

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

العمليات الممتدة للإغاثة والإنعاش - إندونيسيا 10069.2

تقديم المساعدة للإنعاش والتأهيل التغذوي

عدد المستفيدين:	845 000
مدة المشروع:	ثلاث سنوات (2010/12/31-2008/1/1)
كمية الأغذية المقدمة من البرنامج:	125 341 طناً مترياً
التكاليف (بدولار الولايات المتحدة الأمريكية)	
تكلفة الأغذية المقدمة من البرنامج:	56 212 330
مجموع التكاليف التي يتحملها البرنامج:	98 288 275

مقدمة للمجلس للموافقة



Distribution: GENERAL
WFP/EB.A/2007/9-B/2

27 April 2007
ORIGINAL: ENGLISH

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 برنامج الأغذية العالمي المذكورين أدناه، ويفضل أن يتم ذلك قبل ابتداء دورة المجلس التنفيذي بفترة كافية.

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

موظف الاتصال - المكتب الإقليمي

رقم الهاتف: 066513-2207 Ms S. Izzi لآسيا/أمريكا اللاتينية والكاريبي (ODP/ODB):

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 التحسّن المستمر منذ نشوب أزمة عام 1998 فقد تعرّض الانتعاش الاجتماعي والاقتصادي في إندونيسيا جراء ازدياد عدد السكان وتردي البنية الأساسية وعدم كفاية الموارد للتنمية البشرية. وتشهد المناطق الشرقية من إندونيسيا ارتفاعاً في مستويات سوء التغذية، وتدني التنقيف الغذائي، وانتشار نقص المغذيات الدقيقة، لاسيما بين الأطفال والأمهات.

وتماشياً مع سياسة الحكومة فإن هذه العملية تتصدى لنقص المغذيات الدقيقة من خلال تدخلات الأغذية المقواة الموجهة إلى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين عامين وخمسة أعوام، والحوامل والمرضعات، وتلاميذ المدارس الابتدائية الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و13 عاماً، إلى جانب تنقيف المستفيدين بالصحة والنظافة الصحية والتغذية، وتدريب موظفي الصحة والشركاء المتعاونين. وسوف تسعى العملية إلى زيادة التقارب مع الحكومة والبرامج التي تدعمها الجهات المانحة في نفس القطاعات. ومثال ذلك أن أنشطة تقديم الأغذية التكميلية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و24 شهراً ستنفذ من خلال برنامج للحكومة سيقدم فيه البرنامج التدريب والمساعدة التقنية.

وسوف تكمل العملية أنشطة الغذاء مقابل العمل، والغذاء مقابل التدريب، ومشروعات التنمية المجتمعية، الممولة من الصندوق الاستئماني لشبكة أمن الأرز المدعم. وسوف يواصل البرنامج الدعوة إلى تحسين ميزانية القطاع الاجتماعي، وسيساعد على وضع خرائط انعدام الأمن الغذائي وإجراء المراقبة التغذوية.

ويتم إنتاج وشراء جميع الأغذية المطلوبة للعملية محلياً؛ وستجري مقايضة بعض واردات القمح العينية بالبسكويت والمعكرونة. وتوجد أمام البرنامج فرصة فريدة لتشجيع استخدام تقوية الأغذية بالمغذيات الدقيقة في المنتجات التجارية. ويركز البرنامج على المناطق الريفية وشبه الحضرية في تيمور الغربية، ولومبوك، ومادورا، وجاوة الشرقية، وجاكرتا الكبرى. ويتم الاحتفاظ باحتياطي للطوارئ في حالات الزلازل والفيضانات والانزلاقات الأرضية.

مشروع القرار*

يوافق المجلس على العملية الممتدة المقترحة للإغاثة والإنعاش - إندونيسيا 10069.2 "تقديم المساعدة للإنعاش والتأهيل التغذوي" (WFP/EB.A/2007/9-B/2).

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

تحليل الأوضاع

السياق

- 1- على الرغم من نجاح إندونيسيا في تخفيض مستويات الفقر وتعزيز الديمقراطية منذ نشوب الأزمة الاقتصادية والتحول السياسي خلال الفترة 1997-1998 فإنها مازالت تواجه مشكلات. فمن بين السكان البالغ عددهم 220 مليون نسمة، يعيش 39 مليون شخص، أي 18 في المائة، دون خط الفقر الوطني المحدد بمبلغ 1.55 دولار أمريكي للشخص يومياً من حيث تعادل القوى الشرائية؛ وتبلغ هذه النسبة 50 في المائة إذا طبقنا تعريف البنك الدولي وهو دولاران للشخص الواحد يومياً. وتعتبر إندونيسيا من بلدان العجز الغذائي ذات الدخل المنخفض حيث تحتل المركز الثامن بعد المائة بين البلدان المائة والسبعة والسبعين في تقرير التنمية البشرية الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي لعام 2006.
- 2- ويشير تقدير الأمن الغذائي الذي أجراه البرنامج، ومنظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، والحكومة، في ديسمبر/كانون الأول 2006 إلى أن الفقر يبلغ أشد درجاته في منطقة نوسا تنغارا بارات، ونوسا تنغارا تيمور، وبابوا، ومالوكو؛ ويعيش 75 في المائة من فقراء إندونيسيا في جزر جاوة. ومازالت منطقة آتشيه تعاني الكثير من حالات النقص الغذائي المزمن في إندونيسيا، ولكنها تتمتع بفائض في إنتاج الأرز، وتحسنت مؤشرات الاقتصاديات بفضل تدفق المعونة إليها في أعقاب كارثة تسونامي.
- 3- ويحدد التقييم القطري المشترك أهم أسباب الفقر والجوع بأنها تكمن في عدم رصد ميزات كافية للتنمية البشرية، والبطالة، وضعف التغذية، والافتقار إلى فرص كسب الرزق، والفوارق بين الجنسين والاختلافات الثقافية، واستغلال الموارد الطبيعية؛ وتفاوت تلك الأسباب تفاوتاً كبيراً بين المقاطعات والأقسام. ومما يعوق الوصول إلى الخدمات، مثل الصحة والتعليم، ضيق قدرات الحكومات الوطنية في أعقاب تطبيق اللامركزية في عام 2003.
- 4- وتبلغ معدلات الالتحاق بالدراسة ونكافؤ الجنسين في المدارس الابتدائية 100 في المائة تقريباً، وإن كانت المستويات التعليمية منخفضة، لاسيما في المناطق الريفية، وتتعدم البنية الأساسية، مثل إمدادات المياه ومرافق الإصحاح. وتشكل تكاليف الزي المدرسي والكتب عبئاً كبيراً على كاهل الفقراء حتى في المدارس الابتدائية التي تقدم تعليماً مجانياً.
- 5- ولا يصل إلى المياه الآمنة والإصحاح إلا 48 في المائة من سكان المناطق الريفية مقارنة بما نسبته 78 في المائة في المدن؛ ويفتقر 80 في المائة من فقراء الريف و59 في المائة من فقراء المناطق الحضرية إلى سُبُل الوصول إلى خزانات التحليل؛ ولا تتاح شبكات الصرف الصحي بواسطة الأنابيب إلا لما نسبته 1 في المائة من السكان.
- 6- ويعيش في إندونيسيا ثالث أكبر عدد من مرضى الدرن في العالم، وهذا العدد أخذ في الازدياد؛ ولكن معدل انتشار فيروس/مرض الإيدز منخفض. وتشير تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز إلى أن 170 000 شخص مصابون بفيروس مرض/الإيدز.
- 7- وتدهورت الخدمات الصحية الدورية منذ عام 2003 بعد نقل المسؤولية عن الرعاية الصحية إلى حكومات المقاطعات. ويبعد 70 في المائة من الأسر بمسافة تزيد على خمسة كيلو مترات عن أقرب مرفق صحي. وكشفت دراسة

أجريت مؤخراً عن أن معدلات التغيب تبلغ 40 في المائة بين عمال الصحة، وترتفع هذه النسبة في المناطق الريفية⁽¹⁾. وعملت الحكومة منذ عام 1998 على تجديد المراكز الصحية المحلية التي تساهم بدور حاسم في تحسين صحة الأمهات والأطفال الصغار.

الأمن الغذائي والتغذية

- 8- تصف الحكومة ومنظمة الأغذية والزراعة المستوى الحالي لإنتاج الأغذية وإمداداتها بأنه يبعث على الارتياح. ويرتبط انعدام الأمن الغذائي بانخفاض الدخل وتدهور القوة الشرائية. وتشير التوقعات إلى تأخر هطول الأمطار وعدم كفايتها خلال الفترة 2006-2007، لا سيما في جاوة الغربية والوسطى، ربما بسبب ظاهرة النينو.
- 9- وتمت خصخصة تجارة السكر والقمح والذرة، ولكن الوكالة الوطنية للتخطيط اللوجستي تتولى تنظيم سوق الأرز من خلال الاحتفاظ بمخزون احتياطي يتم ضخه دورياً لتثبيت الأسعار. وتقع على الوكالة الوطنية للتخطيط اللوجستي المسؤولية عن كفاية توفر الأرز في جميع أنحاء البلد.
- 10- ويتيح برنامج المساعدة الغذائية الرئيسي الذي تنفذه الحكومة للأسر الفقيرة شراء عشرة كيلو غرامات من الأرز بسعر 1 000 روبية للكيلو غرام شهرياً. والواقع أن هذا البرنامج لا يفيد سوى 57 في المائة من الفقراء⁽²⁾؛ وتحصل الأسر الفقيرة في كثير من الأحيان على أقل من 10 كيلو غرامات شهرياً بسبب سوء التوزيع المحلي والافتقار إلى الأموال النقدية. وساعد برنامج إعانة الأرز الذي نفذته البرنامج خلال الفترة 1998-2005 على التصدي لهذه المسألة في المناطق الحضرية الريفية، ولكنه أقل في ظل ازدياد فرص العمل؛ وتشكل الدروس المستفادة جزءاً من جهود المناصرة الحالية.
- 11- وعلى الرغم من التحسن الذي شهده العقد الأخير فإن سوء التغذية مازال على نفس مستوياته التي كان عليها قبل عام 2000، حيث تبلغ النسبة الحالية للأطفال المصابين بسوء التغذية دون سن الخامسة 28 في المائة؛ وينتشر التقزم بين 44 في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 24 و59 شهراً⁽³⁾. وترتفع معدلات فقر الدم بين تلاميذ المدارس، والمراهقين، والنساء في عمر الإنجاب؛ ويبين الجدول 1 معدل انتشار فقر الدم بين الأطفال دون سن الخامسة.

الجدول 1: معدل انتشار فقر الدم بين الأطفال دون سن الخامسة	
العمر (بالشهور)	انتشار فقر الدم (%)
5-0	61.3
11-6	64.8
23-12	58.0
24>	61.4
35-24	54.4
47-36	38.6
59-48	32.1
60-24	41.7

المصدر: المسح الصحي والأسري الوطني، 2001.

(1) Chaudhury, N., et al. 2004. *Provider Absence in Schools and Health Clinics*. هذه الدراسة متاحة في هذا العنوان على شبكة الإنترنت http://neumann.hec.ca/neudec2004/fp/rogers_h_sept_30.pdf.

(2) البرنامج: تقدير الأمن الغذائي والبرنامج التجريبي لتصنيف المراحل. إندونيسيا، ديسمبر/كانون الأول 2006.

(3) نُقلت هذه الأرقام عن المكتب الإندونيسي للإحصاء، 2006-2005. المسح الاجتماعي والاقتصادي الوطني، حكومة إندونيسيا.



12- ولا تتجاوز الرضاعة الطبيعية الحصرية الشهر الثالث؛ وأما ممارسات الفطام فهي رديئة، وتقدم الأسرة عموماً الغذاء للطفل بعد الرضاعة الطبيعية مباشرة. وتبلغ معدلات وفيات الأمهات عند الولادة 307 حالة وفاة بين كل 100 000 حالة ولادة وتزيد بذلك ثلاثة أضعاف عن معدلها في فييت نام وستة أضعاف معدلها في الصين.

التصورات

13- سوف تتجه معظم موارد هذه العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش إلى برنامج التأهيل التغذوي، على أنه سيتم التصدي لحالات الطوارئ غير المنظورة من خلال الاحتياطي حيث تشيع الكوارث في سومطرة وجاوة. ومنذ وقوع المد الزلزالي في عام 2004، تصدى البرنامج لأربع حالات طوارئ شملت زلازل وفيضانات وانزلاقات أرضية.

14- وتستند العملة الممتدة للإغاثة والإنعاش إلى إمكانية الوصول إلى أرصدة أغذية الطوارئ، والموظفين، ومعدات الطوارئ. وتكتمل خطط الطوارئ الإقليمية للبرنامج 10 في المائة من مخصصات الطوارئ للعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش التي تعطي 70 000 مستفيد. وسوف يحتفظ المكتب القطري بجانب كبير من معدات التخزين والاتصالات التي كانت مستخدمة في التصدي لكارثة المد الزلزالي.

سياسات وقدرات وإجراءات الحكومة والجهات الأخرى

الحكومة

15- تلتزم الحكومة بالأهداف الإنمائية للألفية للأمم المتحدة؛ كما أن لها أهدافاً طموحة للحد من سوء التغذية وانخفاض الوزن عند الولادة وتشجيع الرضاعة الطبيعية بحلول عام 2010. وأطلقت الحكومة وثيقة لاستراتيجية الحد من الفقر في عام 2004.

16- وتمت الاستعاضة عن برنامج الحكومة بشأن الأغذية المركبة من أجل التغذية لصالح الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية ممن تتراوح أعمارهم بين 6 و11 شهراً، والبيسكويت المقوى للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و24 شهراً لمدة 90 يوماً وذلك لتعزيز الأغذية المحلية الغنية بالعناصر الغذائية للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 24 شهراً في نفس المناطق من خلال منح نقدية للأسر الفقيرة. وتعكف الحكومة على تجريب مسحوق إضافي غني بالمغذيات الدقيقة لرشه على الأغذية. وتتمثل التحديات في (1) إقناع سلطات المقاطعات بتبني السياسة والموافقة على الميزانية طبقاً لذلك، (2) استهداف الأشخاص الأشد فقراً، (3) توسيع نطاق البرنامج على المستوى الوطني.

17- وأسفرت سياسة تفويض سلطات اتخاذ القرارات ووضع الميزانيات للمقاطعات والأقسام لعام 2003 عن إيجاد فرص وتحديات. بل وفي الحالات التي توجد فيها ميزانيات فإن الحكومة الوطنية لا تتمتع إلا بخبرة محدودة في تحديد الأولويات، ويتبدى في كثير من الأحيان التنسيق المشترك بين القطاعات، حيث يتم على سبيل المثال الاحتفاظ في بعض الأحيان بمخصصات برنامج الأغذية المركبة من أجل التغذية في المخازن بسبب عدم وجود أي ميزانية للتوزيع.



الجهات الفاعلة الرئيسية الأخرى

- 18- يدعم مصرف التنمية الآسيوي برنامج الأغذية المركبة من أجل التغذية في ست مقاطعات من خلال برنامج تجريبي يرمي إلى "تحسين التغذية من خلال التمكين المجتمعي" خلال الفترة 2007-2012 بتكلفة مقدارها 50 مليون دولار أمريكي، واستكمالها بميزانية نظيرة من الحكومة بما قيمته 21 مليون دولار أمريكي؛ ولا يتوقع حدوث التقاء بين مناطق عمل البرنامج حتى عام 2009.
- 19- وتنفذ حكومة الولايات المتحدة برنامجاً بما مقداره 311 مليون دولار أمريكي في سبع مقاطعات خلال الفترة 2004 - 2008 لتحسين الخدمات البشرية الأساسية من حيث جودتها وإمكانية الوصول إليها. ويجمع البرنامج بين الصحة والأغذية والتغذية وإدارة البيئة وخدمات المياه على مستوى الأقسام والمجتمعات المحلية، ويشمل أنشطة للتغذية التكميلية الموجّهة، والتثقيف التغذوي، والتدريب على التوعية التغذوية.
- 20- وأما برنامج الصحة والتغذية الذي تنفذه منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) فيركز على المناطق الريفية الفقيرة. وتساند اليونيسيف الحكومة في تحسين مياه الشرب والإصحاح، لا سيما في المدارس.

التسيق

- 21- قد تتمكن الحكومة من تحقيق أهدافها على الصعيد الوطني ولكنها قد تخفق في بلوغها في بعض المناطق النائية. وسوف يمارس البرنامج الضغط على الحكومات المحلية من أجل تخصيص اعتمادات في الميزانية لصالح الفقراء بما يتماشى مع الأهداف الإنمائية للألفية، وكذلك من أجل تسيق البرامج المدعومة من الجهات المانحة.
- 22- وتتمثل إحدى الركائز الأساسية لإطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية للفترة 2006-2010 لإنديونيسيا في تحسين فرص كسب العيش من خلال دعم تنفيذ الأهداف الإنمائية للألفية حيث ستساند العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش البنك الدولي، ومنظمة اليونيسيف، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأغذية والزراعة، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو)، والمنظمات غير الحكومية. وانضم البرنامج في جاوة الشرقية ومنطقة نوسا تنغارا بارات إلى برنامج تركيز الموارد على الصحة المدرسية الفعالة⁽⁴⁾، وهو مبادرة مبتكرة لإدارة المدارس في المناطق الريفية للحصول على الموارد وتحسين التعليم.

أهداف المساعدة المقدمة من البرنامج

- 23- تساهم العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش 10069.2 في إصلاح التثقيف التغذوي والصحي في أعقاب الأزمة الاقتصادية التي شهدتها البلاد في عام 1998 لتقديم الدعم التغذوي ومن أجل الإنعاش للأسر الضعيفة.
- 24- وتماشياً مع وثيقة استراتيجية الحد من الفقر وأولويات الأهداف الإنمائية للألفية فإن الأهداف تتمثل فيما يلي: (1) تحسين وضع المغذيات الدقيقة لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 24 و60 شهراً، والحوامل والمرضعات، وسلوكهم المرتبط بالتغذية؛ (2) تحسين وضع المغذيات الدقيقة لدى تلاميذ المدارس الابتدائية الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و13 عاماً، وأدائهم الإدراكي، ومواظبتهم على الدراسة، ودرابتهم بالسلوك المرتبط بالتغذية وممارستهم له؛ (3) توفير حافز غذائي لمرضى الدرن لزيادة جرعات العلاج التي يحصلون عليها تحت الملاحظة المباشرة مع علاج كيمواي لفترة قصيرة؛ (4) المساهمة في تحسين الأمن الغذائي للأسر الضعيفة التي تعاني انعدام الأمن الغذائي من خلال أنشطة الغذاء

(4) بدأت في عام 2000 منظمة اليونسكو، ومنظمة اليونيسيف، والبنك الدولي، ومنظمة الصحة العالمية، والرابطة الدولية للتعليم.



مقابل العمل والغذاء مقابل التدريب بغية بناء قدرات المجتمع المحلي؛ (5) توفير معونة غذائية قصيرة الأجل للأسر في حالات الطوارئ. وتساهم هذه الأهداف في تحقيق الأهداف الاستراتيجية 1، و2، و3، و4 للبرنامج؛ ويتم تحقيق الهدف الاستراتيجي 5 من خلال رصد انعدام الأمن الغذائي ورسم خرائطه. وسوف تحظى الالتزامات المعززة الأول والثالث والرابع والخامس تجاه النساء باهتمام خاص.

استراتيجية استجابة البرنامج

طبيعية وفعالية المساعدة المرتبطة بالأمن الغذائي حتى تاريخه

- 25- تماشياً مع التقييم الخارجي الذي أجري في منتصف المدة⁽⁵⁾ للعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش 10069.1 وتقدير الأمن الغذائي الذي أجري في ديسمبر/كانون الأول 2006 فإن هذه العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش توسع البرنامج من خلال تركيز معظم الموارد في المناطق الشرقية من إندونيسيا حيث يسود انعدام الأمن الغذائي ويسير الإنعاش بوتيرة بطيئة. وقام البرنامج بتنفيذ أربع عمليات ممتدة متعاقبة للإغاثة والإنعاش وعمليات طوارئ للتصدي لموجة الجفاف والأزمة الاقتصادية منذ إعادة فتح المكتب القطري في عام 1998.
- 26- وفي ظل انتعاش الاقتصاد وزيادة إنتاج الأرز، تحول البرنامج في عام 2002 من المعونة الغذائية كدعم للدخل إلى زيادة التركيز على التدخلات التغذوية الموجهة، لاسيما المغذيات الدقيقة للسكان الضعفاء.
- 27- وانتهت عملية شبكة أمان الأرز المدعوم في المناطق الحضرية الفقيرة في عام 2005؛ وانتقلت المسؤولية عن المستفيدين إلى برنامج المساعدة الغذائية. وسوف يستمر استخدام حصيلة شبكة أمان الأرز المدعوم التي يديرها البرنامج والحكومة في صندوق استئماني على الأقل حتى عام 2009 وستخصص أساساً لمشروعات التنمية المجتمعية.
- 28- ويبدأ في منتصف عام 2007 الإنهاء التدريجي لعمليات التوزيع العام للأغذية في آتشيه ونياس التي كانت تشكل جزءاً من العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش 10069.1 في يناير/كانون الثاني 2006؛ وسوف تستنفد الأموال المرحلة إلى برنامج الإصلاح التغذوي بحلول منتصف عام 2008 بعد إقفال برنامج آتشيه.
- 29- وعلى الرغم من استمرار سوء التغذية المرتبط بالفقر في بعض المدن فسوف يزيد البرنامج من استعماله لموارده المحدودة في المناطق الريفية حيث الحاجة أشد إلى البنية الأساسية والخدمات الإدارية، لاسيما في شرق إندونيسيا. وسوف يؤثر وجود البرنامج، لاسيما في المراكز الصحية المحلية، على سياسات الأقسام والسياسات الوطنية.

مخطط الاستراتيجية

- 30- تواصل العملية الممتدة المقترحة للإغاثة والإنعاش التركيز على تدخلات المغذيات الدقيقة، والمناصرة، والتدريب، والاستجابة المرنة لحالات الطوارئ. ويتمثل أهم عنصر لهذه العملية في برنامج التأهيل التغذوي في المناطق الريفية الذي يركز على تعزيز التعليم والخدمات الصحية؛ ويتوقف النجاح على مدى التقارب مع أولويات الحكومة المدعومة من الجهات المانحة في مجالي الصحة والتعليم. وفيما يلي العناصر الخمسة للعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش:

⁽⁵⁾ 28 أغسطس/آب - 17 سبتمبر/أيلول 2006؛ وسوف يعرض على الدورة السنوية للمجلس التنفيذي في عام 2007.



- ◀ خدمات تغذية الأم والطفل في المراكز الصحية المحلية: الأغذية المقواة، والتثقيف الصحي والتغذوي؛
- ◀ التغذية في المدارس الابتدائية: الأغذية المقواة، والتدريب القائم على المقررات الدراسية؛
- ◀ دعم مرضى الدرن: الحوافز الغذائية للعلاج تحت الملاحظة المباشرة مع علاج كيميائي لفترة قصيرة؛
- ◀ الغذاء مقابل العمل والغذاء مقابل التدريب في المناطق الريفية التي تعاني انعدام الأمن الغذائي؛
- ◀ مشروعات التنمية المجتمعية الممولة من الصندوق الاستئماني لشبكة أمان الأرز المدعوم بالتوازي مع مشروعات تغذية الأم والطفل والتغذية المدرسية من أجل تحقيق مزيد من التقارب بين المشروعات.

31- وسوف توزع الأغذية المقواة على الأمهات والأطفال في المراكز الصحية المحلية شهرياً أو كل أسبوعين. ويتيح "يوم المراكز الصحية المحلية" فرصة لإقامة فصول للتثقيف التغذوي والصحي من جانب القابلات والشركاء في المنظمات غير الحكومية الذين سيحصلون على دورات تنشيطية.

32- وتماشياً مع سياسة الحكومة فإن العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش 10069.2 تختلف عن العملية الممتدة السابقة للإغاثة والإنعاش من ناحيتين:

(1) ركز تغذية الأم والطفل على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين عامين وخمسة أعوام؛ وسوف تدير الحكومة برنامج الأغذية المركبة من أجل التغذية لصالح الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و24 شهراً بدعم من البرنامج الذي سيكفل إمكانية استخدام السلطات الوطنية والمحلية لموظفي الشركاء المتعاونين ومرافقهم ومعداتهم التدريبية في أيام التوزيع.

(2) منع تقاسم المعكرونة المقواة داخل الأسرة حتى لا يؤدي ذلك إلى التقليل من فعاليتها للأمهات الحوامل والمرضعات، وسيتم زيادة مستوى التقوية، وستبين عمليات التغليف بوضوح أن تلك الأغذية مخصصة للأمهات الحوامل والمرضعات. وسيتم التأكيد على ذلك أثناء التدريب التغذوي في المراكز الصحية المحلية وخلال الزيارات الأسرية.

33- وسعيًا نحو إيجاد نهج مستدامة لتكميل الأغذية بالمغذيات الدقيقة اعتماداً على الأغذية المحلية سيقوم البرنامج بتجريب استخدام مسحوق المغذيات الدقيقة في الأغذية الأساسية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين عامين وخمسة أعوام، وتنسيق نتائج ذلك مع الحكومة والبرامج التجريبية للمنظمات غير الحكومية. وسوف يدرّب البرنامج أفراد الأسر على استخدام مسحوق المغذيات الدقيقة لكفالة فعاليتها.

34- وسيتم الاحتفاظ بالبسكويت المقوى في التغذية المدرسية بالنظر إلى انخفاض الفعالية الاقتصادية للخيارات الأخرى، مثل إنتاج العصيدة داخل المدرسة وتقديم الحصص الغذائية المنزلية.

35- ويمثل الارتباط بين الدرن وفيروس/مرض الإيدز فرصة لإزالة الوصمة المرتبطة بالتثقيف في مجال الوقاية من فيروس/مرض الإيدز، إلى جانب الفصول التغذوية والعلاجية لمرضى الدرن وأسره. وفي عام 2007، قام برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز بإجراء برنامج تجريبي للتثقيف واختبار فيروس/مرض الإيدز في مراكز الدرن التي يعمل فيها البرنامج. وسيتم دمج المستفيدين من العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش 10069.2 في برنامج اللجنة الوطنية للإيدز؛ ومن المنصور توسيع برنامج التثقيف/الاختبار بمساعدة تقنية من برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ومنظمة الصحة العالمية. ويساهم البرنامج أساساً بحوافز غذائية لتشجيع المواظبة على فصول التثقيف الوقائي وتلقي العلاج الأولي؛ وهذا البرنامج ليس برنامجاً تغذوياً لمرضى الإيدز. ويمثل سوء التغذية أحد العوامل التي تساعد على التعرض لمخاطر الإصابة بالدرن، ولذلك فإن هذا الدعم يرمي كذلك إلى تحسين الوضع التغذوي للمرضى.

36- وتمكن البرنامج من توسيع أنشطته على ضوء ما استجد من حالات الطوارئ وذلك بفضل التغييرات في التوظيف والموارد. وسوف تخصص العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش ما لا يقل عن 10 في المائة من الموارد القائمة لهذا الغرض وسيتم استكمالها بندايات، حسب الاقتضاء.

37- وبالتعاون مع الهيئة الوطنية للأمن الغذائي، قام البرنامج بنشر *أطلس انعدام الأمن الغذائي* في عام 2005 وخريطة للتغذية على مستوى الأقسام في عام 2006. وسوف تواصل وحدة تحليل هشاشة الأوضاع ورسم خرائطها، والهيئة الوطنية للأمن الغذائي تدريب ودعم 150 من موظفي المقاطعات والأقسام على المراقبة الغذائية والتغذوية؛ وسوف تتجاوز آثار برنامج الإعلام والتوعية في جميع أنحاء القطر المناطق التي يعمل فيها البرنامج.

استراتيجية الخروج

38- يتماشى تركيز البرنامج على التأهيل التغذوي وبناء القدرات مع أولويات الحكومة. ويكمن التحدي في الالتزام بموارد على مستوى المقاطعات والأقسام ومواءمتها مع البرامج الأخرى المدعومة من الجهات المانحة. وسوف يسعى البرنامج إلى نقل الملكية عن برامج التغذية المدرسية إلى المقاطعات والأقسام. وسوف تعزز العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش 10069.2 مقومات الاستمرار في الخدمات الصحية والتغذوية في المراكز الصحية المحلية، وإن كان ينبغي أن تشكل تلك الخدمات برنامجاً قائماً بذاته لأجل غير مسمى. وتم إحراز تقدم في بناء القدرات؛ وسوف تبدأ الحكومة في تولي المسؤولية عن التدخلات التغذوية لصالح الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و24 شهراً في المراكز الصحية المحلية اعتباراً من عام 2008. وبإزاحة البرنامج الانسحاب تماماً بشكل تدريجي في حال الالتزام بموارد تكملية وقيام الحكومة بوضع استراتيجية قبل انتهاء العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش.

المستفيدون والاستهداف

39- يعتمد الاستهداف الجغرافي الأولي وصولاً إلى مستوى الأقسام على النظام التجريبي الذي طبقه البرنامج ومنظمة الأغذية والزراعة مؤخراً في التصنيف المتكامل لمرحلة الأمن الغذائي والمساعدة الإنسانية باستخدام بيانات المكتب الإندونيسي للإحصاء وغير ذلك من الدراسات. وتستند قرارات الاستهداف الجغرافي إلى أنواع المؤشرات ومصادر البيانات المستخدمة في *أطلس انعدام الأمن الغذائي*، و*الخريطة التغذوية لإندونيسيا*. ويُراعى انعدام الأمن الغذائي المزمن والتعرض للكوارث الطبيعية عند تحديد المناطق التي في حاجة إلى مساعدة غذائية. ويستعين البرنامج بالبيانات والمشورة المقدمة من الوزارات وسلطات المقاطعات والوكالات المتخصصة والمراكز الصحية لتحديد مجموعات مناطق التدخل.

40- وسوف تركز مساعدات البرنامج على المناطق الريفية التي تعاني مستويات حادة من الفقر ونقص الأغذية وارتفاع معدلات نقص التغذية، وهي حالياً جاوة الشرقية، ومادورا، ولومبوك، وتيمور الغربية والأحياء الفقيرة من جاوة، من أجل تعزيز التضامن مع برامج الأمم المتحدة الأخرى، الذي يمثل إحدى أولويات إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية 2006-2010، وكذلك مع البرامج الثنائية المدعومة من الجهة المانحة.

41- وتمثل المراكز الصحية المحلية الموقع المثالي لتغذية الأم والطفل. ويعمل برنامج التأهيل التغذوي على توعية السكان وزيادة معرفتهم بالمتطلبات الصحية والتغذوية؛ ويمثل هذا البرنامج مدخلاً للتصدي لتحديات التنقيف التغذوي والعادات الغذائية. وسوف يعمل البرنامج على زيادة تعاونه داخل المواقع مع الوكالات المتخصصة الأخرى في هذا الصدد.



- 42- وسوف تغطي التغذية المدرسية جميع المدارس الابتدائية في الأقسام المستهدفة، بما في ذلك مناطق جاكرتا الكبرى. وسوف يتلقى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و13 عاماً بسكويماً مقوى للتخفيف من حدة نقص المغذيات الدقيقة، وزيادة القدرة على التعلم، ورفع مستوى المواظبة على الدراسة. ولا يوجد أي تحيز ملحوظ نحو الجنسين في المدارس الابتدائية. وسوف يستهدف البرنامج المناطق الأشد فقراً التي تدخل ضمن أولويات الحكومة ولا تساندها التغذية المدرسية. وسوف يلتزم البرنامج مخصصات من الحكومة المحلية والجهات المانحة لإزالة الديدان كالتزامات نظيرة.
- 43- وسوف تحدد مراكز علاج الدرن الخاصة والعامة في المجتمعات المحلية الأشد فقراً في جاكرتا الكبرى، وجاوة الشرقية، وتيمور الغربية حيث تنتشر أعلى معدلات الدرن. وسيتم التعاقد مع المنظمات غير الحكومية المحلية الشريكة لتقديم الأغذية ورصد تسجيل المستفيدين، والإبلاغ عن أثر الحصص الغذائية المقدمة من البرنامج على معدلات اكتشاف حالات الإصابة وعلاجها. وسيتم، حسب ما جاء أعلاه، وضع برنامج للتثقيف بكيفية الوقاية من فيروس/مرض الإيدز واختباره بالاشتراك مع اللجنة الوطنية للإيدز، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ومنظمة الصحة العالمية.
- 44- وسوف تستهدف أنشطة الغذاء مقابل العمل المجتمعات المحلية الفقيرة في مادورا، ولومبوك، ونوسا تنغارا تيمور، وذلك أساساً لإصلاح/إنشاء الأصول من أجل تحسين قدرة السكان على مواجهة الكوارث. وسيجري تشجيع اشتراك النساء في تحديد المشروعات وإدارتها؛ وتشكل النساء عموماً في المناطق الفقيرة أكثر من 50 في المائة من القوة العاملة.
- 45- وسيتم تركيز مشروعات تنمية المياه والإصحاح في المجتمع المحلي الممولة من الصندوق الاستئماني لشبكة أمان الأرز المدعوم في منطقة نوسا تنغارا تيمور، ومنطقة نوسا تنغارا بارات، وجاوة الشرقية، وجاكرتا الكبرى، إلى جانب المدارس التي ينفذ فيها برنامج التأهيل التغذوي، والمراكز الصحية المحلية حرصاً على اتباع نهج متكامل.

الجدول 2 - الأعداد المزمعة للمستفيدين بحسب المناطق التشغيلية						
المجموع	الإغاثة	نوسا تنغارا تيمور	نوسا تنغارا بارات	جاوة الشرقية	جاكرتا الكبرى	أنشطة البرنامج
320 000	-	100 000	100 000	80 000	40 000	التغذية المدرسية
170 000	-	61 000	61 000	48 000	-	برنامج تغذية الأم والطفل
50 000	-	18 000	18 000	14 000	-	الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين عامين وخمسة أعوام
120 000	-	20 000		20 000	80 000	النساء الحوامل والمرضعات
115 000	-	50 000	25 000	40 000	-	الدرن
70 000	70 000	-	-	-	-	الغذاء مقابل العمل/الغذاء مقابل التدريب
845 000	70 000	249 000	204 000	202 000	120 000	الإغاثة
						المجموع

الاعتبارات التغذوية والحصص الغذائية

- 46- يمثل نقص المغذيات الدقيقة مشكلة صحية عامة، فهو يقلل المناعة، ويفضي إلى زيادة معدلات الإصابة بالأمراض والوفاة، ويحد من النمو. ويتسبب فقر الدم في الإصابة بالخمول، ويؤخر النمو الذهني الذي ينجم كذلك عن نقص اليود،



ويزيد من معدل وفيات الأمهات الذي يساهم فيه كذلك نقص فيتامين ألف. ويعاني 50 في المائة من السكان في إندونيسيا من نقص فيتامين ألف والحديد واليود⁽⁶⁾.

- 47- وتوفر حصة البسكويت المقوى التي تبلغ 1.5 كيلو غرام للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين عامين وخمسة أعوام في المراكز الصحية المحلية 50 في المائة من المخصصات اليومية الموصى بها؛ وأما 5 كيلو غرامات من المعكرونة المقواة فستوفر 100 في المائة من المخصصات اليومية الموصى بها للنساء الحوامل والمرضعات، وهي تمثل حافزاً للنساء اللاتي لديهن أطفال صغار لحضور فصول التغذية التغذوي. وسيتم مساعدة النساء طيلة مدة الحمل وخلال الأشهر الستة الأولى من الرضاعة الطبيعية.
- 48- وفي إطار برنامج التغذية في المدارس الابتدائية، سيستلم الأطفال وجبة صباحية سريعة مؤلفة من 50 غراماً من البسكويت المقوى المنتج محلياً.
- 49- وتساعد الحصة الغذائية الأسرية المؤلفة من عشرة كيلو غرامات من الأرز شهرياً لكل مريض بالدرن من الخضوع لعلاج مدته ستة أشهر وموازنة التكاليف البديلة، مثل تكلفة المواصلات إلى المراكز الصحية.
- 50- وتشمل المعايير الحالية للغذاء مقابل العمل 2.5 كيلو غرام من الأرز و 150 غراماً من الزيت للشخص يومياً، وهي حصة تبلغ قيمتها السوقية 1.5 دولار أمريكي.

الجدول 3- سلال الأغذية (بالغرام)					
المدة	الحصة الغذائية للشخص يومياً				النشاط
	البسكويت	المعكرونة	الأرز	الزيت النباتي	
240 يوماً	50	-	-	-	التغذية المدرسية
	50				برنامج تغذية الأم والطفل
12 شهراً	-	-	-	-	الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين عامين وخمسة أعوام
	-	167	-	-	النساء الحوامل والمرضعات
12 شهراً	-	67	-	-	الدرن
60 يوماً	-	500	30	-	الغذاء مقابل العمل/الغذاء مقابل التدريب
4 أشهر	-	333	-	-	الإغاثة

⁽⁶⁾ Atmaritha, M.P.H. 2005. *مشاكل التغذية في إندونيسيا*، جاكارتا، وزارة الصحة. يقوم ذلك على أساس معدلات الإصابة بفقر الدم الواردة في المسح الصحي والأسري الوطني لعامي 1995 و 2001. وبلغت هذه المعدلات 47 في المائة بين الأطفال دون سن الخامسة في عام 2001؛ و 47.2 في المائة بين تلاميذ المدارس في عام 1995؛ و 40.1 في المائة بين النساء الحوامل في عام 2001؛ و 45.1 في المائة بين النساء المرضعات في عام 1995. وأما معدلات الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود فهي: 11.1 في المائة في عام 2003 (تقديري). ويبلغ معدل نقص فيتامين ألف 0.33 في المائة في عام 1992، ولكن 50 في المائة من الأطفال دون سن الخامسة تنخفض لديهم نسبة مصل الريتينول (20 ميكروغرام/ديسيلتر).

ترتيبات التنفيذ

بناء القدرات والمشاركة

- 51- يتسم بناء القدرات بأهمية أساسية في العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش من حيث الفعالية والاستدامة. وتتمثل العناصر الرئيسية فيما يلي:
- 52- *أطلس انعدام الأمن الغذائي*. هذا الأطلس الذي تم إصداره في أغسطس/آب 2005، يسترشد به مقرر السياسات في تحسين شبكات الأمان الاجتماعي وتخطيط التخفيف من آثار الكوارث والاستعداد والتصدي لها؛ وبات هذا الأطلس يشكل أداة لرصد الأمن الغذائي في الأقسام.
- 53- رسم خرائط التغذية ومراقبتها. تعاون المكتب الإندونيسي للإحصاء، ووزارة الرعاية الاجتماعية، والوكالة الأسترالية للتنمية الدولية، والبرنامج في عام 2006 لوضع أول خريطة تغذية لإندونيسيا وسوف يواصل البرنامج مساعدة الوكالات المعنية بالأمن الغذائي، بدعم إضافي من إدارة التنمية الدولية في المملكة المتحدة، على جمع وتحديث البيانات عن الغذاء والتغذية.
- 54- وضع نظام للإنذار المبكر. تُصدر وحدة تحليل هشاشة الأوضاع ورسم خرائطها، بالتعاون مع الحكومة، نشرة شهرية عن الإنذار المبكر تتضمن معلومات عن الكوارث الطبيعية، والأحوال الجوية، والتنبؤ بحالة المحاصيل. وتستخدم الوكالات الإنمائية هذه النشرة، وسيستمر استخدامها أثناء تنفيذ العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش.
- 55- التوعية التغذوية في المدارس والمراكز الصحية المحلية. تشمل العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش إعداد مواد تثقيفية تغذوية وتدريباً للمنظمات غير الحكومية الشريكة، والمجموعات المحلية والمعلمين على استخدام تلك المواد.
- 56- مشروعات التنمية المجتمعية. يقوم البرنامج بتدريب المنظمات غير الحكومية المحلية على تنفيذ المشروعات الصغيرة، مثل التعاقد مع الموظفين التقنيين لإجراء التقديرات.
- 57- قضايا الجنسين. سيتم تدريب الشركاء المنفذين والنظرء الحكوميين على الالتزامات المعززة تجاه النساء. وسيستمر تمثيل النساء على قدم المساواة مع الرجال في لجان اختيار المستفيدين وتحديد المشروعات وتنفيذها.

الشراكات

- 58- تشترك وزارة الرعاية الاجتماعية، وهي النظير الحكومي الرئيسي للبرنامج في مجال السياسات والبرمجة، مع البرنامج في اعتماد المشروعات الممولة من الصندوق الاستئماني لشبكة أمان الأرز المدعوم. وستتولى لجنة توجيهية من النظرء الحكوميين والبرنامج استعراض التقدّم الذي تحرزه العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش، وتقديم التوجيه، وتحمل المسؤولية عن المساهمات الحكومية.
- 59- وتقع على وزارة الصحة المسؤولية عن تنسيق السلطات في المقاطعات والأقسام في المناطق التي يعمل فيها البرنامج لكفالة رصد مخصصات برنامج الأغذية المركّبة من أجل التغذية لصالح الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و24 شهراً في الميزانية. وسوف يقدّم البرنامج قائمة بالمراكز الصحية المحلية في برنامجه. وأما بخصوص بناء القدرات من خلال مراقبة الأغذية والتغذية، وأطلس انعدام الأمن الغذائي، فيتعاون البرنامج مع وزارات الزراعة والصحة والرعاية الأسرية.



- 60- وعلى أساس الشراكات التي سيتم إنشاؤها، سيقع الاختيار على المنظمات غير الحكومية التي تتمتع بالخبرة والقدرة والأداء الطيب في تنفيذ السياسات المرتبطة بالجنسين؛ وسوف تقع عليها المسؤولية عن اللوجستيات، والتوزيع، والرصد، وتقديم التقارير.
- 61- وسوف يعمل البرنامج مع منظمة اليونيسيف للتصدي لعدوى الديدان في المناطق التي تُنفذ فيها العملية، مع الاستفادة من برنامج إزالة الديدان الذي جرى تنفيذه في المدارس الابتدائية في منطقة آتشيه خلال الفترة 2005-2006.
- 62- واختار البرنامج شركات إندونيسية لإنتاج وتسليم البسكويت والمعكرونة المقواة. وسوف يدعو البرنامج إلى تشجيع الإمكانات التجارية للمنتجات المقواة من خلال شراكته مع شركات القطاع الخاص.

المدخلات غير الغذائية

- 63- تشمل تلك المدخلات مواد التنظيف في مجال التغذية والنظافة الصحية والصحة، وهي مواد سيتم تقديمها إلى المراكز الصحية المحلية، والمدارس الابتدائية، وعيادات الدرن. ويتم تشجيع المسؤولية البيئية من خلال إعادة استخدام مواد التغليف، حيثما أمكن.

الترتيبات اللوجستية

- 64- سيواصل البرنامج عمليات المقايضة بأرصدة الأرز في الوكالة الوطنية للتخطيط اللوجستي، وسوف يحصل على الأرز والقمح والزيت من خلال ميناء جاكارتا وسورابايا. وستتم مقايضة القمح بالبسكويت والمعكرونة اللذين تنتجهما شركات الأغذية المحلية بما يتماشى واتفاقات المقايضة.
- 65- وسيتولى البرنامج ترتيبات التخليص والطحن بالنسبة لشحنات القمح والزيت بالتنسيق مع وزارة الرعاية الاجتماعية. وسيتم التعاقد على تفريغ السلع من السفن وتوصيلها إلى الشركات المعيّنة وإلى مستودعات البرنامج؛ وسيتم توصيل البسكويت والمعكرونة إلى نقاط التسليم الأمامية في إطار نفس الترتيبات. وسيتم الاستعانة تدريجياً بمصادر خارجية لإدارة المستودعات في نقاط التسليم الأمامية.
- 66- ويتطلب الطابع الذي يتسم به البرنامج من الشركاء نقل السلع من المستودعات إلى عدد كبير من نقاط التسليم النهائية، مما يزيد من تكاليف النقل البري والتخزين والمناولة. وسيتولى المكتب القطري معالجة معاملات النقل البري والتخزين والمناولة؛ ويعمل نظام معالجة حركة السلع وتحليلها (كومباس) في جميع المكاتب الفرعية.

الشراء

- 67- ستتم عمليات شراء الأغذية على أساس أفضل قيمة وبعد موافقة السلطات المعنية بالشراء. وتوافق الحكومة على الطحن المحلي لشحنات القمح العينية لصناعة البسكويت والمعكرونة.
- 68- وسيجري التماس منتجين جُدد لصناعة البسكويت والمعكرونة من أجل زيادة المنافسة. وسوف تُشجّع العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش المنتجات المقواة التجارية في السوق المحلية؛ كما سيجري استطلاع أسواق المنتجات الأخرى المحلية.



رصد الأداء

- 69- سيتولى رصد البرامج كل من المكتب القطري في جاكارتا، ومكتب منطقة سورابايا، والمكاتب الفرعية في ماكارام (نوسا تنغارا بارات)، وكوبانغ (نوسا تنغارا تيمور)، والمكاتب الميدانية في مادورا (جاوة الشرقية)، وأتمبوا (نوسا تنغارا تيمور). وسيجري تدريب نظراء الحكومة والشركاء المتعاونين على الرصد القائم على النتائج؛ وسوف تُرصد النواتج والمحصلات بشكل مشترك.
- 70- وسوف تُستخدم مجموعة من أدوات الإدارة القائمة على النتائج في جميع فئات البرامج، مع التركيز على جمع البيانات، والمساءلة، ورصد الاتصال بالمستفيدين، وتقديم التقارير. وسيجري تجهيز المعلومات في قاعدة بيانات الرصد والتقييم على الموقع الشبكي، وتقاسمها مع نظراء الحكومة والشركاء من أجل تحسين أداء البرامج.
- 71- وسيجري تقييم أثر التأهيل التغذوي، لا سيما الحد من فقر الدم في المجموعات المستهدفة، من خلال مسح أساسي للهموجلوبين، وعمليات متابعة سنوية وسيتم تقييم التحسّات السلوكية في الممارسات التغذوية والصحية المرتبطة بالتغذية لدى المجموعات المستهدفة من خلال مسح للمعارف والمواقف والممارسات في منتصف المدة. كما سيتم إجراء تقييم خارجي في منتصف المدة خلال عام 2009 وسيعقبه تقدير للاحتياجات للتبؤ بدور البرنامج في إندونيسيا في المستقبل.

تقييم المخاطر والتخطيط الاحترازي

المخاطر

- 72- هناك اعتراف بالمخاطر التالية:
- ◀ القدرات أو الميزانيات المحدودة بين الشركاء المتعاونين والحكومة وجماعات المجتمع المدني؛
 - ◀ الأحوال الجوية المعاكسة التي تؤثر على الحصاد وتتطلب تحولاً من إعادة التأهيل إلى الإغاثة؛
 - ◀ الافتقار إلى الالتزام النظير أثناء الانسحاب التدريجي للبرنامج؛
 - ◀ تقاسم الحصص الغذائية الفردية بشكل غير متوازن في الأسر أو المجتمعات المحلية، مما يحد من أثر التدخلات التغذوية.

التخطيط الاحترازي

- 73- سيتم التصدي للمعوقات التي تحد من القدرات وذلك من خلال التدريب التشغيلي للشركاء وموظفي الحكومة على الصعيد الوطني والمجموعات القروية في مجال التغذية إلى جانب إعادة التغليف وزيادة تقوية الأغذية لمنع النساء الحوامل والمرضعات من تقاسم المعكرونة داخل الأسر. وسوف تعتمد مخصصات الميزانية الحكومية المرصودة لبرامج المغذيات الدقيقة على مواصلة المناصرة على المستويين الوطني والإقليمي.
- 74- ومن المتوقع حدوث زلازل وفيضانات. وتشمل العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش ترتيبات احترازية بنسبة 10 في المائة لصالح 70 000 مستفيد. وأُنِحت حتى تاريخه أموال إضافية من الجهات المانحة لكل حالة على حدة. وفي إطار

نظام المجموعات وما يرتبط به من مخصصات مالية محتفظ بها حالياً في المقر، يجري اتخاذ ترتيبات لتمكين المكتب القطري من تخزين المواد غير الغذائية كاحتياطي.

75- ويعقد المكتب القطري والمكاتب الفرعية اجتماعات منتظمة مع مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية، والمنظمات غير الحكومية، ووكالات الأمم المتحدة الأخرى لاستعراض الاحتياجات. وسوف تسعى المفاوضات مع الوكالة الوطنية للتخطيط اللوجستي إلى الاستفادة من أرصدة الأرز في حالات الطوارئ في المواقع البعيدة عن أرصدة البرنامج. وسوف تتخذ قريباً ترتيبات احترازية تحسباً لتقشي أنفلونزا الطيور، مع التركيز على سلامة وأمن الموظفين.

الاعتبارات الأمنية

76- يقوم فريق إدارة الأمن التابع للأمم المتحدة بإجراء استعراض منتظم للحالة الأمنية. وباستثناء المناطق الواقعة خارج منطقة كوبانغ في تيمور الغربية (المرحلة الثانية) فإن مناطق العملية لا تشهد حالياً أي مخاطر أمنية شديدة. ويزود البرنامج جميع مكاتبه الفرعية بأجهزة لاسلكي عالية التردد، وأجهزة اتصال محمولة باليد، وهواتف ساتلية، ويمتثل للمعايير الدنيا للأمن التشغيلي، والمعايير الأمنية الدنيا للاتصالات السلكية واللاسلكية.

التوصية

77- المرجو من المجلس أن يوافق على العملية الممتدة المقترحة للإغاثة والإنعاش إندونيسيا 10069.2.



الملحق الأول-ألف

توزيع تكاليف المشروع			
القيمة (بالدولار الأمريكي)	متوسط التكلفة للطن المتري (بالدولار الأمريكي)	الكمية (طن متري)	
التكاليف التي يتحملها البرنامج			
أ - تكاليف التشغيل المباشرة			
			السلع*
23 372 640	400	58 432	- الحبوب
1 838 800	740	2 484	- الزيت النباتي
16 688 650	1 075	15 524	- البسكويت
5 884 680	870	6 764	- المعكرونة
8 427 400	200	42 137	- القمح
56 212 330		125 341	مجموع السلع
6 347 508			النقل الخارجي
13 780 545			مجموع تكاليف النقل الداخلي والتخزين والمناولة
3 084 882			تكاليف التشغيل المباشرة الأخرى
79 425 266			مجموع تكاليف التشغيل المباشرة
12 432 937			ب - تكاليف الدعم المباشرة⁽¹⁾ (انظر الملحق الأول- باء)
6 430 074			ج - تكاليف الدعم غير المباشرة⁽²⁾ (بنسبة 7 في المائة من مجموع التكاليف المباشرة)
98 288 275			مجموع التكاليف التي يتحملها البرنامج
* يعد هذا نموذج لسلسلة الأغذية لأغراض الميزانية وإقرارها. وقد تتغير محتوياتها.			

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

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

الملحق الأول- باء

متطلبات الدعم المباشرة (بالدولار الأمريكي)	
الموظفون	
4 413 690	الموظفون الفنيون الدوليون
1 034 267	الموظفون الفنيون المحليون
2 673 777	الموظفون المحليون من فئة الخدمة العامة
75 000	المساعدة المؤقتة
75 000	ساعات العمل الإضافية
150 000	الحوافز
225 000	الخبراء الاستشاريون الدوليون
1 040 000	سفر الموظفين في مهام رسمية
300 000	تدريب الموظفين وتنمية قدراتهم
9 986 734	المجموع الفرعي
المصروفات المكتبية والتكاليف المتكررة الأخرى	
680 000	إيجار المباني
170 000	المرافق (العامة)
217 523	اللوازم المكتبية
539 804	الاتصالات وخدمات تكنولوجيا المعلومات
16 260	التأمين
172 423	إصلاح المعدات وصيانتها
223 392	صيانة المركبات وتكاليف تشغيلها
79 097	المصروفات المكتبية الأخرى
137 203	خدمات منظمات الأمم المتحدة
2 235 702	المجموع الفرعي
معدات وتكاليف ثابتة أخرى	
135 000	الأثاث والأدوات والمعدات
لا شيء	المركبات
75 500	أجهزة الاتصالات/تكنولوجيا المعلومات
210 500	المجموع الفرعي
12 432 937	مجموع تكاليف الدعم المباشرة

الملحق الثاني: الإطار المنطقي

المخاطر والافتراضات	مؤشرات المحصلات	المحصلات
		برنامج تغذية الأم والطفل، الهدف الاستراتيجي 3:
مواصلة الحكومة التزامها القوي بالتخفيف من سوء التغذية.	1-1-1 انخفاض معدل انتشار فقر الدم بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين عامين وخمسة أعوام، بحسب نوع الجنس.	1-1 تقليل حالات نقص المغذيات الدقيقة لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين عامين وخمسة أعوام والنساء الحوامل والمرضعات في المراكز الصحية المحلية المعانة.
مكافحة الأمراض المؤثرة على الوضع التغذوي للسكان المستهدفين.	2-1-1 انخفاض معدل انتشار فقر الدم بين الحوامل والمرضعات.	2-1 تحسّن المعارف والممارسات المتعلقة بالسلوك التغذوي والصحي المرتبط بالتغذية بين الحوامل والمرضعات ومقدمي الرعاية للأطفال.
مواصلة الحكومة التزامها القوي بتوفير التعليم للجميع.	1-2-1 نسبة النساء المستهدفات اللاتي يواظبن على استخدام خدمات تغذية الأم والطفل في المراكز الصحية المجتمعية.	
	2-2-1 نسبة النساء المستهدفات اللاتي يطبقن الممارسات التغذوية والصحية المحسّنة المرتبطة بالتغذية.	
		برنامج التغذية المدرسية، الهدفان الاستراتيجيان 3 و4:
سرعة إعادة إنشاء نظم الرعاية الصحية والمياه والإصحاح في المناطق المتضررة من الكوارث.	1-1-2 انخفاض معدل انتشار فقر الدم بين تلاميذ المدارس، بحسب نوع الجنس.	1-2 انخفاض حالات نقص المغذيات الدقيقة بين تلاميذ المدارس الابتدائية في المدارس المعانة.
	1-2-2 إدراك المعلمين لتحسّن قدرات الأطفال على التركيز والتعلم كنتيجة لتناول البسكويت المقوى.	2-2 تحسّن قدرة الأولاد والبنات على التركيز والتعلم في المدارس المعانة.
استمرار التزام الحكومة بدعم جميع البرامج في المناطق المستهدفة.	1-3-2 نسبة البنات والأولاد الذين يواظبون على الدراسة بنسبة 80 في المائة على الأقل في المدارس الابتدائية المستهدفة.	3-2 تحسّن معدلات المواظبة على الدراسة بين الأولاد والبنات في المدارس المعانة.
الكوارث الأخرى لا تختلف عن مثيلاتها السابقة من حيث حجم ما تخلفه من آثار.	1-4-2 نسبة التلاميذ الذين يطبقون سلوكيات النظافة الصحية الآمنة.	4-2 تحسّن معرفة التلاميذ وممارستهم للصحة الأساسية والتغذية والنظافة الصحية.
		دعم مرضى الدرن، الهدف الاستراتيجي 3:
	1-1-3 نسبة مرضى الدرن الذين يتمون العلاج تحت الملاحظة المباشرة مع علاج كيماوي لفترة قصيرة، بحسب نوع الجنس.	1-3 ازدياد مشاركة مرضى الدرن في العلاج الذي يخضع لملاحظة مباشرة مع علاج كيماوي لفترة قصيرة في المراكز/العيادات الصحية.
	2-1-3 تحسّن نسبة اكتشاف حالات الإصابة بالدرن.	



الملحق الثاني: الإطار المنطقي

المحصلات	مؤشرات المحصلات	الافتراضات والمخاطر
<p>الغذاء مقابل العمل/الغذاء مقابل التدريب، ومشروعات التنمية المجتمعية، وبرامج التوزيع العام لأغذية الطوارئ، الهدفان الاستراتيجيان 1 و2:</p> <p>1-4 تحسُن سُبُل معيشة الفئات الضعيفة من خلال تكوين أو إصلاح الأصول والمهارات الجماعية/الفردية.</p> <p>2-4 منع تدهور الوضع التغذوي للسكان المتضررين من الكوارث.</p>	<p>1-1-4 العدد الفعلي والنسبة المئوية للأصول المدعومة التي يتم استخدامها أو الحفاظ عليها، بحسب النوع.</p> <p>2-1-4 المساهمة المحلية من الأراضي والعمالة في مشروعات البنية الأساسية.</p> <p>3-1-4 نسبة المصروفات التي تخصصها الأسرة للأغذية.</p> <p>1-2-4 انتشار سوء التغذية الحاد العام بين الأطفال دون الخامسة من العمر في السكان المستهدفين، بحسب نوع الجنس (الهزال و/أو الأعراض الإكلينيكية للاستسقاء).</p> <p>2-2-4 انتشار سوء التغذية بين الأطفال دون الخامسة من العمر في السكان المستهدفين، بحسب نوع الجنس (الوزن مقابل العمر).</p>	
النواتج	مؤشرات النواتج	
<p>1-1-1 استهداف المراكز الصحية المحلية في المناطق التي ترتفع فيها معدلات التغذية.</p> <p>2-1-1 سرعة توفير الأغذية المقواة بكميات كافية للمستهدفين من الأطفال والنساء.</p>	<p>1-1-1-1 عدد ما يتم الوصول إليه من المراكز الصحية التي ترتفع فيها معدلات حالات الإصابة بسوء التغذية، كنسبة مئوية من الأعداد المزمعة.</p> <p>1-2-1-1 الكميات الفعلية من الأغذية المقواة الموزعة كنسبة مئوية من الكميات المزمعة، بحسب نوع السلعة.</p> <p>2-2-1-1 العدد الفعلي للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين عامين وخمسة أعوام ويتلقون أغذية مقواة كنسبة مئوية من العدد المزمع، بحسب نوع الجنس.</p> <p>3-2-1-1 العدد الفعلي للحوامل والمرضعات اللاتي يحصلن على أغذية مقواة كنسبة مئوية من العدد المزمع.</p>	<p>الجهات المانحة توفر الموارد في الوقت المناسب.</p> <p>الشركاء المتعاونون والإدارات الحكومية يوفرون موظفين مؤهلين بأعداد كافية.</p> <p>الوصول المجاني إلى مناطق التنفيذ.</p>



الملحق الثاني: الإطار المنطقي

المخاطر والافتراضات	مؤشرات المحصلات	المحصلات
استمرار الالتزام القوي من أصحاب المصلحة.	1-3-1-1 العدد الفعلي للسكان الذين يتم تدريبهم، بحسب نوع التدريب ونوع الجنس.	3-1-1 قيام المتطوعين الصحيين القرويين وموظفي الصحة بتنفيذ أنشطة التدريب في مجال التثقيف التغذوي والصحي القائم على المهارات.
السعي إلى تحقيق التعاون المشترك بين الوكالات وتعزيز الاستراتيجيات المشتركة.	2-3-1-1 النسبة المئوية للمراكز الصحية التي تنفذ التدريب في مجال التثقيف التغذوي والصحي القائم على المهارات.	1-1-2 استهداف المدارس الابتدائية في المناطق التي ترتفع فيها معدلات سوء التغذية.
سرعة توفير المدخلات الفعالة من حيث التكلفة من جانب الشركاء/الموردين.	1-1-1-2 عدد ما يتم الوصول إليه من المدارس التي ترتفع فيها معدلات الإصابة بسوء التغذية.	2-1-2 سرعة توفير البسكويت المقوى بكميات كافية لتلاميذ المدارس الابتدائية المستهدفين.
سهولة توفير أدوية الدرن لتوزيعها في المراكز الصحية/العيادات.	1-2-1-2 العدد الفعلي لتلاميذ المدارس الابتدائية الذين يحصلون على بسكويت مقوى كنسبة مئوية من العدد المزمع، بحسب نوع الجنس.	3-1-2 تنفيذ برنامج تركيز الموارد على الصحة المدرسية في المدارس المستهدفة، مع التركيز على إجراء التدريب التغذوي والصحي القائم على المهارات.
ضخ أموال الصندوق الاستئماني حسب الاقتضاء.	2-2-1-2 الكميات الفعلية للبسكويت المقوى الموزع كنسبة مئوية من الكميات المزمعة	1-3-1-2 عدد المدارس التي تنفذ برنامج تركيز الموارد على الصحة المدرسية.
توفير الموارد بتقديرات الاحتياجات وتنفيذها في الوقت المناسب.	2-3-1-2 العدد الفعلي للسكان الذين يتم تدريبهم، بحسب نوع التدريب ونوع الجنس.	3-3-1-2 النسبة المئوية للمدارس التي تنفذ التدريب في مجال التثقيف التغذوي والصحي القائم على المهارات.
	4-3-1-2 عدد تلاميذ المدارس الذين يحصلون على أقراص إزالة الديدان، بحسب نوع الجنس.	1-1-3 حصول مرضى الدرن المسجلين على الحصص الغذائية الشهرية.
	1-1-1-3 الأعداد الفعلية من مرضى الدرن الذين يتلقون علاجاً تحت الملاحظة المباشرة مع علاج كيماوي لفترة قصيرة كنسبة مئوية من العدد التقديري للمستفيدين، بحسب نوع الجنس.	2-1-3 سرعة توفير الأغذية بكميات كافية للمستفيدين المستهدفين.
	1-2-1-3 الكميات الفعلية من الأغذية الموزعة كنسبة مئوية من الكميات المزمعة.	

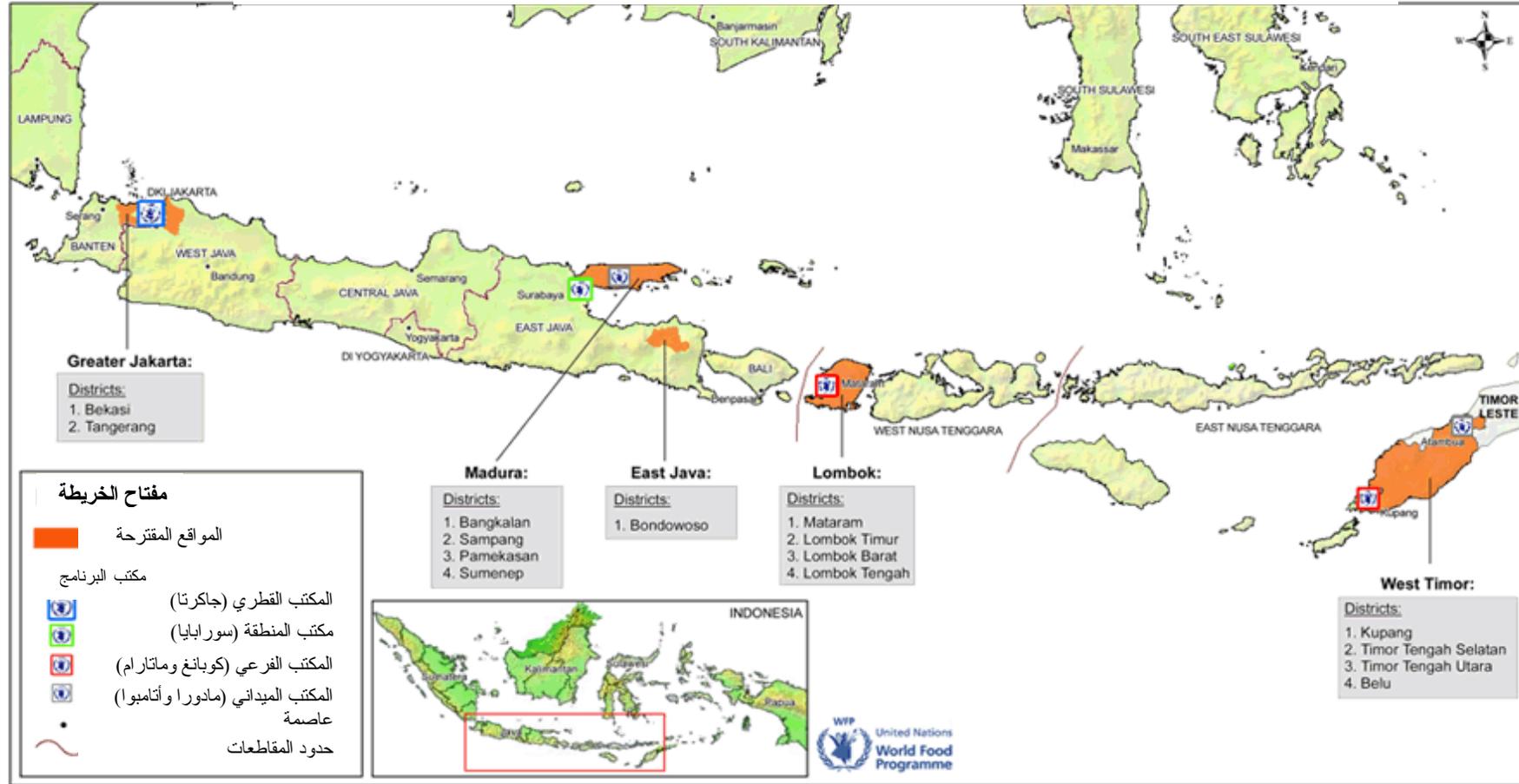


الملحق الثاني: الإطار المنطقي

المحصلات	مؤشرات المحصلات	الافتراضات والمخاطر
1-1-4 دعم إنشاء وإصلاح الأصول الفردية والجماعية للبنية الأساسية.	1-1-1-4 الأعداد الفعلية من مشروعات/مخططات الغذاء مقابل العمل التي يتم دعمها، بحسب النوع. 2-1-1-4 الأعداد الفعلية لمشروعات التنمية المجتمعية التي يتم دعمها في المجتمعات المحلية الفقيرة، بحسب النوع. 3-1-1-4 عدد الأسر/الأشخاص المستفيدين من الأصول المدعومة.	
1-2-4 تيسير أنشطة التدريب على المعارف والمهارات.	1-1-2-4 العدد الفعلي للأشخاص الذين يتم تدريبهم من خلال برامج الغذاء مقابل التدريب/مشروعات التنمية المجتمعية كنسبة مئوية من العدد المزمع، بحسب نوع التدريب ونوع الجنس.	
1-3-4 سرعة توفير السلع الغذائية بكميات كافية للمستفيدين المستهدفين.	1-1-3-4 العدد الفعلي للمستفيدين من أنشطة الغذاء مقابل العمل/الغذاء مقابل التدريب/التوزيع العام للأغذية ويحصلون على أغذية بنسبة 100 في المائة من العدد المزمع، بحسب نوع الجنس.	
1-4-4 دعم إنشاء مجموعات التنفيذ أو الصيانة أو توزيع الأغذية في القرى.	2-1-3-4 الكميات الفعلية من الأغذية الموزعة من خلال برامج الغذاء مقابل العمل/الغذاء مقابل التدريب/التوزيع العام للأغذية، كنسبة مئوية من الكميات المزمعة، بحسب نوع السلع. 1-1-4-4 العدد الفعلي للجان الغذاء مقابل العمل/مشروعات التنمية المجتمعية/التوزيع العام للأغذية المعانة بمعلومات عن النساء في المواقع القيادية.	
1-5-4 إجراء تقديرات الاحتياجات بالتعاون مع الحكومة والوكالات الأخرى.	1-1-5-4 العدد الفعلي والنسبة المئوية لتوصيات تقديرات الاحتياجات المنفذة بشأن جوانب الاستهداف أو تعديلات الحصص الغذائية وما إلى ذلك.	
المؤشر المشترك لنواتج جميع البرامج		
1-1-5 التعاقد مع الشركاء المتعاونين، وتعزيز قدرة أصحاب المصلحة في التقدير وإدارة التنفيذ، بما في ذلك اللوجستيات والرصد والتقييم.	1-1-1-5 عدد العقود المبرمة مع الشركاء المتعاونين، بحسب البرامج. 2-1-1-5 عدد موظفي الشركاء المتعاونين الذين يتم تدريبهم، بحسب نوع التدريب، والبرامج، ونوع الجنس.	



مناطق التدخل المقترحة للعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش إندونيسيا 10069.2 (2010-2008)



الإشارات والمواد المستخدمة في هذا المنشور لا تعبر بأي حال من الأحوال عن برنامج الأغذية العالمي بشأن المركز القانوني أو حدود أو تخوم لأي بلد أو تراب أو مدينة أو موقف منطقة أيا كانت.