برنامج الأغذية العالمي

Programme Alimentaire Mondial

World Food Programme

Programa Mundial de Alimentos

المجلس التنفيذي

الدورة العادية الثانية

روما، 15- 2002/5/17

البرامج القطرية

البند 5 من جدول الأعمال

مقدمة للمجلس ليجيزها

البرنامج القطري لزامبيا (2002-2006)

A

Distribution: GENERAL
WFP/EB.2/2002/5/3
17 April 2002
ORIGINAL: ENGLISH

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

مذكرة للمجلس التنفيذي

الوثيقة المرفقة مقدمة للمجلس التنفيذي ليجيزها

تدعو الأمانة أعضاء **المجلس** الذين يرغبون في إبداء بعض الملاحظات أو لديهم استفسارات تتعلق بمحتوى هذه الوثيقة الاتصال بموظفي برنامج الأغذية العالمي المذكورة أسماؤهم أدناه، ونرجو أن يتم الاتصال قبل ابتداء اجتماعات المجلس التنفيذي بفترة كافية.

مدير عمليات إقليم أفريقيا الشرقية والجنوبية (ODK): Ms J. Lewis

كبير موظفي الاتصال (ODK): Ms E. Larsen رقم الهاتف: 066513-2103

الرجاء الاتصال بمشرف وحدة التوزيع وخدمات الاجتماعات إن كانت لديكم استفسارات تتعلق بإرسال الوثائق المتعلقة بأعمال المجلس التنفيذي أو استلامها وذلك على الهاتف رقم: (066513-2328).

ملخـــص

تصنف زامبيا، وهي من أفقر بلدان العالم حيث لا يتعدى نصيب الفرد فيها من الناتج المحلي الإجمالي 250 دولارا أمريكيا، كواحدة من أقل البلدان نموا. ويصل تعدادها إلى 10.28 مليون نسمة. وتواجه زامبيا واحدة من أعلى نسب الإصابة بمرض الإيدز بين البالغين في العالم حيث تصل هذه النسبة إلى 20 في المائة. وتشير التقارير إلى أن عدد الأيتام – وهم في أغلبهم نتيجة وباء الإيدز – يصل إلى مليون. وينتشر الفقر وانعدام الأمن الغذائي على نطاق واسع في المناطق الريفية والحضرية. وقد جاءت زامبيا في تقرير التنمية البشرية الذي أصدره برنامج الأمم المتحدة الإنمائي لعام 2001 زامبيا في المرتبة رقم 143 من بين 162 بلدا في الرقم الدليلي للتنمية البشرية. وتعتبر المساواة بين الجنسين قضية حساسة في زامبيا. فطبقا للرقم الدليلي للتنمية المرتبط بقضايا الجنسين الذي يضعه برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، فقد سجلت زامبيا 0.413 – الأمر الذي يضعها ضمن الشريحة الدنيا من البلدان. وقد واصل هذا الرقم الدليلي انخفاضه في السنتين الأخيرتين.

ويمثل البرنامج القطري **للبرنامج**، برنامجا للأنشطة في الفترة 2002–2006. وهو يقوم على أساس مخطط الاستراتيجية القطرية لزامبيا، الذي كان المجلس التنفيذي قد أقره في أكتوبر/ تشرين الأول 2001.

وحتى تتزامن هذه الخطة مع برامج وكالات الأمم المتحدة الأخرى، فقد اختصر **البرنامج** سنة واحدة من دورة البرنامج القطري الحالي (1998–2002). ويشمل هذا البرنامج القطري (2002–2006) بعض الأنشطة التي كانت قد بدأت بالفعل في ظل البرنامج القطري السابق. وقد تم إعداده بما يتمشى مع تقدير الأمم المتحدة القطري المشترك لزامبيا لعام 2000، والإطار الأول للمساعدات الإنمائية للأمم المتحدة، والذي حددت فيه الحكومة ثلاثة مجالات لها أولويتها، هي: (1) فرص العمل؛ (2) الخدمات الاجتماعية؛ (3) الإدارة. وثلاثة موضوعات مشتركة، هي: مرض الإيدز، وقضايا الجنسين، والتكامل الإقليمي. وسوف يعالج هذا البرنامج القطري الأولويتين الأولى والثانية من إطار المساعدات الإنمائية للأمم المتحدة، كما سيتعرض لموضوعين مشتركين هما مرض الإيدز وقضايا الجنسين.

وهدف البرنامج القطري هو النهوض بقدرة أسر الفقراء الجوعى، وخاصة تلك الأسر التي ترأسها نساء أو أطفال أو مسنين، لكي يتحملوا مسؤولية تنميتهم الذاتية على أسس مستدامة وأن يتحملوا الكوارث الطبيعية، مع معالجة قضايا الجنسين ووباء الإيدز في نفس الوقت.

ويركز البرنامج القطري على ثلاثة عناصر رئيسية:

- تحسين فرص حصول الأطفال على تعليم أساسي، لاسيما بالنسبة للبنات واليتامى، وهؤلاء الذين ينتمون إلى أسر الفقراء الجوعى، وتحسين معدلات استكمالهم لتعليمهم؛
- تحسين الأحوال التغذوية وتقليل حالات الوفاة المرتبطة بسوء التغذية بين الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية المزمن ممن هم دون الخامسة من العمر، والحوامل والمرضعات، ومرضى الإيدز؛
- تحسين الأمن الغذائي ومستوى معيشة أسر الفقراء الجوعى، وعلى الأخص في المناطق المعرضة للكوارث الطبيعية.

وطبقا لقرار المجلس التنفيذي رقم 1999/م ت-س/2، فإن **البرنامج** يركز أنشطته الإنمائية على خمسة أهداف. ويعالج هذا البرنامج القطري الأهداف (1) و(2) و(3) من الهدف الأول لسياسات تحفيز التنمية، وكانت: (1) تمكين صغار الأطفال والحوامل والمرضعات من تلبية احتياجاتهم الغذائية والصحية؛ (2) تمكين الأسر الفقيرة من الاستثمار في رأس المال البشري عن طريق التعليم والتدريب؛ (3) تمكين الأسر الفقيرة من اكتساب الأصول المادية والمحافظة عيها. وسوف يخفف البرنامج القطري من تأثير الكوارث الطبيعية المتكررة. وستوجه مساعدات **البرنامج** إلى نحو 895 278 1 مستفيدا خلال خمس سنوات.

وسوف يعالج البرنامج القطري هذه الأولويات من خلال ثلاثة أنشطة أساسية، ونشاط تكميلي واحد. وسوف تركز الأنشطة الأساسية على تحسين الأحوال التغذوية والصحية للأمهات الحوامل والمرضعات والأطفال الذين يعانون من سوء التغذية، بزيادة فرص حصولهم على التعليم الأساسي، وعلى الأخص البنات واليتامى منهم، والمساهمة في تحقيق سبل معيشة مستدامة وتقليل فرص تعرضهم للكوارث وانعدام الأمن الغذائي. أما النشاط التكميلي فسيكون عبارة عن التوسع في التغذية التكميلية عن طريق الرعاية المنزلية. وسوف تتركز الأنشطة في المناطق التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي المزمن، وارتفاع معدلات سوء التغذية، وانتشار مرض الإيدز.

وبالنسبة للبرنامج القطري المقترح لزامبيا (2002-2006)، فإن المديرة التنفيذية تطلب من المجلس التنفيذي الموافقة – في حالة توافر الموارد – على مبلغ 953 896 24 دولارا، يمثل تكاليف التشغيل الأساسية المباشرة، وأن يقر مبلغ 862 170 5 دولارا للأنشطة التكميلية.

مشروع القـــرار

يوافق المجلس على البرنامج القطري لزامبيا (2002-2006) (WFP/EB.2/2002/5/3).

التركيز الاستراتيجي: انعدام الأمن الغذائي، ومرض الإيدز، وسوء التغذية

1- تهدف خطة العمل الوطنية لعام 1998 للحد من الفقر – والتي ينبغي أن تتسق معها جميع برامج الحكومة وبرامج المشاركة – إلى تخفيض مستويات الفقر من 73 في المائة في عام 1998 إلى 50 في المائة في عام 2005. وقد وضعت الحكومة مشروع خطة عمل وطنية للتغذية، تهدف إلى إدماج التغذية في برامج الأمن الغذائي على مستوى الأسرة، كما وافقت على خطة استراتيجية لمكافحة مرض الإيدز. وأعدت الحكومة كذلك عددا من الإطارات الوطنية للحد من الفقر، وبدأت في وضع اللمسات الأخيرة لوثيقة استراتيجية للحد من الفقر، ستكون لها أهميتها في سعي زامبيا إلى تخفيف أعباء الديون. وكل هذه الاستراتيجيات لها نهج كلي للحد من الفقر ومعالجة مشكلة الإيدز. وقد أخذ التقدير القطري المشترك وإطار المساعدات الإنمائية للأمم المتحدة في اعتباره خطط الحكومة من أجل الحد من الفقر، مبرزا التهديد الذي يمثله مرض الإيدز، والفقر بالنسبة للحقوق الأساسية لسكان زامبيا.

2- وفي هذا الإطار، أصبح هدف البرنامج القطري هو النهوض بقدرة أسر الفقراء الجوعى، وخاصة تلك التي تعيلها نساء أو أطفال أو مسنون، من أجل تحمل مسؤولية تنميتهم الذاتية على أسس مستدامة، وتحمل الكوارث الطبيعية، مع معالجة قضايا الجنسين ومرض الإيدز في نفس الوقت. والنتائج المتوخاة من البرنامج القطري هي:

- تحسين فرص الحصول على التعليم الأساسي، وعلى الأخص بالنسبة للبنات واليتامى وغيرهم من الأطفال المعرضين للخطر من أفراد أسر الفقراء الجوعى؛
- تحسين الأحوال التغذوية وتحسين معيشة الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية المزمن وناقصي الوزن ممن هم دون الخامسة من العمر، والأمهات الحوامل والمرضعات، والمصابين بمرض الإيدز وأسرهم؛
- تحسين الأمن الغذائي ومستوى معيشة أسر الفقراء الجوعى، وعلى الأخص في المناطق المعرضة للكوارث الطبيعية المتكررة.

3- وسوف يركز البرنامج القطري على ثلاثة مجالات للتدخل، هي: (1) زيادة الاستثمارات في التعليم الأساسي، وعلى الأخص بالنسبة للبنات واليتامى وغيرهم من الأطفال المعرضين للخطر؛ (2) التغذية، بمعالجتها من خلال البرامج التغذوية للمجموعات المعرضة للخطر، مصحوبة بالخدمات الصحية التي يقدمها الشركاء؛ (3) تكوين أصول مادية وإدارتها من أجل سبل معيشة مستدامة في المناطق التي تتسم بانعدام الأمن الغذائي المزمن والمعرضة للكوارث الطبيعية، حيث يمثل مرض الإيدز مشكلة خطيرة.

4- سيسترشد في تصميم أنشطة البرنامج القطري وتنفيذه بالمبادئ التالية:

- التكامل؛
- التركيز؛
- التماسك؛
- المرونة؛

- مشاركة المجتمع المحلي وتمكينه؛
- إدماج قضايا الجنسين ومشاركة النساء في صنع القرار؛
- التوعية بأخطار مرض الإيدز؛
- التأهب لمواجهة الكوارث وإدارتها؛
- الدعوة إلى مكافحة الجوع؛
- المشاركة مع الحكومة والوكالات الإنمائية؛
- بناء القدرات البشرية.

5- وتمشيا مع السياسات الوطنية لقضايا الجنسين والتزامات **البرنامج** تجاه النساء، فسوف يكون 60 في المائة على الأقل من المستفيدين من النساء والفتيات. وقد وضع تقرير عام 1999 عن ترتيبات تعزيز مركز المرأة، زامبيا في المرتبة الثانية والثمانين من بين 102 بلدا، موضحا أنه في الوقت الذي ارتفع فيه الرقم الدليلي للتنمية المرتبطة بالجنسين في بعض البلدان، فقد انخفض الرقم الدليلي لزامبيا من 0.427 إلى 0.413، وأصبحت تحتل المرتبة رقم 126. فمازالت النساء يتركزن في المشروعات الهامشية في القطاع الحضري غير الرسمي، وينفقن ساعات طويلة للحصول على دخل كاف، الأمر الذي يضر بالتنمية البشرية للأسر الحضرية. وبناء على ذلك، فإن البرنامج القطري يتعرض للاحتياجات الأساسية للمرأة، عن طريق تحسين صحتها وتغذيتها وأطفالها، ويسهل المساواة في فرص الحصول على الموارد والتعليم والتدريب والعمل والأصول الإنتاجية.

6- وسوف تنفذ هذه الأنشطة في إطار ثلاثة أنشطة أساسية، تترافق فيها الموارد غير الغذائية مع ما يقدمه **البرنامج** من موارد غذائية:

- مساعدات للتعليم الأساسي، 230 10 طنا، تمثل 20 في المائة؛
- برنامج تغذوي للمجموعات المعرضة للخطر، 926 20 طنا، تمثل 41 في المائة؛
- أنشطة الغذاء مقابل الأصول المادية، وتشمل الدعم المستمر إلى الحكومة في مجال إدارة الكوارث والتخفيف من حدتها؛ 093 20 طنا، 39 في المائة.

7- وسوف توجه نسبة 25 في المائة من الموارد من هذه الأنشطة الأساسية الثلاثة إلى الأفراد والأسر المتضررين من مرض الإيدز، سواء بأنشطة مشتركة أو بإدخال الدعم المقدم إلى مرضى الإيدز في هذه الأنشطة. وفي حالة توافر الموارد، فإن البرنامج التكميلي سوف يزيد من الأنشطة بتوفير 970 11 طنا من المساعدات الغذائية إلى 000 125 مستفيد إضافي من الرعاية المنزلية.

8- وقد أكد التحديد الجغرافي للأنشطة – الذي تم بناء على مؤشرات انعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية وانتشار مرض الإيدز – أن أغلب المناطق التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي المزمن، والمعرضة للأخطار والكوارث، توجد في الأجزاء الغربية من الأراضي المنخفضة والأقاليم الجنوبية والشمالية والشرقية، والمناطق المحيطة بالعاصمة لوساكا وحزام النحاس. وبناء على ذلك، فسوف تستمر مساعدات **البرنامج** في التركيز على المناطق المبينة في خريطة الملحق الأول. والفئات المعرضة للخطر هي:

- الفلاحون، وأغلبهم من النساء؛
- المسنون واليتامى، والذين يعتمدون على الزراعة البعلية والمتنقلة، والذين ليست لديهم فرصة للحصول على أي ائتمان، ولا يتعدى إنتاجهم السنوي استهلاك الأسرة لمدة ثلاثة شهور؛
- الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص التغذية؛
- مرضى السل والإيدز؛
- الأمهات الحوامل والمرضعات من الأسر المعرضة للخطر.

وتتسم هذه المناطق بانخفاض معدلات القيد في المدارس وارتفاع معدلات التسرب منها. وتنطبق هذه السمة الأخيرة على البنات بالذات، اللواتي يتزوجن مبكرا ليتكسبن دخلا للأسرة، أو لرعاية الأقارب والمرضى من أفراد الأسرة. كما أن نفس هذه المجموعات لديها قدرة محدودة للتكيف مع الكوارث الطبيعية المتكررة.

أنشطة البرنامج القطري

الموارد وعملية الإعداد

9- اختصر **البرنامج** سنة واحدة من دورة البرنامج الحالي، لكي يتزامن مع وكالات الأمم المتحدة الأخرى في زامبيا. فمع حجم الفقر ودرجته في المناطق المستهدفة، وتفاوت مستوى الدخول والبنيات الأساسية مع الأقاليم الأخرى وتأثير مرض الإيدز على الطاقة الإنتاجية، فإن أي مساهمة فعالة لحل هذه المشكلات سوف تتطلب من **البرنامج** مخصصات أعلى من تلك التي سبق تخصيصها في الماضي القريب للوصول إلى عدد كبير من المستفيدين. ولذا، فمن المقترح التوسع في أنشطة الغذاء مقابل الأصول وبرامج التغذية للمجموعات المعرضة للخطر، والتوسع في تغطية أنشطة المساعدات التي تقدم إلى التعليم الأساسي ومجموع الموارد المقترح هو 63 219 طنا من الأغذية (12 644 طنا في السنة) بتكاليف تشغيل مباشرة قيمتها 30.06 مليون دولار.

10- والأنشطة المقترحة للبرنامج القطري هي:

تخصيص الموارد للأنشطة الأساسية في الفترة 2002-2006

الأنشطة	كمية السلع (بالطن)	التوزيع بحسب النشاط (في المائة)	عدد المستفيدين	المستفيدات (في المائة)
النشاط الأساسي الأول: المساعدات للتعليم الأساسي	10 230	20	525 000	53
النشاط الأساسي الثاني: برنامج تغذية للمجموعات المعرضة للخطر	20 926	41	302 505	63
النشاط الأساسي الثالث: الغذاء مقابل الأصول المادية	20 093	39	326 390	61
مجموع الأنشطة الأساسية	**51 249**	**100**	**1 153 895**	
النشاط التكميلي الأول: البرنامج التغذوي للرعاية المنزلية	11 970		125 000	61
مجموع البرنامج القطري	**63 219**		**1 278 895**	

11- أعد البرنامج القطري للفترة 2002-2006 بالتشاور مع أصحاب الشأن من الحكومات، والسلطات المحلية، والجهات المانحة، والمنظمات غير الحكومية، تحت رئاسة وزارة تنمية المجتمعات المحلية والخدمات الاجتماعية. وهو يعكس أولويتين وقضيتين متشعبتين حددتهما الحكومة لمنظومة الأمم المتحدة في زامبيا، هما: (1) توفير فرص العمل: تطوير أساليب الحياة والمهارات اللازمة للمشروعات الصغيرة والتدريب على اكتساب المهارات، لاسيما بالنسبة للشباب؛ (2) الخدمات الاجتماعية: تحسين الصحة والتغذية للأمهات الحوامل والمرضعات اللواتي يعانين من نقص التغذية، والأطفال دون الخامسة، ومرضى السل والإيدز، وتعليم الجميع، مع اهتمام خاص بالبنات واليتامى. وستعالج الأنشطة الأساسية الثلاثة للبرنامج تأثير مرض الأيدز. وستدخل قضايا الجنسين على جميع المستويات. وسيتم تنسيق الأنشطة الأساسية الثلاثة على مستوى الأسرة. وستقوم الأنشطة المعانة بالأغذية على أساس احتياجات وقدرات السكان الذين يعانون من الفقر والجوع الشديدين. وسيكفل **البرنامج** أن تكون الأغذية مقبولة لهؤلاء السكان وتزودهم بتغذية متكاملة.

12- وحيث أن قضايا الجنسين موضوع يدخل ضمن برامج جميع وكالات الأمم المتحدة وله أولويته بالنسبة للحكومة، فسوف يواصل **البرنامج** عمله مع أصحاب الشأن، والأخصائيين في قضايا الجنسين، وقسم قضايا الجنسين في التنمية من أجل مشاركة المرأة في عملية التنمية.

13- وسيستكمل البرنامج القطري بمعرفة الحكومة، ووكالات الأمم المتحدة، والمنظمات غير الحكومية، والجهات المانحة. فسوف تغطي مساهمة الحكومة تكاليف الموظفين والتكاليف التشغيلية على المستويين الإقليمي والجهوي. وسيقوم **البرنامج** بتعبئة البنود التكميلية غير الغذائية عن طريق الجهات المانحة والمنظمات غير الحكومية. كما سيواصل **البرنامج** عمله مع البنك الدولي وصندوق النقد الدولي لتدبير أموال لبرامج بلدان إضافية فقيرة مثقلة بالديون من أجل الجهات النظيرة. وتمشيا مع سياسة اللامركزية التي تتبعها الحكومة، فسيكون هناك

تركيز أكبر على التنفيذ عن طريق السلطات المحلية. وتقدر المساهمة المباشرة للحكومة في البرنامج بنحو ثلاثة ملايين دولار أمريكي خلال السنوات الخمس.

14- وسوف يساهم **البرنامج**، من داخل إطار الأمم المتحدة للمساعدات الإنمائية، وباعتباره عضوا في الفريق القطري لإدارة الكوارث، في النهوض بقدرات الوحدة القطرية لإدارة الكوارث وتخفيفها في مكتب نائب رئيس الجمهورية. وفي حالات الطوارئ، ستجري عمليات التقدير والتنفيذ بالتعاون مع وكالات الأمم المتحدة.

أنشطة البرنامج القطري

⇦ *النشاط الأساسي الأول: المساعدات للتعليم الأساسي*

التركيز الاستراتيجي

15- يعالج هذا النشاط المعونة الغذائية والتنمية في الأولوية الثانية، وهي: تمكين الأسر الفقيرة من الاستثمار في رأس المال البشري عن طريق التعليم والتدريب. فالمساعدات للتعليم الأساسي سوف تحسن من فرص حصول الأطفال من الأسر الفقيرة الجائعة على هذا التعليم، كما ستحسن من معدلات إتمام الدراسة. وسيكون التركيز على الاحتياجات الخاصة للبنات واليتامى وغيرهم من الأطفال المعرضين للخطر في سنوات الدراسة الأخيرة من التعليم الابتدائي. وسوف يساند هذا البرنامج التغذية في المدارس الابتدائية وعلاج الديدان الطفيلية في مناطق تجريبية في السنة الأولى، ثم التوسع إلى مناطق أخرى عندما تتاح الموارد لذلك.

تحليل المشكلة

16- على المستوى القطري، لا يذهب الكثير من الأطفال في سن المدرسة إلى المدارس رغم أن التعليم الابتدائي مجاني. وقد زادت معدلات القيد بالمدارس الابتدائية بنسبة 0.2 في المائة خلال الفترة 1991-1999، وهي نسبة تقل عن معدل زيادة السكان وهو 3.3 في المائة. ولاشك أن معدلات التسرب والرسوب العالية تهدد كفاءة النظام الدراسي. ففي عام 1999، انخفضت معدلات اتمام الدراسة الابتدائية من 85 في المائة إلى 53 في المائة، وكان السبب الرئيسي في ذلك هو الانخفاض الحاد في دخل الأسر وفي مستويات إنتاج الأغذية، لاسيما في المناطق الريفية. ففي ذلك الحين، كان 84.6 في المائة من سكان زامبيا يعيشون على أقل من دولار واحد في اليوم. وإزداد الأمر سوءا بفعل الإصلاحات الاجتماعية – الاقتصادية الحادة. واستمرت البنات في التسرب من المدارس، لأنهن يمثلن احتياطي الأيدي العاملة للأسرة، حيث يرعين الأطفال الصغار والمرضى، أو يتزوجن للحصول على دخل. وتتساوى أعداد قيد البنات في المدارس مع الأولاد، بل وتفوقها في بعض المقاطعات. ويستمر التوازن بين الجنسين حتى الصف الرابع، أما في الصفوف من الخامس إلى السابع، فتبدأ البنات في التسرب من المدرسة. ففي أغلب المدارس كانت نسبتهن أقل من 40 في المائة من التلاميذ عند هذا المستوى.

17- ويقطع الأطفال من الأسر الفقيرة التي تعاني من الجوع – وخاصة في المناطق الريفية – مسافات طويلة إلى مدارسهم على معدة خاوية. ولاشك أن ذلك يؤثر على أحوالهم التغذوية ويحد من قدرتهم على الانتباه والأداء. فالمقاطعات التي تتسم بانتشار سوء التغذية والديدان المعوية تقل فيها معدلات القيد بالمدارس والانتظام بالدراسة، وتحقيق أي تقدم، وارتفاع معدلات التسرب من المدارس، وعلى الأخص بين البنات. فسوء التغذية

يصل إلى أكثر من 50 في المائة في مقاطعة لوابولا والمقاطعات الشمالية. ففي لوابولا كانت نسبة الأطفال المصابين بديدان معوية في إحدى العينات التي أخذت من مدرسة ابتدائية هي 68.8 في المائة.

18- ومن الواضح أن مرض الإيدز كان له تأثيره الخطير على تلاميذ المدارس. فالمرض المزمن أو وفاة الأبوين أو الأقارب يؤدي إلى ضياع دخل الأسرة، وخسارة الأيدي العاملة والأصول التي تملكها الأسرة. وفي أغلب الأحيان، تخرج البنات واليتامى وغيرهم من الأطفال المعرضين للخطر من المدرسة لتوفير نفقات التعليم وزيادة اليد العاملة في الأسرة. وقد تبين من المسح الذي أجرته منظمة اليونيسيف عام 1999 في نهاية العقد، أن 15 في المائة من الأبناء دون الثامنة عشرة كانوا يتامى، وأغلبهم لم يذهب إلى المدرسة.

الأهداف والنتائج المتوخاة

19- الأهداف بعيدة المدى هي:

- زيادة معدلات القيد والانتظام في الدراسة وإتمام الدراسة، مع اهتمام خاص بالبنات واليتامى وغيرهم من الأطفال المعرضين للخطر من الأسر والمجتمعات المتضررة من مرض الإيدز؛
- الحد من انتشار الديدان المعوية ومرض البلهارسيا بين تلاميذ المدارس؛
- زيادة مشاركة الآباء في الأمور المدرسية، وتحسين نظرتهم إلى التعليم، وبالأخص تعليم البنات واليتامى وغيرهم من الأطفال المعرضين للخطر.

20- النتائج المتوخاة هي:

- زيادة معدلات القيد في المدارس بالنسبة للبنات والصبيان بنسبة 20 في المائة؛
- زيادة عدد البنات واليتامى وغيرهم من الأطفال المعرضين للخطر الذين يستكملون التعليم الأساسي بنسبة 60 في المائة؛
- تخفيض عدد الأطفال المصابين بديدان معوية ومرض البلهارسيا بنسبة 80 في المائة؛
- زيادة بنسبة 80 في المائة في تحسين الإصحاح وأساليب الرعاية الصحية بين الأطفال والمجتمعات المدرسية؛
- زيادة عدد المشاركين في الشؤون المدرسية؛
- زيادة بنسبة 60 في المائة في توعية الآباء والمجتمعات المحلية بأهمية تعليم البنات واليتامى وغيرهم من الأطفال المعرضين للخطر.

دور المعونة الغذائية وطرائقها

21- ستقدم المعونة الغذائية لجميع الأطفال المنتظمين في الدراسة للقضاء على الجوع قصير الأجل، وتحسين قدرتهم على الانتباه والتحصيل، وتقديم حافز للبنات واليتامى على الانتظام في الدراسة حتى الانتهاء منها. وسيحصل الأطفال في المدارس المستهدفة على حصة غذائية غير جافة في المدرسة. كما ستحصل البنات في

الصفوف الدراسية من الخامس إلى السابع واليتامى و الأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة على حصة من الزيوت النباتية يحملونها معهم إلى منازلهم كحافز للأسر الفقيرة على إرسال أبنائهم إلى المدارس.

استراتيجية التنفيذ

22- ستتولى وزارة التعليم تنفيذ هذا النشاط في إطار البرنامج الفرعي للتعليم الأساسي، الذي يشمل دعم المدارس المحلية حيث يوجد أغلب الأطفال اليتامى وغيرهم من الأطفال الأقل حظا. وستتولى لجنة توجيه الأنشطة تنسيق هذا النشاط. وسترأس وزارة التعليم هذه اللجنة التي تتكون من **البرنامج**، ووزارة الصحة، ووزارة تنمية المجتمع المحلي والخدمات الاجتماعية، ووزارة المالية والتخطيط. وستتولى مكاتب التعليم المحلية والجهوية والمجالس الجهوية، واللجان الجهوية لتنسيق التنمية، عمليات التنسيق والإشراف. وسيسعى **البرنامج** إلى الحصول على مساعدات من وزارة الزراعة والأغذية ومصايد الأسماك، ومنظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، ومنظمة اليونيسيف، ومنظمة الصحة العالمية، والجهات المانحة من أجل تقديم مواد تعليمية وحفر آبار. كما ستتولى هذه المنظمات تنفيذ عمليات علاج الديدان الطفيلية وتطوير المدارس ووحدات الإنتاج الزراعي المحلية، كجزء من استراتيجية انسحابها من البرنامج.

23- وستشمل هذه الاستراتيجية إشراك الآباء في إدارة الأنشطة وضمان حصول البنات واليتامى على فرص متساوية للقيد في المدارس. وستعمل المساعدات التي تقدم للتعليم الأساسي – بالتعاون مع برامج التغذية للمجموعات الحساسة – على تحسين تغذية الأطفال. وستكون لجان إدارة المدارس، التي تضم اتحادات الآباء والمدرسين، وممثلي المجتمعات المحلية، وممثلين عن المدرسين والتلاميذ – هي المسؤولة عن إدارة الأغذية وإعدادها وتوزيعها. كما ستشجع المساعدات التي تقدم للتعليم الأساسي تحسين فرص الحصول على المياه النقية وتوفير مرافق الإصحاح، وعلى الأخص بالنسبة للبنات، وذلك بالتعاون مع بعض الشركاء مثل مجلس المياه ومنظمة اليونيسيف.

المستفيدون والفوائد المتوخاة

24- سيحصل نحو 60 000 تلميذ سنويا على وجبة مدرسية. كما سيستفيد نحو 9 000 بنت ويتيم منهم من الحصص التي يحملونها إلى منازلهم، والتي يعتبر الانتظام في الدراسة شرطا أساسيا للحصول عليها. وتشمل الفوائد زيادة القيد في المدارس والانتظام في الدراسة و تحسين فرص دخول البنات واليتامى إلى المدارس الثانوية، بما يؤدي إلى زيادة فرص الحصول على تعليم أعلى وتدريب مهني. ومن المنتظر أن يؤدي هذا النشاط إلى تعزيز مركز الآباء بمساعدتهم على إقامة مؤسسات في المجتمع المحلي مثل اتحادات الآباء والمدرسين، ولجان إدارة الأنشطة، والأعمال المدرة للدخل.

الدعم والتنسيق والمشاركة

25- يتمتع برنامج الأغذية العالمي بعضوية مجموعة الأمم المتحدة الموسعة المعنية بموضوع الإيدز، التي تساند الاستراتيجيات القطرية للتخفيف من تأثير هذا المرض، كما أنه يشارك في اللجنة الوطنية لتوجيه الشؤون الصحية والتغذوية في المدارس. وسوف يأخذ البرنامج القطري في اعتباره الدراسات التي أجرتها الجهات المانحة، ووكالات الأمم المتحدة، والاستشارات، والبرامج الوطنية، وآراء المشاركين في التنفيذ. وسوف تتعزز

قدرة لجنة إدارة الأنشطة ضمانا لاستمراريتها، وذلك عن طريق إثارة الوعي، والتعليم، والمناصرة، والرعاية المنزلية ومساندة اليتامى والأرامل والأطفال المعرضين للخطر.

26- سيقتسم برنامج الأغذية العالمي خبرته مع وزارة التعليم وغيرها من أصحاب الشأن في البرامج المماثلة المساندة للتعليم في البلدان الأخرى من شبه الإقليم. كما سيقيم البرنامج شراكة مع قسم مشاركة الجنسين في التنمية ومنتدى النهوض بتعليم المرأة في زامبيا، والجهات المانحة، ووكالات الأمم المتحدة، وبالأخص منظمة اليونيسيف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الأغذية والزراعة، والمنظمات غير الحكومية، والمجموعات المحلية. وستساهم هذه الشراكات في تحسين التعليم. فستتولى منظمة اليونيسيف تدريب المدرسين، وتدريب اللجان، وتوفير مياه الشرب ومرافق الإصحاح وفصول الدراسة ومعدات ومواد التعليم. كما سيساهم صندوق الأمم المتحدة للسكان في مجالات مكافحة مرض الإيدز والصحة الإنجابية. كما ستقدم منظمة الصحة العالمية أقراصا لمعالجة الديدان الطفيلية، بينما ستقدم منظمة الأغذية والزراعة المساعدات التقنية للأنشطة الزراعية المدرسية وغيرها من الأنشطة المدرة للدخل. وستكون المجالس الجهوية ولجان تنسيق التنمية الجهوية جزءا من هيكل التنسيق والإدارة.

ترتيبات المراقبة

27- يحتوي الإطار المنطقي على مؤشرات للمراقبة سيتم تنقيحها من خلال متابعة عمليات المسح الأساسية. وعلى مستوى اللجان، سوف تساعد لجان إدارة الأنشطة في عمليات المراقبة. كما سيتم تشجيع مشاركة النساء في اللجان. وستتولى وزارة التعليم مراقبة الأغذية وتقديم تقارير ربع سنوية عن سير العمل، وتقارير عن تنفيذ المشروعات إلى لجنة تنمية المجتمعات المحلية والخدمات الاجتماعية. وسترتب وزارة التعليم ووزارة تنمية المجتمعات المحلية والخدمات الاجتماعية **والبرنامج** – بالتعاون مع منظمات اليونسكو واليونيسيف والصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان – بعثات للمراقبة والاستعراض التقني، لتقدير مدى فعالية البرمجة التعاونية.

تقديرات التكاليف

28- سيحتاج هذا النشاط إلى 230 10 طنا من الأغذية، بتكاليف تشغيل مباشرة تقدر بنحو 955 025 6 دولارا. وتقدر مساهمة الحكومة بنحو 596 602 دولارا.

⇦ *النشاط الأساسي الثاني: برنامج التغذية للمجموعات الحساسة*

التركيز الاستراتيجي

29- يعالج برنامج التغذية للمجموعات الحساسة الأولوية الأولى للمعونة الغذائية والتنمية، وهي: تمكين صغار الأطفال والأمهات الحوامل والمرضعات من تلبية احتياجاتهم الخاصة الغذائية والصحية المرتبطة بالغذاء. وتتمشى هذه الأولوية مع برنامج العمل الوطني في زامبيا من أجل الأطفال، وسياستها الصحية، وخطتها الصحية الاستراتيجية، ووثيقة استراتيجية تخفيف وطأة الفقر، والإطار الاستراتيجي لمكافحة مرض الإيدز، والتقدير القطري المشترك/ إطار الأمم المتحدة للمساعدات الإنمائية. وسوف يحسن برنامج التغذية للمجموعات الحساسة

من الأحوال التغذوية ويقلل من الوفيات المرتبطة بسوء التغذية بين الأطفال دون الخامسة ممن يعانون من سوء التغذية المزمن ونقص الوزن، والأمهات الحوامل والمرضعات، ومرضى الإيدز.

تحليل المشكلة

30- تدهورت الأحوال الصحية لسكان زامبيا مؤخرا. فمعدلات سوء التغذية والوفيات بين الأمهات والأطفال في ارتفاع مستمر نتيجة التدهور الاقتصادي العام ووباء الإيدز، وانتشار الفقر وانعدام الأمن الغذائي. كما تنتشر حالات سوء التغذية الناجمة عن نقص العناصر الغذائية الصغيرة:

- فيتامين ألف: حيث تصل نسبة من يعانون من نقص هذا الفيتامين إلى 65.7 في المائة بين الأطفال و21.5 في المائة بين النساء؛
- الحديد: حيث تصل نسبة من يعانون من نقصه إلى 65 في المائة بين الأطفال و42 في المائة بين النساء في سن الإنجاب؛
- اليود: تصل نسبة من يعانون من نقصه إلى 16 في المائة في زامبيا.

31- وبالنسبة للأطفال دون الخامسة كان 59 في المائة منهم يعانون من التقزم في عام 1999 و24 في المائة يعانون من نقص الوزن، و5 في المائة مصابين بالهزال. وكانت نسبة انتشار التقزم 40 في المائة عام 1990 زادت إلى 43 في المائة عام 1996. وتشير الإحصاءات الجهوية عن سوء التغذية الحاد إلى أن نسبته وصلت إلى 16.8 في المائة في لوانشيا و11 في المائة في المناطق الحضرية من ندولا، و14.5 في المائة في مونسيه و10 في المائة في كومبواند مبوروكوسو و12 في المائة في كاساما. وتنتشر حالات الإعاقة الحادة بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 11 و24 شهرا، وهو ما يعكس بداية المشكلات المتعلقة بتغذية الأطفال.

32- وارتفع معدل وفيات الأطفال من 90 حالة بين كل 000 1 من المواليد الأحياء عام 1990 إلى 109 في كل 000 1 في 1999. وارتفعت الوفيات بين الأطفال دون الخامسة من 192 حالة بين كل 000 1 من المواليد الأحياء عام 1996 إلى 202 في عام 1999. وزادت حالات الوفاة أثناء الولادة من 649 حالة بين كل 000 1 من المواليد الأحياء في عام 1996 إلى أكثر من 800 حالة عام 1999. وكانت نسبة المواليد الذين يولدون بأوزان تقل عن 2.5 كيلوغرام هي 4.9 في المائة في عام 1992، و11.2 في المائة عام 1998. وازداد الأمر سوءا بالنسبة لانتشار مرض السل ومرض الإيدز. فقد توفي بالفعل مليون مواطن بسبب مرض الإيدز، ويعيش 20 في المائة من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاما بهذا المرض. وتقدر نسبة المصابين بهذا المرض الآن بنحو 28 في المائة في المدن و13 في المائة في المناطق الريفية. وتكاد أعداد المصابين بالمرض تكون متساوية بين الرجال والنساء، ولكن النساء يتعرضن لظلم أكبر لأنهن يتحملن عبء رعاية المرضى من أفراد الأسرة على حساب الأنشطة الإنتاجية والإنجابية.

33- ومازال لمرض الإيدز تأثيره السلبي على الأحوال التغذوية للأسر الفقيرة التي تعاني من الجوع. فالأسر مازالت فقيرة إلى حد كبير بسبب مرض أو وفاة عائلها، وتحويل الموارد التي يمكن انفاقها على الأسرة إلى الرعاية الطبية. وانخفض إنتاج الأغذية ومصادر الدخل الأخرى. ونتيجة لذلك، قل استهلاك الفرد من الحد

الأدنى للسعرات الحرارية اللازمة. وازدادت المشكلة تعقيدا بسبب قدرات المؤسسات الحكومية المحدودة ونقص الموارد اللازمة للصحة، وعدم كفاية الموظفين المدربين.

34- وسيوفر برنامج الأغذية العالمي المدخلات المتصلة بالأغذية لبرنامج التغذية للمجموعات الحساسة، كما ستوفر الحكومة والمنظمات الأخرى مدخلات تكميلية للرعاية الصحية. والهدف هنا هو تحسين الأوضاع التغذوية. ومن خلال نهج قطاعي، يشمل المشاركة مع منظمات الأمم المتحدة والمجتمع المدني وحكومة زامبيا، سيتولى **البرنامج** مساندة بعض الأنشطة مثل التوعية الصحية والتغذوية، وأساليب الحياة بما في ذلك التوعية بأخطار مرض الإيدز والتدريب على الأنشطة المدرة للدخل، ضمانا لاكتساب الأمهات والأفراد الذين يقومون برعاية المرضى للمعرفة والمهارات المتعلقة بالتغذية والصحة. ومن شأن ذلك أن يفضي إلى زيادة قدرة الأمهات والأسر الفقيرة ومن يقومون برعاية المرضى على توفير الأمن التغذوي لأطفالهم و أسرهم حتى بعد انتهاء المشروع.

الأهداف والنتائج المتوخاة

35- الأهداف بعيدة المدى لأنشطة برنامج التغذية للمجموعات الحساسة هي:

- تحسين الأوضاع التغذوية للأطفال دون الخامسة ممن يعانون من سوء التغذية المزمن والحاد، والأمهات الحوامل والمرضعات، ومرضى السل والإيدز؛
- زيادة مشاركة وقدرة الأسر والمجتمعات المحلية ومن يقومون بتقديم الخدمات في الأنشطة المتعلقة بالأغذية والتغذية في المجتمعات المحلية؛
- تحسين ممارسات التغذية والإصحاح والصحة.

36- النتائج المتوخاة هي:

- تخفيض حالات سوء التغذية الحاد والمزمن ومعدلات الوفيات المرتبطة بسوء التغذية بين الأطفال دون الخامسة بنسبة 10 في المائة؛
- زيادة بنسبة 50 في المائة في تحسين ممارسات التغذية والصحة؛
- تخفيض معدلات انتقال مرض الإيدز من الأمهات إلى الأطفال؛
- زيادة عدد المؤسسات والأفراد المدربين على تقديم الخدمات في المجتمعات المحلية لتقديم الرعاية والتوعية في مجالات التغذية والصحة ومرض الإيدز إلى الأسر المعرضة للخطر.

دور المعونة الغذائية وطرائقها

37- ستلعب المعونة الغذائية التي يقدمها **البرنامج** دورا حاسما في تخفيض حالات الوفيات المرتبطة بسوء التغذية بين الأطفال دون الخامسة بالقضاء على تأثير الجوع المؤقت ونقص العناصر الغذائية الدقيقة عند الأطفال والأمهات الحوامل والمرضعات ومرضى الإيدز، بمن فيهم نزلاء المستشفيات أو من يعالجون في مراكز الصحة والتغذية المحلية. وسوف تزيد هذه المعونة من مستوى معيشة مرضى الإيدز وإطالة أعمارهم بحيث يستطيعون المساهمة في تحقيق الأمن الغذائي الأسري. كما ستكون المعونة الغذائية بمثابة حافز للأمهات والمستفيدين ومن

يتولون رعاية المرضى والأفراد الأصحاء من الأسرة على حضور الجلسات التدريبية على الخبرات الصحية والتغذوية، والتوعية بأخطار مرض الإيدز، والأنشطة المدرة للدخل.

استراتيجية التنفيذ

38- ستقوم وزارة الصحة بتنفيذ هذا النشاط من خلال المجالس المحلية والجهوية للإدارة الصحية ومجالس المستشفيات. وستقوم هذه المجالس بعمليات التنفيذ والتنسيق والإشراف على المستوى الجهوي، بالتعاون مع وزارة التعليم، ووزارة الزراعة والأغذية، ومصايد الأسماك، ووزارة تنمية المجتمعات المحلية والخدمات الاجتماعية، ووزارة الحكم المحلي والإسكان والمنظمات غير الحكومية. وستتولى المنظمات الموجودة في المجتمعات المحلية تنفيذ أنشطة الرعاية المنزلية لمرضى الإيدز والسل، بدعم من المنظمات غير الحكومية. وسيتم تشجيع الرجال والنساء على المشاركة في النهوض باتخاذ القرارات المحلية. وسيكون هناك تركيز على إدماج الأنشطة البرامجية في مراقبة وتشجيع نمو المجتمعات المحلية، والإدارة المتكاملة لأمراض الأطفال، والرعاية المنزلية، وأنشطة الأمن الغذائي والتغذية.

المستفيدون والفوائد المتوخاة

39- المستفيدون هم:

- 250 86 من الأطفال ناقصي التغذية الذين تتراوح أعمارهم بين ستة شهور وخمس سنوات ممن يترددون على مراكز التغذية المحلية (250 17 سنويا). وسيحصل هؤلاء على حصة منزلية يومية تتضاعف لكي يستفيد منها باقي أفراد الأسرة؛
- 000 20 طفل في المستشفيات (000 4 سنويا) يحصلون على ثلاث وجبات مطهية يوميا؛
- 000 35 من الحوامل والمرضعات من ناقصات التغذية (000 7 سنويا) يحصلن على حصة غذائية أسرية جافة في موسم عدم الزراعة؛
- 253 32 شخصا من مرضى الإيدز ومن يعولونهم (255 161 مستفيدا) يحصلون على وجبة غذائية أسرية جافة عن طريق الرعاية المنزلية لمدة تصل إلى سنة واحدة.

وسيعاد النظر في الحصص الغذائية أثناء عملية التقدير.

40- وللوصول بالفعالية إلى أقصى حد، فإن عملية تحديد المستفيدين سيعاد النظر فيها أثناء عملية التقدير بهدف الوصول إلى المجموعات العمرية المهددة بالخطر الشديد. وسوف تتولى المجتمعات المحلية تحديد الأسر المستهدفة. وسيشجع **البرنامج**، ومنظمة اليونيسيف، والوكالة الكندية للتنمية الدولية، ومنظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والمنظمات غير الحكومية حلقات العمل التدريبية على الأغذية والتغذية، وطرق الفطام، والرعاية المنزلية، والصحة الإنجابية، والتوعية العامة بأخطار مرض الإيدز، والتوعية بتغذية المجتمعات المحلية والمشرفين الصحيين والمسؤولين عن الرعاية في المجتمعات المحلية، والقابلات التقليديات. وتشمل الفوائد الأخرى الأنشطة المدرة للدخل بالنسبة لمن يقدمون الرعاية الصحية والمجموعات المحلية.

الدعم والتنسيق والمشاركة

41- سيتولى **البرنامج** تعبئة الموارد الغذائية وغير الغذائية، كما سيقدم الدعم الفني في مجالات التخطيط والتنفيذ والمراقبة والتقييم. ومن داخل إطار الأمم المتحدة للمساعدات الإنمائية، ستتولى الجهات المانحة ومنظمة اليونيسيف، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ومنظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وبرنامج الأمم المتحدة المعني بمرض الإيدز، ومنظمة الأغذية والزراعة، تقديم الدعم الفني والمالي والمادي. كما ستقدم المنظمات غير الحكومية ومنظمات المجتمعات المحلية، والكنائس، والمؤسسات الخيرية، وغيرها من المنظمات الخدمية، دعمها لأنشطة المجتمعات المحلية، بما في ذلك تقديم الموارد البشرية والمالية والمادية، والتخطيط، وتوزيع الأغذية، وتعبئة المجتمعات المحلية، والتدريب على الأنشطة المدرة للدخل، وخدمات الرعاية المنزلية. وفي إطار خطة العمل الوطنية للتغذية، ستواصل وزارة الصحة قيادتها ومساعدتها لأنشطة المجتمعات المحلية في مجال التدريب والتخطيط والتمويل للمراكز الصحية والتغذوية، وتزويدها بالمعدات. كما سيتولى المجلس الوطني لأمراض الإيدز والسل والأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي وأمانته تقديم التوجيهات والدعم فيما يتعلق بالتدخلات لمكافحة أمراض الإيدز والسل.

42- سيجري التنسيق من خلال لجنة تنسيق التنمية الجهوية. وسيتولى **البرنامج** وشركاؤه بناء قدرات المجلس الجهوي للإدارة الصحية لكي يتولى تنفيذ وإدارة البرامج المتكاملة للتغذية والصحة في المجتمعات المحلية.

ترتيبات المراقبة

43- تم وضع مؤشرات المراقبة والتقييم باتباع نهج الإطار المنطقي لنظم المراقبة القائمة على المجتمعات المحلية. وسوف تبذل جهود لإدماج المؤشرات في نظام معلومات عن الإدارة الصحية ومراجعة الأداء. وستكون مجالس الصحة المحلية والشركاء من المنظمات غير الحكومية مسؤولين عن جمع البيانات عن توزيع الأغذية. وسيتولى المجلس المركزي للصحة وضع تقارير ربع سنوية عن سير العمل وتنفيذ المشروع، بناء على معلومات تجمع من مختلف الأحياء، ورفع هذا التقرير إلى وزارة الصحة ووزارة المالية والتخطيط وبرنامج الأغذية العالمي. كما ستجرى عمليات مسح بالمشاركة وتقديرات للأوضاع التغذوية، لاستكمال البيانات المتعلقة بالإدارة الصحية ونظام المعلومات.

تقديرات التكاليف

44- سيحتاج هذا النشاط إلى 926 20 طنا من الأغذية، بتكاليف تشغيلية مباشرة تقدر بنحو 210 535 10 دولارات. وتقدر مساهمة الحكومة في هذا النشاط بنحو 521 053 1 دولارا.

⇦ *النشاط الأساسي الثالث: الغذاء مقابل الأصول المادية*

الإطار الاستراتيجي

45- سيعالج هذا النشاط الأولوية الثالثة للمعونة الغذائية والتنمية، وهي: تمكين الأسر الفقيرة من اكتساب الأصول المادية والمحافظة عليها. وسوف يحسن هذا النشاط من الأمن الغذائي ومستوى معيشة الأسر الفقيرة التي تعاني من الجوع، وعلى الأخص في المناطق المعرضة للكوارث الطبيعية المتكررة، وذلك من خلال تكوين

أصول تزيد من التحمل، مثل التحكم في المياه والبنية الأساسية لتجميعها، وتدعيم ضفاف الأنهار، والقيام بأعمال مناسبة للمحافظة على الموارد، والأعمال البيئية الأساسية، وإثارة الوعي بأخطار مرض الإيدز، وقضايا الجنسين، والتدريب على طرق المعيشة وممارسات الحياة المستدامة.

تحليل المشكلة

46- يواجه 73 في المائة من سكان زامبيا مشكلة انعدام الأمن الغذائي المزمن. وقد نقصت الأغذية خلال السنوات العشر الماضية سواء على مستوى الأسرة أو على مستوى زامبيا ككل. وانخفض نصيب الفرد من إنتاج الحبوب من 235 كيلو غراما في أواخر الثمانينات إلى 173 كيلو غراما في أواخر التسعينات، وزادت الواردات الصافية من 000 161 طن إلى 000 249 طن خلال نفس الفترة. وتقدر الواردات المطلوبة من الحبوب في 2001-2002 بنحو 000 268 طن (النظام العالمي للمعلومات والإنذار المبكر في منظمة الأغذية والزراعة، عام 2001). وحدث انخفاض حاد في استهلاك الفرد من الذرة، حيث أصبح 123.3 كيلو غرام في 1996-1997، بعد أن كان 153.2 كيلو غرام في أوائل التسعينات.

47- وترجع أسباب مشكلات انعدام الأمن الغذائي في زامبيا إلى عدة عوامل. فقد تسببت حالات الجفاف والفيضانات المتكررة في الإضرار بنحو 1.3 مليون نسمة في موسم 2000-2001. ومن بين المشكلات الأخرى نقص فرص الحصول على مدخلات زراعية، وسوء البنية الأساسية، وبالأخص الطرق الإقليمية والفرعية، وانخفاض مستويات التكنولوجيا والاستثمار، وانخفاض الدخل، مما ساهم في تباطؤ نمو إنتاج الزراعة والأغذية، وعلى الأخص في المناطق المعرضة للجفاف في المقاطعات الغربية والجنوبية والشرقية. وعلى مستوى الأسرة والمجتمع المحلي، يتعرض الأمن الغذائي إلى صعوبات بسبب سوء الطرق الفرعية، وانخفاض مستويات المعرفة بأساليب الزراعة المستدامة وتدهور التربة والبيئة، وسوء إدارة وحفظ الأغذية، والاعتماد على المساعدات، وبطء التغيير في الموقف من تنويع المحاصيل والثروة الحيوانية. وازداد الموقف سوءا بفعل عناصر مثل ارتفاع أسعار الأغذية بسب إلغاء الدعم وانخفاض دخل الأسر الناجم عن البطالة والإصابة بمرض الإيدز.

48- الفقر في زامبيا ينتشر على نطاق واسع، ويمتد بجذوره عميقا، وينحاز ضد المرأة. ففي أواخر التسعينات، كانت نسبة الأسر التي ترأسها نساء والتي لجأت إلى تدابير استثنائية لتحمل ظروفها، هي 32 في المائة، بينما كان الرقم في الأسر التي يرأسها رجال هو 26 في المائة. ورغم الإصلاحات والتدابير القانونية الإيجابية التي اتخذتها الحكومة لمصلحة النساء، فإن القوانين والتقاليد العرفية مازالت تضع المرأة في مرتبة متدنية بالنسبة للرجل فيما يتعلق بحقوق الميراث، وملكية الأراضي، ومستوى الدخل، والمشاركة في الحياة المدنية، والتعليم، والتحكم في الإنجاب. ونتيجة لفقرهن وحرمانهن من حقوقهن، فإن بعضهن ينحدر إلى ممارسة الجنس التجاري، الأمر الذي يزيد من فرص تعرضهن لمرض الإيدز. ومع ذلك، ورغم فرصهن المحدودة في الحصول على الأراضي، فإنهن يمثلن 70 في المائة من الأيدي العاملة في الزراعة المعيشية، بالإضافة إلى تزايد مشاركتهن في إنتاج المحاصيل النقدية.

49- وفي عام 1999، كانت معدلات الأمية بين النساء في زامبيا تصل إلى 30 في المائة، بينما كانت للرجال 15 في المائة (البنك الدولي). وكانت مشاركة النساء في الأيدي العاملة الكلية عام 1998 تقل بنسبة 12 في المائة عن مشاركة الرجال (التقدير القطري المشترك لعام 2000). وتستبعد المرأة إلى حد كبير من مواقع اتخاذ

القرارات الرسمية. فهناك 10 في المائة يتقلدن وظائف رئيسية أساسية، وهي نسبة تقل عن مثيلاتها في أغلب بلدان الجماعة الإنمائية للجنوب الأفريقي. ولاشك أن العلاقات غير المتوازنة بين الجنسين تقلل من إشراف النساء على أسرهن. ورغم أن الوعي والمعرفة بالوسائل الحديثة لمنع الحمل مرتفع، فإن معدل انتشار هذه الوسائل مازال منخفضا. حيث تقدر نسبة استعمالها بما لا يزيد عن 26 في المائة في عام 1996. وقد ارتفعت معدلات الوفيات أثناء الولادة، وهي المعدلات التي يمكن ربطها إلى حد كبير بانخفاض تعليم البنات، والأعمار المبكرة لأول حمل، وسوء رعاية الحوامل الفقيرات، وسوء التغذية بسبب نقص العناصر الغذائية الدقيقة، وانتشار أمراض السل والإيدز.

50- وتتسم المجتمعات المستهدفة في أغلب الأحيان بنقص قدرتها على تحمل المسؤولية عن إدارة الأصول الجديدة في أوقات الكوارث. فالناس الجوعى يعجزون عادة عن خلق مثل هذه الهياكل والمحافظة عليها، نظرا لافتقارهم إلى التدريب الرسمي وعجزهم عن التوقف عن تلبية احتياجاتهم الأساسية اليومية.

الأهداف والنتائج المتوخاة

51- الأهداف بعيدة المدى هي:

- تكوين أصول مادية والمحافظة عليها من أجل التصدي بصورة مباشرة لانعدام الأمن الغذائي الأسري، والتأهب لمواجهة الكوارث، واستجابة الأسر المعرضة للخطر لذلك؛
- تشجيع طرق المعيشة المستدامة للأسر المعرضة للخطر، لاسيما المصابين بمرض الإيدز في الأسر التي تعيلها نساء أو أطفال أو مسنون؛
- زيادة قدرات الهياكل القيادية في المجتمعات المحلية، مع تمثيل قوي للمرأة في المجتمعات المستهدفة من أجل إدارة الأصول والمحافظة عليها.

52- النتائج المتوخاة للنشاط الأساسي هي:

- زيادة عدد الأسر التي تتمتع بالأمن الغذائي؛
- زيادة الأصول المادية الجديدة مع الوصول بالأصول الجديدة في المجتمعات المحلية الموجهة مباشرة إلى علاج الأمن الغذائي الأسري والتأهب لمواجهة الكوارث والاستجابة لها إلى نسبة 60 في المائة؛
- زيادة القدرة على التحمل لمواجهة مرض الإيدز والكوارث الطبيعية المتكررة؛
- زيادة قدرات الأسر على تحسين دخلها، وخاصة الأسر التي بها مصابون بمرض الإيدز والتي تعيلها نساء أو أطفال أو مسنون؛
- زيادة نسب النساء اللواتي يحصلن على أصول ويمتلكنها والتي تتعلق بسد احتياجاتهن وقدراتهن بنسبة 50 في المائة.

دور المعونة الغذائية وطرائقها

53- ستستخدم المعونة الغذائية كحافز للأسر الفقيرة التي تعاني من الجوع في القرى والمدن على استثمار وقتهم ومواردهم في تكوين أصول وفي عمليات إعادة التأهيل، وفي تخفيف وطأة الجوع قصير الأجل، وفي المساهمة في تلبية الحد الأدنى من متطلبات الطاقة اليومية.

استراتيجية التنفيذ

54- ستنفذ المنظمات غير الحكومية هذا النشاط بالتعاون مع المجالس الجهوية والمديرين من المجتمعات المحلية تحت الإشراف العام لوزارة تنمية المجتمعات المحلية والخدمات الاجتماعية. وتيسيرا لمشاركة المستفيدين وضمانا للصيانة السليمة للأصول الجديدة، سيتم تشكيل آليات مؤسسية مثل فرق إدارة تنمية المجتمعات المحلية، وتدريب هذه الفرق التي ستشجع النساء على القيام بدور قيادي فيها. وستتولى وزارة تنمية المجتمعات المحلية والخدمات الاجتماعية رئاسة لجنة توجيه الأنشطة، التي ستضم المنظمات غير الحكومية المنفذة والوزارات المعنية. أما تنمية قدرات الشركاء المنفذين والرجال والنساء المستفيدين فسوف تتم عن طريق مشروعات المساعدات التقنية التي تديرها منظمات الأمم المتحدة بتمويل من الجهات المانحة وبرنامج الأغذية العالمي. وستنفذ الأنشطة – لاسيما في المناطق الريفية – خلال موسم عدم الزراعة، لضمان عدم تعارض المشاركة في هذه الأنشطة مع أوقات الزراعة المعتادة. وضمانا لعدم تحميل النساء بأعباء إضافية نتيجة هذه الأنشطة، سيجرى تحليل لمعرفة مستويات تحمل النساء بناء على توصية عملية التقييم.

المستفيدون والفوائد المتوخاة

55- سيستفيد من المشروع 287 65 أسرة فقيرة تعاني من الجوع، أي نحو 390 326 مستفيدا، سيحصلون على حصص غذائية أسرية في المناطق الريفية والحضرية. وسيكون هناك 60 في المائة على الأقل من بين المستفيدين من النساء، وسيخصص 50 في المائة من الأصول الجديدة لتوضع تحت إشرافهن من أجل منفعتهن المباشرة. وسيترتب على ذلك ضمان قيام النساء بدور قيادي، وتمثيلهن تمثيلا كافيا على جميع مستويات اتخاذ القرار فيما يتعلق بإدارة الأغذية والأصول الجديدة، تمشيا مع الخطاب الدوري رقم ED2001/10 بشأن حصول النساء على الأصول، بما فيها الأراضي. وستتلقى المجتمعات المحلية والعاملون الفنيون والإداريون الجهويون التدريب المناسب.

الدعم والتنسيق والمشاركة

56- ستستعرض لجنة توجيه الأنشطة البرامج المعتادة للغذاء مقابل الأصول المادية، بهدف تطويعها للظروف القطرية. وستتولى وزارة تنمية المجتمعات المحلية والخدمات الاجتماعية تنسيق أنشطة الغذاء مقابل الأصول مع الشركاء التنفيذيين. وستطلب المساعدات التقنية من وكالات الأمم المتحدة المتخصصة ومن الوزارات التقنية.

ترتيبات المراقبة

57- وضعت مؤشرات الرصد والتقييم عن طريق نهج الإطار المنطقي، وسيتم تنقيحها على مستوى تقدير النشاط للرصد والتقييم على أساس النتائج. وسوف تكفل وزارة تنمية المجتمعات المحلية والخدمات الاجتماعية

قيام الشركاء التنفيذيين برصد الأنشطة وتقديم تقارير ربع سنوية عن سير العمل وتقارير عن تنفيذ المشروع إليها، وإلى وزارة المالية والتخطيط **والبرنامج**. كما سيجري استعراض في منتصف المدة، واستعراض نهائي في السنة الأخيرة من البرنامج القطري.

تقدير التكاليف

58- سيحتاج هذا النشاط إلى 093 20 طنا من الأغذية، بتكاليف تشغيل مباشرة تقدر بمبلغ 788 335 8 دولارا. وتقدر مساهمة الحكومة في هذا النشاط بمبلغ 580 833 دولارا.

عمليات الطوارئ، وعمليات الإغاثة الممتدة والإنعاش والعمليات الخاصة

59- زامبيا من البلدان المعرضة للكوارث، مع وجود أعداد هائلة ومتزايدة من اللاجئين من البلدان المجاورة يقدر عددهم الآن بنحو 000 260 لاجئ. كما أن هناك أعدادا كبيرة من المشردين داخل البلاد، الذين يشكلون ضغطا متزايدا على الموارد الطبيعية والاجتماعية والاقتصادية المستنزفة بالفعل. وتساهم كل هذه العوامل في تدهور الأمن القومي، وانعدام الأمن الغذائي، ونقص فرص الحصول على الخدمات الاجتماعية الأساسية، والأراضي بالنسبة لسكان زامبيا، وانقطاع التجارة عبر الحدود في أغلب المناطق. ويساند برنامج الأغذية العالمي ما يقرب من 000 117 لاجئ من خلال 071 10 عملية للإغاثة الممتدة والإنعاش ووفق عليها في عام 2001. وتلبي هذه العمليات الاحتياجات الغذائية للاجئين الذين دخلوا البلاد منذ عام 1999، واحتياجات أغلب المجموعات المعرضة، مثل الأرامل والمسنين ومرضى الإيدز والسل من بين مجموع اللاجئين الموجودين في زامبيا. وتجري عمليات تخطيط عاجلة سنويا مع الحكومة والشركاء من أجل الاتفاق على حلقة للانتقال بين عمليات التنمية وعمليات الطوارئ.

أنشطة الدعم التي يقدمها البرنامج القطري

60- من المقرر القيام بأنشطة الدعم التالية أثناء البرنامج القطري:

- خطة طوارئ من أجل دعم أنشطة الحكومة وبرنامج الأغذية العالمي من أجل التنبوء بحالات الطوارئ والاستجابة السريعة لها، ويقدر التمويل اللازم لهذه المهمة بنحو 000 200 دولار؛
- الدعوة إلى مكافحة الجوع بهدف زيادة الموارد الغذائية والبنود غير الغذائية لكي تكفي الدعم الغذائي الذي يقدمه **البرنامج**، وتقدر تكاليف هذه المهمة بنحو 000 100 دولار.

أهم القضايا والافتراضات والمخاطر

61- الافتراضات المهمة هي:

- أن تتم عملية اللامركزية وتعزيز مركز المجتمعات المحلية بسرعة، بما يسمح بنقل المسؤولية إلى الحكومات المحلية عن تنفيذ الأنشطة المعانة بالأغذية، وتنسيق الحزم الإنمائية، وهي أمور حاسمة في دعم التنمية القائمة على المجتمعات المحلية؛

- إن الحكومة **والبرنامج** سيعززان الإطار المؤسسي لإدارة البرنامج القطري والإشراف عليه، بما يسهل التكامل والارتباط الفعال بين البرنامج القطري والأنشطة الإنمائية؛
- إن الحكومة والجهات المانحة سيكفلون موارد وبنودا غير غذائية كافية لاستكمال الدعم الغذائي الذي يقدمه **البرنامج**.

عملية إدارة البرنامج

التقدير

62- ستجري عمليات تقدير لكل نشاط بهدف تقدير الجدوى الفنية والاجتماعية والاقتصادية واللوجستية، ولضمان التناسق والاستمرارية والارتباطات، ولإعداد المواجيز الخاصة بالأنشطة. وسوف تطلب المساعدة التقنية من وكالات الأمم المتحدة المتخصصة. ونظرا لأن النشاط الخاص بالمساعدات للتعليم الأساسي هو نشاط جديد، فسيتم تقديره بالتعاون مع منظمة اليونيسيف ومنظمة اليونسكو ومنظمة الأغذية والزراعة. وسوف تولي التقديرات اهتماما خاصا بمسائل قدرة الجهة النظيرة على التنفيذ والرصد ومكافحة مرض الإيدز ومشاركة المرأة في التنمية. وستشمل هذه العملية كل من الحكومة، ومنظمة الأغذية والزراعة، وبرنامج الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة اليونسكو، ومنظمة اليونيسيف، ومنظمة الصحة العالمية، والجهات المانحة التي لها أنشطة مماثلة. وستجري عمليات التقييم بمجرد الموافقة على البرنامج القطري. وسوف تحدد الاستعراضات مراحل التنفيذ من أجل أنشطة الرصد والتقييم.

63- سيشكل **البرنامج** لجنة لاستعراض الأنشطة لتقوم باستعراض الموجز الخاص بكل نشاط. وسيتم تقديم محاضر لجنة استعراض النشاط المحلي وملخص النشاط بعد مراجعته عن طريق اللجنة التقنية للبرنامج القطري إلى اللجنة الوطنية لإدارة البرنامج القطري التي ترأسها وزارة المالية والتخطيط، والتي تضم أعضاء من وكالات الأمم المتحدة في زامبيا، والجهات المانحة، والوزارات المعنية، وبعض المنظمات غير الحكومية المختارة. وبعد اعتماد تكاليف التشغيل المباشرة من لجنة إدارة البرنامج القطري، سيقوم **البرنامج** بعرض بنود ميزانية تكاليف التشغيل على المقر.

تنفيذ البرنامج

⇦ *المكتب القطري وتعيين الموظفين*

64- سيحتفظ البرنامج القطري بالهياكل 1، و2، و3 لميزانية دعم البرامج والإدارة. ونظرا للتوسع في أنشطة الغذاء مقابل الأصول المادية وأنشطة مساعدات التعليم الأساسي، وزيادة حجم الأنشطة، والمسافات بين مناطق المشروع وصعوبة الوصول إليها، فإن كل نشاط سيحتاج إلى موظف ومعاونين. كما أن المكتب القطري سيسعى للاستفادة من خدمات برنامجي متطوعي الأمم المتحدة والموظفين المهنيين الشبان. وسيحتاج البرنامج إلى التدريب على أعمال الرصد والتقييم، وتحليل الإطار المنطقي، وقضايا الجنسين، ومكافحة الإيدز، وطرق المشاركة، والإجراءات الإدارية والمالية، وتطبيق الأنظمة والإجراءات، والإدارة الأساسية لحالات الطوارئ.

⇦ الإدارة القطرية للبرنامج القطري

65- في أعقاب موافقة المجلس التنفيذي على البرنامج القطري، سيقوم **البرنامج** بإعداد اتفاقية للفترة 2002-2006 لتوقيعها بمعرفة وزارة المالية والتخطيط. وبعد الانتهاء من وثيقة كل نشاط، واعتمادها وتوقيعها من المدير القطري، سيقوم **البرنامج** بإعداد عقد تشغيلي لكل نشاط يحدد التزامات كل طرف. وستتولى الوزارات المسؤولة عن كل نشاط ووزارة المالية والتخطيط لتوقيع على العقد نيابة عن الحكومة، كما سيوقع ممثل **البرنامج** نيابة عن **البرنامج**. سيلتزم الشركاء تعاقديا على تطبيق التزامات **البرنامج** تجاه النساء.

66- ستكون وزارة تنمية المجتمعات المحلية والخدمات الاجتماعية مسؤولة عن التنسيق القطري، وسترأس لجنة إدارة البرنامج القطري، التي ستكون مسؤولة بدورها عن الإشراف العام عن البرنامج القطري وعلى وضع الروابط والتآزر مع البرامج الإنمائية القطرية الأخرى وإعادة تقييم هذه الروابط والتآزر. وستجتمع هذه اللجنة مرتين سنويا. وتحت إشراف لجنة إدارة البرنامج القطري، ستكون اللجنة التقنية للبرنامج القطري المكونة من الموظفين الفنيين من الوزارات والمنظمات غير الحكومية والجهات الشريكة، والتي تشارك وزارة تنمية المجتمعات المحلية والخدمات الاجتماعية **والبرنامج** في رئاستها، هي المسؤولة عن تصميم أنشطة البرنامج القطري وإجراءات تنفيذها ورصدها وتقييمها، وتكاملها مع البرامج الإنمائية القطرية، أما لجنة توجيه الأنشطة – التي ترأسها الوزارة المنفذة – فستكون هي الهيكل المسؤول عن التنسيق والإدارة.

⇦ تيسير مشاركة المستفيدين

67- سيتم التخطيط لأنشطة البرنامج وتنفيذها بدرجة كبيرة من مشاركة أفراد المجتمع المحلي. ففي برنامج التغذية للمجموعات الحساسة، سيكون هناك تركيز كبير على التغذية التكميلية القائمة على المجتمعات المحلية وعلى تطوير الأنشطة المدرة للدخل. فلاشك أن توسيع قاعدة مشاركة الأمهات والمشرفين على الرعاية الصحية الأولية والمتطوعين والقابلات التقليديات سيساعد في تحسين أساليب التغذية. كما أن التغذية المدرسية ستحتاج أيضا إلى درجة كبيرة من التزام أفراد المجتمعات المحلية ورغبتهم في المشاركة في إدارة الأنشطة المدرة للدخل في المدارس المحلية.

68- وسيتم انتخاب لجان الأنشطة ولجان صيانة الأصول بواسطة أفراد المجتمعات المحلية، وستكون مسؤولة عن تخطيط الأنشطة على مستوى المجتمع المحلي. وسوف تساعد هذه اللجان ولجنة تنسيق التنمية الجهوية في المجتمعات المحلية المستفيدة في حشد السكان – بمن فيهم النساء – كما ستساعد في تشكيل فريق إدارة تنمية المجتمع المحلي ولجان إدارة الأنشطة من أجل المشاركة في اتخاذ القرارات بشأن الأنشطة.

⇦ المدخلات التكميلية من الحكومة والشركاء الآخرين

69- بالنسبة لأي نشاط من أنشطة البرنامج القطري، ستكون مساهمة الحكومة في صورة مرتبات للموظفين وتكاليف للتشغيل. وسوف يتولى **البرنامج** والحكومة تعبئة البنود غير الغذائية من الجهات المانحة والشركاء. وبالنسبة لنشاط المساعدات للتعليم الأساسي، سيكون تقديم الحكومة والشركاء الآخرين لعدد كاف من المدرسين، وفصول الدراسة، ومياه الشرب، ومرافق الإصحاح شرطا لتوسيع **البرنامج** لدعمه للتعليم الأساسي.

⇦ توريد الأغذية واللوجستيات

70- سيتولى **البرنامج** تسليم السلع في لوساكا، مع اتباع استراتيجية مرنة للتوريد، حيث سيشتري الحبوب محليا عندما تتوافر فوائض منها، ويستوردها في أوقات الجفاف أو الشح. والسلع التي لا تتوافر محليا أو تتوافر بأسعار غير تنافسية، سيتم شراؤها من خارج البلاد، بمساعدة تقنية من مكتب التوريدات الإقليمية في هراري. وستتم عمليات الشراء المحلية طبقا للمبادئ التوجيهية والإجراءات التي يتبعها **البرنامج** في عمليات الشراء. وستستمر عمليات الاختبار الدورية لجودة الأغذية. وستقدم الوحدة المنفذة دعمها لعمليات نقل الأغذية. وستواصل الحكومة ترتيبات الإعفاءات والاستثناءات الضريبية ضمانا للإفراج عن السلع الغذائية في حينها. وستوفر الحكومة مخازن للأغذية والبنود غير الغذائية. وحيث أن زامبيا تصنف من بين أقل البلدان نموا، ومن بين بلدان العجز الغذائي ذات الدخل المنخفض، فسوف يتحمل **البرنامج** 100 في المائة من تكاليف مناولة السلع ونقلها بريا من لوساكا أو من أماكن الشراء المحلية والإقليمية حتى مواقع المشروع.

⇦ إعداد الميزانية وخطط العمل السنوية

71- سيقوم الشركاء المنفذون – بالتشاور مع **البرنامج** – بإعداد خطط العمل السنوية على أساس أرقام توافر الموارد والأداء التشغيلي للبرنامج القطري. وإذا استلزم الأمر إعادة تخصيص الموارد بين الأنشطة، فسوف تصدر لجنة إدارة البرنامج القطري قرارها في هذا الشأن، مع الأخذ في الاعتبار المعلومات القادمة من نظام تحليل هشاشة الأوضاع ووضع خرائطها والتقارير الخاصة بذخيرة السلع.

الاستدامة

72- سترتكز الاستدامة على مشاركة أفراد المجتمع المحلي في تحديد الأنشطة وتنفيذها، والمشاركة مع الحكومة. كما أن بناء قدرات المجتمعات المحلية – وخاصة فيما يتعلق بالنساء – سيكفل إحساس المسؤولين من الناس عن إدارة الأصول المادية التي تم تكوينها وصيانتها بدعم غذائي، بأنهم بالفعل الذين كونوا هذه الأصول وامتلكوها وأصبحوا يملكون المهارات والوسائل اللازمة للمحافظة عليها. كما أن قبول الحكومة لطرق التسليم المحسنة عند التدخل بالتغذية أو التعليم بمشاركة أفراد المجتمع المحلي ستضمن الاستمرارية.

مراقبة البرنامج ومراجعته

73- سيطبق **البرنامج** مبادئ وطرق الإدارة القائمة على النتائج في رصد وتقييم الأنشطة، مستخدما في ذلك قاعدة بيانات التقدير القطري المشترك، والبيانات الأساسية للأنشطة، ومسوحات الأحوال المعيشية، ومسوحات الصحة والتغذية. وستتحمل وزارة تنمية المجتمعات المحلية والخدمات الاجتماعية مسؤولية الإشراف على ترتيبات الرصد والتقييم للبرنامج القطري. أما تقدير أداء البرنامج القطري فسيكون مسؤولية الحكومة أساسا، بدعم من **البرنامج**. وستتولى اللجنة الفنية للبرنامج القطري إعداد تقارير سنوية عن هذا البرنامج، بينما ستتولى لجنة إدارة البرنامج القطري استعراض هذه التقارير. وسيقوم أهم أصحاب الشأن بالمشاركة الكاملة في استعراض تقرير منتصف المدة عن البرنامج القطري. وهناك بالفعل إجراءات خاصة برصد أنشطة الغذاء مقابل الأصول وأنشطة برنامج التغذية للمجموعات المعرضة، بينما سيجري وضع ترتيبات للمساعدات الخاصة بالتعليم

الأساسي. وستتولى الحكومة – عن طريق مكتب المراجع العام في وزراة المالية والتخطيط – عرض الحسابات السنوية على **البرنامج**.

الأنشطة التكميلية

74- إذا توافرت موارد إضافية، فستستكمل أنشطة البرنامج القطري بالتوسع في برنامج التغذية للمجموعات الحساسة من خلال الرعاية المنزلية، بحيث تضاف 000 5 أسرة جديدة سنويا، أي 000 125 مستفيد خلال فترة البرنامج القطري. وسوف يحتاج هذا العنصر إلى 970 11 طنا من الأغذية بتكلفة قدرها 862 170 5 دولارا، تبلغ مساهمة الحكومة المتوقعة فيها 086 517 دولارا.

التقييم

75- سيتم إعداد تقارير إنجاز أنشطة البرنامج القطري عند اكتمالها. وقبل عرض البرنامج القطري التالي بنحو سنتين، أي في أواخر عام 2004، سيجري تقييم البرنامج القطري للتأكد من أن تركيزه كان سليما وأن أهدافه وأغراضه مازالت قائمة وأنه يجري تحقيقها. ومن شأن هذا التوقيت أن يسمح بتوصيات التقييم أن تؤخذ في الاعتبار في مخطط الاستراتيجية القطرية القادم.

التوصية

76- بالنسبة للبرنامج القطري المقترح لزامبيا (2002-2006)، فإن المديرة التنفيذية تطلب إلى المجلس التنفيذي أن يوافق، في حالة توافر الموارد، على مبلغ 953 896 24 دولارا تمثل تكاليف التشغيل المباشر الأساسية، وأن يعتمد مبلغ 862 170 5 دولارا للأنشطة التكميلية.

الملحق الأول

ملخص مخطط الاستراتيجية القطرية لزامبيا (WFP/EB.3/2001/7/4)

تعد زامبيا من أفقر البلاد في العالم، فهي تصنف بين أقل البلدان نموا، إذا يبلغ الناتج المحلي الإجمالي للفرد الواحد فيها 300 دولار. ورغم أنها بلد يتمتع بإمكانيات ضخمة لتحقيق الاكتفاء الذاتي في مجال الإنتاج الغذائي، فإن انعدام الأمن الغذائي على المستوى الوطني والمستوى الأسري مستمر في الزيادة كما يدل على ذلك التدهور في إنتاج الحبوب للفرد الواحد وفي صافي الواردات السنوية. ورغم حدوث زيادة عامة في إسهام القطاع الزراعي في الاقتصاد الوطني فإن ذلك المجال مازال شديد الضعف نظرا لتكرار الكوارث الطبيعية والأوبئة الحيوانية وقلة فرص الحصول على المدخلات الرئيسية واستمرار عزوف المزارعين عن اتباع ممارسات تنويع المحاصيل. ومازال الفقر وانعدام الأمن الغذائي منتشرين في المناطق الريفية، ولكن حدثت في السنوات الأخيرة زيادة فيهما معا في المناطق الحضرية.

وقد أعد هذا المخطط للاستراتيجية القطرية من الجيل الثاني في سياق التقدير القطري المشترك/ إطار الأمم المتحدة للمساعدات الإنمائية والأولويات الاستراتيجية التي تتوخاها الحكومة في إطار ورقة استراتيجية التخفيف من وطأة الفقر وسياسة برنامج الأغذية العالمي لتحفيز التنمية. ويستعين المخطط بالتجارب المستقاة من صياغة البرنامج القطري الحالي ويراعي التوصيات الناتجة عن تقييم البرنامج القطري.

ومازالت الأهداف الاستراتيجية الرئيسية كما هي إلى حد كبير دون اختلاف عن البرنامج القطري الحالي، ولكن مخطط الاستراتيجية الجديد يقترح إحداث تحول في أنشطة البرنامج القطري بغية تقديم مزيد من الدعم لقطاع التعليم، واتخاذ مبادرات لمساعدة المجتمعات المحلية والأسر على إعادة تكوين حصيلتهم من الأصول والتوصل إلى سبل مستدامة في العيش. وسيركز البرنامج القطري على الأهداف الرئيسية لإطار الأمم المتحدة للمساعدات الإنمائية وسيساهم بناء على ذلك في إنقاذ حق جميع مواطني زامبيا في التمتع بمستوى معيشي مناسب. وتمشيا مع سياسة البرنامج لتحفيز التنمية (القرار 1999/م ت-س/2) ستستخدم موارد **البرنامج** من أجل تحقيق الأهداف التالية:

- تمكين صغار الأطفال والحوامل والمرضعات من النساء من تلبية احتياجاتهم الخاصة الغذائية والصحية المرتبطة بالغذاء؛
- تمكين الأسر الفقيرة من الاستثمار في رأس المال البشري عن طريق التعليم والتدريب؛
- تمكين الأسر الفقيرة من اكتساب الأصول المادية والمحافظة عليها؛
- تخفيف آثار الكوارث الطبيعية في المناطق المعرضة لتكرار الأزمات من هذا النوع.

وستركز الأنشطة المقبلة على سبيل الحصر على أفقر المناطق التي يمكن تمييزها بانعدام الأمن الغذائي المزمن وارتفاع معدلات سوء التغذية وارتفاع نسبة انتشار المستفيدين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز. وستوجه الموارد الغذائية **للبرنامج** بالإضافة إلى الموارد غير الغذائية نحو ثلاثة أهداف أساسية: الغذاء مقابل تكوين الأصول، وهو الهدف الذي ستدرج في إطاره مواصلة تقديم الدعم للحكومة في مجال مكافحة الكوارث وتلطيف آثارها ولتحليل هشاشة الأوضاع ووضع خرائطها؛ ومساعدة التعليم الابتدائي؛ والتغذية التكميلية. ويضاف إلى ذلك أن الكوارث الطبيعية والكوارث التي من صنع الإنسان مازالت مشكلة رئيسية. ففي منطقة تتعرض لوقوع الاضطرابات الطبيعية

والطوارئ من صنع الإنسان بسرعة ستظل تنمية قدرات الحكومة والأسر المقصودة على مواجهة هذه الطوارئ إحدى الأولويات بالنسبة للمكتب القطري.

أهم ملامح النقاش الذي دار في المجلس التنفيذي بشأن مخطط الاستراتيجية القطرية لزامبيا (WFP/EB.3/2001/15)

أيد المجلس مخطط الاستراتيجية القطرية، مشيرا إلى توافق الاستراتيجية والأهداف الموجزة في الوثيقة مع أولويات الحكومة وسياسة البرنامج لتحفيز التنمية. وأشار المجلس مع التقدير إلى الجهود الرامية للتصدي لوباء فيروس نقص المناعة/ الإيدز الذي ضرب زامبيا بصورة تتسم بالشدة. وأشار أحد الأعضاء إلى وثيقة البنك وصندوق النقد الدوليين المعنية باستراتيجية خفض الفقر في زامبيا والتي حث المكتب القطري على أخذها في الاعتبار أثناء إعداد البرنامج القطري. وأجابت الأمانة بأن فريق الأمم المتحدة القطري شارك بنشاط في وثيقة استراتيجية خفض الفقر وأن البرنامج سيواصل، بوصفه عضوا في الفريق القطري، متابعة المناقشات.

وأكد عدة أعضاء على الحاجة إلى تعزيز مشاركة السلطات المحلية والمجموعات السكانية بغية تحقيق أهداف البرنامج القطري القادم. وأكدت الأمانة أن البرنامج القطري سيهتم بالشراكات.

وأعاد عدد من الأعضاء التأكيد على أهمية عملية تحديد المستفيدين ووضع أولويات للأنشطة مع ضرورة توافر تحليل هشاشة الأوضاع تمكن من القيام بذلك. وأبلغت الأمانة المجلس بأن الأسر التي تأثرت بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز ستشكل المجموعات الرئيسية المستهدفة للبرنامج القطري القادم.

وأشار بعض الأعضاء إلى أن إمكانيات زامبيا الزراعية كبيرة ونتيجة لذلك ينبغي أن تستخدم المعونة الغذائية بعناية في المناطق الريفية أثناء التصدي للمشاكل الكامنة من خلال تدابير السياسات الزراعية والريفية.

وحث أحد الأعضاء المكتب القطري على توفير تفاصيل أكثر تتعلق بالرصد والتقييم في البرنامج القطري المقبل. وأشاد عضو آخر بالمكتب القطري لعلاقته النشطة بالجهات المانحة في البلاد، مشيرا إلى أن هذه العلاقة تساعد في تنشيط المناقشات الجارية المتعلقة بالسياسات ووضع أولويات للعمليات.

وشجع المجلس الأمانة على استخدام المعونة الغذائية لتحسين أوضاع النساء وذلك بالتعاون مع السلطات الوطنية. وأجابت الأمانة بأن هناك سياسة وطنية لقضايا تمايز الجنسين وأن **البرنامج** سيعمل مع الحكومة لإدماج الجوانب المتعلقة بقضايا تمايز الجنسين في البرنامج القطري.

الملحق الثاني

البرنامج القطري لزامبيا (2002-2006)، ملخص الإطار المنطقي

تسلسل النتائج	مؤشرات الأداء	الافتراضات والمخاطر
الهدف على المستوى القطري الهدف المحوري للحكومة هو تخفيض مستوى الفقر في زامبيا من 73 في المائة عام 1998 إلى 50 في المائة في عام 2015، عن طريق تدابير تزيد من قدرات جميع سكان زامبيا والفرص المتاحة أمامهم، وبالأخص الفقراء منهم.	انخفاض عدد السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر من 73 في المائة إلى أقل من 50 في المائة بحلول عام 2015.	وجود مناخ سياسي موات يتسم بالسلام والاستقرار. التزام الحكومة بتنفيذ استراتيجيات وأطر للحد من الفقر. تغيير مسار التأثيرات السلبية لمرض الإيدز على الأوضاع الاجتماعية – الاقتصادية في زامبيا.
هدف البرنامج القطري الارتفاع بقدرات الأسر الفقيرة التي تعاني من الجوع، (وبالأخص تلك التي ترأسها نساء أو أطفال أو مسنين) لتتولى مسؤولية تنميتها الذاتية على أسس مستدامة ولتتحمل الكوارث الطبيعية، مع علاج قضايا الجنسين ووباء الإيدز في نفس الوقت.	**مؤشرات التأثير** انخفاض بنسبة 50 في المائة في حالات انعدام الأمن الغذائي المزمن وقصير الأجل عند الأسر المعرضة المستهدفة. الزيادة المستمرة في النسبة المئوية لمستويات التعليم بين المجموعات المستهدفة، وعلى الأخص البنات واليتامى وغيرهم من الأطفال المعرضين للخطر. الحد من انتشار سوء التغذية المزمن بنسبة 60 في المائة، وانخفاض أوزان الأطفال دون الخامسة بنسبة 50 في المائة، وحالات الوفاة أثناء الولادة المرتبطة بسوء التغذية بنسبة 70 في المائة بين السكان المستهدفين. الحد من تأثير أمراض السل والإيدز على الأوضاع الاجتماعية – الاقتصادية للأسر المصابة بهذه الأمراض.	تنفيذ عملية اللامركزية، وتمكين المجتمعات المحلية بسرعة تسمح للحكومات المحلية بتولي مسؤولياتها عن تنفيذ الأنشطة المعانة بالأغذية، وتنسيق الحزم الإنمائية اللازمة لدعم التنمية القائمة على المجتمع المحلي. تتولى الحكومة **والبرنامج** تعزيز الإطار المؤسسي لإدارة البرنامج القطري والإشراف عليه، لتيسير التكامل والاتصال بين أنشطة البرنامج القطري ومع الأنشطة الإنمائية ذات الصلة. الإبقاء على التزام الحكومة والجهات المانحة بالأنشطة الأساسية للبرنامج القطري.

البرنامج القطري لزامبيا (2002-2006)، ملخص الإطار المنطقي

أغراض البرنامج القطري (الأهداف طويلة الأجل على مستوى الأنشطة)	مؤشرات نواتج البرنامج القطري	الافتراضات والمخاطر
1 – تحسين فرص الحصول على التعليم الأساسي وإتمامه للأطفال، وبالأخص البنات واليتامى وغيرهم من الأطفال المعرضين للخطر من أفراد الأسر الفقيرة التي تعاني من الجوع	زيادة قيد البنات والصبيان بنسبة 20 في المائة في مدارس التعليم الأساسي المستهدفة بحلول عام 2006. تخفيض معدلات التسرب من المدارس بنسبة 50 في المائة سنويا. الإبقاء على نسبة الحضور إلى المدارس عند 80 في المائة في المدارس المستهدفة. زيادة معدلات إتمام الدراسة، وبخاصة بين البنات واليتامى والأطفال الآخرين المعرضين للخطر.	الإبقاء على الاستراتيجيات والأولويات القطرية الحالية للتعليم في السنوات العشر القادمة.
2 – تحسين الأحوال التغذوية وتخفيض الوفيات المرتبطة بسوء التغذية بين الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من سوء التغذية المزمن ونقص أوزانهم، والأمهات الحوامل والمرضعات، ومرضى السل والإيدز.	تخفيض معدلات الوفيات المرتبطة بسوء التغذية بين الأطفال دون الخامسة بنسبة 50 في المائة. تخفيض معدلات المواليد ناقصي الوزن إلى أقل من 5 في المائة بحلول عام 2006. الحد من انتشار سوء التغذية المزمن، ونقص الأوزان، ونقص العناصر الغذائية الدقيقة بين الأطفال دون الخامسة بنسبة 10 في المائة بحلول عام 2006. تخفيض حالات الوفاة المرتبطة بسوء التغذية أثناء الولادة إلى النصف. زيادة عدد من يتبعون أساليب معيشة واعية والذين يمارسون أنشطة مدرة للدخل بهدف الحد من تأثير مرض الإيدز.	المحافظة على التزام الحكومة بالحد من سوء التغذية ضمن أولوياتها الوطنية.

البرنامج القطري لزامبيا (2002-2006)، ملخص الإطار المنطقي

أغراض البرنامج القطري (الأهداف طويلة الأجل على مستوى الأنشطة)	مؤشرات نواتج البرنامج القطري	الافتراضات والمخاطر
3 - تحسين الأمن الغذائي ومعيشة الأسر الفقيرة التي تعاني من الجوع، لاسيما في المناطق المعرضة للكوارث الطبيعية المتكررة.	أن تعالج 80 في المائة من الأصول المادية الجديدة والقديمة، انعدام الأمن الغذائي الأسري، والتأهب لمواجهة الكوارث والاستجابة لها. زيادة النسبة المئوية لتوفير الأغذية والحصول عليها على مستوى الأسرة، بالنسبة للفقراء الجوعى في المجتمعات المحلية المستهدفة في الريف والحضر. زيادة مشاركة المستفيدين، وبالأخص النساء، في عمليات وأنشطة البرامج. الإقبال على اتباع أساليب المعيشة والحياة السليمة.	إقامة هياكل لا مركزية متطورة للاستفادة من الخبرات المتاحة على المستوى الجهوي. الإسراع بتحديد مناطق اقتصاد الأغذية، للمساعدة في تحسين طرق تحديد الجهات الفرعية والمجتمعات المحلية والأسر المستفيدة.
أغراض أنشطة البرنامج القطري (الأهداف كل نشاط أساسي)	**مؤشرات نواتج النشاط**	**الافتراضات والمخاطر**
1-1 زيادة معدلات القيد في المدارس، والانتظام في الدراسة، واستكمال الدراسة على مستوى المدارس الأساسية، مع إيلاء اهتمام خاص للبنات واليتامى وغيرهم من الأطفال المعرضين للخطر، في الأسر والمجتمعات المحلية المصابة بمرض الإيدز.	زيادة بنسبة 20 في المائة سنويا في معدلات قيد البنات والصبيان في المدارس بالمقارنة بالبيانات الأساسية الأولية. زيادة بنسبة 60 في المائة في عدد البنات واليتامى وغيرهم من الأطفال المعرضين للخطر الذين يتمون التعليم الأساسي. عدد البنات والأطفال المعرضين للخطر الذين يتمون تعليمهم في المدارس الأساسية المستهدفة.	توافر موارد تكميلية من الشركاء على أسس مستدامة.
2-1 الحد من مستويات انتشار الديدان المعوية والبلهارسيا بين أطفال التعليم الأساسي.	انخفاض بنسبة 80 في المائة في حالات الإصابة بالديدان المعوية والبلهارسيا. زيادة النسبة المئوية لاستخدام مرافق الإصحاح المحسنة وطرق المحافظة على الصحة بين الأطفال والمجتمعات المدرسية.	

البرنامج القطري لزامبيا (2002-2006)، ملخص الإطار المنطقي

أغراض أنشطة البرنامج القطري (الأهداف كل نشاط أساسي)	مؤشرات نواتج النشاط	الافتراضات والمخاطر
3-1 زيادة مشاركة الآباء في الأمور المدرسية، وتحسين نظرة الآباء والمجتمعات المحلية إلى التعليم، وبالأخص بالنسبة للبنات واليتامى وغيرهم من الأطفال المعرضين للخطر.	زيادة عدد السكان المشاركين في الشؤون المدرسية. زيادة النسبة المئوية للآباء وأفراد المجتمعات المحلية الواعين بأهمية التعليم وقيد البنات واليتامى وغيرهم من الأطفال المعرضين للخطر في المدارس.	تحديد ومعالجة الأسباب الأخرى لانخفاض معدلات القيد في المدارس والاستمرار في الدراسة وارتفاع معدلات التسرب من المدارس.
2-1 تحسين الوضع الغذائي للأطفال المعرضين للخطر دون الخامسة الذين يعانون من سوء التغذية الحاد والمزمن والتقزم ونقص الأوزان، والأمهات الحوامل والمرضعات، والسكان المصابين بأمراض السل والإيدز، والأسر المتضررة من هذه الأمراض.	انخفاض النسبة المئوية لانتشار سوء التغذية الحاد والمزمن ومعدلات الوفيات المرتبطة بسوء التغذية بين الأطفال المستهدفين دون الخامسة. زيادة النسبة المئوية لمن يستخدمون طرق محسنة للتغذية والمحافظة على الصحة. تخفيض أعداد حالات الوفيات أثناء الولادة المرتبطة بسوء التغذية بين المجموعات المستهدفة. تخفيض أعداد الأطفال الذين يولودون ناقصي الوزن بين السكان المستهدفين.	الإبقاء على التزام الحكومة بالحد من سوء التغذية و الإصابة بمرض الإيدز من بين أولوياتها. معالجة الأسباب الأخرى الكامنة لسوء التغذية.
2-2 زيادة مشاركة وقدرات المستفيدين، والأسر، والمجتمعات المحلية، والمشرفين الذين يقدمون الخدمات من أجل بدء وتنفيذ أنشطة في مجال الأغذية والتغذية تقوم على المجتمعات المحلية.	عدد المؤسسات ومقدمي الخدمات في المجتمعات المحلية الذين يعملون بصورة فعالة في تعبئة المجتمعات المحلية من أجل تقديم الرعاية والمساعدات التغذوية/ الصحية إلى الأسر الحساسة	تطبيق الأسر والمجتمعات المحلية ومقدمي الخدمات للمعارف والمهارات المكتسبة من أجل استمرارية الأنشطة.

البرنامج القطري لزامبيا (2002-2006)، ملخص الإطار المنطقي

أغراض البرنامج القطري (الأهداف طويلة الأجل على مستوى الأنشطة)	مؤشرات نواتج البرنامج القطري	الافتراضات والمخاطر
3-2 تحسين أساليب التغذية والإصحاح/ الصحة بين المجموعات والمجتمعات المحلية المستهدفة.	زيادة النسبة المئوية للمجموعات والمجتمعات المحلية المستهدفة التي تستفيد من مرافق الإصحاح المحسنة وتطبق أساليب المحافظة على الصحة بين الأطفال والمجتمعات المدرسية.	تطبيق الأسر والمجتمعات المحلية ومقدمي الخدمات للمعارف والمهارات المكتسبة من أجل استمرارية الأنشطة.
3-1 تكوين أصول مادية والمحافظة عليها لمعالجة انعدام الأمن الغذائي الأسري بصورة مباشرة، والتأهب لمواجهة الكوارث واستجابة الأسر الحساسة لها.	زيادة عدد الأسر التي تتمتع بالأمن الغذائي. زيادة النسبة المئوية للأصول المادية الجديدة التي تعكس الأمن الغذائي والتأهب لمواجهة الكوارث. زيادة قدرة الأسر والمجتمعات المحلية المتضررة على التحمل، من أجل مواجهة مرض الإيدز والكوارث الطبيعية المتكررة. استعمال تواتر الأصول الجديدة في المجتمعات المحلية. النسبة المئوية لدخل الأسرة الذي تكسبه من الأصول الجديدة.	الإبقاء على تواتر الكوارث الخطيرة وحجمها في الحدود التي يمكن السيطرة عليها، على الأقل أثناء المرحلة الابتدائية للنشاط. محافظة أهم أصحاب الشأن على التزامهم وتعاونهم في تصميم البرنامج وتنفيذه ورصده وتقييمه.
3-2 تشجيع الأسر الحساسة على اتباع أساليب المعيشة المستدامة، وبالأخص الأسر التي بها أفراد مصابين بمرض الإيدز والتي ترأسها نساء أو أطفال أو مسنين.	عدد الأسر التي تستخدم القدرات المكتسبة في تحسين دخلها، وعلى الأخص الأسر التي بها مصابين بمرض الإيدز والتي ترأسها نساء أو أطفال أو مسنين. زيادة النسبة المئوية للأسر التي تستفيد من المدخرات الصغيرة والتمويل بقروض صغيرة. زيادة عدد ونوع الأنشطة المولدة لدخل مستدام بين المستفيدين المستهدفين. زيادة النسبة المئوية لمستويات التعليم الوظيفي بين الأسر المستهدفة.	

البرنامج القطري لزامبيا (2002-2006)، ملخص الإطار المنطقي

3-3 زيادة قدرات فرق إدارة تنمية المجتمعات المحلية، مع زيادة تمثيل النساء، في المجتمعات المحلية المستهدفة من أجل إدارة أصولها والمحافظة عليها.	زيادة النسبة المئوية للمستفيدين، وبالأخص النساء، المشتركين في تخطيط أنشطة البرنامج وتنفيذها وإدارتها ورصدها وتقييمها. وضع ترتيبات لصيانة الأصول الجديدة. النسبة المئوية للنساء بين من يقومون بأدوار قيادية في الفرق المشكلة وفي لجان تنمية المقيمين. حصول النساء على 50 في المائة من الأصول المادية وامتلاكهن لها، من الأصول المتعلقة باحتياجاتهن الاستراتيجية وقدراتهن. زيادة الاستفادة من المعارف والمهارات في تعبئة المجتمعات المحلية، وإدارتها، والرصد والتقييم، ومكافحة مرض الإيدز، وإدماج المرأة في تيار التنمية من خلال فرق إدارة تنمية المجتمع المحلي ولجان تنمية المقيمين.	استفادة المجتمعات المحلية من المعارف والخبرات في المحافظة على الأصول المادية الجديدة.
نواتج الأنشطة الرئيسية	**مؤشرات نواتج الأنشطة**	
1-1-1 حصول 000 60 تلميذ في التعليم الأساسي على حصة غذائية غير جافة في المدارس، و000 9 فتاة وطفل يتيم وغيرهم من الأطفال المعرضين للخطر من الأسر المصابة بمرض الإيدز على حصة منزلية جافة.	كمية الحصص الغذائية غير الجافة التي توزع على تلاميذ المدارس المستهدفة. كمية الحصص الغذائية الجافة التي توزع على البنات واليتامى وغيرهم من الأطفال المعرضين للخطر المستهدفين.	محافظة الحكومة والشركاء على التزامهم بنشاط المساعدات للتعليم الأساسي.
1-2-1 الكشف الدوري على 000 60 تلميذ سنويا وعلاجهم من الديدان المعوية والبلهارسيا.	عدد معدات الكشف على الديدان المعوية والأدوية اللازمة لعلاجها، التي يتم توريدها. عدد الأطفال المستهدفين المعالجين من الديدان المعوية والبلهارسيا.	

البرنامج القطري لزامبيا (2002-2006)، ملخص الإطار المنطقي

1-3-1 تعبئة مجالس الآباء والمدرسين ولجان إدارة الأنشطة والمجموعات المحلية، وتدريبها على التوعية الصحية والتغذوية.	عدد مجالس الآباء والمدرسين ولجان إدارة الأنشطة والمجموعات المحلية التي يتم تدريبها على التوعية الصحية والتغذوية.	تحمل المجتمعات المحلية والمدارس للمسؤولية عن هذا النشاط واستمرارية التزامهم به.
2-2-1 حصول 250 86 طفلا دون الخامسة ممن يعانون من نقص التغذية والمترددين على مراكز التغذية والصحة المحلية على حصة غذائية منزلية يومية.	كمية الأغذية التي توزع على جميع فئات المستفيدين المستهدفين.	تقدير الآباء والسلطات المدرسية لأهمية التغذية المدرسية والتقدم في علاج تلاميذ المدارس من الديدان الطفيلية. الإشراف المناسب ضمانا لوصول المساعدات إلى من يستحقونها
2-1-2 حصول 000 35 (000 7 سنويا) من الأمهات الحوامل والمرضعات اللواتي يعانين من نقص التغذية على حصة غذائية فردية جافة أثناء موسم عدم الزراعة.	عدد المستهدفين الذين يحصلون على الأغذية شهريا..	
2-1-3 حصول نحو 253 32 من مرضى السل والإيدز (451 6 سنويا) ومن يعولونهم (255 161 مستفيدا) على حصة غذائية أسرية جافة عن طريق الرعاية المنزلية لفترة لا تتعدى سنة واحدة.	كمية الأغذية الموزعة على جميع فئات المستفيدين المستهدفين.	الإشراف مناسب لضمان وصول المساعدات إلى من يستحقونها.
2-1-4 حصول 000 20 طفل دون الخامسة من نزلاء المستشفيات بسبب المرض أو سوء التغذية (000 4 سنويا) على ثلاث وجبات مطهية يوميا.	عدد المستفيدين الذين يتلقون الأغذية في كل شهر. كمية الأغذية الموزعة على جميع فئات المستفيدين المستهدفين. عدد المستفيدين الذين يحصلون على الأغذية في كل شهر.	

البرنامج القطري لزامبيا (2002-2006)، ملخص الإطار المنطقي

2-1-5 حصول الأمهات الحوامل والمرضعات في برنامج الوقاية من انتقال مرض الإيدز من الأمهات إلى الأطفال على حصة غذائية أسرية.	عدد الحوامل والمرضعات المشتركات في برنامج الوقاية من انتقال مرض الإيدز من الأمهات إلى الأطفال في كل شهر. كمية الأغذية الموزعة على الأمهات الحوامل والمرضعات المستهدفات.	
2-2-1 تقديم التوعية والتدريب على اكتساب المهارات إلى مقدمي الرعاية والمستفيدين المستهدفين في مجالات التغذية، والصحة، ومكافحة مرض الإيدز، وأنشطة توليد الدخول بين المستفيدين المقصودين ومقدمي الخدمات.	عدد مقدمي الرعاية الذين تدربوا في المجتمعات المحلية المستهدفة المشاركين في دورات التدريب على اكتساب المهارات. عدد ونمط المهارات التي قدمت إلى المجموعات المستهدفة. عدد المؤسسات ومقدمي الخدمات القائمة على المجتمعات المحلية المدربين على تعبئة المجتمعات المحلية لتقديم الرعاية وخدمات التغذية/ الصحة/ مكافحة مرض الإيدز على الأسر المعرضة.	
3-1-3 حصول 278 65 أسرة من الأسرة الفقيرة التي تعاني من الجوع في المناطق الريفية والحضرية المحرومة من الأمن الغذائي والمناطق المعرضة للخطر على الطعام لمدة سنة من عمر البرنامج.	عدد الأسر التي تحصل على إمدادات غذائية فورية. كمية الحصص الغذائية الموزعة على المستفيدين المستهدفين. النسبة المئوية للموارد المخصصة لأنشطة الأمن الغذائي والتخفيف من وطأة الكوارث.	
3-2-1 تكوين أصول تقلل من تأثير مرض الإيدز، والكوارث الطبيعية، وانعدام الأمن الغذائي، في مجالات الزراعة، والبنية الأساسية للمجتمعات المحلية، والزراعة الحرجية، والمياه والإصحاح، والبيئة، وصيانة الموارد الطبيعية.	عدد البساتين، وحدائق الخضر، والسدود، وبرك تربية الأسماك، والحرجات، وأراضي الزراعة المستدامة، وقنوات الري، وتبطين الجسور، والطرق الفرعية. عدد ونوع الدورات التدريبية التي تعقد كل سنة. عدد المستفيدين، والأفراد والمجموعات المرتبطين بتمويل القروض الصغيرة ونظم الدعم الأخرى. نوع وحجم الموارد الطبيعية التي تمت حمايتها وإصلاحها. كمية الأغذية التي أعطيت لتكوين أصول مادية.	توافر شركاء معاونون مناسبون، وملتزمون بمساعدة المستفيدين.

البرنامج القطري لزامبيا (2002-2006)، ملخص الإطار المنطقي

3-3-1 تشكيل النساء 60 في المائة من المستفيدين.	عدد النساء اللواتي يحصلن على أصول مادية ويمتلكنها، من الأصول المتعلقة باحتياجاتهن الاستراتيجية وقدراتهن.	المشاركة السياسية البناءة في إدارة المشروع.
3-3-2 تشكيل النساء 50 في المائة من القيادات.	عدد فرق إدارة تنمية المجتمعات المحلية ولجان تنمية المقيمين التي تم تدريبها على تعبئة المجتمعات المحلية، والإدارة، والرصد والتقييم، ومكافحة الإيدز، والتوعية بقضايا الجنسين.	الأدوار القيادية لها فائدة استراتيجية بالنسبة للمرأة.
3-3-3 مشاركة المستفيدين والهياكل القيادية في المجتمعات المحلية المستهدفة في أنشطة تخطيط البرنامج وتنفيذه وعملية الرصد والتقييم.	عدد فرق إدارة تنمية المجتمعات المحلية ولجان تنمية المقيمين التي تم تشكيلها وتدريبها على إدارة الأصول الجديدة والمحافظة عليها. كمية الأغذية التي وزعت لأنشطة التدريب على اكتساب المهارات.	

الملحق الثالث

خطة الميزانية للبرنامج القطري لزامبيا (2002-2006)
الأنشطة الأساسية

	النشاط الأول	النشاط الثاني	النشاط الثالث	المجموع
سلع غذائية (بالطن)	10 230	20 926	20 093	51 249
سلع غذائية (القيمة بالدولار)	4 111 317	6 739 245	4 835 025	15 685 587
النقل الخارجي	58 685	73 883	29 925	162 493
النقل البري والتخزين والمناولة (المجموع)	1 530 453	3 130 582	3 005 838	7 666 873
النقل البري والتخزين والمناولة (تكلفة الطن)	150	150	150	150
تكاليف تشغيل مباشرة أخرى	325 500	591 500		1 382 000
مجموع تكاليف التشغيل المباشرة	**6 025 955**	**10 535 210**	**465 000**	**24 896 953**
تكاليف الدعم المباشر				2 487 250
تكاليف الدعم غير المباشر				2 135 968
مجموع التكاليف التي يتحملها البرنامج				**29 520 171**
مساهمة الحكومة	**602 596**	**10 535 210**	**833 579**	**2 489 695**

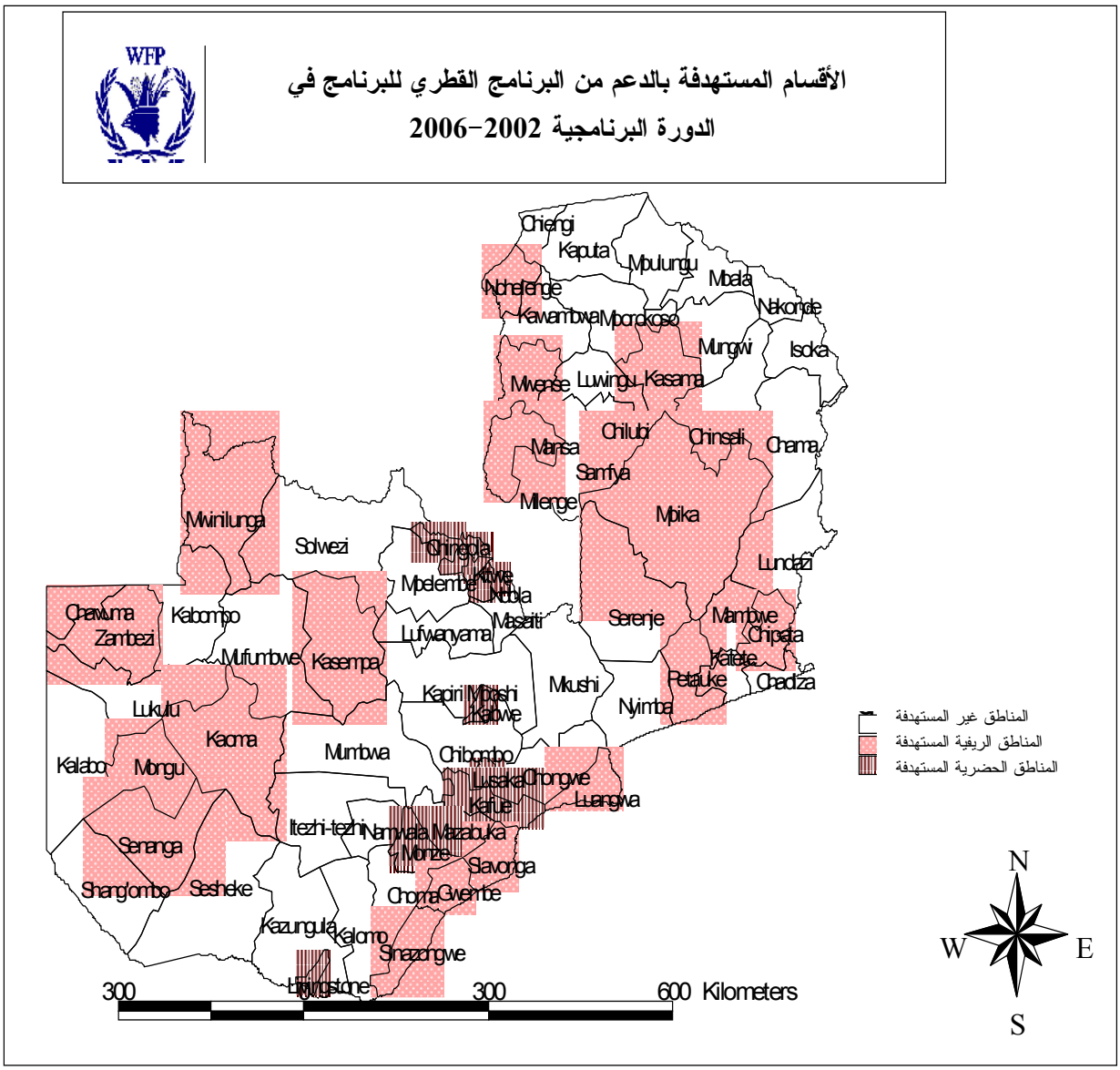
خطة الميزانية للبرنامج القطري لزامبيا (2002-2006)
الأنشطة التكميلية

	النشاط الأول	المجموع
سلع غذائية (بالطن)	11 970	11 970
سلع غذائية (القيمة بالدولار)	3 087 000	3 087 000
النقل الخارجي	3 150	3 150
النقل البري والتخزين والمناولة (المجموع)	1 790 712	1 790 712
النقل البري والتخزين والمناولة (تكلفة الطن)	150	150
تكاليف تشغيل مباشرة أخرى	290 000	290 000
مجموع تكاليف التشغيل المباشرة	**5 170 862**	**5 170 862**
تكاليف الدعم المباشر[1]		509 000
تكاليف الدعم غير المباشر[2]		443 029
مجموع التكاليف التي يتحملها البرنامج		**6 122 891**
مساهمة الحكومة	**517 086**	**517 086**

(1) مبلغ تكاليف الدعم هو رقم إشاري عرض على المجلس التنفيذي للعلم. أما المبلغ السنوي المخصص لتكاليف الدعم المباشر للبرنامج فيعاد النظر فيه ويحدد سنويا بعد تقدير احتياجات هذا الدعم وبحسب توافر الموارد.

(2) يجوز للمجلس التنفيذي تعديل تكاليف الدعم غير المباشرة أثناء الفترة التي ينفذ فيها البرنامج القطري.

الملحق الرابع



طريقة رسم الحدود في هذه الخريطة لا تعني أي حكم من جانب **البرنامج** على الوضع القانوني لأي منطقة أو بلد أو أي إقرار أو قبول بهذه الحدود.