

تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ

الدليل العملي لعاملي
ومديري برامج الإغاثة في
الطوارئ.

إعداد
المجموعة الأساسية لبرنامج تغذية
الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ

الإصدار 2.1 ، شباط / فبراير 2007



نبذة

قدّم فريق العمل التابع لعدة هيئات تهتم بتغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ هذا الدليل العملي أول مرة عام 2001. وضم هذا الفريق أعضاء من المجموعة الأساسية لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ، وتعمل هذه المجموعة التي تشكلت إثر تعاون بين الهيئات على إعداد المواد التدريبية وتوجيه السياسات في مجال تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ. وقدّم أعضاء حاليون في المجموعة الأساسية للبرنامج هذه النسخة الثانية من الدليل في آذار/مارس 2006 (تضم المجموعة الأساسية منظمة اليونيسيف UNICEF، ومنظمة الصحة العالمية WHO، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (UNHCR)، وبرنامج الأغذية العالمي (WFP)، وشبكة العمل الدولي لتغذية الرضع بسويسرا (IBFAN-GIFA)، ومنظمة كير CARE بالولايات المتحدة، و مؤسسة أرض الإنسان (Terre des homes)، وشبكة التغذية خلال الطوارئ (ENN) وقام بالتنسيق شبكة التغذية خلال الطوارئ. وتعرب المجموعة الأساسية لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ عن بالغ امتنانها لجميع من قدّم النصح وساهم في إنجاز هذه المراجعة.

تحويل

تسهّم هذه الوثيقة في التطبيق العملي لوثائق أخرى، مثل المبادئ الإرشادية لتغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ (منظمة الصحة العالمية (1))، وثيقة سياسات واستراتيجية تغذية الرضع خلال الطوارئ (شبكة التغذية خلال الطوارئ (2))، والمُدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم، وقرارات جمعية الصحة العالمية اللاحقة ذات الصلة (3). وتمتثل هذه الوثيقة لشروط مشروع سفير (4) Sphere والمعايير الدولية للطوارئ^٥. وتمتلك الوثيقة صانعي القرار والمخططين والجهات المانحة من تحديد مسؤولياتهم التي نصت عليها الاستراتيجية العالمية المشتركة لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة ومنظمة الصحة العالمية حول تغذية الرضع وصغار الأطفال^٦، والبند 24 من اتفاقية حقوق الطفل^٧، ونداء العمل الذي أطلقه إعلان إينوتشتي عام 2005 حول تغذية الرضع وصغار الأطفال الذي رحبت به جمعية الصحة العالمية بالإجماع عام 2006^٨.

الهدف

إن هدف هذه الوثيقة هو تقديم إرشادات وجيزة وعملية (غير أنها ليست تقنية) حول كيفية تأمين الغذاء المناسب للرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ. وهناك عدة عناصر يمكن تطبيقها في حالات أخرى غير طارئة.

المجموعات المستهدفة

يركز الدليل العملي بشكل خاص على تغذية الرضع وصغار الأطفال الذين لا يتجاوزون عمر العامين ومن يقومون برعايتهم لما هو معروف عن ضعفهم خلال الطوارئ. ويستهدف هذا الدليل العاملين في الإغاثة خلال الطوارئ ومدبري البرامج التابعة للهيئات التي تنفذ برامج الطوارئ، وتشمل الحكومات وهيئات الأمم المتحدة والمنظمات الوطنية

والدولية غير الحكومية والجهات المانحة. ويمكن تطبيق هذا الدليل خلال الطوارئ في جميع البلدان، كما يمتد تطبيقه لغير الأوضاع الطارئة لاسيما ما يخص التأهب للطوارئ.

المحتوى

يبدأ الدليل بموجز للنقاط الرئيسية، وينقسم هذا الكتيب إلى 6 أقسام تضم الخطوات العملية، ثم يليها في نهاية الكتيب (فصل سابع) للمراجع و(فصل ثامن) لجهات الاتصال الرئيسية و(فصل تاسع) للتعريفات. وزودت هذه الوثيقة بمعلومات إضافية تساعد في إيضاح كيفية تطبيق الدليل مشار إليها بالأرقام (1 - 30). ويمكن مطالعة مواد المناصرة الخاصة بالإعلام والجمهور في (2، 6). لا تتصدى هذه الوثيقة لموضوع تقييم ومعالجة سوء التغذية الشديد الذي يصاب به الرضع وصغار الأطفال. (انظر في القسم السابع و24b لمزيد من المصادر بهذا الصدد).

استيفاء الآراء والمعلومات

تحت المجموعة الأساسية لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ على تزويدها بالآراء والمعلومات حول هذه الوثيقة وتنفيذها ميدانياً. وتسعى المجموعة إلى تأسيس هيئات داعمة للدليل العملي. يمكننا تعريف الهيئات الداعمة للدليل العملي إذا ما توافق الدليل مع سياسات الهيئة أو مع التفكير داخل الهيئة وأصبح يمثل موقفاً تود الهيئة العمل فيه. يمكنك التسجيل في الهيئات الداعمة للدليل العملي، ويمكنك الاطلاع على قائمة الداعمين الحاليين على الإنترنت على العنوان <http://www.enonline.net> أو يمكن الاتصال بالمجموعة الأساسية لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ بعناية شبكة التغذية خلال الطوارئ على العنوان:

IFE Core Group c/o Emergency Nutrition Network, 32, Leopold Street,
Oxford, OX4 1TW, UK.
Tel: +44 (0)1865 324996,
fax: +44 (0)1865 324997,
email: ife@enonline.net
<http://www.enonline.net>

إن تولية تغذية الرضع ودعم الممارسة الجيدة عناية خاصة يؤدي إلى إنقاذ حياة الكثيرين. فالحفاظ على استمرارية الرضاعة الطبيعية يتمتع بأهمية كبيرة ليس خلال الطوارئ فحسب بل يمتد مدى الحياة ويؤثر على صحة الطفل وقرارات الأم المستقبلية المتعلقة بالتغذية. ولكل مجموعة من البشر عاداتها وتقاليدها حول تغذية الرضع وصغار الأطفال، لذا يجب احترام هذه العادات والتقاليد والتعامل معها بحذر في نفس الوقت الذي نسعى فيه إلى ترسيخ الممارسة الأفضل.

المحتويات

5	النقاط الرئيسية
	الخطوات العملية (1 - 6)
6	1 إقرار السياسات وتطويرها
6	2 تدريب الكوادر (الفرق العاملة)
7	3 تنسيق العمليات
7	1.3 التنسيق خلال الطوارئ
7	2.3 بناء القدرات والدعم التقني
7	4 التقييم والرصد
7	1.4 المعلومات الأساسية
7	2.4 التقييم السريع
8	3.4 معلومات أساسية إضافية
	5 حماية وتشجيع ودعم التغذية المثالية للرضع وصغار الأطفال عبر تنفيذ تدخلات متكاملة متعددة المستويات
9	1.5 التدخلات الأساسية
	تشمل حصص الإعاشة العامة (1.1.5)، التغذية التكميلية والمغذيات الزهيدة المقدار (2.1.5 - 5.1.5)، تسجيل حديثي الولادة (6.1.5 - 5.2.5)، دعم مقدمي الرعاية (7.2.5 - 8.2.5)
11	2.5 التدخلات التقنية
	تشمل التدريب (1.2.5)، تطوير الخدمات ودمجها (2.2.5 - 5.2.5)، اعتبارات متعلقة بمرض الإيدز والعدوى بفيروسه (7.2.5 - 8.2.5)
	6 التقليل من خطورة التغذية الصناعية
12	1.6 التعامل مع التبرعات والإمدادات من بدائل لبن الأم
13	2.6 تحديد وتنفيذ معايير خاصة بالفئات المستهدفة والاستخدام
14	3.6 التحكم في المشتريات
	تشمل مسؤوليات الوكالة المانحة (1.3.6)، نوع ومصدر ألبان الرضع الصناعية (2.3.6)، بطاقات التعريف (3.3.6)، ظروف الإمدادات (4.3.6)، وزجاجات الإرضاع والحلمات (6.3.6)
15	4.6 ضبط الإدارة والتوزيع
	تشمل متطلبات التوزيع (1.4.6 - 4.4.6)، احتياجات إضافية، (7.4.6) home-modified animal milks
16	7 جهات الاتصال الرئيسية
18	8 المراجع
18	1.8 السياسات والدلائل الإرشادية
18	2.8 المناصرة
18	3.8 المعلومات التقنية
20	4.8 المواد التدريبية
20	5.8 التقييم والمراقبة
21	9 تعريفات

النقاط الرئيسية

- 1 إن تقديم الدعم المناسب وفي الوقت المناسب للملائم لتغذية الرضع وصغار الأطفال في الطوارئ ينقذ حياة الكثيرين
- 2 على الهيئات (المعنية بالإغاثة) أن تُعدَّ سياسات تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ، على أن تغطي هذه السياسات جميع الكوادر والإجراءات والتنفيذ. (القسم الأول)
- 3 على الهيئات أن توفر تدريباً وتوجيهاً للكوادر التقنية وغير التقنية حول تغذية الرضع وصغار الأطفال، باستخدام المواد التدريبية اللازمة. (القسم الثاني)
- 4 في النهج القائم على المجموعات للجنة الأمم المتحدة الدائمة المشتركة بين الهيئات تعتبر اليونيسيف هي الجهة المسؤولة عن التنسيق بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ. وهناك هيئات أخرى تابعة للأمم المتحدة وأخرى غير حكومية لها دور رئيسي في هذا المجال وتتعاون وتعاوناً وثيقاً مع الحكومات. (القسم الثالث)
- 5 يجب أن تخضع المعلومات الأساسية المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال لتقييم سريع ودوري، ويمكن عند الضرورة تنفيذ تقييم نظامي بالاستعانة بأحد المناهج الموصى بها. (القسم الرابع)
- 6 يجب تبسيط الإجراءات في مواقع العمل لضمان تلبية حاجات الأمهات والرضع وصغار الأطفال في المراحل المبكرة من الطوارئ. ويجب تقديم الدعم منذ البداية لمقدمي الرعاية الآخرين وذوي الاحتياجات الخاصة، مثل الأيتام والأطفال المشردين.
- 7 يجب دمج الرضاعة الطبيعية وتغذية الرضع وصغار الأطفال مع الخدمات الأخرى التي تقدم للأمهات والرضع وصغار الأطفال. (القسم الخامس)
- 8 يجب إلحاق الأغذية الملائمة لاحتياجات الرضع الأكبر سناً وصغار الأطفال بحصص الغذاء العامة المخصصة للمجموعات التي تعتمد على أغذية الإغاثة. (القسم الخامس)
- 9 يجب تفادي التبرعات أو الإمدادات المدعومة من بدائل لبن الأم (مثل الألبان الصناعية). ويجب رفض التبرعات التي تتضمن زجاجات الإرضاع واللهايات خلال الطوارئ. أي تبرعات قدمت بحسن نية ولكنها تفتقر إلى الحكمة فيجب أن توضع تحت تصرف هيئة واحدة مخصصة لذلك. (القسم السادس)
- 10 يجب أن يصدر موظف تقني مطلع قرار قبول أو شراء أو استخدام أو توزيع لبن الأطفال في الطوارئ بالتشاور مع الهيئة المعنية والهيئات التقنية الرئيسية على أن تخضع مثل هذه القرارات لمعايير صارمة. (القسم السادس)
- 11 لا يجب إلحاق بدائل لبن الأم ومنتجات الألبان الأخرى وزجاجات الإرضاع واللهايات بالحصص الغذائية العامة وتوزيعها. وفي حال الاضطرار إلى توزيع بدائل لبن الأم ومنتجات الألبان الأخرى، يجب أن يخضع هذا التوزيع لمعايير صارمة ويقدم للأمهات أو مقدمي الرعاية للرضع الذين بحاجة إليها. وينهى عن استخدام زجاجات الإرضاع واللهايات بشكل نهائي في ظروف الطوارئ. (القسم السادس)

1 إقرار السياسات وتطويرها

- 1.1 يجب على كل هيئة على المستوى المركزي أن تقر أو تطور سياسات^٤ تتصدى إلى:
- تغذية الرضع وصغار الأطفال وقت الطوارئ والتركيز على حماية وتشجيع ودعم الرضاعة الطبيعية والأغذية التكميلية المناسبة.
 - شراء وتوزيع واستخدام بدائل لبن الأم ومنتجات الألبان وأغذية الأطفال التجارية وأدوات تغذية الرضع، والامتثال للمدونة الدولية وقرارات جمعية الصحة العالمية ذات الصلة.
- 2.1 يجب تعميم هذه السياسات ودمجها بالسياسات والإجراءات الأخرى للهيئات وتكييفها لتلائم جميع المستويات.

2 تدريب الكوادر

- 1.2 يجب على كل هيئة ضمان توجه كوادرها بشكل كامل (على المستوى الوطني والدولي) نحو دعم التغذية المناسبة للرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ. فالخلفية الثقافية والخبرة الشخصية للعاملين قد تقف حائلاً أمام فهم وتنفيذ الممارسات المقترحة ما يستدعي التصدي لهذه القضية. ويوصى بالمواد التدريبية التالية: سياسات الهيئة نفسها إن وجدت، وهذا الدليل العملي، والكراسة التدريبية للهيئات حول تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ I و II (24a و 24b).
- 2.2 بالإضافة لما سبق، يحتاج العاملون في برامج الصحة والتغذية إلى تدريب تقني باستخدام الكراسة التدريبية للهيئات حول تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ II (24b) التي تتضمن توجيهات حول الدلائل الإرشادية التقنية المتاحة (21 - 7)، ومطبوعة منظمة الصحة العالمية واليونسيف التوعوية حول الرضاعة الطبيعية: مقرر تدريبي (26)، ومصادر أخرى عن الرضاعة (16).
- 3.2 يمكن النهوض بالخبرات الخاصة بالتوعية حول الرضاعة الطبيعية ودعمها أو التدريب على التوعية حول تغذية الرضع على المستوى الوطني عبر وزارة الصحة واليونسيف ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة لاليش ليج La Leche League، وشبكة العمل الدولية لتغذية الرضع (IBFAN)، وعلى المستوى الدولي عبر الرابطة الدولية لمشاوري الرضاعة (ILCA)^٥، ومنظمة الصحة العالمية، واليونسيف، ومجموعة إيبفان بسويسرا^٦.

3 تنسيق العمليات

1.3 في النهج القائم على المجموعات للجنة الأمم المتحدة الدائمة المشتركة بين الهيئات تعتبر ليونيسيف هي الجهة المسؤولة عن التنسيق بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ. وفي حالة عدم تواجد اليونيسيف يجب تحديد وكالة أخرى لديها الخبرات اللازمة. لتقوم بأعمال التنسيق. وتتطلب إدارة الطوارئ المستويات التالية من التنسيق:

- تنسيق السياسات: يجب أن تتضمن سياسة المؤسسات الخاصة والسياسات الوطنية قاعدة للاتفاق على تبني سياسة محددة لعمليات الإغاثة الطارئة.
- التنسيق بين القطاعات: المشاركة في اجتماعات التنسيق بين القطاعات ذات العلاقة (مثل الصحة، والتغذية، والمساعدات الغذائية، والمياه والصرف الصحي، والخدمات الاجتماعية).
- وذلك لضمان تطبيق السياسات.
- وضع خطة لعمليات الإغاثة الطارئة تحدد مسؤوليات المؤسسات وآلية المحاسبة. توزيع السياسات وخطة العمل على المؤسسات العاملة وغير العاملة بما في ذلك الجهات المانحة والإعلام (على سبيل المثال، للتأكد من أن المساعدات والتبرعات المقدمة لا تتعارض مع المدونة الدولية).
- تقييم نجاح تدخلات برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال فور انتهاء الطوارئ.

2.3 يجب على هيئة التنسيق تقييم وتلبية الاحتياجات المتعلقة ببناء القدرات والدعم الفني للمؤسسات العاملة، حيث أن غياب التمويل اللازم لتغطية هذه الاحتياجات يؤثر بشدة على التنسيق وجودة التدخل في تغذية الرضع وصغار الأطفال.

1.4 لتحديد أولويات وطرق التدخل يجب خلال التقييم الحصول على المعلومات الأساسية الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال. لذا يجب أن يضم فريق التقييم شخصاً واحداً على الأقل يكون على دراية بالمعلومات الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ. (انظر الفقرة 1.2 أعلاه) ويجب أن يتم التقييم ومتابعة النتائج مع اللجنة المنسقة.

2.4 يتضمن الحصول على المعلومات الأساسية في المراحل الأولى خلال التقييم المستمر السريع بواسطة الملاحظة والمناقشة الآتي:

- معلومات ديموغرافية عن السكان وبالتحديد ملاحظة إذا ما كان هنالك مجموعات ممثلة بأعداد كبيرة أو قليلة تمثل على سبيل المثال النساء، والرضع وصغار الأطفال، والحوامل، والأطفال الذين ليس لهم راع^h.
- عادات التغذية السائدة، وتشمل البدء مبكراً في الرضاعة المقتصرة على الثدي، وما إذا كان للمرضعة دور وفق تقاليد المكان.
- الوفرة اللافتة لبدائل الرضاعة الطبيعية ومنتجات الألبان وزجاجات الإرضاع والهايات خلال الطوارئ وتأثيرها على المجموعات المتأثرة خلال الطوارئ واستمرار توافر هذه السلع.
- المشاكل التي سجلت حول إطعام الرضع وصغار الأطفال وخاصة مشاكل الرضاعة الطبيعية وصعوبة الحصول على الأغذية التكميلية المناسبة.
- أساليب دقيقة تستبق الأزمات لتغذية الرضع الأيتام.
- المخاطر الأمنية التي تتهدد الأمهات والأطفال.

3.4 إذا أفاد التقييم السريع ضرورة إجراء تقييم أشمل فإن المعلومات الأساسية التي يجب الحصول عليها بشكل أساسي لتحليل أسباب سوء التغذية (3) تتم من خلال:

1.3.4 طرق التقييم النوعي:

- تقييم وفرة الأغذية التكميلية المناسبة للرضع ضمن حصص الغذاء وبرامج الغذاء المستهدفة.
- تقييم صحة البيئة متضمنة نوعية وكمية الماء، والوقود، والإصحاح، والبيوت، وإمكانات تحضير وطبخ الطعام.

- تقييم الدعم الذي تقدمه المرافق الصحية للأمهات قبل وأثناء الحمل وعند الولادة ورعاية الطفل.
- تحديد العوامل التي يمكن أن تعوق أو تؤثر على الرضاعة الطبيعية.
- تحديد وتقييم قدرات مقدمي الدعم المتوقعين (الأمهات المرضعات، والعاملين الصحيين والمستشارين المدربين، والأمهات ذوات الخبرة في المجتمع).
- تحديد أصحاب القرار الرئيسيين على مستوى الأسرة والمجتمع والمرافق الصحية المحلية الذين لهم تأثير على عادات تغذية الرضع وصغار الأطفال.
- تحديد الفروق الثقافية المتعلقة باستخدام لبن الأم ولبن الثدي المعتصر واللجوء لمرضعة.

2.3.4 طرق التقييم الكمي أو استخدام الإحصاءات الصحية التقليدية لتقدير:

- عدد الرضع وصغار الأطفال الذين لهم راع والذين ليس لهم راع (معلومات تقاس حسب الفئات العمرية، من الولادة حتى 12 شهراً) و(12 - 24 شهراً) و (24 - 59 شهراً) بالإضافة إلى الأمهات الحوامل والمرضعات.
- وفرة الحصص الغذائية.
- معدلات المرضة والوفيات للرضع¹.
- ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال، وتشمل طرق التغذية (بالكوب/ زجاجة الرضاعة؛ أساليب تشجيع حصول الرضع وصغار الأطفال على التغذية التكميلية) (تفاصيل عن المؤشرات المعيارية ومنهجية جمع المعلومات وهي معطاة في (28، 29، 30)
- ممارسات التغذية قبل الأزمة (من مصادر المعلومات الموجودة²) وأي تغييرات تطرأ عليها
- بدائل لبن الأم، والكوب، وزجاجات الإرضاع، والحلمات وتوافرها وإدارتها واستخدامها وفق ما أظهرته الملاحظات، والمناقشات، والرصد (يتوفر مثال على نموذج الرصد في (24b).

- 3.3.4 يجب تسجيل المعلومات والحفاظ عليها لإجراء تحليلات في المستقبل وتبادل التجارب والممارسات مع الهيئات والشبكات الأخرى مما يسهم في توفير المعلومات والارتقاء بتخطيط البرامج والسياسات. (انظر جهات الاتصال في القسم السابع).

5 حماية وتشجيع ودعم التغذية المثالية للرضع وصغار الأطفال عبر تنفيذ تدخلات متكاملة ومتعددة القطاعات:

1.5 مبادئ التدخل الأساسية

1.1.5 ضمان توفر الاحتياجات الغذائية لجميع الناس، وإعطاء اهتمام خاص للمواد الغذائية المناسبة التي تدخل في تكوين الأطعمة الإضافية لصغار الأطفال^ك وفي الحالات التي لا يتوفر فيها الغذاء المطلوب فإنه يجب التأكد من أن المساعدات أو الحصص العامة ستكون مناسبة من الناحية الكمية والنوعية. وفي الحالات التي تكون فيها الأغذية التكميلية متوفرة ولكنها غير كافية لكل السكان فإنه يجب اعتبار الحوامل والمرضعات أولى المجموعات المستهدفة.

2.1.5 في حالة عدم كفاية الأطعمة ذات القيمة الغذائية العالية وإلى أن تصبح هذه الأطعمة متوفرة، يجب إعطاء المغذيات التكميلية المتعددة الزهيدة المقدار للحوامل والمرضعات والأطفال في الفئة العمرية 6 - 59 شهراً. ولكن في مناطق توطن الملاريا لا يوصى بإعطاء المغذيات التكميلية من الحديد وحمض الفوليك بشكل روتيني للرضع وصغار الأطفال، نظراً لأن سلامة مستحضرات الحديد التي تعد منزلياً لإغناء الأغذية التكميلية للرضع وصغار الأطفال غير مؤكدة مثل إضافة المساحيق، أو الأقراص المسحوقة، أو المعاجين الغذائية الدهنية وذلك لقلّة البحوث العلمية والخبرات الكافية حول هذا الموضوع، لذا تركز التوصيات الحالية على معالجة الملاريا إضافة إلى معالجة عوز الحديد وفقاً للدلائل الإرشادية الموجودة^م.

3.1.5 تتضمن التغذية التكميلية خلال الطوارئ لكبار الرضع (أكبر من 6 أشهر) وصغار الأطفال (12 - 24 شهراً) الآتي:

- أغذية الإغاثة الأساسية من الحصص العامة مع الأغذية المحلية المتوفرة غير الباهظة.
- خلطات الأغذية المعززة بالمغذيات الزهيدة المقدار، مثل خلطة الذرة وفول الصويا، وخلطة القمح وفول الصويا (كجزء من الحصص العامة أو التغذية الشاملة أو التكميلية).
- أطعمة غنية بالمغذيات في برامج التغذية التكميلية.

4.1.5 يجب الاهتمام في جميع الأوضاع بالقيمة الغذائية لحصص الطعام التي توزع على الرضع وصغار الأطفال الذين لا تكفي الحصص العامة عادة حاجتهم الغذائية. لذا يجب اختيار الأطعمة الغنية بالمغذيات لهؤلاء الأطفال (سواء كانت معززة أو غير معززة) مع الأخذ في الحسبان احتمال حدوث عوز في المغذيات الزهيدة المقدار.

5.1.5 وفي الأماكن التي يعتمد فيها السكان على أغذية الإغاثة، يجب إدراج الأغذية المعززة بالمغذيات الزهيدة المقدار في الحصص العامة للرضع وصغار الأطفال . ولا يوصى باستخدام الأغذية العلاجية (برنامج مستعد لتناول الأغذية العلاجية (RUTF))، إذ أنها أعدت لمعالجة حالات سوء التغذية ولا تعد صالحة كأغذية تكميلية للرضع (انظر في التعريفات).

6.1.5 قبل الشروع في توزيع أغذية الأطفال التجارية خلال الطوارئ (انظر في التعريفات) ، يجب النظر في التكلفة مقارنةً بالأغذية المحلية المعادلة لها في القيمة الغذائية ودراسة مخاطر إضعاف مكانة ممارسات التغذية التكميلية المحلية. وتبعاً لذلك، ليس هناك مجال خلال الطوارئ لأغذية الأطفال التجارية المكلفة نسبياً.

7.1.5 التأكد من التصنيف الديموغرافي عند تسجيل الأطفال تحت سن عامين في فئات عمرية محددة: أقل من 6 أشهر، 6 - 12 شهراً، 12 - 24 شهراً، 24 - 60 شهراً (2 - 5 أعوام)، وذلك لتحديد العدد المتوقع للمجموعات المنتفحة.

8.1.5 إعداد نظام لتسجيل عدد المواليد خلال أسبوعين من الولادة حتى يتسنى توفير مخصصات وحصص غذائية إضافية في الوقت المناسب للأمهات ولتقديم المزيد من الدعم للرضاعة الطبيعية إذا تطلب الأمر (وخاصةً الرضاعة المقتصرة على الثدي).

9.1.5 في حالة وجود لاجئين أو مجموعات سكانية أعيد توطينها أو نقلها، هناك ضرورة لإنشاء استراحات مؤقتة وأماكن معزولة لممارسة الرضاعة الطبيعية إذا كان هذا الإجراء مقبولاً مجتمعياً. ويجرى مسح للقادمين الجدد من الأمهات للتعرف على الأمهات أو الرضع الذين يواجهون مشاكل غذائية وخيمة وإحالتهم مباشرةً للحصول على العون اللازم. ويمكن للأمهات الأقدم تقديم الدعم للأمهات الجدد إذا كان هذا الإجراء مقبولاً مجتمعياً.

10.1.5 ضمان سهولة وصول مقدمي الرعاية للمياه المأمونة وأساليب الإصحاح والمواد الغذائية و مواد الإغاثة الأخرى.

2.5 التدخلات التقنية

1.2.5 تدريب العاملين في المجال الصحي والغذائي والمجتمعي من أجل ترويج وحماية ودعم التغذية المثالية للرضع وصغار الأطفال فور وقوع الطوارئ. يجب دعم الأمهات ومقدمي الرعاية بالمعرفة والمهارة لتمكينهم من الاستمرار في تحسين وتعزيز الرضاعة الطبيعية أو إعادة تأسيس الإرضاع من الثدي متضمنة احتمال استخدام مكملات اللبن الثدي (2، 18، 24b) على أن يكون هذا الإجراء مقبولاً اجتماعياً ويتوفر له مرافق لضمان نظافة الاستخدام (انظر القسم 2.6) وإذا استحال الرضاعة الطبيعية بواسطة الأم الحقيقية فيمكن اللجوء إلى خيارات آمنة أخرى منها الأم المرضعة أو بنوك اللبن أو الألبان الصناعية غير محدودة الملكية التجارية (أي بدون

علامة تجارية) أو شراء لبن الأطفال التجاري المصنع محلياً أو اللبن المعدّل في المنزل (2، 24b).

2.2.5 تعميم التدريبات الخاصة بدعم الرضاعة الطبيعية وتغذية الرضع وصغار الأطفال على جميع مستويات الرعاية الصحية مثل: خدمات الصحة الإنجابية"، متضمنة العناية قبل الولادة وبعدها، وتنظيم الأسرة، وأساليب الولادة التقليدية وخدمات الولادة (القابلات القانونيات) (هناك خطوات عشر يعرفن باسم 'الخطوات العشر لإنجاح الرضاعة الطبيعية' يجب أن تكون جزءاً مكملًا للخدمات الخاصة بالولادة أثناء الطوارئ (2)، واللقاحات، ومتابعة نمو الأطفال، والخدمات الترويجية والعلاجية، والبرامج الغذائية المختارة (التكميلية والعلاجية) والخدمات الصحية المجتمعية. وقد يستدعي الأمر العمل مع جميع الهيئات المحلية لضمان تنفيذ هذا الأمر.

3.2.5 تحديد المناطق التي يوجد بها أمهات ومقدمو الرعاية يحتاجون لدعم خاص للرضاعة الطبيعية أو تغذية الرضع وصغار الأطفال. ويجب التأكد من أن الدعم الخاص بالتغذية الصناعية قد تم إعطاؤه في مناطق منفصلة عن دعم الرضاعة الطبيعية. ويجب الاهتمام بشكل خاص بمقدمي الرعاية الجدد، وإعداد ترتيبات خاصة مع الإشراف للأمهات اللاتي يقمن بالإرضاع صناعياً وطبيعياً.

4.2.5 إنشاء خدمات للاهتمام والرضع وصغار الأطفال الذين ليس لهم راعٍ لتزويدهم بالعناية والتغذية الخاصة.

5.2.5 توفير المعلومات الضرورية والدعم للتأكد من أن الأغذية التكميلية غير المألوفة والتي قدمتها برامج التغذية قد أعدت بشكل صحيح، والتأكد من أن جميع الأطعمة يمكن تجهيزها بطريقة صحية ونظيفة. وتوعية مقدمي الرعاية بشأن مساعدة الأطفال في تناول الطعام المتوفر لهم.

6.2.5 التأكيد على الوقاية الأولية من مرض الإيدز بعدة أساليب منها توفير الواقي الذكري.

7.2.5 وسواء في حالة عدم معرفة إصابة الأم بالإيدز أو التأكد من عدم إصابتها به فإنه يجب التركيز على استكمال الرضاعة الطبيعية وفق التوصيات الخاصة بالتغذية المثلى للرضع وصغار الأطفال (انظر التعريفات)°.

8.2.5 ومتى تم فحص الأم وثبت إصابتها بالإيدز فإنها مطالبة باتخاذ قرار مرتكز على المعرفة بشأن تغذية رضيعها. فيما يخص أغلب النساء في حالات الطوارئ لوحظ أن استخدام التغذية البديلة أو الإيقاف المبكر للإرضاع من الثدي (انظر التعريفات) لا يعد خياراً مقبولاً أو عملياً أو ميسور التكلفة أو مضمون الاستمرار أو مأمون (AFASS). وقد تصبح العدوى أو سوء التغذية بسبب بدائل لبن الأم أكثر خطورة من العدوى بالإيدز بسبب الرضاعة. لذا فإن البدء المبكر للرضاعة من الثدي والاقتران عليها لمدة ستة شهور ثم إضافة الأغذية التكميلية مع الاستمرار في الإرضاع حتى

السنة الثانية من عمر الطفل يمثل الفرصة الأكثر أماناً لحياة الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ. يجب أن يركز قرار تغذية الرضع على الأحوال الشخصية للأم ويجب أن يراعي الخدمات الصحية المتوفرة والمشورة والدعم الذي يمكن أن تحصل الأم عليه. تُعدّ التغذية المختلطة (أي الإرضاع من الثدي مع إعطاء بدائل لبن الأم) هي أسوأ الاختيارات لأنها تزيد خطورة انتقال العدوى مقارنة بالإرضاع المقتصر على الثدي.

ونظراً لوجود قصور في البحوث والخبرة فإنه يمكن استشارة العاملين ذوي الخبرة من أجل الحصول على أحدث المعلومات. (انظر المراجع 6، 7، 13، 14، 25). وللاطلاع على أحدث البيانات العلمية يمكن زيارة

http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV_infant.htm

6 التقليل من خطورة التغذية الصناعية:

خلال الطوارئ، يجب ضبط الفئات المستهدفة والمستخدمة، والمشتريات، والإدارة والتوزيع فيما يخص بدائل لبن الأم ومنتجات الألبان وزجاجات الإرضاع والحلمات وذلك ارتكازاً على الإرشادات التقنية، والالتزام بالمدونة الدولية وقرارات جمعية الصحة العالمية ذات العلاقة (4). القسم 1.6 يحدد وضع التعامل مع التبرعات من بدائل لبن الأم ومسؤولية الوكالات التي تمد بدائل لبن الأم للآخرين. الأقسام 2.6 - 4.6 تحدد إطار كيفية التحكم في الإمدادات (المشتراة) من بدال لبن الأم.

1.6 التعامل مع التبرعات والإمدادات من بدائل لبن الأم

1.1.6 خلال الطوارئ لا توجد حاجة للتبرع ببدايل لبن الأم لأنها تعرض حياة الرضع للخطر. ويجب إطلاع كل المانحين المحتملين (بما في ذلك الحكومات والجيوش) ووسائل الإعلام على هذه المعلومة، وذلك أثناء التأهب للطوارئ ولاسيما أثناء المرحلة الأولى من الاستجابة للطوارئ.

2.1.6 يجب تفادي استجداء أو قبول تبرعات بدائل لبن الأم التي لم يتم طلبها. وبدلاً عن ذلك، يجب أن تمول التدخلات الخاصة بدعم التغذية الصناعية شراء إمدادات بدائل لبن الأم بجانب الاحتياجات الأساسية الأخرى اللازمة للتغذية الصناعية مثل الوقود، أدوات الطهي، المياه السليمة، الإصحاح، تدريب العاملين، اكتساب المهارة.

3.1.6 أي تبرعات من بدائل لبن الأم أو منتجات الألبان أو زجاجات الرضاعة أو الحلمات التي لم يمكن منع وصولها يجب جمعها من قبل هيئة معينة، والأفضل أن تكون عند نقاط الدخول لمناطق الطوارئ، تحت إشراف لجنة التنسيق. ويجب تخزين هذه المنتجات إلى أن تضع اليونيسيف (أو الهيئة المعنية بتنسيق التغذية) مع الحكومة خطة لاستخدامها بطريقة آمنة أو التخلص النهائي منها.

4.1.6 لا تقوم هيئة بإمداد هيئة أو مؤسسة أخرى ببدائل لبن الأم إلا إذا كان كل منهما تعملان في مجال الاستجابة الغذائية والصحية للطوارئ (انظر التعريفات) وأن تراعي التدابير الخاصة بالدليل العملي والمدونة الدولية (انظر 2.6 - 4.6). تكون كل من الهيئة المقدمة والهيئة المنفذة مسؤولتين عن ضمان مراعاة تدابير الدليل العملي والمدونة الدولية، وأن يستمر المحافظة على هذه التدابير طوال فترة التدخل.

2.6 تحديد وتنفيذ معايير خاصة بالفئات المستهدفة والاستخدام

1.2.6 تُعطى بدائل لبن الأم وزجاجات الإرضاع للأطفال الرضع الذين يحتاجونها فقط. ويقوم بتقييم هذا الاحتياج موظف صحي مؤهل ومُدْرَب في مجال الرضاعة الطبيعية والمواضيع المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال.

2.2.6 تشمل نماذج معايير الاستخدام المؤقت أو الدائم للتغذية الصناعية: غياب الأم أو وفاتها، أو مرض الأم مرضاً شديداً، أو في فترة إعادة إدرار اللبن من ثدي الأم وإلى أن يستقر إدرار اللبن لديها، أو الأم التي تأكد إصابتها بفيروس الإيدز واختارت عدم إرضاع طفلها مع استيفاء معايير (AFASS - انظر 8.2.5) أو في حالة الطفل الذي ترفضه أمه، أو الطفل الذي كان يتغذى على اللبن الصناعي قبل وقوع حالة الطوارئ، أو الأم التي أُغتصبت وترفض الإرضاع. وهنا يجب مراعاة أن اختيار اللبن الصناعي لن يتسبب في وصم الأم أو الطفل بأي صفة مشينة.

3.2.6 عند تقرير صرف اللبن الصناعي، فيجب إعطاؤه إلى مقدم الرعاية بشكل فردي ويصح ذلك توعية صحية وشرح وتدريب فردي على كيفية التحضير الآمن مع نصح مقدم الرعاية وإرشاده للمتابعة في المركز الصحي ثم متابعته في المنزل على يد موظفي الصحة المختصين الذين يتوجب عليهم متابعة وزن الطفل عند وقت التوزيع (مرة كل شهرين على الأقل).

4.2.6 ستقوم اليونيسيف أو الهيئة المعنية بتنسيق التغذية - في الأماكن التي سُمح فيها باستخدام لبن الأطفال الصناعي- بتدريب ودعم الهيئات التي ستنفذ هذا التدريب الموجه للعاملين والأمهات على كيفية تحضير واستخدام لبن الأطفال الصناعي بطريقة آمنة في الظروف المحددة.

5.2.6 يجب دائماً أن يُراعى بدقة توفر الوقود، والمياه، والمعدات لضمان الإعداد الآمن لبدائل لبن الأم منزلياً قبل تنفيذ البرنامج المنزلي. في الحالات التي لا تتوفر فيها هذه الأشياء ولا يمكن ضمان الإعداد الآمن أو استخدام اللبن الصناعي، فيجب بدء الإعداد والاستهلاك في الموقع. وإذا يعتقد أن الأوضاع أصبحت ملائمة للتغذية الصناعية، فيجب إجراء تقييم لضمان استمرار ملاءمة هذه الأوضاع.

6.3 التحكم في المشتريات

1.3.6 على الوكالات المانحة التي تعتمزم تمويل إمدادات بدائل لبن الأم ومنتجات الألبان التأكد من مراعاة تنفيذ تدابير الدليل العملي والمدونة من قبل الهيئات المنفذة. وقد يكون لذلك تكاليف ضمنية تعطي الاحتياجات المرتبطة بذلك (انظر 2.1.6، 3.3.6 على سبيل المثال). يجب دائماً أن تشمل تدخلات دعم الرضع الذي لا يرضعون من الثدي على مكون لحماية الرضع الذين يرضعون من الثدي. كما يجب إيلاء اهتمام مماثل لتمويل دعم الأمهات المرضعات كمدخل للطوارئ يعتمد كلياً على المهارات عوضاً عن توفير السلع.

2.3.6 يجب مراعاة نوع ومصدر بدائل لبن الأم المقرر شراؤها كما يلي:

- يوصى بألبان صناعية غير محددة الملكية (بدون علامة تجارية) كاختيار أول، ويليهما الألبان المشتراة محلياً. لا يجب استعمال ألبان الحيوانات المعدلة منزلياً إلا كتدبير مؤقت وكأخر وسيلة يمكن اللجوء إليها لدى الرضع أقل من عمر 6 سنوات⁹.
 - يجب مراعاة تصنيع وتغليف الألبان الصناعية لمعايير دستور الأغذية وألا تقل مدة صلاحيتها عن 6 شهور منذ وصول الإمدادات.
 - يجب أن يكون نوع اللبن الصناعي ملائماً للرضيع بما في ذلك عمر الرضيع. الألبان الصناعية التي يطلق عليها 'ألبان المتابعة' ليست ضرورية¹⁰. 'ألبان النمو' التي تُسوّق عادة للأطفال أكبر من عمر 12 شهراً هي الأخرى غير ضرورية.
- في أماكن اللاجئين ووفقاً لسياسات المفوضية العليا لشؤون اللاجئين ووفقاً لهذا الدليل العملي، تعتمد المفوضية فقط مصدر الألبان الصناعية بعد مراجعته وإقراره من الوحدة التقنية المعنية بذلك في مقر المفوضية الرئيسي. لا تقدم اليونيسيف ألباناً صناعية.

3.3.6 بطاقات تعريف الألبان الصناعية يجب أن تكون مكتوبة بلغة مناسبة ويجب أن تلتزم بالمتطلبات النوعية لبطاقات التعريف المنصوص عليها في المدونة الدولية (21). يتضمن هذا: يجب أن تص على أفضلية الرضاعة من الثدي، وتشير إلى أن هذا المنتج يجب عدم استخدامه إلا بعد توجيه من العامل الصحي، وأن تحذر من المخاطر الصحية الناجمة عنه، ويجب أن تخلو من أي صور للرضع أو أي صور توحى بأفضلية استخدام اللبن الصناعي للرضع. قد تكون هناك حاجة لإعادة كتابة البطاقة التعريفية للمنتجات قبل توزيعها، ومن الأرجح أن يؤدي هذا إلى تكاليف كبيرة وتستغرق وقتاً طويلاً. (يوجد مثال لبطاقة تعريف غير محددة الملكية في (24a) وعلى الإنترنت على العنوان: <http://www.enonline.net>)

4.3.6 يجب إدارة المشتريات بحيث تكون إمدادات ألبان الرضع الصناعية كافية دائماً ومستمرة طالما كان الرضع المستهدفون بها في حاجة إليها - أي حتى يعاد إدرار لبن الثدي، أو حتى عمر 6 شهور على الأقل، أو حتى يمكن الاستعاضة عنها بمصدر لبن آخر، أو استبدالها بمصدر غذاء حيواني خلال فترة التغذية التكميلية (6 - 24 شهراً)¹.

5.3.6 ينصح بالعدول عن استخدام زجاجات الإرضاع والحلمات خلال الطوارئ، خوفاً من تعرضها للتلوث وصعوبة تنظيفها. يجب التشجيع على استخدام الكوب (من غير الغطاء ذي الماصة الصغيرة). أما استخدام أجهزة التغذية التكميلية ومضخات الثدي فلا ينصح بها إلا في الظروف التي تسمح بتنظيفها بشكل كافٍ.

6.3.6 الألبان العلاجية لا تعتبر بدائل مناسبة للبن الأم، ولا يجب استخدامها إلا في معالجة حالات سوء التغذية الوخيمة ووفقاً للدلائل الإرشادية الدولية الحالية (9).

4.6 ضبط الإدارة والتوزيع

1.4.6 لتلبية معايير استخدام بدائل لبن الأم (انظر 2.6)، فإن الألبان الصناعية المشتراة من قبل الهيئات العاملة في التغذية والاستجابة الصحية للطوارئ (انظر التعريفات) يمكن استخدامها أو توزيعها من خلال نظام الرعاية الصحية⁴. ولكن يجب أن يتم التوزيع بشكل منفرد وليس كجزء من مساعدات الأغذية العامة حتى لا تحدث كميات فائضة.

2.4.6 يجب ألا تكون بدائل لبن الأم ومنتجات الألبان وزجاجات الإرضاع واللهايات جزءاً من المساعدات الغذائية التي توزع بشكل عام. ولا توزع منتجات اللبن المجفف إلا مختلطة مع غذاء رئيسي مطحون، ولا توزع بمفردها فحسب (5). يمكن تزويد الألبان المجففة وحدها فقط لإعداد الألبان العلاجية (باستخدام مزيج من الفيتامينات والمعادن العلاجية CMV) لإعداد التغذية العلاجية في الموقع.

3.4.6 وفقاً للمدونة الدولية، يجب ألا تقدم للأم عبوة فردية (أو عينة) من بدائل لبن الأم، إلا إذا كانت هذه العبوة جزءاً من إمداد طويل ومضمون ومستمر للبن الصناعي (انظر 4.3.6)

4.4.6 وفقاً للمدونة الدولية، يجب منع الترويج عن لبن الأم عند نقاط التوزيع وذلك يتضمن عدم عرض المنتجات، أو الأشياء التي تحمل شعار شركة الألبان الصناعية، ويجب ألا تستخدم إمدادات بدائل لبن الأم كوسيلة لزيادة المبيعات.

- 1.7** المخالفات التي يتم رصدها للمدونة الدولية يجب الإبلاغ عنها لمنظمة الصحة العالمية على الصعيدين القطري والإقليمي- لمزيد من المعلومات يمكن الاتصال بالمقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية: [mailto: cah@who.int](mailto:cah@who.int) و [mailto: nutrition@who.int](mailto:nutrition@who.int). يمكن أيضاً الإبلاغ عن المخالفات إلى مركز توثيق المدونة الدولية في ماليزيا ICDC على البريد الإلكتروني: <mailto:ibfanpg@tm.net.my> أو مؤسسة لاكمات LACMAT بالأرجنتين على البريد الإلكتروني: [mailto: fundacion@lacmat.org.ar](mailto:fundacion@lacmat.org.ar) أو اتحاد رصد المدونة الإيطالي في ميلانو: [mailto: icmc@ibfanitalia.it](mailto:icmc@ibfanitalia.it).
لطلب التدريب على المدونة يمكن الاتصال على مركز توثيق المدونة الدولية بماليزيا [mailto: ibfanpg@tm.net.my](mailto:ibfanpg@tm.net.my)
- 2.7** أي مواضيع تتعلق بتغذية الرضع وصغار الأطفال أو التنسيق لتغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ يجب توجيهها إلى اليونيسيف على الصعيدين القطري والإقليمي. لمزيد من التفاصيل يمكن الاتصال بالمقر الرئيسي لليونيسيف:
[mailto: pdpimas@unicef.org](mailto:pdpimas@unicef.org)
- 3.7** أي مواضيع تتعلق بسياسات المفوضية العليا لشؤون اللاجئين حول قبول وتوزيع واستخدام منتجات الألبان في برامج التغذية في أماكن اللاجئين يمكن التبليغ إلى المفوضية العليا لشؤون اللاجئين على الصعيد الإقليمي والمقر الرئيسي. يمكن الاتصال بوحدة الدعم التقني بالمفوضية:
[mailto: HQTS01@unhcr.org](mailto:HQTS01@unhcr.org)
- 4.7** لإبداء الرأي حول مجالات الدليل العملي أو لتبادل الخبرات الميدانية حول تنفيذ الدليل العملي، يمكن الاتصال بالمجموعة الأساسية لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ بعناية شبكة التغذية خلال الطوارئ:
[mailto: ife@enonline.net](mailto:ife@enonline.net)

- a i) Food and Nutrition Handbook. World Food Programme. 2000.
- ii) Handbook for Emergencies. United Nations High Commissioner for Refugees. 2006, third edition.
- iii) Technical Notes: Special Considerations for Programming in Unstable Situations. UNICEF Programme Division and Office of Emergency Programmes, January 2001.
- iv) Revised MSF Guidelines (forthcoming 2006).
- v) Management of Nutrition in Major Emergencies. WHO 2000.
- vi) IFRC Handbook for Delegates.
- vii) UNICEF Emergency Field Handbook. A Guide for UNICEF staff. July 2005.
- viii) UNICEF Core Commitments for Children in Emergencies. March 2005.
- b Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, UNICEF/WHO, WHO, 2003.
- c A/RES/44/25, Convention on the Rights of the Child. 61st plenary meeting, 20 November 1989 <http://www.un.org/documents/ga/res/44/a44r025.htm>
- d <http://innocenti15.net/declaration.htm>. Welcomed by the WHO 59th World Health Assembly. 4 May 2006. A59/13. Provisional agenda item 11.8. WHA 59.21
- e A recommended policy framework can be found in reference (2), section 7.
- f ILCA: email: ilca@erols.com
- g GIFA: email: info@gifa.org
- h As a guide, in a developing country population with a high birth rate, the expected proportions are: infants 0 – 6 months:1.35%; 6-<12 months:1.25%; children 12-<24 months: 2.5%; children 0-< 60 months (5 years): 12.5%; pregnant and lactating women: 5-7% depending on the average duration of breastfeeding. N.B. These figures are approximations and will depend on birth rate and infant mortality rate.
- i Assessment of malnutrition in infants is problematic given the NCHS growth reference data available to date (April 2006); however a new WHO growth standard, based on data from breastfeeding populations, is now available. See <http://www.who.int/childgrowth/>. Assessment of diarrhoea in breastfed infants is problematic.
- j Multi-indicator cluster surveys: www.childinfo.org/; Demographic Health Surveys: www.macoint.com/dhs/; UNICEF statistical data by country: www.unicef.org/status; Health Information Network for Advanced Planning: www.hinap.org/; WHO global database on malnutrition: www.who.int/nutgrowthdb/; nutrition related data for Africa: www.africanutrition.net

-
- ^k Food and nutrition needs in emergencies, UNHCR, UNICEF, WFP, WHO, 2003. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/a83743.pdf>
- ^l Preventing and Controlling Micronutrient Deficiencies in people affected by the Asian Tsunami. Joint Statement by WHO and UNICEF. WHO 2005. For further information, contact: Dr Bruno de Benoist. Nutrition for Health and Development (NHD), WHO e-mail: debenoistb@who.int <http://www.who.int/>
- ^m Iron supplementation of young children in regions where malaria transmission is intense and infectious diseases highly prevalent. WHO Statement. [http://www.who.int/child-adolescent-health/ New_Publications/CHILD_HEALTH/WHO_statement_iron.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/WHO_statement_iron.pdf)
- ⁿ Reproductive Health in Refugee Situations: an InterAgency Field Manual, UNHCR 1999.
- ^o WHA resolution 57.14 (2004):
Point 2. URGES Member States, as a matter of priority:
(3) to pursue policies and practices that promote:
(i) promotion of breastfeeding in the light of the United Nations Framework for Priority Action on HIV and Infant Feeding and the new WHO/UNICEF Guidelines for Policy-Makers and Health-Care Managers.
- ^p Technical WHO guidelines for the safe preparation of powdered infant formula will be available soon at <http://www.who.int/foodsafety/en/>.
- ^q Home-modified animal milk for replacement feeding: Is it feasible and safe? Discussion Paper Prepared for HIV and Infant Feeding Technical Consultation, 25-27 October 2006.
- ^r WHA Res. 39.28 (1986).
- ^s Policy of the UNHCR on the acceptance, distribution and use of milk products in refugee settings (2006). Available in English and French online at <http://www.enonline.net>. Contact: ABDALLAF@unhcr.org or HQTS01@unhcr.org
- ^t For guidance on when infant formula may be used for 6-12 months age-group, see Feeding the non-breastfed child 6-24 months age, p14 (9)
- ^u Distribution of donated BMS in any part of the healthcare system is a violation of the International Code (WHA Resolution 47.5 (1994)).
- ^v WHO HIV and Infant Feeding Technical Consultation Consensus Statement. Held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants. Geneva, October 25-27, 2006
-

1.8 السياسات والدلائل الإرشادية

- (1) Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva, World Health Organisation, 2004. Full text in English: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/9241546069.pdf>
- (2) Infant Feeding in Emergencies: Policy, Strategy and Practice. Report of the Ad Hoc Group on Infant Feeding in Emergencies, 1999. <http://www.enonline.net>
- (3) The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. WHO,1981. Full Code and relevant WHA resolutions are at: <http://www.ibfan.org/English/resource/who/fullcode.html>
http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF
- (4) The SPHERE Project: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. 2004. <http://www.sphereproject.org/handbook>
The SPHERE Project, P.O. Box 372, 1211 Geneva 19, Switzerland
- (5) Policy of the on the acceptance, distribution and use of milk products in refugee settings (2006). Available in English and French. Download from <http://www.unhcr.org> or <http://www.enonline.net>
Contact: ABDALLAF@unhcr.org or HQTS01@unhcr.org
- (6) WHO HIV and Infant Feeding Technical Consultation Consensus Statement. Held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants. Geneva, October 25-27, 2006.
Available at: http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/consensus_statement.htm
- (7) Technical WHO guidelines for the safe preparation of powdered infant formula will be available soon at <http://www.who.int/foodsafety/en/>

2.8 المناصرة

- (8) Infant feeding in emergencies. Do you know that your generous donations of breastmilk substitutes could do more harm than good? IBFAN-Gifa, Wemos, June 2001, 2nd edition.

3.8 المعلومات التقنية

- (9) Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other

senior health workers. Geneva, World Health Organisation, 1999.
Full text in English: http://www.who.int/nut/documents/manage_severe_malnutrition_eng.pdf

(10) Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child. PAHO/WHO, Division of Health Promotion and Protection/ Food and Nutrition Program, Washington, DC, USA, 2003. Full text in English: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/guiding_principles.pdf

(11) Feeding the non-breastfed child 6-24 months age. WHO/FCH/CAH/04.13 Full text in English: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_FCH_CAH_04.13.pdf

(12) Nutrition Feeding in Exceptionally Difficult Circumstances. Full text in English: http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/difficult_circumstances.htm

(13) HIV and infant feeding. Guidelines for decision makers. UNICEF, UNAIDS, WHO, UNFPA, 2003. [http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/ ISBN_92_4_159122_6.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/ISBN_92_4_159122_6.htm)

(14) HIV and infant feeding. A guide for health-care managers and supervisors. UNICEF, UNAIDS, WHO, UNFPA, 2003
<http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION>

(15) Feeding in Emergencies for Infants under Six Months: Practical Guidelines. K Carter, OXFAM Public Health Team, 1996. Available from: OXFAM, 274 Banbury Road, Oxford OX2 7DZ, England.

(16) Helping Mothers to Breastfeed in Emergencies. WHO European Office. www.who.dk/nutrition/infant.htm

(17) Helping Mothers to Breastfeed. F. Savage King, AMREF, 1992.

(18) Relactation: Review of Experiences and Recommendations for Practice. WHO, 1998. http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/Relactation_EN.html

(19) Reproductive Health in Refugee Situations: an Interagency Field Manual. UNHCR, 1999.

(20) Resources from LINKAGES

Facts for Feeding:

(i) Recommended Practices to Improve Infant Nutrition during the First Six Months (July 2004)

- (ii) Guidelines for Appropriate CF of Breastfed Children 6-24m (April 2004)
- (iii) BM: A Critical Source of Vit A for Infants and Young Children (October 2001)
- (iv) Birth, Initiation of Breastfeeding, and the First Seven Days after Birth (July 2003)

Frequently Asked Questions:

- (i) Breastfeeding and HIV/AIDS (April 2004)
- (ii) Breastmilk and Maternal Nutrition (July 2004)
- (iii) Exclusive Breastfeeding: The Only Water Source Young Infants Need (June 2004)

Also: Mother-to-Mother Support for Breastfeeding (April 2004)

The Lactational Amenorrhea Method (September 2001).

Most of these documents are available in English, French, Spanish (sometimes Portuguese). Source: LINKAGES, Academy for Educational Development, e-mail: linkages@aed.org <http://www.linkagesproject.org>.

(21) Protecting Infant Health. A Health Workers' Guide to the International Code of Marketing of Breastfeeding Substitutes, 9th edition. IBFAN, 1999. Available from IBFAN-GIFA, P.O. Box 157, 1211 Geneva 19, Switzerland. e-mail: info@gifa.org

(22) Cup Feeding information. BFHI News, May/June 1999, UNICEF. e-mail: pubdoc@unicef.org

(23) Risks and Realities: FAQs on breastfeeding & HIV/AIDS. In: The Health Exchange, April 2001. Available from International Health Exchange, e-mail: info@ihe.org.uk

المواد التدريبية 8.4

(24a) Module 1 Infant Feeding in Emergencies for emergency relief staff, WHO, UNICEF, LINKAGES, IBFAN, ENN and additional contributors, November 2001. <http://www.ennonline.net/ife/module1/index.html>

(24b) Module 2 for health and nutrition workers in emergency situations. Version 1.0. December 2004. ENN, IBFAN, Terre Des hommes, UNICEF, UNHCR, WHO, WFP. <http://www.ennonline.net/ife/module2/index.html>

Both Modules I and II are available in print or on CD-ROM from the Emergency Nutrition Network (ENN), 32, Leopold Street, Oxford, OX4 1TW, UK. Tel: +44 (0)1865 324996, Fax: +44 (0)1865 324997, e-mail: ife@ennonline.net, download from <http://www.ennonline.net>

(25) HIV and infant feeding counselling job aids. Check online at http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/HIV_IF_CT.htm

(26) See Breastfeeding Counselling at: A Training Course, materials online <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/BFC.htm>

(27) Infant and Young Child Feeding Counselling: An integrated course. Check online at <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION>

5.8 القياس والرصد والتقييم

(28) Indicators for assessing breastfeeding practices. WHO/CDD/SER/91.14, WHO, Geneva. http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.pdf

(29) Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding. WHO/CDR/93.1 http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/UNICEF_SM_93.1.pdf

(30) Tool Kit for Monitoring and Evaluating Breastfeeding Practices and Programs. Wellstart International Expanded Promotion of Breastfeeding Program (EPB), September 1996. e-mail: linkages@aed.org; website: www.linkagesproject.org or available at <http://www.enonline.net>

9 تعريفات

بدائل لبن الأم: أي غذاء يتم تسويقه أو عرضه كبديل جزئي أو كامل للبن الثدي، سواء كان مناسباً أو غير مناسب لهذا الغرض.

لاحظ: وفقاً للتطبيق العملي للمصطلح فإنه يمكن اعتبار الغذاء بديلاً عن لبن الأم حسب طريقة تسويقه أو تقديمه. وهي تتضمن ألبان الرضع الصناعية، المنتجات الأخرى للألبان، والألبان العلاجية، والأغذية التكميلية التي يتم تناولها عن طريق زجاجات الإرضاع إذا سوتت للأطفال أقل من عمر سنتين، وأغذية وعصائر الأغذية التكميلية والشاي إذا سوتت للأطفال أقل من عمر 6 شهور.

أغذية الرضع التجارية: هي أغذية تكميلية منتجة صناعية مخصصة للرضع وصغار الأطفال، مثل العبوات الزجاجية والأكياس التي تحتوي على أغذية صلبة أو شبه صلبة.

التغذية التكميلية: (كانت تسمى قديماً «بالفطام» وتسمى حالياً بأكثر دقة «التغذية

التكميلية في الوقت المناسب): وهي التغذية التي يتناول الطفل وتكون مناسبة لعمره، وكافية، ومأمونة، سواء كانت صلبة أو شبه صلبة بالإضافة إلى لبن الأم أو بدائل لبن الأم.

الرضاعة المقصورة على الثدي: عندما يتناول الرضيع لبن الأم فقط دون أي أطعمة صلبة أو سوائل أخرى حتى لو كان الماء، باستثناء النقط أو الشراب الذي يحتوي على الفيتامينات أو المعادن أو الأدوية.

ألبان المتابعة: وهو ألبان صناعية معدة خصيصاً وتعرّف بأنها 'غذاء' يمثل الجزء السائل من وجبة فطام الرضيع بدءاً من الشهر السادس وما بعده ولصغار الأطفال' (معيار دستور الغذاء 156 - 19871). ليس من الضرورة تقديم لبن المتابعة الصناعي للرضع (انظر قرارا جمعية الصحة العالمية 39.28 (1986) (الفقرة 3 (2)). عملياً يمكن اعتبار ألبان المتابعة كبدايل عن لبن الأم بناءً على الكيفية التي تسوّق أو تقدّم بها للرضع والأطفال تحت سن عامين، وبذلك تخضع للوائح المدونة الدولية.

ملاحظة: تشمل مصادر الألبان المقبولة بعد عمر ستة شهور: لبن الأم المعتصر (يسخّن في حال كانت الأم مصابة بفيروس الإيدز)، ألبان الحيوانات كاملة الدسم (البقر، المعاز، الجاموس، الغنم، الجمال)، الألبان التي عرّضت لدرجات حرارة عالية (UHT)، الألبان المجففة (على ألا تكون مكثفة)، الألبان المختمرة أو الزبادي (انظر (11) في المراجع).

أنظمة الرعاية الصحية: هي مؤسسات أو منظمات حكومية أو غير حكومية أو خاصة تعمل بشكل مباشر أو غير مباشر في تقديم الرعاية الصحية للأمهات والرضع والنساء الحوامل، والحضانات ومؤسسات رعاية الطفل. وتتضمن أيضاً العاملين الصحيين في القطاع الخاص. ولا تتضمن هذه الأنظمة الصيدليات ومنافذ البيع الأخرى.

ألبان الحيوانات المعدّلة منزلياً: وهي بديل للبن الأم يعطى للرضع حتى سن 6 أشهر ويحضّر في المنزل من ألبان الحيوانات الطازجة أو المعالجة، ويخفف بالماء ويضاف السكر والمغذيات الزهيدة المقدار.

ملاحظة: تشمل مصادر الألبان المعتد بها: ألبان الحيوانات الكاملة الدسم (سائل أو مسحوق)، الألبان التي عرّضت لدرجات حرارة عالية (UHT)، الألبان المجففة (على ألا تكون مكثفة). يجب تكييف وتعديل هذه الألبان وفق وصفات محددة مع إعطاء المغذيات الزهيدة المقدار (24b). ويصعب الحصول على الكفاية الغذائية من هذه الألبان رغم إضافة المغذيات، وبالتالي لا تستخدم ألبان الحيوانات المعدّلة منزلياً سوى كملاذ أخير لتغذية الرضع في حال الافتقار إلى خيارات أخرى.

الرضع: الأطفال دون 12 شهراً

الأغذية التكميلية للرضع: هي الأغذية التي تحضر صناعياً أو منزلياً وتستخدم كمكمّل للرضاعة الطبيعية أو بدائل لبن الأم بعد سن 6 أشهر.

ملاحظة: يستخدم مصطلح 'الأغذية التكميلية للرضع' في هذا الدليل العملي للتمييز بين الأغذية التكميلية المشار إليها في سياق التغذية التكميلية للرضع وصغار الأطفال من جهة،

والتغذية التكميلية المشار إليها في سياق الطوارئ من جهة أخرى (أي أغذية أخرى بجانب أغذية الإغاثة الأساسية تقدّم إلى مجموعة متأثرة لتنويع غذائهم وإضافة مكملات غذائية إليه، مثل الفواكه والخضروات الطازجة والبهارات والتوابل). ولا يجب أن تسوّق الأغذية التكميلية للرضع إلا بعد إتمام عمر 6 أشهر كاملة. وتعرّف الأغذية التكميلية أنها سلع غذائية تضاف إلى حصص غذائية عامة وتستخدم في التغذية خلال الطوارئ للتقليل والحد من سوء التغذية و الوفيات في المجموعات الأكثر عرضة للخطر.

أدوات تغذية الرضع: زجاجات الرضاعة، والحلمات، والمحاقن، والأكواب المخصصة لإطعام الطفل بأغطية أو أنابيب أو بدونها.

لبن الرضع الصناعي: هو بديل للبن الأم معد صناعياً وفق معايير دستور الغذاء الدولي (Codex Alimentarius) (وضع هذا الدستور البرنامج المشترك بين منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية حول المعايير الغذائية). وهو قسمان: 1- لبن الأطفال الصناعي التجاري، وهو لبن صناعي يحمل علامة تجارية ويباع في الأسواق المحلية. 2- لبن الأطفال الصناعي العام، وهو لبن صناعي لا يحمل علامة تجارية ولا يباع في الأسواق وبالتالي يتطلب قنوات إمداد منفصلة.

المدونة الدولية: هي المدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم، تبنتها جمعية الصحة العالمية عام 1981 ويشار إليها دائماً بـ 'المدونة الدولية' (4). وتهدف المدونة الدولية إلى تقديم غذاء كاف ومأمون للأطفال عبر حماية الرضاعة الطبيعية والتشجيع عليها وبالتأكيد من الاستخدام السليم لبدايل حليب الأم عندما يكون ذلك ضرورياً بناء على معلومات كافية ومن خلال عملية تسويق وتوزيع مناسبة. وتحدد المدونة مسؤوليات مصنعي وموزعي بدائل لبن الأم، والعاملين الصحيين والحكومات الوطنية والمنظمات التي تهتم بتسويق بدائل لبن الأم وزجاجات الإرضاع واللهايات.

منتجات الألبان: المجففة، ونصف دسم أو منزوعة الدسم؛ والسائلة، نصف دسم أو منزوعة الدسم، وألبان الصويا، والحليب المكثف، واللبن المتخمر أو الزبادي.

التغذية والاستجابة الصحية للطوارئ: لتكون الهيئة جزءاً من فريق الاستجابة الصحية والغذائية، يجب أن يكون لديها موظفين منخرطين في العمل في نظام الرعاية الصحية (انظر التعريف) ومسؤولين عن بدائل لبن الأم، ورصد الرضع، وضمان استمرار امدادات بدائل لبن الأم طالما كان الرضع في حاجة لها.

التغذية المثالية للرضع وصغار الأطفال: البدء المبكر (بعد ساعة من الولادة) في الرضاعة المقتصرة على الثدي ولمدة 6 شهور من العمر ثم الاستمرار في الرضاعة الطبيعية مع إضافة أغذية تكميلية مناسبة ومأمونة حتى بلوغ عمر سنتين أو ما يزيد.

أغذية علاجية سابقة التجهيز: هي منتجات مخصصة لعلاج سوء التغذية الشديد وخاصة خارج المستشفى (أي البيت في الغالب). ويمكن تحضيرها في المنزل أو تصنيعها على المستوى الوطني والدولي.

ملاحظة: لا يستطيع الرضع الذين لم يكملوا 6 أشهر أن يتلغوا الأغذية الصلبة، وبالتالي لا يمكن إعطاؤها لهم قبل وصولهم لهذه السن. بالإضافة لذلك، يجب أن ينطبق تعريف بدائل لبن الأم على الأغذية العلاجية عند تسويقها أو تقديمها على أنها بديل جزئي أو كلي للبن الأم للرضع، وأن تخضع للوائح المدونة الدولية.

التغذية البديلة: إطعام الرضيع الذي لا يرضع طبيعياً بنظام غذائي يوفر العناصر الغذائية التي يحتاجها إلى أن يصل إلى العمر الذي يتمكن فيه من تناول الطعام الذي تتناوله أسرته. ويجب استخدام أحد بدائل لبن الأم المناسبة خلال الشهور الستة الأولى من عمر الرضيع ثم يكمل بعد هذه الأشهر بالأغذية الأخرى.

ملاحظة: هذا المصطلح مستخدم في سياق مرض الإيدز والعدوى بفيروسه. إذ تنص توصيات الأمم المتحدة الحالية على الآتي: 'إذا كانت التغذية البديلة مقبولة وعملية ومحتملة التكاليف ويمكن الاستمرار فيها ومأمونة (AFASS) فإن الأم المصابة بالإيدز يجب أن تنقطع عن الرضاعة الطبيعية'. أما إذا لم تنطبق هذه المعايير فتستمر الرضاعة الطبيعية إلى أن تنطبق هذه المعايير فتتوقف الرضاعة الطبيعية 'الإيقاف المبكر' مع الأخذ في عين الاعتبار الظروف المحلية ووضع الأم ومخاطر التغذية البديلة التي تتضمن أنواع العدوى الأخرى غير الإيدز، وسوء التغذية. التغذية الإضافية هي سلع الغرض منها الإضافة للحصة العامة وتستهمل في برامج التغذية خلال الطوارئ للوقاية من سوء التغذية والحد من معدلات الوفيات بين الفئات الضعيفة.

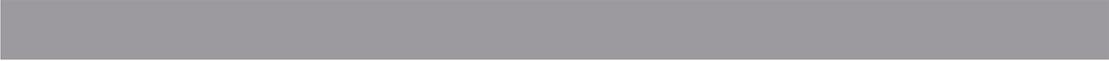
الإمدادات الغذائية: تعرف المدونة الدولية الإمدادات الغذائية بأنها كمية من المنتجات مخصصة للاستخدام لمدة زمنية محددة مجانية أو بأسعار متدنية مخصصة لأغراض اجتماعية مثل تقديمها للعائلات الفقيرة. أما في حالات الطوارئ فإن الإمدادات الغذائية هي كمية من المنتجات بغض النظر عن طريقة الحصول عليها سواء بالشراء أو كجزء من دعم أو الحصول عليها بدون مقابل.

اللبن العلاجي: يصف هذا المصطلح الألبان الصناعية المخصصة للأطفال المصابين بسوء تغذية شديد، ومن هذه الألبان 'F75' و'F100'. إلا أن نظرة فاحصة تكشف أن هذه الألبان ليست ألبان بالكامل، ف'F100' يحتوي على 24% لبن فحسب، بينما يقل 'F75' عنه. ويصنع اللبن العلاجي من لبن مجفف منزوع الدسم والسكر والزيت، بالإضافة إلى الفيتامينات والمعادن. ملاحظة: لا يستخدم اللبن العلاجي لتغذية الرضع وصغار الأطفال غير المصابين بسوء التغذية. فنسبة المادة المذابة في سائل 'F100' عالية بالنسبة لرضع دون 6 أشهر. ولا تحتوي الألبان العلاجية على الحديد واستخدامها لمدة طويلة يهدد بالإصابة بأنيميا عوز نقص الحديد.

قرارات جمعية الصحة العالمية: أنظر تعريف المدونة الدولية.

صغار الأطفال: الأطفال بين 12 - 24 شهراً

ملاحظة: ينطبق تعريف تقرير منظمة الصحة العالمية 2005، صفحة 155 على هذه المجموعة.



(Notes and Contacts)

To give feedback or receive print copies, contact:

IFE Core Group

**c/o Emergency Nutrition Network (ENN),
32 Leopold Street, Oxford, OX4 1TW, UK.**

Tel: +44 (0)1865 324996

Fax: +44 (0)1865 324997

email: ife@enonline.net

Available online at <http://www.enonline.net>

Front cover, top to bottom:

Action Against Hunger-US, Tajikistan, 2006; Sri Lanka, WFP/Helen Kudrich, 2005; Post tsunami. Aceh, Indonesia, UNICEF, 2005; Marcos Arana/IBFAN Latin America and the Caribbean, 2006; Dadaab camp, Kenya. M Lung'aho/CARE USA, 2006.