98	23	99	35	45	710
موريتانيا	66	30	—	84	22	87	63	56	69	67	69	5	58	1,100	766	28
موريشيوس	78	41	—	24	—	—	—	—	100	—	x 98	—	—	8	61	1,200
موزامبيق	63	56	34	194	x 40	87	52	55	65	68	x 55	x 4	28	3,100	289	67
موناكو	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
مونتسيرات	—	—	—	54	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ميانمار	70	75	73	36	5	81	59	47	60	61	37	17	36	2,400	250	190
ناميبيا	66	80	47	64	15	97	63	58	88	88	87	14	69	140	195	140

الجدول 3. صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة

البلدان والمناطق	العمر المتوقع للولادة (سنة) 2018	الطلب على وسائل تنظيم الأسرة الفلبي بوسائل حديثة (%) 2018-2013		معدل الولادات بين المراهقات 2013-2018	قبل بلوغ سن 18 سنة (%) 2013-2018	الرعاية قبل الولادة (%) 2018-2013		الرعاية عند الولادة (%) 2018-2013			الفحص الصحي بعد الولادة (%) 2018-2013		نسبة الوفيات النفاسية ↑ 2017		
		النساء بعمر 15-49 سنة	النساء بعمر 15-19 سنة			زيرة على الأقل	أربع زيارات على الأقل	بإشراف كادر ماهر	ولادة في مؤسسات توليد	ولادة قيصرية	للمواليد الجدد	للأمهات	عدد وفيات الأمهات	نسبة الوفيات النفاسية	خطر الوفيات النفاسية على مدى الحياة (1 من كل —)
ناورو	84	43	—	94	22	95	40	97	99	8	—	—	—	—	
النرويج	84	—	—	4	—	—	—	99	99	16	—	—	2	25,700	
النمسا	84	—	—	7	—	—	—	99	99	24	—	—	5	13,500	
نيبال	72	56	25	88	16	84	69	58	69	9	57	58	186	230	
النيجر	63	46	28	146	48	83	38	40	36	1	59	13	509	27	
نيجيريا	55	43	15	120	31	67	57	43	32	3	39	12	917	21	
نيكاراغوا	78	93	17	103	28	95	88	88	—	30	71	—	98	380	
نيوزيلندا	84	—	—	15	—	—	—	—	—	23	97	—	9	6,100	
نيوي	—	—	—	20	—	100	—	100	—	—	—	—	—	—	
هايتي	66	43	31	55	14	91	67	42	37	5	39	38	480	67	
الهند	71	67	27	11	9	79	51	86	81	17	79	27	145	290	
هندوراس	77	76	67	103	22	97	89	83	83	19	83	81	65	560	
هنغاريا	80	—	—	25	—	—	—	99	—	31	—	—	12	6,200	
هولندا	84	—	—	3	—	—	—	—	—	14	—	—	9	11,900	
الولايات المتحدة	81	77	—	19	—	—	97	99	—	31	—	—	19	3,000	
ولايات ميكرونيزيا الموحدة	69	—	—	44	—	80	—	100	—	11	87	—	88	370	
اليابان	88	—	—	4	—	—	—	—	—	—	100	—	5	16,700	
اليمن	68	38	22	67	17	60	25	45	30	5	30	11	164	150	
اليونان	85	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	2	26,900	
ملخص															
شرق آسيا والمحيط الهادئ	79	86	—	21	—	97	80	96	—	32	91	69	69	790	
أوروبا وآسيا الوسطى	81	77	—	17	—	—	—	99	—	—	98	—	13	4,300	
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	78	69	—	26	—	96	—	99	—	28	97	—	19	2,600	
أوروبا الغربية	84	83	—	8	—	—	—	99	—	—	99	—	5	11,900	
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	79	87	—	63	—	97	91	94	—	44	94	—	74	630	
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	76	68	—	40	—	87	68	89	—	32	82	—	57	570	
أمريكا الشمالية	82	83	—	19	—	—	—	99	—	—	—	—	18	3,100	
جنوب آسيا	71	67	—	26	—	79	49	77	49	18	72	34	163	240	
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	63	53	—	103	—	81	26	59	50	5	57	61	533	38	
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	66	62	—	92	—	85	25	62	49	7	56	67	384	58	
غرب ووسط أفريقيا	59	61	—	115	—	78	28	51	54	4	58	54	674	28	
أقل البلدان نمواً	72	58	—	91	—	80	25	61	44	7	54	60	415	56	
العالم	75	76	—	44	—	86	65	81	56	21	76	45	211	190	

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في فئات الأقاليم والأقاليم الفرعية والبلدان، يرجى الاطلاع على الصفحة 182 أو زيارة <data.unicef.org/regionalclassifications>. لا يُصحح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

ملاحظات	مصادر البيانات الرئيسية	تعريفات المؤشرات
<p>البيانات غير متوفرة.</p> <p>تشير البيانات إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. لا تدخل هذه البيانات في حساب متوسطات الأقاليم والموسمات العالمية. التقديرات من سنوات البيانات قبل عام 2000 غير معروضة.</p> <p>تفاوتت أساليب جمع البيانات لهذا المؤشر بين المسوحات المختلفة، مما قد يؤثر على قابلية المقارنة بين تقديراته. لتجنب الالتباس على شرح مفصل انظر الملاحظة العامة حول البيانات، صفحة 180.</p> <p>تقديرات الوفيات النفاسية مستمدة من تقديرات الوفيات النفاسية المشتركة بين الوكالات التابعة للأمم المتحدة لعام 2019. ويقوم الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة (منظمة الصحة العالمية واليونيسف وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي وشعبة السكان بالأمم المتحدة)، وبصفة دورية، بإعداد مجموعات من البيانات القابلة للمقارنة على المستوى الدولي غير قابلة للمقارنة مع تلك المتعلقة في نفس الإقليم وسوء التصنيف فيما يتعلق بالوفيات النفاسية، بما في ذلك تقديرات البلدان التي لا تتوفر عليها بيانات. يُرجى الملاحظة أن هذه القيم غير قابلة للمقارنة مع تلك المتعلقة بالنسب الوفيات النفاسية المبلغ عنها مسبقاً، وذلك بسبب التطور المستمر لمنهجية التقييم.</p> <p>تشير البيانات إلى أحدث سنة تتوفر عليها البيانات خلال السنة المحددة في عنوان العمود.</p>	<p>العمر المتوقع: شعبة السكان بالأمم المتحدة، التوقعات السكانية في العام 2019. آخر تحديث: تموز / يوليو 2019.</p> <p>الطلب على وسائل تنظيم الأسرة الفلبي بوسائل حديثة: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان، صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناء على الاستقصاءات الديمغرافية والصحية (DHS)، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات (MICS)، واستقصاءات الصحة الإنجابية، ومسوح وطنية أخرى، ونظم المعلومات الصحية الوطنية. آخر تحديث: آذار / مارس 2019.</p> <p>معدل الولادات بين المراهقات: شعبة السكان بالأمم المتحدة، 2019. آخر تحديث: تموز / يوليو 2019.</p> <p>الزيرة قبل الولادة (زيارة واحدة على الأقل): الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان بناء على الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية. آخر تحديث: أيار / مايو 2019.</p> <p>الولادة في مؤسسات توليد: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان بناء على الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية. آخر تحديث: أيار / مايو 2019.</p> <p>نسبة الوفيات النفاسية: الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة (منظمة الصحة العالمية واليونيسف وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي وشعبة السكان بالأمم المتحدة). آخر تحديث: أيلول / سبتمبر 2019.</p> <p>عدد الوفيات النفاسية: الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة (منظمة الصحة العالمية واليونيسف وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي وشعبة السكان بالأمم المتحدة). آخر تحديث: أيلول / سبتمبر 2019.</p> <p>خطر الوفيات النفاسية على مدى الحياة: الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة (منظمة الصحة العالمية واليونيسف وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي وشعبة السكان بالأمم المتحدة). آخر تحديث: أيلول / سبتمبر 2019.</p>	<p>العمر المتوقع عند الولادة: عدد السنوات التي يمكن أن يعيشها المواليد الجدد الإناث إذا ما تعرضوا أثناء حياتهم لمخاطر الوفاة السائدة في وقت ولادتهم بالنسبة إلى عينة إحصائية ممثلة للسكان.</p> <p>الطلب على وسائل تنظيم الأسرة الفلبي بوسائل حديثة: النسبة المئوية من النساء (بعض 15-19 و 15-49) اللواتي أُنبتت احتياجاتهن من وسائل تنظيم الأسرة بوسائل حديثة.</p> <p>معدل الولادات عند المراهقات: عدد الولادات لكل 1,000 امرأة من الفئة العمرية 15-19 سنة.</p> <p>الإنجاب قبل بلوغ سن 18 سنة: النسبة المئوية من النساء من الفئة العمرية 20-24 سنة اللواتي أنجبن قبل بلوغهن من 18 سنة. يشير المؤشر إلى النساء اللواتي أنجبن مولوداً حياً في فترة زمنية حديثة، هي عموماً معرّفات في MICS (المسوح العنقودية متعددة المؤشرات) وخمسة أعوام في DHS (الاستقصاءات الديمغرافية والصحية).</p> <p>الرعاية قبل الولادة (زيارة واحدة على الأقل): النسبة المئوية من النساء (في الفئة العمرية 15-49 سنة) اللواتي تلقين رعاية طبية لمرءة واحدة على الأقل من عاملين صحيين مهرة (عادة أطباء أو ممرضات أو قابلات) خلال فترة الحمل.</p> <p>الرعاية قبل الولادة (أربع زيارات على الأقل): النسبة المئوية للنساء (بعض 15-19 و 15-49) اللواتي تلقين الرعاية من أي مقيم رعاية أربع مرات على الأقل.</p> <p>إشراف كادر ماهر على الولادة: النسبة المئوية من حالات الولادة للامهات بعمر 15-19 و 15-49 التي تتم تحت إشراف عاملين صحيين مهرة (عادة أطباء أو ممرضات أو قابلات).</p>

الجدول 4. صحة الطفل

تغطية الترخيلات														البلدان والمناطق		
* الملايا 2018-2013			الإسهال * 2018-2013		ذات الرئة * 2018-2013		التحصين ضد الأمراض المسكن الوقائية منها باللقاح (%) # 2018									
الأسر المعيشية التي تملك على الأقل ناموسية واحدة بمبيد حشري (%)	الأطفال الذين ينامون تحت ناموسيات مُعالَجة بمبيد حشري (%)	التماس الرعاية للأطفال المصابين بالحمى (%)	علاج الإسهال بالأملاح الإيمانية (ORS) (%)	التماس الرعاية للأطفال الذين يعانون من أعراض التهاب التنفسي الحاد (ARI) (%)	الحماية عند الولادة ضد الكزاز ^A	PCV3	الروتا	Hib3	HepB3	MCV2 ^B	MCV1	Polio3	DTP3		DTP1	BCG
-	-	-	-	-	-	82	-	-	97	97	98	96	97	97	95	الاتحاد الروسي
64	45	35	30	31	93	67	79	72	72	-	61	67	72	85	85	إثيوبيا
-	x 1	-	x 11	x 36	-	95	-	95	95	96	96	96	95	96	97	أذربيجان
-	-	-	x 18	x 94	-	88	80	86	86	89	94	84	86	91	93	الأرجنتين
-	-	68	44	72	90	-	93	96	96	96	92	92	96	98	94	الأردن
-	-	71	37	x 57	-	92	93	92	92	96	95	92	92	96	99	أرمينيا
x 71	x 20	-	x 43	x 45	99	95	96	95	95	88	99	95	95	97	97	إريتريا
-	-	-	-	-	-	93	-	94	94	94	97	93	93	97	-	إسبانيا
-	-	-	-	-	-	95	87	94	95	93	95	95	95	98	-	أستراليا
-	-	-	-	-	-	-	85	92	93	88	87	92	92	93	92	إستونيا
-	-	-	-	-	-	94	81	98	97	96	98	98	98	99	-	إسرائيل
x 10	x 2	63	84	60	88	88	90	90	90	75	89	90	90	96	98	إسواتيني
26	5	63	46	62	68	65	60	66	66	39	64	73	66	73	78	أفغانستان
-	-	-	x 46	-	88	85	85	85	85	74	83	85	85	86	90	إكوادور
-	-	60	35	82	95	98	-	99	99	96	94	99	99	99	99	اليابان
-	-	-	-	-	-	84	68	92	87	93	97	93	93	98	-	ألمانيا
-	-	-	-	-	-	99	99	99	99	99	99	99	99	99	95	الإمارات العربية المتحدة
-	-	-	-	-	-	-	-	95	95	95	96	94	95	99	-	أنغيوا وبربودا
-	-	-	-	-	-	94	-	99	98	95	99	99	99	99	-	أندورا
x 3	x 3	90	36	92	85	8	-	79	79	67	75	80	79	85	81	إندونيسيا
31	22	51	43	49	78	67	65	59	59	35	50	56	59	67	86	أنغولا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أنغويلا
-	-	-	-	91	-	93	-	91	91	91	97	91	91	96	98	أوروغواي
-	-	-	x 28	x 68	-	96	84	98	98	99	96	98	98	99	96	أوزبكستان
78	62	81	47	80	85	92	36	93	93	-	86	88	93	99	88	أوغندا
-	-	-	x 59	x 92	-	-	-	39	52	90	91	48	50	65	90	أوكرانيا
-	-	-	-	-	-	90	89	94	94	-	92	94	94	98	-	إيرلندا
-	-	-	-	-	-	90	-	91	-	95	93	91	91	97	-	آيسلندا
-	-	-	-	-	-	92	19	94	95	89	93	95	95	98	-	إيطاليا
69	-	48	30	63	70	43	-	61	61	-	61	67	61	67	69	بابوا غينيا الجديدة
-	-	86	28	89	95	94	91	88	88	83	93	88	88	91	91	باراغواي
4	0	81	37	84	85	79	58	75	75	67	76	75	75	83	86	باكستان
-	-	-	-	-	-	89	93	92	98	75	90	98	95	99	-	بالاو
-	-	-	-	-	98	98	98	99	99	99	99	99	99	99	-	البحرين
-	-	-	-	x 50	94	84	80	83	83	69	84	85	83	87	90	البرازيل
-	-	-	-	-	-	89	-	95	95	74	85	94	95	96	-	بربادوس
-	-	-	-	-	-	98	-	99	98	96	99	99	99	99	-	البرتغال
-	-	-	-	-	96	-	-	99	99	98	99	99	99	99	99	بروني دار السلام
-	-	-	-	-	-	94	87	97	97	85	96	98	98	99	-	بلجيكا
-	-	-	-	-	-	88	31	92	85	87	93	92	92	94	96	بلغاريا
-	-	71	55	67	91	-	-	96	96	91	97	96	96	97	99	بليز
-	-	55	77	42	98	97	-	98	98	93	97	98	98	99	99	بنغلاديش
-	-	-	52	82	-	92	95	88	88	99	98	88	88	96	99	بنما
85	70	53	22	46	85	73	-	76	76	-	71	75	76	84	89	بنن
-	-	-	x 61	x 74	89	-	-	97	97	91	97	97	97	98	99	بوتان
x 53	x 31	x 75	x 43	x 14	93	91	87	95	95	74	97	96	95	98	98	بوتسوانا
75	54	74	40	52	92	91	91	91	91	71	88	91	91	95	98	بوركينافاسو
46	40	70	36	63	90	90	92	90	90	77	88	90	90	94	91	بوروندي
-	-	-	x 36	x 87	-	-	-	62	80	76	68	73	73	89	95	البوسنة والهرسك
-	-	-	-	-	-	60	-	95	91	92	93	87	95	98	92	بولندا
-	-	61	32	62	95	82	85	84	84	66	85	83	84	90	81	بيرو
-	-	-	x 45	x 93	-	-	-	9	98	98	97	98	97	97	98	بيلاروس
-	-	76	73	80	98	-	-	-	97	87	96	97	97	99	99	تايوان
-	-	59	47	59	-	-	-	-	99	99	99	99	99	99	98	تركمانيستان
-	-	-	-	-	95	97	-	98	98	87	96	98	98	99	96	تركيا
-	-	-	x 45	x 74	-	99	-	99	99	92	90	99	99	99	-	ترينيداد وتوباغو
77	36	23	20	26	78	-	-	41	41	-	37	44	41	55	59	تشاد
85	70	56	19	49	83	88	89	88	88	-	85	66	88	92	83	توغو
-	-	x 79	x 44	-	-	-	-	89	89	81	88	89	89	99	99	توفالو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	توكيلاو
-	-	-	x 65	x 60	96	-	-	97	97	99	96	97	97	98	92	تونس
-	-	x 64	-	-	-	-	-	81	81	85	85	83	81	86	88	تونغا
64	55	58	70	71	83	-	-	83	83	54	77	83	83	92	95	تيمور-لشتي

تغطية التدخلات															البلدان والمناطق	
الملايا 2013-2018 *			الإسهال 2013-2018 *		ذات الرئة 2013-2018 *		التحصين ضد الأمراض الممكنة الوقاية منها باللقاح (%) # 2018									
الأسر المعيشية التي تملك على الأقل ناموسية واحدة معالجة بمبيد حشري (%)	الأطفال الذين ينامون تحت ناموسيات معالجة بمبيد حشري (%)	التماس الرعاية للأطفال المصابين بالحمى (%)	علاج الإسهال للأطفال بالإملاح الفموية (ORS) (%)	التماس الرعاية للأطفال الذين يعانون من أعراض التهاب التنفسي الحاد (ARI) (%)	الحماية عند الولادة ضد الكزاز ^أ (%)	PCV3	الروتا	Hib3	HepB3	MCV2 ^د	MCV1	Polio3	DTP3	DTP1		BCG
-	-	-	x 64	x 82	90	-	-	98	97	82	89	98	97	99	93	جامايكا
-	-	74	x 16	x 89	-	-	-	87	73	83	58	87	87	95	83	الجزيل الأسود
-	-	-	25	66	98	91	-	91	91	77	80	91	91	96	99	الجزائر
-	-	-	-	-	100	90	70	90	90	69	89	90	90	94	-	جزر البهاما
x 59	x 41	x 45	x 38	x 38	85	-	-	91	91	-	90	94	91	96	94	جزر القمر
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر تركس وكايكوس
86	70	62	37	79	85	84	-	85	85	54	93	85	85	86	83	جزر سليمان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر فرجن البريطانية
-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	99	99	99	99	99	99	جزر كوك
-	-	x 63	x 38	-	-	67	42	72	84	61	83	80	81	97	98	جزر مارشال
x 47	x 36	-	x 16	x 30	60	47	-	47	47	-	49	47	47	69	74	جمهورية أفريقيا الوسطى
-	-	-	-	-	-	-	-	94	94	84	96	94	96	98	-	الجمهورية التشيكية
-	-	65	48	73	99	70	82	90	92	31	95	89	94	99	99	الجمهورية الدومينيكية
-	-	-	x 50	x 77	91	-	-	48	47	54	63	53	47	67	79	الجمهورية العربية السورية
70	56	55	39	42	85	81	-	81	81	-	80	79	81	82	83	جمهورية الكونغو الديمقراطية
-	-	-	x 61	x 76	95	-	-	99	99	98	99	99	99	99	99	جمهورية إيران الإسلامية
78	55	75	45	55	90	98	98	98	98	84	99	91	98	99	99	جمهورية تنزانيا المتحدة
-	-	-	x 38	x 72	70	-	-	60	60	39	74	53	60	84	92	جمهورية فنزويلا البوليفارية
-	-	-	-	-	-	97	-	98	98	97	98	98	98	98	98	جمهورية كوريا
-	-	-	74	86	98	-	-	97	97	99	98	99	97	99	96	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية
61	50	58	56	40	90	56	-	68	68	57	69	67	68	73	79	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
-	-	-	x 42	x 79	-	94	75	92	94	96	93	94	93	96	96	جمهورية مولدوفا
-	-	68	51	88	90	73	70	74	74	50	70	74	74	81	70	جنوب أفريقيا
66	46	57	x 39	x 48	68	-	-	49	49	-	51	50	49	58	52	جنوب السودان
-	-	-	x 40	x 74	-	81	79	93	93	96	98	93	93	99	97	جورجيا
x 32	x 20	-	x 94	x 94	98	84	87	84	84	81	86	84	84	91	93	جيبوتي
-	-	-	-	-	-	96	-	97	-	90	95	97	97	97	-	الدانمرك
-	-	-	x 22	x 62	87	83	87	83	83	38	89	83	83	89	90	دولة بوليفيا متعددة القوميات
-	-	-	32	77	-	96	99	99	99	99	99	99	99	99	99	دولة فلسطين
-	-	-	-	-	-	-	-	94	94	81	84	94	94	99	95	دومينيكا
84	68	56	28	54	95	97	98	97	97	96	99	97	97	98	97	رواندا
-	-	-	-	-	-	-	-	86	93	81	90	86	86	94	96	رومانيا
68	41	75	64	70	85	90	91	90	90	65	94	90	90	94	91	زامبيا
48	9	50	41	51	87	89	90	89	89	78	88	89	89	94	95	زيمبابوي
-	-	59	63	78	-	-	-	34	34	13	31	31	34	56	62	ساموا
78	61	66	49	69	99	95	95	95	95	76	95	95	95	97	96	سان تومي وبرينسيبي
-	-	-	-	-	-	58	-	91	78	84	89	93	90	94	-	سان مارينو
-	-	-	-	-	-	-	-	97	97	99	99	99	97	99	99	سانت فنسنت وجزر غرينادين
-	-	-	-	-	-	-	-	98	98	96	96	97	97	99	97	سانت كيتس ونيفس
-	-	-	-	-	-	-	-	95	95	68	86	95	95	99	99	سانت لوسيا
6	x 3	92	54	52	99	-	-	99	99	99	99	99	99	99	99	سري لانكا
-	-	-	70	80	92	75	82	81	81	85	81	83	81	82	81	السلفادور
-	-	-	-	-	-	96	-	96	96	97	96	96	96	99	-	سلوفاكيا
-	-	-	-	-	-	60	-	93	-	94	93	93	93	97	-	سلوفينيا
-	-	-	-	-	-	82	-	96	96	84	95	96	96	98	98	سنغافورة
84	61	51	28	60	95	81	80	82	82	63	82	81	81	83	83	السنغال
x 25	x 30	-	20	48	80	93	94	93	93	72	88	93	93	97	88	السودان
x 61	x 43	-	x 42	x 76	93	-	-	95	95	39	98	95	95	95	-	سورينام
-	-	-	-	-	-	97	-	97	92	95	97	97	97	99	26	السويد
-	-	-	-	-	-	85	-	95	72	89	96	96	96	97	-	سويسرا
71	60	70	78	74	90	90	92	90	90	55	80	90	90	98	90	سيراليون
-	-	-	-	-	100	16	99	99	99	97	96	99	99	99	97	سيشيل
-	-	-	x 62	x 93	-	-	-	91	91	97	83	91	91	97	97	شمال مقدونيا
-	-	-	-	-	-	93	-	95	95	93	93	95	95	99	96	ثيولي
-	-	-	x 36	x 90	-	48	-	96	91	90	92	96	96	98	98	صربيا
x 12	x 11	-	x 13	x 13	67	-	-	42	42	-	46	47	42	52	37	الصومال
-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	99	99	99	99	99	الصين
x 2	x 1	44	62	69	-	-	96	96	96	97	98	96	96	98	99	طاجيكستان
-	-	75	25	44	75	32	60	84	84	81	83	71	84	92	95	العراق
-	-	-	59	56	99	99	-	99	99	99	99	99	99	99	99	عمان
x 36	x 39	x 67	x 26	x 68	85	-	-	70	70	-	59	64	70	78	87	غابون
79	62	83	59	68	92	93	93	93	93	71	91	93	93	94	94	غامبيا
68	52	77	49	56	89	96	94	97	97	83	92	98	97	97	98	غانا

الجدول 4. صحة الطفل

تغطية الترخلات															البلدان والمناطق	
الملايا 2018-2013 *			الإسهال * 2018-2013		ذات الرئة * 2018-2013		التحصين ضد الأمراض الممكنة الوقاية منها بالفلاح (%) P 2018									
الأسر المعيشية التي تملك على الأقل ناموسية واحدة بمبيد حشري (%)	الأطفال الذين ينامون تحت ناموسيات مُعالَجة بمبيد حشري (%)	التماس الرعاية للأطفال المصابين بالحُمى (%)	علاج الإسهال بأملاح الإمهاء الفموية (ORS) (%)	التماس الرعاية للأطفال الذين يعانون من أعراض الالتهاب التنفسي الحاد (ARI) (%)	الحماية عند الولادة ضد الكزاز ^A	PCV3	الروتا	Hib3	HepB3	MCV2 ^B	MCV1	Polio3	DTP3	DTP1		BCG
-	-	-	-	-	-	-	-	96	96	74	84	96	96	98	-	غرينادا
-	-	50	49	52	90	85	87	86	86	76	87	85	86	94	88	غواتيمالا
5	7	71	43	84	99	91	91	95	95	84	98	94	95	99	99	غيانا
44	27	62	55	83	80	-	-	45	45	-	48	45	45	63	72	غينيا
x 38	x 23	x 62	x 40	x 54	70	-	-	25	25	-	30	27	25	44	63	غينيا الاستوائية
90	81	51	35	34	83	88	88	88	88	-	86	89	88	89	91	غينيا-بيساو
83	51	57	48	72	78	-	-	85	85	-	75	85	85	93	94	قانون
-	-	-	-	-	-	92	-	95	90	80	90	96	96	99	-	فرنسا
-	-	55	45	67	90	43	-	65	65	40	67	66	65	66	75	الفلبين
-	-	-	-	-	-	88	82	91	-	93	96	91	91	99	-	فنلندا
-	-	-	-	-	96	99	99	99	99	94	94	99	99	99	99	فيجي
x 10	x 9	-	51	81	94	-	-	75	75	90	97	90	75	78	95	فييت نام
-	-	-	-	-	-	81	-	97	97	88	90	97	99	99	-	قيرص
-	-	-	-	-	-	98	95	98	98	95	99	98	98	99	99	قطر
-	-	56	33	60	-	92	-	92	92	96	96	92	94	98	97	قيرغيزستان
-	-	-	-	-	92	-	-	99	99	88	99	98	98	99	96	كابو فيردي
-	-	-	x 62	x 81	-	95	-	98	98	98	99	98	98	99	95	كازاخستان
71	55	33	16	28	85	79	78	79	79	-	71	78	79	86	88	الكاميرون
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الكرسي الرسولي
-	-	-	-	-	-	-	-	94	93	95	93	94	93	98	98	كرواتيا
x 5	x 4	61	35	69	93	84	-	92	92	70	84	90	92	94	93	كمبوديا
-	-	-	-	-	-	81	79	91	71	87	90	91	91	95	-	كندا
-	-	93	61	93	-	-	-	99	99	99	99	99	99	99	99	كوبا
76	60	45	17	44	85	81	59	82	82	-	71	82	82	95	98	كوت ديفوار
-	-	-	x 40	x 77	-	96	-	94	98	93	94	94	94	95	92	كوستاريكا
x 3	-	x 54	x 54	x 64	95	94	90	92	92	88	95	92	92	92	89	كولومبيا
66	61	51	27	28	85	73	72	75	75	-	75	75	75	79	81	الكونغو
-	-	-	-	-	99	99	3	99	99	99	99	99	99	99	99	الكويت
-	-	x 27	x 62	x 81	-	94	97	95	95	79	84	93	95	98	89	كيريباس
59	56	72	54	66	88	81	78	92	92	45	89	81	92	97	95	كينيا
-	-	-	-	-	-	82	79	96	96	94	98	96	96	97	95	لاتفيا
-	-	-	x 44	x 74	-	82	-	85	80	63	82	81	83	96	-	لبنان
-	-	-	-	-	-	96	89	99	96	90	99	99	99	99	-	لوكسمبورج
62	44	78	60	51	89	84	74	84	84	-	91	84	84	99	92	ليبيريا
-	-	-	-	-	-	96	97	97	97	96	97	97	97	98	99	ليبيا
-	-	-	-	-	-	82	1	92	93	92	92	92	92	95	96	ليتوانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ليختنشتاين
-	-	61	53	63	85	93	70	93	93	82	90	90	93	98	98	ليسوتو
-	-	-	-	-	-	-	-	97	98	95	96	97	97	99	-	مالطة
85	73	53	21	71	85	68	55	71	71	-	70	73	71	82	83	مالي
-	-	-	-	-	92	-	-	99	99	99	96	99	99	99	98	ماليزيا
80	73	46	15	41	78	75	78	75	75	-	62	76	75	81	70	مدغشقر
-	-	68	28	68	86	-	-	95	95	94	94	95	95	96	95	مصر
-	-	-	x 22	x 70	88	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	المغرب
-	-	-	61	73	96	88	77	88	55	99	97	88	88	90	96	المكسيك
82	68	54	65	78	89	92	90	92	92	72	87	91	92	96	92	ملايو
-	-	86	75	x 22	99	-	-	99	99	99	99	99	99	99	99	ملديف
-	-	-	-	-	-	98	97	96	97	97	98	98	96	96	98	المملكة العربية السعودية
-	-	-	-	-	-	92	91	94	-	88	92	94	94	98	-	المملكة المتحدة
-	-	-	42	70	-	26	-	99	99	98	99	99	99	99	99	منغوليا
49	18	35	25	34	80	77	76	81	81	-	78	81	81	89	90	موريتانيا
-	-	-	-	-	95	96	95	97	97	99	99	98	97	98	99	موريشيوس
82	73	69	46	57	86	80	80	80	80	59	85	80	80	90	95	موزامبيق
-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	79	87	99	99	99	89	موناكو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مونتسيرات
27	19	65	62	58	90	91	-	91	91	87	93	91	91	95	90	ميانمار
24	6	63	72	68	88	61	92	89	89	50	82	84	89	94	94	ناميبيا
-	-	x 51	x 23	x 69	-	-	-	90	90	94	99	90	90	99	99	ناورو
-	-	-	-	-	-	94	93	96	-	93	96	96	96	99	-	النرويج
-	-	-	-	-	-	-	61	85	85	84	94	85	85	90	-	النمسا
-	-	80	37	85	89	82	-	91	91	69	91	91	91	96	96	نيبال
87	96	75	41	59	81	79	79	79	79	48	77	79	79	91	87	النيجر
65	49	72	40	73	60	57	-	57	57	-	65	57	57	70	53	نيجيريا
-	-	-	x 65	x 58	90	98	98	98	98	95	99	99	98	99	98	نيكاراغوا

تغطية التدخلات		التحصين ضد الأمراض الممكنة الوقائية منها باللقاح (%) # 2018																
الملايا 2013-2018 *			الإسهال 2013-2018 *	ذات الرئة 2013-2018 *	التحصين ضد الأمراض الممكنة الوقائية منها باللقاح (%) # 2018													
الأسر المعيشية التي تملك على الأقل واحدة معالجة بمبيد حشري (%)	الأطفال الذين ينمون تحت ناموسيات معالجة بمبيد حشري (%)	التماس الرعاية للأطفال المصابين بالحمى (%)	علاج الإسهال بالأملاح الإمهامة الفموية (ORS) (%)	التماس الرعاية للأطفال الذين يعانون من أعراض الالتهاب التنفسي الحاد (ARI) (%)	الحماية عند الولادة ضد الكزاز ^أ	PCV3	الروتا	Hib3	HepB3	MCV2 ^د	MCV1	Polio3	DTP3	DTP1	BCG	البلدان والمناطق		
-	-	-	-	-	-	96	86	92	93	90	92	93	93	95	99	-	نيوزيلندا	
-	-	-	-	-	-	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	-	نيوي	
31	18	40	39	37	81	1	58	64	64	38	69	64	64	84	83	هايتي		
1	5	73	51	78	90	6	35	89	89	80	90	89	89	92	92	الهند		
-	-	x 62	x 60	x 64	99	90	91	90	90	94	89	90	90	94	94	هندوراس		
-	-	-	-	-	-	99	-	99	-	99	99	99	99	99	99	هنغاريا		
-	-	-	-	-	-	93	-	93	92	89	93	93	93	97	-	هولندا		
-	-	-	-	-	-	92	73	92	91	94	92	93	94	97	-	الولايات المتحدة		
-	-	-	-	-	-	67	52	59	83	48	73	75	75	97	80	ولايات ميكرونيزيا الموحدة		
-	-	-	-	-	-	98	-	99	-	93	97	97	99	99	99	اليابان		
-	-	33	25	34	70	64	64	65	65	46	64	59	65	75	64	اليمن		
-	-	-	-	-	-	96	20	99	96	83	97	99	99	99	-	اليونان		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
-	-	-	-	-	89**	14	1	35	88	87	92	92	91	93	93	ملخص		
-	-	-	-	-	-	77	24	76	84	91	95	93	94	97	93	شرق آسيا والمحيط الهادئ		
-	-	-	-	-	-	72	16	61	94	94	96	93	93	96	96	أوروبا وآسيا الوسطى		
-	-	-	-	-	-	84	35	94	71	88	94	94	95	98	69	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى		
-	-	-	-	-	-	92	79	73	85	78	78	89	85	90	91	أوروبا الغربية		
-	-	-	-	-	87	39	32	90	90	87	89	88	90	94	93	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي		
-	-	-	28	59	87	91	74	92	89	93	92	93	94	97	-	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا		
-	-	-	-	-	-	91	74	92	89	93	92	93	94	97	-	أمريكا الشمالية		
2	4	73	50	75	89	29	36	87	87	78	87	87	87	91	91	جنوب آسيا		
68	53	60	38	57	81	72	50	76	76	26	74	74	76	84	79	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى		
67	51	60	40	56	86	77	74	81	81	40	77	78	81	88	86	شرق أفريقيا والجزء الأفريقي		
70	55	61	36	58	76	67	28	70	70	12	71	70	70	79	73	غرب ووسط أفريقيا		
64	51	57	42	51	86	76	50	80	80	40	78	79	80	87	86	أقل البلدان نمواً		
-	-	67	44	68	86**	47	35	72	84	69	86	85	86	90	89	العالم		

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في فئات الأقاليم والأقاليم الفرعية والبلدان، يرجى الاطلاع على الصفحة 182 أو زيارة data.unicef.org/regionalclassifications. لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

ملاحظات	مصادر البيانات الرئيسية	تعريفات المؤشرات
<p>البيانات غير متوفرة أو اللقاح غير موجود في الجدول الوطني.</p> <p>x تشير البيانات إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. لا تدخل هذه البيانات في حساب متوسطات الأقاليم والمتوسطات العالمية. التقديرات من سنوات البيانات قبل عام 2000 غير معروضة.</p> <p>β لحساب تغطية التطعيم إقليمياً وعالمياً، تعتبر التغطية الوطنية 0% بالنسبة للبلدان التي لم تدخل اللقاح في جدولها الوطني لللقاحات أو لم تبلغ عن نسبة التغطية، باستثناء لقاح BCG الموصى به فقط في البلدان أو السياقات ذات النسب العالية للإصابة بالسل أو يرتفع فيها عبء الجذام. استخدمت تقديرات تقرير التوقعات السكانية في العالم (2019) لأعداد السكان المستهدفين في حساب المجاميع العالمية والإقليمية.</p> <p>α بصفة عامة، يوصى بإعطاء الجرعة الثانية من اللقاح المحتوي على فيروس الحصبة أثناء السنة الثانية من حياة الطفل؛ ومع ذلك، يجري إعطاء هذه الجرعة الثانية في العديد من البلدان بعد السنة الثانية من حياة الطفل. استخدمت تقديرات تقرير التوقعات السكانية في العالم (2019) للسكان المستهدفين في السنة الثانية من العمر في حساب المجاميع الإقليمية والعالمية.</p> <p>λ تستخدم منظمة الصحة العالمية واليونيسف عملية معقدة تستفيد من البيانات الإدارية والمسوحات (العادية والتكميلية)، والمسوحات المصلية، ومعلومات عن لقاحات أخرى بغية حساب نسبة المواليد الذين يمكن اعتبارهم محصنين ضد الكزاز لأن النساء الحوامل أعطين جرعتين أو أكثر من لقاح دوفاك الكزاز (TT). ويمكن الاطلاع على شرح كامل لهذا الأسلوب على الموقع الإلكتروني http://who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/en.</p> <p>* تشير البيانات إلى أحدث سنة تتوفر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.</p> <p>** باستثناء الصين.</p>	<p>التحصين: تقديرات منظمة الصحة العالمية واليونيسف للتغطية الوطنية للتحصين، تتفق عام 2018. آخر تحديث: تموز / يوليو 2019.</p> <p>التماس الرعاية للأطفال الذين يعانون من أعراض الالتهابات التنفسية الحادة: الاستقصاءات الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات وغيرها من المسوح الوطنية للأسر المعيشية. آخر تحديث: أيار / مايو 2019.</p> <p>التماس الرعاية للأطفال المصابين بالحمى: الاستقصاءات الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات وغيرها من المسوح الوطنية للأسر المعيشية. آخر تحديث: أيار / مايو 2019.</p> <p>الأطفال الذين ينمون تحت ناموسيات معالجة بمبيد حشري: الاستقصاءات الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات وغيرها من المسوحات الوطنية للأسر المعيشية. آخر تحديث: أيار / مايو 2019.</p> <p>واحدة معالجة بمبيد حشري: الاستقصاءات الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات وغيرها من المسوحات الوطنية للأسر المعيشية. آخر تحديث: أيار / مايو 2019.</p>	<p>لقاح BCG ضد السل: النسبة المئوية من المواليد الأحياء الذين تلقوا لقاح (بي سي جي) المستخلص من عصيات كالميت-غيران المضاد للسل.</p> <p>اللقاح الثلاثي (جرعة واحدة) (DTP1): النسبة المئوية من الرضع الذين يتلقون على قيد الحياة، ويتلقون الجرعة الأولى من اللقاح المضاد للختناق والشاهوق والكرزاز.</p> <p>اللقاح الثلاثي (ثلاث جرعات) (DTP3): النسبة المئوية من الرضع الذين يتلقون على قيد الحياة، ويتلقون ثلاث جرعات من اللقاح المضاد للختناق والشاهوق والكرزاز.</p> <p>لقاح شلل الأطفال (ثلاث جرعات) (Polio3): النسبة المئوية من الرضع الذين يتلقون على قيد الحياة، وتلقوا ثلاث جرعات من اللقاح المضاد لشلل الأطفال.</p> <p>اللقاح المحتوي على فيروس الحصبة (جرعة واحدة) (MCV1): النسبة المئوية من الرضع الذين يتلقون على قيد الحياة، وتلقوا الجرعة الأولى من اللقاح المحتوي على فيروس الحصبة.</p> <p>اللقاح المحتوي على فيروس الحصبة (جرعتان) (MCV2): النسبة المئوية من الرضع الذين يتلقون على قيد الحياة، وتلقوا الجرعة الثانية من اللقاح المحتوي على فيروس الحصبة وفقاً للجدول الوطني.</p> <p>لقاح التهاب الكبد B (ثلاث جرعات) (HepB3): النسبة المئوية من الرضع الذين يتلقون على قيد الحياة، وتلقوا ثلاث جرعات من اللقاح المضاد لالتهاب الكبد B.</p> <p>لقاح النزلة الربوية من نوع باء (Hib3): النسبة المئوية من الرضع الذين يتلقون على قيد الحياة، وتلقوا ثلاث جرعات من اللقاح المضاد للنزلة الربوية من نوع باء.</p> <p>اللقاح المضاد للروتavirus (Rota): النسبة المئوية من الرضع الذين يتلقون على قيد الحياة، وتلقوا الجرعة الأخيرة من اللقاح المضاد للروتavirus، وبحسب ما هو موصى.</p>

الجدول 5. فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة الإيدز: الوبائيات

عدد الأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية 2018				الوفيات المرتبطة بالإيدز لكل 100,000 نسمة 2018				عدد الإصابات بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1,000 من السكان غير المصابين 2018				البلدان والمناطق
الأولاد المراهقون 19-10	الفتيات المراهقات 19-10	المراهقون والمراهقات 19-10	أطفال 14-0	الأولاد المراهقون 19-10	الفتيات المراهقات 19-10	المراهقون والمراهقات 19-10	أطفال 14-0	الأولاد المراهقون 19-10	الفتيات المراهقات 19-10	المراهقون والمراهقات 19-10	أطفال 14-0	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تيمور-لشتي
500	500	500	500	0.40	0.42	0.41	1.14	0.42	0.41	0.42	0.11	جامايكا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الجيل الأسود
100	200	200	500	0.01	0.01	0.02	0.14	0.01	0.02	0.02	0.01	الجزائر
100	100	200	200	7.61	7.94	9.72	21.03	0.22	0.23	0.26	0.79	جزر البهاما
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر القمر
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر تركس وكايكوس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر سليمان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر فرجن البريطانية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر كوك
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر مارشال
3,800	4,500	8,300	11,000	35.97	27.71	31.89	43.69	0.57	1.31	0.94	1.46	جمهورية أفريقيا الوسطى
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الجمهورية التشيكية
1,100	1,300	2,300	1,400	1.23	1.36	1.30	2.14	0.31	0.38	0.35	0.09	الجمهورية الدومينيكية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الجمهورية العربية السورية
20,000	25,000	44,000	64,000	6.92	7.07	7.00	9.85	0.07	0.43	0.25	0.42	جمهورية الكونغو الديمقراطية
500	500	660	880	0.17	0.15	0.16	0.23	0.02	0.02	0.02	0.01	جمهورية إيران الإسلامية
39,000	54,000	93,000	92,000	16.08	15.44	15.77	22.45	1.01	2.79	1.91	0.95	جمهورية تنزانيا المتحدة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية فنزويلا البوليفارية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية كوريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية
200	500	500	700	0.53	0.69	0.61	2.11	0.07	0.09	0.08	0.09	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
100	100	200	500	0.91	0.98	0.71	3.91	0.06	0.12	0.09	0.17	جمهورية مولدوفا
110,000	200,000	310,000	260,000	19.50	28.58	24.01	26.80	1.87	15.70	8.61	2.48	جنوب أفريقيا
4,500	6,100	11,000	16,000	13.59	13.68	13.63	35.91	0.74	1.73	1.23	1.34	جنوب السودان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جورجيا
500	500	690	810	16.57	15.88	16.23	20.97	0.23	0.53	0.38	0.86	جيبوتي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الدانمرك
500	500	680	620	0.88	0.82	0.85	1.10	0.06	0.06	0.06	0.04	دولة بوليفيا متعددة القوميات
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	دولة فلسطين
100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	دومينيكا
6,000	7,200	13,000	12,000	8.91	8.01	8.46	5.91	0.08	0.59	0.34	0.20	رواندا
500	500	500	100	0.09	0.10	0.09	0.07	0.02	0.03	0.02	0.01	رومانيا
25,000	39,000	64,000	62,000	24.16	24.69	24.50	36.43	1.82	6.79	4.31	1.68	زامبيا
36,000	46,000	81,000	84,000	50.21	49.01	49.51	53.17	1.42	5.94	3.67	2.02	زيمبابوي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ساموا
100	100	100	100	3.64	3.68	3.66	3.11	0.16	0.08	0.12	0.06	سان تومي وبرينسيبي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سان مارينو
100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	سانت فنسنت وجزر غرينادين
100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	سانت كيتس ونيفس
100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	سانت لوسيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سري لانكا
500	500	830	610	0.94	0.81	0.79	2.68	0.25	0.17	0.21	0.10	السلفادور
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سلوفاكيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سلوفينيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سنغافورة
1,400	1,700	3,200	4,500	2.92	2.64	2.78	5.38	0.03	0.15	0.09	0.16	السنغال
850	1,100	2,000	4,200	0.66	0.69	0.67	3.04	0.05	0.09	0.07	0.13	السودان
100	100	100	100	0.01	0.01	0.01	1.32	0.23	0.35	0.27	0.08	سورينام
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	السويد
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سويسرا
2,500	4,000	6,500	6,600	10.62	9.96	10.29	17.90	0.65	1.79	1.22	0.59	سيراليون
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سيشيل
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	شمال مقدونيا
500	200	500	500	0.08	0.08	0.08	0.46	0.15	0.08	0.12	0.02	ثيبي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	صربيا
500	500	940	1,300	1.38	1.33	1.36	1.79	0.01	0.03	0.01	0.05	الصومال
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الصين
100	100	200	540	0.11	0.11	0.06	0.55	0.02	0.02	0.02	0.04	طاجيكستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	العراق
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	عمان
840	1,400	2,200	3,200	18.78	19.59	18.93	37.50	0.19	2.28	1.22	1.43	غانون
500	520	920	1,900	7.78	6.68	7.04	17.64	0.09	0.56	0.33	0.77	غامبيا

الجدول 5. فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة الإيدز: الوبائيات

عدد الأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية 2018				الوفيات المرتبطة بالإيدز لكل 100,000 نسمة 2018				عدد الإصابات بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1,000 من السكان غير المصابين 2018				البلدان والمناطق
الأولاد المراهقون 19-10	الفتيات المراهقات 19-10	المراهقون والمراهقات 19-10	أطفال 14-0	الأولاد المراهقون 19-10	الفتيات المراهقات 19-10	المراهقون والمراهقات 19-10	أطفال 14-0	الأولاد المراهقون 19-10	الفتيات المراهقات 19-10	المراهقون والمراهقات 19-10	أطفال 14-0	
8,400	13,000	21,000	30,000	16.27	13.61	14.97	24.53	0.16	1.26	0.69	0.81	غانا
100	100	100	100	0.01	0.01	0.01	3.19	0.21	0.01	0.11	0.09	غرينادا
930	990	1,900	2,000	1.31	1.41	1.36	2.86	0.05	0.08	0.07	0.11	غواتيمالا
100	200	500	500	1.37	1.40	2.08	8.18	0.20	0.42	0.31	0.37	غيانا
3,100	4,800	7,800	10,000	8.08	8.56	8.32	17.30	0.21	1.06	0.63	0.62	غينيا
1,100	1,400	2,500	5,300	40.69	31.55	36.17	110.08	1.60	4.13	2.86	4.89	غينيا الاستوائية
1,400	1,600	3,000	5,700	36.08	31.39	33.74	57.90	0.56	1.31	0.93	2.46	غينيا-بيساو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	فانواتو
500	500	600	500	0.02	0.02	0.01	0.13	0.06	0.05	0.05	0.01	فرنسا
6,200	500	6,700	500	0.54	0.07	0.31	0.14	0.55	0.04	0.30	0.01	الفلبين
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	فلندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	فيجي
1,400	1,600	3,000	5,000	0.10	0.16	0.13	0.50	0.02	0.04	0.03	0.04	فييت نام
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	قبرص
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	قطر
100	100	200	500	0.01	0.01	0.09	0.48	0.02	0.03	0.02	0.03	قبر غيزستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	كابو فيردي
100	200	200	500	0.01	0.01	0.04	0.45	0.03	0.05	0.04	0.03	كازاخستان
14,000	21,000	35,000	43,000	22.51	22.42	22.46	35.35	0.37	2.25	1.30	1.18	الكاميرون
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الكرسي الرسولي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	كرواتيا
1,600	1,600	3,100	3,300	0.82	0.65	0.74	0.71	0.02	0.04	0.03	0.06	كمبوديا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	كندا
100	100	200	100	0.16	0.17	0.08	0.33	0.09	0.06	0.08	0.01	كوبا
11,000	14,000	26,000	31,000	19.51	16.12	17.82	22.72	0.16	1.07	0.61	0.68	كوت ديفوار
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	كوستاريكا
1,600	1,400	3,100	3,600	-	-	-	-	0.08	0.03	0.05	0.14	كولومبيا
1,900	3,500	5,400	7,700	15.50	16.29	15.89	40.11	0.23	2.30	1.26	1.43	الكونغو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الكويت
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	كيريباس
57,000	71,000	130,000	120,000	27.94	25.31	26.64	27.56	0.56	2.33	1.45	1.12	كينيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	لاتفيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	لبنان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	لوكسمبورج
1,400	1,900	3,300	3,700	13.99	10.60	12.33	14.66	0.26	0.90	0.58	0.40	ليبيريا
100	100	200	500	0.17	0.18	0.27	1.06	0.03	0.03	0.03	0.04	ليبيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ليتوانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ليختنشتاين
4,800	8,300	13,000	12,000	48.77	53.65	51.44	95.13	2.52	14.00	8.10	6.31	ليسوتو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مالطة
5,300	8,800	14,000	19,000	9.17	9.43	9.30	24.84	0.47	1.85	1.15	1.03	مالي
2,200	500	2,500	500	0.43	0.07	0.25	0.06	0.56	0.01	0.28	دون 0.01	ماليزيا
2,200	1,600	3,800	1,900	1.01	0.82	0.94	2.51	0.57	0.37	0.47	0.11	مدغشقر
200	200	500	500	0.01	0.02	0.02	0.22	0.02	0.02	0.02	0.01	مصر
500	500	700	560	0.06	0.07	0.07	0.14	0.05	0.05	0.05	0.02	المغرب
1,400	1,000	2,400	2,300	-	-	-	-	0.05	0.02	0.03	0.02	المكسيك
31,000	44,000	75,000	74,000	24.79	25.00	24.90	31.39	0.56	4.75	2.64	1.20	ملديف
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	المملكة العربية السعودية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	المملكة المتحدة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	منغوليا
100	100	200	500	0.88	0.68	0.78	1.37	0.01	0.01	0.01	0.06	موريتانيا
100	100	100	100	1.05	1.09	1.60	2.97	0.14	0.23	0.19	0.15	موريشوس
43,000	86,000	130,000	140,000	35.29	39.24	37.24	62.88	2.84	11.63	7.16	3.05	موزامبيق
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	موناكو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مونتسيرات
5,300	5,500	11,000	9,800	1.61	1.58	1.59	2.75	0.45	0.41	0.43	0.18	ميانمار
4,700	5,900	11,000	11,000	30.11	35.15	32.44	35.75	1.68	4.97	3.32	1.24	ناميبيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ناورو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	النرويج
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	النمسا
500	520	1,000	1,400	0.21	0.22	0.20	0.48	0.01	0.02	0.02	0.03	نيبال
1,000	1,100	2,200	2,500	1.56	1.36	1.46	2.01	0.03	0.06	0.05	0.09	النيجر

عدد الأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية 2018				الوفيات المرتبطة بالإيدز لكل 100,000 نسمة 2018				عدد الإصابات بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1,000 من السكان غير المصابين 2018				البلدان والمناطق
الأولاد المراهقون 19-10	الفتيات المراهقات 19-10	المراهقون والمراهقات 19-10	أطفال 0-14	الأولاد المراهقون 19-10	الفتيات المراهقات 19-10	المراهقون والمراهقات 19-10	أطفال 14-0	الأولاد المراهقون 19-10	الفتيات المراهقات 19-10	المراهقون والمراهقات 19-10	أطفال 0-14	
51,000	70,000	120,000	140,000	7.25	6.87	7.05	17.04	0.53	1.30	0.90	0.79	نيجيريا
دون 100	دون 100	دون 200	دون 500	0.16	0.17	0.24	0.53	0.03	0.03	0.03	0.02	نيكاراغوا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	نيوزيلندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	نيوي
3,200	5,100	8,300	8,700	6.33	6.14	6.28	14.38	0.22	1.38	0.80	0.69	هايتي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الهند
710	610	1,300	890	0.79	0.71	0.75	1.98	0.18	0.12	0.15	0.07	هندوراس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	هنغاريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	هولندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الولايات المتحدة ولايات ميكرونيزيا المتحدة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	اليونان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	اليابان
500	دون 200	680	دون 500	0.12	0.06	0.11	0.38	0.10	0.03	0.07	0.02	اليمن
ملخص												
36,000	25,000	62,000	50,000	0.29	0.25	0.27	0.84	0.13	0.07	0.10	0.04	شرق آسيا والمحيط الهادئ
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أوروبا وآسيا الوسطى
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أوروبا الغربية
23,000	25,000	48,000	42,000	0.62	0.63	0.63	1.68	0.12	0.13	0.12	0.08	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
1,800	1,500	3,300	3,500	0.06	0.05	0.06	0.23	0.03	0.02	0.03	0.01	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أمريكا الشمالية
31,000	30,000	61,000	64,000	0.15	0.15	0.15	0.54	0.04	0.05	0.05	0.03	جنوب آسيا
580,000	880,000	1,460,000	1,550,000	12.45	12.53	12.48	19.69	0.52	2.33	1.42	0.85	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
440,000	680,000	1,120,000	1,110,000	15.35	16.08	15.72	22.65	0.72	3.57	2.14	1.03	شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي
140,000	200,000	340,000	440,000	9.52	8.86	9.19	16.76	0.32	1.04	0.67	0.67	غرب ووسط أفريقيا
290,000	430,000	720,000	810,000	7.36	7.38	7.37	13.04	0.15	0.58	0.36	0.20	أقل البلدان نمواً
680,000	970,000	1,650,000	1,730,000	2.64	2.76	2.69	5.18	0.16	0.51	0.33	0.25	العالم

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في فئات الأقاليم والأقاليم الفرعية والبلدان، يرجى الاطلاع على الصفحة 182 أو زيارة <data.unicef.org/regionalclassifications>.
لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

مصادر البيانات الرئيسية

حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1,000 من السكان غير المصابين: تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز للعام 2019. آخر تحديث: تموز / يوليو 2019.

الوفيات المرتبطة بالإيدز لكل 100,000 نسمة: تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز للعام 2019. آخر تحديث: تموز / يوليو 2019.

عدد الأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية: تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز للعام 2019. آخر تحديث: تموز / يوليو 2019.

ملاحظات

- البيانات غير متوفرة.
بسبب تقريب التقديرات، قد لا يؤدي جمع البيانات المصنفة إلى الوصول إلى ذات المجموع.

تعريفات المؤشرات

حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1,000 من السكان غير المصابين: العدد المقتر من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1,000 من السكان غير المصابين والمعرضين لخطر الإصابة.

الوفيات المرتبطة بمتلازمة الإيدز لكل 100,000 نسمة: العدد التقديري للوفيات المرتبطة بالإيدز لكل 100,000 نسمة.

عدد الأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية: العدد التقديري للأطفال المصابين بالفيروس.

الجدول 6. فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة الإيدز: تغطية التدخلات

البلدان والمناطق	النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية ويتلقن العقاقير المضادة للفيروسات الرجعية (مكافحة انتقال المرض من الأم إلى الطفل) (2018 (%))		التشخيص المبكر لفيروس نقص المناعة البشرية عند الرضع (2018 (%))		الأطفال المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية ويتلقون العلاج المضاد للفيروسات الرجعية (2018 (%))		المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية بين المراهقين بعمر 15-19 عاماً (2018-2012 (%))		استخدام الواقي الذكري بين المراهقين بعمر 15-19 متعددي الشركاء الجنسيين (2018-2012 (%))		المراهقون بعمر 15-19 الذين أجروا فحصاً للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية خلال الأشهر الـ 12 الماضية وتلقوا النتائج (%) * 2018-2012	
	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور
الاتحاد الروسي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
إثيوبيا	-	-	-	p	56.9	24.0	37.6	-	59.3	60.8	91.7	12.4
أنريبيجان	-	-	-	-	x	3.1	x	2.1	-	-	-	-
الأرجنتين	-	-	-	-	-	35.7	-	-	92.1	70.6	95	-
الأردن	-	-	-	-	y	1.9	y	7.7	-	-	-	-
أرمينيا	-	-	-	-	-	14.7	-	8.9	-	-	-	0.6
إريتريا	-	-	-	-	x	22.3	x	31.9	-	37.2	20.2	47.9
إسبانيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أستراليا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
إستونيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
إسرائيل	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
إسواتيني	-	-	-	px	92.4	44.5	44.4	83.6	75.7	78.0	79.2	40.8
أفغانستان	y	1.2	y	0.0	-	0.6	y	4.3	34.5	17.2	1.2	11.1
إكوادور	-	-	-	-	-	-	-	-	82.3	-	95	فوق
اليابا	-	-	-	-	-	35.3	19.6	-	-	-	-	1.0
ألمانيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الإمارات العربية المتحدة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أنغيوا وبربودا	-	-	x	53.8	x	100	x	40.2	x	55.1	-	دون 1
أندورا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
إندونيسيا	-	-	-	-	-	9.4	4.0	السنة التحضيرية	22.1	1.2	15.4	-
أنغولا	-	-	-	-	-	31.1	29.4	-	12.9	1.4	38.2	15.7
أنغويلا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أوروغواي	-	-	p	66.8	-	36.4	-	-	63.9	75.0	95	فوق
أوزبكستان	-	-	-	-	-	-	-	فوق 95	92.8	31.3	35.4	-
أوغندا	-	-	-	-	-	40.7	40.2	-	65.7	44.8	92.9	39.4
أوكرانيا	-	-	-	-	-	42.6	36.6	-	فوق 95	65.0	95	فوق
إيرلندا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.9
آيسلندا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
إيطاليا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
باهوا غينيا الجديدة	-	-	-	-	-	-	-	-	49.2	74.6	78.6	-
باراغواي	-	-	-	61.0	-	24.9	-	27.7	43.0	59.8	87.5	9
باكستان	y	0.2	السنة التحضيرية	0.0	-	y	1.0	y	0.2	9.6	11.2	10.0
بالاو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
البحرين	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
البرازيل	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بربادوس	-	-	-	-	-	65.6	-	-	-	-	-	9.7
البرتغال	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بروني دار السلام	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بلجيكا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بلغاريا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بنين	-	-	-	-	-	39.7	43.5	-	33.9	-	43.9	12.9
بنغلاديش	-	-	-	-	y	12	-	77.5	32.9	25.2	28.3	-
بنما	-	-	-	-	-	-	-	فوق 95	75.8	90.1	92.1	-
بنن	-	-	-	-	-	14.1	14.4	-	44.1	64.9	95	فوق
بوتان	x	3.4	-	-	x	21.9	-	-	-	-	-	-
بوتسوانا	-	-	-	-	-	-	-	63.3	37.9	76.5	95	فوق
بوركيينا فاسو	x	7.9	x	4.0	x	57.3	x	76.4	px	29	x	30.8
بوروندي	-	-	-	-	-	46.3	50.2	-	30.4	-	79.7	13.2
اليويسنة والهرسك	-	-	-	-	-	42.3	41	-	-	-	-	0.0
بولندا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بيرو	-	-	-	-	-	-	-	فوق 95	47.6	82.2	84.6	-
بيلاروس	-	-	-	-	-	50.8	52.8	-	88.1	92.3	90.3	15.1
تاييلاند	-	-	-	-	-	46.5	45.0	84.8	82.6	فوق 95	فوق 95	6.3
تركمانستان	-	-	-	-	-	18.6	-	-	-	-	-	4.8
تركيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ترينيداد وتوباغو	x	10.0	-	-	x	55.3	-	-	-	-	-	-
تشاد	-	-	p	53.6	-	10.2	11.6	-	16.3	-	55.8	5.3
توغو	-	-	px	46.5	-	22.8	27.9	-	33.6	46.0	80.3	11.2
توفالو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
توكيلاو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
تونس	-	-	-	-	-	13.0	12.2	-	-	-	-	0.3

الجدول 6. فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة الإيدز: تغطية التدخلات

البلدان والمناطق	النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية ويتلقون العقاقير المضادة للفيروسات الرجعية (مكافحة انتقال المرض من الأم إلى الطفل) (2018 (%))		التشخيص المبكر لفيروس نقص المناعة البشرية عند الوضع (2018 (%))		الأطفال المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية ويتلقون العلاج المضاد للفيروسات الرجعية (2018 (%))		المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية بين المراهقين بعمر 15-19 عاماً (2012-2018 (%))		استخدام الواقي الذكري بين المراهقين بعمر 15-19 متحدي الشركاء الجنسيين (%) (2012-2018 *)		المراهقون بعمر 15-19 الذين أجروا فحصاً للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية خلال الأشهر الـ 12 الماضية وتلقوا النتائج (%) (2012-2018 *)	
	أطفال 0-14	المراهقون و المراهقات 10-19	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
غابون	17.4	57.1	34.8	28.8	77.3	58.3	6.1	20.4				
غامبيا	28.2	29.5	26.5	21.9	—	—	1.9	5.9				
غانا	58.2	19.9	24.5	18.1	x 24.4	x 21.6	1.3	4.5				
غرينادا	فوق 95	36.4	66.7	x 58.5	x 80.0	x 92.3	—	—				
غواتيمالا	23.5	36.4	17.5	19.8	p 66.3	p 38	2.3	4.8				
غيانا	61.2	37.5	33.2	47.6	p 82.6	—	10.1	15.8				
غيينيا	15.0	20.3	27.2	14.0	p 46.2	17.9	0.9	4.7				
غيينيا الاستوائية	50.1	14.4	—	—	—	—	—	—				
غيينيا-بيساو	47.7	6.1	19.3	20.3	59.5	40.9	1.8	4.8				
فلواتو	—	—	—	—	—	—	—	—				
فرنسا	—	—	—	—	—	—	—	—				
الغالين	18.5	20.3	5.8	15.7	px 34.3	—	—	0.3				
فنلندا	—	—	—	—	—	—	—	—				
فيجي	—	—	—	—	—	—	—	—				
فييت نام	81.0	91.7	—	50.5	—	—	—	3.8				
قبرص	—	—	—	—	—	—	—	—				
قطر	—	—	—	9.7	—	—	—	—				
قيرغيزستان	82.1	فوق 95	18.3	17.0	—	—	0.9	10.5				
كابو فيردي	—	—	—	—	—	—	—	—				
كازاخستان	51.5	فوق 95	29.5	19.6	px 93.6	—	x 13.8	10.9				
الكاميرون	61.3	23.8	x 29.8	x 25.7	x 69.6	x 52	x 1.9	x 3				
الكرسي الرسولي	—	—	—	—	—	—	—	—				
كرواتيا	—	—	—	—	—	—	—	—				
كمبوديا	85.1	91.6	42.4	32.7	—	—	2.9	6.7				
كندا	—	—	—	—	—	—	—	—				
كوبا	فوق 95	فوق 95	47.9	59.2	—	79.2	15.5	18.7				
كوت ديفوار	89.8	40.0	31.5	24.4	72.7	30.4	7.9	16.3				
كوستاريكا	—	—	—	x 29.1	—	58.6	px 58.6	x 9.4				
كولومبيا	21.3	40.6	25.9	27.7	65.9	44.7	—	x 8.1				
الكونغو	25.0	25.5	41.9	26	54.7	48.9	3.8	7.4				
الكويت	—	—	—	—	—	—	—	—				
كيريبياس	—	—	—	—	—	—	—	—				
كينيا	91.2	60.7	57.7	49.0	64.1	26.1	26.6	35.3				
لاتفيا	—	—	—	—	—	—	—	—				
لبنان	—	—	—	—	—	—	—	—				
لوكسمبورج	—	—	—	—	—	—	—	—				
ليبيريا	93.2	18.2	19.0	34.6	p 21.6	27.1	3.6	13.1				
ليبيا	62.7	32.6	—	—	—	—	—	—				
ليتوانيا	—	—	—	—	—	—	—	—				
ليختنشتاين	—	—	—	—	—	—	—	—				
ليسوتو	77.2	70.0	29.7	34.8	79.7	57.9	24.9	40.5				
مالطة	—	—	—	—	—	—	—	—				
مالي	23.7	18.0	26.7	20.7	47.0	25.7	1.6	5.0				
ماليزيا	فوق 95	فوق 95	—	—	—	—	—	—				
مدغشقر	25.0	4.7	24	20.9	5.2	5.5	0.8	2.0				
مصر	16.3	39.0	—	y 2.8	—	—	—	—				
المغرب	61.0	فوق 95	—	x 12.2	—	—	—	—				
المكسيك	—	—	فوق 95	27.6	—	36.3	—	6.9				
ملاوي	فوق 95	61.0	43.1	38.9	59.1	44	22	31.9				
ملديف	—	—	21.3	26.9	—	—	1.8	2.7				
المملكة العربية السعودية	—	—	—	—	—	—	—	—				
المملكة المتحدة	—	—	—	—	—	—	—	—				
منغوليا	—	—	17.3	17.5	p 77.8	—	4.6	6.5				
موريتانيا	37.5	54.3	7.4	7.0	—	—	1.0	2.4				
موريتانيوس	فوق 95	44.9	—	—	—	—	—	—				
موزامبيق	فوق 95	60.2	28.0	27.7	38.6	43.2	10.1	25.3				
موناكو	—	—	—	—	—	—	—	—				
مونتسيرات	—	—	—	—	—	—	—	—				
ميانمار	79.7	80.1	14.3	13.4	—	—	2.0	0.9				
ناميبيا	فوق 95	77.9	61.0	55.9	p 75.1	p 61.4	13.9	28.5				
ناورو	—	—	—	—	—	—	—	—				
النرويج	—	—	—	—	—	—	—	—				

البلدان والمناطق	النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية ويتلقن العقاقير المضادة للفيروسات الرجعية (لمكافحة انتقال المرض من الأم إلى الطفل) (2018 (%))		التشخيص المبكر لفيروس نقص المناعة البشرية عند الرضع (2018 (%))		الأطفال المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية ويتلقون العلاج المضاد للفيروسات الرجعية (2018 (%))		المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية بين المراهقين بعمر 15-19 عاماً (2018-2012 (%))		استخدام الواقي الذكري بين المراهقين بعمر 15-19 متعددي الشركاء الجسديين (%) (2018-2012)*		المراهقون بعمر 15-19 الذين أجروا فحصاً للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية خلال الأشهر الـ 12 الماضية وتلقوا النتائج (%) (2018-2012)*	
	المرضى	المرضى	المرضى	المرضى	المرضى	المرضى	المرضى	المرضى	المرضى	المرضى	المرضى	المرضى
النمسا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
نيجال	50.7	70.8	91.2	24.3	18.3	24.3	-	-	-	-	-	2.5
النيجر	57.7	7.7	52.5	20.3	11.2	20.3	40.3	-	-	-	-	4.1
نيجيريا	43.6	18.1	35.0	24.8	28.1	24.8	34.2	-	-	-	-	7.9
نيكاراغوا	90.4	77.2	54.7	-	16.4	-	-	-	-	-	-	-
نيوزيلندا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
نيوي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
هايتي	83.4	46.1	39.5	33.5	36.2	33.5	39.7	-	-	-	-	12.2
الهند	-	-	-	28.2	18.5	18.5	-	-	-	-	-	1.9
هندوراس	58.7	44.5	40.5	-	-	-	-	-	-	-	-	9.6
هنغاريا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
هولندا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الولايات المتحدة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ولايات ميكرونيزيا الموحدة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
اليابان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
اليمن	12.8	-	33.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
اليونان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ملخص

شرق آسيا والمحيط الهادئ	55.0	36.9	60.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أوروبا وآسيا الوسطى	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أوروبا الغربية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	78.6	48.5	46.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	53.2	35.5	73.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أمريكا الشمالية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
جنوب آسيا	56.2	30.8	91.1	23.6	15.2	15.2	-	-	-	-	-	1.7
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	84.4	60.4	52.0	31.1	28.0	28.0	-	-	-	-	-	15.0
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	91.5	68.8	61.2	37.6	33.0	33.0	-	-	-	-	-	21.9
غرب ووسط أفريقيا	58.8	29.3	28.4	23.6	22.2	22.2	-	-	-	-	-	7.1
أقل البلدان نمواً	88.5	49.8	51.0	27.7	21.5	21.5	-	-	-	-	-	11.6
العالم	82.4	58.7	54.2	24.1	20.3	20.3	-	-	-	-	-	6.7

الحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في فئات الأقاليم والأقاليم الفرعية والبلدان، يرجى الاطلاع على الصفحة 182 أو زيارة <data.unicef.org/regionalclassifications>. لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

تعريفات المؤشرات

النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية ويتلقن العقاقير المضادة للفيروسات الرجعية لمكافحة انتقال العدوى من الأم إلى الطفل: النسبة المئوية للمعترف من النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية اللاتي تلقين أنظمة علاج فعالة (باستثناء الجرعة الأحادية من الزيغراين) من الأدوية المضادة للفيروسات الرجعية (ARVs) لمكافحة انتقال عدوى فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل (PMTCT).

التشخيص المبكر لفيروس نقص المناعة البشرية عند الرضع: النسبة المئوية للأطفال المعرضين لفيروس نقص المناعة البشرية الذين خضعوا لاختبار للفيروس خلال شهرين من الولادة.

الأطفال المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية ويتلقون العلاج المضاد للفيروسات الرجعية: النسبة المئوية للأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية الذين تلقوا العلاج المضاد للفيروسات الرجعية (ART).

المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية بين المراهقين بعمر 15-19 عاماً: النسبة المئوية للمراهقين بعمر 15-19 الذين يجردون بالشكل صحيح طريقتي منع الانتقال الجنسي لفيروس نقص المناعة البشرية، والذين يعرفون أن الشخص الذي يتمتع بصحة جيدة يمكن أن يكون مصاباً بالفيروس ويفرضون المفهومين الخاطئين الأكثر شيوعاً حول انتقاله. استخدام الواقي الذكري بين المراهقين بعمر 15-19 متعددي الشركاء الجسديين: النسبة المئوية للمراهقين بعمر 15-19 الذين كان لديهم أكثر من شريك جنسي في الـ 12 شهراً السابقة وأبلغوا عن استخدام الواقي الذكري في آخر معايشة جنسية.

المراهقون بعمر 15-19 الذين أجروا فحصاً للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية خلال الـ 12 شهراً الماضية وتلقوا النتائج: النسبة المئوية من المراهقين بعمر 15-19 الذين أجروا فحصاً أو أكثر للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية خلال الـ 12 شهراً الماضية وتلقوا نتيجة أخرى.

مصادر البيانات الرئيسية

النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية ويتلقن العقاقير المضادة للفيروسات الرجعية لمكافحة انتقال العدوى من الأم إلى الطفل: تقديرات رصد الإيدز العالمي برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز للعام 2019. آخر تحديث: تموز / يوليو 2019.

التشخيص المبكر لفيروس نقص المناعة البشرية عند الرضع: رصد الإيدز العالمي وتقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز للعام 2019. آخر تحديث: تموز / يوليو 2019.

المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية بين المراهقين بعمر 15-19 عاماً: المسوحات السكانية الممتلئة على المستوى الوطني، بما في ذلك المسوح العنقودية متعددة المؤشرات والاستقصاءات الديمغرافية

والصحية وAIS وغيرها من الدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية للفترة 2012-2018. آخر تحديث: نيسان / أبريل 2019.

استخدام الواقي الذكري بين المراهقين بعمر 15-19 عاماً متعددي الشركاء الجسديين: المسوحات السكانية الممتلئة على المستوى الوطني، بما في ذلك المسوح العنقودية متعددة المؤشرات والاستقصاءات الديمغرافية والصحية وAIS وغيرها من الدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية للفترة 2012-2018. آخر تحديث: نيسان / أبريل 2019.

المراهقون بعمر 15-19 الذين أجروا فحصاً للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية خلال الـ 12 شهراً الماضية وتلقوا النتائج: المسوحات السكانية الممتلئة على المستوى الوطني، بما في ذلك المسوح العنقودية متعددة المؤشرات والاستقصاءات الديمغرافية والصحية وAIS وغيرها من الدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية للفترة 2012-2018. آخر تحديث: نيسان / أبريل 2019.

ملاحظات

y تختلف البيانات عن التعريف المعياري أو تشير إلى جزء من البلد فقط. إذا تدرجت هذه البيانات ضمن الفترة المرجعية المذكورة، فإنها تدخل في حساب متوسطات المناطق والمتوسطات العالمية. * تشير البيانات إلى أحدث سنة تتوفر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.

- البيانات غير متوفرة.
x تشير البيانات إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. لا تدخل هذه البيانات في حساب متوسطات الأقاليم والمتوسطات العالمية. التقديرات من قبل عام 2000 غير معروضة.
p استناداً لمقامات كسرية صغيرة (عادة ما تتراوح بين 25-49 من الحالات غير المرجحة). ولا ترد أية بيانات تستند إلى أقل من 25 حالة غير مرجحة.

الجدول 7. تغذية المواليد والرضع والأطفال الصغار

تغذية الرضع والأطفال الصغار (شهر 0-23) * 2013-2018										الوزن عند الولادة		البلدان والمناطق
انعدام استهلاك الخضروات أو الفاكهة (6-23 شهراً) (%)	النمط الغذائي الأدنى المقبول (6-23 شهراً) (%)	التواتر الأدنى للوجبات (6-23 شهراً) (%)	التنوع الغذائي الأدنى (6-23 شهراً) (%)	متابعة الرضاعة الطبيعية (%) (12-23 شهراً)			البدء بتلقي الأغذية الصلبة أو اللينة (6-8 أشهر) (%)	الرضاعة الطبيعية الحصرية (أقل من 6 أشهر) (%)	البدء المبكر بالرضاعة الطبيعية (%)	عدم تسجيل الوزن عند الولادة * 2018-2010 (%)	انخفاض الوزن عند الولادة (%) 2015	
				أغنى 20 بالمئة	أقتر 20 بالمئة	جميع الأطفال						
-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 25	0	6	الاتحاد الروسي
69	7	45	12	83	84	85	60	57	73	86	-	إثيوبيا
x 38	-	-	x 35	x 15	x 24	x 26	77	12	20	3	7	أذربيجان
-	-	x 68	-	x 33	x 49	x 39	x 97	x 32	x 53	4	7	الأرجنتين
41	23	62	35	33	28	26	83	25	67	5	14	الأردن
22	24	72	36	24	32	29	90	44	41	0	9	أرمينيا
-	-	-	-	-	-	x 86	x 44	x 69	x 93	65	-	إريتريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	8	إسبانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7	أستراليا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	4	إستونيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	8	إسرائيل
-	38	85	48	19	29	28	90	64	48	9	10	إسواتيني
59	15	51	22	70	80	74	61	58	63	86	-	أفغانستان
-	-	-	-	-	-	-	x 74	x 40	x 55	19	11	إكوادور
26	29	51	52	37	38	43	89	37	57	13	5	اليابان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	7	ألمانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	13	الإمارات العربية المتحدة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	أنغيوا وبربودا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	7	أندورا
18	40	72	54	56	74	67	86	51	58	10	10	إندونيسيا
36	13	33	29	53	74	67	79	37	48	45	15	أنغولا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أنغويلا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	77	6	8	أوروغواي
-	-	-	-	x 52	x 66	x 57	x 47	x 24	x 67	x 1	5	أوزبكستان
44	15	42	26	53	77	67	81	65	66	33	-	أوغندا
-	-	x 64	-	x 30	x 31	x 31	x 75	x 20	x 66	3	6	أوكرانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	6	إيرلندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	4	إيسلندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	7	إيطاليا
-	-	-	-	-	-	-	-	x 56	-	-	-	باهوا غينيا الجديدة
16	40	75	52	43	41	33	87	30	50	2	8	باراغواي
61	13	63	15	52	75	63	65	47	20	84	-	باكستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بالاو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	12	البحرين
-	-	-	-	-	-	-	x 94	x 39	x 43	3	8	البرازيل
-	-	x 61	-	x p	x p	x 41	x 90	x 20	x 40	2	-	بربادوس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	9	البرتغال
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	11	بروني دار السلام
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	7	بلجيكا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	10	بلغاريا
30	-	x 68	58	37	59	47	79	33	68	1	9	بنلزي
53	23	64	27	85	94	92	65	55	51	68	28	بنغلاديش
-	-	64	-	18	57	41	78	21	47	9	10	بنما
54	15	45	26	52	77	69	56	41	54	40	17	بنن
-	-	x 63	-	x 76	x 88	x 80	87	51	78	28	12	بوتان
-	-	-	-	-	-	15	73	30	53	5	16	بوتسوانا
x 75	x 3	57	x 5	x 77	x 93	x 90	75	48	56	36	13	بوركينافاسو
9	10	39	18	84	92	89	86	82	85	20	15	بوروندي
-	-	x 72	-	x 10	x 16	x 12	x 76	x 18	x 42	2	3	البوسنة والهرسك
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	6	بولندا
7	-	-	83	53	69	65	95	66	50	5	9	بيرو
-	-	x 74	-	x 19	x 26	x 17	x 95	x 19	x 53	0	5	بيلاروس
22	54	85	63	11	35	24	85	23	40	1	11	تاييلاند
9	77	93	82	24	54	44	82	58	73	1	5	تركمستان
-	-	-	-	-	-	50	75	30	50	0	11	تركيا
-	-	x 70	-	x p	x 45	x 34	x 56	x 21	x 46	19	12	ترينيداد وتوباغو
70	6	37	9	68	82	79	59	دون 1.0	23	88	-	تشاد
45	12	46	18	69	92	82	67	57	61	40	16	توغو
-	-	-	-	-	-	x 53	-	x 35	x 15	x 3	-	توفالو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	توكيلاو
20	55	88	-	28	39	30	97	14	32	3	7	تونس
-	-	-	-	-	-	x 41	-	x 52	x 79	6	-	تونغا
35	13	46	28	44	61	52	63	50	75	47	-	تيمور-ليشتي

تغذية الرضع والأطفال الصغار (0-23 شهر) * 2018-2013										الوزن عند الولادة		البلدان والمناطق
انعدام استهلاك الخضروات أو الفاكهة (6-23 شهراً) (%)	النمط الغذائي الأدنى المقبول (6-23 شهراً) (%)	التواتر الأدنى للوجبات (6-23 شهراً) (%)	التنوع التغذوي الأدنى (6-23 شهراً) (%)	متابعة الرضاعة الطبيعية (%) (12-23 شهراً)			البداية بتلقي الأغذية الصلبة أو اللينة (6-8 أشهر) (%)	الرضاعة الطبيعية الحصرية (أقل من 6 أشهر) (%)	البداية المبكرة بالرضاعة الطبيعية (%)	عدم تسجيل الوزن عند الولادة (%) * 2018-2010	انخفاض الوزن عند الولادة (%) 2015	
				أغنى 20 بالمئة	أفقر 20 بالمئة	جميع الأطفال						
-	-	x 42	-	x 29	x 39	x 38	x 64	x 24	x 65	4	15	جامايكا
9	61	90	69	11	27	15	95	17	14	1	5	الجبل الأسود
-	-	x 52	-	x 34	x 35	x 36	x 77	x 25	x 36	11	7	الجزائر
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	13	جزر البهاما
x 52	x 6	x 30	x 22	x 69	x 68	x 65	x 80	x 11	x 34	33	24	جزر القمر
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر تركس وكايكوس
-	-	-	-	-	-	71	-	76	79	14	-	جزر سليمان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر فرجن البريطانية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	جزر كوك
46	16	61	34	p -	25	36	64	43	61	10	-	جزر مارشال
x 22	x 9	x 20	x 27	x 57	x 74	x 66	x 94	29	53	39	15	جمهورية أفريقيا الوسطى
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	8	الجمهورية التشيكية
35	43	80	51	14	27	20	81	5	38	4	11	الجمهورية الدومينيكية
-	-	-	-	x 42	x 57	x 45	x 44	x 43	x 46	x 52	-	الجمهورية العربية السورية
29	8	35	17	67	87	82	79	47	52	24	11	جمهورية الكونغو الديمقراطية
-	-	-	-	-	-	-	x 76	x 53	x 69	-	-	جمهورية إيران الإسلامية
29	9	40	21	70	75	72	92	59	51	36	10	جمهورية تنزانيا المتحدة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	جمهورية فنزويلا البوليفارية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	6	جمهورية كوريا
-	29	75	47	-	-	-	78	71	43	0	-	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية
36	27	70	36	19	66	43	87	44	50	33	17	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
x 10	-	x 49	x 70	x 22	x 44	x 27	x 75	x 36	x 61	1	5	جمهورية مولدوفا
37	23	52	40	25	47	34	83	32	67	19	14	جنوب أفريقيا
-	-	x 12	-	x 58	x 67	x 62	x 42	x 45	x 50	-	-	جنوب السودان
-	-	-	-	x 31	x 31	x 30	x 85	x 55	x 69	0	6	جورجيا
-	-	-	-	-	-	-	-	x 12	x 52	-	-	جيبوتي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	5	الدانمرك
x 20	-	-	x 64	x r 53	x r 74	55	x 81	58	55	17	7	دولة بوليفيا متعددة القوميات
27	39	79	50	29	33	31	90	38	41	0	8	دولة فلسطين
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	دومينيكا
25	18	47	28	81	94	91	57	87	80	8	8	رواندا
-	-	-	-	-	-	-	-	x 16	x 58	2	8	رومانيا
35	10	42	18	r 48	r 87	63	82	70	66	34	12	زامبيا
32	8	36	23	45	61	55	91	47	58	18	13	زيمبابوي
-	-	-	-	-	-	73	74	70	81	24	-	ساموا
27	23	60	37	46	65	51	74	72	38	7	7	سان تومي وبرينسيبي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	سان مارينو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سانت فنسنت وجزر غرينادين
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سانت كيتس ونيفس
-	-	x 50	-	x p -	x p -	x 29	x p -	x 3	x 50	0	-	سانت لوسيا
-	-	-	-	-	-	91	88	82	90	0	16	سري لانكا
16	65	87	73	57	71	67	90	47	42	7	10	السلفادور
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	8	سلوفاكيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	6	سلوفينيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	10	سنغافورة
52	8	31	20	61	77	70	67	42	34	40	18	السنغال
67	15	42	24	74	72	73	61	55	69	89	-	السودان
-	-	x 64	-	x 15	x 16	x 17	x 79	x 3	x 45	19	15	سورينام
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	2	السويد
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	6	سويسرا
41	9	43	18	33	71	61	68	47	56	52	14	سيراليون
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	12	سيشيل
-	-	x 65	-	x 26	x 25	x 27	x 87	x 23	x 21	4	9	شمال مقدونيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	6	ثيبي
3	70	96	77	18	20	15	97	13	51	2	5	صربيا
-	-	-	-	x 23	x 61	x 43	x 17	x 5	x 23	x 96	-	الصومال
-	25	69	35	-	-	-	83	21	29	0	5	الصين
58	9	40	23	53	63	57	63	36	62	9	6	طاجيكستان
25	35	78	45	32	47	35	85	26	32	28	-	العراق
-	-	65	-	-	-	-	95	23	82	0	11	عمان
x 52	-	-	x 18	x 19	x 34	x 23	x 82	x 5	x 32	9	14	غانون
76	8	58	10	69	81	78	55	47	52	41	17	غامبيا
51	13	43	24	71	92	76	73	52	56	40	14	غانا

الجدول 7. تغذية المواليد الجدد والرضع والأطفال الصغار

تغذية الرضع والأطفال الصغار (شهر 0-23) * 2013-2018										الوزن عند الولادة		البلدان والمناطق
انعدام استهلاك الخضروات أو الفاكهة (6-23 شهراً) (%)	النمط الغذائي الأدنى المقبول (6-23 شهراً) (%)	التواتر الأدنى للوجبات (6-23 شهراً) (%)	التنوع الغذائي الأدنى (6-23 شهراً) (%)	متابعة الرضاعة الطبيعية (12-23 شهراً) (%)			البدء بتلقي الأغذية الصلبة أو اللينة (6-8 أشهر) (%)	الرضاعة الطبيعية الحصرية (أقل من 6 أشهر) (%)	البدء المبكر بالرضاعة الطبيعية (%)	عدم تسجيل الوزن عند الولادة (%) * 2018-2010	انخفاض الوزن عند الولادة (%) 2015	
				أغنى 20 بالمئة	أقتر 20 بالمئة	جميع الأطفال						
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	غرينادا
27	52	82	59	48	85	72	80	53	63	6	11	غواتيمالا
33	28	63	40	25	64	46	81	21	49	11	16	غيانا
85	2	24	6	r 53	r 91	78	54	33	34	49	-	غينيا
-	-	x 39	-	x,r 34	x,r 47	x 31	-	x 7	-	30	-	غينيا الاستوائية
44	8	57	10	57	83	77	57	53	34	56	21	غينيا-بيساو
-	-	-	-	-	-	58	72	73	85	13	11	فانواتو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	7	فرنسا
x 22	-	-	x 54	49	68	60	x 89	x 33	57	16	20	الفلبين
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	4	فلندا
-	-	-	-	-	-	-	-	x 40	x 57	x 11	-	فيجي
14	55	91	59	29	55	43	91	24	26	6	8	فيتنام
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	-	قبرص
-	-	x 49	-	-	-	x 47	x 74	x 29	x 34	2	7	قطر
14	44	76	60	36	53	47	91	46	81	0	6	قيرغيزستان
-	-	-	-	-	-	-	-	x 60	x 73	-	-	كابو فيردي
21	38	77	49	45	40	41	66	38	83	1	5	كازاخستان
42	16	60	23	16	75	46	83	28	31	40	12	الكاميرون
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الكرسي الرسولي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	كرواتيا
35	30	72	40	39	65	58	82	65	63	9	12	كمبوديا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6	كندا
27	56	79	70	-	-	31	91	33	48	5	5	كوبا
44	14	49	23	36	76	63	65	23	37	25	15	كوت ديفوار
-	-	x 79	-	x 13	x 50	x 40	x 90	x 33	x 60	2	7	كوستاريكا
-	-	61	-	x 33	x 49	x 45	78	36	72	18	10	كولومبيا
51	5	32	14	20	54	32	84	33	25	10	12	الكونغو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	10	الكويت
-	-	-	x 27	x 80	x 92	x 85	x 70	x 66	x 80	x 24	-	كيريباس
29	22	51	36	69	79	75	80	61	62	34	11	كينيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	5	لاتفيا
-	-	-	-	-	-	x 14	-	-	x 41	0	9	لبنان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	7	لوكسمبورج
39	5	30	10	53	76	69	47	55	61	77	-	ليبيريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ليبيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	5	ليتوانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ليختنشتاين
50	11	61	17	26	74	53	83	67	65	17	15	ليسوتو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	6	مالطة
70	3	23	11	r 73	r 82	79	42	40	53	63	-	مالي
-	-	-	-	-	-	-	-	40	-	1	11	ماليزيا
x 33	-	-	x 22	x 77	x 79	x 79	x 90	x 42	x 66	x 60	17	مدغشقر
45	23	60	35	43	58	50	75	40	27	39	-	مصر
-	-	-	-	x 19	x 45	x 35	x 84	35	43	27	17	المغرب
18	48	81	59	16	52	36	82	30	51	2	8	المكسيك
23	8	29	23	78	87	84	85	59	76	16	14	ملاوي
15	51	70	71	p -	79	73	97	63	67	11	12	ملديف
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	المملكة العربية السعودية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	7	المملكة المتحدة
37	41	92	45	58	66	64	97	59	84	1	5	منغوليا
51	14	39	28	61	75	70	74	40	68	64	-	موريتانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	17	موريشيوس
x 36	x 13	x 41	x 28	x 53	x 80	x 75	95	41	69	49	14	موزامبيق
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	5	موناكو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مونتسيرات
56	16	58	21	66	84	78	75	51	67	55	12	ميانمار
52	13	41	25	27	55	47	80	48	71	14	16	ناميبيا
-	-	-	-	-	-	x 67	-	x 67	x 76	4	-	ناورو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	4	النرويج
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	7	النمسا
38	36	71	45	91	97	94	84	65	55	39	22	نيبال
x 67	x 6	x 51	x 8	x 71	x 85	x 78	x 62	x 23	x 53	77	-	النيجر
32	15	46	34	r 48	r 80	51	66	25	33	75	-	نيجيريا

تغذية الرضع والأطفال الصغار (0-23 شهر) * 2018-2013										الوزن عند الولادة		البلدان والمناطق
انعدام استهلاك الخضروات أو الفاكهة (6-23 شهراً) (%)	النمط الغذائي الأديني المقبول (6-23 شهراً) (%)	التواتر الأديني للوجبات (6-23 شهراً) (%)	التنوع التغذوي الأديني (6-23 شهراً) (%)	متابعة الرضاعة الطبيعية (%) (12-23 شهراً)			البداية بتلقي الأغذية الصلبة أو اللينة (6-8 أشهر) (%)	الرضاعة الطبيعية الحصرية (أقل من 6 أشهر) (%)	البداية المبكرة بالرضاعة الطبيعية (%)	عدم تسجيل الوزن عند الولادة (%) * 2018-2010	انخفاض الوزن عند الولادة (%) 2015	
				أغنى 20 بالمئة	أفقر 20 بالمئة	جميع الأطفال						
-	-	-	-	x 28	x 64	x 52	x 89	x 32	x 54	8	11	نيكاراغا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	6	نيوزيلندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	نيوي
55	11	39	19	43	59	52	91	40	47	67	-	هايتي
55	10	36	20	69	88	80	46	55	41	22	z -	الهند
x 36	x 55	x 86	x 61	x 42	x 76	x 59	x 86	x 31	x 64	17	11	هندوراس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	9	هنغاريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	6	هولندا
-	-	-	-	-	-	13	-	35	-	2	8	الولايات المتحدة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ولايات ميكرونيزيا الموحدة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	9	اليابان
66	15	59	21	56	73	63	69	10	53	92	-	اليمن
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	9	اليونان
ملخص												
q 23	30	71	40	q 47	q 68	q 60	84	30	38	6	8	شرق آسيا والمحيط الهادئ
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	7	أوروبا وآسيا الوسطى
-	-	-	-	-	-	q 47	q 75	q 33	q 57	2	7	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	7	أوروبا الغربية
q 21	-	q 75	q 60	q 28	q 57	q 45	q 84	q 38	q 54	7	9	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
42	26	65	36	42	55	47	78	30	36	35	11	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
-	-	-	-	-	-	13	-	35	-	2	8	أمريكا الشمالية
55	12	44	20	67	86	78	52	54	40	39	27	جنوب آسيا
42	12	43	24	59	79	67	72	44	52	52	14	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
44	13	43	24	65	77	72	77	55	65	48	14	شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي
40	12	42	25	53	82	64	68	34	41	54	14	غرب ووسط أفريقيا
49	13	45	21	69	82	78	72	51	58	54	16	أقل البلدان نمواً
44	19	53	29	58	78	65	69	42	44	29	15	العالم

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في فئات الأقاليم والأقاليم الفرعية والبلدان، يرجى الاطلاع على الصفحة 182 أو زيارة <data.unicef.org/regionalclassifications>. لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

مصادر البيانات الرئيسية	تعريفات المؤشرات
<p>تغذية الرضع وصغار الأطفال (0-23 شهراً): الاستقصاءات الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات وغيرها من المسوح الوطنية للأسر المعيشية. آخر تحديث: حزيران / يونيو 2019.</p>	<p>انخفاض الوزن عند الولادة: النسبة المئوية من الرضع الذين يقل وزنهم عن 2,500 غرام عند الولادة.</p> <p>عدم وزن المولود عند الولادة: النسبة المئوية للمواليد الذين لم يتم وزنهم عند الولادة في مصدر البيانات؛ يرجى ملاحظة أمرين: أولاً، تقديرات مسوحات الأسر المعيشية تشمل المواليد الأحياء للنساء بعمر 15-49 عاماً في الفترة المرجعية للدراسة الاستقصائية (مثلاً: السنان السابقان) عندما لم يتوفر وزن الولادة من مستند رسمي (مثلاً بطاقة صحية) أو لم يتذكره المقابل في وقت المقابلة كما قد يكون قد أعيد حسابها لاعتبار أوزان الولادة تحت 250 غرام أو فوق 5500 غير متوفرة؛ وثانياً أنه تم حساب التقديرات من المصادر الإدارية (مثل نظم معلومات الإدارة الصحية) باستخدام بيانات البيسب من المصدر الإداري للبلد حيث كانت بيانات المقام هي عدد المواليد السنوي وفق تقرير التوقعات السكانية في العالم الصادر عن شعبة السكان بالأمم المتحدة طبعة 2017. تتضمن هذه التقديرات الولادات التي لم يتم وزن المولود فيها والولادات غير المسجلة.</p> <p>بداية الرضاعة الطبيعية مبكراً: النسبة المئوية من الرضع المولودين خلال الـ 24 شهراً الماضية الذين أرضعوا لبن الأم خلال ساعة واحدة من الولادة.</p> <p>الرضاعة الطبيعية الحصرية (بون 6 أشهر): النسبة المئوية للرضع بعمر 0-5 أشهر الذين تلقوا حليب الأم حصرياً خلال اليوم السابق.</p>
<p>انخفاض الوزن عند الولادة: تقديرات منمذجة من اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية. آخر تحديث: أيار / مايو 2019.</p> <p>عدم وزن المولود عند الولادة: الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى للأسر المعيشية، وبيانات من أنظمة الإبلاغ العادية. آخر تحديث: حزيران / يونيو 2019.</p>	<p>استمرار الرضاعة الطبيعية (من 12 إلى 23 شهراً): النسبة المئوية للأطفال بعمر 12-23 شهراً الذين تم إرضاعهم من حليب الأم خلال اليوم السابق.</p> <p>إخخال الأغذية الصلبة أو شبه الصلبة أو اللينة (6-8 أشهر): النسبة المئوية للرضع بعمر 6-8 أشهر والذين تم إطعامهم أطعمة صلبة أو شبه صلبة أو لينة خلال اليوم السابق.</p> <p>التنوع التغذوي الأديني (6-23 شهراً): النسبة المئوية للأطفال بعمر 6-23 شهراً الذين تلقوا أطعمة من 5 على الأقل من 8 المجموعات الغذائية المحددة، خلال اليوم السابق.</p> <p>التواتر الأديني للوجبات (6-23 شهراً): النسبة المئوية للأطفال بعمر 6-23 شهراً الذين تلقوا الأطعمة الصلبة أو شبه الصلبة أو اللينة (بما في ذلك حليب الأم للأطفال الذين لا يرضعون الرضاعة الطبيعية) بالعدد الأديني من المرات على الأقل خلال اليوم السابق.</p> <p>النمط الغذائي الأديني المقبول (6-23 شهراً): النسبة المئوية للأطفال بعمر 6-23 شهراً الذين تلقوا النمط الغذائي الأديني المقبول خلال اليوم السابق.</p> <p>انعدام استهلاك الخضروات أو الفاكهة (6-23 شهراً): النسبة المئوية للأطفال بعمر 6-23 شهراً الذين لم يتناولوا أي خضروات أو فواكه خلال اليوم السابق.</p>
<p>ملاحظات</p> <p>r البيانات المصنفة مستقاة من مصادر مختلفة عن مصادر بيانات مع الأطفال المقدمة لنفس المؤشر.</p> <p>z يستند التقدير إلى بيانات جزئية من المسح الأحادي، لذلك لا تظهر التقديرات المنمذجة لكل بلد بشكل مستقل ولكنها استخدمت في التقديرات الإقليمية والعالمية.</p> <p>* تشير البيانات إلى أحدث سنة تتوفر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.</p> <p>q تستبعد التقديرات الإقليمية لشرق آسيا والمحيط الهادئ والصين، وتستبعد تلك الخاصة بأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي البرازيل، وتستبعد تلك الخاصة بأوروبا الشرقية وآسيا الوسطى والاتحاد الروسي.</p>	

الجدول 8. التغذية: الأطفال بعمر ما قبل المدرسة وعمر المدرسة والنساء والأسر المعيشية

النسبة المئوية للأسر المعيشية التي تستهلك الملح الميؤد * 2018-2013	سوء التغذية بين النساء 2016				سوء التغذية بين الأطفال بعمر المدرسة (5-19 سنة) 2016		سوء التغذية بين الأطفال بعمر ما قبل المدرسة (0-4 سنوات) 2013-2018 *						البلدان والمناطق
	فقر الدم بعمر 15-49 سنة (%)	نقصان الوزن بعمر 18 سنة وما فوق (%)	زيادة الوزن (%)	النحافة (%)	التغذية التكميلية فيغتامين الف، التغطية الكاملة 2017 (%)	زيادة الوزن (%)	الجزال (%)			التغزم (%) (المعتدل والشديد)		كل الأطفال	
							معتدل وشديد	شديد	أغنى 20%	أفقر 20%			
	خفيف ومعتدل وشديد	مؤشر كتلة الجسم دون 18.5 كغ 2 م /	زيادة الوزن والبدانة	النحافة والشحافة الشديدة	المعتدلة والشديدة	معتدل وشديد	شديد	أغنى 20%	أفقر 20%				
-	23	2	21	2	-	-	-	-	-	-	-	-	الاتحاد الروسي
86	23	15	9	10	f 77	3	10	3	26	45	38	إثيوبيا	
93	38	3	19	3	f,w 41	14	3	1	16	28	18	أذربيجان	
-	19	1	37	1	-	x 10	x 1	دون 1	-	-	x 8	الأرجنتين	
b,x,y 88	35	2	31	4	-	x 5	x 2	x 1	x 2	x 14	8	الأردن	
99	29	3	19	2	-	14	4	2	6	12	9	أرمينيا	
x 86	38	17	11	8	f,z -	x 2	x 15	x 4	x 29	x 59	x 52	إريتريا	
-	17	1	34	1	-	-	-	-	-	-	-	إسبانيا	
-	9	2	34	1	-	x 8	دون 1	دون 1	-	-	x 2	أستراليا	
-	26	2	21	2	-	-	-	-	-	-	-	إستونيا	
-	16	1	35	1	-	-	-	-	-	-	-	إسرائيل	
90	27	6	17	4	f 33	9	2	دون 1	9	30	26	إسواتيني	
57	42	16	9	17	f 95	5	10	4	31	49	41	أفغانستان	
-	19	2	28	1	-	8	2	1	x,r 14	x,r 37	24	إكوادور	
65	25	2	25	1	-	16	2	1	9	17	11	اليانبا	
-	16	1	26	1	-	x 4	x 1	دون 1	-	-	x 1	ألمانيا	
-	28	3	36	5	-	-	-	-	-	-	-	الإمارات العربية المتحدة	
-	22	4	27	3	-	-	-	-	-	-	-	أنغيوا وبربودا	
-	14	1	36	1	-	-	-	-	-	-	-	أندورا	
b,y 92	29	12	15	10	f 62	12	14	7	29	48	36	إندونيسيا	
82	48	11	11	8	f 3	3	5	1	20	47	38	أنغولا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أنغويلا	
-	21	1	33	2	-	x 7	x 1	دون 1	-	-	x 11	أوروغواي	
x 82	36	4	17	3	f 99	x 12	x 4	x 2	x 16	x 21	x 20	أوزبكستان	
91	29	10	10	6	f 27	4	3	1	17	32	29	أوغندا	
x 36	24	2	21	2	-	x 27	x 8	x 4	-	-	x 23	أوكرانيا	
-	15	1	31	1	دون 1	-	-	-	-	-	-	إيرلندا	
-	16	2	28	1	-	-	-	-	-	-	-	آيسلندا	
-	17	1	37	1	-	-	-	-	-	-	-	إيطاليا	
x 60	37	3	32	1	f -	x 14	x 14	x 6	-	-	x 49	بابوا غينيا الجديدة	
x 93	23	3	28	2	-	12	1	دون 1	1	12	6	باراغواي	
x,y 69	52	15	10	19	f 92	3	7	2	22	56	38	باكستان	
-	-	1	64	1	دون 1	-	-	-	-	-	-	بالاو	
-	42	4	35	6	-	-	-	-	-	-	-	البحرين	
x 98	27	3	28	3	-	x 6	x 2	دون 1	-	-	x 7	البرازيل	
x 37	22	3	28	4	-	x 12	x 7	x 2	x 3	x 8	8	بربانوس	
-	18	1	32	1	-	-	-	-	-	-	-	البرتغال	
-	17	6	27	6	-	x 8	x 3	دون 1	-	-	x 20	بروني دار السلام	
-	16	2	24	1	-	-	-	-	-	-	-	بلجيكا	
x,y 92	26	2	29	2	-	w,x 14	w,x 3	w,x 1	-	-	w,x 9	بلغاريا	
85	22	3	29	3	-	7	2	1	5	26	15	بنيز	
68	40	22	9	18	f 99	2	14	3	20	49	36	بنغلاديش	
-	23	3	29	2	-	x 10	x 1	دون 1	-	-	x 19	بنما	
85	47	9	11	7	f 99	2	5	1	18	46	32	بنن	
-	36	11	10	16	f -	x 8	x 6	x 2	x 21	x 41	x 34	بوتان	
x 83	30	7	18	6	f 83	x 11	x 7	x 3	-	-	x 31	بوتسوانا	
x 92	50	13	8	8	f 0	2	9	2	x,r 19	x,r 42	21	بوركينافاسو	
89	27	12	10	7	f 79	1	5	1	31	69	56	بوروندي	
-	29	2	21	2	-	x 17	x 2	x 2	x 10	x 10	9	البوسنة والهرسك	
-	26	2	26	2	-	-	-	-	-	-	3	بولندا	
89	18	2	27	1	-	8	1	دون 1	5	29	13	بيرو	
-	23	2	23	2	-	x 10	x 2	x 1	x 2	x 10	x 4	بيلاروس	
85	32	8	22	8	-	8	5	1	12	13	11	تايلاند	
فوق 99	33	4	18	3	f -	6	4	1	11	16	11	تركمانستان	
x 85	31	2	30	5	-	11	2	دون 1	5	19	10	تركيا	
x 63	24	3	25	6	-	x 11	x 6	x 2	x 15	x 9	x 9	ترينيداد وتوباغو	
77	48	14	9	8	f 67	3	13	4	31	41	40	تشاد	
77	49	9	10	6	f 87	2	7	1	11	33	28	توغو	
-	-	1	58	1	دون 1	-	x 6	x 3	x 13	x 8	x 10	توفالو	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	توكيلاو	
-	31	3	25	7	-	x 14	x 3	x 2	x 8	x 16	10	تونس	
-	21	1	58	1	دون 1	-	x 17	x 5	x 10	x 7	8	تونغفا	

الجدول 8. التغذية: الأطفال بعمر ما قبل المدرسة وعمر المدرسة والنساء والأسر المعيشية

النسبة المئوية للأسر المعيشية التي تستهلك الملح الميزود * 2018-2013	سوء التغذية بين النساء 2016		سوء التغذية بين الأطفال بعمر المدرسة (5-19 سنة) 2016		التغذية التكميلية بفيتامين الف، التغطية الكاملة 2017 (%)	سوء التغذية بين الأطفال بعمر ما قبل المدرسة (0-4 سنوات) * 2013-2018								
	فقر الدم بمعدلات 15-49 سنة (%)	نقصان الوزن بمعدلات 18 سنة (%) وما فوق	زيادة الوزن (%)	النحافة (%)		زيادة الوزن (%)	زيادة الوزن (%)	الهزال (%)			التغذية (%) (المتوسط والشديد)		كل الأطفال	البلدان والمناطق
								خفيف و معتدل و شديد	معتدل و شديد	شديد	أغنى 20%	أفقر 20%		
		مؤشر كتلة الجسم دون 18.5 كغ م/م ²	زيادة الوزن والبداية الشديدة	النحافة و النحافة الشديدة		المعتدلة و الشديدة	معتدل و شديد	شديد						
83	41	19	13	11	f 66	1	11	2	39	59	51	تيمور-لشتي		
—	23	4	30	2	—	8	4	1	—	—	6	جامايكا		
—	25	2	25	2	—	22	3	1	9	5	9	الجزل الأسود		
81	36	4	31	6	—	x 12	x 4	x 1	x 11	x 13	12	الجزائر		
—	23	3	36	3	—	—	—	—	—	—	—	جزر البهاما		
x 82	29	9	12	7	f 21	x 11	x 11	x 4	x 24	x 39	31	جزر القمر		
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	جزر تركس وكايكوس		
88	39	2	23	1	—	5	8	4	25	37	32	جزر سلیمان		
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	جزر فرجن البريطانية		
—	—	دون 1	63	دون 1	—	—	—	—	—	—	—	جزر كوك		
—	27	1	59	دون 1	f —	4	4	1	20	44	35	جزر مارشال		
x 84	46	13	11	8	f 0	x 2	x 8	x 2	x 30	x 45	40	جمهورية أفريقيا الوسطى		
—	26	1	28	2	—	x 4	x 5	x 1	—	—	x 3	الجمهورية التشيكية		
x 30	30	4	33	3	—	8	2	1	4	12	7	الجمهورية الدومينيكية		
x 65	34	3	28	6	f 91	x 18	x 12	x 5	x 22	x 33	x 28	الجمهورية العربية السورية		
82	41	14	10	9	f 1	4	8	3	23	49	43	جمهورية الكونغو الديمقراطية		
—	30	4	26	9	—	—	x 4	x 1	—	—	x 7	جمهورية إيران الإسلامية		
76	37	10	12	7	f 87	4	5	1	19	40	34	جمهورية تنزانيا المتحدة		
—	24	2	34	2	—	x 6	x 4	—	—	—	x 13	جمهورية فنزويلا البوليفارية		
—	23	5	27	1	—	x 7	x 1	دون 1	—	—	x 3	جمهورية كوريا		
—	32	8	23	5	f 90	2	3	1	—	—	19	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية		
94	40	12	14	9	f 57	x 2	x 6	x 2	x 20	x 61	x 44	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية		
x 58	27	2	18	3	—	x 5	x 2	دون 1	x 3	x 11	6	جمهورية مولدوفا		
91	26	3	25	5	f 47	13	2	1	13	36	27	جنوب أفريقيا		
x 60	34	دون 1	دون 1	دون 1	f 51	x 6	x 24	x 12	x 27	x 31	x 31	جنوب السودان		
x,y 99	27	3	20	3	—	x 20	x 2	x 1	x 8	x 22	x 11	جورجيا		
x 4	33	8	17	6	f —	x 8	x 22	x 9	x 23	x 41	x 34	جيبوتي		
—	16	3	25	1	—	—	—	—	—	—	—	الدانمرك		
86	30	2	28	1	f 31	10	2	1	x,r 9	x,r 32	16	دولة بوليفيا متعددة القوميات		
88	—	—	—	—	—	8	1	دون 1	6	7	7	دولة فلسطين		
—	24	3	33	3	—	—	—	—	—	—	—	دومينيكا		
90	22	8	11	6	f 98	6	w 2	w 1	21	49	w 37	رواندا		
—	27	2	25	3	—	x 8	x 4	x 1	—	—	x 13	رومانيا		
88	34	9	13	6	f 99	6	6	2	28	47	40	زامبيا		
93	29	6	15	6	f 43	6	3	1	17	33	27	زيمبابوي		
96	31	1	53	دون 1	—	5	4	1	3	6	5	ساموا		
91	46	8	13	5	f 23	2	4	1	7	25	17	سان تومي وبرينسيبي		
—	—	دون 1	دون 1	دون 1	—	—	—	—	—	—	—	سان مارينو		
—	25	4	29	3	—	—	—	—	—	—	—	سانت فنسنت وجزر غرينادين		
—	—	3	28	4	—	—	—	—	—	—	—	سانت كيتس ونيفس		
x 75	22	4	23	4	—	x 6	x 4	x 1	x,p —	x 5	2	سانت لوسيا		
y 95	33	13	13	15	f 93	2	15	3	12	25	17	سري لانكا		
—	23	3	30	2	—	6	2	دون 1	5	24	14	السلفادور		
—	27	2	23	1	—	—	—	—	—	—	—	سلوفاكيا		
—	24	2	27	1	—	—	—	—	—	—	—	سلوفينيا		
—	22	8	22	2	—	x 3	x 4	x 1	—	—	x 4	سنغافورة		
62	50	11	10	9	f 58	1	9	1	6	27	17	السنغال		
34	31	دون 1	دون 1	دون 1	f 20	3	17	5	21	44	38	السودان		
—	24	3	31	4	—	x 4	x 6	x 2	x 6	x 13	x 9	سورينام		
—	15	2	24	1	—	—	—	—	—	—	—	السويد		
—	18	3	22	دون 1	—	—	—	—	—	—	—	سويسرا		
85	48	10	11	7	f 98	—	9	4	29	42	38	سيراليون		
—	22	5	23	6	—	x 10	x 4	x 1	—	—	8	سيشيل		
—	23	2	26	2	—	x 12	x 2	دون 1	x 2	x 7	x 5	شمال مقدونيا		
—	15	1	35	1	—	9	دون 1	—	—	—	2	ثيلى		
—	27	2	27	2	—	14	4	1	4	14	6	صربيا		
x 7	44	10	13	7	f 11	x 3	x 15	x 5	x 25	x 52	x 25	الصومال		
b,y 96	26	6	29	3	—	9	2	x 1	—	—	8	الصين		
91	31	5	15	4	—	3	6	2	17	22	18	طاجيكستان		
68	29	3	32	5	—	x 11	x 6	x 3	x 21	x 24	x 22	العراق		
88	38	5	32	7	—	4	8	2	—	—	14	عمان		
x 89	59	7	16	6	f 0	x 8	x 3	x 1	x 6	x 31	17	غابون		

الجدول 8. التغذية: الأطفال بعمر ما قبل المدرسة وعمر المدرسة والنساء والأسر المعيشية

البلدان والمناطق	سوء التغذية بين الأطفال بعمر ما قبل المدرسة (5-19 سنة) 2016							التغذية التكميلية، بغيثامين ألف، التغذية الكاملة (2017) (%)
	سوء التغذية بين النساء 2016		زيادة الوزن (%)	النحافة (%)	زيادة الوزن (%)	النحافة (%)	زيادة الوزن (%)	
	فقر الدم بعمر 15-49 سنة (%)	نقصان الوزن بعمر 18 سنة وما فوق (%)						
كل الأطفال	أقل من 20%	أغنى 20%	شديد	معتدل وشديد	معتدلة والشديدة	زيادة الوزن (%)	النحافة (%)	
نيبال	36	48	18	2	10	16	f 81	
النيجر	41	47	35	x, r	10	10	f 53	
نيجيريا	44	63	18	3	11	10	f 83	
نيكاراغوا	17	35	6	x 1	2	2	f -	
نيوزيلندا	-	-	-	-	-	دون 1	-	
نيوي	-	-	-	-	-	دون 1	-	
هايتي	22	34	9	1	4	28	f 17	
الهند	38	51	22	8	21	27	f, z	
هندوراس	23	42	8	x 1	2	2	-	
هنغاريا	-	-	-	-	-	2	-	
هولندا	-	-	-	-	-	1	-	
الولايات المتحدة	4	-	-	دون 1	1	42	-	
ولايات ميكرونيزيا الموحدة	-	-	-	-	-	دون 1	f -	
اليابان	7	-	-	دون 1	2	14	-	
اليمن	46	59	26	5	16	20	f -	
اليونان	-	-	-	-	-	1	-	
ملخص								
شرق آسيا والمحيط الهادئ	8	44	22	1	3	6	74	
أوروبا وآسيا الوسطى	-	-	-	-	-	2	-	
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	9	18	8	e 1	2	3	-	
أوروبا الغربية	-	-	-	-	-	1	-	
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	9	24	7	دون 1	1	2	-	
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	15	-	-	3	8	11	-	
أمريكا الشمالية	3	-	-	دون 1	1	41	-	
جنوب آسيا	34	51	22	5	15	25	66	
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	33	46	20	2	8	10	55	
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	34	42	22	2	6	7	57	
غرب ووسط أفريقيا	34	50	18	2	6	9	53	
أقل البلدان نمواً	32	45	22	2	8	10	58	
العالم	22	45	20	2	7	11	62	

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في فئات الأقاليم والأقاليم الفرعية والبلدان، يرجى الاطلاع على الصفحة 182 أو زيارة <data.unicef.org/regionalclassifications>. لا يُصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

ملاحظات	مصادر البيانات الرئيسية	تعريفات المؤشرات
البيانات غير متوفرة.	التنظيم وزيادة الوزن والهزال، والهزال الشديد (الأطفال بعمر ما قبل المدرسة): الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى للأسر المعيشية. آخر تحديث: آذار / مارس 2019.	التنظيم (الأطفال بعمر ما قبل المدرسة) — المعتدل والشديد: النسبة المئوية من الأطفال من الفئة العمرية 0-59 شهراً الذين يقل طولهم عن ناقص اثنين انحراف معياري عن متوسط الطول مقابل العمر حسب معايير منظمة الصحة العالمية لنمو الطفل.
يتم الإبلاغ عن التغذية الكاملة لمكملات قيتامين ألف باعتبارها أقل نسبة مئوية لنقطة تغذية 2 سونيون (أي، أقل نقطة بين الجولة الـ 1 (كثون الثاني / يناير - حزيران / تموز) والجولة الـ 2 (تموز / يوليو - كانون الأول / ديسمبر) للعام 2017).	التغذية التكميلية بغيثامين ألف: اليونيسيف. آخر تحديث: شباط / فبراير 2019.	زيادة الوزن (الأطفال بعمر المدرسة): النسبة المئوية للأطفال بعمر 5-19 عاماً الذين يزيد لديهم مؤشر كتلة الجسم على الأقل بمقدار انحراف معياري 1 عن المتوسط، وخفض الوزن، وزيادة مرجع منظمة الصحة العالمية لنمو الأطفال والمراهقين في سن المدرسة.
هذه البلدان ذات الأولوية في مجال مكملات قيتامين ألف، وبالتالي تستند المجموع إلى هذه البلدان ذات الأولوية، وتعملها فقط.	النحافة وزيادة الوزن (الأطفال في سن المدرسة): ونقص الوزن والنساء بعمر 18 فما فوق: المقال الذي نشرته "شبكة التعاون المعنية بعمل الحظوة للأمراض غير السارية" بعنوان "التوجهات العالمية في مؤشر كتلة الجسم، وخفض الوزن، وزيادة الوزن، والبدانة من عام 1975 إلى عام 2016: تحليل تجميعي لـ 2,416 دراسة قياس سكانية تشمل 128.9 مليون طفل، ومراهق، وبالغ". دورية لانسيت 2017: 390-10113. الصفحات 2627-2642. آخر تحديث: آب / أغسطس 2019.	الهزال (الأطفال بعمر ما قبل المدرسة) — المعتدل والشديد: النسبة المئوية من الأطفال من الفئة العمرية 0-59 شهراً الذين تقل أوزانهم عن ثلاثة انحرافات معيارية عن متوسط الوزن مقابل الطول حسب معايير منظمة الصحة العالمية لنمو الطفل.
تم تقدير متوسطات الأقاليم والمتوسطات العالمية الخاصة بالتنظيم (المتوسط والشديد)، وزيادة الوزن (المتوسط والشديد)، والهزال (المتوسط والشديد)، واستخدام المتجزة الإحصائية للبيانات من التقديرات المشتركة لسوء التغذية لدى الأطفال، إصدار آذار / مارس 2019، التي تُصدرها اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية ومجموعة البنك الدولي، للحصول على مزيد من المعلومات انظر: data.unicef.org/malnutrition.	فقر الدم (النساء بعمر 18 فما فوق): مرصد الصحة العالمية، منظمة الصحة العالمية. آخر تحديث: آب / أغسطس 2019.	زيادة الوزن (الأطفال بعمر ما قبل المدرسة) — المعتدل والشديد: النسبة المئوية من الأطفال من الفئة العمرية 0-59 شهراً الذين يتجاوزون انحرافين معياريين عن متوسط الوزن مقابل الطول حسب معايير منظمة الصحة العالمية لنمو الطفل (شاملاً زيادة الوزن الشديدة).
لا يمكن تأكيد ما إذا كانت القيمة المبلغ عنها تشمل الأسر المعيشية بدون ملح أم لا.	فقر الدم (النساء بعمر 15-49 سنة): مرصد الصحة العالمية، منظمة الصحة العالمية. آخر تحديث: آب / أغسطس 2019.	التغذية التكميلية بغيثامين ألف، التنظيم الكامل: النسبة المئوية المقترنة من الأطفال من الفئة العمرية 6-59 شهراً الذين حصلوا على جرعة عتيق 2 مكملتين من قيتامين ألف، تفصل بينهما مدة 4-6 أشهر تقريباً في أي سنة تقويمية.
تختلف البيانات التي يحددها تاريخ من لوفيات الأطفال دون سن الخامسة (أكثر من الوطنية للتغذية التكميلية بغيثامين ألف بوصفها البلدان التي يوجد فيها محل مرتفع لوفيات الأطفال دون سن الخامسة (أكثر من 70 لكل 1,000 مولود حي)، و/ أو يوجد فيها دليل على نقص في قيتامين ألف ضمن هذه الفئة العمرية، و/ أو لديها تاريخ من برامج التغذية التكميلية بغيثامين ألف.	استهلاك الأسر المعيشية للملح المدعم باليود: منظمة الصحة العالمية. آخر تحديث: آب / أغسطس 2019.	
استناداً لمقارنات كمرية صغيرة (عادة ما تتراوح بين 25-49 من الحالات في المرحلة). ولا ترد أية بيانات تستند إلى أقل من 35 حالة غير مرحة.	استهلاك الملح المدعم باليود: الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى للأسر المعيشية. آخر تحديث: حزيران / يونيو 2019.	
تستبعد التقديرات الإقليمية لشرق آسيا والمحيط الهادئ الصين، وتستبعد تلك الخاصة بأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي البرازيل، وتستبعد تلك الخاصة بأوروبا الشرقية وآسيا الوسطى الأحاد الروسي.		
البيانات المصنفة مستقاة من مصادر مختلفة عن مصادر بيانات جميع الأطفال المقدمة لنقص المؤشر.		

الجدول 9. النماء في مرحلة الطفولة المبكرة

البلدان والمناطق	مواد التعلّم المتوفرة في البيت 2018-2010										التحفيز المبكر والرعاية المستجيبة من قبل الأب + 2010- *2018	التحفيز المبكر والرعاية المستجيبة من قبل الوالدين + 2018-2010*					الانتظام في التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة * 2018-2010					
	العاب +					كتب للأطفال						أغنى %20	أفقر %20	إناث	ذكور	المجموع	أغنى %20	أفقر %20	إناث	ذكور	المجموع	
	أغنى %20	أفقر %20	إناث	ذكور	المجموع	أغنى %20	أفقر %20	إناث	ذكور	المجموع												
الاتحاد الروسي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
إثيوبيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
أذربيجان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
الأرجنتين	5	10	8	9	8	63	58	61	83	40	61	y 57	95	73	85	83	84	85	46	66	61	63
الأردن	y 21	y 16	y 16	y 17	y 16	y 66	y 69	y 71	y 32	y 6	y 16	y 32	y 99	y 85	y 91	y 92	y 92	y 35	y 5	y 14	y 12	y 13
أرمينيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
إريتريا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
إسبانيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أستراليا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
إستونيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
إسرائيل	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
إسواتيني	15	18	17	16	17	78	56	67	19	2	6	2	59	25	44	33	39	48	28	33	26	30
أفغانستان	27	43	39	42	40	57	52	53	5	1	2	y 62	80	72	73	74	73	4	0	1	1	1
إكادور	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
إليانبا	3	9	6	7	7	x 48	x 57	x 53	x 52	x 16	x 32	14	88	57	80	75	78	88	62	73	73	73
ألمانيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الإمارات العربية المتحدة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أنغيوا وبربودا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أندورا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
إندونيسيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	16	17	-
أنغولا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أنغويلا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أوروغواي	-	-	3	3	3	-	-	75	-	-	59	y 66	-	-	91	94	93	-	-	80	83	81
أوزبكستان	x 7	x 6	x 5	x 5	x 5	x 62	x 74	x 67	x 59	x 32	x 43	x y 54	x 95	x 83	x 90	x 91	x 91	-	-	y 31	y 33	y 32
أوغندا	y 21	y 49	y 37	y 37	y 37	y 59	y 39	y 50	y 8	y 0	y 2	y 3	y 74	y 38	y 55	y 51	y 53	y 66	y 15	y 39	y 34	y 37
أوكرانيا	5	11	7	6	7	51	61	52	92	92	91	y 71	99	95	98	97	98	68	30	50	54	52
إيرلندا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
إيسلندا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
إيطاليا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بالوا غينيا الجديدة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
باراغواي	2	4	3	2	3	65	55	60	61	3	23	y 17	90	40	65	62	64	61	10	32	30	31
باكستان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بالاو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
البحرين	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
البرازيل	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 70
بربانوس	3	0	1	2	1	77	68	76	89	83	85	y 46	p 100	p 100	97	97	97	p 97	p 90	91	88	90
البرتغال	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بروني دار السلام	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بلجيكا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بلغاريا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بليز	11	15	11	15	13	66	70	68	73	23	44	24	94	80	86	89	88	72	29	58	52	55
بنغلاديش	12	14	12	11	12	60	57	60	23	2	9	10	94	64	78	78	78	18	12	14	13	13
بنما	1	6	2	3	3	68	67	69	59	7	26	y 45	89	55	74	73	74	67	28	35	38	37
بنن	y 22	y 36	y 30	y 28	y 29	y 70	y 39	y 55	y 7	y 0	y 2	y 4	y 56	y 32	y 39	y 39	y 39	y 49	y 5	y 20	y 18	y 19
بوتان	7	17	15	13	14	60	36	52	24	1	6	y 51	73	40	57	52	54	27	3	10	10	10
بوتسوانا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 18
بوركيينا فاسو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x y 24	x 26	x 12	x 14	x 14	x 14	-	-	y 3	y 3	y 3
بوركينا فاسو	y 30	y 43	y 42	y 42	y 42	y 52	y 29	y 35	y 0	y 0	y 0	y 3	y 67	y 56	y 59	y 58	y 58	y 31	y 1	y 7	y 7	y 7
اليوسنة والهرسك	1	3	2	2	2	60	58	56	73	39	56	y 76	100	87	96	95	95	31	2	14	12	13
بولندا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بيرو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 90	y 70	y 79	y 76	y 77
بيلاروس	5	4	4	4	4	79	77	79	96	83	92	y 68	99	90	97	94	96	91	75	89	86	88
تاييلاند	3	8	6	6	2	67	81	76	73	23	41	34	98	87	92	93	93	84	86	85	84	85
تركمانستان	1	1	1	0	1	56	59	53	66	30	48	15	98	92	95	94	94	81	17	43	43	43
تركيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ترينيداد وتوباغو	1	3	1	2	2	82	75	76	93	63	76	y 57	100	94	96	95	96	93	72	84	85	85
تشاد	y 46	y 43	y 45	y 50	y 47	y 52	y 33	y 41	y 2	y 1	y 1	y 1	y 51	y 41	y 46	y 47	y 47	y 11	y 1	y 3	y 3	y 3
توغو	y 26	y 36	y 33	y 26	y 29	y 48	y 22	y 34	y 3	y 0	y 1	y 3	y 44	y 22	y 26	y 26	y 26	y 26	y 52	y 15	y 26	y 26
توفالو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
توكيلاو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
تونس	9	18	14	13	13	56	46	53	40	3	18	y 71	90	44	74	68	71	81	13	47	42	44
تونغا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
تيمور-لشتي	y 26	y 33	y 30	y 29	y 29	y 61	y 22	y 40	y 9	y 2	y 4	y 15	y 89	y 72	y 79	y 83	y 81	y 16	y 9	y 16	y 13	y 14
جامايكا	1	2	2	2	2	56	64	61	73	34	55	y 28	86	76	90	86	88	100	88	91	92	92
الجدول الأسود	3	2	3	3	3	66	61	60	87	48	73	45	98	93	99	97	98	66	7	42	39	40
الجزائر	6	6	5	6	6	36	32	35	23	3	11	y 79	92	64	78	79	78	31	7	16	17	17

الجدول 9. النماء في مرحلة الطفولة المبكرة

البلدان والمناطق	مواد التعلم المتوفرة في البيت 2018-2010										التحفيز المبكر والرعاية المستجيبة من قبل الآب + 2018-2010	التحفيز المبكر والرعاية المستجيبة من قبل البالغين + 2018-2010					الانتظام في التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة * 2018-2010					
	الأطفال المتروكون تحت إشراف غير كافٍ * 2018-2010					العاب +						كتب للأطفال										
	أغني %20	أفقر %20	إناث	ذكور	المجموع	أغني %20	أفقر %20	المجموع	أغني %20	أفقر %20		المجموع	أغني %20	أفقر %20	إناث	ذكور	المجموع	أغني %20	أفقر %20	إناث	ذكور	المجموع
غواتيمالا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
غيانا	1	10	5	5	5	70	65	69	76	25	47	16	94	82	90	85	87	76	45	59	63	61
غينيا	36	38	33	36	34	54	17	32	1	0	0	4	51	22	30	33	31	32	3	9	9	9
غينيا الاستوائية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
غينيا-بيساو	38	27	31	31	31	46	24	31	3	0	1	0	51	33	28	41	34	46	3	14	13	13
فانواتو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
فرنسا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الفلبين	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
فنلندا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
فيجي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
فيتنام	2	14	8	6	7	54	44	52	58	6	26	15	96	52	76	76	76	86	53	69	74	71
قيرص	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
قطر	-	-	11	12	12	-	-	55	-	-	40	y 85	-	-	88	89	88	-	-	41	41	41
قيرغيزستان	5	6	4	5	5	54	63	59	54	15	27	3	73	63	70	74	72	50	12	23	23	23
كابو فيردي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
كازاخستان	3	8	6	4	5	61	63	60	73	35	51	7	95	83	87	84	86	70	45	58	53	55
الكاميرون	23	52	35	34	34	65	47	53	17	0	4	4	52	50	44	45	44	66	2	29	27	28
الكرسي الرسولي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
كرواتيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 83	y 74	y 83	-
كمبوديا	y 4	y 16	y 10	y 10	y 10	y 53	y 20	y 34	y 12	y 1	y 4	y 8	y 73	y 48	y 62	y 57	y 59	y 38	y 7	y 17	y 12	y 15
كندا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
كويتا	-	-	4	4	4	-	-	78	-	-	48	18	-	-	90	89	89	-	-	77	75	76
كويت ديفوار	18	20	19	20	20	53	35	45	7	0	1	5	61	18	29	29	29	51	2	15	14	14
كوستاريكا	3	6	4	4	4	74	68	73	70	13	37	y 52	88	54	66	69	68	40	8	18	17	18
كولومبيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 37
الكونغو	30	54	41	42	42	51	42	51	10	0	3	6	77	47	58	59	59	77	7	37	36	36
الكويت	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
كيريباس	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
كينيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
لاتفيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
لبنان	-	-	x 10	x 8	x 9	-	-	xy 16	-	-	x 29	xy 74	-	-	xy 54	xy 58	xy 56	-	-	x 60	x 63	x 62
لوكسمبورج	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ليبيريا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ليبيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ليتوانيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ليختنشتاين	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ليسوتو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ملطية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
مالي	27	31	32	32	32	70	42	52	2	0	0	5	65	53	55	55	55	21	1	5	6	5
ماليزيا	-	-	3	3	3	-	-	62	-	-	56	-	-	-	24	25	25	-	-	55	52	53
مدغشقر	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
مصر	2	7	4	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 50	y 34	y 47	y 48	y 47
المغرب	-	-	-	-	7	xy 7	xy 19	xy 14	xy 52	xy 9	xy 21	y 65	y 47	y 26	y 36	y 36	y 36	x 78	x 6	x 41	x 36	x 39
المكسيك	3	8	5	5	5	85	74	76	64	15	35	14	94	62	80	71	76	71	58	62	58	60
ملاي	28	39	37	37	37	66	35	45	6	0	1	3	44	22	30	29	29	67	26	41	37	39
ملايف	y 22	y 11	y 14	y 10	y 12	y 33	y 50	y 48	y 70	y 50	y 59	y 25	-	y 97	y 97	y 96	y 96	p,y 82	y 69	y 79	y 78	y 78
المملكة العربية السعودية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
المملكة المتحدة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
منغوليا	8	15	11	9	10	58	57	56	57	13	33	10	71	38	55	55	55	90	36	68	68	68
موريتانيا	26	39	34	35	34	52	24	33	3	0	1	5	65	30	42	46	44	30	3	12	12	12
موريتشوس	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
موزامبيق	-	-	x 32	x 33	x 33	-	-	-	x 10	x 2	x 3	xy 20	x 50	x 48	x 48	x 45	x 47	-	-	-	-	-
موناكو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
مونتسيرات	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ميانمار	y 5	y 21	y 13	y 14	y 13	y 76	y 64	y 72	y 15	y 1	y 5	y 6	y 73	y 41	y 53	y 51	y 52	y 42	y 11	y 25	y 22	y 23
ناميبيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
نارورو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
النرويج	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
النمسا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
نيبال	12	30	21	20	21	60	60	59	16	1	5	10	90	51	64	70	67	84	41	49	52	51
النيجر	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
نيجيريا	30	31	31	32	32	60	38	46	19	0	6	11	87	46	63	62	63	78	8	35	36	36
نيكاراغوا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
نيوزيلندا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
نيوي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
هايتي	y 15	y 28	y 22	y 23	y 22	y 58	y 33	y 48	y 20	y 1	y 8	y 7	y 79	y 34	y 57	y 52	y 54	y 84	y 31	y 63	y 63	y 63

البلدان والمناطق	الانتظام في التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة * 2018-2010					التحفيز المبكر والرعاية المستجيبة من قبل البالغين + 2018-2010					مواد التعلّم المتوفرة في البيت 2018-2010					الأطفال المتروكون تحت إشراف غير كافٍ * 2018-2010				
	المجموع	ذكور	إناث	أفقر %20	أغنى %20	المجموع	ذكور	إناث	أفقر %20	أغنى %20	المجموع	كتب للأطفال	ألعاب +	المجموع	ذكور	إناث	أفقر %20	أغنى %20		
الهند	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
هندوراس	19	17	21	13	28	39	38	39	20	64	17	11	1	34	78	74	81			
هنغاريا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
هولندا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
الولايات المتحدة ولايات ميكرونيزيا الموحدة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
اليمن	3	3	3	0	8	33	34	32	16	56	37	10	4	31	49	45	49			
اليونان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
ملخص																				
شرق آسيا والمحيط الهادئ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
أوروبا وآسيا الوسطى	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
أوروبا الغربية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	28	28	28	20	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
أمريكا الشمالية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
جنوب آسيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
أفريقيا جنوب الصحراء الكرى	26	24	25	8	55	51	51	51	40	70	7	3	0	10	42	33	57			
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
غرب ووسط أفريقيا	24	24	24	7	56	52	52	52	41	71	8	3	0	12	41	32	56			
أقل البلدان نمواً	17	16	17	8	35	56	56	56	47	71	10	3	1	9	46	38	57			
العالم	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في فئات الأقاليم والأقاليم الفرعية والبلدان، يرجى الاطلاع على الصفحة 182 أو زيارة <data.unicef.org/regionalclassifications>.

لا ينصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

ملاحظات

- البيانات غير متوفرة.
- p استناداً لمقامات كسرية صغيرة (عادة ما تتراوح بين 25-49 من الحالات غير المرجحة). ولا ترد أية بيانات تستند إلى أقل من 25 حالة غير مرجحة.
- x تشير البيانات إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. لا تدخل هذه البيانات في حساب متوسطات الأقاليم والمتوسطات العالمية.
- y تختلف البيانات عن التعريف المعياري أو تشير إلى جزء من البلد فقط. إذا اندرجت هذه البيانات ضمن الفترة المرجعية المذكورة، فإنها تدخل في حساب المتوسطات الإقليمية والمتوسطات العالمية.
- + لمزيد من الشرح المفصل للمنهجية والتعديلات فيما يتعلق بحساب هذه التقديرات، يمكنكم الرجوع إلى الملاحظة العامة حول البيانات، صفحة 180.
- * تشير البيانات إلى أحدث سنة تتوفر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.

مصادر البيانات الرئيسية

- **الانتظام في التعليم بمرحلة الطفولة المبكرة:** الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى. آخر تحديث: آب / أغسطس 2019.
- **التحفيز المبكر والرعاية المستجيبة من قبل البالغين:** الاستقصاءات الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات وغيرها من المسوح الوطنية. آخر تحديث: آب / أغسطس 2019.
- **التحفيز المبكر والرعاية المستجيبة من قبل الأب:** الاستقصاءات الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات وغيرها من المسوح الوطنية. آخر تحديث: آب / أغسطس 2019.
- **مواد التعلّم المتوفرة في البيت — كتب الأطفال:** الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى. آخر تحديث: آب / أغسطس 2019.
- **مواد التعلّم المتوفرة في البيت: أشياء يلعب بها الطفل:** الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى. آخر تحديث: آب / أغسطس 2019.
- **الأطفال المتروكون تحت إشراف غير كافٍ:** الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى. آخر تحديث: آب / أغسطس 2019.

تعريفات المؤشرات

- **الانتظام في التعليم بمرحلة الطفولة المبكرة:** النسبة المئوية من الأطفال من الفئة العمرية 36-59 شهراً المنتظمين في برنامج تعليمي لمرحلة الطفولة المبكرة.
- **التحفيز المبكر والرعاية المستجيبة من قبل البالغين:** النسبة المئوية من الأطفال من الفئة العمرية 36-59 شهراً الذين شاركهم شخص راشد خلال الأيام الثلاثة الماضية في أربعة أو أكثر من الأنشطة التالية بهدف تعزيز التعلم والاستعداد للالتحاق بالمدسة: (أ) قراءة الكتب على مسمع الطفل، (ب) رواية قصص للطفل، (ج) إنشاد الأغاني للطفل، (د) اصطحاب الطفل إلى خارج البيت، (هـ) اللعب مع الطفل، (و) قضاء وقت مع الطفل في تسمية الأشياء أو عدها أو رسمها.
- **التحفيز المبكر والرعاية المستجيبة من قبل الأب:** النسبة المئوية من الأطفال من الفئة العمرية 36-59 شهراً الذين شاركهم أبواهم خلال الأيام الثلاثة الماضية في أربعة أو أكثر من الأنشطة التالية بهدف تعزيز التعلم والاستعداد للالتحاق بالمدسة: (أ) قراءة الكتب على مسمع الطفل، (ب) رواية قصص للطفل، (ج) إنشاد الأغاني للطفل، (د) اصطحاب الطفل إلى خارج البيت، (هـ) اللعب مع الطفل، (و) قضاء وقت مع الطفل في تسمية الأشياء أو عدها أو رسمها.
- **الأطفال المتروكون تحت إشراف غير كافٍ:** النسبة المئوية من الأطفال من الفئة العمرية 0-59 شهراً الذين تركوا وحدهم أو تحت رعاية طفل آخر يقل عمره عن 10 سنوات لأكثر من ساعة واحدة لمرّة واحدة على الأقل في الأسبوع الماضي.

الجدول 10. التعليم

البلدان والمناطق	التعلم		الإكمال								الوصول المنصف													
	نتائج التعلم * 2018-2020								محل الإكمال * 2018-2020								معدل التسرب من المدرسة * 2018-2020							
	نسبة الأطفال عند نهاية المرحلة الابتدائية ممن يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة				نسبة الأطفال في الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة				التعليم الثانوي الأعلى		التعليم الثانوي الأدنى		التعليم الابتدائي		التعليم الثانوي الأعلى		التعليم الثانوي الأدنى		التعليم الابتدائي		قبل سنة واحدة من سن الالتحاق الابتدائي			
	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند التسرب (15-24 سنة) (%)	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية المرحلة الثانوية الدنيا ممن يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية المرحلة الابتدائية ممن يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند نهاية الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور			
الاتحاد الروسي	100	100	81	84	98	99	-	-	-	-	-	-	9	10	1	2	2	3	4	4	3			
إثيوبيا	-	-	-	-	-	-	-	-	13	13	36	42	51	51	75	73	49	45	17	11	63	61		
أذربيجان	100	100	x 55	x 27	71	82	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	5	7	39	39	-			
الأرجنتين	100	99	38	62	59	67	63	62	66	53	81	72	97	95	5	13	1	1	0	3	1			
الأردن	99	99	45	54	-	-	50	-	63	49	88	86	97	96	46	53	29	28	-	-	-			
أرمينيا	100	100	76	-	95	-	-	-	96	91	99	94	99	100	-	-	6	8	8	8	-			
إريتريا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71	66	60	53	64	61	83	82			
إسبانيا	100	100	78	84	-	-	93	94	-	-	-	-	-	1	2	0	1	1	2	4	4			
أستراليا	-	-	78	82	95	94	96	95	-	-	-	-	-	0	2	2	1	3	4	13	12			
إستونيا	100	100	89	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	5	-	-	6	7	7	10			
إسرائيل	-	-	68	73	-	-	-	93	-	-	-	-	-	0	4	-	-	2	3	0	2			
إسواتيني	95	92	-	-	x 91	x 99	-	-	33	31	45	38	68	52	30	25	13	13	25	24	-			
أفغانستان	32	62	-	-	63	55	52	47	14	32	26	49	40	67	69	46	-	-	-	-	-			
إكوادور	99	99	43	72	64	68	78	75	-	-	-	-	-	16	16	-	1	3	4	4	4			
اليابان	99	99	39	48	97	95	-	86	60	43	96	97	93	91	18	17	4	1	4	2	11			
ألمانيا	-	-	83	84	96	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
الإمارات العربية المتحدة	-	-	74	60	-	-	70	64	-	-	-	-	-	19	13	2	1	4	2	11	12			
أنغيوا وبربودا	-	-	-	-	78	50	46	38	-	-	-	-	-	22	21	24	16	17	18	12	14			
أندورا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
إندونيسيا	100	100	31	45	-	-	49	66	37	40	59	64	92	91	13	17	10	14	10	5	3			
أنغولا	71	85	-	-	-	-	-	-	15	21	31	41	49	53	-	-	-	-	-	38	30			
أنغويلا	-	-	-	-	67	76	38	59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
أوروغواي	99	99	48	61	94	90	75	81	28	45	70	52	95	92	16	23	1	2	2	2	3			
أوزبكستان	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	16	5	4	2	1	64	63			
أوغندا	82	86	-	-	53	52	72	60	14	16	21	24	36	33	-	-	-	8	10	-	-			
أوكرانيا	100	100	81	-	x 79	-	-	-	97	97	100	100	99	100	4	6	3	3	6	8	-			
إيرلندا	-	-	94	90	-	-	97	97	-	-	-	-	-	0	2	-	0	0	2	2	2			
آيسلندا	-	-	76	78	-	-	x 93	-	-	-	-	-	-	14	18	1	2	1	0	2	2			
إيطاليا	100	100	89	79	-	-	93	98	-	-	-	-	-	5	5	-	-	2	1	3	1			
بابوا غينيا الجديدة	71	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	39	17	7	25	20	27	26			
باراغواي	99	98	68	68	69	69	72	71	0	0	54	57	95	89	30	32	15	4	11	11	29			
باكستان	66	80	68	73	48	52	15	17	38	43	45	55	55	64	67	57	50	42	29	18	-			
بالاو	99	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	-	-			
البحرين	95	94	75	-	-	-	72	-	-	-	-	-	-	5	7	0	3	1	1	24	23			
البرازيل	99	99	30	49	100	97	77	78	64	53	82	73	97	94	16	19	4	3	2	4	4			
بربادوس	100	100	-	-	60	87	-	-	97	91	98	98	99	99	-	-	0	4	9	10	12			
البريتغال	99	99	76	83	-	-	97	98	-	-	-	-	-	3	0	1	1	4	3	1	0			
بروني دار السلام	100	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	20	-	-	4	3	5	5			
بلجيكا	-	-	80	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	3	3	1	1	0	0			
بلغاريا	98	98	58	59	92	93	-	-	-	-	-	-	-	12	8	7	6	7	7	4	5			
بنلزي	-	-	-	-	-	-	x 25	x 25	x 20	x 48	x 40	x 86	x 78	34	38	11	11	1	0	16	16			
بنغلاديش	94	92	57	87	81	91	39	65	26	31	55	53	79	69	38	37	-	-	2	8	-			
بنما	97	98	x 21	x 35	74	77	54	68	68	57	81	75	96	95	31	35	10	10	13	12	26			
بنين	41	64	-	-	40	52	34	10	5	12	13	25	44	51	66	46	43	26	-	12	12			
بوتان	84	90	51	33	-	-	-	-	x 18	x 25	x 38	x 41	x 71	x 67	27	34	10	20	17	19	-			
بوتسوانا	99	96	80	79	66	66	61	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	11	65	67			
بوركينا فاسو	44	57	-	-	59	57	59	35	x 2	x 6	x 6	x 13	x 29	x 32	68	67	46	48	24	22	83			
بوروندي	75	85	-	-	87	56	97	79	3	4	19	26	54	46	57	60	27	31	2	4	58			
البوسنة والهرسك	100	100	x 77	-	-	-	-	-	92	92	97	97	100	99	-	-	-	-	-	-	-			
بولندا	-	-	83	86	-	-	96	95	-	-	-	-	-	7	8	5	5	4	4	1	1			
بيرو	99	99	28	42	-	-	71	94	72	78	83	83	95	95	-	-	1	2	0	1	3			
بيلاروس	-	-	-	-	-	-	-	-	98	96	100	100	100	100	0	2	1	2	4	4	1			
تايوان	98	98	46	50	-	-	77	-	62	50	88	76	98	98	21	21	11	11	-	-	3			
تركمينستان	100	100	-	-	-	-	-	-	80	83	91	93	100	100	-	-	-	-	-	-	-			
تركيا	99	100	70	60	81	x 72	-	-	48	58	90	94	98	99	16	15	10	9	6	5	36			
ترينيداد وتوباغو	100	100	48	58	63	76	-	78	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
تشاد	22	41	33	39	19	16	48	18	6	15	10	18	24	31	88	71	70	51	34	17	90			
توغو	78	90	-	-	48	38	41	20	10	20	20	31	59	66	66	47	28	16	11	5	-			
توفالو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46	58	-	-	-	-	-	-	6		
توكيلاو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80	62	-	-	-	-	-	-	22		

التعليم				الإكمال						الوصول المنصف						البلدان والمناطق		
نتائج التعلم * 2018-2020				معدل الإكمال * 2018-2022						معدل التسرب من المدرسة * 2018-2022								
محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند الثيوب (%) (15-24 سنة)	محل الإلمام بالقراءة والكتابة عند الثيوب (%) (15-24 سنة)	نسبة الأطفال عند نهاية المرحلة الابتدائية ممن يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	نسبة الأطفال في الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحقون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	التعليم الثانوي الأعلى		التعليم الثانوي الأدنى		التعليم الابتدائي		التعليم الثانوي الأعلى		التعليم الثانوي الأدنى		التعليم الابتدائي			قبل سنة واحدة من سن الالتحاق الابتدائي	
				إنث	ذكور	إنث	ذكور	إنث	ذكور	إنث	ذكور	إنث	ذكور	إنث	ذكور	إنث	ذكور	إنث
96	97	25	28	-	-	34	-	57	40	80	68	97	94	-	-	-	-	-
100	99	-	-	-	-	x 15	-	-	-	-	-	-	-	38	48	9	13	3
79	80	-	-	-	-	-	80	55	49	70	63	85	77	26	30	12	14	18
99	94	77	64	-	-	14	87	x 83	x 80	x 97	x 97	x 100	x 99	19	24	17	22	-
99	99	48	58	-	-	-	-	87	84	99	99	100	100	14	14	5	4	4
-	-	19	21	-	-	x 41	-	47	30	72	57	94	93	-	-	-	2	0
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	15	5	11	8
70	74	-	-	x 70	x 66	-	-	32	24	45	47	77	75	55	57	29	30	16
-	-	-	-	-	-	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	31	34
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	37	7	8	5
99	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28	40	23	23	19
27	49	-	-	-	-	-	-	x 6	x 8	x 8	x 16	x 33	x 54	90	79	66	44	40
-	-	78	78	-	-	96	98	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-
99	99	9	28	63	65	28	46	66	48	89	76	94	88	23	26	9	7	6
-	-	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67	68	44	42	33
80	91	-	-	85	81	-	-	21	30	49	59	66	71	-	-	-	-	-
98	98	63	-	-	-	65	76	-	-	-	-	-	-	23	27	2	2	-
85	87	-	-	x 87	x 97	35	56	27	32	27	31	84	75	88	85	-	-	18
99	98	x 40	x 58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	32	17	18	14
-	-	85	86	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	1	1	5	6	3
-	-	-	-	-	-	83	94	100	100	100	100	100	100	11	11	8	8	-
91	94	-	-	-	-	46	83	31	33	55	57	86	87	41	35	22	21	7
100	99	50	54	88	x 91	-	-	74	63	98	95	100	99	35	36	15	15	10
99	99	34	84	71	92	39	84	52	45	91	85	98	95	19	15	-	-	8
-	-	-	-	-	-	-	-	x 4	x 13	x 10	x 23	x 18	x 30	75	61	67	54	72
100	100	43	48	-	-	78	86	-	-	-	-	-	-	5	8	2	1	2
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72	66	56	48	46
-	-	86	85	-	-	96	99	-	-	-	-	-	-	11	14	1	1	1
99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	17	13	13	8
99	99	52	-	-	-	-	-	73	52	93	80	100	99	26	44	7	12	6
-	-	-	-	-	-	50	81	-	-	-	-	-	-	10	10	-	-	1
86	84	-	-	-	-	-	-	16	19	30	25	61	48	-	-	-	6	3
99	99	60	61	-	-	79	86	-	-	-	-	-	-	22	23	10	9	10
87	91	-	-	x 33	x 56	9	1	23	34	48	54	75	73	-	-	-	12	16
93	88	-	-	x 73	x 81	-	-	11	15	74	66	89	87	55	52	11	8	14
99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	23	2	2	3
96	97	-	-	-	-	100	81	12	12	36	32	86	79	18	20	6	12	3
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	11	-	-	2
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	46	62	62	68	90	70	98	85	99	99	17	24	14	10	-
99	99	68	90	-	-	84	86	-	-	-	-	-	-	16	21	2	1	4
98	98	x 20	-	x 79	x 78	x 23	-	36	34	74	73	89	84	35	34	17	16	18
-	-	72	68	88	96	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	5	4	-
100	100	84	85	-	-	95	95	-	-	-	-	-	-	4	5	2	1	2
100	100	99	89	-	-	99	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
64	76	16	42	59	61	62	18	10	14	24	28	51	48	62	64	45	52	21
-	-	-	-	-	-	-	-	29	34	43	45	73	71	-	-	-	-	38
97	98	-	-	-	-	-	-	28	19	58	41	90	80	33	42	9	17	8
-	-	82	82	88	-	95	98	-	-	-	-	-	-	3	1	4	5	1
-	-	84	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	17	-	-	0
51	65	-	-	-	-	-	-	18	27	42	47	65	63	63	61	40	40	1
99	99	79	86	74	88	-	-	-	-	-	-	-	-	4	5	-	-	-
99	99	30	29	-	-	-	x 66	x 69	x 80	x 97	x 98	x 99	x 100	-	-	-	-	8
99	99	63	72	98	94	63	70	-	-	-	-	-	-	6	7	8	8	5
100	100	61	67	91	-	-	-	81	71	99	99	100	99	10	12	2	1	1
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
100	100	79	80	-	-	85	82	67	64	93	93	97	97	-	-	-	-	-

البلدان والمناطق		الوصول المنصف				معدل التسرب من المدرسة 2018-2012*				محل الإكمال 2018-2012*				التعلم			
		معدل التسرب من المدرسة 2018-2012*		محل الإكمال 2018-2012*		التعلم		معدل التسرب من المدرسة 2018-2012*		محل الإكمال 2018-2012*		التعلم					
قبل سنة واحدة من سن الالتحاق الابتدائي		التعليم الإبتدائي	التعليم الثانوي الأدنى	التعليم الثانوي الأعلى	التعليم الإبتدائي	التعليم الثانوي الأدنى	التعليم الثانوي الأعلى	نسبة الأطفال في الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	نسبة الأطفال عند نهاية المرحلة الابتدائية من يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	نسبة الأطفال عند نهاية المرحلة المتوسطة من يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	محل الإمام بالقراءة والكتابة عند الشباب (15-24 سنة) (%)	نسبة الأطفال في الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	نسبة الأطفال عند نهاية المرحلة الابتدائية من يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	نسبة الأطفال عند نهاية المرحلة المتوسطة من يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة			
		إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور		
مونتسيرات		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
ميانمار		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
ناميبيا		35	31	4	0	-	-	33	39	33	62	48	86	75	95		
ناورو		33	16	3	4	14	17	60	55	14	21	14	17	16	33		
الزنجبار		4	3	0	0	0	0	7	8	1	0	0	0	3	4		
النمسا		2	0	-	-	1	0	7	7	1	0	-	-	0	2		
نيبال		12	18	7	4	14	7	39	52	65	68	76	79	18	12		
النيجر		78	78	29	38	69	61	10	24	35	89	83	69	83	78		
نيجيريا		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
نيكاراغوا		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
نيوزيلندا		4	3	1	1	2	1	0	4	2	2	2	2	1	4		
نيوي		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	77		
هايتي		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
الهند		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
هندوراس		19	18	17	16	37	16	55	42	85	81	48	54	35	97		
هونغ كونغ		8	9	3	3	4	3	12	12	4	4	4	3	9	99		
هولندا		2	1	-	-	1	0	-	-	1	1	0	1	-	-		
الولايات المتحدة		10	8	4	4	16	20	6	7	1	3	4	4	8	10		
ولايات ميكرونيزيا الموحدة		20	27	17	15	20	15	-	-	2	4	-	-	2	-		
اليابان		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
اليمن		95	96	12	22	22	12	39	55	70	68	46	35	23	95		
اليونان		12	11	7	7	11	10	-	-	11	10	8	6	7	12		
ملخص																	
شرق آسيا والمحيط الهادئ		14	12	4	4	8	9	83	82	96	96	15	23	8	99		
أوروبا وآسيا الوسطى		13	14	3	3	4	3	-	-	-	-	10	4	3	100		
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى		22	23	4	4	5	4	-	-	-	-	14	14	5	100		
أوروبا الغربية		3	3	2	2	2	2	-	-	-	-	6	7	2	-		
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي		6	4	5	4	7	7	80	75	95	94	21	24	7	99		
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا		51	53	5	7	15	12	68	66	85	87	36	31	15	86		
أمريكا الشمالية		7	6	4	4	1	1	-	-	-	-	5	5	1	-		
جنوب آسيا		-	-	-	7	17	18	71	75	88	88	49	47	17	80		
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى		57	57	19	24	34	24	42	48	64	64	61	54	37	72		
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي		56	57	19	20	37	32	38	41	63	60	60	54	37	83		
غرب ووسط أفريقيا		56	57	19	27	37	27	46	54	65	69	61	53	40	60		
أقل البلدان نمواً		56	57	17	20	34	29	36	41	60	60	59	53	34	73		
العالم		31	31	8	10	15	16	36	36	83	83	36	36	16	88		

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في فئات الأقاليم والأقاليم الفرعية والبلدان، يرجى الاطلاع على الصفحة 182 أو زيارة <data.unicef.org/regionalclassifications>. لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

مصادر البيانات الرئيسية

معدل عدم الالتحاق بالمدرسة: معهد اليونسكو للإحصاء (UIS). آخر تحديث: شياط / فبراير 2019.
معدل الإكمال: الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى للأسر المعيشية، وبيانات من أنظمة الإبلاغ العادية. آخر تحديث: حزيران / يونيو 2019.
نسبة الأطفال والشباب (أ) في الصف الـ 2 أو الـ 3؛ (ب) في نهاية التعليم الابتدائي؛ و (ج) في نهاية التعليم الثانوي الأدنى، ويحققون الحد الأدنى على الأقل من الكفاءة في (1) القراءة و (2) الرياضيات: معهد اليونسكو للإحصاء. آخر تحديث: شياط / فبراير 2019.

ملاحظات

- البيانات غير متوفرة.
- x تشير البيانات إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. لا تدخل هذه البيانات في حساب متوسطات الأقاليم والمتوسطات العالمية.
- * تشير البيانات إلى أحدث سنة تتوفر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.

تعريفات المؤشرات

معدل الأطفال غير المتلتحقين بالمدراس ممن يقل عمرهم سنة واحدة عن سن الالتحاق بالمدرسة الابتدائية: عدد الأطفال الذين يقل عمرهم سنة واحدة عن سن الالتحاق بالمدراس الابتدائية من غير المسجلين في المدارس ما قبل الابتدائية أو المدارس الابتدائية، معبراً عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال الذين يقل عمرهم سنة واحدة عن السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدراس الابتدائية.
معدل الأطفال غير المتلتحقين بالمدراس ممن بلغوا سن الالتحاق بالمدرسة الابتدائية: عدد الأطفال الذين بلغوا السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدراس الابتدائية ولكنهم غير ملتحقين بمدارس ابتدائية أو ثانوية، معبراً عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال الذين بلغوا السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدراس الابتدائية.
معدل الأطفال غير المتلتحقين بالمدراس ممن بلغوا سن الالتحاق بالمدرسة الثانوية الدنيا: عدد الأطفال الذين بلغوا السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدارس الثانوية الدنيا ولكنهم غير ملتحقين بمدارس ابتدائية أو ثانوية، معبراً عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال الذين بلغوا السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدراس الثانوية الدنيا.
معدل الأطفال غير المتلتحقين بالمدراس ممن بلغوا سن الالتحاق بالمدرسة الثانوية العليا: عدد الأطفال الذين بلغوا السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدارس الثانوية العليا ولكنهم غير ملتحقين بمدارس ابتدائية أو ثانوية أو بالتعليم العالي، معبراً عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال الذين بلغوا السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدراس الثانوية العليا.
معدل إتمام التعليم الابتدائي: عدد الأطفال والشباب الذين تزيد أعمارهم بمقدار 3-5 سنوات عن السن المستهدف للصف الأخير من التعليم الابتدائي والذين أتموا الصف الأخير من التعليم الابتدائي.

الجدول 11. حماية الطفل

العنف الجنسي في مرحلة الطفولة (%) 2018-2012		التأديب العنيف (%) 2018-2012			تبرير ضرب الزوجة بين المراهقين (%) 2018-2012		تشويه الأعضاء التناسلية للإناث (%) 2018-2010				تسجيل المواليد (%) 2018-2010			زواج الأطفال (%) 2018-2012			عمالة الأطفال (%) 2018-2010			البلدان والمناطق
إناث	ذكور	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	معدل الانتشار		إناث	ذكور	المجموع	إناث			إناث	ذكور	المجموع			
							الموقف منه	مع وقت الممارسة c				z	قبل بلوغ 18 سن	قبل بلوغ 18 سن				قبل بلوغ 15 سن		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	الاتحاد الروسي
5	-	-	-	-	60	33	79	87	16	65	3	3	3	5	40	14	y 46	y 51	y 49	إثيوبيا
x 0	-	x,y 74	x,y 80	x,y 77	x 24	-	-	-	-	-	x 94	x 93	x 94	x 0	x 11	x 2	-	-	-	أذربيجان
-	-	y 71	y 74	y 72	2	-	-	-	-	-	y 100	y 100	y 100	-	-	-	-	-	-	الأرجنتين
-	-	y 89	y 91	y 90	y 63	y 64	-	-	-	-	99	99	99	-	8	0	1	2	2	الأردن
-	-	67	71	69	9	25	-	-	-	-	99	100	99	0	5	0	3	5	4	أرمينيا
-	-	-	-	-	x 51	x 60	82	85	33	83	-	-	-	x 2	x 41	x 13	-	-	-	إريتريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	إسبانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	أستراليا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	إستونيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	إسرائيل
-	-	88	89	88	32	29	-	-	-	-	56	51	54	1	5	1	y 7	y 8	y 8	إسواتيني
y 1	-	x,y 74	x,y 75	x,y 74	y 78	y 71	-	-	-	-	42	43	42	7	35	9	20	23	21	أفغانستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 82	-	20	3	-	-	-	إكوادور
-	-	y 45	y 49	y 48	5	11	-	-	-	-	98	99	98	1	12	1	y 3	y 4	y 3	ألبانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 100	y 100	y 100	-	-	-	-	-	-	ألمانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 100	y 100	y 100	-	-	-	-	-	-	الإمارات العربية المتحدة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أنغيوا وبربودا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	أندورا
-	-	-	-	-	45	y 48	-	-	y 49	-	-	-	y 72	5	11	1	-	-	-	إندونيسيا
5	-	-	-	-	25	24	-	-	-	-	25	25	25	6	30	8	20	17	19	أنغولا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أنغويلا
-	-	y 51	y 58	y 55	3	-	-	-	-	-	100	100	100	-	25	1	3	5	4	أوروغواي
-	-	-	-	-	x 63	x 63	-	-	-	-	x 100	x 100	x 100	x 1	x 7	x 0	-	-	-	أوزبكستان
5	1	85	85	85	58	53	83	-	1	0	32	32	32	6	34	7	19	17	18	أوغندا
x 2	-	y 55	y 68	y 61	2	2	-	-	-	-	100	100	100	4	9	0	y 3	y 3	y 3	أوكرانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	إيرلندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	آيسلندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	إيطاليا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 5	x 21	x 2	-	-	-	بابوا غينيا الجديدة
-	-	49	55	52	7	-	-	-	-	-	y 69	y 69	y 69	-	22	4	13	20	18	باراغواي
-	-	-	-	-	y 51	p,y 58	-	-	-	-	33	34	34	3	21	3	-	-	-	باكستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بالاو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	البحرين
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	-	x 26	x 6	-	-	-	البرازيل
-	-	y 72	y 78	y 75	5	-	-	-	-	-	99	99	99	-	11	1	y 1	y 2	y 1	بربادوس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	البريتغال
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بروني دار السلام
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	بلجيكا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 100	y 100	y 100	-	-	-	-	-	-	بلغاريا
-	-	63	67	65	6	8	-	-	-	-	96	95	96	22	34	6	3	4	3	بليز
y 3	-	82	83	82	y 29	-	-	-	-	-	20	20	20	x 4	59	22	-	-	-	بنغلاديش
3	-	43	47	45	9	-	-	-	-	-	96	95	96	-	26	7	-	-	-	بنما
-	-	90	92	91	29	17	86	89	0	9	84	85	85	5	26	7	41	42	41	بنن
-	-	-	-	-	x 70	-	-	-	-	-	100	100	100	-	x 26	x 6	y 4	y 3	y 4	بوتان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 88	y 87	y 88	-	-	-	-	-	-	بوتسوانا
-	-	x,y 82	x,y 84	x,y 83	x 39	x 40	90	87	13	76	77	77	77	x 4	x 52	x 10	y 40	y 44	y 42	بور كينا فاسو
4	0	89	91	90	63	48	-	-	-	-	83	84	84	1	19	3	32	30	31	بوروندي
-	-	y 50	y 60	y 55	1	5	-	-	-	-	x 99	x 100	x 100	0	4	0	-	-	-	البوسنة والهرسك
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 100	y 100	y 100	-	-	-	-	-	-	بولندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 98	-	19	3	15	14	15	بيرو
-	-	y 62	y 67	y 65	3	3	-	-	-	-	y 100	y 100	y 100	1	3	0	y 1	y 1	y 1	بيلاروس
-	-	73	77	75	9	9	-	-	-	-	y 100	y 100	y 100	10	23	4	-	-	-	تاييلاند
-	-	y 34	y 39	y 37	17	-	-	-	-	-	100	100	100	-	6	0	0	0	0	تركمستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 99	y 99	y 99	-	15	1	-	-	-	تركيا
y 25	-	x,y 75	x,y 79	x,y 77	x 8	-	-	-	-	-	97	97	97	-	x 11	x 3	y 1	y 1	y 1	ترينيداد وتوباغو
2	-	71	72	71	69	54	45	x 49	10	38	12	12	12	8	67	30	41	37	39	تشنان
4	-	80	81	81	26	19	95	96	0	5	77	79	78	3	22	6	22	23	23	توغو
-	-	-	-	-	x 69	x 83	-	-	-	-	x 51	x 49	x 50	x 0	x 10	x 0	-	-	-	توفالو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	توكيلاو
-	-	y 92	y 94	y 93	27	-	-	-	-	-	100	99	99	-	2	0	y 1	y 3	y 2	تونس
-	-	-	-	-	27	29	-	-	-	-	93	94	93	6	6	0	-	-	-	تونغا
3	-	-	-	-	69	48	-	-	-	-	61	60	60	1	15	3	-	-	-	تيمور-ليشتي

العنف الجنسي في مرحلة الطفولة (%) 2018-2012	التأديب العنيف (%) 2018-2012					تشويه الأعضاء التناسلية للإناث (%) 2018-2012					زواج الأطفال (%) 2018-2012					عمالة الأطفال (%) 2018-2010			البلدان والمناطق	
	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	المجموع	زواج الأطفال (%)			إناث	ذكور		المجموع
														قبل بلوغ سن 18	قبل بلوغ سن 18	قبل بلوغ سن 15				
2	-	82	87	85	17	-	-	-	-	-	-	-	98	-	8	1	2	3	3	جامايكا
-	-	66	73	69	2	5	-	-	-	99	100	99	0	5	1	9	10	9	الجبل الأسود	
-	-	85	88	86	55	-	-	-	-	100	100	100	-	3	0	4	5	4	الجزائر	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر البهاما
3	-	-	-	-	43	29	-	-	-	87	87	87	12	32	10	32	25	28	جزر القمر	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر تركس وكايكوس
-	-	85	86	86	78	60	-	-	-	89	87	88	4	21	6	19	17	18	جزر سليمان	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر فرجن البريطانية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	جزر كوك
-	-	-	-	-	47	71	-	-	-	82	85	84	12	26	6	-	-	-	-	جزر مارشال
-	-	92	92	92	79	83	75	1	24	62	61	61	28	68	29	32	29	30	جمهورية أفريقيا الوسطى	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	الجمهورية التشيكية
1	-	61	64	63	3	-	-	-	-	88	88	88	8	36	12	6	8	7	-	الجمهورية التونسية
-	-	88	90	89	-	-	-	-	-	96	96	96	-	13	3	-	-	-	-	الجمهورية العربية السورية
13	-	81	82	82	75	69	-	-	-	25	24	25	6	37	10	31	22	27	-	جمهورية الكونغو الديمقراطية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	99	-	17	3	-	-	-	-	جمهورية إيران الإسلامية
7	-	-	-	-	59	50	95	89	0	10	25	28	4	31	5	24	25	24	-	جمهورية تنزانيا المتحدة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية فنزويلا البوليفارية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية كوريا
-	-	55	63	59	4	4	-	-	-	100	100	100	-	-	-	4	5	4	-	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية
-	-	68	70	69	30	17	-	-	-	73	73	73	11	33	7	14	11	12	-	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
5	-	74	77	76	13	14	-	-	-	100	99	100	1	12	0	-	-	-	-	جمهورية مولدوفا
-	-	-	-	-	7	14	-	-	-	-	-	-	89	6	1	3	4	4	-	جنوب أفريقيا
-	-	-	-	-	72	-	-	-	-	36	35	35	-	52	9	-	-	-	-	جنوب السودان
-	-	63	70	67	5	-	-	-	-	100	100	100	-	14	1	1	2	2	-	جورجيا
-	-	71	73	72	-	-	51	43	93	91	93	92	-	5	2	-	-	-	-	جيبوتي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	الدانمرك
-	-	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-	-	92	5	20	3	-	-	-	دولة بوليفيا متعددة القوميات
-	-	92	93	92	-	-	-	-	-	-	-	-	96	-	15	1	8	10	9	دولة فلسطين
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	دومينيكا
10	0	-	-	-	45	24	-	-	-	56	56	56	1	7	0	21	17	19	-	رواندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	رومانيا
5	-	-	-	-	49	41	-	-	-	11	12	11	2	31	6	23	23	23	-	زامبيا
6	-	62	63	63	54	49	-	-	-	-	-	38	1	32	4	-	-	-	-	زيمبابوي
-	-	-	-	-	34	28	-	-	-	58	59	59	2	11	1	-	-	-	-	ساموا
3	-	79	80	80	24	19	-	-	-	95	96	95	3	35	8	19	17	18	-	سان تومي وبرينسيبي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	سان مارينو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سانت فنسنت وجزر غرينادين
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سانت كيتس ونيفس
-	-	64	71	68	15	-	-	-	-	93	91	92	-	8	1	2	5	3	-	سانت لوسيا
-	-	-	-	-	54	-	-	-	-	97	97	97	-	10	1	-	-	-	-	سري لانكا
-	-	50	55	52	10	-	-	-	-	98	99	99	-	26	6	11	9	10	-	السلفادور
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	سلوفاكيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	سلوفينيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سنغافورة
2	-	-	-	-	48	43	81	79	14	24	76	79	77	1	29	8	19	27	23	السنگال
-	-	63	65	64	36	-	53	64	30	87	66	69	67	-	34	12	16	20	18	السودان
-	-	85	87	86	19	-	-	-	-	99	99	99	-	19	5	4	4	4	-	سورينام
13	4	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	السويد
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	سويسرا
2	0	86	87	87	44	29	27	40	8	86	81	82	81	7	30	13	38	39	39	سيراليون
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سينشيل
-	-	67	71	69	14	-	-	-	-	100	100	100	-	7	1	7	8	8	-	شمال مقدونيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	-	-	5	7	6	-	ثيبلي
-	-	42	44	43	2	-	-	-	-	100	99	99	1	3	0	6	8	7	-	صربيا
-	-	-	-	-	75	-	33	46	98	3	3	3	-	45	8	-	-	-	-	الصومال
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الصين
0	-	68	70	69	44	-	-	-	-	96	96	96	-	9	0	-	-	-	-	طاجيكستان
-	-	80	82	81	31	-	94	1	7	99	99	99	-	28	7	6	6	6	-	العراق
-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	100	100	100	-	4	1	-	-	-	-	عُمان
9	-	-	-	-	58	47	-	-	-	88	91	90	5	22	6	17	19	20	-	غابون
0	-	91	90	90	58	42	33	56	75	71	73	72	1	30	9	-	-	-	-	غامبيا
10	-	94	94	94	35	20	93	1	4	70	71	71	2	21	5	21	19	20	-	غانا

الجدول 11. حماية الطفل

العنف الجنسي في مرحلة الطفولة (%) 2018-2012		التأديب العنيف (%) 2018-2012			تبرير ضرب الزوجة بين المراهقين (%) 2018-2012		تشويه الأعضاء التناسلية للإناث (%) 2018-2010				تسجيل المواليد (%) 2018-2010			زواج الأطفال (%) 2018-2012			عمالة الأطفال (%) 2018-2010			البلدان والمناطق					
							معدل الانتشار		الموقف منه	مع وقف الممارسة				إناث		ذكور					إناث				
																					قبل بلوغ 18 سن	قبل بلوغ 18 سن	قبل بلوغ 15 سن		
																								ذكور	
إناث	ذكور	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	المجموع	قبل بلوغ 18 سن	قبل بلوغ 18 سن	قبل بلوغ 15 سن	إناث	ذكور	المجموع												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	غرينادا						
4	1	-	-	-	14	12	-	-	-	-	-	y 96	10	30	6	-	-	-	غواتيمالا						
-	-	65	74	70	10	14	-	-	-	-	89	88	89	9	30	4	12	10	11	غيانا					
-	-	89	90	89	60	-	22	38	45	97	75	75	75	2	51	19	25	24	24	غينيا					
-	-	-	-	-	x 57	x 56	-	-	-	-	54	53	54	x 4	x 30	x 9	-	-	-	غينيا الاستوائية					
-	-	82	83	82	40	37	81	-	29	45	24	24	24	2	24	6	37	36	36	غينيا-بيساو					
-	-	y 84	y 83	y 84	56	63	-	-	-	-	y 43	y 44	y 43	5	21	3	y 16	y 15	y 16	غواتاتو					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	فرنسا					
2	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-	91	92	92	x 3	17	2	-	-	-	الغالين					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	فنلندا					
-	-	-	-	x,y 72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	فجي					
-	-	65	72	68	28	-	-	-	-	-	96	96	96	x 3	11	1	14	13	13	فيت نام					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	قبرص					
-	-	y 46	y 53	y 50	y 6	22	-	-	-	-	y 100	y 100	y 100	1	4	0	-	-	-	قطر					
-	-	54	60	57	22	-	-	-	-	-	98	98	98	0	12	1	14	18	16	قيرغيزستان					
-	-	-	-	-	x 23	x 24	-	-	-	-	-	-	91	x 3	x 18	x 3	-	-	-	كابو فيردي					
-	-	50	55	53	8	-	-	-	-	-	100	100	100	x 0	7	0	-	-	-	كازاخستان					
x 16	x 4	85	85	85	37	45	x 84	x 85	x,y 1	x 1	65	67	66	4	31	10	38	40	39	الكاميرون					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الكرسي الرسولي					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 100	y 100	y 100	-	-	-	-	-	-	كرواتيا					
2	-	-	-	-	y 46	y 26	-	-	-	-	73	74	73	4	19	2	14	12	13	كمبوديا					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	كندا					
-	-	35	37	36	y 4	y 5	-	-	-	-	100	100	100	11	26	5	-	-	-	كوبا					
-	-	85	88	87	43	29	79	82	10	37	71	73	72	4	27	7	y 31	y 27	y 29	كويت ديفوار					
-	-	x,y 39	x,y 52	x,y 46	x 3	-	-	-	-	-	-	-	y 100	-	x 21	x 7	2	2	2	كوستاريكا					
2	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	97	97	7	23	5	3	4	4	كولومبيا					
-	-	82	83	83	56	45	-	-	-	-	96	96	96	6	27	7	15	13	14	الكونغو					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الكويت					
-	-	-	-	x,y 81	x 77	x 65	-	-	-	-	x 93	x 95	x 94	x 5	x 20	x 3	-	-	-	كيريباس					
4	2	-	-	-	45	37	93	89	3	21	66	67	67	3	23	4	-	-	-	كينيا					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	لاتفيا					
-	-	x,y 82	x,y 82	x,y 82	x,y 22	-	-	-	-	-	x 100	x 100	x 100	-	x 6	x 1	-	-	-	لبنان					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	لوكسمبورج					
x 4	-	x,y 90	x,y 90	x,y 90	45	29	55	-	-	44	y 24	y 25	y 25	5	36	9	13	15	14	ليبيريا					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ليبيا					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	ليتوانيا					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	ليختنشتاين					
-	-	-	-	-	48	49	-	-	-	-	44	42	43	1	17	1	-	-	-	ليسوتو					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	مالطة					
-	-	73	73	73	68	54	14	x 22	73	83	87	88	87	3	50	18	35	40	37	مالي					
-	-	y 67	y 74	y 71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ماليزيا					
-	-	-	-	-	47	44	-	-	-	-	83	83	83	13	41	12	-	-	-	مدغشقر					
-	-	93	93	93	y 46	-	38	28	y 14	87	99	100	99	x 0	17	2	4	6	5	مصر					
-	-	x,y 90	x,y 92	x,y 91	x 64	-	-	-	-	-	-	-	y 96	-	x 13	x 1	-	-	-	المغرب					
-	-	63	63	63	6	-	-	-	-	-	95	96	95	-	26	4	4	6	5	المكسيك					
4	-	72	73	72	21	24	-	-	-	-	y 5	y 6	y 6	7	42	9	19	20	19	ملاوي					
-	-	-	-	-	y 35	y 33	-	-	-	-	x 92	x 93	x 93	x 1	x 4	x 0	-	-	-	ملديف					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	المملكة العربية السعودية					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	المملكة المتحدة					
-	-	46	52	49	x 14	x 9	-	-	-	-	99	99	99	3	5	0	15	18	17	منغوليا					
-	-	80	80	80	26	18	50	x 19	51	67	y 66	y 66	y 66	2	37	18	y 18	y 17	y 17	موريتانيا					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	موريشيوس					
2	0	-	-	-	14	21	-	-	-	-	56	54	55	10	53	17	-	-	-	موزامبيق					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	موناكو					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 100	y 100	y 100	-	-	-	-	-	-	مونتسرات					
1	-	y 75	y 80	y 77	53	57	-	-	-	-	81	82	81	5	16	2	-	-	-	ميانمار					
1	-	-	-	-	28	30	-	-	-	-	-	-	y 78	1	7	2	-	-	-	ناميبيا					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	x 12	x 27	x 2	-	-	-	ناورو					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	النرويج					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	النمسا					
3	-	81	83	82	33	31	-	-	-	-	55	57	56	10	40	7	23	20	22	نيبال					
-	-	y 81	y 82	y 82	54	41	82	91	y 2	2	62	65	64	6	76	28	y 34	y 34	y 34	النيجر					
4	-	84	86	85	30	25	68	62	13	18	47	47	47	3	44	18	31	32	31	نيجيريا					

الجدول 12. الحماية الاجتماعية والإنصاف

البلدان والمناطق	الأمهات ذوات المواليد الجدد ممن يتلقين إعانة نقدية (%) * 2018-2010	نسبة الأطفال المشمولين بالحماية الاجتماعية * 2018-2010	توزيع مزايا الحماية الاجتماعية (* 2016-2010، %)			حصة دخل الأسرة المعيشية (* 2018-2010، %)			مؤشر بالما لعدم المساواة في الدخل * 2018-2010	معدل جيني * 2018-2010	الناتج المحلي الإجمالي للفرد (بالدولار الأمريكي الحالي) * 2018-2010
			أدنى 20%	أعلى 20%	أدنى 40%	أدنى 20%	أعلى 20%	أدنى 40%			
الاتحاد الروسي	63.0	100.0	9.5	23.8	28.8	6.9	45.3	18.0	37.7	10750.6	
إثيوبيا	-	-	-	-	-	6.6	46.7	17.6	39.1	768.0	
أذربيجان	14.0	-	17.3	32.4	29.4	-	-	-	-	4147.1	
الأرجنتين	34.0	84.6	6.7	39.6	16.7	5.2	46.0	15.3	40.6	14591.9	
الأردن	-	-	12.2	38.8	25.1	8.2	42.4	20.3	33.7	4168.6	
أرمينيا	61.0	21.4	17.8	23.1	37.7	8.4	42.4	20.8	33.6	3914.5	
إريتريا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	811.4	
إسبانيا	100.0	100.0	-	-	-	5.8	42.1	17.5	36.2	28208.3	
أستراليا	-	100.0	-	-	-	6.8	43.0	18.8	35.8	54093.6	
إستونيا	100.0	100.0	-	-	-	7.5	40.4	20.0	32.7	20200.4	
إسرائيل	-	-	-	-	-	5.2	44.2	15.9	38.9	40543.6	
إسواتيني	-	-	13.7	36.9	24.7	-	-	-	-	3941.9	
أفغانستان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	556.3	
إكوادور	-	6.7	6.7	61.6	14.0	4.7	50.1	14.1	44.7	6213.5	
البنان	-	-	13.5	30.3	28.2	8.9	37.8	-	29.0	4532.9	
ألمانيا	100.0	100.0	-	-	-	7.8	39.7	20.7	31.7	44681.1	
الإمارات العربية المتحدة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40325.4	
أنغيوا وبربودا	40.0	-	-	-	-	-	-	-	-	15824.7	
أنغورا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39134.4	
إندونيسيا	-	-	35.5	4.1	63.2	6.8	45.2	17.5	38.1	3836.9	
أنغولا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4095.8	
أنغويلا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
أوروغواي	100.0	66.2	3.2	50.7	11.9	5.9	45.8	16.5	39.5	16437.2	
أوزبكستان	16.0	22.0	-	-	-	-	-	-	-	1826.6	
أوغندا	-	-	0.9	68.2	11.4	6.1	49.8	-	42.8	631.5	
أوكرانيا	100.0	100.0	14.0	25.7	32.0	10.1	35.1	24.5	25.0	2640.7	
إيرلندا	100.0	100.0	-	-	-	8.0	40.2	20.9	31.8	68941.8	
آيسلندا	100.0	-	-	-	-	9.4	37.3	23.2	27.8	71314.8	
إيطاليا	100.0	-	-	-	-	5.9	41.3	18.0	35.4	32155.2	
بابوا غينيا الجديدة	-	-	4.5	52.4	33.0	-	-	-	-	2640.2	
باراغواي	3.0	32.8	4.6	61.2	11.8	4.6	54.0	13.2	48.8	5680.6	
باكستان	-	-	5.1	58.2	11.9	8.9	42.8	21.1	33.5	1466.8	
بالاو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16274.9	
البحرين	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23715.5	
البرازيل	45.0	96.8	4.2	51.7	12.6	3.2	57.8	-	53.3	9880.9	
بربادوس	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16327.6	
البرتغال	100.0	93.1	-	-	-	6.7	42.7	18.7	35.5	21291.4	
بروني دار السلام	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28572.1	
بلجيكا	100.0	100.0	-	-	-	8.6	36.5	22.6	27.7	43507.2	
بلغاريا	100.0	48.6	-	-	-	6.0	43.9	17.8	37.4	8228.0	
بليز	-	-	18.9	32.5	40.4	-	-	-	-	4956.8	
بنغلاديش	20.9	29.4	8.7	52.7	20.0	8.6	41.4	21.0	32.4	1564.0	
بنما	-	37.3	5.7	55.1	14.3	3.4	54.2	11.5	49.9	15166.1	
بنن	-	-	-	-	-	3.2	52.1	-	47.8	827.4	
بوتان	-	-	1.3	41.1	16.5	6.7	44.4	-	37.4	3390.7	
بوتسوانا	-	5.5	12.8	28.6	28.5	3.9	58.5	-	53.3	7893.7	
بورкина فاسو	0.4	-	1.5	69.5	3.8	8.3	44.3	-	35.3	642.0	
بوروندي	-	-	-	-	-	6.9	46.3	-	38.6	293.0	
البوسنة والهرسك	-	-	11.8	29.0	27.8	7.5	40.7	-	33.0	5394.6	
بولندا	100.0	100.0	11.5	30.0	26.1	8.5	39.5	21.3	30.8	13861.1	
بيرو	-	-	5.4	63.2	10.3	4.7	48.4	14.4	43.3	6700.8	
بيلازوس	-	-	16.9	21.8	37.3	9.9	35.5	24.1	25.4	5761.7	
تايلاند	18.9	-	8.4	48.9	17.5	7.3	44.1	18.4	36.5	6578.2	
تركمانستان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6587.1	
تركيا	-	-	6.1	38.7	16.7	5.7	48.3	15.6	41.9	10499.7	
ترينيداد وتوباغو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16076.1	
تشاد	-	-	1.6	45.7	15.2	4.9	48.8	-	43.3	664.3	
توغو	49.0	-	0.0	86.2	2.3	5.0	48.6	-	43.1	619.1	
توفالو	-	-	-	-	-	6.6	46.4	17.4	39.1	3572.6	
توكيلاو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
تونس	-	48.3	19.8	19.7	37.3	7.8	40.9	20.1	32.8	3494.3	
تونغا	-	-	0.0	44.9	5.0	6.8	45.4	-	37.6	4217.5	
تيمور-ليشتي	30.7	-	5.3	88.0	8.8	9.4	38.4	-	28.7	2000.6	
جامايكا	-	-	14.6	34.1	29.0	-	-	-	-	5060.5	

البلدان والمناطق	نسبة الأطفال المشمولين بالحماية الاجتماعية * 2018-2010	المهات نوات المواليد الجدد من يتلقين إعانة نقدية (%) * 2018-2010	توزيع مزايا الحماية الاجتماعية (* 2016-2010 %)			حصة دخل الأسرة المعيشية (* 2010-2018 %)			معامل جيني * 2018-2010	مؤشر بالمعنى المساواة في الدخل * 2018-2010	الناتج المحلي الإجمالي للفرد (بالدولار الأمريكي الحالي) * 2018-2010
			أدنى 20%	أعلى 20%	أدنى 40%	أدنى 20%	أعلى 20%	أدنى 40%			
نيوي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
هايتي	-	-	0.0	97.3	0.4	5.5	47.1	41.1	-	765.6	
الهند	-	41.0	22.3	16.5	42.9	8.1	44.4	35.7	1.4	1981.5	
هندوراس	-	-	7.6	61.4	16.6	3.2	54.6	50.5	5.2	2432.9	
هنغاريا	100.0	100.0	-	-	-	7.8	38.4	30.4	-	14278.9	
هولندا	100.0	100.0	-	-	-	8.9	37.3	28.2	-	48482.8	
الولايات المتحدة	-	-	-	-	-	5.0	46.9	41.5	-	59927.9	
ولايات ميكرونيزيا الموحدة	-	-	-	-	-	5.5	46.0	40.1	-	3018.4	
اليابان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38332.0	
اليمن	-	-	-	-	-	7.3	44.7	36.7	-	963.5	
اليونان	100.0	100.0	-	-	-	5.9	41.8	36.0	-	18883.5	

ملخص

شرق آسيا والمحيط الهادئ	57.8	5.4	17.9	44.5	8.2	17.3	45.1	38.2	2.0	10,092.7
أوروبا وآسيا الوسطى	85.8	93.2	-	-	-	7.4	41.4	33.7	-	23,451.8
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	62.8	84.1	26.8	29.0	10.5	18.9	43.1	35.4	1.6	8,000.9
أوروبا الغربية	100.0	99.6	-	-	-	20.2	40.1	32.4	-	36,682.3
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	32.3	62.8	13.3	56.6	5.5	14.5	53.2	47.8	3.6	9,271.8
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	51.6	-	-	-	-	7.9	42.7	34.3	-	7,497.5
أمريكا الشمالية	100.0	39.7	-	-	-	5.2	46.3	40.7	-	58,411.2
جنوب آسيا	38.9	-	-	-	-	8.2	43.9	35.1	1.4	1,864.8
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	-	-	13.9	56.5	5.6	14.1	49.7	43.1	2.8	1,625.3
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	-	-	21.8	47.2	9.9	-	51.3	44.5	2.8	1,879.2
غرب ووسط أفريقيا	4.7	-	8.5	62.8	2.7	-	47.4	41.0	2.7	1,365.2
أقل البلدان نمواً	11.1	17.1	14.2	56.7	5.8	18.5	46.0	38.5	1.7	1,113.8
العالم	47.1	33.1	24.1	39.5	11.3	18.2	45.6	38.1	2.0	10,046.2

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في فئات الأقاليم والأقاليم الفرعية والبلدان، يرجى الاطلاع على الصفحة 182 أو زيارة <data.unicef.org/regionalclassifications>. لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

تعريفات المؤشرات

المهات نوات المواليد الجدد من يتلقين إعانة نقدية (%): نسبة النساء اللاتي يلدن وهن مشمولات بفوائد الأمومة: نسبة النساء اللاتي يتلقين إعانات الأمومة النقدية إلى مجموع النساء اللاتي يلدن في ذات السنة (مقدرة على أساس معدلات الخصوبة الخاصة بالفئة العمرية المشورة في تقرير التوقعات السكانية في العالم الصادر عن الأمم المتحدة، أو مقدرة على أساس عدد المواليد الأحياء مع التصحيح حسب نسبة ولادات التوائم المزدوجة والثلاثية).

نسبة الأطفال المشمولين بالحماية الاجتماعية: نسبة الأطفال المشمولين باستحقاقات الحماية الاجتماعية: نسبة الأطفال / الأسر المعيشية الذين يتلقون إعانات نقدية للطفل أو الأسرة إلى إجمالي عدد الأطفال / الأسر المعيشية التي لديها أطفال.

توزيع استحقاقات الحماية الاجتماعية: النسبة المئوية للاستحقاقات التي توزع إلى الخمسين الأول، وإلى أدنى 40%، وإلى الخمسين الـ 5 نسبة إلى إجمالي الاستحقاقات الموزعة على السكان. وتشمل تغطية الحماية الاجتماعية: تقديم المساعدة الاجتماعية من خلال التحويلات النقدية لمن يحتاجون إليها، ولا سيما الأطفال؛ وتقديم الإعانة والدعم للأشخاص في سن العمل لكنهم في حالة الأمومة أو الإعاقة أو إصابة العمل ولمن ليس لديهم وظائف؛ وتغطية المعاش التقاعدي للمسنين.

حصة دخل الأسرة المعيشية: النسبة المئوية من الدخل الذي تلقته الـ 20% من الأسر المعيشية ذات الدخل الأعلى، والـ 40% من الأسر المعيشية ذات الدخل الأدنى، والـ 20% من الأسر المعيشية ذات الدخل الأدنى.

مصادر البيانات الرئيسية

معامل جيني: يقيس مؤشر جيني مدى انحراف توزيع الدخل (أو في بعض الحالات: توزيع الإنفاق الاستهلاكي) فيما بين الأفراد أو الأسر المعيشية داخل اقتصاد ما عن التوزيع كامل التساوي. حيث يرسم منحني لورينز للنسب المئوية التراكمية من إجمالي الدخل المتلقى إلى العدد التراكمي للمستفيدين، بدءاً من أفقر فرد أو أسرة معيشية. يقيس مؤشر جيني المنطقة الواقعة بين منحني لورينز والخط الافتراضي للمساواة المطلقة، ويعبر عنه كنسبة مئوية من المساحة القصوى أسفل الخط. وبالتالي، فإن كان مؤشر جيني يساوي 0 فهذا يعني المساواة الكاملة، وإن كان 100 فهذا يعني انعدام المساواة بشكل مطلق.

مؤشر بالمعنى المساواة في الدخل: يعرّف مؤشر بالمعنى على أنه حاصل قسمة حصة أغنى 10% من السكان من إجمالي الدخل القومي على حصة أفقر 40%.

الناتج المحلي الإجمالي للفرد (بالدولار الأمريكي الحالي): الناتج المحلي الإجمالي للفرد هو الناتج المحلي الإجمالي مقسوماً على عدد السكان في منتصف العام. الناتج المحلي الإجمالي هو مجموع القيم الإجمالية التي يضيفها جميع المنتجين المقيمين في الاقتصاد بالإضافة إلى أي ضرائب على المنتج وبعد طرح أي إعانات غير متضمنة في قيمة المنتجات. يتم حسابه دون إجراء استقطاعات تأخذ بعين الاعتبار تدوير قيمة الأصول المصنعة بعد تصنيعها أو استنفاد الموارد الطبيعية وتدهورها. البيانات بالدولار الأمريكي الحالي.

ملاحظات

- البيانات غير متوفرة.
* تشير البيانات إلى أحدث سنة تتوفر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.
‡ باستثناء الهند.

الجدول 13. المياه والإصحاح والنظافة الصحية

مراقب الرعاية الصحية				المدارس									الأسر المعيشية									البلدان والمناطق
خدمات إدارة النفايات الأساسية (% 2016	خدمات النظافة الصحية الأساسية (% 2016	خدمات الإصحاح الأساسية (% 2016	خدمات المياه الأساسية (% 2016	خدمات النظافة الصحية الأساسية (% 2016)			خدمات الإصحاح الأساسية (% 2016)			خدمات المياه الأساسية (% 2016)			مراقب النظافة الصحية الأساسية (% 2017)			خدمات الإصحاح الأساسية على الأقل (% 2017)			خدمات مياه الشرب الأساسية على الأقل (% 2017)			
				المجموع	المجموع	المجموع	ثانوي	ابتدائي	المجموع	ثانوي	ابتدائي	المجموع	ثانوي	ابتدائي	المجموع	ريف	حضري	المجموع	ريف	حضري	المجموع	ريف
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78	95	90	93	99	97	الاتحاد الروسي
64	-	59	30	7	5	6	-	-	-	-	-	-	4	23	8	4	20	7	31	80	41	إثيوبيا
-	100	48	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	83	88	96	93	82	99	91	أذربيجان
-	-	-	-	-	-	-	-	77	77	-	-	-	-	-	-	-	96	-	-	100	-	الأرجنتين
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	-	-	93	-	-	-	97	97	98	99	99	الأردن
97	69	41	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90	97	94	83	100	94	100	100	100	أرمينيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	إريتريا
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	إسبانيا
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	100	100	100	100	100	أستراليا
100	100	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	99	99	99	99	100	100	إستونيا
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	إسرائيل
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	48	24	61	51	58	60	97	69	إسواتيني
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29	64	38	37	62	43	57	96	67	أفغانستان
49	-	-	-	94	80	87	-	83	83	61	40	51	75	84	81	83	91	88	83	100	94	إكوادور
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	98	98	90	92	91	اليابان
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	99	99	99	100	100	100	ألمانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	-	-	98	الإمارات العربية المتحدة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88	-	-	97	أنغيوا وبربودا
100	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	أندورا
66	-	-	80	40	43	42	41	31	34	68	65	66	55	72	64	65	80	73	82	95	89	إندونيسيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	34	27	23	64	50	27	71	56	أنغولا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	97	-	97	97	أنغويلا	
-	-	-	-	-	-	-	-	83	83	-	-	-	-	-	-	97	97	97	95	100	99	أوروغواي
-	-	-	-	89	90	89	91	93	92	89	90	90	-	-	-	100	100	100	96	100	98	أوزبكستان
43	-	12	31	-	-	37	-	-	79	-	-	69	17	34	21	16	26	18	41	75	49	أوغندا
-	-	-	-	93	69	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94	97	96	99	91	94	أوكرانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94	89	91	98	97	97	أيرلندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	99	99	100	100	100	آيسلندا
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	99	99	99	99	99	99	إيطاليا
10	-	-	70	14	10	10	69	44	45	80	46	47	-	-	-	8	48	13	35	86	41	بابوا غينيا الجديدة
6	-	26	85	-	-	-	-	77	77	-	-	-	72	84	80	83	94	90	99	100	100	باراغواي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81	52	57	46	83	60	50	77	60	90	94	91	باكستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	بالاو
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	100	-	-	100	100	البحرين
-	-	-	-	65	61	61	-	84	84	-	-	-	-	-	-	60	93	88	90	100	98	البرازيل
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	97	-	-	98	98	بربادوس
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	البرتغال
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	بروني دار السلام
-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	100	100	100	-	-	-	99	99	99	100	100	100	بلجيكا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	84	87	86	98	99	99	بلغاريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90	91	90	83	93	88	97	99	98	بنلجز
11	-	-	70	58	39	44	67	57	59	87	73	74	26	51	35	47	51	48	97	97	97	بنغلاديش
-	-	-	-	-	-	-	-	82	82	-	-	-	-	-	-	65	92	83	93	98	96	بنما
26	-	-	74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	17	11	8	27	16	58	76	66	بنن
-	-	-	-	-	-	-	93	75	76	63	58	59	-	-	-	67	73	69	97	98	97	بوتان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51	89	77	76	97	90	بوتسوانا
31	-	-	79	-	18	18	52	74	70	42	55	53	8	23	12	11	39	19	35	80	48	بوركينافاسو
84	-	-	73	16	20	19	89	35	48	-	39	42	4	20	6	46	42	46	57	90	61	بوروندي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92	99	95	97	95	96	البوسنة والهرسك
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	99	100	100	100	بولندا
28	-	7	46	-	-	-	72	70	68	73	71	73	56	-	-	56	80	74	76	96	91	بيرو
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	96	98	98	98	96	96	بيلاروس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83	85	84	98	99	99	100	100	100	تاييلاند
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	99	98	99	98	100	99	تركمانستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90	100	97	100	99	99	تركيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	93	-	-	98	98	ترينيداد وتوباغو
55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	23	2	18	6	2	30	8	29	70	39	تشاد
30	-	-	58	-	-	-	-	-	23	-	-	-	4	20	10	7	29	16	48	89	65	توغو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	86	83	84	99	100	99	توفالو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	-	97	100	-	100	توكيلاو

مراقب الرعاية الصحية				المدارس									الأسر المعيشية									البلدان والمناطق
خدمات إدارة التفقيات الأساسية (%) 2016	خدمات النظافة الصحية الأساسية (%) 2016	خدمات الإصحاح الأساسية (%) 2016	خدمات المياه الأساسية (%) 2016	خدمات النظافة الصحية الأساسية 2016 (%)			خدمات الإصحاح الأساسية 2016 (%)			خدمات المياه الأساسية 2016 (%)			مراقب النظافة الصحية الأساسية 2017 (%)			خدمات الإصحاح الأساسية على الأقل 2017 (%)			خدمات مياه الشرب الأساسية على الأقل 2017 (%)			
				ثانوي	ابتدائي	المجموع	ثانوي	ابتدائي	المجموع	ثانوي	ابتدائي	المجموع	ريف	حضري	المجموع	ريف	حضري	المجموع	ريف	حضري	المجموع	
-	-	-	-	-	-	-	99	99	-	70	70	54	90	79	81	95	91	89	100	96	تونس	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92	97	93	100	100	100	توغا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	43	28	44	76	54	70	98	78	تيمور-ليشتي	
-	-	-	-	69	94	83	69	94	83	69	94	83	-	-	90	86	87	85	96	91	جامايكا	
100	100	85	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94	100	98	99	96	97	الجبل الأسود		
-	-	-	-	99	98	99	100	98	99	98	87	93	73	88	84	82	90	88	99	94	الجزائر	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95	-	-	99	جزر البهاما	
-	-	2	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	45	36	77	88	80	جزر القمر	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88	-	-	94	جزر تركس وكايكوس	
-	-	-	-	-	-	17	34	22	27	19	20	17	29	59	36	20	78	34	61	68	جزر سليمان	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	جزر فرجن البريطانية	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	98	-	-	100	جزر كوك	
-	-	-	-	-	36	36	-	27	27	-	3	3	77	84	83	59	91	83	94	88	جزر مارشال	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	16	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية أفريقيا الوسطى	
100	100	95	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	99	100	100	100	الجمهورية التشيكية	
-	-	-	-	-	-	-	90	90	-	-	-	-	42	58	55	74	86	84	90	97	الجمهورية الدومينيكية	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69	72	71	91	91	91	95	97	الجمهورية العربية السورية	
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	7	4	18	23	20	23	43	جمهورية الكونغو الديمقراطية	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	79	92	88	89	95	جمهورية إيران الإسلامية	
27	35	5	65	-	23	23	-	47	47	-	-	-	40	63	48	24	43	30	43	57	جمهورية تنزانيا المتحدة	
-	-	-	-	-	-	-	-	90	90	-	97	97	-	-	-	-	94	-	-	96	جمهورية فنزويلا البوليفارية	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	100	-	-	100	جمهورية كوريا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72	90	83	90	97	95	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية	
33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41	67	50	64	95	74	76	82	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	94	100	100	100	-	-	69	86	76	83	97	89	جمهورية مولدوفا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78	27	53	44	75	76	81	93	جنوب أفريقيا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	37	11	35	65	41	جنوب السودان	
-	-	-	-	-	-	12	-	-	60	-	-	74	-	-	83	95	90	96	100	98	جورجيا	
35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	76	64	47	84	76	جيبوتي	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	100	100	100	100	100	100	الدانمرك	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	28	25	36	72	61	78	93	دولة بوليفيا متعددة القوميات	
-	-	-	-	29	22	23	86	78	81	86	81	80	-	-	96	97	97	96	97	97	دولة فلسطين	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	دومينيكا	
-	-	-	-	51	45	48	84	91	88	51	39	44	3	13	5	70	52	67	53	58	رواندا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71	95	84	100	100	100	رومانيا	
40	-	-	40	63	52	54	-	66	94	76	79	5	26	14	19	36	26	42	84	60	زامبيا	
55	58	17	81	-	-	-	-	-	65	64	64	31	49	37	31	46	36	50	94	64	زيمبابوي	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	98	98	98	97	100	97	ساموا	
-	-	-	-	-	-	100	73	76	-	-	-	47	39	41	31	48	43	77	87	84	سان تومي وبرينسيبي	
100	100	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	100	سان مارينو	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	87	-	-	95	سانت فنسنت وجزر غرينادين	
-	-	-	-	100	79	84	-	-	-	100	79	84	-	-	-	-	-	-	-	-	سانت كيتس ونيفس	
-	-	-	-	100	99	99	100	99	99	100	99	99	-	-	91	78	88	98	98	98	سانت لوسيا	
27	-	-	99	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	96	95	96	88	97	89	سري لانكا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	87	80	84	86	92	91	79	91	87	92	99	97	السلفادور	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	97	99	98	100	100	100	سلوفاكيا	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	99	99	99	99	100	100	سلوفينيا	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	100	100	-	100	100	100	سنغافورة	
31	-	-	46	10	25	22	-	-	-	-	32	32	9	42	24	40	65	51	70	81	السنغال	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	32	23	24	60	37	53	60	السودان	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75	89	84	90	98	95	سورينام	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	99	99	100	100	100	السويد	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	100	100	100	100	100	100	سويسرا	
17	-	-	-	-	-	-	-	12	-	-	62	14	27	19	9	26	16	50	76	61	سيرا ليون	
80	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	100	-	-	96	سينشيل	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	100	99	97	91	93	شمال مقدونيا	
-	-	-	-	-	-	96	96	96	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	ثلثي	
100	100	73	96	91	66	73	92	66	74	91	63	72	-	-	95	100	98	88	83	86	صربيا	
13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	12	10	20	61	38	28	52	الصومال	
-	36	-	91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76	91	85	86	98	93	الصين	

الجدول 13. المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية

مراقب الرعاية الصحية				المدارس									الأسر المعيشية									البلدان والمناطق	
خدمات إدارة النفايات الأساسية (%) 2016	خدمات النظافة الصحية الأساسية (%) 2016	خدمات الإصحاح الأساسية (%) 2016	خدمات المياه الأساسية (%) 2016	خدمات النظافة الصحية الأساسية 2016 (%)			خدمات الإصحاح الأساسية 2016 (%)			خدمات المياه الأساسية 2016 (%)			مراقب النظافة الصحية الأساسية 2017 (%)			خدمات الإصحاح الأساسية على الأقل 2017 (%)			خدمات مياه الشرب الأساسية على الأقل 2017 (%)				
				ثانوي	ابتدائي	المجموع	ثانوي	ابتدائي	المجموع	ثانوي	ابتدائي	المجموع	ريف	حضري	المجموع	ريف	حضري	المجموع	ريف	حضري	المجموع		
-	-	-	-	-	-	26	-	-	44	-	-	79	67	87	73	98	95	97	76	96	81	طاجيكستان	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90	96	95	88	97	94	91	99	97	العراق	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92	-	-	97	100	100	100	78	95	92	غمان	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37	49	47	55	90	86	غابون	
-	-	-	-	-	-	-	80	83	82	-	-	-	1	12	8	30	45	39	63	87	78	غامبيا	
51	-	-	71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37	45	41	12	24	18	68	93	81	غانا	
-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	91	-	-	96	غرينادا	
-	-	-	-	-	-	-	-	76	76	-	-	-	70	83	77	51	79	65	90	98	94	غواتيمالا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78	75	77	84	92	86	94	100	96	غيانا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	13	26	17	17	34	23	49	86	غينيا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57	70	66	31	78	65	غينيا الاستوائية	
0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	9	6	8	37	21	53	84	67	غينيا-بيساو	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	48	25	29	48	34	88	100	91	فانواتو	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	99	99	99	100	100	100	فرنسا	
-	-	-	-	30	49	46	68	33	39	58	49	50	73	85	78	75	78	77	90	98	94	الفلبين	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	99	99	99	100	100	100	فنلندا	
-	-	-	-	-	-	61	-	-	76	-	-	88	-	-	-	95	95	95	89	98	94	فيجي	
-	-	-	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82	93	86	78	94	84	93	99	95	فييت نام	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	100	99	100	100	100	قبرص	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	100	-	-	100	قطر	
-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	87	93	89	99	92	97	82	97	87	قيرغيزستان	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	62	80	74	76	93	87	كابو فيردي	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	99	99	97	98	92	98	96	كازاخستان	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31	34	15	9	18	56	39	39	77	60	الكاميرون	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الكرسي الرسولي	
-	-	-	-	-	-	26	-	-	34	-	-	51	-	-	-	95	98	97	100	100	100	كرواتيا	
-	-	-	-	40	49	41	67	48	39	-	-	-	60	88	66	48	96	59	73	97	79	كمبوديا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	99	99	100	99	كندا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76	88	85	95	92	93	90	97	95	كوبا	
-	-	-	57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	28	19	18	46	32	58	88	73	كوت ديفوار	
-	-	-	-	76	68	70	76	68	70	78	85	82	-	-	-	96	98	98	100	100	100	كوستاريكا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	61	-	-	55	35	73	65	76	93	90	86	100	97	كولومبيا	
12	-	-	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	56	48	6	27	20	46	87	73	الكونغو	
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	100	-	-	100	الكويت	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48	-	-	72	كيريباس	
33	-	-	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	32	25	27	35	29	50	85	59	كينيا	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	83	96	92	98	99	99	لافتيا	
64	-	16	61	46	34	36	95	92	93	61	60	59	-	-	-	-	-	98	-	-	93	لبنان	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	97	98	99	100	100	لوكسمبورج	
67	36	3	-	-	-	50	-	-	43	-	-	42	1	2	1	6	28	17	62	84	73	ليبيريا	
43	-	-	-	-	-	13	-	-	95	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	99	ليبيا	
-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85	97	93	93	100	98	ليتوانيا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	100	ليختنشتاين	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6	2	43	43	43	59	93	69	ليسوتو	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	مالطة	
-	-	-	-	-	-	-	20	17	20	-	-	-	39	70	52	29	53	39	68	92	78	مالي	
-	-	-	-	100	99	100	100	99	100	100	100	99	100	-	-	-	99	100	100	89	99	97	ماليزيا
-	-	-	-	-	-	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	18	11	36	86	54	مدغشقر	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	-	-	-	88	93	90	91	98	94	99	99	99	مصر	
-	-	-	-	-	-	-	-	70	70	91	73	82	-	-	-	79	94	89	71	97	87	المغرب	
-	-	-	-	-	-	-	-	75	75	-	-	-	80	90	88	82	93	91	97	100	99	المكسيك	
43	-	-	-	-	-	61	72	70	-	-	-	-	7	15	9	25	34	26	65	86	69	ملاوي	
30	80	15	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95	97	96	99	99	99	100	98	99	ملديف	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	100	المملكة العربية السعودية	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	99	100	100	100	المملكة المتحدة	
-	-	-	-	66	44	41	63	70	63	73	73	74	49	81	71	42	66	58	56	96	83	منغوليا	
25	-	-	81	-	-	-	26	27	27	-	-	-	29	55	43	19	75	48	50	89	71	موريتانيا	
-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	-	-	-	95	96	96	100	100	100	موريشيوس	
-	-	-	-	-	15	15	-	48	48	-	-	-	-	-	-	17	52	29	40	84	56	موزامبيق	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	100	100	-	100	100	موناكو	

البلدان والمناطق	خدمات مياه الشرب الأساسية على الأقل 2017 (%)			خدمات الإصحاح الأساسية على الأقل 2017 (%)			مرافق النظافة الصحية الأساسية 2017 (%)			خدمات المياه الأساسية 2016 (%)			خدمات الإصحاح الأساسية 2016 (%)			خدمات النظافة الصحية الأساسية 2016 (%)			مراقب الرعاية الصحية				
	المجموع	حضرى	ريفى	المجموع	حضرى	ريفى	المجموع	حضرى	ريفى	المجموع	ابتدائى	ثانوى	المجموع	ابتدائى	ثانوى	المجموع	ابتدائى	ثانوى	المجموع	إدارة	خدمات	خدمات	خدمات
مونتسيرات	82	93	77	64	76	59	79	92	74	71	71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ميانمار	83	96	69	35	51	18	45	62	27	76	-	-	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
ناميبيا	99	99	66	66	66	-	-	-	-	86	100	66	-	-	-	-	-	-	20	-	-	-	-
ناورو	100	100	100	98	98	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	100	100	-	-	-
النرويج	100	100	100	100	100	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	100	100	-	-	-
النمسا	89	89	89	62	67	61	48	67	43	47	39	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
نيبال	50	84	44	14	44	8	44	8	-	21	18	-	21	18	-	-	-	14	14	-	-	-	60
النيجر	71	87	56	39	48	31	48	31	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	43
نيجيريا	82	98	59	74	84	62	84	62	84	43	43	-	43	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-
نيكاراغوا	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
نيوزيلندا	98	97	-	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	-	-	-
نيوي	65	85	43	35	44	24	44	24	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
هايتى	93	96	91	60	72	60	72	60	49	69	68	75	73	75	68	69	49	80	60	53	72	53	-
هنديش	95	99	89	81	85	76	85	81	76	59	65	52	82	52	65	59	-	-	54	55	5	21	-
هنديش	100	100	100	98	98	-	-	-	-	92	100	100	100	100	100	100	-	-	99	100	100	100	-
هونغ كونغ	100	100	100	100	100	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	-	-	100	100	100	100	-
هولندا	99	100	97	100	100	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	-	-	100	100	100	100	-
الولايات المتحدة	79	-	-	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ولايات ميكرونيزيا الموحدة	99	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
اليابان	63	79	55	59	88	43	88	43	50	36	-	46	25	46	-	-	-	8	-	-	-	-	13
اليمن	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
اليونان	93	98	98	86	98	75	91	75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ملخص

شرق آسيا والمحيط الهادئ	93	98	86	84	91	75	91	75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أوروبا وآسيا الوسطى	98	99	97	97	98	93	98	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	96	97	94	94	88	88	97	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أوروبا الغربية	100	100	100	99	99	-	-	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	97	98	88	91	87	89	91	87	59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	94	97	88	95	91	80	82	95	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أمريكا الشمالية	99	100	97	100	100	-	-	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
جنوب آسيا	92	96	91	59	70	46	77	57	77	66	71	71	77	66	68	46	77	57	70	53	70	59	-
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	61	84	46	31	45	17	37	25	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	58	85	44	31	44	16	38	24	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46
غرب ووسط أفريقيا	64	84	48	41	41	19	35	26	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36
أقل البلدان نمواً	65	84	55	34	47	22	39	28	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27
العالم	90	97	81	74	85	60	59	85	46	69	66	75	66	75	66	69	46	60	59	85	74	81	90

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في فئات الأقاليم والأقاليم الفرعية والبلدان، يرجى الاطلاع على الصفحة 182 أو زيارة <data.unicef.org/regionalclassifications>. لا يُتصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

تعريفات المؤشرات

السكان الذين يستخدمون خدمات مياه شرب أساسية على الأقل: النسبة المئوية من السكان الذين يستخدمون مصادر محسنة لمياه الشرب، وحيث لا يزيد الوقت المطلوب لجلب المياه، ذهباً وإياباً، عن 30 دقيقة بما في ذلك الاصطفاف في طابور الانتظار (المصادر المحسنة تتضمن: المياه المنقولة بالأنابيب، والآبار العادية أو الآبار الأنبوبية؛ والآبار المحفورة يدوياً والحامية؛ والنبابيع المحمية؛ ومياه الأمطار، والمياه المعبأة في عبوات، والمياه التي يتم توصيلها بعربات النقل).

السكان الذين يستخدمون خدمات إصحاح أساسية على الأقل: النسبة المئوية من السكان الذين يستخدمون مرافق إصحاح محسنة غير مشتركة مع أسر معيشية أخرى (المرافق المحسنة تتضمن: مرحاضاً يعمل بالدق أو الانصباب المائي ومربوط بشبكة مجاري، أو حفرة امتصاصية أو مرحاضاً ذا حفرة؛ أو مرحاضاً مهوى ومحسناً ذا حفرة؛ أو مرحاضاً سمائياً، أو مرحاضاً مزوداً بحفرة مع بلاطة).

السكان الذين تتوفر لديهم مرافق النظافة الصحية الأساسية: النسبة المئوية للسكان الذين لديهم مرافق لغسل اليدين بالماء والصابون في المكان.

نسبة المدارس التي تتوفر فيها خدمات مياه أساسية: النسبة المئوية للمدارس التي كانت تتوفر فيها وقت إجراء المنسح مياه الشرب من مصدر محسن لمياه الشرب.

نسبة المدارس التي تتوفر فيها خدمات إصحاح أساسية: النسبة المئوية للمدارس التي تتوفر فيها مرافق إصحاح محسنة، مخصصة لكل جنس على حدة، وصالحة للاستخدام.

نسبة المدارس التي تتوفر فيها خدمات النظافة الصحية الأساسية: النسبة المئوية للمدارس التي تتوفر فيها مرافق لغسل اليدين بالماء والصابون. مصادر محسن: مرافق إصحاح مخصصة للمرافق الأساسية (JMP). آخر تحديث: تموز / يوليو 2018.

نسبة مرافق الرعاية الصحية التي تتوفر فيها خدمات الإصحاح الأساسية: النسبة المئوية لمرافق الرعاية الصحية التي تتوفر فيها مرافق إصحاح محسنة وصالحة للاستخدام وفيها مرحاض واحد على الأقل مخصص للموظفين، ومرحاض واحد منفصل على الأقل مخصص للإناث فيه مرافق للنظافة الصحية الطمئية، ومرحاض واحد على الأقل يسهل الوصول إليه على الأشخاص الذين يعانون من محدودية الحركة.

نسبة مرافق الرعاية الصحية التي تتوفر فيها خدمات النظافة الصحية الأساسية: النسبة المئوية لمرافق الرعاية الصحية التي تتوفر فيها مرافق تصلح للاستخدام مخصصة للنظافة الصحية لليدين (مزودة بماء وصابون / أو جل كحولي لتنظيف اليدين) وتكون متاحة في نقاط الرعاية وفي مجل 5 أمتار عن دورات المياه.

نسبة مرافق الرعاية الصحية التي تتوفر فيها خدمات أساسية لإدارة النفايات: النسبة المئوية لمرافق الرعاية الصحية التي يتم فيها فصل النفايات بأمان في ثلاثة صناديق على الأقل، ويتم معالجة الأموات الحادة والنفايات المعدية والتخلص منها بشكل آمن.

مصادر البيانات الرئيسية

الخدمات الأساسية للمياه والإصحاح والنظافة الصحية في المدارس: برنامج الرصد المشترك بين منظمة الصحة العالمية واليونيسف لإمدادات المياه والمرافق الصحية (JMP). آخر تحديث: تموز / يوليو 2018.

الخدمات الأساسية لمياه الشرب والإصحاح والنظافة الصحية في الأسر المعيشية: برنامج الرصد المشترك بين منظمة الصحة العالمية واليونيسف لإمدادات المياه والمرافق الصحية (JMP). آخر تحديث: حزيران / يونيو 2019.

ملاحظات

- البيانات غير متوفرة.

الجدول 14. المراهقون والمراهقات

الانتقال إلى العمل 2010–2018 *						التعليم والتعلم 2010–2017 *				الحماية			الصحة				السكان المراهقون 2018		البلدان والمناطق	
المشاركة في الأعمال المنزلية		البطالة		خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب		إجادة القراءة		إجادة الرياضيات		التنمر *2017–2010		عصف التنمر الحميم –2010 * 2018	زيادة الوزن 2016	التحفاة 2016	تعاطي التبغ –2013 * 2017	تعاطي الكحوليات 2016	النسبة من مجموع السكان (%)	بعض 10–19 سنة (بالآلاف)		
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	المجموع	المجموع	المجموع	المجموع	المجموع	المجموع		
–	–	31	28	–	–	88	79	81	82	–	–	–	19	2	15	40	10	14,358	الاتحاد الروسي	
58	49	3	2	11	5	–	–	–	–	–	–	24	8	10	–	13	24	26,128	إثيوبيا	
–	–	15	13	–	–	x 32	x 22	x 51	x 58	–	–	x 12	18	3	x 7	13	13	1,311	أذربيجان	
–	–	32	24	14	13	65	59	35	41	24	25	–	34	1	x 24	55	16	7,085	الأرجنتين	
2	0	39	36	–	–	70	37	48	41	x 37	x 46	18	30	4	24	2	21	2,129	الأردن	
1	0	–	–	20	34	–	–	79	74	–	–	–	18	2	x 7	16	12	356	أرمينيا	
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	10	8	x 7	12	23	796	إريتريا	
–	–	50	50	10	11	87	80	76	80	–	–	–	32	1	–	57	10	4,614	إسبانيا	
–	–	15	19	–	–	87	77	78	78	–	–	–	33	1	–	69	12	3,029	أستراليا	
–	–	–	–	5	3	93	86	90	88	–	–	–	19	2	x 31	62	10	130	إستونيا	
–	–	9	9	–	–	78	68	68	68	–	–	–	34	1	–	41	16	1,352	إسرائيل	
3	2	43	37	24	17	–	–	–	–	31	33	–	16	4	x 12	18	24	270	إسواتيني	
22	9	20	17	59	17	–	–	–	–	45	42	29	9	17	9	0	25	9,442	أفغانستان	
–	–	9	6	19	10	74	70	41	44	–	–	–	27	1	–	32	18	3,115	إكوادور	
2	1	17	27	22	21	51	45	40	39	–	–	–	24	1	11	38	14	391	ألبانيا	
–	–	7	8	–	–	86	81	81	85	–	–	–	25	1	–	70	10	7,973	ألمانيا	
–	–	23	27	9	8	70	48	78	70	22	33	–	34	5	12	8	8	816	الإمارات العربية المتحدة	
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	x 27	x 24	–	25	3	x 12	35	15	14	أنغيوا وبربودا	
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	34	1	–	64	–	–	أندورا	
–	–	21	20	17	12	51	38	32	30	19	24	–	14	10	13	13	17	46,369	إندونيسيا	
19	15	12	15	7	5	–	–	–	–	–	–	24	11	8	–	34	24	7,290	أنغولا	
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	30	22	–	–	–	–	–	–	–	أنغويلا	
2	1	44	33	16	14	66	55	45	50	20	18	–	32	2	13	57	14	488	أوروغواي	
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	16	3	14	12	16	5,309	أوزبكستان	
18	7	3	4	13	8	–	–	–	–	x 41	x 50	31	10	6	x 17	24	25	10,668	أوغندا	
2	2	–	–	–	–	–	–	82	80	–	–	x 2	20	2	x 19	45	9	4,188	أوكرانيا	
–	–	22	21	9	10	92	88	94	94	–	–	–	29	1	حون 1	–	71	13	636	إيرلندا
–	–	–	11	–	4	84	71	77	76	–	–	–	27	1	–	59	13	44	أيسلندا	
–	–	56	46	14	14	82	76	89	90	–	–	–	34	1	–	51	9	5,733	إيطاليا	
–	–	2	3	21	21	–	–	–	–	–	–	–	31	1	33	7	22	1,866	بابوا غينيا الجديدة	
8	4	22	15	23	10	–	–	–	–	15	19	–	27	2	7	23	19	1,341	باراغواي	
–	–	6	10	43	7	–	–	–	–	x 35	x 45	–	9	19	11	1	21	44,454	باكستان	
–	–	–	–	x 18	x 21	–	–	–	–	–	–	y 8	62	1	حون 1	45	–	–	بالاو	
–	–	44	34	22	16	53	44	26	33	–	–	–	26	3	y 8	27	15	32,143	البرازيل	
–	–	21	10	–	–	–	–	80	70	23	36	–	34	6	19	4	11	172	البحرين	
0	0	45	44	–	–	–	–	–	–	11	15	–	26	4	15	38	13	37	بربادوس	
–	–	36	31	4	5	86	80	76	77	–	–	–	30	1	17	58	10	1,042	البرتغال	
–	–	48	41	13	15	–	–	–	–	22	25	–	25	6	10	25	16	67	بروني دار السلام	
–	–	20	19	4	4	83	78	79	81	–	–	–	23	1	–	66	11	1,285	بلجيكا	
–	–	–	–	15	12	68	50	59	57	–	–	–	27	2	29	54	9	654	بلغاريا	
3	1	33	13	33	17	–	–	–	–	31	30	–	27	4	12	27	20	78	بليز	
–	–	18	12	30	10	87	87	52	62	17	27	y 28	8	18	9	1	19	31,080	بنغلاديش	
–	–	18	10	15	10	x 41	x 28	x 22	x 21	–	–	–	28	2	x 13	33	17	715	بنما	
33	18	5	3	20	10	–	–	–	–	52	47	–	11	7	5	15	23	2,638	بنن	
5	2	7	5	–	–	–	–	–	–	29	31	–	9	15	24	17	19	140	بوتان	
–	–	51	34	x 32	x 24	87	70	84	75	x 52	x 53	–	16	6	x 24	19	20	453	بوتسوانا	
29	9	12	5	–	–	–	–	–	–	–	–	5	8	8	–	24	24	4,730	بوركينافاسو	
30	20	–	3	3	3	–	–	–	–	–	–	38	10	7	x 19	19	23	2,526	بوروندي	
–	–	51	43	15	16	–	–	x 77	x 76	–	–	–	21	2	16	34	11	360	البوسنة والهرسك	
–	–	–	–	2	3	91	81	82	84	–	–	–	24	2	x 20	56	10	3,664	بولندا	
5	3	9	11	19	17	44	40	26	30	48	47	18	26	1	10	39	17	5,303	بيرو	
0	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	22	2	10	58	9	896	بيلاروس	
–	–	5	4	11	9	57	41	47	45	28	38	–	20	8	14	27	13	8,775	تايوان	
0	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	17	3	0	18	17	969	تركمستان	
–	–	20	16	25	14	66	54	71	69	–	–	y 18	28	5	x 17	4	16	13,559	تركيا	
0	0	–	7	–	–	67	48	52	43	18	13	–	23	6	x 12	44	13	181	ترينيداد وتوباغو	
30	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	15	8	9	x 19	13	25	3,803	تشاد	
16	9	–	–	10	5	–	–	–	–	–	–	13	10	7	8	15	23	1,815	توغو	
–	–	–	–	23	15	–	–	–	–	15	40	–	57	1	حون 1	21	8	–	توفالو	
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	39	39	–	–	–	–	–	–	–	توكيلاو	
1	1	28	32	20	15	33	23	24	27	x 24	x 37	–	24	7	x 11	3	14	1,604	تونس	
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	31	46	x,y 41	57	1	حون 1	19	8	22	23	تونغا
–	–	14	–	13	14	–	–	–	–	25	39	38	11	11	23	13	24	304	تيمور-ليشتي	

الانتقال إلى العمل 2018-2010 *				التعليم والتعلم 2010-2017 *				الحماية				الصحة				السكان المراهقون 2018		البلدان والمناطق	
المشاركة في الأعمال المنزلية		البطالة		خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب		إجادة القراءة		إجادة الرياضيات		التنمر 2017-2010 *		عنف الشريك الحميم -2010 * 2018	زيادة الوزن 2016	النحافة 2016	تعاطي التبغ -2013 * 2017	تعاطي الكحوليات 2016	النسبة من مجموع السكان (%)		بعض 10-19 سنة (بالآلاف)
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	المجموع	المجموع	المجموع	المجموع	المجموع		المجموع
0	0	58	41	-	-	-	-	-	-	25	26	y 11	28	2	x 29	23	16	484	جامايكا
1	0	-	-	-	-	66	51	48	48	-	-	-	24	2	10	41	13	79	الجزيل الأسود
1	1	38	32	-	-	28	15	21	18	55	48	-	29	6	9	2	15	6,242	الجزائر
-	-	46	38	-	-	-	-	-	-	22	25	-	34	3	13	30	17	65	جزر البهاما
28	15	-	-	x 29	x 19	-	-	-	-	-	-	4	12	7	12	2	22	183	جزر القمر
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر تركس وكايكوس
9	6	-	-	2	2	-	-	-	-	68	64	-	24	1	x 40	7	22	142	جزر سليمان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 17	x 18	-	-	-	-	-	-	-	جزر فرجن البريطانية
-	-	24	26	-	-	-	-	-	-	32	29	y 6	62	1 دون	22	36	-	-	جزر كوك
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 27	58	1 دون	28	-	-	-	جزر مارشال
23	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 32	10	8	-	24	26	1,211	جمهورية أفريقيا الوسطى
-	-	-	19	3	2	83	73	79	78	-	-	-	26	2	21	65	9	1,002	الجمهورية التشيكية
4	2	27	10	27	22	33	23	9	10	22	26	22	31	3	x 19	29	18	1,935	الجمهورية الدومينيكية
-	-	x 48	x 14	-	-	-	-	41	45	-	-	-	27	6	x 21	1	20	3,320	الجمهورية العربية السورية
20	7	6	8	20	12	-	-	-	-	-	-	36	10	10	-	24	23	19,479	جمهورية الكونغو الديمقراطية
-	-	-	-	-	-	-	-	65	62	-	-	-	25	9	x 27	2	14	11,349	جمهورية إيران الإسلامية
7	4	4	3	16	10	-	-	-	-	y 28	y 25	30	11	7	6	24	23	13,169	جمهورية تنزانيا المتحدة
-	-	18	13	21	12	x 61	x 55	x 36	x 46	-	-	-	33	2	x 9	25	18	5,171	جمهورية فنزويلا البوليفارية
-	-	7	11	-	-	92	81	87	82	-	-	-	25	2	6	51	10	5,056	جمهورية كوريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	5	-	27	14	3,678	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية
2	2	16	18	34	31	-	-	-	-	11	15	y 14	13	9	11	26	20	1,447	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
-	-	-	-	-	-	65	43	50	49	-	-	x 15	17	3	10	53	10	420	جمهورية مولدوفا
2	1	69	61	15	13	-	-	36	33	-	-	-	26	4	x 22	20	17	10,080	جنوب أفريقيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 دون	1 دون	-	-	23	2,536	جنوب السودان
0	0	31	25	-	-	61	37	46	40	-	-	-	19	3	12	24	11	457	جورجيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 36	x 44	-	16	6	15	11	19	180	جيبوتي
-	-	10	14	2	3	88	82	86	87	-	-	-	24	1	-	64	12	682	الدانمرك
-	-	5	6	8	4	-	-	-	-	28	32	-	27	1	x 19	31	20	2,280	دولة بوليفيا متعددة القوميات
6	1	61	42	18	20	-	-	57	47	-	-	-	-	-	-	22	1,072	دولة فلسطين	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 26	x 29	-	31	3	x 25	31	-	-	دومينيكا
31	22	19	18	27	21	-	-	-	-	-	-	-	11	6	x 12	23	23	2,769	رواندا
-	-	-	27	12	11	64	58	60	60	-	-	-	23	3	11	55	11	2,064	رومانيا
9	8	21	28	34	26	-	-	-	-	x 67	x 63	30	12	6	x 26	17	25	4,298	زامبيا
-	-	18	9	17	8	-	-	-	-	-	-	32	14	6	20	10	23	3,366	زيمبابوي
-	-	64	34	21	27	-	-	-	-	69	79	-	51	1 دون	x 41	9	21	41	ساموا
15	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 28	13	6	x 26	21	24	51	سان تومي وبرينسيبي
-	-	45	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 دون	1 دون	15	-	-	-	سان مارينو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 29	x 31	-	28	4	x 19	32	16	18	سانت فنسنت وجزر غرينادين
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	25	-	27	4	x 9	40	-	-	سانت كيتس ونيفس
1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	x 25	x 25	-	22	4	x 21	35	14	26	سانت لوسيا
-	-	34	23	17	15	-	-	71	63	29	50	-	12	15	8	18	16	3,347	سري لانكا
20	7	y 14	y 8	33	14	-	-	x 17	x 24	24	21	y 7	29	2	13	19	19	1,210	السلفادور
-	-	36	37	6	7	75	61	72	72	-	-	-	22	1	x 29	57	10	541	سلوفاكيا
-	-	-	-	3	4	91	79	84	84	-	-	-	25	1	x 21	60	9	190	سلوفينيا
-	-	15	4	-	-	92	86	99	99	-	-	-	21	2	x 9	57	10	548	سنغافورة
23	6	6	6	36	27	-	-	-	-	-	-	19	9	10	11	12	23	3,629	السنگال
7	4	33	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 دون	1 دون	12	1	23	9,724	السودان
2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	25	25	-	30	4	12	28	18	102	سورينام
-	-	25	30	3	3	88	76	82	82	-	-	-	23	2	-	62	11	1,080	السويد
-	-	9	9	5	5	85	76	84	84	-	-	-	21	1 دون	-	72	10	836	سويسرا
5	4	7	13	9	7	-	-	-	-	57	60	31	10	7	-	19	23	1,788	سربيا
-	-	22	20	-	-	-	-	-	-	50	45	-	21	6	21	39	14	13	سيشيل
1	1	63	61	-	-	38	22	31	29	-	-	-	25	2	15	39	11	239	شمال مقدونيا
10	8	29	20	15	13	74	69	59	67	14	16	-	34	1	25	54	13	2,514	ثييلي
0	0	48	43	11	12	77	57	60	63	-	-	-	26	2	x 10	47	12	1,019	صربيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	7	-	0	25	3,739	الصومال
-	-	-	-	-	-	81	76	84	84	-	-	-	25	4	7	41	12	166,857	الصين
-	-	x 4	x 15	x 38	x 20	-	-	-	-	x 7	x 7	6	14	4	4	12	19	1,708	طاجيكستان
6	1	7	19	56	17	-	-	-	-	22	32	-	30	5	14	2	22	8,411	العراق
-	-	51	39	-	-	-	-	59	46	39	45	-	30	7	7	3	10	502	عُمان
7	6	38	27	-	-	-	-	-	-	-	-	40	15	6	9	52	19	399	غابون
-	-	14	6	36	20	-	-	-	-	-	-	5	11	7	-	16	23	526	غامبيا
11	3	7	5	18	9	-	-	17	25	-	-	x 23	10	6	x 13	15	21	6,384	غانا

الجدول 14. المراهقون والمراهقات

* الانتقال إلى العمل 2010-2018 *						التعليم والتعلم 2010-2017 *						الحماية				الصحة				السكان المراهقون 2018		البلدان والمناطق
المشاركة في الأعمال المنزلية		البطالة		خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب		إجادة القراءة		إجادة الرياضيات		التنمر * 2017-2010		ضعف التبريك الحميم -2010 * 2018	زيادة الوزن 2016	التحفاة 2016	تعاطي التبغ -2013 * 2017	تعاطي الكحوليات 2016	النسبة من مجموع السكان (٪)	عمر 10-19 سنة (بالآلاف)	المجموع			
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	المجموع	المجموع	المجموع	المجموع	المجموع	المجموع				
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 26	x 29	-	25	4	10	35	14	16	غرينادا			
-	-	7	4	40	7	-	-	-	-	20	26	9	27	1	17	17	22	3,855	غواتيمالا			
3	2	35	26	40	30	-	-	-	-	37	40	-	24	6	15	26	19	151	غيانا			
18	11	-	-	x 5	x 4	-	-	-	-	-	-	-	9	7	x 26	13	25	3,062	غينيا			
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	p 56	10	8	x 22	59	19	251	غينيا الاستوائية			
13	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	7	-	17	23	426	غينيا بيساو			
0	1	x 11	x 10	-	-	-	-	-	-	46	60	-	29	2	x 26	7	21	62	قازواو			
-	-	29	24	6	8	83	74	77	76	-	-	-	29	1	-	65	12	7,832	فرنسا			
-	-	8	5	15	12	-	-	x 42	x 35	49	53	11	12	10	15	21	20	21,091	الطبلين			
-	-	25	26	6	5	94	84	89	84	-	-	-	25	1	x 21	62	11	599	فنلندا			
-	-	32	16	13	8	-	-	-	-	26	33	-	33	4	12	10	17	154	فيجي			
4	2	7	8	9	8	91	81	83	79	26	26	y 16	9	14	4	23	14	13,324	فيليبينام			
-	-	-	-	9	6	75	53	x 82	x 73	-	-	-	32	1	x 20	55	12	143	قبرص			
-	-	1	0	-	-	58	39	66	62	35	49	-	37	5	16	26	8	229	قطر			
3	2	27	15	-	-	x 22	x 12	x 13	14	-	-	3	15	3	8	15	17	1,044	قيرغيزستان			
-	-	47	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	7	x 13	21	18	100	كابو فيردي			
-	-	3	2	-	-	63	55	92	90	-	-	-	19	2	3	26	13	2,445	كازاخستان			
22	8	5	3	18	9	-	-	-	-	-	-	27	12	6	10	26	23	5,833	الكاميرون			
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الكرسي الرسولي			
-	-	-	-	12	16	85	75	66	70	-	-	-	26	2	x 29	47	10	416	كرواتيا			
5	1	1	1	11	9	44	31	18	14	22	23	7	10	11	2	19	19	3,041	كمبوديا			
-	-	14	17	11	13	92	86	85	86	-	-	-	31	1	-	52	11	3,974	كندا			
-	-	y 13	y 5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28	4	x 17	33	11	1,288	كوبا			
18	7	4	-	42	22	-	-	-	-	-	-	y 20	12	6	x 19	25	23	5,874	كوت ديفوار			
3	0	51	35	15	13	63	56	32	43	x 20	x 18	-	30	2	x 10	24	15	731	كوستاريكا			
3	1	27	16	24	13	90	88	77	80	-	-	23	24	2	-	25	17	8,314	كولومبيا			
9	8	-	-	x 21	x 17	-	-	-	-	-	-	-	11	8	x 24	37	22	1,176	الكونغو			
-	-	-	-	-	-	-	-	46	43	28	36	-	43	4	22	0	12	489	الكويت			
-	-	8	27	-	-	-	-	-	-	32	42	-	54	دون 1	x 29	7	20	23	كيريباس			
-	-	5	5	-	-	-	-	-	-	x 57	x 57	23	11	8	10	14	24	12,220	كينيا			
-	-	-	-	2	3	89	76	80	77	-	-	-	20	2	25	65	9	180	لاتفيا			
-	-	x 37	x 24	-	-	31	28	70	72	12	24	-	31	5	x 60	3	17	1,182	لبنان			
-	-	-	-	3	78	71	73	75	-	-	-	-	25	1	-	86	11	66	لوكسمبورج			
5	1	19	-	11	7	-	-	-	-	51	43	x 37	10	7	-	19	23	1,120	ليبيريا			
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 31	x 40	-	31	6	x 8	0	17	1,146	ليبيا			
-	-	-	-	2	3	82	68	76	73	-	-	-	19	3	28	71	9	257	ليتوانيا			
-	-	-	-	-	-	90	85	83	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ليختنشتاين			
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	6	x 25	10	21	433	ليسوتو			
-	-	-	-	11	8	72	57	86	83	-	-	-	35	1	-	49	10	42	مالطة			
24	13	-	-	42	24	-	-	-	-	-	-	x 23	10	8	x 17	13	24	4,642	مالي			
-	-	-	-	-	-	70	54	78	73	18	24	-	25	8	17	18	17	5,262	ماليزيا			
-	-	2	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	10	7	x 23	12	23	6,110	مدغشقر			
5	1	25	16	18	8	-	-	49	45	70	70	17	35	3	14	1	18	17,670	مصر			
-	-	11	17	-	-	-	-	41	41	32	44	-	26	6	6	1	17	5,995	المغرب			
2	2	8	7	21	8	63	54	41	46	-	-	-	34	2	x 20	29	18	22,353	المكسيك			
11	5	50	40	28	17	-	-	-	-	x 47	x 43	28	10	6	x 14	14	25	4,467	ملايو			
-	-	16	29	17	20	-	-	-	-	30	30	-	16	14	11	4	12	60	مدلف			
-	-	65	37	-	-	-	-	37	31	-	-	-	35	8	x 15	3	14	4,792	المملكة العربية السعودية			
-	-	17	19	8	8	85	79	77	79	-	-	-	30	1	-	62	11	7,500	المملكة المتحدة			
19	15	30	14	7	9	-	-	x 64	x 67	25	36	y 8	17	2	14	20	15	466	منغوليا			
20	10	11	10	42	19	-	-	-	-	46	48	-	13	8	x 22	1	22	956	موريتانيا			
-	-	y 42	y 29	19	14	x 61	x 45	x 49	x 50	22	29	-	14	7	19	20	14	182	موريشيوس			
-	-	5	7	-	-	-	-	-	-	46	45	y 10	12	4	5	13	24	7,169	موزامبيق			
-	-	y 42	y 56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	دون 1	دون 1	-	-	-	-	موناكو			
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 25	x 32	-	-	-	-	-	-	-	مونتسيرات			
-	-	5	5	17	11	-	-	-	-	49	51	22	11	13	14	16	19	10,059	ميانمار			
-	-	39	37	22	17	-	-	-	-	45	48	p 52	14	8	11	19	21	509	ناميبيا			
-	-	-	-	39	21	-	-	-	-	38	40	-	64	دون 1	x 26	13	-	-	ناروو			
-	-	13	17	2	3	91	79	85	81	-	-	-	27	1	-	69	12	642	الزويج			
-	-	12	11	5	10	88	79	75	81	-	-	-	26	2	-	68	10	876	النمسا			
17	7	26	23	x 26	x 28	-	-	-	-	45	56	17	7	16	7	17	22	6,305	نيبال			
25	17	-	-	29	6	-	-	-	-	-	-	-	8	10	x 9	12	24	5,425	النيجر			
9	7	11	-	24	21	-	-	-	-	-	-	9	8	10	-	37	23	44,938	نيجيريا			

الانتقال إلى العمل 2010-2018 *				التعليم والتعلم 2010-2017 *				الحماية				الصحة				السكان المراهقون 2018		البلدان والمناطق		
المشاركة في الأعمال المنزلية		البطالة		خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب		إجادة القراءة		إجادة الرياضيات		التنمر 2017-2010 *		عنف الشريك المقيم -2010 * 2018		زيادة الوزن 2016	النحافة 2016	تعاطي التبغ -2013 * 2017	تعاطي الكحوليات 2016		النسبة من مجموع السكان (%)	بعمر 10-19 سنة (بالآلاف)
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	المجموع	المجموع	المجموع	المجموع		المجموع	المجموع
-	-	11	6	3	2	-	-	-	-	-	-	y 12	28	2	18	21	19	1,231	نيكاراغوا	
-	-	17	21	-	-	88	78	78	78	-	-	-	38	1	x 20	64	13	617	نيوزيلندا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	58	1	x 18	21	-	-	نيوي	
13	19	10	7	-	-	-	-	-	-	-	-	28	26	4	-	22	21	2,322	هايتي	
-	-	9	12	32	7	x 21	x 11	x 16	x 14	-	-	18	6	27	x 15	25	19	252,611	الهند	
-	-	10	6	38	13	-	-	17	26	y 12	y 13	16	26	2	8	18	22	2,081	هندوراس	
-	-	-	23	6	5	77	68	87	90	-	-	-	27	2	25	55	10	974	بنغلاديش	
-	-	9	9	2	2	86	78	84	83	-	-	-	24	1	-	61	12	1,990	هولندا	
-	-	y 11	y 15	11	12	85	77	70	71	y 25	y 26	-	41	1	13	60	13	42,365	الولايات المتحدة	
-	-	y 29	-	19	14	-	-	-	-	-	-	y 35	50	1	43	9	21	24	ولايات ميكرونيزيا الموحدة	
-	-	3	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	2	-	46	9	11,416	اليابان	
-	-	-	-	58	18	-	-	-	-	33	47	-	18	14	16	0	23	6,511	اليمن	
-	-	59	44	10	10	80	66	65	63	-	-	-	35	1	x 16	53	10	1,072	اليونان	
ملخص																				
-	-	-	-	-	-	73	67	71	72	-	-	-	21	6	9	35	13	303,742	شرق آسيا والمحيط الهادئ	
-	-	19	19	12	10	81	72	78	78	-	-	-	25	2	-	47	11	103,867	أوروبا وآسيا الوسطى	
-	-	23	19	-	-	75	64	75	72	-	-	-	21	3	12	30	12	52,241	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	
-	-	18	19	7	8	85	78	80	82	-	-	-	28	1	-	62	10	51,625	أوروبا الغربية	
-	-	27	18	22	13	61	54	37	42	-	-	-	29	2	-	30	17	106,649	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	
4	1	21	21	-	-	-	-	48	45	46	52	-	29	6	13	3	17	74,983	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	
-	-	12	15	11	12	85	86	71	86	25	26	-	40	1	13	59	13	46,339	أمريكا الشمالية	
-	-	13	12	33	8	-	-	-	-	-	-	19	7	24	-	19	19	347,439	جنوب آسيا	
20	13	9	8	20	13	-	-	-	-	-	-	22	10	8	-	21	23	249,533	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	
25	19	9	8	14	9	-	-	-	-	-	-	26	11	7	-	16	23	129,278	شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	
16	8	8	-	25	17	-	-	-	-	-	-	18	9	9	-	26	23	120,255	غرب ووسط أفريقيا	
24	15	10	9	23	11	-	-	-	-	-	-	26	9	10	-	13	23	228,364	أقل البلدان نمواً	
-	-	14	13	24	10	-	-	-	-	-	-	-	17	11	-	30	16	1,232,553	العالم	

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في فئات الأقاليم والأقاليم الفرعية والبلدان، يرجى الاطلاع على الصفحة 182 أو زيارة <data.unicef.org/regionalclassifications>. لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

مصادر البيانات الرئيسية

تعاطي الكحوليات: تقديرات منظمة الصحة العالمية بناءً على مسوحات دولية (WHS) و STEPS و GENACIS و ECAS بالإضافة إلى مسوحات وطنية. آخر تحديث: آب / أغسطس 2019.

تعاطي التبغ: المسوحات المدرسية، والمسوحات الوطنية الأخرى، والتعدادات. آخر تحديث: آب / أغسطس 2019.

عنف الشريك الحميم: الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى. آخر تحديث: آذار / مارس 2019.

التنمر: دراسة السلوك الصحي عند الأطفال في سن المدرسة (HBSC) والمسوح العالمية المدرسية لصحة الطلاب (GSHS). آخر تحديث: آب / أغسطس 2019.

إجادة الرياضيات وإجادة القراءة: شعبة الإحصاء التابعة للأمم المتحدة. آخر تحديث: نيسان / أبريل 2019.

خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب: منظمة العمل الدولية. آخر تحديث: شباط / فبراير 2019.

البطالة: منظمة العمل الدولية. آخر تحديث: آب / أغسطس 2019.

المشاركة في الأعمال المنزلية: الاستقصاءات الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات وغيرها من المسوح الوطنية. آخر تحديث: آذار / مارس 2019.

خلال الـ 12 شهراً الماضية.

التنمر: النسبة المئوية للطلاب بعمر 13-15 سنة الذين أبلغوا عن تعرضهم للتنمر في يوم أو أكثر خلال الـ 30 يوماً الماضية.

إجادة الرياضيات: النسبة المئوية للأطفال والشباب في نهاية المرحلة الثانوية الدنيا الذين يحققون على الأقل المستوى الأدنى للكفاءة في الرياضيات.

إجادة القراءة: النسبة المئوية للأطفال والشباب في نهاية المرحلة الثانوية الدنيا الذين يحققون على الأقل المستوى الأدنى للكفاءة في القراءة.

خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب: النسبة المئوية للمراهقين الذين بعمر 15-19 سنة وليسوا منخرطين في التعليم أو العمل أو التدريب.

البطالة: النسبة المئوية للمراهقين بعمر 15-19 سنة الذين جاهزون للعمل لكنهم عاطلون عنه.

المشاركة في الأعمال المنزلية: النسبة المئوية للمراهقين بعمر 10-14 سنة والذين قضوا 21 ساعة على الأقل في الأسبوع المرجعي في أعمال غير مأجورة للأسرة المعيشية.

تعريفات المؤشرات

تعاطي الكحوليات: النسبة المئوية للمراهقين بعمر 15-19 سنة والذين تناولوا على الأقل مشروباً كحولياً واحداً في وقت ما خلال الـ 12 شهراً الماضية.

تعاطي التبغ: النسبة المئوية للمراهقين بعمر 13-15 سنة والذين دخنوا السجائر أو تعاطوا منتجات التبغ (ذات الدخان أو غير ذات الدخان) في وقت ما خلال الشهر الماضي.

النحافة: النسبة المئوية للمراهقين بعمر 10-19 سنة الذين ينقص لديهم مؤشر كتلة الجسم على الأقل انحرافين معياريين 2 عن الوسيط، وفق مرجع منظمة الصحة العالمية لنمو للأطفال والمراهقين في سن المدرسة.

زيادة الوزن: النسبة المئوية للأطفال بعمر 10-19 عاماً الذين لديهم مؤشر كتلة الجسم يزيد على الأقل بمقدار انحراف معياري 1 عن الوسيط، وفق مرجع منظمة الصحة العالمية لنمو للأطفال والمراهقين في سن المدرسة.

عنف الشريك الحميم: النسبة المئوية للفتيات التي لديهن أو كان لديهن شريك حميم وتتراوح أعمارهن بين 15-19 سنة وتعرضن للتعنف البدني و / أو الجنسي على يد شريك حميم (حالي أو سابق)

ملاحظات

- y البيانات غير متوفرة.
- p استناداً لمقامات كسرية صغيرة (عادة ما تتراوح بين 25-49 من الحالات غير المرجحة). ولا تُرد أية بيانات تستند إلى أقل من 25 حالة غير مرجحة.
- x تشير البيانات إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. ولا تدخل هذه البيانات في حساب المتوسطات الإقليمية والعالمية. التقديرات من سنوات البيانات قبل عام 2000 غير معروفة.

الجدول 15. المؤشرات الاقتصادية

المساعدة الإنمائية الرسمية 2010-2018 *				الإنفاق الحكومي 2010-2018 *							الإيرادات الحكومية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي * 2010-2018	البلدان والمناطق
التدفق الخارج كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي للمانح	التدفق الخارج بملايين الدولارات	التدفق الوارد كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي للمتلقي	التدفق الوارد بملايين الدولارات	على الحماية الاجتماعية	على التعليم	على الصحة	على الحماية الاجتماعية	على التعليم	على الصحة	المجموع		
-	-	-	-	0.1	10.9	8.8	1.9	3.8	3.1	30.6	24.4	الاتحاد الروسي
-	-	5.1	4117.0	0.1	27.1	5.9	1.0	4.7	1.0	11.2	9.6	إثيوبيا
-	-	0.3	116.0	0.0	7.6	3.7	0.8	3.0	1.4	28.0	35.2	أذربيجان
-	-	0.0	-5.0	0.1	14.0	16.6	2.1	5.8	6.8	24.3	19.5	الأرجنتين
-	-	7.3	2921.0	0.0	12.5	12.0	0.7	3.6	3.6	26.1	30.0	الأردن
-	-	2.1	255.0	0.1	10.7	6.1	1.4	2.8	1.6	22.6	22.5	أرمينيا
-	-	-	79.0	-	-	1.2	-	-	0.4	-	-	إريتريا
0.2	2560.0	-	-	-	9.8	14.9	-	4.3	6.5	18.7	15.6	إسبانيا
0.2	3036.0	-	-	-	14.1	17.2	-	5.3	6.4	26.6	24.8	أستراليا
-	-	-	-	0.1	13.0	12.1	2.6	5.2	4.9	35.2	35.0	إستونيا
-	-	-	-	-	15.0	11.6	-	5.9	4.6	36.7	33.6	إسرائيل
-	-	3.3	147.0	-	24.9	14.9	1.7	7.1	5.0	-	29.2	إسواتيني
-	-	18.1	3804.0	-	12.5	2.0	-	3.2	0.5	36.7	12.2	أفغانستان
-	-	0.2	203.0	-	12.6	10.8	1.5	5.0	4.2	-	-	إكوادور
-	-	1.2	157.0	0.1	11.3	9.5	1.6	3.4	2.9	23.9	25.7	اليابا
0.7	25005.0	-	-	-	11.0	21.3	-	4.8	9.3	27.9	28.3	ألمانيا
-	-	-	-	-	-	7.9	-	-	2.6	4.1	3.5	الإمارات العربية المتحدة
-	-	0.7	10.0	-	-	12.3	-	-	3.2	-	19.3	أنغيوا وبربودا
-	-	-	-	-	-	15.2	-	3.3	5.0	-	-	أنغورا
-	-	0.0	234.0	0.1	20.5	6.9	0.8	3.6	1.2	14.3	12.2	إندونيسيا
-	-	0.2	223.0	0.1	8.7	4.6	2.3	3.5	1.4	16.7	16.4	أنغولا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أنغويلا
-	-	0.1	41.0	0.0	14.9	19.0	1.2	4.4	6.2	34.1	32.6	أوروغواي
-	-	1.3	638.0	-	21.1	9.0	-	7.1	3.0	15.0	21.8	أوزبكستان
-	-	7.9	2008.0	0.1	12.1	5.1	0.8	2.8	1.0	13.3	14.6	أوغندا
-	-	1.0	1166.0	0.1	12.4	6.6	4.4	5.0	2.9	33.6	32.6	أوكرانيا
0.3	838.0	-	-	-	13.0	18.4	-	3.8	5.3	24.4	24.8	إيرلندا
0.3	68.0	-	-	-	18.2	15.9	-	7.7	6.7	29.9	32.2	آيسلندا
0.3	5858.0	-	-	-	8.1	13.3	-	4.1	6.7	41.5	38.0	إيطاليا
-	-	2.6	532.0	0.0	-	8.2	0.0	-	1.7	16.9	15.4	بابوا غينيا الجديدة
-	-	0.5	143.0	-	-	10.9	-	4.5	4.2	15.6	17.3	باراغواي
-	-	0.7	2283.0	0.0	13.2	3.7	0.6	2.7	0.7	17.6	-	باكستان
-	-	7.9	22.0	-	-	13.3	-	-	4.5	41.7	26.6	بالاو
-	-	-	-	-	7.3	8.8	-	2.7	3.2	23.4	24.0	البحرين
-	-	0.0	265.0	0.0	16.2	9.9	1.4	6.2	3.8	34.9	27.2	البرازيل
-	-	-	-	-	12.9	9.1	-	4.7	3.2	36.3	27.5	بربادوس
0.2	381.0	-	-	-	10.2	12.3	-	4.9	5.9	41.7	37.8	البرتغال
-	-	-	-	-	11.4	5.9	-	4.4	2.3	-	-	بروني دار السلام
0.5	2196.0	-	-	-	12.2	15.7	-	6.6	8.4	40.2	39.0	بلجيكا
-	-	-	-	0.0	11.4	10.3	1.4	-	4.2	32.3	32.4	بلغاريا
-	-	2.0	34.0	-	21.2	11.4	-	6.7	4.1	27.2	29.0	بليز
-	-	1.4	3740.0	0.1	11.4	3.4	0.7	1.5	0.4	9.4	10.2	بنغلاديش
-	-	0.1	41.0	-	13.0	11.6	1.5	3.2	4.2	-	-	بنما
-	-	7.3	676.0	-	17.5	3.2	3.0	4.4	0.8	-	16.7	بنن
-	-	5.1	119.0	0.0	26.4	10.0	0.3	7.4	2.7	17.9	-	بوتان
-	-	0.6	102.0	0.1	-	8.8	1.7	-	3.3	26.1	31.1	بوتسوانا
-	-	7.1	885.0	0.1	18.0	7.2	2.0	4.2	1.7	21.1	19.2	بوركينافاسو
-	-	12.3	428.0	0.1	24.2	9.1	2.3	6.4	2.5	17.0	14.5	بوروندي
-	-	2.4	441.0	0.1	-	15.2	3.9	-	6.6	34.4	38.8	البوسنة والهرسك
0.1	679.0	-	-	0.1	11.6	10.7	2.0	4.8	4.4	34.2	33.6	بولندا
-	-	0.0	-8.0	0.1	17.6	14.5	1.4	4.0	3.2	20.3	17.0	بيرو
-	-	-0.5	-253.0	0.1	11.5	8.5	3.1	4.8	3.7	29.3	29.6	بيلاروس
-	-	0.1	250.0	0.0	19.1	15.3	0.5	4.1	2.8	18.4	19.2	تايوان
-	-	0.1	29.0	-	20.8	8.7	-	3.0	1.5	-	-	تركمانيستان
-	-	0.4	3142.0	0.0	12.8	9.7	1.1	4.3	3.2	31.9	29.7	تركيا
-	-	-	-	-	-	8.3	-	-	3.2	35.8	39.4	ترينيداد وتوباغو
-	-	6.6	648.0	-	12.5	5.8	0.7	2.9	1.1	-	-	تشاد
-	-	6.9	345.0	0.0	16.7	4.2	0.2	5.2	1.3	15.4	18.8	توغو
-	-	45.3	27.0	-	-	10.3	-	-	13.2	-	-	توفالو
-	-	-	7.0	-	-	-	-	-	-	-	-	توكيلاو
-	-	2.0	776.0	0.0	22.9	13.9	0.8	6.6	4.0	35.5	31.4	تونس

المساعدة الإنمائية الرسمية 2010-2018 *				الإفراق الحكومي * 2010-2018							الإيرادات الحكومية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي * 2010-2018	البلدان والمناطق
التدفق الخارج كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي للمتلقين	التدفق الخارج بملايين الدولارات	التدفق الوارد كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي للمتلقين	التدفق الوارد بملايين الدولارات	كنسبة مئوية من موازنة الحكومة			كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي					
				على الحماية الاجتماعية	على التعليم	على الصحة	على الحماية الاجتماعية	على التعليم	على الصحة	المجموع		
-	-	18.6	80.0	-	-	6.8	-	-	2.7	31.4	-	تونغا
-	-	8.9	232.0	0.2	6.8	4.5	6.5	2.7	2.3	36.4	32.4	تيمور-لشتي
-	-	0.4	59.0	-	20.1	12.9	-	5.5	3.6	26.6	29.3	جامايكا
-	-	2.4	117.0	-	-	-	1.8	-	-	-	-	الجيل الأسود
-	-	0.1	189.0	-	-	10.7	-	-	4.9	29.5	40.4	الجزائر
-	-	-	-	-	-	15.9	-	-	3.0	19.1	16.9	جزر البهاما
-	-	10.2	67.0	-	15.3	3.8	0.7	4.3	1.0	-	-	جزر القمر
-	-	-	-	-	-	-	-	3.3	-	-	-	جزر تركس وكايكوس
-	-	15.3	187.0	-	17.5	7.3	-	9.9	3.5	33.6	32.7	جزر سليمان
-	-	-	-	-	-	-	-	6.3	-	-	-	جزر فرجن البريطانية
-	-	-	19.0	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر كوك
-	-	27.4	72.0	0.0	-	20.2	1.1	-	11.6	63.2	39.3	جزر مارشال
-	-	26.0	508.0	0.4	7.8	4.3	2.8	1.2	0.6	7.8	-	جمهورية أفريقيا الوسطى
0.2	304.0	-	-	-	13.9	14.3	-	5.8	6.0	32.1	31.8	الجمهورية التشيكية
-	-	0.2	118.0	0.1	-	14.0	1.2	-	2.5	16.9	16.0	الجمهورية الدومينيكية
-	-	-	10361.0	-	-	0.0	-	-	-	-	-	الجمهورية العربية السورية
-	-	6.3	2280.0	0.1	11.7	4.0	0.7	2.2	0.7	8.4	14.3	جمهورية الكونغو الديمقراطية
-	-	0.0	140.0	-	18.6	22.6	-	2.8	4.0	-	-	جمهورية إيران الإسلامية
-	-	5.0	2584.0	0.0	17.3	7.3	0.5	3.5	1.3	15.7	16.4	جمهورية تنزانيا المتحدة
-	-	-	87.0	-	-	4.1	-	-	2.0	-	-	جمهورية فنزويلا البوليفارية
0.1	2201.0	-	-	-	-	12.9	-	5.3	4.2	25.4	27.8	جمهورية كوريا
-	-	-	133.0	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية
-	-	3.0	476.0	-	-	3.8	0.2	2.9	0.9	-	14.5	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
-	-	2.8	241.0	0.0	18.3	12.2	1.3	-	4.6	26.8	32.2	جمهورية مولدوفا
-	-	0.3	1014.0	0.1	18.7	13.3	3.3	6.0	4.4	34.4	30.9	جنوب أفريقيا
-	-	-	2183.0	-	3.3	-	10.1	1.4	-	-	-	جنوب السودان
-	-	3.1	446.0	0.3	13.0	9.6	7.0	3.8	2.8	24.8	25.0	جورجيا
-	-	7.3	134.0	-	12.3	4.1	0.2	4.5	2.4	-	-	جيبوتي
0.7	2448.0	-	-	-	13.8	15.8	-	7.6	8.6	37.5	38.9	الدانمرك
-	-	2.6	947.0	-	16.8	9.8	2.2	7.3	4.4	-	-	دولة بوليفيا متعددة القوميات
-	-	12.8	2111.0	0.3	-	-	2.3	5.1	-	8.3	6.9	دولة فلسطين
-	-	3.5	19.0	-	10.5	10.6	-	3.4	3.6	-	26.3	دومينيكا
-	-	13.7	1225.0	0.1	12.5	7.9	1.5	3.8	2.2	18.9	20.0	رواندا
-	-	-	-	0.0	9.1	10.8	1.1	3.1	3.9	31.6	28.6	رومانيا
-	-	4.1	1023.0	0.0	-	7.4	0.3	-	2.1	20.8	16.9	زامبيا
-	-	4.6	726.0	0.0	30.0	15.9	0.4	7.5	4.0	26.6	17.4	زيمبابوي
-	-	15.6	130.0	0.0	10.5	11.5	0.8	4.1	4.5	22.9	27.0	ساموا
-	-	10.2	40.0	-	11.3	4.9	-	3.9	1.7	18.2	16.0	سان تومي وبرينسيبي
-	-	-	-	-	10.6	13.3	-	2.4	5.5	42.2	39.8	سان مارينو
-	-	0.9	7.0	-	19.0	9.2	-	5.8	2.6	26.6	27.5	سانت فنسنت وجزر غرينادين
-	-	-	-	-	8.6	6.6	-	2.8	2.1	24.4	28.0	سانت كيتس ونيفس
-	-	0.8	13.0	0.0	16.5	8.6	0.5	4.4	2.2	19.4	22.3	سانت لوسيا
-	-	0.4	297.0	0.0	11.0	8.4	0.7	2.2	1.7	16.4	13.8	سري لانكا
-	-	0.7	152.0	0.0	16.6	20.8	0.8	4.0	4.4	24.9	25.3	السلفادور
0.1	119.0	-	-	0.1	10.3	12.0	2.4	4.6	5.4	38.9	37.5	سلوفاكيا
0.2	76.0	-	-	0.1	11.2	12.7	2.6	4.9	6.1	38.0	37.9	سلوفينيا
-	-	-	-	-	20.0	12.4	-	2.9	2.2	14.5	21.4	سنغافورة
-	-	5.8	910.0	0.1	23.8	5.8	1.0	7.1	1.7	18.0	17.2	السنغال
-	-	0.8	840.0	0.1	-	18.1	1.0	-	2.1	10.5	-	السودان
-	-	0.6	20.0	-	-	12.7	-	-	4.0	22.4	25.7	سورينام
1.0	5563.0	-	-	-	15.5	18.5	-	7.6	9.2	31.3	33.1	السويد
0.5	3138.0	-	-	-	15.5	22.1	-	5.1	7.5	17.4	18.4	سويسرا
-	-	14.7	538.0	0.1	19.9	7.9	0.9	4.6	1.6	11.8	9.8	سيراليون
-	-	1.4	19.0	0.1	11.7	10.0	2.6	4.4	3.2	33.3	36.4	سنشيل
-	-	-	-	-	-	12.8	-	-	4.1	28.1	26.5	شمال مقدونيا
-	-	0.0	69.0	0.2	19.6	19.6	3.5	4.9	4.9	22.4	21.1	ثيولي
-	-	4.4	1688.0	0.1	8.9	12.3	2.0	4.0	5.4	36.9	34.9	صربيا
-	-	24.0	1760.0	1422.8	-	-	0.2	-	-	0.0	-	الصومال
-	-	0.0	-1045	0.1	-	9.4	0.8	-	2.9	8.6	15.7	الصين
-	-	3.7	304.0	-	16.4	6.1	0.6	5.2	1.9	-	-	طاجيكستان
-	-	1.5	2907.0	0.1	-	1.7	2.6	-	0.7	26.0	26.9	العراق

الجدول 15. المؤشرات الاقتصادية

المساعدة الإنمائية الرسمية 2010-2018 *				الإنفاق الحكومي 2010-2018 *							الإيرادات الحكومية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي 2010-2018 *	البلدان والمناطق
التدفق الخارج كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي للمتاح	التدفق الخارج بـملايين الدولارات	التدفق الوارد كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي للمتلقي	التدفق الوارد بـملايين الدولارات	على الحماية الاجتماعية	على التعليم	على الصحة	على الحماية الاجتماعية	على التعليم	على الصحة	المجموع		
-	-	-	-	-	15.3	7.6	-	6.7	3.8	34.6	49.5	عمان
-	-	0.8	106.0	0.0	11.2	7.0	0.2	2.7	1.6	17.1	-	غابون
-	-	27.3	270.0	-	10.4	2.8	-	3.1	0.8	-	-	غامبيا
-	-	2.8	1257.0	0.0	23.8	8.6	0.6	5.9	2.1	30.5	17.5	غانا
-	-	0.5	6.0	0.1	42.8	7.4	2.0	10.3	1.9	20.0	20.4	غرينادا
-	-	0.5	367.0	0.0	24.1	15.7	0.2	3.0	1.9	11.8	11.0	غواتيمالا
-	-	1.4	51.0	-	17.8	7.8	-	5.3	2.3	-	-	غيانا
-	-	4.4	457.0	-	11.6	2.0	1.6	2.5	0.4	-	-	غينيا
-	-	0.1	7.0	-	-	1.4	-	-	0.6	9.8	17.2	غينيا الاستوائية
-	-	8.4	113.0	0.0	16.2	9.4	0.0	2.1	2.2	12.6	-	غينيا-بيساو
-	-	15.5	132.0	0.0	13.0	4.9	0.3	5.5	2.0	27.9	25.0	قانونو
0.4	11331.0	-	-	-	9.6	15.5	-	5.5	8.8	47.5	44.8	فرنسا
-	-	0.0	160.0	0.0	-	7.3	0.7	-	1.4	14.3	15.6	الفلبين
0.4	1084.0	-	-	-	12.4	13.3	-	7.1	7.6	38.2	36.9	فنلندا
-	-	3.0	146.0	0.0	14.3	7.0	1.1	3.9	2.3	26.5	28.7	فيجي
-	-	1.1	2376.0	0.0	18.5	7.9	1.0	5.7	2.4	21.6	21.5	فييت نام
-	-	-	-	-	16.3	7.1	-	6.4	2.9	36.1	38.3	قبرص
-	-	-	-	-	8.9	6.3	-	2.9	2.6	18.7	34.2	قطر
-	-	6.3	461.0	0.1	15.8	7.3	3.1	6.0	2.7	26.0	28.5	قيرغيزستان
-	-	7.3	123.0	0.1	16.7	11.4	2.5	5.3	3.6	28.4	-	كابو فيردي
-	-	0.0	59.0	0.1	12.2	8.4	1.6	2.8	1.9	19.5	16.6	كازاخستان
-	-	3.5	1213.0	0.0	13.2	3.3	0.0	2.8	0.7	10.9	-	الكاميرون
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الكرسي الرسولي
-	-	-	-	0.1	9.5	11.7	3.4	4.6	5.6	38.6	39.8	كرواتيا
-	-	4.1	843.0	0.1	8.8	6.6	0.9	1.9	1.3	14.3	18.6	كمبوديا
0.3	4305.0	-	-	-	12.2	19.2	-	5.3	7.6	17.3	17.8	كندا
-	-	-	718.0	-	-	18.2	-	12.8	11.5	-	-	كوبا
-	-	2.1	827.5	-	21.2	5.0	-	4.8	1.1	20.6	16.5	كوت ديفوار
-	-	0.2	99.0	0.0	-	29.9	0.7	7.1	5.8	26.4	24.4	كوستاريكا
-	-	0.3	845.0	0.1	15.1	12.8	3.0	4.5	3.8	25.3	22.7	كولومبيا
-	-	1.4	108.0	0.0	8.0	2.9	0.1	4.6	1.6	20.1	43.8	الكونغو
-	-	-	-	0.0	-	6.2	0.8	-	3.4	52.0	38.6	الكويت
-	-	22.2	77.0	0.0	-	6.3	0.7	-	6.9	77.4	100.5	كيريباس
-	-	3.3	2475.0	0.0	16.7	6.3	0.4	5.3	1.7	26.2	21.9	كينيا
-	-	-	-	0.0	14.1	8.5	0.8	5.3	3.3	42.6	41.0	لاتفيا
-	-	2.5	1306.0	0.0	8.6	14.3	1.0	2.5	3.9	25.8	19.8	لبنان
1.0	424.0	-	-	-	9.4	12.2	-	3.9	5.1	39.8	42.0	لوكسمبورج
-	-	33.5	622.0	0.2	7.2	3.1	2.6	4.1	1.1	16.5	-	ليبيريا
-	-	0.8	432.0	-	-	0.0	-	-	-	-	-	لبنيا
-	-	-	-	0.0	12.3	12.3	0.5	4.2	4.3	31.2	31.2	ليتوانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	2.6	-	-	-	ليختنشتاين
-	-	5.0	147.0	0.2	13.8	11.3	7.1	-	5.4	35.2	33.8	ليسوتو
-	-	-	-	-	13.2	14.2	-	5.3	5.7	34.9	39.5	مالطة
-	-	9.1	1356.0	0.0	18.2	4.7	0.6	3.8	1.0	12.5	17.4	مالي
-	-	0.0	-29	0.0	19.8	8.2	0.7	5.0	2.1	16.0	16.3	ماليزيا
-	-	7.0	780.0	-	19.0	15.6	0.2	-	2.4	-	-	مدغشقر
-	-	-0.1	-114.0	0.0	-	5.0	0.2	-	1.6	30.2	21.0	مصر
-	-	1.8	1885.0	0.0	-	7.7	1.1	-	2.4	24.5	32.7	المغرب
-	-	0.1	737.0	0.1	19.0	10.9	1.7	5.2	3.0	20.4	20.1	المكسيك
-	-	24.6	1515.0	0.1	21.6	9.7	1.5	5.6	2.7	18.8	18.5	ملايو
-	-	1.0	42.0	0.0	12.9	18.2	1.2	4.5	6.4	25.1	25.7	ملايف
-	-	-	-	0.0	-	10.1	0.7	-	4.1	28.0	-	المملكة العربية السعودية
0.7	18103.0	-	-	-	13.8	18.5	-	5.6	7.9	36.4	35.7	المملكة المتحدة
-	-	7.7	764.0	0.1	12.4	6.0	2.0	4.2	2.0	23.8	21.1	منغوليا
-	-	5.7	284.0	-	9.3	5.5	2.5	2.6	1.8	-	-	موريتانيا
-	-	0.1	12.0	0.2	19.5	9.5	3.5	4.9	2.4	23.0	22.3	موريشيوس
-	-	14.9	1776.0	0.1	19.0	1.2	1.3	6.5	0.4	18.4	25.1	موزامبيق
-	-	-	-	-	-	8.1	-	-	1.6	-	-	موناكو
-	-	-	36.0	-	-	-	-	-	-	-	-	مونتسيرات
-	-	2.3	1543.0	0.0	9.4	4.9	0.3	2.2	1.1	16.8	15.8	ميانمار
-	-	1.4	187.0	0.1	7.6	12.4	3.2	3.1	5.3	34.8	34.2	ناميبيا

التدفق الخارج كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي للمتاح	التدفق الخارج بملايين الدولارات	التدفق الوارد كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي للمتلقى	التدفق الوارد بملايين الدولارات	الإنفاق الحكومي * 2018-2010						الإيرادات الحكومية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي * 2018-2010	البلدان والمناطق	
				كنسبة مئوية من موازنة الحكومة			كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي					
				على الحماية الاجتماعية	على التعليم	على الصحة	على الحماية الاجتماعية	على التعليم	على الصحة			المجموع
-	-	17.8	26.0	-	-	5.0	-	-	5.3	85.0	-	ناورو
1.0	4125.0	-	-	-	15.7	17.7	-	7.6	8.6	38.8	45.4	النرويج
0.3	1251.0	-	-	-	10.7	14.8	-	5.5	7.5	44.2	43.5	النمسا
-	-	5.1	1258.0	0.1	17.0	5.1	1.3	3.7	1.0	19.6	23.2	نيبال
-	-	15.2	1207.0	-	18.5	4.6	0.7	6.0	1.5	-	-	النيجر
-	-	0.9	3359.0	-	-	5.3	0.3	-	0.6	-	5.0	نيجيريا
-	-	4.2	563.0	0.1	-	17.9	2.2	4.1	4.5	16.4	17.8	نيكاراغوا
0.2	450.0	-	-	-	16.4	22.1	-	6.3	7.4	30.5	32.6	نيوزيلندا
-	-	-	15.0	-	-	-	-	-	-	-	-	نيوي
-	-	11.6	980.0	-	14.4	4.0	-	3.2	0.9	-	-	هايتي
-	-	0.1	3094.0	0.1	14.1	3.1	1.5	3.8	0.9	14.9	-	الهند
-	-	2.1	441.0	0.0	24.6	11.4	0.8	6.4	3.0	22.0	23.4	هندوراس
0.1	149.0	-	-	0.1	9.1	9.4	3.1	4.6	4.7	42.1	39.9	هنغاريا
0.6	4958.0	-	-	-	12.3	18.8	-	5.4	8.4	37.8	39.2	هولندا
0.2	34732.0	-	-	-	13.6	36.6	-	5.0	13.8	22.4	19.7	الولايات المتحدة
-	-	25.1	98.0	-	22.3	5.8	-	12.5	3.2	24.2	34.2	ولايات ميكرونيزيا الموحدة
0.2	11463.0	-	-	-	9.1	23.2	-	3.5	9.1	16.4	12.8	اليابان
-	-	-	3234.0	-	-	2.2	-	-	0.6	-	-	اليمن
0.2	314.0	-	-	-	-	8.8	-	-	4.7	47.4	46.7	اليونان
ملخص												
** 0.2	** 7908.9	0.2	-497.8	0.1	** 16.6	9.9	0.8	** 4.0	2.9	11.8	15.9	شرق آسيا والمحيط الهادئ
0.4	9847.3	1.1	1461.6	-	11.8	12.7	-	4.7	5.4	32.7	31.0	أوروبا وآسيا الوسطى
-	-	1.1	1461.6	0.1	12.5	8.8	2.0	4.3	3.1	29.4	27.2	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
0.4	9847.3	-	-	-	11.2	16.0	-	5.1	7.4	35.4	34.2	أوروبا الغربية
-	-	0.4	386.9	0.1	17.0	11.8	1.7	5.5	3.8	26.6	22.7	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
-	-	0.9	1346.5	0.0	-	9.4	0.9	-	2.8	27.9	27.4	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
0.2	31625.9	-	-	-	13.5	34.8	-	5.0	13.2	21.9	19.5	أمريكا الشمالية
-	-	0.7	3007.2	0.1	13.7	3.3	1.3	3.5	0.8	15.3	12.3	جنوب آسيا
-	-	5.2	2018.1	29.9	17.7	7.0	1.0	4.3	1.5	16.9	14.5	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
-	-	5.6	1993.3	43.8	19.0	8.9	1.4	4.6	2.0	17.9	17.6	شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي
-	-	4.8	2043.5	-	15.9	5.1	0.7	3.8	0.9	15.1	11.3	غرب ووسط أفريقيا
-	-	6.6	2196.7	27.4	15.3	5.8	1.0	3.2	1.1	14.0	14.2	أقل البلدان نمواً
-	11263.6	1.3	1447.8	4.6	15.2	9.1	1.2	4.1	2.9	18.8	17.9	العالم

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في فئات الأقاليم والأقاليم الفرعية والبلدان، يرجى الاطلاع على الصفحة 182 أو زيارة <data.unicef.org/regionalclassifications>. لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

مصادر البيانات الرئيسية

المساعدة الإنمائية الرسمية: منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي. آخر تحديث: شباط / فبراير 2019.

الإيرادات الحكومية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي: مؤشرات التنمية العالمية. آخر تحديث: حزيران / يونيو 2019.

الاتفاق الحكومي: مؤشرات التنمية العالمية. آخر تحديث: حزيران / يونيو 2019.

ملاحظات

- البيانات غير متوفرة.
- * تشير البيانات إلى أحدث سنة تتوفر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.
- ** باستثناء الصين.
- ‡ باستثناء الهند.

تعريفات المؤشرات

الإيرادات الحكومية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي: الإيرادات النفدية من الضرائب والمساهمات الاجتماعية وغيرها من الإيرادات كالغرامات والرسوم والإيجارات والدخل من الممتلكات أو المبيعات. تعتبر المنح أيضاً إيرادات ولكنها مستثناة هنا.

الإنفاق الحكومي: إن الإنفاق الحكومي الاستهلاكي النهائي العام (الاستهلاك الحكومي العام سابقاً) يشمل جميع النفقات الحكومية الحالية لشراء السلع والخدمات (بما في ذلك تعويضات الموظفين). كما يشمل أيضاً معظم نفقات الدفاع والأمن الوطنيين، ولكنه يستبعد النفقات العسكرية الحكومية التي تسهم في تكوين رأس المال الحكومي.

الاتفاق الحكومي معياراً عنه كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي: إجمالي الإنفاق الحكومي وكذلك نفقات معينة على الصحة والتعليم والحماية الاجتماعية.

الاتفاق الحكومي معياراً عنه كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي والإجمالي: نفقات معينة على الصحة والتعليم والحماية الاجتماعية.

المساعدة الإنمائية الرسمية (صافي المساعدة الإنمائية الرسمية): تُعرّف تدفقات المساعدة الإنمائية الرسمية على أنها تلك التدفقات التي ترد إما إلى البلدان والمناطق المدرجة في قائمة مستفيدي المساعدة الإنمائية الرسمية التي تصدرها لجنة المساعدة الإنمائية أو ترد إلى مؤسسات التنمية المتعددة الأطراف وتحقق شروط أن تكون: (أ) مقدمة من وكالات رسمية، قد تكون حكومات دول أو حكومات محلية، أو أجهزتها التنفيذية؛ (ب) وأن يكون الهدف الأساسي لكل مناقلة من مناقلات المساعدة هو تعزيز التنمية الاقتصادية والرفاهية في البلدان النامية؛ و (ج) ذات طابع ميسر.

المساعدة الإنمائية الرسمية (صافي المساعدة الإنمائية الرسمية) للبلدان المانحة: معياراً عنها كدفق خارج للموارد (بالدولار الأمريكي، وكنسبة مئوية من إجمالي الدخل القومي).

المساعدة الإنمائية الرسمية (صافي المساعدة الإنمائية الرسمية) للبلدان المانحة: معياراً عنها كدفق خارج للموارد (بالدولار الأمريكي، وكنسبة مئوية من إجمالي الدخل القومي).

الجدول 16. التمكين الاقتصادي للنساء

الشمول المالي * 2017-2014		ملكية اليرائف المحمولة * 2017-2014		محل البطلة 2010-2018 *						محل المشاركة في سوق العمل 2010-2018 *						التحصيل العلمي * 2017-2010		الطلب على وسائل تنظيم الأسرة المثلى بوسائل حنينية (٪) -2013 * 2018	استحقاقات إجازة الأومة 2018	استحقاقات إجازة الأومة 2018	الأطر القانونية الممتلعة بالمساواة بين الجنسين في التوظيف 2018	مؤشر المؤسست الاجتماعية (SIGI) 2019	البلدان والمناطق		
				محل البطلة 2010-2018 *			محل المشاركة في سوق العمل 2010-2018 *			ثانية عليا															
إنت	ذكور	إنت	ذكور	محل البطلة 2010-2018 *			محل المشاركة في سوق العمل 2010-2018 *			ثانية عليا		إنت	ذكور												
				المجموع	حضري	ريفى	المجموع	حضري	ريفى	إنت	ذكور														
76	75	-	-	5	4	7	5	4	7	56	58	50	71	73	67	83	86	x 72	لا	نعم	-	منخفض	الاتحاد الروسي		
29	41	-	-	-	-	-	-	-	-	75	61	79	85	73	88	6	13	62	لا	لا	-	منخفض	إثيوبيا		
28	29	80	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85	92	x 22	لا	نعم	-	منخفض	أذربيجان		
51	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 44	x 40	-	لا	نعم	-	-	-	الأرجنتين	
27	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40	43	57	لا	لا	0.2	عالي جداً	الأردن		
41	56	-	-	17	25	7	18	25	8	53	48	61	71	68	74	92	92	37	لا	نعم	0.8	منخفض	أرمينيا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 21	لا	لا	-	-	-	إريتريا	
92	96	-	-	17	17	18	14	14	13	52	53	46	64	65	59	48	49	-	نعم	نعم	1.0	منخفض جداً	إسبانيا		
99	100	-	-	-	-	-	-	-	-	60	61	57	71	72	67	75	78	-	نعم	نعم	1.0	منخفض جداً	أستراليا		
98	98	-	-	5	5	5	5	6	5	57	59	55	71	74	67	90	84	-	نعم	نعم	-	منخفض جداً	إستونيا		
94	92	-	-	-	-	-	-	-	-	60	59	64	68	68	70	81	82	-	لا	نعم	-	-	-	إسرائيل	
27	30	-	-	24	22	26	21	15	24	47	63	42	56	71	51	-	-	83	لا	لا	-	-	-	إسواتيني	
7	23	-	-	14	36	9	10	12	10	21	16	23	73	71	74	-	-	42	نعم	لا	-	عالي جداً	أفغانستان		
43	60	58	59	4	6	2	3	4	1	55	52	61	79	77	85	42	43	x 79	نعم	لا	-	منخفض	إكوادور		
38	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	46	5	نعم	نعم	0.7	منخفض	البنان		
99	99	-	-	3	3	2	4	4	2	56	56	57	67	67	68	79	88	-	لا	نعم	1.0	منخفض جداً	ألمانيا		
76	93	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 60	x 43	-	لا	لا	0.1	منخفض جداً	الإمارات العربية المتحدة		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	لا	لا	-	-	-	أنتيغوا وبربودا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47	48	-	-	-	-	-	-	أندورا	
51	46	54	65	4	5	3	4	6	3	52	50	55	82	79	85	30	38	78	نعم	لا	-	عالي	إندونيسيا		
22	36	80	78	8	15	1	7	12	2	75	63	90	80	73	89	12	20	30	لا	لا	-	-	أنغولا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أنغويلا	
61	68	80	78	10	10	7	7	7	2	56	56	51	72	72	77	33	26	-	نعم	نعم	-	منخفض	أوروغواي		
36	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91	94	-	لا	نعم	-	-	-	أوزبكستان	
53	66	-	-	4	12	3	3	5	2	45	60	39	62	77	57	6	14	54	نعم	لا	0.8	عالي	أوغندا		
61	65	-	-	-	-	-	-	-	-	57	58	54	69	70	67	x 71	x 78	x 68	لا	نعم	0.5	منخفض	أوكرانيا		
95	95	83	83	6	6	5	6	6	5	56	58	53	69	70	67	73	68	-	نعم	نعم	-	منخفض جداً	إيرلندا		
-	-	-	-	3	3	1	3	3	2	78	78	79	86	85	87	x 55	x 67	-	نعم	نعم	-	-	-	أيسلندا	
92	96	90	93	12	12	11	10	10	9	41	41	40	59	60	59	48	50	-	نعم	نعم	-	منخفض جداً	إيطاليا		
-	-	-	-	1	8	1	4	13	3	48	52	47	49	57	48	-	-	x 41	لا	لا	-	-	-	بابوا غينيا الجديدة	
46	51	-	-	8	8	7	5	6	4	59	62	55	84	83	87	37	36	79	نعم	نعم	1.0	متوسط	باراغواي		
7	35	-	-	5	10	3	4	5	4	22	12	28	80	78	82	21	34	49	لا	لا	0.0	عالي جداً	باكستان		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88	88	-	لا	لا	-	-	-	بالاو	
75	86	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47	39	-	نعم	لا	-	-	-	البحرين	
68	73	84	83	x 11	x 12	x 5	x 6	x 7	x 2	56	56	55	78	77	82	46	42	x 89	نعم	نعم	0.8	منخفض	البرازيل		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 25	x 23	x 70	لا	لا	0.4	-	-	بربادوس	
91	94	-	-	7	8	7	7	7	6	54	56	50	64	65	63	38	35	-	نعم	نعم	-	منخفض جداً	البرتغال		
-	-	99	99	10	9	12	9	9	9	56	58	53	69	69	68	-	-	-	لا	لا	-	-	-	بروني دار السلام	
99	98	-	-	6	6	4	6	7	4	50	49	52	59	59	61	65	69	-	نعم	نعم	-	منخفض جداً	بلجيكا		
74	71	-	-	5	3	9	6	4	10	49	54	38	62	65	55	74	77	-	نعم	نعم	1.0	منخفض	بلغاريا		
52	44	-	-	10	8	12	5	5	4	49	57	41	79	77	81	37	36	66	لا	نعم	-	-	-	بنلوز	
36	65	31	54	7	9	6	3	3	3	36	31	39	81	81	80	24	34	73	لا	نعم	0.2	عالي جداً	بنغلاديش		
42	51	-	-	5	6	4	3	4	2	50	52	45	76	74	80	46	40	73	نعم	نعم	0.7	-	بنما		
29	49	-	-	3	4	2	2	4	1	70	65	73	74	70	78	-	-	26	نعم	نعم	-	متوسط	بنن		
28	39	-	-	-	-	-	-	-	-	56	46	60	71	75	70	3	8	x 85	لا	نعم	-	-	-	بوتان	
47	56	-	-	x 20	x 20	x 19	x 13	x 14	x 12	x 56	x 57	x 53	x 70	x 69	x 71	-	-	-	لا	لا	-	-	-	بوتسوانا	
35	51	-	-	9	9	9	4	6	3	58	55	59	75	69	77	2	4	56	نعم	نعم	-	متوسط	بوركينافاسو		
7	8	7	16	1	10	0	2	10	1	80	55	83	78	69	79	2	5	38	لا	نعم	-	-	-	بوروندي	
55	63	-	-	20	19	21	17	19	16	31	37	27	53	53	53	51	75	x 22	نعم	نعم	-	منخفض	البوسنة والهرسك		
88	85	-	-	4	3	4	4	4	4	48	50	46	65	65	65	83	87	-	نعم	نعم	-	منخفض جداً	بولندا		
34	51	65	69	4	5	0	3	4	0	69	64	86	83	80	92	51	61	67	نعم	نعم	1.0	منخفض	بيرو		
81	81	95	91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 82	x 88	x 74	لا	نعم	0.5	منخفض	بيلاروس		
80	84	81	82	1	1	1	1	1	1	60	61	59	77	76	77	32	34	89	لا	لا	-	متوسط	تايلاند		
36	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76	-	-	-	-	-	تركمانستان	
54	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29	40	60	نعم	نعم	-	منخفض	تركيا		
74	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	لا	نعم	0.8	منخفض	ترينيداد وتوباغو		
15	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 2	x 10	20	نعم	نعم	-	عالي	تشاد		
38	53	39	49	2	4	2	3	5	1	61	53	69	49	45	53	3	17	37	نعم	نعم	-	عالي	توغو		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 41	-	-	-	-	-	توفالو	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	توكيلاو
28	46	-	-	23	23	22	13	13	14	26	29	18	70	69	73	39	50	x 73	نعم	لا	-	عالي	تونس		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55	53	x 48	لا	لا	-	-	-	تونغا
-	-	-	-	6	18	4	3	9	2	61	50	65	73	65	75	-	-	37	نعم	لا	-	-	-	تيمور-ليشتي	
78	79	97	96	-	-	-	-	-	-	61	62	59	73	71	76	-	-	x 79	لا	لا	-	منخفض	جامايكا		

البلدان والمناطق	مؤشر المؤسسات الإجتماعية والجنسانية (SIGI) 2019	الأطر القانونية المتعلقة بالمساواة بين الجنسين في التوظيف 2018	استحقاقات إجازة الأمومة 2018	استحقاقات إجازة الأوبة 2018	الطلب على وسائل تنظيم الأسرة المئلي بوسائل حديثة (%) 2013-2018*	التحصيل العلمي 2017-2010*			معدل المشاركة في سوق العمل 2018-2010*						معدل البطالة 2018-2010*						ملكية الهوائف المحمولة 2017-2014*			
						ثانوية عليا			ذكور			إناث			ذكور			إناث			ذكور		إناث	
						إناث	ذكور	مجموع	إناث	ذكور	مجموع	إناث	ذكور	مجموع	إناث	ذكور	مجموع	إناث	ذكور	مجموع	إناث	ذكور		
النمسا	منخفض جداً	-	لا	لا	-	73	86	-	67	67	67	55	57	67	2	7	5	3	6	5	-	-		
نيبال	متوسط	-	لا	لا	-	10	25	56	48	60	54	21	32	26	12	9	10	13	13	13	-	-		
النيجر	-	-	لا	لا	لا	2	5	46	90	70	86	40	68	63	0	2	1	-	3	0	55	77		
نيجيريا	عالي	0.3	لا	لا	لا	39	51	43	58	54	48	49	48	49	5	8	6	4	10	7	32	49		
نيكاراغوا	منخفض جداً	-	لا	لا	لا	-	-	x 93	90	78	83	35	56	48	1	6	4	5	6	6	-	-		
نيوزيلندا	منخفض جداً	-	لا	لا	لا	68	72	-	81	76	76	70	76	65	-	-	-	-	-	-	-	-		
نوي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
هايتي	متوسط	-	لا	لا	لا	-	-	43	80	67	74	59	49	54	5	19	11	10	22	16	-	-		
الهند	متوسط	0.3	لا	لا	لا	19	34	67	80	76	79	26	79	23	2	3	2	3	7	4	-	-		
هندوراس	منخفض	-	لا	لا	لا	26	33	x 76	92	26	84	37	84	46	1	3	3	3	6	7	-	-		
هنغاريا	منخفض	-	لا	لا	لا	72	81	-	67	65	66	49	49	49	4	3	3	4	4	4	-	-		
هولندا	منخفض جداً	-	لا	لا	لا	66	74	-	69	70	70	58	59	59	2	4	4	3	4	4	82	86		
الولايات المتحدة	منخفض جداً	-	لا	لا	لا	90	89	77	64	70	69	53	69	57	4	4	4	4	4	4	-	-		
ولايات ميكرونيزيا الموحدة	-	-	لا	لا	لا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
اليابان	منخفض	-	لا	لا	لا	79	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87	90		
اليمن	عالي جداً	-	-	-	-	-	-	38	65	66	65	5	65	6	8	10	12	25	29	26	-	-		
اليونان	منخفض	1.0	لا	لا	لا	52	57	-	59	61	60	41	60	44	13	16	15	20	26	24	-	-		

ملخص

71	75	-	-	3	-	-	3	-	-	55	-	-	78	-	-	29	35	86	-	-	-	-
79	84	-	-	7	-	-	6	-	-	53	-	-	66	-	-	69	74	77	-	-	-	-
62	68	-	-	6	-	-	6	-	-	53	-	-	69	-	-	71	76	69	-	-	-	-
93	95	-	-	7	-	-	7	-	-	53	-	-	65	-	-	68	72	83	-	-	-	-
52	59	-	-	8	-	-	5	-	-	52	-	-	78	-	-	44	42	83	-	-	-	-
43	59	-	-	-	-	-	-	-	-	19	-	-	68	-	-	40	43	68	-	-	-	-
93	94	-	-	4	-	-	4	-	-	58	-	-	69	-	-	89	88	83	-	-	-	-
64	75	-	-	4	-	-	3	-	-	25	-	-	79	-	-	20	34	67	-	-	-	-
35	47	-	-	8	-	-	6	-	-	59	-	-	70	-	-	20	30	53	-	-	-	-
41	49	-	-	10	-	-	7	-	-	63	-	-	75	-	-	18	24	62	-	-	-	-
28	44	-	-	5	-	-	5	-	-	54	-	-	64	-	-	22	35	41	-	-	-	-
28	41	-	-	7	-	-	4	-	-	52	-	-	75	-	-	13	23	58	-	-	-	-
65	72	-	-	5	-	-	4	-	-	44	-	-	74	-	-	38	44	76	-	-	-	-

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في فئات الأقاليم والأقاليم الفرعية والبلدان، يرجى الاطلاع على الصفحة 182 أو زيارة data.unicef.org/regionalclassifications. لا يُصنح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

تعريفات المؤشرات

مؤشر المؤسسات الاجتماعية والجنسانية (SIGI): مستوى التمييز بين الجنسين في المؤسسات الاجتماعية معرّفاً على أنه التمييز في الأسرة، وتقييد قرابية الإنسان على جسده، وتقييد الوصول إلى الموارد الإيجابية والمالية، وتقييد الحريات.

الأطر القانونية التي تعزز وتفرّض وترصد المساواة بين الجنسين في التوظيف والاستحقاقات الاقتصادية: التدابير كتنسية مئوية من الإجازة، من 0 إلى 100 حيث تمثل 100 خبرة الممارسات والجهود الحكومية لإقامة الأطر القانونية التي تعزز وتفرّض وترصد المساواة بين الجنسين في التوظيف والاستحقاقات الاقتصادية.

استحقاقات إجازة الأمومة: ما إذا كان القانون ينص على إجازة أمومة ماجورة لمدة 14 أسبوعاً أو أكثر وفق معايير منظمة العمل الدولية.

استحقاقات إجازة الأوبة: ما إذا كان القانون ينص على إجازة أوبة ماجورة (بعض النظر عن منتهها).

الطلب على وسائل تنظيم الأسرة المئلي بوسائل حديثة: النسبة المئوية من النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) اللواتي

أُنيت احتياجاتهن من وسائل تنظيم الأسرة بوسائل حديثة. التحصيل العلمي: النسبة المئوية للسكان بعمر 25 عاماً فما فوق الذين أمموا التعليم الثانوي العالي على الأقل (التصنيف الدولي الموحد للتعليم ISCED3).

معدل المشاركة في سوق العمل: نسبة السكان في سن العمل الذين يشاركون بنشاط في سوق العمل، إما بالعلم أو بالبحث عن عمل.

معدل البطالة: النسبة المئوية للأشخاص الذين هم في سوق العمل لكنهم من المعطلين عن العمل.

ملكية الهوائف المحمولة: نسبة الأفراد الذين لديهم هاتف محمول.

الشمول المالي: النسبة المئوية للبالغين (أكثر من 15 عاماً) الذين أبلغوا أنهم يملكون حساباً (فردياً أو مشتركاً) في أحد البنوك أو المؤسسات المالية الأخرى أو أنهم قد استخدموا شخصياً خدمة مالية عبر الهاتف المحمول في الأشهر الـ 12 الماضية.

مصادر البيانات الرئيسية

مؤشر المؤسسات الاجتماعية والجنسانية (SIGI): منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (OECD). آخر تحديث: آذار / مارس 2019.
الأطر القانونية التي تعزز وتفرّض وترصد المساواة بين الجنسين في العمالة والاستحقاقات الاقتصادية: هيئة الأمم المتحدة للمرأة، مجموعة البنك الدولي، مركز التنمية التابع لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي. آخر تحديث: تموز / يوليو 2019.
استحقاقات إجازة الأمومة: مشروع المرأة والأعمال والقانون التابع للبنك الدولي. آخر تحديث: شباط / فبراير 2019.
استحقاقات إجازة الأوبة: مشروع المرأة والأعمال والقانون التابع للبنك الدولي. آخر تحديث: شباط / فبراير 2019.
الطلب على وسائل تنظيم الأسرة المئلي بوسائل حديثة: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان، صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناء على الاستقصاءات الديمغرافية والصحية (DHS)، والمسوح الحقنوية متعددة المؤشرات (MICS)، واستقصاءات الصحة الانجابية، ومسوح وطنية أخرى، ونظم المعلومات الصحية الوطنية. آخر تحديث: آذار / مارس 2019.
التحصيل العلمي: معهد اليونسكو للإحصاء (UIS). آخر تحديث: حزيران / يونيو 2019.
معدل المشاركة في سوق العمل: منظمة العمل الدولية (ILO). آخر تحديث: آذار / مارس 2019.
البطالة: منظمة العمل الدولية. آخر تحديث: آب / أغسطس 2019.
ملكية الهوائف المحمولة: الاتحاد الدولي للاتصالات (ITU). آخر تحديث: آذار / مارس 2019.
الشمول المالي: البنك الدولي. آخر تحديث: تموز / يوليو 2019.
تشير البيانات الفطرية المتعلقة بمؤشرات أهداف التنمية المستدامة المدرجة في هذا الجدول (الأطر القانونية المتعلقة بالمساواة بين الجنسين في التوظيف، والطلب على وسائل تنظيم الأسرة المئلي بوسائل حديثة، وملكية الهوائف المحمولة، والشمول المالي) إلى أحدث سنة متاحة كما ورد في قاعدة البيانات العالمية لأهداف التنمية المستدامة نسخة 2019.

ملاحظات

البيانات غير متوفرة.
تشير البيانات إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. لا تدخل هذه البيانات في حساب مستويات الأقاليم والمتوسطات العالمية. التقديرات من سنوات البيانات قبل عام 2000 غير معروضة.
تشير البيانات إلى أحدث سنة تتوفر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.
بإستثناء الصين.

لأول مرة منذ 20 عاماً، تفحص اليونسيف في تقرير حالة أطفال العالم قضية الأطفال والغذاء والتغذية، فتقدم بذلك نظرة جديدة إلى تحد سريع التغير. إذ على الرغم من التقدم المحرز في العقود الماضية، فإن ثلث الأطفال دون سن الخامسة يعانون من سوء التغذية متمثلاً في التقزم أو الهزال أو زيادة الوزن؛ كما أن الثلثين معرضون لأخطار سوء التغذية والجوع المستتر بسبب تدني جودة أنماط التغذية. تعكس هذه النزعات العبء الثلاثي الثقيل لسوء التغذية (نقص التغذية والجوع المستتر وزيادة الوزن)، وهو عبء يهدد بقاء ونمو وتطور الأطفال والشباب والاقتصادات والدول. جوهر هذا التحدي هو المنظومة الغذائية الفاشلة التي تفشل في تزويد الأطفال بأنماط التغذية التي يحتاجونها للنمو الصحي. يقدم هذا التقرير بيانات وتحليلات جديدة تتناول سوء التغذية في القرن الحادي والعشرين ويوجز توصيات تهدف لوضع حقوق الطفل في قلب منظومات الأغذية.



يونسيف

لكل طفل

ISBN : 978-92-806-5006-8



الحقوق محفوظة © لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونسيف)
تشرين الأول / أكتوبر 2019

الغذاء لكل طفل