



التقرير الموجز

التقييم بحسب الموضوع^(١) عن الدروس المستفادة في إسهام المعونة الغذائية في صحة الأمومة والطفولة: كيفية تلبية الاحتياجات الأساسية للنساء والأطفال

(١) تولى تنسيق بعثة التقييم أحد موظفي التقييم في البرنامج. وأسهمت في إعداد هذا التقرير الموجز وحدة برنامج المعونة الغذائية في منظمة الصحة العالمية. ونفذت البعثة في مارس/آذار - أبريل/نيسان ١٩٩٧ وضمت خبيراً في التغذية (رئيس الفريق) ومحللاً للسياسات من البرنامج، وخبيراً صحياً (استشاري) من منظمة الصحة العالمية.

الموجز

يركز هذا التقرير على البعثة المشتركة بين البرنامج ومنظمة الصحة العالمية التي درست مختلف مشروعات الإطعام التكميلي المعانة من البرنامج في كل من باكستان وبنغلاديش ونيبال. واستكملت الزيارات الموقعية الاستعراض المكتبي الذي قامت به وحدة برنامج المعونة الغذائية في منظمة الصحة العالمية في جنيف.

وتمتص برامج الإطعام التكميلي المعانة من البرنامج، التي تغطي عدداً كبيراً من المجموعات الضعيفة من النساء والأطفال، نحو خمس موارد البرنامج الإنمائية. وتجدر الإشارة إلى أن هذه الأنشطة تسفر عن فوائد طويلة الأجل بتلبية متطلبات غذائية محددة لكل فرد في السنة. وفي ما يتصل باختيار البلدان فإن المبادئ التوجيهية لتخصيص الموارد المعتمدة في البرنامج لا تطبق تطبيقاً صارماً. على أن من غير الشائع تنفيذ مشروعات على المستوى القطري، إذ يتم انتقاء مناطق معينة ضمن البلدان بدرجات متفاوتة من النجاح. وتدعو الحاجة بالتأكيد إلى الامتثال لسياسات البرنامج بشأن تخصيص المزيد من الموارد الإنمائية إلى أقل البلدان نمواً. كما أن اختيار المناطق ضمن البلدان بالاستناد إلى مؤشرات جلية يمكن أن يحسن من الكفاءة التكاليفية. وفي هذه المشروعات تضطلع المعونة الغذائية بدور مزدوج يتمثل في ما يلي: (أ) تحفيز التوسع في الاستفادة من خدمات صحة الأمومة والطفولة؛ (ب) توفير الدعم التغذوي. وبالمستطاع تحقيق توازن مناسب بين هذين الدورين غير أن ذلك لا يتحقق على الدوام. ومن الصعب إثبات الآثار التغذوية للإطعام التكميلي بسبب قصور نظم الرصد والتقييم. ومن جهة أخرى فإنه يتبين أن التحسينات المدخلة على تغطية الخدمات الصحية للأمومة والطفولة، التي يسهل توثيقها، تتسم بالاستدامة إذا ما تم توفير الغذاء إلى جانب المدخلات الأخرى.

وليس هناك من تحديد واضح للأهداف. وقد لا يكون تحديد أهداف الجغرافي (مثل اختيار مناطق العجز الغذائي المنكوبة بالفقر) ذا كفاءة تكاليفية ما لم يترافق بمعايير انتقاء فريدة. وفي الانتقاء الفردي فإن من الضروري المحافظة على التوازن بين تفادي سوء التغذية المبكر (مثل تفادي ولادة أطفال ذوي وزن منخفض) و "معالجة" سوء التغذية المعتدل أو الحاد في صفوف الأطفال، وبالتالي منع أضرار هذه الظاهرة طويلة الأجل. ومهما كانت وجهة التركيز المختارة فإن فعالية الإطعام التكميلي تبلغ ذروتها عند إدماج متغيرات تحديد أهداف مختلفة: الضعف، والتقدير التغذوي والغذائية، وانتقاء الأنشطة، ونوع المكملات الغذائية وقيمتها وتوقيتها ومدتها، والمدخلات الفنية الضرورية. وفي العادة فإن توزيع تشكيلة غذائية معقدة (أي أعداد ضخمة وكميات متباينة من السلع الغذائية) يلقي بأعباء ثقيلة على كاهل موظفي المؤسسات الصحية. وقد وضعت مبادئ توجيهية واضحة بشأن تركيب الحصص الغذائية وقيمتها التغذوية (المكملات عالية الطاقة/عالية البروتين) ونوع نظام التوزيع (الإطعام المنزلي أو الإطعام الموقعي) فيما يتصل بمساعدات الطوارئ أو الإغاثة، غير أن الإغاثة، غير أن الحاجة تدعو إلى تطوير مثل هذه الخطوط نشاطاً الإعمار والتنمية.

وتتمتع برامج الإطعام التكميلي بفرصة أكبر للنجاح عند ضمان موارد ومساندة حكومية كافية، وترسيخ التكامل بين مساعدات البرنامج وأنشطة الجهات المانحة الأخرى، وحينما تشارك المنظمات غير الحكومية، والمجتمعات المحلية، وإهم من كل ذلك، النساء، بنشاط في تصميم هذه المشروعات وتنفيذها.

وتعد الغذاء من المدخلات الحاسمة في المرحلة الحرجة للطوارئ. ويعتبر تقدير الاحتياجات التغذوية للمستفيدين الجدد عنصراً أساسياً في خفض الوفيات ودرح ظاهرة سوء التغذية المبكر. ويضطلع الإطعام التكميلي في المراحل المتوسطة والإنعاشية من عمليات الإغاثة بدور حيوي في بناء القدرات المؤسسية في ميدان الرعاية الصحية والتغذوية، وفي تنشيط التنمية المستدامة.

المجلس التنفيذي

الدورة العادية الثالثة

روما، ٢٠ - ٢٣/١٠/١٩٩٧

تقارير التقييم

البند ٥ من جدول الأعمال



Distribution: GENERAL
WFP/EB.3/97/5/Add.4

11 September 1997
ORIGINAL: ENGLISH



مذكرة للمجلس التنفيذي

الوثيقة المرفقة مقدمة للمجلس التنفيذي لينظر فيها

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

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

الموظفان المسؤولان عن الوثيقة هما:

رقم الهاتف: 6513-2029

W. Kiene

مدير مكتب التقييم:

رقم الهاتف: 6513-2034

Y. Gonzalez Coral

موظف التقييم:

الرجاء الاتصال بأمين الوثائق إن كانت لديكم استفسارات تتعلق بإرسال الوثائق المتعلقة بأعمال المجلس التنفيذي أو استلامها وذلك على رقم الهاتف التالي: (6513-2641).



هدف ونطاق التقييم بحسب الموضوع

- ١- ما تزال ظاهرة سوء التغذية الناجم عن نقص البروتين والطاقة وكذلك ظاهرة قصور العناصر الغذائية الدقيقة تنتشر على نطاق واسع في العديد من البلدان النامية، وذلك في ظل استمرار الظروف القاسية لانعدام الأمن الغذائي وقلة الخدمات الصحية وريادة خدمات رعاية الأطفال. وتمثل الفترات الحرجة لسوء التغذية في مرحلة الطفولة المبكرة، والحمل، والإرضاع، حينما تكون متطلبات الأطفال والنساء فيما يتصل بالأغذية والرعاية الصحية عالية. وما لم يتم التصدي لسوء التغذية خلال الطفولة المبكرة فإن آثاره يمكن أن تستمر طيلة فترتي الفتوة والرشد، مما يضر بالأداء المعرفي وبالقدرة على العمل.
- ٢- ويعتبر الحمل عملية محفوفة بالمخاطر المتواصلة على النساء والأجنة على حد سواء. ويشكل الرصد المنتظم خلال الحمل عنصرا أساسيا من عناصر الخدمات الصحية الوقائية، بما في ذلك الاكتشاف المبكر للتعقيدات التي تؤثر على الأم والجنين. ويمثل الوزن الولادي للطفل أهم عامل منفرد من عوامل بقاء المواليد. وفي حين أن انخفاض الوزن الولادي يرجع إلى العديد من الأسباب المختلفة، التي يمكن معالجتها بعضها عبر الرعاية الصحية وحدها (مثل معالجة الملاريا)، فإن انخفاض متحصلات الطاقة وعدم تحقيق زيادة كافية في الوزن خلال الحمل يعتبران من أهم العوامل الرئيسية لانخفاض الوزن الولادي في البلدان النامية.
- ٣- وخلال العقود الثلاثة الأخيرة تمكن البرنامج من تقديم خدماته إلى عدد كبير من الأطفال المهددين والمعانين من سوء التغذية ممن يقل عمرهم عن خمس سنوات، ومن الحوامل والمرضعات (ممن يطلق عليهم تقليديا اسم "المجموعات الضعيفة") وذلك عبر أنماط مختلفة من مشروعات إطعام المجموعات الضعيفة. وفي ضوء ذلك تولى مكتب التقييم تنسيق دراسة بحسب الموضوع بغية تسليط الضوء على الخبرات التي يمكن تطبيقها بما يكفل الامتثال على نحو مرض لمهمة البرنامج الأساسية ألا وهي النهوض بتغذية أشد المجموعات ضعفا وبنوعية حياتها خلال المراحل الحرجة من العمر. ويأخذ بيان مهمة البرنامج في الحسبان أيضا التزامات البرنامج إزاء النساء والموجهة نحو تيسير وصولهن إلى الأمن الغذائي والصحة الأساسية. وبما أن الالتزامات المتجددة إزاء النساء والأطفال تقتضي استعراض سياسات البرنامج وإرساء إجراءات تشغيلية، فإن هذا التقييم يهدف أيضا إلى المساهمة في تطوير القرارات الاستراتيجية.
- ٤- وعلى هذا فقد نفذ استعراض مكنتي لمشروعات إطعام المجموعات الضعيفة التي أجزيت مؤخرا إلى جانب زيارات موقعية لعينة من المشروعات الجارية. وغطى الاستعراض المكنتي^(١) ٢٨ مشروعا إيمائيا جديدا أو توسعا للمشروعات مما أجز بين ١٩٩٠ و١٩٩٦. وتناول طائفة من القضايا الأساسية المتعلقة بتصميم المشروعات وتنفيذها. ولخصت النتائج والاستنتاجات الرئيسية لهذا الاستعراض وللبعثة الميدانية المشتركة بين البرنامج ومنظمة الصحة العالمية في هذا التقرير. وقد درست البعثة مشروعات مختلفة^(٢) وتم انقاء البلدان على أساس ما يلي: حالة الفقر/العجز الغذائي/المؤشرات

(١) ارتكز الاستعراض المكنتي على تحليل عينة من مشروعات الإطعام التكميلي المعانة من البرنامج عبر تمحيص الوثائق التالية: ملخصات المشروعات، وخطط العمليات والتقارير المرحلية للمكاتب القطرية، وتقارير بعثات التقييم أو استعراض الإدارة.
 (٢) جرت زيارة المشروعات التالية: باكستان ٢٢٣٧ (التوسع الثالث) - "مساعدة الرعاية الصحية ١ ولية"، وفيتنام ٣٨٤٤ (التوسع ١ ول) - "مساعدة الرعاية الصحية ١ ولية"، وملاوي ٤٧٨٠ (التوسع ١ ول) - "إطعام المجموعات الضعيفة"؛ وفي تنزانيا زارت البعثة، التي ركزت انتباهها على حالات الإغاثة، أيضا برنامج اريفا لتنمية الطفولة وحمايتها والمحافظة على حياتها (سابقا برنامج دعم التغذية المشترك بين منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسيف) الذي ينفذ دون مساعدة غذائية دولية. وترد بيانات المشروعات المعنية (المستخلصة من وثائق البرنامج ومن المعلومات التي جمعتها البعثة) في الملحق الثاني.



الصحية (انظر الملحق الأول)، وتصميم المشروعات، ومستوى تعاون الأمم المتحدة، ووجود عمليات إغاثة جارية. وانصب التركيز على الأسئلة الرئيسية:

- (أ) ما هي الأهداف الموضوعية وهل تحققت؟
 (ب) من هم المستفيدون المقصودون وهل تم الوصول إليهم؟
 (ج) ما هي المدخلات الغذائية المزمعة أو المقدمة وهل كانت تتناسب مع الفوائد المنشودة؟
 (د) ما هي الموارد المادية والفنية المزمعة أو المقدمة لتعزيز إنجازات المشروعات؟
 (هـ) إلى أي مدى وبأي طريقة تمت العناية بأمر الاحتياجات الغذائية المهمة للنساء والأطفال في ظل حالات اللاجئين؟

أهداف المشروعات

ملاحظات أساسية

- ٥- كشف الاستعراض المكتبي عن أن نحو نصف المشروعات الموجهة إلى الحوامل والمرضعات تهدف إلى تعزيز ترددهن المنتظم على مراكز الرعاية المعنية بمرحلتني ما قبل الولادة وما بعدها (بما في ذلك المشروعات في ملاوي وباكستان وفيتنام). وثمة مشروعات أقل ذات أهداف تتعلق بالتغذية وبالتردد على المراكز على حد سواء. وتهدف معظم المشروعات إلى تنشيط أو تشجيع أو توسيع تغطية التوعية التغذوية والصحية إلى جانب الأهداف المذكورة أعلاه.
- ٦- وفي حالة الأطفال المعانين من سوء التغذية الحاد فإن أشد الأهداف المحددة شيوعاً هو "الإسهام في إعادة التأهيل التغذوي" (بما في ذلك مشروعات فيتنام وملاوي). ويهدف نحو نصف المشروعات الموجهة إلى الفئات الأخرى من الأطفال إلى تحسين التغذية والتردد على المراكز في آن معاً. وتهدف المشروعات الأخرى إما إلى تحقيق أهداف تغذوية مثل: تحسين "الحالة التغذوية" أو "الحد من تدهورها".
- ٧- ولم تكن المؤشرات ونماذج التقارير المعنية لرصد التقدم المحرز على طريق تحقيق الأهداف الفورية مستكملة في نحو نصف خطط العمليات المستعرضة. بل إن مؤشرات رصد تردد الأطفال على الخدمات الصحية والتغذوية ومؤشرات الحالة التغذوية للنساء عانت من رداءة عرضها.

النتائج ذات الصلة

الاستعراض المكتبي

- ٨- أشار نصف تقارير بعثات التقييم أو استعراض الإدارة إلى أن البيانات المقدمة عبر النظم القائمة للرصد والتقييم لا تتيح توثيق أو تقييم التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف. وفي مشروع واحد فحسب (فيتنام) وجدت بعثة للتقييم نظاماً عاماً للرصد والتقييم وذا فائدة في تقدير إنجازات المشروع. ولجأت معظم البعثات في إصدار الأحكام بشأن التقدم نحو إنجاز



الأهداف الفورية على أساس تحليل سجلات المستفيدين في بضعة مراكز صحية أو على المقابلات مع مديري المشروعات والمستفيدين منها. وفي بعض الأحيان أمكن للبعثات أن تستخلص استنتاجات من عمليات المسح التغذوي، أو المقارنات بين سجلات التردد على المراكز الصحية للأمومة والطفولة المعانة وغير المعانة. وفي نصف المشروعات الساعية إلى تحسين حالة الأطفال التغذوية، قُدرت نسبة الأطفال المستفيدين الذين نعموا بالتحسينات المنشودة بين ١٨ و ٥٠ في المائة. ولم تتوافر عموماً أية استنتاجات عن آثار الإطعام التكميلي على النتائج الحملية والجنينية مثل انخفاض الوزن الولادي. وأخيراً فإنه في نحو نصف المشروعات التي تقدم الأغذية كحافز لم يكن هناك وثائق كافية تدعم التقديرات المتصلة بآثار المعونة الغذائية على ارتياد المراكز.

الزيارات الموقعية

٩- في باكستان، يتمثل الهدف الأساسي للمشروع في زيادة تردد الحوامل الفقيرات على وحدات الصحة الأساسية والمراكز الصحية الريفية. وقد درست البعثة السجلات في خمس وحدات صحية وتبين لها أن عدد النساء اللاتي يترددن على هذه الوحدات في الأشهر الخمسة الأولى من الحمل زاد من عدد وسطي قدره ١٤٠ إلى ٢١٠ سنوياً (زيادة بمقدار مرة ونصف المرة تقريباً) منذ استخدام المعونة الغذائية. على أنه عند الأخذ في الحسبان العدد المرتقب للمتوسط للولادات في المناطق التي تغطيها الوحدات الصحية (بين ٦٧٥ و ٩٠٠ في السنة)، يتضح أن نسبة كبيرة من الحوامل (٦٩ - ٧٧ في المائة) لا يستفدن من منافع الخدمات الصحية للأمومة والطفولة، ومن ثم فإنهن لا ينتفعن من المعونة الغذائية. وتتوافق هذه البيانات مع الإحصاءات الصحية القطرية، التي تشير إلى ضعف استخدام الخدمات الصحية لرعاية الأمومة والطفولة حيث لا تزيد نسبة الولادات التي يشرف عليها عاملون صحيون مدربون عن ٣٨ في المائة وحيث تبلغ نسبة الحوامل اللواتي يحصلن على التطعيم من مرض التيتانوس ٣٠ في المائة فقط. وعلى ما يبدو فإن هناك طائفة متنوعة من العوامل الثقافية والاجتماعية التي تعيق المشاركة الكاملة للنساء في الخدمات الصحية الأساسية وانتفاعهن منها.

١٠- وفي فيتنام، وفيما يتصل بالهدف الأساسي للمشروع المتمثل في توسيع تغطية الخدمات الصحية للأمومة والطفولة وزيادة استخدام الحوامل لها قامت البعثة بدراسة تقارير الرصد والتقييم ولاحظت التحولات الشاملة التالية بين عام ١٩٩٣ (قبل بدء المشروع) وعام ١٩٩٦: زيادة في تغطية رعاية مرحلة ما قبل الولادة من ٥٧ إلى ٧١ في المائة؛ زيادة بمقدار الضعفين تقريباً في العدد المتوسط للاستشارات لكل حالة حمل (من ١,٧ إلى ٣) وفي نسبة عدد الأطفال الذين يتم وزنهم عند الولادة (٢٧ إلى ٦٣ في المائة)؛ وزيادة تناهز خمسة أضعاف في تغطية الرعاية بعد الولادة (من ١٩ إلى ٧٩ في المائة) وفي نسبة الأطفال دون سن الثالثة المنخرطين في أنشطة رصد النمو. ولوحظت إنجازات مماثلة في تقارير ١٩٩٥-١٩٩٦ في مقاطعتين (توانيين وتوانغ تري) زارتهما البعثة: زيادة بمقدار ضعفين في تغطية الرعاية قبل الولادة؛ وزيادة بمقدار ثلاثة أضعاف في تغطية الرعاية بعد الولادة؛ وزيادة بين ضعفين إلى أربعة أضعاف في رصد نمو الأطفال دون سن الثالثة. وتأكدت البعثة من هذا الاتجاه من خلال التحليلات العشوائية للبيانات المتاحة من عينة المراكز الصحية المجتمعية التي جرت زيارتها.

١١- وفي كل المناطق الثلاث التي زارتهما البعثة أشارت التقارير إلى انخفاض نسبة انتشار سوء التغذية الحاد الناجم عن نقص البروتين والطاقة بين عامي ١٩٩٥ و ١٩٩٦ (وذلك مثلاً من ٢٠,١ في المائة إلى ٨,٣ في المائة في منطقة كام لو). ويشير تقرير الرصد والتقييم إلى أن معدل انتعاش الأطفال المعانين من سوء التغذية الحاد يبلغ ٨٢ في المائة وهو معدل استثنائي طيب لنظام للحصص المنزلية. غير أن دراسة رسوم النمو البيانية في مراكز صحة الطفولة التي تمت زيارتها كشفت أن غالبية الأطفال المختارين هم في الواقع من المعانين بصورة معتدلة لا حادة من سوء التغذية.



١٢- وفي ملاوي، يتمثل الهدف الرئيسي للمشروع في المحافظة على الارتياح المنتظم للأطفال "المهددين" والحوامل والمرضعات، والإسهام في إنعاش الأطفال المعانين من سوء التغذية الحاد. وقيمت البعثة المعلومات التي جمعتها خلال زيارتها لثلاثة من أقسام العناية بالأطفال. ويغطي مشروع ملاوي المستفيدين المزمعين من خلال المستوصفات الصحية للأمومة والطفولة أو من خلال المراكز المجتمعية. وزارت البعثة مركزاً واحداً ينفذ فيه برنامج تغذية مجتمعي لم يعد يتلقى المساعدات الغذائية. وكشف تحليل لسجلات المركز أن الأطفال الذي يعجزون عن اكتساب زيادة في الوزن خلال فترة ما قبل الحصاد (فبراير/شباط - مارس/آذار) يعاودون نموهم الطبيعي بعد الحصاد. وقد هبطت معدلات ارتياح الأطفال المعانين من سوء التغذية لمستوصفات التغذية، التي يحالون إليها للحصول على الإطعام التكميلي، في غضون بضعة أشهر فحسب من وقف مساعدات البرنامج. ومن جهة أخرى فإن نسبة الحوامل اللاتي يزرن المراكز ثلاث إلى أربع مرات خلال الحمل ظلت على حالها نسبياً.

١٣- وفيما يتعلق بالحالات القصوى لسوء التغذية الحاد (مرضا كواشيركور ومارازموس) لاحظت البعثة أن نتائج أنشطة الإنعاش لم تكن مرضية على الإطلاق: فلقد كان معدل الوفيات عالياً (بين ١٨ إلى ٢٠ في المائة) في أقسام الأطفال المزاراة في مستشفيات المناطق، وذلك أساساً بسبب الأمراض السارية. وفي ظل الافتقار إلى التوعية الغذائية وإلى متابعة الرصد بعد انتهاء الإقامة في المستشفيات فإن معدل العودة إلى المستشفيات عالٍ كما يشير الموظفون الصحيون الذين شملتهم المقابلات. فبعد الخروج من المستشفيات فإن الأطفال، الذين لا يمنحون حصصاً منزلياً للإطعام التكميلي، يعودون إلى تناول وجبات الأسر الفقيرة.

تحديد الأهداف

ملاحظات أساسية

١٤- تمتص المساعدات الغذائية الموجهة إلى الأمهات والأطفال حالياً نحو خمس الموارد الإنمائية للبرنامج. كما توجه نسبة تصل إلى ١٠ في المائة من موارد الطوارئ إلى المراكز الصحية للأمومة والطفولة لدعم الإطعام التكميلي أو الإطعام العلاجي.

١٥- يندرج نصف البلدان التي شملها الاستعراض المكتبي في فئة أقل البلدان نمواً (بما في ذلك ملاوي)، كما أن نصفها لم يحقق أهداف الحالة الصحية الأساسية (ملاوي)^(١). ويُعتمد تحديد الأهداف الجغرافي في أكثر من ٨٠ في المائة من المشروعات (بما في ذلك ملاوي وباكستان وفيتنام). وتشمل الفئات المشتركة لمعايير انتقاء المستفيدين: (أ) الفقر أو الاحتياجات الغذائية المقاسة بالمؤشرات الاقتصادية - الاجتماعية أو بإنتاج/توافر الأغذية؛ (ب) رداءة الحالة الصحية والتغذية؛ (ج) انخفاض معدلات استعمال الخدمات الصحية؛ (د) توافر الموارد الحكومية الضرورية.

١٦- وفي حين أنه ليس هناك من نظام انتقاء منفرد يستخدم في المشروعات التي تقدم فيها المساعدات الغذائية للأطفال عبر مراكز الرعاية النهارية أو دور الحضانه، فإن ٨٠ في المائة من المشروعات الموجهة إلى الأطفال من خلال

(١) تحدد استراتيجية الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ التي تعتمدها منظمة الصحة العالمية ثلاثة أهداف متصلة بالحالة الصحية وهي: متوسط عمر مرتقب عند الولادة يزيد عن ٦٠ عاماً، ومعدل لوفيات اطفال دون سن الخامسة يقل عن ٧٠ لكل ١٠٠٠ حالة ولادة، ومعدل وفيات للرضع يقل عن ٥٠ لكل ١٠٠٠ حالة ولادة.



المؤسسات الصحية تختار هؤلاء الأطفال على أساس الحالة التغذوية (الوزن بحسب العمر في ملاوي وفيتنام). وبشكل عام فإن معايير الانتقاء التغذوي تركز على المستويات الصحية القطرية التي تبرز في رسوم النمو البيانية أو بطاقات الأمهات الصحية. وفي المشروعات المتبقية فإنه إما أن يتلقى كل الأطفال المنتمين إلى نطاق عمري معين الأغذية، أو أن الانتقاء يستند إلى الحالة الاقتصادية - الاجتماعية لأبائهم.

١٧- وفي نحو ثلث المشروعات الموجهة إلى النساء فإن من حق جميع الحوامل والمرضعات اللاتي يستشن المؤسسات الصحية الحصول على المكملات الغذائية. وفي المشروعات المتبقية فإن الانتقاء الفردي يستند إلى طائفة متنوعة من المعايير الصحية والتغذوية والاقتصادية - الاجتماعية المحددة بجلاء (مثل "الفقر" في باكستان، وتشمل المؤشرات في ملاوي، ضمن ما تشمل، انخفاض الوزن، وفقر الدم السريري، والنساء دون الخامسة عشرة أو فوق الخامسة والثلاثين من العمر).

الاستنتاجات المهمة

الاستعراض المكتبي

١٨- لم يشكك أي من تقارير بعثات التقييم أو استعراض الإدارة التي جرت دراستها بفائدة تحديد الأهداف الجغرافي. ورغم ذلك فإن نحو نصفها لاحظ وجود مشكلات في هذا تحديد الأهداف وأوصى بتقليل التغطية أو بتغيير وجهة التركيز (أي لصالح المناطق الريفية). وذكرت بضعة تقارير بعثات أن العمال الصحيين يراعون معايير انتقاء المستفيدين، ولكن العديد من البعثات الأخرى أشارت إلى مشكلات تتصل بالتحديد غير الواضح أو باستخدام معايير مفرطة التعقيد لانتقاء المستفيدين أو صرفهم. وأوصى نحو نصف البعثات بإجراء تغييرات في معايير انتقاء المستفيدين بهدف النهوض بتحديد الأهداف واستخدام الموارد الغذائية على نحو أفضل.

الزيارات المتوقعة

١٩- في باكستان، تم انتقاء المرافق الصحية جغرافياً تبعاً لتخلف المنطقة ودرجة فقرها، وليس هنالك من انتقاء إضافي مزعم في المناطق التي تم تحديدها. ولقد لاحظت البعثة أن هناك حالات انتقاء فردية في بعض مراكز الرعاية الصحية، وفي هذه الحالات فإن "فقر" النساء جرى تقديره وفقاً للاعتبارات الذاتية للعاملات الصحيات أو الموظفين الطبيين. وعلى المستوى العملي فإن هناك بعض البلبله بشأن من يتمتع فعلياً بحق الحصول على المساعدات الغذائية.

٢٠- وفي فيتنام، تبين أن وضع الأمن الغذائي أسوأ بالفعل في المقاطعات المختارة (تبلغ حصة الفرد من إنتاج الأرز ١٢٦ كيلو غراماً في السنة مقابل المتوسط القطري وقدره ٢٢٧ كيلو غراماً). وفي العديد من المناطق المختارة كانت هناك مؤشرات عن الرداءة البالغة للتغذية والصحة قبل بدء مساعدة البرنامج. وأشارت البيانات على مستوى الأفضية لعام ١٩٩٦ إلى انتشار انخفاض الوزن الولادي بنسبة ١١ إلى ١٢ في المائة، وهي نسبة تعتبر "عالية" وفقاً للتصنيف الذي توصي به منظمة الصحة العالمية. وفي بعض المجتمعات المحلية التي زارتها البعثة، ذكرت التقارير أن انخفاض الوزن الولادي قد هبط من المستوى "العالي" (نحو ١٢ في المائة عام ١٩٩٥) إلى المستوى "الخفيف أو المعتدل" (١,٧ في المائة عام ١٩٩٦)، وهو ما قد يدفع إلى تعديل استراتيجية تحديد الأهداف. وفيما يتصل بالانتقاء الفردي للأطفال، تبين للبعثة أن النظام الراسخ لرصد النمو قد أسهم في الانتقاء الفعال للأطفال المعانين من سوء التغذية وفي متابعة أحوالهم.



٢١- وفي ملاوي، تعذر على البعثة تقدير مدى كفاية تحديد الأهداف الجغرافي بسبب الافتقار إلى البيانات على مستوى الأفضية فيما يتصل بالفقر، ومعدلات انتشار سوء التغذية، ومعدلات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة. وفيما يتصل بتحديد الأهداف الفردي لاحظت البعثة أن فقر الدم السريري (أي "الشحوب") كان أكثر المؤشرات شيوعاً عند انتقاء الحوامل. وعلى ما يبدو فإن الموظفين الصحيين لم يتلقوا تعليمات واضحة ولهذا فقد استندوا في الانتقاء على الأحكام السريرية.

٢٢- وكان من المفروض أن يستفيد الأطفال المعانين من سوء التغذية المعتدل (أي الذين يقل وزنهم عن نسبة ٨٠ في المائة من الوزن بحسب العمر) من حصص منزلية للإطعام التكميلي. وقد تبين أن اختيار الأطفال يعتمد باستمرار على رسوم النمو البيانية. على أن البعثة وجدت أنواعاً مختلفة من الرسوم البيانية. فبعض هذه الرسوم لا يفرق بين الأطفال المعانين من سوء التغذية بصورة خفيفة أو معتدلة، بينما لا تفرق رسوم أخرى بين المعانين من سوء التغذية الحاد أو المعتدل. ونتيجة لذلك فإن الإطعام التكميلي لم يقتصر على الأطفال المعانين من سوء التغذية المعتدل، بل قدم كذلك إلى الأطفال المعانين بدرجات متفاوتة من سوء التغذية.

المدخلات الغذائية

ملاحظات أساسية

٢٣- كشف الاستعراض المكتبي عن أن ثلثي المشروعات الموجهة نحو الأطفال المعانين من سوء التغذية الحاد توفر الإطعام الموقعي، حسب ما هو مستصوب للإنعاش الفوري لضحايا سوء التغذية الحاد (ينطبق ذلك على ملاوي لا على فيتنام). وتتماشى أنواع الأغذية المقدمة للإنعاش الموقعي للأطفال المعانين من سوء التغذية الحاد عموماً مع المعايير المتفق عليها دولياً. غير أن المحتوى التغذوي لهذه المواد غير كاف في بعض الأحيان ولاسيما من زاوية الطاقة. وفيما يتصل بالأطفال المهديين أو المعانين من سوء التغذية المعتدل فإن نحو ثلثي المشروعات توفر حصصاً منزلية. ويقدم نحو نصف تلك المشروعات الحد الأدنى من متحصلات الطاقة المستصوب للنهوض بالحالة التغذوية لهذه الفئة من ضحايا سوء التغذية^(١).

٢٤- ولا تصل الحصص الغذائية في أكثر من نصف المشروعات ذات الأهداف المتصلة بتغذية المرأة إلى المستويات الدنيا المستصوبة من الطاقة^(٢). وعلى النقيض من ذلك فإنه في أكثر من نصف المشروعات ذات الأهداف التحفيزية فإن الحصص الغذائية كافية لتوفير الدعم التغذوي للنساء (فيتنام وملاوي، وإن كان ذلك لا ينطبق على باكستان). وتبين أن الحصص المكونة من سلعة واحدة فحسب (طعام مخلوط أو زيت نباتي) هي أبعد ما تكون عن الامتثال لمتحصلات الطاقة الدنيا المستصوبة لأي فئة من فئات المستفيدين. على أن البعثة لاحظت أنه في هذه الحالات فإن الحصص الغذائية تقدم كحافز لتشجيع النساء على تلقي الرعاية الصحية.

(١) تبلغ الحصة الغذائية اليومية المستصوبة للأطفال المعانين من سوء التغذية المعتدل ٣٥٠ سعرا حراريا إلى ٥٠٠ سعرا حراريا عند الإطعام الموقعي، و٧٠٠ سعرا حراريا إلى ١٠٠٠ سعرا حراريا في حال تقديم حصص غذائية منزلية جافة.
(٢) من المستصوب أن تتناول الحوامل في صفوف السكان حسني التغذية عموماً حصة طاقة غذائية يومية متوسطة قدرها ٣٥٠ سعرا حراريا يوميا خلال الثلثين الثاني والثالث من الحمل، و٥٠٠ سعرا حراريا خلال فترة الإرضاع. وعند توفير حصص منزلية ينبغي تقديم كميات لا تقل عن ٧٠٠ إلى ١٠٠٠ سعرا حراريا يوميا.



٢٥- وفي باكستان استعويض عن الحصص الغذائية، المكونة من خمس سلع (القمح المدعم (خليط القمح والصويا)، والبقول، والزيوت النباتية، والسكر، والشاي) في أواخر عام ١٩٩٤ بسلعة منفردة (الزيوت النباتية). وفي فيتنام تقدم ثلاث سلع للأطفال (الأرز، دقيق الصويا، الزيت النباتي) وسلعتان للنساء (الأرز والزيت النباتي). وفي ملاوي هناك ثلاثة أنواع من الحصص الغذائية تتضمن سبع سلع: إذ تتلقى النساء والأطفال المعانين من سوء التغذية المعتدل حصصا غذائية منزلية جافة مكونة من ثلاث سلع (مسحوق الذرة والفاصولياء للنساء، ومسحوق الذرة ودقيق الصويا للأطفال)، بينما تقدم للأطفال المعانين من سوء التغذية الحاد أربع سلع هي ليكوني فالو (وهو خليط منتج محليا من مسحوق الذرة ودقيق القمح)، والزيت، والسكر، واللبن المجفف كامل الدسم. وفي المشروعات الثلاثة تتراوح تكلفة المستفيد السنوية بين ١٧ و ٣٠ دولارا، علما بأن الأغذية تمتص نحو ٦٥ إلى ٧٥ في المائة من التكلفة الإجمالية للمشروع^(١). ووفقا للتقديرات فإن قيمة الحصص الغذائية تعادل نحو ٥ إلى ١٠ في المائة من الدخل الأسري.

الاستنتاجات المهمة

الاستعراض المكتبي

٢٦- حدد أقل من نصف تقارير الاستعراض أو التقييم مشكلات رئيسية متكررة تتصل بتوريد السلع إلى البلدان. وفي بقية المشروعات لم تكن المشكلات تكمن في جانب التوريد بل في جانب توزيع السلع ضمن البلدان المعنية. وأسفر تعرقل وصول الأغذية إلى مواقع المشروعات عن فترات انقطاع طويلة أثرت على كل المستفيدين المقصودين. وفي بعض الحالات ذكر أن أداء عمليات تسليم البرنامج قد أعاق بشدة الإنعاش التغذوي للأطفال المعانين من سوء التغذية الحاد. وفيما يتصل بالسلع المحددة، فإن استخدام الأغذية المخلوطة المنتجة محليا في بعض المشروعات قد اعتبر مفيدا، بينما تبين أن الإنتاج في بعضها الآخر غير كاف لتلبية الطلب.

الزيارات الموقعية

٢٧- وفي باكستان الحصص الغذائية للاجنات البالغ قدرها ٢,٢٥ كيلوغرام من الزيت اختيرت لدورها في نقل الدخل وما لها من قيمة "ألفا"^(٢) حصرا، فإن من الواجب رغم ذلك الإشارة إلى أنها توفر نحو ١٣١ سعرا حراريا يوميا، وأنها غير كافية كمكمل تغذوي من زاويتي السرعات والبروتينات. وفي فيتنام وملاوي فإن الحصص الغذائية المقدمة للحوامل والمرضعات، والمستخدمه كما في باكستان كحافز، تندرج ضمن نطاق الطاقة المستصوب. وفيما يتصل بالأطفال المعانين من سوء التغذية الحاد فإن الحصص الغذائية اليومية (٩٧٨ سعرا حراريا) في فيتنام، والتي توزع كحصص منزلية جافة، غير كافية للإنعاش العاجل والذي يفضل أن يكون إنعاشا موقعا. غير أن هذه الحصص كافية كحصص منزلية للأطفال المعانين من سوء التغذية المعتدل الذين يشكلون على ما يبدو النسبة العظمى من المستفيدين الفعليين. ومن جهة أخرى فإن الحصص الغذائية الموقعية في ملاوي التي تقدم للأطفال المعانين من سوء التغذية الحاد توفر، على نحو مناسب، طاقة كافية (١ ٨١٨ سعرا حراريا) لإنعاش المجموعة المقصودة. وفي الحقيقة فإن محتوى الطاقة في الحصص الغذائية المقدمة

(١) للمقارنة: في المدارس حيث تقدم المعونة الغذائية على امتداد ١٦٠ يوما تقريبا في العام، فإن التكلفة الوسطية السنوية هي نحو ١٨ دولارا للطالب المستفيد.

(٢) يشكل نقل الدخل (٢٠٠ إلى ٢٣٠ روبية باكستانية) نحو ١٠ في المائة من الدخل ١ سري الشهري للعائلات الفقيرة التي تعتمد على خدمات الصحة الأساسية الحكومية المجانية. وتقارب قيمة ألفا (أي نسبة القيمة للمستفيد مقابل قيمة ا غذية) حد التكافؤ.



للأطفال الآخرين المعانين من سوء التغذية (٢٧٢ ١ سعرا حراريا) يتجاوز فعليا حد الطاقة الأدنى المستصوب في الحصص الغذائية المنزلية.

٢٨- ولوحظت بعض المشكلات فيما يتصل باختيار السلع ومدى تقبلها. ففي باكستان فإن الزيت النباتي غير المدعم بفيتامين ألف؛ وفي ملاوي فإن خليط/لوكيني فالالا غير المدعم بالعناصر المغذية الدقيقة^(١). وفي كل من ملاوي وفيتنام فقد أشارت التقارير إلى ضعف استخدام دقيق الصويا لأن النساء يعتبرنه غير مستساغ ومن ثم فإنه غير صالح كطعام تكميلي للأطفال. وفي ملاوي تنفذ أنشطة واسعة النطاق الآن لإقناع النساء بزراعة فول الصويا بأنفسهن لاستخدامه كطعام تكميلي. ولقد لوحظ أن طرق إعداد فول الصويا غير ملائمة في أغلب الحالات.

٢٩- وفي المشروعات الثلاثة قيد البحث أشارت التقارير إلى أن الإمدادات الغذائية وعمليات استخدامها، والتي أخضعت للرصد بانتظام، تتسم بالعشوائية. وتحقق أفضل أداء في عمليات تسليم الأغذية في بعض مواقع المشروع في فيتنام حيث تبدو هذه العمليات منتظمة وحسنة التوقيت بالنسبة لكل السلع الثلاث. وفي باكستان تم في الواقع توزيع نحو ٥٠ في المائة فحسب من الالتزامات المزمعة نتيجة الافتقار إلى اتفاق بشأن المناطق المؤهلة لتلقي المساعدة وبسبب القيود المالية الحكومية. وفي ملاوي، حيث يشمل المشروع عدداً كبيراً من السلع، فقد دعت الحاجة إلى موظفين إضافيين للمساعدة في توزيع الأغذية. وأشارت التقارير إلى حدوث إفراط أو نقص في توزيع بعض السلع الغذائية. وفي بعض الحالات لوحظ أن هناك ثغرات في إمدادات البرنامج الغذائية، وهي ثغرات يتم سدها من خلال التوريد المحلي للسلع، على أنه ليس هناك من أدلة على أن أداء توريد السلع المشتراة محلياً يختلف عما هو عليه الحال بالنسبة للسلع المستوردة.

دعم المشروع

ملاحظات أساسية

٣٠- يقل مستوى المساهمات المالية الحكومية في الميزانيات الإجمالية للمشروعات في نسبة عالية للغاية من البلدان المصنفة في فئة أقل البلدان نمواً عن ٤٠ في المائة. وفي نصف البلدان الأخرى تسهم الحكومات بمقدار ٤٠ في المائة أو أكثر من إجمالي ميزانيات المشروعات. وتقدم وكالات الأمم المتحدة الأخرى الدعم إلى بقية المشروعات قيد الاستعراض. وتأتي منظمة اليونيسيف والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية في طليعة الشركاء الذين تشير التقارير إلى توفيرهم للدعم الفني أو المادي في القطاع الصحي. وتوفر المنظمات غير الحكومية المساندة أو أنها تشارك مباشرة في تنفيذ نحو نصف المشروعات. ويدعم البرنامج تقديم السلع غير الغذائية في نحو ٦٠ في المائة من المشروعات، وذلك في غالب الأحيان لسلع تتعلق بالنقل، وبصورة أقل فيما يتصل بإعداد الأغذية أو تخزينها، وبالمعدات أو الإمدادات اللازمة لدعم النوعية الصحية والغذائية. ويشارك أفراد المجتمعات المحلية بدرجات متفاوتة في تشغيل ما يقرب من ربع المشروعات.

٣١- وفي المشروعات الثلاثة التي أخضعت للتحليل تتراوح المساندة الحكومية بين ٩ و ٣٦ في المائة من التكلفة الإجمالية للأنشطة الغذائية، إضافة إلى تغطية تكاليف الموظفين وتكاليف إمداد المؤسسات الصحية. وتتراوح قيمة مدخلات البرنامج

(١) هناك خطط لتدعيم خليط/لوكيني فالالا بالعناصر المغذية الدقيقة وتسويقه تجارياً. غير أنه بالنظر إلى ارتفاع سعره فإن من المستبعد أن تشتري النساء الفقيرات هذا الخليط بعد توقف دعم البرنامج.



غير الغذائية، التي تتضمن النقد أو السلع غير الغذائية بين ٠,٥ في المائة من إجمالي تكاليف المشروع في باكستان إلى ٣,٧ في المائة في فييتنام.

٣٢- وفي فييتنام. ساهم البرنامج بمبلغ ١٢٠ ٠٠٠ دولار لمساندة تنفيذ المشروعات؛ مثل تصميم دليل لمراكز رعاية الحمل والخدمات الصحية للأمومة والطفولة لتوزيعه على جميع المراكز الصحية المجتمعية المستفيدة، والتدريب، والإشراف، معالجة البيانات وتحليلها. وفي ملاوي تم الاتفاق على البرمجة المشتركة في المقاطعات ذات الأولوية بالنسبة للحكومة والبرنامج مع كل من البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية وعدد مختار من المنظمات غير الحكومية.

الاستنتاجات ذات الصلة

الاستعراض المكتبي

٣٣- أشارت الغالبية العظمى من التقارير المرحلية للمكاتب القطرية إلى وجود مشكلات "معتدلة" فيما يتصل بعمليات الرصد والمساهمات الحكومية الفعلية. وفي الحقيقة فإن نحو ثلث تقارير البعثات يوصي بإدخال تحسينات على إشراف الحكومات على أنشطة المشروعات، وذلك من خلال التدريب أو الدعم اللوجستي. ويدعو ثلث تقارير البعثات إلى الشروع في المشاركة المجتمعية في تنفيذ المشروعات أو تعزيزها بغية زيادة الاكتفاء الذاتي، وللتخفيف من الأعباء الإدارية الملقاة على كاهل سلطات المشروعات.

الزيارات الموقعية

٣٤- في باكستان، لاحظت البعثة عدم توافر خطوط توجيهية موحدة تتعلق باكتشاف حالات الحمل ومتابعتها، وكذلك ضعف نظام المعلومات الصحية. وبالإضافة إلى هذا فإن بعض وحدات الصحة الأساسية والمراكز الصحية الريفية التي زارتها لبعثة كانت تفتقر إلى المعدات والأدوية الأساسية. على أنه نحو نهاية عام ١٩٩٦، أنشئت شبكة من العائلات الصحية غير المتفرغات في ظل برنامج العمل الاجتماعي. وتضطلع العائلات الصحية المذكورات بمسؤولية توفير المشورة عن مسائل الصحة والتغذية وتقدير الحالة التغذوية على مستوى القرية عبر رصد نمو الأطفال دون سن الخامسة ومراقبة وزن الحوامل. ولاحظت البعثة بالفعل زيادة في ارتياد الحوامل والمرضعات الأطفال لوحدات الصحة الأساسية والمراكز الصحية الريفية بفضل الإحالات من العائلات الصحية القرويات.

٣٥- وفي فييتنام، قدمت وزارة الصحة أنواعاً مختلفة من الموارد المادية والبشرية لمساندة التنفيذ الفعال للمشروع وهو ما شمل: بناء مراكز صحية جديدة للأطفال، وتوفير الموازين لوزن الرضع والأطفال، وزيادة عدد الموظفين الصحيين. ووفر البرنامج الأموال لإصدار خطوط توجيهية لرعاية صحة الأمومة والطفولة. ولاحظت البعثة توافر نسخة من هذه الخطوط في كل مركز صحي للأطفال من المراكز التي زارتها. ورأى الموظفون الذين شملتهم المقابلات أن هذه الخطوط مفيدة للغاية.

٣٦- وفي ملاوي، أعدت موارد توعية غذائية بشأن الأغذية التكميلية في مرحلة الفطام. وعلى ما يبدو فإن توريد الأدوية يتم بشكل معقول فيما عدا أدوية التهابات الناجمة عن الديدان الأسطوانية وديدان الملقوة العفجية وأدوية البلهارسيا، وكلها أمراض ذات آثار تغذوية سلبية وشائعة في المناطق الريفية.



٣٧- وبشكل عام يبدو أن التعاون مع وكالات الأمم المتحدة الأخرى ضئيل للغاية. وفي الحقيقة فإن مطبوعات وكالات الأمم المتحدة في البلدان الثلاثة المعنية قلما تشير، إن أشارت على الإطلاق، إلى مساعدات البرنامج لقطاع الصحة. ومن جهة أخرى فإن التعاون مع المنظمات غير الحكومية حقق نجاحاً كبيراً للغاية في بعض الحالات.

الاحتياجات الغذائية الحرجة في حالات الإغاثة

ملاحظات عامة

٣٨- وتؤدي الكوارث، الطبيعية منها والتي هي من صنع الإنسان، في غالب الأحيان إلى حدوث نقص في الأغذية يعرض الوضع التغذوي للخطر وينسبب في ارتفاع معدلات الوفيات. وعلى هذا فإن التغذية هي شاغل أساسي من شواغل إدارة الطوارئ، وقد يكون للمعونة الغذائية دور حيوي في هذا الميدان. ويعد ضمان تلبية الاحتياجات التغذوية والغذائية للسكان المنكوبين بالكوارث، أو اللاجئين، أو النازحين على نحو كاف عنصراً رئيسياً من عناصر التصدي لحالات الطوارئ. وفي حين أن الشاغل الأكثر إلحاحاً هو ضمان تلبية المتطلبات من الطاقة والبروتين، فإن النقص المبكر لحالات نقص العناصر الغذائية الدقيقة (التي يمكن أن يؤدي بعضها إلى العمى، والعجز، وحتى الوفاة) هو أمر أساسي بدوره. وتتعرض المجموعات السكانية التي تعتمد كلياً على طائفة محدودة من البنود الغذائية الأساسية لمدة تزيد على شهرين لخطر الإصابة بحالات نقص العناصر الغذائية الدقيقة. وتشمل هذه الحالات نقص فيتامين جيم أو الإسقربوط، ونقص الفيتامين (فيتامين باء ١) أو البيربيرري، ونقص حامض النيكوتين أو البيلاغرا.

٣٩- وهناك فئتان رئيسيتان من برامج توزيع الأغذية في الأنشطة المتعلقة بالطوارئ هما: التوزيع العام للأغذية (حصاة غذائية فردية توزع على كل السكان)؛ والتوزيع الانتقائي للأغذية الذي يوفر غذاء إضافياً لمجموعات ضعيفة معينة (الإطعام التكميلي تحديد الأهداف أو الشامل) ولأولئك المحتاجين إلى إنعاش تغذوي (الإطعام العلاجي). وتدعو الحاجة إلى الإطعام التكميلي المعمم أو تحديد الأهداف حين يتفشى سوء التغذية الطفولي على نطاق واسع للغاية و/أو في المراحل الأولى من حالة للطوارئ عندما تكون الحصص الغذائية العامة غير كافية مؤقتاً. أما الإطعام العلاجي فهو ضروري لخفض معدل الوفيات في صفوف الرضع وصغار الأطفال المعانين من سوء التغذية الحاد.

٤٠- وخلال حالات الطوارئ الغذائية، لا تتأثر المجموعات المختلفة من الناس بذلك بصورة متساوية ولذا فإن الاحتياجات تتباين. وعلى هذا فإن برامج الإغاثة الغذائية تخطط وتنفذ على أساس تقديري تغذوي أولي سريع يعقبه رصد ("إشراف") مستمر. وتتولى القيام بعمليات التقدير والرصد هذه في العادة مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين بالتعاون مع المنظمات غير الحكومية. وتوفر المنظمات المذكورة طائفة واسعة من الخدمات، بما في ذلك ترتيبات الإطعام التكميلي والعلاجي^(١). وفي الغالب فإن المرافق المنشأة للاجئين توفر خدماتها أيضاً للسكان المحليين المقيمين في المناطق المجاورة.

٤١- ومن المفيد تقسيم توفير مساعدات الإغاثة إلى ثلاث مراحل هي: المرحلة الحادة، والمرحلة الوسيطة، ومرحلة الإنعاش. وقد أطلعت البعثة على جميع المراحل الثلاث هذه لعمليات الطوارئ حيث زارت موقعين للمشروع في باكستان

(١) على سبيل المثال فإن منظمة توفير المأوى العالمية كانت تعمل على تنفيذ إطعام موقعي، شبيه بمطابخ الحساء، للاجئين ١ فغان الوافدين حديثاً.



هما: برنامج شبكة حماية يستند إلى مركز صحي وموجه للاجئين الأفغانيات (باكستان ٤٢٥٦) (التوسع السابع) - برنامج شبكة الحماية والإعمار البيئي في المناطق المتأثرة باللاجئين في باكستان، والسكان المقصودين للانتفاع من عملية طوارئ جديدة - باكستان ٥٨١٨ - الأفغان في بيشاور). وفي تنزانيا زارت البعثة مخيمات اللاجئين في كيموغا وكاسولو التي تشكل جزءاً من عملية الإغاثة الممتدة رواندا/بروندي ٥٦٢٤ (التوسع الثاني) - المساعدة الغذائية لضحايا نزاع رواندا/بوروندي.

الاستنتاجات ذات الصلة

المرحلة الحادة

- ٤٢- تباينت المساعدة المقدمة إلى اللاجئين الوافدين حديثاً في باكستان وتنزانيا تبايناً ملحوظاً. فلقد كان من العسير على اللاجئين الأفغان في باكستان الحصول على الماء والوقود والرعاية الصحية. وقدم البرنامج كميات محددة فحسب من الأغذية من خلال توزيع مخزونات مخصصة لمشروعات أخرى في الوقت الذي كانت تجيز فيه عملية الإغاثة ٥٨١٨. ولم تنفذ أي عمليات فحص صحية أو مسح تغذوية كما لم تتخذ أية ترتيبات للإطعام التكميلي أو العلاجي.
- ٤٣- أما في تنزانيا فإن الوافدين الجدد من جمهورية الكونغو الديمقراطية (زائير سابقاً)، والذين وصل عددهم في قمة التدفق إلى ٥ ٠٠٠ نسمة يعبرون الحدود يومياً، يخضعون للفحص لاكتشاف ما يعانون من مشكلات صحية في "مركز عبور" مؤقت في كيبيرييسي، ثم ينتقلون بعد ذلك إلى "مركز احتفاظ" في كيموغا حيث يتلقون المعونة الغذائية. وتشارك العديد من المنظمات الدولية غير الحكومية في هذه العملية (كاريتاس، والصليب الأحمر الدولي، وأطباء بلا حدود، وورلد فيجن). ويستخدم أسلوب قياس محيط الزند لفحص الأطفال عند وصولهم، ويحال أولئك الذين يقل محيط زندهم عن ١٣,٥ سم إلى قسم التغذية حيث يخضعون للمزيد من التقييم على أساس الوزن بحسب الطول. وقد أشارت التقارير إلى أن نسبة المصابين بسوء التغذية الحاد في صفوف الأطفال دون الخامسة الوافدين حديثاً بلغت ١٣,٧ في المائة^(١). ويحتفظ بالأطفال المصابين بصورة حادة في قسم التغذية لمدة تتراوح بين ٥ إلى ٢١ يوماً، أما الأطفال المعانين من سوء التغذية المعتدل فيتلقون إطعاماً تكميلياً (في صورة حصة غذائية منزلية من الأغذية المخلوطة المدعمة). وتتوافر مبادئ توجيهية بشأن إدارة حالات سوء التغذية والأمراض الشائعة، وتنفذ أنشطة التوعية التغذوية قبل توزيع الحصص الغذائية.

المرحلة المتوسطة

- ٤٤- هناك مرافق صحية لرعاية الأمومة والطفولة وأخرى للإطعام التكميلي في مخيمات اللاجئين في متابيللا وموبوفوسي في تنزانيا. ويتلقى اللاجئون حصة غذائية عامة^(٢) فحسب ويخضعون لرصد وثيق لاكتشاف أية مشكلات صحية وغذائية محتملة. واستخدم بعض اللاجئين الذين وصلوا في مرحلة سابقة آليات تكيف ذاتية، ويمتلك بعضهم حدائق حول أكواخهم حين يزرعون الذرة وعباد الشمس والكسافا. وفي كلا المخيمين أوقف الإطعام الانتقائي بعد أن تبين من مسح أجرته مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين أن الحالة التغذوية للأهالي والأطفال دون سن الخامسة طيبة وأنها

(١) باستخدام معيار الوزن بحسب الطول > ٧٠ في المائة من المستوى القياسي.

(٢) تتألف الحصة الغذائية العامة في مخيمات تنزانيا من ٣٥ غراماً من مسحوق الذرة، و ١٢٠ غراماً من البقول، و ٢٠ غراماً من الزيت النباتي، و ٥ غرامات من الملح، و ٣٠ غراماً من خليط الذرة وفول الصويا.



لم تعد تستدعي تقديم الإطعام الانتقائي. ونفذت عملية مسح تغذوي غطت نحو ٢ ٠٠٠ طفل من كلا المخيمين بعد ثمانية أسابيع من إنهاء الإطعام الانتقائي. واتضح أن نسبة ثمانية في المائة من الأطفال يعانون من سوء التغذية الحاد وجررت إحالتهم إلى مركز الإطعام العلاجي. وتقرر استئناف الإطعام التكميلي للأطفال المعانين من سوء التغذية المعتدل، على أن يتلقى كل طفل دون الخامسة كمية إضافية قدرها ٢٠٠ غرام من الأغذية المخلوطة على مدى شهرين. ويوضح هذا المثال بجلاء أهمية متابعة الرصد التغذوي.

مرحلة إعادة التأهيل

٤٥- أما المرحلة الأخيرة، أو مرحلة الإنعاش، فيمثلها اللاجئين في باكستان الذين يبلغ عددهم نحو ٨٠٠ ٠٠٠ نسمة والمقيمون فيها منذ سنوات عديدة. وقد استعيض عن التوزيع العام بـ "شبكة حماية" لنحو ٣٠٠ ٠٠٠ من أفراد المجموعات الضعيفة الذين تتم مساعدتهم من خلال المراكز الصحية ومشروعات الغذاء مقابل العمل. وأشار مسح تغذوي نفذ في ١٩٩٦ إلى أن معدلات سوء التغذية قد انخفضت إلى مستويات لا تتطلب إعادة تطبيق التوزيع العام للأغذية.

النتائج والدروس المستفادة

٤٦- يستند الجزء التالي على مزج استنتاجات الاستعراض المكتبي واستنتاجات بعثة التقييم بحسب الموضوع.

أهداف المشروعات

٤٧- تتزايد فعالية أنشطة المعونة الغذائية حينما ترمي تصميمات المشروعات إلى أن تحقق في آن واحد تأثيراً تغذوياً مباشراً وتأثيرات أخرى غير مباشرة، بما في ذلك النهوض باستخدام الخدمات الصحية والتعليمية، وتعزيز الأمن الغذائي الأسري وطاقات الأمهات على توفير الرعاية؛ وتزويد النساء بالقدرات بشكل شامل.

٤٨- وفي العديد من مشروعات الإطعام التكميلي المعانة من البرنامج تضطلع المعونة الغذائية بدور مزدوج: كمحفز أو حافز للتوسع في استخدام خدمات الطفولة ومرحلة ما قبل الولادة، وتدعيم تغذوي. وبالنظر إلى رداءة تحديد مؤشرات تقدير التحسينات التغذوية فلم تتوافر أية أدلة مباشرة من المشروعات المعانة من البرنامج بشأن ما إذا كان الإطعام التكميلي قد أثر أم لا على تغذية الحوامل (اكتساب الوزن خلال الحمل) و/أو المواليد (الوزن الولادي). وعلى الرغم من أن هذه البيانات متاحة في معظم المراكز الصحية المجهزة بمرافق توليد، فإن المشروعات لم تصمم حتى الآن على نحو يدرج تلك المؤشرات.

٤٩- ومن جهة أخرى فإن بيانات التردد على المراكز، الموثقة بصورة أكبر نسبياً، تشير إلى أن المساعدات الغذائية قد أسهمت في زيادة معدلات التردد والرصد المنتظم للحوامل وللأطفال. وبالإضافة إلى ذلك فإنه في الحالات التي تراكمت فيها المعونة الغذائية مع أنشطة أخرى (مثل إشراك المجتمعات المحلية من خلال تدريب القابلات التقليديات أو العاملات الصحيات، وتوفير المعدات الأساسية، والتوعية التغذوية والصحية) فإن أهداف المشروعات لم تتحقق فحسب بل واتسمت الإنجازات بالاستدامة بعد إنهاء المساعدات الغذائية.



- ٥٠- وتحقق هدف المساهمة في الإنعاش التغذوي للأطفال المعانين من سوء التغذية الحاد أو المعتدل بدرجات متفاوتة من النجاح. ويعتبر التحسين التغذوي هدفا قابلا للتحقيق وللقياس ولأن يرصد في المراكز الصحية والتغذية المجهزة على نحو كاف بالموازين، وبأجهزة قياس الطول، ورسوم النمو البيانية، وبالعاملين المدربين.
- ٥١- وتدعو الحاجة إلى تصميم وتنفيذ نظم رصد نظيرة. فقياس التقدم المحرز على طريق تحقيق الأهداف الفورية لا يتطلب فحسب مؤشرات حسنة التحديد ومواد مناسبة أو أدوات قياس مثل الموازين، بل وكذلك الموظفين المدربين الذين يتاح لهم وقت كاف لجمع البيانات الموثوقة وحسنة التوقيت.

تحديد الأهداف

- ٥٢- وقد لا يتسم تحديد الأهداف الجغرافي غير المترافق بالفحص الفردي بالكفاءة التكاليفية إذا كان هناك عدد كبير من "المستحقين المزيفين" (أي الأفراد الذين يتلقون المساعدة الغذائية دون أن يكونوا معرضين للتهديد أو معانين من سوء التغذية). وعند اختيار المناطق على أساس معايير جلية لسوء التغذية وانعدام الأمن الغذائي مثل النسبة العالية أو العالية جدا للوزن الولادي المنخفض أو لانخفاض الوزن فإن ذلك سيقبل من هذا الخطر ويتيح القيام بعملية متواصلة لإعادة تقدير الاحتياجات واستراتيجية تحديد الأهداف. ومن المبرر إتباع تحديد الأهداف الجغرافي دون الفحص الفردي حينما ينصب التركيز على نقادي/كبح انتشار سوء التغذية من خلال تعزيز استخدام المجموعات الضعيفة للخدمات الصحية الوقائية، ولاسيما حيثما يكون عدد الموظفين قليلا في المراكز الصحية وحينما يشكل الانتقاء الفردي عبئا إضافيا بالنسبة لهم.
- ٥٣- وحينما لا يستند الانتقاء الفردي على معايير جلية قابلة للقياس فإنه يقود إلى البلبلة ويقلل من نطاق التأثير. وتبين أن فعالية الوصول إلى المستفيدين المزمعين تتعزز حينما تستند معايير الانتقاء إلى رسوم النمو البيانية المعيارية وبطاقات الأمهات الصحية، وعندما تتوافر الأدوات اللازمة للقياس ويكون الموظفون ملمين باستخدامها. وبالإضافة إلى ذلك فإنه لم تتم بصورة منتظمة مراعاة مسألة توقيت الإطعام التكميلي (مثل المرحلة المبكرة بعد الحمل) ومدته.

المدخلات الغذائية

- ٥٤- لم تكن الحصص الغذائية من حيث القيمة التغذوية والتركيب كافية على الدوام بالمقارنة مع الدور المعطن للمعونة الغذائية والفوائد المنتظرة، ولاسيما بالنسبة للحوامل والأطفال المعانين من سوء التغذية المعتدل. وفي حين أن المهمة التحفيزية للمعونة الغذائية حظيت بالأسبقية على الاعتبارات التغذوية في بعض الحالات، فلقد كان بالمستطاع في مشروعات أخرى إقامة توازن بين كلتا المهمتين دون إقتال كاهل الموظفين الصحيين بتشكيلة أغذية معقدة. على أن الحصص الغذائية الكافية لن تحرز الفوائد المتوخاة لها إذا ما لم يتم ضمان وصول الإمدادات إلى البلدان وتوزيعها ضمنها. وبالإضافة إلى ذلك فإن توزيع تشكيلة غذائية معقدة من حيث عدد وكمية السلع الغذائية يثقل عادة كاهل موظفي المؤسسات الصحية. وفي الختام فإن تقوية العناصر المغذية الوثيقة لا تستخدم بما فيه الكفاية.

دعم المشروعات

- ٥٥- تبين أن التزام الحكومات ودعمها للمشروعات، عبر توفير الموارد البشرية والمادية، هما من العناصر الأساسية في التنفيذ الفعال للمشروعات وفي صون فوائدها. وفي البلدان التي تعجز فيها الحكومات عن توفير كل الدعم الضروري فقد



جرى السعي لضمان التعاون مع وكالات الأمم المتحدة الأخرى، والشركاء الثنائيين، والمنظمات غير الحكومية وقت تصميم المشروعات. غير أن نجاح هذا التعاون تباين على المسرح العملي. وتدعو الحاجة إلى اتفاقيات أكثر رسمية وتحديداً لضمان النجاح الكامل. ومن جهة أخرى فإن دعم البرنامج- في صيغة مبالغ نقدية أو سلع غير غذائية - قد أثبت فعاليته الشديدة في سد الفجوات وفي تيسير التنفيذ. وعلى الرغم من أن المشروعات التي أخضعت للتحليل لم تصمم بحيث تتضمن قضايا التمايز بين الجنسين لتميز مشاركة النساء وتقدير درجتها، فإن تنفيذ المشروعات، ولاسيما نطاق تأثيرها، قد تعزز كثيراً حينما أشركت النساء والمجتمعات المحلية في إدارة المشروعات وفي توزيع الأغذية.

الاحتياجات الغذائية الحرجة في حالات الإغاثة

٥٦- كانت المشكلات المتعلقة بتقدير احتياجات النساء والأطفال أكثر تكراراً في المرحلة الحادة ومرحلة الإنعاش. ويعتبر التقدير التغذوي حسن التوقيت حاسماً في الشروع على الفور بالتوزيع الانتقائي للأغذية للنساء والأطفال في كل المراحل الثلاث وفي تعديله.

٥٧- وتعتبر الوقاية مهمة للغاية في حالات الإغاثة، ولاسيما خلال مرحلة الإنعاش. وتدعو الحاجة إلى مدخلات أخرى غير الأغذية لتحقيق فوائد الإطعام التكميلي والمحافظة عليها. وتحتاج مرحلة الإنعاش إلى أن تنظم على نحو تضطلع فيه شبكة الحماية لا بالدعم التغذوي الفوري إلى المجموعات الضعيفة والتعزيز للخدمات الصحية للأمومة والطفولة فحسب بل وبالمساهمة، وهو الأمر الأهم، في الاستدامة وفي التنمية طويلة الأجل.



الملحق الأول

البيانات القطرية				
باكستان	فيتنام	ملاوي	توانيا	البلدان المتقدمة (المتوسط)
السكان (بالملايين) ^(٣)	١٣٠	٧٥	٣٠	غير متوافر
النمو السكاني السنوي (في المائة) ^(٢)	٢,٨	٢,١	٢,٨	٠,٥
حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في السنة (بالدولار) ^(٢)	٤٣٠	٢٠٠	١٧٠	٢٣ ٤٢٠
نمو الناتج المحلي الإجمالي في السنوات الأخيرة (%) ^(٣)	٥-٤	٩-٨	صفر < ١٩٩٤؛ ١٠ < ١٩٩٤	١,٩ (١٩٩٤-١٩٨٥) ^(١)
العملة المحلية مقابل الدولار ^(٣)	٤٠	١١ ٥٠٠	١٥	٦٠٠
السكان دون حد الفقر (في المائة) ^(٣)	٣٠	٢٥ من الفقر الغذائي	٣٠ من الفقراء الغذائيين	٣٦ من الفقراء الأساسيين
متوسط العمر المرتقب (سنة) ^(١)	٦٠	٦٨	٤٤	٥١
حصة الفرد من السرعات في اليوم ^(٢)	٢ ٣١٦	٢ ٢٥٠	١ ٨٢٧	٢ ٠٢١
سوء التغذية بين الأطفال دون سن الخامسة ^(١)	٤٠	٤٥	٢٧	٢٩
معدل وفيات الرضع (١٠٠٠ مولود) ^(١)	٨٨	٤١	١٤٢	٨٤
معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (١٠٠٠ مولود) ^(١)	١٣٧	٤٨	٢٢٣	١٦٧
معدل وفيات الأمهات عند الولادة (١٠٠٠٠) ^(٢)	٣٤٠	١٠٥	٦٢٠	٧٤٨
انخفاض الوزن عند الولادة (كنسبة مئوية من المواليد) ^(٢)	٢٥	١٧	٢٠	١٤
عدد الولادات تحت إشراف موظفي الصحة	٣٥	٩٥	٥٥	٥٣
معدل الأمية في صفوف الإناث (في المائة) ^(١)	٧٦	٩	٥٨	٤٣
حالة البلد	فئة بلدان العجز الغذائي	فئة أقل البلدان نمواً، فئة بلدان العجز الغذائي ذات الدخل المنخفض	فئة أقل البلدان نمواً، فئة بلدان العجز الغذائي ذات الدخل المنخفض	فئة أقل البلدان نمواً، فئة بلدان العجز الغذائي ذات الدخل المنخفض

المصادر:

(١) تقارير التنمية في العالم لعامي ١٩٩٥ و ١٩٩٦.

(٢) تقرير التنمية البشرية لعام ١٩٩٦.

(٣) أحدث البيانات الحكومية.



الملحق الثاني

بيانات المشروعات			
باكستان	فيتنام	ملاوي	
المجموعة المقصودة	حوامل ومرضعات؛ أطفال يعانون من سوء التغذية دون سن الخامسة	الحوامل والمرضعات، الأطفال المعانون من سوء التغذية دون سن الخامسة	
التغطية	١٠ من أفقر المقاطعات من أصل ٦١ مقاطعة	١٣ منطقة فقيرة/ضعيفة من أصل ٢٤	
الانتقاء الفردي	أطفال دون سن الثالثة من المعانين من سوء التغذية	النساء المهيدات/الأطفال دون سن الخامسة المعانين من سوء التغذية	
	(معيار الوزن بحسب العمر)	(معيار الوزن بحسب العمر)	
	٢٠٨ ٧٠٠	٢٠٧ ٧٠٠	
	نحو ٢٥٠.٠٠٠	نحو ٢١٠.٠٠٠	
	٤,٥ كيلو غرام أرز + ٠,٤٥ كغ زيت نباتي	٩ كيلوغرامات مسحوق الذرة + ١,٢ كيلوغرام فاصوليا	
	٤,٥ كيلو غرام أرز + ١,٥ كغ صويا + ٠,٩ كغ زيت نباتي لمدة ٤ أشهر	٩ كيلوغرامات مسحوق الذرة + ١,٨ كيلوغرام دقيق الصويا ٣-٥ أشهر	
	٢٩ دولاراً = ٥ - ١٠ في المائة من الدخل الأسري (حصصة للحوامل والمرضعات)	١٥ دولاراً = ٥ - ١٠ في المائة من الدخل الأسري (حصصة للحوامل والمرضعات)	
	نحو ٠,٨	٠,٥ لمسحوق الذرة، ١,٨ للزيت النباتي	
	نحو ١٠٠	نحو ١٠٠	
	٢,٥ كيلوغرام أرز	٣,٥ كيلوغرام مسحوق الذرة (المعان)	
	١٦,١	١٧,٠	
	١٢,٢	١١,٠	
	١١,٢	١٠,٣	
	٣,١	٥,٢	
	١,٨	١,٥	
	١٩,٨	١٧,٣	
	٧٥	٦٥	
	٧٠	٦٠	
المستفيدون المباشرون المتدفقون	٢٢٥,٠٠٠		
المستفيدون المباشرون الفعليون	نحو ١٥٠,٠٠٠		
الحصة الشهرية للحوامل والمرضعات	٢,٢٥ كيلوغرام زيت نباتي		
الحصة الشهرية للأطفال المعانين من سوء التغذية			
قيمة الأغذية (السوق المحلية)	٢٠ دولاراً = ٥ - ١٠ في المائة من الدخل الأسري		
قيمة ألفا	نحو ١		
أداء تسليم الأغذية (في المائة)	نحو ٥٠		
القيمة الشرائية للأغذية (سعر الأغذية حصص الفرد من الناتج المحلي الإجمالي) في اليوم)	٨ كيلوغرامات دقيق قمح (معان)		
مجموع تكاليف المشروع (ملايين الدولارات)	٤٠,٠		
مجموع تكاليف الأغذية، بما في ذلك النقل الحكومي (ملايين الدولارات)	٢٨,٠		
مجموع التكاليف التي يتحملها البرنامج (ملايين الدولارات)	٢٥,٦		
التمويل الخارجي مثل الأمم المتحدة (ملايين الدولارات)	نعم، ولكن غير محدد الكمية		
التكاليف التي تتحملها الحكومة (ملايين الدولارات)	١٤,٤		
تكلفة الأغذية إلى الفوائد في السنة (بالدولارات)	٣٠,٤		
الأغذية كنسبة مئوية من مجموع تكاليف المشروع	٧٠		
التكاليف التي يتحملها البرنامج كنسبة مئوية من مجموع تكاليف المشروع	٦٤		