A picture containing text, clipart

Description automatically generated

دليل عملي بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ بالسودان

أغسطس 2021

قطاع تغذية السودان

الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية

دعم من الشعب الأمريكي

التحالف الفني لمجموعة التغذية العالمية

منظمة اليونيسف

# شكر وتقدير

لقد وُضعت هذه الإرشادات العملية حول تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ من قبل فريق الدعم الفني في التحالف الفني لمجموعة التغذية العالمية، وقطاع تغذية السودان وشركائه، وكذلك مجموعة العمل الفنية المعنية بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ بالسودان بقيادة وزارة الصحة الاتحادية بجمهورية السودان. وتستند هذه الإرشادات العملية المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ إلى استراتيجية التغذية الوطنية للرضع وصغار الأطفال للفترة2015-2024[[1]](#footnote-1)، وتقوم على التوجيهات الصادرة من أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ[[2]](#footnote-2) من إعداد منظمة إنقاذ الطفل، وحزمة إرشادات اليونيسف[[3]](#footnote-3) حول تغذية الرضع وصغار الأطفال، والدليل التنفيذي العالمي المحدّث بشأن الوقاية من الهزال والرصد المبكر له ومعالجته بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 0 إلى 59 شهراً من خلال أنظمة الصحة الوطنية في ظلّ وباء كوفيد-19[[4]](#footnote-4)، وكذلك الإرشادات المتعلقة بتغذية الرضع في ظلّ وباء كوفيد-19[[5]](#footnote-5)، وحزمة الإرشادات والتوصيات الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال عندما يكون الطفل مشتبه أو مؤكد إصابته بوباء كوفيد-19[[6]](#footnote-6).

ونود أن نعرب عن امتناننا وتقديرنا للأعضاء التالية أسماءهم، ونوجه لهم شكراً خاصاً على إسهاماتهم الفنية وتقديمهم الدعم والزيارات الميدانية، ومراجعتهم للعمليات بجميع مراحلها:

* د. علي عربي، جامعة الخرطوم
* د. الأمين عثمان، جامعة الخرطوم
* د. إيمان صالح، مكتب برنامج التغذية الوطني بوزارة الصحة الاتحادية بجمهورية السودان
* د. هدى كامبال، مكتب برنامج التغذية الوطني بوزارة الصحة الاتحادية بجمهورية السودان
* أسامة إم إسماعيل، مكتب برنامج التغذية الوطني بوزارة الصحة الاتحادية بجمهورية السودان
* وجدان محمد، مكتب برنامج التغذية الوطني بوزارة الصحة الاتحادية بجمهورية السودان
* نسيبة الطيب، مكتب برنامج التغذية الوطني بوزارة الصحة الاتحادية بجمهورية السودان
* بهجة صديق، مكتب برنامج التغذية الوطني بوزارة الصحة الاتحادية بجمهورية السودان
* وفاء محمد أحمد، جامعة الأحفاد للبنات
* نجلاء خضر، وحدة الطوارئ بالسودان
* د. رشا العرضي، يونيسف
* منى مامان، يونيسف
* سارة سامي يوسف محمد سالم، يونيسف
* سفيان حماد، يونيسف
* إسحاق مانياما، يونيسف
* د. ميادة بدوي، يونيسف
* محمد عبد الحافظ، يونيسف
* محمد أحمد، المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين
* أمل عبد الله، برنامج الأغذية العالمي
* أميرة علي، منظمة الصحة العالمية
* محمد محمد علي، منظمة الصحة العالمية
* بروك بوير، فريق الدعم الفني في التحالف الفني لمجموعة التغذية العالمية
* د. الزاهر محمد علي، بلان إنترناشونال
* عفاف إبراهيم فضل، منظمة الرؤية العالمية
* جيفري بابوغيرانا، منظمة الرؤية العالمية
* إيزابيل موديغيل، منظمة إنقاذ الطفل بالمملكة المتحدة
* يعقوب أوبوابو، منظمة الإغاثة الإسلامية
* راكيش راتنا شريفاستافا، منظمة كونسيرن وورلدوايد
* سامية أحمد الحسين، وكالة Welthungerhilfe الألمانية
* سوزان مبويا، المفوضية الأوروبية للمساعدات الإنسانية والحماية المدنية (إيكو)

كما أننا نتوجه بجزيل الشكر للتحالف الفني لمجموعة التغذية العالمية (أو التحالف) الذي لم يدخر جهداً في تقديم دعمٍ فني ومالي منقطع النظير لوضع هذه المبادئ التوجيهية. وشكر خاص لكل من بين آلن وبروك بوير.

د. نهى عبد الفتاح عباس صالحين

مديرة برنامج التغذية الوطني

## **نبذة عن التحالف الفني لمجموعة التغذية العالمية**

التحالف الفني لمجموعة التغذية العالمية (التحالف) هو عبارة عن مبادرة لتحقيق منفعةٍ مشتركة لكلاً من الجهات القائمة على التغذية والشعوب المنكوبة المتضررة من حالات الطوارئ لتحسين جودة التغذية في التأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها والتعافي منها. ويتألف شركاء التحالف من عدد من الشركاء في مجموعة التغذية العالمية وغيرهم من الأفراد والمنظمات والمبادرات والأوساط الأكاديمية على المستويات العالمية والإقليمية والمحلية التي تمتلك الخبرة الفنية في مجال التغذية عبر المجالات الإنسانية والإنمائية. تجدر الإشارة إلى أنّ فريق التحالف هو خليفة فريق الاستجابة الفنية السريعة، وأنّهما يشتركان في كونهما تحت إدارة وقيادة الهيئة الطبية الدولية، وبتمويل من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية/مكتب المساعدة الإنسانية، والوكالة السويدية للتعاون الإنمائي الدولي، وبرنامج إيرلندا للتنمية، واليونيسف، ومنظمة إنقاذ الطفل. بإمكانك الحصول على مزيدٍ من المعلومات من هنا ta.nutritioncluster.net.

## **إخلاء المسؤولية**

لم يكن إعداد هذا الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال ممكناً لولا جهود منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) ومكتب المساعدة الإنسانية التابع للوكالة الأمريكية للتنمية الدولية. ومع ذلك فإنّ فريق الدعم الفني التابع للتحالف الفني لمجموعة التغذية العالمية هو وحده المسؤول عما ورد بهذا الدليل العملي، الذي لا يعكس بالضرورة ولا يمثل وجهات نظر أو سياسات اليونيسف أو مكتب المساعدة الإنسانية.

## **جدول المحتويات**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **1** |
| **شكر وتقدير** | **2** |
| **نبذة عن التحالف الفني لمجموعة التغذية العالمية** | **4** |
| **إخلاء المسؤولية** | **4** |
| **المصطلحات** | **9** |
| **الاختصارات** | **14** |
| **الفصل الأول: نظرة عامة ومقدمة الدليل** | **15** |
| **1.1 نظرة عامة على الوضع الإنساني في السودان** | **15** |
| **1.2 نظرة عامة على الاستراتيجية ووثائق السياسة ذات الصلة** | **17** |
| **1.3 مقدمة إلى الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ** | **18** |
| **1.4 هدف الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ** | **18** |
| **1.5 نطاق الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ** | **18** |
| **1.6 إعداد الدليل العملي** | **19** |
| **1.7 الجمهور المستهدف** | **19** |
| **الفصل الثاني: إقرار السياسات وإعدادها وجاهزية البرنامج** | **19** |
| **2.1 اعتماد السياسات الحالية** | **20** |
| **2.2 إعداد السياسات** | **20** |
| **2.3 جاهزية برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ** | **20** |
| **الفصل الثالث: تنسيق العمليات والمسؤوليات** | **21** |
| **3.1 المناصرة والتواصل** | **21** |
| **3.2 مخطط أصحاب المصلحة** | **22** |
| **3.3 قنوات التواصل والمناصرة** | **22** |
| **3.4 الجمهور المستهدف من رسائل تغذية الرضع وصغار الأطفال** | **23** |
| **3.5 أدوار ومسؤوليات لجان ومجموعات تغذية الرضع وصغار الأطفال** | **26** |
| **3.6 أدوار الشركاء في تعزيز تغذية الرضع وصغار الأطفال** | **28** |
| **3.7 حزمة تغذية الرضع وصغار الأطفال حسب السياق** | **29** |
| **الفصل الرابع: تغذية الرضع وصغار الأطفال وتقليل مخاطر العنف الجنساني** | **31** |
| **الفصل الخامس: القوى العاملة وتعزيز الإمكانات** | **33** |
| **5.1 النوع الجنساني والتوظيف** | **33** |
| **5.2 بناء القدرات وتعزيز الخدمات** | **34** |
| **5.3 الإشراف الداعم والتدريب والتوجيه أثناء العمل** | **40** |
| **الفصل السادس: فحص الحالة التغذوية** | **41** |
| **6.1 قياس محيط منتصف العضد والوذمة الانطباعية** | **42** |
| **6.2 قياس محيط منتصف العضد من قبل الأم أو العائلة** | **43** |
| **6.3 فحص الحالة التغذوية للأطفال دون الـ 6 أشهر** | **44** |
| **6.4 التقييمات الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال** | **45** |
| **6.5 التقييم السريع والمبسط** | **48** |
| **6.6 التقييم الشامل** | **50** |
| **6.7 خطط عمل الرعاية** | **51** |
| **الفصل السابع: الدعم الأساسي لتغذية الرضع وصغار الأطفال** | **52** |
| **7.1 الدعم الأساسي للرضاعة الطبيعية** | **52** |
| **7.2 دعم تغذية الرضع وصغار الأطفال حتى بلوغهم سن 5 شهور** | **52** |
| **7.3 دعم تغذية الرضع وصغار الأطفال من عمر 6 إلى59 شهراً** | **55** |
| **7.4 التغذية التكميلية** | **56** |
| **7.5 العروض التوضيحية للأطعمة** | **63** |
| **7.6 المشورة بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال** | **65** |
| **7.7 مراقبة الرضاعة الطبيعية** | **66** |
| **7.8 المشورة بثلاث خطوات** | **67** |
| **7.9 الأماكن الداعمة لتغذية الرضع وصغار الأطفال** | **68** |
| **7.10 زوايا تغذية الرضع وصغار الأطفال** | **69** |
| **7.11 الأماكن الخاصة بالأم والرضيع** | **70** |
| **7.12 إنشاء الأماكن الداعمة** | **72** |
| **7.13 مجموعات الرعاية ومجموعات دعم الأقران** | **73** |
| **الفصل الثامن: الدعم الفني للرضاعة الطبيعية** | **78** |
| **8.1 مدى التغيير الذي يطرأ على الرضاعة الطبيعية أثناء حالة الطوارئ** | **79** |
| **8.2 تشقق حلمة الثدي** | **80** |
| **8.3 داء المبيضات (القلاع الفموي)** | **81** |
| **8.4 احتقان الثدي** | **82** |
| **8.5 انسداد مجرى اللبن** | **83** |
| **8.6 التهاب الثدي** | **84** |
| **8.7 حلمات مسطحة ومدمّلة ومقلوبة** | **87** |
| **الفصل التاسع: ظروف خاصة** | **93** |
| **9.1 مرضعة بديلة** | **93** |
| **9.2 استئناف الرضاعة** | **95** |
| **9.3 تغذية الرضيع في سياق فيروس نقص المناعة البشرية** | **100** |
| **9.4 الأمراض المعدية وتفشيها** | **102** |
| **9.5 تغذية الطفل المريض** | **104** |
| **الفصل العاشر: الرضاعة الصناعية الموجهة والمضبوطة باستخدام بدائل لبن الأم** | **104** |
| **10.1 تقييم الاحتياجات** | **105** |
| **10.2 عملية شراء بدائل لبن الأم** | **106** |
| **10.4 تخزين بدائل لبن الأم ونقلها** | **108** |
| **10.5 التعامل مع التبرعات والواردات من بدائل لبن الأم** | **108** |
| **11. عملية صرف بدائل لبن الأم** | **109** |
| **11.1 عملية الموافقة على بدائل لبن الأم** | **111** |
| **11.2 إرشادات توفير بدائل لبن الأم** | **111** |
| **11.3 التوعية حول تحضير بدائل لبن الأم واستخدامها** | **113** |
| **11.4 إجراءات متابعة صرف بدائل اللبن الأم** | **113** |
| **11.5 مدة التزويد** | **113** |
| **11.6 تجنب صرف بدائل لبن الأم في غير محلها** | **114** |
| **الفصل الثاني عشر: اليافعات وتغذية الأمهات** | **115** |
| **12.1 المشورة أثناء فترتي المراهقة والحمل** | **115** |
| **12.2 زيادة الوزن أثناء الحمل** | **116** |
| **12.2 قياس محيط منتصف العضد لليافعات والنساء الحوامل** | **117** |
| **12.3 مكملات الحديد وحمض الفوليك** | **117** |
| **12.4 مكملات فيتامين (أ)** | **120** |
| **12.5 إدارة التخلص من الديدان** | **121** |
| **12.6 ممارسات الرعاية الموصى بها للأشخاص المصابين بمرض نقص المناعة البشرية** | **121** |
| **الفصل الثالث عشر: أنظمة الإحالة لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال** | **121** |
| **13.1 الإحالات إلى خدمات الصحة الإنجابية** | **122** |
| **13.2 الإحالات إلى المعونات الغذائية الإضافية** | **122** |
| **13.3 الصحة النفسية والخدمات النفسية والاجتماعية** | **122** |
| **13.4 إحالات الناجيات من العنف القائم على النوع الجنساني** | **122** |
| **الفصل الرابع عشر: الدمج المتعدد القطاعات لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ** | **122** |
| **14.1 دمج تغذية الرضع وصغار الأطفال أثناء الطوارئ، مع خدمات الفحص المجتمعي لسوء التغذية الحاد** | **122** |
| **14.2 الدمج المتعدد القطاعات لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ** | **123** |
| **الفصل الخامس عشر: الرصد والإبلاغ** | **125** |
| **15.1تقييمات حالة الطوارئ وعمليات الرصد والتقييم والمساءلة والتعلم** | **126** |
| **15.2 حزمة المؤشرات** | **128** |
| **15.3 رصد بدائل لبن الأم والإبلاغ عنها** | **131** |
| **فهرس الملحقات** | **132** |
| **الملحق 1: دليل التواصل بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ** | **133** |
| **الملحق 2: تقييم عروض الطعام** | **137** |
| **الملحق 3: الأسئلة الشائعة حول مساحيق المغذيات الدقيقة** | **138** |
| **الملحق 4: سجل الإحالة الخاص بتغذية الرضع وصغار الأطفال** | **140** |
| **الملحق 5: نموذج إحالة لإجراء تقييم سريع وبسيط** | **141** |
| **الملحق 6: التقييم الكامل للأم/مقدمة الرعاية – مجموعة من زوجين** | **142** |
| **الملحق 7: نموذج الإحالة إلى برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ** | **147** |
| **الملحق 8: نموذج رصد الرضاعة الطبيعية** | **148** |
| **الملحق 9: تقديم المشورة بثلاث خطوات** | **149** |
| **الملحق 10: خطة عمل الرعاية للأم/مقدمة الرعاية والطفل المتلقي للدعم المتخصص** | **151** |
| **الملحق 11: خطة عمل الرعاية للأم/مقدمة الرعاية والطفل المتلقي للدعم المتعمق وبدائل لبن الأم** | **153** |
| **الملحق 12: اتفاقية الوكالة الخاصة ببدائل لبن الأم** | **156** |
| **الملحق 13: نموذج الإحالة لصرف بدائل لبن الأم** | **157** |
| **الملحق 14: مجموعة الموارد الخاصة بدائل لبن الأم** | **159** |
| **الملحق 15: بطاقة صرف بدائل لبن الأم** | **161** |
| **الملحق 16: ملصقات وأدوات التثقيف العامة الخاصة ببدائل لبن الأم** | **163** |
| **الملحق 17: نموذج متابعة الزيارات المنزلية لتوفير بدائل لبن الأم** | **167** |
| **الملحق 18: مسودة البيان المشترك حول تغذية الرضع وصغار الأطفال** | **169** |
| **الملحق 19: نموذج رصد مدونة بدائل لبن الأم** | **171** |
| **الملحق 20: المؤشرات المقترحة لتغذية الرضع وصغار الأطفال** | **174** |

# المصطلحات

**سوء التغذية الحاد:** ويعرف أيضاً باسم "**الهزال**". يمكن تعريف سوء التغذية الحاد بأنه تدهور سريع في الحالة التغذوية خلال فترةٍ زمنية قصيرة. بالنسبة للأطفال، يمكن قياس سوء التغذية من خلال مؤشر التغذية للوزن مقابل الطول، أو محيط منتصف العضد، وهناك درجات مختلفة من الخطورة التي ينطوي عليها سوء التغذية الحاد، بما في ذلك سوء التغذية المتوسط، وسوء التغذية الوخيم.

**اليافع**: وضعت الأمم المتحدة تعريفاً لهذا المصطلح بأنّهم جميع البشر الذين تتراوح أعمارهم من 10 إلى 19 سنة، وهم مجموعة من السكان يتأثرون بشدة بأيّ أزمةٍ أو كارثة، وحياتهم معرضة لخطر الموت أو الإصابة بشكل كبير، وعدم إعمال حقوقهم في الحصول على الحماية والتعليم والمشاركة.

**حزمة التغذية الأساسية**: حزمة خدمات التغذية الأساسية: تدابير لعلاج سوء التغذية والوقاية منه وكذلك لتعزيز السلوكيات والممارسات التغذوية المثلى، بما في ذلك إدارة سوء التغذية الحاد، ودعم المغذيات الدقيقة، والتحصين، والتخلص من الديدان.

**مؤشر كتلة الجسم**: يعرف هذا المصطلح بأنه كتلة جسم الفرد (بالكيلوغرامات) مقسومة على الطول (بالمتر المربع): وحدات كتلة الجسم= كغم/م2. يقاس سوء التغذية الحاد بين البالغين عبر استخدام مؤشر كتلة الجسم.

**بدائل لبن الأم:** أي طعام يتم تسويقه أو تقديمه على أنّه بديل كلي أو جزئي للبن الأم، سواء كان مناسباً لهذا الغرض أم لا.

**سوء التغذية المزمن**: يعرف أيضاً باسم "التقزم" وهو شكل من أشكال قصور النمو، يتطور على مدار فترةٍ زمنيةٍ طويلة. فالتغذية غير الكافية لفتراتٍ مديدة (بما في ذلك سوء تغذية الأم وممارسات سوء تغذية الرضع وصغار الأطفال) و/أو الإصابة المتكررة بالعدوى قد تؤدي إلى التقزم. ويمكن قياس هذا التقزم بين الأطفال عبر استخدام مؤشر التغذية الخاص بالطول مقابل العمر.

**المدونة:** المدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم، والتي اعتمدتها جمعية الصحة العالمية عام 1981، وكذلك أي قرارات لاحقة تتخذها جمعية الصحة العالمية.

**التواصل المجتمعي:** يتألف فريق التواصل المجتمعي من شخصين يتمتعان بالمهارة (أحدهما مسؤول عن الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد، والآخر يفحص الحالة التغذوية)، يقومان بتحديد ومعالجة الأطفال الذين يعانوا من سوء التغذية الحاد الوخيم داخل المناطق المكتظة بالسكان، وبشكلٍ أساسي في المجتمعات المستضيفة.

**التغذية التكميلية:** استخدام أطعمة صلبة أو شبه صلبة مناسبة لعمر الرضيع وبكميةٍ كافيةٍ وآمنة، لتكون إلى جانب الرضاعة الطبيعية أو بديل لبن الأم. وتبدأ هذه العملية بعمر ال 6 أشهر عندما يكون لبن الأم أو لبن الأطفال وحده غير كافٍ لاستيفاء المتطلبات الغذائية للرضيع. ويعتبر النطاق المستهدف للتغذية التكميلية بشكل عام من 6 إلى 23 شهراً.

**المضاعفات**: الأعراض المصاحبة لسوء التغذية الحاد التي تتطلب علاجاً متخصصاً للمرضى الداخليين. وتشمل هذه المضاعفات: التورم (الوذمة) والحمى والتهاب الجهاز التنفسي السفلي والجفاف الشديد وفقر الدم وقلة الانتباه وضعف الشهية للمنتجات المستخدمة في العلاج في العيادات الخارجية.

**البداية المبكرة للرضاعة الطبيعية**: يشار إلى عملية تقديم لبن الأم للرضيع في غضون الساعة الأولى من الولادة بأنها "البداية المبكرة للرضاعة الطبيعية"، وتضمن هذه العملية أن يستفيد الرضيع من اللبأ الغني بالعناصر الوقائية التي ترفع المناعة.

**الرضاعة الطبيعية** **الحصرية**: أن يعتمد الرضيع على لبن الأم فقط، دون أي أطعمة أخرى سواء صلبة أم سائلة، ولا حتى الماء، باستثناء أملاح معالجة الجفاف عن طريق الفم، أو قطرات أو شراب يتكون من فيتامينات ومكملات معدنية أو أدوية. حيث توصي اليونيسف بالاقتصار على الرضاعة الطبيعية فقط للرضع الذين تبلغ أعمارهم من 0 إلى 6 أشهر.

**المرافق الصحية المحدّدة**: تعد المرافق الصحية المحددة جزءاً من النظام الصحي الروتيني الحكومي في المجتمعات المستضيفة قبل حدوث أزمةٍ ما، حيث يتم دمج خدمات التغذية، بما في ذلك مراكز تحقيق الاستقرار والبرامج العلاجية للمرضى الخارجيين، في مرافق الرعاية الصحية المحددة كمكون من مكونات حزمة الرعاية الصحية الأولية.

**لبن المرحلة التالية/المرحلة المتقدمة**: هو منتج بديل للبن الأم يتم تصنيعه ليكون مناسباً لعمر 6 أشهر فما فوق.

**إثراء الأغذية:** عملية إضافة المغذيات الدقيقة إلى الطعام، سواء أثناء أو بعد التصنيع، بكميات أكبر مما كانت موجودة بالمنتج الغذائي الأصلي. وتعرف هذه العملية أيضًا باسم "الإغناء".

**الأمن الغذائي:** حصول جميع البشر في جميع الأوقات على كمية طعام كافية وآمنة ومغذية ولازمة لحياةٍ صحية ومفعمة بالنشاط. (بحسب تعريف مؤتمر القمة العالمية للأغذية عام 1996).

**التوزيع العام للغذاء:** التوزيع المجاني لسلال أغذية بها العديد من أنواع الطعام، والتي عادةً ما تحتوي على الحبوب والبقوليات والزيوت النباتية، وإيصالها إلى مجموعةٍ معينة من السكان تفتقر إلى مصادر الطعام المعتادة نظراً لوجود أزمة أو كارثة. والغرض من هذا التوزيع العام للغذاء هو تلبية الحاجة الملحة للطعام وحماية سبل العيش.

**سوء التغذية الحاد العام**: إجمالي عدد الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 6 إلى 59 شهراً وسط مجموعةٍ معينة من السكان الذين يعانون من سوء التغذية الحاد المتوسط، وكذلك أولئك الأشخاص الذين يعانون من سوء التغذية الحاد الوخيم. (ملحوظة: كلمة "عام" لا تشير إلى نطاق جغرافي معين). مع العلم أن منظمة الصحة العالمية تصف الوضع الغذائي بأنه "حرج" عندما تمثل حالات سوء التغذية الحاد العام نسبة 15% أو أكثر من السكان. كما أنه في حالات الطوارئ، تستخدم الحالة التغذوية للأطفال بعمر 6 إلى 59 شهراً كمعيار بديل لتقييم صحة السكان ككل.

**رصد النمو وتعزيزه**: عملية تقييم على المستوى الفردي لكل طفل حيث يتم رصد نمو الرضع وصغار الأطفال على مر الزمان، بغرض التعرف على الأطفال الذين يعانون من إعاقات أو اضطرابات في النمو ومعالجتهم.

**العاملون بالمجال الصحي**: الأطباء والممرضون والقابلات وأخصائي التغذية.

**ترابط الشؤون الإنسانية والإنمائية**: الانتقال أو التداخل بين إيصال المساعدة الإنسانية وتقديم المساعدة الإنمائية طويلة الأجل.

**مرافق مخيمات الأشخاص المهجرين داخلياً أو اللاجئين**: يتم نصب هذه المرافق مؤقتاُ بمخيمات اللاجئين أو الأشخاص المهجرين داخلياً لتوفير خدمات صحية وغذائية أساسية إلى اللاجئين والأشخاص المهجرين داخلياً بعد وصولهم لمكانٍ آمن وسالم.

**تغذية الرضع وصغار الأطفال**: يستخدم هذا المصطلح لوصف عملية تغذية الرضع (تحت عمر ال 12 شهراً) وصغار الأطفال (الذين تتراوح أعمارهم من 12 إلى 23 شهراً). تركز برامج تغذية الرضع وصغار الأطفال على حماية وتعزيز ودعم الرضاعة الطبيعية الحصرية للأطفال خلال الستة أشهر الأولى، وإدخال التغذية التكميلية في الوقت المناسب عند عمر ستة أشهر، واستكمال الرضاعة الطبيعية حتى عمر السنتين أو أكثر. كما أن هذه البرامج تتطرق أيضاً إلى قضايا السياسات والتشريعات المتعلقة بتنظيم تسويق لبن الأطفال وغيرها من بدائل لبن الأم.

**تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ:** يهدف كلا البرنامجين (تغذية الرضع وصغار الأطفال، وتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ) إلى حماية ودعم التغذية المثالية للرضع وصغار الأطفال، وتحسين ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال. إلا أن برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ يتطرق إلى ما هو أكثر من ذلك، إذ أنه يضمن مبدأين أساسيين هما: 1) عدم الإضرار، بمعنى أنه يمنع التبرع غير المستهدف وغير المنظم ببدائل لبن الأم، 2) إنقاذ الأرواح على الفور. كما أن برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ يركز على الصحة العامة وعلى الوصول إلى أكبر عددٍ من الأشخاص في أقرب وقتٍ ممكن، في حين أن برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال يحظى بوقت كاف للوصول إلى مقدمي الرعاية والتواصل معهم عدة مرات، وبالتالي فإنه يحقق تغييراً في السلوك على المدى البعيد، وينجز نتائج بوتيرة أسهل. مما يعني أن برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ يحقق نجاحاً بناءً على الخلفية القوية لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال.

**اللبن الصناعي**: وهو بديل للبن الأم يتم تركيبه صناعياً وفقاً لمعايير الدستور الغذائي المطبقة. علماً بأن لجنة الدستور الغذائي قد تأسست عام 1963 من قبل منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية لحماية صحة المستهلكين، ولضمان ممارسات عادلة في تجارة الأغذية الدولية.

**سوء التغذية**: مصطلح واسع يستخدم بشكل شائع كبديل "لنقص التغذية" (التقزم، الهزال، نقص المغذيات الدقيقة)، ولكنه يشير تقنياً أيضاً إلى التغذية الزائدة (زيادة الوزن والسمنة). يُصاب الأشخاص بسوء التغذية إذا كان نظامهم الغذائي لا يوفر العناصر الغذائية الكافية للنمو والمحافظة عليه أو إذا كانوا غير قادرين على الاستفادة الكاملة من الطعام الذي يتناولونه بسبب المرض (نقص التغذية). كما أنهم قد يعانون من سوء التغذية إذا استهلكوا الكثير من السعرات الحرارية (فرط التغذية).

**المغذيات الدقيقة**: الفيتامينات والمعادن الأساسية التي يطلبها الجسم بكمياتٍ ضئيلة طوال دورة الحياة.

**قياس محيط منتصف العضد:** يُقاس محيط منتصف العضد على ذراع أيسر مستقيم (بالنسبة للشخص الذي يستعمل يده اليمنى) في منتصف المسافة بين طرف الكتف (الأخرم= عظم الكتف) وطرف الكوع (الزُجِر). وتستخدم هذه الطريقة لقياس سوء التغذية الحاد أو الهزال لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهراً. أما شريط محيط منتصف العضد فهو عبارة عن شريط بلاستيكي يتميز بالقياسات بالمليمترات. حيث يشير محيط العضد الذي يبلغ 115 ملم أو أقل إلى أن الطفل يعاني من سوء تغذية حاد؛ في حين أن محيط العضد الذي يبلغ 125 ملم أو أقل يشير إلى أن الطفل يعاني من سوء تغذية معتدل.

**التغذية المختلطة:** تقديم أطعمة أخرى إلى جانب لبن الأم (سواء أطعمة سائلة أو صلبة) للأطفال تحت عمر الستة أشهر.

**الحد الأدنى من التنوع الغذائي**: النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهراً الذين تناولوا الأطعمة والمشروبات من خمس مجموعاتٍ غذائية محدّدة على الأقل من أصل ثماني مجموعات غذائية محددة خلال اليوم السابق. ويشير التنوع الغذائي إلى أنّ الطفل يتلقى خمس مجموعات فأكثر من المجموعات الغذائية التالية: 1. لبن الأم. 2. الحبوب والجذور والدرنات النباتية والموز. 3. البقوليات (الفول والبازلاء والعدس) والمكسرات والبذور. 4. منتجات الألبان (اللبن، لبن الأطفال، الزبادي، الجبن). 5. الأغذية اللحمية (اللحوم والأسماك والدواجن واللحوم العضوية). 6. البيض. 7. الفواكه والخضروات الغنية بفيتامين أ. 8. فواكه وخضروات أخرى.

**سوء التغذية الحاد المعتدل**: يعرف أيضاً باسم الهزال المعتدل. يشار إلى هذا المصطلح عندما يكون الوزن مقابل الطول أقل من 80% من الوسط الحسابي، أو تتراوح الدرجة المعيارية (z-scores) ما بين سالب اثنين وسالب ثلاثة من الوسط الحسابي للوزن مقابل الطول بين المجتمع السكاني المرجعي المعياري.

**مساحيق المغذيات الدقيقة المتعددة:** مساحيق تحتوي على معظم العناصر الغذائية اليومية المطلوبة، ويتم رشها فوق الأطعمة التي تقدم للأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 6 إلى 23 شهراً، أو للأمهات الحوامل، وذلك بهدف تحسين جودة الأطعمة التكميلية.

**مراقبة الحالة التغذوية**: عملية الانتظام في جمع معلومات التغذية المستخدمة في اتخاذ القرارات بشأن الإجراءات أو السياسات التي ستؤثر على التغذية. وفي حالات الطوارئ، تعتبر مراقبة الحالة التغذوية جزءاً من أنظمة الإنذار المبكر لقياس التغيرات في الحالة التغذوية للسكان بمرور الوقت، بهدف التأهب و/أو الاستجابة المناسبة.

**الوذمة**: الوذمة الانطباعية (احتباس السوائل على جانبي الجسم) وتنتج عن زيادة احتباس السوائل في الفراغات خارج الخلية، وهي علامة سريرية لسوء التغذية الحاد الوخيم. وهناك درجات سريرية مختلفة للوذمة: خفيفة ومتوسطة وحادة.

**التواصل**: تستخدم كلمة "التواصل" لوصف نطاق واسع من الأنشطة، من التقديم الفعلي للخدمات وحتى نشر المعلومات. وقد صمم برنامج التواصل ليكون بمثابة أداة تساعد على توسيع نطاق الوصول إلى الخدمات والممارسات أو المنتجات الصحية، ولتحقيق واحدة أو أكثر من المهام التالية:

* توصيل الخدمات أو المنتجات الصحية بشكل مباشر.
* توعية أو تثقيف السكان المستهدفين، وزيادة معارفهم و/أو مهاراتهم.
* توعية أو تثقيف الأشخاص الذين يتعاملون مع السكان المستهدفين (غالباً ما يطلق عليهم اسم معزّزي الصحة المجتمعية).
* إنشاء علاقات بناءة ونافعة بين الناس و/أو المنظمات.

**حليب الأطفال الجاهز للاستخدام:** نوع من أنواع بدائل لبن الأم، يتم تركيبه صناعياً وفقاً لمعايير الدستور الغذائي، ويكون في شكل مُعد مسبقاً وجاهزاً للاستخدام للرضع الذين ليس لديهم خيار الرضاعة الطبيعية.

**استئناف الرضاعة:** عملية استئناف الرضاعة الطبيعية عقب فترة انقطاع تام، أو بعدما كانت الرضاعة الطبيعية ضئيلة للغاية، بهدف تغذية الطفل، بما في ذلك الطفل من أم أخرى. إذ أنه بإمكان أي امرأة توقفت عن الرضاعة الطبيعية سواء منذ فترة قصيرة أو طويلة، استئناف عملية إنتاج لبن الأم. فوفقاً لتوصيات منظمة الصحة العالمية، يمكن للعديد من النساء اللواتي يقمن بإعادة الإرضاع إنتاج كميات كافية من اللبن لإرضاع أي طفل رضيع بشكل حصري.

**التعبئة المجتمعية:** تعرف التعبئة المجتمعية بأنها عملية إذكاء وعي الناس وتحفيزهم للمطالبة بإحداث تغيير أو تنمية معينة. وتُستخدم هذه العملية، في الغالب، من قبل الحركات الاجتماعية وسط المجموعات الشعبية والحكومات والمنظمات السياسية لتحقيق هدف معين.

**سوء التغذية الحاد الوخيم:** نتيجة النقص الحديث (قصير المدى) في البروتين والطاقة والمعادن والفيتامينات، ممّا يؤدي إلى فقدان دهون الجسم وأنسجة العضلات. يظهر سوء التغذية الحاد مع الهزال (انخفاض الوزن مقابل الطول) و/أو وجود وذمة (أي احتباس الماء في أنسجة الجسم). ويتم التعرف عليه وسط الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهراً في حالة كان 1) الوزن مقابل الطول أقل من -3 انحرافات معيارية عن متوسط الوزن مقابل الطول لمجموعة سكانية مرجعية قياسية، و2) إذا كان محيط منتصف العضد أقل من 115 ملم أو، 3) في حالة وجود وذمة غذائية أو الإصابة بمرض مارسميك-كواشيوركور (سوء التغذية بالبروتين والطاقة).

**التقزم**: يعرف أيضاً باسم "سوء التغذية المزمن"، وهو شكل من أشكال قصور النمو يتطور على مدار فترة زمنية طويلة. فالتغذية غير الكافية لفترات مديدة (بما في ذلك سوء تغذية الأم وممارسات سوء تغذية الرضع وصغار الأطفال) و/أو الإصابة المتكررة بالعدوى قد تؤدي إلى التقزم. ويمكن قياس هذا التقزم بين الأطفال عبر استخدام المؤشر الغذائي الذي يقيس الطول مقابل العمر.

**المتطوعون:** أفراد من المجتمع يختارهم أفراد آخرين من المجتمع أو المنظمات ليكون منوطاً بهم تقديم خدمات صحية وغذائية أساسية لمجتمعاتهم.

**الفئة السكانية المستضعفة:** فئات السكان الذين يتضررون من الأزمات ويكون لهم الأولوية في الحصول على دعم، بما في ذلك النساء الحوامل والمرضعات، وذوي الإعاقة، والرضع والأطفال تحت عمر الخمس سنوات، واليافعين، والشيوخ. والفئات السكانية المستضعفة، والتي تعرف بأنها الفئات الأكثر عرضة للخطر نظراً لسوء حالتهم الصحية وتدني نسبة حصولهم على رعاية صحية، تعاني من تفاوتاتٍ كبيرة في متوسط العمر المتوقع مقارنة مع غيرهم، ويصعب عليهم الحصول على خدمات رعاية صحية، ومعرضون أكثر للمرض والوفاة. كما أن احتياجاتهم الصحية معقدة وتتقاطع مع الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي يمرون بها. كما أن هذه الفئة السكانية قد تعاني، على الأرجح، من حالة صحية جسدية و/أو عقلية واحدة أو أكثر.

**الهزال**: يعرف أيضاً باسم "سوء التغذية الحاد". يمكن تعريف سوء التغذية الحاد بأنه تدهور سريع في الحالة الغذائية على مر فترة زمنية قصيرة. بالنسبة للأطفال، يمكن قياس سوء التغذية عبر استخدام المؤشر الغذائي الذي يقيس الوزن مقابل الطول، أو قياس محيط الجزء العلوي من الذراع. وهناك درجات مختلفة من الخطورة التي ينطوي عليها سوء التغذية الحاد، بما في ذلك سوء التغذية الحاد المتوسط وسوء التغذية الحاد الوخيم.

**المرضعة البديلة**: عندما تقوم امرأة بإرضاع طفل ليس بطفلها.

**الوزن مقابل العمر**: يستخدم كمؤشر للحالة التغذوية، كمعيار لقياس حالات نقص الوزن (أو الحالات التي تجمع بين الهزال والتقزم سوياً).

**الوزن مقابل الطول:** يستخدم كمؤشر للحالة التغذوية، كمعيار لقياس سوء التغذية الحاد أو الهزال.

# **الاختصارات**

|  |  |
| --- | --- |
| **ANC** | رعاية ما قبل الولادة |
| **ARI** | عدوى الجهاز التنفسي الحادة |
| **CFS** | أماكن صديقة للطفل |
| **CMAM** | الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد |
| **COVID-19:** | فيروس كورونا المستجد – كوفيد-19 |
| **EBF** | الرضاعة الطبيعية الحصرية |
| **FMOH** | وزارة الصحة الاتحادية بجمهورية السودان |
| **GAM** | سوء التغذية الحاد العام |
| **GNC** | مجموعة التغذية العالمية |
| **HAZ** | الدرجة المعيارية للطول مقابل العمر |
| **IYCF** | تغذية الرضع وصغار الأطفال |
| **KAP** | المعرفة والمواقف والممارسات |
| **KII** | المقابلات مع مقدّمي المعلومات الرئيسيين |
| **MAM** | سوء التغذية الحاد المعتدل (المتوسط) |
| **MUAC** | محيط الجزء العلوي من الذراع (أو العضد) |
| **NIS** | نظام المعلومات الغذائية |
| **ORS** | أملاح الإماهة الفموية |
| **ORT** | العلاج بالإماهة الفموية |
| **PHC** | الرعاية الصحية الأولية |
| **PLHIV** | الأشخاص المصابون بمرض العوز المناعي البشري أو نقص المناعة البشرية |
| **PLW** | النساء الحوامل والمرضعات |
| **S3M II survey** | طريقة المسح المكاني البسيطة |
| **SAM** | سوء التغذية الحاد الوخيم |
| **TBA** | القابلة التقليدية |
| **UNHCR** | المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين |
| **UNICEF** | منظمة الأمم المتحدة للطفولة |
| **USAID** | الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية |
| **VAD** | نقص فيتامين أ |
| **WASH** | المياه والصرف الصحي والنظافة |
| **WAZ** | الدرجة المعيارية للوزن مقابل العمر |
| **WHZ** | الدرجة المعيارية للوزن مقابل الطول |
| **WFP** | برنامج الأغذية العالمي |
| **WFS** | الأماكن الصديقة للمرأة |
| **WHO** | منظمة الصحة العالمية |

# **الفصل الأول: نظرة عامة ومقدّمة الدليل:**

## **نظرة عامة على الوضع الإنساني في السودان**

يواجه السودان وضعاً إنسانياً معقداً وطويل الأمد يتمثل بحالات النزوح المرتبطة بالنزاع، والفيضانات والأوبئة وسوء التغذية وانعدام الأمن الغذائي وتدهور الحالة الاقتصادية. وما كان من فيروس كوفيد-19 إلّا أنه أضاف أعباءً جديدة على الوضع الغذائي المتردي بالفعل والنظام الصحي المنهك.

كما أن الوضع الاقتصادي الكلي المتدهور يؤدي إلى تدهور الظروف الاقتصادية التي يمر بها الشعب السوداني كله، وخاصة الأسر المستضعفة والأطفال تحت سن الخامسة. فما يقرب من نصف السكان يعيشون عند خط الفقر أو تحت خط الفقر، ولا يزال انعدام الأمان الغذائي مرتفعاً بشكلٍ ينذر بالخطر، فهناك حوالي 13.4 مليون شخص بحاجة إلى مساعداتٍ إنسانية[[7]](#footnote-7). في حين أن ما يقدر بنحو 7.1 مليون شخص يواجهون أزمات على مستويات أسوء من انعدام الأمان الغذائي (مرحلة 3 فما فوق من منع العدوى ومكافحتها)، ويحتاجون إلى مساعداتٍ عاجلة[[8]](#footnote-8).

الجدير بالذكر أن معدل سوء التغذية لم يطرأ عليه تغييرٌ كبير خلال ثلاثة عقود، حيث يقدر أن 52 في المائة من الحالات تعيش في ولايات خالية من النزاعات[[9]](#footnote-9)، ويعاني حوالي 3 ملايين طفل دون سن الخامسة من سوء التغذية الحاد، من بينهم ما يقدر بحوالي 570 ألف يعانون من سوء التغذية الحاد الوخيم (SAM). وتجدر الإشارة أيضاً إلى أنّ السودان بها عدد أكبر من الفتيات والفتيان الذين يعانون من سوء التغذية ممن هم دون الخامسة من العمر منذ 30 عاماً، وذلك بسبب زيادة معدل انتشاره في العقدين الماضيين من 20 إلى 32 في المائة من نقص الوزن، ومن 32 إلى 35 في المائة من نقص الوزن فضلًا عن النمو السكاني.[[10]](#footnote-10)

كما أن 1 من كل ثلاثة أطفال ممن هم دون سن الخامسة يعاني من قصر القامة الشديد بالنسبة لعمره (التقزم)، بنسبة أعلى من 30% في 128 محلية من أصل 188 محلية بالسودان، الأمر الذي يجعل السودان إحدى 14 بلداً حيث يعيش 80 في المائة من الأطفال المصابين بالتقزم على مستوى العالم.[[11]](#footnote-11)

وفقاً لنتائج طريقة المسح المكاني البسيطة، بلغ معدل الانتشار لسوء التغذية الحاد العام (GAM) على مستوى السودان 13.6 في المائة، ووصل إلى أكثر من 15 في المائة في 7 ولايات من أصل 18 ولاية سودانية، مما يشير إلى أن هناك مستوى عالٍ للغاية من سوء التغذية الحاد العام[[12]](#footnote-12). حيث يعاني حوالي 3.8 مليون طفل وامرأة من سوء التغذية الحاد العام (GAM)، ويحتاج أكثر من 574.000 طفل إلى العلاج من سوء التغذية الحاد الوخيم[[13]](#footnote-13). ومن المتوقع أن تتفاقم مستويات سوء التغذية الحالية ونقاط الضعف بين الأطفال والنساء بسبب جائحة كوفيد-19 المستمرة جراء فقدان سبل العيش، وتعطيل الوصول إلى سلسلة القيمة الغذائية، وتقييد الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.

بلغ معدل الرضاعة الطبيعية الحصرية تحت سن ستة أشهر 62.4 في المائة ووصل إلى أدنى مستوياته (20 في المائة) في وسط دارفور (محلية أم دخن).[[14]](#footnote-14) أما بخصوص التغذية التكميلية، فيتلقى 24 في المائة فقط من الأطفال وجباتٍ متنوعة مناسبة للعمر في حين يتلقّى 63 في المائة وجبات كافية.[[15]](#footnote-15) يعكس استمرار الرضاعة الطبيعية المنخفضة، ونقص مستويات التغذية التكميلية المناسبة حقيقة أن ممارسات تغذية الرضع تعد دون المستوى الأمثل، وهو أمر ضار لجميع الفئات العمرية، وللأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-23 شهرًا الذين يعتبرون فئة مستضعفة بصفةٍ خاصة كونهم في مرحلة النمو السريع ولديهم متطلبات غذائية عالية. ويزداد الوضع الغذائي سوءاً بسبب التغطية المنخفضة لخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة ، حيث يتمتع أقل من ثلث السكان بإمكانية الوصول إلى مصادر مياه محسّنة، وحوالي الربع فقط لديهم مرافق صرف صحي محسّنة، فضلًا عن وجود معدلات تغوط في العراء يمارسها حوالي ثلث السكان، مما أدى إلى تفشي الأمراض بما في ذلك الأمراض المرتبطة بالإسهال.[[16]](#footnote-16)

كما أن تدهور الأوضاع الاقتصادية والاجتماعي والسياسية يزيد الوضع سوءاً وتعقيداً، ولذا فإن الاستجابة السريعة وفي الوقت المناسب أمرٌ في غاية الأهمية.

**عوامل تؤدي إلى سوء التغذية بالسودان**

سوء التغذية هو أكثر من مجرد قلة الغذاء، فهو مزيج من عوامل مختلفة، بما في ذلك عدم كفاية البروتين والطاقة والمغذيات الدقيقة، والعدوى أو الأمراض المتكررة، وممارسات التغذية السيئة، والخدمات الصحية غير الكافية، والمياه والصرف الصحي غير الآمن. في حين أن الأطفال الذين يحصلون على تغذيةٍ جيدة يحظون بفرصةٍ أفضل للتمتع بصحةٍ جيدة، ويكونون أكثر قدرة على التطور والتعلم ويصبحوا أفراداً منتجين في مجتمعاتهم المحلية.

لكن حالات التقزم في السودان، التي تخطت معدل 30%، قد تجاوزت عتبات حالات الطوارئ، وأصبحت بحاجةٍ ماسة إلى مستوى جاد من الصحة العامة، وذلك لأن التقزم يزيد من خطورة تعرض الطفل للوفاة، على الرغم من أنه غالباً لا يعتبر، بصفةٍ خاطئة، على أنه مرض يمثل تهديداً على الحياة وبالتالي يتم في الغالب إهماله في الحالات الإنسانية. لكن الحقيقة هي أن ما يزيد عن 30% من الأطفال الذين يعانون من التقزم في السودان معرّضون لخطر الوفاة بدرجةٍ كبيرة، وذلك لأنهم عالقون وسط حلقة مفرغة من الحالة التغذوية التي تزداد سوءاً وزيادة القابلية للإصابة بالأمراض المعدية.

إنّ للتقزم آثار مدمرة وطويلة الأمد عبر نتائج قطاعية متعددة، وجرى توثيق تأثيره بشكلٍ جيد على الأفراد والعائلات والمجتمعات، وقد جرى تحديد العوامل التي تسهم في سوء التغذية بالسودان وهي: الإصابة المتكررة بالأمراض أو العدوى في ظل وجود مستوياتٍ عاليةٍ وغير مسبوقة من انعدام الأمن الغذائي، مما أدى إلى وجود نقص البروتين والطاقة والمغذيات الدقيقة، فضلًا عن عدم كفاية الخدمات الصحية، والنزاعات وانعدام الأمن على نطاق واسع، ونزوح السكان، وضعف إمكانية الوصول إلى الخدمات، وسوء الأنظمة الغذائية (من حيث الكمية والنوعية)، والتغطية المحدودة لمرافق الصرف الصحي، وسوء ممارسات النظافة الشخصية.

وتجدر الإشارة إلى أنّ سكان السودان يعتمدون بشكل أساسي على الزراعة وصيد الأسماك والرعي لكسب قوت يومهم، لكن نزوحهم الناجم عن النزاعات قد أجبرهم على ترك مصدر دخلهم وقوتهم، وبالتالي فإن هذا النزوح قد شكّل ضغوطاً على الموارد المتاحة في المناطق التي تستضيف أولئك النازحين، كما أنّ التهجير الإجباري لرعاة الماشية قد أدى إلى انتشار الأمراض التي تصيب الأبقار، ونفوق الماشية، أو انخفاض إنتاج الحليب. كما أنّ عودة السكان إلى أماكن نشأتهم الأصلية تشكل ضغطاً على الموارد الغذائية لأن إنتاج الغذاء لا يتناسب مع أعداد السكان. وعلاوةً على ذلك، فإنّ النزاع وانعدام الأمن يجعل من الصعب إيصال المساعدات إلى معظم أنحاء البلاد، ويقيد إمكانية الوصول إلى مياهٍ آمنة وإلى أبسط مرافق الصرف الصحي، الأمر الذي يؤدي إلى سوء التغذية. في حين أنّ القيود الهيكلية المرتبطة بسوء الحوكمة على مر التاريخ، والفساد، ونقص الاستثمارات في البنية التحتية، وأوجه عدم المساواة الصارخة في جميع أنحاء البلاد تؤدي أيضاً إلى انعدام الأمن الغذائي. بينما يعاني النظام الصحي بالسودان من حالةٍ مزرية نتيجة النزاعات المسلحة المستمرة، والأزمة الاقتصادية، وحالات النزوح الجماعي، ممّا جعل الأطفال تحت سن الخمس سنوات والنساء الحوامل والمرضعات لا يتلقون العلاج بالمراحل المبكرة من سوء التغذية، أو الأمراض التي تزيد من تفاقم سوء التغذية مثل الكوليرا.

وعلى الرغم من أنّ أسباب التقزم عديدة ومتنوعة، إلّا أنّنا ندرك أنّ ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال تلعب دوراً هاماً في هذا المجال. فبالنظر إلى الممارسات السيئة التي وثقتها عمليات التقييم بالسودان، من المنطقي الافتراض أنّ أحد العوامل الرئيسية وراء المستويات العالية من التقزم التي تشهدها السودان اليوم يعود إلى ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال دون المستوى الأمثل. لذا فإن التدخل لتعزيز تلك الممارسات يمثل عنصراً هاماً من الجهود المتعددة القطاعات المبذولة للتقليل من معدلات التقزم بالسودان.

**تحديات تغذية الرضع وصغار الأطفال بسبب تفشي الأمراض المعدية بالسودان:**

يؤثر تفشي الأمراض المعدية التي تصيب الإنسان والحيوان على تغذية الرضع وصغار الأطفال، مثل تعذر الوصول إلى خدمات الدعم الصحي والغذائي، وتدهور الأمن الغذائي وسبل العيش للعائلات، وانتشار المعلومات غير الموثوقة والشائعات حول انتقال الأمراض عبر الرضاعة الطبيعية، والنصائح والإرشادات غير المناسبة التي يقدمها العاملون بالمجال الصحي حول الرضاعة الطبيعية، وفصل الأم عن رضيعها، والتبرع بمنتجات بدائل لبن الأم غير الخاضعة للرقابة وتوزيعها، وإصابة الأمه بالمرض وتعرضها للوفاة. هذا وقد أثرت جائحة كورونا على كافة الولايات، بما فيهم الخرطوم التي تعدّ بؤرة للمرض. وعلى الرغم من أن الخرطوم كان بها معظم الحالات المبلغ عنها على مستوى الدولة، إلّا أنه أعلن أنّ أكثر من 60% من حالات الوفاة كانت خارج العاصمة، ما يعكس ضعف قدرات النظام الصحي وإجراء الفحوصات بالولايات المهمشة. كما أن هناك العديد من الأمراض مستوطنة في السودان مثل الملاريا والكوليرا وحمى الضنك والشيكونغونيا (مرض فيروسي منقول بالبعوض)، وهناك احتمالية أن تتفشى تلك الأمراض سنوياً في العديد من الولايات.

ولذا فإنّه من الأهمية بمكان أن يتعاون الشركاء بالسودان للتخفيف من وطأة المخاطر. وقد يكون من الضروري التشاور مع منظمة الصحة العالمية ووضع إرشاداتٍ مؤقتة لمعالجة العواقب غير المتوقعة لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات تفشي المرض.

**2**.**1 نظرة عامة على الاستراتيجية ووثائق السياسة ذات الصلة**

**لقد جرى إعداد الاستراتيجية الوطنية لتغذية الرضع وصغار الأطفال للفترة 2015-2024**[[17]](#footnote-17) **لتصبح جزءاً من استراتيجية برنامج التغذية الوطني للفترة 2014-2018**[[18]](#footnote-18)**.**

**تهدف الاستراتيجية الوطنية لتغذية الرضع وصغار الأطفال للفترة 2015-2024 إلى أن تكون دليلاً للعمل، وتستند إلى الأدلة المتراكمة حول أهمية الأشهر والسنوات الأولى من العمر لنمو الطفل وتطوره. وتحدّد هذه الاستراتيجية التدخلات التي ثبت تأثيرها الإيجابي خلال هذه الفترة، وبالتالي فإن تنفيذها يتطلب رفع مستوى الإرادة السياسية، والاستثمارات العامة، والوعي بين العاملين بالمجال الصحي، وإشراك العائلات والمجتمعات، والتعاون بين الحكومات والمنظمات الدولية والأطراف المعنية الأخرى بشكلٍ يضمن في النهاية اتخاذ جميع الإجراءات اللازمة في هذا الصدد.**

**وتحدد هذه الاستراتيجية الدور الهام والمصيري الذي تلعبه تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ في حماية الرضاعة الطبيعية وتعزيزها ودعمها، وضمان الحصول على تغذية تكميلية آمنة وملائمة في الوقت المناسب. ويجب بذل كافة الجهود الممكنة لإبقاء الأم المرضعة مع رضيعها، وحث الأم التي توقفت عن الرضاعة الطبيعية على استئنافها، ولتحديد السبل البديلة لإرضاع الأطفال الذين حرموا من أمهاتهم البيولوجيات، بما في ذلك توفير مرضعات أصحاء لهم.**

**تسترشد عناصر استراتيجية تغذية الرضع وصغار الأطفال بوثائق ذات صلة متعلقة بالتغذية والصحة والأمن الغذائي:**

* **السياسة الصحية الوطنية (2006).**
* **السياسة الوطنية لصحة الطفل (2006)**
* **السياسة الوطنية للصحة الإنجابية (2006)**
* **قانون التنمية الريفية والأمن الغذائي وتخفيف وطأة الفقر (2005)**
* **سياسة التغذية وخطة العمل الجديدة في السودان 2004-2010 (2004)**
* **الخطة الاستراتيجية لقطاع الصحة على مدار 25 سنة (2005)**
* **السياسة الوطنية بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (2004)**
* **الخطة الاستراتيجية العشرية للموارد البشرية**
* **الاستراتيجية الوطنية للتغذية (2014)**
* **موجز سياسة التغذية (2013)**
* **خطة تعزيز صحة الأم والطفل (2014)**

## **مقدمة إلى الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ:**

**لقد وُضع الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ بالسودان ليكون بمثابة أداةٍ عملية لتوفير المعايير والأدوات اللازمة لتنفيذ الأنشطة الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، بما يتفق مع الاستراتيجية الوطنية لتغذية الرضع وصغار الأطفال بالسودان للفترة 2015-2022، حيث أنّه يلخص الأنشطة الرئيسية لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ المحددة ضمن حزمة التغذية الأساسية واستراتيجية قطاع التغذية الأوسع نطاقاً.**

## **هدف الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ:**

يكمن الهدف الإجمالي للدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ في توفير توجيهاتٍ وإرشاداتٍ موحّدة للشركاء في قطاع التغذية بالسودان المنوط بهم تنفيذ البرامج التي تركّز على تغذية الرضع وصغار الأطفال على وجه التحديد، ومن ثم تعزيز التنسيق بين جميع برامج تغذية الرضع وصغار الأطفال، وضمان الاستجابة بشكل أسرع وأكثر فعالية واتساقاً وفي الوقت المناسب.

* 1. **نطاق الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ:**

يتعلّق نطاق الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ بالتأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها والتعافي منها على المستوى الوطني بهدف التقليل من حالات المرض و/أو الوفيات بين الأمهات والرضع والأطفال الصغار المرتبطة بممارسات التغذية، وتحقيق أقصى قدر من التغذية والصحة والتنمية للأطفال.

* 1. **إعداد الدليل العملي:**

**جرى إعداد** الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ بالسودان **من خلال التعاون المشترك بين الشركاء في قطاع التغذية ووزارة** الصحة الاتحادية بجمهورية السودان، وبدعم منالتحالف الفني لمجموعة التغذية العالمية..

ويعدّ الدليل العملي "وثيقةً حية"، بمعنى أنّه سيتم تعديلها بانتظام من قبل قطاع التغذية وشركائه، مرة واحدة على الأقل في السنة أو على أساسٍ محدّد في حال تطلّب التغيير في الاستجابة الإنسانية ضمان بقاء الوثيقة متوافقة مع السياق والتوجيهات والإرشادات الوطنية والدولية.

* 1. **الجمهور المستهدف**

إنّ الفئة السكانية المستهدفة من التدخلات في هذا الدليل العملي هي الرضع وصغار الأطفال الذين تقل أعمارهم عن عامين (0-23 شهراً) والنساء الحوامل والمرضعات.

أما الجمهور المستدف بهذا الدليل العملي فهم واضعي البرنامج وصناع القرارات والعاملين بالخطوط الأمامية ومديري البرامج والجهات المنفذة لها.

وقد صمم هذا الدليل العملي من أجل:

* الحكومة الوطنية والحكومة دون المركزية
* موظفي الصحة والتغذية العاملين بالحكومة
* قطاع التغذية والشركاء
* المستجيبين في حالات الطوارئ العاملين بقطاعاتٍ غير القطاع الصحي وقطاع التغذية
* العاملين بالمجال الصحي والاجتماعي، وقادة المجتمع، والمتطوعين والناشطين في مجال الصحة والتغذية المجتمعية
* الجهات المانحة
* المجتمع المدني والمنظمات المجتمعية
* مجموعات المتطوعين
* القطاع الخاص

**الفصل الثاني: إقرار السياسات وإعدادها وجاهزية البرنامج:**

تحدّد الإستراتيجية رقم واحد في الاستراتيجية الوطنية لتغذية الرضع وصغار الأطفال للفترة 2015-2024 مدى الحاجة إلى سياسات وخطط التنمية الوطنية والمبادرات الصحية الرئيسية وغيرها من المشاريع لدمج تدخلات تغذية الرضع وصغار الأطفال فيها للتوعية بأهميتها وتعبئة الموارد من أجل تنفيذها.

كما تدعو الاستراتيجية رقم 8، الاستراتيجية الفرعية (8ب) في الإستراتيجية الوطنية لتغذية الرضع وصغار الأطفال للفترة 2015-2024 إلى إدراج التدخلات الرئيسية لحماية وتعزيز ودعم التغذية المثلى للرضع والأطفال الصغار في الاستجابة لأي حالة طوارئ تؤثر على النساء والأطفال، وتوفر إرشادات بشأن آلية التنسيق وتعزيز القدرات والمناصرة وزيادة الوعي والمعرفة بشأن تغذية الأطفال الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.

تعمل الاستراتيجية الوطنية لتغذية الرضع وصغار الأطفال 2015-2024 على تعزيز المكانة المهمة التي تلعبها تغذية الرضع وصغار الأطفال ضمن أجندة التنمية الوطنية الواسعة في جميع القطاعات ذات الصلة، مثل الزراعة والثروة الحيوانية والتعليم والمياه والبيئة والصرف الصحي وما إلى ذلك، وفي المبادرات الصحية الرئيسية مثل الصناديق العالمية لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا والسل. وعلى هذا النحو، يجب مراجعة وثائق السياسة الحالية ذات الصلة ودمجها ببرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال.

**2.1 اعتماد السياسات الحالية:**

يجب مراجعة السياسات الحالية ذات الصلة والمعمول بها في السودان الواردة بالقسم 1.2، كما يجب، حيث تقتضي الضرورة، تضمين التدخلات الداعمة لتغذية الرضع وصغار الأطفال في تلك السياسات.

**2.2 إعداد السياسات:**

**المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم**[[19]](#footnote-19)**:**

هناك حاجة إلى تعزيز آلية تنفيذ المراسيم والتعديلات الخاصة ببدائل لبن الأم (لوائح التسويق) في السودان والعمل على رصدها وإنفاذها. وقد جرى إعداد مسودة السياسة الخاصة باللائحة الوطنية لتعزيز الرضاعة الطبيعية (2020) وتنتظر أن يتم تنفيذها على الصعيد المحلي، حيث أنّها توفير تغذيةٍ آمنة وكافية للرضع الذي قد لا يكون لبن الأم خياراً لهم، عبر ضمان التسويق والتوزيع المناسبين لبدائل لبن الأم، وحظر الترويج لها أو تسويقها لعامة السكان. كما أن هذه اللائحة تضمن التسويق والتوزيع المناسبين للمنتجات المخصصة لاستهلاك الرضع والأطفال الصغار.

كما أن هناك حاجة لتعزيز إجراءات متابعة وتنفيذ المدونة على الصعيد الوطني، بحيث يتم رصد أي مخالفات لها على نحو أكثر فعالية، واتخاذ إجراء قانوني سريع ضد تلك المخالفات. (انظر قسم 14 من هذا المستند)

وبمجرد تنفيذ تلك الإجراءات، سيكون هناك حاجة لزيادة توعية صانعي السياسات والشركات المصنعة لأغذية الرضع وتجار الجملة/المسوقين ومقدمي الخدمات الصحية وعامة الناس باللائحة الوطنية السودانية لتعزيز مدونة الرضاعة الطبيعية، وذلك من خلال إجراء أنشطة توعوية وتعميم رسائل وطنية وعقد دوراتٍ توجيهية.

**2.3 جاهزية برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ**

يجب أن يظل الاستعداد للطوارئ عنصراً أساسياً في استجابة برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. ومن الأهمية بمكان أثناء الاستجابة المستمرة وداخل أي نزاعات جديدة وناشئة أن يتم تلبية الشروط الرئيسية، مثل الحركة وتخطيط الموارد، والموافقات الخاصة بوصول المساعدات الإنسانية، وأنشطة التأهب الأخرى، بحيث يمكن تنفيذ استجابة سريعة، بما في ذلك حالات النزوح أو تفشي المرض أو فرض قيود على التنقل والحركة.

بسبب القيود المفروضة على التنقل والحركة لدواعٍ أمنية أو لأسباب متعلقة بعدم القدرة على الوصول إلى بعض المناطق، والتغيرات في الاستجابة بسبب عدم وصول المساعدات الإنسانية من جانب الموظفين الرئيسيين والبرامج في مواقع النزاعات الحادة، تبقى خطط الاستجابة المحلية عنصراً رئيسياً للاستجابة الإنسانية في السودان. وسيسمح وجود خطط استجابة محلية بإمكانية الاستجابة المستمرة والمتسقة، لا سيما عندما يكون الوصول للمساعدات محدوداً.

ولضمان إمكانية تنفيذ الاستجابة في موقعٍ معين، لا بد من توافر ما يلي:

1. تصميم خطة استجابة أساسية خاصة بذلك الموقع وبحسب السياق المحلي. ويجب أن يوفر قطاع التغذية في السودان دعماً لخطة الاستجابة تلك، وأن يكون لها جهة تنسيق واتصال محددة في الموقع، وأن يتم تحديثها مرة واحدة في السنة، أو حسب الاقتضاء، في حال استدعت التغييرات في السياق المحلي ذلك.
2. بناء القدرات المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ على المستوى المحلي، على سبيل المثال من خلال تعزيز الإمكانات المرتبطة بالمشورة والإرشادات بين الأقران.
3. نشر التوجيهات والإرشادات الرئيسية حول تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ إلى السلطات والوكالات والمجموعات المحلية، وتعميم رسائل رئيسية بين الجهات الفاعلة في جميع القطاعات.
4. إرسال تحديثات إلى أهدافٍ إعلامية محددة، وكذلك إلى الفرق الداخلية للأعضاء (مثل الرسائل المتعلقة ببدائل لبن الأم)، وإرسال التحديثات وفقاً لاستجابةٍ جديدة (انظر الملحق 1: إرشادات التواصل بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ).
5. بناء الشراكات والبقاء على تواصل مع أبرز الشركاء الحكوميين المحليين وقادة المجتمع المحليين.
6. الإعداد المسبق للرسائل الأساسية المتعلقة بالتغذية في حالات الطوارئ في السودان، وتحديثها برسائل محدّدة السياق في اليوم الأول من تنفيذ الاستجابة.
7. إجراء تدريب أساسي حول تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ للمجتمعات المحلية والشركاء في مناطق مختارة، والعمل على توعية جميع الجهات الفاعلة عبر القطاعات في تلك المنطقة.
8. التموضع المسبق للإمدادات والمواد والأدوات الأساسية.
9. تعزيز آلية الأدوار والمسؤوليات والمساءلة بين الموظفين والفرق والشركاء المحليين
10. تكليف الشركاء بأدوار ومسؤوليات واضحة، في حال تقييد الوصول أو تعذره في بعض المناطق.

**الفصل الثالث: تنسيق العمليات والمسؤوليات**

يعدّ تنسيق الأنشطة عنصراً رئيسياً لتغذية الرضع وصغار الأطفال في الاستجابة الإنسانية، كما أنّه من الضروري القيام بتوعية كافة الجهات المعنية لضمان استيعابهم التام لتغذية الرضع وصغار الأطفال والسياسات والتوجيهات ذات الصلة، الأمر الذي سيؤدي إلى الحدّ من أيّة ممارساتٍ ضارة قد تحدث.

**3.1 المناصرة والتواصل**

تنطوي عملية المناصرة الخاصة ببرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال على تثقيف أصحاب المصلحة والعامة والتأثير عليهم بهدف حشد الدعم والتأييد لأنشطة تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ وتنفيذها، بحيث تستهدف هذه العملية العاملين في قطاع التغذية والقطاعات غير المرتبطة بالتغذية.

علماً بأنه يمكن الاطلاع على أصحاب المصلحة الذين ينبغي استهدافهم وطبيعة المعلومات ونقاط المناصرة والتوعية التي يلزم إيصالها من خلال مخطط أصحاب المصلحة أدناه.

**3.2 مخطط أصحاب المصلحة**

**أصحاب المصلحة على المستوى الوطني:**

* صانعو السياسات والقرارات على المستوى الوطني
* مدير التغذية بوزارة الصحة الاتحادية
* الإداريون ورؤساء الإدارات والأقسام والوحدات
* مديرو/مسؤولو البرامج
* القوى العاملة بالمجال الصحي

**أصحاب المصلحة على مستوى الولاية**

* كبير مسؤولي الصحة على مستوى الولاية
* القوى العاملة بالمجال الصحي

**أصحاب المصلحة خارج حدود الولاية**

● وسائل الإعلام - الوطنية والمحلية (الصحف والإذاعة والتلفاز)

● قادة الهيئات الحكومية، والجهات الحكومية المختلفة، والقيادة العليا بالوزارات مثل وزارة التربية والتعليم، ووزارة الزراعة والثروة الحيوانية ومصايد الأسماك، ووزارة التفويض والتخطيط، ووزارة العمل والضمان الاجتماعي والخدمات، إلخ.

● المشرّعون - أعضاء مجلس الشيوخ، وأعضاء البرلمان، والنواب من النساء، واللجان النيابية ذات الصلة

● الجهات المانحة الرئيسية وشركاء التنمية

● الأوساط الأكاديمية – رؤساء المدارس والجامعات ومعاهد التدريب

● منظمات المجتمع المدني – منظمات المجتمع المدني الدولية والوطنية والمحلية

● القادة على مستوى المقاطعة – الولاة وأعضاء مجالس المقاطعات وأعضاء اللجنة التنفيذية للمقاطعات، والمسؤولون

● الزعماء الدينيون من جميع الطوائف على المستويات الوطنية والمحلية

● الإداريون - مفوضون ورؤساء وإداريون

● أصحاب الرأي – شيوخ القرية

● منظمات المجتمع المحلي – النسائية والشبابية

● الأفراد في المجتمع

**3.3 قنوات التواصل والمناصرة:**

سيتم استخدام قنوات مختلفة لنشر رسائل الرعاية والتحفيز المرتبطة بتغذية الرضع وصغار الأطفال، بما في ذلك:

● الطباعة – ملخصات السياسات، وحزم التوعية، ومواد التواصل من أجل التغيير السلوكي والاجتماعي. إلكترونية - التلفاز والمذياع ووسائل التواصل الاجتماعي والفيديو عن بعد

● التواصل بين الأشخاص – ورش التوعية، والحوارات المجتمعية، والاستشارات الشخصية، والبازارات المجتمعية، والاجتماعات التفاعلية

● وسائط الإعلام التقليدية – الأغاني والدراما والأعمال الفنية.

**3.4 الجمهور المستهدف من رسائل حول تغذية الرضع وصغار الأطفال:**

تصنّف الجماهير المستهدفة ببرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال إلى جمهور رئيسي وثانوي وعالي. وتستلزم الإجراءات المطلوبة لتحقيق النتيجة المحددة ما يتم فعله للجمهور المستهدف لتحقيق نتائج التواصل المذكورة.

فئات الجمهور:

1. جمهور رئيسي
2. جمهور ثانوي
3. جمهور علوي

جدول 1: الجمهور المستهدف وأهداف التواصل والإجراءات المقترحة

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **الأهداف: تحسين فرص الحصول على الرعاية ببرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال، واستيعاب البرنامج والرسائل التحفيزية بدقة.** | | | |
| **الفئة** | **الجمهور المستهدف** | **نتائج التواصل** | **الإجراءات المطلوبة لتحقيق النتائج** |
| **الجمهور الرئيسي** | النساء الحوامل والمرضعات ومقدمي الرعاية المباشرين (الأزواج/ الشركاء والأشقاء والعائلات وجليسات الأطفال اللواتي يقدمن رعاية يومية) والنساء الأخريات في سن الإنجاب | أ) زيادة وتحسين المعرفة والممارسات المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال والرعاية والتحفيز  ب) تحسين ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال  ج) التقبل المتزايد والمستدام لممارسات التغذية الجيدة بما في ذلك الإقبال على الخدمات الصحية  د) زيادة عدد الأفراد الذين يمارسون ويدعون إلى رعاية وتحفيز تغذية الأطفال الرضع وصغار الأطفال المناسبة | أ) رفع مستوى الوعي والتوعية المجتمعية بشأن ممارسات التغذية والرعاية والتحفيز الجيدة، باستخدام رسائل واضحة يتم نشرها من خلال مجموعات تبادل الدعم بين الأمهات والاجتماعات الصديقة للطفل، والزيارات المنزلية الموجهة وأنشطة تعزيز الصحة الأخرى من خلال التوعية المجتمعية والحوارات المجتمعية والحملات وأيام التغذية والمعارض الصحية.  ب) توفير المواد الخاصة بمحتوى التواصل مثل المنشورات والملصقات |
| **الجمهور الثانوي** | الأزواج/ الشركاء والحموات والجدات | أ) تحسين نظام الدعم العائلي والاجتماعي لأفضل الممارسات الخاصة بتغذية الأطفال الرضع وصغار الأطفال، وممارسات الرعاية والتحفيز  ب) زيادة موارد العائلة المخصصة لتغذية الرضع وصغار الأطفال والرعاية والتحفيز المثلى  ج) زيادة المعرفة العملية لدعم الممارسات المثلى لتغذية الرضع وصغار الأطفال  د) زيادة عدد نماذج التغذية التي يحتذى بها على مستوى المجتمع المحلي، والتي تدعم تغيير السلوك الإيجابي وزيادة مشاركة المواطنين | أ) استخدام المشاركة المجتمعية التشاركية، من خلال وسائط الإعلام التصويرية والصوتية و الرقمية لبث رسائل رئيسية حول التغذية والحق في التغذية الجيدة للمجتمعات  ب) رفع مستوى الوعي والتوعية المجتمعية بشأن ممارسات التغذية الجيدة، باستخدام رسائل واضحة يتم نشرها من خلال مجموعات دعم الأمهات والأطفال، والاجتماعات الصديقة للطفل، والزيارات المنزلية الموجهة وأنشطة تعزيز الصحة الأخرى، من خلال التوعية المجتمعية، والحوارات المجتمعية، والحملات، وأيام التغذية، والمعارض الصحية، والاجتماعات العامة.  ج) توفير منشورات موجهة للعائلة. |
| المتخصصون بالمجال الصحي | زيادة المعرفة وتحسين نسبة الفهم والقبول لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال/ برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، وتحسين الخدمات، بما في ذلك تقديم المشورة والتواصل بين الأفراد. | 1. بناء وتعزيز إمكانات العاملين بالمجال الصحي في تغذية الرضع وصغار الأطفال، وبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. 2. توفير الأدوات المساعدة على العمل والمواد المتعلقة بالمعلومات والتعليم والتواصل. 3. توفير المبادئ التوجيهية ومراقبة درجة الالتزام بها. |
|  |  |  |  |
|  |  | أ) زيادة وتحسين المعرفة والقبول لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال/ برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.  ب) تقديم تغذية راجعة بناءة وفعالة، ومشاركة العاملين/المتطوعين بمجال الصحة المجتمعية، للمساهمة في أنشطة برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال والتأثير فيها  ج) تحسين مستوى الإقبال على خدمات الصحة والتغذية في المجتمع  د) خلق الطلب على خدمات الصحة والتغذية وزيادة مستواه | أ) بناء وتعزيز إمكانات المتطوعين بمجال الصحة المجتمعية.  ب) توفير الأدوات المساعدة على العمل، ومواد الإعلام التثقيفية للتوعية.  ج) تقارير شهرية بخصوص الأنشطة المجتمعية. |
| العاملون/المتطوعون بمجال الصحة والتغذية المجتمعية |
|  |
|  |
|  | الوسائط الإعلامية الوطنية والمحلية | زيادة التواتر وتحسين الجودة (التنوع، الملف الشخصي، الدقة الفنية) الخاصة برعاية برنامج تغذية الرضع صغار الأطفال وإرسال رسائل تحفيزية من خلال وسائل الإعلام | أ) بناء علاقات أقوى مع وسائل الإعلام والحفاظ عليها من خلال دعمها (إفطار إعلامي، زيارات ميدانية مشتركة، إحاطة إعلامية، حزمة إعلامية)  ب) بناء قدرات الإعلاميين العاملين في مجال تغذية الرضع وصغار الأطفال (برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال، وبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ)  ج) توسيع نطاق ونوع القنوات الإعلامية المستخدمة لدعم وإرسال الرسائل الخاصة ببرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال  د) بناء مهارات الاتصال والإعلام لأخصائي التغذية من أجل المشاركة الإعلامية الفعالة في قضايا تغذية الأطفال الصغار  هـ) تطوير محتوى إعلامي مناسب لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال. |
| قادة الرأي المجتمعي والمؤثرين (مثل مرافقة الحامل والقادة الدينيين على حسب الخصائص المميزة للمجتمعات المحلية)  أ) مجموعات الدعم الاجتماعي (مثل مجموعات الأقران، المجموعات النسوية، مجموعات المزارعين) | أ) تحسين مستوى المعرفة والفهم لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال  ب) زيادة عدد القادة والأفراد الذين يدعون إلى تغيير السلوكيات المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال | أ) توجيه وتوعية قادة الرأي والمؤثرين من خلال الاجتماعات المجتمعية، والاجتماعات الرسمية ونشر مواد التواصل الاجتماعي وتغيير السلوك (التواصل من أجل التغيير السلوكي) الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال  دعم إنشاء نماذج يحتذى بها في مجال تغذية الرضع وصغار الأطفال (قادة تقليديون/ دينيون/ محليون/ إعلاميون) ليكونوا متحدثين باسم المجتمعات في مناصرة ودعم برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال. |
| **جمهور الدرجة العليا** | 1. صناع القرارات والسياسات 2. المشرعون 3. القادة على مستوى المقاطعات | أ) توفير إطار قانوني/ تشريعي ملائم لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال على المستوى الوطني ومستوى المقاطعات | أ) التوعية بقيمة وتأثير إعطاء الأولوية لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال على جميع مستويات النظام الصحي.  ب) تحديد الأفراد المساهمين بالمبادرة المجتمعية لتوفير الرعاية المثلى للأطفال على المستوى المحلي ومستوى المقاطعات وتمكينهم. |

**3.5 أدوار ومسؤوليات لجان ومجموعات برنامج تغذية الرضع وصغار** **الأطفال**:

جدول 2: أدوار ومسؤوليات لجان ومجموعات برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال

|  |  |
| --- | --- |
| لجنة العمل المعنية بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال/فريق تنسيق قطاع التغذية. | * صياغة السياسات والمبادئ التوجيهية الخاصة بتنفيذ برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال. * تطوير حزمة برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال ونشرها عبر الولايات السودانية * الإشراف على تنفيذ أنشطة تغذية الرضع وصغار الأطفال * تيسير الاجتماعات الدورية والمنتظمة للجنة العمل المعنية بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال/اللجنة التوجيهية * تسهيل تنمية القدرات الخاصة بتنفيذ أنشطة تغذية الرضع وصغار الأطفال على المستوى الوطني ومستوى الولايات * توعية القوى العاملة بالمجال الصحي والشركاء وأصحاب المصلحة على مستوى الولايات حول تغذية الرضع وصغار الأطفال/ تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. * إتاحة برامج المناصرة وتعبئة الموارد لدعم برنامج تغذية الأطفال الرضع وصغار الأطفال/تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. * تسهيل آليات التنسيق بين الشركاء المشاركين في تنفيذ أنشطة تغذية الرضع وصغار الأطفال * تنسيق آليات الرصد والتقييم لتنفيذ برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال |
| الفريق الإداري بالمجال الصحي على مستوى الولايات | • اعتماد وتنفيذ الإرشادات الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال/ تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.  • تنسيق آليات تنفيذ أنشطة تغذية الرضع وصغار الأطفال  • توفير إشراف داعم ومنتظم لتغذية الرضع وصغار الأطفال على مستوى الولايات  • تنسيق توعية فريق الإدارة الصحية على مستوى المنطقة والشركاء وأصحاب المصلحة الآخرين بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال  • تنسيق عملية اختيار المدربين وبناء قدراتهم  • تنسيق آليات رصد وتقييم أنشطة تغذية الرضع وصغار الأطفال  • تسهيل أنشطة المناصرة وتعبئة الموارد لدعم أنشطة تغذية الرضع وصغار الأطفال  • تنسيق عمليات توجيه وإرشاد القوى العاملة الصحية على مستوى الولاية والوزارات التنفيذية الرئيسية وغيرهم من الجهات المعنية.  • التأكد من أن البرامج المشتركة بين القطاعات (مثل سبل العيش والزراعة، والمياه والصرف الصحي والنظافة) تعزز الممارسات المثلى لتغذية الرضع وصغار الأطفال /تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. |
| لجنة إدارة المرافق الصحية | • تقديم المشورة للمجتمع بشأن الأمور المتعلقة بتغذية الأطفال الرضع وصغار الأطفال/تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.  • تمثيل وتوضيح اهتمامات المجتمع حول مسائل تغذية الرضع وصغار الأطفال في منتديات التنمية المحلية.  • تسهيل عملية التغذية الراجعة للمجتمع فيما يتعلق بعمليات وإدارة المنشآت الصحية  • توثيق جميع أنشطة برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال.  • الإشراف على الإحالة المجتمعية للأمهات من المنشآت الصحية  • تنفيذ القرارات المجتمعية في المنشآت الصحية المتعلقة بتنفيذ برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال/تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.  • تعبئة الموارد المجتمعية نحو تنفيذ أنشطة تغذية الرضع وصغار الأطفال في المنطقة |
| أخصائيو وخبراء التغذية | • تسهيل عملية تدريب المتطوعين المجتمعيين بالمجال الصحي على الوحدة الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال  • دعم المتطوعين المجتمعيين بالمجال الصحي في المهام الموكلة إليهم وتوجيههم حول تغذية الرضع وصغار الأطفال لضمان تحقيق المخرجات والنتائج المرجوة  • تجميع تقارير حول تغذية الرضع وصغار الأطفال من المتطوعين المجتمعيين بالمجال الصحي.  • ضمان إرسال التغذية الراجعة إلى المتطوعين المجتمعيين بالمجال الصحي من خلال الحوارات، والعمل على معالجة القضايا المثارة  • دعم التوعية المجتمعية حول تغذية الرضع وصغار الأطفال على جميع المستويات  • الإشراف على تنفيذ الأنشطة الخاصة بمجموعات تبادل الدعم بين الأمهات  • ضمان دمج تغذية الرضع وصغار الأطفال بالجلسات التعليمية المنعقدة في العيادات الخاصة برعاية الأم والطفل  • تنظيم تدريبات تحفيزية وتجديدية وتوفير آخر المستجدات للمتطوعين المجتمعيين بالمجال الصحي.  • تسهيل عملية تنفيذ الأنشطة الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال على جميع المستويات  • تنسيق وتسهيل آلية تدريب العاملين بالمجال الصحي والشركاء وغيرهم من أصحاب المصلحة على حزمة تغذية الرضع وصغار الأطفال  • إجراء الإشراف المنتظم والإرشاد والتوثيق وإعداد التقارير بخصوص أنشطة تغذية الرضع وصغار الأطفال  • تسهيل وتنسيق برامج التوعية وتعبئة الموارد الخاصة بأنشطة تغذية الرضع وصغار الأطفال من خلال القادة المحليين والحكومات المحلية على مستوى الولايات  • إرشاد المتطوعين المجتمعيين بالمجال الصحي والعمل على توعيتهم.  • العمل على رصد عملية التنفيذ |
| المتطوعون بمجال الصحة المجتمعية والتغذية **(CNV/CHVs)** | • تسهيل تكوين مجموعات الدعم المتبادل بين الأمهات (M2MSGs) ومجموعات الدعم المتبادل بين الآباء (F2FSGs)  • إجراء زيارات منزلية موجهة  • إجراء حملات التوعية والمشورة بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال/تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، وتقديم الرعاية والتحفيز في هذا المجال، بما في ذلك معالجة أي مشاكل قد تواجهها الأمهات  • إجراء التعبئة المجتمعية لقبول الممارسات الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال  • حشد عدد من المؤثرين لمناصرة تغذية الرضع وصغار الأطفال  • المشاركة في الاجتماعات واللقاءات المجتمعية الصديقة للطفل.  • تحديد الجمهور الأساسي داخل منطقة عملياتهم  • إبلاغ أخصائي التغذية بالأنشطة التي جرى تنفيذها والاحتفاظ بالسجلات الخاصة بها  • المشاركة في تعبئة الموارد لعقد اللقاءات المجتمعية حول تغذية الرضع وصغار الأطفال  • إحالة الحالات لأقرب مرفق صحي  • تشجيع السعي للحصول على الرعاية والاستفادة من الممارسات المثلى لتغذية الرضع وصغار الأطفال  • المشاركة في الاجتماعات الشهرية التي يعقدها المتطوعون المجتمعيون بمجال الصحة |
| قياديون من آباءٍ وأمهات | • عقد اجتماعات شهرية لمجموعات دعم الأمهات والآباء.  • إيصال رسائل رئيسية حول الرعاية والتحفيز المرتبطة بتغذية الرضع وصغار الأطفال، وفتح باب النقاش مع الأمهات حول كيفية معالجة أي مشاكل قد تطرأ  • إنشاء روابط بين مجموعات تبادل الدعم بين الأمهات/ الآباء والمرافق الصحية  • تعزيز السلوكيات الصحية والتغذوية في مجموعات الدعم المتبادل بين الأمهات/ الآباء والمجتمع  • دعم المتطوعين المجتمعيين بالمجال الصحي لجمع البيانات المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال  • إحالة الأمهات والآباء إلى المتطوعين المجتمعيين بمجال الصحة والتغذية وغيرها من مجموعات دعم الأقران |

**3.6 أدوار الشركاء في تعزيز تغذية الرضع وصغار الأطفال**

جدول 3: أدوار الشركاء في تعزيز تغذية الرضع وصغار الأطفال

|  |  |
| --- | --- |
| **شركاء التطوير والتنفيذ** | ● توفير الدعم الفني والمالي في تطوير ومراجعة السياسات والإرشادات الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال.  ● توفير الدعم الفني والمالي لجهود الحكومة الوطنية وحكومة الولاية والجهود المجتمعية في بناء القدرات، والتوعية، والتعبئة الاجتماعية، من أجل التعزيز الناجح لأنشطة تغذية الرضع وصغار الأطفال على النحو الأمثل.  ● رصد الممارسات التسويقية للقطاع الخاص، بموجب اللوائح المتعلقة ببدائل لبن الأم، والإبلاغ عن المخالفات عند ملاحظتها |
| **الوزارات المعنية** | ● التعاون والتآزر في تنفيذ الأنشطة على جميع المستويات مع وزارة الصحة بهدف تحسين تغذية الرضع وصغار الأطفال في مجالات الرعاية والتحفيز  ● رصد الممارسات التسويقية للقطاع الخاص والشركات والمؤسسات، وفقًا للوائح المتعلقة ببدائل لبن الأم واتخاذ الإجراءات اللازمة عند الاقتضاء. |
| **القطاع الخاص والشركات والمؤسسات** | ● دعم وتعزيز الممارسات المثلى الخاصة بتغذية الأطفال الرضع وصغار الأطفال  ● ضمان توافق سلوكيات هذه الأطراف، على كل المستويات، مع اللوائح والضوابط المتعلقة ببدائل لبن الأم  ● رصد الممارسات التسويقية لهذه الأطراف وفقاً للوائح وضوابط بدائل لبن الأم |
| **الوكالات الإعلامية** | ● دعم آليات المناصرة والتواصل والتعبئة الاجتماعية الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال.  ● نشر المعلومات الصحيحة حول التغذية المثالية للرضع وصغار الأطفال فيما يتعلق بمجالات الرعاية والتحفيز.  ● تسليط الضوء على احتياجات الرضع وصغار الأطفال أثناء حالات الطوارئ |
| **الجامعات والمؤسسات البحثية** | ● تقديم الدعم الفني للوكالات والمنظمات ذات الصلة لإجراء البحوث حول العناصر المختلفة لتغذية الرضع وصغار الأطفال.  ● توفير الأدلة الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال  ● ضمان التزام المعايير المؤسسية والمناهج والآليات ذات الصلة للطلاب والموظفين بسياسة تغذية الرضع وصغار الأطفال/تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ وبالمعايير الوطنية ذات الصلة  ● مراجعة مناهج التدريب الخاصة بالجامعات والمؤسسات البحثية بشكل دوري بحيث تشمل إرشادات جديدة من الأبحاث التي أجريت حول تغذية الرضع وصغار الأطفال تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.  ● تقديم الدعم الفني للهيئات والمنظمات ذات الصلة لإجراء البحوث حول العناصر المختلفة لتغذية الأم والرضع وصغار الأطفال. |
| **الجمعيات والنقابات المهنية** | ● تنظيم أعضائها المهنيين وممارساتها، وفقاً للقانون والمعايير الوطنية لتغذية الرضع وصغار الأطفال/تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.  ● تسهيل آلية تنسيق مناهج التدريب قبل الخدمة التي توفرها المؤسسات التعليمية التي تقدّم دورات حول التغذية والنظم الغذائية، بحيث تشمل تلك المناهج الحزمة الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال/ تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ اللازمة لتنفيذ هذه السياسة.  ● تقديم الدعم الفني في مجال التدريب وبناء القدرات للوكالات والمنظمات المشاركة في تنفيذ هذه السياسة.  ● الإقرار بالإنجازات وتعزيز الالتزام بالمعايير في تنفيذ مختلف مكونات هذه السياسة. |
| **المجتمعات/الفئات السكانية المتضررة** | ● الالتزام بتوجيهات السياسة ودعم الأم والطفل لضمان تغذية الرضع وصغار الأطفال/تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ على النحو الأمثل.  ● توفير رسائل صديقة للمستخدم بشأن تغذية وصحة الأم والطفل، بما في ذلك تغذية الرضع، وسلوكيات النظافة المثالية، والصرف الصحي والخدمات الصحية الجيدة.  ● التشجيع على إنشاء مجموعات الدعم الاجتماعي والمجتمعي "الطارئة".  ● العمل بالتعاون مع القطاعين العام والخاص والشركاء والمنظمات غير الحكومية وغيرهم من الجهات المعنية لتعبئة الموارد لدعم برامج التغذية والصحة في المجتمعات المحلية. |

**3.7 حزمة تغذية الرضع وصغار الأطفال حسب السياق**

عند تنفيذ خدمات برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، ستختلف الأنشطة والخدمات بحسب الموقع وإمكانية الوصول إلى الفئات المستهدفة.

إطار 1: الممارسات المثلى لتغذية الرضع وصغار الأطفال:

|  |
| --- |
| الممارسات المثلى لتغذية الرضع وصغار الأطفال   1. بدء الرضاعة الطبيعية عقب الولادة مباشرة. 2. الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة 6 أشهر. 3. التغذية التكميلية:  * في الوقت المناسب (يتم إدخالها عند عمر 6 أشهر-180يوم) * كافية: (توفر الطاقة والعناصر الغذائية المناسبة) * آمنة (إعدادها وتخزينها واستخدامها بطريقةٍ صحية ونظيفة) * ملائمة (مكررة، آلية تقديمها، تغذية سريعة الاستجابة)  1. الاستمرار في الرضاعة الطبيعية من عمر 6 أشهر وحتى 24 شهراً فما فوق. |

وفيما يلي يرد الحد الأدنى من الأنشطة التي ينبغي تنفيذها عندما يكون الوصول الكامل إلى السكان المتضررين ممكناً:

أنشطة وخدمات حزمة التغذية الأساسية

● نشر الرسائل حول تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.

● فحص الحالة التغذوية ومراقبة النمو والإحالة

● التقييم السريع والشامل لممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال/تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.

● الاستشارات التغذوية للأمهات الحوامل والمرضعات

● تقديم المشورة الفردية حول تغذية الرضع وصغار الأطفال للأمهات ومقدمات الرعاية اللواتي لديهن أطفال تتراوح أعمارهم من 0 إلى 23 شهراً

● مجموعات الدعم المتبادل بين الأمهات/الآباء.

● الأماكن الداعمة لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.

● مجموعات الرعاية

● المكملات الغذائية التكميلية مع المغذيات الدقيقة

● مكملات فيتامين (أ) للأطفال واليافعات والنساء الحوامل

● مكملات الحديد وحمض الفوليك لليافعات والنساء الحوامل

● رعاية الأطفال في ظروفٍ خاصة، دعم الأطفال المحرومين من الرضاعة الطبيعية، والذين يعانون من الوزن المنخفض عند الولادة، وفيروس نقص المناعة البشرية، وتغذية الرضع

● دعم التغذية الصناعية.

● تنفيذ المدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم ورصدها وتنظيم العمل بها

أما في المناطق التي يكون الوصول فيها محدوداً أو غير ممكن، فيجب تكييف الأنشطة ذات الأولوية بدلاً من إلغائها تماماً إذا كان ذلك ممكنًا[[20]](#footnote-20).

يختلف السياق داخل السودان اختلافاً كبيراً فيما يتعلق بالثقافة والجغرافيا والأمن وإمكانية الوصول، ويجب أخذ كل هذه الأمور في الاعتبار عند إنشاء خطط الاستجابة الخاصة بالسياق، ويتعين على جميع الشركاء في قطاع التغذية مراجعة قدراتهم لضمان تنفيذ الخدمات الأكثر شمولاً وملاءمة.

يوضح الجدول التالي الأنشطة والخدمات المحددة بهذا الدليل بحسب الموقع وإمكانية الوصول، حيث يقدم الجدول لمحة عامة عن الخدمات الأساسية لتغذية الرضع وصغار الأطفال في سياق حالات الطوارئ المنخفضة والمتوسطة والقصوى من حيث إمكانية الوصول والموارد المتاحة.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الأنشطة والخدمات** | | | **المكان** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| المجتمع | | | المخيمات | | | العيادات الخارجية العلاجية | | | مركز الخدمات | | | مركز الرعاية الصحية الأولية | | | المستشفى | | |
| الوصول الكامل عند عدم وجود حالة طارئة، أو وجود حالة طارئة طفيفة | وصول محدود بوجود حالة طارئة متوسطة | تعذر الوصول لوجود حالة طارئةقصوى |
| فحص الحالة التغذوية و/أو رصد النمو | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| نشر رسائل حول تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| إنشاء روابط مع برنامج الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| تقييم سريع وشامل لممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال/تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| المشورة الغذائية للأمهات الحوامل والمرضعات | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| المشورة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مجموعات دعم الأمهات | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مجموعات دعم الآباء | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| الأماكن الداعمة | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مجموعات الرعاية | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| تنفيذ الخطوات العشر الخاصة بإنجاح الرضاعة الطبيعية (مبادرة المستشفيات الصديقة للأطفال) | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| تنظيم تسويق منتجات بدائل لبن الأم | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| رصد وضبط التبرعات الخاصة ببدائل لبن الأم | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| تقديم الرعاية للأطفال في ظل ظروف خاصة | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| دعم التغذية الصناعية | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| صرف بدائل لبن الأم والتوزيع الموجه لها | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| التخلص من الديدان/مكملات فيتامين أ | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مكملات الحديد وحمض الفوليك | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (MNP) المكملات الغذائية التكميلية | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**الفصل الرابع: تغذية الرضع وصغار الأطفال وتقليل مخاطر العنف الجنساني**

يحتاج أكثر من 2.3 مليون شخص – من النازحين (الأشخاص المهجرين داخلياً) وأفراد المجتمعات المستضيفة والعائدين إلى ديارهم- إلى خدمات الوقاية من العنف الجنساني والتخفيف من حدّته والاستجابة له في جميع أنحاء السودان[[21]](#footnote-21).

تفترض البرامج المتكاملة بين الجنسين أنّ المعايير الجنسانية، وعلاقات القوة غير المتكافئة، والاختلافات في إمكانية الوصول إلى الموارد تؤثر على نتائج التنمية. لذلك، تقوم تلك البرامج بفحص ومعالجة القضايا المحتملة المتعلقة بالنوع الجنساني خلال دورة المشروع، بهدف تحقيق النتائج المرجوة وتكون في الوقت ذاته "واعية بالنوع الجنساني"، والتحرك نحو تحقيق المزيد من المساواة بين الجنسين، وهي كحد أدنى "تتكيف مع النوع الجنساني" (أي أنها تدرك أوجه عدم المساواة والمعايير الجنسانية وتركز عملها حولها)، وتعمل في أفضل الأحوال كوكيل للتحويل الجنساني "(أي أنها تسعى إلى الحد من أوجه عدم المساواة وتعديل المعايير الجنسانية). وتماشياً مع المبدأ الأساسي المتمثل في "عدم الإضرار"، يجب أن تسعى البرامج المتكاملة بين الجنسين إلى عدم "استغلال النوع الجنساني"، حيث تعمل عن قصد على تعزيز أو الاستفادة من أوجه عدم المساواة بين الجنسين.

إنّ التغذية وأوجه عدم المساواة بين الجنسين والعنف الجنساني هي أمور مترابطة، حيث تشير الدلائل والمعطيات إلى أن المستويات المرتفعة من سوء التغذية الحاد والمزمن لدى النساء والفتيات ترتبط ارتباطاً مباشراً بالوصول غير المتكافئ بين الجنسين إلى الأطعمة المغذية، والرعاية الصحية الجيدة، وخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة. علماً أنّ الوصول غير المتكافئ بين الجنسين إلى الغذاء والخدمات هو شكل من أشكال العنف الجنساني الذي يمكن أن يسهم بدوره في أشكال أخرى من العنف الجنساني. هذا وتواجه النساء والفتيات والفئات الأخرى المعرضة للخطر خطراً متزايداً من التعرض للعنف الجنساني في الحالات الإنسانية، وقد تصبح الروابط بين التغذية وأوجه عدم المساواة بين الجنسين ومخاطر العنف الجنساني واضحة بشكل خاص في هذه البيئات، حيث يوجد نقص في الغذاء والاحتياجات الأساسية الأخرى.

على سبيل المثال:

● قد تحاول العائلات ضمان تلبية الاحتياجات الغذائية لبناتها من خلال ترتيب زيجات الأطفال.

● قد تكون النساء والفتيات اللواتي يعانين من نقص التغذية أكثر عرضة لمبادلة الجنس بالطعام.

● قد تسهم الخلافات حول كيفية إدارة الإمدادات الغذائية المنزلية المحدودة أو تخصيص حصصٍ غذائية في عنف الشريك الحميم وأشكال أخرى من العنف المنزلي.

● قد تؤدي حالات الطوارئ إلى تيتم أعداد كبيرة من الأطفال أو تهجيرهم أو فصلهم عن عائلاتهم- حيث أنّ فصل الطفل عن والديه يجعله معرض، بشكلٍ خاص، لسوء المعاملة والاستغلال، خاصة عندما يتعين عليه الاعتماد على الآخرين لتوفير الأمن له واحتياجاته الأساسية

شكل 1: أمثلة على المجالات التي يجب فيها اعتماد تدابير التخفيف من مخاطر العنف الجنساني في دورة البرنامج الإنساني

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| مرحلة التصميم | مرحلة التنفيذ | السياسات التنظيمية |
| التعرف على السياق الخاص بالعنف الجنساني | تدريب طاقم العمل على النوع الجنساني والعنف الجنساني | دعم واضح للناجين من العنف الجنساني |
| إعداد قائمة إحالة |
| إشراك المجتمع والحصول على تغذية راجعة منه | التحقق من ردود فعل المجتمع على المشروع | اللاتسامح |
| إدراج دلالات ومؤشرات العنف الجنساني في عملية الرصد والتقييم | المساءلة لمنع التحرش والاعتداء الجنسيين |
| تخصيص موارد خاصة بالعنف الجنساني | ضمان تنفيذ سياسات التواصل |
| ضمان تعيين بعض الموظفات وتمثيلهن بفرق العمل | ضمان وجود بروتوكول للإحالات الخاصة بالعنف الجنساني |

تجدر الإشارة إلى أن عدم دمج عملية الوقاية من العنف القائم على النوع الجنساني ببرامج التغذية سيؤدي إلى استمرار بعض والعائلات في تزويج بناتها قسراً في سن مبكر أو في مرحلة الطفولة حتى يكفلوا لهن احتياجاتهن الغذائية، أو الاستمرار في التفريط والتضحية بتغذية الأطفال الإناث للوفاء باحتياجات الأطفال الذكور. كما أنّ الأمهات المستضعفات نتيجة سوء حالتهن الغذائية قد يكنّ أقل قدرة على حماية أطفالهن البنات من العنف القائم على النوع الجنساني وغير ذلك من أشكال العنف.

أمثلة على إجراءات التخفيف من وطأة مخاطر العنف القائم على النوع الجنساني في التغذية:[[22]](#footnote-22)

● يمكن أن تضمن برامج تغذية الرضع والأطفال الصغار الخصوصية للأمهات المرضعات، وتساعد في تقليل مخاطر التحرش أو العنف ضد المشاركات من الإناث.

● يمكن لمجموعات الدعم المتبادل بين الأمهات، ومجموعات دعم الأقران، ومراكز التغذية العلاجية، أو مراكز تحقيق الاستقرار توفير بيئةٍ داعمة وسرية للنساء والفتيات والفئات الأخرى المعرضة للخطر عند سعيها للحصول على معلومات حول مكان الإبلاغ عن المخاطر، أو الحصول على الرعاية بعد التعرض للعنف القائم على النوع الجنساني.

● يمكن لبرامج التغذية المجتمعية أن ترصد قلة موارد العائلة وأي صراعات متعلقة بذلك على مستوى العائلة والمجتمع؛ ويمكن لتلك البرامج مشاركة هذه المعلومات مع خبراء العنف القائم على النوع الجنساني بحيث يمكن اتخاذ إجراءات وقائية في أقرب مرحلةٍ ممكنة.

يمكن لقطاع التغذية العمل بالتنسيق الوثيق مع مجموعة العمل الفنية المعنية بالنوع الجنساني والعنف القائم على النوع الجنساني والجهات الفاعلة العاملة في القطاعات الإنسانية الأخرى مثل الصحة العقلية والدعم النفسي والاجتماعي (MHPSS)، وفيروس نقص المناعة البشرية، والصحة والوقاية.

**الفصل الخامس: القوى العاملة وتعزيز الإمكانات**

يتطلب بناء قدرات القوى العاملة في القطاع الصحي والتغذوي التغلب على عوائق رئيسية لتحقيق أهداف هذا الدليل العملي، واستراتيجية تغذية الرضع وصغار الأطفال في السودان، حيث أن هناك حاجة مؤكدة إلى تعزيز القوى العاملة من خلال فرص التعلم طويلة الأمد.

**5.1 النوع الجنساني والتوظيف:**

من المهم للغاية في الاستجابة الإنسانية أن يتم إشراك النساء في التخطيط للتدخلات الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ وتنفيذها – بما في ذلك توظيفهن كطواقم عمل في المجال الإنساني، ومن الضروري وجود موظفات ضمن طاقم العمل عند مناقشة مواضيع حساسة أو خاصة بالمرأة مثل إدارة الصحة أثناء الدورة الشهرية، ورعاية الأمومة، والصحة الجنسية والإنجابية، وتغذية الرضع وصغار الأطفال، بما في ذلك الرضاعة الطبيعية أو دعم الناجيات من العنف القائم على النوع الجنساني.

في السودان، وعلى الرغم من أنّ النساء تمثل ما يقرب من 80% من طواقم العمل في مجال الرعاية الصحية الإقليمية، إلا أنهن يمثلن 25% فقط من المناصب العليا[[23]](#footnote-23). ومع زيادة المسؤوليات والأعمال المنزلية، وارتفاع معدلات العنف القائم على النوع الجنساني، والذي تفاقم بسبب الإغلاق الأخير جراء تفشي جائحة كورونا، تم عزل العديد من النساء والفتيات عن القوى العاملة وخدمات الصحة والتغذية الأساسية، والدعم المقدم في مجال العنف القائم على النوع الجنساني.

من الأهمية بمكان أن يتم تحديد العوائق داخل قطاع التغذية التي تحول دون إشراك النساء والفئات الأخرى المعرضة للخطر كعاملات وقياديات في تخطيط أنشطة التغذية وتصميمها وتنفيذها ورصدها، والعمل على فهم هذه العوائق ومعالجتها، وفعل الشيء ذاته تجاه الفرص المتاحة لإشراك تلك النساء والفئات المعرضة للخطر، حيث يوصى بأن تمثل النساء نسبة 50% على الأقل في طواقم برامج التغذية، بما في ذلك في الأدوار القيادية[[24]](#footnote-24). ولتحقيق ذلك، قد يكون من الضروري فتح باب الحوار والنقاش مع أفراد المجتمع الذكور لضمان دعمهم وتأييدهم لهذه المسألة. وبمجرد تعيينهن، يجب تزويد النساء بالتدريب الرسمي والتدريب أثناء العمل، بالإضافة إلى حصولهنّ على الدعم الموجه لتولي مناصب قيادية وتدريبية. كما أنّه من المهم ضمان وجود استراتيجيات تعمل على رفع مستوى سلامة وأمن جميع الموظفين، وخاصة الموظفات.

العوائق المحتملة[[25]](#footnote-25):

* السلامة الشخصية والأمن
* الثقة والمهارات
* النظافة الشخصية، بما في ذلك الوصول إلى المنتجات الصحية للدورة الشهرية ودورات المياه الآمنة
* الصحة والدعم، بما في ذلك الحصول على الدعم في مجال الصحة المهنية من قبل استشارية
* العائلة ورعاية الأطفال والعلاقات الشخصية
* التصورات والصور النمطية (الأدوار)
* البيئة المعادية (سلوكيات متعالية أو جنسية)
* ترتيبات المعيشة أو المسافة إلى موقع العمل.

أمثلة على الممارسات الجيدة[[26]](#footnote-26):

* ضمان أن تكون نسبة 50% من موظفي برامج التغذية من النساء، بما في ذلك العاملات في مجال الصحة في مراكز التغذية العلاجية على مستوى المرافق والمجتمع
* تعمل السياسات الصديقة للعائلة والرضاعة الطبيعية – مثل إجازة الأمومة مدفوعة الأجر والوصول إلى رعاية الطفل وفترات الاستراحة للرضاعة الطبيعية والمساحات المخصصة للرضاعة الطبيعية – على تعزيز المساواة بين الجنسين ودعم مشاركة المرأة في القوى العاملة
* ضمان المشاركة الهادفة للنساء والفتيات والرجال والفتيان في برامج قطاع التغذية، وإتاحة الفرصة لهم لتقديم تغذية راجعة سرية والوصول إلى آليات الشكاوى من خلال إدارة قنوات اتصال ثنائية الاتجاه آمنة وممكنة الوصول
* ضمان وجود آلية للنساء المعرضات لمخاطر متزايدة للتعبير عن مخاوفهن والمشاركة في صنع القرارات، مع ضمان السرية فيما يتعلق بأوضاعهن الشخصية ودون تعريضهن لمزيد من الأذى أو الصدمات النفسية. مع العلم أن بعض الآليات مثل الخطوط الساخنة السرية التي تعمل خارج حدود المجتمع تكون أكثر فعالية.
* إبلاغ النساء بشكلٍ مسبق بالاجتماعات والدورات التدريبية القادمة وما إلى ذلك، ودعمهن في التحضير المسبق للمواضيع المستهدفة.
* ضمان الوصول إلى رعاية الأطفال لتمكين مشاركة النساء والفتيات، اللواتي يتحملن في كثير من الأحيان مسؤولية الرعاية، طوال دورة البرنامج.
* زيادة عدد النساء وتأثيرهن في هياكل القيادة وصنع القرار لتنفيذ الاستجابة على جميع المستويات.
* معالجة الأعراف الاجتماعية وإشراك الذكور في الجهود الرامية لإحداث تغيير والنهوض بالمساواة بين الجنسين وتمكين النساء والفتيات.
* العمل على تحديد المنظمات النسائية والشبابية وإسماع أصواتها ورفع مستوى تأثيرها في مجالات التثقيف المجتمعي والمشاركة.
* قيام الجهات الفاعلة في المجالات الإنسانية بإشراك أفراد المجتمع – بما في ذلك النساء والشباب (الفتيان والفتيات على حد سواء) والقادة التقليديين والدينيين – على قدم المساواة في آليات التحليل وإيجاد الحلول للقضايا المرتبطة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.
* تحديد المجموعات والشبكات والتجمعات الاجتماعية المحلية المعنية بحقوق المرأة - ولا سيما الشبكات غير الرسمية للنساء والشباب والأشخاص ذوي الإعاقة – ودعم مشاركتها في تصميم البرامج وتقديمها ورصدها، وضمان أن يكون لها دور في عمليات التنسيق.
* برنامج التربية التغذوية لأطفال المدارس (في المناهج) بالتعاون مع وزارة التربية والتعليم العالي، والمتعلق بقضايا النوع الجنساني.
* يجب على الخدمات الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ أن تتوقع وتقبل أنّ نسبة من الموظفات ستحتاج إلى إجازة أمومة، وأن البعض منهن قد لا يعود إلى العمل بعد الزواج أو الولادة، وبالتالي على الخطط مراعاة ذلك.

**5.2 بناء القدرات وتعزيز الخدمات**

يجب العمل على توفير مستوى عالٍ من الدعم لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ وتعزيز تغذية الرضع وصغار الأطفال بشكلٍ عام على جميع مستويات النظام الصحي، وخاصة داخل المجتمعات. حيث سيضمن ذلك حصول النساء ومقدمات الرعاية على المشورة والدعم المناسبين بشأن تغذية أطفالهن الرضع وأطفالهن الصغار، كما سيقدم ذلك آلية لتحديد المشكلات فور ظهورها وتقديم الدعم والإحالة المناسبين في هذا الصدد.

لتحقيق تغطيةٍ جغرافية وجودةٍ مناسبة لخدمات برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، يجب العمل على تعزيز الخدمات وبناء القدرات في هذا المجال، وأن تشمل القوى العاملة الماهرة ببرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ ليس فقط العاملين في مجال الصحة والتغذية داخل النظام الرسمي، ولكن أيضاً العاملين على مستوى المجتمع والمتطوعين والأمهات/ الآباء/مقدمي الرعاية وأفراد المجتمع أنفسهم.

الأهداف الرئيسية**:**

* إن بناء القدرات ليس حدثاً عابراً، وإنما يجب أن يبدأ بتحديد القدرات والإمكانات المتاحة على المستويين المؤسسي والفردي[[27]](#footnote-27). انظر *مراجع إضافية خاصة بأدوات تحديد القدرات.*
* لا ينبغي أن يقتصر بناء القدرات على التدريب، بل ينبغي أن يشمل أيضاً فرص التعلّم الأخرى، مثل الإشراف الداعم والتوجيه والتدريب أثناء العمل.

**الكفاءات الأساسية**

يوصى بأن تهدف البرامج والحزم التدريبية إلى ضمان وجود الكفاءات المناسبة في المنصب الملائم لها وسط جميع موظفي برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، وجهات التنسيق ونقاط الاتصال الرئيسية[[28]](#footnote-28). يقدم جدول 3 لمحة عامة حول عددٍ من الكفاءات الأساسية التي يجب أن تمتلكها جهات التنسيق ونقاط الاتصال الرئيسية من أجل التنفيذ الكامل للبرامج والأنشطة المرتبطة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.

**متى يتم إجراء أنشطة بناء القدرات**

تعدّ برمجة تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ جزءاً حيوياً من أيّة استجابة لحالة طوارئ، لكن من الصعب تنفيذها إذا لم تكن المهارات متاحة بالفعل داخل البلاد، أو إذا لم يتم القيام بعملية تخطيط مناسبة. من الناحية المثالية، ينبغي إجراء التدريبات طوال دورة البرنامج الإنساني ودمجها في أي خطط يتم إنشاؤها في مجالات التأهب والاستجابة لحالات الطوارئ.

**التدريبات**

تعد برامج التدريب الرسمية للموظفين ذوي الأولوية ضرورية لبناء المهارات والمعرفة الأساسية، لذا ينبغي أن تستند التدريباتٍ بشكل أساسي على الحزم التدريبية حول تغذية الرضع وصغار الأطفال المتاحة من قبل وزارة الصحة الاتحادية والمرافق الصحية. كما أنه ستكون هناك حاجة إلى عقد تدريباتٍ مخصّصة ومتخصّصة لتنفيذ المزيد من التدخلات الفنية المحدّدة، على سبيل المثال، إدارة حالات الأطفال المحرومين من الرضاعة الطبيعية، والإرشادات الخاصة بتوفير بدائل لبن الأم، والأطفال المعرضين للخطر.

يمكن إجراء التدريبات على أرض الواقع أو عبر الإنترنت. من الأمثلة على التدريبات التي يمكن تنظيمها على أرض الواقع: التدريبات التي تنطوي على الكثير من لعب الأدوار، والشروحات الفردية، وتقديم المشورة. ومن الأمثلة على التدريبات التي قد يكون مناسباً أكثر عقدها عبر الإنترنت التدريبات التي تتضمن التعرف على مختلف الأدوات والبروتوكولات.

يجب أن تركز التدريبات المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ على تطوير الكفاءات اللازمة لمختلف موظفي التغذية الحكوميين، وخبراء وأخصائيي التغذية، وخبراء التغذية الفنيين، ومديري مشاريع تغذية الرضع وصغار الأطفال، وموظفي مراكز تحقيق الاستقرار والبرنامج العلاجي للمرضى الخارجيين، والناشطين بمجال التغذية المجتمعية، ومجموعات دعم الأقران ومجموعات تقديم الرعاية بقيادة الأمهات والآباء ، وكذلك أفراد المجتمع، بما في ذلك الأمهات والآباء ومقدمي الرعاية الأولية والثانوية، وأفراد المجتمع مثل القادة الدينيين وجهات التنسيق المجتمعية الرئيسية، ومديري الأسواق وأصحاب المتاجر وغيرهم.

يجب أن تعطي برامج التدريب الرسمية، التي تتضمن جلسات نظرية وتدريب عملي، الأولوية لما يلي:

* موظفي برنامج التغذية الوطني
* مقدمي الرعاية الصحية
* مدراء مشروع تغذية الرضع وصغار الأطفال
* فريق عمل الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد
* العاملين في مجال الصحة والتغذية المجتمعية

**أمثلة على البرامج التدريبية**

يتضمن الجدول الموضح أدناه أمثلة لبرامج التدريب، بما في ذلك الوحدات الأساسية التي تتناول الكفاءات الأساسية:

جدول 3: المهارات والكفاءات المطلوبة:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| الرقم | **المهارات والمعرفة المطلوبة** | **الهدف** | | | | | | | | |
| **العاملين بمجال الرعاية الصحية** | **مديرو مشروع تغذية الرضع وصغار الأطفال** | **كادر مركز الاستقرار** | **موظفو العيادات الخارجية العلاجية** | **المركز الوطني للمرأة** | **الأمهات والآباء القياديون** | **الأمهات ومقدمو الرعاية الأساسيين** | **الآباء ومقدمو الرعاية الثانويين** | **المجتمع** |
|  | وضع خطط محلية للاستجابة للطوارئ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | إجراء فحص قياس محيط منتصف الذراع للحوامل والمرضعات والأطفال من عمر 6 وحتى 59 شهراً |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | إحالة حالات سوء التغذية الحاد الوخيم وسوء التغذية الحاد المعتدل التي جرى تحديدها |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | تأثير ممارسات الولادة على التغذية |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | رصد النمو |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | إجراء تقييم بسيط وسريع |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | التقييم والإعداد الكاملين لخطة الرعاية |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | رصد ومتابعة حالات سوء التغذية الحاد الوخيم وسوء التغذية الحاد المتوسط بهدف الامتثال لخطة الرعاية |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | تحديد النساء والرضع والأطفال الصغار المعرضين للخطر من الناحية التغذوية |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | المشورة بخصوص التغذية للحوامل والمرضعات أو مقدمي الرعاية |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | المشورة التغذوية لليافعات |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | المشورة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | توجيه وتعبئة المتطوعين/مجموعات دعم الأمهات حول تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | التثقيف الغذائي من خلال دورات تدريبية أسبوعية جماعية ومجتمعية |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | مساعدة جهات الاتصال المعنية بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ في مجال الإدارة اليومية للأماكن الداعمة ومجموعات الرعاية |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | رصد الالتزام بالمدونة الدولية الخاصة ببدائل لبن الأم ومتابعته والإبلاغ عنه |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | المساعدة في جمع البيانات والمعلومات |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | الإبلاغ عن أي مشاكل متعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال تحتاج إلى حلول |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | مكملات فيتامين أ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | مكملات الحديد – حمض الفوليك |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | إدارة مساحيق المغذيات الدقيقة و/أو غيرها من المكملات ذات الصلة للأطفال من عمر 6 وحتى 23 شهراً |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | مساعدة الأمهات/ مقدمي الرعاية فيما يتعلق بممارسات التغذية التكميلية المناسبة للأطفال من سن 6 إلى 23 شهراً |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | دعم البدء المبكر بالرضاعة الطبيعية |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | تنفيذ مبادرة المستشفيات الصديقة للأطفال والخطوات العشر للرضاعة الطبيعية |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | الدعم الأساسي للرضاعة الطبيعية |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | معالجة المضاعفات والتحديات المتعلقة بالرضاعة الطبيعية |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | المشورة والإحالة فيما يتعلق بتغذية الأطفال في ظروف خاصة |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | توفير الرعاية للأطفال في الظروف الخاصة |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | تحديد الأطفال المحرومين من الرضاعة الطبيعية وإحالتهم |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | دعم التغذية الصناعية |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | دعم استئناف الرضاعة الطبيعية |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | إتاحة وصفات طبية متعلقة بمنتجات بدائل لبن الأم |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | دعم تغذية الأطفال الخدج |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | تخفيف مخاطر العنف القائم على النوع الجنساني، ودعم الحالات المعرضة للعنف وإحالتها |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**5.3 الإشراف الداعم والتدريب والتوجيه أثناء العمل**

من أجل تقييم ودعم قدرة المشاركين في التدريب على تطبيق المعرفة والمهارات الإرشادية بالشكل المناسب، بما في ذلك تلك المهارات المكتسبة في التدريبات الخاصة بالعمل بعد التدريب في المجتمع، يجب توفير الإشراف الداعم والتدريب والتوجيه أثناء العمل. كما يجب على ميسري التدريب، أولئك المتدربين على الإشراف الداعم والرصد[[29]](#footnote-29) أو مديري البرامج المدربين[[30]](#footnote-30)، القيام برصد وتقييم المشاركين في مكان عملهم حسب الاقتضاء قبل أو أثناء أو بعد الانتهاء من التدريب وفي غضون ثلاثة أشهر على الأقل بعد التدريب[[31]](#footnote-31).

يعتبر الإشراف الداعم المنتظم، على النحو الموضح في الدليل التشغيلي للمشورة بشأن الرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ[[32]](#footnote-32)، مهماً بشكل خاص أثناء الاستجابة لحالات الطوارئ، حيث قد يتم إسناد مسؤوليات كبيرة للمستشارين الجدد فوراً بعد انعقاد التدريبات السريعة. ويلعب المشرف دوراً حيوياً في دعم وصد جودة تقديم المشورة وتقييم فعالية التدريب أثناء الخدمة والأنشطة الأخرى في مجال بناء القدرات.

ستسمح المتابعة ما بعد التدريب للميسر/المشرف/المرشد بتحديد الحاجة إلى تعزيز المعرفة والمهارات الخاصة بالمشاركين من خلال إجراء تدريب إضافي أو تدريب تنشيطي أو إشراف داعم مستمر.

يعد التوجيه[[33]](#footnote-33) جهداً مستمراً وتعاونياً بين الموجّه (الموجّه - المشرف) وأحد موظفي برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال بهدف مساعدته على تحسين أدائه وثقته بنفسه، حيث يتعاون الموظف والمشرف معاً لتحديد الأهداف، ويقوم الموجّه-المشرف برصد تفاعلات الموظف مع الأمهات/مقدمات الرعاية ويقدم التغذية الراجعة البناءة والهادفة. كما يتعاون المرشد-المشرف والموظف معاً لمناقشة مختلف المشكلات وإيجاد حلول لها من أجل تحديد نقاط القوة ومعالجة أية تحديات وصعوبات. تجدر الإشارة إلى أنه يجب أن يشعر الموظف بالدافعية والإلهام من هذه العملية وأن يتم تشجيعه على مواصلة تحسين مهاراته، ما يؤدي إلى مزيد من القرارات الحكيمة والاستقلالية والثقة بالنفس.

يعد التوجيه عملية مستمرة (وليست حدثاً عابراً) يمكن تنفيذها لمساعدة الموظف على تحسين جودة أدائه للمهام المختلفة (على سبيل المثال، تقديم المشورة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال أو تغذية النساء واليافعات وفقر الدم، وتنسيق مجموعات الدعم، ورصد النمو وتعزيزه). إنها مهمة مركزة، على عكس الإشراف الذي يحدث عندما يزور المشرف المنشأة ويعمل على تقييمها وتقييم طاقم العمل. وحبذا لو يقوم المرشد (المرشد- المشرف) والموظف بتطوير علاقة شخصية قائمة على الثقة المتبادلة.

**أهداف الإشراف الداعم والتدريب أثناء العمل والتوجيه**

يُستخدم الإشراف الداعم والتدريب أثناء العمل والتوجيه من أجل:

* رصد جودة الخدمات النموذجية وتعزيزها
* تقييم الأداء فيما يتعلق بالكمية (أي مدى الوصول-التغطية، والحجم، واستخدام الخدمة)
* الاطلاع على كيفية استخدام المعرفة والمهارات المتعلقة بإرشاد الأمهات/مقدمات الرعاية وتقديم معلوماتٍ دقيقة لهن، وتسهيل العمل الجماعي
* القدرة على استخدام أدوات التسجيل والإبلاغ
* تحديد الصعوبات وتقديم الدعم لحل المشكلة/المشاكل
* تبادل أفضل الممارسات والخبرات والدروس المستفادة

**توقيت الإشراف الدعم**

ينبغي الإشراف على كافة القائمين على التعبئة المجتمعية الحاصلين مؤخراً على تدريب، عبر إجراء زيارة رقابية واحدة على الأقل في غضون 6 أسابيع إلى شهرين بعد التدريب.

وحبذا لو كان الإشراف الداعم/التوجيه جزءاً من الأنشطة الرقابية الروتينية المستمرة.

أما في حالة كان نظام الإشراف والتوجيه المستمرين غير مطبق بعد، فعندها يلزم الإشراف على كافة العاملين المجتمعيين ببرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال الحاصلين مؤخراً على تدريب بواقع زيارتين أو ثلاث زيارات رقابية على الأقل، وبعدها سيكون على العاملين الجدد المشاركة في اجتماعات دورية مع غيرهم من العاملين المجتمعيين ببرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال بهدف تبادل الخبرات والحصول على الدعم المتبادل والتدريبات المستمرة الهادفة لتجديد معلوماتهم.

وعلى الأرجح ستكون هناك حاجة إلى المزيد من التواصل الرقابي بوتيرة أكبر في حالة تم تقليل مدة تدريب المستشارين الجدد لوجود حالة طوارئ. مع العلم أن المعايير المستخدمة لاختيار المجالات ذات الأولوية للزيارات الرقابية يمكن أن تشمل سوء ممارسات الرضاعة الطبيعية، والمعدلات المنخفضة من التغطية الخاصة بخدمات المشورة، والتقارير السيئة أثناء الزيارات الرقابية السابقة، والنتائج السيئة للاختبارات ما بعد التدريب، وكذلك مناطق تفشي الأمراض بحسب التقارير الإعلامية، أو الأماكن التي يتم بها توزيع بدائل لبن الأم دون رقابة، أو غير ذلك من أشكال التهديد على الرضاعة الطبيعية.

**مكان إجراء الإشراف الداعم والدعم أو التوجيه الوظيفي**

ينبغي على الميسر/المشرف من الناحية المثالية تقديم الدعم أو التوجيه الوظيفي والمساعدة في حل المشاكل الخاصة بظروف العمل، بما في ذلك:

* جلسة مشورة مع أم/أب/مقدم رعاية وطفل في محيط مجتمعي أو منزلي
* أثناء التعليم الجماعي (المجموعات الموجهة نحو العمل)
* أثناء تنسيق مجموعات الدعم

**الفصل السادس: فحص الحالة التغذوية**

يجب أن يخضع الرضع وصغار الأطفال لفحص حالتهم التغذوية كل شهر. ويمكن أن يتم هذا الفحص من خلال العاملين بمجال الصحة أو التغذية أو من خلال أفراد العائلة من خلال برامج قياس محيط منتصف العضد. فعبر إجراء فحص الحالة التغذوية، بإمكان الوالدين أو مقدمي الرعاية أو العاملين بمجال الصحة أو التغذية رصد ومتابعة الحالة التغذوية للطفل. كما أنه عند إجراء الفحص على يد العاملين بمجال الصحة والتغذية، يمكن أن يتم إرسال رسائل موجهة للأم أو لمقدم الرعاية، عند اللزوم، وكذلك يمكن إحالة الحالات إلى الخدمات الأخرى.

يعد الاكتشاف المبكر لحالات سوء التغذية الحاد عند الأطفال أمراً بالغ الأهمية لإنجاح عملية علاجهم، وأن يتم ذلك على مستوى المجتمع بأكمله من خلال الفعاليات والأحداث الدينية أو من خلال العاملين والمتطوعين المجتمعيين بمجال الصحة والتغذية. كما أن قياس محيط منتصف العضد للأم وأفراد العائلة على مستوى المجتمع يعد أيضاً طريقة هامة للفحص، لا سيما خلال جائحة كورونا أو غير ذلك من حالات الطوارئ حيث يكون الوصول محدوداً. ويمكن أيضاً إجراء الفحص بمرافق خدمات التغذية المعتادة أو بالمرافق الصحية.

**6.1 قياس محيط منتصف العضد والوذمة الانطباعية**

يعد قياس محيط منتصف العضد معياراً لقياس الهزال، حيث يُستخدم هذا القياس للأطفال من عمر 6 أشهر وحتى 59 شهراً، وللحوامل والمرضعات. أما الأطفال تحت عمر الـ 6 أشهر أو الأكبر من 59 شهراً، فلهم معايير مختلفة من سوء التغذية، إلا أن تلك المعايير لم تتوحد بعد من قبل المجتمع الدولي وغير موصى بها في السودان.

وفيما يلي إجراءات قياس محيط منتصف العضد:

* فرد ذراع الطفل (يمكن للأم أو أيّ مقدم رعاية آخر إمساك بيد الطفل لإبقائها مستقيمة)
* التقدير، بالنظر، للنقطة المتوسطة من العضد بين طرف الكتف والكوع.
* عندما يكون الذراع مستقيماً ومسترخياً، يتم لف شريط حول نقطة المنتصف وقياس المحيط.

ملاحظة: يجب أن يكون الشريط رخواً على الجلد دون وخز أو ترك فجوات.

*جدول 4: قراءات عملية القياس*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **رمز اللون** | **القياس** | **المؤشر** |
| **أحمر** | <11.5سم | سوء تغذية حاد وخيم |
| **أصفر** | 11.5 - < 12.5 سم | سوء تغذية حاد معتدل |
| **أخضر** | ≥ 12.5 سم | ليس هناك سوء تغذية حاد |

**فحص الوذمة الانطباعية الثنائية ودرجاتها**

الوذمة الانطباعية هي العلامة الجسدية الأساسية للشكل الوذمي من سوء التغذية الحاد الوخيم (المعروف سابقاً باسم كواشيوركور)، حيث أنّ الأطفال المصابون به معرضون لخطر الموت بدرجة عالية. ولتحديد وجود الوذمة، يجب الضغط على الجزء العلوي من كلا القدمين لمدة ثلاث ثوانٍ وملاحظة وجود حفرة (فجوة) على القدم عند رفع الإبهام.

*صورة 1: تحديد الوذمة الانطباعية الثنائية[[34]](#footnote-34)A picture containing text, person, indoor

Description automatically generated*

جدول 5: درجة الوذمة

|  |  |
| --- | --- |
| **درجة الوذمة** | **تعريفها** |
| **الدرجة 1 (+)** | طفيفة: كلا الرجلين والمرفقين |
| **(++)** الدرجة 2 | متوسطة: بأكثر من القدمين والمرفقين لكنها ليست عامة بكامل الجسم |
| **(+++)** الدرجة 3 | وخيمة: وذمة بكل الجسم، بما في ذلك القدمين والساقين واليدين والذراعين والوجه |

**6.2 قياس محيط منتصف العضد من قبل الأم أو العائلة**

تعتمد منهجية "قياس محيط منتصف العضد من قبل العائلة، المعروفة أيضاً باسم قياس محيط منتصف العضد من قبل الأم (على الرغم من أنه يفضل استخدام مصطلح قياس محيط منتصف العضد من قبل العائلة لأنه يلقي بمسؤولية دعم وفحص الحالة التغذوية على عاتق العائلة بأكملها وليس على الأم فقط) على تدريب الأمهات وغيرهن من مقدمات الرعاية لتحديد العلامات المبكرة لسوء التغذية الحاد لدى أطفالهن، باستخدام شريط قياس محيط منتصف العضد. فعبر تكليف الأم أو غيرها من أفراد العائلة بإجراء هذا القياس بنفس درجة الفعالية تماماً كالعامل أو المتطوع بمجال الصحة والتغذية المجتمعية يمكن اكتشاف الحالات أسرع، ومن ثم سيؤدي ذلك إلى تقليل عدد مرات دخول المستشفى.

تجدر الإشارة إلى أنه يجب إجراء تدريباً للأمهات وأفراد العائلة على قياس محيط منتصف العضد في نقاط الاتصال التغذوية والمرافق الصحية والعيادات الخارجية العلاجية ومرافق خدمات الرعاية الاجتماعية.

المواضيع الخاصة بتدريب الأم وأفراد العائلة على قياس محيط منتصف العضد[[35]](#footnote-35):

* + - 1. الترحيب وشرح أهداف التدريب
      2. التعريف بسوء التغذية
      3. كيفية التعرف على العلامات المبكرة لسوء التغذية
      4. الفرق بين الهزال وسوء التغذية الوذمي.
      5. مزايا قياس محيط منصف العضد من قبل الأم أو أفراد العائلة.
      6. كيفية فحص محيط منتصف العضد بثلاث خطوات ويتبعه توضيح عملي
      7. كيفية قراءة شريط القياس الخاص بمحيط منتصف العضد حسب الون.
      8. كيفية فحص الوذمة في خطوتين ويتبعه توضيح عملي
      9. توقيت فحص محيط منتصف العضد والوذمة
      10. توقيت الإحالة الذاتية ومكانها وكيفيتها

من المهم تذكير الأمهات ومقدمات الرعاية أنهن بإمكانهن دائماً زيارة المركز الصحي أو التغذوي في حالة الظن أن الطفل يعاني من سوء تغذية، لأي سبب كان، وبغض النظر عن قياس محيط منتصف العضد أو الوذمة، وبدون إحالة.

**6.3 فحص الحالة التغذوية للأطفال دون الـ 6 أشهر**

|  |
| --- |
| ملاحظة: يجب إحالة كافة الأطفال المحرومين من الرضاعة الطبيعية (ودون عمر الستة أشهر) على الفور إلى مراكز الرعاية الاجتماعية أو إلى العيادات الخارجية العلاجية أو إلى المراكز الصحية للحصول على تقييم شامل لحالتهم لأنهم معرضون لخطر كبير، ولا سيما بحالات الطوارئ. |

غالباً ما يتم تجاهل الأطفال دون عمر الستة أشهر نظراً لأن قياس محيط منتصف العضد غير مخصص أو معتمد لهذه الفئة العمرية بالسودان. ولذا يجب على العاملين بمجال الصحة والتغذية، أثناء فحص الحالات، تحديد الأطفال المصابين بهزال والتحدث إلى الأم حول الرضاعة الطبيعية وطبيعة هذا المرض من خلال إجراء تقييمٍ سريع ومبسط. انظر إطار 8 الخاص بالإرشادات حول التقييم السريع والمبسط.

**اكتشاف الحالات النشطة**

على مستوى المجتمع، يمكن التعرف على الحالات النشطة لسوء التغذية الحاد من خلال المتطوعين المجتمعيين، ولجان الصحة القروية، والعاملين في الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة، والأعضاء المشاركين بالمجموعات المجتمعية، وغيرهم من مقدمي الخدمات المجتمعية (القابلات التقليديات/العاملات في الرعاية الصحية/مجموعات دعم الرضاعة الطبيعية، بما في ذلك العاملين بالقطاع الصحي)، والقادة الدينيين والمدرسين والأخصائيين الاجتماعيين وغيرهم. علماً بأنه يلزم تنفيذ هذا الفحص مرة واحدة في الشهر.

بإمكان القائم على فحص الحالات والحاصل على تدريب إجراء هذه الفحوصات على مستوى المجتمع من خلال الزيارات المنزلية أو أثناء تنفيذ أنشطة التواصل المقررة، أو حينما تحين الفرصة خلال انعقاد فعاليات مجتمعية يتواجد بها أطفال، وحسب الموقف.

وعلاوةً على ذلك، يجب تعليم الآباء ومقدمي الرعاية للأطفال دون سن ستة أشهر كيفية تحديد علامات سوء التغذية على مستوى العائلة، كما أنه يمكن للعائلة القيام بالإحالة الذاتية في أي وقت.

**إرشادات الإحالة**

يجب إحالة كافة الأطفال دون سن الستة أشهر الذين يظهر عليهم أي علامة من العلامات الموضحة أدناه إلى رعاية تحقيق الاستقرار، وذلك لأن الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال لا تناسب الأطفال بهذا العمر.

* قياس الوزن مقابل الطول -3 درجات معيارية (إذا كان طول الطفل أقل من 45 سم)
* هزال وخيم واضح
* وذمة انطباعية
* لا يكتسب الرضيع الوزن الكافي من الرضاعة الطبيعية (بالرغم من تقديم المشورة لمقدمة الرعاية بشأن الوضعية المناسبة وطريقة الالتصاق بالثدي)
* الرضيع ضعيف للغاية ولا يقوى على الرضاعة بكفاءة
* لا يحصل الرضيع على الرضاعة الطبيعية بشكل كامل أو جزئي (أي أنه يُعطى مكملات غذائية غير مناسبة أو منتجات لبن أخرى)
* يعاني الطفل من الخمول أو لا يستجيب.

**خطوات فحص الحالة التغذوية للأطفال دون سن الستة أشهر**

* ازالة الغطاء عن الطفل وفحصه بالعين المجردة
* إجراء تقييم سريع (انظر قسم XXX: التقييم السريع والمبسط)
* التواصل مع الأم أو الأب أو مقدم الرعاية والاستماع إلى شكاويهم. (انظر قسم المشورة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ)

يجب أن يتكون الفحص من تقييم جسدي للأطفال من عمر 0 وحتى 5 أشهر، وتحديد الوذمة التغذوية، وتقييم سريع ومبسط، وتقديم المشورة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال.

**التقييم بالعين المجردة**

**يجب** إزالة الغطاء عن الطفل وفحصه جسدياً

تشمل أعراض الهزال المرئية لدى الأطفال "السراويل الفضفاضة" (أرداف نحيلة أو غير موجودة)، وبروز الضلوع وعظام الكتف والعمود الفقري، والظهور بمظهر هزيل و"وجه عجوز".

*صورة 2 أرداف مترهلة ومظهر هزيل*

A picture containing text, person

Description automatically generated

**6.4 التقييمات الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال**

يحظى كافة الأطفال بتقييم سريع ومبسط بالمرافق الصحية، وبمراكز تحقيق الاستقرار، وبرامج علاج المرضى الخارجيين، وفي المجتمع من خلال قياس محيط منتصف العضد بما في ذلك من قبل أفراد العائلة، وفي جميع النقاط التغذوية، وكذلك يمكن إجراء تقييمات سريعة ومبسطة في نقاط الاتصال المتعددة القطاعات من قبل المتطوعين جرى تدريبهم على إجراء مثل هذه التقييمات.

**انظر الجدول البياني أدناه عن عمليات تقييم تغذية الرضع وصغار الأطفال، والذي يجب طباعته وتعليقه بالأماكن التي يتم بها إجراء تقييمات لتغذية الرضع وصغار الأطفال.**

توصي منظمة الصحة العالمية بضرورة حصول الحوامل وأمهات الأطفال الذي يبلغون من العمر أقل من سنتين[[36]](#footnote-36) على مشورة فردية حول تغذية الرضع وصغار الأطفال. أما في حالات الطوارئ، فيجيب توفير المشورة الفردية لجميع الحوامل ومقدمات الرعاية للأطفال من عمر 0 وحتى 23 شهراً اللواتي يحضرن أمام العاملين بمجال الصحة والتغذية.

وعند العجز عن تقديم المشورة للجميع، يجب إعطاء الأولوية في الحصول عليها لمجموعاتٍ محددة. فمن خلال الفحص والعلاج السريعين، يمكن تحديد من يتطلب دعماً فورياً أو المعرض لخطر كبير بظهور مشاكل متعلقة بالرضاعة الطبيعية، وإحالتهم للحصول على مزيد من التقييم والمشورة على النحو الموضح أدناه. أما الأمهات اللواتي لا يواجهن مشاكل، فيمكن أن يقدم لهن دعماً بصورة أقل (على سبيل المثال في مجال التثقيف والبيئة المواتية)، الأمر الذي سيساعد في منع حدوث مشاكل متعلقة بالرضاعة الطبيعية، وتقليل الحاجة للحصول على مشورة في المستقبل.

**الأولوية 1: الأمهات والرضع المحتاجون لمساعدة فورية**

* الوصف- يعتمد الرضيع على بدائل لبن الأم، ويواجه صعوبات في الرضاعة الطبيعية ولديه احتياجات فردية ملحة من بينها سوء التغذية.
* التوقيت: على الفور
* مرات التكرار: كلما دعت الحاجة

**الأولوية 2: الأمهات والرضع المعرضون لخطر بدرجة كبيرة**

* الوصف: فئات مستضعفة، معرضة بشكل كبير لمواجهة صعوبات في التغذية، بما فيهم الرضع تحت عمر الـ 6 أشهر
* التوقيت: تقديم المشورة في أقرب وقت ممكن بعد تحديد مدى الاحتياج لها لمنع تفاقم المشاكل المحتملة.
* مرات التكرار: كلما دعت الحاجة

**الأولوية 3: جميع الحوامل والمرضعات**

● ملاحظة: في الأماكن التي يمكن فيها جدولة الأنشطة (على سبيل المثال، المخيمات المنشأة) ولكن الموارد البشرية محدودة، فإن تنظيم الاستشارة الجماعية حسب الفئة (على سبيل المثال، حامل رضيع0-5 أشهر/6-23 شهر) يمكن أن يقوم بتسهيل إيصال محتوى المشورة والأنشطة المناسبة ذات الصلة وفي الوقت المناسب (مثل اللعب والتحفيز) لأعداد كبيرة من مقدمات الرعاية.

● التوقيت: وفقاً للدليل العملي للمشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية[[37]](#footnote-37)، يمكن تقديم المشورة خلال عمليات التواصل المجدولة (على سبيل المثال، أثناء الزيارة ما قبل الولادة أو جلسة المشورة الجماعية). وقد تكون الاستشارة أيضاً عفوية أو ظرفية (على سبيل المثال، عند إدخال مقدمة رعاية إلى المستشفى). وبغض النظر عما إذا كانت الاستشارة تتم في الأوقات-الأماكن المقترحة أم لا، فإنه يجب تغطية محتوى المشورة ذي الصلة بمرحلة حياة الأم ورضيعها. مع العلم أن الأولوية في الحصول على المشورة للحوامل اللواتي قد اقترب موعد ولادتهن

رسم بياني: الأولوية في الحصول على المشورة بحسب الفئة[[38]](#footnote-38)



**أنواع التقييم**

يُجرى تقييم سريع ومبسط أولاً عند حضور الأم أو مقدمة الرعاية مع طفلها إلى مركز الصحي أو التغذوي، أما النوع الثاني وهو التقييم الشامل فيتم إجراؤه إما عن طريق المركز ذاته إذا كان العاملين به حاصلين على تدريب، أو عبر إحالة الأم والطفل لمركز آخر للحصول على التقييم الشامل.

مع العلم أنه يجب تسجيل أي عمليات إحالة بسجل الإحالات الخاص ببرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال لأغراض المتابعة والرصد والإبلاغ عن الحالات (انظر الملحق 4: مثال على سجل الإحالات الخاص ببرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال)

**6.5 التقييم السريع المبسط**

يعرف التقييم السريع المبسط بأنه تقييم الرضيع وفحصه بشكل شفهي دون الحاجة لفحص الرضاعة الطبيعية أو إلى تدريب طبي أو غذائي. ويمكن إجراؤه في جميع مراحل برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال.

يشمل هذا التقييم:

* التغذية المناسبة للعمر
* ممارسات الرضاعة الطبيعية
* حالة الرضيع

**ما هو التقييم السريع المبسط؟**

هو مجموعة من الأسئلة البسيطة المحفوظة في الذاكرة، والتي عادة ما يتم طرحها دون الحاجة لاستخدام نموذج ورقي. فالتقييم السريع المبسط لا يتطلب تدريباً طبياً وغذائياً متعمق، ولا يستلزم مراقبة الرضاعة الطبيعية. إلا أنه لا يمكن التعرف على كافة الفئات التي تحتاج لمساعدة عاجلة أو المعرضة لخطر كبير عبر استخدام التقييم السريع المبسط. فمثلًا، قد يكون من غير الممكن أو من غير المناسب للشخص العادي أن يتعرف على الرضع الذين يعانون من انخفاض الوزن عند الولادة، أو على الرضع الذين يعانون من قصور في النمو، أو المرضعات الناجيات من العنف القائم على النوع الجنساني، أو المرضعات المصابات بمرض نقص المناعة البشرية. كما أنه قد لا يكون من الممكن الوصول لجميع الأمهات المرضعات عبر التقييم السريع المبسط (أي عندما تكون الفئات السكانية اللاجئة مشتتة داخل المجتمع المستضيف). ولهذا، فإنه من الأهمية بمكان أثناء استخدام التقييم السريع المبسط، أن يتم اللجوء إلى طرق مختلفة يمكن لمقدمات الرعاية من خلالها الحصول على المشورة، بما في ذلك العرض الذاتي[[39]](#footnote-39). من الناحية المثالية، يتم دمج خدمات المشورة بشكلٍ مباشر مع الخدمات المقدمة للفئات المستضعفة التي لم يشملها التقييم السريع المبسط. وتشمل الخدمات ذات الأولوية الخدمات المرتبطة بالأمهات، والخدمات التي توفر التغذية للرضع الصغار، بما في ذلك برامج معالجة سوء التغذية، ودعم الصحة النفسية والعقلية والاجتماعية، والخدمات المقدمة للمصابين بمرض نقص المناعة البشرية (خصوصاً لمنع نقل العدوى من الأم إلى الطفل)، وخدمات اليافعين (انظر مخطط الأولوية أعلاه). مع العلم أنه في حالة تعذر تقديم المشورة المباشرة من قبل تلك الخدمات، فعندها على الأقل يجب أن يكون مقدمو تلك الخدمات مدربين على تحديد وإحالة مقدمان الرعاية اللواتي قد يحتجن المشورة.

يرجى الاطلاع على الملحق 5 للاطلاع على مثال للتقييم السريع المبسط

**توقيت إجراء التقييم السريع المبسط**

يمكن إجراء التقييم السريع والمبسط في أي وقت تحضر فيه الأم أو مقدمة الرعاية مع طفلها أمام العامل بالمجال الصحي أو التغذوي.

**مخطط بياني لعملية التقييم الفردي المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال**[[40]](#footnote-40)

Timeline

Description automatically generated

**الجهة المسؤولة عن إجراء التقييم السريع المبسط**

يُجرى التقييم السريع المبسط من قبل العاملين الميدانيين بمجال الصحة والتغذية، ومديري مشروع تغذية الرضع وصغار الأطفال،

وموظفي مركز تحقيق الاستقرار، وموظفي العيادات الخارجية، والآباء والأمهات القياديين العاملين على مستوى المجتمع أو المنشأة.

**مكان إجراء التقييم السريع المبسط**

يمكن إجراء التقييم السريع المبسط على مستوى العائلة أو المجتمع، أو داخل عيادات الرعاية الصحية الأولية. ومن الأفضل أن يتم توجيه الأسئلة لكل أم أو مقدمة رعاية على حدة بعيداً عن باقي الأمهات لأن الإجابات قد تتأثر إذا سمعتها الأخريات.

**الإحالة بعد إجراء التقييم السريع المبسط**

لغرض إحالة الأم أو مقدمة الرعاية مع الطفل للحصول على تقييم شامل، يمكن أن يطلب منهما ملء استمارة الإحالة (انظر الملحق 5: نموذج الإحالة الخاص بالتقييم السريع المبسط).

فيما يتعلق بالرضع من عمر 0 حتى 6 أشهر الذين لا يحصلون على رضاعة طبيعية أو رضاعة طبيعية حصرية أو يحصلون على تغذية مختلطة، أو يواجهون صعوبات في الرضاعة الطبيعية، أو الأمهات اللواتي تطلب لبن صناعي، أو الرضيع أو الأم المريضة أو التي تعاني من الخمول أو، الطفل الأول، فسيتم إحالتهم جميعاً إلى **التقييم الشامل** (انظر أدناه المبادئ التوجيهية الخاصة بالتقييم الشامل).

وكذلك سيتم إحالة الرضع من عمر 6 حتى 24 شهراً الذين لا يتلقون تغذية مناسبة لأعمارهم (أي يتم إرضاعهم طبيعياً ويتلقون تغذية تكميلية)، والأمهات اللواتي تطلب لبن صناعي، والرضيع أو الأم التي تعاني من المرض أو الخمول، إلى **التقييم الشامل**.

أما ّإذا لم تكن هناك مشاكل أو مخاوف محددة، فعندها ستتم الإحالة إلى مجموعات دعم الأمهات، ومجموعات تقديم الرعاية، وكذلك برامج دعم التغذية التكميلية حسب الاقتضاء.

**6.6 التقييم الشامل**

الأشخاص الذين لهم الأولوية في الحصول على مشورة فردية متعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال هم النساء ومقدمات الرعاية اللواتي يتضح تعرضهن لمشاكل أو يظهر عليهن علامات أو أعراض تشير إلى الحاجة لإجراء **تقييم شامل**، وإلى خطة رعاية ودعم مخصّص على شكل مشورة فردية.

في حالة أشار التقييم السريع المبسط إلى وجود مشاكل، سيُجرى تقييم شامل من قبل أحد العاملين بقطاع الصحة أو التغذية أو أحد موظفي برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال، أو قابلة، بما في ذلك فحص الرضاعة الطبيعية. ويجب إجراء التقييم الشامل للرضع الذين تتم إحالتهم عقب إجراء التقييم السريع المبسط.

### ما هو التقييم الشامل

التقييم الشامل عبارة عن سلسلة من الأسئلة والملاحظات الواردة ضمن نموذج يتم تعبئته بشكل فردي مع الأم أو مقدمة الرعاية. (انظر ملحق 6: التقييم الكامل للأم/ مقدمة الرعاية والطفل)

الهدف من التقييم الشامل هو معرفة ما إذا كان:

o استئناف الرضاعة و/أو إرضاع طفل امرأة أخرى ممكناً، وأفضل خطة وموارد لأيِ منهما

o صرف بدائل لبن الأم مشار إليه أم لا

o المكان الذي يجب أن يُحال إليه الرضيع للحصول على الدعم الأنسب من برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال، وذلك في حالة لم يتم صرف بدائل لبن الأم لهذا الرضيع.

o أما في حالة الإشارة إلى ضرورة توفير بدائل لبن الأم، فسيكون الهدف من التقييم الشامل هو تحديد ما إذا كان من المحتمل أن يكون استخدام بدائل لبن الأم مؤقتاً أو طويل الأجل (حتى عمر ستة أشهر) وأفضل خطة للرضيع، بما في ذلك الموارد الإضافية المطلوبة على مستوى العائلة.

**الجهة المسؤولة عن إجراء التقييم الشامل**

سيقوم العاملون المدربون في مجال الصحة والتغذية والمسؤولون بشكل مباشر عن صحة وتغذية الأم والطفل بإجراء التقييم الشامل وتقديم المشورة الفردية. ويفضل أن تقوم أنثى بالأمر لحساسية الموقف.

يجب أن يحصل هذا الشخص الذي يُجري التقييم على تدريبٍ كامل في مجال تغذية الرضع وصغار الأطفال وتقديم المشورة في هذا المجال وأنظمة الإحالة وطرق المتابعة.

**مكان إجراء التقييم الشامل**

يجب إجراء التقييم الشامل على يد منسقة متدربة في مجال تغذية الرضع وصغار الأطفال، وذلك داخل إحدى مرافق الصحة الأولية، أو مركز تحقيق الاستقرار، أو العيادات الخارجية. يمكن أيضاً إجراء التقييم الشامل خلال الزيارات المنزلية وأثناء التوعية المجتمعية للأمهات المعرضات للخطر اللواتي يلجأن لإحدى مرافق التغذية (على سبيل المثال، أم تتعافى من ولادة صعبة، أو شخص يعاني من القلق أو الاكتئاب، أو شخص لديه إعاقة).

**أسباب الإحالة بعد التقييم الشامل**

بناءً على نتائج التقييم الشامل، ستتم إحالة الأطفال إما إلى دعمٍ متخصص في مجال تغذية الرضع وصغار الأطفال أو دعم التغذية الاصطناعية. (انظر ملحق 7: نموذج الإحالة الخاص بتغذية الرضع وصغار الأطفال)

**الخطوة التالية**

بعد الانتهاء من التقييم الشامل، يجب تقديم المشورة الفردية، وبعد ذلك يجب وضع خطة عمل للرعاية.

**6.7 خطط عمل الرعاية**

بمجرد إجراء تقييم شامل لتغذية الرضع وصغار الأطفال وتقديم المشورة الفردية، يجب وضع خطة عمل خاصة بتقديم الرعاية. حيث سيتم تطبيق نوعين من خطط الرعاية، إلى جانب اعتماد خطط الرعاية هذه مع التقييم الشامل وأخذها في جميع زيارات المتابعة، بما في ذلك الزيارات المنزلية.

**خطة عمل الرعاية للأم/مقدمة الرعاية والطفل الذي يتلقى دعماً متخصصاً**

بالنسبة للطفل الذي يتبين أنه ليس بحاجة إلى دعم بدائل لبن الأم وأنه يمكن أن يرضع حصرياً من الثدي (0-6 أشهر)، أو يرضع من أمه مع إضافة التغذية التكميلية (6-23 شهراً) لكنه بحاجة إلى دعم متخصص ومستمر، سيكون من الضروري تعبئة نموذج خطة الرعاية للأم/مقدمة الرعاية والطفل المتلقي للدعم المتخصص (انظر ملحق 10: خطة عمل رعاية الأم/مقدمة الرعاية والطفل المتلقي للدعم المتخصص) ومواصلة تحديثها بالمعلومات بكل جلسة متابعة.

**خطة عمل الرعاية للأم/مقدمة الرعاية والطفل الذي يتلقى دعماً مخصصاً وبدائل لبن الأم**

**ملاحظة: لا يتم إنشاء خطة عمل للرعاية إلا بعد اكتمال الإحالة إلى صرف بدائل لبن الأم وإتمام جميع إجراءات العناية الواجبة واكتمال عملية صرف بدائل لبن الأم**. انظر قسم 13.4 عملية صرف بدائل لبن الأم للحصول على مزيد من المعلومات حول الإجراءات الخاصة بتوفير بدائل لبن الأم.

لا يمكن وضع خطة عمل لرعاية الأم/مقدمة الرعاية والرضيع المتلقي للدعم المتخصص وبدائل لبن الأم (انظر ملحق 11: خطة عمل رعاية الأم/مقدمة الرعاية والطفل المتلقي للدعم المتخصص وبدائل لبن الأم) إلا إذا تقرر عدم إمكانية استئناف الرضاعة، أو الرضاعة من أم بديلة، أو رضاعة لبن بشري متبرع به. كما أنه يلزم توفير الدعم المتخصص ريثما يتم توفير بدائل لبن الأم لأي طفل. حيث تتضمن خطة الرعاية هذه متابعة الطفل في منزله والزيارات المنتظمة والمستمرة، والدعم المتخصص المستمر وعملية الرقابة لضمان استخدام بدائل لبن الأم بالشكل المناسب وأن الطفل لا يعاني من سوء التغذية بسبب خطة الرعاية وحصول الأم/مقدمة الرعاية على الدعم المتواصل.

**الفصل السابع: الدعم الأساسي لتغذية الرضع وصغار الأطفال**

**7.1 الدعم الأساسي للرضاعة الطبيعية**

في حال وجود قيود على الحركة والتنقل، سيكون من الضروري توعية الأمهات المرضعات وضمان حصولهن على دعم الأقران من خلال مجموعات دعم الأمهات القائمة على المجتمع المحلي، فضلاً عن توفير منصات وسائل التواصل الاجتماعي والبعيدة بحسب مقتضى الحال.

يمكن استخدام الرسائل الأساسية المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال، بما في ذلك الرضاعة الطبيعية الحصرية والتغذية التكميلية، في حملات الرسائل الجماهيرية، على أن يتم إرسال الرسائل وتوفير الدعم على جميع المستويات، بما في ذلك مرافق الصحة الأولية، أو على مستوى المجتمع أو العائلة.

يجب أن تكون إحدى مجالات البرنامج الأساسية هي توعية الآباء والجدات وأفراد العائلة المباشرين الآخرين بالإضافة إلى إشراك القابلات التقليديات في التوعية[[41]](#footnote-41). حيث يمكن أن يكون لمشاركة الجدات والأزواج تأثير كبير على ممارسات التغذية، لا سيما فيما يتعلق بالرضاعة الطبيعية الحصرية لأنهم من المؤثرين الرئيسيين في المجتمع[[42]](#footnote-42).

يجب إعطاء الأولوية بدرجة متساوية لتوعية المجتمع والقادة الدينيين لأن لهم تأثيراً على المشاركين الثانويين الرئيسيين في تغذية الرضع وصغار الأطفال. حيث يمكن أن تعقد جلسات التوعية هذه في اللقاءات المجتمعية التي تعقد بالمستشفيات أو غيرها من اللقاءات الأخرى. كما يمكن للإمام المحلي أيضاً تقديم الدعم والتوعية في المسجد أو التجمعات المحلية.

**7.2 دعم تغذية الرضع وصغار الأطفال حتى بلوغهم سن 5شهور**

يعد لبن الأم هو التغذيةالأمثل لنمو الرضع وتطورهم بشكلٍ صحي وسليم، إذ إنه جزء لا يتجزأ من عملية الإنجاب وله آثار مفيدة على صحة الرضيع والأم. تنص وزارة الصحة السودانية، تماشياً مع التوصيات العالمية، على أن الرضاعة الطبيعية يجب أن تبدأ خلال أول 30 دقيقة إلى ساعة واحدة بعد الولادة، ولا ينبغي إعطاء أي وجبات قبل الرضاعة الطبيعية.

يرتبط البدء المبكر بالرضاعة الطبيعية بتقليل معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة وإقامة رابطة ناجحة بين الأم وطفلها. حيث يجب إرضاع الرضع حصرياً حتى بلوغهم سن 6 أشهر، بمعنى أنه يجب عدم إعطائهم سوائل أو طعام آخر لتحقيق النمو والتطور والصحة على النحو الأمثل. كما يجب إرضاع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-5 أشهر على نحو ينم عن استجابتهم، أي يجب إرضاعهم متى أرادوا ذلك أو متى رغبت أمهاتهم في إرضاعهم، سواء ليلاً أو نهاراً، على الأقل من 8 إلى 10 مرات في اليوم. مع العلم أن الرضاعة الطبيعية الحصرية من الولادة إلى 6 أشهر ممكنة إلا في حالاتٍ قليلة للغاية يتم فيها اللجوء لدعم التغذية الاصطناعية من خلال التقييم الشامل[[43]](#footnote-43).

إن الإدخال المبكر للأطعمة والسوائل الأخرى يقلّل من إنتاج جسم الأم لللبن، وتقلّ نتيجة لذلك كمية اللبن التي يتناولها الطفل، مما يزيد من خطر إصابته بسوء التغذية. وعلاوةً على ذلك، ولا سيما في حالات الطوارئ، فإن الرضع الذين تقل أعمارهم عن ستة أشهر ولا يرضعون رضاعة طبيعية حصرية معرضون بشكل متزايد لخطر الإصابة بالعدوى والمرض، حيث أن لبن الأم لهذه الفئة العمرية (0-6 أشهر) كافٍ للرضيع ويحتوي على العناصر الغذائية المثالية والمتوازنة التي يستطيع الرضيع هضمها بسهولة ويحتاجها للنمو على النحو الأمثل. وبعد هذه الفترة الزمنية، ينبغي إطعام الرضع أغذية تكميلية محلية وآمنة متوفرة بشكل كافٍ، مع الاستمرار في الرضاعة الطبيعية حتى سن عامين وما فوق، وذلك لسدّ متطلباتهم التغذوية المتطورة.

وعلى الرغم من أن الرضاعة الطبيعية هي فعل طبيعي بحد ذاته، إلا أنها سلوك معقد يجب تعلمه. بوجهٍ عام، يمكن لجميع الأمهات تقريباً إرضاع أطفالهن رضاعة طبيعية، بشرط أن يتعلمن كيفية القيام بذلك وأن يحصلن على الدعم من أزواجهن وعائلاتهن ومجتمعاتهن ومن نظام الرعاية الصحية، كما ويمكن للأم المصابة بسوء التغذية وتعاني من التوتر أن ترضع ولدها، لكن ينبغي أن تحصل على المساعدة العملية الماهرة من بعض الأشخاص، على سبيل المثال من موظفة الصحة وخبيرة التغذية المدربة، و يمكن كذلك للجدّات وخبيرات الاستشارة وغيرهن المساعدة في بناء ثقة الأم، وتحسين تقنيات التغذية، والحيلولة دون وقوع مشاكل مرتبطة بالرضاعة الطبيعية أو إيجاد حلول لها في حال وقوعها، شريطة أن يكن على دراية بممارسات الرضاعة الطبيعية الموصى بها.

يعدّ الاستمرار في دمج الخطوات العشر للرضاعة الطبيعية الناجحة الموصى بها من قبل مبادرة المستشفيات الصديقة للطفل التي أطلقتها منظمة الصحة العالمية واليونيسف في خدمات الأمومة أمراً ضرورياً لتنفيذ الخدمات والأنشطة المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال، حيث تهدف المبادرة، التي نفّذت في السودان، إلى إعطاء كل طفل أفضل بداية في الحياة، من خلال خلق بيئةٍ للرعاية الصحية تكون فيها الرضاعة الطبيعية هي الأساس. وتتضمن الخطوات العشر للرضاعة الطبيعية الناجحة (إطار 3) وجود سياسة للرضاعة الطبيعية في المستشفى، وعدم الترويج لمنتجات لبن الأطفال، أو اللهايات أو زجاجات الرضاعة، مع تقديم المشورة للأم وتثقيفها حول كيفية بدء الرضاعة الطبيعية ودعمها ومواصلتها.

تشمل التدخلات الرئيسية لصحة الأطفال حديثي الولادة، ضمن إطار المبادرة تلامس جلد الأم بجلد الطفل، وطريقة الكنغر للرعاية، و"البقاء في غرفةٍ واحدة" (إبقاء الأم والرضيع معاً)، وتأخير قص الحبل السري، والحد من المكملات وتوفير بدائل لبن الأم بوصفة طبية فقط، والدعم الموجه لأمهات الخدج والأطفال الذين يعانون من انخفاض الوزن عند الولادة، والأمهات اليافعات والأمهات لأول مرة[[44]](#footnote-44).

**إطار 3: عشر خطوات للرضاعة الطبيعية الناجحة**

|  |
| --- |
| عشر خطوات للرضاعة الطبيعية الناجحة  1. إعداد سياسة مكتوبة للرضاعة الطبيعية وإبلاغها بانتظام لجميع موظفي الرعاية الصحية.  2. تدريب جميع العاملين في مجال الرعاية الصحية على المهارات اللازمة لتنفيذ هذه السياسة.  3. إعلام جميع النساء الحوامل بفوائد الرضاعة الطبيعية وكيفية إدارتها.  4. مساعدة الأم على بدء الرضاعة الطبيعية خلال نصف ساعة من الولادة.  5. توضيح كيفية الإرضاع للأم وكيفية المحافظة على الرضاعة ومواصلتها، حتى لو اضطرت للابتعاد عن طفلها.  6. عدم إعطاء الأطفال حديثي الولادة أي طعام أو شراب غير لبن الأم ما لم يُنصح بذلك طبياً.  7. التدرب على آلية البقاء في غرفة واحدة، أي السماح للأم ورضيعها بالبقاء معاً على مدار اليوم.  8. تشجيع الرضاعة الطبيعية عند رغبة الطفل بذلك.  9. عدم إعطاء ألعاب على شكل حلمة أو مصاصة (لهاية) للرضع الذين يرضعون رضاعة طبيعية.  10. تشجيع إنشاء مجموعات دعم الرضاعة الطبيعية وإحالة الأمهات إليها عند الخروج من المستشفى أو العيادة. |

**البدء المبكر للرضاعة الطبيعية في غضون الساعة الأولى من الولادة والرضاعة الطبيعية الحصرية المبكرة**[[45]](#footnote-45)

يشير البدء المبكر بالرضاعة الطبيعية إلى توفير لبن الأم في غضون ساعةٍ واحدة من الولادة، إذ تعد الرضاعة الطبيعية تدخلاً عالي التأثير يضمن حصول الرضيع على اللبن الغني بعوامل الحماية ويوفر للأطفال حديثي الولادة فرصة أكبر للبقاء على قيد الحياة.

هناك مجموعة متزايدة من الأدلة التي تُظهر أنّ التلامس الجلدي بين الأم والرضيع بعد الولادة بفترةٍ وجيزة مهم للغاية، ويدعم الرضاعة الطبيعية المبكرة، ويزيد من المدة الإجمالية للرضاعة الطبيعية، فضلاً عن احتمال حدوث الرضاعة الطبيعية الحصرية، بالإضافة إلى مساعدة الأم على بناء علاقةٍ وثيقة ومحبة مع طفلها[[46]](#footnote-46). ويبدو أيضاً أن الرضع الذين لامسوا أمهاتهم بشكلٍ مبكر يتفاعلون أكثر مع أمهاتهم ويقل صراخهم[[47]](#footnote-47).

يجب أن يلمس جلد الطفل جلد أمه، حيث يوضع الطفل مباشرة على صدر الأم العاري ويغطى كلاهما ببطانية دافئة بعد الولادة مباشرة ولمدة ساعة على الأقل، وأن يتلقى خلالها الطفل تلامساً مستمراً ومباشراً بجلد أمه دون انقطاع. وفي هذا الوقت، يجب تقديم المساعدة والدعم للأم لمباشرة الرضاعة الطبيعية عند الحاجة.

تجدر الإشارة إلى أنّه ينبغي تأجيل الاستحمام في الأيام القليلة الأولى من الولادة وتجنب إعطاء الرضيع زجاجة الرضاعة أو اللهاية أو أي أطعمة أو سوائل غير لبن الأم. فخلال حالات الطوارئ، قد تتعرض الأم للتوتر أكثر من المعتاد، وقد تتزعزع ثقتها بنفسها، وقد يؤدي ذلك إلى تأخير بدء إنتاج اللبن بكميات كبيرة أو إبطاء تدفقه. يمكن دعم تدفق لبن الأم من خلال مساعدتها على الشعور بالأمان والمساندة من خلال:

* + الاستماع إليها
  + تقديم رعاية طبية مناسبة
  + الثناء عليها وتشجيعها
  + حماية خصوصية الأم وكرامتها
  + دعم ملامسة جلد الأم لجلد رضيعها
  + طلب الموافقة قبل أيّة تلامس أو إجراء ضروري

هناك مخاطر وتداعيات عند فصل الأم عن الرضيع، ففي الحالات الطبيعية يجب دائماً إبقاء الأم مع طفلها، إلا إذا كان هناك ظروف استثنائية تتطلب فصلاً مؤقتاً. وعندما يكون الفصل المؤقت أمراً لا مفر منه، فيجب عندئذٍ دعم الأم في شفط اللبن كل ساعتين أو 3 ساعات وتخزينه في وعاءٍ نظيف لتقديمه للرضيع بواسطة الكوب.

**الرضاعة الطبيعية الحصرية**

الرضاعة الطبيعية الحصرية تعني أن الطفل لا يحصل إلا على لبن الأم خلال الأشهر الستة الأولى من حياته، وهو التدخل الوقائي الأكثر فعالية للحد من وفيات الطفولة المبكرة دون سن الخامسة على مستوى العالم بنسبة 13%.[[48]](#footnote-48)

تشير الرضاعة الطبيعية الحصرية إلى عدم إعطاء الرضيع أي شيء سوى لبن الأم، حيث يُحظر إعطاؤه أي أطعمة أخرى مثل الماء أو الشاي أو اللبن المجفف أو لبن الأبقار أو الإبل أو العصيدة أو الأطعمة الصلبة أو شبه الصلبة أو أي سوائل أو أطعمة أو لبن آخر، باستثناء الأدوية والفيتامينات التي يوصي بها أخصائي الصحة ويسمح بها عند الرضاعة الطبيعية فقط. كما يُوصى بالرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الستة أشهر الأولى لتحسين صحة الطفل والرضيع والأم والرضاعة الطبيعية غير الحصرية، بما في ذلك التغذية بالوقت المناسب وعند الطلب، الأمر الذي يؤدي إلى إنتاج كمية كافية من اللبن. ولذا يجب أن تكون الرضاعة الطبيعية الحصرية جزءاً من أية عملية تدخل تستهدف الأم والطفل دون سن ستة أشهر من العمر.

**7.3 دعم تغذية الرضع وصغار الأطفال من عمر 6 إلى 59 شهراً**

يبقى لبن الأم مصدراً حيوياً للتغذية بعد عمر الستة أشهر، ولكن يلزم في هذا الوقت إدخال الطعام الصلب لتلبية احتياجات الطفل المتزايدة، فمن الضروري إدخال الأطعمة التكميلية بالإضافة إلى الرضاعة الطبيعية المستمرة في هذه المرحلة.

**استمرار الرضاعة الطبيعية من 6 أشهر وما فوق**

تستمر الرضاعة الطبيعية في كونها حيوية من الناحية التغذوية إلى ما بعد السنة الأولى من عمر الطفل، حيث أنها مصدر مهم للطاقة والمغذيات حتى بعد إدخال الأطعمة التكميلية بعد عمر الستة الأشهر. ويوفر لبن الأم للطفل بين سن 6 و12 شهراً نصف احتياجاته أو أكثر من الطاقة، وللطفل بين 12 و24 شهراً ثلث احتياجاته، كما أنه مصدر مهم للطاقة والمغذيات أثناء المرض ويقلّل من الوفيات بين الأطفال[[49]](#footnote-49) المصابين بسوء التغذية، إلى جانب أنّ الرضاعة الطبيعية المستمرة والمتكررة تحمي صحة الأم عن طريق تأخير خصوبتها في فترة ما بعد الولادة.

يجب أن تعزز جميع برامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ الرضاعة الطبيعية وأن تعمل على حمايتها ودعم استمراريتها بعد عمر الستة أشهر.

**7.4 التغذية التكميلية**

**إطار 4: التوصيات المتعلقة بالرضاعة الطبيعية أثناء التغذية التكميلية**

|  |
| --- |
| يعد استمرار الرضاعة الطبيعية عنصراً مهماًللتغذية التكميلية المثلى، وينبغي أن تتضمن جميع برامج التغذية التكميلية رسائل حول الرضاعة الطبيعية ودعمها. |

التغذية التكميلية هي عملية إعطاء الأطعمة والسوائل الأخرى بالإضافة إلى لبن الأم (أو بدائل لبن الأم المناسبة للرضع المحرومين من الرضاعة الطبيعية) عندما لا تكون هذه البدائل كافية وحدها لتلبية الاحتياجات الغذائية للرضع وصغار الأطفال. بالنسبة للرضع الذين يرضعون رضاعة طبيعية، فإن الهدف من التغذية التكميلية هو دعم الرضاعة الطبيعية الجارية واستكمالها، وليس استبعاد لبن الأم أو استبداله. وتغطي التغذية التكميلية في المعتاد الفترة من 6 أشهر إلى سنتين من العمر. ونظراً لاحتمالية حدوث ممارسات التغذية غير الملائمة وخطر سوء التغذية، فإن هذه الفترة تكون عرضة للخطر الشديد بالنسبة للرضع وصغار الأطفال.

ويتضح بطء النمو بشكل أكبر بين 6 أشهر و11 شهراً، عندما تبدأ الأطعمة ذات الكثافة الغذائية المنخفضة باستبدال لبن الأم، وتكون معدلات الإصابة أمراض الإسهال الناجمة عن تلوث الأغذية في أعلى مستوياتها.

وقد يكون من الصعب الانتقال من الرضاعة الطبيعية الحصرية إلى إدخال الأطعمة التكميلية دون الحصول على دعمٍ متخصص. وتتضمن المكونات الأساسية للتغذية التكميلية المناسبة التحضير الصحيح للأغذية وإدخال مجموعة متنوعة من الأطعمة الهامة، ولكن بالإضافة إلى ذلك، فإنّ المكونات الثانوية للتغذية التكميلية لا تقل أهمية وغالباً ما يجرى تجاهلها، مثل التغذية المستجيبة وتحضير الأغذية والتعامل معها بطريقةٍ صحية.

وتشمل ممارسات التغذية التكميلية غير الملائمة التأخر في بدء الرضاعة الطبيعية، وعدم الاقتصار على الرضاعة الطبيعية الحصرية في أول 6 أشهر، والتغذية التكميلية التي تبدأ في وقتٍ مبكر للغاية أو متأخرٍ للغاية بالأطعمة التي غالباً ما تكون غير كافية من الناحية التغذوية وغير آمنة مع التوقف عن الرضاعة الطبيعية. أما فيما يتعلق بالتدخل، فإن التأثير على ممارسات التغذية الملائمة يعدّ أمراً بالغ الأهمية، كالتأثير على توافر الأطعمة الكافية واستخدامها، حيث أنه نشاط معقد يخضع لقوى سياسية ونفسية واجتماعية وثقافية واقتصادية وتجارية.

وستكون المبادئ التغذوية التي تحكم تغذية الرضع وصغار الأطفال هي نفسها في حالات الطوارئ كما هي في أيةٍ حالةٍ أخرى، غير أن الأعباء المتزايدة والملقاة على عاتق السكان والتحديات التي لا مثيل لها لحالات الطوارئ قد تستلزم اتبّاع نهج أكثر مرونة وابتكاراً.

وللمساعدة في تجنب مثل هذه الآثار المدمرة في حالات الطوارئ، سيحتاج مقدمو الرعاية إلى الوصول إلى كمياتٍ كافية من الأطعمة التكميلية المغذية والملائمة والمأمونة. وعلى الرغم من عدم وجود سبب يدعو لبدء التغذية التكميلية المبكرة في حالات الطوارئ، فقد تكون هناك حالات يفضل فيها تأخيرها لفترة تزيد قليلًا عن 6 أشهر، على سبيل المثال، إذا كانت تدابير الصرف الحي سيئة للغاية أو لم تكن هناك أغذية ذات جودة عالية متاحة على الفور لتلبية أشد الاحتياجات الغذائية لعنصري الحديد والزنك. للمساعدة في تلبية هذه المتطلبات، ينبغي اتباع الإرشادات الدولية بشأن مكملات المغذيات الدقيقة للأم والرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، ومنع الممارسة الشائعة المتمثلة في قطع الحبل السري في وقتٍ مبكر لتمكين نقل كمية كبيرة من الدم (وبالتالي الحديد) إلى الطفل. علاوة على ذلك، تشكّل الحالة التغذوية السائدة للسكان قبل حالة الطوارئ تحدياتٍ محددة، وسيكون لها بعض التأثير على الاستجابة الأكثر ملاءمة، على سبيل المثال بالنسبة للأفراد المصابون بسوء التغذية المزمن حيث تكون حالة المغذيات الدقيقة للأم فقيرة مما يزيد من احتمالية عدم حصول الرضع على الرضاعة الطبيعية الحصرية (بسبب الأمراض المتكررة).

يجب أن تدعم التدخلات الخاصة بالتغذية التكميلية الملائمة الحالة التغذوية للأم والرضاعة الطبيعية (تشجيع تناول لبن الأم على النحو الأمثل خلال فترة التغذية التكميلية)، مع إدخال الأطعمة الغنية بالطاقة والمغذيات خلال مرحلة التغذية التكميلية بكميات لا تقلّل من الرضاعة الطبيعية. وينبغي على وكالات الأغذية والتغذية أن تكفل إدراج خيارات التغذية التكميلية المغذية والملائمة بشكلٍ دائم كمعيار في الحصص الغذائية، وفي الحالات التي تفتقر فيها الحصة الغذائية العامة إلى الجودة، وحيثما هناك حاجة إلى تنفيذ تدخلات موجهة لتوفير أغذية تكميلية (مدعمة) غنية بالمغذيات الدقيقة مقبولة ثقافياً للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر وسنتين. ويُعد هذا تحدٍ كبير، ومن الضروري عند تنفيذ أي تدخل في مجال التغذية التكميلية أن يتم دعم وتعزيز الدور المركزي لمقدمات الرعاية في تغذية أطفالهن ورعايتهم.

**المدونة والتغذية التكميلية في حالات الطوارئ[[50]](#footnote-50)**

تهدف المدونة والتزامات السودان الوطنية بالمدونة إلى الحماية من أيٍ نشاط قد يؤدي إلى تقويض الرضاعة الطبيعية. وتعتبر بدائل لبن الأم هي أي أطعمة يتم تسويقها أو تقديمها باعتبارها بديل كلي أو جزئي للبن الأم، سواء كانت ملائمة أو غير ملائمة، ومع أو بدون تعديلات لهذا الغرض. وهذا يعني أن أي طعام يُعطى للرضع دون سن الستة الأشهر يدخل ضمن بدائل لبن الأم، وأي إجراءات لتسويق الغذاء أو تقديمه بطريقةٍ أخرى كأحد بدائل لبن الأم للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر إلى سنتين أو أكثر ستكون أيضاً من ضمن اختصاص المدونة.

ومن ثم، ولضمان الالتزام بأحكام المدونة والمبادئ التوجيهية الوطنية السودانية، فمن المهم تقديم أي سلعة للفئة العمرية المناسبة، مع توفير المعلومات والدعم الملائمين لاستمرار الرضاعة الطبيعية طوال فترة التغذية التكميلية، ومع الاهتمام بالإرشادات المعمول بها والإدارة والأحكام الخاصة باستخدامها السليم.

**ممارسات التغذية التكميلية الموصي بها[[51]](#footnote-51)**

من أجل تلبية الاحتياجات الغذائية للرضع، ينبغي أن تكون الأغذية التكميلية:

* في الوقت المناسب- تُقدم للرضيع بعمر 6 أشهر عندما تتجاوز الحاجة إلى الطاقة والمغذيات ما يمكن توفيره من خلال الرضاعة الطبيعية الحصرية.
* كافية – تُوفر ما يكفي من الطاقة والبروتين والمغذيات الدقيقة لتلبية الاحتياجات الغذائية المتزايدة لنمو الطفل.
* آمنة – تُخزّن وتُحضّر بشكل صحي، وتُقدّم بأيدٍ نظيفة وباستخدام أوانٍ نظيفة، مع عدم استخدام الزجاجات والحلمات مطلقاً.
* مغذية بشكلٍ صحيح – تُقدم بما يتفق مع إشارات الشهية والشبع لدى الطفل،[[52]](#footnote-52)، وأن تكون وتيرة الوجبة مناسبة للعمر.

انظر جدول 4 للاطلاع على ممارسات التغذية التكميلية الموصي بها لكل فئة عمرية.

توصي منظمة الصحة العالمية بأن يبدأ الأطفال الرضع في تناول الأطعمة التكميلية في عمر 6 أشهر إلى جانب لبن الأم، بحيث يتناول الرضع بعمر 6-8 أشهر الأطعمة التكميلية 2-3 مرات في اليوم، و3-4 مرات في اليوم لمن هم بين 9-11 شهراً، و3-4 مرات في اليوم مع وجباتٍ خفيفة مرة أو مرتين في اليوم لمن هم بين 12-24 شهراً.

ينبغي زيادة تناسق الطعام وتنوعه تدريجياً مع تقدم الرضيع في السن، والتكيف مع متطلباته وقدراته. حيث إنّه يمكن للرضع تناول الأطعمة المهروسة وشبه الصلبة بدءاً من عمر 6 أشهر، ويمكن لمعظم الأطفال في سن 8 أشهر تناول الأطعمة التي يتمكنون من أخذها وتناولها بأنفسهم.

وعند بلوغهم سن 12 شهراً، يمكن لمعظم الأطفال تناول الأطعمة ذاتها التي يتناولها بقية أفراد عائلته، مع مراعاة الحاجة إلى الأطعمة الغنية بالمغذيات، بما في ذلك الأطعمة ذات المصدر الحيواني مثل اللحوم والدواجن والأسماك والبيض ومنتجات الألبان.

ويجب تجنب الأطعمة التي قد تتسبب في الاختناق، مثل حبّات العنب أو الجزر النيء. وكذلك المشروبات ذات القيمة الغذائية المنخفضة كالشاي والقهوة والمشروبات الغازية السكرية، مع الحد من كمية العصير المقدمة لتجنب استبدال المزيد من الأطعمة الغنية بالمغذيات.

**تدخلات التغذية التكميلية أثناء الطوارئ[[53]](#footnote-53)**

لا يقتصر تركيز التدخلات الخاصة بالتغذية التكميلية في حالات الطوارئ على الغذاء فقط، بل تشمل مجموعة أوسع بكثير من ممارسات التغذية وسلوكيات الرعاية المترابطة التي تؤدي دوراً فعالاً وأساسياً في نمو الطفل. وستجعل التحديات التي تطرحها حالات الطوارئ رعاية الأطفال وإطعامهم أكثر صعوبة، وبناءً على هذا فإنه من الأهمية أن يكون هناك إرشادات عملية فعالة لمقدمي الرعاية والممارسين والوكالات في هذا المجال، ليس فقط لضمان تلبية المكونات التغذوية للتغذية التكميلية، ولكن أيضًا للمساعدة في تعزيز ودعم العناصر الاجتماعية والنفسية الاجتماعية واستدامتها التي قد تُقوض كثيراً أثناء حالات الطوارئ. ومن هذا المنطلق، قد تكون هناك حاجة إلى عدد من التدخلات عبر القطاعات لتلبية المتطلبات التكميلية بالكامل في حالات الطوارئ.

* تقديم المشورة والنصيحة لدعم ممارسات الرضاعة الطبيعية المناسبة
* تقديم نصائح بشأن إعداد الطعام التكميلي (خاصة للأطعمة غير المألوفة)
* دعم تغذية الأم
* دعم استمرارية الرضاعة الطبيعية خلال فترة 6 أشهر إلى 2 سنة
* ضمان توزيع الحصص الغذائية على السكان المتضررين في حالات الطوارئ يشمل دائماً توفير أغذية تكميلية مناسبة (ثقافياً)
* استخدام الأغذية المدعمة مثل الأغذية المخلوطة المعززة، ومقويات "نقاط الاستخدام"، ومساحيق المغذيات الدقيقة
* توفير مكملات المغذيات الدقيقة
* توفير الموارد، مثل الوقود ومعدات الطهي
* برامج توزيع القسائم والأغذية التكميلية
* التثقيف لضمان إعداد وجبات الطعام بطريقة صحية وبكثافة كافية من المغذيات والطاقة (أي ليست مخففة بدرجة عالية)
* توفير الأدوات والبذور للتمكين من زراعة الأغذية التكميلية المناسبة
* تعزيز الروابط بين الثروة الحيوانية وبرامج التغذية لتحسين جودة الأغذية المتاحة للأطفال

جدول 4: ممارسات التغذية التكميلية الموصي بها

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ممارسات التغذية التكميلية الموصي بها** | | | | |
| العمر | التوصيات | | | |
| التكرار  (لكل يوم) | كمية الطعام التي يأكلها الطفل العادي عادةً في كل وجبة (بالإضافة إلى لبن الأم) | القوام  (الكثافة/التماسك) | التنوع |
| البدء بتقديم الأطعمة التكميلية بعد بلوغ الطفل 6 أشهر | من 2 إلى 3 وجبات، بالإضافة إلى الرضاعة الطبيعية المتكررة | البدء بتقديم 2 إلى 3 ملاعق كبيرة  البدء في "تذوق الطعام" مع زيادة الكمية تدريجيًا | هذه العصيدة/الطري أو المهروس/الفواكه/الخضروات المهروسة | لبن الأم (الرضاعة الطبيعية كلما أراد الطفل)  بالإضافة إلى  المواد الغذائية الأساسية (دخن الذرة، حساء الذرة الرفيعة/العصيدة، العجيدي، أو غيرها من الأمثلة المحلية)  بالإضافة إلى  البقوليات (معجون الفول السوداني المحمص أو أمثلة محلية أخرى) البقوليات (الفول المسلوق الطري، أو حساء ميو ميو أو أمثلة محلية أخرى)  بالإضافة إلى  الفواكه (الموز، المانجو، البرتقال) / الخضار (أوراق الأوجو، الأوراق الخضراء، أوكرو، الإيويدو، أو غيرها من الأمثلة المحلية) |
| من 6 شهور إلى 9 شهور | تقديم من 2 إلى 3 وجبات، بالإضافة إلى الرضاعة الطبيعية المتكررة  يمكن تقديم من 1 إلى 2 وجبتين خفيفتين | 2 إلى 3 ملاعق كبيرة لكل وجبة  زيادة الكمية تدريجيًا إلى نصف (2/1) كوب/وعاء سعة 250 مل | العصيدة/الحساء هذا  الأطعمة والفواكه والخضروات التي تأكلها الأسرة مفرومة ناعمًا/ مهروسة |
| من 9 أشهر إلى 12 شهرًا | تقديم من 3 إلى 4 وجبات بالإضافة إلى الرضاعة الطبيعية  يمكن تقديم من 1 على 2 وجبة من الوجبات الخفيفة | نصف (1/2) كوب/وعاء 250 مل | أطعمة العائلة وفاكهة /خضروات مفرومة ناعمًا  الأطعمة التي تؤكل على شكل أصابع، بما في ذلك الفاكهة/الخضروات  أطعمة مقطعة إلى شرائح |
| من 12 إلى 24 شهرًا | تقديم من 3 إلى 4 وجبات بالإضافة إلى الرضاعة الطبيعية  يمكن تقديم من 1 على 2 وجبة من الوجبات الخفيفة | ثلاثة أرباع (3/4) إلى واحد كوب/ وعاء 250 مل | أطعمة مقطعة إلى شرائح  أطعمة العائلة |
| إذا كان عمر الطفل بين 6 و24 شهرًا ولم يرضع | أضف 1 إلى 2 وجبتين إضافيتين  يمكن تقديم من 1 إلى 2 وجبة الخفيفة  بالإضافة إلى من 2 إلى 3 أكواب من السوائل الزائدة، خاصة في المناخات الحارة | مثل ما سبق، وفقاً للفئة العمرية | | مثل ما سبق |
| التغذية النشطة/الاستجابية (تنبيه واستجابة للعلامات التي تدل على أن الطفل مستعد للأكل؛ تشجيع الطفل بنشاط دون إجباره على تناول الطعام) | * كوني صبورة وشجعي طفلك بشكل فعال على تناول المزيد من الطعام. * إذا رفض طفلك الصغير تناول الطعام، شجعيه مراراً وتكراراً، حاولي حمل الطفل في حضنك أثناء الرضاعة، أو واجهيه أثناء جلوسه في حضن شخص آخر. * قدمي أطعمة جديدة عدة مرات، وقد لا يحب الأطفال (أو يقبلون) الأطعمة الجديدة في المحاولات القليلة الأولى. * أوقات التغذية هي فترات التعلم والحب. تفاعلي مع الطفل ولا تشتتي انتباهه أثناء إطعامه. * لا تجبري طفلك على تناول الطعام. * ساعدي طفلك الأكبر على إطعام نفسه بنفسه | | | |
| الصحة الشخصية | * اطعمي طفلك باستخدام كوب/وعاء نظيف وملعقة، ولا تستخدمي الزجاجة أبداً لأنها صعبة التنظيف وقد تتسبب في إصابة طفلك بالإسهال. * اغسلي يديك بالماء والصابون قبل تحضير الطعام وقبل تناوله وقبل إطعام الأطفال الصغار. * اغسل يدي طفلك ووجهه بالصابون قبل الأكل وبعده | | | |

**توفير الأطعمة التكميلية ومصادر الفيتامينات**

يجب أن تصنع الأطعمة التكميلية، من الناحية المثالية، من الأطعمة المغذية المتاحة محلياً وبأسعار معقولة. وفي الأماكن التي كانت الأسواق تعمل فيها والأغذية فيها متوفرة وبأسعار معقولة، من المهم إعطاء الأولوية للترويج للأغذية المتاحة محلياً واستخدامها في تلبية الطلب عليها. وحيثما لم تكن الأغذية متاحة وميسورة التكلفة، فإن استيراد المنتجات المناسبة للاستخدام في تغذية الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهراً، مثل سوبر سيريل، قد يكون تدخلاً مؤقتاً وضرورياً إلى أن تصبح الأغذية المنتجة/المستعملة محلياً متاحة مرة أخرى في الأسواق ويستطيع السكان تحمل تكاليفها، أو يكون من الممكن لبرامج النقد/القسائم أن تساعدهم في الحصول على هذه المنتجات.

عند تقديم الأطعمة، يجب أن تكون طرية وشبه صلبة وأن تعطى للرضيع بكمياتٍ قليلة في كل مرة حتى يعتاد على نكهة الطعام وملمسه.

**جدول 5: الأطعمة التكميلية المتوفرة محلياً في السودان**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **أنواع الأطعمة التكميلية المتوفرة محلياً في السودان** | | |
| الأطعمة شبه الصلبة | الحبوب مثل الذرة والقمح والأرز والدخن والذرة الرفيعة؛ الجذور والدرنات، مثل الكسافا والبطاطا. |  |
| البقوليات | الفول والعدس والبازلاء والفول السوداني والبذور، مثل السمسم وبذور البنوسيد. | A picture containing vegetable, various, counter, arranged  Description automatically generated |
| الأطعمة الغنية بفيتامين أ | الخضار: الخضروات ذات الأوراق الخضراء الداكنة، والجزر، والبطاطا الحلوة البرتقالية والقرع والباذنجان وبيض الحديقة، الملفوف. | A picture containing different, various, variety, arranged  Description automatically generated |
| الفواكه: مانجو، الباوباو، باشن فروت، برتقال، موز، أناناس، أفوكادو، بطيخ، طماطم | A picture containing arranged  Description automatically generated |
| الأطعمة حيوانية المصدر | اللحوم: مثل اللحوم، الدجاج، الأسماك، الكبد، الجبن، البيض. اللبن ومشتقاته | A picture containing indoor  Description automatically generated |
| الزيت والدهون | البذور الزيتية والسمن والزبدة المضافة إلى الخضار والأطعمة الأخرى التي تعمل على تحسين امتصاص بعض الفيتامينات وتمد الجسم بطاقة إضافية. يحتاج الرضع فقط إلى كمية صغيرة جداً من هذه الأطعمة - لا يزيد عن نصف ملعقة صغيرة يومياً. | A picture containing bottle, indoor  Description automatically generated |

**الحديد**

يعتبر الحديد عنصراً مهماً لنمو الطفل، حيث أنه يُخزن داخل الجسم ويتواجد في لبن الأم بكمياتٍ صغيرة، بالرغم من أنه تُجرى عملية امتصاصه بسهولة. تستخدم مخازن الحديد الموجودة عند الولادة تدريجياً خلال الأشهر الستة الأولى، ويجب بعد ستة أشهر توفير احتياجات الطفل من الحديد عن طريق الأطعمة التكميلية.

**المصادر الجيدة للحديد هي:**

* المصادر الحيوانية: الكبد واللحوم الخالية من الدهون والأسماك
* المصادر النباتية: البقوليات والفول والبازلاء والعدس والسبانخ.

**فيتامين ج**

* تناول الأطعمة الغنية بفيتامين ج مع/أو بعد الوجبة بوقت قصير يزيد من امتصاص الحديد.
* شرب الشاي والقهوة مع الوجبة يقلل من امتصاص الحديد ويجب تجنبه.

**اليود**

يمكن أيضاً استخدام جزء صغير من الملح المعالج باليود في تحضير الأطعمة العائلية لضمان وجود عنصر اليود في الطعام.

**النكهات الاصطناعية**

لا ينصح باستخدام محسنات النكهة، بما في ذلك مكعبات المرق المنكهة مثل ماجي أو رويكو وغيرها، في الأطعمة التكميلية، على الرغم من أنها شائعة الاستخدام في المنزل، إلا أنها لا تتمتع بأي قيمة غذائية كما أنها تضيف مكونات غير صحية وقد تزيد من خطر الإصابة بالأمراض على المدى الطويل. بالإضافة إلى ذلك، فإن أحد العناصر الأساسية لإدخال الأطعمة الجديدة هو أن يتعلم الرضيع ويتقبل النكهات الجديدة والمتواجدة بشكل طبيعي في الطعام والتي من الممكن ألا تظهر عند إضافة النكهات الاصطناعية.

**إدماج إرشادات التغذية التكميلية في مناطق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ**

يجب أن تكون رسائل التغذية التكميلية والدعم المخصص لها في المناطق التي تنفذ فيها أنشطة تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، بما في ذلك زوايا تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، وبرنامج الرعاية العلاجية للمرضى الخارجيين ومجموعات دعم الأمهات/الآباء.

وفي حالات الطوارئ، يمكن تعديل العروض التوضيحية للأطعمة (انظر أدناه) بحيث تُجرى على المستوى الفردي داخل الزوايا أو حيث تكون رسائل تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. وفي هذه الحالة، وبدلًا من طهي الطعام نفسه، فإنه يقتصر على تبادل الرسائل التي تبين المكونات بما في ذلك الحصص مع اتاحة الوصفات.

7.**5 العروض التوضيحية للأطعمة**

إطار 5: نظرة عامة على العروض التوضيحية للأطعمة

**تُعد العروض التوضيحية المقدمة بصورة تشاركية للأطعمة طريقة عملية للتوضيح للأمهات ومقدمات الرعاية كيفية إعداد أطباق محسنة للأطفال الصغار، باستخدام المكونات المحلية المتاحة بسهولة.**

إن الغرض من إجراء عروض الطهي التوضيحية التشاركية هو إيصال رسائل التغذية التكميلية، وكذلك تزويد الأمهات ومقدمات الرعاية بمهارات جديدة في إعداد الطعام وتنمية ثقتهن في إعداد أطباق محسنة أو جديدة تتضمن أطعمة ميسورة التكلفة ومتاحة محلياً. كما أنها مصممة لخلق الوعي بالمكونات الغذائية المغذية غير المستغلة بشكل كافٍ والمتاحة بسهولة في المنزل أو في المنطقة، وهي مهمة بشكل خاص للسكان الذين نزحوا مؤخراً حيث يمكن تغيير الأطعمة وإمدادات الطهي المتاحة. وتكون الرسائل والتعليمات ذات الصلة حول كيفية إعداد وجبات مغذية، من خلال المشاركة العملية في إعداد الوجبات مثل غسل المكونات أو تقطيعها، هي أيضاً العنصر الأساسي للعروض الغذائية. وأخيراً، فإنها توفر لهم فرصة لتذوق الأطباق التي تم إعدادها مع إبداء الملاحظات حول اللون والشكل والنكهة/الرائحة ومذاق الطبق المحسن لتقديم التغذية الراجعة للميسرين المسؤولين عن تنفيذ العروض التوضيحية للأطعمة بهدف العمل باستمرار مع المجتمع لضمان أن تبقى التوصيات الغذائية ملائمة ومقبولة وبأسعارٍ معقولة ومناسبة.

**التوقيت والمكان**

يجب الاتفاق على وقت ومكان تنظيم العروض التوضيحية من قبل الأمهات ومقدمات الرعاية المشاركات، بحيث يكون المكان متاحاً وعلى مقربة من أنشطة التغذية الأخرى، وأن يكون التوقيت مناسباً للأمهات ومقدمات الرعاية، وأن يتم العمل بقدر الإمكان على تجنب الأيام/الأوقات التي تُجرى فيها عمليات توزيع أو أعمال منزلية أخرى مثل إعداد وجبات عائلية أكبر داخل المنزل. وبما أنه سيتم شراء الأطعمة من السوق المحلية، فيمكن تنظيم العروض التوضيحية بعد يوم أو يومين من أيام السوق.

**شراء مكونات العروض التوضيحية للأطعمة**

يجب شراء المكونات من المجتمع المحلي، وبقدر الإمكان من السوق المحلية، على أن تكون الأطعمة مناسبة من الناحية الموسمية ومتاحة وبأسعار معقولة.

**الأجندة المقترحة**

يجب أن تستغرق عروض الطعام حوالي 120 دقيقة أو ساعتين في المجمل، وأن يبين جدول العرض التوضيحي مكونات الطهي المعروضة والمخزنة في حاوياتٍ شفافة وكذلك، في جميع الحالات، المراحل المختلفة لإعداد الطعام.

**الأجندة**

* الترحيب والتقديم
* الرسائل الرئيسية حول التغذية التكميلية
* كيفية غسل اليدين
* تقديم الوصفات
* تحضير أملاح الإماهة الفموية
* تحضير وجبات تكميلية للرضع من عمر 6-8 أشهر
* تحضير وجبات تكميلية للرضع من عمر 9-11 شهراً
* تحضير وجبات تكميلية للرضع من عمر 12 - 23 شهراً
* الخاتمة

**الرصد والتقييم والمساءلة والتعلم**

يجب وضع آلية للتغذية الراجعة حول التغذية تتيح إمكانية تقديم تغذية راجعة حول نكهة وسهولة تحضير الوصفات المستخدمة وكذلك قابلية تطبيقها على الوصفات العائلية.

**إطار 6: 10 خطوات لعرض الأطعمة التوضيحية الناجحة**

|  |
| --- |
| **10 خطوات لعروض الأطعمة التوضيحية الناجحة**   1. تحديد مجموعتك المستهدفة – تحديد المعرفة بأنواع الطعام في المنطقة وما تفعله تلك الأطعمة في الجسم 2. إعداد رسالة موجزة عن التغذية 3. التحلي بالتنظيم والثقة والتهذيب 4. استخدام وصفات ذات الصلة بأسعار معقولة، بحيث تكون من المكونات المتاحة محلياً. 5. التأكد من نظافة المكان وجذبه لانتباه الحضور 6. التأكيد على رسائل التغذية والممارسات الصحية خلال العروض التوضيحية للأطعمة 7. ضمان المشاركة الفعالة لأعضاء المجموعة في مهام إعداد الطعام 8. السماح لجميع المشاركين بتذوق الطعام الجاهز 9. مراعاة سلامة الأغذية والعادات والممارسات الجيدة 10. الحصول على تغذية راجعة من خلال الأسئلة والأجوبة لتعزيز العروض التوضيحية مستقبلاً |

**7.6 المشورة بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال**[[54]](#footnote-54)

تُعد الاستشارات الخاصة بالرضاعة الطبيعية من التدخلات المنقذة للحياة لأنها تساعد على التخفيف من تأثير حالة الطوارئ وضمان بدء الرضاعة الطبيعية واستمراريتها، في حين يؤدي عدم حماية الرضاعة الطبيعية أثناء حالات الطوارئ لعواقب ضارة مثل انخفاض معدلات الرضاعة الطبيعية وزيادة سوء التغذية والوفاة. وبالتالي، فإن توفير الدعم المتخصص للرضاعة الطبيعية هو إجراء ذو أولوية أثناء حالات الطوارئ كما هو مبين في ميثاق إسفير  الإنساني والمعايير الدنيا في مجال الاستجابة للكوارث[[55]](#footnote-55).

وينبغي تقديم المشورة للأمهات أو مقدمات الرعاية اللواتي لا يقمن بالرضاعة الطبيعية بشكلٍ كلي أو جزئي، أو اللواتي يحتجن إلى دعم في مجال الرضاعة الطبيعية، من قبل جهة تواصل وتنسيق مدربة في مجال **تغذية الرضع وصغار الأطفال. حيث تقدم المشورة بشأن الرضاعة الطبيعية على أساسٍ فردي مع الأم/مقدمة الرعاية على أي مستوى يقدم فيه الدعم لتغذية الرضع وصغار الأطفال**، وتدريب **الموظفين على تقديم المشورة بما في** ذلك في مرافق الصحة الأولية أو مراكز تحقيق الاستقرار أو برامج الرعاية العلاجية للمرضى الخارجيين أو برامج التغذية التكميلية الشاملة أو برامج التغذية التكميلية الموجهة أو على مستوى العائلة. يجب أن تقدم المشورة في جميع السياقات، بما في ذلك حالات الطوارئ، ومع ذلك قد يتم إدخال بعض التعديلات للتكيف مع القيود التي تفرضها حالة الطوارئ.

تتكون الاستشارة من الاستماع إلى المخاوف، ومناقشة الأسئلة، والتثقيف بشأن الرضاعة الطبيعية، ومراقبة العملية الطبيعية للرضاعة الطبيعية وتحدياتها والمساعدة فيها. إن الهدف من تقديم المشورة بشأن الرضاعة الطبيعية هو تمكين المرأة من القيام بها وتعزيز ممارسات تقديم الرعاية المتجاوبة، مع احترام أوضاعها ورغباتها الشخصية. ويشمل ذلك مراقبة الرضاعة الطبيعية وتقديم المشورة بشأن استئناف الرضاعة وزيادة إنتاج لبن الأم. وينبغي تزويد مقدمات الرعاية وأمهات الرضع وصغار الأطفال من عمر 6 إلى 23 شهراً بالمشورة والتثقيف بشأن الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية، حيث يشمل ذلك تقديم الدعم لاستئناف الرضاعة الطبيعية، والتغذية بالكوب، وزيادة إدرار اللبن، وهي إجراءات تنفذ مع الرضع الذين يرضعون رضاعة طبيعية أو يتغذون صناعيا بشكل كلي أو جزئي. وقد تتنقل مقدمة الرعاية بين التغذية الاصطناعية والرضاعة الطبيعية أو القيام بكليهما (التغذية المختلطة). ولذلك، لا ينبغي اعتبار المشورة الهادفة إلى الحد من مخاطر التغذية الاصطناعية على أنها منفصلة عن المشورة بشأن الرضاعة الطبيعية، وينبغي ضمان تنفيذها بطريقةٍ صحية ومستجيبة، إلى جانب تقديم الدعم الكافي للأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية وأولئك الذين لا يرضعون رضاعة طبيعية كجزء من أية استجابةٍ طارئة.

تتضمن نقاط الدخول المحتملة لتقديم المشورة، ضمن خدمات الصحة والتغذية الصحة الإنجابية بما في ذلك الرعاية الأساسية لحديثي الولادة (ENC)، والعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الجنساني (SGBV)، ومنع انتقال العدوى من الأم إلى الطفل (PMTCT)، وتنظيم الأسرة، والرعاية السابقة للولادة (ANC) والرعاية بعد الولادة (PNC)، وصحة الطفل بما في ذلك خدمات طب الأطفال التي تعالج الأطفال المصابين بالهزال، وخدمات التحصين، وعيادات رعاية الطفل، والإدارة المتكاملة للحالة المجتمعية (iCCM)، والإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة (IMCI) ومراقبة النمو، والصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي (MHPSS)، وتدخلات الاستجابة لتفشي الأمراض المعدية بما في ذلك الرعاية السريرية وإدارة الحالات والرعاية التغذوية ودعم تغذية الأطفال الرضع، والصحة المجتمعية، وتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (IYCF-E)، وعلاج هزال الأطفال بما في ذلك الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد عند الأطفال (CMAM)، و إدارة الأمهات والرضع المعرضين للخطر (MAMI).

وتعد بطاقات المشورة في مجال تغذية الرضع وصغار الأطفال بمثابة أدوات يمكن استخدامها لتقديم رسائل رئيسية بشأن استمرارية الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية ومواجهة أي تحديات، لكن يجب تكييف هذه البطاقات مع كل سياق وترجمتها إلى اللغات المحلية، حيث تتوفر هذه البطاقات في السودان باللغات الإنجليزية والعربية والتغراي. ويجب على الشركاء في قطاع التغذية التأكد من أنّ هذه البطاقات متاحة للعاملين في مجال الصحة والتغذية في كل مكان حيث يجب تقديم المشورة.

وللحالات التي تكون فيها الرضاعة أو اللبن البشري من امرأة أخرى مقبولاً وممكناً، فيجب على مقدّم الاستشارة أيضاً تقديم الدعم للمرضعة أو المتبرعة باللبن البشري، كما أنّ تثقيف أفراد العائلة الكبار الآخرين وتقديم المشورة لهم يعد مهماً للغاية للطفل حتى يتلقى دعماً كاملاً ومستداماً**. (انظر قسم xxx لمزيد من المعلومات حول المبادئ التوجيهية للمرضعة البديلة)**

**7**.**7 مراقبة الرضاعة الطبيعية**

في حال أظهر التقييم الكامل مواجهة الأم أو مقدمة الرعاية لتحديات في الرضاعة الطبيعية، فمن المهم مراقبة عملية الرضاعة الطبيعية للطفل لتحديد ما إذا كانت هناك أي مشاكل في الوضعية وترابط الأم والرضيع، كما أنّ عملية الرصد والرقابة مهمة لتعزيز الثقة بالنفس وتقديم الرسائل الرئيسية أثناء تقديم المشورة عند إرضاع الطفل.

نموذج مراقبة الرضاعة الطبيعية **(انظر لملحق 8: نموذج مراقبة الرضاعة الطبيعية)** هو أداة يمكن أن تدعم الموظفة المسؤولة عن التعبئة التغذوية وموظفات الصحة والتغذية عند مراقبة الرضاعة الطبيعية أثناء إجراء التقييم الكامل.

**ملاحظة: يجب دائماً طلب الإذن قبل مراقبة الأم أو مقدمة الرعاية أثناء الرضاعة الطبيعية**

**قبل مراقبة الرضاعة:**

* قدّمي نفسك للأم، وابدئي بطرح أسئلة حول ما تشعر به تجاه الرضاعة الطبيعية، وإذا كان هناك أي ألم أو عدم ارتياح أثناء عملية الإرضاع، إلى جانب الاستماع إلى مخاوفها في هذا الشأن.
* اطلبي الإذن لمشاهدة الأم أثناء إرضاع طفلها. إذا كان الطفل ملفوفاً في بطانية، فاطلبي من الأم إزالتها حتى تتمكني من رؤية الطفل بوضوح.
* إذا كان الطفل يرضع، فاطلبي من الأم الاستمرار بذلك. أما إذا كان الطفل لا يرضع، فاطلبي من الأم القيام بالرضاعة بالطريقة العادية في أي وقت يبدو فيه طفلها جاهزاً للرضاعة. إذا كان الطفل راغباً بالرضاعة في هذا الوقت، فاطلبي إذن الأم لمشاهدة عملية الرضاعة. أما إذا كان الطفل غير مهتم بالرضاعة، فعليك التحلي بالصبر وحاولي لاحقاً إذا لزم الأمر.
* ابحثي عن كرسي أو مقعد للجلوس عليه أو اجلسي على الأرض على مقربة من الأم، حيث أنّ الجلوس بنفس مستوى جلوس الأم أو مقدمة الرعاية يكسر الحدود ويسمح بتواصلٍ أوضح بينكما.
* قبل الرضاعة الطبيعية أو بعدها، اطرحي على الأم أو مقدمة الرعاية بعض الأسئلة المفتوحة عن أحوالها وأحوال طفلها، وكيفية سير الرضاعة لبدء المحادثة وتشجيع الأم على التحدث عن نفسها وعن طفلها.
* حددي الأشياء التي تسير بشكلٍ جيد مع الأم أو مقدمة الرعاية. قد تكون بعض الأمثلة على ذلك ملاحظة أنّ الطفل يرضع بشدة، أو أن اللبن يتجمع حول فمه، أو أن الرضيع يصبح أكثر استرخاء مع استمرارية الرضاعة، وما إلى ذلك. قدمي، متى اقتضى الأمر، القليل من المعلومات حيثما يكون ذلك مناسباً.

**أثناء الرضاعة:**

* استمري في المشاهدة والتفاعل مع الأم أو مقدمة الرعاية طالما أنها قادرة على ذلك وفي الوقت ذاته مواصلة الرضاعة.
* يمكن استخدام الرسم التوضيحي المساعد للرضاعة الطبيعية أثناء مراقبة الرضاعة الطبيعية، مع توضيح الرسم للأم وأسباب استخدامه.
* عند استخدام نموذج المساعدة، ضعي علامة صح بجانب كل علامة تلاحظينها.

وإذا تبين أن الأم أو مقدمة الرعاية بحاجة إلى المزيد من الدعم، قومي بتقديم الدعم لها أو إجراء تقييم كامل حول تغذية الرضع وصغار الأطفال، أو استمري أو قومي بإحالتها إلى برنامج تقديم المشورة في مجال تغذية الرضع وصغار الأطفال، حيثما كان ذلك مناسبا.

**7.8 المشورة بثلاث خطوات**

هناك ثلاث خطوات مهمة تحدث أثناء تقديم المشورة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال وهي التقييم والتحليل واتخاذ إجراء. هناك أوقات تحدث فيها أكثر من خطوة واحدة في نفس الوقت، على سبيل المثال أثناء ملاحظة الرضاعة الطبيعية حيث يمكن تقديم المشورة والرسائل في الوقت ذاته. **انظر ملحق 9:** المشورة بثلاث خطوات للحصول على مزيد من التفاصيل لكل خطوة.

1. التقييم

* طره الأسئلة والاستماع والمراقبة
* التقييم السريع البسيط
* التقييم الكامل، إذا كان التقييم السريع البسيط يشير إلى الحاجة لإجرائه
* نموذج مراقبة الرضاعة الطبيعية، إذا كان التقييم الكامل يشير إلى الحاجة لاستخدامه

1. التحليل

* تحديد الصعوبة وما إذا كان هناك أكثر من واحدة، والعمل على ترتيبها حسب الأولوية.
* اتباع الإرشادات الخاصة بالدعم الأساسي للرضاعة الطبيعية (**قسم xxx: الدعم الأساسي للرضاعة الطبيعية**) والدعم المتخصص للرضاعة الطبيعية عند تحديد الصعوبات **(انظر قسم xx: الدعم المتخصص للرضاعة الطبيعية**).

1. اتخاذ إجراء

* المناقشة واقتراح القليل من المعلومات ذات الصلة، والاتفاق على خطة عمل محتملة.
* إنشاء خطة عمل للرعاية (**انظر قسم xxx: خطط عمل الرعاية**)
* تقديم الإحالات إذا لزم الأمر (**انظر قسم xxx: نظم الإحالة المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ**).

7.9 **الأماكن الداعمة لتغذية الرضع وصغار الأطفال**

"الأماكن الداعمة" هو مصطلح عام يطلق على الأنواع المختلفة من الأماكن الآمنة حيث يمكن للحوامل والأمهات وغيرهن من مقدمات الرعاية للرضع وصغار الأطفال الحصول على الدعم في مجال تغذية ورعاية أطفالهن وأنفسهن أثناء حالات الطوارئ.

قد تشمل الأماكن الداعمة الأماكن المخصصة للأم والطفل، والأماكن الصديقة للطفل، أو الزوايا الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال. وهي عبارة عن أماكن مادية، وعادة ما تكون مزودة بموظفين (وإن لم يكن ذلك دائماً لا سيما في زوايا تغذية الرضع وصغار الأطفال) ونقاط اتصال متخصصة يمكنها تقديم الخدمات التي تحمي ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال المناسبة وتعمل على تعزيزها دعمها. وقد تكون تلك الأماكن أساسية مثل توفير منطقة خاصة للرضاعة الطبيعية أو شاملة بحيث تعقد فيها لأنشطة مجدولة بما في ذلك عمليات التقييم السريع والبسيط أو المشورة الفردية أو الأنشطة النفسية والاجتماعية أو الصحية.

من الممكن أيضاً أن تتضمن الأماكن الداعمة عقد جلسات موجهة للرجال/الآباء أو الجدات على وجه التحديد، حسب السياق. وينبغي، كحد أدنى، تدريب الموظفين حول تغذية الرضع وصغار الأطفال، والدعم الأساسي للرضاعة الطبيعية، والتقييمات السريعة البسيطة، وتوجيههم حول مسائل الحماية، بما في ذلك العنف القائم على النوع الجنساني، بغض النظر عن الخدمات المقدمة في أماكن الدعم.

**إطار 9: أمثلة على الخدمات والأنشطة المقدمة في الأماكن الداعمة[[56]](#footnote-56)**

|  |  |
| --- | --- |
| **الخدمات والأنشطة ضمن الأماكن الداعمة** | |
| **تتضمن الأمثلة: الأماكن الصديقة للطفل، والخيام الصديقة للطفل ، والأماكن المخصصة للأم والطفل، وزوايا تغذية الرضع وصغار الأطفال وغيرها من الأماكن الداعمة** | |
| **الخدمات والأنشطة الأساسية** | |
| * توفير أماكن ترحيبية لمقدمات الرعاية للاسترخاء وقضاء أوقات مع أطفالهن * توفير مكان مريح وخاص للرضاعة الطبيعية * توفير مرافق مياه الشرب المأمونة وغسل اليدين * تقييم الاحتياجات الفردية للأم والطفل (على سبيل المثال، تغذية الرضع وصغار الأطفال، والاحتياجات النفسية والاجتماعية واحتياجات الحماية) * توفير المعلومات حول/الإحالة إلى الخدمات ذات الصلة (كالتحصين والرعاية السابقة للولادة وما إلى ذلك). * تقديم المشورة الفردية المتخصصة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال/ الرضاعة الطبيعية * عقد جلسات تنمية الطفولة المبكرة/التعلّم المبكر/جلسات اللعب * تنظيم أنشطة للنساء الحوامل (على سبيل المثال، التحضير للولادة وفترة ما بعد الولادة)   إحالة الناجيات من العنف القائم على النوع الجنساني | |
| **الخدمات والأنشطة الإضافية المحتملة التي يمكن أخذها بعين الاعتبار** |
| * الدعم النفسي والاجتماعي * الدعم النفسي * تمارين الاسترخاء واليقظة * المناقشات الجماعية و/أو مجموعات دعم الأقران * التثقيف بشأن التغذية/النظافة/ممارسات الرعاية * الدعم المتخصص لاستئناف الرضاعة أو المرضعة البديلة * إدارة الرضع المعتمدين على بدائل لبن الأم (أو الإحالة إلى خدمات إدارة لبن الأم) * تدليك/مساج الطفل * استحمام الطفل/أنشطة نظافة الطفل * أنشطة التغذية التكميلية، مثل العروض التوضيحية للطهي * الفحص والإحالة لحالات الإصابة بسوء التغذية * تنظيم الأسرة ووسائل منع الحمل الطارئ * المعلومات والدعم حول المسائل المتعلقة بالحماية (ما وراء الإحالة فقط) * تقديم الدعم للناجيات من العنف القائم على النوع الجنساني (بعد الإحالة فقط) * تقديم وجبات خفيفة مغذية للحوامل والمرضعات |

**7.10 زوايا تغذية الرضع وصغار الأطفال**

تُعد زوايا تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ عنصراً هاماً لتقديم الرعاية الداعمة المتعلقة بتغذيتهم في حالات الطوارئ. على سبيل المثال فإنّ زوايا تغذية الرضع وصغار الأطفال المزودة بموظفات متفرغات في المراكز الصحية المكتظة تذكّر القابلات بضرورة إحالة النساء للحصول على المشورة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال كجزء من رعايتهم قبل الولادة وبعدها. يمكن إيجاد هذه الزوايا في أي منشأة أو نقطة توزيع. وعلى الرغم من عدم وجود معايير دنيا مشتركة بين الوكالات بشأن هذه الزوايا، إلا إنها ينبغي أن تلبي المتطلبات العامة المنصوص عليها في هذا الدليل العملي في حالات الطوارئ[[57]](#footnote-57)، والمدونة الدولية لتنظيم تسويق بدائل لبن الأم[[58]](#footnote-58)، ودليل إنهاء الترويج غير المناسب لأغذية الرضع والصغار[[59]](#footnote-59)، وينبغي عليها أيضاً الالتزام بمعايير برنامج إسفير المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال، والمياه والصرف الصحي والنظافة ، والمعايير الدنيا للحماية والصحة النفسية.أركان

توفر زوايا تغذية الرضع وصغار الأطفال أماكن خاصة للرضاعة الطبيعية وتقديم المشورة المتخصصة بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال داخل المرافق التغذوية والصحية، كما تعمل على ضمان وجود جوٍ ترحيبي ومحترم وإيجابي حيث يمكن للأم ومقدمة الرعاية الشعور بالاحترام والتقدير، وتمتلئ هذه الزوايا بالغالب بالزينة والمظاهر الإيجابية بدلاً من غزارة المعلومات ومواد التعليم والتواصل. ينبغي توفير محطات لغسل اليدين والمياه الصالحة للشرب، وكذلك الوجبات الخفيفة للأمهات ومقدمات الرعاية في حال أمكن ذلك. ومن الضروري أيضاً أن توفر تلك الزوايا بعض الخصوصية في حال لزم الأمر، وأن تكون ُمجهزة بمقاعد مريحة حيث يمكن للأم أو مقدمة الرعاية إرضاع طفلها بصورةٍ مريحة.

هذا ولا تقتصر زوايا تغذية الرضع وصغار الأطفال على المراكز الصحية والتغذية، بل ينبغي لها أيضاً أن توفر مساحة خاصة للرضاعة الطبيعية داخل الأماكن الصديقة للطفل، أو أماكن التوزيع، أو الأماكن الأخرى حيث تتواجد النساء بشكلٍ دوري. وبناءً على توافر الموظفات المختصات بتقديم المشورة، قد لا توفر تلك الزوايا المتواجدة خارج المرافق الصحية والتغذوية دعماً متخصصاً وجيداً أو قد تقدم دعماً متخصصاً بشكلٍ متقطع.

تتمثل الخدمات والأنشطة الأساسية التي يمكن تقديمها في زوايا تغذية الرضع وصغار الأطفال فيما يلي[[60]](#footnote-60):

* توفير مساحة ترحيبية بمقدمات الرعاية للاستراحة وقضاء أوقات مع أطفالهن.
* توفير مساحة للرضاعة الطبيعية مريحة وتحترم الخصوصية
* توفير مرافق المياه الصالحة للشرب وغسل اليدين
* تقييم الاحتياجات الفردية للأم والطفل (على سبيل المثال: تغذية الرضع وصغار الأطفال، والنفسية والاجتماعية، والحماية)
* توفير معلومات بشأن/ الإحالة إلى الخدمات المعنية (على سبيل المثال: التحصين، الرعاية السابقة للولادة وغيرها)
* المشورة الفردية المتخصصة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال/الرضاعة الطبيعية.
* دعم متخصص لاستئناف الرضاعة و/أو للمرضعة البديلة
* أنشطة تغذية تكميلية، مثل عروض الطهي التوضيحية
* فحص وإحالة حالات الإصابة بسوء التغذية من الأمهات والأطفال
* إحالة الناجيات من العنف الجنساني.

**7.11 الأماكن الخاصة بالأم والرضيع**[[61]](#footnote-61)

الأماكن الخاصة بالأم والرضيع هي أماكن آمنة وخالية من الضغط حيث يمكن للأم إرضاع طفلها والاستراحة وتناول الطعام والشراب والحصول على مشورة فردية وجماعية متخصصة بشأن الرضاعة الطبيعية والتغذية. وتوفر هذه الأماكن دعماً شاملاً للحامل والمرضعة والأطفال في حالات الطوارئ[[62]](#footnote-62).

تهدف الأماكن الخاصة بالأم والرضيع إلى:

* الحد من تزايد معدلات سوء التغذية والاعتلال والوفاة.
* مساعدة العائلة على تنفيذ ممارسات الرعاية في حالات الطوارئ وما بعدها.
* تحسين رفاهية الحامل والرضع وصغار الأطفال وأمهاتهم/مقدمات الرعاية، مع مراعاة التجارب الحياتية والمشكلات السابقة والحالية
* مساعدة العائلة على تعزيز نمو الطفل وإبقائه على قيد الحياة
* الحد من أو تقليل الآثار السلبية لعمليات التوزيع غير المرغوبة وغير الشرعية لبدائل لبن الأم
* توفير الحلول الملاءمة والمستدامة للرضع الذي لا تعتبر الرضاعة الطبيعية أحد خياراتهم.
* توفير المعلومات والتدريب بشأن التغذية التكميلية المناسبة ورعاية الرضع وحديثي الولادة.
* التقييم المهني لإمكانية الرضاعة الطبيعية والإحالة للمرافق الصحية للحصول على المصادر البديلة للبن الأم.

تُقدِم الأماكن الخاصة بالأم والرضيع:

* منطقة انتظار- حيث يمكن الترحيب بالزوار وشرح الفعاليات للأمهات وتقديم المشروبات أو الوجبات لهن وتوجيههن نحو الأنشطة.
* منطقة للرضاعة الطبيعية – مكان هادئ وخاص مخصص للرضاعة الطبيعية والدعم المشترك بين المرضعات إلى جانب جلسات المشورة الجماعية.
* محطة نظافة صحية للاستخدام من جميع مقدمات الرعاية عند الحاجة، بما في ذلك تغيير حفاضة الطفل واستحمامه، والممارسات الصحية الأخرى لتقليل العدوى.
* منطقة لعب مخصصة للأطفال – توفر جلسات لعب بين الأم والطفل، وجلسات لعب للأطفال الأكبر سناً في حال وجودهم مع الأم (تتضمن أدوات الرسم والمكعبات والألعاب)
* منطقة استشارة – للنساء الحوامل والمرضعات ومقدمات الرعاية بهدف تقديم المشورة والدعم الفردي، بما في ذلك تقييم الأم والطفل، وتقديم المشورة بشأن الرضاعة الطبيعية واستئناف الرضاعة والرضع المحرومين من الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية والإحالات في حال تحديد مشكلات إضافية.

تهدف الأماكن الخاصة بالأم والرضيع بشكلٍ أساسي إلى رعاية الأم ومقدمة الرعاية من أجل تعزيز رعاية الطفل، ولا تركز على الرضاعة الطبيعية وتغذية الطفل فقط، بالرغم من أن هاتين المسألتين تتمتعان بقدرٍ خاص من الأهمية، بالنظر لتأثيرهما على بقاء الطفل على قيد الحياة، بل هي بمثابة برنامج اجتماعي نفسي بهدف إلى تقديم الدعم الشامل للأطفال ومقدمات الرعاية الذين يواجهون حالاتٍ طارئة.

يمكن إنشاء مكان خاص بالأم والرضيع في ملجأ أو داخل خيمة حيث تتوفر المساحة المناسبة.

**7.12 إنشاء الأماكن الداعمة**

ينبغي إنشاء أماكن داعمة في الحالات الطارئة في حال أظهرت عمليات التقييم أنّ ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال و/أو رفاهية الأم معرضة للخطر، وحيث لا يتاح للأمهات أماكن خاصة ومريحة للرضاعة الطبيعية، وحيث يحدث انقطاع في تقديم الخدمات الصحية، وحيث لا يوجد أماكن آمنة ونظيفة مخصصة للعب للرضع وصغار الأطفال، وعندما يكون الوصول محدوداً للتعليم والمعلومات، أو في حال عدم إعطاء الأولوية لتغذية الرضع وصغار الأطفال بسبب أعباء العمل الثقيلة أو الأولويات المتنافسة.

قد لا يكون ملائماً إنشاء أماكن داعمة جديدة حيث ينتشر السكان بأعداد كبيرة أو تنخفض كثافتهم، أو أثناء تفشي الأمراض المعدية مثل كوفيد-19[[63]](#footnote-63). بالرغم من ذلك، ينبغي أن تتبع الأماكن القائمة قبل تفشي الأمراض توصيات الصحة العامة حول الأمراض، مثل تعزيز تدابير مكافحة العدوى.

**التوظيف**

يعتمد عدد الموظفين على عدد الأنشطة المقدمة وحجم المكان وعدد المستخدمين المحتملين، وكذلك القيود المفروضة على التنقل والحركة بسبب الأمن أو توجيهات كوفيد-19. وبشكل عام، فإن الحد الأقصى المقبول هو وجود موظف واحد لكل 15 أم أو مقدّمة رعاية[[64]](#footnote-64).

**المواد والمعدات**

ستعتمد المواد والمعدات المطلوبة على السياق والأنشطة بحسب تقييم احتياجات السكان المتضررين من حالات الطوارئ، والسياق الثقافي[[65]](#footnote-65)، وينبغي أن تهدف المواد المختارة إلى إيجاد بيئة ترحيبية وودية (على سبيل المثال فيما يتعلق بترتيبات الجلوس)، ويُوصى بالتموضع المسبق للأدوات التي تحتوي على موادٍ أساسية كإجراء استباقي.

**اختيار الموقع**

عند اتخاذ القرار بشأن عدد الأماكن وحجمها، من الضروري مراعاة حجم السكان وانتشارهم الجغرافي ومسائل السلامة والأمن، وينبغي تأمين أمن الموقع وسلامته وساعات العمل وجعله ممكن الوصول، وأن تكون دورات المياه على بعد 50 متراً منها، كما ينبغي أيضاً إنشاء الأماكن الداعمة في مواقع قريبة من نقاط التغذية، أو المرافق الصحية، أو الخدمات الأخرى ذات الصلة، ومن المهم التنسيق بين أفراد المجتمع ومدراء تلك المواقع لضمان سلامتها وأمنها، ومراجعة إجراءات الحماية من العنف القائم على النوع الجنساني[[66]](#footnote-66).

**7.13 مجموعات الرعاية ومجموعات دعم الأقران**

إن مجموعات الرعاية ومجموعات دعم الأقران هي مجموعات تطوعية مجتمعية تلتقي بانتظام لتبادل المعلومات وتقديم الدعم وتنمية الشعور بالانتماء للمجتمع المحلي.

تتعطل في الغالب مجموعات الدعم على المستوى المجتمعي بسبب حالة طارئة، لذا من المهم إعادة بناء الدعم على المستوى المجتمعي والاستفادة من الهياكل المجتمعية القائمة عقب ظهور تلك الحالة الطارئة، وبناءً على ذلك ينبغي مراعاة الاعتبارات بضرورة إعادة مجموعات الدعم أو تشكيل مجموعات جديدة.

**مجموعات الرعاية**

لقد أثبت منهج مجموعة الرعاية[[67]](#footnote-67)، وهي نموذج محدد لمجموعة دعم الأقران وتعزيز تغيير السلوك، فعاليته في معالجة قضايا انعدام الأمن الغذائي والقضايا التغذوية في إطار العديد من السياقات الإنمائية.

تتكون مجموعة الرعاية من 10-15 متطوع من التربويين في مجال الصحة المجتمعية يلتقون بانتظام مع موظفي المشاريع بهدف الحصول على التدريب والإشراف، وتختلف عن مجموعات دعم الأقران النمطية بأن كل متطوعة تكون مسؤولة عن تنفيذ زياراتٍ دورية لـ 10-15 من جيرانها، ومشاركة ما تعلمته، وتسهيل عملية تغيير السلوك على مستوى العائلة. وتخلق مجموعات الرعاية تأثيراً مضاعفاً للوصول بشكلٍ منصف لجميع العائلات المستفيدة من خلال التواصل من أجل تغيير السلوك بين الأشخاص، كما تقدم هيكلية لنظام المعلومات الصحية المجتمعي الذي يوفر الرقابة الغذائية التي تتضمن قياس محيط منتصف العضد، إلى جانب تقارير بشأن حالات الحمل الجديدة والولادة والوفيات التي جرى تحديدها أثناء الزيارات المنزلية[[68]](#footnote-68).

**الاعتبارات الجنسانية لمجموعات الرعاية**

ينبغي أن يضم نموذج مجموعات الرعاية كلاً من الرجال والنساء، وخاصةً في المجالات التي توجد بها مجموعات دعم الآباء الأقران والتي ثبتت فعاليتها في تحقيق نتائج تغذية الرضع وصغار الأطفال.

وبينما يعتمد نموذج مجموعات الرعاية – بما في ذلك التدريب والتوجيه – على مجموعات الرعاية التي تقودها النساء، أظهرت المعطيات المأخوذة من سياقاتٍ أخرى حدوث تغيير سلوكي مفيد عند تضمين الرجال أيضاً سواء في نموذج مجموعات الرعاية[[69]](#footnote-69)، أو في استخدام نموذج مشابه مثل نموذج نادي الآباء باستخدام[[70]](#footnote-70) منهج مجموعة صحة الرجال[[71]](#footnote-71).

لذلك، من المرجح أن يؤثر تطبيق مجموعات الرعاية المعدلة ذات القيادة الذكورية التي تستهدف الآباء أو مقدمو الرعاية من الذكور في مجموعات الجوار إيجابياً من حيث تعزيز التغيير السلوكي في المجتمع، وبمجرد تطبيق ذلك ينبغي تقييمه ومراجعته وتنقيحه إن لزم الأمر.

**إنشاء مجموعات الرعاية**

يتمتع الشركاء المنفذون الذين يقومون بتنفيذ برامج قائمة على نموذج مجموعات الرعاية بفريق عملٍ محدّد للعمل داخل هذا البرنامج، حيث تقع على عاتق المنسق مسؤولية التطبيق الكلي للبرنامج، بينما يقوم المشرفون بالإشراف على تنفيذ البرنامج على المستوى المجتمعي بما في ذلك الإشراف على 4 إلى 6 موظفين آخرين مسؤولين عن تعزيز البرنامج، وهم أفراد من المجتمع توظفهم المنظمات غير الحكومية لمساعدة المتطوعين في مجموعات الرعاية والإشراف عليهم، كما ويُعتبر متطوعو مجموعات الرعاية أساس نموذج مجموعات الرعاية ويعملون على نشر الرسائل الهامة للمجموعات الأخرى المجاورة (انظر شكل 4: النموذج نمطي لإنشاء مجموعات الرعاية).

**المروجون الصحيون**

ينبغي أن يتعلم المروجون الصحيون ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال في الحالات الطارئة، بما في ذلك النظافة الشخصية والنمو الأساسي للطفل.

**اختيار متطوعي مجموعات الرعاية**

ينبغي أن يكون متطوعو مجموعات الرعاية أفراداً بارزين في المجتمع يتم اختيارهم من قبل المشاركين في البرنامج أو قادة المجتمع الرئيسيين، ويضمن ذلك وجودهم في مكانٍ يسمح لهم بالمشاركة والتأثير على تغيير السلوك الاجتماعي.

تدريب متطوعي مجموعات الرعاية

ينبغي تدريب متطوعي مجموعة الرعاية على تغذية الرضع وصغار الأطفال في الحالات الطارئة، إلى جانب ممارسات النظافة الشخصية ورعاية الرضع من خلال المروجين الصحيين المشرفين عليهم والداعمين لهم، حيث يلتقي متطوعو مجموعات الرعاية كل أسبوعين مع المروج الصحي لتعلّم مجموعةٍ جديدة من الرسائل والأنشطة الصحية والتغذوية.

**تطوير مجموعات الرعاية**

يتحمل كل متطوع في مجموعة الرعاية مسؤولية تكوين 5- 10 مجموعات رعاية في منطقته بحيث تتكون كل مجموعة رعاية – بعد ملاءمتها مع مجموعات الرجال – من 10-16 رجلاً أو امرأة يقومون بعد ذلك بنقل المعلومات في شبكاتهم الاجتماعية المعنية.

جدول 10: معايير مجموعات الرعاية[[72]](#footnote-72)

|  |  |
| --- | --- |
| معايير مجموعات الرعاية | |
| **اختيار متطوعي مجموعات الرعاية** | ينبغي اختيار متطوعي مجموعات الرعاية من خلال العائلات أو مقدمي الرعاية ضمن مجموعة العائلات التي سيقومون بخدمتها، أو من خلال القيادة في القرية، بدلاً من تعيينهم من قبل فريق عمل البرنامج. |
| **حجم مجموعة الرعاية** | يتراوح حجم مجموعات الرعاية، التي يتدرب فيها المتطوعون، بين 6 إلى 16 متطوع للسماح بالتعلم التشاركي. وتتم مراقبة الحضور، حيث تشير معدلات الحضور المنخفضة في اجتماعات مجموعات الرعاية إلى وجود خطأ ما، وعلى المنظمة تحديد المشكلات المحتملة. |
| **عدد مرات التواصل** | يتواصل متطوعو مجموعات الرعاية مع المستفيدين من الأمهات أو الآباء، وتعقد لقاءات لمجموعات الرعاية مرة واحدة شهرياً على الأقل (الأفضل مرتان)، ويتم الإشراف عليها بغرض خلق الثقة والألفة، كما أنّ تكرار اللقاءات يرتبط بتغيير السلوك. |
| **التغطية** | تتم مراقبة التغطية، والتي تستهدف الوصول إلى 100% من العائلات في المجموعة المستهدفة مرة واحدة شهرياً على الأقل، وأن يحقق المشروع 80% على الأقل من التغطية الشهرية للعائلات المستهدفة، وتأتي أهمية ذلك من أنّ التغيير السلوكي يكون مرجحاً بشكل أكبر عندما يكون التواصل منظماً، وعندما تتبنى العديد من الأمهات الممارسات التي يتم الترويج لها. |
| **السلوكيات المستهدفة** | إن أغلب ما يتم الترويج له من خلال مجموعات الرعاية موجه نحو تقليص حالات الوفاة وسوء التغذية – وقد وضع هذا المعيار لأغراض المناصرة من أجل إثبات فعالية مجموعات الرعاية في تقليل حالات وفيات الطفل والأم، إلى جانب خفض نسبة الإصابة بالأمراض وسوء التغذية، ويمكن بعد ذلك تكييف هيكلية مجموعات الرعاية لتلائم خصائص وموضوعات أخرى بأسماءٍ مختلفة. |
| **أدوات التدريس** | يستخدم متطوعو مجموعات الرعاية أدوات تدريس مرئية، مثل اللوحات الورقية وبطاقات المشورة الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال |
| **الأساليب التشاركية للتغيير السلوكي والاجتماعي** | تستخدم هذه الأساليب مع متطوعي مجموعات الرعاية، ومن خلال هؤلاء المتطوعين داخل المجتمع، حيث ثبت أنها أكثر فعالية من الأساليب الرسمية عندما يتعلق الأمر بالتدريس للبالغين |
| **فترة التوجيه** | ينحصر وقت لقاء مجموعات الرعاية بين ساعة إلى ساعتين، لاحترام الوقت الخاص بمتطوعي مجموعات الرعاية، والحد من طلبات التعويض المالي. |
| **الإشراف** | ينبغي الإشراف على المروجين ومتطوعي إحدى مجموعات الرعاية على الأقل (جمع البيانات ومراقبة المهارات) مرة واحدة شهرياً على الأقل لتلقي التغذية الراجعة والدعم. |
| **المسافة** | يعيش جميع المستفيدين ضمن مسافة تسهل القيام بالزيارات المنزلية المتكررة من خلال متطوعي خدمات الرعاية، ويمكن من خلال ذلك تسهيل الزيارات العائلية وزيادة احتمالية أن يكون لمتطوعي مجموعات الرعاية علاقة سابقة مع الأشخاص التي تقدم لهم الخدمة، وينبغي أن يعيش متطوعو مجموعات الرعاية على بعد أقل من ساعة سيراً على الأقدام من موقع الاجتماعات التدريبية لمجموعات الرعاية مع المُروج. |
| **ثقافة البرنامج** | ينبغي أن تعمل ثقافة البرنامج على احترام المستفيدين ومتطوعي مجموعات الرعاية، وخاصةً النساء، حيث أن دعم تمكين المرأة يمثل جزءاً هاماً من النموذج. |

**مجموعات دعم الأقران**

تتضمن مجموعات دعم الأقران مجموعات دعم الأمهات، ومجموعات دعم الأقران من الأمهات، ومجموعات دعم الآباء، وتمثل المجموعات التي تجتمع لدعم العائلات لمناقشة الممارسات الجيدة لرعاية الطفل، ودعم تعزيز السلوكيات المتعلقة بالرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية وتنوع النظام الغذائي والسلوكيات الأخرى الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال.

**مجموعات دعم الأقران من الأمهات**

تمثل مجموعة دعم الأقران من الأمهات لقاءً تجتمع فيه الحوامل وأمهات صغار الأطفال وأشخاص آخرين لديهم اهتمامات مشابهة في مكانٍ آمن بهدف تبادل الأفكار ومشاركة الخبرات وتقديم المعلومات والحصول عليها، وفي نفس الوقت تقديم الدعم والحصول عليه في مجال الرضاعة الطبيعية وتنشئة الطفل وصحة الأم. تدعم الأمهات ومقدمات الرعاية داخل المجموعة بعضهن البعض حيث أنهن يعتنين بأطفال بين عمر اليوم والعامين. وفي كل مجموعة تمثل إحدى العضوات دور الميسرة ويطلق عليها اسم الأم القائدة، حيث يتم تدريبها على تغذية الرضع وصغار الأطفال، إلى جانب أساليب التيسير الرئيسية للمجموعة، وفي الغالب تكون الميسرة أماً من المجتمع نفسه، وتتحمل مسؤولية إشراك أفراد المجموعة في المناقشة بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال وتوفير التنشئة الصحية الأساسية بأسلوب تفاعلي وتشاركي.

وبهدف مضاعفة فاعلية هذه المجموعات واستدامتها، ينبغي أن تركز جهود التعبئة على تحديد هوية وتوظيف المجموعات المجتمعية الحالية المكونة من أعضاء من النساء بدلاً من تكوين مجموعات جديدة بالكامل. على سبيل المثال يمكن أن يكون ذلك مجموعات تجتمع بانتظام في أماكن صديقة للمرأة، وينبغي توظيف المجموعات بناءً على اهتمامهم بتغذية الرضع وصغار الأطفال وبحسب أوقات اجتماعاتهم الدورية، إلى جانب قدرتهم على تحديد عضو رئيسي يمكنه تلقي تدريباً بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال.

تتضمن المجموعات المحتملة للتعبئة ما يلي:

* المجموعات النسائية
* المجموعات الكنسية
* مجموعات اليافعات المتزوجات
* مجموعات الرضاعة الطبيعية
* مجموعات مكافحة انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل
* مجموعات الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز
* المجموعات الشبابية
* المجموعات المدرسية

باستخدام المبادئ التوجيهية لتسهيل لقاءات مجموعات الدعم المجتمعية المعنية بتغذية الرضع وصغار الأطفال[[73]](#footnote-73)، وبطاقات المشورة ذات الصلة، تقوم الميسرة بعقد سلسلة من 12 لقاء حول موضوعاتٍ محددة، حيث تحضر الأمهات المسجلات كل لقاء إلى أن يتخرجن في نهاية السلسلة.

**مجموعات دعم الآباء**

يتحمل الرجال والنساء على السواء مسؤولية مشتركة لمنع سوء تغذية الأطفال، حيث يلعب الرجل، باعتباره رب العائلة، دوراً هاماً في ضمان وصول المرأة الحامل للطعام المناسب، ويكون مسؤولاً عن النمو السليم للطفل بعد ولادته، وضمان تغذية صغار الأطفال تغذيةً صحيحة بما يتضمن الوجبات الدورية والكمية الكافية وكثافة الطعام وتنوعه واستمرار الرضاعة الطبيعية.

صُممت مجموعات دعم بين الآباء بنفس الشكل الذي صُممت به مجموعات دعم الأمهات، حيث أنها قائمة على المجتمع المحلي بقيادة رجل مدرّب يكون والد أحد الرضع الذي يحصل على الرضاعة الطبيعية. ويتم بعد ذلك توظيف الآباء وتدريبهم لتوفير معلومات حول الرضاعة الطبيعية والأبوة لغيرهم من الآباء.

جدول11: معايير مجموعات دعم الأقران

|  |  |
| --- | --- |
| مجموعات دعم الآباء والأمهات | |
| **الأم القائدة والأب القائد** | ينبغي تدريب الأمهات والآباء القادة على تنسيق مجموعات دعم الأقران، وينبغي أن يكونوا أمهات وآباء لأطفال يرضعون طبيعياً، وتتمثل مهامهم في (1) تحديد المشاركين والمشاركات المحتملين (2) إعداد مواضيع اللقاءات، (3) دعوة المشاركين والمشاركات لحضور اللقاءات. |
| **حجم وتكوين المجموعة** | تتكون المجموعات من 8 إلى 15 مشارك ومشاركة هم أمهات وآباء رضع أو صغار من عمر يوم لعامين، أو حوامل أو من لديه زوجة حامل، وأشخاص آخرين من ذوي الاهتمام، وتكون المجموعة مفتوحة وتسمح بانضمام الأعضاء الجدد، وتتم مراقبتها، حيث أن معدلات الحضور المنخفضة تشير إلى وجود خطأ ما، وينبغي على المنظمة تحديد المشكلات المحتملة.  من المهم أن تقوم مجموعات دعم الآباء والأمهات على الشعور بالثقة والقبول وتقدير الذات والقيمة والاحترام، فعند شعور أعضاء المجموعة بالاحترام والتقدير يكون من الأسهل مشاركة المعلومات وتعلم مهارات جديدة وتطوير شعور بالارتباط بين المشاركين والمشاركات. |
| **عدد مرات التواصل** | تُعقد اللقاءات مرة واحدة شهرياً على الأقل (الأفضل مرتان)، ويتم الإشراف عليها بغرض خلق الثقة والألفة، كما أنّ عدد مرات اللقاء يرتبط بتغيير السلوكيات. |
| **التغطية** | تخضع التغطية للرقابة، وتستهدف الوصول إلى 100% من العائلات ضمن المجموعة المستهدفة مرة واحدة شهرياً على الأقل، وأن يحقق المشروع 80% على الأقل من التغطية الشهرية للعائلات المستهدفة، وتأتي أهمية ذلك من أن احتمالية حدوث التغيير السلوكي تكون أكبر عندما يكون التواصل منظماً، وعندما تتبنى العديد من الأمهات الممارسات التي يتم الترويج لها. |
| **السلوكيات المستهدفة** | إن غالبية ما يتم الترويج له من خلال مجموعات الرعاية موجه نحو زيادة الممارسات المثالية لتغذية الرضع وصغار الأطفال. يمكن أن تكون المجموعة مفتوحة، حيث يستطيع المشاركون مناقشة الموضوعات التي تعنيهم، أو قد يحدث تناوب في اللقاءات حيث يتم التركيز على موضوع واحد في كل جلسة، على سبيل المثال: (1) تغذية الأم والحامل، (2) البدء المبكر للرضاعة الطبيعية الحصرية، (3) التغذية التكميلية، (4) تنظيم الأسرة والمباعدة بين الولادات. |
| **أدوات التدريس** | يستخدم الآباء والأمهات القادة أدوات تدريس مرئية، مثل اللوحات الورقية وبطاقات المشورة الخاصة بتغذية الرضع والأطفال الصغار |
| **الأساليب التشاركية للتغيير السلوكي والاجتماعي** | من الضروري أن تكون المجموعة تشاركية ومتعاونة، حيث أثبتت هذه الطريقة أنها أكثر فعالية من الأساليب الرسمية الخاصة بتدريس البالغين، فهي ليست بمحاضرة أو فصلاً دراسياً، ويلعب جميع المشاركين دوراً نشطاً، ومن المهم التركيز على التواصل بين الأقران، وبهذه الطريقة يمكن لجميع المشاركين التعبير عن أفكارهم، ومعارفهم وشكوكهم وتبادل الخبرات والحصول على الدعم وتقديمه للأمهات أو الآباء الآخرين الذين يُشكلون المجموعة. |
| **فترة التوجيه** | لا ينبغي أن يتداخل وقت مجموعات دعم الآباء مع الأنشطة الأساسية للأعضاء (أيام التسويق والتوزيع وجداول العمل وغير ذلك)، وينحصر وقت اللقاء بين ساعة إلى ساعتين. |
| **الإشراف** | يتم الإشراف على المروجين وعلى أم قائدة أو أب قائد واحدة/واحد على الأقل (جمع البيانات ومراقبة المهارات) مرة واحدة على الأقل في الشهر بهدف تلقي التغذية الراجعة والدعم. |
| **الموقع والمسافة** | في حال عقد اللقاء في أحد المنازل، ينبغي ألا يبعُد أكثر من 15-25 دقيقة سيراً على الأقدام من منازل الأعضاء. وفي حال اتساع المجتمع وانتشار أفراده، يمكن ان تكون المناطق المجتمعية أو الأماكن الصديقة للطفل أو المدرسة بديلاً جيداً، وينبغي أن يتمتع المكان بالخصوصية والسلامة حتى يتسنى للأعضاء إحضار أطفالهم معهم. |
| **ثقافة البرنامج** | ينبغي أن تكون ثقافة البرنامج قائمة على احترام المستفيدين والمستفيدات، وخاصةً النساء حيث أن تمكين المرأة يمثل جزءاً هاماً من النموذج. |

**الفصل الثامن: الدعم الفني للرضاعة الطبيعية**

يمكن أن تسهم الاستشارة والدعم الأولي للرضاعة الطبيعية في منع المشكلات والتحديات المتعلقة بالرضاعة الطبيعية وخلق بيئة يمكن من خلالها اكتشاف التحديات والصعوبات بشكل مبكر لمنع تطور العدوى وغيرها من التحديات.

ينبغي أن تحدث الاستشارة الأولية بشأن الرضاعة الطبيعية المبكرة والحصرية، والروايات والمفاهيم المغلوطة، وإشارات الجوع، ووضعية الرضاعة ومخاوف الأم، في أول تواصل أولي مع الأم أو مقدمة الرعاية، ويُفضل غالباً أثناء مواعيد الرعاية السابقة للولادة خلال فترة الحمل. وينبغي ضمان أنه في وقت يحضر فيه طفل يواجه مشكلة في التغذية أن يقوم منسق تغذية الرضع وصغار الأطفال على متابعة صحة الأم، بما في ذلك صحة الثدي، حيث يكون التركيز غالباً على الطفل ولا يمكن التعرف على مشكلات الرضاعة الطبيعية الأخرى.

ينبغي تدريب منسق تغذية الرضع وصغار الأطفال، والذي تدرب مسبقاً على كيفية إجراء تقييم كامل في مركز ثابت أو برنامج علاج المرضى الخارجي، باستخدام دليل المشورة المتكاملة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال الصادر عن منظمة الصحة العالمية واليونيسف[[74]](#footnote-74)، وينبغي أن يتضمن وصفهم الوظيفي القدرة على تقديم المشورة والدعم لمشكلات الرضاعة الطبيعية، وينبغي عليهم فهم وإدراك طرق الإحالة في حالة المزيد من الدعم الطبي.

يمكن الاطلاع على المزيد من المعلومات بشأن المشكلات والصعوبات المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في دليل المشورة المتكاملة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال الصادر عن منظمة الصحة العالمية واليونيسف.[[75]](#footnote-75)

**8.1 مدى التغيير الذي يطرأ على الرضاعة الطبيعية أثناء حالة الطوارئ**

يمكن أن تهدّد حالات الطوارئ ممارسات الرضاعة الطبيعية بشكل جدّي وخطير، وبالتالي تغذية الطفل وصحته وبقائه على قيد الحياة، ويمكن أن تؤدي المفاهيم الخاطئة لدى الأمهات وأفراد المجتمع والمشاركين في جهود الإغاثة حول آثار الصدمة والتوتر وسوء تغذية الأمهات على لبن الأم على التقليل من ثقة الأم في قدرتها على الرضاعة الطبيعية. وبالرغم من عدم تأثر قدرة الأم على إنتاج لبن الثدي بالضغوطات، إلا أن قدرة جسدها على "إفراغ" اللبن قد تتأثر بالضغوطات، ويمكن أن يتداخل عجز الأم عن إفراغ اللبن مع الرضاعة الفعالة، كما يقلّل من ثقتها بنفسها. وقد يقيد غياب الخصوصية في الملاجئ أو المخيمات من قدرتها على الرضاعة الطبيعية بشكل مريح ورفع مستوى التوتر لديها. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يسبب التوتر ما بعد الصدمة والمرض والعنف الجنسي والاكتئاب الشديد – يحتمل زيادتها جميعاً اثناء الحالات الطارئة – في رفض الأم لطفلها الرضيع أو للرضاعة الطبيعية.

كما أنّ القيود التي يفرضها الوقت قد تزداد أثناء حالات الطوارئ وتعمل على تقويض الرضاعة الطبيعية. وقد تعجز النساء من السفر مع أطفالهن في حال كن مضطرات إلى السفر لمسافاتٍ بعيدة والاصطفاف في طوابير طويلة للحصول على الطعام والشراب والوقود وحملها إلى أماكن أخرى. ويتعارض هذا مع الرضاعة الطبيعية عند الطلب والمتكررة للحفاظ على إدرار اللبن الطبيعي. كما أنّ هذه الأنشطة تعمل على تقييد الوقت الذي تكرسه الأم للرضاعة الطبيعية الملائمة ورعاية طفلها. وأخيراً قد يُقوض التوزيع غير المنظم لبدائل لبن الأم، التي تشمل الحليب المجفف المقدم في الحصص الغذائية، من جهود الأم في الرضاعة الطبيعية.

يحق للأم الحصول على دعم متخصص لتعزيز واستعادة ثقتها وقدرتها على الرضاعة الطبيعية لأطفالها. وبناءً على المشكلات الفريدة والمخاطر المتزايدة في حالات الطوارئ، يجب بذل جهود محددة وإضافية لضمان حماية الرضاعة الطبيعية ودعمها.

**8.2 تشقق حلمة الثدي**

يعتبر التهاب حلمة الثدي وتشققها أكثر مشكلات الرضاعة الطبيعية شيوعاً، وخاصة مع الرضاعة لأول مرة أو بعد الولادة مباشرة. وبالرغم من أنّ الحلمات المتقرحة والمتشققة قد تكون شائعة، إلا أنها ليست بالضرورة طبيعية، وتشير إلى الحاجة للمزيد من الدعم.

يُعد ألم الثدي أو الحلمة الذي يصاحبه غالباً تشققات أعلى الحلمة أو حولها من أكثر علامات الحلمات المتقرحة والمتشققة، وقد تنزف الحلمات أو تظهر عليها علامات العدوى، لكن لا يوجد سبب لتجنب الرضاعة الطبيعية أو التقليل منها. وفي حال الالتهاب الشديد لإحدى الحلمات بحيث لا تستطيع الأم إرضاع طفلها منها، يمكنها عندئذٍ الإرضاع من الثدي الآخر السليم، وشفط اللبن يدوياً بطريقةٍ نظيفة وصحية وإطعامه للطفل بعد انتهائه من الرضاعة من الثدي غير المصاب.

يُعد الكشف المبكر للحلمات المتقرحة أو المتشققة والحصول على دعم في هذا المجال أمراً أساسياً لمنع حدوث مشكلاتٍ أخرى مثل احتقان الثدي والتهابه وسوء التغذية، وينبغي عقد جلسات مشورة فردية من قبل منسقة تغذية الرضع وصغار الأطفال.

ولمنع تقرح الحلمات أو تشققها، ينبغي تلقي المشورة حول وضعيات الرضاعة وكيفية حمل الطفل، وتشجيع الأم على عدم استخدام الصابون أو الكريمات على الحلمة، أو إعطاء الطفل حلمة صناعية لأنها ليست صحية وتؤدي إلى سوء تغذية، كما أنّها قد تسبب تعلق الرضيع بالثدي بطريقة تختلف عما لو كان يتغذى على الرضاعة الطبيعية الحصرية، وهو ما قد يؤدي إلى التهاب الحلمات أو تشققها..

عند تقديم المشورة للأم أو مقدمة الرعاية بشأن الحلمات المتشققة أو المتقرحة، ينبغي تشجيعها على مواصلة الرضاعة الطبيعية، حيث يسبب أيقاف الرضاعة الطبيعية أو تقليل عدد مرات الإرضاع التهاب الثدي واحتقانه. قومي بمراقبة الرضاعة الطبيعية باستخدام نموذج مراقبة الرضاعة (انظر قسم 7.1 مراقبة الرضاعة الطبيعية)

تحديد المشكلات المحتملة الخاصة بوضعيات الرضاعة كيفية حمل الطفل.

* التأكد من أن الطفل مواجهاً للأم، وأنّ الأم تقرّب الطفل لثديها وليس العكس، وأن الطفل يتعلق بالحلمة بفم واسع ومفتوح، وذقنه يلامس الثدي. عند طلب الأم المشورة بشأن الوضعية وكيفية حمل الطفل، ينبغي تشجيعها ودعمها. وفي حال احتياج الطفل لتغيير وضيعته، يجب الشرح للأم كيفية إبعاد ثديها من خلال وضع إصبعها النظيف على جانب فم الطفل قبل إبعاده عن ثديها.
* التأكد من أن الأم تجلس في وضعية مريحة قبل بدء الرضاعة الطبيعية. وفي حال قامت الأم بتقريب الطفل إلى ثديها ثم تحركت لاتخاذ وضعية مريحة، قد يغير ذلك من تعلق الطفل بالثدي ويمكن أن يسبب تقرح الحلمة أو تشققها.
* الاقتراح على الأم عدم غسل ثدييها أكثر من مرةٍ واحدة في اليوم وعدم استخدام الصابون أو فركهما بالمنشفة بقوة، لأن الغسل يزيل الزيوت الطبيعية من الجلد، ويزيد من احتمالية حدوث ألم. كما لا يجب نصح الأم باستخدام المستحضرات والمنظفات الطبية حيث يؤدي ذلك إلى تهيج الجلد.
* الاقتراح على الأم استخدام إصبعها لفرك القليل من اللبن السائل بعد الإرضاع فوق الحلمة وحولها، حيث يعزز ذلك من شفاء الحلمة وتعافيها من الألم.

**8.3 داء المبيضات (القلاع الفموي)**

يُعد داء المبيضات أو القلاع الفموي ثاني أكثر الأسباب شيوعاً لالتهاب الحلمة، ويسبّب هذا المرض التهاب وحكة بالجلد.

تأتي عدوى المبيضات في الغالب عقب استخدام المضادات الحيوية لعلاج التهاب الحلمات والتهابات أخرى.

**الأعراض**

تتحدث بعض الأمهات عن الشعور بالحرقان أو اللسع الذي يستمر حتى بعد عملية الإرضاع، وفي بعض الأحيان يتعمق الألم داخل الثدي، وقد تقول الأم أنها تشعر كما لو أن إبراً تُغرس في ثديها.

ينبغي توقع الإصابة بداء المبيضات في حال استمرار التهاب الحلمات حتى عندما يكون تعلق الطفل بها يسير على ما يرام.

يصيب داء المبيضات في الغالب كلاً من الأم والرضيع في نفس الوقت. يجب فحص الطفل للتأكد من عدم إصابته بالقلاع الفموي، فقد يكون مصاباً ببعض البقع البيضاء داخل خده أو على لسانه، ولا تختفي هذه البقع أو تنزف عند مسحها بقطعة قماش، وريما يصاب الرضيع بطفح جلدي في مؤخرته بحيث يظهر عليها الاحمرار والخشونة، وتكون رائحة عرقه كرائحة الخميرة.

من الضروري معالجة الأم وطفلها باستخدام نيستاتين في جميع حالات الاشتباه بالإصابة بالقلاع الفموي، حتى في حال ظهور عرضٍ واحد، حيث يؤدي علاج أحدهما دون الآخر بالسماح بالإصابة مرة أخرى بعد العلاج.

وبشأن النساء المصابات بمرض نقص المناعة البشرية والإيدز، فمن الضروري معالجة القلاع في الثدي والقلاع الفموي لدى الطفل على الفور.

جدول 11: علاج داء المبيضات بالثدي[[76]](#footnote-76)

|  |  |
| --- | --- |
| علاج داء المبيضات | |
| الأم أو مقدمة الرعاية | نيستاتين كريم 100.000 وحدة/غرام: يوضع على الحلمات 4 مرات يومياً بعد الرضاعة، ولمدة 7 أيام بعد التئام الجرح. |
| الطفل | نيستاتين محلول 100.000 وحدة/غرام: وضع ملي واحد في فم الطفل 4 مرات يومياً بعد الرضاعة، ولمدة 7 أيام، أو طوال مدة علاج الأم. |

**8.4 احتقان الثدي**

يحدث احتقان الثدي في حال:

* كان هناك تأخير في بدء الرضاعة الطبيعية بعد الولادة
* وجود ضعف في تعلق الرضيع بالثدي، ومن ثم لا يخرج اللبن من الثدي بالشكل المطلوب
* الإرضاع غير المنتظم، على سبيل المثال إذا لم تكن الرضاعة الطبيعية بحسب رغبة الطفل
* كانت فترات الإرضاع مقيدة

يمكن الحد من احتقان الثدي من خلال إرضاع الطفل مباشرة بعد الولادة، والتأكد من وضعية الطفل الجيدة والتصاقه بالثدي، وتشجيع الرضاعة الطبيعية غير المقيدة، وبالتالي لا يتراكم اللبن داخل الثدي.

يحدث احتقان الثدي نتيجة تراكم اللبن والدم والسوائل الأخرى داخل أنسجة الثدي. بعد ولادة الطفل بوقتٍ قصير، قد تلاحظ الأم زيادة حجم ثدييها وشعور بثقلهما ودفئهما، إلى جانب الشعور بعدم الراحة عند إنتاج المزيد من اللبن، وتستمر هذه الحالة في الغالب من يومين إلى ستة أيام من ولادة الطفل، وهي حالة طبيعية ولا تؤثر على تدفق اللبن، لكنها قد تؤثر على قدرة الطفل على الالتصاق بالثدي. ويؤدي الاحتقان إلى تصلب الثدي وتورمه وليونته وتصبح الحلمات مسطحة ومشدودة مع شدة الإصابة. ويمكن أن يكون الاحتقان الشديد مؤلماً للأم وقد يجعل من الصعب على الطفل الالتصاق بالثدي.

وفي حال لجوء الأم لمنسقة تغذية الرضع وصغار الأطفال، فهناك طرق لدعمها لعلاج احتقان الثدي من خلال تقديم المشورة والدعم العملي.

هناك طرق لمنع احتقان الثدي والتخفيف من آثاره في حال حدوثه:

* البدء المبكر بالرضاعة الطبيعية بأسرع وقتٍ ممكن عقب الولادة، والمداومة عليها قدر الإمكان بعد ذلك، بمعدل 8-12 مرة يومياً خلال 24 ساعة، بما في ذلك خلال ساعات الليل.
* التأكد من وضعية الطفل والتصاقه بالثدي بطريقةٍ سليمة.
* تشجيع الأم على الرضاعة الطبيعية بمجرد ظهور علامات الجوع على الطفل، وتذكيرها بأن البكاء يعد دلالة متأخرة على الجوع، ويجب إيقاظه لإطعامه في حال نومه لأكثر من ساعتين أو ثلاث ساعات أثناء النهار، أو 4 ساعات خلال الليل.
* تذكير الأم أو مقدمة الرعاية بالسماح للطفل بإكمال الرضاعة قبل نقله إلى الثدي الآخر، والسماح له بالنوم أو ترك الثدي بمفرده، فليس هناك حاجة لتحديد مدة الرضاع الطبيعية.

لا يوجد سبب لوقف الرضاعة الطبيعية أثناء احتقان الثدي، ويجب تشجيع الأم على الإرضاع المتكرر. وفي حال تسببت الرضاعة الطبيعية بألم شديد للأم، ينبغي تشجيعها على الإرضاع من الثدي الأقل إيلاماً وشفط اللبن يدوياً من الثدي المحتقن ووضعه في كوبٍ مغلي ونظيف وتقديمه للطفل.

في حال الاحتقان الشديد للثدي ومواجهة الطفل لصعوبة في الالتصاق به، ينبغي إرشاد الأم لكيفية شفط اللبن يدوياً لتليين الثدي للسماح للرضيع بالالتصاق به، ويمكن تقديم ذلك اللبن للطفل بعد الرضاعة الطبيعية.

**اقتراحات أخرى للتعامل مع الانزعاج وعدم الراحة بسبب احتقان الثدي:**

**تدليك الثدي بلطف**

استخدمي راحة يدك في التدليك بدايةً من أعلى الصدر (أسفل عظمة الترقوة مباشرة)، ثم النزول برفق إلى الثدي لأسفل بحركة دائرية باتجاه الحلمة. تزيد فاعلية هذا الإجراء عند الاستحمام أو أثناء الاتكاء على حوض من الماء الدافئ ورش الماء على الثديين.

**كمادات دافئة وتدليك**

تشعر بعض الأمهات بأنّ آلام الاحتقان تقل تدريجياً عند وضع ضمادة دافئة ورطبة على الثدي، وشفط بعض اللبن قبل الرضاعة مباشرةً. قد يؤدي استخدام الحرارة لفترة طويلة إلى زيادة التورم والالتهاب، لذلك من الأفضل تقليل المدة.

الطلب من الأم الرجوع لمنسقة تغذية الرضع وصغار الأطفال في حال:

* عدم التخلص من احتقان الثدي بعد تطبيق إجراءات الراحة المذكورة أعلاه.
* بدأت الأم تعاني من أعراض التهاب الثدي: حمى يصاحبها ارتفاع في درجة الحرارة تزيد عن 100.6 فهرنهايت (38.1 درجة) واحمرار وألم وتورم الثدي (الثديين)وقشعريرة أو أعراض "شبيهة بأعراض الإنفلونزا".
* عجز الرضيع عن الالتصاق بالثدي أو الرضاعة أو رفضها.
* خسارة الرضيع للوزن، أو إظهار علامات الإصابة بالجفاف، على سبيل المثال: عدم وجود عدد مناسب من الحفاضات المبللة والمتسخة في يومٍ واحد.

**8.5 انسداد مجرى اللبن**

* قد يؤدي تقرح الحلمة أو تشققها وما يعقب ذلك من انخفاض في التغذية إلى انسداد قنوات اللبن، مما يؤدي إلى شعور بوجود ألم أو كدمة على الثدي، ووجود كتلة صغير ة في الثدي حيث يوجد الانسداد، وهنا ينبغي تشجيع الأم على استخدام ضمادة دافئة وشفط اللبن باليد لإزالة ذلك الانسداد.
* تشجيع الأم على المتابعة مع موظفة الصحة في حال عدم تحسن الوضع خلال 24 ساعة، أو في حال ازدياد الوضع سوءاً، وينبغي قيام منسقة تغذية الرضع وصغار الأطفال بمتابعة الأمر لتجنب ازدياد الوضع سوءاً.

Diagram

Description automatically generatedشكل 4: أعراض انسداد مجرى اللبن والتهاب الثدي[[77]](#footnote-77)

**8.6 التهاب الثدي**

التهاب الثدي هو التهاب مؤلم يصبب أنسجة الثدي وغالباً ما يكون مصحوباً بالحمى وأعراض مشابهة لأعراض بالإنفلونزا، ويحدث نتيجة انسداد مجرى اللبن أو دخول بكتريا إلى الثدي. ويحدث في الغالب خلال الشهور الثلاث الأولى من الرضاعة الطبيعية، لكن يُحتمل حدوثه أيضاً في أي وقت، وتشمل أعراضه ألم وتورم وارتفاع درجة حرارة الثدي، إلى جانب الحمى والقشعريرة. وتُستخدم عادة المضادات الحيوية بشكلٍ كبير لعلاجه، إلى جانب مسكنات الآلام التي تساعد في الشعور بالراحة. انظر إطار 12: بروتوكول علاج التهاب الثدي.

**يُعد تحسين درجة سحب اللبن من الجزء المصاب بالثدي أحد أهم أجزاء العلاج، حيث لا ينصح بالتوقف عن الرضاعة الطبيعية إلا في حال إصابة الأم بفيروس نقص المناعة البشرية**[[78]](#footnote-78)**. انظر قسم 11.5.1 لإرشادات حول التهاب الثدي للنساء المصابات بمرض نقص المناعة البشرية.**

ينبغي البحث عن أسباب الضعف في سحب اللبن والعمل على إصلاحه:

* البحث عن ضعف التصاق الطفل بالثدي.
* تفحص الضغط الناتج عن الملابس، وخاصةً حمالات الصدر الضيقة.
* ملاحظة ما تفعله الأم بأصابعها أثناء الرضاعة الطبيعية، هل تمسك بحلمة الثدي وربما تمنع تدفق اللبن.

سواء وُجد السبب أم لا، ينبغي نصح الأم بعمل الأشياء التالية:

* الرضاعة الطبيعية المتكررة، حيث إن البقاء مع الطفل يعد من أفضل الطرق للحصول على الراحة والاسترخاء، ولكي تستطيع الاستجابة للرضيع كلما رغب في الرضاعة.
* تدليك الثدي بلطف أثناء إرضاع الطفل.
* أثناء تقديم الاستشارة، ينبغي الشرح للأم كيفية تدليك المنطقة المسدودة، وفوق القناة التي تبدأ من المنطقة المسدودة، ونزولاً إلى الحلمة، حيث يساعد ذلك على إزالة الانسداد في القناة.
* قد يكون هناك سدادة من مادةٍ سميكة تخرج مع اللبن (من الأفضل للطفل ابتلاع هذه السدادة حيث أنًها من اللبن والأنسجة الأخرى من القناة المسدودة).
* وضع كمادات دافئة على الثديين بين الرضعات.

من المفيد أحياناً القيام بما يلي:

* بدء الرضاعة من الثدي غير المصاب، حيث يساعد ذلك في حال بدا أنّ الألم يمنع تدفق هرمون الأوكسيتوسين، ويمكن التغيير إلى الثدي المصاب بعد تدفق الهرمون.
* إرضاع الطفل في وضعياتٍ مختلفة وفي أوقات مختلفة، حيث يساعد ذلك على سحب اللبن من أجزاء مختلفة من الثدي بشكلٍ متساوٍ، والشرح للأم كيفية حمل طفلها في وضعية الإبط، أو كيفية الاستلقاء لإرضاعه بدلًا من حمله من الأمام في كل مرة. ومع ذلك، لا ينبغي عليها إرضاعه بوضعية غير مريحة لها.
* قد لا ترغب الأم أحياناً في إرضاع طفلها من الثدي المصاب، وبالأخص عند الشعور بالألم الشديد، وأحياناً يرفض الطفل الرضاعة من الثدي المصاب، ربما بسبب تغير طعم اللبن. في هذه الحالات، من الضروري شفط اللبن يدوياً لأن بقاءه داخل الثدي يزيد احتمالية حدوث خراج.

يتحسن انسداد القناة أو التهاب الثدي عادة في غضون يوم واحد من تحسّن تصريف اللبن من الجزء المصاب في الثدي، غير أن الأم تحتاج إلى علاجٍ إضافي في حال حدوث ما يلي:

* أعراض شديدة عند رؤيتها لأول مرة، و/أو
* شق يمكن للبكتريا الدخول من خلاله، و/أو
* عدم وجود تحسن بعد مضي 24 ساعة من تحسّن عملية تصريف اللبن.

عند ملاحظة أي من الأعراض المذكورة أعلاه، ينبغي نصحها باستخدام المضادات الحيوية والمسكنات ووجوب التزام الراحة والاسترخاء. انظر جدول 12: علاج التهاب الثدي بالمضادات الحيوية

**جدول 12: علاج التهاب الثدي المُعدي بالمضادات الحيوية**[[79]](#footnote-79)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| علاج التهاب الثدي المعدي بالمضادات الحيوية | | |
| تُعد المكورات العنقودية الذهبية أكثر أنواع البكتريا شيوعاً الموجودة في خرا ج الثدي. لذلك، من الضروري علاج عدوى التهاب الثدي بتناول المضادات الحيوية المقاومة للبنسليناز مثل فلوكلوكساسيلين أو إريثروميسين | | |
| الدواء | الجرعة | الإرشادات |
| فلوكلوكساسيلين | 250 ملغم عن طريق الفم كل 6 ساعات لمدة 7-10 أيام | تناول الجرعة قبل 30 دقيقة على الأقل من الطعام |
| إريثروميسين | 250-500 ملغم عن طريق الفم كل 6 ساعات لمدة 7-10 أيام | تناول الجرعة بعد ساعتين من تناول الطعام |

**علاج التهابات الثدي في النساء المصابات بمرض نقص المناعة البشرية أو الإيدز**[[80]](#footnote-80)

قد يزيد التهاب الثدي أو تشقق الحلمة (خاصة في حال النزيف) من خطر انتقال فيروس نقص المناعة البشرية في حال إصابة الأم بفيروس نقص المناعة المكتسبة أو الإيدز. لذلك، لا ينصح بزيادة وتيرة الرضاعة الطبيعية ومدتها في حال التهاب الثدي.

ينبغي أن تتجنب المرأة الرضاعة من الثدي المصاب عند استمرار الحالة، ويُنصح بالأمر ذاته عند ظهور الخراج، لذا يجب عليها شفط اللبن يدوياً من الثدي المصاب لضمان التصريف الملائم للبن، وهو الأمر الذي يعد ضرورياً لمنع زيادة تدهور الحالة ولمساعدة الثدي على التعافي والحفاظ على إنتاج اللبن.

يجب أن تساعد موظفة الصحة الأم في ضمان قدرتها على شفط اللبن بشكلٍ فعال. وفي حال إصابة ثدي واحد فقط، يمكن للطفل عندئذٍ الرضاعة من الثدي غير المصاب، حيث يزيد تكرار الرضاعة واستمرارها لفترة أطول من إنتاج اللبن. يحصل معظم الأطفال على حاجتهم من اللبن من ثديٍ واحد فقط، ويمكن لهم معاودة الرضاعة من الثدي المصاب بعد تعافيه.

أما في حال إصابة كلا الثديين، فلن تتمكن الأم من الإرضاع من أيٍ منهما، وسوف تحتاج إلى شفط اللبن يدوياً واستئناف الرضاعة الطبيعية بعد تعافيهما، وينبغي على موظفة الصحة في هذه الحالة مناقشة خيارات التغذية الأخرى مع الأم التي يمكن اتباعها في هذه الأثناء.

يمكن للأم إرضاع طفلها اللبن المسحوب يدوياً من الثدي في حال قدرتها على معالجته بالتسخين أو يمكنها إعطائه اللبن الصناعي، ويُرجى إحالتها إلى مقدم رعاية صحية مناسب للعلاج بالمضادات الحيوية والمسكنات، وطلب المشورة حول وسائل التغذية البديلة. قد تلجأ الأم أحياناً إلى وقف الرضاعة الطبيعية عند قدرتها على توفير نوعٍ آخر من اللبن بطريقةٍ آمنة، لكن عليها الاستمرار في سحب كميةٍ كافية من اللبن لمساعدة الثدي على التعافي والبقاء بصحة جيدة إلى حين توقفه عن إنتاج اللبن.

في حال عدم قدرة الأم على الإرضاع من كلا الثديين، ينبغي على منسقة تغذية الرضع وصغار الأطفال مناقشة خيارات التغذية الأخرى المتاحة للأم، بما في ذلك المرضعة البديلة، أو الاستخدام المؤقت لبدائل لبن الأم (انظر قسم 1.9.3 للمزيد من المعلومات بشأن الاستخدام المؤقت لبدائل لبن الأم). عند استخدام بدائل لبن الأم، يجب التأكد من استمرار الأم في شفط اللبن يدوياً للحفاظ على إدرار اللبن. وبمجرد أن يصبح الطفل قادر على الرضاعة الطبيعية مرة أخرى، قد تتطلب الأم الدعم والإسناد لاستئناف الرضاعة. (انظر جزء 1.9.2 للحصول على مزيد من المعلومات حول استئناف الرضاعة)

ينبغي إطعام الرضيع من خلال الكوب، والابتعاد دائماً عن الزجاجات، إلى جانب إعطاء المضادات الحيوية لمدة تتراوح بين 10-14 يوم لتجنب الانتكاسة، فضلاً عن مسكنات الألم وضرورة الراحة، وهو العلاج ذاته لجميع النساء بغض النظر عن حالة الإصابة بمرض نقص المناعة البشرية. قد تقرر الأم في بعض الأحيان وقف الرضاعة الطبيعية في هذا الوقت في حال تمكنت من توفير شكل آخر من اللبن بطريقةٍ آمنة، لكن عليها مواصلة شفط اللبن يدوياً من الثدي للسماح له بالتعافي وإبقائه بصحة جيدة لحين توقفه عن إنتاج اللبن.

**8.7 حلمات مسطحة ومدمّلة ومقلوبة**

يُقصد بالحلمات المسطحة أو المدملة أو المقلوبة الحلمات غير المرفوعة أو التي قد تنكمش وتتراجع داخل الهالة. وفي الغالب، تولد النساء بحلمات مسطحة أو مدملة أو مقلوبة على هذه الحالة، وقد تكون في ثدي واحد أو اثنين. وبينما قد توجد العديد من المشكلات والتحديات، فإن أغلب الأمهات اللواتي لديهن حلمات مسطحة أو مقلوبة يمكنهن ممارسة الرضاعة الطبيعية بشكلٍ ناجح وبمساعدة المشورة والدعم.

قد تكون بعض أنواع الحلمات أكثر صعوبة من الأنواع الأخرى، ويصعب على الرضيع الإمساك بها في البداية، لكن تستطيع الأم في أغلب الحالات الإرضاع بنجاح في حال حصلت على الاستشارة والدعم المطلوبين من منسقة تغذية الرضع وصغار الأطفال، على أن تركز الاستشارة على وضعية الطفل وتعلقه بالحلمة بدلًا من "الحلمة غير الملائمة".

من الضروري عند تقديم المشورة للأم التي لديها حلمة مسطحة أو مقلوبة تذكيرها بأنّ الرضاعة الطبيعية تتم من خلال الثدي ولا تقتصر على الحلمة فقط، ويجب أن يتجاوز فم الرضيع ولثته الحلمة بشكلٍ كامل ويلتصقان بالهالة.

**الملاحظة والتقييم**

**شكل 5: أنواع الحلمة**[[81]](#footnote-81)

A picture containing diagram

Description automatically generated

يوجد العديد من الأشكال المختلفة للحلمة من حيث البروز والانقلاب، حيث تبدو بعض الحلمات وكأنها بارزة لكنها تنقلب عند الضغط عليها، بينما تبدو الحلمات الأخرى مقلوبة ولكنها تعاود البرز عند الضغط عليها، ولا يمكن الاعتماد على التقييم البصري أو الإبلاغ الذاتي عن الحلمات المسطحة لتحديد كيفية إطالة الحلمة.

يُعد تقييم وضعية الطفل عند الرضاعة الاختبار الأفضل لتحديد ما إذا كانت الحلمة قادرة على الاستطالة أم لا. **وفي حال سارت الرضاعة الطبيعية بشكلٍ جيد فلا حاجة للمزيد من التدخل أو التقييم.**

**العلاج والدعم للرضاعة الطبيعية في حالة وجود حلمات مسطحة أو مدملة أو مقلوبة**

**علاج ما قبل الولادة**

**لا يُنصح بالعلاج قبل الولادة. فعلى** سبيل المثال لا يفيد شدّ الحلمات أو ارتداء أغطية أو واقيات الحلمات، حيث يتحسن شكل أغلب الحلمات عند اقتراب الولادة دون أيّ علاج.

**عند الولادة**

تمثّل المساعدة أهم الأشياء بعد الولادة مباشرةً عندما يبدأ الرضيع بالرضاعة الطبيعية.

* بناء ثقة الأم بنفسها. الشرح أنه على الرغم من أنّ الأمر قد يكون صعباً في البداية، إلا أنّ الأم لديها إمكانية الوصول إلى دعم متخصص في مجال تغذية الرضع وصغار الأطفال، وأنها تستطيع النجاح من خلال تحليها بالصبر وحصولها على الدعم.
* توضيح الأمر للأم بأن الثدي سوف يتحسن ويصبح أكثر ليونة خلال أسبوع أو اثنين من الولادة.
* تعريف الأم بأن الرضيع يمارس الرضاعة من الثدي وليس من الحلمة وأنه يحتاج إلى ملأ فمه بالثدي.
* التوضيح أيضاً أنه كلما زادت رضاعة الطفل، تمدّدت الحلمة.
* تشجيع الأم على تعزيز التصاق جسدها بجسد طفلها والسماح له باستكشاف ثديها.
* السماح للطفل بالالتصاق بالثدي بمفرده عندما يرغب ذلك، حيث يتعلم بعض الأطفال الرضاعة بمفردهم.
* مساعدة الأم على تعزيز وضعية الطفل بمفردها في حال لم يتمكن من التعلق بثديها بشكلٍ جيد، ومساعدتها في ذلك إلى أن يتم تحقيق الوضعية المناسبة، وينبغي تقديم هذه المساعدة في وقت مبكر في اليوم الأول بعد الولادة.
* وضع الرضيع على الثدي بوضعياتٍ مختلفة قد يُسهل في بعض الأحيان تعلق الطفل بالثدي. على سبيل المثال، قد تفضل بعض الأمهات وضعية تحت الإبط أو وضعية الشكل في أو الشكل سي أثناء الرضاعة (انظر أساليب الالتصاق العميق أدناه)
* يساعد في بعض الأحيان إبراز الحلمة قبل الرضاعة من خلال تحفيزها أو تدليكها على مساعدة الطفل على التعلق بالثدي. وفي الغالب يكون هذا الإجراء كافياً لالتصاق الرضيع بالثدي في حال الحلمات المقلوبة.

في حال واجه الطفل صعوبة في الرضاعة بشكل فعال أثناء الأسبوع الأول أو الثاني، يمكن للأم تجربة ما يلي:

* شفط اللبن يدوياً وإطعامه للطفل من خلال كوب، حيث يساعد شفط الحليب في الحفاظ على ليونة الثدي ومن ثم يسهل التصاق الطفل به، كما يساعد في توفير إنتاج اللبن من الثدي.
* من ناحية أخرى، يمكنها شفط كمية قليلة من اللبن مباشرة إلى فم رضيعها، حيث تفضل بعض الأمهات هذه الخطوة لأنها قد تثير اهتمام الطفل حيث يجد اللبن مباشرة في فمه وبالتالي تكون المكافأة سريعة وقد تزيد من رغبته في محاولة الرضاعة.

**تدليك الحلمة**

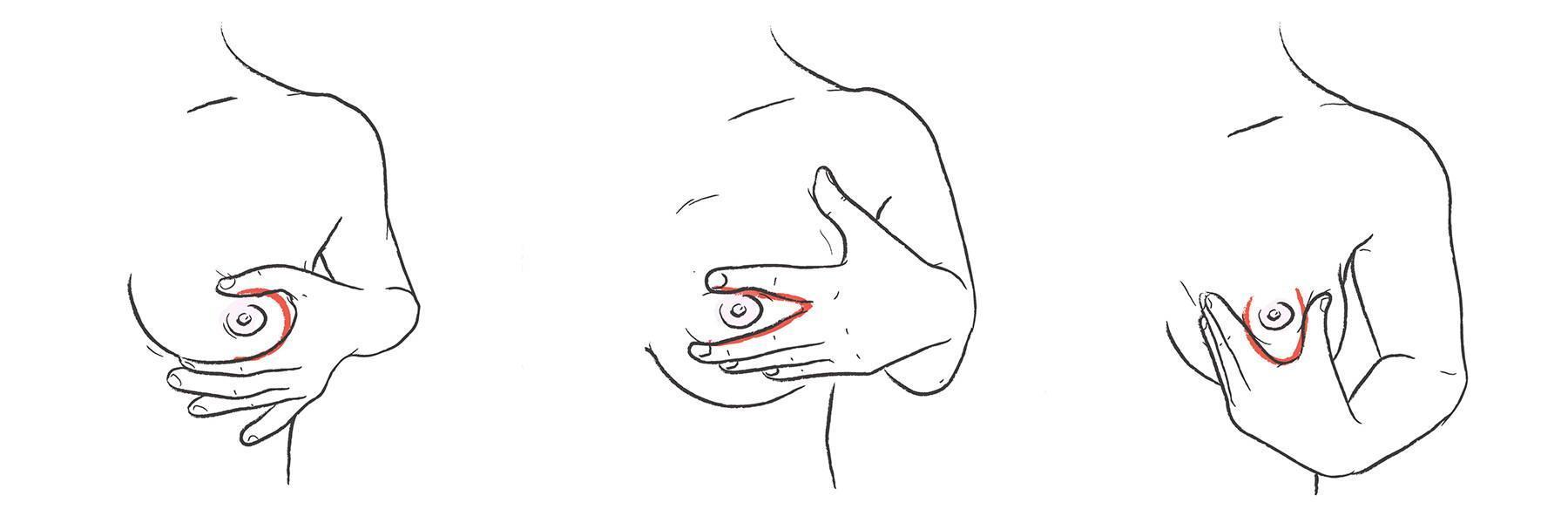
إذا كان من الممكن سحب حلمة الأم، فأمسكي الحلمة ولفيها بين الإبهام والسبابة لبضع دقائق قبل الرضاعة الطبيعية لتشجيع الحلمة على البقاء منتصبة.

|  |  |
| --- | --- |
| **تليين الضغط العكسي**[[82]](#footnote-82)  بالنسبة لمعظم النساء، التدليك والضغط برفق يكفيان لتليين الهالة المتورمة لتحفيز الحلمة على البروز أكثر. إذا لم ينجح التدليك والضغط باليد على تليين الهالة، قد تساعد تقنية تليين الضغط العكسي في هذا المجال، فغالباً ما تكون مفيدة في الأسابيع القليلة الأولى بعد الولادة. اضغطي بلطف عن طريق وضع أطراف الأصابع حول قاعدة الحلمة لمدة ستين ثانية لعمل حلقة من "الدمامل". يمكن أن يقلّل هذا من التورم مؤقتاً بما يكفي للسماح بالتحام الطفل بالثدي أثناء الرضاعة بشكلٍ فعال، ومن الأفضل القيام بذلك مباشرة قبل الرضاعة.  تقنية تليين الضغط العكسي:   * اضغطي بثبات وبصورة منتظمة ولكن برفق على الهالة، تماماً عند قاعدة الحلمة. * اضغطي للداخل باتجاه جدار الصدر لمدة 60 ثانية كاملة أو أكثر * يمكن استخدام تركيبة متنوعة من الأصابع. انظر الشكل XXX. | **A picture containing linedrawing  Description automatically generatedشكل 7: تليين الضغط العكسي** |

**تقنيات الالتصاق العميق**

قد يساعد تشكيل الثدي لخلق مزيد من البروز للحلمة في التصاق الطفل بثدي الأم، حيث يمكن للأم الضغط على صدرها والهالة بين إصبعين والإبهام لإبراز أكبر قدر ممكن من الحلمة. يمكن أن يساعد وضع اليد على شكل حرف سي أو في أو يو(من اليسار إلى اليمين في الشكل 8 أدناه)، بحسب وضعية الطفل والسحب للخلف نحو الصدر على بروز الحلمة.

**شكل 8: تقنيات الالتصاق العميق**[[83]](#footnote-83)



**طريقة الحقنة**

بالإضافة إلى التدليك، يمكن استخدام حقنة للمساعدة في شدّ الحلمتين وسحبهما للخارج. من خلال هذه الطريقة، تُستخدم حقنة بلاستيكية معدة للاستعمال مرة واحدة لغرض السحب. يمكن للأم أن تكرر هذه الطريقة قبل متابعة كل رضاعة طبيعية مع منسقة تغذية الرضع وصغار الأطفال إذا كان هناك ألم أو لا يوجد تحسن.

لاستخدام حقنة للحلمات المقلوبة:

● استخدمي حقنة بلاستيكية معدة للاستعمال مرة واحدة سعة 10 مل أو 20 مل (في حالة وجود حلمات كبيرة)، وتأكدي من وجود مساحة كافية حول حافة الحقنة عندما تكون الحلمة داخلها بحيث لا تضغط على الحلمة أو تسبب احتكاكها بالجوانب.

● قوميِ بإزالة المكبس من الحقنة واقطعي فوهة الحقنة بمقدار 1 مم من الفوهة (انظري شكل 9 أدناه).

● أديري الحقنة وأدخلي المكبس من خلال الطرف المقطوع للفوهة، بحيث يكون الطرف الأملس للحقنة باتجاه الحلمة المقلوبة.

● بللي الحلمة قبل استخدام المحقنة وضعي الطرف الأملس على الحلمة المقلوبة.

● بعد ذلك، اسحبي المكبس برفق لمدة 30 ثانية إلى دقيقة واحدة لتوليد عملية شفط تعمل على سحب الحلمة للخارج.

● إذا شعرت الأم بالألم، ادفعي المكبس إلى الداخل لتقليل الضغط.

شكل 9: طريقة الحقنة[[84]](#footnote-84)

الأم تسحب المكبس برفق

اقطعي على طول هذا الخط باستخدام النصل

Diagram

Description automatically generated

الخطوة الأولى

ادخلي المكبس من خلال الطرف المقطوع

الخطوة الثالثة

الخطوة الثانية

تقوم الأم بسحب المكبس برفق

**الفصل التاسع: ظروف خاصة**

**9.1 مرضعة بديلة**

المرضعة البديلة أو الظئر هي المرأة المرضعة لغير ولدها. يوصى باستخدام مرضعة بديلة في الاستراتيجية العالمية لمنظمة الصحة العالمية واليونيسف بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال[[85]](#footnote-85) والدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ[[86]](#footnote-86) في الحالات التي يتعذر فيها على الأم إرضاع ولدها رضاعة طبيعية وحيثما يكون ذلك مقبولاً من الناحية الثقافية، كما هو الحال في أجزاء من السودان، ويمكن أن تكون ممارسة أساسية تسمح ببقاء الرضيع على قيد الحياة إذا كان يتيماً أو غير مصحوبٍ بذويه أو إذا كانت الأم غير قادرة على إرضاعه طبيعياً لأي سبب من الأسباب. لكن حتى عندما يتم تحديد مرضعة بديلة، يجب دعم الأم أو مقدمة الرعاية وتشجيعها للعب مع الطفل وملامسة جلد الأم لجلده وغسله لتعزيز الترابط العاطفي بينهما.

من المهم تقديم المشورة الكاملة لعائلة الرضيع والمرضعة البديلة وعائلتها حسب الاقتضاء.

ينبغي التحقق من القبول الثقافي للمرضعة البديلة وتوافر المرضعات البديلات في التأهب وكجزء من التقييم المبكر للاحتياجات. يمكن استخدام مرضعة بديلة واستئناف الرضاعة معاً بحيث توفر المرضعة البديلة لبناً إضافياً إلى أن تحصل الأم على لبن كافٍ، مع ضرورة إعطاء الأولوية للمرضعة البديلة لأصغر رضيع.

يجب أن تتناول المرضعة البديلة نفس المكملات الغذائية أو مكملات المغذيات الدقيقة التي تتناولها المرضعات الأخريات. على سبيل المثال، يجب إدراج المرضعة البديلة في برنامج التغذية التكميلية الشاملة حسب الاقتضاء.

غالباً ما تكون المرضعة البديلة:

● المرأة التي تُرضِع طفلها بالفعل

● معروفة للعائلة إما أنها قريبة أو جارة

إذا كانت المرضعة البديلة تشعر بالقلق إزاء عدم امتلاكها ما يكفي من اللبن لرضاعة طفلها وطفل آخر في نفس الوقت، يمكن تنفيذ بروتوكولات مماثلة لاستئناف الرضاعة (انظر: استئناف الرضاعة 1.9.2).

● يمكن مراقبة وزنها ونمو كلا الرضيعين.

● يمكنها استخدام تقنية الرضاعة التكميلية لزيادة إدرار اللبن لديها (انظر استئناف الرضاعة).

**المشورة والفحص بشأن فيروس نقص المناعة البشرية**[[87]](#footnote-87)

يجب أن تخضع المرضعة البديلة لمشورة واختبار سريع، حيثما كان ذلك متاحاً، بشأن **فيروس نقص** المناعة البشرية.في حالة عدم وجود اختبار، إذا كان من الممكن إجراء تقييم لمخاطر فيروس **نقص المناعة البشرية** (انظر أدناه). وإذا تعذر إجراء هذا التقييم وتقديم المشورة، فيجب توفير مرضعات بديلات وتقديم الدعم لهن والمشورة بشأن تجنب الإصابة **بفيروس** نقص المناعة البشريةأثناء الرضاعة الطبيعية.

**تقييم مخاطر فيروس نقص المناعة البشرية**[[88]](#footnote-88)

تقييم مخاطر **فيروس نقص المناعة** البشريةهو عملية (عادة ما تكون على شكل مجموعة أسئلة) توفر نظرة ثاقبة حول احتمالية تعرض المرضعة البديلة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. لا يوجد تقييم أو درجة قياسية لمخاطر الإصابة بالفيروسلتقييم المرضعة البديلة المحتملة، لكن سيأخذ التقييم في الاعتبار حالة الإصابة بالفيروس للشركاء الحاليين أو السابقين، وممارسة الجنس غير الآمن، وتاريخ الأمراض المنقولة جنسياً وما إذا كانت المرأة تبدو في صحةٍ جيدة. غير أنه حتى لو طُرحت هذه الأسئلة، فلا يوجد في الوقت الراهن أي إرشادات أو توجيهات متفق عليها بشأن كيفية تحديد حجم مخاطر الإصابة بالفيروسوما هي طبيعة ممارسات التغذية التي يجب اقتراحها. يتطلب القرار بشأن ممارسات تغذية الرضع توازناً بين عوامل المخاطر التي تؤثر على إبقاء الطفل سليماً وغير مصابٍ بالفيروس. وسيشمل ذلك النظر في انتشار الفيروس والمدة المحتملة للرضاعة البديلة وما إذا كانت المرضعة البديلة في صحة جيدة، وتاريخ اختبار الإصابة بالفيروس (على سبيل المثال أثناء الحمل السابق) وعوامل أخرى مثل مخاطر عدم الرضاعة الطبيعية وجدوى وسلامة الرضاعة الصناعية في هذه الظروف.

يصنف وباء فيروس نقص المناعة البشرية في السودان على أنه وباء منخفض حيث يبلغ معدل انتشاره بين البالغين حوالي 0.2 في المائة، وبمعدل إصابة 0.16[[89]](#footnote-89)في المائة بين النساء اللواتي يترددن على عيادات الرعاية ما قبل الولادة. إنّ الرضيع الذي يرضع من مرضعة بديلة غير معروفة حالة إصابتها بالفيروس سيكون معرضاً لخطر انتقال الفيروس إليه بشكل منخفض حيث:

* في معظم الأماكن، بما في ذلك السودان، معظم النساء غير مصابات بالفيروس. هذا صحيح بشكلٍ خاص في حالات الانتشار المنخفض وإذا لم تمارس المرأة سلوكيات شديدة الخطورة كتعاطي المخدرات عن طريق الحقن الوريدي0
* من المحتمل أن تكون المدة الإجمالية للرضاعة الطبيعية قصيرة أو لفترة أسابيع أو بضعة أشهر، وبالتالي من المرجح أن تكون المخاطر النسبية للإصابة بالفيروس منخفضة – إذ تبلغ مخاطر انتقال العدوى حوالي 0.8 في المائة/شهرياً من الرضاعة الطبيعية في حالة عدم وجود جميع الأدية المضادة للفيروسات التقهقرية.
* النساء المصابات بالفيروس اللواتي لديهن مخاطر أعلى لانتقال العدوى هن النساء ذوات الحمل الفيروسي المرتفع وكتلة تمايز CD4 منخفضة. ومن المحتمل ألا تكن هؤلاء النساء على ما يرام ولسن بصحة جيدة وقد ظهرت عليهن بالفعل الأعراض، وربما لم يكن حتى في حالة جيدة بما يكفي للرضاعة الطبيعية
* في أغلب حالات الانتشار المرتفعة (ومن الناحية المثالية في حالات الانتشار المنخفضة أيضاً)، ستخضع النساء الحوامل لاختبار الفيروس. الأم التي تتطوع لإرضاع طفلٍ آخر في حالة الطوارئ قد تكون مدركة لحالتها منذ بضع سنوات.

**9.2 استئناف الرضاعة**

يمكن للمرأة التي أرضعت طفلًا من قبل، حتى قبل سنوات ماضية، استئناف الرضاعة الطبيعية الحصرية. يجب استكشاف هذا دائماً قبل التفكير في اللجوء لبدائل لبن الأم.

توصي منظمة الصحة العالمية بالرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة لا تقل عن ستة أشهر من حياة الرضيع، ومواصلتها برفقة أغذية تكميلية كافية لمدة تصل إلى سنتين أو أكثر. ومع ذلك، يتوقف العديد من الرضع عن الرضاعة الطبيعية في الأسابيع أو الأشهر القليلة الأولى من حياتهم، وبالتالي يكونون أكثر عرضة للإصابة بالمرض وسوء التغذية والوفاة.

هناك العديد من الأسباب التي قد تؤدي إلى توقف الرضاعة الطبيعية، بما في ذلك المعتقدات الثقافية (على سبيل المثال، أن لبن الأم أصبح "سيئًا'')، والمعتقدات الشخصية (على سبيل المثال، الافتراض بانخفاض إدرار اللبن)، ووفاة الأم، وانفصال الطفل عن أمه، والتوقف المؤقت عن الرضاعة الطبيعية بسبب الأدوية أو المرض، وما إلى ذلك. في هذه الظروف وغيرها، من الممكن أن تعود الرضاعة الطبيعية إلى طبيعتها أو، كما في حالة وفاة الأم، يمكن أن تتمكن امرأة أخرى معاودة إرضاع الطفل. من الممكن استئناف الرضاعة الطبيعية بعد أن توقفت، حتى لو كان ذلك في الماضي البعيد، من قبل الأم لطفلها أو من خلال مرضعة بديلة حتى بدون حمل آخر، وهذا ما يسمى باستئناف الرضاعة.

يمكن للعديد من النساء اللواتي قمن باستئناف الرضاعة أن ينتجن ما يكفي من اللبن لإرضاع الطفل حصرياً، وقد يتطلب الأمر التحلي بالصبر وتحفيز الأم أو مقدمة الرعاية وتدريب الموظفين على استئناف الرضاعة لكي يتكلل الأمر بالنجاح.

**العوامل التي تؤثر على نجاح استئناف الرضاعة**[[90]](#footnote-90)

العوامل المتعلقة بالرضيع:

إنّ الشرط الرئيسي لاستئناف الرضاعة هو قبول الطفل للرضاعة، وقد يتأثر ذلك بما يلي:

● استعداد الرضيع ورغبته في الرضاعة

● عمر الرضيع

● فجوة الرضاعة الطبيعية لدى الرضيع (المدة التي انقطع فيها الرضيع عن الرضاعة الطبيعية)

● تجربة تغذية الرضيع أثناء فترة انقطاع الرضاعة

● أسباب تتعلق بالرضيع لتوقف الرضاعة الطبيعية

● سن الحمل (أطفال ولدوا بوزن منخفض)

● الحالة التغذوية للرضيع (على سبيل المثال، قد يكون الرضيع المصاب بسوء التغذية الحاد الوخيم أقل رغبة في الرضاعة)

العوامل المتعلقة بالأم أو مقدمة الرعاية

● الدافع الشخصي

● فجوة الرضاعة (مدة توقفها عن الرضاعة الطبيعية)

● الدعم المقدم لها من عائلتها ومجتمعها وموظفات الصحة

● الوصول إلى منسقة مدربة ومتخصصة في تغذية الرضع وصغار الأطفال والأدوات ذات الصلة

**الوقت المستغرق لاستئناف الرضاعة**

قد يختلف الوقت اللازم لبدء نتاج لبن الأم. قد تكون بضعة أيام (على سبيل المثال في حال التوقف مؤخراً عن الرضاعة الطبيعية) أو بضعة أسابيع (على سبيل المثال إذا كانت الرضاعة الطبيعية في الماضي مع طفل آخر)، ولكن هذه الجداول الزمنية ليست هي الحال دائماً. ومع ذلك وفي أي حال، يجب التحلي بالصبر وتقديم الدعم المتخصص طالما أن الأم أو مقدمة الرعاية ترغب في استئناف الرضاعة.. فكلما رضع الطفل من الثدي بشكلٍ متكرر، زاد عدد المرات التي ترضعه فيها أمه.

**الإحالات الخاصة باستئناف الرضاعة**

يجب إحالة أي رضيع يقل عمره عن ستة أشهر ولا يخضع للرضاعة الطبيعية الحصرية إلى مركز تحقيق الاستقرار المسؤول من أجل إجراء تقييم كامل وتحديد إمكانية دعمه في مجال استئناف الرضاعة. ويجب كذلك إحالة أي طفل يزيد عمره عن ستة أشهر لا يرضع رضاعة طبيعية لإجراء تقييمٍ كامل وتحديد إمكانية استئناف الرضاعة. وفي حالة التوصية باستئناف الرضاعة و/أو تشجعت الأم أو مقدمة الرعاية على استئناف الرضاعة، فيجب تقديم الدعم لها أو إحالتها للحصول على دعم لاستئناف الرضاعة.

**الدعم المتخصص لاستئناف الرضاعة**

يجب تدريب جميع الموظفات في مركز تحقيق الاستقرار على البروتوكولات الخاصة باستئناف الرضاعة، وتعيين منسقة واحدة في مجال تغذية الرضع وصغار الأطفال داخل المركز للعمل مباشرة مع النساء اللاتي يقمن باستئناف الرضاعة.

**بروتوكول استئناف الرضاعة**[[91]](#footnote-91)

من الضروري تقديم المشورة للأم ومقدمة الرعاية وأفراد العائلة الآخرين حسب الاقتضاء للتأكد من أنّ المرأة التي تستأنف الرضاعة تتلقى الدعم الكافي على مستوى العائلة.

**الخطوات**:

● اشرحي لماذا لبن الأم هو الطريقة الأفضل والأكثر أماناً لإرضاع طفلها، وما الذي تحتاج أن تفعله لاستئناف الرضاعة. وضحي لها أن الأمر يحتاج صبراً ومثابرة لكن الدعم المتخصص متاح لها وأعربي عن ثقتك في قدرتها على استئناف الرضاعة

● التثقيف ووصف آلية استئناف الرضاعة

o إدرار اللبن يعتمد على العرض والطلب، فكلما زاد إطعام الطفل أو إرضاعه، زاد إنتاج الجسم للبن

o يمكن أن يساعد ملامسة جلد الأم لجلد الطفل والسماح له بالرضاعة حتى لو لم يبدأ إنتاج اللبن بعد في تعزيز الهرمونات المطلوبة لصنع لبن الأم

● تعليم تقنيات الاسترخاء مثل التنفس العميق وتدليك الظهر والتخيل وتدليك الثدي، ولا ينبغي أن يُجري ذلك إلا بموافقة الأم، ولا سيما مع تدليك الظهر وغير ذلك من أشكال الملامسة الجسدية، ويمكن إجراؤها مع موظفة أو امرأة من أفراد العائلة أو الزوج حسب ما تقتضيه الثقافة المحلية.

o التنفس العميق: قومي بتوجيه الأم أو مقدمة الرعاية لأخذ نفسٍ عميق لخلق شعور بالهدوء. خذي شهيقاً لمدة أربع ثوان واحبسي الهواء لمدة أربع ثوان، ثم أخرجي الزفير لمدة أربع ثوان وتوقفي لمدة أربع ثوانٍ وكرري الأمر. هذا ما يسمى تنفس الصندوق، حيث يمكن له أن يقلل من القلق والخوف والتوتر.

o تدليك الظهر: يمكن لتدليك الجزء العلوي من الظهر والكتفين والرقبة أن يخفّف التوتر ويخلق الهدوء. افركي بلطف مباشرة على الجلد أو على الملابس حيث تشعر الأم بالراحة، واستمري بذلك من 5 إلى 10 دقائق طالما أنّ الأم تشعر بالراحة.

o التخيل: قومي بتوجيه الأم أو مقدمة الرعاية من خلال تمارين التخيل. هل يمكنها أن تتخيل ذهاب الطفل إلى المدرسة وزواجه ولعبه وما إلى ذلك؟ حيث يمكن أن يساعد تخيل الأوقات السعيدة والهادئة في خلق شعور بالهدوء والثقة.

o تدليك الثدي: هذا شيء يمكن أن تفعله الأم بنفسها أو، كما هو الحال مع تدليك الظهر، من خلال امرأة من أفراد العائلة أو موظفة. قومي بتدليك الثدي بلطف من الصدر إلى الحلمة. وهذا يختلف عن طريقة العصر باستخدام اليد حيث يجري عصر اللبن من الحلمة، حيث يهدف تدليك الثدي إلى تحفيز أنسجة الثدي وليس عصرها لشفط اللبن. استمري في ذلك لمدة من 5 إلى 10 دقائق لكلا الثديين طالما أنّ الأم تشعر بالراحة.

● من المهم بناء الثقة. ساعدي الأم على الشعور بأنها تستطيع إنتاج ما يكفي من لبن الأم للطفل، ويجب أن تراها منسقة تغذية الرضع وصغار الأطفال مرتين في اليوم على الأقل، وأن تتم معالجة أي مخاوف أو شواغل من خلال تقديم المشورة.

● تأكدي من أنّ لديها ما يكفي من الطعام والشراب، حيث أنّ العديد من النساء المرضعات، حتى اللواتي لا يقمن باستئناف الرضاعة، قلقات بشأن نظامهن الغذائي. يمكن أن يساعد ضمان حصولها على وجبةٍ تكميلية واحدة على الأقل في اليوم على بناء ثقتها بنفسها.

o هناك اعتقاد في العديد من السياقات بأن بعض الأطعمة مثل الشوفان والحبوب وغيرها يمكن أن تساعد في إدرار لبن الأم. وعلى الرغم من عدم إثبات ذلك، يُعتقد أنّ تولد الشعور بالثقة لدى المرأة عند تناولها هذه الأطعمة قد يخلق شعوراً لديها بالاسترخاء وبالتالي قد يزداد إدرار لبنها. ومع ذلك، لا ينبغي الترويج لهذه الأطعمة على أنّها تزيد من إدرار لبن الأم، ولكن تغذية الأم تساعد في تغذية الطفل.

● تستغرق عملية استئناف الرضاعة وقتاً، لذلك شجعي الأم على إبقاء الطفل بالقرب منها وملامسة جلدها جلده، وتقديم المشورة للعائلة لدعم الأم أو مقدمة الرعاية في المهام والأعمال المنزلية لضمان قدرتها على الراحة والتركيز على استئناف الرضاعة.

● اشرحي للأم أو لمقدمة الرعاية كيفية وضع الطفل على الثدي عندما يكون منزعجاً وغير مستقر ويبدو جائعاً وما إلى ذلك، حتى في الليل. ينبغي على الطفل الرضاعة من الثدي ما لا يقل عن 10 إلى 12 مرة خلال اليوم طالما رغب بذلك.

▪ يمكنها أن تقدم ثديها للرضيع كل ساعتين

▪ يجب أن تدعه يرضع كلما بدا مهتماً بذلك

▪ تتركه يرضع أكثر من ذي قبل عند كل ثدي

▪ تبقيه معها وترضعه في الليل

▪ في بعض الأحيان يكون من الأسهل أن ترضع الطفل عند شعوره بالنعاس

▪ تأكدي من أنّ التعلق بالثدي وتموضع الطفل يجريان على النحو الأمثل لتعزيز إدرار اللبن.

**توفير لبن آخر إلى أن يتم استئناف الرضاعة**

إذا أُدخل الرضيع في قسم سوء التغذية الحاد وكانت الأم أو مقدمة الرعاية لا تزال تنتج لبن الأم بدافع استئناف الرضاعة، فيجب عليها تقديم لبنٍ آخر بما في ذلك F75 أو F100 في حالة سوء التغذية الحاد أو لبن أم متبرع به من قبل مرضعة بديلة، أو بديل للبن الأم بوصفةٍ طبية في حال توفره. يمكن استخدام طريقة إعطاء اللبن قطرة بالتنقيط أو تقنية الرضاعة التكميلية لضمان عدم انخفاض مخزون لبن الأم، وأن الطفل لا يزال يحصل على فوائد لبن الأم في الوقت الذي يتلقى فيه اللبن العلاجي أو لبن متبرعة أو بديل لبن الأم. يجب تدريب منسقة تغذية الرضع وصغار الأطفال وتثقيفها بشأن استخدام هذه التقنية.

● وضحي كيفية إعطاء الأنواع الأخرى من اللبن، بينما تنتظر تدفق لبن ثدييها، وكيفية التقليل منها مع زيادة لبنها.

● وضحي لها كيفية إعطاء الأنواع الاخرى من اللبن في كوب وليس عن طريق الزجاجة، ولا ينبغي لها استخدام اللهاية.

تقنية الرضاعة التكميلية (SST)

•اشرحي للأم ما تقترحي القيام به. إذا لم تشعر بالاهتمام، اشرحي أكثر، ودعيها تتحدث إلى الأمهات الأخريات اللواتي جرّبن هذه التقنية واسأليها عمّا إذا كان بإمكانك شرحها مجدداً لكي تراها

• اغسلي يديك واطلبي من الأم أن تغسل ثدييها ويديها

• الصقي الأنبوب الأنفي المعدي بشاش 5سم أو 8سم، بحيث يكون أحد طرفيه مقطوع وطرفه الآخر بجانب حلمة الأم

• ضعي الكمية المناسبة من لبن F-100 المخفف في كوب، وضعي الطرف الآخر من الأنبوب الأنفي المعدي (الطرف المفتوح) في الكوب

• أولًا، تقوم المساعدة بحمل الكوب على بعد أقل من 10 سم من الثدي وتقديم الثدي للطفل. وعندما يرضع الطفل فإنه يرضع اللبن من الكوب. عندما تعتاد الأم على هذه التقنية، يمكنها حمل الكوب بنفسها

• قد يستغرق الطفل يوماً أو يومين للتكيف مع هذه التقنية، وفي بعض الأحيان يلاحظ الطفل الفرق بين طعم لبن الأم ولبن F-100 ويرفض الرضاعة الأنبوبية في البداية، ولكن من المهم المواصلة والمواظبة على الأمر.

• بعد الاستخدام، يُنظف الأنبوب بماء نظيف وحقنة، ثم يُلّف حتى يجف

|  |  |
| --- | --- |
| **طريقة إعطاء اللبن بالتنقيط** (انظر شكل 10)  عندما يكون الطفل ملتصقًا بالثدي، يتم إسقاط حقنة أو كوب لبن على الثدي بحيث يقطر إلى الحلمة لتحفيزه على الرضاعة  قد تكون طريقةإعطاء اللبن بالتنقيط هي الأنسب للبيئة المنزلية لأنها لا تتطلب تعقيم المعدات المتخصصة  **تقنية الرضاعة التكميلية** (انظر إطار 11)  أحد طرفي الأنبوب الأنفي المعدي، يُلصق بشاش طبي 5سم أو 8سم بجانب الحلمة، بينما يُوضع الطرف الآخر في كوب مع مكملات اللبن.  وبينما يرضع الطفل، سيتناول اللبن من الكوب بالإضافة إلى أي لبن يُنتج من ثدي أمه. حتى لو لم يُنتج الثدي اللبن ، فإن الرضاعة بتقنية الرضاعة التكميلية يمكن أن تحفز إنتاجه. | **شكل 10: طريقة إعطاء اللبن بالتنقيط** |

**إطار 11: تقنية الرضاعة التكميلية**

**استئناف الرضاعة لطفل يعاني من سوء التغذية الحاد**

إذا كانت الأم أو مقدمة الرعاية تستأنف رضاعة طفل يتلقى علاجاً داخلياً في المستشفى بسبب سوء التغذية الحاد، استمري في استخدام F75 أو F100 وفقاً للبروتوكولات السريرية. بمجرد أن يصبح الطفل قادراً على الخروج من المستشفى، عندها فقط تبدئي في تقليل التغذية التكميلية والالتزام دائماً بالبروتوكولات السريرية لعلاج المرضى الداخليين في المستشفى.

**استئناف الرضاعة باستخدام اللبن المشفوط بالعصر أو لبن الأم المتبرع به**

إذا كانت الأم أو مقدمة الرعاية تستأنف الرضاعة باستخدام لبن مشفوط بالعصر أو لبن مرضعة بديلة، عليها إرضاع الطفل عند الطلب باستخدام تقنية الرضاعة التكميلية أو طريقة إعطاء اللبن بالتنقيط ومراقبة زيادة وزن الطفل وإخراج البول.

**استئناف الرضاعة باستخدام بدائل لبن الأم**

إذا لم يحصل الرضيع على ما يكفي ولم يكن لبن الثدي المشفوط بالعصر متاحاً، فقد يكون من الضروري الاستخدام المؤقت لبدائل لبن الأم. في حال وُصفت بدائل لبن الأم، فقومي بإعداد تغذية كاملة وفقاً للإرشادات الملصقة على العبوة بحسب توجيهات منسقة تغذية الرضع وصغار الأطفال التي قدّمت الوصفة الطبية.

اسمحي للطفل بالرضاعة بين الرضعات لتحفيز استئناف الرضاعة. إذا لوحظ أنّ اللبن قد بدأ في الإدرار من خلال العصر باليد أو شعور الطفل بالشبع من لبن الأم وحده، فيمكن عندئذٍ البدء في تقليص كل رضعة بمقدار 10 مل.

على مدار اليوم، ومع كل رضعة من بدائل لبن الأم تُحضر، قلّلي بمقدار 10 مل بما يضمن التحضير المناسب للرضعة - نسبة بديل لبن الأم الصحيحة إلى نسبة الماء.

إذا بدا الرضيع راضياً عن هذا، قلّلي بمقدار 10 مل لكل رضعة مرة أخرى بعد بضعة أيام، واستمري في مراقبة الطفل.

إذا شعر الطفل بالرضا بعد كل وجبة ولم تظهر عليه علامات الجوع و/أو اكتسب وزناً يزيد عن 125غم كل أسبوع، وإذا بقي راضياً، فقلّلي كل رضعة مرة أخرى بمقدار 10 مل بعد بضعة أيام.

استمري في تقليل المكمل إلى أن يتم إيقافه تماماً، وتابعي الأم/مقدمة الرعاية والطفل عن كثب بمجرد إيقاف المكملات لضمان بقاء الطفل في صحةٍ جيدة.

إذا لاحظتي أن الرضيع لا يحصل على ما يكفي من اللبن، فلا تقلّلي من رضعات بديل لبن الأم لبضعة أيام، وإذا لزم الأمر قومي بزيادة الكمية لبضعة أيام مع مواصلة شفط اللبن من خلال العصر بيدك وتدليك الثديين باستخدام تقنيات الاسترخاء.

إذا مرّت أكثر من ثمانية أسابيع دون نجاح أو إذا قررت الأم أو مقدم الرعاية التوقف عن استئناف الرضاعة، فيجب التفكير في بدائل أخرى مثل العثور على ممرضة بديلة أو، كخيار أخير، بديل لبن الأم لفترة طويلة الأجل.

**9.3 تغذية الرضع في سياق فيروس نقص المناعة البشرية**[[92]](#footnote-92)

قد تكون هناك تحديات محددة مرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية في حالات الطوارئ، فالأزمات تعمل على تغيير طبيعة المخاطر، ولذلك يلزم إعادة تقييم المخاطر النسبية والمقبولية الخاصة بمختلف ممارسات الرضاعة بين الأمهات والمجتمعات المحلية. على سبيل المثال، قد تصبح التغذية البديلة أكثر خطورة، وسيحتاج الرضع الذين نشؤوا على التغذية البديلة قبل الأزمة تحديداً ودعماً عاجلين لتقليل المخاطر إلى الحد الأدنى.

بالإضافة إلى ذلك، قد تكون الفتيات والنساء معرّضات بشكل خاص لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، مما يعني أنه قد يكون هناك المزيد من الإصابات الجديدة وبالتالي احتمال زيادة انتقال العدوى من الأم إلى الطفل (MTCT)، خاصة إذا كان الفحص غير متوفر أو غير مقبول.

• قد يؤدي الخوف من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية بين العائلات والعاملين الصحيين إلى تنفيذ استجاباتٍ غير مناسبة، بما في ذلك تجنب الرضاعة الطبيعية في غياب الفحص، والطلب على حليب الأطفال أو عرضه، مع ما يترتب على ذلك من آثار على صحة الطفل.

**المبادئ التوجيهية لتغذية الرضع في سياق فيروس نقص المناعة البشرية**

**ابدئي العلاج بمضادات الفيروسات التقهقرية (ARV) أثناء فترة الحمل، حيث** يجب تزويد الأمهات المعروف أنهنّ مصابات بفيروس نقص المناعة البشرية بهذه المضادات مدى الحياة إذا كانت مؤهلة للعلاج بها، أو من خلال العلاج الوقائي بمضادات الفيروسات التقهقرية للحد من انتقال الفيروس من خلال الحمل والولادة والرضاعة الطبيعية.

يجب على العاملات الصحيات تقديم المشورة للنساء أثناء فترة الحمل فيما يتعلق بخيارات تغذية الرضع، وفوائد الرضاعة الطبيعية وإدارتها، واحتمال زيادة انتقال العدوى من الأم إلى الطفل، وأهمية الالتزام بنظام العلاج بمضادات الفيروسات التقهقرية.

● يجب أن تقوم الأمهات المصابات بالفيروس (ومن أطفالهن غير مصابين بالفيروس أو غير معروف أنّهم مصابين بالفيروس) بإرضاع أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية خلال الأشهر الستة الأولى من حياتهم، وتقديم الأطعمة التكميلية المناسبة بعد ذلك، ومواصلة الرضاعة الطبيعية لمدة لا تقل عن 12 شهراً وحتى 24 شهراً أو لفترة أطول، في حين يتلقين الدعم الكامل من أجل الالتزام بمضادات الفيروسات التقهقرية، وينبغي عندئذٍ ألا تتوقف الرضاعة الطبيعية إلا بمجرد توفير نظام غذائي آمن ومناسب من الناحية التغذوية بدون لبن الثدي.

● **ابدئي بالرضاعة الطبيعية في غضون ساعة واحدة من الولادة لجميع الرضع، و**انتبهي بشكلٍ خاص إلى وضعية الطفل والتصاقه بالثدي لمنع الأعراض الصحية مثل تشقق الحلمة والتهاب الثدي، ممّا يزيد من خطر انتقال الفيروس.

● **ابدئي بعلاج الطفل بعقار نيفيرابين (NVP) العلاجي الوقائي منذ الولادة.** بالنسبة للرضع الذين يولدون لأمهات مصابات بفيروس نقص المناعة البشرية اللواتي تلقين العلاج الوقائي بمضادات الفيروسات التقهقرية ويُرضعن رضاعة طبيعية، ينبغي تقديم العلاج الوقائي من خلال عقار نيفيرابين منذ الولادة وحتى أسبوع واحد بعد التوقف عن الرضاعة الطبيعية. أما بالنسبة للرضع الذين يولدون لأمهاتٍ مصابات بالفيروس ويخضعن للعلاج بمضادات الفيروسات التقهقرية خلال فترة الرضاعة الطبيعية بالكامل، يجب إعطاء العلاج الوقائي بعقار نيفيرابين حتى عمر 6 أسابيع.

● **افحصي الرضيع إذا كان مصاباً بفيروس** نقص المناعة البشرية **عند بلوغه 6 أسابيع من العمر.** يجب إحالة جميع الرضع المصابين بالفيروس إلى عيادة العلاج المضاد للفيروسات التقهقرية والبدء في العلاج بمضادات الفيروسات التقهقرية. إذا كانت نتيجة الاختبار سلبية وكان الطفل قد رضع خلال 6 أسابيع من الفحص، فيجب إجراء اختبار ثاني للحمض النووي PCR بعد 6 أسابيع من التوقف عن الرضاعة الطبيعية.

**● الرضاعة الطبيعية الحصرية لجميع الرضع من 0-5 أشهر.**

**● أغذية تكميلية لجميع الأطفال بدءاً من سن 6 أشهر.**

● بالنسبة **للرضع غير المصابين بفيروس نقص** المناعة البشرية، عليهم مواصلة الرضاعة الطبيعية لمدة عامين أو أكثر.

● بالنسبة **للرضع المصابين بفيروس نقص** المناعة البشرية، عليهم مواصلة الرضاعة الطبيعية حتى يبلغ الرضيع 12 شهراً من العمر. وبعد مرور 12 شهراً، يجب إيقاف الرضاعة الطبيعية فقط إذا أمكن توفير نظام غذائي مناسب وآمن من الناحية التغذوية، والذي يشمل مصدراً للبن.

**ماذا يجب إطعام الرضيع عند توقف أمه عن الرضاعة الطبيعية**

عندما تقرر الأمهات المصابات بالفيروس التوقف عن الرضاعة الطبيعية في أي وقت، يجب تزويد الرضع بأغذيةٍ بديلة آمنة ومناسبة لتمكينهم من النمو والتطور بصفةٍ طبيعية.

تشمل بدائل الرضاعة الطبيعية ما يلي:

بالنسبة للرضع الذين تقل أعمارهم عن 6 أشهر من العمر:

o لبن الأطفال الصناعي التجاري، طالما تم استيفاء الشروط المنزلية الموضحة أدناه.

o لبن الثدي المشفوط بالعصر والمعالج بالتسخين.

لا ينصح بألبان الحيوانات المعدلة منزلياً كغذاء بديل في الأشهر الستة الأولى من العمر.

**الشروط اللازمة للتغذية بلبن الأطفال الصناعي بأمان**

في التوصيات العالمية السابقة، اُستخدم الاختصار AFASS[[93]](#footnote-93) - مقبولة ومجدية ومعقولة التكلفة ومستدامة وآمنة - ومع ذلك، فإن التوجيهات الحالية تحدد بوضوح الشروط باستخدام لغةٍ يومية مشتركة، بدلاً من الإشارة إلى الاختصار. من خلال تعريف أكثر دقة للظروف البيئية التي تجعل التغذية البديلة خياراً آمناً (أو غير آمن) للرضع المعرضين للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية من شأنه أن يعزز بقاء الرضع بعيداً عن الإصابة بالفيروس. ومن المرجح أن توجّه هذه اللغة، كما هو الحال أدناه، الموظفات الصحيات على نحوٍ أفضل فيما يتعلق بما يجب تقييمه، وإبلاغ ذلك للأمهات اللواتي يعتقدن أن ظروفهن المنزلية ستدعم التغذية البديلة الآمنة. ومع ذلك، فإن استخدام هذه الوصفات لا يبطل المفاهيم التي تمثلها الأشكال البديلة للتغذية المقبولة والمجدية والمعقولة التكلفة والمستدامة والآمنة.

يجب على الأمهات المعروفات بأنهنّ مصابات بالفيروس إعطاء لبن الأطفال الصناعي التجاري فقط كتغذية بديلة للرضع غير المصابين بالفيروس أو الرضع غير المعروفين بإصابتهم بالفيروس، عند الاستيفاء بجميع الشروط المحدّدة التالية:

● ضمان وجود المياه والصرف الصحي المأمونة والآمنة على مستوى العائلة والمجتمع المحلي.

● يمكن للأم أو أيّ مقدمة رعاية أخرى أن يوفر بشكلٍ موثوق لبن الأطفال الصناعي للرضع لدعم نموهم وتطورهم الطبيعي.

● يمكن للأم أو مقدمة الرعاية تحضير لبن الأطفال الصناعي بطريقةٍ نظيفة ومتكررة بما يكفي بحيث يكون آمناً وينطوي على مخاطر منخفضة للإصابة بالإسهال وسوء التغذية

● يمكن للأم أو مقدمة الرعاية إعطاء الرضيع لبن الأطفال الصناعي فقط في الأشهر الستة الأولى من عمره.

● دعم العائلة لهذه الممارسة.

● يمكن للأم أو مقدمة الرعاية الحصول على الرعاية الصحية التي تقدم خدمات صحة الطفل الشاملة.

**9.4 الأمراض المعدية وتفشيها**[[94]](#footnote-94)

ملاحظة هامة: أثناء أي حالة طوارئ، بما في ذلك تفشي الأمراض، من المهم أن يكون الهدف الأساسي هو عدم الإضرار ومواصلة إعطاء الأولوية للرضاعة الطبيعية المستمرة وتجنب فصل الأم عن الطفل ما لم يثبت خلاف ذلك.

في كل حالة طوارئ، بما في ذلك حالات تفشي الأمراض المعدية كالإيبولا والكوليرا وكورونا المستجد (كوفيد-19)، من المهم تقييم الاحتياجات التغذوية واحتياجات الرعاية للأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية والأطفال المحرومين منها والتحرك لحمايتها.

من المهم ضمان وضع التوصيات المناسبة الخاصة بتغذية الرضع. إذا كانت لدى منظمة الصحة العالمية توصيات محدثة بشأن تغذية الرضع في حال تفشي الأمراض المعدية، فمن المهم مواءمة التوصيات الوطنية الحالية أو وضع توصيات جديدة متوافقة وتعميمها بسرعة على جميع القطاعات.

إذا لم تكن هناك توصيات محدثة خاصة بتغذية الرضع أثناء تفشي الأمراض المعدية، فمن المهم وضع توصيات مؤقتة لتغذية الرضع بناءً على أفضل الأدلة المتاحة ونشرها على نطاق واسع في جميع القطاعات.

قومي بممارسة التدابير ذات الصلة والمناسبة للوقاية من العدوى ومكافحتها (IPC) بما في ذلك نظافة اليدين وأقنعة الوجه ومنع أي ضرر قد يصيب الحلمة. من المهم أن تتذكري أن بعض هذه التدابير التي قد تكون مناسبة لعامة السكان، مثل التباعد الاجتماعي الجسدي، قد لا تكون مناسبة للأمهات وأطفالهن. قومي بإيقاف الرضاعة الطبيعية أو فصل الأم عن الرضيع فقط إذا كان هناك سبب وجيه للاعتقاد بأن الامتناع عن الرضاعة الطبيعية و/أو حرمان الأطفال من التواصل الوثيق بأمهاتهم له ما يبرره، ومن المهم أن تتذكري أن الرضاعة الطبيعية تنقل الأجسام المضادة والحماية المناعية من الأم إلى الرضيع، مما يقلل من شدّة معظم الأمراض المعدية وفترة بقائها.

يتسبب فصل الأم عن رضيعها في إجهادٍ شديد، ويضر بالصحة النفسية، ويضعف النمو، ويضعف حماية لبن الأم من الأمراض المعدية، كما أنه ينطوي على مخاطر عالية لفشل الرضاعة الطبيعية، ويضع عبئاً كبيراً على أنظمة الرعاية الصحية. إذا كان هناك دليل على أن الفصل له ما يبرره، فإن البدائل المؤقتة تشمل (1) لبن الأم المشفوط من الثدي بالعصر (2) لبن متبرع به (3) مرضعة بديلة، وكملاذ أخير (4) بديل عن لبن الأم يعطى للطفل بالكوب أو الملعقة.

**تعدّ الاستجابة القوية متعدّدة القطاعات أمراً بالغ الأهمية خلال جميع حالات الطوارئ، بما في ذلك حالات تفشي المرض**[[95]](#footnote-95)**.**

الخطوة 1: توقع تأثير تفشي المرض على ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال والعمل على تقييمه.

● مراعاة أنه قد تكون هناك مشورة ونصائح غير مناسبة من مقدمي الرعاية الصحية بشأن الرضاعة الطبيعية وفصل الأم عن الرضيع، أو قد تتعطل خدمات المشورة بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال، أو قد تحدث تبرعات وتوزيعات غير خاضعة للرقابة لبدائل لبن الأم، أو قد تُنشر شائعات ومعلومات غير موثوقة حول انتقال الأمراض، أو قد يتعطل الوصول إلى الرعاية الصحية

الخطوة 2: اتخاذ إجراءات للتخفيف من هذه المخاطر

● تقع على عاتق جميع القطاعات مسؤولية التخفيف من حدّة المخاطر

o جميع الجهات الفاعلة: ضمان التعاون المتعدّد القطاعات، والتجنب الفعال لأي توزيعات وتبرعات عامة ببدائل لبن الأم، ومنتجات الحليب الأخرى وزجاجات الرضاعة والحلمات، وحماية الرضاعة الطبيعية في عموم السكان وتعزيزها ودعمها

**9.5 تغذية الطفل المريض**

من المهم مواصلة تقديم الأطعمة التغذوية والمزيد من السوائل، بما في ذلك لبن الأم، للطفل عند مرضه.

حيث تتسم تغذية الرضع المناسبة أثناء المرض بأهمية خاصة لأنّ الطفل المريض يفقد الكثير من سوائل الجسم بسبب ارتفاع درجة حرارة الجسم والتعرق والإسهال في بعض الأحيان، ومن ثم يحتاج إلى زيادة تناول السوائل. كما يفقد الطفل المريض أيضاً الكثير من الطاقة من خلال ارتفاع درجة حرارة الجسم وضعف الشهية بسبب المرض نفسه. ومع الإصابة بأمراضٍ معينة مثل الإسهال أو الحصبة أو الالتهاب الرئوي، كثيراً ما تنخفض شهية الطفل، ويستخدم جسمه الغذاء بشكلٍ أقل فعالية.

من المهم أيضاً إعطاء الطفل المريض طعاماً أكثر من المعتاد لتعويض الطاقة التي فقدها. ولذلك، يجب أن يواصل الآباء/والقائمون على الرعاية إرضاع الأطفال المرضى وتقديم المزيد من السوائل لهم، بما في ذلك لبن الام للأطفال المرضى. وأثناء المرض، يحتاج الأطفال إلى المزيد من السوائل والتشجيع لتناول وجباتٍ منتظمة، كما يحتاج الرضع الذين يرضعون لبن الأم إلى الرضاعة الطبيعية في كثير من الأحيان. لكن لا تجبري الطفل المريض على تناول الطعام. وبعد المرض، يلزم أن يقدم للأطفال غذاء أكثر من المعتاد لتجديد مخزون الطاقة والتغذية لديهم بعد فقدانها بسبب المرض.

**الفصل العاشر: الرضاعة الصناعية الموجهة والمضبوطة باستخدام بدائل لبن الأم**

تشكل حماية الرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ وتعزيزها ودعمها تدخلاً منقذاً للحياة للأسباب التالية:

● مخاطر العدوى أعلى أثناء حالات الطوارئ: تحمي الرضاعة الطبيعية من زيادة مخاطر العدوى والمرض بين الرضع أثناء حالات الطوارئ.

● يعزز تقديم المشورة بشأن الرضاعة الطبيعية ودعم الأمهات ثقة الأم بنفسها وعزمها على الرضاعة الطبيعية.

● هناك ارتباط قوي بين تلقي التبرعات من لبن الأطفال وتغيير ممارسات التغذية، والإسهال.

● إنّ تزويد الرضع ببدائل لبن الأم في حالات الطوارئ يؤدي إلى زيادة مخاطر الإصابة بالأمراض وحدوث الوفيات، حيث إن ظروف النظافة والصرف الصحي سيئة في كثير من الأحيان، وعادة ما يكون الوصول إلى المياه النظيفة والوقود محدوداً.

**يجب الأخذ في الاعتبار توفير بدائل لبن الأم (مثل لبن الأطفال) فقط بعد استنفاد كل خيارات الرضاعة الطبيعية من قبل الأم أو مقدمة الرعاية أو من خلال مرضعة بديلة، بما في ذلك زيادة نسبة النظام الغذائي من المواد الصلبة التكميلية المتاحة محلياً إذا كان عمر الطفل أكثر من ستة أشهر، وما إلى ذلك.**

يمكن لمعظم الأمهات والأطفال ممارسة الرضاعة الطبيعية إذا توفرت بيئاتٍ داعمة ومواتية، ومعلوماتٍ صحيحة ودعمٍ متخصص ورسائل إيجابية. ومع ذلك، هناك حالات تكون فيها الرضاع الطبيعية، بالنسبة لبعض الأمهات ومقدمات الرعاية والأطفال، غير ممكنة أو دون جدوى على الإطلاق ويجب الحفاظ على الحالة الصحية والتغذوية لهؤلاء الأطفال. بدائل لبن الأم ليست آمنة أبداً، وحتى في البلدان المتقدمة، يتعرض الأطفال للإصابة بالأمراض والوفاة بسبب عدم الرضاعة الطبيعية، وتكون المخاطر أعلى في حالات الطوارئ حيث تكون الظروف أسوأ بكثير. يجب أن نتذكر أنّه على عكس السلع الخاصة بحالات الطوارئ الأخرى، فإنّ برمجة تغذية الرضع وصغار الأطفال تسعى إلى التقليل من عدد الرضع الذين بحاجة إلى استخدام بدائل لبن الأم. يجب أن يكون استئناف الرضاعة أو الاستعانة بمرضعة بديلة أو استخدام لبن الأم من متبرعة حلولاً ذات أولوية لإرضاع الطفل المحروم من الرضاعة الطبيعية، كما يجب وضع برامج لدعم ذلك.

إنّ الهدف من برنامج بدائل لبن الأم هو ضمان حصول الرضع الذين أُجري تقييمهم واستهدافهم على الإمدادات والدعم الذي يحتاجون إليه مع عدم تقويض الرضاعة الطبيعية في المجتمع المحلي عموماً.

إطار 12: المبادئ التوجيهية لبدائل لبن الأم[[96]](#footnote-96)

**المبادئ التوجيهية لبدائل لبن الأم**

يجب ألا يشمل التوزيع العام أبداً بدائل لبن الأم أو أي منتجات حليب أخرى.

يجب ألا تحتوي التوزيعات، بما في ذلك مجموعات أدوات الأطفال أو مجموعات أدوات الأطفال حديثي الولادة، على لبن الأطفال أو زجاجات الرضاعة أو الحلمات الصناعية

يجب على المؤسسات ألا تقبل أبداً التبرعات غير المرغوب فيها لأي من منتجات الحليب (لبن الأطفال أو غيرها من منتجات الحليب المجففة، والحليب المبستر، والحليب المجفف كامل الدسم ومتوسط الدسم أو منزوع الدسم، والحليب السائل كامل الدسم ومتوسط الدسم أو منزوع الدسم، وحليب الصويا، والحليب المبخر أو المكثف، والحليب المخمر أو الزبادي).

بدلاً من ذلك، ينبغي للتدخلات الرامية إلى دعم التغذية الاصطناعية أن تخصّص ميزانية لشراء إمدادات بدائل لبن الأم جنباً إلى جنب مع الاحتياجات الأساسية الأخرى لدعم التغذية الاصطناعية، مثل الوقود ومعدات الطهي والمياه الآمنة والصرف الصحي وتدريب الموظفين واستخدام موظفين مهرة.

لن تُقبل وصفات لبن الأطفال إلا إذا كانت تستند إلى تقييم كامل لاحتياجات تغذية الرضع يجريه موظفو الصحة المدربون، باستخدام معايير موحدة ومتفق عليها، وتُدعم وصفات مكملات لبن الأطفال من خلال سلاسل الموافقة المناسبة.

**10.1 تقييم الاحتياجات**

يجب أن يكون قرار تنفيذ برنامج بدائل لبن الأم مدعوماً بتقييم الاحتياجات الذي يوضح ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال في وقت الطوارئ، بحيث يكون نوع التقييم الذي يُجري، وبالتالي مستوى التفاصيل الناتجة عنه، مناسباً لمرحلة الطوارئ، ويوصى باستخدام أدوات التقييم الموحدة لتغذية الرضع وصغار الأطفال والمتاحة على الموقع الإلكتروني لمجموعة التغذية.

يجب أن تبحث التقييمات الأولية السريعة (على سبيل المثال بعد عمليات النزوح المفاجئة) عن "التنبيهات" التي تشير إلى المخاطر التي تهدد ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال (على سبيل المثال، تقارير عن توقف الأمهات عن الرضاعة الطبيعية، والرضع المصابون بسوء تغذية تقل أعمارهم عن 6 أشهر ويحضرون إلى العيادات، وتوزيعات بدائل لبن الأم غير الخاضعة للرقابة) وأن تشمل المعلومات الأساسية (البيانات) لتعزيز برمجة بدائل لبن الأم، مثل:

● تقدير إجمالي عدد السكان

● العدد التقديري للرضع تحت سن 6 أشهر

● العدد التقديري لأيتام الأمهات تحت سن 6 أشهر

● النسبة المقدرة للرضع الذين تقل أعمارهم عن 6 أشهر المحرومين من الرضاعة الطبيعية[[97]](#footnote-97)

يجب ملاحظة أنه ينبغي أيضاً تضمين المؤشرات المتعلقة بمعدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية والمستمرة وممارسات التغذية التكميلية في التقييم للسماح بتحديد احتياجات تغذية الرضع وصغار الأطفال الأكثر إلحاحاً والاستجابة لها بشكلٍ مناسب كجزء من البرنامج الكلي لتغذية الرضع وصغار الأطفال.

يجب أيضاً إجراء تقييم للبيئة الصحية، بما في ذلك المياه والوقود والصرف الصحي والإسكان والمرافق اللازمة لإعداد بدائل لبن الأم.

يجب إحالة أي رضع لا يحصلون على رضاعة طبيعية وتقل أعمارهم عن 6 أشهر، حيث يُجري تحديدهم أثناء عمليات التقييمات لتحديد حاجتهم من التغذية الفردية الكاملة من أجل الحصول على دعم خاص في مجال التغذية الاصطناعية المناسبة في أقرب وقتٍ ممكن.

ينبغي أن تستند الكمية المقدرة من حليب الأطفال اللازم للفئات السكانية المستهدفة إلى معلومات التقييم أو، إذا لم تكن متاحة، البيانات المتوفرة مسبقاً حول ممارسات تغذية الرضع. سيعطي هذا مؤشراً بشأن النسبة المئوية للأطفال تحت سن 6 أشهر الذين بحاجة إلى دعم بدائل لبن الأم، حيث يحتاج الرضيع في المتوسط إلى 3.5 كيلوغرام من مسحوق حليب الأطفال كل شهر، ويجب توفيره طالما يحتاجه الرضيع.

**10.2 عملية شراء بدائل لبن الأم**

**جدول 14: قائمة مرجعية لحليب الأطفال المناسب**

|  |  |
| --- | --- |
| قائمة مرجعية لحليب الأطفال المناسب | |
| **المعايير** | **التحقق** |
| مُصنع ومعبأ وفقاً لمعايير الدستور الغذائي |  |
| مناسب للأطفال تحت سن 6 أشهر (حليب المتابعة، الذي أُعلن عنه على أنه مناسب للرضع فوق سن 6 أشهر، غير مناسب) |  |
| يجب أن تكون الملصقات بلغة مناسبة للسكان اللاجئين |  |
| يجب أن تلتزم الملصقات بمتطلبات وضع العلامات المحددة في المدونة الدولية: |  |
| ● يجب أن توضح الملصقات أفضلية الرضاعة الطبيعية |  |
| ● يجب أن تشير الملصقات إلى وجوب استخدام المنتجات بناءً على مشورة العاملين في المجال الصحي فقط |  |
| ● يجب أن تحذر الملصقات من المخاطر الصحية لاستخدام حليب الأطفال |  |
| ● يجب ألا تكون هناك صور للرضع أو صور أخرى تجعل استخدام حليب الأطفال مثالياً |  |
| حليب الأطفال العام (بدون علامة تجارية) هو الخيار الأول. ومع ذلك، وعندما لا يكون ذلك ممكناً، يكون حليب الأطفال التجاري مقبولاً. |  |
| أن تكون فترة الصلاحية لا تقل عن 6 أشهر عند استلام التوريد. |  |
| يتم شراء حليب الأطفال (ليس من خلال التبرعات) |  |

ستكون اليونيسف أو أي وكالة أخرى يحددها قطاع التغذية في السودان مسؤولة عن تأمين المشتريات على مستوى القطاع.

تتقدم بعد ذلك الوكالات التي حُددت على أنها مراكز تحقيق الاستقرار المسؤولة والتي نفّذت برامج بدائل لبن الأم بطلب إلى الوكالة المحددة للحصول على بدائل لبن الأم، بحيث تبرم اتفاقية وكالة بشأن بدائل لبن الأم للتنفيذ. (انظر الملحق 12: مثال على اتفاقية الوكالة بشأن بدائل لبن الأم)

يجب أن تضمن عملية شراء بدائل لبن الأم أن بإمكانها تلبية أحكام التوجيهات التشغيلية لمجموعة تغذية الرضع في حالات الطوارئ الأساسية، والمدونة والتوجيهات التشغيلية هذه. إذا كان لهذا آثار من حيث التكلفة، فيجب على تلك الوكالات وضع ميزانية لها وفقاً لذلك في مقترحاتهم، وأن تشتمل التدخلات الرامية لدعم الرضع المحرومين من الرضاعة الطبيعية دائماً بنداً لحماية الأطفال الذين يحصلون على الرضاعة الطبيعية على سبيل المثال، من خلال وضع ميزانية للأنشطة التي تعزز الرضاعة الطبيعية وتدعم الأمهات المرضعات.

يجب أن تفي بدائل لبن الأم التي يتم شراؤها بالمعايير التالية:

● مُصنَّعة ومعبأة وفقاً لمعايير الدستور الغذائي[[98]](#footnote-98)

● مناسبة للرضع تحت سن 6 أشهر[[99]](#footnote-99)

● حليب الأطفال الاصطناعي العام (بدون علامة تجارية) هو الخيار الأول. ومع ذلك وعندما لا يكون ذلك ممكناً، يُقبل استخدام حليب الأطفال التجاري المعاد تسميته.

● لها فترة صلاحية لا تقل عن 6 أشهر عند استلام التوريد.

يجب أن تكون ملصقات أي حليب أطفال مُوزع:

● بلغةٍ مناسبة

● يجب ألا تكون العلامات التجارية لحليب الأطفال (الاسم والشعار) ظاهرة للعيان

● الالتزام بمتطلبات وضع العلامات المحددة في المدونة الدولية

● يجب أن توضح الملصقات أفضلية الرضاعة الطبيعية

● يجب أن تشير الملصقات إلى وجوب استخدام المنتجات بناءً على مشورة الموظفين في المجال الصحي فقط

● يجب أن تحذر الملصقات من المخاطر الصحية لاستخدام حليب الأطفال

● يجب ألا تكون هناك صور للرضع أو صور أخرى تجعل استخدام حليب الأطفال مثالياً

ينبغي إعادة تسمية أي منتجات لا تفي بهذه المتطلبات قبل توزيعها، وينبغي للوكالات المنفذة أن تأخذ في الاعتبار التكلفة والوقت المترتبة على ذلك.

**10.4 تخزين بدائل لبن الأم ونقلها**

يجب التأكد من أن تخزين بدائل لبن الأم ونقلها والحفاظ عليها مدرجة في الميزانية بشكل كافٍ في مقترحات المشروع وخططه.

يجب تأمين مخزون بدائل لبن الأم بعناية (دخول مقيد، ومغلق) لضمان عدم وجود تسرب أو سرقة في أي نقطة خلال تخزين سلسلة التوريد (المستودع، المرفق الصحي، وما إلى ذلك)، وأن تكون مرافق التخزين نظيفة وجافة وخالية من الملوثات الكيميائية والآفات ومحمية من درجات الحرارة القصوى.

يجب أن تتم إدارة المخزونات وفقاً لمبدأ أولوية الخروج بانتهاء الصلاحية، والاحتفاظ بسجلات واضحة لمنع سوء الاستخدام والتسرب.

يوصي بأن يتم الاحتفاظ مسبقاً وبشكلٍ آمن بكميةٍ كافية من مخزون بدائل لبن الأم في المناطق غير الآمنة أو حيث قد يتسبب فيها الأمن في تقييد الحركة، لتلبية احتياجات الأطفال الذين لا يحصلون على رضاعة طبيعية لمدة 6 أشهر.

**10.5 التعامل مع التبرعات والواردات من بدائل لبن الأم**[[100]](#footnote-100)

ليست هناك حاجة للتبرعات ببدائل لبن الأم، وقد تعرّض حياة الرضع للخطر، وبالتالي لا ينبغي قبول[[101]](#footnote-101) التبرعات غير المطلوبة من بدائل لبن الأم لأنه من غير المرجح على الإطلاق أن تكون مناسبة (من حيث الكمية والنوعية والنوع ومتطلبات الملصقات وما إلى ذلك)، ومن المرجح أن تشجّع على تقديم المزيد من التبرعات، كما ينبغي تجنب طلب التبرعات من بدائل لبن الأم، حيث أنّ ذلك يرسخ الطلب على حليب الأطفال المتبرع بهه قد يكون من الصعب السيطرة عليه[[102]](#footnote-102)

يجب تخزين أي تبرعات من بدائل لبن الأم (مثل حليب الأطفال ومنتجات حليب أخرى وزجاجات وحلمات الرضاعة) التي لم يتم منعها بشكلٍ آمن وإبلاغ قطاع التغذية[[103]](#footnote-103) على الفور. وبالتشاور مع قطاع التغذية في السودان و و أعضاء مجموعة العمل الفنية المعنية بتغذية الرضع وصغار الأطفال، سيتخذ القطاع القرار بشأن الإستراتيجية الأنسب للتعامل مع تلك التبرعات، على أن تبقى تلك التبرعات مخزنة بشكل آمن من قبل الوكالة المستقبلة إلى حين اتخاذ قرار من هذا القبيل.

وفي حين قد تكون هناك حاجة إلى إمداداتٍ محدودة من بدائل لبن الأم، إلا أنه يجب وضع ميزانية لهذه الاحتياجات في برامج تغذية الرضع وصغار الأطفال، وإعادة التأكيد باستمرار على حقيقة أن التبرعات ليست ضرورية لجميع أصحاب المصلحة والمتبرعين المحتملين ووسائل الإعلام، وكذلك أولئك الذين يحتمل أن يطلبوا تبرعات على المستوى الميداني (مثل السلطات المحلية والمنظمات غير الحكومية/المنظمات المجتمعية).

**الفصل الحادي عشر: عملية صرف بدائل لبن الأم**

ملاحظة: يجب توفير بدائل لبن الأم طالما أن الرضع المستهدفين يحتاجون إليها، حيث تحظر المدونة والتوجيهات التشغيلية الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ توفير عدد قليل من علب الحليب.

يجب توفير بدائل لبن الأم أو حليب الأطفال فقط بشكل منفصل للرضع الذين تتراوح أعمارهم بين 0- 5 أشهر[[104]](#footnote-104) والذين يحتاجون إليها، على أساس كل حالةٍ على حدة ووفقاً للائحة السودانية الوطنية لتشجيع الرضاعة الطبيعية (مسودة 2020)، والتوجيهات التشغيلية لمجموعة التغذية الرئيسية بشأن تغذية الرضع في حالات الطوارئ[[105]](#footnote-105)، والمدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم وقرارات منظمة الصحة العالمية اللاحقة[[106]](#footnote-106) ودليل معايير إسفير[[107]](#footnote-107). يجب أن تشتمل التدخلات الرامية لدعم الرضع الذين لا يحصلون على الرضاعة الطبيعية دائماً بنداً لحماية الأطفال الحاصلين على الرضاعة الطبيعية على سبيل المثال، من خلال وضع ميزانية للأنشطة التي تشجع على الرضاعة الطبيعية وتدعم الأمهات المرضعات.

ينبغي دائماً العمل على مراجعة الأسباب الطبية المقبولة من قبل منظمة الصحة العالمية لاستخدام بدائل لبن الأم[[108]](#footnote-108) لفهم الأسباب الطبية المناسبة لوصف بدائل لبن الأم على أساس كل حالةٍ على حدة.

قد يكون الطلب على بدائل لبن الأم مؤقتاً في حالة استئناف الرضاعة أو إذا انفصلت الأم عن الرضيع مؤقتاً، أو لفترةٍ أطول في حالة غياب الأم وعدم القدرة على استئناف الرضاعة أو الاستعانة بمرضعة بديلة أو مقدمة رعاية أخرى.

**إطار 13: مؤشرات لوصفة بدائل لبن الأم**

**مؤشرات لوصفة بدائل لبن الأم**

**تشمل المؤشرات المؤقتة لبدائل لبن الأم ما يلي:**[[109]](#footnote-109)

● أثناء عملية استئناف الرضاعة

● الانتقال من الرضاعة المختلطة إلى الرضاعة الطبيعية الحصرية

● فصل الرضيع عن الأم قصير المدى

● فترة انتظار قصيرة المدى حتى تتوافر مرضعة بديلة أو متبرعة بلبن الأم

**تشمل المؤشرات طويلة المدى لبدائل لبن الأم ما يلي:**[[110]](#footnote-110)

● الرضع لم يحصلوا على الرضاعة الطبيعية قبل الأزمة

● الأم غير راغبة أو غير قادرة على استئناف الرضاعة

● إنشاء الرضع على التغذية البديلة في سياق فيروس نقص المناعة البشرية

● الرضع الأيتام

● الرضيع الذي تغيب والدته عنه لفترة طويلة

● حالات طبية خاصة بالرضيع أو الأم[[111]](#footnote-111)

● الأم المريضة جداً

● الرضيع الذي رفضته أمه

● إحدى الناجيات من العنف القائم على النوع الجنساني ولا ترغب في الرضاعة الطبيعية

فقط وبمجرد الانتهاء من جميع ما يلي، يمكن إنشاء وصفة طبية لبدائل لبن الأم. وبمجرد الانتهاء من ذلك، يمكن تحديد الحاجة الدقيقة لوصفة طبية لبدائل لبن الأم.

**الخطوات المطلوبة**

● تقييم كامل على المستوى الفردي بواسطة عاملة صحية مدربة

● تقديم المشورة المتعمقة لتغذية الرضع وصغار الأطفال

● النظر في جميع الخيارات بما في ذلك مرضعة بديلة واستئناف الرضاعة

● الإحالة إلى مركز تحقيق الاستقرار المسؤول

● وضع خطة عمل لرعاية الأطفال المحرومين من الرضاعة الطبيعية والعمل على تنفيذها

● زيارة منزلية لتحديد إمكانات العائلة ومواردها لوصفة بدائل لبن الأم.

**11.1 عملية الموافقة على بدائل لبن الأم**

بعد اكتمال التقييم الكامل واستنفاد جميع الخيارات، يجب إعداد إحالة وإرسالها إلى العامل الصحي المدرّب في مركز تحقيق الاستقرار المسؤول باستخدام نموذج إحالة بدائل لبن الأم (انظر ملحق 13: نموذج الإحالة الخاصة بوصفات بدائل لبن الأم)

**تقييم الزيارة المنزلية**

ضمن خطة عمل رعاية الأطفال المحرومين من الرضاعة الطبيعية (الملحق 11)، يوجد قسم خاص بتقييم الزيارة المنزلية يجب إكماله من قبل العامل الصحي في مركز تحقيق الاستقرار قبل النظر في وصفات بدائل لبن الأم.

يشمل تقييم الزيارة المنزلية ما يلي:

● قائمة مرجعية لتقديم المشورة بشأن بدائل لبن الأم حيث مواضيع المناقشة

● عروض توضيحية حول إعداد الرضاعة باستخدام بدائل لبن الأم في المنزل

● تحديد الموارد الإضافية المطلوبة

● ملاحظات بشأن الإعداد المناسب للرضاعة باستخدام بدائل لبن الأم

**الموارد الإضافية المطلوبة**

يجب التأكد من أن جميع موارد التغذية الاصطناعية إما متوفرة في المنزل أو يتم توفيرها من قبل مركز تحقيق الاستقرار المسؤول، ويوجد قائمة بالموارد الإضافية المطلوبة للإعداد المناسب للطعام باستخدام بدائل لبن الأم في الملحق 14 الخاص بمجموعة موارد بدائل لبن الأم.

نموذج صرف بدائل لبن الأم

يجب إكمال نموذج وصفات بدائل لبن الأم المعتمد من قبل مدير مركز تحقيق الاستقرار أو مدير قسم التغذية وإدراجه في ملف المريض. (انظر الملحق 15: بطاقة وصفات بدائل لبن الأم.)

**11.2 إرشادات توفير** بدائل لبن الأم

يجب إدارة الدعم المخصص للتغذية الاصطناعية بشكلٍ منفصل وبما يتماشى مع الدليل العملي بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ[[112]](#footnote-112)، بحيث يوفر حليب الأطفال بشكلٍ متكتم للعائلات ومتزامناً مع رفع الوعي والتثقيف وكذلك الأدوات اللازمة لرضاعة الرضيع.

ينبغي توفير التثقيف على المستوى الفردي، والعروض التوضيحية الفردية والتدريب العملي على كيفية إعداد بدائل لبن الأم لمقدمة الرعاية. بالإضافة إلى ذلك، يجب أيضاً تضمين جميع أدوات التغذية الضرورية عند وصف بدائل لبن الأم، وليس فقط بدائل لبن الأم نفسها، وضمان أن يكون لدى الأم أو مقدمة الرعاية إمكانية الوصول إلى جميع الأدوات اللازمة.

يجب توفير حليب الأطفال بشكل متكتم للعائلات ومتزامناً مع التوعية والتثقيف وكذلك الأدوات اللازمة لإرضاع الطفل.

يجب أن تجري عملية التوزيع بشكلٍ منفصلا وبعيداً عن الآخرين، ولا ينبغي أن تجري في نفس وقت أو مكان انعقاد مجموعات دعم الأمهات، وأن تجري العملية من إحدى الصيدليات وفي عبواتٍ منفصلة مثل كيس أو صندوق غير شفاف بحيث لا يمكن للآخرين رؤية محتواها، وألا تكون هناك مواد ترويجية بشأن التغذية الاصطناعية موزعة أو معروضة بالقرب من أماكن التوزيع.

ينبغي عدم تشجيع استخدام زجاجات وحلمات الرضاعة بشكلٍ فعال بسبب ارتفاع مخاطر تلوثها وصعوبة تنظيفها، وعدم توزيعها مع حليب الأطفال، وأن يتم تعزيز استخدام الأكواب المفتوحة بدون أغطية وتوضيح فعاليتها أثناء جلسات التوعية حول كيفية تحضير بدائل لبن الأم واستخدامها.

يجب تمييز العلب أو العبوات بعلاماتٍ عامة وباللغة المحلية ليسهل التعرف عليها من قبل مقدمة الرعاية.

يجب إعطاء إمدادات من بدائل لبن الأم تكفي لمدة أسبوع واحد في كل مرة، أي ما يعادل علبة واحدة من حليب الأطفال أسبوعيا، ويضمن ذلك سهولة المتابعة الدقيقة ومنع إساءة استخدام حليب الأطفال كإعادة بيعه على سبيل المثال.

عندما تُعطى بدائل لبن الأم، يجب أن تشير منسقة تغذية الرضع وصغار الأطفال إلى تاريخ انتهاء الصلاحية وكتابة اسمها واسم الأم أو مقدمة الرعاية ومعرّف برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال على العلبة، التي تحتوي على ختم أمان تحت الغطاء البلاستيكي الذي يجب فتحه أمام الأم أو مقدمة الرعاية وإزالة ختم الأمان. ويجب وضع نظام تقوم من خلاله الأم أو مقدمة الرعاية بإرجاع العلبة الفارغة واستلام علبة جديدة، حيث سيسمح ذلك برقابة الرضيع عن كثب.

**إطار 14: إرشادات خاصة بتوزيع بدائل لبن الأم**

**إرشادات خاصة بتوزيع بدائل لبن الأم**

توفير التوعية والرسائل التوجهية دائماً قبل عملية التوزيع

التوزيع بسرية وبعيداً عن الآخرين

توزيع علبة تكفي لأسبوعٍ واحد في كل مرة

لفت نظر الأم أو مقدمة الرعاية لتاريخ انتهاء الصلاحية

فتح ختم الأمان أمام الأم أو مقدمة الرعاية قبل عملية التوزيع

التوزيع في عبواتٍ منفصلة بحيث لا يتمكن الآخرون من رؤية محتواها

قيام منسقة تغذية الرضع وصغار الأطفال بكتابة التاريخ واسمها واسم الأم أو مقدمة الرعاية ومعرّف برنامج التغذية على العبوة

**11.3 التوعية حول تحضير بدائل لبن الأم واستخدامها**

تماشياً مع التوجيهات والإرشادات الخاصة بدعم التغذية الاصطناعية، يجب توعية العائلات التي تتلقى دعماً في مجال التغذية الاصطناعية حول كيفية استخدام حليب الأطفال لتقليل المخاطر إلى أدنى حد، ويجب أن تكون منسقة تغذية الرضع وصغار الأطفال قد تلقت تدريباً فردياً حول كيفية توفير الرسائل والتثقيف والتوعية الخاصة ببدائل لبن الأم قبل وصفها.

هذا وتتوفر الأدوات التي يمكن أن تدعم الجلسات التثقيفية الفردية بشأن بدائل لبن الأم

* انظر الملحق 16 الخاص بملصقات بدائل لبن الأم العام والأداة التعليمية التي يمكن استخدامها عند تقديم الرسائل والتثقيف قبل صرف بدائل لبن الأم.
* قد تكون بطاقات المشورة التالية مفيدة:

بطاقات المشورة بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال <https://www.unicef.org/nutrition/index_58362.html>

* بطاقات المشورة بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال أثناء الإصابة ب كوفيد–19

<https://www.advancingnutrition.org/what-we-do/social-and-behavior-change/iycf-recommendations-covid-19>

من المهم ملاحظة أن حليب الأطفال المجفف (PIF) ليس معقماً ويتطلب إعادة تشكيل بالماء بعد تسخينها على درجة حرارة 70 مئوية على الأقل. وكدليل على ذلك قم بغلي لتر واحد واتركه لمدة لا تزيد عن 30 دقيقة.

كما أن الحليب العلاجي (F75، F100) ليس بديلاً مناسباً من بدائل لبن الأطفال للرضع غير المصابين بسوء التغذية، ويجب التشديد على ذلك بشكل خاص مع إدخال الحليب العلاجي في علب اعتباراً من بداية عام 2017 (في أكياس سابقاً) لتجنب الخلط مع حليب الأطفال.

**11.4 إجراءات متابعة صرف بدائل لبن الأم**

يجب أن تتم المتابعة مرة واحدة في الأسبوع في مركز تحقيق الاستقرار عندما تُوزع العلبة الجديدة من بدائل لبن الأم من قبل العاملة الصحية المدربة، على أن تتضمن تقييماً ضمن ملف التقييم الكامل، ورصد جميع عمليات المتابعة.

يجب إجراء زيارة منزلية مرة واحدة في الشهر أو إذا كان التقييم الأسبوعي يسلط الضوء على قضايا أو مخاوف محددة.. انظر الملحق 17: نموذج متابعة الزيارة المنزلية.

**11.5 مدة التزويد**

يجب إدارة المشتريات بحيث تكون إمدادات حليب الأطفال كافية دائماً ومتواصلة طالما أن الأطفال المستهدفين يحتاجون إليها – أي حتى يجري إعادة الرضاعة الطبيعية أو حتى سن 6 أشهر على الأقل، وبعد ذلك يجب دعم الرضع للانتقال إلى التغذية التكميلية التي تشمل بعض المصادر المناسبة الأخرى للبن و/أو غذاء حيواني المصدر.

من المعروف أن الرضع ينمون بمعدلاتٍ مختلفة وأنهم معرّضون بشكلٍ خاص للخطر خلال الفترة الانتقالية عند مباشرة التغذية التكميلية. يمكن النظر في المخزون الاحتياطي من 2-4 أسابيع من بدائل لبن الأم أثناء انتقال الرضع إلى التغذية التكميلية على أساسٍ فردي، ولكن يجب أن يكون التركيز على تقديم مشورة قوية حول التغذية التكميلية في هذه المرحلة بالذات.

**11.6 تجنب صرف بدائل لبن الأم في غير محلها**

في حين أنه من المهم توخي الحذر الشديد لتجنب صرف بدائل لبن الأم في غير محلها، يجب أيضاً توخي الحذر لتجنب وصمة العار التي قد تلحق بالأمهات أو العائلات التي يُصرف لها بدائل لبن الأم.

من المهم للغاية ضمان الاستهداف المناسب لـبدائل لبن الأم من خلال التقييم الكامل وإنشاء خطة عمل للرعاية، ولكن قد تكون هناك أوقات يمكن فيها قبول الأم أو مقدم الرعاية ورضيعها بشكل خاطئ في برنامج ـبدائل لبن الأم. فمن الشائع، لا سيما في سياق حالات الطوارئ المتنوعة مثل السودان، أن يطلب الناس حليب الأطفال ومنتجات الحليب الأخرى في كثير من الأحيان بسبب الاعتقاد بأن الحليب الاصطناعي أفضل من لبن الأم و/أو لأنهم يؤمنون بالخرافات الشائعة والمفاهيم الخاطئة التي تسود في حالات الطوارئ بأنّ الإجهاد أو الصدمة يؤدي إلى جعل لبن الأم سيئاً أو قد يقلّل من العرض، وكلاهما غير صحيح. بمجرد أن يعرف الناس أنّ لبن الأطفال متوفر، يمكن أن يزداد الطلب عليه، ما قد يزيد من الأمر سوءاً، لاسيما إذا كان موظفو تغذية الرضع وصغار الأطفال ينتمون إلى نفس المجتمعات المحلية ولديهم نفس الأساطير/المفاهيم الخاطئة و/أو قد يتعرضون لضغوط لإدراج مقدمات الرعاية كمستفيدات من البرنامج.

**الإجراءات التي يجب اتخاذها لتقليل مخاطر صرف بدائل لبن الأم في غير محلهم**[[113]](#footnote-113)**:**

* تحديد الموقع الخاص ببرنامج بدائل لبن الأم في موقع بديل أو على الأقل في منطقةٍ منفصلة ضمن المكان المخصص لتغذية الرضع وصغار الأطفال
* التأكد من عدم وجود مراجع مرئية لبرنامج بدائل لبن الأم، على سبيل المثال ملصقات أو منشورات أو لوازم بدائل لبن الأم معروضة للجمهور
* يجب على العاملين في مجال تغذية الرضع وصغار الأطفال مناقشة برنامج بدائل لبن الأم بعيداً عن المستفيدات
* التأكد من أن معايير الاستهداف واضحة لموظفي تغذية الرضع وصغار الأطفال ومكتوبة حتى يتمكنوا من عرضها للواتي يطلبن بدائل لبن الأم لكنهن لا يستوفين معايير الاستهداف.
* إجراء مقابلات شاملة مع المستفيدات لتأسيس علاقة ثقة بين المستشار والمستفيدة (على سبيل المثال، طرح أسئلة مثل "من أرضع الطفل هذا الصباح؟" "من قام بغسل الطفل بالأمس؟")
* إجراء زيارة منزلية للعائلة للتحقق مما إذا كان الوضع المنزلي متوافقاً مع التفاصيل الواردة في المقابلة، ويمكن أيضاً طرح أسئلة بطريقة دبلوماسية على الجيران
* التواصل مع وكالات الحماية، التي قد يكون لديها قوائم بالأطفال الأيتام لكل موقع
* ملاحظة سلوك الرضيع عندما يكون في حضن المرأة. إذا أدار رأسه نحو الثدي، فقومي بفركه فقد يكون هذا مؤشراً على أنه لا يزال يرضع. إذا كنت تشكين في أن مقدمة الرعاية هي الأم، يمكنك أن تسألي بلباقة عما إذا كان يمكنك فحص الثدي لمعرفة ما إذا كان اللبن يخرج منه
* إذا كان هناك شك في إمكانية إرضاع الطفل رضاعة طبيعية، فيجب توضيح مخاطر الرضاعة الصناعية بدلًا من الرضاعة الطبيعية بدقة

يجب اتخاذ أي إجراء للتحقق من استحالة حصول الطفل على حليب الثدي بطريقةٍ دبلوماسية ولباقة، حيث سيضمن ذلك عدم فقدان ثقة الأم أو مقدمة الرعاية وألا يضع ضغوطاً إضافية عليها.

**الفصل الثاني عشر: اليافعات وتغذية الأمهات**

**اعتبارات خاصة لليافعات:** خلال حالات الطوارئ، هناك العديد من المواقف التي تجعل اليافعات عرضة للحمل المبكر، وقد لا تتمكن اليافعات الناشطات جنسياً من الوصول إلى المعلومات حول الإنجاب أو خدمات تنظيم الأسرة وقد يمارسن الجنس غير الآمن. ويُتوقع من اليافعات المتزوجات أن يحملن على الفور لإثبات خصوبتهن. كما وتتعرض اليافعات لخطر الاغتصاب والاستغلال والاعتداء الجنسيين أو قد يُجبرن على الانخراط في العمل بالجنس من أجل تلبية احتياجاتهن الخاصة أو احتياجات أسرهن. وفي كل الأحوال، تعتبر الشابات الحوامل فئة عالية الخطورة، وهذا صحيح بشكلٍ خاص في سياق الطوارئ، عندما تتعطل أنظمة الدعم الأسري والاجتماعي وتكون الخدمات الصحية محدودة الوصول مقارنة بما كانت عليه في الأوقات العادية.

من المهم رفع مستوى الوعي بين الموظفين من جميع القطاعات بأن حمل اليافعات يمثل خطراً كبيراً لكل من الأم والجنين، والعمل على تحديد طرق لربط اليافعات الحوامل بخدمات صحة الأم والوليد وخدمات التغذية. وإذا لزم الأمر، يجب على الموظفين في مجال الصحة ربط اليافعات الحوامل بقطاعات أخرى، مثل الحماية، للحصول على دعم إضافي.

**12.1 المشورة أثناء فترة المراهقة والحمل**

في جميع الأوقات عند العمل مع الأمهات، لا سيما اليافعات، يجب على الموظفين في مجال الصحة والتغذية عدم إصدار الأحكام، والعمل على حماية خصوصية وكرامة الأم وطفلها.

يرتبط النظام الغذائي الغني بالمغذيات للأم قبل الحمل وأثناءه بتحسين صحة الجنين، وزيادة الوزن المناسب عند الولادة، وزيادة معدلات بقاء الأم والرضيع على قيد الحياة. وتعدّ المشورة التغذوية قبل وأثناء الحمل تدخل حاسم لصحة الأم والطفل، ويعتبر الحمل أيضاً وقتاً مهماً لتقديم المشورة للأم بشأن ممارسات الولادة والرضاعة الطبيعية المبكرة والحصرية. إذا كانت الأم تحظى بالدعم والاستعداد قبل الحمل وأثناءه، فإن قدرتها على الرضاعة الطبيعية المبكرة والحصرية سوف تتعزز، لذا من المهم أن تكون جميع الجهات الفاعلة التي هي على تواصل مع اليافعات والنساء الحوامل ماهرة ومدربة على تقديم المشورة التغذوية ودعم النساء الحوامل.

يجب أن تركز المشورات التغذوية على ما يلي:

* احضري إلى الرعاية ما قبل الولادة أربع مرات على الأقل أثناء فترة الحمل، حيث أن هذه الفحوصات مهمة بالنسبة لك للتعرف على صحتك وكيف ينمو طفلك.
* تعرفي على حالة فيروس نقص المناعة البشرية لديك، واحضري جميع مواعيد العيادة، وتناولي الأدوية الخاصة بكِ كما نصح بها مقدم الرعاية الصحية الخاص بكِ.
* تناولي أثناء الحمل وجبة صغيرة إضافية أو "وجبة خفيفة" (طعام إضافي بين الوجبات) كل يوم لتوفير الطاقة والعناصر الغذائية لكِ ولطفلك الذي ينمو.
* أثناء فترتي الحمل والرضاعة، تساعد العناصر الغذائية الخاصة طفلك على النمو بشكلٍ جيد وأن يكون بصحةٍ جيدة.
* تناولي أقراص حامض الفوليك لمنع فقر الدم أثناء الحمل ولمدة ثلاثة أشهر على الأقل بعد الولادة.
* تناولي أقراص التخلص من الديدان للمساعدة في الوقاية من فقر الدم على النحو الموصوف.
* للوقاية من الملاريا، نامي تحت ناموسية طويلة الأمد ومعالجة بمبيدات الحشرات وتناولي الأقراص المضادة للملاريا على النحو الموصوف.
* تجنبي شرب القهوة والشاي والمشروبات السكرية أثناء الحمل، واشربي الماء النظيف عندما تشعرين بالعطش.
* تحتاجين إلى تناول أفضل الأطعمة المتوفرة محلياً، بما في ذلك الحليب والفواكه والخضروات الطازجة واللحوم والأسماك والبيض والحبوب والبازلاء والفول.
* تناولي أقراص فيتامين (أ) فور الولادة أو في غضون ستة أسابيع حتى يحصل طفلك على فيتامين (أ) في لبن الأم للمساعدة في وقايته من المرض.
* استخدمي الملح المعالج باليود لمساعدة دماغ طفلك وجسمه على النمو بشكل جيد.

الأمهات اليافعات:

* تحتاجين إلى رعاية إضافية والمزيد من الطعام وراحة أكثر من الأم البالغة.
* تحتاجين إلى تغذية جسمك الذي لا يزال ينمو، وكذلك طفلك الذي ينمو.
* أثناء الرضاعة الطبيعية، تحتاجين إلى تناول وجبتين صغيرتين إضافيتين أو "وجبات خفيفة" (طعام إضافي بين الوجبات) كل يوم لتوفير الطاقة والعناصر الغذائية لكِ ولطفلك الذي ينمو.

**12.2 زيادة الوزن أثناء الحمل**

تحدث معظم الزيادة في الوزن الطبيعي أثناء فترة الحمل بعد 20 أسبوعاً من الحمل، ويخضع تعريف "الطبيعي" للتغيرات الإقليمية، لكن يجب أن يؤخذ في الاعتبار مؤشر كتلة الجسم قبل الحمل (BMI). وفقاً لتصنيف معهد الطب[[114]](#footnote-114)، فإن النساء اللواتي يعانين من نقص الوزن في بداية الحمل (أي مؤشر كتلة الجسم أقل من 18.5 كجم/م2) يجب أن يهدفن إلى زيادة 12.5 - 18 كجم، والنساء اللائي يتمتعن بوزن طبيعي في بداية الحمل (أي مؤشر كتلة الجسم 18.5 - 24.9 كجم/م2) يجب أن يهدفن إلى زيادة 11.5-16 كجم، في حين يجب أن تهدف النساء البدينات (أي مؤشر كتلة الجسم 25-29.9 كجم/م2) إلى زيادة 7-11.5 كجم، ويجب أن تهدف النساء المصابات بفرط الوزن (أي مؤشر كتلة الجسم> 30 كجم/م2) إلى زيادة 5-9 كجم.

**12.2 قياس محيط منصف العضد لليافعات والنساء الحوامل**[[115]](#footnote-115)

يمكن استخدام **محيط منتصف العضد** كأداة فحص للنساء الحوامل، على سبيل المثال كمعيار لإدخالهن إلى برنامج التغذية[[116]](#footnote-116). ونظراً لاحتياجاتهن الغذائية الإضافية، قد تكون النساء الحوامل أكثر عرضة للخطر من المجموعات الأخرى من السكان.

يشير محيط منتصف العضد الذي يقل عن 20.7 سم إلى خطر شديد بتأخر نمو الجنين، والذي يقل عن 23 سم إلى وجود خطر معتدل.

**الجدول 15: قياس محيط منتصف عضد النساء الحوامل**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| قياس فحص محيط منتصف عضد اليافعات والنساء الحوامل | | |
| المجموعة المستهدفة | قياس محيط منتصف العضد | مستوى سوء التغذية |
| اليافعات والنساء الحوامل | > 23 سم | طبيعي |
| > / = 18 إلى <23 سم | معتدل |
| <18 سم | شديد |

في المرافق الصحية أو ضمن البرامج المجتمعية، بالإضافة إلى الفحوصات الروتينية قبل الولادة وبعدها للنساء الحوامل والمرضعات، يجب فحص جميع النساء الحوامل بشكل منظم لتحديد إصابتهن بسوء التغذية الحاد، والعمل على إحالة النساء اللواتي يقل طول الجزء العلوي من ذراعهن عن 21 سم للحصول على المزيد من الدعم في المجال التغذوي.

الجدول 16: معايير قبول خدمات التغذية التكميلية العلاجية للنساء الحوامل والمرضعات

|  |  |
| --- | --- |
| قياس محيط منتصف العضد لليافعات والنساء الحوامل | |
| المجموعة المستهدفة | قياس محيط منتصف العضد |
| النساء الحوامل (من الثلث الثاني) | <21 سم |
| المرضعات التي يقل عمر طفلها عن 6 أشهر. |

**12.3 مكملات الحديد وحمض الفوليك (IFA)**

يوصى بتناول مكملات الحديد وحمض الفوليك عن طريق الفم يومياً أو أسبوعياً كجزء من الرعاية ما قبل الولادة، أو تُقدّم ضمن البرامج المدرسية لتقليل مخاطر انخفاض الوزن عند الولادة وفقر الدم لدى الأمهات ونقص الحديد والوفاة نتيجة لفقر الدم أثناء الحمل والولادة.

**مكملات ما قبل الولادة**

مكملات الحديد وحمض الفوليك الوقائية هي خيار مهم للوقاية من فقر الدم الناجم عن نقص الحديد عند النساء الحوامل، وهي جزء من الرعاية ما قبل الولادة (ANC) لتقليل مخاطر انخفاض الوزن عند الولادة، وفقر الدم لدى الأمهات، ونقص الحديد.

في الظروف التي يكون فيها فقر الدم عند النساء الحوامل مشكلة صحية عامة وخيمة (40% أعلى من الطبيعي)، يُفضل تناول جرعة يومية من 60 ملغم من عنصر الحديد على جرعة أقل.

**الجدول 17: المخطط المقترح لمكملات الحديد وحمض الفوليك اليومية للنساء الحوامل**[[117]](#footnote-117)

|  |  |
| --- | --- |
| مخطط مقترح لمكملات الحديد وحمض الفوليك اليومية للنساء الحوامل | |
| مكونات المكمل | حديد: 30-60 ملغم من عنصر الحديد[[118]](#footnote-118)  حمض الفوليك: 400 ميكروجرام (0.4 مجم) |
| المجموعة المستهدفة | جميع اليافعات والنساء الحوامل |
| التكرار | مكمل واحد يومياً |
| المدة | طوال فترة الحمل، البدء في أقرب وقت ممكن |
| البيئة | جميع البيئات |

توصي منظمة الصحة العالمية (WHO)[[119]](#footnote-119) بتناول مكملات الحديد وحمض الفوليك بشكلٍ متقطع (مرة واحدة في الأسبوع) (انظر جدول 18) كتدخل في مجال الصحة العامة للنساء في فترة الحيض اللواتي يعشن في أماكن يكون فيها انتشار فقر الدم 20% أو أعلى، لتحسين تركيزات الهيموجلوبين والحديد لديهن، وتقليل مخاطر الإصابة بفقر الدم. بالنسبة للنساء في فترة الحيض واليافعات اللواتي يعشن في أماكن ينتشر فيها فقر الدم بشكل كبير (40% أو أعلى)، يوصى بتناول مكملات الحديد يومياً للوقاية من فقر الدم ونقص الحديد.

**الجدول 18: المخطط المقترح لمكملات الحديد وحمض الفوليك المتقطع عند النساء في فترة الحيض**[[120]](#footnote-120)

|  |  |
| --- | --- |
| مخطط مقترح لمكملات الحديد وحمض الفوليك يومياً عند النساء في فترة الحيض | |
| مكونات المكمل | حديد: 360 ملغم من عنصر الحديد[[121]](#footnote-121)  حمض الفوليك: 2800 ميكروغرام (2.8 ملغ) |
| المجموعة المستهدفة | الحائض من اليافعات والنساء البالغات |
| التكرار | مكمل واحد أسبوعياً |
| المدة | تناول المكملات لمدة 3 أشهر ومن ثم التوقف عنها لمدة 3 أشهر أخرى وبعدها يجب إعادة تناولها. إذا كان ذلك ممكناً، يمكن إعطاء المكملات الغذائية المتقطعة طوال العام الدراسي أو التقويمي. |
| البيئة | السكان حيث يكون انتشار فقر الدم بين النساء غير الحوامل في سن الإنجاب 20% أو أكثر |

**مكملات الحديد وحمض الفوليك الأسبوعية (WFIS)**

تعتبر مكملات الحديد وحمض الفوليك الأسبوعية (WFIS) من بين الإجراءات الفعالة الرئيسية الثمانية لتحسين تغذية اليافعين المدرجة في إرشادات منظمة الصحة العالمية لعام 2018[[122]](#footnote-122)، حيث يمكن تنفيذ برنامج مكملات الحديد وحمض الفوليك الأسبوعية لمواجهة التحدي المتمثل في ارتفاع معدل انتشار فقر الدم وحالات الإصابة به بين اليافعات واليافعين، فهي استجابة برامجية قائمة على الأدلة لحالة فقر الدم السائد بين اليافعات واليافعين من خلال تناول مكملات الحديد وحمض الفوليك أسبوعياً وأقراص السيطرة على الديدان الطفيلية كل ستة أشهر.

**ميزات** مكملات الحديد وحمض الفوليك الأسبوعية**:**

o الهدف من مكملات الحديد وحمض الفوليك الأسبوعية: الحد من انتشار وشدة فقر الدم لدى اليافعات واليافعين (10-19 سنة).

**الفئات المستهدفة**

o الفتيات والفتيان بعمر 10 - 19 عاماً المسجلين في المدارس والملتحقين بها

o الفتيات اليافعات خارج المدرسة.

**التدخل**

o إعطاء مكملات أسبوعية خاضعة للإشراف من الحديد وحمض الفوليك: 60 ملغم من الحديد و 2.8 ملغم من حمض الفوليك.

o يجب اتباع منهجية اليوم الثابت حيث يخصص يوم واحد باعتباره "يوم مكملات الحديد وحمض الفوليك الأسبوعية " من أجل تقليل مخاطر نسيان أحد.

o فحص الفئات المستهدفة لتحديد حالات فقر الدم المتوسط/الحاد وإحالتها إلى المرافق الصحية المناسبة.

أقراص التخلص من الديدان مرتين في السنة: (ألبيندازول 400 ملغ) كل ستة أشهر للسيطرة على الإصابة بالديدان الطفيلية.

o المشورة والمعلومات حول تحسين المدخول الغذائي من الأطعمة الغنية بالحديد واتخاذ إجراءات للوقاية من الإصابة بالديدان المعوية.

**الجدول 19: توصيات منظمة الصحة العالمية الخاصة ب**مكملات الحديد وحمض الفوليك الأسبوعية[[123]](#footnote-123)

|  |  |
| --- | --- |
| مخطط مقترح لمكملات الحديد وحمض الفوليك اليومية لدى اليافعات واليافعين | |
| مكونات المكمل | حديد: 60 ملغم  حمض الفوليك: 2.8 ملغم |
| المجموعة المستهدفة | الفتيان والفتيات بعمر 10-19 الملتحقين بالمدرسة واليافعات خارج المدرسة. |
| التكرار | مكمل واحد في الأسبوع |
| المدة | تناول المكملات لمدة 3 أشهر والتوقف عنها لمدة 3 أشهر قبل تناولها مجدداً. إذا كان ذلك ممكنًا، يمكن إعطاء المكملات الغذائية المتقطعة طوال العام الدراسي أو التقويمي. |
| البيئة | السكان حيث يكون انتشار فقر الدم بين النساء غير الحوامل في سن الإنجاب 20% أو أكثر |

**12.4 مكملات فيتامين (أ)**

وفقاً لتوجيهات منظمة الصحة العالمية لعام 2011[[124]](#footnote-124)، لم يعد يُنصح بتناول مكملات فيتامين (أ) الروتينية للنساء الحوامل أو بعد الولادة كتدخل للصحة العامة للوقاية من أمراض ووفيات الأم والرضيع.

يجب تقديم المشورة بدلاً من إعطاء المكملات الروتينية:

* ينبغي تشجيع النساء بعد الولادة على تلقي التغذية الكافية التي يمكن تحقيقها على أفضل وجه من خلال اتباع نظام غذائي صحي متوازن واتباع المبادئ التوجيهية بشأن الأكل الصحي أثناء فترة الرضاعة.
* نصح جميع النساء الحوامل بتناول قطعة من الكبدة مرة واحدة في الأسبوع كإجراء وقائي.

يوصى بمكملات فيتامين (أ) للنساء الحوامل فقط في المناطق التي يكون فيها نقص الفيتامين مشكلة صحية عامة خطيرة حيث ≥5% من النساء لديهن تاريخ من العمى الليلي في آخر حمل لهن في 3-5 السنوات الماضية التي انتهت بولادة حية، أو إذا كان 20% أو أقل من النساء الحوامل لديهن مستوى الريتينول في الدم أقل من 0.70 ميكرومتر/لتر.[[125]](#footnote-125).

في المناطق التي يشار فيها إلى وجود إعطاء المكملات بسبب نقص فيتامين أ، يمكن إعطاؤها بشكلٍ يومي أو أسبوعي، حيث تقترح إرشادات منظمة الصحة العالمية الحالية جرعة تصل إلى 10000 وحدة دولية من فيتامين أ يومياً، أو جرعة أسبوعية تصل إلى 25000 وحدة دولية.[[126]](#footnote-126)

لكن لا يوصى بأخذ جرعة وحيدة من مكمل فيتامين (أ) تكون أكبر من 25000 وحدة دولية لأن نتائجه غير مؤكدة. علاوة على ذلك، قد تسبب جرعة واحدة من مكمل فيتامين (أ) أكبر من 25000 وحدة دولية تشوهات خلقية إذا تم تناولها بين اليوم 15 واليوم 60 من الحمل.[[127]](#footnote-127)

**12.5 إدارة التخلص من الديدان**

يوصى بإجراء علاج دوري لجميع الأشخاص المعرضين للخطر في المناطق الموبوءة، دون إجراء تشخيص فردي سابق، باستخدام الأدوية المضادة للديدان (التخلص من الديدان). وهذا يشمل النساء الحوامل بعد الثلث الأول من الحمل.

على أن تعطى العلاجات مرة واحدة في السنة عندما يكون انتشار عدوى الديدان الطفيلية المنقولة بالتربة في المجتمع أكثر من 20%، ومرتين في السنة عندما يتجاوز انتشار العدوى 50%، حيث أنّ هذا التدخل يقلل من الإصابة بالأمراض من خلال التقليل من الأعباء التي تسببها الديدان.

يوصى بالعلاج الكيميائي الوقائي (للتخلص من الديدان) باستخدام جرعة وحيدة من ألبيندازول (400 ملغم) أو ميبندازول (500 ملغم) كتدخل للصحة العامة للنساء الحوامل بعد الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل في المناطق حيث: (1) معدل الانتشار الأساسي لعدوى الديدان الشصية و/أو السوطية 20% أو أكثر بين النساء الحوامل، (2) يكون فقر الدم مشكلة صحية عامة خطيرة، مع نسبة انتشار 40% أو أعلى بين النساء الحوامل، من أجل التقليل من الدويدان الشصية والسوطية

**12.6 ممارسات الرعاية الموصي بها للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (PLHIV)**

دعم المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية لزيادة مدخولهم الغذائي لأن أجسامهم تتطلب أكثر من الكمية المعتادة من الطعام.

دعم المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية لتناول وجبات صغيرة ولكن متكررة طوال اليوم.

دعم المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية لتعديل نظامهم الغذائي ليشمل الأطعمة الغنية بالمغذيات مثل اللحوم والأسماك والبيض واللوبيا ومنتجات الألبان.

دعم استخدام الأطعمة المدعمة مثل الملح المعالج باليود والزيوت المدعمة بفيتامين (أ) والسكر والدقيق.

1. دعم المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية لطلب الرعاية على الفور من المستشارين المدربين.

**الفصل الثالث عشر: أنظمة الإحالة لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال**

يجب إنشاء قائمة إحالات كاملة بحيث يمكن لجميع الشركاء الوصول إليها ومشاركتها في جميع القطاعات لضمان وضوح مسارات الإحالة، كما إن استخدام استمارات الإحالة وسجل الإحالة سيجعل المتابعة ممكنة.

من المهم ليس فقط الإحالة بطريقة واحدة، حيث ينبغي عند خروج المريض وضع آليات الدعم المجتمعي للمتابعة والدعم على مستوى العائلة.

**13.1 الإحالات إلى خدمات الصحة الإنجابية**

خدمات الصحة الإنجابية: بالنسبة للعائلات التي لديها نساء حوامل ومرضعات ورضع وأطفال صغار بحاجة إلى خدمات صحية، يجب إحالتهم إلى أقرب مرفق من مرافق الرعاية الصحية الأولية.

**13.2 الإحالات إلى المعونة الغذائية الإضافية**

دعم التغذية التكميلية للنساء الحوامل والمرضعات: العائلات التي لديها نساء حوامل ومرضعات وأطفال تتراوح أعمارهم بين يوم وسنتين هي عائلات مستضعفة ويجب إعطاؤها الأولوية للمساعدة الغذائية، وإحالتها إلى خدمات توزيع المعونة الغذائية ذات الصلة أو أقرب برنامج غذائي متكامل أو برنامج الأغذية التكميلية حسب الاقتضاء.

**13.3 الصحة النفسية والخدمات النفسية والاجتماعية**

يجب إحالة الأمهات والأطفال الذين تمّ تحديدهم على أنهم بحاجة إلى دعم في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي إلى أقرب مستشفى أو أقرب خدمات ذات صلة بالتنسيق الوثيق مع قطاع الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي. ويجب تدريب الشركاء في مجال التغذية على الإسعافات الأولية النفسية وتقديم الرعاية لدعم الإحالات بشكل مناسب وعدم محاولة تقديم الرعاية فوق الأدوار أو المسؤوليات المناسبة.

**13.4 إحالات الناجيات من العنف القائم على النوع الجنساني**

للناجين من العنف القائم على النوع الجنساني والاستغلال والاعتداء الجنسيين، بما في ذلك الأطفال، الحق في السلامة والكرامة ومن المهم أن تكون خدمات الرعاية مركزة على الناجين وأن تُجرى الإحالات بطريقة سرية.

يجب إحالة الأشخاص الذين يتعرضون للعنف القائم على النوع الجنساني (مثل الاغتصاب والاعتداء الجنسي والعنف المنزلي والاستغلال والترصد والإساءة اللفظية وما إلى ذلك) للحصول على المساعدة المناسبة من أجل سلامتهم وصحتهم ورفاههم النفسي، وإحالة الأطفال (الذين تقل أعمارهم عن 18 عاماً) الناجين من العنف أو المعرضين لخطر الأذى إلى جهاتٍ فاعلة مدربة على التعامل مع الاحتياجات الخاصة للأطفال الناجين من الاعتداء الجنسي، والذين هم على دراية بالإجراءات المحلية المتعلقة بحماية الأطفال.

**14. الدمج المتعدد القطاعات لتغذية الرضع وصغار الأطفال بحالات الطوارئ**

**14.1 دمج تغذية الرضع وصغار الأطفال أثناء الطوارئ مع خدمات الفحص المجتمعي لسوء التغذية الحاد**

تنص إجراءات التغذية الأساسية لمنظمة الصحة العالمية[[128]](#footnote-128) على أن دمج الرضاعة الطبيعية ودعم تغذية الرضع وصغار الأطفال في جميع مستويات الرعاية الصحية هو إجراء رئيسي لتحسين ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال، حيث أن الروابط بين أنشطة تغذية الأطفال الرضع وصغار الأطفال والإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد ضرورية في مكافحة سوء التغذية. وللقيام بذلك، يحتاج الموظفون العاملون في مراكز التغذية والمرافق الصحية التي تقدم خدمات إدارة سوء التغذية الحاد إلى تدريب إضافي لتعزيز فعاليتهم وجهودهم في تقديم الدعم.

يجب النظر إلى الخدمات التالية كجزء من الوصف الوظيفي للموظفين في مجال الصحة والتغذية وغيرهم ممن يقدمون خدمات تغذية الرضع وصغار الأطفال والفحص المجتمعي لسوء التغذية الحاد:

* مراكز تحقيق الاستقرار، وبرامج علاج المرضى الخارجيين، وبرامج التغذية التكميلية الشاملة، وخدمات التغذية التكميلية العلاجية: يجب توفير المعلومات الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال وإجراء التقييمات وتقديم الدعم في هذا المجال أثناء الدخول والخروج والمتابعة لضمان إعادة ترسيخ ممارسات التغذية السليمة للأطفال، والحفاظ على ممارسات التغذية المناسبة للعمر، بشكل يضمن ُدمج الأطعمة التكميلية المتنوعة في النظام الغذائي إذا كان الطفل أكبر من ستة أشهر.
* يمكن أن تتضمن جميع أنشطة التوعية المجتمعية تقييماً سريعاً موجزاً ​​لتحديد أي قضايا خاصة بالطفل في مجال التغذية.
* عند خروج حالات سوء التغذية الحاد المتوسط/الوخيم، يجب إحالة الدعم على مستوى المجتمع لضمان استمرار خدمات المشورة والمتابعة في مجال تغذية الرضع وصغار الأطفال أثناء العلاج وعند الخروج.
* تقييمات تغذية الرضع وصغار الأطفال وتقديم المشورة خلال جلسات فحص محيط منتصف العضد في كل من المجتمع المحلي والمرافق الصحية لضمان نشر الرسائل المناسبة لجميع العائلات المعرضة للخطر.

**الفحص المجتمعي لسوء التغذية الحاد مع وحدات التدريب في تغذية الرضع وصغار الأطفال**

توفر عملية دمج الدعم **في مجال تغذية الرضع وصغار الأطفال** في الدليل الخاص بميسري[[129]](#footnote-129) **الفحص المجتمعي لسوء التغذية الحاد** إرشادات وتوجيهات لتدريب موظفي **الفحص المجتمعي لسوء التغذية الحاد على تغذية الرضع وصغار الأطفال،** ويجب تضمين الدليل في جميع التدريبات الخاصة ب**الفحص المجتمعي لسوء التغذية الحاد** وعلى جميع المستويات.

توضح النظرة العامة للدليل على ضرورة إجراء تدريب حول دمج الدعم ل**تغذية الرضع وصغار الأطفال** في **الفحص المجتمعي لسوء التغذية الحاد**.

**14.2 الدمج المتعدد القطاعات لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ**

من أجل التنفيذ الناجح لاستراتيجية تغذية الرضع وصغار الأطفال، يجب تعميم تغذية الرضع وصغار الأطفال عبر القطاعات حتى تُنفذ استراتيجيات وتدخلات في هذا المجال بنجاح، وأن يكون لدى أصحاب المصلحة عبر مختلف القطاعات فهم أساسي لتغذية الرضع وصغار الأطفال، حتى لو لم يعملوا على وجه التحديد في مجال الصحة أو التغذية.

**جدول 20: أمثلة على فرص البرمجة المتكاملة**[[130]](#footnote-130)

|  |  |
| --- | --- |
| أمثلة على فرص البرمجة المتكاملة | |
| حماية الطفل | توسيع نطاق التواصل مع المجتمع من خلال إشراك أعضاء الآليات المجتمعية لتحديد وإحالة الحوامل والمرضعات والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-23 شهرًا والذين هن بحاجة إلى إدارة الحالة و/أو دعم تغذية الرضع وصغار الأطفال.  التنسيق لضمان وجود دعم مناسب لتغذية الرضع وصغار الأطفال للأيتام الأمهات (على سبيل المثال، برنامج التغذية الاصطناعية على نطاق صغير) |
| التعليم | إشراك الطلاب من خلال فرص التعبئة المجتمعية وتوفير الرسائل والمعلومات الأساسية حول تغذية الرضع وصغار الأطفال من خلال القصائد والدراما والأغاني والقصص والأساليب الأخرى، والنظر في إمكانية عقد مسابقات درامية حول تغذية الرضع وصغار الأطفال.  إعطاء أولوية لتدخلات الطفولة المبكرة (ECD) وتوفيرها للعائلات التي لديها رضع وصغار الأطفال.  دعم تقديم الرعاية الحساسة والترابط عند جمع الشمل في حالة الانفصال |
| الأمن الغذائي وسبل العيش الكاملة | تنسيق الجهود في تصميم حصص الغذاء والمواد غير الغذائية لضمان مراعاة وحماية احتياجات الأطفال بعمر يوم إلى 23 شهراً والنساء الحوامل والمرضعات. على سبيل المثال يجب التأكد من أن حصص الغذاء تشتمل على أغذية تكميلية مناسبة للأطفال الصغار وغذاء كافٍ لامرأة حامل أو مرضعة واحدة على الأقل، وأغذية طازجة إذا لزم الأمر، والنظر في العواقب غير المقصودة للمعونة الغذائية على ممارسات التغذية.  توفير أغذية تكميلية آمنة وكافية من الناحية التغذوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر وسنتين ودعم تغذية الأمهات |
| الصحة | تحديد طرق دمج مؤشرات تغذية الرضع وصغار الأطفال في نظام المعلومات الصحية (HIS) ونظام إعداد التقارير (TWINE) من المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين لجمع المعلومات المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال وتحليلها واستخدامها.  تدريب الموظفين على تغذية الرضع وصغار الأطفال والإسعافات الأولية النفسية.  تشجيع إنشاء مجموعات دعم الأقران من الأمهات من خلال خدمات الولادة/الرعاية ما بعد الولادة.  دمج تغذية الرضع وصغار الأطفال في إدارة الحالات والتحصين وبروتوكولات التواصل بشأن المخاطر  ضمان الدعم الكافي في أماكن عمل موظفي الصحة في مجال الرضاعة الطبيعية  التصدي للشائعات والمعلومات غير الموثوقة بشأن الرضاعة الطبيعية والترويج لمدى أهمية الرضاعة الطبيعية للرضع  وضع ترتيبات معينة للرضع الذين يرضعون رضاعة طبيعية للبقاء مع أمهاتهم  تقديم الدعم في مجال الرضاعة الطبيعية للأمهات المعوقات بسبب المرض الشديد |
| المياه والصرف الصحي والنظافة | توفير مواد النظافة والمواد غير الغذائية ذات الصلة في الأماكن الصديقة للأم والطفل، للسماح بالتثقيف التغذوي التكميلي، لا سيما حول تغذية الرضع وصغار الأطفال وممارسات الرعاية.  التثقيف والتوعية في مجال ممارسات النظافة الرئيسية خلال المشورة الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في مراكز الفحص المجتمعي لسوء التغذية الحاد، بالإضافة إلى توزيع المواد غير الغذائية بما في ذلك مجموعات المياه والصرف الصحي والنظافة وعبوات تخزين المياه لمقدمات الرعاية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-23 شهراً وللنساء الحوامل والمرضعات.  دعم النظافة والوصول إلى المياه المأمونة لمقدمات الرعاية للأطفال دون عمر الشهرين. |
| السكن والمأوى | التعاون في تخطيط المناقشات حول تقليل المخاطر البيئية والصحية في الأماكن الصديقة للأم والطفل المتعلقة بمرافق تخزين الأغذية وإعداد الطعام (التهوية والوصول إلى المياه وما إلى ذلك) ومكافحة ناقلات الأمراض. |
| برامج الحماية الاجتماعية/الحوالات النقدية | العمل مع برامج الحماية الاجتماعية لضمان إدراج مقدمات الرعاية للأطفال من سن 0 إلى 23 شهراً والنساء الحوامل والمرضعات في برامج الحوالات النقدية. |

**الفصل الخامس عشر: الرصد والإبلاغ**

**يعدّ قياس التقدم المحرز وتتبع النتائج عنصراً هاماً في برمجة تغذية الرضع وصغار الأطفال، وقد اُقترحت مجموعة من المؤشرات الدنيا للمساعدة في تقييم فعالية الأنشطة الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ والوصول إليها الموضحة في هذا الدليل وقياس التقدم المحرز وتتبعه على مستوى المرفق والمجتمع المحلي (انظر ملحق 20: المؤشرات المقترحة لتغذية الرضع وصغار الأطفال).**

**تعد عمليات الإبلاغ والرصد والتقييم من الوظائف الرئيسية التي يجب القيام بها أثناء تنفيذ المبادئ التوجيهية الخاص بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال. حيث ستكون عمليات الرصد والتقييم الخاصة بأنشطة تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال موجهة من قبل إطار الرصد والتقييم الوطني في السودان وستدمج في البنية التحتية الحالية التي تجمع بيانات المراقبة وتقديم الخدمات من مختلف نقاط تقديم الخدمات في البلاد وتقوم بتحليلها.**

**ينبغي أن يكون لدى جميع برامج/أنشطة تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال سجل بالمعلومات الأساسية التي جرى تقديمها في نقاط تقديم الخدمات بناءً على عدد المرات التي يجري فيها تقديم الخدمة، على سبيل المثال بشكلٍ يومي. سيكون الإبلاغ عن أنشطة تقديم الخدمات الخاصة بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال شهرياً من المنشأة والمحلية والولاية وعلى المستوى الوطني ككل، وتُرسل التقارير إلى المستوى الأعلى من خلال برامج المعلومات الصحية للمنطقة، حيث أنّ الإبلاغ على كل مستوى (المرفق، المحلية، الولاية، المستوى الوطني) مطلوب لتحليل المعلومات وتوجيهها لصنع القرار وتوجيه إجراءات الصحة العامة، إلى جانب تحليل البيانات من خلال مقارنة الإنجازات بالأهداف المحددة.**

إنّ البيانات الروتينية التي سيجمعها موظفو الصحة والعاملون المجتمعيون سوف تُستخدم لتتبع برنامج تغذية الأمها والرضع وصغار الأطفال، حيث ستُجمع بيانات الرصد من خلال نظام المعلومات الصحية، الذي يعد المصدر الاعتيادي للإحصاءات الخاصة بخدمات المرافق الصحية، وسيعتمد على موظفي الصحة على مستوى المنشأة لجمع بيانات المرضى، وسيقوم الموظفون القائمون على النظام على جمع البيانات والإبلاغ عنها في نماذج موحدة.

البيانات الروتينية التي سيتم جمعها من خلال **برنامج المعلومات الصحية** لرصد الأنشطة ستكون حول:

الرضاعة الطبيعية الحصرية، والرضاعة الطبيعية المبكرة، وإدخال طعام تكميلي كافٍ وآمن في الشهر السادس من عمر الطفل، وإدخال الأطعمة الصلبة وشبه الصلبة أو اللينة، والتغذية بالزجاجة، وتقديم المشورة للحوامل، وتقديم المشورة للأمها، وعدد مجموعات دعم الأمهات، وعدد مجموعات الرجال.

تحتوي البيانات على سجل ونموذج تقرير لكل نشاط من أنشطة تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال.

سيتم جمع مؤشر التقييم من خلال المسوحات (المسح العنقودي المتعدد المؤشرات، طريقة المسح المكاني البسيط، المسح الغذائي الموحد الموسع، خط الأساس وخط الإغلاق، وطريقة تقييم الرصد الموحد للإغاثة والانتقال). بالإضافة إلى ذلك، ينبغي دمج مؤشرات تغذية الرضع وصغار الأطفال في التقييمات السريعة متعددة القطاعات.

إن دور وزارة الصحة الاتحادية هو دور هام في الرصد والإبلاغ وإدراج مؤشرات تغذية الرضع وصغار الأطفال في جمع البيانات الوطنية ورصدها والإبلاغ عنها.

**الاستهداف**

**يجب أن تكون المنظمات قادرة على الاستهداف على مستوى التغطية حتى لو كانت تقوم بالإبلاغ باستخدام الأرقام، فإن الوصول أمر أساسي للغاية.**

**15.1 تقييمات حالات الطوارئ وعمليات الرصد والتقييم والمساءلة والتعلم**[[131]](#footnote-131)

ما قبل حالة الطوارئ أو في أقرب وقت ممكن

* جمع بيانات الخلفية عن الحالة ما قبل الأزمة والعمل على تنظيمها
* جمع المعلومات من الملاحظات والمخبرين الرئيسيين إن أمكن

خلال 72 ساعة

* قياس قدرة استجابة الحكومة والشركاء في مجال تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ
* تحديد أصحاب المصلحة والتنسيق معهم حسب الحاجة
* إجراء تقييم أولي سريع متعدد القطاعات (بما في ذلك قطاعات حماية الطفل، والتعليم، والأمن الغذائي وسبل العيش، والصحة، وفيروس نقص المناعة البشرية، والمأوى، والمياه والصرف الصحي والنظافة وغيرها) بالتنسيق مع القطاعات الأخرى المعنية بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.
* تحديد المؤشرات ذات الصلة

**الأسبوع الأول**

* إعداد إطار عمل الرصد والإشراف وتنفيذه

الأسبوع 2-4

* تحليل بيانات MS-IRA وإعداد تقرير التقييم
* نشر نتائج التقييم الخاصة بـ MS-IRA
* وضع خطة التقييم والتعلم
* البدء في بناء الأدلة
* تطوير قاعدة بيانات حول تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ

أسابيع 5-8

* دعم/إجراء تقييمات مفصلة لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، بما في ذلك مسوحات خط الأساس، ومسوحات تقييم الرصد الموحد للإغاثة والانتقالات، ومناقشات مجموعة التركيز، أو مقابلات مع المخبرين الرئيسيين

التقييمات متعددة القطاعات

ينبغي دمج تقييم ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال في التقييمات السريعة متعددة القطاعات.

المؤشرات التي يجب أخذها بعين الاعتبار:

* الرضاعة الطبيعية الحصرية والمناسبة للعمر
* إدخال المواد الغذائية الصلبة وشبه الصلبة
* تكرار الوجبات للأطفال من سن 6-59 شهراً
* التوزيعات والتبرعات الخاصة ببدائل لبن الأم
* رعاية الأطفال المحرومين من الرضاعة الطبيعية
* رعاية الحوامل والمرضعات
* تغذية الفتيات اليافعات

تحليل عنق الزجاجة

من أجل الفهم الكامل لأداء تقديم الخدمات المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال، يجب إجراء تحليل عنق الزجاجة على أساس سنوي.

مصفوفة تحديد الأنشطة (من، متى، أين، ماذا)

يسمح تمرين تحديد الأنشطة (من خلال منهجية من، متى، أين، ماذا) للجهات الفاعلة في مجال التغذية بما يلي:

o اكتساب فهم واضح للتدخلات التغذوية التي تنفذها المنظمات العاملة في مواقع مختلفة، بالإضافة إلى حساب المجموعة المستهدفة لأنشطة تغذية الرضع وصغار الأطفال.

o يوفر الهيكل لعملية مشاركة المعلومات بطريقة مشتركة ومنظمة.

o يوفر تحليلاً في الوقت الفعلي للاستجابة التغذوية من أجل التخطيط والرصد الفعالين.

يجب تقديم التمرين من قبل الشركاء شهرياً وأن يتم جمعها من قبل قطاع التغذية على أساس ربع سنوي ثم مشاركتها مع الشركاء.

**تشمل المؤشرات:**

* تحديد الحالة النشطة
* الدخول في برنامج علاجي للمرضى الخارجيين
* دخول الرضع دون الستة أشهر إلى مركز تحقيق الاستقرار
* دخول الرضع من 6-59 شهراً إلى مركز تحقيق الاستقرار
* دخول الرضع من 24-59 شهراً لبرنامج التغذية التكميلية الشاملة
* برنامج التغذية التكميلية الشاملة للحوامل والمرضعات
* برنامج التغذية التكميلية المستهدفة
* التواصل من أجل التنمية
* توزيع مساحيق المغذيات الدقيقة المتعددة
* استشارات تغذية الرضع وصغار الأطفال
* استشارات الحوامل
* مجموعات دعم الأمهات/الآباء ومجموعات الرعاية ومجموعات دعم الأقران

**15.2 حزمة المؤشرات**

يعرض الجدول 21 قائمة المؤشرات التي يجب على الجهات في قطاع التغذية جمعها وإعداد تقارير عنها، وفقاً لنوع الأنشطة والأماكن التي تعمل فيها و/أو تنفذها. وسيتم الإبلاغ عن البيانات إلى الوكالات المعنية (من قبل وكالة التنفيذ)، ويجب تسهيل عملية توحيد تلك البيانات على مستوى الوكالة.

لقد أصدرت منظمة الصحة العالمية واليونيسف مجموعة من المؤشرات المنقحة في عام 2021، حيث تستعرض هذه الوثيقة مجموعة من المؤشرات الجديدة والمحدثة لتقييم ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال على مستوى العائلة، وهي متابعة للوثيقة التي صدرت عام 2008 بعنوان "مؤشرات تقييم ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال - الجزآن الأول والثاني".

في المجموع، هناك 17 مؤشراً موصى به لتغذية الرضع وصغار الأطفال في طبعة 2021[[132]](#footnote-132)، سبعة منها جديدة، واستبعدت أربعة من مؤشرات عام 2008 من قائمة 2021، إلى جانب إدراج ثلاثة مؤشرات لاستهلاك الأطعمة والمشروبات غير الصحية. وعلى عكس عام 2008، لم يتم التمييز بين المؤشرات الأساسية والاختيارية في مجموعة التوصيات هذه. من المهم تقييم البيانات باستخدام المجموعة الكاملة من المؤشرات لأي مجموعة سكانية معينة والإبلاغ عن جميع النتائج.

الجدول 21: المؤشرات الدنيا لتغذية الرضع وصغار الأطفال[[133]](#footnote-133)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| المؤشر | الاختصار | العمر | التعريف |
| مؤشرات الرضاعة الطبيعية |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 الحصول على الرضاعة | EvBF | الأطفال المولودون في آخر 24 شهرًا | النسبة المئوية للأطفال المولودين في آخر 24 شهرأ وحصلوا على رضاعة طبيعية |
| 2 البدء المبكر بالرضاعة الطبيعية | EIBF | الأطفال المولودون في آخر 24 شهراً | النسبة المئوية للأطفال المولودين في آخر 24 شهرًا وحصلوا على رضاعة طبيعية في غضون ساعة من الولادة |
| 3 الرضاعة الطبيعية الحصرية لأول يومين بعد الولادة | EBF2D | الأطفال المولودون في آخر 24 شهراً | النسبة المئوية للأطفال المولودين في آخر 24 شهرًا وحصلوا على رضاعة طبيعية فقط بلبن الأم في اليومين الأولين بعد الولادة |
| 4 الرضاعة الطبيعية تحت ستة أشهر | EBF | الرضع 0-5 أشهر من العمر | النسبة المئوية للرضع الذين تتراوح أعمارهم بين 0-5 أشهر وحصلوا على رضاعة طبيعية حصرية خلال اليوم السابق |
| 5 رضاعة حليب مختلطة تحت سن السادسة أشهر | MixMF | الرضع 0-5 أشهر من العمر | النسبة المئوية للرضع الذين تتراوح أعمارهم بين 0-5 أشهر الذين أُرضعوا تركيبة و / أو حليب حيواني بالإضافة إلى حليب الأم خلال اليوم السابق |
| 6 ـ استمرار الرضاعة الطبيعية من 12 إلى 23 شهرًا | CBF | الأطفال من سن 12 إلى 23 عامًا من 12 إلى 23 شهرًا | النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و23 شهرًا وحصلوا على رضاعة طبيعية من حليب الأم في اليوم السابق |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| المؤشر | الاختصار | العمر | التعريف |
| مؤشرات التغذية التكميلية |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7 إدخال الأطعمة الصلبة وشبه الصلبة والطرية 6-8 أشهر | ISSSF | الرضع بعمر من  6-8 أشهر | النسبة المئوية للرضع الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و8 أشهر وتناولوا أطعمة صلبة أو شبه صلبة أو طرية خلال اليوم السابق |
| 8 الحد الأدنى من التنوع الغذائي | MDD | الأطفال من سن 6 إلى 23 أشهر من العمر | النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا واستهلكوا الأطعمة والمشروبات من خمسة على الأقل من ثمانية محددة المجموعات الغذائية خلال اليوم السابق |
| 9 الحد الأدنى لتكرار الوجبة من 6 إلى 23 شهرًا | MMF | الأطفال من سن 6 إلى 23 أشهر من العمر | النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا الذين استهلكوا الأطعمة الصلبة وشبه الصلبة أو اللينة (ولكن تشمل أيضًا منتجات الحليب للأطفال الذين لا يرضعون رضاعة طبيعية) الحد الأدنى لعدد المرات أو أكثر خلال اليوم السابق |
| 10 الحد الأدنى لتكرار الرضاعة بالحليب للأطفال المحرومين من الرضاعة الطبيعية من عمر 6 إلى 23 شهراً | MMFF | الأطفال من سن 6 إلى 23 أشهر من العمر | النسبة المئوية للأطفال غير الرضاعة الطبيعية الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا الذين تناولوا رضعتين على الأقل من الحليب خلال اليوم السابق |
| 11 حمية دنيا مقبولة من 6 إلى 23 شهرًا | MAD | الأطفال من سن 6 إلى 23 أشهر من العمر | النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا الذين استهلكوا الحد الأدنى من النظام الغذائي المقبول خلال اليوم السابق |
| 12 استهلاك الطعام من البيض و/أو اللحم | EFF | الأطفال من سن 6 إلى 23 أشهر من العمر | النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا الذين استهلكوا طعاماً من البيض و/أو اللحم خلال اليوم السابق |
| 13 استهلاك المشروبات الحلوة من 6 إلى 23 شهرًا | SwB | الأطفال من سن 6 إلى 23 أشهر من العمر | النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا الذين استهلكوا مشروباً حلواً خلال اليوم السابق |
| 14 استهلاك الغذاء غير الصحي من 6 إلى 23 شهرًا | UFC | الأطفال من سن 6 إلى 23 أشهر من العمر | النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا الذين استهلكوا أطعمة غير صحية مختارة خلال اليوم السابق |
| 15 عدم استهلاك خضروات أو فواكه 6 - 23 شهرا | ZVF | الأطفال من سن 6 إلى 23 أشهر من العمر | النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا والذين لم يقوموا بتناول أي خضروات أو فواكه خلال اليوم السابق |

|  |
| --- |
| **المؤشرات الأخرى** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| زجاجة الرضاعة 0-23 شهراً | BoF | الأطفال 0 - 23  أشهر من العمر | النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و23 شهرًا الذين أُرضعوا من زجاجة بها حلمة خلال اليوم السابق |
| عدم استهلاك خضروات أو فواكه | AG | الرضع 0-5 أشهر من العمر | النسبة المئوية للرضع الذين تتراوح أعمارهم بين 0-5 أشهر الذين حصلوا على رضاعة طبيعية حصرية من لبن الأم والماء فقط، وحليب الأم والسوائل غير اللبنية، ولبن الأم وحليب الحيوانات/واللبن الصناعي، ولبن الأم والأغذية التكميلية، وليس الرضاعة الطبيعية خلال اليوم السابق |

**15.3 رصد بدائل لبن الأم والإبلاغ عنها**

يُعد التسويق المكثف لبدائل لبن الأم عائقًا رئيسيًا أمام تحسين صحة حديثي الولادة والأطفال، لا سيما عندما يحدث إجراء التبرعات أو التسويق لها من قبل العاملين في مجالات الصحة والتغذية، أو ضمن الاستجابة الإنسانية حيث يتم الوثوق بالتغذية والنصائح الصحية.

تحظر المدونة جميع أشكال الترويج لبدائل لبن الأم، بما في ذلك الإعلان وتقديم الهدايا للعاملين الصحيين وتوزيع عينات مجانية. ويُمنع على الملصقات تقديم ادعاءاتٍ غذائية وصحية أو أن تتضمن صوراً تجعل حليب الأطفال مثالياً، بل عليها أن تحمل رسائل حول أفضلية الرضاعة الطبيعية مقارنة بحليب الأطفال ومخاطر عدم الرضاعة الطبيعية.

لا تقتصر الحاجة في السودان على تطوير سياسة قوية فحسب، بل يجب على المنظمات الحكومية والإنسانية ومنظمات المجتمع المدني أيضاً ألا تسعى للحصول على التبرعات الخاصة ببدائل لبن الأم أو قبولها في حالات الطوارئ.

ويعد رصد المدونة وإنفاذها أمراً بالغ الأهمية في السودان، خاصة في أوقات الطوارئ.

يجب إبلاغ وزارة الصحة الاتحادية وقطاع التغذية بجميع الانتهاكات من خلال قناة مكونة من جزأين.

1) نموذج مايكروسوفت وورد لتتبع المخالفات والانتهاكات المتعلقة بالمدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم والتي جرى تكييفها لتلائم السياق المحلي في السودان

* 1. يجب مشاركة هذا المستند بتنسيق "بي دي إف" مع الشركاء.
  2. بالإضافة إلى ذلك، قد يرغب قطاع التغذية في تطوير نموذج عبر الإنترنت (على سبيل المثال من خلال surveymonkey.com) لتسهيل الإبلاغ عن انتهاكات المدونة

2) قاعدة بيانات مايكروسوفت اكسل، وهي وثيقة داخلية لقطاع التغذية ووزارة الصحة الاتحادية لتجميع انتهاكات المدونة لمزيد من التوحيد والتحليل والمتابعة. ملاحظة: لا ينبغي مشاركتها على نطاق واسع لأنها تحتوي على معلومات حساسة، مثل الجهات التي قامت بالإبلاغ عن الانتهاكات والمخالفات.

**قائمة الملحقات**

الملحق 1: دليل التواصل بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (IYCF-E)

الملحق 2: تقييم عروض الطعام

الملحق 3: الأسئلة الشائعة حول مساحيق المغذيات الدقيقة

الملحق 4: سجل الإحالة الخاص بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ

الملحق 5: نموذج إحالة لإجراء تقييم سريع وبسيط

الملحق 6: التقييم الكامل للأم/مقدمة الرعاية – مجموعة من زوجين

الملحق 7: نموذج الإحالة إلى برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ

الملحق 8: نموذج مراقبة الرضاعة الطبيعية

الملحق 9: تقديم المشورة بثلاث خطوات

الملحق 10: خطة عمل الرعاية للأم/مقدمة الرعاية/الطفل المتلقي لدعم متخصص

الملحق 11: خطة عمل الرعاية للأم/مقدمة الرعاية/الطفل المتلقي لدعم متخصص وبدائل لبن الأم

الملحق 12: اتفاقية الوكالة الخاصة ببدائل لبن الأم

الملحق 13: نموذج الإحالة إلى صرف بدائل لبن الأم

الملحق 14: مجموعة موارد بدائل لبن الأم

الملحق 15: بطاقة صرف بدائل لبن الأم

الملحق 16: ملصقات وأدوات التثقيف العامة الخاصة ببدائل لبن الأم

الملحق 17: نموذج متابعة الزيارات المنزلية لتوفير بدائل لبن الأم

الملحق 18: مسودة البيان المشترك حول تغذية الرضع وصغار الأطفال

الملحق 19: نموذج رصد مدونة بدائل لبن الأم

الملحق 20: المؤشرات المقترحة لتغذية الرضع وصغار الأطفال

**الملحق 1: دليل التواصل بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (IYCF-E)**

A picture containing shape

Description automatically generated

**دليل التواصل بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال**

**في حالات الطوارئ[[134]](#footnote-134)**

تهدف هذه الوثيقة إلى تقديم بعض الإرشادات لأي شخص يقدم المساعدة الإنسانية في السودان والذي قد يكون مشاركاً في الاتصال والتواصل نيابة عن أي وكالة يمثلها (عبر وسائل التواصل الاجتماعي) أو يتعامل مع وسائل الإعلام (إجراء المقابلات) حتى نضمن أنّنا نفي بمسؤوليتنا عند تقديم معلوماتٍ دقيقة تسلط الضوء على احتياجات الرضع وصغار الأطفال ومقدمي الرعاية وتمنع حدوث المساعدات الضارة.

**افعل أو لا تفعل عند التحدث أو الكتابة عن تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ**

تذكر أن الأطفال معرضون بشكلٍ متزايد لخطر سوء التغذية والمرض والوفاة في حالات الطوارئ. فكلما كان الطفل أصغر سناً، كان أكثر تعرضاً للخطر. عندما يبدأ الأطفال حياتهم وهم يعانون من سوء التغذية، فإن الآثار السلبية تكون إلى حد كبير غير ممكنة العلاج.، لذا نقوم باستهداف النساء الحوامل والمرضعات من خلال تدخلاتنا لدعمهن في منح أطفالهن بداية صحية في الحياة، ويجب الدعوة إلى إعطاء الأولوية للنساء الحوامل والمرضعات، بما في ذلك من أجل الوصول إلى المعونة الغذائية.

**تذكر أن الرضاعة الطبيعية تنقذ الأرواح في حالات الطوارئ،** فالرضع الذين ***لا يرضعون*** من الثدي هم أكثر عرضة للإصابة بالمرض والوفاة، لذا فإن دعم الأمهات للرضاعة الطبيعية هو أضمن وسيلة لحماية الأطفال من سوء التغذية والمرض والوفاة في حالات الطوارئ، ويجب تسليط الضوء على هذا الأمر بشكلٍ أكبر.

تذكر أن السياسة الوطنية لتغذية الرضع وصغار الأطفال في السودان توصي بضرورة بدء الرضاعة الطبيعية لجميع الأطفال في غضون 30 دقيقة من الولادة، والرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة. ***(لا تُعطِي أي سوائل أخرى، بما في ذلك الماء، أو الأطعمة خلال هذا الوقت)*** ومواصلة الرضاعة الطبيعية بعد ذلك مع إدخال أغذية تكميلية آمنة وملائمة وفي الوقت المناسب من 6 أشهر إلى 24 شهراً وما بعدها. يجب أن تحمي اتصالاتنا دائماً ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال هذه وتعمل على تعزيزها ودعمها.

**تذكر أنه غالباً ما تكون هناك تبرعات ببدائل لبن الأم**[[135]](#footnote-135) **مثل حليب الأطفال ومنتجات الحليب وزجاجات/حلمات الرضاعة لتغذية الرضع أثناء حالات الطوارئ.** لا تحل التبرعات غير المنضبطة والاستخدام العشوائي لحليب الأطفال محل الرضاعة الطبيعية التي تعد ممارسة منقذة للحياة فحسب، بل إنها تشكل خطورة كبيرة على الرضع وتسبب المرض والوفاة. لذا ينبغي **التحدث عن المخاطر المرتبطة بهذه التبرعات من أجل منع المساعدات الضارة، والتوضيح أن التبرع ببدائل لبن الأم غير ضروري.** راجع [مجموعة أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ[[136]](#footnote-136)](https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-toolkit) (تقليل مخاطر التغذية الاصطناعية) للحصول على تفاصيل حول مخاطر التبرعات بحليب الأطفال وكيفية إدارتها.

**شارك قصص الأمهات اللواتي يواصلن الرضاعة الطبيعية على الرغم من الظروف الصعبة، مع التأكيد على شجاعتهن وقوتهن وصمودهن.** عندما تفقد العائلة كل شيء في أزمة ما، يمكن للأم المرضعة أن توفر كل التغذية التي يحتاجها طفلها بالإضافة إلى الدفء والراحة والحماية من المرض، لذا يجب تصوير الأم على أنها بطلة القصة، مع منظمتك بصفتها شريك في دعمها.

**تذكر أنه بصفتك وكالات تعمل في مجال تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، فإنك تلعب دوراً هاماً في حماية الأطفال في حالات الطوارئ من خلال تقديم معلومات دقيقة** للعامة ووسائل الإعلام حول نوع المساعدة المفيدة وغير المفيدة، حيث تلعب وسائل الإعلام بدورها دوراً كبيراً، على سبيل المثال من خلال عدم دعم الدعوات من أجل التبرع بحليب الأطفال أو نشر الخرافات والمفاهيم الخاطئة حول الكوارث.

**تذكر أن تقوم بالدعوة والمناصرة إلى الوصول إلى الأطعمة التكميلية المناسبة والكافية من الناحية التغذوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 - 23 شهراً،** حيث يجب توفيرها جنباً إلى جنب مع الرضاعة الطبيعية التي لا تزال تلعب دوراً مهماً للغاية، فإدخالها في وقتٍ مبكر للغاية (قبل ستة أشهر) يعرض الطفل للخطر، في حين أن تأخيرها يعني عدم تلبية الاحتياجات الغذائية للرضيع. الأطفال معرضون للخطر خلال هذه المرحلة الانتقالية ومن المرجح أن يحتاج مقدمو الرعاية إلى الدعم لمواصلة الرضاعة الطبيعية والوصول إلى أغذية تكميلية آمنة وكافية ومناسبة أثناء حدوث أزمة غذاء. لذا تحدث عن المخاطر المرتبطة بالتبرعات بالأغذية التكميلية غير الملائمة، والحاجة إلى دعم ممارسات التغذية الصحية إذا كانت خدمات الصرف الصحي سيئة.

**لا تفعل – علامات حمراء**

**لا** تنشر الخرافات والمفاهيم الخاطئة عن الكوارث عن غير قصد

* يمكن للأمهات المصابات بسوء تغذية إرضاع أطفالهن من الثدي (لكنهن قد يحتجن إلى دعم غذائي)
* التوتر لا يؤدي إلى جفاف لبن الأم
* الرضاعة الطبيعية ليست "عبئاً إضافياً" على الأم
* يمكن للأم الإرضاع أثناء الحمل وعند الإصابة بمعظم الأمراض
* لا يحتاج الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 6 أشهر إلى طعامٍ إضافي أو ماء إذا تم إرضاعهم من ثدي الأم

اعلم أنّ هذه مفاهيم خاطئة شائعة يمكن أن تؤدي إلى مساعدة ضارة وتمنع نشرها بشكل استباقي. يمكن للنساء اللواتي يتعرضن للتوتر الجسدي والعاطفي إنتاج ما يكفي من الحليب لأطفالهن، إلا أنهن في أمس الحاجة للدعم اللازم. يجب التأكيد على أهمية دعم تغذية الأم وتوفير مياه الشرب الآمنة – وكذلك تقليل نفقات الطاقة وتوفير الرضاعة الطبيعية والدعم النفسي والاجتماعي. نحن بحاجة إلى ضمان الصحة النفسية والجسدية للأم والطفل، لذلك علينا رعاية الأم وإطعامها والسماح لها بإرضاع طفلها. قم بالرجوع إلى القسم 8 من مجموعة [أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ](https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-toolkit) الصادرة عن منظمة إنقاذ الطفل للتحقق من المزيد من التفسيرات وغيرها من الخرافات والمفاهيم الخاطئة الشائعة أثناء الكوارث.

**لا تمدح التبرعات من "حليب الأطفال" أو غيرها من بدائل لبن الأم، ولا تسلط الضوء على برامج التغذية الاصطناعية أو تستخدم صوراً لأطفال يرضعون من الزجاجة.** يجب أن ندعم الطفل الذي لا يرضع من أمه وفقاً للإرشادات الوطنية والدولية الصارمة، والتي تشمل تقديم دعم منفصل حتى لا تُقوض ممارسات الرضاعة الطبيعية.

**لا** تستخدم الصور مثل صور زجاجات الرضاعة أو اللهايات للحديث عن الرضع وصغار الأطفال. والصورة المفضلة هي أم تحمل/ترضع طفلها.

**لا تفترض أن الرضيع يبكي لأنه جائع عند وصف الحالة، حيث** يوجد العديد من الأسباب التي تجعل الطفل يبكي، وخاصة أثناء حالات الطوارئ عندما تكون العائلة في حالة اضطراب. يمكن أن تساعد الرضاعة الطبيعية والتلامس الجلدي مع الأم على تهدئة الطفل.

**التصوير الفوتوغرافي**

يمكن أن يعرّض الاستخدام غير المناسب للصور الفوتوغرافية الأطفال ومقدمات الرعاية للخطر، ويسهم في انتشار الشائعات والمفاهيم الخاطئة حول الكوارث ويخلق حاجة متصورة للمساعدة الضارة مثل التبرعات بحليب الأطفال وزجاجات وحلمات الرضاعة وما إلى ذلك. ومع ذلك، يمكن أن يكون التصوير الفوتوغرافي أداة قوية لتسليط الضوء على الاحتياجات وتبادل أفضل الممارسات.

|  |  |
| --- | --- |
| **أنشر صوراً لـ** | **لا تنشر صوراً لـ** |
| أمهات يتلقين دعماً للرضاعة الطبيعية | لأطفال يتلقون حليب الأطفال وزجاجات وحلمات الرضاعة واللهايات وغيرها كشكل من أشكال المساعدة. |
| أمهات يواصلن الرضاعة الطبيعية  رغم الظروف الصعبة | أي علامات أو ملصقات تجارية لبدائل لبن الأم |
| أطفال أصيبوا بالمرض أو سوء التغذية بسبب الاستخدام غير المناسب للحليب الصناعي أو توزيع بدائل لبن الأم أو لأنهم لم حرموا من الرضاع الطبيعية الحصرية | صور لدعم تغذية الأمهات المصابات  بفيروس نقص المناعة البشرية، حيث من المحتمل أن يكون هذا وصمًا بالعار أو انتهاكاً لخصوصيتهن.  تأكد من اتباع إرشادات الوكالة بشأن الحصول على الموافقة وحماية الهوية وما إلى ذلك. |
| إظهار الأم المرضعة على أنهن بطلة القصة، والوكالات كشريك لدعمها | لعمال الإغاثة على أنهم أبطال القصة، على سبيل المثال  من خلال توفير حليب الأطفال |
| التدخلات الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ التي تعمل على حماية  التغذية المناسبة للرضع وصغار الأطفال في ممارسات الطوارئ وتعزيزها ودعمها، على سبيل المثال عروض الطهي وجلسات المشورة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال وملامسة جلد الأم لجلد الرضيع في وقت مبكر بعد الولادة، والزوايا الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال | الأم مع صدرها مكشوف بالكامل، حيث أن هذا الأمر حساساً من الناحية الثقافية |
| التغذية بالكوب (0 - 23 شهرًا) والمرضعة البديلة |  |
| مجموعات دعم الأمهات والآباء/زوايا الرضاعة الطبيعية |
| مقدمو الرعاية الثانويون أثناء دعمهم للرضاعة الطبيعية  أو دعمهم الأم في الرضاعة الطبيعية |
| حالات توضح الصعوبات التي تواجهها الحوامل والمرضعات في حالات الطوارئ |
| أي موقف أو جهد يتم فيه حماية ممارسات الرضاعة الطبيعية وتعزيزها ودعمها |

**الملحق 2: تقييم عروض الطعام [[137]](#footnote-137)**

**تقييم عروض الطعام**

|  |  |
| --- | --- |
| اسم الوصفة: |  |
| التاريخ: |  |
| الممثل: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| الرقم التسلسلي: | الأسئلة: | نعم | لا |
| 1. | لقد أحببت العينة التي تذوقتها في هذا العرض التوضيحي |  |  |
| 2. | أنوي استخدام هذه الوصفة في المنزل |  |  |
| 3. | علمني هذا العرض التوضيحي المهارات التي أحتاجها لإعداد هذه الوصفة في المنزل |  |  |
| 4. | لقد تعلمت طرقاً جديدة لمساعدة أطفالي على تناول الطعام الصحي مع الأطعمة المتوفرة محلياً وبأسعار معقولة بالنسبة لي |  |  |
| 5. | المكونات المستخدمة في هذا العرض التوضيحي هي عناصر أستخدمها في المنزل |  |  |
| 6. | المكونات المستخدمة في هذا العرض التوضيحي هي عناصر يمكنني شراؤها |  |  |
| 7. | لقد شاركت في العرض التوضيحي للطعام هذا من قبل |  |  |
| تقديم اقتراح/تعليق إن وجد: | | | |

**شكراً لك على وقتك.**

ملاحظة: ينطبق هذا في نهاية العرض التوضيحي ويجب إكماله من قبل جميع أفراد المجموعة المستهدفة التي حضرت العرض التقديمي. هذا النموذج مجهول المصدر وليس هناك حاجة لتحديد هوية المستجيب. يمكن لمدير التقييم طرح الأسئلة شفهياً أو، حيثما أمكن، ترجمة التقييم إلى اللغة المحلية المناسبة وتعبئته بشكل فردي حيث يمكن لمستويات المعرفة بالقراءة والكتابة أن تدعم ذلك الأمر. يجب على الشخص غير الوسيط ومن غير المتقدمين التعامل مع هذه الأداة، حيثما أمكن.

**اسم المسؤول:**

**التوقيع:**

**الملحق 3: الأسئلة الشائعة حول مساحيق المغذيات الدقيقة**

**الأسئلة الشائعة حول استخدام مساحيق المغذيات الدقيقة**

1. **كيف يتم استخدام مساحيق المغذيات الدقيقة؟ هل تحتاج إلى الطهي؟**

* لا تحتاج مساحيق المغذيات الدقيقة إلى طهي، بل يجب رشها وخلطها مع جزء صغير من الطعام الجاهز للاستهلاك العادي في المنزل على أساس كيس واحد لكل طفل في اليوم.
* لا يمكن خلط مساحيق المغذيات الدقيقة في الوجبة أثناء الطهي.
* يجب أن يستهلك الطفل الجزء الكامل من الطعام الممزوج بمساحيق المغذيات الدقيقة للحصول على الفائدة الكاملة.

1. **يمكن توفير مساحيق المغذيات الدقيقة مع منتجات ومكملات غذائية أخرى مدعمة، مثل:**

أ. كبسولات فيتامين (أ) عالية الجرعات

* **نعم**

ب. ملح مدعم باليود

* **نعم**

ج. تدعيم الغذاء العام من الدقيق والزيت والملح وما إلى ذلك

* **نعم**

د. المنتجات المصممة خصيصاً بالمركبات التالية: (LNS، RUTF، CSB + / ++، WSB + / ++، RUSF، إلخ)

* **لا**، انتظر حتى خروج الطفل من برنامج العيادات الخارجية العلاجية/برامج التغذية العلاجية التكميلية

1. **هل يمكن استخدام نفس الكمية من كيس واحد/في اليوم مع تركيبة المغذيات الدقيقة من قبل جميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهراً، أم يجب على الأطفال الأصغر سناً استخدام كميات أقل؟**

* يمكن لجميع الأطفال اعتباراً من سن ستة أشهر استهلاك الكيس كاملاً مرة واحدة يومياً، لأن المدخول المرجعي من العناصر الغذائية مصمم لتوفير مدخول غذائي مرجعي واحد للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهرًا.

1. **هل يمكن أن تسبب المغذيات الدقيقة سمية إذا تجاوز تناولها المستويات الموصي بها؟ على سبيل المثال كيسان في اليوم.**

* لا توجد مخاطر فورية على السلامة عندما يتجاوز تناول الفرد في بعض الأحيان المستويات الموصي بها.
* علاوة على ذلك، من غير المرجح أن يحدث استهلاك أكثر من المستويات الموصي بها لمعظم المغذيات الدقيقة.

1. **هل تم الإبلاغ عن حوادث سلبية من استخدام مساحيق المغذيات الدقيقة؟**

* يتم الإبلاغ عن الإسهال في بعض الأحيان من قبل مقدمات الرعاية عندما يبدأ الأطفال في استخدام مساحيق المغذيات الدقيقة. (قد يكون هذا في الغالب بسبب سوء النظافة).
* بسبب محتوى الحديد في مساحيق المغذيات الدقيقة، قد يكون براز الطفل داكن أكثر من المعتاد. يجعل الحديد غير الممتص براز الطفل داكن أكثر من المعتاد وهو أمر لا يثير القلق.

1. **هل يمكن إعطاء مساحيق المغذيات الدقيقة للأطفال دون خلطها بالطعام؟**

* لا ينصح باستخدام مساحيق المغذيات الدقيقة دون خلطها مع الطعام أولاً لأن الطفل قد لا يحب طعمها وسيكون من الصعب ابتلاعها.

1. **هل يمكن استخدام مساحيق المغذيات الدقيقة من قبل المسلمين الذين يتبعون الممارسات الغذائية التقليدية؟**

* نعم يمكن للمسلمين استخدامها، حيث لا يتم استخدام الكحول ولا منتجات لحم الخنزير في إنتاج مساحيق المغذيات الدقيقة، وصودق عليها أنها حلال.

1. **هل يمكن استخدام مساحيق المغذيات الدقيقة في المشروبات السائلة مثل اللبن أو الشاي أو العصير؟**

* إذا تم خلط مساحيق المغذيات الدقيقة في سوائل، فإن المغذيات الدقيقة سوف تطفو أعلى السوائل وتميل إلى الالتصاق بجانب الكوب أو الزجاج، وبالتالي سيُفقد البعض في هذه العملية. لذلك يوصى بعدم إضافة مساحيق المغذيات الدقيقة إلى السوائل.

1. **هل مساحيق المغذيات الدقيقة دواء؟**

* لا، مساحيق المغذيات الدقيقة ليست دواء بل مكمل غذائي مسحوق للأطفال من سن 6-59 شهراً يحتوي على 15 نوعاً من الفيتامينات والمعادن الأساسية التي تعزز نمو الطفل وتطوره على النحو الأمثل.

1. **هل هناك احتمال لجرعة زائدة من الزنك إذا تم إعطاء زنك منفصل أثناء الإسهال وكذلك في مساحيق المغذيات الدقيقة؟**

* يتم إعطاء مكملات الزنك خاصة للإسهال، والزنك الموجود في مساحيق المغذيات الدقيقة يعتمد على البدل الغذائي الموصي به، لذلك لا توجد احتمالية لتناول جرعات زائدة.

1. **هل يجب الاستمرار في استخدام مساحيق المغذيات الدقيقة حتى لو كان الطفل مريضاً؟**

* يمكن الاستمرار في استخدام مساحيق المغذيات الدقيقة حتى لو كان الطفل مريضاً.
* يحتاج الطفل إلى فيتامينات ومعادن إضافية للتعافي، لذلك يجب الاستمرار في تقديم تلك المساحيق.

1. **ما هي فوائد مساحيق المغذيات الدقيقة؟**

* منع نقص المغذيات الدقيقة وخاصة فقر الدم
* تحسين جهاز المناعة في الجسم
* تحسين شهية الطفل
* تحسين قدرة الطفل على التعلم والتطور
* ترفع نسبة ذكاء الطفل وقوته ونشاطه

1. **هل ستغير مساحيق المغذيات الدقيقة مذاق الطعام؟**

* لن تغير مساحيق المغذيات الدقيقة مذاق الطعام إذا تمت إضافتها على الفور وأصبح الطعام جاهزاً

في بعض الأحيان، قد يتغير مذاق الطعام إذا تم الاحتفاظ بجزء من الطعام مع مساحيق المغذيات الدقيقة لأكثر من 30 دقيقة.

**الملحق 4:** **سجل الإحالة الخاص بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ[[138]](#footnote-138)**

**سجل الإحالة الخاص بتغذية الرضع وصغار الأطفال**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **التاريخ** | **رقم المستفيد من تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ** | **اسم الأم** | **العنوان (رقم المنزل بالمنطقة، أقرب نقطة مشهورة)** | **اسم الطفل** | **عمر الطفل (بالأشهر)** | **الجنس (ذكر/أنثى)** | **سبب الإحالة** | **إرجاع الإحالة (نعم/لا)** | **العلاج المقدم في المركز** | **المتابعة الموصي بها** | **المتابعة المقدمة** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| الاسم: | المنظمة: | المنصب: |
| المنشأة: | الموقع: | المنظمة المعتمدة للتغذية: |

**الملحق 5: نموذج الإحالة لإجراء تقييم سريع وبسيط[[139]](#footnote-139)**

**التعليمات:** قم بإجراء هذا التقييم السريع كلما صادفت مقدم رعاية لطفل عمره أقل من عامين ويتم الإشارة إلى الإحالة. لا تطرح آخر 5 أسئلة بخط مائل ضمن خانة انظر لكن دونها إذا تمت ملاحظتها.

في حالة ملاحظة أي صعوبات، قم بإحالة مقدمة الرعاية والطفل لإجراء تقييم كامل أو لدعم آخر حسب الاقتضاء. إذا تم وضع دائرة حول أي شيء باللون **الأحمر** أو الأصفر، فقم بالإحالة إلى التقييم الكامل. إذا لم يتم وضع دائرة باللون الأحمر أو الأصفر، فلا داعي للإحالة، وبدلاً من ذلك قدم الثناء والتشجيع.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**اقطع هنا** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**أكمل إذا تمت الإشارة إلى الإحالة**

اسم مقدمة الرعاية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

موعد الحضور: فوراً/بتاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الإحالة إلى: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

موقع المنشأة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

سبب الإحالة:

أ) يلزم إجراء تقييم كامل لتغذية الرضع وصغار الأطفال

ب) يلزم رعاية طبية: (السبب)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ج) أخرى: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تمت الإحالة بواسطة (الاسم): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ المسمى الوظيفي/الوكالة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **نموذج إحالة للتقييم السريع البسيط** | | | | |
| اسم الطفل: | تاريخ الميلاد / العمر: | | بنت | ولد |
| عمر الطفل | | **0- 5 شهور**  0 -28 يوماً (حديث الولادة) | 6- 12 شهر | 12- 24 شهر |
| **اسأل** | | | | |
| هل يرضع الطفل رضاعة طبيعية؟ | | نعم لا | نعم لا | نعم لا |
| هل يحصل الطفل على أي شيء آخر للأكل/الشرب؟ | | نعم لا | نعم لا | نعم لا |
| هل الطفل غير قادر على الرضاعة من الثدي؟ | | نعم لا | نعم لا | نعم لا |
| هل توجد صعوبات أخرى في الرضاعة الطبيعية؟ | | نعم لا | نعم لا | نعم لا |
| هل تشعر الأم أو مقدمة الرعاية بوجود مخاوف تتعلق بالتغذية؟ | | نعم لا | نعم لا | نعم لا |
| هل تطلب مقدمة الرعاية حليب الأطفال؟ | | نعم لا | نعم لا | نعم لا |
| **انظر** | | | | |
| *هل يبدو الطفل نحيفاً أو خاملاًا أو مريضاً للغاية؟* | | نعم لا | نعم لا | نعم لا |
| *هل الأم أو الطفل معاق بشكل واضح؟* | | نعم لا | نعم لا | نعم لا |
| *هل تبدو الأم صغيرة بالعمر بشكل واضح؟* | | نعم لا | نعم لا | نعم لا |
| *هل مقدمة الرعاية هي أم الطفل؟* | | نعم لا | نعم لا | نعم لا |

**الملحق 6: التقييم الكامل للأم/مقدمة الرعاية – مجموعة من زوجين [[140]](#footnote-140)**

**التقييم الكامل للأم والطفل الخاص بتغذية الرضع وصغار الأطفال**

***ملاحظة: أثناء التقييم الكامل، يجب الحرص على طرح أسئلة مفتوحة والاستماع إلى الأم وإظهار الاحترام والحساسية لمشاعرها وثقافتها وتجربتها.***

**التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم تسجيل حالة تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**اسم الطفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ جنس الطفل: ذكر/أنثى تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_\_\_\_\_ العمر /بالشهور \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**اسم الأم/مقدمة الرعاية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ العلاقة بالطفل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**العنوان: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**هل يوجد أطفال آخرون في المنزل وما هي أعمارهم ؟: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**هل لدى الأم/مقدمة الرعاية مخاوف بشأن الأطفال الآخرين في المنزل؟ نعم لا**

*(إذا كانت الإجابة بنعم، فاطلب من الأم/مقدمة الرعاية إحضارهم ليتم رؤيتهم بعد الانتهاء من هذا التقييم)*

أجري التقييم من قبل (اختصاصية تغذية مؤهلة/ممرضة ذات خبرة في الرضاعة الطبيعية)

**الاسم \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ المسمى الوظيفي \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ المنظمة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الموقع \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**معلومات الرضاعة الطبيعية:**

**هل يتم استخدام الرضاعة الطبيعية؟** نعم / لا (إذا كانت الإجابة بنعم، فيجب مشاهدة الرضاعة الطبيعية. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى القسم التالي)

نتائج مشاهدة الرضاعة الطبيعية: *(ضع علامة على الملاحظات ذات الصلة أدناه و/أو استخدم أداة "الرضاعة الرضاعة")*

**التعلق في الثدي:**

* هالة الثدي وفوقها
* الفم مفتوح بشدة
* خروج الشفة السفلى
* الذقن قريبة من الثدي أو تلامسه
* لا يوجد ألم أو إزعاج في الحلمة/الثدي

**وضعية الطفل:**

* الرأس والجسم مستقيمان
* يُحمل الطفل بالقرب من جسد الأم

**الرضاعة:**

* بطيئة وعميقة، وتتوقف في بعض الأحيان
* يمكن سماع عملية البلع ورؤيتها

**إن كانت الأم واثقة:**

* تستمتع بالرضاعة الطبيعية ومسترخية ولا تهز/تحرك الثدي أو الطفل
* لديها علاقة إيجابية مع الطفل، تدليل الطفل والتواصل البصري معه والإمساك به برفق وعن قرب

**كيف تنتهي الرضاعة:**

* يترك الطفل الثدي بمفرده (لا تسحبه الأم)
* يبدو الطفل مرتاحاً وراضياً ولم يعد مهتماً بالثدي
* تبقي الأم ثديها متاحاً له أو تقدم له الثدي الآخر

**كم مرة ترضع الأم يوميا؟** **\_\_\_\_\_\_ كم مرة يرضع الطفل ليلا؟** \_\_\_\_\_\_

**لهاية أو حلمة صناعية أخرى؟** نعم \_\_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_\_

**أطعمة ومشروبات أخرى:**

*ملاحظة: إذا كان الطفل أقل من 6 أشهر ويتلقى أغذية إضافية، أو إذا كان الطفل أكبر من ستة أشهر ولا يتلقى الأغذية التكميلية المناسبة، فيجب إجراء المزيد من الاستشارة والإحالة والمتابعة.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **أطعمة/مشروبات أخرى** | **هل يتناول طفلك أي شيء آخر؟** | **ما هو؟** | **معدل التكرار:**  **الأوقات/يوم** | **الكمية:**  **كم الكمية؟** *(المرجع كوب 250 مل)* | **الملمس: مقدار السماكة؟**  *رقيق،*  *سميك*  *أو مفروم ناعم أو طعام عائلي عادي* |
| **طعام صلب** | التيلة (عصيدة، أمثلة محلية أخرى) |  |  |  |  |
| البقوليات (الفول، أمثلة محلية أخرى) |  |  |  |  |
| خضروات/فواكه (أمثلة محلية) |  |  |  |  |
| أطعمة حيوانية: لحوم/أسماك/بقايا/طائر/بيض |  |  |  |  |
| **سوائل** | **هل يشرب طفلك أي شيء آخر؟** | **ما هو؟** | **عدد المرات: كم مرة/يوم** | **الكمية:**  **كم الكمية؟**  *(مرجع: كوب 250 مل)* | **استخدام زجاجة الرضاعة؟**  **نعم/لا** |
| أنواع حليب أخرى |  |  |  |  |
| أي سوائل أخرى (مثل الماء أو الشاي) |  |  |  |  |
| **من الذي يساعد الطفل عند الأكل؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **أين يأكل الطفل؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | |
| **النظافة الشخصية** | هل تستخدم مقدمة الرعاية طبقاً وملعقة نظيفتين؟ | | | نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ | |
| هل تغسل مقدمة الرعاية يديها بالماء النظيف والآمن والصابون قبل تحضير الطعام وقبل الأكل وقبل إطعام صغار الأطفال ؟ | | | نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ | |
| هل تغسل مقدمة الرعاية يدي الطفل بماء نظيف وآمن وصابون قبل أن يأكل؟ | | | نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ | |

**مزيد من المعلومات:**

**هل الطفل مريض حاليا؟** نعم / لا يتعافى من المرض؟نعم / لا

**كيف أثر المرض على تناول الطعام؟** زيادة/تناقص/لا تغيير

**معتقدات الأم: كيف قررت إطعام الطفل بهذه الطريقة؟** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**كيف هي حالة الأم نفسياً وجسدياً؟ هل لديها أي مخاوف؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**هل ترغب في زيادة كمية لبن ثديها أم أنها مهتمة باستئناف الرضاعة؟** نعم / لا

**في حال تغذية الطفل صناعياً، فقم بتقييم ممارسات إطعامه في المنزل:**

**يجب إكمال هذا القسم للنظر في إمكانية تقديم الدعم لبدائل لبن الأم. إذا كان الرضيع يرضع طبيعياً بشكل كامل، فانتقل إلى القسم التالي.**

**الموارد - ما هي الموارد المتوفرة لدى العائلة؟**

***[ملاحظة: الرضاعة بالزجاجة والحلمة أمر خطير للغاية، يجب تعليم الرضاعة بالكوب أو الملعقة]***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **نعم / لا** | **المخاوف / التعليقات** |
| **بديل لبن الأم (مثل حليب الأطفال)** | بديل لبن الأم مناسب لعمر الطفل؟ |  |  |
| تم تحديد تاريخ انتهاء الصلاحية بشكل واضح ولا يتم تجاوزه |  |  |
| التعليمات مكتوبة بلغة المستخدم الخاصة |  |  |
| من يعد الطعام أو أي فرد آخر من أفراد العائلة قادر على قراءة تعليمات الملصق |  |  |
| يمكن لمقدمة الرعاية الحصول بسهولة على حليب كاف حتى يبلغ الطفل 6 أشهر على الأقل |  |  |
| الزيارة اللاحقة: الكمية المستخدمة منذ عملية التوزيع الأخيرة مناسبة |  |  |
| الكمية المتبقية كافية حتى عملية التوزيع التالية |  |  |
| **التخزين:** | تخزين آمن/عبوات مغلقة بإحكام تستخدم للمكونات |  |  |
| الأغذية الصناعية محضرة مسبقاً فقط في حالة توفر التبريد |  |  |
| تخزين مياه الشرب في وعاء خاص (نظيف، مع غطاء) |  |  |
| **لوازم التحضير** | يتوفر وقود مناسب لغلي الماء (ولتنظيف أدوات الطعام) |  |  |
| تتوفر مياه صالحة للشرب لتحضير عدة رضعات في اليوم (4 لترات على الأقل) |  |  |
| تتوفر كمية كافية من الماء والصابون لغسل الأواني والأيدي |  |  |
| يتوفر سطح نظيف لوضع الأواني عليه (وغطاء نظيف له) |  |  |
| وسيلة مناسبة لقياس حجم الحليب والماء (في حالة الرضاعة، إزالة الجزء العلوي والحلمة. أو يمكن لعامل الرعاية الصحية وضع علامة للقياس (ملل) في الكوب إذا كانت معدات القياس غير متوفرة) |  |  |
| **الوقت الإضافي** | أوقات تحضير 6-8 وجبات طازجة يومياً |  |  |

**الإجراءات - كيف تدير مقدمة الرعاية عملية إطعام الطفل؟**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **نعم / لا** | **المخاوف / التعليقات** |
| **التحضير** | قيام مقدمة الرعاية بغسل يديها |  |  |
| كوب مغسول بالصابون والماء |  |  |
| غلي الكوب والملعقة قبل الاستخدام (يجب عدم استخدام زجاجات الرضاعة أبداً) |  |  |
| وصول الماء لتحضير الطعام إلى درجة الغليان |  |  |
| قيام مقدمة الرعاية بقياس نسب حليب الأطفال والماء بشكل صحيح |  |  |
| يُترك الماء المغلي ليبرد لمدة لا تزيد عن 30 دقيقة قبل إضافته إلى الحليب |  |  |
| **آلية التغذية** | يتغذى الرضيع بالكوب، ويتناول معظم الحليب أو كله |  |  |
| يتم تغذية الرضيع بزجاجة الرضاعة (هذا أمر خطير ويجب نصح الأم/مقدمة الرعاية بالتوقف عن استخدام الزجاجة واستخدام الملعقة أو الكوب بدلاً من ذلك) |  |  |
| يتغذى الرضيع بطريقة أخرى (ما هي) |  |  |
| **التفاعل وإنهاء الرضاعة** | يتم حمل الرضيع طوال فترة الرضاعة |  |  |
| تتفاعل مقدمة الرعاية بلطف مع الرضيع أثناء الرضاعة |  |  |
| الرضيع ينهي عملية إرضاعه بالحليب |  |  |
| لا يتم الاحتفاظ بأي من هذا الغذاء للرضيع ليأخذه في وقتٍ لاحق (يمكن شرب الحليب من قبل الأم أو الطفل الأكبر - لا تستخدمه بعد ساعة) |  |  |
| **كفاية التغذية الصناعية** | عدد الرضعات التي تعطى يومياً يتناسب مع عمر الطفل ووزنه |  |  |
| الكمية المقدمة في كل وجبة مناسبة |  |  |
| **التغذية المناسبة للعمر** | أقل من 6 أشهر، لا يتم إعطاء سوى حليب الأطفال المناسب للعمر |  |  |
| أكثر من 6 أشهر، يتم إعطاء الحليب والأطعمة التكميلية |  |  |

**أكمل خطة الرعاية الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال وفقاً لنتائج التقييم الكامل واحتفظ بالسجلات معًا**

**طفل أقل من 6 أشهر \_\_\_ طفل من 6 إلى 23 شهرًا**

**ملخص التقييم المبدئي (النقاط الرئيسية)**

**دعم الأم:** (قم بالتعديل أدناه حسب الضرورة)

\_\_\_ (أ) الرعاية الداعمة المستمرة (التغذية الكافية، خدمات الأمومة المساعدة، استمرار المساعدة والدعم، الخدمات الصحية المناسبة)

**\_\_\_ (ب) المساعدة الأساسية للرضاعة الطبيعية**

(1) ضمان الرضاعة الفعالة عن طريق التعلق الجيد + الوضعية؛

*(2) بناء ثقة الأم: تشجيع الرضاعة الطبيعية + ملامسة الجلد للجلد*

*(3) زيادة إنتاج اللبن: إطعام متكرر طالما رغب الرضيع بذلك*

*(4) تشجيع التغذية المناسبة للعمر: الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة 6 أشهر تليها الرضاعة الطبيعية المستمرة والأغذية التكميلية الآمنة/المناسبة*

\_\_\_ (C) مساعدة إضافية الطفل يرفض الثدي (دعم متخصص)

\_\_\_ (د) مساعدة إضافية رعاية تصالحية للأم (تحتاج إلى دعم عاطفي/إضافي/إحالة إلى خدمات دعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي)

\_\_\_ (هـ) مساعدة إضافية مرضعة بديلة (دعم متخصص)

\_\_\_ (و) مساعدة إضافية استئناف الرضاعة (دعم متخصص من منسقة تغذية الرضع وصغار الأطفال)

\_\_\_ (و) مساعدة إضافية حالات الثدي (دعم متخصص)

\_\_\_ (ح) مساعدة إضافية التغذية الاصطناعية المدعومة (الإحالة لتلقي بدائل لبن الأم من مركز تحقيق الاستقرار)

**\_\_\_ (ط)** مساعدة إضافية **التغذية التكميلية (دعم إضافي/إحالة إلى برنامج تغذية تكميلية أو برنامج علاجي للمرضى الخارجيين)**

**الإحالة / الدعم المتخصص:**

\_\_\_ العلاج الطبي / التغذية العلاجية

\_\_\_ أخرى - حدد ذلك \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**الملحق 7: نموذج الإحالة إلى برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ [[141]](#footnote-141)**

|  |
| --- |
| **نموذج الإحالة إلى تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ** |
| اسم الطفل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ اسم مقدمة الرعاية \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_\_\_\_ العمر (شهور كاملة) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  جنس الطفل (وضع دائرة) ذكر / أنثى  اسم موقع العائلة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  العنوان: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم الهاتف \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| التاريخ  سبب الإحالة (اذكر أ، ب، ج، د، ه، و): \_\_\_\_\_\_\_   1. يلزم إجراء تقييم كامل للأم والطفل  |  | | --- | | يلزم إجراء تقييم كامل للأم والطفل بسبب: | | \_ الطفل لا يرضع  \_ يوجد رضاعة طبيعية ولكنها لا تتناسب مع العمر  أقل من 6 أشهر لا يحصل على رضاعة طبيعية حصرية  أكثر من 6 أشهر لا يحصل على الأطعمة التكميلية أو يحصل على أطعمة تكميلية غير آمنة أو غير مناسبة  \_ الطفل غير قادر على الرضاعة من الثدي  \_ الأم لديها صعوبات أخرى في الرضاعة الطبيعية  \_ تطلب الأم بديل لبن الأم (مثل حليب الأطفال)  \_ الطفل نحيف بشكل واضح  \_ طفل خامل، وربما مريض |  1. الحاجة إلى الرعاية الطبية (اذكر السبب \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 2. الأم الحامل 3. الطفل المصاب بسوء التغذية (ضع دائرة) أقل من 6 أشهر/ 6-59 شهر: **محيط منتصف العضد <11.5 سم/ 6-59 شهر:** محيط منتصف العضد <12.5 سم/وذمة 4. الأم حامل ومرضعة تعاني من سوء التغذية، محيط منتصف العضد أقل من 22 سم 5. غير ذلك (اذكر السبب \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)   تمت الإحالة إلى (المنشأة/الخدمة) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ موقع المنشأة/الخدمة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  وقت الحضور (ضع دائرة): فوراً/التاريخ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  الإحالة من قبل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ المسمى الوظيفي/المنظمة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

-------------------------------------------------- ------------------------اقطع هنا ------------------------ -----------------------------------------

*الجزء الثاني: يستكمل في موقع الإحالة ويُعطى لمقدمة الرعاية (كسجل للخطوات التالية ولإظهار الشخص الذي أحالها)*

اسم الطفل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ اسم مقدمة الرعاية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الإحالة من قبل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اسم المنشأة:

التاريخ:

الخدمة/العلاج المقدم:

توصيات للمتابعة:

سبب الإحالة: (اذكر أ، ب، ج، د، هـ، و)

1. يلزم إجراء تقييم كامل للأم والطفل
2. بحاجة إلى الرعاية الطبية (اذكر السبب \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
3. الأم حامل
4. الطفل يعاني من سوء التغذية
5. الأم لحامل والمرضعة تعاني من سوء التغذية
6. غير ذلك (اذكر السبب \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**الملحق 8: نموذج مراقبة الرضاعة الطبيعية**

**نموذج مراقبة الرضاعة الطبيعية**

**اسم الأم: التاريخ:**

**اسم الطفل: عمر الطفل**:

(العلامات الموجودة بين قوسين أدناه تنطبق فقط على حديثي الولادة وليس على الأطفال الأكبر سنًا)

**علامات على رضاعة طبيعية صحيحة علامات لوجود صعوبات**

**(الجسم) وضعية الجسم**

□ الأم مسترخية ومرتاحة □ الأكتاف متوترة ومنحنية للأمام

□ الطفل قريب من جسد الأم ومواجهاً لصدرها □جسد الطفل بعيداً عن الأم

□ رأس الطفل وجسمه في وضعية مستقيمة □ رقبة الطفل "ملتوية"

□ ذقن الطفل تلامس الثدي □ الذقن لا تلامس الثدي

□ [اليد تدعم أرداف الطفل] □ [اليد تدعم الكتف أو الرأس]

**الاستجابة**

□ يتجه الطفل نحو الثدي إذا كان جائعا □ لا توجد استجابة تجاه الثدي

□ [الطفل يبكي من أجل الثدي] □ [لم يلاحظ أي صراخ]

□ يستكشف الطفل الثدي بلسانه □ لا يهتم الطفل بالثدي

□ الطفل هادئ ومتنه عند الرضاعة □ الطفل هائج أو يبكي

□ يبقى الطفل ملتصقاً بالثدي □ لا توجد علامات لسحب اللبن

□ علامات خروج اللبن □ [يتدفق اللبن، لكن يوجد ألم في نهاية الأمر]

**(الرابط) العاطفي**

□ دعم قوي وواثق □ دعم عصبي أو فضفاض

□ تبادل النظرات □ لا يوجد تبادل نظرات

□ الأم تلمس الطفل □ الأم تهز الطفل وتوقظه

**التركيبة البنيوية**

□ الثدي لين بعد الرضاعة □ احتقان الثدي

□ حلمات منتفخة وطويلة □ حلمات مسطحة أو مقلوبة

□ تبدو البشرة صحية □ احمرار أو خدوش بالجلد

□الثديان مستديران أثناء الشفط □ يبدو الثديان مستطيلان

**عملية المص**

□ الفم مفتوح على مصراعيه□ الفم مفتوح قليلاً، "مدبب"

□ الشفة السفلى مقلوبة للخلف □ الشفة السفلية متجهة للأمام

□ خدود مستديرة□ لسان الطفل غير مرئي

□ أكبر جزء من الهالة فوق الفم  
□ أكبر جزء من الهالة تحت الفم

□ عملية مص بطيئة وعميقة مع فترات راحة □ عمليات مص سريعة فقط

□ عملية بلع مرئية ومسموعة □ صفعة أو قعقعة مسموعة

**وقت المص**

□ يترك الطفل الثدي من تلقاء نفسه □ تبعد الأم الطفل من الثدي

□ يرضع الطفل لدقائق

**الملحق 9: تقديم المشورة بثلاث خطوات**

**المشورة بثلاث خطوات**

ستساعدك التوجيهات والنصائح التالية المكونة من ثلاث خطوات على تقديم المشورة وحل المشكلات والتوصل إلى توافق مع الأمهات أو مقدمات الرعاية حول تغذية الرضع وصغار الأطفال.

**الخطوة الأولى: التقييم**

1. الترحيب بالأم/مقدمة الرعاية
2. التفاعل مع الأم و/أو مقدمة الرعاية لبدء المحادثة

* استخدام مهارات الاستماع والتعلم
* استخدام التواصل اللفظي المفيد
  + طرح أسئلة مفتوحة
  + استخدام الردود والإيماءات التي تظهر اهتمامك
  + الاستجابة لما تقوله الأم (أو مقدمة الرعاية)
  + تجنب استخدام كلمات "النقد" ("هذا خطأ"، "أنت تفعلين الشيء الخطأ")
* استخدام التواصل غير اللفظي المفيد
  + الحفاظ على مستوى رأسك مع الأم أو مقدمة الرعاية
  + الانتباه
  + تقليل العوائق المادية
  + خذ وقتك
  + استخدام طرق اللمس المناسبة
* استخدام مهارات بناء الثقة وتقديم الدعم
* تقبل ما تعتقده الأم (أو مقدمة الرعاية) وما تشعر به
* الاستماع بعناية إلى مخاوف الأم (أو مقدمة الرعاية).
* الاعتراف بما تقوم به الأم (أو مقدمة الرعاية) والطفل ومدحه بالشكل الصحيح.
* تقديم مساعدة عملية
* تقديم القليل من المعلومات ذات الصلة في كل مرة.
* استخدام لغة واضحة تفهمها الأم أو مقدمة الرعاية.
* تقديم اقتراح أو اقتراحين، وليس أوامر.

1. طرح البعض من الأسئلة التالية

* ما اسمك واسم طفلك؟
* ما هو عمر الطفل؟
* كيف كان طفلك يشعر في الآونة الأخيرة؟ هل شعر بالمرض مؤخراً؟ إذا كان مريضاً حالياً، قم بإحالته إلى المرفق الصحي
* اسأل الأم/الأب/مقدمة الرعاية إذا كان بإمكانك التحقق من مخطط نمو الطفل. هل منحنى النمو آخذ في الازدياد؟ التناقص؟ ثابت؟ هل تعرف الأم أو مقدمة الرعاية كيف ينمو طفلها؟
* اسأل الأم أو مقدمة الرعاية عن حال الطفل، وما إذا كان الطفل يكتسب وزناً (لا تعتمد فقط على مخطط النمو)
* إذا لم يكن هناك مخطط نمو، اسأل الأم/الأب/مقدمة الرعاية كيف يفكر أو يشعر أن الطفل ينمو
* اسأل عن الطعام المعتاد للطفل
* اسأل عن الرضاعة الطبيعية. هل ترضعين طفلك؟ كيف هو الوضع بالنسبة لك ولطفلك؟
* راقب الظروف العامة للأم والطفل
* راقب وضعية الطفل والتصاقه بصدر أمه عند الرضاعة الطبيعية
* اسأل عن التغذية التكميلية
* ما نوع/أنواع الأطعمة المقدمة؟
* كم مرة يتم إعطاء تلك الأطعمة؟
* ما هي كمية الطعام التي تعطى مع الرضاعة الطبيعية؟
* الملمس (السماكة/الاتساق: مهروس، شرائح، قطع)
* اسأل عن أنواع الحليب الأخرى
* اسأل عن أنواع السوائل الأخرى
* هل طفلك يستخدم كوباً؟
* من يساعد الطفل أثناء الوجبات؟
* هل هناك تحديات أخرى تواجهها الأم/مقدمة الرعاية في إطعام الطفل؟

**الخطوة الثانية: التحليل**

1. اطرح البعض من الأسئلة التالية:

* هل الرضاعة مناسبة للعمر؟ تحديد صعوبات التغذية
* إذا كانت هناك أكثر من صعوبة، فرتبها حسب الأولوية
* أجب على أسئلة الأم وتعامل مع أي مخاوف لديها

**الخطوة الثالثة: اتخاذ إجراء**

1. اعتماداً على التحليل وعمر الطفل، قم بإعطاء قدر قليل من المعلومات ذات الصلة بحالة الأم أو مقدمة الرعاية
2. امدح الأم
3. بالنسبة لأي صعوبة، ناقش مع الأم/الأب/مقدمة الرعاية كيفية التغلب عليها
4. اقترح خيارات/إجراءات صغيرة قابلة للتنفيذ وساعد الأم على اختيار إحداها لمحاولة التغلب على الصعوبة
5. شارك مع الأم/الأب/مقدم الرعاية بطاقة المشورة المناسبة وناقشها
6. تأكد من أن الأم تفهم ما يتم تقديمه لها
7. أخبر الأم أنك ستتابع معها في الزيارة الأسبوعية القادمة
8. اقترح أين يمكن للأم أن تحصل على دعمٍ إضافي
9. قم بالإحالة، عند الضرورة، إلى أقرب منشأة صحية
10. اشكر الأم على وقتها

## **الملحق 10: خطة عمل رعاية الأم ومقدمة الرعاية والطفل المتلقي للدعم المتخصص [[142]](#footnote-142)**

**خطة عمل الرعاية للأم ومقدمة الرعاية والطفل المتلقي للدعم المتخصص**

***هذا النموذج مخصص للأطفال الذين لا يستخدمون بدائل لبن الأم وسيكون الأكثر استخداماً***

**اسم مستشار تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**الموقع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**رقم التسجيل لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**اسم الطفل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**جنس الطفل ذكر/أنثى**

**تاريخ الميلاد للطفل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ العمر/الشهور \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**اسم الأم/مقدمة الرعاية \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**العلاقة بالطفل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**العنوان: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**رقم الهاتف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**تاريخ التقييم الكامل الأولي للأم والطفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**النتائج الرئيسية للتقييم:**

**توصيات للتغذية:** (التعديل أدناه حسب الضرورة)

* **(أ) الرعاية الداعمة المستمرة**
* **(ب) المعونة الأساسية**
* **(ج) مساعدة إضافية الطفل يرفض الثدي**
* **(د) مساعدة إضافية رعاية تصالحية للأم (تحتاج إلى دعم عاطفي/إضافي/إحالة إلى خدمات دعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي)**
* **(ه) مساعدة إضافية مرضعة بديلة**
* (و) مساعدة إضافية استئناف الرضاعة
* **(ز) مساعدة إضافية التعامل مع حالة الثدي**
* **(ح) مساعدة إضافية التغذية التكميلية**

**الإحالة/الدعم المتخصص:**

* **العلاج الطبي/التغذية العلاجية**

**رقم تسجيل تغذية الرضع وصغار الأطفال افي حالات الطوارئ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ اسم الطفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تاريخ الولادة \_\_\_\_\_\_\_**

**اسم الأم/مقدمة الرعاية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_العلاقة بالطفل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**المتابعة/المراقبة لكل لقاء:**

***اختر عدد مرات المتابعة وفقًا لحالة كل طفل/مقدمة رعاية وابدأ بشكل متكرر ثم ركز على التواصللأسبوعيا. أضف بطاقة جديدة إذا لزم الأمر، على سبيل المثال في حالة استمرار الدعم لاستئناف الرضاعة أو الدعم المستمر الآخر.***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **التاريخ** |  |  |  |  |  |  |
| صحة الطفل ووزنه (كغم) (إذا كان جزءًا من البرنامج) |  |  |  |  |  |  |
| **تاريخ/وقت/مكان اللقاء التالي** |  |  |  |  |  |  |
| **الملاحظات والإجراءات المتفق عليها للزيارة القادمة (1 أو 2)** |  |  |  |  |  |  |
| **التقدم المحرز من آخر زيارة** |  |  |  |  |  |  |

**الملحق 11: خطة عمل الرعاية للأم/مقدمة الرعاية والطفل المتلقي للدعم المتخصص وبدائل لبن الأم [[143]](#footnote-143)**

**خطة عمل الرعاية للأم/مقدمة الرعاية والطفل المتلقي للدعم المتخصص وبدائل لبن الأم**

***ملاحظة: يجب إكمال هذا النموذج بعد التقييم الكامل. يمكن استخدام خطة الرعاية هذه للاستخدام المؤقت لـبدائل لبن الأم وكذلك الاستخدام الكامل لبدائل لبن الأم)***

**اسم مستشارة تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ المعين \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**الموقع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**رقم تسجيل تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**اسم الطفل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**جنس الطفل ذكر/أنثى**

**تاريخ الميلاد للطفل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ العمر/الشهور \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**اسم الأم/مقدمة الرعاية \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**العلاقة بالطفل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**العنوان: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**رقم الهاتف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**تاريخ التقييم الكامل الأولي للأم والطفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**النتائج الرئيسية للتقييم:**

**توصيات للتغذية:** (التعديل أدناه حسب الضرورة)

* **(أ) الرعاية الداعمة المستمرة**
* **(ب) المعونة الأساسية**
* **(ج) مساعدة إضافية الطفل يرفض الثدي**
* **(د) مساعدة إضافية رعاية تصالحية للأم (تحتاج إلى دعم عاطفي/إضافي/إحالة إلى خدمات دعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي)**
* **(ه) مساعدة إضافية مرضعة بديلة**
* (و) مساعدة إضافية استئناف الرضاعة
* **(ز)** مساعدة إضافية **التعامل مع حالة الثدي**
* (ح) مساعدة إضافية دعم التغذية الاصطناعية
* **(ط)** مساعدة إضافية **التغذية التكميلية**

**الإحالة/الدعم المتخصص:**

* **العلاج الطبي/التغذية العلاجية**
* أخرى - حدد ذلك \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**رقم تسجيل تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ اسم الطفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تاريخ الولادة \_\_\_\_\_\_\_**

**اسم الأم/مقدمة الرعاية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_العلاقة بالطفل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**المتابعة/المراقبة لكل لقاء:**

*اختر عدد مرات المتابعة وفقًا لحالة كل طفل/مقدم رعاية، وابدأ بشكل متكرر ثم ركز على التواصل أسبوعياً. أضف بطاقة جديدة إذا لزم الأمر، على سبيل المثال في حالة استمرار دعم رضيع يتم تغذيته صناعياً. بالنسبة للطفل الذي يتم تغذيته صناعياً بالكامل، يجب استخدام هذا النموذج حتى اكتمال دعم بدائل لبن الأم، حتى يتم استئناف الرضاعة أو استخدام مرضعة بديلة بالكامل أو حتى يتخرج الطفل من برنامج بدائل لبن الأم (في عمر 6 أشهر).*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **التاريخ** |  |  |  |  |  |  |
| صحة الطفل ووزنه (كغم) (إذا كان جزءًا من البرنامج) |  |  |  |  |  |  |
| **تاريخ/وقت/مكان التواصل التالي** |  |  |  |  |  |  |
| **الملاحظات والإجراءات المتفق عليها للزيارة القادمة (1 أو 2)** |  |  |  |  |  |  |
| **التقدم المحرز منذ آخر زيارة** |  |  |  |  |  |  |

**قائمة مرجعية لتقديم المشورة بشأن بدائل لبن الأم** (تأكد من استخدام المعلومات من التقييم الكامل للأم والطفل لإثراء المناقشات أدناه وتسليط الضوء على أي قضايا إضافية):

|  |  |
| --- | --- |
| **عنصر للمناقشة (مبدئياً وللتأكيد على إجراء زيارات لاحقة إذا لزم الأمر)** | **التحقق**  **(التاريخ)** |
| ما هي بدائل لبن الأم التي ستعطى ومتى سيتم الحصول عليها ومن أين. |  |
| ما هي الموارد الإضافية التي سيحتاجون إليها لإعداد بدائل لبن الأم وكيف سيحصلون عليها (تأكد دائمًا من وجود خطة لجميع الموارد المطلوبة لاعتماد التغذية الاصطناعية) |  |
| ما الكمية وعدد المرات التي يتم فيها تقديم بدائل لبن الأم |  |
| كيف تحافظ على أدوات التغذية نظيفة وآمنة |  |
| كيفية تحضير الرضعات وتخزينها |  |
| مزايا التغذية بالكوب وخطواتها |  |
| التحذير من المخاطر المحتملة لاستخدام بدائل لبن الأم. |  |
| **التوضيح** |  |
| يجب أن توضح موظفة الرعاية طريقة التحضير المناسبة لتغذية بدائل لبن الأم في المنزل |  |
| **التحقق مما يلي** |  |
| مراقبة مقدمة الرعاية أثناء تحضير الطعام |  |
| مراقبة مقدمة الرعاية أثناء إرضاع الطفل بالكوب |  |

**قائمة مرجعية لزيارات المتابعة (دون النتائج في خانة الملاحظات)**

|  |
| --- |
| **تحقق وناقش** |
| الحالة الصحية للرضيع ووزنه ومحيط منتصف عضده |
| مراقبة تحضير الطعام: التحقق من النظافة وأنها آمنة قدر الإمكان |
| مراقبة طريقة الإطعام: التحقق من أن التغذية مناسبة بما في ذلك التغذية بواسطة الكوب |
| التحقق من أي صعوبات قد تواجهها مقدمة الرعاية ومناقشة الحلول العملية و/أو الإحالة إلى الدعم المناسب |
| التحقق من العلامات التحذيرية لسوء استخدام بدائل لبن الأم للرضع (على سبيل المثال زيادة تركيزها أو تخفيفها بشكلٍ مفرط أو مشاركة الحليب مع الآخرين، وغير ذلك) |

[*(العودة إلى القسم 13.4 إجراءات توفير بدائل لبن الأم)*](#_heading=h.1o97atn)

**الملحق 12: اتفاقية الوكالة الخاصة ببدائل لبن الأم [[144]](#footnote-144)**

**اتفاقية الوكالة الخاصة ببدائل لبن الأم**

**اتفاقية البرنامج**

(أدخل اسم حالة الطوارئ) الاستجابة لحالة الطوارئ (أدخل التاريخ): **اتفاقية البرنامج بين (أدخل اسم الوكالة المنسقة) لليونيسف وبالتعاون مع (أدخل اسم الدائرة الحكومية) والوكالة المستقبلة لبدائل لبن الأم: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ممثلة من قبل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. *المستفيدات من بديل لبن الأم*

تؤكد الوكالة المذكورة أعلاه أن استخدام بديل لبن الأم (اذكر إذا كان حليب أطفال جاهز للاستخدام و/أو حليب أطفال مجفف) المستلم من (أدخل اسم الوكالة المنسقة) سيكون متوافقاً مع إرشادات البرمجة الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ في المبادئ التوجيهية المتفق عليها (اذكر اسم الدليل) بشأن استخدام حليب الأطفال وتوزيعه على النحو الذي وضعته مجموعة التغذية. تم تطوير المبادئ التوجيهية لدعم تنفيذ المدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم والإرشادات التشغيلية لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. ويعد هذا برنامجاً لحالات الطوارئ ومن ثم هناك إدراك أن حليب الأطفال سيتم توفيره فقط للرضع الذين يستوفون المعايير المتفق عليها (اذكرها) والمتضررين من حالة الطوارئ. وبالتالي من المفهوم أن البرنامج لن يستمر إلى أجلٍ غير مسمى.

1. *التزامات الوكالة المستلمة*

أ. عند استلام بدائل لبن الأم والعناصر الأخرى من مستودع (أدخل اسم وكالة التنسيق)، ستكون الوكالة المستلمة مسؤولة عن النقل والتخزين والمناولة والنقل الثانوي إلى مواقع التوزيع ومن ثم التوزيع على المستفيدات وفقاً للإرشادات. يجب أن تكون الوكالة المستلمة مسؤولة عن أي أضرار وخسائر بعد أن تخضع بدائل لبن الأم والعناصر الأخرى لسيطرتها المادية أو حيازتها

ب. ضمان وجود موظفين مؤهلين ومدربين بشكلٍ مناسب ووسائل كافية وضرورية للتنفيذ والإشراف على البرمجة باستخدام بدائل لبن الأم، بما يتماشى مع المبادئ التوجيهية.

ج. تحمل المسؤولية الكاملة والوحيدة عن أفعال موظفيها وأوجه الإهمال.

د. احترام سرية أي معلومات تتعلق بالمستفيدات اللواتي يتلقين بدائل لبن الأم بموجب هذه الاتفاقية

ه. ضمان تقديم جميع المساعدات الإنسانية بالمجان وبدون أي رسوم أو خدمات، وبنزاهة ووفقاً للحاجة والممارسات الإنسانية الجيدة والمبادئ المتفق عليها.

1. *الرصد*

ستسمح الوكالة برصد الأنشطة في مواقع الاستشارة المخصصة لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ على النحو الذي تحدده الحكومة (اذكر اسم الدائرة) وبقية مجموعة التغذية وتوافق على الامتثال للنتائج.

1. الإبلاغ

أ. عند قبول بدائل لبن الأم والمواد الأخرى، توافق الوكالة المستلمة على تقديم تقارير إلى (أدخل اسم الوكالة المنسقة) حول برمجة بدائل لبن الأم حسب موقع البرنامج وعدد المستفيدات وعلى النحو المبين في المبادئ التوجيهية.

ب. توافق الوكالة أيضًا على القيام بأنشطة الإبلاغ فيما يتعلق بجميع أنشطة مواقع تقديم المشورة الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ لمجموعة التغذية بناءً على طلب الحكومة (اذكر اسم الدائرة) ومدير قسم المعلومات في مجموعة التغذية. ينبغي الإبلاغ على وجه التحديد عن جميع مواقع تقديم المشورة المفتوحة والمقترحة الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (أدخل عنوان البريد الإلكتروني لمدير قسم المعلومات في مجموعة التغذية) واستكمال تنسيق التقارير الشهرية الخاصة بمواقع تقديم المشورة وتقارير المخزون وإعادتها في الوقت المحدد إلى مجموعة التغذية: *(أدخل عنوان البريد الإلكتروني لمدير قسم المعلومات أو مدير مجموعة التغذية)*. كما وتوافق الوكالة على إجراء أية عملية إبلاغ إضافية حسبما تحدده الحكومة ((اسم القسم، مجموعة التغذية، اليونيسف و/أو الوكالة المنسقة)، إلى جانب الموافقة على حضور لقاءات مجموعة التغذية.

ج. تدرك الوكالة أنه لن يتم تقديم بدائل لبن الأم إذا لم تقدم التقارير في الوقت المناسب، وأنه في هذه الظروف سيُعاد مخزون بدائل لبن الأم على الفور عند الطلب.

د. تتعهد (أدخل اسم الوكالة المنسقة) بإبلاغ اليونيسف والحكومة (اسم القسم) بشأن إمدادات بدائل لبن الأم على النحو المبين في المبادئ التوجيهية.

توقيع (أدخل اسم الوكالة المنسقة) توقيع (الوكالة المستلمة)

الاسم الاسم

المنصب المنصب

التاريخ التاريخ

**الملحق 13:** **نموذج الإحالة إلى صرف بدائل لبن الأم**

**نموذج الإحالة إلى صرف بدائل لبن الأم**

*الجزء الأول: يتم إكماله في موقع الإحالة وإرساله إلى وكالة الإحالة (المركز الصحي المسؤول) وكذلك الاحتفاظ به في سجلات الوكالة المحولة لأهداف المتابعة*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **معلومات الإحالة**  تاريخ الإحالة: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ تمت متابعة الإحالة: نعم / لا | | | | |
| وكالة الإحالة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  تمت الإحالة بواسطة (الاسم): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  المسمى الوظيفي/التعيين: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  الموقع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  معلومات الاتصال/رقم الهاتف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | الإحالة إلى الخدمة/المنشأة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  الموقع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  معلومات الاتصال/رقم الهاتف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| موعد الحضور: فوراً/بتاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  خطة نقل الإحالة: نقل ذاتي / مدعوم من قبل وكالة الإحالة. | | | | |
| **تفاصيل الشخص المعني** | | | | |
| اسم الطفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  الجنس: ☐ ذكر ☐ انثى  عمر الطفل بالأشهر: \_\_\_\_\_\_\_\_ | اسم الأم/مقدمة الرعاية:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  تفاصيل الاتصال/رقم الهاتف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | موقع/عنوان الأم/مقدمة الرعاية:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| رقم تعريف برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ / برنامج العيادات الخارجية العلاجية/ مركز تحقيق الاستقرار أو المنشأة الصحية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| هل نموذج التقييم الكامل مرفق مع نموذج الإحالة هذا؟ نعم / لا  *تأكد دائمًا من إرسال نموذج التقييم الكامل جنباًا إلى جنب مع هذا النموذج واكتمال المتابعة بين الوكالات المحولة والمستقبلة وأن وسائل النقل مخصص في مكانه للإحالة.* | | | | |
| **معايير الإحالة** | | | | |
| * **علامات بدائل لبن الأم المؤقتة:** * أثناء استئناف الرضاعة * الانتقال من الرضاعة المختلطة إلى الرضاعة الطبيعية الحصرية * الفصل قصير المدى للرضيع عن الأم * فترة انتظار قصيرة الأجل حتى تتوافر مرضعة بديلة أو لبن أم متبرع به | | * **علامات بدائل لبن الأم الدائمة:** * الرضيع لم يكن يرضع من أمه قبل الأزمة * الأم لا ترغب أو لا تستطيع استئناف الرضاعة * تم تربية الرضيع على التغذية البديلة في سياق فيروس نقص المناعة البشرية * رضيع يتيم * رضيع تغيب أمه عنه لفترة طويلة * حالات طبية معينة للرضع أو الأم[[145]](#footnote-145) * أم مريضة جدا * رفض الأم للرضيع * إحدى الناجيات من العنف القائم على النوع الجنساني ولا ترغب في الرضاعة الطبيعية. | | |
|  | | | | |

--------------------------------------------------------------------- ------------------------اقطع هنا ------------------------ -----------------------------------------

*الجزء الثاني: يُستكمل في موقع الإحالة ويُعطى للقائم بالرعاية (كسجل للخطوات التالية ولإظهار المرفق اذي قام بالإحالة)*

**اسم الطفل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ اسم مقدم الرعاية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**الوكالة المُحيلة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تفاصيل الاتصال بالوكالة المُحيلة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

اسم المنشأة المخصصة للإحالة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الموقع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

بيانات الاتصال: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

موعد الحضور: فوراً / بتاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

خطة نقل الإحالة: نقل ذاتي / مدعوم من وكالة الإحالة.

**سبب الإحالة:**

* **علامات بدائل لبن الأم المؤقتة:**
* أثناء استئناف الرضاعة
* الانتقال من الرضاعة المختلطة إلى الرضاعة الطبيعية الحصرية
* الفصل قصير المدى للرضيع عن الأم
* فترة انتظار قصيرة الأجل حتى تتوافر مرضعة بديلة أو لبن أم أساسي متبرع به
* **علامات بدائل لبن الأم الدائمة:**
* الرضيع لم يكن يرضع من أمه قبل الأزمة
* الأم لا ترغب أو لا تستطيع استئناف الرضاعة
* تم تربية الرضيع على التغذية البديلة في سياق فيروس نقص المناعة البشرية
* رضيع يتيم
* رضيع تغيب أمه عنه لفترة طويلة
* حالات طبية معينة للرضع أو الأم[[146]](#footnote-146)
* أم مريضة جداً
* رفض الأم للرضيع
* إحدى الناجيات من العنف القائم على النوع الجنساني ولا ترغب في الرضاعة الطبيعية.

**توصيات للمتابعة:**

**الملحق 14: مجموعة الموارد الخاصة ببدائل لبن الأم [[147]](#footnote-147)**

**كيف تستخدم مجموعة الموارد الخاصة ببدائل لبن الأم**

تعتبر العناصر الموجودة في مجموعة الموارد الخاصة ببدائل لبن الأم ضرورية عند دعم مقدمي الرعاية لصنع حليب الأطفال باستخدام مسحوق في المنزل، حيث يجب صنع مسحوق حليب الأطفال باستخدام كمية محددة من الحليب الاصطناعي والماء المغلي بما لا يقل عن 70 درجة مئوية وتبريده بسرعة قبل تقديمه للرضيع.

**إرضاع الطفل بالكوب أكثر أماناً في حالات الطوارئ، وتجنب استخدام زجاجات الرضاعة.**

**أشياء يجب تجنبها**

تنقذ الرضاعة الطبيعية الأرواح، خاصة في حالات الطوارئ، وبالتالي فإن أي أنشطة قد تقوضها مثل توفير مجموعة موارد بدائل لبن الأم يجب أن تتم بحساسية وبطريقة تقلل من هذه المخاطر، على سبيل المثال بتكتم وبسرية تامة. يجب التفكير بجدية في تزويد الأمهات المرضعات بشيء مكافئ أو ذو قيمة أكبر لدعم الرضاعة الطبيعية (انظر أدناه).

يجب توخي الحذر عند إرضاع الطفل بالكوب – قد يستغرق ذلك وقتاً لتعلمه لكنه فعال للغاية. وقد يكون استخدام الملعقة لإطعام الطفل ناجحاً أيضاً لكنه أبطأ ويجب عدم استخدام الملعقة لفتح فم الرضيع بالقوة حيث أن ذلك قد يؤذيه. يوصى بإرضاع الطفل بالكوب من خلال اتباع الإرشادات الخاصة بذلك.

**فكر في الشراء في نفس الوقت**

يجب النظر بعناية في توفير حليب الأطفال المجفف، وينبغي تزويد مساحيق حليب الأطفال المجفف بالمغرفة من الشركة المصنعة.

من أجل ضمان عدم تقويض الرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ من خلال توفير مساحيق حليب الأطفال المجفف لدعم مقدمات الرعاية للرضع الذين ليس لديهم إمكانية للرضاعة الطبيعية، يجب أن تتلقى الأمهات المرضعات شيئاً ذا قيمة أكبر أو مساوية. وستعتمد طبيعة ذلك على البرمجة وما تقدّره الأمهات في هذا السياق، لكن قد يأتي على شكل قسائم أو طعام أو ملابس.

**عناصر مجموعة موارد بدائل لبن الأم**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **وصف البند** | **الوحدة** | **الكمية** |
| **أدوات ولوازم عامة** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| دورق حراري عالي الجودة (اختياري - حسب الحالة) | بالقطعة | 2 |
| كوب كبير (أو برطمان ذو فتحة واسعة) لحليب الأطفال | بالقطعة | 1 |
| ملعقة قياس للمياه (ملاحظة: يمكن أن يكون هذا كوب من الصلب أو كوب به خط محفور عليه للإشارة إلى الكمية الدقيقة من الماء المراد خلطها بمغرفة واحدة من مسحوق الحليب، كما هو موضح من قبل الشركة المصنعة.) | بالقطعة | 1 |
| مناديل ورقية (تقريباً 2 لكل رضعة × 8 رضعات يومياً = 16 + 5 مرات إضافية يومياً لتنظيف منطقة تحضير الطعام = 21 يومياً) | بالقطعة | 21 منديل ورقي في اليوم |
| معالج تنقية المياه (أكواتاب) إذا لزم الأمر | بالقرص | غير متوفر |
| وعاء كبير(يحتوي على ماء بارد آمن لتبريد الطعام) | بالقطعة | 1 |
| وعاء / غلاية صغيرة (لغلي الماء) | بالقطعة | 1 |
| ملعقة صغيرة | بالقطعة | 1 |
| كوب صغير / كوب دواء لإطعام الرضيع | بالقطعة | 1 |
| حوض صغير (لمعدات الغسل) | بالقطعة | 1 |
| الصابون (لغسل اليدين والأدوات) – يستبدل عند نفاده. | بالقطعة | 2 |
| صندوق بلاستيك صلب مع غطاء (للتخزين. يفضل أن يكون بغطاء أملس مسطح يمكن استخدامه كسطح تحضير قابل للغسل. إذا لم يكن بها غطاء مسطح أملس، فستكون هناك حاجة إلى الأغطية البلاستيكية كسطح تحضير) | بالقطعة | 1 |
| علبة جيري (20 لتر) | بالقطعة | 1 |
| الماء (حوالي 3 لترات في اليوم في حالة استخدام مساحيق حليب الأطفال) | بالقطعة | غير متوفر |
| وقود (حطب، فحم، كهرباء) لغلي الماء | بالقطعة | غير متوفر |
| إرشادات لمقدمي الرعاية حول استخدام حليب الأطفال (بدائل لبن الأم) | بالقطعة | 1 |

**الملحق 15: بطاقة صرف بدائل لبن الأم**

**بطاقة الوصفة الخاصة بتركيبة حليب الأطفال[[148]](#footnote-148)**

التاريخ: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| معلومات نقاط البيع | | | |
| اسم الطفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  الاسم الأول اسم العائلة  الجنس: ☐ ذكر ☐ انثى | اسم الأم \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  الاسم الأول اسم العائلة الاسم الاخير  العنوان: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ هاتف رقم. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  يوم /شهر / سنة شهر سنة رقم البرنامج #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| معايير الإحالة | | | |
| ☐ الوضع الاجتماعي - لا حاجة لفحص الثدي: بالنسبة لحالة الرضيع الدائمة، لا يلزم فحص الثدي (وصفة طبية فقط). | | ☐ الوضع الطبي - فحص الثدي (لظروف الرضع المؤقتة وظروف الأم). | |
| معايير الوصف | | | |
| غير طبي - بدون فحص للثدي | | طبي - ***(يتم استكماله من قبل مقدم الرعاية الصحية أو القابلة أو طبيب الأطفال)*** | |
| ☐الطفل يتيم - الرضاعة من مرضعة بديلة غير ممكنة.  ☐ فصل الطفل عن أمه بشكل مؤقت أو دائم.  ☐ الأم التي توقفت عن الرضاعة واستئناف الرضاعة:  ☐ مستمرة أو ☐ متوقفة.  ☐ رفض الأم للرضيع  ☐ رفض الرضيع للبن الأم | | **حالات الرضيع (دائمة – حليب خاص مطلوب):**  ☐ الجالاكتوز في الدم ☐داء البول القيقبي  ☐ بيلة فينيل كيتون (PKU)  ☐ متلازمة أو خطأ فطري في عملية التمثيل الغذائي  **حالة الرضع (المؤقتة):**  ☐ وزن منخفض عند الولادة (1.5 <غم)  ☐ رضيع قبل الأوان (أقل من 32 أسبوعاً من عمر الحمل)  ☐ حديثي الولادة معرضون لخطر الإصابة بنقص السكر في الدم  **حالات الأم - مع الرضاعة الطبيعية (مؤقتة):**  ☐ خراج بالثدي ☐ التهاب الكبد ب ☐ التهاب الكبد سي  ☐ التهاب الثدي ☐ السل ☐استخدام المواد المخدرة ☐ احتقان الثدي، حلمات مسطحة/مقلوبة  **حالات الأم - بدون الرضاعة الطبيعية (مؤقتة):**  ☐ مرض شديد  ☐ موانع استعمال الدواء[[149]](#footnote-149)  ☐ فيروس الهربس البسيط من النوع 1 | |
| وصفة طبية (للصيدلة) | | | | |
| تاريخ الوصفة: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  يوم شهر سنة  اسم الطفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ الجنس: ☐ ذكر مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  الاسم الاول اسم العائلة يوم شهر سنة ☐ انثى  الكمية بالملل / اليوم: \_\_\_\_\_ عدد الأيام: \_\_\_\_\_ إجمالي الكمية (بالعلبة): \_\_\_\_\_\_\_  تاريخ المتابعة: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  يوم شهر سنة  اسم مستشار تغذية الرضع وصغار الأطفال: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ اسم الموظف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (طبيب أطفال / قابلة)  التوقيع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **موافقة مدير المركز الصحي أو مدير التغذية المعني** | | | | |
| الختم الرسمي  التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  الاسم: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  المنظمة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  المسمى الوظيفي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

**الملحق 16: ملصقات وأدوات التثقيف العامة الخاصة ببدائل لبن الأم[[150]](#footnote-150)**

**مثال على ملصق عام للبن الأطفال المجفف**

*يجب تغيير التفاصيل وفقا لحجم علبة حليب الأطفال المجفف وتفاصيل الشركة المصنعة، وأن يكون الملصق باللغة المحلية.*

**حليب أطفال**

مناسب منذ الولادة

**ملاحظة مهمة - تحذير!**

لبن الأم هو دائماً أفضل غذاء لرضيعها.

**استخدم هذا الحليب فقط إذا كان هناك سبب طبي للقيام بذلك أو إذا لم يكن من الممكن أن يحصل الطفل على حليب الأم.**

يشبه اللبن الموجود في هذه العلبة جميع ماركات حليب الأطفال المعروضة للبيع، حيث أنه مصنوع من لبن البقر المجفف ومناسب للأطفال منذ الولادة. عند مزجه مع ماء الشرب المغلي النظيف، سيوفر كل الطعام الذي يحتاجه الرضيع حتى يبلغ ستة أشهر من العمر. ليست هناك حاجة لإضافة أغذية أخرى إلا إذا نصح بذلك عامل صحي. ومع ذلك، وكغيره من الحليب الاصطناعي، فإنه لا يحتوي على الأجسام المضادة الحية الموجودة في لبن الأم ولن يحمي طفلك من الالتهابات (مثل الإسهال والسعال ونزلات البرد).

استشيري عاملاً صحياً مستقلاً \* قبل التوقف عن الرضاعة الطبيعية أو قبل إعطاء أي حليب مجفف لطفلك. يجب استخدام هذا المنتج فقط بعد اتباع النصائح أو موظف صحي الذي يجب أن يقدم لك أيضاً إرشادات حول الطرق المناسبة لاستخدامه. بمجرد البدء في استخدام هذا الحليب، قد لا يكون من السهل استئناف الرضاعة الطبيعية. (\* يجب على العاملين في شركات أغذية الأطفال وزجاجات الرضاعة ألا يقدموا لك النصائح حول كيفية إطعام طفلك).)

يجب عدم استخدام هذا المنتج بعد التاريخ المطبوع أسفل العلبة / العبوة. يحفظ في مكان بارد وجاف مع إغلاق الغطاء (أو القفل) بإحكام. (تاريخ الإنتاج، رقم الدفعة، إلخ.)

[عنوان مصنع تصنيع وتغليف هذا المنتج، في نوع 6 نقاط، بدون شعار]

**تحذير هام**

**لا تستخدمي هذا الحليب إلا إذا كنت تستطيعين الإجابة على جميع الأسئلة أدناه بنعم:**

✔ هل هناك سبب طبي يمنعك من الإرضاع الطبيعي؟

✔ هل يمكنك فهم جميع التعليمات الموجودة على هذه العلبة؟

✔ هل لديك كل ما تحتاجينه لإعداد هذا الحليب بالشكل الصحيح؟ على سبيل المثال، سيكون الأمر صعباً للغاية إذا لم يكن لديك مصدر مياه في المنزل.

✔ هل ستتمكنين من الحصول على مسحوق حليب يكفي لطفلك حتى يبلغ من العمر ستة أشهر تقريباً؟ ستحتاجين إلى حوالي أربعين علبة سعة 500 غرام لمدة ستة أشهر.

∙ قد يتسبب الماء غير المغلي والأكواب غير النظيفة بإصابة طفلك بالمرض.

∙لا تحتفظي بالحليب المتبقي – اشربيه أو أعطيه لطفل أكبر سنا، لأنه سيصبح غير نظيف وغير آمن لطفلك إذا حاولت الاحتفاظ به لرضعةٍ أخرى.

∙إذا استخدمت كمية حليب أكثر من اللازم، فقد يصاب طفلك بالجفاف ويمرض. إذا لم تستخدمي ما يكفي، فلن يحصل طفلك على ما يكفي من الطعام.

**المعلومات الغذائية**

المكونات: حليب بقري مجفف، لاكتوز، زيت نباتي، مصل اللبن، سترات الكالسيوم، سترات البوتاسيوم، كلوريد الصوديوم، كربونات الكالسيوم، كربونات البوتاسيوم، فيتامين ج، أرجينين، كلوريد الكالسيوم، كربونات المغنيسيوم، لاكتات الحديدوز، فيتامين هـ، النياسين، كبريتات الزنك، بانتوثينات (فيتامين بي5)، كبريتات النحاس، فيتامين أ، فيتامين بي 6، فيتامين بي 1، فولاسين، يوديد البوتاسيوم، فيتامين ك 1، البيوتين (فيتامين هـ)، فيتامين د 3، فيتامين بي 12.

تحليل لكل 100 مل من الحليب المحضر [ستضاف التفاصيل من قبل الشركة المصنعة]

**طاقة**

**بروتين**

**كربوهيدرات**

**دهون**

**ألياف**

**صوديوم**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **دليل التغذية** | | | | |
| عمر الطفل | عدد العلب المطلوبة للشهر الواحد | عدد المعالق الكبيرة من الماء في الرضعة الواحدة | عدد المعالق الصغيرة من المسحوق في الرضعة الواحدة | عدد مرات الأكل في اليوم |
| الشهر الأول  الشهر الثاني  الشهر الثالث  الشهر الرابع  الشهر الخامس  الشهر السادس | 4  6  7  7  8  8 | 2  3  4  4  5  5 | 2  3  4  4  5  5 | 8  7  6  6  6  6 |
| **يوضح الدليل أعلاه كمية الحليب التي قد يحتاجها طفلك. قد يحتاج بعض الأطفال إلى المزيد.**  **إذا كنت قلقة، فاطلبي فحص وزن طفلك** | | | | |

**كيفية تغذية الطفل باستخدام الكوب**

* احملي طفلك جالساً أو نصف جالسٍ في حضنك.
* قومي بتقريب كوب صغير من الحليب إلى شفتي الطفل ومن ثم إمالته حتى يلمس الحليب شفتيه. يجب أن يستقر الكوب برفق على الشفة السفلية للطفل وأن تستقر حوافه على الحافة الخارجية للشفة العليا للطفل.
* هذا سوف ينبه الطفل الذي سيفتح فمه وعينيه ويبدأ بلعق الحليب بلسانه. سيقوم الطفل الذي يولد في موعده أو الطفل الأكبر بمص الحليب، لكن القليل منه سيسقط من شفتيه.
* لا تصبي الحليب في فم الطفل، بل استمري في تقريب الكوب إلى شفتيه للسماح له بالشرب.
* عندما يكتفي الطفل، سيغلق فمه ويرفض تناول المزيد. قد يتناول الطفل الذي لم يشرب بما فيه الكفاية أثناء الوجبة المزيد في اليوم التالي، أو يمكنك زيادة عدد الوجبات.
* قومي بقياس استهلاك الطفل من الحليب يومياً بدلاً من عدد الوجبات

**تعليمات تحضير مسحوق الحليب المجفف: *اتبعي هذه التعليمات بعناية***



**1. اغسلي يديك بالماء والصابون**



**2. قومي بغلي الماء الآمن حتى يصل لدرجة الغليان. اتركيه ليغلي لمدة**

**دقيقتين**

A close-up of a pair of glasses

Description automatically generated with low confidence

**3. اسكبي الماء المغلي فوق كوب الخلط وكوب التغذية الأصغر مع معلقة**

**الخلط. لا تستخدمي زجاجة الرضاعة.**

A picture containing clipart

Description automatically generated

**4. اسكبي الكمية الصحيحة من الماء المغلي في الكوب. على ألا تقل**

**درجة حرارته عن 70 درجة مئوية، فلا تتركيها**

**لأكثر من 30 دقيقة بعد الغليان**

A picture containing text, clipart

Description automatically generated

**5. املئي الملعقة الصغيرة بالحليب المجفف وأضيفيه إلى الماء واخلطيه جيدا.**

**6.** بردّي الخليط بسرعة بوضع الكوب في وعاء مسطح

**به ماء بارد وآمن. تأكدي من أن مستوى الماء تحت حافة الكوب. عندما**

**يصبح الكوب دافئاً، قومي بتجفيفه من الخارج**



**7. افحصي درجة حرارة الوجبة قبل تقديمها لطفلك**

A picture containing diagram

Description automatically generated

**8. احملي طفلك بالقرب منك وقدمي له قدر ما يشاء من الحليب. لا تسكبين**

**الحليب بسرعة في فمه – دعيه يشرب ببطء.**

**الملحق 17:** **نموذج متابعة الزيارات المنزلية لتوفير بدائل لبن الأم [[151]](#footnote-151)**

**نموذج متابعة الزيارات المنزلية لتوفير بدائل لبن الأم**

***[ملاحظة: الرضاعة بالزجاجة والحلمة أمر خطير، لكن الرضاعة بالكوب أكثر أمانًا]***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **معلومات الزيارة المنزلية**  التاريخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ متابعة الإحالة في المركز الصحي مطلوبة: نعم / لا | | |
| موظف الصحة (الاسم): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  المسمى الوظيفي/التعيين: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  الموقع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  معلومات الاتصال/رقم الهاتف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **الإحالة إلى المركز الصحي لمزيد من المتابعة**  موعد الحضور: فوراً / بتاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  خطة نقل الإحالة: ذاتية / مدعومة من وكالة الإحالة. | | |
| **تفاصيل الشخص المعني** | | |
| اسم الطفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  الجنس: ☐ ذكر ☐ انثى  عمر الطفل بالأشهر: \_\_\_\_\_\_\_\_ | اسم الأم/مقدمة الرعاية:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  تفاصيل الاتصال/رقم الهاتف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | موقع/عنوان الأم/مقدمة الرعاية:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **الملاحظات** | **نعم / لا** | **المخاوف / التعليقات** |
| **بديل لبن الأم (مثل حليب الأطفال)** | بديل لبن الأم مناسب لعمر الطفل؟ |  |  |
| تم تحديد تاريخ انتهاء الصلاحية بشكل واضح ولم يتم تجاوزه |  |  |
| تعليمات مكتوبة بلغة المستخدم الخاصة |  |  |
| من يعد الطعام أو أي فرد آخر من أفراد العائلة قادر على قراءة تعليمات الملصق |  |  |
| يمكن لمقدمة الرعاية الحصول بسهولة على حليبٍ كاف حتى يبلغ الطفل 6 أشهر على الأقل |  |  |
| الزيارة اللاحقة: الكمية المستخدمة منذ التوزيع الأخير مناسبة |  |  |
| الكمية المتبقية كافية حتى موعد التوزيع التالي |  |  |
| **التخزين:** | تخزين آمن/عبوات مغلقة بإحكام تستخدم للمكونات |  |  |
| تحضير وجبات بدائل لبن الأم مسبقاً فقط في حالة توفر التبريد |  |  |
| تخزين مياه الشرب في وعاء خاص (نظيف، مع غطاء) |  |  |
| **لوازم التحضير** | يتوفر وقود مناسب لغلي الماء (ولتنظيف أدوات التغذية) |  |  |
| تتوفر مياه صالحة للشرب لتحضير عدة وجبات في اليوم (لتر واحد على الأقل) |  |  |
| تتوفر كمية كافية من الماء والصابون لغسل الأواني والأيدي |  |  |
| يتوفر سطح نظيف لوضع الأواني عليها (وغطاء نظيف لها) |  |  |
| وسائل مناسبة لقياس الحليب والماء |  |  |
| **الوقت الإضافي** | أوقات تحضير 6-8 وجبات طازجة يومياً |  |  |

**الإجراءات - كيف يدير مقدّم الرعاية عملية إرضاع الطفل؟**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **الملاحظات** | **نعم / لا** | **المخاوف / التعليقات** |
| **التحضير** | مقدم الرعاية يغسل يديه |  |  |
| كوب مغسول بالصابون والماء |  |  |
| وصول الماء لتحضير الطعام إلى درجة الغليان |  |  |
| يقيس مقدم الرعاية نسب بدائل لبن الأم والماء بشكل صحيح |  |  |
| يُترك الماء المغلي ليبرد لمدة لا تزيد عن 30 دقيقة قبل إضافته إلى حليب الأطفال |  |  |
| يتم تبريد بديل لبن الأم المحضر بسرعة |  |  |
| تقنية التغذية  **أدوات تغذية الرضع والأطفال الصغار في حالات الطوارئ لعام:** البدء السريع لموظفي التغذية في حالات الطوارئ  **أدوات تغذية الرضع والأطفال الصغار في حالات الطوارئ لعام:** البدء السريع لموظفي التغذية في حالات الطوارئ | يتغذى الرضيع بالكوب، ويتناول معظم الحليب أو كله |  |  |
| يُغذى الرضيع بزجاجة الرضاعة (يجب تعليم الرضاعة بالكوب) |  |  |
| يتغذى الرضيع بطريقة أخرى (حدد ذلك) |  |  |
| **التفاعل ونهاية التغذية** | يتم حمل الرضيع طوال فترة الرضاعة |  |  |
| يتفاعل مقدم الرعاية بلطف مع الرضيع أثناء الرضاعة |  |  |
| ينهي الرضيع حليبه |  |  |
| لا يتم الاحتفاظ بأي من الحليب للرضيع ليأخذها في وقت لاحق (يمكن أن تشربه الأم أو طفل أكبر - لا تستخدمه بعد ساعة) |  |  |
| **كفاية التغذية بالحليب** | عدد الرضعات التي تعطى يومياً تتناسب مع عمر الطفل ووزنه |  |  |
| الكمية المقدمة في كل وجبة مناسبة |  |  |
| **التغذية المناسبة للعمر** | أقل من 6 أشهر، يقدّم له الحليب فقط |  |  |
| أكثر من 6 أشهر، يقدّم له الحليب والأطعمة التكميلية |  |  |

**الملحق 18: مسودة البيان المشترك حول تغذية الرضع وصغار الأطفال**

**[إدخال شعارات الحكومة ومنظمة الصحة العالمية واليونيسف في العنوان]**

تغذية الرضع وصغار الأطفال في السودان

بيان مشترك

التاريخ:

يعد انعدام الأمن الغذائي المستمر في السودان سبباً رئيسياً لسوء التغذية بين الأطفال دون سن الخامسة والنساء الحوامل والمرضعات، وهناك أسباب أخرى لسوء التغذية متعدّدة العوامل بما في ذلك النزاع والنزوح والفقر وسوء خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة ومحدودية الوصول إلى الخدمات الصحية وضعف التنوع الغذائي. ويزداد الأمر سوءاً بسبب الفيضانات السنوية وتفشي الأمراض. في ظل هذا السياق ومن أجل حماية صحة ورفاهية شعب السودان واستناداً إلى استراتيجية تغذية الرضع وصغار الأطفال 2015-2024 والسياسات والتوجيهات الوطنية ذات الصلة، تذكر وزارة الصحة والشركاء الجميع بما يلي:

* أهمية تعزيز ودعم الرضاعة الطبيعية وحماية حق الأطفال في الرضاعة الطبيعية وحق الأمهات في الرضاعة الطبيعية لضمان الرعاية المناسبة للرضع وصغار الأطفال.
* أهمية الالتزام بالقانون والحماية من التسويق غير الأخلاقي للمنتجات التي تحل محل الرضاعة الطبيعية.

**الأهداف**

تعتبر حماية ودعم الرضاعة الطبيعية الحصرية في المواقف العادية وخاصة في الأزمات أمراً أساسياً، حيث توفر الرضاعة الطبيعية تدبيراً وقائياً ضد المخاطر المتزايدة للمرض بين الرضع، وتضمن تغذية آمنة ومتاحة للطفل وتوفر بيئة مريحة لكل من الأم والطفل.

**توصيات**

**الرضاعة الطبيعية الحصرية** للرضع خلال الأشهر الستة الأولى، مع عدم إدخال أطعمة أو مشروبات أخرى حتى الماء، هي التغذية الطبيعية المثالية، لأنها تلبي المتطلبات الغذائية للرضيع وتوفر حماية كبيرة ضد الأمراض والعدوى. بعد 6 أشهر، تزداد متطلبات الرضع بما يتجاوز ما يوفره لبن الأم وحده، وبالتالي يجب أن يحصل الأطفال على أغذية تكميلية بالإضافة إلى حليب الأم حتى عمر السنتين وما بعده.

**ما الذي يمكن فعله لدعم الرضاعة الطبيعية وحمايتها؟**

**دعم الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الأشهر الستة الأولى من حياة الرضيع واستمرار الرضاعة الطبيعية حتى عامين أو أكثر**

* إعطاء الأولوية للوصول على الغذاء والمياه الصالحة للشرب من قبل الأمهات اللواتي لديهن رضع تقل أعمارهم عن سنتين
* تشجيع ودعم الأمهات لمواصلة الرضاعة الطبيعية، فقد تتعرض الأمهات للإجهاد والتوتر، لذلك، من المهم توفير ملاذ آمن لهن لممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية.
* تحديد وإحالة الأمهات والأطفال الذين بحاجة إلى مزيد من الدعم في مجال الرضاعة الطبيعية إلى أقرب مركز صحي أو تغذية.

**دعم التغذية التكميلية** والتأكد من أنها مناسبة لعمر الرضيع وملائمة من الناحية التغذوية ومعدة بشكل آمن.

**حماية الرضاعة الطبيعية والالتزام بالقانون بناءً على المدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم** بما في ذلك:

* عدم إدراج حليب الأطفال أو أي من منتجات الحليب الأخرى بما في ذلك الحليب المجفف أو الحليب المعالج بدرجة حرارة عالية جداً في عملية التوزيع العام للغذاء أو سلال الغذاء.
* عدم قبول التبرعات غير المرغوب فيها لأي من منتجات الحليب أو توزع التبرعات على عامة الناس.

**ما الذي يمكن فعله لمساعدة العائلات التي لديها أطفال أقل من عام واحد ولا يرضعون رضاعة طبيعية؟**

* الإحالة إلى مركز رعاية صحية أو أقرب نقطة اتصال معنية بالتغذية

**للحصول على معلومات إضافية، يرجى الاتصال**:

**الملحق 19: نموذج رصد مدونة بدائل لبن الأم**

A picture containing text, vector graphics

Description automatically generated

***رصد مدونة بدائل لبن الأم في حالات الطوارئ***

**يجب إرسال النموذج إلى مجموعة التغذية في [البلد] على عنوان xxx.**

*أضف هنا تفاصيل الاتصال داخل البلد (الاسم والبريد الإلكتروني ورقم الهاتف للشخص المسؤول عن جمع البيانات الخاصة برصد المدونة.. يمكن أن يكون شخصًا من فريق تنسيق مجموعة التغذية أو الوكالة الرئيسية المعينة (عادةً ما تكون اليونيسف)*

تنطبق المدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم (مدونة بدائل لبن الأم) وقرارات جمعية الصحة العالمية ذات الصلة على جميع المواقف والحالات. قد تواجه المجتمعات التي تعرضت لحالات الطوارئ مثل الحرب أو الكوارث الطبيعية تدفقات من الإمدادات غير المرغوب فيها من بدائل لبن الأم وغيرها من المنتجات التي تتعارض مع الإرشادات الدولية. قد تتخذ أنشطة التسويق المعتادة أبعادًا مختلفة حيث تحاول الشركات إعادة تمركزها في أسواق غير مستقرة. وفي بعض الأحيان، تكون المنظمات غير الحكومية أو غيرها من الجهات المشاركة في الاستجابة الإنسانية، وحتى الحكومات، هي التي تنتهك بشكل مباشر المدونة الدولية إلى جانب تلك الشركات. ستتيح التقارير الخاصة بانتهاكات المدونة في حالات الطوارئ اتخاذ الاستجابات الصحيحة من قبل صانعي السياسات ووكالات المساعدة.

الاسم: العنوان:

المنظمة: البريد الإلكتروني:

المعلومات الواردة أعلاه ضرورية لتمكين مجموعة التغذية من التحقق مرة أخرى من المعلومات التي قدمتها، إذا لزم الأمر.

هويتك ستبقى سرية

\* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \*

**نوع حالة الطوارئ:** (يرجى الإجابة على جميع الأسئلة، وخاصة متى وأين ومن وماذا وكيف)

1. تقديم وصف موجز للانتهاك (اسم برنامج الإغاثة في حالات الطوارئ، العنوان أو الشعار الموجود على مواد الشركة/الحملة)
2. متى تمت ملاحظة الانتهاك؟ (يوم شهر سنة)
3. **أين؟** (المكان والمدينة والبلد)
4. من الذي يخالف المدونة وكيف؟

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *الشركة / المنظمة:* | *العلامة التجارية* | *نوع المنتج1* | *نوع المنتج2* |
|  |  |  |  |

1. **نوع المنتج**
   1. حليب الأطفال بما في ذلك التركيبات الخاصة
   2. نظام المتابعة
   3. حليب النمو
   4. الحبوب
   5. الفاكهة / الخضار / اللحم المهروس
   6. عصير / شاي / مياه معدنية
   7. زجاجة الرضاعة
   8. شاي
   9. أخرى: \_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **نوع المخالفة**
   1. تبرعات بدائل لبن الأم / زجاجات الرضاعة/حلمات الرضاعة من الوكالات والحكومة والجهات المانحة، إلخ
   2. قبول التبرعات غير المرغوب فيها من بدائل لبن الأم/ زجاجات الرضاعة/لحلمات الرضاعة
   3. التوزيع الشامل للإمدادات غير المرغوب فيها أو المجانية من بدائل لبن الأم/زجاجات الرضاعة/حلمات الرضاعة
   4. توزيع الحليب الصناعي الذي تم شراؤه بشكل صحيح لكنه غير الذي وصف للأمهات والأطفال الذين تم تقييمهم مهنياً على أنهم يحتاجون إلى حليب صناعي
   5. التبرع بالأغذية التكميلية للأطفال 0-5 أشهر
   6. توزيع منتجات الحليب (بما في ذلك المجففة) التي يمكن استخدامها كبديل للبن الأم لعامة السكان
   7. توزيع حليب الأطفال الذي تقل مدة صلاحيته عن 6 أشهر
   8. ملصقات غير كافية (لا يوجد تحذير بالمخاطر الصحية، لغة غير مناسبة، لا يوجد بيان حول أهمية الرضاعة الطبيعية، لا توجد معلومات حول الإعداد الآمن، إلخ.)
   9. الترويج لـبدائل لبن الأم في نقطة التوزيع (شاشات عرض، شعارات، إلخ)؛
   10. أخرى (يرجى التحديد)

**5. التفاصيل: على سبيل المثال وصف كيفية توزيع المنتجات على المجتمعات المتضررة / طبيعة برنامج الإغاثة**

*(يرجى استخدام ورقة أخرى إذا لزم الأمر)*

إذا تم إرفاق عينة أو صورة بهذا النموذج، ضع علامة هنا☐

تم تطوير الأداة بواسطة مجموعة التغذية العالمية بدعم من شبكة العمل الدولية لأغذية الأطفال، والمجموعة الأساسية لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ واليونيسف

**الملحق 20: المؤشرات المقترحة لتغذية الرضع وصغار الأطفال[[152]](#footnote-152)**

[*(عودة إلى قسم)*](#_heading=h.488uthg)

**نظام معلومات التغذية ومؤشرات مخرجات برامج المعلومات الصحية للمنطقة**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الرقم** | **المؤشر** | **التعريف** | **المصادر:** | **المعادلة** | **عدد التكرار** |
| **1** | # (%) النساء الحوامل اللواتي تلقين المشورة بشأن تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال (استشارة فردية) لأول مرة | عدد النساء الحوامل اللواتي تلقين استشارة فردية لأول مرة فقط | أداة الإبلاغ عن مرافق تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال    أداة الإبلاغ عن مجتمع تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال | البسط: إجمالي عدد النساء الحوامل اللواتي تلقين مشورة فردية لأول مرة    المقام: إجمالي عدد النساء الحوامل المقدر | شهرياً |
| **2** | # (%) النساء الحوامل اللواتي تلقين المشورة بشأن تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال (استشارة فردية) أكثر من مرة (متابعة) | عدد النساء الحوامل اللواتي تلقين استشارة فردية أكثر من مرة (متابعة فقط) | أداة الإبلاغ عن مرفق تغذية الأمه والرضع وصغار الأطفال    أداة الإبلاغ عن مجتمع تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال | البسط: إجمالي عدد النساء الحوامل اللواتي تلقين مشورة فردية لأكثر من مرة    المقام: إجمالي عدد النساء الحوامل المقدر | شهرياً |
| **3** | # (%) الأمهات/مقدمات الرعاية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-6 أشهر اللواتي تلقين مشورة بشأن تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال (استشارة فردية) لأول مرة | عدد الأمهات/مقدمات الرعاية للأطفال من 0 إلى 6 أشهر اللواتي تلقين استشارة فردية لأول مرة فقط | أداة الإبلاغ عن مرفق تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال    أداة الإبلاغ عن مجتمع تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال | إجمالي عدد الأمهات/مقدمات الرعاية للأطفال من 0 إلى 6 أشهر اللواتي تلقين مشورة فردية لأول مرة    المقام: إجمالي عدد النساء الحوامل المقدر | شهرياً |
| **4** | # (%) الأمهات/مقدمات الرعاية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-6 أشهر اللواتي تلقين مشورة بشأن تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال (استشارة فردية) أكثر من مرة | عدد الأمهات/مقدمات الرعاية للأطفال من 0 إلى 6 أشهر اللواتي تلقين استشارة فردية أكثر من مرة (متابعة فقط) | أداة الإبلاغ عن مرفق تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال    أداة الإبلاغ عن مجتمع تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال | البسط: إجمالي عدد الأمهات/مقدمات الرعاية للأطفال من 0 إلى 6 أشهر اللواتي تلقين مشورة فردية لأكثر من مرة واحدة    المقام: إجمالي عدد النساء الحوامل المقدر | شهرياً |
| **5** | # (%) الأمهات/مقدمات الرعاية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-23 شهر اللواتي تلقين المشورة بشأن تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال (استشارة فردية) لأول مرة | عدد الأمهات/مقدمات الرعاية للأطفال من 6 إلى 23 شهر اللواتي تلقين استشارة فردية لأول مرة فقط | أداة الإبلاغ عن مرفق تغذية الأمه والرضع وصغار الأطفال    أداة الإبلاغ عن مجتمع تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال | البسط: إجمالي عدد الأمهات/مقدمات الرعاية للأطفال من 6 إلى 23 شهر اللواتي تلقين مشورة فردية لأول مرة    المقام: إجمالي عدد النساء الحوامل المقدر | شهرياً |
| **6** | # (%) الأمهات/مقدمات الرعاية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-23 شهر اللواتي تلقين المشورة بشأن تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال (استشارة فردية) أكثر من مرة | عدد الأمهات/مقدمات الرعاية للأطفال من 6 إلى 23 شهر اللواتي تلقين استشارة فردية أكثر من مرة (متابعة فقط) | أداة الإبلاغ عن مرفق تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال    أداة الإبلاغ عن مجتمع تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال | البسط: إجمالي عدد الأمهات/مقدمات الرعاية للأطفال من 6 إلى 23 شهر اللواتي تلقين مشورة فردية لأكثر من مرة واحدة    المقام: إجمالي عدد النساء الحوامل المقدر | شهرياً |
| **7** | # (%) من الأمهات الحوامل/مقدمات الرعاية للأطفال من سن 0 إلى 23 شهرًا اللواتي حضرن مجموعات دعم الأمهات لأول مرة | إجمالي عدد الحوامل والأمهات/مقدمات الرعاية اللواتي حضرن مجموعات دعم الأم لأول مرة | أداة الإبلاغ عن تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال لمجموعة دعم الأمهات | غير مطلوبة | شهرياً |
| **8** | # (%) من الأمهات الحوامل/مقدمات الرعاية للأطفال من سن 0 إلى 23 شهرًا اللواتي حضرن مجموعات دعم الأمهات أكثر من مرة | إجمالي عدد الحوامل والأمهات/مقدمات الرعاية اللواتي حضرن مجموعات دعم الأمهات أكثر من مرة | أداة الإبلاغ عن تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال لمجموعة دعم الأمهات | غير مطلوبة | شهريا |
| **9** | # من الرجال الذين حضروا مجموعات دعم الآباء لأول مرة | إجمالي عدد الرجال أزواج الحوامل وأمهات الأطفال من سن 0 إلى 23 شهرًا الذين حضروا مجموعات دعم الآباء لأول مرة | أداة الإبلاغ عن تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال لمجموعة دعم الآباء | غير مطلوبة | شهرياً |
| **10** | عدد الرجال الذين حضروا مجموعات دعم الآباء أكثر من مرة | إجمالي عدد الرجال أزواج الحوامل وأمهات الأطفال من سن 0 إلى 23 شهرًا الذين حضروا مجموعات دعم الآباء لأكثر من مرة | أداة الإبلاغ عن تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال لمجموعة دعم الآباء | غير مطلوبة | شهرياً |
| **11** | # مجموعات دعم الأمهات | مجموعات دعم الأمهات اللواتي اجتمعت مرة واحدة على الأقل خلال الفترة المشمولة بالتقرير | أداة الإبلاغ عن مرفق تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال    أداة الإبلاغ عن مجتمع تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال | البسط: إجمالي عدد مجموعات دعم الأمهات التي تم الإبلاغ عنها  المقام: إجمالي عدد مجموعات دعم الأمهات التي تم تشكيلها | شهرياً |
| **12** | # مجموعات دعم الآباء | مجموعات دعم الآباء التي اجتمعت مرة واحدة على الأقل خلال الفترة المشمولة بالتقرير | أداة الإبلاغ عن مرفق تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال    أداة الإبلاغ عن مجتمع تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال | البسط: إجمالي عدد مجموعات دعم الآباء التي تم الإبلاغ عنها؛  المقام: إجمالي عدد مجموعات دعم الآباء التي تم تشكيلها | شهريا |
| **13** | # (%) مرافق الصحة والتغذية التي لديها ركن مخصص لتغذية الأم والرضع وصغار الأطفال ومستشارة تغذية | مواقع المرافق الصحية (المستشفى/مؤسسة الرعاية الصحية الأولية /الرعاية الصحية الأولية) والإدارة المجتمعية المنفصلة لسوء التغذية الحاد (البرنامج العلاجي للمرضى الخارجيين/برنامج التغذية التكميلية المستهدفة) التي لديها ركن مخصص لتغذية الأم والرضع والأطفال الصغار ومستشارة تغذية | أداة الإبلاغ عن مرفق تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال    أداة الإبلاغ عن مجتمع تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال | البسط: إجمالي عدد منشآت الصحة والتغذية التي بها ركن مخصص لتغذية الأم والرضع وصغار الأطفال ومستشارة تغذية  المقام: إجمالي عدد مرافق الصحة والتغذية | شهرياً |
| **14** | # (%) الأمهات/مقدمات الرعاية للأطفال المحرومين من الرضاعة الطبيعية الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و23 شهرًا اللواتي تلقين المشورة ودعم بدائل لبن الأم (المرة الأولى والمتابعة) | أمهات/مقدمات الرعاية  للأطفال المحرومين من الرضاعة الطبيعية  من سن 0 إلى 23 شهرا اللواتي تلقين دعماً من بدائل لبن الأم | أداة الإبلاغ عن مرفق تغذية الأم والرضع وصغار الأطفال | البسط: إجمالي عدد مقدمات الرعاية الأساسيات للأطفال المحرومين من الرضاعة الطبيعية الذين تتراوح أعمارهم بين 0-23 شهرًا اللواتي تلقين دعماً من بدائل لبن الأم  المقام: إجمالي عدد الأمهات/مقدمات الرعاية للأطفال المحرومين من الرضاعة الطبيعية من 0 إلى 23 شهرًا | شهريًا |
| **15** | # (%) تقارير انتهاك المدونة التي تلقت تعليقات من السلطة المفوضة (القطاع/المجموعة/وزارة الصحة) | إجمالي عدد (نسبة) التبرعات المبلغ عنها والتي تلقت بشأنها الوكالة تعليقات من السلطة المفوضة (القطاع/المجموعة/وزارة الصحة) | سجل رصد بدائل لبن الأم | البسط: إجمالي عدد تقارير الانتهاكات مع الملاحظات  المقام: إجمالي عدد التقارير المقدمة خلال الفترة | ربع سنوي |

**مؤشرات التقييم لمسح خط الأساس والنتائج لتغذية الأم والرضع وصغار الأطفال[[153]](#footnote-153)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **م** | **المؤشر** | **خط الأساس** | **المستهدف** | **التعريف** | **المصادر:** | **المعادلة** |
| **1** | حصل على رضاعة طبيعية | x | ≥80% | نسبة الأطفال المولودين في آخر 24  شهرًا والذين رضعوا رضاعة طبيعية. | وطني: برنامج المعلومات الصحية للمنطقة 2؛    تحت الوطنية: مسح خط الأساس أو النتائج | البسط: عدد الأطفال المولودين في آخر 24 شهرًا والذين رضعوا رضاعة طبيعية.    المقام: الأطفال المولودين في آخر 24 شهرًا. |
| **2** | الرضاعة الطبيعية المبكرة | x | ≥80% | النسبة المئوية للأطفال المولودين في آخر 24 شهرًا والذين رضعوا من أمهاتهم خلال ساعة واحدة من الولادة | وطني: برنامج المعلومات الصحية للمنطقة 2؛    تحت الوطنية: مسح خط الأساس أو النتائج | البسط: الأطفال المولودين في آخر 24 شهرًا والذين رضعوا من أمهاتهم خلال ساعة واحدة من الولادة.  المقام: الأطفال المولودين في آخر 24 شهرًا. |
| **3** | رضاعة طبيعية حصرية في اليومين الأولين بعد الولادة | x | XX | نسبة الأطفال المولودين في آخر 24 شهرًا والذين حصلوا على رضاعة طبيعية حصرية في اليومين الأولين بعد الولادة | وطني: برنامج المعلومات الصحية للمنطقة 2؛    تحت الوطنية: مسح خط الأساس أو النتائج | البسط: الأطفال المولودين في آخر 24 شهرًا والذين حصلوا على رضاعة طبيعية حصرية في اليومين الأولين بعد الولادة    المقام: الأطفال المولودين في آخر 24 شهرًا. |
| **4** | الرضاعة الطبيعية الحصرية أقل من ستة أشهر | x | XX | نسبة الأطفال  من 0 إلى 5 أشهر الذين حصلوا على رضاعة طبيعية حصرية  خلال  اليوم السابق | وطني: برنامج المعلومات الصحية للمنطقة 2؛    تحت الوطنية: مسح خط الأساس أو النتائج | البسط: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-5 أشهر وحصلوا على رضاعة طبيعية حصرية خلال اليوم السابق    المقام: الرضع 0-5 أشهر من العمر |
| **5** | الرضاعة المختلطة تحت سن ستة أشهر | x | XX | النسبة المئوية للرضع الذين تتراوح أعمارهم بين 0-5 أشهر والذين تم إطعامهم حليباً صناعيًا و/أو حيوانياً بالإضافة إلى لبن الأم خلال اليوم السابق | وطني: برنامج المعلومات الصحية للمنطقة 2؛    تحت الوطنية: مسح خط الأساس أو النتائج | البسط: الرضع الذين تتراوح أعمارهم بين 0-5 أشهر والذين تم إطعامهم حليباً صناعيًا و/أو حيوانياً بالإضافة إلى لبن الأم خلال اليوم السابق    المقام: الرضع 0-5 أشهر من العمر |
| **6** | استمرار الرضاعة الطبيعية من 12 إلى 23 شهرًا | x | XX | نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12-23 أشهر والذين تم إطعامهم لبن الأم فقط خلال اليوم السابق | وطني: برنامج المعلومات الصحية للمنطقة 2؛    تحت الوطنية:  مسح خط الأساس أو النتائج | البسط: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و23 شهرًا الذين تم إطعامهم لبن الأم في اليوم السابق؛    المقام: الأطفال 12-23 أشهر من العمر |
| **7** | إدخال الأطعمة الصلبة أو شبه الصلبة أو اللينة من 6 إلى 8 أشهر | x | لا يوجد معيار <80% أولوية بشكل عام | النسبة المئوية للرضع الذين تتراوح أعمارهم بين 6-8 أشهر الذين تناولوا أطعمة صلبة أو شبه صلبة أو لينة خلال اليوم السابق | وطني: برنامج المعلومات الصحية للمنطقة 2؛    تحت الوطنية: مسح خط الأساس أو النتائج | البسط: الرضع  من عمر 6 إلى 8 أشهر الذين تناولوا أطعمة صلبة أو شبه صلبة أو لينة خلال اليوم السابق    المقام: الرضع 6-8 أشهر من العمر |
| **8** | الحد الأدنى من التنوع الغذائي من 6 إلى 23 شهرًا | x | لا يوجد معيار <80% أولوية بشكل عام | النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا الذين تناولوا الأطعمة والمشروبات من خمسة على الأقل من أصل ثماني مجموعات غذائية محددة خلال اليوم السابق. | وطني: برنامج المعلومات الصحية للمنطقة 2؛    تحت الوطنية: مسح خط الأساس أو النتائج | البسط: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا الذين تناولوا الأطعمة والمشروبات من خمسة على الأقل من أصل ثماني مجموعات غذائية محددة خلال اليوم السابق;[[154]](#footnote-154)    المقام: الأطفال 6-23 أشهر من العمر |
| **9** | الحد الأدنى لتكرار الوجبات من 6 إلى 23 شهرًا | x | لا يوجد معيار <80% أولوية بشكل عام | النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا الذين تناولوا أطعمة صلبة أو شبه صلبة أو لينة (بما في ذلك أيضًا حليب الأطفال للمحرومين من الرضاعة الطبيعية) على الأقل ضمن الحد الأدنى لعدد المرات خلال اليوم السابق. | وطني: برنامج المعلومات الصحية للمنطقة 2؛    تحت الوطنية: مسح خط الأساس أو النتائج | البسط: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا الذين تناولوا الأطعمة الصلبة أو شبه الصلبة أو اللينة على الأقل ضمن الحد الأدنى لعدد المرات خلال اليوم السابق.[[155]](#footnote-155)    المقام: الأطفال 6-23 أشهر من العمر |
| **10** | الحد الأدنى لتكرار الرضاعة بحليب للأطفال الذين لا يرضعون رضاعة طبيعية من عمر 6 إلى 23 شهرًا | x | XX | النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا المحرومين من الرضاعة الطبيعية والذين تناولوا رضعتين على الأقل من حليب الأطفال خلال اليوم السابق. | وطني: برنامج المعلومات الصحية للمنطقة 2؛    تحت الوطنية: مسح خط الأساس أو النتائج | البسط: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا المحرومين من الرضاعة الطبيعية والذين تناولوا رضعتين على الأقل من حليب الأطفال خلال اليوم السابق.    المقام: الأطفال الذين لا يرضعون رضاعة طبيعية بين 6 و23 شهرًا |
| **11** | الحد الأدنى لتكرار الوجبات من 6 إلى 23 شهرًا | x | لا يوجد معيار <80% أولوية بشكل عام | النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا والذين تناولوا حداً أدنى من النظام الغذائي المقبول خلال اليوم السابق. | وطني: برنامج المعلومات الصحية للمنطقة 2؛    تحت الوطنية: مسح خط الأساس أو النتائج | البسط: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا والذين تناولوا حداً أدنى مقبولاً من النظام الغذائي خلال اليوم السابق.[[156]](#footnote-156)  المقام: الأطفال 6-23 أشهر من العمر |
| **12** | استهلاك البيض و/أو اللحم من 6 إلى 23 شهرًا | X | XX | النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا الذين تناولوا البيض و/أو طعاماً من اللحم خلال اليوم السابق | وطني: برنامج المعلومات الصحية للمنطقة 2؛    تحت الوطنية: مسح خط الأساس أو النتائج | البسط: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا الذين تناولوا البيض و/أو طعاماً من اللحم خلال اليوم السابق  المقام: الأطفال 6-23 أشهر من العمر |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **13** | استهلاك المشروبات الحلوة من 6 إلى 23 شهرًا | X | XX | النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا الذين تناولوا مشروباً حلواً خلال اليوم السابق. | وطني: برنامج المعلومات الصحية للمنطقة 2؛    تحت الوطنية: مسح خط الأساس أو النتائج | البسط: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا الذين تناولوا مشروباً حلواً خلال اليوم السابق.  المقام: الأطفال 6-23 أشهر من العمر |
| **14** | استهلاك الطعام غير الصحي من 6 إلى 23 شهرًا | X | XX | النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا الذين تناولوا أطعمة غير صحية مختارة خلال اليوم السابق | وطني: برنامج المعلومات الصحية للمنطقة 2؛    تحت الوطنية: مسح خط الأساس أو النتائج | البسط: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا الذين تناولوا أطعمة غير صحية مختارة خلال اليوم السابق[[157]](#footnote-157)  المقام: الأطفال 6-23 أشهر من العمر |
| **15** | عدم استهلاك الخضار والفاكهة من 6 إلى 23 شهرًا | X | XX | نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-23 شهرًا الذين لم يتناولوا أي خضروات أو فواكه خلال اليوم السابق | وطني: برنامج المعلومات الصحية للمنطقة 2؛    تحت الوطنية: مسح خط الأساس أو النتائج | البسط: الأطفال من سن 6-23 شهرًا الذين لم يتناولوا أي خضروات أو فواكه خلال اليوم السابق  المقام: الأطفال 6-23 أشهر من العمر |
| **16** | الرضاعة من الزجاجة 0-23 شهرًا | x | XX | النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و23 شهرًا الذين تم إطعامهم من زجاجة بها حلمة خلال اليوم السابق | وطني: برنامج المعلومات الصحية للمنطقة 2؛    تحت الوطنية: مسح خط الأساس أو النتائج | البسط: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و23 شهرًا الذين تم إطعامهم من زجاجة بها حلمة خلال اليوم السابق  المقام: الأطفال 0-3 أشهر من العمر |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **17** | الرسوم البيانية لمنطقة تغذية الرضع | x | XX | في حين أن المؤشرات الموصي بها أعلاه مفيدة لمقارنة المجموعات السكانية وبرامج الاستهداف، وتقييم التقدم المحرز بمرور الوقت، إلا أنها توفر فهماً محدوداً لكيفية تغير أنماط التغذية على مستوى السكان مع تغير عمر الرضيع. بالإضافة إلى حساب المؤشرات الرقمية، نوصي أيضاً بتقديم عروض رسومية لكيفية تغذية صغار الأطفال.  يصنف الرسم البياني القياسي الموصي به تغذية الرضع وصغار الأطفال إلى واحدة من ست فئات:  الرضاعة الطبيعية الحصرية، الرضاعة الطبيعية والمياه العادية فقط، الرضاعة الطبيعية والسوائل غير اللبنية (لا توجد أغذية صلبة أو شبه صلبة ولا سوائل تعتمد على الحليب الحيواني أو حليب الأطفال)، والرضاعة الطبيعية وحليب الحيوانات أو أنواع الحليب الأخرى (لا توجد أغذية صلبة أو شبه صلبة)، والرضاعة الطبيعية والأطعمة الصلبة أو شبه الصلبة، أو الحرمان من الرضاعة الطبيعية. | | |

1. <https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/b_iycf_strategy_23_4_15.pdf> [↑](#footnote-ref-1)
2. <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/infant-and-young-child-feeding-emergencies-iycf-e-toolkit-rapid-start-emergency-nutrition> [↑](#footnote-ref-2)
3. <https://sites.unicef.org/nutrition/index_58362.html> [↑](#footnote-ref-3)
4. <https://www.nutritioncluster.net/node/19161> [↑](#footnote-ref-4)
5. <https://www.unicef.org/documents/infant-and-young-child-feeding-context-covid-19> [↑](#footnote-ref-5)
6. <https://www.advancingnutrition.org/what-we-do/social-and-behavior-change/iycf-recommendations-covid-19> [↑](#footnote-ref-6)
7. خطة الاستجابة الإنسانية في السودان لعام 2021 <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/SDN_2021HRP.pdf> [↑](#footnote-ref-7)
8. مراكز منع العدوى ومكافحتها، تحليل انعدام الأمن الغذائي الحاد، أبريل 2021 – فبراير 2022

   <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/IPC_Sudan_AcuteFoodInsecurity_2021Apr2022Feb_report.pdf> [↑](#footnote-ref-8)
9. خطة الاستجابة الإنسانية في السودان لعام 2021 <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/SDN_2021HRP.pdf> [↑](#footnote-ref-9)
10. اليونيسف <https://www.unicef.org/sudan/health-nutrition> [↑](#footnote-ref-10)
11. المرجع السابق [↑](#footnote-ref-11)
12. طريقة المسح المكاني البسيطة (S3M II) للسودان 2018 <https://data.humdata.org/dataset/simple-spatial-survey-method-s3m-ii-for-sudan-2018> [↑](#footnote-ref-12)
13. نظرة عامة على الاحتياجات الإنسانية السودان 2021 <https://fscluster.org/sudan/document/sudan-humanitarian-needs-overview-hno> [↑](#footnote-ref-13)
14. طريقة المسح المكاني البسيطة (S3M II) للسودان 2018 <https://data.humdata.org/dataset/simple-spatial-survey-method-s3m-ii-for-sudan-2018> [↑](#footnote-ref-14)
15. المرجع السابق [↑](#footnote-ref-15)
16. المرجع السابق [↑](#footnote-ref-16)
17. <https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/b_iycf_strategy_23_4_15.pdf> [↑](#footnote-ref-17)
18. <https://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2016/08/4.-Sudan-National_nutrition_strategic_Plan.pdf> [↑](#footnote-ref-18)
19. <https://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf> [↑](#footnote-ref-19)
20. حزمة الخدمات الأولية الدنيا MISP هي مجموعة ذات أولوية من الأنشطة المنقذة للحياة التي يتعين تنفيذها في بداية كل حالة طوارئ (في غضون 48 ساعة حيثما أمكن ذلك). لمنع المراضة والوفيات، تشمل الخدمات الأساسية لجميع الأطفال حديثي الولادة (الرعاية الأساسية لحديثي الولادة) دعم التلامس الجلدي والرضاعة الطبيعية الفورية والحصرية وعدم التخلص من اللبأ. [↑](#footnote-ref-20)
21. نظرة عامة على الاحتياجات الإنسانية في السودان <https://reliefweb.int/report/sudan/sudan-humanitarian-needs-overview-2021-december-2020> [↑](#footnote-ref-21)
22. يمكن الاطلاع على مزيد من الإرشادات بما في ذلك دليل الجيب للجهات الفاعلة غير المعنية بالعنف القائم على النوع الجنساني من: <https://gbvguidelines.org/en> / [↑](#footnote-ref-22)
23. صندوق الأمم المتحدة للسكان، وحدة مكافحة العنف ضد المرأة، أصوات السودان 2020 <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/UNFPA_16th.pdf> [↑](#footnote-ref-23)
24. ورقة نصائح حول النوع الجنساني للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات <https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/somalia/document/iasc-gender-marker-tip-sheet-nutrition> [↑](#footnote-ref-24)
25. منظمة آكشن إيد، كيف يمكن للمنظمات الإنسانية تشجيع المزيد من النساء في عمليات الصمود؟ 2017 <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/action_aid_aw_v4_-_final.pdf> [↑](#footnote-ref-25)
26. دليل النوع الجنساني للعمل الجنساني من الجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، 2017 <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-gender-and-humanitarian-action/iasc-gender-handbook-humanitarian-action-2017> [↑](#footnote-ref-26)
27. إنقاذ الطفل، الفريق الفني للاستجابة السريعة، أداة تقييم القدرات الفردية لتغذية الرضع وصغار الأطفال لمقدمي خدمات الصحة والتغذية 2020 <https://s16947.pcdn.co/wp-content/uploads/2020/12/IYCF-E-Ind-Cap-Assess-Tool_Nov20.pdf> [↑](#footnote-ref-27)
28. اليونيسف، حزمة تغذية الرضع وصغار الأطفال: دليل الميسرين 2012 [↑](#footnote-ref-28)
29. حزمة المشورة من اليونيسف الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال: الإشراف الداعم/التوجيه والرصد 2013 <https://sites.unicef.org/nutrition/files/Supervision_mentoring_monitoring_module_Oct_2013(1).pdf> [↑](#footnote-ref-29)
30. انظر أيضاً تدريب المشرفين لتوجيه العاملين الصحيين المسؤولين عن تقديم المشورة بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال: دورة تدريبية لمدة ثلاثة أيام حول دليل الميسر لمرشدي قيرغيزستان (الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية ومنظمة سبرينغ نيوتريشن، 2017) للحصول على مثال لحزمة تدريبية:

    <https://www.spring-nutrition.org/sites/default/files/publications/trainingmaterials/spring_eng_training_supervisors_mentoring.pdf> [↑](#footnote-ref-30)
31. اليونيسف، حزمة تغذية الرضع وصغار الأطفال: دليل الميسر 2012 [↑](#footnote-ref-31)
32. الدليل العملي للمشورة حول الرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ [↑](#footnote-ref-32)
33. يُطلق على "الإشراف - التوجيه" أحيانًا "الإشراف الداعم"، على الرغم من أن "الإشراف الداعم" لا يشمل دائمًا "التوجيه". [↑](#footnote-ref-33)
34. مصدر الصورة: اليونيسف/ الدكتور. تيولديبرهان دانيال [↑](#footnote-ref-34)
35. التحالف الدولي من أجل العمل الطبي، قياس محيط منتصف العضد من قبل الأم: إرشادات لتدريب المدربين

    <https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/mother-muac_-_guidelines_for_tot.pdf> [↑](#footnote-ref-35)
36. منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف)، المشورة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال: دورة متكاملة <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594745/en> [↑](#footnote-ref-36)
37. دليل منظمة الصحة العالمية (2018): تقديم المشورة للنساء لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية <https://www.ennonline.net/attachments/4088/Operational-Guidance-on-Breastfeeding-Counselling-in-Emergencies.pdf> [↑](#footnote-ref-37)
38. شبكة التغذية في حالات الطوارئ، والمجموعة الأساسية المعنية بتغذية الرضع في حالات الطوارئ، والوكالة الأيرلندية للمعونة (2021): الدليل العملي للمشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ [↑](#footnote-ref-38)
39. المرجع السابق [↑](#footnote-ref-39)
40. مأخوذ عن منظمة إنقاذ الطفل الدولية، 2016 [↑](#footnote-ref-40)
41. انظر التجربة التي أجريت في جنوب وسط الصومال: اتحاد تعزيز الأمن الغذائي في جنوب وسط الصومال، موجز التعلّم من تجربة الأربع سنوات، نوفمبر 2017

    <https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/sns-iycf_learning_brief-nov_2017.pdf> [↑](#footnote-ref-41)
42. منظمة الرؤية العالمية (2016) النهج الشامل للوصول للجدات <https://www.wvi.org/nutrition/publication/grandmother-inclusive-approach-overview> [↑](#footnote-ref-42)
43. 1) الرضع وصغار الأطفال الذين تيتموا أو كانت الأم غائبة لفترة طويلة من الزمن إما قبل تفاقم الوضع الإنساني أو خلال الوضع الإنساني ولا يمكن حصولهم على الرضاعة أو استئناف الرضاعة أو تلقي لبن الأم من متبرع، 2) الرضع وصغار الأطفال الذين كانت أمهاتهم حاضرة ولم يرضعوا قبل تفاقم الوضع الإنساني أو خلاله، بغض النظر عن السبب، ولا يمكن حصولهم على الرضاعة أو استئناف الرضاعة أو تلقي لبن الأم من متبرع، 3) الحالات التي تعاني فيها الأم و/أو الرضيع من حالة طبية لا يمكن الرضاعة الطبيعية فيها، والتي لا يكون من الممكن الرضاعة أو استئناف الرضاعة أو تلقي لبن الأم من متبرع، 4) الرضع تحت سن 6 أشهر ويحصلون على رضاعة مختلطة (رضاعة طبيعية و بدائل لبن الأم) والذين تحصل أمهاتهم على دعم للانتقال إلى الرضاعة الطبيعية الحصرية [↑](#footnote-ref-43)
44. اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية، حماية وتعزيز ودعم الرضاعة الطبيعية في المرافق التي تقدم خدمات الأمومة والوليد: مبادرة المستشفيات الصديقة للطفل المنقحة 2018 <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf> [↑](#footnote-ref-44)
45. انظر مخطط المعلومات حول البدء المبكر للرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ لمزيدٍ من التعليمات <https://www.ennonline.net/ifecoregroupinfographicseries> [↑](#footnote-ref-45)
46. اليونيسف، دراسات حول تلامس جلد الأم بجلد الرضيع <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/news-and-research/baby-friendly-research/research-supporting-breastfeeding/skin-to-skin-contact> / [↑](#footnote-ref-46)
47. المرجع السابق [↑](#footnote-ref-47)
48. سلسلة لانسيت للرضاعة الطبيعية 2016: <http://www.thelancet.com/series/breastfeeding> [↑](#footnote-ref-48)
49. منظمة الصحة العالمية، وقائع حول تغذية الرضع وصغار الأطفال لعام 2020 <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> [↑](#footnote-ref-49)
50. انظر إرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن إيقاف الترويج غير الملائم لأغذية الرضع وصغار الأطفال

    <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260137/9789241513470-eng.pdf؟sequence=1&isAllowed=y> [↑](#footnote-ref-50)
51. منظمة الصحة العالمية، ممارسات التغذية التكميلية <https://www.who.int/health-topics/complementary-feeding#tab=tab_2> [↑](#footnote-ref-51)
52. يجب على مقدمي الرعاية الاهتمام بشكلٍ فعال بتغذية الرضع من خلال الاستجابة لإشارات الجوع وتشجيع الطفل على تناول الطعام. [↑](#footnote-ref-52)
53. المجموعة الأساسية المعنية بتغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ والتابعة لشبكة التغذية خلال الطوارئ

    <https://www.ennonline.net/attachments/965/cfe-review-enn-ife-core-group-oct-2009.pdf> [↑](#footnote-ref-53)
54. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى الدليل العملي للمشورة بشأن الرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ (2021)

    <https://www.ennonline.net/attachments/4088/Operational-Guidance-on-Breastfeeding-Counselling-in-Emergencies.pdf> [↑](#footnote-ref-54)
55. إسفير <https://spherestandards.org/> [↑](#footnote-ref-55)
56. الأماكن الداعمة لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ: موجز فني 2020

    <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Suppotive٪20Spaces_16Sept2020٪20٪28004٪29.pdf> [↑](#footnote-ref-56)
57. الدليل العملي للمجموعة الرئيسية المعنية بتغذية الرضع في حالات الطوارئ، النسخة الثالثة لعام 2017، <https://www.ennonline.net/operationalguidance-v3-2017> [↑](#footnote-ref-57)
58. المدونة الدولي بشأن تنظيم تسويق بدائل الرضاعة الطبيعية، منظمة الصحة العالمية 1981، وقرارات جمعية الصحة العالمية اللاحقة، <https://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf> [↑](#footnote-ref-58)
59. قرار جمعية الصحة العالمية: دليل إنهاء الترويج غير المناسب لتغذية الرضع وصغار الأطفال. جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون، 69أ/7، إضافة 1/2016، <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260137/9789241513470-eng.pdf> [↑](#footnote-ref-59)
60. مأخوذة من الآلية العالمية للمساعدة الفنية المعنية بالتغذية: الأماكن الداعمة لتغذية الرضع وصغار الأطفال في الحالات الطارئة 2020، <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Suppotive%20Spaces_16Sept2020%20%28004%29.pdf> [↑](#footnote-ref-60)
61. مأخوذة من الآلية العالمية للمساعدة الفنية المعنية بالتغذية، المساحات الداعمة لتغذية الرضع وصغار الأطفال في الحالات الطارئة 2020، <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Suppotive%20Spaces_16Sept2020%20%28004%29.pdf> [↑](#footnote-ref-61)
62. العمل لمكافحة الجوع، الأماكن الصديقة للرضع - المنهج الشامل تجاه الحامل والمرضعة وأطفالهن في حالات الطوارئ 2014، <https://www.ennonline.net/attachments/2305/ACF_BFSManuel.2014.gb.pdf> [↑](#footnote-ref-62)
63. اليونيسيف، مراكز التغذية العامة، الآلية العالمية للمساعدة الفنية لتغذية الرضع وصغار الأطفال في ظل كوفيد-19 لعام 2020

    <https://www.unicef.org/media/68281/file/IYCF-Programming-COVID19-Brief.pdf> [↑](#footnote-ref-63)
64. الرؤية العالمية، الأماكن الصديقة للنساء واليافعين وصغار الأطفال في دليل حالات الطوارئ 2014 <https://www.wvi.org/health/publication/women-adolescent-and-young-child-spaces> [↑](#footnote-ref-64)
65. منظمة إنقاذ الطفل، مجموعة أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال: قائمة تحقق

    <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/iycf-e-toolkit-chapter-four-annexes> [↑](#footnote-ref-65)
66. اليونيسيف، العنف الجنساني في الحالات الطارئة، تخطيط مكتب المساعدة لأدوات مراجعة السلامة والتقارير 2018:

    //gbvguidelines.org/en/documents/safety-audits-a-how-to-guide// [↑](#footnote-ref-66)
67. الإغاثة العالمية، دليل تعبئة المعلمين الصحيين المجتمعيين المتطوعين: الاختلاف في مجموعة الرعاية 2004، <https://www.mchip.net/sites/default/files/Care_Group_Manual_ENGLISH.pdf> [↑](#footnote-ref-67)
68. التعاريف والمعايير الخاصة بمجموعات الرعاية. http://caregroups.info/?page\_ id=35 [↑](#footnote-ref-68)
69. تقييم أثيوبيا في مجال "الاستفادة من الإيجابيات المجتمعية: تحديد الملامح الاجتماعية والثقافية لتغذية الأم والرضع وصغار الأطفال والتعامل معها"، مشروع في منطقة هارارغي الغربية في أوروميا، إثيوبيا <http://caregroupinfo.org/docs/Care_Group_Criteria_November_12_2010.pdf> [↑](#footnote-ref-69)
70. دليل نادي الآباء، منظمة بروموندو وبلان إنترناشيونال الكندية 2020 <http://men-care.org/wp-content/uploads/sites/3/2020/04/SHOW-Fathers-Club-Manual-Jul-2020.pdf> [↑](#footnote-ref-70)
71. تقييم أثيوبيا في مجال "الاستفادة من الإيجابيات المجتمعية: تحديد الملامح الاجتماعية والثقافية لتغذية الأم والرضع وصغار الأطفال والتعامل معها"، مشروع في منطقة هارارغي الغربية في أوروميا، إثيوبيا <http://caregroupinfo.org/docs/Care_Group_Criteria_November_12_2010.pdf> [↑](#footnote-ref-71)
72. مأخوذ من دافيس تي بي، ويتزل سي، إنشاء معايير مجموعات الرعاية 2009 <http://caregroupinfo.org/docs/Care_Group_Criteria_November_12_2010.pdf> [↑](#footnote-ref-72)
73. <https://www.aliveandthrive.org/sites/default/files/attachments/Guidelines-for-facilitating-a-community-based-support-group-meeting-on-IYCF.pdf> [↑](#footnote-ref-73)
74. منظمة الصحة العالمية واليونيسف، المشورة المتكاملة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال، 2006 [↑](#footnote-ref-74)
75. المرجع السابق [↑](#footnote-ref-75)
76. منظمة الصحة العالمية واليونيسف، المشورة المتكاملة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال، 2006 <https://www.who.int/nutrition/publications/IYCF_Participants_Manual.pdf> [↑](#footnote-ref-76)
77. منظمة الصحة العالمية واليونيسف، المشورة المتكاملة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال، 2006 <https://www.who.int/nutrition/publications/IYCF_Participants_Manual.pdf> [↑](#footnote-ref-77)
78. منظمة الصحة العالمية واليونيسف، المشورة المتكاملة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال، 2006 <https://www.who.int/nutrition/publications/IYCF_Participants_Manual.pdf> [↑](#footnote-ref-78)
79. منظمة الصحة العالمية واليونيسف، المشورة الكاملة لتغذية الرضع وصغار الأطفال، 2006 <https://www.who.int/nutrition/publications/IYCF_Participants_Manual.pdf> [↑](#footnote-ref-79)
80. منظمة الصحة العالمية، الدورة التدريبية لفريق عمل الولادة حول مبادرة المستشفيات الصديقة للطفل <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008915> [↑](#footnote-ref-80)
81. مأخوذة من هوجينز كي. صحبة الأم المرضعة 2007 [↑](#footnote-ref-81)
82. مصدر الشكل: Kellymom.com كايل كوترمان: تليين الضغط العكسي [↑](#footnote-ref-82)
83. مصدر الصورة: بوبا نيرسينج، إرضاع الطفل في عربة الأطفال 2018 [↑](#footnote-ref-83)
84. منظمة الصحة العالمية واليونيسف، المشورة المتكاملة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال، 2006 <https://www.who.int/nutrition/publications/IYCF_Participants_Manual.pdf> [↑](#footnote-ref-84)
85. الاستراتيجية العالمية المشتركة بين منظمة الصحة العالمية واليونيسف بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال لعام 2003:

    https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en [↑](#footnote-ref-85)
86. مجموعة التغذية الأساسية، الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، النسخة الثالثة لعام 2017:

    <https://www.ennonline.net/operationalguidance-v3-2017> [↑](#footnote-ref-86)
87. مجموع التغذية الرئيسية، الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، النسخة الثالثة لعام 2017:

    <https://www.ennonline.net/operationalguidance-v3-2017> [↑](#footnote-ref-87)
88. منظمة الصحة العالمية، الدليل العملي بشأن فيروس نقص المناعة البشرية وتغذية الرضع في حالات الطوارئ، 2018

    <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272862/9789241550321-eng.pdf؟ua=1> [↑](#footnote-ref-88)
89. تقرير برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز في دولة السودان عام 2020

    <https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/SDN_2020_countryreport.pdf> [↑](#footnote-ref-89)
90. مقتبس من منظمة الصحة العالمية: مراجعة تجربة استئناف الرضاعة وتوصيات الممارسة، 1998

    <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65020/WHO_CHS_CAH_98.14.pdf?sequence=1> [↑](#footnote-ref-90)
91. مقتبس من منظمة الصحة العالمية: مراجعة تجربة استئناف الرضاعة وتوصيات الممارسة، 1998

    <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65020/WHO_CHS_CAH_98.14.pdf?sequence=1>ومجموعة أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال الخاصة بمنظمة إنقاذ الطفل

    [https://resourcecentre.savethechildren.net/node/12652/pdf /table\_of\_contents\_0.pdf](https://resourcecentre.savethechildren.net/node/12652/pdf%20/table_of_contents_0.pdf) [↑](#footnote-ref-91)
92. منظمة الصحة العالمية واليونيسف، الدليل العملي حول فيروس نقص المناعة البشرية وتغذية الرضع في حالات الطوارئ 2018 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272862/9789241550321-eng.pdf?ua=1> [↑](#footnote-ref-92)
93. مقبولة ومجدية ومعقولة التكلفة ومستدامة وآمنة [↑](#footnote-ref-93)
94. مجموعة التغذية الأساسية، الدلي العملي لتغذية الرضع في حالات الطوارئ وتفشي الأمراض المعدية

    <https://www.ennonline.net/ifecoregroupinfographicseries> [↑](#footnote-ref-94)
95. لمزيد من الإرشادات حول الإجراءات متعدّدة القطاعات، انظر: الرسوم التوضيحية لمجموعة التغذية الرئيسية حول تغذية الرضع أثناء تفشي الأمراض المعدية. 2: دليل لصانعي القرار والمبرمجين العاملين في مجال التأهب لمواجهة تفشي الأمراض والتصدي لها

    <https://www.ennonline.net/ifecoregroupinfographicseries> [↑](#footnote-ref-95)
96. مجموعة بتغذية الرضع في حالات الطوارئ، الدليل العملي لتغذية الرضع في حالات الطوارئ، النسخة الثالثة لعام 2017:

    <https://www.ennonline.net/operationalguidance-v3-2017> [↑](#footnote-ref-96)
97. خلال المرحلة الأولية لحالة الطوارئ، يمكن تقدير ذلك من خلال مقابلات المخبرين الرئيسيين وأخذ العينات العشوائية لتوليد التنبيهات. ويمكن في مراحل لاحقة قياس هذا المؤشر من خلال مسوحاتٍ موحدة. [↑](#footnote-ref-97)
98. http://www.codexalimentarius.org/standards/list-of-standards/en/ no\_cache=1 [↑](#footnote-ref-98)
99. ("حليب المتابعة" المعلن عنه على أنه مناسب للرضع فوق سن 6 أشهر ليس مناسباً. كما أن "حليب النمو"، الذي غالباً ما يُجري تسويقه للأطفال الذين تزيد أعمارهم عن 12 شهراً، ليس ضرورياً. فشاي وعصائر الأطفال لها قيمة غذائية قليلة وليست ضرورية. [↑](#footnote-ref-99)
100. للحصول على معلومات إضافية حول التعامل مع التبرعات والإمدادات من بدائل لبن الأم، انظر: الرسوم التوضيحية لمجموعة تغذية الرضع في حالات الطوارئ الأساسية (2021) بشأن منع وإدارة التبرعات غير الملائمة

     <https://www.ennonline.net/ifecoregroupinfographicseries> [↑](#footnote-ref-100)
101. التوجيهات التشغيلية بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ/قسم 6 من معايير إسفير [↑](#footnote-ref-101)
102. تنص المدونة على أنّ الإمدادات المجانية (المتبرع بها) من حليب الأطفال يجب ألا تكون في أي جزء من نظام الرعاية الصحية (قرار منظمة الصحة العالمية 47.5)، مما يعني أنه لا يمكن استخدامها أو توزيعها من خلال هذه الوسائل دون انتهاك. [↑](#footnote-ref-102)
103. يلتزم قطاع التغذية بإبلاغ اليونيسف والوزارة بذلك حسب الاقتضاء [↑](#footnote-ref-103)
104. التوجيهات التشغيلية لمجموعة التغذية الرئيسية بشأن تغذية الرضع في حالات الطوارئ (OG-IFE)، النسخة الثالثة لعام 2017:

     <https://www.ennonline.net/operationalguidance-v3-2017> [↑](#footnote-ref-104)
105. التوجيهات التشغيلية لمجموعة التغذية الرئيسية بشأن تغذية الرضع في حالات الطوارئ (OG-IFE)، النسخة الثالثة لعام 2017:

     <https://www.ennonline.net/operationalguidance-v3-2017> [↑](#footnote-ref-105)
106. مدونة منظمة الصحة العالمية الدولية لتسويق بدائل لبن الأم لعام 1981

     <https://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf> [↑](#footnote-ref-106)
107. دليل إسفير، 2018

     <https://spherestandards.org/wp-content/uploads/Sphere-Handbook-2018-EN.pdf> [↑](#footnote-ref-107)
108. الأسباب الطبية المقبولة لمنظمة الصحة العالمية لاستخدام بدائل لبن الأم لعام 2009

     <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NMH_NHD_09.01/en> / [↑](#footnote-ref-108)
109. التوجيهات التشغيلية لمجموعة التغذية الرئيسية بشأن تغذية الرضع في حالات الطوارئ (OG-IFE)، النسخة الثالثة لعام 2017:

     <https://www.ennonline.net/operationalguidance-v3-2017> [↑](#footnote-ref-109)
110. المرجع السابق [↑](#footnote-ref-110)
111. الأسباب الطبية المقبولة لمنظمة الصحة العالمية لاستخدام بدائل لبن الأم لعام 2009

     <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NMH_NHD_09.01/en/> [↑](#footnote-ref-111)
112. الدليل العملي لمجموعة التغذية الرئيسية حول تغذية الرضع في حالات الطوارئ (OG-IFE)، النسخة الثالثة 2017:

     <https://www.ennonline.net/operationalguidance-v3-2017> [↑](#footnote-ref-112)
113. مأخوذ من منظمة إنقاذ الطفل: مجموعة أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ:

     <https://resourcecentre.savethechildren.net/iycf-e> [↑](#footnote-ref-113)
114. راسموسن كي إم، يكتين أل، محرران، معهد الطب والمجلس القومي للبحوث، زيادة الوزن أثناء الحمل: إعادة فحص التوجيهات. 2009

     http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2009/Weight-Gain-During-Pregnancy-Reexaminingthe-Guidelines.aspx [↑](#footnote-ref-114)
115. دليل إسفير: الملحق 4 عام 2018، <https://spherestandards.org/wp-content/uploads/Sphere-Handbook-2018-EN.pdf> [↑](#footnote-ref-115)
116. ميجا تيسي. ي وآخرون، ما هي المؤشرات الأنثروبومترية التي تحدد إصابة المرأة الحامل بسوء التغذية الحاد وتتنبأ بنتائج الولادة الضارة في السياق الإنساني؟

     <https://www.ennonline.net/fex/47/anthropometric> [↑](#footnote-ref-116)
117. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77770/9789241501996_eng.pdf;jsessionid=E12A2AF138B426E85B793978BF7705B5?sequence=1> [↑](#footnote-ref-117)
118. 30 ملغم من عنصر الحديد يساوي 150 ملغم من كبريتات الحديدوز هيبتاهيدراتي، أو 90 ملغم من فومارات الحديدوز أو 250 ملغم من غلوكونات الحديدوز [↑](#footnote-ref-118)
119. الإرشادات. مكملات الحديد وحمض الفوليك المتقطع عند الحائض. جنيف: منظمة الصحة العالمية 2011

     (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44649/1/9789241502023\_eng.pdf [↑](#footnote-ref-119)
120. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77770/9789241501996_eng.pdf؛jsessionid=E12A2AF138B426E85B793978BF7705B5؟sequence=1> [↑](#footnote-ref-120)
121. 60 ملغم من عنصر الحديد تساوي 300 ملغم من كبريتات الحديدوز هيبتاهيدراتي أو 180 ملغم من فومارات الحديدوز أو 500 ملغم من جلوكونات الحديدوز. [↑](#footnote-ref-121)
122. منظمة الصحة العالمية، مكملات الحديد وحمض الفوليك الأسبوعية كاستراتيجية للوقاية من فقر الدم لدى النساء واليافعات <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274581/WHO-NMH-NHD-18.8-eng.pdf?ua=1> [↑](#footnote-ref-122)
123. منظمة الصحة العالمية، المكملات الغذائية بالحديد وحمض الفوليك الأسبوعية كاستراتيجية للوقاية من فقر الدم لدى النساء واليافعات

     <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274581/WHO-NMH-NHD-18.8-eng.pdf?ua=1> [↑](#footnote-ref-123)
124. إرشادات منظمة الصحة العالمية: مكملات فيتامين (أ) للنساء بعد الولادة 2011

     https://www.who.int/elena/titles/vitamina\_postpartum/en/#:~:text=Current٪20evidence٪20suggests٪20however٪2C٪20that of٪20a٪20balanced٪20healthy٪20diet [↑](#footnote-ref-124)
125. منظمة الصحة العالمية، المكتبة الإلكترونية للأدلة على إجراءات التغذية eLENA: مكملات فيتامين (أ) أثناء الحمل 2019 <https://www.who.int/elena/titles/vitamina_pregnancy/en> [↑](#footnote-ref-125)
126. إرشادات منظمة الصحة العالمية: مكملات فيتامين (أ) للنساء بعد الولادة 2011

     https://www.who.int/elena/titles/vitamina\_postpartum/en/#:~:text=Current٪20evidence٪20suggests٪20however٪2C٪20that، of٪20a٪20balanced٪20healthy٪20diet. [↑](#footnote-ref-126)
127. منظمة الصحة العالمية، المكتبة الإلكترونية للأدلة على إجراءات التغذية eLENA، مكملات فيتامين (أ) أثناء الحمل 2019 <https://www.who.int/elena/titles/vitamina_pregnancy/en> [↑](#footnote-ref-127)
128. إجراءات التغذية الأساسية لمنظمة الصحة العالمية لعام 2019

     <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515856> [↑](#footnote-ref-128)
129. مجموعة الدعم المشتركة بين الوكالات التابعة للأمم المتحدة: تغذية الرضع في حالات الطوارئ، دمج المجموعة الأساسية لدعم تغذية الرضع وصغار الأطفال في دليل ميسري الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد 2009

     <https://www.ennonline.net/attachments/998/iycf-cmam-facilitators-a4large-final(1).pdf> [↑](#footnote-ref-129)
130. المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومنظمة إنقاذ الطفل، تغذية الرضع والأطفال الصغار في حالات اللاجئين 2018 <https://www.unhcr.org/5c0643d74.pdf> [↑](#footnote-ref-130)
131. الفريق الفني للاستجابة السريعة ومنظمة إنقاذ الطفل (2020)، إجراءات التشغيل القياسية لفرق الاستجابة في حالات الطوارئ الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ

     [https://www.ennonline.net/attachments/3713/IYCF\_E-SOP-for-em Emergency-teams\_Oct20.pdf](https://www.ennonline.net/attachments/3713/IYCF_E-SOP-for-em%20Emergency-teams_Oct20.pdf) [↑](#footnote-ref-131)
132. منظمة الصحة العالمية واليونيسف، مؤشرات تقييم ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال 2021 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389> [↑](#footnote-ref-132)
133. منظمة الصحة العالمية واليونيسف، مؤشرات تغذية الرضع وصغار الأطفال

     \ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389> [↑](#footnote-ref-133)
134. كيف تكتب وتتحدث عن تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ <https://www.ennonline.net/attachments/2872/IFE-HowTo-Guide.pdf> [↑](#footnote-ref-134)
135. أي طعام يتم تسويقه أو تقديمه على أنه بديل أو جزئي أو كلي للبن الأم، سواء أكان مناسباً لهذا الغرض أم لا [↑](#footnote-ref-135)
136. <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-toolkit> [↑](#footnote-ref-136)
137. مقتبس من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية وتعزيز نتائج الشراكات والابتكارات في مجال التغذية على مستوى العالم في نيجيريا: التغذية التكميلية والتدريب التوضيحي للأغذية، 2016 <https://www.spring-nutrition.org/sites/default/files/training_materials/files/nigeria_complementary_feeding_manual.pdf> [↑](#footnote-ref-137)
138. *مأخوذ من منظمة إنقاذ الطفل: أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ لعام 2017:* [*https://resourcecentre.savethechildren.net/iycf-e*](https://resourcecentre.savethechildren.net/iycf-e) [↑](#footnote-ref-138)
139. مقتبس من الوحدة 2 حول تغذية الرضع في حالات الطوارئ لمجموعة التغذية الرئيسية المعنية بتغذية الرضع وصغار الاطفال في حالات الطوارئ 2007، والدليل العملي للمشورة حول الرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ 2020 [↑](#footnote-ref-139)
140. مقتبس من منظمة إنقاذ الطفل: أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ لعام 2017: [*https://resourcecentre.savethechildren.net/iycf-e*](https://resourcecentre.savethechildren.net/iycf-e) [↑](#footnote-ref-140)
141. مقتبس من منظمة إنقاذ الطفل: أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ لعام 2017: [*https://resourcecentre.savethechildren.net/iycf-e*](https://resourcecentre.savethechildren.net/iycf-e) [↑](#footnote-ref-141)
142. مقتبس من منظمة إنقاذ الطفل: أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ لعام 2017: [*https://resourcecentre.savethechildren.net/iycf-e*](https://resourcecentre.savethechildren.net/iycf-e) [↑](#footnote-ref-142)
143. مقتبس من منظمة إنقاذ الطفل: أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ لعام 2017: [*https://resourcecentre.savethechildren.net/iycf-e*](https://resourcecentre.savethechildren.net/iycf-e) [↑](#footnote-ref-143)
144. مقتبس من منظمة إنقاذ الطفل 2016 [↑](#footnote-ref-144)
145. مقتبس من منظمة إنقاذ الطفل 2016 [↑](#footnote-ref-145)
146. [↑](#footnote-ref-146)
147. مقتبس من منظمة إنقاذ الطفل 2016 [↑](#footnote-ref-147)
148. مقتبس من الهيئة الطبية الدولية في الأردن [↑](#footnote-ref-148)
149. مسكنات العلاج النفسي والأدوية المضادة للصرع والمواد الأفيونية. من الأفضل تجنب اليود المشع 131 نظراً لتوافر بدائل أكثر أماناً. الاستخدام المفرط لليود الموضعي أو اليودوفور [↑](#footnote-ref-149)
150. مقتبس من منظمة إنقاذ الطفل: أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ لعام 2017: [*https://resourcecentre.savethechildren.net/iycf-e*](https://resourcecentre.savethechildren.net/iycf-e) [↑](#footnote-ref-150)
151. مقتبس من الإرشادات الخاصة ببدائل لبن الأم من منظمة إنقاذ الطفل 2016 والهيئة الطبية الدولية في الأردن [↑](#footnote-ref-151)
152. مقتبس من سجل مؤشرات مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية <https://ir.hpc.tools/indicators/global_clusters/9/sub_domain/n2-infant-and-young-child-feeding-673؟s=&page=1> [↑](#footnote-ref-152)
153. ملحوظة: لم يتم تحديث مؤشرات منظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بتغذية الرضع وصغار الأطفال في أبريل 2021 في سجل مؤشرات مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية، وبالتالي لا يوجد خط أساس أو هدف مدرج حاليًا في هذه الوثيقة. يوصى بتحديث هذا بمجرد تحديث سجل المؤشر. [↑](#footnote-ref-153)
154. المجموعات الغذائية الثمانية المستخدمة في هذا المؤشر هي: 1) لبن الأم، 2) الحبوب، الجذور، الدرنات، 3) البقول (الفول، البازلاء، العدس)، المكسرات والبذور، 4) منتجات الألبان (اللبن، حليب الأطفال، الزبادي، الجبن)، 5) الأطعمة اللبنية (اللحوم، أسماك، دواجن، لحوم حيوانات)، 6) بيض، 7) فواكه وخضروات غنية بفيتامين أ، 8) فواكه وخضروات أخرى. [↑](#footnote-ref-154)
155. يتم تعريف الحد الأدنى لعدد المرات على النحو التالي: 1) رضعتان من الأطعمة الصلبة أو شبه الصلبة أو اللينة للأطفال الذين يرضعون من الثدي الذين تتراوح أعمارهم بين 6-8 أشهر، 2) ثلاث وجبات من الأطعمة الصلبة أو شبه الصلبة أو اللينة للأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية في سن 0-23 شهرًا، 3) أربع وجبات من الأطعمة الصلبة أو شبه الصلبة أو اللينة أو الأغذية اللبنية للأطفال الذين لا يرضعون رضاعة طبيعية والذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 23 شهرًا حيث يجب أن تكون واحدة على الأقل من الأغذية الأربعة صلبة أو شبه صلبة أو لينة. [↑](#footnote-ref-155)
156. يتم تعريف الحد الأدنى من النظام الغذائي المقبول على النحو التالي: 1) للأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية: تلقي الحد الأدنى من التنوع الغذائي على الأقل والحد الأدنى لتكرار الوجبات بالنسبة لأعمارهم خلال اليوم السابق، 2) للأطفال الذين لا يرضعون رضاعة طبيعية: تلقي الحد الأدنى من التنوع الغذائي على الأقل والحد الأدنى لتكرار الوجبات بالنسبة لأعمارهم خلال اليوم السابق في اليوم بالإضافة إلى رضعتين على الأقل من اللبن. [↑](#footnote-ref-156)
157. أمثلة مختارة من الأطعمة غير الصحية (ليست قائمة شاملة والأطعمة قد تتغير من دولة إلى أخرى): حلوى، شوكولاتة، آيس كريم، كعك، معجنات، بسكويت حلو، رقائق، فطائر الجبن، بطاطس مقلية، نودلز سريعة التحضير؛ بما في ذلك المنتجين تجارياً أو الباعة الجائلين أو في الإنتاج المنزلي. [↑](#footnote-ref-157)