برنامج الأغذية العالمي

Programme Alimentaire Mondial

World Food Programme

Programa Mundial de Alimentos

المجلس التنفيذي

الدورة السنوية

روما، 8-2009/6/12

المشروعات الموافق عليها عن طريق المراسلة

البند 10 من جدول الأعمال

مقدمة للمجلس للعلم**

A

Disirbuion: GENERAL

WFP/EB.A/2009/10/2

27 April 2009

OIGINAL: ENGLISH

العمليات الممتدة للإغاثة والإنعاش التي وافق عليها المجلس عن طريق المراسلة خلال الفترة ما بين الدورة العادية الأولى والدورة السنوية لعام 2009- أوغندا 10121.3

العملية الممتدة لإغاثة المشردين داخلياً واللاجئين

في 19 مارس/آذار 2009 أرسلت إلى أعضاء المجلس العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش للموافقة عليها عن طريق المراسلة. وتم الحصول علي الموافقة يوم 21 أبريل/نيسان 2008.

عدد المستفيدين	881 000 (أقصى عدد سنوياً)
مدة المشروع	36 شهراً (2009/4/1-2012/3/31)
كمية الأغذية التي يتحملها **البرنامج**	149 843 طناً
التكاليف (بدولار الولايات المتحدة الأمريكية)	
تكاليف الأغذية التي يتحملها **البرنامج**	167 694 85*
مجموع التكاليف التي يتحملها **البرنامج**	177 107 545

* يشتمل هذا المبلغ على 339 992 2 دولاراً أمريكياً مقابل تحويل نقدي لمشروع تجريبي يعادل 602 4 طن متري من السلع الغذائية المتنوعة.

** وفقاً لقرارات المجلس التنفيذي بشأن التسيير والإدارة التي اعتمدت في الدورة السنوية والدورة العادية الثالثة لعام 2000، فإن الموضوعات المقدمة للمجلس للعلم والإحاطة ينبغي عدم مناقشتها إلاّ إذا طلب أحد أعضاء المجلس ذلك تحديداً قبل بداية الدورة ووافق رئيس المجلس على الطلب على أساس أن المناقشة تتفق مع الاستخدام السليم لوقت المجلس.

طبعت هذه الوثيقة في عدد محدود من النسخ. يمكن الإطلاع على وثائق المجلس التنفيذي في صفحة برنامج الأغذية العالمي على شبكة الإنترنت على العنوان التالي: (hp://www.wfp.og/eb)

ملخص

شهدت أوغندا خلال العقود الماضية الآثار الضارة للنزاع الأهلي ضمن حدودها وعدم الاستقرار السياسي في البلدان المجاورة. وأدت الحرب الأهلية في شبه إقليم أتشولي في الشمال إلى تشريد الكثير من السكان إلى المخيمات والمواقع المؤقتة. وأدى عدم الاستقرار في السودان وجمهورية الكونغو الديمقراطية إلى لجوء آلاف اللاجئين إلى غرب النيل وشبه الأقاليم الجنوبية الغربية في غرب أوغندا.

ولكن تتوفر الآن الفرص المحتملة لحل بعض هذه الأزمات البعيدة الأمد. وقد أعاد إحياء محادثات السلام بين جيش الرب وحكومة أوغندا في عام 2006 الأمل في حل هذا النزاع وتحديد مصير المشردين داخلياً في المخيمات. وكذلك أدى توقيع اتفاق السلام الشامل في السودان في عام 2005 إلى زيادة احتمال عودة اللاجئين السودانيين في غرب النيل إلى وطنهم. ولكن من المتوقع استمرار العنف في جمهورية الكونغو الديمقراطية مما سيؤدي إلى تدفق المزيد من اللاجئين إلى شبه الإقليم الجنوبي الغربي.

واستجابة لهذا المضمون المتغير، أطلقت الحكومة خطة السلام والإنعاش والتنمية لتعبئة الموارد البشرية والمالية للمناطق المتأثرة بالنزاع؛ وتوفر الخطة إطاراً لجهود المجتمع الإنساني. وقد أكد تقييم خارجي للعملية الممتدة السابقة للإغاثة والإنعاش (أوغندا 10121.1) ونتائج عدد من تقديرات الأمن الغذائي الطارئ استمرار الحاجة إلى المساعدة الإنسانية في المناطق المتأثرة بالأزمة. وبالتالي، يتمثل الهدف الكلي للعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش في دعم جهود الحكومة الرامية إلى إنقاذ الأرواح ومعالجة سوء التغذية بين المشردين داخلياً واللاجئين المتأثرين بالأزمة الممتدة.

ومن أجل تحقيق هذا الهدف سيعالج برنامج الأغذية العالمي وشركاؤه الأسباب المباشرة لنقص التغذية من خلال برنامج الإغاثة الابتكاري. وسيهدف التوزيع العام للأغذية إلى منع المستفيدين من المعاناة من سوء التغذية؛ وسيحصل المستفيدون إما على حصص غذائية أو نقد/قسائم وسيشاركون في الدورات التدريبية في المواقع الميدانية المتعلقة بإذكاء الوعي بأساليب الرعاية. وسيتم توفير التغذية الإضافية والعلاجية للمستفيدين الذين يعانون من سوء التغذية وذلك باستخدام نهج مجتمعي وإدخال منتجات التغذية المطورة محلياً. وسيتم توقيف هذه الجهود تدريجياً في منطقتين (أتشولي وغرب النيل) خلال مدة تنفيذ العملية، وستدعم أنشطة الإنعاش التكميلية في البرنامج القطري هذه العملية الانتقالية.

تمثل هذه الوثيقة تعديلاً على العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش 10121.2. وتماشياً مع طلب المجلس التنفيذي فهي مبسطة وتحتوي على تركيز واضح على المساعدة الإنسانية التي تنقذ الأرواح. وتتماشى الأنشطة مع الأهداف الاستراتيجية لبرنامج الأغذية العالمي (إنقاذ الأرواح ومعالجة سوء التغذية الحاد)، والأهداف الإنمائية للألفية، الهدف رقم 1 (القضاء على الفقر المدقع والجوع) والهدف رقم 1 للاستراتيجية القطرية لبرنامج الأغذية العالمي في أوغندا (منع حدوث الوفيات المرتبطة بالجوع). وتنفذ هذه الأنشطة السياسة الجديدة للمساواة بين الجنسين مع التركيز على الإجراءات التشغيلية لدعم النساء. ولكن سيعتمد نجاحها على استمرار التطورات السياسية الإيجابية في أوغندا والدول المجاورة.

تحليل الأوضاع والتصورات

السياق الكلي

1- منذ التسعينات شجعت حكومة أوغندا تطوير برنامج عمل أدى إلى الحد من الفقر الوطني الذي انعكس في تحسن ملحوظ في العديد من مؤشرات الرفاه. وتحسنت درجة أوغندا على مؤشر التنمية الإنسانية بشكل ثابت منذ عام 1995 حيث يحتل الرتبة 154 من مجموع 177 بلدا في العالم. وانخفض معدل انتشار فيروس نقص المناعة المكتسب من 18 في المائة في عام 1993 إلى 6,5 في المائة في عام 2007.[1] وبلغ متوسط النمو الاقتصادي 5,5 في المائة منذ عام 2000. وقد تم إحراز تقدم قصد تحقيق الغاية المتمثلة في الحد من الجوع في إطار الهدف 1 من الأهداف الإنمائية للألفية، وذلك بتخفيض انتشار نقص التغذية من 24 في المائة إلى 19 في المائة بين عامي 1990 و2000.[2]

2- لكن هذا التوجه نحو التحسن الكلي لم ينعكس في مجموعتين تأثرتا بشكل مباشر بالأزمة الإنسانية الممتدة – وهما المشردون داخلياً واللاجئون.

3- *المشردون داخلياً*. نتيجة لحرب أهلية دامت 22 عاماً في شمال أوغندا بين جيش الرب والحكومة ما زال أكثر من 720 000 شخص في شبه إقليم أتشولي مشردين داخلياً يعيشون في مخيمات ومواقع مؤقتة ومحدودية قدرتهم في الوصول إلى منازلهم.[3] قبل اندلاع النزاع كان شبه الإقليم هذا بمثابة مخزن للحبوب لأوغندا يُنتج بشكل مستمر الفائض من القمح للأسواق المحلية وأحياناً الدولية. لكن في قمة التمرد تم تشريد أكثر من 80 في المائة من سكان المقاطعات الأربع في شبه إقليم أتشولي (غولو، وأمورو، وكيتغوم، وبادير).

4- وقد تحسنت الظروف الأمنية في السنوات الأخيرة بشكل ملحوظ. وأعاد إحياء محادثات السلام بين جيش الرب وحكومة أوغندا في عام 2006 الأمل في حل هذا النزاع ذي الأمد الطويل. في الوقت الحالي يسود استقرار نسبي وعملية عودة تدريجية: بدأ المشردون داخلياً بالانتقال من "المخيمات الأم" البالغ عددها 122، وتم تأسيس أكثر من 700 موقع مؤقت تقع على مسافة أقرب إلى منازلهم، وقد عاد 15 في المائة من المشردين داخلياً بشكل كامل إلى قراهم الأصلية. ولكن تأجل التوقيع المنتظر على إتفاق السلام عدة مرات وقد أعاد جيش الرب تشكيل بعض قواته في البلدان المجاورة. ولم يتم التوصل إلى حل كامل لقضية تحقيق أمن دائم.

5- *اللاجئون*. أدى عدم الاستقرار السياسي في جمهورية الكونغو الديمقراطية ورواندا والسودان إلى طلب 95 000 شخص حق اللجوء والمساعدة في النيل الغربي وشبه الأقاليم الجنوبية الغربية في أوغندا.[4] وقد تم استضافة اللاجئين في ست مناطق استيطان.[5] وفتح توقيع اتفاق السلام الشامل في السودان في عام 2005 المجال أمام اللاجئين السودانيين في غرب النيل للعودة إلى ديارهم: تمت إعادة توطين 30 000 لاجئ في عام 2008 ويبقى فقط 45 000 في شبه الإقليم.

---

[1] وزارة الصحة، 2008، *الخطة الاستراتيجية الوطنية لفيروس نقص المناعة المكتسب/الإيدز*.

[2] برنامج الأغذية العالمي، 2006. *سلسلة الجوع العالمي 2006: الجوع والتعلم*. روما.

[3] تم إجراء تمرين على نطاق شامل لتوثيق السكان المشردين داخلياً في عام 2007. ويقدم أيضاً مكتب مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين المعلومات المحدثة بشكل منتظم. انظر اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات. 2008 (أكتوبر/تشرين الأول). *المعلومات المحدثة عن تحرك المشردين داخلياً*.

[4] تم إنهاء آخر تمرين على نطاق شامل لتوثيق السكان المشردين داخلياً في عام 2008. الأرقام متضمنة في الوثيقة المعنونة: مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وبرنامج الأغذية العالمي. 2008. *بعثة التقدير المشتركة للاجئين في أوغندا. كامبالا*.

[5] مناطق الاستيطان في غرب النيل هي مخيم مويو وأدجيوماني وإكافي وإمفيبي ومادي أوكولو ورينو.

6- غالبية اللاجئين في الجنوب الغربي هم من جمهورية الكونغو الديمقراطية ومؤخراً من كينيا وهم يتركزون في خمس مناطق استيطان.[6] وقد حققت رواندا الاستقرار ضمن حدودها وانتهى العنف السياسي في كينيا ولكن القتال استمر في الجزء الشرقي من جمهورية الكونغو الديمقراطية. بالتالي، بينما تتوفر احتمالات تحسين الأوضاع في كل من أتشولي وغرب النيل فمن غير المتوقع عودة اللاجئين من الكونغوليين في الجنوب الغربي والبالغ عددهم 000 45 إلى ديارهم في المستقبل القريب ومن المتوقع وصول المزيد من اللاجئين من جمهورية الكونغو الديمقراطية.

الأمن الغذائي والوضع التغذوي

7- في عام 2005 حدد تقدير شامل للأمن الغذائي وهشاشة الأوضاع أن المشردين داخلياً واللاجئين أشد الذين يعانون من انعدام الأمن الغذائي في أوغندا. وقد تمت متابعة هذا التحليل من خلال نظام رصد للأمن الغذائي والتغذية، ومسوحات التغذية، وتقديرات الأمن الغذائي في حالات الطوارئ وبعثات تقدير مشتركة لرصد الاتجاهات عبر الزمن. وقد تم إجراء تقدير شامل جديد للأمن الغذائي وهشاشة الأوضاع في عام 2008 ويجري حالياً إتمام تحليل المعطيات. وتُشير الملاحظات الميدانية إلى أن المشردين داخلياً واللاجئين ما زالوا يعانون من انعدام الأمن الغذائي الحاد.

8- ويُدرك برنامج الأغذية العالمي أن سوء التغذية الحاد يحدث نتيجة لأسباب متعددة. ويحدد النموذج المفاهيمي الذي أعده صندوق الأمم المتحدة للطفولة ثلاثة أسباب مباشرة لسوء التغذية الحاد: متحصل غير ملائم من الأغذية، والمرض، وأساليب غير ملائمة لرعاية الأم والطفل. وقد ساهمت الأزمة الممتدة في جميعها.

⇦ *المشردون داخلياً*

9- *مستويات سوء التغذية الحاد*. خلال السنوات الثلاث الماضية حافظت عملية إغاثة مكثفة على بقاء معدل سوء التغذية الحاد الشامل دون نسبة الـ 10 في المائة في شبه إقليم أتشولي. وعلى الرغم من أن هذا الرقم يمثل إنجازاً كبيراً إلا أن ارتفاع معدل سوء التغذية الحاد الشامل في مقاطعتي غولو وأمورو من 5 في المائة إلى 8,7 في المائة في عام 2008[7] مثير للاهتمام.

10- *المتحصل الغذائي*. يعتمد الكثير من المشردين داخلياً على المساعدة الإنسانية لتغطية احتياجاتهم الغذائية. أشار تقدير الأمن الغذائي في حالات الطوارئ الذي جرى في عام 2008 خلال موسم الجفاف إلى أنه، في المتوسط، لم يتم تلبية سوى 50 إلى 60 في المائة من الاحتياجات الغذائية للمشردين داخلياً من إنتاجهم وأسواقهم ومن جمعهم واقتراضهم؛ أما ما تبقى تمت تغطيته من خلال المساعدة الغذائية. وما زال الإنتاج الغذائي بمثابة تحد للعديد من المشردين داخلياً بسبب محدودية وصولهم إلى الأرض والمدخلات، أما ارتفاع أسعار الأغذية فقد جعل الشراء من السوق أكثر صعوبة.[8]

11- مع تحسن الأوضاع الأمنية تتوافر المزيد من الأراضي ومن المتوقع ازدياد الإنتاج الغذائي الذي من المتوقع أن يؤدي إلى انخفاض عدد المشردين داخلياً الذين يحتاجون إلى المساعدة الغذائية. وجمعت حلقة عمل نظمت في أكتوبر/تشرين الأول عام 2008 المسؤولين على مستوى المقاطعة ووكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية لتحليل المتطلبات الغذائية خلال السنة القادمة باستخدام تقدير الأمن الغذائي في حالات الطوارئ ومسوحات التغذية، إلخ. وتوصل التحليل إلى أنه من الممكن الإلغاء التدريجي لحصول أكثر من 000 239 مشرد داخلي على توزيع الأغذية العام،

[6] مناطق الاستيطان في الجنوب الغربي هي كيرياندونغو وكيانغوالي وكياكا 2 وناكيفيل وأوريوتشينغا.

[7] العمل ضد الجوع، 2008. *مسح التغذية المستند إلى القياسات الجسدية – مقاطعتي غولو/أمورو، شمال أوغندا*. كامبالا.

[8] برنامج الأغذية العالمي، 2008. *تقدير الأمن الغذائي في حالات الطوارئ: مقاطعتي غولو/أمورو*. كامبالا.

بينما سيحتاج 000 295 آخرون إلى المساعدة فقط على أساس موسمي. ولكن سيحتاج أكثر من 000 443 شخص على المساعدة المستمرة خلال شهر سبتمبر/أيلول 2009.[9]

12- وأثرت نتائج ارتفاع انتشار فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب بين المشردين داخلياً (المقدر بضعف المتوسط الوطني) وآثاره على الصحة الجسدية وإنتاجية المتأثرين به على الأمن الغذائي والتغذية للسكان وفرص كسب سبل رزقهم.

13- يفتقر المشردون داخلياً أيضاً إلى الغذاء الكافي الذي يوفر المغذيات الدقيقة. وأشار المسح الديمغرافي والصحي لعام 2006 إلى أن معدل نقص الحديد بين المشردين داخلياً هو 77 في المائة، وفقط 10 في المائة من الأطفال قد حصلوا على غذاء غني بالحديد خلال الـ 24 ساعة الماضية.[10] وبالمقارنة، كانت مستويات نقص فيتامين ألف واليود منخفضة: تحصل غالبية المشردين داخلياً على فيتامين ألف إضافي و95 في المائة من الأسر تحصل على الملح المعزز باليود. ويبدو أن النتائج الأولية لدراسة مؤخرة للمغذيات الدقيقة تدعم هذه النتائج.[11]

14- *أساليب الرعاية*. توصي وزارة الصحة بالرضاعة الطبيعية الحصرية في أول ستة أشهر من أجل منع الالتهابات وضمان التغذية المثلى. على الرغم من ذلك فإن 25 في المائة فقط من الأطفال الرضع في مقاطعة كيتغوم[12] و40 في المائة في مقاطعة بادر[13] يحصلون على الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال أول ستة أشهر – وذلك يعود جزئياً إلى عدم كفاية درجة حساسية موفري الرعاية. ويتم إدخال الأغذية التكميلية بشكل مبكر جداً، وفي بعض الحالات، يتم تقديم الأنواع الخاطئة من الغذاء. على سبيل المثال، يقدم 49,5 في المائة من موفري الرعاية في مقاطعة كيتغوم الماء إلى الأطفال الرضع ربما بسبب عدم كفاية حليب الأم، بينما يقدم آخرون الشاي لهم.

15- *الأمراض*. تعد الملاريا أكثر الأمراض انتشاراً في مخيمات المشردين داخلياً والمواقع المؤقتة (50 في المائة في بادر و70 في المائة في كيتغوم)، والالتهابات التنفسية (14 في المائة في بادر و12 في المائة في كيتغوم) والإسهال (11 في المائة في كيتغوم).[14] وفي عام 2007 ارتبط 55 في المائة من الوفيات بين الأطفال من عمر 0-59 شهر بالملاريا.[12] وتتضافر الأمراض المرتبطة بالإيدز مع العوامل المسببة المرتبطة بسوء التغذية وأنماط الأمراض التي تؤثر على كل من الأطفال والبالغين.

16- وبالإمكان منع حدوث بعض هذه الأمراض. يمتلك فقط 53 في المائة من المشردين داخلياً شبكة حماية من البعوض (ناموسية) وينام فقط 33 في المائة من الأطفال تحت ناموسية.[10] ومن الممكن تخفيض انتقال الإسهال والالتهابات التنفسية من خلال تطبيق أساليب الإصحاح المحسنة.

17- لا يتمتع المشردون داخلياً بسبل مناسبة للوصول إلى الخدمات الصحية. فقط 40 في المائة من سكان كيتغوم و42 في المائة من سكان غولو يتوفر لديهم مركز صحي ضمن المدى الموصى به البالغ 5 كم.[12] إضافية إلى ذلك، المراكز الصحية غير مجهزة بالأدوية والموظفين القادرين على معالجة أكثر الأمراض انتشاراً أو سوء التغذية الحاد. نتيجة لذلك، يضطر الناس إلى السفر لمسافات تصل إلى 50 كم للحصول على الرعاية الملائمة. وبعودة الناس إلى مواطنهم الأصلية ستزداد المسافات التي سيقطعونها للوصول إلى الخدمات الصحية أكثر. ومن الممكن أن تُعزى الزيادة المعلنة في معدلات

[9] برنامج الأغذية العالمي، 2008. *الإلغاء التدريجي. تقرير حلقة العمل لشبه إقليم أتشولي* (مسودة). تمت مشاركة النتائج مع المانحين في اجتماعات فردية ومنتديات أكبر.
[10] حكومة أوغندا، 2006. *المسح الديمغرافي والصحي لأوغندا*. كامبالا.
[11] المناقشات مع الباحثين الرئيسيين لدراسة الاستهلاك الغذائي في جامعة ماكيري.
[12] جامعة ماكيري، 2007. *مسح التغذية والصحة للأطفال والنساء في مقاطعة كيتغوم*. كامبالا.
[13] وزارة الصحة، صندوق الأمم المتحدة للطفولة وبرنامج الأغذية العالمي، 2007. *تقدير التغذية والصحة في مخيمات المشردين داخلياً في مقاطعة بادر*. كامبالا.
[14] وزارة الصحة وبرنامج الأغذية العالمي، 2008. *مسح التغذية والصحة في مقاطعتي كيتغوم وبادر*. (مسودة). كامبالا.

سوء التغذية الحاد الشامل في غولو وأمورو إلى عملية عودة المشردين داخلياً التي أصبحت في مرحلة متقدمة أكثر من كيتغوم وبادر.

⇦ *اللاجئون*

18- *مستويات سوء التغذية الحاد*. وتمت المحافظة على معدلات سوء التغذية الحاد الشامل بين اللاجئين دون 10 في المائة في كل من شبه إقليمي النيل الغربي والجنوب الغربي4 بالنسبة لغرب النيل يتراوح معدل الانتشار من 3,8 في المائة في مستوطنة إمبيفي للاجئين إلى 7,6 في المائة في بالورينيا، بينما يتراوح في الجنوب الغربي من 2,7 في المائة في أورتشينغو إلى 6,1 في المائة في ناكيفيل. ولا يوجد نمط واضح للتحسن أو التدهور في جميع أنحاء المستوطنات. ويتم إجراء هذه المسوحات كل سنة في نوفمبر/تشرين الثاني بين المحصول الأول والثاني – الذي يعد فترة يسود فيها أمن غذائي نسبي.

19- *المتحصل الغذائي*. يعد المتحصل الغذائي في مستوطنات اللاجئين ملائماً ولكنه في أغلب الحالات يعتمد على المساعدة الغذائية من برنامج الأغذية العالمي. يحصل اللاجئون في غرب النيل والجنوب الغربي على الحصص الغذائية التي تغطي ما بين 40 إلى 60 في المائة من الكمية المستنسبة من الأغذية (الكمية المستنسبة يومياً) استناداً إلى ظروف أمنهم الغذائي. ويحصل القادمون الجدد والأفراد الضعفاء للغاية على حصة كاملة. ويتمثل أحد العوائق الرئيسية في محدودية الوصول إلى الأراضي القابلة للزراعة. وتقدم حكومة أوغندا الأرض للاجئين تحت إطار برنامج المساعدة الإنمائية للمناطق المستضيفة للاجئين، إلا أنها صغيرة.

20- استنادا إلى البيانات المتاحة بشأن عموم سكان إقليمي غرب النيل والجنوب الغربي، من المتوقع أن يمثل فقر الدم أكثر نقص في المغذيات الدقيقة انتشاراً بين اللاجئين. وتشير التقديرات إلى أن حوالي 70 في المائة من الأطفال و30 في المائة من النساء من عمر 15 إلى 49 سنة سيعانون من شكل من أشكال نقص الحديد. بالمقارنة، تعد مستويات نقص الفيتامين ألف واليود منخفضة نسبياً بسبب انتشار توزيع الفيتامين ألف[15] وتوفر الملح المعزز باليود في المستوطنات.

21- *أساليب الرعاية*. يعد جهل النساء اللاجئات بأساليب الرضاعة الملائمة إحدى التحديات الرئيسية للرعاية الملائمة. ويبلغ متوسط فترة الرضاعة الحصرية ما بين 2,8 إلى 4,6 أشهر، ولا يحصل من 50 إلى 65 في المائة من الأطفال الرضع على حليب الأم خلال أول ساعة بعد ولادتهم كما هو موصى به. إضافة إلى ذلك، إن الأغذية التكميلية المقدمة خلال هذه الفترة مثل الشاي والماء غير مغذية وقد تؤدي إلى معدلات أعلى من الإسهال.

22- *الأمراض*. الأمراض الرئيسية التي تساهم في سوء التغذية بين اللاجئين هي الملاريا (59-70 في المائة)، والالتهابات التنفسية (46-50 في المائة)، والإسهال (36-38 في المائة) والديدان المعوية (36-43 في المائة). وبشكل جزئي تعكس المعدلات المرتفعة للملاريا محدودية استخدام شبكات البعوض للأطفال (20-30 في المائة).[16] وينتج تفشي الالتهابات التنفسية والإسهال من الأوضاع المزدحمة والإصحاح والنظافة غير الملائمين.

---

[15] على سبيل المثال بلغت تغطية توزيع الفيتامين ألف 80-90 في المائة في مخيم رينو، غرب النيل. مديرية الخدمات الصحية في مقاطعة أوروا، 2008. مخيم *رينو/مستوطنات إمبيفي للاجئين: تقرير مسح القياسات الجسدية والأوبئة*. كامبالا.

[16] مديرية الخدمات الصحية في مقاطعة أوروا، 2008. مخيم *رينو/مستوطنات إمبيفي للاجئين: تقرير مسح القياسات الجسدية والأوبئة*. أخذت معدلات الأمراض واستخدام الشباك من مخيم رينو ومستوطنات إمبيفي.

⇦ *التصورات*

23- في أغسطس/آب عام 2008 استعرضت حكومة أوغندا وبرنامج الأغذية العالمي وممثلين عن المشردين داخلياً واللاجئين والشركاء الآخرين التصورات المستقبلية الممكنة والاستجابة الملائمة من خلال البرامج في حلقات عمل نُظمت على مستوى المقاطعة والمستوى الوطني.

24- *المشردون داخلياً*. بالنسبة لشبه إقليم أتشولي تم الاتفاق بشكل عام على أن التصور المتوقع يتمثل في تحسن الأوضاع الأمنية ولكن لن يتم التوقيع على اتفاق سلام. وبالتالي، ستزداد أعداد العائدين إلى ديارهم خلال عام 2009. ولكن لابد من الاستعداد لاختلافين محتملين. ويتمثل تصور إيجابي أكثر في إبرام إتفاق سلام سريع بين جيش الرب وحكومة أوغندا مما يؤدي إلى تحرك واسع النطاق للمشردين داخلياً في أتشولي – مما يفرض تحديات على الاستجابة الإنسانية. بينما يتمثل التصور الأقل إيجابية في عودة القتال مما يؤدي إلى تجدد عملية التشرد.

25- *اللاجئون*. من المتوقع ازدياد إعادة توطين اللاجئين السودانيين في غرب النيل مرة أخرى بين يناير/كانون الثاني ومايو/أيار عام 2009 (عندما يستطيع الناس العودة والتمكن من إتمام المحصول). ويتمثل التصور البديل في تجدد القتال في جنوب السودان مما يؤدي إلى تباطؤ إعادة التوطين وربما يؤدي حتى إلى تدفقات جديدة من اللاجئين إلى أوغندا.

26- ويشير استمرار عدم الاستقرار في جمهورية الكونغو الديمقراطية إلى ضرورة الاستعداد لاحتمال تدفق كبير من اللاجئين إلى الجنوب الغربي. ويتمثل تصور أكثر جدية ولكن أقل احتمالية في إحاطة الإقليم بنزاع أوسع يسببه القتال الدائر في جمهورية الكونغو الديمقراطية. في هذه الحالة قد يلجأ حوالي 000 100 لاجئ إلى أوغندا.[17]

السياسات والقدرات وعمل الحكومة والجهات الأخرى

السياسات والقدرات وعمل الحكومة

27- في أكتوبر/تشرين الأول عام 2007 أطلقت الحكومة خطة السلام والإنعاش والتنمية في شبه أقاليم أتشولي وتيسو ولانغو وكاراموجا. ويهدف البرنامج إلى تعبئة الموارد البشرية والمالية للمقاطعات المتأثرة بالنزاع. وللبرنامج أربعة أهداف استراتيجية هي: 1) تعزيز سلطة الدولة؛ 2) إعادة بناء وتمكين المجتمعات؛ 3) إحياء الاقتصاد؛ و4) بناء السلام وإرساء المصالحة. ويتضمن نصوصاً واضحة بشأن المساعدة الإنسانية والإنعاش المجتمعي للمشردين داخلياً. وتعمل خطة السلام والإنعاش والتنمية في إطار خطة عمل القضاء على الفقر (2004) المطورة لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

28- أما من أجل اللاجئين في شبه إقليمي غرب النيل والجنوب الغربي فقد أعدت حكومة أوغندا ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين استراتيجية الاعتماد الذاتي وبرنامج المساعدة الإنمائية للمناطق المستضيفة للاجئين، وتخصص الحكومة تحت إطار هذا البرنامج الأرض للاجئين بينما تقدم مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين المدخلات التكميلية. وتتكامل خطة السلام والإنعاش والتنمية واستراتيجية الاعتماد الذاتي مع الخطط القطاعية الوطنية. وتُنفذ وزارة الصحة حالياً المرحلة الثانية من الخطة الاستراتيجية الوطنية لقطاع الصحة.

[17] مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، 2008. *خطة الطوارئ المحدثة لتدفق اللاجئين من جمهورية الكونغو الديمقراطية*. كامبالا.

29- طلبت الحكومة المساعدة من المجتمع الإنساني لتنفيذ البرامج الموضحة في خطة السلام والإنعاش والتنمية واستراتيجية الاعتماد الذاتي وبرنامج المساعدة الإنمائية للمناطق المستضيفة للاجئين وخططها المرتبطة.

السياسات والقدرات وعمل الجهات الرئيسية الأخرى

30- يوجد مجتمع إنساني قوي في أوغندا. ويعد كل من برنامج الأغذية العالمي ومنظمة الأمم المتحدة وصندوق الأمم المتحدة للطفولة وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية من وكالات الأمم المتحدة الرئيسية العاملة في مجال الأمن الغذائي والصحة والتغذية. وتعمل مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين في مجال إدارة المخيمات وحماية المشردين داخلياً وإعادة توطينهم في الخارج واستيطانهم في مواقع اللاجئين. ويسهل مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية التخطيط والاستجابة المشتركة. وتعمل المنظمات غير الحكومية بنشاط في مجالات الأمن الغذائي والصحة والتغذية في جميع أنحاء شبه الأقاليم.

التنسيق

31- يقود مكتب رئيس الوزراء الجهود التنسيقية في المجال الإنساني. وبالنسبة لخطة السلام والإنعاش والتنمية تشكل لجنة السياسة والرصد منتدى للحوار بين المستويين المركزي والمحلي. وفي إطار الهيكلية اللامركزية ينسق المسؤول الإداري الرئيسي في المقاطعة جميع الاستثمارات على المستوى المحلي من خلال اللجان القطاعية. وتراقب لجان إدارة الكوارث في المقاطعات التي تترأسها الحكومة تنفيذ التخطيط للطوارئ وأنشطة الاستجابة.

32- ضمن المجتمع الإنساني يقود المنسق الإنساني واللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات/الفريق القطري التابع للأمم المتحدة جهود الاستجابة بتطبيق النهج الاستقصائي. وقد تم تحديد ستة مجالات هي: 1) الأمن الغذائي وسبل المعيشة الزراعية؛ 2) التعليم أثناء الطوارئ؛ 3) المياه والإصحاح؛ 4) الصحة، وفيروس نقص المناعة المكتسب/الإيدز والتغذية؛ 5) الحماية؛ 6) الإنعاش المبكر. وتضم المجموعات المعنية بمجالات العمل الوزارات المعنية ووكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية والمانحين المهتمين وتجتمع شهرياً في كل من كامبالا وعلى المستوى المحلي.

33- ومن أجل إعداد الاستراتيجية للعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش وعملية الطوارئ والبرنامج القطري المرافقين، نظم برنامج الأغذية العالمي سلسة من حلقات العمل الإقليمية التي جمعت الجهات الحكومية المعنية والمجتمع الإنساني لمناقشة التوجهات والأنشطة المحتملة. وقد تم دعم حلقات العمل بالمشاورات مع الحكومة ووكالات الأمم المتحدة والمانحين في كامبالا. وكان هناك إجماع واسع على الاستراتيجية المقدمة في هذه الوثيقة.

أهداف المساعدة من برنامج الأغذية العالمي

34- يتمثل الهدف الكلي لهذه العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش في دعم جهود الحكومة الرامية إلى إنقاذ أرواح المشردين داخلياً واللاجئين في أوغندا المتأثرين بالأزمة الإنسانية الممتدة (الهدف الاستراتيجي 1). ويتمثل الهدف المحدد لها في الحد من سوء التغذية الحاد أو استقراره – وبالتالي تخفيض خطر الوفيات – بين المشردين داخلياً والعائدين في أتشولي والمشردين داخلياً في غرب النيل واللاجئين في الجنوب الغربي.

35- يدعم هذا الهدف الهدف الأول في إطار مجال الأولوية الاستراتيجية 1 – العمل الإنساني في الطوارئ – للاستراتيجية القطرية لبرنامج الأغذية العالمي في أوغندا (2009-2014) التي تتمثل بما يلي: "لا يوجد وفيات من الجوع الحاد وقد تمت حماية الأصول الإنتاجية للأسر الأكثر معاناة من انعدام الأمن الغذائي والغذاء ضد الجفاف والفيضانات".

استراتيجية الاستجابة

طبيعة المساعدة المقدمة إلى اليوم وفعاليتها من أجل توفير الأمن الغذائي

36- قدم برنامج الأغذية العالمي المساعدة الغذائية للمشردين داخلياً منذ عام 1996 وإلى اللاجئين منذ عام 1988. وفي عام 2005 وافق المجلس التنفيذي على العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش رقم 10121.1 لصالح 2,6 مليون مستفيد. وتبعتها الموافقة في فبراير/شباط عام 2008 على العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش رقم 10121.2 لصالح 1,3 مليون مستفيد. وستحل العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش المقترحة محل العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش رقم 10121.2. وتماشياً مع طلب المجلس التنفيذي، فهي مبسطة وتحتوي على تركيز واضح على المساعدة الإنسانية التي تنقذ الأرواح. وسيتم تسليم مكوني الإنعاش ومتابعة التغذية المدرسية من العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش رقم 10121.2 إلى البرنامج القطري. وفي يوليو/تموز 2007 توصل تقييم للعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش إلى عدد من النتائج الهامة لصياغة هذه العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش؛ وقد حددت الدراسات والتقييمات السابقة أيضاً الدروس المستفادة والتعديلات الموصى بها على نهج برنامج الأغذية العالمي للعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش المقترحة.

37- ووفقاً لتقييم نهاية المدة للعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش رقم 10121.1[18] في أوغندا أدى التوزيع العام والتغذية الإضافية والعلاجية دوراً حيوياً في المحافظة على معدلات سوء التغذية الحاد الشامل دون 10 في المائة. ولكنه أشار باهتمام إلى ارتفاع معدلات سوء التغذية في مناطق العودة عند توقف المساعدة الغذائية (على سبيل المثال في مقاطعة ليرة) وأشار إلى أهمية تطوير الاستراتيجية الملائمة للانسحاب المرحلي.

38- وفي عام 2008 أشار تقييم لتوزيع الأغذية العام المشترك بين برنامج الأغذية العالمي ومجلس اللاجئين النرويجي إلى أن السلة الغذائية ذاتها قد تم تقديمها إلى المستفيدين لعدد من السنوات بدون أي تغيير.[19] ومن المقترح إمكانية استخدام السلع المحلية كمكونات بديلة للسلة الغذائية. واقترح التقييم أيضاً دراسة الاستراتيجيات البديلة بما في ذلك برامج التحويلات النقدية أو القسائم المخصصة للأغذية.

39- وحدد تقييم أجرته إدارة التنمية الدولية (المملكة المتحدة) للاستجابة في مجال الصحة والتغذية وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في عام 2008 عدداً من التحديات الهامة لبرامج التغذية الإضافية والعلاجية.[20] وأشار إلى أن فرق الصحة القروية لا تحصل على التدريب على التغذية وبالتالي هذا يقيد قدرتها على أداء دور فعال في إطار النهج المجتمعية لمواجهة سوء التغذية. وأشار أيضاً إلى أن التغذية لم تبد كأولوية لحكومات المقاطعات.

40- وجد استطلاع داخلي لبرنامج التغذية الإضافية المجتمعي التجريبي لبرنامج الأغذية العالمي في كاراموجا أن النهج قد أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الأطفال الذين يصلون إلى الخدمة واقترح استخدامه بشكل أوسع. ولكنه اكتشف عدم

[18] التقرير الخارجي لتقييم العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش لأوغندا رقم 10121.1 ، أغسطس/آب 2007.

[19] مجلس اللاجئين النرويجي، 2008. *تقييم توزيع الأغذية العام في شمال أوغندا: مقاطعات غولو وأمورو وكيتغوم، 2005-2008*. أوسلو.

[20] أتاويل، ك. 2007. *تقييم برامج الطوارئ المشتركة للصحة والتغذية وفيروس نقص المناعة/الإيدز في شمال أوغندا*. لندن، إدارة التنمية الدولية (المملكة المتحدة).

قيام جميع العاملين الصحيين القرويين المدربين بتحويل المرضى. واقترح أيضاً دراسة استخدام الأغذية المحلية على شكل مزيج مقوى ومنتجات جاهزة للاستخدام.

ملخص الاستراتيجية

41- ستركز استجابة العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش على المسببات المباشرة لسوء التغذية الحاد وستتكون من ثلاث أدوات متكاملة: 1) التوزيع العام (غالباً الغذاء ولكن في بعض الحالات النقد/القسائم)؛ 2) التغذية الإضافية؛ 3) التغذية العلاجية. وسيتم تصميم كل من هذه الأنشطة بأساليب ابتكارية لتحقيق الاحتياجات الغذائية للمجتمعات المستهدفة بالشكل الأمثل. ستراعي العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش نقاط الضعف المرتبطة بفيروس نقص المناعة المكتسب والإيدز المرتبطة بأوضاع الأمن الغذائي والتغذية بين المشردين داخلياً ومعالجة الاحتياجات الخاصة عند الضرورة. كما ستعمم المنظور الجنساني في إطار أنشطتها.

42- وتتضمن خطط التنمية في المقاطعات على هذه النهج وهي تتماشى مع أهداف ومدة تنفيذ خطة السلام والإنعاش والتنمية، واستراتيجية الاعتماد الذاتي، وبرنامج المساعدة الإنمائية للمناطق المستضيفة للاجئين. وقد استعرضها المانحون وآليات البرمجة المشتركة للأمم المتحدة وهي تدعم أهداف إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية والأهداف الإنمائية للألفية.

⇦ *التوزيع العام للأغذية*

43- سيساهم التوزيع العام للأغذية في معالجة جميع المسببات المباشرة لسوء التغذية الحاد – المتحصل الغذائي غير الملائم، والأمراض، وأساليب الرعاية غير الملائمة – بالتركيز على تحسين المتحصل الغذائي. ونظراً أن الوكالات الأخرى تتمتع بالميزة النسبية في تطوير الاستجابات لمواجهة الأمراض وتحسين أساليب الرعاية فإن أنشطة برنامج الأغذية العالمي ستتكامل مع هذه الجهود.

44- *الغذاء أو النقد/القسائم*. يهدف المكون الأول إلى المساعدة في تحقيق فجوة المتحصل الغذائي المقدر للمجتمعات في المناطق المحددة فيما يتعلق بكل من الكمية والنوعية. وستوفر العملية النقد/القسائم أو الغذائية وفقاً للموسم. وسيتم استخدام النقد/القسائم أثناء فترة ما بعد الحصاد (سبتمبر/أيلول إلى فبراير/شباط) عندما تكون الأسعار منخفضة ويحظى النقد بالقوة الشرائية القصوى.[21] ويناقش برنامج الأغذية العالمي مع عدد من المصارف إمكانية إجراء التحويلات النقدية من خلال أجهزة الصراف الآلي أو من خلال نظم القسائم.

45- وسيتم توزيع الغذاء خلال موسم الجفاف (مارس/آذار إلى أغسطس/آب) عندما تكون الأسعار في الذروة وقد يساهم ضخ النقد في التضخم. وستتكون السلة الغذائية من الذرة والبقول والزيت النباتي وخليط الذرة بالصويا. وسيتم توفير مسحوق المغذيات الدقيقة أيضاً للمساعدة في معالجة المستويات المرتفعة من فقر الدم بين المشردين داخلياً واللاجئين. ولكن يتميز الحد من نقص الحديد بأثر جانبي سلبي محتمل هو: تقديم الحديد الإضافي إلى الأطفال الذين يعانون من الملاريا بدون علاج مضاد للملاريا قد يزيد من خطر الوفاة. وبالتالي سيشترك برنامج الأغذية العالمي مع الوكالات الأخرى لتوفير الناموسيات عندما يكون ذلك ملائماً (انظر الفقرة المعنية بالبنود التكميلية) وتحويل المستفيدين الذين يُشك في أنهم يعانون من الملاريا إلى الوحدات الصحية.

[21] بما أن أنشطة النقد/القسائم هي مداخلة تجريبية للمكتب القطري سيتم إدخالها بشكل مرحلي ابتداءً من سبتمبر/أيلول 2009.

46- وكجزء من مبادرة الشراء من أجل التقدم ينوي برنامج الأغذية العالمي أيضاً تحديد السلال الغذائية التي تحتوي على المنتجات المحلية مثل الذخن والكسافا والسمك واللحم المجفف كبدائل للحصة القياسية. ويتمتع هذا التوجه بعدة فوائد هي: 1) تتوافق السلال مع التفضيلات المحلية؛ 2) يمكن أن تحتوي على محتوى عال من المغذيات الدقيقة؛ 3) تُظهر للمستفيدين نماذج مغذية للأغذية المتوفرة محلياً. وسيتم إدخال هذه السلال فقط بعد موافقة المجموعة التقنية الاستشارية عليها في المقر وقيام مكتب مبادرة الشراء من أجل التقدم بوضع مقاييس الجودة والترتيبات اللوجستية الملائمة.

47- *البنود التكميلية*. يركز المكون الثاني على المساعدة على منع تأثير ظرفين رئيسيين على المشردين داخلياً واللاجئين وهما: الملاريا والإسهال. سيُشجع برنامج الأغذية العالمي بشدة صندوق الأمم المتحدة للطفولة ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين على توفير الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية والصابون وحبوب تطهير الماء. وعند وجود فجوة سيدرس برنامج الأغذية العالمي احتمال توفير هذه البنود.

48- *إذكاء الوعي*. سيتم تنفيذ هذا المكون الثالث عندما يجتمع المستفيدون مباشرة قبل التوزيع العام للأغذية. وستغطي رسائل زيادة الحساسية المواضيع الهامة للمواقع المحددة المتعلقة بأساليب الرعاية (الرضاعة الطبيعية مثلا) والمتحصل الغذائي (المغذيات الدقيقة مثلا) ومنع حدوث الأمراض والإصحاح (الملاريا مثلا)؛ والعلاقة التي تربط بين عدم المساواة بين الجنسين والجوع. وسيستخدم مزيج من الأساليب لإيصال الرسائل بما في ذلك المسرحيات والأغاني الرائجة المحلية والملصقات والمنشورات. وسيقوم الشركاء وموظفو الرصد لدى برنامج الأغذية العالمي وإدارة المخيم واللجان الإنمائية التابعة للأبرشية بالإضطلاع بعملية إذكاء الوعي.

⇦ *التغذية الإضافية*

49- تساعد التغذية الإضافية من يعاني من الهزال المتوسط من الأطفال من عمر 6 إلى 59 شهراً والنساء الحوامل والمرضعات اللاتي يعانين من الهزال المتوسط. وسيُدخل برنامج التغذية الإضافية نهجاً مجتمعياً ومنتجات جديدة.

50- *النهج المجتمعي*. من الممكن أن يقع أقرب مركز صحي على بعد 50 كم من منازل الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية بحيث يصبح صعباً على المستفيدين استلام حصصهم الغذائية المنزلية. وسيُدخل برنامج الأغذية العالمي نهجاً مجتمعياً سيعمل على تحسين وصول المستفيدين وسيؤدي في النتيجة إلى زيادة معدل الإنعاش. وسيتم تدريب فرق الصحة القروية ومنها القابلات التقليديات على ما يلي: 1) تحديد الأطفال والنساء الحوامل والمرضعات الذين يعانون من الهزال المتوسط؛ 2) توفير المعلومات الأساسية حول كيفية معالجة المشكلة (على سبيل المثال تغيير أساليب التغذية)؛ 3) تحويل المرضى عند الضرورة. وسيتم توفير حصص التغذية الإضافية من خلال المراكز الصحية الحكومية وعند الضرورة العيادات المتنقلة الواقعة على مسافة مشي تبلغ 5 كم. وسيستمر البرنامج في استخدام مراكز التغذية الإضافية القائمة لأولئك المقيمين بالقرب من أحدها. وسيتشارك برنامج الأغذية العالمي مع وزارة الصحة لإزالة الديدان من الأطفال مرة كل ستة أشهر ومعالجة التهابات دودة الأنكيلوستوما.

51- *المنتجات الجديدة*. يوفر برنامج التغذية الإضافية لبرنامج الأغذية العالمي حالياً خليط الذرة بالصويا والزيت والسكر. وعلى المدى القصير، يود برنامج الأغذية العالمي أن يبدأ في استخدام أغذية Supplemenay Plumpy™ التي توفر حصة غذائية لذيذة مصممة بشكل خاص لتلبية الاحتياجات التغذوية للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية. وسيتم استهداف الأسر باستخدام التوزيع العام للأغذية لمساعدة تخفيض خطر مشاركة أفراد الأسرة الآخرين لأغذية

Supplemenay Plumpy™. وعلى المدى المتوسط سيبحث برنامج الأغذية العالمي بالتعاون مع جامعة ماكيري إمكانية تصميم منتجات محلية للتغذية الإضافية للإستعاضة عن أغذية Supplemenay Plumpy™ الأكثر كلفة.

⇦ *دعم التغذية العلاجية*

52- سيدعم برنامج الأغذية العالمي التغذية العلاجية للأطفال الذين يعانون من الهزال الحاد. وسيضطلع كل من حكومة أوغندا وصندوق الأمم المتحدة للطفولة دور القيادة في هذه البرامج ولكن يبقى لبرنامج الأغذية العالمي دور حيوي في توفير خليط الذرة بالصويا والزيت والسكر خلال المرحلتين الثانية والثالثة للعلاج. ويقدم أيضاً حصة غذائية لشخصين يقومان بالرعاية لضمان قدرة الأشخاص القائمين على أطفال يعانون من هزال حاد على تحقيق احتياجاتهم الخاصة.

53- ويدعم برنامج الأغذية العالمي حكومة أوغندا وصندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) في التحول نحو نهج مجتمعي أكثر للتغذية الإضافية. ويؤدي برنامج الأغذية العالمي دوراً أصغر عند حضور الحكومة وصندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، ولكنه يستطيع المساعدة في دعم المواقع التي لا يغطيها صندوق الأمم المتحدة للطفولة.

⇦ *التخفيض المرحلي*

54- بالإمكان استخدام التوزيع العام للأغذية والتغذية الإضافية والتغذية العلاجية بشكل متضافر في المواقع حيث تتجاوز معدلات سوء التغذية الحاد الشامل 10 في المائة أو أنها دون الـ 10 في المائة ولكن توجد عوامل تزيد من الشدة مثل الأمراض أو الصدمات. وبتحسن الأوضاع لا سيما في أتشولي وغرب النيل سيتم تخفيض البرامج مرحلياً. ومن خلال عملية استشارية واستناداً إلى مجموعة من تقديرات التغذية والأمن الغذائي، سيعمل برنامج الأغذية العالمي مع المستفيدين والحكومة والشركاء الآخرين لتحديد المجتمعات التي لم تعد بحاجة إلى المساعدة الغذائية (انظر "المستفيدون والاستهداف" للمزيد من المعلومات حول العملية). وفي المناطق التي يتم فيها التخفيض المرحلي لبرامج العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش سيدعم برنامج الأغذية العالمي أنشطة الإنعاش والتنمية ومنها مبادرة الشراء من أجل السلام. ويتمثل الهدف في مساعدة أفراد المجتمعات على أن يصبحوا منتجين صافين للغذاء بدلاً من أن يكونوا مجرد متلقين.

المستفيدون والاستهداف

55- استناداً إلى المشاورات مع الحكومة ووكالات الأمم المتحدة والشركاء من المنظمات غير الحكومية والمستفيدين الحاليين، ستعالج العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش هذه الاحتياجات الأساسية للأشخاص التاليين:

- 766 000 [22] مشرد داخلي والعائدين في المخيمات والمواقع المؤقتة ومواطنهم الأصلية[23] في شبه إقليم أتشولي؛
- 115 000 [24] لاجئ في مناطق إعادة التوطين في شبه إقليمي غرب النيل والجنوب الغربي.

56- سيتم إيلاء اهتمام خاص للأفراد الشديدي الضعف ومنهم كبار السن والمعوقون والمرضى والأيتام وتقديم حصص غذائية كاملة لهم.

[22] تم تحديد هذا الرقم من خلال اجتماع استشاري في غولو. انظر: برنامج الأغذية العالمي. 2008. تقرير *حلقة عمل التخفيض المرحلي لشبه إقليم أتشولي* (مسودة).

[23] ستتم مساعدة المشردين داخلياً في مواطنهم الأصلية حتى يتمكنوا من إنتاج أول محصول لهم وتحقيق احتياجاتهم.

[24] يمثل هذا الرقم الاجمالي للاجئين الذين يحصلون على المساعدة نتيجة الرقم الحالي للمستفيدين من اللاجئين (000 95) مضاف إليه القادمين الجدد المتوقعين بين أبريل/نيسان 2009 ومارس/آذار 2012 (000 20). بما أنه من المتوقع إعادة توطين أكثر من 30 000 لاجئ خلال نفس الفترة، من المتوقع انخفاض العدد السنوي للمستفيدين خلال السنوات الثلاث لتنفيذ العملية.

57- يلخص الجدول رقم 1 أعداد المستفيدين وفقاً لنوع المداخلة والسنة.

الجدول رقم 1: المستفيدون وفقاً لنوع المداخلة

الأنشطة	2010-2009			2011-2010			2012-2011		
المشردون داخلياً									
	إناث	**ذكور**	**المجموع**	**إناث**	**ذكور**	**المجموع**	**إناث**	**ذكور**	**المجموع**
التوزيع العام للأغذية	398 000	368 000	**766 000**	199 000	184 000	**383 000**	-	-	-
التغذية الإضافية	27 576	18 384	**45 960**	13 788	9 192	**22 980**	6 894	4 596	**11 490**
العلاجية (المرضى)	5 515	3 677	**9 192**	2 758	1 838	**4 596**	1 371	914	**2 285**
العلاجية (موفرو الرعاية)	11 030	7 354	**18 384**	5 516	3 676	**9 192**	2 742	1 828	**4 570**
المشردون									
	إناث	**ذكور**	**المجموع**	**إناث**	**ذكور**	**المجموع**	**إناث**	**ذكور**	**المجموع**
التوزيع العام للأغذية	50 000	45 000	**95 000**	47 000	43 000	**90 000**	44 000	41 000	
التغذية الإضافية	2 280	1 520	**3 800**	2 160	1 440	**3 600**	2 040	1 360	**3 400**
العلاجية (المرضى)	570	380	**950**	540	360	**900**	510	340	**850**
العلاجية (موفرو الرعاية)	1 140	760	**1 900**	1 080	720	**1 800**	1 020	680	**1 700**
المجموع[25]	448 000	413 000	**861 000**	246 000	227 000	**473 000**	44 000	41 000	**85 000**

58- بعودة المشردين داخلياً إلى أوطانهم وإعادة تأسيس سبل رزقهم يجب أن يصبح بالإمكان بحلول السنة الثالثة توقيف التوزيع العام للأغذية مرحلياً. ولأغراض التخطيط، تم افتراض أن نصفهم سيصبح في حالة الإكتفاء الذاتي في عام 2011/2010 أما الباقي ففي 2012/2011. وستسمح عملية إعادة توطين اللاجئين بالتخفيض المرحلي للتوزيع العام للأغذية في غرب النيل بحيث يغادر حوالي 15 000 لاجئ كل سنة. ولكن ستزداد هذه الارقام تدريجياً بسبب التدفقات الجديدة في الجنوب الغربي (بمتوسط 10 000 سنوياً للسنوات الثلاث الماضية). وسيحدث انخفاض صغير في عدد المستفيدين من اللاجئين خلال العملية.

59- ويستند استهداف الأسر التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي إلى التقديرات الدورية للاحتياجات. إن تحديد الاحتياجات من أجل التوزيع العام للأغذية سيستخدم عملية من ثلاث خطوات. أولاً، أقام برنامج الأغذية العالمي وشركاؤه نظاماً للأمن الغذائي ورصد التغذية يرصد الاستهلاك وأنماط التأقلم وبإمكانه تحفيز التقديرات في حالات الطوارئ. ثانياً، سيتم إجراء مجموعة شاملة من التقديرات – مسوحات استخدام الأراضي وإنتاج المحاصيل، وتقدير الأمن الغذائي في حالات الطوارئ (التي تضم تحليل السوق) ومسوحات التغذية – على الأقل مرة في السنة لتحديد المناطق الجغرافية المحتاجة وأضعف المجموعات السكانية التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي. وسيتم استخدام نظام متكامل لتصنيف مراحل الأمن الغذائي لإلقاء الضوء على هذه المناطق الجغرافية ومواءمة جميع موارد الإثبات وبناء الإجماع بين الشركاء حول أوضاع الأمن الغذائي. ثالثاً، سيتم تحديد خيارات الاستجابة في حلقة عمل استشارية مع جميع الشركاء من أجل ضمان البرمجة المتكاملة.

60- وتم تقدير أعداد المستفيدين من أجل برامج التغذية الإضافية والعلاجية استناداً إلى معدلات سوء التغذية المتوسط والحاد. وسيستند الدخول والخروج إلى معايير القبول والتخريج القياسية (على سبيل المثال الوزن مقابل الطول، ومحيط

[25] لا يعادل مجموع عدد المستفيدين مجموع عدد مكونات الأنشطة الإفرادية لأن بعض الأسر قد تستفيد من أكثر من نشاط.

منتصف الجزء الأعلى للذراع). وجميع الأطفال بعمر 6 إلى 59 شهراً والنساء الحوامل والمرضعات الذين يعانون من سوء التغذية المتوسط سيتم أخذهم في الحسبان في إطار برنامج التغذية الإضافية.

الاعتبارات التغذوية والحصص الغذائية

61- *حجم الحصة*: تُقدر فجوة الطاقة لغالبية المستفيدين من المشردين داخلياً واللاجئين بين 40-60 في المائة. بالتالي سيحصلون على حصة غذائية أو قسيمة نقدية معادلة تغطي 50 في المائة من الكمية المستنسبة من الأغذية. وسيحصل الأفراد من ذوي الضعف الشديد على 100 في المائة من الكمية المستنسبة من الأغذية.

62- *مكونات الحصة*: ستتكون الحصة للتوزيع العام للأغذية من الذرة أو دقيق الذرة والبقول وخليط الذرة بالصويا والزيت النباتي المقوى ومسحوق المغذيات الدقيقة. وسيبحث برنامج الأغذية العالمي عن سلاسل غذائية بديلة باستخدام المنتجات المحلية المصممة لاحتياجات وأذواق كل شبه إقليم وتأمين الموافقة الضرورية على أي تغيير والقيام بأي مراجعة مطلوبة للميزانية. وستتكون الحصة المخصصة لبرنامج التغذية الإضافية إما من أغذية Supplemenay Plumpy™ أو مزيج من خليط الذرة بالصويا والزيت والسكر، التي تعالج الاحتياجات للمغذيات الدقيقة وبشكل خاص الفيتامين ألف واليود والحديد. والحصص الغذائية المقدمة في إطار التغذية العلاجية هي مزيج من خليط الذرة بالصويا والزيت والسكر مقدمة لتكميل المواد الغذائية الخاصة التي يقدمها الشركاء في مجال التغذية.

63- ويستمر التوزيع العام للأغذية من 3 إلى 12 شهراً والتغذية الإضافية لمدة 90 يوماً والتغذية العلاجية لمدة 30 يوماً. وسيتم أيضاً توزيع البسكويت عالي الطاقة للاجئين أثناء التدفق وإعادة التوطين.

ويُظهر الجدول رقم 2 سلة الأغذية والنقد/القسائم المعادلة وفقاً لنوع المداخلة.

الجدول رقم 2: السلة الغذائية وما يعادلها من نقد/قسائم[26] وفقاً للنشاط (للفرد في اليوم)

الحصة	الذرة أو الحنطة أو الدقيق *(غ)*	البقول *(غ)*	الزيت النباتي *(غ)*	أغذية Supplemenay Plumpy™ *(غ)* أو مسحوق المغذيات الدقيقة	السكر *(غ)*	خليط الذرة بالصويا *(غ)*	النقد *(دولار أمريكي)*	سعرة حرارية
التوزيع العام للأغذية – 50 في المائة من الكمية المستنسبة من الأغذية								
المقياس	200 (الحنطة)	40	10	1 (مسحوق المغذيات الدقيقة)		50	17	1 123
التوزيع العام للأغذية – 100 في المائة من الكمية المستنسبة من الأغذية								
المقياس	390 (دقيق)	70	30	1 (مسحوق المغذيات الدقيقة)		50	37	2 127
التغذية الإضافية								
في المركز			25		15	229		1 197
المجتمعية				92 (أغذية Supplemen-ay Plumpy™)				500
التغذية العلاجية								
المرضى			10		10	60		369
موفرو الرعاية	400 (دقيق)	65	30			40		2 107

64- يُظهر الجدول رقم 3 مجموع المتطلبات من السلع للمستفيدين من العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش لمدة 36 شهراً.

الجدول رقم 3: مجموع المتطلبات من السلع لمدة ثلاث سنوات

نوع المداخلة	الذرة أو القمح أو الدقيق	البقول	الزيت النباتي	أغذية Supplemenay Plumpy™ أو مسحوق المغذيات الدقيقة	السكر	خليط الذرة بالصويا	البسكويت عالي الطاقة	النقد (ما يعادله بالطن المتري)	المجموع
التوزيع العام للأغذية	89 084	17 425	4 969	399	-	19 944	58	4 602	136 482
التغذية الإضافية	-	-	165	3 809	99	1 516	-	-	5 589
التغذية العلاجية	5 407	879	473	-	68	946	-	-	7 772
المجموع	**94 491**	**18 304**	**5 607**	**4 208**	**167**	**22 406**	**58**	**4 602**	**149 843**

ترتيبات التنفيذ

المشاركة

65- استندت صياغة استراتيجية العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش وترتيبات التنفيذ إلى الاستشارات المكثفة مع ممثلي المستفيدين. وعُقدت حلقات عمل على مستوى المقاطعة بمشاركة رؤساء المستفيدين وممثلي النساء في كل منطقة من

[26] تماشيا مع توجيهات برنامج الأغذية العالمي بشأن التحويلات التجريبية للنقد. وقد حسب برنامج الأغذية العالمي المعادل من النقد لحصة غذائية يومية بالاستناد إلى أسعار تسليم المواد.

مناطق المشروع لتحديد الدروس من المداخلات السابقة وتصميم استجابة ملائمة للواقع على الأرض. وأجرى عدد من بعثات التقييم المقابلات المباشرة مع الأسر حول تجربتهم مع برامج برنامج الأغذية العالمي. وقد أُخذت بالحسبان هذه الآراء في تصميم العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش المقترحة.

66- وسيستمر المستفيدون في المشاركة في عملية التسجيل وتوزيع الأغذية من خلال لجان إدارة الأغذية المجتمعية التي تنال فيها النساء أكثر من 50 في المائة من المراكز القيادية. وسيتم إصدار بطاقات الحصص الغذائية للغالبية العظمى من الأسر بأسماء النساء لأنهن صاحبات الحق بالأغذية. وتقوم النساء باستلام الحصص الغذائية في مواقع التوزيع.

الشركاء

67- توفر الخطط الحكومية على المستويات الوطنية والمقاطعة وشبه المقاطعة والأبرشية الإطار لأنشطة العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش. وشارك المسؤولون على مستوى المقاطعة ومن الوزارات المعنية في تطوير استراتيجيات العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش من خلال الاستشارات مع أصحاب الشأن المعنيين على المستويين الوطني والمقاطعة وستقود الجهود التنفيذية أو تتكامل معها.

68- ويعمل برنامج الأغذية العالمي أيضاً مع مجموعة من الشركاء بما فيهم منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وصندوق الأمم المتحدة للطفولة والعمل لمكافحة الجوع لتنفيذ التقديرات المشتركة. ويضم شركاء برنامج الأغذية العالمي لتنفيذ البرنامج صندوق الأمم المتحدة للطفولة ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومجلس اللاجئين النرويجي والمنظمة الدولية للرؤية العالمية ومنظمة *Akion Afika Hilfe* والعديد من المنظمات المجتمعية.

⇦ *المدخلات غير الغذائية*

69- سيتم استخدام تمويل برنامج الأغذية العالمي لتكاليف التشغيل المباشرة الأخرى لإجراء التقديرات وأنشطة الشركاء المتعاونين والبنود غير الغذائية (مثل الموازين) والمتطلبات الأخرى. أما بالنسبة لبناء القدرات الحكومية فسيتم التركيز على التدريب والبعثات المشتركة وتبادل الموظفين والزيارات إلى المواقع.

⇦ *الحماية*

70- تركز العملية الممتدة بشكل خاص على ضمان حماية المستفيدين. وتم ارساء نقاط التوزيع على نحو يقلص المسافة التي تقطعها النساء والفتيات إلى أدنى حد (حيثما أمكن ذلك). وخلال عمليات التوزيع ستركز بعض الرسائل المتعلقة بإذكاء الوعي على القضاء على العنف الجنساني وستستهدف كلا من الرجال والنساء.ويخطط المكتب القطري أيضا إلى وضع أكياس تزن 25 كلغ (بدلا من تلك التي تبلغ زنتها 50 كلغ) لتيسير على النساء نقلها. وكجزء من الجهود المشتركة بين الوكالات لمعالجة العنف الجنساني خلال فترات جمع حطب الوقود، سيدعو **البرنامج** إلى إدخال استخدام المواقد المجدية من ناحية استهلاك الوقود. وسيتلقى موظفو **البرنامج** والشركاء تدريبا بشأن الحماية لتمكينهم من تحليل والتصدي لهذه المخاطر وغيرها من المخاطر الأمنية التي قد تحدث في ظروف عملهم.

⇦ القضايا البيئية

71- تراعي العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش الاهتمامات البيئية. ومن خلال التدخل لتحقيق الفجوة الغذائية تضمن هذه العملية عدم لجوء المستفيدين إلى استراتيجيات غير مستدامة للتأقلم مثل قطع الأشجار وبيعها كحطب من أجل شراء الأغذية.

⇦ الترتيبات اللوجستية

72- تنقل الترتيبات اللوجستية لبرنامج الأغذية العالمي الأغذية المستوردة والمشتراة محليا إلى نقاط التسليم النهائية في شبه أقاليم أتشولي وغرب النيل والجنوب الغربي. ويتم نقل السلع التي تصل إلى مومباسا إلى نقاط التسليم المركزية لبرنامج الأغذية العالمي في تورورو وكامبالا عن طريق السكك الحديدية والطرق (96 في المائة). ويتم شراء السلع محلياً من المناطق في أوغندا التي تتمتع بفائض وتُنقل إلى مراكز التسليم المركزية وتُنقل منها إلى 13 نقطة تسليم أمامية. وسيتم استخدام مستودعات برنامج الأغذية العالمي أثناء فترة ما بعد الحصاد كنقاط تجميع تحت إطار مشروع مبادرة الشراء من أجل التقدم. ومن أجل نجاح هذا المشروع لابد من زيادة حجم أسطول برنامج الأغذية العالمي. وسيتم إشراك شركات النقل التجاري عندما تكون الظروف الأمنية والبنية التحتية ملائمة؛ وإلا فسيتم استخدام أساطيل برنامج الأغذية العالمي.

⇦ خطط المشتريات

73- برنامج الأغذية العالمي ذو خبرة واسعة في شراء السلع الغذائية في أوغندا لدعم برامج المساعدة الغذائية في بورندي وراوندا وأوغندا. ويتوقع برنامج الأغذية العالمي أن تشكل المشتريات المحلية 45 في المائة من الحبوب والبقول و35 في المائة من الأغذية المقواة بشرط توفر المساهمات النقدية غير المقيدة وملاءمة أوضاع السوق. وتحت إطار هذه العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش سيتم شراء أنواع جديدة من السلع الغذائية من صغار المزارعين في إطار مبادرة الشراء من أجل التقدم.

رصد الأداء

74- يوفر نهج الإدارة القائمة على النتائج الأساس لنظام الرصد والتقييم الحالي لبرنامج الأغذية العالمي. ويحصل النظام على نتائج الأداء ويحللها ويوزعها من أجل اتخاذ القرارات الإدارية وإعداد التقارير المؤسسية واستخدامها من قبل الأمم المتحدة والحكومة.

75- يحتوي الملحق الثاني على الإطار المنطقي. وستتم متابعة مؤشرات الحصائل المؤسسية بما في ذلك معدلات سوء التغذية الحاد الشامل ومعدلات الإنعاش في إطار التغذية الإضافية ومؤشرات النواتج المرتبطة بها بشكل وثيق، جزئياً من خلال نظام رصد للأمن الغذائي والتغذية. وستولى عناية خاصة برصد المؤشرات المفصلة حسب نوع الجنس. وسيتم إجراء تقييم منتصف المدة لأنشطة العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش في عام 2010 بالتعاون مع الشركاء.

تقدير المخاطر والتخطيط الإحترازي

76- لا يمكن التنبؤ بالأوضاع في أوغندا لذلك لابد من النص على احتمال حدوث تغيرات على الأنشطة. وقد تم إلقاء الضوء على العوامل التي قد تعرقل العمليات في التصورات. وقد طورت مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وبرنامج الأغذية العالمي والشركاء الآخرين الخطط لحالات الطوارئ في حال احتمال تدفق اللاجئين من جمهورية الكونغو الديمقراطية. وبالتعاون مع مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية أعدت مجموعة العمل المعنية بالأمن الغذائي وسبل الرزق الزراعية الخطط الإحترازية في حال تجدد القتال في مناطق المشردين داخلياً.

الاعتبارات الأمنية

77- ما تزال الأوضاع الأمنية تحظى باهتمام كبير للغاية في التخطيط التشغيلي لبرنامج الأغذية العالمي. وتعد أتشولي وغرب النيل في المرحلة الثانية بينما الجنوب الغربي في المرحلة الأولى. ويشارك برنامج الأغذية العالمي في الخطة الأمنية القطرية للأمم المتحدة و"الخطة الأمنية للمنطقة" (التي تعادل عادة مقاطعة). ولكل منطقة منسق أمني يستطيع تقديم التوصية بشأن الإجلاء إلى ضباط الأمن في كل وكالة وإلى فريق الأمم المتحدة لإدارة الأمن. ويلتزم برنامج الأغذية العالمي بمقاييس الأمن التشغيلية الدنيا ومقاييس الاتصالات الأمنية الدنيا.

78- ويثير إدخال النقد/القسائم في عملية التوزيع العام للأغذية بعض الاهتمامات الأمنية. وبالاستفادة من تجارب الوكالات الأخرى مع التوزيع النقدي، سيعمل برنامج الأغذية العالمي من خلال النظام المصرفي الحالي باستخدام آلات الصراف الآلي أو نظام القسائم.

الملحق الأول – ألف

توزيع تكاليف زيادة الميزانية			
	الكمية *(بالطن المتري)*	**متوسط تكلفة الطن المتري** *(بالدولار)*	**القيمة** *(بالدولار)*
التكاليف التي يتحملها البرنامج			
ألف - تكاليف التشغيل المباشرة			
الأغذية[1]			
حبوب الذرة	69 977	403.78	28 255 398
دقيق الذرة	24 514	330.00	8 089 620
البقول	18 304	609.00	11 147 136
خليط الذرة بالصويا	22 406	583.75	13 079 495
الزيت النباتي	5 607	1068.17	5 989 229
السكر	167	450.00	75 150
مسحوق المغذيات الدقيقة/أغذية Supplemenay Plumpy™	4 208	3800.00	15 990 400
البسكويت عالي الطاقة	58	1300.00	75 400
النقد/القسائم	4 602	650.23	2 992 339
مجموع الأغذية	**149 843**		***85 694 167***
النقل الخارجي			11 612 504
النقل البري			15 544 741
النقل البري والتخزين والمناولة			12 377 438
مجموع النقل البري والتخزين والمناولة			27 922 179
تكاليف التشغيل المباشرة الأخرى			18 200 000
مجموع تكاليف التشغيل المباشرة			**143 428 850**
باء - تكاليف الدعم المباشرة[2] (انظر الملحق الأول – باء)			**22 092 220**
جيم - تكاليف الدعم غير المباشرة (7.0 في المائة)[3]			**11 586 475**
مجموع التكاليف التي يتحملها البرنامج			**177 107 545**

[1] هذه سلة أغذية افتراضية لما يعادله من نقد/قسائم وضعت لأغراض الميزنة والاعتماد. ويمكن أن تتباين محتوياتها.

[2] رقم إرشادي لغرض الإحاطة والعلم. ويتم سنويا استعراض المبلغ المخصص في إطار تكاليف الدعم المباشرة.

[3] يجوز للمجلس التنفيذي أن يقوم بتعديل نسبة تغطية تكاليف الدعم غير المباشرة أثناء فترة المشروع.

الملحق الأول – باء

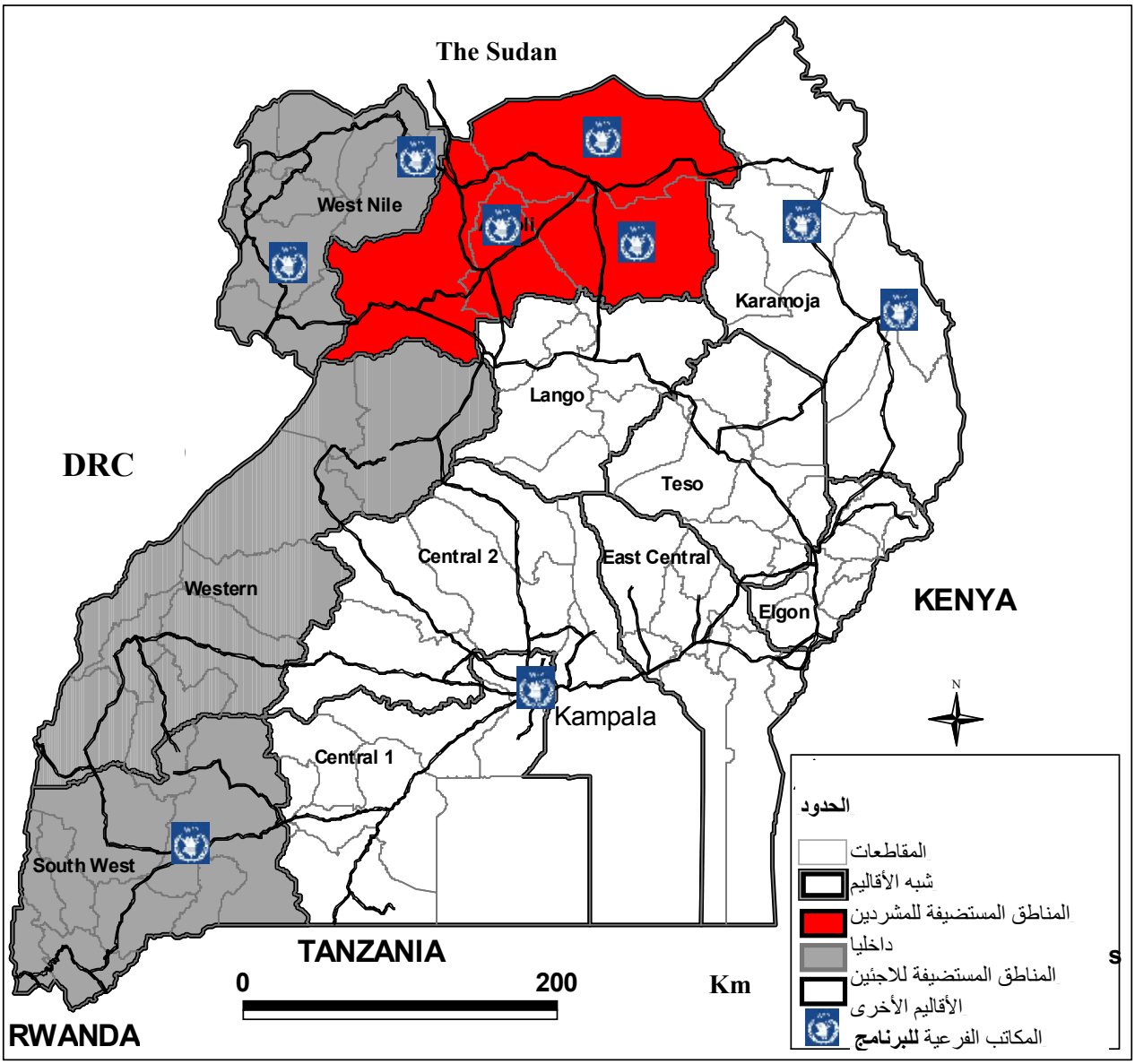
متطلبات الدعم المباشر (بالدولار الأمريكي)	
الموظفون	
الموظفون الفنيون الدوليون	5 829 105
الموظفون الفنيون الوطنيون	2 014 500
الموظفون الوطنيون من فئة الخدمات العامة	2 999 300
المساعدات المؤقتة	270 660
الوقت الإضافي	197 140
الحوافز	159 215
الخبراء الدوليون	378 675
الخبراء المحليون	107 180
سفر الموظفين في مهام رسمية	1 589 505
تدريب وتطوير الموظفين	597 750
المجموع	**14 143 030**
نفقات المكاتب والتكاليف المتكررة الأخرى	
كلفة استئجار الموقع	814 330
الاستخدامات (العامة)	248 200
اللوازم المكتبية	297 200
خدمات الاتصال وتكنولوجيا المعلومات	451 100
التأمين	124 250
إصلاح المعدات وصيانتها	268 880
تكاليف صيانة وتشغيل المركبات	1 859 400
النفقات المكتبية الأخرى	688 430
خدمة منظمة الأمم المتحدة	515 100
المجموع الفرعي	**5 266 890**
المعدات والتكاليف الثابتة الأخرى	
الأثاث والأدوات ومعدات الاتصال وتكنولوجيا المعلومات	461 750
استئجار المركبات	1 099 550
معدات تكنولوجيات الاتصالات والمعلومات	1 121 000
المجموع الفرعي	**2 682 300**
مجموع تكاليف الدعم المباشرة	**22 092 220**

الملحق الثاني: الإطار المنطقي

سلسلة النتائج	مؤشرات الأداء	المخاطر والإفتراضات
الهدف: إنقاذ الأرواح ومعالجة سوء التغذية الحاد لدى مجتمعات المشردين داخلياً واللاجئين (الهدف الاستراتيجي 1)		
الحصيلة 1 ن أو اتزان سوء التغذية الحاد لدى الأطفال دون سن الخامسة بين المشردين داخلياً واللاجئين	➢ أقل من 10 في المائة معدل انتشار سوء التغذية الحاد بين الأطفال دون سن الخامسة، يُقدر باستخدام الوزن مقابل الطول ➢ معدل الإنعاش في برامج التغذية الإضافية أكثر من 75 في المائة ➢ معدل التقصير في برامج التغذية الإضافية أقل من 15 في المائة	➢ عدم حدوث تفشي واسع للأمراض في منطقة المشروع
الناتج 1-1 مناسب التوقيت للأغذية والنقد بكميات كافية للمستفيدين المستهدفين من خلال التوزيع العام للأغذية	➢ 800 704 مستفيد (80 في المائة من النسبة المخطط لها) يحصلون على المساعدة وفقاً لنوع الجنس والفئة العمرية ➢ توزيع 186 109 طناً متريا من الأغذية أو ما يعادلها من النقد (80 في المائة من المخطط) وفقاً للنوع	➢ لا يوجد مشاكل رئيسية في الوصول بسبب النزاع أو الكوارث الطبيعية ➢ تأمين الموارد الكافية من المانحين في الوقت المناسب
الناتج 1-2 الأغذية الإضافية والعلاجية المقواة بالمغذيات الدقيقة في الوقت المناسب بكميات كافية إلى المستفيدين المستهدفين	➢ 002 88 مستفيد (80 في المائة من النسبة المخطط لها) يحصلون على المساعدة الغذائية وفقاً للجنس والفئة العمرية ➢ توزيع 689 10 طناً متريا من الأغذية (80 في المائة من المخطط) وفقاً للنوع	➢ لا يوجد مشاكل رئيسية في الوصول بسبب النزاع أو الكوارث الطبيعية ➢ تأمين الموارد الكافية من المانحين في الوقت المناسب

الملحق الثالث

خريطة بمنطقة العمليات في أوغندا



إن الإشارات المستخدمة وطريقة عرض المواد في هذا المنشور لا تعبر بأي حال من الأحوال عن موقف برنامج الأغذية العالمي بشأن المركز القانوني أو حدود أو تخوم لأي بلد أو أرض أو مدينة أو منطقة.