



تقرير التقييم المرحلي للمشروع بوركينافاسو ٤٩٥٩

التغذية التكميلية للمجموعات الضعيفة

تاريخ إجازة المشروع	مايو/أيار ١٩٩٥
تاريخ التوقيع على خطة العمليات	١٩٩٥/١٢/١٩
تاريخ التوزيع الأول	١٩٩٦/٧/١
تاريخ نهاية المشروع رسمياً	٢٠٠٠/٧/١
تاريخ تقييم سير العمل	سبتمبر/أيلول ١٩٩٨
مدة المشروع	أربع سنوات

التكاليف (بالدولارات)

مجموع التكاليف التي يتحملها البرنامج	٩ ٧٣٥ ٠٤٠ دولاراً
مجموع تكاليف الأغذية	٣ ٦٧٢ ٤٥٠ دولاراً

جميع القيم النقدية محسوبة بدولار الولايات المتحدة الأمريكية. وكان الدولار الواحد يعادل ٥٦٢ فرنكاً أفريقياً في أكتوبر/تشرين الأول ١٩٩٨.

تكونت بعثة التقييم من مختص في برامج التغذية والتغذية من أجل الصحة العامة (رئيساً للبعثة، من برنامج الأغذية العالمي)، ومستشار إقليمي لمنطقة السهل الأفريقي من البرنامج. ويمكن الحصول على التقرير الكامل، باللغة الفرنسية فقط، من مكتب التقييم.

الموجز

يهدف المشروع لتشجيع الحوامل والأمهات اللاتي يعانين أطفالهن من سوء التغذية، على التردد بانتظام على المرافق الصحية بالإضافة للتأهيل التغذوي للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية. ورغم أن التردد على المرافق المستفيدة من المشروع قد ازداد، فإنه لم يكن دائماً منتظماً وذلك لأسباب متباينة. يهدف المشروع أيضاً للإسهام في جهود التوعية والتربية والاتصال، بالرغم أن الموظفين العاملين في هذا المجال غير متحمسين ويفتقرون إلى التدريب الكافي لجعلهم يتصرفون بفعالية في إطار نهج المشاركة. وعلى الرغم من ذلك، كانت هناك نتائج إيجابية فيما يخص تحويل الدخل للأشخاص المتطوعين والمشاركة المالية للنساء في التوزيع. رغم النتائج الضئيلة، ترى البعثة أن المساعدة التي يقوم بها البرنامج جد مهمة، شريطة إضافة بعض التحسينات عند إعداد المشروع وأخذ هذه التوصيات بعين الاعتبار، خاصة في مجال المعايير المعتمدة لاختيار المستفيدين، وسائل الرصد والتقييم، والتدريب في مجال الإعلام والتوعية والاتصال في إطار نهج المشاركة. ويجب إيقاف التوزيع في المرافق الصحية لمدة ثلاثة أشهر حتى يتم تدريب العمال المنفذين لتحقيق أهداف المشروع بشكل أفضل.



Distribution: GENERAL
WFP/EB.2/99/3/1
25 March 1999
ORIGINAL: FRENCH

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 عنصرا 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 إبداء 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: 066513-2029

A. Wilkinson

مدير مكتب التقييم:

رقم الهاتف: 066513-2032

S. Green

موظف التقييم:

الرجاء الاتصال بأمين الوثائق إن كانت لديكم استفسارات تتعلق بإرسال الوثائق المتعلقة بأعمال المجلس التنفيذي أو استلامها وذلك على رقم الهاتف التالي: (066513-2641).



المشروع كما هو مقرر له

- ١- يهدف المشروع على المدى الطويل لزيادة انتظام التردد على المرافق الصحية وتحسين الظروف الصحية والتغذية للأمهات والأطفال المترددين على هذه المرافق للاستشارات الطبية لما قبل الولادة وبعدها. تتفق أهداف المشروع والأهداف الصحية للحكومة التي ترمي إلى تحسين الرعاية الصحية الأولية في إطار المبادرة المعروفة باسم "مبادرة بامكو"، حيث ينال الأمهات والأطفال الضعفاء الأولوية، ولتحقيق ذلك، تم وضع عدد من الأنشطة الدنيا التي تنفذ في المرافق الصحية.
- ٢- تشترك جميع الوكالات الدولية التي تقدم مساعدات في مجال الصحة، بما في ذلك برنامج الأغذية العالمي، في الأهداف التالية: تنشيط المرافق الصحية داخل (المراكز الطبية، ومراكز الصحة والنهوض الاجتماعي)، المساعدة في التأهيل التغذوي للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية، الإسهام في جهود التوعية والتربية والاتصال. إضافة إلى ذلك يرمي هذا المشروع إلى زيادة توافر الأغذية للأسر المستفيدة.
- ٣- يرمي المشروع إلى مساعدة حوالي ٧٧٠ ٣٢ مستفيدا لمدة ٢١٧ يوما في المتوسط السنوي.. تستهدف هذه المساعدة ستة أقاليم من بين الأقاليم الثلاثين التي تتكون منها البلاد. ونتيجة للتقسيم الجغرافي الجديد الذي شهدته البلاد، ارتفع عدد الأقاليم إلى ثمانية من مجموع ٤٥ إقليمًا. تم اختيار هذه الأقاليم باعتبار أنها مناطق معرضة لسوء التغذية، وتعاني من النقص في المغذيات الدقيقة الضرورية وفي المرافق الصحية. وتبعًا لتقرير بعثة التقدير الأولي لعام ١٩٩٤، فقد كان من المتوقع أن يشمل المشروع حوالي ١١٨ مرافقا صحيا. وتم تحديد معايير اختيار المستفيدين بصفة عامة في إطار خطة العمليات.
- ٤- ويتم تنفيذ المشروع عن طريق المكتب الوطني للتغذية تحت إشراف الإدارة العامة للصحة العمومية، أما على مستوى المقاطعات، فيتولى الفريق الرئيسي الأمر حيث يكون مدير الفريق، أو منسق مراكز رعاية الأمومة والطفولة مسؤولا عن المرافق الصحية (مراكز الصحة والنهوض الاجتماعي، والمراكز الطبية). الأمانة الدائمة لمساعدات برنامج الأغذية العالمي التابعة لوزارة الزراعة، وهي الجهة المسؤولة عن كل جوانب النقل والإمداد، سواء تعلق الأمر باستلام الأغذية من المخازن العامة حتى تسليمها إلى المرافق الصحية.

تقييم تنفيذ المشروع

التقدم المحرز في تحقيق الأهداف

- ٥- من أهداف المشروع تشجيع الحوامل والمرضعات المعرضات للخطر على التردد بانتظام على المرافق الصحية. إن نسبة التردد على المرافق الصحية جد منخفضة وغير كافية على مستوى البلاد، خاصة في المناطق الريفية: حيث تصل إلى ٢٣ في المائة في المتوسط. وهي غير منتظمة متوسطها ثلاث زيارات (١٩٩٦). أما فيما يخص المناطق المعنية بمشروع البرنامج، فالزيارات تزداد عند توافر الأغذية ولكنها تصير غير منتظمة إذا قل توافر الأغذية.



- ٦- وفيما يخص تحسن الحالة الصحية والتغذية للمستفيدين، لاحظنا تراجعاً في نسبة وفيات الأطفال والمرضعات على مستوى المقاطعات، غير أن عدم التسجيل الدقيق للمستفيدين بالمراكز، و عدم وجود معلومات موثوق بها، لا تمكننا من تقدير التحسن التغذوي لدى المستفيدين. وتبقى المشكلة الرئيسية، وخاصة في مراكز التأهيل والتربية التغذوية أن الأمهات يرفضن البقاء لمدة ٢٤ ساعة، وهي فترة تعتبر طويلة نسبياً. وكثيراً ما لا تقوم هذه المراكز بأي دور فعلي، خاصة في موسم الفلاحة الشتوي حيث تكون الأمهات مشغولات بالعمل في الحقول. وقد أظهر بحث تم أجري عام ١٩٩٨، بأن ربع مراكز الاستشفاء والتوعية التغذوية تقوم بتوزيع حصة غذائية واحدة يومياً ولا يوزع ربع آخر أية حصة..
- ٧- كان الهدف الثالث هو زيادة توافر الأغذية للأسر المستفيدة. لقد كانت النتائج ضعيفة في هذا المجال: فأغلبية المستفيدين لم يلتقوا بانتظام الحصة الشهرية المخصصة لهم.
- ٨- كان الهدف الرابع هو المساهمة في جهود التوعية والتربية والاتصال التي تضطلع بها وزارة الصحة لصالح النساء. يبقى تحقيق هذا الهدف جد بعيد، حيث أن العاملين لا يقومون بأكثر من لقاء تربوي واحد في الأسبوع بالإضافة إلا أن المناهج المستخدمة التي تستبعد مشاركة الأمهات لا تمكن من إحداث تغيير في السلوك. نظراً للنقص في ميدان التدريب والتوعية لدى السكان فإن طلب الاستفادة من الرعاية الصحية يبقى ضعيفاً وخاصة الصحة الوقائية.

دور وفعالية المعونة الغذائية

- ٩- لم تلعب مساعدة البرنامج دورها الرامي إلى تقديم مكمّل تغذوي إلى أطفال مراكز التأهيل والتوعية التغذوية. لان هذه المرافق لم تكن تعمل إلا قليلاً. أما فيما يتعلق بالتأهيل التغذوي في المتشفيات فإن المواد التي يقدمها البرنامج، لا توافق حاجيات الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد، وذلك لافتقارها لمشتقات الألبان. أما الحصص الغذائية المخصصة للنساء اللاتي يمكنن طفلة ٢٤ ساعة فهي جيدة.
- ١٠- لم يتمكن البرنامج من لعب دور فعال على مستوى الانتظام في الزيارات ، وذلك للأسباب التالية : (أ) انعدام أو عدم تطبيق معايير الاختيار جعل كمية المعونة الموزعة لا تغطي الحصص الثلاث المخصصة لكل مستفيد في فترة ثلاثة أشهر؛ (ب) تأخير التسليم المتأخر للحصص الفصلية إلى نقص في الأغذية في المرافق المستفيدة؛ (ج) عدم إمداد المراكز بالأغذية إذا لم ترسل تقاريرها على رأس كل ثلاثة أشهر.
- ١١- وعلى العكس من ذلك، فقد مكنت الحصص الغذائية من تحويل دخل قيم بالنسبة للمساعدتين الصحيين والمتطوعين المكلفين بالتوزيع. فالقيمة الشهرية لهذه الحصص تبلغ ٨٣٧ ٨ فرنكا أفريقياً، أي ٣٥ في المائة من الحد الأدنى للأجر الشهري، وهذه نسبة كبيرة، إذا ما قورنت بحد الفقر المدقع الذي يقدر بحوالي ٣١ ٧٤٩ فرنكا أفريقياً سنوياً للفرد. أما حد الفقر المطلق فهو ٤١ ٠٩٩ فرنكا أفريقياً.
- ١٢- لعبت معونة البرنامج دوراً لم يكن متوقعاً فيما يتعلق باسترداد التكاليف ومشاركة المجتمعات المحلية في تمويل الرعاية الصحية الأولية. حيث رأى القائمون على المشروع أنه يجب عدم تعويد المستفيدين على المجانية ولقد تم التركيز على ضمان مساهمتهم المالية. فقد تم رفع قيمة المساهمة الشهرية إلى مائة فرنك أفريقي وفي بعض الأحيان إلى ٣٠٠ فرنك أفريقي في بعض المقاطعات، عوضاً عن ٢٥ فرنكا أفريقياً كما كان مقدراً في خطة العمليات لشراء البهارات وغيرها من التوابل الضرورية لتحضير الوجبات اللازمة للشرح داخل المراكز. ويحصل المرفق الصحي على نصف المبالغ التي تجمع ويعهد بها إلى لجنة التسيير. والنصف الآخر يبقى رهن تصرف المقاطعات لإدماجه في



نظام استرداد التكاليف. ولتجنب إبقاء الأموال دون استخدام تم وضع خطة لاستخدامها على مستوى كل مرفق صحي، ثم على مستوى كل مقاطعة.

المستفيدين

١٣- إن تطبيق معايير لاختيار المستفيدين كان من أكبر الصعوبات التي واجهت تنفيذ هذا المشروع. فلقد أساء العاملون المفنقرون للتدريب اللازم فهم هذه المعايير. ومما زاد الأمر سوءاً معدل الانتقال العالي لدى العاملين وعدم تسليم الأعباء والمعدات للعاملين الجدد، وعدم المتابعة من قبل المسؤولين في المقاطعات الذين قد لا يكونون على علم دائماً بالعمل في مشروعات البرنامج.

١٤- إذا أخذنا في الاعتبار عدد الحوامل والمرضعات اللاتي استقندن من المشروع ربما يكون الهدف المرصود قد تحقق أو فاق معدل التحقق في يوليو/ تموز ١٩٩٨، ففي البداية كانت الحصص الغذائية توزع على النساء اللاتي يترددن على المركز، أو على الأقل أول ١٥ - ٢٠ امرأة (وذلك لمواجهة الإقبال الكبير الذي تشهده هذه المراكز بمجرد انتشار نأ وصول أغذية البرنامج). ورغم المذكرة التي أصدرتها الإدارة الوطنية للمشروع، لا زالت بعض المراكز تعمل بهذه الطريقة. وإذا أخذنا في الاعتبار عدد المرات السبع التي تم فيها توزيع الأغذية من العدد الكلي لدورات التوزيع البالغة ثمانية (حيث يتم التوزيع كل ثلاثة أشهر)، نجد أن نسبة النجاح قد بلغت ٩٢ في المائة أخذنا بعين الاعتبار لعدد المستفيدين. ولكن مدة الاستفادة المحددة بستة أشهر متتابعة لم يتم احترامها أبداً لأن المستفيدين يأتون على التوالي مرة أو مرتين فقط. يمكننا هذا من رفع عدد المستفيدين المسجلين، لكنه يخلق خطأ على مستوى الإحصائيات. فعدد المستفيدين المسجلين لا يتطابق مع عدد الحصص الشهرية الموزعة إلا في حالة إذا كان المستفيد قد تردد على المركز مرة واحدة فقط.

١٥- أما فيما يتعلق بسوء التغذية المتوسط فلم يتم التوصل إلى عدد الأطفال المقرر في خطة العمليات، وذلك للأسباب الآتية: (أ) نسبة التردد على المراكز للاستشارات الطبية من الرضع السليمين ضئيلة جداً؛ (ب) عدم الأخذ ببعض المقاييس المعتمدة لاختيار الأطفال المعرضين لخطر سوء التغذية؛ (ج) فترة الاستفادة من المساعدة التي حددتها خطة العمليات كانت متفائلة كثيراً (٢٤٠ يوماً سنوياً). بلغت نسبة المستفيدين من المساعدات خلال دورات التوزيع السبع ٤٠ في المائة.

١٦- وبالنسبة للمعايير المعتمدة لاختيار المستفيدين فأغلبية مراكز التأهيل والتوعية التغذوية لا تفرق بين سوء التغذية الحاد وسوء التغذية المتوسط، وفي بعض الأحيان لا تفرق حتى بين اليتامى والمعوقين، مما يؤدي إلى إطالة مدة المساعدة واستحالة تقدير نسبة التأهيل التغذوي. ولقد أدى عدم الالتزام الصارم بمعايير الاختيار أدى إلى تجاوز عدد المستفيدين الذي حدد في خطة العمليات. فقد بلغت نسبة المستفيدين خلال دورات التوزيع السبع ١٤٧ في المائة. وقد كانت حالات الانقطاع عن المتابعة جد عالية (٥٧,١ في المائة) حيث أن الأمهات يرفضن الابتعاد عن عائلتهن لمدة طويلة. ولا يرغب دائماً في المكوث بهذه المراكز لأنها غير قادرة على الاستجابة لاحتياجاتهن وخاصة احتياجات أطفالهن.

١٧- يزيد عدد المساعدين المتطوعين عن العدد المقرر في خطة العمليات (٣٥٧ مساعداً بدلاً عن ٢٥٠ مساعداً)، لأن عدد المرافق الصحية التي تتلقى مساعدات يفوق العدد الذي كان مقرراً.



المناطق والمراكز المستفيدة

١٨- أراد برنامج الأغذية العالمي في البرنامج القطري لبوركينا توجيه مساعداته للمناطق المعنية في إطار البرنامج المشترك للأمم المتحدة "الرعاية الصحية الأولية ١٩٩٩ - ٢٠٠٣"، وهي مناطق تعاني من فقر حاد وانخفاض في مؤشرات التنمية البشرية.. وتتمركز هذه المناطق في شرق البلاد. هذا التحديد الجديد يهيم أربع مناطق صحية، أي ١١ محافظات تتراوح فيها معدلات التنمية البشرية بين منخفض ومنخفض جدا. وتكاد المساعدات الخارجية تكون معدومة باستثناء المناطق الصحية الثلاث التابعة للإدارة العامة في كايا (المساعدة الهولندية وعدد من المنظمات غير الحكومية).

١٩- في شهر يونيو/حزيران ١٩٩٨، تلقى ١٤٧ مرفقا صحيا و ١٥ مركزا للتأهيل والتربية التغذوية في ١٠ مقاطعات مساعدات. وقد تجاوز عدد المرافق الصحية المستفيدة ما هو مقرر في خطة العمليات، (حيث بلغت نسبة الإنجاز ١٢٧ في المائة إلى غاية التاريخ المذكور أعلاه)، ولقد شهد التنفيذ بعض الصعوبات: فقد ارتفع عدد المراكز من ١٣ مركزا في الربع الأول من عام ١٩٩٧، إلى ١٢٥ مركزا في الربع الأول من عام ١٩٩٨. وبما أن البرنامج يطبق للمرة الأولى في البلاد كان أخرى بالإدارة الوطنية للمشروع، احترام العدد الذي حدد بداية وتجنب فتح ذلك العدد الكبير من المراكز الجديدة في عام ١٩٩٨، أمام ضغط الحاجة.

٢٠- كان من المفترض أن تستفيد جميع المراكز في المقاطعة من المشروع. وفيما يتعلق بالمرافق الصحية الأساسية من المفترض وجود ثلاثة عاملين كحد أدنى لتنفيذ تشكيلة الحد الأدنى من الأنشطة. ولكن المشروع لا يملك بيانات عن عدد العاملين وفئاتهم في كل مرفق من المرافق المستفيدة من المشروع. وتبعا لما يرى الموظفون القطريون في المشروع فإن نقص العاملين من أهم الصعوبات التي واجهت هذا المشروع. كما إن استبعاد المراكز الصحية لا تلتزم بمعايير الاختيار يعني زيادة عبء العمل على مراكز التوزيع القريبة من ناحية، ومن الناحية الأخرى يقلل من التردد على المراكز الأخرى غير المستفيدة.

إدارة معونة البرنامج

٢١- تسلم المشروع حتى ١٩٩٨/٦/٣٠، ٦٤٠٨ أطنان من الأغذية، (٣١ في المائة) من مجموع التزامات البرنامج البالغة ٢٠٧٨٥ طنا (دخن/ذرة رقيقة، فاصوليا، سكر، زيوت نباتية، ملح مزود باليود). ولقد استخدم منها ٤٥٥٣ طنا، أي ما يعادل ٧١ في المائة من الكميات المستلمة. يشير التقرير ربع السنوي إلى خسائر ما بعد التسليم البالغة ١٧ طنا، أي ٠,٢ في المائة من الكميات المستلمة. ويبدو أن هذا الرغم يقل عن حجم الخسائر الحقيقي بسبب الضعف في نظام الحسابات في المخازن المركزية، وغياب المعلومات في المراكز المستفيدة..

٢٢- لم يستخدم المشروع حتى الآن كل كميات الأغذية المقررة. ولقد زادت الأمر سوءا برفض الإدارة الوطنية للمشروع المراكز التي لم ترسل تقاريرها بعد. ومن ناحية أخرى فإن الأمانة الدائمة لمساعدات برنامج الأغذية العالمي لم تتمكن دائما من إرسال الأغذية في الوقت المحدد لها، حيث أنها قد وصلت إلى بعض المراكز في نهاية الفترة المقررة للتوزيع. ويمكن تفسير عدم استخدام كل الأغذية المقررة بأن المستفيدين لا يحصلون إلا على حصة واحدة أو حصتين عوضا عن حصولهم على ما بين ثلاث إلى ست حصص كما هو مقرر. ولم تنسم عملية النقل والإمداد بالفعالية.



- ٢٣- تشير الإدارة الوطنية للمشروع استنادا على المعلومات التي قدمتها المرافق الصحية، لعام ١٩٩٧، إلى أنه قد تم توزيع ٩٨٣ ٥٧٦ ٥ حصة يومية، أي ما يساوي نسبة إنجاز بلغت ٧٩ في المائة من عدد الحصص، بينما نجد أن الالتزام بالأغذية ضعيفا حيث بلغ ٣٦ في المائة من الكميات السنوية المقررة. ويمكن أن نخلص من ذلك إلى أنه لم يتم احترام عدد الحصص الغذائية، (وهذا ما تؤكد الإدارة الوطنية للمشروع في تقرير الإشراف الأخير). و أن بيانات المرافق الصحية ليست دقيقة ولقد أشار التقرير لذلك أيضا .
- ٢٤- لقد تم شراء ٢٧٤ ٥ طنا من الذرة محليا. ولم يراعي جدول توقيت الشراء دائما فترات التوافر الكبير للسلعة في السوق وبالتالي انخفاض سعرها. ونظرا للاستعمال الضعيف للأغذية، فقدت كانت الشحنة الأولى من الملح المزود باليود (٢٩ طنا تم شراؤها في السوق الإقليمية وردت من أيد جان) كافية لتغطية الاحتياجات حتى الأشهر الأولى من عام ١٩٩٨. ويتم حاليا دراسة عواقب التخزين الطويل على خفض نسبة اليود في الملح في طقس بوركينافاسو. لاحظنا تصلب للملح بسبب الرطوبة والتعبئة غير المناسبة في مخازن المرافق الصحية.
- ٢٥- شهد المشروع انقطاعا في الإمداد وتقلبات كبيرة في التوزيع بسبب الصعوبات التي واجهها في مراحلها الأولى، بالإضافة إلى انعدام التقارير من المراكز المستفيدة، ونقل الأغذية بشكل غير مناسب. وتعود الصعوبات في النقل والإمداد إلى قلة عدد الشاحنات وقدمها، بالإضافة إلى النقص في عدد المخازن المناسبة والكافية للتخزين. وزع المشروع الحصة القصوى التي يمكن توزيعها، مرة واحدة فقط خلال الثلاث أشهر الأولى لسنة ١٩٩٨، بل تعدى ذلك بثلاثة وعشرين طنا، (تبلغ هذه الحصة القصوى ٢٩٨ ١ طنا وفقا لخطة العمليات). كانت خطة الإمداد تتوقع خلال الأشهر الثلاثة الأولى لعام ١٩٩٨، ارتفاع عدد المستفيدين في المناطق التي تعاني من نقص، وذلك لتلبية الحاجيات الضرورية الناتجة عن ضعف المحصول في تلك المناطق في العامين السابقين. وعلى الرغم من استمرار هذا التوزيع للربع الثاني من عام ١٩٩٨، إلا أنه لم يحقق الأهداف المرجوة بتخفيف آثار الجفاف في المناطق المعنية.
- ٢٦- لقد لوحظت بعض الصعوبات الكبيرة على مستوى التخزين منذ الزيارات الأولى في بداية المشروع. انعدام المخازن، أو ضيقها أو عدم صلاحيتها. مكنت الموارد الناتجة عن مساعدة البرنامج بعض المرافق الصحية من بناء مخازن فقط في بداية عام ١٩٩٨. فلقد قدم البرنامج ٨٠٠ من الألواح الخشبية لتحسين التخزين على مستوى المراكز الصحية. كما يلاحظ عدم تعميم استخدام دفاتر تسجيل حركة المخزون والرصد اليومي للسلع داخل المراكز.
- ٢٧- أكدت بعثة التقدير المبدئي في سنة ١٩٩٤، على ضرورة التوزيع والقيام بأنشطة وقائية في اليوم نفسه. فعندما تكون الأنشطة الوقائية متكاملة وتقدم نهارا ويتصافد ذلك مع توزيع الحصص الغذائية يزداد الإقبال على المراكز وأسف غير المستفيدين لعدم تضمينهم في المشروع. ولهذا السبب حددت بعض المراكز أياما بعينها للتوزيع. وفي حالة تحديد يوم معين للاستشارات الطبية للرضع أو لاستشارات ما قبل الولادة يمكن توزيع الأغذية مباشرة بعد الزيارة.
- ٢٨- حددت خطة العمليات خمسة أنواع من الحصص الغذائية تتكون من خمس تشكيلات تشمل خمسة أنواع من الأغذية. حاولت الإدارة الوطنية للمشروع احترام هذه الإجراءات قدر الإمكان رغم أنها كانت مرغمة في بعض الأحيان على عدم الالتزام بها نظرا لبعض الصعوبات العملية في التوزيع. ولقد وضعت الحصص الغذائية المخصصة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ستة أشهر وخمس سنوات ويعانون من سوء التغذية المتوسط، بهدف تحقيق ما يسمى بالحصة الأسرية. يشار إلى الحصص المقدمة للحوامل والمرضعات في هذا المشروع بالحصص الأسرية، بينما تعني الحصة الأسرية في مشروعات الغذاء مقابل العمل، حصة تعادل مقدار ثلاث حصص فردية كالتالي سبق ذكرها مما يؤدي إلى بعض الخلط. ولقد تم احترام الحصص الغذائية في مراكز التأهيل والتوعية التغذوية للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد. وقع إجراء تغيير طفيف على الحصص المخصصة للنساء اللاتي يبقين في المركز لمدة ٢٤



ساعة، بالمقارنة مع الحصص المخصصة للحوامل والمرضعات (٢١٠ كيلو سعرات إضافية). مما أدخل بعض التعقيد على عملية التوزيع. ولقد التزمت الإدارة الوطنية للمشروع بشكل ما بتوزيع نفس الحصص على الحوامل أو المرضعات. وتبلغ حصص المتطوعين ضعفي الحصص الفردية وهي حصص غير مقرر في خطة العمليات. ولقد خصصت الإدارة الوطنية للمشروع لهذه الفئة حصة تعادل ثلاث حصص من الحصص الفردية للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد. إن تعدد أنواع الحصص لا يسهل عملية التوزيع وجمع البيانات الضرورية لرصد المشروع.

٢٩- فيما يتعلق بتوزيع الملح المزود باليود للتقليل من انتشار مرض الدراق، يصعب تخزين هذه المادة وذلك لتصلب الملح بسبب الرطوبة. بالإضافة إلى أن الحصة الفردية للملح تشكل جزءاً فقط من الدور الوقائي وكما فعلت الدول المجاورة الأخرى، قررت حكومة بوركينا بقرار وزارى أن يكون الملح المستورد ملحا مزودا باليود مما سيتيح حذف الملح المزود باليود من تشكيلة الأغذية.

الرصد والتقييم والإبلاغ

٣٠- إن الرصد والتقييم الداخلي من أهم الصعوبات التي واجهت تنفيذ المشروع. حدد مكتب البرنامج في بوركينا فاسو والإدارة الوطنية للمشروع المشكلات الأساسية، لكن التوصيات لم تنفذ أو أنها أهملت بعض الجوانب المهمة. فعدد الموظفين غير كاف وينقصهم التأهيل اللازم بسبب المعدل المرتفع في تحويلهم إلى أماكن، وانقطاع الإمداد في المواد اللازمة للرصد والتقييم وقلة الإمكانيات المتاحة للمشرفين على كل المستويات. كان يتوقع أن تسهم الأموال المولدة في حل بعض المشكلات. لم تصل مساهمة الحكومة المقررة في خطة العمليات لتستخدم في الإشراف والتدريب في عام ١٩٩٦، ووصلت متأخرة في عام ١٩٩٧، وفي عام ١٩٩٨، مما حال دون أن تستخدمها الإدارة الوطنية للمشروع بشكل فعال.

٣١- تصدر الإدارة الوطنية للمشروع تقارير ربع سنوية عن الإمداد المقرر للمراكز الصحية تشمل الكميات التي توزعها المراكز، ومختلف فئات المستفيدين بالإضافة إلى مسائل أخرى. ويلاحظ أن هنالك صعوبات كثيرة على مستوى جميع البيانات القاعدية بواسطة موظفين ينقصهم التدريب، ويعانون من التحويل المستمر من مكان إلى آخر، إلى جانب عدم توحيد طرق جمع المعلومات. كما أن هناك نقص في أدوات جمع المعلومات مثل بطاقات تسجيل الحصص لكل مستفيد وبطاقات تسجيل الوزن المرجعي.

٣٢- تصدر الأمانة الدائمة لمساعدات برنامج الأغذية العالمي تقارير ربع سنوية عن حركة الأغذية، وهنالك نقص وعدم دقة في بيانات هذه التقارير. على رأس كل ثلاثة أشهر لرصد تحركات السلع، غير أن هناك تناقض ونقص في هذه البيانات، ومثال ذلك أن مخزونات المراكز الصحية تحسب ضمن مخزونات الأمانة الدائمة لمساعدات برنامج الأغذية العالمي. وهو أمر غير سليم من الناحية المحاسبية. ويبدو أن هذا النوع من التقارير هو في السبب في الأخطاء في الحسابات وفي توافر الإمدادات في المخازن المركزية. كما أن عدم إجراء جرد دوري فعلي للمخازن، وبحضور موظفي البرنامج، جعل من الإدارة الفعلية للمخزونات على مستوى المخازن المركزية أمراً صعباً. كل هذه الصعوبات جعلت من العسير متابعة التوافر الفعلي للسلع وبالتالي برمجة الطلبات أو المشتريات المحلية.

٣٣- كان التوزيع مشروطاً بإرسال التقارير كل ثلاثة أشهر من منسقي المحافظات أو المقاطعات مما تسبب في توقف التوزيع في عام ١٩٩٧، وقد أدى هذا الإخلال في التوقيت في تأخير في وصول الأغذية للمستفيدين و أثر ذلك كثيراً على مسار المشروع: حيث أدى إلى تأخير في الحصص خلال فترة التوزيع، وتباعد بين دورات التوزيع قد يصل إلى



سنة أو ثمانية أشهر، واستحالة برمجة النقل ووصول السلع، وعدم تزامن العمليات. كما إن انعدام التنسيق بين الأمانة الدائمة لمساعدات برنامج الأغذية العالمي والإدارة الوطنية للمشروع جعل من المتعذر على هذه الإدارة أن تضع خططا معقولة للإمداد بالأغذية.

التوصيات (١)

- ٣٤- أهم توصيات البعثة تتجلى فيما يلي :
- ٣٥- يجب، عند اختيار المناطق المستفيدة، في المستقبل، التنسيق مع البرنامج المشترك لمنظمات الأمم المتحدة: "الرعاية الصحية الأولية ١٩٩٩-٢٠٠٣".
- ٣٦- ولتحسين وضع النقل والإمداد في المشروع وضمان فعالية التكاليف ينبغي أن يتجه البرنامج لخفض تشكيلة الأغذية بحيث تشمل ثلاث سلع تمثل أساسا غذائيا متوازنا وهي: الحبوب والفاصوليا والزيت. وأخذا بعين الاعتبار المشاكل الناتجة عن تخزين الملح المزود باليود، وفي انتظار تطبيق القرار الوزاري الذي ينص على أن يكون الملح المستورد بالضرورة مزودا باليود، توصي البعثة بإلغاء هذه السلعة من تشكيلة الأغذية. ويواجه السكر نفس المشاكل تقريبا. وتوصي البعثة بخفض تشكيلة الأغذية تدريجيا.
- ٣٧- وتوصي البعثة فيما يتعلق بمعايير تحديد المستفيدين باستخدام معيار الوزن بالنسبة للطول (يتم الاختيار لمراكز التأهيل والتربية التغذوية عندما يكون الانحراف المعياري مساويا أو ناقصا عن ٢)، هذا إلى جانب المعايير الطبيعية الأخرى. وتوصي البعثة بأن تزود المراكز ببطاقات للرسم البياني للوزن المرجعي للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية المتوسط عوضا عن الجداول المرقمة، بغرض تسهيل عملية الاختيار. حيث سيكون من السهولة مراقبة ومتابعة الأطفال المعرضين لخطر سوء التغذية حيث أن خط التناسب بين الوزن والعمر لديهم يكون أفقيا أو انحداريا بالمقارنة مع الخط السفلي المبين على البطاقة وذلك بعد تسجيل وزنهم لثلاث مرات متتالية في الشهر. وفيما يتعلق بالحوامل توصي البعثة بأن يتم اختيار النساء اللاتي يقلن أو يصل وزنهن إلى ٤٥ كيلو غراما، بدون أية شروط إضافية، والنساء اللاتي يقلن أو يصل وزنهن إلى ٦٠ كيلو غراما وفقا لأحد الشروط التالية: إذا كانت تعاني من فقر الدم الحاد، إذا كانت حبلية بتوائم، إذا كان لها رضيع يقل عمره عن سنة (الولادات المتقاربة). وتطبق نفس شروط الحوامل على المرضعات مع إضافة الشروط التالية للمرضعات اللاتي يقلن وزنهن عن ٦٠ كيلو غراما: إذا كانت المرضع تعاني من فقر دم حاد، إذا كان لها توائم دون سن الستة أشهر، إذا كان لها رضيع يقل وزنه عن ٢٥٠٠ غرام، إذا كانت أما لطفل يعاني من نقص في الوزن عندما تكون سنه أقل من ستة أشهر.
- ٣٨- تؤمن البعثة بأهمية مراكز التأهيل والتوعية التغذوية لكن إدارتها تواجه عدة مشكلات. توصي البعثة أن تكون هذه الأنشطة جزءا لا يتجزأ من الحد الأدنى من الأنشطة الصحية داخل مراكز الصحة والنهوض الاجتماعي، وذلك سواء تعلق الأمر بالبقاء في المركز طيلة النهار، أو الاستشارة الطبية المتعلقة بسوء التغذية مرة أو مرتين في الأسبوع، وذلك بحسب عدد العاملين في المركز. إن نشر مراكز التأهيل والتوعية التغذوية على مستوى المجتمعات المحلية تماشيا مع روح مبادرة باماكو يعد أمرا طيبا ولكنه يتطلب بذل بعض الجهد في مجال التوعية والتربية والاتصال. توصي البعثة بإدماج المستفيدين من مراكز التأهيل والتوعية التغذوية في خطة إمداد المرافق الصحية التي ينتمون إليها. وألا يحسبوا كما لو أنهم يمثلون مستفيدين من مرفق صحي مستقل.

(١) هناك توصيات فنية أضيفت في التقرير الكامل.



- ٣٩- **تقبل المساهمة المالية للأمم** عند التوزيع تحت الشروط التالية : أن تكون **موحدة ولا تتجاوز ١٠٠ فرنك** أفريقي في كل توزيع شهري، وأن تستغل الأموال المولدة (بما في ذلك بيع العلب الفارغة) لتحسين المشروع. ويجب تضمين متطلبات المشروع وخاصة على مستوى الرصد والتقييم، والتدريب، والمعدات، والتخزين وصيانة المخازن في خطة عمل استخدام الموارد المالية التي تحددها الإدارة الصحية للمقاطعة.
- ٤٠- من المفضل أن **تسدد الحكومة مساهمتها في وقت مبكر خلال السنة**، وذلك لتمكين الإدارة الوطنية للمشروع من استغلال هذه الموارد في الوقت المناسب. وفي نطاق السياسة الجديدة للتخديم وإعادة توزيع العاملين التي قررتها الوزارة تأمل **البعثة في تعيين موظفين في المراكز** التي لا يوجد بها غير فنيين اثنين فقط، للتمكن من تحقيق الحد الأدنى للأنشطة الصحية وتنفيذ البرنامج التغذوي بشكل سليم.
- ٤١- **تتفق البعثة مع المسؤولين المحليين** على أن المشروع يحتاج، على الأقل، أن تزوده المرافق الصحية **بالحد الأدنى من المعلومات الضرورية** للقيام بعملية الرصد والتقييم. لتغطية النقص في مجال جمع وتسجيل البيانات. ويجب على الإدارة الوطنية للمشروع بمساعدة البرنامج إقرار **نظام جديد للرصد والتقييم أكثر فعالية**، على مستوى المراكز، بالإضافة إلى حث المنسقين في المقاطعات على توفير البيانات الصحية اللازمة لتقييم المشروع.
- ٤٢- **يجب مواصلة نظام الإدارة الجديد للنقل والإمداد** لمشروعات برنامج الأغذية العالمي في بوركينافاسو. **يجب أيضا التفكير** بتحويل الأمانة الدائمة لمساعدات برنامج الأغذية العالمي إلى جهاز مستقل مختص في النقل والإمداد. وسيساعد بناء مخزين إقليميين في لامركزية تخزين السلع. كما يجب تشجيع عملية تحويل نقل المعونة الغذائية للقطاع الخاص. **ونوصي أيضا بوضع نظام رصد** و**جرد أكثر ملائمة للسلع الغذائية، وتوفير إدارة مشتركة بين البرنامج والأمانة الدائمة لمساعدات برنامج الأغذية العالمي لخروج السلع من المخازن.**
- ٤٣- يجب على الإدارة الوطنية للمشروع خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة من عام ١٩٩٨، أن **تجمع من المقاطعات المستفيدة ومن كل وحدة صحية** البيانات المتعلقة بالسكان لعام ١٩٩٧، وعدد المسجلين، ومدى تغطية الاستشارات الطبية للأطفال ولما قبل الولادة، وبيانات العاملين وفئاتهم. وذلك بغية تحديد المناطق الجديدة التي يمكن أن يشملها المشروع، والاحتياجات من الأغذية التي تترتب على ذلك، وتوزيعها بحسب المرافق الصحية.
- ٤٤- **يجب إيقاف التوزيع** خلال الأشهر الثلاثة الأولى من عام ١٩٩٩، وذلك **لإعادة تنظيم المشروع** وتمكين الإدارة الوطنية للمشروع من فحص ومراجعة ونسخ البيانات المتعلقة بمعايير اختيار المستفيدين وتسجيل المعلومات، بالإضافة إلى القيام بتدريب الفنيين لضرورة ذلك للانطلاق الجديدة للمشروع. وفي نفس الفترة يجب على المسؤولين في المقاطعات أن يقوموا بتدريب العاملين في المراكز المستفيدة. ومن ثم يمكن للعاملين المنفذين القيام بأنشطة التوعية التربوية والاتصال المتعلقة بالمعونة الغذائية قصد شرحها وتوضيحها للسكان. من الضروري في الوقت نفسه تمويل المراكز المستفيدة لتمكينها من بداية التوزيع من جديد في المناطق الجديدة المستفيدة من المشروع ابتداء من ١٩٩٩/٤/١.
- ٤٥- لنجاح مشروع مثل هذا المشروع الذي يتطلب قدرات إدارية ومعارف فنية، **نوصي بتوظيف موظف مساعد (متطوع من متطوعي الأمم المتحدة، أو موظف مهني مبتدئ) مهني مساعد / متطوع الأمم المتحدة** يكون له معرفة بمجال الصحة العامة وذلك للعمل بمكتب البرنامج ببوركينا فاسو.