موجز أدلة

اليمن: برنامج النقد الاضافي من أجل التغذية (توفير الموارد للأسر لتغذية أفضل)، 2025-2026

مارس/آذار 2026

محور التركيز: الأمن الغذائي للأسر، التعافي الغذائي عن طريق أنظمة غذائية للأمهات، خبرات وممارسات مقدمي الرعاية

حقائق سريعة

	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية
السكان	الأطفال المعرضون لخطر سوء التغذية (الذين لم يتلقوا علاجاً تكميليا)	الأطفال الذين خرجوا مؤخراً من مراكز العلاج (الذين عولجوا من سوء التغذية الحاد الشديد/سوء التغذية الحاد المتوسط)
العينة	500 أسرة	181 أسرة
قيمة التحويلات النقدية	150 دولاراً أمريكياً × 6 أشهر	150 دولاراً أمريكياً × 5 أشهر
التركيز على تغيير	الرعاية الوقائية، التنوع الغذائي للأمهات والأطفال، التغذية التكميلية والاهتمام بالنظافة	استدامة التعافي، الوقاية من الانتكاس، التنوع الغذائي
جمع البيانات	بداية البرنامج + نهاية البرنامج + استبيان رصد أوضاع ما بعد توزيع النقد	بداية البرنامج + نهاية البرنامج + مناقشات مجموعات التركيز
المناطق الجغرافية	محافظتي تعز ولحج	

أهم النتائج

المجموعة الثانية — المساعدات النقدية متعددة الأغراض + التثقيف الغذائي لمرحلة ما بعد علاج الهزال للوقاية من الانتكاس

أظهرت النتائج أن أول 90 يوماً بعد الخروج من مراكز العلاج تُمثّل فترة عالية الخطورة: أظهرت البيانات انتكاس 46% من الأطفال إلى حالة سوء التغذية الحاد في غضون 90 يوماً بسبب عدم تلقيهم أي دعم بعد انتهاء فترة العلاج.

انخفاض ملحوظ في معدلات انتكاس حالات سوء التغذية الحاد المتوسط إلى سوء التغذية الحاد الشديد/سوء التغذية الحاد المتوسط: انخفضت النسبة من 46% ← 21% (25–%).

يساعد تغيير السلوك الاجتماعي المصمم بشكل خاص للنقد لاضافي لأجل التغذية في استدامة التعافي والوقاية من الانتكاس:

- بلغت نسبة الانتكاس في بداية البرنامج 46% مع غياب الدعم بعد العلاج
- بلغت نسبة الانتكاس 10% فقط خلال فترة المتابعة (تغيير السلوك المجتمعي المصمم بشكل خاص للنقد الإضافي لأجل التغذية)
- استدامة التعافي (↑ محيط منتصف العضد، الوزن، الطول)

حالات انخفاض كبيرة في معدلات سوء التغذية الحاد: سوء التغذية الحاد الشديد: انخفضت النسبة من **18%** ← **4%** (13–%) سوء التغذية الحاد المتوسط: انخفضت النسبة من **46%** ← **21%** (25.1–%)

شهد تناول الغذاء المنزلي والتنوع الغذائي لدى الأطفال تحسناً كبيراً: ارتفعت نسبة تناول الغذاء المقبول من **2%** ← **94%، كما زاد التنوع الغذائي بمقدار 47.6+ %**

تحسّن توفر المياه وإمكانية الحصول على مستلزمات غسل اليدين (بمقدار 37+ % 21+ % على التوالي).

المجموعة الأولى — المساعدات النقدية متعددة الأغراض + التثقيف الغذائي للأطفال المعرضين للخطر

انخفاض كبير في مستويات انعدام الأمن الغذائي التي تصل إلى المرحلة الطارئة: انخفضت نسبة الأسر التي سجلت مستويات من مؤشر استراتيجية التكيّف و المرتبطة بالمستوى الثالث أو أعلى من التصنيف المرحلي المتكامل للأمن الغذائي من **55%** ← **10%** (45–%).

تحسن التنوع الغذائي للأمهات بشكل كبير: ارتفعت نسبة الأمهات اللاتي يتناولن خمسة أصناف غذائية على الأقل من **6%** ← **72%** (66+ %).

تحسنت الأنظمة الغذائية للأطفال، بفضل تحقيق زيادات كبيرة في الأصناف الغذائية المتنوعة والغنية بالعناصر الغذائية، مع استمرار الرضاعة الطبيعية.

تحسنت ممارسات النظافة لدى مقدمي الرعاية، لا سيما غسل اليدين بعد قضاء الحاجة (18+ %) وقبل إطعام الأطفال (18+ %).

زيادة قدرة الأسر على الوفاء باحتياجاتها الأساسية: بلغت نسبة الأسر القادرة على الوفاء **بجميع/معظم** احتياجاتها 61% في نهاية البرنامج، مقارنة بنسبة 7% في بداية البرنامج.

شهدت الأسر في لحج انتقالاً **شبه كامل إلى المرحلة الأولى (الحد الأدنى) من التصنيف المرحلي المتكامل للأمن الغذائي،** بعد أن كانت في المرحلة الثالثة او أعلى، إذ وصلت نسبتها إلى 99% بنهاية البرنامج.

الآثار المترتبة على السياسة والبرنامج

المجموعة الثانية

تبيّن أن تغيير السلوك المجتمعي المصمم بشكل خاص لنهج النقد الإضافي من اجل التغذية (الإرشادات والتوجيهات، مجموعات الدعم، رسائل تغيير السلوك المجتمعي) **يعمل كدرع حماية للتعافي الغذائي بعد انتهاء فترة العلاج،** وهو ما يقلل من مخاطر الانتكاس ويحافظ على المكاسب التي تحققت في القياسات الجسدية.

في البيئات التي تعاني من مستويات مرتفعة من انعدام الأمن الغذائي وتزايد مخاطر سوء التغذية، تبين أن المساعدات النقدية متعددة الأغراض تدعم بشكل فعّال قدرة الأسر الضعيفة على الحصول على السلع الغذائية ومستلزمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، كما تساهم في الحفاظ على المكاسب التي تحققت خلال رحلة علاج سوء التغذية.

ربط حالات الخروج من برنامج الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد بشكل منهجي بدعم توفير الموارد للأسر لتغذية أفضل (النقد + التوعية في تغيير السلوك المجتمعي) لتعمل كشبكة أمان لما بعد العلاج تهدف إلى حماية فترة التعافي المبكر، وتقليل مخاطر الانتكاس، كلما أمكن ذلك.

يجب أن توفّر أنظمة الرصد تتبعاً أكثر وضوحاً للجداول الزمنية للعلاج وحالات الانتكاس.

المجموعة الأولى

يسهم تغيير السلوك المجتمعي المصمم بشكل خاص للنقد الإضافي من أجل التغذية (إرشادات وتوجيهات، مجموعات دعم، رسائل تغيير السلوك المجتمعي) **للحد من انعدام الأمن الغذائي الذي يصل إلى المستوى الطارئ** فيما يخص البيئات المقيدة ؛ إذ تُعدّ المساعدات النقدية التي يمكن التنبؤ بها أمراً أساسياً لتحسين التنوع الغذائي ودعم ممارسات النظافة. كما تشير التحسينات المباشرة في الحد الأدنى من التنوع الغذائي للنساء إلى أن **تغيير السلوك المجتمعي المصمم بشكل خاص للنقد الإضافي لأجل التغذية** يعزز تبني خيارات غذائية صحية أكثر حتى في خضم الفقر المدقع.

يجب الحفاظ على أنشطة تغيير **السلوك المجتمعي من اجل النظافة** بهدف تعزيز الحد من مخاطر انتقال الأمراض فموياً أو عن طريق البراز.

موجز أدلة

Save the Children

معلومات أساسية

تشهد اليمن واحدة من أشد أزمات انعدام الأمن الغذائي والتغذية في العالم، **إذ يفتقر أكثر من 80% من السكان إلى الحصول على ما يكفي من الغذاء، والمياه الصالحة للشرب، والخدمات الصحية.** ولا يزال سوء التغذية الحاد والتقزم لدى الأطفال منتشرين على نطاق واسع على أثر النزاع، والنزوح، وانهيار الأسواق، والصدمات المناخية، والأنظمة الصحية المتهالكة. طرحت مبادرة توفير الموارد للأسر لتغذية أفضل **نموذج النقد الإضافي** الذي يجمع بين المساعدات النقدية متعددة الأغراض التي يمكن التنبؤ بها وبين أنشطة تغيير السلوك المجتمعي من أجل التغذية، والنظافة، ورعاية الأطفال، والتي يتم تقديمها من خلال المجتمع

لمحة عامة على الدراسة

التصميم: دراسات طولية (المجموعة الأولى: عينة من مجموعات على مرحلتين، دراسة على عينات مختلفة؛ المجموعة الثانية: تجارب عشوائية للأفراد، دراسة على العينة ذاتها).

الجدول الزمني: تدخل مدته 6 أشهر (يناير - ديسمبر 2025).

مصادر البيانات: استطلاعات رأي في بداية البرنامج وفي نهاية البرنامج واستبيان رصد أوضاع ما بعد توزيع النقد، وتشمل المجموعة الثانية القياسات الجسدية للأطفال ومناقشات مجموعات التركيز.

المؤشرات التي تم تقييمها: مؤشر استراتيجية التكيّف ، ودرجة استهلاك الغذاء، والحد الأدنى للتنوع الغذائي للنساء، والحد الأدنى للتنوع الغذائي للأطفال، وسلوكيات النظافة، والحصول على خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والاحتياجات الأساسية، والقياسات الجسدية (المجموعة الثانية).

انقر هنا أو امسح رمز الاستجابة السريعة للوصول إلى التقرير الكامل

النتائج المحددة

المجموعة الثانية – الوقاية من الانتكاس	
الأمن الغذائي للأسر	• درجة تناول الغذاء المقبول: 2% ← 93% (نسبة تغطية شبه شاملة).
الأنظمة الغذائية للأطفال (الحد الأدنى للتنوع الغذائي للأطفال وجودته)	• ارتفعت نسبة الأطفال الذين يتناولون 5 أصناف غذائية على الأقل بمقدار 48+ نقطة مئوية. • زيادات في تناول البيض، منتجات الألبان، البقوليات، الأغذية الحيوانية، الفواكه، الخضراوات. • ربط مقدمو الرعاية هذه التحسينات بالمساعدات النقدية المتعددة الأغراض بالإضافة إلى رسائل تغيير السلوك الجمتمعي.
القياسات الجسدية	• ظلت مؤشرات الوزن مقابل الطول، والوزن مقابل العمر، والطول مقابل العمر مستقرة خلال فترة تغيير السلوك المجتمعي و المصمم بشكل خاص للنقد الإضافي من اجل التغذية (بدون أي تراجع).
نتائج الهزال	• سوء التغذية الحاد الشديد: 18% ← 4%. • سوء التغذية الحاد المتوسط: 46% ← 21%. • استقرار معدلات نقص الوزن والتقزم (مؤشرات هيكلية).
انتكاس الهزال	• انتكاس حالات سوء التغذية الحاد المتوسط إلى سوء التغذية الحاد الشديد/سوء التغذية الحاد المتوسط: 46% ← 21% (القيمة الاحتمالية: أقل من 0.001). • 46% من الحالات تنتكس خلال 90 يوماً بعد الخروج من مراكز العلاج (في ظل غياب دعم ما بعد العلاج) • بلغت نسبة الانتكاس 10% خلال فترة المتابعة بفضل تغيير السلوك المجتمعي المصمم بشكل خاص للنقد الإضافي من اجل التغذية
المعرفة والممارسات الصحية	• توفر المياه: 59% ← 96%. • مستلزمات غسل اليدين (صابون + ماء): 55% ← 76%.

ةيذغتلا عوس نم ةياقولا – ىلوألا ةعومجملا	
الأمن الغذائي للأسر	• انخفض مؤشر استراتيجية التكيّف المنخفضة بمقدار يزيد عن 15 نقطة. • انخفضت نسبة الأسر التي سجلت مستويات من مؤشر استراتيجية التكيّف المنخفضة المرتبطة بالمستوى الثالث أو أعلى من التصنيف المرحلي المتكامل للأمن الغذائي بمقدار 45 نقطة مئوية. • لحج: • وصلت نسبة 99% من الأسر إلى المرحلة الأولى من التصنيف المرحلي المتكامل للأمن الغذائي في نهاية البرنامج.
الأنظمة الغذائية للأمهات (الحد الأدنى للتنوع الغذائي للنساء)	• تحسُّن الحد الأدنى للتنوع الغذائي للنساء من 5% ← 72%. • لحج: 9% ← 90%، تعز: 2% ← 60%. • زيادات كبيرة في تناول البيض (55+ نقطة مئوية)، وفي تناول اللحوم/الأسماك (40+ نقطة مئوية)، وفي تناول منتجات الألبان (35+ نقطة مئوية).
الأنظمة الغذائية للأطفال (الحد الأدنى للتنوع الغذائي للأطفال وجودته)	• تحسُّن في استهلاك الأطعمة من المصادر الحيوانية، والبقوليات، والأطعمة الغنية بفيتامين (أ). • تعزيز ممارسات الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية.
الإحتياجات الأساسية	• الأسر التي تستوفي جميع/معظم احتياجاتها الأساسية: 7% ← 61%. • أصبحت الاحتياجات من الغذاء والنظافة والصحة ميسورة التكلفة بشكل أكبر.
المعرفة والممارسات الصحية	• غسل اليدين قبل إطعام الأطفال: 18+ نقطة مئوية. • بعد التعامل مع قضاء الحاجة: 18+ نقطة مئوية. • فجوات مستمرة في غسل اليدين عند تناول الغذاء.

الاستنتاج

تثبت كلتا المجموعتين فاعلية نموذج النقد الإضافي (المساعدات النقدية متعددة الأغراض + تغيير السلوك المجتمعي):

المجموعة الأولى: تحسُّن الأمن الغذائي للأسر، وتنوع النظام الغذائي (للنساء والأطفال)، وممارسات النظافة، وهو ما يضع أساساً أقوى للوقاية من سوء التغذية.

المجموعة الثانية: تعافٍ مستدام لما بعد العلاج، وانخفاض في معدلات الانتكاس (خاصة انتكاس حالات سوء التغذية الحاد المتوسط إلى سوء التغذية الحاد الشديد/سوء التغذية الحاد المتوسط)، وتحسن الأنظمة الغذائية للأطفال، بالإضافة إلى تعزيز قدرة الأسر على الحصول على الغذاء خلال الفترة الحساسة التي تلي الخروج من مراكز العلاج.

في حين لا تزال المحددات الهيكلية لسوء التغذية المزمن قائمة، إلا أن المساعدات النقدية التي يمكن التنبؤ بها والمقترنة بتغيير السلوك المجتمعي الخاص بكل سياق **قد عملت بشكل متواصل على تحسين السلوكيات والنتائج المعززة للتغذية** على مستوى المجموعتين.