

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

المجلس التنفيذي

الدورة السنوية

روما، 4-2007/6/8

المشروعات المقدمة للمجلس التنفيذي لإقرارها

البند 9 من جدول الأعمال

المشروع الإنمائي- كمبوديا 10170.2

دعم صحة الأم والطفل

عدد المستفيدين:	63 520 مستفيداً
مدة المشروع:	36 شهراً (يناير/كانون الثاني 2008- ديسمبر/كانون الأول 2010)
التكاليف (بدولار الولايات المتحدة الأمريكية)	
مجموع التكاليف التي يتحملها البرنامج:	7 216 180
مجموع تكاليف الأغذية:	4 216 250
مجموع التكاليف للحكومة:	43 200

مقدمة للمجلس للموافقة



Distribution: GENERAL
WFP/EB.A/2007/9-A/1
23 April 2007
ORIGINAL: ENGLISH

طبعت هذه الوثيقة في عدد محدود من النسخ. يمكن الإطلاع على وثائق المجلس التنفيذي في صفحة البرنامج على شبكة الانترنت على العنوان التالي: (<http://www.wfp.org/eb>)

مذكرة للمجلس التنفيذي

الوثيقة المرفقة مقدمة للمجلس التنفيذي للموافقة

تدعو الأمانة أعضاء المجلس الذين يرغبون في إبداء بعض الملاحظات أو لديهم استفسارات تتعلق بمحتوى هذه الوثيقة إلى الاتصال بموظفي البرنامج المذكورين أدناه، ويفضل أن يتم ذلك قبل ابتداء دورة المجلس التنفيذي بفترة كافية.

Anthony.Banbury@wfp.org Mr A. Banbury مدير المكتب الإقليمي لآسيا (بانكوك) (ODB):

كبير موظفي الاتصال بالمكتب الإقليمي لآسيا (بانكوك)

(ODB)/ المكتب الإقليمي لأمريكا اللاتينية والكاريبي

066513-2207 رقم الهاتف: Ms S. Izzi (بنما) (ODP):

الرجاء الاتصال بالسيدة Panlilio C، المساعد الإداري لوحدة خدمات المؤتمرات، إن كانت لديكم استفسارات تتعلق بإرسال الوثائق المتعلقة بأعمال المجلس التنفيذي وذلك على الهاتف رقم: (066513-2645).

ملخص

على الرغم من التقدم المحرز حديثاً، ما زالت كمبوديا تعاني من تأثيرات 30 عاماً من الحرب، وتشرد داخلي وعدم استقرار سياسي. ومن أسباب استمرار الفقر أيضاً الزيادة السكانية العالية، وضعف الإنتاجية الزراعية، والإقصاء الاجتماعي، وصعوبة الحصول على الخدمات الصحية والتعرض بكثرة إلى الكوارث الطبيعية.

تحتل كمبوديا المرتبة 129 من بين 177 بلداً حسب دليل التنمية البشرية لعام 2006 الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. وبلغ نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي 350 دولاراً أمريكياً في العام 2005⁽¹⁾. وكذلك صنف البلد باعتباره الأقل نمواً⁽²⁾، وله عجز غذائي وذي دخل منخفض⁽³⁾. وهناك حوالي 35 بالمائة من الكمبوديين يعيشون تحت خط الفقر و20 بالمائة تحت خط الفقر الغذائي، لعدم تمكنهم من تلبية الاحتياجات الغذائية الدنيا والتي هي 2.100 سعر حراري في اليوم؛ وهناك 91 بالمائة من هؤلاء السكان الذين هم تحت خط الفقر الغذائي، يسكنون في المناطق الريفية وينفقوا 65 بالمائة من مجموع مصروفاتهم على الغذاء⁽⁴⁾.

وتبين التقارير إلى إن نسبة الوفيات بين الأطفال الرضع بلغت 83 من كل 1000 ولادة حية⁽⁴⁾ ونسبة وفيات الأمهات بلغت 437 لكل 100 000 ولادة حية⁽⁵⁾. سوء التغذية لدى أطفال كمبوديا دون الخامسة من العمر هي بمثابة حالة طوارئ غير مشار إليها: وصلت نسبة التقزم إلى 37 بالمائة، ومعدل ضعف الوزن وصل إلى 36 بالمائة والهزال وصل إلى 7 بالمائة. وتسبب قلة التنوع الغذائي، إذ أن 65 بالمائة من السعرات الحرارية تزودها الحبوب⁽¹⁾، تسبب قصورا حادا في المغذيات الدقيقة: فهناك 46 بالمائة من النساء في سن النضج و 62 من الأطفال دون سن الخامسة يعانون من فقر الدم⁽⁶⁾.

وتشير النتائج الأولية للاستطلاع الصحي والديموغرافي في كمبوديا لعام 2005 إلى بعض التحسن في الصحة العامة والوضع التغذوي للسكان منذ الاستطلاع السابق في العام 2000. ومع ذلك، فإن الوضع ما يزال يستوجب تدخلات مستمرة على مستوى القطاعات المختلفة لمعالجة مسائل التغذية والأمن الغذائي وتحسين إمكانية الحصول على الخدمات الصحية والماء والمرافق الصحية.

إن تحسن صحة الأمومة والتغذية خلال فترة الحمل يعزز النمو الجنيني ويقلل خطر انخفاض وزن المولود والتقزم والهزال؛ يرتبط نقص المغذيات الدقيقة عند النساء الحوامل بخفض مخاطر الموت في الولادة. فالأطفال ما بين 6 إلى 24 شهرا أكثر عرضة لسوء التغذية بسبب سوء العناية مما يزيد من مخاطر الإصابة؛ وخصوصا في هذه المجموعة العمرية، تحسن العناية بالطفل والصحة العامة والممارسات التغذوية ترفع من التنمية الصحية ويزيد في تدارك النمو.

(1) حكومة مملكة كمبوديا، وزارة التخطيط، 2006. ملامح الفقر في كمبوديا 2004. بنوم بنه.

(2) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2006. تقرير التنمية البشرية 2006. نيويورك.

(3) البرنامج، 2006. سلسلة الجوع العالمية 2006 – الجوع والتعليم، روما.

(4) المسح الديموغرافي والصحي في كمبوديا، 2005. فنوم بنه.

(5) المرجع نفسه، 2000.

(6) المرجع نفسه، 2005.

يتمشى هذا المشروع مع خطط التغذية والصحة العامة الحكومية، ومن ضمنها خطة الاستثمار الغذائي الكمبودية للأعوام 2003-2007، والتي ستفتح قريباً. ويأخذ المشروع في الحسبان نتائج الخط الأساسي ومسوحات التقييم المنفذة من قبل البرنامج للأعوام 2004 و2005 والاستناد إلى التقدم المحرز عبر المراحل السابقة.

وتحدد المحافظات المستهدفة باستعمال تفشي الفقر والتغزم مع التواجد الحالي أو المتوقع لشركاء متعاونين (انظر الخريطة في الملحق الثالث). والمحافظات المستهدفة هي (بيورسات) و(كامبونج سبي) و(كامبونج ثوم) و(يره فيهير) و(سبيم رياب)، والتي فيها إما معدلات عالية من الفقر و/أو التغزم. وسوف تستهدف أفقر الوحدات الريفية وتلك التي تعاني أكثر من انعدام الأمن الغذائي في هذه المحافظات وبالتعاون مع وزارة الصحة والمنظمات غير الحكومية التي تشارك في اختيار الأسر الأكثر تعرضاً والفاقة للأمن الغذائي على مستوى القرية.

وتكمن الأهداف الرئيسية للمشروع في تحسين الوضع التغذوي للفئات التالية: (1) الأطفال بين عمر 6 و24 شهراً، إذ أن الأطفال دون سن 6 أشهر يتم مساعدتهم بطريقة غير مباشرة من خلال المساعدة المقدمة إلى أمهاتهم اللاتي يشجعن على رضاعة أطفالهن بحليب الثدي فقط لما لا يقل عن 6 أشهر؛ (2) الأمهات قبل 6 أشهر من وضعهن؛ (3) الأمهات المرضعات لغاية 6 أشهر بعد وضعهن. ويتم تحقيق هذه الأهداف من خلال تقديم حصة الغذاء المدعم لزيادة النظام الغذائي للمستفيدين. أما الأهداف الثانوية فهي: (1) إشراك الحوامل والأمهات المرضعات ومن لهن أطفال مابين 6 إلى 24 شهراً في التوعية الغذائية والصحية؛ (2) زيادة استعمال وسائل العناية الصحية وخدمات التنمية المجتمعية.

وسيستعمل الأرز كمحفز للنساء للحضور إلى المراكز الصحية وليتولى متطوعو القرية رصد النمو، وتوزيع الأغذية والتوعية الصحية والغذائية.

التعاون بين وزارة الصحة، والمنظمات غير الحكومية والبرنامج عبر المراكز الصحية والفرق الميدانية سيزيد من فاعلية الخدمات الصحية والتغذوية. وبالإضافة إلى نظام التغذية التكميلي، فإن هؤلاء الشركاء سيقدمون خدمات على شكل برامج تلقح وكبسولات لفيتامين ألف والحديد وحبوب حمض الفوليك والقضاء على الديدان.

مشروع القرار*

يقر المجلس المشروع الإنمائي كمبوديا 10170.2 "دعم صحة الأم والطفل" (WFP/EB.A/2007/9-A/1)، رهنا بتوفر الموارد.

* هذا مشروع قرار، وللإطلاع على القرار النهائي الذي اعتمده المجلس، يرجى الرجوع إلى وثيقة القرارات والتوصيات 15 (WFP/EB.A/2007) الصادرة في نهاية الدورة.



تحليل الوضع

- 1- على الرغم من التقدم الاقتصادي- الاجتماعي المحرز حديثاً، تبقى كمبوديا واحدة من أكثر بلدان جنوب- شرق آسيا فقراً، وتحتل المرتبة 129 من بين 177 بلداً حسب دليل التنمية البشرية لعام 2006 الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. وكمبوديا هي الأقل نمواً، ولها عجز غذائي وذات دخل منخفض: ف 35 بالمائة من الكمبوديين يعيشون تحت خط الفقر، وحصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي كانت 350 دولاراً أمريكياً في عام 2005. واستفادت من النمو الاقتصادي فئة صغيرة فقط من المجتمع: وحصر بمنطقة (فنون بنه)، حيث تنشط صناعات النسيج والبناء، و(سييم ريأب) و(سيهانوكفيل)، حيث تنشط السياحة؛ مما أعاق التوسع في خفض الفقر حتى الآن. ويصنف دليل التنمية البشرية المتعلق بالمساواة بين الجنسين لعام 2006 الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي كمبوديا في المرتبة 97 من بين 136 بلداً ويلقي الضوء على حالة المرأة الكمبودية، والتي تقل حظوظها في الحصول على التعليم، والعمالة المدفوعة الأجر وملكية الأراضي، كذلك يفتقرن إلى خدمات صحية مقبولة خلال فترة الحمل والأمومة. ووصلت نسبة الأسر التي تعولها النساء إلى 29 بالمائة. فيما وصل حجم النمو السكاني إلى 1.7 بالمائة وهي الأعلى في المنطقة.
- 2- الوضع الصحي والتغذوي للسكان في حالة حرجة. إذ وصلت وفيات الرضع إلى 83 من كل 1000 ولادة⁽⁶⁾ حية ووفيات الأمهات بلغت 437 لكل 100 000 ولادة حية⁽⁵⁾. ففي العام 2005 تشير النتائج إلى تحقيق هدف الحكومة المحدد لخفض الوفيات لمن هم دون الخامسة إلى 85 وفاة لكل 1000 ولادة حية بحلول عام 2010. ومع ذلك، فإن هذه الأرقام تمثل المتوسط القومي وتشمل المناطق الأكثر نمواً في البلد، والتي لا يعمل فيها البرنامج؛ فهناك 44 بالمائة من الولادات تمت معاينتها من قبل فرق طبية مؤهلة ومن المحتمل أن تكون الأرقام الحقيقية أكبر بكثير. إن تحقيق الهدف في مناطق التدخل لعام 2010 والتقدم نحو خفض الوفيات إلى 65 من كل 1000 ولادة حية بحلول العام 2015 يتطلب تعهداً كبيراً.
- 3- الميل إلى زيادة مظاهر التقزم ما بين 12 إلى 23 شهراً يبقى عالياً أثناء الكبر. وتبين أن إدراك النمو من خلال العناية بالطفل والصحة العامة والتغذية له فاعلية أكبر بين الأطفال ممن هم دون 24 شهراً. ويظهر الجدول رقم (1) نسبة التقزم والهزال ونقص الوزن بين الأطفال.

جدول رقم 1. تفشي التقزم، الهزال ونقص الوزن بين الأطفال (%)			
العمر	التقزم	الهزال	نقص الوزن
6-11 شهراً	14.5	6.8	21.5
12-23 شهراً	42.1	11.9	41.0
24-59 شهراً	43.0	6.0	40.0
دون 5 أعوام	37.0	7.0	36.0

- 4- هناك 20 بالمائة من الكمبوديين يعيشون تحت خط الفقر الغذائي؛ غير قادرين على تأمين الحد الأدنى الغذائي من 100 2 سعر حرارية في اليوم؛ ويعيش 91 بالمائة من هؤلاء في المناطق الريفية وينفقون 65 بالمائة من إجمالي مصروفاتهم على الغذاء. إن عدم كفاية تناول الغذاء فضلاً عن فقر التنوع الغذائي- وفرت الحبوب 65 بالمائة من السعرات الحرارية⁽¹⁾.- يسبب مستويات عالية من سوء التغذية. وتشمل العوامل الأخرى انخفاض مستويات التعلم بين الأمهات،

وضعف الوعي بالممارسات التغذوية والصحة الجيدة، وعدم ملائمة رعاية الطفل، وممارسات الفطام غير الملائمة، وتعرض الأطفال للأمراض ومحدودية الوصول إلى الخدمات الصحية الأولية. إن الوصول إلى الماء الصالح للشرب والمرافق الصحية المقبولة سيواصل إدارتها الشركاء المتعاونون الحاليون، خصوصاً منظمة الرؤية العالمية لكمبوديا، ومؤسسة كاريتاس والتحالف بشأن الصحة الإنجابية وصحة الطفل.

5- أعادت كمبوديا خلال السنوات العشر الماضية نظامها الصحي وبقية البنى التحتية التي دمرت بالحرب؛ والهدف من ذلك هو تحسين قدرة الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية مالياً وجغرافياً. إن انعدام التمويل للرواتب، والتجهيزات والصيانة يحد بشدة من توفر الخدمات الصحية العامة ونوعيتها، وكذلك إمكانية استخدامها. إذ تبحث الأسر عن العناية بها من مقدمي الخدمات الصحية التقليدية والخاصة. إن نسبة حالات الإصابة بفيروس/مرض الإيدز، التي تصل إلى حد 1.9 بالمائة، وهي من الأعلى بين البالغين في آسيا⁽⁷⁾، يشكل عبئاً إضافياً على كاهل القطاع الصحي.

6- يتماشى المشروع مع: (1) الهدف الاستراتيجي الثالث للبرنامج: دعم تحسين الوضع التغذوي والصحي للأطفال، والنساء والأشخاص الضعفاء الآخرين؛ (2) والخطة الإستراتيجية للبرنامج والالتزامات المدعومة للمرأة؛ (3) والهدف الإنمائي للألفية في كمبوديا 4: تقليل وفيات الأطفال؛ (4) والهدف الإنمائي للألفية في كمبوديا 5: تحسين العناية الصحية بالحوامل؛ (5) وإطار الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية لفترة 2006-2010، والذي يلزم الأمم المتحدة بدعم خطة الاستثمار التغذوي في كمبوديا لتحسين وضع النساء والأطفال التغذوي.

7- إن خطة الإنماء الإستراتيجية الوطنية للحكومة للأعوام 2006-2010، والتي تهدف إلى خفض الفقر عن طريق النمو الاقتصادي، تنوحي استثمارات إضافية في رأس المال البشري لزيادة النمو الاقتصادي. وتلتزم الحكومة بتحسين قدرة الوصول إلى الخدمات الصحية والتعليمية، خصوصاً للنساء والبنات، وتوسيع مساهمة الفقراء وتمكينهم منها.

8- وكجزء من نهجها المساند للفقراء، تلتزم الحكومة بتحقيق أهداف في الصحة والتغذية عن طريق أنشطة الرعاية الصحية لخفض سوء التغذية عند الأطفال وتحسين الرعاية الصحية للأمهات. وتندمج هذه المشاريع في خطط الإنماء الوطنية والمحلية وعبر استخدام الهياكل الصحية الموجودة.

التعاون السابق والدروس المستفادة

9- سجل البرنامج حضوره المستمر منذ عام 1979، ومنذ ذلك الوقت غير دعمه تدريجياً من الإغاثة إلى إعادة التأهيل والإنعاش.

10- باشر البرنامج في عام 1999 مشروع إنمائي للعمل السريع لتلبية المتطلبات التغذوية للأطفال الصغار والأمهات في مناطق فقدان الأمن الغذائي، وتبعه مشروع دعم صحة الأم والطفل من أبريل/نيسان 2002 إلى مايو/أيار 2005 وبموجبه تلقى الأطفال ما بين سن 6 - 59 شهراً والحوامل والمرضعات حصصاً غذائية تكميلية واستفادوا من مراقبة النمو، والتوعية التغذوية والصحية والتدريب على الوقاية والعناية الصحية الأساسية؛ وكذلك توفير بناء قدرات المتطوعين المحليين. وأستعيض عن هذا المشروع بالمشروع الحالي الذي امتد من يونيو/حزيران 2005 إلى ديسمبر/كانون الأول 2007.

(7) وزارة الصحة، المركز الوطني بفيروس/مرض الإيدز، الأمراض الجلدية والتناسلية المعديّة 2006. تقرير مراقبة الاحتراس من فيروس الإيدز في كمبوديا 2003.



- 11- وجرى مسح أولي في بداية مشروع دعم صحة الأم والطفل في العام 2002، الذي حدد علامات معيارية لقياس التقدم، بما فيها مؤشرات قياسات الجسم البشري ومستوى خضاب الدم (الهيموغلوبين) عند الأطفال والأمهات، ومعرفة الشؤون الصحية والتغذوية والحمية في الغذاء. وقد أجريت مسوحات للمتابعة لاحقاً في الأعوام 2004 و 2005.
- 12- وقد أسفرت مراجعة مسح 2005 عن هبوط في تقزم الأطفال بمقدار نسبته 1.9 بالمائة مقارنة مع الخط الأساس 55.6 بالمائة؛ وفي مجموعة القرى قيد السيطرة، حيث لم يباشر بالمشروع، ارتفعت النسبة فيها بمقدار 0.2 بالمائة. وتم تقليل آثار النقص المزمن في الطاقة بين النساء بمقدار 11.5 بالمائة إلى 5.3 بالمائة من الخط الأساس 16.8 بالمائة، علماً بأنه بقي على مقداره 14 بالمائة في المجموعة تحت السيطرة. وانخفض مستوى نقص الوزن بين الأطفال بمقدار 4.5 بالمائة مقابل خط الأساس البالغ 50 بالمائة. وانخفض نقص فيتامين ألف بمقدار 1.6 بالمائة بين الأطفال وبمقدار 4.2 بالمائة بين الحوامل. وانخفض فقر الدم الناتج عن نقص الحديد بنسبة 23 بالمائة بين الحوامل، وبمقدار 12.1 بالمائة بين المرضعات ونسبة 17.2 بالمائة بين الأطفال. ولوحظ أيضاً شحوب تقاسم الحصص التموينية بين الأسر.
- 13- وأسفر مسح العام 2005 عن ضعف وعي النظافة الصحية وعدم ملائمة الرضاعة الطبيعية وتغذية الرضع والاهتمام غير الكافي بالصحة وانعدام الإدراك بالرعاية الصحية كان شائعاً بين المجموعات المعرضة لنقص الأغذية. وكننتيجة مباشرة للمشروع، أدركت نسبة 26.7 بالمائة من الأمهات فائدة لبن الأم (كلوستروم) للأطفال حديثي الولادة، وباشرت 25.2 بالمائة من الأمهات بالإرضاع في غضون ساعة من الولادة، وأعطت أمهات سوائل إضافية للأطفال المصابين بالإسهال بنسبة 12.2 بالمائة، ومارست أمهات غلي ماء الشرب بنسبة 14.6 بالمائة. إن توسيع استخدام الخدمات الصحية لا يمكن نسبته إلى المشروع بمفرده، ولكن كثرت زيارة النساء الحوامل لمركز صحي ما بنسبة 20.2 بالمائة، وازداد عدد اللاتي تلقين رعاية ما قبل الولادة بنسبة 14.5 بالمائة.
- 14- واستنتج تقييم العام 2004 ومسح العام 2005 بأن المشروع قابل للتنفيذ تقنياً ومقبول اجتماعياً. ولقد تم دمج في خطط الحكومة للإنماء الصحي والتغذوي، التي تدعم تعبئة الوعي بالصحة والتغذية على مستوى القرية والجماعات المحلية. وأوصى التقرير الدعم المتواصل لمشروع صحة الأم والطفل.
- 15- وسوف يجري تنفيذ المشروع بالتوافق مع العملية الجديدة الممتدة للإغاثة والإنعاش لتلبية حاجات الناس في الأزمات وعبر الغذاء مقابل التعليم، والغذاء مقابل الأصول، والغذاء مقابل الصحة؛ والأخير يدعم المرضى المصابين بداء الدرن، والمصابين بفيروس/مرض الإيدز الأحياء، واليتامى والأطفال الضعفاء. وسيتابع مراقبو المعونة الغذائية كلا المشروعين. إن تنفيذ المشاريع محدود في بعض المناطق لانعدام الشركاء من ذوي الإمكانيات الملائمة.

إستراتيجية المشروع

- 16- إن غرض المشروع على المدى البعيد هو المساهمة في الأهداف الإنمائية للألفية لتقليل وفيات الأطفال وتحسين صحة الأمهات.
- 17- والأهداف الأنية هي تقليل حالات التقزم ونقص الوزن بين الأطفال وتحسين الصحة والتغذية للأمهات، وفق الخطة الإستراتيجية للبرنامج للأعوام (2006-2009) والمؤشرات المؤسسية (راجع الملحق الثاني).
- 18- تستند الأهداف على العلامات التغذوية المعيارية لبرنامج الأغذية والأنشطة المتممة لها.



- 19- تتوقع النتائج الشهرية في المناطق المستهدفة كما يلي (راجع الملحق الثاني):
- ◀ يتلقى شهرياً 20 900 طفل بين سن 6 - 24 شهراً حصصاً تموينية جاهزة للبيت ومكونة من مزيج طعام مركب ومقوى مع الزيت والسكر؛
 - ◀ يتلقى شهرياً 13 480 حامل ومرضعة حصصاً تموينية جاهزة للبيت مكونة من مزيج طعام مركب ومقوى مع الزيت والسكر لفترة ستة أشهر قبل الولادة وستة أشهر بعدها؛
 - ◀ تشارك 20 220 من الحوامل والمرضعات والأمهات ممن لديهن أطفال بين 6-24 شهراً في الاستشارات والتدريب بشأن الرعاية الصحية والتغذية ويتلقين حصصاً متممة من الأرز شهرياً؛
 - ◀ ويتلقى 1500 متطوع صحي من القرى، منهم على الأقل 50 بالمائة من النساء، تدريباً بشأن المسائل المتعلقة بالتغذية والصحة إلى جانب حصص من الأرز.
- 20- يقدر العدد الإجمالي للمستفيدين في حدود 63 520 شخصاً، مع الأخذ في الاعتبار التسجيل والتخرج لمجموعات المستفيدين بعد 36 شهراً، وهذه المجموعات هي كالتالي: 41 800 طفلاً ما بين 6-24 شهراً، 20 220 من الحوامل والمرضعات وأمهات للأطفال الصغار، و1500 متطوع من الريف. وقد يعد الطفل مستفيداً لغاية 18 شهراً؛ فيما قد تسجل المرأة لغاية 30 شهراً في حالة طفل واحد. أما الأم غير الحامل أو غير المرضعة والتي لها أكثر من طفل مسجل في البرنامج فتستلم حصة تموينية لكل طفل على حدة وأخرى لنفسها.
- 21- يتم تحديد الأطفال ما بين 6-24 شهراً والحوامل والمرضعات من الأسر الضعيفة في المناطق المستهدفة من قبل موظفي المركز الصحي وموظفي المنظمات غير الحكومية والقابلات التقليديّة ومتطوعي القرى.
- 22- وسيسجل الشركاء من المنظمات غير الحكومية متطوعي القرى، الذين غالباً ما ينتمون إلى لجان التنمية في القرى، وبالتعاون مع السلطات المحلية. وتشجع النساء على التسجيل؛ بهدف الوصول إلى 50 بالمائة من المتطوعين على الأقل.
- 23- ومن أجل تحقيق تغطية قصوى، سينفذ المشروع على الصعيد الريفي من طرف فرق ميدانية متنقلة، مكونة عادة من موظفين اثنين من المركز الصحي وموظف من منظمة غير حكومية ومن متطوع أو اثنين من القرية. وتشمل الخدمات الرعاية ما قبل الولادة، والتوعية في المجالين الصحي والتغذوي للنساء المستهدفات ومراقبة النمو للأطفال المستهدفين؛ وتقدم خدمات إضافية من قبل المنظمات غير الحكومية والشركاء الحكوميين عبر البرامج الحالية، مثلًا التلقيح وتوزيع كبسولات فيتامين ألف وحبوب حمض الفوليك والحديد وحبوب للقضاء على الديدان. ويستمر التعاون الحالي بين الفرق الميدانية لصحة الأم والطفل وفرق الرعاية المنزلية لمساعدة المصابين بفيروس/مرض الإيدز، لدعم المستفيدين من برنامج صحة الأم والطفل الذين يعانون من فيروس/مرض الإيدز.
- 24- وتتكون سلة الغذاء من مزيج طعام مركب ومقوى، والزيت النباتي، والسكر والأرز، مع الأخذ في الاعتبار التقاسم المتوقع بين أفراد الأسر حسب توصية بعثة المسح الأخير. ويخلط السكر مسبقاً مع الغذاء المركب والمقوى ويتم تحضيره على شكل حصة شهرية جاهزة لضمان النظافة الصحية، وتجنب فقدان أثناء التوزيع والحيلولة من استخدام السكر في إنتاج خمر الأرز.
- 25- وتهدف التغذية التكميلية بحصص الغذاء المقوى إلى تحسين الوضع التغذوي للأطفال والحوامل والمرضعات من خلال تزويدهم بمضافات للمغذيات الدقيقة في حمية الطعام.
- 26- ويخدم توزيع الأرز الأهداف التالية، (1) تحفيز النساء المستهدفات على المشاركة في التوعية في المجالين الصحي والغذائي، (2) التقليل إلى الحد الأدنى من تقاسم أفراد الأسر الغذاء المدعم، (3) تشجيع استخدام الخدمات الصحية

والتنمية للمجتمعات المحلية؛ (4) تسديد نفقات المتطوعين الذين يراقبون النمو ويزودون بالتنقيف الصحي والغذائي ويزورون الأغذية.

27- وتوفر حصة الغذاء المدعم، ما عدا الأرز، على الأقل 77 بالمائة من حاجات الطفل للطاقة الغذائية وغالبية المغذيات الدقيقة؛ وهي توفر ما لا يقل عن ثلث متطلبات المرأة الحامل والمرضعة. وجمع حصة الغذاء المدعم والأرز في سلة الأسرة الغذائية من شأنه أن يحسن من تغذية المستفيدين حتى في حالة تقاسم الغذاء.

28- تم رصد النمو للمرحلة الراهنة من المشروع شهرياً. وناقش متطوعو القرية الأشكال البيانية للنمو مع الأمهات وحيلوا الحالات المشكوك فيها إلى المراكز الصحية. وتجمع النتائج شهرياً وترسل على شكل تقارير فصلية إلى البرنامج.

29- ويتوقع تحسن الوضع التغذوي والصحي للمستفيدين من حصص الأغذية التكميلية وذلك من خلال الجمع بين حماية الغذاء المعزز والتدخلات المذكورة أعلاه. إن تلازم التنقيف الصحي والغذائي سيمنح الأمهات معرفة محاربة سوء التغذية الذي تتخطى آثاره الأجيال. وبقدر تطور قدرة المتطوعين وموظفي المراكز الصحية، فإن الجماعات المحلية المشمولة بمشروع المنطقة ستستفيد من الخدمات الغذائية والصحية المطورة.

30- يتوقع تحسن الحالة الصحية والغذائية لمزيد من الحوامل والمرضعات من خلال تنوع حميات الغذاء، وتطوير الرعاية الصحية ما قبل الولادة وما بعدها، والمزيد من المعرفة بنظافة الأغذية والمباعدة بين الولادات. ويتوقع تحقيق تطور في تنوع مكونات الغذاء نتيجة تناول الأغذية المدعمة، والثقافة الغذائية وتحسن الممارسات في تناول الطعام.

31- ينبغي لخصص الأغذية التكميلية والمدعمة للنساء أن تساعد على تعزيز دورهن الأساسي في مجال الرعاية الصحية وإدارة موارد أسرهن.

32- وفي إطار الحد الأدنى من حزمة الأنشطة، نفذت وزارة الصحة مشروعاً وطنياً لتدريب موظفي الصحة والذي يشمل مراقبة النمو وتشجيعه. وطورت حزمة معلومات عن التنقيف الصحي والاتصالات كي تستعملها التجمعات السكانية، وفي المراكز الصحية وفي الخدمات الميدانية النائية لنشر الصحة الجيدة والتغذية بين الأطفال دون سن الخامسة. جاءت الأشكال البيانية لمراقبة النمو وبيانات المواد الغذائية والصحية المستخدمة في هذا المشروع منسجمة مع المواصفات الوطنية والدولية.

33- ستضمن الحكومة المستويات المقبولة للعاملين في المراكز الصحية، وستنظم أنشطة شهرية للفرق الميدانية النائية بالتنسيق مع المنظمات غير الحكومية.

34- إن البرنامج سيدعم بناء قدرات موظفي المراكز الصحية الحكومية، وفرق التوعية ومتطوعي القرى من خلال تنظيم تدريب سنوي لتحديث المعلومات وتقديم مواد في مجالات الإعلام والتنقيف والاتصالات.

35- كان تعاون البرنامج مع المنظمات غير الحكومية، من قبيل منظمة الرؤية العالمية لكمبوديا، وكاريتاس والتحالف بشأن الصحة الإنجابية وصحة الطفل، مهما من أجل الوصول إلى المستفيدين المستهدفين، ودمج أنشطة صحة الأم والطفل في التدخلات الإنمائية والاستفادة القصوى من استخدام الموارد وتخفيض التكاليف إلى الحد الأدنى.

36- إن شروط التنفيذ الحالية سوف يستمر العمل بها في المرحلة الجديدة من المشروع. وسيواصل البرنامج العمل باتفاقات الشراكة ثلاثية الأطراف العادية مع وزارة الصحة والمنظمات غير الحكومية. وسيتم النظر في الشراكات الجديدة حسب مصالح وقدرات الحكومة والشركاء من المنظمات غير الحكومية.

- 37- وسيتم توسيع نطاق الشراكة مع المنظمات غير الحكومية من دون استثناء الشركاء الجدد من المنظمات غير الحكومية. وسيواصل دعم المراكز الصحية المشمولة في المرحلة الراهنة من المشروع لضمان الاستمرارية وإذكاء الوعي بشأن أهداف المشروع.
- 38- تتحمل المنظمات غير الحكومية مسؤولية تقديم المساعدة التقنية المتعلقة بالصحة، والثقافة الغذائية، وزراعة الخضراوات وتوزيع فيتامين ألف ومركبات الحديد وحمض الفوليك وحبوب القضاء على الديدان التي توفرها الحكومة بدعم من البنك الدولي والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف).
- 39- إن التنسيق مع الوكالات الأخرى مهم لتحقيق الأثر المتوخى للمساعدة الغذائية للبرنامج. فالتغذية التكميلية وحدها غير كافية للتعامل مع المسببات التحتية لسوء التغذية: إذ ينبغي إدراجها ضمن التدخلات الصحية والغذائية الأخرى. إن قلة تقديم الخدمات لما قبل الولادة وللطفل سوف تلغي الفوائد المرجوة.
- 40- للبرنامج مستودع مركزي في بنوم بنه، وثلاثة مستودعات إقليمية، ترسل إليها الأغذية المستوردة عبر ميناء سيهانوكفيل والتي يتم شراؤها محلياً. ومن أجل ضمان النظافة الصحية، يقوم عمال البرنامج بإعادة تعبئة خليط الذرة والصويا في أكياس تتسع للحصص التموينية لشهر واحد. وتقوم شركات تجارية متعاقد معها بنقل الأغذية إلى نقاط التوزيع النهائية.
- 41- يقدر سعر النقل البري والتخزين والمناولة لمرحلة توسعة المشروع بمبلغ 85 دولاراً أمريكياً للطن المتري الواحد، بما فيها التفريغ والمناولة في ميناء الدخول والنقل. إن نظام رصد حركة السلع ومعالجتها وتحليلها (COMPAS) سوف يتابع الحمولات والتبليغ عن الخسائر والأضرار.
- 42- وتواجه عملية تنفيذ خطة الإنماء الوطنية الإستراتيجية مشكلة قلة الموارد الداخلية. واستمرار الدعم الدولي المتواصل لكمبوديا ضروري لمساعدة الحكومة على تنمية قدرات نظام الرعاية الصحية.
- 43- غير أن كمبوديا، تتوقع ابتداء من 2010 الاستفادة من احتياطي النفط والغاز المكتشفة حديثاً. وسيدعو البرنامج إلى تبني سياسات وطنية تشمل الفقراء الضعفاء للاستفادة من الثروة الجديدة؛ لذا يركز هذا المشروع على أن تستلم الحكومة والجماعات المحلية زمام الأمور وبناء القدرات لتمكينها من تحمل مسؤولية تنفيذها.

الرصد والتقييم

- 44- إن الشركاء من المنظمات غير الحكومية سيكونوا مسؤولين بالدرجة الأولى عن رصد ورفع التقارير عن أنشطة المشروع؛ فالبرنامج سوف يزود الدعم لتوسيع دور موظفي الحكومة، وعلى سبيل المثال عبر تنظيم اجتماعات على نحو أكثر انتظاماً لجميع المعنيين. ويقوم مراقبو البرنامج بزيارات منتظمة لمواقع المشروع والتوزيع، مستخدمين قوائم التدقيق المتعارف عليها للتأكد من تنفيذ جميع مكونات المشروع.
- 45- تم الاستنتاج من استعراض المرحلة الراهنة للمشروع بأن استمارات التقارير تضم جميع المعلومات المطلوبة لمتابعة التقدم المحرز. وقد ساعدت التقارير الفصلية عن الإنتاج ومؤشرات العمل على تيسير الاستجابة السريعة إذا اقتضت الحاجة إلى إدخال تعديلات على المشروع.

- 46- سوف يجري مسح أولي لمناطق التنفيذ في بداية المشروع؛ ويليه مسح للمتابعة في الربع الثاني من العام 2010. وتشمل معطيات تنفيذ المشروع التي يتم قياسها، على النقرم ونقص الوزن بين الأطفال ما بين سن 6-24 شهراً، وانتشار حالات سوء التغذية بين الحوامل والمرضعات اللواتي يقل طول محيط منتصف الذراع الأعلى فيهن عن 22 سم⁽⁸⁾؛ وسوف يباشر تدريجياً بمبادرة رائدة لقياس نقص الوزن عند الولادة كانعكاس لنقص التغذية عند الأمهات.
- 47- سيتم قياس مؤشرات الإنتاج والعمل وإيرادها في التقارير المرحلية الفصلية التي يرفعها الشركاء المتعاونون.
- 48- يعتمد التنفيذ الناجح على افتراض استدامة الاستقرار السياسي، ومواصلة الحكومة تنفيذ برنامجها الإصلاحية، وعدم حدوث جفاف أو فيضانات غير معتادة وعدم حدوث انقطاع في الإمدادات جراء نقص في التمويل.
- 49- ولن تحدث تغييرات بيئية نتيجة لهذا المشروع.
- 50- سينفذ هذا المشروع في المناطق التي تعاني من انعدام الأمن بمستويات عالية؛ وسيستهدف المجتمعات المحلية ذات القوة الشرائية الضعيفة أو المعدومة أو غير القادرة على زراعة الأغذية الضرورية لغذاء صحي بشكل كاف. ولا يتوقع من المشروع أي مخاطر في صرف الاهتمام بالإنتاج المحلي أو استبعاد الأسواق المحلية.
- 51- إن التنسيق المتواصل خلال المرحلة السابقة والحالية من المشروع قد ضمن مشاركة جميع المعنيين منذ مرحلة التخطيط؛ وقد عززت تلك المشاركة مساهمة وزارة التخطيط، التي تتراأس المجلس الوطني للتغذية ووزارة الصحة وفريق العمل التقني المعني بالتغذية والأمن الغذائي، بمشاركة البرنامج وغيره من وكالات الأمم المتحدة الأخرى، لا سيما منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) والشركاء من المنظمات غير الحكومية.

(8) البرنامج. 2005. كتيب الغذاء والتغذية. روما.



الملحق الأول – ألف

توزيع تكاليف المشروع			
القيمة بالدولار	متوسط التكاليف للطن المتري	الكمية (طن متري)	
التكاليف التي يتحملها البرنامج			
أ. تكاليف التشغيل المباشر			
			السلعة*
945 753	254.12	3 721.68.	- الأرز
2 549 522	343.32	7 426.08	- خليط الذرة والصويا
267 343	720.00	371.31	- زيوت نباتية
453 631	488.69	928.26	- السكر
4 216 249		12 447.33	مجموع السلع
791 277	63.57		النقل الخارجي
1 053 189	84.61		مجموع تكاليف النقل الداخلي والتخزين والمناولة
169 620	13.63		تكاليف أخرى للتشغيل المباشرة
6 230 335			مجموع تكاليف التشغيل المباشرة
ب. تكاليف الدعم المباشر (انظر الملحق الأول – باء للتفاصيل)			
513 758	41.27		مجموع تكاليف الدعم المباشرة⁽¹⁾
472 087			ج. تكاليف الدعم غير المباشرة (7.0 في المائة)⁽²⁾
7 216 180			مجموع التكاليف التي يتحملها البرنامج
43 200			مساهمة الحكومة
* يعد هذا نموذج لسلة الأغذية لأغراض الميزانية وإقرارها. وقد تتغير محتوياتها.			

(1) أرقام إشارية لأغراض المعلومات. وتراجع مخصصات تكاليف الدعم المباشر سنويا.

(2) يجوز للمجلس التنفيذي أن يغير المعدل أثناء المشروع.

الملحق الأول – باء

مستلزمات الدعم المباشر (بالدولار الأمريكي)	
	الموظفون
85 500	الموظفون الفنيون المعينون على المستوى الوطني
184 500	الموظفون القطريون – خدمات عامة
45 292	مساعدة مؤقتة
30 000	الاستشاريون الدوليون
60 000	السفريات الرسمية للموظفين
7 500	تدريب الموظفين
412 792	المجموع الفرعي
	نفقات مكتبية وتكاليف متكررة أخرى
25 760	تكاليف إيجار المرفق
11 200	الخدمات
4 500	إمدادات مكتبية
12 000	الاتصالات وخدمات تكنولوجيا المعلومات
2 400	إصلاح المعدات والصيانة
26 500	إدامة العربات وتكاليف التشغيل
6 000	نفقات مكتبية أخرى
3 000	الخدمات المتعلقة بالمنظمات التابعة للأمم المتحدة
91 360	المجموع الفرعي
	معدات وتكاليف ثابتة أخرى
1 729	الأثاث والأدوات والمعدات
7 877	معدات الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات
9 606	المجموع الفرعي
513 758	مجموع تكاليف الدعم المباشر

الملحق الثاني- ملخص مصفوفة النتائج والموارد			
تسلسل النتائج	مؤشرات الأداء	المخاطر، الافتراضات	الموارد المطلوبة
نتائج إطار الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية 1. بحلول عام 2010، تحسين الوضع في مجالات الصحة والتغذية والتعليم والمساواة بين الجنسين للمجموعات الريفية الفقيرة والضعيفة.	مؤشرات نتائج إطار الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية 1-1 تحسين سبل النفاذ العادل إلى الخدمات الاجتماعية والانتفاع بها. 2-1 إذكاء الوعي وتمكين الأهالي، لا سيما النساء والأطفال والشباب لكي يطالبوا بحقوقهم في الخدمات الاجتماعية.		
نتائج المشروع الإنمائي للبرنامج تحسين الوعي في مجالي الصحة والتغذية بين النساء الحوامل والمرضعات والأطفال بين سني 6 أشهر و24 شهراً. 1. تفادي وتقليص نقصي نقص الوزن بين الأطفال. 2. تفادي وتقليص نقصي وقف النمو بين الأطفال. 3. تعزيز ممارسة قياس ضعف الوزن عند الولادة لدى الرضع حديثي الولادة. 4. تقليص نقصي نقص التغذية لدى النساء الحوامل والمرضعات.	مؤشرات نتائج البرنامج 1 تناقص نقصي نقص الوزن (>2 الانحراف المعياري) عند الأطفال بين سن 6-24 شهراً 2 تناقص نقصي التقزم عند الأطفال (>2 الانحراف المعياري) بين سن 6-24 شهراً 3 تعزيز ممارسة قياس ضعف الوزن عند الولادة. 4 تقليص نقصي نقص التغذية لدى النساء الحوامل والمرضعات (ذراع >22سم).	<ul style="list-style-type: none"> ◀ الحفاظ على الاستقرار السياسي ◀ تلتزم الحكومة بتنفيذ خطة كمبوديا للاستثمار في مجال التغذية. ◀ عدم حدوث فيضانات أو جفاف ذات خطورة غير مألوفة. ◀ وفاء جميع أصحاب المصلحة ومسؤولياتهم: المعونة الغذائية وحدها لا يمكن أن تحقق النتائج المرجوة. 	7 216 180 مليون دولار أمريكي.

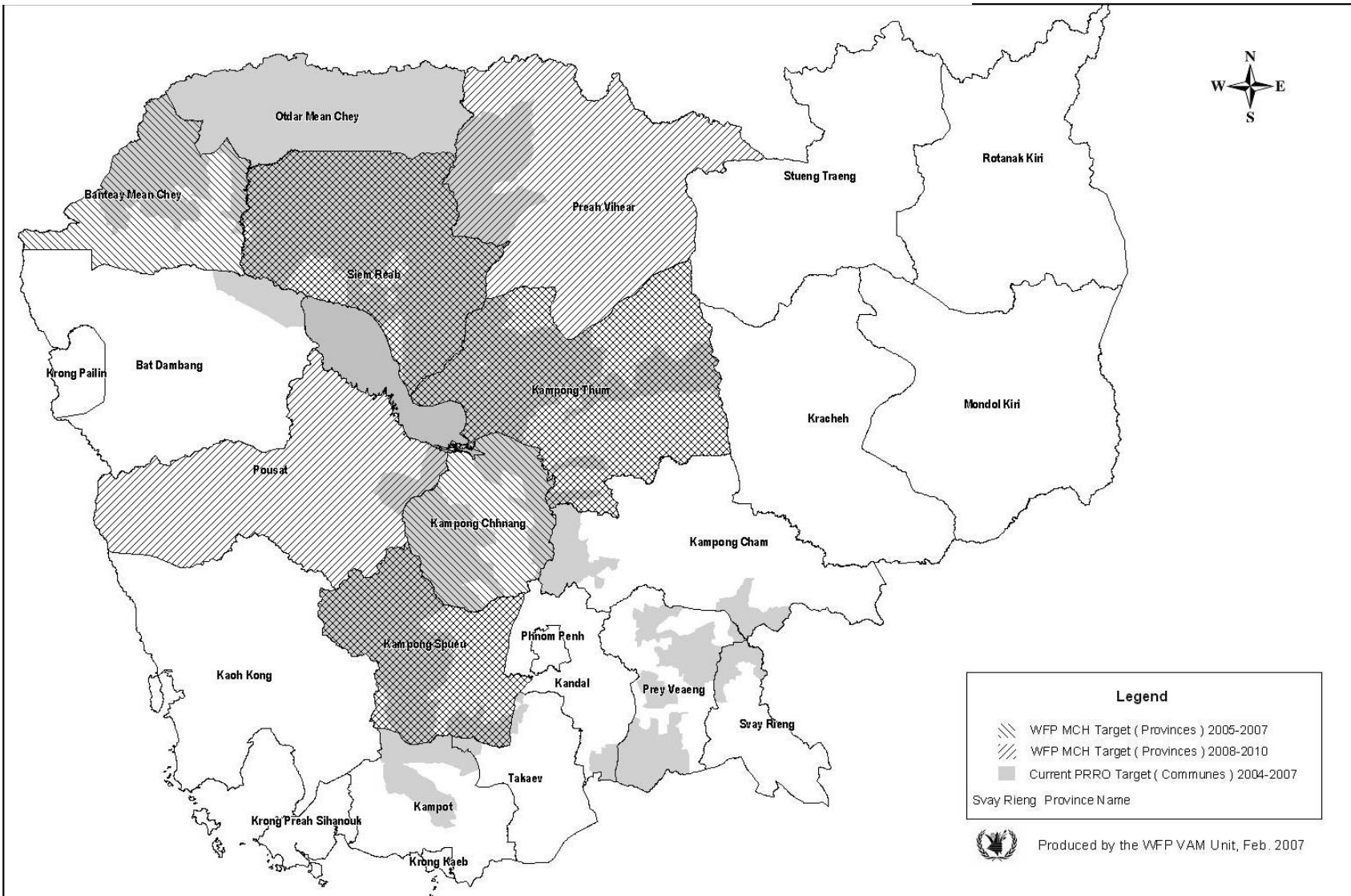


الملحق الثاني- ملخص مصفوفة النتائج والموارد			
الموارد المطلوبة	المخاطر، الافتراضات	مؤشرات الأداء	تسلسل النتائج
		مؤشرات النتائج	النتائج الأساسية
			زيادة مساهمة النساء الحوامل والمرضعات والأحداث في التدخلات الغذائية للطعام المدعم.
		1. عدد الأطفال بين سني 6-24 شهرا الذين تلقوا شهريا حصصا منزلية من خليط الأغذية المقواة.	1. يتلقى 20 900 طفل بين سني 6-24 شهرا (من بينهم 10 450 طفلا و10 450 طفلة) شهريا حصصا منزلية من خليط الأغذية المقواة.
		2. عدد النساء الحوامل والمرضعات اللاتي تلقين شهريا حصصا منزلية من خليط الأغذية المقواة.	2. تتلقى 13 420 من النساء الحوامل والمرضعات شهريا حصصا منزلية من خليط الأغذية المقواة.
		3. عدد النساء المستهدفات اللاتي شاركن في دورات تدريبية/ استشارات بشأن الرعاية الصحية والتغذية بخصوص الأطفال.	3. شارك عدد 20 220 من النساء الحوامل والمرضعات وأمهات لأطفال بين سني 6-24 شهرا في دورات تدريبية بشأن الرعاية الصحية والتغذية.
		4. عدد متطوعي القرى والعاملين في قطاع الصحة الذين تلقوا تدريباً أساسياً أو تحديثاً لمعلوماتهم بشأن رصد النمو وصحة الأم والطفل.	4. أكمل عدد لا يقل عن 90 بالمائة من متطوعي القرى والعاملين في قطاع الصحة تدريباً أساسياً أو تحديثاً لمعلوماتهم بشأن رصد النمو وصحة الأم والطفل.
المجموع: 7 216 180 دولار (ووفقاً للميزانية: 513 758 دولار كتكاليف دعم مباشر و169 620 دولار كتكاليف التشغيل المباشرة الأخرى).	<ul style="list-style-type: none"> ◀ يتقاسم أعضاء العائلة الحصص المقواة. ◀ يوفر الشركاء التدريب الأساسي المناسب. ◀ يوفر الشركاء التدريب المناسب لتحديث المعلومات 		



الملحق الثالث

الولايات المستهدفة لبرنامج دعم صحة الأم والطفل



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.