



موجز تقرير التقييم للمشروع الإنمائي النيجر ٢٠٧٢ (التوسع الثالث)

المجلس التنفيذي

الدورة العادية الثالثة

روما، ١٩ - ٢٢/١٠/١٩٩٨

دعم أنشطة صحة الأمومة والطفولة والدعم التغذوي والتعليم

تقارير التقييم

البند ٥ من جدول الأعمال

٢٤٥ ٧١٢ ٨ دولارا	مجموع تكاليف الأغذية
١٥ ١٩١ ٠١٨ دولارا	مجموع التكاليف التي يتحملها البرنامج
١٩٩١/٥/٢٧	تاريخ إجازة المشروع
١٩٩١/١١/١٤	تاريخ التوقيع على خطة العمليات
١٩٩٢/٧/١	تاريخ التوزيع الأول
ست سنوات وستة أشهر	مدة المشروع
١٩٩٨/١٢/٣١	التاريخ الرسمي لانتهاء من المشروع
فبراير/ شباط ١٩٩٨	تاريخ التقييم ^(١)

جميع القيم النقدية محسوبة بدولار الولايات المتحدة الأمريكية ما لم يذكر غير ذلك. وكان الدولار الواحد يعادل ٦٠٨ فرنكات أفريقية عند إجراء التقييم.

(١) كانت البعثة مكونة من: موظف رئيسي من مكتب التقييم (رئيس البعثة)، البرنامج؛ وأخصائي في التغذية (خبير استشاري)، البرنامج؛ واختصاصي في الصحة العامة (خبير استشاري)، منظمة الصحة العالمية.

الموجز

يهدف المشروع إلى التغطية الأفضل لاستشارات ما قبل الولادة وللرضع بفضل زيادة عددها للحوامل والمرضعات المعرضات للخطر. وعند هذه المرحلة، لا يمكن اعتبار أن المشروع قد حقق نجاحا. وبالفعل، فقد سجلت المراكز الصحية زيادة كبيرة في عدد الاستشارات، ولكن معدل التردد مازال غير منظم. ورغم الأداء غير الكامل، فإن البعثة ترى أن المعونة الغذائية مجدية، شريطة إجراء بعض التعديلات على تصميم المشروع المقبل والمراعاة الدقيقة لتوصيات خطة الإدارة والمتابعة. وتتعلق هذه التعديلات أساسا بالتحديد الأفضل لمناطق عمليات التدخل وللمستفيدين. والمشروع بصيغته المعدلة ينبغي ألا يبدأ قبل أن يصبح نظام المتابعة والتقييم الداخلي نافذ المفعول.



Distribution: GENERAL
WFP/EB.3/98/5/1
11 September 1998
ORIGINAL: FRENCH

مذكرة للمجلس التنفيذي

الوثيقة المرفقة مقدمة للمجلس التنفيذي لينظر فيها.

وفقا لقرارات المجلس التنفيذي المتعلقة بأساليب عمله التي اتخذها في دورة انعقاده العادية الأولى لعام ١٩٩٦، فإن وثائق العمل التي أعدتها الأمانة لتقديم للمجلس قد روعي فيها عنصر الإيجاز وعرض المسائل بشكل يسهل أمر البت فيها واتخاذ القرار بشأنها. ويجب أن تدار أعمال المجلس التنفيذي بأسلوب عملي يقوم على التشاور المستمر بين أعضاء الوفود والأمانة التي لن تدخر وسعا في وضع هذه التوجيهات موضع التنفيذ.

تدعو الأمانة أعضاء المجلس الذين يرغبون في إيداء بعض الملاحظات أو لديهم استفسارات تتعلق بمحتوى هذه الوثيقة الاتصال بموظفي برنامج الأغذية العالمي المذكورة أسمائهم أدناه، ويستحسن أن يتم الاتصال قبل ابتداء اجتماعات المجلس التنفيذي. إذ أن الغرض من هذه الترتيبات هو تسهيل عمل المجلس عند النظر في الوثائق في الجلسات العامة.

الموظفان المسؤولان عن الوثيقة هما:

رقم الهاتف: 066513-2029 A. Wilkinson مدير مكتب التقييم:

رقم الهاتف: 066513-2027 Ms. A. Waeschle موظف التقييم:

الرجاء الاتصال بأمين الوثائق إن كانت لديكم استفسارات تتعلق بإرسال الوثائق المتعلقة بأعمال المجلس التنفيذي أو استلامها وذلك على رقم الهاتف التالي: (066513-2641).



المشروع كما هو متوخى

- ١- رغم الجهود التي تبذلها الحكومة في ميدان الصحة، فمازالت معدلات وفيات الأمهات والرضع والأحداث وكذلك معدلات سوء التغذية مرتفعة جدا، تدعو إلى القلق. ومن أجل تحسين الحالة الصحية للنساء والأطفال في سن ما قبل الدراسة، حددت الحكومة في خطتها للتنمية الصحية، عددا من الأهداف. ويندرج المشروع ٢٠٧٢ الذي يدعمه برنامج الأغذية العالمي، ضمن هذه الخطط الوطنية. وعلى المدى الطويل، يهدف المشروع إلى دعم جهود الحكومة تحسين التغطية الصحية للمجموعات السكانية الريفية، وتطوير الأنشطة الوقائية في مجال الصحة، وذلك مع تحسين الرعاية العلاجية (الدعم التغذوي).
- ٢- والأهداف العاجلة للمرحلة الحالية هي: (١) زيادة التردد المنتظم للحوامل والمرضعات والأطفال منذ الولادة وحتى بلوغ سن ٥٩ شهرا على مراكز رعاية الأمومة والطفولة؛ (٢) تحسين أنشطة الدعم التغذوي للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية بشكل خطير أو متوسط، داخل المراكز المتجولة للدعم التغذوي أو للدعم التغذوي المكثف.
- ٣- وسيستفيد من المشروع ما مجموعه ٧٦ مرفقا صحيا (من ٣١٠ مرفاق، هي مرافق البلاد الصحية، عند صياغة المشروع الجاري)، وأربعة مراكز للدعم التغذوي وثمانية مراكز لطب الأطفال. وكان من المتوخى أن يحصل نسبة سنوية تبلغ في المتوسط نحو ٢٣ ٠٠٠ من الحوامل والمرضعات، والأطفال المعرضين للخطر أو المعانين من سوء التغذية، والمرافقات للأطفال المترددين على المراكز المتجولة للدعم التغذوي أو مراكز الدعم التغذوي المكثف، على حصص الذرة والدخن والبقوليات، والزيوت النباتية، والسكر والمخيض المجفف. وقد نص على عدد من المعايير في خطة العمليات لتحديد المراكز والمستفيدين.
- ٤- كانت معونة البرنامج تهدف إلى حث الحوامل والمرضعات على التردد بصورة أكثر انتظاما مع أطفالهن على المراكز الصحية، وإلى توفير نوع من تحويل الدخل والدعم التغذوي.
- ٥- وطبقا لمخطط الاستراتيجية القطرية للنيجر الذي قدم للمجلس التنفيذي للبرنامج في أكتوبر/تشرين الأول ١٩٩٧، فإن البرنامج سيتوخى خلال السنوات الأربع القادمة مواصلة مساعدته في مجال صحة الأمهات والرضع، وهو ما يشكل إحدى أولويات مذكرة الاستراتيجية القطرية. وفي انتظار تحقق ذلك، فقد تم تمديد المرحلة الحالية للمشروع حتى ١٩٩٨/١٢/٣١.

تقييم تنفيذ المشروع

التقدم المحرز في تحقيق الأهداف

- ٦- يتمثل هدف خطة التنمية الصحية — لعام ٢٠٠٠ — في تحقيق المراكز لتغطية صحية أفضل تشمل دائرة قطرها ٥ كيلو مترات، أي الانتقال من نسبة ٣٢ في المائة إلى نسبة ٤٥ في المائة. وفي نفس الوقت، تبلغ نسبة مراقبة نمو الأطفال من سن الولادة وحتى سن ثلاث سنوات ٨٠ في المائة. ونظرا لعدم توافر البيانات المرجعية للبعثة عند البدء في



المشروع، فإنها لم تستطع تحليل الوضع إلا منذ عام ١٩٩٦، وبعد أن قام أحد الخبراء الاستشاريين النيجريين بوضع نظام المتابعة والتقييم للمشروع.

- ٧- وفي هذا المشروع، تبلغ نسبة التغطية للاستشارات الخاصة بالرضع ٦٨ في المائة فيما يتعلق بالأطفال من سن الولادة حتى سن ١١ شهرا، وبالتالي، فهي تتطابق مع أهداف الخطة. وعلى النقيض من ذلك، فإن نسبة التغطية منخفضة جدا بالنسبة للأطفال من سن سنة واحدة إلى خمس سنوات—حيث تصل إلى نحو ٢٢ في المائة. ويلاحظ أن الأطفال في سن السنتين فأكثر لا يترددون إطلاقا على المراكز الصحية، فكثيرا ما تهجر الأمهات الزيارات بسبب الحمل الجديد؛ ولا تصل خدمات المشروع إلى هؤلاء الأطفال إلا عندما يحضرون لتلقي الرعاية العلاجية.
- ٨- وبالنسبة للأطفال الذين يبلغ عمرهم أقل من سنة واحدة، فإن متوسط عدد الاستشارات هو استشارتان أو أكثر قليلا في السنة. وتقل هذه النسبة لدى الأطفال من سنة واحدة إلى سن خمس سنوات. وترى البعثة أن هذا المعدل من التردد لا يكفي لإجراء متابعة صحيحة لنمو الطفل. وتبين البيانات المتاحة أن الأطفال المعرضين للخطر لم يحصلوا في المتوسط إلا على حصتين شهريتين من المواد الغذائية، وهما غير كافيتين للوقاية من سوء التغذية.
- ٩- أما نسبة تغطية الحوامل فهي ٧٢ في المائة، وهي أيضا متطابقة مع أهداف الخطة. ومع ذلك، فإن الحوامل، ولأسباب ثقافية، لا يستشرن الطبيب أبدا قبل الشهر السادس من الحمل، ولا يترددن على المركز إلا مرتين في المتوسط أثناء الحمل، وذلك طبقا لبيانات الرصد والتقييم الداخلي (الذي يغطي الفترة من يناير/كانون الثاني ١٩٩٦ إلى سبتمبر/أيلول ١٩٩٧).
- ١٠- وفيما يتعلق بالمرضعات، يلاحظ أيضا أنهن لا يذهبن إلى المراكز أكثر من مرتين في المتوسط.
- ١١- وقد شمل البرنامج المخصص للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية غير الحاد، والقائم في المراكز المتجولة للدعم التغذوي، ١٣ في المائة من الأطفال من سن الولادة حتى سن ١١ شهرا، أي، تسعة في المائة من الأطفال من سن الولادة وحتى سن ٥ سنوات، وهو ما يعادل تقريبا أرقام سوء التغذية غير الحاد التي حددها الاستقصاء التغذوي لعام ١٩٩٢. كما أن درجة التردد هي أعلى إلى حد ما مقارنة بالأطفال المعرضين للخطر، ولكن نسبة التوقف عن التردد على المراكز تبلغ ٢٦ في المائة. كما أن نسبة إعادة التأهيل لا تتجاوز ٣٥ في المائة. وعند انعدام الإشراف والإمكانات في المراكز، فإن هذه الأنشطة غالبا ما يتم التخلي عنها لصالح الرعاية العلاجية. وما يقرب من ١٠ في المائة من الحالات تحول إلى مراكز الدعم التغذوي المكثف أو إلى المستشفيات التي تعالج سوء التغذية الحاد.
- ١٢- وباستثناء مركز الدعم التغذوي المكثف التابع لمستشفى زيندر الذي تديره المنظمة غير الحكومية أطباء بلا حدود، لم تتمكن البعثة من فحص أنشطة الدعم التغذوي. ولقد حضرت البعثة إلى المركز في أوقات مختلفة فلم تجد أثرا لهذه الأنشطة. وفي بعض المراكز، لم يتم العثور على مستندات الرصد أو أنه لم يتم استيفائها منذ عدة شهور. وطبقا لتقرير منظمة أطباء بلا حدود عن عام ١٩٩٧، فإن حالات الخروج بعد الشفاء بالنسبة لكامل المراكز المتجولة للدعم التغذوي التي تشرف عليها المنظمة في محافظة تاناوت، قدرت بنسبة ٦٤ في المائة تقريبا، وهي نسبة مقبولة، ولكن، ورغم نوعية الخدمات المقدمة، فإن نسبة التوقف عن التردد على المراكز مرتفعة نسبيا وتكشف عن محدودية أثر المراكز المتجولة للدعم التغذوي.
- ١٣- وفي مركز الدعم التغذوي المكثف في زيندر، ونظرا لجودة الخدمات، فإن مؤشرات حالات الخروج مقبولة. ومع ذلك، فإن الأنشطة في هذا المركز، كما هي في المراكز الثمانية لطب الأطفال في المستشفيات، تتدرج أكثر ضمن أنشطة الرعاية العلاجية.



١٤- وتجدر الإشارة إلى أن منظمة اليونيسيف قد تخلت عن تقديم معونتها إلى المراكز المتجولة للدعم التغذوي ومراكز الدعم التغذوي المكثف، وذلك لكي تتوجه صوب الأنشطة التي تقوم بشكل أكبر على المجتمع المحلي، وعلى الأنشطة التشاركية والوقائية، وهو ما يتطابق كذلك مع أهداف البرنامج لمثل هذه الأنشطة.

دور المعونة الغذائية وفعاليتها

١٥- وفي ظل الظروف الحالية، فإن المعونة المقدمة من البرنامج لا تستطيع أن تلعب دورها بصورة فعالة. فتشتت المعونة الغذائية على أعداد من الحوامل والمرضعات تفوق كثيرا ما كان مقررا، قد أضعف من التأثير الغذائي والتغذوي وكذلك من تأثير تحويل الدخل.

١٦- فالمعونة الغذائية قد اجتذبت المجموعات السكانية التي كانت تتردد على المراكز المجاورة غير المستفيدة، مما تسبب في اضطراب الأنشطة وفي زيادة عبء العمل على الموظفين. ونظرا للعدد الكبير من طالبي المعونة، فإن أيام الاستشارات لم تعد تتوافق مع أيام توزيع المواد الغذائية. فالمعونة الغذائية لم تدمج في أنشطة الصحة الوقائية.

١٧- وقد يتساءل المرء لماذا لا تشجع معونة البرنامج النساء على الحضور بشكل أكثر انتظاما لاستشارة الطبيب. ففي مناطق مجموعات السكان الرحل أو شبه الرحل، فإن هذا يفسر بأن هذه المجموعات السكانية هي في حالة عبور، ولكن في مناطق المجموعات السكانية المستقرة، فإن التردد المحدود يمكن أن يفسر، وبغض النظر عن بعض العوامل الثقافية الأخرى، بعدم كفاية الحصص الغذائية بسبب الأعداد المرتفعة جدا للمستفيدين، والذي ربما عملت على تثبيط همة النساء عن التردد على الاستشارات. هذا، ولا يسمح انعدام البيانات بالتعمق في تفسير هذه الظاهرة.

١٨- وفي مراكز الدعم التغذوي المكثف، تشكل الحصص الغذائية تكملة للميزانية تسمح بالتخفيف من عجز الميزانية الموضوعية تحت تصرف المستشفيات الإقليمية. وبالإضافة إلى خطر ارتهان مراكز الدعم التغذوي المكثف بالمساعدة المقدمة من البرنامج، فإن فعاليتها محدودة لأن مدة الإقامة في المستشفيات التي يجب أن تكون طويلة كيما تكون فعالة، تتسبب في حدوث حالات ترك للعلاج متعددة ومتكررة، مما يؤدي إلى الانتكاسات أو إلى وفاة الأطفال. وجدير بالملاحظة، أن قسم الأطفال، والمساعدة المقدمة من البرنامج لا تقدم للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية وحدهم، بل كل أطفال القسم.

المستفيدون

١٩- تنص خطة العمليات على أن يحصل على الحصص الغذائية في المتوسط السنوي ٧٩٤ ٢١ من الحوامل والمرضعات، والأطفال المعرضين للخطر ومرافقات الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية في المراكز المتجولة للدعم التغذوي أو مراكز الدعم التغذوي المكثف، و ١٤٠ طفلا ممن يعانون من سوء التغذية غير الحاد و ٣٥٠ ممن يعانون من سوء التغذية الحاد. وإجمالا، فقد تجاوز عدد المستفيدين وبشكل كبير التوقعات، وكانت الأرقام هي ٣٦٣ ١٠٢ مستفيدا في عام ١٩٩٦ و ٥٠٨ ١٣٩ مستفيدين في عام ١٩٩٧. ونظرا لأن الحصص الغذائية للحوامل والمرضعات والأطفال المعرضين للخطر قد حسبت على أساس ٣٦٠ يوما في السنة، وأن كل مستفيد لم يحصل في المتوسط إلا على حصتين شهريتين فقط في السنة، فإن المشروع استطاع أن يستقبل ما يزيد على ستة أضعاف المستفيدين. وكانت نسبة ٥٧ في المائة تقريبا من إجمالي الحوامل اللاتي يترددن على قسم استشارات ما قبل الولادة، هن من المستفيدات، وكذلك نسبة ٦٦ في المائة من مجموع المرضعات اللاتي كن يترددن على قسم رعاية الأطفال.



- ٢٠- وكان التفسير الخاطئ لمعايير اختيار^(١) الحوامل والمرضعات هو السبب وراء التجاوز الكبير في أعداد المستفيدين المتوقعين، والصعوبات التي وقعت، ومعايير الاختيار في حد ذاتها ليست معقدة. ولكن المشكلة تكمن في أن معيار تعدد الولادات (أكثر من أربع حالات ولادة) ينطبق على غالبية الحوامل أو المرضعات في النيجر، وأنه على العكس من المعايير الأخرى، ليس حصريا بما فيه الكفاية لو أخذ متفردا. ولم تنص خطة العمليات صراحة على أن تعدد الولادات لا يمكن أن يشكل معيارا وحيدا للاختيار.
- ٢١- الأطفال المعرضون للخطر (من سن ٦ إلى ٥٩ شهرا): كانت معايير الاختيار محددة بدقة ومفهومة من طرف العاملين (منحنى الوزن الأفقي أو التنازلي، والتوائم). وحتى مع تغير عدد المستفيدين تغيرا شديدا من مركز إلى آخر، فإنه في المتوسط يتجاوز قليلا العدد المقرر في خطة العمليات. ولأسباب السابق ذكرها في الفقرة ٧، فقد تعذر على المشروع مد خدماته إلى الأطفال من سن سنتين إلى سن خمس سنوات، اللهم إلا عندما يحضرون لتلقي الرعاية العلاجية.

نتائج المشروع

- ٢٢- تقتصر فوائد المشروع أساسا على تحويل الدخل إلى المستفيدين. وربما كان لهذا التحويل أثر أكبر لو أن نسبة ما يوزع على كل مستفيد، كانت أكبر. وبالنسبة إلى حد الفقر الذي حدد قبل تخفيض قيمة الفرنك الأفريقي في يناير/كانون الثاني ١٩٩٤، فإن تحويل الدخل يعتبر أكثر فائدة في الأوساط الريفية عنه في الأوساط الحضرية.
- ٢٣- وعلى المستوى الغذائي والتغذوي، فإن الحصة المنزلية الثلاثية اليومية، تساهم بمقدار ٢٩٦٥ كيلو سعر، وينبغي لها أن تشبع تماما احتياجات-الحوامل والمرضعات-رغم توزعها على أفراد الأسرة، إذا ما وزعت بالفعل شهريا.

المراكز الصحية المعنية بالمشروع

- ٢٤- أثناء صياغة المرحلة الحالية للمشروع في نوفمبر/تشرين الثاني ١٩٩٠، كانت قائمة أسماء المراكز الصحية المستفيدة قد وضعت بالفعل. ويبدو أنها لم تراجع عقب بعثة التقدير المبدئي لكي تأخذ في الاعتبار معايير اختيار المراكز. وفيما يتعلق بمعيار "مناطق العجز الغذائي المزمن في الأقاليم الريفية"، فقد أوضح التقييم أن المسؤولين الوطنيين قد راعوا معايير أخرى مثل: المعدلات المرتفعة لسوء التغذية المزمن والفقر المدقع. وبغية تسهيل إدارة المشروع، فقد اختيرت مراكز المحافظات، وذلك قبل استهلال هذه المرحلة بوقت طويل. وحتى عام ١٩٩٦، كان نحو ٥١ في المائة من المراكز الصحية يقع في مناطق العجز الغذائي المزمن. وفي عام ١٩٩٧، ألغيت عدة مراكز، ولاسيما في المناطق الريفية، بسبب سوء الإدارة، وعدم إرسال تقارير عن الأنشطة، وصعوبة نقل الأغذية. وبناء على ذلك، لم يتبق حاليا في المنطقة الريفية ذات العجز الغذائي المزمن سوى ٢١ في المائة تقريبا من المراكز المستفيدة.
- ٢٦- وقد أكدت دراسة أخيرة لنادي السهل الأفريقي^(٢)، أن المراكز الخمسة في نيامي غير مؤهلة لتلقي المعونة الغذائية لأنها لا تفي بالمعايير المطلوبة (تقع في منطقة ريفية وتعاني من فقر مدقع)، وذات معدلات مرتفعة لسوء التغذية المزمن. ومن ثم، فإن المراكز الستة في مقاطعة دوسو ليست مؤهلة هي الأخرى، ولكنها تعاني من نسبة فقر مدقع عالية.

(١) الحوامل: العمر (أكثر من ١٦ سنة وأقل من ٣٥ سنة)؛ تعدد الولادات (أكثر من أربع ولادات)؛ نساء لديهن توائم؛ ومرضعات يقل وزنهن عن ٤٥ كيلوغراما. المرضعات: العمر (أكثر من ١٦ سنة وأقل من ٣٥ سنة)؛ تعدد الولادات (أكثر من أربع ولادات)؛ نساء لديهن توائم؛ ومرضعات يقل وزنهن عن ٤٥ كيلوغراما؛ ونساء أطفالهن تقل أوزانهم عند الولادة عن ٢.٥ كيلوغرام.

(٢) المعونة الغذائية للنيجر، التحليل المكاني ١٩٩٣-١٩٩٥، نادي السهل الأفريقي، منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية في الميدان الاقتصادي، يونيو/حزيران ١٩٩٧.



إدارة المشروع واستخدام المنتجات الغذائية

- ٢٧- يتوزع المشروع على المقاطعات السبع في البلاد، بالإضافة إلى منطقة نيامي الحضرية، وهو ما يمثل تشتيتا جغرافيا للمعونة الغذائية، ويجعل من الصعب الإشراف عليها ومتابعتها. هذا وان قدرات المشروع التشغيلية ضعيفة. والمديرة المحلية للمشروع تجمع بين هذه الوظيفة ووظيفة مديرة صحة الأمومة والطفولة. كما أن إدارات المقاطعات تبدو وكأنها لا تشارك بما فيه الكفاية في تنفيذ المشروع ومتابعته. فضلا عن ذلك، فإن التعاون المنصوص عليه في خطة العمليات، مع المنظمات الأخرى (منظمة اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية، وغيرهما) لم يوضع موضع التنفيذ.
- ٢٨- ويختلف عدد العاملين من مركز لآخر: فالمراكز الحضرية تتمتع بعدد أكبر من العاملين مقارنة بالمراكز الريفية. ويعتبر عبء العمل (الرعاية الوقائية، والعلاجية، والتعليمية وتوزيع المواد الغذائية) كبيرا وينعكس ذلك سلبا على نوعية الأنشطة والتقارير الميدانية التي تقدمها هذه المراكز.
- ٢٩- وتتوزع إدارة المعونة الغذائية فيما بين إدارة المشروع في وزارة الصحة العامة ووحدة أنشطة برنامج الأغذية العالمي في وزارة التخطيط، وهي المسؤولة عن تنسيق كل مشروعات البرنامج في النيجر. ولم تجدد خطة العمليات ووظائف وصلاحيات هاتين المؤسستين، ولا المهام الموكلة إليهما. ومن منظور منهاج البرامج القطرية، من الضروري تحديد الجهاز الإداري والإمدادي.
- ٣٠- ورغم الظروف الاقتصادية الصعبة، فإن الحكومة تخصص الأموال، وبقدر الإمكان، لإدارة المعونة الغذائية. ومع ذلك، فإن الغالبية العظمى لتكاليف أنشطة الإمداد والرصد يتحملها البرنامج عن طريق تقديم إعانة لدعم النقل الداخلي والتخزين والمناولة. ومن الضروري إعادة النظر في نسبة هذه الإعانة، عقب تخفيض قيمة الفرنك الأفريقي في يناير/كانون الثاني ١٩٩٤.
- ٣١- ومن إجمالي ٤٢ ١٧٠ طنا (الدخن/الذرة الرفيعة، البقول، المخيض المجفف، والزيت النباتي، والسكر) التي التزام بها البرنامج، تسلم المشروع حتى ١٩٩٧/٩/٣٠، ٣٥ ٨٢٧ طنا (أي ٨٤ في المائة من الالتزامات)؛ وقد استخدم منها ٣٤ ٦٦٠ طنا، مما يمثل ٩٧ في المائة من الكميات المسلمة. وتبلغ خسائر ما بعد التسليم الواردة في التقارير ربع السنوية ١١٤ طنا في مجموعها أي ٠,٣ في المائة من المواد الغذائية المسلمة. وهذه البيانات تعتبر تقريبا لأن القروض أو السلفيات المقدمة لمشروعات أخرى من المشروعات التي تستفيد من معونة البرنامج لم يتم حسابها بطريقة منهجية في السنوات الأولى للمشروع.
- ٣٢- وتحذب البعثة المشتريات المحلية من الدخن/الذرة الرفيعة والبقول، شريطة ألا يتعدى سعر التكلفة نفقات الاستيراد. فهذه المشتريات تنشط الأسواق الإقليمية. فضلا عن ذلك، فإن الجمع بين الدخن والبقول في تشكيلة الأغذية يشجع على التنقيف التغذوي.
- ٣٣- وباستثناء البقول التي لا تدخل ضمن تشكيلة الأغذية للمشروعات الأخرى التي يساندها البرنامج في النيجر، فإن آثار التأخير في إمدادات الأغذية قد خفت حدتها بفضل السلفيات من المشروعات الأخرى. وعلى مستوى المراكز الصحية، فإن نفاذ المخزون يعزى أساسا إلى العدد المرتفع من المستفيدين بالنسبة للتقديرات، وليس إلى نقص في إمداد المراكز.
- ٣٤- وعلى مستوى المخازن الإقليمية، المشتركة بين المشروعات الثلاثة التي يساندها البرنامج في النيجر، تحققت البعثة من أن شروط وقواعد التخزين كانت مرضية. وأن عمليات الجرد المشتركة (البرنامج/إدارة البرنامج في الوزارة/إدارة



المشروع) التي أجريت في نهاية كل ربع سنة، قد تمت عموماً بطريقة اعتيادية ومنتظمة، وسجلت بطريقة صحيحة في بطاقات المخزونات وفي قوائم الجرد.

٣٥- وعلى العكس من ذلك، ففي المراكز الصحية التي زارتها البعثة، كانت ظروف التخزين غير ملائمة. ففي معظم الحالات، اقتصر الأمر على مجرد حجرة بسيطة حولت إلى مخزن. كما أن قواعد التخزين لا تراعى، ويتفاقم الوضع بسبب ضيق المكان وانعدام المعدات.

٣٦- إذا كان من الواضح أن المواد الغذائية تصل إلى المراكز، فإنه من العسير التأكد من أنها تصل فعلاً إلى المستفيدين. فنظام المحاسبة لا يسمح بتقدير ما إذا كان المستفيدون يتسلمون الحصص الغذائية المقررة ولا بعقد صلة مع الرعاية التي تم الحصول عليها.

٣٧- وتتألف الحصص الغذائية اليومية للحوامل والمرضعات وكذلك المرافقات للأطفال في مراكز الدعم التغذوي المكثف أو المراكز المتجولة للدعم التغذوي من ثلاث حصص فردية قدرها ٢٥٠ غراماً من الذرة أو الدخن، و ١٥ غراماً من الزيت، و ٤٠ غراماً من البقول، و ١٠ غرامات من السكر. والحصص المنزلية الثلاثية لها مزاياها لأن أغذية البرنامج، في هذا النوع من المشروعات، يفيد منها جميع أفراد الأسرة. ورغم ذلك، وفي هذه الحالة، فإن هذه الحصص ربما كانت مفرطة. فإذا كانت المرضعة تتسلم فعلاً الحصص الشهرية المقررة وعددها ١٢ حصصاً، فإن الكمية السنوية من الحبوب تتراكم مع تغذية فرد واحد من الكبار بحسب الأسرة.

٣٨- أما الحصص اليومية (١٠٠ غرام من الذرة أو الدخن، و ٢٠ غراماً من البقول، و ١٠ غرامات من الزيت، و ١٠ غرامات من السكر، و ٤٠ غراماً من المخيض المجفف) للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية في المراكز المتجولة للدعم التغذوي، فهي تكفي لتحضير عصيدتين، وما يقرب من نصف لتر من اللبن المقوي. ولكن كثيراً ما اكتفى العاملون بتحضير عصيدة واحدة باللبن وهريسة واحدة بالبقول، الأمر الذي لا يتوافق مع الاستخدام البيولوجي الأمثل للحصص. وعندما يكون الأطفال قاطنين على بعد أكثر من خمسة كيلومترات، فإنهم لا يحضرون يومياً. وترى البعثة أنه ينبغي توزيع حصص منزلية جافة لأنهم لا يستطيعون استهلاك الأغذية في عين المكان.

٣٩- وفيما يتعلق بالحصص اليومية لمراكز الدعم التغذوي المكثف (٢٠٠ غرام من الذرة أو الدخن، و ٢٠ غراماً من البقول، و ٢٠ غراماً من الزيت، و ٢٠ غراماً من السكر، و ٦٠ غراماً من المخيض المجفف)، فإن كمية اللبن لا تكفي لتجهيز مقادير الألبان الأربعة المولدة للطاقة والمكونة من ٤٠٠ مليلتر، والتي تقدمها منظمة أطباء بلا حدود للأطفال. ومع هذا، فإن كمية الأغذية الأخرى لتجهيز العصيدة تتجاوز توصيات منظمة أطباء بلا حدود. ويمكن التوصية بإجراء تعديل كيما تقوم بصورة أقل على أساس اللبن وبصورة أكبر على العصيدة.

٤٠- ويضطلع المعاونون الطبيون بالأنشطة التثقيفية أثناء استشارات الأطفال المعرضين للخطر. والموضوعات التغذوية المطروحة لا تتنوع كثيراً. ومن أجل التغلب على النقص في معارف الأمهات في مجال التغذية، فمن اللازم وضع نهج شامل لمحو أمية النساء وإلحاق البنات بالمدارس.

٤١- إن أنشطة تنظيم الأسرة لا ترتبط بالمشروع بصورة منتظمة ومنهجية. وهو أمر يؤسف له، نظراً لنسبة نمو السكان المرتفعة. وتتعرف البعثة بأن معيار تعدد المواليد لا يبسر أبداً هذه الأنشطة وينبغي حذفه في المرحلة الجديدة للمشروع.



الرصد والتقييم والإبلاغ

- ٤٢- لم يدخل نظام المتابعة والتقييم حيز التنفيذ إلا في آخر عام ١٩٩٥. ويعزى هذا التأخير إلى انسحاب المرشح الأول الذي كان من المقرر أن يقوم بوضع النظام بسبب تعيينه في منصب قيادي بوزارة الصحة العامة، وسفر المرشح الثاني في بعثة دراسية لمدة سنتين. ومن ناحية أخرى، فإن تغيير موظفي المكتب القطري في نيامي لم يسهل الأنشطة. ويلاحظ أن الرصد والتقييم قد صادفا صعوبات ضخمة رغم التدريب الذي نظمه الخبير الاستشاري الوطني وتوزيع كتيب مرجعي. ولقد كانت كثرة البيانات المطلوب جمعها، وانعدام الإشراف والتنقلات المتكررة للعاملين المدربين والأنشطة المتعددة لعامل الصحة، سببا لهذه الصعوبات.
- ٤٣- وكانت متابعة حركة الأغذية وعدد المستفيدين ووضع التقارير نصف السنوية وكل شهرين، عملية صعبة بسبب عدم انتظام إرسال التقارير إلى الإدارة الوطنية وانعدام موثوقيتها.

الاستنتاجات والتوصيات

- ٤٤- لا تستطيع البعثة التي لم تتوفر لديها البيانات المرجعية فيما يختص بالتردد على المراكز عند استهلال المشروع، أن تقيم ما إذا كان المشروع الجاري قد حقق أهدافه. وبالإضافة إلى ذلك، فإن تناثر وتفريق المساعدة الغذائية للأسباب سألفة الذكر، قد أضعف من التأثير المنشود. فإذا ما كان المستفيدون يتسلمون بالفعل الحصص الغذائية المقررة طبقا لخطة العمليات، لكان التأثير التغذوي والغذائي، وتحويل الدخل، مرضيا بشكل أكبر. وأخيرا، فإنه يتبين من التقييم أن المشروع بتصوره القديم لم يعد يستجيب للدروس المستفادة وتوجهات البرنامج. ومن ثم، نوصي بصياغة مشروع جديد طبقا للخطط المذكورة أدناه.
- ٤٥- وإلى جانب الدور التغذوي التكميلي، فإن المساعدة المقدمة من البرنامج يجب أن تسمح، وبواسطة دورها كحافز ومحول للدخل، بتغطية أفضل لاستشارات ما قبل الولادة وللرضع. ولأغراض الفاعلية، سيركز المشروع المقبل على ١٣ محافظة في أربع مقاطعات تتسم بشدة التعرض للخطر في مجال الأمن الغذائي، وبنسبة مرتفعة لسوء التغذية المزمن والفقر المدقع. وتحاشيا للآثار السلبية التي لوحظت في المشروع الجاري، لن تحصل كل المراكز الصحية في هذه الأحياء على المساعدة المقدمة من البرنامج إلا إذا ما لبت واستجابت للمعايير التي وضعتها البعثة.
- ٤٦- وللأسباب السالف ذكرها، ينبغي أن يتخلص البرنامج من المساعدة العلاجية على مستوى مراكز الدعم التغذوي المكثف أو في المستشفيات. فهذا البند ينبغي أن تضطلع به الحكومة، أو أن يغطي من أي مصدر آخر من مصادر المساعدة.
- ٤٧- وينبغي أن يواصل البرنامج تقديم مساعداته إلى المراكز المتجولة للدعم التغذوي، ولكن بنهج مختلف. ونظرا للإمكانيات المحلية، فإن عمل البرنامج ينبغي أن يعزز مشاركة الأمهات ومن النهج القائم على المجتمع المحلي من طرف القابلات والمنتوبات لتحديد الأطفال المعرضين للخطر ومتابعتهم، أو الذين يعانون من سوء التغذية وتوجيههم صوب المراكز الصحية.



٤٨- وبالإغناء معيار تعدد الولادات لدى الحوامل والمرضعات للأسباب المذكورة في إحدى الفقرات السابقة، ينبغي إضافة معايير أخرى للوصول إلى أشد النساء تعرضا للخطر. ونوصي بإعادة تحديد وتعريف معايير اختيار هذه المجموعة المعنية أثناء صياغة المشروع المقبل.

٤٩- وستزود الحوامل والمرضعات بحصة شهرية وحيدة مكونة من ١٥ كيلو غراما من الذرة أو الدخن، و٤ كيلو غرامات من البقول و٩٠٠ غرام من الزيت. وتوفر هذه الحصة ٢٠٦٩ سعرا حراريا يوميا وتتألف من ٦٥ غراما من البروتينات، و٤٤ غراما من الشحوم. وسيحصل أطفال ما قبل سن المدرسة على الدقيق المقوى لتجهيز العصيدة: ٣,٥ كيلو غرام من البيتايمين المنتج محليا أو من خليط الذرة بالصويا شهريا (١٢٠ غراما في اليوم) و١ كيلو غرام واحدا من السكر (٣٠ غراما في اليوم).

٥٠- وبغية تحسين أداء المرحلة الجديدة للمشروع، توصي البعثة بما يلي:

(أ) على المستوى الوطني، تعيين مدير بدوام كامل لكي يؤمن بانتظام متابعة المشروع والإشراف عليه. وعلى المستوى الإقليمي، تعيين منسق إقليمي بدوام كامل.

(ب) تعيين خبير استشاري مشارك من ذوي الخبرة في مجال التغذية والصحة العامة، وذلك على مستوى المكتب القطري في نيامي، ويكون منفردا للمشروع.

(ج) تحديد وظائف وصلاحيات ومهام الإدارة الوطنية للمشروع ولوحدة الإدارة.

(د) نظرا لكثرة تنقل العاملين الصحيين، سيكون التدريب المستمر، أمرا لازما في إطار الرصد والتقييم، ليس لوسائل تخزين الأغذية فحسب، ولكن لعملية المساءلة عن تحركات الأغذية والمستفيدين أيضا.

(هـ) ويتعين إشراك المستفيدين في إدارة المواد الغذائية، ولاسيما في بناء مستودعات التخزين، على نحو ما أوصى به بالفعل التقييم السابق للبعثة. فضلا عن ذلك، فإنه ينبغي إشراك القابلات والمتطوعات في التجهيز والتوزيع اليومي للحصص، وبما يتوافق مع يوم الاستشارات، بالنسبة للأطفال في سن ما قبل الدراسة.

(و) ينبغي مناقشة شركاء آخرين (منظمة اليونيسيف والبنك الدولي، وغيرهما) للحصول على تعاونهم في مجال أنشطة مراكز رعاية الأمهات والرضع التابعة للمراكز المعانة، ولاسيما من أجل برنامج التطعيم وتوزيع المغذيات الدقيقة.

(ز) وينبغي كذلك زيادة إمداج المعونة الغذائية ضمن الأنشطة الوقائية والتتقيفية. كأن يتوافق توزيع الحصص مع أيام الاستشارات.

(ح) وحتى يستمر المستفيدون في تلقي الأغذية، ينبغي أن يكون التردد منتظما على المراكز إجباريا.

(ط) وينبغي وضع جميع العناصر اللازمة للرصد والتقييم في المشروع، وذلك منذ بدايته، وتحديد أثنائها صياغته، وإجراء استعراض داخلي عند منتصف مدة التنفيذ، بواسطة المكتب القطري. ولا يمكن للمشروع الجديد أن يبدأ قبل إنشاء نظام الرصد والتقييم.

(ي) وفي إطار إعادة توزيع العاملين الصحيين، يوصى بتخصيص عدد كاف وثابت من العاملين، كأولوية للمراكز المستفيدة.

(ك) ولقد وافق البرنامج والحكومة على توصيات البعثة.

