



المملكة الأردنية الهاشمية

# الاستراتيجية الوطنية للتغذية

٢٠٢٣  
٢٠٣٠



## شكر وتقدير

تم تطوير هذه الاستراتيجية الوطنية للتغذية ٢٠٢٣-٢٠٣٠ تحت إشراف وإدارة وزارة الصحة - قسم التغذية، وبدعم من منظمة الصحة العالمية وبالتعاون مع مجموعة واسعة من الشركاء الرئيسيين في مجال التغذية.

شاركت عدة جهات حكومية في ورشة العمل التمهيدية لتطوير الاستراتيجية والتي عقدت في ٣٠ سبتمبر ٢٠٢١، بما في ذلك وزارة الصناعة والتجارة والتموين ووزارة الشباب ومؤسسة المواصفات والمقاييس الأردنية والمؤسسة العامة للغذاء والدواء الأردنية وجمعية حماية المستهلك وأمانة عمان الكبرى والجمعية العلمية الملكية والخدمات الطبية الملكية. ونقدر بامتنان مساهمات هذه المؤسسات، كما نقدر مشاركة المؤسسات الأكاديمية، بما في ذلك؛ الجامعة الهاشمية والجامعة الأردنية والجامعة الأمريكية في بيروت وجامعة البلقاء التطبيقية والجامعة الأمريكية في مادبا، وكذلك المركز الوطني للتغذية من القطاع الخاص.

كما أن الشكر موصول لمنظمات الأمم المتحدة، بما في ذلك؛ صندوق الأمم المتحدة للسكان ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا) والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) والبنك الدولي وبرنامج الأغذية العالمي للأمم المتحدة على مساهماتهم. للاطلاع على قائمة المشاركين في ورشة عمل تطوير الإستراتيجية، انظر الملحق الأول.

المملكة الأردنية الهاشمية

الاستراتيجية الوطنية للتغذية

٢٠٢٣-٢٠٣٠

# الفهرس



٥٥	تمهيد
٥٦	الاختصارات
٥٧	المقدمة
٥٨	المنهجية
٥٩	الوضع الحالي في الأردن
٥٩	السياق العام
١٠	حالة الأمن الغذائي
١٠	الوضع التغذوي
١١	نقص التغذية بين الأطفال دون سن الخامسة
١٢	نقص المغذيات الدقيقة
١٧	زيادة الوزن والسمنة والأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي
١٨	عوامل الخطورة تجاه الإصابة بالأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي
١٩	تغذية الرضع وصغار الأطفال
٢٠	استهلاك الغذاء والأنماط الغذائية
٢١	مسببات سوء التغذية
٢٣	تنفيذ سياسة الغذاء والتغذية
٢٥	رؤية وأهداف وغايات الإستراتيجية الوطنية للتغذية
٢٥	الرؤية والهدف العام
٢٥	الأهداف المحددة
٢٦	المبادئ الأساسية
٢٦	التغذية لتعزيز الصحة طوال فترة الحياة
٢٦	العمل المتكامل متعدد القطاعات
٢٧	إشراك المجتمع ككل
٢٧	معالجة محددات الصحة
٢٧	الارتكاز على نهج حقوق الإنسان
٢٨	النهج الاستراتيجية والسياسات والتدخلات ذات الصلة
٢٨	النهج الاستراتيجي الأول: إنشاء نظم غذائية مستدامة ومرنة لتوفير أغذية صحية
٣١	النهج الاستراتيجي الثاني: النظم الصحية المتوائمة التي توفر تغطية شاملة للإجراءات التغذوية الأساسية
٣٥	النهج الاستراتيجي الثالث: الحماية الاجتماعية والتثقيف التغذوي
40	النهج الاستراتيجي الرابع: التجارة والاستثمار من أجل تحسين التغذية
41	النهج الاستراتيجي الخامس: النظم والبيئات الآمنة والداعمة للتغذية في جميع الأعمار
46	النهج الاستراتيجي السادس: تعزيز الحوكمة والمساءلة في مجال التغذية
49	الملحق الأول: المشاركون في ورشة العمل التحضيرية لتطوير الإستراتيجية الوطنية للتغذية
50	الملحق الثاني: الإطار التنفيذي للاستراتيجية الوطنية للتغذية ٢٠٢٣-٢٠٣٠



إن التغذية السليمة من أهم متطلبات التنمية الوطنية في أي دولة على مستوى العالم، وأحد أهم المعايير لصحة الإنسان وحق من حقوقه الأساسية في الحياة. حيث أثبتت الدراسات العلمية أثر التغذية السليمة المباشر على صحة الإنسان وزيادة الإنتاجية وانعكاس ذلك على النمو الاقتصادي الوطني. ويُنْتِج كذلك التأثيرات العميقة المباشرة لسوء التغذية على الصحة والتكاليف السنوية الباهظة والمهدورة وتأخر التنمية البشرية.

وبالرغم من التحسينات المستمرة التي يشهدها مجال التغذية في الأردن، إلا أنه ما يزال يواجه أشكالاً مختلفة من سوء التغذية، إذ أن تغير نمط الحياة في المملكة الأردنية والبلدان الأخرى في منطقة شرق المتوسط، وما يصاحب ذلك من تغييرات في النظم الغذائية التي أصبحت تحتوي على نسب أعلى من الأطعمة الغنية بالطاقة وتفتقر إلى المغذيات الضرورية، مما أدى إلى زيادة في مستويات السمنة والأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي، مثل مرض السكري من النوع الثاني وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والأوعية الدموية، بالإضافة إلى مشاكل أخرى كُنقص المغذيات الدقيقة وانخفاض مستويات الرضاعة الطبيعية واستمرار معاناة بعض فئات المجتمع من نقص التغذية.

إن الإستراتيجية الوطنية للتغذية لعام ٢٠٢٣-٢٠٣٠ وإطار العمل التنفيذي الملحق بها، هما تجسيدٌ جليّ للالتزام الجهات المعنية الحكومية وغير الحكومية بالعمل الدؤوب لتحقيق مستويات تغذية أفضل بما ينسجم مع الرؤية الملكية السامية فيما يتعلق بتحقيق أهداف التنمية الاقتصادية والاجتماعية المرجوة. وتستمد هذه الاستراتيجية أهميتها من كونها تشكل خارطة الطريق لتوجيه جهود الدولة والشركاء المعنيين لتحسين التغذية لجميع السكان (بما في ذلك؛ النساء في سن الإنجاب والأطفال دون سن الخمس سنوات والمراهقين والفئات الأكثر ضعفاً؛ كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة). كما تركز على الوقاية من سوء التغذية وزيادة الوزن والسمنة ونقص المغذيات الدقيقة والأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي وتعزيز النظم الغذائية المستدامة مسترشدة بأهداف التغذية الإقليمية والعالمية.

وفي هذا السياق، يجدر التأكيد على أهمية التنسيق وتضافر الجهود بين كافة الشركاء المعنيين ووضع منهجية واضحة لمراقبة وتقييم أطر العمل المنفذة على أرض الواقع؛ وذلك لتحقيق رؤية وأهداف هذه الاستراتيجية بشكل فعال ضمن الإطار الزمني المقرر.



وزير الصحة  
الأستاذ الدكتور فراس إبراهيم الهواري

## الاختصارات

مؤشر كتلة الجسم	BMI
منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة	FAO
اضطرابات نقص اليود	IDD
المؤسسة العامة للغذاء والدواء الأردنية	JFDA
مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن	JPFHS
مؤسسة المواصفات والمقاييس الأردنية	JSMO
وزارة الصحة	MoH
الأمراض غير السارية	NCD
الانحراف المعياري	SD
المسح الوطني التدريجي لعوامل الخطورة للإصابة بالأمراض غير السارية	STEPs
المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين	UNHCR
وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى	UNRWA
برنامج الأغذية العالمي	WFP
منظمة الصحة العالمية	WHO

## المقدمة

حققت المملكة الأردنية الهاشمية تحسينات جذرية في مجال التغذية في العقود الأخيرة. إذ شهد التقدم المبذول في معالجة نقص التغذية لدى الأطفال انخفاضاً في معدل انتشار التقزم في مرحلة الطفولة بنحو الثلثين بين عامي ١٩٩٠ و٢٠١٢، كما تم الحفاظ على مستويات الهزال بين صغار الأطفال دون سن الخامسة ضمن مستويات منخفضة. بالإضافة إلى ذلك، ساهمت إضافة اليود إلى الملح وتدعيم دقيق القمح بالحديد والمغذيات الدقيقة الأخرى في انخفاض حاد في انتشار نقص اليود وفقر الدم الشديد.

ومع ذلك، لا يزال الأردن يعاني من أشكال متعددة من سوء التغذية. إذ أن تغيّر أنماط الحياة الحالي صاحبه تحول تغذوي سريع فأصبحت النظم الغذائية تحتوي على نسب عالية من الأطعمة الغنية بالطاقة والتي تفتقر إلى المغذيات الدقيقة كما هو الحال مع الدول الأخرى في منطقة شرق المتوسط. وقد أدى ذلك إلى زيادة في مستويات السمنة والأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي، مثل مرض السكري من النوع الثاني وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والأوعية الدموية. هذا بالإضافة إلى المشاكل الأخرى كنقص المغذيات الدقيقة، وانخفاض مستويات الرضاعة الطبيعية الحصرية، وانخفاض الوزن عند الولادة واستمرار معاناة بعض الفئات الاجتماعية من نقص التغذية. وعلاوة على ذلك، أثّرت جائحة كوفيد-١٩ على الأمن الغذائي وسوء التغذية في الأردن، كما أدى الارتفاع في أسعار الغذاء العالمية والتي تفاقمت بسبب الصراع في أوكرانيا، إلى مزيد من تهديد الأمن الغذائي والتغذية.

لذلك، لا يزال هناك مجال كبير لتحسين صحة ورفاهية الأردنيين وملايين اللاجئين المستضافين في البلاد من خلال تحسين نظام التغذية وتوفير أغذية صحية ومستدامة وبأسعار مقبولة للجميع وزيادة معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية وتحسين تغذية الرضع وصغار الأطفال، لما لذلك من فوائد جمّة للصحة والإنتاجية الاقتصادية، كذلك فإن خلق بيئات غذائية صحية من شأنه أن يساعد في منع الآثار الاجتماعية والاقتصادية الجسيمة للسمنة والأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي.

هناك حاجة الآن إلى استراتيجية وخطة عمل جديدتين لمعالجة هذه الأشكال المتعددة من سوء التغذية. إذ تسعى الاستراتيجية الوطنية للتغذية ٢٠٢٣-٢٠٣٠ إلى الاستفادة من التقدم المبذول من خلال تنفيذ خطط العمل السابقة بشأن التغذية ودفع التقدم نحو الأهداف المتفق عليها عالمياً بشأن التغذية وأهداف التنمية المستدامة بحلول عام ٢٠٣٠.

جرى إعداد هذه الاستراتيجية تحت إشراف وإدارة وزارة الصحة – قسم التغذية، وبدعم من منظمة الصحة العالمية وبالتعاون مع مجموعة واسعة من الشركاء الرئيسيين في مجال التغذية.

يرتكز الفصل المتعلق بالوضع التغذوي الحالي في الأردن بشكل كبير على المسح الوطني للمغذيات الدقيقة والتغذية (٢٠١٩) وكذلك على مراجعة مستفيضة<sup>٢</sup> تمت ما بين شهر أيار و تشرين الأول ٢٠٢١ والتي شملت البحث في قواعد بيانات وطنية ودولية عن الوضع التغذوي وممارسات التغذية للرضع وصغار الأطفال في الأردن.

ولقد تمت مناقشة نقاط القوة والضعف لسياسات الغذاء والتغذية والأهداف والسياسات ذات الأولوية لهذه الاستراتيجية في ورشة تحضيرية في سبتمبر ٢٠٢١. وكان من بين المشاركين في ورشة العمل، ممثلين عن الوزارات والمؤسسات الحكومية الأخرى ذات الصلة والمؤسسات الأكاديمية والقطاع الخاص وهيئات الأمم المتحدة. انظر الملحق ١، للاطلاع على قائمة المشاركين في ورشة العمل التحضيرية.

وبناء على استنتاجات ورشة العمل التحضيرية المذكورة أعلاه، تم إعداد مسودة أولية ومن ثم إصدارها للتشاور على نطاق أوسع بين جميع الشركاء ذوي العلاقة. وقد استندت العملية أيضاً على الاستراتيجيات الوطنية الحديثة الأخرى ذات الصلة الخاصة بالأمن الغذائي والتغذية المدرسية والحماية الاجتماعية، بالإضافة إلى نتائج حوار النظم الغذائية الوطنية وملخص السياسات الذي أعدته الأمم المتحدة في الأردن قبيل قمة الأمم المتحدة لنظم الأغذية في سبتمبر ٢٠٢١.<sup>٢</sup>

## الشكل ١. عملية تطوير الاستراتيجية الوطنية للتغذية ٢٠٢٣-٢٠٣٠



<sup>٢</sup> العواد، نرمين جمال؛ أيوب، جينفر؛ برهام، روية؛ سرخان، وفاء؛ الحولي، مراد؛ أبوغوش، محمود؛ الحوراني، هدى؛ علمات، أمين؛ الجواد، أيوب؛ مراجعة حالة التغذية في الأردن: التوجهات وأساليب التقدم إلى الأمم، مجلة نيوتريشنس العلمية، ٢٠٢٢، ٤(١٣٥)، <https://doi.org/10.3390/nu14010135>

<sup>٢</sup> الأمم المتحدة، الأردن؛ موجز، النظم الغذائية الصحية للجميع في الأردن، ٢٣ سبتمبر ٢٠٢١، <https://jordan.un.org/en/145648-policy-brief-healthy-diets-all-jordan>

# الوضع الحالي في الأردن

## السياق العام

يعدّ الأردن ملاذاً آمناً للاجئين،  
وبدعم من المجتمع الدولي،  
يستضيف ما يقرب من

**٣ ملايين**

**لاجئ**

**مسجل**

**رسمياً،**

معظمهم من

الفلستينيين والسوريين،

بالإضافة إلى أكثر من

**٦٠٠ ألف**

**سوري غير مسجل.**



يُصنف الأردن بأنه بلد ذو دخل فوق المتوسط مع مستوى عالٍ من التنمية البشرية (في المرتبة ١٠٢ من أصل ١٨٩ دولة وإقليم في عام ٢٠١٩)، لكنه تأثر بالانكماش الاقتصادي في السنوات الأخيرة. حيث بلغ نصيب الفرد من إجمالي الدخل القومي ٩,٨٥٨ دولاراً أمريكياً (تعادل القدرة الشرائية) في عام ٢٠١٩. وبلغ معدل الفقر المطلق ١٥,٧٪ في عام ٢٠١٧ مقارنة بـ ١٤,٤٪ في الفترة الواقعة بين عامي ٢٠١٠ و ٢٠١٥، وفي الربع الثالث من عام ٢٠٢١، بلغ معدل البطالة للأردنيين ٢٣,٢٪ (٢١,٢٪ للرجال والنساء على التوالي)، ما يمثل انخفاضاً طفيفاً عن نفس الفترة من عام ٢٠٢٠. ٣



إن النظم الغذائية في الأردن هشه وضعيفة ويؤثر التغير المناخي على جميع مكوناتها، كما يتضح من زيادة ندرة المياه وتواتر الجفاف وتدهور الأراضي. ومن المتوقع أن تؤدي هذه الضغوط في نهاية المطاف إلى انخفاض الإنتاج والإنتاجية، خاصة بالنسبة لصغار المزارعين ومزارعي الكفاف.



كما أنه بلد فقير بالطاقة، حيث يستورد أكثر من ٩٥٪ من طاقته.



يعد الأردن من أكثر البلدان سخاً بالمياه في العالم - حيث يقل نصيب الفرد من المياه فيها عن ١٠٠ متر مكعب سنوياً.

٣ دائرة الإحصاءات العامة: <http://dosweb.dos.gov.jo/>

٤ برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، الأردن: الحدود التالية: التنمية البشرية والأثر بوسنين، تقرير التنمية البشرية ٢٠٢٠ (<http://hdr.undp.org/sites/default/files/Country-Profiles/JOR.pdf>)

٥ الإستراتيجية الوطنية للأمن الغذائي: المملكة الأردنية الهاشمية، يونيو ٢٠٢١.

٦ قاعدة البيانات التفاعلية: جدول ١: نسبة الفقر حسب المحافظة والسنة

[http://jorinfo.dos.gov.jo/Databank/pxweb/en/Poverty/Poverty\\_\\_Poverty-Indicators/Table1.px/table/tableViewLayout2/](http://jorinfo.dos.gov.jo/Databank/pxweb/en/Poverty/Poverty__Poverty-Indicators/Table1.px/table/tableViewLayout2/)

## حالة الأمن الغذائي

يتم تسليط الضوء على انعدام الأمن الغذائي باعتباره مشكلة وطنية متزايدة، في ضوء عوامل متعددة؛ تشمل التوسع الحضري وتذبذب أسعار الواردات الغذائية وتغير المناخ وتدفق اللاجئين السوريين وانخفاض التحويلات من الأردنيين في الخارج ووباء كوفيد-19.

وبين الأردنيين، هناك ٣٪ من الأسر تعاني من انعدام الأمن الغذائي، لكن هذه النسبة تختلف بين المحافظات وتصل إلى ٢٠٪ في محافظة الطفيلة. بالإضافة إلى ذلك، فإن أكثر من نصف (٥٣٪) الأسر الأردنية معرضة لانعدام الأمن الغذائي.

ومن بين اللاجئين، وجد تحليل برنامج الغذاء العالمي في يونيو ٢٠٢١، أن ٢٣,٤٪ من اللاجئين السوريين يعانون من انعدام الأمن الغذائي، مع وجود ٦٠٪ آخرين معرضين لانعدام الأمن الغذائي.<sup>٧</sup> ويأتي ذلك بعد أن تم الإبلاغ عن انخفاض في زخم المساعدة الدولية لضمان الأمن الغذائي للاجئين في الأردن.<sup>٨</sup>

ولمعالجة هذه القضايا، تم اعداد الاستراتيجية الوطنية للأمن الغذائي في يونيو ٢٠٢١. ولهذا السبب، لا تتناول هذه الاستراتيجية الوطنية للتغذية مسألة الأمن الغذائي على وجه التحديد، على الرغم من أن سوء التغذية وانعدام الأمن الغذائي، يمثلان تحديين متشابكين بشكل وثيق. وهناك حاجة إلى جهود متعددة القطاعات لتنفيذ هذه الاستراتيجية الوطنية للتغذية، جنباً إلى جنب مع الاستراتيجيات الأخرى مثل الاستراتيجية الوطنية للأمن الغذائي.



بين الأردنيين،  
هناك  
٣٪ من الأسر تعاني من  
انعدام الأمن الغذائي



أكثر من نصف (٥٣٪)  
الأسر الأردنية معرضة  
لانعدام الأمن الغذائي.



من بين  
السكان  
اللاجئين،  
٢٣,٤٪ من اللاجئين  
السوريين يعانون من  
انعدام الأمن الغذائي



مع وجود ٦٠٪ آخرين  
معرضين لانعدام الأمن الغذائي

## الوضع التغذوي

يعاني الأردن من أشكال متعددة من سوء التغذية، بما في ذلك؛ نقص التغذية ونقص المغذيات الدقيقة وزيادة الوزن والسمنة والأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي. وقد شهدت الدولة تحولاً تغذوياً سريعاً بسبب تغير النظم الغذائية وأنماط الحياة، وذلك بالتحول من نقص التغذية (ولكن مع استمرار مشاكل نقص المغذيات الدقيقة) نحو زيادة انتشار السمنة والأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي. تم استخدام البيانات المأخوذة من المسح الوطني للمغذيات الدقيقة والتغذية وقسم التغذية بوزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية للأقسام التالية!

<sup>٧</sup>برنامج الغذاء العالمي، موجز دولة الأردن، أكتوبر ٢٠٢١ (https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2021%2010%20Jordan%20Country%20Brief.pdf)

# نقص التغذية بين الأطفال دون سن الخامسة

حقق الأردن تقدماً في الحد من نقص التغذية بين صغار الأطفال في العقود الأخيرة.

## التقرم

تم إحراز تقدم ملحوظ في الحد من التقرم لدى الأطفال دون سن الخامسة، حيث انخفضت النسبة من ٢٠٪ في عام ١٩٩٠ إلى ٧,٤٪ في عام ٢٠١٩ (طبقاً لأحدث بيانات متاحة)<sup>٨</sup>. وكان انتشار التقرم أعلى بين الإناث منه في الذكور (٧,٩٪ و ٧,٠٪ على التوالي) وبين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٣-٢٥ شهراً مقارنةً بـ ٤٤-٥٩ شهراً (٩,٦٪ و ٦,٦٪ على التوالي). كما يعتبر انتشار التقرم أعلى بكثير بين الذين يعيشون في مخيمات اللاجئين وبين أطفال الأسر في الخمس الأدنى للدخل (٩,٣٪ و ١٢,٣٪ على التوالي في عام ٢٠١٩). وأن ٣,٩٪ من الأطفال في مخيمات اللاجئين، يعانون من التقرم الشديد.

وانخفض معدل انتشار التقرم في هذه الفئة العمرية بين عامي ٢٠١٠ و ٢٠١٩<sup>٨</sup>. ويعتبر انتشاره منخفضاً بين السكان المقيمين، وفقاً لمعايير منظمة الصحة العالمية للدلالة على الصحة العامة، ولكنه كان أعلى بين الأطفال الذين يعيشون في مخيمات اللاجئين ورغم ذلك، لازال هناك مجال لمزيد من التحسين.

## الهزال

بلغ معدل انتشار الهزال بين الأطفال دون سن الخامسة بين السكان المقيمين ٠,٦٪ في عام ٢٠١٩،<sup>٩</sup> كما كان معدل انتشاره منخفضاً بين صغار الأطفال في مخيمات اللاجئين السوريين (١,١٪). لا يمكن تقديم البيانات السنوية للهزال ضمن نمط أو اتجاه محدد، وذلك لأن الهزال هو حالة قصيرة الأجل نسبياً، ويمكن أن يصيب الطفل الواحد أكثر من مرة في السنة أو حسب الموسم، مما يعني أن بيانات الاتجاه السنوي لا يمكنها التقاط هذه التقلبات. تحقق الدولة حالياً الهدف العالمي المتمثل في الحفاظ على مستوى الهزال إلى أقل من ٥٪ بحلول عام ٢٠٢٥.

## نقص الوزن

بلغ معدل انتشار نقص الوزن بين الأطفال دون سن الخامسة ٢,٧٪ في عام ٢٠١٩ ويعاني ٠,٦٪ منهم من نقص الوزن بدرجة حادة<sup>٩</sup>. ولم يتغير هذا إلى حد كبير عن عام ٢٠١٠، إذ كان معدل انتشار نقص الوزن منخفضاً جداً أيضاً في مرحلة ما قبل المدرسة في مخيمات اللاجئين السوريين بنحو (٣,٧٪ في عام ٢٠١٩، مع ١,٦٪ يعانون من نقص حاد في الوزن) وكان أيضاً منخفضاً بنسبة (١,١٪) بين الأطفال في سن المدرسة الذين يسكنون المخيمات.

<sup>٨</sup> وزارة الصحة، اليونيسف، برنامج الغذاء العالمي، الجمعية الأردنية الدولية للمساعدة الصحية، دائرة الإحصاء، بيولاب، المسح الوطني الأردني للمغذيات الدقيقة والتغذية، ٢٠١٩، عمان، الأردن؛ ٢٠٢٢.

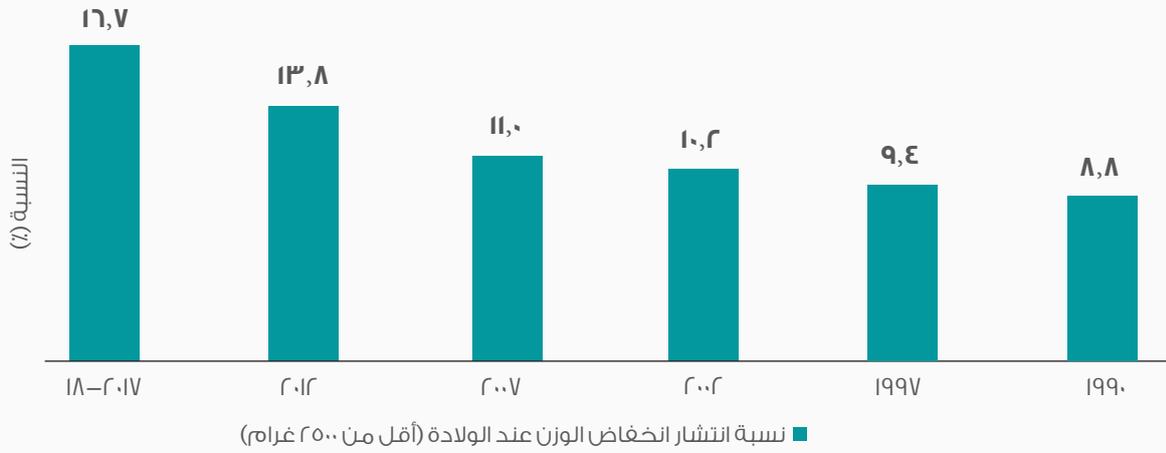
<sup>٩</sup> وزارة الصحة، اليونيسف، برنامج الغذاء العالمي، الجمعية الأردنية الدولية للمساعدة الصحية، دائرة الإحصاء، بيولاب، المسح الوطني الأردني للمغذيات الدقيقة والتغذية، ٢٠١٩، عمان، الأردن؛ ٢٠٢٢.

([https://static1.squarespace.com/static/5f31f4f358f8065dad84a9d9/t/62431c657df1ad3d8497eabd/1648565360946/JNMNS19\\_report\\_220207\\_printable.pdf](https://static1.squarespace.com/static/5f31f4f358f8065dad84a9d9/t/62431c657df1ad3d8497eabd/1648565360946/JNMNS19_report_220207_printable.pdf))

## انخفاض الوزن عند الولادة

لا يزال انخفاض الوزن عند الولادة يمثل موضع اهتمام في الأردن، لما له من عواقب محتملة تؤثر على النمو والتطور الإدراكي وقدرة الجسم المناعية. ولقد زادت تقديرات انخفاض الوزن عند الولادة من ٨,٨٪ في عام ١٩٩٠ إلى ١٦,٧٪ في عام ٢٠١٧-٢٠١٨ (أنظر الشكل ٢). وقدرت أحدث البيانات المأخوذة من المسح الوطني للمغذيات الدقيقة والتغذية في الأردن لعام ٢٠١٩ انتشاراً بنسبة ١٥٪ (البيانات غير معروضة). وعليه فإن البلاد حالياً ليست على المسار الصحيح لتحقيق الهدف العالمي المتمثل في خفض معدلات الوزن المنخفض عند الولادة بنسبة ٣٠٪ بحلول عام ٢٠٣٠.

الشكل ٢. اتجاهات انتشار (٪) انخفاض الوزن عند الولادة (أقل من ٢٥٠٠ غرام) في الأردن، طبقاً للمسوحات الوطنية بين الأعوام (١٩٩٠-٢٠١٧)



المصدر: DOS، ١٩٩٢؛ DOS، ١٩٩٨؛ DOS، ٢٠٠٣؛ DOS، ٢٠٠٨؛ DOS، ٢٠١٣؛ DOS، ٢٠١٩؛ إسلام وأزرون، ٢٠٢٠ [٣٦، ٤١]

## نقص المغذيات الدقيقة

يساهم نقص الفيتامينات والمعادن في العبء الإجمالي لسوء التغذية في الأردن. ويوفر المسح الوطني للمغذيات الدقيقة والتغذية في الأردن لعام ٢٠١٩ بيانات عن فقر الدم ونقص الحديد و فيتامين أ و فيتامين د.٩ بيانات من المسح الوطني للمغذيات الدقيقة والتغذية في الأردن لعام ٢٠١٩ عن فقر الدم ونقص الحديد و فيتامين أ و فيتامين د.٩ فيما تم الحصول على بيانات عن حالة اليود من المسح الوطني لتقييم اضطرابات نقص اليود في عام ٢٠١٠.<sup>١٠</sup>

<sup>١٠</sup> برهام، روية، المسح الوطني لتقييم اضطرابات نقص اليود بين الأطفال الأردنيين ٢٠١٠. وزارة الصحة / منظمة الصحة العالمية.

## فقر الدم

تم إحراز تقدم ملحوظ فيما يتعلق بالحد من فقر الدم في الأردن.

### صغار الأطفال

تشير بيانات عام ٢٠١٩ إلى أن فقر الدم بين صغار الأطفال يمثل مشكلة صحية عامة طفيفة لدى السكان المقيمين ومشكلة صحية عامة معتدلة بين صغار الأطفال الذين يعيشون في مخيمات اللاجئين السوريين. وبين صغار الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ و٥٩ شهراً من السكان المقيمين، كان هناك ١١,٩٪ يعانون من فقر الدم. لم يكن لدى الأطفال في هذه الفئة العمرية فقر دم حاد وكان ٢,٤٪ منهم يعانون من فقر دم متوسط. وبين صغار الأطفال في مخيمات اللاجئين السوريين، كان يعاني ربعهم تقريباً (٢٥,٢٪) من فقر الدم، وكانت نسبة انتشار نقص الحديد تبلغ ٣٦,٣٪ (أعلى من السكان المقيمين) ونسبة انتشار فقر الدم الناجم عن نقص الحديد كانت ١٤,٣٪.

ضمن نفس الفئة العمرية، كان ٢٦٪ يعانون من نقص الحديد و ٥,١٪ يعانون من فقر الدم الناجم عن نقص الحديد في عام ٢٠١٩. علماً بأن، ليست كل حالات فقر الدم في الأردن بسبب نقص الحديد، إذ يتناقص التداخل بين فقر الدم ونقص الحديد مع تقدم عمر الأطفال، مما يشير إلى أن الأسباب الأخرى لفقر الدم تصبح أكثر أهمية. وبشكل عام، انخفض معدل انتشار فقر الدم في هذه الفئة العمرية بين عامي ٢٠١٠ و ٢٠١٩، ولكن مع انتشار نقص الحديد، ظل انتشار فقر الدم بسبب نقص الحديد دون تغيير إلى حد كبير.

### الأطفال في سن المدرسة

بين الأطفال في سن المدرسة (٦-١٢ سنة) من السكان المقيمين، كان هناك ٦٪ مصابون بفقر الدم في عام ٢٠١٩. علماً بأنه، لم يكن هناك أطفال في هذه الفئة العمرية مصابين بفقر الدم الحاد وكان انتشار فقر الدم المتوسط أقل من ٢٪. كما بلغ معدل انتشار نقص الحديد في هذه المجموعة ٣٠,٦٪، ولكن لا يبدو أن هذا يساهم بشكل كبير في الإصابة بفقر الدم لأن انتشار فقر الدم الناجم عن نقص الحديد بلغت نسبته ١,٨٪ فقط. وبين الأطفال في سن المدرسة في مخيمات اللاجئين السوريين، كان هناك ١١٪ يعانون من فقر الدم، مع عدم وجود فقر دم حاد. لذلك، يعتبر فقر الدم مشكلة صحية عامة بسيطة في هذه الفئة العمرية وفقاً لتصنيف منظمة الصحة العالمية.

### النساء

تشير أحدث البيانات (لعام ٢٠١٩) إلى أنه على الرغم من إحراز بعض التقدم في الحد من فقر الدم لدى النساء في سن الإنجاب، إلا أنه لا يزال يمثل مشكلة صحية عامة في هذه الفئة. إذ أن ٢٣,٩٪ من النساء غير الحوامل من عمر ١٥-٤٩ سنة بين السكان المقيمين و ٣٥,٥٪ من اللواتي يعشن في مخيمات اللاجئين السوريين يعانون من فقر الدم. ويمكن أن يُعزى كل هذا إلى نقص الحديد (كان نقص الحديد سائداً في حوالي ثلثي النساء المقيمت والنساء اللواتي يعشن في مخيمات اللاجئين).

أكثر من

مصبات  
بفقر الدم الناجم  
عن نقص الحديد.



٣٠,٩٪  
من اللاجئات



9

واحدة من كل خمسة  
نساء مقيمت (٢١,٥٪)



وزارة الصحة، اليونيسف، برنامج الغذاء العالمي، الجمعية الأردنية الدولية للمساعدة الصحية، دائرة الإحصاء، بيولاب، المسح الوطني الأردني للمغذيات الدقيقة والتغذية، ٢٠١٩، عمان، الأردن: ٢٠٢٢. ([https://static1.squarespace.com/static/5f31f4f358f8065dad84a9d9/t/62431c657df1ad3d8497eabd/1648565360946/JNMNS19\\_report\\_220207\\_printable.pdf](https://static1.squarespace.com/static/5f31f4f358f8065dad84a9d9/t/62431c657df1ad3d8497eabd/1648565360946/JNMNS19_report_220207_printable.pdf))

وكان معدل انتشار فقر الدم الحاد منخفضاً جداً، بنسبة ١٪. وبشكل عام، انخفض معدل انتشار فقر الدم في هذه الفئة العمرية منذ عام ٢٠١٠، بينما ارتفع نقص الحديد. وبالتالي فإن الدولة حالياً ليست على المسار الصحيح لتحقيق هدف التغذية العالمي المتمثل في خفض فقر الدم بنسبة ٥٠٪ بين النساء في سن الإنجاب بحلول عام ٢٠٢٥.

بين النساء الحوامل من السكان المقيمين، كان معدل انتشار فقر الدم ١٩٪ في عام ٢٠١٩، وكان معظمهن مصابات بفقر دم خفيف (١٧٪) ولم تكن هناك حالات فقر دم حادة. وبلغت نسبة انتشار فقر الدم بين النساء الحوامل اللاتي يعشن في مخيمات اللاجئين السوريين ٣٧،٣٪، وهي نسبة أعلى بكثير من السكان المقيمين. وتم ربط فقر الدم أثناء الحمل بزيادة معدل وفيات الأمهات في فترة الحمل والولادة المبكرة وارتفاع ضغط الدم وانخفاض الوزن عند الولادة ووفيات الولادة الحية والولادة القيصرية. وتزداد معدلات الولادة المبكرة وانخفاض الوزن عند الولادة بشكل ملحوظ عند النساء مع مستويات الهيموجلوبين التي تقل عن ٧ جم/ديسيلتر.<sup>١٤</sup>

وقد يعزى الانخفاض الملحوظ في فقر الدم الكلي وفقر الدم الحاد إلى حد ما إلى نجاح البرنامج الوطني لتدعيم دقيق القمح. بالنظر إلى الفرق الجوهري في انتشار فقر الدم وفقر الدم بسبب نقص الحديد في بعض المجموعات، إلا أن هناك حاجة إلى مزيد من البحث لتحقيق في الأسباب المحتملة لفقر الدم ونقص الحديد. وقام أحدث مسح للمغذيات الدقيقة والتغذية في الأردن لعام ٢٠١٩ بالتحقيق في العوامل المرتبطة بفقر الدم ونقص الحديد، وسيكون تحليل هذه البيانات قادراً على توفير المعلومات عن استجابات السياسات والتدخلات.

## نقص فيتامين أ

### صغار الأطفال

يُصنف انتشار نقص فيتامين (أ) بين صغار الأطفال دون سن الخامسة على أنه مشكلة صحية عامة طفيفة سواء ضمن السكان المقيمين أو مخيمات اللاجئين في الأردن. وأشارت البيانات المتعلقة بنقص فيتامين (أ) من عام ٢٠١٩، أن معدل الانتشار كان ٤،٨٪ بين الأطفال في سن ما قبل المدرسة، اعتماداً على المؤشر المستخدم (٨،١٪ على أساس الريتينول في الدم و ٤،٣٪ على أساس البروتين المرتبط بالريتينول).<sup>١٣</sup> ويعد هذا تحسناً منذ عام ٢٠١٩، وذلك بسبب تقوية برنامج مكملات فيتامين (أ) منذ عام ٢٠١٢.<sup>١٨،١٥</sup> كما أن معدل نقص فيتامين (أ) ضمن أطفال ما قبل المدرسة للاجئين السوريين في المخيمات كان ٨،٩٪ على أساس الريتينول في الدم و ٣،٥٪ على أساس البروتين المرتبط بالريتينول. وتشير المسوحات الوطنية إلى انخفاض استهلاك صغار الأطفال للأطعمة الغنية بفيتامين (أ) في العقد الماضي،<sup>١٤،١٥</sup> وتشير إلى الحاجة إلى تعزيز استهلاك الأطعمة الغنية بفيتامين (أ).

### الأطفال في سن المدرسة

بلغ انتشار نقص فيتامين (أ) بين الأطفال في سن المدرسة (٦ – ١٢ سنة) ٧٪ سواء ضمن السكان المقيمين أو مخيمات اللاجئين في عام ٢٠١٩، ويمثل ذلك مشكلة صحية طفيفة وفقاً لتصنيف منظمة الصحة العالمية.<sup>١٥</sup> إذ كان معدل الانتشار أعلى بين الأطفال الأصغر سناً في الفئة العمرية، خاصة أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ – ٨ سنوات.

<sup>١٤</sup> سميث، كارترين؛ تينج، فلورا؛ برانش، إيما؛ شو، سالي؛ وفيات فترة الولادة المصاحبة لفقر الدم أثناء الحمل. ديسمبر ٢٠١٩.

Doi: 10.1097/AOG.0000000000003557. PMID: 31764734; PMCID: PMC6882541

<sup>١٥</sup> وزارة الصحة، اليونيسيف، برنامج الغذاء العالمي، الجمعية الأردنية الدولية للمساعدة الصحية، دائرة الإحصاء، يولاب، المسح الوطني الأردني للمغذيات الدقيقة والتغذية، ٢٠١٩، عمان، الأردن؛ ٢٠٢٢. ([https://static1.squarespace.com/static/5f31f4f358f8065dad84a9d9/t/62431c657df1ad3d8497eabd/1648565360946/JNMNS19\\_report\\_220207\\_printable.pdf](https://static1.squarespace.com/static/5f31f4f358f8065dad84a9d9/t/62431c657df1ad3d8497eabd/1648565360946/JNMNS19_report_220207_printable.pdf))

<sup>١٦</sup> دائرة الإحصاء، الأردن؛ مسح السكان وصحة الأسرة في الأردن، ٢٠٠٧. (<https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/1410>).

<sup>١٧</sup> وزارة الصحة، اليونيسيف، برنامج الغذاء العالمي، الجمعية الأردنية الدولية للمساعدة الصحية، دائرة الإحصاء، يولاب، المسح الوطني الأردني للمغذيات الدقيقة والتغذية، ٢٠١٩، عمان، الأردن؛ ٢٠٢٢. ([https://static1.squarespace.com/static/5f31f4f358f8065dad84a9d9/t/62431c657df1ad3d8497eabd/1648565360946/JNMNS19\\_report\\_220207\\_printable.pdf](https://static1.squarespace.com/static/5f31f4f358f8065dad84a9d9/t/62431c657df1ad3d8497eabd/1648565360946/JNMNS19_report_220207_printable.pdf))

## النساء

بلغ معدل الانتشار بين النساء غير الحوامل في سن الإنجاب ٣,٠٪ بين النساء المقيمتات و٢,٧٪ بين اللواتي يقمن في مخيمات اللاجئين السوريين في عام ٢٠١٩. ولم يتغير معدل الانتشار إلى حد كبير منذ عام ٢٠١٠، وتعتبر هذه مشكلة صحية عامة طفيفة.

## نقص فيتامين د

### صغار الأطفال

تشير أحدث البيانات (٢٠١٩) إلى أن ما يقرب من ثلث (٢٧,٧٪) الأطفال في سن ما قبل المدرسة المقيمين يعانون من نقص فيتامين (د)، وثلاثاً آخر (٣٣,٠٪) كانوا يعانون من عدم كفاية فيتامين (د).<sup>١٦</sup> وكانت نسبة الفتيات المصابات بنقص فيتامين د أعلى مقارنة بالذكور بنحو (٦٧,٨٪ نقص وعدم كفاية فيتامين (د) للإناث مقارنة ب ٥٣,٩٪ للذكور). وبين الأطفال في سن ما قبل الدراسة في مخيمات اللاجئين السوريين، بلغ معدل انتشار نقص وعدم كفاية فيتامين (د) معاً ٤٦,٤٪ (٩,٧٪ يعانون من نقص في فيتامين (د)) في عام ٢٠١٩، وهو أكثر شيوعاً بين الفتيات منه لدى الذكور.

### الأطفال في سن المدرسة

كان ما يقرب من نصف الأطفال في سن المدرسة من السكان المقيمين يعانون من نقص فيتامين (د) وفقاً لمسح المغذيات الدقيقة الوطني لعام ٢٠١٩، وكان ٤٠٪ آخرون يعانون من عدم كفاية فيتامين (د). وكان انتشار النقص أو عدم الكفاية أعلى بين الفتيات (٩٤,٧٪) منه بين الذكور (٨٠,٧٪). وكان انتشار النقص أو عدم الكفاية أقل بين الأطفال في سن المدرسة الذين يعيشون في مخيمات اللاجئين السوريين، لكنه لا يزال يؤثر على أكثر من نصف الأطفال (٥٨,٧٪) وكان أعلى بمرتين تقريباً بين الإناث منه بين الذكور.

### البالغين

بالنسبة للبالغين، تختلف تقديرات مستوى فيتامين (د) بشكل كبير بين الدراسات الاستقصائية، ربما بسبب استخدام طرق مختلفة لتحديد وتقييم نقص فيتامين (د).<sup>١٧</sup> ووفقاً لأحدث البيانات لعام ٢٠١٩، فإن ٦٣,٥٪ من النساء غير الحوامل، اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٤٩ عاماً، من السكان المقيمين، يعانون من نقص فيتامين (د)، عدا عن ١٧,٨٪ لديهم عدم كفاية في فيتامين (د) وأما بالنسبة لمن يعيشون في مخيمات اللاجئين السوريين تعاني الغالبية العظمى (٩٠,٢٪) من عدم كفاية فيتامين (د) أو نقصه في عام ٢٠١٩، ٥٦,٣٪ عانين من نقص فيتامين (د) و ٣٣,٩٪ من عدم كفاية فيتامين (د).

<sup>١٦</sup> وزارة الصحة، اليونيسف، برنامج الأغذية العالمي، جمعية العون الصحي الاردنية الدولية، دائرة الإحصاءات العامة، بيولاب، جرانود وورك، المسح الوطني الأردني للمغذيات الدقيقة والتغذية، ٢٠١٩، عمان، الأردن؛ ٢٠٢٢. ([https://static1.squarespace.com/static/5f31f4f358f8065dad84a9d9/t/62431c657df1ad3d8497eabd/1648565360946/JNMNS19\\_report\\_220207\\_printable.pdf](https://static1.squarespace.com/static/5f31f4f358f8065dad84a9d9/t/62431c657df1ad3d8497eabd/1648565360946/JNMNS19_report_220207_printable.pdf))

<sup>١٧</sup> الخطيب وآخرون؛ نقص فيتامين د والعوامل المرتبطة به في الأردن. (SAGE Open Medicine, 2019)

<sup>١٨</sup> بطيعة وآخرون؛ حالة فيتامين د في الأردن؛ أسلوب الملابس والتفاوتات بين الجنسين، حويات التغذية والتمثيل الغذائي، ٢٠١١، ص. ١٠-١٨.

<sup>١٩</sup> نيكول وآخرون؛ حالة فيتامين د ومحددات النقص بين النساء الأردنيات غير الحوامل في سن الإنجاب. المجلة الأوروبية للتغذية السريرية، ٢٠١٢، ٦٦(٦)، ص. ٧٥١-٧٥٦.

<sup>٢٠</sup> المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ إغناء دقيق القمح في إقليم شرق المتوسط. منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٩. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311730>)

## نقص الزنك

### صغار الأطفال

تشير آخر التقديرات لعام ٢٠١٩، أن ١١.٥٪ من الأطفال في سن ما قبل المدرسة يعانون من نقص الزنك، بينما كانت النسبة أقل قليلاً لدى الأطفال الأكبر سناً، ولكن لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال من الإناث والذكور أو بين الأطفال الذين يعيشون في مناطق مختلفة أو في أسر ذات مستوى دخل مختلف. وبلغت النسبة بين أطفال ما قبل مرحلة المدرسة في مخيمات اللاجئين السوريين ١٢,٧٪، وتعتبر هذه مشكلة صحية عامة متوسطة الشدة.

### الأطفال في سن المدرسة

بين الأطفال في سن المدرسة من السكان المقيمين، كان ٣,٦٪ يعانون من نقص الزنك في عام ٢٠١٩. وكان معدل الانتشار أعلى بكثير في المناطق الجنوبية من المملكة بنحو (١٦,٢٪) منه في المناطق الشمالية والوسطى. بينما كان انتشار نقص الزنك أعلى بين الأطفال في سن المدرسة الذين يعيشون في مخيمات اللاجئين السوريين، حيث يعاني منه ٩٪ من الأطفال، وهو ما يعتبر مشكلة صحية عامة طفيفة.

## حالة اليود

### حق الأردن تحسناً كبيراً

فيما يتعلق باليود

العقود الأخيرة

ورافقه انخفاض حاد

في انتشار تضخم الغدة

الدرقية بين الأطفال في

سن المدرسة



حق الأردن تحسناً كبيراً فيما يتعلق بحالة نقص اليود في العقود الأخيرة وحق تقدمًا مطردًا نحو القضاء على اضطرابات نقص اليود. كما زاد متوسط تركيز اليود البولي من ٤٠ ميكروغرام/لتر في عام ١٩٩٣ إلى ٢٠٣ ميكروغرام/لتر في عام ٢٠١٠، ورافقه انخفاض حاد في انتشار تضخم الغدة الدرقية بين الأطفال في سن المدرسة (من ٣٧,٧٪ في عام ١٩٩٣ إلى ٤,٩٪ في عام ٢٠١٠) وتم على أثر ذلك؛ تدعيم الملح باليود في عام ١٩٩٥. وبحلول عام ٢٠٠٠، كان ٨٨,٣٪ من السكان يستهلكون الملح المدعم باليود، وارتفعت هذه النسبة إلى ٩٦,٤٪ بحلول عام ٢٠١٠. وعلى المستوى الوطني، فإن الأردن خالٍ من اضطرابات نقص اليود، ومع ذلك توجد اختلافات بين المناطق بشكل عام. كما أن هناك خطر الإصابة بفقر نشاط الغدة الدرقية الناجم عن اليود في المناطق الوسطى والشمالية (عمان والبلقاء والزرقاء ومادبا وإربد والمفرق) بينما سجلت المحافظات الأخرى (عجلون وجرش والكرك والطفيلة ومعان والعقبة) المستوى الأمثل من استهلاك اليود.<sup>٢٥</sup>

<sup>٢١</sup> برهم، روية؛ المسح الوطني لتقييم اضطرابات نقص اليود بين الأطفال الأردنيين - ٢٠١٠. وزارة الصحة الأردنية، قسم التغذية، قسم الأمراض غير السارية بمنظمة الصحة العالمية. عمان، الأردن، ٢٠١١.

<sup>٢٢</sup> الجوالدة، أروب؛ اتجاه حالة اليود في منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط وتأثير البرامج العالمية لمعالجة الملح باليود: مراجعة سردية. بحث العناصر البيولوجية، ٢٠٢٠، ١٩٨ (٢)، ص. ٣٩٠-٤٠٢.

<sup>٢٣</sup> منظمة الصحة العالمية؛ نظام معلومات التغذية بالفيتامينات والمعادن (VMNIS). قاعدة البيانات العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن نقص اليود: تتضمن قاعدة البيانات الخاصة بنقص اليود بيانات حسب البلد عن انتشار تضخم الغدة الدرقية وأثر تركيز اليود في البول. ٤ سبتمبر ٢٠٢١ (https://www.who.int/vmnis/iodine/data/database/countries/per\_idd.pdf)

<sup>٢٤</sup> برهم، روية؛ المسح الوطني لتقييم اضطرابات نقص اليود بين الأطفال الأردنيين - ٢٠١٠. وزارة الصحة الأردنية، قسم التغذية، قسم الأمراض غير المعدية بمنظمة الصحة العالمية. عمان، الأردن، ٢٠١١.

<sup>٢٥</sup> برهم، روية؛ المسح الوطني لتقييم اضطرابات نقص اليود بين الأطفال الأردنيين - ٢٠١٠. وزارة الصحة الأردنية، قسم التغذية، قسم الأمراض غير المعدية بمنظمة الصحة العالمية. عمان، الأردن، ٢٠١١.



أما بالنسبة للبالغين، أفادت بيانات المسح الوطني التدريجي لعام ٢٠١٩ أن

أكثر من نصف السكان (٦٠,٨٪)



يعانون من زيادة الوزن أو السمنة (مؤشر كتلة الجسم < ٢٥) (٥٣,١٪ من الرجال و٦٨,٨٪ من النساء).<sup>٢٨</sup>

تشير البيانات الوطنية لعام ٢٠١٩ للنساء غير الحوامل في سن الإنجاب إلى أن ٥٩,٦٪ منهن تعانين من زيادة الوزن أو السمنة (مؤشر كتلة الجسم < ٢٥). كما تبلغ نسبة انتشار السمنة ٣٠,٢٪ وتزداد مع تقدم العمر، وتجدر الإشارة أيضًا إلى أن ٥,٣٪ من النساء في هذه المجموعة، تعانين من نقص الوزن (مؤشر كتلة الجسم أقل من ١٨,٥). وأكثر من ثلثي (٦٩,٢٪) النساء غير الحوامل بعمر ١٥-٤٩ سنة، اللاتي يعشن في مخيمات اللاجئين السوريين وتعانين من زيادة الوزن أو السمنة، إلى جانب ما يقرب من الثلث (٢٨,٩٪) يعانون من السمنة. بالإضافة إلى التأثير الضار على صحة المرأة، يمكن أن يكون لزيادة الوزن قبل الحمل وأثناءه عواقب سلبية على صحة أطفالهن. لذلك، يعتبر انتشار زيادة الوزن/السمنة مشكلة صحية عامة خطيرة في هذه الفئة من السكان.



## عوامل الخطورة تجاه الاصابة بالأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي

بالإضافة إلى ارتفاع معدل انتشار زيادة الوزن والسمنة، كان هناك ارتفاع في معدل انتشار العديد من الأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي، بما في ذلك؛ ارتفاع ضغط الدم وارتفاع نسبة السكر والكوليسترول في الدم،<sup>٣١</sup> ووفقًا لنتائج المسح الوطني التدريجي لعام ٢٠١٩ والذي تم إجراؤه لجميع السكان الأردنيين والسوريين البالغين (١٨-٦٩ سنة) في الدولة.<sup>٣٢</sup>

(سواء كانوا يعانون من ارتفاع ضغط الدم أو يتناولون حاليًا الأدوية المضادة لارتفاع ضغط الدم).<sup>٣١</sup>

أكثر من خمس البالغين (٢٢,١٪) يعانون من ارتفاع ضغط الدم



وما يقرب من نصفهم (٤٨٪) لا يتناولون الأدوية، وأكثر من ثلثهم (٣٨٪) لم يتم تشخيصهم سابقًا بارتفاع ضغط الدم.

<sup>٢٨</sup> منظمة الصحة العالمية، المسح التدريجي الوطني الأردني (STEPS) لعوامل الخطورة المرتبطة بالأمراض غير السارية ٢٠١٩، وزارة الصحة، الأردن، ٢٠٢٠. (<https://www.who.int/publications/m/item/2019-steps-country-report-jordan>).

<sup>٢٩</sup> مرصد الصحة العالمية، استكشاف عالم البيانات الصحية، انتشار فقر الدم بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦-٥٩ شهرًا (٢) [موقع الويب]. منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢١. ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-children-under-5-years-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-children-under-5-years-(-))).

<sup>٣٠</sup> مهدي حسن وآخرون؛ العبء المزدوج لسوء التغذية بين النساء في سن الإنجاب في ٥٥ دولة منخفضة ومتوسطة الدخل، التقدم المخز والفرض المتاحة لتحقيق الهدف العالمي، المجلة الأوروبية للتغذية السريرية، ٢٠٢١، ص: ١-١١.

<sup>٣١</sup> راجع بيانات المسح التدريجي الوطني (STEPS) بشأن استهلاك الغذاء والأنماط الغذائية حول استهلاك الملح وانخفاض تناول الفاكهة والخضروات.

<sup>٣٢</sup> وزارة الصحة، المسح التدريجي الوطني الأردني (STEPS) لعوامل الخطورة للإصابة بالأمراض غير السارية ٢٠١٩، وزارة الصحة، الأردن، ٢٠٢٠. (<https://www.who.int/publications/m/item/2019-steps-country-report-jordan>).

بالنسبة للبالغين، كان معدل انتشار ارتفاع نسبة الجلوكوز في الدم أو الذين يتناولون أدوية السكري ٧,٩٪ في عام ٢٠١٩، ويعاني خمس البالغين في الفئة العمرية ٤٥-٦٩، بنسبة (٢٠,٥٪) من مرض السكري<sup>٢٩</sup> وفي الوقت نفسه، يعاني عُشر البالغين من ارتفاع مستويات الكوليسترول الكلي بنسبة (١١,٣٪)، مع معدلات انتشار أعلى بين النساء (تصل إلى ٢٨,١٪ في الفئة العمرية بين ٤٥-٦٩).<sup>٢٩</sup> وكان معدل انتشار الكوليسترول الكلي المرتفع جداً ١,٧٪، ومرة أخرى كان الانتشار أعلى لدى النساء منه لدى الرجال. ومع الأخذ في الاعتبار أولئك الذين يتناولون أدوية لزيادة الكوليسترول، فإن ١٧,٧٪ من البالغين يعانون من ارتفاع مستويات الكوليسترول (ارتفاع الكوليسترول الكلي أو يتلقون العلاج حالياً لارتفاع الكوليسترول). وما يقرب من ربع السكان (٢٤٪) الذين تتراوح أعمارهم بين ٤٠ و٦٩ عامًا، لديهم نسبة خطورة عالية (٣٠٪ أو أكثر) للإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية خلال الـ ١٠ سنوات القادمة أو يعانون حالياً من مشاكل قلبية ووعائية.<sup>٢٩</sup>

## تغذية الرضع وصغار الأطفال

مؤشرات تغذية الرضع في الأردن دون المستوى الأمثل، وهناك مجال كبير لتحسين التغذية على مدار الحياة من خلال دفع التقدم نحو التغذية المثلى للرضع وصغار الأطفال.

التغذية المثلى للرضع وصغار الأطفال هي حجر الأساس في التغذية الجيدة، وهي ضرورية لنمو الطفل وتطوره الصحي وكذلك الصحة الجيدة طوال العمر. إذ توصي منظمة الصحة العالمية واليونيسيف بالرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الأشهر الستة الأولى من الولادة، تليها الرضاعة الطبيعية المستمرة حتى عمر سنتين فما فوق. ومن عمر ٦ أشهر، يجب أن يكمل حليب الثدي بمجموعة متنوعة من الأطعمة المناسبة والأمنة والغنية بالعناصر الغذائية. كما يجب عدم إضافة الملح والسكريات إلى الأطعمة التكميلية.

أقل من ٢٠٪ من الأطفال دون سن ٦ أشهر يرضعون رضاعة طبيعية حصرية.<sup>٣٣</sup> ولقد كان السائل الأكثر شيوعاً للاستهلاك بين أولئك الذين لا يرضعون رضاعة طبيعية حصرية هو الماء، يليه الحليب الصناعي وغيره من الحليب غير البشري. لا يزال حوالي نصف الأطفال يحصلون على الرضاعة الطبيعية في عمر السنة وأقل من الربع في عمر السنتين. كما أن متوسط مدة الرضاعة الطبيعية للأطفال الأقل من ٢٤ شهراً هي ١٤ شهراً. كانت مستويات الرضاعة الطبيعية الحصرية للرضع دون سن ٦ أشهر في مخيمات اللاجئين السوريين ضعيفة أيضاً (على الرغم من أنها أعلى من السكان المقيمين). كما أن اتجاه معدل الرضاعة الطبيعية الحصرية أعلى من نسبة ١١٪ في عام ١٩٩٧<sup>٣٤,٣٥,٣٦</sup>. وعلى الرغم من التقدم المحرز، إلا أن الدولة ليست في طريقها حالياً لتحقيق الهدف العالمي للرضاعة الطبيعية الحصرية (الوصول إلى ٥٠٪ على الأقل) بحلول عام ٢٠٢٥.

هناك أيضاً مجال لتحسين ممارسات التغذية التكميلية في الأردن. إذ تم إعطاء معظم الأطفال (أكثر من ٨٠٪) الأطعمة الصلبة أو شبه الصلبة أو اللينة في عمر ٦-٨ أشهر في عام ٢٠١٩، وهو أقل من عام ٢٠١٢ حيث كانت النسبة ٩٢٪.<sup>٨</sup> كما تلقى ٢٣٪ فقط من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦-٢٣ شهراً الحد الأدنى من الغذاء المقبول في عام ٢٠١٩، وكان ٣٥٪ يتبعون نظاماً غذائياً متنوعاً بدرجة كافية (الحد الأدنى من التنوع الغذائي) و ٦٢٪ يتلقون وجبات غالباً كافية لأعمارهم (الحد الأدنى لعدد الوجبات). وتظهر مقارنة البيانات من الأعوام ٢٠١٧ و ٢٠١٨-٢٠١٧ تحولات غير مواتية

<sup>٢٩</sup> وزارة الصحة، اليونيسيف، برنامج الغذاء العالمي، الجمعية الأردنية الدولية للمساعدة الصحية، دائرة الإحصاء، بيولاب، المسح الوطني الأردني للمغذيات الدقيقة والتغذية، ٢٠١٩، عمان، الأردن؛ ٢٠٢٢. ([https://static1.squarespace.com/static/5f31f4f358f8065dad84a9d9/t/62431c657df1ad3d8497eabd/1648565360946/JNMNS19\\_report\\_220207\\_printable.pdf](https://static1.squarespace.com/static/5f31f4f358f8065dad84a9d9/t/62431c657df1ad3d8497eabd/1648565360946/JNMNS19_report_220207_printable.pdf))

<sup>٣٤</sup> اليونيسيف، تغذية الرضع وصغار الأطفال (موقع الويب)، ٢٠٢١، أغسطس ٢٠٢١؛ (<https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>)

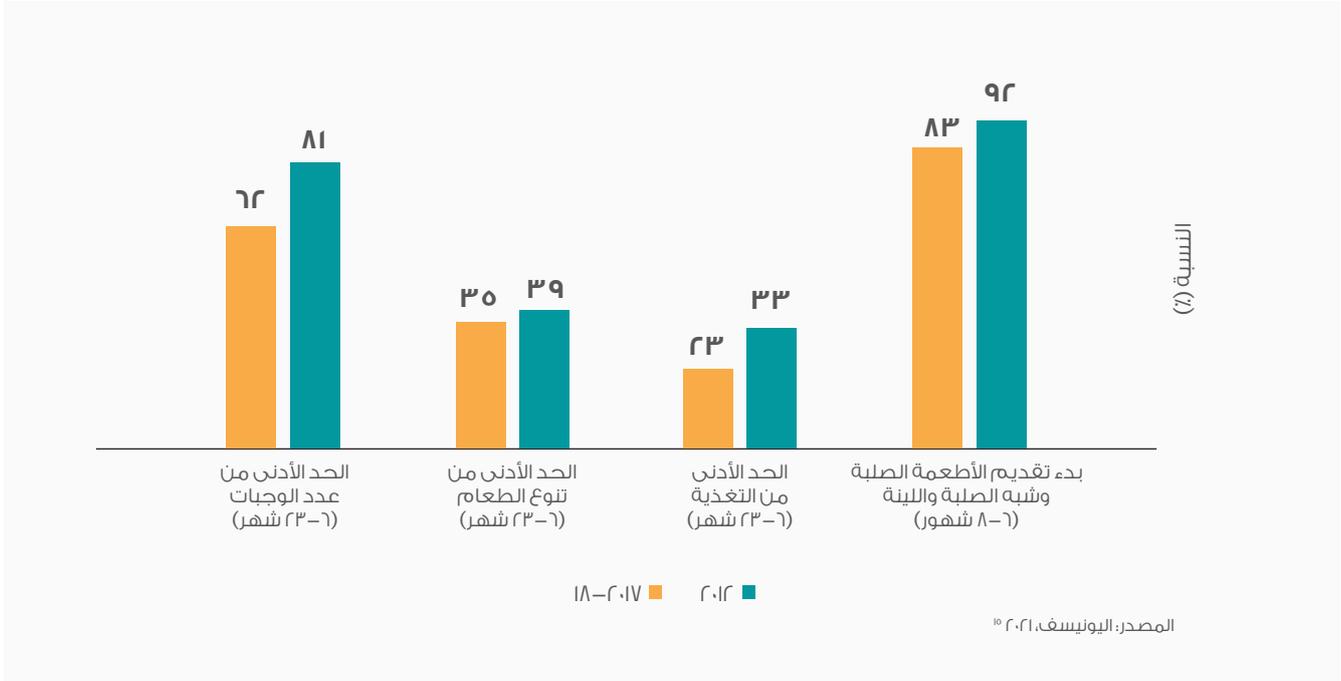
<sup>٣٥</sup> ياولو نيغيز وآخرون؛ المعدلات والتوجهات في استهلاك لبن الأم والحليب الاصطناعي والحليب الحيواني للأطفال الذين تقل أعمارهم عن عامين من عام ٢٠٠٠ إلى عام ٢٠١٩؛ تحليل ١٣ دولة، مجلة ذا لانسيت العلمية المتخصصة في شؤون صحة الأطفال والمراهقين؛ ٢٠٢١.

<sup>٣٦</sup> ياولو نيغيز وآخرون؛ المعدلات والتوجهات في استهلاك لبن الأم والحليب الاصطناعي والحليب الحيواني للأطفال الذين تقل أعمارهم عن عامين من عام ٢٠٠٠ إلى عام ٢٠١٩؛ تحليل ١٣ دولة، مجلة ذا لانسيت العلمية المتخصصة في شؤون صحة الأطفال والمراهقين؛ ٢٠٢١.

<sup>٣٧</sup> وزارة الصحة، اليونيسيف، برنامج الغذاء العالمي، الجمعية الأردنية الدولية للمساعدة الصحية، دائرة الإحصاء، بيولاب، المسح الوطني الأردني للمغذيات الدقيقة والتغذية، ٢٠١٩، عمان، الأردن؛ ٢٠٢٢. ([https://static1.squarespace.com/static/5f31f4f358f8065dad84a9d9/t/62431c657df1ad3d8497eabd/1648565360946/JNMNS19\\_report\\_220207\\_printable.pdf](https://static1.squarespace.com/static/5f31f4f358f8065dad84a9d9/t/62431c657df1ad3d8497eabd/1648565360946/JNMNS19_report_220207_printable.pdf))

لأربع مؤشرات للتغذية التكميلية (أنظر الشكل ٣). وفي عام ٢٠١٩، تناول حوالي نصف الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦-٢٣ شهراً الأطعمة السكرية أو المشروبات السكرية أو كلاهما معاً خلال الأربعة وعشرون ساعة الماضية وتناول حوالي ثلثهم وجبات خفيفة مألوفة. وينطبق هذا على صغار الأطفال المقيمين أو اللذين يعيشون في مخيمات اللاجئين.<sup>٣٨</sup>

الشكل ٣. نسب انتشار مؤشرات التغذية التكميلية في الأردن، المسوح الوطنية (٢٠١٢ مقارنة ب ٢٠١٧-٢٠١٨)



تشير البيانات إلى أن استهلاك الفاكهة والخضروات بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٦-٢٣ شهراً، أخذ في الانخفاض، وارتفعت نسبة عدم تناول أي فواكه أو خضروات في اليوم السابق من ٢١,٣٪ في عام ٢٠٠٧ إلى ٢٩,٥٪ في عام ٢٠١٧-٢٠١٨.<sup>٧</sup>

## استهلاك الغذاء والأنماط الغذائية

تقوض التغييرات في أنماط استهلاك الغذاء على مدى العقد الماضي في الأردن اتباع النظم الغذائية الصحية، وتشير البيانات الحديثة عن استهلاك الفاكهة والخضروات والملح إلى تناول أغذية غير صحية، ولكن هناك حاجة إلى بيانات أخرى عن المدخول الغذائي لتقديم صورة أكثر شمولاً.

يستهلك أكثر من نصف الأطفال في سن المدرسة (بنسبة ٥٦,١٪) الذين تتراوح أعمارهم (٦-١٢) عاماً، خمس مجموعات غذائية أو أكثر يومياً (يستوفون معايير الحد الأدنى من التنوع الغذائي). ويشرب أكثر من ثلثهم بنسبة (٤٣,٣٪) القهوة أو الشاي عدة مرات وأثناء الوجبة أو بعدها مباشرة، مما قد يثبط امتصاص الحديد. وأقل من نصف الأطفال (٤٥,٢٪) يتناولون الإفطار قبل الذهاب إلى المدرسة والغالبية العظمى (٨٩,٢٪) يمتلكون النقود لشراء الوجبات الخفيفة خارج

<sup>٣٨</sup> وزارة الصحة، اليونيسيف، برنامج الغذاء العالمي، الجمعية الأردنية الدولية للمساعدة الصحية، دائرة الإحصاء، بيولاب، المسح الوطني الأردني للمغذيات الدقيقة والتغذية، ٢٠١٩، عمان، الأردن، ٢٠٢٢.

([https://static1.squarespace.com/static/5f31f4f358f8065dad84a9d9/t/62431c657df1ad3d8497eabd/1648565360946/JNMNS19\\_report\\_220207\\_printable.pdf](https://static1.squarespace.com/static/5f31f4f358f8065dad84a9d9/t/62431c657df1ad3d8497eabd/1648565360946/JNMNS19_report_220207_printable.pdf))

المنزل. وبهذه النقود، يشتري الأطفال عادةً رقائق البطاطس والشوكولاتة والعصير أو البسكويت أو كلاهما معاً (يستخدم ٤٣,٨٪ فقط من هذه النقود لشراء شطيرة/وجبة مدرسية). وبالنسبة للأطفال في سن المدرسة الذين يعيشون في مخيمات اللاجئين السوريين، يتناول ثلثهم وجبة الإفطار قبل الذهاب إلى المدرسة وتتلقى الغالبية العظمى وجبة خفيفة مجانية في المدرسة. بالإضافة إلى ذلك، يحصل الثلثان الآخران تقريباً على بعض المال لشراء الوجبات الخفيفة وغالباً ما يشترون رقائق البطاطس أو البسكويت أو الشوكولاتة أو العصير.

ويعتبر استهلاك الفاكهة والخضروات منخفض بين مختلف الفئات العمرية في الدولة، حيث يستهلك أقل من خمس البالغين في الأردن (١٦٪) حسب توصيات منظمة الصحة العالمية خمس حصص أو أكثر من الفاكهة والخضروات يومياً، على الرغم من هذه الزيادة وذلك بالمقارنة مع نسبة ١٤٪ المسجلة بالمسح التدريجي الوطني الأردني السابق،<sup>٤٠٣٩</sup> إلا أنه في المتوسط، يستهلك الناس حصتين من الخضار و حصّة واحدة من الفاكهة. وقد استهلك نصف المشاركين (٥٠٪)، ٢-١ حصّة فقط من الخضار أو الفاكهة يومياً، وكانت نسبة عدم تناول الفاكهة أو الخضار على أساس يومي أعلى بين الفئة العمرية ١٨-٤٤ (١٠,٨٪) عنها في الفئة العمرية ٤٥-٦٩ (٩,٥٪). وتشير البيانات الأقدم المتعلقة بالمراهقين (١٣-١٥ عاماً) أيضاً إلى انخفاض الاستهلاك اليومي للفواكه والخضروات بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠٠٧.<sup>٤٠٣٩</sup> وزادت تغطية استهلاك الأسر للخبز المصنوع من الدقيق المدعم بين عامي ٢٠١٠ و٢٠١٩، بنسبة ٨٤٪.

كان متوسط الاستهلاك اليومي من الملح ١١ جراماً، كما تم قياسه في المسح الوطني التدريجي ٢٠١٩،<sup>٢٩</sup> وهو أكثر من ضعف ما توصي به منظمة الصحة العالمية إلى أقل من ٥ جرام يومياً. وكانت هذه القيمة أعلى عند الرجال (بنسبة ١٢,٥ جم/يوم) مقارنة بالنساء (بنسبة ٩,٦ جم/يوم). وبشكل عام، أفاد المسح أن ما يقرب من ثلث البالغين (٣١,٧٪) يضيفون الملح دائماً أو غالباً إلى طعامهم قبل أو أثناء تناول الطعام، بينما قال ٧٩,٣٪ إنهم يضيفون الملح دائماً أو غالباً عند الطهي أو إعداد الطعام في المنزل و أفاد الثلث (٣٣٪) أنهم يتناولون الأطعمة المصنعة التي تحتوي على نسبة عالية من الملح.<sup>٢٩</sup> وكان هناك وعي كبير بأن الكثير من الملح يمكن أن يسبب مشاكل صحية خطيرة، وأفاد نصف السكان (٥٣٪) بالحد من استهلاكهم للأطعمة المصنعة للتحكم في تناول الملح.

لا توجد بيانات حديثة عن جوانب أخرى من النظام الغذائي، ولكن تم بالفعل تسجيل زيادة في استهلاك الوجبات السريعة والمشروبات الغازية بين المراهقين بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠٠٧. وبطول عام ٢٠٠٧، كان أكثر من ثلث المراهقين (٣٨,١٪) يستهلكون المشروبات الغازية مرتين أو أكثر خلال اليوم بينما تناول ١٤,٦٪ الوجبات السريعة في ثلاثة أيام أو أكثر ضمن السبعة أيام المسابقات.<sup>٣٩,٣٨</sup>

## مسببات سوء التغذية

هناك العديد من المسببات والعوامل الأساسية التي تؤثر سلباً على التغذية بطرق متعددة ومتداخلة في كثير من الأحيان.

تتضمن العوامل الأساسية زيادة الفقر والبطالة على مدى العقدين الماضيين. إذ تفاقت كل من مشكلتي الفقر والبطالة منذ عام ٢٠٢٠، بسبب جائحة كوفيد-١٩، مما زاد الضغط على أنظمة الحماية الاجتماعية. وتشمل الدوافع

<sup>٣٩</sup> منظمة الصحة العالمية، المسح الوطني التدريجي الأردني (STEPS) لرصد عوامل الخطورة المرتبطة بالأمراض غير السارية ٢٠١٩، وزارة الصحة، الأردن، ٢٠٢٠.

<https://www.who.int/publications/m/item/2019-steps-country-report-jordan>

<sup>٤٠</sup> منظمة الصحة العالمية، صحيفة حقائق مسح الأردن التدريجي لعام ٢٠٠٧، ٤ أكتوبر ٢٠٢١

[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/jordan/steps/2007-fact-sheet-jordan.pdf?sfvrsn=df1a70ea\\_2&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/jordan/steps/2007-fact-sheet-jordan.pdf?sfvrsn=df1a70ea_2&download=true)

<sup>٣٩</sup> القصور بي إم، بطارسة إس، أسعد أ. المسح الصحي العالمي القائم على طلبة المدارس، عمان، الأردن، وزارة الصحة الأردنية، مركز السيطرة على الأمراض ومنظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٧

([https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/GSHS\\_Country\\_Report\\_Jordan\\_2007.pdf](https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/GSHS_Country_Report_Jordan_2007.pdf)).

<sup>٤٢</sup> القصور بي إم، بطارسة إس، أسعد أ. المسح الصحي العالمي القائم على طلبة المدارس، عمان، الأردن، وزارة الصحة الأردنية، مركز السيطرة على الأمراض ومنظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٧

([https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/GSHS\\_Country\\_Report\\_Jordan\\_2007.pdf](https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/GSHS_Country_Report_Jordan_2007.pdf)).

الأخرى التي تساهم في عبء انعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية، تقلب أسعار الغذاء والوقود العالمية والأثر الاجتماعي والاقتصادي والبيئي لاستضافة عدد كبير من اللاجئين. ويمكن أن تؤدي هذه العوامل الاقتصادية إلى انعدام الأمن الغذائي وتقويض التغذية من خلال إعاقة الوصول إلى أنظمة غذائية صحية ميسورة التكلفة. وربما لعبت التغييرات الاجتماعية، مثل التحضر والتخلي عن الأراضي الزراعية، إلى جانب معدلات النمو السكاني المرتفعة (بما في ذلك؛ تدفق اللاجئين)، دوراً في زيادة انعدام الأمن الغذائي في البلاد، مما ساهم في ركود التقدم المحرز في القضاء على نقص التغذية.

من الواضح أن الأردن قد شهد التحول التغذوي الذي أثر على البلدان في جميع أنحاء إقليم شرق المتوسط. حيث يستمر التحول نحو الأنظمة الغذائية التي تحتوي على نسبة أعلى من الأطعمة الغنية بالطاقة والفقيرة بالمغذيات، مصحوبة بأنماط حياة أقل نشاطاً، مما يساهم في المعاناة من عبء مضاعف لسوء التغذية في البلاد.

ومن العوامل المهمة الأخرى؛ صحة الأم وتغذيتها، وممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال والنظم الغذائية والبيئة الغذائية وعدم المساواة بين الجنسين وانتشار الأمراض السارية وتوفير التعليم والمعلومات عن التغذية والأنظمة الغذائية الصحية.

يتم استكشاف مساهمة هذه العوامل المحددة والتدخلات السياسية ذات الصلة بشكل أكبر في مجالات العمل الرئيسية الستة في هذه الاستراتيجية. ومن الواضح أن هناك إمكانات غير مستغلة للبناء على التقدم المحرز ودفع المزيد من التقدم في مجال التغذية من خلال تنفيذ السياسات والتدخلات لزيادة الرضاغة الطبيعية ورفع معايير التغذية التكميلية، وتحويل النظم الغذائية لتحسين الوصول إلى نظم غذائية متنوعة وصحية وإنشاء بيئات غذائية صحية ومواءمة النظم الصحية لحماية تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال وتوجيه تغيير السلوك من خلال توفير التعليم والمعلومات.

**أثناء عملية تطوير استراتيجية التغذية الوطنية هذه، تم تحديد عدد من التحديات التي يجب معالجتها من أجل دفع عملية التقدم في تحسين التغذية، وتشمل هذه التحديات ما يلي:**

١. العبء المزدوج لسوء التغذية (زيادة الوزن/السمنة ونقص المغذيات الدقيقة)
٢. نمط الحياة الخالي من النشاط البدني
٣. التحول التغذوي (بما في ذلك؛ زيادة توافر المنتجات الغذائية غير الصحية وغير المكلفة نسبياً وزيادة أعداد مطاعم الوجبات السريعة)
٤. الأزمة السياسية؛ وجود عدد كبير من اللاجئين
٥. انعدام إدارة الأزمات أو التخطيط للطوارئ
٦. نقص القدرات البشرية الخاصة بالتغذية على وجه التحديد (بما في ذلك؛ مقدمو خدمات الرعاية التغذوية)
٧. انتشار تسويق الأطعمة والمشروبات غير الصحية عبر وسائل الإعلام
٨. عدم وجود نظام رصد وطني ونظام معلومات لمراقبة التغذية (ينبغي دمجها في النظام الصحي)
٩. نقص الموارد المالية
١٠. ضعف التعاون بين القطاعات
١١. عدم وجود استراتيجيات حالية بشأن الأمراض غير السارية وصحة الأم والطفل
١٢. قلة التركيز على الوقاية بدلاً من علاج سوء التغذية
١٣. ضعف رصد وتقييم السياسات لتحسين التغذية والأمن الغذائي
١٤. نقص الإرشاد التغذوي في الرعاية الصحية الأولية
١٥. تدني مستويات الوعي والمعرفة بالتغذية
١٦. وجود مستويات عالية من إهدار الطعام

أثرت جائحة كوفيد-١٩ على الأمن الغذائي وسوء التغذية في الأردن كما في أي مكان آخر، إذ أثر الوباء على أنظمة الغذاء العالمية وعلى سبل عيش الناس في جميع أنحاء العالم. وفي الأردن، ساهم الوباء في ارتفاع معدلات البطالة وزيادة أسعار بعض الخدمات والسلع. بالإضافة إلى ذلك، أدى إغلاق المدارس وتعليق تقديم الوجبات المدرسية إلى قطع مصدر مهم لتغذية الأطفال وزيادة العبء الاقتصادي على الأسر.

وعلى الرغم من أن الإمدادات الغذائية في الأردن بقيت مستقرة، إلا أن الآثار طويلة المدى للوباء على النظم الغذائية لازالت غير واضحة. وعلى ضوء ذلك، أطلقت الحكومة برنامج التكافل للمساعدة النقدية الطارئة، بالإضافة إلى برنامج صندوق المعونة الوطنية الجاري.

وعلاوة على ذلك، لوحظ في العديد من البلدان أن القيود المفروضة على الحركة أثناء الوباء أدت إلى زيادة استهلاك أغذية غير صحية وزيادة الخمول البدني، مما ساهم في تفاقم العبء المزدوج لسوء التغذية في الأردن.

## تنفيذ سياسة الغذاء والتغذية

لمواجهة التحديات الموضحة أعلاه والعبء المتغير لسوء التغذية، نفذ الأردن سلسلة من خطط العمل الخاصة بالتغذية والقضايا ذات الصلة في السنوات الخمس والعشرين الأخيرة.

وتم وضع خطة عمل وطنية للتغذية في الأردن في عام ٢٠١٦. ثم تم تحديثها في عام ٢٠١٠ من قبل وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية بالتنسيق مع القطاعات الأخرى.

وفي عام ٢٠١٥، واعتراضاً بالعبء المتزايد للأمراض غير السارية في الدولة، تم نشر استراتيجية وخطة عمل وطنية لمكافحة مرض السكري وارتفاع ضغط الدم وفرط دهنيات الدم والسمنة في الأردن.

### ولمواجهة الأعباء المتزايدة لزيادة الوزن والسمنة على وجه التحديد، تم وضع إطار عمل وطني

للقاية من السمنة في الأردن (٢٠١٨-٢٠٢٣) في عام ٢٠١٨. كما تم إنشاء لجنة فنية متعددة القطاعات معنية بالتغذية. وتضم هذه اللجنة ممثلين من وزارة الصحة ومؤسسة الغذاء والدواء الأردنية ومؤسسة المواصفات والمقاييس الأردنية ووزارة التربية والتعليم وأمانة عمان ووزارة الشباب ووزارة الصناعة والتجارة والخدمات الطبية الملكية ووزارة التخطيط والجامعة الأردنية. كما تضمنت الإجراءات المبكرة للجنة، حظر استخدام الدهون المصنعة المتحولة أو الدهون من أصل غير دهون الحليب في صناعة منتجات الألبان وخفض محتوى الملح في الخبز من ١,٥٪ إلى ١٪، ونشر جداول المكونات الغذائية للأطباق الشعبية الأردنية ونشر الدليل الغذائي الإرشادي للأردنيين والدليل الغذائي الإرشادي لمعالجة الأمراض المزمنة وحظر استخدام الدهون المتحولة والسمن النباتي والدهون المشبعة في الأطعمة المقدمة في المستشفيات وبعض المؤسسات العامة الأخرى. بالإضافة إلى ذلك، تعمل وزارة الصحة ومؤسسة المواصفات والمقاييس الأردنية على إعادة صياغة التشريعات والأنظمة المتعلقة بالأغذية لتقليل الملح والسكر والدهون المتحولة في الأطعمة.

<sup>٤٢</sup> منظمة الصحة العالمية، تحديث بشأن التغذية في الأردن وخطة العمل - ٢٠١٦ (٢٢ أكتوبر ٢٠١٦): (https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/23541).

## ساعد عدد من الإجراءات

على دفع عجلة التقدم  
في الحد من نقص المغذيات  
الدقيقة على مر السنين.



والتدعيم الإلزامي لدقيق القمح بالعديد من  
المغذيات الدقيقة، والذي تم تنفيذه منذ عام ٢٠٠٢



إذ يعد إضافة اليود  
الإلزامي إلى الملح،  
والذي بدأ في عام ١٩٩٥

هذان مثالان على التنفيذ الناجح لسياسات ساعدت في تنفيذ السياسات الناجحة التي  
ساعدت في معالجة سوء التغذية. بالإضافة إلى ذلك، يتم توفير مكملات فيتامين أ  
للأطفال ومكملات الحديد للنساء الحوامل.

على مدار العامين الماضيين، تم وضع ثلاثة استراتيجيات جديدة مهمة من شأنها  
المساهمة في تحسين التغذية بالمملكة الأردنية:

### الاستراتيجية الوطنية للأمن الغذائي (٢٠٢١-٢٠٢٣)

في عام ٢٠٢١، تم وضع استراتيجية وطنية للأمن الغذائي (٢٠٢١-٢٠٣٠)،  
بهدف حماية سكان الأردن، بمن  
فيهم اللاجئين، من انعدام الأمن  
الغذائي وضمان الحصول على  
إمدادات غذائية آمنة ومغذية  
وبأسعار معقولة في جميع  
الأوقات.

### الاستراتيجية الوطنية للتغذية المدرسية (٢٠٢١-٢٠٢٥)

توفر الاستراتيجية الوطنية للتغذية  
المدرسية ٢٠٢١-٢٠٢٥، إمكانية الاستفادة  
من أهمية التغذية المدرسية لتعزيز  
النمو الصحي والتطور البدني والعقلي  
والنفسي والاجتماعي للطلاب في  
جميع القطاعات (بما في ذلك؛  
اللاجئين والنازحين). يقدم هذا مثالاً  
جيداً على تعاون العديد من القطاعات  
لتحمل المسؤولية المشتركة عن  
تعليم الأطفال وصحتهم وتغذيتهم  
وأمنهم الغذائي.

### الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية (٢٠١٩-٢٠٢٥)

برؤية تتمثل في تمتع جميع  
الأردنيين بحياة كريمة وفرص عمل  
لائقة وتعزيز الخدمات الاجتماعية،  
كما أن لها دور مهم في حماية  
التغذية والأمن الغذائي للفئات  
الأكثر ضعفاً.

تعتبر الاستراتيجية الوطنية للتغذية مكتملة للاستراتيجيات الثلاث الموضحة أعلاه، وتوفر أوجه التآزر والتعاون المتعددة مع هذه الاستراتيجيات،  
فرصة غير مسبوقة لدفع التقدم نحو تحسين التغذية وتحقيق الأهداف العالمية وأهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالتغذية.

# رؤية وأهداف وغايات الإستراتيجية الوطنية للتغذية

يلتزم الأردن بالعمل على تحقيق الأهداف العالمية للتغذية لجمعية الصحة العالمية بحلول عام ٢٠٢٥، وتلك المتعلقة بالتغذية ضمن أهداف التنمية المستدامة بحلول عام ٢٠٣٠، والتي تتوافق أيضا مع أهداف استراتيجية منظمة الصحة العالمية للتغذية لإقليم شرق المتوسط ٢٠٢٠-٢٠٣٠. مع الأخذ بالاعتبار السياق المحلي للبلد، وعليه فإن الأهداف العامة والمحددة لاستراتيجية التغذية هذه - تتماشى مع الأهداف العالمية - كما هو موضح أدناه.

## الرؤية والهدف العام:

تحقيق الأمن الغذائي والقضاء على جميع أشكال سوء التغذية والعمل على تحسين التغذية في جميع مراحل الحياة بحلول عام ٢٠٣٠.

## الأهداف المحددة:

خفض معدل انتشار زيادة الوزن والسمنة لدى الأطفال دون سن الخامسة إلى ما لا يزيد عن ٥٪.		المحافظة على معدل انتشار الهزال أقل من ٣٪ لدى الأطفال.		خفض معدل انتشار التقرن بنسبة ٢٠٪ بين الأطفال دون سن الخامسة.	
خفض معدل نقص الوزن عند الولادة بنسبة ٣٠٪.		زيادة معدل الرضاعة الطبيعية الحصرية للأطفال دون سن ستة أشهر إلى ٤٠٪.		خفض معدل انتشار زيادة الوزن والسمنة لدى المراهقين (من ٦-١٨ سنة) بنسبة ٥٪.	
خفض متوسط تناول السكان للملح/الصوديوم بنسبة ٢٠٪.		وقف ارتفاع معدلات الإصابة بمرض السكري والسمنة لدى البالغين.		خفض معدل انتشار فقر الدم لدى النساء في سن الإنجاب بنسبة ٤٠٪.	
				الحظر الفعلي للدهون المتحولة المنتجة صناعياً من الامدادات الغذائية.	

تم تحديد الأهداف المذكورة أعلاه لتتماشى مع الأهداف العالمية للتغذية والأمراض غير السارية وكذلك الأهداف الواردة في استراتيجية منظمة الصحة العالمية للتغذية لإقليم شرق المتوسط ٢٠٢٠-٢٠٣٠، كما تمت موائمتها مع السياق المحلي لتحديد أهداف واقعية للأردن.

في عملية تطوير هذه الاستراتيجية، تم تحديد القضايا التالية كأولويات وطنية:

٦ التركيز على الفئات الأكثر ضعفًا. (أي النساء والأطفال والأشخاص ذوي الإعاقة واللاجئين والأشخاص الذين يعيشون في المناطق الأقل حظًا)

٧ تنفيذ نهج شامل ومتكامل لنظام الغذاء الوطني وضمان التنسيق متعدد القطاعات (أي الصحة والزراعة والمياه والصرف الصحي وسلامة الأغذية والتجارة والصناعة والشؤون الاجتماعية)

٨ إتخاذ تنظيمية داعمة لضمان توفير الغذاء الصحي

٩ زيادة المعرفة وتغيير السلوك نحو أنماط حياة أكثر صحة (سواء على مستوى النظام الغذائي أو النشاط البدني)

١ تحسين التغذية في مرحلة الطفولة المبكرة وتحسين ممارسات التغذية للرضع وصغار الأطفال

٢ تحسين الوضع التغذوي للأطفال المدارس والمراهقين (٥-١٩)

٣ معالجة الأمراض غير السارية وعوامل الخطر المرتبطة بالنظام الغذائي

٤ تحسين الحالة التغذوية للنساء في سن الإنجاب، عن طريق التحقيق في أسباب فقر الدم لتوجيه السياسات والتدخلات المناسبة

٥ توفير نظام غذائي صحي ومستدام لجميع الفئات العمرية (أي الرضع والأطفال والمراهقين وكبار السن والنساء في سن الإنجاب)

## المبادئ الأساسية

بناء على هذه الأولويات الوطنية، يجب أن تستند السياسات والتدخلات لتحقيق الرؤية والأهداف المذكورة أعلاه إلى بعض المبادئ الهامة:

### التغذية لتعزيز الصحة طوال فترة الحياة

هناك العديد من المراحل المختلفة على مدار الحياة والتي يمكن لتحسين التغذية فيها أن يحقق فوائد صحية واجتماعية واقتصادية للناس الآن ولمستقبلهم وللجيل القادم. تشمل المراحل الحرجة، الحالة التغذوية للمرأة قبل الحمل وأثناءه وبعده والتغذية في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة واتباع أنماط صحية للأكل والنشاط البدني أثناء مرحلة الطفولة والمراهقة والتغذية الجيدة من أجل النعيم بشيخوخة صحية.

### العمل المتكامل متعدد القطاعات

لا يمكن تحقيق الرؤية الموضوعية لهذه الاستراتيجية إلا من خلال المشاركة بشكل ملتزم من قبل القطاعات المختلفة. ولا يستطيع قطاع الصحة وحده إحراز التقدم الضروري، لذا هناك حاجة إلى إشراك القطاعات الأخرى، بما في ذلك؛ الزراعة والبيئة والحماية الاجتماعية والتعليم والنقل والبنية التحتية والخدمات العسكرية والمشتريات العامة والتجارة والتمويل.

## إشراك المجتمع ككل

بالإضافة إلى مشاركة العديد من المؤسسات الحكومية المختلفة، كما هو موضح أعلاه، فإن النجاح سيعتمد على التزام مجموعة واسعة من الجهات المعنية واعتماد نهج مجتمعي متكامل. وهذا يعني إشراك الأفراد والأسر والمجتمعات والمنظمات الحكومية الدولية والمؤسسات الدينية والمجتمع المدني والأوساط الأكاديمية والقطاع التطوعي، حيث تلعب الجهات الفاعلة في صناعة الأغذية دورًا مهمًا في تحوّل النظم الغذائية وخلق بيئات صحية، ولكن هناك حاجة إلى ضمانات قوية لمنع وإدارة تضارب المصالح عند وضع السياسات وتنفيذها.

## معالجة محددات الصحة

لا تزال هناك حاجة إلى معالجة عدم المساواة في الصحة بين المجموعات المختلفة داخل الأردن ومعالجة العديد من المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية لمختلف أشكال سوء التغذية. فمن المهم أن تولي جميع السياسات والتدخلات الواردة في الاستراتيجية الوطنية للتغذية اهتمامًا خاصًا للأثر الواقع على الفئات الأكثر ضعفًا – بما في ذلك؛ اللاجئين وأولئك الذين يعيشون في مناطق الأكثر حرمانًا في الأردن – وتضمن أن يتمتع الجميع بتحسين التغذية.

## الارتكاز على نهج حقوق الإنسان

لكل طفل وامرأة ورجل، الحق في الحصول على الغذاء والتغذية الكافيين.<sup>٤٤</sup> وقد صادق الأردن على ميثاق الأمم المتحدة الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وهو بالتالي ملتزم بالإعمال التدريجي للحق في الغذاء والحق في الصحة. التغذية الكافية هي عنصر أساسي في هذين الحقين. لذلك، ينبغي أن تركز استراتيجية التغذية الوطنية على نهج حقوق الإنسان، الذي يدعم دمج المساواة بين الجنسين والإنصاف وحقوق الإنسان في السياسات والتخطيط الوطنيين.

## النهج الاستراتيجية والسياسات والتدخلات ذات الصلة

تماشيًا مع عقد الأمم المتحدة للعمل من أجل التغذية (٢٠١٦-٢٠٢٥) واستراتيجية التغذية لإقليم شرق المتوسط (٢٠٢٠-٢٠٣٠)، تسلط هذه الاستراتيجية الضوء على ستة مجالات رئيسية للعمل:

الحماية الاجتماعية والتثقيف  
التغذوي

أنظمة صحية متوائمة والتي توفر تغطية شاملة  
لإجراءات التغذية الأساسية

أنظمة غذائية مستدامة ومرنة  
لتوفير أغذية صحية

تعزيز الحوكمة والمساءلة  
في مجال التغذية

بيئات آمنة وداعمة للتغذية لجميع  
الأعمار

التجارة والاستثمار من أجل  
تحسين التغذية

<sup>٤٤</sup> يتم تحقيق الحق في الغذاء عندما يكون لكل رجل وامرأة وطفل، بمفرده أو مع آخرين، إمكانية الوصول المادي والاقتصادي في جميع الأوقات إلى الغذاء الكافي أو وسائل شراؤه. لذلك لا يجوز تفسير الحق في الغذاء الكافي بالمعنى الضيق أو المقيد، والذي ينساوي بينه وبين الحد الأدنى من مجموعة الأسعار الحرارية والبروتينات والمغذيات المحددة الأخرى. لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

ولتحقيق الرؤية والأهداف المحددة لهذه الإستراتيجية، تم تطوير مجالات العمل الستة الموضحة أعلاه كنهج إستراتيجية، لكل منها سياسات وتدخلات ذات أولوية وصلة.

## النهج الاستراتيجي الأول: إنشاء نظم غذائية مستدامة ومرنة لتوفير أغذية صحية

من المعروف عالمياً أن التحول الفعال للنظم الغذائية ضروري لتقديم أنظمة غذائية مستدامة وآمنة وصحية وبأسعار معقولة للجميع. أقر حوار النظم الغذائية الوطنية في الأردن خلال المحادثات التمهيديّة لقمة الأمم المتحدة للأنظمة الغذائية – بأهمية تحول النظم الغذائية وشمل عدداً من التوصيات المحددة وذلك لخفض تكلفة الأغذية المغذية، وجعل الأغذية الصحية ميسورة التكلفة، مع ضمان سعر عادل للمنتجين وتقديم وجبات صحية للجميع في الأردن.

بالإضافة إلى ذلك، تركز الاستراتيجية الوطنية الجديدة للأمن الغذائي التي تم إطلاقها في عام ٢٠٢١، على تحويل النظم الغذائية. إذ تسعى الاستراتيجية إلى تحقيق الأمن الغذائي بحلول عام ٢٠٣٠ من خلال المعالجة الشاملة لجميع جوانب الأمن الغذائي واعتماد أنظمة غذائية مناسبة ومرنة، بالإضافة إلى الأهداف المتعلقة بالحماية الاجتماعية والرعاية وخدمات التغذية والحوكمة، وتتضمن استراتيجية الأمن الغذائي هدفين استراتيجيين يتعلقان على وجه التحديد بالنظم الغذائية:

### • ضمان توافر الغذاء على المستوى الوطني والأسري والفردى مع الأهداف الفرعية التالية:

- تحقيق أقصى درجة ممكنة من الانتاج الغذائي المحلي
- توفير إمدادات كافية ومستقرة من الأصناف المستوردة
- تحسين التعاون الإقليمي والتكامل في مختلف جوانب الأمن الغذائي
- تقليل الفاقد والمهدر من الأغذية وتعزيز سلامة الغذاء.

### • تعظيم الاستفادة من الغذاء واستقراره مع الأهداف الفرعية التالية:

- تحسين جودة الغذاء لجميع السكان في الأردن

إن الأهداف المذكورة أعلاه مدمجة في أهداف وتدخلات استراتيجية التغذية الوطنية هذه. وعليه تكون السياسات ذات الأولوية المقترحة في هذا المجال للاستراتيجية الوطنية للتغذية كالتالي:



الجدول (1). النهج الاستراتيجي الأول: إنشاء نظم غذائية مستدامة ومرنة لتوفير أغذية صحية

السياسات ذات الأولوية	الأساس المنطقي والوضع الحالي	الإجراءات والتدخلات المقترحة	العوائق والتحديات المحتملة	الجهات المعنية الرئيسية وآخرون
اعتماد نهج النظام الغذائي لضمان الشمولية واحتواء الجميع في الاستجابات	لقد تم بالفعل الاعتراف بضمان توافر الغذاء والاستفادة المثلى من الغذاء واستقراره، كأولويات وأدرجت كأهداف في الاستراتيجية الوطنية للأمن الغذائي التي تم إطلاقها في عام ٢٠٢١.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تنفيذ الإستراتيجية الوطنية للأمن الغذائي والتأكد من الحفاظ على أعمال نهج يراعي التغذية السليمة دوماً.</li> <li>• زيادة تنوع إنتاج الغذاء.</li> <li>• مراجعة ودعم البرامج المتعلقة بالتغذية والغذاء مثل الإنتاج المحلي للسلع الزراعية (الجودة، عمليات ما قبل الحصاد وبعده).</li> <li>• دعم صغار المزارعين من خلال توفير السلع العامة (مثل مرافق التخزين والخدمات الإرشادية ووسائل الاتصال والحصول على القروض والأراضي والبذور والموارد الطبيعية والتأمين التكنولوجي والبحوث الزراعية).</li> <li>• الحد من فقد الطعام وهدره.</li> </ul>	يتطلب اتخاذ إجراءات على طول السلسلة الغذائية والتزام العديد من القطاعات المختلفة.	القيادة الحكومية: وزارة الزراعة / اللجنة الوطنية للأمن الغذائي المؤسسات الحكومية الأخرى: وزارة الصحة ووزارة البيئة ووزارة الصناعة والتجارة ووزارة التربية والتعليم
القضاء على الدهون المتحولة عبر تطوير تشريعات لحظر استخدام الدهون المتحولة المنتجة صناعياً في السلسلة الغذائية	تعمل كل من وزارة الصحة ومؤسسة المواصفات والمقاييس الأردنية على إعادة صياغة اللوائح الغذائية لتقليل الملح والسكر والدهون المتحولة طبقاً لتوصيات منظمة الصحة العالمية. حدد إطار العمل الوطني للوقاية من السمنة في الأردن ٢٠١٨-٢٠٢٣ (الإطار الوطني للسمنة) عدداً من التدخلات الاستراتيجية المتعلقة بالدهون المتحولة، تشمل الإنجازات الأساسية حظر إضافة الدهون المتحولة الصناعية والدهون في منتجات الألبان ونشر جداول المكونات الغذائية للأطعمة التقليدية الأردنية وحظر استخدام الدهون المتحولة والسمن النباتي والدهون المشبعة في الأطعمة المقدمة في المستشفيات والمستشفيات العسكرية الملكية وبعض المؤسسات العامة الأخرى. وما زال هناك مجال الآن لاتخاذ المزيد من الخطوات والتخلص من الدهون المتحولة المنتجة صناعياً من سلسلة الغذاء الأردنية.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• اقتراح دراسة لتقييم مصادر تناول الدهون المتحولة (وكذلك الدهون المشبعة والملح والسكر) بالتعاون مع الجامعة الأردنية.</li> <li>• الانخراط مع الصناعات الغذائية والمجتمع المدني ووسائل الإعلام لزيادة الوعي بأهمية الحد من الدهون الصناعية المتحولة للحفاظ على صحة السكان.</li> <li>• تزويد مؤسسة المواصفات والمقاييس الأردنية بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة الموقع من قبل وزراء الصحة للقضاء على استخدام الدهون المتحولة في المنتجات الغذائية</li> <li>• إدخال تشريع إلزامي يتمشى مع أفضل الممارسات التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية للقضاء على استخدام الدهون المتحولة الصناعية.</li> <li>• استخدام سياسات المشتريات العامة الصحية لحظر استخدام الأطعمة الدهنية المتحولة في المؤسسات العامة (خارج المستشفيات والمؤسسات التي تغطيها بالفعل التدابير الأخيرة).</li> <li>• تطوير القدرات المخبرية لتحليل مستويات الأحماض الدهنية المتحولة في الأطعمة، بدعم من المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية.</li> <li>• ضمان القدرة على المراقبة والإنفاذ، عبر تدريب ضباط الإنفاذ، إذا لزم الأمر.</li> </ul>	قد تحتاج الصناعة، وخاصة الشركات الصغيرة والمتوسطة، إلى الدعم وذلك للمساعدة في استبدال الدهون المتحولة بالدهون الصحية. كما أن القدرة المخبرية مطلوبة لتحليل الأحماض الدهنية المتحولة. تعد القدرة على رصد التشريعات وإنفاذها إلى جانب العقوبات الهادفة على الانتهاكات، أمراً ضرورياً.	الجهات المعنية الأخرى: وزارة الصحة ومؤسسة المواصفات والمقاييس الأردنية المؤسسات الحكومية الأخرى: المؤسسة العامة للغذاء والدواء ووزارة الصناعة والتجارة
الجهات المعنية الأخرى: منظمة الصحة العالمية، واليونيسيف، وبرنامج الأغذية العالمي، ومنظمة الأغذية والزراعة، والمجتمع المدني	الجهات المعنية الأخرى: منظمة الصحة العالمية، واليونيسيف، وبرنامج الأغذية العالمي، ومنظمة الأغذية والزراعة، والمجتمع المدني	الجهات المعنية الأخرى: منظمة الصحة العالمية، والصناعات الغذائية وغرفة الصناعة الأردنية والمجتمع المدني	الجهات المعنية الأخرى: وزارة الصحة ومؤسسة المواصفات والمقاييس الأردنية	الجهات المعنية الأخرى: وزارة الصحة ومؤسسة المواصفات والمقاييس الأردنية

السياسات ذات الأولوية	الأساس المنطقي والوضع الحالي	الإجراءات والتدخلات المقترحة	العوائق والتحديات المحتملة	الجهات المعنية الرئيسية وآخرون
فرض الضرائب على المشروبات الغازية ودعم الحصول على الفواكه والخضروات وإطلاق الحملات التثقيفية حول النظم الغذائية الصحية	أبرز حوار النظم الغذائية الوطنية، إمكانات السياسات المالية (الضرائب والإعانات) لتعزيز النظم الغذائية الصحية في الأردن وأوصى بهذا الإجراء، كما توصي منظمة الصحة العالمية بغرض ضريبة على المشروبات المحلاة بالسكر كأفضل وسيلة لمعالجة الأمراض غير السارية، وعليه فرض عدد متزايد من البلدان في إقليم شرق المتوسط ضرائب على المشروبات المحلاة بالسكر (مستويات تصل إلى ٥٠٪، و١٠٠٪ لمشروبات الطاقة) وبدأت بالفعل في ملاحظة تأثيرها على شراء المشروبات الغازية وتناول السكر من المشروبات. <sup>٤٥</sup> وعلى نحو متزايد، بدأت البلدان في جميع أنحاء العالم أيضا في استخدام الضرائب على الأطعمة الأخرى التي تحتوي على نسبة عالية من الدهون أو السكر أو الملح لتغيير أنماط الاستهلاك.	<ul style="list-style-type: none"> <li>استحداث ضريبة على المشروبات المحلاة بالسكر بنسبة ٥٠٪</li> <li>التعاون مع المؤسسات الأكاديمية ومنظمة الصحة العالمية لإجراء دراسات النمذجة لتقييم التأثير المحتمل للضرائب المحتملة الأخرى على الأطعمة الغنية بالدهون أو السكريات أو الملح.</li> </ul>	يمكن أن تواجه الضرائب الجديدة أو الموسعة معارضة الجهات الصناعية وبعض المقاومة من العامة، لكن التجربة تظهر أن السكان يمكن أن يدعموا مثل هذه التدابير عندما يتم شرح الأساس المنطقي وقاعدة الأدلة القوية وإذا تم تخصيص الإيرادات الضريبية في خدمة الأغراض الصحية.	المؤسسات الحكومية الرئيسية؛ وزارة المالية. المؤسسات الحكومية الأخرى؛ وزارة الصحة والجمعية الوطنية لحماية المستهلك. الجهات المعنية الأخرى؛ المجتمع المدني
الخفض التدريجي من تناول الملح والسكريات والدهون المشبعة باستخدام المعايير والتشريعات.	تعمل كل من وزارة الصحة ومؤسسة المواصفات والمقاييس الأردنية على إعادة صياغة اللوائح الغذائية لتقليل الملح والسكر والدهون المتحولة مسترشدة بتوصيات منظمة الصحة العالمية. كما يتضمن الإطار الوطني للسمنة توصية لتطوير المواصفات الفنية واللوائح الإلزامية لتقليل السكر والملح والدهون المتحولة في الأطعمة المصنعة. ومنذ ذلك الحين، انخفض محتوى الملح في الخبز العربي من ١,٥٪ إلى ١٪ مازالت الجهود مستمرة لتقليل الملح في أنواع الخبز الأخرى (مثل الهامان والكعك)، وتم تعديل المعايير لحظر استخدام الزيوت النباتية في بعض منتجات الألبان (انظر أيضا إلى الدهون المتحولة أعلاه).	<ul style="list-style-type: none"> <li>وضع المواصفات واللوائح الفنية الإلزامية، للحد من السكر والملح والأحماض الدهنية المتحولة في الأطعمة المصنعة.</li> <li>تعديل معايير المشروبات الغازية لخفض مستويات السكر.</li> <li>تكييف مؤسسة الغذاء والدواء الأردنية ومؤسسة المواصفات والمقاييس الأردنية ووزارة الصناعة والتجارة بمهمة توضيح الإجراءات القانونية والإدارية اللازمة لسحب وتعديل استخدام زيت النخيل والزيوت المتحولة من مواصفات الزيت الأردني.</li> <li>اقتراح دراسة لتقييم مصادر الكميات المتناولة من الدهون المتحولة والمشبعة والملح والسكر بالتعاون مع الجامعة الأردنية (انظر أيضا إلى الدهون المتحولة أعلاه).</li> <li>استخدام سياسات المشتريات العامة الصحية لتقليل مستويات الدهون المتحولة والسكريات والملح في الأطعمة المقدمة بالمؤسسات العامة.</li> </ul>	قد يكون هناك بعض المعارضة من الجهات الصناعية لإدخال معايير جديدة. ويمكن أن تستغرق العملية التشريعية وقتاً طويلاً.	المؤسسات الحكومية الرئيسية؛ وزارة الصحة ومؤسسات المواصفات والمقاييس والمؤسسة العامة للغذاء والدواء. المؤسسات الحكومية الأخرى؛ وزارة الصناعة والتجارة

<sup>٤٥</sup> الجولدة وآخرون؛ تنفيذ السياسات والتدخلات التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية بشأن النظام الغذائي الصحي في بلدان إقليم شرق المتوسط؛ من السياسة إلى العمل. مجلة نيوتريتيكس العلمية ٢٠٠٠، ١٢، ٣٨٠: doi.10.3390/nu12123700

السياسات ذات الأولوية	الأساس المنطقي والوضع الحالي	الإجراءات والتدخلات المقترحة	العوائق والتحديات المحتملة	الجهات المعنية الرئيسة وآخرون
تحسين الجودة الغذائية للطعام من خلال برامج إعادة الصياغة التي تقودها الحكومة	تم اقتراح توسيع نطاق إعادة صياغة الأغذية لتقليل الملح والسكر والدهون المتحولة بشكل تدريجي في مجموعة واسعة من الأطعمة كتوصية من الحوار الوطني بشأن النظم الغذائية في الفترة التي تسبق المحادثات التمهيديّة لقمة الأمم المتحدة لنظم الأغذية.	<ul style="list-style-type: none"> <li>التعاون مع شركات الأغذية لتنفيذ برنامج إعادة صياغة وطني شفاف لتقليل السكر والملح والدهون المتحولة في الأغذية المصنعة بشكل تدريجي.</li> <li>استخدام معايير الصوديوم العالمية<sup>٤٦</sup> لمنظمة الصحة العالمية للإبلاغ عن إعادة الصياغة الخاصة بتقليل مستويات الملح في مجموعة واسعة من فئات الأغذية.</li> </ul>	تتطلب برامج إعادة صياغة التشريعات والمواصفات للأغذية التي تقودها الحكومة مشاركة مكثفة مع الجهات المصنعة للأغذية وهذا يتطلب تخصيص الوقت والموارد اللازمة. وقد يكون من الصعب رصد التقدم المحرز.	<p>المؤسسات الحكومية الرئيسية: وزارة الصحة ومؤسسات المواصفات والمقاييس والمؤسسة العامة للغذاء والدواء</p> <p>المؤسسات الحكومية الأخرى: وزارة الصناعة والتجارة</p> <p>الجهات المعنية الأخرى: قطاع صناعة الأغذية والمجتمع المدني</p>

## النهج الاستراتيجي الثاني: النظم الصحية المتوائمة التي توفر تغطية شاملة للإجراءات التغذوية الأساسية

هناك حاجة إلى أنظمة صحية قوية ومرنة ومناحة للجميع، للوقاية من سوء التغذية وعلاجها بجميع أشكالها. ويشمل ذلك؛ الحد من التقرن والهزال في مناطق معينة وبين اللاجئين والحد من نقص المغذيات الدقيقة وعلاج زيادة الوزن والسمنة والأمراض غير المعدية المرتبطة بالنظام الغذائي.

تحتاج النظم الصحية إلى تقديم الخدمات والممارسات التي تمنع سوء تغذية الأطفال وتعالجها من خلال الرعاية الصحية الأولية. ولكي يحدث ذلك، تحتاج الأنظمة إلى: تقديم الخدمات الأساسية للوقاية من سوء التغذية وعلاجها، وأن تمتلك القوى العاملة الصحية القدرة على تقديم خدمات التغذية الأساسية وضمان الوصول إلى الإمدادات الغذائية لخدمات التغذية الأساسية، وامتلاك نظم معلومات لتغذية الأم والطفل وتخصيص الموارد المالية اللازمة لتغذية الأم والطفل في النظام الصحي.<sup>٤٧</sup> ويعتبر تنفيذ إجراءات التغذية الأساسية لمنظمة الصحة العالمية والمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية للرعاية السابقة للولادة أمر مهم للوقاية من جميع أشكال سوء التغذية ومعالجتها.<sup>٤٨</sup>

بالإضافة إلى توفير إجراءات التغذية المباشرة، يمكن للخدمات الصحية أن تساهم في تحسين التغذية من خلال إجراءات صحية أخرى، بما في ذلك؛ ضمان الحمل والولادة الآمنين لجميع النساء وتشجيع المباشرة بين الولادات والتي تعتبر مهمة للوقاية من انخفاض الوزن عند الولادة. ولتحسين تقديم إجراءات التغذية، هناك حاجة لبناء القدرات من خلال زيادة عدد أخصائيي التغذية المؤهلين وتوفير مزيد من التدريب العاملين في مجال الصحة.

وثمة مجال هام آخر لتقديم الخدمات الصحية يتعلق بالعلاج والوقاية من الأمراض المعدية، والتي يمكن أن تتفاقم بسبب سوء التغذية. كما أن الحد من انتشار مرض الإسهال بين الأطفال دون سن الخامسة والنساء في سن الإنجاب في الأردن، على سبيل المثال؛ يمكن أن يساعد في الحد من انتشار فقر الدم في هذه الفئات. يمتلك الأردن نظام رعاية صحية حديث، وينفق أكثر من ٧٪ من الناتج المحلي الإجمالي على الرعاية الصحية والتي تعدّ

<sup>٤٦</sup> معايير منظمة الصحة العالمية للصوديوم لمختلف فئات الأغذية. جنيف: منظمة الصحة العالمية (٢٠٢١). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025097>

<sup>٤٧</sup> التغذية لكل طفل. استراتيجية التغذية لليونسيف ٢٠٢٠-٢٠٣٠. اليونيسيف، نيويورك، ٢٠٢٠. <https://www.unicef.org/media/92031/file/UNICEF%20Nutrition%20Strategy%202020-2030.pdf>

<sup>٤٨</sup> توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن الرعاية السابقة للولادة من أجل الحمل الإيجابي (٢٠١٦) وتحديثات المبادئ التوجيهية ٢٠٢٠-٢٠٢٢. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

إحدى الإنجازات المبكرة لأهداف التنمية المستدامة المتعلقة بتوفير سبل الرعاية الصحية<sup>٥٠</sup> وعلى الرغم من أن أكثر من ٩٠٪ من الأردنيين يعيشون على بعد ٤ كيلومترات من مراكز الرعاية الصحية الأولية، إلا أنه من المعروف التركيز أكثر على الرعاية الثانوية والثلاثية على حساب الرعاية الأولية بالإضافة إلى نقص الموظفين والمعدات والأدوية في أجزاء من المملكة.<sup>٥١</sup> وعلى الرغم من أن معظم الأردنيين الفقراء مشمولون بالتأمين الصحي، إلا أن أكثر من ربعهم ظلوا غير مشمولين بالتغطية في عام ٢٠١٩.<sup>٥٢</sup> وتتعرض الموارد لمزيد من الضغط في ضوء الأعداد الكبيرة من اللاجئين الذين تستضيفهم الدولة (٦٧٠,٠٠٠ لاجئ سوري وحوالي ٨٨,٠٠٠ لاجئ آخر).<sup>٥٣</sup> هذا النقص في توفير الاستشارة التغذوية في نظام الرعاية الصحية الأولية هي إحدى مواطن الضعف القابلة للتحسن.

تتضمن الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية أهدافاً للوصول إلى تأمين صحي شامل ومنصف وتحسين خدمات الرعاية الصحية الأولية وتقليل الإفراط في استخدام خدمات الرعاية الثانوية والثالثية.<sup>٥٤</sup>

**حددت الاستراتيجية الوطنية للأمن الغذائي ٢٠٢١ بالفعل بعض التدخلات المتعلقة بالنظم الصحية، مثل:**

- تقييم التدخلات التغذوية والصحية الحالية (بما في ذلك؛ تدخلات وخدمات صحة الأم والطفل).
- برنامج رعاية الأسرة – تقديم الرعاية الغذائية والتغذوية للأمهات والأطفال – الحد من انتشار سوء التغذية والأمراض السارية.

**السياسات ذات الأولوية المقترحة في هذا المجال الاستراتيجي للاستراتيجية الوطنية للتغذية هي:**

- تعزيز النظام الصحي وتنفيذ السياسات والاستراتيجيات، لتحقيق التغطية الصحية الشاملة للإجراءات التغذوية.
- بناء القدرات التغذوية في قطاع الصحة ودمج إجراءات التغذية المباشرة وغير المباشرة وضمان الوصول الشامل إلى هذه الإجراءات.
- دمج التأهب للأوبئة والطوارئ في السياسات والبرامج ذات الصلة.
- تنفيذ برامج مكملات المغذيات الدقيقة المناسبة.

<sup>٥٠</sup> دينور و. أبو ناب هـ. راو أين ن. التحديات الصحية الحصول على الرعاية الصحية بين اللاجئين السوريين في الأردن: مراجعة. (<http://www.emro.who.int/pdf/emhj-volume-24-2018/volume-24-issue-7/health-challenges-and-access-to-health-care-among-syrian-refugees-in-jordan-a-review.pdf?ua=1>).

<sup>٥١</sup> الاستراتيجية الوطنية الأردنية للحماية الاجتماعية ٢٠١٩-٢٠٢٥. المملكة الأردنية الهاشمية، ٢٠١٩.

الجدول (٢). النهج الاستراتيجي الثاني: النظم الصحية المتوائمة التي توفر تغطية شاملة للإجراءات التغذوية الأساسية

السياسات ذات الأولوية	الأساس المنطقي والوضع الحالي	الإجراءات والتدخلات المقترحة	العوائق والتحديات المحتملة	الجهات المعنية الرئيسة وآخرون
تعزيز النظام الصحي وتنفيذ السياسات والاستراتيجيات لتحقيق التغطية الصحية الشاملة للإجراءات التغذوية	تم تحديد ضعف دمج التغذية في النظام الصحي على أنه أحد نقاط الضعف التي يجب معالجتها لتحسين التغذية في السياق الحالي في الأردن. كما تم تحديد نقص المشورة التغذوية في نظام الرعاية الصحية الأولية ونقص مقدمي الرعاية الصحية المهنية ونقص القدرة المهنية التغذوية من نقاط الضعف.	<ul style="list-style-type: none"> <li>تحسين تغطية خدمات الرعاية الأولية والرعاية الصحية من خلال تنفيذ الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية ٢٠١٩-٢٠٢٥.</li> <li>تعزيز خدمات التغذية في الرعاية الصحية الأولية وخدمات صحة الأم والطفل.</li> <li>ضمان الوصول الشامل إلى إجراءات التغذية المباشرة وغير المباشرة على النحو المنصوص عليه في خطط عمل منظمة الصحة العالمية بشأن صحة الأم والرضع وصغار الأطفال والأمراض غير المعدية وفي الأطر الإقليمية للوقاية من السمّة والأمراض غير المعدية والرعاية قبل الحمل في النظام الصحي.</li> <li>بناء القدرات التغذوية من خلال زيادة تدريب اختصاصيي التغذية وتعزيز قدرة جميع المهنيين الصحيين على التنفيذ الفعال لهذه الإجراءات، بما في ذلك؛ عبر دمج التغذية في المناهج الطبية الأكاديمية.</li> </ul>	ستكون الموارد مطلوبة لتعزيز النظم الصحية وتنفيذ إجراءات التغذية. يلزم تعزيز ودعم قدرة المهن الصحية المختلفة فيما يتعلق بالتغذية.	المؤسسات الحكومية الرئيسية: وزارة الصحة المؤسسات الحكومية الأخرى: وزير التنمية الاجتماعية ووزارة المالية ووزارة التخطيط والتعاون الدولي الجهات المعنية الأخرى: منظمة الصحة العالمية واليونيسيف والمجتمع المدني
دمج إجراءات التغذية المباشرة وغير المباشرة وضمان الوصول الشامل إلى هذه الإجراءات <sup>٥٥</sup>	دمج إجراءات التغذية المباشرة وغير المباشرة وضمان الوصول الشامل إلى هذه الإجراءات <sup>٥٥</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>اعتماد السياسات وتخصيص الموارد بالتعاون مع المنظمات غير الحكومية لضمان تنفيذ برامج تغذوية للوقاية من سوء التغذية (خاصة: نقص الوزن والتقزم ونقص المغذيات الدقيقة) بين اللاجئين في المخيمات</li> </ul>	سيتمتع تخصيص الموارد من خلال مجتمع المانحين الدولي، لتوسيع نطاق تغطية العلاج.	المؤسسات الحكومية الرئيسية: وزارة الصحة ووزارة التخطيط والتعاون الدولي الجهات المعنية الأخرى: منظمة الصحة العالمية، مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، اليونيسيف وبرنامج الأغذية العالمي والمنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني
تعزيز النظام الصحي وتنفيذ السياسات والاستراتيجيات لتحقيق التغطية الصحية الشاملة للإجراءات التغذوية	تعزيز النظام الصحي وتنفيذ السياسات والاستراتيجيات لتحقيق التغطية الصحية الشاملة للإجراءات التغذوية	<ul style="list-style-type: none"> <li>تعزيز خدمات التغذية في الرعاية الصحية الأولية وخدمات صحة الأم والطفل.</li> <li>ضمان الوصول الشامل إلى إجراءات التغذية المباشرة وغير المباشرة على النحو المنصوص عليه في خطط عمل منظمة الصحة العالمية بشأن صحة الأم والرضع وصغار الأطفال والأمراض غير المعدية وفي الأطر الإقليمية للوقاية من السمّة والأمراض غير المعدية والرعاية قبل الحمل في النظام الصحي.</li> <li>بناء القدرات التغذوية من خلال زيادة تدريب اختصاصيي التغذية وتعزيز قدرة جميع المهنيين الصحيين على التنفيذ الفعال لهذه الإجراءات، بما في ذلك؛ عبر دمج التغذية في المناهج الطبية الأكاديمية.</li> </ul>	ستكون الموارد مطلوبة لتعزيز النظم الصحية وتنفيذ إجراءات التغذية. يلزم تعزيز ودعم قدرة المهن الصحية المختلفة فيما يتعلق بالتغذية.	المؤسسات الحكومية الرئيسية: وزارة الصحة ووزارة التخطيط والتعاون الدولي الجهات المعنية الأخرى: منظمة الصحة العالمية، مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، اليونيسيف وبرنامج الأغذية العالمي والمنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني
تعزيز النظام الصحي وتنفيذ السياسات والاستراتيجيات لتحقيق التغطية الصحية الشاملة للإجراءات التغذوية	تعزيز النظام الصحي وتنفيذ السياسات والاستراتيجيات لتحقيق التغطية الصحية الشاملة للإجراءات التغذوية	<ul style="list-style-type: none"> <li>اعتماد السياسات وتخصيص الموارد بالتعاون مع المنظمات غير الحكومية لضمان تنفيذ برامج تغذوية للوقاية من سوء التغذية (خاصة: نقص الوزن والتقزم ونقص المغذيات الدقيقة) بين اللاجئين في المخيمات</li> </ul>	سيتمتع تخصيص الموارد من خلال مجتمع المانحين الدولي، لتوسيع نطاق تغطية العلاج.	المؤسسات الحكومية الرئيسية: وزارة الصحة ووزارة التخطيط والتعاون الدولي الجهات المعنية الأخرى: منظمة الصحة العالمية، مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، اليونيسيف وبرنامج الأغذية العالمي والمنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني

<sup>٥٥</sup> حددت منظمة الصحة العالمية إجراءات التغذية الأساسية بالتفصيل. تشمل هذه الإجراءات - حسب السياق - المتعلقة بالنظام الغذائي الصحي، وإثراء التوابل والأغذية الأساسية بالمغذيات الدقيقة، والتوقيت الأمثل لربط الصبل السري، وحماية وتعزيز ودعم الرضاعة الطبيعية، ورعاية الرضع منخفضي الوزن عند الولادة، وتقييم وإدارة الهزال، ومكملات فيتامين أ للرضع وصغار الأطفال، والتغذية التكميلية المناسبة لصغار الأطفال، ومراقبة النمو وتقييمه، ومكملات المغذيات الدقيقة (المكملات المحتوية على الحديد، واليود)، ومكملات الزنك لإدارة الإسهال عند الرضع والأطفال، والرعاية الغذائية للمرأة أثناء الحمل وبعد الولادة، والرعاية الغذائية لكبار السن المعرضين للخطر، والأشخاص المصابين بغيروس نقص المناعة البشرية، والسل أو غيره من الأمراض السارية، والتخلص من الديدان وتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241515856>)

<sup>٥٦</sup> وزارة الصحة، اليونيسيف، برنامج الغذاء العالمي، الجمعية الأردنية الدولية للمساعدة الصحية، دائرة الإحصاء، بيولاب. المسح الوطني الأردني للمغذيات الدقيقة والتغذية، ٢٠١٩، عمان، الأردن؛ ٢٠٢٢. ([https://static1.squarespace.com/static/5f31f4f358f8065dad84a9d9/t/62431c657df1ad3d8497eabd/1648565360946/JMNNS19\\_report\\_220207\\_printable.pdf](https://static1.squarespace.com/static/5f31f4f358f8065dad84a9d9/t/62431c657df1ad3d8497eabd/1648565360946/JMNNS19_report_220207_printable.pdf))

السياسات ذات الأولوية	الأساس المنطقي والوضع الحالي	الإجراءات والتدخلات المقترحة	العوائق والتحديات المحتملة	الجهات المعنية الرئيسية وآخرون
دمج التأهب للأوبئة والطوارئ في السياسات والبرامج ذات الصلة	لم يُدرج الأردن التغذية في حالات الطوارئ والأوضاع الإنسانية المدرجة في سياسة التغذية أو الاستراتيجية.³٣ ويُعد دمج التأهب للأوبئة والطوارئ في السياسات والبرامج ذات الصلة إجراءً ذا أولوية موصى به في استراتيجية التغذية الإقليمية، وقد سلطت جائزة كوفيد-١٩ الضوء على أهمية إدراج التأهب للأوبئة، وتعتبر الإستراتيجية الوطنية المحدثة للحد من مخاطر الكوارث الأوبئة وحالات الطوارئ المتعلقة بالصحة، أحد مخاطر الكوارث الرئيسية.	<ul style="list-style-type: none"> <li>مراجعة سياسات وبرامج التغذية ذات الصلة والتدخلات المباشرة ودمج التأهب للأوبئة والطوارئ والتغذية في حالات الطوارئ</li> <li>وضع بروتوكولات أو مبادئ توجيهية محددة بشأن تغذية الرضع في حالات الطوارئ / الأزمات الإنسانية</li> </ul>		<p>المؤسسات الحكومية الرئيسية: وزارة الصحة ووزارة التخطيط والتعاون الدولي</p> <p>المؤسسات الحكومية الأخرى: صندوق المعونة الوطنية ووزارة المالية</p> <p>الجهات المعنية الأخرى: منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وبرنامج الأغذية العالمي والمنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني</p>
تنفيذ برامج مكملات المغذيات الدقيقة المناسبة (انظر أيضاً إلى برامج تدعيم الأغذية في النهج الاستراتيجي الخامس)	منذ عام ٢٠١٢، تم تكثيف برنامج مكملات فيتامين (أ) الوطني لتزويده بشكل روتيني لصغار الأطفال الذين تبلغ أعمارهم ١٨ شهراً والذين يحضرون إلى عيادات التطعيم. ونظراً لإدخال فحص فقر الدم كمؤشر لأداء المركز الصحي في عام ٢٠٠٧، فقد ارتفع الفحص الروتيني لفقر الدم بين الأطفال الذين يذهبون إلى العيادات العامة للتحصين ضد الحصبة (في حوالي ١٠ أشهر من العمر) إلى حوالي ٧٤٪.	<ul style="list-style-type: none"> <li>إجراء تحليل للوضع فيما يتعلق ببرامج المكملات الحالية لتقييم تغطية السكان المستهدفين وتحديد التحسينات اللازمة، بما يتماشى مع إجراءات التغذية الأساسية الموصى بها من منظمة الصحة العالمية.</li> <li>الاستمرار في تقييم المدخول الفعلي من المغذيات الدقيقة للأطفال والنساء في سن الإنجاب من خلال المسوحات الوطنية.</li> <li>تطوير ورش عمل تعليمية تستند إلى إجراءات تصحيحية قائمة على الأدلة وذلك لمعرفة الأسباب الكامنة وراء فقر الدم.</li> <li>طرح البرامج التكميلية المنقحة.</li> </ul>	ستكون الموارد لازمة لتقديم المكملات، وتعتمد البرامج إلى حد كبير على النظام الصحي للولادة.	<p>المؤسسات الحكومية الرئيسية: وزارة الصحة</p> <p>المؤسسات الحكومية الأخرى: وزارة المالية</p> <p>الجهات المعنية الأخرى: منظمة الصحة العالمية واليونيسيف والمنظمات غير الحكومية</p>

٣٣ مجموعة بيانات مراجعة سياسة التغذية العالمية الثانية.  
٣٤ مجموعة بيانات مراجعة سياسة التغذية العالمية الثانية.

## النهج الاستراتيجي الثالث: الحماية الاجتماعية والتثقيف التغذوي

يوصى ببرامج الحماية الاجتماعية الحساسة للتغذية لحماية الفئات الضعيفة من السكان، الذين قد يجدون صعوبة في الحصول على نظام غذائي صحي أو الذين لديهم احتياجات إضافية.<sup>٥٥</sup>

للأردن تاريخ طويل من برامج مساعدة المواطنين على تلبية احتياجاتهم الأساسية. ولقد تم تقديم الدعم من خلال مجموعة متنوعة من الآليات، بما في ذلك؛ دعم السلع وتوفير الغذاء والسكن العيني والتحويلات النقدية مع التحول الأخير من السلع المدعومة من الحكومة إلى برامج القضاء على الفقر. في عام ٢٠١٩، وصل أكبر برنامج للمساعدة الاجتماعية يستهدف القضاء على الفقر في البلاد، إلى ٢٤٠ ألف شخص من خلال التحويلات النقدية. ومع ذلك، فقد تم الاعتراف بأن الترتيبات كانت مجزأة مع بعض الازدواجية والتداخل، وأن هناك حاجة إلى إدخال تحسينات على الجودة والإنصاف في البرامج الاجتماعية لضمان أن أولئك الذين يعيشون على موارد محدودة قادرين على الحفاظ على مستويات الاستهلاك الأساسية.<sup>٥٦</sup> أوصى الحوار الوطني لنظم الغذاء بأن يخصص الأردن موارد كافية لوضع برامج حماية اجتماعية شاملة وعالمية، تشمل بما في ذلك؛ النساء.

كما ذكرنا سابقاً، يستضيف الأردن أكثر من ٣ ملايين لاجئ، معظمهم من الفلسطينيين والسوريين. ويتم تقديم الدعم للاجئين (الذين يعيش حوالي ١٨٪) منهم في مخيمات اللاجئين) من قبل مجموعة متنوعة من المنظمات – بما في ذلك، من بين منظمات أخرى، المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين والأونروا وبرنامج الغذاء العالمي ومنظمة الصحة العالمية – بالإضافة إلى الدعم المقدم من الأردن، باعتباره الدولة المضيفة.

لمعالجة هذه القضايا، تم تقديم الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية ٢٠١٩-٢٠٢٥ في عام ٢٠١٩. ولهذه الاستراتيجية ثلاث ركائز – الفرصة والكرامة (المساعدة الاجتماعية) والتمكين (الخدمات الاجتماعية). وتهدف الإستراتيجية إلى تحسين برامج المساعدة الاجتماعية لضمان فعالية الأداء وكفاءة الإنفاق ووضع خطة لتحسين مكافحة الفقر.

يعد تحسين أنظمة الحماية الاجتماعية وشبكات الأمان أيضاً عنصراً رئيسياً في الاستراتيجية الوطنية للأمن الغذائي الأخيرة. يتمثل أحد الأهداف الفرعية للاستراتيجية في الحد من الأسر التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي من خلال:

- دعم برنامج شبكات الحماية الاجتماعية (تقديم المساعدة النقدية والعينية للأسر المحتاجة / التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي وتحسين التنسيق بين مؤسسات الحماية الاجتماعية وتعزيز المسؤولية الاجتماعية وأنشطة وخطط التضامن)؛
- إطلاق برنامج حول الحفاظ على العيش الكريم للاجئين لتوفير الغذاء المغذي والأمن للاجئين وتزويد اللاجئين – وخاصة النساء والأطفال – بالصحة ورعاية الأمومة والطفولة؛
- إطلاق برنامج التغذية المدرسية لتقديم وجبات مغذية وصحية لطلاب المدارس، خاصة في المناطق والأحياء الأقل حظاً. وتشجيع الإنتاج المحلي لبعض السلع مثل منتجات الألبان والبيض والفواكه واستخدامها كجزء من مخطط التغذية المدرسية والحد من الأمراض التي يسببها سوء التغذية بين أطفال المدارس.

<sup>٥٥</sup> توصي الاستراتيجية منظمة الصحة العالمية للتغذية في شرق البحر الأبيض المتوسط ٢٠٢٠-٢٠٣٠ بتنفيذ برامج التغذية المدرسية والحماية الاجتماعية الحساسة للتغذية (مثل التحويلات النقدية والغذائية) لحماية الفئات الضعيفة من السكان. كما تدعم استراتيجية التغذية لليونسيف ٢٠٢٠-٢٠٣٠ العمل مع أنظمة الحماية الاجتماعية لحماية وتعزيز ودعم النظم الغذائية والخدمات والممارسات التي تمنع سوء التغذية بين الأطفال الأقل حظاً.

<sup>٥٦</sup> المملكة الأردنية الهاشمية، الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية ٢٠١٩-٢٠٢٥. (<https://www.unicef.org/jordan/media/2676/file/NSPS.pdf>).

كما هو مبين أعلاه، تعتبر التغذية المدرسية عنصرًا هامًا من عناصر الحماية الاجتماعية. وعليه، ركزت الحكومة الأردنية بشكل خاص على دور التغذية المدرسية في تحسين الصحة والتغذية مع إطلاق الاستراتيجية الوطنية للتغذية المدرسية ٢٠٢١-٢٠٢٥. وتسعى الإستراتيجية إلى تعزيز وتمكين جهود التغذية المدرسية الحالية وتعزيز استهدافها وإدماجها لتعظيم تأثيرها على النتائج التعليمية والتغذوية والاجتماعية والاقتصادية.

**ولذلك، هناك ثلاث ركائز للاستراتيجية:**

- مراجعة وتعزيز البرنامج الوطني للتغذية المدرسية الحالي.
- تنمية القدرات المؤسسية المتعلقة بالاستراتيجية الوطنية للتغذية المدرسية.
- تعزيز التأثر مع برامج صحة الطفل والتغذية التكميلية.

بالإضافة إلى الاعتراف بها كمكون هام في الاستراتيجية الوطنية للأمن الغذائي، يتم الاعتراف بالتغذية المدرسية كعنصر هام في استراتيجية التعليم الوطنية ٢٠١٨-٢٠٢٢، كما ستساهم في الاستراتيجية الوطنية لتنمية الموارد البشرية ٢٠١٦-٢٠٢٥ والصحة المدرسية الوطنية الاستراتيجية ٢٠١٨-٢٠٢٢ والاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية ٢٠١٩-٢٠٢٥ والتعليم خلال خطة الطوارئ ٢٠٢٠-٢٠٢٣.

وسيصب هذا الإصلاح الشامل لبرنامج التغذية المدرسية، مع تنفيذ الاستراتيجية الوطنية للأمن الغذائي، في النهج الاستراتيجي الثالث ويدعم تحقيق أهداف الاستراتيجية الوطنية للتغذية. كما يعد برنامج التغذية المدرسية أداة قوية لدعم استراتيجية التغذية الوطنية، حيث أنه يوفر للأطفال وجبة صحية خلال ساعات الدراسة (مما يساعد على تخفيف قيود ميزانية الأسرة) ويمكن أن يساعد أيضًا في تشجيع سلوك الأكل الصحي وإرساء عادات صحية مدى الحياة. وعلى ضوء ذلك، يشمل البرنامج: تزويد الطلاب بوجبات مدرسية صحية يومية تشمل الفاكهة والخضروات وزيادة الوعي بالطعام الصحي بين الطلاب وأولياء أمورهم من خلال الأنشطة الصفية والمناهج الدراسية والأنشطة المنزلية وتثقيف الطلاب حول إنتاج وإعداد وجبات صحية ومغذية وتعزيز التنوع الغذائي التغذوي للأطفال وتشجيع استهلاكه وتسليط الضوء على القيمة المضافة لمشاركتهم في تحسين نظامهم الغذائي ودعم بيئة المدرسة الغذائية).<sup>٥٧</sup>

كما أوصى حوار النظم الغذائية الوطني بأن تسير مثل هذه البرامج جنباً إلى جنب مع حملات التوعية والتثقيف حول النظم الغذائية الصحية والنشاط البدني. حيث بات الحصول على التعليم والمعلومات أمراً ضرورياً لاكتساب وتكوين المعرفة بشأن التغذية واتخاذ قرارات مستنيرة، والتمتع بالحق في التعليم هو حق تمكيني للنظم الغذائية الصحية. إذ يمكن أن يشمل التثقيف التغذوي مجموعة واسعة من الإجراءات، بما في ذلك: التعليم في المدارس وخلق بيئات غذائية مدرسية صحية. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يشمل التعليم أو التدريب للمعلمين والمهنيين الصحيين والعاملين في قطاعات مثل الزراعة والحماية الاجتماعية بالإضافة إلى الحملات العامة التي تستهدف الجمهور العام. كما أنه من المهم نشر إرشادات غذائية واضحة لتمكين السكان من اختيار أنظمة غذائية صحية، ويجب أن تكون هذه الإرشادات مصحوبة بسياسات تتطلب معلومات غذائية واضحة وشفافة على ملصقات الأغذية. وفي الوقت الحالي، يلزم وجود بطاقة البيان على الأغذية - في حين أن مثل هذه البيانات مفيدة وضرورية، فمن المعروف أن العديد من المستهلكين يجدون صعوبة في فهمها وتفسيرها. ويمكن أن تساعد العلامات المبسطة على مقدمة العبوة - مثل ملصقات الإشارات الضوئية والقيمة الغذائية أو العلامات التحذيرية - المستهلكين على اتخاذ خيارات غذائية صحية ويمكن أن تدفع إعادة صياغة المنتجات الغذائية لتقليل مستويات الدهون الضارة والسكريات والملح.

## السياسات ذات الأولوية المقترحة في هذا المجال الاستراتيجي للاستراتيجية الوطنية للتغذية هي:

- تعزيز تدخلات الحماية الاجتماعية الوطنية فيما يتعلق بالتغذية والصحة (مع التركيز على الفئات المعرضة لنقص المغذيات مثل النساء الحوامل والأطفال دون سن الخامسة وكبار السن).
- تحسين التثقيف والمعلومات التغذوية لتحقيق التغيير السلوكي.
- تطبيق بطاقة البيان على الأغذية وتثقيف الناس حول معلومات الملصق.
- الاستفادة من المبادئ التوجيهية الغذائية الوطنية ودعم نشرها.

### الجدول (٣). النهج الاستراتيجي الثالث: الحماية الاجتماعية والتثقيف التغذوي

السياسات ذات الأولوية	الأساس المنطقي والوضع الحالي	الإجراءات والتدخلات المقترحة	العوائق والتحديات المحتملة	الجهات المعنية الرئيسة وآخرون
تعزيز تدخلات الحماية الاجتماعية الوطنية فيما يتعلق بالتغذية والصحة (مع التركيز على الفئات المعرضة لنقص المغذيات مثل النساء الحوامل والأطفال دون سن الخامسة وكبار السن).	يوجد في الأردن عدد من برامج المساعدة الاجتماعية المختلفة، مع الإصلاحات الجارية حالياً لضمان فعالية الأداء وكفاءة الإنفاق في إطار الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية ٢٠١٩-٢٠٢٥.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مراجعة ودعم البرامج المتعلقة بالتغذية والغذاء<sup>٥٩</sup> مثل التغذية المدرسية وبرامج الحد من الفقر لتعزيز الحصول على الأغذية المفيدة، كجزء من تنفيذ الاستراتيجية الوطنية للأمن الغذائي والاستراتيجية الوطنية للتغذية المدرسية، والاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية.</li> <li>• استخدام أداة ملء فجوة المغذيات لفهم النقص في المغذيات التي تواجه مختلف الفئات الضعيفة، والإبلاغ عن تطوير تدابير الحماية الاجتماعية المناسبة.</li> <li>• الانخراط في تنفيذ استراتيجيات الأمن الغذائي والتغذية المدرسية والحماية الاجتماعية، والتأكد من تطبيق نهج حساس للتغذية يتيح الوصول إلى أنظمة غذائية صحية ويخلق بيئات غذائية مدرسية صحية.</li> </ul>	يتطلب مشاركة ملتزمة من قبل الجهات العديدة ذات العلاقة، وتخصيص الموارد لبرامج الحماية الاجتماعية والتغذية المدرسية. حيث يفدر العجز في تمويل برنامج التغذية المدرسية بأكثر من ٩ مليون دينار، وقد أنشأت وزارة التربية والتعليم صندوق التغذية المدرسية.	المؤسسات الحكومية الرئيسية؛ مجلس الوزراء ووزارة التنمية الاجتماعية ووزارة التربية والتعليم
بدءات جهود التغذية المدرسية في الأردن عام ١٩٧٥ وتم تنفيذ برامج مختلفة على مدى العقود. كما تجري عملية الإصلاح الشامل كجزء من الاستراتيجية الوطنية للتغذية المدرسية ٢٠٢١-٢٠٢٥. ويتضمن إطار السمنة الوطني التزاماً بدعم المدارس الصديقة للتغذية والمقاصف الصحية.				الجهات المعنية الأخرى: وزارة التخطيط والتعاون الدولي وصندوق المعونة الوطنية ووزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية والمقدسات ووزارة الصحة ووزارة المالية.
				الجهات ذات العلاقة الأخرى: المنظمات غير الحكومية والجهات المانحة، بما في ذلك؛ القطاع الخاص وبرنامج الأغذية العالمي ومؤسسة الضمان الاجتماعي.

<sup>٥٩</sup> انظر أيضاً التدابير الواردة في النهج الاستراتيجي الأول: إنشاء أنظمة غذائية مرنة مستدامة لأنظمة غذائية صحية والنهج الاستراتيجي الخامس: بيئات آمنة وداعمة للتغذية في جميع الأعمار.

السياسات ذات الأولوية	الأساس المنطقي والوضع الحالي	الإجراءات والتدخلات المقترحة	العوائق والتحديات المحتملة	الجهات المعنية الرئيسة وآخرون
الحفاظ على مستويات كافية من المساعدة الإنسانية للاجئين ودمجهم في النظم الوطنية.	يعيش أكثر من ٢,٣ مليون لاجئ فلسطيني مسجل في الأردن، ويعيش حوالي ١٨٪ منهم في مخيمات معترف بها للاجئين في جميع أنحاء البلاد، مع بعض خدمات الدعم التي تقدمها الأونروا. واعتباراً من تشرين الأول ٢٠٢١، وبالشراكة مع برنامج الأغذية العالمي، تم تقديم المساعدة الإنسانية إلى حوالي ٤٨٠,٠٠٠ لاجئ (معظمهم من السوريين) يعيشون في المخيمات والمجتمعات على شكل تحويلات نقدية (بما في ذلك؛ ٤٠,٠٠٠ لاجئ إضافي تم دمجهم استجابة لوباء كوفيد-١٩). أظهر تحليل وتحديد نقاط الضعف الذي أجراه برنامج الأغذية العالمي في يونيو ٢٠٢١ أن ٢٣,٤٪ من اللاجئين يعانون من انعدام الأمن الغذائي.	<ul style="list-style-type: none"> <li>العمل مع الشركاء الدوليين لتعزيز قدرات المؤسسات والاستراتيجيات والبرامج الوطنية والحفاظ على المساعدات الإنسانية لمجموعات اللاجئين.</li> <li>تحسين التنسيق الوطني، تحت قيادة وزارة الصحة، للدعم المتعلق بالتغذية للسكان اللاجئين</li> </ul>	يتطلب تخصيص الموارد والدعم الدولي. يجب على جميع الجهات ذات العلاقة الالتزام بنهج منسق.	المؤسسات الحكومية الرئيسية: المركز الوطني للأمن وإدارة الأزمات/وزارة التخطيط والتعاون الدولي المؤسسات الحكومية الأخرى: وزارة الصحة الجهات المعنية الأخرى: برنامج الأغذية العالمي والأونروا ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ووكالات الأمم المتحدة الأخرى والمنظمات غير الحكومية والجهات المانحة
تحسين التثقيف والمعلومات التغذوية لتحقيق التغيير السلوكي	تعمل وزارة التربية والتعليم مع العديد من المنظمات الخيرية الحكومية وغير الحكومية للمساعدة في تطوير القدرات والمشاركة في التثقيف الصحي والتغذوي على مستوى المدرسة، ويشمل ذلك الأنشطة الصفية والمناهج الدراسية والأنشطة المنزلية لتثقيف الطلاب وأولياء أمورهم حول النظم الغذائية الصحية وإعداد وجبات صحية. تستكمل هذه الجهود لخلق بيئات غذائية مدرسية صحية (مثل إنفاذ لائحة المقاصف المدرسية)، ويتضمن إطار السمعة الوطني التزامات لتعزيز الغذاء الصحي من خلال وسائل التواصل الاجتماعي وتوفير المواد التعليمية لمقدمي الرعاية الصحية.	<ul style="list-style-type: none"> <li>تصميم حملات توعية بالتغذية وبرامج تثقيفية تستهدف جميع مقدمي الرعاية بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال (معالجة الخرافات الشائعة والمفاهيم الخاطئة)</li> <li>توفير التثقيف التغذوي في المناهج المدرسية والتدريب والتعليم للمعلمين، بما في ذلك؛ في المناطق المعرضة للخطر ومدارس مخيمات اللاجئين.</li> </ul>	يتطلب درجة عالية من الالتزام من قطاعات متعددة	المؤسسات الحكومية الرئيسية: وزارة التربية والتعليم المؤسسات الحكومية الأخرى: وزارة الصحة الجهات المعنية الأخرى: منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأغذية العالمي واليونيسيف والمجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية

السياسات ذات الأولوية	الأساس المنطقي والوضع الحالي	الإجراءات والتدخلات المقترحة	العوائق والتحديات المحتملة	الجهات المعنية الرئيسة وآخرون
إنفاذ بطاقة البيان للأطعمة ووثقيف الناس حول المعلومات الواردة فيها.	تتطلب اللوائح الحالية بياناً بالمغذيات على بطاقة البيان الغذائية (ظهر أو جانب العبوة). تجري مناقشة خيارات إدخال بطاقة البيان المبسطة على مقدمة العبوة.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تنفيذ معايير إلزامية لوضع بطاقة البيان على الأغذية، مثل قائمة المكونات والمغذيات على ظهر العبوة ووضع بطاقات مبسطة على مقدمة العبوة لجميع الأطعمة المعبأة مسبقاً.</li> <li>• تقييم خيارات وضع العلامات على العبوات وتقييم أداؤها من قاعدة بيانات مكونات الأغذية في الأردن وإجراء أبحاث الاستهلاك لتقييم ما يفضله المستهلك وفهمه للمصقات بالشراكة مع المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية والمؤسسات الأكاديمية.</li> <li>• توفير المعلومات والدعم الفني لصناعة الأغذية، لتسهيل تنفيذ وضع بطاقة البيان على المنتج.</li> </ul>	تدعم الأدلة تقديم بطاقة البيان على العبوة، ولكنها قد تواجه معارضة من بعض الجهات العاملة في صناعة الأغذية. ويمكن أن يساعد تقديم الدعم الفني وتحديد جدول زمني معقول للتنفيذ والامتثال في معالجة بعض المخاوف.	المؤسسات الحكومية الرئيسية: وزارة الصحة المؤسسات الحكومية الأخرى: المؤسسة العامة للغذاء والدواء والمؤسسة العامة للمواصفات والمقاييس الأردنية الجهات المعنية الأخرى: بعض الشركاء الأكاديميون والمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية والصناعات الغذائية
الاستفادة من الدلائل الإرشادية الغذائية ودعم نشرها.	في عام ٢٠٢٠، طورت وزارة الصحة ونشرت الدليل الإرشادي الغذائي للأردنيين والتي ترفع الوعي بالأنظمة الغذائية الصحية وتقليل استهلاك الملح والسكر وتعزز النشاط البدني لعمامة الجمهور، فضلاً عن الدليل الإرشادي الغذائي لمعالجة الأمراض المزمنة.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• نشر توزيع الأدلة الإرشادية الغذائية الوطنية على جميع مقدمي الرعاية التغذوية في جميع مرافق الرعاية الصحية الأولية وفي المستشفيات وأولئك الذين يقدمون التثقيف التغذوي في المدارس.</li> <li>• تنظيم دورات تدريبية لمقدمي الرعاية الصحية حول كيفية استخدام الدلائل الإرشادية الغذائية الوطنية.</li> </ul>	الموارد المطلوبة للنشر وتقديم الدورات التدريبية.	المؤسسات الحكومية الرئيسية: وزارة الصحة المؤسسات الحكومية الأخرى: وزارة التربية والتعليم الجهات المعنية الأخرى: المهنيين الصحيين والمؤسسات التعليمية

## النهج الاستراتيجي الرابع: التجارة والاستثمار من أجل تحسين التغذية

هناك حالة اقتصادية واضحة للغاية للاستثمار في تحسين التغذية، مما يعود بفوائد صحية واجتماعية واقتصادية قصيرة وطويلة الأجل تتجاوز النفقات بكثير. سيعتمد تنفيذ الإجراءات ذات الأولوية الرئيسية المحددة في هذه الاستراتيجية على تخصيص الموارد، وهذا يعني تخصيص بنود محددة في الميزانية الحكومية لتحسين التغذية (وليس الأمن الغذائي فقط) والحاجة إلى تطوير استراتيجية تمويل مستدامة. وتشمل مصادر التمويل المحتملة الإضافية، المساعدة الأجنبية والاستثمارات المحلية والأجنبية وتوفير ضمانات قوية ضد تضارب المصالح ومشاريع الشراكة بين القطاعين العام والخاص.

على الرغم من أن الأردن يصدر بعض السلع الزراعية والغذائية، وخاصة الفواكه والخضروات الطازجة، إلى دول الخليج والعراق والدول الأوروبية، إلا أنه مستورد صاف للغذاء. تعتمد الدولة بشكل كبير على الواردات لتلبية احتياجاتها من السلع الغذائية الرئيسية، مثل القمح والشعير والذرة والأرز والبقول والزيت والسكر واللحوم الحمراء. وفي عام ٢٠١٨، بلغت قيمة الواردات من الأغذية والحيوانات الحية ٣,٤١٨ مليار دولار، في حين بلغت قيمة الصادرات الغذائية والحيوانات الحية ٩١٧ مليون دولار. وبلغ عجز الميزان الغذائي في عام ٢٠١٨ ما قيمته ٢,٥٠١ مليار دولار، مما يجعل الأردن عرضة لتغيرات السوق العالمية.

لدى التجارة الدولية القدرة على تحسين التغذية، ولكن يمكن أن تقوض أيضاً التغذية إذا زادت نسبة الحصول على الأطعمة الرخيصة منخفضة المغذيات وعالية الدهون غير الصحية والسكريات والملح. من أجل التعرف على هذه القضايا، توصي استراتيجية التغذية الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية الحكومات بإجراء تحليل لوضع الإمدادات الغذائية الوطنية وتحديد المصادر الرئيسية للدهون المشبعة والمتحولة والسكريات والملح في النظام الغذائي واستكشاف خيارات استخدام المعايير والأدوات القانونية والسياسات التجارية لتحسين الإمدادات الغذائية.

### السياسات ذات الأولوية المقترحة في هذا المجال الاستراتيجي للاستراتيجية الوطنية للتغذية هي:

- ضمان الموارد المالية الكافية وغيرها من الموارد لتنفيذ الاستراتيجية.
- تنفيذ سياسات لتعزيز الفوائد وتقليل مخاطر التجارة الدولية على التغذية.

### الجدول (٤). النهج الاستراتيجي الرابع: التجارة والاستثمار من أجل تحسين التغذية

السياسات ذات الأولوية	الأساس المنطقي والوضع الحالي	الإجراءات والتدخلات المقترحة	العوائق والتحديات المحتملة	الجهات المعنية الرئيسة وآخرون
ضمان الموارد المالية الكافية وغيرها من الموارد لتنفيذ الاستراتيجية	سيتم تحديد التكاليف التفصيلية لتنفيذ هذه الاستراتيجية كخطوة تالية وكجزء من تطوير خطة تنفيذ مفصلة.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تحديد التكاليف التفصيلية للإجراءات والتدخلات المقدمة في هذه الاستراتيجية.</li> <li>• تطوير إستراتيجية تمويل مستدام لتمويل تنفيذ الإستراتيجية الوطنية للتغذية</li> </ul>	يجب تخصيص الموارد بوضوح لإجراءات التغذية.	<p>المؤسسات الحكومية الرئيسية: وزارة المالية ومجلس الوزراء</p> <p>المؤسسات الحكومية الأخرى: جميع الجهات المعنية</p>

السياسات ذات الأولوية	الأساس المنطقي والوضع الحالي	الإجراءات والتدخلات المقترحة	العوائق والتحديات المحتملة	الجهات المعنية الرئيسية وآخرون
تنفيذ سياسات لتعزيز الفوائد وتقليل أضرار التجارة الدولية على التغذية	كدولة مستوردة للغذاء بشكل تام، تعد التجارة الدولية عنصراً مهماً في سياق الأمن الغذائي والتغذية في الأردن. إذ أن التجارة لديها القدرة على تعزيز التغذية، ولكن يمكن أن تقوض أيضاً النظم الغذائية الصحية. ومن المهم معرفة مصادر الدهون غير الصحية والسكريات والملح في النظام الغذائي الأردني، سواء كانت محلية أم مستوردة، للتمكن من تطوير سياسات تنظيمية وتجارية فعالة.	• إجراء تحليل لوضع الإمدادات الغذائية الوطنية وتحديد المصادر الرئيسية للدهون غير المشبعة والسكريات والملح في النظام الغذائي واستطلاع الخيارات لاستخدام المعايير والأدوات القانونية والسياسة التجارية لتحسين المصادر الغذائية		المؤسسات الحكومية الرئيسية: وزارة الصحة ووزارة الصناعة والتجارة

## النهج الاستراتيجي الخامس: النظم والبيئات الآمنة والداعمة للتغذية في جميع الأعمار

بالإضافة إلى تحويل النظم الغذائية لضمان حصول الناس على الأطعمة الصحية وخدمات التغذية الأساسية، وتوفير التعليم والمعلومات التي تمكن الناس من اتخاذ خيارات صحية وضمان تلبية الاحتياجات الغذائية والتغذية للفئات الأكثر ضعفاً، فمن المهم للغاية خلق بيئات داعمة للتغذية أفضل. ويشمل ذلك إنشاء بيئات غذائية صحية تدعم التغذية.

يعد تحسين معدلات الرضاعة الطبيعية أولوية رئيسية بالنسبة للأردن، ولا يمكن المبالغة في أهمية إنشاء بيئات تحمي وتشجع وتدعم الرضاعة الطبيعية والتغذية المثلى للرضع وصغار الأطفال. إن الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الأشهر الستة الأولى والرضاعة الطبيعية المستمرة حتى سن عامين وما بعده تعزز النمو الأمثل للرضع وتطورها، وتحمي من النقرس والتهال والعدوى، مع تقليل أضرار زيادة الوزن والسمنة والأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي في وقت لاحق. ويُعد الاستثمار في تعزيز الرضاعة الطبيعية وحمايتها ودعمها، أحد أكثر تدابير الصحة العامة فعالية من حيث التكلفة والاستدامة المتاحة للحكومات، حيث تشمل الأدوات المتاحة المدونة الدولية لتسويق بدائل حليب الأم ومبادرة المستشفيات الملائمة للأطفال وتشريعات حماية الأمومة.

وضمن حزمة التدخلات التي تدعو لها منظمة الصحة العالمية بإنشاء نظم غذائية للصحة، يتعلق العديد منها ببيئات غذائية صحية<sup>99</sup>، تشمل هذه السياسات شراء الأغذية العامة الصحية وحماية الأطفال من تسويق الأغذية الضارة (بما في ذلك؛ بدائل حليب الأم). ويقوم الأردن بالفعل بتنفيذ السياسة في بعض هذه المجالات – مثل إغناء الأغذية – والالتزامات باتخاذ إجراءات في بعض المجالات الأخرى مدرجة بالفعل في إطار العمل الوطني للوقاية من السمنة في الأردن ٢٠١٨-٢٠٢٣. ويحتوي الإطار على التزامات تتعلق بحظر تسويق الأطعمة والمشروبات غير الكحولية للأطفال

<sup>99</sup> تشمل هذه السياسات المالية (الضرائب والإعانات)، سياسات المشتريات الغذائية العامة الصحية، حماية الأطفال من تسويق الأغذية الضارة، إعادة الصياغة لتحسين الجودة التغذوية للأغذية المصنعة، وضع بطاقة البيان الغذائية على العلب، سلامة الأغذية، وإثراء الأغذية. يتم تناول بعض هذه التدخلات في إطار النهج الإستراتيجي الأول والثالث. لمزيد من المعلومات، راجع <https://www.who.int/initiatives/food-systems-for-health>

وتوفير وجبات صحية في المدارس والمستشفيات والجامعات وتخصيص إجازة الأمومة وإنفاذ التشريعات المتعلقة بتسويق بديل حليب الأم. ولقد كان هناك بعض التقدم منذ إطلاق إطار السمنة، مثل التعريف بالمعايير وقواعد الطعام الذي يتم تقديمه في المستشفيات العامة والمنشآت الطبية العسكرية.

إلى جانب تحسين الوصول إلى الأطعمة المغذية وزيادة التنوع الغذائي، يُعد إغناء الأغذية عنصرًا مهمًا في الاستجابة اللازمة لمعالجة فقر الدم ونقص المغذيات الدقيقة الأخرى في الدولة. حيث أسفرت برامج تدعيم دقيق القمح طويلة المدى وبرامج إضافة اليود إلى الملح عن نتائج باهرة، ولكنها تحتاج الآن إلى التقييم والإصلاح والتنشيط لتقليل نقص المغذيات الدقيقة في الأردن. كما أن هناك حاجة إلى مزيد من التحقيق في أسباب فقر الدم، بالإضافة إلى نقص الحديد، لمواجهةها عبر توجيه السياسة المناسبة.

إن الحصول على خدمات الصرف الصحي ومياه الشرب الآمنة، أمر مهم للوقاية من الأمراض السارية التي يمكن أن تؤدي بدورها إلى تفاقم سوء التغذية. وعلى الرغم من كون الأردن ثاني أفقر دولة بالمياه في العالم، إلا أنه أحرز تقدمًا نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالمياه والصرف الصحي، ولكن لا يزال هناك مجال للتحسين.<sup>٦٠</sup> كما أن جميع الجهود جارية لتحسين الوصول إلى المياه الصالحة للشرب والصرف الصحي، مسترشدة بالاستراتيجية الوطنية للمياه ٢٠١٦-٢٠٢٥.

#### السياسات ذات الأولوية المقترحة في هذا المجال الاستراتيجي للاستراتيجية الوطنية للتغذية هي:

- حماية وتعزيز ودعم الرضاعة الطبيعية والتغذية المثلى للرضع وصغار الأطفال.
- حماية الأطفال من التعرض للتسويق للأطعمة غير الصحية.
- تعزيز برامج تدعيم الأغذية لتوصيل المغذيات الدقيقة، بما في ذلك؛ عن طريق تعزيز المراقبة والإنفاذ.
- التأكد من أن الطعام الذي يتم بيعه أو تقديمه في المؤسسات العامة، يساهم في النظم الغذائية الصحية.
- رفع مستوى إجراءات وممارسات الصرف الصحي وسلامة المياه.

<sup>٦٠</sup> <https://www.unicef.org/jordan/water-sanitation-and-hygiene> وأهم حقائق المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في الأردن، اليونيسف.

الجدول (٥). النهج الاستراتيجي الخامس: النظم والبيئات الآمنة والداعمة للتغذية في جميع الأعمار

السياسات ذات الأولوية	الأساس المنطقي والوضع الحالي	الإجراءات والتدخلات المقترحة	العوائق والتحديات المحتملة	الجهات المعنية الرئيسية وأخرون
حماية وتعزيز ودعم الرضاعة الطبيعية والتغذية المثلى للرضع وصغار الأطفال	لدى الأردن تشريعات لتنفيذ بعض أحكام المدونة الدولية لبدائل حليب الأم، لكن التدابير ليست شاملة والرصد والتنفيذ ضعيفان <sup>٣٦</sup> إن تغطية مبادرة المستشفيات الملائمة للأطفال منخفضة، حيث تبلغ نسبة الولادات التي تتم في المستشفيات ووحدات التوليد المصنفة على أنها ملائمة للأطفال في عام ٢٠١٦ ٣٠٪ فقط، بعد أن انخفضت من ٤٩٪ في عام ٢٠٠٤ <sup>٣٧</sup> ويجب تعزيز النظام الوطني لرصد وإنفاذ تشريعات المدونة بشكل فعال، إلى جانب الحاجة إلى تعزيز مهارات العاملين بالمجال الصحي لتنفيذ هذه السياسات وتعزيز الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية المناسبة.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعزيز تشريعات تنفيذ المدونة المتعلقة ببدائل حليب الأم، والتأكد من أنها تمتد لتشمل أغذية الرضع وتحظر على الشركات التي تصنع بدائل حليب الأم، رعاية المؤتمرات أو الترويج للمنتجات داخل مراكز رعاية الأمومة والطفولة.</li> <li>• زيادة تغطية مبادرة المستشفيات الملائمة للأطفال لتشمل المستشفيات العامة والخاصة.</li> <li>• تعزيز تطبيق المبادئ التوجيهية وإنشاء نظام مراقبة للتشريعات البديلة لحليب الأم ومبادرة المستشفيات الملائمة للأطفال والمبادئ التوجيهية للصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال والمراهقين.</li> <li>• يتطلب إدخال تشريعات: (أ) ٤-٦ أشهر إجازة أمومة (ب) توفير دور الحضانة في أماكن العمل العامة والخاصة وضمان التنفيذ السليم للتشريعات.</li> <li>• تطوير مبادرات مجتمعية للمساعدة في دعم الأمهات المرضعات بعد خروجهن من المستشفى وما بعد ذلك.</li> <li>• تشجيع الرضاعة الطبيعية ونشر الفوائد للأمهات والأطفال من خلال التواصل لتغيير السلوك.</li> <li>• تحسين التعليم حول الرضاعة الطبيعية وتغذية الرضع وصغار الأطفال في تدريب والعاملين بالمجال الصحي وتعزيز توافر الموظفين المؤهلين لتعزيز الرضاعة الطبيعية، تقديم دورات تعليمية لمقدمي الرعاية (بما في ذلك؛ الآباء والأجداد والأمهات) لتعزيز التغذية التكميلية ومعالجة الخرافات والمفاهيم الخاطئة الشائعة.</li> </ul>	على الرغم من التفويض الواضح والأدلة القوية للغاية، إلا أن الجهود المبذولة لتعزيز التشريعات الخاصة بتسويق بدائل حليب الأم قد تواجه معارضة من قبل الشركات ذات المصلحة.	المؤسسات الحكومية الرئيسية: وزارة الصحة
الجهات المعنية الأخرى: منظمة الصحة العالمية واليونيسف والمؤسسات الأكاديمية والمجتمع المدني			الموارد مطلوبة لتوسيع نطاق المراقبة والإنفاذ.	

<sup>٣٦</sup> تسويق بدائل لبن الأم: التنفيذ الوطني للمدونة الدولية. تقرير الحالة لعام ٢٠٢٠. جنيف: منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢٠. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240006010>).

<sup>٣٧</sup> التنفيذ الوطني لمبادرة المستشفيات الصديقة للأطفال ٢٠١٧. جنيف: منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢٠.

(<https://apps.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-national-implementation2017/en/index.html>)

<sup>٣٨</sup> الجوالدة، أبو الفضل، تقييم تنفيذ مبادرة المستشفيات الصديقة للأطفال في إقليم شرق المتوسط. 41، 5، 2018، 3390:10. doi

السياسات ذات الأولوية	الأساس المنطقي والوضع الحالي	الإجراءات والتدخلات المقترحة	العوائق والتحديات المحتملة	الجهات المعنية الرئيسية وآخرون
حماية الأطفال من التعرض للتسويق للأطعمة غير الصحية	اعتمدت منظمة الصحة العالمية مجموعة من التوصيات بشأن تسويق الأطعمة والمشروبات غير الكحولية للأطفال في عام ٢٠١٠، وتنفيذ هذه التوصيات هو إجراء رئيسي ذو أولوية في استراتيجية التغذية الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية. ومنذ ذلك الحين، تعززت قاعدة الأدلة لتقييد تعرض الأطفال لتسويق الأطعمة الغنية بالدهون المشبعة والدهون المتحولة والملح والسكر إلى حد كبير.	• اعتماد اللوائح القانونية لتسويق المنتجات الغذائية بطريقة فعالة للحد من تسويق الأطعمة الضارة للأطفال واقتصار تسويق هذه الأطعمة على مجموعات أخرى.	تبنت البلدان توصيات منظمة الصحة العالمية من خلال جمعية الصحة العالمية، وقد تعززت قاعدة الأدلة لتقييد تعرض الأطفال لتسويق الأطعمة الضارة إلى حد كبير منذ ذلك الحين، ولكن من المرجح أن يتم إدخال قيود إلزامية معارضة من قطاعي الأغذية والإعلام. وقد تكون هناك حاجة إلى دعم تقني من منظمة الصحة العالمية / اليونيسف لصياغة تشريعات فعالة ووضع ترتيبات الرصد.	المؤسسات الحكومية الرئيسية: وزارة الصحة/وزارة الصناعة والتجارة المؤسسات الحكومية الأخرى: مؤسسات الغذاء والدواء الأردنية الجهات المعنية الأخرى: منظمة الصحة العالمية واليونيسف والمؤسسات الأكاديمية والمجتمع المدني
تعزيز برامج تدعيم الأغذية بالمغذيات الدقيقة	تم وضع برنامج لتدعيم دقيق القمح بالحديد والمغذيات الدقيقة الأخرى، بدعم من منظمة الصحة العالمية واليونيسف منذ عام ٢٠٠٢، ويبدو أن ذلك ساهم في الحد من انتشار فقر الدم الشديد. كما بدأت الجهود العالمية لإضافة اليود إلى الملح في عام ١٩٩٥ عندما أصبح إلزامياً. وتم تسجيل تحسينات كبيرة في إدخال اليود، وبحلول عام ٢٠١٠، استخدم ٨٨٪ من السكان الملح المعالج باليود. <sup>٦٤</sup> وعلى الرغم من تصنيف تناول اليود على أنه مناسب في عام ٢٠١٠، كان متوسط حالة اليود عند الحد الأدنى للمدى الطبيعي، مما يبرز الحاجة إلى تقييد محتوى اليود في الملح. وتم تسليط الضوء في الاستراتيجية الوطنية للأمن الغذائي على تعزيز برامج تدعيم الغذاء باعتباره تدخلاً هاماً بالإضافة إلى برامج إعطاء مكملات فيتامين (أ) للأطفال دون سن الخامسة.	• تقييم برنامج إغناء القمح الحالي (مقارنة بإرشادات منظمة الصحة العالمية) والنظر في التوسع لتحقيق مزيد من التقدم والحفاظ على التحسينات التي تم تحقيقها. • تقييم تنفيذ برنامج إضافة اليود إلى الملح (ومحتوى الملح باليود) مقابل توصيات منظمة الصحة العالمية والتأكد من الحفاظ على معالجة الملح باليود. • تعزيز ترتيبات الرصد والتنفيذ لبرامج التحصين (بما في ذلك؛ عن طريق بناء القدرات من أجل الرصد والإنفاذ للعاملين). • تعزيز نظام الإبلاغ لتسهيل المراقبة.	يمكن أن يؤدي نقص الوعي بأهمية الإغناء بين المطاحن وصناعة الملح، فضلاً عن الافتقار إلى المعرفة الفنية، إلى إعاقة التقدم. الموارد مطلوبة لبرامج التدعيم من أجل التدريب والدعم الفني والرصد والإنفاذ. الحاجة إلى بناء القدرات للرصد والتقييم	المؤسسات الحكومية الرئيسية: وزارة الصحة المؤسسات الحكومية الأخرى: المؤسسة العامة للغذاء والدواء ومؤسسات المواصفات والمقاييس الأردنية الجهات المعنية الأخرى: منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأغذية العالمي واليونيسف والجهات الفاعلة في صناعة الأغذية والمؤسسات الأكاديمية والمجتمع المدني.

<sup>٦٤</sup> دوجي، ر. الجوالدة هـ. الجوالدة أ؛ اتجاه حالة اليود في منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط وتأثير البرامج العالمية لمعالجة الملح باليود؛ مراجعة سردية، بحث العناصر النزرة البيولوجية، ٢٠٢٠، ١٩٨ (٢)، ص. ٣٩٠-٤٠٢.

السياسات ذات الأولوية	الأساس المنطقي والوضع الحالي	الإجراءات والتدخلات المقترحة	العوائق والتحديات المحتملة	الجهات المعنية الرئيسية وآخرون
الحرص على أن الطعام الذي يتم بيعه أو تقديمه في المؤسسات العامة يساهم في النظم الغذائية الصحية من خلال تنفيذ سياسة عامة لشراء خدمات الأغذية الصحية	يجري حالياً بذل الجهود لتحسين الجودة الغذائية للأطعمة المقدمة أو المباعه في المدارس. كما تم إدخال معايير وقواعد للأغذية المباعه في المؤسسات الحكومية، بما في ذلك؛ المستشفيات العامة ومرافق الخدمات الطبية العسكرية الملكية على غير العادة. ولا يزال هناك مجال لإحداث مزيد من التحسينات للتأكد من أن الأماكن التي يعمل فيها الناس ويدرسون ويلعبون، أو حيث يتلقون الرعاية، تدعم النظم الغذائية الصحية.	<ul style="list-style-type: none"> <li>توسيع نطاق تطبيق المعايير على المشتريات العامة وتوفير الأطعمة الصحية في المؤسسات العامة (على سبيل المثال؛ المدارس والجيش والسجون والمؤسسات الحكومية الأخرى).</li> <li>توفير وجبات مدرسية متوازنة وخيارات صحية وحظر بيع الأطعمة الغنية بالدهون والسكريات أو الملح في المدارس ودعم تنفيذ برنامج التغذية المدرسية (انظر إلى النهج الاستراتيجي الثالث).</li> </ul>	عدم كفاية الموارد لمراقبة الامتثال للوائح.	<p>المؤسسات الحكومية الرئيسية: وزارة الصحة/وزارة التربية والتعليم</p> <p>المؤسسات الحكومية الأخرى: الخدمات الطبية الملكية</p> <p>الجهات المعنية الأخرى: منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأغذية العالمي واليونيسف مقدمو الخدمات من القطاع الخاص</p>
تحسين إجراءات وممارسات الصرف الصحي وسلامة المياه	على الرغم من إحراز تقدم نحو أهداف التنمية المستدامة وأن أكثر من 98% من السكان لديهم إمكانية الوصول إلى مصدر مياه محسن، إلا أنه لا يزال هناك مجال للتحسين: حيث أن 94.3% يمكنهم الوصول إلى مصدر مَدار بأمان و84% فقط من أنظمة الصرف الصحي الحالية، تتم إدارتها بأمان. كما يتم تنفيذ الإستراتيجية الوطنية للمياه 2016-2025 لضمان مستقبل مستدام لقطاع المياه والوصول إلى إمدادات المياه والصرف الصحي الآمنة والميسورة التكلفة لجميع الأردنيين.	<ul style="list-style-type: none"> <li>تنفيذ الاستراتيجية الوطنية للمياه 2016-2025</li> </ul>		<p>المؤسسات الحكومية الرئيسية: وزارة المياه والري</p> <p>الجهات المعنية: اليونيسف</p>

## النهج الاستراتيجي السادس: تعزيز الحوكمة والمساءلة في مجال التغذية

يعتمد التنفيذ الناجح لاستراتيجية التغذية الوطنية هذه على درجة عالية من الالتزام السياسي وبيئة سياسية تمكينية وآليات حكومية فعالة.

لن تتمكن وزارة الصحة من تنفيذ هذه الاستراتيجية بمفردها، ويعتبر التزام المؤسسات الحكومية الأخرى والجهات غير الحكومية المعنية أمراً ضرورياً. وهذا يعني أيضاً الحاجة إلى آلية تنسيق ضمن الحكومة، وقد تم الإقرار بأن التنسيق غير الكافي بين الجهات ذات العلاقة يمثل تحدياً خاصاً.

ويوجد حالياً لجنة وطنية عليا للتغذية، التي تم إنشاؤها عام ٢٠٠٥ ويرأسها معالي وزير الصحة، وترأس وزارة الصحة لجنة متعددة القطاعات (حكومية وغير حكومية وأكاديمية وقطاع خاص) تجتمع بانتظام للاتفاق على التداخلات وتنسيقها لجميع الأعمار لتحقيق إطار العمل الوطني للوقاية من السمنة ٢٠١٨-٢٠٢٣. وتشمل المؤسسات المعنية، المؤسسة العامة للغذاء والدواء الأردنية ومؤسسة المواصفات والمقاييس الأردنية ووزارة الصحة ووزارة التربية والتعليم وأمانة عمان ووزارة الشباب ووزارة الصناعة والتجارة والخدمات الطبية الملكية والجامعات الأردنية.

وتعتبر الرقابة عنصر حيوي آخر مهم للتنفيذ الناجح لهذه الاستراتيجية. حيث يعد الوصول إلى البيانات والمعلومات الموثوقة أمراً أساسياً لإعلام ودفع تصميم السياسات وتنفيذها وتقييم التقدم المحرز. كما أجرى الأردن دراسات وطنية مهمة، تشمل المسح الأردني للسكان وصحة الأسرة ٢٠١٧-٢٠١٨، المسح الوطني التدريجي لعوامل الخطورة للإصابة بالأمراض غير السارية والمسوحات الوطنية لنقص المغذيات الدقيقة في ٢٠٠٢ و٢٠١٠ و٢٠١٩ ومسوحات اضطرابات قصور اليود في ١٩٩٥ و٢٠٠٠ و٢٠١٠ ودراسات جامعية وتقارير شهرية من نظام المراقبة والتقييم. ومع ذلك، هناك نقص في البيانات المحدثة عن إمدادات الغذاء وأنماط استهلاك الغذاء. كما أن التعاون والدعم الفني من الشركاء الدوليين، مثل منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وبرنامج الأغذية العالمي، كان موضع تقدير كبير وهو عنصر مهم لتحسين الرصد والمراقبة.

كجزء من مراقبة التغذية، من الضروري وضع ترتيبات رصد وتقييم لتنفيذ هذه الاستراتيجية وذلك لضمان ترجمة الإستراتيجية من سياسة إلى عمل ملموس على الأرض، ويجب أن تكون هذه الترتيبات في مكانها منذ البداية. ويتضمن ذلك تحديد المؤشرات والإبلاغ المنتظم ومراجعة البيانات المتعلقة بهذه المؤشرات لتعزيز التنفيذ عند الحاجة أو تكيف الاستراتيجية نفسها أو كلاهما معاً وفقاً للدورة السياسية (أنظر إلى الشكل ٤).



السياسات ذات الأولوية	الأساس المنطقي والوضع الحالي	الإجراءات والتدخلات المقترحة	العوائق والتحديات المحتملة	الجهات المعنية الرئيسة وآخرون
تعزيز رصد ومراقبة الأغذية والتغذية	إن الأردن ملتزم بالفعل بقياس المؤشرات المتعلقة بأهداف التغذية العالمية والإبلاغ عنها على النحو المحدد في الإطار العالمي لرصد التغذية والأهداف العالمية المحددة في الإطار العالمي لرصد الأمراض غير السارية. تتوفر دراسات وطنية عالية الجودة ولكن هناك نقص في البيانات المحدثة عن حالة التغذية والإمدادات الغذائية وأنماط استهلاك الغذاء. وتقوم المؤسسة العامة للغذاء والدواء حالياً بإعداد دراسات حول أنماط استهلاك الغذاء، حيث توجد حاجة إلى بيانات أفضل عن تنفيذ السياسات وتقييم الأثر، ويتضمن كل من إطار السمعة الوطني والاستراتيجية الوطنية للأمن الغذائي التزامات بتعزيز المراقبة وجمع البيانات.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعزيز نظام مراقبة التغذية، مما يسمح بتعديل السياسات في المستقبل.</li> <li>• تشجيع ودعم العديد من المؤسسات الأكاديمية في الأردن لإجراء البحوث والمساعدة في مراقبة حالة التغذية وتنفيذ السياسة وتطوير السياسات بشكل أكبر.</li> <li>• تعزيز التعاون مع الشركاء الدوليين (كمنظمة الصحة العالمية وبرنامج الأغذية العالمي واليونيسيف) والمؤسسات الأكاديمية لتقديم الدعم الفني والموارد للمراقبة.</li> </ul>	هناك حاجة إلى الموارد والخبرة الفنية لجمع البيانات ولإنشاء وتشغيل وحدة لمراقبة التغذية وتقييمها. كما أن الشراكة مع المؤسسات الأكاديمية ومع الشركاء الدوليين مهمة لتقديم الدعم.	المؤسسات الحكومية الرئيسية: وزارة الصحة المؤسسات الحكومية الأخرى: وزارة الصحة والمؤسسة العامة للغذاء والدواء ومؤسسة المواصفات والمقاييس الأردنية الجهات الأخرى ذات العلاقة: منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأغذية العالمي واليونيسيف ومنظمة الأغذية والزراعة والمجتمع المدني والجامعات الأردنية.
تنفيذ الترتيبات لمراقبة وتقييم تنفيذ الاستراتيجية الوطنية للتغذية ٢٠٢٣-٢٠٣٠	تم تحديد أهداف محددة في الاستراتيجية (التي تغطيها مراقبة ورصد التغذية). بالإضافة إلى ذلك، هناك حاجة إلى مؤشرات السياسة والعملية لرصد تنفيذ أولويات السياسة الموصى بها، بما في ذلك: الأهداف المحددة في الإطار العالمي لمراقبة التغذية والإطار الإقليمي للمراقبة والتقييم.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• وضع مجموعة من المؤشرات التي تم التحقق من صحتها لقياس التقدم المحرز نحو الأهداف المحددة لهذه الاستراتيجية وعملية المؤشرات لتقييم تنفيذها.</li> <li>• تحديد مستويات خط الأساس لهذه المؤشرات.</li> <li>• إنتاج تقارير منتظمة عن المؤشرات المحددة والتقدم المحرز نحو الأهداف المحددة.</li> <li>• المراجعة الدورية من قبل اللجنة الفنية لبيانات المؤشر من أجل تعديل الاستراتيجية و/أو جهود التنفيذ أو كلاهما معاً حسب الضرورة لدفع عجلة التقدم.</li> </ul>	ضرورة التزام جميع الجهات ذات العلاقة المشاركة في التنفيذ لقياس التقدم المحرز والإبلاغ عنه.	المؤسسات الحكومية الرئيسية: لجنة فنية متعددة القطاعات جميع المؤسسات الحكومية والجهات ذات العلاقة الآخرين.

# الملحق الأول: المشاركون في ورشة العمل التحضيرية لتطوير الإستراتيجية الوطنية للتغذية

المساهمون الرئيسيون في تطوير وصياغة الاستراتيجية هم: م. روحية برهم (رئيس قسم التغذية في وزارة الصحة) و د. أنس محتسب (مدير مديرية الأمراض غير السارية في وزارة الصحة) و د. أيوب الجوالدة (المستشار الاقليمي للتغذية في مكتب منظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط) و د. دانا درويش (مسؤول برنامج التغذية في المكتب القطري لمنظمة الصحة العالمية في الأردن) والسيدة كارين ماكول (مستشارة تابعة لمنظمة الصحة العالمية).

فيما يلي الأفراد والمنظمات الذين شاركوا في ورش العمل التحضيرية لتطوير الاستراتيجية.

## الحكومة

وزارة الصحة، قسم التغذية  
م. روحية برهم

وزارة الصناعة والتجارة والتموين  
م. ثائر أبو حسان

وزارة الشباب  
م. عصام الديات

المؤسسة العامة للغذاء والدواء  
تماضر سالم

أمانة عمان الكبرى  
م. خولة ملكاوي

جمعية حماية المستهلك  
م. ماهر الحجات  
م. حنان مسعود  
م. منى الحبايبة

الجمعية العلمية الملكية  
م. منال الخمايسة

الخدمات الطبية الملكية  
م. محمد معالي

مؤسسة المواصفات والمقاييس الأردنية  
م. نسمة شنك

## المؤسسات الأكاديمية

الجامعة الأردنية  
أ.د. حامد التكروري

جامعة البلقاء  
د. مي عدنان

الجامعة الأمريكية في بيروت  
د. جينيفر أيوب

الجامعة الأمريكية في مادبا  
د. فدوى غازي حمو

الجامعة الهاشمية  
د. نرمين جمال العواد  
مراد الخولي

جامعة مؤتة  
د. إبراهيم دبور

## القطاع الخاص

المعهد القومي للتغذية  
د. أمل حداد

## هيئات الأمم المتحدة

منظمة الصحة العالمية  
د. أيوب الجوالدة  
د. دانا درويش  
السيدة نشوة منصور  
السيدة كارين ماكول (مستشارة)

## الأنروا

د. رامي حبش، رئيس قسم صحة الأم والطفل في الأنروا  
السيدة تمارا هاني، رئيسة خدمات التمريض والقبالة  
د. لؤي الخطيب، مسؤول صحة الأسرة الميداني في مكتب الأنروا في الأردن

اليونيسيف  
د. بثينة الخطيب

برنامج الأغذية العالمي  
السيدة لمى المجالي  
السيد محمد إسماعيل

## الملحق الثاني:

### الإطار التنفيذي للاستراتيجية الوطنية للتغذية ٢٠٢٣-٢٠٣٠

٢٠٢٥			٢٠٢٤				٢٠٢٣				إطار التنفيذ
الربع ٣	الربع ٢	الربع ١	الربع ٤	الربع ٣	الربع ٢	الربع ١	الربع ٤	الربع ٣	الربع ٢	الربع ١	
											تحسين الحوكمة من خلال تعزيز القدرات المؤسسية والنظم والموارد البشرية
											إنشاء لجنة فنية رفيعة المستوى متعددة القطاعات لدعم وتوجيه تنفيذ هذه الاستراتيجية
											تحديد التكاليف التفصيلية للإجراءات المقدمة الواردة في هذه الإستراتيجية وتخصيص بنود المسؤولية والميزانية لكل إجراء
											وضع استراتيجية تمويل مستدام لتنفيذ الاستراتيجية الوطنية للتغذية
											تعزيز التواصل والحفاظ على التعاون مع المسؤولين عن تنفيذ الاستراتيجيات الوطنية بشأن الأمن الغذائي والتغذية المدرسية والحماية الاجتماعية والمياه (وضمن اتباع نهج يراعي التغذية ويتيح الوصول إلى أنظمة غذائية صحية ويوفر بيئات غذائية صحية)
											تحسين التنسيق الوطني تحت قيادة وزارة الصحة للدعم المتعلق بالتغذية للاجئين
											تعزيز أنظمة الرصد والمراقبة للغذاء والتغذية
											مراجعة الإجراءات الحالية لرصد ومراقبة التغذية ورصدها
											التشبيك مع المؤسسات الأكاديمية والمنظمات الدولية لتعزيز التعاون وتخصيص الموارد للرصد والمراقبة
											وضع مجموعة من المؤشرات المعتمدة لقياس التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف المحددة في الاستراتيجية ولتقييم تنفيذها
											تحديد مستويات خط الأساس لهذه المؤشرات
											إصدار تقارير عن المؤشرات المحددة والتقدم المحرز نحو الأهداف المحددة بشكل منتظم
											إجراء مراجعة دورية للمؤشرات من قبل اللجنة الفنية مع إجراء التعديلات اللازمة سواء للاستراتيجية أو الجهود المبذولة لتحقيق التقدم المنشود
											إنشاء أنظمة غذائية مستدامة ومرنة لتوفير أنظمة غذائية صحية
											دعم تنفيذ الاستراتيجية الوطنية للأمن الغذائي مع ضمان تطبيق نهج يراعي التغذية السليمة
											اقترح دراسة لتقييم مصادر الطعام (سواء كانت محلية أو مستوردة أو الأطعمة التي يتم تناولها خارج المنزل أو في المنزل، أو الأطعمة المصنعة أو المحضرة في المنزل) واستهلاك الدهون المتحولة أو المشبعة والأملاح/الصوديوم والسكريات بالتعاون مع الجامعة الأردنية.



٢٠٢٥			٢٠٢٤				٢٠٢٣				إطار التنفيذ
الربع ٣	الربع ٢	الربع ١	الربع ٤	الربع ٣	الربع ٢	الربع ١	الربع ٤	الربع ٣	الربع ٢	الربع ١	
											صياغة تدابير تنظيمية جديدة تتماشى مع توصيات منظمة الصحة العالمية للتخلص من الدهون الصناعية، بالطريقة المناسبة، وتعديل المعايير الخاصة بمستويات السكريات والملح/الصوديوم والدهون المشبعة، بما في ذلك؛ خفض مستويات الملح في أنواع أخرى من الخبز (بجانب الخبز العربي) وتقليل مستويات السكر في مواصفات المشروبات الغازية
											الموافقة على الإجراءات التنظيمية الجديدة واعتمادها
											تطوير القدرات المخبرية لتحليل مستويات الدهون المتحولة في الأطعمة، بدعم من المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية
											توضيح الإجراءات القانونية والإدارية اللازمة لسحب وتعديل استخدام زيت النخيل والزيوت المشبعة من المواصفات الأردنية للزيوت من قبل المؤسسة العامة للغذاء والدواء ومؤسسة المواصفات والمقاييس الأردنية ووزارة الصناعة والتجارة
											توفير التدريب للكادر المعني لإنفاذ التدابير التنظيمية الجديدة
											صياغة إجراءات جديدة لفرض ضريبة على المشروبات المحلاة بالسكر
											إشراك المؤسسات الأكاديمية (بدمج تقني من منظمة الصحة العالمية) لإجراء دراسات النمذجة لتقييم التأثير التقديري للضرائب المحتملة الأخرى على الأطعمة الغنية بالدهون أو السكريات أو الملح.
											البدء واستمرار المشاركة مع شركات الأغذية لإنشاء برنامج وطني يتسم بالشفافية لإعادة صياغة مواصفات الأغذية
											وضع معايير وطنية لمستويات الملح/الصوديوم (بما يتماشى مع المعايير العالمية لمنظمة الصحة العالمية) في مجموعة واسعة من الأطعمة
											وضع المعايير الوطنية لمستويات السكريات في فئات الأطعمة المصنعة
											توفير النظم الصحية المتوائمة لتغطية شاملة تتضمن إجراءات التغذية الأساسية
											التعاون على تنفيذ الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية ٢٠١٩-٢٠٢٥ وضمان دمج التداخلات التغذوية.
											مراجعة الوضع الحالي لدمج خدمات التغذية الأساسية ضمن خدمات الرعاية الصحية الأولية (بحسب تعريفات منظمة الصحة العالمية) والبرامج الحالية الخاصة بمكملات المغذيات الدقيقة وتحديد
											إجراء تقييم للاستهلاك الفعلي للمغذيات الدقيقة عند الأطفال والنساء في سن الإنجاب



٢٠٢٥			٢٠٢٤				٢٠٢٣				إطار التنفيذ
الربع ٣	الربع ٢	الربع ١	الربع ٤	الربع ٣	الربع ٢	الربع ١	الربع ٤	الربع ٣	الربع ٢	الربع ١	
											تحديد المراجعات اللازمة للبرامج التي تقدم خدمات التغذية الأساسية (بما في ذلك؛ المكملات) والموارد اللازمة لذلك
											تخصيص الموارد (الميزانية الوطنية/المانحون الدوليون) لتنفيذ البرامج المنقحة
											بدء تنفيذ البرامج المنقحة لتقديم إجراءات التغذية الأساسية
											تطوير ورش عمل تعليمية تستند إلى إجراءات تصحيحية قائمة على الأدلة للأسباب الكامنة وراء فقر الدم
											إقامة حوار مع مؤسسات التعليم الطبي لإدماج موضوع التغذية في المناهج الأكاديمية
											عقد دورات تدريبية لمقدمي الرعاية الصحية حول كيفية تطبيق دلائل الارشاد التغذوية الوطنية وتغذية الرضع وصغار الأطفال
											تحسين التغطية فيما يتعلق بعلاج التقزم في مخيمات اللاجئين، والحفاظ على مستويات المساعدة الإنسانية. وإدراج بنود عن الجاهزية للتعامل مع الأوبئة وحالات الطوارئ ضمن السياسات والبرامج المعنية
											التعاون مع المنظمات الدولية والجهات الفاعلة في مجال المساعدة الإنسانية لتقييم التغطية الحالية لعلاج التقزم والوقاية من الهزال
											اعتماد سياسات معدلة لضمان وتوسيع التغطية ودمج إجراءات التأهب للأوبئة والطوارئ وتغذية الرضع في حالات الطوارئ/الأزمات الإنسانية
											التفاوض مع المانحين الدوليين لتحريك الموارد للحفاظ على مستويات المساعدة الإنسانية ولضمان/توسيع تغطية علاج التقزم والوقاية من الهزال
											تحسين التثقيف والمعلومات التغذوية لتحقيق التغيير السلوكي
											الاشتراك مع قطاع التعليم العالي للدعوة لإدراج التثقيف التغذوي في تدريب المعلمين
											الاشتراك مع قطاع التعليم للدعوة لإدراج التغذية في المناهج المدرسية
											توزيع الدليل الإرشادي التغذوي الوطني لجميع القائمين على تقديم التثقيف التغذوي في المدارس
											تطوير مواد تعليمية مناسبة لإدراجها في المناهج المدرسية
											التكليف بتصميم حملات توعية حول تغذية الرضع وصغار الأطفال، تستهدف الآباء ومقدمي الرعاية للرضع وصغار الأطفال



٢٠٢٥			٢٠٢٤				٢٠٢٣				إطار التنفيذ
الربع ٣	الربع ٢	الربع ١	الربع ٤	الربع ٣	الربع ٢	الربع ١	الربع ٤	الربع ٣	الربع ٢	الربع ١	
											عمل حملات توعوية حول الطعام الصحي لتعزيز النظام الغذائي الصحي والتشجيع على تقليل تناول الدهون غير الصحية والملح والسكريات.
											الإلزام بتفعيل بطاقات البيان للأغذية ووثقيف الناس حول معلومات بطاقة البيان
											مراجعة معايير بطاقات البيان الحالية للأغذية (قائمة المكونات ومعلومات التغذية)
											تقييم الخيارات المتعددة لبطاقة البيان على الأطعمة من خلال تقييم أدائها مع قاعدة بيانات للأطعمة النموذجية من جداول المكونات الغذائية للأطباق الشعبية الأردنية وإجراء أبحاث الاستهلاك لتقييم تفضيل المستهلك وفهم بطاقات البيان بالشراكة مع المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية والمؤسسات الأكاديمية
											وضع معايير تنظيمية جديدة وشاملة خاصة باصدار وتفعيل بطاقة البيان للأغذية
											إصدار استشارة بشأن مسودة المشاريع الخاصة بتفعيل بطاقة البيان
											تدشين عملية تشريعية لاعتماد إجراء تنظيمي جديد
											تقديم المعلومات الفنية والدعم للصناعات الغذائية لتسهيل التنفيذ
											حماية وتعزيز ودعم الرضاعة الطبيعية والتغذية المثلى للرضع وصغار الأطفال
											مراجعة التشريع الحالي لتطبيق المدونة الدولية لتسويق بدائل حليب الأم والتأكد من أنه يشمل الأغذية للرضع وصغار الأطفال وحظر رعاية المؤتمرات أو الترويج داخل مراكز رعاية الأمومة والطفولة
											مراجعة التشريعات الخاصة بالمدونة الدولية لتسويق بدائل حليب الأم
											تقديم استشارة حول مسودة التنقيحات
											تدشين عملية تشريعية لاعتماد وتنفيذ التشريع المنقح/الإجراء التنظيمي
											توفير التدريب لمسؤولي الإنفاذ على الإجراء المنقح
											مراجعة عملية التنفيذ الحالية لمبادرة المستشفيات الصديقة للأطفال وتحديد الفرص المتاحة لتحسين تغطية المستشفيات العامة والخاصة والمرافق المجتمعية
											مراجعة التشريعات الحالية بشأن توفير إجازة الأمومة وتوفير رعاية الأطفال في أماكن العمل الخاصة والعامة
											تشريع إجراء تنظيمي جديد لضمان توفير ٦-٤ أشهر كإجازة أمومة وتوفير مرافق رعاية الأطفال/الرضاعة الطبيعية في أماكن العمل
											تقديم استشارة بشأن مشروع الإجراء التنظيمي
											تدشين عملية تشريعية لاعتماد وتنفيذ التشريع المنقح/الإجراء التنظيمي



٢٠٢٥			٢٠٢٤				٢٠٢٣				إطار التنفيذ
الربع ٣	الربع ٢	الربع ١	الربع ٤	الربع ٣	الربع ٢	الربع ١	الربع ٤	الربع ٣	الربع ٢	الربع ١	
											وضع إرشادات التغذية التكميلية لجميع مقدمي الرعاية الصحية في خدمات صحة الأم والطفل
											بناء قدرات مقدمي الرعاية الصحية في خدمات صحة الأم والطفل لتقديم المشورة المناسبة بشأن التغذية التكميلية من خلال إجراء دورات تدريبية حول إرشادات التغذية التكميلية
											حماية الأطفال من التعرض للتسويق للأطعمة غير الصحية
											صياغة لائحة قانونية للحد من تسويق الأطعمة الغنية بالدهون والسكريات أو الملح للأطفال
											تقديم استشارة بشأن الإجراء التنظيمي
											تدشين عملية تشريعية لاعتماد وتنفيذ التشريع المنقح/الإجراء التنظيمي
											تعزيز برامج تدعيم الأغذية بالمغذيات الدقيقة
											تقييم برامج تدعيم الأغذية الحالية (القمح والملح) (مقارنة بإرشادات منظمة الصحة العالمية) وتحديد أي فرص لإجراء المزيد من التحسينات
											تسهيل توفير التدريب اللازم لبناء القدرات لمراقبة وإنفاذ برامج تدعيم الأغذية
											تعزيز نظام الإبلاغ لتسهيل مراقبة برامج تدعيم الأغذية
											إجراء دراسة لتقييم انتشار اضطراب نقص اليود وتأثير خفض مستويات اليود المضافة إلى الملح بشكل متزامن مع الجهود المبذولة لتقليل الملح وإعادة صياغته لتقليل مستوياته في بعض الأطعمة الأساسية
											التأكد من مساهمة الطعام المباع أو المقدم بالمؤسسات العامة في النظم الغذائية الصحية من خلال تطوير سياسات شراء الأغذية والخدمات الصحية
											بدء حوار مع العديد من القطاعات ومقدمي الخدمات حول تنفيذ سياسات المشتريات والخدمات الغذائية العامة الصحية وتوسيع نطاق تغطية القوانين الحالية التي تحدد معايير الجودة التغذوية للأغذية في البيئات المؤسسية
											إعداد مشروع سياسة بشأن المشتريات والخدمات الغذائية العامة الصحية التي تغطي الطعام المقدم أو المباع في مجموعة واسعة من المؤسسات العامة
											تقديم استشارة حول مشروع السياسة والتدبير التنظيمي
											تدشين عملية تشريعية لاعتماد وتنفيذ التشريع المنقح/الإجراء التنظيمي
											توفير التدريب لموظفي المشتريات الغذائية (المسؤولين عن المناقصات والعقود) وموظفي التمويل المسؤولين عن تطبيق السياسة في الممارسة العملية.





منظمة  
الصحة العالمية  
الأردن

