

برنامج  
الأغذية  
العالمي



Programme  
Alimentaire  
Mondial

World  
Food  
Programme

Programa  
Mundial  
de Alimentos

المجلس التنفيذي

الدورة العادية الأولى

روما، 9-11/2/2009

## المشروعات المقدمة للمجلس التنفيذي للموافقة عليها

البند 9 من جدول الأعمال

### العميات الممتدة للإغاثة والإنعاش- أو غندا 10121.3

العملية الممتدة لإغاثة المشردين داخلياً واللاجئين	
عدد المستفيدين	881 000 (أقصى عدد سنوياً)
مدة المشروع	36 شهراً (2009/4/1-2012/3/31)
التكاليف (بدولار الولايات المتحدة الأمريكية)	
كمية الأغذية التي يتحملها البرنامج	149 843 طناً
تكاليف الأغذية التي يتحملها البرنامج	* 85 694 167
مجموع التكاليف التي يتحملها البرنامج	177 107 545

\* يشتمل هذا المبلغ على 2 992 339 دولاراً أمريكياً مقابل تحويل نقدي لمشروع تجريبي يعادل 4 602 طن متري من السلع الغذائية المتنوعة.

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

مقدمة للمجلس للموافقة



Distribution: GENERAL  
**WFP/EB.1/2009/9-A/2**  
3 February 2009  
ORIGINAL: ENGLISH

## مذكرة للمجلس التنفيذي

### هذه الوثيقة مقدمة للمجلس التنفيذي للموافقة

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

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

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

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

## ملخص

شهدت أوغندا خلال العقود الماضية الآثار الصارخة للنزاع الأهلي ضمن حدودها وعدم الاستقرار السياسي في البلدان المجاورة. وأدت الحرب الأهلية في شبه إقليم أنشولي في الشمال إلى تشريد الكثير من السكان إلى المخيمات والمواقع المؤقتة. وأدى عدم الاستقرار في السودان وجمهورية الكونغو الديمقراطية إلى لجوء آلاف اللاجئين إلى غرب النيل وشبه الأقاليم الجنوبية الغربية في غرب أوغندا.

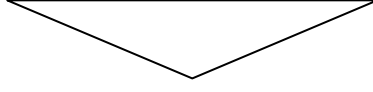
ولكن تتوفر الآن الفرص المحتملة لحل بعض هذه الأزمات البعيدة الأمد. وقد أعاد إحياء محادثات السلام بين جيش الرب وحكومة أوغندا في عام 2006 الأمل في حل هذا النزاع وتحديد مصير المشردين داخلياً في المخيمات. وكذلك أدى توقيع اتفاق السلام الشامل في السودان في عام 2005 إلى زيادة احتمال عودة اللاجئين السودانيين في غرب النيل إلى وطنهم. ولكن من المتوقع استمرار العنف في جمهورية الكونغو الديمقراطية مما سيؤدي إلى تدفق المزيد من اللاجئين إلى شبه الإقليم الجنوبي الغربي.

واستجابة لهذا المضمون المتغير، أطلقت الحكومة خطة السلام والإنعاش والتنمية لتعبئة الموارد البشرية والمالية للمناطق المتأثرة بالنزاع؛ وتوفر الخطة إطاراً لجهود المجتمع الإنساني. وقد أكد تقييم خارجي للعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش (أوغندا 10121.1) ونتائج عدد من تقديرات الأمن الغذائي الطارئ استمرار الحاجة إلى المساعدة الإنسانية في المناطق المتأثرة بالأزمة. وبالتالي، يتمثل الهدف الكلي للعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش في دعم جهود الحكومة الرامية إلى إنقاذ الأرواح ومعالجة سوء التغذية بين المشردين داخلياً واللاجئين المتأثرين بالأزمة الممتدة.

ومن أجل تحقيق هذا الهدف سيعالج برنامج الأغذية العالمي وشركاؤه الأسباب المباشرة لنقص التغذية من خلال برنامج الإغاثة الابتكاري. وسيهدف التوزيع العام للأغذية إلى منع المستفيدين من المعاناة من سوء التغذية؛ وسيحصل المستفيدون إما على حصص غذائية أو نقد/قسائم وسيشاركون في الدورات التدريبية في المواقع الميدانية المتعلقة بإذكاء الوعي بأساليب الرعاية. وسيتم توفير التغذية الإضافية والعلاجية للمستفيدين الذين يعانون من سوء التغذية وذلك باستخدام نهج مجتمعي وإدخال منتجات التغذية المطورة محلياً. وسيتم توقيف هذه الجهود تدريجياً في منطقتين (أنشولي وغرب النيل) خلال مدة تنفيذ العملية، وستدعم أنشطة الإنعاش التكميلية في البرنامج القطري هذه العملية الانتقالية.

تمثل هذه الوثيقة تعديلاً على العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش 10121.2. وتماشياً مع طلب المجلس التنفيذي فهي مبسطة وتحتوي على تركيز واضح على المساعدة الإنسانية التي تنفذ الأرواح. وتتماشى الأنشطة مع الأهداف الاستراتيجية لبرنامج الأغذية العالمي (إنقاذ الأرواح ومعالجة سوء التغذية الحاد)، والأهداف الإنمائية للألفية، الهدف رقم 1 (القضاء على الفقر المدقع والجوع) والهدف رقم 1 للاستراتيجية القطرية لبرنامج الأغذية العالمي في أوغندا (منع حدوث الوفيات المرتبطة بالجوع). ولكن سيعتمد نجاحها على استمرار التطورات السياسية الإيجابية في أوغندا والدول المجاورة.

## مشروع القرار\*



يوافق المجلس على العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش المقترحة لأوغندا رقم 10121.3 "العملية الممتدة لإغاثة المشردين داخلياً والملاجئين" (WFP/EB.1/2009/9-A/2).

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



## تحليل الأوضاع والتصورات

### السياق الكلي

- 1- منذ التسعينات شجعت حكومة أوغندا تطوير برنامج عمل أدى إلى الحد من الفقر الوطني الذي انعكس في تحسن ملحوظ في العديد من مؤشرات الرفاه. وتحسنت درجة أوغندا على مؤشر التنمية الإنسانية بشكل ثابت منذ عام 1995 حيث يحتل الرتبة 154 من مجموع 177 بلدا في العالم. وانخفض معدل انتشار فيروس نقص المناعة المكتسب من 18 في المائة في عام 1993 إلى 6,5 في المائة في عام 2007.<sup>1</sup> وبلغ متوسط النمو الاقتصادي 5,5 في المائة منذ عام 2000. وقد تم إحراز تقدم قصد تحقيق الغاية المتمثلة في الحد من الجوع في إطار الهدف 1 من الأهداف الإنمائية للألفية، وذلك بتخفيض انتشار نقص التغذية من 24 في المائة إلى 19 في المائة بين عامي 1990 و2000.<sup>2</sup>
- 2- لكن هذا التوجه نحو التحسن الكلي لم ينعكس في مجموعتين تأثرتا بشكل مباشر بالأزمة الإنسانية الممتدة – وهما المشردون داخلياً واللاجئون.
- 3- *المشردون داخلياً*. نتيجة لحرب أهلية دامت 22 عاماً في شمال أوغندا بين جيش الرب والحكومة ما زال أكثر من 720 000 شخص في شبه إقليم أتشولي مشردين داخلياً يعيشون في مخيمات ومواقع مؤقتة ومحدودية قدرتهم في الوصول إلى منازلهم.<sup>3</sup> قبل اندلاع النزاع كان شبه الإقليم هذا بمثابة مخزن للحبوب لأوغندا يُنتج بشكل مستمر الفائض من القمح للأسواق المحلية وأحياناً الدولية. لكن في قمة التمرد تم تشريد أكثر من 80 في المائة من سكان المقاطعات الأربع في شبه إقليم أتشولي (غولو، وأمورو، وكيتغوم، وبادير).
- 4- وقد تحسنت الظروف الأمنية في السنوات الأخيرة بشكل ملحوظ. وأعاد إحياء محادثات السلام بين جيش الرب وحكومة أوغندا في عام 2006 الأمل في حل هذا النزاع ذي الأمد الطويل. في الوقت الحالي يسود استقرار نسبي وعملية عودة تدريجية: بدأ المشردون داخلياً بالانتقال من "المخيمات الأم" البالغ عددها 122، وتم تأسيس أكثر من 700 موقع مؤقت تقع على مسافة أقرب إلى منازلهم، وقد عاد 15 في المائة من المشردين داخلياً بشكل كامل إلى قراهم الأصلية. ولكن تأجل التوقيع المنتظر على إتفاق السلام عدة مرات وقد أعاد جيش الرب تشكيل بعض قواته في البلدان المجاورة. ولم يتم التوصل إلى حل كامل لقضية تحقيق أمن دائم.
- 5- *اللاجئون*. أدى عدم الاستقرار السياسي في جمهورية الكونغو الديمقراطية ورواندا والسودان إلى طلب 95 000 شخص حق اللجوء والمساعدة في النيل الغربي وشبه الأقاليم الجنوبية الغربية في أوغندا.<sup>4</sup> وقد تم استضافة اللاجئين في ست مناطق استيطان.<sup>5</sup> وفتح توقيع اتفاق السلام الشامل في السودان في عام 2005 المجال أمام اللاجئين السودانيين في غرب النيل للعودة إلى ديارهم: تمت إعادة توطين 30 000 لاجئ في عام 2008 ويبقى فقط 45 000 في شبه الإقليم.

<sup>1</sup> وزارة الصحة، 2008، الخطة الاستراتيجية الوطنية لفيروس نقص المناعة المكتسب/الإيدز.

<sup>2</sup> برنامج الأغذية العالمي، 2006، سلسلة الجوع العالمي 2006: الجوع والتعلم. روما.

<sup>3</sup> تم إجراء تمرين على نطاق شامل لتوثيق السكان المشردين داخلياً في عام 2007. ويقدم أيضاً مكتب مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين المعلومات المحدثة بشكل منتظم. انظر اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات. 2008 (أكتوبر/تشرين الأول). المعلومات المحدثة عن تحرك المشردين داخلياً.

<sup>4</sup> تم إنهاء آخر تمرين على نطاق شامل لتوثيق السكان المشردين داخلياً في عام 2008. الأرقام متضمنة في الوثيقة المعنونة: مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وبرنامج الأغذية العالمي. 2008. بعثة التقدير المشتركة للاجئين في أوغندا. كامبالا.

<sup>5</sup> مناطق الاستيطان في غرب النيل هي مخيم مويو وأدجيوماني وإكافي وإمبيني ومادي أوكولو ورينو.



6- غالبية اللاجئين في الجنوب الغربي هم من جمهورية الكونغو الديمقراطية ومؤخراً من كينيا وهم يتركزون في خمس مناطق استيطان<sup>6</sup> وقد حققت رواندا الاستقرار ضمن حدودها وانتهى العنف السياسي في كينيا ولكن القتال استمر في الجزء الشرقي من جمهورية الكونغو الديمقراطية. بالتالي، بينما تتوفر احتمالات تحسين الأوضاع في كل من أتشولي وغرب النيل فمن غير المتوقع عودة اللاجئين من الكونغوليين في الجنوب الغربي والبالغ عددهم 45 000 إلى ديارهم في المستقبل القريب ومن المتوقع وصول المزيد من اللاجئين من جمهورية الكونغو الديمقراطية.

## الأمن الغذائي والوضع التغوي

7- في عام 2005 حدد تقدير شامل للأمن الغذائي وهشاشة الأوضاع أن المشردين داخلياً واللاجئين أشد الذين يعانون من انعدام الأمن الغذائي في أوغندا. وقد تمت متابعة هذا التحليل من خلال نظام رصد للأمن الغذائي والتغذية، ومسوحات التغذية، وتقديرات الأمن الغذائي في حالات الطوارئ وبعثات تقدير مشتركة لرصد الاتجاهات عبر الزمن. وقد تم إجراء تقدير شامل جديد للأمن الغذائي وهشاشة الأوضاع في عام 2008 ويجري حالياً إتمام تحليل المعطيات. وتُشير الملاحظات الميدانية إلى أن المشردين داخلياً واللاجئين ما زالوا يعانون من انعدام الأمن الغذائي الحاد.

8- ويُدرج برنامج الأغذية العالمي أن سوء التغذية الحاد يحدث نتيجة لأسباب متعددة. ويحدد النموذج المفاهيمي الذي أعده صندوق الأمم المتحدة للطفولة ثلاثة أسباب مباشرة لسوء التغذية الحاد: متحصل غير ملائم من الأغذية، والمرض، وأساليب غير ملائمة لرعاية الأم والطفل. وقد ساهمت الأزمة الممتدة في جميعها.

## ← المشردون داخلياً

9- مستويات سوء التغذية الحاد. خلال السنوات الثلاث الماضية حافظت عملية إغاثة مكثفة على بقاء معدل سوء التغذية الحاد الشامل دون نسبة الـ 10 في المائة في شبه إقليم أتشولي. وعلى الرغم من أن هذا الرقم يمثل إنجازاً كبيراً إلا أن ارتفاع معدل سوء التغذية الحاد الشامل في مقاطعتي غولو وأمورو من 5 في المائة إلى 8,7 في المائة في عام 2008<sup>7</sup> مثير للاهتمام.

10- المتحصل الغذائي. يعتمد الكثير من المشردين داخلياً على المساعدة الإنسانية لتغطية احتياجاتهم الغذائية. أشار تقدير الأمن الغذائي في حالات الطوارئ الذي جرى في عام 2008 خلال موسم الجفاف إلى أنه، في المتوسط، لم يتم تلبية سوى 50 إلى 60 في المائة من الاحتياجات الغذائية للمشردين داخلياً من إنتاجهم وأسواقهم ومن جمعهم واقتراضهم؛ أما ما تبقى تمت تغطيته من خلال المساعدة الغذائية. وما زال الإنتاج الغذائي بمثابة تحدٍ للعديد من المشردين داخلياً بسبب محدودية وصولهم إلى الأرض والمدخلات، أما ارتفاع أسعار الأغذية فقد جعل الشراء من السوق أكثر صعوبة<sup>8</sup>.

11- مع تحسن الأوضاع الأمنية تتوافر المزيد من الأراضي ومن المتوقع ازدياد الإنتاج الغذائي الذي من المتوقع أن يؤدي إلى انخفاض عدد المشردين داخلياً الذين يحتاجون إلى المساعدة الغذائية. وجمعت حلقة عمل نظمت في أكتوبر/تشرين الأول عام 2008 المسؤولين على مستوى المقاطعة ووكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية لتحليل المتطلبات الغذائية خلال السنة القادمة باستخدام تقدير الأمن الغذائي في حالات الطوارئ ومسوحات التغذية، إلخ. وتوصل التحليل إلى أنه من الممكن الإلغاء التدريجي لحصول أكثر من 239 000 مشرد داخلي على توزيع الأغذية العام،

<sup>6</sup> مناطق الاستيطان في الجنوب الغربي هي كيربانونغو وكيانغالي وكيكا 2 وناكفيل وأوريوتشينغا.

<sup>7</sup> العمل ضد الجوع، 2008. مسح التغذية المستند إلى القياسات الجسدية - مقاطعتي غولو/أمورو، شمال أوغندا، كامبالا.

<sup>8</sup> برنامج الأغذية العالمي، 2008. تقدير الأمن الغذائي في حالات الطوارئ: مقاطعتي غولو/أمورو، كامبالا.

بينما سيحتاج 295 000 آخرون إلى المساعدة فقط على أساس موسمي. ولكن سيحتاج أكثر من 443 000 شخص على المساعدة المستمرة خلال شهر سبتمبر/أيلول 2009.<sup>9</sup>

12- وأثرت نتائج ارتفاع انتشار فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب بين المشردين داخلياً (المقدر بضعف المتوسط الوطني) وآثاره على الصحة الجسدية وإنتاجية المتأثرين به على الأمن الغذائي والتغذية للسكان وفرص كسب سبل رزقهم.

13- يفتقر المشردون داخلياً أيضاً إلى الغذاء الكافي الذي يوفر المغذيات الدقيقة. وأشار المسح الديمغرافي والصحي لعام 2006 إلى أن معدل نقص الحديد بين المشردين داخلياً هو 77 في المائة، و فقط 10 في المائة من الأطفال قد حصلوا على غذاء غني بالحديد خلال الـ 24 ساعة الماضية.<sup>10</sup> وبالمقارنة، كانت مستويات نقص فيتامين ألف واليود منخفضة: تحصل غالبية المشردين داخلياً على فيتامين ألف إضافي و 95 في المائة من الأسر تحصل على الملح المعزز باليود. ويبدو أن النتائج الأولية لدراسة مؤخرة للمغذيات الدقيقة تدعم هذه النتائج.<sup>11</sup>

14- *أساليب الرعاية*. توصي وزارة الصحة بالرضاعة الطبيعية الحصرية في أول ستة أشهر من أجل منع الالتهابات وضمان التغذية المثلى. على الرغم من ذلك فإن 25 في المائة فقط من الأطفال الرضع في مقاطعة كينغوم<sup>12</sup> و 40 في المائة في مقاطعة بادر<sup>13</sup> يحصلون على الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال أول ستة أشهر – وذلك يعود جزئياً إلى عدم كفاية درجة حساسية موفري الرعاية. ويتم إدخال الأغذية التكميلية بشكل مبكر جداً، وفي بعض الحالات، يتم تقديم الأنواع الخاطئة من الغذاء. على سبيل المثال، يقدم 49,5 في المائة من موفري الرعاية في مقاطعة كينغوم الماء إلى الأطفال الرضع ربما بسبب عدم كفاية حليب الأم، بينما يقدم آخرون الشاي لهم.

15- *الأمراض*. تعد الملاريا أكثر الأمراض انتشاراً في مخيمات المشردين داخلياً والمواقع المؤقتة (50 في المائة في بادر و 70 في المائة في كينغوم)، والالتهابات التنفسية (14 في المائة في بادر و 12 في المائة في كينغوم) والإسهال (11 في المائة في كينغوم).<sup>14</sup> وفي عام 2007 ارتبط 55 في المائة من الوفيات بين الأطفال من عمر 0-59 شهر بالملاريا.<sup>12</sup> وتتصافر الأمراض المرتبطة بالإيدز مع العوامل المسببة المرتبطة بسوء التغذية وأنماط الأمراض التي تؤثر على كل من الأطفال والبالغين.

16- وبالإمكان منع حدوث بعض هذه الأمراض. يمتلك فقط 53 في المائة من المشردين داخلياً شبكة حماية من البعوض (ناموسية) وبنام فقط 33 في المائة من الأطفال تحت ناموسية.<sup>10</sup> ومن الممكن تخفيض انتقال الإسهال والالتهابات التنفسية من خلال تطبيق أساليب الإصحاح المحسنة.

17- لا يتمتع المشردون داخلياً بسبل مناسبة للوصول إلى الخدمات الصحية. فقط 40 في المائة من سكان كينغوم و 42 في المائة من سكان غولو يتوفر لديهم مركز صحي ضمن المدى الموصى به البالغ 5 كم.<sup>12</sup> إضافة إلى ذلك، المراكز الصحية غير مجهزة بالأدوية والموظفين القادرين على معالجة أكثر الأمراض انتشاراً أو سوء التغذية الحاد. نتيجة لذلك، يضطر الناس إلى السفر لمسافات تصل إلى 50 كم للحصول على الرعاية الملائمة. وبعودة الناس إلى مواطنهم الأصلية ستزداد المسافات التي سيقطعونها للوصول إلى الخدمات الصحية أكثر. ومن الممكن أن تُعزى الزيادة المعلنة في معدلات سوء

<sup>9</sup> برنامج الأغذية العالمي، 2008. الإلغاء التدريجي. تقرير حلقة العمل لشبه إقليم اتشولي (مسودة). تمت مشاركة النتائج مع المانحين في اجتماعات فردية ومنتديات أكبر.

<sup>10</sup> حكومة أوغندا، 2006. المسح الديمغرافي والصحي لأوغندا. كامبالا.

<sup>11</sup> المناقشات مع الباحثين الرئيسيين لدراسة الاستهلاك الغذائي في جامعة ماكيري.

<sup>12</sup> جامعة ماكيري، 2007. مسح التغذية والصحة للأطفال والنساء في مقاطعة كينغوم. كامبالا.

<sup>13</sup> وزارة الصحة، صندوق الأمم المتحدة للطفولة وبرنامج الأغذية العالمي، 2007. تقدير التغذية والصحة في مخيمات المشردين داخلياً في مقاطعة بادر. كامبالا.

<sup>14</sup> وزارة الصحة وبرنامج الأغذية العالمي، 2008. مسح التغذية والصحة في مقاطعتي كينغوم وبادر. (مسودة). كامبالا.



التغذية الحاد الشامل في غولو وأمورو إلى عملية عودة المشردين داخلياً التي أصبحت في مرحلة متقدمة أكثر من كيتغوم وبادر.

## ← اللاجئون

18- *مستويات سوء التغذية الحاد*. وتمت المحافظة على معدلات سوء التغذية الحاد الشامل بين اللاجئين دون 10 في المائة في كل من شبه إقليمي النيل الغربي والجنوب الغربي.<sup>4</sup> بالنسبة لغرب النيل يتراوح معدل الانتشار من 3,8 في المائة في مستوطنة إمبيفي للاجئين إلى 7,6 في المائة في بالورنيا، بينما يتراوح في الجنوب الغربي من 2,7 في المائة في أورتشينغو إلى 6,1 في المائة في ناكيفيل. ولا يوجد نمط واضح للتحسن أو التدهور في جميع أنحاء المستوطنات. ويتم إجراء هذه المسوحات كل سنة في نوفمبر/تشرين الثاني بين المحصول الأول والثاني – الذي يعد فترة يسود فيها أمن غذائي نسبي.

19- *المتحصل الغذائي*. يعد المتحصل الغذائي في مستوطنات اللاجئين ملائماً ولكنه في أغلب الحالات يعتمد على المساعدة الغذائية من برنامج الأغذية العالمي. يحصل اللاجئون في غرب النيل والجنوب الغربي على الحصص الغذائية التي تغطي ما بين 40 إلى 60 في المائة من الكمية المستتسبة من الأغذية (الكمية المستتسبة يومياً) استناداً إلى ظروف أمنهم الغذائي.<sup>4</sup> ويحصل القادمون الجدد والأفراد الضعفاء للغاية على حصة كاملة. ويتمثل أحد العوائق الرئيسية في محدودية الوصول إلى الأراضي القابلة للزراعة. وتقدم حكومة أوغندا الأرض للاجئين تحت إطار برنامج المساعدة الإنمائية للمناطق المستضيفة للاجئين، إلا أنها صغيرة.

20- استناداً إلى البيانات المتاحة بشأن عموم سكان إقليمي غرب النيل والجنوب الغربي، من المتوقع أن يمثل فقر الدم أكثر نقص في المغذيات الدقيقة انتشاراً بين اللاجئين. وتشير التقديرات إلى أن حوالي 70 في المائة من الأطفال و30 في المائة من النساء من عمر 15 إلى 49 سنة سيعانون من شكل من أشكال نقص الحديد.<sup>10</sup> بالمقارنة، تعد مستويات نقص الفيتامين ألف واليود منخفضة نسبياً بسبب انتشار توزيع الفيتامين ألف<sup>15</sup> وتوفر الملح المعزز باليود في المستوطنات.

21- *أساليب الرعاية*. يعد جهل النساء اللاجئات بأساليب الرضاعة الملائمة إحدى التحديات الرئيسية للرعاية الملائمة. ويبلغ متوسط فترة الرضاعة الحصرية ما بين 2,8 إلى 4,6 أشهر، ولا يحصل من 50 إلى 65 في المائة من الأطفال الرضع على حليب الأم خلال أول ساعة بعد ولادتهم كما هو موصى به.<sup>10</sup> إضافة إلى ذلك، إن الأغذية التكميلية المقدمة خلال هذه الفترة مثل الشاي والماء غير مغذية وقد تؤدي إلى معدلات أعلى من الإسهال.

22- *الأمراض*. الأمراض الرئيسية التي تساهم في سوء التغذية بين اللاجئين هي الملاريا (59-70 في المائة)، والالتهابات التنفسية (46-50 في المائة)، والإسهال (36-38 في المائة) والديدان المعوية (36-43 في المائة). وبشكل جزئي تعكس المعدلات المرتفعة للملاريا محدودية استخدام شبكات البعوض للأطفال (20-30 في المائة).<sup>16</sup> وينتج تفشي الالتهابات التنفسية والإسهال من الأوضاع المزدحمة والإصحاح والنظافة غير الملائمين.

<sup>15</sup> على سبيل المثال بلغت تغطية توزيع الفيتامين ألف 80-90 في المائة في مخيم رينو، غرب النيل. مديرية الخدمات الصحية في مقاطعة أروا، 2008. مخيم رينو/مستوطنات إمبيفي للاجئين: تقرير مسح القياسات الجسدية والأوبئة. كامبالا.

<sup>16</sup> مديرية الخدمات الصحية في مقاطعة أروا، 2008. مخيم رينو/مستوطنات إمبيفي للاجئين: تقرير مسح القياسات الجسدية والأوبئة. أخذت معدلات الأمراض واستخدام الشباك من مخيم رينو ومستوطنات إمبيفي.



## التصورات

- 23- في أغسطس/آب عام 2008 استعرضت حكومة أوغندا وبرنامج الأغذية العالمي وممثلين عن المشردين داخلياً واللاجئين والشركاء الآخرين التصورات المستقبلية الممكنة والاستجابة الملائمة من خلال البرامج في حلقات عمل نُظمت على مستوى المقاطعة والمستوى الوطني.
- 24- *المشردون داخلياً*. بالنسبة لشبه إقليم أنشولي تم الاتفاق بشكل عام على أن التصور المتوقع يتمثل في تحسن الأوضاع الأمنية ولكن لن يتم التوقيع على اتفاق سلام. وبالتالي، ستزداد أعداد العائدين إلى ديارهم خلال عام 2009. ولكن لا بد من الاستعداد لاختلافين محتملين. ويتمثل تصور إيجابي أكثر في إبرام اتفاق سلام سريع بين جيش الرب وحكومة أوغندا مما يؤدي إلى تحرك واسع النطاق للمشردين داخلياً في أنشولي – مما يفرض تحديات على الاستجابة الإنسانية. بينما يتمثل التصور الأقل إيجابية في عودة القتال مما يؤدي إلى تجدد عملية التشرد.
- 25- *اللاجئون*. من المتوقع ازدياد إعادة توطين اللاجئين السودانيين في غرب النيل مرة أخرى بين يناير/كانون الثاني ومايو/أيار عام 2009 (عندما يستطيع الناس العودة والتمكن من إتمام المحصول). ويتمثل التصور البديل في تجدد القتال في جنوب السودان مما يؤدي إلى تباطؤ إعادة التوطين وربما يؤدي حتى إلى تدفقات جديدة من اللاجئين إلى أوغندا.
- 26- ويشير استمرار عدم الاستقرار في جمهورية الكونغو الديمقراطية إلى ضرورة الاستعداد لاحتمال تدفق كبير من اللاجئين إلى الجنوب الغربي. ويتمثل تصور أكثر جدية ولكن أقل احتمالية في إحاطة الإقليم بنزاع أوسع يسببه القتال الدائر في جمهورية الكونغو الديمقراطية. في هذه الحالة قد يلجأ حوالي 100 000 لاجئ إلى أوغندا.<sup>17</sup>

## السياسات والقدرات وعمل الحكومة والجهات الأخرى

### السياسات والقدرات وعمل الحكومة

- 27- في أكتوبر/تشرين الأول عام 2007 أطلقت الحكومة خطة السلام والإنعاش والتنمية في شبه أقاليم أنشولي وتيسو ولانغو وكارموجا. ويهدف البرنامج إلى تعبئة الموارد البشرية والمالية للمقاطعات المتأثرة بالنزاع. وللبرنامج أربعة أهداف استراتيجية هي: (1) تعزيز سلطة الدولة؛ (2) إعادة بناء وتمكين المجتمعات؛ (3) إحياء الاقتصاد؛ و(4) بناء السلام وإرساء المصالحة. ويتضمن نصوصاً واضحة بشأن المساعدة الإنسانية والإنعاش المجتمعي للمشردين داخلياً. وتعمل خطة السلام والإنعاش والتنمية في إطار خطة عمل القضاء على الفقر (2004) المطورة لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.
- 28- أما من أجل اللاجئين في شبه إقليمي غرب النيل والجنوب الغربي فقد أعدت حكومة أوغندا ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين استراتيجية الاعتماد الذاتي وبرنامج المساعدة الإنمائية للمناطق المستضيفة للاجئين، وتخصص الحكومة تحت إطار هذا البرنامج الأرض للاجئين بينما تقدم مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين المدخلات التكميلية. وتتكامل خطة السلام والإنعاش والتنمية واستراتيجية الاعتماد الذاتي مع الخطط القطاعية الوطنية. وتنفذ وزارة الصحة حالياً المرحلة الثانية من الخطة الاستراتيجية الوطنية لقطاع الصحة.

<sup>17</sup> مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، 2008. خطة الطوارئ المحدثة لتدفق اللاجئين من جمهورية الكونغو الديمقراطية. كامبالا.



29- طلبت الحكومة المساعدة من المجتمع الإنساني لتنفيذ البرامج الموضحة في خطة السلام والإنعاش والتنمية واستراتيجية الاعتماد الذاتي وبرنامج المساعدة الإنمائية للمناطق المستضيفة للاجئين وخطتها المرتبطة.

### السياسات والقدرات وعمل الجهات الرئيسية الأخرى

30- يوجد مجتمع إنساني قوي في أوغندا. ويعد كل من برنامج الأغذية العالمي ومنظمة الأمم المتحدة وصندوق الأمم المتحدة للطفولة وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية من وكالات الأمم المتحدة الرئيسية العاملة في مجال الأمن الغذائي والصحة والتغذية. وتعمل مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين في مجال إدارة المخيمات وحماية المشردين داخلياً وإعادة توطينهم في الخارج واستيطانهم في مواقع اللاجئين. ويسهل مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية التخطيط والاستجابة المشتركة. وتعمل المنظمات غير الحكومية بنشاط في مجالات الأمن الغذائي والصحة والتغذية في جميع أنحاء شبه الأقاليم.

### التنسيق

31- يقود مكتب رئيس الوزراء الجهود التنسيقية في المجال الإنساني. وبالنسبة لخطة السلام والإنعاش والتنمية تشكل لجنة السياسة والرصد منتدى للحوار بين المستويين المركزي والمحلي. وفي إطار الهيكلية اللامركزية ينسق المسؤول الإداري الرئيسي في المقاطعة جميع الاستثمارات على المستوى المحلي من خلال اللجان القطاعية. وتراقب لجان إدارة الكوارث في المقاطعات التي تترأسها الحكومة تنفيذ التخطيط للطوارئ وأنشطة الاستجابة.

32- ضمن المجتمع الإنساني يقود المنسق الإنساني واللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات/الفريق القطري التابع للأمم المتحدة جهود الاستجابة بتطبيق النهج الاستقصائي. وقد تم تحديد ستة مجالات هي: (1) الأمن الغذائي؛ (2) التعليم أثناء الطوارئ؛ (3) المياه والإصحاح؛ (4) الصحة، وفيروس نقص المناعة المكتسب/الإيدز والتغذية؛ (5) الحماية؛ (6) الإنعاش المبكر. وتضم المجموعات المعنية بمجالات العمل الوزارات المعنية ووكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية والمانيين المهتمين وتجتمع شهرياً في كل من كامبالا وعلى المستوى المحلي.

33- ومن أجل إعداد الاستراتيجية للعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش وعملية الطوارئ والبرنامج القطري المرافق، نظم برنامج الأغذية العالمي سلسلة من حلقات العمل الإقليمية التي جمعت الجهات الحكومية المعنية والمجتمع الإنساني لمناقشة التوجهات والأنشطة المحتملة. وقد تم دعم حلقات العمل بالمشاورات مع الحكومة ووكالات الأمم المتحدة والمانيين في كامبالا. وكان هناك إجماع واسع على الاستراتيجية المقدمة في هذه الوثيقة.

### أهداف المساعدة من برنامج الأغذية العالمي

34- يتمثل الهدف الكلي لهذه العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش في دعم جهود الحكومة الرامية إلى إنقاذ أرواح المشردين داخلياً واللاجئين في أوغندا المتأثرين بالأزمة الإنسانية الممتدة (الهدف الاستراتيجي 1). ويتمثل الهدف المحدد لها في الحد من سوء التغذية الحاد أو استقراره – وبالتالي تخفيض خطر الوفيات – بين المشردين داخلياً والعائدين في أتشولي والمشردين داخلياً في غرب النيل واللاجئين في الجنوب الغربي.



35- يدعم هذا الهدف الهدف الأول في إطار مجال الأولوية الاستراتيجية 1 – العمل الإنساني في الطوارئ – للاستراتيجية القطرية لبرنامج الأغذية العالمي في أوغندا (2009-2014) التي تتمثل بما يلي: "لا يوجد وفيات من الجوع الحاد وقد تمت حماية الأصول الإنتاجية للأسر الأكثر معاناة من انعدام الأمن الغذائي والغذاء ضد الجفاف والفيضانات".

## استراتيجية الاستجابة

### طبيعة المساعدة المقدمة إلى اليوم وفعاليتها من أجل توفير الأمن الغذائي

- 36- قدم برنامج الأغذية العالمي المساعدة الغذائية للمشردين داخلياً منذ عام 1996 وإلى اللاجئين منذ عام 1988. وفي عام 2005 وافق المجلس التنفيذي على العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش رقم 10121.1 لصالح 2,6 مليون مستفيد. وتبعتها الموافقة في فبراير/شباط عام 2008 على العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش رقم 10121.2 لصالح 1,3 مليون مستفيد. وستحل العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش المقترحة محل العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش رقم 10121.2. وتماشياً مع طلب المجلس التنفيذي، فهي مبسطة وتحتوي على تركيز واضح على المساعدة الإنسانية التي تنفذ الأرواح. وسيتم تسليم مكوني الإنعاش ومتابعة التغذية المدرسية من العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش رقم 10121.2 إلى البرنامج القطري. وفي يوليو/تموز 2007 توصل تقييم للعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش إلى عدد من النتائج الهامة لصياغة هذه العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش؛ وقد حددت الدراسات والتقييمات السابقة أيضاً الدروس المستفادة والتعديلات الموصى بها على نهج برنامج الأغذية العالمي للعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش المقترحة.
- 37- ووفقاً لتقييم نهاية المدة للعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش رقم 10121.1<sup>18</sup> في أوغندا أدى التوزيع العام والتغذية الإضافية والعلاجية دوراً حيوياً في المحافظة على معدلات سوء التغذية الحاد الشامل دون 10 في المائة. ولكنه أشار باهتمام إلى ارتفاع معدلات سوء التغذية في مناطق العودة عند توقف المساعدة الغذائية (على سبيل المثال في مقاطعة ليرة) وأشار إلى أهمية تطوير الاستراتيجية الملائمة للانسحاب المرحلي.
- 38- وفي عام 2008 أشار تقييم لتوزيع الأغذية العام المشترك بين برنامج الأغذية العالمي ومجلس اللاجئين النرويجي إلى أن السلة الغذائية ذاتها قد تم تقديمها إلى المستفيدين لعدد من السنوات بدون أي تغيير.<sup>19</sup> ومن المقترح إمكانية استخدام السلع المحلية كمكونات بديلة للسلة الغذائية. واقترح التقييم أيضاً دراسة الاستراتيجيات البديلة بما في ذلك برامج التحويلات النقدية أو القسائم المخصصة للأغذية.
- 39- وحدد تقييم أجرته إدارة التنمية الدولية (المملكة المتحدة) للاستجابة في مجال الصحة والتغذية وفيرس نقص المناعة البشرية/الإيدز في عام 2008 عدداً من التحديات الهامة لبرامج التغذية الإضافية والعلاجية.<sup>20</sup> وأشار إلى أن فرق الصحة القروية لا تحصل على التدريب على التغذية وبالتالي هذا يقيد قدرتها على أداء دور فعال في إطار النهج المجتمعية لمواجهة سوء التغذية. وأشار أيضاً إلى أن التغذية لم تبد كأولوية لحكومات المقاطعات.
- 40- وجد استطلاع داخلي لبرنامج التغذية الإضافية المجتمعي التجريبي لبرنامج الأغذية العالمي في كاراموجا أن النهج قد أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الأطفال الذين يصلون إلى الخدمة واقترح استخدامه بشكل أوسع. ولكنه اكتشف عدم

<sup>18</sup> التقرير الخارجي لتقييم العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش لأوغندا رقم 10121.1 ، أغسطس/آب 2007.

<sup>19</sup> مجلس اللاجئين النرويجي، 2008. تقييم توزيع الأغذية العام في شمال أوغندا: مقاطعات غولو وأمورو وكتيغوم، 2005-2008. أوسلو.

<sup>20</sup> أتويل، ك. 2007. تقييم برامج الطوارئ المشتركة للصحة والتغذية وفيرس نقص المناعة/الإيدز في شمال أوغندا. لندن، إدارة التنمية الدولية (المملكة المتحدة).



قيام جميع العاملين الصحيين القرويين المدربين بتحويل المرضى. واقترح أيضاً دراسة استخدام الأغذية المحلية على شكل مزيج مقوى ومنتجات جاهزة للاستخدام.

## ملخص الاستراتيجية

- 41- ستركز استجابة العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش على المسببات المباشرة لسوء التغذية الحاد وستتكون من ثلاث أدوات متكاملة: (1) التوزيع العام (غالباً الغذاء ولكن في بعض الحالات النقد/القوائم)؛ (2) التغذية الإضافية؛ (3) التغذية العلاجية. وسيتم تصميم كل من هذه الأنشطة بأساليب ابتكارية لتحقيق الاحتياجات الغذائية للمجتمعات المستهدفة بالشكل الأمثل. ستتمتع العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش بالحساسية لنقاط الضعف المرتبطة بفيروس نقص المناعة المكتسب والإيدز المرتبطة بأوضاع الأمن الغذائي والتغذية بين المشردين داخلياً ومعالجة الاحتياجات الخاصة عند الضرورة.
- 42- وتتضمن خطط التنمية في المقاطعات على هذه النهج وهي تتماشى مع أهداف ومدة تنفيذ خطة السلام والإنعاش والتنمية، واستراتيجية الاعتماد الذاتي، وبرنامج المساعدة الإنمائية للمناطق المستضيفة للاجئين. وقد استعرضها المانحون وآليات البرمجة المشتركة للأمم المتحدة وهي تدعم أهداف إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية والأهداف الإنمائية للألفية.

## التوزيع العام للأغذية

- 43- سيساهم التوزيع العام للأغذية في معالجة جميع المسببات المباشرة لسوء التغذية الحاد – المتحصل الغذائي غير الملائم، والأمراض، وأساليب الرعاية غير الملائمة – بالتركيز على تحسين المتحصل الغذائي. ونظراً أن الوكالات الأخرى تتمتع بالميزة النسبية في تطوير الاستجابات لمواجهة الأمراض وتحسين أساليب الرعاية فإن أنشطة برنامج الأغذية العالمي ستتكمّل مع هذه الجهود.
- 44- *الغذاء أو النقد/القوائم*. يهدف المكون الأول إلى المساعدة في تحقيق فجوة المتحصل الغذائي المقدر للمجتمعات في المناطق المحددة فيما يتعلق بكل من الكمية والنوعية. وستوفر العملية النقد/القوائم أو الغذائية وفقاً للموسم. وسيتم استخدام النقد/القوائم أثناء فترة ما بعد الحصاد (سبتمبر/أيلول إلى فبراير/شباط) عندما تكون الأسعار منخفضة ويحظى النقد بالقوة الشرائية القصوى.<sup>21</sup> ويناقش برنامج الأغذية العالمي مع عدد من المصارف إمكانية إجراء التحويلات النقدية من خلال أجهزة الصراف الآلي أو من خلال نظم القوائم.
- 45- وسيتم توزيع الغذاء خلال موسم الجفاف (مارس/آذار إلى أغسطس/آب) عندما تكون الأسعار في الذروة وقد يساهم ضخ النقد في التضخم. وستتكون السلة الغذائية من الذرة والبقول والزيت النباتي وخليط الذرة بالصويا. وسيتم توفير مسحوق المغذيات الدقيقة أيضاً للمساعدة في معالجة المستويات المرتفعة من فقر الدم بين المشردين داخلياً واللاجئين. ولكن يتميز الحد من نقص الحديد بأثر جانبي سلبي محتمل هو: تقديم الحديد الإضافي إلى الأطفال الذين يعانون من الملاريا بدون علاج مضاد للملاريا قد يزيد من خطر الوفاة. وبالتالي سيشارك برنامج الأغذية العالمي مع الوكالات الأخرى لتوفير الناموسيات عندما يكون ذلك ملائماً (انظر الفقرة المعنية بالبنود التكميلية) وتحويل المستفيدين الذين يُشك في أنهم يعانون من الملاريا إلى الوحدات الصحية.

<sup>21</sup> بما أن أنشطة النقد/القوائم هي مداخلة تجريبية للمكتب القطري سيتم إدخالها بشكل مرحلي ابتداءً من سبتمبر/أيلول 2009.



- 46- وكجزء من مبادرة الشراء من أجل التقدم ينوي برنامج الأغذية العالمي أيضاً تحديد السلالات الغذائية التي تحتوي على المنتجات المحلية مثل الذخن والكسافا والسمك واللحم المجفف كبداية للحصة القياسية. ويتمتع هذا التوجه بعدة فوائد هي: (1) تتوافق السلالات مع التفضيلات المحلية؛ (2) يمكن أن تحتوي على محتوى عالٍ من المغذيات الدقيقة؛ (3) تُظهر للمستفيدين نماذج مغذية للأغذية المتوفرة محلياً. وسيتم إدخال هذه السلالات فقط بعد موافقة المجموعة التقنية الاستشارية عليها في المقر وقيام مكتب مبادرة الشراء من أجل التقدم بوضع مقاييس الجودة والترتيبات اللوجستية الملائمة.
- 47- *البنود التكميلية*. يركز المكون الثاني على المساعدة على منع تأثير طرفين رئيسيين على المشردين داخلياً واللاجئين وهما: الملاريا والإسهال. سيُشجع برنامج الأغذية العالمي بشدة صندوق الأمم المتحدة للطفولة ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين على توفير الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية والصابون وحبوب تطهير الماء. وعند وجود فجوة سيدرس برنامج الأغذية العالمي احتمال توفير هذه البنود.
- 48- *إنكاء الوعي*. سيتم تنفيذ هذا المكون الثالث عندما يجتمع المستفيدون مباشرة قبل التوزيع العام للأغذية. وستغطي رسائل زيادة الحساسية المواضيع الهامة للمواقع المحددة المتعلقة بأساليب الرعاية (الرضاعة الطبيعية مثلاً) والمتحصل الغذائي (المغذيات الدقيقة مثلاً) ومنع حدوث الأمراض والإصحاح (الملاريا مثلاً). وسيستخدم مزيج من الأساليب لإيصال الرسائل بما في ذلك المسرحيات والأغاني الرائجة المحلية والملصقات والمنشورات. وسيقوم الشركاء وموظفو الرصد لدى برنامج الأغذية العالمي وإدارة المخيم واللجان الإنمائية التابعة للأبرشية بالإضطلاع بعملية إنكاء الوعي.

### ← التغذية الإضافية

- 49- تساعد التغذية الإضافية من يعاني من الهزال المتوسط من الأطفال من عمر 6 إلى 59 شهراً والنساء الحوامل والمرضعات اللاتي يعانين من الهزال المتوسط. وسيُدخل برنامج التغذية الإضافية نهجاً مجتمعياً ومنتجات جديدة.
- 50- *النهج المجتمعي*. من الممكن أن يقع أقرب مركز صحي على بعد 50 كم من منازل الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية بحيث يصبح صعباً على المستفيدين استلام حصصهم الغذائية المنزلية. وسيُدخل برنامج الأغذية العالمي نهجاً مجتمعياً سيعمل على تحسين وصول المستفيدين وسيؤدي في النتيجة إلى زيادة معدل الإنعاش. وسيتم تدريب فرق الصحة القروية ومنها القابلات التقليديات على ما يلي: (1) تحديد الأطفال والنساء الحوامل والمرضعات الذين يعانون من الهزال المتوسط؛ (2) توفير المعلومات الأساسية حول كيفية معالجة المشكلة (على سبيل المثال تغيير أساليب التغذية)؛ (3) تحويل المرضى عند الضرورة. وسيتم توفير حصص التغذية الإضافية من خلال المراكز الصحية الحكومية وعند الضرورة العيادات المتنقلة الواقعة على مسافة مشي تبلغ 5 كم. وسيستمر البرنامج في استخدام مراكز التغذية الإضافية القائمة لأولئك المقيمين بالقرب من أحدها. وسيشارك برنامج الأغذية العالمي مع وزارة الصحة لإزالة الديدان من الأطفال مرة كل ستة أشهر ومعالجة التهابات دودة الأنكيلوستوما.
- 51- *المنتجات الجديدة*. يوفر برنامج التغذية الإضافية لبرنامج الأغذية العالمي حالياً خليط الذرة بالصويا والزيت والسكر. وعلى المدى القصير، يود برنامج الأغذية العالمي أن يبدأ في استخدام أغذية Supplementary Plumpy™ التي توفر حصة غذائية لذيذة مصممة بشكل خاص لتلبية الاحتياجات التغذوية للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية. وسيتم استهداف الأسر باستخدام التوزيع العام للأغذية لمساعدة تخفيض خطر مشاركة أفراد الأسرة الآخرين لأغذية Supplementary Plumpy™. وعلى المدى المتوسط سيبحث برنامج الأغذية العالمي بالتعاون مع جامعة ماكيري إمكانية تصميم منتجات محلية للتغذية الإضافية للاستعاضة عن أغذية Supplementary Plumpy™ الأكثر كلفة.

## ← دعم التغذية العلاجية

- 52- سيدعم برنامج الأغذية العالمي التغذية العلاجية للأطفال الذين يعانون من الهزال الحاد. وسيضطلع كل من حكومة أوغندا وصندوق الأمم المتحدة للطفولة دور القيادة في هذه البرامج ولكن يبقى لبرنامج الأغذية العالمي دور حيوي في توفير خليط الذرة بالصويا والزيت والسكر خلال المرحلتين الثانية والثالثة للعلاج. ويقدم أيضاً حصة غذائية لشخصين يقومان بالرعاية لضمان قدرة الأشخاص القائمين على أطفال يعانون من هزال حاد على تحقيق احتياجاتهم الخاصة.
- 53- ويدعم برنامج الأغذية العالمي حكومة أوغندا وصندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) في التحول نحو نهج مجتمعي أكثر للتغذية الإضافية. ويؤدي برنامج الأغذية العالمي دوراً أصغر عند حضور الحكومة وصندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، ولكنه يستطيع المساعدة في دعم المواقع التي لا يغطيها صندوق الأمم المتحدة للطفولة.

## ← التخفيض المرحلي

- 54- بالإمكان استخدام التوزيع العام للأغذية والتغذية الإضافية والتغذية العلاجية بشكل متصافر في المواقع حيث تتجاوز معدلات سوء التغذية الحاد الشامل 10 في المائة أو أنها دون الـ 10 في المائة ولكن توجد عوامل تزيد من الشدة مثل الأمراض أو الصدمات. وتحسن الأوضاع لا سيما في أتشولي وغرب النيل سيتم تخفيض البرامج مرحلياً. ومن خلال عملية استشارية واستناداً إلى مجموعة من تقديرات التغذية والأمن الغذائي، سيعمل برنامج الأغذية العالمي مع المستفيدين والحكومة والشركاء الآخرين لتحديد المجتمعات التي لم تعد بحاجة إلى المساعدة الغذائية (انظر "المستفيدين والاستهداف" للمزيد من المعلومات حول العملية). وفي المناطق التي يتم فيها التخفيض المرحلي لبرامج العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش سيدعم برنامج الأغذية العالمي أنشطة الإنعاش والتنمية ومنها مبادرة الشراء من أجل السلام. ويتمثل الهدف في مساعدة أفراد المجتمعات على أن يصبحوا منتجين صافين للغذاء بدلاً من أن يكونوا مجرد متلقين.

## المستفيدين والاستهداف

- 55- استناداً إلى المشاورات مع الحكومة ووكالات الأمم المتحدة والشركاء من المنظمات غير الحكومية والمستفيدين الحاليين، ستعالج العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش هذه الاحتياجات الأساسية للأشخاص التاليين:
- ← 766 000 مشرد داخلي والعائدين في المخيمات والمواقع المؤقتة ومواطنهم الأصلية<sup>23</sup> في شبه إقليم أتشولي؛
  - ← 115 000 لاجئ في مناطق إعادة التوطين في شبه إقليمي غرب النيل والجنوب الغربي.
- 56- سيتم إيلاء اهتمام خاص للأفراد الشديدي الضعف ومنهم كبار السن والمعوقون والمرضى والأيتام وتقديم حصص غذائية كاملة لهم.
- 57- يلخص الجدول رقم 1 أعداد المستفيدين وفقاً لنوع المداخلة والسنة.

<sup>22</sup> تم تحديد هذا الرقم من خلال اجتماع استشاري في غولو. انظر: برنامج الأغذية العالمي. 2008. تقرير حلقة عمل التخفيض المرحلي لشبه إقليم أتشولي (مسودة).

<sup>23</sup> سيتم مساعدة المشردين داخليا في مواطنهم الأصلية حتى يتمكنوا من إنتاج أول محصول لهم وتحقيق احتياجاتهم.

<sup>24</sup> يمثل هذا الرقم الاجمالي للاجئين الذين يحصلون على المساعدة نتيجة الرقم الحالي للمستفيدين من اللاجئين (95 000) مضاف إليه القادمين الجدد المتوقعين بين أبريل/نيسان 2009 ومارس/أذار 2012 (20 000). بما أنه من المتوقع إعادة توطين أكثر من 30 000 لاجئ خلال نفس الفترة، من المتوقع انخفاض العدد السنوي للمستفيدين خلال السنوات الثلاث لتنفيذ العملية.

الجدول رقم 1: المستفيدون وفقاً لنوع المداخلة									
2012-2011			2011-2010			2010-2009			الأنشطة
المشردون داخلياً									
المجموع	ذكور	إناث	المجموع	ذكور	إناث	المجموع	ذكور	إناث	
-	-	-	383 000	184 000	199 000	766 000	368 000	398 000	التوزيع العام للأغذية
11 490	4 596	6 894	22 980	9 192	13 788	45 960	18 384	27 576	التغذية الإضافية
2 285	914	1 371	4 596	1 838	2 758	9 192	3 677	5 515	العلاجية (المرضى)
4 570	1 828	2 742	9 192	3 676	5 516	18 384	7 354	11 030	العلاجية (موفرو الرعاية)
المشردون									
المجموع	ذكور	إناث	المجموع	ذكور	إناث	المجموع	ذكور	إناث	
	41 000	44 000	90 000	43 000	47 000	95 000	45 000	50 000	التوزيع العام للأغذية
3 400	1 360	2 040	3 600	1 440	2 160	3 800	1 520	2 280	التغذية الإضافية
850	340	510	900	360	540	950	380	570	العلاجية (المرضى)
1 700	680	1 020	1 800	720	1 080	1 900	760	1 140	العلاجية (موفرو الرعاية)
85 000	41 000	44 000	473 000	227 000	246 000	861 000	413 000	448 000	المجموع <sup>25</sup>

58- بعودة المشردين داخلياً إلى أوطانهم وإعادة تأسيس سبل رزقهم يجب أن يصبح بالإمكان بحلول السنة الثالثة توقيف التوزيع العام للأغذية مرحلياً. ولأغراض التخطيط، تم افتراض أن نصفهم سيصبح في حالة الإكتفاء الذاتي في عام 2011/2010 أما الباقي ففي 2012/2011. وستسمح عملية إعادة توطين اللاجئين بالتخفيض المرحلي للتوزيع العام للأغذية في غرب النيل بحيث يغادر حوالي 15 000 لاجئ كل سنة. ولكن ستزداد هذه الأرقام تدريجياً بسبب التدفقات الجديدة في الجنوب الغربي (بمتوسط 10 000 سنوياً للسنوات الثلاث الماضية). وسيحدث انخفاض صغير في عدد المستفيدين من اللاجئين خلال العملية.

59- ويستند استهداف الأسر التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي إلى التقديرات الدورية للاحتياجات. إن تحديد الاحتياجات من أجل التوزيع العام للأغذية سيستخدم عملية من ثلاث خطوات. أولاً، أقام برنامج الأغذية العالمي وشركاؤه نظاماً للأمن الغذائي و رصد التغذية يرصد الاستهلاك وأنماط التأقلم وبإمكانه تحفيز التقديرات في حالات الطوارئ. ثانياً، سيتم إجراء مجموعة شاملة من التقديرات – مسوحات استخدام الأراضي وإنتاج المحاصيل، وتقدير الأمن الغذائي في حالات الطوارئ (التي تضم تحليل السوق) ومسوحات التغذية – على الأقل مرة في السنة لتحديد المناطق الجغرافية المحتاجة وأضعف المجموعات السكانية التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي. وسيتم استخدام نظام متكامل لتصنيف مراحل الأمن الغذائي لإلقاء الضوء على هذه المناطق الجغرافية ومواءمة جميع موارد الإثبات وبناء الإجماع بين الشركاء حول أوضاع الأمن الغذائي. ثالثاً، سيتم تحديد خيارات الاستجابة في حلقة عمل استشارية مع جميع الشركاء من أجل ضمان البرمجة المتكاملة.

60- وتم تقدير أعداد المستفيدين من أجل برامج التغذية الإضافية والعلاجية استناداً إلى معدلات سوء التغذية المتوسط والحاد. وسيستند الدخول والخروج إلى معايير القبول والتخريج القياسية (على سبيل المثال الوزن مقابل الطول، ومحيط

<sup>25</sup> لا يعادل مجموع عدد المستفيدين مجموع عدد مكونات الأنشطة الإفرادية لأن بعض الأسر قد تستفيد من أكثر من نشاط.



منتصف الجزء الأعلى للذراع). وجميع الأطفال بعمر 6 إلى 59 شهراً والنساء الحوامل والمرضعات الذين يعانون من سوء التغذية المتوسط سيتم أخذهم في الحسبان في إطار برنامج التغذية الإضافية.

## الاعتبارات التغذوية والحصص الغذائية

- 61- حجم الحصة: تُقدر فجوة الطاقة لغالبية المستفيدين من المشردين داخلياً واللاجئين بين 40-60 في المائة. بالتالي سيحصلون على حصة غذائية أو قسيمة نقدية معادلة تغطي 50 في المائة من الكمية المستتسبة من الأغذية. وسيحصل الأفراد من ذوي الضعف الشديد على 100 في المائة من الكمية المستتسبة من الأغذية.
- 62- مكونات الحصة: ستتكون الحصة للتوزيع العام للأغذية من الذرة أو دقيق الذرة والبقول وخليط الذرة بالصويا والزيت النباتي المقوى ومسحوق المغذيات الدقيقة. وسيبحث برنامج الأغذية العالمي عن سلاسل غذائية بديلة باستخدام المنتجات المحلية المصممة لاحتياجات وأذواق كل شبه إقليم وتأمين الموافقة الضرورية على أي تغيير والقيام بأي مراجعة مطلوبة للميزانية. وستتكون الحصة المخصصة لبرنامج التغذية الإضافية إما من أغذية Supplementary Plumpy™ أو مزيج من خليط الذرة بالصويا والزيت والسكر، التي تعالج الاحتياجات للمغذيات الدقيقة وبشكل خاص الفيتامين ألف واليود والحديد. والحصص الغذائية المقدمة في إطار التغذية العلاجية هي مزيج من خليط الذرة بالصويا والزيت والسكر مقدمة لتكميل المواد الغذائية الخاصة التي يقدمها الشركاء في مجال التغذية.
- 63- ويستمر التوزيع العام للأغذية من 3 إلى 12 شهراً والتغذية الإضافية لمدة 90 يوماً والتغذية العلاجية لمدة 30 يوماً. وسيتم أيضاً توزيع البسكوبيت عالي الطاقة للاجئين أثناء التدفق وإعادة التوطين. ويُظهر الجدول رقم 2 سلة الأغذية والنقد/القوائم المعادلة وفقاً لنوع المداخلة.



الجدول رقم 2: السلة الغذائية وما يعادلها من نقد/قسائم <sup>26</sup> وفقاً للنشاط (للفرد في اليوم)								
الحصة	الذرة أو الحنطة أو الدقيق (غ)	البقول (غ)	الزيت النباتي (غ)	أغذية Supplementary Plumpy <sup>TM</sup> أو مسحوق المغذيات الدقيقة	السكر (غ)	خليط الذرة بالصويا (غ)	النقد (دولار أمريكي)	سعر حرارية
التوزيع العام للأغذية – 50 في المائة من الكمية المستنسبة من الأغذية								
المقياس	200 (الحنطة)	40	10	1 (مسحوق المغذيات الدقيقة)		50	17	1 123
التوزيع العام للأغذية – 100 في المائة من الكمية المستنسبة من الأغذية								
المقياس	390 (دقيق)	70	30	1 (مسحوق المغذيات الدقيقة)		50	37	2 127
التغذية الإضافية								
في المركز المجتمعية			25	92 (أغذية Supplementary Plumpy <sup>TM</sup> )	15	229		1 197 500
التغذية العلاجية								
المرضى			10		10	60		369
موفرو الرعاية	400 (دقيق)	65	30			40		2 107

64- يُظهر الجدول رقم 3 مجموع المتطلبات من السلع للمستفيدين من العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش لمدة 36 شهراً.

الجدول رقم 3: مجموع المتطلبات من السلع لمدة ثلاث سنوات									
نوع المداخلة	الذرة أو القمح أو الدقيق	البقول	الزيت النباتي	أغذية Supplementary Plumpy <sup>TM</sup> أو مسحوق المغذيات الدقيقة	السكر	خليط الذرة بالصويا	البسكويت عالي الطاقة	النقد (ما يعادله بالطن المتري)	المجموع
التوزيع العام للأغذية	89 084	17 425	4 969	399	-	19 944	58	4 602	136 482
التغذية الإضافية	-	-	165	3 809	99	1 516	-	-	5 589
التغذية العلاجية	5 407	879	473	-	68	946	-	-	7 772
المجموع	94 491	18 304	5 607	4 208	167	22 406	58	4 602	149 843

## ترتيبات التنفيذ

### المشاركة

65- استندت صياغة استراتيجيات العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش وترتيبات التنفيذ إلى الاستشارات المكثفة مع ممثلي المستفيدين. وعُقدت حلقات عمل على مستوى المقاطعة بمشاركة رؤساء المستفيدين وممثلي النساء في كل منطقة من

<sup>26</sup> تماثياً مع توجيهات برنامج الأغذية العالمي بشأن التحويلات التجريبية للنقد. وقد حسب برنامج الأغذية العالمي المعادل من النقد لحصة غذائية يومية بالاستناد إلى أسعار تسليم المواد.

مناطق المشروع لتحديد الدروس من المداخلات السابقة وتصميم استجابة ملائمة للواقع على الأرض. وأجرى عدد من بعثات التقييم المقابلات المباشرة مع الأسر حول تجربتهم مع برامج برنامج الأغذية العالمي. وقد أخذت بالحسبان هذه الآراء في تصميم العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش المقترحة.

66- وسيستمر المستفيدون في المشاركة في عملية التسجيل وتوزيع الأغذية من خلال لجان إدارة الأغذية المجتمعية التي تتال فيها النساء أكثر من 50 في المائة من المراكز القيادية. وسيتم إصدار بطاقات الحصص الغذائية للغالبية العظمى من الأسر بأسماء النساء لأنهن صاحبات الحق بالأغذية. وتقوم النساء باستلام الحصص الغذائية في مواقع التوزيع.

## الشركاء

67- توفر الخطط الحكومية على المستويات الوطنية والمقاطعة وشبه المقاطعة والأبرشية الإطار لأنشطة العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش. وشارك المسؤولون على مستوى المقاطعة ومن الوزارات المعنية في تطوير استراتيجيات العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش من خلال الاستشارات مع أصحاب الشأن المعنيين على المستويين الوطني والمقاطعة وستتقود الجهود التنفيذية أو تتكامل معها.

68- ويعمل برنامج الأغذية العالمي أيضاً مع مجموعة من الشركاء بما فيهم منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وصندوق الأمم المتحدة للطفولة والعمل لمكافحة الجوع لتنفيذ التقديرات المشتركة. ويضم شركاء برنامج الأغذية العالمي لتنفيذ البرنامج صندوق الأمم المتحدة للطفولة ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومجلس اللاجئين النرويجي والمنظمة الدولية للرؤية العالمية ومنظمة *Aktion Afrika Hilfe* والعديد من المنظمات المجتمعية.

## ← المدخلات غير الغذائية

69- سيتم استخدام تمويل برنامج الأغذية العالمي لتكاليف التشغيل المباشرة الأخرى لإجراء التقديرات وأنشطة الشركاء المتعاونين والبنود غير الغذائية (مثل الموازين) والمتطلبات الأخرى. أما بالنسبة لبناء القدرات الحكومية فسيتم التركيز على التدريب والبعثات المشتركة وتبادل الموظفين والزيارات إلى المواقع.

## ← القضايا البيئية

70- تراعي العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش الاهتمامات البيئية. ومن خلال التدخل لتحقيق الفجوة الغذائية تضمن هذه العملية عدم لجوء المستفيدين إلى استراتيجيات غير مستدامة للتأقلم مثل قطع الأشجار وبيعها كحطب من أجل شراء الأغذية.

## ← الترتيبات اللوجستية

71- تنقل الترتيبات اللوجستية لبرنامج الأغذية العالمي الأغذية المستوردة والمشتراة محلياً إلى نقاط التسليم النهائية في شبه أقاليم أتشولي وغرب النيل والجنوب الغربي. ويتم نقل السلع التي تصل إلى مومباسا إلى نقاط التسليم المركزية لبرنامج الأغذية العالمي في تورورو وكامبالا عن طريق السكك الحديدية والطرق (96 في المائة). ويتم شراء السلع محلياً من المناطق في أوغندا التي تتمتع بفائض وتُنقل إلى مراكز التسليم المركزية وتُنقل منها إلى 13 نقطة تسليم أمامية. وسيتم

استخدام مستودعات برنامج الأغذية العالمي أثناء فترة ما بعد الحصاد كنقاط تجميع تحت إطار مشروع مبادرة الشراء من أجل التقدم. ومن أجل نجاح هذا المشروع لابد من زيادة حجم أسطول برنامج الأغذية العالمي. وسيتم إشراك شركات النقل التجاري عندما تكون الظروف الأمنية والبنية التحتية ملائمة؛ وإلا فسيتم استخدام أساطيل برنامج الأغذية العالمي.

## ← خطط المشتريات

72- برنامج الأغذية العالمي ذو خبرة واسعة في شراء السلع الغذائية في أوغندا لدعم برامج المساعدة الغذائية في بورندي وراوندا وأوغندا. ويتوقع برنامج الأغذية العالمي أن تشكل المشتريات المحلية 45 في المائة من الحبوب والبقول والبقول و35 في المائة من الأغذية المقواة بشرط توفر المساهمات النقدية غير المقيدة وملاءمة أوضاع السوق. وتحت إطار هذه العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش سيتم شراء أنواع جديدة من السلع الغذائية من صغار المزارعين في إطار مبادرة الشراء من أجل التقدم.

## رصد الأداء

73- يوفر نهج الإدارة القائمة على النتائج الأساس لنظام الرصد والتقييم الحالي لبرنامج الأغذية العالمي. ويحصل النظام على نتائج الأداء ويحلها ويوزعها من أجل اتخاذ القرارات الإدارية وإعداد التقارير المؤسسية واستخدامها من قبل الأمم المتحدة والحكومة.

74- يحتوي الملحق الثاني على الإطار المنطقي. وستتم متابعة مؤشرات الحصائل المؤسسية بما في ذلك معدلات سوء التغذية الحاد الشامل ومعدلات الإنعاش في إطار التغذية الإضافية ومؤشرات النواتج المرتبطة بها بشكل وثيق، جزئياً من خلال نظام رصد للأمن الغذائي والتغذية. وسيتم إجراء تقييم منتصف المدة لأنشطة العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش في عام 2010 بالتعاون مع الشركاء.

## تقدير المخاطر والتخطيط الإحترازي

75- لا يمكن التنبؤ بالأوضاع في أوغندا لذلك لابد من النص على احتمال حدوث تغيرات على الأنشطة. وقد تم إلقاء الضوء على العوامل التي قد تعرقل العمليات في التصورات. وقد طورت مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وبرنامج الأغذية العالمي والشركاء الآخرين الخطط لحالات الطوارئ في حال احتمال تدفق اللاجئين من جمهورية الكونغو الديمقراطية. وبالتعاون مع مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية أعدت مجموعة العمل المعنية بالأمن الغذائي وسبل الرزق الزراعية الخطط الإحترازية في حال تجدد القتال في مناطق المرشدين داخلياً.

## الاعتبارات الأمنية

76- ما تزال الأوضاع الأمنية تحظى باهتمام كبير للغاية في التخطيط التشغيلي لبرنامج الأغذية العالمي. وتعد أتشولي وغرب النيل في المرحلة الثانية بينما الجنوب الغربي في المرحلة الأولى. ويشارك برنامج الأغذية العالمي في الخطة



الأمنية القطرية للأمم المتحدة و"الخطة الأمنية للمنطقة" (التي تعادل عادة مقاطعة). ولكل منطقة منسق أمني يستطيع تقديم التوصية بشأن الإجراء إلى ضباط الأمن في كل وكالة وإلى فريق الأمم المتحدة لإدارة الأمن. ويلتزم برنامج الأغذية العالمي بمقاييس الأمن التشغيلية الدنيا ومقاييس الاتصالات الأمنية الدنيا.

77- ويثير إدخال النقد/القوائم في عملية التوزيع العام للأغذية بعض الاهتمامات الأمنية. وبالإستفادة من تجارب الوكالات الأخرى مع التوزيع النقدي، سيعمل برنامج الأغذية العالمي من خلال النظام المصرفي الحالي باستخدام آلات الصراف الآلي أو نظام القوائم.

## الملحق الأول - ألف

توزيع تكاليف زيادة الميزانية			
القيمة (بالدولار)	متوسط تكلفة الطن المتري (بالدولار)	الكمية (بالطن المتري)	
التكاليف التي يتحملها البرنامج			
ألف - تكاليف التشغيل المباشرة			
الأغذية <sup>1</sup>			
28 255 398	403.78	69 977	حبوب الذرة
8 089 620	330.00	24 514	دقيق الذرة
11 147 136	609.00	18 304	البقول
13 079 495	583.75	22 406	خليط الذرة بالصويا
5 989 229	1068.17	5 607	الزيت النباتي
75 150	450.00	167	السكر
15 990 400	3800.00	4 208	مسحوق المغذيات الدقيقة/أغذية Supplementary Plumpy <sup>TM</sup>
75 400	1300.00	58	البسكويت عالي الطاقة
2 992 339	650.23	4 602	النقد/القوائم
<b>85 694 167</b>		<b>149 843</b>	<b>مجموع الأغذية</b>
11 612 504			النقل الخارجي
15 544 741			النقل البري
12 377 438			النقل البري والتخزين والمناولة
27 922 179			مجموع النقل البري والتخزين والمناولة
18 200 000			تكاليف التشغيل المباشرة الأخرى
<b>143 428 850</b>			<b>مجموع تكاليف التشغيل المباشرة</b>
<b>22 092 220</b>			<b>باء - تكاليف الدعم المباشرة<sup>2</sup> (انظر الملحق الأول - باء)</b>
<b>11 586 475</b>			<b>جيم - تكاليف الدعم غير المباشرة (7.0 في المائة)<sup>3</sup></b>
<b>177 107 545</b>			<b>مجموع التكاليف التي يتحملها البرنامج</b>

<sup>1</sup> هذه سلة أغذية افتراضية لما يعادله من نقد/قوائم وضعت لأغراض الميزنة والاعتماد. ويمكن أن تتباين محتوياتها.  
<sup>2</sup> رقم إرشادي لغرض الإحاطة والعلم. ويتم سنويا استعراض المبلغ المخصص في إطار تكاليف الدعم المباشرة.  
<sup>3</sup> يجوز للمجلس التنفيذي أن يقوم بتعديل نسبة تغطية تكاليف الدعم غير المباشرة أثناء فترة المشروع.

## الملحق الأول - باء

متطلبات الدعم المباشر (بالدولار الأمريكي)	
الموظفون	
5 829 105	الموظفون الفنيون الدوليون
2 014 500	الموظفون الفنيون الوطنيون
2 999 300	الموظفون الوطنيون من فئة الخدمات العامة
270 660	المساعدات المؤقتة
197 140	الوقت الإضافي
159 215	الحوافز
378 675	الخبراء الدوليون
107 180	الخبراء المحليون
1 589 505	سفر الموظفين في مهام رسمية
597 750	تدريب وتطوير الموظفين
<b>14 143 030</b>	<b>المجموع</b>
نفقات المكاتب والتكاليف المتكررة الأخرى	
814 330	كلفة استئجار الموقع
248 200	الاستخدامات (العامة)
297 200	اللوازم المكتبية
451 100	خدمات الاتصال وتكنولوجيا المعلومات
124 250	التأمين
268 880	إصلاح المعدات وصيانتها
1 859 400	تكاليف صيانة وتشغيل المركبات
688 430	النفقات المكتبية الأخرى
515 100	خدمة منظمة الأمم المتحدة
<b>5 266 890</b>	<b>المجموع الفرعي</b>
المعدات والتكاليف الثابتة الأخرى	
461 750	الأثاث والأدوات ومعدات الاتصال وتكنولوجيا المعلومات
1 099 550	استئجار المركبات
1 121 000	معدات تكنولوجيا الاتصالات والمعلومات
<b>2 682 300</b>	<b>المجموع الفرعي</b>
<b>22 092 220</b>	<b>مجموع تكاليف الدعم المباشرة</b>

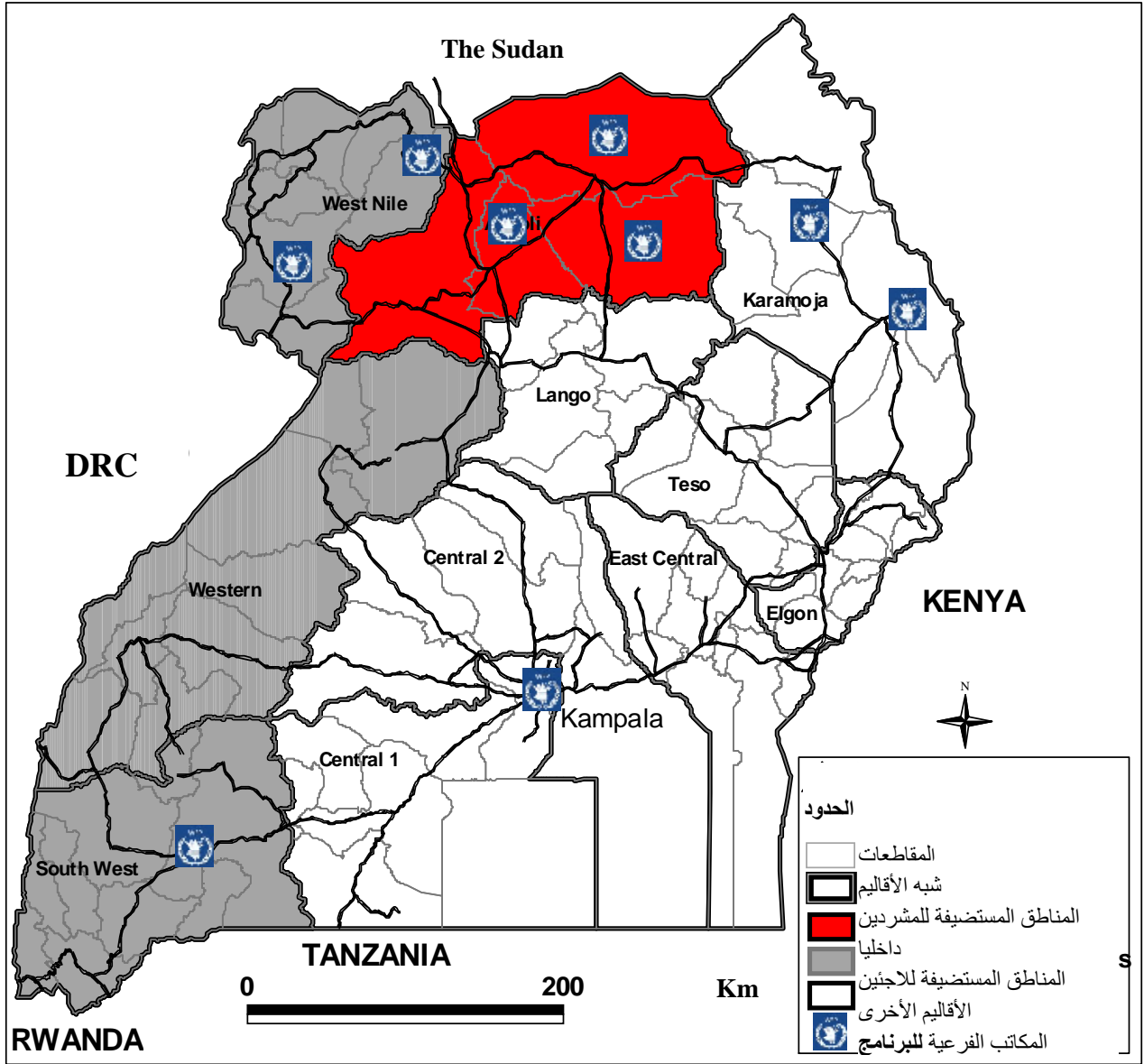
## الملحق الثاني: الإطار المنطقي

سلسلة النتائج	مؤشرات الأداء	المخاطر والإفتراضات
<b>الهدف: إنقاذ الأرواح ومعالجة سوء التغذية الحاد لدى مجتمعات المشردين داخلياً واللاجئين (الهدف الاستراتيجي 1)</b>		
<b>الحصيلة 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>أقل من 10 في المائة معدل انتشار سوء التغذية الحاد بين الأطفال دون سن الخامسة، يُقدر باستخدام الوزن مقابل الطول</li> <li>معدل الإنعاش في برامج التغذية الإضافية أكثر من 75 في المائة</li> <li>معدل التقصير في برامج التغذية الإضافية أقل من 15 في المائة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>عدم حدوث تفشي واسع للأمراض في منطقة المشروع</li> </ul>
<b>النتائج 1-1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>704 800 مستفيد (80 في المائة من النسبة المخطط لها) يحصلون على المساعدة وفقاً لنوع الجنس والفئة العمرية</li> <li>توزيع 109 186 طناً مترياً من الأغذية أو ما يعادلها من النقد (80 في المائة من المخطط) وفقاً للنوع</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>لا يوجد مشاكل رئيسية في الوصول بسبب النزاع أو الكوارث الطبيعية</li> <li>تأمين الموارد الكافية من المانحين في الوقت المناسب</li> </ul>
<b>النتائج 2-1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>88 002 مستفيد (80 في المائة من النسبة المخطط لها) يحصلون على المساعدة الغذائية وفقاً للجنس والفئة العمرية</li> <li>توزيع 10 689 طناً مترياً من الأغذية (80 في المائة من المخطط) وفقاً للنوع</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>لا يوجد مشاكل رئيسية في الوصول بسبب النزاع أو الكوارث الطبيعية</li> <li>تأمين الموارد الكافية من المانحين في الوقت المناسب</li> </ul>



## الملحق الثالث

## خريطة بمنطة العمليات في أوغندا



إن الإشارات المستخدمة وطريقة عرض المواد في هذا المنشور لا تعبر بأي حال من الأحوال عن موقف برنامج الأغذية العالمي بشأن القانوني أو حدود أو تخوم لأي بلد أو أرض أو مدينة أو منطقة.