وزارة الصحة العامة والسكان

قطاع الرعاية الصحيّة الأوليّة

الإستراتيجية الوطنية للتغذية

1444 – 1452هـ

2022–2030 م

بسم الله الرحمن الرحيم

مدخَل

مِن المُحاضرة الرمضانيَّة التاسعة (المُحاضرة الصحيَّة) للسيِّد القائد / عبد الملك بدرالدين الحوثي في العام 1441هـ 2021م

"الإسلام في تشريعاته، وفي مُقدِمتها الحلال والحرام، يلحظ ويأخُذ بعين الاعتبار ما فيه الصحَّة لهذا الأنسان، ما فيه دفع للمضار عن هذا الإنسان. فالله - سُبحانهُ وتعالى – أحَلَّ لنا الطيِّبات في المأكولات.. في المشروبات.. الطيِّبات في سائر احتياجاتنا في هذه الحياة، قاعِدةً عامَّة وعنوان مُهِم، وحرَّم علينا الخبائِث. وهذه أيضاً قاعدة عامَّة تدخُل تحتها الكثير مِن التفاصيل المذكورة في الشريعة الإسلاميَة في النُصوص القُرآنيَة عن الرسول صلّى الله عليه وآلِه وسَلَّم. وهذا العنوان بحَد ذاته يُخبرنا عن طبيعة تلك المُحَرَّمات، وأنَّ فيها المضار، وفيها الآثار السلبيَّة والخبيثة على الإنسان في نفسِه، في صحَّته.. في حياته الاجتماعيَّة.. في أمنه واستقراره...

يأتي هذا إلى بقيَّة جوانب ومجالات الحياة.

ولِذلك، فإنَّ الله سُبحانه وتعالى يؤكِّد لنا في القُرآن الكريم، مثلاً، على مُستوى المأكولات، أنَّهُ - جلَّ شأنه – أحَلَّ لنا الطيِّبات. قال اللَّهُ -جَلَّ شأنه - (يا أيُّها الناس كُلوا مِمّا في الأرض حلالاً طيِّباً ولا تتَّبعوا خطوات الشيطان إنَّهُ لكُم عدُوٌّ مُبين) (البقرة، الآية 168).

اللَّه سُبحانه وتعالى هو المُنعم الكريم، وكم خلَق للإنسان من المأكولات في الأرض مِمّا تدخُل ضمن هذا التصنيف، وتحت هذا العنوان، وهي الطيِّبات، والمُشترط أيضاً أن تكون حلالاً (لا تكون مُغتصَبة – لا تؤخذ بغير وجه حق)، وإضافةً لذلك قولُه (طيِّباً)، والطيِّبات قائمتها واسعة جِدّاً في مُقابل المُحَرَّمات، الَّتي هي أشياء محدودة وقليلة (القليل هو المُحَرَّم، والكثير هو الحلال وهو الطيِّب)، وذلك الَّذي هو مُحَرَّم فيه خُبث وفيه مضار وفيه مفاسد ولهُ آثار سلبيَّة على الإنسان في جوانب كثيرة. يقول اللَّه تعالى: (يا أيُّها الَّذين آمَنوا كُلوا مِن طيِّبات ما رزقناكُم واشكروا للَّه إن كُنتُم إيَّاه تعبدون) (البقرة، الآية 172)، وقال -جَلَّ شأنُه -: (يسألونك ماذا أُحِلَّ لهُم قُل أُحِل لكُم الطيِّبات)، ويقول - جلَّ شأنُه - عن الرسول صلوات اللَّه عليه وعلى آلِه: (ويُحِلُّ لهُم الطيِّبات ويُحَرِّم عليهم الخبائث) (الأعراف، من الآية 157).

لو تأتي إلى قائمة المأكولات، تجِد أنَّ مِن نعمة الله علينا كمُسلمين، في نعمة الإسلام، أنَّ الله سُبحانهُ وتعالى أحَلَّ الطيِّبات وحرَّم الخبائث. وبذلك، حتّى في حياة الناس، أن يكون ما يأكلونه من الطيِّبات.. هذه نعمة ذات قيمة إنسانيَّة وأخلاقيَّة. لو نجِد حال الأُمم الأُخرى الَّتي ليس لديها التزام نتيجة ابتعادها عن الإسلام، ليس لديها التزام بالحلال والحرام. كم يأكلون مِن الحيوانات المُحرَّمة (الحيوانات المُفترسة – الحيوانات غير الصالحة.. غير المُناسبة.. غير الطيِّبة للأكل). يأكلون الحشرات.. يأكلون الحيوانات المُتنوِّعة المُفترِسة، كما قُلنا.. أشياء بشِعة جدَّاً غير مُستساغة، إنَّما لابتعادهِم عن الإسلام ونُشوئهم في بيئات سلبيَّة يتعوَّدون عليها شيئاً فشيئاً حتّى يكادوا أن يعتادوا عليها، وهي حيوانات وحشرات بشعة جِدّاً غير مُستساغة

حتّى للذوق الإنساني السليم والرفيع، لكن مع البُعد عن الإسلام يُمكن للإنسان أن ينحطَّ وينحطَّ ذوقه.. حتّى يستسيغ الأشياء السيئَّة.. حتّى يستسيغ الخبائث، وأكثرُها ذات مضار.. ذات شكلٍ بشِع أيضاً فيما يتعلَّق بلونها أو شكلها. فعندما

تُقارن شكل الخروف بشكل الخنزير تجد الفارق الكبير جدّاً، شكل الخنزير بشِع.. المضار الكبيرة لأكله مُثبَته طِبيَّاً، بينما الخروف.. الأنعم بشكلٍ عام (الإبِل – البقر – الماعز – الضأن) جميلة في شكلها.. مُلائمة.. مُناسبة للأكل، وليس فيها المضار، وبالذات إذا كانت مذبوحة على الطريقة الإسلاميَّة ومُذَكّاة وبطريقة مشروعة... إلَخ، فهي مُستساغة وذات نفعٍ للإنسان وإيجابيَّاتها معلومة للإنسان. في المأكولات بشكل عام أحلَّ الله الطيِّبات وحرَّم الخبائث. في المشروبات كذلك أحَلَّ اللَّه الطيِّبات وحرَّم الخبائث، مِثل الخُمور. الخمور ذات تأثير سيّئ وذات تأثير خبيث في نفسيَّة الإنسان. تخبُث نفسيَّة الإنسان فيميل نحو التصَرُّفات والمُعاملات السيئة والمُنحَطَّة. يفقد الإنسان توازنه ورُشده وتمييزه. لها آثار صحيَّة مُدَمِّرة تضُر بصحَّة الإنسان في أشياء كثيرة، وهذا مُثبت طِبّيَّاً. حتّى لَيُقال أنَّ في بعض الدول الغربيَّة، مثلاً في أمريكا، مِن أكثر ما يُعانون مِنه صحّيَّاً مُعاناتهم مِن الخُمور، ومُستشفيات مُزدحمين عليها كُلّها مُتخَصِّصة في مُعالجة هذه المُشكلة الصحّيَّة الناجمة عن استخدام الخُمور. كيف تضُر الإنسان في نفسه.. كيف تضُر به أيضاً في نفسيَّته. البعض منهم يُجَنُّ أو يُصاب بأمراض نفسيَّة لا يُمكن التعافي منها. أضرار وآثار كبيرة جِدّاً...

وهكذا نمتد إلى بقيَّة شؤون حياة الإنسان، وتجِد هذه قاعدة ثابتة وأساسيَّة. الحلال الطيِّب هو المُناسب.. هو الآمِن للإنسان هو الأصلح للإنسان، والحرام الخبيث هو الضار المؤثِّر سلباً على الإنسان وعلى حياته.

ولذلك نقول أن في الإسلام في تعاليمه، في توجيهاته، في برنامجه للحياة، ما يساعد الأمة الإسلامية أن تكون أرقى الأمم على المستوى الصحي.

كلِمَة معالي أ. د. طه أحمد المتوكّل

وزير الصحّة العامّة والسُكّان

الحمد لله، الذي بنعمه تتم الصالحات، والصلاة والسلام على رسوله الأمين، وآلِه الطبيين الطاهرين.

وبعد، فقد احتلت التغذية مكانة عالية في جدول الأعمال التنموية والإنسانية للجمهورية، حيث تحظى بالتزام سياسي تجسد في إعداد وإقرار الرؤية الوطنيّة لبناء الدولة اليمنيّة الحديثة، والاستراتيجية الصحيّة الوطنيّة التي اشتملت على ثمانية توجّهات استراتيجية، تأتي الحوكمة في مقدّمتها. وتنطلق هذه التوجّهات من موجِّهات السيّد القائد العَلَم/ عبد الملك بدر الدين الحوثي ورئيس المجلس السياسي الأعلى المشير / مهدي صالح المشاط، والتي تُبيّن أهميّة التغذية الصحيّة السليمة "كيف تقدَّم هذه الأشياء التي أحلّها الله لنا سليمةً من المضار" لتعزيز الحالة الصحيّة، وضمان وصول جميع السكان في اليمن بشكل دائم إلى الأمن التغذوي، خصوصاً الفئات الأكثر ضعفاً، وبما يتماشى مع جوهر قيمنا الأساسية ومبادئنا التوجيهية، وفق هويتنا الإيمانيّة واليمانيّة.

ومنذ بدء العدوان والحصار، واستمرار انتهاكات الاستكبار العالمي، تواجه بلادنا تحديات كبيرة تتعلق بسوء التغذية الحاد، والتقزُّم، ونقص المغذيات الدقيقة، مع تدنٍ مزمن في الممارسات الفضلى في مجال التغذية، وقد تفاقمت مؤشّرات الصحّة والتغذية متزامنة مع تراجع الأمن الغذائي، وانتشار الأمراض، والفقر المتزايد على نطاق واسع. ومن المؤكد أن هذه التحديات تتجاوز حدود قدرة أي قطاع أو مؤسسة على التصدي لها بمفردها، ما يستدعي تدخلات متعددة القطاعات.

وتلتزم اليمن التزاماً كاملاً بإجراءات تعزيز التغذية، بما يوافق الرؤية الوطنيّة المتمثلة في ضمان حالة تغذوية جيدة لجميع اليمنيين، والمهمة المُسندة لتعزيز إجراءات التغذية لضمان الوصول إلى التغذية الجيدة، وتحسين مستوى الرعاية التغذوية بهدف الإسهام في تحسين صحة المجتمع. وقد وضعت الحكومة، ممثلة بوزارة الصحة العامة والسكان، إطار الاستراتيجية الوطنية للتغذية (1444–1452هـ)، الذي يتضمن مجموعة متفق عليها من المجالات ذات الأولوية الاستراتيجية والنتائج التي ينبغي تحقيقها. ويتمثل الهدف الرئيسي للاستراتيجية في تعزيز فرص وصول الجميع إلى خدمات التغذية، وضمان استدامة التدخلات للحد من المراضة والوفيات وخفض معدلاتهما بين أفراد المجتمع. ويتسق هذا الهدف

مع إحداث نقلة نوعية في المجتمع، من خلال تطبيق نهج العمل الإنساني والإنمائي، وتحقيق الرخاء الذي يعتبر حقاً لكل إنسان.

كما تهدف الاستراتيجية الوطنية للتغذية إلى التصدي للتحديات المتعلقة بسوء التغذية، بما في ذلك بلوغ المرميين الرئيسيين المرتبطين بخفض المراضة والوفاة، خاصّة بين الأمّهات والأطفال. ومن الأولويّة في مجال خفض المراضة بين الأطفال خفض معدّلات التقزُّم ونقص الوزن والهزال لدى من هم دون سن الخامسة، ومعالجة الاحتياجات التغذوية للأمهات الحوامل والمرضعات، وتعزيز صحّة جميع فئات المجتمع، بما يشتمل على الفتية والفتيات، والشباب، وكبار السن، مع التركيز على التنسيق متعدد القطاعات، وإشراك أصحاب المصلحة ممثلين بالمجتمعات المحليّة، والوزارات التنفيذية، والهيئات الأكاديمية، والقطاع الخاص، وشركاء التنمية، ومؤسسات المجتمع المدني، ووسائل الإعلام.

وتحدّد الاستراتيجية التوجّه والإطار اللازمين لضمان التأييد والمشاركة والمواءمة في مجال التغذية في اليمن، وتُشجِّع جميع أصحاب المصلحة على التركيز على الأمور التي يتعين القيام بها لضمان وصول جميع الناس إلى خدمات الصحّة والتغذية، ولا سيما الأشخاص الذين يعيشون في الأرياف والمواقع التي يصعب الوصول إليها، ويعتبرون أكثر حاجة إلى رعاية تغذوية مستدامة ومأمونة على مدار العام.

وستتولى الحكومة، من خلال الإرادة السياسية المؤيّدة للاستجابة المعياريّة لتحدّيات الأمن التغذوي، المسؤولية الأساسية عن حشد الموارد لتنفيذ الإجراءات اللازمة لتحقيق الأهداف المحددة، ويستجيب شركاء التنمية للجهود التي تبذلها الحكومة، نحو بلوغ المرامي المتّفق عليها. وتتولى وزارة الصحة العامة والسكان دوراً ريادياً في تنفيذ الاستراتيجية مع قيام وزارة التخطيط ممثلة بالسكرتارية التنفيذيّة لرفع مستوى التغذية في اليمن بدور التنسيق متعدد القطاعات.

وختاماً أشكر جميع العاملين في القطاع الصحّي، وأخُص هُنا العاملين في مجال التغذية بشقيها الوقائي والعلاجي، على جهودهم المُستمرة في تقديم الخدمات وخفض المراضة والوفيات لا سيما خلال فترة العدوان والحصار على بلادنا، الأمر الذي أسهم في صُمود المرافق الصحيَّة وأحبط الأهداف الخبيثة لدول العدوان في إفشال وتعطيل المؤسَّسات الخدميَّة وقتل الأطفال والأُمَّهات بأساليب متعدِّدة ،كما أُنَوِّه بان هذه الاستراتيجية جاءت ثمرة مناقشات متعمّقة، نحو تأمين التغذية المعياريّة وبما يرفع من مستوى الصحّة في بلادنا.

واللهُ وليُّ الهداية والتوفيق.

المُحتويات

مقدمة 7

ملخص تنفيذي 9

رؤية إستراتيجية التغذية 16

رسالة إستراتيجية التغذية 16

قيم التنفيذ 17

أهداف إستراتيجية التغذية 18

النتائج المتوقعة 19

أولاً: الأساس المنطقي 20

ثانياً: السياق الاجتماعي والاقتصادي في اليمن 24

الأمن الاقتصادي والغذائي والتغذوي والوضع الصحي في اليمن 24

ثالثاً: مجالات العمل ذات الأولوية الإستراتيجية 37

1.تهيئة بيئة مواتية من خلال ضمان استدامة الالتزام السياسي 37

2.ضمان إشراك المجتمع لزيادة مستوى التوعية بالتغذية وتحسين استيعاب الممارسات والسلوكيات التغذوية 39

3.تحسين التنسيق والمشاركة متعددة القطاعات لإشراك الحكومة بجميع قطاعاتها ومستوياتها 40

4.تعزيز إمكان الوصول إلى خدمات التغذية وتوفيرها لمعالجة سوء التغذية بجميع أشكاله 41

5.تقديم الدعم التغذوي والتأهب والاستجابة لحالات الطوارئ. 43

6.دعم بناء قدرات المؤسسات والعاملين الصحيين لتحسين نوعية خدمات التغذية. 44

7.تعزيز نُظم معلومات التغذية والرصد والتقييم 45

رابعاً: الجهات المسؤولة عن التنفيذ وآليات التمويل 46

1.الهيئات والهياكل الوطنية المعنية بالتنفيذ 46
على المستوى المركزي 46
على مستوى المحافظة والمديرية 46
2.آليات التمويل 47
خامساً: الرصد والتقييم والمساءلة وخطة التعلم 47
الرصد والتقييم 47
تقييم منتصف المدة والتقييم النهائي 49
عملية الرصد والتقييم 50
مساءلة أصحاب المصلحة أمام المستفيدين 51
استخدام البيانات وبناء المعرفة 51
سادساً: العدالة في تسهيل الوصول إلى التدخلات التغذوية والمبادئ التوجيهية وعوامل التمكين 52
المراجع 53

مُقَدِّمة

الحمد لله الذي جعل الصحّة نعمة، والوقاية غاية، والتداوي سبيلاً إلى تعزيز السلامة النفسيّة والبدنيّة، لدرء تداعيات المرض، واستعادة الحالة الصحيّة، وتقديم الرعاية المتكاملة والتي هي ولا شك حقٌّ لكل إنسان. ونستلهم مِن إرشادات السيِّد القائد / عبد الملك بدر الدين الحوثي حفظه الله، اهتماماً كبيراً بالجانب الوقائي للحفاظ على الصحَّة، خاصَّة بما يتعلَّق بالغِذاء استناداً إلى المُوَجِّهات القُرآنيَّة العظيمة.

وبالنظر إلى أولويّاتنا الصحيّة، فإن العبء المرضي الذي يخلّفهن سوء التغذيّة يتسبب فيما يقرب من نصف وفيات الطفولة، إلى جانب التهديد المزمن لصحّة الأمهات الحوامل والمرضعات، والذي ينعكس بدوره سلباً على صحّة أطفالهن، وهو التهديد الذي زاده تفاقماُ عدوان وحصار مُستمران منذ أكثر من تسع سنوات، حيث لم يقتصر تأثير العدوان على بلادنا بالاستهداف المباشر بالقصف للبنية التحتية من طرقات ومدارس وجامعات ومرافق صحية ومباني حكومية وأعيان مدنية، بل عمدوا إلى قتل المدنيين بالاستهداف المباشر للمنازل في ساعات مختلفة من الليل والنهار، كما عمدت دول العدوان إلى أسلوب آخر من التجويع والقتل عبر الحصار البري والبحري والجوي وقطع المرتبات، مما انعكس بوضوح على زيادة معدل الفقر وزيادة عدد المصابين بحالات سوء التغذية الحاد الوخيم مع المضاعفات وزيادة عدد الوفيات الناجمة عن سوء التغذية بين الأطفال دون الخامسة من العمر، جدير بالذكر أن السمّنة (أحد أمراض سوء التغذية) والأمراض المزمنة المرتبطة بها مثل أمراض القلب والسكري وارتفاع الضغط الشرياني قد زادت بشكل ملحوظ منذ مطلع سبعينيات القرن الماضي، هي نتيجة للنظام الغذائي غير الصحي المعتمد على الدقيق الأبيض والزيوت المهدرجة والوجبات السريعة والمشروبات الغازية والسكريات الذي روجت له الشركات الصهيو أمريكية بهدف زيادة المراضة وزيادة مبيعاتهم من الأدوية التي تنتجها شركاتهم الدوائية، وهنا يأتي دور التوعية في تعزيز السلوك الصحي القويم والمُتابعة والتقييم لآليّات العمل البرامجي من خلال التعمّق في نتائج التدخّلات، لمستوى التقدّم المحرز في تنفيذ الأنشطة الحيويّة في مجال التغذية. ولا شك أن أدوار الخبراء الفنيين في المستوى المركزي، والوسطي، والطرفي أساسي في هذ المجال.

وقد قامت وزارة الصحّة، ولاتزال، بجهود لافتة في مجال الاستجابة للفاشيات، والأوبئة (التي عمد النظام الصهيو أمريكي إلى نشرها)، وحالات الطوارئ، وتفعيل العمل التشاركي بين القطاعات المعنيّة، واتّخاذ جملة من التدابير العاجلة، لاحتواء التداعيات المرضيّة بمختلف أنواعها، ومنها ولا شك سوء التغذية. وفي هذا السياق، وبناء على اهتمام وزارة الصحّة بقضايا التنمية تأصيلاً، وشؤون الإغاثة والاستجابة الإنسانيّة تفصيلاً، تُقدِّم هذه الاستراتيجيَّة مادّة معرفيّة تسهم في تعديل الأنماط السلوكيّة بين الأسر في المحافظات والمديريّات. وتَعمد هذه الاستراتيجيَّة إلى أفضل الممارسات في المجال الصحّي التغذوي، عبر الاتِصال الفاعل، بدءاً بالمستوى المؤسّسي ومروراً بالتنسيق البرامجي، ووصولاً إلى التطبيق المجتمعي للحد من الآثار الكارثيّة لسوء التغذية، وتعزيز الصحّة العامّة للأفراد، باعتبارها حقاً للجميع، ومسؤوليّة تضامنيّة يتحّملها شركاء الاستجابة الإنسانيّة، والعمل الإنمائي.

وقد استُهلّت عمليّة إعداد هذه الاستراتيجيَّة بمراجعة مكتبيّة، اشتملت على مشاورات مع أصحاب المصلحة بشأن الأولويّات المرتبطة بالتغذية، بالاستناد إلى المؤشّرات الوطنيّة، وتدخّلات التغذية، ومدى إتاحتها على المستوى الوطني. وقد بيّنت المشاورات مع عدد من صناع القرار، ومدراء وخبراء البرامج الصحيّة، وممثلي المجتمعات المحليّة في المحافظات أهميّة توافر هذه المادّة المعرفيَّة على كافَّة مُستويات العمل الصحّي.

ويُعد الاستعداد والتأهب لطوارئ التغذية خطوة أساسيّة ضمن إجراءات تغيير السلوك إيجاباً، وصولاً إلى التثقيف التمكيني في حالات الاستقرار، أو خلال مرحلتي الإغاثة والتعافي. ويُعدّ العمل على وضع المعايير الفُضلى في مجال الممارسات التغذويّة فرصة مواتية لتعزيز وبناء القدرات، والتعلُم المستمر، وتصحيح المسار.

من هنا تأتي أهمية وضع استراتيجيَّة تغذويَّة شاملة، تنطلِق من قيمنا الإيمانيّة، وهويتنا اليمانيّة، باعتبار التركيز على التغذية أولويّة وطنيّة، لرفع قدرة الجهات المعنيّة للوقوف أمام المخاطر باتباع منهجية الحد من الاخطار، من خلال العمل مع القطاعات الأعلى تأثيراً في حياة السكّان لتحقيق الأمن الغذائي، وتأمين التغذية الصحية، والمياه والإصحاح البيئي، والصحة، والتعليم، والزراعة، وغيرها.

من ناحية أخرى تُسهم هذه الاستراتيجيَّة في تحسين نُظم المعلومات وتدفقها وتعزيز مستوى التنسيق بين الجهات ذات العلاقة في مختلف القطاعات، ورفع جاهزيتها وقدرتها على السيطرة والتحكم في أوقات الأزمات والطوارئ، ووضع سيناريوهات محاكاة للوضع، وفق المؤشّرات المتاحة (لتفشي المرض / الوضع التغذوي)، والوقائع المحتمل حدوثها في أي من الظروف المتوقّعة، بما في ذلك التدخّلات الصحيّة والتغذوية التفصيليّة. وقد بادرت وزارة الصحّة إلى تطبيق نموذج معرفي وطني يتمثّل في التصنيع الغذائي المحلي، نحو العودة إلى ثقافتنا الغذائيّة الأصيلة، وتحقيق الاعتماد على الذات.

ويمثّل العمل على تغيير السلوك بين العاملين الصحيين والمستفيدين عمليّة إنقاذ للحياة، حيث تكون التوعية بحد ذاتها تدخّلاً يعين على تحسين المؤشّرات الصحيّة وخفض معدّلي المراضة والوفاة، خُصوصاً بين الأطفال. ولذا كان مِن المُهِم أن تتضمَّن هذه الاستراتيجيَّة موَجّهات السيد القائد العلم / حفظه الله الخاصَّة بهذا الشأن، الَّتي يُحقِّق تطبيقها النهج القُرآني الصحّي القائم على اتباع أنماط الغِذاء والحياة الإسلامية بما يحقق التنمية الصحية المستدامة. وهنا تأتي عمليّة التنسيق القطاعي لتحتل أهميّة قُصوى لإعداد قائمة الموارد المتاحة، وتحديد الأساليب والأدوات المطلوبة للوصول إلى الجمهور المستهدف، خاصّة بالنسبة للَّذين يصعب الوصول إليهم.

ولا بد من الإشارة إلى أنّ القيمة الحقيقيّة لهذه الاستراتيجية تكمن في التغيير المنتظر في المجتمع، نحو تحسين مؤّشرات الصحّة والتغذيّة في بلادنا، ومن أجل هذا نواصل الجهود، والله ولي الهداية والتوفيق.

ملخص تنفيذي

الرؤية والرسالة والأهداف

تتلخص رؤية وزارة الصحة العامة والسكان في مجال التغذية في ضمان حالة المعافاة الروحيّة والبدنيّة والنفسيّة والاجتماعيّة في الجوانب التغذوية، انطلاقاً من القيم الإيمانيّة، والأولويّات الوطنيّة، وبما يحقق الرعاية المعياريّة لجميع السكان بحلول عام 1452هـ. ومن خلال إنجاز مهمتها المتمثلة في تعزيز إجراءات الوصول إلى التغذية الجيدة، ودعم جودة الرعاية التغذوية لتحسين صحة المجتمع، تسعى وزارة الصحة العامّة والسكّان إلى تحقيق رؤيتها ورسالتها من خلال تحديد المجالات ذات الأولوية الإستراتيجية، وتعزيز فرص وصول جميع الناس إلى خدمات التغذية، وضمان استدامة التدخلات للحد من المراضة والوفيات، وخفض معدليهما بين أفراد المجتمع.

مؤشّرات الاستهداف البرامجي

تسعى اليمن إلى تحسن مؤشّر الرضاعة الطبيعية الخالصة، والسيطرة على زيادة الوزن، والحد من التقزم بمعدّل 5٪، والهزال إلى أقل من 10٪، والحد من انخفاض الوزن عند الولادة إلى أقل من 16٪. كما سيتم العمل على تزويد الأطفال دون سن الخامسة بفيتامين (أ)، وإرشاد جميع الأسر بضرورة استعمال الملح المعالَج باليود.

المنطق الأساسي للاستراتيجية

أقرّت الاستراتيجية الوطنية للتغذية للفترة من 2011 وحتى 2020م تعزيز إجراءات التغذية في النظام الصحي لمعالجة سوء التغذية بجميع أشكاله، إلَّا أنها واجهت صعوبات في التنفيذ بسبب عدم كفاية الموارد المالية، ومن ثمّ بدء العدوان على اليمن في مارس من عام 2015م، والذي واكبه حصار مطبق، مما عطَّل خدمات الصحة والتغذية. وقد ركزت إجراءات التغذية في اليمن منذ العدوان والحصار على معالجة حالات سوء التغذية الحاد مع تخصيص قدر محدود من الموارد لإجراءات مواجهة أنواع سوء التغذية الأخرى. ولتعزيز وضع التغذية كأولوية إنمائية أساسية ينبغي التركيز على سوء التغذية الحاد، والمعدلات المرتفعة لأشكال سوء التغذية الأخرى، والتغيرات في أوضاع الصحة والأمن الغذائي، وإعادة تحديد الأولويات الاستراتيجية في مجال التغذية، لتسخير تمويلات الخطّة الإنسانية المتعلقة بالتغذية لتعزيز التدخلات الإنمائية، والتكيف، وفقاً للاحتياجات المتنامية. وفي سبيل تحقيق غاية الحد من معدلات المراضة والوفيات بين السكان لا

بد من ضمان التنمية الاقتصادية والاجتماعية، في توجّهات الحكومة، وفق موجّهات السيِّد القائد عبد الملك بدرالدين الحوثي ورئيس المجلس السياسي الأعلى.

السياق الاجتماعي والاقتصادي في اليمن

الأمن الاقتصادي والغذائي والتغذوي والوضع الصحي في اليمن

يعيش أكثر من ثلثي السكان تحت خط الفقر، ولا يتمتعون بفرص الوصول إلى الخدمات الأساسية الضرورية، مثل المياه والصحة[1]. وأدى تفاقم الفقر في ظل تحدّيات اجتماعيّة – اقتصاديّة بالغة الحرج إلى ضعف الوصول إلى الخدمات الصحيّة مرفقيّة المراكز، وتعطّل ما يزيد على نصف المنشآت الصحيّة بسبب العدوان والحصار، والبنى التحتية العامة وانهيار الاقتصاد.

ويعتبر سوء التغذية في اليمن تحدياً مزمناً، ومصدر قلق للصحة العامة وأحد أخطر محدّدات حالة الطوارئ الممتدة منذ العام 2015م. وقد بيّنت نتائج المسح الوطني الصحّي الديمغرافي للعام 2013م ارتفاعاً كبيراً في معدل التقزم لدى الأطفال دون سن الخامسة الذي بلغ 46.6٪، وكذلك معدّل سوء التغذية الحاد الذي بلغ 16.4٪، ومعّدل نقص وزن المواليد الذي بلغ 23٪. كما بيّنت نتائج المسح ارتفاع معدّل فقر الدم بين النساء، في سن الإنجاب والذي بلغ 70٪، وبلغ معّدل اللواتي يعانين من زيادة الوزن 24٪. كما أنّ اليمن يواجه حالة طوارئ ناجمة عن ضعف الأمن الغذائي. ووفقاً للتصنيف المرحلي المتكامل للأمن الغذائي لعام 2022م يعاني 54٪ من إجمالي السكان من تحدّيات حرجة استناداً إلى مؤشّرات الأمن الغذائي، حيث يعيش 17.4 مليوناً في أزمة (المرحلة الثالثة بحسب التصنيف). ومما يدعو للقلق بصفة خاصة هو أن عدد الأشخاص الذين يواجهون مستويات الجوع الشديد (المرحلة الخامسة "طور الكارثة" بحسب التصنيف) قد ارتفع أثناء التحليل الحالي للتصنيف المرحلي المتكامل للأمن الغذائي من 31,000 إلى 161,000 شخص بحلول يونيو 2022م.

وإلى ما قبل العام 2015م كان أكثر من 5,000 مرفق صحي عام يعاني من نقص في القوى البشريّة المؤهّلة، حيث أشار نظام مراقبة توافر الموارد والخدمات الصحية لعام 2018م أن 50٪ تقريباً من المرافق الصحية لا تعمل، وأن تلك التي تعمل تفتقر إلى الموارد البشرية والمعدات والأدوية الأساسية. ولا يزال هذا الوضع سائداً، حيث كشف نظام المراقبة لعام 2020م أن 49٪ من المرافق الصحية إما متوقفة عن العمل أو تعمل بشكل جزئي، وأن اليمن يواجه نقصاً شديداً في الموارد البشرية،

1

إلى جانب محدوديّة توافر أسرّة المرضى في أقسام الرقود. ويشكل العبء المرضي الذي يمثّله التفشي المتكرر للأمراض المعدية، وزيادة حالات الأمراض غير المعدية (داء السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية وأمراض السرطان)، تهديداً متواصلاً للصحّة العامّة في بلادنا. ولا تزال نسبة وفيات الأمهات مرتفعة وبلغت 184 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حيّة، وفق تقديرات الأمم المتّحدة للعام 2021م، وبلغ معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة 53 حالة وفاة لكل 1,000 مولود حي، ومعدل وفيات الرُضَّع 43.2 حالة وفاة لكل 1,000 مولود حي، وفق نتائج المسح الوطني الصّحي الديمغرافي للعام 2013م. وقد بيّنت نتائج المسح أنّ 54% من وفيات الأطفال دون الخامسة تحدث خلال الشهر الأوّل من العمر، مما يجعل وفيات حديثي الولادة أحد أخطر مهدّدات الصحّة العامّة، وضمن معدّل بلغ 26 وفاة لكل ألف ولادة حيّة.

استعداد اليمن لتسريع وتيرة تقييم إجراءات التغذية:

المنهجية

تم تقييم الوضع بإجراء مراجعة مكتبية لجميع وثائق الحوكمة الوطنية المتعلقة بالغذاء والتغذية، وتنفيذ مقابلات شخصية مع المستجيبين الرئيسيين.

كذلك تم إجراء تحليل لمساهمات أصحاب المصلحة في بلادنا (وزارة الصحة العامة والسكان، ووزارة التخطيط والتعاون الدولي، ووزارة التربية والتعليم، ووزارة الزراعة، ووزارة الثروة السمكيّة، ووزارة الصناعة، ووزارة المياه والبيئة)، وبالتنسيق مع السكرتاريّة التنسيقيّة لرفع مستوى التغذية في بلادنا، والشركاء.

تصورات أصحاب المصلحة بشأن إجراءات الاستجابة لتحدّيات سوء التغذية

يتمثل التصور العام لأصحاب المصلحة بشأن إجراءات التغذية في اليمن في التركيز على معالجة سوء التغذية الحاد الوخيم، مع الحاجة إلى النظر في الإجراءات الوقائيّة، والعمل على معالجة أشكال سوء التغذية الأخرى.

كما تبرز الحاجة إلى تمرير مفاهيم "حزمة التدخّلات الأساسيّة" وتحقيق "استمرارية الرعاية الصحيّة"، إلى جانب الاهتمام بالتدخلات المتعلقة بزيادة الوزن والسمنة والتغذية أثناء المرض وسلامة الغذاء وتغذية اليافعين، والتي لم يتم إعطاؤها الزخم الذي تستحقه سابقاً.

الالتزام السياسي والتنسيق:

يُمثّل التزام الحكومة بتعزيز التغذية دعماً سياسيّاً قوياً، ومنذ عام 2003م صادقت الحكومة على العديد من القرارات التنفيذيّة بشأن تدعيم الأغذية وحماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها، بالإضافة إلى إعداد وإقرار وثائق إرشادية تشمل استراتيجية التغذية للفترة (2011–2020م)، وخطة التغذية متعددة القطاعات للفترة (2020–2023م)، وخطة الحد من هزال الأطفال في اليمن للفترة (2021–2023م)، وجميعها هدفت إلى الحد من سوء التغذية بجميع أشكاله.

ويُلاحظ أنه لم يتم تنفيذ البرامج بشكل كافٍ، مع ضعف في الترابط بين العمل الإنساني والعمل الإنمائي، وتركيز الاهتمام على معالجة سوء التغذية الحاد، دون اهتمامٍ كافٍ بالوقاية من جميع أشكال سوء التغذية ومعالجتها، ضمن آلية التنسيق مع الشركاء، وهو التنسيق الذي يتطلب مزيداً من العمل التكاملي، بالشراكة مع المؤسسات الوطنية.

الوثيقة الاستراتيجية للتدخلات الإنسانية:

تُحدَّد الاستجابة الإنسانية في اليمن كل عام بموجب الاحتياجات الأساسية الموضحة في تقرير "نظرة عامة عن الاحتياجات الإنسانية"، والتي يتم تحويلها إلى أهداف وإجراءات استراتيجية في خطة الاستجابة الإنسانية، والتي يتم تنفيذها من خلال نهج مشترك بين القطاعات يركز على التدخلات التي تساعد على إنقاذ حياة الناس.

الموارد البشرية في مجال التغذية:

هناك عدد محدود من اختصاصي التغذية المدرَّبين في اليمن، ويتم تنفيذ أنشطة التغذية في المرافق الصحية من قبل الممرضات والقابلات والمساعدين الطبيين أو الأطباء وغيرهم من أعضاء الطاقم الصحي مثل الصيادلة واختصاصي الأشعة. ويقتصر تدريب ما قبل الخدمة على التغذية في كليات الطب والصحة العامّة على ساعات قليلة، ومعارف غير محدّثة. ولا توجد جامعة حكومية تُدرِّس مناهج خاصة بتدريب اختصاصيي التغذية الصحية، أو اختصاصيي التغذية المجتمعية. وتبين أن بعض الجامعات الخاصة قد أنشأت برامج أكاديمية لمساق البكالوريوس في مجال التغذية. ويُنفذ التدريب أثناء الخدمة في مجال التغذية عبر القطاع الحكومي، وبالتركيز بشكل أساسي على إدارة سوء التغذية الحاد ورصد التغذية.

مصادر التمويل والتوجهات:

يتم تخصيص التمويل الدولي المتاح للصحّة والتغذية بشكل أساسي للأنشطة الإنسانية، مع تأمين موارد للتدخلات التي تساعد على إنقاذ الناس من سوء التغذية الحاد، وتغطي الميزانية المحلية بعض التكاليف التشغيلية والبنية التحتية وتكاليف الموظفين، وبصورة جزئية لا تفي بالاحتياج.

نظام معلومات التغذية:

تأتي بيانات التغذية، خاصةً المتعلقة بسوء التغذية الحاد، من مصادر متعددة، ويقوم كل شريك بتحليل بياناته ونشرها. ويتم العمل حاليّاً العمل على جمع بيانات التغذية ضمن الإطار الوطني الذي تم إقراره مؤخراً بشأن المؤشرات التغذوية الروتينية في قطاع الصحة. وتعتبر المسوح الوطنية، والعنقوديّة، مصدراً آخر للمعلومات.

المجالات الاستراتيجية لإطار الاستراتيجية الوطنية للتدخلات التغذوية:

مكَّنت النتائج والتوصيات التي خلُص إليها تقييم الاستعداد في مجال التغذية من تحديد المجالات الاستراتيجية، والتي تشتمل على الآتي: 1- تهيئة بيئة مواتية من خلال ضمان استدامة الالتزام السياسي؛ 2- ضمان إشراك المجتمع لزيادة مستوى التوعية بالتغذية وتحسين استيعاب الممارسات والسلوكيات التغذوية المناسبة؛ 3- تحسين التنسيق والمشاركة متعددة القطاعات لإشراك الحكومة بجميع قطاعاتها ومستوياتها، وكذلك أصحاب المصلحة الآخرين في الوقاية من سوء التغذية وعلاج الحالات المصابة (التدخلات الخاصة بالتغذية والمراعية لأولوياتها)؛ 4- تعزيز إمكان الوصول إلى خدمات التغذية، وتوفيرها، لمعالجة سوء التغذية بجميع أشكاله، وتوسيع نطاق الخدمات الوقائية في سياق التغطية الصحية الشاملة؛ 5- تقديم الدعم التغذوي والتأهب والاستجابة في حالات الطوارئ؛ 6- دعم بناء قدرات المؤسسات والعاملين الصحيين لتحسين نوعية خدمات التغذية، وفق إطار تكاملي، يحقق المشاركة ضمن الآليّة التنسيقيّة المعتمدة؛7- تعزيز نظم معلومات التغذية والرصد والتقييم لتحقيق رؤية الاستراتيجية الوطنية للتغذية، وضمان الأمن التغذوي.

الجهات المسؤولة عن التنفيذ وآليات التمويل:

الهياكل الوطنية المسؤولة عن التنفيذ

تتولى حركة رفع مستوى التغذية، وهي هيئة التنسيق الشامل، متابعة تنفيذ الأنشطة وتوسيع نطاقها في القطاعات ذات الصلة. وتتولّى كل وزارة أو هيئة معنية المسؤولية المهنيّة، والإسهام في توفير أنشطة التغذية اللازمة في قطاعها. وتقوم مكاتب الصحة والسكّان بالمحافظات بإجراءات التنفيذ في الميدان، والتنسيق بين جميع أصحاب المصلحة على المستوى اللامركزي.

آليات التمويل

سيتم العمل على تنويع مصادر التمويل مع زيادة تدريجية في الدعم الوطني المقدم لضمان استدامة التدخلات التغذوية، ويُخصص الدعم المقدم من الشركاء لتغطية الفجوة التمويلية. ويمكن أن تُشكل الموازنة الحكومي والمحليَّة المخصصة للتغذية مصدراً من مصادر التمويل. ويتم تضمين خطط التغذية وسلامة الغذاء في ميزانية قطاع آخر غير ميزانيات الصحة. ويمكن استخدام الفرص السانحة من البرامج الصحية ذات الصلة مثل التحصين، وصحة الطفل والأم والمولود والامراض المعدية وغير المعدية لتنفيذ أنشطة التغذية إذا كانت الموارد متوفرة.

الرصد والتقييم والمساءلة والتعلم:

سيتم تنفيذ الرصد والتقييم باستخدام مصفوفة الرصد ومعايير التقييم التي تستند إلى المدخلات والمخرجات والنواتج ومؤشرات التأثير. وتتسق هذه المصفوفة مع إطار النتائج المشترك لخطة التغذية متعددة القطاعات لتقييم إمكانية الوصول إلى الرعاية التغذوية وتقديم الخدمات بجودة عالية والتقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف المتفق عليها. وسيتم تصنيف البيانات حسب المنطقة الجغرافية وتوزيع الفئات المجتمعيّة وأعمارها. كما سيدعم تقييم منتصف المدة إجراء تعديلات على خطة العمل وسيحدد التقييم النهائي الفرص المتاحة لتوسيع المشروع، والتحديات، ونقاط القوة، والمعوقات، والدروس المستفادة.

مساءلة أصحاب المصلحة أمام المستفيدين:

ستتولى وزارة الصحة العامة والسكان رصد مدى استفادة السكان من الدعم المقدم من خلال تتبع استخدام الأموال المخصصة للتغذية. وسيتم العمل وفق إطار مساءلة مشترك لتقييم مستوى التنفيذ، بما يحقق المقارنة بين الالتزامات المقدّمة بشأن الغذاء والتغذية المتعهد بهما من الشركاء، وبما يتوافق مع موجّهات هذه الاستراتيجية. كما سيتم تقييم

مستوى إشراك المجتمعات المحلية في التقييم واتخاذ القرار للوقوف على التحدّيات والتصدي لها، وتقييم مستوى تنفيذ الأنشطة، ونوعية الرعاية، والتغطية السكانية. وستتم ترجمة النتائج إلى أفكار متعمقة يمكن استخدامها لتحسين الإجراءات ومن ثم مشاركتها مع أصحاب المصلحة.

استخدام البيانات وبناء المعرفة:

سيتم إنشاء منصة لتبادل المعلومات ونشرها، لاستخدامها من قبل جميع أصحاب المصلحة، بمن فيهم المجتمع المدني والشركاء، وكذلك لإجراء نقاشات بشأن أفضل الممارسات وقصص النجاح والدروس المستفادة، بهدف اكتساب المعارف لتسريع عجلة التقدم وبناء المعرفة.

العدالة في تسهيل الوصول إلى التدخلات التغذوية والمبادئ التوجيهية وعوامل التمكين:

ينبغي أن يتمتع جميع السكّان بفرص متساوية للحصول على خدمات التغذية، وتشارك القيادات المجتمعية، ومكوّنات المجتمعات المحلية في مواجهة التحدّيات المتعلقة بالتغذية، والاستجابة المعياريّة لها. وتهدف المبادئ التوجيهية إلى زيادة قدرة المجتمعات المحلية على الصمود في مواجهة أزمة التغذية والغذاء، وضمان ألا يتخلف أحد عن الركب. وتُعد التغييرات الهيكلية لتعزيز التعاون متعدد القطاعات، وفق اتّجاهات وموجّهات الدعم السياسي، من عوامل التمكين اللازمة لمواصلة تنفيذ الأنشطة، نحو الاستثمار الصحّي والتغذوي الأمثل لدعم الشركاء. وسيؤدي تمكين المجتمعات المحلية من اكتساب المعارف وصنع القرار بما يتناسب مع الحلول السليمة للسياق الصحي - التغذوي، وفي سبيل أن تثمر مشاركتهم القوية في إنجاح المبادرات المحليّة لتغيير السلوك إيجاباً، ولتعزيز قدرتهم على الصمود والتكيف.

رؤية إستراتيجية التغذية

النهوض بالممارسات التغذوية الفضلى، نحو تعزيز صحّة جميع اليمنيين

رسالة إستراتيجية التغذية

نعمل على تقوية إجراءات التغذية لضمان إمكان الوصول إلى التغذية الجيدة، وتعزيز جودة الرعاية التغذوية، بالتركيز على الرعاية الصحيّة الأوليّة لتحسين صحة المجتمع، بحلول عام 1452 هـ (2030م).

قيم الإستراتيجيّة

في إطار الإستراتيجية الوطنية الشاملة للصحة، تتبنى إستراتيجية التغذية القيم الآتية:

1. العدالة: توزيع الموارد التغذوية، وتوفير خدمات التغذية القائمة على العدالة، باعتبارها حقاً أصيلاً لكل إنسان، وضمان حصول كل فرد عليها دون تمييز.
2. الجودة: التحسين المستمر في الجودة، لضمان رضا الناس عن خدمات التغذية.
3. التمكين: المشاركة الفاعلة للمجتمع المحلي في اتخاذ القرار، وتقدير الاحتياجات من خدمات التغذية، وتقييمها.
4. الكفاءة: الكفاءة المالية من خلال الاستخدام الأمثل للموارد، وترشيد الإنفاق، واستدامة تمويل التغذية.
5. التدخّلات المبرهنة: اتخاذ قرارات قائمة على الأدلة، وتوفير خدمات التغذية وفق خارطة الاحتياج.
6. التعاون: المشاركة والتعاون والتنسيق بين القطاعات، والتأكيد على بلوغ مرامي التنمية المستدامة من خلال تحسين مؤشرات التغذية والصحّة معاً، إلى جانب الجهود المتضافرة لجميع القطاعات ذات الصلة بمن فيها الزراعة والثروة السمكيّة والتعليم والصناعة والتجارة، وجميع شركاء التنمية.
7. المبادرة: تقديم التدّخلات المستندة إلى المجتمعات المحليّة، وفق انسجام الحركة التضامنية بين مقدمي الخدمة والمستفيدين منها.

8. المناصرة والتنسيق: سيادة روح الفريق الواحد وإجراء حوار مفتوح لنقاش مسائل التغذية، ومخرجات التدخلات بشفافية وموضوعية.
9. الإتاحة: تأمين نوعية التغذية الجيّدة التي يستحقها السكّان، وبالتركيز على الموارد الوطنيّة، والإمكانات المحليّة.
10. المساءلة: الالتزام بأهداف الإستراتيجية الوطنية للتغذية، وفق الإطار المشترك للمساءلة مع الشركاء، وبما يحقق الالتزامات المتّفق بشأنها.

أهداف استراتيجية التغذية

يتمثل مرمى هذه الاستراتيجية في تعزيز فرص وصول الجميع إلى خدمات التغذية الجيّدة، وضمان استدامة التدخلات للحد من المراضة والوفاة، وخفض معدلاتهما بين أفراد المجتمع.

ولتحقيق مرمى التغذية، تسعى الأهداف المحددة الآتية إلى تحفيز الإطار الاستراتيجي لتسريع الجهود وتحسين التغذية:

1- استيعاب موجّهات السيِّد القائد / عبد الملك بدرالدين الحوثي ورئيس المجلس السياسي الأعلى.

2- بخصوص النهج الصِحّي والتغذوي السليم انطلاقاً من تعاليم ديننا الإسلامي الحنيف وهويتنا اليمانية الأصيلة وهو ما وضحه تفصيلاً في محاضرته الرمضانية التاسعة في عام 1441هـ باتِّباع أنماط الحياة الإسلاميَّة، فالأثار الناتجة عن العدوان المُباشر على اليمن وعن الحصار الشامِل مُدَمِّرةً وكبيرةً وفرَضَت نفسها على كُل مناحي الحياةُ، والتعامُل بمواجهتها أفضى باليقين إلى أهميَّة وضرورة اتِّباع هذا النهج.

وبناءً على توجّهات السيِّد القائد / عبد الملك بدر الدين الحوثي والتزام القيادة السياسيَّة والمؤسَّسات الرسميَّة ذات العلاقة بتفعيل الإرشادات القُرآنيَّة المُحَدِّدة والمُنَظِّمة لأنماط الحياة والتغذية الصحيَّة والسليمة، يجري العمل على إعداد خطّة إرشاديَّة وتثقيفيَّة لرفع الوعي بمضامين ذلك، ضِمن المُحَدِّدات التالية:

- ❖ الطيِّبات، والخبائِث (ويُحِلُّ لهُم الطيِّبات ويُحَرِّم عليهم الخبائِث) (الأعراف، مِن الآية 157)؛
- ❖ الحلال، والمُحَرَّمات؛
- ❖ المنافِع، والمَضار؛
- ❖ أنظمة وتعليمات النظافة والطهارة؛
- ❖ ارتباط نمَط الغِذاء الصِحّي السليم بنمَط حياة إسلاميَّة صحّيَّة سليمة؛
- ❖ العودة إلى الأنماط الغِذائيَّة اليمنيَّة الصحيَّة والسليمة، ومِن مصادِر محَلّيَّة، وإلى نمَط الحياة الصحيَّة المُتوارَث؛
- ❖ الحصول على العناصر المغذية الدقيقة (الفيتامينات والأملاح المعدنية) من مصادرها الطبيعية.

3- الحفاظ على الالتزام السياسي وضمان الممارسات التغذوية الجيدة في جميع مراحل العمر، وبالتركيز على الفئات السكانية الأكثر ضعفاً؛

4- استمرار مقدمي الرعاية بممارسات التغذية الجيدة لمكافحة سوء التغذية لدى الأطفال دون سن الخامسة، وكذلك الأمهات الحوامل والمرضعات؛

5- دمج الأنشطة المتعلقة بالتغذية في جميع الخطط ووثائق السياسات الاستراتيجية الحكومية ذات الصلة؛

6- بناء قدرات مقدمي الرعاية الصحية على جميع مستويات النظام الصحي الوطني في مجال التدخلات الخاصة بالتغذية؛

7- تعزيز آليات التنسيق بين القطاعات من خلال إطار مساءلة مشترك للأنشطة التي تتعلق بالتغذية.

8- إشراك المجتمعات المحلية في التدخلات التغذوية من خلال برامج التثقيف الصحي المعززة للصحّة، والمساعدة على الحد من سوء التغذية بجميع أشكاله؛
9- تعزيز التدخلات التغذوية في حالات الطوارئ وتطبيق نهج الإبلاغ عن المخاطر؛
10- تعزيز المعرفة التغذوية وإدارة البيانات للاسترشاد بها في عملية صنع القرار وتشجيع توظيف الأموال في التدخلات الصحية والتغذوية؛

النتائج المتوقَّعة

تعمل الاستراتيجية الوطنية للتغذية على تحقيق المؤشّرات الآتية، لضمان إحراز تقدم نحو تحقيق أهداف التغذية الجيّدة:

- خفض عدد الأطفال دون سن الخامسة المصابين بالتقزُّم بنسبة 5٪.
- خفض الهزال لدى الأطفال إلى 10٪ أو أقل.
- السيطرة على انتشار زيادة الوزن لدى عامة السكان وخاصة بين النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عاماً.
- الحد من انخفاض الوزن عند الولادة إلى 16٪ أو أقل.
- الحد من فقر الدم لدى النساء ممن بلغن سن الإنجاب إلى 50٪.
- زيادة الرضاعة الطبيعية الخالصة طيلة الأشهر الستة الأولى إلى ما لا يقل عن 50٪.
- زيادة معدل المكملات الغذائية الدقيقة المتضمنة فيتامين (أ) واليود إلى 80٪.

الجدول :1 أهداف التغذية التي تسعى اليمن لتحقيقها بحلول 2030

أهداف التغذية	القيم الأساسية (2021)	القيم المستهدفة (2030)
معدّل الأطفال دون سن الخامسة المصابين بالتقزم (٪).	46.5%	41.5%
انتشار الهزال والوذمة الغذائية (٪)	16.4%	=<10%
انتشار انخفاض الوزن عند الولادة (٪)	23%	=<16%
الرضاعة الطبيعية الخالصة للرُضَّع دون سن ستة أشهر (٪)	20%	50%
انتشار فقر الدم لدى النساء ممن بلغن سن الإنجاب (٪)	73%	50%
انتشار فقر الدم لدى الأطفال دون سن الخامسة (٪)	70%	50%
انتشار زيادة الوزن لدى عامة السكان وخاصة بين النساء اللاتي تتراوح أعمارهن من 15 إلى 49 عام (٪)	24%	24%
توافر مكملات فيتامين (أ) للأطفال دون سن الخامسة	55%	80%
معدّل الأسر التي تستخدم الملح المعالج باليود (٪)	49.9%	80%

أُخذت بيانات الانتشار الأساسي للهزال والتقزم وفقر الدم لدى الأطفال والنساء ممن بلغن سن الإنجاب وزيادة الوزن من المسح الوطني الصحي والسكاني لليمن لعام 2013م. وتم الاعتماد على تقارير الرصد والتقييم لأعمال الإغاثة، والانتقال نحو التدخلات الإنمائيّة، ومسوح تقييم الأمن الغذائي والتغذية في حالات الطوارئ من عام 2016 إلى عام 2022م للحصول على بيانات معدّل الرضاعة الطبيعية الخالصة ومكملات فيتامين (أ). أما بيانات استهلاك الأسر للملح المعالج باليود فكان مصدرها مسح اليود لعام 2015م.

حُددت القيم المستهدفة من قبل المسؤولين/ صناع القرار رفيعي المستوى في وزارة الصحة العامة والسكان (وكلاء الوزارة ومدراء العموم ومدراء البرامج ذات الصلة)، باستخدام أداة تتبع أهداف التغذية العالمية، لرصد إنجازات اليمن نحو بلوغ أهداف التغذية العالمية. وتم استخدام متوسط معدل الخفض السنوي لانتشار مختلف مؤشرات سوء التغذية قبل وأثناء العدوان على اليمن من أجل حساب معدلات التخفيض الممكنة للتقزم والهزال وفقر الدم لدى النساء ممن بلغن سن الإنجاب. وتم تطبيق ذات المعدل على فقر الدم عند الأطفال. ويسعى اليمن إلى تحقيق الهدف العالمي المتمثل في زيادة الرضاعة الطبيعية الخالصة والسيطرة على زيادة الوزن وتزويد80٪ من الأطفال المستهدفين بمكملات فيتامين (أ) وزيادة استهلاك الأسر للملح المعالج باليود.

أولاً: الأساس المنطقي

لا تُعد التغذية الجيدة ضرورية فقط لحياة صحية ومنتجة ولكن أيضاً للخروج من دائرة آثار سوء التغذية والفقر المتوارثة من جيل إلى آخر. ويؤدي سوء التغذية – من فترة الحمل حتى سن عامين – إلى إعاقة النمو الإدراكي للرُضَّع بشكل لا يمكن إصلاحه، وزيادة خطر الإصابة بالأمراض المزمنة غير المعدية مثل داء السكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والأوعية الدموية[1]. وبين صغار الأطفال، يُشكل سوء التغذية سبباً أساسياً لوقوع أكثر من 60٪ من الوفيات الناجمة عن الإسهال، وأكثر من 50٪ من الوفيات الناجمة عن الالتهاب الرئوي والملاريا، وأكثر من 40٪ من الوفيات الناجمة عن الحصبة،[2] وبشكل عام يرتبط بما لا يقل عن 45٪ من وفيات الأطفال دون سن الخامسة والتأثير على الإنتاجية في جميع الأعمار طيلة الحياة. إن ضمان النمو الأمثل للطفل منذ الحمل – في الرحم طوال فترة نمو الجنين وحتى ولادته وبلوغه عامين – يُمثل (فرصة سانحة) للإسهام في تحسين رأس المال البشري لليمن وإنتاجيته وبالتالي تنميته اقتصادياً واجتماعياً. ويقدر أن سوء تغذية الأطفال يفقدهم 10٪ من قدرتهم على تحقيق مكاسب طوال حياتهم، مما يؤثر على الإنتاجية الوطنية[4]. ويشكل رأس المال

البشري أساس التنمية الاقتصادية وضمان الوقاية من سوء التغذية لدى الأطفال ومعالجتها في وقت مبكر، مما يسهم في تحسين أدائهم الاقتصادي من خلال الحفاظ على قدراتهم الإنتاجية الكاملة.

ومنذ بدء العدوان والحصار في عام 2015م تم تركيز إجراءات التغذية المجتمعيّة بشكل أساسي على التدخلات التي تساعد على إنقاذ المواطنين، من خلال معالجة حالات سوء التغذية الحاد الوخيم المصحوب بمضاعفات طبية في مراكز التغذية العلاجية، وحالات سوء التغذية الحاد الوخيم غير المصحوب بمضاعفات طبية في برامج العلاج في العيادات الخارجية، وحالات سوء التغذية الحاد المعتدل في برنامج التغذية التكميلية المستهدفة بالتعاون مع الشركاء لدعم التنفيذ الميداني لأنشطة التغذية بقيادة وزارة الصحة العامة والسكان، لتقديم الرعاية التغذوية في اليمن. ويلاحظ عدم إيلاء الاهتمام الكافي بأشكال سوء التغذية الأخرى (التقزم- عوز المغذيات الدقيقة- السمنة) وفقاً لما ذكره المستجيبون الرئيسيون في تقييم تنفيذ التدخلات التغذوية في قطاع الصحة.[3]

وتركز أنشطة التغذية على الأطفال المصابين بسوء التغذية الذين يعانون من الهزال أو الوذمة الغذائية، وتركز تالياً على تقديم المشورة بشأن تغذية الرُضَّع وصغار الأطفال. بالإضافة إلى ذلك سيتم التركيز على تعزيز ثقافة أهمية التغذية الصحية المعيارية خلال الألف يوم الأولى من بداية الحمل، استناداً الى سندها القرآني الثابت: "**وَوَصَّيْنَا الْإِنسَانَ بِوَالِدَيْهِ إِحْسَانًا ۖ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا ۖ وَحَمْلُهُ وَفِصَالُهُ ثَلَاثُونَ شَهْرًا**"، ولا شك أن لهذه الثقافة أثرها في الوقاية من التقزم وأشكال سوء التغذية الأخرى. وهناك تدخلات تغيب على أرض الواقع مثل تقييم نمو الطفل وتعزيزه، ومبادرة المستشفيات الملائمة للأطفال، وإنفاذ التوجيه القرأني فيما يخص الرضاعة الطبيعية (**وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ**) والمدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم.

وغالباً ما يتم تنفيذ أنشطة تغذية الرُضَّع وصغار الأطفال من خلال برامج علاج سوء التغذية الحاد والرصد التغذوي، وتتمثل الأغراض الرئيسة لتوعية المجتمع والرصد في فحص حالات سوء التغذية الحاد وإحالتها. وقد قدم الشركاء الدعم لإنشاء مواقع مراقبة ورصد التغذية في عدد من مستشفيات المديريات، لفحص الأطفال دون سن الخامسة، مع التركيز على مؤشرات الأهداف العالمية الأربعة، بما في ذلك فقر الدم والتقزم والهزال، بالإضافة إلى تقييم الوذمة الغذائية والرضاعة الطبيعية الخالصة لأغراض الإحالة في برامج سوء التغذية الحاد وبرامج صحة الطفل وتقديم المشورة.

وخلال فترة تنفيذ إستراتيجية التغذية (2011–2020)، كانت هناك التزامات عالمية وإقليمية لمعالجة سوء التغذية بجميع أشكاله من خلال مختلف المبادرات والمؤتمرات والحركات مثل المؤتمر الدولي الثاني المعنى بالتغذية (2014م) تحت شعار "تغذية أفضل لحياة أفضل"، حيث تم وضع إطار إجراءات التصدي لتحديات التغذية الرئيسة، وعقد الأمم المتحدة للعمل من أجل التغذية، وحركة الارتقاء بمستوى التغذية، والقضاء على الجوع، وغيرها. وأقرَّت الدول الأعضاء أهداف التغذية العالمية لخطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرُضَّع وصغار الأطفال الصادرة عن جمعية الصحة العالمية عام 2012م (القرار رقم 65.6WHA) وتم دمج الأهداف في أهداف خطة التنمية المستدامة لعام 2030م من أجل إظهار المزيد من الاهتمام السياسي بالأغذية والتغذية في اليمن، ولتسريع وتيرة التقدم نحو تحقيق هذه الأهداف أعلنت الأمم المتحدة عقد العمل من أجل التغذية (2016–2025م) مع التركيز على ستة مجالات رئيسيّة للعمل.[4]

وقد اتفقت اليمن مع شركائها على إعطاء الأولوية لأربع ركائز تنسجم مع مرامي التنمية بهدف ضمان تحسين الظروف المعيشية للسكان في اليمن وبناء القدرة على التكيّف، وبما اشتمل على: 1) زيادة الأمن الغذائي وتحسن خيارات كسب العيش وخلق فرص عمل. 2) الحفاظ على نظم التنمية الوطنية والمحلية الشاملة والفاعلة والكفؤة وتعزيزها. 3) الدفع نحو تحقيق التحول الهيكلي الاقتصادي الشامل. 4) توفير الخدمات الاجتماعية والإدماج للجميع. ويُسهم إطار إستراتيجية التغذية الحالي في تحقيق الركائز المذكورة، وينعكس بطريقة تُشرك قطاعات متعددة لتغطية التدخلات الأساسية والمراعية للتغذية في القطاعات ذات الصلة.[5]

تتأثر الحالة التغذوية بعدة عوامل من قطاعات مختلفة، وهناك إقرار متزايد بأن النُهج المتبعة في الإجراءات متعددة القطاعات أصبحت مطلوبة بشدة، لتحسين مخرجات أهداف التغذية. وتعتبر هذه النُهج وسيلة فاعلة من حيث التكلفة وإمكان التطبيق لتعزيز التغذية خصوصاً في الحالات الإنسانية، وهناك حاجة ماسة لترجمة هذه المعرفة إلى أفعال ملموسة تشمل الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية.

كما يمكن للتدخلات الخاصة بالتغذية التي تُدار أساساً عن طريق قطاع الصحة أن تُحسن الحالة التغذوية للأطفال بصورة سريعة، إذا تم تنفيذها خلال الأوقات الحرجة وطوال مراحل حياة الإنسان. وقد ذكرت الدراسات التي تُعنى بنقص تغذية الأمهات والأطفال[6] أن زيادة التغطية بخدمات التغذية إلى 90٪– في البلدان التي يكون فيها معدل انتشار سوء تغذية الأمهات والأطفال مرتفع – يمكن أن تؤدي إلى انخفاض التقزم بنسبة 20٪ وانخفاض الهزال الشديد بنسبة 60٪ لدى الأطفال[6]. ومن المسلّم به أن التغذية والتدخلات المراعية للتغذية، التي تُنفذ أساساً في قطاعات أخرى غير قطاع الصحة،

مثل الزراعة والثروة السمكيّة والتعليم والحماية الاجتماعية، تتسم بالأهمية للحد من سوء التغذية بطريقة دائمة[6]. واسترشاداً بمسارات العمل الخمسة التي حددتها البلدان على مستوى العالم، اجتمعت كافة الأطراف الفاعلة[7] في نظام الغذاء العالمي لإحداث تغييرات ملموسة وإيجابية في النظم الغذائية في العالم.

تعد قمَّتا النظم الغذائية والتغذية من أجل النمو، المنعقدتان في عام 2021م، جزءاً من الجهود العالمية المبذولة لتسريع وتيرة الحد من سوء التغذية بجميع أشكاله. وفي إطار هذه الجهود العالمية، ناقشت الحكومة والجهات المانحة والمؤسسات الخيرية والشركات التجارية والمنظمات غير الحكومية وأصحاب المصلحة الرئيسيين الآخرين معاً المسائل المتعلقة بالتغذية وإمكانات مواجهة التحديات، بما في ذلك التأثيرات المتفاقمة الناجمة عن جائحة فيروس كورونا على اتجاهات سوء التغذية، بالإضافة إلى أهمية التغذية في الوقاية من الأمراض ومكافحتها. وشددت قمة التغذية من أجل النمو على أهمية إعداد سياسة جديدة والتزامات مالية تُركِّز على عكس مسار تأثيرات وباء فيروس كورونا ووضع التغذية كأولوية إنمائية أساسية[8]. وأتاحت هاتان القمتان فرصاً للحكومات والمنظمات الدولية والشركات التجارية والمجتمع المدني للإعلان عن التزاماتهم بمعالجة مسائل التغذية العالمية والإقليمية والمحلية. وتركزت النقاشات حول مجالات وموضوعات محددة بما فيها: (1) الصحة: جعل التغذية جزءاً لا يتجزأ من التغطية الصحية الشاملة. (2) الغذاء: بناء نظم غذائية تعزز الأنماط الغذائية والتغذية الآمنة والصحية. (3) القدرة على الصمود: معالجة سوء التغذية بشكل فعال في السياقات الهشة والمتأثرة باستمرار العدوان والحصار. (4) المساءلة: تعزيز المساءلة القائمة على البيانات. (5) التمويل: تأمين استثمارات جديدة لمعالجة سوء التغذية للإسهام في تحقيق أهداف التنمية المستدامة[8]. وفي هذا الصدد، أجرى اليمن – بدعم من وكالات الأمم المتحدة الرئيسة المشاركة في مجال الغذاء والتغذية، بالإضافة إلى حركة الارتقاء بمستوى التغذية في اليمن – حواراته الوطنية لتحديد التزاماته بتحويل أنظمته الغذائية، التي تتسق مع التزامات تحسين التغذية من أجل النمو التي تم تحديدها وإقرارها،[9] وجميعها تتماشى مع مجالات أولويات الإستراتيجية.

وبالنظر إلى التركيز بشكل أساسي على إجراءات الحد من سوء التغذية الحاد والمعدلات المرتفعة لأشكال سوء التغذية الأخرى والتقدم المحدود جداً في تنفيذ إستراتيجية (2011–2020م) والتغيرات في أوضاع الصحة والأمن الغذائي بسبب العدوان والحصار، بالإضافة إلى جميع العوامل الأساسية التي تتسبب بسوء التغذية، قرر اليمن إعادة تحديد أولوياته الإستراتيجية على أساس الأولوية الوطنية للتغذية لتسخير إجراءاته الإنسانية المتعلقة بالتغذية في سبيل تعزيز التدخلات الإنمائية. ويُشكل تنفيذ التدخلات التغذوية الأساسية إنجازاً مهماً لإحراز تقدم في سبيل تحقيق أهداف التغذية العالمية[10]

ومرامي التنمية، بما ينسجم مع الأولويّات الوطنيّة. وفي إطار الجهود التي يبذلها اليمن لتحقيق الأهداف بحلول عام 2030م، تهدف إستراتيجية التغذية الوطنية إلى الحد من معدلات المراضة والوفيات بين السكان من خلال الوصول إلى التغذية الجيدة، وضمان التنمية الاقتصادية والاجتماعية لليمن. وتعتبر مخرجات قمة التغذية من أجل النمو ذات دلالة فيما يرتبط بالوصول إلى التغذية الجيدة من خلال اعتماد سياسات وإستراتيجيات تغذوية أكثر كفاءة وفاعليّة، وقائمة على الأدلة، والعمل مع الشركاء على تأمين التمويل للتدخلات الخاصة بالتغذية والمراعية لمتطلباتها، وفق الأنشطة التي أثبتت جدواها، والالتزام بمواءمة وتنسيق الإجراءات عبر القطاعات وأصحاب المصلحة[11]، وفق التوجّهات الإستراتيجيّة الوطنيّة.

وقد حُددت التوجهات الإستراتيجية بناءً على رؤية اليمن وأولوياته، وبناء على نتائج تقييم تنفيذ التدخلات التغذوية المدعومة من الشركاء، نحو اعتماد إطار مجالات الأولويات الإستراتيجية القائم على الأدلة، بتوافق آراء جميع أصحاب المصلحة الرئيسيين في اليمن. وستوجه هذه الإستراتيجية عملية تنفيذ التدخلات نحو تحقيق الأهداف الوطنية المتعلقة بالتغذية.

ثانياً: السياق الاجتماعي والاقتصادي في اليمن

1. الأمن الاقتصادي والغذائي والتغذوي والوضع الصحي في اليمن

يعيش أكثر من 80٪ من سكان اليمن تحت خط الفقر، ولا يتمتعون بفرص الوصول إلى الخدمات الأساسية الضرورية، مثل المياه والصحة[12]. ويعيش ما يقرب من 70٪ من سكان اليمن في المناطق الريفية، ويضطرون لقطع مسافات طويلة من أجل الوصول إلى أقرب مرفق يقدم رعاية صحية[13]. وتسبب العدوان والحصار المستمران في اليمن في جعل 80٪ من السكان (20.7 مليون من أصل 30.8 مليون نسمة) بحاجة إلى الدعم الإنساني، وحوالي 12.1 مليون بحاجة ماسة إلى المساعدات.[12] وأدت هذه المعاناة من الفقر الذي تداعت مؤشّراته وطال أمده كثيراً في إطار العدوان والحصار إلى تدمير البنى التحتية الأساسية وانهيار الاقتصاد وزيادة عدد النازحين وتعطيل المؤسسات والخدمات العامة في اليمن. وتعد كارثة العدوان في اليمن من أسوأ الأزمات الإنسانية في العالم.

وإلى ما قبل العدوان والحصار كان سوء التغذية في اليمن يُشكل مصدر قلق للصحة العامة وحالات الطوارئ، وفقاً للعتبات القياسية المتعارف عليها دوليا. وأظهر المسح الوطني الصحّي والسكّاني لعام 2013 أن 46٪ من الأطفال دون سن الخامسة

يعانون من التقزم و 16.3٪ يعانون من الهزال و 5.6٪ في مستوى خطير من الإصابة بسوء التغذية الحاد الوخيم[14]. وذكرت خطة الاستجابة الإنسانية المخصصة لليمن لعام 2019م أن ما يقرب من 30 في المائة من جميع المديريات تجاوزت عتبة الطوارئ البالغة 15 في المائة لانتشار سوء التغذية الحاد (مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، 2019م). وبلغ معدل انتشار التقزم 44.8٪ بحسب مسح الرصد والتقييم الموحدين المنفذ في عام 2019م، مما يعكس انخفاضاً طفيفاً مقارنة بعام 2013م.

وقد بلغ معدّل انخفاض الوزن عند الولادة في اليمن 23.4٪ في عام 2013م، ويكون هؤلاء الرُضَّع أكثر عرضة للوفاة في سن الطفولة. ويتدنى المستوى الأمثل لممارسة تغذية الرُضّع وصغار الأطفال في اليمن لأن 10٪ تقريباً من الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ستة أشهر يرضعون رضاعة طبيعية خالصة وفقاً للمسح الوطني الصحي والسكاني لعام 2013م. ومع ذلك، ووفقاً لمسح الرصد والتقييم الموحدين المنفذ عام 2022م في 17 محافظة من أصل 22 محافظة، كان معدل الرضاعة الطبيعية الخالصة 20٪ مما يظهر زيادة ولكنها لا تزال بعيدة عن الهدف العالمي البالغ 50٪. وحصل 15٪ فقط من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 23 شهراً على الحد الأدنى من النظام الغذائي المقبول. ويُسهم تدنى المستوى الأمثل لممارسة تغذية الرُضَّع في ارتفاع معدل سوء التغذية لدى الأطفال دون سن الخامسة. ومن بين النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة، كان 25٪ منهن نحيفات و 24٪ يعانين من زيادة الوزن وفقاً للمسح الوطني الصحي والسكاني لعام 2013م، مما يدل على أن اليمن يواجه العبء المزدوج لسوء التغذية. ويُشكل نقص المغذيات الدقيقة مصدر قلق كبير في بلادنا، حيث بلغ معدل فقر الدم لدى الأطفال دون سن الخامسة في مسوح الرصد والتقييم الموحدين 68.3٪. وتبيَّن أن 78.2٪ من النساء الحوامل و 74.6٪ من المرضعات يعانين من حالات فقر الدم الشديدة بنسبة 8.5٪ و 4.1٪ على التوالي. وتم تزويد 6٪ فقط من النساء الحوامل بمكملات حمض الفوليك أثناء الحمل وتلقت 3٪ منهن أدوية مضادة للديدان. وتم تزويد 55٪ من الأطفال دون سن الخامسة بمكملات فيتامين (أ) و 12٪ استفادوا من الأدوية المضادة للديدان. وزادت الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود من 30.6٪ في عام 1998م إلى 49.7٪ في عام 2015م بحسب المسوح الوطنية للاضطرابات الناجمة عن نقص اليود.

وتواجه بلادنا أزمة طوارئ تتعلق بانعدام الأمن الغذائي الناجم عن العدوان والحصار المستمرين منذ عام 2015م، وأزمة اقتصادية شاملة أدت إلى زيادة معدل التضخم الوطني، وتدهور القوة الشرائية. ومع استمرار العدوان والحصار تأثرت سلسلة توريد السلع الأساسية بشدة، بسبب القيود المفروضة على الاستيراد والتصدير من وإلى الموانئ والمطارات، مما أدى

إلى ارتفاع أسعار الوقود، وأسعار المواد الغذائية. ومن ناحية أخرى، انخفضت القوة الشرائية للسكان بشدة بسبب البطالة في القطاع الخاص غير الرسمي، وعدم دفع الرواتب في القطاع العام ضمن الحصار الاقتصادي المطبق لدول العدوان.

كما أنّه لا توجد مستشفيات عاملة نهائياً في حوالي 35٪ من المديريات، وتفتقر 19 من أصل 22 محافظة إلى توفر العدد الكافي من العاملين الصحيين. وهناك نقص شديد في الموارد البشرية، حيث يوجد في اليمن 12 عامل صحي لكل 10,000 شخص، أي تقريباً نصف العتبة القياسية المتعارف عليها دوليا. ولا يوجد اختصاصيون أيضاً في 97 مستشفى من أصل 261 مستشفى عامل. كما يوجد نقص شديد في عدد الأسرَّة المتاحة للمرضى الداخليين والأسرَّة المخصصة للولادة، حيث يتوفر أقل من ستة أسرّة للمرضى الداخليين لكل 10,000 شخص، أي نصف العتبة القياسية.

وتمثل الأمراض المعدية العبء الأكبر للأمراض، بالإضافة إلى الأمراض غير المعدية الآخذة في التزايد[16]. ويعد الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا وحمى الضنك والحصبة من أكثر الأمراض انتشاراً بين الأطفال في اليمن[17]، ويؤدي انتشار الأوبئة، التي تتضمن على سبيل المثال لا الحصر الكوليرا والدفتيريا، إلى زيادة العبء على النظام الصحي الذي يعاني من محدودية الموارد، والتأثير سلباً على الصحة والتغذية، وكذلك على رفاهية السكان بصفة عامة. ولا تزال نسبة وفيات الأمهات مرتفعة، إذ لا يقل عدد الوفيات عن 12 امرأة كل يوم، وتكشف آخر التقديرات لمؤشرات الصحة والتنمية في اليمن أن نسبة وفيات الأمهات وصلت إلى 185 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حيّة. وفي بلادنا، يموت طفل واحد كل 10 دقائق بسبب أمراض يمكن الوقاية منها[19]. وبلغ معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة 48 حالة وفاة لكل 1,000 مولود حي، ومعدل وفيات الرُضَّع 43.2 حالة وفاة لكل 1,000 مولود حي[20-22]. وتشير التقديرات إلى أن الأمراض غير المعدية مسؤولة عن 71٪ من جميع وفيات السكان، وتعتبر أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان وأمراض الجهاز التنفسي وداء السكري من الأمراض غير السارية الأكثر شيوعاً، وتمثل أكثر من 80٪ من جميع الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية.[18]

ولا تزال وزارة الصحّة العامّة السكّان تبذل جهوداً للحد من الوفيات في أوساط الفئات السكانية الضعيفة، من خلال تعزيز الإجراءات الصحية والتغذوية الإنسانية. وبدعم من جهات مانحة متعددة، وبما يتوافق مع الأهداف والغايات الإستراتيجية الوطنيّة لمختلف خطط أنشطة العمل الإنساني، استمر تشغيل حزمة الخدمات الصحية والتغذوية وتوسيع نطاقها تقريباً في معظم مرافق الرعاية الصحية الأوليّة العاملة، من أجل الاستفادة من الخدمات الحيوية، وتلبية الاحتياجات الماسة للسكان ومواصلة تشغيل النظام الصحي بجميع مستوياته (الرعاية الصحية الأولية والثانوية والتخصصية).

2. استعداد اليمن لتسريع وتيرة إجراءات التغذية في قطاع الصحة

الاستنتاجات هي عبارة عن استخلاص النتائج من استعراض المواد المنشورة، استناداً إلى مصادر مختلفة أو مصادر البيانات في بلادنا مثل قوانين الأغذية والتغذية، واللوائح، والإستراتيجيات، وخطة الاستجابة الإنسانية، واللمحة العامة عن الاحتياجات الإنسانية، وغيرها من الوثائق المرجعية. كما تم استخلاص نتائج تحليل الوضع من المقابلات الشخصية مع المستجيبين الرئيسيين على مستوى المحافظات والمديريات والمرافق الصحية التي تعمل مع المؤسسات الوطنية والدولية

تصورات أصحاب المصلحة بشأن إجراءات التغذية:

تعمل مجموعة واسعة من أصحاب المصلحة في مجال التغذية في بلادنا، مع التركيز بصفة خاصة على التغذية والأمن الغذائي خلال الوضع المتأثّر باستمرار العدوان والحصار. وتشمل المجموعة، إلى جانب الحكومة، والشركاء من المنظمات المنضوية تحت مظلّة الأمم المتحدة، والجهات المانحة الثنائية والمتعددة الأطراف، والأوساط الأكاديمية والمؤسسات غير الحكومية، والقطاع الخاص.

الالتزام السياسي والتنسيق

تلتزم الحكومة التزاماً قوياً بالعمل من أجل تعزيز التغذية، حيث صادق مجلس الوزراء في عام 2011م بالقرار رقم (110) على الإستراتيجية الوطنية للتغذية (2011–2020م) الموجهة نحو التصدي لسوء التغذية، بما فيها الهزال والتقزم وفقر الدم ونقص المغذيات الدقيقة وسوء التغذية في المدارس وفي حالات الطوارئ. وأُعدت وثائق إرشادية أخرى تتضمن المبادئ التوجيهية الوطنية للإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد في عام 2012م، والبروتوكول الوطني لإدارة سوء التغذية الحاد الوخيم المصحوب بمضاعفات (النسخة المنقحة لعام 2021م)، والمبادئ التوجيهية التنفيذية بشأن تغذية الرُضَّع وصغار الأطفال (النسخة المنقحة لعام 2021م)، غير أنّه لا توجد مبادئ توجيهية وطنية تركز على نقص المغذيات الدقيقة. وقد صدرت العديد من القرارات التشريعية عن مجلس النواب لمعالجة نقص المغذيات الدقيقة، من خلال تدعيم الأغذية الأساسية، وفي عام 2001م تمت الموافقة على تدعيم الزيت النباتي والسمن النباتي بفيتامين (أ) وفيتامين (د) ودقيق القمح بالحديد وحمض الفوليك. وفي عام 2002م تمت المصادقة على قرار حماية وتشجيع ودعم الرضاعة الطبيعية، وفي عام

2003م صدر قرار بشأن تدعيم الملح باليود. وفي عام 2015م تم إعداد دليل وطني بشأن المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم.

وفي إطار التنسيق بين وزارة التخطيط والتعاون الدولي، ممثلة بحركة الارتقاء بمستوى التغذية، أعدت اليمن خطة التغذية متعددة القطاعات بهدف الحد من سوء التغذية بجميع أشكاله، ومعالجة العوامل المباشرة والكامنة من خطة (2020–2023م)، وخارطة الطريق للحد من هزال الأطفال (خطة العمل الخاصة باليمن لعام 2021م) المعتمدة للتنفيذ. وتتمحور خطة التغذية متعددة القطاعات حول ثلاثة مجالات رئيسة ذات أولوية: 1) الخدمات والتدخلات الخاصة بالتغذية؛ 2) الأنشطة المراعية للتغذية؛ 3) تعزيز القيادة الحكومية والسياسات الوطنية والقدرات في مجال التنسيق.

الموارد البشرية في مجال التغذية:

هناك عدد محدود من اختصاصيي التغذية المدرَّبين في اليمن، ويتم تنفيذ أنشطة التغذية في المرافق الصحية من قبل الممرضات والقابلات والمساعدين الطبيين أو الأطباء وغيرهم من أعضاء الطاقم الصحي مثل الصيادلة واختصاصيي الأشعة. ويقتصر تدريب ما قبل الخدمة على التغذية في كليات الطب والصحة العامّة على ساعات قليلة، ومعارف غير محدّثة. ولا توجد جامعة حكومية تُدرِّس مناهج خاصة بتدريب اختصاصيي التغذية الصحية، أو اختصاصيي التغذية المجتمعية. وتبين أن بعض الجامعات الخاصة قد أنشأت برامج أكاديمية لمساق البكالوريوس في مجال التغذية. ويُنفذ التدريب أثناء الخدمة في مجال التغذية عبر القطاع الحكومي، وبالتركيز بشكل أساسي على إدارة سوء التغذية الحاد ورصد التغذية.

مصادر التمويل والتوجهات:

اكتسبت أنشطة التغذية خلال العدوان والحصار صبغة التدخلات الإنسانية، والتي تمولها الجهات المانحة. وقد خُصصت موارد إضافيّة لإدارة سوء التغذية الحاد، وخفض مستوى انعدام الأمن الغذائي. وتعتبر الميزانية المحلية محدودة للغاية، ولا تلبي الحد الأدنى لتغطية بعض التكاليف التشغيلية الأساسية والبنية التحتية وتكاليف الموظفين، خاصّة مع استمرار الحصار على اليمن. وقد أدّى ذلك إلى هجرة كثير من الكفاءات، بسبب نقص التمويل اللازم لدفع المرتبات. ومن المؤمّل أن

تتوفر مصادر تمويل محلية بديلة عن القصور التمويلي، خاصّة مع تراجع المنح المخصّصة لليمن، في ظل تزاحم أولويّات المانحين على مستوى العالم.

نظام معلومات التغذية:

تتوافر البيانات المتعلقة بالتغذية من مصادر ومنصات متعددة، بما في ذلك التقارير الروتينية الصادرة عن المرافق الصحية التي تُركز على سوء التغذية الحاد، حيث قامت الوزارة بإنشاء قنوات معلومات متعددة في الميدان لجمع البيانات من داخل المرافق الصحية. وعلى الرغم من إعداد التقارير الروتينية بصورة منتظمة، إلا أن هناك حاجة لإصدار تقرير تحليلي وطني يصدر عن وزارة الصحّة العامّة والسكّان بصورة دورية، وبناءً على البروتوكول الخاص بالتدخّلات التغذويّة بأنواعها عند اتخاذ القرارات. ويعتمد معظم الشركاء على التحليل السنوي الصادر عن كتلة التغذية بشأن عبء الحالات لإقرار المجالات ذات الأولوية، وتحديد الإمداد والدعم اللازمين. ويتمثل أحد التحديات التي يواجهها نظام المعلومات الصحية في ضرورة تنفيذ الإطار العام للمؤشرات التغذوية الروتينية في القطاع الصحي، والمواءمة مع النظام الصحّي الوطني، وبما يؤكّد التزام بلادنا ببلوغ مؤشّرات التغذية الحساسة والتخصصية، انسجاماً مع الإطار العالمي لرصد أهداف التغذية العالمية بحلول العام 1452 هـ (2030م).

و تُشكل المسوح الوطنية أيضاً مصدراً آخراً للمعلومات، وهو ما يواكب دور راهن في تعزيز الرصد التغذوي في المنشآت الصحيّة، وفق خطّة التوسّع التدريجي. ويُعد كل من كتلة التغذية، وشركاء العمل الإنساني، داعمان رئيسيان لمسوح الرصد والتقييم الموحّدَين، والمسوح التغذوية، ونظام رصد مواقع التغذية الروتينية.

حوكمة العمل الإنساني في مجال التغذية:

تُحدَّد الاستجابة الإنسانية في اليمن كل عام بموجب الاحتياجات الأساسية الموضحة في تقرير "نظرة عامة عن الاحتياجات الإنسانية"، والمفضي إلى تحديد أهداف وإجراءات خطة الاستجابة. وكما لوحظ آنفاً، تستند التدخلات التغذوية أساساً إلى إدارة حالات سوء التغذية الحاد وبعض أنشطة الرصد في إطار نظام معلومات التغذية، وقد تناولت إستراتيجية كتلة التغذية في خطة الاستجابة الإنسانية في بلادنا خلال عام 2021م ثلاثة مجالات رئيسيّة، هي: 1) توسيع نطاق توفير العلاج والخدمات الوقائية وإمكان الوصول إليها؛ 2) تعزيز جودة خدمات التغذية؛ 3) تحسين توقيت الاستجابة. ويتم تنفيذ

الأنشطة من خلال نهج مشترك بين القطاعات يسترشد بالأهداف الإستراتيجية الوطنيّة، وخطة الاستجابة الإنسانية (الحد من تفشي المراضة والوفيات، والحيلولة دون وقوع المجاعة وتداعيات سوء تغذية، من خلال دمج أنشطة التغذية بين مختلف القطاعات). وفي عام 2018م شاركت كتل المياه والإصحاح والنظافة العامة والتغذية والأمن الغذائي والزراعة في إعداد البرنامج المتكامل للحد من مخاطر المجاعة.

نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات لتقييم مدى الاستعداد

الفُرص	نقاط القوة
الحوكمة ● يحظى مجال التغذية بالأولوية في بلادنا. ● التدخلات الإنسانية في مجال التغذية ممولة جزئياً. ● الشراكة فاعلة مع المنظمات المنضوية تحت مظلّة الأمم المتحدة، والمنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية بصفتها جهات داعمة في مجال التغذية. ● آليات التنسيق على المستوى المركزي وعلى مستوى المحاور من قبل الحكومة والشركاء فاعلة، وتحقق تقدماً. ● توافر فرص بناء القدرات في مجال التغذية للقوى العاملة الصحية. التنفيذ ● دعم نظام معلومات التغذية من قبل الشركاء. ● تقديم الدعم لبرامج العلاج المجاني من سوء التغذية الحاد والوقاية منه.	الحوكمة ● إدراك صناع القرار في وزارة الصحة العامة والسكان التحدّيات المتعلقة بالتغذية (سوء التغذية الحاد)، وتأثيرها على التنمية، والقدرات الإنتاجية للأشخاص، وهم على استعداد لتخفيف العبء الذي يقع على عاتق الأسر. ● إدارة التغذية على المستوى المركزي بوزارة الصحة العامّة والسكّان تتميّز بقدرات هيكليّة، وبرامجيّة، وتنفيذيّة جيّدة. ● تتوافر المؤسسات الأكاديمية العامة والخاصة لتقديم التدريب في مجال التغذية. ● تتوافر خطط عمل متعددة القطاعات، وخطة استجابة إنسانية تعتبر التغذية أولويّة. التنفيذ ● هيكل النظام الصحي متاح ومصمم بشكل جيد، وقد نُفّذ بالفعل عدد من الأنشطة التغذويّة الفاعلة وقائيّاً وعلاجياً على جميع مستويات النظام الصحّي. ● يتوافر نظام معلومات صحية للتغذية.

	• يتوافر العاملون الصحيون المدربون الذين يعملون على تنفيذ التدخلات التغذوية. • تتوافر متطوعات مجتمعيات مؤهلات، مع توسّع نطاق عملهنّ إلى برامج الرعاية الصحيّة الأوليّة الأخرى.
نقاط الضعف	التهديدات
<u>الحوكمة:</u> • ضعف التنسيق متعدد القطاعات مع الجهات الفاعلة في مجال التغذية. • ضعف التنسيق أو التعاون بين برامج التغذية والبرامج الصحية الأخرى على المستوى المركزي، ومستويي المحافظة والمديرية. • عدم وجود توصيف واضح لأدوار الجهات الفاعلة الوطنية ذات الارتباط بالتغذية، وتضمينها في إستراتيجيات وسياسات القطاعات الأخرى • عدم كفاية الموارد البشرية على جميع المستويات من حيث العدد والمعارف التقنية. • عدم كفاية أو نقص التوعية بالتغذية في المدارس والمعاهد الصحية والجامعات. • نقص في عدد الكادر النسائي في المناطق الريفية. <u>التنفيذ</u> • ضعف التعاون بين البرامج الصحية المتكاملة أو التنفيذ بين وزارة الصحة والوزارات الأخرى ذات الصلة بالتدخلات التغذوية. • ضعف تنفيذ القوانين واللوائح المتعلّقة بالغذاء والتغذية. • عدم اكتمال دمج الرصد التغذوي ضمن نظام المعلومات، وتنظيمه وفق مراحل سلسلة البيانات بدءاً من توليدها، ووصولاً إلى استخدامها، مع ضرورة تعميم مؤشرات الأداء، وقنوات وطرق الإبلاغ، وفق عمل الشركاء.	<u>البيئة السياسية</u> • عدم وجود سياسات وإستراتيجيات محدثة في القطاعات ذات العلاقة لاستدامة التدخّلات التغذويّة • عدم وجود ميزانية حكومية وطنية ومحلية مخصصة لأنشطة التغذية <u>التنفيذ</u> • استمرار العدوان والحصار، مما يعطّل الأداء على مستوى المرافق الصحيّة والمجتمع. • شحّة الموازنة الحكوميّة المخصصة لتعزيز النظام الصحي بسبب العدوان والحصار، وانخفاض التمويل المخصص للتدخلات الإنسانية في مجال التغذية. • انقطاع الرواتب والنفقات التشغيلية بسبب العدوان والحصار. • ضعف الوعي المجتمعي حول قضايا تغذية الأطفال والأمهات، وكذلك الفتية والفتيات. • نقص في عدد اختصاصيي التغذية والكوادر المؤهلة في بلادنا، مع زيادة معدّلات التدوير غير المدروس للموظفين، وتعيين عدد من العاملين غير المدربين، مما يسبب إرباكاً في تقديم خدمات التغذية. • انتشار الأمراض المعدية والفاشيات والأوبئة نتيجة للعدوان والحصار او ضمن

• ضعف جودة الإدارة والرصد فيما يتعلق بالخدمات اللوجستية والإمدادات. • التركيز على سوء التغذية الحاد، مع عدم وجود تدخلات تركز على المشكلات التغذوية الأخرى. • محدودية الوصول إلى مستوى الزمام الثالث من مناطق التجمعات السكانيّة.	الاستهداف العدائي لنشر الأوبئة في بلادنا، والتي تمثّل تهديدات كامنة للحالة التغذويّة.

توصيات حول تقييم الاستعداد

الدعوة إلى ضمان معالجة سوء التغذية بجميع أشكاله

<u>على المدى المتوسط:</u>

1. بذل جهود تأييد تقديم حزمة إجراءات التغذية الأساسية (سوء التغذية بجميع أشكاله) من أجل التنمية، وتنفيذها على المستوى الوطني، مع التركيز بشكل أساسي على تدخلات الألف يوم الأولى في حياة الطفل.
2. تنفيذ حملة إعلامية لرفع مستوى توعية الناس بأهمية تغذية الأطفال اللازمة لنموهم، وتحسين الإنتاجية البشرية والتنمية الوطنيّة.

<u>على المدى الطويل:</u>

1. إعداد مواد التأييد التغذوي لتوعية القطاعات الصحية وغير الصحية بأهمية التغذية في التنمية الاجتماعية والاقتصادية والمعرفية والبدنية، والتأكد من أنّ العاملين الصحيين يدركون أهمية التدخلات المتكاملة في تحسين الوضع التغذوي.

تخطيط برامج التغذية وتنفيذها

<u>على المدى المتوسط:</u>

1. العمل على مراجعة وإقرار الدليل الوطني لتدريب العاملين الصحيين على المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم، ووضع آلية لمراقبة تطبيقها، ودعم إنفاذ القوانين واللوائح المتعلقة بتنفيذ مبادرة المستشفيات الملائمة للأطفال بأساليبها الجديدة.

2. التركيز على تدخلات الألف يوم الأولى من حياة الأطفال، وعلى أنشطة دعم تقييم وتعزيز نموهم، من خلال قياس أطوال جميع الأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنتين خلال زيارات المرافق الصحيّة للأغراض الوقائيّة كالتطعيم، والأطفال الذين تتراوح أعمارهم من يوم إلى 18 شهراً لحمايتهم من الإصابة بالتقزّم.
3. تقديم المشورة لجميع الأمهات بشأن الممارسات المناسبة لتغذية الرُضَّع وصغار الأطفال، لتحقيق الحد المعياري للممارسات التي تقي الأطفال من سوء التغذية.
4. قياس فقر الدم والهزال لدى النساء الحوامل والمرضعات، كجزء من رعاية ما قبل الولادة ورعاية ما بعد الولادة وضمان الإحالة.
5. فحص الأطفال باستمرار، لا سيما الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات، أثناء الأنشطة الصحية الروتينية لتحديد حالات الهزال وعلاجها.
6. تأطير جميع خطط العمل للقطاعات ذات الصلة لتشتمل على السياسات والأنشطة الخاصة بالتغذية، من أجل تحديد أي تهديدات وأحداث ترتبط بالتغذية والاستجابة لها بشكل أفضل.

<u>على المدى الطويل:</u>

1. تنفيذ الإجراءات اللازمة لتحديد أساليب تعزيز برامج الحد من الفقر والأمن الغذائي، مثل التغذية الوقائيّة، من أجل الحد من نقص تغذية الأطفال والأمهات.
2. تطوير الهيكل التنظيمي القياسي لأقسام التغذية في وزارة الصحة العامة والسكان، والمرافق الصحية.
3. إعداد حزمة تغذية متكاملة واحدة تركز على الأطفال، والأمّهات الحوامل، والنساء في سن الإنجاب.
4. إعداد وتنفيذ إستراتيجية للوصول إلى الأطفال في سن الدراسة، والفتية والفتيات، والنسوة في مرحلة ما قبل الحمل، من خلال دعم برامج التغذية المدرسية والتعليم الذي يركز على زراعة الحدائق والممارسات الغذائية والتغذويّة الفضلى.
5. تعزيز البرامج الوطنية التي تُعنى بالأغذية، والمغذيات الدقيقة.
6. تحديث إرشادات وإستراتيجيات التغذية بناءً على المشاريع المنفّذة، والدروس المستفادة من سنوات التنفيذ السابقة، وأحدث التوصيات العلميّة في المجال التغذوي.
7. تحسين جودة خدمات التغذية من خلال دعم التوجيه والرصد.

التنسيق على المستوى المركزي والمحافظات والمديريات لأصحاب المصلحة المعنيين بالتغذية

<u>على المدى القصير:</u>

إعداد آليات تنسيق على المستوى الوطني والمحافظات والمديريات، للإشراف على تنفيذ التدخلات الوطنية المعنية بالغذاء والتغذية، وتنسيق جهود الجهات المعنية الفاعلة.

<u>على المدى المتوسط:</u>

مواءمة خطط العمل الخاصة بالغذاء والتغذية بناءً على الخطة الوطنية والقرارات والمبادئ التوجيهية، ووضع آليات التنسيق بين القطاعات لرصد التنفيذ وتوجيه عملية التمويل وتعزيز نظام المعلومات.

<u>على المدى الطويل:</u>

مراقبة تسويق بدائل لبن الأم، ضمن جهود محلية من مختلف القطاعات، وتطبيق القوانين واللوائح ذات العلاقة.

مصادر التمويل لمواجهة تحديات التغذية بجميع أشكالها

<u>على المدى المتوسط:</u>

1. العمل على تحقيق كفاءة استثمار التمويلات صحيّاً، عن طريق اختيار التدخلات القائمة على الأدلة، والتي تستهدف الفئات الضعيفة، بما في ذلك الإجراءات التغذوية في الحالات الطارئة وغير الطارئة.
2. الاستعانة بالقيادات المحليّة للاستفادة من استخدام الأموال المخصصة للمحافظات والمديريّات، ووضع آلية لتجنب إهدار الموارد.
3. تحديد مجالات تمويل التغذية في المشاريع غير التغذوية، ذات الصلة غير المباشرة، لاستخدام التمويل بشكل أمثل على أرض الواقع.
4. تخصيص أموال مستدامة تغطي الفجوة التي تتيح للشركاء الاستفادة من الإمكانات المحليّة، سواء في التصنيع التغذوي، أو الإمداد الغذائي والدوائي.

على المدى الطويل:

تحديد الأولويات لتمويل المشاريع المستدامة، وليس فقط المشاريع الطارئة أو التدخلات المحددة.

بناء قدرات الموارد البشرية اللازمة لتنفيذ التدخلات التغذوية

على المدى المتوسط:

1. إعداد التوصيف الوظيفي للموظفين الذين يشغلون مواقع في مجال التغذية.
2. إعداد خارطة للموارد البشرية، تتضمن اختصاصيي التغذية والعاملين الصحيين الآخرين، لتحديد الفجوات المتعلقة بتوزيعهم واختصاصاتهم، وكذلك إعداد خارطة توضح المؤسسات الأكاديمية التي تقدم برامج دراسية في التغذية.
3. إعداد سياسة حول الحوافز الوطنية للموظفين الذين يعملون في ظروف صعبة، بناءً على التوصيف الوظيفي.
4. الاستمرار في توفير التدريب أثناء الخدمة للموظفين، لسد الفجوة القائمة في بناء القدرات.
5. تعزيز قدرات المتطوعين العاملين في مجال الصحة والتغذية المجتمعية، لتعزيز دور المجتمعات المحلية وإشراكها في الأنشطة.
6. إعداد بروتوكول سهل التنفيذ حول الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد، وبدء التدريب عليه، للوصول إلى جميع المناطق في وقت معقول، وتحقيق أهداف التغطية.
7. إعداد دليل جودة الرعاية للتدخلات التغذوية.

على المدى الطويل:

1. إعداد وتحديث منهاج دراسي متكامل في مجال التغذية، بالاستفادة من المناهج المتخصصة المتاحة.
2. تعزيز التدريب في مجال التغذية في مناهج كليات الطب والمعاهد والكليات الأخرى ذات العلاقة.
3. دعم التدريب في مجال التغذية قبل الالتحاق بالخدمة.
4. إعداد برنامج تدريبي أثناء الخدمة، بحيث يركز على التدريب أثناء العمل والتعلم عن بعد، وكذلك إعداد إجراءات لتزويد الموظفين بما يُستجد من التوصيات، ولكن مع العمل على عدم عرقلة سير الخدمات بسبب غياب الموظفين لالتحاقهم بالتدريب.

5. إدراج إدارة معالجة سوء التغذية ضمن الأمراض السارية.
6. إعداد سياسة توظيف في مجال التغذية في جميع القطاعات حسب الحاجة.
7. وضع شروط وإجراءات الاعتماد (بما في ذلك مؤهلات التدريب لاختصاصيّي التغذية على جميع المستويات).
8. تحسين قدرات العاملين الصحيين في مجال البحث وإدارة المعلومات والتحليل والبرمجة، ووضع السياسات وتنفيذها.
9. استمرار وزارة الصحة العامة والسكان في دعم أقسام التغذية، وتوفير المزيد من الاختصاصيين في مجال التغذية على مستوى المحافظات والمديريّات، من أجل تقديم الدعم الفني، وإدارة برامج علاج المرضى في العيادات الخارجيّة، وبرنامج التغذية التكميلية، والاتصال من أجل التنمية، ومراكز التغذية العلاجية، وتغذية الرُضَّع وصغار الأطفال، على مستوى المديريات.

تعزيز نظام معلومات التغذية

<u>على المدى المتوسط:</u>

1. إعداد إطار معلومات مزود بمنصة موحدة لجمع البيانات من جميع القطاعات، بناءً على مؤشرات تغذوية وطنية متفق عليها، مع الأخذ بعين الاعتبار المقاصد الستة حول التغذية، وفق الأهداف الوطنية، والمؤشرات المتعلقة بتغذية الرُضَّع وصغار الأطفال.
2. رصد التدخلات التغذوية من خلال المؤشرات الروتينية الوطنية المحددة حول قطاع الصحة، وإطار النتائج المشترك لخطة التغذية متعددة القطاعات.
3. استخدم مؤشرات قياسية لتوجيه آلية الإشراف ولتقييم الأداء.

<u>على المدى الطويل:</u>

1. إنشاء فريق عمل وطني يُعنى بالمعلومات التغذوية، ويشتمل على جميع الشركاء الذين يقومون بجمع مؤشرات التغذية، وعلى سبيل المثال صحّة الأم والوليد في مجال فقر الدم، وانخفاض الوزن عند الولادة، والتطعيم، مع توزيع فيتامين (أ)، وتقييم النمو وتعزيزه (مراقبة مؤشّرات التقزم والهزال والرضاعة الطبيعية الخالصة).

ويعد الاسترشاد بالتوصيات في تحديد مجالات العمل الإستراتيجية ذات الأولوية آليّة لتحسين المؤشّرات، وسيتم إعطاء الأولوية في التنفيذ للفئات المستهدفة في إطار "الفرصة السانحة" خلال الألف يوم الأولى من حياة الطفل، وباستهداف المناطق الأكثر ضعفاً. وسيتم توسيع النطاق تدريجياً باختيار التدخلات المبنيّة على البراهين، واختيار المناطق الجغرافية. كما ستُعطى الأولوية للتدخلات التي يمكن توسيع نطاقها بما ينسجم مع القدرات التنفيذية للحكومة، وتنفيذ التدخلات الأخرى بحسب التحسن في قدرات وزارة الصحّة العامّة والسكّان في هذا الشأن.

ثالثاً: مجالات العمل ذات الأولوية الإستراتيجية

تتكون إستراتيجية التغذية من سبعة مجالات ذات أولوية إستراتيجية لتحقيق رؤية إستراتيجية التغذية الوطنية التي تتمثل في العمل على أن يتمتع جميع أبناء الوطن بحالة تغذوية جيدة، من خلال الإجراءات التغذوية المستدامة، للحد من الأمراض والوفيات المتعلقة بنقص التغذية. وسيسهم هذا بشكل كبير في تكوين مجتمع أكثر صحة، يكون اللبنة الأساسية في تنمية اليمن اقتصادياً. ومن أجل ذلك، ستعمل برامج التغذية والمشاريع وخطط العمل الوطنيّة على تحقيق المجالات الإستراتيجية السبعة ذات الأولوية الموضحة على النحو الآتي:

1. تهيئة بيئة مواتية من خلال ضمان استدامة الالتزام السياسي

إن استمرار الالتزام السياسي بشأن التدخلات التغذوية سوف يؤدي إلى تنفيذ خطط عمل إستراتيجية التغذية في القطاع الصحي، وفي القطاعات الأخرى ذات الصلة.

1-1 مراجعة الأطر الهيكلية الحالية لضمان حوكمة التدخلات التغذوية على جميع المستويات.

النتيجة: تعميم هيكل التغذية المركزي على مستوى المحافظات، ليتسنى تحقيق الاستدامة وفق متطلّبات الحوكمة، والتنفيذ استناداً إلى مؤشّراتها.

2-1 تعزيز أدوار المؤسسات المعنية بالتغذية على المستوى المركزي والمحافظات والمديريات، وتنسيق جهود تنفيذ البرنامج.

النتيجة (1): تعزيز قدرات أنظمة التشغيل في مجال التغذية (الإدارة أو القسم أو الوحدة) على المستوى المركزي والمحافظة والمديرية والمجتمع، وفي جميع القطاعات ذات الصلة.

النتيجة (2): تحديد منصات التعاون بين الجهات الحكومية في جميع القطاعات ذات العلاقة، لا سيما قطاعات الزراعة والثروة السمكيّة والتجارة والصناعة والتعليم والمياه والإصحاح والنظافة العامة والحماية الاجتماعية، على مستوى المحافظات والمديريات (تحديد الدور والجهة المسؤولة عن التنفيذ).

3-1 دعم صانعي القرار ودفعهم لإدراج التدخلات التغذوية وسلامة الأغذية في جميع سياسات أو إستراتيجيات التنمية الوطنية ذات الصلة.

النتيجة (1): إعداد ورقة السياسات حول كافة التحديات التغذوية، بما في ذلك الاحتمالات المقترحة للحلول، واستخدامها في اجتماعات التأييد والتوعية مع صانعي القرار والقيادات على جميع المستويات.

النتيجة (2): العمل مع وزارة التخطيط ممثلة بحركة الارتقاء بمستوى التغذية، لتحقيق التنسيق البرامجي مع القطاعات ذات الصلة على مستوى المحافظات والمديريات، وفق أولويّات وزارة الصحة العامة والسكان.

النتيجة (3): دعم هيئة تنسيق مركزية متعددة القطاعات (حركة الارتقاء بمستوى التغذية في اليمن)، من قبل الأطراف المعنية على أعلى مستوى في الحكومة.

4-1 استدامة وتوسيع نطاق التنسيق بين القطاعات فيما بين صانعي القرار في مجال التغذية وسلامة الأغذية، وتوظيف الأموال في تدخلات سلامة الأغذية.

النتيجة (1): مراجعة القوانين الحالية بما يتماشى مع أحدث التوصيات العلميّة، والسياق المحلي.

النتيجة (2): إنفاذ القوانين واللوائح المتعلقة بالبيئة المواتية لدعم التنفيذ، متعدد القطاعات لتحسين مجال التغذية.

النتيجة (3): إدراج التغذية وسلامة الأغذية في جميع سياسات التنمية الحكومية، والاستجابة في حالات الطوارئ، والإستراتيجيات وخطط العمل، وفي الوثائق الأساسية للقطاعات ذات الصلة.

النتيجة (4): دمج وتنفيذ جوانب التغذية وسلامة الغذاء في جميع القطاعات الحكومية، على وجه الخصوص الزراعة والثروة السمكيّة والمياه والإصحاح والنظافة العامة والتعليم والتجارة والصناعة والحماية الاجتماعية.

5-1 تأمين الالتزام بالتمويل لضمان استمرارية خدمات التغذية في إطار الأولويات الوطنية.

النتيجة (1): إدراج عناصر التغذية وسلامة الغذاء في جميع بنود ميزانية القطاعات ذات الصلة لتيسير التنفيذ.

2. ضمان إشراك المجتمع في التوعية بالتغذية، وتحسين الممارسات والسلوكيات التغذوية المناسبة

يساند إشراك المجتمع في دعم تغيير السلوك الإيجابي المستدام، لتحقيق التأثير على المدى الطويل، وبالتركيز على الآتي:

2-1تعزيز المعارف حول التغذية والمواقف والممارسات المناسبة لمقدمي الرعاية والفتية والفتيات تجاه العادات المتعلقة بالغذاء والعادات الاجتماعية والغذائية، والممارسات المُتبعة في رعاية الأسرة والأطفال، وتغذيتهم، وكذلك النظافة المنزلية.

النتيجة (1): تحسين المعارف والممارسات المتعلقة بالغذاء والتغذية والنظافة وممارسات الرعاية الصحية للرُضَّع والأطفال على مستوى المجتمع، والإسهام في نمو الأطفال بشكل صحي.

النتيجة (2): تحسين المعارف والممارسات المتعلقة بالغذاء والتغذية والنظافة، والممارسات المُتبعة في الرعاية الصحية للفتيات والنساء الحوامل والمرضعات، والإسهام في تحسين وضع التغذية في المجتمع بأكمله.

2-2 إنشاء آلية اتصال لجميع الجهات الفاعلة المعنية بالتغذية على مستوى المجتمع، بما في ذلك المجتمع المدني والقيادات المجتمعية.

النتيجة (1): تعزيز الاتصال من أجل التنمية أو من أجل تعزيز الممارسات أو السلوكيات المتعلقة بالصحة، والمعايير الاجتماعية التي تناسب التغذية على جميع المستويات، وعبر المنصات الاجتماعية المختلفة، والتي تضم القيادات والنساء والشباب.

النتيجة (2): تبنى المجتمع المحلي لأفضل الممارسات السلوكية، لتحسين الوضع التغذوي والصحي للأمهات والأطفال.

3-2 دمج التدخلات التغذوية والصحية بالاستعانة بمتطوعات الصحة والتغذية المجتمعية، والعاملين في مجال الصحة والتغذية المجتمعية، والقابلات، والعاملات الصحيّات المجتمعيات.

النتيجة: يساند العاملون في مجال صحة المجتمع، ومتطوعات الصحة والتغذية المجتمعية، والعاملين في مجال الصحة والتغذية المجتمعية، والقابلات، والعاملات الصحيّات المجتمعيّات، على تشجيع ممارسات التغذية الأساسية والممارسات الصحية الجيدة لضمان تغذية الأطفال ونموهم بشكل صحي، من أجل أن تتبناها الأسر ويطبقها في المجتمع بأكمله.

3. رفع مستوى التنسيق والمشاركة متعددة القطاعات، بما يشتمل القطاع العام المعني بجميع قطاعاته ومستوياته، وكذلك أصحاب المصلحة الآخرين، في الوقاية من سوء التغذية وعلاج الحالات المصابة (التدخلات الخاصة بالتغذية).

يعد تنفيذ التدخلات التي تستهدف التغذية أمراً أساسياً لمعالجة العوامل الكامنة وراء سوء التغذية، بطريقة تضامنيّة، للتخفيف من أعباء هذا المرض.

3-1 إعداد آلية وطنية للاتصال والتنسيق التكاملي، بشأن التدخلات التي يقوم بها مختلف أصحاب المصلحة المعنيين.

النتيجة (1): تحديد مسارات التنسيق والتواصل والتعاون على المستوى المركزي بين المعنيين من أصحاب المصلحة في مجال التغذية، وتفعيلها لتعزيز التدخّلات التغذويّة.

النتيجة (2): بناء الإجماع حول المؤشّرات الوطنيّة ذات الأولويّة، ومشاركة المعلومات، وتنظيم الفعاليات والأنشطة، وتوزيع الأدوار والمسؤوليات بين جميع أصحاب المصلحة على المستوى الوطني.

3-2 تكييف وتعزيز التعاون عبر القطاعات في برامج الصحة والغذاء/ التغذية المدرسية

النتيجة (1): صياغة وتنفيذ سياسة ومعايير الصحة المدرسية التغذوية، وكذلك المبادئ التوجيهية لتوفير الغذاء الصحي في المدارس من خلال تنفيذ خطة العمل المُعَدّة.

النتيجة (2): تفعيل المدارس كمنصات لتعزيز التحول إلى أنماط الاستهلاك المستدامة للمجتمعات، لتبني عادات الغذاء الصحي لتحسين الوضع الصحي والتغذوي للأطفال والفتية والفتيات.

4. تعزيز إمكان الوصول إلى خدمات التغذية وتوفيرها لمعالجة سوء التغذية بجميع أشكاله وتوسيع نطاق الخدمات الوقائية في سياق التغطية الصحية الشاملة.

يتطلّب إيصال التدخلات التغذوية الأساسية إلى السكان الأكثر احتياجاً، والأكثر تضرراً، وفي الوقت المناسب، يؤدي إلى تحسين حالتهم الصحية.

4-1 ضمان الكشف المبكر عن جميع أشكال سوء التغذية من خلال التقييم الغذائي والإدارة المتكاملة لسوء التغذية.

النتيجة (1): تقييم الحالة التغذوية لجميع الأطفال الذين يرتادون أي مرفق صحي وإحالتهم إلى المراكز المعنية بالطريقة المناسبة.

النتيجة (2): توفير التدخلات التغذوية الأساسية في برامج الرعاية الصحية للأطفال والأمهات من خلال التغطية الصحية الشاملة لتحسين توافر الإجراءات التغذوية في النظام الصحي وزيادة الرفاهية وتحقيق تنمية أكثر إنصافاً.

النتيجة (3): تدرك المجتمعات مدى توفر التدخلات التغذوية والصحية وإمكانية الوصول إليها لضمان أن تتمتع النساء الحوامل بحمل هادئ ونمو صحي للأطفال دون سن الخامسة.

4-2 توسيع التغطية بخدمات التغذية، وتعزيز تغذية الرُضَّع وصغار الأطفال، مع التركيز بشكل خاص على الرضاعة الطبيعية الخالصة والغذاء التكميلي.

النتيجة: تستفيد جميع الأمهات الحوامل والمرضعات من المشورات المناسبة المُقدمة حول تغذية الرُضَّع وصغار الأطفال، مع مراعاة الأطعمة المغذية الموسمية، التي تتوافر على نطاق واسع في الأسواق، وفي مقدور الأسر.

4-3 تعزيز تنفيذ التوصيات والأساليب المبرهنة لمبادرة المستشفيات الملائمة للأطفال في المرافق الصحية المعنية بصحة الأم وحديثي الولادة والأطفال، بمشاركة المجتمع.

النتيجة (1): مراجعة البروتوكول الوطني بشأن مبادرة المستشفيات الملائمة للأطفال وتعزيزها على المستوى المركزي، ومستويي المحافظة والمديريّة، لضمان القيادة والتنسيق على الصعيد الوطني، لحماية وتشجيع ودعم ممارسات الرضاعة الطبيعية.

النتيجة (2): تزويد العاملين في المجال الصحي بالمهارات في تقديم خدمات مستدامة في المرافق الصحية المعنية بصحة الأم وحديثي الولادة على مستوى المحافظة والمديرية والمرفق الصحي، لحماية وتعزيز ودعم الرضاعة الطبيعية.

النتيجة (3): تعزيز التعاون بين المرافق الصحية التي تقدم خدمات الأمومة والطفولة، ومبادرات دعم الرضاعة الطبيعية الأخرى خارج المرافق الصحيّة، وتنسيق مبادرة المستشفيات الملائمة للأطفال لضمان دعم الأمهات بصورة مستمرة.

النتيجة (4): تحسين الدعم المجتمعي لممارسات الرضاعة الطبيعية.

4-4 مراجعة قواعد تسويق بدائل لبن الأم والالتزام بتنفيذها لدعم التغذية المثلى للرُضَّع وصغار الأطفال.

النتيجة: مراجعة اللوائح الوطنية لتسويق بدائل لبن الأم، لتنظيم تسويق منتجات حليب الأطفال والأغذية الخاصة بالرُضَّع وصغار الأطفال والالتزام بتطبيقها.

5-4 تنفيذ التدابير الوقائية التي تحول دون تعرض الأطفال للهزال، وكذلك الفئات الأخرى المعرضة لخطر النحافة، بما في ذلك الرُضَّع، وكبار السن، الذين يعانون من ظروف صحية خطيرة.

النتيجة: تقييم الفئات الضعيفة من السكان، بما في ذلك الرُضَّع المعرّضين للخطر من الناحية التغذوية والأطفال المصابين بحالات مرضيّة، وكبار السن، والفتية والفتيات، والبالغين، وذلك على مستوى المرفق الصحي، للكشف المبكر عن الهزال وتلقيهم الرعاية الغذائية اللازمة والدعم لمنع الإصابة بالهزال أو علاجه.

6-4 تقديم المغذيات الدقيقة المناسبة، وإعادة تفعيل تدعيم الأغذية الأساسية التي تحتوي على اليود والحديد وحمض الفوليك وفيتامين (أ) و (ه) ومكملات الحديد وحمض الفوليك والزنك وفيتامين (أ).

النتيجة: تعزيز الوقاية من نقص المغذيات الدقيقة، من خلال تدعيم الأغذية والمكملات الغذائية وتنويع الغذاء وتعزيز الأكل الصحي.

5. تقديم الدعم التغذوي والتأهب والاستجابة لحالات الطوارئ.

يُعد ضمان الرعاية التغذوية الحرجة في الحالات الطارئة مكوناً من مكونات الاستجابة الطارئة، والتي تساعد على إنقاذ الناس والحد من الوفيات والمراضة بين السكان الأكثر ضعفاً.

5-1 استيعاب جميع الاحتياجات والمشكلات التغذوية في الوثائق الإستراتيجية للاستعداد والاستجابة للحالات الطارئة.

النتيجة: دمج التدخلات التغذوية ذات الصلة أثناء الأزمات في خطة الطوارئ، وخطة الاستجابة الإنسانيّة، وجميع الوثائق الإستراتيجية الأخرى ذات العلاقة.

5-2 بناء القدرات في مجال التغذية حول تدخلات وضع الطوارئ

النتيجة (1): تزويد جميع أصحاب المصلحة على المستوى الوطني بالمهارات اللازمة لتقديم تدخلات ذات نوعية عالية في مجال التغذية، عند الاستجابة للأزمات الإنسانية.

النتيجة (2): الحفاظ على التدخلات التغذوية الأساسية وتوسيع نطاقها عند الحاجة، بما في ذلك مراكز التغذية العلاجية وبرنامج علاج المرضى في العيادات الخارجية، وبرنامج التغذية التكميلية، وتوزيع الغذاء، وإجراءات الوقاية، ورصد التغذية للاستجابة للأزمات، وتعزيز قدرات السكان على الصمود.

النتيجة (3): تنفيذ الوقاية من سوء التغذية وعلاجه بشكل فاعل في المديريات التي تفتقر لأبسط المقومات، والمتأثرة بالوضع الإنساني من أجل تعزيز قدرات تكيُّف السكان على التحمل والصمود.

5-3 تبرير تقديم المساعدات الإنسانية للفئات الأكثر ضعفاً والمعرضة لخطر سوء التغذية.

النتيجة: إمكان وصول الفئات المعرضة لخطر سوء التغذية، وتأمين المساعدات الإنسانية متعددة القطاعات في برامج المساعدات الإنسانية المختلفة.

5-4 تحسين حالة استهلاك الغذاء للسكان المعرضين للخطر، من خلال دمج وتنسيق التدابير والمساعدات الإنسانية للتخفيف من تأثير انعدام الأمن الغذائي على السكان الذين يواجهون تداعيات المرحلة الثالثة من التصنيف المرحلي المتكامل للأمن الغذائي وما فوقها.

النتيجة: حصول الأسر الضعيفة على خدمات الحماية الاجتماعية، مع تعزيز قدراتها على التحمل والصمود، لتمكينها من مواجهة الأزمات المتعلقة بانعدام الأمن الغذائي.

6. دعم بناء قدرات المؤسسات والعاملين الصحيين لتحسين نوعية خدمات التغذية.

تُشكّل الأطر البشريّة الصحية الماهرة، والمؤسسات الوطنية المتمكنة العوامل الرئيسة لضمان تقديم الرعاية بجودة عالية.

6-1 بناء قدرات المؤسسات على إعداد وثائق مرجعية تتعلق بجودة الرعاية وتحسين الإشراف لضمان جودة الرعاية.

النتيجة (1): تحديد أطر جودة الرعاية لجميع التدخلات التغذوية، واستخدامها لرصد وتقييم تقديم الخدمات.

النتيجة (2): توافق المبادئ التوجيهية والبروتوكولات البرامجيّة الخاصة بتقديم خدمات التغذية مع التوجّهات الوطنيّة، بالاستفادة من التوصيات العلميّة، وتتوافر لجميع العاملين لضمان استمرارية جودة الرعاية.

النتيجة (3): بناء مهارات مقدمي الخدمات، من خلال توفير التوجيه والتدريب وأدوات المساعدة على العمل، لتقديم خدمات مناسبة على جميع المستويات، وكذلك تقديم خدمات تغذوية عالية الجودة بشكل سليم وآمن.

النتيجة (4): ضمان استمرار جودة الرعاية من خلال موافاة العاملين الصحيين بكل ما هو جديد.

6-2 تبادل الخبرات بشأن تنفيذ التدخلات التغذوية على المستويين الوطني والدولي، وفق التوجّهات الوطنيّة.

النتيجة: تعزيز مهارات الأطر البشريّة الوطنية والجهات الفاعلة في مجال التغذية، من أجل الحصول على أفضل الممارسات، من خلال تبادل الخبرات وتعزيز أوجه التعاون فيما بين المحافظات.

6-3 مراجعة وتطوير مناهج التغذية في المعاهد الصحية والجامعات، وإدراج التغذية في التطبيق العملي ما قبل الخدمة في الكليات الطبية.

النتيجة (1): يمتلك خريجو الجامعات والمعاهد الصحية المعارف والمهارات الكافية لتقديم خدمات جيدة وأساسية في مجال التغذية.

النتيجة (2): يلتحق اختصاصيو التغذية بالخدمات التغذويّة في المرافق الصحيّة.

4-6 إدراج موضوعات التغذية والزراعة في مناهج المدارس الأساسية والثانوية.

النتيجة: إعداد مناهج تتعلق بالغذاء والتغذية، وتقديمها لأطفال المدارس للحفاظ على نظام غذائي صحي.

7. تعزيز نُظم معلومات التغذية والرصد والتقييم

1-7 تعزيز نظام رصد التغذية في جميع الأماكن (المرافق الصحية، المجتمعات، المدارس، وغيرها) لتوفير أحدث المعلومات، واتخاذ القرارات المناسبة، والعمل من أجل الاستجابة في الوقت المناسب.

النتيجة (1): تقييم الوضع التغذوي في جميع الأماكن من أجل التشخيص في الوقت المناسب، واتخاذ إجراءات التغذية المناسبة.

النتيجة (2): إجراء التقييم السريع أو المسوح محدودة النطاق بشكل منتظم، خاصة في مجالات التوعية.

2-7 تقديم الدعم لجمع وتحليل البيانات الثانوية المتعلقة بمؤشرات التغذية من جميع المصادر، والاستناد إليها.

النتيجة (1): تحديد مؤشرات الأداء الرئيسية ودمجها، في أدوات مصادر جمع البيانات، وإعداد نظام معلومات التغذية، وتنفيذ خطة العمل.

النتيجة (2): إجراء تحليل البيانات واستخدامها على جميع المستويات.

النتيجة (3): إعداد التقارير ومشاركتها مع جميع الأطراف ذات العلاقة.

3-7 إنشاء لجنة وطنية لبحوث التغذية تحت قيادة إدارة التغذية بوزارة الصحة العامة والسكان، وعضوية الشركاء المحليين.

النتيجة: إنشاء لجنة بحثية، ونشر نتائج البحوث واستخدامها.

رابعاً: الجهات المسؤولة عن التنفيذ وآليات التمويل

تنفيذ التدخلات الخاصة بالتغذية بطريقة متعددة القطاعات ومتعددة التخصصات، وبالتالي تحتم على العديد من أصحاب المصلحة العمل معاً. وتحدد قواعد ولوائح التنفيذ المؤسسات التي ستشارك في هذه الجهود، وتصف مهامها وأدوارها ومسؤولياتها، لضمان نجاح مكافحة سوء التغذية بجميع أشكاله.

1. الهيئات والهياكل الوطنية المعنية بالتنفيذ

على المستوى المركزي

ينبغي إنشاء هيئة تنسيق تشمل جميع الوزارات، ويمكن لحركة الارتقاء بمستوى التغذية في اليمن دعم العمل التنسيقي لجميع أصحاب المصلحة. ويتمثل دور هيئة التنسيق الشامل في الآتي:(1) تعزيز استدامة إجراءات التغذية وتوسيع نطاقها في جميع القطاعات؛ (2) ضمان تحديث أطر النتائج المشتركة لخطة عمل التغذية متعددة القطاعات على أساس إسهامات كل قطاع معني؛ (3) رفع مستوى التنسيق والتعاون بين جميع أصحاب المصلحة، لرفع فاعليّة إسهامات الجهات المعنية؛ (4) دعم التخطيط المشترك، ووضع البرامج التنفيذيّة لتحقيق إطار موحد للنتائج؛ (4) الدعوة إلى رفع مستوى التمويل الحكومي للتغذية، وإيجاد البدائل التمويليّة الملائمة؛ (6) تقييم التقدم المحرز في التنفيذ، لتعميم أفضل الممارسات، وتبادل الخبرات، واقتراح الحلول لمواجهة التحديات.

تُعد إدارة التغذية في وزارة الصحة العامة والسكان الجهة الرئيسية المسؤولة عن الإجراءات التغذوية في قطاع الصحة، والمعنية بالتنسيق البرامجي مع الجهات المعنية، نحو تعزيز المسؤولية التضامنيّة، والإسهام في توفير أنشطة التغذية اللازمة.

على مستوى المحافظة والمديرية

تقوم مكاتب الصحة والسكّان في المحافظات بتنفيذ برامج الصحة والتغذية، من خلال مكاتب الصحّة والسكّان في المديريات، وعبر المرافق الصحية. كما أن مكتب الصحة والسكّان في كل محافظة هو المسؤول عن التنسيق بين أنشطة التغذية والبرامج الصحية، بالإضافة إلى القطاعات غير الصحية. ويتولى مكتب الصحة بالمحافظة تنسيق جميع الأنشطة ذات الصلة، بالتعاون مع جميع أصحاب المصلحة العاملين في المحافظة.

2. آليات التمويل

يُعد تمويل أنشطة التغذية من التحدّيات الأساسيّة التي تواجه أولويّة الاستدامة، وهناك حاجة أساسية لتنويع مصادر التمويل نتيجة الظروف الاقتصاديّة الصعبة التي تعانيها البلاد، بسبب العدوان والحصار. وتُخصص الحكومة موارد محلية لأغراض التغذية، مع الاعتماد على التمويلات الخارجية لتغطية الفجوة التمويلية. ولضمان استدامة التدخلات التغذوية ينبغي العمل على آليات مناسبة لتمويل التدخلات التغذوية على المستوى الوطني، ومن ذلك المساهمات المحليّة، والمشاريع ذات الصلة. وينبغي الإشراف على الموارد المالية وإدارتها بشكل فاعل لضمان أن يحصل الجميع على خدمات الرعاية التغذوية بإنصاف، واستثمارها صحيّاً على النحو الأمثل. وينبغي أن تنعكس التدخلات التغذوية وسلامة الأغذية على نحو ملائم في كافة إستراتيجيات وخطط القطاعات، بما في ذلك الميزانيات المخصصة لها.

كما يمكن استخدام الموارد المشتركة بين البرامج، حين توافرها، لدعم أنشطة التغذية، مثل التحصين، ومكافحة الأمراض المعدية، وصحة الأمهات والمواليد والأطفال، للتخطيط لأنشطة التغذية في هذه البرامج وتنفيذها.

خامساً: الرصد والتقييم والمساءلة وخطة التعلم

الرصد والتقييم

يمتد تطبيق إستراتيجية التغذية لمدّة تسع سنوات، ويعتمد إنشاء نظام الرصد والتقييم المتكامل على المؤشرات الأساسية للمدخلات والمخرجات والمحصلات ومؤشرات التأثير الخاصة بكل قطاع، والمؤشرات الشاملة لعدة قطاعات. وستتم عملية الرصد والتقييم باستخدام مصفوفة تم تطويرها لكل خطة عمل ومعايير التقييم المتفق عليها، بما يتماشى مع إطار نتائج خطة عمل التغذية متعددة القطاعات، لتقييم مدى إمكان الوصول إلى الرعاية والتغطية الجغرافية وتأثير الإجراءات التي يتم طرحها في مختلف القطاعات والبرامج الخاصة بسلامة السكان فيما يخص التغذية والصحة. وتُصنف هذه المؤشرات حسب المنطقة الجغرافية للتدخل والفئة السكّانية والعمر، ويمكن تحديد مؤشرات إضافية للمدخلات ورصد الوضع الوبائي حسب الحاجة، واستخدامها في أغراض ضمان جودة الخدمات المقدمة. كما سيتم رصد التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف المحددة بصورة مستمرة، من خلال نظام معلومات الصحة والتغذية. كما سيجري استخدام المؤشرات البديلة القصيرة والمتوسطة الناتجة عن المسوح المحلية التي أجراها شركاء كتلة التغذية.

ويتم إجراء تقييم منتصف المدة لمتابعة التقدّم المحرز في تنفيذ الإستراتيجية، بناءً على المعايير الوطنيّة، وبالاستفادة من معايير تقييم لجنة المساعدة الإنمائية التابعة لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية[19]، وفق الرسم البياني أدناه. وتُعد لجنة المساعدة الإنمائية التابعة لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية منتدى دولي متميز ومساند في تقديم المساعدات.

الشكل (4).: معايير التقييم الخاصة بلجنة المساعدة الإنمائية التابعة لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية[19]

تقييم منتصف المدة والتقييم النهائي

يشرف قطاع الرعاية الصحيّة الأولية، من خلال إدارة التغذية، على تقييم الأداء عند منتصف المدة، وإجراء التقييم النهائي. ويهدف التقييم إلى متابعة التقدّم المحرز في تنفيذ الإستراتيجية، ومدى ملاءمة البرنامج وفاعليته وتناسقه واستدامته وتأثيره. وتدعم نتائج تقييم منتصف المدة وضع خطة العمل المعدلة اللاحقة، نحو تحقيق النتائج التي ليست على المسار الصحيح خلال السنوات القادمة.

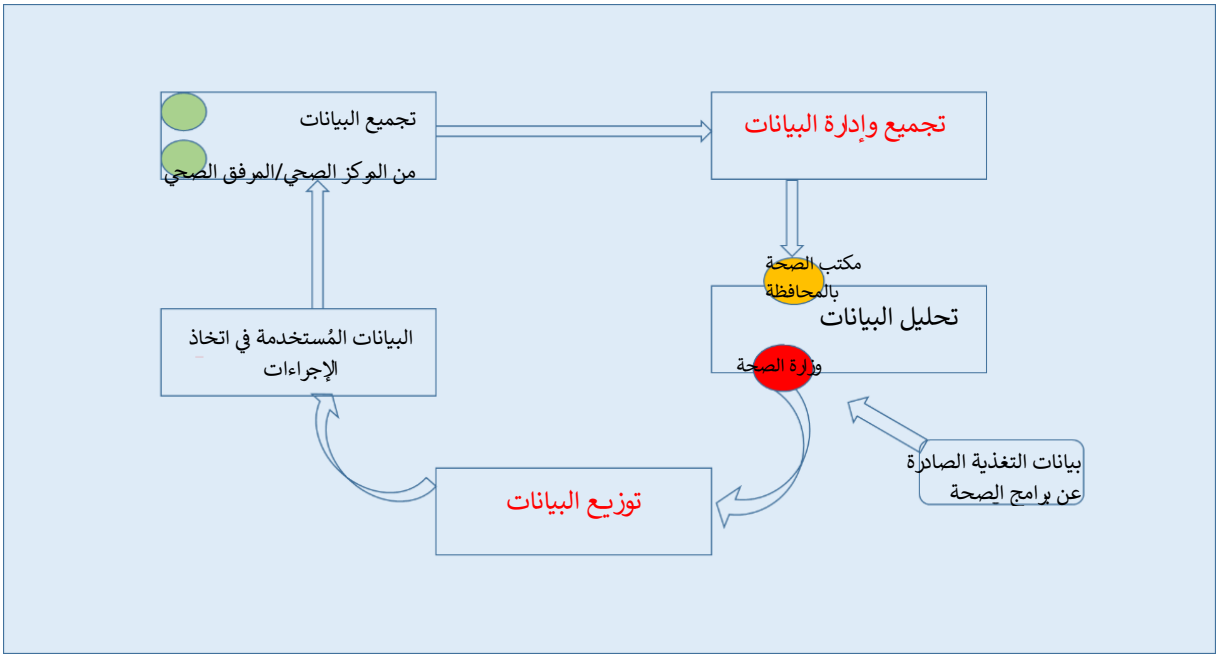
وأثناء التقييم النهائي تتم دراسة فرص توسيع التدخلات، بالإضافة إلى التحديات ونقاط القوة والصعوبات، وكذلك الدروس المستفادة للخطوة التالية.

عملية الرصد والتقييم

يتم جمع البيانات الروتينية ونقلها وإعدادها وإرسالها إلى المستوى دون الوطني (على مستوى المديرية والمحافظة)، وإجراء فحص الجودة للتأكد من اكتمال ودقة العملية طوال فترة جمع البيانات وإعداد التقارير.

كما يتم تحليل البيانات على مستوى المرفق الصحي والمديرية والمحافظة وعلى المستوى الوطني لاتخاذ القرارات المبرهنة، بالإضافة إلى جمع البيانات، وإجراء تحليل معمق لأداء البرامج الصحية، والقطاعات الأخرى. ومن خلال التقرير الشهري أو ربع السنوي أو لوحة المعلومات يتم نشر النتائج على جميع أصحاب المصلحة، وتوفيرها بطريقة يمكن الوصول إليها في المواقع الإلكترونية ذات الصلة، حتى يسهل الرجوع إليها.

الشكل (5): عملية الرصد والتقييم



مساءلة أصحاب المصلحة أمام المستفيدين

تقوم وزارة الصحة العامة والسكان برصد عملية تنفيذ أنشطة التغذية، من حيث جودتها وتغطيتها للسكان المستهدفين، للتأكد من أن السكان يستفيدون من الأموال التي تُنفق في مجال التغذية بالشكل المطلوب. ويتم تقييم هذه المساءلة أمام المستفيدين بناءً على الالتزامات الوطنيّة، والتنسيق البرامجي مع الشركاء، وفق ما توافق عليه الحكومة ويناسب أولوياتها مما تضمنته مخرجات قمتي النظم الغذائية والتغذية من أجل النمو المنعقدتين في عام 2021م، نحو الحد من الهزال، ودعم نظام معلومات التغذية بما يتماشى مع توجّهات الإستراتيجية، بالإضافة إلى خطط العمل اللاحقة لهذه الإستراتيجية التي يتم إعدادها وإقرارها وربطها بخطة عمل التغذية الشاملة متعددة القطاعات المُقدمة من وزارة التخطيط والتعاون الدولي. كما يمكن أن يشترك المجتمع في إجراءات التتبع على المستوى المحلي، نحو تعزيز المساءلة بما يخدم تحسين المؤشّرات التغذويّة.

وثمة حاجة إلى تعزيز رصد التمويل المخصص للتغذية وتقييمه والإشراف عليه من خلال تتبع مدى كفاءة استخدامه، حيث تتمثّل الكفاءة في الاستخدام المعياري للتمويلات المتاحة، وتجنّب الازدواجية، وتحقيق فاعليّة تنفيذ التدخلات ذات التأثير العالي. ويتضمن تقييم الإجراءات الصحية على المستوى الوطني تعزيز نظام المعلومات التغذويّة، من خلال قسم المعلومات في إدارة التغذية، لتقديم معلومات حول مصادر الأموال وكيفية الاستفادة منها. وسيتم تتبع النتائج وتحليلها وتوحيدها على شكل معلومات وإحصاءات، بحيث يمكن استخدامها لتحقيق أفضل الإجراءات من خلال اتخاذ القرارات المناسبة في مختلف القطاعات. وتُعد هذه أداة للمناصرة لتوزيع الأموال بصورة عادلة، وتنفيذ الأنشطة على أساس الأولويات المحددة. بالإضافة إلى ذلك، سيتم تقييم مستوى إشراك المجتمع في صنع القرار لتحديد المشكلات وحلها وتقييم تنفيذ الأنشطة ونوعية الرعاية والتغطية السكانية.

استخدام البيانات وبناء المعرفة

بتنسيق من حركة الارتقاء بمستوى التغذية في بلادنا ووزارة الصحة العامة والسكان، فإن من شأن إنشاء منصة لتبادل المعلومات ونشرها واستخدامها ضمان استمرار الأنشطة المتكاملة، من خلال مشاركتها مع جميع أصحاب المصلحة بما في ذلك المجتمع المدني والشركاء المحليون والدوليون الذين يلعبون دوراً رئيسياً في التدخلات التغذوية في اليمن. وتسهم

النقاشات التي تدور حول أفضل الممارسات وقصص النجاح والدروس المستفادة، بالإضافة إلى تشجيع أصحاب المصلحة على تحسين أنشطتهم نحو إجراءات أكثر تأثيراً وقابلية للتوسع، إلى تسريع وتيرة التقدم نحو تحقيق الأهداف المتفق عليها. كما أنّ تبادل المعلومات مع الدول الأخرى هام لتحقيق الأمن الصحي والتغذوي، والاستفادة من التجارب الأخرى في تعزيز الصحّة والتغذية في بلادنا.

سادساً: العدالة في تسهيل الوصول إلى التدخلات التغذوية والمبادئ التوجيهية وعوامل التمكين

يتمتع جميع الأشخاص الذين يعيشون في اليمن، بغض النظر عن فئاتهم السكّانية وأوضاعهم الاجتماعيّة، بإمكان الوصول إلى خدمات التغذية دونما تمييز. ويتم تقديم المعالجة بناءً على احتياجات الرعاية الطبية والتغذوية، بما في ذلك السكان من النازحين واللاجئين. ويتم التنسيق بين التغذية والبرامج المعنية بصحة الأمهات والمواليد والأطفال، في جميع مجالات العمل الإستراتيجية ذات الصلة. وتشارك جميع الفئات العمرية في اللقاءات المدرسية والمجتمعية لدعم وتعزيز توسيع نطاق توافر الرعاية، واستدامتها في المجتمع والأسرة، وإشراك جميع أفراد الأسرة على هذا النحو في الإجراءات التغذوية. كما تهتم الإستراتيجية بالقيم الأساسية التي تتضمنها المبادئ التوجيهية، للمساعدة في رفع قدرة السكان على التحمل والصمود أثناء أزمة الغذاء والتغذية، لجميع السكّان، وبالتركيز على الفئات السكانية الضعيفة التي يصعب الوصول إليها. وينصب التركيز على التدخل الذي سيكون له أثر أكبر في السياق الإنساني أو التنموي، نحو تعزيز الأثر.

وتساعد المراجعة المؤسسية والهيكلية على التعاون والتنسيق متعدد القطاعات، إلى جانب التركيز على التنفيذ الذي يهتم بالتدخلات الخاصة بالتغذية، والمراعية لها، لتعزيز التدخلات الإنمائية، وتحسين الإجراءات التغذوية في جميع القطاعات ذات العلاقة. ويُعد الالتزام السياسي والمالي المستمران، بالإضافة إلى المعنيين والخبراء المتفانين في الوزارات المعنية والبرلمانيين لتحديث قوانين الغذاء والتغذية وتسهيل تطبيقها وإنفاذها من قبل المؤسسات المعنية، من عوامل التمكين اللازمة لتنفيذ إستراتيجية التغذية بدعم من الشركاء المحليين والدوليين. ويساعد تحسين المعارف المجتمعية وتمكين مشاركة الفئات السكّانية في تقييم الوضع، وإيجاد حلول مناسبة للسياق الصحي – التغذوي، واتخاذ الإجراءات لمعالجة مشكلاتهم التغذوية، التي تساعد في الاستماع إلى مخاوفهم وتعزيز قدرتهم على الصمود، ومواصلة تغيير سلوكياتهم نحو التغذية الجيدة.

المراجع

1. برانكا، ف. وآخرون. تحويل النظام الغذائي لمكافحة الأمراض غير المعدية
2. كولفيلد، ل. إ.، دي أونيس، م.، بلوسنر، م. وبلاك، ر. إ. نقص التغذية كسبب أساسي لوفيات الأطفال المرتبطة بالإسهال والالتهاب الرئوي والملاريا والحصبة
3. وزارة الصحة العامة والسكان + منظمة الصحة العالمية تحليل المشهد التغذوي في اليمن. (منظمة الصحة العالمية - المكتب القطري اليمن، 2021).

4 منظمة الصحة العالمية، موجز سياسات: تعزيز الالتزام بالتغذية في إطار عقد الأمم المتحدة للعمل من أجل التغذية. (منظمة الصحة العالمية، 2018).

5 أهداف التنمية المستدامة التابعة للأمم المتحدة. إطار الأمم المتحدة للتعاون في مجال التنمية المستدامة، <https://unsdg.un.org/2030-agenda/cooperation-framework> (2022).

6. لوتر، سي.كيه، بينا روزا، ج.، بي و بيريز اسكاميلا، آر. تغذية الأم والطفل مجلة ذا لانسيت الدورية 382, 1550-1551,2013).

7 ماك بين، جه، إيه. دمج العلوم لمعالجة الغذاء والصحة ضمن الأجندة العالمية لعام 2030. مجلة *npj Science of Food*

8 التغذية من أجل النمو. قمة طوكيو للتغذية من أجل النمو، <https://nutritionforgrowth.org/events/> (2021).

9 الأمم المتحدة. مسارات عمل قمة النظم الغذائية 2021، <https://www.un.org/en/food-systems-summit/action-tracks> (2021).

10 منظمة الصحة العالمية. قرار منظمة الصحة العالمية (2012) رقم (65.6WHA). تغذية الأمهات والرُضَّع وصغار الأطفال. جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون ، جنيف، 21-26 مايو. القرارات والمقررات، <https://click.endnote.com/viewer?doi=10.1111%2Fmcn.12075&token=WzMxMzk0ODgsIjEwLjEx MTEvbWNuLjEyMDc1Il0.OGQt6TdRv4ruW2TeqJI-jnJfs8Q> (2012).

11. وزارة الخارجية قمة طوكيو للتغذية من أجل النمو، <https://www.mofa.go.jp/ic/ghp/page22e_000958.html> (2021).

12 مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية. لمحة عامة عن الاحتياجات الإنسانية في اليمن <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2019_Yemen_HNO_FINAL.pdf> (2021).

13 ليندساي، أ. اليمن: الحالة الإنسانية تشير إلى ارتفاع معدل وفيات الأمهات </https://mothersmonument.org/2015/03/02/yemen-maternal-mortality2015

14. وزارة الصحة العامة والسكان + الجهاز المركزي للإحصاء ، المسح الوطني السكاني والصحي في اليمن . (وزارة الصحة العامة والسكان و الجهاز المركزي للإحصاء، اليمن، 2013)

15 التصنيف المرحلي المتكامل للأمن الغذائي. اليمن : وضع انعدام الأمن الغذائي الحاد من يناير إلى مايو 2022 والتوقعات للفترة ما بين يونيو - ديسمبر 2022 ، <https://www.ipcinfo.org/ipc-country-analysis/details-map/es/c/1155479/>) 2022).

16 مقداد ، أ. عبء المرض العالمي: مورد حاسم لصنع سياسات واعية في منطقة الخليج. مجلة التخصصات الصحية 4 ، 162-172 ، دوى: 10.4103 / 2468-6360.186482 (2016).

17 قربي، ن. وإسماعيل، س. أ. ، وظائف النظام الصحي في اليمنان منخفضة الدخل في خضم الصراع: حالة اليمن. خطة السياسة الصحية

18 منظمة الصحة العالمية. الأمراض غير المعدية: حقائق أساسية <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (2022).

19 منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. تطبيق معايير التقييم بعناية (2021).