برنامج الأغذية العالمي

Programme Alimentaire Mondial

World Food Programme

Programa Mundial de Alimentos

المجلس التنفيذي

الدورة العادية الثانية

روما، 8-2010/11/11

المشروعات المقدمة للمجلس التنفيذي للموافقة عليها

البند 9 من جدول الأعمال

المشاريع الإنمائية- ليسوتو 200169

تقديم دعم تغذوي للأطفال المصابين بسوء التغذية والمجموعات الضعيفة الأخرى	
عدد المستفيدين	214 180
مدة المشروع	24 شهراً (2012/12/31-2011/1/1)
كمية الأغذية التي يتحملها **البرنامج**	12 515 طناً متريا
التكاليف (بدولار الولايات المتحدة الأمريكية)	
تكاليف الأغذية التي يتحملها **البرنامج**	5 445 408
مجموع التكاليف التي يتحملها **البرنامج**	9 796 239

مقدمة للمجلس للموافقة

A

Distribution: GENERAL
WFP/EB.2/2010/9-A/2
21 October 2010
ORIGINAL: ENGLISH

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

مذكرة للمجلس التنفيذي

هذه الوثيقة مقدمة للمجلس التنفيذي للموافقة

تدعو الأمانة أعضاء المجلس الذين قد تكون لديهم أسئلة فنية تتعلق بمحتوى هذه الوثيقة إلى الاتصال بموظفي برنامج الأغذية العالمي المذكورين أدناه، ويفضل أن يتم ذلك قبل ابتداء دورة المجلس التنفيذي بفترة كافية.

مدير المكتب الإقليمي في جوهانسبرغ (جنوب وشرق ووسط أفريقيا): السيد: M. Darboe رقم الهاتف: 066513-2201

كبير موظفي الاتصال، المكتب الإقليمي في جوهانسبرغ (جنوب وشرق ووسط أفريقيا): السيد: T. Lecato رقم الهاتف: 066513-2370

يمكنكم الاتصال بالسيدة I. Carpitella، المساعدة الإدارية لوحدة خدمات المؤتمرات، إن كانت لديكم أسئلة تتعلق بإرسال الوثائق المتعلقة بأعمال المجلس التنفيذي وذلك على الهاتف رقم: (066513-2645).

ملخص

أحرزت ليسوتو تقدما كبيرا في معالجة وفيات الأطفال وزيادة العمر المتوقع، ولكن ما زالت هناك تحديات. فسوء التغذية هو السبب في 22 في المائة من وفيات الأطفال، في حين تعزى نسبة 56 في المائة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى الأمراض المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛ ويقدر بأن 24 في المائة من سكان ليسوتو مصابون بالفيروس. وثمة ارتباط فسيولوجي بين سوء التغذية والأمراض المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية. [1] وقد أدى ذلك إلى إحداث تغيرات في الهياكل الاجتماعية، وهو ما أسفر عن الحد من القدرة على توفير ما يكفي من التغذية والرعاية للرضع والأطفال.

ويقدر بأن 42 في المائة من جميع الأطفال في الوقت الحاضر مصابون بالتقزم، وتتعرض نسبة تتراوح بين 40 و60 في المائة منهم لخطر الإصابة بقصور النمو المعرفي نتيجة لنقص المغذيات الدقيقة.[2] ويرجع التقزم بصفة جزئية إلى انعدام الأمن الغذائي الأسري الذي يزداد سوءا خلال موسم الجدب الممتد من يناير/كانون الثاني إلى مارس/آذار عندما يكافح ثلث الأسر من أجل تلبية احتياجاتهم الأساسية وتزويد الأطفال بتغذية وافية. ويصل هذا الوضع إلى أشد حالاته سوءا في إقليم الجبال وفي مقاطعة بيريا في الغرب.

وسيصل هذا المشروع الإنمائي إلى أكثر من 000 200 مستفيد. وهو أول مشروع إنمائي **للبرنامج** في ليسوتو يركز بصفة حصرية على مكافحة سوء التغذية المزمن. والمشروع جزء من برنامج الأمم المتحدة المشترك الأول للتغذية الذي سيدعم الحصائل 1 و2 و3 لإطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية 2008-2012. وهو يتمشى مع السياسات والبرامج الحكومية التي يجري تنفيذها حاليا لمعالجة الضعف والتي ترد في خطة التنمية الوطنية 2008-2012، ويرتكز على الدروس المستفادة من البعثات المشتركة للأمم المتحدة التي نظمت في مارس/آذار وأبريل/نيسان 2010.

ويرمي المشروع إلى الوقاية والحد من سوء التغذية بين المجموعات الضعيفة في المقاطعات الأربع الأشد تأثرا بسوء التغذية المزمن، وذلك عن طريق أربعة أنشطة: 1) تحسين مقاومة سوء التغذية الحاد؛ 2) تحسين نمو الأطفال ونمائهم مع العناية بصفة خاصة بالحد من التقزم ونقص المغذيات الدقيقة؛ 3) تحسين الممارسات التغذوية والصحية؛ 4) تعزيز القدرة على دعم البرامج الوطنية لتحسين التغذية بالمعلومات وإدارتها.

ويلبي المشروع الهدفين 4و5 من الأهداف الاستراتيجية **للبرنامج**،[3] وسيساعد ليسوتو على تحقيق الأهداف1 و4 و5 و 6 من الأهداف الإنمائية للألفية.[4]

[1] وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية. الاستعراض المشترك السنوي لعام 2009.

[2] الاستقصاء الوطني للتغذية لعامي2008/2007.

[3] الهدف الاستراتيجي 4 – الحد من الجوع ونقص التغذية المزمنين؛ والهدف الاستراتيجي 5 – تعزيز قدرات البلدان على الحد من الجوع بما في ذلك عن طريق استراتيجيات تسليم المسؤولية والشراء المحلي.

[4] الأهداف الإنمائية للألفية 1 – القضاء على الفقر المدقع والجوع؛ 4 – تخفيض معدل وفيات الأطفال؛ 5 – تحسين الصحة النفاسية؛ 6 – مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية، والملاريا والأمراض الأخرى.

مشروع القرار*

يوافق المجلس على المشروع الإنمائي المقترح لليسوتو 200169 "تقديم دعم تغذوي للأطفال المصابين بسوء التغذية والمجموعات الضعيفة الأخرى"، (WFP/EB.2/2010/9-A/2) رهنا بتوافر الموارد.

* هذا مشروع قرار، وللاطلاع على القرار النهائي الذي اعتمده المجلس، يرجى الرجوع إلى وثيقة القرارات والتوصيات الصادرة في نهاية الدورة.

تحليل الأوضاع

1- يقل عدد سكان ليسوتو عن مليوني نسمة.[5] وتوجد في الغرب، حيث تقع العاصمة والمناطق الحضرية، سهول وتلال سفحية، في حين أن الشرق جبلي وذو بنى تحتية واتصالات سيئة وأراض زراعية نادرة وكثيرا ما تكون معراة. وفي الشرق، يصعب الوصول إلى الأسواق، وفرص توليد الدخل قليلة، وهناك تهميش من حيث الرأسمال البشري والمادي والرأسمالي أكثر من غرب ليسوتو.

2- ورغم أن ليسوتو تنتج أقل من نصف احتياجاتها الغذائية الأساسية، فإن توافر الغذاء مأمون بصفة عامة بسبب وجود ارتباطات فعالة مع الأسواق وقطاع خاص قوي. وقد ظلت واردات الأغذية لسنوات تسدَّد إلى حد كبير عن طريق التحويلات المالية من عمال المناجم الموجودين في جنوب أفريقيا، ولكن لا تمثل التحويلات المالية في الوقت الحاضر إلا جزءا مما كانت عليه منذ عقد. كما أن الحكومة تواجه أزمة اقتصادية بسبب حدوث انخفاض كبير في إيرادات الاتحاد الجمركي للجنوب الأفريقي[6]، والصادرات، والدخول المحلية.

3- وقد انخفض الناتج المحلي الإجمالي لكل فرد من 200 3 دولار أمريكي عند تعادل القوة الشرائية في 2005 إلى 400 1 دولار أمريكي في 2009. ويعد الدخل القومي لليسوتو وفقا لمعامل دجيني البالغ 0.63 ثاني بلد في العالم من حيث عدم المساواة في توزيع الدخل. وما زال مستوى الفقر وانعدام الأمن الغذائي الأسري مرتفعا بحيث يصنف ربع الأسر كلها تقريبا بأنه يعاني من انعدام الأمن الغذائي. وكان من المقدر في سنة 2009 عقب محصول سيء على نحو استثنائي أن 23 في المائة من السكان في حاجة إلى المساعدة الخارجية لتلبية احتياجاتهم الأساسية في مجال كسب العيش.[7]

4- وتصنف ليسوتو في المرتبة السادسة والخمسين بعد المائة من بين 182 بلدا في مؤشر التنمية البشرية لسنة 2009 الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. وفي سنة 2008 كان العمر المتوقع عند الولادة 45 سنة،[8] وزادت وفيات الأمهات فأصبحت 972 في كل 000 100 مولود حي في سنة 2009. ومعدلات التقزم مرتفعة للغاية إذ تصل في المتوسط إلى حوالي 42 في المائة[9] على المستوى الوطني، ويبلغ معدل الإصابة بالأنيميا بين الأطفال 49 في المائة. ويصل انتشار نقص الوزن إلى 14 في المائة على المستوى الوطني، ويولد 13 في المائة من جميع الأطفال ناقصي الوزن.

5- ولارتفاع معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية آثار عميقة على إمكانيات ليسوتو الإنمائية. ورغم أن معدل الانتشار قد انخفض إلى حوالي 24 في المائة[10] من حد أقصى بلغ 31 في المائة في سنة 2001، فما زال هو ثالث أعلى معدل في العالم. وأظهرت تقديرات معدلات الوفيات الأولية في سنة 2007 في مقاطعات البلد العشر أنها تفوق عتبات الطوارئ في اثنتين منها، وأنها بلغت مستويات غير مقبولة من الارتفاع في خمس مقاطعات أخرى. كما تزداد نسب الإعالة وتحمِّل الموارد الأسرية فوق طاقتها.[11]

---

[5] حسب تعداد سنة 2006 يقدر عدد السكان 633 876 1 نسمة.

[6] يقسم الاتحاد الإيرادات بين أعضائه، بما في ذلك سوازيلاند وليسوتو وناميبيا، متوخيا الهدف الأساسي وهو تعزيز التنمية الاقتصادية عن طريق التنسيق الإقليمي للتجارة.

[7] لجنة تقييم الضعف في ليسوتو /هيئة إدارة الكوارث، وتقرير رصد انعدام الأمن الغذائي والضعف لسنة 2009. ماسيرو.

[8] برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. *مؤشر التنمية البشرية لسنة 2009*. نيويورك.

[9] أحدث الأرقام مستقاة من الاستقصاء التغذوي في ليسوتو، من نوفمبر/تشرين الثاني إلى ديسمبر/كانون الأول 2007.

[10] وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية. ليسوتو 2010. ماسيرو.

[11] Owusu-Ampomah, Naysmith, S. and Rubincam, C. 2009. Reviewing Emergencies in HIV and AIDS-Affected Countries in Southern Africa: Shifting the Paradigm in Lesotho. National Aids Commission. Maseru.

6- ولسوء التغذية المزمن، بما في ذلك الأنيميا الناجمة عن نقص الحديد، أسباب متعددة مثل ممارسات التغذية الرديئة في حالة الصغار جدا؛ والمرض وسوء الصحة؛ وانعدام الأمن الغذائي الأسري، وذلك طبقا للاستقصاء الديموغرافي والصحي لسنة 2004.

7- ولم يحصن تحصينا كاملا في 2009 إلا 68 في المائة من الأطفال دون سن السنتين، وهو ما يقل عن 80 في المائة في سنة 2008. ولا يمارس الرضاعة الطبيعية دون غيرها في الشهور الستة الأولى إلا 15 في المائة من الأمهات، ويتأخر إدخال الأغذية التكميلية الملائمة في حالة 30 في المائة من الأطفال. والمتناول من البروتين ليس كافيا: إذ لا يأكل البقول إلا 25 في المائة من الأطفال البالغة أعمارهم 23 شهرا، ولا يأكل البروتين الحيواني إلا الثلث.[12] وأدى انتشار الأمراض المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية إلى وفاة كثير من الآباء، بحيث يتولى رعاية الأطفال أجدادهم الذين يفتقرون في كثير من الحالات إلى القدرة على توفير ما يكفي من التغذية والرعاية.

8- والتقزم بين الأطفال هو النتيجة التي لا رجعة فيها لقصور النمو، وهو عملية بطيئة وتراكمية ناجمة عن عدم كفاية التغذية مقترنا بالمرض المتكرر أو المزمن. فالتقزم يؤدي - فضلا عن إضعاف الصحة والرفاه - إلى الحد من الإمكانيات العقلية ويضر النمو الاقتصادي ككل. ويصل معدل انتشار التقزم إلى 42 في المائة على المستوى الوطني، ولكنه يختلف إلى حد كبير من مقاطعة إلى مقاطعة. وتصل معدلات التقزم إلى أعلى ارتفاع لها في مقاطعات موخوتلونغ، وكاشاس نك، وثابا-تسيكا في المنطقة الجبلية ومقاطعة بيريا في التلال السفحية والمنخفضات حيث تتراوح بين 46 و55 في المائة. ويتضاعف معدل انتشار التقزم من 21 في المائة خلال الفترة الأولى من الرضاعة – أي من 6 أشهر إلى 11 شهرا – فيصل إلى 50 في المائة بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و23 شهرا. ويلاحظ هذا الاتجاه حتى الخامسة من العمر، بحيث يترك طفلا من بين كل طفلين في ليسوتو عرضة لعجز النمو والوفاة. ويزداد التقزم سوءا بسبب الأنيميا الناتجة عن نقص الحديد الذي يصل إلى أعلى مستوى له في نفس المقاطعات الأربع حيث يصل إلى 63 في المائة.[13]

9- ورغم أن سوء التغذية الحاد المعتدل لا يصل بصفة عامة إلى المستويات المنذرة بالخطر، فإن سوء التغذية الحاد العام يصل حاليا إلى 2 أو 3 في المائة، [9] وقد دفعت التقارير المتعلقة بارتفاع الوفيات بين الأطفال المصابين بسوء التغذية الشديد وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية إلى وضع برنامج تغذية لعلاج سوء التغذية الحاد الشديد والمعتدل. إلا أن المراكز الصحية ليس لديها سجلات لمدى التغطية أو الحصائل، ومن المستحيل إذن تحديد مدى التقدم المحرز أو النتائج.

10- وتفيد وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية بأن 22 في المائة من وفيات الأطفال يعزى إلى سوء التغذية [1] وأن 56 في المائة من الوفيات بين الأطفال دون الخامسة يعزى إلى الأمراض المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية.[11] كما أن سوء التغذية الحاد المعتدل كثيرا ما يلاحظ في البالغين المصابين بمرض الإيدز في صورته المتقدمة،[14] وهو ما يضر بإنعاشهم. ومن الشائع ترافق الإصابة بالفيروس بالإصابة بالسل، وذلك أن 80 في المائة تقريبا من مرضى السل مصابون أيضا بفيروس نقص المناعة البشرية؛ ويعد انتشار السل ثاني أعلى معدل للانتشار في العالم، إذ يصل إلى 640 إصابة في كل 000 100 نسمة.[1] ويصل العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية 000 62 نسمة، أي حوالي 51 في المائة من الذين يحتاجون إليه.[15]

[12] جميع الأرقام مستقاة من أحدث البيانات المتوافرة، الاستقصاء الديموغرافي والصحي 2004.

[13] يفيد تعداد 2006 بأن العدد الإجمالي للسكان في المقاطعات الأربع هو 000 550 نسمة.

[14] لا تتوافر بيانات بالنسبة لليسوتو، ولكن تدل معلومات من بلدان أخرى في الجنوب الأفريقي على أن معدل سوء تغذية الراشدين بين المرضى الذين بدأوا العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية يتراوح بين 15 و30 في المائة.

[15] تقرير اللجنة الوطنية المعنية بالإيدز 2009. التقرير السنوي عن الاستجابة الوطنية لفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز.

11- والحكومة ملتزمة بمحاربة السل وفيروس نقص المناعة البشرية والسل. فقد اعتمدت في سنة 2004 نهجا متكاملا بالاشتراك مع البرمجة المشتركة على جميع المستويات، وتقديم متكامل للخدمات في المرافق الصحية. وقد تم إحراز تقدم مهم في نشر العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية وتقديم الدعم الغذائي للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، ولكن الجهود المبذولة اعتراها الوهن بسبب نظم الرصد الضعيفة.

12- والمسؤولية في ليسوتو مجزأة بين كثير من هياكل الحكومة والشركاء مع كون الأطراف الفاعلة الرئيسية هي وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية، ووزارة الزراعة والأمن الغذائي، ومكتب تنسيق الغذاء والتغذية التابع لمكتب رئيس الوزراء. ومراقبة التغذية شديدة السوء سواء فيما يتعلق بجمع البيانات أو تحليلها. ولا تتوافر أنشطة كافية لعلاج سوء التغذية المزمن بما في ذلك نقص المغذيات الدقيقة.

التعاون في الماضي والدروس المستخلصة

13- تضمنت البرامج التي يضطلع بها **البرنامج** منذ 2002 أنشطة ضخمة للإغاثة والإنعاش استجابة للخطر الثلاثي الناجم عن انعدام الأمن الغذائي، وضعف التسيير، وانتشار فيروس نقص المناعة البشرية. وتطبق أحدث عملية ممتدة للإغاثة والإنعاش (العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش 105990) نهجا للحماية الاجتماعية، وبخاصة لمعالجة احتياجات الأسر والمجتمعات المحلية المتأثرة بفيروس نقص المناعة البشرية.

14- وما زال دعم التعليم الابتدائي الموجه إلى التنمية قائما في ليسوتو منذ 1966. وقد جدد **البرنامج** شراكته مع الحكومة بغية الترويج لتحقيق المزيد من الملكية المالية والإدارية الوطنية. وقد أثبت تقييم لامركزي أجري في 2009 لبرنامج التغذية المدرسية أن **البرنامج** عمل على نحو بناء مع الحكومة على المستوى المركزي ومستوى المقاطعات على حد سواء. ورُئي أن استراتيجيات الانسحاب وتسليم المسؤولية تطورات إيجابية.

15- وتعطي الحكومة الأولوية للحماية الاجتماعية. وهي تدير مخططا لمعاشات كبار السن وتنفذ برنامجا وطنيا متكاملا لرعاية الطفولة المبكرة وإنمائها يتضمن الرعاية قبل المدرسة الابتدائية. وتضطلع وزارة التعليم والتدريب بالمسؤولية عن تمويل وتنفيذ برامج التغذية على النطاق الوطني لصالح المدارس الابتدائية. وهي تدرس في الوقت الحاضر جدوى إدخال أنشطة للدعم التغذوي في مراكز رعاية الطفولة المبكرة وإنمائها تحت إشرافها. وأعربت الحكومة عن التزام بمواصلة تقديم الدعم لقطاع التغذية.

استراتيجية المشروع

16- يرمي المشروع الإنمائي إلى الوصول إلى 200 000 مستفيد. وهو أول مشروع إنمائي **للبرنامج** يركز بصفة حصرية على مكافحة سوء التغذية المزمن. وهو يسهم في أول برنامج تغذية مشترك للأمم المتحدة عن طريق الحصائل 1 و2 و3 لإطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية 2008-2012. ويرتكز المشروع على توصيات بعثات الأمم

المتحدة من مارس/آذار إلى مايو/أيار 2010 واستعراض للوثائق الرئيسية.[16] وهو يتمشى مع سياسات الحكومة وبرامجها المتعلقة بمعالجة الضعف والواردة في خطة التنمية الوطنية 2008-2012.

17- وينتهي الإطار الحالي لعمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية في سنة 2012 وستعيد جميع وكالات الأمم المتحدة مواءمة مشروعات كل منها مع الإطار الجديد لعمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنسانية الذي يبدأ في يناير/كانون الثاني 2013. وسينتهي هذا المشروع بناء على ذلك في ديسمبر/كانون الأول 2012. وقد تُقترح مرحلة ثانية تبدأ في 2013 رهنا بتوافر التمويل ونتائج التقييم.

18- والهدف الكلي للمشروع الإنمائي هو الوقاية والحد من سوء التغذية بين المجموعات الضعيفة في المقاطعات الأربع.

19- والحصائل المقصودة هي:

1) تحسين الرفاه التغذوي للسكان المستهدفين؛

2) زيادة معدل بقاء البالغين والأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية بعد 6 أشهر و12 شهرا من العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية؛

3) تحسين نجاح علاج السل بالنسبة للحالات المستهدفة؛

4) إحراز تقدم نحو الحلول الممتلكة وطنيا.

20- وسيسهم المشروع في تحقيق الأهداف الإنمائية 1 و4 و5 و6 للألفية، وهو يتمشى مع سياسة الحكومة في مجال تغذية الأطفال الرضع و صغار الأطفال. كما أن الحكومة وافقت على الاستراتيجية العالمية لتغذية الأطفال الرضع وصغار الأطفال التي ترد في قرار جمعية الصحة العالمية 55.25 خلال مايو/أيار 2002 والتي ترمي إلى النهوض بتغذية الأطفال الرضع وصغار الأطفال إلى المستوى الأمثل.

21- وتبرز الخطة الاستراتيجية الوطنية لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز (2006-2011) أهمية التغذية في تأخير تقدم الفيروس والمرض، ودمج الدعم التغذوي كجزء من رزمة علاجية شاملة تتضمن المغذيات الدقيقة بغية تحسين نوعية حياة المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية عن طريق الحد من الوفيات والمرض.

22- وسيعالج المشروع سوء التغذية بما في ذلك نقص المغذيات الدقيقة في المقاطعات التي ترتفع فيها مستويات التقزم بين الأطفال دون سن الخامسة، وجوانب الضعف التغذوي بين مجموعات مثل النساء الحوامل والمرضعات. وسيستهدف ثلاث مقاطعات في الجبال – موخوتلونغ وكاشاس نك وثابا-تسيكا حيث يبلغ معدل التقزم في المتوسط 50 في المائة - وفي مقاطعة بيريا في المنخفضات.

23- وسيتبع المشروع نهجا غذائيا شاملا بما في ذلك أنشطة العلاج والوقاية لمعالجة المشكلات التغذوية التي تواجه الأطفال والبالغين، مع تعبئة الأسر والمجتمعات المحلية في نفس الوقت حول الممارسات التغذوية الصحية. وبالنظر إلى التأثير العميق لفيروس نقص المناعة البشرية والسل على الرفاه التغذوي للأمهات والأطفال والبالغين، فإن الأنشطة ترتبط بالتوعية العامة بالأمراض، والاختبار، والتوعية بالحياة الإيجابية كلما كان ذلك ممكنا.

24- والأنشطة الأربعة التي يتضمنها المشروع هي:

[16] الاستقصاء الوطني للتغذية 2007، واستقصاء صحة الأطفال 2010، والاستقصاء الديموغرافي والصحي 2004، والسياسة الوطنية للتغذية 2009، والخطة الاستراتيجية الوطنية لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز 2006-2011.

1) تحسين مقاومة سوء التغذية الحاد؛

2) تحسين نمو الأطفال وتطورهم مع توجيه عناية خاصة إلى الحد من التقزم ونقص المغذيات الدقيقة؛

3) تحسين الممارسات التغذوية والصحية؛

4) تعزيز القدرة على دعم البرامج التغذوية الوطنية بالمعلومات وعلى إدارتها.

النشاط الأول: تحسين مقاومة سوء التغذية الحاد

25- سيقيم **البرنامج** شراكة مع وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) لتنفيذ إعادة التأهيل التغذوي للأطفال دون سن الخامسة المصابين بسوء التغذية، والنساء الحوامل والمرضعات، والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والسل يبدؤون العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية و/أو دورات علاج السل تحت المراقبة المباشرة لفترة قصيرة. وسيقدم **البرنامج** حصصا غذائية تكميلية عن طريق العيادات والمراكز الصحية لتلبية الاحتياجات التغذوية للمجموعات المستهدفة المصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل؛ وستدعم اليونيسف علاج الأطفال المصابين بسوء التغذية الشديد.

26- وستربط أنشطة إعادة التأهيل التغذوي بخدمات صحية مثل الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة، بما في ذلك علاج الأطفال بمضادات الفيروسات الرجعية، وتوفير العلاج بهذه المضادات ودورات علاج السل تحت المراقبة المباشرة لفترة قصيرة في حالة البالغين، إلى جانب تقديم التغذية بالمغذيات الدقيقة. وسيشكل توفير التغذية التكميلية جزءا من رزمة الحد الأدنى. وبالنظر إلى ثقل الأعباء الملقاة على عاتق موظفي الصحة، فسيتولى مناولة الأغذية شركاء التعاون وستوزع بصفة شهرية في المراكز الصحية.

27- وستقوى الروابط مع برامج التوعية المجتمعية والمنزلية لتحسين الكشف المبكر عن فقدان الوزن وسوء التغذية الحاد المعتدل، أسبابه وطرق علاجه الممكنة، ولتشجيع دعم الإنعاش على مستوى المنزل. وستعزز قدرات موظفي العيادات والأخصائيين الصحيين القرويين عن طريق توفير التدريب والأدوات والمواد بشراكة مع وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية، واليونيسف، ومنظمة الصحة العالمية.

28- وخلال مدة المشروع الممتدة لسنتين ستتلقى 200 4 امرأة وطفل حصصا غذائية منزلية من خليط الذرة والصويا، والسكر، والزيت إلى أن يتم شفاؤهم على النحو الوافي – أي بعد ثلاثة أشهر عادة. وتستند معايير القبول والخروج إلى المبادئ التوجيهية الوطنية في ليسوتو للمقاومة المتكاملة لسوء التغذية الحاد باستخدام قياس محيط منتصف الجزء الأعلى من الذراع والوزن بالنسبة للطول. وسيتلقى لفترة تتراوح بين أربعة وستة أشهر 200 3 من المرضى البالغين المصابين بسوء التغذية ويتلقون العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية ودورات علاج السل تحت المراقبة المباشرة لفترة قصيرة خليط الذرة والصويا كل شهر طبقا لمبادئ الغذاء بناء على الوصفات الطبية بالاستناد إلى معايير مؤشر كتلة الجسم.

النشاط الثاني: تحسين نمو الأطفال ونمائهم مع توجيه عناية خاصة إلى الحد من التقزم ونقص المغذيات الدقيقة

29- بغية ضمان عدم تعرض نمو الأطفال للضرر خلال موسم الجدب الممتد من يناير/كانون الثاني إلى مارس/آذار، سيقدم **البرنامج** تكملة غذائية إلى 500 58 طفل تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و23 شهرا؛ كما أن 000 45 امرأة حامل وامرأة مرضعة سيتلقين تكملة غذائية خلال ذلك الموسم من أجل دعم نمو الأجنة والأطفال الرضع. وستقدم بصفة شهرية

حصص غذائية من خليط الذرة والصويا والزيت والسكر إلى مواقع التوزيع في مناطق المجالس المجتمعية حيث سيتولى شركاء التعاون تنظيم قوائم المستفيدين وإدارة التوزيع. وسترصد جودة الغذاء طيلة العام لضمان بقاء المتناول من المغذيات الكبيرة والمغذيات الدقيقة كافيا.

30- كما يستهدف هذا النشاط الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين وخمس سنوات المقيدين في مراكز رعاية ونماء الطفولة المبكرة التي يديرها متطوعون من المجتمع المحلي تحت رعاية وزارة التعليم والتدريب. وستقدم وجبات غنية بالمغذيات الدقيقة تعد بدقيق الذرة المقوى، والبقول، والزيت، وخليط الذرة والصويا، والسكر إلى 600 30 طفل مرتين في اليوم لمدة 180 يوما في السنة، وهو ما يغطي 80 في المائة من الاحتياجات في مجال المغذيات الدقيقة. وتدعم اليونيسف وزارة التعليم والتدريب من خلال توفير مرافق للمياه والإصحاح ومواد التوعية إلى تلاميذ المدارس في مراكز رعاية ونماء الطفولة المبكرة. ولما كانت المساعدة الغذائية المقدمة من **البرنامج** ستتألف من منتجات الأغذية الجافة، فسيجري بحث سبل إقامة الروابط مع الحدائق المجتمعية التي ينبغي أن تُنشأ في إطار النشاط الثالث كطريقة لإدخال المنتجات الطازجة في وجبات الأطفال اليومية، وبذلك يمكن الإسهام في تحسين التوازن الغذائي وزيادة ألفة الأطفال بأنواع مختلفة من الفواكه والخضروات.

31- ويتيح جمع الأطفال والأمهات الحوامل والمرضعات في مواقع مركزية فرصا للتوعية الصحية والتغذوية ولمراقبة المشكلات التغذوية الهامة مثل عجز النمو والاضطرابات الناجمة عن نقص المغذيات الدقيقة بين هذه المجموعات المستهدفة. كما ستتاح للمستفيدين فرص الوصول إلى الخدمات الصحية مثل التلقيح، وتوزيع كبسولات فيتامين ألف، وأقراص إزالة الديدان، ومكملات الحديد والإيراق.

النشاط الثالث: تحسين الممارسات التغذوية والصحية

32- يرمي هذا النشاط إلى تحسين ممارسات تناول الطعام والرعاية لدى المجتمعات المحلية، وتحديد الاحتياجات الغذائية الخاصة ومعالجتها، ودعم الإنعاش التغذوي عند الحاجة.

33- وسيستخدم في التوعية التغذوية في المقاطعات الأربع نهج "الانحراف الإيجابي".[17] وسيُستهدف جميع مقدمي الرعاية في المجتمع المحلي – الأمهات والآباء والمعلمين ومن إلى ذلك – وستركز التوعية على ممارسات تغذية الأطفال الرضع وصغار الأطفال، والغذاء الملائم للنساء الحوامل والمرضعات والأشخاص ذوي الاحتياجات التغذوية الخاصة مثل المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ومرضى السل.

34- وسيتولى إدارة هذا النشاط أخصائيون صحيون قريون مدربون يقومون بحشد الأسر والمجتمعات المحلية وتمكينها من الحصول على المعارف والممارسات التغذوية اللازمة والعمل بها لضمان الحياة الصحية. وسيزود الأخصائيون الصحيون القرويون بسلة غذائية متواضعة من دقيق الذرة للتعويض عن الوقت والجهد المخصصين للعمل المجتمعي. ومن المتوقع أن تساعد زيادة اشتراكهم في المجتمعات المحلية على تحسين تحديد حالات سوء التغذية الحاد وإحالتها في وقت مبكر.

35- ونظرا لأن لمرض البالغين المزمن تأثير عميق على رعاية الأسر وقدرتها على كسب العيش، ولأن للأسر المثقلة بالأعباء تأثير عكسي على إنعاش المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والسل الذين يبدؤون العلاج، فإن المساعدة الغذائية للأسر – الذرة، والبقول، والزيت لخمسة أشخاص بما فيهم المريض – ستوفر طيلة مدة الإنعاش لتكملة مكملات

[17] هذا نهج قائم على الأصول ومعني بحل المشكلات وموجه نحو المجتمع المحلي ويمكن المجتمع المحلي من اكتشاف أنواع السلوك والاستراتيجيات الناجحة ووضع خطة عمل لتعزيز اتباع الجميع لها.

إعادة التأهيل التغذوي المقدمة في إطار النشاط الأول. وتغطي هذه الرزمة نصف المتطلبات الأسرية اليومية وستساعد على تحسين الاستهلاك الغذائي الأسري وتسهل العلاج والإنعاش التغذوي في حالة الشخص المريض بصفة مزمنة.

36- وسيعمل **البرنامج** مع وزارة الزراعة والأمن الغذائي ووزارة الحراجة واستصلاح الأراضي ومنظمة الأغذية والزراعة لأمم المتحدة على إنشاء حدائق مجتمعية. وستشجع هذه الحدائق على إتباع الممارسات التغذوية الجيدة والتنوع الغذائي عن طريق توفير الموارد اللازمة لتطبيق المعارف التغذوية المكتسبة خلال دورات التوعية. وسيتولى إنشاء الحدائق وصيانتها أعضاء المجتمع المحلي من الأسر الراعية لأفراد يتلقون الدعم في إطار النشاطين الأول والثاني، والأسر الضعيفة الأخرى التي حددتها المجالس المجتمعية. وسيحدد القبول في العمل الحدائقي من خلال الظروف الاجتماعية الاقتصادية للأسر، وإمكانية وصولها إلى الأراضي، ومدى اهتمامها بالمشاركة، وفرز الأمن الغذائي لها.

37- وسيعوض المشتركون مباشرة في العمل الحدائقي بسلة غذائية أسرية تغطي نصف المتطلبات الغذائية اليومية الأساسية – الذرة، والبقول، والزيت النباتي – لخمسة أشخاص؛ كما سيفيد المحتاجون إلى تنوع غذائي محسن من منتجات الحدائق. وستعمل الحدائق كمواقع لإيضاح الممارسات الملائمة للزراعة والبستنة التي يمكن للأسر تكرارها باستخدام أراضيها الخاصة وأصولها الإنتاجية. وستقدم مساعدة غذائية لمدة تتراوح بين ثلاثة وستة أشهر.

38- وسيرتكز النشاط الخاص بالحدائق المجتمعية على الدروس المستفادة من قيام مجموعات من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية وأسرهم بإنشاء مشاتل أشجار الفاكهة، والكروم، وحدائق الخضروات في إطار العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش 10599.

النشاط الرابع: تعزيز القدرة على دعم البرامج الوطنية لتحسين التغذية بالمعلومات وعلى إدارتها

39- ستساهم الأنشطة الأول والثاني والثالث في الهدف الاستراتيجي 5 **للبرنامج** عن طريق دعم تنمية القدرات على تقديم الخدمات الصحية وتوفير نماذج للتكرار في المقاطعات الأخرى. وسينفذ المشروع، عن طريق النشاط الرابع، نشاطين يرميان إلى تعزيز حلول مكافحة الجوع الممتلكة وطنيا: تقوية نظم المعلومات التغذوية، ودعم تقوية الأغذية.

40- وسيقوى النظام الوطني لمراقبة التغذية بشراكة مع وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية، ومكتب تنسيق الغذاء والتغذية، واليونيسف، وذلك بهدف تحسين إدارة بيانات التغذية. وسيشمل الدعم المراقبة من خلال جمع وتحليل وتفسير البيانات المتعلقة بمعدلات سوء التغذية والمؤشرات التغذوية الأخرى التي يتولى مسؤوليتها في الوقت الحاضر مكتب تنسيق الغذاء والتغذية، وجمع البيانات وإدارة المعلومات المستمدة من أنشطة التغذية التي تتولى مسؤوليتها في الوقت الحاضر وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية.

41- ولبرامج العلاج الطبي نظم للمعلومات لتسجيل ورصد رفاه المرضى، وهو ما يسهم في الإدارة السليمة للحالات وتقييم الأداء الكلي للبرامج. وسيدرس دمج المعلومات التغذوية في هذه النظم بغية تعزيز إدارة المرض والحالة التغذوية للمرضى وإرشاد تصميم البرامج وتنفيذها.

42- وستساهم تقوية الأغذية على الصعيد الوطني في تحسين المتناول من المغذيات الدقيقة في أرجاء ليسوتو. وينصب التركيز على وضع سياسات ومعايير تصمم وفقا للأوضاع المحلية، وأنماط الاستهلاك، والاعتبارات المتعلقة بالأسعار، وممارسات الصناعة وتجارة التجزئة، وآليات المراقبة والرصد. وسيدعم **البرنامج** إجراء الدراسات ويسهل مشاورات الخبراء بين الأطراف المشتركة في تقوية الأغذية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة للتنمية الصناعية (اليونيدو)، واليونيسف.

43- وترمي استراتيجية التنفيذ إلى زيادة استدامة جميع الأنشطة عن طريق إقامة الصلات فيما بين الأنشطة ومع الأنشطة الأخرى. ووضع المشروع الإنمائي **للبرنامج** في نطاق برنامج تغذية مشترك واسع للأمم المتحدة سيزيد من فعاليته عن طريق الدعم التقني التكميلي المقدم من الوكالات الأخرى في الأمم المتحدة، ولا سيما اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية.

44- وسيعمل **البرنامج** ووكالات أخرى في الأمم المتحدة مع وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية على تحسين القدرة التقنية والإدارية لبرامج التغذية - بما في ذلك ممارسات الموظفين - وللدعم التغذوي المتكامل لتقديم علاج الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والسل.

45- ووزارة التعليم والتدريب ملتزمة بأن تتولى بالتدريج توفير وجبات للأطفال الذين يلتحقون بمراكز رعاية ونماء الطفولة المبكرة. ووزارة المالية وتخطيط التنمية ملتزمة بتولي التكملة الغذائية الشاملة للأطفال دون سن السنتين كجزء من شبكات الأمان الاجتماعية في ليسوتو. وترمي التوعية التغذوية وتقديم الدعم للمجتمعات المحلية والحدائق المنزلية إلى تغيير السلوك الأسري بطرق تستدام بعد توقف الأنشطة. وسيُعمل على إدراج الدعم الغذائي والتغذوي للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والسل في رزمة علاجية شاملة في مقترحات التمويل المقدمة للصندوق العالمي.

الجدول 1: المستفيدون بحسب النشاط

النشاط	المستفيدون		
	رجال/صبيان	نساء/فتيات	المجموع
النشاط الأول: تحسين مقاومة سوء التغذية الحاد			
التغذية التكميلية: الأطفال دون الخامسة	1 360	1 440	2 800
التغذية التكميلية: النساء الحوامل والمرضعات	-	1 400	1 400
التغذية التكميلية: المرضى الذين يتلقون العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية/دورات علاج السل تحت المراقبة المباشرة لفترة قصيرة	6 220	6 580	12 800
النشاط الثاني: تحسين النمو والنماء مع توجيه عناية خاصة إلى الحد من التقزم ونقص المغذيات الدقيقة			
المكملات الغذائية الشاملة: الأطفال دون الثانية	28 430	30 070	58 500
المكملات الغذائية الشاملة: النساء الحوامل والمرضعات	-	45 000	45 000
تغذية الطفولة المبكرة: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين وخمس سنوات	14 870	15 730	30 600
النشاط الثالث: تحسين الممارسات التغذوية والصحية			
الأخصائيون الصحيون القرويون	-	2 800	2 800
الحدائق المجتمعية	4 410	4 670	9 080
دعم أسر المرضى الذين يتلقون العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية/دورات علاج السل تحت المراقبة المباشرة لفترة قصيرة	31 100	32 900	64 000
المجموع	**80 170**	**134 010**	**214 180**[18]

ملحوظة: ليس هناك مستفيدون مباشرون من النشاط الرابع.

[18] المرضى الخاضعون للعلاج بمضادات الفيروسات الرجعية ودورات علاج السل تحت المراقبة المباشرة لفترة قصيرة الذين يستفيدون من نشاط التغذية التكميلية، ستقدم له حصة أسرية ايضاً لكن تم عدّهم مرة واحدة فقط في المشروع بأكمله.

الجدول 2: الحصص الغذائية، بحسب النشاط *(غرام/فرد/يوم)*

	النشاط الأول		النشاط الثاني		النشاط الثالث		
الغذاء	**التغذية التكميلية: الأطفال دون الخامسة والنساء الحوامل والمرضعات**	**التغذية التكميلية: المرضى الذين يتلقون العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية/دورات علاج السل تحت المراقبة المباشرة لفترة قصيرة**	**المكملات الغذائية الشاملة: الأطفال دون الثانية والنساء الحوامل والمرضعات**	**تغذية الطفولة المبكرة: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين وخمس سنوات**	**الأخصائيون الصحيون القرويون**	**دعم أسر المرضى الذين يتلقون العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية/دورات علاج السل تحت المراقبة المباشرة لفترة قصيرة**	**الحدائق المجتمعية**
دقيق الذرة	-	-	-	120	400	200	200
البقول	-	-	-	25	-	60	60
الزيت	20	-	20	15	-	20	20
خليط الذرة والصويا	200	250	200	60	-	-	-
السكر	15	-	15	10	-	-	-
المجموع	**235**	**250**	**235**	**230**	**400**	**280**	**280**
مجموع السعرات الحرارية/يوم	***1 037***	***1 000***	***893***	***936***	***1 464***	***1 110***	***1 110***
النسبة المئوية للسعرات الحرارية من البروتين	13.9	18.0	13.9	11.1	9.3	10.5	10.5
النسبة المئوية للسعرات الحرارية من الدهون	27.8	13.5	27.8	20.1	4.2	19.6	19.6

الجدول 3: مجموع متطلبات الأغذية، بحسب النشاط *(طن متري)*

	النشاط الأول		النشاط الثاني		النشاط الثالث			المجموع
الغذاء *(غرام/فرد/يوم)*	**التغذية التكميلية: الأطفال دون الخامسة والنساء الحوامل والمرضعات**	**التغذية التكميلية: المرضى الذين يتلقون العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية/دورات علاج السل تحت المراقبة المباشرة لفترة قصيرة**	**المكملات الغذائية الشاملة: الأطفال دون الثانية والنساء الحوامل والمرضعات**	**تغذية الطفولة المبكرة: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين وخمس سنوات**	**الأخصائيون الصحيون القرويون**	**دعم أسر المرضى الذين يتلقون العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية/دورات علاج السل تحت المراقبة المباشرة لفترة قصيرة**	**الحدائق المجتمعية**	**المجموع *(طن متري)***
دقيق الذرة	-	-	-	734	806	2 304	2 304	**6 148**
البقول	-	-	-	153	-	692	692	**1 537**
الزيت	30	-	248	92	-	230	230	**830**
خليط الذرة والصويا	302	576	2 484	367	-	-	-	**3 729**
السكر	23	-	186	62	-	-	-	**271**
المجموع	**355**	**576**	**2 918**	**1 408**	**806**	**3 226**	**3 226**	**12 515**

ملحوظة: ليس هناك مستفيدون مباشرون من النشاط الرابع.

الإدارة والرصد والتقييم

46- سيتولى **البرنامج** إدارة المشروع بالتعاون مع برنامج التغذية المشترك للأمم المتحدة في إطار نهج العمل الموحد في الأمم المتحدة. ويسترشد برنامج التغذية المشترك باللجنة التوجيهية للأمم المتحدة التي يرأسها بصفة مشتركة وزير المالية وتخطيط التنمية والمنسق المقيم مع أعضاء يتألفون من رؤساء وكالات الأمم المتحدة ووزارات الحكومة.

47- وسيعين **البرنامج** أخصائيا دوليا في الرصد والتقييم لتصميم وإدارة نظم المعلومات التي تضمن رصد المشروع على نحو واف وتحسين المعلومات المتاحة لاتخاذ القرارات في مجال السياسات والاستراتيجيات والبرامج؛ وسينقل الأخصائي الأساليب والمعارف إلى النظراء الحكوميين. وستبذل جهود لإنشاء آليات لجمع المعلومات ودمجها مع النظم القائمة وقدرات الموظفين الحكوميين وأدوارهم ومسؤولياتهم.

48- وسيسلم الغذاء لوحدة إدارة الأغذية التابعة للحكومة في ماسيرو والتي ستنقلها إلى وحدات إدارة الأغذية التابعة للمقاطعات، مع تقديم **البرنامج** لدعم. وستسلم وحدات إدارة الأغذية في المقاطعات الغذاء لنقاط التوزيع طبقا لطلبات **البرنامج**. وسيدير شركاء التعاون توزيع الأغذية والإشراف عليه وسيدعمون الأنشطة الأخرى لتحسين الأغذية مثل الحدائق المجتمعية. و**للبرنامج** في الحاضر أربعة شركاء للتعاون: المنظمة الدولية للرؤية العالمية، وجمعية الصليب الأحمر في ليسوتو، وخدمات الإغاثة الكاثوليكية، ومنظمة إعمال الرؤية الوطنية.

49- وسيتولى الرصد بعد التوزيع أخصائيو رصد ميدانيون يعملون انطلاقا من مكاتب في المقاطعات الجبلية الثلاث. وستغطى مقاطعة بيريا انطلاقا من المكتب الميداني في ماسيرو.

50- وستستقى معلومات الحصائل من نظم المعلومات الروتينية للصحية والتغذية، وأنشطة الرصد العادية، والاستقصاءات الموضوعاتية التي تركز على التغير السلوكي.

51- وستجمع بيانات خط الأساس في النصف الثاني من سنة 2010. وسيجرى استعراض للعمليات في نهاية السنة الأولى لتقديم الدعم بالمعلومات لاتخاذ القرارات الإدارية بالنسبة للسنة الثانية وتوفير معلومات أساسية عن الآثار لتصميم مرحلة ثانية ممكنة للمشروع. وستنظر عمليات الاستعراض في برنامج التغذية المشترك للأمم المتحدة ككل، بحيث تنظر بوضوح في تكامل مختلف المنظمات والعناصر. وسيضطلع بالاستعراض فريق متعدد الوكالات بدعم من قائد فريق خارجي.

52- وسيستند **البرنامج** بغية تنفيذ المشروع إلى القدرات اللوجستية القائمة والشراكة مع وحدة إدارة الأغذية. وستوفر خبرة تقنية لتصميم وتنفيذ أنشطة التغذية في المكتب القطري والمكتب الإقليمي **للبرنامج**، وستستمد أيضا من الشراكة مع وكالات الأمم المتحدة الأخرى والمنظمات غير الحكومية في ليسوتو.

الملحق الأول- ألف

تصنيف تكاليف المشروع			
الغذاء[1]	**الكمية** *(طن متري)*	**القيمة** *(بالدولار الأمريكي)*	**القيمة** *(بالدولار الأمريكي)*
الحبوب	6 149	1 619 901	
البقول	1 535	793 802	
الزيت والدهون	831	914 364	
الأغذية الممزوجة والمخلوطة	3 730	1 930 254	
مواد غذائية أخرى	270	187 086	
مجموع الأغذية	**12 515**	**5 445 408**	5 445 408
النقل الخارجي			434 810
النقل البري والتخزين والمناولة			1 597 698
تكاليف التشغيل المباشرة الأخرى			475 648
تكاليف الدعم المباشرة[2] (انظر الملحق الأول- باء)			1 201 800
مجموع التكاليف المباشرة التي يتحملها البرنامج			**9 155 364**
تكاليف الدعم غير المباشرة (7.0 في المائة)[3]			640 875
النقل الخارجي			**9 796 239**

[1] هذه سلة غذائية افتراضية لأغرا الميزنة والموافقة، وقد تتفاوت محتوياتها.

[2] رقم إشاري لأغراض الإعلام. ويعاد النظر سنويا في مخصص تكاليف الدعم المباشرة.

[3] قد يعدل المجلس التنفيذي معدل تكاليف الدعم غير المباشرة أثناء تنفيذ المشروع.

الملحق الأول- باء

احتياجات الدعم المباشر *(بالدولار الأمريكي)*	
تكاليف الموظفين	
الموظفون الفنيون الدوليون	349 680
الموظفون المحليون – المسؤولون القطريون	196 000
الموظفون المحليون – فئة الخدمة العامة	344 000
سفر الموظفين في مهام رسمية	33 920
المجموع الفرعي	**923 600**
التكاليف المتكررة	
استئجار المرافق	40 000
المنافع العامة	2 600
اللوازم المكتبية وغيرها من البنود المستهلكة	15 000
الاتصالات وخدمات تكنولوجيا المعلومات	17 000
تكاليف تشغيل المركبات وصيانتها	105 000
خدمات منظمة الأمم المتحدة	17 000
المجموع الفرعي	**196 600**
تكاليف المعدات والتكاليف الرأسمالية	
استئجار المركبات	81 600
المجموع الفرعي	**81 600**
مجموع تكاليف الدعم المباشرة	**1 201 800**

الملحق الثاني: الإطار المنطقي

النتائج	مؤشرات الأداء	المخاطر، الافتراضات	الموارد اللازمة
حصائل إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية لدى الأفراد ومنظمات المجتمع المدني والمؤسسات العامة الوطنية/المحلية والمؤسسات الخاصة القدرة على تحقيق/تنفيذ واستدامة فرص وصول الجميع إلى الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وعلاجه ورعايته ودعمه، وعلى التخفيف من آثار الفيروس تستطيع مؤسسات المقاطعات توفير خدمات جيدة ومستدامة في مجال الصحة والتوعية والرعاية الاجتماعية تستطيع المؤسسات الوطنية أن تنفذ لصالح الفقراء تنمية اقتصادية مستدامة، وسياسات للإدارة البيئية والأمن الغذائي الأسري مع التركيز بصفة خاصة على المجموعات الضعيفة بما في ذلك النساء والشباب والشابات والمعوقين	**مؤشرات حصائل إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنسانية** لدى المؤسسات الوطنية ومؤسسات المقاطعات القدرة على تخفيض ومعالجة نقص المغذيات الدقيقة وسوء التغذية المزمن بين الأطفال دون سن الثانية زيادة القدرة على المستوى الوطني ومستوى المقاطعات على الحد من وفيات الأطفال بسبب سوء التغذية الحاد زيادة قدرة المؤسسات الوطنية ومؤسسات المقاطعات على حماية صحة وتغذية ورفاه المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والسل والمرضى الذين يتلقون العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية وعلاج السل ويعانون من انعدام الأمن الغذائي زيادة قدرة المؤسسات الوطنية على تقوية نظم المراقبة من أجل إدارة بيانات التغذية على نحو فعال		
الهدف الاستراتيجي 4: الحد من الجوع ونقص التغذية المزمنين			
هدف المشروع الإنمائي: الوقاية والحد من سوء التغذية بين المجموعات الضعيفة الأشد تأثرا بسوء التغذية المزمن في المقاطعات الأربع			

الملحق الثاني: الإطار المنطقي

النتائج	مؤشرات الأداء	المخاطر، الافتراضات	الموارد اللازمة
الحصيلة 1-1 تحسن الرفاه التغذوي للسكان المستهدفين	➢ انتشار التقزم بين الأطفال المستهدفين الذين تقل أعمارهم عن سنتين: الطول بالنسبة للسن كنسبة مئوية ➢ انتشار الأنيميا الناتجة عن نقص الحديد بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سن الثانية وسن الخامسة في مراكز رعاية وإنماء الطفولة المبكرة ➢ مؤشرات أداء التغذية التكميلية: معدل الإنعاش، معدل المتخلفين، معدل الوفيات، معدل عدم الاستجابة، بحسب المجموعة المستهدفة ➢ النسبة المئوية للمرضى البالغين الذين يتلقون العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية ودورات علاج السل تحت المراقبة المباشرة لفترة قصيرة والذين يقل مؤشر كتلة الجسم لديهم عن 18.5 عند بداية الدعم الغذائي ويزيد هذا المؤشر عن 18.8 عند نهاية الدعم، بحسب المجموعة المستهدفة ➢ ممارسات تغذية الأطفال الرضع وصغار الأطفال - الرضاعة الطبيعية دون غيرها - إدخال الأغذية التكميلية ➢ نتائج الاستهلاك الغذائي الأسري في حالة: - الأسر المشاركة في التوعية التغذوية - الأسر التي ترعى أشخاصا يتلقون العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية ودورات علاج السل تحت المراقبة المباشرة لفترة قصيرة ويتلقون مساعدة غذائية ➢ نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و23 شهرا ويتلقون أغذية من 4 مجموعات غذائية أو أكثر	تقاسم المكملات الغذائية فيما بين الأسر محدود يمكن الوصول إلى المراكز الصحية توافر الدعم الطبي الكافي على شكل عقاقير وموظفين صحيين مدربين على العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية، ودورات علاج السل تحت المراقبة المباشرة لفترة قصيرة وغير ذلك من الأمراض الخطرة التي تخل بالرفاه التغذوي عدم وجود حالة طوارئ خطرة يمكن أن تؤثر على توافر الأغذية الأساسية بالنسبة للأفراد والأسر المستهدفة	إجراء استقصاء تغذوي لخط الأساس وخط النهاية بما في ذلك نقص المغذيات الدقيقة استقصاء المعارف والمواقف والممارسات بما في ذلك الأنماط الغذائية لدى المجموعات المستهدفة المنتقاة رصد البرامج بما في ذلك استخدام نظم المعلومات الصحية القائمة التي ينبغي تقويتها كجزء من المشروع سيكون من الممكن مقارنة أداء البرامج بالمعايير الدولية والأرقام الوطنية

الملحق الثاني: الإطار المنطقي

النتائج	مؤشرات الأداء	المخاطر، الافتراضات	الموارد اللازمة
الحصيلة 1-2 زيادة قدرة البالغين والأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية على البقاء بعد 6 أشهر و12 شهرا من العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية **الحصيلة 1-3** تحسن نجاح علاج السل بالنسبة للحالات المستهدفة	➢ النسبة المئوية للبالغين والأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والمعروفين بأنهم يخضعون للعلاج لمدة 6 أشهر و12 شهرا بعد بدء العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية ➢ النسبة المئوية للحالات المسجلة في إطار برنامج دورات علاج السل تحت المراقبة المباشرة لفترة قصيرة في سنة ما والذين أتموا علاجهم بنجاح		
الناتج 1-1 المواد الغذائية وغير الغذائية توزع بكميات ونوعيات كافية على المستفيدين المستهدفين	➢ أعداد المستفيدين من التغذية التكميلية الذين يتلقون مكملات فردية: الأطفال دون الخامسة، والنساء الحوامل والمرضعات، والمتلقون للعلاج بمضادات الفيروسات الرجعية ودورات علاج السل تحت المراقبة المباشرة لفترة قصيرة ➢ عدد الأطفال والنساء الذين يتلقون مكملات موسمية شاملة ➢ عدد الأطفال الذين يتلقون وجبات عن طريق مراكز رعاية ونماء الطفولة المبكرة ➢ عدد الأخصائيين الصحيين القرويين الذين يتلقون مساعدة غذائية ➢ عدد المستفيدين الذين يتلقون مساعدة غذائية عن طريق المشاركة في الحدائق المجتمعية ➢ عدد المستفيدين الذين يتلقون مساعدة غذائية عن طريق أنشطة دعم العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية/دورات علاج السل تحت المراقبة المباشرة لفترة قصير الأهداف: الجميع، وفقا لجدول المستفيدين، بحسب الفئات، وكنسبة مئوية من الأرقام المقررة		الرصد فيما بعد التوزيع

الملحق الثاني: الإطار المنطقي

النتائج	مؤشرات الأداء	المخاطر، الافتراضات	الموارد اللازمة
الناتج 1-2 أخصائيون صحيون قرويون مدربون ومدعمون بالأدوات والمواد	➢ عدد الأخصائيين الصحيين القرويين المدعمين بتنمية القدرات الهدف: 800 2		
الناتج 1-3 الاضطلاع بأنشطة للتوعية التغذوية	➢ أعداد النساء والرجال والفتيات والصبيان الذين يتلقون توعية تغذوية، بحسب الفئات وكنسبة مئوية من الأرقام المقررة الهدف: يحدد فيما بعد تبعا لبيانات خط الأساس التي يتم جمعها		
الناتج 1-4 عدد الحدائق المجتمعية التي أنشئت	➢ عدد الحدائق المجتمعية التي أنشئت الهدف: 000 5 مستهدف في السنة		
الهدف الاستراتيجي 5: تعزيز قدرة البلدان على الحد من الجوع بما في ذلك عن طريق استراتيجيات تسليم المسؤولية والمشتريات المحلية			
هدف المشروع الإنمائي: الوقاية والحد من سوء التغذية بين المجموعات الضعيفة في المقاطعات الأربع الأشد تأثرا بسوء التغذية المزمن في ليسوتو			
الحصيلة 2-1	➢ تقديم السياسة الوطنية للتقوية الغذائية للموافقة الحكومية ➢ وضع خطة لتنفيذ المراقبة التغذوية ووجودها بصفة تجريبية في مواقع منتقاة ➢ استخدام معلومات مستقاة من العيادات استخداما روتينيا على جميع المستويات	الهياكل الحكومية مستعدة وملتزمة ببدء وتعزيز التقوية الغذائية وأنشطة المراقبة	استعراض المشروع في منتصفه وفي نهايته مع النظراء الوطنيين الرئيسيين
الناتج 2-1 توافر بيانات الاستهلاك الغذائي لاتخاذ القرارات على المستوى الوطني	➢ عدد عمليات استقصاء الاستهلاك التي أجريت على مستوى المقاطعات الهدف: 3		
الناتج 2-2 تسهيل المشاورات التقنية للقطاع الخاص والحكومة	➢ عدد اجتماعات التشاور التي نظمت بدعم من الخبراء التقنيين الهدف: 2		

الملحق الثاني: الإطار المنطقي			
النتائج	**مؤشرات الأداء**	**المخاطر، الافتراضات**	**الموارد اللازمة**
الناتج 2-3 تقديم مساعدة تقنية لإدارة المعلومات وإعداد ورقات إرشادية	➢ عدد بعثات الاستعراض التقنية والمشاورات التي نظمت الهدف: 2		
الناتج 2-4 توفير التدريب على إدارة المعلومات، والأدوات والمواد في مواقع منتقاة للتجربة	➢ عدد المواقع ذات القدرة الكافية على تنفيذ المراقبة و/أو الإدارة المحسنة للمعلومات الهدف: 20		

الملحق الثالث

خريطة ليسوتو مع بيان مناطق المشروع