

روما، 26-28 فبراير/شباط 2018

البند 5 من جدول الأعمال

التوزيع: عام

WFP/EB.1/2018/5-C

التاريخ: 26 يناير/كانون الثاني 2018

تقارير التقييم

اللغة الأصلية: الإنكليزية

للنظر

تتاح وثائق المجلس التنفيذي على موقع البرنامج على الإنترنت (<http://executiveboard.wfp.org>).

تقرير تجميعي عن التقييمات الأربعة لأثر برامج البرنامج على التغذية في السياقات الإنسانية في منطقة الساحل

موجز تنفيذي

يؤثر سوء التغذية الحاد في منطقة الساحل على ما يقدر بنحو 6 ملايين طفل دون سن الخامسة، منهم نحو 1.4 مليون طفل بحاجة إلى العلاج من سوء التغذية الحاد الشديد. وفي حين أن هناك دلائل كثيرة على فعالية التدخلات لعلاج سوء التغذية الحاد المعتدل في الظروف المثلى، فإنه لا يوجد فهم كاف وواضح للعلاقة بين العمل المتعلق بعلاج سوء التغذية والوقاية منه⁽¹⁾ وبالإضافة إلى دراسة آثار مختلف مكونات برامج البرنامج على الحصائل الأساسية، فإن هذه السلسلة من تقييمات الأثر التي تم تجميعها في هذا التقرير تسهم أيضاً في تقديم أدلة على قيمة العلاقة المتبادلة بين برامج الوقاية من سوء التغذية الحاد المعتدل وبرامج علاجه في سياقات حالات الطوارئ وما بعد الطوارئ.

ويعد هذا التقرير تجميعاً للنتائج الرئيسية والدروس المستخلصة من أربعة تقييمات للأثر مولها البرنامج بشأن تدخلات التغذية والأمن الغذائي في أربعة من بلدان منطقة الساحل في أفريقيا جنوب الصحراء: تشاد، ومالي، والنيجر، والسودان. ونظرت التقييمات في جوانب برامج البرنامج المتعلقة بالأمن الغذائي وعلاج سوء التغذية الحاد المعتدل والوقاية منه وأثرهما على حصائل التغذية والأمن الغذائي وحددت الدروس المستفادة لتحسين فعالية البرامج لتحقيق أهداف البرنامج الرئيسية في مجال الأمن الغذائي والتغذية⁽²⁾ ويوفر هذا التقرير التجميعي أدلة شاملة لإرشاد الخيارات الاستراتيجية بشأن البرامج المستقبلية لمعالجة سوء التغذية الحاد المعتدل والشديد كأداة لتحسين حصائل التغذية والأمن الغذائي الكلية. وتناولت تقييمات الأثر الأسئلة الرئيسية التالية:

(1) مكتب التقييم. سلسلة تقييمات أثر عمل البرنامج في التصدي لسوء التغذية الحاد المعتدل في الفترة 2013-2015.

(2) تشكل تقييمات الأثر جزءاً من النافذة المواضيعية للمساعدة الإنسانية في إطار المبادرة الدولية لتقييم الأثر (ie3) التي أطلقت في عام 2014 بهدف شامل يتمثل في توليد أدلة عالية الجودة لتحسين نوعية حياة الأشخاص المتأثرين بالأزمات الإنسانية.

وفقاً لسياسة التقييم (2016-2021) (WFP/EB.2/2015/4-A/Rev.1)، وتوخياً لاحترام سلامة واستقلال استنتاجات التقييم، فإن بعض العبارات الواردة في هذا التقرير قد لا تتدرج ضمن المصطلحات الجاري استخدامها في البرنامج؛ ويرجى توجيه أية استفسارات بهذا الشأن إلى مديرة التقييم في البرنامج.

لاستفساراتكم بشأن الوثيقة:

السيد D. Fernandez Gabaldon

السيدة A. Cook

موظف التقييم

مديرة التقييم

هاتف: 066513-6407

هاتف: 066513-2030

1- *تشاد*: ما هو أثر التدخلات الرامية إلى الوقاية من سوء التغذية الحاد المعتدل على الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل وانتشاره بين الأطفال دون سن الثانية الذين لديهم مستويات متفاوتة من فرص الحصول على علاج سوء التغذية الحاد المعتدل؟⁽³⁾

2- *مالي*: ما هي آثار النزاع والمساعدة الغذائية على سوء تغذية الأطفال والحصائل الإنمائية الأخرى؟⁽⁴⁾

3- *النيجر*: ما هي آثار مختلف مجموعات المكونات البرمجية في العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش التابعة للبرنامج على الحصائل التغذوية؟⁽⁵⁾

4- *السودان*: ما هي آثار التدخلات المختلفة لعلاج سوء التغذية الحاد المعتدل والوقاية منه على الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل والشديد وانتشارهما بين الأطفال دون سن الخامسة والحوامل والمرضعات؟⁽⁶⁾

وتحدد التقييمات الدروس ذات الصلة ببرامج البرنامج وتقدم رؤى عن طريقة تفاعل مختلف مكونات برامج البرنامج مع بعضها البعض؛ غير أن نتائج التقييم تقع ضمن السياق الخاص بكل مجال من مجالات الدراسة. وقد نفذ البرنامج العمليات الممتدة للإغاثة والإنعاش المتعلقة بالأمن الغذائي والتغذية في منطقة الساحل بسبب ارتفاع معدلات الفقر المقترن بنمو سكاني سريع، وتغير المناخ، وأزمات الأمن الغذائي والتغذية المتكررة، والعنف الناجم عن النزاعات المسلحة.

وتسهم تقييمات الأثر أيضاً في الأدبيات المتعلقة بالطرق الفعالة لتحسين حصائل التغذية والأمن الغذائي في السياقات الإنسانية. وعلى الرغم من أنه تم تحديد سوء التغذية الحاد على أنه دافع رئيسي لوفيات الأطفال في العالم النامي، لا تزال هناك ثغرات كبيرة في الأدلة.⁽⁷⁾ وأجرت المبادرة الدولية لتقييم الأثر تقييماً لمختلف الدراسات التجميعية الحالية لقاعدة الأدلة الخاصة بالتدخلات الإنسانية وحددت ثغرات كبيرة في المعارف والأدلة فيما يتعلق بالوقاية من سوء التغذية الحاد وعلاجه.

وأفادت تقييمات الأثر المشمولة بهذا التقرير التجميعي بوجود آثار مختلفة، حسب السياق وتوليفة البرامج المنفذة. وخلص تقييم الأثر الخاص بتشاد إلى أن برنامج الوقاية – التغذية التكميلية الشاملة – كان له أثر إيجابي على الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل خلال موسم الجذب، وخاصة بالنسبة للأسر التي تعتمد في عيشها على العمل الموسمي. وعند النظر إلى التفاعل بين برامج الوقاية والعلاج، كان لبرنامج التغذية التكميلية الشاملة أثر إيجابي أكبر على الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل بين الأسر التي لديها إمكانية أقل من المتوسط من حيث الوصول إلى برنامج العلاج – التغذية التكميلية الموجهة. وخلص التقييم الخاص بالسودان إلى حدوث انخفاض كبير في نسبة الأطفال المعرضين لمخاطر سوء التغذية في المناطق التي أضيفت فيها التدخلات القائمة على الأغذية للوقاية من سوء التغذية الحاد المعتدل إلى برنامج العلاج (التغذية التكميلية الموجهة). وخلص التقييم الخاص بالنيجر إلى أن استمرار تقديم المساعدة الغذائية مقابل إنشاء الأصول بالاقتران مع برامج العلاج و/أو الوقاية قد خفض إلى حد كبير الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل، حيث عمل بمثابة شكل من أشكال المساعدة المراعية للتغذية. وخلص تقييم الأثر في مالي إلى أن الوصول إلى التوزيع العام للأغذية أدى إلى زيادات في النفقات غير الغذائية والغذائية للأسر وفي توافر المغذيات الدقيقة. وبحث التقييم تنفيذ مجموعة من التدخلات التغذوية المتعددة

3ie. 2016. *Impact evaluation of WFP programmes targeting moderate acute malnutrition in humanitarian assistance* ⁽³⁾ *situations in Chad*, by M. Saboya, J. Rudiger and J. Frize.

3ie. *The impact of humanitarian aid on food insecure populations during conflict in Mali*, by A. Gelli, J.-P. Tranchant, E. ⁽⁴⁾ Aurino, L. Bliznashka, A.S. Diallo, M. Sacko, E. Siegel and E. Masset.

3ie. *Impact evaluation of WFP malnutrition interventions in Niger*, by T. Brück, N.T.N. Ferguson, J. Ouédraogo and Z. ⁽⁵⁾ Ziegelhöfer.

3ie. 2017. *Impact evaluation of the World Food Programme's moderate acute malnutrition treatment and prevention programmes in Kassala, Sudan*, by E. Guevarra, E. Mandalazi, S. Belagamire, K. Albrekstan, K. Sadler, K. Abdelsalam, G. ⁽⁶⁾ Urrea and S. Alawad.

Black, R.E. *et al.* 2008. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The* ⁽⁷⁾ *Lancet*, 371(9608): 243–260; Bhutta, Z.A. *et al.* 2008. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *The Lancet*, 371(9610): 417–440; Victora, C.G. *et al.* 2008. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *The Lancet*, 371(9609): 340–357; Bryce, J. *et al.* 2008. Maternal and child undernutrition: effective action at national level. *The Lancet*, 371(9611): 510–526; Morris, S.S., Cogill, B. & Uauy, R. 2008. Effective international action against undernutrition: why has it proven so difficult and what can be done to accelerate progress? *The Lancet*, 371(9612): pp.608–621.

القطاعات وخلص إلى أن الأسر التي تعيش بالقرب من النزاع وتحصل على شكلين على الأقل من أشكال المساعدة – ولا سيما التوزيع العام للأغذية والتغذية المدرسية – سجلت أثراً إيجابية دالة إحصائياً على حصائل التغذية، في حين أن الآثار لم تكن كبيرة للأسر التي لم تحصل إلا على شكل واحد من أشكال المساعدة الغذائية. وعند التصنيف حسب درجة التعرض للنزاع، كشف التقييم أيضاً أن الآثار على حصائل التغذية بين الأطفال تركزت معظمها في مناطق لا تقع في المنطقة المجاورة مباشرة للنزاع وأن ذلك قد يرجع جزئياً إلى أن هذه الأسر لديها إمكانية أكبر للحصول على المعونة.

ويستند هذا التقرير التجميعي إلى تحليل منهجي لتقييمات الأثر الأربعة ويحدد العديد من الدروس التشغيلية والسياساتية. واستناداً إلى هذه الدروس، تتعلق التوصيات المحددة في هذا التقرير التجميعي بتحسين الكفاءة التشغيلية والتغطية، وتكييف المكونات البرمجية وفقاً للسياق، وزيادة التعاون فيما بين الوكالات، وتحسين بيانات الرصد والتكاليف.

مشروع القرار*

يحيط المجلس التنفيذي علماً بالوثيقة "تقرير تجميعي عن التقييمات الأربعة لأثر برامج البرنامج على التغذية في السياقات الإنسانية في منطقة الساحل" (WFP/EB.1/2018/5-C)، ورد الإدارة الوارد في الوثيقة WFP/EB.1/2018/5-C/Add.1، ويحث على اتخاذ مزيد من الإجراءات بشأن التوصيات الواردة في التقرير، مع مراعاة الاعتبارات التي أثارها المجلس أثناء مناقشته.

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

1- مقدمة

1-1 سمات التقييم

1- تتواءم سياسة البرنامج بشأن التغذية للفترة 2017-2021 مع الخطة الاستراتيجية للبرنامج (2017-2021)، وتبين هذه السياسة العمل الكبير الذي يضطلع به البرنامج لزيادة توافر الأطعمة الآمنة والمغذية والوصول إليها والطلب عليها واستهلاكها. واستناداً إلى الدروس المستخلصة من سلسلة مجلة لانسييت لعام 2008 بشأن نقص التغذية بين الأمهات والأطفال،⁽⁸⁾ وإطار عمل عام 2010 لحركة "تعزيز التغذية" الحكومية الدولية المشتركة بين الوكالات،⁽⁹⁾ ومبادرة "القضاء على الجوع ونقص التغذية لدى الأطفال" (ريتش)،⁽¹⁰⁾ تكرر السياسة التزام البرنامج بإدراج التدخلات التغذوية في الاستجابة لحالات الطوارئ ومعالجة سوء التغذية الحاد المعتدل من خلال برامج الوقاية والعلاج. ويشتمل نهج البرنامج على المساعدة الغذائية لعلاج سوء التغذية الحاد المعتدل والوقاية منه وأنشطة تكميلية مختارة للتصدي لأسباب سوء التغذية. ويستند هذا النهج إلى قاعدة من الأدلة على فعالية التدخلات، وفهم للطبيعة المتعددة الأسباب لسوء التغذية، وتركيز على الأيام الألف الأولى بعد الحمل باعتبارها فترة حاسمة لبقاء الأطفال على قيد الحياة وتحقيق إمكانات الفرد من حيث النمو البدني والإدراكي، وبالتالي تحسن الصحة وزيادة الدخل في المستقبل.

2- وقد نفذ البرنامج العمليات الممتدة للإغاثة والإنعاش المتعلقة بالأمن الغذائي والتغذية في منطقة الساحل بسبب ارتفاع معدلات الفقر المقترن بنمو سكاني سريع وتغير المناخ وأزمات الأمن الغذائي والتغذية المتكررة والعنف الناجم عن النزاعات المسلحة. ويؤثر تقارب هذه العوامل على ما يقدر بنحو 30 مليون شخص، يحتاج ما يقرب من 12 مليون منهم إلى مساعدة غذائية طارئة. وفي منطقة الساحل، يعاني ما يقدر بنحو 6 ملايين طفل دون سن الخامسة من سوء التغذية الحاد، منهم نحو 1.4 مليون طفل يحتاجون إلى العلاج من سوء التغذية الحاد الشديد.⁽¹¹⁾ وفي بعض مناطق تشاد وشمال شرق نيجيريا، يبلغ انتشار سوء التغذية الحاد الشامل ضعف عتبة الطوارئ التي حددها منظمة الصحة العالمية – وهي 15 في المائة. وفي منطقة الساحل، أدى النزاع إلى اعتماد مئات الآلاف من الأسر على المعونة. ويشير تقرير صادر عن مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية إلى أن نحو 24 مليون شخص في منطقة الساحل سيحتاجون إلى مساعدة غذائية في عام 2017، مما يتطلب استجابة ستكون واحدة من أكبر العمليات الإنسانية في العالم.⁽¹²⁾

3- ولدى البرنامج عدة تدخلات جارية محددة السياق تهدف إلى الوقاية من سوء التغذية الحاد المعتدل وعلاجه ومعالجة انعدام الأمن الغذائي الشامل في منطقة الساحل. وفي إطار المساعدة الإنسانية الأوسع، يُنفذ البرنامج تدخلات قائمة على الأغذية. والغرض من التغذية التكميلية الشاملة والتغذية التكميلية الموجهة هو دعم الوقاية من سوء التغذية الحاد المعتدل وعلاجه بين الأسر التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي من خلال أشكال مختلفة من المساعدة مصممة خصيصاً لتناسب السياق المحلي. وتهدف المساعدة الغذائية الموجهة، والتغذية المدرسية، والمساعدة الغذائية مقابل إنشاء الأصول، والتوزيع العام للأغذية، إلى المساهمة في تحسين حصائل التغذية.

4- وتشاد من أفقر البلدان في العالم، حيث يعيش 87 في المائة من السكان في فقر متعدد الأبعاد ويبلغ متوسط العمر المتوقع 51.2 سنة.⁽¹³⁾ وكشف المسح الوطني للتغذية لعام 2017 أن معدل سوء التغذية الحاد الشامل قدره 13.9 في المائة.⁽¹⁴⁾ وفي السودان، لا يشكل نقص التغذية مشكلة اجتماعية واقتصادية وصحية خطيرة فحسب، بل أنه أيضاً من أقل المشاكل التي يتم التصدي لها.

Horton, R. 2008, Maternal and child undernutrition: an urgent opportunity. *The Lancet*, 371(9608): 179.⁽⁸⁾
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18207569>

<http://scalingupnutrition.org/>⁽⁹⁾

<http://www.reachpartnership.org/>⁽¹⁰⁾

⁽¹¹⁾ تتعلق قيمة العبء هذه بسوء التغذية الحاد فقط وسيكون التقدير أعلى من ذلك بكثير إذا وضع سوء التغذية المزمن في الاعتبار أيضاً. وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي لجهود الوقاية أن تدعم الوقاية من نوعي سوء التغذية.

⁽¹²⁾ مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية. 2016. منطقة الساحل في عام 2017 – لمحة عامة عن الاحتياجات والمتطلبات الإنسانية. https://www.humanitarianresponse.info/system/files/documents/files/hnro_sahel-2017-en_2.pdf

⁽¹³⁾ البرنامج. 2017، تشاد. <http://www1.wfp.org/countries/chad>

⁽¹⁴⁾ وزارة الصحة/مديرية التغذية والتكنولوجيا المتعلقة بالأغذية، تشاد، سبتمبر/أيلول 2017.

ووفقاً لتقديرات منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) في عام 2017، كان معدل سوء التغذية الحاد الشامل قدره 15.7 في المائة في منطقة جبل مرة⁽¹⁵⁾ وتصنف/النيجر في الجزء الأدنى من الترتيب وفقاً للعديد من مؤشرات التنمية، بما في ذلك مؤشر التنمية البشرية ومؤشر الأمم المتحدة لعدم المساواة بين الجنسين. وتشمل التحديات التي تواجه البلد الضعف المؤسسي المنهجي، ومجموعة من التهديدات الأمنية الداخلية والخارجية، والحدود التي يسهل اختراقها نسبياً، ونوبات الهجرة غير الطوعية، والعديد من الأزمات الغذائية الأخيرة في التاريخ الحديث. وتشير التقديرات إلى أن معدل سوء التغذية الحاد الشامل قدره 15 في المائة بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و59 شهراً⁽¹⁶⁾ ومالي واحدة من أكثر البلدان التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي في العالم، وتحل المرتبة 179 من بين 188 بلداً وفقاً لمؤشر التنمية البشرية لعام 2015. ويكشف مسح "الرصد والتقدير الموحد لحالات الإغاثة والانتقال" (سمارت) لعام 2017 الذي أجرته اليونيسف⁽¹⁷⁾ أن معدل انتشار سوء التغذية الحاد الشامل قدره 10.7 في المائة⁽¹⁸⁾ وقد عانت مالي من سلسلة من الأزمات السياسية والدستورية والعسكرية منذ يناير/كانون الثاني 2012؛ وتفاقم الوضع هناك بفقدان الحكومة لسيطرتها على المناطق الشمالية من أبريل/نيسان 2012 حتى يناير/كانون الثاني 2013، مما تسبب في تشريد أكثر من 135 000 شخص⁽¹⁹⁾.

5- وركزت التقييمات في تشاد والنيجر على العمليات الممتدة للإغاثة والإنعاش في البلدين، حيث تناول كل تقييم بحث مكونات مختلفة مثل علاج سوء التغذية الحاد المعتدل من خلال التغذية التكميلية الموجهة والوقاية من سوء التغذية الحاد من خلال التغذية التكميلية الشاملة، والمساعدة الغذائية الموجهة، والمساعدة الغذائية مقابل إنشاء الأصول. وفي تشاد، تم تشجيع المشاركة في دورات التوعية المجتمعية، واستهدفت بصفة خاصة الحوامل وأمهات الأطفال الصغار. وتبلغ أنشطة البرنامج في النيجر ذروتها في موسم الجذب عندما يكون الأطفال والأسر أكثر ضعفاً. وفي السودان، ركز التقييم على البرنامج المتكامل للتغذية المجتمعية، الذي يشكل جزءاً من العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش ويشمل مكونات علاج سوء التغذية الحاد المعتدل، والوقاية من سوء التغذية، وتقوية الأغذية في المنازل، ورسائل التغيير السلوكي والاجتماعي. ونظر التقييم الخاص بمالي في أنواع مختلفة من أنشطة المساعدة الغذائية التي يقدمها البرنامج في عمليات الطوارئ والعمليات الممتدة للإغاثة والإنعاش التي نفذت على مدى السنوات الخمس التي أعقبت نزاع عام 2012.

2-1 أهداف التقرير التجميعي ومنهجيته

6- أعد هذا التقرير التجميعي للمجلس التنفيذي لأغراض المساءلة والتعلم وتوفير دروس مفيدة لمكاتب البرنامج القطرية وشعبة التغذية، ضمن جملة أمور. ويتمثل أحد الأهداف الهامة للتجميع في دراسة العلاقات بين برامج علاج سوء التغذية والوقاية منه وبرامج التغذية والأمن الغذائي الأخرى في السياقات الإنسانية. وبناء على الممارسة الحالية للتقارير التجميعة، تتضمن هذه الوثيقة تحليلاً منهجياً لأربعة تقييمات للأثر في تشاد ومالي والنيجر والسودان. ويهدف التقرير التجميعي إلى تحديد المواضيع الشاملة والنتائج والدروس المستخلصة من التقييمات الأربعة وتوفير رؤى مفيدة بشأن فعالية البرامج من أجل تحسين حصائل التغذية والأمن الغذائي للناس في بيئات المساعدة الإنسانية.

7- ويجمع التقرير نتائج التقييمات وتوصياتها في مجالات استهداف البرامج وتنفيذها، وتصميم التقييم وتنفيذه، والعوامل التفسيرية المحتملة التي تؤثر على أداء البرامج. ويتضمن، إلى أقصى حد ممكن، مقارنات لتحليلات التكاليف بين مختلف البرامج. وفي حين أن هناك دلائل كثيرة على فعالية تدخلات علاج سوء التغذية الحاد المعتدل في ظل الظروف المثلى، فإنه لا يوجد فهم كاف وواضح للعلاقة بين العمل المتعلق بعلاج سوء التغذية والوقاية منه⁽²⁰⁾ وبالإضافة إلى دراسة آثار مختلف جوانب برامج

(15) اليونيسف، مايو/أيار 2017. تقرير الحالة الإنسانية في السودان.

(16) البرنامج. 2017، النيجر. <http://www1.wfp.org/countries/niger>.

(17) الرصد والتقدير الموحد لحالات الإغاثة والانتقال.

(18) اليونيسف، سبتمبر/أيلول 2017. تقرير الحالة الإنسانية في مالي.

(19) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. 2016. تقرير التنمية البشرية لعام 2016؛ التنمية البشرية للجميع.

http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf

(20) مكتب التقييم، سلسلة تقييمات أثر عمل البرنامج في التصدي لسوء التغذية الحاد المعتدل في الفترة 2013-2015.

البرنامج على الحصائل الأساسية، فإن هذه المجموعة من تقييمات الأثر تسهم أيضاً في توفير أدلة على قيمة العلاقة المتبادلة بين برامج الوقاية من سوء التغذية الحاد المعتدل وعلاجه في سياقات الطوارئ وما بعد الطوارئ.

8- ويقدم التقرير إلى البرنامج، والوكالات الشريكة، وصناع السياسات وغيرهم من أصحاب المصلحة الرئيسيين معلومات عن فعالية البرامج والتدخلات في السياقات الإنسانية وسياقات النزاعات. كما أن التقرير مفيد للجهات المانحة التي تدعم النافذة المواضيعية الخاصة باللجنة التوجيهية للمبادرة الدولية لتقييم الأثر، والتي تدعم تقييمات الأثر لبرامج مماثلة في البيئات الإنسانية الصعبة.

2- المنهجية والقيود

1-2 المنهجية وأسئلة التقييم الأساسية

9- استخدمت تقييمات الأثر المصممة في هذا التقرير أنواعاً مختلفة من البيانات واستعملت مجموعة من المنهجيات، بما في ذلك مختلف الأساليب شبه التجريبية مقترنة بأساليب نوعية. وتهدف أسئلة التقييمات إلى تقدير أثر مختلف مكونات برامج البرنامج على مختلف حصائل التغذية والأمن الغذائي. وصممت الأسئلة بما يناسب سياق البرمجة في كل بلد وتوافر البيانات وجودتها. ويعرض الجدول 1 موجزاً لتصميم التقييمات، والأسئلة الرئيسية والحصائل الرئيسية لكل تقييم من التقييمات الأربعة.

10- وأجرى تقييم الأثر في السودان تقديراً لأثر مختلف تدخلات علاج سوء التغذية الحاد المعتدل والوقاية منه على الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل وسوء التغذية الحاد الشديد وانتشارهما بين الأطفال دون سن الخامسة والحوامل والمرضعات. واستخدم تصميم التقييم التباين في توقيت إدخال مكونات الوقاية من سوء التغذية الحاد المعتدل – مثل الوقاية القائمة على الأغذية أو رسائل التغيير السلوكي والاجتماعي – والتقوية في المنازل في بلدات (مجموعات) مختلف حيث يجري تنفيذ الأنشطة العلاجية. وجرى تقدير الآثار من عن طريق إجراء مقارنة مقطعية عبر المجموعات، فضلاً عن مقارنة مع مرور الوقت داخل نفس المجموعة. وتم تجميع البيانات على فواصل زمنية مدتها شهران على مدى فترة تسعة أشهر (مايو/أيار – ديسمبر/كانون الأول 2016)، مما مكن من إجراء تقدير لكيفية تفاعل إضافة مجموعات مختلفة من برامج الوقاية من سوء التغذية، بما في ذلك للتصدي لنقص المغذيات الدقيقة، مع علاج سوء التغذية الحاد المعتدل. وهذا مثال جيد على منهجية يمكن استخدامها لإجراء تحليل سببي متين عندما لا تتوافر بيانات خط الأساس، وعندما يكون حجب برنامج من مجموعة من المستفيدين المحتملين غير مرغوب فيه أو غير قابل للتنفيذ.

11- وطرح تقييم الأثر في تشاد سؤالاً ذا صلة ولكن مختلف قليلاً: ما هو تأثير الوقاية من سوء التغذية الحاد المعتدل على الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل وانتشاره بين الأطفال دون سن الثانية الذين لديهم مستويات متفاوتة من فرص الحصول على علاج سوء التغذية الحاد المعتدل؟ وتم تقييم الأثر عن طريق مقارنة الحصائل للمستفيدين الذين حصلوا على جميع التوزيعات المقررة من التغذية التكميلية الشاملة في برنامج الوقاية مع الحصائل الخاصة بمجموعة ضابطة مكونة من أشخاص لم يشملهم البرنامج. ثم أجرى التقييم مقارنة للفرق في الأثر للمجموعتين عندما يكون وصولهم إلى برنامج العلاج (باستخدام المسافة إلى أقرب مركز صحي كمتغير بديل) جيداً أو ضعيفاً.⁽²¹⁾ وتم جمع موجبتين من البيانات الكمية في شهري يونيو/حزيران ونوفمبر/تشرين الثاني 2016. واستخدمت نماذج الانحدار وتأثير العلاج إلى جانب مطابقة درجة الميل لتقدير متوسط التأثير على الناس الذين استهدفهم البرنامج.

12- وركز تقييم الأثر في النيجر على مجموعة أوسع من الأسئلة التي تهدف أساساً إلى فهم أثر العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش للبرنامج – وهي مجموعة متعددة الجوانب من التدخلات التغذوية – على انتشار سوء التغذية الحاد المعتدل في النيجر. وشملت التدخلات المساعدة الغذائية الموجهة والتغذية التكميلية الشاملة والتغذية التكميلية الموجهة وأنشطة مصممة لزيادة إمكانية حصول الأسر الفقيرة على الأغذية والأصول من خلال إعادة تأهيل الأراضي وتجميع المياه والمشتريات المحلية، ولا سيما من خلال المساعدة الغذائية مقابل إنشاء الأصول. واستخدم التقييم موجبتين من بيانات المسوح وتقنيات الاقتصاد القياسي لتقدير الآثار على مستوى الأسر على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و59 شهراً في بداية التقييم، أول موجة منهما في

(21) تشير المسافة إلى أقرب مركز صحي أيضاً إلى الاختلافات في إمكانية الوصول إلى البنية التحتية والمرافق الحضرية والخدمات الصحية الأخرى.

مارس/آذار 2014 لوضع خط أساس، والموجة الأخرى في سبتمبر/أيلول 2016 لتحديد الوضع في نهاية المطاف. ويستخدم تحليل الفرق في الفروق في التقييم الخاص بالنيجر البيانات الثانوية التي تم تجميعها أثناء أعمال الرصد والتقييم المنتظمة في البلد.

13- واتسم التقييم في مالي بأطول للمقارنات، حيث تم تجميع البيانات في يناير/كانون الثاني 2012 ويناير/كانون الثاني 2017. وقد جمع التقييم بين الأساليب النوعية والكمية، وتضمنت الأساليب الكمية إجراء مقابلات مع أصحاب المصلحة الأساسيين في تقديم المساعدة الإنسانية، استُرشد بها في تصميم المسح التفصيلي وتحليل البيانات الوصفية. وتم تقسيم مجتمع الدراسة وفقاً لمعيارين: حجم المساعدة الإنسانية المستلمة على مر السنين منذ النزاع؛ ومدى تأثير المناطق التي تعيش فيها المجموعات السكانية بالنزاع. ويستخدم التقييم الفرق في الفروق إلى جانب مطابقة درجة الميل لتقدير أثر مختلف أشكال المساعدة الغذائية – ولا سيما التوزيع العام للأغذية والتغذية المدرسية – على نفقات الأغذية، والاستهلاك من الأغذية والمغذيات، والحالة التغذوية للأطفال على مستوى الأسرة.

الجدول 1: تصاميم الدراسة وأسئلة التقييم والحاصلات الرئيسية			
البلد	الأسئلة الأولية للتقييم	المنهجية	الحاصلات الرئيسية
تشاد	<ul style="list-style-type: none"> ما هو أثر التدخلات الرامية إلى الوقاية من سوء التغذية الحاد المعتدل على الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل وانتشاره بين الأطفال دون سن الثانية الذين لديهم مستويات متفاوتة من فرص الحصول على علاج سوء التغذية الحاد المعتدل؟ 	<ul style="list-style-type: none"> تحليل المتغيرات المشتركة ومطابقة درجة الميل استخدام بيانات نوعية لإرشاد وتفسير النتائج 	الحالة التغذوية للأطفال دون سن الثانية
مالي	<ul style="list-style-type: none"> ما هي آثار النزاع والمساعدة الغذائية على سوء تغذية الأطفال والحاصلات الإنمائية الأخرى؟ 	<ul style="list-style-type: none"> استخدام بيانات نوعية وكمية لتحديد خصائص التعرض للنزاع والمساعدة الإنسانية تجربة طبيعية، والفرق في الفروق، ومطابقة درجة الميل 	الحالة التغذوية للأطفال دون سن الخامسة
النيجر	<ul style="list-style-type: none"> ما هي آثار مختلف مجموعات المكونات البرامجية في العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش التابعة للبرنامج على الحاصلات التغذوية؟ 	<ul style="list-style-type: none"> الفرق في الفروق متغيرات أساسية تحليل نوعي 	الحالة التغذوية للأطفال دون سن الخامسة
السودان	<ul style="list-style-type: none"> ما هي آثار التدخلات المختلفة لعلاج سوء التغذية الحاد المعتدل والوقاية منه على الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل والشديد وانتشارهما بين الأطفال دون سن الخامسة والحوامل والمرضعات؟ 	<ul style="list-style-type: none"> تصميم تجريبي بتبادل المجموعات الضابطة على مراحل تحليل نوعي 	الحالة التغذوية للأطفال دون سن الخامسة والحوامل والمرضعات

2-2 قيود التقرير التجميعي وآثاره

14- أجريت جميع التقييمات الأربعة في مناطق تحتاج إلى مساعدة إنسانية عاجلة، ولا سيما بسبب الصدمات المتكررة والذروات الموسمية في سوء التغذية. غير أنه على الرغم من هذا التشابه الأساسي، هناك عوامل مختلفة – مثل طبيعة الدراسات الأربع، وانعدام الأمن في العديد من المناطق المستهدفة، والانخراط المترابط لمختلف المنظمات، والعوامل الخاصة بكل بلد – قيدت قابلية إجراء مقارنة إجمالية لنتائج التقييمات الأربعة. ففي تشاد، كانت هناك صعوبة في الحصول على عينة كبيرة بسبب عوامل التشغيل والتكاليف ذات الصلة. وفي السودان، كان لا بد من التخلي عن خطة اتباع نهج تجريبي للتقييم لأن البرنامج كان بحاجة إلى أن يبدأ التنفيذ في ثلاثة مواقع محددة، مما يعني أن استخدام العمليات العشوائية في المجموعات لم يكن ممكناً. وبالمثل، نظراً للضعف الشديد في بيانات النيجر، لم يكن بالإمكان الإجابة على أسئلة البحث الأصلية تجريبياً وكان لا بد من تعديل تركيز التقييم. وكان القيد الرئيسي الذي واجه التقييم في مالي هو تقدير دقة مضاهاة البيانات المتعلقة بالنزاع مع البيانات المتعلقة بتقديم

المساعدة الغذائية في الوقت المناسب وبكميات كافية للسكان المتأثرين بالنزاع. ونظراً للطبيعة الاسترجاعية للعملية التي أجريت على مدى فترة خمس سنوات، فإن التحليل يواجه بعض القيود من حيث دقة استرجاع البيانات.

- 15- وتترتب على التحديات القطرية التي تواجهها التقييمات آثار على صحة التجميع. فقد استخدمت التقييمات مجموعة واسعة من أدوات تجميع البيانات واتبعت جداول زمنية تراوحت ما بين بضعة أشهر إلى بضع سنوات، مما أسفر عن آثار متباينة على قياس الحصائل. وشكلت القيود التي فرضتها الجداول الزمنية تحدياً مستمراً طوال التقييمات الأربعة، وتشير إلى أن المزيد من التبصر والتخطيط قبل إجراء التقييم كان يمكن أن يزيل بعض المشاكل التي نشأت. وعلى الرغم من أن معظم التقييمات كان لها تركيز واسع، فقد اختلفت مقاييس النتائج الأولية فيما بينها، مما حد من القدرة على إجراء مقارنات مباشرة بين التقديرات.
- 16- وعلى الرغم من أن هذه القيود تستدعي بعض الحذر، فإن تصاميم التقييم تُمكن من استخلاص استنتاجات سببية دقيقة، وتوفر أساساً للتوصيات والاستنتاجات السياساتية المتعلقة بمسائل مختلفة. كما أن عملية إجراء التقييمات، والملاحظات التي أبدت في هذا الصدد، توفر أيضاً دروساً تشغيلية وسياساتية يتم تناولها باستفاضة في القسم 4.

3- الاستنتاجات والنتائج

1-3 أبرز المعالم

- 17- أفادت التقييمات الأربعة الواردة في هذا التقرير التجميعي والتي تبحث الأثر على الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل بوجود آثار متباينة حسب السياق وتوليفة البرامج المنفذة. فقد خلص تقييم الأثر في تشاد إلى أن برنامج الوقاية القائم على التغذية التكميلية الشاملة كان له أثر إيجابي على الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل خلال موسم الجذب. وعند النظر إلى التفاعل بين برامج التغذية التكميلية الشاملة والتغذية التكميلية الموجهة، كان للتغذية التكميلية الشاملة أثر إيجابي أكبر على معدل الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل بين الأسر التي لديها إمكانية وصول أضعف إلى برنامج العلاج القائم على التغذية التكميلية الموجهة والأسر التي تعتمد على سبل عيش موسمية – الزراعة وتربية الماشية. وخلص التقييم في السودان إلى أن إضافة مكونات الوقاية من سوء التغذية الحاد المعتدل إلى برامج علاج سوء التغذية الحاد المعتدل لم يكن له تأثير على الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل أو سوء التغذية الحاد الشديد أو انتشارهما. وخلص التقييم إلى حدوث انخفاض كبير في انتشار عدد الأطفال المعرضين للإصابة بسوء التغذية في الحالات التي أضيفت فيها الوقاية من سوء التغذية الحاد المعتدل القائمة على الأغذية إلى برنامج العلاج القائم على التغذية التكميلية الموجهة. وخلص التقييم في النيجر إلى أن استمرار توفير المساعدة الغذائية مقابل إنشاء الأصول بالاقتران مع برامج علاج سوء التغذية الحاد و/أو الوقاية منه خفض بشكل كبير الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل، وعمل كشكل من أشكال المساعدة المراعية للتغذية، ولكن لم يكن هناك أي دليل على وجود آثار إيجابية لبرامج العلاج و/أو الوقاية وحدها. وخلص تقييم الأثر في مالي إلى أن الأسر التي تحصل على شكلين على الأقل من أشكال المساعدة – التوزيع العام للأغذية والتغذية المدرسية – سجلت آثاراً إيجابية دالة إحصائياً على حصائل التغذية، في حين أن الآثار لم تكن كبيرة بالنسبة للأسر التي لم تحصل سوى على شكل واحد من أشكال المعونة. وعند توزيع النتائج حسب درجة التعرض للنزاع، كشف التقييم أيضاً أن الآثار على الحصائل التغذوية للأطفال تركزت أساساً في مناطق تقع خارج المنطقة المجاورة مباشرة للنزاع، وأن ذلك قد يرجع في جزء منه إلى أن هذه الأسر لديها إمكانية أكبر للحصول على المعونة. وتعرض المناقشات التالية لنتائج التقييم الرئيسية فيما يتعلق بحصائل الاستهداف، والاستخدام الفعلي للمساعدة، والتغذية، وفعالية التكاليف.

2-3 الاستهداف والاستخدام الفعلي للمساعدة

- 18- عادة ما تستهدف برامج التغذية القائمة على الأغذية المناطق التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي. وفي السودان، استهدف التدخل أولاً بلدات محددة، وتم تنفيذ التدخلات بطريقة متجددة في البلدات المختارة. ونُفذ التدخل في بلدين منذ البداية، ثم في البلدات الأخرى تدريجياً. وفي تشاد، استخدم البرنامج الاستهداف الجغرافي لاختيار المناطق ذات الأولوية التي وجد أنها ضعيفة هيكلية وفقاً لتوليفة من مؤشرات الأمن الغذائي، ومؤشرات التغذية، والعوامل المشددة، واستراتيجيات سبل العيش، وتحركات السكان والبنية التحتية. وكان الاستهداف الجغرافي منتشراً أيضاً في النيجر، حيث كانت القرى المختارة تقع في مقاطعات تعاني من

انعدام الأمن الغذائي. كما أدمجت مؤشرات إكمال الدراسة، وانتشار الرحل، والإمكانات الزراعية، والتقارب بين أنشطة الشركاء في عملية الاستهداف الجغرافي.

19- وتناول التقييم في مالي النظر في عدة تدخلات تستهدف مجموعات مختلفة من المستفيدين. فقد استهدفت التغذية التكميلية الشاملة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و59 شهراً والحوامل والمرضعات. وركز برنامج التغذية التكميلية الموجهة على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و59 شهراً ويعانون من سوء التغذية الحاد المعتدل والحوامل والمرضعات اللواتي يعانين من سوء التغذية. واستهدف برنامج التغذية المدرسية أساساً أطفال المدارس الابتدائية في المناطق التي تعاني من مستويات عالية من انعدام الأمن الغذائي.

20- وأشارت تقديرات التقييم في السودان إلى أن برنامج التغذية التكميلية الموجهة يغطي ما بين 15 و28 في المائة من الأطفال في مناطق الدراسة. وتراوحت فعالية إيجاد الحالات للبرنامج، أي تحديد المستفيدين المؤهلين، بين 9 و12 في المائة. وأشارت التقديرات إلى أن تغطية نشاط الوقاية من سوء التغذية الحاد المعتدل نسبتها 10 في المائة من الأطفال في منطقة الدراسة. وفي تشاد، أشارت التقديرات إلى أن نسبة تغطية برنامج التغذية التكميلية الموجهة بلغت 13.1 في المائة في المناطق الساحلية الثلاث، وهي البطحة وبحر الغزال وكنيم، على الرغم من زيادة في عدد المرافق الصحية القادرة على تقديم تدخلات سوء التغذية الحاد المعتدل؛ ولم يتم الإبلاغ عن تغطية معدلات الوقاية.

21- وفيما يتعلق بنجاح الاستهداف، أشارت الإحصاءات الوصفية الخاصة بعينة التقييم في النيجر إلى أن حجم الأسرة ومستوى تعليم رب الأسرة يرتبطان ارتباطاً موجباً بالحصول المساعدة. وعموماً، وجد التقييم أدلة مختلطة فيما يتعلق بنجاح الاستهداف في برامج البرنامج في النيجر. وقد تكون المؤشرات الخاصة بالأطفال – أو أسرهم – الذين لا يحصلون على المساعدة الغذائية مقابل إنشاء الأصول، ولكنهم يحصلون على التغذية التكميلية الشاملة، أو التغذية التكميلية الموجهة، أو المساعدة الغذائية الموجهة، أفضل، قبل البرامج، من المؤشرات الخاصة بالأطفال في الأسر التي لم تحصل على أي شكل من أشكال المساعدة في نهاية المطاف. وهذا يعني إما أنه كانت هناك أخطاء في استراتيجية الاستهداف أو أن الاستخدام الفعلي للمساعدة كان أدنى بين الأشخاص الذين قد استفادوا بقدر أكبر منها. ويتناقض ذلك مع برامج المساعدة الغذائية مقابل إنشاء الأصول، التي يبدو أن استهدافها كان جيداً في النيجر.

22- وغطت أنشطة البرنامج في مالي، بما في ذلك التغذية المدرسية، والتوزيع العام للأغذية، والتغذية التكميلية الموجهة، والبرامج المتعلقة بالقدرة على الصمود، نحو 10 في المائة من سكان موبتي في عام 2014 و6 في المائة في عام 2015. وفي عينة التقييم، أفادت 67 في المائة من الأسر بعدم الحصول على أي مساعدة غذائية، و23 في المائة بالحصول على التوزيع العام للأغذية، و14 في المائة بأن لديها أطفال حصلوا على التغذية المدرسية، و2 في المائة بأن لديها أطفال أو حوامل حصلوا على التغذية التكميلية الموجهة، و2 في المائة بالمشاركة في برامج المساعدة الغذائية مقابل العمل.⁽²²⁾

23- وفيما يتعلق بإمكانية الوصول، أبرزت جميع التقييمات الأربعة أهمية القرب الجغرافي من المراكز الصحية أو مراكز توزيع الأغذية ووجود مستوى عالٍ من الوعي بين المستفيدين والمجتمعات المحلية المحتملة في المساهمة في زيادة المشاركة الفعلية في البرامج. وتكون مسألة القرب الجغرافي معقدة للغاية عند التعامل مع السكان المهاجرين. وتشتمل الحواجز الأخرى التي تواجه التغطية الجيدة على محدودية الفرز المجتمعي الروتيني، وثقل عبء العمل على موظفي مختلف الوكالات المنفذة – البرنامج، والوكالات الحكومية والوكالات الشريكة الأخرى – والمشاكل المتعلقة بالحفاظ على بيانات الحالة والحاجة إلى تحسين فعالية إيجاد الحالات.

3-3 الحصائل التغذوية

24- خلص تقييم الأثر في تشاد إلى أن برنامج الوقاية من سوء التغذية الحاد المعتدل القائم على التغذية التكميلية الشاملة كان له أثر إيجابي على الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و23 شهراً خلال موسم الجذب. وقام البرنامج بشكل خاص بوقاية الفئة العمرية العليا من هذه المجموعة (18-23 شهراً) والأسر التي تعتمد في عيشها

(22) تاريخ معلومات خط الأساس المتعلقة بالأغذية لهذا العمل يسبق تاريخ تحول تركيز البرنامج نحو المساعدة الغذائية مقابل إنشاء الأصول.

على العمل الموسمي. ومن الناحية الأخرى، كانت الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل أقل بين الأسر التي كانت أقرب إلى المراكز الصحية وكان وصولها أسهل إلى برامج العلاج القائم على التغذية التكميلية الموجهة. وعند النظر إلى التفاعل بين البرنامجين، كان لبرنامج التغذية التكميلية الشاملة أثر إيجابي أكبر على الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل بين الأسر التي لديها إمكانية وصول أقل إلى برنامج التغذية التكميلية الموجهة، كما كان متوقعا.

25- وخلص التقييم في السودان إلى عدم وجود أي أثر كبير على انتشار سوء التغذية الحاد المعتدل أو سوء التغذية الحاد الشديد أو سوء التغذية الحاد الشامل بين الأطفال دون سن الخامسة أو الحوامل والمرضعات. غير أنه في الجولات الثانية والثالثة والرابعة من عملية تجميع البيانات، لوحظ انخفاض كبير بنسبة تصل إلى 12 في المائة في انتشار عدد الأطفال المعرضين لمخاطر سوء التغذية في المناطق التي أضيفت فيها الوقاية من سوء التغذية الحاد المعتدل القائم على الأغذية إلى التغذية التكميلية الموجهة، وهو مكون العلاج⁽²³⁾ وكانت فرضية التقييم هي أن عدم وجود تأثير على الإصابة يمكن أن يكون نتيجة لعدد من العوامل، منها التأخر في خفض عدد الأطفال المعرضين للمخاطر، وتحول حالات سوء التغذية الحاد الشديد إلى حالات سوء التغذية الحاد المعتدل وانخفاض تغطية برنامج الوقاية. وفي حين أنه لم يجر تحليل هذه العوامل إحصائياً، فإن النتائج تسلط الضوء على مجالات مهمة لمزيد من البحث.

26- وخلص التقييم في النيجر إلى أن بعض طرائق المساعدة التي يقدمها البرنامج قد حسنت بشكل كبير حالة سوء التغذية الحاد المعتدل في البلد. وعلى وجه التحديد، كان احتمال التعافي من سوء التغذية الحاد المعتدل بين الأطفال الذين يعيشون في أسر تحصل على المساعدة الغذائية مقابل إنشاء الأصول بالإضافة إلى مساعدة للعلاج و/أو الوقاية أكبر بنسبة 19 في المائة في نهاية المطاف. وخلص التقييم أيضاً إلى أن الأطفال في الأسر التي تحصل على توليفة من المساعدات – العلاج والوقاية والمساعدة الغذائية مقابل إنشاء الأصول – أقل عرضة بنسبة 15.5 في المائة للإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل عن الأطفال الذي يعيشون في أسر تحصل على العلاج و/أو المساعدة الوقائية فقط بدون المساعدة الغذائية مقابل إنشاء الأصول. وقد تبين أن مزيج المساعدة المراعية للتغذية والخاصة بالتغذية التي يقدمها البرنامج كان له أكبر أثر إيجابي على الأطفال في النيجر.

27- وخلص التقييم في مالي إلى أن الحصول على التوزيع العام للأغذية أدى إلى زيادة نفقات الأسر غير الغذائية والغذائية وتوافر المغذيات الدقيقة. وعندما تؤخذ الفروق في مستوى التعرض للنزاع في الاعتبار، خُص إلى أن التحسنات في طول الأطفال واستهلاكهم من السعرات الحرارية تتحقق أساساً في مناطق لم تكن في المنطقة المجاورة مباشرة للنزاع. وسجلت الأسر التي تحصل على شكلين على الأقل من المساعدات – التوزيع العام للأغذية والتغذية المدرسية – آثاراً إيجابية دالة إحصائياً من حيث ما تتحصل عليه من سعرات حرارية وتوافر المغذيات الدقيقة، في حين أن الآثار لم تكن كبيرة في الأسر التي حصلت على شكل واحد فقط من أشكال المساعدة. وأظهر توزيع البيانات حسب درجة التعرض للنزاع أن الآثار على طول الأطفال دون سن الخامسة تتركز معظمها في مناطق تقع خارج المنطقة المجاورة مباشرة للنزاع. وتبين أن الأسر التي تقيم بالقرب من الجماعات المسلحة شهدت زيادات أعلى نسبياً في نفقات الأغذية وانخفاضاً في إمكانية الحصول على المساعدة. وتتطلب الدوافع المؤدية إلى زيادة نفقات الأغذية مزيداً من التحليل وقد لا تكون متعلقة بزيادة استهلاك الأغذية في الأسر المستهدفة؛ وقد يحركها على سبيل المثال ارتفاع أسعار الأغذية بالقرب من مناطق النزاع، أو بسبب التسرب.

(23) يعرف الدليل الميداني للبرنامج الخاص بالبرنامج المتكامل للتغذية المجتمعية في السودان الأطفال المعرضين لمخاطر على أنهم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و23 شهراً وبمحيط منتصف ذراع علوي من 125 إلى 135 ملم.

الجدول 2: النتائج الرئيسية	
تشاد	<ul style="list-style-type: none"> • كان هناك تأثير إيجابي لبرنامج الوقاية القائم على التغذية التكميلية الشاملة على الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و23 شهراً خلال موسم الجذب. • كان برنامج الوقاية أكثر فعالية في الحد من الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل بين المستفيدين الذين لديهم إمكانية وصول أقل إلى برنامج العلاج (4 نقاط مئوية مقابل 7.4 نقطة مئوية). • كانت نسبة حالات سوء التغذية الحاد المعتدل في نهاية المطاف - 14 في المائة - نصف نتيجة خط الأساس البالغة 28 في المائة. وحدث التغيير للجنسين.
مالي	<ul style="list-style-type: none"> • خلص إلى أن الحصول على التوزيع العام للأغذية يزيد بشكل كبير المتحصل عليه من سرعات حرارية بنسبة 52 في المائة واستهلاك الزنك بنسبة 64 في المائة؛ وخلص إلى أن الحصول على التغذية المدرسية يزيد المتحصل عليه من فيتامين ألف بنسبة 48 في المائة. • يشير التحليل إلى أن المساعدة الغذائية كانت لها تأثيرات وقائية على إجمالي نفقات الأسر على الأغذية، وعلى استهلاك الأغذية والتغيرات في طول الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين و5 سنوات عند خط الأساس. وكانت الآثار الإيجابية واضحة بشكل خاص في الأسر التي تحصل على شكلين من أشكال المساعدة الغذائية.
النيجر	<ul style="list-style-type: none"> • كان احتمال التعافي من سوء التغذية الحاد المعتدل بين الأطفال المستفيدين من المساعدة الغذائية مقابل إنشاء الأصول إلى جانب علاج سوء التغذية الحاد المعتدل/أو الوقاية منه أكبر بنسبة 19 في المائة في نهاية المطاف. • كانت البرمجة المراعية للزراعة في النيجر أثر إيجابي كبير على احتمال تعافي الأطفال من سوء التغذية الحاد المعتدل.
السودان	<ul style="list-style-type: none"> • لم يُلاحظ أي أثر كبير على انتشار سوء التغذية الحاد المعتدل أو سوء التغذية الحاد الشديد أو سوء التغذية الحاد الشامل بين الأطفال دون سن الخامسة أو الحوامل والمرضعات. • لوحظت انخفاضات كبيرة تصل إلى 12 في المائة في انتشار عدد الأطفال المعرضين لمخاطر سوء التغذية في المناطق التي أضيفت فيها الوقاية من سوء التغذية الحاد المعتدل القائم على الأغذية إلى برنامج العلاج. • لم يعز أي تغيير في سلوكيات وممارسات التغذية إلى التدخل السلوكي لرسائل التغيير السلوكي والاجتماعي.

4-3 فعالية التكاليف

- 28- يمثل تحليل فعالية التكاليف منهجية فعالة لمقارنة آثار وتكاليف مختلف التدخلات الرامية إلى تحقيق نفس الهدف وإرشاد القرارات المتعلقة بتخصيص الموارد.⁽²⁴⁾ وتنشأ ثلاثة قيود رئيسية عند إجراء تحليل فعالية التكاليف: توافر بيانات التحليل وموثوقيتها؛ ونقص البيانات عن التكاليف الخاصة بكل نشاط؛ والصعوبة في توزيع التكاليف عندما تتألف البرامج من تدخلات متعددة تؤثر على حصائل متعددة. ولم تجر تحليلات كاملة لفعالية التكاليف في جميع التقييمات المشمولة في هذا التقرير التجميعي، ويرجع ذلك أساساً إلى الصعوبات في تجميع معلومات مفصلة عن التكاليف.
- 29- وفي التقييم الخاص بالنيجر، تم حساب فعالية التكاليف على أساس عدد المستفيدين وكمية الأغذية المقدمة بموجب كل نوع من أنواع التدخل. وأظهرت النتائج الناشئة أن التدخلات التي جمعت بين أنشطة التغذية التكميلية الشاملة والمساعدة الغذائية الموجهة والمساعدة الغذائية مقابل إنشاء الأصول أدت إلى تحسن في مؤشرات التغذية بمقدار 0.28 انحراف معياري لكل 100 دولار أمريكي. ومن ثم، تشير التقديرات إلى أن متوسط تكاليف نقل طفل من حالة الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل إلى حالة عدم الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل قدره 352.6 دولار أمريكي عندما تقترن تدخلات الوقاية من سوء التغذية الحاد المعتدل مع تدخلات المساعدة الغذائية.
- 30- وفي تشاد، تشير التقديرات إلى أن تكاليف توفير التغذية التكميلية الشاملة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و23 شهراً خلال موسم الجذب بلغت 46.36 دولار أمريكي لكل طفل. وباستخدام الفرق في حالات سوء التغذية الحاد المعتدل/أو

حالات سوء التغذية الحاد الشديد بين الأطفال الذين يحصلون على علاج بالتغذية التكميلية الشاملة والأطفال في المجموعات الضابطة، تم تقدير أن عدد حالات سوء التغذية الحاد المعتدل و/أو حالات سوء التغذية الحاد الشديد التي تم تجنبها عن طريق التغذية التكميلية الشاملة قدره 827، مما أسفر عن تكاليف شاملة تقدر بنحو 597 دولاراً أمريكياً لكل حالة تم تجنبها من حالات سوء التغذية الحاد المعتدل/سوء التغذية الحاد الشديد.

31- وفي حين أن تحليل فعالية التكاليف ركز على حصة أساسية واحدة - وهي سوء التغذية - فقد كان للبرامج أيضاً آثار على حصائل تتجاوز سوء التغذية، مثل الحد من نقص المغذيات الدقيقة وعواقبها وتحسين قدرة الأسر على الصمود. وقدم التقييمان في تشاد والنيجر تقديرات لفعالية تكاليف التدخلات المحددة قيد الدراسة، ولكن لا يمكن إجراء مقارنة مباشرة بين هذه التقديرات، ويجب إجراء تحليل أكثر تفصيلاً من أجل استخلاص توصيات أوسع نطاقاً بشأن فعالية التكاليف قابلة للتطبيق على حالات مماثلة أخرى داخل وخارج البلدان قيد المناقشة.

3-5 الآثار الجنسانية

32- صُممت جميع تقييمات الأثر للنظر في عدم تجانس الآثار بالنسبة لمختلف الفئات الضعيفة، بما في ذلك النساء. ومن مجموع عينة الأطفال المشمولين بالدراسة في تشاد، كانت 48 في المائة من البنات، وكان التوزيع مماثلاً في جميع الفئات العمرية. وأجرى التقييم تحليلاً لعدم التجانس ولم يخلص إلى وجود فروق دالة إحصائية لتأثير الأغذية التكميلية الشاملة على الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل بين الأولاد والبنات. وبالمثل، لم يخلص التقييم في السودان إلى وجود أي اختلافات حسب نوع الجنس في اتجاهات أو حصائل قبول حالات سوء التغذية الحاد المعتدل للأطفال. وكانت النتائج الخاصة بالحوامل والمرضعات مماثلة لتلك الخاصة بالأطفال بشكل عام، حيث لم يخلص التقييم إلى وجود أي انخفاض كبير في سوء التغذية الحاد الشامل بين الحوامل والمرضعات، ولكن إلى وجود انخفاض كبير في عدد الحوامل والمرضعات المعرضات للمخاطر.

33- وبالنظر إلى أن بيانات القياسات البشرية المتعلقة بالمرأة لم تكن متاحة وإلى حجم العينة الصغير عموماً، فإن التقييم الخاص بالنيجر لم يبلغ عن الحصائل الأساسية إلا للأطفال عموماً. وخلص التقييم إلى أن الأسر التي أشارت بنفسها إلى أنها أسر ترأسها امرأة أظهرت حالة تغذوية أفضل بكثير من الأسر التي أشارت إلى نفسها على أنها يرأسها رجل.

34- وسلطت البحوث النوعية التي أجريت في مالي الضوء على العواقب الهامة التي خلفها فرار موظفي الحكومة وما تبع ذلك من إغلاق للمراكز الصحية على الخدمات الصحية الأساسية للحوامل والرضع والأطفال الصغار. ومن المرجح أن تكون الانقطاعات في الخدمات القليلة المتاحة على مستوى المجتمعات المحلية قد أثرت تأثيراً مباشراً على تغذية وصحة هذه الفئات العمرية الضعيفة. وتوقفت الرعاية السابقة للولادة لكثير من الحوامل اللواتي لم يستطعن الفرار، مما عرض الأطفال إلى زيادة مخاطر الإصابة بالعدوى والاعتلال. وقال المستجيبون الذين يواجهون هذا الوضع إن سوء التغذية بين الأطفال والمرضعات زاد زيادة كبيرة.

4- الدروس العامة والتوصيات

35- عرضت التقييمات الأربعة التي شملها هذا التقرير التجميعي تقديرات للأثر السببي لمجموعة متنوعة من التدخلات المتعلقة بالتغذية على الحصائل التغذوية. وفي حين أدت تقييمات الأثر إلى توصيات محددة لمجموعة متنوعة من أصحاب المصلحة في كل من البلدان الأربعة، فقد أدى تنفيذ هذه التوصيات بدوره إلى بعض الدروس التشغيلية والسياساتية العامة، وترد في القسم الفرعي التالي. وترد التوصيات المستمدة من الدروس الهامة في القسم الفرعي 4-2 استناداً إلى مجموع التحليل.

1-4 الدروس العامة

36- فيما يلي الدروس الأولية المستخلصة من عملية التجميع: (25)

(25) تتضح هذه الدروس من قراءة جيدة للتقييمات الفردية، على الرغم من أن جميع التقييمات الأربعة لا تدعم بالضرورة بشكل صريح الدروس الفردية.

➤ **الدرس الأول:** من المرجح أن يؤدي إيلاء المزيد من الاهتمام بتوقيت أي مجموعة تدخلات وتسلسلها وتنفيذها إلى تعزيز الفعالية.

➤ **الدرس الثاني:** يمكن أن يسهم تعزيز الشراكات والتنسيق في زيادة فعالية التنفيذ وكفاءته وحسن توقيته.

➤ **الدرس الثالث:** تشتمل الحواجز التي تعترض تحقيق تغطية ووصول أفضل، على سبيل المثال لا الحصر، على ضعف البنية التحتية. ومن المهم أيضاً الوعي بتوافر الخدمات الجيدة.

➤ **الدرس الرابع:** تمثل جودة بيانات الرصد والتقييم وتوافرها ونقصها إشكالية.

37- وأشير إلى هذه الدروس ضمناً في الأجزاء السابقة من هذا التقرير وترد بمزيد من الاستفاضة في الفقرات التالية.

38- **الدرس الأول – من المرجح أن يؤدي إيلاء المزيد من الاهتمام بتوقيت أي مجموعة تدخلات وتسلسلها وتنفيذها إلى تعزيز الفعالية –** درس نشأ من جميع التقييمات الأربعة، وإن كان ذلك من وجهات نظر مختلفة.

الجدول 3: دروس محددة تتعلق بتوقيت البرامج وتسلسلها وتنفيذها	
البلد	الدرس
تشاد	<ul style="list-style-type: none"> من الناحية المثلى، ينبغي أن تبدأ توزيعات المساعدة الغذائية الموجهة والتغذية التكميلية الشاملة في أبريل/نيسان، قبل موسم الجذب، لتكون أكثر فعالية في الوقاية من سوء التغذية الحاد المعتدل الذي يميل إلى الارتفاع في شهري يوليو/تموز وأغسطس/آب. لكي يكون برنامج التغذية التكميلية الشاملة أكثر فعالية، ينبغي أن يغطي موسم الجذب بالكامل والذي تبلغ مدته 120 يوماً وأن يقترن بتدخلات المساعدة الغذائية الأخرى على مستوى الأسرة لحماية الحصص الغذائية للأطفال المستفيدين. ينبغي أن تكون توزيعات التغذية التكميلية الشاملة شهرية لتعظيم فرص حصول الأطفال المستفيدين على جزء من الحصص الغذائية كل يوم طوال فترة التدخل. من أجل تحسين فرص الوصول إلى برنامج التغذية التكميلية الموجهة، ينبغي أن يستكشف البرنامج نهجاً بديلة لزيادة مدى تغطية برنامج التغذية التكميلية الموجهة بطريقة تعاونية مع الوكالات التي تدعم المكونات الأخرى من عملية إدارة سوء التغذية الحاد.⁽²⁶⁾ يتطلب الانخفاض المستدام في الإصابة بسوء التغذية إدماج حلول قصيرة الأجل لمعالجة سوء التغذية الحاد، وحلول أطول أجلاً لتدخلات الوقاية المتكاملة في مجالات الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والأمن الغذائي.
مالي	<ul style="list-style-type: none"> قد يكون تجميع أشكال أخرى مختلفة من المساعدة الغذائية مع التوزيع العام للأغذية استراتيجية فعالة لدعم الفئات الضعيفة من السكان. قد يكون تقديم شكلين من أشكال المساعدة الغذائية – التوزيع العام للأغذية والتغذية المدرسية – أكثر فعالية من توفير شكل واحد من أشكال التحويلات فقط.
النيجر	<ul style="list-style-type: none"> ينبغي توسيع نطاق توافر المساعدة الغذائية مقابل إنشاء الأصول بشكل كبير نظراً لأثره القوي والإيجابي على المؤشرات المتعلقة بسوء التغذية الحاد المعتدل؛ ويمكن مواصلة تعزيز هذه الآثار الإيجابية من خلال تقديم المساعدة الغذائية مقابل إنشاء الأصول بالاقتران مع برامج الوقاية (على وجه التحديد) وبرامج الوقاية والعلاج عموماً.
السودان	<ul style="list-style-type: none"> يشير الانخفاض الكبير في مخاطر تعرض الأطفال لسوء التغذية الحاد إلى الدور المحتمل للوقاية من سوء التغذية الحاد المعتدل في الحد من سوء التغذية في السياقات التي تتوفر فيها بالفعل برامج ذات أداء جيد لعلاج سوء التغذية الحاد. يمكن أن تؤدي حزمة مستدامة (على مدار العام) من علاج سوء التغذية الحاد المعتدل والوقاية منه إلى إحداث آثار مقصودة على الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل وانتشاره.

39- وفي تقرير التقييم الخاص بتشاد، ينصب التركيز على تسلسل نهج موحد وتيرته واتباعه. ويشتمل التكامل المتوخى على ربط الحلول القصيرة الأجل بتقديم مساعدة أطول أجلاً، أو ربط المنتجات المنتجة محلياً بعمليات التنفيذ المجتمعية، أو ربط البرامج على أساس مخطط، وإدراك الدورات والأنماط المرتبطة بئذرة الأغذية. ويشير تقرير النيجر إلى الآثار الإيجابية لمجموعات معينة من المساعدة وأوجه التآزر التي تنتج عندما تقدم أشكال متعددة من المساعدة معاً. ويشير التقرير أيضاً إلى أن تحليل فعالية التكاليف يبين أن النهج الموحد – مثل الجمع بين برامج الوقاية الخاصة بالتغذية مع أنشطة المساعدة الغذائية مقابل إنشاء الأصول المرعية للتغذية – يحسن الحالة التغذوية للأطفال. ويدعو تقرير النيجر إلى إجراء مزيد من البحوث بشأن كيفية تفاعل مجموعات

(26) على سبيل المثال، يشير فريق التقييم إلى أن التصميم السليم للمنتجات الغذائية المنتجة محلياً واختيارها والتحقق من صحتها واستخدامها يمكن أن يكون بديلاً لخفض تكاليف العلاج (عن طريق خفض تكاليف النقل)، وبالتالي، إذا ما اقترن ذلك بنهج التنفيذ المجتمعية، فإنه يزيد فرص الحصول على العلاج.

معينة من المساعدة مع الحالة على أرض الواقع. وفي حالة كل من مالي والسودان، ينصب التركيز على تكامل أساسي وتوفير أنواع مختلفة من الدعم الغذائي والعلاج والوقاية على التوالي بشكل مستدام.

40- وتشير الملاحظات مجتمعة إلى أن هناك حاجة إلى التركيز على ربط أنشطة الدعم والبرامج وتنفيذها على مراحل وتسلسلها لتكون أكثر فعالية.

41- والدرس الثاني – يمكن أن يسهم تعزيز الشراكات والتنسيق في زيادة فعالية التنفيذ وكفاءته وحسن توقيته – يتعلق بالدرس الأول. يتطلب نوع التآزر التشغيلي المتوخى في الدرس الثاني تخطيط البرامج القائمة بذاتها بقدر أكبر من العناية وزيادة تنسيق الجهود بين جميع أصحاب المصلحة. وعلى سبيل المثال، يشير تقرير تشاد إلى أن المفاوضات المبكرة مع الشركاء المعنيين يمكن أن تحسن التنسيق بين أصحاب المصلحة الرئيسيين – يشير التقرير إلى تنسيق توقيت عمليات تقديم الخدمات والتغطية وتسلسلها والربط بينها – وأن تحسين التنسيق بين الوكالات يمكن أن يبسر تنفيذ طرق بديلة لإدارة سوء التغذية الحاد المعتدل. وعلى الرغم من أن ذلك يمكن أن يبدو بديهياً، فإن الجهود الرامية إلى ضمان وجود فترات زمنية كافية ومهارات وموارد للتفاوض وإقامة شراكات ليست دائماً كافية من حيث المدى أو العمق. وتشير التجربة إلى أن ما قد يبدو وأنه تكاليف في المراحل المبكرة يمكن أن يصبح استثماراً مفيداً في وقت لاحق إذا ما أُدير بشكل صحيح وتم توفير موارد كافية له. وبعد بحث تفاصيل التنفيذ، يشير تقرير السودان إلى أنه ينبغي إبلاغ الشركاء بأهمية فصل معلومات التكاليف الخاصة بكل جهة من الجهات المانحة العاملة معهم وفي جميع برامجهم، وأنه ينبغي توفير التدريب والدعم في مجال الرصد والتقييم للشركاء المنفذين، مما يعزز فكرة أن الاستثمار المبكر في الشراكات يمكن أن يحقق منافع في وقت لاحق.

42- والدرس 3 – تشمل الحواجز التي تعترض تحقيق تغطية ووصول أفضل، على سبيل المثال لا الحصر، على ضعف البنية التحتية – يعبر عن التجربة في تشاد حيث تبين على سبيل المثال أن المسافة الفعلية من المركز الصحي تحدد احتمال حصول الطفل على الخدمات المقدمة. غير أن التجربة في السودان تشير إلى أنه حتى في الحالات التي كانت فيها تغطية المراكز الصحية كافية بشكل معقول، فإن الروابط المستمرة مع المجتمعات المحلية – التي ينفذها من الناحية المثلى المتطوعون المجتمعيون من خلال أنشطة التوعية المحلية والفرز الروتيني – ستعزز فعالية البرامج. كما يسلط تقرير السودان الضوء على أهمية ضمان إرسال الرسالة الصحيحة لتحقيق التغيير السلوكي المطلوب، بما في ذلك فيما يتعلق باستخدام الخدمات. ويشير التقرير إلى أن رسائل التغيير السلوكي والاجتماعي لم يتسمع إليها أكثر من 12 في المائة من الجمهور المستهدف، حيث أفاد الأشخاص الذين استمعوا إلى الرسالة إلى الراديو والقائمين بالتعبئة المجتمعية كأكثر المصادر شيوعاً للمعلومات المتعلقة بأنشطة التوعية المجتمعية. ولم يشارك في أنشطة رسائل التغيير السلوكي والاجتماعي سوى أكثر بقليل من 40 في المائة من الأشخاص الذين سمعوا عنها، وانخفضت هذه النسبة إلى 12 في المائة في الفترة الأخيرة من البرنامج. ويشير التقرير إلى أنه يمكن تحسين تغطية كل من العلاج والوقاية من خلال تعزيز التوعية المجتمعية فيما يتعلق بالبرنامج، وزيادة فهم المجتمعات المحلية لسوء التغذية والفئات المستهدفة من البرنامج، وزيادة المشاركة في أنشطة رسائل التغيير السلوكي والاجتماعي.

43- وهناك عوامل أخرى ذات صلة أيضاً. فعلى سبيل المثال، بما يعبر عن الدرس الأول، يشير تقرير النيجر إلى عدم فهم كيف تتفاعل مجموعات المساعدة مع الحالة على أرض الواقع. وفي تشاد، كانت التأخيرات في عملية الاستهداف وفي إبرام اتفاقات بين البرنامج وشركائه – منظمة أوكسفام ومنظمة العمل لمكافحة الجوع – من بين العوامل التي أدت إلى تأخير التنفيذ. ويشير تقرير السودان إلى أن أنشطة رسائل التغيير السلوكي والاجتماعي واجهت العديد من التأخيرات والتحديات بشأن التنفيذ، ويرتبط معظمها بعناء العمل على المتطوعين المجتمعيين، الذين كان مطلوباً منهم العمل مع موظفي البرامج في العيادات لدعم العمليات الروتينية لتوزيع المنتجات الغذائية بدلاً من التركيز مثلاً على الحفاظ على السجلات وتحديثها بشكل صحيح. وأدى ذلك إلى عدم قدرة موظفي البرنامج والمتطوعين المجتمعيين على تتبع الحالات وتحديد المستفيدين الذين لم تتم متابعتهم أو الذين لم يشملهم البرنامج في نهاية المطاف بشكل سليم؛ وقد أثر ذلك على جودة البيانات، مما يدل على الترابط بين الدروس المبينة في هذا القسم.

44- والدرس الرابع – تمثل جودة بيانات الرصد والتقييم وتوافرها ونقصها إشكالية – يندرج في جميع تقارير التقييم. وكما أُشير في القسم المتعلق بالدرس الثاني، يشدد تقرير السودان على الحاجة إلى التدريب والدعم في مجال الرصد والتقييم بالنسبة للشركاء

المنفذين لضمان توافر وسلامة البيانات التي تيسر إجراء التقييم والبحوث الدقيقة. وكشف تحليل البيانات النوعية التي تم الحصول عليها أثناء التقييم في السودان عن مشاكل تتعلق بحفظ السجلات وتحديث سجلات الحالات في المراكز الصحية، مما قد يؤثر على ما هو معروف عن تغطية البرامج. وفي النيجر، لم تؤد الاستثمارات الأولية الكبيرة في تجميع بيانات خط الأساس إلى الرصد والتقييم الأمثل بسبب ضعف تصميم عملية المتابعة. وأدى عدم توافر بيانات القياسات البشرية المتعلقة المرأة وحجم العينة الصغير عموماً إلى تعذر الإبلاغ عن الحصائل حسب نوع الجنس في التقييم الخاص بالنيجر. ويدعو التقرير إلى تصميم جميع أنشطة الرصد والتقييم حول الحصول على البيانات المجمعة، بهدف محدد يتمثل في متابعة جميع الأسر المشمولة في بيانات خط الأساس. ومن الشواغل الأكثر عمومية هي الملاحظة الواردة في التقرير والتي تفيد بأنه على الرغم من توليد بيانات كثيرة على المستوى الميداني لأغراض البحوث من قبل أفرقة البحوث المختلفة، لم تكن مجموعات البيانات مرتبطة وعرضت البيانات في كثير من الأحيان في صورة مطبوعة فقط، على الرغم من أن أفرقة التقييم كانت قد اقترحت تحويلها إلى شكل رقمي. ولم يكن من الممكن في كثير من الأحيان تحديد ما إذا كانت البيانات المتعلقة بفرد معين مدرجة في جميع مجموعات البيانات. وبالتالي، كان من المرجح إدخال البيانات الخاصة بأفراد محددتين في مجموعات بيانات متعددة دون أن تكون هناك أي طريقة لتتبع أو ربط المدخلات. وهذا يعني أيضاً أنه حتى لو اشترك الأفراد في مقابلات ومسوح متكررة، فمن المحتمل أن تكون القيمة المضافة المحتملة من توليد بيانات لاستخدامها في دراسات النتائج على مر الزمن قد فقدت. وعلى المستوى الأساسي، يشير تقرير السودان إلى أنه من أجل تيسير تحليل بيانات فعالية التكاليف، ينبغي تجميع بيانات التكاليف من بداية البرنامج في شكل يميز بين البرامج الفردية ومكونات/أنشطة مختلف البرامج (مثل تكاليف البداية، وتكاليف الموظفين، وتكاليف التشغيل، ومكونات التدخل).

2-4 التوصيات

- 45- هذه التوصيات مستمدة من التحليل الذي أجري لهذا التقرير التجميعي وهي تتواءم بشكل وثيق مع الدروس المبينة في القسم الفرعي السابق. وتغطي التوصيات الجوانب السياساتية والتشغيلية والتقنية للبرامج والتدخلات التي تم تقييمها في البلدان الأربعة.
- 46- ورهناً بالوضع الراهن القائم، قد تتطلب التوصيات، على سبيل المثال، تغييرات في السياسات أو تطبيقاً أقوى للسياسات أو الممارسات التشغيلية القائمة. وينبغي، عند الاقتضاء، تغيير أو تعزيز الإرشادات المتعلقة بالسياسات والبرامج الصادرة عن البرنامج لتعبر عن التوصيات التي تتناول، في جملة أمور، العلاقات الاستراتيجية مع الشركاء وأصحاب المصلحة؛ وتخطيط البرامج وتصميمها وتكييف تنفيذ البرامج استناداً إلى مشاورات مع المستفيدين؛ والإدارة الاستراتيجية للبيانات واستخدامها.

التوصية 1

- 47- لتحسين الكفاءة العامة والفعالية التشغيلية، ينبغي أن يستثمر البرنامج في التعميق الاستراتيجي لعلاقاته مع الشركاء وأصحاب المصلحة، ودعم تعزيز قدراتهم عند الاقتضاء. وتتعلق هذه التوصية بمسائل مثل تنسيق الجهود لضمان التوقيت والتسلسل والترابط المناسب لتوفير الخدمات والتغطية⁽²⁷⁾ وإدارة التكاليف وجمع بيانات الرصد والتقييم.

التوصية 2

- 48- لتحسين المشاركة الفعلية في برامج الوقاية والعلاج وتغطيتها، ينبغي أن تولي عمليات تخطيط وتصميم تدخلات البرنامج اهتماماً أكبر بالتواصل مع الفئات المستهدفة، وفعالية إيجاد الحالات، وتوعية المجتمعات المحلية، حيث تساعد كل هذا الأمور على تحسين جودة الاستهداف وتحقيق الكفاءة والمساهمة في تعزيز فعالية برامج علاج سوء التغذية الحاد المعتدل والوقاية منه.

التوصية 3

- 49- ينبغي تصميم مكونات برامج سوء التغذية الحاد المعتدل بما يناسب السياق بشكل أفضل لتيسير الحد من سوء التغذية بطريقة مستدامة:

(27) على سبيل المثال، هناك حاجة إلى تحسين الجداول الزمنية للمساعدة الغذائية الموسمية من خلال تعبئة الموارد مبكراً لمنع التأخيرات في تنفيذ البرامج.

- ◀ في أي سياق من السياقات، قد يتعين إدماج أنشطة العلاج والوقاية المختلفة في حلول طويلة الأجل ومتعددة القطاعات. وعلى سبيل المثال، تشدد الدراسات في مالي والنيجر على أوجه التآزر بين مختلف أنواع البرامج المراعية للتغذية والخاصة بالتغذية، والحاجة إلى تصميم مجموعات المساعدة مع مجموعة متنوعة من التدخلات التكميلية.
- ◀ في الحالات المتأثرة بالنزاع، تكتسي الحاجة الماسة لفهم الاقتصاد السياسي للمساعدة الغذائية أهمية خاصة بالنسبة لفعالية تنفيذ البرامج. ويمكن أن يساعد الفهم المعزز للاقتصاد السياسي عند إجراء مفاضلات حاسمة تنطوي من ناحية على حجم البرامج وفعالية التكاليف، ومن الناحية الأخرى، على الأمور العملية المرتبطة بالعمل في مناطق خاضعة لسيطرة الجماعات المسلحة، بما في ذلك مسائل الأمن والحوكمة والشفافية.
- ◀ في الحالات المتأثرة بالنزاع، يمكن تعزيز تصميم البرامج وتنفيذها لزيادة توسيع نطاق برامج المساعدة الغذائية القائمة على الأغذية. ويبدو أن زيادة تغطية التدخلات الخاصة بالتغذية، بما في ذلك توفير الأغذية التكميلية المتخصصة، تمثل فجوة حرجة.

50- وتشير النتائج أيضاً إلى أنه من منظور التصميم، يمكن أن يمثل جمع الأشكال المختلفة المناسبة من المساعدة الغذائية مع مكونات مصممة خصيصاً بما يناسب السياق، استراتيجية فعالة لدعم الفئات الضعيفة من السكان، على النحو المقترح أيضاً في التوجيه الحالي للبرنامج بشأن البرمجة المراعية للتغذية. وعلى سبيل المثال، خلص التقييم الخاص بمالي إلى ما يفيد بوجود آثار إيجابية واضحة على استهلاك الأغذية وعلى التغيرات في الطول بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين و5 سنوات عند خط الأساس في الأسر التي تحصل على شكلين من أشكال المساعدة الغذائية. وأوصى التقييم الخاص بالنيجر بتمديد برامج المساعدة الغذائية مقابل إنشاء الأصول نظراً لتأثيرها القوي والإيجابي على المؤشرات المتعلقة بسوء التغذية الحاد المعتدل، والتي يشير تقرير التقييم إلى أنه يمكن مواصلة تعزيزها من خلال تقديم المساعدة الغذائية مقابل إنشاء الأصول بالاقتران مع برامج الوقاية (على وجه التحديد) وبرامج الوقاية والعلاج عموماً.

التوصية 4

51- في ضوء الالتزام المشترك بين الوكالات بتحقيق هدف التنمية المستدامة 2 – ولا سيما في هذه الحالة الغائتين 1-2 و2-2 من غاياتها – يتعين على الوكالات التي تنصدر هذا الجهد، بما في ذلك البرنامج، بذل المزيد من الجهود لضمان تقاسم البيانات، مع الأخذ بعين الاعتبار التكاليف المحتملة المرتبطة بتنظيم البيانات وحفظها؛ والعمل على تعميم التوافق لأقصى حد ممكن في طريقة قياسها للطواهر، بما في ذلك فيما يتعلق بالأدوات والأساليب والمؤشرات والبيانات الديمغرافية الأساسية. وينبغي النظر في وضع بروتوكولات لتقاسم البيانات بين الوكالات والدراسات بغية تعظيم مجموعات البيانات المتاحة، وتقليل ازدواجية الجهود إلى أدنى حد في الدراسات المتعلقة بنفس المواضيع والتي تستبعد بعضها البعض، وتيسير التطوير الفعال لمجموعات البيانات الطولية لدعم التحليلات والتقييمات الأكثر تعقيداً. وقد يتطلب ذلك بذل جهود كبيرة في التفاوض بشأن الشواغل الأخلاقية، على سبيل المثال. كما أن إمكانية استخدام آلية قواعد البيانات تتيح الوصول إلى مجموعات من البيانات القائمة بذاتها في كثير من الأحيان وتعرض البيانات بصورة فعالة كمفصلة عامة هي مسألة تستحق المتابعة بهدف تعزيز الجهود الإنسانية والإنمائية الشاملة سعياً إلى تحقيق هدف التنمية المستدامة 2.

التوصية 5

52- هناك حاجة إلى مزيد من الدعم والاهتمام لتحسين تجميع واستخدام بيانات الرصد والتكاليف. وسيساعد ذلك على تحسين تنفيذ البرامج في الوقت الفعلي، ودعم تقييم الآثار الأطول أجلاً لمختلف المكونات البرمجية وفعاليتها تكاليفها. وقد خلصت الدراسات إلى أنه من أجل إجراء تحليل محدد لفعالية التكاليف، يلزم تخصيص موارد كافية لتجميع بيانات تفصيلية عن تكاليف مختلف المكونات البرمجية وتحديثها.