

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

المجلس التنفيذي

الدورة العادية الثانية

روما، 8-11/11/2010

المشروعات المقدمة للمجلس التنفيذي للموافقة عليها

البند 9 من جدول الأعمال

المشاريع الإنمائية - طاجيكستان 200173

تقديم الدعم لمرضى السل ولأسرهم

عدد المستفيدين	136 000
مدة المشروع	36 شهراً (2011/1/1 - 2013/12/31)
كمية الأغذية التي يتحملها البرنامج	12 483 طناً مترياً
التكاليف (بدولار الولايات المتحدة الأمريكية)	
تكاليف الأغذية التي يتحملها البرنامج	4 225 209
مجموع التكاليف التي يتحملها البرنامج	7 018 153

مقدمة للمجلس للموافقة



Distribution: GENERAL
WFP/EB.2/2010/9-A/1

27 september 2010
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 دورة المجلس التنفيذي بفترة كافية.

مدير المكتب الإقليمي في القاهرة (الشرق الأوسط وأسيا الوسطى وشرق أوروبا):
السيد: الدالي بالقاسمي رقم الهاتف: 066513-3561

موظفة الاتصال، المكتب الإقليمي في القاهرة (الشرق الأوسط ووسط آسيا وشرق أوروبا):
السيدة: M. Jaring رقم الهاتف: 066513-2342

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

ملخص

السل مرض وبائي في طاجيكستان، إذ انه يهدد الأمن الغذائي وسبل العيش لدى المرضى وأسرهم، وهو معترف به كمرض من أمراض الفقر ومرتبطة بهجرة اليد العاملة التي يمثل تحويل الدخل الناتج عنها إلى الأسر الفقيرة نصف إجمالي الناتج المحلي. ويعد الدعم المقدم من البرنامج شبكة أمان فعالة للمرضى والأسر المحرومة من دخل عائلها الرئيسي. ونظرا لأن المساعدة التي يقدمها البرنامج تتوقف على التقيد بالعلاج، فإن الغذاء حافز يدفع المرضى إلى إتمام علاجهم وتلافي خطر الإصابة بسلالات المرض المقاومة للعقاقير.

والشركاء الرئيسيون للبرنامج في المساعدة في مجال السل هم المركز الوطني لمكافحة السل، والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، ومشروع الفرص الصحية للسكان في كل مكان. ويرتكز هذا المشروع الإنمائي على إنجازات تحالف شراكة أدى منذ سنة 2007 إلى زيادة معدلات الشفاء، وتخفيض معدلات الوفاة والانقطاع بعد المعالجة، وإبطاء تزايد السل المقاوم للعقاقير، والحد من انعدام الأمن الغذائي في الأسر المتضررة.

وسيساهم هذا المشروع في أهداف البرنامج الوطني للسل 2010-2015 ويتماشى مع مشروع الاستراتيجية الصحية الوطنية 2010-2012 واستراتيجية إيقاف السل لمنظمة الصحة العالمية. وهو يتماشى أيضا مع الاستراتيجية الإنمائية الوطنية 2007-2015 وورقة استراتيجية الحد من الفقر 2010-2012. ويتناول المشروع الهدفين الاستراتيجيين 4 و5⁽¹⁾ ويسهم في الهدفين الإنمائيين للألفية 1 و6⁽²⁾ وهو يدعم أيضا الركن الرابع من إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية 2010-2015 فيما يتعلق بتحسين إمكانية وصول الضعفاء إلى الخدمات الصحية الجيدة.

مشروع القرار*

يوافق المجلس على المشروع الإنمائي المقترح لطاجيكستان 200173 "تقديم الدعم لمرضى السل ولأسرهم" (WFP/EB.2/2010/9-A/1) رهنا بتوافر الموارد.

(1) الهدف الاستراتيجي 4- الحد من الجوع ونقص التغذية المزمنين؛ الهدف الاستراتيجي 5- تعزيز قدرات البلدان على الحد من الجوع، بما ذلك من خلال استراتيجيات تسليم المسؤولية والمشتريات المحلية.

(2) الهدف الإنمائي 1- للألفية- القضاء على الفقر المدقع والجوع؛ الهدف الإنمائي 6- للألفية- مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا وغيرها من الأمراض. * هذا مشروع قرار، وللإطلاع على القرار النهائي الذي اعتمده المجلس، يرجى الرجوع إلى وثيقة القرارات والتوصيات الصادرة في نهاية الدورة.

تحليل الوضع

- 1- طاجيكستان بلد غير ساحلي ذو دخل منخفض ويعاني من نقص الغذاء يبلغ عدد سكانه 7.3 مليون نسمة. ويبلغ إجمالي الناتج المحلي لكل فرد 1 753 دولارا أمريكيا - وهو الأدنى في آسيا الوسطى وأوروبا الشرقية.⁽³⁾ وتقتصر الأراضي الصالحة للزراعة على نسبة 7 في المائة من مساحة البلاد. وعند الحصول على الاستقلال في 1992 عن الاتحاد السوفيتي السابق تسببت حرب أهلية استمرت خمس سنوات في أضرار واسعة النطاق في البنى التحتية وفقدان ما يقدر بـ 50 000 نفس.
- 2- وتواجه طاجيكستان مشكلات ناجمة عن جغرافيتها وتاريخها وضعف مؤسساتها والأزمة الاقتصادية العالمية. وقد بلغ متوسط النمو الاقتصادي فيما بين سنة 2000 وسنة 2008، 8 في المائة في السنة، ولكنه انخفض إلى 3.4 في المائة في 2009 نتيجة لقسوة الطقس ونقص الطاقة خلال الشتاء السابق والأزمة الغذائية والمالية الدولية.⁽⁴⁾ وتصنف طاجيكستان في المرتبة السابعة والعشرين بعد المائة من بين 182 بلدا في مؤشر التنمية البشرية لسنة 2009⁽⁵⁾
- 3- وما زالت طاجيكستان هي أفقر بلد في كومنولث الدول المستقلة، وهي من بين أضعف جمهوريات الاتحاد السوفيتي سابقا. وقد تحسنت المؤشرات الاجتماعية في السنوات الأخيرة، ولكنها ما زالت منخفضة نتيجة لسوء الخدمات العامة، واستمرار نقص الطاقة، وانخفاض الدخل بالنسبة لكل فرد. وطاجيكستان هي البلد الوحيد في آسيا الوسطى الذي يُستبعد أن يحقق أغلبية أهدافه الإنمائية للألفية.⁽⁵⁾
- 4- وتعد التحويلات المالية الواردة من 1.5 مليون يد عاملة مهاجرة أغلبيتها في روسيا من أهم القطاعات في الاقتصاد. فقد مثلت هذه التحويلات نسبة 50 في المائة من إجمالي الناتج المحلي في 2008 وكانت بمثابة شبكة أمان لكثير من الأسر. وفي 2008 بلغ متوسط التحويلات المالية السنوية لكل شخص 251 دولارا أمريكيا بالمقارنة بمبلغ 114 دولارا أمريكيا في حالة أوروبا الوسطى والشرقية وكومنولث الدول المستقلة.⁽⁶⁾ ونتيجة للركود الاقتصادي الذي حدث مؤخرا بلغت المكاسب الناجمة عن التحويلات النقدية في 2009، 1.7 مليار دولار أمريكي، وهو ما يعد انخفاضا بنسبة 33 في المائة عن الرقم القياسي البالغ 2.7 مليار دولار أمريكي في 2008.⁽⁷⁾
- 5- وانخفض معدل الفقر على نحو مطرد خلال العقد الماضي، ولكنه ما زال مرتفعا. وبين آخر استقصاء للفقر أصدره البنك الدولي في 2007 أن 41 في المائة من السكان يعيشون تحت خط الفقر البالغ 41 دولارا أمريكيا في الشهر وأن 17 في المائة منهم يعيشون تحت خط الفقر المدقع البالغ 26 دولارا أمريكيا في الشهر. غير أن هذا يعد تحسنا ملحوظا مقارنة بنسبة الـ 64 في المائة التي كانت تعيش تحت خط الفقر في 2003 ونسبة الـ 83 في المائة التي كانت تعيش على هذا النحو في 1999.⁽⁶⁾

⁽³⁾ برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. 2009. Human Development Report, Statistical Update 2008/2009.

متاح على الموقع: <http://hdrstats.undp.org>

⁽⁴⁾ The Economist Intelligence Unit. 2010. Tajikistan Country Report. London

⁽⁵⁾ برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. 2009. Accelerating MDG Attainment. New York.

⁽⁶⁾ البنك الدولي. 2007. Tajikistan Living Standards Survey. Washington DC.

⁽⁷⁾ الرصد الشهري للتحويلات المالية الذي يجريه صندوق النقد الدولي والبنك الوطني لطاجيكستان.

- 6- وتدهورت الرعاية الصحية العامة في طاجيكستان منذ 1990 عندما كانت تتلقى تمويلا حسنا نسبيا بما قيمته 6 في المائة من إجمالي الناتج المحلي، ولكنه ظل أقل من 2 في المائة منذ 1995؛ وكان يمثل 1.9 في المائة من إجمالي الناتج المحلي في 2009. وبحلول نهاية 2004 كان الإنفاق لكل فرد أقل من دولارين أمريكيين - أي 6.5 في المائة من الميزانية الوطنية؛ وهو يبلغ 6 في المائة في سنة 2010. ويوجد في البلد أدنى عدد من المهنيين الطبيين لكل فرد، وهم أيضا الأدنى اجرا في كومنولث الدول المستقلة.⁽⁸⁾
- 7- ويبلغ معدل انتشار السل في طاجيكستان 1 000/231، وهو الأعلى في المنطقة الأوروبية وفقا لمنظمة الصحة العالمية؛⁽⁹⁾ ويتسبب في خسارة اقتصادية شديدة كما يحدث في أجزاء أخرى من آسيا الوسطى. ويبلغ عبء المرض والوفاة المرتبط بالسل مستوى مرتفعا بصفة خاصة في المناطق الريفية التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي في طاجيكستان. ومرضى السل عادة مهاجرون ذكور من أسر فقيرة تعاني من انعدام الأمن الغذائي ويهاجرون إلى روسيا أو كازاخستان للعمل؛ وهم يعيشون عادة في ظروف دون المستوى وكثيرا ما يكون الواحد منهم هو العائل الوحيد للأسرة. والذين ينتهي تشخيص السل لديهم إلى نتيجة موجبة يتركون وظائفهم ويعودون إلى وطنهم أو يرسلهم البلد المضيف. وبذلك تقع على الأسر ثلاثة آثار: (1) فقدان المصدر الرئيسي للدخل؛ (2) زيادة النفقات الصحية؛ (3) خطر انتقال المرض إلى أفراد الأسرة.
- 8- ويمثل السل المقاوم للعقاقير المتعددة والسل المقاوم بشدة للعقاقير تحديا كبيرا يواجهه مكافحة السل. وعندما يتوقف المرضى عن علاجهم بالعقاقير لأنهم يفقدون الدافع أو يعودون إلى العمل في بلد مضيف، يصابون بسلسلة من السل مقاومة للعقاقير ويزداد الشفاء صعوبة إلى حد كبير. ويبلغ معدل الوفيات في حالة السل المقاوم للعقاقير المتعددة 80 في المائة، بالمقارنة مع 5 في المائة في حالة السل العادي عند علاجه. ويستغرق العلاج 18 شهرا على الأقل بدلا من ستة أشهر، وتكون التكاليف الطبية أعلى على نحو لافت للنظر. فدورة العلاج الكامل للمريض بالسل العادي تكلف ما بين 10 دولارات أمريكية و15 دولارا أمريكيا، في حين تبلغ تكاليف علاج السل المقاوم للعقاقير المتعددة 4 000 دولار أمريكي.⁽¹⁰⁾
- 9- وتوجد بين السبعة وعشرين بلدا التي تتميز بأعلى معدلات للسل المقاوم للعقاقير المتعددة 14 جمهورية من جمهوريات الاتحاد السوفيتي السابق، وتعد طاجيكستان الخامسة من بينها إذ يبلغ معدل السل المقاوم للعقاقير المتعددة فيها 23 في المائة بين جميع حالات السل. ووجدت منظمة الصحة العالمية في أول استقصاء أجرته لطاجيكستان معدلا للسل المقاوم للعقاقير المتعددة يبلغ 17.4 في المائة بين حالات السل الجديدة و67.2 في المائة بين مرضى السل الذين سبق علاجهم في مدينة دوشانبي ومقاطعة روداكي. وبعد هذا المعدل الأخير أعلى بمقدار الثلث من نسبة الواحد وأربعين في المائة في 2006، وهو أعلى معدل أبلغ عنه على الإطلاق بين المرضى الذين سبق علاجهم في أي منطقة دون المستوى القطري في العالم.⁽¹¹⁾

⁽⁸⁾ منظمة الصحة العالمية/برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. 2009. *Review of Tuberculosis Control in Tajikistan*. جنيف.

⁽⁹⁾ منظمة الصحة العالمية. 2007. *Tajikistan TB profile*. جنيف. متاح على الموقع:

http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/TB/PDF_Files/tjk.pdf

يغطي مكتب منظمة الصحة العالمية لأوروبا أوروبا الشرقية، ودول الكومنولث المستقلة، وبلاد البلقان، والقوقاز، وإسرائيل، وتركيا.

⁽¹⁰⁾ منظمة الصحة العالمية/برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. 2009. *Review of Tuberculosis Control in Tajikistan*. كوبنهاغن.

⁽¹¹⁾ جميع الإحصاءات مستقاة من منظمة الصحة العالمية. 2009. *Global Tuberculosis Control: a Short Update to the 2009 Report*. جنيف.

الفقر والأمن الغذائي والتغذوي

- 10- يعيش حوالي 74 في المائة تقريبا من السكان في مناطق ريفية ويعيش 26 في المائة منهم في مدن؛ ويعيش 75 في المائة من الفقراء و72 في المائة من الفقراء المدقعين في مناطق ريفية ويعانون من الضعف بإزاء المناخ وصدمات الأسعار⁽⁶⁾. ورغم تحقيق محصول قياسي من الحبوب في 2009 بسبب جودة مستوى الأمطار والإصلاحات الزراعية، فإن طاجيكستان تعتمد على الواردات الغذائية لتلبية 40 في المائة⁽¹²⁾ من احتياجاتها. ويظهر رصد البرنامج للأسواق أن أسعار الأغذية أعلى مما كانت في سنة 2007 قبل أزمة أسعار الغذاء؛ وقد تضاعفت أسعار الخبز وزيت الطهي في سنة 2008 وما زالت مرتفعة. وتعتمد طاجيكستان على المعونة الدولية لاستدامة إمداداتها الغذائية.
- 11- ويعتمد ثلثا السكان الريفيين على الأسواق لتلبية احتياجاتهم الغذائية. وينفق السكان الذين يعانون من انعدام الأمن الغذائي 70 في المائة من دخولهم على الغذاء؛ وتستدين أفقر الأسر عادة لشراء الأغذية، وغداؤها فقير في الخضروات والبروتينات والمغذيات الدقيقة⁽¹³⁾.
- 12- وأظهر تقييم أجراه البرنامج في 2008 بالاشتراك مع منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) والحكومة عن الأمن الغذائي والتغذوي أن 1.7 مليون نسمة في المناطق الريفية يعانون من انعدام الأمن الغذائي⁽¹⁴⁾، ومنهم 540 000 شخص يعانون من انعدام الأمن الغذائي الشديد؛ و1.16 مليون شخص يعانون من انعدام الأمن الغذائي المعتدل، وهو ما يمثل 23 في المائة من الأسر الريفية. وفي المدن تم تحديد 500 000 شخص بوصفهم يعانون من انعدام الأمن الغذائي منهم 15 في المائة يعانون من انعدام الأمن الغذائي الشديد و22 في المائة يعانون من انعدام الأمن الغذائي المعتدل.
- 13- وتبين نتائج نظام رصد الأمن الغذائي لأبريل/نيسان 2010 أن انعدام الأمن الغذائي يمس مليون شخص في المناطق الريفية من طاجيكستان – أي 35 في المائة من السكان الريفيين⁽¹⁵⁾ وتظهر مقارنة بين بيانات رصد الأمن الغذائي وبين المعلومات المستقاة من رصد البرنامج بعد التوزيع لمشروع السل أن الأسر التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي والمتأثرة بالسل تشترك في نفس الخصائص: انخفاض الدخل، وقلة الأصول مثل الماشية أو الأراضي، وارتفاع مستوى التعرض للصدمة. وإقليميا خاتلون وسغد اللذان يتميزان بأعلى الكثافات السكانية وأعداد مرضى السل هما أيضا أفقر المناطق وأشدّها معاناة لانعدام الأمن الغذائي في البلد.
- 14- ويفوق ارتفاع معدل انتشار السل في بعض الأقسام من إقليم خاتلون المتوسط الوطني بمقدار المثلين أو الثلاثة أمثال؛ ويفوق ارتفاع معدلات الوفيات هذا المتوسط بمقدار يتراوح بين المثلين والخمسة أمثال. وفي 2008 كان 25 في المائة من حالات السل الجديدة المسجلة من هذا الإقليم⁽¹⁶⁾. ومرضى السل من بين أدنى كاسبي الدخل في البلد؛ فهم لا يمتلكون أي أصول مثل الماشية أو الأراضي ويعيشون بصفة رئيسية في مناطق معرضة للكوارث وتعاني من انعدام الأمن الغذائي⁽¹⁷⁾.

⁽¹²⁾ FAO crop and food security assessment, October 2009, p. 26. على الموقع

<http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ena/wfp220375.pdf>

⁽¹³⁾ نظام رصد الأمن الغذائي في طاجيكستان. وثيقة داخلية للبرنامج.

⁽¹⁴⁾ برنامج الأغذية العالمي ومنظمة الأغذية والزراعة واليونيسيف وحكومة طاجيكستان. 2008. *A Joint Emergency Food Security, Livelihoods, Agriculture and Nutrition Assessment, April –May 2008*. Rome.

⁽¹⁵⁾ برنامج الأغذية العالمي ومنظمة الأغذية والزراعة واليونيسيف وحكومة طاجيكستان. 2010. *A Joint Emergency Food Security, Livelihoods, Agriculture and Nutrition Assessment, April 2010*. Rome

⁽¹⁶⁾ منظمة الصحة العالمية. 2009. *National Programme for Population Protection against Tuberculosis*. Dushanbe.

⁽¹⁷⁾ رصد البرنامج فيما بعد التوزيع للأنشطة المتعلقة بالسل، 2008-2010.

15- ولم يتحسن الوضع التغذوي للأطفال دون سن الخامسة منذ الاستقصاء الأخير الذي أجري على نطاق القطر في 2005. ويقدر معدل سوء التغذية الحاد العام بنسبة تتراوح بين 5 و7 في المائة؛ ويتراوح معدل سوء التغذية المزمن بين 27 و39 في المائة⁽¹⁸⁾. والأسباب الرئيسية لسوء التغذية هي نقص النقود لشراء الغذاء، وقلة تنوع الأغذية، وعدم سلامة ممارسات التغذية، ونقص المياه النظيفة والنظافة. ويوجد في طاجيكستان أحد أعلى معدلات الوفيات في دول الكومنولث المستقلة، إذ يبلغ 1 000/46 مولود حي⁽⁶⁾، أي ضعف المتوسط في هذه الدول.

سياسات الحكومة وبرامجها

16- تلا البرنامج الوطني للسَّل (2003-2010) - الذي ارتكز على الدورة العلاجية بالملاحظة المباشرة للعلاج الكيميائي قصير الأجل وتلقى الدعم من الحكومة والشركاء الدوليين - البرنامج الوطني لمكافحة السَّل 2010-2015 الذي يوفر إطاراً لتنفيذ الأنشطة المتعلقة بالسَّل على أساس استراتيجية إيقاف السَّل لمنظمة الصحة العالمية. وصمم البرنامج باشتراك برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ومنظمة الصحة العالمية، ووزارة الصحة، وبدعم من الصندوق العالمي.

17- ومن المشكلات التي ينبغي للبرنامج الوطني لمكافحة السَّل 2010-2015 معالجتها مكافحة ترافق عدوى السَّل وفيروس نقص المناعة البشرية، ومقاومة السَّل المقاوم للعقارات المتعددة، ومكافحة السَّل في السجون. والأهداف هي: (1) ضمان إمكانية وصول جميع مرضى السَّل إلى التشخيص والعلاج والشفاء بفعالية، (2) منع انتشار عدوى السَّل والمرض.

18- ونظراً لأن العمال المهاجرين عُرضة بصفة خاصة للسَّل، فإن البرنامج يؤكد على تصميم وتنفيذ تدابير لتحسين فرص الوصول إلى خدمات السَّل في طاجيكستان والبلدان المضيفة مع الإشارة إلى تدابير لتحسين الظروف الاجتماعية الاقتصادية للمرضى والحد من عبء المرض بين المجموعات السكانية الضعيفة.

التعاون السابق والدروس المستفادة

19- بدأ البرنامج العمل في طاجيكستان في 1993 بعد اندلاع النزاع الأهلي استجابة لاحتياجات السكان الذين شردهم العنف، ووفر منذ ذلك الحين مساعدة غذائية لخمسة ملايين مستفيد. وبدأ البرنامج دعم مرضى السَّل وأسره في 2003، فافتتح مركزين للسَّل يقدمان الخدمات لألف مستفيد؛ وبحلول 2007 أصبح هناك 11 مركزاً تخدم 8 300 مستفيد.

20- واعترفت اللجنة الوطنية للتنسيق التابعة لوزارة الصحة والمعنية بمنع ومكافحة فيروس نقص المناعة البشرية والسَّل والمalaria بتجربة البرنامج في دعم الأنشطة المتعلقة بالسَّل وشبكة التوزيع واسعة النطاق التابعة له، فطلبت إلى الصندوق العالمي تقديم دعم مالي للبرنامج. ومنذ 2007 خصص الصندوق العالمي 1.2 مليون دولار أمريكي للبرنامج من خلال برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ومكثته بذلك من توسيع نطاق المساعدة الغذائية لمرضى السَّل بحيث شملت جميع الأقسام في البلد البالغ عددها أربعة وستين. وفي 2010 أصبح البرنامج يوفر مساعدة غذائية لنحو 20 000 من المرضى وأفراد الأسرة في المتوسط كل شهر في إطار العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش 106030.

⁽¹⁸⁾ برنامج الأغذية العالمي ومنظمة الأغذية والزراعة واليونيسيف وحكومة طاجيكستان. 2008. *A Joint Emergency Food Security, Livelihoods, Agriculture and Nutrition Assessment, April-May 2008*. Rome. Tajikistan Food Security and Nutrition Monitoring System. Rome. 2009. *The State of the World's Children*. New York. 2009. اليونيسيف.

- 21- ويشهد عدد من التقارير على قيمة الحوافز المقدمة لضمان تقييد مرضى السل بالعلاج. ويتسم توزيع الغذاء بأهمية خاصة لأن السل مرتبط بالفقر وسوء التغذية. فالشخص إذا كان مصابا بسوء التغذية وضعف نظام الوقاية على استعداد مقدا للإصابة بالسل وغيره من الأمراض المعدية، ويؤدي السل إلى سوء التغذية⁽¹⁹⁾ وقد زادت على نحو ملحوظ الحوافز الدافعة إلى التقييد بالدورة العلاجية القصيرة الأجل بالملاحظة المباشرة منذ أيام الجمهوريات السوفيتية بما كان فيها من معدلات مرتفعة للسل المقاوم للعقاقير المتعددة والرعاية الصحية غير الشخصية الخاضعة للتنظيم الصارم.
- 22- وتظهر البيانات التي جمعت من خلال المركز الوطني للسل في 2007 والتي عُمت في 2009 أن نجاح العلاج المقدم لمرضى السل الذين يتلقون مساعدة غذائية من البرنامج كان 89 في المائة مقارنة بنسبة 77.6 في المائة في حالة الذين لا يتلقونها؛ وقد عجز 14.5 في المائة من المرضى الذين لم يتلقوا دعما غذائيا عن إتمام العلاج الكامل في حين أن معدل العجز في حالة الذين تلقوا الحوافز الغذائية لم يتجاوز 2.8 في المائة.
- 23- وأجرى الشريك الرئيسي للبرنامج منذ 2003- وهو مشروع الفرص الصحية للسكان في كل مكان (مشروع HOPE) - دراسة حالات في مارس/آذار 2005 في قسمين، وتبين منها أن "... من الممكن لبرنامج للحوافز التكميلية أن يزيد إلى حد كبير من معدل إتمام علاج السل ومعدلات الشفاء بين مرضى السل الفقراء والضعفاء"⁽²⁰⁾ وقد أُفيد بأن معدل الشفاء في القسمين كان أعلى بنسبة 25 في المائة في حالة المرضى الذين تلقوا حصصا غذائية؛ وأن معدل إتمام العلاج كان أعلى بنسبة 40 في المائة.
- 24- وفي تقييم للشراكة المبكرة بين البرنامج وبين مشروع HOPE وجدت منظمة الصحة العالمية أن "... النتائج كانت إيجابية للغاية، وهو ما يثير السؤال عما إذا كان ينبغي في المستقبل تزويد مرضى السل وعائلاتهم بمساعدة غذائية"⁽²⁰⁾ ولاحظت منظمة الصحة العالمية في التقييم الذي أجرته في 2009 أن: "المساعدة الغذائية المؤقتة عامل مهم في التقييد بالعلاج، ودعم الأسرة والحصائل الإيجابية، وينبغي أن تكون جزءا من رعاية مرضى السل"⁽²¹⁾

استراتيجية المشروع

- 25- سيُقدم دعم البرنامج في إطار المشروع الإنمائي 200173 إلى جميع المرضى المسجلين في برنامج الدورة العلاجية قصيرة الأجل بالملاحظة المباشرة في كل أقسام البلد البالغ عددها أربعة وستين. فسيُقدم إلى 136 000 متلق دعما غذائيا خلال الثلاث سنوات، أي بمتوسط يعادل 25 000 متلق في الشهر؛ ومن المتوقع أن يكون 40 في المائة من المستفيدين في إقليم خاتلون الذي توجد فيه أعلى كثافة سكانية وبعض أسوأ مؤشرات الأمن الغذائي ومعدلات السل. ويرمي المشروع الإنمائي 200173 إلى إيقاف تزايد السل المقاوم للعقاقير المتعددة تزييدا يثير الانزعاج، والحصائل المستهدفة هي: (1) تحقيق معدل أعلى للإتمام والنجاح في علاج السل؛ (2) توفير شبكة أمان فعالة لأسر المرضى خلال فترة العلاج.

⁽¹⁹⁾ Cegielski, J.P. and McMurray, D.N. 2004. The relationship between malnutrition and tuberculosis: evidence from studies in humans and experimental animals. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 8(3): 286-2

⁽²⁰⁾ Project HOPE. 2005. *Using Incentives to Improve Tuberculosis Treatment Results: Lessons from Tajikistan*. Washington DC, CORE Group على:

http://www.coregroup.org/storage/documents/Workingpapers/Proj_Hope_Tajikistan_TB_case_study.pdf

⁽²¹⁾ منظمة الصحة العالمية/برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. 2009. Review of Tuberculosis Control in The Republic of Tajikistan.

- 26- وتشمل نواتج المشروع: (1) حصة غذائية تقدم لمدة ستة أشهر إلى 45 200 مريض بالسل؛ (2) حصة غذائية تقدم لمدة ستة أشهر إلى 90 600 فرد من أفراد الأسر.⁽²²⁾

الجدول 1: عدد المستفيدين			
المستفيدون	الرجال	النساء	المجموع
مرضى السل	29 000	16 200	45 200
أفراد الأسر	39 000	51 600	90 600
المجموع	68 000	67 800	135 800

- 27- سَيُنفذ برنامج السل بالتنسيق مع المركز الوطني للسل، والصندوق العالمي، ومشروع HOPE. ويوفر البرنامج بموجب اتفاقيته مع الصندوق العالمي الأغذية لستة أشهر لجميع مرضى السل المسجلين لدورة العلاج قصيرة الأجل بالملاحظة المباشرة. ويتلقون لمدة الشهرين الأولين وجبات مطبوخة إذا كانوا مرضى داخليين في مؤسسة صحية. ويتلقون عند خروجهم لإتمام العلاج في منازلهم حصة غذائية منزلية لمدة أربعة أشهر إضافية حتى نهاية العلاج؛ وستتلقى أسر مرضى السل دعم البرنامج كشبكة أمان لنفس المدة لتعويضها عن فقدان الدخل. ولكن المساعدة الأسرية تتوقف إذا انسحب مريض من العلاج؛ فمن شأن هذا الشرط أن يزيد من دافع المريض إلى إتمام العلاج.

- 28- وتُظهر التجربة المستقاة من الدعم الغذائي المقدم من البرنامج في مجال السل حتى الآن أن السلة الغذائية الحالية من دقيق القمح المقوى، والزيت النباتي المقوى، والبقول والملح تلقى القبول من المستفيدين.

الجدول 2: الحصص الغذائية (غرام/شخص/يوم)								
عدد أيام التغذية/سنة	دقيق القمح	بقول	زيت نباتي	ملح	المجموع	السرعات الحرارية/يوم	النسبة المئوية للنسبة المئوية للسرعات الحرارية من البروتين	النسبة المئوية للنسبة المئوية للسرعات الحرارية من الدهون
180	400	40	15	5	460	1 669	13.1	11.6

- 29- يبلغ إجمالي المتطلبات الغذائية 12 483 طناً مترياً كما يتضح من الجدول 3.

الجدول 3: إجمالي المتطلبات الغذائية (بالطن المتري)					
المستفيدون	دقيق القمح	بقول	زيت نباتي	ملح	المجموع
مرضى السل	3 700	362	136	45	4 243
أفراد الأسر	7 150	724	273	93	8 240
المجموع	10 850	1 086	409	138	12 483

⁽²²⁾ سيدعم البرنامج في المتوسط فردين من أفراد الأسرة لكل مريض بالسل.

- 30- يشمل الشركاء المساهمون في البرنامج الوطني لمكافحة السل وقطاع الصحة الصندوق العالمي، ومنظمة الصحة العالمية، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ووكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة، ومشروع HOPE، ومؤسسة كاريتاس، والاتحاد الدولي للصليب الأحمر، وجميعات الهلال الأحمر، والمؤسسة الألمانية للائتمان من أجل إعادة الإعمار. وهؤلاء الشركاء يقدمون مساعدة مالية وسياسية وتقنية ويسهمون بالعقاقير والإمدادات الطبية؛ كما أنهم يشتركون في المناصرة، وإعادة إعمار البنى التحتية، والتعبئة الاجتماعية، والبحوث.
- 31- وستدمج سياسات البرنامج في مجال تمايز الجنسين⁽²³⁾ في تنفيذ وإدارة وتقييم برنامج السل عن طريق التركيز على دور النساء رئيسات الأسر التي تتلقى حصصاً غذائية. ويترتب على أن 36 في المائة من مرضى السل نساء وضع ضغوط شديدة على الأسر، وبخاصة عندما تكن مريضات داخلياً. ويعتزم البرنامج إقامة شراكة مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في مشروع لتوليد الدخل لمساعدة النساء اللائي شفين من السل على الوصول إلى مشروع للائتمان لبدء أعمال تجارية.
- 32- وسيدرس البرنامج بالتعاون مع مشروع HOPE جدوى مشروع رائد للنقد/القوائم وسيجري تحليلاً للأسواق في المدن والمناطق الريفية. ويقوم البرنامج في الوقت الحاضر عقب إجراء دراسة في 2008 عن الميزة النسبية للتحويلات النقدية⁽²⁴⁾ بالتشاور مع الصندوق العالمي والحكومة والجهات المانحة والبنوك والمنظمات غير الحكومية التي اضطلعت بتحويلات نقدية في طاجيكستان. وإذا تبين أن القوائم والتحويلات النقدية ملائمة، فسينظر البرنامج في إدخال تجربة للنقد/القوائم لدعم مرضى السل وأسره من طريق تعديل ميزانية المشروع الإنمائي 200173.
- 33- وسيطور البرنامج وشركاؤه المناصرة للتوعية بالحاجة إلى الحد من انتشار السل في طاجيكستان ودور الدعم الغذائي والنقدي في علاج السل. وسيقوم البرنامج بوصفه العناصر الرئيسي للدعم الغذائي أو النقدي بالتوعية بين شركائه - وبخاصة وزارة الصحة - بالحاجة إلى استدامة تقديم الدعم بالغذاء والنقد أو القوائم لمرضى السل وأسره، ويكمل بذلك دعمه لكي تتولى الحكومة بالتدرج المسؤولية عن علاج السل. وتخضع السلطات المحلية لأمر رئاسي يستوجب زيادة حصتها في علاج السل والاستعداد لتسلم المسؤولية. وستكون هذه الوثيقة أساساً للمشاورات بين البرنامج والحكومة والشركاء فيما يتعلق بتسليم المسؤولية في المستقبل. وسيكون من الضروري نظراً لضعف مرضى السل وأسره مواصلة تقديم الحوافز في إطار برنامج اجتماعي اقتصادي مقبل لضمان نجاح برنامج مكافحة السل.

الإدارة والرصد والتقييم

- 34- سيقوم البرنامج بالشراء على المستوى المحلي، وبخاصة الملح المخلوط باليود فهو متوافر بسهولة. وستقوم باستيراد أغلبية البنود الأخرى في السلة الغذائية من الإقليم، وبصفة رئيسية من الاتحاد الروسي وكازاخستان. ويصل الغذاء إلى طاجيكستان بالسكك الحديدية عن طريق أوزبكستان في دوشانبي، وقورغان-تيوب في الجنوب وخوجاند في الشمال. ويحتفظ البرنامج بما يكفي من طاقات المستودعات في هذه المواقع وبمستودع يتسع لمائة طن متري في مدينة خوروغ

(23) WFP/EB.1/2009/5-A/Rev.1

(24) البرنامج. 2008. *Assessment of the Feasibility of Cash/Voucher Options*. متاح على الموقع:

<http://home.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ena/wfp196791.pdf>

الشرقية في محافظة غورنو - باداكشان المتمتعة بالحكم الذاتي، وهي أنأى المناطق التشغيلية وأصعبها من حيث إمكانية الوصول إليها.

- 35- **والبرنامج** مسؤول عن تسليم الأغذية من مستودعاته الإقليمية إلى المستشفيات ومراكز السل. والمشروع الوطني للسل ومشروع HOPE مسؤولان عن تخزين الأغذية ومناولتها وتوزيعها في المناطق التابعة لهما. وتتم عمليات التوزيع كل شهرين، بمعدل ثلاث مرات في كل فترة علاجية. ويغطي المركز الوطني للسل تكاليف الموظفين الطبيين وتوفير الأغذية التكميلية للوجبات الساخنة للمرضى في المستشفيات في البلد بأسره. وسيجري **البرنامج** عمليتي الرصد والإبلاغ بصفة منتظمة ويشارك مع المركز الوطني للسل في تدريب أخصائيي رصد الأغذية.
- 36- ويسجل المركز الوطني للسل مرضى السل ويدير دورتهم العلاجية قصيرة الأجل بالملاحظة المباشرة بما في ذلك في بعض الحالات فترة الشهرين الأولين من رعاية المرضى الداخليين. ويتلقى جميع المرضى المسجلين العلاج مجاناً. وسيدبر المركز قوائم المرضى الذين يسجلون للدورة العلاجية قصيرة الأجل بالملاحظة المباشرة وسيرصد توزيع الأغذية على المرضى الداخليين، والمرضى الخارجيين، وأفراد الأسر.
- 37- وسيدبر مشروع HOPE - وهو الشريك المتعاون مع **البرنامج** في 11 قسماً - قوائم مرضى السل الذين يسجلون للدورة العلاجية قصيرة الأجل بالملاحظة المباشرة في هذه الأقسام. ويتولى مشروع HOPE تدريب الموظفين في عيادات السل ويشرف عليهم في مجال التطبيب ومتابعة الرعاية الصحية. وسيرصد المشروع والمركز الوطني للسل التقيد بالعلاج والحاصل في الأقسام التابعة لهما. وسيرصد **البرنامج** والمركز توزيع الأغذية.
- 38- ومن المتوقع للصندوق العالمي - وهو الجهة المانحة الرئيسية للمركز الوطني للسل ومشروع HOPE و**البرنامج** - أن يزود البرنامج بالتمويل اللازم لجميع مرضى السل من خلال برنامج الأمم المتحدة الإنمائي؛ ويمثل هذا التمويل ثلث المتطلبات الإجمالية. وبغية تأمين الموارد اللازمة لدعم أفراد الأسر، سيشرك **البرنامج** الجهات المانحة التي مولت عمله في السابق في طاجيكستان والجهات المانحة من الاقتصادات الصاعدة التي لها مصلحة استراتيجية في آسيا الوسطى.
- 39- وفي 2013 سيجري **البرنامج** تقييماً ذاتياً للأنشطة المتعلقة بالسل التي يضطلع بها في طاجيكستان. فإذا كان العنصر الخاص بالنقد/القوائم قد أدخل حينئذ، فسيشمل التقييم استعراضاً للمزايا النسبية للنقد والقوائم على التحويلات الغذائية.

الملحق الأول

تفاصيل تكاليف زيادة الميزانية			
الغذاء ⁽¹⁾	الكمية (طن متري)	القيمة (دولار أمريكي)	القيمة (دولار أمريكي)
الحبوب	10 850	3 202 766	
البقول	1 086	449 043	
الزيت والدهن	409	560 718	
الملح	138	12 682	
مجموع الأغذية	12 483	4 225 209	4 225 209
النقل الخارجي			167 353
النقل البري والتخزين والمناولة			1 560 875
تكاليف التشغيل المباشرة الأخرى			80 870
تكاليف الدعم المباشرة (انظر الملحق الأول-باء)			524 715
مجموع التكاليف المباشرة التي يتحملها البرنامج			6 559 021
تكاليف الدعم غير المباشرة (7 في المائة) ⁽²⁾			459 131
مجموع التكاليف التي يتحملها البرنامج			7 018 153

⁽¹⁾ هذه سلة أغذية افتراضية من أجل وضع الميزانية وإقرارها. وقد تختلف المحتويات.

⁽²⁾ يمكن للمجلس تعديل معدل تكاليف الدعم غير المباشرة خلال المشروع.

الملحق الثاني: الإطار المنطقي

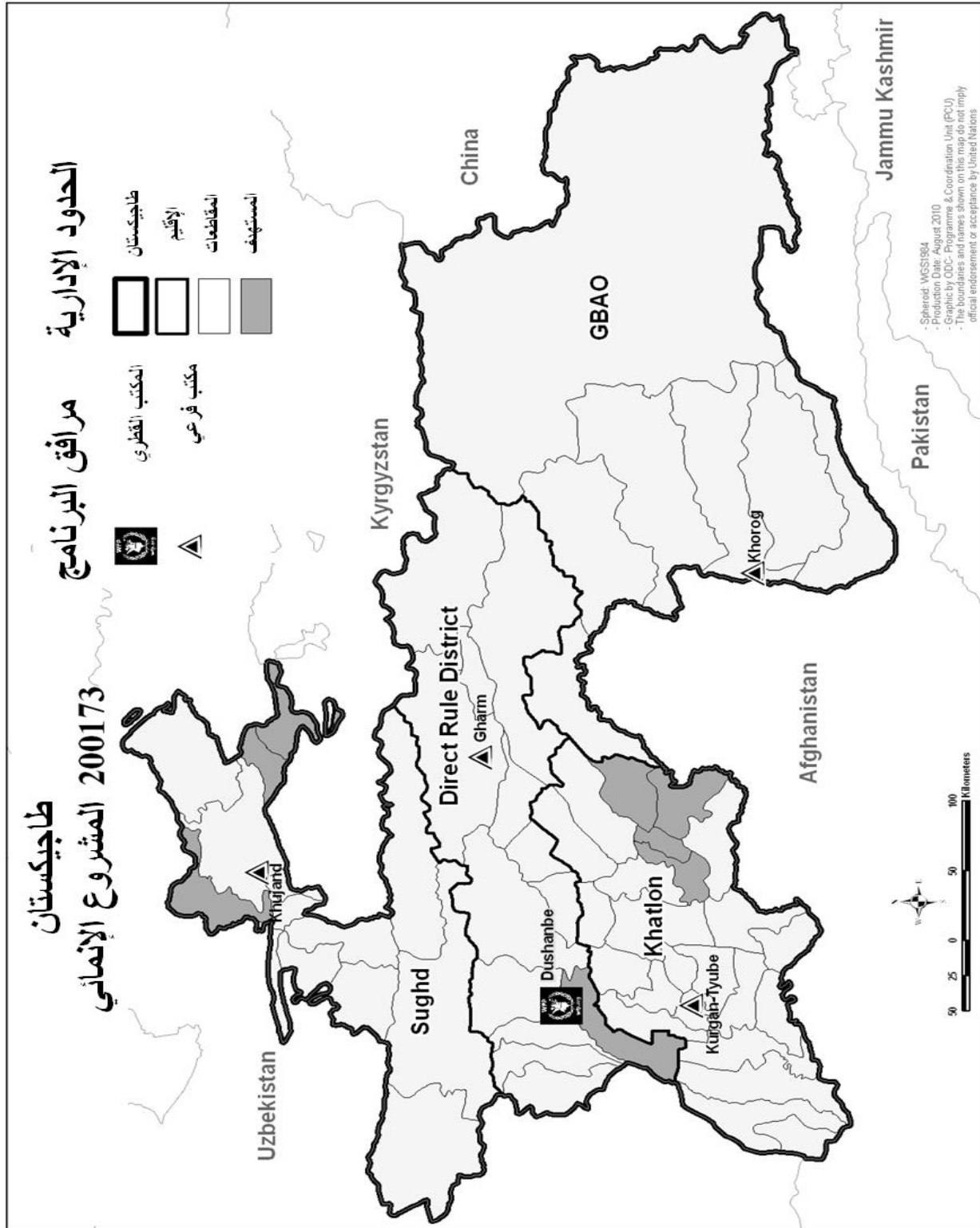
النتائج	مؤشرات الأداء	المخاطر، الافتراضات
<p>حصيلة إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية: الركن 4، الحصيلة 3:</p> <p>توافر مزيد من فرص الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الجيدة لأضعف السكان، وتحسن أشكال السلوك الصحية من أجل تحسين الأوضاع بالنسبة للأمراض المعدية والحد منها</p>	<p>مؤشر الحصيلة:</p> <p>← نسبة حالات السل التي تم اكتشافها والشفاء منها</p> <p>خط الأساس: 40.5 في المائة</p> <p>الهدف: 86.0 في المائة</p> <p>مؤشر الناتج:</p> <p>← عدد مرضى السل الذين تلقوا حوافز</p>	<p>الافتراضات:</p> <p>استمرار التعاون والمدخلات من جانب وزارة الصحة واللجنة المعنية بأوضاع الطوارئ على المستوى الوطني</p> <p>تواصل الدعم المقدم لقطاع الصحة من جانب الحكومة</p> <p>المخاطر:</p> <p>حدوث أزمات غير متوقعة من شأنها أن تزيد سوء مؤشرات الصحة السيئة والضعيفة بالفعل</p> <p>حدوث مزيد من تدهور المؤشرات الاجتماعية الاقتصادية نتيجة للصدمات المالية الخارجية</p>
الهدف الاستراتيجي 4: الحد من الجوع ونقص التغذية المزمنين		
<p>الحصيلة 1-4:</p> <p>استهلاك ما يكفي من الأغذية خلال فترة المساعدة بالنسبة للأسر المستهدفة</p>	<p>← مستوى الاستهلاك الأسري للغذاء</p>	<p>تلبية متطلبات المشروع من التمويل</p> <p>الظروف الأمنية قائمة وكافية للوصول إلى المستفيدين المستهدفين</p>
<p>الحصيلة 2-4:</p> <p>تحسن نجاح علاج السل بالنسبة للحالات المستهدفة</p>	<p>← معدل نجاح علاج السل:</p> <p>← النسبة المئوية لمرضى السل الذين سجلوا في إطار دورات العلاج قصيرة الأجل بالملاحظة المباشرة في أي سنة معنية وأتموا العلاج بنجاح</p>	<p>استمرار الدعم لقطاع الصحة</p>
<p>الحصيلة 3-4:</p> <p>انخفاض معدل الانقطاع بعد المعالجة بين مرضى السل في دورات العلاج قصيرة الأجل بالملاحظة المباشرة</p>	<p>← معدل الانقطاع بعد المعالجة</p>	

الملحق الثاني: الإطار المنطقي

النتائج	مؤشرات الأداء	المخاطر، الافتراضات
<p>النتائج 1-4:</p> <p>توزيع البنود الغذائية وغير الغذائية الكافية من حيث الكم والكيف على المستهدفين من النساء والرجال والفتيات والصبيان في ظل أوضاع آمنة</p>	<p>◀ عدد النساء والرجال والفتيات والصبيان الذين يتلقون الأغذية بما في ذلك الأغذية المقواة والتكميلية والمنتجات الغذائية الخاصة والبنود غير الغذائية، بحسب الأنواع وكنسبة مئوية مما هو مخطط</p> <p>الهدف: 100 في المائة من التوزيع المخطط والتوزيع الفعلي</p> <p>◀ كمية الأغذية الموزعة، بحسب الأنواع، وكنسبة مئوية مما هو مخطط، بحسب الكمية والنوعية والتوقيت المناسب.</p> <p>الهدف: 100 في المائة مما هو مخطط</p>	<p>تلبية متطلبات المشروع من التمويل الوصول إلى المستفيدين ممكن توافر الشركاء التقنيين الكوارث الطبيعية والطقس المتطرف مواصلة الحكومة إعطاء قطاع الصحة أولوية عالية في الميزانية</p>
<p>الهدف الاستراتيجي 5: تعزيز قدرات البلدان على الحد من الجوع، بما ذلك من خلال استراتيجيات تسليم المسؤولية والمشتريات المحلية.</p>		
<p>الحصيلة 1-5:</p> <p>إحراز تقدم نحو حلول لمشكلة الجوع مملوكة وطنيا</p>	<p>◀ عقد اجتماع سنوي مع الحكومة والشركاء الرئيسيين عن وضع استراتيجية لتسليم المسؤولية</p> <p>الهدف: اجتماع استشاري سنوي واحد</p>	<p>توافر موارد كافية (من التمويل والموظفين) للاضطلاع بالأنشطة اهتمام أصحاب المصلحة ومشاركتهم</p>
<p>النتائج 1-5:</p> <p>وجود استراتيجية متفق عليها لتسليم المسؤولية</p>	<p>◀ عدد موظفي الحكومة المدربين على تنفيذ شبكة أمان لبرامج السل</p> <p>الهدف: خمسة موظفين حكوميين مدربين في السنة</p>	<p>بقاء مسؤولي الوزارات والشركاء في مواقعهم تلبية متطلبات المشروع من التمويل توافر ميزانية حكومية لتنفيذ ورصد برامج السل توافر الشركاء التقنيين استمرار الحكومة في إعطاء أولوية عالية للقطاع الاجتماعي في الميزانية</p>
<p>النتائج 2-5:</p> <p>تقوية قدرات البلدان على تصميم وإدارة وتنفيذ أدوات وسياسات وبرامج للتنبؤ بالجوع والحد منه</p>	<p>◀ زيادة عدد موظفي الحكومة المدربين على رصد أغذية السل</p>	

الملحق الثاني: الإطار المنطقي		
النتائج	مؤشرات الأداء	المخاطر، الافتراضات
النتائج 3-5 شراء الغذاء محليا	<p>← حصول البرنامج على مزيد من المشتريات ذات الفعالية التكاليفية على المستوى المحلي.</p> <p>الهدف: تقييم سوق واحد بحلول نهاية 2011</p> <p>← الغذاء المشتري محليا كنسبة مئوية من إجمالي الأغذية المشتراة</p> <p>الهدف: 5 في المائة</p>	<p>موارد محدودة للشراء على المستوى المحلي</p> <p>ظروف الأسواق لا تسمح بالمشتريات المحلية</p>

الملحق الثالث



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.