



الإطار الاستراتيجي للوفاية من فقر الدم وإدارته في أفريقيا

فبراير 2025

إخلاء المسؤولية

جميع الحقوق محفوظة. يُسمح بإعادة إصدار ونشر المعلومات الواردة في هذا المستند لأغراض تعليمية أو غير تجارية دون الحصول على إذن كتابي مسبق من أصحاب حقوق الطبع والنشر شريطة ذكر المصدر بشكل كامل. ويحظر إعادة إنتاج ونشر المعلومات الواردة في هذا المستند لأغراض البيع أو الأغراض التجارية ما لم يتم الحصول على موافقة كتابية مسبقة من أصحاب حقوق الطبع والنشر. يجب تقديم طلبات الحصول على هذا الإذن إلى: -

مدير قسم الصحة والشؤون الإنسانية والتنمية الاجتماعية، مقر الاتحاد الإفريقي، صندوق بريد 3243، شارع روزفلت W21K19، أديس أبابا، إثيوبيا، هاتف: +251 11 551 77 فاكس: +251 11 551 78 44

© الاتحاد الإفريقي

جدول المحتويات

4	الاختصارات
5	مقدمة
vii	شكر وتقدير
1	نبذة تعريفية
1	مسببات فقر الدم
2	الأسباب الرئيسية لفقر الدم في إفريقيا
2	الأسباب المباشرة
3	العوامل متوسطة الخطورة والأساسية المسببة لفقر الدم
4	الإطار الاستراتيجي للوقاية من فقر الدم وإدارته في إفريقيا
4	مبررات وضع الإطار الاستراتيجي
4	عملية وضع الإطار الاستراتيجي
5	الهدف والغرض من الإطار الاستراتيجي
5	مجالات العمل ذات الأولوية للنظر فيها
6	مجالات العمل 1: تحليل البيانات حول أسباب وعوامل خطر فقر الدم لاتخاذ قرارات فعّالة
8	مجالات العمل 2: إعطاء الأولوية للتدخلات الوقائية والعلاجية الرئيسية
15	مجالات العمل 3: تحسين منصات تقديم الخدمات المتكاملة للوقاية من فقر الدم والسيطرة عليه عبر القطاعات
16	مجالات العمل 4: تعزيز الحوكمة والقيادة والشراكات والاتصال والتنسيق على جميع المستويات
19	مجالات العمل 5: تحسين توليد المعرفة المستندة إلى الأدلة ونشرها حول الوقاية من فقر الدم والسيطرة عليه
20	مراقبة التقدم نحو الحد من فقر الدم في إفريقيا
23	الإجراءات المستقبلية
24	المراجع
32	الملاحق
	الملحق 1: الأسباب المباشرة لفقر الدم وفجوات البيانات، حسب دول الاتحاد الإفريقي (البيانات المستمدة من التحليل الشامل إلا إذا تم الإشارة إلى غير ذلك)
32	
	الملحق 2: الأسباب الرئيسية لفقر الدم استنادًا إلى السنوات التي عاشها الأفراد مع الإعاقة لكل 100,000 نسمة للإناث من جميع الأعمار في مناطق الاتحاد الإفريقي شاملة الدول الأعضاء
34	

الاختصارات

استراتيجية الصحة الإفريقية	AHS
رعاية ما قبل الولادة	ANC
استراتيجية التغذية الإقليمية لإفريقيا	ARNS
الاتحاد الإفريقي	AU
مفوضية الاتحاد الإفريقي	AUC
المسح الديموغرافي والصحي	DHS
نازعة هيدروجين الجلوكوز سداسي فوسفات	G6PD
فيروس نقص المناعة البشرية	HIV
فقر الدم بسبب نقص الحديد	IDA
مكملات الحديد وحمض الفوليك	IFA
العلاج الوقائي المتقطع	IPT
العلاج الوقائي المتقطع أثناء الحمل	IPTp
الرش الموضعي بالمبيدات الحشرية	IRS
الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية	ITNs
المسح العنقودي متعدد المؤشرات	MICS
مساحيق المغذيات الدقيقة	MNPs
أمراض المناطق المدارية المهملة	NTDs
نزف ما بعد الولادة	PPH
مؤشر جودة النظام الغذائي العالمي	QDQS
المجتمعات الاقتصادية الإقليمية	RECs
السل	TB
صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)	UNICEF
جمعية الصحة العالمية	WHA
منظمة الصحة العالمية	WHO
سنوات العيش مع الإعاقة	YLDs

مفوضية الاتحاد الأفريقي تترك الحاجة الملحة إلى الإسراع في تحقيق التقدم في الحد من فقر الدم من خلال نهج متعدد القطاعات قائم على بيانات مثبتة ومتوافق مع أهداف الصحة والتنمية الاقتصادية في القارة. يشكل فقر الدم عبئاً اجتماعياً واقتصادياً كبيراً على المجتمعات، مما يبرز أهمية موضوع الاتحاد الأفريقي لعام 2022 حول التغذية. وقد أدى تنفيذ هذا الموضوع إلى تطوير إطار استراتيجي للوقاية من فقر الدم وإدارته في أفريقيا، والذي يعد أداة أساسية لوضع خطط وطنية وخطط عمل تهدف إلى الحد من فقر الدم في الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي.

تهدف الاستراتيجية الإقليمية الأفريقية للتغذية 2025-2016 إلى خفض فقر الدم بنسبة 50% بين النساء في سن الإنجاب (15 إلى 49 سنة). ولكن ليس لديها آلية محددة لتحقيق هذا الهدف. تشير البيانات الحالية إلى أن دمج تدخلات علاج فقر الدم في البرامج الخاصة بالأمراض لم يقلل بشكل كافٍ من انتشار فقر الدم. ومن ثم، فإن اعتماد نهج منسق، مع آليات قوية للمساءلة تتناسب مع فقر الدم، أمر ضروري. ويعمل هذا النهج الاستراتيجي على سد هذه الفجوة من خلال معالجة فقر الدم باعتباره مشكلة صحية عامة تتطلب اتخاذ إجراءات مترامنة تتكيف مع الظروف المحلية، وتختلف عن الأطر القائمة.

تماشياً مع الاستراتيجية الإقليمية الأفريقية للتغذية 2025-2016 لمكافحة فقر الدم في أفريقيا، تستهدف خطة عمل الاستراتيجية الإقليمية الأفريقية للتغذية 2025-2016 لمكافحة فقر الدم في أفريقيا خفض فقر الدم بنسبة 50% بين الفتيات المراهقات والنساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) في أفريقيا بحلول عام 2035. في عام 2023، أثر فقر الدم على 38% من النساء في سن 15-49 عاماً، و44% من النساء الحوامل، و57% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و59 شهراً في أفريقيا، مع ارتفاع المعدلات في غرب ووسط أفريقيا. وتسلط الاختلافات في معدلات انتشار فقر الدم حسب العمر والجنس الضوء على الحاجة إلى اتباع نهج دقيق يأخذ في الاعتبار أسباب فقر الدم في أفريقيا.

تسلط استراتيجية الصحة في أفريقيا 2030-2016 والاستراتيجية الإقليمية الأفريقية للتغذية 2025-2016، تماشياً مع تطلعات أجندة 2063، الضوء على التزام الاتحاد الأفريقي بتحسين التغذية والنتائج الصحية في الدول الأعضاء. بالتوافق مع البيانات المثبتة لعام 2063، يدعم هذا الإطار الاستراتيجي هدف استراتيجية جنوب أفريقيا المتمثل في الحد من الأمراض والوفيات التي يمكن الوقاية منها بسبب الأمراض المعدية وغير المعدية، وبالتالي المساهمة في تنمية الصحة في القارة. علاوة على ذلك، فهو يتماشى مع الهدف العالمي للتغذية الذي حددته جمعية الصحة العالمية في عام 2012. وعلى الرغم من الجهود التي تبذلها الدول الأعضاء، لم تحقق سوى سبعة عشر دولة تقدماً كبيراً في عام 2021

الهدف الرئيسي للإطار الاستراتيجي هو اقتراح تدابير محددة قائمة على البيانات المثبتة للحد من انتشار فقر الدم في الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي. ويهدف هذا إلى توجيه عملية تطوير خطط العمل الوطنية التي تتوافق مع أطر الرصد والتقييم القوية وآليات المساءلة وتكلفتها وتتمثل مجالات العمل الخمسة ذات الأولوية للإطار

الاستراتيجي، المقدمة للنظر فيها من جانب الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي، في ما يلي:

- 1- تحليل البيانات المتعلقة بأسباب وعوامل الخطر المرتبطة بفقر الدم لاتخاذ القرارات الفعالة.
- 2- إعطاء الأولوية للتدخلات الوقائية والعلاجية الرئيسية.
- 3- تحسين منصات تقديم الخدمات المتكاملة للوقاية من فقر الدم ومكافحته في جميع القطاعات
- 4- تعزيز الحوكمة والقيادة والشراكات والتواصل والتنسيق على جميع المستويات
- 5- تحسين إنتاج ونشر المعرفة القائمة على البيانات المثبتة حول الوقاية من فقر الدم ومكافحته

تم تطوير هذا الإطار الاستراتيجي من خلال عملية دقيقة، شملت تحليلاً شاملاً للمشهد ومشاورات مع أصحاب المصلحة، بما في ذلك الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي والمجتمعات الاقتصادية الإقليمية والشركاء، وتم تحسينه بالخبرة الفنية لمجموعة استشارية فنية تضم مفوضية الاتحاد الأفريقي ومنظمة التغذية الدولية ومنظمة الصحة العالمية. وستعمل مفوضية الاتحاد الأفريقي على تنسيق الجهود وتوحيد الخطط الوطنية ودعم تنفيذ الإطار الاستراتيجي من خلال بناء القدرات وتبادل المعرفة و آليات المناصرة والمساءلة.

إن التعاون مع وكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية - الشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا ، و مركز الاتحاد الأفريقي لمكافحة الأمراض والوقاية منها، والمجموعات الاقتصادية الإقليمية والدول الأعضاء أمر ضروري لنجاح التنفيذ والرصد والتقييم.

ولمراقبة التقدم المحرز نحو تحقيق هدف التغذية العالمي المتمثل في الحد من فقر الدم، يتم تشجيع الدول الأعضاء على اعتماد مجموعة من المؤشرات الأساسية المتوافقة مع الإطار المفاهيمي لتسريع الحد من فقر الدم في أفريقيا. ورغم أن هذه المؤشرات ليست شاملة، فإنها تهدف إلى توجيه جهود الرصد والتقييم على المستوى الوطني. وعلاوة على ذلك، فإن الجهود المبذولة لتحديد ونشر أفضل الممارسات من شأنها أن تسهل توسيع نطاق التدخلات الناجحة وتضمن المساءلة عن تحقيق أهداف الحد من فقر الدم على مستوى القارة.

تظل فقر الدم مشكلة مستمرة تؤثر سلباً على صحة السكان مع تأثيرات متعددة الأوجه على التنمية الاجتماعية والاقتصادية للقارة. إن معالجة هذا التحدي في أفريقيا تتطلب استجابة شاملة ومنسقة ومتعددة القطاعات ومحددة السياق. ومن خلال الجهود الجماعية التي تسترشد بهذا الإطار الاستراتيجي، يمكننا أن نعمل بشكل فعال على الحد من تأثير فقر الدم والمضي قدماً نحو أفريقيا أكثر صحة وازدهاراً، أفريقيا التي نريدها. سعادة السفير مينا تا ساماتي سيسوما، مفوض الصحة والشؤون الإنسانية والتنمية



الاجتماعية، مفوضية الاتحاد الأفريقي

شكر وتقدير

تود مفوضية الاتحاد الإفريقي - قسم الصحة والشؤون الإنسانية والتنمية الاجتماعية - أن تعرب عن امتنانها العميق لجميع الأفراد والمنظمات التي أظهرت التزامها وساهمت بخبراتها في وضع الإطار الاستراتيجي للوقاية من فقر الدم وإدارته في إفريقيا.

بدأت هذه الرحلة بتحليل شامل للوضع المتعلق بفقر الدم والعوامل المسببة له عبر القارة الإفريقية. وتم إثراء هذا العمل الأساسي من خلال مراجعات دقيقة ورؤى تقنية من خلال استشارات مع الدول الأعضاء في الاتحاد الإفريقي والمجتمعات الاقتصادية الإقليمية والشركاء التنمويين. ونعبر عن شكرنا العميق لجميع الأطراف المعنية التي ضمنت مساهماتها القيمة أن يعكس الإطار الاستراتيجي وجهات نظر متنوعة ويعالج التحديات الحرجة.

كما تعبر مفوضية الاتحاد الإفريقي عن امتنانها العميق للمجموعة الاستشارية الفنية، التي تضم ممثلين مرموقين من مفوضية الاتحاد الإفريقي - جيرترود ماساوتسو كارا وبريسلا وانجيرو؛ ووكالة التغذية الدولية - دانييل لوبيز دي رومانا وأليسون ميلدون وجاكلين كونغو؛ ومنظمة الصحة العالمية - ليزا روجرز وهانا بيكلي ومايور مانداليا. لقد كان توجيههم وخبرتهم أمرًا حاسمًا طوال عملية وضع الإطار الاستراتيجي.

وأخيرًا، شكر خاص لوكالة التغذية الدولية على الدعم المالي الذي جعل وضع هذا الإطار الاستراتيجي ممكنًا.

يعكس هذا الجهد التعاوني الالتزام المشترك بخفض فقر الدم وتحسين النتائج الصحية في إفريقيا. ونحن ملتزمون معًا بتنفيذ هذا الإطار الاستراتيجي لتحقيق تأثير دائم والمساهمة في صحة ورفاهية مجتمعاتنا.

نبذة تعريفية

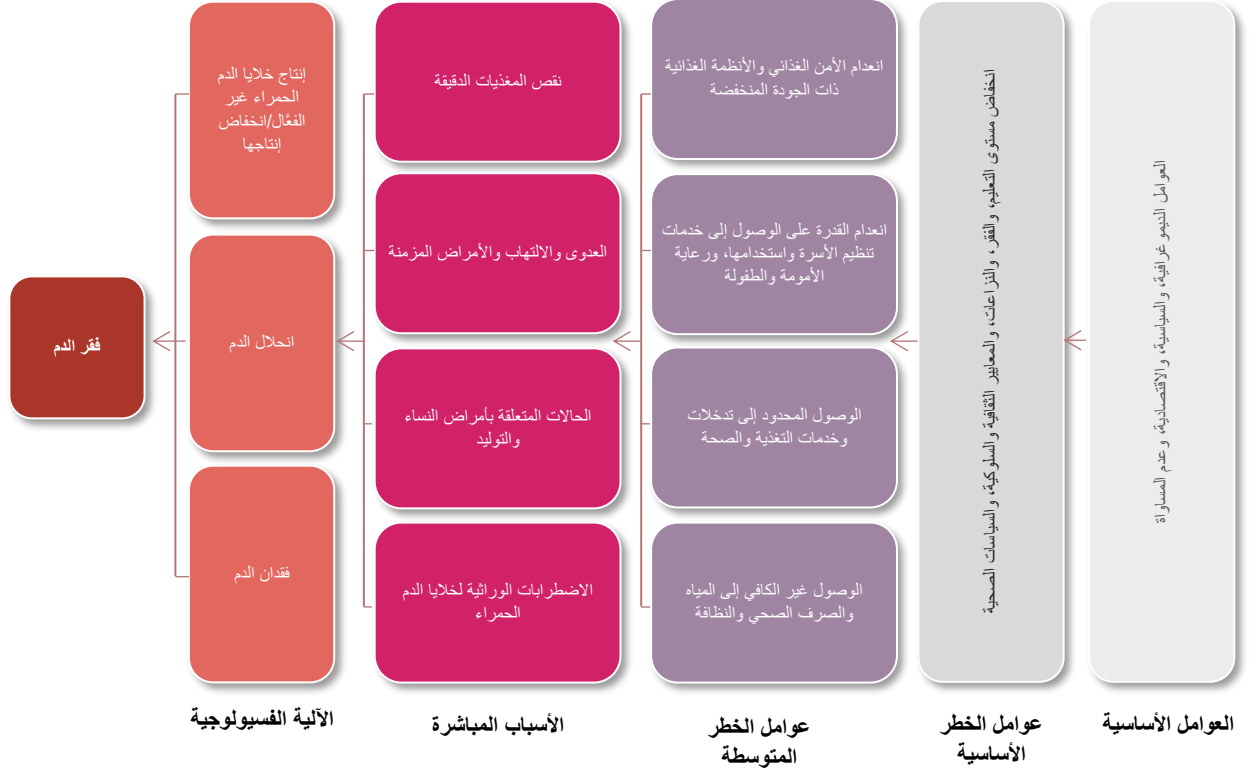
يُعرّف فقر الدم بانخفاض مستويات خلايا الدم الحمراء الصحية أو الهيموجلوبين، وهو الجزيء الموجود في خلايا الدم الحمراء والمسؤول عن حمل الأكسجين إلى أنسجة الجسم (1). ويؤدي النقص الناتج في الأكسجين إلى الشعور بالإرهاق والضعف وانخفاض القدرة على العمل عبر جميع الفئات العمرية (2). وبالإضافة إلى ذلك، يزيد فقر الدم أثناء الحمل من خطر حدوث نتائج سلبية للولادة، ويؤثر فقر الدم في مرحلة الطفولة المبكرة على التطور الإدراكي والحركي (3,4). لذا، فإن لفقر الدم عواقب صحية واجتماعية واقتصادية كبيرة على الأفراد والأسر والسكان.

تتحمل القارة الإفريقية نسبة كبيرة من العبء العالمي لفقر الدم. وقد أظهرت بيانات فقر الدم حتى عام 2023 أن 38% من النساء من سن 15 إلى 49 عامًا، و44% من النساء الحوامل، و57% من الأطفال من سن 6 إلى 59 شهرًا يعانون من هذه الحالة (5). ويختلف انتشار فقر الدم بين الدول الأعضاء والأقاليم الفرعية، حيث تكون أعلى النسب في غرب ووسط إفريقيا. كما يختلف انتشار فقر الدم حسب العمر والجنس، حيث تكون النسب أعلى بين الأطفال من سن 6 إلى 59 شهرًا وكذلك النساء، مما يشير إلى وجود اختلافات في الأسباب المحتملة بين البلدان وداخلها. وتُظهر بيانات تحليل العبء العالمي للأمراض أن عدد سنوات العيش مع الإعاقة - وهو مقياس يعكس تأثير المرض على جودة الحياة قبل أن يُشفى أو يؤدي إلى الوفاة - بسبب فقر الدم كان مرتفعًا في جميع الدول الإفريقية الأعضاء باستثناء عشر دول (6). وكانت تقديرات سنوات العيش مع الإعاقة بسبب فقر الدم أعلى في غرب ووسط إفريقيا (1540.8 و962.6 على التوالي)، مما يتوافق مع العبء الأعلى لفقر الدم في هذه المناطق (6).

تعتبر استراتيجية الصحة الإفريقية 2016-2030 واستراتيجية التغذية الإقليمية لإفريقيا 2016-2025 عن التزام الاتحاد الإفريقي بتحسين حالة التغذية والصحة للسكان في الدول الأعضاء في الاتحاد الإفريقي (7,8)، وفقًا لأجندة 2063 "إفريقيا التي نريدها"، والتي تدعو إلى أفراد أصحاء ويتمتعون بتغذية جيدة. ويعمل الهدف الأساسي لاستراتيجية الصحة الإفريقية الذي يرمي إلى تقليل انتشار المرض والقضاء على حالات الوفيات التي يمكن الوقاية منها من الأمراض المعدية وغير المعدية وغيرها من الحالات، على وضع الإطار القاري لتحسين الصحة حيث يسعى هذا الإطار الاستراتيجي للمساهمة فيه. وتشمل استراتيجية التغذية الإقليمية لإفريقيا هدفًا لخفض نسبة فقر الدم بين النساء في سن الإنجاب (من 15 إلى 49 عامًا) بنسبة 50% من مستويات العام 2012 بحلول العام 2025، وبالتالي تتماشى مع الهدف العالمي للتغذية الذي اعتمدهت جمعية الصحة العالمية في العام 2012 (9). وكانت جميع الدول الأعضاء في الاتحاد الإفريقي حتى العام 2021 بعيدة عن تحقيق هدف استراتيجية التغذية الإقليمية لإفريقيا والهدف العالمي للتغذية لخفض نسبة فقر الدم بين النساء في سن الإنجاب (من 15 إلى 49 عامًا)، حيث حققت 17 دولة من الدول الأعضاء بعض التقدم نحو تحقيق هذا الهدف ولم تظهر 36 دولة منها أي تقدم نحو تحقيقه (10,11).

مسببات فقر الدم

يتمثل أحد التحديات الرئيسية التي تواجه خفض فقر الدم في تعقيد أسبابه (الشكل 1). وهناك ثلاثة آليات فيسيولوجية تشرح كيف يتطور فقر الدم: الإنتاج غير الفعال لخلايا الدم الحمراء (إريثروبويتس)، وتدمير خلايا الدم الحمراء (انحلال الدم)، وفقدان الدم (12). وتسبب مجموعة متنوعة من الحالات هذه الآليات أو بعضها بشكل مباشر، بما في ذلك نقص المغذيات الدقيقة؛ والعدوى، والالتهاب، والأمراض المزمنة؛ والحالات المتعلقة بأمراض النساء والتوليد؛ والاضطرابات الوراثية لخلايا الدم الحمراء. وتشمل عوامل الخطر المسببة لفقر الدم بشكل مباشر انعدام الأمن الغذائي والأنظمة الغذائية ذات الجودة المنخفضة، وعدم الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة واستخدامها ورعاية الأمومة والطفولة، والوصول المحدود إلى تدخلات وخدمات التغذية والصحة واستخدامها، والوصول المحدود إلى المياه والصرف الصحي والنظافة. وتشمل عوامل الخطر الأساسية للفقر، وانخفاض مستوى التعليم، والبيئات غير الصحية، وعدم المساواة بين الجنسين. وغالبًا ما تتواجد الأسباب الرئيسية لفقر الدم بين الأفراد والسكان. ويُعترف على نطاق واسع بأن نقص الحديد هو المساهم الأكبر في فقر الدم على مستوى العالم، ولكن قد تكون تدخلات الحديد غير فعالة في خفض عبء فقر الدم إذا لم تُعالج الأسباب الأخرى غير المرتبطة، مثل العدوى، والالتهاب المزمن ونقص المغذيات الدقيقة الأخرى، وكذلك الأسباب الأساسية لنقص الحديد (6). ونظرًا لتعدد أسباب فقر الدم المتداخلة والمتعددة الطبقات، تتطلب الوقاية الفعالة والسيطرة تنفيذًا منسقًا لحزمة تدخلات متعددة القطاعات ومخصصة للسياقات المحلية. ويأتي ذلك تماشيًا مع النهج الاستراتيجية لاستراتيجية الصحة الإفريقية 2016-2030، التي تركز على تعزيز النظم الصحية، وتوسيع نطاق التدخلات الصحية، والعمل بين القطاعات الذي يشمل الجهات الفاعلة الحكومية وغير الحكومية خارج قطاع الصحة، وتمكين المجتمعات (7).



الأسباب الرئيسية لفقر الدم في إفريقيا

يوفر هذا القسم ملخصاً للأسباب المباشرة لفقر الدم في القارة الإفريقية، مستمدة من نتائج تحليل المشهد الذي أُجري لإعداد هذا الإطار الاستراتيجي للوقاية من فقر الدم وإدارته في إفريقيا (5). وتتضمن مناقشة موجزة للأسباب الأساسية؛ ومع ذلك، يركز الإطار الاستراتيجي بشكل رئيسي على معالجة الأسباب المباشرة. ويقدم الملحق 1 نسبة انتشار الأسباب المباشرة لفقر الدم على مستوى الدول، ويسلط الضوء على فجوات البيانات، بينما يبرز الملحق 2 بيانات من تحليل العبء العالمي للأمراض، مما يوضح أن نقص الحديد الغذائي يعد أحد الأسباب الرئيسية لفقر الدم بين الإناث في جميع أنحاء مناطق إفريقيا.

الأسباب المباشرة

1. نقص المغذيات الدقيقة

هناك بيانات محدودة عن انتشار نقص المغذيات الدقيقة التي تُعد عوامل خطر تتسبب في الإصابة بفقر الدم، ولكن الأدلة المتاحة تظهر تبايناً كبيراً بين الدول الأعضاء ومعدلات عالية جداً في بعض الأماكن. وفي عام 2022، أوضحت التقديرات الواردة بالتحليلات القائمة على المسوح الوطنية الممثلة للسكان التي جمعت بيانات عن المؤشرات البيولوجية للمغذيات الدقيقة أن 80% من النساء غير الحوامل (161 مليوناً) و64% من الأطفال من سن 6 إلى 59 شهراً في الدول الأعضاء في إفريقيا يعانون من نقص في واحدة على الأقل من ثلاثة مغذيات دقيقة خضعت للتقييم (الحديد، والزنك، وحمض الفوليك) (13). وعلاوة على ذلك، تشير البيانات المتاحة حتى يونيو 2023 إلى أن انتشار فقر الدم الناجم عن نقص الحديد، المُقاس في العينات الممثلة للسكان في السنوات العشر الماضية، يمكن أن يكون عاملاً مساهماً في فقر الدم في القارة: من 29 إلى 39% بين الأطفال دون سن الخامسة (13 دولة)، ومن 7 إلى 26% بين النساء الحوامل (3 دول)، ومن 2 إلى 28% بين النساء غير الحوامل (10 دول) (14). وتؤكد بيانات تحليل العبء العالمي للأمراض لعام 2021 أن نقص الحديد الغذائي يعد أحد الأسباب الرئيسية لفقر الدم بين الإناث في إفريقيا (6). وقد جمع عدد قليل من الدول الأعضاء بيانات ممثلة عن انتشار نقص الزنك (6 دول)، أو حمض الفوليك (10 دول)، أو فيتامين ب12 (8 دول)

أو فيتامين أ (14 دولة). وتشمل الأسباب الرئيسية لنقص المغذيات الدقيقة انعدام الأمن الغذائي والتنوع الغذائي المحدود، مما يؤدي إلى تناول غير كافٍ من المغذيات الدقيقة، وارتفاع معدلات العدوى والالتهاب، مما يعيق امتصاص المغذيات الدقيقة واستخدامها، ويزيد من فقدانها.

2. العدوى والالتهاب والأمراض المزمنة

تشمل العدوى ذات الأهمية الخاصة لمساهمتها في فقر الدم: الملاريا، والديدان المنقولة بالتربة، والبلهارسيا، وفيروس نقص المناعة البشرية، والسل. وقد وجد تحليل العبء العالمي للأمراض أن فيروس نقص المناعة البشرية هو ثاني أكبر مساهم في سنوات العيش مع الإعاقة المتعلقة بفقر الدم (بعد نقص الحديد) في جنوب إفريقيا (6). وتحمل القارة الإفريقية أكثر من ثلثي (25.6 مليون) عدد الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية على مستوى العالم، واستضافت حوالي 20% من حالات السل الجديدة في عام 2021 (2.5 مليون) (15,16).

يُرجح أن تكون الملاريا السبب الرئيسي لفقر الدم في المناطق الموبوءة، خاصة بين الأطفال دون سن الخامسة، حيث تتحمل القارة 95% من العبء العالمي لحالات الملاريا و96% من وفيات الملاريا (17). وتجدر الإشارة إلى ارتفاع عبء الإصابات الطفيلية الأخرى أيضًا في القارة. وغالبًا ما تمر هذه الإصابات دون ملاحظة وتسبب فقر الدم إما بشكل مباشر من خلال فقدان الدم أو بشكل غير مباشر من خلال تثبيط نخاع العظام، أو الالتهاب، أو تضخم الطحال، أو تحلل الدم، أو فقدان الشهية. ويشيع فقر الدم بشكل خاص بين الأفراد المصابين بالشيستوسوما أو الديدان المنقولة بالتربة، بما في ذلك عدوى الديدان الخطافية التي تسهم بشكل كبير في فقر الدم. وتسبب الدودة السوطية (*Trichuris trichiura*) أيضًا فقدان الدم المعوي، ويكون لدى الأطفال في سن المدرسة الذين يعانون من إصابات شديدة معدل انتشار أعلى للإصابة بفقر الدم (18).

3. الحالات المتعلقة بأمراض النساء والتوليد

يتأثر فقر الدم بين النساء من سن 15 إلى 49 عامًا بشكل كبير بفقدان الدم الناتج عن النزيف الحاد أثناء الحيض ونزيف ما بعد الولادة. وعلى الرغم من ندرة البيانات المتعلقة بالنزيف الحاد أثناء الحيض بين النساء في إفريقيا، إلا أن الدراسات التي أجريت في مناطق أخرى أظهرت أن الانتشار يتراوح بين 20-40% (19-22). ويحدث نزيف ما بعد الولادة لدى حوالي 6% من النساء اللاتي يلدن عالميًا، مع معدلات أعلى تصل إلى 10.5% تم الإبلاغ عنها لبعض الدول الأعضاء في إفريقيا (23,24). ويعكس المعدل الأعلى عدة عوامل، بما في ذلك الانتشار العالي لفقر الدم الموجود مسبقًا بين النساء الحوامل، ونقص العاملين في الرعاية الصحية، والفجوة الحالية في تنفيذ إرشادات منظمة الصحة العالمية لإدارة نزيف ما بعد الولادة (25,26). ولقد ارتبطت الأورام الليفية الرحمية، وهي أورام حميدة شائعة يمكن أن تؤثر على النساء عند سن اليأس، بالنزيف الرحمي غير الطبيعي (27). وعلى الصعيد العالمي، يمكن أن تنتشر الأورام الليفية الرحمية بين حوالي 70% من النساء في سن الإنجاب (27)، بينما تظهر أعراض النزيف الحاد بين 20 إلى 50% من الحالات (28)، مما يمكن أن يؤدي إلى فقر الدم الناتج عن نقص الحديد. ويختلف انتشار هذه الأورام في القارة الإفريقية، حيث يتراوح بين 1,800 إلى 15,600 حالة لكل 100,000 امرأة (29).

4. الاضطرابات الوراثية لخلايا الدم الحمراء

تؤثر الاضطرابات الوراثية لخلايا الدم الحمراء على حوالي 5% من سكان العالم، وهي أكثر شيوعًا في القارة الإفريقية، حيث تؤثر على حوالي 18% من السكان (30). وقد تكون هذه النسبة الأعلى مرتبطة بالتفاعل بين هذه الاضطرابات والطبيعة البوابة للملاريا، حيث يبدو أنها تقدم بعض الحماية ضد عدوى الملاريا (30). وتشمل الاضطرابات الوراثية الرئيسية لخلايا الدم الحمراء التي تسهم في انتشار فقر الدم في القارة فقر الدم المنجلي ونقص إنزيم نازعة هيدروجين الجلوكوز سداسي فوسفات (G6PD) (31). ويعيش أكثر من ثلثي الأفراد المصابين بفقر الدم المنجلي عالميًا البالغ عددهم 120 مليونًا في الدول الأعضاء في الاتحاد الإفريقي (32) بينما يؤثر نقص إنزيم نازعة هيدروجين الجلوكوز سداسي فوسفات (G6PD) على حوالي 400 مليون فرد (33)، ويتواجد أعلى معدلات الانتشار التي تم الإبلاغ عنها بين الدول الإفريقية (7.5%)، تليها دول الشرق الأوسط (6%)، كما أشارت التقارير إلى معدلات انتشار تتجاوز 15% بجمهورية ليبيريا، وجمهورية كوت ديفوار، وجمهورية غانا، وجمهورية نيجيريا الفيدرالية، وجمهورية الغابون، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وجمهورية تنزانيا المتحدة، وجمهورية موزمبيق، وجمهورية مدغشقر، أشارت التقارير إلى معدلات انتشار تتجاوز 20% بجمهورية إفريقيا الوسطى وجمهورية الصومال الفيدرالية (31).

العوامل متوسطة الخطورة والأساسية المسببة لفقر الدم

تندرج ضمن الأسباب المباشرة لفقر الدم عوامل نظامية معقدة وعوامل بيئية اجتماعية وسياسية لا تزيد من الخطر فحسب، بل تعيق أيضًا التقدم نحو الوقاية والسيطرة على فقر الدم. وتُعرف هذه العوامل بـ"العوامل متوسطة الخطورة" و"العوامل الأساسية" المشار إليها في الإطار المفاهيمي لمنظمة الصحة العالمية لأسباب فقر الدم (الشكل 1). وتشمل العوامل الحرجة متوسطة الخطورة داخل القارة الإفريقية الاستقرار والفعالية لأنظمة الغذاء والصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة.

- انعدام الأمن الغذائي والأنظمة الغذائية ذات الجودة المنخفضة: بحلول عام 2020، كانت نسبة انعدام الأمن الغذائي المعتدل أو الشديد في إفريقيا تقارب 60%، مما يؤثر على جودة النظام الغذائي والحالة الغذائية (34).
- انعدام القدرة على الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة واستخدامها، ورعاية الأمومة والطفولة: تراوحت نسبة التغطية بأربع زيارات أو أكثر لرعاية ما قبل الولادة بين 24 إلى 87% في الدول الأعضاء في الاتحاد الإفريقي بين عامي 2015 و2021، مع أرقام مماثلة لنسبة احتياجات تنظيم الأسرة التي تليها طرق منع الحمل الحديثة في عام 2020 (35).
- الوصول المحدود إلى تدخلات وخدمات التغذية والصحة: فيما يتعلق بالخدمات الصحية الأساسية، تسجل القارة الإفريقية درجة 100/50 في مؤشر التغطية على خدمات الصحة الإنجابية، والأمومة، وحديثي الولادة، والأطفال، حيث تسجل الدول الأعضاء كل على حدة درجة تتراوح بين 17 و86 (36).
- الوصول غير الكافي إلى المياه والصرف الصحي والنظافة: يفتقر أكثر من 60% من سكان القارة إلى الوصول إلى خدمات مياه الشرب التي تُدار بشكل آمن وخدمات الصرف الصحي (37).

تعمل العوامل الأساسية، مثل الفقر، وعدم المساواة بين الجنسين، والتعليم على زيادة التحديات النظامية ورفع مستوى حدتها. وتمتلك بعض الدول الأعضاء أعلى نسبة من الأشخاص العاطلين عن العمل ونقص التوظيف في العالم، حيث يعيش حوالي 433 مليون شخص بأقل من دولار واحد في اليوم (38). ويمكن أن تزيد عدم المساواة بين الجنسين، وعدم تمكين المرأة، والممارسات الثقافية المرتبطة بالزواج المبكر والحمل مجتمعةً من خطر فقر الدم (39). وعلاوة على ذلك، تعد النزاعات والأمراض الإنسانية داخل القارة من العوامل الأساسية المسببة لفقر الدم بسبب نقص النظام الغذائي المناسب والجوع، وما إلى ذلك. وأخيرًا، يمكن أن يؤدي تغير المناخ إلى انتشار الأمراض المعدية التي تسبب فقر الدم، وتعطيل خدمات الرعاية الصحية، وزيادة انعدام الأمن الغذائي (40).

الإطار الاستراتيجي للوقاية من فقر الدم وإدارته في إفريقيا

مبررات وضع الإطار الاستراتيجي

يعترف الاتحاد الإفريقي بأهمية تسريع التقدم في الحد من فقر الدم من خلال نهج متعدد القطاعات قائم على الأدلة يهدف إلى تحقيق أهداف القارة لتحسين الصحة والتنمية الاقتصادية.

تشمل استراتيجية التغذية الإقليمية الإفريقية 2016-2025 هدف الحد من فقر الدم بنسبة 50% بين النساء في سن الإنجاب (من 15 إلى 49 عامًا)، ومع ذلك، لم يتم وضع استراتيجية فرعية محددة لتحقيق هذا الهدف. لذلك، هناك حاجة إلى إطار استراتيجي محدد لفقر الدم لأنه يعتبر قضية صحة عامة شاملة تتطلب اتخاذ إجراءات متزامنة لمعالجة الأسباب الرئيسية في كل سياق محلي لا يتم تناولها بوضوح في الأطر الأخرى. وعلاوة على ذلك، تُظهر اتجاهات البيانات أن إدراج تدخلات فقر الدم ضمن برامج الأمراض المحددة لم يكن كافيًا لتقليل عبء فقر الدم، وهناك حاجة إلى نهج منسق جديد بآليات محاسبة محددة لفقر الدم.

نظرًا للتأثير الاجتماعي والاقتصادي الهام لفقر الدم في المجتمعات، أوصى موضوع الاتحاد الإفريقي لعام 2022 حول التغذية بوضع إطار استراتيجي قاري يكون أساسًا لتعزيز خطط العمل الوطنية لتقليل فقر الدم في الدول الأعضاء. وكجزء من خطة عمل موضوع الاتحاد الإفريقي للعام حول التغذية، التزمت منظمة الصحة العالمية والتغذية الدولية بدعم مفضية الاتحاد الإفريقي في وضع هذا الإطار الاستراتيجي.

عملية وضع الإطار الاستراتيجي

بدأت عملية وضع الإطار الاستراتيجي بتحليل شامل للمشهد المتعلق بانتشار فقر الدم وعوامله الأساسية، بالإضافة إلى حالة السياسات والبرامج التي تتناول فقر الدم في القارة الإفريقية. تبع ذلك مراجعة دقيقة من قبل الخبراء التقنيين من خلال مشاورات مع مختلف الأطراف المعنية بما في ذلك الدول الأعضاء في الاتحاد الإفريقي، والمجتمعات الاقتصادية الإقليمية، والشركاء التنمويين.

يتمشى الإطار الاستراتيجي مع إطار العمل الشامل لمنظمة الصحة العالمية ويضعه في سياقه لتسريع الحد من فقر الدم على مستوى العالم (41) ويعتمد على الاتجاه الاستراتيجي والمبادئ الأساسية لاستراتيجية الصحة الإفريقية 2016-2030، والتي تشمل أهمية قيادة الحكومة، والتنسيق متعدد القطاعات، وتعزيز النظام الصحي، واتخاذ القرارات المبنية على البيانات. وينسق الإطار الاستراتيجي الأولويات لمعالجة الأسباب المباشرة لفقر الدم في الدول الأعضاء. وقد تم توضيح العديد من هذه الأولويات بالفعل في أطر الاتحاد الإفريقي الأخرى، مثل استراتيجية التغذية الإقليمية الإفريقية 2016-2025، وخطة عمل مايبوتو 2016-2030 (الوصول الشامل إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة في إفريقيا)، والإطار الاستراتيجي لمراقبة الإيدز في إفريقيا 2016-2030، وإطار العمل التحفيزي للقضاء على فيروس نقص المناعة البشرية، والسل، والملاريا بحلول عام 2030، والإطار القاري لمكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة والقضاء عليها في إفريقيا بحلول عام 2030.

قاد العملية بالكامل مجموعة استشارية تقنية تضم ممثلين عن مفوضية الاتحاد الإفريقي، ووكالة التغذية الدولية، ومنظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف). وتم تقديم الإطار الاستراتيجي أيضاً في الاجتماع الرابع عشر لفريق العمل الإفريقي المختص بتطوير الغذاء والتغذية (ATFFND) واللجنة الفنية المتخصصة الخامسة للاتحاد الإفريقي بشأن الصحة، والتغذية، والسكان، ومكافحة المخدرات (-STC HPDC) وذلك لإقراره.

الهدف والغرض من الإطار الاستراتيجي

الهدف

يتمثل الهدف العام للإطار الاستراتيجي للوقاية من فقر الدم وإدارته في إفريقيا في تقديم إجراءات استراتيجية قائمة على الأدلة وقابلة للتنفيذ للحد من انتشار فقر الدم بين الدول الأعضاء في الاتحاد الإفريقي، مما يسهم في تحسين صحة الأمهات والأطفال وصحة السكان ورفاهيتهم.

الغرض

يهدف الإطار الاستراتيجي للوقاية من فقر الدم وإدارته في إفريقيا إلى توجيه الدول الأعضاء نحو تطوير خطط عمل وطنية محددة السياق وممولة للوقاية من فقر الدم وإدارته، تتضمن إطاراً للرصد والتقييم وآليات محاسبة لبرامج فقر الدم.

مجالات العمل ذات الأولوية للنظر فيها

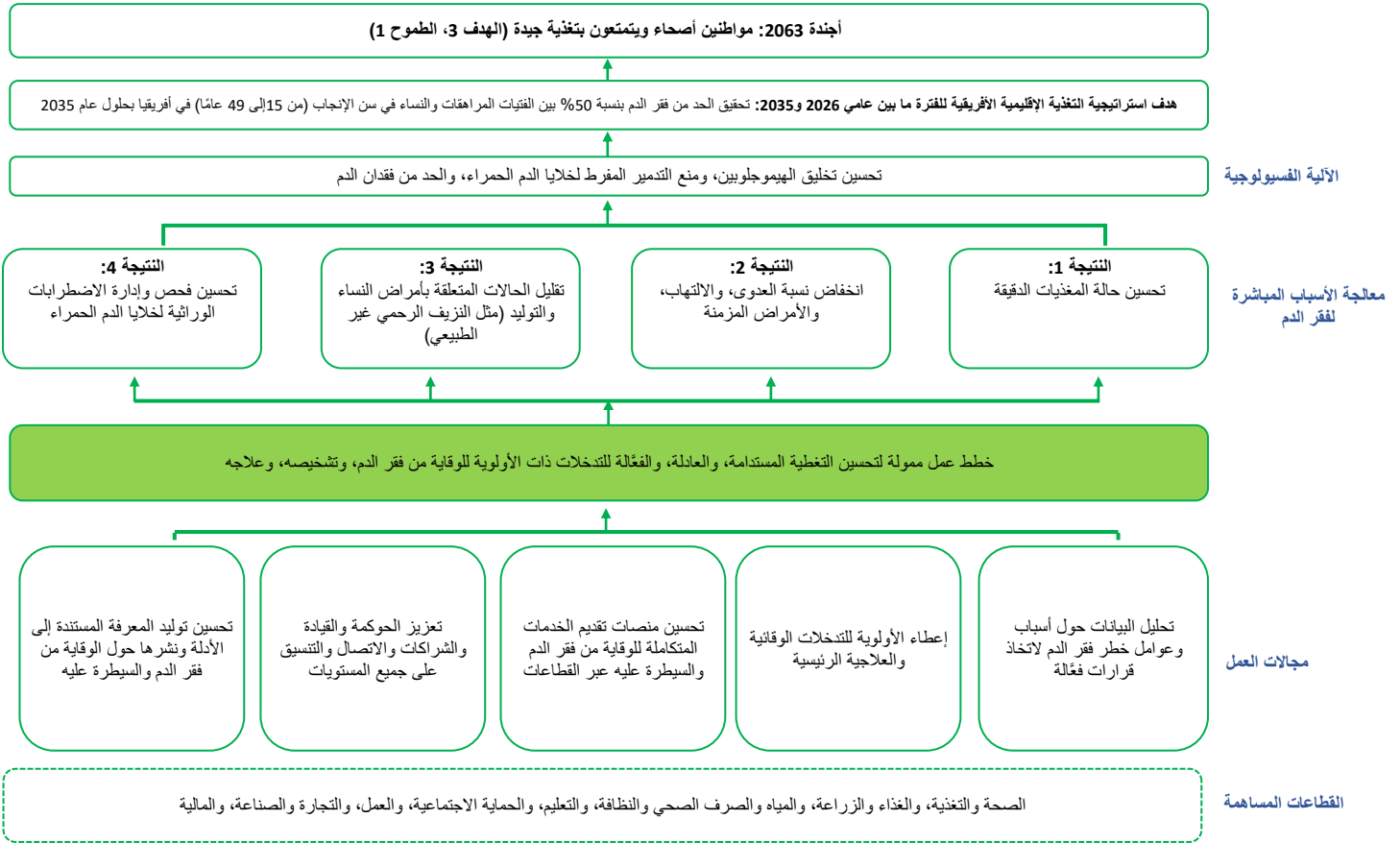
تشير الشواهد التاريخية إلى أن جهود السيطرة على فقر الدم ركزت على الحد من نقص الحديد، لكن هذا النهج أثبت عدم كفايته نظراً لأن مسببات فقر الدم متعددة العوامل. وبالإضافة إلى ذلك، يختلف مدى مساهمة نقص الحديد في فقر الدم عبر السياقات، اعتماداً على عبء الالتهاب والعدوى (40). وبالتالي، هناك حاجة واضحة إلى نهج متعدد القطاعات قائم على البيانات يتكيف مع السياقات المحددة لمنع فقر الدم والسيطرة عليه بشكل فعال.

على الرغم من أن قطاعات الصحة والتغذية والغذاء والزراعة تقود التدخلات لمعالجة الأسباب المباشرة لفقر الدم في المقام الأول، تعتمد التدخلات التي تتناول فقر الدم بشكل مباشر على إجراءات من قطاعات أخرى لمعالجة العوامل الوسيطة والأساسية لفقر الدم. لذلك، هناك حاجة إلى تنسيق فعال وتعاون متعدد القطاعات لضمان تنفيذ جميع التدخلات ذات الأولوية بشكل متزامن، وتعمل بشكل تكاملي في كل سياق.

يقدم هذا الإطار الاستراتيجي إرشادات لمساعدة الدول الأعضاء في الاتحاد الإفريقي على إنشاء أو تحسين الأهداف والخطط الوطنية، بحيث تتمحور حول خمسة مجالات عمل ذات أولوية موضحة في الشكل 2 أدناه.

تماشياً مع استراتيجية التغذية الإقليمية الإفريقية 2016-2025، واستراتيجية التغذية الإقليمية الإفريقية 2026-2035 التي تأتي في أعقابها، وأجندة الاتحاد الإفريقي 2063 لتحقيق مواطنين أصحاء يتمتعون بتغذية جيداً في إفريقيا، سيدعم هذا الإطار الهدف المتمثل في تحقيق الحد من فقر الدم بنسبة 50% بين الفتيات المراهقات والنساء في سن الإنجاب (من 15 إلى 49 عاماً) في إفريقيا بحلول عام 2035.

الشكل 2. الإطار المفاهيمي لتسريع الحد من فقر الدم في إفريقيا.



مقتبس من: تسريع الحد من فقر الدم: إطار عمل شامل. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2023؛ والجهود العالمية لتقليل فقر الدم بين النساء في سن الإنجاب: التأثير، وتحقيق الأهداف، والمُضي قدماً لتحسين الجهود. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020.

تشمل المجالات الاستراتيجية للتركيز ما يلي:

1. تحليل البيانات حول أسباب وعوامل خطر فقر الدم لاتخاذ قرارات فعالة.
2. إعطاء الأولوية للتدخلات الوقائية والعلاجية الرئيسية.
3. تحسين منصات تقديم الخدمات المتكاملة للوقاية من فقر الدم والسيطرة عليه عبر القطاعات.
4. تعزيز الحوكمة والقيادة والشراكات والاتصال والتنسيق على جميع المستويات.
5. تحسين توفير المعرفة المستندة إلى الأدلة ونشرها حول الوقاية من فقر الدم والسيطرة عليه.

مجالات العمل ليست إلزامية، بل توفر مجموعة من التدخلات والإجراءات التي يُشجع الدول الأعضاء على تكييفها وفقاً للسياق والحاجة.

يتم دعم مجالات العمل الثلاثة الأولى من خلال المجالين الأخيرين، اللذين يعتبران شاملين.

يبرز الشكل 2 أيضاً القطاعات ذات الصلة التي تساهم في الوقاية من فقر الدم والسيطرة عليه بما في ذلك التعليم؛ والحماية الاجتماعية؛ والمياه والصرف الصحي والنظافة؛ والعمل، والتجارة والصناعة؛ والمالية. ويخلق هذا التعاون الشروط اللازمة لتحقيق التغطية العادلة، وتعزيز الارتفاع الكبير، وضمان فعالية التدخلات المتعلقة بالصحة والتغذية.

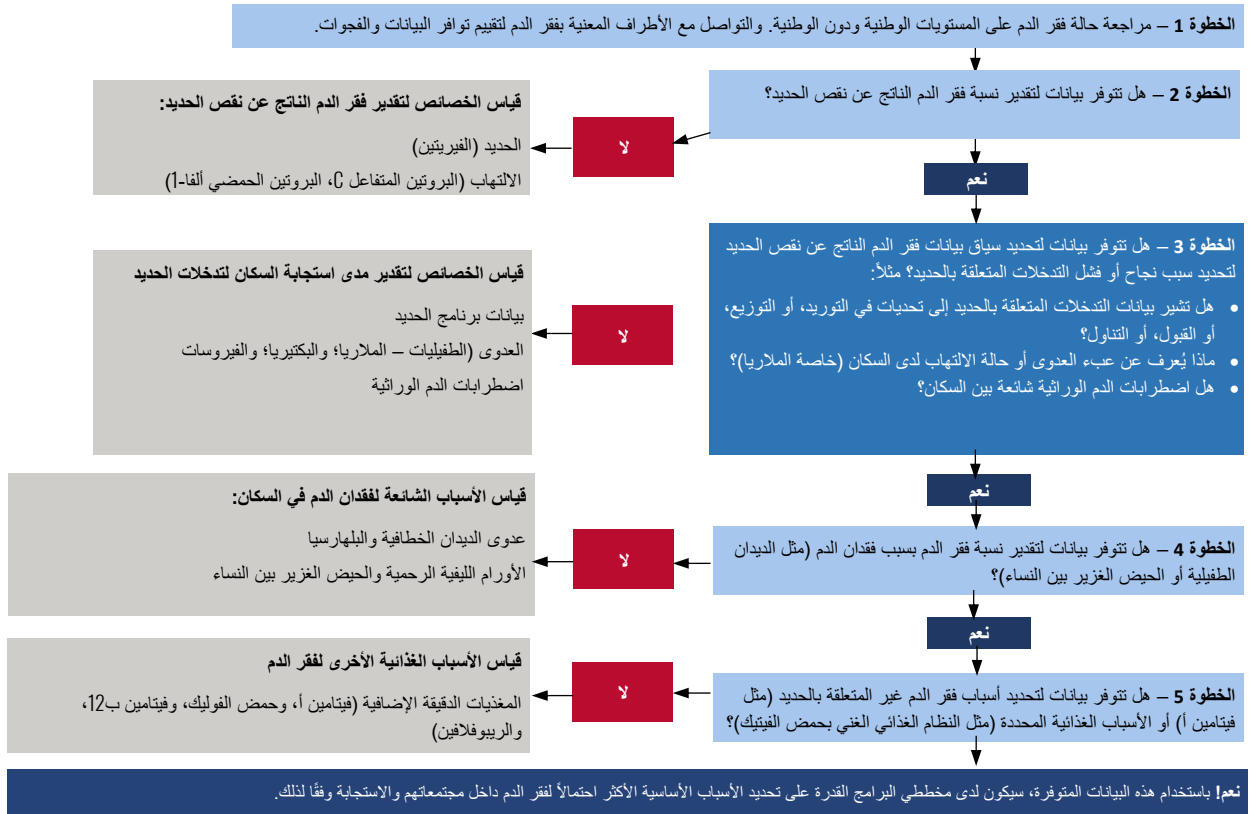
مجالات العمل 1: تحليل البيانات حول أسباب وعوامل خطر فقر الدم لاتخاذ قرارات فعالة

تتمثل الخطوة الأولى لمعالجة قضية فقر الدم في فهم أسبابه وعوامل الخطر المختلفة. ونظراً لأسبابها المعقدة، هناك حاجة إلى مصادر بيانات متعددة لفهم أسباب وعوامل خطر فقر الدم في بلد معين بشكل كافٍ. وتُعد هذه المصادر ضرورية لتحديد الأولويات لإدخال، وتعزيز و/أو تنسيق التدخلات

كشكل من أشكال الاستجابة (42-44). وقد تكون عملية جمع وتحليل البيانات كبيرة ومكلفة، لكنها ضرورية لضمان تنفيذ الإجراءات الفعّالة. ويوصى باستخدام مصادر البيانات الحالية، بما في ذلك أنظمة المراقبة الحكومية والبرامجية والمسوحات بين القطاعات مثل المسح الديموغرافي والصحي، والمسح الوطني للملاريا، والدراسة الاستقصائية العنقودية متعددة المؤشرات كما هو موضح في الشكل 3.

يجب أن يكون فهم التقاليد والممارسات المحلية التي قد تؤثر على تقبل وفعالية التدخلات المحددة مكتملة لهذه الأمور. وتُعد المسوحات الوطنية للمغذيات الدقيقة حيثما توفرت واحدة من أغنى مصادر البيانات حول انتشار وأسباب فقر الدم في بلدان معينة. وخلال السنوات العشر الماضية، تم إجراء مثل هذه المسوحات في ستة دول أعضاء على الأقل (الصومال، وسيراليون، والسنغال، وملاوي، وغانا، وغامبيا) (45-50). بالإضافة إلى ذلك، أُجريت دراسة حول أسباب فقر الدم في إثيوبيا (51). وتُظهر نتائج هذه المسوحات أن العوامل المحددة الرئيسية لفقر الدم، وبالتالي التدخلات ذات الأولوية لمعالجته، تختلف بشكل كبير بين البلدان.

الشكل 3. إطار عمل لاتخاذ القرار لجمع المعلومات حول الأسباب الأساسية لفقر الدم على مستوى السكان.



المصدر: ويليامز إيه إتش، براون كيه إتش، وآخرون. (2023). تحسين تقييم فقر الدم في البيئات السريرية والصحية العامة. مجلة التغذية الدورية <https://doi.org/10.1016/j.tjnut.2023.05.032>.

الإجراءات الاستراتيجية المقترحة لجمع وتحليل البيانات حول أسباب وعوامل خطر فقر الدم تشمل:

1. إجراء تحليل للمشاهد فيما يخص انتشار فقر الدم ومحدداته على المستويات الوطنية ودون الوطنية باستخدام مصادر البيانات الموجودة يُوصى بشدة بإشراك الأطراف المعنية الذين يمثلون جميع القطاعات والجهات الفاعلة ذات الصلة في عملية تحليل المشهد، والتي يجب أن تتضمن معلومات ذات صلة حول ما يلي:

- انتشار فقر الدم وأسبابه المباشرة.
- تغطية وعدالة وجودة منصات تقديم الخدمات والتدخلات الرئيسية المتعلقة بفقر الدم.

- حالة البرامج المتعلقة بالتغذية، ومكافحة الأمراض، والمياه والصرف الصحي، والصحة الإنجابية، والزراعة والإدارة والإرشاد الجيني
- الاستراتيجيات والسياسات الحالية المتعلقة بفقر الدم.

2. إجراء تحليل لبيانات المراقبة والسياسات والإرشادات لتحديد الفرص للتكامل عبر القطاعات والمنصات.
3. إجراء تحليل لتكلفة التدخلات والبرامج الحالية.

صُمم تحليل مشهد فقر الدم في إفريقيا حيث قدم التوجيهات المتعلقة بوضع هذا الإطار الاستراتيجي لتقديم معلومات يمكن تكملتها بتحليل المشاهد الذي يتم على مستوى الدول، إذا لزم الأمر.

يمكن أيضًا الرجوع إلى الإرشادات في *أداة تحليل مشهد فقر الدم* التي طورتها الشراكات المعززة مع الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، والنتائج، والابتكارات في التغذية على الصعيد العالمي (52). كما وثقت الشراكات المعززة مع الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، والنتائج، والابتكارات في التغذية على الصعيد العالمي تجارب الدول على مستوى أوغندا وسيراليون في إجراء تحليل لمشهد فقر الدم وكيفية استخدام النتائج لإعداد خطة عمل متعددة القطاعات تتعلق بفقر الدم (53,54).

مجالات العمل 2: إعطاء الأولوية للتدخلات الوقائية والعلاجية الرئيسية

تدفع البيانات المحددة للسبب حول انتشار وأسباب فقر الدم الرئيسية اختيار وتحديد أولويات التدخلات للوقاية من فقر الدم والسيطرة عليه. وفي الوقت الذي يتم فيه تنفيذ العديد من التدخلات ذات الصلة بالفعل ضمن برامج قطاعية وطنية مختلفة، قد تكون هناك حاجة للاعتراف بدورها كجزء من خطة السيطرة على فقر الدم. وقد يعني ذلك تعزيز آليات تقديم الخدمات المجتمعية والمؤسسية، بما في ذلك توجيه الموظفين وتدريبهم على جميع المستويات، وتنسيق التنفيذ مع التدخلات الأخرى المتعلقة بفقر الدم، ووضع إطار متكامل للرصد، والتقييم، والإبلاغ عن حالات الإصابة بفقر الدم. علاوة على ذلك، يجب ملاحظة أنه يمكن تقديم هذه التدخلات، اعتمادًا على السياق والموارد، من خلال منصات صحية مجتمعية أو مؤسسية، أو أماكن العمل، أو المدارس، أو برامج شبكة الأمان الاجتماعي، أو منصات الأسواق المفتوحة.

تتوفر مجموعة كبيرة من التدخلات الفعالة لتحسين تركيزات الهيموجلوبين وتقليل انتشار فقر الدم (60). ويوضح هذا القسم التدخلات الرئيسية الموصى بها لمعالجة الأسباب المباشرة لفقر الدم، مع إجراءات ذات أولوية للنظر فيها ضمن خطط العمل الوطنية لفقر الدم. ويتوفر مزيد من التفاصيل حول التدخلات المحددة وروابط تؤدي إلى وثائق الإرشاد في الملحق المتوفر على شبكة الويب فيما يخص عملية تسريع الحد من فقر الدم التي تتبناها منظمة الصحة العالمية: إطار شامل للعمل وفي المراجعات الحديثة (60، 41-62).

أ. تحسين حالة المغذيات الدقيقة

يُعد تحسين حالة المغذيات الدقيقة لدى السكان بوجه عام أمرًا بالغ الأهمية للوقاية من فقر الدم والسيطرة عليه. وهناك تدخلات مختلفة يجب مراعاتها، بما في ذلك تنوع النظام الغذائي وتحسين الأغذية الأساسية، بالإضافة إلى التحسين عند الاستخدام والمكملات الغذائية التي تستهدف الفئات المعرضة لخطر عدم كفاية مدخول الأغذية.

1. تنوع النظام الغذائي

يشمل تنوع النظام الغذائي مجموعة متنوعة من التدخلات التي تهدف إلى تحسين تناول الأطعمة الغنية بالمغذيات الدقيقة، يوجهه في ذلك البيانات والمعرفة بأنماط النظام الغذائي والأمن الغذائي والبيئات الغذائية. ويحدد الموقف الإفريقي المشترك بشأن النظم الغذائية الاستراتيجية القارية لتعزيز النظم الغذائية، وتعزيز الأمن الغذائي، والتغذية، والازدهار الاقتصادي.

بناءً على السياق، قد تشمل خطط العمل الممولة تدخلات لتحسين تنوع النظام الغذائي من خلال تحسينات عادلة فيما يلي:

- إنتاج وحفظ الأغذية لضمان الوصول إلى استهلاك الأغذية الآمنة والمغذية.
- تعزيز إنتاج واستهلاك الأغذية الطبيعية/الأغذية المحلية.
- نظم توزيع الأغذية بما في ذلك تعزيز وتسخير الأسواق الغذائية المحلية.
- التنمية الاقتصادية.
- برامج الحماية الاجتماعية.
- التعليم الغذائي وتدخلات تغيير السلوك.

يجب تحديد الأهداف والغايات والتدخلات وتنفيذها ومراقبتها من خلال نهج منسق متعدد القطاعات، وفق ما تم التأكيد عليه في الموقف الإفريقي المشترك بشأن النظم الغذائية (البند 63، ص. 11) (63). وستختلف الغايات اعتمادًا على المستويات الأساسية.

1. تحسين الأغذية الأساسية

يتضمن هذا إضافة المغذيات الدقيقة أثناء معالجة الأغذية التي يستهلكها السكان على نطاق واسع ويوفر وسيلة لزيادة تناول المغذيات الدقيقة دون الحاجة إلى تغييرات في العادات الغذائية، بشرط أن يتم استهلاك الطعام المحصن على نطاق واسع. ويجب أن تستخدم عملية التحصين مستويات مناسبة من الحديد الذي يتوفر حيويًا بشكل كبير، مدعومة بأنظمة تنظيمية ورقابية قوية (64).

اعتمد الاتحاد الإفريقي في عام 2022 إعلانًا لتوسيع نطاق تحسين الأغذية والتحصين الحيوية في إفريقيا¹. ويقوم العديد من الدول الأعضاء بالفعل بتحسين دقيق القمح و/أو الذرة، ولكن قد تكون هناك حاجة لتوسيع النطاق وتحسين مراقبة الجودة. ويجب أن تكون آلية التحصين المختارة متكيفة مع استهلاك الغذاء الأساسي في كل دولة وفي بعض الحالات، قد تكون هناك حاجة لإعادة النظر في اختيار آلية التحصين بناءً على أنماط الاستهلاك الحالية. لذلك ستختلف أهداف التحصين في خطط العمل الوطنية المتعلقة بفقر الدم اعتمادًا على مرحلة التخطيط والتنفيذ ويجب أن تسترشد بتحليل المشهد.

قد تنتظر الدول الأعضاء التي لديها برامج تحسين حالية للحبوب الأساسية في إدراج واحد أو أكثر من الإجراءات التالية في خطتها الوطنية الممولة الخاصة بفقر الدم:

- إجراء تقييم للبرنامج الوطني الحالي للتحصين، وضمان التوافق مع معايير وآليات التحصين على المستوى الإقليمي.
- توسيع نطاق الحبوب الأساسية المحصنة بشكل كافٍ.
- تنفيذ تشريعات تلزم بتحسين الأغذية الأساسية.
- تحسين الامتثال للمعايير التنظيمية للتحصين بدعم المطاحن.
- تعزيز آليات الرصد والتنفيذ لضمان الاتساق في تحسين الحبوب الأساسية في جميع أنحاء سلسلة التوريد.
- التحقيق في إمكانية تحسين واحد أو أكثر من الحبوب الأساسية الإضافية.

قد تعتبر الدول الأعضاء التي لا تنفذ حاليًا تحسين الأغذية الأساسية إدراج واحد أو أكثر من الإجراءات التالية:

- إجراء دراسة جدوى للتحصين.
- إعداد استراتيجية وطنية للتحصين تضمن التوافق مع معايير وآليات التحصين على المستويات القارية والإقليمية.
- إجراء حملات توعية عامة لتثقيف السكان حول فوائد استهلاك الحبوب الأساسية المحصنة.

2. مكملات المغذيات الدقيقة

تشمل مكملات المغذيات الدقيقة توفير مغذيات دقيقة معينة، عادة في شكل أقراص، للفئات المستهدفة التي لديها معدلات انتشار أعلى لفقر الدم أو تواجه خطر نقص المغذيات، بما في ذلك النساء الحوامل، والفتيات المراهقات والنساء غير الحوامل من سن 15 إلى 49 عامًا، والأطفال.

1. النساء الحوامل

يُوصى بتناول الحديد وحمض الفوليك كمكمل غذائي بصفة يومية لجميع النساء الحوامل كجزء من التدخلات القياسية ضمن برامج رعاية ما قبل الولادة الوطنية (65)، ومع ذلك، يُعد تحقيق التغطية الشاملة وضمان استهلاك دورة كاملة من الحديد وحمض الفوليك تحديًا. ويمكن تحليل المسوح الوطنية مثل المسح الديموغرافي والصحي لتحديد النطاق المحتملة للتراجع، بما في ذلك توقيت أول زيارة لتلقي رعاية ما قبل الولادة، والتغطية بأربع زيارات على الأقل خاصة بهذه الرعاية، والحصول على الحديد وحمض الفوليك من خلال رعاية ما قبل الولادة، واستهلاك 90 أو 180 قرصًا (66). وتشير الأبحاث إلى الحاجة لتعزيز كل من سلاسل التوريد وإرشادات تناول الحديد وحمض الفوليك لتحسين تغطية هذا المكمل الغذائي (67).

¹ https://au.int/sites/default/files/decisions/41583-Assembly_AU_Dec_813-838_XXXV_E.pdf

يُوصى بأن تقوم جميع الدول الأعضاء بفحص بيانات تغطية الحديد وحمض الفوليك، بما في ذلك أي بيانات تتعلق بالعوائق وسبل التيسير لتوزيع الحديد وحمض الفوليك، كجزء من تحليل المشهد الخاص بفقر الدم (مجال العمل 1). وبناءً على النتائج، يمكن تضمين واحد أو أكثر من الإجراءات التالية في الخطة الوطنية لفقر الدم، بأهداف وأنشطة داعمة مناسبة للسياق:

- تحسين تغطية رعاية ما قبل الولادة و/أو السعي للرعاية في الوقت المناسب.
- تحسين تغطية الحديد وحمض الفوليك من خلال خدمات رعاية ما قبل الولادة.
- تحسين نسبة النساء الحوامل اللاني يتناولن 180 قرصًا تحتوي على الحديد.
- إجراء بحث تطبيقي لفهم العوائق وسبل التيسير لتغطية والامتثال للمكملات الغذائية التي تحتوي على الحديد على المستويين الوطني ودون الوطني.
- إجراء حملات الدعم وزيادة الوعي السياسي بحيث تستهدف صنّاع السياسات والأطراف المعنية الرئيسية لإعطاء الأولوية لفقر الدم كقضية صحية عامة.
- تخصيص الموارد للتدخلات الشاملة، بما في ذلك مكملات الحديد وحمض الفوليك وخدمات رعاية ما قبل الولادة.

تُوصى أحدث تحديّات منظمة الصحة العالمية لإرشادات رعاية ما قبل الولادة بتوفير مكملات المغذيات الدقيقة المتعددة للنساء الحوامل في سياق الأبحاث الصارمة (65). وتقوم العديد من الدول بالفعل بالمُضي قدمًا بنجاح باستخدام الأبحاث التطبيقية لفهم العوائق وسبل التيسير لتوريد مكملات المغذيات الدقيقة المتعددة وطلبها وتوزيعها وتصميم واختبار استراتيجيات لتوزيعها بشكل فعّال في سياقها الوطني. لذلك:

- إذا كان ذلك ممكنًا، تُشجّع البلدان على إجراء الأبحاث التطبيقية لتقييم التوزيع الروتيني لمكملات المغذيات الدقيقة المتعددة كجزء من الرعاية القياسية أثناء الحمل.

2. الفتيات المراهقات والنساء غير الحوامل في سن الإنجاب

يُوصى بتناول مكملات الحديد وحمض الفوليك للفتيات المراهقات والنساء غير الحوامل خلال جداول زمنية تعتمد على انتشار فقر الدم في هذه الفئة المستهدفة. كما يُوصى بتناول المكملات الغذائية بصفة يومية لمدة ثلاثة أشهر متتالية خلال السنة التقويمية عندما يكون انتشار فقر الدم بنسبة 40% أو أكثر (68). وفي الحالات التي يتراوح فيها انتشار فقر الدم بين 20 إلى 39%، يُوصى بتوفير مكملات الحديد وحمض الفوليك الأسبوعية في دورة متناوبة حيث يتم تناولها لمدة ثلاثة أشهر يتبعها التوقف عن تناولها لمدة ثلاثة أشهر (69). هناك تحديات تواجه تنفيذ هذه التوصيات، ولا يمتلك برامج مكملات غذائية وقائية ثابتة لهذه الفئة المستهدفة سوى عدد قليل من الدول الأعضاء، ولكن يمكن أن تشمل منصات التوزيع المحتملة المدارس، وبرامج الصحة المجتمعية، وأماكن العمل (70).

بناءً على انتشار فقر الدم والبرامج الحالية للفتيات المراهقات والنساء في سن الإنجاب، قد تتخذ الدول الأعضاء واحدًا أو أكثر من الإجراءات التالية لخطتها الوطنية الممولة الخاصة بفقر الدم:

- وضع استراتيجية تنفيذ لتوفير مكملات الحديد الوقائية للفتيات المراهقات والنساء غير الحوامل من سن 15 إلى 49 عامًا.
- إجراء بحث تطبيقي لفهم العوائق وسبل التيسير لتطبيق والامتثال لمكملات الحديد للفتيات المراهقات والنساء غير الحوامل من سن 15 إلى 49 عامًا على المستويين الوطني ودون الوطني.

3. الرضع والأطفال في سن ما قبل المدرسة والأطفال في سن المدرسة

يُوصى بتناول الحديد كمكمل غذائي بصفة يومية لمدة ثلاثة أشهر متتالية في السنة التقويمية عندما تكون نسبة انتشار فقر الدم بين الرضع والأطفال الصغار من عمر 6 إلى 23 شهرًا 40% أو أكثر، مع تفاوت الجرعات وفقًا للفئة العمرية (71). ومع ذلك، يمكن أن يفرض إعطاء مكملات الحديد للأطفال الصغار تحديات كبيرة في التنفيذ والامتثال. ومن الضروري ملاحظة أنه في البيئات التي تتوطن فيها الملاريا، يجب عدم تنفيذ التدخلات التي توفر الحديد الإضافي للأطفال إلا إذا كانت هناك تدابير كافية للرصد والوقاية وعلاج الملاريا.

في البيئات التي تكون فيها نسبة انتشار فقر الدم بين الأطفال في سن ما قبل المدرسة (من 24 إلى 59 شهرًا) أو في سن المدرسة (من 5 إلى 12 عامًا) 20% أو أكثر، تُوصى منظمة الصحة العالمية بتناول الحديد كمكمل غذائي بشكل متقطع كإجراء للصحة العامة لدى الأطفال في سن ما قبل المدرسة والأطفال في سن المدرسة لتحسين حالة الحديد لديهم والحد من خطر إصابتهم بفقر الدم (71). وتوضح هذه التوصية أن توفير مكملات الحديد على أساس متقطع يمكن دمجه في البرامج المدرسية أو المجتمعية للوصول إلى الفئات المستهدفة، مع ضمان تلبية الاحتياجات الغذائية اليومية للأطفال في سن ما قبل المدرسة أو في سن المدرسة وعدم تجاوزها من خلال تقييم الحالة الغذائية ومدخول الأغذية.

كما هو مشار إليه في مجال العمل 1، يُوصى بأن تقوم الدول الأعضاء بإجراء تحليل للمشهد لتقييم انتشار فقر الدم والملاريا بين الأطفال، وحالة البرامج التي تتعامل معهما. وستساعد هذه المعلومات في اتخاذ الإجراءات المناسبة ضمن الخطة الوطنية الممولة لفقر الدم، بما في ذلك:

- دراسة مدى جدوى وقبول تنفيذ مكملات الحديد الغذائية للأطفال.
- تعزيز تغطية التدخلات الوقائية ومكافحة الملاريا للأطفال في المناطق الموبوءة بالملاريا.
- تعزيز تغطية برامج مكملات الحديد الغذائية الحالية للأطفال.

4. التحصين عند الاستخدام

تعد هذه الطريقة نهجًا فعالًا لتحسين تناول المغذيات الدقيقة للأطفال، خاصة الصغار منهم. ويُوصى باستخدام مساحيق المغذيات الدقيقة المتعددة للتحصين عند الاستخدام للحد من الإصابة بفقر الدم بين الأطفال من سن 6 إلى 23 شهرًا ومن سن 2 إلى 12 عامًا (72). ويمكن توزيع مساحيق المغذيات الدقيقة المتعددة عبر برامج تغذية الأطفال الرضع والصغار، وبرنامج الوجبات المدرسية، وخدمات صحة الأطفال، والبائعين في القطاع الخاص، وبرنامج الطوارئ الغذائية. وسيعتمد اختيار المنصات الأنسب للتوزيع وأهداف التغطية على السياق الوطني.

فيما يلي الإجراءات المقترحة للدول الأعضاء التي لديها برامج تحصين عند الاستخدام:

- إجراء تقييم العمليات و/أو أبحاث التنفيذ لتحديد الحواجز والعوامل المساعدة على توزيع واستخدام مساحيق المغذيات الدقيقة المتعددة.
- توسيع نطاق تغطية التحصين عند الاستخدام.

فيما يلي الإجراءات المقترحة للدول الأعضاء التي تفكر في إدراج التحصين عند الاستخدام ضمن خططها الوطنية لفقر الدم:

- إجراء دراسة جدوى لقبول وتوزيع مساحيق المغذيات الدقيقة المتعددة.
- تعزيز تغطية التدخلات الوقائية ومكافحة الملاريا للأطفال في المناطق الموبوءة بالملاريا.
- وضع استراتيجية وطنية للتحصين عند الاستخدام.

5. التحصين الحيوي

يشمل التحصين الحيوي مجموعة متنوعة من تقنيات التربية والزراعة لزيادة محتوى المغذيات الدقيقة في المحاصيل الغذائية الأساسية، ويُطبق حاليًا في 38 دولة أفريقية. ويُوصى إعلان الاتحاد الإفريقي لعام 2022 لتوسيع نطاق تحصين الأغذية والتحصين الحيوي في إفريقيا بأن تشمل الدول الأعضاء تمويل التحصين الحيوي ضمن ميزانيات الزراعة والأمن الغذائي. اعتمادًا على حالة التحصين الحيوي والسياق الزراعي، يمكن تضمين الإجراءات التالية في الخطط الوطنية الممولة الخاصة بفقر الدم:

- إجراء دراسة تجريبية أو دراسة جدوى للمحاصيل المحصنة حيويًا.
- وضع/تعزيز/تنفيذ إطار قانوني للتحصين الحيوي وضمان الامتثال له.
- إنشاء أو تعزيز مرافق تربية المحاصيل المحصنة حيويًا.
- وضع استراتيجية لإدخال و/أو توسيع نطاق التحصين الحيوي.
- تقييم فعالية و/أو تنفيذ التحصين الحيوي.

6. التشجيع على الرضاعة الطبيعية المثلى والتغذية التكميلية للأطفال الرضع والصغار

خلال الأشهر الأولى من الحياة، يوفر حليب الأم جميع الطاقة والمغذيات التي يحتاجها الطفل ويستمر في تلبية جزء كبير من احتياجاته الغذائية بعد النصف الثاني من السنة الأولى. وعند بلوغ الطفل ستة أشهر، يحتاج إلى تغذية تكميلية مناسبة، وهذه فترة حرجة يمكن فيها التعرض لخطر نقص المغذيات الدقيقة.

تشمل الإجراءات المقترحة للدول الأعضاء ما يلي:

- الترويج للرضاعة الطبيعية المثلى والتغذية التكميلية وفقاً لأحدث التوجيهات (73).
- استكشاف استخدام المكملات الغذائية أو المنتجات الغذائية المدعمة في السياقات التي لا يمكن فيها تلبية متطلبات المغذيات الدقيقة للطفل (73).

ب. الوقاية والعلاج من العدوى والالتهاب

تشمل الأولوية الاستراتيجية الثانية لاستراتيجية الصحة الإفريقية 2016-2030 "القضاء على مرض الإيدز، والسل، والملاريا وأمراض المناطق المدارية المهملة ومكافحة التهاب الكبد، والأمراض المنقولة بالماء والأمراض المعدية الأخرى الناشئة والمتجددة" (7). وتساهم العديد من هذه الأمراض في عبء فقر الدم، خاصة الملاريا، والديدان الطفيلية، والبلهارسيا (أمراض المناطق المدارية المهملة)، وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والسل (الملحق 1). وتُعد الملاريا في المناطق الموبوءة أحد الأسباب الرئيسية للإصابة بفقر الدم. وتشكل الأطر المختلفة، مثل الإطار الاستراتيجي لمراقبة الإيدز في إفريقيا 2016-2030، وإطار العمل التحفيزي للقضاء على الإيدز والسل والملاريا في إفريقيا بحلول عام 2030، والإطار القاري للقضاء على أمراض المناطق المدارية المهملة بحلول عام 2030، الاتجاهات الاستراتيجية لتسريع التقدم في القضاء على هذه الأمراض، مما سيقبل بشكل كبير من فقر الدم. كما أن الوقاية من أمراض الجهاز الهضمي وأمراض الكلى المزمنة والتخفيف من ارتفاع السمنة مهم أيضاً لتقليل فقر الدم الناجم عن العدوى والالتهاب.

1. الوقاية من الإصابة بالملاريا ومكافحتها

يشمل ذلك استخدام الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية والرش الموضعي بالمبيدات الحشرية في المناطق التي تشهد نقل نشط لعدوى الملاريا (74). وهذه أنشطة أساسية في العديد من استراتيجيات مكافحة الملاريا الوطنية، ولكن قد تحتاج التغطية إلى تعزيز. وقد يتطلب ذلك إجراء أبحاث لفهم عقبات وسبل تيسير التغطية والالتزام؛ وتعزيز الأنظمة لضمان سلاسل التوريد الفعالة؛ و/أو تجديد جهود التواصل بشأن التغيير الاجتماعي والسلوكي. وبناءً على نتائج تحليل المشهد بشأن حالة البرامج الحالية (مجال العمل 1)، يتم تشجيع الدول الأعضاء ذات النقل النشط لعدوى الملاريا على تجديد الجهود لتحقيق الأهداف الموضحة في إطار العمل التحفيزي للاتحاد الإفريقي للقضاء على الإيدز والسل والملاريا والإطار الاستراتيجي لمراقبة الإيدز في إفريقيا.

تشمل الإجراءات الموصى بها في الخطط الوطنية الممولة لفقر الدم للوقاية من الملاريا ما يلي:

- زيادة التغطية من خلال استراتيجيات مكافحة متكاملة، تتضمن توزيع مبيدات اليرقات والناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية.
- زيادة التغطية من خلال الاستراتيجيات البيئية لمكافحة متكاملة، تتضمن الرش الموضعي بالمبيدات الحشرية داخلياً وخارجياً.
- إجراء أبحاث لفهم عقبات وسبل تيسير استراتيجيات مكافحة متكاملة.
- وضع استراتيجية للتغيير الاجتماعي والسلوكي لتعزيز آليات الوقاية من الملاريا.

بالإضافة إلى ذلك، يُوصى بالوقاية الكيميائية من الملاريا للفئات السكانية التي يتزايد لديها خطر الإصابة بها (74) وذلك على النحو التالي:

- العلاج الوقائي المتقطع للحوامل.
- الوقاية الكيميائية الدائمة من الملاريا للأطفال دون سن الثانية في المناطق تتزايد بها معدلات العدوى بالملاريا.
- الوقاية الكيميائية للأطفال في سن المدرسة في المناطق التي تنتقل فيها عدوى الملاريا بشكل موسمي أو دائم.
- الوقاية الكيميائية خلال موسم انتقال العدوى للأطفال في الفئات العمرية المعرضة بشدة لخطر الإصابة بالملاريا.
- الوقاية الكيميائية بعد الخروج من المستشفى للأطفال الذين يعانون من فقر الدم الشديد ويعيشون في المناطق التي يتزايد بها معدل انتقال عدوى الملاريا.

يُوصى بأن تراجع الدول الأعضاء إرشاداتها الوطنية للوقاية الكيميائية من الملاريا وتقييم التغطية مقارنة بخطط مكافحة الملاريا الحالية (مجال العمل 1). ويتم تشجيع الدول الأعضاء ذات معدلات نقل عدوى الملاريا المتوسطة إلى المرتفعة على النظر في الإجراءات التالية ضمن الخطط الوطنية الممولة الخاصة بفقر الدم، وتحديد أهداف مناسبة للوقاية الكيميائية من الملاريا:

- تحديد العوائق التي تحول دون التغطية الشاملة للوقاية الكيميائية من الملاريا بين الفئات الضعيفة.
- زيادة تغطية الوقاية الكيميائية من الملاريا بين النساء الحوامل والأطفال.

إضافة إلى الإجراءات الموجهة نحو الوقاية والسيطرة على الملاريا، يبرز إطار العمل المتعدد القطاعات للملاريا أهمية العوامل الأساسية الكامنة وراء انتشار الملاريا (75). وسيطلب القضاء على الملاريا تدخلات مباشرة وتحقيق تقدم في تعزيز الأنظمة الأوسع والظروف الاجتماعية والاقتصادية، بما في ذلك معالجة التفاوتات.

2. الوقاية والسيطرة على الديدان الطفيلية والبلهارسيا

تشمل الوقاية من الديدان الطفيلية والبلهارسيا استخدام المكافحة المتكاملة لمنع انتقال العدوى. ويُوصى أيضاً بالوقاية الكيميائية الدورية لتقليل عبء العدوى.

للقاية من الديدان الطفيلية، يُوصى بتقديم الوقاية الكيميائية للفئات المعرضة لخطر الإصابة بها بشكل كبير (76) :

i. الأطفال من سن 12 شهراً إلى ما بين سن 12 إلى 14 عاماً، والشابات غير الحوامل والنساء في سن الإنجاب الذين يعيشون في المناطق التي تزيد فيها نسبة انتشار العدوى عن 20%.

ii. الحوامل بعد الثلث الأول من الحمل في المناطق التي تزيد فيها نسبة انتشار العدوى عن 20% وانتشار فقر الدم عن 40% بين الحوامل.

للقاية من البلهارسيا، يُوصى باستخدام الوقاية الكيميائية في المناطق التي تزيد فيها نسبة انتشار العدوى عن 10%، وتشمل جميع الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن سنتين، باستثناء الحوامل في الثلث الأول من الحمل (77).

يجب على الدول الأعضاء تقييم انتشار عدوى الديدان الطفيلية و/أو البلهارسيا، وحالة برامج المكافحة المتكاملة وتغطية الوقاية الكيميائية (مجال العمل 1). وبناءً على نتائج تحليل المشهد والإطار القاري لمكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة في إفريقيا والقضاء عليها بحلول عام 2030، قد تنتظر الدول الأعضاء التي تنتشر فيها الديدان الطفيلية و/أو البلهارسيا في الإجراءات التالية ضمن خططها الوطنية الممولة لفقر الدم:

- زيادة تغطية الاستراتيجيات البيئية للمكافحة المتكاملة.
- إجراء أبحاث لفهم عقبات وسبل تيسير استراتيجيات الوقاية الكيميائية والمكافحة المتكاملة.
- وضع استراتيجية للتغيير الاجتماعي والسلوكي لتعزيز آليات الوقاية.
- زيادة تغطية الوقاية الكيميائية من الديدان الطفيلية والبلهارسيا.

3. فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

يحدد إطار العمل التحفيزي أهداف فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والتدخلات ذات الأولوية الخاصة به المراد تحقيقها لوضع حد للإصابة بمرض الإيدز والسل والقضاء على الملاريا في إفريقيا بحلول عام 2030. ويتم تشجيع الدول الأعضاء التي تعاني من عبء مرتفع للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية على النظر في دمج نفس الإجراءات في خططها الوطنية الممولة الخاصة بفقر الدم:

- زيادة تغطية العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية.
- زيادة الوقاية من الإصابات الجديدة لدى الأطفال.
- زيادة الوصول إلى خدمات الوقاية المركبة بين لفئات السكان ذات الأولوية.
- تنفيذ أو تعزيز الحماية الاجتماعية الحساسة لفيروس نقص المناعة البشرية.

4. السل

يتم تحديد الأهداف والاستراتيجيات لمعالجة السل في إطار العمل التحفيزي لوضع حد للإصابة بمرض الإيدز والسل والقضاء على الملاريا في إفريقيا بحلول عام 2030. ويتم تشجيع الدول الأعضاء التي تعاني من عبء مرتفع للإصابة بمرض السل على النظر في دمج هذه الإجراءات في خططها الوطنية الممولة الخاصة بفقر الدم:

- زيادة الوصول إلى تشخيص وعلاج السل.
- دمج تقديم أنشطة مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية والسل.
- زيادة تغطية العلاج الوقائي والتطعيم للفئات المعرضة لدرجة عالية من الخطورة.

- تعزيز القدرة على الخضوع للفحص المخبري.
- وضع استراتيجية للتغيير الاجتماعي والسلوكي لزيادة الوعي بالسلوك ومكافحة العدوى.

ج. إدارة الحالات المتعلقة بأمراض النساء والتوليد

تتركز التدخلات المتعلقة بفقر الدم لدى الفتيات الحائضات والنساء في سن الإنجاب على تقليل فقدان الدم بسبب نزيف الطمث الغزير، والأورام الليفية الرحمية، والنزف بعد الولادة. ويقلل استخدام وسائل منع الحمل الحديثة (الهرمونية) من فقدان الدم الطمثي ويدعم التباعد بين الولادات، مما يقلل في النهاية من خطر فقر الدم. ويحمي هذا النهج الاحتياطات الغذائية للأم ويقلل من خطر النتائج السلبية للحمل والولادة. ويعد منع الحمل المبكر والولادات القيصرية غير الضرورية أيضاً استراتيجيات هامة لتقليل انتشار فقر الدم لدى الفتيات المراهقات والنساء (78,79). تعتمد إدارة الأورام الليفية الرحمية على النظر في الحفاظ على الخصوبة، وتشمل الخيارات العلاج الطبي (مثل حبوب منع الحمل، والعلاج الهرموني، والعقاقير غير الستيرويدية المضادة للالتهابات)، والعلاج الجراحي (مثل استئصال الرحم واستئصال الورم العضلي)، والعلاج غير الجراحي (مثل استئصال الورم الليفي).

يعبر الهدف الاستراتيجي الثاني لخطة الصحة الإفريقية 2016-2030 عن التزامه "بوضع حد لحالات الوفيات التي يمكن الوقاية منها بين الأمهات وحديثي الولادة والأطفال، وضمان الوصول العادل إلى خدمات شاملة ومتكاملة للصحة الجنسية والإنجابية والأمومة والولادة والطفولة والمراهقة، بما في ذلك تنظيم الأسرة الطوعي" (7). بالإضافة إلى ذلك، تشير خطة عمل مابوتو للفترة ما بين عامي 2016 و2030 إلى التزام الدول الأعضاء بتفعيل الإطار القاري للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، بما في ذلك التوسع في استخدام وسائل منع الحمل وسن تشريعات لمنع الزواج المبكر (80). وسيعزز تسريع تحقيق هذه الالتزامات أيضاً الوقاية من الإصابة بفقر الدم والسيطرة عليه. تشمل الإجراءات المقترحة في الخطط الوطنية الممولة لفقر الدم ما يلي:

- مراجعة وتحديث السياسات الوطنية والإرشادات المتعلقة بالوصول إلى وسائل منع الحمل الحديثة ومنع الحمل المبكر.
- دراسة ومعالجة العوائق التي تحول دون الوصول الطوعي إلى وسائل منع الحمل الحديثة.
- مراجعة وتحديث الإرشادات الوطنية/البروتوكولات السريرية المتعلقة بإدارة النزف بعد الولادة باستخدام العوامل المنشطة للرحم.
- مراجعة وتحديث الإرشادات الوطنية/البروتوكولات السريرية المتعلقة بإدارة الأورام الليفية الرحمية.
- تعزيز تدريب العاملين الصحيين بشأن وسائل منع الحمل الحديثة و/أو إدارة النزف بعد الولادة باستخدام العوامل المنشطة للرحم.

إضافة إلى التدخلات الموجهة للفتيات الحائضات والنساء، يُوصى بتأخير قطع الحبل السري حتى تتوقف النبضات، بين دقيقة وثلاث دقائق بعد الولادة، لتقليل فقر الدم لدى الرضع (81). ومن الصعب تقييم تغطية هذا التدخل، لكنه يجب أن يتم تضمينه في خطط العمل الوطنية لفقر الدم من خلال الإجراءات التالية:

- مراجعة وتحديث الإرشادات الوطنية/البروتوكولات السريرية المتعلقة بتوقيت قطع الحبل السري.
- تعزيز تدريب العاملين الصحيين بشأن تأخير قطع الحبل السري.
- رصد تأخير قطع الحبل السري في أنظمة جمع البيانات الصحية الروتينية.

د. إدارة الاضطرابات الوراثية لخلايا الدم الحمراء

تعتمد إدارة اضطرابات الدم الوراثية بشكل رئيسي على نهج التدخل المستهدف الذي يبدأ بالاختبار الجيني لتحديد الأفراد المصابين. قد يكون من الضروري تقديم المشورة و/أو العلاج النشط، بما في ذلك عمليات نقل الدم لمرضى فقر الدم المنجلي وذلك بناءً على الاضطراب (82). وقد تنظر الدول الأعضاء في الإجراءات التالية لخطتها الوطنية لفقر الدم:

- وضع استراتيجية أو مراجعتها وتعديلها حسب الحاجة لإدارة فقر الدم المنجلي.
- مراجعة وتحديث الإرشادات الوطنية/البروتوكولات السريرية المتعلقة بالاختبار والاستشارات وإدارة اضطرابات الدم الوراثية.
- تعزيز تدريب العاملين الصحيين بشأن الاختبار والاستشارات وإدارة اضطرابات الدم الوراثية.
- تنفيذ فحص حديثي الولادة لاعتلالات الهيموغلوبين.
- وضع استراتيجية للتغيير الاجتماعي والسلوكي لتحسين الوعي المجتمعي باضطرابات الدم الوراثية وزيادة الإقبال على الاختبارات الجينية والمشورة.

من المهم أيضًا أن تكون بروتوكولات علاج الملاريا مناسبة للسكان الذين ينتشر بينهم نقص إنزيم نازعة هيدروجين الجلوكوز سداسي فوسفات، حيث قد تتسبب الأدوية الشائعة في حدوث فقر دم انحلاي لدى المصابين (60,74).

مجالات العمل 3: تحسين منصات تقديم الخدمات المتكاملة للوقاية من فقر الدم والسيطرة عليه عبر القطاعات

ستكون العديد من التدخلات التي تعالج الأسباب الرئيسية لفقر الدم جزءًا من خطط الصحة الوطنية والتغذية والقطاع الغذائي. ولكن هناك في كثير من الأحيان فرص لتعزيز التغطية والتنسيق لزيادة فعاليتها. ويتمشى هذا مع تركيز خطة الصحة الإفريقية 2016-2030 على تقديم رعاية صحية أولية شاملة ومتكاملة وعادلة. وتشمل العناصر الأساسية للنجاح السابق في تحسين تقديم الخدمات عبر القطاعات على المستوى الوطني وجود شخصية بارزة تروج للأمراض المتعلقة بفقر الدم (على سبيل المثال رئيس الوزراء)؛ وعلاقات متازرة داخل القطاعات؛ ومعرفة واضحة، وتنسيق، ومساءلة من مختلف الوزارات والأقسام المعنية. لقد لوحظ أن الجهود المبذولة للحد من فقر الدم لدى النساء تحقق نتائج أفضل عندما تعمل البرامج عبر عدة قطاعات في وقت واحد (43).

يمكن أن يشمل بناء البرامج عبر القطاعات دمج التدخلات المتعلقة بفقر الدم في رعاية ما قبل الولادة (مثل مكملات الحديد وحمض الفوليك أو المكملات الغذائية المتعددة، والتخلص من الديدان، والعلاج الوقائي المتقطع للحوامل، والمشورة بشأن التباعد بين الولادات، ووسائل منع الحمل الحديثة، وتأخير قطع الحبل السري)، وأنشطة التوعية المجتمعية (مثل مكملات الفيتامين أ والحديد، والتخلص من الديدان، وتوزيع الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية للأطفال في سن ما قبل المدرسة، وتوزيع مكملات الحديد أو المكملات الدقيقة للأطفال بين 6-24 شهرًا إلى جانب المشورة بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال لمقدمي الرعاية، و/أو الحديد وحمض الفوليك، والتخلص من الديدان، وتوزيع الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية للنساء في سن الإنجاب)، وبرامج المدارس (مثل مكملات الحديد وحمض الفوليك الأسبوعية، والتخلص من الديدان، وتوزيع الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية، والمشورة بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والوجبات الصحية للفتيات المراهقات)، وأيام صحة الطفل (مثل مكملات الفيتامين أ والحديد، وتوزيع الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية، والتخلص من الديدان، والمشورة بشأن الوقاية من فقر الدم). وفي المناطق الموبوءة بالملاريا، ينبغي النظر في دمج التدخلات التي تعالج كل من فقر الدم والملاريا.

من المهم الإشارة إلى دور منصات الصحة المجتمعية في تقليل معدلات فقر الدم من خلال تقديم ومتابعة تدخلات متعددة لمجموعات مستهدفة متعددة، كما يتم التشجيع على ترقية برامج العاملين الصحيين المجتمعيين ودمجهم في النظام الصحي العام بناءً على احتياجات الصحة السكانية وقدرات النظام الصحي (83).

على الرغم من أن فحص فقر الدم ليس ممكنًا على الدوام أو موصى به عبر جميع المنصات (84)، فإنه ينبغي أن يتمكن العاملون من المنصات المختلفة من التعرف على أعراض فقر الدم حتى يتمكن الأفراد من الإحالة إلى خدمة صحية مناسبة حيث يمكن تحديد الحاجة إلى تقييم رسمي وتقديم العلاج إذا لزم الأمر (65,82,85). ويتم الحث على تقييم فقر الدم أثناء علاج الملاريا إذا كان ذلك ممكنًا في المناطق الموبوءة بالملاريا.

من المهم فحص بيانات التغطية للتدخلات ذات الأولوية على المستويات الوطنية ودون الوطنية لتحديد الفجوات وعدم المساواة في تقديم الخدمات. ويجب أن يشمل ذلك تحليل الفوارق بين استخدام منصات تقديم الخدمات وتغطية التدخلات المتعلقة بفقر الدم التي تُقدم من خلال تلك المنصات. على سبيل المثال، قد توجد فوارق بين نسبة النساء الحوامل اللواتي يصلن إلى أربع زيارات على الأقل لرعاية ما قبل الولادة ونسبة اللواتي يتلقين دورة كاملة من مكملات الحديد وحمض الفوليك (86).

من المهم أيضًا تقييم تغطية مجموعات التدخلات التي تُقدم لنفس الفرد إذا سمحت بيانات المراقبة بذلك. وهذه وسيلة مفيدة جدًا لتقييم مدى تقديم التدخلات بشكل متزامن ضمن حزمة متعددة المكونات تعالج الأسباب المتنوعة لفقر الدم. وإذا لم تتوفر مثل هذه البيانات، يمكن بذل جهود لتكييف أنظمة المراقبة الروتينية أو دمج بيانات المراقبة من قطاعات مختلفة لتحسين تتبع تقديم التدخلات الشاملة لفقر الدم.

غالبًا ما يكون من الضروري إجراء أبحاث التنفيذ أو تقييمات العمليات إلى جانب تحديد فجوات تقديم الخدمات لفهم العوامل المؤثرة على التغطية والجودة. وتتعلق التحديات الشائعة عادة بسلاسل الإمداد، والموارد البشرية والمالية، وإمكانية الوصول. ومع ذلك، يمكن أن تختلف القضايا المحددة حسب السياق والتدخل. بمجرد فهم العوائق الرئيسية جيدًا، يمكن النظر في عدة استراتيجيات لتحسين التغطية والجودة. وتشمل هذه الاستراتيجيات تعزيز منصات تقديم الخدمات الحالية؛ وجمع التدخلات من خلال منصات تقديم مشتركة؛ ودمج منصات تقديم لتحسين التغطية؛ وتحسين آليات المراقبة والتنسيق والمساءلة؛ واستكشاف منصات تقديم مبتكرة، مثل أماكن العمل (70).

يتم تشجيع الدول الأعضاء على النظر في دمج واحد أو أكثر من الإجراءات التالية المتعلقة بتحسين تقديم الخدمات في خططها الوطنية لفقر الدم:

- تعزيز الكشف المبكر عن فقر الدم من خلال تعزيز الوعي بأعراض فقر الدم عبر منصات مختلفة والإحالة إلى الخدمة المناسبة التي يمكن فيها تحديد الحاجة لاختبار فقر الدم وتقديم العلاج والمتابعة إذا لزم الأمر.
- توسيع نطاق تقديم الخدمات على المستوى المجتمعي من خلال تقوية برامج العاملين الصحيين المجتمعيين ودمجهم في النظام الصحي.
- وضع خطة متكاملة للرصد والتقييم.

مجالات العمل 4: تعزيز الحوكمة والقيادة والشراكات والاتصال والتنسيق على جميع المستويات

تشمل الإجراءات الاستراتيجية للتعامل مع مجال العمل 4 ما يلي:

1. تنسيق قيادة وحوكمة الأمور المتعلقة بفقر الدم على المستويات الوطنية والإقليمية والقارية

تعد الدول العامل الرئيسي للتعامل مع تحدي خفض فقر الدم لدى السكان ويجب تشجيع قيادة هذا الأمر وتحمل مسؤوليته على المستوى الوطني. وينبغي أن يكون الدعم من الشركاء أمرًا تكميليًا، ويجب تنسيق المبادرات الوطنية والقارية لمعالجة مشكلة فقر الدم. وعادة ما تكون لدى الدول المبادرات التالية:

- خطط عمل متعددة القطاعات للتغذية على المستويات الوطنية ودون الوطنية تشمل فقر الدم.
- آليات تنسيق لتنفيذ البرامج متعددة القطاعات.
- مجموعات العمل الفنية للأمور المتعلقة بالتغذية، وصحة الأمهات، وصحة الطفل، والملاريا، وأمراض المناطق المدارية المهملة، وفيروس نقص المناعة البشرية، وغيرها.

يجب أن تتضمن خطط العمل الوطنية ودون الوطنية متعددة القطاعات للتغذية إجراءات مكافحة فقر الدم عبر القطاعات والمنصات المختلفة كلما أمكن ذلك.

بناءً على هذه المبادرات القائمة، يمكن للدول استكشاف ما إذا كان من الضروري إنشاء قوة مهام مخصصة لتقليل فقر الدم على المستويات الوطنية والإقليمية والقارية. يعتبر النهج التعاوني للقيادة والحوكمة أمرًا حاسمًا لتصميم وتنفيذ ومراقبة برامج الوقاية من فقر الدم والسيطرة عليه بشكل فعال. ويضمن هذا النهج عمل الأطراف المعنية معًا، مما يعزز الجهود المبذولة لمعالجة فقر الدم وأسبابه الكامنة. كما يُسهّل دمج برامج فقر الدم في استراتيجيات التغذية الأوسع، أو غيرها من استراتيجيات الصحة، ويسهم في استجابات متعددة القطاعات أكثر فعالية وتنسيقًا.

ينبغي تنسيق مبادرات القيادة والحوكمة على المستوى الوطني مع تلك القائمة على المستوى القاري، مثل:

- فريق العمل الإفريقي المختص بتطوير الأمن الغذائي والتغذية.
- فريق العمل المختص بصحة الأم وحديثي الولادة والطفل.
- مراقبة الإيدز في إفريقيا.
- تحالف القادة الأفارقة للملاريا.
- مجموعة الاتحاد الإفريقي لتغذية المدارس المحلية.

أخيرًا، يمكن تنسيق القيادة والحوكمة مع المبادرات العالمية، مثل:

- حركة زيادة التغذية: انضمت معظم الدول الأعضاء في الاتحاد الإفريقي لهذه الحركة ووضعت استراتيجيات تغذية متعددة القطاعات.
- تحالف العمل للقضاء على فقر الدم: قامت منظمة اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية بإنشاء هذا التحالف. ويشمل أعضاء من الوكالات الحكومية الدولية، والمنظمات غير الحكومية، والمؤسسات الأكاديمية، والمؤسسات الخيرية. وتتمثل إحدى مهام هذا التحالف في دعم الدول الأعضاء في تنفيذ الخطط متعددة القطاعات.
- الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا.
- مبادرة الرئيس الأمريكي لمكافحة الملاريا.
- الميثاق العالمي للأمراض غير المعدية 2020-2030.

2. تعزيز آليات المساءلة على المستويات الوطنية والإقليمية والقارية

تحفز آليات المساءلة على اتخاذ إجراءات أقوى وتسريع التقدم في معالجة فقر الدم. وتعتبر أطر المساءلة أدوات تسهل مراقبة الالتزامات والمبادرات والتقدم على جميع مستويات الحكمة، من المستوى القاري إلى المستوى الوطني. ويمكن أن تعزز الالتزام بمعالجة فقر الدم، وتساعد في ضمان أن تكون الجهود شاملة ومنسقة بشكل جيد وشفافة. ويمكن أن تكون آليات المساءلة دوافع رئيسية للعمل وتدعم التنفيذ الفعال لبرامج الوقاية من فقر الدم والسيطرة عليه. ويمكن أن تكون أدوات حاسمة في محاسبة الأطراف المعنية والقادة عن التزاماتهم وإجراءاتهم في معالجة فقر الدم. تتمثل إحدى آليات المساءلة الوطنية في تطوير وتنفيذ بطاقات الأداء الوطنية ودون الوطنية لتشمل فقر الدم.

وينبغي لأطر المساءلة الوطنية أن تغذي أطر المساءلة القارية المتعلقة بفقر الدم، مثل:

- بطاقة الأداء القارية للمساءلة الغذائية للاتحاد الإفريقي.
- تقرير التغذية القاري للاتحاد الإفريقي.
- بطاقة أداء التحول الزراعي في إفريقيا.
- بطاقات أداء خطة الصحة الإفريقية 2016-2030 للملاريا وأمراض المناطق المدارية المهملة والسل.
- إطار المساءلة الإقليمي: الالتزام الوزاري بالتعليم الشامل للصحة الجنسية وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية للشباب والمراهقين في شرق وجنوب إفريقيا.

بالإضافة إلى ذلك، توجد أطر المساءلة العالمية المتعلقة بفقر الدم التي يمكن أن تعمل كمورد، مثل:

- إطار المساءلة للتغذية المعتمد على تقرير التغذية العالمي، وهو منصة مستقلة وشاملة لتسجيل الالتزامات الذكية للتغذية ومراقبة العمل المتعلق بالتغذية (87).
- إطار العمل الشامل متعدد القطاعات: هو إطار خاص بالملاريا والتنمية المستدامة ويقدم توجيهات وأمثلة خاصة بالدول للعمل متعدد القطاعات لتسريع التقدم في معالجة الملاريا (75)

3. التوعية والتواصل بشأن فقر الدم مع الأطراف المعنية المختلفة المستهدفة

تتطلب المشاركة الاستراتيجية مع صانعي السياسات والتواصل الفعال بشأن فقر الدم تحويل البيانات إلى أدلة وإجراءات. وهناك العديد من المبادرات التي تدعم التواصل حول فقر الدم على جميع المستويات:

- يشمل الداعمون للتغذية حول العالم أفرادًا يعملون في الوكالات الحكومية والمنظمات غير الحكومية الدولية ومنظمات المجتمع المدني المحلية. ويتمثل الهدف الرئيسي لهؤلاء الداعمون في تسهيل الاتصال الفعال الموجه نحو الأطراف المعنية المختلفة، وتعزيز الوعي بالتغذية وفقر الدم.
- يعمل تحالف العمل للقضاء على فقر الدم على زيادة الوعي بأهمية معالجة الانتشار العالي لفقر الدم عالميًا بشكل عاجل، وضمان الاعتراف بالأسباب وعوامل الخطر المتعددة ومعالجتها.
- تتطلب جهود الدعم والتواصل الفعال التعاون عبر مختلف القطاعات ومشاركة مختلف الأطراف المعنية. وهذا الأمر مهم لإنشاء أدوات مثل الموجزات السياسية وخطط العمل وحالات الاستثمار. ونظرًا لأن فقر الدم قضية معقدة وشاملة، يجب أن يمتد الدعم والتواصل عبر قطاعات متعددة، بما في ذلك الصحة والتنمية والزراعة والمياه والصرف الصحي والنظافة.
- يجب أن يكون الدعم والتواصل الفعالين مستندين إلى الأدلة والاستفادة من الهياكل القائمة. على سبيل المثال، توفر منصات المعلومات الوطنية للتغذية الدعم للدول الأعضاء لتعزيز نظم معلوماتها الخاصة بالتغذية، لتحسين تحليل البيانات لاتخاذ قرارات مستنيرة من قبل القطاعات المختلفة.
- يجب أن تؤدي جهود الدعم التي تستهدف لفقر الدم إلى إعطاء الأولوية لإجراءات فقر الدم.
- وضع الاتحاد الإفريقي استراتيجية إقليمية للدعم والتواصل خاصة بقارة إفريقيا لتجديد الزخم الجماعي لتسريع العمل واستكمال الإجراءات الاستراتيجية ضمن استراتيجية التغذية الإقليمية الإفريقية 2016-2025 من خلال سرديات موحدة قارية تتعلق بالتغذية.

تشمل الإجراءات المحددة التي يمكن للدول الأعضاء النظر فيها للدعم والتواصل بشأن فقر الدم ما يلي:

- تنفيذ حملة توعية عامة مستهدفة على الصعيدين الوطني والقاري حول فقر الدم.
- تعزيز استخدام بطاقة الأداء للمساءلة الغذائية كأداة للدعم ضد فقر الدم.
- إشراك منظمات المجتمع المدني و/أو وسائل الإعلام كمصدر قيم للمعلومات للسكان.
- تنظيم فعاليات رفيعة المستوى لإصدار بيان ودعوة للعمل للوقاية من الإصابة بفقر الدم في إفريقيا وإدارته والسيطرة عليه.
- خلق الوعي بالصحة والنظافة والتغذية لتعزيز استخدام أماكن اللعب النظيفة والمرافق الصحية المناسبة ومصادر المياه الصالحة للشرب التي تُدار بشكل آمن.

4. خلق بيئة داعمة وإرادة سياسية

تعتبر الإرادة السياسية والدعم أمرين حاسمين لتنفيذ تدخلات فقر الدم بفعالية. ولتحقيق الإرادة السياسية، يجب التعرف على السياق السياسي ومصالح الدول عند تأطير قضية فقر الدم. وهناك حاجة إلى تأطير فقر الدم كقضية اقتصادية عندما يتعلق الأمر بدعم الإرادة السياسية. فعلى سبيل المثال، تبلغ التكلفة الاقتصادية الناجمة عن فقر الدم لدى الأطفال والمراهقين في إفريقيا جنوب الصحراء وحدها 30 مليار دولار أمريكي (88). وعلاوة على ذلك، وفقًا للبنك الدولي، تشير التقديرات إلى أن كل دولار أمريكي واحد يُستثمر في مجموعة من التدخلات لمعالجة فقر الدم يحقق عوائد اقتصادية بقيمة 12 دولارًا أمريكيًا (89).

على المستويات العالمية والقارية والوطنية، يلعب القادة المؤثرون دورًا هامًا في تحقيق الأهداف المتعلقة بالوقاية من فقر الدم والسيطرة عليه. هؤلاء القادة مسؤولون عن زيادة الوعي وتعبئة الدعم من الحكومات والمنظمات الدولية والقطاع الخاص والجمهور بشأن فقر الدم. وتعد جهودهم جزءًا لا يتجزأ من بناء واستدامة الالتزام السياسي للحد من الإصابة بفقر الدم. وبالنسبة للتغذية، تم إقرار إعلان مالابو من قبل مسؤولي التغذية للاتحاد الإفريقي في عام 2014.

تم تبني مبادرة "القادة الإفريقيون من أجل التغذية" في عام 2018 وتعمل كمنصة للمشاركة السياسية رفيعة المستوى لتعزيز التغذية في إفريقيا. هؤلاء القادة هم شخصيات بارزة ملتزمة بجعل التغذية أولوية للجميع وفي كل مكان. تعمل مبادرة "القادة الإفريقيون من أجل التغذية" على تحفيز ودفع التقدم نحو تحقيق الأهداف القارية والعالمية المتعلقة بالتغذية من خلال تعزيز المشاركة السياسية، وبناء الشراكات، وتوسيع قاعدة الأدلة من خلال أدوات دعم التغذية التي تشجع المساءلة وتسريع العمل والاستثمارات لإنهاء سوء التغذية في إفريقيا.

تشمل الإجراءات المحددة التي يمكن للدول الأعضاء النظر فيها لإنشاء بيئة داعمة وإرادة سياسية للحد من فقر الدم ما يلي:

- تأطير فقر الدم كقضية اقتصادية لكسب الإرادة السياسية.
- تحديد ودعم القادة لزيادة الوعي واستدامة الالتزام بالحد من فقر الدم.
- إشراك المنصات السياسية رفيعة المستوى التي تلتزم بالفعل بالحد من سوء التغذية.
- تشجيع اللامركزية في الخدمات الصحية المتعلقة بفقر الدم، الموصى بها لضمان تغطية أوسع للتدخلات داخل الدول.

5. جمع التبرعات من أجل فقر الدم

تحتوي خطط العمل الوطنية ودون الوطنية متعددة القطاعات التي تشمل فقر الدم على قيود في معالجة فقر الدم بشكل شامل، نظرًا لأن هذه البرامج تعتمد على التمويل والتنفيذ المرتبطين بمناطق أخرى مثل صحة الأم، وصحة الطفل، والملاريا. كما تعهدت الحكومات الإفريقية بتخصيص ما لا يقل عن 15% من ميزانياتها السنوية لقطاع الصحة و10% للزراعة، والتي تشمل الأمن الغذائي والتغذية.

تعمل مفوضية الاتحاد الإفريقي على إعداد إطار سياسات متعددة القطاعات خاصة بالتغذية للتوجيه نحو اعتماد نهج متعدد القطاعات لإزالة العوائق أمام الاستثمارات في التغذية وتسريع تحقيق الأهداف القارية والعالمية بشأن التغذية؛ وهدف تمويل للاستثمار في التغذية في إفريقيا لدعم التأييد السياسي رفيع المستوى نحو تأمين الموارد المحلية والإقليمية لتمويل التغذية.

تشمل الإجراءات المحددة التي يمكن للدول الأعضاء النظر فيها لتعزيز جمع التبرعات لفقر الدم ما يلي:

- يمكن أن يكون وضع وتمويل خطط العمل الوطنية لفقر الدم بمثابة محفز لتأمين الالتزامات التمويلية المخصصة لبرامج فقر الدم.

- إنشاء آليات تمويل مبتكرة لتأمين التمويل لمبادرات فقر الدم، التي قد تشمل ترتيبات التمويل القائم على الأداء واتفاقيات التمويل المطابقة، مثل تلك القائمة على تعبئة الموارد المحلية.

6. تطوير القدرات للعمل على تسريع القضاء على فقر الدم

إن تطوير القدرات شرط أساسي حاسم لتحقيق الأهداف المتعلقة بالحد من انتشار فقر الدم.

تشمل الإجراءات المحددة التي يمكن للدول الأعضاء النظر فيها لتطوير القدرات داخل الدول ما يلي:

- إجراء تخطيط شامل للقدرات الحالية لتنفيذ البرامج متعددة القطاعات والمتعددة الأطراف وبناء القدرات المستندة إلى التخطيط.
- تعزيز القدرات داخل الدول لتحليل وضع فقر الدم على جميع المستويات.
- تعزيز قدرات الهيئات الحكومية والجهات الفاعلة غير الحكومية لتنفيذ السياسات المناسبة متعددة القطاعات والمتعددة الأطراف، بما في ذلك التخطيط، وإعداد الميزانية، وتنفيذ برامج فقر الدم متعددة القطاعات.

7. تعزيز مشاركة المجتمع المدني وتمكينه

تلعب منظمات المجتمع المدني دورًا حاسمًا في الدعم، وتعبئة المجتمعات، ومراقبة الالتزامات المتعلقة بالوقاية من فقر الدم والحد منه (41). ومن المستحسن أن تكون منظمات المجتمع المدني جزءًا من جهود الحد من فقر الدم. ويمكن لمنظمات المجتمع المدني المساهمة في تحديد احتياجات المجتمعات، وبناء القدرات للمشاركة المدنية، والدعوة للالتزامات السياسية، والمساعدة في تصميم وتقييم التدخلات، وضمان آليات المساءلة ونظم الرصد لتتبع تأثيرات سياسات التغذية، واستخدام وسائل الإعلام للإعلان عن النجاحات والتحديات في هذا المجال (90).

مجالات العمل 5: تحسين توليد المعرفة المستندة إلى الأدلة ونشرها حول الوقاية من فقر الدم والسيطرة عليه

تم التأكيد على الحاجة إلى البيانات والبحث لإجراء عملية اتخاذ قرار مستنيرة في كافة أجزاء الإطار الاستراتيجي، وكذلك في الخطة الصحية الإفريقية 2016-2030، والخطة الإقليمية للتغذية 2016-2025 وغيرها من الأطر الاستراتيجية للاتحاد الإفريقي ذات الصلة بفقر الدم. وتعتمد خطط العمل المتعلقة بفقر الدم على البيانات الحالية فيما يتعلق بانتشار وأسباب فقر الدم على المستويات الوطنية ودون الوطنية. وتشكل هذه البيانات الأساس لتحديد أهداف وأولويات التدخل.

إذا أظهرت عملية تحليل المشهد الحاجة إلى جمع المزيد من البيانات لتقييم أسباب وعوامل خطر فقر الدم:

1. يتعين النظر في إجراء مسح وطني لأسباب فقر الدم، بما في ذلك تقييم المؤشرات الحيوية لنقص المغذيات الدقيقة، والالتهابات، والعدوى الطفيلية، واضطرابات خلايا الدم الحمراء الوراثية

يوصى بذلك (إذا: 1) أظهر تحليل المشهد وجود نقص في البيانات لاستكمال خوارزمية اتخاذ القرار (الشكل 3)؛ أو 2) مضى أكثر من خمس سنوات منذ إجراء مسح وطني للمغذيات الدقيقة أو أسباب فقر الدم.

يُعتبر إجراء مسح شامل لأسباب فقر الدم على المستوى الوطني مشروعًا ضخمًا، وسيحتاج إلى التزام مالي وقيادة من الحكومات، وإشراك الشركاء الوطنيين والدوليين، وتخطيط دقيق، وتخصيص موارد كافية.

تم تلخيص المؤشرات والأساليب الموصى بها لتحديد أسباب فقر الدم بواسطة جارسيا-كاسال وآخرين (2023) (55). وتتوفر إرشادات تفصيلية للتخطيط وإجراء المسح في دليل أدوات مسح المغذيات الدقيقة، والذي يتضمن العديد من الوحدات والأدوات العملية (56,57).

2. يتعين النظر في إجراء مسح لاستهلاك الغذاء/ممارسات النظام الغذائي إذا لزم الأمر وكان ذلك ممكنًا.

يُوصى بهذا الأمر لاستكمال البيانات حول انتشار نقص المغذيات الدقيقة وتوجيه اختيار التدخلات المناسبة لتحسين المحددات الغذائية لفقر الدم. ويُعتبر مؤشر جودة النظام الغذائي العالمي أداة مُعتمدة لتقييم كفاية المغذيات وعوامل الخطر الغذائية على مستوى السكان. ويمكن دمج مؤشر جودة النظام الغذائي العالمي في الدراسات المقطعية واسعة النطاق، وتتيح تطبيقات الهاتف القائمة على مؤشر جودة النظام الغذائي العالمي جمع البيانات

بتكلفة منخفضة وتسهيل تحليل البيانات. وتتوفر معلومات تفصيلية في دليل أدوات مؤشر جودة النظام الغذائي العالمي (58). ويمكن الحصول على مزيد من المعلومات والموارد المتعلقة بإجراء مسح النظام الغذائي في مركز: المدخول لتقييم النظام الغذائي (59).

يُعتبر جمع البيانات والرصد البحثي أمرًا ضروريًا لتتبع التقدم وتحديد وفهم ومعالجة الثغرات في التغطية، والإنصاف، وجودة تقديم التدخلات. ويتطلب تحقيق هذه الأهداف الاستثمار في القيادة، وبناء القدرات البشرية، والتنسيق والبنية التحتية لتسهيل جمع البيانات وتحليلها، وتوصيلها، واستخدامها، مع تدابير قوية لضمان الجودة.

توجد أيضًا فرص لابتكار واختبار منصات، ومنتجات، وأساليب جديدة للوقاية من فقر الدم ومكافحته. ويجري حاليًا الكثير من هذا البحث في إفريقيا، ولكن كما ورد في الخطة الصحية الإفريقية 2016-2030 "هناك حاجة إلى آليات مؤسسية لتحديد البحث الإفريقي، والقيام به، واستخدامه بطرق يمكن أن تحول قطاع الصحة والاقتصاد والمجتمع الإفريقي ككل" (ص. 20) (7). ويُعد إشراك وتخصيص الموارد للشركاء الأكاديميين الأفارقة إجراءات مهمة نحو تحقيق هذا الهدف.

علاوة على ذلك، وكما أشار إطار العمل الشامل لمنظمة الصحة العالمية، "توجد معلومات محدودة حول فعالية البرامج المتكاملة والمتعددة القطاعات لفقر الدم. ونظرًا لأن مدى الوصول إلى التدخلات الحالية قد يكون غير كافٍ، فإن البحث التطبيقي سيكون مفيدًا لتحديد كيفية زيادة هذا الوصول، وكذلك كيفية زيادة استخدام المرافق الصحية" (ص. 13) (41).

تشمل الإجراءات المقترحة للتعامل مع مجال العمل 5 ما يلي:

- إعداد أجندة بحثية حول فقر الدم لتوليد البيانات ونشرها على جميع المستويات داخل البلد واستخدامها في تصميم وتنفيذ السياسات والبرامج. ويجب أن تكون الأجندة البحثية مدعومة بالاحتياجات السياقية.
- إجراء بحث تطبيقي لفهم العوامل المؤثرة على التغطية، والإنصاف، وجودة البرامج والتدخلات المتعلقة بفقر الدم.
- إجراء بحث محدد بالسياق لملء ثغرات الأدلة وإجراء الأبحاث ولتحديد أفضل الممارسات.
- إجراء تقييمات لتحسين البرامج.
- تسهيل نشر المعرفة بين الأكاديميين والمعاهد وغيرهم من الأطراف المعنية.

في دورها لتوجيه التوافق بين الخطط الوطنية والأولويات والأطر القارية، ستقدم مفوضية الاتحاد الإفريقي الدعم في الأمور التالية:

- تسهيل إنشاء مجتمع قائم على الممارسة على مستوى إفريقيا لتعزيز الاستثمارات في البحث والابتكار.
- دعم إجراء دراسات شاملة لتوافر البيانات الحديثة حول فقر الدم في جميع الدول الأعضاء.
- دعم الدول الأعضاء في إعداد أجندة بحثية حول فقر الدم لتوليد البيانات.

مراقبة التقدم نحو الحد من فقر الدم في إفريقيا

تمثل قلة البيانات الخاصة بمراقبة وتقييم فقر الدم تحديًا رئيسيًا. ويعد توفر معلومات موثوقة ومتسقة داخل البلدان وبينها أمرًا أساسيًا لاتخاذ قرارات فعالة ونجاح تنفيذ خطط العمل الوطنية الممولة للحد من فقر الدم بين السكان. ولمراقبة التقدم نحو تحقيق الهدف العالمي للحد من فقر الدم على المستوى الوطني، يتم اقتراح مجموعة من المؤشرات الأساسية في الجدول 1 لإرشاد الدول الأعضاء في تطوير أو تحديث أطر المراقبة والتقييم. وتتماشى المؤشرات الأساسية المقترحة مع الإطار المفاهيمي لتسريع الحد من فقر الدم في إفريقيا (الشكل 2) وهي ليست شاملة ولكنها توفر أمثلة على المؤشرات التي يمكن تضمينها في الأطر الوطنية للمراقبة والتقييم. وستكون هناك حاجة إلى جهود مكملية لبناء قدرات المراقبة والتقييم الوطنية.

بالإضافة إلى المراقبة على المستوى الوطني، ستساهم الجهود الرامية إلى تحديد ونشر أفضل الممارسات والدروس المستفادة في توسيع نطاق الاستجابات الفعالة وضمان المساءلة لتحقيق الهدف القاري للحد من فقر الدم. وستتولى مفوضية الاتحاد الإفريقي في دورها لتسهيل نظام مشترك للمراقبة والمساءلة بين الدول الأعضاء تحديد المؤشرات التي يجب اختيارها لمراقبة الأنشطة التي تقوم بها الدول الأعضاء ضمن مجالات العمل، خاصة مجال العمل 1 (تحليل البيانات حول أسباب وعوامل خطر فقر الدم لاتخاذ قرارات فعالة)، ومجال العمل 4 (تعزيز الحوكمة، والقيادة، والشراكات، والاتصال والتنسيق على جميع المستويات)، ومجال العمل 5 (تحسين توليد ونشر المعرفة المستندة إلى الأدلة حول الوقاية من فقر الدم ومكافحته).

الجدول 1: المؤشرات الأساسية التي يمكن النظر في تضمينها في أطر المراقبة والتقييم الوطنية

المؤشرات المقترحة	التسلسل الهرمي للأهداف	
نسبة انتشار فقر الدم بين الفتيات المراهقات والنساء في سن الإنجاب (من 15 إلى 49 عامًا)	انخفاض معدل فقر الدم بين الفتيات المراهقات والنساء في سن الإنجاب (من 15 إلى 49 عامًا)	التأثير
<ul style="list-style-type: none"> - نسبة النساء في سن الإنجاب/النساء الحوامل/الأطفال الذين لديهم مخزون كافٍ من الحديد (مثل فيريتين المصل) - نسبة النساء في سن الإنجاب/النساء الحوامل/الأطفال الذين لديهم مخزون كافٍ من حمض الفوليك (مثل حمض الفوليك في مصل الدم، وحمض الفوليك في كرات الدم الحمراء) - نسبة النساء في سن الإنجاب/النساء الحوامل/الأطفال الذين لديهم مستوى كافٍ من فيتامين ب12 (مثل فيتامين ب12 في مصل الدم) - نسبة النساء في سن الإنجاب/النساء الحوامل/الأطفال الذين لديهم مستوى كافٍ من فيتامين أ (مثل ريتينول المصل) 	تحسن حالة المغذيات الدقيقة	النتائج
<ul style="list-style-type: none"> - معدل الإصابة بالمalaria (لكل 1,000 من السكان المعرضين للخطر) - نسبة الأطفال/النساء الحوامل الذين يحتاجون للعلاج الوقائي الكيميائي للديدان الطفيلية - نسبة السكان الذين يحتاجون للوقاية الكيميائية من البلهارسيا - نسبة انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين البالغين - معدل الإصابة بالسل (لكل 100,000 من السكان سنويًا) 	انخفاض نسبة العدوى، والالتهاب، والأمراض المزمنة	
<ul style="list-style-type: none"> - نسبة انتشار النزيف الحاد بعد الولادة بين النساء من سن 15 إلى 49 عامًا - نسبة انتشار فقدان الدم الحاد أثناء الحيض بين النساء من سن 15 إلى 49 عامًا 	انخفاض أمراض النساء والتوليد	
<ul style="list-style-type: none"> - نسبة حديثي الولادة المعروفين كحاملين لفقر الدم المنجلي - نسبة حديثي الولادة المعروفين كحاملين للثلاسيميا - نسبة الأفراد المصابين بفقر الدم المنجلي الذين يتلقون العلاج - نسبة الأفراد المصابين بالثلاسيميا الذين يتلقون العلاج 	تحسن فحص وإدارة اضطرابات الهيموغلوبين الوراثية	
<p style="text-align: center;">تنوع النظام الغذائي</p> <ul style="list-style-type: none"> - نسبة النساء من سن 15 إلى 49 عامًا اللواتي يحققن الحد الأدنى لتنوع النظام الغذائي - نسبة السكان الذين يستهلكون الأطعمة الغنية بالمغذيات الدقيقة 	تحسين حالة المغذيات الدقيقة	مؤشرات العمليات/النواتج
<p style="text-align: center;">التحصين</p> <ul style="list-style-type: none"> - نسبة السكان الذين يستهلكون الأطعمة المحصنة بشكل كافٍ 		
<p style="text-align: center;">المكملات الغذائية</p> <ul style="list-style-type: none"> - نسبة النساء الحوامل من سن 15 إلى 49 عامًا اللواتي يتناولن أكثر من 90 مكملًا غذائيًا من مكملات الحديد وحمض الفوليك - نسبة النساء الحوامل من سن 15 إلى 49 عامًا اللواتي يتلقين مكملات غذائية متعددة المغذيات - نسبة الفتيات والنساء غير الحوامل اللواتي يتناولن مكملات الحديد - نسبة الأطفال من سن 6 إلى 24 شهرًا الذين يتناولون مكملات الحديد 		
<p style="text-align: center;">التحصين عند الاستخدام</p> <ul style="list-style-type: none"> - نسبة الأطفال من سن 6 إلى 24 شهرًا الذين يتناولون مساحيق المغذيات الدقيقة 		
<p style="text-align: center;">التحصين الحيوي</p> <ul style="list-style-type: none"> - نسبة السكان الذين يستهلكون الأطعمة المحصنة حيويًا 		

<p>التشجيع على الرضاعة الطبيعية المثلى والتغذية التكميلية للأطفال الرضع والصغار</p> <ul style="list-style-type: none"> - نسبة الأطفال من سن 6 إلى 24 شهراً الذين يحققون الحد الأدنى للنظام الغذائي المقبول - نسبة الرضع دون 6 أشهر الذين تقتصر تغذيتهم على الرضاعة الطبيعية 		
<p>الملايا</p> <ul style="list-style-type: none"> - نسبة الأسر التي تستخدم الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية/الرش الموضعي بالمبيدات الحشرية - نسبة الأطفال الذين يتلقون الوقاية الكيميائية من الملايا - نسبة النساء الحوامل اللواتي يتلقين الوقاية الكيميائية من الملايا 	<p>خفض نسبة العدوى، والالتهاب، والأمراض المزمنة</p>	
<p>الديدان الطفيلية</p> <ul style="list-style-type: none"> - نسبة الأطفال الذين يتلقون الوقاية الكيميائية من الديدان الطفيلية - نسبة النساء الحوامل اللواتي يتلقين الوقاية الكيميائية من الديدان الطفيلية 		
<p>البلهارسيا</p> <ul style="list-style-type: none"> - نسبة السكان المؤهلين الذين يتلقون الوقاية الكيميائية من البلهارسيا 		
<p>فيروس نقص المناعة البشرية</p> <ul style="list-style-type: none"> - نسبة الأفراد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية الذين يتلقون العلاج بمضادات الفيروسات 		
<p>السل</p> <ul style="list-style-type: none"> - نسبة نجاح علاج السل لدى المرضى الجدد (نسبة الحالات الجديدة في السنة التي أكملت العلاج بنجاح) 		
<p>فقدان الدم الحاد أثناء الحيض</p> <ul style="list-style-type: none"> - نسبة النساء من سن 15 إلى 49 عامًا اللواتي يتلقين وسائل منع الحمل الحديثة 	<p>خفض أمراض النساء والتوليد</p>	
<p>النزيف الحاد بعد الولادة</p> <ul style="list-style-type: none"> - نسبة النساء الحوامل اللواتي يتلقين الأدوية المنشطة للرحم 		
<p>تأخير قطع الحبل السري</p> <ul style="list-style-type: none"> - نسبة الولادات التي يتم فيها تأخير قطع الحبل السري 		
<p>مؤشرات أخرى للنظر فيها</p> <ul style="list-style-type: none"> - نسبة الولادات التي يحضرها طاقم صحي ماهر - نسبة الفتيات والنساء اللواتي يتلقين استشارات حول تنظيم الأسرة والتباعد بين الولادات - نسبة المراهقين الذين يتلقون تعليمات/استشارات حول منع الحمل المبكر 		
<ul style="list-style-type: none"> - نسبة حديثي الولادة الذين يتم فحصهم للكشف عن اضطرابات الهيموغلوبين - نسبة الأفراد المصابين بفقر الدم المنجلي الذين لديهم إمكانية وصول إلى مرافق العلاج - نسبة الأفراد المصابين بالثلاسيميا الذين لديهم إمكانية وصول إلى مرافق العلاج 	<p>تحسين فحص وإدارة اضطرابات خلايا الدم الحمراء الوراثية</p>	
<p>تحليل المشهد (مصادر البيانات الحالية/مسح المغذيات الدقيقة الوطني أو أسباب فقر الدم)</p> <ul style="list-style-type: none"> - تم تحليل البيانات التي تم جمعها سابقاً حول فقر الدم ومحدداته بشكل منهجي واستخدامها في اتخاذ القرارات. 	<p>تحليل البيانات حول أسباب وعوامل خطر فقر الدم لاتخاذ قرارات فعالة</p>	<p>مجالات العمل</p>
<ul style="list-style-type: none"> - نسبة العاملين الصحيين المدربين - نسبة العاملين الصحيين المهرة - نسبة المجتمعات التي تتوفر فيها التدخلات ذات الأولوية 	<p>إعطاء الأولوية للتدخلات الوقائية والعلاجية الرئيسية</p>	

تحسين منصات تقديم الخدمات المتكاملة للوفاية من فقر الدم والسيطرة عليه عبر القطاعات	- إجراء عملية التكامل عبر السياسات - إجراء عملية التكامل عبر المراقبة والتقييم
تعزيز الحوكمة، والقيادة، والشراكات، والإتصال والتنسيق على جميع المستويات	- وجود فريق عمل متعدد القطاعات مختص بفقر الدم - وجود سياسات متعلقة بفقر الدم متكاملة عند الإمكان
تحسين توليد المعرفة المستندة إلى الأدلة ونشرها حول الوفاية من فقر الدم والسيطرة عليه	- إعداد أجنحة بحثية حول فقر الدم. - إجراء بحث تطبيقي لفهم العوامل المؤثرة على التغطية، والإنصاف، وجودة تقديم برامج فقر الدم. - تنفيذ مسح لاستهلاك الغذاء/ممارسات النظام الغذائي.

الإجراءات المستقبلية

سنتولى مفوضية الاتحاد الإفريقي مسؤولية تنسيق وتوحيد الخطط الوطنية، ودعم تنفيذ الإطار الاستراتيجي من خلال بناء القدرات، وتبادل المعرفة، وآليات الدعم والمساءلة، بالتعاون الوثيق مع وكالة تنمية الاتحاد الإفريقي والشراكة الجديدة لتنمية إفريقيا، والمراكز الإفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها، والمجتمعات الاقتصادية الإقليمية، والدول الأعضاء.

بالإضافة إلى ذلك، يتعين على الأطراف المعنية المتعددة أن تلعب دورًا في هذه العملية إلى جانب دعم التنفيذ والمراقبة والتقييم.

مفوضية الاتحاد الإفريقي	قيادة جهود نشر الإطار الاستراتيجي؛ وتدبير الموارد؛ وتسهيل الدعم، والمشاورات التقنية، والحوارات السياسية؛ وتوجيه توحيد الخطط الوطنية مع الأولويات وأطر العمل القارية؛ وتسهيل إيجاد نظام مشترك للرصد والمساءلة (بطاقة الأداء).
المجتمعات الاقتصادية الإقليمية	تقديم الدعم التقني والتنسيق للدول الأعضاء؛ والتأييد من أجل حشد الموارد؛ ومراقبة وتقديم تقارير حول التقدم المحرز.
الدول الأعضاء	ضمان وجود بيئة تشريعية وسياسية ممكنة للوقاية من فقر الدم والسيطرة عليه؛ وإنشاء آليات تنسيق متعددة القطاعات لوضع خطط العمل المتعلقة بفقر الدم وتنفيذها ومراقبتها؛ وتخصيص الميزانيات لتنسيق تسليم التدخلات والمراقبة؛ وتقديم تقارير حول التقدم المحرز إلى المجتمعات الاقتصادية الإقليمية ومفوضية الاتحاد الإفريقي؛ والمشاركة في المنصات الفنية والسياسية ومشاركة البيانات على المستوى الإقليمي والقاري.
المجتمع المدني	مشاركة المجتمع والمواطنين؛ وتنفيذ منظمات المجتمع المدني للتدخلات المتعلقة بفقر الدم ومراقبتها لها ودعمها؛ ودعم قنوات الإعلام في التواصل والمناصرة؛ ومساهمة القطاع الخاص في التقنية، والتمويل، والمهارات.
النواحي الأكاديمية	تصميم وقيادة الأبحاث التي تعزز استراتيجيات وسياسات وتدخلات فعّالة وقابلة للتنفيذ للوقاية من فقر الدم والسيطرة عليه في إفريقيا.
شركاء التنمية الدوليون	تقديم الدعم الفني والمالي للدول الأعضاء لوضع وتنفيذ ومراقبة وتقييم خطط العمل متعددة القطاعات الخاصة بفقر الدم والمُصممة وفقًا للسياق المحلي، والمتماشية مع الأهداف والأطر الاستراتيجية للاتحاد الإفريقي.

تعد المراقبة والتقييم والمساءلة أساسية لنجاح هذه الجهود. ونظرًا للطبيعة المعقدة والمتعددة الأوجه لفقر الدم، فإن جمع البيانات بشكل دوري في كل دولة من الدول الأعضاء يعد ضروريًا لتتبع انتشار فقر الدم، وأسبابه الرئيسية، وتقديم التدخلات. سيساهم إنشاء آليات للإبلاغ على المستويات

الوطنية والإقليمية والقارية في تعزيز المساواة، وزيادة الفعالية، وتسهيل التعلم في هذا الجهد الجماعي للوقاية من فقر الدم والسيطرة عليه في جميع أنحاء إفريقيا.

يمثل فقر الدم مشكلة صحية وتنموية مستمرة وشاملة ذات أسباب معقدة. ويمكن تقليل عبء فقر الدم في إفريقيا، ولكن ذلك لن يتحقق إلا من خلال الجهود المتضافرة لاستجابة شاملة ومنسقة ومتكاملة عبر مختلف القطاعات.

المراجع

1. WHO. Anaemia [Internet]. 2023. متاح على: <https://www.who.int/health-topics/anaemia>.
2. Haas, J.D., Brownlie, T. 4th. Iron deficiency and reduced work capacity: a critical review of the research to determine a causal relationship. *Journal of Nutrition*. 2001 Feb;131(2S-2):676S-688S.
3. Jung J, Rahman MdM, Rahman MdS, Swe KT, Islam MdR, Rahman MdO, et al. Effects of hemoglobin levels during pregnancy on adverse maternal and infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2019;1450(1):69–82.
4. Larson LM, Kubes JN, Ramírez-Luzuriaga MJ, Khishen S, H. Shankar A, Prado EL. Effects of increased hemoglobin on child growth, development, and disease: a systematic review and meta-analysis. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2019;1450(1):83–104.
5. Nutrition International, African Union, WHO. Landscape analysis of anaemia and its determinants in Africa. 2023.
6. GBD 2021 Anaemia Collaborators. Prevalence, years lived with disability, and trends in anaemia burden by severity and cause, 1990-2021: findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Haematology*. 10(9):E713–34.
7. African Union. Africa Health Strategy 2016-2030 [Internet]. 2015. متاح على: https://au.int/sites/default/files/pages/32895-file-africa_health_strategy.pdf
8. African Union. Africa Regional Nutrition Strategy 2015-2025 [Internet]. 2015. متاح على: https://au.int/sites/default/files/pages/32895-file-arns_english.pdf
9. WHO. Sixty-fifth World Health Assembly [Internet]. 2012. متاح على: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-en.pdf
10. Global Nutrition Report. 2021 Global Nutrition Report: The state of global nutrition. Bristol, UK: Development Initiatives; 2021.
11. African Leaders for Nutrition Initiative. Continental Nutrition Accountability Scorecard. Scorecard. متاح على: <https://afdb-scorecard.invenus.dev/en/scorecard>.
12. Chaparro CM, Suchdev PS. Anemia epidemiology, pathophysiology, and etiology in low- and middle-income countries. *Ann N Y Acad Sci*. 2019 Aug;1450(1):15–31.

- Stevens, Gretchen A., Beal, T., Mbuya, M.N.N., Luo, H., Neufeld, Lynnette M. Micronutrient deficiencies among preschool-aged children and women of reproductive age worldwide: A pooled analysis of individual-level data from population-representative surveys. *The Lancet Global Health*. 2022;10(11):e1590–9. 13.
- WHO. Vitamin and Mineral Information System (VMNIS) Micronutrients database [Internet]. 14. <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/databases/vitamin-and-mineral-nutrition-information-system>: متاح على: [cited 2023 Jun 20].
- WHO. Estimated number of people (all ages) living with HIV [Internet]. 2023. 15. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-number-of-people--living-with-hiv>: متاح على:
- WHO. Global Health Observatory. 2023. Tuberculosis. 16. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/tuberculosis>: متاح على:
- WHO. Malaria [Internet]. [cited 2023 Jun 23]. 17. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria>: متاح على:
- Bates, I., McKew, S., Sarkinfada, F. Anaemia: A Useful Indicator of Neglected Disease Burden and Control. *PLOS Medicine*. 2007;4(8):e231. 18.
- Karlsson, T.S., Marions, L.B., Edlund, M.G. Heavy menstrual bleeding significantly affects quality of life. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2014;93(1):52–7. 19.
- Fraser, I.S., Mansour, D., Breyman, C., Hoffman, C., Mezzacasa, A., Petraglia, F. Prevalence of heavy menstrual bleeding and experiences of affected women in a European patient survey. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2015;128(3):196–200. 20.
- Kocaoz, S., Cirpan, R., Degirmencioglu, A.Z. The prevalence and impacts heavy menstrual bleeding on anaemia, fatigue and quality of life in women of reproductive age. *Pakistan Journal of Medical Science*. 2019 Apr;35(2):365–70. 21.
- Santos, I.S., Minten, G.C., Valle, N.C., Tuerlinckx, G.C., Silva, A.B., Pereira, G.A., et al. Menstrual bleeding patterns: A community-based cross-sectional study among women aged 18-45 years in Southern Brazil. *BMC Women's Health*. 2011;11(26). 22.
- Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2008 Dec 1;22(6):999–1012. 23.
- Milman, N. Postpartum anaemia I: definition, prevalence, causes, and consequences. *Annals of Hematology*. 2011;90(11):1247–53. 24.
- Forbes G, Akter S, Miller S, Galadanci H, Qureshi Z, Fawcus S, et al. Factors influencing postpartum haemorrhage detection and management and the implementation of a new postpartum haemorrhage care bundle (E-MOTIVE) in Kenya, Nigeria, and South Africa. *Implement Sci*. 2023 Jan 11;18:1. 25.

- Mpemba, F., Kampo, S., Zhang, X. Towards 2015: post-partum haemorrhage in sub-Saharan Africa still on the rise. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;23(5–6):774–83. 26.
- Sefah N, Ndebele S, Prince L, Korasare E, Agbleke M, Nkansah A, et al. Uterine fibroids — Causes, impact, treatment, and lens to the African perspective. *Front Pharmacol*. 2023 Jan 10;13:1045783. 27.
- Stewart E, Cookson C, Gandolfo R, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2017;124(10):1501–12. 28.
- Lou Z, Huang Y, Li S, Luo Z, Li C, Chu K, et al. Global, regional, and national time trends in incidence, prevalence, years lived with disability for uterine fibroids, 1990–2019: an age-period-cohort analysis for the global burden of disease 2019 study. *BMC Public Health*. 2023 May 19;23(1):916. 29.
- Balarajan, Y., Ramakrishnan, U., Ozaltin, E., Shankar, A.H., Subramanian, S.V. Anaemia in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2011;378(9809):2123–35. 30.
- Weatherall, D.J. The inherited diseases of hemoglobin are an emerging global health burden. *Blood*. 2010 Jun 3;115(22):4331–6. 31.
- WHO Africa [Internet]. 2022. African health ministers launch drive to curb sickle cell disease toll. <https://www.afro.who.int/news/african-health-ministers-launch-drive-curb-sickle-cell-disease-toll>: متاح على: disease-toll 32.
- Howes, R.E., Piel, F.B., Patil, A.P., Nyangiri, O.A., Gething, P.W., Dewi, M., et al. G6PD deficiency prevalence and estimates of affected populations in malaria endemic countries: a geostatistical model-based map. *PLOS Medicine*. 2012;9(11):e1001339. 33.
- Africa – Regional Overview of Food Security and Nutrition 2021 [Internet]. FAO; 2021 [cited 2024 Jul 3]. <http://www.fao.org/documents/card/en/c/cb7496en>: متاح على: 34.
- WHO. Global Health Observatory. 2023. Maternal and reproductive health [Internet]. [cited 2024 Jun 17]. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/maternal-and-reproductive-health>: متاح على: 35.
- WHO. Global Health Observatory. 2023. Coverage of essential health services [Internet]. [cited 2024 Jun 17]. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>: متاح على: 36.
- WHO. Global Health Observatory. 2023. Water, sanitation and hygiene [Internet]. [cited 2024 Jun 17]. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/water-sanitation-and-hygiene>: متاح على: 37.
- Nguyen MC, Wu H, Lakner C, Schoch M. March 2021 Update to the Multidimensional Poverty Measure: What's New [Internet]. World Bank; 2021 [cited 2024 Jun 17]. <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/35390> 38.
- Atinmo T, Mirmiran P, Oyewole OE, Belahsen R, Serra-Majem L. Breaking the poverty/malnutrition cycle in Africa and the Middle East. *Nutr Rev*. 2009 May;67 Suppl 1:S40-46. 39.

- Hess S, Owais A, Jefferds M, Cahill A, Rogers L. Accelerating action to reduce anaemia: review of causes and risk factors and related data needs. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2023;1523:11–23. 40.
- WHO. Accelerating anaemia reduction A comprehensive framework for action [Internet]. 2023 41.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anaemia> : متاح على: [cited 2023 Oct 3].
- Hess SY, Cahill A, Owais A, Rogers LM, Jefferds MED, Young MF. Accelerating action to reduce anemia: Review of causes and risk factors and related data needs. *Ann NY Acad Sci*. 2023;(1523):11–23. 42.
- WHO. Global anaemia reduction efforts among women of reproductive age: impact, achievement of targets and the way forward for optimizing efforts [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 12];
<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240012202> : متاح على: [12]. 43.
- Williams AM, Addo OY, Grosse SD, Kassebaum NJ, Rankin Z, Ballesteros KE, et al. Data needed to respond appropriately to anemia when it is a public health problem. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2019;1450(1):268–80. 44.
- Ministry of Health FGS, FMS, Somaliland, UNICEF, Brandpro, GroundWork. Somalia Micronutrient Survey 2019. 2020. 45.
- Ministry of Health and Sanitation (Sierra Leone), UNICEF, Helen Keller International, WHO. 2013 Sierra Leone Micronutrient Survey [Internet]. 2013. 46.
https://groundworkhealth.org/wp-content/uploads/2016/03/SLMS-Report_FINAL_151203.pdf
 متاح على:
- Ministry of Health, Institut de Technologie Alimentaire (ITA), Nutrition International, Laboratoire de Recherche en Alimentation et Nutrition Humaine de l'Université Cheikh Anta Diop (LARNAH), Agence Nationale de la Statistiques et de la Demographie (ANSD), FAO, et al. Senegal National Nutrition Survey 2018 [Internet]. 2018. 47.
https://groundworkhealth.org/wp-content/uploads/2023/03/ENGLISH_Senegal-Micronutrient-Survey-2018_Report_230307_FINAL.pdf
 متاح على:
- National Statistical Office, Community Health Services Unit, Centers for Disease Control and Prevention, Emory University. Malawi Micronutrient Survey 2015-16 [Internet]. 2017. 48.
<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR319/FR319.m.final.pdf>
 متاح على:
- University of Ghana, GroundWork, University of Wisconsin-Madison, KEMRI-Wellcome Trust, UNICEF. Ghana Micronutrient Survey 2017 [Internet]. 2017. 49.
https://groundworkhealth.org/wp-content/uploads/2018/06/UoG-GroundWork_2017-GHANA-MICRONUTRIENT-SURVEY_Final_180607.pdf
 متاح على:
- National Nutrition Agency - Gambia, UNICEF, Gambia Bureau of Statistics, GroundWork. Gambia National Micronutrient Survey 2018 [Internet]. 2019. 50.
https://groundworkhealth.org/wp-content/uploads/2019/03/GNMS2018-Final-Report_190325.pdf
 متاح على:
- Andersen CT, Tadesse AW, Bromage S, Fekadu H, Hemler EC, Passarelli S, et al. Anemia Etiology in Ethiopia: Assessment of Nutritional, Infectious Disease, and Other Risk Factors in a 51.

- Population-Based Cross-Sectional Survey of Women, Men, and Children. *The Journal of Nutrition*. 2022 Feb;152(2):501–12.
- SPRING. Understanding Anemia: Guidance for Conducting a Landscape Analysis [Internet]. 52. Second Edition Arlington, VA: Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) projec. 2017;
- SPRING. Multi-sectoral Anemia Efforts at the National Level in Uganda: Process 53. Documentation Findings [Internet]. Second Edition Arlington, VA: Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) projec [Internet]. 2017; متاح على: https://spring-nutrition.org/sites/default/files/publications/reports/uganda_maps_report_2-1-18.pdf
- SPRING. Multi-sectoral Anemia Efforts at the National Level in Sierra Leone: Process 54. Documentation Findings [Internet]. Arlington, VA: Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) project. 2018;
- Garcia-Casal MN, Dary O, Jefferds ME, Pasricha SR. Diagnosing anemia: Challenges 55. selecting methods, addressing underlying causes, and implementing actions at the public health level. *Ann N Y Acad Sci*. 2023 Jun;1524(1):37–50.
- Centers for Disease Control and Prevention, Nutrition International, UNICEF. Micronutrient 56. Survey Manual & Toolkit [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 18]. متاح على: <https://mnsurvey.nutritionintl.org/>
- WHO. Micronutrient survey manual [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 26]. 57. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240012691>
- Intake. Global Diet Quality Score Toolkit. Washington, DC: Intake – Center for Dietary 58. Assessment/FHI Solutions. 2022;
- Intake. Innovations [Internet]. [cited 2024 Jul 3]. 59. متاح على: <https://www.intake.org/index.php/innovations>
- Lopez de Romaña D, Mildon A, Golan J, Jefferds MED, Arabi M. Review of intervention 60. products for use in the prevention and control of anemia. *Ann N Y Acad Sci*. 2023;1529(1):42–60.
- Da Silva Lopes K, Yamaji N, Rahman MdO, Suto M, Takemoto Y, Garcia-Casal MN, et al. 61. Nutrition-specific interventions for preventing and controlling anaemia throughout the life cycle: an overview of systematic reviews. *Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. 2021 Sep 26 [cited 2024 Jun 14];2022(1). متاح على: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013092.pub2>
- Moorthy D, Merrill R, Namaste S, Iannotti L. The Impact of Nutrition-Specific and Nutrition- 62. Sensitive Interventions on Hemoglobin Concentrations and Anemia: A Meta-review of Systematic Reviews. *Advances in Nutrition*. 2020 Nov;11(6):1631–45.
- African Union Development Agency. Africa Common Position on Food Systems: Regional 63. submission to the UN food systems summit. 2021.

- Osendarp SJM, Martinez H, Garrett GS, Neufeld LM, De-Regil LM, Vossenaar M, et al. Large-Scale Food Fortification and Biofortification in Low- and Middle-Income Countries: A Review of Programs, Trends, Challenges, and Evidence Gaps. *Food Nutr Bull.* 2018;39(2):315–31. 64.
- WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. World Health Organization; 2016. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912> 65.
- Sununtasuk C, D'Agostino A, Fiedler JL. Iron+folic acid distribution and consumption through antenatal care: identifying barriers across countries. *Public Health Nutr.* 2016 Mar;19(4):732–42. 66.
- Siekman K, Roche M, Kung'u JK, Desrochers RE, De-Regil LM. Barriers and enablers for iron folic acid (IFA) supplementation in pregnant women. *Maternal & Child Nutrition.* 2018;14(S5):e12532. 67.
- WHO. Guideline: Daily iron supplementation in adult women and adolescent girls [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241510196> 68.
- WHO. Guideline. Intermittent iron and folic acid supplementation in menstruating women [Internet]. World Health Organization; 2011. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241502023> 69.
- Mildon A, Lopez De Romaña D, Jefferds MED, Rogers LM, Golan JM, Arabi M. Integrating and coordinating programs for the management of anemia across the life course. *Annals of the New York Academy of Sciences.* 2023 Jul;1525(1):160–72. 70.
- WHO. Guideline: daily iron supplementation in infants and children [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2024 Jun 18]. 44 p. متاح على: <https://iris.who.int/handle/10665/204712> 71.
- WHO. Guideline: Use of multiple micronutrient powders for point-of-use fortification of foods consumed by infants and young children aged 6-23 months and children 2-12 years. Geneva: World Health Organization; 2016. 72.
- WHO. Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age. Geneva: World Health Organization; 2023. 73.
- WHO. WHO Guidelines for malaria. Geneva: World Health Organization; 2022. 74.
- UNDP. The Comprehensive Multisectoral Action Framework: Malaria and Sustainable Development [Internet]. United Nations Development Programme; 2022. متاح على: <https://www.undp.org/publications/comprehensive-multisectoral-action-framework-malaria-and-sustainable-development> 75.
- WHO. Preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in at-risk population groups. Geneva: World Health Organization; 2017. 76.

77. WHO. WHO guideline on control and elimination of human schistosomiasis [Internet]. 2022. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041608>
78. WHO. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries [Internet]. World Health Organization; 2011. <https://iris.who.int/handle/10665/44691>
79. WHO. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections [Internet]. World Health Organization; 2018. متاح على: <https://iris.who.int/handle/10665/275377>
80. African Union Commission. Maputo Plan of Action 2016-2030: Universal access to comprehensive sexual and reproductive health services in Africa. 2015.
81. World Health Organization. Early essential newborn care: clinical practice pocket guide, 2nd edition [Internet]. WHO Regional Office for the Western Pacific; 2022. متاح على: <https://iris.who.int/handle/10665/361145>
82. WHO, editor. IMAI district clinician manual: hospital care for adolescents and adults: guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011. 2 p.
83. World Health Organization. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2024 Jun 17]. متاح على: <https://iris.who.int/handle/10665/275474>. 112 p.
84. WHO, Regional Office for Europe, European Observatory on Health System and Policies, Sagan A, McDaid D, Rajan S, Farrington J, et al. Screening: when is it appropriate and how can we get it right? [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2020. متاح على: <https://iris.who.int/handle/10665/330810> Relation
85. World Health Organization. Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses [Internet]. 2nd ed. Pocketbook of hospital care for children. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2024 Jun 12]. متاح على: <https://iris.who.int/handle/10665/81170>
86. Heidkamp RA, Wilson E, Menon P, Kuo H, Walton S, Gatica-Domínguez G, et al. How can we realise the full potential of health systems for nutrition? BMJ. 2020 Jan 26;16911.
87. Global Nutrition Report. The first global accountability framework for nutrition – Global Nutrition Report 2022 [Internet]. [cited 2024 Jun 17]. متاح على: <https://globalnutritionreport.org/reports/2022-global-nutrition-report/first-global-accountability-framework-for-nutrition/>
88. Nutrition International. Cost of Inaction Tool: What is the economic cost of stunting, anaemia, and low birthweight per year? [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 18]. متاح على: <https://www.nutritionintl.org/learning-resource/cost-inaction-tool/>

Walters D, Kakietek J, Eberwein JD, Shekar M. An Investment Framework for Meeting the 89.
Global Nutrition Target for Anemia.

Busse H, Covic N, Aakesson A, Jogo W. What Is the Role of Civil Society in Multisectoral 90.
Nutrition Governance Systems? A Multicountry Review. *Food Nutr Bull.* 2020;41(2):244–60.

الملاحق

الملحق 1: الأسباب المباشرة لفقر الدم وفجوات البيانات، حسب دول الاتحاد الإفريقي (البيانات المستمدة من التحليل الشامل إلا إذا تم الإشارة إلى غير ذلك)

الدولة	المنطقة	نقص الحديد (الأطفال أقل من 5 سنوات)	نقص الحديد (النساء في سن الإنجاب)	الملايا (لكل 1,000)	الديدان الطفيلية (الحاجة للعلاج الوقائي)	الديدان الطفيلية (الحاجة للعلاج الوقائي)	فقر الدم المنجلي (تقديرات المواليد/سنة)*	نقص إنزيم G6PD
جمهورية إفريقيا الوسطى	وسط إفريقيا	-	15.3	400-300	1- 4.9 مليون	1,000	<7-13%	
جمهورية الكونغو الديمقراطية	وسط إفريقيا	-	-	400-300	<10 ملايين	40,000	<13-20%	
جمهورية ساو تومي وبرينسيبي الديمقراطية	وسط إفريقيا	-	-	50-1	>200 ألف	40	-	
جمهورية الغابون	وسط إفريقيا	-	-	300-200	>1 مليون	1,000	<7-13%	
جمهورية بوروندي	وسط إفريقيا	-	-	300-200	>1 مليون	800	<7-13%	
جمهورية الكاميرون	وسط إفريقيا	20.6	-	300-200	1- 4.9 مليون	7,500	<7-13%	
جمهورية تشاد	وسط إفريقيا	-	-	300-200	1- 4.9 مليون	2,400	<13-20%	
جمهورية غينيا الاستوائية	وسط إفريقيا	-	-	300-200	>200 ألف	450	<7-13%	
جمهورية الكونغو	وسط إفريقيا	-	10.0	300-200	>1 مليون	2,000	<20%	
جمهورية إثيوبيا الفيدرالية الديمقراطية	شرق إفريقيا	17.8	-	100-50	<10 ملايين	130	≥7%	
جمهورية الصومال الفيدرالية	شرق إفريقيا	42.9	-	100-50	1- 4.9 مليون	20	>7%	
جمهورية جيبوتي	شرق إفريقيا	-	-	100-50	>200 ألف	0	≥7%	
جمهورية كينيا	شرق إفريقيا	21.8	41.4	100-50	5- 19.9 مليون	5,800	<7-13%	
جمهورية مدغشقر	شرق إفريقيا	-	-	200-100	<10 ملايين	4,900	<13-20%	
جمهورية موريشيوس	شرق إفريقيا	-	-	لا توجد	لا توجد	0	-	
جمهورية رواندا	شرق إفريقيا	-	-	200-100	1- 4.9 مليون	770	>7%	
جمهورية سيشيل	شرق إفريقيا	-	-	لا توجد	لا توجد	-	-	
جمهورية جنوب السودان	شرق إفريقيا	-	-	300-200	>1 مليون	-	<13-20%	
جمهورية السودان	شرق إفريقيا	10.0	58.4	100-50	1- 4.9 مليون	5,300	<13-20%	
جمهورية أوغندا	شرق إفريقيا	-	-	300-200	5- 19.9 مليون	14,000	<13-20%	
دولة إريتريا	شرق إفريقيا	-	-	50-1	>1 مليون	9	≥7%	
اتحاد جزر القمر	شرق إفريقيا	-	-	50-1	>1 مليون	30	-	
جمهورية تنزانيا المتحدة	شرق إفريقيا	-	-	200-100	99.9-20 مليون	18,000	<13-20%	
جمهورية مصر العربية	شمال إفريقيا	-	-	لا توجد	لا توجد	1,100	-	
الجمهورية الإسلامية الموريتانية	شمال إفريقيا	-	-	50-1	>1 مليون	500	<7-13%	
المملكة المغربية	شمال إفريقيا	30.3	-	لا توجد	لا توجد	35	-	
الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية	شمال إفريقيا	23.3	28.7	لا توجد	لا توجد	170	-	
جمهورية تونس	شمال إفريقيا	-	-	لا توجد	لا توجد	75	-	
الجمهورية العربية الصحراوية الديمقراطية	شمال إفريقيا	-	-	-	-	4	-	
دولة ليبيا	شمال إفريقيا	-	-	لا توجد	لا توجد	160	-	
مملكة إسواتيني	جنوب إفريقيا	-	-	>1	>200 ألف	4	<7-13%	
مملكة ليسوتو	جنوب إفريقيا	-	-	لا توجد	>1 مليون	0	-	

الدولة	المنطقة	نقص الحديد (الأطفال أقل من 5 سنوات)	نقص الحديد (النساء في سن الإنجاب)	المالريا (لكل 1,000)	الديدان الطفيلية (الحاجة للعلاج الوقائي)	الديدان الطفيلية (الحاجة للعلاج الوقائي)	فقر الدم المنجلي (تقديرات المواليد/سنة)*	نقص إنزيم G6PD
جمهورية أنغولا	جنوب إفريقيا	-	-	200-100	19.9-5 مليوناً	9.9-5 مليوناً	9200	<13-20%
جمهورية بوتسوانا	جنوب إفريقيا	-	-	>1	>200 ألف	1-4.9 مليوناً	4	≥7%
جمهورية ملاوي	جنوب إفريقيا	21.7	15.1	300-200	19.9-5 مليوناً	9.9-5 مليوناً	2900	<20%
جمهورية موزمبيق	جنوب إفريقيا	-	-	400-300	19.9-5 مليوناً	<10 ملايين	2000	<20%
جمهورية ناميبيا	جنوب إفريقيا	-	-	50-1	>1 مليون	>200 ألف	30	≥7%
جمهورية جنوب إفريقيا	جنوب إفريقيا	53.6	-	>1	19.9-5 مليوناً	1-4.9 مليوناً	65	>7%
جمهورية زامبيا	جنوب إفريقيا	-	-	200-100	1-4.9 مليوناً	1-4.9 مليوناً	10,700	<20%
جمهورية زيمبابوي	جنوب إفريقيا	-	-	100-50	>1 مليون	1-4.9 مليوناً	450	<13-20%
جمهورية نيجيريا الفيدرالية	غرب إفريقيا	19.4	12.7	400-300	99.9-20 مليوناً	<10 ملايين	116,000	<13-20%
جمهورية بوركينا فاسو الشعبية	غرب إفريقيا	-	-	400-300	لا توجد	1-4.9 مليوناً	4700	<7-13%
جمهورية بنين	غرب إفريقيا	-	-	400-300	1-4.9 مليوناً	1-4.9 مليوناً	5700	<20%
جمهورية الرأس الأخضر	غرب إفريقيا	-	-	لا توجد	>200 ألف	لا توجد	15	-
جمهورية كوت ديفوار	غرب إفريقيا	15.5	16.7	300-200	1-4.9 مليوناً	1-4.9 مليوناً	7500	<13-20%
جمهورية غانا	غرب إفريقيا	21.5	13.7	200-100	لا توجد	<10 ملايين	6300	<13-20%
جمهورية غينيا	غرب إفريقيا	-	-	400-300	1-4.9 مليوناً	1-4.9 مليوناً	6300	<7-13%
جمهورية غينيا بيساو	غرب إفريقيا	-	-	200-100	>1 مليون	>200 ألف	220	<7-13%
جمهورية ليبيريا	غرب إفريقيا	25.7	-	400-300	>1 مليون	1-4.9 مليوناً	700	<7-13%
جمهورية مالي	غرب إفريقيا	-	-	400-300	لا توجد	9.9-5 مليوناً	4300	<7-13%
جمهورية السنغال	غرب إفريقيا	56.3	42.3	100-50	1-4.9 مليوناً	1-4.9 مليوناً	3000	<13-20%
جمهورية سيراليون	غرب إفريقيا	5.2	8.3	400-300	1-4.9 مليوناً	1-4.9 مليوناً	3000	<7-13%
جمهورية غامبيا	غرب إفريقيا	59.0	-	100-50	>200 ألف	>1 مليون	500	≥7%
جمهورية النيجر	غرب إفريقيا	-	-	400-300	لا توجد	<10 ملايين	8600	≥7%
جمهورية توغو	غرب إفريقيا	-	-	300-200	1-4.9 مليوناً	1-4.9 مليوناً	2000	<20%
تصنيف الأهمية:								
		>1%	>1 أو لا يوجد	>1 أو لا يوجد	لا توجد	لا توجد	>10	لا توجد
		>10%	50-1	>200,000	لا توجد	>200,000	100-10	≥7%
		>19-10%	100-50	-200	لا توجد	900,000-200	500-100	<13-7%
		>39-20%	200-100	200-100	1-4.9 مليوناً	1-4.9 مليوناً	2000-500	<13-20%
		<40%	<200	<200	<5 ملايين	<5 ملايين	<2,000	<20%
		-	-	-	-	-	-	-

*بيل، إف. بي، وهاي، إس. أي، وجويتا، إس. ويزهول، دي. جيه، وويليامز، تي. إن. (2013). العبء العالمي لفقر الدم المنجلي عند الأطفال دون سن الخامسة، 2010-2050: نمذجة تعتمد على السمات الديموغرافية، وحالات الوفيات الزائدة، والتدخلات. مجلة الطب العامة، 10(7)، 10e1001484. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001484>. e1001484.

الملحق 2: الأسباب الرئيسية لفقر الدم استنادًا إلى السنوات التي عاشها الأفراد مع الإعاقة لكل 100,000 نسمة للإناث من جميع الأعمار في مناطق الاتحاد الإفريقي شاملة الدول الأعضاء

الأسباب الرئيسية لفقر الدم			الدول الأعضاء في الاتحاد الإفريقي المشمولة في منطقة الدراسة العالمية للأمراض	منطقة الدراسة العالمية للأمراض
3	2	1		
أمراض المناطق المدارية المهملة الأخرى	أمراض الدم الوراثية وفقر الدم الانحلالي	نقص الحديد الغذائي	الجزائر، ومصر، وليبيا، والمغرب، والسودان، وتونس	شمال إفريقيا
الملاريا	أمراض الدم الوراثية وفقر الدم الانحلالي	نقص الحديد الغذائي	أنغولا، وجمهورية إفريقيا الوسطى، وجمهورية الكونغو، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وغينيا الاستوائية، والغالون	وسط إفريقيا
الملاريا	أمراض الدم الوراثية وفقر الدم الانحلالي	نقص الحديد الغذائي	بوروندي، وجزر القمر، وجيبوتي، وإريتريا، وإثيوبيا، وكينيا، ومدغشقر، وملاوي، وموزمبيق، ورواندا، والصومال، وجنوب السودان، وأوغندا، وتنزانيا، وزامبيا	شرق إفريقيا
أمراض الكلى المزمنة	أمراض الدم الوراثية وفقر الدم الانحلالي	نقص الحديد الغذائي	موريشيوس وسيشيل	
أمراض الدم الوراثية وفقر الدم الانحلالي	فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز	نقص الحديد الغذائي	بوتسوانا، وإيسواتيني، ولبوتو، وناميبيا، وجنوب إفريقيا، وزيمبابوي	جنوب إفريقيا
الملاريا	أمراض الدم الوراثية وفقر الدم الانحلالي	نقص الحديد الغذائي	بنين، وبوركينا فاسو، والرأس الأخضر، والكاميرون، وتشاد، وكوت ديفوار، وغامبيا، وغانا، وغينيا، وغينيا بيساو، وليبيريا، ومالي، وموريتانيا، والنيجر، ونيجيريا، وساوتومي وبرينسيبي، والسنغال، وسيراليون، وتوغو	غرب إفريقيا

ملاحظة: موريشيوس وسيشيل مشمولتان في منطقة جنوب شرق آسيا، والجمهورية الصحراوية غير مشمولة في تحليل الدراسة العالمية للأمراض.

المصدر: ملحق إلى: الدراسة العالمية للأمراض 2021 للجهات المتعاونة في مجال فقر الدم. انتشار المرض، والسنوات التي عاشها الأشخاص مع الإعاقة، والاتجاهات في عبء فقر الدم حسب الشدة والسبب، 1990-2021: نتائج دراسة العبء العالمي للأمراض لعام 2021. لانسييت هيماتول 2023؛ نُشرت على الإنترنت في 31 يوليو [https://doi.org/10.1016/S2352-3026\(23\)00160-6](https://doi.org/10.1016/S2352-3026(23)00160-6)

الإطار الاستراتيجي للقاية من فقر الدم وإدارته في أفريقيا



تمكين البلدان الإفريقية من الحد من فقر الدم

يُعد هذا الإطار الطريق لتنفيذ منسق لمجموعة من التدخلات الفعّالة والمستدامة، التي تأخذ بعين الاعتبار السياق المحلي وتتم عبر عدة قطاعات، مما يمكن الدول الإفريقية من تقليل عبء فقر الدم من خلال الوقاية والتشخيص والعلاج. لجميع أشكال فقر الدم، الأمر الذي سيسهم في تحسين صحة ورفاه جميع المواطنين.