الهدف ٢: القضاء على الجوع وتوفير الأمن الغذائي والتغذية المحسّنة وتعزيز الزراعة المستدامة

الغاية ٢-٢: إنهاء جميع أشكال سوء التغذية، بحلول عام 2030، بما في ذلك تحقيق الأهداف المتّفق عليها دولياً بشأن توقف النمو والهزال لدى الأطفال دون سن الخامسة، ومعالجة الاحتياجات التغذوية للمراهقات والحوامل والمراضع وكبار السن، بحلول عام 2025.

المؤشر ٢-٢-٣: انتشار فقر الدم بين النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة، حسب حالة الحمل (النسبة المئوية)

المعلومات المؤسسية

المنظمة الراعية:

منظمة الصحة العالمية

المفاهيم والتعاريف

التعريف:

يقيس هذا المؤشر النسبة المئوية للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة ويقلّ تركيز الهيموغلوبين لديهن عن 120 غ/لتر للنساء غير الحوامل والمرضعات، وعن 110 غ/لتر للنساء الحوامل، معدّلة حسب الارتفاع والتدخين.

الأساس المنطقي:

ينتشر فقر الدم على نطاق واسع على الصعيد العالمي، محدثاً تأثيراً سلبياً على صحة النساء في سن الإنجاب والأطفال بشكلٍ خاص، إذ يترتّب عنه أضرار كثيرة على النمو المعرفي والحركي للأشخاص وقدرتهم على العمل. وغالباً ما يرتبط فقر الدم الناجم عن نقص الحديد لدى الحوامل بنتائج إنجابية ضارة، بما في ذلك الولادة المبكرة، وانخفاض وزن الرضع عند الولادة، وانخفاض مخزونات الحديد لدى الأطفال، وضعف نموّهم أحياناً. ويُعتبر نقص الحديد السبب الأكثر شيوعا لفقر الدم، ولكنه قد يُعزى أيضاً إلى أسباب أخرى غذائية وغير غذائية. تتأثر تركيزات الهيموغلوبين في الدم بعوامل عديدة، بما في ذلك الارتفاع (متر فوق مستوى سطح البحر)، والتدخين، وبعض مراحل الحمل، والعمر، والجنس. ويمكن تقييم نسبة فقر الدم بقياس الهيموغلوبين، ومتى استُخدم هذا المؤشّر بالاقتران مع غيره من المؤشرات

المعنية بحالة الحديد، يوفّر تركيز الهيموغلوبين في الدم معلومات عن شدّة نقص الحديد. كما يستخدم مؤشر انتشار فقر الدم لدى السكان لتصنيف حجم هذه المشكلة بالنسبة إلى الصحة العامة.

المفاهيم:

فقر الدم: حالة صحية ناجمة عن أنخفاض الهيموغلوبين لما دون العتبة النوعية.

حالة نقص الحديد: انخفاض مقدار الحديد الذي يلزم لصيانة الوظيفة الفيزيولوجية الطبيعية للدم، وللدماغ وللعضلات (التصنيف الدولي للأمراض– 11، 5B5K.0 نقص الحديد)

3A00 فقر دم عَوَز الحديد: (التصنيف الدولي للأمراض– 11، 3A00، فقر الدم الناجم عن نقص الحديد)

تركيز الهيموغلوبين: تركيز الهيموغلوبين في الدم الكامل

التعليقات والقيود:

على الرغم من الجهود المكثّفة المبذولة للبحث عن البيانات، لا تزال البيانات اللازمة لقياس تركيزات الهيموغلوبين محدودة، مقارنة بغيرها من المؤشرات التغذوية مثل قياسات الجسم لدى الأطفال، ولا سيّما في بلدان المنطقة الأوروبية لمنظمة الصحة العالمية ذات الدخل المرتفع. وبالتالي، فإن التقديرات المستخلصة قد لا تعكس كل أوجه التباين القائمة بين البلدان والمناطق، بل تكتفي باحتساب المتوسط العالمي إذا لم تتوفّر بيانات كافية. كما حالت قلّة البيانات دون الأخذ ببعض المؤشرات المحتملة الهامة لقياس تركيز الهيموغلوبين في الدراسات المنفّذة، لا سيّما مؤشرات التغذية بالحديد ومكمّلات الحديد.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

تقيّم حالة فقر الدم لدى النساء باستخدام تركيزات الهيموغلوبين في الدم. في المسوحات، عادةً ما تُقاس تركيزات الهيموغلوبين في الدم باستخدام طريقة السيانميتيموغلوبين المباشرة في المختبر أو بمضواء محمول يعمل بالبطارية لقياس الهيموغلوبين في الموقع الذي يستخدم طريقة الأزيد–ميتهيموغلوبين.

وقد جُمعت المعلومات اللازمة عن انتشار فقر الدم و/أو متوسط الهيموغلوبين لدى النساء في سن الإنجاب من 303 مصادر بيانات تمثل السكان من 116 بلداً في جميع أنحاء العالم، واستخدمت هذه

البيانات من العام 1990 إلى العام 2016. وكلما أمكن، جرى تعديل البيانات المتعلّقة بتركيزات الهيموغلوبين في الدم لحالات الارتفاع والأشخاص المدخنين، واستبعاد القيم غير المجدية من الناحية البيولوجية لتركيزات الهيموغلوبين (<25 غرام/لتر أو >200 غرام/لتر). لقد استُخدم نموذج هرمي بايزي لتقدير توزيعات الهيموغلوبين، والمعالجة المنهجية للبيانات الناقصة، والاتجاهات الزمنية غير الخطية، ومدى تمثيل مصادر البيانات. ويمكن الاطلاع على التفاصيل الكاملة عن الأساليب الإحصائية في المرجع التالي:

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 (Stevens et al, 2013)

(الاتجاهات العالمية والإقليمية والوطنية في تركيز الهيموغلوبين وانتشار فقر الدم الكلي والشاسي لدى الأطفال والحوامل وغير الحوامل للفترة 1995–2011: تحليل منهجي لبيانات ممثلة للسكان).

باختصار، يَحسُب النموذج التقديرات السنوية الخاصة بكل بلد، مع الاسترشاد بالبيانات المُجمعة في البلد المعني وخلال السنة نفسها، إن توفرت، وخلال سنوات أخرى في البلد نفسه وفي بلدان أخرى توفر بيانات عن فترات زمنية مماثلة، ولا سيّما بلدان المنطقة نفسها. وقد يعمد النموذج إلى "إقتراض" البيانات، بدرجة كبيرة عند الافتقار إلى البيانات اللازمة أو لا أن البيانات المتاحة لا توفّر المعلومات الكافية، وبدرجة أقلّ بالنسبة للبلدان والمناطق الغنية بالبيانات. كما يسترشد المعنيون لإنتاج تقديراتهم بالمتغيرات المشتركة التي تتيح توقع تركيزات الهيموغلوبين في الدم (مثل تعليم الأمهات، وانتشار اضطرابات الخلايا المنجلية، ومتوسط درجات الوزن مقابل العمر للأطفال). وتعكس نطاقات عدم اليقين (فترات الموثوقية) المصادر الرئيسية للشك في صدة البيانات، بما في ذلك أخطاء أخذ العينات، والأخطاء غير الناجمة عن أخذ العينات مثل مشاكل تصميم/قياس العينات، والشكوك الناشئة عن إمكانية وضع تقديرات للبلدان والسنوات التي لا تتوفّر بشأنها بيانات.

تفصيل:

عادةً ما يُبلغ عن بيانات انتشار فقر الدم بعد تصنيفها حسب العمر والجنس والدخل والمنطقة الجغرافية (داخل البلد) والمستوى الإداري الأول داخل البلد. وعند وضع تقديرات بشأن فقر الدم للمساهمة في رصد

التقدم المُحرز في تحقيق أهداف التنمية المستدامة، تُعَدّ التقديرات للنساء في سن الإنجاب (بين 15و49 سنة) حسب حالة الحمل (الحوامل أو غير الحوامل) لكل بلد. بعدها، تُجمع البيانات على المستوى العالمي من قبل منظمة الصحة العالمية أو أقاليم الأمم المتحدة.

معالجة القيم الناقصة:

- على مستوى البلد:

لقد استُخدم نموذج هرمي بايزي لتقدير توزيعات الهيموغلوبين، والمعالجة المنهجية للبيانات الناقصة، والاتجاهات الزمنية غير الخطية، ومدى تمثيل مصادر البيانات. ويمكن الاطلاع على الوصف الكامل لمنهجية إعداد تقديرات البلدان والمناطق في المنشور التالي:

Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, et al. 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 a systematic analysis of population-representative data. Lancet Glob :2011 .Health 2013; 1: e16–25

متاح على الرابط التالي:

https://www.thelancet.com/cms/10.1016/S2214-109X(13)70001-.attachment/e073f9da-1330-4a1d-a1a0-67caf08c11bf/mmc1.pdf/9

- على المستويين الوطني والإقليمي

لقد حُسِب التوزيع بين المناطق في شكل معدّلات مرجّحة بعدد السكان على صعيد المنطقة وبلدانها (راجع القسم المخصّص لمعالجة القيم الناقصة على المستوى البلدان).

المجاميع الإقليمية:

لقد حُسِب التوزيع بين المناطق في شكل معدّلات مرجّحة بعدد السكان على صعيد المنطقة وبلدانها (راجع أعلاه القسم المخصّص لمعالجة القيم الناقصة على المستوى البلدان).

مصادر التباين:

تُستخلص التقديرات باتّباع منهجية معدّلة لتُلائم مصادر التباين الرئيسية.

المناهج والتوجيهات المتاحة للبلدان بشأن تجميع البيانات على الصعيد الوطني:

يُشكّل المؤشر 2.2.3 جزءاً من الإطار العالمي لرصد التغذية، المعني بتقديم توجيهات عملية للبلدان من خلال منشور "الإطار العالمي لرصد التغذية: التوجيهات العملية لتتبّع التقدّم المحرَز: صوب بلوغ غايات عام 2025"، وهو متوفر باللغات الرسمية الست للأمم المتحدة على الرابط التالي:

https://www.who.int/nutrition/publications/operational-guidance-GNMF-indicators

ويمكن الاطّلاع على النسخة العربية على الرابط التالي:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259904/9789246513604-ara.pdf

تتعاون منظمة الصحة العالمية أيضاً مع اليونيسيف، والمراكز الأمريكية لمكافحة الأمراض والوقاية منها، والمنظمة الدولية للتغذية، من أجل تحديث دليل الخاص بمسوح المغذيات الدقيقة، الذي يتضمن تفاصيل عن كيفية إجراء مسح وطني للتغذية والإبلاغ عن نتائجه[1].

ضمان الجودة

يتمّ التحقّق من صحة بيانات المسوح المقدمة في المنشورات التي يستعرضها النظراء أو تقارير المسوح لإدراجها في قاعدة بيانات الخاصة بمنظمة الصحة العالمية للمغذيات الدقيقة. وتشمل معايير الأهلية ما يلي: تقديم التفاصيل اللازمة حول كيفية أخذ العيّنات؛ ضمان تمثيل العيّنة المختارة للمستوى الإداري الأول على الأقلّ (مثل الولاية، المقاطعة، الكانتون، الإقليم؛ اختيار العيّنة على أساس السكان، أو على الأسرة المعيشية، أو المرافق (أي للنساء الحوامل، والمواليد الجدد، والأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة والأطفال في سن الدراسة)؛ اختيار عيّنة شاملة لعدّة قطاعات أو تمثّل التقييم الأساسي في برنامج تدخل

[1] http://mnsurveytoolkit.nutritionintl.org/

معيّن؛ استخدام الدراسة لتقنيات قياسية ومعتمدة لجمع البيانات ومنهجية مختبرية. وعند بروز أية شواغل بشأن البيانات المبلغ عنها، تجري محاولات لمناقشة هذه الشواغل مع الممثل القطري.

مصادر البيانات

الوصف:

تُعدّ المسوح السكانية المصدر المفضّل للبيانات، تليها البيانات المستمدة من نظم المراقبة. وفي بعض الحالات، يمكن الحصول على بيانات مجهولة الهوية على مستوى الأفراد من المسوح التي تُجرى في بلدان متعددة، بما في ذلك المسوح الديمغرافية والصحية، والمسوح الخاصة بمجموعات المؤشرات المتعدّدة، والصحة الإنجابية، ومؤشرات الملاريا. وتُعنى قاعدة بيانات المغذيات الدقيقة لنظام المعلومات عن الفيتامينات والمعادن التابع لمنظمة الصحة العالمية (https://www.who.int/vmnis/database/en/) بجمع وتلخيص البيانات المتعلقة بحالة المغذيات الدقيقة لدى السكان من مصادر أخرى مختلفة، بما في ذلك البيانات التي جمعت من المؤلفات العلمية ومن خلال المتعاونين، بما في ذلك المكاتب الإقليمية والقطرية لمنظمة الصحة العالمية، ومنظمات الأمم المتحدة، ووزارات الصحة، والمؤسسات البحثية والأكاديمية، والمنظمات غير الحكومية.

عملية جمع البيانات:

أجرت الجهات المعنية بحثاً عن المصطلحات المتعلّقة بفقر الدم والهيموغلوبين والحديد على محرّك PubMed، من خلال الدراسات التي نُشرت بعد تاريخ 1 كانون الثاني/يناير 1990. بالإضافة إلى المواد المفهرسة، فقد تمّ الاطلاع على العديد من التقارير الخاصة بالوكالات الوطنية والدولية من خلال تقديم طلبات إلى كل من المنظمات المعنية. بعد تجميع بيانات المسح وإطلاق نموذج الخليط الهرمي البايزي لتوليد تقديرات انتشار فقر الدم، تُرسل مذكرة إلى البلدان للمطالبتها بتوفير خلفية التوصّل إلى هذه التقديرات وتفسير العملية. وتقدم المعلومات اللازمة بشأن البيانات المسح المستخدمة في وضع التقديرات الخاصة بكل من البلدان المعنية، وتقديرات العام 2015، ونتائج كل بلد، مصحوبةً بشرح للمنهجية المتّبعة في وضع التقديرات. ويُطلب من البلدان تقديم التعليقات في غضون ستة أسابيع.

توافّر البيانات

الوصف:

جُمعت المعلومات اللازمة عن انتشار فقر الدم و/أو متوسط الهيموغلوبين لدى النساء في سن الإنجاب من 303 مصادر بيانات تمثل السكان من 116 بلداً في جميع أنحاء العالم، واستخدمت هذه البيانات من العام 1990 إلى العام 2016.

التسلسل الزمني:

استُمدت التقديرات للفترة الممتدّة بين عامي 2000 و2016 في أحدث عملية.

الجدول الزمني

عملية جمع البيانات:

تُجمع البيانات المتعلقة بفقر الدم بشكل متواصل من خلال تقرير المسح ثم تُدخل في قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية الخاصة بالمغذيات الدقيقة.

إصدار البيانات:

لم يُحدّد تاريخ معيّن لإجراء الجولة الجديدة من تقديرات انتشار حالات فقر الدم، لكن عادةً ما تُنتج التقديرات كل ثلاث إلى خمس سنوات.

الجهات المزوّدة للبيانات

تُستمد البيانات المتعلقة بفقر الدم من مصدرين رئيسيين لبيانات المسوح، ألا وهي 1) التقارير الصادرة عن البلدان أو الشركاء المنفذّون و2) المستندات المنشورة. وفي بعض الأحيان، تقدم الدول الأعضاء أو المكاتب الإقليمية أو المجتمع الدولي أو الزملاء الذين يديرون قواعد بيانات أخرى في منظمة الصحة العالمية تقارير مباشرة إلى الموظفين المسؤولين عن صيانة قاعدة بيانات المنظمة الخاصة الخاصة بالمغذّيات الدقيقة. إذا كانت البيانات تفي بمعايير الأهلية، يتم إدخالها في قاعدة البيانات. تُطلب التقارير والمنشورات وتُجمع أولاً من:

- وزارات الصحة من خلال المكاتب الإقليمية والقطرية لمنظمة الصحة العالمية،

- المؤسسات البحثية والأكاديمية الوطنية،
- المنظمات غير الحكومية، و
- منظمات الأمم المتحدة.

الجهات المجمعة للبيانات

وتجمع منظمة الصحة العالمية البيانات التي تُدخل في قاعدة بيانات المغذيات الدقيقة الخاصة بها والتابعة لنظام المعلومات عن الفيتامينات والمعادن.

المراجع

الروابط:

https://www.who.int/nutrition/global-target-2025

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259904/9789241513609-eng.pdf;jsessionid=4F4165EBA8F217E2F555AE98E977981D?sequence=1

https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_anaemia/en

المراجع

منظمة الصحة العالمية خطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضّع وصغار الأطفال: تقرير ثنائي السنوات جنيف، منظمة الصحة العالمية 2014

Every Woman Every Child. Global strategy for women's, children's and adolescents' health. New York: United Nations; 2015

WHO. Global Nutrition Targets 2025: Anaemia policy brief (WHO/NMH/NHD/14.4). Geneva: World Health Organization; 2014

مؤشرات ذات صلة

الهدف 1. القضاء على الفقر بجميع أشكاله في كل مكان

من شأن فقر الدم أن يعوّق القدرة البدنية للأشخاص على العمل. وتشير التقديرات إلى أن فقر الدم يسهم في انخفاض الإنتاجية بنسبة 17 في المائة في العمل اليدوي الثقيل و 5 في المائة في الأعمال اليدوية الأخرى. وقدَّر نشاط نمذجة أُجري في الهند أن مجموع مواليد العام 2013 المصابين بفقر الدم الناجم عن نقص الحديد سيخسرون جراء ذلك أكثر من 24 مليون دولار أمريكي على مدى حياتهم بسبب قلّة إنتاجيتهم.

كما يؤثر نقص الحديد على القدرات العقلية للأطفال، ما من شأنه أن يضرّ بأدائهم الأكاديمي وقدراتهم على الكسب في المستقبل. وبالتالي، عادةً ما يرتبط فقر الدم في مرحلة الطفولة بانخفاض الأجور في مرحلة البلوغ بنسبة 2.5 في المائة، ما يؤثر في آن على الإنتاجية والنمو الاقتصادي.

وتشمل أنواع النقص في المغذّيات التي تسهم في فقر الدم على نقص الحديد، والريبوفلافين، وحمض الفوليك، والزنك، وفيتامين B12، وفيتامين A. وحالياً، تعتمد أكثر من 80 دولة تشريعات خاصة تقضي بإضافة واحد أو أكثر من العناصر الغذائية المذكورة إلى دقيق القمح و/ أو دقيق الذرة و/ أو الأرز. وتمثّل إضافة هذه المغذيات إلى الحبوب التي يشيع استهلاكها خطوة إضافية نحو تحسين الإنتاجية، وبالتالي نحو الحدّ من الفقر.

الهدف 3. ضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار

صحة الأم والطفل

يزيد فقر الدم أثناء الحمل من خطر الوفيات النفاسية ووفات المواليد المخاضية، ويسهم في انخفاض وزن الرضع عند الولادة. وتُعرِّف منظمة الصحة العالمية الوزن المنخفض للمواليد بالوزن الذي يقلّ عن 2500 غرام أو 5.5 رطل. فالمواليد الذين يقلّ وزنهم عن الوزن الطبيعي هم عرضة للموت والأمراض وهم صغار. وإذا ما نجوا من ذلك، فإنهم معرضون لخطر متزايد لضعف النمو العقلي في مرحلة الطفولة والمشاكل الصحية المزمنة مثل السكري وأمراض القلب في وقت لاحق من حياتهم.

الصحة والأمراض غير السارية

يُصنّف فقر الدم من الأمراض غير السارية. وكما ذُكر أعلاه، فإن فقر الدم التغذوي ناجم عن نقص الفيتامينات والمعادن.

الهدف 4. ضمان أن تتاح للجميع سبل متكافئة للحصول على التعليم الجيد وتعزيز فرص التعلم مدى الحياة للجميع

قد يؤدي سوء الحالة الصحية في مرحلة الطفولة إلى تراجع القدرة على التحصيل العلمي. ففي حين أن نقص الحديد يحدّ من النمو المعرفي، فإن كمية كافية من الحديد لدى الأطفال تمنحهم طاقة أكبر للمشاركة في الأنشطة المدرسية، وهم أكثر استعداداً ذهنياً لإتقان المادة.

وتوثّق مجموعة كبيرة من الدراسات التأثير الإيجابي للحديد على اختبارات التطور المعرفي والحركي. وقد أفادت هذه الدراسات أن الأدلة المتاحة تفي بجميع الشروط اللازمة للتوصل إلى أن نقص الحديد يسبب نقصاً في التحصيل المعرفي وتأخيراً في النمو، وهو ما يمكن عكسه، جزئياً على الأقلّ، عن طريق العلاج بمكملات الحديد، على الرغم من أن التأثير الإيجابي لهذه المكملات قد يتضاءل لدى الأطفال الأكبر سناً.

الهدف 5. تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين كل النساء والفتيات

بصفة عامة، معدلات فقر الدم لدى الإناث أعلى بكثير مما هي عليه لدى الذكور. وفي حين أن معدّلات فقر الدم تنخفض لدى الذكور بحلول نهاية سن البلوغ، فإنها تبقى مرتفعة لدى الإناث خلال سنوات الإنجاب بسبب الحيض.

لذلك، فإن الحدّ من فقر الدم يُسهم في تعزيز الأداء الأكاديمي النسبي للإناث وإنتاجية العاملات، ويساعد على تحقيق المساواة بين الجنسين.

لمزيد من التفاصيل، يمكن الإطلاع على مبادرة:

Food Fortification Initiative – Fortify to Address Sustainable Development _Goals (http://www.ffinetwork.org/why_fortify/SDGs.html)