إرشادات عملية:

تموز (يوليو) 2021

إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ

Irish Aid
Rialtas na hÉireann
Government of Ireland

IFE CORE GROUP

ENN

شكر وتقدير

اضطلعت منظمة شبكة التغذية في حالات الطوارئ بإعداد هذه الإرشادات بالتعاون مع الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. وقد كانت إيزابيل موديجيل (الباحثة الرئيسية) والدكتورة ليندا شاكر برباري (الباحثة) الخبيرتَين الاستشاريّتَين في شبكة التغذية في حالات الطوارئ والمسؤولتَين عن إعداد المحتوى، وقد خضعتا لإشراف ماري ماكغراث (المديرة التقنية في المنظمة).

وقد عمدت منظمة الصحة العالمية إلى تكليف الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ بإعداد هذه الإرشادات بُغية دعم تنفيذ المبادئ التوجيهية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية عام 2019 بشأن إسداء المشورة للنساء من أجل تحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية (مرجع مُتاح باللغة الإنكليزية) إضافةً إلى إرشادات أخرى للتنفيذ يجري إعدادها فيما يتعلق بسياقات الطوارئ.

إننا نُعرب عن تقديرنا وامتناننا لأعضاء فريق الخبراء المختصّين باستعراض الأقران التابع للفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ نظير ما قدّموه من إرشادات تقنية: أليساندرو إيلامو (منظمة أنقذوا الأطفال) والدكتورة أنشالي بالمكويست، استشارية الرضاعة الطبيعية المعتمدة من المجلس الدولي (معهد كارولينا العاملي للرضاعة الطبيعية بجامعة نورث كارولينا في تشابل هيل)، وبروك باور (فريق دعم التحالف التقني بمجموعة التغذية العالمية)، وكريستين فرنانديز (منظمة أنقذوا الأطفال)، وديبورا ويلسون (برنامج الأغذية العالمي) والدكتورة كارلين جريبل (جامعة ويسترن سيدني) ولوورديس سانتابالا مورا، استشارية الرضاعة الطبيعية المعتمدة من المجلس الدولي (منظمة Alimentación Segura Infantil) وماريز أرندت، استشارية الرضاعة الطبيعية المعتمدة من المجلس الدولي (شبكة العمل الدولي من أجل أغذية الأطفال) وروز ندولو (منظمة الرؤية العالمية).

كما نود أن نعرب عن امتناننا وتقديرنا للأخصائيين والخبراء الذين وافقوا على المشاركة في مقابلات من أجل إثراء هذه الإرشادات وعرض دراسات حالات: آليس بوريل (منظمة أنقذوا الأطفال) والدكتور أمين روهول (منظمة أنقذوا الأطفال)، وآن ماري برينان (باحثة مستقلة)، وعبد المجيد آزاد (منظمة أنقذوا الأطفال)، وديدي لي (منظمة أمورتيل باليونان)، وغيتينت أمينو (منظمة الرؤية العالمية)، وأليمشت أشاليو (منظمة الرؤية العالمية)، وهناء ربادي (منظمة الرؤية العالمية) وإيناس{z} آف فيرنانديز (منظمة أروغان)، وجوليت ندوتا نغوغي (منظمة التغذية الدولية)، وكيت جولدن (منظمة كونسيرن وورلد وايد) والدكتورة ماغدالينا ووليري (باحثة مستقلة)، والدكتور فهيموزمان (منظمة الرؤية العالمية)، وميشيل بينسا برانكو، استشارية الرضاعة الطبيعية المعتمدة من المجلس الدولي (منظمة SafelyFed الكندية)، وميليسنت كافوسا لوسيجي (المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وسابقاً في منظمة كير الدولية)، ومجابولي جميلة (منظمة الرؤية العالمية)، والدكتور محمد العيسى (الجمعية الطبية السورية الأمريكية)، وبريسيلا ديرجاني (الجمعية الخيرية المسيحية الأرثوذكسية الدولية)، وروز ندولو (منظمة الرؤية العالمية)، وسيساي تاديسي (منظمة بلان إنترناشونال)، والدكتورة شيرين ألامو (منظمة بهار)، وسورا السمان (منظمة أنقذوا الأطفال)، وسوزان مبويا (المديرية العامة للعمليات الأوروبية للحماية المدنية والمعونة الإنسانية) وثيا بوهول (باحثة مستقلة).

نتوجه بالشكر إلى كيت ميرفي (اللجنة الدولية للإغاثة) على إسهاماتها في ضمان إدراج الاعتبارات الرئيسية المتعلقة بالنماء في مرحلة الطفولة المبكرة في هذه الوثيقة، وكذلك الدكتورة جوستين ليتش (رزيلينت بيرث) على الإرشادات التي قدّمتها في مجال تقديم الرعاية للأمهات حسب الصدمات التي تعرّضنَ لها.

ونعرب عن تقديرنا لجهود التعاون التي بذلتها الدكتورة ميليسا ثوريتش، استشارية الرضاعة الطبيعية المعتمدة من المجلس الدولي (مستشارة لدى اليونيسف)، وفاطماتا فاطمة سيساي (اليونيسف)، وغرين مولوني (اليونيسف) لضمان توافق هذه الوثيقة مع إرشادات التنفيذ قيد الإعداد لغير حالات طوارئ.

ونود أيضاً أن نتوجه بالشكر إلى أعضاء الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ على إسهاماتهم التي تضمّنت أيضاً دراسات حالات.

وأخيراً، نعرب عن شكرنا لمنظمة الصحة العالمية وبرنامج المعونة الآيرلندي لتمويل إعداد هذه الإرشادات من خلال شبكة التغذية في حالات الطوارئ.

الاقتباس الموصى به: الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ التابع لشبكة التغذية في حالات الطوارئ (2021).
إرشادات عملية: إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ.

صورة الغلاف: منظمة أنقذوا الأطفال / إيمنت ديريجي

المحتويات

الاختصارات 6

1. معلومات أساسية 7

2. مقدمة 8

3. إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية 9
3.1 ماذا يشمل إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية (وما لا يشمله)؟ 9
3.2 أبرز الفرص السانحة لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ 10

4. إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية أثناء حالات الطوارئ 13
4.1 المستفيدات من إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ 14
4.2 التوقيت والوتيرة لإسداء المشورة في حالات الطوارئ 24
4.3 طريقة إسداء المشورة في حالات الطوارئ 28
4.4 إسداء المشورة الاستباقية المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ 31

5. قدرات إسداء المشورة في حالات الطوارئ 39
5.1 مقدمات خدمات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية 39
5.2 كفاءات إسداء المشورة 44
5.3 تقييم القدرات وتحديدها 50
5.4 التخطيط لبناء القدرات 51
5.5 وسائل المساعدة على العمل 54
5.6 الإجراءات الواجب اتّخاذها في حالة عدم توفر قدرات لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية 54

6. الموارد الرئيسية 56

مسرد المصطلحات 58

الحواشي الختامية 61

المرفقات
المرفق ألف: التقييم البسيط والسريع 66
المرفق باء: نموذج التقييم الكامل لتغذية الرضّع وصغار الأطفال من عمر صفر إلى 23 شهراً 67
المرفق جيم: استراتيجيات للتغلّب على الحواجز التي تمنع إسداء المشورة عن بُعد فيما يتعلق بالرضاعة الطبيعية 72

ملاحظات 73

قائمة الجداول

الجدول 1 التوصيات الرئيسية لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ وفي غير حالات الطوارئ 13
الجدول 2 استراتيجيات للتغلّب على التحديات الشائعة المتعلقة بإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ 15
الجدول 3 الاعتبارات الرئيسية لأنظمة الإحالة في حالات الطوارئ 24
الجدول 4 التوقيت والوتيرة لإسداء المشورة حسب الفئات ذات الأولوية 26
الجدول 5 التحديات الممكنة التي تواجهها مقدِّمات الرعاية أثناء حالات الطوارئ وتداعياتها المحتملة على الرضاعة الطبيعية 33
الجدول 6 كفاءات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ 45

قائمة دراسات الحالات

دراسة الحالة 1 إسداء المشورة لأم مرضعة أثناء الاستجابة لحالة طوارئ 10
دراسة الحالة 2 إسداء المشورة في إطار البرامج المخصّصة لإدارة حالات الرضّع الصغار دون سنّ ستة أشهر المعرّضين لخطر تغذوي وأمّهاتهم 12
دراسة الحالة 3 لإسداء المشورة في إطار البرامج المخصّصة للنماء في مرحلة الطفولة المبكرة 12
دراسة الحالة 4 إسداء المشورة للرجال 14
دراسة الحالة 5 الدعم المجتمعي لزيادة فرص الوصول 19
دراسة الحالة 6 أفرقة صحية متنقلة لزيادة فرص الوصول 20
دراسة الحالة 7 تحديد احتياجات المشورة باستخدام التقييم السريع البسيط 23
دراسة الحالة 8 زيادة وتيرة التواصل من خلال زيارات منزلية 25
دراسة الحالة 9 إسداء المشورة أثناء النزوح الجماعي 27
دراسة الحالة 10 إسداء المشورة في وقت قريب من الولادة 28
دراسة الحالة 11 إسداء المشورة لمجموعات مختلطة 29
دراسة الحالة 12 تقديم خدمات عن بُعد لدعم الرضاعة الطبيعية 31
دراسة الحالة 13 تجارب الرضاعة الطبيعية أثناء حالة طوارئ صحية عامة 38
دراسة الحالة 14 النهج النفسي الاجتماعي لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية 39
دراسة الحالة 15 دعم تغذية الرضّع وصغار الأطفال في سياق مرض فيروس الإيبولا 49
دراسة الحالة 16 التدريب التسلسلي 52
دراسة الحالة 17 الإشراف الداعم 53
دراسة الحالة 18 المراقبة عن بُعد والإشراف الداعم 54
دراسة الحالة 19 تعديل بطاقات المشورة حسب كل حالة طوارئ 55
دراسة الحالة 20 إجراء زيارات منزلية من أجل إسداء المشورة للأمهات اللاجئات اللواتي لديهنّ قدرة قليلة على القراءة والكتابة 55

قائمة الأشكال

الشكل 1 تحديد أولويات الحصول على مشورة، حسب الفئة 21
الشكل 2 مسؤولات محتملات عن إسداء المشورة: الأدوار والمسؤوليات 40
الشكل 3 مثال عن نظام يتألف من 3 مستويات لإسداء المشورة وتقديم الدعم على مستويات متعددة 43
الشكل 4 مثال عن نهج متعدد المستويات لتقديم الرعاية للأمهات حسب الصدمات التي تعرّضنَ لها 48

قائمة المربعات

المربع 1 مبادئ توجيهية 9
المربع 2 مسار الرعاية الخاص بإدارة حالات الرضّع الصغار دون سنّ ستة أشهر المعرّضين لخطر تغذوي وأمّهاتهم 11
المربع 3 رسائل رئيسية بشأن تحديد الأمهات ومقدِّمات الرعاية والوصول إليهنّ من أجل إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية 20
المربع 4 رسائل رئيسية بشأن التوقيت والوتيرة لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية 28
المربع 5 أمثلة على الخيارات التكنولوجية لإسداء المشورة عن بُعد 29
المربع 6 اعتبارات برنامجية لتوقع الحواجز التي تمنع الرضاعة الطبيعية أثناء حالات الطوارئ 32
المربع 7 اعتبارات برنامجية: ضمان التكامل بين خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي وخدمات إسداء المشورة 38
المربع 8 الخصائص المطلوبة لدى المستشارين 41
المربع 9 موضوعات هامة يجب تناولها أثناء التدريب 50
المربع 10 الاعتبارات الرئيسية للتدريب في حالات الطوارئ 52

الاختصارات

ANC	الرعاية السابقة للولادة
BMS	بدائل حليب الأم
BFC	إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية
BFHI	مبادرة المستشفيات الملائمة للأطفال
BFS	الأماكن الملائمة للأطفال
BSFP	برنامج التغذية التكميلية الشاملة
CMAM	معالجة سوء التغذية الشديد على مستوى المجتمع المحلي
CP	حماية الطفل
ECD	النماء في مرحلة الطفولة المبكرة
ENC	الرعاية الأساسية للوليد
ENN	شبكة التغذية في حالات الطوارئ
FA	التقييم الكامل
GBV	العنف القائم على النوع الاجتماعي
HIV	فيروس العوز المناعي البشري
iCCM	التدبير العلاجي المجتمعي المتكامل
IEC	الإعلام والتثقيف والتواصل
IG-BFC	إرشادات التنفيذ بشأن إسداء المشورة لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية
IMCI	التدبير العلاجي المتكامل لاعتلالات الطفولة
IYCF	تغذية الرضّع وصغار الأطفال
IFE أو IYCF-E	تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ
LBW	انخفاض الوزن عند الميلاد
M-Health	خدمات الصحة المتنقلة
MAMI	إدارة حالات الرضّع الصغار دون سنّ ستة أشهر المعرّضين لخطر تغذوي وأمّهاتهم
MHPSS	الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي
MISP	مجموعة الخدمات المبدئية الدنيا
MIYCN	تغذية الأمهات والرضّع وصغار الأطفال
MNCH	صحة الأم والوليد والطفل
MtMSG	مجموعة دعم من الأم إلى الأم
MUAC	محيط العضد
NGO	منظمة غير حكومية
OCHA	مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية
OG-BFC/E	الإشادات العملية لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ
OG-IFE	إرشادات عملية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ
PFA	الإسعافات الأولية النفسية
PMTCT	الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل
PNC	رعاية ما بعد الولادة
SGBV	العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي
SRA	التقييم البسيط والسريع
TBA	قابلة تقليدية
TIC	تقديم الرعاية للأمهات حسب الصدمات التي تعرّضنَ لها
UN	الأمم المتحدة
UNHCR	المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين
WASH	المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية
WFP	برنامج الأغذية العالمي
WHO	منظمة الصحة العالمية

يمكن الرجوع إلى مسرد المصطلحات للاطلاع على قائمة المصطلحات والتعاريف.

1. معلومات أساسية

النطاق والغرض

في عام 2018، أصدرت منظمة الصحة العالمية منشوراً باللغة الإنكليزية يحمل عنوان إسداء المشورة للنساء لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية، وهو عبارة عن مبدأ توجيهي يتضمّن توصيات وتصريحات عن أفضل الممارسات في مجال إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية. وتم استكمال المبادئ التوجيهية من خلال منشور صدر عن منظمة الصحة العالمية واليونيسف في عام 2021 بعنوان إرشادات التنفيذ الخاصة بإسداء المشورة لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية (باللغة الإنكليزية) والذي تناول كيفية تنفيذ التوصيات عملياً. ونظراً إلى التعقيدات الخاصة بالعمل في حالات الطوارئ، تم الإقرار بالحاجة إلى وضع إرشادات محددة ومنفصلة أثناء اجتماع عقدته منظمة الصحة العالمية في تشرين الثاني (نوفمبر) 2019.

تمثل هذه الإرشادات العملية لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ دليلاً عملياً يشتمل على الاعتبارات الرئيسية وسُبُل التكييف المحتملة لدى تطبيق المبادئ التوجيهية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية لعام 2018 في أي حالة من حالات طوارئ. وتم إعداد هذه الإرشادات لغرض استخدامها من جانب واضعي السياسات وسائر صنّاع القرارات ومعدّي البرامج العاملين في حالات الطوارئ (سواء حالات طوارئ محلية أو وطنية أو حالات طوارئ إنسانية) بما في ذلك الحكومات، ووكالات الأمم المتحدة، والمنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية، وكذلك الجهات المانحة، ومجموعات التطوّع، والجهات المعنية بتقديم الرعاية للنساء الحوامل والأسر التي لديها رضّع وأطفال صغار.

تقرّ هذه الوثيقة بجزء هام من إسداء المشورة يتمثل في اختيار الكيفية والتوقيت للبدء بالأطعمة التكميلية بطريقة لا تعطّل الرضاعة الطبيعية الخالصة حتى عمر ستة أشهر مع مواصلة الرضاعة الطبيعية بعد ذلك. وتقرّ الوثيقة كذلك بالأهمية البالغة لضمان الحصول على كميات كافية من الأطعمة المناسبة والآمنة والتكميلية وما يرتبط بها من دعم أثناء حالات الطوارئ. إلا أنّ هذه الوثيقة لا تتناول إسداء المشورة المتعلقة بالتغذية التكميلية على وجه التحديد.

إعداد الإرشادات

تم إعداد هذه الإرشادات باتباع نهج منظم يجمع بين 1) إجراء مقابلات مع مبلغين رئيسيين لديهم تجارب وخبرات في تنفيذ إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ، 2) ودراسات حالات تتناول تدخلات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ، 3) واستعراض مستندي لمؤلفات غير معلنة ومنشورات محكّمة. كما تم تحديد العوامل التي تساهم في النجاحات والتحديات والفجوات، وكذلك والموارد المطلوبة وسُبُل التوفيق والتكييف اللازمة لتنفيذ تدخلات إسداء المشورة في حالات الطوارئ. وقد تم إعداد هذه الوثيقة بتوجيه من فريق الخبراء المختصّين باستعراض الأقران، يتألف من أعضاء الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، وبالاستناد إلى المبادئ التوجيهية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية بشأن إسداء المشورة للنساء لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية وتحسين النماء في مرحلة الطفولة المبكرة. وتعد هذه الإرشادات بمثابة ملحق يُضاف إلى إرشادات التنفيذ بشأن إسداء المشورة لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية، الصادرة عن منظمة الصحة العالمية واليونيسف في عام 2021.

كيفية استخدام هذه الإرشادات

تنقسم هذه الإرشادات إلى ثلاثة أقسام رئيسية. القسم الأول بعنوان إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية يتناول ما تعنيه هذه المشورة وما هي الفرص السانحة لإسدائها. أمّا القسم الثاني بعنوان إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ فيتناول تطبيق التوصيات الخمس الصادرة عن منظمة الصحة العالمية في حالات الطوارئ، بما في ذلك **الأشخاص الأحق بأولوية الحصول على المشورة، وتوقيت إسداء المشورة، ومتى وبأي وتيرة وكيف** ينبغي إسداء هذه المشورة. بالنسبة لكل توصية من التوصيات، يُرجى أوّلاً الاطلاع على قسم "التحديات والحلول" للنظر في التحديات التي قد تواجهها في سياقك ولتحديد الحلول الممكنة. وإذا لم يكن هناك حلول قابلة للتطبيق، يُرجى الانتقال إلى "سُبُل التكييف والتوفيق". وبالنسبة للقسم الثالث بعنوان قدرات إسداء المشورة في حالات الطوارئ فهو يقدّم إرشادات لتطبيق التوصية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية بشأن **الأشخاص المخوّلين تقديم خدمات إسداء المشورة وكيفية تفعيل خدمات إسداء المشورة** من خلال ضمان توفّر القدرات الكافية. ويُرجى الاطلاع على إرشادات التنفيذ بشأن إسداء المشورة لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية للحصول على الإرشادات التي تنطبق في حالات الطوارئ وغير حالات الطوارئ، فضلاً عن اعتبارات إضافية تخصّ الدعوة والسياسة، وتخطيط الخدمات، والتنسيق، والقيادة، والرصد والتقييم، والفئات السكانية الخاصة، والتأهب لحالات الطوارئ.

2. مقدمة

حالة الطوارئ هي حدث أو سلسلة أحداث تشكّل تهديداً خطيراً على الصحة أو السلامة أو الأمن أو الرفاه بالنسبة لمجتمع أو لمجموعات سكانية كبيرة وتمتدّ عادةً على مساحة واسعة[ii]. يمكن أن تكون حالات الطوارئ عبارة عن **كوارث طبيعية** (مثل زلزال أو موجة جفاف أو وباء) أو **تكون ناجمة عن النشاط البشري** (مثل الحروب الأهلية أو الانفجارات أو التسربات النووية)، **ويمكن أن تحدث بشكل مفاجئ أو تكون بطيئة الحدوث ومؤقتة أو ممتدة**. وصف الباحثان آندرسون وجربير (2018) حالة الطوارئ بأنها حدث يتسبب بتعطيل كفيل بالتأثير على سير الوظائف الطبيعية في المجتمع (مثلاً في بلدة أو بلد) وكبير لدرجة أنّ المجتمع المتضرر لا يستطيع التعامل مع الأثر الناجم عنه بالاعتماد على موارده فقط. ويأتي الدعم عادةً في البلدان الأكثر تقدماً من المنظمات الوطنية أو المحلية (**حالات طوارئ محلية أو وطنية**). ولكن يتم الإعلان عن **حالة طوارئ إنسانية** حيثما يُطلب الدعم الدولي (المساعدة الإنسانية) لتلبية الاحتياجات الأساسية للسكان[iii].

إنّ الأثر الناجم عن حالة الطوارئ يتوقف على طبيعة الحدث ومدى تأهب السكان وقابلية تأثرهم. وتتسم حالات الطوارئ عادةً بمعاناة إنسانية وخسائر في الأرواح وتدهور الظروف المعيشية. وقد يحدث تنقل سكاني جماعي أو نزوح جماعي أو أيّهما بما يزيد من خطر انفصال الأسرة. وقد تتدمّر البنية التحتية لقطاع الصحة العامة وتتعطّل الأنظمة والخدمات الصحية، ويُعزى ذلك جزئياً إلى أنّ أخصائيي الرعاية الصحية قد يتضرّرون أيضاً من جرّاء حالة الطوارئ، بمن فيهم الأخصائيات المعنيات عادةً بإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية. وغالباً ما تتعطّل الشبكات المجتمعية والدعم الأسري. ولذلك، قد تكون خدمات دعم الرضاعة الطبيعية محدودة أو متوقفة أو يتعذر الحصول عليها، بما فيها تقديم المشورة[1, iv]. وكثيراً ما تتسبّب عوامل الإجهاد اليومية وزيادة التعرّض للحوادث المروّعة، بما في ذلك التعرّض للعنف القائم على النوع الاجتماعي، في تدهور الصحة النفسية والرفاه النفسي الاجتماعي، وهذا الأمر يؤثر على القدرة على تقديم الرعاية. وقد تكون الإمكانيات محدودة فيما يتعلق بالحصول على الغذاء والمأوى والمياه الآمنة والصرف الصحي والرعاية الطبية. وقد لا تتوفر السلع الأساسية اللازمة لحماية الرضّع وصغار الأطفال من الأذى والمرض والوفاة أو قد لا تكون في متناول اليد أو متاحة[v]. وقد تم التطرق بمزيد من التفصيل لما قد ينجم عن حالات الطوارئ من آثار محتملة على الرضاعة الطبيعية في القسم 4.4 إسداء المشورة الاستباقية المتعلقة بالرضاعة الطبيعية.

وتعتبر النساء والأطفال من الفئات السكانية الأشد ضعفاً في حالات الطوارئ، ولا سيّما الفتيات والنساء الحوامل والرضّع وصغار الأطفال والنساء في فترة ما بعد الولادة[vi]. فالرضاعة الطبيعية تمدّ الأطفال بالإماهة (الترطيب)، والراحة، والتواصل، والتغذية عالية الجودة، والحماية من الأمراض، وتزوّدهم بدرعٍ واقية في أسوأ حالات الطوارئ. وكما جاء على لسان إحدى الأمهات المرضعات التي وصفت هذه القدرة بأنّها تمدّ بالقوة وتسمح بالشفاء[vii, viii]. وتترافق الرضاعة الطبيعية أيضاً مع نتائج هامة على صعيد الصحة النفسية والبدنية للأم، وعلى قدرتها على تقديم الرعاية [ix, x, xi]، وعلى نماء الطفل وتحصيله التعليمي في الأجل البعيد[xii]. وفي حالات الطوارئ تزداد أهمية الرضاعة الطبيعية وترتفع مخاطر الاعتلال والوفيات المرتبطة بعدم توفّر الرضاعة الطبيعية. ومع ذلك، غالباً ما تؤثر حالات الطوارئ بشكل سلبي على ممارسات الرضاعة الطبيعية إذ لا تحظى باهتمام كافٍ من جانب المعنيين بالاستجابة للطوارئ[xiii, xiv] (راجع 4.4 – إسداء المشورة الاستباقية المتعلقة بالرضاعة الطبيعية).

تعتبر الرضاعة الطبيعية حقاً من حقوق الإنسان[xv]. كما أنّه يحق للنساء وأطفالهنّ الحصول على الدعم الذي يمكّنهم من إجراء الرضاعة الطبيعية[xvi]. وبالتالي، يُعدّ إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية أحد التدخلات المنقذة للحياة إذ يساعد في تخفيف الأثر الناجم عن حالة الطوارئ ويضمن البدء في الرضاعة الطبيعية واستمرارها. أمّا عدم حماية الحق في الرضاعة الطبيعية أثناء حالات الطوارئ فيؤدي إلى عواقب وخيمة. وبالتالي إنّ الدعم المقدّم من أخصائيات ماهرات في مجال الرضاعة الطبيعية يُعد **إجراءً ذي أولوية** أثناء حالات الطوارئ، كما هو موضح في دليل اسفير: الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا في الاستجابة الإنسانية[2].

[1] في دراسة استقصائية أُجريت بالمملكة المتحدة أثناء جائحة كوفيد- 19 وشملت أمّهات جديدات يبلغ عددهنّ 1,219 أمّاً، أفادت براون وشينكر (2020) أنّ 67 بالمائة منهنّ ذكرنَ أنّ الدعم الذي كُنَّ يتلقّينه بشأن الرضاعة الطبيعية قد تراجع خلال تدابير الإغلاق الشامل للتصدي للجائحة بالمملكة المتحدة. وقد تبيّن وجود ارتباط وثيق جداً بين تصوّر الدعم وممارسات الإرضاع (كاي تربيع = 125.75، القيمة الاحتمالية = 0.000).

[2] لمزيد من التفاصيل عن دواعي أهمية إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ، يمكن الرجوع إلى الموجز الذي يُكمل هذه الإرشادات: الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (2021). الموجز: إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ.

المربع 1 مبادئ توجيهية

1. تُعدّ حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها وفقاً للإرشادات والمعايير والسياسات الدولية أمراً بالغ الأهمية في حالات الطوارئ. ويجب أن يكون التخطيط لتقديم خدمات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية جزءاً أساسياً من خطط التأهب لحالات الطوارئ فيما يتعلق بتغذية الرضّع وصغار الأطفال، ويجب دمج هذا التخطيط في التقييمات التكوينية والاستجابات الأولية والمستدامة[xvii].

2. يجب أن تتركّز جميع التدخلات على مبدأ "عدم الإضرار" الذي يقتضي من الجهات الفاعلة في مجال العمل الإنساني تجنُّب تعريض الأشخاص المتضررين من حالة الطوارئ لمزيد من المخاطر أو المعاناة نتيجة أعمالها. **وتنصّ المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم والقرارات المنبثقة عن جمعية الصحة العالمية**[3] ("المدونة الدولية لمنظمة الصحة العالمية") على حماية الرضّع الذين يحصلون على رضاعة طبيعية والذين لا يحصلون على رضاعة طبيعية، وبالتالي، فإن الالتزام التام بالمدونة الدولية لمنظمة الصحة العالمية (أو ما يماثلها من السياسات الوطنية، عند الاقتضاء) من جانب الجهات الفاعلة في مجال العمل الإنساني يمثل خطوة حيوية في تجنُّب إلحاق الضرر. كما يجب أن تكون برامج إسداء المشورة تطبّق **نهجاً لتقديم الرعاية للأمهات حسب الصدمات التي تعرّضنَ لها** من أجل تجنُّب إلحاق الضرر.

3. ترد في هذه الوثيقة مقترحات لسُبُل التكييف الممكنة لتوصيات منظمة الصحة العالمية بغرض توجيه العاملات في ظروف استثنائية إقراراً بالأوضاع المقعدة لتقديم تدخلات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ. ومع ذلك، فإنّ حالة الطوارئ وحدها لا تبرّر القصور في تنفيذ توصيات منظمة الصحة العالمية، ويجب على المعنيين بالاستجابة السعي إلى تنفيذ التوصيات بأقصى قدر ممكن. ويجب تتم عملية اتّخاذ القرارات فيما يتعلق بسُبُل التكييف الملائمة وسُبُل التوفيق المقبولة بالاسترشاد بالتحليلات النقدية التي تُجريها هيئة التنسيق المعنية بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، والحكومة، واليونيسف، ومنظمة الصحة العالمية، والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، عند الاقتضاء، بالتشاور مع مقدِّمات الخدمات والمجتمعات المتضررة، بما في ذلك الأمهات[xviii]. ويجب استغلال التداعيات والمخاطر المرتبطة بهذه القرارات في الدعوة إلى إيصال برامج إسداء المشورة وتأمين الموارد الكافية للبرامج المعنية بإسداء المشورة. كما يجب الاضطلاع بعملية ملائمة للرصد والتقييم بُغية رصد أنشطة الاستجابة وتوجيهها وإثرائها والاستفادة منها.

3. إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية

3.1 ماذا يشمل إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية (وما لا يشمله)؟

- **إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية** عبارة عن تفاعل بالاتّجاهين بين مستشارة مدرّبة في مجال الرضاعة الطبيعية وواحدة أو أكثر من النساء الحوامل أو الأمهات أو غيرهنّ من مقدِّمات الرعاية لأطفال دون عمر السنتين (عادةً). تنطوي عملية إسداء المشورة على الاستماع إلى المخاوف، ومناقشة الاستفسارات، والتوعية حول الرضاعة الطبيعية، والمراقبة والمساعدة في العملية الاعتيادية للرضاعة الطبيعية والتغلب على تحدياتها. وتهدف عملية إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية إلى تمكين النساء من إرضاع أطفالهنّ، وتعزيز ممارساتهنّ فيما يتعلق بتقديم الرعاية الملبية لاحتياجات أطفالهنّ، مع احترام أوضاعهنّ ورغباتهنّ الشخصية[xix]

- تشتمل عملية إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية على دعم معاودة الإرضاع، والإرضاع بالكوب، وزيادة مخزون الحليب. وهي إجراءات يتم اتباعها مع الرضّع الذين يتغذّون على الرضاعة الطبيعية أو الذين يتغذّون على الحليب الاصطناعي بشكل كلي أو جزئي. قد تنتقل مقدِّمات الرعاية بين التغذية على **الحليب الاصطناعي** والرضاعة الطبيعية أو يجمعنَ بينهما (التغذية المختلطة). ولذلك، إنّ إسداء المشورة بهدف الحد من مخاطر التغذية الاصطناعية والحرص على اللجوء إلى الحليب الاصطناعي **بطريقة نظيفة أو مستجيبة** يجب ألا تعتبر منفصلة عن إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية. وينبغي تقديم الدعم الكافي للأطفال الذين يتغذّون على الرضاعة الطبيعية أو الاصطناعية كجزءٍ من أي استجابة لحالات الطوارئ[xx, xxi]

- إسداء المشورة المتعلقة **بتغذية الرضّع وصغار الأطفال** هو مصطلح شائع الاستخدام في حالات الطوارئ وسياقات التنمية. وهو مصطلح شامل يتضمّن إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية والمشورة متعلقة بالتغذية التكميلية والتغذية الاصطناعية، إذا لزم الأمر. وإنّ مصطلح إسداء المشورة الوارد في هذه الوثيقة يعني المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية والمشورة المتعلقة بتغذية الرضّع وصغار الأطفال.

تتضمّن استشارات تغذية الرضّع وصغار الأطفال إسداء المشورة المتعلقة بما يلي، على أقل تقدير:

- ☑ **الرضاعة الطبيعية**
- ☑ **التغذية التكميلية**
- ☑ **التغذية الاصطناعية**

[3] يمكن الاطلاع على المدونة الدولية لمنظمة الصحة العالمية عبر هذا الرابط: https://www.who.int/nutrition/netcode/resolutions/en/

- إسداء المشورة يختلف عن التثقيف أو التوعية الأساسية بالرضاعة الطبيعية أو عن مشاركة الرسائل الرئيسية أو العامة. ويكمن الاختلاف الرئيسي في التفاعلات القائمة على الإصغاء والتعلم وبناء المهارات أثناء جلسات إسداء المشورة والتي تهدف إلى دعم المرأة في اتّخاذ قراراتها[xxii]

- يتم إسداء المشورة وجهاً لوجه أو عن بُعد، خاصةً أثناء حالات الطوارئ. ويمكن إسداء المشورة بشكل فردي أو جماعي، مثلاً ضمن فريق لدعم النظيرات (راجع 4.3 طريقة إسداء المشورة في حالات الطوارئ). وإنّ تصنيف النشاط الجماعي باعتباره **إسداء مشورة جماعية** يتوقف على أسلوب التيسير (الاستماع والتعلم) وكذلك تفاعل المشاركين وانخراطهم. وأي محاضرات أو جلسات تنظّم على شاكلة صف دراسي يجب أن يُشار إليها باعتبارها **تثقيف في مجال الرضاعة الطبيعية** وليس باعتبارها مشورة جماعية

دراسة الحالة 1 إسداء المشورة لأم مرضعة أثناء الاستجابة لحالة طوارئ

أثناء أزمة اللاجئين إلى أوروبا، قدِمت أم من جمهورية الكونغو الديمقراطية تتحدث لغة اللينغالا وطفلها الرضيع ذو الأشهر الأربعة إلى مأوى للاجئين تعمل فيه منظمة CHEERing في أثينا. كانت هذه الأم مشرّدة ولم تتابع مع عامل صحي منذ أن وضعت مولودها. وكان الطفل مريضاً بالقيء والإسهال والخمول. وذكرت الأم أنها كانت تُرضع طفلها تركيبة حليب الرضّع وأنّها لم تغذّيه بالرضاعة طبيعية، ولم تستوعب التعليمات الخاصة بهذا الحليب (تبرّع من إسبانيا) وكانت تبحث عن الدعم. وكانت تحمل معها زجاجة رضاعة غير معقّمة تحتوي على الماء. ناقشت المستشارة النظيرة بمنظمة CHEERing والتي كانت تتحدث اللينغالا أيضاً أمرَ الرضاعة الطبيعية مع الأم. وعندما عادت إلى الأم بعد أن تركتها لفترة وجيزة، كانت الأم تقوم بالرضاعة الطبيعية. أشارت الأم إلى أنّها كانت تظنّ أنّ الحليب الذي يفرزه ثديها سيء وغير كفيل بتغذية الطفل، بسبب سوء نظامها الغذائي وظروفها المعيشية الصعبة. فعمدت المستشارة إلى تقييم حالة الرضاعة الطبيعية، بما في ذلك وتيرتها. وطمأنت الأم إلى أنّها تستطيع إرضاع طفلها رضاعة طبيعية، وأن الحليب الموجود في ثديها هو الخيار الأكثر أماناً وصحة لطفلها. وأوضحت لها أنّ إعطاء الطفل سائر منتجات الحليب سيجعله أكثر عرضة للإصابة بالعدوى والإسهال، أما الرضاعة الطبيعية فستحميه. وخلال الأسبوع التالي، كثّفت معها المستشارة جوانب التعلم والتثقيف وقدمت لها الدعم بشكل يومي، ما ساعدها في زيادة وتيرة الرضاعة الطبيعية بشكل تدريجي مع تقليل عدد الرضعات الاصطناعية. كما عرّفت الأم بطرق أكثر أماناً لتحضير تركيبة حليب الرضّع وزوّدتها بلوازم النظافة الصحية. وفي غضون شهر واحد، كانت الأم تعتمد على الرضاعة الطبيعية الخالصة لتغذية طفلها. وفي عمر الستة أشهر، استمرّت في الرضاعة الطبيعية مع البدء بالأطعمة التكميلية. تحسّنت صحة الطفل خلال أيام. تحسّن وزنه بالنسبة لعمره مع مرور الوقت، ما يشير إلى أنّ الطفل كان يعاني من سوء التغذية عند قدومه. وإنّ اتّباع نهج مستنير يراعي الجوانب الثقافية ويعتمد بشدّة على مستشارة نظيرة مدرَّبة، قد أدّى إلى نجاح الوصول إلى الرضاعة الطبيعية الخالصة وتحسّن الحالة الصحية للأم والرضيع.

المصدر: منظمة CHEERing، اليونان. نقاش عبر البريد الإلكتروني (2020)

3.2 أبرز الفرص السانحة لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ

إنّ اختيار الهياكل والخدمات (الفرص السانحة) التي يمكن من خلالها الوصول إلى السكان المتضررين من جرّاء حالة الطوارئ وإسداء المشورة لهم يعتمد إلى حدٍّ ما على المكان الذي تم فيه إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية قبل الأزمة، وعلى مدى تأثّر تلك الخدمات بحالة الطوارئ، وعلى المجموعات (المجموعات القطاعية) والخدمات الخاصة بها، إن وجدت، التي تم تفعيلها استجابةً لاحتياجات السكان المتضررين من جرّاء حالة الطوارئ.

يُفضَّل قدر الإمكان أن تُدمج خدمات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية داخل الخدمات والهياكل المقررة أو الموجودة بالفعل بدلاً من تقديمها على شكل برنامج قائم بذاته أو برنامج عمودي. وتشتمل المزايا المحتملة **لـنهج متكامل**[٤] من هذا القبيل على مزيد من الفعالية والكفاءة وعلى استخدام الموارد بمزيد من الفعالية من حيث التكلفة[xxiii, xxiv]. من خلال دمج الخدمات في حزمة واحدة وفي مكان واحد، يتمكّن الأطفال ومقدّمات الرعاية من الحصول على الخدمات التي يحتاجون إليها بطريقة تحفف العبء على مقدّمات الرعاية وتساهم في بناء الثقة. ويمكن أن يشتمل ذلك على تعيين مستشارة مخصّصة في مجال الرضاعة الطبيعية في أحد الهياكل أو الخدمات، أو تأهيل مقدّمات الخدمات ليتمكّنّ من إسداء المشورة بأنفسهنّ (راجع 5 قدرات إسداء المشورة في حالات الطوارئ).

[٤] الجمع المدروس بين واحد أو أكثر من التدخلات القطاعية لتحقيق تحسّن في نتائج العمل الإنساني. حيث يتم تصميم الخدمات وتخطيطها وتنفيذها بشكل مشترك عن طريق أفرقة من جميع القطاعات المعنية

وفيما يلي الخطوات الرئيسية الواجب اتّخاذها من جانب الحكومات وقطاع التغذية والوكالات المعنية أثناء التخطيط للخدمات:

1. **تحديد ومسح الخدمات والهياكل القائمة بالفعل لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية**[5]. تكون عادةً جزءاً من النظام الصحي وقد تشتمل أيضاً على خدمات مجتمعية مثل مجموعات محلية لدعم الرضاعة الطبيعية.
2. **النظر في الخدمات والهياكل القائمة بالفعل لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية وتحديد مدى إمكانية إعادة إنشائها أو النهوض بها:** يجب أن تكون خدمات الاستجابة لحالات الطوارئ معتمدة لأقصى حد ممكن على أنظمة وخدمات قائمة بالفعل لدعم الرضاعة الطبيعية ويجب أن تدعم التعافي في الأجل البعيد. (راجع 5 قدرات إسداء المشورة في حالات الطوارئ للاطلاع على إرشادات حول كيفية التعرف على مستوى القدرات الحالية وكيفية تعزيزها)

3. **ضمان أن يكون إسداء المشورة جزءاً من حزمة الأحد الأدنى لخدمات الصحة والتغذية في حالات الطوارئ**. سيتطلب ذلك العمل على آليات لتنسيق خدمات الصحة والتغذية في حالة تفعيلها.
   أ. الاهتمام كأولوية بتأمين قدرات كافية لإسداء المشورة وتخطيط الخدمات بين المسؤولات عن تقديم الرعاية في حزمة الخدمات المبدئية الدنيا[6]
   ب. تحديد ما إذا كان الرضّع الذين تقل أعمارهم عن ستة أشهر يعانون من تعثر النمو (النحافة، والهزال، والتقزم)، إضافةً إلى تعزيز الدعم المقدم من أخصائيات ماهرات في مجال الرضاعة الطبيعية في إطار خدمات معنية بإدارة حالات هؤلاء الرضّع، وتعزيز نهج المسار المتكامل للرعاية من أجل دعم هؤلاء الرضّع الأكثر عرضة للخطر وأمهاتهم (راجع **المربع 2**)
   ج. تحديد سائر الخدمات المقررة والجارية في مجال الصحة والتغذية والتي تشكل جزءاً من الاستجابة لحالة الطوارئ: قد تختلف هذه الخدمات عن الخدمات الروتينية في مجال الصحة والتغذية والتي كانت تُقدّم قبل الأزمة، مثل علاج سوء التغذية الحاد أو خدمات مكافحة تفشي الأمراض السارية.

المربع 2 مسار الرعاية الخاص بإدارة حالات الرضّع الصغار دون سنّ ستة أشهر المعرّضين لخطر تغذوي وأمّهاتهم

مسار الرعاية الخاص بإدارة حالات الرضّع الصغار دون سنّ ستة أشهر المعرّضين لخطر تغذوي وأمّهاتهم هو نهج متكامل لمسار الرعاية فيما يتعلق بإدارة حالات الرضّع الصغار دون سنّ ستة أشهر المعرّضين لخطر تغذوي وأمّهاتهم. وهو يتسق مع المبادئ التوجيهية للتدبير العلاجي المتكامل لاعتلالات الطفولة ويدعم تنفيذها. ويشمل الفحص والتقييم باستخدام مراكز الاتصال الموجودة في النظام الصحي، وتعزيز الخدمات القائمة في مجال الصحة والتغذية لإدارة حالات الأم والرضيع في المرافق المخصّصة للمرضى الخارجيين والداخليين، وتوجيههم إلى الخدمات ذات الصلة من خلال مسارات الإحالة، والرصد الفعال لنمو الرضّع الصغار المعرّضين لخطر تغذوي، وتقييم ودعم تغذية وصحة الأمهات بما في ذلك الرفاه النفسي. وتشتمل **حزمة مسار الرعاية الخاصة بإدارة حالات الرضّع الصغار دون سنّ ستة أشهر المعرّضين لخطر تغذوي وأمّهاتهم** (كانت تُعرف سابقاً بـ: أداة الإدارة المجتمعية لحالات الرضّع الصغار دون سنّ ستة أشهر المعرّضين لخطر تغذوي وأمّهاتهم) على إطار العمل وأدلّة المستخدم وأدوات التقييم والإدارة، ودليل التكييف، ومواد الدعم. ويخضع تطويرها وتحديثها لإدارة شبكة التغذية في حالات الطوارئ باعتبارها الجهة المنسّقة لإدارة حالات الرضّع الصغار دون سنّ ستة أشهر المعرّضين لخطر تغذوي وأمّهاتهم في الشبكة العالمية.

ولمزيد من المعلومات، يمكن زيارة هذا الرابط: https://www.ennonline.net/ourwork/research/mami

تشمل الفرص السانحة المحتملة لإسداء المشورة[7] ضمن **خدمات الصحة والتغذية** خدمات **الصحة الإنجابية** بما فيها الرعاية الأساسية للوليد، والعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، والوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل، وخدمات تنظيم الأسرة[xxv]، والرعاية السابقة للولادة[xxvi] ورعاية ما بعد الولادة، إضافة إلى **صحة الطفل** بما يشمل خدمات طب الأطفال الخاصة بعلاج الرضّع المصابين بالهزال، وخدمات التحصين، وعيادات رعاية الأطفال، والتدبير العلاجي المجتمعي المتكامل[xxvii]، والتدبير العلاجي المتكامل لاعتلالات الطفولة ورصد النمو **وخدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي، وتدخلات مواجهة تفشي الأمراض السارية** بما في ذلك الرعاية السريرية وإدارة الحالات والرعاية التغذوية ودعم تغذية الرضّع **والصحة المجتمعية، وتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ وعلاج حالات الهزال** بما فيها خدمات معالجة سوء التغذية الشديد على مستوى المجتمع المحلي وإدارة حالات الرضّع الصغار دون سنّ ستة أشهر المعرّضين لخطر تغذوي وأمهاتهم.

[5] الأداة: منظمة أنقذوا الأطفال، واليونيسف، ومجموعة التغذية العالمية (2020). مجموعة أدوات تحديد قدرات تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ وتقييمها في منطقة شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي. https://www.nutritioncluster.net/resources/infant-and-young-child-feeding-emergencies-iycf-e-capacity-mapping-and-assessment-toolkit

[6] حزمة الخدمات المبدئية الدنيا عبارة عن مجموعة ذات أولوية تضمّ أنشطة منقذة للحياة ويتم تنفيذها في بداية وقوع كل حالة طوارئ (خلال 48 ساعة، حيثما أمكن ذلك). وللوقاية من الاعتلال والوفيات، تتضمن الخدمات الأساسية لجميع المواليد (الرعاية الأساسية للوليد) دعمَ مالتلامس الجلدي والرضاعة الطبيعية الفورية والخالصة وعدم التخلص من اللبأ.

[7] لاحظ أنّ هذه هي فرص سانحة **محتملة** يجب مراعاتها لإسداء المشورة، وليس من الضروري إسداء المشورة في كل خدمة بالنسبة لكل استجابة. ومع ذلك، في حالة توفّر هذه الخدمات، يجب على الأقل تزويدها بالقدرات التي تمكّنها من تحديد الاحتياجات لإسداء المشورة وإجراء الإحالات اللازمة.

4. **دمج إسداء المشورة في سائر القطاعات والخدمات الإنسانية من أجل زيادة فرص الوصول والتغطية:** النظر في مجالات الخدمات التي تعمل بشكل وثيق مع النساء والفتيات الحوامل والأمهات وسائر مقدِّمات الرعاية للرضّع وصغار الأطفال، وإحاطتها بالمشاكل التي تتم مواجهتها في حالات الطوارئ. وعلى الرغم من أنّ حماية الرضاعة الطبيعية ودعمها تقع على عاتق جميع الجهات المعنية بالاستجابة للطوارئ في القطاعات كافة، فإنّ خدمات الطوارئ التي تعمل على نطاق واسع و/أو التي لديها اتّصال متكرر ولكن قصير مع الفئة السكانية المتضرّرة من حالة الطوارئ (مثل تقديم المساعدة الغذائية، وتوفير الأماكن الملائمة للأطفال، وحملات التطعيم، وأنشطة تعزيز النظافة الصحية، وخدمات الاستقبال والتسجيل) من المرجّح أن تكون بوضعية أفضل تسمح لها بتحديد الاحتياجات المتعلقة بإسداء المشورة وإجراء الإحالات بدلاً من إسداء المشورة فقط (راجع **دراسة الحالة 7**). ويمكن أيضاً أن تكون **المجموعات المجتمعية/النسائية الموجودة مسبقاً** بمثابة فرص سانحة فعّالة لإسداء المشورة (راجع **دراسة الحالة 5**)

في ما يلي ما تشمله الفرص السانحة الممكنة حسب كل القطاع: الحماية (**الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي، والخدمات الخاصة بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي** بما في ذلك الأماكن الآمنة للنساء والفتيات، **وحماية الطفل** بما يشمل إدارة الحالات) والتثقيف (**تثقيف الأمهات المراهقات** حول **النماء في مرحلة الطفولة المبكرة**).

دراسة الحالة 2 إسداء المشورة في إطار البرامج المخصّصة لإدارة حالات الرضّع الصغار دون سنّ ستة أشهر المعرّضين لخطر تغذوي وأمّهاتهم

يستضيف مخيم غامبيلا للاجئين، المفتوح منذ عام 2014، ما يصل إلى 330,000 لاجئ من جنوب السودان في وقت واحد. توفر منظمة GOAL خدمات إدارة حالات الرضّع الصغار دون سنّ ستة أشهر المعرّضين لخطر تغذوي وأمّهاتهم في مخيَّمين من المخيمات السبعة (كولي وتيركيدي) كجزء من حزمة تدخلات تغذوية وقائية وعلاجية يجري تنفيذها على نطاق أوسع. وتقوم العاملات في مجال الصحة المجتمعية بتحديد الأمّهات والرضّع المعرّضين للخطر من خلال إجراء عملية الفحص في المجتمع، وتقييم عوامل الخطر المتعلقة بمقاييس الجسم البشري والمخاطر السريرية والمخاطر المرتبطة بالتغذية والأم. وفي إطار تكييف الخدمات لمواجهة جائحة كوفيد- 19، تم أيضاً تدريب 1,500 أسرة لديها رضّع دون عمر الستة أشهر على قياس محيط العضد. وبعد الإحالة إلى المرفق الصحي يتم إجراء تقييم مفصّل (بما يشمل الرضاعة الطبيعية) لتحديد التصنيف والقبول اللاحق بناءً على حالة الخطر التي تتعرّض لها الأم والرضيع. وتتم إحالة الأمّهات والرضّع المعرّضين لخطر شديد إلى رعاية المرضى الداخليين، أما الأمّهات والرضّع المعرّضين لخطر متوسط فتتم إحالتهما إلى رعاية المرضى الخارجيين لإدارة حالات الرضّع الصغار دون سنّ ستة أشهر المعرّضين لخطر تغذوي وأمّهاتهم. وتشمل رعاية المرضى الداخليين والخارجيين خدمات إسداء المشورة والدعم والرصد بشكل مخصص أسبوعياً أو يومياً، إذا لزم الأمر. ويتم تقديم تلك الخدمات عن طريق مستشارات وممرضات في مجال تغذية الرضّع وصغار الأطفال مدرَّبات على إدارة حالات الرضّع الصغار دون سنّ ستة أشهر المعرّضين لخطر تغذوي وأمّهاتهم في الأماكن المخصّصة لتغذية الرضّع وصغار الأطفال داخل المرافق الصحية. وتقدم المستشارات دعماً موجَّهاً على المستوى الفردي باستخدام أدوات إسداء المشورة لإدارة حالات الرضّع الصغار دون سنّ ستة أشهر المعرّضين لخطر تغذوي وأمّهاتهم، بما في ذلك تقديم كتيبات دعم ومقاطع فيديو من إنتاج Global Health Media (راجع الموارد الرئيسية)، مترجمة إلى لغة النوير. وتشمل الرعاية المقدَّمة أيضاً دعم الصحة النفسية للأم. تم تصميم الخدمة باتّباع معايير "الدخول" و"الخروج"، لكن المعروف أنّ الأنسب هو الانتقال إلى نهج "القبول" مع تقليل زيارات المتابعة الشهرية عندما يزول الخطر المحدق بالأم والرضيع. ولا يتم خروج الأم والرضيع إلا بعد بلوغ الرضيع عمر الستة أشهر. وفي الفترة ما بين أيار (مايو) 2019 وتشرين الأول (أكتوبر) 2020، تم توفير التدبير العلاجي لعدد 267 حالة من الأمّهات والرضّع في إطار برنامج إدارة حالات الرضّع الصغار دون سنّ ستة أشهر المعرّضين لخطر تغذوي وأمّهاتهم، الذي تنفذه منظمة GOAL في إثيوبيا.

المصدر: منظمة GOAL، إثيوبيا. مراسلات عبر البريد الإلكتروني (2020)؛ لمزيد من الاطلاع، يمكن زيارة: www.ennonline.net/fex/62/goalexperiencesofmanagement

دراسة الحالة 3 إسداء المشورة في إطار البرامج المخصّصة للنماء في مرحلة الطفولة المبكرة

تنفذ منظمة الرؤية العالمية نموذج Go Baby Go الذي يهدف إلى تكوين المعارف والمهارات والتقنيات التي تعزّز القدرة على الصمود من أجل تحسين ممارسات تنشئة الأطفال على مستوى الأسرة. وباتّباع نهج متكامل، يتم تعزيز الوعي لدى مقدِّمات الرعاية بمدى الترابط بين الصحة والتغذية والحماية والنماء. وفي عام 2017، بدأت منظمة الرؤية العالمية في تنفيذ برنامج يتعلق بإسداء المشورة المتكاملة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية والنماء في مرحلة الطفولة المبكرة في الضفة الغربية. وبعد انضمام النساء الحوامل في بداية دورة المشروع، تقوم العاملات في مجال الصحة المجتمعية بزيارة كل أسرة مرة واحدة شهرياً على الأقل لإسداء المشورة المتعلقة بالتغذية والنماء في مرحلة الطفولة المبكرة والدعم النفسي الاجتماعي. ويمثل إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية جزءاً من كل زيارة منزلية، ويزداد عدد الزيارات حسب الحاجة. وتشارك مقدِّمات الرعاية أيضاً في جلسات جماعية تفاعلية في مراكز الرعاية الصحية الأولية. وبالتالي، تستفيد كل أسرة من نشاطَين إلى ثلاثة أنشطة كل شهر. وفي إحدى التجارب المعشّاة المضبوطة بالشواهد (RCT) لتقييم أثر التكامل بين إسداء المشورة المتعلقة بتغذية الرضّع وصغار الأطفال و"إطار الرعاية في مرحلة التنشئة" المرتبط بالنماء في مرحلة الطفولة المبكرة، تبيّن أنّ الرضاعة الطبيعية الخالصة زادت بنسبة 30 بالمائة لدى الفئة المستهدفة بالتدخل.

المصدر: منظمة الرؤية العالمية، الضفة الغربية، فلسطين. مقابلات مع مبلّغين رئيسيين (2020)

4. إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية أثناء حالات الطوارئ

ترد بإيجاز الخصائص الأساسية لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في غير حالات الطوارئ وسُبُل التكييف والتوفيق الممكنة أثناء حالات الطوارئ ملخصة بإيجاز في الجدول 1 أدناه ومعروضة بمزيد من التفصيل في هذه الوثيقة.

الجدول 1: التوصيات الرئيسية لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ وفي غير حالات الطوارئ

المستفيدات	التوقيت	الوتيرة	الطريقة	مقدِّمة الخدمة	الصفات
التوصيات الرئيسية لإسداء المشورة للنساء من أجل تحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية[8]					
جميع النساء الحوامل والأمهات اللواتي لديهنّ رضّع وأطفال صغار	فترة الحمل بعد الولادة مباشرةً وحتى يومين إلى ثلاثة أيام بعد الولادة ما يصل إلى 28 يوماً بعد الولادة (فترة حديثي الولادة) الأشهر الثلاثة إلى الأربعة الأولى من العمر في عمر الستة أشهر (بدء التغذية التكميلية) بعد عمر الستة أشهر (أواخر سن الرضاعة والطفولة المبكرة) أي عمر، حسب الحاجة	ست جلسات لإسداء المشورة على الأقل وجلسات إضافية حسب الحاجة	إسداء المشورة بشكل حضوري يُفضَّل إسداء المشورة بشكل فردي المشورة الجماعية مفيدة كعنصر مكمّل للمشورة الفردية إسداء المشورة عن بُعد قد تكون عنصراً مكمّلاً للمشورة الفرديةووجهاً لوجه لكنها لا تُغني عنها	المهنيات العاملات في مجال الرعاية الصحية • الطبيبات • الممرضات • القابلات • مستشارات الرضاعة المساعدات المهنيات • المستشارات النظيرات • العاملات في مجال الصحة المجتمعية	تركّز على الأفراد المعنيّين • مراعية للاعتبارات الحساسة • ملائمة ثقافياً • تصمّم حسب الصدمة التي تلقتها المرأة • تشاركية • استباقية متمحورة حول الجودة • تُقدَّم في الوقت المناسب • تتّسم بالكفاءة والفعالية • تُقدَّم بشكل منصف
سُبُل تكييف التوصيات الرئيسية لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ					
إعطاء الأولوية للفئات التي تتطلب مساعدة فورية (الفئة ذات الأولوية 1، مثل الأمهات اللواتي يواجهنّ صعوبات في الرضاعة الطبيعية، وجميع المواليد، والرضّع المعتمدين على بدائل حليب الأم، والرضّع المرضى أو الخدّج) والأمهات المعرّضات لتزايد مخاطر الإصابة بمشاكل في الرضاعة الطبيعية (الفئة ذات الأولوية 2، مثل المراهقات، والأمهات لأول مرة، والنساء الحوامل اللواتي يتعرّضن لعوامل الخطر)	تُعطى الأولوية لإسداء المشورة في الوقت المناسب للفئات التي تتطلب مساعدة فورية وللفئات المعرّضة لخطر شديد (من أي عمر، حسب الحاجة) بالنسبة لجميع النساء الحوامل والمرضعات الأخريات، يتم إسداء المشورة في نفس التوقيت كما هو الحال في غير حالات الطوارئ مع إعطاء الأولوية للفترة المحيطة بالولادة (قبل وبعد)	تُعطى الأولوية لإسداء المشورة للفئات التي تتطلب مساعدة فورية والفئات المعرضة لخطر شديد كلما دعت الحاجة وبقدر ما تسمح به حالة الطوارئ بالنسبة لجميع النساء الحوامل والمرضعات الأخريات، يتم إسداء المشورة في نفس التوقيت كما هو الحال في غير حالات الطوارئ، قدر الإمكان يجب الاستمرار في البرامج وإسداء المشورة قدر المستطاع، عندما يتعذّر تنفيذ الجلسات الست لإسداء المشورة	قد تكون خدمات إسداء المشورة الجماعية ملائمة لتلبية الاحتياجات الماسة، ولكن يجب أن تظل خدمات إسداء المشورة الفردية متاحة أيضاً إسداء المشورة عن بُعد قد يُغني عن إسداء المشورة وجهاً لوجه، كلياً أو جزئياً	مثل مقدِّمات الخدمات العاديات قد تكون هناك حاجة لقدرات احتياطية ومستشارات مخصَّصات يجب أن تتمتّع مقدِّمات الخدمات بكفاءات إضافية لإسداء المشورة (راجع **الفصل الخامس – الجدول 6**)	نفس الصفات المذكورة أعلاه تتضمن المشورة الاستباقية أيضاً توقُّع تحديات الرضاعة الطبيعية فيما يتعلق بحالة الطوارئ

[8] إرشادات إضافية: منظمة الصحة العالمية واليونيسف (2021). إرشادات التنفيذ الخاصة بإسداء المشورة لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية.

4.1 المستفيدات من خدمات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ

التوصية الأولى من منظمة الصحة العالمية

يجب إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية لجميع النساء الحوامل والأمهات اللواتي ليدهنّ أطفال صغار.

الاعتبارات الرئيسية

تستهدف تدخلات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية أثناء حالات الطوارئ الوصولَ إلى الفئات السكانية الرئيسية التالية: **الفتيات والنساء الحوامل، والأمهات وسائر مقدِّمات الرعاية[9] للرضّع (مِن صفر إلى 11 شهراً) وصغار الأطفال (مِن 12 إلى 23 شهراً).**

من المفيد أيضاً أن تشمل خدمات إسداء المشورة مشاركة الآباء/أولياء الأمور[10,11]، والجدات[12] والحموات[xxviii] أو غيرهنّ من أفراد الأسرة، ومن المفيد أيضاً أن يتم الوصول إلى هؤلاء الأشخاص من خلال أنشطة أخرى ذات صلة، وذلك حسب كلّ سياق ثقافي واعتماداً على مَن هم صنّاع القرارات والمؤثرين فيما يتعلق بسلوكيات تغذية الرضّع والتماس الرعاية. وإنّ إطلاع أفراد الأسرة على **المشورة ما قبل الولادة** (راجع 4.2 – التوقيت والوتيرة لإسداء المشورة في حالات الطوارئ) يساعدُ في الوقوف على طُرُق محددة لمساعدة الأم بعد الولادة بطريقة داعمة للرضاعة الطبيعية. وقد يكون من الأنسب إشراك أفراد الأسرة عندما يكون عدد الجلسات الممكنة لإسداء المشورة محدوداً، إذ أنّهم قد يساعدون في تذكّر المعلومات وتوفير الدعم المستمرّ مثلاً في حالات العبور والإجلاء.

دراسة الحالة 4 إسداء المشورة للرجال

أثناء الاستجابة لأزمة الروهينغيا، ركّزت المشاورات مع قادة المجتمع والزعماء الدينيين واللقاءات المجتمعية التي أجرتها منظمة أنقذوا الأطفال على الدور المؤثر للآباء في ممارسات الرضاعة الطبيعية داخل مجتمع الروهينغيا. ونتيجة لذلك، اضطلعت منظمة أنقذوا الأطفال بتوظيف مستشارين وتدريبهم من خلال اجتماعات عُقدت في الساحات لإسداء المشورة للرجال/الآباء بشأن تغذية الأمهات والرضّع وصغار الأطفال، بما في ذلك الرضاعة الطبيعية. ويتسم هذا النهج الشامل بأهمية خاصة في البيئات التي ترتفع فيها معدلات العنف العائلي نظراً لما له من أثر معروف على ممارسات الرضاعة الطبيعية والرعاية.

المصدر: منظمة أنقذوا الأطفال، بنغلاديش. مقابلات مع مبلغين رئيسيين (2020)

التحديات والحلول

قد تكون هناك حواجز مختلفة تمنع وصولَ النساء الحوامل والأمهات وسائر مقدِّمات الرعاية لإسداء المشورة أثناء حالات الطوارئ. ويمكن التغلّب على العديد من هذه التحديات من خلال اتّخاذ الإجراءات الملائمة للتأهب على النحو الموضح في إرشادات التنفيذ الخاصة بإسداء المشورة لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية. وترد الحلول الممكنة التي يجب التفكير فيها أثناء الاستجابة لحالات الطوارئ في الجدول 2.

[9] ملاحظة: توخياً للإيجاز، سيتم استخدام مصطلح **مقدِّمة الرعاية** (وليس الأمهات وسائر مقدِّمات الرعاية) من الآن فصاعداً، حسب الاقتضاء، مع الإقرار بأن الأطفال الذين يتغذون على الرضاعة الطبيعية أو يتلقون الرعاية من امرأة ليست أمهم البيولوجية/التي ولدتهم قد يصبحون أكثر عرضة للمخاطر، ولذلك يجب التمييز بين تلك الحالات في البرامج. يشير مصطلح **مقدِّمة الرعاية** إلى مقدِّمة الرعاية الأولية للطفل، ويشمل الأمهات، والأمهات بالتبني/الحاضنات، ومقدِّمات الرعاية العاملات في مؤسسات مثل دور الأيتام ومقدِّمات الرعاية المؤقتة (على سبيل المثال، في دور الحضانة في مراكز علاج الإيبولا) ونحو ذلك. وقد يشمل أيضاً الآباء وسائر أفراد الأسرة الذين يعتبرون مقدمي الرعاية الأوّلية للطفل.

[10] أفاد أزاد وآخرون (2019) أنه خلال أزمة لاجئي الروهينغيا، ذكرت 91.97% من النساء اللواتي تبنّين أطفالاً وُلدوا نتيجة للاغتصاب أنه يتعيّن عليهنّ الحصول على إذن من أزواجهنّ أو سائر أفراد الأسرة لممارسة الرضاعة الطبيعية.

[11] ذكر إيمرسون وآخرون (2017) أنّ الأزواج يمثلون مصدر ضيق كبيراً بالنسبة للنساء اللواتي يعشنّ في جمهورية الكونغو الديمقراطية، مشيراً إلى أنّ إشراك الآباء من خلال تدخلات التنشئة المسؤولة قد تحدّ من الضيق النفسي، وتُحدث أثراً إيجابياً على صحة الأطفال.

[12] أشار دي يونغ وآخرون (2018) إلى التأثيرات الأسرية القوية على خيارات التغذية في نيبال بعد كارثة الزلزال، ما يشير إلى أنّ التدخلات بعد الكوارث يجب أن تشمل الجدات وغيرهنّ من أفراد الأسرة الممتدة.

الجدول 2: استراتيجيات للتغلّب على التحديات الشائعة التي تتم مواجهتها أثناء إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ، بما في ذلك الحواجز التي تحول دون الوصول إلى مقدِّمات الرعاية للحصول على المشورة

الإمداد بالخدمات (توافر الموارد البشرية الماهرة، والموارد المالية، والقدرات التنظيمية)	
الحواجز المحتملة	**الحلول الممكنة**
1. نقص الموارد المالية – عدم وجود ما يكفي من التخطيط أو التمويل من جانب الحكومات الوطنية والجهات المانحة والوكالات – عدم إعطاء الأولوية لتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ من جانب الوكالات التي تطلب الحصول على تمويل	• **الحرص على أن يكون إسداء المشورة جزءاً من حزمة الحد الأدنى من خدمات الصحة والتغذية في حالات الطوارئ (خطط التأهب، وخطط الاستجابة الإنسانية)** (راجع 3.2 – الفرص السانحة لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية). • **التأكّد من اضطلاع هيئة التنسيق الرئيسية المعنية بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ بمسؤولياتها فيما يتعلق بالتمويل**[13] (مثلاً إدراج هذه المسائل في تقييمات الاحتياجات واستراتيجيات الدعوة وطلبات التمويل والصناديق القُطرية المشتركة (CERF) والصندوق المركزي للإغاثة في حالات الطوارئ (CERF)). • **الحرص على إدراج خدمات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية مع تحديد تكلفتها بالشكل المناسب** في خطط واستراتيجيات التأهب والاستجابة ومقترحات التمويل[14]. • **شرح خدمات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية وجدواها بوضوح وبساطة.** إبلاغ الجهات المانحة والحكومات وما إلى ذلك باحتياجات النساء الحوامل والأمهات المرضعات. ومشاركة قاعدة الأدلة القائمة بشأن الأثر الناجم عن إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية على ممارسات الرضاعة الطبيعية، والعواقب الناتجة عن إهمال الرضاعة الطبيعية أثناء حالات الطوارئ. • **دعوة الجهات المانحة إلى تبنّي آليات تمويل مرنة يمكن من خلالها الاستجابة للاحتياجات المختلفة والمتغيّرة**[xxix].
2. فجوات في القدرات التنظيمية – نقص/توقف البرامج الموجودة مسبقاً لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية – نقص القدرات اللازمة للانتقال من برامج إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في غير حالات الطوارئ إلى حالات الطوارئ (عدم اتّخاذ إجراءات كافية للتأهب) – عدم تحديد المسؤوليات المؤسسية بشكل واضح، وعدم وجود سياسات تنظيمية – عدم وجود شركاء ذوي كفاءة لتنفيذ البرامج[xxx] – خدمات ذات نوعية رديئة و خدمات غير ملائمة بما في ذلك ضعف التواصل، والافتقار إلى الخدمات التي تراعي الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي أو عدم تقديم الرعاية للأمهات حسب الصدمات التي تعرّضنَ لها، وإسداء المشورة غير الملائمة من الناحية الثقافية/اللغوية/الافتقار إلى الخصوصية في خدمات إسداء المشورة/ عدم وجود خدمات شاملة – سوء التنسيق	• **توعية صنّاع القرارات والمعنيين بالتخطيط** بأهمية تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ/إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ. • **تعزيز القدرات التنظيمية اللازمة لتقديم خدمات إسداء المشورة الملائمة والفعالة** (راجع 5 – قدرات إسداء المشورة في حالات الطوارئ). • **التأكد من وجود وتنفيذ سياسات وإرشادات تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ/الرضاعة الطبيعية بما يتوافق مع الإرشادات العملية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.** وضع بيان مشترك يتناول خدمات إسداء المشورة ويوقّع عليه أصحاب المصلحة المعنيون، بالإضافة إلى التطرق إلى تجنُّب التبرعات ببدائل حليب الأم. يجب أن يكون لدى الوكالات سياسة مكتوبة ويتم إرسالها إلى جميع الموظفين، في حين يمكن للمموّلين دمج السياسات في اتفاقيات الشركاء. • **ضمان توافر القدرات الكافية لتنسيق تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ**[15,16]، (مثلاً تقييم قدرات التنسيق لدى الحكومة ودعمها إذا لزم الأمر، وتحديد/توضيح الأدوار ومسؤوليات التنسيق، ووضع آليات تنسيق ذات موارد كافية، مثل الفريق العامل التقني المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، لتنفيذ برامج نوعية وحساسة، وتبادل المعلومات عن النساء الحوامل والمرضعات وأطفالهنّ في الوقت المناسب).

يُتبع...

[13] إرشادات إضافية: الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (2017). إرشادات عملية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، القسم 3.

[14] إرشادات إضافية: اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية (2021). إرشادات التنفيذ الخاصة بإسداء المشورة لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية.

[15] إرشادات إضافية: الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (2017). إرشادات عملية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، القسم 3.

[16] إرشادات إضافية: المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومنظمة أنقذوا الأطفال (2018). إطار العمل متعدد القطاعات بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال.

الحواجز المحتملة	الحلول الممكنة
3. توافر الموارد البشرية والدوافع والقدرات الفردية – عدم توفر موارد بشرية مدرَّبة[xxxi, xxxii, xxiii] (عدم وجود قدرات لإسداء المشورة قبل حالة الطوارئ، أو تأثّر المستشارات أنفسهنّ بحالة الطوارئ، أو قلة عدد النساء ضمن طاقم الموظفين[xxxiv]، أو نقص عدد الموظفين ذوي المهارات اللغوية أو المعرفة الثقافية اللازمة أو الذين يحظون بقبول الفئة السكانية المتضررة من حالة الطوارئ، أو ارتفاع معدل دوران الموظفين) – ضيق وقت العاملات في مجال الصحة (احتياجات شديدة للخدمات العلاجية تتجاوز تقديم الخدمات الوقائية) – دوافع منخفضة لدى المستشارات (عدم اعتبار إسداء المشورة كأولوية من جانب الموظفات المعنيات بهذه المهمة ضمن مجموعة من المهام الأخرى، ومقاومة الأمهات للممارسات الموصى بها[17]، وعدم وجود حوافز لدى المستشارات النظيرات)	• **تحديد الأدوات ومعايير الخدمة** أي الوقت اللازم للموظفات المدرَّبات ذوات المهارات والدوافع اللازمة لتنفيذ أي نشاط وفقاً للمعايير المهنية في الظروف المحلية. وعندما يكون إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية جزءاً محدداً من دور مقدِّمة الخدمة، يتم تخصيص وقت كافٍ لعنصر عبء العمل هذا أثناء تخطيط الخدمات. • **ضمان وجود أعداد كافية من المستشارات**[18] عن طريق (1) توظيف مستشارات مدرَّبات (مثل مستشارات الرضاعة) أو اللواتي يمكن تدريبهنّ لإسداء المشورة (مثل أخصائيات الرعاية الصحية والنظيرات والقابلات التقليديات)، (2) ونشر القدرات الاحتياطية لإسداء المشورة من مناطق أخرى/ أفرقة أخرى معنية بالاستجابة الوطنية أو الاستجابة لحالات الطوارئ (راجع 5 – قدرات إسداء المشورة في حالات الطوارئ). • **بناء قدرات القوى العاملة المتاحة لإسداء المشورة** مع ملاحظة أنّ هذا الإجراء لن يكون فعالاً إلا إذا تم إدماج خدمات إسداء المشورة في أدوارهنّ أثناء تخطيط الخدمات. ويُعدّ التدريب المنتظم عنصراً أساسياً في معالجة مشكلة دوران الموظفين (راجع 5 – قدرات إسداء المشورة في حالات الطوارئ). • **بناء القدرات المجتمعية لتوفير خدمات إسداء المشورة** (مثل تدريب المستشارات النظيرات). وهذا من شأنه أن يزيد القدرة على الصمود ويحدّ من الاعتماد على الموارد والمساعدات الخارجية. • **تغيير المهام** مثلاً، يمكن للمسؤولات عن التوعية حول النظافة الصحية تعليم كيفية الإرضاع بالكوب بدلاً من المستشارات، ويمكن للمستشارات النظيرات إسداء المشورة الأوّلية بحيث يمكن للمستشارات ذوات كفاءات أكثر تقدّماً التركيز على الحالات المعقدة. • **تعيين مستشارات مخصَّصات للرضاعة الطبيعية داخل الخدمات** لإسداء المشورة المتعمقة (راجع 5.1 – مقدّمات خدمات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية). • **إذكاء الوعي** بأهمية/أثر الرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ، ومخاطر إهمالها في حالات الطوارئ لزيادة الدوافع. • **إدراج المؤشرات الموحّدة لإسداء المشورة** في مجموعة المؤشرات المستخدمة لرصد أداء مقدِّمة الخدمة/ المرفق/الشريك المنفّذ. • **التخطيط للحوافز/الأجور الكافية** (إذا كانت مناسبة ومستدامة) وتقديم الدعم والتقدير للمتطوعين المجتمعيين والمستشارات النظيرات. • **إظهار واجب العناية** والدعم للمستشارات للعمل في بيئة عمل آمنة. • **وضع سياسات ملائمة للأسرة/للرضاعة الطبيعية** لتوظيف قوة عاملة من النساء واستبقائهن (راجع **المربع 8** للاطلاع على مزيد من الإرشادات).

الطلب على الخدمات والاستفادة منها

الحواجز المحتملة	الحلول الممكنة
1. ارتفاع عدد الحالات – كثرة الاحتياجات (تدفق السكان بسبب النزوح الجماعي، وزيادة الصعوبات في الرضاعة الطبيعية، أو زيادة معدلات الولادات أو زيادة الاحتياجات بشكل عام، مثلما يكون الحال في أي جائحة)	• **إعطاء الأولوية** لإسداء المشورة للفئات المحتاجة إلى المساعدة الفورية (الأولوية 1) والفئات المعرّضة للخطر (الأولوية 2) (راجع سُبُل التكييف والتوفيق أدناه). • **تجنُّب مشاكل الرضاعة الطبيعية:** – إعطاء الأولوية لإسداء المشورة في فترة الحمل والفترة المحيطة بالولادة (راجع 4.2 – توقيت ووتيرة إسداء المشورة في حالات الطوارئ) – الحرص على التلامس الجلدي مباشرةً بعد الولادة والاستهلال المبكر للرضاعة الطبيعية • **تهيئة بيئة ملائمة للرضاعة الطبيعية**، (مثل اتّخاذ الإجراءات لمنع وصول التبرعات ببدائل حليب الأم والتعامل معها سريعاً، وتيسير الدعم المتعدد القطاعات للنساء الحوامل والمرضعات[19]، وتنفيذ التدخلات الداعمة لممارسات الرضاعة الجيدة) من أجل الحد من عدد النساء اللواتي يواجهنّ صعوبات في الرضاعة الطبيعية تتطلّب إسداء المشورة من أخصائيات ماهرات. • **تأمين الدعم المناسب للرضّع المعتمدين على بدائل حليب الأم** من أجل توفير الحماية والدعم للأطفال الذين يحصلون على رضاعة طبيعية وغيرهم ممن لا يتغذّون عليها. • **تأمين خدمات الرعاية ما بعد الولادة ورصد النمو** (عيادات رعاية الأطفال) بحيث يمكن اكتشاف المشاكل في وقت مبكر قبل الحاجة إلى دعم متخصّص

يُتبع...

[17] استنتج سامي وآخرون (2017) أنّ مقاومة الأمهات لممارسات مثل الرضاعة الطبيعية الخالصة وتعصير حليب الثدي أدّت إلى تثبيط نية العاملات في مجال الصحة في التشجيع على هذه الممارسات.

[18] إرشادات إضافية: معيار التوظيف حسب دليل اسفير 23 قابلة ماهرة (أطباء، وممرضات، وقابلات)/10,000 نسمة. وتجدر الإشارة إلى أنّ هذه تعتبر المعايير **الدنيا** وهي تختلف حسب كل سياق. أمّا إذا شهدت معدلات الاستشارة في مجال الصحة الإنجابية ارتفاعاً على الرغم تلبية الحد الأدنى من المعايير، حينئذٍ يتم النظر في تعديل مستويات التوظيف.

[19] إرشادات إضافية: منظمة أنقذوا الأطفال والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (2017). تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات اللاجئين: إطار عمل متعدد القطاعات.

الحواجز المحتملة	الحلول الممكنة
2. انخفاض الطلب على الخدمات – **عدم المساواة بين الجنسين والمعايير الاجتماعية** (حرمان المرأة من سلطة اتخاذ القرارات لتتمكّن من التوجه إلى الخدمات والحصول عليها، النساء المطالبات بالبقاء في البيت، وما إلى ذلك) – **انخفاض مستوى الوعي بالخدمات** (ضعف التواصل، وضعف التواصل الشامل الذي يمكن لمقدِّمات الرعاية الوصول إليه واستيعابه) – **ضيق الوقت** (تعاني النساء من أعباء عمل متزايدة وأولويات متزاحمة متعددة) – **دوافع الأمهات وأولوياتهنّ** (قد لا ترى مقدِّمات الرعاية أي قيمة أو فائدة من المشورة أو قد يرينَ أنّ المتابعة مهمة، وقد لا تحظى البرامج التي لا توفر مساعدات مادية بأهمية كبيرة بالنسبة للفئات السكانية المعتمدة على المساعدات، وقد تفضّل مقدِّمات الرعاية اللجوء إلى التغذية الاصطناعية، ويرجع ذلك مثلاً إلى التسويق المكثّف لمنتجات بدائل حليب الأم مِن جانب الشركات المصنّعة) – **تراجع في السلوك الذي يكفل التماس الصحة** (تدهور الصحة النفسية للأم ورفاهها، وعدم القبول أو الثقة في الخدمات المتاحة (يرجع ذلك مثلاً إلى نوعية رديئة أو غير ملائمة للخدمات بما في ذلك عوامل الثقافة واللغة وانعدام الخصوصية ونحو ذلك)، أو الخوف من طلب إسداء المشورة وجهاً لوجه أثناء تفشي الأمراض المعدية[20, xxxv]	• **تحليل الحواجز** لمعرفة الأسباب وراء انخفاض الإقبال على الخدمات. • **إذكاء الوعي وتحسين درجة قبول المجتمع لخدمات إسداء المشورة** إشراك المتدخلين في الاستجابة ومقدِّمات الرعاية والمؤثرين وصنّاع القرارات، بما في ذلك قادة المجتمع، وتوعيتهم بقيمة الرضاعة الطبيعية وأهمية خدمات إسداء المشورة وغيرها من الخدمات المتوفرة واستغلال وسائل الإعلام وغيرها من مراكز التواصل. وتطبيق نُهُج تشاركية إزاء تصميم خدمات مناسبة من الناحية الثقافية لإسداء المشورة واستقاء التعقيبات من المجتمع. وتوصيل المعلومات من خلال طرائق متعددة للتواصل (مثل الملصقات ومكبرات الصوت) لضمان قدرة مقدِّمات الرعاية من ذوات الإعاقة على الوصول إلى هذه المعلومات واستيعابها • **زيادة الملاءمة وتخفيف العبء المُلقى على عاتق مقدِّمات الرعاية** إسداء المشورة على مستويات متعددة (مستوى الأسرة والمجتمع والمرفق) ومنصات التنفيذ[xxxvi]. والحرص على تنظيم ساعات الخدمة وأنشطة التوعية والزيارات المنزلية في أوقات مناسبة للأمهات (أي عدم ترتيبها في الأوقات التي تكون فيها الأم مشغولة عادةً برعاية الأطفال أو تحضير الطعام). والتأكد من قيام المستشارات المدرَّبات بزيارات منزلية، وخاصةً لمقدِّمات الرعاية اللواتي قد يواجهنَ صعوبات في الانتقال إلى مواقع إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية (مثل مقدِّمات الرعاية اللواتي يعانين من اكتئاب أو إعاقة، والأمهات اللواتي وضعنَ الأطفال حديثاً). والاتصال بخدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي بشأن تحديد مقدِّمات الرعاية اللواتي يعانين من صعوبات تتعلق بالصحة النفسية وإحالتهنّ إلى خدمات إسداء المشورة، أو تأهيل مقدِّمات خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي من تقديم خدمات إسداء المشورة بأنفسهنّ. • **بناء الثقة في الخدمات الصحية** طلب تعقيبات المجتمع ووضعها في الاعتبار. وتهيئة بيئة يمكن فيها مناقشة ومعالجة الأمراض السارية وأثرها بشكل علني من أجل تبديد المخاوف المتعلقة بهذا الموضوع. • **النظر في إسداء المشورة عن بُعد فيما يتعلق بالرضاعة الطبيعية** إذا كانت هناك مخاوف لدى مقدِّمات الرعاية في الحصول على الخدمات بشكل حضوري كما هو الحال أثناء تفشي الأمراض السارية (راجع 4.3 – طريقة إسداء المشورة في حالات الطوارئ) • **حثّ مقدِّمات الرعاية على إعطاء الأولوية لخدمات إسداء المشورة** توفير دعم شامل يراعي العناصر المختلفة المطلوبة لصحة الأم والرضيع ونمائه ورفاههما وسعادتهما. نقل خدمات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية إلى موقع الخدمات التي تحظى بإقبال كبير من النساء الحوامل والمرضعات، أو دمج جميع هذه الخدمات معاً (راجع 3.2 – أبرز الفرص السانحة لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ). والنظر في دمج خدمات إسداء المشورة مع خدمات تقديم المساعدة المادية[xxxvii] (مثل المعونة الغذائية)، أو المساعدات النقدية، أو تقديم حوافز حيثما أمكن للمساعدة على الالتزام بالسلوكيات الموصى بها (مثل استخدام الصابون ولوازم النظافة الصحية ومنتجات النظافة المتعلقة بالحيض والوجبات الخفيفة المغذّية)[xxxviii, xxxix]. وتوفير الدعم للرضّع المعتمدين على بدائل حليب الأم كوسيلة لإنشاء تواصل بين مقدِّمات الرعاية والخدمات، بما في ذلك خدمات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية. ومعرفة ما يشدّ انتباه الأمهات وسائر مقدِّمات الرعاية، مثل استخدام تصميم متمحور حول الإنسان وتحديد السلوك البشري. • **حماية ودعم الصحة النفسية والرفاه النفسي الاجتماعي للأم** التعاون مع الجهات الفاعلة في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي لتصميم وتنفيذ خدمات إسداء المشورة ولتدريب المستشارات بطريقة تعزّز الصحة النفسية والرفاه النفسي الاجتماعي[21]. وبناء القدرات المجتمعية لإسداء المشورة (مثل مجموعات الدعم من الأم إلى الأم والمستشارات النظيرات) كوسيلة لتعزيز المساعدة الذاتية وشبكات الدعم الاجتماعي بالمجتمع. وتشجيع ودعم الممارسات الداعمة للصحة النفسية للأم ضمن خدمات إسداء المشورة، مثل التشجيع على التلامس الجلدي. • **تشجيع المتابعة** التعاون في جهود تتبع المتخلفين عن الحصول على الخدمات. النظر في استخدام خدمات الصحة المتنقلة لإصدار رسائل تذكير لمقدِّمات الرعاية (مثلاً عن طريق الهاتف). • **التأكد من شمولية الخدمات** مثلاً يمكن لأي شخص يعاني من إعاقة (جسدية أو حسية أو نفسية أو ذهنية) الوصول إليها، ويراها ملائمة وسهلة الفهم. • **إذكاء الوعي بالمدونة الدولية لمنظمة الصحة العالمية، وإنشاء نظام لرصد حالات مخالفة المدونة، والتصدي لها**

يُتبع...

[20] في دراسة لبراون وشينكر (2020) أنّ 58.8 بالمائة من الأمهات الجديدات اللواتي شملهنّ الاستقصاء في المملكة المتحدة أثناء جائحة كوفيد (العدد = 1,218 أماً) ذكرنَ أنهنّ يشعرنَ بالقلق أو قد يشعرنَ بالقلق إذا احتجنَ إلى المتابعة وجهاً لوجه مع أخصائية الرعاية الصحية. فقد أثّر القلق المتعلق بالجائحة على قرارات بعض الأمهات بشأن التواصل مع أخصائية الرعاية الصحية، وقد تبيّن وجود علاقة قوية بين عدم التواصل مع أخصائية صحية ووقف الرضاعة الطبيعية.

[21] إرشادات إضافية: اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (2007). المبادئ التوجيهية الصادرة عن اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات بشأن الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ. جنيف: اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات.

الوصول إلى المساعدة الإنسانية	
الحواجز المحتملة	**الحلول الممكنة**
1. عدم وصول الفئة السكانية المتضررة إلى خدمات إسداء المشورة (الحواجز المادية مثل انعدام الأمن أو فرض قيود على حرية التنقل أو دمار البنية التحتية المدنية أو قطع مسافات كبيرة أو صعبة أو الظروف المناخية، والإعاقات الجسدية، والحواجز الاجتماعية مثل الفئات التي تعاني من الوصم ومن نقص الخدمات، أو تقييد حركة المرأة، والحواجز اللغوية والمتعلقة بالإلمام بالقراءة والكتابة، والحواجز المالية، وعدم توافر الوثائق اللازمة أو فقدانها) **2. عدم وصول الجهات الفاعلة في مجال العمل الإنساني إلى الفئة السكانية المتضررة** (انعدام الأمن، والمعوقات/التدخل من الجهات الفاعلة التابعة للدولة وغير التابعة للدولة، والقيود البيروقراطية، وفرض قيود على التنقل، واستهداف العاملين في المجال الإنساني والمرافق الإنسانية، ودمار البنية التحتية للنقل، وما إلى ذلك) **3. الترحيل القسري والنزوح/الإجلاء الجماعي**	• **إنشاء/تعزيز القدرات المجتمعية لإسداء المشورة** على سبيل المثال، تدريب مجموعات الدعم من الأم إلى الأم والمستشارات النظيرات والعاملين في مجال الصحة المجتمعية في المناطق التي يصعب الوصول إليها، بما في ذلك الفئات السكانية التي تعاني من الوصم ومن نقص الخدمات. وهذا يمكن أن يقلّل الاعتماد على المعونات الخارجية، ويساعد مثلاً على تجاوز الحواجز اللغوية والثقافية التي تحول دون الحصول على الدعم. • **اتباع نهج متمحور حول الإنسان عند تصميم الخدمات وتخطيطها** تُطوَّر كيف يمكن إشراك مقدِّمة الرعاية في الخدمات والحصول عليها، وما هي التحديات التي قد تظهر في كل خطوة بهدف استباق التحديات وتخفيف المخاطر. • **النظر في الاستعانة بمترجمين و/أو إسداء المشورة عن بُعد** في حال تعذّرت إتاحة المستشارات اللواتي يتحدثنّ نفس اللغة كالفئة السكانية المتضررة على الفور. • **النظر في تقديم خدمات إسداء المشورة عن بُعد** (راجع 4.3 – طريقة إسداء المشورة في حالات الطوارئ) إذا تعذّر إسداء المشورة وجهاً لوجه أو لم يوصَ به • **إيفاد مستشارات إلى الأمهات/الأسر** (على سبيل المثال، التوعية المجتمعية والزيارات المنزلية) وإعطاء الأولوية للنساء غير القادرات أو اللواتي يصعب عليهنّ تحديداً قطع المسافة للوصول إلى مواقع إسداء المشورة (مثل الأمهات ذوات الإعاقة أو اللواتي يعانينّ من اكتئاب حاد أو إصابات بالغة) • **إنشاء أماكن مركزية يمكن من خلالها إسداء المشورة لمقدِّمات الرعاية** إنشاء أماكن داعمة[22] مثلاً في مراكز أو مخيمات العبور أو الإجلاء. وتحديد أقصى مسافة مقبولة لأقرب نقطة تُقدَّم فيها خدمات إسداء المشورة بالقرب من/داخل المجتمعات. وحيثما يمكن إيواء الأسر التي لديها رضّع وأطفال صغار في منطقة مخصَّصة لهم، يمكن أن يساعد ذلك في تقليل العدد الإجمالي للمساحات المطلوبة و/أو تحسين الوصول إلى الأمهات وسائر مقدِّمات الرعاية. • **نقل الخدمات أو دمجها في مقر واحد** لتوفير وقت السفر وتكاليفه. • **تيسير الوصول الآمن إلى خدمات إسداء المشورة** من خلال التنسيق مع الجهات الفاعلة في مجال الحماية وإقامة حوار مع المجتمعات عن المخاوف المتعلقة بالسلامة وتدابير السلامة الأساسية بما فيها تلك المتعلقة بالعنف القائم على النوع الاجتماعي. • **وضع الأشقاء الأكبر سناً في الاعتبار**[23] ضمان قدرة وصول مقدِّمات الرعاية إلى الخدمات مع الأطفال الأكبر سناً أو التأكد من توفير رعاية آمنة لهم في المكان (نقل الخدمات إلى مكان مناسب للأطفال). • **تنفيذ مسارات إحالة خاضعة لإدارة جيدة** (راجع الإحالات) • **إزالة الحواجز المالية** (مثل توفير الرعاية الصحية الشاملة وتغطية تكاليف النقل) • **تلبية الحد الأدنى لمعايير إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني**[24]. • **ضمان ملاءمة الخدمات للمراهقات** بما في ذلك من خلال تخصيص ساعات خدمة للمراهقات فقط، وتدريب مقدِّمات الخدمات، وتكييف نهج إسداء المشورة لتلبية احتياجات العميلات من الشابات الراغبات في الحصول على المشورة.

يُتبع...

مسؤولة التوعية حول التغذية المجتمعية تُسدي المشورة بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال لأسرة في بنغلاديش.
منظمة الرؤية العالمية/بنغلاديش

[22] التحالف التقني بمجموعة التغذية العالمية (2020). الأماكن الداعمة لتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. https://www.ennonline.net/supportiv espacesiycfetechbrief2020

[23] أشارت هال وكام وغريبل (2020) إلى حالة أم كان يُشتبه بإصابتها بالتهاب في الثدي بأستراليا أثناء جائحة كوفيد- 19 إذ مُنعت آنذاك من الوصول إلى طبيب بسبب سياسات الوقاية من العدوى ومكافحتها التي كانت مطبقة في ذلك الحين والتي لم تراع الأمهات اللواتي لديهنّ أكثر من طفل (لم يُسمح إلا لحالتين فقط بالاستشارة).

[24] منظمة HelpAge International نيابةً عن Age and Disability Consortium (2015). Minimum Standards on Age and Disability Inclusion in Humanitarian Action.

نقص البيانات عن النساء الحوامل والمرضعات	
الحواجز المحتملة	**الحلول الممكنة**
1. عدم وجود أو تعطّل أنظمة إدارة المعلومات القائمة بالفعل **2. عدم دقة/عدم ملاءمة البيانات الديمغرافية ما قبل الأزمة (ارتفاع عدد الخسائر في الأرواح، وتدفق السكان)** **3. اعتبارات خاصة أو قيود لمشاركة البيانات**	• **العمل مع الجهات الفاعلة والسلطات المحلية لجمع بيانات ما قبل الأزمة.** • **الحرص على إدراج مؤشرات تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ/الرضاعة الطبيعية في تقييمات الاحتياجات** بما في ذلك تقييمات الاحتياجات المبكرة المتعددة القطاعات. وتصنيف البيانات (يوم إلى 5 شهور، و6 إلى 23 شهراً، كحد أدنى)[25]. • **إجراء تقييمات تفصيلية باستخدام نُهُج نوعية وكمّية، متى أمكن** • **رصد البرامج باستخدام مؤشرات موحَّدة**[26] **وبيانات مصنَّفة، ومشاركة المعلومات ذات الصلة في الوقت المناسب** • **تحديد طُرُق لتسجيل أكبر عدد ممكن من النساء الحوامل،** وهذا يمكن أن يشمل الاطلاع على سجلات الرعاية السابقة للولادة، والتعاون مع القابلات التقليديات، والتعاون مع الجهات الفاعلة في مجال حماية الطفل لضمان تسجيل المواليد الجدد في غضون أسبوعين • **إجراء مسح مجتمعي بين فئات السكانية المستقرة مع تسجيل شامل لجميع الأمهات ومقدِّمات الرعاية للرضّع والأطفال.**

هيكل العمل الإنساني: حصر إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية/تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ بشكل متقوقع داخل قطاع التغذية	
الحواجز المحتملة	**الحلول الممكنة**
1. تبنّي نُهُج متقوقعة إزاء تنفيذ البرامج (إدارة أو إشراف أو مسارات تمويل منفصلة في خدمات إسداء المشورة/تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ وخدمات أخرى، ونهج وهيكل المجموعات يؤدي إلى تصوّر أنّ أنشطة تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ هي مسؤولية القطاع وحده/المجموعة وحدها) **2. ضعف القدرات اللازمة للتكامل** (تؤدي محدودية إلمام قطاع التغذية بالنهج/التدخلات التي تضطلع بها القطاعات الأخرى إلى ضياع فرص التكامل، وقلة دراية القطاعات الأخرى بالتدخلات في مجال تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، والمخاوف بشأن إثقال كاهل موظفي الخطوط الأمامية عديمي الخبرة بمسؤوليات متعددة القطاعات) **3. نقص الأدوات المصمّمة وفق الاحتياجات**(عدد محدود من مجموعات التدريب وأدوات إعداد البرامج الخاصة بإسداء المشورة، والتي تكون مصممة وفق احتياجات قطاعات العمل الإنساني بخلاف قطاع التغذية)	• **دعوة أصحاب المصلحة المعنيين من مختلف القطاعات للنظر في احتياجات النساء الحوامل، والأطفال دون عمر السنتين، ومقدِّمات الرعاية لهم، بما في ذلك إسداء المشورة المتعلقة بتغذية الرضّع وصغار الأطفال**[27]. • **اتّباع نهج يركز على الأشخاص لتصميم استجابة أو برنامج متكامل لحالات الطوارئ وتفعيله من البداية عند وجود أكثر من قطاع مشارك**[xl]. وعلى الرغم من إمكانية تمويل البرامج بشكل منفصل، فإن أنشطتها يجب أن تُسهم في بلوغ أهداف مشتركة/هدف مشترك يضع الرضاعة الطبيعية في الاعتبار. والنظر في تحديد حزمة الحد الأدنى للتعاون والتكامل بين القطاعات. • **تدريب المعنيين بتخطيط وتصميم البرامج على تحديد الروابط والفرص السانحة لإسداء المشورة داخل الخدمات الإنسانية على مستوى القطاعات** (تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، والرعاية الأساسية للوليد، ونحو ذلك). تعزيز قدرات إسداء المشورة داخل هذه الخدمات بدلاً من تنفيذ تدخلات إسداء المشورة وحدها. • **وضع خطط تستهدف إشراك المدرِّبات والمشرفات على إسداء المشورة للعمل في جميع القطاعات** وليس ضمن قطاع التغذية فقط

[25] https://ir.hpc.tools/indicators

[26] الأداة: سجل المؤشرات الإنسانية./https://ir.hpc.tools

[27] إرشادات إضافية: منظمة أنقذوا الأطفال والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (2017). تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات اللاجئين: إطار عمل متعدد القطاعات.

دراسة الحالة 5 الدعم المجتمعي لزيادة فرص الوصول

في عام 2005، انطلقت مبادرة مشتركة بين الوكالات عُرفت باسم فريق داداب لتغذية الرضّع وصغار الأطفال وشرعت في تنفيذ مبادرات لتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ على مستويات مختلفة داخل مخيم داداب للاجئين. وفي إطار هذه المبادرة، تم تشكيل مجموعات دعم من الأم إلى الأم على مستوى المجتمع استناداً إلى التجمعات النسائية الموجودة مسبقاً. وكانت ميسّرات المجموعات نظيرات يتحدثنَ نفس لغة الأمهات الأخريات في المجتمع، وكنَّ معروفات ومحل ثقة لدى المجتمع.

وخلال أربع سنوات، تم تدريب 610 من النظيرات كميسّرات للمجموعات وتم تشكيل 679 مجموعة. وفي كل شهر كانت النظيرات يسدينَ المشورة لآلاف النساء الحوامل والأمهات في بيئات جماعية داعمة. وكانت الدعوة توجَّه أيضاً للجدات والحموات والآباء للمشاركة كل ثلاثة أشهر. وفي الفترة بين عامَي 2005 و2009، شهدت معدلات الرضاعة الطبيعية الخالصة ارتفاعاً من أقل من 4.1 بالمائة إلى 47.6 بالمائة.

المصدر: المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومنظمة كير الدولية، كينيا – مقابلات مع مبلغين رئيسيين ومراسلات عبر البريد الإلكتروني مع موظفين سابقين (2020)
لونغاهو وستون جيمينيز (2009). مجموعات الدعم من الأم إلى الأم في مخيم داداب للاجئين.
https://www.waba.org.my/pdf/mstfnl_V7N2_MtMSG_Dadaab.pdf
حزمة تدريب: mtmsg-instructional-training-package1.pdf/12/https://windowofopp.files.wordpress.com/2010

دراسة الحالة 6 أفرقة صحية متنقلة لزيادة فرص الوصول

نشرت اليونيسف أفرقة صحية متنقلة في أفغانستان (أزمة معقدة وممتدة) بالتعاون مع شريك محلي للوصول إلى النساء الحوامل والأطفال دون عمر الخمس سنوات عبر خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد وعلاج الهزال في المجتمعات النائية التي يصعب الوصول إليها (السكان الذين يعيشون بعيداً عن المرافق الصحية الثابتة). تكوّنت الأفرقة من قابلة ومسؤول عن التطعيم وممرضة أو طبيب ومستشارة تغذية. وقدّمت مستشارة التغذية خدمات التغذية بما في ذلك إسداء المشورة بشأن تغذية الأمهات والرضّع وصغار الأطفال. وقامت الأفرقة الصحية المتنقلة طيلة 10 أشهر بزيارات شهرية إلى المراكز التي يتم فيها تقديم الخدمات المخصّصة من أجل زيادة فرص الوصول وتوعية المجتمع بخدمات الصحة والتغذية. ونتيجة لذلك، زادت التغطية بنسبة 10 بالمائة وتمكّن المشروع من الوصول إلى 89 بالمائة من الفئة المستهدفة بالرعاية السابقة للولادة. وقد تبيّن أنّ الأفرقة الصحية المتنقلة نجحت في تحسين درجة التغطية وإيصال الخدمات والاستفادة منها. ومع ذلك، كان تقديم الخدمات بشكل مستدام أمراً صعباً بسبب ارتفاع التكلفة. وإنّ خدمات التوعية التي تقدّمها الأفرقة المتنقلة من شأنها أن تحسّن التغطية المتعلقة بإسداء المشورة في المناطق التي تعيش فيها المجتمعات بعيداً عن المرافق الثابتة.

المصدر: Qarizada et al., Afghanistan (2018) Scale up of I-MAM services in Afghanistan. Field Exchange، العدد 57.

المربع 3 رسائل رئيسية بشأن تحديد الأمهات ومقدِّمات الرعاية والوصول إليهنّ من أجل إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية

1. تغطية أكبر عدد ممكن من المستويات المختلفة (الأسرة المعيشية، والمجتمع، والمرفق) والفرص القطاعية السانحة للوصول إلى النساء
2. ضمان أو إنشاء آليات لتسجيل جميع النساء الحوامل وتتبُّعهنّ
3. تقديم الخدمات للنساء بدلاً من توقع قدومهنّ إليك
4. اتباع إجراءات سهلة وجذابة قدر الإمكان لكي تحصل النساء على خدمات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية (**الجدول 2**)

سُبُل التكييف والتوفيق

عندما تتعذّر إمكانية إسداء المشورة للجميع، ينبغي حينئذٍ التفكير في **إعطاء الأولوية لفئات محدّدة** في إسداء المشورة (**الشكل 1**). فمن خلال عملية سريعة للفحص والفرز، يمكن تحديد النساء اللواتي يحتجنَ إلى دعم عاجل أو المعرّضات لخطر كبير للإصابة بمشاكل في الرضاعة الطبيعية، وإحالتهنّ للخضوع لمزيد من التقييم والمشورة، على النحو المذكور أدناه. أمّا الأمهات اللواتي لا يواجهنَ صعوبات في الرضاعة الطبيعية فيمكن أن تُقدَّم لهنّ خدمات الدعم بشكل أقل كثافة (مثل التثقيف حول الموضوع وتهيئة بيئة تمكينية) بحيث تساهم في تجنّب المشاكل المتعلقة بالرضاعة الطبيعية الحد من الحاجة إلى المشورة فيما بعد.

الشكل 1: تحديد الفئات ذات الأولوية للحصول على المشورة، حسب الفئة

التقييم البسيط والسريع من موظفي الخطوط الأمامية أو الإحالة من خدمات أخرى

الأمهات والرضّع المحتاجون إلى مساعدة فورية

الرضّع المعتمدون على بدائل حليب الأم (لا يحصلون على رضاعة طبيعية أو يعتمدون على رضاعة مختلطة)

الأمهات المرضعات اللواتي يواجهنَ صعوبات حالية في الرضاعة الطبيعية (مثل تحجّر الثدي، والتهاب الحلمات أو تشققها، والألم، والسلاق، والتهاب الثدي، وانخفاض مخزون الحليب المتصوَّر/المؤكَّد، ورفض الرضاعة من الثدي)

الأمهات والرضّع ذوو الاحتياجات الفردية الملحة

الأمهات المرضعات أو مقدِّمات الرعاية الأولية للرضّع وصغار الأطفال الذين ينطبق عليهم ما يلي:

- مواليد (من صفر إلى 28 يوماً)
- الخدّج/ذوو وزن منخفض عند الميلاد
- عمرهم أقل من ستة أشهر ويعانون من تأخر النمو
- أكثر من مولود (مثل التوائم)
- مرضى
- سوء التغذية
- المعاناة من إعاقة تؤثر على تغذيتهم
- ظهور علامات الضيق الشديد
- منفصلين أو غير مصحوبين بذويهم
- يتامى الأم

الأمهات المرضعات اللواتي ينطبق عليهنّ ما يلي:

- سوء التغذية
- المرض الشديد
- ناجيات من العنف العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي
- معاناة من إعاقة تؤثر على تغذيتهم
- إرضاع طفل لأم أخرى
- معاناة من مرض نفسي أو ظهور علامات الضيق/الصدمة
- الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري
- تعافي من ولادة قيصرية/تدخل شديد/ولادة صادمة

نعم — **الأولوية 1**

لا

الفئات المعرضة للخطر

الفئات الضعيفة والفئات الأكثر عرضة لخطر صعوبات التغذية

الأمهات المرضعات أو مقدِّمات الرعاية الأولية للرضّع الذين:

- تقل أعمارهم عن ستة أشهر (باستثناء المواليد الجدد)

مقدِّمات الرعاية اللواتي هنّ:

- أمهات للمرة الأولى
- أمهات مراهقات

النساء الحوامل اللواتي يواجهنَ عوامل خطر تم تحديدها أثناء الرعاية السابقة للولادة بما في ذلك:

- المرأة التي لم تنجب من قبل (أم للمرة الأولى)
- حمل متعدد
- سجل سابق لصعوبات الرضاعة الطبيعية أو التغذية الاصطناعية
- سجل الخضوع لجراحات الثدي
- سجل حالي/سابق من الاكتئاب أو القلق
- ولادة قيصرية محتملة أو مؤكدة
- إصابة بمرض السكري أو زيادة الوزن أو السمنة
- إصابة الأم أو الجنين بإعاقة قد تؤثر على الرضاعة الطبيعية (مثل فلح الحنك)
- ناجية من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي
- إصابة بفيروس العوز المناعي البشري
- سوء تغذية الأم

نعم — **الأولوية 2**

لا

الوقاية ونشر الوعي

جميع النساء الحوامل والمرضعات
ومقدِّمات الرعاية الأخريات اللواتي لديهنّ رضّع وأطفال صغار

نعم — **الأولوية 3**

عملية تحديد الفئات ذات الأولوية

1. **فحص جميع مقدِّمات الرعاية الأولية للأطفال دون عمر السنتين باستخدام التقييم البسيط والسريع.** يجب أن تُتّخذ كل الإجراءات الممكنة لفحص جميع النساء الحوامل ومقدِّمات الرعاية للأطفال دون عمر السنتين (بنسبة 100 في المائة) في أقرب وقت بعد بدء الأزمة. ويمكن إجراء ذلك باستخدام أداة موحّدة للفرز[28] مثل **التقييم البسيط والسريع (المرفق ألف: التقييم البسيط والسريع)**. يكمن الغرض من هذه الأداة في إجراء تقييم سريع للأطفال دون عمر السنتين ومقدِّمات الرعاية لهم بُغية تحديد الحالات التي يجب إحالتها للخضوع لتقييم كامل وتلقي المشورة أو إلى أشكال أخرى من خدمات دعم الرضاعة الطبيعية. وفي هذا الإطار، يجب تدريب جميع العاملات في الخطوط الأمامية اللواتي يتعاملنَ بشكل متكرر مع الأطفال دون عمر السنتين ومقدِّمات الرعاية لهم على كيفية استخدام التقييم البسيط والسريع، بحيث يمكن استخدامه كلّما سنحت الفرصة ذلك، كما هو الحال عند دراسة أحوال الوافدين الجدد في مراكز الاستقبال كجزء من استقصاء الأسر المعيشية (الفحص الفعال[xli])، وكجزء من عمليات إدارة حالات حماية الطفل، عند القدوم إلى أحد مرافق الرعاية الصحية وأثناء التسجيل في برامج المساعدة الغذائية (**دراسة الحالة 7**).

2. **الانتقال إلى التقييم الكامل وإسداء المشورة إذا أوضح التقييم البسيط والسريع ذلك:** يُجري المستشارة خلال الجلسة الأولى لإسداء المشورة تقييماً أكثر دقة على المستوى الفردي لحالة الأم والرضيع، يُعرف باسم التقييم الكامل (**المرفق باء: التقييم الكامل**). يجب أن يتضمّن هذا العمل تقييماً (استماع ومعرفة) لسلوك الطفل والأم، ووضعية الطفل، وإمساكه بالثدي، والرضاعة الفعالة، وصحة الطفل، وصحة الثدي، وتصوّر الأم لكيفية سير الرضاعة الطبيعية[xlii, 29]. وتمثل الصحة التغذوية للمرأة المرضعة (حالة فيروس العوز المناعي البشري والأمراض المعدية مثل الإيبولا وكوفيد- 19) ورفاهها النفسي اعتبارات مهمة أيضاً في حالات الطوارئ. ولذلك، يجب تدريب المستشارات على الكشف الطوعي وآليات الإحالة ذات الصلة. وستحدد المستشارة بعد ذلك[30] نوع الدعم المطلوب (بالتحليل واتخاذ الإجراء المناسب)، على سبيل المثال، النظر في حل سريع لمشكلة بسيطة (على سبيل المثال، وضعية الطفل عند الرضاعة) ومواصلة إسداء المشورة عن طريق أخصائيات ماهرات في مجال الرضاعة الطبيعية (على سبيل المثال، دعم معاودة الإرضاع) و/أو الإحالة إلى أشكال أخرى من الدعم (على سبيل المثال، معالجة سوء التغذية، وخدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي، والخدمات الصحية). وفي حالة وجود أكثر من طاقم استشاري مسؤول عن إجراء التقييم الكامل (مثلاً، المستشارات النظيرات على مستوى المجتمع ومستشارات الرضاعة على مستوى المرفق)، فقد يلزم استخدام أدوات مختلفة أو إصدارات مختلفة من نفس الأداة[xliii].

3. **رصد الأمهات اللواتي تمت إحالتهنّ لأشكال أخرى من دعم الرضاعة الطبيعية:** قد تتفاقم المشاكل بعد إجراء التقييم البسيط والسريع أو يتم إغفالها في البداية. ولذلك، يجب تدريب القائمات بالتثقيف وميسّرات أماكن الدعم وفريق المستشارات وغيرهنّ من مقدِّمات خدمات دعم الرضاعة الطبيعية على توخّي الحذر وتحديد مقدِّمات الرعاية اللواتي قد يحتجنَ إلى المشورة الفردية.

إدراك أنّ التقييم البسيط والسريع مجرد أداة فحص بسيطة مصمّمة بحيث يتمكن الأشخاص العاديون بسهولة من تحديد معظم الأمهات والرضّع الذين ستكون لهم الأولوية في الحصول على المشورة. ولا يمكن الوقوف من خلال التقييم البسيط والسريع على جميع الفئات التي تحتاج إلى المساعدة العاجلة والفئات المعرضة لخطر شديد. فعلى سبيل المثال، قد لا يكون ممكناً أو مناسباً للشخص تحديد الرضّع منخفضي الوزن عند الولادة أو الرضّع الذين يعانون من تأخر النمو أو المرضعات الناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي أو النساء المرضعات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري. وقد يتعذّر أيضاً الوصول بسرعة إلى جميع النساء المرضعات من خلال التقييم البسيط والسريع (مثلاً عندما يكون اللاجئون موزّعين داخل المجتمع المضيف).

لذلك، من المهم، إلى جانب الفحص باتباع التقييم البسيط والسريع، **إعداد طرق مختلفة يمكن لمقدِّمات الرعاية من خلالها الحصول على خدمات المشورة** بما فيها الحضور الذاتي (راجع **الجدول 3**). ومن الأفضل، دمج خدمات إسداء المشورة بشكل مباشر في الخدمات التي تحصل عليها الفئات الضعيفة التي قد يتم إغفالها في التقييم البسيط والسريع. وتشمل الخدمات ذات الأولوية **الأمومة، تلك التي تدعم الرضّع الصغار المعرضين للخطر من الناحية التغذوية بما في ذلك برامج معالجة سوء التغذية وخدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي وعلاج فيروس العوز المناعي البشري** (لا سيّما الوقاية من انتقال المرض من الأم إلى الطفل) **وخدمات المراهقات (الشكل 2)**، وإذا تعذّر على مقدِّمات الخدمات هؤلاء إسداء المشورة بشكل مباشر، فيجب على الأقل الحرص على تدريبهنّ لتحديد وإحالة مقدِّمات الرعاية اللواتي قد يحتجنَ إلى المشورة.

---

[28] يتمثل الهدف الأوّلي من عملية الفرز في تحقيق أقصى فائدة ممكنة لأكبر عدد ممكن من الأشخاص. وفي حالات الطوارئ الشديدة، يساعد الفرز أيضاً في توجيه القرارات المتعلقة بتخصيص الموارد النادرة (يورغنسن وآخرون 2010).

[29] لاستعراض الأدوات المتاحة لتقييم الرضاعة الطبيعية، راجع مشروع إدارة حالات الرضّع الصغار دون سنّ ستة أشهر المعرّضين لخطر تغذوي وأمّهاتهم: الفصل 7.

[30] **وسائل المساعدة على العمل مثل الرسوم البيانية يمكن أن تساعد المستشارات في تحديد الخطوات التالية.** الأداة: المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، الإجراءات التشغيلية الموحَّدة لتغذية الرضّع وصغار الأطفال: التعامل مع بدائل حليب الأم في حالات اللاجئين للأطفال من عمر صفر إلى 23 شهراً (الصفحة 11): https://www.unhcr.org/55c474859.pdf

[31] يُعد إسداء المشورة المتعلقة بتغذية الرضّع عنصراً ضرورياً لتنفيذ حد أدنى من الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري عند بدء العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية بالنسبة للنساء الحوامل والمرضعات وأطفالهنّ الرضّع في حالات الطوارئ (منظمة الصحة العالمية واليونيسف، 2018).

يجب أن تكون المستشارات ومديرات برامج إسداء المشورة أيضاً على دراية بالخدمات الرئيسية للفئات ذات الأولوية، والقيام بمحاولات استباقية لإجراء جلسات إسداء مشورة مع النساء الحوامل والمرضعات اللواتي يحصلنَ على هذه الخدمات (**دراسة الحالة 10**).

دراسة الحالة 7 تحديد احتياجات المشورة باستخدام التقييم البسيط والسريع

لا يزال سوء التغذية يمثل مشكلة صحية عامة في جمهورية الكونغو الديمقراطية، حيث تبلغ معدلات سوء التغذية المزمن 42 بالمائة والهزال 6.5 بالمائة (دراسة استقصائية متعددة المؤشرات 2018). وتعتبر ممارسات تغذية الرضّع وصغار الأطفال منخفضة، إذ يحصل 8 بالمائة فقط من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 23 شهراً على الحد الأدنى من النظام الغذائي المقبول، بينما يتلقى 53.5 بالمائة من الأطفال دون عمر الستة أشهر رضاعة طبيعية خالصة (دراسة استقصائية متعددة المؤشرات 2018). وإنّ برامج المساعدة الطارئة التي ينفذها برنامج الأغذية العالمي (مثل التحويلات النقدية، والمساعدات الغذائية العينية) الموجَّهة للأسر الضعيفة، تتمتّع بإمكانات هائلة لتكون وسائل تساهم في دعم وتعزيز ممارسات تغذية الرضّع وصغار الأطفال، لا سيّما في حالات الطوارئ. ومنذ عام 2019، أطلق برنامج الأغذية العالمي في جمهورية الكونغو الديمقراطية نهجاً تجريبياً مراعياً للتغذية ضمن تدخلاته الخاصة بالتحويلات النقدية في حالات الطوارئ. وعلى مستوى مواقع التوزيع والمجتمع، تضمّنت الأنشطة إجراء تقييمات سريعة وبسيطة لممارسات تغذية الرضّع وصغار الأطفال على المستوى الفردي، وتوفير الإرشادات والدعم لمشاكل تغذية الرضّع وصغار الأطفال بالإحالة إلى الخدمات المناسبة في هذا المجال حسب الاقتضاء، والتوعية الجماعية بتغذية الرضّع وصغار الأطفال وسوء التغذية من خلال نشر رسائل خاصة بالسياق، والكشف عن الإصابة بسوء التغذية مع إحالة الحالات المثيرة للقلق إلى مرافق الرعاية الصحية. بالإضافة إلى أنشطة أخرى على مستوى المجتمع تضمّنت تشكيلَ أو تنشيطَ مجموعات الدعم لتغذية الرضّع وصغار الأطفال وتنظيمَ عروض إيضاحية عن الطهي.

المصدر: برنامج الأغذية العالمي التابع للأمم المتحدة، جمهورية الكونغو الديمقراطية (2020) مراسلات عبر البريد الإلكتروني

أنظمة الإحالة

يؤدّي وجود احتياجات متنوعة ومتعددة لدى الفئات السكانية المتضرّرة من حالة الطوارئ إلى تعزيز الحاجة للتعاون والتنسيق بين الخدمات والقطاعات (الإحالة إلى ومن خدمات إسداء المشورة). ومن المهم أن تسعى المستشارة إلى تحديد المشاكل الموجودة (مثل فقدان أفراد من الأسرة، وانعدام الأمن الغذائي، والعنف في المنزل) والتي قد تؤثر بشكل غير مباشر على قدرة مقدّمة الرعاية على رعاية طفلها وإرضاعه بشكل مستجيب، إضافة إلى تقديم المساعدة العملية في الحصول على الخدمات ذات الصلة. وتتم الإحالات أيضاً داخل خدمات إسداء المشورة مثل الإحالة إلى درجة أعلى فيما يتعلّق بالمشاكل المعقدة التي تتطلب مستشارات أكثر خبرة ومهارة. ولضمان استمرارية الرعاية، يجب إنشاء أنظمة الإحالة على النحو المبين في إرشادات التنفيذ الخاصة بإسداء المشورة لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية. وترد الاعتبارات الرئيسية لإحالة مقدّمات الرعاية أو الرضّع أو صغار الأطفال في حالات الطوارئ في الجدول 3.

فريق منظمة CHEERing يجري عمليات الفحص والإحالة للاجئين في اليونان
منظمة FOODKIND

الجدول 3: الاعتبارات الرئيسية لأنظمة الإحالة في حالات الطوارئ

الإحالات داخل خدمات إسداء المشورة	الإحالات مِن خدمات إسداء المشورة	الإحالات إلى خدمات إسداء المشورة
نقص/عدم وجود مستشارات ذوات كفاءات متقدّمة في إسداء المشورة. قد لا تكون القدرات المتخصصة لإسداء المشورة متاحة على الفور. لتحسين الوصول، يجب استخدام وسائل التكنولوجيا لأقصى درجة في إسداء المشورة عن بُعد[32] (راجع 4.3 – طريقة إسداء المشورة في حالات الطوارئ)، مع مراعاة المناطق الزمنية والحاجة إلى تزويد الأخصائيات العاملات عن بُعد بكفاءات خاصة بالسياق (راجع 5 – قدرات إسداء المشورة في حالات الطوارئ). من خلال تمكين العاملات الصحيات والمساعِدات المهنيات من إسداء المشورة الأساسية، يتم توفير مزيد من الوقت للمستشارات المتاحات ذوات كفاءات أكثر تقدماً (مثل مستشارات الرضاعة) لتركيز اهتمامهنّ على مقدِّمات الرعاية ذوات احتياجات أكثر تعقيداً للمشورة. **الوضوح في نطاق العمل.** يتعيّن تحديد الأدوار والمسؤوليات المنوطة بالطواقم المختلفة بوضوح (راجع 5.1 – مقدِّمات خدمات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية). يحتمل أن تخرج المستشارات عن نطاق العمل المحدد لهنّ لا سيّما في البيئات التي تتعرّض فيها الخدمات لضغط شديد ولا تتوفر فيها قدرات متخصّصة، لذلك من الضروري أن يتم تدريب المستشارات على إدراك حدودهنّ والإقرار بها وعلى معرفة التوقيت الذي يجب فيه إجراء الإحالة. **التدبير السريري للرضاعة.** من المهم وجود أخصائيات صحيات مزوَّدات بكفاءات متقدمة لإسداء المشورة (راجع 5.2 كفاءات إسداء المشورة) من أجل توفير الدعم المناسب لحل مشاكل الرضاعة الطبيعية التي تتطلّب مهارات سريرية.	**معرفة المستشارات بالخدمات المتاحة.** لإجراء إحالات فعالة، يجب أن تكون مقدِّمات الخدمات على دراية بالمعلومات التالية المكتوبة والمحدَّثة: معايير الدخول، والموقع، وساعات وأيام العمل لاستقبال حالات جديدة، والتكاليف. **الخدمات الصحية.** ضمان توفير خدمات سريرية ملائمة للرضاعة الطبيعية (مثلاً وصف الأدوية المتوافقة مع الرضاعة الطبيعية، بما في ذلك وسائل منع الحمل). **التوعية المتعددة القطاعات.** يمكن أن يؤدي التضارب في المعلومات والمشورة إلى زعزعة الثقة والتسبب في الإحباط. ويجب بالحد الأدنى التأكد من أنّ جميع الخدمات التي قد تتم إحالة النساء المرضعات إليها هي خدمات مركّزة على تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ ومزوَّدة بحد أدنى من الكفاءات الموحَّدة.	**مسارات الإحالة.** قد تتم الإحالات إلى خدمات إسداء المشورة من خلال (1) فحص استباقي باستخدام أداة التقييم البسيط والسريع، (2) والكشف عن عوامل الخطر المتعلقة بصعوبات الرضاعة الطبيعية أثناء الرعاية السابقة للولادة، (3) والإحالة عن طريق مقدِّمات خدمات على درجة من الوعي (مثل العاملات في مجال الصحة اللواتي يقدِّمنَ خدمات علاج فيروس العوز المناعي البشري)، (4) والحضور الذاتي من جانب مقدِّمات الرعاية[33] (للاطلاع على مزيد من التفاصيل، راجع 4.1 – المستفيدات من خدمات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ)

4.2 التوقيت والوتيرة لإسداء المشورة في حالات الطوارئ

التوصية الثانية من منظمة الصحة العالمية

يجب إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في الفترة السابقة للولادة وما بعد الولادة، وحتى 24 شهراً أو أكثر.

التوصية الثالثة من منظمة الصحة العالمية

يجب إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية ست مرات على الأقل، وبشكل إضافي حسب الحاجة.

[32] إرشادات إضافية: منظمة أنقذوا الأطفال بدعم من أعضاء الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (2021) Conducting and supporting IYCF-E e-Counselling: Considerations for Planning and Implementation.

[33] توضح هارغست-سليد وغريبل (2015) كيف أنّ الرسائل الإعلامية في أعقاب زلزال كانتربري بمدينة كرايستشيرش عام 2011 أسهمت في رفع مستوى الوعي بالخدمات المتاحة لإسداء المشورة.

لا يتم توزيع الحد الأدنى من الجلسات الست لإسداء المشورة بشكل متساوٍ على الإطار الزمني المقترح، ولكن يتم تحديد الأوقات والمراحل الرئيسية [34] خلال الأيام الألف الأولى. ويحتوي مضمون المشورة المقترح أثناء الجلسات المحددة التوقيت والموجّهة لإسداء المشورة على معلومات ذات صلة بالمرحلة العمرية وإرشادات استباقية تخصّ المرحلة التالية، من أجل تأهيل مقدّمات الرعاية وتجنّب حصول المشاكل في المستقبل. تشير هذه التوصيات إلى الخدمات المصمّمة للوصول إلى جميع النساء الحوامل والمرضعات بما في ذلك النساء اللواتي لا يواجهنَ صعوبات في الرضاعة الطبيعية. بالإضافة إلى ذلك، توصي المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بتنفيذ جلسات إضافية لإسداء المشورة "عند الضرورة" (على سبيل المثال، عند ظهور مخاوف أو تحديات تتعلق بالرضاعة الطبيعية) أو عندما تسنح الفرص لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية. راجع إرشادات التنفيذ الخاصة بإسداء المشورة لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية للاطلاع على مزيد من الإرشادات.

التحديات والحلول

- يتمثل أحد الحواجز الكبيرة أمام تنفيذ الجلسات التي تحدّدت مواعيدها لإسداء المشورة على النحو المخطط له في **عدم وصول المساعدات الإنسانية** (صعوبات في الوصول بخدمات إسداء المشورة إلى الفئات السكانية المتضررة من حالة الطوارئ أو عدم قدرة الفئة السكانية المتضررة على الوصول إلى خدمات إسداء المشورة، بسبب انعدام الأمن مثلاً). قد يساعد إسداء المشورة المجتمعية بين النظيرات على استمرار إسداء المشورة الأوّلية في الأوقات الموصى بها عندما يكون الوصول مقيداً، وعلى مواصلة إسدائها كذلك للسكان المتنقلين (راجع 5 – قدرات إسداء المشورة في حالات الطوارئ)

- تتشابه سائر الحواجز مع تلك التي تتم مواجهتها أثناء محاولة الوصول إلى الجميع بالمشورة (راجع **الجدول 2**). وهذا يشمل **قلة الموارد، وارتفاع عدد الحالات، وضيق الوقت لدى مقدّمات الخدمات، وشح المعلومات عن مقدّمات الرعاية والمستشارات، والدوافع وترتيب الأولويات بالنسبة لمقدّمات الرعاية.** يمكن للتوعية المجتمعية (**دراسة الحالة 6**) والزيارات الأسرية (**دراسة الحالة 8**) أن يكون لهما دور فعال في الوصول إلى مقدّمات الرعاية في الوقت المناسب وبشكل متكرر، غير أنّ ذلك يتطلّب موارد كثيفة. كما يمكن أن تساعد المشورة "القائمة على العميل" في ضمان تبديد المخاوف المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في الوقت المناسب. ويمكن الرجوع إلى الجدول 2 للاطلاع على تفاصيل التحديات الممكنة والحلول الأخرى للنظر فيها.

دراسة الحالة 8 زيادة وتيرة التواصل من خلال زيارات منزلية

عملت مستشارات من منظمة أنقذوا الأطفال في الفترة بين عامَي 2012 و2017 مع الخدمات الصحية لتحديد النساء اللواتي يتابعنَ الرعاية السابقة للولادة أو رعاية ما بعد الولادة في المرافق الصحية، وطلبنَ منهنّ عناوينهنّ في مخيم الزعتري للاجئين. وبدلاً من انتظار عودة الأمهات مجدداً إلى المرفق الصحي، قامت المستشارات بعد ذلك بزيارة النساء اللواتي يحتجنَ إلى المشورة في المنزل. وهذا أدى إلى زيادة الإقبال على خدمات إسداء المشورة مقارنةً بخدمات الرعاية السابقة للولادة ورعاية ما بعد الولادة في المرفق الصحي.

المصدر: منظمة أنقذوا الأطفال، الأردن. مقابلات مع مبلّغين رئيسيين من موظفين سابقين (2020)

- **قد تقل مدة حالة الطوارئ** عن الإطار الزمني المشمول في المبادئ التوجيهية، وإن كان متوسط الأزمات الإنسانية يدوم لمدة تسع سنوات في الوقت الحالي[xliv]. ففي أثناء الأزمات الممتدة أو المزمنة التي تتجاوز العامين، كثيراً ما تواجه برامج إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية عقبات بسبب التمويل قصير الأجل ودورات تخطيط أنشطة المساعدة الإنسانية. تكمن أفضل الممارسات خلال تلك الظروف في تعاون معدّي البرامج المخصّصة لحالات الطوارئ وغير حالات الطوارئ معاً، بدءاً من التأهب وحتى التعافي والانتقال لضمان استمرارية رعاية الأم والرضيع من حيث الرضاعة الطبيعية. ويمكن أن تُسهم الاستجابة المتعددة السنوات والاستراتيجيات التنظيمية وخطط التأهب التي تتضمّن إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في المساعدة على ضمان استمرار توافر خدمات إسداء المشورة على النحو الموصى به.

سُبُل التكييف والتوفيق

خلال حالات الطوارئ، تكون الأولوية لإسداء المشورة **عندما تشتدّ الحاجة إليها** (التوقيت) **وكلما دعت الحاجة إليها** (الوتيرة).

يجب عدم تثبيط المسؤولات عن تقديم الاستجابة من تخطيط وتقديم خدمات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية حتى إذا لم يكن من الممكن تحقيق الحد الأدنى الموصى به المتمثل في ست جلسات لإسداء المشورة، ويجب عليهنّ في المقابل إسداء المشورة كلما كان ذلك ممكناً. ورغم أنّ جلسة واحدة لإسداء المشورة ليست الخيار الأمثل ولكن يمكن لها أن تُحدث فرقاً[xlv]، لا سيّما خلال الفترات الصعبة أو العصيبة عندما يكون للتعقيبات الإيجابية والدعم العاطفي قيمة خاصة في دعم ثقة

[34] 1. قبل الولادة؛ 2. أثناء الولادة وبعدها مباشرةً (الأيام الثلاثة الأولى)؛ 3. أسبوع إلى أسبوعين بعد الولادة؛ 4. ثلاثة إلى أربعة أشهر (سنّ الرضاعة المبكرة)؛ 5. حوالي 6 أشهر تقريباً (في بداية التغذية التكميلية)؛ 6. بعد 6 أشهر (أواخر سن الرضاعة/الطفولة المبكرة) (منظمة الصحة العالمية، 2018).

المرأة وكفاءتها الذاتية في الرضاعة الطبيعية. وسيتعيّن تكييف النهج المتّبع لإسداء المشورة من أجل التركيز على المشاكل الأكثر إلحاحاً والمخاطر الأكبر (راجع **دراسة الحالة 9**). وفي حالات النزوح الجماعي، يمكن تنظيم جلسات إسداء المشورة بوتيرة أكبر من خلال إبلاغ مقدِّمات الرعاية بالخدمات المتاحة طوال رحلتهنّ والتواصل مع المسؤولين عن هذه الخدمات بشأن الحالات الوافدة المعرّضة لخطر شديد. ويمكن للمستشارات أيضاً طلب بيانات الاتصال الخاصة بمقدِّمة الرعاية، إذا كانت متاحة، بحيث يمكن إجراء المتابعة عن بُعد. وكذلك يمكن تعظيم الأثر من خلال الجمع بين المشورة وغيرها من الأشكال الممكنة لحماية الرضاعة الطبيعية وتعزيزها ودعمها على مستوى قطاعات متعددة.

تحديداً عندما تكون التنقلات السكانية قليلة مثل ما يجري في مستوطنة قائمة للاجئين، تُرجّح إمكانية تنظيم جلسات إسداء المشورة ست مرات على الأقل في الفترة السابقة للولادة وما بعد الولادة حتى 24 شهراً أو أكثر، **ولا ضرورة لتعديل** التوصيات. ويُستحسَن تحديد مواعيد لجلسات إسداء المشورة وإجراؤها في الوقت المناسب لأنها تمنح الأم شعوراً بالارتياح وتسمح لها باستشراف ما يمكن أن يحصل أثناء الإرضاع، الأمر الذي يدعم رفاهها النفسي الاجتماعي. ولتيسير استمرارية الرعاية، من المهم أيضاً الحرص على أن تتولّى نفس المستشارة المتابعة مع مقدِّمة الرعاية في كل جلسة لإسداء المشورة، كلّما أمكن ذلك[35].

ومع ذلك، إذا تعذّرت إمكانية إسداء المشورة الموجّهة في الوقت المحدد لها، فإنّ الأولوية تتركّز على ضمان إسداء المشورة في الوقت المناسب للفئات التي تحتاج إلى مساعدة فورية والفئات المعرَّضة لخطر شديد. وبالنسبة للأم والرضيع، فإنّه يجب تنفيذ جلسات إسداء المشورة على النحو الوارد بالتفصيل في الجدول 4 أدناه.

الفئة	التوقيت	الوتيرة
المساعدة الفورية (الأولوية 1)	يتعيّن إسداء المشورة **بشكل عاجل** لمعالجة المشكلة القائمة.	كلما استدعت الحاجة.
المعرّضة للخطر (الأولوية 2)	يتعين إسداء المشورة **في أقرب وقت ممكن** بعد تحديد احتياجات المشورة لتجنُّب ظهور مشاكل محتملة.	كلما استدعت الحاجة.
جميع النساء الحوامل والمرضعات (الأولوية 3)	بحسب إرشادات التنفيذ الخاصة بإسداء المشورة لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية، يمكن إسداء المشورة خلال جلسات إسداء المشورة المقررة (مثلاً خلال زيارة مقررة في الفترة السابقة للولادة أو جلسة جماعية لإسداء المشورة [36]). ويمكن أيضاً إسداء المشورة بشكل تلقائي أو مخصص (مثلاً عند دخول مقدِّمة الرعاية إلى المستشفى). تتم تغطية المحتوى المتعلق بحياة الأم والرضيع بصرف النظر عمّا إذا كان يتم إسداء المشورة في أوقات زمنية مقترحة أم لا[37]. وتُعطى الأولوية لإسداء المشورة في الفترة المحيطة بالولادة[38].	ست مرات على الأقل، بالقدر الذي يسمح به الإطار الزمني وسياق حالة الطوارئ.

- من الشائع أن تحدث مشاكل في الرضاعة الطبيعية (مثل صعوبات في التقام الثدي، وتشقق الحلمات، وتحجر الثدي، والمخاوف المتعلقة بمخزون الحليب) في **فترة مباشرة ومبكرة بعد الولادة.** فإذا لم يتم تجاوُز هذه الفترة بالحصول على الدعم المناسب يمكن لهذه المشاكل أن تدفع الأم إلى إعطاء الرضيع متمّمات غذائية في سنّ مبكرة أو إلى فطامه المبكر[39, xlvi]. ولذلك تُعدّ المشورة الاستباقية السابقة للولادة ضرورية لجميع النساء الحوامل. أما الدعم المقدّم في **فترة ما بعد الولادة** فيعتبر مهماً بشكل خاص في حالات الطوارئ حيث ترتفع المعدّلات المرتبطة بالتعرّض لولادة مضنية أو تحقيق نتائج سلبية للولادة أو حدوث انفصال عضلي بطني بعد الولادة (راجع **الجدول 5**)، ما قد يزيد من الصعوبات في التأسيس لممارسات الرضاعة الطبيعية. وكما هو موضح في الفصل

[36] ملاحظة: في البيئات التي يمكن فيها تحديد مواعيد الأنشطة (مثل المخيمات القائمة) لكن الموارد البشرية فيها محدودة، فإن تنظيم إسداء المشورة الجماعية حسب الفئة (مثل الحمل/الرضّع من عمر صفر إلى 5 أشهر/الرضّع من عمر 6 أشهر إلى 23 شهراً) يمكن أن ييسّر تقديم محتوى مهم ومناسب التوقيت في إسداء المشورة إضافةً إلى تنفيذ أنشطة مناسبة (مثل اللعب والتحفيز) (راجع 4.3 – طريقة إسداء المشورة في حالات الطوارئ).

[37] إرشادات إضافية: راجع إرشادات التنفيذ الخاصة بإسداء المشورة لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية. يمكن أيضاً استخدام وسائل المساعدة على العمل لتوجيه المستشارة في اختيار المحتوى ذي الصلة.

[38] إرشادات إضافية: الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (2021). معلومات مصورة (إنفوجرافيك) عن الاستهلال المبكر للرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ.

[39] أفادت براون وشينكر (2020) أنّه في دراسة استقصائية شملت 1,219 من الأمهات الجديدات اللواتي يعشنّ بالمملكة المتحدة وأنجبنّ قبل بدء جائحة كوفيد19- بوقت قصير أو أثناءها، كان متوسط عمر الرضيع يبلغ 2.79 أسبوعاً عند بدء التغذية الاصطناعية على تركيبة حليب الرضّع و3.15 أسبوعاً عند التوقف عن الرضاعة الطبيعية. ومن بين المشاركات في هذه الدراسة ممّن توقفنّ عن الرضاعة الطبيعية، ذكرت 13.5 بالمائة فقط منهنّ أنهنّ كنّ على استعداد لذلك. وكان السبب الأبرز للتوقف عن الرضاعة الطبيعية يتمثل بالدعم المهني غير الكافي.

الرابع، القسم 4.1 بشأن الحاصلات على المشورة، فالمواليد الجدد والنساء الحوامل المعرّضات لخطر شديد هما الفئتان اللتان تُمنحان الأولوية في الحصول على مشورة شاملة في حالات الطوارئ. ويمكن أن يتحقق ذلك من خلال ضمان توفير قدرات كافية لإسداء المشورة داخل الخدمات التي تتعامل مباشرة وبشكل متكرر مع النساء الحوامل والأمهات الجديدات، مثل خدمات الأمومة/الفترة المحيطة بالولادة (راجع 5 – قدرات إسداء المشورة في حالات الطوارئ).

- يتم ترتيب الأولويات فيما يتعلق بالأوقات والمراحل الرئيسية الإضافية لإسداء المشورة وفقاً للسياق الموجود ولممارسات التغذية السائدة على النحو المحدد أثناء تقييم الاحتياجات ومن خلال عملية الرصد. ويمكن تنظيم مواعيد الجلسات أيضاً لتتوافق مع خدمات أخرى متاحة (على سبيل المثال، المواعيد المحددة للرعاية السابقة للولادة أو المواعيد المحددة للتحصين).

- عندما تقوم مقدِّمات الرعاية بإسداء المشورة المتعلقة بالتحديات أو المخاوف القائمة، يتعيّن حينئذٍ إسداء المشورة **بشكل متكرّر حسب الحاجة**[40]. وتُعطى الأولوية لتقديم الرعاية بناءً على الاحتياجات الفردية الفعلية من دون تحديد عدد مستهدف من جلسات إسداء المشورة مع كل واحدة من مقدِّمات رعاية.

- **المتابعة** مهمة لمعالجة المشاكل ولتشجيع التجارب الناجحة[xlvii]. إنّ الإجهاد الذي تتعرّض له مقدِّمات الرعاية قد يُضعف قدرتهنّ على استيعاب المعلومات وحفظها. وتُفرض صعوبات عديدة في كثير من الأحيان وبالتالي إنّ بناء علاقة قائمة على الثقة في ظل ظروف صعبة يستغرق بعض الوقت. ولذلك، قد يتم تنفيذ جلسات إسداء المشورة بشكل متكرر على فترات زمنية قصيرة لتحقيق أقصى قدر من الأثر. وتتضمّن الممارسة المعيارية في حالات الطوارئ تنفيذَ جلسات منتظمة لإسداء المشورة (أسبوعية أو شهرية) مصحوبة ببعض أشكال الدعم للرضاعة الطبيعية ومنها إسداء المشورة. تقرّ هذه الممارسة بقيمة الاستثمار في العلاقات بين المستشارات ومقدِّمات الرعاية بحيث تترافق مع أثر لا يقتصر على ممارسات الرضاعة الطبيعية وحدها، بل تكون مناسبة تحديداً عندما يكون نطاق الدعم المقدم أثناء جلسات إسداء المشورة نطاقاً أوسع وأكثر شمولية من الاقتصار على إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية فقط (مثل برامج إدارة حالات الرضّع الصغار دون سنّ ستة أشهر المعرّضين لخطر تغذوي وأمّهاتهم، أو النماء في مرحلة الطفولة المبكرة).

دراسة الحالة 9 إسداء المشورة أثناء النزوح الجماعي

في ربيع عام 2015، أطلقت منظمة أنقذوا الأطفال استجابة مباشرة لتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ مع وصول أعداد هائلة من اللاجئين والمهاجرين (ما يصل إلى 8,000 شخص يومياً) إلى الحدود الكرواتية/الصربية. كانت الأمهات في ضائقة وواجهنَ حواجز كبيرة على مستوى تغذية أطفالهنّ بشكل آمن وكافٍ. وقد لوحظ أنهنّ لجأنَ لتغذية أطفالهن الرضّع دون عمر الستة أشهر مِن حليب الأبقار، ولا يقِسنَ كميات المياه وتركيبة الحليب عند تحضير الرضعة، ويستخدِمنَ زجاجات غير نظيفة عدة مرات للإرضاع. وكان نهج الحكومة يهدف إلى تقليص فترات العبور لأقصر درجة، ما كان يعرقل المساعدات الإنسانية. وشعرت مقدِّمات الرعاية في كثير من الأحيان بالتعب والإجهاد الشديد بسبب التنقلات المستمرة، ما أثّر على قدرتهنّ على معالجة المعلومات. وخلال فترة الإقامة القصيرة في معسكرات العبور، كانت لدى مقدّمات الرعاية احتياجات عديدة يجب تلبيتها في وقت ضيق جداً. وكثيراً ما تفاقمت مستويات الإجهاد نتيجة نقص المعلومات المتعلقة بأوقات المغادرة وإجراءاتها. ونتيجة لذلك، كانت مقدِّمات الرعاية على استعجال وركّزنَ على المغادرة. تم بذل الجهود لتهيئة بيئة هادئة ومريحة في أماكن إسداء المشورة عن طريق موظفين مدرَّبين على الإسعافات الأولية النفسية. وبادرت المستشارات إلى طمأنة مقدِّمات الرعاية وتيسير حصولهنّ على خدمات أخرى. كما صمّمت منظمة أنقذوا الأطفال مجموعات أدوات لتوفير الأساسيات بشكل سريع. هذا وقد أدّى غياب التنسيق الإقليمي والعابر للحدود بين الجهات الفاعلة المنفِّذة لأنشطة تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ وما أعقب ذلك من عدم اتّساق في الخدمات وعدم توحيدها، إلى تقويض ما كان يمكن تحقيقه من حيث تقليل المخاطر لأقصى حد ودعم الممارسات الأكثر أماناً. فكثيراً ما شعرت مقدِّمات الرعاية بالإرهاق والارتباك بسبب وجود جهات فاعلة كثيرة ومختلفة تقدِّم رسائل ومواد ومنتجات متنوعة. لذلك، اعتمدت منظمة أنقذوا الأطفال على نهج لإسداء المشورة يقوم على قبول سلوكيات التغذية والتركيز على إدارة المخاطر وتقليلها لأقصى حد (مثل تعقيم زجاجات الرضاعة عند رفض الإرضاع بالكوب).

المصدر: Modigell, Fernandes and Gayford (2016) Save the Children's Rapid IYCF-E Response in Croatia. Field Exchange 52.

[40] مثلاً تشير بروتوكولات إسداء المشورة إلى أنّ مقدمة الرعاية التي تحاول معاودة الإرضاع يجب تُتابع بوتيرة يومية في البداية مع تخفيف الوتيرة بمرور الوقت كلما ازدادت ثقتها بالرضاعة (بوريل وآخرون، 2020). يشير مورفي وآخرون (2017) في وصفهم لبرنامج إدارة حالات الأمّهات والرضّع المعرّضين للخطر التابع الذي تنفذه منظمة GOAL، إلى أنّه قد يُطلب حضور الرضيع يومياً إذا كان يعاني من سوء التغذية الحاد بهدف مساعدته على التعافي ودعم أمه، أو يمكن أن تتم متابعته أسبوعياً إلى حين تنفيذ عمليات توزيع برنامج التغذية التكميلية الشاملة. قد يتم عقد جلسات أسبوعية من أجل إسداء المشورة للمرضعات (بوريل وآخرون، 2020؛ أزاد وآخرون، 2019)، وللمعتمدات على بدائل حليب الأم. وقد تحدّد المستشارة ما إذا كان من الضروري متابعة الحالة بوتيرة أكبر استناداً لأفضل تقدير تتوصل إليه.

دراسة الحالة 10 إسداء المشورة في وقت قريب من الولادة

إنّ الاستهلال المبكر للرضاعة الطبيعية والتلامس الجلدي لهما دور حيوي في الحد من وفيات المواليد والأمهات، وتحسين نتائج الرضاعة الطبيعية وقدرة الأم على تقديم الرعاية. ومنذ عام 2012، تنفذ الجمعية الخيرية المسيحية الأرثوذكسية الدولية في لبنان خدمات لحماية الرضاعة الطبيعية ودعمها وتشجيعها في إطار برامجها المعنية بالصحة والتغذية لصالح المواطنات اللبنانيات واللاجئات (معظمهنّ من السوريات). وبالتعاون الوثيق مع مراكز الرعاية الصحية الأولية، تستهدف أخصائيات الرضاعة الوصول إلى النساء الحوامل مرتين إلى ثلاث مرات قبل الولادة. ويتم تصميم المشورة إذا تم التخطيط للولادة القيصرية. كما تعاونت الجمعية مع وزارة الصحة العامة لتنفيذ مبادرة المستشفيات الصديقة للطفل في مستشفيات محددة. تعمل في الجمعية أخصائيات رضاعة تعود خلفيتهنّ المهنية إلى القِبالة، ويجرينَ زيارات يومية للمستشفيات من أجل دعم النساء لممارسة الرضاعة الطبيعية في أقرب وقت ممكن بعد الولادة. كما أنّهنّ يحضرن عملية الولادة إذا سمحت لهنّ المستشفى بذلك. وإذا لم تسمح بذلك، فيأتينَ إلى الأم في أقرب وقت ممكن بعد ميلاد الطفل إلى جناح الولادة أو عند الخروج من أجل تقييم الرضاعة الطبيعية ودعمها. وعادةً ما تتم معالجة صعوبات الرضاعة الطبيعية بعد الولادة خلال جلستين أو ثلاث جلسات لإسداء المشورة، ولكن بعض الحالات قد تتطلّب المزيد من الجلسات.

المصدر: الجمعية الخيرية المسيحية الأرثوذكسية الدولية، لبنان. مقابلات مع مبلغين رئيسيين، 2020.

المدة

تختلف المدة اللازمة لجلسة إسداء المشورة الفردية حسب نوع الجلسة واحتياجات الأم والرضيع من الرضاعة الطبيعية، والحالة والتوافر والسياق ومهارة المستشارة وخبرتها، ومتطلبات الترجمة واتّساع نطاق الدعم المقدَّم. **وقد تكون جلسات إسداء المشورة أطول أو أكثر تواتراً** في حالات الطوارئ مقارنةً بغير حالات الطوارئ نظراً إلى تعدد الاحتياجات[41] والمشاكل التي يلزم معالجتها في كثير من الأحيان. وفي ظل الإجهاد الشديد، تقل احتمالات الاستماع إلى التعليمات والإرشادات أو استيعابها بالكامل[xlviii] وقد يلزم تكرارها أثناء جلسة إسداء المشورة. وقد تتأثر سلباً قدرة مقدِّمات الرعاية المصابات بصدمات نفسية على التواصل الفعّال. لذلك، يجب التحلي بالصبر لإرساء الثقة والصلة مع مقدِّمات الرعاية اللواتي ربما تكون قد ضعفت ثقتهنّ، أو مرَرْنَ بتجارب مؤلمة ويرغبنَ في الإفصاح عنها، أو يجدنَ أنفسهنّ في بيئة غير مألوفة.

يفضل إتاحة وقت كافٍ لبناء الصلة وإجراء تقييم كامل (**المرفق باء**) أثناء الجلسة الأولى لإسداء المشورة، وذلك لأغراض تخطيط الخدمات في حالات الطوارئ. وقد تكون هناك ضرورة لتنفيذ جلسات أقصر مدّة لإسداء المشورة بدون إجراء تقييم كامل في سياقات معينة (أثناء النزوح الجماعي على سبيل المثال – راجع **دراسة الحالة 9**).

المربع 4 أبرز الرسائل بشأن التوقيت والوتيرة لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية

1. فحص جميع الأمهات أو مقدِّمات الرعاية للرضّع وصغار الأطفال باستخدام التقييم البسيط والسريع خلال فترة زمنية قصيرة محددة
2. تتركز الأولوية على ضمان إسداء المشورة في الوقت المناسب للفئات التي تحتاج إلى مساعدة فورية والفئات المعرضة لخطر شديد
3. تختلف وتيرة ومدة جلسات إسداء المشورة حسب كل حالة
4. المتابعة مهمة، ومن الوارد أن يتم إجراؤها بوتيرة متكررة على فترات زمنية قصيرة أثناء حالات الطوارئ

4.3 طريقة إسداء المشورة في حالات الطوارئ

التوصية الرابعة من منظمة الصحة العالمية

يجب إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية حضورياً. ويمكن أيضاً إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية عبر الهاتف أو غيره من طرق إسداء المشورة عن بُعد.

[41] ملاحظة: قد لا تُبدي مقدِّمات الرعاية تقبلاً لخدمات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية، بما يشمل الاحتياجات التي تتجاوز دعم الرضاعة الطبيعية، إلى أن يحصلنَ على توجيه من المستشارة إلى خدمات أخرى لضمان تلبية احتياجاتهنّ الأساسية من أجل البقاء على قيد الحياة.

قد يتم إسداء المشورة وجهاً لوجه على مستوى **الأسرة** أو **المجتمع**[42] **أو المرفق** وبطريقة **فردية** (فرد واحد) **أو جماعية** (راجع **دراسة الحالة 11**). تُعد المشورة الجماعية مناسبة تحديداً لمعالجة المخاوف المشتركة والممارسات دون المستوى الأمثل في بيئات محدودة الموارد ذات احتياجات كبيرة، مثل ما يجري في السياقات الإنسانية. ويمكن أن يكون لها فوائد مهمة تتعلق برفاه الأم من خلال تهيئة فرصة لنشر التجارب والحصول على دعم متبادل. ويجب أن تظلّ المشورة الفردية متاحة لتلبية الاحتياجات الفردية.

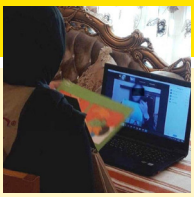
دراسة الحالة 11 إسداء المشورة لمجموعات مختلطة

في أعقاب إعصار أوندي في عام 2009، قام فريق الدعم المكوّن من خبيرات الرضاعة الطبيعية بمنظمة أروغان بزيارة المجتمعات المتضررة من خلال وحدته المتنقلة. وتم الترحيب بجميع أفراد المجتمع، بما في ذلك الآباء (كانوا عادةً صنّاع القرارات) وكذلك المراهقين وقادة المجتمع باعتبارهم مراقبين. كما تم إشراك جميع الأمهات في إسداء المشورة الجماعية، بصرف النظر عن طريقة تغذية أطفالهنّ. تم إسداء المشورة والدعم الفوريّين لأمهات الأطفال الذين لم يتلقوا رضاعة طبيعية، وبفضل المعلومات التي شاركها فريق الدعم المكوّن من خبيرات الرضاعة الطبيعية وكذلك التجارب الإيجابية التي شاركتها الأمهات المرضعات، اقتنعنَ باعتماد طريقة معاودة الإرضاع بالتقطير[43]. وبمجرد أن تسترخي الأم بعد تدليك الثدي لإفراز الحليب، يتم عرض ثدي الأم على الطفل. وقد ذُكر أن حضور هذه الأنشطة عزّز تقبّل الآباء وقادة المجتمع للرضاعة الطبيعية ودعمهم لهذه الممارسة.

المصدر: منظمة Arugaan، الفلبين. مقابلات مع مبلغين رئيسيين، 2020

وُصفت **خدمات إسداء المشورة عبر الهاتف وسائر وسائل التكنولوجيا (المربع 5)** في المبادئ التوجيهية بأنّها "خيارات مفيدة جداً كوسائل مساعدة" وأنّها "قد تساعد المستخدمين النهائيين، وكذلك العاملات في مجال الصحة والمستشارات غير المتخصّصات أو النظيرات." ويمكن ترسيخ المعلومات التي تتم مشاركتها وجهاً لوجه من خلال إرسال مواد الإعلام والتثقيف والتواصل مثل روابط الفيديو[xlix,44] إلى هواتف مقدّمات الرعاية.

المربع 5 أمثلة على الخيارات التكنولوجية لإسداء المشورة عن بُعد



الجمعية الخيرية المسيحية الأرثوذكسية الدولية

استخدام الصوت فقط
- الهاتف
- الرسائل الصوتية

استخدام الصوت والصور
- واتساب/فيسبوك ماسنجر/إنستغرام/تيليغرام

استخدام الصوت والفيديو
- سكايب/زوم/واتساب/فيس تايم/فيسبوك ماسنجر/سيغنال/تيليغرام

التحديات والحلول المتعلقة بإسداء المشورة وجهاً لوجه في حالات الطوارئ

- **خلال فترات النزوح وأثناء حالات الاكتظاظ المعيشي** (مثل المخيمات أو مراكز الإيواء الخاصة بإجلاء السكان)، قد لا تتوفر مساحة كافية للنساء من أجل الحصول على المشورة بطريقة مريحة وتتّسم بالخصوصية، وهذا الأمر قد يؤثر بشكل سلبي على عملية إسداء المشورة. وبالنسبة لسيناريوهات الإيواء الجماعي، يجب أن تكون خطط التأهب والاستجابة كفيلة بضمان تخصيص الموارد لإنشاء أماكن الدعم (مثل المساحات المخصصة للأم والطفل أو الأماكن الملائمة للأطفال) حيث يمكن للنساء إرضاع أطفالهنّ بأمان وخصوصية[l,li]. ويمكن أيضاً استغلال الأماكن الداعمة هذه من أجل تنظيم جلسات لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية وجهاً لوجه[45]

- **عندما يكون الوصول محدوداً أو غير مستقر** (مثل المناطق غير الآمنة أو التي يصعب الوصول إليها)، يمكن إجراء المتابعة عبر الاستعانة بمستشارات من كلّ مجتمع (مثل مستشارات النظيرات) أو تقديمها عن بُعد باستخدام وسائل التكنولوجيا.

ترد في الجدول 2 معلومات مفصّلة عن عوامل أخرى قد تعترض الوصول إلى مقدّمات الرعاية من خلال جلسات إسداء المشورة وجهاً لوجه وعن الحلول المحتملة للمساعدة في استمرار تقديم خدمات إسداء المشورة.

[42] ملاحظة: مثلاً أثناء تقديم خدمات التوعية المتنقلة أو في المساحات الداعمة لتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ داخل المجتمع.

[43] إرشادات إضافية: https://globalhealthmedia.org/videos/breastfeeding-attachment/

[44] الأدوات: https://globalhealthmedia.org/videos/breastfeeding/

[45] إرشادات إضافية: التحالف التقني بمجموعة التغذية العالمية (2020) موجز تقني: المساحات الداعمة لتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.

ميسِّرة في مجال التغذية تعرض أشكالاً ملونة في صفحات متتالية توضح للأمهات وضعيات الرضاعة الطبيعية في منطقة مخصصة للأم والطفل في مخيمات اللاجئين الروهينجيا في كوكس بازار، بنغلاديش
منظمة أنقذوا الأطفال/دافني كوك

سُبُل التكييف والتوفيق

إنّ وصول المساعدات الإنسانية بشكل كامل وبدون عوائق شرطٌ أساسي للعمل الإنساني الفعال[lii]. ومع ذلك، فإنّ ما تعرّض له العاملون في المجال الإنساني من هجمات وأعمال عدائية فعلية قد ساهم بشكل متزايد في الحد من الوصول إلى الفئات السكانية المتأثرة بالنزاعات في السنوات الأخيرة[liii]. وتنصّ المبادئ التوجيهية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية على أنّ إسداء المشورة وجهاً لوجه يمكن استكماله ولكن لا يمكن استبداله بإسداء المشورة عبر الهاتف أو سائر وسائل التكنولوجيا.

أثناء حالات الطوارئ حيث:

1) لا يمكن إيصال المساعدات الإنسانية ولا توجد حلول فورية[46]
2) يتعذّر [47] على المستشارات المناسبات العمل بشكل فوري في الموقع المتضرر
3) يتم تطبيق تدابير الصحة العامة الخاصة بالتباعد البدني (مثلاً أثناء تفشي الأمراض المعدية، راجع **دراسة الحالة 12**)،

يتم استبدال خدمات إسداء المشورة عن بُعد [48] **بخدمات إسداء المشورة وجهاً لوجه، كلياً أو جزئياً عندما يكون ذلك ممكناً**[49].

والجدير بالذكر أنّ البقاء على تواصل مع مقدِّمات الرعاية اللواتي يشعرنَ بالعزلة أو التجاهل يمكن أن يحقق أثراً إيجابياً على رفاههنّ ومن ثم على ما يقدّمنه من ممارسات متعلقة بالتغذية وتقديم الرعاية أيضاً. كما أنّ إسداء المشورة عن بُعد قد يؤدّي إلى تيسير التوظيف والتدريب السريع للمستشارات في المناطق غير المتضررة من حالة الطوارئ، وكذلك إلى تيسير الدعم الذي تقدّمه مستشارات ذوات خبرة يتمتعنَ بمهارات متقدّمة في التعامل مع الأمّهات والرضّع ذوي احتياجات استشارية معقدة. وبما أنّه يبدو أنّ مقدّمات الرعاية يفضّلنَ إسداء المشورة وجهاً لوجه وأنّها أكثر فعالية [liv, 51 ,50] فلا بدّ من بذل مزيد من الجهود لبدء خدمات إسداء المشورة وجهاً لوجه أو استئنافها في أقرب وقت ممكن.

للاطلاع على لمحة عامة عن الاعتبارات الرئيسية واستراتيجيات التغلّب على **التحديات الممكنة المتعلقة باستخدام الوسائل التكنولوجية عن بُعد** لإسداء المشورة، راجع **المرفق جيم**.

[46] ملاحظة: مثلاً إنّ تدريب المستشارات النظيرات عن بُعد على إنشاء قدرات إسداء المشورة داخل المجتمعات قد يكون أحد الحلول التي تستغرق بعض الوقت لوضعها وتنفيذها وفقاً لمعيار ملائم، إذا لم يتم إنشاء القدرات اللازمة في مرحلة التأهب.

[47] ملاحظة: أي المستشارات اللواتي يتمتعنَ بالخصائص والكفاءات المطلوبة، بما فيها المهارات اللغوية (راجع الفصل 5)

[48] ملاحظة: يعني الاستمرار في إسداء المشورة الأساسية بشكل حضوري، أما المشورة التي تتطلّب كفاءات متقدمة فيتم إسداؤها عن بُعد.

[49] إرشادات إضافية: منظمة أنقذوا الأطفال بالتعاون مع الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (2021). إجراء ودعم إسداء المشورة الإلكترونية المتعلقة بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ: اعتبارات خاصة بالتخطيط والتنفيذ.

[50] الأبحاث المتعلقة تحديداً بالرعاية عن بُعد في مجال الرضاعة محدودة (Dhillon and Dhillon, 2020).

[51] أفادت براون وشينكر (2020) أنّ 72.6 بالمائة من الأمهات المشمولات في الدراسة الاستقصائية واللواتي أنجبنَ في المملكة المتحدة أثناء جائحة كوفيد- 19 أرجعنَ سبب توقفهنّ عن الرضاعة الطبيعية إلى نقص الدعم الحضوري نتيجة القيود التي فرضتها الجائحة.

دراسة الحالة 12 تقديم خدمات عن بُعد لدعم الرضاعة الطبيعية

في بداية تدابير الإغلاق الشامل المنفَّذة في الفلبين أثناء جائحة كوفيد-١٩، لاحظت إحدى الأمهات أن هناك حاجة إلى دعم الرضاعة الطبيعية في المجتمع الذي تعيش فيه. وردآ على منشور لإحدى المجموعات المحلية على فيسبوك (خسرت صاحبة متجر دخلها، ولم تعد قادرة على شراء تركيبة حليب الرضّع لطفلها الرضّيع)، شاركت معلومات عن معاودة الإرضاع. وخلال ساعتين تلقت ٣٥ استفساراً. تم تشكيل فريق يعمل عن بُعد ويضمّ خمس مستشارات نظيرات وطبيبتي أطفال مدرَّبتين. وتم إجراء عملية سريعة للتقييم والفرز من خلال فيسبوك ماسنجر باستخدام مجموعة من الأسئلة البسيطة لتحديد أنسب شخص في الفريق من أجل تقديم الدعم لكل امرأة. كانت غالبية النساء بحاجة إلى مساعدة لزيادة مخزون الحليب لديهنّ، وبعضهنّ الآخر يرغب في معاودة الإرضاع. وأولئك اللواتي تواصلنَ مع الفريق كنّ ينتمينَ بشكل عام إلى الشريحة الخمسية الأدنى من الثروة ولا يمتلكنَ شفّاطات الحليب: تم تعليمهنّ عن بُعد طريقة التعصير اليدوي للثدي وتدليك الثدي. كانت المستشارات يتصلنَ بالأمهات كل يوم أو كل يومين حسب الحاجة. وفيما بين المكالمات، كنّ يُجبنَ على الاستفسارات الواردة عبر فيسبوك ماسنجر. وغالباً ما استمر هذا الدعم المكثف والتوافر على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع لمدة أسبوعين تقريباً. لاحظت المستشارات النظيرات أنّ النساء شعرنَ في كثير من الأحيان بالخوف أو التوتر عندما تواصلنَ معهنّ، لذلك كنّ يبدأنَ بطمأنة الأمهات وعرض اقتراحات عملية لتحسين رفاههنّ (مثل تحديد طريقة تسمح للأم بتحسين نظامها الغذائي من خلال موارد مالية محدودة) ومناقشة كيفية تهدئة الطفل وإراحته. وقبل تفشي الجائحة، كثيرٌ من الأمهات لم يكُنّ مقدمات الرعاية الأولية للطفل؛ فأدركت المستشارات أنه على الرغم من صعوبة وصف الجوانب التقنية للرضاعة الطبيعية عبر الهاتف، إلا أنّ الرضاعة الطبيعية تنجح بشكل طبيعي بمجرد إنشاء الترابط والملاصقة بين الأم والرضيع. ولذلك قامت المستشارات بتكييف النهج للتركيز على تحقيق الترابط مع الطفل وبناء الثقة لدى الأمهات. ظهرت حواجز عرقلت عملية تقديم الدعم، مثل التكلفة والقدرة على الاتصال وقلة الهواتف المجهّزة بكاميرات، فتحمّلت المستشارات تكلفة المكالمات الهاتفية واستخدمنَ عبارات وصفية (بناءً على التدريب على كيفية دعم الأشخاص ذوي العاهات البصرية) وطرحنَ أسئلة محددة (مثلاً "أين يديكِ؟"). كما تم إنشاء تصميم بياني بدقة منخفضة لتجنُّب تكلفة تنزيل مقاطع فيديو.

المصدر: الفلبين. مقابلات مع مبلغين رئيسيين، 2020

4.4 إسداء المشورة الاستباقية المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ

التوصية الخامسة من منظمة الصحة العالمية

يجب تصميم خدمات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية مع توقع التحديات والسياقات المهمة للرضاعة الطبيعية والعمل على معالجتها، إضافةً إلى بناء المهارات والكفاءات والثقة لدى الأمهات.

سُبُل التكييف والتوفيق

تركز الإرشادات الاستباقية في غير حالات الطوارئ على تثقيف الأسر بالتشريح التكويني والفيزيولوجيا الطبيعية للرضاعة، وتهيئتهم للنمو والسلوكيات الطبيعية والمتوقعة لدى الرضّع[lv, lvi]. وترد اقتراحات في إرشادات التنفيذ الخاصة بإسداء المشورة لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية فيما يتعلق بالإرشادات الاستباقية التي يجب التعريف بها في مراحل عمرية محددة، مثل الاستعداد لإدخال الأطعمة التكميلية. وفي حالات الطوارئ، قد تتضمّن الإرشادات الاستباقية أيضاً توقع التحديات المتعلقة بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالة طوارئ معيّنة قائمة والتغلّب على هذه التحديات (وربما ترتيبها حسب الأولوية).

يمكن للمستشارات المساعدة في الحد من المخاطر والمشاكل المحتملة[52] من خلال بلورة فهم لما يجري في حالة طوارئ محددة أو تهديد وشيك، وتوقع إلى أي مدى يمكن لذلك أن يضرّ أو يعرقل الرضاعة الطبيعية (**الجدول 5**).
على سبيل المثال:

- يُفترض أثناء أي حالة طوارئ أن تكون المخاوف المتعلقة بمخزون الحليب شائعة[lvii]. لذلك، يجب تزويد المرضعات بإرشادات استباقية تطلعهنّ على ما يترافق مع الظروف العصيبة والمجهدة من أثر على سلوك الرضّع لكي يعرفنَ أنّ الإجهاد لا يؤثر على إفراز الحليب[lviii]؛ إضافةً إلى تعريفهنّ بأهمية نزول الحليب بشكل فعال ومتكرر (باتّخاذ الرضيع وضعية مناسبة وإمساك الثدي بطريقة صحيحة) للحفاظ على مخزون الحليب، وكذلك العلامات المطمئنة التي تشير إلى أنّ الرضيع يتلقى ما يكفي من حليب الأم.

[52] ملاحظة: خصوصاً في المناطق الجغرافية التي تشهد كوارث طبيعية موسمية يمكن التنبؤ بها، يتمثل أحد الإجراءات المهمة للتأهب في ضمان تزويد المستشارات بالمهارات والمعارف اللازمة لتقديم إرشادات استباقية. ترد الكفاءات المطلوبة لتوفير الدعم المناسب للتحديات الخاصة بحالات الطوارئ في 5 - قدرات إسداء المشورة في حالات الطوارئ.

- إذا كانت المستشارة على علم **بتوزيع بدائل حليب الأم بشكل غير منضبط**، يمكنها إسداء المشورة المتعلقة بمخاطر إدخال بدائل حليب الأم في الوضع الحالي، والتركيز على بناء الثقة تجاه من أجل الالتزام بالرضاعة الطبيعية الخالصة.

- للمساعدة في **التهيئة للإجلاء** (مثلاً أثناء الكوارث الطبيعية مثل حرائق الغابات)، يمكن للمستشارات تقديم إرشادات استباقية بشأن اللوازم الأساسية التي يجب أن تحضرها مقدِّمات الرعاية للرضّع المعتمِدين على بدائل حليب الأم[53]

المربع 6 اعتبارات برنامجية لتوقع الحواجز التي تمنع الرضاعة الطبيعية أثناء حالات الطوارئ

من المهم أيضاً أن يفهم صنّاع القرار ومخططو البرامج في جميع القطاعات العواملَ التي تسهل الرضاعة الطبيعية ولماذا قد تزداد مشاكل الرضاعة الطبيعية في سياق حالة طوارئ معينة لكي يتمكنوا من معالجة الأسباب الكامنة وراءها إلى أقصى حد ممكن (حيراني وآخرون، 2019). على سبيل المثال، في بيئة المخيمات، يمكن لمخطِّط البرنامج أن يتوقّع المشاكل التي يحتمل أن يسببها التوزيع غير المنضبط لبدائل حليب الأم والعمل مع إدارة المخيم لمنع توزيعها في المخيم استكمالاً لجهود مستشارة الرضاعة الطبيعية. يمكن معالجة العديد من الأسباب الكامنة من خلال إنشاء التعاون بين مختلف القطاعات بهدف تكوين بيئة تحمي الرضاعة الطبيعية وتدعمها، كما هو موضح في إطار العمل المتعدد القطاعات الخاص بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ الصادر عن منظمة أنقذوا الأطفال ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (2018).

إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية أثناء حالات الطوارئ منظمة ARUGAAN، الفلبين.

[53] إرشادات إضافية: غريبل وتشاد (2019). هل تقومين بالإخلاء مع طفل رضيع؟ إليك ما يجب أن تضعيه في حقيبة الطوارئ الخاصة بك. مقالة على الإنترنت - المحادثة.

الجدول 5: التحديات الممكنة التي تواجهها مقدِّمات الرعاية أثناء حالات الطوارئ وتداعياتها المحتملة على الرضاعة الطبيعية

على المستوى الفردي (الأم، ومقدِّمة الرعاية، والرضيع، وصغار الأطفال)		
التحدي المحتمل المرتبط بحالة الطوارئ	**مثال**	**الآثار المحتملة على الرضاعة الطبيعية ودعم الرضاعة الطبيعية**
1. سوء الحالة الصحية والتغذوية للطفل	ارتفاع معدلات الإصابة بمرض الإسهال عند الرضّع بعد التوزيع غير المنضبط لبدائل حليب الأم، وارتفاع معدلات سوء التغذية عند الأطفال، وسوء الحالة الصحية والتغذوية عند الميلاد، مثل انخفاض الوزن عند الميلاد أو الولادة قبل الأوان (الإخداج)[lix]، وسوء ممارسات تغذية الرضّع وصغار الأطفال قبل حالة الطوارئ	• يصبح الرضّع وصغار الأطفال الذين يعانون من مرض شديد أو سوء تغذية غير قادرين على الرضاعة بشكل فعال من الثدي • تسود معتقدات بشأن الحاجة إلى التغذية التكميلية للرضّع (مثل تركيبة حليب الرضّع) أثناء المرض • غالباً ما يحتاج الخدّج و/أو ذوو الوزن المنخفض عند الميلاد إلى دعم مقدم من أخصائيات ماهرات في مجال الرضاعة الطبيعية للتغلب على الصعوبات مثل التعب وزيادة النعاس، وقلة كمية الرضعة، والرضعات الطويلة، والرضعات غير المنظمة، والصعوبات الجسدية، وصعوبات حركة الفم (ضعف القدرة على المص)، والمخاوف المتعلقة بالنمو والتغذية.
2. سوء الصحة الجسدية والحالة التغذوية للأم[lx]	التعرّض الشديد لعوامل تؤدي إلى تفاقم الوضع بما فيها انعدام الأمن الغذائي، والأمراض، وسوء الصرف الصحي، وزيادة معدلات الاعتلال والوفيات، بما يشمل زيادة معدلات العدوى بفيروس العوز المناعي البشري بين الفتيات والنساء[lxi]	• تراجع درجة رفاه الأم يؤدي إلى انخفاض قدرتها على تقديم التغذية والرعاية المستجيبة للأطفال. وقد يترتب على ذلك إرضاع الأم لأطفالها بوتيرة أقل أو لفترات أقصر. وهذا يؤدي إلى ركود الحليب في الثدي، وزيادة احتمال تحجر الثدي وانسداد القنوات اللبنية والإصابة بالتهاب الثدي، ما يؤدي في نهاية المطاف إلى انخفاض تدريجي في إفراز الحليب • من الوارد أن تكون هناك مخاوف بشأن جودة وكمية الحليب لدى النساء المرضعات اللواتي تأثرت تغذيتهنّ بشكل سلبي [lxii, lxiii, lxiv] على الرغم من أنّ إفراز الحليب وجودته لا يتأثران إلى حد كبير بالنظام الغذائي إلا إذا كانت حالة سوء التغذية حادة. • يترتب على سوء التغذية لدى الأمهات أثناء الحمل تفاقم معدل مضاعفات الحمل وحدوث عواقب وخيمة عند الولادة (مثل الولادة قبل الأوان أي الإخداج) وصعوبات لاحقة في انتهاج الرضاعة الطبيعية (راجع النقطة رقم 1 في الجدول) • قد تحتاج الأمهات العاجزات بسبب مرض شديد أو سوء التغذية إلى دعم جسدي للقدرة على الإرضاع/تعصير الحليب من الثدي • قد تكون هناك مخاوف لدى مقدِّمات الرعاية بشأن انتقال مرض سارٍ إلى طفلها، أثناء المرض أو تفشي الأمراض[lxv] (مثل الإيبولا، والكوليرا، وما إلى ذلك). • أثناء تفشي الأمراض المعدية، قد ترغب الأمهات في مواصلة الرضاعة الطبيعية أو معاودتها لحماية أطفالهن الرضع[lxvi, lxvii] • يؤدي ارتفاع معدلات وفيات الأمهات إلى زيادة أعداد الأطفال الذين لا يتلقون رضاعة طبيعية. • الحاجة المحتملة إلى زيادة تدخلات الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل[lxviii]. ستحتاج الأمهات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري إلى المشورة بشأن توصيات تغذية الرضّع في حالة الطوارئ. وفي حالة عدم توفّر عقاقير مضادات الفيروسات القهقرية، قد تحتاج الأمهات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري إلى مشورة إضافية بُغية الحفاظ على الثقة في أهمية الرضاعة الطبيعية من أجل بقاء الطفل على قيد الحياة، ولدعم الرضاعة الطبيعية لتصبح أكثر أماناً. • قد يؤدي الخوف من انتقال فيروس العوز المناعي البشري بين الأسر والعاملين في مجال الصحة إلى استجابات غير ملائمة بما فيها تجنُّب الرضاعة الطبيعية (للأطفال البيولوجيين/غير البيولوجيين) مع غياب الاختبارات، والطلب على أو عروض بدائل لبن الأم[lxix]

يُتبع...

تتمة الجدول الخامس...

التحدي المحتمل المرتبط بحالة الطوارئ	مثال	الآثار المحتملة على الرضاعة الطبيعية ودعم الرضاعة الطبيعية
3. نقص المعرفة بالرضاعة الطبيعية، وانتشار الخرافات والمفاهيم الخاطئة عن الرضاعة الطبيعية[54, lxiii, lxxii, lxxi, lxx]	نقص الفهم للتوصيات الخاصة بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ بين مقدِّمات الخدمات المعنيات بالاستجابة، بما يشمل العاملات في مجال الصحة الداعمين لصحة الأم والوليد والطفل[lxxiv]، وتقديم نصائح متضاربة و/أو الترويج والتوصيف غير الملائم لبدائل حليب الأم، وبث رسائل إعلامية ضارة ومُحبطة[lxxv]، وانتشار الخرافات والمفاهيم الخاطئة	• اهتزاز ثقة النساء في قدرتهنّ على إرضاع أطفالهنّ بشكل آمن وكافٍ، وهو ما يؤثر على الكفاءة الذاتية في الرضاعة الطبيعية ورفاه الأم • يؤدي النقص في فهم احتياجات النساء المرضعات وأطفالهنّ أثناء حالات الطوارئ إلى إطلاق دعوات للتبرع ببدائل حليب الأم، مثلاً عبر وسائل الإعلام (راجع النقطة رقم 14 في الجدول) • يؤدي تقديم معلومات/نصائح غير مناسبة للأمهات إلى ممارسات غير ملائمة في مجال التغذية

التحدي المحتمل المرتبط بحالة الطوارئ	مثال	الآثار المحتملة على الرضاعة الطبيعية ودعم الرضاعة الطبيعية
4. زيادة أعداد مقدِّمات الرعاية والرضّع ذوي الإعاقات التي تسبب صعوبات في التغذية	الإعاقات المؤقتة مثل الإصابات التي تمنع الأم من حمل/إرضاع طفلها[lxxvi]؛ قد تؤدي العوامل البيئية أو التغذوية إلى زيادة معدلات التشوّهات الخِلقية في المواليد، مثل فلح الحنك[lxxvii, lxxviii]	• زيادة مستويات الرضّع الذين لا يتلقون رضاعة طبيعية في حالة عدم توفر دعم متخصص للرضاعة الطبيعية • قد يحتاج الأطفال ذوو الإعاقات الذي تؤثر الأعاقة على تغذيتهم إلى دعم من أخصائيات ماهرات في مجال الرضاعة الطبيعية بغية التغلب على صعوبات قد تشمل التغذية غير الفعّالة، وزيادة مخاطر دخول الحليب إلى رئة الطفل، وتحديات حركة الفم ودرجات الاستجابة الحسية، والمخاوف المتعلقة بالنمو والتغذية[lxxix]
5. الأثر السلبي على الصحة النفسية والرفاه النفسي الاجتماعي للأم[lxxxii, lxxxi, lxxx]	زيادة مستويات التعرّض للصدمات، وارتفاع معدل العنف القائم على النوع الاجتماعي، وفقدان الأشخاص المقرّبين، وارتفاع مستويات القلق لدى مقدِّمات الرعاية بشأن الاحتياجات الجسدية الملحة الخاصة بهنّ/بأطفالهن مثل الغذاء والماء والمأوى والرعاية الطبية، وعدم إمكانية الحصول على خدمات رصد النمو/وزن الرضّع من أجل الاطمئنان، وانهيار الشبكات الاجتماعية/الهياكل الأسرية، والعزلة الاجتماعية، وانهيار خدمات الدعم والشبكات الاجتماعية لما بعد الولادة أو عدم الوصول إليها[55]	• انخفاض قدرة مقدِّمة الرعاية على تغذية طفلها ورعايته بشكل مستجيب. وقد يترتب على ذلك إرضاع الأم لأطفالها بوتيرة أقل أو لفترات أقصر. • يثبِّط هرمون الإبينيفرين لدى الأم منعكس إفراز الحليب، ما يبطئ تدفق الحليب ويؤدي إلى مخاوف خاطئة بشأن مخزون الحليب[lxxxiii, lxxxiv, lxxxv]. • قد يتسبّب ضيق الأم في زيادة انزعاج الرضيع، وزيادة وتيرة الرضعات، والاستيقاظ ليلاً، وعدم تحمّل ابتعاد الأم، وهو ما تفسره الأمهات عادةً على أنه دلالة على وجود مشاكل في مخزون الحليب[lxxxvi] • قد تكون هناك معتقدات سائدة عن أثر الرضاعة الطبيعية أثناء الشعور بالإجهاد أو الاستياء على رفاه الرضيع وجودة حليب الأم[56, lxxxviii, lxxxvii, lxxxix] • قد يؤثر الاكتئاب على الترابط بين الأم والطفل فيؤدي إلى التوقف المبكر عن الرضاعة الطبيعية[xc]. والأمهات المصابات بالاكتئاب أقل ميلاً لطلب الرعاية، بما في ذلك طلب المساعدة في الرضاعة الطبيعية • يتسبّب ارتفاع مستويات القلق لدى الأم في زيادة اقترابها من طفلها، ما يؤدي إلى إرضاعه بوتيرة أكبر، وفي حالة المواليد الجدد هذا يعني البدء مبكراً بإفراز حليب المرحلة الثانية من الرضاعة[xci]/ . • يصعب على الأمهات اللواتي تعرّضنَ للصدمة والخوف والقلق تعلّم كيفية ممارسة الرضاعة الطبيعية ورعاية الطفل (أمهات يعتمدنَ نمط البقاء على قيد الحياة)[xcii].

يُتبع...

[54] براون وشنكر (2020): 4.3 بالمائة من الأمهات اللواتي شملهنّ الاستقصاء في المملكة المتحدة هن نساء أخبرتهنّ أخصائية في مجال الرعاية الصحية أنّ الرضاعة الطبيعية قد لا تكون آمنة أثناء جائحة كوفيد- 19، ما دفعهنّ للتوقف عن الرضاعة الطبيعية.

[55] وجدت دراسة لبراون وشنكر (2020) أنّ نسبة عالية من الأمهات الجديدات اللواتي توقفنَ عن الرضاعة الطبيعية اعتبرنَ أن نقص الدعم الاجتماعي والعاطفي يؤثر سلباً على تجربة الرضاعة الطبيعية. وقد تحدث العديد من المشاركات عن اشتياقهنّ للقاء أمهات مرضعات مثلهنّ وللاختلاط بمجموعات مخصّصة للأطفال أو الخروج مع الأصدقاء. كما تحدثت الكثيرات عن العزلة التي شعرنَ بها والتي أثرت على رفاههن وصحتهن النفسية.

[56] تشير دراسة لبانتانيلا (2018) إلى أنّه في حين تشير الأبحاث إلى أنّ عدم كفاية النظام الغذائي نادراً ما تؤثر على كمية أو جودة حليب الأم، إلا أن هذا التصور السائد لدى الأمهات يمثل عائقاً قوياً يحول دون القيام بتدخل منقذ للحياة.

تتمة الجدول الخامس...

على المستوى الأسري والاجتماعي		
التحدي المحتمل المرتبط بحالة الطوارئ	**مثال**	**الآثار المحتملة على الرضاعة الطبيعية ودعم الرضاعة الطبيعية**
6. التغيّرات في الروتين والهياكل الأسرية وتزايد الأعباء الواقعة على الأمهات	اضطراب الروتين اليومي، وطوابير الانتظار الطويلة للحصول على الخدمات (مثل توزيعالمواد الغذائية)، والتنقلات المستمرة أو المتكررة أثناء النزوح، وزيادة الأعباء الملقاة على كاهل المرأة، كأن تتحمل دوراً إضافياً لرب الأسرة[xciii, xciv] و/أو رعاية كبار السن والمصابين [xcv] و/أو رعاية الأطفال الأكبر سناً في المنزل[57]، [xcvi]، والتغييرات في الهياكل الأسرية والترتيبات المعيشية الأسرية	• الأمهات اللواتي يضطرب روتينهنّ اليومي/يزداد عبء العمل الواقع عليهن قد يُرضعن أطفالهن بوتيرة أقل أو لفترات أقصر. • يؤدي التعب الذي يصيب الأم إلى ضعف قدرتها على التعرف على احتياجات رضيعها والاستجابة لها • قد تتعرّض الأمهات لضغوط كي تفطم الرضيع حيث تضغط عليها أفراد الأسرة [58] ومقدّمات الخدمات اللواتي ينظرنَ إلى الرضاعة الطبيعية على أنها عبء
التحدي المحتمل المرتبط بحالة الطوارئ	**مثال**	**الآثار المحتملة على الرضاعة الطبيعية ودعم الرضاعة الطبيعية**
7. انعدام الخصوصية والاكتظاظ [xcvii, xcviii, xcix, c, ci, cii]	تغيرات في الترتيبات والظروف المعيشية للأسرة، وانعدام الخصوصية أثناء التنقل في حالات النزوح/الإجلاء، واكتظاظ المخيمات والملاجئ، وطوابير انتظار طويلة للحصول على الخدمات	• الأمهات اللواتي لا يشعرنَ بالارتياح للرضاعة الطبيعية بوجود الآخرين (مثلاً في الطوابير والملاجئ المشتركة) قد يُرضِعنَ بشكل أقل أو لفترات أقصر • قد تشعر الأمهات بضرورة اعتماد زجاجة الرضاعة أو بديل من بدائل حليب الأم في الليل عند النوم على مقربة من آخرين (مثلاً في الملاجئ المزدحمة) بسبب تصوّر خاطئ مفاده أنّ ذلك سيقلّل من بكاء الطفل ليلاً. • يمكن أن يؤدي انعدام الخصوصية إلى زيادة مستويات الإجهاد لدى الأمهات وشعورهنّ بالخجل، ما يؤثر على كمية الحليب المفرزة ورفاه الأمهات (انظر 5).

يُتبع...

تتمة الجدول الخامس...

على المستوى المؤسسي (لتقديم الخدمات)		
التحدي المحتمل المرتبط بحالة الطوارئ	**مثال**	**الآثار المحتملة على الرضاعة الطبيعية ودعم الرضاعة الطبيعية**
8. مستويات متزايدة من حالات الفصل بين الأم والطفل [59, 60, ciii]	على سبيل المثال، يؤدي عدم وجود أدلة و/أو ضعف الفهم لتوصيات تغذية ورعاية الرضع أثناء تفشي الأمراض المعدية المستجدّة إلى الفصل غير الضروري بين الأم والطفل، والتوصية بالفصل بينهما، والتوقف المؤقت عن الرضاعة الطبيعية، مثل ما جرى أثناء تفشي فيروس إيبولا[civ]؛ الفصل العرضي بين الأم والطفل أثناء النزوح أو لدى وقوع كارثة طبيعية، والفصل القسري بينهما في مراكز الاحتجاز.	• حاجة متزايدة للدعم في تعصير حليب الأم بانتظام وتخزينه ونقله (إن أمكن). قد تجد النساء أنّ العملية صعبة من الناحيتين العاطفية والجسدية، خاصةً إذا كانت حالة الفصل ناتجة عن مرض. • يؤدي الفصل بين الأم والطفل إلى اضطراب الرضاعة الطبيعية،[cv] ما يؤدي إلى زيادة عدد الرضع الذين لا يتغذون على الرضاعة الطبيعية الخالصة وعدد الرضع الذين لا يحصلون على الرضاعة الطبيعية أصلاً. • يؤثر البعد وغياب التلامس الجلدي وغياب الرضاعة الطبيعية على التفاعل المبكر بين الأم والرضيع وقدرة الأم على تقديم الرعاية، وبالتالي على الصحة الفسية للرضيع ونموه[cvi]. • تُحد حالات الفصل من قدرة الرضاعة الطبيعية على الوقاية من الأمراض المعدية [cvii]. • قد تنتاب الأمهات مشاعر سلبية (مثلاً فقدان الهوية، والشعور بالفشل، والندم، والخجل، وخيبة الأمل، والحزن، والشعور بالخذلان) عندما تنتهي علاقة الرضاعة الطبيعية قبل أوانها[cviii]، علماً أنّ الفصل بين الأم والطفل يؤدي إلى تفاقم العواقب الصحية لدى الأمهات نتيجة عدم كفاية الرضاعة الطبيعية [cix].
9. معدلات متزايدة من تجارب الولادة الصعبة/الصادمة وتجارب ما بعد الولادة والممارسات غير الداعمة للرضاعة الطبيعية [cx, cxi]	معدلات متزايدة من مضاعفات الحمل وعواقب الولادة السلبية، مثل انخفاض الوزن عند الميلاد أو الولادة قبل الأوان (الإخداج)، ومعدلات متزايدة من تجارب الولادة المؤلمة أو الصادمة مثل الولادة في بيئة غير مألوفة، والولادة بغياب دعم الأسرة/الشريك، ومعدلات متزايدة من العنف التوليدي [cxii]، والافتقار إلى الدعم المتخصص في الولادة والرعاية التوليدية الطارئة، ومعدلات متزايدة من الولادات القيصرية [cxiii, cxiv]	• يقلل تدهور صحة الأم من قدرتها على الرضاعة الطبيعية والرعاية المستجيبة للأطفال • قد تتسبب الولادة الصادمة في تعقيد عملية الرضاعة الطبيعية من خلال تأخير عملية تكوين الحليب ا، بما يؤثر سلباً على مستوى الإدراك والحالة المزاجية ويتداخل مع الترابط والتعلق. وقد تؤدي الرضاعة الطبيعية أيضاً إلى استرجاع ذكريات الولادة الصادِمة أو العنف الجنسي [cxv]. • قد تؤدي الولادات القيصرية ومضاعفات الولادة والممارسات غير الداعمة إلى تأخير عملية الرضاعة الطبيعية والتلامس الجلدي وانخفاض وتيرة الرضاعة الطبيعية لحديثي الولادة، ما يؤدي إلى صعوبات متزايدة في التأسيس للرضاعة الطبيعية. • تؤدي زيادة معدلات وفيات الأمهات إلى ارتفاع أعداد الرضع الذين لا يتغذون على الرضاعة الطبيعية.

يُتبع...

[59] ذكرت دراسة لبراون وشينكر (2020) أنّه من بين 103 أمهات شملهنّ استقصاء في المملكة المتحدة وكان لديهنّ طفل في وحدة الرعاية المركزة لحديثي الولادة أثناء جائحة كوفيد- 19، هناك 19.4 بالمائة (عدد = 20) أُبلغن أنهنّ لا يستطعنّ زيارة أطفالهنّ في وحدة الرعاية المركزة لحديثي الولادة جراء تدابير الوقاية من العدوى. وقد ارتبط عدم تمكن الأمهات من زيارة أطفالهنّ في وحدة الرعاية المركزة لحديثي الولادة بالتوقف عن الرضاعة الطبيعية (**P** = 0.000 ,44.645 = X^2) ولدى إتمام الاستقصاء، كانت نسبة 80.0 بالمائة ممّن قيل لهنّ أنهنّ لم يعد بإمكانهنّ زيارة أطفالهنّ قد توقفنّ عن الرضاعة الطبيعية مقارنةً بنسبة 9.6 بالمائة لم يتوقّفن عن ذلك.

[60] وجدت دراسة لغريبل وآخرين (2020) أنّه أثناء جائحة كوفيد- 19، ورغم أنّ العديد من البلدان التزمت بتوجيهات منظمة الصحة العالمية لإبقاء الأمهات ومواليدهنّ معاً، إلا أنّ بلداناً أخرى طبّقت سياسات الوقاية من العدوى ومكافحتها وهي سياسات فرضت الفصل بين الأم والطفل بعد الولادة وثبّطت الرضاعة الطبيعية أو حظرتها.

على المستوى البيئي		
التحدي المحتمل المرتبط بحالة الطوارئ	**مثال**	**الآثار المحتملة على الرضاعة الطبيعية ودعم الرضاعة الطبيعية**
10. عدم تأمين الإمدادات التي يحتاجه إليها الرضّع المعتمدين على بدائل حليب الأم [cxvi]	قيود أمنية تجعل الذهاب إلى الأسواق/المتاجر لشراء بدائل حليب الأم أمراً خطيراً، توقف/تعطل سلاسل التوريد وتضرّرها، حصار وحالات نقص ناتجة عن عمليات شراء بدافع الذعر بعد إعلان تدابير خاصة بحالات الطوارئ [cxviii]؛ انخفاض القوة الشرائية [cxviii]	• قد ترغب الأمهات في معاودة الرضاعة الطبيعية للانتقال من الرضاعة الطبيعية المختلطة إلى الرضاعة الطبيعية الخالصة بُغية الحد من استخدام تركيبة حليب الرضّع [cxix].
11. نسبة متزايدة من القيود والتحكّم والعنف القائم على النوع الاجتماعي [cxx، cxxi]	غير متوفر	• قد يؤدي التخلي عن الأطفال المولودين نتيجة حمل غير مرغوب فيه أو اغتصاب [cxxii] إلى زيادة عدد الأطفال الذين لا يتغذون على الرضاعة الطبيعية. • قد تجد الناجيات من العنف الجنسي أنّ الرضاعة الطبيعية مزعجة (مثلاً تذكّرهنّ بتجارب من الماضي) أو صعبة. • يرتبط عنف العشير بصعوبات في الرضاعة الطبيعية [cxxiii]. • تزيد المعدلات المتصاعدة للزواج المبكر/زواج الأطفال من خطر حدوث مضاعفات عند الولادة ونتائج السلبية للولادة وما يتبع ذلك من صعوبات في الرضاعة الطبيعية لدى الأمهات الشابات.
12. عدم توفر المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية	غير متوفر	• قد تقلل النساء من تناول السوائل بسبب نقص مياه الشرب التي يمكن الوصول إليها أو عدم وجود مرافق مراحيض مقبولة (مثلاً عند المعابر الحدودية [cxxiv] وفي وسائل النقل المخصّصة للإخلاء،) ما يؤدي إلى جفاف شديد وانخفاض مؤقت في كمية حليب الأم. • صعوبات تحول دون تنظيف المعدات الخاصة بتحضير بدائل حليب الأم ومعدات التغذية [cxxv] ومضخات الثدي [cxxvi] بشكل مناسب ودون إمكانية تحضير تركيبة حليب الرضّع بطريقة صحية. • خطر أكبر للإصابة بسوء التغذية والإسهال لدى الرضّع.
13. مستويات متزايدة من السموم البيئية [cxxvii] **(مثلاً في مياه الفيضانات) أو تلوّث إشعاعي** [61]	غير متوفر	• قد تساور الأمهات مخاوف بشأن سلامة الرضاعة الطبيعية [62، cxxviii] • قد تساور الأمهات مخاوف بشأن سلامة الطعام المتوافر.
14. بدائل حليب الأم من التبرعات والتوزيعات غير المنضبطة [cxxix, cxxx, cxxxi, cxxxii, cxxxiii, cxxxiv, cxxxv, cxxxvi, cxxxvii, cxxxviii]	غير متوفر	• إنّ التوزيع الشامل لتركيبة حليب الرضّع يحمل رسالة سلبية عن الرضاعة الطبيعية، ما يقوّض ثقة الأمهات في قدرتهنّ على الرضاعة الطبيعية [cxxxix]. • قد تقوم النساء اللواتي عادةً ما يُرضعنَ رضاعة طبيعية بتقديم بدائل حليب الأم و/أو التوقف عن الرضاعة الطبيعية. • تؤثر زيادة معدلات أمراض الإسهال بين الرضع الذين يستهلكون بدائل حليب الأم الآتية من التبرعات [cxl] على صحة الطفل ورفاه الأم (الإجهاد).

[61] وجدت دراسة لإيشي وآخرين (2016)، أنّه من بين 16,001 امرأة أنجبت في وقت قريب من زلزال اليابان الكبير وحادثة محطة فوكوشيما للطاقة النووية التي أعقبته، فإن 20.3 بالمائة من النساء اللواتي غذّينَ أطفالهنّ على تركيبة حليب الرضّع فعلنَ ذلك بسبب الخوف من التلوّث الإشعاعي لحليب الأم. وقد ارتبط استخدام تركيبة حليب الرضّع بإقامة الأم في منطقة إخلاء وبانقطاع الرعاية السابقة للولادة. وأشار المؤلفان إلى أهمية الدور الذي أداه دعم الرضاعة الطبيعية بعد الحادث النووي.

[62] ذكرت دراسة لبراون وشنكر (2020) أنّ 22 بالمائة من الأمهات اللواتي شملهنّ استقصاء وأنجبنَ في المملكة المتحدة خلال جائحة كوفيد19- ذكرنَ أنّ المخاوف التي ساورتهنّ بشأن سلامة الرضاعة الطبيعية أثرت على قرارهنّ بالتوقف عن الرضاعة الطبيعية.

دراسة الحالة 13 تجارب الرضاعة الطبيعية أثناء حالة طوارئ صحية عامة

أثناء جائحة كوفيد- 19، فُرضت إجراءات الإغلاق والتباعد الاجتماعي في المملكة المتحدة للحد من انتشار الفيروس. وقد كشف استقصاء عبر الإنترنت شمل 1219 من الأمهات المرضعات لأطفال رضّع عن تجربتين مختلفتين كل الاختلاف: في حين شعرت 41.8 بالمائة من الأمهات أنّ الرضاعة الطبيعية كانت آمنة بسبب الإغلاق، عاشت 27.0 بالمائة من الأمهات تجربة سلبية. وقد شملت الآثار الإيجابية المُبلغ عنها للإغلاق إتاحة المزيد من الوقت للتركيز على الرضاعة الطبيعية، وعدد أقل من الزوار، والمزيد من الخصوصية، وزيادة التغذية المستجيبة، ودعم أكبر من الشريك، وتأخير العودة إلى العمل خارج المنزل. في حين توقفت 18.9 بالمائة من المجيبات عن الرضاعة الطبيعية (متوسط عمر التوقف عن الرضاعة الطبيعية كان 3.15 أسبوعاً) إلا أنّ 13.5 بالمائة فقط من هذه المجموعة كنّ على استعداد للقيام بذلك. وقد شعرت نسبة كبيرة من المجموعة التي توقفت عن الرضاعة الطبيعية أنّ عدم الحصول على الدعم الاجتماعي والعاطفي أثناء الإغلاق (مثلاً عدم وجود زوار، وإلغاء مجموعات الأطفال) قد أثر سلباً على تجربة الرضاعة الطبيعية. وشملت الآثار السلبية الأخرى عدم وجود دعم للرضاعة الطبيعية وجهاً لوجه، والإجهاد الناتج عن محاولة التوفيق بين رعاية الأطفال الأكبر سناً بغياب الدعم الأسري، والتركيز الشديد على الرضاعة الطبيعية (الشعور بالإنهاك)، وعدم وجود خبرة في الرضاعة الطبيعية في الأماكن العامة (الشعور بالقلق إزاء الرضاعة الطبيعية في الأماكن العامة في المستقبل) وضغوط العمل. وهي ضغوط لمستها بشكل خاص الأخصائيات الصحيات اللواتي ذكرنَ أنّ الانهماك الشديد في العمل ومعدات الوقاية الشخصية المرهقة أدت إلى احتقان الحليب أو انخفاض مخزونه. وخلص الباحثون إلى أنّ النتائج التي توصلوا إليها كانت حيوية لفهم كيفية دعم النساء اللواتي قد يشعرنَ بالحزن لفقدان فرصة الرضاعة الطبيعية والمتأثرات بتجاربهنّ السلبية.

المصدر: براون وشينكر (2020) تجارب الرضاعة الطبيعية في خلال جائحة كوفيد- 19: الدروس المستفادة لتقديم الدعم العملي والعاطفي في المستقبل.

المربع 7 اعتبارات برنامجية: ضمان التكامل بين خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي وخدمات إسداء المشورة

تتعرض النساء الحوامل والأمهات والرضّع لخطر متزايد لمواجهة صعوبات على مستوى الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي أثناء حالات الطوارئ [cxli]. بإمكان تجربة المرأة مع الرضاعة الطبيعية والدعم الذي تتلقاه في هذا المجال أن يؤثرا إما إيجاباً أو سلباً على صحتها النفسية، والتي قد تؤثر بدورها على قدرتها على إرضاع طفلها ورعايته بشكل مستجيب. ونظراً لمدى الارتباط الوثيق بين الصحة النفسية والرضاعة الطبيعية، يجب النظر في دمج خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي وخدمات إسداء المشورة [cxlii]. يميل إدماج أنشطة خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي ضمن أنظمة على نطاق أوسع إلى زيادة إمكانية الوصول إليها، وينطوي على وصمة اجتماعية أخف وطأة [cxliii] وقد يؤدي إلى تضخيم النتائج المحققة على مستوى القطاع.

يُعد الاهتمام بالصحة العاطفية لمقدمات الرعاية عنصراً مهماً في إسداء المشورة. لذلك، يجب تصميم برامج إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية وتنفيذها بطريقة تراعي الرفاه النفسي الاجتماعي لمقدمات الرعاية. أيضاً، يجب إسداء المشورة في أماكن مريحة وترحيبية تساعد على الاسترخاء. ومن المهم أن تركّز المستشارات على التعامل بهدوء ولطف، وعلى مساعدة مقدمات الرعاية للشعور بالأمان مع طمأنتهنّ بشكل واقعي من دون إرغامهنّ على التحدّث، ولكن مع الإصغاء إليهن بإمعان شديد إن اخترنَ التكلّم [cxliv] . أما الأدوات التي تقيّم ممارسات التغذية التي تعتمدها مقدمات الرعاية تجاه الأطفال ورفاههنّ النفسي الاجتماعي فهي أدوات توفّر صورة أكثر اكتمالاً لحاجاتهنّ (**المرفق جيم**). وبإمكان المستشارات توفير الدعم الخاص بخدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي مباشرةً حيثما توافرت القدرات. على سبيل المثال، يمكن لتدخلات الاسترخاء البسيطة للأمهات المرضعات أن تؤثر إيجابياً على سلوك الرضيع ونموه [cxlv]. والبديل هو أن تكون خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي وخدمات إسداء المشورة متوافرة في موقع واحد ومنسقة بشكل جيد بحيث يمكن لمقدمات الرعاية الوصول إليها كافة وبسهولة. يمكن أن تتشارك في تيسير أنشطة إسداء المشورة الجماعية الموظفات المعنيات بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ وأولئك المعنيات بالصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي. حتى عندما تكون آليات الإحالة قائمة بين خدمات إسداء المشورة وخدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي، من المفيد أن يتم تدريب مستشارات الرضاعة الطبيعية على **تقديم الرعاية للأمهات حسب الصدمات التي تعرّضنَ لها وتوفير الإسعافات الأولية النفسية** (انظر 5 - قدرات إسداء المشورة في حالات الطوارئ). وينبغي استشارة الوسطاء الثقافيين المحليين لفهم مدى استيعاب الثقافة لمسائل الصحة النفسية في المنطقة المتأثرة بحالة الطوارئ والتعامل معها.

أمهات يتشاركنَ تجاربهنّ في خلال إعصار هايان في مكان مخصّص للنساء وصغار الأطفال
منظمة الرؤية العالمية/موناليندا كاديز

دراسة الحالة 14 النهج النفسي الاجتماعي في إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية

في 2017، قامت منظمة العمل من أجل مكافحة الجوع بتوفير أماكن ملائمة للأطفال في مخيمات اللاجئين في إثيوبيا. ويستفيد الحاضرون إليها من تدخلات نفسية اجتماعية مصمّمة لتحسين صحة الأم والطفل ورفاههما. في هذه الأماكن، تعمل أخصائيات نفسيات وعاملات في مجال الدعم النفسي الاجتماعي على ضمان سلامة البيئة. وهو ما يسمح بتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية وتوفير الدعم النفسي الاجتماعي في بيئة شاملة صديقة للأم والطفل. في هذا السياق، يُعتبر برنامج الأماكن الملائمة للأطفال أيضاً تدخلاً مراعياً للتغذية يهدف للوقاية من نقص التغذية لدى الأطفال دون عمر السنتين ودعم تعافي الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية. عند قبول الأمهات، تُجرى مقابلات الدخول معهنّ للحصول على تفاصيل حول الشؤون المتعلقة بالرضاعة الطبيعية والحمل والرفاه، بالإضافة إلى معلومات أخرى مهمة تتعلق بصحتهن. ويتم دمج عناصر نهج إدارة حالات الأمّهات والرضّع المعرّضين للخطر، بناءً على المقابلة، تتم دعوة الأمهات والأطفال للمشاركة في الأنشطة الموصى بها مثل الاسترخاء، ومناقشات مجموعات التركيز الخاصة بنماء الطفل، واستحمام الطفل وتدليكه وإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية. بالإضافة إلى ممارسات الرضاعة الطبيعية، ينطوي النهج النفسي الاجتماعي للرضاعة الطبيعية على مراقبة ناقدة للممارسات الروتينية اليومية لدى الأمهات مثل كيفية تحفيز الطفل والحفاظ على نظافته ومراقبة تعلقه العاطفي وترابطه بالأم. تتلقى جميع الأمهات اجتماعات متابعة فردية منتظمة تستعرض صحتهن النفسية والاجتماعية وتأثيرها على قدرتهنّ على تقديم الرعاية لأطفالهنّ أو لأنفسهنّ. تقدِّم الموظفات المدرّبات الدعمَ العاطفي وتبني ثقة الأمهات في قدراتهنّ. في عام 2018، أظهرت دراسة [cxlvi] أجريت بالتعاون مع جامعة جونز هوبكنز أنّه في غضون فترة شهرين، لوحظ تحسن في جميع مجالات الرضاعة الطبيعية ولوحظ انخفاض ملحوظ إحصائياً في علامات صعوبة الرضاعة الطبيعية من حيث وضعية الجسم واستجابة الطفل والترابط العاطفي وشكل الثدي الخارجي وقدرة الطفل على شفط الحليب. كما أظهرت تحسّناً في الصحة النفسية للأمهات.

المصدر: منظمة العمل لمكافحة الجوع، إثيوبيا. مراسلات عبر البريد الإلكتروني، 2020

5. قدرات إسداء المشورة في حالات الطوارئ

يركز هذا القسم على كيفية تحديد وتطوير قدرات الموارد البشرية التي يمكنها إسداء المشورة أثناء حالات الطوارئ. ولضمان توفّر قدرات كافية لإسداء المشورة، من الضروري معرفة 1) الأشخاص الذين يمكنهم إسداء المشورة (مقدِّمات الخدمة)، 2) والمعارف والمهارات (الكفاءات) المطلوبة لإسداء المشورة بشكل فعال أثناء حالة الطوارئ. يُضاف إلى ذلك خطوة أخرى هامة تتمثل في إجراء **تقييم القدرات وتحديدها** من أجل معرفة الأشخاص المتاحين للمشاركة في الاستجابة لحالة الطوارئ، وكذلك الكفاءات التي يمتلكها هؤلاء الأشخاص مقارنةً بما هو مطلوب. ثم تأتي الخطوة الأخيرة وهي تنفيذ **خطة بناء القدرات** لإسداء المشورة بُغية سد أي فجوات تم تحديدها خلال تقييم القدرات. ويرد في هذا الفصل شرحٌ لهذه الخطوات.

رغم أنّ أنشطة بناء القدرات مثل التدريب يمكن أن تُسهم بشكل فعال في استعادة الخدمات وتعزيزها في الوقت المناسب أثناء حالات الطوارئ[cxlvii] (**دراسة الحالة 16**)، يجب أن تُبذل الجهود **لتنمية القدرات** بما يتجاوز التدريب وحده بحيث تمتدّ لدعم المستشارات وتمكينهنّ من أداء أدوارهنّ[cxlviii]. وتشمل الأمثلة تنفيذ سياسات الرضاعة الطبيعية، ودمج مؤشرات الرضاعة الطبيعية في نظم معلومات الصحة، وضمان توافر بروتوكولات الاستشارة والإحالة، وضمان حصول المستشارات على الدعم التقني المناسب، وتحسين عملية الإمداد بالمنتجات الرئيسية، بما فيها منتجات بدائل حليب الأم، عند الضرورة. ولمزيد من الإرشادات بشأن تنمية القدرات، يمكن الاطلاع على إرشادات التنفيذ الخاصة بإسداء المشورة لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية.

5.1 المسؤولات عن إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية

التوصية السادسة من منظمة الصحة العالمية

ينبغي إسداء المشورة بشأن الرضاعة الطبيعية ضمن سلسلة متصلة من الرعاية توفرها أخصائيات الرعاية الصحية ومستشارات مجتمعيات مدربات تدريباً مناسباً في مجال الرضاعة الطبيعية مِن غير المتخصّصات والمستشارات النظيرات.

ستكون هناك حاجة إلى مستشارات ومشرِفات ومدرِّبات لإسداء المشورة أثناء حالات الطوارئ. يمكن الاستعانة بالأخصائيات الصحيات (مثل القابلات) والمساعِدات المهنيات (مثل النظيرات) كمستشارات في الرضاعة الطبيعية (**الشكل 2**). وإنّ اختيار المسؤولة عن إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية كجزء من الاستجابة لحالة الطوارئ سيختلف اختلافاً كبيراً حسب مقدِّمات الخدمات وحسب الجهات المعنية بتقديم هذه الخدمات والتي سبق أن وفّرت خدمات إسداء المشورة قبل حالة الطوارئ، وحسب مدى تأثرها بحالة الطوارئ. فقد يكون هناك 1) طواقم قائمة كانت تقدم خدمات المشورة بالفعل قبل وقوع حالة الطوارئ، 2) وطواقم قائمة يمكنها إضافة خدمات المشورة إلى مهامها، 3) وطواقم جديدة يمكن تشكيلها.

الشكل 2: مسؤولات محتملات عن إسداء المشورة: الأدوار والمسؤوليات

أخصائيات الرعاية الصحية	المساعِدات المهنيات	داعمات أخريات للرضاعة الطبيعية
أخصائيات داخل النظام الصحي مثل الطبيبات والقابلات والممرضات وخبيرات استشاريات في الرضاعة وأخصائيات تغذية وأخصائيات علم النفس وما إلى ذلك. • تم تدريبهنّ وتكليفهنّ بإسداء المشورة على مستوى المرفق **في أغلب الأحيان** • **قد** يعملنَ أيضاً على مستوى الأسرة المعيشية والمجتمع المحلي • **قد** يكون لديهنّ بالإضافة إلى إسداء المشورة العديد من المسؤوليات الأخرى • **قد** يكون لديهنّ كفاءات متقدمة لإسداء المشورة بما في ذلك جوانب تتعلّق بإدارة الرضاعة تتطلب معارف ومهارات سريرية • معرفة جيدة بالنظام الصحي وروابط متينة معه	**مستشارات نظيرات وغير متخصصات في مجال الرضاعة الطبيعية مثل** ميسرات مجموعات الدعم من الأم إلى الأم والعاملات في مجال الصحة المجتمعية والقابلات التقليديات والمرشدات النفسيات الاجتماعيات وما إلى ذلك. • تم تدريبهنّ وتكليفهنّ بإسداء المشورة على مستوى الأسرة المعيشية والمجتمع المحلي **في أغلب الأحيان** • **قد** يعملنَ أيضاً على مستوى المرفق • **قد** يكون لديهن كفاءات متقدمة في إسداء مشورة لا تتطلب معارف ومهارات سريرية • معرفة جيدة بالمجتمع المحلي وروابط متينة معه	**العاملات في الخطوط الأمامية مثل** المربيات في مجال تغذية الرضّع وصغار الأطفال، والمتطوعات، والعاملات في مجال التعبئة، وداعمات النظافة الصحية، وموظفات خدمات حماية الطفل، والمسعفات، وما إلى ذلك. • تم تدريبهنّ وتكليفهنّ بالترويج للرضاعة الطبيعية وتوفير الدعم العام بما في ذلك الاهتمام بعمليات التحديد والإحالة (التقييم البسيط والسريع)
التحديد وإسداء المشورة	التحديد وإسداء المشورة	التحديد والتثقيف والدعم العام

يجب مراجعة خطط التأهب الموجودة، في الظروف التي لا يستطيع النظام المحلي التعامل معها، والتفكير في نشر مستشارات من خلال آليات القدرات الاحتياطية في حالات الطوارئ (مثل قوائم المستشارات ومجموعات المجتمع المدني)، ونقل الموظفات الوطنيات بشكل مؤقت من المناطق غير المتضررة و/أو تعيين موظفات جديدات. ترد المواصفات المرغوبة لدى المستشارات في المربع 8 أدناه.

تدعم العاملة الصحية الأم في إرضاع طفلها الذي يعاني من سوء التغذية
منظمة الرؤية العالمية/كريستوفر ليتي

المربع 8 الخصائص المطلوبة لدى المستشارات

تنصّ إرشادات التنفيذ الخاصة بإسداء المشورة لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية على الخصائص المفضّلة لدى الأفراد الذين يقدّمون، وهي خصائص تعطي الأفضلية لمسديات المشورة اللواتي يتمتعنّ بخصائص مماثلة لخصائص النساء المستهدفات من المشورة، اللواتي يتحدثنّ نفس اللغة وعلى دراية بالعادات الثقافية والاجتماعية المحلية، علماً أن الخبرة الشخصية في الرضاعة الطبيعية قد تكون مفيدة في هذا السياق. وتشمل الاعتبارات الرئيسية الإضافية في حالات الطوارئ ما يلي:

- **الدافع.** يعد الاستعداد للاستجابة للأزمة والالتزام في هذا المجال من المتطلبات الحاسمة [cxlix].
- **القبول.** قد يكون من الصعب تحديد المستشارات اللواتي يحظينّ بقبول كل من السلطات المحلية والسكان المتضررين. في بعض السياقات مثلاً، تحظى القابلات التقليديات بقبول واسع في المجتمعات المحلية ولكن ليس في النظم الصحية الوطنية. أحد الحلول الممكنة التي قد تعزز قبول المجتمع المحلي لخدمات إسداء المشورة يتمثل في التعاون مع المجتمعات المحلية والسلطات المحلية لتحويل مهام القابلات التقليديات للعمل إلى جانب (برفقة) المستشارات.
- **مراعاة النزاع والسياق.** يجب الأخذ بعين الاعتبار سلامة وأمن المستشارات في أدوارهنّ المرتقبة. عندما يتم توفير القدرة على تلبية الاحتياجات المفاجئة من خلال تعبئة مستشارات من أماكن أخرى، يجب التنبه جيداً للفروق الدقيقة في الثقافة والعادات واللغة. في سياق النزاع على وجه الخصوص، ينبغي مراعاة دوافع النزاع عند نشر المستشارات (مبدأ عدم الإضرار) والتنبه لاحتمال عدم وثوق المجتمع بموظفات ذوات مواصفات معيّنة.
- **النوع الاجتماعي.** قد يشكل التوظيف في برنامج يعتمد على غالبية من الموظفات تحدياً في السياقات التي قد يمنع فيها الأزواج زوجاتهم من العمل، أو في السياقات التي تعتبر أنّ عمل المرأة أو سفرها أو زيارتها للمنازل بدون مرافقين هو أمر غير مقبول اجتماعياً. وتشمل الحلول المحتملة إشراك قادة المجتمع المحلي والزعماء الدينيين، والتخطيط لكي تعمل المستشارات في ثنائيات وتوجيه التوظيف من خلال شريكات محليات موثوق بهنّ ويحظينّ بقبول المجتمع المحلي. ينبغي لخدمات إسداء المشورة أن تتوقع وتتقبل أن نسبة من المستشارات سيحتجن إلى إجازة أمومة وأن بعضهنّ قد لا يعُدنّ إلى العمل بعد الزواج أو الولادة وأن تخطط وفقاً لذلك. وقد يكون من الصعب على المستشارات أنفسهنّ إرضاع أطفالهنّ كما هو موصى به خاصة عند العمل في حالات الطوارئ. السياسات الصديقة للأسرة والرضاعة الطبيعية، مثل إجازة الأمومة المدفوعة، وإمكانية الحصول على رعاية الطفل، واستراحات الرضاعة الطبيعية، والأماكن المخصّصة للرضاعة الطبيعية/شفط حليب الأم، هي سياسات تعزّز المساواة بين الجنسين وتدعم مشاركة المرأة في القوى العاملة [cl].
- **المستشارات المغتربات.** يثير الاعتماد على مقدمات الخدمات المغتربات مخاوف بشأن الاستدامة على المدى الطويل، وفعالية التكلفة والملاءمة الثقافية للخدمات. إذا كان من الضروري الاعتماد عليهن مؤقتاً كملاذ أخير (مثلاً أثناء نزوح جماعي دولي)، يجب الحرص على تمتعهنّ بالكفاءة الثقافية اللازمة (انظر 5.2 - الكفاءات في مجال إسداء المشورة) وأنّ جزءاً من دورهنّ يتمثل في تعزيز القدرات المحلية.
- **اللغة.** عندما لا تتحدّث المستشارات المتوافرات نفس اللغة (أو اللهجة) التي يتحدث بها السكان المتضررون من حالات الطوارئ (كما قد يكون الحال في سياقات النازحين داخلياً أو اللاجئين)، يمكن الاستعانة بمترجمين أو بطريقة أخرى لإسداء المشورة عن بُعد كحل مؤقت. إلا أنّ أياً من الطريقتين قد يعيق التواصل وإقامة علاقة متبادلة بين المستشارة ومقدمة الرعاية. لذلك، لدى توظيف مترجمين، يجب الانتباه جيداً للخصائص الديموغرافية (مثل النوع الاجتماعي والعمر والانتماء الإثني). أيضاً، من المهم أن يتم تدريب المترجمين على مفاهيم مثل "الرضاعة الطبيعية الخالصة" التي قد لا يسهل ترجمتها وفهمها بلغات أخرى، على أن يتم إرساء قدرات إسداء المشورة داخل المجتمع المتضرر في أقرب وقت ممكن.

يتحقق أقصى أثر ممكن من خلال بناء القدرات بطريقة تضمن حماية وتعزيز ودعم ممارسات تغذية الرضّع وصغار الأطفال على مستوى الأسرة والمجتمع والمرافق (راجع **الشكل 3** للاطلاع على مثال لنظام ثلاثي المستويات).

الاعتبارات الرئيسية للمستشارات (مقدّمات الخدمات) على مستوى المرفق

تنهض **العاملات في مجال الصحة** بدور بالغ الأهمية في منع توقف الرضاعة الطبيعية قدر الإمكان وفي دعم ممارسات الرضاعة الطبيعية[cli, clii,63,64] ويُعد هذا الدور تدخلاً منخفض التكلفة وكبير الأثر يساعد في بقاء الطفل على قيد الحياة، كما أنّ له أهمية خاصة أثناء حالات الطوارئ. ويمثل إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية عنصراً مهماً في العلاج والتعافي في بعض الحالات السريرية (مثلاً عند علاج الإسهال أو سوء التغذية عند الأطفال، لا سيّما الرضّع دون عمر ستة أشهر[cliii]). ومع ذلك، فالمشورة الجيدة تتطلب وقتاً ومهارة. أثناء حالات الطوارئ، قد تواجه العاملات في مجال الصحة ما يلي:

[63] تقرير كاستيلو وآخرين (2016) عن تجارب من الفلبين في أعقاب إعصار هايان الذي أظهر أنّ تدريب العاملات الصحيات في حالات الطوارئ يمكن أن يؤدي إلى تحسين ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال؛ فبعد ثلاثة أشهر من التدريب على حزمة الرعاية الأساسية أثناء الولادة ورعاية المواليد، تحسّنت معدلات استهلال الرضاعة الطبيعية من 50 بالمائة إلى 86 بالمائة.

[64] أفادت دراسة لبراون وشنكر (2020) عن وجود ارتباطات كبيرة بين ممارسات التغذية وأخبار مفادها أنّ الرضاعة الطبيعية قد لا تكون آمنة. فالأمهات الجديدات اللواتي شملهنّ الاستقصاء واللواتي كنّ في المملكة المتحدة أثناء جائحة كوفيد19- وتوقفنّ عن الرضاعة الطبيعية كنّ أكثر احتمالاً لأن تكون أخصائية الرعاية الصحية قد أخبرتهنّ أنّ الرضاعة الطبيعية ليست آمنة (X2 = 18.84، P = 0.000)

- عدم توفر الوقت الكافي لتلبية جميع احتياجات إسداء المشورة
- عدم إعطاء الأولوية لدعم الرضاعة الطبيعية بسبب زيادة الحاجة إلى خدمات علاجية
- عدم توفر الكفاءات اللازمة لإسداء المشورة أو عدم توفر المعرفة اللازمة بالرضاعة

يرد في الجدول 2 اقتراحات بالحلول الممكنة للتغلب على هذه الحواجز. إذا كانت الأخصائيات الصحيات غير مدرَّبات بالقدر الكافي على إجراءات التأهب (على النحو موصى به في إرشادات التنفيذ الخاصة بإسداء المشورة لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية)، فقد يكون من غير الممكن أو من غير المستحسن إيقافهنّ عن العمل من أجل تدريبهنّ خلال المرحلة الحادة من حالة الطوارئ لأن الوقت المطلوب للحصول على التدريب اللازم ليس قصيراً. وبدلاً من ذلك، يجب أن يتم توجيه العاملات في مجال الصحة بشكل سريع ومنتظم بشأن التوصيات الرئيسية المتعلقة بتغذية الرضّع وصغار الأطفال وتشجيع الرضاعة الطبيعية ودعمها بشكل عام، ويجب توجيههن بشأن كيفية تحديد وإحالة الأم والرضيع اللذين يحتاجانِ إلى المشورة (مثلاً باستخدام التقييم البسيط والسريع). فهذا يساعد على ضمان حصول النساء الحوامل والمرضعات على معلومات دقيقة ومتسقة، وتجنُّب إهمال الرضاعة الطبيعية[cliv]. ومن المهم أيضاً أن يتم تزويد بعض العاملات في مجال الصحة بكفاءات إسداء المشورة التي تتطلب مهارات سريرية في أقرب فرصة من أجل تمكينهنّ من توفير التدبير السريري المناسب للرضاعة (مثل وصف المضادات الحيوية لعلاج التهاب الثدي إذا لزم الأمر).

يمكن أن تُتاح خدمات إسداء المشورة بشكل فوري على مستوى المرفق من خلال **تعيين مستشارة متخصّصة في تغذية الرضّع وصغار الأطفال/الرضاعة** ضمن الخدمات المقدّمة[65]. وإنّ تعيين مستشارات ضمن الأفرقة الصحية يجمع بين الخدمات السريرية وخدمات إسداء المشورة، ويمكن أن يساعد في تجنُّب إنشاء أنظمة موازية قد تتسبّب في تراجع ثقة المجتمع بالخدمات الصحية أو في إضعاف النظام الصحي. وإذا تم تقديم خدمات إسداء المشورة من خلال قطاعات أخرى غير قطاع الصحة، فلا بد من ضمان إنشاء روابط واضحة مع الخدمات الصحية.

يجب الالتزام بحماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات/الفترة المحيطة بالولادة، وتعزيزها أثناء حالات الطوارئ، عند الضرورة[clv]. وتتواصل مقدّمات خدمات الأمومة مع الفئات السكانية ذات الأولوية لإسداء المشورة في الأوقات الحرجة؛ إذ يمكن أن تؤثر إجراءاتهنّ بشكل كبير على دورة الرضاعة الطبيعية للأم ورضيعها[66]. وحتى عندما تكون هناك حاجة إلى مستشارات متخصّصات في خدمات رعاية الأمهات، فإنه يجب تمكين **مقدّمات خدمات رعاية الأمهات** (مثل القابلات وممرضات الأمومة) (من خلال تخطيط الخدمات وبناء القدرات) لإسداء المشورة الأساسية ودعم الاستهلال المبكر للرضاعة الطبيعية الخالصة[67, 68, 69, 70]. وانسجاماً مع الإرشادات العالمية، فإنّه يجب دمج الخطوات العشر للرضاعة الطبيعية الناجحة التي وضعتها مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع والصادرة عن منظمة الصحة العالمية/اليونيسف في خدمات رعاية الأمهات/الفترة المحيطة بالولادة أثناء حالات الطوارئ[71, 72]. ويجب على المرافق الصحية المعتمدة ضمن مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع الحرص على اتباع معايير هذه المبادرة إلى أقصى حد ممكن، حتى إذا كانت حالة الطوارئ لا تسمح بالتقييم والاعتماد والرصد الخارجي.

---

[65] يصف هارغست سليد وغريبل (2011) كيف عملت المؤلفة الأولى بعد زلزال كرايستشيرش عام 2011 كمستشارة للرضاعة الطبيعية في وحدة الأمومة داخل مستشفى يقع في المنطقة التي تم إجلاء معظم السكان المتضررين من حالة الطوارئ إليها. بعد الزلزال، عملت ضمن النظام الصحي لتقديم الدعم للنساء المرضعات اللواتي تم إجلاؤهنّ. وقد تم اعتبار وجود أفراد داخل النظام الصحي يتمتعون بالمهارات اللازمة لتقديم الدعم المناسب للرضاعة الطبيعية ويتم دعمهم للقيام بذلك عاملاً رئيسياً جعل من الممكن تقديم الدعم الفعال لمن تم إجلاؤهنّ من المرضعات. وهذا مثال على كيفية استجابة النظم الصحية بفعالية في حالات الطوارئ لدعم الأمهات المرضعات.

[66] ملاحظة: عادةً ما تكون مقدمات خدمات الرعاية للأمهات مؤهلات لدعم الرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ (يعتدّ على العمل مع الأمهات والرضع ولديهنّ إلمام باحتياجاتهم ويشعرنّ بالاندفاع لدعمهم) وعادةً ما يكنّ قد تلقين التثقيف في مجال الرضاعة الطبيعية قبل بدء الخدمة.

[67] إرشادات إضافية: الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (2021). إنفوغرافيك: الاستهلال المبكر للرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ - إرشادات لمقدمات الخدمات للأمهات.

[68] ملاحظة: يمكن تطبيق اعتبارات مماثلة على القابلات التقليديات اللواتي يمكن أن يؤدّين دوراً مهماً في السياقات التي ترتفع فيها معدلات الولادات المجتمعية.

[69] إرشادات إضافية: https://www.healthynewbornnetwork.org/resource/newborn-health-humanitarian-settings-field-guide/

[70] https://resourcecentre.savethechildren.net/node/11145/pdf/iafm_on_reproductive_health_in_hs_2018.pdf

[71] إرشادات إضافية: الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (2017). تغذية الرضّع وصغار الأطفال خلال الطوارئ: الدليل العملي لعاملي ومديري برامج الإغاثة في الطوارئ

[72] وجدت تجربة مراقبة شملت مجموعات تم اختيارها عشوائياً وأجراها يوتيبينج وآخرون (2015) في كينشاسا، جمهورية الكونغو الديمقراطية، أنّ توفير تدريب أساسي يمتد على يومين (16 ساعة) للعاملات الصحيات على الخطوات من 1 إلى 9 من مبادرة المستشفيات الصديقة للطفل زاد بشكل كبير من الرضاعة الطبيعية الخالصة (36 بالمائة مقارنة بـ 12بالمائة في مجموعة الضبط) وخفض معدلات الإسهال بعمر ستة أشهر. وخلصت الدراسة إلى أنّ هذا التدخل المختصر الذي يتسم بانخفاض حدته، وتدني مستوى اعتماده على التكنولوجيا (وعدم منحه أي اعتماد) هو تدخل مناسب للتطبيق السريع في حالات الأمومة، ويمكن اعتباره وسيلة للحد بسرعة من وفيات الأطفال دون عمر الخمس سنوات.

الاعتبارات الرئيسية للمستشارات (مقدِّمات الخدمات) على مستوى المجتمع

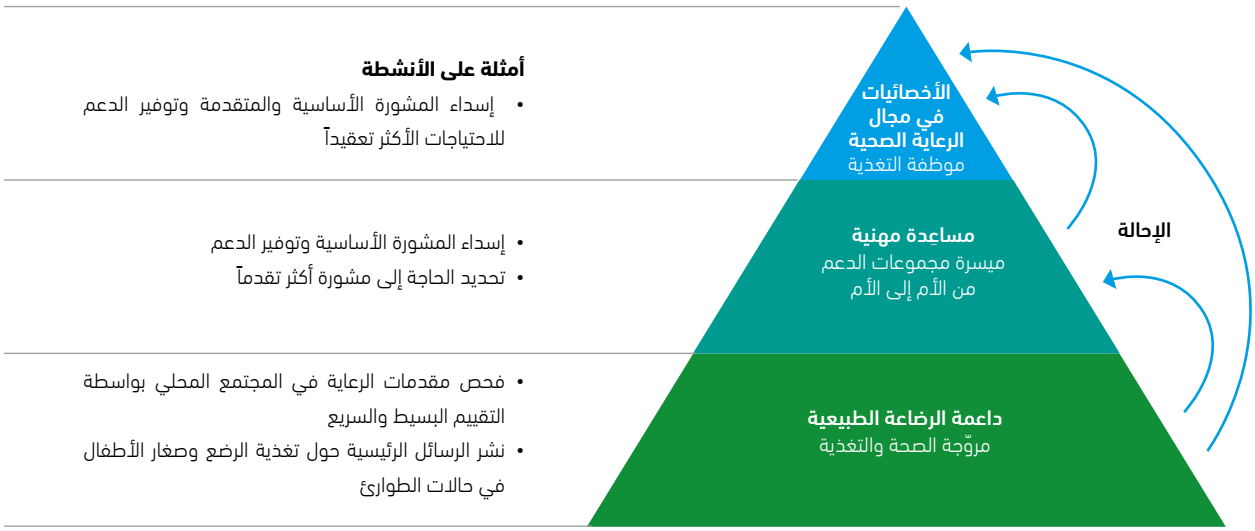
يُطلق على المستشارات على مستوى المجتمع عموماً **المستشارات النظيرات** أو **المساعِدات المهنيات**. تتم الاستجابة لحالة الطوارئ في المقام الأول على المستوى المحلي بالتعاون مع أفراد المجتمع الذين يعملون كمسعِفين[clvi]. وتمثل المستشارات من منظمات الدعم المجتمعي للرضاعة الطبيعية، في حالة وجودهنّ، مورداً مهماً يمكن حشده بسرعة. ويمكن أيضاً في العديد من حالات الطوارئ[73] تدريب نساء من المجتمع المتضرّر ليصبحنَ مستشارات في مجال الرضاعة الطبيعية. ويمكن للأمهات ذوات الخبرة والدوافع تقديم مشورة النظيرات لعدد محدد من الأسر في مجتمعهن و/أو تيسير مجموعات الدعم من الأم إلى الأم.

من المهم أن يتم تعزيز قدرات إسداء المشورة على مستوى المجتمع من خلال المستشارات النظيرات[clvii] نظراً إلى ما يلي:

- المستشارات النظيرات غالباً ما يكون لهنّ تجارب مماثلة لتجارب سائر النساء المتضرّرات من حالة الطوارئ، ما قد يساهم في تيسير بناء العلاقة والصلة وقد يشكّل مصدراً مهماً للدعم الاجتماعي في الأوقات التي يتعطل فيها عمل الشبكات والهياكل الاجتماعية.
- في حالة غياب الخصوصية، يمكن للنظيرات المساعدة في بناء الثقة لدى الأم لكي تمارس الرضاعة الطبيعية بحضور الآخرين
- تبيّن أنّ تدريب المستشارات النظيرات ونشرهنّ في مهام يمكن أن يساعد على تجنُّب استخدام بدائل حليب الأم في حالات الطوارئ (راجع **دراسة الحالة 16**)[clviii].
- إنّ بناء القدرات لإسداء المشورة داخل المجتمعات المتضرّرة من حالة الطوارئ يمكن أن يسهم في تحسين الوصول والتغطية[clix]، وتخفيف الضغط الواقع على الأنظمة الصحية المنهكة، والمساعدة في تجاوز الحواجز اللغوية (لا سيّما في سياقات اللاجئين)، وإتاحة الفرصة لزيادة الثقة وتحسين فهم الموضوعات ذات الحساسية الثقافية[clx]، والسماح بالتركيز في الوقت ذاته على تعزيز القدرات المحلية وإنشاء خدمات أكثر استدامة[clxi] وتمكين المجتمعات لمساعدة نفسها.

من الضروري أن يتم الحفاظ على الروابط مع النظام الصحي (راجع **الشكل 2**)، والاعتراف بالمستشارات غير المتخصِّصات وتقديرهنّ، وحصولهنّ على الدعم التقني والمعدات والموارد اللازمة لإسداء المشورة بطريقة آمنة وفعالة، وتوجيههنّ حول توقيت وكيفية إحالة الحالات المعقدة (راجع أنظمة الإحالة).

الشكل 3: مثال عن نظام يتألف من 3 مستويات لإسداء المشورة وتقديم الدعم على مستويات متعددة[74]



[73] ملاحظة: يتعين استثمار كم كبير من الوقت والتدريب والإشراف الداعم بهدف التأسيس لتدخلات إسداء مشورة فعالة من الأقران. إذ يحتمل عدم إمكانية تطبيق هذه التدخلات أثناء مرحلة الظهور السريع لحالة طوارئ معيّنة نظراً لصعوبة المرحلة، أو في السياقات التي تشهد تنقلات سكانية كبيرة.

[74] ملاحظة: هذا مثال على عملية إسداء المشورة والدعم، وهي تبدأ بتقييم بسيط وسريع على مستوى المجتمع المحلي مع إحالة الأمهات إلى مستويات مختلفة بناءً على الصعوبات والمشورة اللازمة. كما توجد سيناريوهات أخرى قد تشمل تقييماً بسيطاً وسريعاً على مستويات مختلفة.

5.2 كفاءات إسداء المشورة

لضمان استمرارية تقديم الرعاية، فإنّ جميع المستشارات عبر وداخل أي قطاعات ووكالات ممّن يشاركنَ في تغذية الرضّع وصغار الأطفال كجزء من الاستجابة لحالة الطوارئ، يجب تزويدهنّ **بمجموعة الكفاءات الأساسية اللازمة لإسداء المشورة بناءً على توافق الآراء** (المعارف والمهارات). ويمكن الاتفاق على هذه المجموعة ضمن آليات التنسيق مثل مجموعة التغذية. وبناءً على تقييم الاحتياجات، يجب أن تركز هذه المجموعة على **المهارات والمعارف الأساسية الخاصة بإسداء المشورة واللازمة لتلبية أمسّ الاحتياجات للفئات السكانية المتضررة من حالة الطوارئ.**

تنقسم الكفاءات إلى **كفاءات أوّلية وكفاءات متقدمة**. تُعد الكفاءات التي تستلزم مهارات أو معرفة طبية محددة كفاءات متقدمة. والكفاءات الأوّلية لا غنى عنها لتحقيق الكفاءات المتقدمة. ترد في الجدول 6 أدناه الكفاءات الأوّلية والمتقدمة التي يمكن النظر في إدراجها ضمن مجموعة الكفاءات الأساسية لإسداء المشورة.

يجب مراعاة ما يلي عند **تحديد مجموعة الكفاءات الأساسية لإسداء المشورة والمطلوبة للاستجابة لحالة الطوارئ**:

1. في المناطق ذات موارد محدودة، يجب التركيز على تزويد المستشارات بالكفاءات المطلوبة لإجراء **تدخلات بسيطة وفعّالة ومنخفضة التكلفة ومعتمدة على التكنولوجيا البسيطة** مثل الاستماع وبث الطمأنينة والتلامس الجلدي والتعصير اليدوي للثدي والإرضاع بالكوب[clxii]. وبُغية التمكّن من مساعدة أكبر عدد ممكن من الأمهات والرضّع، يجب أن تستهدف الكفاءات معالجة الممارسات دون المستوى المثالي والأكثر شيوعاً والتي تنطوي على أكبر المخاطر[75]، وأكثر المشاكل انتشاراً فيما يتعلق بتغذية الرضّع وصغار الأطفال والمخاوف لدى مقدّمات الرعاية[76] وكذلك الخرافات والمفاهيم الخاطئة السائدة التي قد تظهر أثناء إسداء المشورة[77, clxiii]

2. يمكن تلبية معظم احتياجات إسداء المشورة من خلال **الكفاءات الأوّلية لإسداء المشورة** والتي تكون مطلوبة في حالات الطوارئ وغير حالات الطوارئ، بصرف النظر عن المكان. ويجب إدراج هذه الكفاءات دائماً في مجموعة الكفاءات الأساسية لجميع المستشارات ووضعها موضع التنفيذ كخطوة أولى.

3. يمكن أيضاً تدريب بعض المستشارات وتقييمهنّ على أساس **الكفاءات المتقدمة لإسداء المشورة**. تأتي معاودة الإرضاع كإحدى الكفاءات المتقدّمة المهمة في حالات الطوارئ[clxiv]. وقد تحتاج المستشارات إلى مزيد من الكفاءات غير المحددة في هذه الإرشادات اعتماداً على دورهنّ (مثل الإشراف الداعم أو تيسير مجموعات الدعم من الأم إلى الأم).

4. من المرجّح أن تحتاج المستشارات في حالات الطوارئ إلى **كفاءات إضافية** لتقديم الدعم المناسب وتلبية احتياجات الفئة السكانية المتضررة من حالة الطوارئ بشكل كامل. وقد أُدرجت هذه الكفاءات الإضافية الأولية والمتقدّمة في العمود الأيمن من الجدول 6 أدناه.

   أ. تنطبق بعض الكفاءات، مثل مساعدة الأم على الإرضاع عندما تشعر بالإجهاد في جميع حالات الطوارئ وبالتالي يجب أن تُدرج **دائماً** في مجموعة الكفاءات الأساسية لإسداء المشورة. وقد يستدعي الأمر إجراء تدريب سريع للمستشارات الحاليات من أجل تزويدهنّ بهذه الكفاءات في حال لم يتلقّين هذا التدريب في مرحلة التأهب.

   ب. تكون بعض الكفاءات، مثل مساعدة الأم على ممارسة الرضاعة الطبيعية أثناء تفشي الأمراض المعدية منطبقة في بعض حالات الطوارئ وبالتالي يجب إدراجها أحياناً في مجموعة الكفاءات الأساسية لإسداء المشورة، حسب السياق الثقافي أو حالة الطوارئ المعنية. ويمكن تحديد ما إذا كان هناك حاجة إلى تطبيقها أثناء تخطيط السيناريوهات في مرحلة التأهب أو أثناء تقييم الاحتياجات. وترد هذه الكفاءات بخط مائل.

[75] ملاحظة: على سبيل المثال، تُعد الرضاعة الطبيعية غير الخالصة محفوفة بالمخاطر خصوصاً في حالات الطوارئ حيث يكون وضع الصرف الصحي والنظافة الصحية رديئاً.

[76] ملاحظة: في جميع حالات الطوارئ، وجد البحث الذي أجري لإعداد هذه الوثيقة أنّ أبرز المخاوف لدى مقدمات الرعاية تتمثل في احتمال "عدم كفاية الحليب".

[77] ملاحظة: سيظل التنوّع قائماً دائماً داخل المجتمعات المحلية والسياقات الثقافية، ولذلك من الضروري الإصغاء بإمعان بهدف تكييف المشورة مع حاجات الفرد ومعتقداته.

تقدّم مستشارة الرضاعة الطبيعية الدعم للأم لمساعدتها على معاودة الرضاعة الطبيعية بواسطة طريقة تقطير الحليب البشري الذي تم التبرع به
منظمة ARUGAAN، الفلبين.

نظراً إلى تعدد وتنوّع الاحتياجات لدى الأمهات المرضعات أثناء حالات الطوارئ، فقد يتعذّر توفير الدعم الفوري لجميع مشاكل الرضاعة الطبيعية في جميع الأوقات. لذلك، يجب البدء بالتأكد من وجود الكفاءات الأوّلية لإسداء المشورة. ويمكن إدخال كفاءات إضافية لإسداء المشورة بشكل تدريجي وفقاً لخطة مرحلية لبناء القدرات تزامناً مع تحسُّن المعرفة والمهارات والثقة لدى المستشارات ومع تقدّم مرحلة الاستجابة.

الجدول 6: الكفاءات اللازمة لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ

الكفاءات الأساسية اللازمة لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية	الاعتبارات الخاصة بحالات الطوارئ
توظيف مهارات الاستماع والتعلم (1)	
• طرح أسئلة مفتوحة • استخدام الردود والإيماءات التي تبدي الاهتمام • إعادة التعبير عمّا تقوله الأم • التعاطف: إظهار التفهم لشعور الطرف الآخر • تجنب الكلمات التي تبدو وكأنها تطلق أحكاماً مسبقة • استخدام التواصل غير اللفظي المفيد • تكييف أسلوب التواصل ومحتواه مع مقدمة الرعاية، خصوصاً فيما يتعلّق ببعض الحواجز والتحديات والحاجات والتفضيلات والقيم.	كما هو الحال في غير حالات الطوارئ
استخدام المهارات لبناء الثقة وتقديم الدعم (1)	
• إدراك ما تفكر به الأم وتشعر به • تقدير ما يفعله كل من الأم والطفل بشكل صحيح والإشادة به • تقديم المساعدة العملية • تقديم المعلومات ذات الصلة • استخدام لغة بسيطة • تقديم اقتراح أو اقتراحَين والامتناع عن أوامر	كما هو الحال في غير حالات الطوارئ
التقييم والتوثيق	
• تاريخ تغذية الرضع أو صغار الأطفال، الأصحاء منهم والمرضى • معرفة سجل الأم وصعوباتها الحالية والتحديات المستقبلية المحتملة • الرضاعة الطبيعية للرضع وصغار الأطفال الأصحاء والمرضى • مراقبة الأم وهي ترضع طفلها وتتفاعل معه • مراقبة الحالة العامة للرضع وقياس النمو وتقييمه بالاستعانة بمخططات النمو • مراقبة الحالة العامة للأم، وفحص وجس الثديين حسب الحاجة	• إجراء تقييم بسيط وسريع وتقييم كامل للرضيع الذي يرضع من الثدي (**الملحقان ألف** و**باء**) • إجراء تقييم كامل للرضيع الذي يحصل على تغذية اصطناعية وحساب احتياجاته من السعرات الحرارية والكميات اللازمة للتمكن من وصف/إعطاء بدائل حليب الأم للرضيع المعتمد عليها

يُتبع...

تتمة الجدول السادس...

مساعدة الأم على:	
• استهلال الرضاعة الطبيعية في غضون ساعة من الولادة الطبيعية أو القيصرية • اتّخاذ وضعية مناسبة لها ولرضيعها لبدء الرضاعة الطبيعية • تثبيت رضيعها على ثديها • فهم كيفية سير الرضاعة الطبيعية • الاستجابة لإشارات الجوع (فهم التغذية المستجيبة وممارستها) • تعصير الحليب يدوياً • إطعام الرضيع بالكوب أو بالملعقة • التعامل مع الحلمات المسطحة أو المقلوبة • التعامل مع التهاب أو تشقق الحلمات • التعامل مع احتقان الثديين، والتعرف على عوارض وجود التهاب • إدراك علامات إدرار الحليب الكافي والبلع والشبع لدى الرضيع • التعامل مع تصوّر عدم كفاية مخزون الحليب • التعامل مع نقص أو زيادة مخزون الحليب • إرضاع وتهدئة الرضيع إن بكى بكاءً متكرراً أو كان يعاني من صعوبات في النوم	• تبديد مخاوفها بشأن جودة حليب الأم وسلامته [78] • **ممارسة الرضاعة الطبيعية في الأماكن العامة المكتظة/ بحضور آخرين** [79] • **ممارسة الرضاعة الطبيعية في الليل** [80] • فهم المخاطر المتزايدة الناجمة عن استخدام زجاجات الرضاعة أو اللهايات أو بدائل حليب الأم ومخاطر عدم انتهاج الرضاعة الطبيعية [81] • ممارسة الرضاعة الطبيعية إذا كانت تعاني من الإجهاد [82] • ممارسة الرضاعة الطبيعية إذا كانت مشغولة [83] • إرضاع طفل لا يتغذّى على الرضاعة الطبيعية • **إرضاع رضيع لأم أخرى** (ظئر) • **ممارسة الرضاعة الطبيعية أثناء تفشي أمراض معدية واتّخاذ التدابير المناسبة للوقاية من العدوى** [84] • **رفض التبرعات التي تتضمن بدائل حليب الأم وزجاجات رضاعة ومصاصات**
تجهيز:	
• النساء الحوامل للرضاعة الطبيعية • الأمهات للرضاعة الطبيعية الخالصة لمدة ستة أشهر • الأمهات العائدات إلى العمل أو اللواتي هنّ على وشك الابتعاد عن أطفالهنّ الرضع لمواصلة الرضاعة الطبيعية • الأمهات للتغذية التكميلية الملائمة والكافية والآمنة في الوقت المناسب • الأمهات اللواتي يرغبنّ في فطام أطفالهن الرضع أو صغار الأطفال عن الرضاعة الطبيعية	• **مقدمات الرعاية لإطعام الرضع وصغار الأطفال ورعايتهم أثناء الأزمات/الكوارث الطبيعية المتوقعة**
الإحالة:	
• التعرف على الوقت المناسب لإحالة الأمهات والرضع إلى مستشارات الرضاعة الطبيعية من ذوي الكفاءات المتقدمة أو إلى أخصائيات الرعاية الصحية ذوات مهارات متخصِّصة، حسب الحاجة	• تحديد الاحتياجات التي تتجاوز نطاق المشورة وإجراء الإحالات المناسبة [85]

يُتبع...

[78] ملاحظة: في الحالات الإنسانية، من الشائع جداً أن تشعر النساء المرضعات بالقلق إزاء جودة حليبهن، خاصة عند تغير نظامهن الغذائي بسبب حالة طوارئ معينة. وقد يشعرنَ بالقلق أيضاً إزاء سلامة حليبهنّ، على سبيل المثال إذا تعرضنَ للمواد الكيميائية الموجودة في مياه الفيضانات.

[79] ملاحظة: على الرغم من أنّ الأفضلية هي لبناء ثقة الأم لممارسة الرضاعة الطبيعية في الأماكن العامة، إلا أنّه قد لا يتوفر الوقت الكافي أو تُتاح فرص الاتصال اللازمة لتحقيق ذلك (مثلاً أثناء النزوح الجماعي). ويمكن توفير الأغطية عند الاقتضاء، مثلاً كجزء من حقيبة اللوازم الصحية النسائية.

[80] ملاحظة: على سبيل المثال، قد يكون من المفيد إسداء المشورة بشأن ترتيبات النوم الآمن ووضعيات الرضاعة الطبيعية في ظروف الاكتظاظ حيث قد تشعر الأمهات بضغوطات تضطرهنّ إلى توفير مكملات لطفل يبكي ليلاً.

[81] ملاحظة: قد يكون الاهتمام بالرضاعة الطبيعية ضعيفاً خاصة في الحالات التي تكون التغذية الاصطناعية شائعة فيها قبل بدء الأزمة. لذلك تحتاج المستشارات إلى مهارات قوية في التعامل مع الآخرين ومهارات في التواصل للفت الانتباه إلى الرضاعة الطبيعية، وتحتاج أيضاً إلى مهارات تحليلية لفهم حاجات مقدمات الرعاية ووضعهنّ الحالي. وفقاً للإرشادات العالمية (الإرشادات الرسمية بشأن أهلية التغذية)، يجب الامتناع عن تقديم بدائل حليب الأم إلا للرضّع الذين يستوفون معايير الأهلية المحددة. إلا أنّ خيار الأم هو مسألة قد تجد المستشارات صعوبة في التعامل معها، علماً أنّه أمر شائع بين المستشارات النظيرات ("المقرّبات" من الأم) تحديداً أو المستشارات اللواتي يعملنَ عادةً في بيئات غنية بالموارد في غير حالات الطوارئ. من هنا، قد يكون من المفيد توفير التدريب حول الأخلاقيات في خيارات الأمهات، وإجراء مقارنات بين سياق ما قبل الأزمة والسياق الحالي، من حيث مخاطره المتزايدة وآلياته المعتمدة للإحالة إلى مستشارات ذوات خبرة

[82] ملاحظة: الإصغاء وتعزيز الثقة إزاء مخزون الحليب وتوفير معلومات حول العلامات المطمئنة التي تدل على حصول الطفل على ما يكفي من حليب الأم، ومناقشة تقنيات إدارة الإجهاد، وإسداء المشورة بشأن الرضاعة الطبيعية المستجيبة والقائمة على التلامس الجلدي، وإسداء المشورة بشأن الجوانب الإيجابية للرضاعة الطبيعية (مثل الهرمونات المهدئة والترابط).

[83] ملاحظة: على سبيل المثال، تعليم الأم كيفية استخدام حمالة الطفل (المقدَّمة)، وإسداء المشورة بشأن الرضاعة الطبيعية المستجيبة وكيفية ممارسة رضاعة طبيعية أثناء الوقوف في طوابير الانتظار أو المشي، والتعرّف على سبل التخفيف من عبء العمل (خلال مناقشات عائلية/زيارات منزلية).

[84] ملاحظة: على سبيل المثال، الحفاظ على نظافة اليدين والثدي، واستخدام قناع الوجه (في حال تفشي أمراض الجهاز التنفسي)، والتعامل مع حليب الأم المشفوط (إذا كانت الأم تتعافى من مرض فيروس الإيبولا مثلاً).

[85] ملاحظة: على سبيل المثال، يمكن اعتبار خدمات علاج سوء التغذية، والمساعدة الغذائية، وخدمات مكافحة العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، وخدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي على أنها مبادئ العمل الخاصة بـ **الملاحظة والإصغاء والربط** التي تعد جزءاً من الإسعافات الأولية النفسية.

الكفاءات المتقدمة اللازمة لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية	الاعتبارات الخاصة بحالات الطوارئ
مساعدة الأم على:	
• التعامل مع التهاب الثدي • التعامل مع الإصابات الفطرية • التعامل مع التصاق اللسان (اللسان المربوط) • إرضاع رضيع منخفض الوزن عند الميلاد أو خديج أو مريض • التمكن من ممارسة الرضاعة الطبيعية على الرغم من وجود حلمة مقلوبة بشدة أو كبيرة جداً • إرضاع رضيع أو طفل من ذوي الإعاقة • إرضاع رضيع في ظل ظروف شخصية صعبة أو اكتئاب ما بعد الولادة • إرضاع رضيع يرفض الرضاعة الطبيعية (مضرب عن الرضاعة) • رضاعة مستحثة أو إعادة تأسيس الرضاعة (معاودة الإرضاع) • تنظيم عملية الرضاعة لرضيع يحتاج إلى سوائل غير حليب الأم	• إرضاع رضيع يعاني من سوء التغذية • **التوقف السريع عن الرضاعة الطبيعية**[86] • تثبيط الرضاعة بعد وفاة الرضيع أو بعد حالة إملاص (ولادة مولود ميت) • المواظبة على الإرضاع أثناء الانفصال عن الرضيع • الحد من استخدام المتممات الغذائية أو إيقافها، والحد من استخدام زجاجات الرضاعة وواقيات الحلمات والمصاصات أو التوقف عن استخدامها • تحضير بديل حليب الأم بطريقة صحية وإرضاعه بشكل مستجيب [87] • **تحديد تكلفة الغذاء المتاح لدعم النظام الغذائي للأمهات وتعظيمه**[88] • اعتماد طريقة انقطاع الطمث أثناء الرضاعة في إطار تنظيم الأسرة • **إرضاع الرضيع أثناء الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري**[89]
تجهيز:	
• النساء الحوامل الأكثر عرضة لخطر نقص مخزون الحليب • النساء الحوامل المصابات بفيروس العوز المناعي البشري لممارسة الرضاعة الطبيعية • النساء الحوامل اللواتي يواجهنَ خطراً كبيراً يتمثل في إرضاع رضيع صغير أو مريض أو خديج	كما هو الحال في غير حالات الطوارئ
الإحالة:	
• التعرف على الوقت المناسب لإحالة الأمهات والرضع إلى مستشارات ذوات كفاءات أساسية لمتابعتهم مع أخصائيات الرعاية الصحية ذوات مهارات متخصّصة حسب الحاجة	كما هو الحال في غير حالات الطوارئ

الكفاءات الإضافية المطلوبة في حالات الطوارئ

- **الإسعافات الأولية النفسية.** نظراً إلى أنّ خدمات الصحة النفسية كثيراً ما تكون منهكة أو غير متوفرة أثناء حالات الطوارئ، فإنّ الإسعافات الأولية النفسية تمثل مجموعة مهارات مهمة يجب أن تمتلكها جميع المستشارات لدعم مقدّمات الرعاية في أعقاب الأزمات والحيلولة دون ترسّخ الإصابة بصدمات نفسية في المقام الأول.

- **تقديم الرعاية للأمهات حسب الصدمات التي تعرّضنَ لها.** لتجنب إلحاق الضرر وتقديم رعاية فعالة وتحسين الحصول على الخدمات، من الضروري أن يتم اعتماد **نهج تقديم الرعاية للأمهات حسب الصدمات التي تعرّضنَ لها** (راجع التعريفات) في برامج إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية حيث يتم استهداف فئات سكانية معرّضة للصدمات بمستويات مرتفعة. وهذا يشمل تزويد المستشارات بالكفاءات اللازمة لتقديم الرعاية للأمهات حسب الصدمات التي تعرّضنَ لها. يتم تقديم المستوى الأوّل من الرعاية للأمهات حسب الصدمات التي تعرّضنَ لها، بشكل عام، لجميع العميلات المحتاجات إلى المشورة على افتراض أنّ أي شخص قد يكون ناجياً من صدمة (الرعاية الشاملة)، وهي كفاءة أساسية لا بد من توافرها لدى جميع المستشارات. أما المستوى الثاني من تقديم الرعاية للأمهات حسب الصدمات التي تعرّضنَ لها فهو الرعاية الخاصة بالصدمات للعميلات اللواتي يُعتبرنَ ناجيات من صدمة، وهذه تُعدّ كفاءة متقدّمة. وأخيراً، ستحتاج بعض مقدّمات الرعاية إلى دعم متخصّص من مقدّمات خدمات رعاية الصحة النفسية المدرَّبات في هذا المجال. وحيثما تتوفّر الرعاية الخاصة المتخصّصة بالصدمات، فمن المهم تدريب المستشارات على حُسن توقيت الإحالة (راجع **الشكل 4**)

[86] ملاحظة: نادراً ما تكون هذه الكفاءة مطلوبة، ولكنها تكتسب أهمية خاصة في حالات تفشي الأمراض المعدية التي يوصى لدى الإصابة بها بالتوقف عن ممارسة الرضاعة الطبيعية، كمرض فيروس الإيبولا مثلاً. من هنا، يجب أن يشمل الدعم إسداء المشورة بشأن كيفية العناية بالثدي والتخلص الآمن من حليب الأم (إذا كان موصى بذلك)، وتقديم الدعم العاطفي وتسهيل التغذية البديلة للرضيع. في هذا السياق، ينبغي ملاحظة أنه كلما أمكن، يجب التوقف عن الرضاعة الطبيعية بشكل تدريجي وليس بشكل سريع.

[87] ملاحظة: بما في ذلك توفير معلومات عن التحضير والتغذية والتخزين.

[88] يصف هاشمي وآخرون (2019) كيف تم تصميم المشورة للأمهات في مخيم ماي لا للاجئين في تايلند، من خلال توفير خيارات غذائية أرخص للرضع وإعطاء أمثلة محددة لوجبات منخفضة التكلفة بُغية تلبية الحد الأدنى من متطلبات النظام الغذائي المقبول، وذلك بناءً على بيانات الإنفاق الأسرية التي تم جمعها خلال الجلسات الشهرية المنزلية لإسداء المشورة.

[89] إرشادات إضافية: منظمة الصحة العالمية (2018): إرشادات عملية: فيروس العوز المناعي البشري وتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.

الشكل 4: مثال عن نهج متعدد المستويات لتقديم الرعاية للأمهات حسب الصدمات التي تعرّضنَ لها

- **الكفاءة الثقافية.** يجب أن تتمتع المستشارات بالكفاءة الثقافية باعتبارها عنصراً مهماً في تقديم الرعاية للأمهات حسب الصدمات التي تعرّضنَ لها. إنّ المدخل لتصميم تدخلات مراعية للاعتبارات الثقافية يتمثل في فهم التصوّرات الموجودة لدى مقدِّمات الرعاية والعوامل الأخرى التي توجّه ممارسات الرضاعة[clxv]. من الأمثلة على المعارف المستقاة من البيئة الثقافية فيما يتعلق بتغذية الرضّع: الاستخدام التقليدي لمدرّات الحليب الطبيعية[90]، والممارسات التقليدية لرعاية المواليد الجدد، والتقاليد المتّبعة في فترة ما بعد الولادة، وممارسات الرعاية المجتمعية[91]، وتصورات الأمهات للعوامل التي يمكن أن تؤثر على مخزون الحليب[92] وجودته[93]، والخرافات والمفاهيم الخاطئة التي قد تظهر أثناء حالة الطوارئ، والمواقف الموجودة عن الاحتشام، والمعتقدات السائدة لدى الأمهات فيما يتعلق ببدائل حليب الأم ومدى اعتبار الرضاعة الطبيعية جزءاً من شخصية الأم أو الهوية الدينية. **وعندما لا تكون المستشارات من**

[90] أشار تقرير لدي يونغ وآخرين (2018) إلى أن الجوانو من التوابل التي تستخدم تقليدياً لتعزيز الرضاعة لدى الأسر النيبالية. إلا أن الأدلة محدودة على تأثير مدرّات الحليب الطبيعية ("معززات الحليب") على زيادة وزن الرضع وإفراز الحليب لدى أمهات الأطفال الأصحاء الذين ولدوا بصحة جيدة (فونج وآخرون، 2020)، غير أن تيسير الوصول إلى مدرات الحليب الطبيعية المعروفة محلياً (والتي لا توجد لها آثار ضارة معروفة) قد يفيد ثقة المرأة ورفاهها النفسية. فيجب أن تتمثل أولوية المستشارات في تحديد أسباب انخفاض إفراز الحليب وتصحيحها.

[91] أشار تقرير لدي يونغ وآخرين (2018) إلى أنّ مقدمات الرعاية في المستوطنات التي أعقبت الزلزال في نيبال أعربن عن أن رعاية الرضع كانت بمثابة نشاط مجتمعي وأن مسؤوليات رعاية الرضع والأطفال كانت مشتركة. وقد انعكست هذه الألفة في الرضاعة الطبيعية عبر طرق دعم النساء لبعضهن البعض في القرى وخيام المخيمات.

[92] وجد إيمرسون وآخرون (2017) أن الأمهات في جمهورية الكونغو الديمقراطية غالباً ما اعتبرن أن الإجهاد يتسبب في نقص الحليب، وكثيراً ما تم الربط بين سوء الحالة التغذوية للأمهات وصعوبات الرضاعة الطبيعية (الألم أثناء الرضاعة الطبيعية أو نقص الحليب الملحوظ).

[93] رأى دورنمان وكيلي (2013) أن الأمهات في هايتي بعد الزلزال اعتقدن أن نوعية حليبهن ستتدهور في حال كان نظامهن الغذائي سيئاً أو في حال كانت الأم مصابة بحالة نفسية اجتماعية تعرف باسم "الدم الفاسد". ولحماية الأطفال في هذه الحالات، تم اعتماد المتممات الغذائية في وقت مبكر.

نفس الفئة السكانية المتضرّرة من حالة الطوارئ، فقد تكون هناك حاجة إلى توفر معارف ومهارات إضافية لتمكينهنّ من فهم الاحتياجات الثقافية والإثنية والدينية واللغوية والاجتماعية الاقتصادية لدى مقدّمات الرعاية حتى تتمكّن المستشارات من العمل بصورة فعالة وأخلاقية في بيئة متعددة الثقافات.

- **من المحتمل أن تكون المستشارات اللواتي يعملنَ عادةً في غير حالات الطوارئ** على دراية بممارسات مثل معاودة الإرضاع والظئر[94] أو بمشكلات مثل سوء التغذية عند الرضّع ولكن خبرتهنّ العملية قليلة في هذا المجال. يمكن للمهنيات العاملات في مجال الرضاعة واللواتي يتم استقدامهنّ مِن مناطق غنية بالموارد لينتشرنَ في حالة طوارئ أن يكُنَّ معتادات على العمل باستخدام أدوات مثل زجاجات الرضاعة وشفّاطات الحليب وواقيات الحلمات، ويجب أن يتم دعمهنّ لتعديل ممارساتهنّ بما يتلاءم مع السياق المعني. حتى عند العمل في المناطق ذات دخل مرتفع، لا بد أن تكون المستشارات على دراية بالمخاطر المتزايدة المرتبطة باستخدام هذه الأدوات أثناء حالات الطوارئ، وأن يتم دعمهنّ لتكييف ممارساتهنّ مع نُهُج مبسّطة وأكثر أماناً (مثل استخدام طريقة معاودة الإرضاع بالتقطير بدلاً من أداة للتغذية التكميلية، واستخدام التعصير اليدوي للثدي كبديل أكثر أماناً من شفّاطات الحليب، والإرضاع بالكوب كبديل أكثر أماناً من زجاجات الرضاعة).

- **النماء في مرحلة الطفولة المبكرة.** يجب أن يكون لدى المستشارات المعرفة الأساسية بالنماء في مرحلة الطفولة المبكرة بما في ذلك المهارات والقدرات التي يكتسبها الأطفال في السنوات الأولى من عمرهم والدور المهم لتقديم رعاية مستجيبة، بما في ذلك التغذية الملبية للاحتياجات. فالتفاعلات المستجيبة والتي تحدث بشكل طبيعي أثناء الرضاعة الطبيعية، والتي يمكن تعزيزها من خلال التواصل والتفاعل المرح هي الأساس لتكوين صحة الطفل وسلوكه وقدراته الذهنية في المستقبل.

دراسة الحالة 15 دعم تغذية الرضّع وصغار الأطفال في سياق مرض فيروس الإيبولا

في أغسطس/آب 2018، تم الإعلان عن تفشي مرض فيروس الإيبولا في جمهورية الكونغو الديمقراطية. ومع انتهاء تفشي المرض في تموز (يونيو) 2020، تم الإبلاغ عن 3,470 حالة إصابة بين مؤكدة ومحتملة. وفي حين تأثرت النساء والرضع بشكل غير متناسب بهذا المرض، أوصيت النساء المرضعات بالتوقف عن الرضاعة الطبيعية تماشياً مع الإرشادات العالمية والوطنية، وذلك إذا ظهرت عليهنّ أو على أطفالهنّ أعراض شبيهة بأعراض مرض فيروس الإيبولا. يُعد فيروس الإيبولا استثناءً من التوصيات العالمية للرضاعة الطبيعية لأنّ الأدلة المتاحة تشير إلى أنّ مخاطر الإصابة بمرض فيروس الإيبولا تفوق مخاطر الامتناع عن الرضاعة الطبيعية. لذلك، قامت أخصائية تغذية وأخصائية نفسية اجتماعية بإسداء المشورة بشكل مشترك للأمهات والرضع الذين تم إدخالهم إلى مرفق معيّن للخضوع لفحوص طبية، وقد ركّزت المشورة على التوصية بالفصل المؤقت والتوقف عن الرضاعة الطبيعية. ولم يتم تسجيل أي حالات رفض، ويعزى ذلك إلى عملية إسداء المشورة وإدماج الدعم النفسي الاجتماعي. في هذا السياق، تلقّى الرضع بدائل حليب الأم ضمن حزمة شاملة من الدعم. إلا أنّ الثغرات في الإرشادات الوطنية لهذه المرحلة من الرعاية شملت كيفية دعم الأم للتوقف بشكل سريع عن الرضاعة الطبيعية، والتعصير اليدوي للثدي كأسلوب لمنع الاحتقان (التحجر) والالتهابات، وتعليمات حول كيفية التعامل مع حليب الأمهات المصابات بمرض فيروس الإيبولا والتخلص منه وفقاً لبروتوكولات الوقاية من العدوى. عند الخروج من المرفق، تم إسداء المشورة لمقدمات الرعاية بشأن التغذية الاصطناعية الصحية والإرضاع بالكوب. كما أُسديت المشورة للأمهات الناجيات من الإيبولا بشأن إمكانية استئناف الرضاعة الطبيعية بمجرد أن يؤكد فحصان مخبريان متتاليان أن الفيروس لم يعد موجوداً في حليب الأم. أما على مستوى المجتمع المحلي، فقد قامت الأخصائيات النفسيات الاجتماعيات المدربات (تحت إشراف أخصائيات التغذية) بمتابعة النساء ودعمهن لزيادة أو إعادة بدء إنتاج حليب الأم حالما اعتُبر ذلك آمناً. وقد تبيّن أنّ عملية معاودة الإرضاع هي عملية تنطوي على عدة تحديات. وأعربت الأمهات عن قلقهنّ إزاء استئناف الرضاعة الطبيعية بعد إصابتهنّ بمرض فيروس الإيبولا، خصوصاً وسط توافر محدود لأخصائيات التغذية بُغية دعم العملية المكثفة لمعاودة الإرضاع. من الدروس الرئيسية المستفادة من هذه التجربة هي أنه من الضروري التركيز على بناء كفاءات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية منذ بداية التصدي لمرض فيروس الإيبولا، إن لم تكن هذه الكفاءات موجودة بعد.

المصدر: التحالف التقني لمجموعة التغذية العالمية (2020). Supporting Non-Breastfed Children as part of an Ebola Response. Experiences from the Democratic Republic of the Congo.

[94] حدّد تقرير لبالمكويست وغريبل (2018) أن الافتقار إلى التثقيف والدعم في مجال معاودة الإرضاع والظئر (إرضاع رضيع لأم أخرى) هو أحد أكثر العوائق شيوعاً أمام الاستجابة الفعالة لمبادرة تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.

المربع 9 موضوعات هامة يجب تناولها أثناء التدريب

- **كيفية توفير خدمات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية عملياً أثناء حالات الطوارئ.** أين ومتى وكم مرة وكيف يتم إسداء المشورة (مثل محتوى هذه الإرشادات). ويجب أيضاً تدريب المستشارات على توقيت وكيفية استخدام أدوات المساعدة على العمل وغيرها من الأدوات بشكل صحيح.
- **أهمية الرضاعة الطبيعية المنقذة للحياة في حالات الطوارئ وكذلك المخاطر المرتبطة باستخدام بدائل حليب الأم**[95]، وهو أمر أساسي لتحفيز مقدمات الرعاية.
- **كيف يمكن أن تُقوَّض ممارسات الرضاعة الطبيعية أو تتضرّر بسبب حالة الطوارئ** (راجع **الجدول 5**) لإتاحة إسداء المشورة الاستباقية.
- **فهم كيفية سير الرضاعة الطبيعية.** يجب أن تتمتع المستشارات بإلمام كافٍ بكيفية سير الرضاعة الطبيعية ومدى فعاليتها حتى يتمكّن من إسداء المشورة بثقة للأمهات اللواتي يعانين من سوء التغذية أو الإجهاد. قد يصعب تحديداً إسداء المشورة لمقدمات الرعاية اللواتي يعانين من نظام غذائي غير مستقر بسبب **انعدام الأمن الغذائي؛** يجب أن تكون المستشارات على دراية بالأطعمة المتوافرة وبأسعارها لإتاحة إسداء المشورة المراعية والعملية المتعلقة بالنظام الغذائي للأمهات. يجب إيلاء الوقت والاهتمام الكافيين لضمان فهم المستشارات للعلاقة بين الرضاعة الطبيعية والصحة النفسية للرضيع والأم من جهة وقدرة الأم على تقديم الرعاية من جهة أخرى، ولضمان أيضاً فهمهن أن **الإجهاد** لا يؤثر مباشرة على إنتاج حليب الأم وضمان نقل هذه المعرفة بفعالية إلى مقدمات الرعاية.
- إن استكمال ما سبق بمعلومات حول **العواقب المحتملة لحالات الطوارئ على الصحة النفسية في حالات الطوارئ**[clxvi] من شأنه أن يضمن إسداء مشورة متعاطفة لمقدمات الرعاية اللواتي يعانين من الإجهاد أو الصدمات النفسية.
- **كيف يحدث تغيير السلوك.** يمكن أن يمثل تغيير السلوك تحدياً بحد ذاته في حالات الطوارئ نظراً للضغوطات المختلفة الناتجة عن هذه الحالات ولمدة الطوارئ القصيرة المحتملة. كما أن فهم كيفية إحداث تغيير فعال في السلوك وإدراك أنها عملية تدرجية [clxvii] تستغرق وقتاً واتصالات متواصلة يمكن أن يحول دون تثبيط المستشارات وإحباطهن.
- **أساسيات نظام العمل الإنساني.** من أجل القيام بإحالات فعالة والنجاح في الدفاع عن حاجات مقدمات الرعاية وأطفالهن، يجب أن تكون المستشارات على دراية أساسية بآليات تنسيق العمل الإنساني وحزمة الخدمات الإنسانية التي يتم تقديمها ومسارات الإحالة.
- **كيف تنطبق الإرشادات العملية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال والمدونة الدولية لمنظمة الصحة العالمية على حالات الطوارئ بشكل عام وعلى دور المستشارات على وجه التحديد وكيفية الإبلاغ عن انتهاكات المدونة.**

5.3 تقييم القدرات وتحديدها

يُعد تقييم القدرات وتحديدها نشاطاً مهماً للتعرُّف على احتياجات التعلم وتخطيط الموارد البشرية. ويُفضَّل إجراؤه في مرحلة التأهب وتحديثه سريعاً مع بداية حالة الطوارئ. أمّا عندما لا يتم إجراء هذا التقييم قبل حالة الطوارئ، فيجب إجراء عملية سريعة لتقييم القدرات وتحديدها في أقرب وقت ممكن بعد حدوث حالة الطوارئ.

1. **تحديد عدد المستشارات المطلوبات ومكان الحاجة إليهنّ (تقييم الاحتياجات).** بالإضافة إلى الخدمات القائمة، يمكن إنشاء خدمات وهياكل جديدة تتطلّب تقديم خدمات إسداء المشورة في إطار الاستجابة للاحتياجات الجديدة أو المتزايدة (مثل علاج سوء التغذية أو خدمات الدعم النفسي الاجتماعي أو مراكز علاج الكوليرا – راجع 3.2 – الفرص السانحة الرئيسية لإسداء لمشورة بشأن الرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ). ويمكن أيضاً أن يُطلب من المستشارات تقديمَ الخدمات في مواقع مؤقتة تلجأ إليها الفئة السكانية المتضررة مثل المخيمات أو مراكز الإجلاء.

2. **تحديد الأشخاص المتاحين لتقديم خدمات إسداء المشورة وتحديد أماكنهم.** في بداية الاستجابة لحالة الطوارئ، يجب أن يتم التحقق سريعاً من عدد المستشارات الموجودات في المنطقة واللواتي يمكنهنّ العمل/أداء الوظيفة. يوجد في الكثير من البلدان عدد كبير موجود بالفعل من مستشارات الرضاعة الطبيعية اللواتي يجب اعتبارهنّ بمثابة مورد مهم في حالات الطوارئ[clxviii]. ومع ذلك، فقد تكون هؤلاء المستشارات أنفسهن قد تأثرنّ بحالة الطوارئ. ويمكن أيضاً تحديد مشرفات ومدرِّبات لإسداء المشورة من خلال استعراض وتحديث أي قاعدة بيانات محلية قائمة تضمّ المدرِّبات على إسداء المشورة بالإضافة إلى الخبرات الوطنية وشبكات دعم الرضاعة الطبيعية.

[95] الأداة: الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (2021). الموجز: إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ.

3. **فهم المستوى الحالي من المعارف والمهارات والثقة لإسداء المشورة أثناء حالات الطوارئ**[96]. في بداية حالة الطوارئ، يجب إجراء استعراض سريع لتقييمات القدرات التي أُجريت في مرحلة التأهب، وإذا لم تكن هذه التقييمات متوفرة فيجب النظر سريعاً في المستوى العام لدعم الرضاعة الطبيعية ما قبل حالة الطوارئ، وما إذا كانت المهنيات العاملات في مجال الصحة وغيرهنّ من المسعفات اللواتي يتعاملنَ مع الرضّع وصغار الأطفال ومقدِّمات الرعاية لهم يمتلكنَ المعارف والمهارات الكافية في مجال الرضاعة الطبيعية (مثلاً من خلال الاطلاع على مواد وتقارير التدريب ما قبل الخدمة وفي أثنائها) والخبرة في مجال إسداء المشورة في حالات الطوارئ. كما يجب مراعاة مستويات التعليم والإلمام بالقراءة والكتابة والخلفيات المهنية[97] لدى هؤلاء المستشارات المتاحات لإسداء المشورة.

يمكن إجراء تقييمات أكثر تعمقاً للقدرات الفردية في مراحل لاحقة من الاستجابة للطوارئ [98] من أجل تقييم الكفاءات التي تمتلكها المستشارات بالفعل وتحديد الجوانب التي يجب تطويرها. وهذه العملية قد تختلف حسب الطواقم المختلفة. يمكن استخدام اختبارات متعددة الاختيارات[99] ومتابعة جلسات إسداء المشورة باستخدام القوائم المرجعية للأداء من أجل تقييم المعارف والمهارات القائمة قبل التدريب، بالتتابع.

جدير بالذكر أنّ تقييمات القدرات الفردية يجب أن تكون جزءاً من نشاط يجري على نطاقٍ أوسع لتحديد القدرات[100, 101] ويتناول أيضاً القدرات البرنامجية والتنسيق، من بين أمور أخرى[clxix].

5.4 التخطيط لبناء القدرات

بناءً على عدد المستشارات المدرَّبات والمتوفرات ومستوى تأهّبهنّ للطوارئ حسبما تبيّن أثناء عملية تقييم القدرات وتحديدها، فقد تكون هناك حاجة إلى **وضع خطة للتوجيه والتدريب وتنفيذها بشكلٍ سريع ودقيق**[102] تستهدف النساء اللواتي تم اختيارهنّ لإسداء المشورة في إطار الاستجابة المنفّذة، (راجع **المربع 8** للاطلاع على مزيد من إرشادات التدريب).

- **خلال 72 ساعة/في أقرب وقت ممكن:** توفير توجيه عام ومحدد مسبقاً لأفرقة الاستجابة المبكرة. إنّ توفير التوجيه السريع بشأن التحديات المستجدّة والمتزايدة فيما يتعلق بالرضاعة الطبيعية من شأنه أن يدعم المستشارات الحاليات في تقديم الخدمات المناسبة للفئة السكانية المتضرّرة.

- **الأسبوع 2–4/بمجرد الانتهاء من تقييم القدرات وتحديدها:** إعداد ونشر **خطة مخصّصة لبناء القدرات** تتضمّن أهداف تعلّم قابلة للقياس، أي التخطيط لتدريب شامل للمستشارات الجديدات/مزيد من التوجيه والتدريب للمستشارات الحاليات. ويجب أن تشتمل الخطة على خطط الحكومة والشركاء للتدريب، وبناء المهارات العملية، ومتابعة التدريب، والتدريب لتجديد المعلومات، والتعلّم المستمر، والإشراف الداعم (راجع 5.5 – أدوات المساعدة على العمل) ورصد أثر التدريب. وتحديث مواد التدريب المحددة مسبقاً بناءً على نتائج **تقييم القدرات** وما اتُّفق عليه في **مجموعة الكفاءات الأساسية اللازمة لإسداء المشورة.** يُضاف إلى ذلك الحرص حيثما أمكن على إدراج الدروس المستخلصة من الأنشطة التي أجريت في إطار الاستجابات لحالات الطوارئ السابقة ضمن مجموعات مواد التدريب.

- **الاستمرارية:** يجب مواصلة العمل على تعزيز النظام وبناء القدرات المحلية من أجل ضمان استدامة الخدمات بعد حالة الطوارئ[clxx]. وبالإضافة إلى انتظام الإشراف الداعم، فإنّ توفير المواد المرجعية (مثل مقاطع الفيديو التعليمية) وفرص التعلم المستمر يمكن أن يساعد على تعزيز مستوى التعلم لدى مقدِّمات الخدمات اللواتي يعملنَ تحت ضغط. ويوصى بتنظيم تدريب لتجديد المعلومات كل ستة أشهر من أجل تحديث المهارات والمعارف الموجودة ونشر الأدلة والأدوات والتجارب الجديدة.

---

[96] الأداة: الفريق التقني للاستجابة السريعة ومنظمة أنقذوا الأطفال (2020) أداة تقييم القدرات الفردية لمقدمات الخدمات الصحية والتغذوية في مجال تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. https://www.nutritioncluster.net/resources/iycf-e-individual-capacity-assessment-tool-health-and-nutrition-service-providers

[97] ملاحظة: على سبيل المثال، يمكن تدريب القابلات الماهرات اللاجئات اللواتي لا يملكن تصريحاً للعمل كقابلات في البلد المضيف ليصبحنَ مستشارات. وتجدر الإشارة إلى أنه لا يُشترط امتلاك خلفية مهنية أو مستوى تعليمي رسمي للعمل كمستشارة ناجحة.

[98] الأداة: الفريق التقني للاستجابة السريعة ومنظمة أنقذوا الأطفال (2020) أداة تقييم القدرات الفردية لمقدمات الخدمات الصحية والتغذوية في مجال تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. https://www.nutritioncluster.net/resources/iycf-e-individual-capacity-assessment-tool-health-and-nutrition-service-providers

[99] ملاحظة: يمكن تكييف كيفية إجراء هذه الاختبارات مع الطاقم المعني، إذ يمكن مثلاً إجراء اختبار شفهي متعدد الخيارات إذا كانت مستويات الإلمام بالقراءة والكتابة لدى المستشارات النظيرات منخفضة (في دائرة، متجهة نحو الخارج).

[100] الأداة: الفريق التقني للاستجابة السريعة ومنظمة أنقذوا الأطفال (2020) نموذج التقارير الخاصة بتقييم/تحديد قدرات تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ

[101] الأداة: مجموعة التغذية العالمية (2020). القائمة المرجعية الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.

[102] الأداة: الفريق التقني للاستجابة السريعة ومنظمة أنقذوا الأطفال (2020) الإجراءات التشغيلية الموحدة التي على أفرقة الاستجابة للطوارئ اعتمادها لتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ .

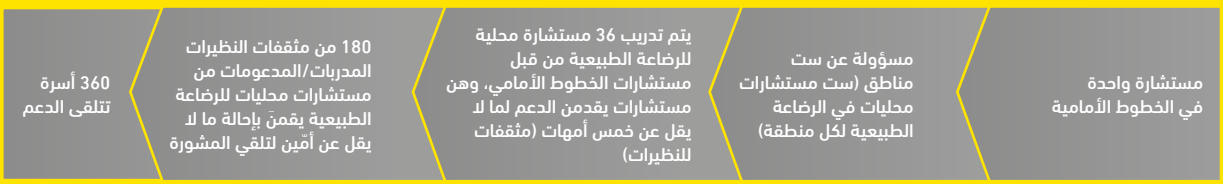
المربع 10 الاعتبارات الرئيسية للتدريب في حالات الطوارئ

- **استخدام منهجيات تدعم تعلّم الكبار بما في ذلك بناء المهارات العملية.** قد يكون الإصغاء الفعال الحقيقي والمناقشات الداعمة المتبادلة بمثابة تجربة جديدة للمتدربات، خاصة في الحالات التي تسود فيها ثقافة الرعاية الصحية التعليمية القائمة على "الإملاء على النساء ما يجب أن يفعلنه". ونظراً للصعوبات المتزايدة في التواصل الفعال في أوقات الإجهاد الشديد أو في حالات الإرسال المشوش أو في حالات شرود الذهن، ينبغي تخصيص اهتمام ووقت كافٍ لتعزيز مهارات "الإصغاء والتعلم" و"بناء الثقة وتقديم الدعم"، بما في ذلك من خلال محاكاة تمثيل الأدوار في المواقف التي يحتمل أن تكون صعبة (مثل إسداء المشورة لأم تعاني من سوء التغذية أو الضيق أو أم غير مهتمة بالرضاعة الطبيعية). يجب أن تمارس المتدربات أيضاً استخدام أدوات المساعدة على العمل وأدوات إعداد التقارير. قد تساعد الممارسة أثناء العمل والتي تقوم فيها المتدربات بتطبيق كل كفاءة أساسية لعدد محدد من المرات تحت إشراف مباشر على التعويض عن عدم كفاية الممارسة أثناء التدريب. راجع إرشادات التنفيذ الخاصة بإسداء المشورة لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية لإرشادات إضافية.
- **تحديد المدربات المناسبات اللواتي يتمتعن بالخبرة المناسبة.** في حين أن أفضل السيناريوهات تقتضي على المدربات الوطنيات (مثلاً من وزارة الصحة أو شبكات الخبرة الوطنية وشبكات دعم الرضاعة الطبيعية) أن يقدمن التدريب، إلا أن توافرهن قد يتأثر بحالة الطوارئ. إذا كان مستوى التأهب غير كافٍ، فقد يفتقرن هن أيضاً إلى الكفاءات في مجال إسداء المشورة الخاصة بحالات الطوارئ. لذلك، قد يكون ثمة ما يبرر نشر مدربات خارجيات للتدريب والتوجيه والإشراف الداعم. في الحالات التي لا يعتبر فيها من المناسب ثقافياً أن يقوم الرجال بتدريب الموظفات أو إسداء المشورة للنساء أو مراقبة عملية إسداء المشورة، ينبغي اختيار نساء كمدربات رئيسيات.
- **معالجة المعتقدات والافتراضات القائمة:** قد يكون لدى من يتم تعيينهن كمستشارات بعض المعتقدات أو الافتراضات أو الآراء حول تغذية الرضع، وقد تكون هذه المعتقدات لا تحبّذ الرضاعة الطبيعية. كما قد يكون من الصعب في بعض الأحيان على من مارسن سلوكيات غير مستحبة (مثل التغذية قبل الرضاعة) أن ينصحن الأخريات بعدم ممارسة نفس السلوكيات. يجب تخصيص وقت كافٍ لمعالجة معتقدات مقدمات الرعاية والتأمل في ممارسات التغذية السابقة على ضوء المعلومات الجديدة، وذلك لضمان عدم تعزيز المستشارات للخرافات والمفاهيم الثقافية الخاطئة حول تغذية الرضع ورعايتهم.
- **النظر في اتباع نهج الوحدات:** أثناء حالات الطوارئ، غالباً ما تنطوي أنشطة بناء القدرات المتنافسة وجهود التعافي المحلية في حالات الطوارئ على نفس المجموعة من الموارد البشرية المحلية (المحدودة) (كاستيلو وآخرون؛ غارغ وآخرون 2016) . قد يكون أكثر كفاءة وفعالية أن يُصار إلى تقديم التدريب مع الحرص على إتاحة فرص لتطبيق المهارات عملياً بين الوحدات التدريبية وتركيز الجهود على التدريب والتوجيه أثناء العمل. ويمكن إضافة وحدات استشارية موحدة إلى مناهج التدريب المخطط لها حول صحة الأم والوليد والطفل في حالات الطوارئ. يمكن أيضاً إضافة كفاءات أكثر تخصصاً لإسداء المشورة المتقدمة تدريجياً.

دراسة الحالة 16 التدريب التسلسلي

في بداية الاستجابة لزلزال يوغياكارتا عام 2006 في إندونيسيا، لم يتوافر سوى عدد قليل من مستشارات الرضاعة الطبيعية المدربات القادرات على إسداء المشورة الماهرة في مجال الرضاعة الطبيعية. ولم يكن هذا العدد كافياً لتلبية الاحتياجات الاستشارية لآلاف الأمهات ولمواجهة التوزيعات غير الملائمة لبدائل حليب الأم المتبرع بها. ولمعالجة الثغرات في الاستجابة لتغذية الرضع وصغار الأطفال وضمان أعلى تغطية وجودة واستدامة ممكنة، تم تفعيل نظام "تسلسلي" للتدريب وإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية. فتم تقديم الدورة التدريبية المشتركة بين منظمة الصحة العالمية واليونيسف لمدة 40 ساعة للعاملات/المتطوعات المجتمعيات والقابلات القرويات. وقُدّم التدريب لمدة 3-4 ساعات مرتين في الأسبوع على مدار ستة أسابيع. واجتمعت الميسرات بانتظام لتقييم عملية التدريب. أيضاً، تم تعيين اثنتي عشرة مستشارة/مدربة من مستشارات الخطوط الأمامية في المجتمع المحلي، حيث قامت كل واحدة منهن بتغطية ست مناطق. وقامت كل مستشارة من مستشارات الخطوط الأمامية بتعيين ستة مستشارات محليات للرضاعة الطبيعية من كل منطقة من المناطق، وتولت مسؤولية تدريب 36 مستشارة إرضاع محلية على مدى ستة أسابيع. طُلب من كل مستشارة محلية للرضاعة الطبيعية توفير الدعم المباشر لخمس أمهات قبل التخرج. ثم تم تعيين الأمهات اللواتي تم تزويدهن بالدعم كمثقفات النظيرات وطُلب منهن إحالة أمّين أخرتين على الأقل إلى مستشارات محليات في الرضاعة الطبيعية للحصول على المشورة. وقد أدى النهج التسلسلي إلى أثر "تناضحي" حيث استطاعت كل مدربة من مدربات الخطوط الأمامية من الوصول بشكل غير مباشر إلى 360 أسرة (إجمالي المستفيدين من البرنامج: حوالي 4,260 أسرة). وأظهرت عملية رصد أجريت أن عدداً أكبر من الأمهات عمدن إلى استهلال الرضاعة الطبيعية في الساعة الأولى بعد الولادة وأن 63 بالمائة من 54 أماً تمت مقابلتهن كن يرضعن رضاعة طبيعية خالصة بغض النظر عما إذا كن يحصلن على بدائل مجانية لحليب الأم أو لا، ويعزى ذلك إلى المشورة والدعم الذي تلقينه من المستشارات المحليات في الرضاعة الطبيعية. وشملت الاعتبارات الخاصة بالتدريب التسلسلي تفاوت مستوى ثقافة مستشارات المحليات في الرضاعة الطبيعية، وتكلفة التدريب (حوالي 225 دولار أمريكي لكل مستشارة محلية في الرضاعة الطبيعية بسبب الحاجة إلى إحضار مدرّبات من المستوى المركزي) والوقت الأطول نسبياً اللازم لإجراء التدريب مع الأخذ بعين الاعتبار امتداد التدريبات على مدى ستة أسابيع.

المصدر: Assefa, F., Sukotjo, S., Winoto, A., & Hipgrave, D. (2008). Increased diarrhoea following infant formula distribution in 2006 earthquake response in Indonesia: evidence and actions. Field Exchange 34, 29.



الإشراف الداعم

إنّ انتظام [103] الإشراف الداعم على النحو الموضح في إرشادات التنفيذ الخاصة بإسداء المشورة لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية يتّسم بأهمية خاصة أثناء إجراء أنشطة الاستجابة لحالات الطوارئ لأنّ المستشارات الجديدات قد تُلقى على عاتقهنّ مسؤولية كبيرة مباشرةً بعد تلقيهنّ التدريب السريع. وتنهض المشرفات بدور حيوي في دعم عملية تقديم خدمات إسداء المشورة ورصد جودتها، وكذلك في تقييم فعالية التدريب أثناء أداء الخدمة وسائر أنشطة بناء القدرات. وقد تكون المشرِفات مدرِّبات للمستشارات المبتدئات والمستشارات ذوات الخبرة في مجال الرضاعة الطبيعية. وفي حالة دمج الخدمات مع تخصّصات أخرى، يجب التأكد من التعاون والإشراف متعدد التخصصات (مثلاً يمكن لمشرفات الدعم النفسي الاجتماعي الإشراف على المستشارات، ومراجعة سجلات العميلات بشكل مشترك مع المشرفات على إسداء المشورة). ويجب أن يُقدّم الدعم الكافي للمدرِّبات والمشرِفات الجديدات على الصعيد المحلي، بما في ذلك من خلال التدريب على كيفية القيام بالإشراف الداعم[104]، وتوفير الأدوات (مثل القوائم المرجعية للإشراف[105] ومواد التعلّم) والحصول على الدعم التقني حسب الحاجة (راجع **دراسة الحالة 17**).

دراسة الحالة 17الإشراف الداعم

خلال أزمة الروهينجا، أطلقت منظمة أنقذوا الأطفال برنامجاً تغذوياً يوفر الدعم الأساسي والمهارات في مجال التغذية في 12 مركزاً لرعاية الأم والطفل ومرافق تغذوية أخرى (مراكز تغذية الرضّع وصغار الأطفال) داخل مخيمات اللاجئين في كوكس بازار في بنغلاديش. كان التحدي الرئيسي الذي تم الإعراب عنه داخل مجموعة التغذية هو نقص الموظفات الماهرات المتوفرات لإسداء المشورة بشأن الرعاية المتكاملة للأطفال والرضاعة الطبيعية وخدمة سكان يبلغ عددهم مليون نسمة تقريباً. أجرت منظمة أنقذوا الأطفال تدريباً لمدة يومين في مجال تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ استناداً إلى الحزمة التدريبية لتغذية الرضّع وصغار الأطفال، وذلك لأكثر من 140 موظفة من موظفات الصحة والتغذية المعينات حديثاً. بالإضافة إلى ذلك، تم استحداث نظام إشراف داعم لضمان الدعم المتواصل للمستشارات المدربات حديثاً على النحو التالي:

1. **الدعم في الموقع:** في كل مرفق تغذوي، كان هناك مشرفة تغذوية في الموقع لتقديم الدعم الروتيني اليومي لمختلف خدمات التغذية، بما في ذلك إسداء المشورة الخاصة بتغذية الرضّع وصغار الأطفال.
2. **الإشراف والدعم بالتناوب:** تم تدريب مجموعة أساسية مكوّنة من خمسة من كبار الأخصائيات المدربات على تغذية الرضّع وصغار الأطفال على الإشراف الداعم وتم تكليفهن بتوفير الدعم في الموقع للمرشدات في مجال تغذية الرضّع وصغار الأطفال وذلك على أساس تناوبي. وتم تكليف كل عضو من أعضاء المجموعة الأساسية بزيارة عدد من مراكز رعاية الأم والطفل/تغذية الرضع وصغار الأطفال بهدف:
   1. مراقبة جلسات إسداء المشورة الفردية والجماعية التي تجريها مستشارة تغذية الرضع وصغار الأطفال وتقديم الملاحظات والتوجيهات بشأنها
   2. مراجعة أدوات ونماذج تسجيل البيانات
   3. الاجتماع مع مستشارات تغذية الرضع وصغار الأطفال لمناقشة التحديات والتوصيات.

وقد ساعد الإشراف المتواصل والمنهجي على تحسين اتساق وجودة خدمات إسداء المشورة المقدمة وضمان المراقبة والتتبع الفعال لخدمات إسداء المشورة.

المصدر: منظمة أنقذوا الأطفال، بنغلاديش. مقابلات مع مبلغين رئيسيين، 2020.

عندما تكون إمكانية الوصول محدودة أو الدعم المتخصص مطلوباً لحالات معقدة، فإنّه يمكن النظر في تنفيذ الإشراف والتوجيه عن بُعد لضمان حصول المستشارات على الدعم الكافي. إذ يمكن أن تكون التكنولوجيا مفيدة تحديداً لرصد مناطق العمليات غير الآمنة أو التي يتعذّر الوصول إليها (راجع **دراسة الحالة 18**)، ومع ذلك، قد يصعب توفير الدعم الآني بسبب مشاكل في الاتصالات واختلاف المناطق الزمنية. ومن المهم أيضاً أن يكون الموجِّهون عن بُعد على دراية بالسياق الثقافي والحالة الطارئة وبالاستجابة التي يتم تنفيذها. ويمكن تيسير التعلّم والدعم المستمر للمستشارات من خلال الدعم المتبادل والخاضع للإشراف بين النظيرات، مثل المحادثات الجماعية عبر الإنترنت (على سبيل المثال، مجموعات واتساب[clxxi]) والمراجعة المنتظمة للحالات الصعبة مع أفراد الفريق.

[103] ملاحظة: من المحتمل أن تبرز حاجة إلى إجراء اتصالات إشرافية أكثر تواتراً حيثما تكون فترة تدريب المستشارات الجدد قد تقلصت بسبب حالة الطوارئ. يمكن أن تشمل المعايير المعتمدة في اختيار المناطق التي تحظى بالأولوية في زيارات الإشراف الداعم سوء ممارسات الرضاعة الطبيعية، أو انخفاض معدلات شمول المشورة، أو ضعف التقارير الواردة من زيارات الإشراف السابقة، أو سوء نتائج اختبارات ما بعد التدريب، أو المناطق التي وردت تقارير حديثة عن تفشي الأمراض فيها، أو التوزيع غير المنضبط لبدائل حليب الأم أو غيرها من التهديدات التي تواجه الرضاعة الطبيعية.

[104] الأداة: اليونيسف (2013). الإشراف الداعم/التوجيه والرصد الداعم للإشراف والمراقبة من أجل تغذية الرضّع وصغار الأطفال في المجتمع.
https://www.unicef.org/media/108436/file/Supervision%20Mentoring%20Monitoring%20Module.pdf

[105] الأدوات: مجموعة أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ الخاصة بمنظمة أنقذوا الأطفال - القسم حاء (أمثلة على قوائم مراجعة الإشراف والمراقبة).

دراسة الحالة 18 المراقبة عن بُعد والإشراف الداعم

في الفترة من 2017 إلى 2018، قامت منظمة أنقذوا الأطفال بتجريب برنامج متكامل يُدار عن بُعد لتوفير تغذية الرضّع وصغار الأطفال والدعم النفسي الاجتماعي في جنوب سوريا. وقد قام شريك محلي بتنفيذ البرنامج. ولكن بالنظر إلى أن موظفات منظمة أنقذوا الأطفال لم يتمكّنّ من الوصول إلى مواقع المشروع للإشراف المباشر على الأنشطة ودعمها، كان من الضروري الاعتماد بشكل كبير على البيانات. ولأسباب أمنية، لم يكن من الممكن تسجيل جلسات المشورة الفردية أو تصويرها. وللتخفيف من أثر غياب التواجد الميداني على جودة المشورة، استثمرت المنظمة بكثافة في قدرات الرصد والتقييم والمساءلة والتعلم (التدريب والتوجيه والإرشاد لموظفات الرصد والتقييم والمساءلة والتعلم المتفرغات في هذا المجال، والأجهزة اللوحية الإلكترونية) وطوّرت نظاماً مبتكراً في هذا المجال بواسطة نظام KOBO. ونظراً لكون الشريك المنفذ للمنظمة شريكاً جديداً في برنامج تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، فقد اختارت المنظمة متابعة الأنشطة عن كثب من خلال الرصد والإشراف اليومي. وقد تم تزويد مشرفات الشريك اللواتي افتقرن نسبياً إلى الخبرة في مجال تغذية الرضع وصغار الأطفال بقائمة مرجعية خاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال، وتم تزويدهن بالدعم عن بعد من قبل موظفات تقنيات متمرسات. وأشرفت مديرة برنامج المنظمة بشكل غير مباشر على جودة جلسات إسداء المشورة الفردية في مجال تغذية الرضع وصغار الأطفال من خلال التحقق من جودة استمارات التقييم الكامل (التي يتم مسحها ضوئياً وتحميلها عبر برنامج KOBO كل يوم) للتحقق مما إذا كانت المستشارات قد لاحظن المشاكل وسجلنها وعالجنها بشكل مناسب. أيضاً، استخلصت المستشارات معلومات أساسية (التاريخ، وعمر الطفل، وممارسات التغذية، والدعم المقدم) لإدخالها في أداة تتبع تغيير السلوك والتمكن من تتبع التغيرات التي تطرأ على ممارسات التغذية مع مرور الوقت (أثر البرنامج). وفي نهاية كل يوم، كانت المستشارات يلخّصن أنشطتهن في استمارة إلكترونية كنّ يرسلنها إلى المنظمة. وناقشت مديرة برنامج أنقذوا الطفولة البيانات المستلمة مع موظفات الشركاء وقدّمت لهن الملاحظات مرة كل أسبوع. وفي حين تبيّن أن نظام الرصد اليومي تطلب الكثير من الوقت والتدريب والموظفات وأنه استغرق وقتاً طويلاً ليتم إعداده، إلا أنه نظام نجح في تسهيل التواصل بين المنظمة وموظفات الشركاء. وهو نظام أتاح زيادة نسبة المراقبة والشفافية وقدّم نموذج تحسين مستمر حيث كانت المنظمة تشرف على الأنشطة اليومية لكل مركز من مراكز تغذية الرضع وصغار الأطفال، وتمكّنت من تقديم ملاحظات منتظمة. على سبيل المثال، تلقت مديرة البرنامج معلومات قيمة عن نوع وعدد الأنشطة التي نفذتها كل مستشارة، وساعات عمل كل مركز وساعات عمل كل مستشارة. واستطاعت مديرة البرنامج طرح أسئلة (من نوع، لماذا تقوم مستشارة معينة بإجراء متابعات أقل من زملائها أو لماذا كان الحضور أعلى في بعض المراكز من غيرها) وتقديم الدعم المطلوب في كل حالة من الحالات.

المصدر: منظمة أنقذوا الأطفال (2018). استعراض: برنامج لتوفير تغذية الرضّع وصغار الأطفال والدعم النفسي الاجتماعي في جنوب سوريا.

5.5 أدوات المساعدة على العمل

تُسهم أدوات المساعدة على العمل في استكمال إسداء المشورة من خلال إثراء المناقشة واستيعاب المفاهيم من جانب مقدّمات الرعاية (مثل الأدوات التثقيفية)، بالإضافة إلى توجيه وتوثيق عملية إسداء المشورة للمستشارة (مثل القوائم المرجعية والنماذج). وتعتبر هذه الأدوات مهمة بشكل خاص خلال المراحل المبكرة من حالة الطوارئ عندما لا يكون لدى المستشارات الكثير من الخبرة لبناء الثقة وتحسين دعم الجودة. ومن الضروري تكييف أدوات المساعدة على العمل المستخدمة أثناء الاستجابة للطوارئ بما يتلاءم مع حالة الطوارئ (مثل الثقافة، والأغذية المتوفرة، وتوصيات الصحة العامة)، والمستشارات التي ستتم الاستعانة بهنّ والفئة السكانية المستهدفة بهذه الأدوات (**دراسة الحالة 19**). على سبيل المثال، قد تكون هناك حاجة إلى وسائل مختلفة للمساعدة على العمل عند إسداء المشورة لمقدّمات الرعاية من اللاجئين والمجتمعات المضيفة. وفي البيئات التي تنطوي على إلمام ضعيف بالقراءة والكتابة، يمكن أن تساعد الأدوات المصوّرة للمساعدة على العمل في تذكير مستشارات الرضاعة الطبيعية بالمعارف والمهارات الرئيسية (**دراسة الحالة 20**). ويمكن الرجوع إلى إرشادات التنفيذ الخاصة بإسداء المشورة لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية للاطّلاع على لمحة عامة عن أدوات المساعدة على العمل.

وعلى الرغم من أهمية الأدوات البصرية، فيُفضَّل إجراء **تدريب عملي مع الأم** قدر الإمكان كي تتعرف على طبيعة جسدها بشكل تفصيلي. ويمكن للمستشارة أيضاً أن تشرح عملياً على جسدها أو أن تطلب المساعدة من أمهات أخريات ليكنّ بمثابة "نموذج شرح عملي" (مثلاً لشرح كيفية التعصير اليدوي للثدي).

وإنّ أدوات المساعدة على العمل التي قد تستخدمها المستشارات في حالات الطوارئ لدعم وتوثيق عملية إسداء المشورة قد تشمل نماذج التقييم الكامل (**المرفق باء**)، والقوائم المرجعية لملاحظة الرضاعة الطبيعية [106] والقوائم المرجعية لزيارات ما بعد الولادة [107] ضمن جملة أمور أخرى. ويمكن للمستشارات أيضاً الاحتفاظ بملفات حالة العميلة التي يتم إضافة المعلومات إليها أثناء كل زيارة لإسداء المشورة بُغية تتبع مستوى التقدّم المحرَز ورصد تغيير السلوك وضمان استمرار الرعاية.

[106] الأداة: https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/4.11._template_of_breastfeed_observation_form.docx

[107] الأداة: https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/breastfeeding-assessment-tools/

دراسة الحالة 19 تكييف بطاقات إسداء المشورة

لمواجهة جائحة كوفيد- 19، قامت اليونيسف ووكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة للنهوض بالتغذية، وبدعم من الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، ممثلاً بمنظمة أنقذوا الأطفال ومنظمة Safely Fed الكندية، بتطوير حزمة استشارية بعنوان توصيات تغذية الرضع وصغار الأطفال عند الاشتباه أو تأكيد الإصابة بكوفيد- 19. وهي مجموعة تستند إلى المجموعة الأصلية من بطاقات المشورة التي تم تعديلها لتعكس التوصيات العالمية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية واليونيسف (مارس 2020) بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال في سياق كوفيد- 19. وقد تم إعداد البطاقات بشكل يتيح إمكانية تعديلها وتحديثها لتعكس أدلة جديدة أو ناشئة وكذلك سياقات الطوارئ المختلفة.

دراسة الحالة 20 إجراء زيارات منزلية من أجل إسداء المشورة للأمهات اللاجئات اللواتي لديهنّ إلمام صغير بالقراءة والكتابة

الهاشمي وآخرون (2019) تقرير عن دراسة صغيرة النطاق قامت بتجريب مواد تثقيفية لإسداء المشورة المنزلية للأمهات اللاجئات على طول الحدود بين تايلاند وميانمار. وهي مواد تثقيفية ("كتاب صوري عن سلامة الأطفال") ضمت نصاً أساسياً للعاملات الصحيات وصوراً للأطعمة المتاحة محلياً والمناسبة للأمهات الأميات بمعظمهن. تم تعديل وتحديث عناصر مهمة من النص استناداً إلى نتائج مناقشات مجموعات التركيز التي قدمت أساساً منطقياً مشتركاً بين الأمهات اللاجئات للسلوكيات غير المناسبة.

المصدر: هاشمي وآخرون. (2019). كتاب صوري عن سلامة الأطفال بعنوان The Healthy Baby Flipbook: تجريب المشورة المنزلية للأمهات اللاجئات بهدف تحسين ممارسات تغذية الرضع وممارسات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.

5.6 الإجراءات الواجب اتّخاذها في حالة عدم توفر قدرات لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية

يجب اعتبار إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية كنشاط منقذ للحياة في المرحلة الأولى من حالة الطوارئ[108, 109]. ومع ذلك، في حالة عدم إنشاء قدرات إسداء المشورة بالقدر الكافي في مرحلة التأهب أو في حالة عدم توفر المستشارات على الفور، يمكن اتخاذ الخطوات التالية لحماية الرضاعة الطبيعية ودعمها[110] أثناء اتّخاذ الإجراءات اللازمة لإنشاء قدرات إسداء المشورة:

1. **تجنُّب إلحاق الضرر:** توعية الجهات الفاعلة في مجال العمل الإنساني بشأن المدوّنة والتوصيات الخاصة بحالات الطوارئ فيما يتعلق بتغذية الرضّع. ولتجنّب إهمال الرضاعة الطبيعية، فعادةً ما تكون العاملات في مجال الصحة اللواتي يتواصلنَ مع النساء الحوامل والأمهات، بما في ذلك العاملات في القطاع الصحي غير النظامي، إحدى الفئات ذات الأولوية التي يجب توعيتها. يجب أيضاً أن يتم اتّخاذ خطوات استباقية لتجنّب فصل الأطفال عن الأمهات/مقدّمات الرعاية، إضافةً إلى منع التبرّعات والتوزيع غير المنضبط لبدائل حليب الأم وزجاجات الرضاعة[111] بما يشمل إشراك قطاعات مختلفة في التدابير الرامية لمنع مخالفات المدونة ورصد أي مخالفات والإبلاغ بها. ولحماية رفاه مقدّمات الرعاية وتجنب تعرّضهنّ للصدمة مرة أخرى، يجب توجيه المعنيّات بالاستجابة اللواتي يتعاملنَ مع مقدّمات الرعاية للرضّع وصغار الأطفال بشأن تقديم الرعاية الشاملة للأمهات حسب الصدمات التي تعرّضنَ لها.
2. **الدعوة والتخطيط لتوفير مستوى أساسي من الدعم والحماية للرضاعة الطبيعية من قطاعات متعددة[112].** إعطاء الأولوية لحصول النساء الحوامل والمرضعات على الخدمات الأساسية، وتيسير عدم فصل الأطفال عن مقدّمات الرعاية لهم (مثل توفير حمّالات الأطفال)، وتسجيل الأسر التي تضمّ نساء حوامل وأطفال دون عمر السنتين وكذلك الفئات المعرّضة للخطر، وتوفير أماكن داعمة للرضاعة الطبيعية[113]. ولمزيد من الإرشادات بشأن كيفية مساهمة جميع القطاعات في تهيئة بيئة ملائمة للرضاعة الطبيعية، راجع وثيقة "الإطار المتعدد القطاعات من أجل العمل" الصادرة عن المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومنظمة أنقذوا الأطفال (2018)
3. **التواصل الفعال بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.** إنّ توصيل الرسالة الصحيحة في الوقت المناسب وصدورها من الشخص المناسب يمكن أن ينقذ الأرواح. ولكي تكون رسالتك فعّالة لا بد أن تصدر في المرحلة الأولى، وأن تكون دقيقة وذات مصداقية، وأن تُظهر التعاطف وتشجّع العمل وتُبدي الاحترام[114]. وتشتمل الجماهير المستهدفة مثلاً على المجتمعات المتضرّرة من حالة الطوارئ وقادة تلك المجتمعات وكذلك الجهات المعنية بالاستجابة للطوارئ ومسؤولي الصحة العامة[115] ووسائل الإعلام[116].

---

[108] المشورة عالية الجودة تسهم بالفعل في إنقاذ الأرواح؛ إلا أنه قد يكون من الصعب إسداؤها في الحالات التي تعاني فيها مقدمات الرعاية من الإجهاد الشديد أو الإرهاق أو التشتت. يجب النظر بعناية في جدوى المشورة ومقبوليتها وأثرها المحتمل أثناء حالات النزوح الجماعي التي تتسم بالإجهاد الشديد، على أن يتم توفير حزمة دنيا من أنشطة دعم الرضاعة الطبيعية الأساسية.

[109] الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (2021). الموجز: إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في حالات الطوارئ.

[110] يمكن اعتبار جميع جلسات إسداء المشورة بمثابة نوع من أنواع الدعم، إلا أن تدخلات الدعم لا تنطوي جميعها على جلسات إسداء المشورة (ماك فادن وآخرون، 2019).

[111] الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (2021). إنفوغرافيك عن تجنب وإدارة بدائل حليب الأم المتبرع بها.

[112] وفقاً للاستراتيجية العالمية لتغذية الرضّع وصغار الأطفال (منظمة الصحة العالمية، 2003)، لا سيما في الظروف القاسية والاستثنائية، من الضروري تهيئة بيئة تحمي الرضاعة الطبيعية وتشجعها وتدعمها.

[113] التحالف التقني لمجموعة التغذية العالمية (2020). الأماكن الداعمة لتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.

[114] مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (2018). دليل التواصل الخاص بمخاطر الأزمات والطوارئ. https://emergency.cdc.gov/cerc/manual/index.asp

[115] الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (2018). بيان مشترك نموذجي عن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ https://www.ennonline.net/modelifejointstatement

[116] الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (2018) أدلة وسائل الإعلام حول تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. https:// www.ennonline.net/iycfmediaguide

6. الموارد الرئيسية

المبادئ التوجيهية

WHO and UNICEF (2017) Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. متاح باللغة الإنكليزية.

WHO (2018) Guideline: Counselling of Women to Improve Breastfeeding Practices. متاح باللغة الإنكليزية.

WHO (2020) Guideline: Improving Early Childhood Development. متاح باللغة الإنكليزية.

الإرشادات

Academy of Breastfeeding Medicine. Protocols Guidelines for the care of breastfeeding mothers and infants, covering various breastfeeding problems and clinical situations. متاحة باللغة الإنكليزية والإسبانية وغيرهما.

WHO and UNICEF UK. The International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. متاحة باللغة الإنكليزية. تتضمن إرشادات للمهنيات العاملات في مجال الصحة بشأن العمل ضمن إطار المدونة الدولية لمنظمة الصحة العالمية.

منظمة الصحة العالمية (2011) الإسعافات الأولية النفسية: دليل العاملين في الميدان. متاح باللغة الإنكليزية والعربية والفرنسية والإسبانية وغيرها.

WHO and UNICEF (2018) Implementation guidance: protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018

WHO and UNICEF (2018) Operational Guidance: HIV and Infant Feeding in Emergencies. متاح باللغة الإنكليزية.

قدرات إسداء المشورة

تقييم القدرات وتحديدها

الفريق التقني للاستجابة السريعة ومنظمة أنقذوا الأطفال (2020) أداة تقييم القدرات الفردية لتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ

الفريق التقني للاستجابة السريعة ومنظمة أنقذوا الأطفال (2020) تقييم/تحديد قدرات تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ – نموذج تقرير

التعلّم الإلكتروني

معهد كارولينا العالمي للرضاعة الطبيعية الوحدات الخاصة بالرضاعة الطبيعية من Breastfeeding University. متاحة باللغة الإنكليزية. وحدات قصيرة للموظفين العاملين في مرافق الرعاية الصحية ومرافق رعاية الأطفال.

منصة أغورا التابعة لليونيسف: قناة تعلم خاصة بالتغذية في حالات الطوارئ – دورة قصيرة عن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ

مجموعات مواد التدريب

UNICEF Community Based IYCF Counselling Package. متاحة باللغة الإنكليزية والفرنسية. تحتوي على دليل التخطيط ودليل التكييف ودليل الميسّر وأدوات المساعدة على التدريب ومواد المشاركين وموارد أخرى. كما تحتوي على وحدة عن الإشراف الداعم والتوجيه والرصد.

WHO and UNICEF (2006) IYCF Counselling: An Integrated Course. متاحة باللغة الإنكليزية والإسبانية والروسية. دورة تدريبية للمهنيات العاملات في مجال الصحة والمستشارات غير المتخصّصات. تحتوي على دليل المدرِّب ودليل المشاركين ودليل المدير ومبادئ توجيهية لمتابعة التدريب.

WHO and UNICEF (2020) BFHI Training Course for Maternity Staff. متاحة باللغة الإنكليزية. تحتوي على دليل المدرب ودليل المشاركين

ودليل المدير ودليل التعديل حسب السياق.

BFHI Competency Verification Toolkit **WHO and UNICEF**. متاحة باللغة الإنكليزية. مجموعة أدوات شاملة لتقييم كفاءة الموظفين من حيث المعارف والمهارات والمواقف اللازمة لتنفيذ الخطوات العشر.

أدوات المساعدة على العمل/التدريب

Storage and Preparation of Breastmilk **CDC (2019)**. متاحة باللغة الإنكليزية والإسبانية. ملصق.

Global Health Media مقاطع فيديو عن الرضاعة الطبيعية. متاحة باللغة الإنكليزية والفرنسية والإسبانية والعربية وغيرها. مقاطع فيديو لمستشارات وأمهات يتحدثنّ عن كيفية دعم الأمهات في الرضاعة الطبيعية وكيفية التغلّب على التحديات الشائعة.

شبكة العمل الدولي من أجل أغذية الأطفال، ومنظمة SafelyFed الكندية ومنظمةBreastfeeding Advocacy بأستراليا ورابطة لا ليتشه الدولية إعطاء الحليب بالكوب. متاحة باللغة العربية والإنكليزية والفرنسية والإسبانية وغيرها. ملصق يوضح إجراءً من ثلاث خطوات للإرضاع بالكوب.

شبكة العمل الدولي من أجل أغذية الأطفال ومنظمة Safely Fed الكندية ومنظمة Breastfeeding Advocacy بأستراليا ورابطة لا ليتشه الدولية إعطاء الحليب قطرة قطرة. متاحة باللغة الإنكليزية والإسبانية والعربية وغيرها. ملصقات ومقاطع فيديو توضح إجراءً بسيطاً من ثلاث خطوات استخدام طريقة الإرضاع بالتقطير لمساعدة الرضّع على الرضاعة من الثدي.

Tear Sheet Toolkit **La Leche League**. متاحة باللغة الإنكليزية. نصائح وأدوات للأمهات المرضعات وأسرهنّ.

Community Based IYCF Counselling Package **UNICEF**. متاحة باللغة الإنكليزية والفرنسية. بالإضافة إلى أمثلة على سُبُل التكييف على المستوى القُطري. بطاقات خاصة بإسداء المشورة للعاملات المجتمعيات.

اليونيسف بنك الصور الخاصة بتغذية الرضّع وصغار الأطفال. صور لممارسات موصى بها لتغذية الرضّع وصغار الأطفال والتي يمكن استخدامها كأدوات للمساعدة على العمل وأدوات أخرى.

مواقع إلكترونية مرجعية للمستشارات والوالدين

Breastfeeding Support
Kellymom
UNICEF UK – The Baby Friendly Initiative
Australian Breastfeeding Association

موارد إضافية عن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ

Nutrition for Infants and Young Children **GNC Technical Alliance**. متاحة باللغة الإنكليزية وغيرها. مساعدة وموارد تقنية.

الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ موارد ومخرجات الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. إرشادات وأدوات خاصة ببرامج تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.

الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (2017) إرشادات عملية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (الإصدار v3.0). إرشادات عالمية رئيسية بشأن برامج تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. متاحة باللغة الإنكليزية والعربية والفرنسية والإسبانية وغيرها.

الفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ منتدى EN-NET المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. متاحة باللغة الإنكليزية والفرنسية. منصة إلكترونية مجانية ومفتوحة لتزويد الممارسين الميدانيين بالمشورة التقنية الفورية من أجل مواجهة التحديات التشغيلية.

منظمة أنقذوا الأطفال مجموعة أدوات عن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. متاحة باللغة الإنكليزية، وبعض الوثائق متاحة باللغة العربية والفرنسية. مجموعة من المعلومات والموارد العملية لتوجيه البدء السريع في الاستجابة المتعلقة بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.

مسرد المصطلحات

بيان عن أفضل الممارسات: اللغة الشاملة ليست بلغة تستبعد الأشخاص لا عن قصد ولا عن غير قصد. بل على العكس، فهي تعترف بالتنوع وتبدي الاحترام للجميع وتراعي الاختلافات وتعزز تكافؤ الفرص. وقد استُخدمت عبارة "الأمهات وسائر مقدمات الرعاية" في هذه الوثيقة إقراراً بأنه لا يمكن اعتبار كل من تلد طفلاً أماً، وأنه لا يمكن اعتبار كل مقدمات الرعاية الأولية للرضع وصغار الأطفال بأمهات، لا سيما في حالات الطوارئ التي غالباً ما تتسم بارتفاع معدلات الاعتلال والوفيات وزيادة حالات الفصل بين الأم والطفل. من هنا، تعتمد المصطلحات المناسبة على الثقافة ومقدمات الرعاية. وتماشياً مع المبادئ الأساسية لإسداء المشورة، على المستشارات أن يصغين ويعكسن اللغة التي يستخدمها الشخص الذي يسدين له المشورة، بما في ذلك الطريقة التي يريد هذا الشخص أن يُشار إليه بها. في حالات عدم اليقين، من الأفضل الاستفسار بدلاً من الافتراض.

فترة ما قبل الولادة: الفترة من الحمل حتى الولادة.

التغذية الاصطناعية: تغذية الرضّع باستخدام بدائل حليب الأم

بدائل حليب الأم: أي أطعمة (صلبة أو سائلة) يتم تسويقها أو وصفها أو استخدامها كبديل جزئي أو كلي لحليب الأم، سواء كانت ملائمة لهذا الغرض أم لا. وفيما يتعلق بمنتجات الحليب، فقد أوضحت منظمة الصحة العالمية مؤخراً أنّ بدائل حليب الأم تشتمل على أي أنواع من الحليب يتم تسويقها خصيصاً لتغذية الرضّع وصغار الأطفال حتى بلوغهم عمر الثلاث سنوات. راجع تعريف المدونة للاطلاع على مزيد من التفاصيل (إرشادات عملية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، 2017).

الرضاعة الطبيعية: هي الإرضاع من حليب الأم سواء بشكل مباشر من الثدي أو بشكل غير مباشر عن طريق التعصير. يمكن أيضاً الإشارة إلى الرضاعة من الحليب الذي يتم تعصيره من الثدي على أنّه "رضاعة حليب الأم" وذلك لوصف طريقة رضاعة الرضيع بشكل أدق إضافةً إلى توضيح نوع الحليب الذي يتم إرضاعه.

مستشارة الرضاعة الطبيعية: أخصائية صحية أو مساعِدة مهنية في مجال الصحة حصلت على تدريب مناسب يمكّنها من إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية.

المشورة القائمة على العميلة: تحصل مقدِّمة الرعاية على المشورة عند الحاجة/الرغبة.

الكفاءة: القدرة على استخدام مجموعة من المعارف والمهارات ذات الصلة لأداء وظائف أو أدوار أو مسؤوليات محددة بنجاح. ويمكن أن تكون الكفاءات اللازمة لإسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية كفاءات أساسية أو متقدمة.

التغذية التكميلية: إدخال الأطعمة الصلبة أو شبه الصلبة المناسبة لعمر الطفل بكمية كافية وبنوعية آمنة إضافةً إلى حليب الأم أو بدائل حليب الأم مع الأطفال من عمر ستة أشهر إلى 23 شهراً (إرشادات عملية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، 2017).

مواصلة الرضاعة الطبيعية: الاستمرار في الرضاعة الطبيعية بعد الأشهر الستة الأولى من العمر (إرشادات عملية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، 2017).

الاستهلال المبكر للرضاعة الطبيعية: إرضاع المولود من صدر الأم خلال الساعة الأولى بعد الولادة.

الرضاعة الطبيعية الخالصة: إرضاع الرضيع من حليب الأم فقط بدون أي أطعمة أخرى صلبة أو سائلة، ولا حتى الماء، باستثناء محاليل فموية للإمهاء، أو فيتامينات أو معادن أو أدوية على شكل قطرات أو شراب (منظمة الصحة العالمية، 2016).

العاملون في الخطوط الأمامية: الموظفون المعنيون بالاستجابة لحالات الطوارئ/الحالات الإنسانية الذين يتعاملون مباشرةً مع الفئة السكانية المتضرّرة من حالة الطوارئ. وتشتمل الأمثلة على العاملين في مجال الصحة المجتمعية، والقابلات، والمرشدين الاجتماعيين المعنيين بحماية الطفل، والقائمين بالتوعية حول النظافة الصحية، وموظفي التوزيع.

التقييم الكامل: طريقة منهجية تساعد المستشارات المدرَّبات على اكتساب فهمٍ وافٍ لممارسات إرضاع الطفل دون عمر السنتين من أجل تقييم نوع الدعم المطلوب وتحليله. وعادةً ما يكون التقييم الكامل مستنداً إلى التقييم البسيط والسريع.

المشورة الجماعية: إسداء المشورة لمجموعة من النساء الحوامل أو غيرهنّ من مقدِّمات الرعاية خلال الفترة السابقة للولادة أو ما بعد الولادة مما يُتيح لهنّ مشاركة تجاربهنّ في الرضاعة الطبيعية ودعم بعضهنّ بعضاً. قد تنطوي المشورة الجماعية على مادة تثقيفية

لكنّها تختلف تماماً عن الأساليب التعليمية أو المحاضرات البحتة أو التدريس على شاكلة الصف الدراسي. ويتم تيسير المشورة الجماعية عن طريق مستشارة تحدد الأمهات اللواتي يحتجنَ إلى الحصول على مشورة فردية بشأن الرضاعة الطبيعية.

التقييم على المستوى الفردي: إجراء يُتّبع لتقييم حالة مقدِّمة الرعاية والرضيع، وإرساء ممارسات إرضاع الرضيع، وتحديد احتياجاته، وكذلك تحديد نوع الدعم الذي قد يكون ضرورياً لهما. ويوجد مستويان من التقييم: التقييم البسيط والسريع والتقييم الكامل (إرشادات عملية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، 2017).

الرضيع: الطفل الذي يتراوح عمره بين يوم واحد إلى 11 شهراً كاملة (قد يشار إليه بعمر يوم واحد إلى أقل من 12 شهراً أو عمر يوم واحد إلى أقل من سنة). أما الرضيع الأكبر سناً فهو الطفل الذي يتراوح عمره من ستة أشهر إلى 11 شهراً كاملة (أواخر سن الرضاعة) (إرشادات عملية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، 2017).

مستشارة الرضاعة (مستشارة الرضاعة الطبيعية المعتمدة من المجلس الدولي): مساعِدة طبية حصلت على ما لا يقل عن 90 ساعة من التوعية والتثقيف الخاص بالرضاعة بالإضافة إلى الخبرة السريرية. وتمتلك مستشارةُ الرضاعة كفاءات متقدمة تمكّنها من إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية وتقديم الدعم في المشاكل المعقدة المرتبطة بالرضاعة الطبيعية.

المستشارة غير المتخصِّصة: تشبه المساعِدة المهنية (راجع التعريف). في سياق الرضاعة الطبيعية لا تكون المستشارة غير المتخصِّصة مهنية معتمدة في مجال الرعاية الصحية ولكنها تلقت تدريباً على إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية.

انخفاض الوزن عند الميلاد: المواليد الذين يقل وزنهم عن 2,500 غرام بصرف النظر عن العمر الحملي (إرشادات عملية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، 2017).

الرعاية في مرحلة التنشئة: تتسم ببيئة حاضنة تُراعي الاحتياجات الصحية والتغذوية للأطفال وتكون مستجيبة وداعمة من الناحية العاطفية، وتحفّزهم على النماء وتكون ملائمة لهم، وتكون زاخرة بفرص اللعب والاستكشاف والحماية من المكاره (منظمة الصحة العالمية، 2020).

المساعِدة المهنية: مستشارة في مجال الرضاعة الطبيعية مدرَّبة على تقديم خدمات إسداء المشورة بدون الحصول على شهادة رسمية تؤهلها على المستوى المهني/الدراسات العليا. وغالباً ما تعمل المساعِدات المهنيات في خدمات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية وبالتعاون معها. ويساعدنَ الأخصائيات المهنيات لكنهنّ غير مجازات أو معتمدات للعمل كمستشارات مهنيات في مجال الرعاية الصحية أو التغذية أو الرضاعة. والمساعِدات المهنيات الحاصلات على تدريب موسَّع وذوات كفاءات متقدّمة يمكنهنّ تقديم الدعم لمعالجة مشاكل أكثر تعقيداً فيما يتعلق بالرضاعة الطبيعية. ومن الأمثلة على المهنيات المساعِدات: المستشارات النظيرات والمستشارات غير المتخصِّصات.

المستشارة النظيرة: تشبه المساعِدات المهنيات. المستشارات النظيرات في مجال الرضاعة الطبيعية هنّ سيدات أو مقدِّمات رعاية من المجتمع المستهدف من تقديم الخدمات، وعادةً ما يكون لديهنّ خبرة سابقة في مجال الرضاعة الطبيعية ويتم تدريبهنّ على تزويد الأمهات المرضعات بالمعرفة والخبرة والمساعدة النفسية والعملية. وقد يُطلق على المستشارات النظيرات أيضاً "المستشارة الأم إلى الأم".

فريق دعم النظيرات: مجموعة من الأمهات (أو سائر مقدِّمات الرعاية) اللواتي يجتمعنَ بانتظام لتبادل الخبرات والمعارف في مجال الرضاعة الطبيعية من أجل دعم بعضهنّ بعضاً في إرضاع أطفالهن الرضّع ورعايتهم. قد يتم تيسير فريق دعم النظيرات عن طريق أخصائية أو مساعِدة مهنية تقدم خدمات إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية للأمهات بشكل فردي. وقد يُطلق على فريق دعم النظيرات أيضاً "مجموعة دعم الأمهات" أو "مجموعة دعم من الأم إلى الأم". أما أفرقة دعم النظيرات التي تضم الآباء فيُطلق عليها اسم "مجموعات دعم الآباء" أو "مجموعات دعم من الأب إلى الأب".

فترة ما بعد الولادة: الفترة التي تعقب الولادة مباشرة وحتى ستة أسابيع (42 يوماً) بعدها. وتتألف فترة ما بعد الولادة من فترة فورية (أول 24 ساعة) وفترة مبكرة (اليوم الثاني إلى اليوم السابع) وفترة متأخرة (اليوم الثامن إلى اليوم الثاني والأربعين).

الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل: البرامج والتدخلات المصمَّمة بهدف الحد من مخاطر انتقال فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل (انتقال رأسي) (إرشادات عملية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، 2017).

التأهب: القدرات والمعارف التي تضعها الحكومات والمؤسسات المهنية المعنية بالاستجابة والمجتمعات والأفراد، من أجل توقع الأثر الذي سينجم عن الأحداث أو الظروف الخطيرة المحتملة أو الوشيكة أو القائمة والاستجابة لها بفعالية (إرشادات عملية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، 2017).

الإسعافات الأولية النفسية: الدعم النفسي والعملي من الخطوط الأمامية لشخص يعاني من ضائقة حادة إثر وقوع أزمة (واسعة النطاق أو على المستوى الفردي) في الآونة الأخيرة. وتتمثل مبادئ العمل الرئيسية للإسعافات الأولية النفسية في الملاحظة والإصغاء

والتوجيه إلى الخدمات المناسبة كجزء من الاستجابة الإنسانية والداعمة.

معاودة الإرضاع: معاودة إفراز الحليب (الإرضاع) لدى المرأة التي توقفت في الآونة الأخيرة أو في الماضي عن الإرضاع، من أجل إرضاع طفلها أو طفل آخر حتى بدون الحمل من جديد. **الإرضاع المستحثّ** هو تحفيز إفراز الحليب لدى المرأة التي لم يسبق لها الإرضاع (إرشادات عملية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، 2017).

التغذية المستجيبة: جزء من تقديم الرعاية المستجيبة وهي عبارة عن نهج في التغذية يتضمّن استيعاب إشارات الطفل (مثل الجوع أو الشبع أو الحاجة إلى الراحة) والاستجابة لها بشكل سليم. وتدرك التغذية المستجيبة أنّ الرضعات لا تهدف لتوفير التغذية فقط بل أيضاً لتوفير الحب والراحة والطمأنينة بين الطفل ومقدِّمة الرعاية. وتشتمل الرضاعة الطبيعية المستجيبة أيضاً على الاستجابة لاحتياجات الأم الخاصة لتتمكّن من إرضاع طفلها (مثل التخفيف من مشكلة تحجّر الثدي، أو تحقيق الترابط بين الأم والطفل).

التقييم البسيط والسريع: أداة بسيطة للفحص يمكن استخدامها بدون الحصول على تدريب في مجال الرضاعة الطبيعية وتُستخدم لترتيب الأمهات وسائر مقدِّمات الرعاية بشكل سريع من أجل إجراء تقييم كامل والحصول على مزيد من المشورة (الوحدة 2 - تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ).

أدوات التغذية التكميلية: أداة للمساعدة على الإرضاع تمكّن من توفير التغذية التكميلية من الثدي (من خلال الحليب الذي يتم تعصيره من الثدي، أو حليب الثدي المقدّم من امرأة أخرى، أو تركيبة حليب الرضّع) (إرشادات عملية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، 2017).

الأماكن الداعمة: مصطلح شامل يُقصد به مختلف أنواع الأماكن الآمنة التي يمكن فيها للنساء والفتيات الحوامل والأمهات والرضّع وصغار الأطفال الآخرين الحصول على الدعم المتعلق بالرضاعة ورعاية أطفالهنّ وأنفسهنّ أثناء حالات الطوارئ. ويندرج ضمن هذا المصطلح الأماكن الملائمة للأطفال والمناطق المخصّصة للأمهات والأطفال وخيام الأطفال والمساحات المخصّصة لتغذية الرضّع وصغار الأطفال وغيرها (التحالف التقني بمجموعة التغذية العالمية، 2020).

الإشراف الداعم: عملية مساعدة المستشارات على تحسين أدائهنّ في العمل باستمرار بطريقة تعاونية وإيجابية تعزّز التوجيه وحل المشاكل بشكل مشترك والتواصل في الاتجاهين.

المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم والقرارات المنبثقة عنها (المدونة): تهدف المدونة إلى ضمان استخدام بدائل حليب الأم بأكبر قدر ممكن من السلامة في حالة الاحتياج إليها فقط بناءً على معلومات محايدة ودقيقة. ولا تفرض المدونة قيوداً على توافر بدائل حليب الأم أو زجاجات الرضاعة أو المصاصات، ولا تحظر استخدام بدائل حليب الأم أثناء حالات الطوارئ. وفي سياق المدونة، فإنّ بدائل حليب الأم يعني أي أطعمة يتم تسويقها أو وصفها كبديل جزئي أو كلي لحليب الأم، سواء كانت ملائمة لهذا الغرض أم لا. وتنطبق هذه المدوّنة على ممارسات التسويق وغيرها من الممارسات ذات الصلة، وعلى جودة المعلومات المتعلقة باستخدام بدائل حليب الأم وتوافرها، بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر بدائل حليب الأم (بما في ذلك تركيبة حليب الرضّع وحليب المتابعة وحليب النمو وسائر منتجات الحليب، بما فيها الأطعمة التكميلية التي يتم إرضاعها بالزجاجة) التي يتم تسويقها تحديداً لتغذية الأطفال حتى عمر الثلاث سنوات، والأطعمة والمشروبات (شاي الأطفال والمياه والعصائر) عند تسويقها للاستخدام كبديل جزئي أو كلي عن حليب الأم أثناء الأشهر الستة الأولى من العمر وزجاجات الرضاعة والمصاصات. مع العلم أنّ الترويج للأطعمة بالنسبة للرضّع وصغار الأطفال فوق عمر الستة أشهر مذكور في البند 21.1 من جدول الأعمال المؤقت للدورة التاسعة والستين لجمعية الصحة العالمية 1 7/A69 Add.1. الذي ينص على أنه "يجب عدم الترويج للمنتجات التي تُستخدم كبدائل لحليب الأم" (إرشادات عملية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، 2017)

تقديم الرعاية للأمهات حسب الصدمات التي تعرّضنَ لها: إطار يوجّه مسار الدعم الذي تقدّمه المستشارات لمقدِّمات الرعاية، بحيث يكون هذا الدعم مراعياً للأثر المستمر الناجم عن الصدمة (مثل الأثر على نظرة المرأة لنفسها وعلاقتها بالآخرين وتجربتها في مجال تقديم الرعاية/الرضاعة الطبيعية) ويسعى إلى تجنُّب استثارة استجابات ما بعد الصدمة أو التسبّب في صدمات جديدة. وتشمل مبادئ تقديم الرعاية للأمهات حسب الصدمات التي تعرّضنَ لها 1) إدراك أنّ جميع مقدِّمات الرعاية لن يكشفنَ عن الصدمات التي تعرضنَ لها وبالتالي يجب تقديم الرعاية لجميعهنّ عموماً، 2) واحترام استقلاليتهنّ الجسدية، 3) وطمأنتهنّ إلى أنّهنّ يسمكنَ بزمام الأمور، 4) والإنصات إليهنّ مع إبداء التعاطف، 5) والتواصل معهنّ بوضوح، 6) وتقديم الدعم الوافي بالجوانب الثقافية لهنّ بدون تحيّز.

الظئر (الإرضاع من غير الأم): رضاعة الطفل من غير أمه. (ملاحظة: يجب استخدام هذا المصطلح بحذر نظراً لدلالاته السلبية في بعض البيئات التاريخية/الثقافية مثل الولايات المتحدة الأمريكية). وفي حالة استمرار الأم أيضاً في إرضاع طفلها تُسمّى هذه الممارسة أيضاً المشاركة في الإرضاع. وعندما تقدّم أم مرضعة الحليب الذي يتم تعصيره من ثديها لإرضاع طفل ليس ابنها، تُسمّى هذه الممارسة أيضاً مشاركة حليب الثدي (مشاركة الحليب).

الطفل الصغير: الطفل الذي يتراوح عمره من 12 شهراً حتى 23 شهراً كاملاً (قد يشار إليه أيضاً بعمر 12 شهراً إلى أقل من 24 شهراً أو عمر سنة إلى أقل من سنتين) (إرشادات عملية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، 2017)

Endnotes

i WHO (2020). Improving Early Childhood Development: WHO Guideline

ii Humanitarian Coalition (2015).

iii Anderson and Gerber (2018). Health in Humanitarian Emergencies.

iv Branca, F., Schultink, W. (2016). Breastfeeding in emergencies: a question of survival. http://www.who.int/mediacentre/commentaries/breastfeeding-in-emergencies/en/ Published 2016.

v Palmquist, A. E. L., Gribble, K. D. (2018). Gender, Displacement, and Infant and Young Child Feeding in Emergencies. In: Riley N., Brunson J. (eds) International Handbook on Gender and Demographic Processes. International Handbooks of Population, vol 8. Springer, Dordrecht

vi Harville, E., Xiong, X., Buekens, P. (2010). Disasters and perinatal health: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv.* 2010;65(11):713-728. doi:10.1097/OGX.0b013e31820eddbe

vii Heining (2005). Hope in the darkest days: breastfeeding support in emergencies.

viii DeYoung, S. E., Chase, J., Branco, M. P. et al. (2018). The Effect of Mass Evacuation on Infant Feeding: The Case of the 2016 Fort McMurray Wildfire. Matern Child Health J (22, 1826–1833 (2018).

ix Brown, A. (2019). *Why breastfeeding grief and trauma matter.* Pinter & Martin.

x Gribble, K. D., McGrath, M., MacLaine, A. and Lhotska, L. (2011). Supporting breastfeeding in emergencies: protecting women's reproductive rights and maternal and infant health. Disasters, 35: 720-738..

xi Gribble, K., Marinelli, K. A., Tomori, C., Gross, M. S. (2020). Implications of the COVID-19 Pandemic Response for Breastfeeding, Maternal Caregiving Capacity and Infant Mental Health. Journal of Human Lactation. August 2020. 0890334420949514/doi:10.1177

xii Global Breastfeeding Collective. Advocacy Brief – Breastfeeding and Early Childhood Development. https://www.globalbreastfeedingcollective.org/media/351/file/Breastfeeding%20and%20early%20childhood%20development.pdf

xiii Gribble, K. D., McGrath, M., MacLaine, A. and Lhotska, L. (2011). Supporting breastfeeding in emergencies: protecting women's reproductive rights and maternal and infant health. Disasters, 35: 720-738.

xiv Palmquist, A. E. L., Gribble, K. D. (2018). Gender, Displacement, and Infant and Young Child Feeding in Emergencies. In: Riley N., Brunson J. (eds) International Handbook on Gender and Demographic Processes. International Handbooks of Population, vol 8. Springer, Dordrecht

xv Meier, B. J. and Labbok, M. (2010). From the bottle to the grave: realizing a human right to breastfeeding through global health policy. Case Western Law Review, Volume 60, Issue 4, 1073-1142.

xvi Gribble, K. D., McGrath, M., MacLaine, A. and Lhotska, L. (2011). Supporting breastfeeding in emergencies: protecting women's reproductive rights and maternal and infant health. Disasters, 35: 720-738.

xvii WHO (2018). Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices

xviii IFE Core Group (2017). Infant and Young Child Feeding in Emergencies. Operational Guidance for Emergency Relief Staff and Programme Managers.

xix WHO (2018). Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices

xx IFE Core Group (2017). Operational Guidance Infant and Young Child Feeding in Emergencies.

xxi Burrell, A. (2019). Challenges in protecting non-breastfed infants in the Rohingya response in Bangladesh. Field Exchange 61, November 2019. p40. www.ennonline.net/fex/61/nonbreastfedinfantsrohingya

xxii McFadden, A., Siebelt, L., Marshall, J. L. et al. (2019). Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. Int Breastfeed J. 2019;14:42. Published 8-0235-019-2019 Oct 21. doi:10.1186/s13006

xxiii WHO (2014). A policy guide for implementing essential interventions for reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH): a multisectoral policy compendium for RMNCH.

xxiv UNICEF (2014). Study on Integrated Programming in UNICEF Humanitarian Action

xxv Mohamed Assabri, A., Cooper, C. M., Al-Gendari, K. A., Pfitzer, A., Galloway, R. (2019). The power of counseling: Changing maternal, infant, and young child nutrition and family planning practices in Dhamar, Yemen. Health Care 073993/doi:10.1080 .869-847:(9-Women Int. 2019;40(7 32.2018.1533016

xxvi Neusy, S. (2016). Integrating nutrition and antenatal care: a reproductive health perspective. Field Exchange 52, June 2016.

xxvii Kavle, J. A., Pacqué, M., Dalglish, S., Mbombeshayi, E., Anzolo, J., Mirindi, J., Tosha, M., Safari, O., Gibson, L., Straubinger, S., Bachunguye, R. (2019). Strengthening nutrition services within integrated community case management (iCCM) of childhood illnesses in the Democratic Republic of the Congo: Evidence to guide implementation. Matern Child Nutr. 2019 Jan;15 Suppl 1(Suppl 1):e12725. doi: 10.1111/mcn.12725. PMID: 30748116; PMCID: PMC6594103.

xxviii Seguin, J. (2015). Challenges of IYCF and psychosocial support in Lebanon. Field Exchange 48, November 2014. p24. www.ennonline.net/fex/48/challenges

xxix Save the Children (2014). State of the World's Mothers 2014: Saving Mothers and Children in Humanitarian Crises. Westport: Save the Children

xxx Garg, A., Bucu, A. R. and Garela, R. G. (2016). Philippines Nutrition Cluster: lessons learnt from the response to Typhoon Haiyan (Yolanda). Field Exchange 52, June 2016. p61.

xxxi MirMohamadalile, M, Khani Jazani, R, Sohrabizadeh, S and Nikbakht Nasrabadi, A (2019). Barriers to Breastfeeding in Disasters in the Context of Iran. 24-Prehospital and Disaster Medicine, 34(1), 20.

xxxii Sibson, V. (2009). Putting IFE guidance into practice: operational challenges in Myanmar. Field Exchange 36, July 2009. p30.

xxxiii Garg, A., Bucu, A. R. and Garela, R. G. (2016). Philippines Nutrition Cluster: lessons learnt from the response to Typhoon Haiyan (Yolanda). Field Exchange 52, June 2016. p61.

xxxiv Diwakar, V., Malcolm, M., Naufal, G. (2019). Violent conflict and breastfeeding: the case of Iraq. Confl Health. 2019;13:61. Published 2019 Dec 30. 7-0244-019-doi:10.1186/s13031

xxxv Hull, N., Kam, R. L., Gribble, K. D. (2020). Providing breastfeeding support during the COVID-19 pandemic: Concerns of mothers who contacted the Australian Breastfeeding Association.

xxxvi Kumar Das, S., Dr Meleh, S., Dr Chiroma, U., Assaye, B. and Gallagher, M. L. (2019). Nutritional response in north-eastern Nigeria: Approaches to increase service availability in Borno and Yobe States. Field Exchange 59, January 2019. p43. www.ennonline.net/fex/59/nigerianutpackagescaleup

xxxvii Pantella, L. (2011). Save the Children's IYCF programme and linkages to Protection, Food Security and Livelihoods in Haiti. Field Exchange August 2011. p64. www.ennonline.net/fex/41/save

xxxviii Bloem, C. M., Miller, A. C. (2013). Disasters and women's health: reflections from the 2010 earthquake in Haiti. Prehosp Disaster Med. 2013;28(2):150-154.

xxxix Alsamman, S. (2015). Managing infant and young child feeding in refugee camps in Jordan. Field Exchange 48, November 2014. p85. www.ennonline.net/fex/48/managinginfant

xl Pantella, L. (2011). Save the Children's IYCF programme and linkages to Protection, Food Security and Livelihoods in Haiti. Field Exchange August 2011. p64. www.ennonline.net/fex/41/save

xli Sibson, V. (2009). Putting IFE guidance into practice: operational challenges in Myanmar. Field Exchange 36, July 2009. p30.

xlii Moran, V. H., Dinwoodie, K., Bramwell, R., Dykes, F. (2000). A critical analysis of the content of the tools that measure breast-feeding interaction. Midwifery. 2000 Dec;16(4):260-8.

xliii MAMI Project: Chapter 7. Review of Breastfeeding Assessment Tools. https://www.ennonline.net/attachments/977/mami-chapter-7-review-of-breastfeeding-assessment-tools.pdf

xliv OCHA (2019). Global Humanitarian Overview

xlv Mohamed Assabri, A., Cooper, C. M., Al-Gendari, K. A., Pfitzer, A., Galloway, R. (2019). The power of counseling: Changing maternal, infant, and young child nutrition and family planning practices in Dhamar, Yemen. Health Care Women Int. 2019;40(7):847-869. doi:10.1080/07399332.2018.1533016

xlvi Feenstra, M. M., Jørgine Kirkeby, M., Thygesen, M., Danbjørg, D. B., Kronborg, H. (2018). Early breastfeeding problems: A mixed method study of mothers' experiences. Sex Reprod Healthc. 2018 Jun;16:167-174. doi: 10.1016/j.srhc.2018.04.003. Epub 2018 Apr 6. PMID: 29804762.

xlvii WHO (2018). Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices

xlviii Hargest-Slade, A. C. and Gribble, K. D. (2015). Shaken but not broken: Supporting breastfeeding women after the 2011 Christchurch New Zealand earthquake [online]. Breastfeeding Review, Vol. 23, No. 3, Nov 2015: 7-13.

xlix Dhillon S., Dhillon P. S. (2020). Telelactation: A Necessary Skill With Puppet Adjuncts During the COVID-19 Pandemic. Journal of Human Lactation. doi:10.1177/0890334420958623/September 2020.

l DeYoung, S. E., Chase, J., Branco, M. P. et al. (2018). The Effect of Mass Evacuation on Infant Feeding: The Case of the 2016 Fort McMurray Wildfire. Matern Child Health J (2018 ,22, 1826–1833).

li Sulaiman, Z., Mohamad, N., Ismail, T. A., Johari, N., Hussain N. H. (2016). Infant feeding concerns in times of natural disaster: lessons learned from the 2014 flood in Kelantan, Malaysia. Asia Pac J Clin Nutr. 2016;25(3):625-630.

lii Ref: https://www.unocha.org/es/themes/humanitarian-access

liii Ref: https://www.unocha.org/sites/unocha/files/dms/Documents/OOM_HumAccess_English.pdf

liv McFadden, A., Siebelt, L., Marshall, J. L. et al. (2019). Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. Int Breastfeed J. 2019;14:42. Published 8-0235-019-2019 Oct 21. doi:10.1186/s13006

lv WHO and UNICEF (2021). IG-BFC

lvi Wouk, K., Tully, K. P., Labbok, M. H. (2017). Systematic Review of Evidence for Baby-Friendly Hospital Initiative Step 3: Prenatal Breastfeeding Education. Journal of Human Lactation. 2017;33(1):50-82. 0890334416679618/doi:10.1177

lvii Hargest-Slade, A. C. and Gribble, K. D. (2015). Shaken but not broken: Supporting breastfeeding women after the 2011 Christchurch New Zealand earthquake [online]. Breastfeeding Review, Vol. 23, No. 3, Nov 2015: 7-13.

lviii Hill, P., Aldag, J., Chatterton, R. and Zinaman, M. (2005). Psychological Distress and Milk Volume in Lactating Mothers. Western journal of nursing research. 27. 676-93 ;10.1177/0193945905277154/discussion 694.

lix Callaghan, W. M., Rasmussen, S. A., Jamieson, D. J. et al. (2007) Health Concerns of Women and Infants in Times of Natural Disasters: Lessons Learned from Hurricane Katrina. Matern Child Health J 11, 307–311 (2007).

lx MirMohamadaliIe, M., Khani Jazani, R., Sohrabizadeh, S. and Nikbakht Nasrabadi, A. (2019). Barriers to Breastfeeding in Disasters in the Context of Iran. Prehospital and Disaster Medicine, 34(1), 20-24.

lxi IASC (2010). Guidelines for addressing HIV in humanitarian settings.

lxii Emerson, J. A., Tol, W., Caulfield, L. E. and Doocy, S. (2017). Maternal Psychological Distress and Perceived Impact on Child Feeding Practices in South Kivu, DR Congo. Food and Nutrition Bulletin, 38(3), 319–337.

lxiii MirMohamadaliIe, M., Khani Jazani, R., Sohrabizadeh, S. and Nikbakht Nasrabadi, A. (2019). Barriers to Breastfeeding in Disasters in the Context of Iran. Prehospital and Disaster Medicine, 34(1), 20-24.

lxiv Pantella, L. (2011). Save the Children's IYCF programme and linkages to Protection, Food Security and Livelihoods in Haiti. Field Exchange 41, August 2011. p64. www.ennonline.net/fex/41/save

lxv IFE Core Group (2021). Infographic on Infant and Young Child Feeding during Infectious Disease Outbreaks.

lxvi Hull, N., Kam, R. L., Gribble, K. D. (2020). Providing breastfeeding support during the COVID-19 pandemic: Concerns of mothers who contacted the Australian Breastfeeding Association

lxvii Ceulemans, M., Verbakel, J. Y., Van Calsteren, K., Eerdekens, A., Allegaert, K., Foulon V. (2020). SARS-CoV-2 Infections and Impact of the COVID-19 Pandemic in Pregnancy and Breastfeeding: Results from an Observational Study in Primary Care in Belgium. Int J Environ Res Public Health. 2020 Sep 17;17(18):E6766. doi: 10.3390/ijerph17186766. PMID: 32957434.

lxviii WHO and UNICEF (2018). Operational Guidance: HIV and Infant Feeding in Emergencies

lxix WHO and UNICEF (2018). Operational Guidance: HIV and Infant Feeding in Emergencies

lxx Hirani, S. A. A., Richter, S., Salami, B. O., Vallianatos, H. (2019). Breastfeeding in Disaster Relief Camps: An Integrative Review of Literature. ANS Adv Nurs Sci. 2019;42(2):E1-E12.

lxxi Cook, V. (2010). Infant feeding in emergencies. *Br J Midwifery*. 2010;18(1):32-36.

lxxii Palmquist, A. E. L., Gribble, K. D. (2018). Gender, Displacement, and Infant and Young Child Feeding in Emergencies. In: Riley N., Brunson J. (eds) International Handbook on Gender and Demographic Processes. International Handbooks of Population, vol 8. Springer, Dordrecht

lxxiii Sulaiman, Z., Mohamad, N., Ismail, T. A., Johari, N., Hussain, N. H. (2016). Infant feeding concerns in times of natural disaster: lessons learned from the 2014 flood in Kelantan, Malaysia. Asia Pac J Clin Nutr. 2016;25(3):625-630.

lxxiv Palmquist, A. E. L., Gribble, K. D. (2018). Gender, Displacement, and Infant and Young Child Feeding in Emergencies. In: Riley N., Brunson J. (eds) International Handbook on Gender and Demographic Processes. International Handbooks of Population, vol 8. Springer, Dordrecht

lxxv Gribble, K. D. (2013). Media messages and the needs of infants and young children after Cyclone Nargis and the WenChuan Earthquake. Disasters, 37: 80-100. doi:10.1111/j.1467-7717.2012.01289.x

lxxvi MirMohamadalile, M., Khani Jazani, R., Sohrabizadeh, S. and Nikbakht Nasrabadi, A. (2019). Barriers to Breastfeeding in Disasters in the Context of Iran. Prehospital and Disaster Medicine, 34(1), 20-24.

lxxvii Harville, E., Xiong, X., Buekens, P. (2010). Disasters and perinatal health:a systematic review. *Obstet Gynecol Surv.* 2010;65(11):713-728. doi:10.1097/OGX.0b013e31820eddbe

lxxviii Montenegro, M. A., Palomino, H., Palomino, H. M. (1995). The influence of earthquake-induced stress on human facial clefting and its simulation in mice. Arch Oral Biol. 1995 Jan;40(1):33-40. doi: 10.1016/0003-9969(94)00146-3. PMID: 7748110.

lxxix Holt International (2019). Holt International's Feeding And Positioning Manual: Guidelines For Working With Babies And Children

lxxx Hargest-Slade, A. C. and Gribble, K. D. (2015). Shaken but not broken: Supporting breastfeeding women after the 2011 Christchurch New Zealand earthquake [online]. Breastfeeding Review, Vol. 23, No. 3, Nov 2015: 7-13.

lxxxi Hirani, S. A. A., Richter, S., Salami, B. O., Vallianatos, H. (2019). Breastfeeding in Disaster Relief Camps: An Integrative Review of Literature. ANS Adv Nurs Sci. 2019;42(2):E1-E12.

lxxxii DeYoung, S. E., Chase, J., Branco, M. P. et al. (2018). The Effect of Mass Evacuation on Infant Feeding: The Case of the 2016 Fort McMurray Wildfire. Matern Child Health J (2018) 22, 1826–1833.

lxxxiii (Hargest-Slade, A. C. and Gribble, K. D. (2015.

lxxxiv Emerson, J. A., Tol, W., Caulfield, L. E. and Doocy, S. (2017). Maternal Psychological Distress and Perceived Impact on Child Feeding Practices in South Kivu, DR Congo. Food and Nutrition Bulletin, 38(3), 319–337.

lxxxv MirMohamadalile, M., Khani Jazani, R., Sohrabizadeh, S. and Nikbakht Nasrabadi, A. (2019). Barriers to Breastfeeding in Disasters in the Context of Iran. Prehospital and Disaster Medicine, 34(1), 20-24.

lxxxvi Hull, N., Kam R. L., Gribble, K. D. (2020). Providing breastfeeding support during the COVID-19 pandemic: Concerns of mothers who contacted the Australian Breastfeeding Association

lxxxvii Dörnemann, J. and Kelly, A. H. (2013). 'It is me who eats, to nourish him': a mixed-method study of breastfeeding in post-earthquake Haiti. Maternal & Child Nutrition, 9: 74-89.

lxxxviii Diwakar, V., Malcolm, M., Naufal, G. (2019). Violent conflict and breastfeeding: the case of Iraq. Confl Health. 2019;13:61. Published 2019 Dec 30. doi:10.1186/s13031-019-0244-7

lxxxix Pantella, L. (2011). Save the Children's IYCF programme and linkages to Protection, Food Security and Livelihoods in Haiti. Field Exchange 41, August 2011. p64. www.ennonline.net/fex/41/save

xc Figueiredo, B., Dias, C. C., Brandão, S., Canário, C., Nunes-Costa, R. (2012). Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. J Pediatr (Rio J). 2013 Jul-Aug;89(4):332-8. doi: 10.1016/j.jped.2012.12.002. Epub 2013 Jun 20. PMID: 23791236.

xci Hargest-Slade, A. C. and Gribble, K. D. (2015). Shaken but not broken: Supporting breastfeeding women after the 2011 Christchurch New Zealand earthquake [online]. Breastfeeding Review, Vol. 23, No. 3, Nov 2015: 7-13.

xcii Hargest-Slade, A. C. and Gribble, K. D. (2015). Shaken but not broken: Supporting breastfeeding women after the 2011 Christchurch New Zealand earthquake [online]. Breastfeeding Review, Vol. 23, No. 3, Nov 2015: 7-13.

xciii Bloem, C. M., Miller, A. C. (2013). Disasters and women's health: reflections from the 2010 earthquake in Haiti. Prehosp Disaster Med. 2013;28(2):150-154.

xciv Diwakar, V., Malcolm, M., Naufal, G. (2019). Violent conflict and breastfeeding: the case of Iraq. Confl Health. 2019;13:61. Published 2019 Dec 30. doi:10.1186/s13031-019-0244-7

xcv MirMohamadalile, M., Khani Jazani, R., Sohrabizadeh, S. and Nikbakht Nasrabadi, A. (2019). Barriers to Breastfeeding in Disasters in the Context of Iran. Prehospital and Disaster Medicine, 34(1), 20-24.

xcvi (Ceulemans et al. (2020

xcvii Hirani, S. A. A., Richter, S., Salami, B. O., Vallianatos, H. (2019). Breastfeeding in Disaster Relief Camps: An Integrative Review of Literature. ANS Adv Nurs Sci. 2019;42(2):E1-E12.

xcviii Maheen, H., Hoban, E. (2017). Rural Women's Experience of Living and Giving Birth in Relief Camps in Pakistan. PLOS Currents Disasters. 2017 Jan 31 . Edition 1. doi: 10.1371/currents.dis.7285361a16eefbeddacc8599f326a1dd.

xcix Sulaiman, Z., Mohamad, N., Ismail, T. A., Johari, N., Hussain, N. H. (2016). Infant feeding concerns in times of natural disaster: lessons learned from the 2014 flood in Kelantan, Malaysia. Asia Pac J Clin Nutr. 2016;25(3):625-630.

c Callaghan, W. M., Rasmussen, S. A., Jamieson, D. J. et al. (2007). Health Concerns of Women and Infants in Times of Natural Disasters: Lessons Learned from Hurricane Katrina. Matern Child Health J 11, 307–311 (2007).

ci MirMohamadalile, M., Khani Jazani, R., Sohrabizadeh, S. and Nikbakht Nasrabadi, A. (2019). Barriers to Breastfeeding in Disasters in the Context of Iran. Prehospital and Disaster Medicine, 34(1), 20-24.

cii DeYoung, S. E., Chase, J., Branco, M. P. et al. (2018). The Effect of Mass Evacuation on Infant Feeding: The Case of the 2016 Fort McMurray Wildfire. Matern Child Health J (2018) 22, 1826–1833.

ciii Tomori, C., Gribble, K., Palmquist, A. E. L., Ververs, M-T., Gross, M. S. (2020). When Separation is not the Answer: Breastfeeding Mothers and Infants affected by COVID-19. Matern Child Nutr. 2020;e13033. https://doi.org/10.1111/mcn.13033

civ WHO (2020). Guidelines for the management of pregnant and *breastfeeding* women in the context of *Ebola* virus disease

cv Gribble, K., Marinelli, K. A., Tomori, C., Gross, M. S. (2020). Implications of the COVID-19 Pandemic Response for Breastfeeding, Maternal Caregiving Capacity and Infant Mental Health.

Journal of Human Lactation. August 2020. 0890334420949514/doi:10.1177

cvi Gribble, K., Marinelli, K. A., Tomori, C., Gross M. S. (2020). Implications of the COVID-19 Pandemic Response for Breastfeeding, Maternal Caregiving Capacity and Infant Mental Health. Journal of Human Lactation. August 2020. 0890334420949514/doi:10.1177

cvii Tomori, C., Gribble, K., Palmquist, A. E. L., Ververs, M-T., Gross, M. S. (2020). When Separation is not the Answer: Breastfeeding Mothers and Infants affected by COVID-19. Matern Child Nutr. 2020;e13033. https://doi.org/10.1111/mcn.13033

cviii Brown, A. (2019). Why Breastfeeding Grief and Trauma Matter.

cix Tomori, C., Gribble, K., Palmquist, A. E. L., Ververs, M-T., Gross, M. S. (2020). When Separation is not the Answer: Breastfeeding Mothers and Infants affected by COVID-19. Matern Child Nutr. 2020;e13033. https://doi.org/10.1111/mcn.13033

cx Maheen, H., Hoban, E. (2017). Rural Women's Experience of Living and Giving Birth in Relief Camps in Pakistan. PLOS Currents Disasters. 2017 Jan 31 . Edition 1. doi: 10.1371/currents.dis.7285361a16eefbeddacc859 9f326a1dd.

cxi Palmquist, A. E. L., Gribble, K. D. (2018). Gender, Displacement, and Infant and Young Child Feeding in Emergencies. In: Riley N., Brunson J. (eds) International Handbook on Gender and Demographic Processes. International Handbooks of Population, vol 8. Springer, Dordrecht

cxii Gribble, K., Marinelli, K. A., Tomori, C., Gross, M. S. (2020). Implications of the COVID-19 Pandemic Response for Breastfeeding, Maternal Caregiving Capacity and Infant Mental Health. Journal of Human Lactation. August 2020. 0890334420949514/doi:10.1177

cxiii Human Appeal (2020). Risking Death to Give Birth.

cxiv Palmquist, A. E. L., Gribble, K. D. (2018). Gender, Displacement, and Infant and Young Child Feeding in Emergencies. In: Riley N., Brunson J. (eds) International Handbook on Gender and Demographic Processes. International Handbooks of Population, vol 8. Springer, Dordrecht

cxv Kendall-Tackett, K. (2014). Childbirth-Related Posttraumatic Stress Disorder: Symptoms and Impact on Breastfeeding. Clinical Lactation. 5. 51-55. 10.1891/2158-0782.5.2.51

cxvi DeYoung, S. E., Chase, J., Branco, M. P. et al. (2018). The Effect of Mass Evacuation on Infant Feeding: The Case of the 2016 Fort McMurray Wildfire. Matern Child Health J (2018) 1826–1833 ,(22.

cxvii Abrams, S. A. (2020). *Are there shortages of infant formula due to COVID-19?* https://www.healthychildren.org/English/tipstools/ask-the-pediatrician/Pages/Are-there-shortages-of-infantformula-due-to-COVID-19.aspx

cxviii Pantella, L. (2011). Save the Children's IYCF programme and linkages to Protection, Food Security and Livelihoods in Haiti. Field Exchange 41, August 2011. p64. www.ennonline.net/fex/41/save

cxix Hull, N., Kam, R. L. and Gribble, K. D. (2020). Providing breastfeeding support during the COVID-19 pandemic: Concerns of mothers who contacted the Australian Breastfeeding Association

cxx Hirani, S A A, Richter, S, Salami, B O, Vallianatos, H (2019). Breastfeeding in Disaster Relief Camps: An Integrative Review of Literature. ANS Adv Nurs Sci. 2019;42(2):E1-E12.

cxxi Bloem, C. M., Miller, A. C. (2013). Disasters and women's health: reflections from the 2010 earthquake in Haiti. Prehosp Disaster Med. 2013;28(2):150-154.

cxxii Azad, F., Rifat, M. A., Manir, M. Z., Biva, N. A. (2019). Breastfeeding support through wet nursing during nutritional emergency: A cross sectional study from Rohingya refugee camps in Bangladesh. PLoS ONE 14(10): e0222980.

cxxiii de Souza Mezzavilla, R., de Figueiredo Ferreira, M., Curioni, C. C., Lindsay, A. C., Hasselmann, M. H. (2018). Intimate partner violence and breastfeeding practices: a systematic review of observational studies, Jornal de Pediatria, Volume 94, Issue 3,

cxxiv Modigell, I., Fernandes, C. and Gayford M. (2016). Save the Children's IYCF-E Rapid Response in Croatia. Field Exchange 52, June 2016. p106. www.ennonline.net/fex/52/rapidresponseincroatia

cxxv Svoboda, A. (2017). Retrospective qualitative analysis of an infant and young child feeding intervention among refugees in Europe. Field Exchange 55, July 2017. p85. www.ennonline.net/fex/55/ifyerefugeeseurope

cxxvi DeYoung, S. E., Chase, J., Branco, M. P. et al. (2018). The Effect of Mass Evacuation on Infant Feeding: The Case of the 2016 Fort McMurray Wildfire. Matern Child Health J (2018) 1826–1833 ,(22.

cxxvii Callaghan, W. M., Rasmussen, S. A., Jamieson, D. J. et al. (2007). Health Concerns of Women and Infants in Times of Natural Disasters: Lessons Learned from Hurricane Katrina. Matern Child Health J 11, 307–311 (2007).

cxxviii Hull, N., Kam R. L. and Gribble K. D. (2020). Providing breastfeeding support during the COVID-19 pandemic: Concerns of mothers who contacted the Australian Breastfeeding Association

cxxix Hirani, S. A. A., Richter, S., Salami, B. O., Vallianatos, H. (2019). Breastfeeding in Disaster Relief Camps: An Integrative Review of Literature. ANS Adv Nurs Sci. 2019;42(2):E1-E12.

cxxx Assefa, F., Sukotjo, S., Winoto, A. and Hipgrave, D. (2008). Increased diarrhoea following infant formula distribution in 2006 earthquake response in Indonesia: evidence and actions. Field Exchange 34, October 2009, p.29

cxxxi Carothers, C. and Gribble, K. D. (2014). Infant and Young Child Feeding in Emergencies. Journal of Human Lactation, 30(3), 272–275.

cxxxii Branca, F., Schultink, W. (2016). Breastfeeding in emergencies: a question of survival. http://www.who.int/mediacentre/commentaries/breastfeeding-in-emergencies/en/. Published 2016.

cxxxiii Binns, C. W., Lee, M. K., Tang, L., Yu, C., Hokama T. and Lee, A. (2012). Ethical Issues in Infant Feeding After Disasters. Asia Pacific Journal of Public Health, 24(4), 672–680.

cxxxiv Dörnemann, J. and Kelly, A. H. (2013). 'It is me who eats, to nourish him': a mixed-method study of breastfeeding in post-earthquake Haiti. Maternal & Child Nutrition, 9: 89-74.

cxxxv MirMohamadaliIe, M., Khani Jazani, R., Sohrabizadeh, S. and Nikbakht Nasrabadi, A. (2019). Barriers to Breastfeeding in Disasters in the Context of Iran. 24-Prehospital and Disaster Medicine, 34(1), 20.

cxxxvi Gribble, K. D., McGrath, M., MacLaine, A. and Lhotska, L. (2011). Supporting breastfeeding in emergencies: protecting women's reproductive rights and maternal and infant health. Disasters, 35: 720-738.

cxxxvii Palmquist, A. E. L., Gribble, K. D. (2018). Gender, Displacement, and Infant and Young Child Feeding in Emergencies. In: Riley N., Brunson J. (eds) International

Handbook on Gender and Demographic Processes. International Handbooks of Population, vol 8. Springer, Dordrecht

cxxxviii Sulaiman, Z., Mohamad, N., Ismail, T. A., Johari, N., Hussain, N. H. (2016). Infant feeding concerns in times of natural disaster: lessons learned from the 2014 flood in Kelantan, Malaysia. Asia Pac J Clin Nutr. 2016;25(3):625-630.

cxxxix Gribble, K. D., McGrath, M., MacLaine, A. and Lhotska, L. (2011), Supporting breastfeeding in emergencies: protecting women's reproductive rights and maternal and infant health. Disasters, 35: 720-738.

cxl Assefa, F., Sri Sukotjo, S. (Ninik), Winoto, A. and Hipgrave D. (2008). Increased diarrhoea following infant formula distribution in 2006 earthquake response in Indonesia: evidence and actions. Field Exchange 34, October 2008. p29. www.ennonline.net/fex/34/special

cxli Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC.

cxlii Emerson, J. A., Tol, W., Caulfield, L. E. and Doocy, S. (2017). Maternal Psychological Distress and Perceived Impact on Child Feeding Practices in South Kivu, DR Congo. Food and Nutrition Bulletin, 38(3), 319–337.

cxliii Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC.

cxliv Hays, K. E. and Prepas, R. (2015). The Professionalization of International Disaster Response: It Is Time for Midwives to Get Ready. Journal of Midwifery & Women's Health, 60: 348-359.

cxlv Shukri, N. H. M., Wells, J., Eaton, S., Mukhtar, F., Petelin, A., Jenko-Pražnikar, Z., Fewtrell, M. (2019). Randomized controlled trial investigating the effects of a breastfeeding relaxation intervention on maternal psychological state, breast milk outcomes, and infant behavior and growth, *The American Journal of Clinical Nutrition*, Volume 110, Issue 1, July 2019, Pages 121–130, https://doi.org/10.1093/ajcn/nqz033

cxlvi Lasater, M., Woldeyes, G., Le Roch, K., Phan, X., Solomon-Osborne, A. and Murray, S. (2020). Lessons learned evaluating the baby friendly spaces program for south Sudanese refugees in Gambella, Ethiopia: strengthening research and programmatic partnerships to address maternal and child health and psychosocial needs in humanitarian emergencies. Conflict and Health. 10.1186/s13031-020-00299-5.

cxlvii Castillo, M. S., Corsino, M. A., Calibo, A. P., Zeck, W., Capili, D. S., Andrade, L. C. and Silvestre, M. A. (2016). Turning disaster into an opportunity for quality improvement in essential intrapartum and newborn care services in the philippines: Pre-to posttraining assessments. BioMed research international, 2016.

cxlviii Sami, S., Kerber, K., Tomczyk, B., Amsalu, R., Jackson, D., Scudder, E. and Mullany, L. C. (2017). "You have to take action": changing knowledge and attitudes towards newborn care practices during crisis in South Sudan. Reproductive health matters, 25(51), 124-139.

cxlix (Jorgensen et al. (2010.

cl WHO and UNICEF (2019). Advocacy Brief: Breastfeeding and Family Friendly Policies.

cli Fänder, G. and Frega M. (2015). Responding to nutrition gaps in Jordan in the Syrian Refugee Crisis: Infant and Young Child Feeding education and malnutrition treatment. Field Exchange 48, November 2014. p82. www.ennonline.net/fex/48/responding

clii Alsamman, S. (2015). Managing infant and young child feeding in refugee camps in Jordan. Field Exchange 48, November 2014. p85. www.ennonline.net/fex/48/managinginfant

cliii Murphy, M. T., Abebe, K., O'Mahony, S., Barthorp H. and Andert C. (2017). Management of acute malnutrition in infants less than six months in a South Sudanese refugee population in Ethiopia. Field Exchange 55, July 2017. p70. www.ennonline.net/fex/55/mamisudanrefugees

cliv Alsamman, S. (2015). Managing infant and young child feeding in refugee camps in Jordan. Field Exchange 48, November 2014. p85. www.ennonline.net/fex/48/managinginfant

clv WHO (2018). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative.

clvi (Hays et al. (2015.

clvii Garg, A., Bucu A. R. and Garela R. G. (2016). Philippines Nutrition Cluster: lessons learnt from the response to Typhoon Haiyan (Yolanda). Field Exchange 52, June 2016. p61.

clviii Maclaine, A. and Corbett, M. (2006). 'Infant feeding in emergencies: experiences from Indonesia and Lebanon'. *Field Exchange*. 29. pp. 2–4.

clix Ehiri, J. E., Gunn, J. K., Center, K. E., Li, Y., Rouhani, M., Ezeanolue, E. E. (2014). Training and deployment of lay refugee/internally displaced persons to provide basic health services in camps: a systematic review. Glob Health Action. 2014;7:23902. Published 2014 Oct 1. doi:10.3402/gha.v7.23902

clx Bloem, C. M., Miller, A. C. (2013). Disasters and women's health: reflections from the 2010 earthquake in Haiti. Prehosp Disaster Med. 2013;28(2):150-154.

clxi Bloem, C. M., Miller, A. C. (2013). Disasters and women's health: reflections from the 2010 earthquake in Haiti. Prehosp Disaster Med. 2013;28(2):150-154. 3

clxii Garg, A., Bucu A. R. and Garela R. G. (2016). Philippines Nutrition Cluster: lessons learnt from the response to Typhoon Haiyan (Yolanda). Field Exchange 52, June 2016. p61.

clxiii Alsamman, S. (2015). Managing infant and young child feeding in refugee camps in Jordan. Field Exchange 48, November 2014. p85. www.ennonline.net/fex/48/managinginfant

clxiv Garg, A., Bucu A. R. and Garela R. G. (2016). Philippines Nutrition Cluster: lessons learnt from the response to Typhoon Haiyan (Yolanda). Field Exchange 52, June 2016. p61.

clxv Emerson, J. A., Tol, W., Caulfield, L. E. and Doocy, S. (2017). Maternal Psychological Distress and Perceived Impact on Child Feeding Practices in South Kivu, DR Congo. Food and Nutrition Bulletin, 38(3), 319–337.

clxvi Jorgensen, A. M., Mendoza, G. J., Henderson, J. L. (2010). Emergency Preparedness and Disaster Response Core Competency Set for Perinatal and Neonatal Nurses, Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, Volume 39, Issue 4, Pages 450-467,

clxvii UNICEF (2013). Community IYCF Counselling Package.

clxviii (Hargest-Slade, A. C. and Gribble, K. D. (2015.

clxix Garg, A., Bucu, A. R. and Garela R. G. (2016). Philippines Nutrition Cluster: lessons learnt from the response to Typhoon Haiyan (Yolanda). Field Exchange 52, June 2016. p61. www.ennonline.net/fex/52/nutritionclusterphilippines

clxx Save the Children and Tech RRT (2020). IYCF-E Standard Operating Procedures for Emergency Response Teams.

clxxi Kumar Das, S., Dr Meleh, S., Dr Chiroma, U., Assaye, B. and Gallagher, M. L. (2019). Nutritional response in north-eastern Nigeria: Approaches to increase service availability in Borno and Yobe States. Field Exchange 59, January 2019. p43. www.ennonline.net/fex/59/nigerianutpackagescaleup

المرفق ألف
التقييم البسيط والسريع[1]

التعليمات:

أ) استخدام استمارة التقييم هذه لجميع الأمهات/مقدمات الرعاية اللواتي لديهن أطفال من عمر يوم إلى 23 شهراً (أقل من عامين)
ب) بمجرد الانتهاء من هذا التقييم، تقرير ما إذا كانت مقدمة الرعاية/الأم بحاجة إلى المشورة/التقييم الكامل و/أو خدمات أخرى.

- إذا كانت الإجابة نعم، إكمال استمارة الإحالة
- إذا كانت الإجابة كلا، الإحالة إلى خدمات الدعم الخاصة بتغذية الرضّع وصغار الأطفال (مثلاً: التثقيف، ومجموعة دعم النظيرات)

التقييم البسيط والسريع			
اسم/هوية الموظفة		تاريخ التقييم	
اسم الطفل		النوع الاجتماعي	
عمر الطفل			
اسم مقدمة الرعاية		علاقة مقدمة الرعاية بالطفل	
رقم تعريف المنشأة		الموقع	

السؤال عن			
عمر الطفل	❑ 0-5.9 شهراً ❑ حديث الولادة (أقل من 28 يوماً)	❑ 6-12 شهراً	❑ 12-24 شهراً
هل يرضع الطفل رضاعة طبيعية؟	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا
(إذا كانت الإجابة نعم) هل من صعوبات على مستوى الرضاعة الطبيعية؟	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا
هل يشرب الطفل تركيبة حليب الرضّع/مسحوق الحليب؟	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا
هل يشرب الطفل أي شيء آخر؟	❑ نعم ❑ كلا	غير متوفر	غير متوفر
هل يأكل الطفل أي شيء آخر؟	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا

المراقبة			
أكثر من مولود (توائم/توائم ثلاثية وما إلى ذلك)؟	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا
هل طلبت مقدمة الرعاية تركيبة حليب الرضّع؟	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا
هل يبدو الطفل نحيفاً/خاملاً/مريضاً جداً؟	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا
هل يعاني الطفل من عيون غائرة/جلد مترهل؟	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا
هل من عاهة لدى مقدمة الرعاية/الطفل؟	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا
هل تبدو مقدمة الرعاية نحيفة/مريضة جداً؟	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا
هل تبدو مقدمة الرعاية قلقة جداً أو مجهدة أو حزينة أو منزعجة؟	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا	❑ نعم ❑ كلا

الاعتبارات الرئيسية:

الأولوية 1 - الإحالة إلى التقييم الكامل **الأولوية 2** - الإحالة إلى التقييم الكامل
❑ لا حاجة للمشورة بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال - تقديم الثناء والتشجيع

[1] مقتبس بتصرف من مجموعة أدوات تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ لمنظمة أنقذوا الأطفال

المرفق باء
نموذج التقييم الكامل لتغذية الرضّع وصغار الأطفال: من صفر إلى 23 شهراً[1]

هذه عينة عن أداة تقييم التغذية مقتبسة بتصرف من مجموعة أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ الخاصة بمنظمة إنقاذ الطفولة، وهي أداة يجب تكييفها مع السياق قبل استخدامها. التحقق دائماً وأولاً من الأدلة والمبادئ التوجيهية للتقييم المعتمدة على المستوى الوطني ودون الوطني.

1. جمع المعلومات الأساسية

هوية المستشارة		**الموقع**		**تاريخ التقييم**	/ /
اسم مقدمة الرعاية		**العلاقة بالطفل**	الأم/الأب/الجدة/الأخ/الأخت/غير ذلك: _____		
اسم الطفل		**الجنس**	ذكر/أنثى	**رقم هوية الطفل**	
تاريخ ميلاد الطفل	/ /	**عمر الطفل**	_____ شهراً	**عمر مقدمة الرعاية**	_____عاماً
اسم مقدمة الرعاية		**العلاقة بالطفل**			
رقم تعريف المنشأة		**اسم المنشأة**		**المنطقة**	
مصدر الإحالة	❑ إحالة ذاتية ❑ تقييم بسيط وسريع - من خدمة _____ ❑ ليس بتقييم بسيط وسريع - مباشرة من خدمة _____				

2. التحقق من وجود علامات خطر[2]

خامل/فاقد للوعي؟	❑ **نعم**	❑ **كلا**
يتقيأ كل شيء؟	❑ **نعم**	❑ **كلا**
غير قادر على الشرب/الرضاعة الطبيعية؟	❑ **نعم**	❑ **كلا**
صعوبة في التنفس؟ (معدل التنفس، انسحاب جدار الصدر إلى الداخل)	❑ **نعم**	❑ **كلا**
درجة حرارة منخفضة أم مرتفعة؟ (< 35.5 أو ≥ 38 درجة مئوية)	❑ **نعم**	❑ **كلا**
وذمة منطبعة في كِلا الجانبين؟ (+/++/+++)	❑ **نعم**	❑ **كلا**
هل تبدو مقدمة الرعاية بعيدة عن الواقع أو يبدو الرضيع في خطر جراء سلوك مقدمة الرعاية؟	❑ **نعم**	❑ **كلا**
الإجراء: إذا تم وضع علامة نعم على أي منها ← الإحالة العاجلة إلى الخدمات الصحية قبل مواصلة التقييم الخاص بتغذية الرضّع وصغار الأطفال		

3. السؤال عن ممارسات التغذية

من فضلك أخبريني عن تجربتك مع تغذية طفلك. ما هي المخاوف أو الأسئلة التي ترغبين في مناقشتها اليوم؟	
ماذا وبأي طريقة تغذين طفلك؟ (اختاري كل ما ينطبق)	❑ الرضاعة الطبيعية – من ثدي الأم ❑ الحليب المشفوط – حليب الأم ❑ الحليب المشفوط – مؤمّن ودياً ❑ الحليب البشري المتبرع به ❑ رضاعة طبيعية من امرأة ليست أمه ❑ تغذية اصطناعية جزئية (بدائل حليب الأم) ❑ تغذية اصطناعية كاملة (بدائل حليب الأم) ❑ تغذية اصطناعية كاملة (بدائل حليب الأم)
	❑ زجاجة الرضاعة ❑ ملعقة ❑ كوب

هل يأكل الطفل أو يشرب أي شيء آخر غير حليب الأم؟[3]	❑ **نعم**	❑ **كلا**

[1] مقتبسة بتصرف من مجموعة أدوات تغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ لمنظمة أنقذوا الأطفال: الموارد اللازمة لموظفي التغذية لبدء العمل السريع في حالات الطوارئ واستمارة منظمة الصحة العالمية لمراقبة الرضاعة الطبيعية.

[2] مقتبسة بتصرف من علامات الخطر الخاصة بالتدبير العلاجي المتكامل لاعتلالات الطفولة. يرجى الاطلاع على المبادئ التوجيهية الوطنية الخاصة بالتدبير العلاجي المتكامل لاعتلالات الطفولة.

[3] ملاحظة: يجب تدريب المستشارة على الاستجواب (على سبيل المثال، "ماذا عن الماء - هل تعطي الطفل القليل من الماء؟").

(إذا كانت الإجابة نعم) ماذا تعطي الطفل أيضاً؟	❑ تركيبة حليب الرضّع ❑ أنواع أخرى من الحليب ❑ الماء ❑ الشاي/القهوة ❑ المشروبات السكرية/الصودا ❑ العصير: _____ مل/كوب ❑ الدواء ❑ الغذاء ❑ غير ذلك[4]: _____		
عدد الأطفال السابقين:		**عدد الأطفال الذين رضعوا رضاعة طبيعية في السابق:**	
الإجراء: في حالة التغذية الاصطناعية ← استكمال استمارة التقييم الكامل - التغذية الاصطناعية			
(إذا كانت الإجابة نعم) ماذا تعطي الطفل أيضاً؟			
هل تعطين طفلك لهاية؟	❑ نعم		❑ كلا
هل الطفل مريض حالياً؟	❑ نعم		❑ كلا
(إذا كان مريضاً) منذ أن مرض طفلك، هل طرأت أي تغييرات في طريقة تغذيتك؟			
الرضاعة الطبيعية	❑ زادت/لم تتغير	❑ قلّت نسبتها	❑ توقّفت
(إذا كان يتراوح عمره بين 6 و23 شهراً) التغذية التكميلية	❑ زادت/لم تتغير	❑ قلّت نسبتها	❑ توقّفت
الإضافات	❑ طعام مغذي إضافي	❑ تركيبة حليب الرضّع	

4. التحقق من خروج الحفاضات

كم عدد الحفاضات التي يبللها الطفل خلال 24 ساعة؟	_____ مرة		
هل بول الطفل له رائحة أو لون قوي؟	❑ نعم		❑ كلا
كم عدد الحفاضات التي يوسخها الطفل خلال 24 ساعة؟	_____ مرات[5]		
هل طرأت أي تغييرات حديثة؟	❑ كمية براز أقل من العادة	❑ إسهال	❑ ما من تغييرات
الإجراء: إذا كان خروج الحفاضات قليلاً/مقلقاً ← التحقق من إمكانية انخفاض مخزون الحليب **الإجراء: إذا كان الطفل يعاني من الإسهال ← مراجعة الخدمات الصحية**			

5. طرح أسئلة عن الرضاعة الطبيعية/التغذية بحليب الأم

كم مرة تقومين بإرضاع طفلك رضاعة طبيعية/تغذيته بحليب الأم؟	_____ مرات في المجموع	_____ مرات ليلاً
كيف تقررين متى تطعمين طفلك؟	❑ مستجيبة	❑ مجدولة
(إذا كنتِ ترضعين طفلكِ رضاعة طبيعية) هل تشعرين بأي ألم أو انزعاج أثناء الرضاعة الطبيعية؟	❑ نعم ❑ شديد ❑ معتدل ❑ خفيف	❑ كلا

6. طلب الإذن لمراقبة كيفية إرضاع الأم رضاعة طبيعية (إن أمكن)

تقييم صحة الثدي:	اللون: ❑ عادي ❑ حالة الاحمرار: ❑ عادية ❑ لامعة ❑ صلبة ❑ دافئة ❑ احتقان ❑ حلمة متضررة ❑ اشتباه في انسداد القناة ❑ الاشتباه في التهاب الثدي ❑ الاشتباه في الإصابة بالسلاق (داء المبيضات) ❑ الاشتباه في وجود خراج في الثدي
الإجراء: في حال الإصابة بالسلاق (داء المبيضات) أو وجود خراج في الثدي أو التهاب الثدي ← الإحالة إلى الخدمات الصحية للعلاج	

علامات سير الرضاعة الطبيعية بشكل جيد	**علامات احتمال وجود صعوبة**
وضعية الجسم	**وضعية الجسم**
❑ الأم مسترخية ومرتاحة ❑ ظهر الأم وذراعاها مدعومان جيداً ❑ جسم الطفل قريب، مواجهاً للثدي ❑ تبدأ الرضاعة مع وضع أنف الطفل مقابل الحلمة ❑ رأس الطفل غير مقيد ❑ رأس الطفل وجسمه مستقيمان (في خط مستقيم) ❑ ذقن الطفل يلامس الثدي	❑ توتر الكتفين/الانحناء على الطفل ❑ جسم الطفل بعيد عن جسم الأم ❑ تبدأ الرضاعة مع وضع فم الطفل مقابل الحلمة ❑ رأس الطفل لا يستطيع التحرك للخلف بحرية ❑ التواء رقبة الطفل/عدم استقامتها مع الكتف والورك ❑ ذقن الطفل لا يلامس الثدي

[4] ملاحظة: التواؤم مع السوائل الأكثر شيوعاً.

[5] ملاحظة: يجب تزويد المستشارات بأدوات المساعدة على العمل أو مواد مرجعية وتدريبهن على ما يعتبر براراً مقبولاً حسب عمر الرضيع وما يتناوله من غذاء.

علامات سير الرضاعة الطبيعية بشكل جيد	علامات احتمال وجود صعوبة
الإجابات ❑ طفل يحاول الوصول إلى الثدي لدى الشعور بالجوع ❑ [طفل يحاول التقاط الثدي] ❑ طفل يستكشف الثدي بلسانه ❑ طفل هادئ ويقظ ❑ طفل متعلق بالثدي ❑ [علامات قذف الحليب] - التسريب، الآلام اللاحقة للرضاعة **الحالة العاطفية والترابط** ❑ قبضة آمنة وواثقة ❑ التواصل بالعينين ❑ تبادل تعابير الوجه بين الأم والطفل ❑ ملامسة شديدة من الأم ❑ ملبية لاحتياجات الطفل **الرضاعة/التعلّق** ❑ فم مفتوح بالكامل ❑ شفة سفلى مقلوبة إلى الخارج ❑ لسان مقوس حول الثدي ❑ خدان مستديران ❑ هالة أكبر فوق فم الطفل ❑ عمليات مص بطيئة وعميقة، واندفاعات مع توقفات مؤقتة ❑ يمكن رؤية أو سماع صوت البلع **لدى انتهاء جلسة الرضاعة** ❑ يُحرّر الطفل الثدي ❑ الحلمة تبدو طبيعية/مستديرة/مستقيمة ❑ يكون الطفل قد رضع لأكثر من 5 دقائق ❑ تُبقي الأم ثديها متاحاً/تعرض ثديها الآخر ❑ يدا الطفل مسترخيتان/مفتوحتان ❑ يبدو الطفل مسترخياً/راضياً/نعساناً ❑ ملمس الثديين أكثر ليونة	**الإجابات** ❑ عدم الاستجابة للثدي ❑ [عدم ملاحظة أي محاولة لالتقاط للثدي] ❑ عدم اكتراث الطفل بالثدي ❑ طفل متململ أو يبكي ❑ طفل يفلت الثدي ❑ [غياب علامات قذف الحليب] ❑ أم تظهر عليها علامات الألم/عدم الراحة ❑ طفل يسعل/يتقيأ/يختنق **الحالة العاطفية والترابط** ❑ قبضة متوترة/ضعيفة ❑ غياب التواصل بالعينين ❑ هز أو وخز الطفل/الثدي ❑ ملامسة بسيطة ❑ معاناة لتهدئة الطفل عند البكاء **الرضاعة/التعلّق** ❑ فم غير مفتوح بالكامل/موجه للأمام ❑ شفة سفلى مقلوبة ❑ لسان الطفل غير ظاهر ❑ خدود متوترة أو مسحوبة للداخل ❑ هالة إضافية أسفل فم الطفل ❑ امتصاص سريع فقط ❑ يمكن سماع صوت طقطقة أو طرطقة **لدى انتهاء جلسة الرضاعة** ❑ تنزع الأم الطفل عن ثديها ❑ حلمة مجعدة/مسحوقة/مسطحة ❑ يكون الطفل قد رضع لأقل من 5 دقائق ❑ لا تُبقي الأم ثديها متاحاً/لا تعرض ثديها الآخر ❑ يدا الطفل مضمومتان/قريبتان من وجهه ❑ طفل يتذمر/يبكي/غير راضٍ
الوقت المستغرق في الرضاعة الطبيعية _____ دقيقة	

7. تقييم رفاه الأم/مقدمة الرعاية[6]

خلال الأسبوعين الماضيين، هل شعرت بأي من المشاعر التالية؟			**(إذا كانت الإجابة نعم) ما مدى تواترها في الأسبوعين الماضيين؟**	
الشعور بالقلق أو القلق بشكل لا يمكن السيطرة عليه	❑ **نعم**	❑ **كلا**	❑ أحياناً ❑ غالباً	❑ كل يوم تقريباً
صعوبات في التعامل مع الواجبات اليومية	❑ **نعم**	❑ **كلا**	❑ أحياناً ❑ غالباً	❑ كل يوم تقريباً
قلة الاهتمام أو المتعة في القيام بأنشطة اعتدت الاستمتاع بها	❑ **نعم**	❑ **كلا**	❑ أحياناً ❑ غالباً	❑ كل يوم تقريباً
الشعور بالإحباط أو الاكتئاب أو اليأس	❑ **نعم**	❑ **كلا**	❑ أحياناً ❑ غالباً	❑ كل يوم تقريباً

على مقياس من 1 (غير مدعومة جداً) إلى 5 (مدعومة جداً)، ما مدى شعورك بالدعم من العائلة والأصدقاء في رعاية طفلك؟	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
من الذي تعتمدين عليه في الغالب للحصول على الدعم، إذا وُجد أحد؟					
ما رأي عائلتك باعتمادك الرضاعة الطبيعية؟					

الإجراء: إذا كانت الإجابة نعم - غالباً/كل يوم تقريباً أو كانت الدرجة 1 - 3 ← إجراء تقييم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي

[6] بدلاً من طرح الأسئلة على مقدمات الرعاية، يمكن عرض رسومات عليهن وسؤالهن عن أكثرها دقة في التعبير عن مزاجهن.

هل لديك أي مخاوف بشأن نمو الطفل وتطوره أو مستوى يقظته مقارنة بالأطفال الآخرين من نفس العمر؟	❑ نعم	❑ كلا
الإجراء: إذا كانت الإجابة نعم ← الإحالة إلى الخدمات الصحية وخدمات النماء في مرحلة الطفولة المبكرة		
كيف هي حالتك الصحية الحالية؟		

8. (إذا كان عمره 6-23 شهراً) تقييم ممارسات التغذية التكميلية

من الذي يساعد/يعاون الطفل في تناول الطعام؟			
كم عدد المرات التي تناول فيها (الاسم) أطعمة صلبة أو شبه صلبة أو طرية بالأمس خلال النهار أو في الليل؟	_____ مرات		
ماذا تناول طفلكِ بالأمس خلال النهار والليل؟	أي نوع من الأطعمة؟	كمية الطعام؟ (كوب/حفنة)	القوام؟ (كثيف/رقيق/مفروم/كامل)
الحبوب والجذور والدرنات			
الخضروات والمكسرات			
منتجات الألبان (مثل الحليب واللبن والجبن)			
الأطعمة اللحمية (اللحوم والأسماك والدواجن ولحوم الكبد/اللحوم العضوية)			
البيض			
الفواكه والخضروات الغنية بفيتامين أ			
فواكه وخضروات أخرى			
التحقق: ≤ 4 مجموعات غذائية؟		❑ نعم	❑ كلا
هل أعطيتِ طفلكِ مسحوق المغذيات الدقيقة؟		❑ نعم	❑ كلا
أي أداة تستخدمين لإعطاء طفلكِ السوائل؟	❑ كوب مفتوح ❑ كوب بفوهة ❑ زجاجة رضاعة		
في أي أوقات أساسية من اليوم تغسلين فيها يديك بالماء والصابون؟	❑ قبل إعداد الطعام ❑ قبل الأكل ❑ قبل إطعام الطفل		
هل تغسلين يدي الطفل بالماء النظيف والصابون قبل أن يأكل؟		❑ نعم	❑ كلا
هل لاحظت أي صعوبات لدى الطفل عند تناول الطعام؟		❑ نعم	❑ كلا
❑ السعال/الاختناق ❑ التنفس بصوت "رطب"/"يقرقر" ❑ عدم الراحة ❑ عيون دامعة ❑ تغيرات في اللون/التنفس			
الإجراء: في حالة وجود علامات رشف محتملة ← الإحالة للتقييم الطبي للأطفال			

9. تدوين أي عوامل خطر محددة (تم تدوينها عند الإحالة مثلاً)

الطفل	❑ مبتسر ❑ وزنه منخفض عند الميلاد ❑ أقل من 6 أشهر مع تأخر في النمو ❑ مريض ❑ توأم ❑ يعاني من سوء التغذية ❑ إعاقة تؤثر على التغذية ❑ علامات ضيق شديد ❑ يتيم الأم ❑ منفصل/غير مصحوب بذويه
الأم/مقدمة الرعاية	❑ تعاني من سوء التغذية ❑ تعاني من مرض شديد ❑ تتعافى من ولادة قيصرية/ولادة صعبة ❑ تعاني من إعاقة تؤثر على التغذية **إفصاح طوعي فقط:** ❑ صعوبات تتعلق بالصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي ❑ ناجية من عنف جنسي وعنف قائم على النوع الاجتماعي ❑ مصابة بفيروس العوز المناعي البشري ❑ أم للمرة الأولى ❑ أم مراهقة
الإجراء: في حال وجود عوامل خطورة ← التسجيل للحصول على المشورة + الإحالة إلى الخدمات المطلوبة	

10. تدوين أي ملاحظات تم إبداؤها أثناء التقييم			
مدى تفاعل الأم/مقدمة الرعاية مع الطفل (الحمل والتلامس والتواصل البصري والتبادل اللفظي وتبادل التعابير واللعب)	❑ ضعيف	❑ معتدل	❑ جيد
تفاعل الطفل مع تحفيز الأم/مقدمة الرعاية	❑ ضعيف	❑ معتدل	❑ جيد
تفاعل الأم/مقدمة الرعاية مع طلبات الطفل للاهتمام وحاجته للراحة	❑ ضعيف	❑ معتدل	❑ جيد
إدراك الأم/مقدمة الرعاية لتحركات الطفل	❑ ضعيف	❑ معتدل	❑ جيد
تجاوب الأم/مقدمة الرعاية مع الطفل الذي يحتاج إلى إجراء تقويمي	❑ ضعيف	❑ معتدل	❑ جيد
يحرك الطفل ذراعيه وساقيه بالتساوي		❑ **نعم**	❑ **كلا**
نبرة ووضعية طبيعيتان		❑ **نعم**	❑ **كلا**
هل طلبت الأم/مقدمة الرعاية تركيبة حليب الرضّع؟		❑ **نعم**	❑ **كلا**

11. إجراءات إسداء المشورة/اتخاذ قرار بشأن خطة الرعاية	
المشاكل المحتملة:	
إجراءات المشورة المتخذة:	❑ الموضعة والتثبيت: _____ ❑ إدارة الإجهاد: _____ ❑ معلومات مقدمة عن: _____ ❑ المستلزمات المقدمة: _____ ❑ الإحالات: الصحة/التغذية/الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي/النماء في مرحلة الطفولة المبكرة/الأمن الغذائي وسبل العيش/المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية/خدمات أخرى: _____ ❑ غير ذلك: _____
هل يجب إسداء المزيد من المشورة؟	❑ **نعم** ❑ **كلا**
الإجراء: إذا كان الجواب لا ← الإحالة إلى خدمات أخرى من خدمات تغذية الرضّع وصغار الأطفال	❑ التثقيف ❑ دعم مجموعة النظيرات ❑ غير ذلك _____
مبرر إسداء المزيد من المشورة **(مراجعة أداة الفرز)**	

الدعم الذي سيتم تقديمه

الدعم الأساسي والمشورة

- ❑ الموضعة والتثبيت
- ❑ ثقة الأمهات
- ❑ شفط الحليب
- ❑ الإطعام بالكوب/الملعقة
- ❑ تسطح أو انقلاب الحلمات
- ❑ تقرح أو تشقق الحلمات
- ❑ التحجّر
- ❑ زيادة/انخفاض إنتاج الحليب
- ❑ الرعاية العلاجية/الدعم العاطفي
- ❑ اللجوء إلى ظئر (إرضاع رضيع لأم أخرى)
- ❑ الرضاعة الطبيعية في الأماكن العامة/المزدحمة
- ❑ الرضاعة الطبيعية في الليل
- ❑ الوقاية من العدوى ومكافحتها
- ❑ رفض التبرعات التي تتضمن بدائل حليب الأم/زجاجات رضاعة/مصاصات
- ❑ الاستعداد للأزمات/الإجلاء
- ❑ تشجيع التغذية المناسبة للعمر
- ❑ التغذية التكميلية
- ❑ النظام الغذائي للأم
- ❑ غير ذلك:_____

الدعم المتقدم والمشورة

- ❑ التعامل مع التهاب الثدي/داء المبيضات
- ❑ التعامل مع ربطة اللسان
- ❑ ممارسة الرضاعة الطبيعية لطفل منخفض الوزن عند الميلاد أو خديج/يتلقى رعاية الأم الكنغر
- ❑ الرضاعة الطبيعية أثناء إصابة الأم/الطفل بمرض شديد
- ❑ التغذية مع وجود إعاقة تؤثر على التغذية
- ❑ التغذية في ظل مواجهة صعوبات نفسية
- ❑ معاودة الإرضاع
- ❑ تثبيط در الحليب (ولادة جنين ميت)(الإملاص)/فقدان رضيع)
- ❑ المحافظة على در الحليب أثناء وقت الفصل
- ❑ رفض الثدي
- ❑ غير ذلك: _____

تاريخ المتابعة:	
الوقت المستغرق اليوم:	

المرفق جيم

استراتيجيات التغلّب على الحواجز التي تمنع إسداء المشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية عن بُعد[1]

التحديات الممكنة	الحلول الممكنة
عدم القدرة على الالتقاء (إسداء المشورة عبر الهاتف) • عدم قدرة المستشارة على جمع معلومات عن استيعاب مقدمة الرعاية أو مدى فهمها أو رفاهها من خلال الاعتماد على إشارات غير لفظية (مثل تعابير الوجه ولغة الجسد) • صعوبة بناء الصلة (تعابير الوجه، التواصل البصري) • عدم قدرة المستشارة على تعزيز التواصل غير اللفظي (مثل الإيماءات) • عدم قدرة المستشارة على رؤية علامات سوء تغذية أو حالة الرضيع أو كيفية امتصاصه للثدي أو شكل الثدي أو الموضعة • عدم قدرة المستشارة على رؤية علامات العدوى أو الحالات الفسيولوجية الأخرى للثدي • احتمال شعور مقدمة الرعاية بأن أحداً لا يصغي إليها	• التركيز على تعزيز مهارات التواصل اللفظي لدى المستشارات مثل الإصغاء الفعال والتقنيات التأملية واللغة الوصفية ونبرة الصوت واستخدام الأصوات الإيجابية • تدريب المستشارات على تقييم النمو وكيفية سير الرضاعة الطبيعية بدون مرئيات • إتاحة المزيد من الوقت لمقدمات الرعاية لتعزيز الثقة والكشف عن القضايا الشخصية أو الحساسة • النظر في إنشاء صلة تواصل عن طريق عامل في مجال التوعية موجود في المجتمع للتعريف بالمستشارة وتعزيز الثقة بين المستشارة ومقدمة الرعاية • مناقشة خيار وجدوى استخدام إحدى وسائل التكنولوجيا التي تسمح بالاطلاع على مواد مرئية مثل الصور • اعتماد نهج شامل ومنظم لجمع المعلومات التي عادة ما يتم جمعها مرئياً. المتابعة بأسئلة توضيحية للوصول إلى مستويات التفاصيل المطلوبة
غياب التواجد الفعلي • لا يمكن للمستشارة جمع المعلومات من بيئة منزلية (الخاصة مثلاً بالنظافة الصحة) • من الأصعب بناء علاقة موثوقة وحميمة (مثلاً لا يمكن إجراء أي لمسة أو تحية جسدية) • عدم القدرة على مساعدة مقدمة الرعاية جسدياً (مثلاً الموضعة أو إجراء تقييم جسدي) • عدم القدرة على تحديد وزن الرضيع	• التركيز على تعزيز مهارات بناء الصلة لدى المستشارات (مثل الإصغاء الفعال والمشاركة اللفظية ومطابقة أساليب ولغة التواصل واعتماد نبرة الصوت وخامته المناسبين وطريقة التنفس المناسبة) لبناء علاقة متينة مع الأم/مقدمة الرعاية • تدريب المستشارات على نهج عدم اللمس/إبعاد اليدين [2] (توضيح الوضعية باستخدام دمية مثلاً أو بالاعتماد على إشارات لفظية) • منح مقدمات الرعاية المزيد من الوقت لتعزيز الثقة والإفصاح عن القضايا الشخصية أو الحساسة • تدريب المستشارات على كيفية تقييم المدخول الغذائي للأطفال حديثي الولادة عن بُعد [3]
توافر وسائل التكنولوجيا وإمكانية الحصول عليها • رداءة نوعية أو تغطية الهاتف أو الاتصال بالإنترنت • قد لا يتوفر لمقدمة الرعاية إمكانية الوصول إلى الهاتف أو إلى وسائل التكنولوجيا نظراً لارتفاع تكلفتها (تكلفة الجهاز أو تكلفة الاتصال أو تدفق البيانات) أو قد تتشاركها مع غيرها	• استخدام هاتف من المجتمع المحلي/هاتف إحدى العاملات الصحيات المجتمعيات • تغطية تكاليف بيانات الهاتف/بيانات الإنترنت لمقدمة الرعاية أو توفير أرقام مجانية • مشاركة صور منخفضة الدقة • الاتفاق على اليوم والوقت الذي يتسنى فيه لمقدمة الرعاية استخدام الهاتف/الجهاز • توفير بيانات الاتصال الخاصة بمقدمة الرعاية لمباشرة إسداء المشورة (المشورة القائمة على العميلة) • إعلام مقدمة الرعاية بأنك ستعاودين التواصل/الاتصال في حال انقطاع التواصل
التقبل الثقافي • استخدام تقنيات غير مقبولة ثقافياً • احتمال عدم امتلاك مقدمة الرعاية لهاتف/وسلية تكنولوجيا معينة	• إشراك قادة المجتمع في مناقشات حول أفضل الوسائل لإسداء المشورة عن بُعد

[1] مقتبسة بتصرف: منظمة الصحة العالمية واليونيسف (2021). إرشادات التنفيذ الخاصة بإسداء المشورة لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية

[2] ملاحظة: يعد هذا النهج من أفضل الممارسات التي يتم تشجيعها أيضاً أثناء إسداء المشورة وجهاً لوجه.

[3] الأداة: https://abaprofessional.asn.au/assessing-newborn-intake-in-the-context-of-covid-19/

التحديات الممكنة	الحلول الممكنة
انعدام السرية/الخصوصية • عدم قدرة مقدمة الرعاية على التحدث بحرية/انعدام الخصوصية في المنزل • مخاوف بشأن التنصت على المعلومات الشخصية/الحساسة/التجسس/الاختراق	• بدء جلسات المشورة بعد التحقق من أن مقدمة الرعاية لا تمانع تلقي المشورة. إذا لم يكن الأمر كذلك، الاتفاق على تاريخ ووقت تتوقعان أن تحظيا خلاله بالخصوصية وتشعران بالراحة • استخدام خدمة الرسائل النصية بدلاً من الرسائل الصوتية أو الفيديو عند الاقتضاء • استخدام الأسئلة المغلقة (نعم/لا) للتحقق من سلامة مقدمة الرعاية ورفاهها (مثلاً في حالة الاشتباه بوجود عنف ضد النساء والفتيات) • ضمان سرية المعلومات المشاركة في المجموعات على الإنترنت، مثل عدم مشاركتها بدون موافقة • استخدام خدمات اتصال مشفرة من طرف إلى طرف • ضمان التزام خدمات الاستشارة عن بُعد بسياسات وقوانين ولوائح حماية البيانات
الإلهاءات والمسؤوليات في المنزل • احتمال حاجة مقدمة الرعاية إلى القيام بواجبات المنزل أو رعاية الأطفال أثناء ساعات عمل المستشارة • احتمال تشتت انتباه مقدمة الرعاية للاهتمام بالأطفال وسائر أفراد الأسرة في المنزل	• استخدم الرسائل النصية بدلاً من الصوتية أو الفيديو حتى تتمكن مقدمة الرعاية من الرد متى أرادت • اعتماد جداول مكالمات مرنة بحيث يمكن معاودة الاتصال في أوقات مناسبة • التحقق بدقة من مدى استيعاب مقدمة الرعاية للمشورة • المتابعة بشكل متكرر وتعزيز المعلومات من خلال اللجوء إلى مواد الإعلام والتعليم والاتصال
قدرة مقدمة الرعاية على وسائل تكنولوجيا معينة • إمكانية عدم امتلاك مقدمة الرعاية الخبرة الكافية/أي خبرة في استخدام وسائل تكنولوجيا معينة • قد يكون لدى مقدمة الرعاية مستوى منخفض في الإمام بالقراءة والكتابة	• استخدام الرسائل الصوتية/المرئيات بدلاً من الرسائل النصية • إشراك العاملات الصحيات المجتمعيات في إعداد جلسات إسداء المشورة عن بُعد

لإرشادات إضافية حول إسداء المشورة عن بُعد، راجع: منظمة أنقذوا الأطفال، والفريق الأساسي المعني بتغذية الرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، وشبكة التغذية في حالات الطوارئ، ووكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة، ومنظمة العمل من أجل مكافحة الجوع، جمعية PATH، ومنظمة SafelyFed الكندية (2021). المبادئ التوجيهية العملية لتنفيذ ودعم تغذية الرضع وصغار الأطفال - المشورة الإلكترونية عبر الهاتف مع اعتبارات التخطيط والتنفيذ. www.iycfehub.org/document/practical-guidelines-for-conducting-and-supporting-infant-and-young-child-feeding-e-counselling-via-telephone-with-considerations-for-planning-and-implementation

ملاحظات

عاملة صحية مجتمعية تسدي المشورة لامرأة مرضعة مستعينة أثناء زيارة منزلية بأداة مصوّرة للمساعدة على العمل
ACTION AGAINST HUNGER/KHAULA JAMIL

ENN

2nd Floor, Marlborough House, 69 High Street, Kidlington, Oxfordshire, OX5 2DN

رقم الهاتف: +44(0)1865 372340 | www.ennonline.net | office@ennonline.net