

# هزال الأطفال والتقرّم: حان الوقت لتجاوز الفصل بينهما

## مذكرة موجزة لواضعي السياسات ومنفذي البرنامج

يونيو/حزيران ٢٠١٨

مُقدّمة من مجموعة الاهتمام التقنية المعنية بالهزال والتقرّم عند الأطفال WaSt TIG



### عوامل الخطورة المشتركة بين الهزال والتقرّم

تنشأ نسبة كبيرة (20-30%) من الهزال والتقرّم في الرحم، مما يسلب الضوء على أهمية تغذية الأمهات قبل وأثناء فترة الحمل للحماية من الهزال والتقرّم<sup>١</sup>. كما يُبرز ذلك أهمية أخذ هذين النمطين لسوء التغذية بعين الاعتبار وكيفية التعامل معهما بأفضل الطرق مباشرة منذ لحظة الولادة.

ومن الهام أيضاً ملاحظة أن هناك عوامل خطر متعددة تكمن خلف الإصابة بالهزال والتقرّم وتفاعلات يمكن أن تتغيّر مع مرور الوقت منها مثلاً، نظام التغذية الضعيف والممارسات الغذائية السيئة، بالإضافة إلى نوبات أو فترات الأمراض المعدية والتلوث البيئي. تشير الأدلة إلى أن معظم عوامل خطورة إصابة الطفل بالهزال أو التقرّم أثناء فترة سنّ الرضاعة أو أثناء مرحلة الطفولة متشابهة<sup>(٢)</sup>، ولكنها تختلف في اندماجها وحجمها، مما يقود إلى اتجاهات متباينة في سياقات مختلفة. على سبيل المثال، الإنخفاض الهائل في مستويات تقرّم الأطفال في النيبال بين ٢٠٠١ و ٢٠١١ لم يقابله انخفاض بنفس المعدل لحالات الهزال<sup>(٣)</sup>.

عموماً وبناء على ذلك، هناك عوامل خطر متشابهة لكلّ منهما كما هناك نوافذ متشابهة لفرص التدخل على مدى الحياة، مثل الفترة منذ الإخصاب وعبر مرحلة سنّ الرضاعة المبكرة ومرحلة الطفولة حيث يمكن التدخل من أجل تقليص معدلات الهزال والتقرّم عند الأطفال.

### لكلّ من الهزال والتقرّم أهمية في جميع السياقات

في حين ينصب التركيز الأساسي في سياقات العمل الإنساني على الهزال ويترك

<sup>١</sup> يُعرّف الطفل بأنه يعاني من الهزال إذا كان وزنه بالنسبة إلى طوله أقل > ٢- من الانحراف المعياري من معايير النمو الدولية. ويعرّف بأنه يعاني من الهزال الشديد إذا كان أقل من <-٣ من الانحراف المعياري.

<sup>٢</sup> يُعرّف الطفل بأنه مصاب بالتقرّم إذا كان طوله بالنسبة لعمره أقل <-٢ من أدنى انحراف معياري من معايير النمو الدولية. ويعرّف بأنه يعاني من التقرّم الشديد إذا كان أقل <-٣ من الانحراف المعياري.

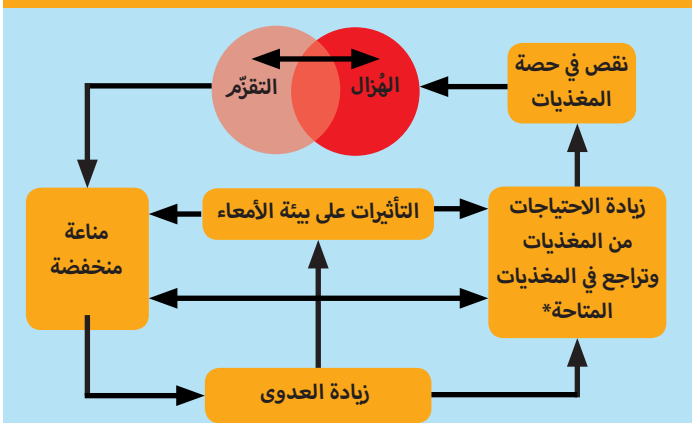
<sup>٣</sup> الوزن بالنسبة للطول أقل <-٢ من الانحراف المعياري والطول بالنسبة للعمر أقل <-٢ من الانحراف المعياري من معايير النمو الدولية.

### المشكلة

في العقود السابقة، فصل مجتمع التغذية بين الهزال والتقرّم إلى جانب الفجوة الإنسانية والإمائية. وتسبّب ذلك في وجود سياسات وبرامج وأبحاث وتمويلات مختلفة لكلّ من هذين المظهرين لسوء التغذية عند الأطفال. على سبيل المثال، يتم تمويل برامج رعاية الأطفال الذين يعانون من الهزال (يكونون أكثر نحافة من اللازم<sup>(١)</sup>) بشكل منفصل عن البرامج التي تستهدف وقاية الأطفال من التقرّم (يكونون أقصر من اللازم<sup>(٢)</sup>).

وجدت مجموعة الاهتمام التقنية المعنية بالهزال والتقرّم عند الأطفال WaSt TIG التي تنسّقها «شبكة التغذية في الطوارئ» ENN أسساً علمية قاطعة للاستنتاج بأن الفصل الحالي بين الهزال والتقرّم غير مبرر، بل قد يكون مؤدياً<sup>(١)</sup>. يمكن تحقيق كفاءة وفعالية أعظم للبرامج الموضوعة لو تمّ التصدي لنمطي نقص التغذية بشكل مشترك في آن واحد. سيتطلب هذا الأمر إحداث تغيير جذري في رؤيتنا وتمويلنا وتدخلاتنا لخفض الهزال والتقرّم عند الأطفال (الشكل ١).

### الشكل ١ الهزال والتقرّم ودورة العدوى



\* بسبب سوء الامتصاص، الأيض المتغير، فقدان الشهية، نقص المغذيات ومتطلبات مكافحة العدوى

مقتبس من: والسن، جي إل وبيركلي، جي آي. تأثير سوء التغذية على حالات العدوى في الطفولة. الرأي الحالي في الأمراض المعدية: يونيو/حزيران ٢٠١٨ - المجلد ٢١ - العدد ٣ - ص. ٢٣١-٢٣٦

مستوى المجتمع، وهما «الوزن بالنسبة للعمر» و«محيط منتصف أعلى الذراع»، يمكنهما تحديد غالبية الأطفال الأكثر عرضة لخطر الإصابة (١٠). غير أن هناك حاجة إلى جهود عاجلة لتعريف نوع الدعم اللازم لإخراج هؤلاء الأطفال من فئة الأكثر عرضة للخطر.

### الأطفال الذكور هم الأكثر عرضة لكل من الهزال والتقرّم

الأطفال الذكور - ولا سيما الصبية - أكثر عرضة باستمرار للإصابة بالهزال والتقرّم وكذلك الهزال والتقرّم في آن واحد مقارنة بالإناث. كان هذا اكتشافاً مفاجئاً لبحوث مجموعة WaSt TIG، وإن كان قد تم تناوله لاحقاً في بحوث أخرى (١٣). وهناك فهم تقني محدود جداً لهذا التباين ويتطلب المزيد من العمل التحليلي.

### هناك أنماط موسمية مرتبطة ببعضها في الهزال والتقرّم

من المعروف جيداً أن هناك فترات من السنة الزراعية في العديد من البلدان ذات الدخل المنخفض يكون فيها الغذاء أكثر ندرة ويرتفع عبء المرض (يُشار إليها غالباً بالموسم «المطير» أو «العجاف») ويزداد فيها نقص التغذية لدى الأطفال. يُبيّن تحليلنا (من بيانات غامبيا) بوضوح أن مستويات الهزال تبلغ ذروتها أولاً ثم تليها ذروة التقرّم بعد شهرين أو ثلاثة أشهر. وهذا يعكس النتائج الأخرى التي توصلنا إليها على المستوى الفردي، والتي تعتبر أن التقرّم قد يكون تكيفاً مؤدياً مع فترات سابقة من إصابات الهزال (٨).

كما وجدنا أن الرضع الذين تعرضوا للإصابة بالهزال في أول موسم مطير من عمرهم كان خطر إصابتهم بالهزال في الموسم المطير الثاني أكبر بـ ٣,٢ مرة؛ حتى ولو كانوا قد تعافوا من الهزال خلال موسم الجفاف الواقع بين الموسمين (المراجع نفسه). وهذا هام أيضاً لأنه يخبرنا أن الطفل المصاب بالهزال أكثر عرضة للإصابة بنوبات الهزال المتكررة، مع أننا لا نفهم تماماً حتى الآن الأسباب الكامنة وراء ذلك.

وأخيراً، توصلنا من التحليل ذاته إلى أن الرضع الذين ولدوا في بداية الموسم المطير لم يكتسبوا خلال الأشهر الثلاثة الأولى من عمرهم الوزن ذاته الذي اكتسبه أقرانهم الذين ولدوا في أشهر أخرى. يتعرّض هؤلاء الأطفال للهزال أكثر من غيرهم أثناء مرحلة الطفولة ويرتفع لديهم خطر الإصابة بالتقرّم عند بلوغهم عمر العامين. العوامل وراء ذلك غير معروفة بعد، لكنها قد تشمل التأثيرات الموسمية على الحالة التغذوية للأُم وعلى ممارسات تغذية الرضع.

### الآثار المترتبة على نتائج هذه الأبحاث

١. نحتاج إلى تسريع الجهود الرامية إلى تخفيف الهزال والتقرّم في جميع السياقات المنتشرة فيها. ويتطلب ذلك التغلب على الحواجز التي تحدّ من تركيز الاستجابة الإنسانية على معالجة الهزال ومنع التقرّم باعتبارهما المحور الرئيسي لجهود التنمية.
٢. ولأن الهزال والتقرّم يشتركان في العديد من عوامل الخطر نفسها، فإننا نحتاج إلى تكامل أكبر في الأنشطة الوقائية وإلى مراقبة وتقييم آثار البرامج على كلٍّ من مظاهر نقص التغذية وانتشارها (بالتزامن).
٣. من المرجح أن يؤدي انخفاض مستوى تغطية معالجة الهزال المتباعدة حالياً على الصعيد العالمي إلى الحدّ من النمو الطبيعي لملايين الرضع والأطفال عن طريق إطالة الفترة التي يتباطأ فيها نموهم أو يتوقف تماماً؛ بناءً على ذلك، يجب إعطاء الأولوية لتوسيع نطاق المعالجة الفعّالة ليس من أجل الحدّ من الوفيات فقط، بل لخفض التقرّم أيضاً.
٤. تحتاج الفئات التقليدية المستهدفة للبرامج العلاجية والتكاملية إلى أن توضع على المحكّ بناءً على فهم أفضل لمخاطر الوفيات. ويجب أن

الاهتمام بالتقرّم بشكل رئيسي للجهات الفاعلة في السياق الإنمائي، إلا أن الهزال والتقرّم يتواجدان عادة ضمن كلا السياقين (٤,٥). من المعروف جيداً أن عدداً كبيراً من الأطفال المصابين بالهزال يعيشون في ظروف مستقرة، ومن الأخبار المشجّعة أن سياسات وبرامج علاج الهزال أينما وجد قد حصلت على اهتمام متزايد خلال السنوات العشر الأخيرة. مع ذلك، في الدول الضعيفة والمناطق التي تتأثر بالنزاعات، يبقى التركيز بالأساس على الهزال. وهذا أمر يثير القلق بما أن تقديرات «شبكة التغذية في الطوارئ» الأخيرة تفيد بأن حوالي ٤٥% من العبء العالمي من الأطفال المصابين بالتقرّم يعيشون في ظل هذه الظروف غير المستقرة (٦). لذلك، هناك تبرير ضعيف لفصل السياقين الإنساني والإنمائي فيما يتعلق بالتعامل مع الهزال والتقرّم من ناحية السياسات العامة والتمويل. يجب التصدي لكلٍّ منهما أينما وُجد بغض النظر عن سياق تواجدهما.

### تأثير الهزال والتقرّم على بعضهما البعض

هناك أدلة متزايدة على أن الأطفال المصابين بالهزال أكثر قابلية للإصابة بالتقرّم والعكس صحيح. لقد وجدنا أنه كلما عانى الطفل من فترات إصابة بالهزال أو بالتذبذب في الوزن، زاد خطر إصابته بالتقرّم في مرحلة لاحقة (٧,٨). كما أشارت أبحاث أخرى إلى أن عملية زيادة الطول لدى الطفل قد تتباطأ أثناء خضوعه للعلاج من الهزال الشديد حتى يتعافى الوزن لديه (٩). أظهرت نتائج هذه الأبحاث بقوة أن الجسم يتكيف مع زيادة الوزن غير الكافية عن طريق إبطاء زيادة الطول (٩)؛ هذه النتيجة هامة لأنها تسلط الضوء على احتمال دور وقاية الأطفال ومعالجتهم من الهزال في تعزيز زيادة الطول لديهم.

### اشترك الهزال والتقرّم في نفس الآثار

تتزايد مخاطر الوفاة كلما كان الطفل أكثر هزالاً وينطبق نفس الأمر على التقرّم (حتى لو كان معدّل خطورة أقل). يتم تسليط الضوء على الهزال الشديد عادة لأنه ينطوي على أعلى معدلات التهديد بالوفاة (بنسبة تقارب ١٢ ضعفاً مقارنة بالطفل الذي لا يعاني من الهزال أو التقرّم). على الرغم من ذلك يحمل التقرّم أيضاً تهديداً كبيراً بالوفاة (بمعدّل خمسة أضعاف مقارنة بالطفل الذي لا يعاني من الهزال أو التقرّم). مع ذلك، يحظى تأثير التقرّم على تطور الدماغ لدى الأطفال والخسائر الإقتصادية باهتمام بالغ في الخطاب الخاص بالوقاية من التقرّم. في حين أن الأقل تداولاً والذي تمّ تسليط الضوء عليه في أبحاثنا هو حقيقة أن الأطفال المصابين بالهزال والتقرّم في آن واحد (بصفة متزامنة) يزداد لديهم خطر الوفاة بشكل مضاعف (١٠,١١). تكبر مخاطر الوفاة لدى الأطفال المصابين بالهزال والتقرّم في آن واحد لتتشابه مع المعدلات الخاصة بالأطفال المصابين بأشدّ أشكال الهزال والذين يخضعون بصورة روتينية لبروتوكولات علاجية. تُبرز هذه النتيجة أوجه القصور في الفئات التقليدية للعلاج المُستهدف على أساس درجة الهزال وحدها.

### أعداد كبيرة من الأطفال مصابين بالهزال والتقرّم في آن واحد

يُبيّن تحليلنا أن نسبة كبيرة من الأطفال دون سن الخامسة مصابة بالهزال والتقرّم في الوقت نفسه؛ نسبة تصل إلى ٨% على المستوى القطري، مع نسب أعلى بكثير (تصل إلى ١٢%) سُجّلت على المستوى الوطني الفرعي. يُقدّر عبء الإصابة بالهزال والتقرّم في آن واحد في ٨٤ بلداً بنحو ستة ملايين طفل بين سن ٦-٥٩ شهراً، ولكن لم يتمّ حساب أية تقديرات عالمية بعد (١٢).

ونظراً لارتفاع معدل الوفيات المرتبطة بالهزال والتقرّم في آن واحد، من الضروري أن نجد طرقاً للوصول إلى هؤلاء الأطفال ودعمهم في إطار أساليب التدخل الحالية؛ ولكننا ما زلنا نهمل الكثير عن درجة الجهود المبذولة بالفعل للوصول إلى هؤلاء الأطفال. وقد وجدت مجموعة WaSt TIG أن هناك مقياسين لحجم الجسم البشري يشجع استخدامهما في المرافق الصحية وعلى

- يحصل الرُّضّع والأطفال الأكثر عرضة للإصابة (بما فيها الهُزال والتقرّم في آنٍ واحد) على أولوية إجراءات التدخل. يمكن تحديد هؤلاء الأطفال بالطرق المعمول بها حالياً؛ ولكن هناك حاجة إلى المزيد من العمل على الطُّرق المثلى لاكتشافهم ومعالجتهم، وكذلك على الموارد وتداعيات البرنامج.
٥. في ضوء تأثير طبيعة الموسم على الهُزال والتقرّم، هناك حاجة إلى إجراءات تدخل في الوقت المناسب للحيلولة دون حدوث ذروات أو أعلى فترات المرض. ومن شأن ربط الخدمات ببعضها، سواء أكانت الحماية الاجتماعية أو الخدمات الصحية أو التغذوية أو خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة العامة، أن يُمكن بشكل أفضل من العلاج المتزامن لعوامل الخطر المتعددة التي تدفع الذروات الموسمية لنقص التغذية لدى الأطفال.

٦. نظراً لأن صحة الأم وتغذيتها تؤثران على كلٍّ من الوزن والطول عند الولادة وعلى نمو الطفل لاحقاً، نحتاج إلى توسيع الدعم للنساء ليس فقط لتحسين تغذية الرُّضّع والأطفال، ولكن أيضاً لمنح الفوائد الصحية والتغذوية مباشرة للأمهات.
٧. في معظم السياقات، يعاني الذكور من الهُزال والتقرّم أكثر من الإناث. وأسباب ذلك غير معروفة، ولكن على مستوى السياسات، يدل انتشار هذه النتيجة إلى ضرورة مراجعة الروايات الشائعة حول الجندرة أو النوع وحول اعتبار الإناث أكثر عرضة لسوء التغذية.

### للاتصال:

للمزيد من المعلومات حول عمل مجموعة WaSt TIG، يرجى الاتصال بتانيا كارا (tanya@ennonline.net) أو كارمل دولان (carmel@ennonline.net)

### المراجع

١. كارا تي، ودولان سي: العلاقة بين سياسات الهُزال والتقرّم وتداعيات وضع البرامج والبحث. ورقة مذكرة تقنية موجزة. أكسفورد، المملكة المتحدة: «شبكة التغذية في الطوارئ» ENN، ٢٠١٤.
٢. مارتوريل آر، يونغ إم في. أمّاط الهُزال والتقرّم: عوامل توضيحية محتملة. Adv Nutr. ٢٠١٢؛ ٣(٣):٣٣٧-٣٣٨. doi: ١٠.٣٩٤٥ / PubMed Central ; ٢٢٥١٦٧٣٣: PubMed PMID . ١١١,٠١١٠٧.an PMCID: PMCPCMC٣٦٤٨٧٣٦
٣. كاتينغهام كاي، هيداي دي، سينغ أي، كارماتشاريا سي، بانداي رانا ب. «تغذية الأمهات والأطفال في النيبال: فحص محرّكات التقدّم منذ منتصف التسعينيات حتى العقد الأول من الألفية الثالثة. الأمن الغذائي العالمي. ٢٠١٧؛ (النشر الإلكتروني قبل النسخة المطبوعة).
٤. أوزغود زيميمان أي، ميلير أ أي، ستابز آر ديبيلو، شيلدز سي، بيكرينغ بي في، إيرل إل وآخرون. رسم خريطة إخفاق نمو الأطفال في أفريقيا من العام ٢٠٠٠ حتى العام ٢٠١٥. مجلة نايتشير. ٢٠١٨. ٧٦٩٤(٧):٤١-٧٠. doi: ١٠.١٠٣٨ / nature٢٥٧٦٠١٠١.٣٨٩٣٥٩١: PubMed PMID
٥. فيكتوريا سي جي. العلاقة بين الهُزال والتقرّم: من منظور دولي. J Nutr. ١٩٩٢؛ ١٢٢(٥):١١٠٥-١١٠٦. doi: ١٠.١١٠٥ / PubMed PMID : ١٥٦٤٥٦٢
٦. «شبكة التغذية في الطوارئ» ENN. التقرّم في سياقات حالات الطوارئ المطوّلة. ما هي تداعيات وضع برامج الاستجابة الإنسانية على التقرّم في سياقات الطوارئ المطوّلة، وماذا علينا أن نفعل إزاءها؟ Oxford, UK: ENN, ٢٠١٥.
٧. ريتشارد إس أي، بلاك آر إي، غيلمان آر إتش، غيرانت آر إل، كانغ جي، لاناتا سي إف وآخرون. التقرّم مرتبط بالهُزال في الطفولة المبكرة. J Nutr. ٢٠١٢؛ ١٤٢(٧):١٢٩١-١٢٩٦. doi: ١٠.٣٩٤٥ / ١٥٤٩٢٢.jn: PubMed Central PMCID: ; ٢٢٦٢٣٣٩٣: PubMed PMID . PMCPCMC٣٣٧٤٦٦٧
٨. شوينباتشنير إس، دولان سي، موانغوم إم، هال أي، ريتشارد إس، ويلز جي وآخرون. العلاقة بين التقرّم والهُزال: تحاليل إستيعادية لمجموعة بيانات طولية عند أطفال غامبيا في الأعوام ١٩٧٦-٢٠١٦. قيد التسليم. ٢٠١٨.
٩. برايند أي، كارا تي، ودولان سي. الهُزال والتقرّم--أوجه التشابه والاختلاف: التداعيات على السياسات والبرامج. Food Nutr Bull. ٢٠١٥؛ ٣٦(١) (Suppl):S١٥-٢٣. doi: ١٠.٣٩٤٥ / ٢٥٩٠٢٦١٠: PubMed PMID
١٠. ميات إم، كارا تي، شوينباتشنير إس، دولان سي، ليليجفيلد إن وآخرون.

- الأطفال المصابون بالهُزال والتقرّم في آنٍ واحد يعانون أيضاً من الوزن المنخفض وخطر وفاة أعلى. أبحاث التغذية للعمل على مكافحة الجوع؛ باريس ٢٠١٧.
١١. ماك دونالد سي إم، أولوفين أي، فلاكسمان إس، سبيغلمان دي، فوزي ديليو ديليو، كولفيلد إل إي وآخرون. تأثير العجز في المقاييس المتعددة لحجم الجسم البشري على وفيات الأطفال: تحليل استخلاصي للبيانات الفردية في ١٠ دراسات مرتقبة من البلدان النامية. Am J Clin Nutr. ٢٠١٣؛ ٩٧(٤):٨٩٦-٩٠١. doi: ١٠.٣٩٤٥ / ١٠.٣٩٤٥.ajcn: PubMed . ١١٢,٠٤٧٦٣٩
- PMID: ٢٣٤٢٦٠٣٦
١٢. كارا تي، موانغوم إم، نغاري إم، دولان سي. الأطفال المصابون بالتقرّم والهُزال في آنٍ واحد: تحليل استخلاصي للبيانات المتعلقة بالانتشار في الأطفال بين سنّ ٦-٥٩ شهراً من ٨٤ دولة. Matern Child Nutr. ٢٠١٧. Epub ٢٥/٠٩/٢٠١٧. doi: ١٠.١١١١ / ١٢٥١٦.mcn: PubMed . ٢٨٩٤٤٩٩٠: PMID
١٣. هاردينغ كاي، أغوايو في، ويب بي. العوامل المرتبطة بالهُزال بين الأطفال دون سنّ الخامسة في جنوب آسيا: الآثار المترتبة على العمل. PlosONE. قيد النشر.

### شكر وتقدير

يمثل هذا الموجز سياسة العمل الجماعي لمجموعة الاهتمام التقنية المعنية بالهُزال والتقرّم عند الأطفال WaSt TIG التي تنسّقها «شبكة التغذية في الطوارئ» ENN. لقد تمّ تطوير هذا الموجز بفضل الدعم السخّي الذي قدّمه الشعب الأمريكي عبر الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية USAID ومن خلال دعم المعونة الأيرلندية على شكل منح إلى «شبكة التغذية في الطوارئ». إن الأفكار والآراء والتعليقات الواردة في هذه الورقة الموجزة تقع بالكامل على عاتق المؤلف (المؤلفين) ولا تمثل بالضرورة وجهة نظر الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية أو حكومة الولايات المتحدة أو سياسة المعونة الأيرلندية.

