تغذية الرضع أثناء الطوارئ

الكتاب الثاني، رقم الإصدار 1.1

دليل موظفي الصحة والتغذية في الحالات الطارئة
مرجع للتدريب والتطبيق

تم إعداد هذا المرجع بالتعاون مع:
ENN,IBFAN-GIFA,Foundation Terre de homes, Action Centre la Faim, CARE USA, Linkages, UNICEF, UNHCR, WHO and WFP.

ديسمبر 2007

تـم إعـداد هـذا المرجـع بجهـود عـدد مـن
العـاملين فـي مجـال الصـحة والتغذيـة ولـولا

جهودهم لما خرج هذا العمل إلى النور. تم إعداد هذا المرجع بناءً على التطبيقات الحالية والبراهين المنشورة.

تم إعداد هذا المرجع بالتعاون مع المنظمات الآتية والتي قامت بتوفير الموارد المختلفة منها الموظفين والدعم المالي:

ENN,IBFAN-GIFA,Foundation Terre de homes, Action Centre la Faim, CARE USA, Linkages, UNICEF, UNHCR, WHO and WFP.

لا يعتبر هذا المرجع منشوراً رسمياً لأي من المنظمات التي تمّ ذكرها. المرجع متوفر إلكترونياً عبر www.enonline.net/life

لطلب النسخ الورقية يرجى التواصل مع:
شبكة التغذية الطارئة ENN
32، شارع ليوبلد، أكسفورد، المملكة المتحدة
هاتف: 004401866324996
فاكس: 004401866324996

تعريفات أساسية

التغذية الصّناعية: التغذية ببدائل الحليب.

بدائل الحليب الطّبيعي: كلّ طعام يتمّ تسويقه أو عرضه كبديل جزئي أو كليّ لحليب الأمّ؛ وهذا يتضمّن الحليب والحليب الجافّ الذي يتمّ تسويقه للأطفال تحت العام الثاني والمكمّلات الغذائية والعصائر والشاي للأطفال تحت سنّ السادسة.

التغذية التكميلية ("الفطم" سابقاً): تقديم الأغذية التكميلية بالإضافة إلى حليب الأمّ أو الحليب البديل.

المكمّلات الغذائية: كلّ طعام، مصنّع أو محضّر محلياً، ومناسب كمكمّل لحليب الأمّ أو البديل حين يصبحا غير كافيين لتلبية المتطلّبات الغذائية للرّضيع (ابتداء من عمر الستة أشهر). والأغذية التكميلية التي يتمّ تسويقها للأطفال تحت الستة أشهر هي بدائل الحليب الطبيعي. ملاحظة: لا يجب الخلط بين الأغذية المكمّلة والأغذية التكميلية التي هي سلع هدفها زيادة الحصّة الإجماليّة في برامج التغذية في حالات الطوارئ، ومن أجل الوقاية والتخفيف من سوء التغذية والوفاة.

أغذية الأطفال التجارية (الأغذية التكميلية المصنّعة): الجّرات، الشاي والعصائر، أو علب الطّعام النصف صلب أو الصّلب.

الرّضاعة الحصريّة: حليب الأمّ فقط من دون أيّ طعام أو سوائل أخرى (ماء، عصير، شاي)، باستثناء القطرات أو الشراب الذي يحتوي على المغذيات أو الأدوية.

الرّضع: الأطفال تحت عمر السّنة.

أدوات تغذية الرّضيع: القوارير، المصّاصات، الحقن التي يساء استخدامها في تغذية الرّضع خارج النّطاق المؤسساتي؛ أو أكواب الأطفال مع الأغطية.

حليب الأطفال: بديل لحليب الأمّ مصنّع وفقاً لمعايير التغذية العالميّة بهدف تلبية المتطلّبات الغذائية للرّضع حتّى سنّ الستة أشهر.

الاتّفاقية الدولية: الاتفاقية الدّولية لتسويق بدائل الحليب الطّبيعي، التي تمّ اتّباعها من قبل جمعيّة الصّحة العالميّة في العام 1981 بالإضافة إلى القرارات المتعلّقة بها والتي يشار إليها هنا بالاتّفاقية الدّولية. وهدف الاتّفاقيّة هو المساهمة بتزويد تغذية آمنة ومناسبة للرّضع من خلال حماية وتسويق الحليب الطّبيعي ومن خلال ضمان الاستعمال الجيّد لبدائل الحليب الطّبيعي عندما تكون ضروريّة؛ وذلك وفقاً لمعلومات صحيحة وتسويق وتوزيع مناسبين. كذلك، تحدّد الاتّفاقية مسؤوليّة صانعي أغذية الطّفل والعاملين في القطاع الصّحي والحكومات الوطنيّة والمؤسّسات المعنيّة تجاه تسويق بدائل الحليب الطبيعي والقوارير والمصّاصات.

التغذية المثاليّة للرّضع والأطفال: الرّضاعة الطبيعية الحصرية في أوّل ستّة أشهر تتبعها الرّضاعة الطبيعية مع المكمّلات الغذائية المناسبة حتّى العام الثاني وما فوق.

أنواع الحليب الاخرى: الحليب المجفف، كامل الدسم، منزوع الدسم، السائل، نصف منزوع الدسم، حليب الصويا.

1. [illegible] 10
1.1 طريقة المص السليمة 10
1.2 التدفق الجيد للحليب والثقة 16

1.3 إنتاج الحليب الكافي..... 17
1.4 الرضاعة المناسبة لكلّ عمر 20
2. **عناية داعمة لكلّ النّساء**..... 21
2.1 التغذية المناسبة 22
2.2 خدمات الأمومة المساعدة 26
2.3 الخدمات الصحية المناسبة 28
2.4 مواصلة المساندة والدعم الاجتماعي 35
3. **تقييم حالة الأم/الطفل** 37
3.1 نوعان من التقييم 37
3.2 التقييم البسيط والسريع 38
3.3 التقييم الشامل للرضاعة 44
4. المساعدة في تحسين الرضاعة...... 54
4.1 اتخاذ القرار بشأن المساعدة المطلوبة 54
4.2 المساعدة الأساسية على الرضاعة 58
5. **عملية الدعم الإضافي في عملية الرضاعة .**.....68
5.1 مساعدة إضافية في الرضاعة 68
5.2 نقص الوزن عند الولادة 69
5.3 الأطفال الذين يبدون نحيلين أو يعانون من نقص في الوزن 73
5.4 الأطفال الذين يرفضون الرضاعة 74
5.5 الرضاعة من الأم التي تعاني من سوء التغذية..... 74
5.6 الأمّ مضطربة، في أزمة عاطفية، أو ترفض الطّفل 75
5.7 خيارات إضافية للرضاعة..... 78
مواد إضافيّة
6. إعادة إدرار الحليب 81
6.1 مؤشرات عملية تدفق الحليب (الإدرار)..... 81
6.2 ظروف إعادة الإدرار..... 82
6.3 مساعدة الأم على إعادة الإدرار..... 82
6.4 تغذية الطفل خلال عملية إعادة إدرار الحليب..... 87
7. حالات الثدي..... 91
7.1 مستوى الدعم المطلوب.....91
7.2 امتلاء الثدي وحجمه..... 91
7.3 حالات الحلمة.....93
7.4 ألم الثدي والانتفاخ 95
8. **سوء التغذية الحاد للطفل..... 99**

8.1 سوء التغذية عند الأطفال تحت سن الـ 6 اشهر..... 99
8.2 ملخّص إدارة المعالجة..... 101
8.3 التقييم والدّخول 102
8.4 اختيار الغذاء المناسب.....102
8.5 مراحل العلاج.....104
8.6 متابعة المعالجة 105
8.7 إدارة العمليات عند إمكانية الرضاعة الطبيعية..... 106
8.8 إدارة العمليات عند عدم توفر إمكانية الرضاعة.....112
8.9 تغذية ورعاية الأمهات..... 115
8.10 الانتهاء من العلاج ومتابعة الحالات 117
8.11 المراجع..... 118
8.12 نصائح التدريب..... 118
9. **الأطفال الذين لا يرضعون طبيعياً**..... 119
أ- **معوقات الرّضاعة وسط السّكان 120**
9.1 طريقة دعم الرضاعة الصناعية في السكان..... 121
9.2 متطلبات الرضاعة الصناعية 123
9.3 التقييم والمراقبة 125
ب- **دعم مقدّمي الرّعاية في تغذية الأطفال الذين لا يرضعون **125
9.4 نوعية الحليب البديل 125
9.5 كميّة وعدد مرّات إعطاء بدائل الحليب 127
9.6 تغذية الطفل صناعياً في عمر 6-24 شهراً..... 127
9.7 المحافظة على نظافة أدوات التقديم..... 129
9.8 إعداد وحفظ الغذاء..... 130
9.9 مساعدة الأمهات في ضمان سلامة إستخدام بدائل الحليب..... 131
9.10 التقييم الشامل – الخطوة الثالثة: مراقبة الرضاعة الصناعية..... 133
ت- **تغذية الرضع في المراكز الصحية ...**.....137
9.11 مصدر الرضاعة الصناعية..... 138
9.12 إعداد كميات أكبر من الغذاء.....139
9.13 تنظيم إعداد الغذاء.....140
9.14 العناية بالرضيع.....142
9.15 التحكم بتلوث تركيبة الرضيع.....142

الملحقات

الملحق 1 ملخص الرضاعة ومعالجة الأمهات..... 148

الملحق 2 التغذية بواسطة الكوب 149

الملحق 3 إخراج الحليب من الثدي بواسطة الضغط عليه باليد.....151

الملحق 4 حساب كميات التركيبات الصناعية المطلوبة في المراحل الأولى للأزمات..153

الملحق 5 حساب الاحتياجات اليومية والشهرية لبدائل الحليب.....154

الملحق 6 تدريب عمل السجلات للرضاعة الصناعية ضمن السكان 155

الملحق 7 دليل الحليب ووصفات تحضير بدائل الحليب الطبيعي..... 157

الملحق 8 كيفية تقديم الحليب بواسطة القارورات..... 159

الملحق 9 الطرق العشر لإعداد حليب صناعي آمن 160

الملحق 10 طريق إضافية للتعقيم.....161

الملحق 11 دليل مبادئ للرضاعة التكميلية لحليب الأم.....162

الملحق 12 تغذية الأطفال بغير الرضاعة الطبيعية عند سن 6-24 شهراً.....164

الملحق 13 الأغذية المستخدمة للتغذية العلاجية للرضع تحت سن الـ 6 أشهر...166

الملحق 14 ركن الرضاعة.....167

الملحق 15 مراجع معالجة سوء التغذية الحاد 168

مقدمة

هذا هو الكتاب الثاني من مجموعة كتب الرضاعة الطبيعية في الطوارئ. وهو مبنيّ على الدّليل التوجيهي المشترك للمنظّمات (يوليو 2001). وهذه الطّبعة أعادت صياغة المراجع والجزء المتعلّق بمرض الإيدز والرّضاعة الطّبيعية.

مجال الكتاب:

لقد تمّ اختيار عنوان "تغذية الرضع في الطوارئ" في الجزءين لأنّهما يغطّيان الرضاعة الطبيعية والصناعية أثناء الطوارئ والكوارث الطبيعية والنزوح. والعديد من المشاكل تواجهه مسألة تغذية الرّضع بما فيها سوء التغذية المتزايد والوفاة في فئات العمر المعرّضة.

تكون التغذية التكميلية (إعطاء أغذية إضافيّة غير الحليب الطبيعي للرّضع) أساسية بعد الشهر السادس. لن نقوم بالتغطية الكاملة لهذا الموضوع في هذا الكتاب للمساحة الضيّقة التي تحول دون تفسير المبادئ التقنية/الأساسيّة ولأنّ الوقت لتعليم الكتاب قصير. على أمل أن يكون هناك جزءاً ثالثاً نطوّر فيه موضوع التغذية التكميلية.

التحدي:

غالباً ما تقوم الكوارث الطبيعية والأزمات بالتأثير على نمط حياة الناس بحيث يصبحون بلا مأوى ويضطرون إلى مغادرة مناطقهم الأصلية. وفي الكوارث العظمى، قد تتدهور الأنظمة الصّحية ويصبح الوصول إلى الخدمات الصّحية إمّا محدوداً أو غير متوفّر كلياً.

في الأزمات، يواجه موظفي الصحة والتغذية الكثير من التحديات للعناية بالعدد الكبير من الأمهات والأطفال والذي قد يعاني أغلبيّتهم من سوء التغذية والاضطرابات النفسية. قد تفقد معظم الأمهات أبنائها وأزواجها وأفراد عائلاتها؛ والكثير منهنّ يصبحن ربّات المنزل. والتأثير على النّساء يمكن أن يكون هائلاً معنويّاً كما جسديّاً. لذلك، تحتاج النّساء في أوضاع الكوارث، وخاصّة من لديهنّ أطفالاً، إلى عناية خاصّة.

قد يعلم موظفي الصحة والتغذية أهمية الرضاعة الطّبيعيّة وصعوبة الرّضاعة الصّناعية أثناء الأزمات، ولكن القليل منهم تلقّى التدريب المناسب لذلك.

والتحدّيات التي تواجه هؤلاء الموظفين كثيرة حيث إنّ عليهم توفير الظروف الملائمة والدعم الكافي للأمهات للقيام بالرضاعة الطبيعية ومعرفة الطريقة السليمة للرضاعة الصناعية. كما عليهم معرفة التّعامل مع المصادر المحدودة والنّقص في المياه ومعرفة التّعامل مع الإمدادات الغذائية للرّضع.

الأهداف:

في الكتاب الأول تمّ عمل مقدمة وافية لأهمية الرضاعة في الأزمات والاتفاقيات الدولية لتسويق وتوزيع بدائل الحليب والتقليل من خطورة تقديم بدائل الحليب. وعليه فإنه يمكن إستخدام الكتاب الأول كمقدمة للكتاب الثاني.

ويقدّم الكتاب الثاني معلومات حول إعادة إدرار الحليب وإدارة الظروف الملائمة للرضاعة. يهدف الكتاب إلى تزويد موظفي الصحة والتغذية بالمعارف والمهارات لمساعدة الأمهات في الرضاعة الطبيعية والصناعية.

يهدف الكتاب الثاني أيضاً إلى تأمين المعرفة الأساسية لعاملي التغذية والصّحة والمهارات التي تساعد في تغذية الأمّهات المرضعات كما اللواتي يستعين بالرّضاعة الصّناعية. في الحالة الأولى، تكمن المسؤوليّة في دعم الرّضاعة الطّبيعية للأمّهات كي لا يفقدن ثقتهنّ بأنفسهنّ. وفي الحالة الثانية، يجدر تحديد ومساعدة النّساء اللواتي يعانين من مشاكل في الرّضاعة.

المستهدفين:

في الكتاب الأول، كان عمال فرق الإغاثة والطوارئ هم المستهدفون. بالنسبة للكتاب الثاني فإن المستهدفين هم موظفي الصحة والتغذية؛ ويقدّم الكتاب معرفة عملية محددة حول عملية دعم الأمهات وأموراً أخرى تتعلق بالرضاعة. يجب قراءة الكتاب الثاني بعد دراسة الكتاب الأول حيث إنّ الكتاب الثاني لا يتضمن محتويات الكتاب الأول.

ضوابط الخبرة:

معظم الأسئلة التي تدور حول الرضاعة تظل بدون إجابة بسبب عدم دراسة تلك الأسئلة في ظلّ الظروف القائمة. نتمنى أن يساعد هذا الكتاب موظفي الإغاثة في تسجيل خبراتهم بطريقة علمية لكي يستفيد الجميع من خبراتهم.

خيارات دورة التدريب:

يمكن إستخدام الكتاب الأول والثاني في إعداد الموظفين للعمل الإنساني أو تدريب الموظفين الجدد في الصحة والتغذية في أزمات حالية:

كل كتاب يحتوي علي:

- كتيّب يعطى لكلّ متدرّب
- حقائق وأرقام لكي يتم استخدامها في لوحات ورقية
- كتيّب شرح.

تتضمّن الكتيّبات نسخات صغيرة عن الأشكال العامّة من أجل أن تكون الدّراسة أسهل. وكلّ من يدرس الكتاب الثاني يجب عليه أن يكون قد درس الأوّل أيضاً. يمكن للكتاب الأوّل أن يتمّ عرضه في ساعة واحدة، مع أنّه ينصح بتخصيص ساعتين أو ثلاث من أجل

تعمّق أكثر. ويمكن للكتاب الثاني الذي يتألف من أربعة أجزاء رئيسية أن تتمّ دراسته من قبل المجموعة في خمس ساعات.
وبساطة الموادّ في الكتاب الثاني تجعله مناسباً لتدريب موظّفي الصّحة في حالات الطوارئ.

كيف تم إعداد الكتاب الثاني:

إن الكتاب الرئيسي يحتوي على خمسة أجزاء تحتوي على معلومات أساسية في:

- كيف يتم إنتاج حليب الأم وكيف يتدفق وكيف يتم مصّ الحليب
- الدعم الذي تحتاجه الأمّهات لرضاعة جيّدة
- كيف يتم تقييم الرضاعة
- كيفية مساعدة الأم والأطباء للتغلب على صعوبات الرضاعة

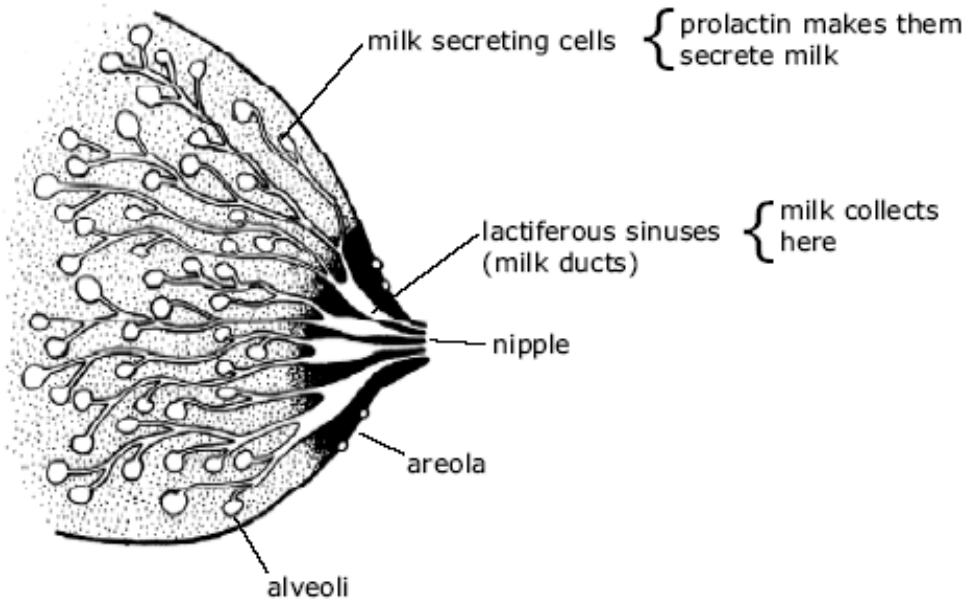
ويتضمن الجزء 6-9 على:

- إعادة تدفق الحليب (الإدرار)
- ظروف الرضاعة وحالات خاصة
- سوء التغذية الحاد عن الأطفال في سن الستة أشهر
- حالات عدم الإرضاع

10. كيف تتم الرضاعة الطبيعية

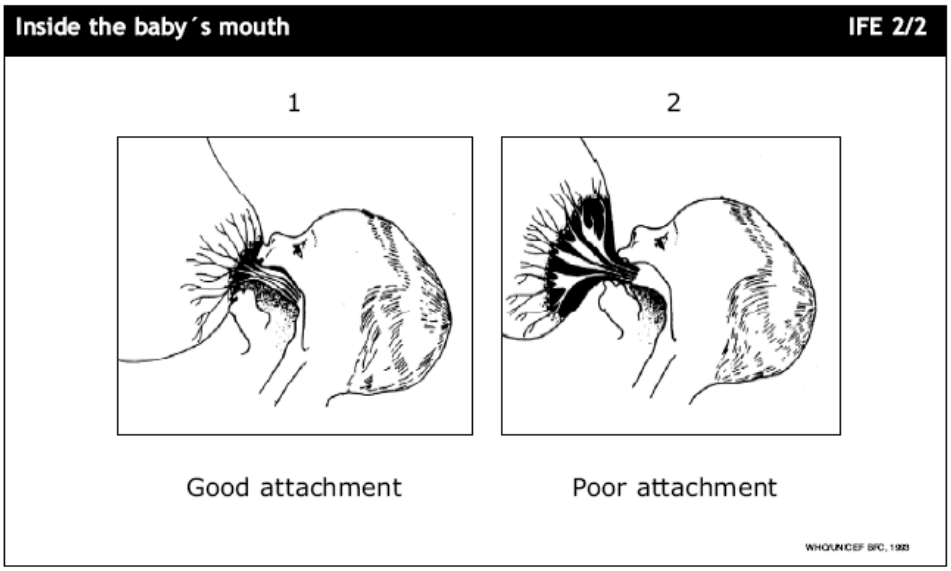
10.1 طريقة المص السليمة

IFE 2/1



عندما تقوم الخلايا المفرزة للحليب milk secreting cells بإنتاج الحليب، فإنه يتدفق إلى مسارات واسعة تسمى "مسارات الحليب" milk ducts والتي تتواجد تحت الجلد الداكن حول حلمة الثدي areola.
يجب أن يقوم الطفل بالمصّ الفعال لكي يحصل على الحليب. لذلك، على الطفل أن يقوم بشد جزء كاف من الثدي إلى فمه لكي يقوم بعملية الضغط على مسارات الحليب. تسمى هذه العملية بـ "الالتصاق الجيّد"، حيث لا يستطيع الطفل الحصول على الحليب بمجرد مص الحلمة.

الوضع السليم/الوضع الخاطئ للرضاعة:
تظهر هاتين الصّورتين ما الذي يحصل في فم الطّفل عند الرّضاعة.



الصورة الأولى:

- الحلمة والمنطقة الداكنة متمددة إلى الخارج متجهة إلى فم الطفل.
- مسارات الحليب متجهة إلى فم الطفل.
- لسان الطفل يمتد إلى الخارج مما يساعد على ضغط مسارات الحليب ليصل تدفق الحليب إليه وهذا ما يسمى بالمصّ.

هذا الطّفل ملتصق جيّداً ويمكنه الحصول بسهولة على الحليب من خلال المصّ بسهولة.

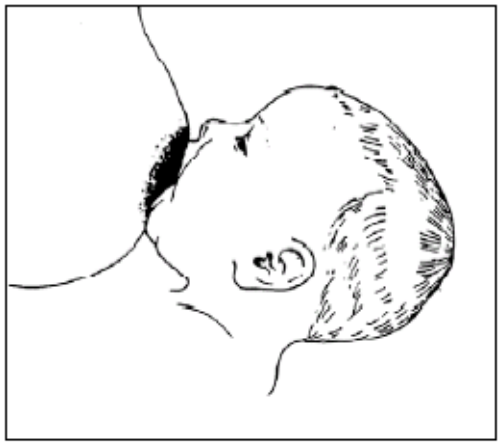
الصورة الثانية:

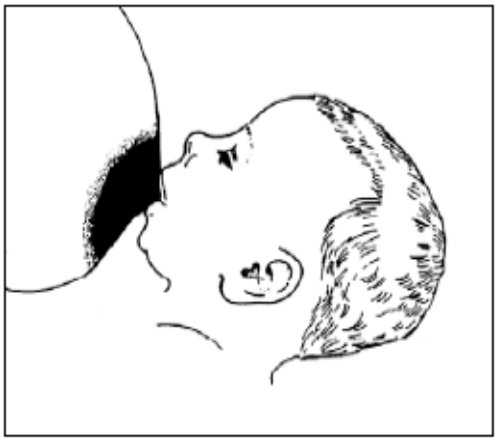
- الحلمة والمنطقة الداكنة بعيدة عن الطفل.
- مسارات الحليب بعيدة عن متناول الطفل.
- لسان الطفل يمتد إلى الداخل.

هذا الطّفل غير ملتصق بطريقة جيّدة. فهو يمصّ فقط الحملة ما قد يؤلم الأمّويحول دون حصوله على الحليب.

كيفية معرفة الوضعية السليمة والخاطئة

1 2





Areola, mouth, lower lip, chin

تظهر الصورة الأولى الوضع الصحيح:

- المنطقة الداكنة تغطي منطقة أكبر من الجزء العلوي أكثر منه إلى السفلي
- فم الطفل مفتوح
- الشفة السفلى إلى الخارج
- الذقن يكاد يلامس الثدي

تظهر الصورة الثاني الوضع الخاطئ:

- المنطقة الداكنة تظهر بشكل متساو على الجزء العلوي والسفلي
- الفم ليس مفتوحاً بشكل كاف
- الشفة السفلى إلى الداخل
- الذقن بعيد عن الثدي.

تقييم الأوضاع في الرضاعة (تدريب):

قرر ماهي الأوضاع السليمة والخاطئة أدناه.

1 2

في الصورة الأولى نلاحظ أنّ المنطقة الداكنة للثدي أدنى من أعلى الفم والفم ليس مفتوحاً كفاية. الشفة السفلى ليست إلى الخارج والذقن بعيدة عن الثدي، وهذا يعني أنّ هذا الوضع خاطئ.

في الصورة الثانية، وضع المنطقة الداكنة غير واضح، لكننا نستطيع رؤية فم الطفل مفتوحاً وأن الشفة السفلى إلى الخارج والذقن قريبة من الثدي، وعليه فإن الوضع سليم.

1 2

في الصّورة الأولى، نرى أنّ المنطقة الدّاكنة تتخطّى الفم الذي يظهر مفتوحاً. الشفة السفلى إلى الخارج والذقن قريبة من الثدي. وهذا الوضع هو صحيح.

في الصّورة الثانية، المنطقة الدّاكنة تظهر تحت الفم الذي لا يظهر مفتوحاً بالكامل. الشفة السّفلى إلى الخارج ولكنّ الذقن بعيدة عن الثدي. لذلك، إنّ الطّفل ليس بوضعيّة صحيحة.

علامات الرضاعة السليمة

إذا كان الطّفل في وضعيّة جيّدة، فهو يرضع بشكل جيّد ويأخذ الحليب الذي يحتاجه. ولكن، يجب أن نتأكّد من ذلك.

علامات على أنّ الطّفل "يشرب" الحليب ويرضع جيّداً:

- الطفل يأخذ رضاعات بطئية وعميقة مع بعض التوقفات أحياناً.

تسمح التوقفات بتدفق أكثر للحليب

- يمكن سماع صوت الطفل وهو يبتلع الحليب
- تكون وجنات الطفل دائرية ومنتفخة وليست مسحوبة إلى الداخل
- ينهي الطفل الرضاعة بنفسه مع شعور بالرضى

علامات على أنّ الطفل لا يرضع بسهولة وعمليّة الإرضاع ليست سليمة:

- يقوم الطفل بمص سريع
- يصدر الطفل أصوات فرقعة
- عندما تكون وجنات الطفل إلى الداخل
- عندما يقترب ويبتعد من الثدي عدة مرات
- عندما يرضع لفترة طويلة ولكنه لا يشعر بالشبع

مساعدة الأم في الوضعيات

الوضعيّة تدلّ على كيفيّة ضمّ الأمّ لطفلها. فإذا كان طفلها غير ملتصق بها تماماً، يمكن مساعدة الأمّ على اتّخاذ الوضعيّة السليمة ليقترب منها بشكل أفضل. أمّا إذا كان الطّفل ملتصق تماماً ويرضع بطريقة سليمة، فلا يجب تغيير الوضعيّة.

يمكن أن تكون الأمّ في وضعيّة مريحة – مثلاً، تجلس على الأرض أو على كرسيّ، مستلقية، واقفة أو تسير. كما أنّ الطّفل يمكن أن يكون في وضعيّات مختلفة، مثلاً تحت ساعد الأمّ أو مستلقٍ بجانبها.

هناك **أربعة نقاط رئيسيّة** تنطبق على كلّ الوضعيّات. يجب أن يكون جسم الطّفل:

- **مستقيماً**: حيث يجب أن لا تكون رقبة الطفل ملتوية أو إلى الأمام أو إلى الخلف.
- **مقابلاً للثدي**: يجب أن تكون أنف الطفل موازية لحلمة الثدي.
- **قريباً** من جسم الأم.
- **مسنوداً** ولكن جسم الطفل بأكمله وليس فقط الرّأس والرّقبة.

ولكي تبدأ بالرّضاعة، على الأمّ:

- تضع الطّفل بحيث تكون أنفه موازية لحلمة الثدي.
- تلمس فم الطّفل بالحلمة لكي يفتح فمه جيّداً.
- تقرّب الطّفل من ثديها لكي يرضع بكامل فمه.

يمكن أن تكون الأمّ بحاجة لأن تسند ثديها من الأسفل ولكنّها لا تحتاج لأن تبقيه بعيداً عن أنف الطّفل أو تضغط عليه بأصابعها. هذه العادات شائعة في بعض المجتمعات وقد تحول دون الالتصاق السليم. لن يجد الطّفل صعوبة في التنفس إذا كان في وضعيّة سليمة.

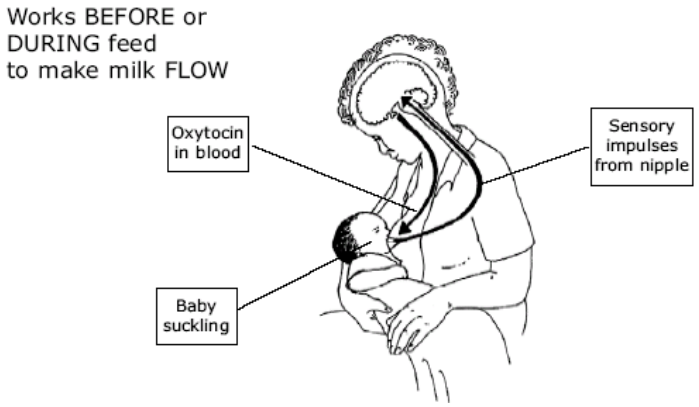
إذا كانت الأمّ ترضع بوضعيّة جديدة، يجب التأكّد من وضعيّة اطّفل ومراقبة عمليّة الرّضاعة. كما يجب التأكّد من أن الأمّ تعرف كيف تقرّب الطّفل منها ومعرفة ما إذا كان يرضع بطريقة صحيحة.

10.2 التدفق الجيد للحليب والثقة

عوامل مؤثرة على الحليب:

- المص
- شعور الأم

لايمكن بأي حال من الأحوال أن يصبح ثدي الأم خالٍ من الحليب حيث يتم إنتاج وتخزين الحليب طوال الوقت.



عند عملية المص من قبل الطفل يتم إفراز هرمون الأوكسيتوسين oxytocin . يعمل هذا الهرمون على استمرار تدفق الحليب المخزّن في مسارات الحليب باتجاه حلمة الثدي. تشعر الأم بوخزات خفيفة في الثدي ما يدلّ على تدفق الحليب.

يؤثّر شعور الأم على تدفق الحليب:

- شعور جيّد عندما تقوم بلمس أو رؤية أو سماع صوت طفلها. كما أنّ شعور الأم بالثقة بأنّ حليبها هو الأفضل يجعل الحليب يتدفق أكثر.
- شعور سيّء مثل القلق على حليبها أو رفض الطفل له.
- الشعور بالقلق الشديد قد يؤثر أيضاً على تدفق الحليب. ولحسن الحظ، فإنّ أيّ توقف لتدفق الحليب هو أمر مؤقت.
- الحماية والمأوى والبيئة الآمنة، كلّها تساعد الأمّ على تدفق حليبها من جديد.

لا يتطلب وجود هدوء كامل أو ظروف خاصة لعملية الرضاعة حيث إن بعض الأمهات يستطعن القيام بالرضاعة في الأوقات العصيبة بسهولة كما أنّ بعضهنّ يجدن أنّ الرضاعة تساعدهن على تجاوز الأزمات المختلفة.

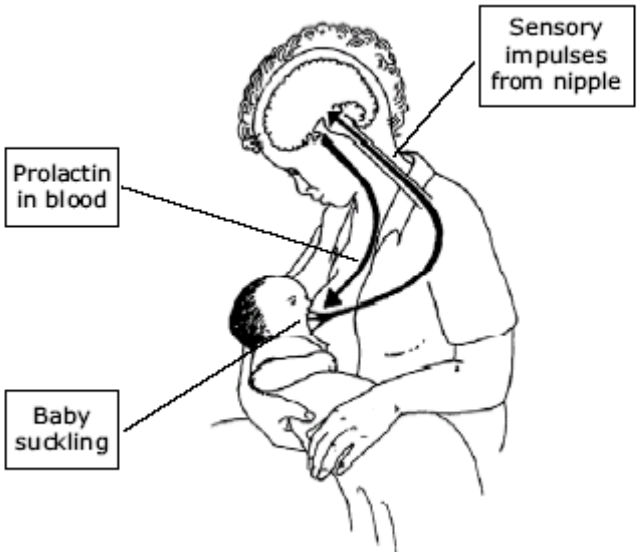
ليس من المؤكد أنّ الضغط يقلّل من تدفق الحليب لكن بعض النساء يعتقدن في ذلك؛ يستطيع موظفي الإغاثة مساعدة الأمهات لضمان تدفق الحليب بالآتي:

- ضمان الدعم لهن وبناء الثقة.
- إيجاد أم أخرى لتشجيعها وطمأنتها.

1.3 إنتاج الحليب الكافي

يتولد الحليب بالإستجابة لعملية المص، يجب التنبه إلى وجود عمليتين:

1. المص يحفز جسم الأم لإفراز هرمون البرولاكتين.
2. يقل إنتاج الحليب عندما يتبقى بعض الحليب في ثدي الأم.



تتحدّد كميّة الحليب بمدى مصّ الطّفل. فالثدي ينتج الحليب أكثر إذا كان الطّفل يرضع أكثر ويخفّ إنتاج الحليب إذا لم يكن الطّفل يرضع. وإذا لم يكن بمقدور الطّفل الرّضاعة، يجب على الأمّ أن تقوم بسحب الحليب.

كلّما زاد المصّ، زاد الحليب.

كلّما خفّ المصّ خفّ الحليب.

ليس هناك من كميّة محدودة للحليب عند الأمّ المرضعة. فهي بإمكانها دائماً إنتاج المزيد حتّى لو كان غذاؤها قليلاً. وإنتاج الحليب يخفّ فقط عندما تعاني المرأة من سوء حادّ في التغذية.

عوامل أخرى تؤثر على كمية الحليب التي يحصل عليها الطفل:

- إعطاء أغذية أخرى للطفل يقلل من المص وعليه يقلل من الإنتاج.
- آخر الرضعة، يتولد حليب يسمى الحليب الأخير وهو يحتوي على دسم أكثر ويعطي طاقة أكبر.
- الرضاعة في المساء تفرز برولاكتين أكثر فتنتج حليباً أكثر.
- لا ينقص الحليب عندما يتقدّم الطفل في العمر ولكن عندما يمصّ أقلّ.
- يمكن لأم التوأم أن تنتج حليباً كاف إذا كان لديها ثقة بالنفس وتتلقى الدعم المناسب.

هل يحصل الطّفل على كميّة كافية من الحليب؟

تشعر الكثير من الأمّهات بالقلق من أنهنّ لا ينتجن الحليب الكافي. وهذا يحصل خاصّة للأمّهات أثناء الطّوارئ. يمكن للعاملين في قطاعي الصّحة والتغذية التأكّد من أنّ الطّفل يحصل على الرّضاعة المناسبة من خلال مراقبة طريقة الرّضاعة. كما يمكنهم أن يشعروا بالقلق تجاه إنتاج الحليب وينقلون هذا القلق أحياناً إلى الأمّ.

وللحصول على كميّة كافية من الحليب، يحتاج الطّفل:

- أن يلتصق جيّداً بصدر أمّه ليمصّ ويحصل على الحليب بسهولة.
- أن يكون إنتاج الحليب جيّداً عند الأمّ حتّى لو كان المحيط متعباً.
- أن يرضع باستمرار لكي يزيد من إنتاج الحليب.
- أن يرضع على قدر ما يريد في كلّ مرّة ليحصل على الحليب الأخير ولكي يزيد من تحفيز الثدي.

الطّفل الذي يحصل عادة على حليب كاف يكون عادة:

- وزنه يزداد أكثر.
- نشيط وحيوي (نسبة لسنّه).
- بوله فاتح اللون (وهذه ليست إشارة حيث يمكن أن يكون الطّفل يتناول الماءوغيرها من السوائل).

أفضل سبل الرّضاعة

الرّضاعة الحصريّة والمستمرّة هي الأفضل للطّفل في عامه الأوّل. وهذا يضمن أنّه يحفّز حليب أمّه لإنتاج الحليب الكافي الذي يحتاجه من أجل نموّ متكامل.

على الطّفل أن:

- يرضع كما يشاء، نهاراً أو ليلاً بدون أي انقطاعات طويلة.
- يمصّ الحليب الأخير الذي يحتوي على الدّسم.
- يكون الثدي متوفراً باستمرار للرضاعة.

- عندد الانتهاء من الثدي الأول، يمكن تقديم الثدي الثاني، يتم إعطاء الخيار للطفل للرضاعة من أي ثدي حيث لا توجد قواعد تتبع.

1.4 الرضاعة المناسبة لكلّ عمر

بين سن 0-6 أشهر:

- يجب إرضاع الطفل خلال ساعة واحدة من الولادة.
- يجب إرضاع الطفل حصرياً عند الطلب ولمدة ستة أشهر.
- الرضاعة الحصرية تعني إعطاء الطفل الحليب الطبيعي بدون أي أغذية أو سوائل أخرى.
- يجب توفر الدعم للأمهات من أجل إنجاز الرضاعة الحصرية.

بين سن 6-24 شهر:

- يجب إستخدام التغذية التكميلية من سن الستة أشهر مع الاستمرار في الإرضاع حتى الشهر الـ 24.
- إذا كان الإرضاع حتى عمر السنتين غير متعارف عليه في المنطقة فيجب حماية الأم من أية إنتقادات.
- تشجيع الأطفال على الغذاء التكميلي من خلال:
  - 2-3 مرّات يومياً في سن 6-8 أشهر
  - 3-4 مرّات يومياً في سن 9-24 شهر
  - الطفل الذي لا يتم إرضاعه يجب إعطاءه وجبات أكثر
- ربما قد تحتاج بعض العائلات إلى المساعدة في تعلم إعداد الغذاء التكميلي خاصّة إذا كان الطّعام المتوفّر غريباً عنهم.

11. عناية داعمة لكلّ النّساء

يختص هذا الجزء بتقديم ما يمكن عمله من قبل موظفي الصحة والتغذية من أجل:

- مساعدة الأمّهات على الرضاعة الطبيعية في أوقات الأزمات.
- تشجيع الرضاعة الطبيعية عند وجود الرضاعة الصناعية قبل الأزمة.

تمّ الحديث عن بعض الشروط العامّة التي تسهّل عمليّة الرّضاعة الطبيعية في الجزء الأوّل. وهذه تتضمّن إقامة الملاجئ ومساعدة من هو بحاجة وتأمين الخصوصيّة وزيادة الحماية. وهذه بالإضافة إلى تلك التي نصّت عليها الاتّفاقية الدّولية لتسويق بدائل الحليب الطبيعي.

كذلك، تحتاج كلّ أمّ مرضعة لأربعة عناصر من الدّعم من أجل تعزيز المصّ الفعّال والإدرار الكافي للحليب والثقة. وهذه اعناصر هي:

1. التغذية الملائمة.
2. خدمات الأمومة الضرورية.
3. الخدمات الصّحية المناسبة.
4. الدّعم المستمرّ والمساعدة الاجتماعيّة.

11.1 التغذية المناسبة

الحاجة الغذائيّة عند إعادة الإدرار

تحتاج الأم المرضعة إلى 450 سعرة حرارية إضافية عند عملية الإدرار. بالإضافة إلى ذلك، فإن العناصر الغذائية الموجودة في الحليب تتطلب من الأم الحصول على عناصر غذائية من الغذاء التي تتناوله. وهذا يعني أن الأم تحتاج إلى خمس وجبات صغيرة إضافية

يومياً. في الأزمات، يجب أن تحتوي حصة الغذاء الموزعة على الطاقة والبروتين والعناصر الغذائية الضرورية للأم.

تغذية الأم المرضعة

يجب إعطاء الأم أغذية تحتوي 200000 جزئي من فيتامين أ خلال الـ 6-8 أسابيع الأولى من الولادة. بالإضافة إلى الحاجة لعناصر غذائية أخرى. تساعد المكمّلات الغذائية على تجنّب سوء التغذية عند المرأة التي ترغب في الحمل مرّة أخرى. على كلّ الأمّهات المرضعات تناول المكمّلات الغذائية لستّة أشهر على الأقلّ وطالما يقمن بالإرضاع؛ ويجب أن تؤمّن المكمّلات 450 سعرة حراريّة يومياً.

غالباً ما تكون الأغذية الإضافية للأم المرضعة تحتوي على حبوب قمح مدعّمة تزوّد جسم الأم بـ 10-12% طاقة من البروتين و 20-25% طاقة من الدهن وثلثي الإحتياجات الغذائية اليومية.

للأغذية المصنوعة في المنزل، يجب إعطاء الأم أغذية جافة بمعدل 1000-1200 سعرة حرارية يومياً.

تأثير سوء التغذية على الرضاعة

نادراً ما يؤثّر سوء التغذية على كميّة أو نوعيّة الحليب إذ إنّ المرأة تستعمل مخزون جسمها من المغذيات من أجل إنتاج الحليب. ولكن إذا بقي نظامها الغذائي فقيراً لفترة طويلة، قد يحتوي الحليب على فيتامينات ودهون أقلّ. ومع ذلك، يستمرّ حليبها بتغذية طفلها ويؤمّن له العناصر المضادّة للالتهابات. وليس هناك من بديل للحليب يمكن أن يؤمّن هذه العناصر.

سوء التغذية عند الرضاعة:

يجب تغذية الأمّ لكي تستطيع تغذية طفلها؛ وذلك من خلال مراقبة الوزن ومقدار البول. قد تحتاج أيضاً إلى مكمّلات مؤقتة عندما تبدأ بإنتاج الحليب.

Sierra Leone, 2001

كقاعدة عامّة، إذا كانت الأم نحيلة وتعاني من سوء التغذية فلا يجب عليها التوقف عن الرضاعة. إنّ التوقف معناه أن طفلها لن يحصل على الغذاء والمناعة المطلوبة. تحتاج الأم النّحيلة التي تعاني من سوء التغذية إلى الغذاء:

- لكي تعيد بناء جسمها من المغذيات وتحميه.
- لكي تقوم بإنتاج الحليب.

يجب إعطاء أي غذاء متوفر للأم وتقديم الدعم المناسب، إن تغذية الأم معناه تجديد قدرتها على إنتاج الحليب بدون فقدها للعناصر المخزنة في جسمها. كما يجب مراقبة عن كثب وزن الطّفل وكميّة البول عنده إذ قد يحتاج الطّفل إلى مكمّلات غذائية مؤقتة (بالإضافة إلى حليب أمّه) لحين تحسّن حالة الأمّ وزيادة حليبها. ولكن الغذاء وحده لا يساعد على إنتاج الحليب حيث يجب أن تستمر عملية المص للثديين من قبل الطفل.

إنّ الغذاء وحده لا يزيد من إنتاج الحليب.
عمليّة المصّ والرّضاعات المستمرّة تحفّز إنتاج الحليب.

دراسة حالة: أم نحيلة وقلقة

مريم أمّ نحلية تشعر بالوهن وقلقة بشأن نقص حليبها، طفلها عمره 3 أشهر ويتم إرضاعه حصرياً على الحليب، وضع مولودها جيد ومطمئن ويقوم بالتبول بانتظام.

يتم تزويد مريم بكميات غذائية منتظمة تتكون من الذرة والبقوليات والزيت والسكر، وتحصل على وجبتين بمعدل 700-1000 سعرة حرارية يومياً من العصيدة المصنوعة من الدقيق والزيت والسكر. كما تحصل على الفستق السوداني والحليب الجافّ عند توفّرها.

1. هل ستساعد الأغذية الأضافية على زيادة إنتاج الحليب؟
2. ماذا يمكنها عمله لإنتاج المزيد من الحليب؟
3. هل يجب أن تعطي العصيدة لطفلها؟
4. هل ينصح بإعطاء الحليب البديل للطفل؟
5. ماذا يمكن عمله لتطمين الأم؟

الإجابات:

1. لا تساعد الأغذية على زيادة معدل إنتاج الحليب وإنمّا قد تساعد الأم على الحصول على الطاقة والفيتامينات اللازمة.
2. المص السليم والرضاعة الصحيحة قد تزيد من إنتاج الحليب.
3. يجب عدم إعطاء الأغذية المركبة للطفل في هذا العمر. يجب عليها أن تواصل الرّضاعة الحصريّة حتّى يبلغ طفلها الستة أشهر وتتناول المكمّلات الغذائية بنفسها.
4. إن إعطاء المركبات الصناعية يضعف تدفق الحليب ويزيد من المخاطر الصحية للطفل.
5. يجب إعطاء الدعم المعنوي للأم لبناء ثقتها بنفسها.

السوائل:

قد يؤدّي الجفاف في الجسم إلى مشكلة في إنتاج الحليب. قد تصل الأمّهات إلى الملاجئ وهي تعاني الجفاف. تشكل السوائل مشكلة عند:

- حركة النّزوح.
- ظروف الجفاف الحادة.
- الكوارث الطبيعية التي تؤدي إلى تلوث المياه، مثل الفيضانات.

على العاملين في قطاعي الصّحة والتغذية الذين يهتمّون بالأمّ، أن:

- يتأكّدوا من أنّ المياه الصّالحة للشرب متوفّرة للأمّهات المرضعات ليشربن الكميّة التي يحتجن إليها.
- يتأكّدوا، إذا كانت الإمدادات محدودة، أن كلّ أمّ تحصل على ليتر إضافي من المياه يومياً.
- تأمين المياه للأمّهات اللواتي ينتظرن دورهنّ لفترة طويلة تحت أشعّة الشمس.
- تأمين المياه للأشخاص النازحين.

- إذا كانت الأمّ تعاني من الإسهال، فيجب عليها تناول الدّواء المخصّص للجفاف.

الوقاية من الجفاف

يجب توفير كميات كبيرة من السوائل عند وجود نساء مرضعات في:

- الاستراحات في أماكن العبور
- مراكز التسجيل
- الطوابير الطويلة

11.2 خدمات الأمومة المساعدة

يجب أن تكون الطرق العشر الصديقة للطفل من أجل رضاعة ناجحة جزءاً أساسياً من خدمات الأمومة في أوقات الأزمات.

الدّليل التوجيهي، فبراير 2007

عناية ما قبل الولادة

الكثير من العناصر المهمّة في عناية ما قبل الولادة، بما فيها الوقاية ومعالجة سوء التغذية والنقص في المغذيات، يجب أن تكون في موضعها. إنّ الطرق العشر الصديقة للطفل من أجل رضاعة ناجحة تتضمّن إعلام الأم عن فوائد الرضاعة الطبيعية. وثقافة ما قبل الولادة هامّة عند الشعوب التي تتّبع تقاليد الرّضاعة المختصرة أو الجزءيّة. يجب تسجيل الأمهات الحوامل مسبقاً حيث إنّ معظم الحوامل لا يقمن بطلب الإسشارة وقت الحمل.

دراسة حالة: الاعتماد المتزايد على العناية المنزلية أثناء الحمل

94% من النساء في راوندا عام 1992 حصلن على الاسشارة الطبية قبل الولادة مقابل 1% للولادات المنزلية. فقط 4% لم يحصلن على العناية ما قبل الولادة.

في عام 1995 في معسكر اللاجئين الراونديين في معسكر نجارا في تنزانيا، تمّ تقديم العناية لما قبل الولادة لـ 19 % من النساء و 59% من النساء حصلن على عناية منزلية. 22% من النساء في المعسكر لم يحصلن على أي عناية.

Lung'aho, Clause, Butera: Rapid Assessment of Infant Feeding Practices in two Rwandan Refugee Camps. San Diego; Wellstart International, 1996

.

الطّريقة الأفضل للحصول على معلومات عن النساء الحوامل هي في مخاطبة المجتمع المحلي عبر النساء المستعدات لتقديم المساعدة، ويجب أن تتضمن المعلومات:

- أهمية الرضاعة الطبيعية ومضار الرضاعة الصناعية.
- توصيات الرضاعة الحصرية وضرورة مواصلة الرضاعة.
- نموذج الرضاعة السليم لإدرار كمية الحليب المناسبة.
- ما يجب توقّعه مباشرة بعد الولادة.
- تصحيح أي معلومات مغلوطة وشائعة.

العناية الصديقة للطفل بعد الولادة

أينما كانت الولادة، يجب على العاملين في قطاعي الصّحة والتغذية مساعدة النّساء على الرضاعة الحصريّة في الأيّام الأولى. الخطوات 4 إلى 10 من "عشر خطوات صديقة للطّفل لرضاعة ناجحة" تغطّي موضوع العناية ما بعد الولادة.

تعالج **الخطوة الرّابعة** الرّضاعة باكراً. يجب إعطاء الطّفل إلى الأمّ مباشرة بعد الولادة ليكون قربها ويصبح مستعدّاً لبدء الرّضاعة. يتعرّف الطّفل على الثدي من خلال حاسّة الشمّ، وخلال الساعة الأولى يكون قد بدأ بفتح فمه يبحث عن الحلمة. في بعض الأوقات، يمكن لمسكّنات الألم التي استعملت خلال الولادة أن تؤثر على تجاوبات الأمّ أو الطّفل. ولكن، يجب إبقاء الطّفل على صدر أمّه حتّى لو كان بطيئاً في المصّ أو إذا كانت الأمّ شبه نائمة. والحليب الأوّل أي اللبا غنيّ بالعناصر التي تحمي الطّفل من العدوى، كما أنّ الرّضاعة باكراً تسهّل الرّضاعة لاحقاً وتزيد من تعلّق الطّفل بأمّه.

وضع الطفل على صدر أمّه مباشرة بعد الولادة

المولود الجديد يبحث عن حلمة الثدي وهو قريب جداً من الأم. كلاً من الأم والطفل يقوم بتدفئة الآخر.

واجبات القابلة الصحية

- تجفيف الطفل بسرعة ووضعه بجانب الأم لمدة ساعة على الأقل بعد الولادة وحتى يتم الإرضاع.
- التأكد من أن الطفل غير مغطى لضمان الاتصال بينه وبين الأم.
- التأكد من مساعدة الأم للطفل في إيجاد طريقة إلى الثدي.
- التأكد من تطبيق الخطوات اللاحقة.

الخطوة 5: تعريف الأم بطريقة الإرضاع عند الضرورة وكيف تموضع الطفل.

الخطوة 6: التأكد من الرضاعة الحصرية وعدم إعطاء أي مواد أخرى مالم يكن هناك داع طبي.

الخطوة 7و8: التأكد من بقاء الطفل والأم قريبين من بعضهما كل الوقت مع تشجيع الأم على رضاعة الطفل في أي وقت يطلبه الطفل.

الخطوة 9: عدم إعطاء الطفل أي مصاصات أو غذاء من قارورات زجاجية.

الخطوة 10: ضمان حصول الأم على الدعم والعناية المناسبين إما من أمهات مرضعات أو من مسشاري خدمة المجتمع.

خلال حالات الطّوارئ، تصل النّساء إلى الولادة المنزلية أكثر من العاملين الصحيّين مثل الممرّضات وأخصّائيي التوليد. وعلى من يساعد المرأة التأكّد من أنّ الرضاعة تبدأ باكراً وحصرياً.

يمكن للخطوات 4 إلى 10 أن تطبّق في كلّ مكان. والمرأة تولد بسهولة أكبر إذا توفّرت لها الخصوصية والدفء والمساعدين المناسبين.

2.3 الخدمات الصحية المناسبة

التدريب على الرّضاعة الطبيعية وتغذية الرّضع والأطفال الصّغار وتقديم الدّعم لهم على كلّ المستويات من العاملين في العناية الصّحية.

الدليل التوجيهي، فبراير 2007.

كما في خدمات الأمومة، كل الخدمات الصحية الأخرى يجب أن تشجع الرضاعة الطبيعية. يجب التعريف بمراكز الصحة كي تكون الحوامل والمرضعات على معرفة بالأماكن التي يتوجب زيارتها عند الحاجة.

خدمات الأمومة والطفولة

حيثما تتواجد هذه الخدمات، يجب على موظفي الصحة:

- تشجيع التغذية السليمة لفئات الأعمار المختلفة.
- دعم الرضاعة الطبيعية.
- التعرف على الأمهات والرضع الذين هم في حاجة إلى رعاية خاصة.

وهذا يجب أن يحدث:

- عندما يؤخذ وزن الطّفل.
  - يجب على الطّفل أن يزن 125 غرام أسبوعياً و500 غرام شهرياً حتّى العام السادس.
  - قلّة الوزن غالباً تدلّ على مشكلة في التغذية.
- عند التلقيح.
- عندما يأتي الأطفال للعلاج من المرض.

Chabalisa Camp, Ngara, Tanzania.

مرض الرضع والأطفال الصغار

عندما يمرض الأطفال، يزيدون تلقائياً الرّضاعة أو يعودون إلى الرّضاعة الحصرية.
الحليب الطبيعي هو أفضل غذاء وسائل للرضع المرضى والأطفال الصغار.
كيفية الرضاعة عند مرض الطّفل:

- يجب إبقاء الأم والطفل معاً، إذا تم إدخال الأم إلى مركز صحي فيجب إدخال الأم أيضاً لتبقى وتنام بجانب طفلها.
- إذا كان الطفل يستطيع الرضاعة فيجب تشجيع الأم على مواصلة الرضاعة.
- إذا لم يستتطع الطفل الرضاعة فيجب تعليم الأم كيف يمكن الضغط على الثدي بيدها لإدرار الحليب.
- عندما يكون الطفل مستعداً للرضاعة، فيجب إرضاعة بواسطة أنبوب أو حقنة أو قطارة أو بواسطة كوب.
- إذا تم إعطاء محلول إرواء فيجب إتباع الخطوات أعلاه من دون إستخدام القارورات.

مرض الأم

- يجب عدم التوقف عن الإرضاع عند مرض الأم أو عند المعالجة من المرض.
- حليب الأم يساعد على وقاية الطفل من إكتساب العدوى من الأم.
- تجد الام أن الرضاعة الطبيعية هي أسهل طريقة لتغذية طفلها أثناء مرضها، إذ إنّها تستطيع الرّضاعة مستلقية.

الرّضاعة أثناء مرض الأمّ:

- يجب أوّلاً معالجة مرض الأمّ.
- إبقاء الأمّ مع الطّفل في أغلب الأوقات واستمرار الرّضاعة.
- البحث عن قريب أو أيّ شخص يمكنه المساعدة في الاعتناء بالطّفل وجلبه للأمّ كي ترضعه.
- إذا لم تستطع الأمّ الرضاعة، فيجب تعليمها كيف يمكن الضغط على الثدي بيدها لإدرار الحليب.

المرض (خاصّة ارتفاع الحرارة)، الإسهال أو الأدوية خلال الجراحة قد تخفّض إنتاج الحليب عند الأمّ. ولكن يمكنها الاستمرار في الرّضاعة كلّما أمكن.

دراسة حالة: أم مصابة بمرض الكوليرا

نيرمالا تعاني من أعراض مرض الكوليرا وتقوم بإرضاع طفلها ذو الأشهر الخمسة حصرياً. الطّفل يبدو في صحة جيدة لكن معدل البول عنده 4 مرات خلال 24 ساعة.

1. هل يجب إبقاء الأم والطفل معاً أم يجب فصلهما؟
2. هل ينقل حليب الأم فيروس الكوليرا؟
3. هل يجب التوقف عن الرضاعة والاستعاضة بتركيبات الحليب البديل؟
4. أصيبت نيرمالا بالجفاف. ما الذي يجب القيام به؟
5. هل يمكن عمل شيء بالنسبة لإدرار بول الطفل؟
6. هل يمكن إعطاء مضادات حيوية للأم أو للطفل أو لكليهما؟

الإجابات:

1. يجب بقاء الأم والطفل معاً بغضّ النظر عن المرض، يجب مساعدة الأم من قبل موظفي الصحة.
2. لا ينتقل فيروس الكوليرا عن طريق الرضاعة.
3. يجب الأستمرار في الرضاعة طالما أنّ الأم واعية وغير مصابة بالجفاف.
4. يتناقص تدفق الحليب عند الأم المصابة بالجفاف وعليه يجب معالجتها بمحاليل الإرواء.
5. حيث إن الطفل يتبول بصورة غير طبيعية، أقل من ست مرات يومياً، فإنه مصاب بالجفاف وعليه فيجب إمداده بسوائل إضافية حتى يزداد إنتاج الحليب.
6. يتم إعطاء المضادات الحيوية إلى الأم المصابة وليس الطفل.

الصحة الإنجابية:

يجب على العاملين الصحيين الذين يعملون في مجال تخطيط الأسرة أن يقوموا بسؤال الأم فيما إذا كانت تقوم بالإرضاع. يجب عدم إعطاء الأم المرضعة أي موانع حمل تحتوي على الأستروجين لأنه يقوم بتقليل إنتاج الحليب. وتجنّب هذه الموانع ضروريّ جدّاً قبل سنّ الستة أشهر حين يحتاج الطّفل إلى الرّضاعة الحصرية وبين الستة أشهر والسنتين حيث يجب الاستمرار بالرّضاعة خاصّة خلال الأزمات.

مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)

على العاملين في قطاع الصّحة أن يدركوا سياسات الأمم المتّحدة 2006.

http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/consensus_statement_fr.pdf

والتّعامل مع تغذية الطفل في أوضاع انتشار مرض الإيدز يعتمد على ما إذا كانت الخدمات الصّحية تستطيع تقديم الفحص التطوعي للمرض.

من أجل اتّخاذ القرارات الصحيحة عن تغذية الرّضع، يجب أن تعرف الأمّهات ما إذا كنّ يحملن المرض وهذا يتطلّب استشارة تطوعيّة وسريّة وتأمين وتسويق الفحص. من المبدأ أن يكون الفحص تطوعيّاً ويكون مصحوباً برضى الأمّ.

HIV and Infant Feeding: guidelines for decision-makers. UNICEF/ UNAIDS/ WHO (2003)

خطر إنتقال مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) من خلال الإرضاع

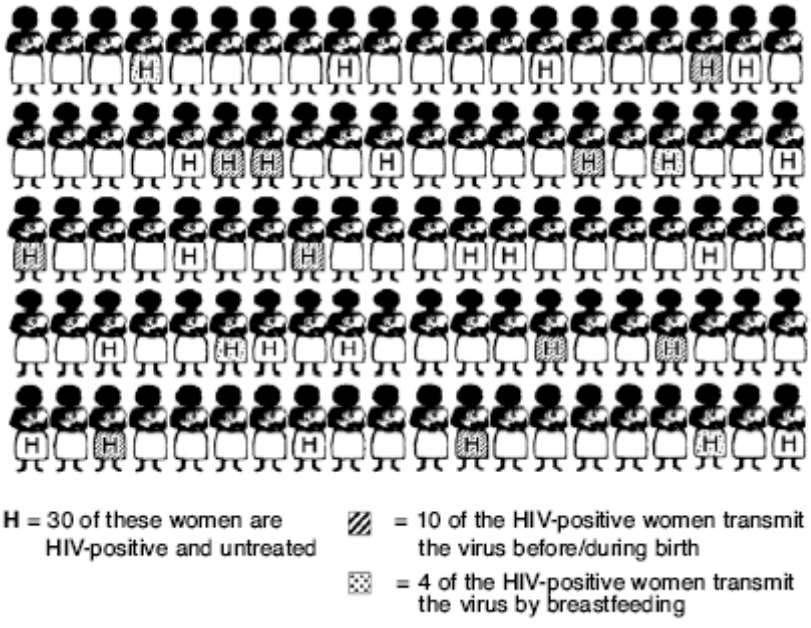
عندما تكون الأم مصابة بالإيدز، يجب إتخاذ قرار إرضاع الطفل بالنظر إلى جانبي المسألة حيث يجب عمل توازن بين مخاطر إنتقال الإيدز وبين مخاطر عدم الإرضاع.

إن إمكانية إنتقال العدوى من الأم إلى الطفل تكون كبيرة وقت الولادة حيث إن 30% من الأطفال يصابون بالعدوى في هذا الوقت. ويقل هذا الخطر عند إعطاء الأم مضادات خلال فترة المخاض.

عادة ما يفترض أنّ العدوى تنتقل لكلّ طفل يرضع. والواقع أنّ الخطر الإضافي لانتقال العدوى من خلال الرّضاعة يقدّر بـ 5-20% (حسب الفترة) للأطفال حتّى العام الثاني من الأمّهات المصابات بالعدوى اللواتي لم يحصلن على المضادات خلال المخاض. وهذه النّسبة تنخفض مع الرّضاعة الحصرية. التخطيط التالي يمكنه تفسير مخاطر انتقال العدوى إلى الطّفل. يظهر 100 امرأة مرضعة يعشن في ظلّ انتشار مرض الإيدز. 33% (30 امرأة) مصابة بالعدوى (غير مشخّصة). حوالى 30% من أطفالهنّ مصاب بالعدوى عند أو قبل الولادة (10 أطفال). حوالى 13% من هؤلاء الأطفال (4 أطفال) قد يصبن بالعدوى من

خلال الرّضاعة. لذلك، في مجتمع ينتشر فيه مرض الإيدز، حوالى 4-5% من الأطفال يصابون بالعدوى.

إذا 100 امرأة أرضعن حيث الانتشار للإيدز كثيف



من المهم عمل توازن بين مخاطر إنتقال الإيدز وبين مخاطر عدم الإرضاع، خاصة عندما تكون هناك صعوبة في الحصول على الحليب البديل أو وجود مكان نظيف لإعداد الرضاعة الاصطناعية.

عندما لايكون هناك إمكانية لعمل فحص الإيدز:

طبقاً لدليل الأمم المتحدة لعام 2006 ودليل العمليات التوجيهية حول تغذية الأطفال في حالات الطوارئ لعام 2007، فعندما لا يكون هناك إمكانية لعمل الفحص، يجب الاستمرار في الرضاعة الطبيعية الحصرية للأطفال تحت سن الـ 6 أشهر وإعطاء مكملات غذائية للأطفال عند سن العامين.

عندما لا يعرف وضع إصابة المرأة أو إذا تبيّن أنّها ليست مصابة، يجب تقديم الدّعم لها من أجل مواصلة الرّضاعة الحصريّة.

الدّليل التوجيهي، فبراير 2007.

عند وجود إمكانية الفحص: خيارات الرضاعة

عند فحص الأم ووجود أنها مصابة بمرض الإيدز، يجب مساعدتها في كيفيّة إرضاع طفلها. فدليل الأمم المتحدة الحالي ينص على:

- عند عدم وجود بديل مناسب ومستمر وآمن، فإنه يوصى بالرضاعة الحصرية للأطفال دون سن الـ 6 أشهر.
- عند وجود حليب بديل ومستمر فإنه يوصى بعدم الإرضاع.

الرضاعة الصناعية

يمكن تقليص إمكانية العدوى بمرض الإيدز عند استخدام الرضاعة البديلة ولكنه يزيد من إمكانية إصابة الطفل بالأمراض المختلفة وفي بعض الحالات الوفاة. وعلى المعلومات التي تقدّم للأمّ أن تكون مناسبة مع الأزمة الموجودة. وتوافر بدائل الحليب الطبيعي والمصادر الضرورية مثل المياه النظيفة والوقود وغيرها تختلف من مكان لآخر وبحسب مراحل الأزمة. والمرأة التي تختار الرّضاعة الضناعية تحتاج إلى من يرشدها في طريقة تحضير مناسبة.

الرضاعة الطبيعية

إذا اختارت الأم المصابة بأن تواصل الرضاعة الطبيعية فيجب أن تكون رضاعة حصرية بدون أي مكملات؛ حيث إنّ الرضاعة الطبيعية تساعد على وقاية الطفل من الإسهال وأمراض التنفس. والرّضاعة الجزئية الممزوجة بالرّضاعة الصناعية تزيد من مخاطر الإيدز وغيرها من العدوى.

يمكن للأم أن توقف الرضاعة الطبيعية بعد الشهر السادس إذا كانت تملك بديلاً مناسباً لأن التوقف عن الرضاعة في هذا العمر آمن. ومع ذلك فقد تبقى بعض الصعوبات في إعداد المكان المناسب للأمهات في الأزمات. وعليه فإن الأممم المتحدة توصي بالآتي:

- عند وجود بديل للحليب في عمر الـ 6 أشهر فإنه ينصح بإعطاء الطفل مكملات غذائية ويتم فحص الأم والطفل بصورة منتظمة. يجب التوقف عن الرضاعة عند وجود بديل مناسب ومتوفر ومستمر.

الأم البديلة للأيتام

وهذا يعني أن ترضع أمّ طفل أمّ أخرى، يتم تطبيق هذه الطريقة عند تفشي مرض نقص المناعة المكتسبة. ويجب الاستغناء عن هذه الطريقة عند وجود طرق أخرى أفضل. ويجب على الأمّ البديلة أن تدرك وتوافق على فحص واستشارات مرض الإيدز إذ سوف تحتاج إلى الفحص قبل البدء بالرّضاعة وبعدها بستّة أو ثمانية أسابيع. كما يجب أن تعرف كيفيّة تجنّب العدوى خلال الرّضاعة.

2.4 مواصلة المساندة والدعم الاجتماعي

خلال الأزمات، قد تكون الأمّهات في أيّ مرحلة من الرّضاعة. قد تواجه بعض الأمهات صعوبات في الإرضاع بسبب نقص الاهتمام وبعض الممارسات المحلية التي يمكن تغييرها مع الوقت للتكيّف مع الأزمة وليس بين ليلة وضحاها.

عندما لا تكون الرّضاعة سهلة، يجب تقديم المساعدة والعناية لأسابيع عدّة حتّى الوصول إلى الرضاعة المناسبة لكل عمر، زيادة ثقة الأمّ ونموّ صحّي للطّفل. وعلى المساعدة أن تستمرّ بعد الستة أشهر عندما يتمّ إدخال المكمّلات الغذائية.

قد تفقد الأمهات الثقة في أنفسهن من حيث قدرتهن على الإرضاع ومعدل إنتاج الحليب، وقد تجد الأمهات اللاتي هنّ بعيدات عن أسرهنّ صعوبة في مواصلة الإرضاع. يجب على موظفي الصحة والتغذية تقديم الترتيبات والمساعدة الشخصية لتكون الرضاعة أسهل.

المساعدة في الترتيبات والاهتمام الشخصي

- التّخفيف من العزلة
- تشجيع الخصوصية، إذا كانت مقبولة اجتماعياً
- تشجيع الرضاعة بحسب الفئة العمرية
- تثقيف أفراد العائلة والمجتمع
- إزالة الرسائل المتناقضة
- الإستماع
- بناء الثقة

التّخفيف من العزلة

- مساعدة الأمّهات على الالتقاء دائماً خاصّة الشابات الخجولات والأمّهات الجديدات أو تلك اللواتي فقدن عائلتهنّ أو مجتمعهنّ أو اتّصالاتهنّ الاجتماعية.
- الزّيارات المنزلية تخفّف من العزلة التي تمنعهنّ من الانخراط في المجموعة.
- تشجيع الخصوصية، إذا كانت مقبولة اجتماعياً

تشجيع الرضاعة بحسب الفئة العمرية

- يتضمّن دعم الأمّهات التشجيع الدائم لهنّ.
  - من أجل الرّضاعة الحصرية لستة أشهر
  - من أجل الاستمرار بالرّضاعة نهاراً وليلاً حتّى العام الثاني، مع المكمّلات الغذائية المناسبة.

- مدح الأمّهات عندما يقمن بهذا الأمر والتأكّد من أنّهن يعين أنّها الطريقة المثلى لرضاعة مثالية.

تثقيف أفراد العائلة والمجتمع

- مساعدة العائلات وأعضاء المجتمع على دعم الرّضاعة بحسب الفئة العمريّة.
- لا يجب انتقاد الأمّهات اللواتي يرضعن أكثر حصرياً أو باستمرار أو أكثر من اللازم.
- تفسير القيمة الفريدة لصحّة الطّفل والأمّ، خلال وبعد الأزمات.

إزالة الرسائل الضارّة

- إزالة كلّ الملصقات وغيرها من الرّسائل التي تناقض ممارسات الرّضاعة الجيّدة، مثلاً:
  - الموادّ التي تشير إلى أنّ أطعمة أخرى يمكن أن تحلّ مكان الحليب الطبيعي قبل الشهر الثاني عشر، أو تلك التي تشير إلى ضرورة تخفيف الرّضاعة أو الرّضاعة الليلية قبل العام الأوّل.

الرعاية الشخصية: الإستماع وبناء الثقة

على موظفّي الصّحة والتغذية الاستماع والتحدّث مع الأمّهات باللغة التي تفهمها. كما يمكن تنظيم زيارات منزلية للنّساء من قبل موظفّي الصّحة أو لقاءات بين الأمّهات لكي يتناقشن.

الإستماع

- الأستماع وتشجيع الأمهات على التحدث عن مشاكلهن وقلقهن وحيرتهن.
- سؤال الأمهات عن كيفية التكيف مع العائلة وضغط العمل.
- عند فقدان العائلة فإن رضاعة الطفل تكون آخر اهتمامات الأم.
- يمكن الاعتماد على شخص آخر يقوم بالاستماع إلى مخاوف الأم.

بناء الثقة

- وجود امرأة متفهمّة وغير منتقدة، تستمع إلى الأم وتمدحها على الأشياء الجيدة التي تعملها، يزيد من ثقة الأمّ بنفسها. كما أنّها بحاجة لهذا التشجيع.
- يساعد تشجيع الأم على الثقة في أنّ حليب لن يتوقف أثناء الازمات وأنه يمكن معالجة أي صعوبات تعترض عملية الرضاعة.

3. تقييم حالة الأم/الطفل

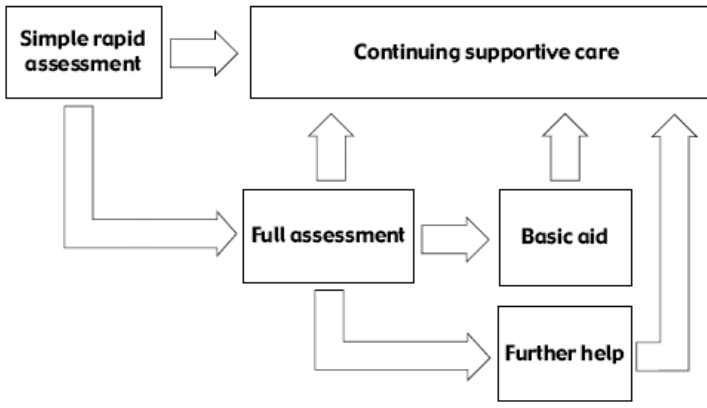
Rwandan refugees in Central African rainforest, 1997. R. Chalassani for UNHCR

3.1 نوعان من التقييم

يمكن تقييم رضاعة الأطفال حتّى العام الثاني من خلال طريقتين:

- التقييم البسيط والسريع
- التقييم الشامل

تحديد من هم بحاجة للمساعدة



التقييم البسيط والسريع

يمكن عمله أثناء عملية التسجيل وجمع المعلومات أو أيّ لقاء مع موظّفي الصّحة والتغذية؛ هذا التقييم يقرّر:

- أن الطفل لا يعاني من سوء التغذية وأنّ الأم تحتاج إلى رعاية طبية فقط.

- أن الطفل يعاني من خطر س سوء التغذية ويجب عمل تقييم شامل.

التقييم الشامل

ويحصل عادة في المركز الصحّي التي تتواجد فيه الأمّ. والتقييم الشامل يشمل:

- ما يجب تطويره
- نوع المساعدة المطلوبة.

يجب أن تحصل كلّ الأمّهات على الدّعم والعناية الضروريين. وقد يحتجن أيضاً إلى مستويين من المساعدة الإضافيّة:

- **المساعدة الأساسيّة** التي تحتاجها معظم الأمّهات.
- **المساعدة الإضافيّة** التي تحتاجها بعضهنّ.

بعض مقدّمي الرّعاية قد يحتجن إلى مساعدة في الرّضاعة الصّناعية.
تحتاج الأمّهات **المريضات** أو اللواتي يعانين من **سوء التغذية** إلى العناية الخاصّة حيث يجب إحالتهنّ مباشرة إلى من دون أيّ تأخير إلى المراكز الصّحية مع أطفالهنّ.

3.2 التقييم البسيط والسريع

لا يتطلب هذا التقييم أي تدريب في الصحة أو التغذية أو الرضاعة ويشمل:

- الرضاعة المناسبة للفئات العمرية.
- تسهيل عملية الرضاعة.
- حالة الطفل.

الصّور التالية تظهر لائحة الأسئلة التي يجب طرحها في هذا التقييم. محاولة تذكّر هذه الأسئلة لطرحهم من دون استعمال النموذج الذي هو فقط للتدريب. من الأفضل طرح الأسئلة على كلّ امرأة على حدة لتكون الأجوبة خاصّة.

الرضاعة المناسبة للفئات العمرية

يجب توجيه الأسئلة التالية:

1. كم عمر الطفل؟ العمر: _____ شهر
2. هل يتم إرضاعه؟
3. هل يتم إعطاء الطفل أغذية أو سوائل أخرى؟

سبب عمل التقييم الشامل:

- في حالة عدم الإرضاع.
- الإرضاع لكن بطريقة لا تتناسب مع العمر:

- في حالة عدم إعطاء رضاعة حصرية للطفل تحت سن الـ 6 أشهر
- عدم إعطاء الطفل مكملات غذائية بعد سن الـ 6 أشهر

السؤال:

- كم عمر الطفل؟ (إذا لم يُعرف، يمكن التقدير، تحت أو فوق الستة أشهر)
- هل يتم إرضاعه؟
- هل يتم إعطاء الطفل أغذية أو سوائل أخرى؟

إذا كان الطّفل:

- لا يرضع (أكان تحت أو فوق الستة أشهر من العمر).
- يرضع ولكن بطريقة لا تتناسب مع عمره (تحت الستة أشهر ولا يتمّ إرضاعه حصرياً ويتناول المكمّلات الغذائية) يكون عرضة لسوء التغذية.

يجب الرّجوع إلى التقييم الشامل.

يجب الرّجوع إلى التقييم الشامل عند تقديم الرّضاعة الصّناعية لكلّ الرّضع.

والخطر يكون أعلى في حالة الطّوارئ.

.

تيسير عملية الإرضاع

تيسير عملية الإرضاع

4. هل يستطيع الطفل الرضاعة من ثدي الأم؟
5. هل توجد صعوبات أخرى بالنسبة للإرضاع؟

أسباب عمل التقييم الشامل

- عدم قدرة الطّفل على الرضاعة.
- الأمّ تعاني من مشاكل في الرّضاعة.
- الأمّ تطلب بدائل الحليب.

السؤال

4. هل يستطيع الطفل الرضاعة من ثدي الأم؟

5. هل توجد صعوبات أخرى بالنسبة للإرضاع؟

دع الأمّ تتحدّث بحريّة تامّة عن طريقة الرضاعة. ولكنّها أيضاً قد تجاوب باختصار.

إذا قالت الأمّ:

- الطّفل لا يستطيع الرضاعة.
- تعاني مشاكل أخرى في الرضاعة.
- تحتاج لبدائل الحليب.

يجب عمل التقييم الشامل إذ إنّ حياة الطفل في خطر.

حالة الطفل:

النظر إلى حالة الطفل

6. هل يبدو الطفل نحيلاً؟
7. هل يعاني الطفل من خمول عام أو مرض ربّما؟

الأسباب للرّجوع إلى التقييم الشامل:

- الطّفل يبدو نحيلاً جداً
- خامل وربّما مريض

يجب الطلب من الأم أو العامل الصحي إزالة الغطاء عن الطفل، على الأقل عن الجزء العلوي والوجه، ومحاولة إيقاظ الطفل.

أنظر:

6. هل يبدو الطفل نحيلاً؟

7. هل يعاني الطفل من خمول عام أو مرض ربّما؟

إذا كان الطفل يغط في النوم، فيمكن سؤال الأم عن حالته عندما يكون مستيقظاً وما إذا كان يتصرف بطريقة غير إعتيادية.

إذا كان الطّفل:

- يبدو نحيلاً جدّاً.
- خمول أو ربّما مريض.

يجب الرّجوع إلى التقييم الشامل، والعناية الطبية الضرورية.

الانتهاء من التقييم الشامل

إذا لم تكن هناك خطورة على حياة الطفل بسبب التغذية المناسبة للسن المناسب والرضاعة سهلة، ولم يكن الطفل يعاني من ضعف أو نحول وكانت الأم بحاجة إلى عناية طبية إعتيادية فيجب:

- تشجيع الأم على تصرفها هذا في ظلّ الظروف الصّعبة التي تمرّ بها.
- تشجيع الأم على طلب الدعم عند الحاجة إليه.

إذا كان الطفل في خطر وعند وجود حاجة لعمل تقييم شامل فيجب:

- إعلام الأم بما يجب فعله وأين يمكنها طلب الدعم.

استمارة التدريب: التقييم البسيط والسّريع

السؤال:

1. كم عمر الطفل؟ العمر: _____ شهر
2. هل يتم إرضاعه؟
3. هل يتم إعطاء الطفل أغذية أو سوائل أخرى؟
4. هل يستطيع الطفل الرضاعة من ثدي الأم؟
5. هل توجد صعوبات أخرى بالنسبة للإرضاع؟

النظر:

6. هل يبدو الطفل نحيلاً؟
7. هل يعاني الطفل من خمول عام أو مرض ربّما؟

أسباب اللجوء إلى التقييم الشامل:

___ في حالة عدم الإرضاع.
___ الإرضاع لكن بطريقة لا تتناسب مع العمر:
في حالة عدم إعطاء رضاعة حصرية للطفل تحت سن الـ 6 أشهر
عدم إعطاء الطفل مكملات غذائية بعد سن الـ 6 أشهر
___ عدم قدرة الطّفل على الرضاعة.
___ الأمّ تعاني من مشاكل في الرّضاعة.
___ الأمّ تطلب بدائل الحليب.
___ الطّفل يبدو نحيلاً جداً.
___ الطّفل خامل وربّما مريض.

تطبيق التقييم البسيط والسريع

يمكن إستخدام استمارة التقييم البسيط والسريع مع أحد الزملاء أوّلاً من أجل التدرّب على طرح الأسئلة. وبعدها يمكن البدء في تطبيقه مع الأمهات والأطفال في الحالات الطارئة والعادية. وبعدها لن يأخذ الأمر أكثر من بضع دقائق لإنجاز التقييم. يجب إبقاء التقييم بسيطاً وعدم الخوض في تفاصيل الرضاعة خلال هذه المرحلة وعدم تقديم النصائح.

تدريب عملي على التقييم الشامل: صور

لقد استخدمنا صوراً حقيقية من أوقات الطوارئ لعرض حالات وتفاصيل يمكن حدوثها، ماذا يمكن فعله في كل حالة؟

1. **أمهات ينتظرن عملية التسجيل في دابروا، أرتيريا، عام 2000**

لنفترض أن الطفل في الصورة عمره ثلاثة أشهر وأنّ الأم تقول بأنّها ترضعه رضاعة حصرية. عندما تزيل الأم الغطاء عنه، يفتح عينيه وينظر حوله. لا يبدو الطفل نحيلاً وذلك من خلال ملاحظة صدره وذراعه. تخبرنا الأم بأنّ الرضاعة تجري بصورة جيدة ولكنها قلقة لأنّ ابنها الأكبر مفقوداً.

2. **أم تعاني من الإنهيار، كالدانج، البوسنة، عام 1995**

تقوم هذه الأم بإرضاع ابنتها ذو التسعة أشهر بالإضافة إلى إعطائها بعض الحبوب. تنمو الطّفلة جيّداً، ولكنّ الأم تخاف من كمية الحليب بسبب خوفها بعد هروبها من مدينتها. لقد خسرت كل شيء وتخشى من فقدان حليبها أيضاً. تطلب أن يعطى تركيبات حليب لطفلتها.

أم وطفلها في بيارو، كونغو، عام 1997

قطعت هذه الأم المصابة بالجفاف وسوء التغذية المئات من الأميال عبر الغابات الماطرة طلباً لمساعدتها ومساعدة طفلها. تقول إنها لا تستطيع سوى إرضاع طفلها الذي يبلغ الأربعة أشهر ويبدو نحيلاً. الطّفل يبدو عصبياً وضعيفاً ولا يرضع بسهولة وتعتقد الأمّ أن طفلها يرفض الرضاعة ربما بسبب إنها مريضة ولا يوجد حليب في صدرها.

الإجابات:

1. **الأمّ في أرتيريا**
   لا يتوجب عمل التقييم الشامل حيث إنّ الطّفل يرضع حصرياً ويبدو نموّه جيداً والأمّ لا تهتمّ ببديل الحليب. الدعم الطبي لها للأسابيع القادمة سيكون كافياً.
2. **الأمّ في البوسنة**
   يجب عمل التقييم الشامل بسبب شكّ الأمّ في إنتاجها للحليب.
3. **الأمّ في الكونغو**
   يجب توفير الماء والغذاء بصورة عاجلة ومن ثم طلب العناية الصحية لهما بالإضافة إلى تقديم نصائح تغذية عند الحاجة.

3.3 التقييم الشامل للرضاعة

عادة ما يقوم موظفي الصّحة والتغذية بالتقييم الشامل مع المسؤولية المباشرة على صحّة وتغذية الأمّ والطّفل. إذا كانت الأمّهات لا تردن أن يساعدها الموظفين الذكور، يجب تحديد الإناث للقيام بالتقييم الشامل. يساعد يساعد هذا التقييم العاملين الصحيين على معرفة:

- إذا كان الطفل يتلقى رضاعة سليمة
- إذا كانت الأم تشعر بالثقة بتدفق الحليب
- إذا كان إنتاج الحليب كاف
- تفاصيل أخرى عن الرضاعة السليمة للسن المناسب.

التقييم الشامل لتغذية الرّضع يتضمّن ثلاث خطوات:

1. مراقبة الرّضاعة

2. الإستماع والتعلم من الأم أو العامل الصحي
3. مراقبة عمليّة الرضاعة الصناعية إذا كانت موجودة.

السؤال: هل يرضع الطّفل؟

إذا كان الطّفل يرضع، يجب مراقبة عمليّة الرّضاعة (الخطوة 1). وهذا يوضح أسباب "الحليب غير الكافي" التي لم تلحظه الأمّ مثل المصّ غير الفعّال أو الرّضاعات الصغيرة. إذا كان الطّفل لا يرضع، يجب الاستعانة بالخطوات 2 و3 للتقييم الشامل.

التقييم الشامل ـ الخطوة الأولى: مراقبة الرضاعة

إذا لم يتم إرضاع الطفل مؤخراً، فيجب الطلب من الأم وضعه على صدرها. يجب مراقبة الرضاعة لمدة أربع دقائق على الأقل ويفضل حتى إنتهاء الرضاعة. يجب الاستماع والتحدّث مع الأمّ، ومراقبة في نفس الوقت كيف تقوم بالإرضاع. لا يجب إعطاء النّصائح أو المساعدة.

وخلال مراقبة الرّضاعة، الانتباه إلى أربعة أمور:

1. وضعية الرضاعة
2. فعالية المص
3. ثقة الأم
4. طريقة الانتهاء من الرضاعة.

المراقبة والاستماع من دون تقديم النّصائح قد يكون صعباً في بادئ الأمر. ولكنّها ضرورية من أجل مساعدة الأمّهات ومقدّمي الرعاية.

إذا كان الطّفل يعاني صعوبة في المصّ على الإطلاق، أو يقوم بذلك بطريقة ضعيفة، يجب مراجعة التقييم الطبي إذ قد يكون الطّفل مريضاً أو يعاني من سوء التغذية.

التقييم الشامل ـ الطريقة الأولى: مراقبة الرضاعة

- **وضعية الرضاعة:**
  - المنطقة الداكنة للثدي إلى الأعلى
  - الفم مفتوح
  - الشفة السفلى إلى الخارج
  - الذقن ملامس للثدي
  - عدم وجود ألم أو انزعاج في الحلمة
- **المص:**
  - بطء، مصات عميقة، وجود توقفات
  - بلع مسموع أو مرئي

- **ثقة الأم:**
  - مرتاحة ومستمتعة ولا تقوم بتحريك ثديها أو طفلها
  - علامات الترابط (النظرات، الاحتضان)
- **كيف تنتهي الرضاعة:**
  - يترك الطفل الثدي بنفسه
  - يظهر الطفل الرضى والارتياح، ولا يعود مهتماً بالثدي
  - تستمر الأم في ترك الثدي متاحاً للطفل، أو تعطيه الثدي الآخر.

مراقبة طريقة مصّ الطّفل

مراقبة إشارات المصّ الفعّال

- مصّات بطيئة مع توقفات.
- بلع مسموع أو مرئي

هناك إشارات تدلّ على أنّ الطّفل يمصّ جيداً ويرضع بسهولة.

مراقبة إشارات المصّ غير الفعّال

- مصّات سريعة مع صوت عال
- الانزعاج
- التوقف وتكرار الرّضاعة باستمرار

هذه إشارات أنّ الطّفل لا يحصل على الحليب الكافي.

قد تقول الأمّ أنّ الطّفل يرضع باستمرار أو لمدّة طويلة، أو أنّه منزعج بعد الرّضاعة. وهذه إشارات أنّ الطّفل لا يحصل على الحليب بسهولة.

ملاحظة ثقة الأمّ

هل تستمتع من الرّضاعة وتشعر بالرّاحة والسعادة مع طفلها؟ قد تظهر علامات التعلّق بطفلها (مشاعر قويّة وعاطفة) مثل الملامسة أو النّظر إليه. ولكنّها أيضاً قد تظهر عاطفة أقلّ ولكن تضمّ طفلها بحنان وثقة. الامّ التي تهزّ صدرها أو طفلها خلال الرّضاعة تظهر عدم الرّاحة.

الرّضاعة الجيّدة والأمّ المرتاحة والواثقة هي علامات الإدرار الجيّد للحليب.

مراقبة وجود ألم عند الأمّ

السؤال ما إذا كانت تشعر بالألم في ثدييها أو حلمتها. وخلال التقييم، قد تقول الأمّ أو يكون واضحاً ما إذا كانت تشعر بالألم أو الورم أو غيرها من المشاكل في صدرها. سوف يتمّ مناقشة آلام الصّدر وكيفيّة مساعدة الأمّ لاحقاً. من المهمّ عدم التوصّل إلى استنتاجات عن إنتاج أو إدرار الحليب من مظهر الثدي.

ملاحظة انتهاء الرّضاعة

مثالياً، تستمرّ الرّضاعة مع بعض التوقفات لحين يشبع الطّفل تلقائياً ويترك الثدي. ملاحظة ما يجري:

- يترك الطّفل الثدي بنفسه ويفقد الاهتمام بالرّضاعة. قد يبدو مرتاحاً وسعيداً ومكتفياً.

يدلّ هذا على أنّ الطفل قد حصل على الحليب الكافي.

- تبقي الأمّ ثديها متاحاً أو تقدّم لطفلها الصّدر الآخر.

يدلّ هذا على أنّها لا تمنع عنه الرضاعة وتسمح له بالاستمرار إذا أراد ذلك.

- تبعد الأمّ الطّفل عن ثديها وتتوقف عن الرّضاعة.

يدلّ هذا على أنّ الأمّ تمنع طول فترة الرضاعة وقد لا يحصل الطّفل على الحليب الذي يريده.

استمارة التّدريب على التقييم الشامل
الخطوة الأولى: مراقبة الرّضاعة

(إذا لم يكن الطّفل يرضع، يجب استخدام التقييم الشامل، الخطوتين 2 و3).
مراقبة الرّضاعة لمدّة أربع دقائق على الأقلّ، والأفضل حتّى الانتهاء. عدم تقديم المساعدة أو النّصيحة. الإجابة بـ "نعم" أو "كلا"، أو كتابة الملاحظات.
إذا كانت جميع الأجوبة "نعم" يدلّ هذا على أنّ الرّضاعة تسير على أكمل وجه. إذا كان بعضها "كلا"، فإنّ الأمّ تحتاج للمساعدة.

الالتصاق بالصّدر
___ المنطقة الداكنة للثدي إلى الأعلى
___ الفم مفتوح
___ الشفة السفلى إلى أعلى
___ الذقن ملامس للثدي
___ عدم وجود ألم أو انزعاج في الحلمة

المصّ
___ بطء، مصات عميقة، وجود توقفات
___ بلع مسموع أو مرئي

ثقة الأمّ
___ مرتاحة ومستمتعة ولا تقوم بتحريك ثديها أو طفلها
___ علامات الترابط (النظرات، الاحتضان)

انتهاء الرّضاعة
___ يترك الطفل الثدي بنفسه
___ يظهر الطفل الرضى والارتياح، ولا يعود مهتماً بالثدي
___ تستمر الأم في ترك الثدي متاحاً للطفل، أو تعطيه الثدي الآخر.

التدريب على التقييم الشامل – الخطوة الأولى: مراقبة الرّضاعة

استعمال النّسخة أعلاه واغتنام كلّ فرصة من أجل مراقبة الرضاعة من البداية إلى النّهاية. إذا أمكن، المراقبة مع زميل ثمّ مقارنة الملاحظات.

التقييم الشامل – الخطوة الثانية: الاستماع والتعلّم

عند القيام بالتقييم الشامل ومساعدة الأمّ أو مقدّم الرعاية، أهمّ ما في الأمر هو الاستماع بانتباه والتعلّم منها إذ قد يساعد في تقديم الدّعم التي تحتاجه خاصّة من أجل:

- بناء أو إعادة ثقة الأمّ بنفسها
- زيادة إنتاج الحليب

كما يمكنها أن تقول كيف وماذا تقدّم لطفلها من حليب آخر أو غذاء، من أجل:

- إرشادها حول التغذية المناسبة لكلّ عمر.

الانتباه

يجب التعريف عن النفس وطلب الإذن من الأمّ للتحدّث معها، كما الجلوس أو الوقوف في المستوى نفسه معها. كذلك، يجب أن تشعر الأمّ بالانتباه التامّ والاستماع وفهم ما تقوله.

تشجيع الأمّ على التحدّث بحرية

الطّريقة المثلى لتشجيع الشخص على التكلّم هي في طرح الأسئلة المفتوحة مثل "لماذا؟" و"كيف؟". كما يمكن طرح أسئلة مثل "هل يمكنك أن تحبرينا عن...؟"، "كيف تتمّ الرّضاعة؟"، ...

العمل من خلال المترجمين

على العاملين في قطاعي الصّحة والتغذية الذين يتعاملون مع المترجمين أن يشرحوا لهم كيفيّة التحدّث مع الأمّهات بلطف حول الرّضاعة وكيف ينقلون أجوبة الأمّ. قد ينقل المترجمون أحياناً السؤال المفتوح مثل "كيف تسير عمليّة الرّضاعة لك ولطفلك؟" بشكل لا يساعد كثيراً مثل "هل لديك أيّ مشاكل مع الرّضاعة؟". كما قد يقصّروا أو يختصروا الأجوبة.

التعلم من الأم والعامل الصحي

تلخّص هذه الفقرة المواضيع التي يجب طرحها عند الاطّلاع من الأمّ أو مقدّم الرّعاية ولكنّها لا تظهر كيفيّة طرح الأسئلة المفتوحة والاستماع بانتباه والتّعامل مع كلّ امرأة بحسب بيئتها ومشاعرها. والمواضيع التي يجب الاطّلاع عليها هي:

- كيف يتم إرضاع الطفل
- ماذا يتم إعطاء الطفل من أغذية أو سوائل
- مخاوف الأم وقلقها حول رضاعة الطفل
- شعور الأمّ
- فيما إذا كانت الأم تريد زيادة فترات الإرضاع

والأسئلة التالية هي موجّهة للأمّ أو مقدّم الرعاية من أجل الاطّلاع على كيفيّة إرضاع الطفل. لا يجب إعطاء النصائح أو التصحيحات مل تكن المعلومات كلّها متوافرة.

معرفة كيف تتم الرضاعة:

إذا لم يتم مراقبة عملية الإرضاع فيجب طرح السؤال التالي:

- **هل يتم إرضاع الطفل؟**

إذا تمت مراقبة عملية الإرضاع فيتم طرح الأسئلة التالية:

- **كم يتم إرضاع الطفل يومياً؟ نهاراً ومساءاً؟**
  - هل تحتفظ الأم بطفلها في النهار
  - هل تنام بقرب الطفل
- **إذا كان يوجد طلب للرضاعة، فكيف يتم ذلك:**
  - كل مرة يبكي فيها الطفل
  - قبل أن يبكي
  - فقط عندما يبكي بشدة
  - كم عدد المرات

التقييم الشامل – الخطوة الثانية
الاستماع والاطّلاع

هل يتم الإرضاع؟ __ نعم __ كلا كم عدد المرات؟ __ في النهار __ في الليل
هل تستخدم المصّاصة؟ __ نعم __ كلا
هل يتم إعطاءه سوائل أو أغذية أخرى؟ __ نعم __ كلا
ما هي السوائل؟ _____ كيف؟ _____
كم مرّة في النّهار؟ _____
ما هي أنواع الأطعمة؟ _____
كم مرّة في النّهار؟ _____
معتقدات ومخاوف الرّضاعة؛ كيف تقرّر الأمّ/مقدّم الرّعاية
_____
_____

كيف هي الأمّ / مقدّم الرّعاية جسدياً وعاطفياً؟

_____

_____

الرّغبة في زيادة إنتاج الحليب أو إعادة الإدرار

_____

_____

هذا تلخيص عن المواضيع التي يجب الطلاع عليها من الأمّ أو مقدّم الرعاية. ولكنه لا يظهر كيفية طرح الأسئلة المفتوحة والاستماع بانتباه إلى كلّ امرأة بحسب بيئتها ومشاعرها.

كيف تتم الرضاعة ـ أغذية وسوائل أخرى

يجب السؤال عن:

- هل يتم إعطاء الطفل أغذية أو سوائل أخرى؟
- ماهي تلك السوائل؟
- كيف يتم إعطاء السوائل؟
  - الملقعة، الكوب، اليد، القارورة، وسيلة أخرى
- كم مرّة يومياً؟
- ما هو نوع الغذاء العائلي أو الرطب التي يتم إعطاءه للطفل؟
- كم مرّة يومياً؟

تقديم لائحة أطعمة محليّة وسوائل ووسائل أخرى، إذا كان الأمر يساعد.

التعرّف إلى مخاوف الأم أو مقدّم الرعاية فيما يخصّ الرّضاعة

يجب معرفة ما إذا كانت الأمّ تعرف سابقاً عن الرضاعة وقيمتها الغذائية والصّحية، وما إذا كانت تشعر بالقلق أو المخاوف التي تؤثر على الرضاعة.

يجب طرح الأسئلة التالية (باحترام):

- لماذا قررت الرضاعة بهذه الطريقة؟
- ماذ قال لك الناس عن الرضاعة؟

لا يجب معارضة أو تصحيح أيّ معتقدات مباشرة إذ سوف تتوقف عن الحديث بحريّة. الاطّلاع على معتقداتها أو مخاوفها وشكوكها أو اعتقتداتها الخاطئة التي تجعلها قلقة من الرضاعة. قد يكون قال لها النّاس بأنّها متعبة وقلقة جداً لكي ترضع.

معرفة شعور الأم أو مقدّم الرعاية، جسدياً وعاطفياً

- قد تعاني من سوء التغذية أو المرض أو الإرهاق (تحتاج لعلاج طارئ).

- ربما تكون قد فقدت منزلها أو مجتمعها.
- ربما تنحب أحد أفراد العائلة، أو قلقة بفقدان أطفالها.
- ربما تعاني من الإحباط والاضطرابات المختلفة.
- ربما قد ترفض إرضاع طفلها بسبب الاغتصاب أو التعذيب الجسدي.

يجب توجيه الأسئلة التالية (بطريقة تتناسب والبيئة التي تعيش فيها):

- كيف تشعرين؟
- هل هناك ما يزعجك تريدين الكلام عنه؟

إذا كانت تريد التكلّم، فهذا سوف يطلق بعض المشاعر. ولكنّها قد لا ترغب في الكلام. لا يجب الضغط عليها ولكن محاولة تأمين الدفء والرفقة التي سوف تسمح لها بالكلام.

معرفة اهتمامها في زيادة إنتاج الحليب (او إعادة الإدرار)

إذا كانت الأمّ ترضع ولكنّها قلقة حيال إنتاج الحليب:

يجب السؤال:

- عل ترغبين في زيادة إنتاج الحليب؟ نستطيع مساعدتك على إنتاج المزيد.

إذا كانت لا ترضع.

يجب السؤال:

- هل أنت مهتمّة بإرضاع هذا الطّفل؟ نستطيع مساعدتك على إنتاج الحليب مرّة أخرى.

التقييم الشامل ـ الخطوة الثانية: طرح الأسئلة

التدريب على الخطوة الثانية مع أحد الزملاء. أحدهم يأخذ دور عامل الصّحة والآخر دور الأمّ أو مقدّم الرعاية.

استخدام الاستمارة التالية أولاً؛ ملائمة الأسئلة مع البيئة المحليّة إذا كان الأمر ضرورياً. استخدام اللغة التي سوف تستعمل مع الأمّ، إذا أمكن.

التقييم الشامل – الخطوة الثانية: طرح الأسئلة

- هل يرضع الطّفل؟
- كم مرّة في النهار؟ كم مرّة في الليل؟
  - في النهار، هل تبقي الطّفل معها؟ هل تنام بقربه في الليل؟
  - إذا قالت بحسب الحاجات، هل يعني ذلك: في كلّ مرّة يبكي الطّفل؟ قبل أن يبكي؟ فقط إذا بكي كثيراً؟ وكم يحصل ذلك غالباً؟
- هل يتمّ إعطاء الطفل المصّاصة أو أيّ شيء ليمصّه؟
- هل يحصل الطّفل على سوائل أو أطعمة أخرى؟
- ما هي أنواع السوائل؟
- كيف يتمّ إعطاؤها للطّفل؟

- بالملعقة، الكوب، اليد، القارورة، أو غيرها
- كم مرّة في اليوم؟
- ما هي أنواع الأطعمة الطرية أو العائلية التي يتناولها الطّفل؟
- كم مرّة في اليوم؟
- ما الذي جعلك تقرّرين تغذيته بهذه الطريقة؟
- ماذا قال لك الناس عن الرضاعة؟
- كيف تشعرين؟
- هل هناك ما يزعجك تريدين الحديث عنه؟
- هل تريدين إنتاج الحليب؟ (نستطيع مساعدتك على ذلك)
- هل تهتمّين في إرضاع الطّفل؟ (نستطيع مساعدتك على إنتاج الحليب ثانية)

عدم إعطاء النصائح أو التصحيحات خلال هذه الخطوة.

التقييم الشامل – الخطوة الثانية: تسجيل الأجوبة

استخدام الاستمارة أدناه. كتابة ملاحظات مختصرة على الاستمارة والاحتفاظ بها لاستخدامها في الجزء الرابع.

التقييم الشامل – الخطوة الثانية: تسجيل الأجوبة

هل يتم إرضاع الطفل؟ نعم __ كلا __

كم مرّة في النهار؟ _____ كم مرّة في الليل؟ _____

مصّاصة؟ نعم __ كلا __

أطعمة وسوائل أخرى؟ نعم __ كلا __

ما هي السوائل؟

_____

كيف يتمّ إعطاؤها؟

_____

كم مرّة يومياً؟

_____

ما هي الأطعمة الطرية أو العائلية؟

_____

كم مرّة يومياً؟

_____

معتقدات الأمّ، كيف قرّرت الرضاعة

_____

_____

كيف هي حالة الأمّ/مقدّم الرعاية الجسدية والعاطفية؟ أيّ مخاوف؟

_____

_____

الاهتمام في زيادة إنتاج الحليب أو إعادة الإدرار نعم __ كلا __

تطبيق الخطوتين الأولى والثانية مع الأمهات أو مقدّمي الرّعاية

عند الشعور بسهولة طرح الأسئلة، يجب التدريب على الخطوتين الأولى والثانية من التقييم الشامل مع الأمّهات ومقدّمي الرعاية. ستجد أنه يمكنك دمج الخطوتين مع بعضهما أي مراقبة الرضاعة (الخطوة 1) والاستماع والاطّلاع من الأمّ (الخطوة 2). إذا لم تكن الأمّ ترضع، يجب اعتماد الخطوة الثانية فقط للوقوف على كيفيّة تغذية الطفل. إذا لم تستطع تذكر كل ما تقوله الأم فعليك الاستعانة بدفتر ملاحظات.

4. المساعدة في تحسين الرضاعة

4.1 اتخاذ القرار بشأن المساعدة المطلوبة

بعد عمل التقييم الشامل، يجب على الموظف الصحي اتخاذ القرار بشأن المساعدة اللازمة للأم والطفل. يجب تقديم المساعدة لكل الأمهات بخصوص الرضاعة وبشكل عام فيما يخص الصحة والتغذية. الأمّهات اللواتي يعانين من مشاكل شائعة وأكثرهنّ ممّن لا يعطين أطفالهنّ التغذية المناسبة لأعمارهم، يمكن مساعدتهنّ من خلال "المساعدة الأساسية" على الرضاعة. بالإضافة إلى "المساعدة الأساسية"، فإن بعض الأمهات يحتجن إلى تدخلات خاصة والتي قد تشمل المساعدة في الرضاعة، خيارات الرضاعة البديلة، التغذية العلاجية، أو العلاج الطبي.

تلخيص للمستويات المختلفة للمساعدة في الجدولين التاليين.

مستويات المساعدة في الرضاعة: شروط الحاجة إلى "المساعدة الأساسية" للرضاعة
الأمّ والطفل في صحّة جيّدة ولكنّ التقييم الشامل يظهر:
• عدم ثقة الأمّ بنفسها • معتقدات خاطئة، مخاوف حول الرضاعة • شكوك حول الرضاعة المناسبة • طلب الأمّ لبدائل الحليب لدعم الرضاعة الطبيعية • اهتمام الأمّ في زيادة إنتاج حليبها
• التصاق ضعيف للطّفل بـأمّه وطريقة مصّ غير فعّألة • انزعاج أو ألم في الحلمة • عدم تغيير في الثديين بعد الولادة
التغذية لا تناسب عمر الطّفل • تحت الستة أشهر: - يتمّ إعطاء الطفل أطعمة وسوائل أخرى - الرضاعة لا تتعدّى 8 مرّات يومياً - لا رضاعة في الليل - الأمّ توقف الرّضاعة وتبعد الثدي عن الطّفل
• 6 – 12 شهر - الرّضاعة لا تتعدّى 6 مرات يومياً - لا مكمّلات غذائية - تقديم الطّعام أقلّ من ثلاث مرّات يومياً
• 12 – 24 شهر

- لا مكمّلات غذائية
- تقديم الطّعام أقلّ من ثلاث مرّات يومياً

مستويات المساعدة في الرضاعة: شروط الحاجة إلى مساعدة أكثر خبرة	
التقييم يظهر:	**المساعدة المناسبة:**
• الأمّ تعاني من المرض أو سوء التغذية • الطّفل يعاني من سوء التغذية: - يبدو نحيلاً جداً • لا يستطيع الطّفل المصّ ويعاني ضعفاً وربّما مريضاً	• المراجعة الطارئة لـ : - العلاج الطبي - التغذية العلاجية • في المستشفى أو مركز العلاج الغذائي، تأمين: - التقييم الشامل - "المساعدة الأساسية" - المساعدة الإضافية للرّضاعة (بما فيها إعادة الإدرار) - خيارات التغذية الصّناعية (التغذية المكمّلة المؤقتة)
• الأمّ تعاني من الصّدمة، أو أزمة عاطفية، ترفض الطّفل	• تأمين: - المساعدة الإضافية - "المساعدة الأساسية"
• الطّفل يبدو نحيلاً أو هزيلاً • الطّفل يرفض المصّ ولكنّه ليس مريضاً	• تأمين: - التقييم الشامل - "المساعدة الأساسية" - المساعدة الإضافية (من أجل أن يرضع الطفل لزيادة إنتاج الحليب) - خيارات التغذية الصّناعية • إذا كان الطّفل فوق الستة أشهر، تأمين أيضاً: - المكمّلات الغذائية
• الطّفل لا يرضع	• تقديم: - المساعدة الإضافية (إعادة الإدرار – إذا كانت الأمّ مهتمّة) • إذا لم تكن إعادة الإدرار ممكنة، تقديم: - خيارات التغذية الصّناعية
• صعوبة الالتصاق بالثدي مع حلمتين مسطّحتين	• تأمين: - "المساعدة الأساسية" - المساعدة الإضافية (من أجل التصاق الطّفل، تقديم الحليب المسحوب من الثدي)
• حلمة مقلوبة أو كبيرة جداً • ألم قوي أو مستمرّ في الحلمة • ألم في الصّدر أو ورم أو غيرها	• تأمين: - العناية الطبية - مساعدات إضافية لهذه المشاكل

الدعم السليم يساعد على استعادة الرضاعة والنمو

Ella at four weeks

Ella at four months

دراسة حالة: الدعم السليم يساعد على استعادة الرضاعة والنمو

تم إحضار إيلا التي تظهر في الصور أعلاه إلى العيادة عندما كان عمرها 4 أسابيع، كانت نحيلة ووزنها 2 كيلوغراماً فقط.

- ما الذي يظهر في الصورة اليسرى ويدلّ على أنّها كانت ضعيفة؟

*

تم إعطاء إيلا حليباً في قارورات عند ولادتها وعندما عادت إلى البيت لم تكن ترضع بفعالية. بالإضافة إلى الحليب الطبيعي، كانت الأم تعطيها 200 مل من حليب الأبقار يومياً. عندما أتت إلى العيادة، قالت أمّها إنّها لم تكن ترضع جيّداً وغالباً ما كانت ترفض الثدي.

لحسن الحظ، لم تكن إيلا مريضة، ولأن العائلة أتت من مكان بعيد، فقد تم وضع الام والطفلة معاً في المستشفى وتم تعليم الأم كيفية الوضع الصحيح للرضاعة وكيفية الإرضاع بواسطة الحليب المسحوب كل 3 ساعات.

قام موظفي الصحة بالإستماع إلى الام لبناء ثقتها وقاموا بتشجيعها على الرضاعة الطبيعية والاستمرار بالرضاعة الحصرية. كانت إيلا بحاجة للمزيد من الحليب في الكوب لليومين الأوّلين ولكنّ هذه الحاجة أصبحت فيما بعد ضرورية ومن خلال التشجيع المستمرّ، بدأت إيلا الرضاعة الحصريّة.

في الصّورة الثانية، تظهر إيلا سن الـ 4 أشهر، قريبة من الأم، ترضع بشكل فعال. لقد أصبح وزنها 4.5 كجم و تكتسب وزناً يومياً بمعدل 28 غرام.

***الجواب:** تظهر الصورة أنّ فمها مفتوحاً وأنّ شفتيها إلى الأمام وأنّ ذقنها بعيدة عن الثدي، فهي إذاً لا ترضع جيّداً. كما أنّها تبدو قلقة ومتوتّرة.

التدريب على اتخاذ قرار المستوى المناسب من المساعدة

استخدام جداول مستويات المساعدة أعلاه، والملاحظات التي تمّ تدوينها خلال التقييم الشامل، الخطوة 1 والخطوة 2. التفكير مع أحد الزملاء حول مستوى المساعدة المناسب لكلّ حالة.

في أغلب الحالات، ليس من الضروري التوقف عن الرّضاعة. مع المساعدة المناسبة والدّعم، يمكن للأمّ أن تستمرّ في الرّضاعة، أو إذا توقفت، أن تتابعها.

4.2 المساعدة الأساسية على الرضاعة

المساعدة الأساسية على الرّضاعة تتضمّن التدخلات البسيطة والضرورية لتجنّب وحلّ أكثر المشاكل شيوعاً، كما تلك التي هي أقلّ شيوعاً.
المساعدة الأساسية تتضمّن أربع خطوات:
الخطوة الأولى: ضمان مصّ فعّال
الخطوة الثانية: بناء ثقة الأمّ والمساعدة في تدفّق الحليب
الخطوة الثالثة: زيادة إنتاج الحليب
الخطوة الرابعة: تشجيع الرضاعة المناسبة لكلّ عمر

الخطوة الأولى: ضمان مصّ فعال

أولاً يتم مراقبة الإرضاع، إذا كان الطّفل يرضع جيّداً، لا حاجة للقيام بأيّ تغيّرات. يجب مدح الأمّ والانتقال إلى الخطوة الثانية.

إذا تبيّن أنّ الطّفل لا يرضع جيداً، فيجب مساعدة الأمّ على تحسين ذلك، كما هو مذكور في الجزء الأوّل. أوّلاً، يجب تحسين وضعيّة جسم الطّفل، بحيث يكون مستقيماً ومواجهاً للثدي وقريباً.

ومن الممكن إتباع الآتي لضمان الوضعية الصحيحة للأم:

- يمكن دعم ظهر الأم
- يمكن للأم أن تستلقي
- يمكن للأم وضع الطفل تحت مرفقها
- يمكن للأم احتضان الطفل بالمرفق المقابل لدعم الطفل بسهولة

- إذا كان الطّفل ملفوفاً بالأغطية وتعيقه، يمكن للأمّ أن تفتحها لتضمّ طفلها عن قرب. يجب تعليمها كيف تلفّه بطريقة صحيحة تبقيه دافئاً ولكنّها لا تبعده عن ثديها.
- إذا كانت الأمّ تضع أصابعها على ثديها، يمكن أن تقف عائقاً أمام الطّفل. يمكن تعليمها كيف تسند ثديها بأصابعها بطريقة لا تزعج الطّفل. أيّ صوت أو حركة يمكن أن يؤثّرا على الرضاعة.
- تجنّب الحالات التي تلهي الطّفل.
- إزالة المصاصات والقوارير.

الخطوة الثانية: بناء ثقة الأمّ وتدفّق الحليب

المص الفعال (الخطوة الأولى) يساعد على تدفق حليب الأم، ولكن يجب تشجيع الأم على:

- القيام بضم الطفل بكثرة
- اللعب معه والنظر إليه

وهذا يساعد في إفراز الهورمونات، خاصّة الأوكسيتوسين، وفي تدفّق الحليب. كما يمكنه أن يهدئ ويريح الأمّ التي تعاني من الضغوطات.

بالإضافة إلى ذلك، تحتاج الأمّ لأن تشعر بالثقة أنّ حليبها مناسباً. يمكن مساعدتها على بناء ثقتها إذا كان الحديث معها ودوداً ومطمئناً من دون أيّ انتقادات.

- *التعرّف* ومدح ما تفعله الأمّ وطفلها بطريقة صحيحة. مدحها على استمرارها للرّضاعة وعلى نموّ طفلها وغيرها من الأمور الجيّدة. مدح طريقة مصّ الطفل والبلع وغيرها من إشارات تدفّق الحليب. مساعدة الأمّ على التعرّف على هذه الإشارات.

- تقديم المعلومات اللازمة بطريقة تشجيعية تعيد بناء ثقتها. المعلومات الجيّدة تساعد في طمأنتها وتخفيف قلقها وتصحيح المعتقدات الخاطئة. مثلا، محاولة جعلها تفهم أنّ حليبها هو الغذاء الأفضل.

مساعدتها على التخلّص من بعض المخاوف التي تعترضها خلال الأزمة من خلال خلق مناخ آمن ودافئ. مساعدتها على إيجاد رفقة تستطيع الثقة بهم مثل أمّهات أخريات أو نساء أكبر سنّاً.

المساعدات الرئيسة للرضاعة:

المساعدة الأساسية على الرضاعة

الخطوة الأولى: ضمان مص فعال

- تحسين وضع الرضاعة
- المساعدة في التموضع
- تجنب ما يعيق الرضاعة
- تجنب استخدام المصاصات أو القارورات

الخطوة الثانية: بناء ثقة الأم والمساعدة في تدفق الحليب

- تشجيع الاتصال القوي بين الأم وطفلها
- تطمين الأم بأسلوب لطيف وعدم توجيه الإنتقاد لها
- تقديم المديح للأم على الأشياء الجيدة التي تعملها لطفلها
- تقديم المعلومات لها بطريقة إيجابية
- محاولة العثور على رفقة لها

الخطوة الثالثة: زيادة إنتاج الحليب

يمكن مساعدة الأم على زيادة إنتاج الحليب عندما:

- يكون وضع الرضاعة سليماً مع مص فعال
- بناء ثقة الام بنفسها ومساعدتها على تدفق الحليب.

يمكن للأمّ أن تزيد إنتاج حليبها دائماً وفي أيّ مرحلة من الإدرار، مباشرة خلال العام الثاني أو بعده، إذا قامت بتعزيز نمط الرّضاعة.

وبعد ذلك يمكن للأمّ اتّباع **نمط الرضاعة** الذي يساعد على إنتاج الحليب بواسطة:

- السماح للطفل بالرضاعة بانتظام
- السماح للطفل أن يرضع لفترة أطول في كل مرة
- توفير المياه للأم عند العطش
- إزالة أي عائق قد يعيق إنتاج الحليب

السماح للطفل بالرضاعة بانتظام

- يجب إرضاع الطفل عند ملاحظة أي علامات للجوع، ويجب أن يتم ذلك 8 مرات يومياً على الأقل، ولكن يمكن أن يكون 10 أو 12 مرّة. (لزيادة إنتاج الحليب، يجب على الأمّ إيقاظ الطّفل وإرضاعه إذا كان نائماً أقلّه كلّ ثلاث ساعات ويفضّل أكثر).
- يمكن أن يرضع الطفل لمجرد الترفيه، يجب عدم منعه من ذلك أو إعطاءه أي مصاصات
- يجب أن تبقي الأم الطفل بقربها لأكبر فترة ممكنة يومياً
- يجب أن تنام الأم مع وليدها وإرضاعه في الليل.

السماح للطفل بأن يرضع لفترة أطول في كل مرة

- يجب السماح للطفل بالرضاعة في أي وقت يشاء لأطول وقت ممكن
- على الأمّ تجنّب توقيف الرضاعة من خلال سحب الطّفل عن صدرها إذا توقّف الطفل.
- يجب تقديم الثدي الآخر عندما يقرر الطفل ذلك

توفير المياه للأم عند الحاجة

- يجب ضمان توفر المياه وخصوصاً في الظروف الحارة
- يجب توفير الغذاء اللازم للأم

إزالة أي معوقات تتدخّل في إنتاج الحليب

- تقليل أي مكمّلات للحليب يحصل الطفل عليها بنسبة 50 مل يومياً. تزيد الرضاعة كل يوم لحين:
  - تتمّ الرضاعة الحصرية تحت الستة أشهر.
  - بعد الستة أشهر، يحصل الطّفل أكثر على الحليب من قبل.
- توجيه الأم لتجنب:
  - الابتعاد عن الطفل
  - الرضاعة بحسب الجدول
  - اهتمام أشخاص آخرين بالطفل
  - أي شيء قد يؤجل الإرضاع
  - إستخدام قوارير الحليب والمصاصات
- تجنب أي حمل جديد، يمكن تزويد الأم بموانع حمل خالية من الأستروجين خلال السنتين الاولتين من الولادة.

الخطوة الرابعة: تشجيع الرضاعة المناسبة لكلّ عمر

يجب إعطاء الحليب للأطفال دون سن الستة أشهر بدون أي بدائل أخرى حيث إن هذه الطريقة تزيد من إنتاج الحليب الكافي للرضاعة الحصرية. أمّا الأطفال ما فوق الستة أشهر فيجب عليهم الحصول على الرضاعة الكافية والمكمّلات الغذائية الجيدة. يمكن أن يؤمّن الحليب الطبيعي نصف أو أكثر من احتياجات الطفل الغذائية. على المكمّلات الغذائية أن تكون غنية بالمغذيات وتقدّم للطفل 2 إلى 3 مرّات يومياً في عمر الستة إلى ثمانية أشهر، و3 إلى 4 مرّات يومياً في عمر التسعة أشهر حتّى العامين مع وجبة أو وجبتين خفيفتين بحسب الحاجة. بعض أنواع الحليب مثل الحليب الحيواني الكامل الدسم، يمكن أن يكون أحد المكمّلات الغذائية. يمكن مزجه مع أنواع أخرى من الغذاء أو تقديمه كسائل في الكوب وليس في القارورة.

الرّضاعة المناسبة لكلّ عمر

وتتضمّن البدء بإعطاء المكمّلات الغذائية عندما يصبح الطّفل حاضراً/ستة أشهر

من عمر الستة أشهر وحتّى السنتين، يجب أن يحصل الأطفال على المكمّلات الغذائية المناسبة بالإضافة إلى الرضاعة المستمرّة.

المساعدة الأساسية على الرّضاعة

الخطوة الثالثة: زيادة إنتاج الحليب

- تشجيع الأمّ على إرضاع الطّفل دائماً.
- التفسير للأمّ كيف يمكنها أن تدع طفلها يرضع لفترة أطول في كلّ مرّة.
- مساعدة الأمّ على شرب الماء بكثرة.
- إزالة كلّ العوائق والتخفيف من المكمّلات بنسبة 30-60 ملل يومياً.

الخطوة الرّابعة: تشجيع الرضاعة المناسبة لكلّ عمر

- مساعدة الأمّ على إعادة الرضاعة الحصرية إذا كان الأمر ممكناً، حتّى يبلغ الطفل الستة أشهر من العمر.
- إذا كان هو حاجة لبدائل الحليب، يجب أن تقدّم للطّفل بواسطة الكوب وليس القارورة.
- تعليم الأمّ كيفيّة تحضير وتقديم المكمّلات الغذائية بدءاً من عمر الستة أشهر.

تجنّب القوارير عند الحاجة إلى بدائل الحليب

في بعض المجتمعات، يمكن أن تكون القارورة من ضمن العادات وطريقة مقبولة لتغذية الرّضع ومن الصّعب توقيفها. يجب محاولة لإقناع الجميع أنّ القارورة ليست وسيلة جيّدة أو ضروريّة من أجل تقديم الحليب. وليست جيّدة لتغذية الرّضع والمواليد الجدد إذ لا يستطيعون

المصّ بسهولة. والأطفال الذين يأخذون القوارير قد يصبحون غير قادرين على الرّضاعة الطبيعية بطريقة فعّالة.
تبقى الأكواب مفضّلة أكثر وآمنة، خاصّة في الأمكنة التي تعاني من قلّة النظافة؛ الأكواب هي أسهل في التنظيف ويمكن استعمالها منذ اليوم الأوّل. لذلك، يجب تعليم الأمّ كيفيّة استعمالها.

استعمال الأكواب في الرضاعة:

إذا كان الطفل يستطيع:

- الرضاعة
- البلع

فإنه يمكن إرضاعة بواسطة كوب مفتوح. إن إستخدام القارورات يزيد من خطورة الإصابة بالأمراض.

طريقة الإرضاع بواسطة الكوب

يتم وضع الكوب على طرف فم الطفل.
يجب عدم سكب الحليب إلى فم الطفل.

يقوم الطفل بمص أو رشف الحليب.

التدريب على تقديم المساعدة الأساسية على الرضاعة

التدريب على تقديم "المساعدة الأساسية على الرضاعة" من خلال ملخصّ الجدول أدناه. أوّلا، محاولة التدريب مع أحد الزّملاء ثمّ مع الأمّهات. التركيز على الحالات الشائعة مثل "الحليب ليس كاف" أو الرضاعة غير المناسبة للعمر.

المساعدة الأساسية على الرضاعة
ملخّص

الخطوة الأولى: ضمان المصّ الفعّال

- مراقبة الرضاعة من خلال النقاط الأربع للاتصاق السليم (الحلمة، الفم، الشفة، الذقن) والمصّ الفعّال.
- إذا كان الالتصاقي غير سليم أو المصّ غير فعّال، يجب تحسين الوضعيّة (مستقيمة، مواجهة، قريبة) ومساعدة الطّفل. وإذا كان هناك من حاجة، تحسين الوضعيّة من خلال:
  - تخفيف الغطاء عن الطّفل لكي يصل إلى الثدي.
  - تعليم الأمّ كيف تمسك ثديها جيداً بعيداً عن الحلمة ومن دون قرصها.
  - تشجيعها على الاستلقاء ووضع الطّفل تحت مرفقها.
- تجنّب كلّ العوائق التي قد تلهي الطّفل.
- تجنّب القوارير والمصّاصات.

الخطوة الثانية: بناء ثقة الأمّ والمساعدة على تدفّق الحليب

- مساعدة الأمّ والطّفل لحين بلوغ المصّ الفعّال.
- تشجيعها على ضمّ طفلها واللعب معه.
- بناء ثقتها:
  - التعّرف ومدح ما تقوم به جيّداً – بما فيه إشارات تدفّق الحليب.
  - تقديم المعلومات اللازمة بأسلوب تشجيعي وتصحيح المعتقدات الخاطئة.
  - مساعدتها على الرّضاعة قرب من ترتاح لهم ما يساعدها على الاسترخاء.

الخطوة الثالثة: زيادة إنتاج الحليب

تشجيع زيادة الرضاعة

- الطّلب من الأمّ أن ترضع أكثر أي حوالى 12 مرّة خلال الأربع وعشرين ساعة إذا كان الطّفل يريد.
- إخبارها عن أهميّة إبقاء الطّفل معها نهاراً وليلاً وعن إرضاعه خلال الليل.
- تشجيعها على الرضاعة من أجل الرّاحة في كلّ الأوقات.
- إذا كان الطّفل مريضاً أو لا ينام، تشجيعها على إيقاظه وتقديم الثدي له.

تشجيع الرّضاعات الطويلة

- تشجيع الأمّ بالاستمرار في الرضاعة حتّى يتوقف الطّفل بنفسه. من الأفضل عدم سحب الطّفل عن صدرها.
- تشجيعها على تقديم الثدي الآخر.

التأكّد من أنّ الأمّ تشرب بما فيه الكفاية

- مساعدتها على إبقاء الماء بقربها طوال الوقت.

إزالة العوائق

- مساعدة الأم على التخفيف من بدائل الحليب بنسبة 50 مل يومياً مع مراقبة وزن الطفل لضمان زيادته بمعدّل 125 غ أسبوعياً.
- مساعدتها على تجنّب الافتراق عن الطفل وعدم تنظيم الرضاعة وتجنّب اهتمام الآخرين بالطفل وتقديم

القوارير والمصاصات له.
- مساعدتها على تجنّب حمل جديد من خلال وسائل منع الحمل الخالية من الأستروجين.

الخطوة الرابعة: تشجيع الرضاعة بحسب العمر
- مساعدة الأمّ على الرضاعة الحصرية حتى يبلغ الطفل الستة أشهر من العمر.
- إذا كان هناك من حاجة لبدائل الحليب، يجب تقديمها بالكوب وليس القارورة.
- تعليمها كيفيّة تحضير وتقديم المكمّلات الغذائية المناسبة بدءاً من الستة أشهر، بالإضافة إلى الرضاعات المتكرّرة.

تدريب: تقديم المعلومات اللازمة

الأمثلة أدناه لأمهات وحدهن مع أطفالهن في معسكر لاجئين مدة أسبوع. يتم توزيع حصص غذائية كاملة، وقود، مياه، أدوات طبخ. هؤلاء الأمهات بصحة جيدة ولا يعانين من أي مرض أو سوء تغذية.

فكر في طريقة الإجابة على أسئلة الأمهات أدناه وكيفية تصحيح المفاهيم الخاطئة حول الرضاعة بطريقة لطيفة وغير إنتقادية:

الأم 1: " تدفق الحليب ضعيف بسبب عدم التغذية الجيدة، ولذلك لا أستطيع الإرضاع"

الأم 2: " لقد انتهى حليبي. دائماً ما ينتهي الحليب عندما يكون عمر طفلي عدة أسابيع"

الأم3 : " سيعاني الطفل من الجفاف إذا لم أعطه الماء في هذا الطقس الحار"

الأم 4: "أقوم باستخدام المصاصات بين الرضاعات لأن الطفل يحتاج لأن يمصّ كثيراً"

التفكير في الإجابات المحتملة قبل النظر إلى الأفكار/الأمثلة على الأجوبة أدناه التي تظهر كيفيّة تصحيح المعتقدات الخاطئة للأمّ.

ملاحظة أنّ العامل الصحي لا ينتقد الأمّ أو يعطيها تعليمات. كما أنّه لا يقوم بمحاضرتها عن فوائد الرضاعة ولكن يحاول تقديم المعلومات اللازمة بطريقة تشجيعية.

إجابات محتملة

1. طبعاً أنت قلقة (جواب ودود وليس ناقد) لكن الحليب لا يزال بكميات كبيرة في ثدييك. أإن تناولك للغذاء في هذا المعسكر يزيد من قدرتك على إنتاج الحليب.
2. إن إنتاج الحليب يزيد كلما زادت فترات الرضاعة. يمكننا مساعدتك على إدرار الحليب أكثر من أجل نموّ وقوّة طفلك.
3. هذا صحيح، فيجب على الطفل أن يشرب أكثر، لكن المياه التي يحتاجها الطفل موجودة فعلاً في الحليب وهي نظيفة جدّاً. من المقترح أن تشربي أنت المياه ليتمّ إنتاج حليب أكثر.
4. هذا صحيح حيث إن الأطفال يستمتعون بالمص. لكن الشيء الآمن للمص هو ثدييك حيث إنهما أنظف من المصاصة الصناعية.

5. عملية الدعم الإضافي في عملية الرضاعة

5.1 مساعدة إضافية في الرضاعة

المساعدات الأساسية لا تعالج كل مشاكل الرضاعة فهناك أمهات يحتجن إلى مساعدة إضافية. هذه المساعدة تتطلب مهارات ووقتاً واهتماماً أكبر من المساعدات الأساسية.

إنّ تقديم المساعدة الإضافية على الرضاعة أسهل من تعزيز الشروط الضرورية لاستخدام آمن لبدائل الحليب.

متطلبات المهارات الإضافية

- تعليم الأم كيفية إخراج الحليب بالضغط على الثدي بيدها (الملحق 6).
- كيفية استخدام طرق الرضاعة المساعدة (الجزء السادس، إعادة الإدرار).
- المساعدة في تعلم طريقة "الاهتمام على طريقة الكنغر" للأطفال المرضى وذو الأوزان الخفيفة.
- العناية الطبية للأمهات اللواتي يعانين من الاضطرابات

الحالات التي تتطلب عناية إضافية

- الأطفال ذو الأوزان الخفيفة عند الولادة.
- الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن والنحولة.
- الأطفال الذين يرفضون ثدي الأم.
- الرضاعة للأمهات اللواتي يعانين من نقص في التغذية.
- الأمهات اللواتي يعانين من الاضطرابات، الأزمات العاطفية، أو رفض أطفالهن.

بالإضافة إلى:

- عملية إعادة الإدرار.
- حالة الثدي.

5.2 نقص الوزن عند الولادة

في الأزمات قد يولد الأطفال بوزن أقلّ من المعدل أيّ تحت 2500 غ، في هذه الحالة تكون الرضعة الأولى والرضاعة بشكل عام مهمة جداً.

- مساعدة كلّ أمّ على سحب الحليب الأوّل بيدها حوالى 8 مرّات في كلّ أربع وعشرين ساعة، منذ الولادة (الملحق 3) لأنّ ذلك يساعد في إدرار الحليب.

- إذا كانت كميّة الحليب الأوّل قليلة، فيجب استخدام حقنة معقّمة لسحبه من الحلمة.

- حالما يكون الطّفل حاضراً لتناول الحليب، يجب تقديم حليب الأمّ الذي تمّ سحبه وذلك بواسطة أنبوب معقّم أو حقنة أو كوب.

- **في اليوم الأوّل**، يجب تقديم 60 مل/كلغ، مقسّمة على 12 ساعة. إذا كانت الكميّة المسحوبة أوّلاً غير كافية، يمكن زيادة الكميّة من خلال إمدادات الحليب الطبيعي الذي تمّ تسخينه على درجة عالية لتجنّب انتقال أيّ عدوى. إذا لم يكن هذا ممكناً، يمكن استخدام بدائل الحليب المؤقتة من خلال أنبوب أو كوب.

- **زيادة الحجم** بنسبة 20 مل/كلغ يومياً حتّى يصل الطّفل إلى تناول مجموع 200 مل من الحليب الطبيعي لكلّ كيلوغرام يومياً، مقسّمة على 12 مرّة كلّ ساعتين أو 8 مرّات كلّ ثلاث ساعات.

- عندما تكون حالة الطّفل مستقرّة، يمكن تعليم الأمّ كيف تقدّم له "الاهتمام على طريقة الكنغر" (مراجعة أدناه).

- في كلّ مرّة يظهر الطّفل اهتماماً في المصّ، يجب تشجيع الأمّ على تقديم الثّدي له. والهدف هو وضع الطّفل الذي يعاني نقصاً في الوزن تحت الرّضاعة الحصرية.

استخدام الكوب للأطفال الذين يعانون من نقص الوزن عند الولادة

أم من كينيا، تعطي طفلها الحليب المسحوب الطازج في كوب، يمكن للأمهات التعلم من بعضهنّ في كيفية إخراج الحليب من الثدي بواسطة الضغط عليه باليد.

Cup feeding a low-birth-weight infant with expressed breastmilk, Kenya.
UNICEF/HO910505/Betty Press

العناية على طريقة الكنغر

معناها أن الطفل يبقى ملتصقاً بالأم أو أي شخص آخر، حيث تكون هذه الطريقة فعالة للأطفال ذو الأوزان الناقصة. يبقى الطفل ملتصقاً بثدي الأم ليرضع في أي وقت يحتاجه. تساعد هذه الطّريقة على إبقاء الأطفال دافئين والتخفيف من الضغط، كما أنّها

قد تزيد من إنتاج الحليب. والأطفال الذين لم يرضعوا قطّ أو الذين يرفضون الرضاعة، عادة ما يبدأون بالرضاعة تلقائياً عندما يتمّ حملهم بهذه الطريقة.

العناية على طريقة الكنغر

هذه الطريقة شائعة للأطفال المولودين قبل الأوان والذين يعانون من نقص في الوزن والذين أصبحت حالتهم مستقرّة (التنفس والنبض خاصة).

- تزيل الأمّ أو مقدّم الرعاية ثياب الطفل.
- يضع الطّفل الحفاظة فقط ويغطّى رأسه إذا كان الجوّ بارداً.
- يُضمّ الطفل إلى صدر الأمّ العاري ويغطّى بغطاء مناسب.
- ترتدي الأمّ ما يكفي من الثياب لإبقاء الطّفل دافئاً ووجهه ظاهر لها.

الأطفال المولودون قبل الأوان

- يتمّ حملهم بوضعيّة مستقيمة بين ثديي الأمّ أو على صدر الرّجل.
- يمكن لمقدّم الرعاية التنقّل ومتابعة النشاطات في وضعيّة الوقوف كما الاستلقاء على جنبه.
- إنّ الاتّصال بين الجسمين يحفّز إنتاج الحليب والتواصل بين الطفل والأمّ.

الأطفال المولودن في أوانهم والأطفال الصّغار

يمكن استخدام طريقة الكنغر:

- للأطفال الأكبر سنّاً خاصّة الذين يعانون من سوء التغذية والمعرّضون للبرد (انخفاض حرارة الجسم).
- من أجل إعادة إدرار الحليب أو للتخلّص من رفض الطفل للرضاعة.

يمكن استخدام أيّ وضعيّة لتأمين التواصل الجسدي بين الأمّ والطفل. يمكن للأمّ والطّفل أن يناما قرب بعضهما البعض ويتغطّيان بالغطاء نفسه.

العناية على طريقة الكنغر

لحماية الطفل من البرد، يمكن تغطية الرأس بواسطة قبعة أو برداء الأم.

يجب إبقاء الطفل ملتصقاً بالأم ليلاً ونهاراً وإرضاعه بقدر الحاجة.

Kangaroo Care, pp. 76,79. WHO/IMCI. Management of the child with a serious infection or severe malnutrition WHO/FCH/CAH/00.1

تعزيز العلاقة بين الأم والطفل بواسطة طريقة الكنغر

يمكن المحافظة على حرارة الطفل بهذه الطريقة. يجب أن تبقى يديّ الطفل حرّة لتحريكهما داخل وخارج الغطاء.

5.3 الأطفال الذين يبدون نحيلين أو يعانون من نقص في الوزن

قد يكون الرّضيع الذي يبدو نحيلاً (أو يعاني نقصاً في الوزن):

- يعاني من سوء معتدل في التغذية
- أو من سوء في التغذية إلى حدّ ما

ولمساعدة الطفل النحيل أو الذي يعاني نقصاً في الوزن:

- يجب تقييم صحّة الطّفل لاستبعاد أيّ مرض ومعالجة أيّ عدوى محتملة.
- تنفيذ الخطوتين الأولى والثانية من التقييم الشامل (الجزء الثالث).

إذا كان الطفل لايزال في مرحلة الرضاعة:

- تقديم المساعدة الأساسية للرضاعة، من أجل تعزيز الرّضاعة المناسبة لكلّ عمر وزيادة إنتاج الحليب.

- إذا كان الطفل تحت سن الـ 6 أشهر وكان إنتاج الحليب ضعيفاً، قد تكون الأم بحاجة لإعطاء بدائل صناعية مؤقتة، بواسطة الكوب؛ وذلك لحين إعادة الرّضاعة الحصرية.
- إذا كان الطفل فوق سن الـ 6 أشهر، فيجب مساعدة الأم على زيادة إنتاج الحليب وإعطاء مكملات غذائية.

إذا كان الطفل لا يرضع:

- تنفيذ الخطوتين الثانية والثالثة من التقييم الشامل.
- مناقشة موضوع إعادة الإدرار مع الأم.
- في حالة إستحالة إعادة الإدرار، فيتم مناقشة استخدام بدائل الحليب مع الأمّ أو مقدّم الرعاية.

لكلّ الرّضع:

- تقديم الاطمئنان الإضافي والمستمرّ للأمّ، كما المدح والمساعدة، من أجل بناء ثقتها.
- مساعدة الأمّ في تقديم الدفء لطفلها واللعب معه.
- متابعة وزن كلّ طفل أسبوعياً حتّى الزصزل إلى الوزن الطبيعي(125 غ/أسبوعياً، 500 غ/شهرياً) وتحسّن الشهية.
- تكرار الخطوات الأولى والثانية والثالثة من التقييم الشامل بعد العلاج من أجل تخطّي المشاكل الغذائية القديمة.

5.4 الأطفال الذين يرفضون الرضاعة

قد يرفض الطفل السليم الرضاعة بسبب الرضاعة بالقارورة أو بعض التغييرات في الاهتمام به. يمكن لموظف الصحة والتغذية المساعدة في عملية إعادة الإرضاع عن طريق:

- إخبار الأسرة بأنّ الأم هي الوحيدة التي يجب أن ترعى الطفل وإبقاء الأم والطفل متلاصقين، مع استخدام "طريقة الكنغر" إذا كانت ضرورية.
- مساعدة الأم على الضغط على الثدي لإدرار الحليب، حوالى ثماني مرّات أو أكثر يومياً من أجل زيادة إنتاج الحليب.
- إطعام الطفل بواسطة الحليب الطبيعي من الكوب.
- إذا كان إنتاج الحليب ضعيفاً، يجب تقديم مكمّلات مؤقتة حتّى زيادة الانتاج.
- تقديم الثدي للطفل عندما يشعر الطّفل بالنعاس أو بعد الرضاعة من الكوب.
- المساعدة على استرخاء الأم وتطمينها بإمكانية إعادة إنتاج الحليب.
- محاولة التموضع بطرق مختلفة لإراحة الطفل.

5.5 الرضاعة من الأم التي تعاني من سوء التغذية

إذا كانت الأمّ تعاني من سوء التغذية، فهي تحتاج لعناية وتغذية خاصّتين، قبل أن تستطيع الاهتمام بشكل فعّال بطفلها.

العناية بالأم

- تغذية الأم طبقاً للمعايير المطبقة.
- عندما تعود شهيتها، يتم إعطائها أغذية ملئية بالطاقة والفيتامينات.
- توفير المياه والسوائل لها.
- الاستماع إليها خلال مراحل العلاج المختلفة والتعرّف على مشاكلها ومساعدتها في التكلّم عنها.

العناية بالطفل

- إبقاء الأم والطفل معاً. إذا كان هناك أكثر من طفل، إبقائهم جميعاً مع الأمّ.
- عندما تسمح ظروف الأمّ، فيجب تشجيعها على استئناف الرضاعة.
- إعادة الثقة بنفس الأم وتطمينها بأنّ الحليب سيعود حالما يقوم الطفل بالرضاعة.
- عندما تنقص كمية الحليب يتم إعطاء بدائل صناعية بواسطة الكوب.

تهتزّ ثقة الأمّهات وموظفي الصّحة عادة عند رؤية طفل يعاني من سوء التغذية على صدر أمّه. وإذا كانت السّرعة في مساعدة الطّفل ونسيان الأمّ، فهناك إذاً خطر في طفل صحّي ولكن من دون إمداد آمن للغذاء.

Mary Corbett in Field Exchange 9, March 2000

5.6 الأمّ مضطربة، في أزمة عاطفية، أو ترفض الطّفل

لا يشكل الضغط العصبي أي مانع للرضاعة، لكن الأم المضطربة والمحبطة قد تجد صعوبة في الإرضاع خاصة بعد فقدانها لثقتها بنفسها.

الحاجة إلى العناية لإستعادة الوضع السابق

لا تقلل الضغوطات العصبية، كما الحزن أو العنف الجسدي، من حليب الأم لكنها تحتاج إلى الدعم لإستعادة توازنها العاطفي.

قد تعتقد الأمّ أنّ الأحداث المقلقة في حياتها هي التي خفّف من إنتاج الحليب. قد تقدّم لطفلها مكمّلات صناعيّة لكي يخفّف من الرضاعة وبذلك يخفّ إنتاج الحليب بشكل ملحوظ. وعادة، لا يلاحظ موظّف الصّحة أو التغذية ذلك إلا عندما تكون الأمّ قد توقّفت كلياً عن الرّضاعة.

يمكن للوفاة أو قلق فقدان أحد أفراد العائلة، كما تأثير العذاب أو الرّعب أن يرهقوا المرأة عاطفياً أكثر. وقد تعتقد أنّ الحزن يفقدها حليبها أو يجعلها غير قادرة على الرّضاعة.

قد تكون المرأة تعرّضت لعنف جنسي وتشعر بأنّ حليبها ملوّث. وقد ترفض المرأة طفلها لأسباب عدّة. مثلاً، إذا كانت تعاني من مشاكل نفسيّة بسبب تعرّضها للاغتصاب، إذا كان هناك من صراع عائلي، إذا كان الطّفل غير طبيعي أو إذا كانت تعتقد أنّه يموت. يمكن لرفض الطّفل أن يكون مؤقتاً أو طويل الأمد.

كما أنّ المرأة التي تشعر بعد القدرة على الاستجابة لطفلها يمكن أن تقلّل من الرّضاعة ويخفّ إنتاج الحليب عندها لهذا السبب. وقد لا يستجيب لها الطّفل، كما قد لا يطلب الرضاعة. إذا لم تتلقّ الأمّ أيّ عناية عاطفية، فيمكن أن يؤدّي ذلك إلى عدم رضاعة الطّفل وبالتالي عدم نموّه بشكل جيّد جسدياً ونفسياً.

لا يفسد القلق أو الإرهاق أو الحزن حليب الأمّ أبداً،
ولكنّها تحتاج للعناية من أجل استرجاع الوضع السابق.

العناية لإستعادة الوضع السابق

قد تساعد العناية التي تعيد توازن الأمّ العاطفي؛ والعناية للنّساء المغتصبات يجب أن تتضمّن معايير لدعمهنّ، من خلال عاداتهنّ الدينية والثقافية ومن أجل مساعدتهنّ على الرضاعة مجدّداً.

- الجلوس معها ومع عائلتها للاستماع إليها والتحدّث معها بلطف.
- الطلب من المقرّبين لها أن يظلوا معها لمواساتها.
- إعادة الثقة بنفسها كأم جيدة.
- إبقاء الطفل ملتصقاً بالأم
- عند الضرورة يتم إعطاء مكملات غذائية للطفل وتقديم "المساعدة الأساسية" حتّى استعادة الرضاعة.
- في الحالات الحرجة، يمكن إعطاء أدوية للعلاج النفسي مع تشجيع الأمّ على الرضاعة ومراقبة حالة الطّفل في الوقت نفسه.

التدليك للأمّ المحبطة

يقترح خبير التدليك الذي يعمل مع من تعرّض للعنف والتحرّش الجنسي، القيام بتدليك الذات، بما يتوافق وبيئة المرأة.
يعني الإحباط التفكير الدائم للشخص وانفصال جسمه عن عواطفه ومشاعره.
يمكن أن تتعلّم الأمّ تدليكاً بسيطاً للثدي تقوم به بنفسها. هو أمر سهل يساعد النساء

على إعادة الاتّصال مع ذاتهنّ واسترجاع العواطف مجدداً.
خلال هذا التدليك السريع الذي لا يتعدّى الخمس دقائق، يمكن أن يقمن بالتفكير في إرسال رسائل لأنفسهنّ تشجعهنّ على الرضاعة. مثلاً:
"ولدت هذا الطّفل الرائع والآن سوف أعطيه الحليب. بهذا التدليك، أريح جسمي وأحضّر ثديي لتقديم الحياة لطفلي وتقويته".
John Calvi, 2001

دراسة حالة: أم تعاني من الإنهيار

جاءت أم إلى وحدة الإستشارات في المركز الصحي تطلب غذاء لطفلها البالغ من العمر شهراً واحداً ويزن 4.4 كيلوغراماً. علم مستشار الرضاعة بأنّ الأم تعاني من ضغوطات كبيرة في المنزل إذا إنّ زوجها مريض عقلياً ويقوم أحياناً بضربها وضرب أولاده.
لهذا السبب، أخبرها الأقرباء والجيران بأنّ حليبها غير جيد وأنّ عليها استخدام الحليب البديل. قام المستشار بالتحدث مع الأم وطمأنها على إمكانية إنتاج حليب كاف كما ذكّرها بقول الرسول الكريم حول الرضاعة.
بدأ المستشار تعليم الأمّ عن كيفيّة تقليل المكمّلات الصناعية وزيادة الرضاعة الطبيعية. بدأت الأمّ أولاً بتقليل المكمّلات في النهار من خمسة إلى ثلاثة؛ ثمّ بدأت ترضع الطّفل خلال الليل فقط لمدّة ثلاثة أيّام. بعد الثلاثة أيّام، كانت الأمّ تعطي حصّة واحدة من بديل الحليب خلال النّهار وبعدها بدأت بالرّضاعة حصرياً في النهار وفي الليل.
قام المستشار بزيارة الأم في بيتها وتحدث مع والدة زوجها لمساعدتها في المشاكل التي تحيط بها. وعليه وفي سن الأربعة أشهر كان الطفل يتغذى تغذية حصرية على حليب الأم وأصبح يزن 6.9 كيلوغراماً.
أخصائية التغذية أماني جودة، أرض الإنسان، غزّة،2001.

دراسة حالة: أم خائفة من مواصلة الإرضاع

الأم: "أنا أبكي طوال الوقت، وقد أخبرتني قريبتي بأن هذا يضر بالحليب. حصل لي أمر مريع... على الطريق. كان هناك بعض الجنود... لم أستطع الهرب. أشعر بالخجل الشديد وحليبي قد أفسد".

كيف يمكن لعامل الصّحة أو التغذية مساعدة الأمّ والطّفل؟

الأجوبة ليست محصورة بالتالي إذ يجب أيضاً اعتبار ما هو مناسب في البيئة المناسبة.

إجابات محتملة:

يجب التأكد من أنّ رضاعة الطفل تتمّ عن طريق الكوب، ومساعدة الأم على احتضان الطفل، دع الأم تتكلم وتبكي واعمل على تطمينها وتهدئتها. يمكن تدريجياً اقتراح فكرة استعادة الرضاعة في المستقبل – ربّما يساعدها سحب الحليب. ينصح بالبحث عن شخص من المحيطين بها ليتكلم معها ويستمع إليها باستمرار.

إذا كانت الرضاعة مستحيلة من الأمّ الطبيعية، يمكن القيام بخيارات بديلة مناسبة (الأمّ البديلة، الحليب الطبيعي من بنك الحليب، بدائل الحليب المحليّة، بدائل الحليب المنزليّة).

الدليل التوجيهي، فبراير 2007.

5.7 خيارات إضافية للرضاعة

الأم البديلة

الرضاعة بواسطة الأم البديلة تعني إرضاع أم لطفل ليس بطفلها. وهي الطريقة المثلى لإرضاع الأطفال غير مرافقين واليتامى. تشمل الرضاعة بواسطة الأم البديلة:

- الجدة أو قريبة للأم حيث يمكن إدرار الحليب من النساء حتّى بعد سنوات من الرضاعة وحتى بعد انقطاع الحيض.
- أم فقدت طفلها حديثاً.
- الأم التي ترضع طفلها وطفل أم أخرى حيث يمكن من خلال العناية و"المساعدة الأساسية" مساعدتها على إنتاج حليب يكفي للطفلين.

يجب على موظفي الصحة والتغذية تصحيح أي معلومات مغلوطة حول طريقة الأم البديلة حيث يجب مناقشة أفراد عائلة الام.

يجب دائماً تقديم **الاستشارة السريّة والطوعية وفحص مرض الإيدز** للأمّ البديلة والتأكّد من أنّها لا تحمل المرض وإبلاغها بضرورة بقائها غير مصابة ومساعدتها على حماية نفسها. كذلك، من الضروري التأكّد من أنّ الأمّ البديلة تحصل على **الغذاء الإضافي** الذي تحتاجه كلّ النساء المرضعات. يمكن إعطاء الطّفل بدائل للحليب بواسطة الكوب لحين تنتج الأمّ البديلة على كميّة كافية من الحليب. **متابعة الطفل عن كثب** للتأكّد من أنّ اكتساب الوزن مناسباً.

استخدام الحليب المتبرّع

يمكن إعطاء الأطفال في المستشفيات الحليب المعالج بالحرارة حيث يمكن إستخدامه في حالة سوء التغذية الحاد للأطفال تحت سن الـ 6 أشهر. يمكن ضغط الثدي لإدرارا لحليب ومن ثم:

- يتم غليه أو
- تسخينه حتى 65 درجة لمدة ثلاثين دقيقة.

هذه الطريقة كفيلة بالتخلص من البكتيريا والفيروسات وحتى من فيروس الأيدز. وبعد التسخين، يجب الاحتفاظ بالحليب في الثلاجة إذا لم يتمّ استعماله فوراً.

Left to right: UNICEF, Somalia; Guatemala/LINKAGES, Maryanne Stone-Jimenez; M.Jakobsen, Guinea Bissau, 1987; Mae La camp, Thailand, O.Banjong, 2001; Breastfeeding supplementer, Mike Golden; Peru, WHO/PAHO; Domasi Rural Health Clinic, Malawi, St Louis Nutrition Project, Heidi Sandige, 2003; Mother and child, Valid International.

موادّ إضافيّة

Kent Page, UNICEF, DRC, 2003

6.إعادة إدرار الحليب

6.1 مؤشرات عملية تدفق الحليب (الإدرار)

الإدرار يعني إعادة عملية الرضاعة، تعتبر هذه الطريقة من أفضل الطرق لتأمين الحليب في حالات الطوارئ والأزمات عندما تكون الرضاعة الصناعية خطرة. عند الإمكان، يجب أن تتم بواسطة أم الطفل وعند عدم وجود أم الطفل، فتتم من قبل الشخص الذي يرعى الطفل. الخطوة الثانية في التقييم الشامل تحدّد الأمّهات أو مقدّمي

الرّعاية المهتمّين في إعادة الإدرار والذين يجب أن يحصلوا على المساعدة الإضافية مع الرّضاعة (الجزء 5.1).

عمر الأم

معظم الأمهات يستطعن إستعادة القدرة على الإرضاع إذا أردن ذلك، يمكن إعادة الإرضاع حتى لو تم التوقف عن الإرضاع لسنين عديدة أو حتّى بعد سن اليأس. ومع ذلك فإن إعادة الإرضاع ستكون أسهل بالنسبة للأم التي توقفت عن الإرضاع حديثاً أو التي لا تزال ترضع من وقت لآخر.

عمر الطفل

تحت الستة أشهر

من السهل إعادة الإدرار للطفل تحت الأشهر الستة، ويجب المحاولة بجدّ لإنجاح عملية إعادة الإدرار وإعطاء الطفل الحليب حصرياً.

فوق الستة أشهر

عند سن الـ 12 شهر يكون من السهل إعادة الإدرار حيث يكون الحليب ضرورياً للأطفال الذين يعانون من المرض ولا يتقبلون الرضاعة الصناعية.

يمكن تجنّب الحاجة إلى إعادة الإدرار من خلال تأمين شروط الدّعم لكلّ النساء و"المساعدة الأساسية" على الرّضاعة عند الحاجة. وهذه الطريقة يعدّ اتّباعها أسهل من المساعدة المحترفة لإعادة الإدرار.

6.2 ظروف إعادة الإدرار

التحفيز

يجب تحفيز الأم أو الأم البديلة حيث إن بعض الأمهات يكنّ محفزات ذاتياً ولكن البعض يحتجن إلى تحفيز وتشجيع عن طريق تزويدهن بالمعلومات الكافية.بعض النساء يفقدن مؤقتاً ثقتهنّ بأنفسهنّ ويحتجن لطمأنة إضافية. يحتاج العامل في الصحّة أو التغذية إلى الوقت والمهارة والصبر من أجل تحفيز المرأة؛ وهو يجب أن يسمع ويكلّم ويشجّع المرأة غالباً.

تحفيز الثديين

من الضروري تحفيز الثديين ومن الأفضل أن يتم ذلك عن طريق مص الطفل للثدي حيث إن المص يطلق البرولاكتين الذي يحفز تدفق الحليب في ثدي الأم. كلما كان الطفل يمص الثدي كلما زاد الإنتاج للحليب. وإذا كان الطفل لا يستطيع الإرضاع، يمكن أن يتمّ سحب الحليب من خلال تحفيز الثدي باليد.

الدعم المستمر

يجب أن يكون موظفي الصحة والتغذية متواجدون للمساعدة وتشجيع الأمهات بطريقة تحفيزية ولطيفة. ومن الضروري أن تقوم الأم أو الشخص المهتم بالطفل بزيارة منتظمة للمركز الصحي من أجل الحصول على المساعدة المطلوبة. كما يمكن تدريب العاملين في مجال الصّحة والأمّهات في مجموعات الدّعم وغيرهم من النّساء والأصدقاء، على تقديم الدّعم للنساء عند إعادة الإدرار.

6.3 مساعدة الأم على إعادة الإدرار

يجب أن تحظى الأم التي ستقوم بعملية إعادة الإرضاع بالرعاية الصحية والتغذية المناسبة. يجب حمايتها من العنف، وتسهيل دخولها إلى الأماكن الآمنة مع غيرها من النّساء المرضعات.

بوجود رعاية صحية جيدة، يمكن حتى للأم التي تعاني من سوء تغذية أن تعاود عملية الرضاعة ولا يتوجب الإنتظار حتى تتحسن لتقوم بالإرضاع. إذا كانت المرأة مريضة أو تعاني من سوء تغذية حادّ، فيجب أن تحظى بالعلاج المناسب لتبدأ الإدرار عندما تتحسّن حالتها.

قد يحتاج الطّفل إلى رضاعة صناعيّة مؤقتة ويجب إعطاؤه له بطريقة تشجّعه على بدء الرضاعة، من دون مصاصات أو قوارير.

قبل بداية إعادة الإدرار

يجب على موظفي الصحة والتغذية تثقيف الأم بالتالي:

- يمكن إعادة الرضاعة حتى لو كان الطفل يعتمد على وسيلة أخرى مؤقّتة للرضاعة.
- حليب الأم يعطي الطفل الفرصة للنمو والحماية في أوقات الأزمات.

كما يجب على موظفي الصحة والتغذية:

- التحدث مع الأم عدة مرات والإستماع إليها ومعرفة شعورها.
- محاولة التعرف على الصعوبات التي تواجهها.
- التأكد من تحفيز الأم وثقتها بإعادة الرضاعة، من دون الضغط عليها إذا لم تكن مقتنعة.
- تعريفها بأمهات آخريات قمن بعملية إعادة الإرضاع لتشجيعها.

كذلك، يجب التفسير للمرأة:

- ما سوف تقوم به مع الأمّ من أجل البدء بالرضاعة.
- المدّة التي سوف يأخذها الأمر والحاجة لأن تكون صبورة ومصمّمة.
- كيف سيتمّ تغذية طفلها في الوقت التي يبدأ أو يزيد إنتاجها للحليب.

يجب على المعاون الصحي أن يقوم أيضاً بسؤال الأم حول السلوكيات أو الممارسات التي قد تتعارض مع الرضاعة الطبيعية:

- العوامل التي تؤثر على فعالية واستمرار الرضاعة:
  - فترة الانفصال عن الطفل (مساعدة الأمّ على البقاء مع طفلها)
  - الرضاعة المنتظمة أو إستخدام المصاصات والقارورات (تفسير حاجة الرضاعة عند الطّلب)
- الأدوية التي تخفّف من إنتاج الحليب:
  - موانع الحمل التي تحتوي على الأستروجين (تأمين وسيلة خالية منها)
  - الأدوية التي تحتوي على thiazide diuretics (محاولة تقديم علاج آخر)

بدء عملية الإدرار

تسجيع ودعم الأمّ أو الأمّ البديلة طيلة مدّة إعادة الإدرار. ويجب أن يتمّ ذلك أوّلاً يومياً حتّى تصبح واثقة وحتّى يبدأ إنتاج الحليب وتدفقه.

- تشجيع الأم على الإرضاع كلّما يبدي الطفل رغبته بالرضاعة.
- تثقيفها بأنّ أخذ قسط من الراحة يساعد على الرضاعة بانتظام.
- التكلم مع عائلتها بعدم إعطاءها أي واجبات منزلية لعدة أسابيع لكي ترضع أكثر.
- إعلام الأم بأنها الوحيدة القادرة على الاعتناء بطفلها.

إذا كان الطّفل يرغب بالرضاعة

قد يرغب الأطفال الذين كانوا يرضعون في السابق بالرضاعة حتّى قبل إنتاج الحليب.

إذا كان الطّفل يرغب بالرضاعة، ولو قليلاً، فإعادة الإدرار تصبح سهلة نسبياً. فالكثير من الأطفال الذين كانوا يرضعون في السابق، يبدون رغبة في المصّ، حتّى لو كان إنتاج الحليب ضعيفاً.

يجب تشجيع الأم على:

- وضع الطّفل على الثدي غالباً طالما يرغب بذلك، كلّ ساعة إلى ساعتين إذا كان ذلك ممكناً و8 إلى 12 مرّة على الأقلّ خلال الأربع وعشرين ساعة.
- النوم مع الطفل من أجل الرضاعة ليلاً.
- تقديم كلا الثديين للرضاعة ولمدّة 10 إلى 15 دقيقة على الأقلّ لكلّ ثدي.
- ضمان الوضعية الصحيحة للإرضاع.
- إعطاء الحليب في كوب ست مرات في اليوم كبداية.
- تقديم الثدي للطفل دائماً قبل تقديم الكوب.

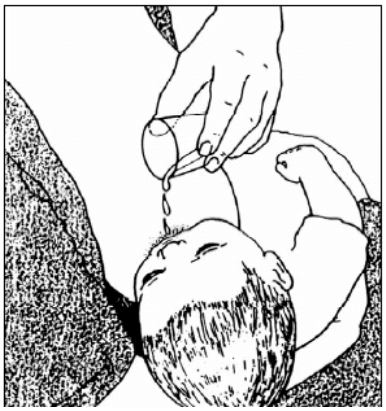
تقديم الثدي كلّما رغب الطّفل في مصّ أيّ شيء.

عندما لا يريد أو لا يستطيع الطفل الرضاعة

قد لا يرغب الأطفال الذين لم يرضعوا أبداً أو بالقارورة، بمصّ الثدي.

- يحتاجون لمساعدة أكبر من أجل الرضاعة بطريقة جيّدة.
- يجب فحص الطفل للكشف عن أيّ مرض مع تطبيق العلاج اللازم. ومن الممكن أن تبدأ الرضاعة حالما تتحسّن حالة الطّفل.
- نصح الأم بالالتصاق بالطفل أو تطبيق الحمل على طريقة الكنغر، مع تقديم الثدي كلّما أظهر الطفل الاهتمام بذلك.
- تشجيع الأم على إعادة الإدرار بواسطة تحفيز الثدي عن طريق اليد لمدة 20-30 دقيقة حوالى 8-12 مرة في اليوم.

تحتاج الأمّ مع الطفل للمساعدة في كلّ مرّة ترضعه.



ومن الأفضل توجيههما إلى مركز صحّي لبضعة أيّام. بهذه الطريقة، يصبح لعاملي الصّحة والتغذية فرصة أفضل من أجل تأمين المساعدة في كلّ مرّة يرضع الطفل والتأكّد من أنّ الأمّ (أو غيرها) لا تعطي الطّفل القارورة أو المصّاصة أو بديل الحليب غير الضروري. عند إعادة فعّالة للإدرار، يمكن أن يذهب الطّفل مع أمّه إلى المنزل ولكن يجب أن تتمّ متابعتهم يومياً من قبل المسؤولين.

إمدادات الحليب

طريقة التقطير

وهي طريقة جيّدة من أجل تزويد الطّفل بالحليب خلال إعادة الإدرار. فهي تشجّع الطفل على على الرضاعة وبدء عملية المص حيث يتم تنقيط الحليب على الثدي عندما يكون الطفل متموضعاً أمام الثدي حيث لا يتم نزول الحليب إلى فم الطفل بسهولة.

طريقة الرضاعة بالتمديد

تستخدم هذه الطريقة للأطفال الذين لا يرغبون بالرضاعة قبل إنتاج الحليب من الثدي، ويتم استخدام أنبوب يمتد من الكوب إلى الثدي ومن ثم عبر الحلمة إلى فم الطفل، فيمصّ ويحفّز الثدي وفي الوقت نفسه يتناول الحليب من الأنبوب فيشبع. هذه الطريقة تتمّ غالباً تحت إشراف مختصّين في مركز صحّي.

يجب قطع ثقب صغير على حافّة الأنبوب قرب نهاية الجزء الذي يدخل فم الطّفل (هذا بالإضافة إلى الثقب في نهاية الأنبوب)؛ فهذا يساعد على تدفّق الحليب. وحيث إنه من الصعب تنظيف الأنبوب البلاستيكي، فيجب:

- القيام بغسل الأنبوب بالماء والصابون بعد الاستخدام مباشرة.
- غلي الأنبوب أو تعقيمه باستخدام المنظفات.
- تنظيفه بالماء قبل الإستخدام القادم.
- إستبدال الأنبوب كل بضعة أيّام.

ويجب تعليم الأم كيفية:

- إعداد الكوب (من الحليب المسحوب أو الصّناعي) الذي يحتوي على ما يحتاجه الطّفل في كلّ رضاعة.
- وضع طرف نهاية الأنبوب على الحلمة كي يستطيع الطّفل مص الثدي والأنبوب في نفس الوقت.
- وضع الطرف الآخر للأنبوب في الكوب.
- ربط الأنبوب إذا كان طويلاً فهذا يساعد في السيطرة على تدفّق الحليب كي لا ينتهي الطفل بسرعة.
- التحكم بتدفق الحليب في الأنبوب بطريقة يمتصّ فيها الطفل حوالى ثلاثين دقيقة كلّ مرّة؛ فرفع الكوب يسرّع عمليّة التدفق وخفضه يبطّئها.

يجب تنظيف وتعقيم الكوب والأنبوب بعد كلّ استخدام أو تعليم الأمّ كيف تقوم بذلك. كذلك، يجب تشجيع الأمّ على الإرضاع كلّما يرغب الطفل بذلك وليس فقط عند استخدام الأنبوب. وعندما يرغب الطفل بالرضاعة من دون الأنبوب يمكن للأمّ أن تقديم الكوب بدلاً منه.

لاكتوجوز

أن الدواء المسمى"لاكتوجوز" يساعد على زيادة إنتاج الحليب وذلك من خلال زيادة مستويات البرولاكتين. ويكن ليس دقيقاً كم يساعد عند توقّف الرّضاعة كلياً، وهو غير ضروري خلال عملية إعادة الإدرار لأنّ التحفيز الكامل للثدي كاف عادة.

التحفيز الكامل للثديين هو عادة كل ما تحتاج إليه عملية إعادة الإدرار.

يمكن استخدام هذا الدواء كمحفّز إضافي لعملية إعادة إدرار الحليب فقط وبحدود معيّنة وذلك للأسباب التالية:

- الإعتماد على دواء لاكتوجوز يؤدي إلى الإعتماد الكلي على الدواء من قبل الأمّهات كما عاملي الصّحة والتغذية.
- إستخدامه في المراحل الأولى للإدرار قد يؤثر سلبياً على "المساعدة الأساسية" و"المساعدة الإضافية" اللتين يتم تقديمهما للأم.
- يتم تقديمه اختصاراً للطريق في عملية الإدرار وغالباً ما يفشل الأمر.
- وجود تأثيرات جانبية على الأم والطفل.

لاكتوجوز
الأدوية التي عادة يتمّ استخدامها هي:
دومبيريدون Domperidone 10-20 مل ثلاث أو أربع مرّات يومياً
ميتوكلوبراميد Metoclopramide 10-20 مل ثلاث مرّات يومياً
من أجل التوقّف عن الأدوية:
التخفيف بنسبة 10 مل يومياً ومراقبة حليب الأمّ
تظهر فعاليّة كلّ هذا فقط عندما تحصل المرأة على الدّعم المناسب ويتمّ تحفيز ثدييها بالكامل.

كلمات تحذير

إن الـ "دومبيريدون" هو الاختيار الأفضل للأم والطفل حيث توجد له تأثيرات جانبية أقلّ ومستواه في الحليب ضئيل.
توجد تأثيرات جانبية عديدة للـ " ميتوكلوبراميد" منها إصابة الأمهات بالقلق والإحباط؛ ويجب أن يكون هناك توازناً في استعماله للخفّ من المخاطر على الأمّ والطّفل خاصّة خلال الضغوطات في أوقات الأزمات.
عند توقّف الأدوية، تعزّز الإدارة الجيّدة للرضاعة استمرار إنتاج الحليب.
إذا كان هناك من يعتقد في العائلة أنّ مشروباً أو طعاماً تقليدياً يمكن مساعدة الأمّ لإنتاج حليب أكثر، فتناوله قد يساعدها نفسياً إذ إنّ معظم "العلاجات" التقليدية ليست ضارّة لأنّها تكون عادة غنيّة بالمغذيات والفيتامينات. من الضروري عدم الاستخفاء بثقة الأمّ بهذه المشروبات أو الأطعمة حتّى لو كان العامل الصحي لا يؤمن بها.

6.4 تغذية الطفل خلال عملية إعادة إدرار الحليب

ما يجب إعطاءه

عندما تبدأ الأم بإنتاج الحليب يجب عليها تغذية الطفل بالطريقة الأمثل عن طريق إمّا الضغط على الثدي باليد لإنتاج الحليب أو عن طريق الحليب الصّناعي.

يجب إعطاء الإمدادات عن طريق الكوب أثناء محاولة الطفل مص الثدي لتحفيز إنتاج الحليب، ولكن عليه البدء بالثدي قبل الكوب.

ما يحتاجه الطفل يومياً من الحليب هو:

150 مل يومياً لكل كغ من وزن الطفل.

عند بدء إعادة الإدرار، يجب إعطاء هذه الكميّة من بديل الحليب يومياً وتقسيمها من ستّ إلى اثنتي عشر وجبة بحسب عمر الطّفل وحالته. فالطفل الصغير أو الضعيف أو المريض يحتاج إلى حصص أصغر موّزعة على وجبات أكثر. وعندما تبدأ كميّة الحليب الطبيعي بالازدياد، يحتاج الطّفل إلى كميّة أقلّ من بديل الحليب. يذكر أنّ الأطفال فوق عمر الستة أشهر يحتاجون أيضاً إلى مكمّلات غذائية مناسبة.

مراقبة وزن الطفل

يجب على موظف الصحة والتغذية أن يزن الطفل كل أسبوع. يجب وزن الأطفال المرضى أو الذين يعانون من نقص التغذية او نقص الوزن في فترات أقرب. يجب أن يكون وزن الطفل الأدنى تحت سن الستة أشهر: 125 غ في الأسبوع أو 500 غ في الشهر.

السؤال عن إدرار البول للطفل

التبوّل بانتظام (ستّ مرّات أو أكثر يومياً للأطفال تحت الستة أشهر) والبول الفاتح اللون هو دليل جيّد على استهلاك صحّي للسوائل.

السؤال عن مستوى نشاط الطفل

يمكن التأكد من أن الطفل يحصل على الغذاء اللازم إذا كان:

- يستيقظ تلقائياً كل ساعتين أو ثلاث ساعات طاباً للغذاء.
- يتناول كميات جيدة.
- يتواصل مع المجتمع المحيط به بطريقة تتناسب مع عمره.

قد يكون الطفل الذي لا يحصل على غذاء كاف هادئاً جدّاً وغير متطلّب لأنّه يفقد للطاقة من أجل طلب الغذاء.

هل بدأ إنتاج الحليب؟

يمكن إعادة إدرار الحليب خلال أيام أو أسابيع ولا يمكن حساب الوقت بدقة. فبعض النّساء ينتجن الكثير في بضعة أيّام فقط خاصّة إذا كان طفلهنّ لا يزال يرضع أحياناً. ولكن إذا توقّف الطفل عن الرضاعة كلياً، فقد يأخذ الأمر عدّة أسابيع أو أكثر. إذا لم ترضع الأمّ طفلها أبداً، فيمكن ألاّ تنتج الحليب الكافي لرضاعة حصريّة. يجب تشجيع الأمّ على الرضاعة كلّما أمكن مع البدائل المناسبة. الحليب الطبيعي مغذّ ويعطي حماية لا تعطيها الأغذية الصناعية.

لذلك، من الأفضل للطفل الحصول على بعض الحليب الطبيعي على أن يتمّ إعطاؤه بدائل الحليب. يحتاج الطفل فوق الستة أشهر إلى الحليب الطبيعي والمكمّلات الغذائية. والمرأة التي أعادت إدرار الحليب يمكن أن ترضع لمدّة عامين وأكثر. تحتاج جميع النّساء إلى التشجيع على الصبر.

دلائل على إنتاج الحليب

تغيير في شكل الثدي

- يبدو الثدي ممتلئاً وصلباً وقد يتسرّب منه الحليب كما يمكن الضغط لسحب الحليب.

كميات أقلّ من البدائل

- يخفّف الطفل من البدائل مع استمرار زيادة وزنه. ويمكن مراقبة ذلك على المدى

الطويل.

لا يأخذ الطفل الثدي الآخر

- وهذا دليل على ضرورة تخفيف البديل من أجل أن يرطلب الطفل الرضاعة من الثديين في كلّ مرّة.

تغيير في براز الطفل

- يصبح براز الطفل رطباً.

ما هي كمية الحليب التي يتمّ إنتاجها؟

يمكن تحديد كميّة الحليب التي تنتجها الأمّ من خلال طرح كميّة الحليب البديل التي يأخذها الطّفل من مجموع الحليب الذي يحتاجه. وللقيام بذلك:

1. تقدير مجموع احتياجات الطفل بحسب وزنه (150 مل/كغ/يوم).
2. الطلب من الأم إرضاع الطفل أوّلاً ومن ثم تقديم البديل.
3. طرح الكمية الإجمالية اليومية للبديل من الاحتياج الكلي.

والفارق هو تقريباً كميّة الحليب الطبيعي الذي تنتجه الأمّ. وهذه الحسابات تفترض أنّ الطفل يكسب الوزن ممّا يدلّ على أنّه يأخذ الكميّة التي يحتاج إليها.

مثلاً

طفل يزن 6 كيلوغرامات يحتاج إلى ..... حوالى 900 مل من الحليب يومياً.
إذا كان الطفل يأخذ ..... 450 مل من البديل يومياً
فإنّ الأمّ أو الأمّ البديلة تنتج ..... حوالى 450 مل من الحليب يومياً.

كيفية تقليل البدائل

يتم إعطاء الطفل بدائل أقل عندما تكون هناك دلائل على إنتاج الحليب وملاحظة زيادة وزن الطفل.

التخفيف من البديل إلى حدّ تشجيع الرضاعة الطويلة والمستمرّة، ولكن ليس بكميّة يشعر فيها الطفل بالجوع أو بعدم الحيوية للرضاعة.

يمكن للأم أو الأمّ البديلة:

- تقليل البديل المعطى في اليوم إلى 50 مل
- المواصلة بالكمية المنقصة خلال الأيام القليلة القادمة.

من الممكن أن تقرّر تقليل إعطاء البديل إلى ثلاث أو أربع مرّات فقط يومياً، أو إلى مرّة أو اثنتين في آخر النّهار. يمكن أن تقلّل عدّة حصص إلى 10-15 مل لكلّ حصّة أو تقليل حصتين بـ 25 مل لكلّ حصّة.

يجب أن تتابع الرضاعة من دون إعطاء البديل كلّما رغب الطفل ذلك.
إذا كان الطفل:

- يظهر من خلال البول والحركة أنّه يحصل على ما يكفي،
- قد زاد 125 غ أو أكثر من الوزن بعد أسبوع،

فيمكن للأمّ أن تقلّل كميّة البديل مرّة أخرى بنسبة 50 مل، وتكرار العمليّة نفسها كلّ بضعة أيام إذا استمرّ الطفل بكسب الوزن وبزيادة الحركة.
يمكن تقليل كميّة البدائل بسرعة أكبر إذا كان الطفل لا يشرب البديل كلّه ولا يزال يكسب الوزن (دراسة الحالة أدناه).
في بعض الحالات، قد تأخذ عمليّة إعادة الإدرار وقتاً أطول خاصّة إذا كانت الأمّ البديلة قد توقفت عن الرضاعة قبل سنوات. لا يجب تقليل كميّة البدائل إذا كان الطّفل:

- يظهر علامات الجوع ولا يشعر بالشبع.
- لم يكسب وزناً عند نهاية الأسبوع.

الاستمرار في تقديم الكميّة نفسها لأسبوع إضافي.
وإذا كان الطفل لا يزال يظهر علامات الجوع أو لم يسكب وزناً كافياً في الأسبوع التالي، يجب زيادة كميّة البدئل إلى ما كانت عليه قبل تقليلها.

دراسة حالة: التوازن بين كميات الحليب الطبيعي والبدائل
وصل الطفل روبيرتو إلى معسكر اللاجيئن بعمر الثلاثة أشهر ويزن 5 كيلوغرامات. أخبرتنا الأم ماريا بأنها قد فقدت حليبها وتوقفت عن الرضاعة في الشهر الماضي ولكنها ترغب في إعادة الرضاعة.

الأسبوع الأول:
تم إعطاء الأم 750 مل من إمداد الحليب من أجل روبيرتو. تم وضع الطفل ملتصقاً بالأم حيث بدأ الرضاعة والمص مع إعطاءه الحليب في كوب.
عند انتهاء الأسبوع الأول، أصبح وزن الطفل 5.2 كيلوغراماً ولم يكن يأخذ الحليب كلّه من الكوب بل كان يبقى مجموع 50 مل في اليومين الأخيرين.
كما لاحظت الأم خروج بعض نقاط الحليب من ثدييها عندما تضغط عليهما بيدها.

1. هل زيادة الوزن في الأسبوع الاول كانت مناسبة؟
2. كم كمية الحليب التي كانت تنتجها الأم بعد الأسبوع الأول؟

الأسبوع الثاني:
تم تشجيع الام من قبل موظفة الصحة والتغذية على قدرتها على إعادة إنتاج الحليب وتم مراقبة عملية الرضاعة بفعالية. وتم إنقاص البديل بمعدل 50 مل يومياً. وعلى الستة أيام التالية، تمّ إعطاء روبيرتو بدائل من 700، 650، 600، 550، 500 و450 مل. ثمّ عند لقاء الموظفة بالأمّ، قالت لها الأمّ بأنّ روبيرتو يرضع لفترة أطول وأكثر بالإضافة إلى الكوب. كما كانت تسمعه يبلع أحياناً خلال الرضاعة.
بعد نهاية الأسبوع الثاني، أصبح وزن روبيرتو 5.35 كيلوغراماً أي كسب 150 غراماً:

3. هل زيادة الوزن في الأسبوع الثاني مناسبة؟
4. هل يجب تنقيص، زيادة أو المحافظة على كميّة البديل؟
5. ماذا يمكن تقديمه للأم من مساعدة إضافية بعد انتهاء الأسبوع الثاني؟

إجابات ممكنة:

1. نعم، كان جيداً.
2. حوالى 50 مل في اليوم.
3. نعم، بزيادة 125 غرام أسبوعياً.
4. يمكن الإستمرار في تقليل البديل إذا كان وزن الطفل يزداد بانتظام عبر المراقبة المنتظمة.
5. يجب تشجيع الأم على إنتاجها للحليب مجدداً. ويجب إخبارها بإن زيادة وزن الطفل كانت جيدة. وعليه يجب الإستماع أكثر إلى الأم وإلى ما يقلقها.

7.حالات الثدي

7.1 مستوى الدعم المطلوب

من خلال التقييم الشامل (الجزء 3.3) تم ملاحظة وجود مشاكل في أحد أو كلا ثديي الأم مثل:

- قلق حول حجم الثدي وشكله، حلمات مسطّحة أو مقلوبة.
- حلمات كبيرة، ألم في الحلمات أو في الثدي أو ورم.

تدلّ جداول مستويات الدّعم في الجزء الرابع على ضرورة توجيه الأمّ نحو "المساعدة الإضافية". كما أنّ بعضهنّ قد يحتاج لعناية طبيّة وغيرها من التدخلات المذكورة أدناه. وإذا لم يكن هناك من يمكنه تقديم "المساعدة الإضافية" على الرضاعة، يمكن تقديم "المساعدة الأساسية" التي قد تساعد في الكثير من مشاكل الثدي.

إذا كانت الأمّ تعاني من أيّ من هذه الحالات، فمن المهمّ:

- الاستماع ومعرفة مشاكلها ومخاوفها.
- التحدث إليها والشرح لها عن حالتها وما يمكن عمله لمساعدتها.
- تطمينها بأنها ستشفى وستعود للإرضاع.

من المهمّ ذكر أنّ معظم هذه الحالات يمكن أن يتمّ تجنّبها في عناية التوليد الصديقة للطّفل (الجزء 2.2) والتي تتضمّن الرضاعة مباشرة بعد الولادة والمساعدة في الرضاعة الأوليّة. كما أنّ تقديم "المساعدة الأساسية" حالما تعاني الأمّ من مشكلة يمكن أن يمنع تضخّم الحالة.

7.2 امتلاء الثدي وحجمه

في الأزمات، تشعر الأمّهات عادة بالقلق بما يتعلّق بعدم امتلاء الثديين أو عدم الصلابة. يمكن أن يصبح الثديين نحيلين بسبب فقدان الوزن حيث يفقد الثديين بعض الدهون الذي تعطي شكل الثديين ولكن يظل إنتاج الحليب على ما هو عليه.

تختلف الأثداء اختلافاً كاملاً بالنسبة للشكل والحجم ولكن هذا لا يؤثر مطلقاً على إنتاج الحليب. وهذا ينطبق على كل أشكال الأثداء سواءً مرتفعة أو مدوّرة، طويلة أو متدلية، كبيرة أو سمينة، صغيرة أو مسطحة.

- إذا كانت الأمّ لا تبدي أيّ قلق، يجب عدم التحدث عن شكل وحجم وامتلاء الثدي.
- إذا كانت الأم متخوّفة من الامتلاء، يجب إخبارها بأنّ الامتلاء والشكل يكونان بسبب الدهون ولكن إنتاج الحليب لا يتأثر.
- يجب تشجيعها على الرضاعة الطبيعية وأهمية الحليب لطفلها.

7.3 حالات الحلمة

تقلق عادة الأمّهات (وعاملي الصّحة) بخصوص شكل الحلمة. وقد تعتقد أنّ مشاكل الالتصاق سببها الحلمة المسطّحة أو المقلوبة. ولكنّ الصّعوبة تكمن عادة في تقنية رضاعة ضعيفة. من المهمّ تذكّر أنّه عندما يرضع الطّفل، تخرج الحلمة والأنسجة تحتها لتدخل في فم الطّفل. والحلمة هي جزء صغير وحجمها ليس مهماً، يكفي أن تمتدّ أنسجة الثدي إلى الخارج.
تصبح معظم الحلمات أنعم وامتدادها أسهل في وقت الولادة.

الحلمات المسطحة

معظم الحلمات تبدو قصيرة ومسطحة حيث لا توجد أي مشكلة إذا كانت الحلمة تتمدد إلى الخارج بسهولة. ولتجنّب المشاكل التي قد تحصل:

- يجب أن يبدأ الطفل بالرضاعة مباشرة بعد الولادة (2.2)
- مساعدة الأم في الساعات الأولى للرضاعة.
- تطمينها بأنّ الطفل يرضع من الثدي وليس من الحلمة لذلك لا يؤثر شكل الحلمة بأي حال.
- الاهتمام بتموضع الطفل أمام ثدي الأم (الجزءين 1.1 و4.2)

ليس من الضرورة تحضير الحلمات خلال الحمل إذ ليس هناك من جدوى.
إرشادات إضافية:

- تقديم المساعدة الإضافية بما يتعلّق بالالتصاق. عند وضع الطّفل على صدر الأمّ، يجب التأكّد من أنّ الأمّ:
  - تضع ذقن الطّفل تحت الحلمة ليصل لسانه مباشرة تحت المنطقة الداكنة.
  - تلمس فم الطّفل بلطف لتشجيعه على فتحه والرضاعة بفم ملآن.
- تجنّب استعمال حماية الحلمة (وهي حلمات اصطناعيّة تغطّي الحلمة) إذ تخفّف من الرضاعة ولا تساعد عادة.

الحلمات المقلوبة والكبيرة

بعض الحلمات هي حقاً مقلوبة وتظهر كأنّها إلى الداخل ولا تتمدّد بسهولة إلى الخارج. بعض الحلمات كبير جداً أو واسعة أو طويلة. وهذا ما يجعل الطفل يلاقي صعوبة في التقاط ما يكفي من أنسجة الثدي في فمه خاصّة خلال الأسابيع الأولى من حياته.

إذا كان لدى الأمّ حلمات مقلوبة أو كبيرة، واسعة أو طويلة:

- التأكّد من أنّ الأم تعلم وتدرك مسألة تموضع الطفل.
- تشجيع الأم على إلصاق الطفل بها وأن الطفل يمصّ جزءاً أكبر من الثدي.
- مساعدتها على تجربة عدّة وضعيات للرضاعة مثل الاستلقاء أو وضع الطفل تحت مرفقها أو الاستلقاء إلى الأمام ليدخل الثدي فم الطّفل (الجزء 1.1).
- يمكن استخدام حقنة (20 مل) من أجل إخراج الحلمة المقلوبة.
- تعليمها كيفية الضغط على ثدييها (الملحق 3) أقلّه ثماني مرّات في اليوم وتقديم الحليب لطفلها في الكوب؛ تجنّب القوارير والمصّاصات.
- الاستمرار في المحاولة، حيث إنّ الرضيع يجد طريقه إلى ثدي الأم بسهولة. قد تأخذ المسألة أسبوعاً أو أسبوعين من الوقت.

ألم الحلمة

قد تشتكي الأمّ من ألم في الحلمة والانزعاج خلال الرضاعة. وهذا يحصل عادة خلال الأيام الأولى بعد الولادة ولكن في أوقات أخرى أيضاً. والسبب الأكثر شيوعاً لهذه المشكلة هو الالتصاق غير السليم للطّفل والمساعدة خلال الرضاعات الأولى يمكن أن تجنّب المشكلة. خلال الرضاعة، يمكن ملاحظة شكل الحلمة عندما يتوقف الطّفل عن الرضاعة. حتّى لو كانت الأمّ تشتكي من ألم، لا يظهر ذلك لأنّ ذلك لم يظهر بعد على بشرة الحلمة.

ولكن إذا استمرّ الطّفل في الرضاعة من خلال التصاق غير سليم، فهذا يؤدّي إلى تضرّر بشرة الحلمة. ويمكن ملاحظة انطواء في بشرة الحلمة والذي قد يختفي مباشرة بعد توقّف الطّفل عن الرضاعة؛ وهذا يدلّ على أنّ ضغط على الحلمة ممّا يؤدّي لاحقاً إلى تشققات في الحلمة ونزيف.

ومن أجل مساعدة الأمّ التي تعاني من ألم في الحلمة:

- ضمان الوضعية الصحيحة للأم والطفل وقت الرضاعة ("المساعدة الأساسية"، جزء 4.2) وهذا ما يخفّف الألم مباشرة. يجب متابعة الرضاعة وإذا كان هناك من ألم فإنّه يزول عادة بعد يومين أو ثلاثة.
- عند الانتهاء من الرضاعة، يجب أن تقوم الأم بوضع بعض قطرات الحليب على الحلمة لأنّه يساعد على الشفاء.
- إعطاء بعض المضادات الحيوية عند وجود تشققات ملتهبة في الحلمة.

ألم مستمرّ في الحلمة

يستمرّ ألم الحلمة أحياناً حتّى مع الالتصاق السليم.

ولمساعدة الأمّ في حال الألم المستمرّ:

- فحص فم الطفل حيث يمكن أن تكون هناك تقرّحات بيضاء تؤثّر على حلمات الأم.
- استخدام المراهم الطبية لمعالجة التقرّحات عند الطفل والأم معاً.
- يمكن للأم مواصلة الرضاعة في وقت العلاج حيث إن هذا لا يضر بالرضيع.
- نصح الأم بعدم استخدام رضاعات أومصاصات.
- النصح بعدم استخدام الصابون أو المليّنات على الحلمات حيث إن الغسل العادي كاف.

7.4 ألم الثدي والانتفاخ

قد تعاني بعض النساء من ألم أو انتفاخ في أحد أو كلا الثديين حيث يمكن ملاحظة احمرار أو انتفاخ في الثديين عند الرضاعة.

ولمعرفة سبب المشكلة:

يجب سؤال الأم: هل تعانين من الحمّى أو المرض؟

النظر إلى الثديين للكشف عن أيّ انتفاخ أو احمرار (عند النساء ذوات البشرة الفاتحة)

ثم يجب تحسّس الثديين لمعرفة:

- الصلابة والطراوة في الثدي ككلّ.
- صلابة، طراوة، انتفاخ في أماكن معيّنة من الثدي.

محاولة معرفة الحالة:

- امتلاء طبيعي
- انتفاخ
- مسارات مغلقة
- إلتهابات الثدي
- دمل

امتلاء طبيعي

بعد بضعة أيّام من الولادة، "يأتي" الحليب ويمتلئ الثديين بالحليب، فيصبحا ممتلئين ومزعجين مع أورام عدّة. ومع هذا، تبقى الأمّ بحال جيّدة من دون ارتفاع في الحرارة، كما يبقى الثدي والبشرة سليمين. يستمرّ الحليب في التدفّق وقد يخرج بين الرضاعات، كما أنّ حجم الأورام يتضاءل بعد كلّ رضاعة.

من أجل مساعدة الأمّ التي تعاني من امتلاء في الثدي بهذا الشكل:

- طمأنتها على أنّ الامتلاء طبيعي وسوف يخفّ مع الأيّام.
- تشجيعها على رضاعة الطّفل كلّما رغب بذلك.
- تعليمها كيفيّة سحب الحليب لكي تشعر بالرّاحة.

إذا بدأ الطّفل الرضاعة مباشرة بعد الولادة وكان التصاقه سليماً، فحدّة المشكلة تخفّ.

انتفاخ

يصبح الثديان أحياناً ممتلئين بالحليب لدرجة لا يمكن لسائل الأنسجة والحليب التدفّق بسهولة. تشعر المرأة بألم في ثدييها وقد ترتفع حرارتها لمدّة أربع وعشرين ساعة. يبدو الثدي بكامله متورّماً ولامعاً وأحمر قليلاً (عند النساء ذوات البشرة الفاتحة). يكون الثديان صلبين وحسّاسين. قد تكون الحلمة متمدّدة وضيّقة لدرجة يصعب على الطفل التقاطها والمصّ منها. يمكن تجنّب الانتفاخ إذا بدأ الطفل الرضاعة مباشرة بعد الولادة واستمرّ بها كلّما رغب بذلك، من دون عوائق.

لمساعدة الأمّ مع مشكلة الانتفاخ:

- تقديم "المساعدة الأساسية" على الرّضاعة (الجزء 4.2) لضمان الالتصاق الجيّد وتشجيعها على إرضاع الطّفل باستمرار.
- إذا كان الطّفل يعاني صعوبة في الاتصاق، يجب مساعدة الأمّ على سحب الحليب (الملحق 3) من أجل تليين الثديين والسّماح للطفل بالالتصاق الأفضل.
- تدليك ظهر الأمّ بلطف في الوقت الذي تضغط فيه أو عندما يرضع الطفل للمساعدة على تدفّق الحليب.

- استعمال كمادة ساخنة أو غسل الثديين بالماء الفاتر قبل الرضاعة للمساعدة على تدفّق الحليب.
- استعمال كمادة باردة بعد الرضاعة للتخفيف من التورّم.

مسارات مغلقة

في بعض الأحيان، يبقى الحليب في جزء من الثدي ممّا يجعله يتجمّع ويشكّل كتلة صغيرة صلبة وليّنة حمراء. وهذه الكتلة تكون في مكان واحد (موضعية) وباقي الثدي يبقى سليماً، كما أنّ المرأة في حالة جيّدة وحرارتها ليست مرتفعة. لمساعدة الأمّ التي تعاني من مسارات مغلقة:

- تعزيز الالتصاق السليم وتشجيع الأمّ على الرشاعة باستمرار خاصّة من الثدي المصاب.
- تعليمها كيفيّة تدليك الكتلة بلطف، باتّجاه الحلمة التي يرضع منها الطفل. وهذا يساعد تدفّق الحليب من الكتلة ويجعلها تختفي. في بعض الأحيان، يمكن أن تخرج الكتلة من الحلمة ويمكن للطفل ابتلاعها.
- تجنّب التدليك القوي الذي قد يؤدّي إلى ازرقاق الثدي.
- نصح الأمّ تجربة إرضاع الطفل في وضعيّة مختلفة.
- من الأفضل ألّا ترتدي الألبسة الضيقة على ثدييها.

إلتهابات الثدي

أحياناً يمكن أن يصبح جزء من الثدي ساخناً وصلباً ومؤلماً جدّاً. عند النساء الفاتحات البشرة، يمكن أن تبدو المنطقة حمراء. تشعر الأمّ بالمرض وترتفع حرارتها: هذا هو الالتهاب. يمكن أن يحصل الالتهاب عند بقاء الحليب داخل الثدي، مثلاً إذا لم يكن الطفل ملتصقاً بشكل سليم وإذا كان هناك تأخير في أوقات الرضاعة أو كانت الرضاعة قصيرة وسريعة. ولكن عادة السبب ليس واضحاً.

من أجل معالجة الالتهابات:

- الشرح للأمّ أنّ الجزء الأهمّ من العلاج هو إخراج الحليب من الثدي المصاب من خلال الرضاعة أو الضغط.
- شرح ضرورة استمرار الطّفل بالرضاعة إلّا إذا كانت مؤلمة للأمّ. حتّى لو كان الثدي ملتهباً، لا يؤثر ذلك على صحّة الطفل.
- التأكّد من أنّ الطفل ملتصقاً جيّداً ويرضع بفعاليّة. ثمّ تشجيع الأمّ على الرضاعة طالما يريد الطفل ذلك.
- الشرح للأمّ ضرورة استخراج الحليب من خلال الضغط (الملحق 3) إذا لم يكن الطفل يرضع.
- تشجيع الأمّ على الراحة وطلب المساعدة من الناس الذين يحيطون بها.

- طمأنتها على أنّ الرضاعة المستمرّة عادة ما تحسّن الأمر خلال أربع وعشرين ساعة.
- إعطاء الأمّ مضادات للالتهاب للتخفيف من العوارض.
- الاستمرار على تشجيع الرضاعة وتقديم العناية المذكورة.

التهابات الثدي في ظلّ مرض الإيدز

إذا كانت الأمّ مصابة بفيروس الإيدز، يمكن لوجود الالتهابات في الثدي أن تزيد من خطر انتقال الفيروس في الحليب. في هذه الحالة، على الأمّ إرضاع الطفل من الثدي السليم والضغط باستمرار على الثدي المصاب لاستخراج الحليب منه. وإذا كان الحليب لا يكفي الطّفل، فيجب غلي الحليب من الثدي المصاب قبل تقديمه للطّفل. في حال كانت **الحلمات متشقّقة وتنزف،** يجب القيام بالأمر نفسه أي الرضاعة من الثدي السليم وغلي الحليب من الثدي الآخر.

أدوات استشارات تغذية الرّضع ومرض الإيدز، منظمة الصحة العالمية 2005.

دمل

يمكن للدّمل أن تظهر في حال عدم معالجة الالتهابات أو المسامات المغلقة. وهذا يحص عندما لا يتمّ استخراج الحليب من الثدي المصاب حتّى مع تناول المضادات الحيوية. يصيب الثدي تورّماً مؤلماً وتشعر المرأة بالمرض وارتفاع الحرارة، كما قد يتغيّر لون البشرة عند التورّم. يمكن الشعور بأنّ الورم يحتوي على السائل.

لمعالجة الدّمل:

- يجب على الأمّ أن تحصل على المعالجة الطبية، للأسباب التالية:
  - قد يحتاج الدّمل إلى الشقّ لتصريف السائل أو استخراج السائل منه.
  - تحتاج الأمّ إلى مضادات الالتهابات.
- تشجيع الأمّ على مواصلة الرضاعة إذ لا حاجة للتوقّف إلّا إذا كان الأمر مؤلماً جداً. لا تؤثر الأدوية والحليب على صحّة الطفل.
- إذا كان الأمر ضرورياً، مساعدة الأمّ على سحب الحليب من أجل إرضاع الطفل بواسطة الكوب مؤقتاً.

8.سوء التغذية الحاد للطفل

لقد تم مناقشة موضوع معالجة الأطفال تحت سن الستة أشهر الذين يعانون من سوء حاد في التغذية في الكتاب الثاني. تعكس التوجيهات المذكورة هنا إجماع الرأي الذي تمّ التوصّل إليه والمبني على الوقائع والخبرة الميدانية.

8.1 سوء التغذية عند الأطفال تحت سن الـ 6 اشهر

في الأزمات يتم معرفة إصابة الأطفل بسوء التغذية الحاد عندما:

نسبة الوزن إلى الطول أقل من 70% للمعدل
ملاحظة أعراض الـ Odema

يمكن إصابة الأطفال بسوء التغذية الحاد عند:

- عدم إرضاعهم.
- إرضاعهم بشكل جزئي وإعطائهم مكمّلات غير صحية.
- فقدان الأمّ.
- إصابة الأمّ بسوء التغذية أو الاضطرابات.
- وجود نوع من الإعاقة تمنعهم من الرضاعة أو البلع.

وأيضاً:

- يعانون من نقص الوزن بسبب التغذية غير السليمة أثناء الحمل.

العناية بالرّضع الذين يعانون من سوء التغذية

يتطلب هؤلاء الأطفال عناية خاصة حيث يتم إيداعهم المستشفيات للمعالجة السريعة ومن ثم المتابعة عن طريق المعالجة المجتمعية. وتغذية هؤلاء الأطفال تتطلّب مزيجاً من:

- رضاعة أفضل وثابتة (إلّا في حال الرضاعة الصناعية)
- تغذية علاجية مناسبة مؤقتة أو على المدى الطويل
- عناية غذائية ونفسية وطبيّة للأمّهات.

تتطلّب تغذية هؤلاء الأطفال مجهودات ومهارات مختلفة عن تلك التي تعالج الأطفال الأكبر سنّاً. دعم وبدء الرّضاعة الحصرية هو الشفاء لهؤلاء الأطفال. كما أنّ تدريب الفريق أساسي لفهم احتياجات الأطفال الذين يعانون من سوء في التغذية.

دور الرضاعة عند الأطفال الذين يعانون من سوء حاد في التغذية

ترتبط فرص الحياة للأطفال الذين يعانون من سوء حاد في التغذية تحت الستة أشهر من العمر بتعزيز الرضاعة الحصرية. وللوصول إلى ذلك، يجب أن يكون الحليب الطبيعي جزءاً من إدارة التغذية *منذ البداية* إذا كانت الأمّ موجودة أو يمكن إيجاد الأمّ البديلة.

يمكن استخدام الرضاعة المكمّلة أو بدء الرضاعة هند هؤلاء الأطفال. والرضاعة المكمّلة تعني أن يرع الطفل من الثدي في الوقت نفسه الذي يأخذ بديل الحليب من الكوب بولسطة الأنبوب الذي يصل إلى الحلمة. وهكذا، يتغذى الطّفل من الحليب ويحفّز في الوقت نفسه الثدي لإنتاج الحليب.

الرّضع الذين لا يرضعون

وهي حالات يكون فيها الطفل لا يحصل على الرضاعة ولا خيار للرضاعة، مثلاً إذا لم ترضع الأمّ أبداً ولا تظهر استعداداً للرضاعة، أو إذا كانت الأمّ متوفيّة و/أو الأمّ البديلة موجودة.

تتبع إدارة التغذية عند الأطفال الذين لا يرضعون المعايير نفسها للأطفال الذين يرضعون.

الأطفال الذين لا يظهرون أيّ دليل على سوء التغذية

وهؤلاء الأطفال يتضمّنون:

- أطفال تقول أمّهاتهم بأنّهن لا يملكن الحليب الكافي من أجل الإرضاع.
- أطفال لا يكسبون الوزن المتوقّع.
- أطفال ولدوا بوزن أقلّ ولكنّهم يتغذون جيداً ولا يظهرون أيّ عوارض للمرض ويكسبون الوزن (الجزء 5.2).
- أطفال يعانون من سوء التغذية المعتدل تحت الستة أشهر.

لا يجب وضع الأطفال الذين يعانون من سوء تغذية معتدل (الجزأين 4.1 و5.3) في مركز صحّي إذ هناك أطفال مريضين. ولكن يمكن مراقبتهم والعناية بهم (الملحق 14) والدعم لتحسين الرضاعة يمكن أن يكون كلّ ما يحتاجون إليه. وإذا لم يؤدّ الدّعم المقدّم إلى نتيجة في ازدياد الوزن، يجب النّظر إلى هؤلاء الأطفال على أساس أنّهم يعانون من سوء تغذية حادّ.

8.2 ملخّص إدارة المعالجة

إنّ **العلاج الطبي** للرّضع ليس مطروحاً في هذا الجزء ولكن هناك بعض التفاصيل في بعض المراجع المذكورة في الجزء 8.11. وهي متوافرة لكلّ عاملي الصّحة والتغذية.

يحتاج الأطفال الذين يعانون من نقص التغذية الحاد إلى:

1. **تشخيص** المضاعفات الطبية وتقديم العلاج في حال وجودها.
2. ضمان **التدفئة** لتجنب أمراض البرد.
3. إعادة التأهيل بالنسبة للتغذية (**استقرار** الأيض) والتي قد تتطلّب بدائل الحليب إضافة إلى الحليب الطبيعي.
4. إعادة **تأهيل** التغذية.
5. **المراقبة المستمرة** للوزن والوجبات الغذائية.
6. **متابعة** الحالة لتجنب الإصابة بسوء التغذية من جديد.

الجدول التالي يلخّص التعامل مع الأطفال الذين يعانون من سوء حادّ في التغذية بدءاً من الدّخول إلى المستشفى مروراً بمراحل الشفاء المختلفة وصولاً إلى الشفاء والخروج. ودعم الأمّهات هو جزء هامّ وكامل من هذه العناية.

جدول 8.1: ملخّص التعامل مع الأطفال تحت سنّ الستة أشهر والذين يعانون من سوء حادّ في التغذية	
التقدير الأولي والعلاج	مراقبة وزن وطول الرّضيع وتشخيص ومعالجة المضاعفات مثل البرد، نقص السكر في الدّم، الجفاف والالتهابات.
تقديم التغذية الرئيسية للرضيع	تقديم الحليب المناسب من أجل الشفاء والاستقرار الأيضي.
التغذية والعناية بالأمّ	إذا كانت الأمّ موجودة، يجب تغذيتها والاهتمام بها جسدياً ونفسياً من أجل مساعدتها على استعادة الصحّة وقدرتها على إنتاج الحليب والاستجابة لطفلها.
بقاء الأمّ والطّفل معاً	بقاؤهما معاً يساعد الأمّ على العناية بطفلها والاستجابة له، والالتصاق به (عناية الكنغر) لتدفئته.
استمرار أو تحسين الرضاعة	الرضاعة هي جزء أساسي من العناية. يجب الاستمرار وتحسين وإعادة الرضاعة منذ بداية العلاج. قد تحتاج الأمّ لسحب حليبها إذا كان الطفل غير قادر على المصّ.
تغذية الطفل لاستعادة النموّ	عندما يبدأ الطّفل بالشفاء، يجب تغذيته ليستعيد النموّ الصّحي (تأهيل التغذية). يجب إعطاء بدائل الحليب إذا لزم الأمر وكان ضرورياً حتّى استعادة الرضاعة الحصرية.
تقديم الرضاعة الصناعية المناسبة إذا كانت الرضاعة الطبيعية مستحيلة	إذا كانت الرضاعة الطبيعية مستحيلة، يجب تقديم التغذية العلاجية حتّى شفاء الطفل ثمّ تقديم الرضاعة الصناعية بحسب المعايير المحليّة المتفّق عليها.
التوقف عند زيادة الوزن بعد الرضاعة الحصرية **أو** من خلال بديل مناسب	خروج الطفل من العناية بعد زيادة وزنه بعد خمسة أيام من الرضاعة الحصرية (بغض النظر عن وزنه الأساسي) **أو** إذا كان يتناول فقط بديل الحليب المناسب وزاد وزنه بالنسبة لطوله حوالى 80-85% من المعدّل.

8.3 التقييم والدّخول

- قياس وزن وطول الطفل، والتأكد من علامات المرض.
- إذا كانت الحالة خطرة فيجب البدء في عملية المعالجة. والمضاعفات الشائعة هي البرد، نقص السكر في الدّم، الجفاف والالتهابات.
- المحافظة على حرارة الطفل من خلال البدء باتّباع طريقة الكنغر (الجزء 5.2)، كما يمكن إعطاء مشروبات ساخنة للأم ليتم تدفئة طفلها.
- القيام بالتقييم الشامل للتغذية (الجزء 3.3) لمعرفة ما إذا كان الطفل يرضع جيداً.

التقييم لهذه الفئة من العمر يتضمّن على بعض المشاكل:

- في الوقت الحاضر، يمكن تقدير الوزن بالنسبة للطّول فقط للرّضع فوق الـ 49 سنتمتراً، لأنّه لا يوجد بيانات للطّول تحت هذا الرّقم. تقبل بعض المنظّمات الأطفال تحت الـ 49 سنتمتراً إذا كان وزنهم أقلّ من 2.1 كيلوغراماً.
- يمكن للنّحول الشديد الظاهر أن يستعمل لتحديد وزن الطّفل.

8.4 اختيار الغذاء المناسب

يتطلّب كل الأطفال تحت سن الستة أشهر احتياجات غذائية خاصة للأسباب التالية:

- يكونون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض.
- يحتاجون لكميات أكبر من المياه من الأطفال الأكبر سنّاً بسبب:
  - المياة المفقودة من الجلد المعرّض للجفاف في المناخ الحارّ.
  - لايمكن للرضع تركيز السوائل في الكليتين خصوصاً عند المصابين بسوء التغذية الحاد.

أنواع الحليب المذكورة أدناه والتي تمّ الإشارة إليها في الملحق 13، تمّ استعمالها بنجاح في العديد من الحالات. والدليل أدناه يمكن المساعدة في اختيار الأنسب.

الحليب الطبيعي

- مناسب جدّاً لإعادة الرضاعة **ولكن** يمكن توفّره فقط بكميّة محدودة إذا كانت الرضاعة قد توقفت والطفل لا يمصّ. يمكن مزج الحليب الطبيعي مع الحليب العلاجي.
- مناسب من أجل تعزيز النموّ عند الرّضع تحت الستة أشهر إذا كان هناك إنتاج ملائم للحليب وإذا كان الرّضع يرضعون غالباً في النّهار وفي الليل.

صناعي F75

- آمن خلال إعادة الرضاعة للأطفال الذين يعانون من سوء حادّ في التغذية خلال مرحلة الاستقرار. من الضروري استخدام هذا النوع من الحليب التجاري وليس المحضّر منزلياً.
- ليس مناسباً من أجل تعزيز النموّ في أيّ مرحلة من العمر.

F100-D (F100 + ثلث إضافي من الماء)

- آمن للاستعمال من أجل إعادة التغذية للأطفال تحت الستة أشهر إذا كانت شهيّتهم مقبولة خاصّة إذا كانوا يرضعون.
- مناسب من أجل تعزيز النموّ عند الرّضع تحت الستة أشهر.

بديل الحليب (بحسب معايير اتّفاقية التغذية)

- آمن للاستعمال من أجل إعادة التغذية للأطفال تحت الستة أشهر إذا تمّت إعادة تكوينه بطريقة مناسبة ونظيفة وإذا كانت الأمّ قد تلقت الاستشارة المناسبة حول إعادة الإدرار وكيفيّة إرضاع الطّفل.
- مناسب من أجل تعزيز النموّ عند الرّضع تحت الستة أشهر.

سوف يتمّ إعادة النظر في هذه التوصيات وغيرها الموجودة في هذا الجزء حالما تتوفّر معلومات جديدة.

إنّ **حليب الأم** هو الحليب الأفضل للأطفال تحت سن الستة أشهر ويجب أن يكون الرّضاعة مدعومة منذ بداية العلاج. ضرورة التشديد على أهميّة الحليب الطبيعي حيث إن توفر الحليب بمفرده سيكون غذاء كاف للطفل. عندما يكون الطفل مريضاً وغير قادر على الرضاعة فيجب على الأم **الضغط على الثدي** بيدها لإنتاج الحليب وتقديمه للطفل في كوب.

لا يستخدم **بديل الحليب** عادة لأنّه من المناسب أكثر استخدام التحضير نفسه (F75 أوF100) والذي يستعمل للأطفال الأكبر سنّاً. كما أنّ هناك خطر من إيصال رسالة صحية خاطئة إذا رأت الأمّ استعماله كما هو مسوّق.

في الحالات النّادرة التي يحتاج فيها الطّفل إلى البديل، يجب شراؤه من الأماكن المناسبة وليس أخذه كهبة (الجزء الأوّل، 3.1).

يمكن تقديم الأنواع الأخرى من الحليب (الملحق 13) للأطفال تحت الستة أشهر الذين يعانون من سوء التغذية:

- كبديل مؤقّت للحليب الطبيعي – عند إمكانيّة إعادة الرضاعة الحصرية وعدم توفّر الحليب المسحوب.
- عند توفّر الحليب المسحوب ولكن بكميّات غير كافية.

يمكن القيام *باختبار التغذية* من أجل تقييم تغذية الطفل. تتمّ ملاحظة الطفل وهو يرضع (الجزء 3.3).

الأغذية التي لا يجب استخدامها للأطفال تحت الستة أشهر:

- **الحليب المحضّر في المنزل**

- يناسب الحليب المحضّر في المنزل أو خلطات الحليب الحيواني للرّضع الذين يعانون من سوء التغذية. إذا كان الحليب الطبيعي أو بديل الحليب أو F100 أو F75 غير متوفّر، يمكن استخدامه كخيار أخير ولكن لفترة قليلة من الوقت.

- **F100 المقوّى**

- لا يجب تقديمه للأطفال تحت الستة أشهر. وهذا لأنّ حمولة الكليتين أعظم والماء أقلّ عند الرضع، حتّى خلال مرحلة النمو.

- **الحبوب وأطعمة أخرى**

- بعض برامج التغذية تستخدم التغذية العلاجية من الحبوب، أو المحضّرة مسبقاً والجاهزة. ولكن هذه الأطعمة لا يجب تقديمها للأطفال تحت الستة أشهر إذ لا يمكنهم هضم الحبوب بسهولة.

بالإضافة إلى ذلك، لا يجب تقديم العصيدة أو غيرها من المكمّلات الغذائية لأنّها قد تبطئ عملية الشفاء إذ تحلّ محلّ التغذية بالحليب. من الأفضل تقديم كميّات إضافيّة من الحليب الطبيعي وبدائل الحليب المناسبة.

المغذيات الدقيقة والكهرل electrolytes

إعطاء كل الأطفال تحت الستة أشهر:

- جرعة عالية من الفيتامين أ عند الدخول.
- 5 مغ من حمض الفوليك في اليوم الأول، وفي حال استخدام F75 أو F100-D التجاري، 1 مغ من حمض الفوليك يومياً بدءاً من اليوم الثاني.

يجب إضافة الكهرل/المعادن في حال عدم توفّر F75 أو F100-D التجاري ويجب استخدام F75 المحضّر منزلياً و/أو بديل الحليب.

8.5 مراحل العلاج

يمكن تقسيم مراحل علاج الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد إلى أربع مراحل:

الاستقرار

الهدف من هذه الخطوة هي الوصول إلى استقرار أيضي عند الطّفل خلال دعم الرضاعة الطبيعية. وهذا من خلال التغذية الدقيقة والعناية الطبية. لا يتوقع زيادة في وزن الطفل خلال تنفيذ هذه الخطوة وربما يحصل خسارة للوزن بسبب الـ Oedema.

الإنتقال

بعد الاستقرار، يدخل الطّفل مرحلة الانتقال. في هذه المرحلة يتم تغيير التغذية في الكمية والنوعية وذلك استعداداً لإعادة التأهيل. تتلقّى الأمّ الدّعم المستمرّ عند الرضاعة وكميّة الحليب الطبيعي تبدأ بالانخفاض خلال مرحلة الانتقال. وإذا كان يتمّ استخدام F75 خلال الانتقال، فيجب التغيير إلى F100-D أو بديل الحليب.

إعادة التأهيل

الهدف من هذه المرحلة هو توفير الغذاء الكامل لدعم النمو المتسارع للطفل. يجب أن تكون زيادة الوزن بمعدل 10 غرامات لكلّ كيلو في اليوم ، أما إذا كانت الزيادة بمعدل 5 غرامات لكل كيلو في اليوم فمعناه أن الطفل لا يستجيب للعلاج.

نهاية المعالجة والمتابعة

المرحلة الأخيرة تحضّر الأمّ/مقدّم الرعاية والطفل لنهاية العلاج والمتابعة في المنزل. ويجب متابعة وزن الطفل أسبوعياً على الأقلّ كل ثلاثة أشهر ومتابعة توفير الدعم اللازم في حال الرضاعة.

8.6 متابعة المعالجة

من الضروري التشديد على متابعة دقيقة لكلّ مرحلة من العلاج كما يجب تدريب الموظف لفهم هذه الأولوية.

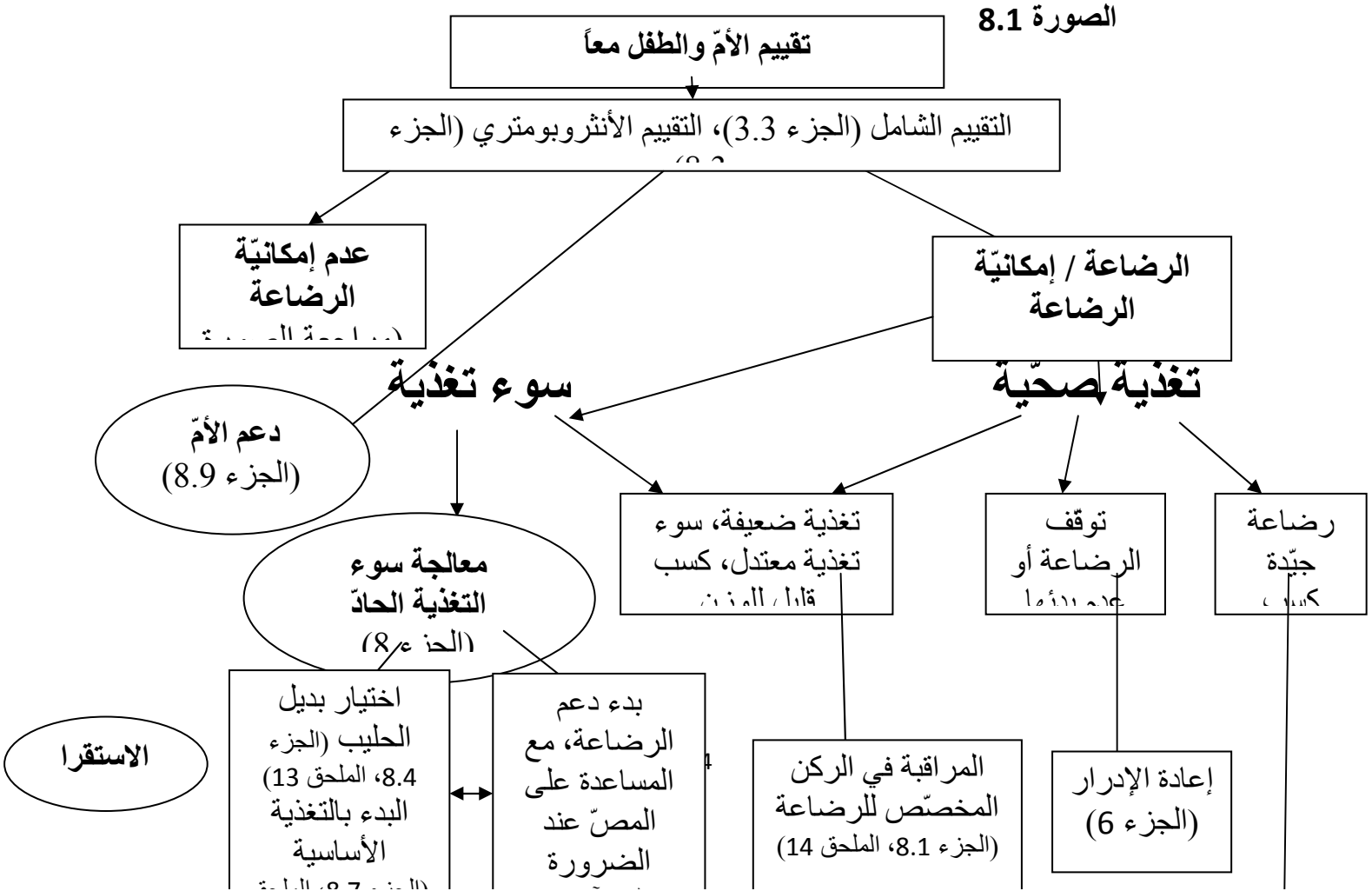
- تسجيل ومراجعة جرعات الحليب أو عدد الرضاعة يومياً.
- متابعة وزن الطفل، إدرار البول، مستوى النشاط الاجتماعي، كما إشارات إنتاج الحليب (الجزء 6.4).

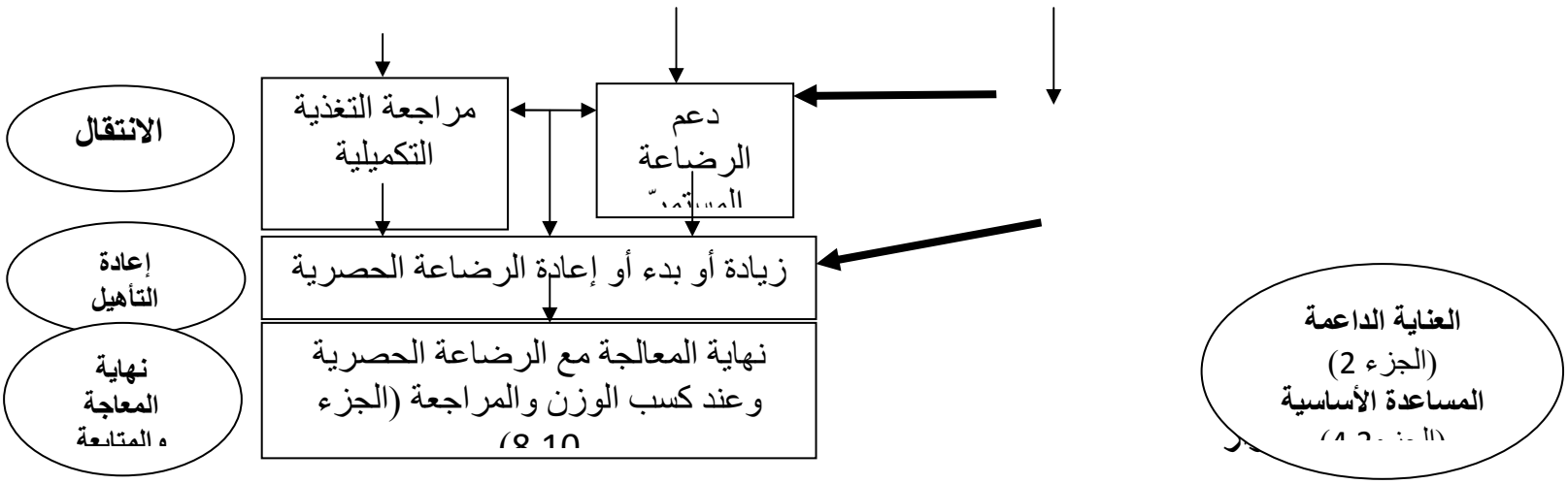
نصائح لمتابعة وزن الطفل

- يجب وزن الطفل يومياً.
- من المهمّ فحص دقة الميزان.
- يجب وزن الطفل عارياً تماماً حيث إن وزن الملابس قد تشكل فارقاً كبيراً بالنسبة لفارق الوزن الضئيل الذي يلاحظ عند الرّضع.
- إنّ استعمال الحوض لوزن الطفل عمليّ أكثر للأطفال الصغيري الحجم والمرضى.
- يتم إحتساب زيادة الوزن بالغرام بالنسبة للكيلوغرام يومياً.

8.7 إدارة العمليات عند إمكانية الرضاعة الطبيعية

الصورة 8.1





تشكّل الرضاعة جزءاً مكملاً منذ بداية العلاج. ويجب متابعة وتحسين أو بدء إعادة الرضاعة في أسرع وقت ممكن. عندما يكون الطفل غير قادر على الرضاعة، يجب على الأم الضغط على الثدي لسحب الحليب وتقديمه بالكوب أو الأنبوب.

إذا كانت الأمّ أصلاً تجد صعوبة في سحب الحليب المطلوب، يمكن عندها استعمال مزيج من الحليب الطبيعي وبديل الحليب (F75 أو F100-D). وإذا كان الطفل ضعيفاً وغير قادر على المصّ، فيجب البدء بـ F75.

1. اختيار نوع الحليب (الجزء 8.4 والملحق 13).

2. من خلال الجدول في الملحق 16، يمكن حساب كمية الحليب التي يحتاج إليها الطفل لمدّة 24 ساعة بحسب وزنه عند الدّخول، ومن ثمّ الكمية المحتاجة في كلّ وجبة. تقديم الكميّة الكاملة على مدار 24 ساعة من دون السماح لاستهلاك أيّ حليب طبيعي.
إعطاء وجبة واحدة عند الدّخول. تقديم كميّة كلّ ساعتين إذا كان الطّفل مريضاً جداً أو كلّ ثلاث ساعات إذا كانت حالته مرضية. الاستمرار كل ثلاث ساعات (إذا كان الأمر مسموحاً) أو ساعتين (إذا كان الطفل لا يزال مريضاً) ولكن مع تقديم مجموع الكميّة نفسها خلال الـ 24 ساعة.
3. إذا كان الطفل قادر على المص، تقديم بديل الحليب من خلال الرضاعة بالأنبوب في الوقت الذي يكون فيه الطفل على صدر أمّه. وهذه التقنية تفضّل على غيرها خلال تغذية الأطفال الذين يعانون من سوء في التغذية.
4. إذا كان الطفل غير قادر على الرضاعة، فيجب تقديم الحليب بالكوب، الحقنة، القطارة أو الأنبوب. من المهمّ جدّاً مراقبة استهلاك الحليب وعدد الرضاعات على مدار 24 ساعة عند استعمال الأنبوب، خاصّة عند الأطفال الصغيري الحجم. فالطفل لا يستطيع رفض هذه الطريقة، لذلك تسهل المبالغة في التغذية. حالما تبدأ الرضاعة في الفم، يجب على الأمّ أن تقدّم ثديها للطفل قبل نصف ساعة من تقديم التغذية العلاجية عندما يكون الطفل جائعاً.

5. عندما يرضع الطفل من ثدي الأم، يجب مواصلة إعطاءه كميات الدعم المطلوبة على فترة 24 ساعة. فمصّ الثدي يحفّز زيادة إنتاج الحليب الطبيعي بكميّة مناسبة لتغذية الطّفل من أجل شفائه وزيادة وزنه.
6. متابعة تقديم الكميّة الكاملة من الدّعم بالحليب بالإضافة إلى الرضاعة الطبيعية كلّما أمكن وذلك حتّى تتحسّن شهيّة الطفل ويزيد إنتاج الحليب، والأمر يتطلّب فترة تتراوح بين اليومين والسبعة أيّام.
7. عندما تبدأ حالة الطّفل العامّة بالتحسّن، سوف يبدأ اهتمامه بتناول الحليب ويظهر ذلك خلال الرضاعة من إحدى الطرق المقدّمة إليه.

تكرار وعدد الرّضاعات

إذا كان الطفل يرضع كلّ ساعتين، فهذا يعني إرضاعه 12 مرّة خلال 24 ساعة مع بعض الرّضاعات خلال الليل. والقيام بهذا الأمر صعب إلّا ربّما لمدّة يوم أو يومين في بداية العلاج – ولكنّها الطريقة الأمثل والأفضل للتغذية خلال مرحلة الاستقرار.

في بعض الأحيان، لا يتواجد الفريق المختصّ خلال الليل وتشعر الأمّهات بالإرهاق إذا استمرّين في الاستيقاظ من أجل الإرضاع، فتخفّ عدد الرّضاعات ولا تعطي الكميّة المطلوبة للشفاء. عند ذهاب الأمّ مع طفلها إلى المنزل في الليل، من الأفضل تقسيم الرّضاعات إلى ستّ حصص وإعطائها كلّها خلال النّهار. في بعض الأحيان الأخرى، خاصّة خلال الليل، يجب أن يبقى الطّفل مع أمّه ومتابعة الرضاعة لأنّها مفتاح نجاح الرضاعة في النّهار.

الإنتقال

- يتم مراقبة الرضاعة لضمان أن الطفل يرضع بفعالية ولأطول فترة ممكنة. ويجب أن تدوم كلّ رضاعة حوالى عشرين دقيقة وتبدأ نصف ساعة أو ساعة كاملة قبل تقديم الدّعم بالحليب.
- الأستمرار في تقديم الحليب المدعم للطفل طبقاً للوزن حين دخوله المركز الصحي.

إعادة التأهيل

كلما زاد إنتاج الحليب كلما زاد وزن الطفل. وعندما يزداد الإنتاج تقل كميات الحليب من الدعم. وعندما يعتمد الطفل كلياً على حليب الأم ويكسب الوزن، يمكن إنقاص كميات الحليب الإضافي.

مراقبة التطوّر

يجب وزن الطفل كل يوم أو على الأقل كل يومين.

- إذا فقد الطفل الوزن خلال ثلاث أيام، فيجب إعادة إستخدام طريقة الرضاعة المستخدمة سلفاً
(الكمية، الطريقة، المدّة، في الليل وفي النهار). كما يجب تقديم الفحص الطبي للطّفل.
- عندما لا يكسب الطفل وزناً ولكنّ صحته جيدة ويرضع جيّداً، فيجب زيادة الحليب المدعم 5 مل يومياً. كما يجب جعله يمصّ أكثر لأنّ هذا يحفّز إنتاج الحليب.
- عندما يزيد وزن الطفل على الرغم من عدم زيادة دعم الحليب، فهذا دليل على أن الحليب الطبيعي قد بدأ في التدفق.
- عندما يزيد وزن الطفل ولكن لا يقوم برضاعة كل الحليب المدعم، فهذا دليل على أنّ إنتاج الحليب قد عاد وأنه أصبح للطفل حليب كاف.

تقليل كميّة الحليب المدعم

البدء بتقليل كمية الحليب المدعم عندما يكسب الطفل خلال 2-3 أيام 20 غراماً يومياً على الأقل ويكون الطفل خال من الأمراض وهناك دليل على إنتاج الحليب الطبيعي.

- إنقاص معدل حليب الدعم بمعدل الثلث وتغذية الطفل بهذه الكمية لفترة 2-3 أيام.
- إذا كان معدل الزيادة جيداً، فيجب تقليل حليب الدعم بنفس كمية الزيادة حتى يتم الإستغناء عن الحليب كلياً.
- إذا كان معدل الزيادة غير جيد عندما يتم إنقاص حليب الدعم، فيجب العودة إلى التغذية السابقة.

بعد توقيف الدّعم بالحليب، يجب إبقاء الطّفل تحت المراقبة لمدّة خمسة أيّام وتحت الرضاعة الطبيعية وحدها من أجل ضمان كسب مناسب للوزن أقلّه 20 غراماً يومياً. التأكّد من أنّ الأمّ ترضع من 8 إلى 12 ساعة يومياً وتبقي الطّفل على صدرها طالما يرغب بذلك.

طريقة بديلة

يوصي بعض العاملين الميدانيّين (أدناه) بتقليل أسرع للدّعم بالحليب. عند الاهتمام بهؤلاء الأطفال الصّغار، يمكن تجربة هذه الطريقة البسيطة. والمهمّ هو في مراقبة تطوّرهم عن كثب، من أجل الاستجابة السريعة إذا لم يكسبوا الوزن:

- *تقليل كمية الغذاء العلاجي إلى نصف الكمية الأصلية عند ملاحظة زيادة وزن طبيعية.*
- *إذا استمرّت زيادة الوزن بشكل جيد ليومين فيجب إيقاف تقديم التركيبات الغذائية لمدة 3 أيام.*

دراسة حالة: انتقال سريع على الرضاعة الحصرية

في مركز صحّي في ليبيريا في العام 1998، تمّت رضاعة 16 طفل تحت الستة أشهر مع نسبة الوزن على الطول تحت 70%، ثماني مرّات في خلال الـ 24 ساعة. كما تمّ تقديم الثدي لهم بعد ساعة من الوقت مع F100-D من خلال الأنبوب. فحصلوا بذلك على الرّضاعة 16 مرّة في الـ 24 ساعة. وضع كوب الأنبوب تحت مستوى فم الطّفل بحوالى 20-230 سنتم لكي يستطيع السيطرة على تدفّق الحليب.

احتاجوا الأطفال لهذا المزيج من التغذية لحوالى 13 يوم. وزيادة الوزن الرئيسية للأطفال خلال التغذية المدعّمة كانت 14.7 غراماً لكلّ كيلوغرام يومياً. عندما وصلت نسبة الطول على الوزن 85% من المعدّل، تمّ تقليل عدد الحليب المدعّم إلى النصف ليوم واحد ثمّ توقيفه كليّاً. وخلال هذين اليومين، تقلّصت كميّة الحليب المدعّم من 560 مل إلى صفر.

بعد ذلك، بقي الأطفال في المركز مع أمّهاتهم لمدّة أربعة أيّام إضافية يتلقّون الرّضاعة الحصرية. راقب الفريق المتدرّب أوقات الرّضاعة وشجّع ودعم الأمّهات، كما تأكّد من وضعيّات الأطفال. خلال هذه الأيّام، كانت زيادة الوزن الرئيسية 9.4 غراماً لكلّ كيلوغرام يومياً، على الحليب الطبيعي فقط ما هو مناسب للنمّو المتسارع.

وكانت بعض الأمّهات اللواتي استعملن هذه التقنية يدعمون ويشجّعون الدّاخلين الجدد. وتحتاج الأمّهات إلى معرفة تطوّرات نموّ أطفالهنّ.

ملخّص عن تقرير لماري كوربت في التبادل الميداني 9، مارس 2000.

.

زيادة أو إعادة الرضاعة

قد تنتج الأم حليباً أقل عندما:

- لا يقوم الطفل بالرضاعة بانتظام أو بقوة كافية.
- تكون الأم مريضة أو مصابة بسوء التغذية الحاد.
- لا تستطيع الإستجابة لإحتياجات طفلها.

ولزيادة إنتاج الحليب، تحتاج الأم إلى:

- الغذاء والرعاية.
- أن يستمرّ طفلها بالرضاعة أكثر وقت ممكن في كلّ مرّة (الجزء 6، إعادة الإدرار).

يقدّم الجزء 6.3 من هذا الكتاب موضوعاً عن كيفيّة مساعدة الأمّ على إعادة الإدرار واستعمال تقنية الدّعم. ملخّص:
تحفّز الرضاعة إنتاج الحليب؛ فكلّما مصّ الطفل، كلّما زاد إنتاج الحليب الطبيعي. ويمصّ الأطفال بطريقة أقوى إذا قدّم إليهم الثدي قبل التغذية المدعّمة. تحتاج الأمّهات إلى الطمأنة بأنّ زيادة المصّ تزيد من إنتاج الحليب لكي يطعمن أطفالهنّ. ويساعد عادة كثيراً تسجيل عدد الرضاعات في النهار والليل، وهذا يظهر أنّ الرضاعة جزء مهمّ من العلاج.

دراسة حالة: الرضاعة المدعّمة عند الأطفال تحت الستة أشهر الذين يعانون من سوء التغذية في بوروندي

تمّ استقبال أطفال تحت الستة أشهر إلى المركز الصّحي والذين لا يملكون القوّة الكافية على الرضاعة، أو خفّ إنتاج الحليب عند أمّهاتهم. وعادة ما يلتقي هذين الأمرين مع بعضهما لأنّ الأمّهات عادة يواجهم المشاكل مع الرضاعة خلال الأزمات، ربّما بسبب الحالة النفسية أو الضغط الكبير أو أيضاً التعب وقلّة ونوعيّة الغذاء والشراب. من أجل شفاء الأطفال، يتمّ

استخدام طريقة الرضاعة المدعّمة التي تقدّم الكميّة المناسبة من الحليب وفي نفس الوقت تحفّز الإدرار. كما تستهلك الأمّ أيضاً وجبتين إضافيّتين من العصيدة وليترين من السوائل على الأقلّ يومياً.

يبدو هذا الأمر غريباً بالنّسبة للأمّهات ولكن من خلال التثقيف الصّحي، يتقبّلنه. المشكلة الرئيسية هي أنهنّ "ينسين" إرضاع الطفل قبل الرضاعة المدعّمة؛ فيجب أن يكون عاملو الصّحة متيقظين. فهنّ يحتجن للانتباه نفسه الذي يحصل عليه الأطفال في المركز.

يكون الأطفال تحت الستة أشهر عادة معرّضين أكثر للعدوى ويوضعون في مناطق خاصّة لحمايتهم.

المصدر: Florence Le Guelinel، ACF Burundi، 2003.

إعادة الرضاعة

عندما لا يرضع الطفل إطلاقاً فيجب إعادة تغذيته من خلال استخدام رضعات الحليب والطلب من الأم تقديم ثدييها للطفل لتقييم الرضاعة.

عندما يكون الطفل قادراً على المص:

- يتم التأكد من وضعية الطفل في الرضاعة وقدرته على المص بفعالية.
- تشجيع الأم على الإرضاع قبل نصف ساعة إلى ساعة من إعطاء الحليب المدعم حيث إن هذا هو الوقت المناسب الذي يكون فيه الطفل جائعاً ومستعداً للرضاعة. من الجيّد القول للأمّ بأن ترضع في الوقت نفسه قبل تقديم الحليب المدعّم (ساعة هي مناسبة). وهذا يساعد على ضمان تذكّر الرضاعة واستمرارها.
- يجب على الأم المحاولة لإبقاء الطفل على الثدي لمدة 20 دقيقة على الأقل كل ثلاث ساعات وأكثر إذا رغب الطفل بذلك.
- يجب تشجيع الأم على رضاعة الطفل في أي وقت بين المعالجة الغذائية.
- تسجيل عدد الرّضاعات في النهار وفي الليل ومدّتها إذا أمكن.

الاستمرار في تقديم الكميّة الكاملة من الحليب المدعّم كما هو مذكور في الملحق 16، مع تقديمها بواسطة الأنبوب (أو الكوب أو اقطارة أو الحقنة).

صورة لأم تستخدم طريقة الحليب المدعم

إذا كان الطفل غير قادر على الرضاعة أو قدرته على الرضاعة ضعيفة

إذا كانت الأمّ ترغب، يجب تشجيعها على سحب الحليب (الملحق 3).

- تعليمها كيفية الضغط على الثدي لإنتاج الحليب أقلّه 8-12 مرّة في اليوم. وهذا يحفّز ثدييها لإنتاج المزيد من الحليب.
- قياس الحليب المستخرج وتقديمه للطّفل بواسطة القطارة أو الأنبوب أو الحقنة.
- بناء ثقة الأم من خلال مدحها على مثابرتها وصبرها وكميّة الحليب التي تنتجها، مهما كانت.
- تشجيع الام على تقديم ثدييها للطفل من وقت لآخر كلّما رغب بذلك.
- عندما يبدأ الطفل بالمص، يجب تقديم بعض أو كلّ الحليب المدعّم من خلال الطريقة المناسبة.
- عندما تكون الأم مترددة في الحصول على الحليب عن طريق الضغط على الثدي فيجب إستخدام طريقة الحليب المدعم بواسطة الكوب.

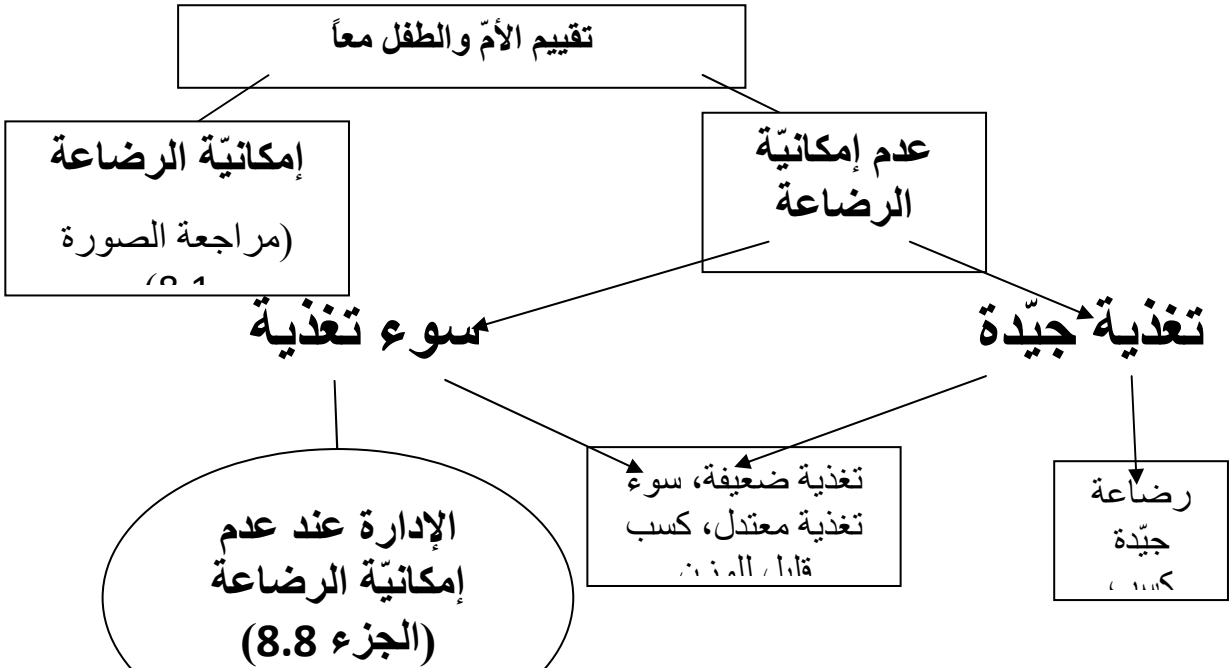
إذا كانت الأمّ تستعمل طريقة الكنغر (الجزء 5.2):

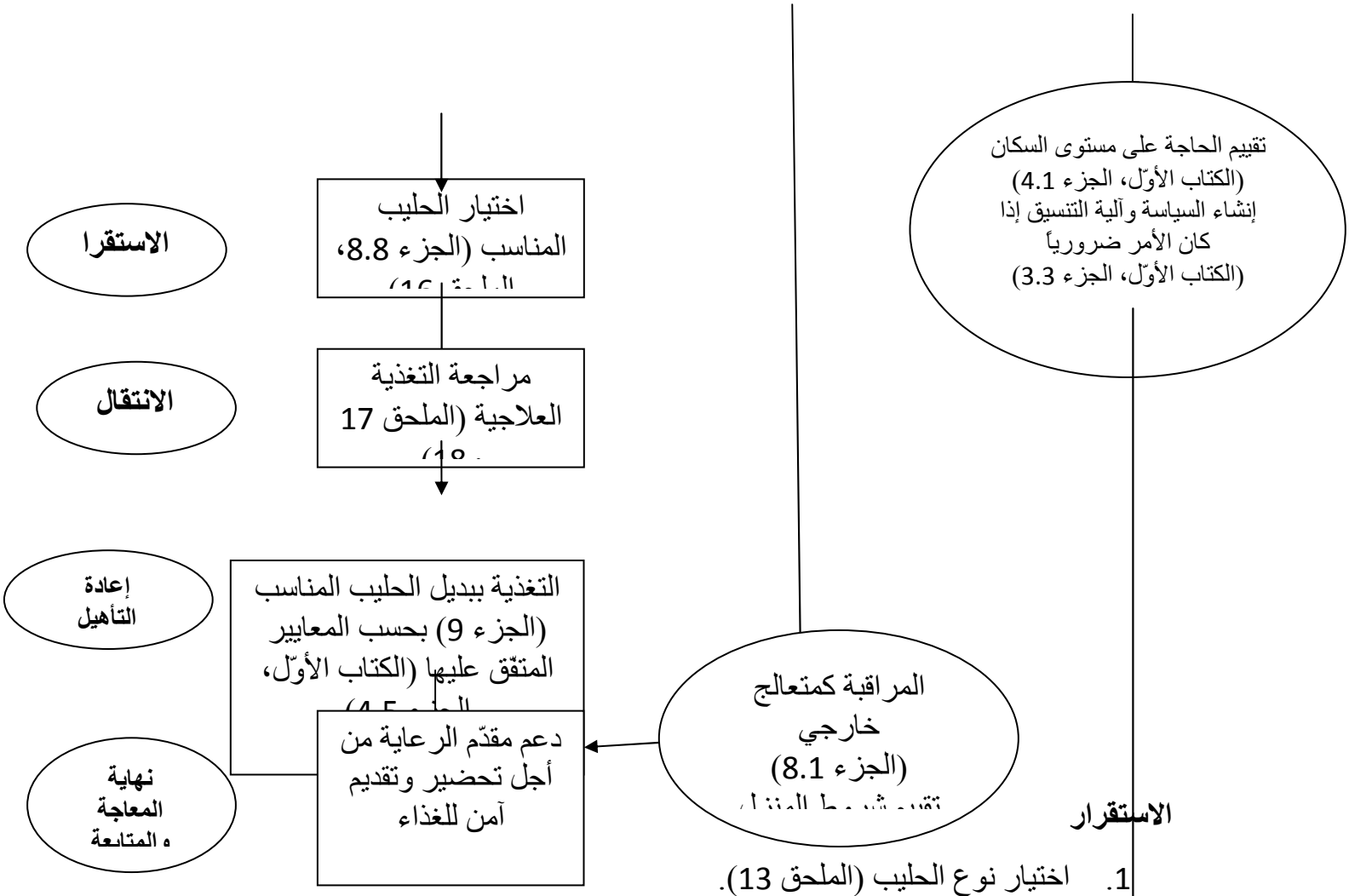
يمكن لهذه الطريقة زيادة معدل إنتاج حليب الأم، يمكنها إرخاء ملابسها ودفع الطفل إلى الداخل.

8.8 إدارة العمليات عند عدم توفر إمكانية الرضاعة

تتّبع الإدارة المعايير نفسها كما هي موجزة في الأقسام أعلاه. والإدارة الخاصّة لهذه المجموعة مذكورة أدناه. كما أنّ الجزء التاسع هو أيضاً مناسباً للعناية والاهتمام بالأطفال الذين لا يرضعون.

الصورة 8.2





الاستقرار

1. اختيار نوع الحليب (الملحق 13).

- ~~F75 هو الأكثر ملائمة للأطفال الذين لا يرضعون.~~

- إذا كان غير متوفّراً، فيجب استخدام F100 (F100-D) أو بديل الحليب.

2. حساب الكمية السليمة طبقاً لوزن الطفل حين إدخاله إلى العناية (الجدول في الملحق 16)

- تقديم الكميّة الكاملة خلال 24 ساعة بواسطة الكوب، القطّارة، الحقنة أو الأنبوب، كلّ ساعتين أو ثلاث ساعات بحسب حالة الطفل.

3. مواصلة إعطاء الكمية الكاملة حتى يظهر الطفل علامات الشفاء وتحسّن الشهية. لا يتم توقع أي زيادة في الوزن في هذه المرحلة.

الانتقال

يجب مواصلة هذه المرحلة لمدة 4-5 أيام. عندما يظهر الطفل علامات الشفاء:

- تغيير التركيبة المستخدمة من F75 إلى F100-D للنمو الجيّد.
- زيادة الكمية بمقدار 30% كما هو ظاهر في الجدول في الملحق 17.
- قياس وزن الرضيع يومياً باستخدام ميزان مناسب (الجزء 8.6).

إعادة التأهيل

- بعد 4-5 أيام يتم زيادة كمية الحليب بمعدل 30% إضافية، كما في الملحق 18.
- يتم إعطاء الطفل مزيداً من الحليب إذا ظل جائعاً ويمكن زيادة الرضعة إلى 5 مل يومياً.
- الاستمرار حتى يتم زيادة الوزن التصحيحة ويكون وزن الطفل 80-85% من الوزن المثالي.
- يتم تزويد الطفل بتركيات حليب صناعية عند الحاجة الملحة.

طريقة التغيير من المعالجة الغذائية إلى التركيبات الصناعية

يمكن تغيير وجبة واحدة من F100-D كلّ يوم بوجبة من التركيبات الصناعية لمعرفة ما إذا كان الطّفل يتقبّل التغيير؛ ثمّ كلّ يوم يتمّ تغيير وجبة أخرى. أو إضافة حصّة إضافيّة من التركيبات الصناعية إلى التغذية العلاجية لتغيير الطّعم تدريجياً.
تعليم الأمّ كيفيّة تحضير الغذاء (الجزء 9.8) وتنظيف الأواني بعناية (الجزء 9.7).
يجب تقديم الغذاء تحت إشراف المركز الصحي عندما يكون الطّفل هناك لحين التأكّد من ثقة الأمّ في التحضير والتغذية.
يجب للتغذية الصّناعية أن تتوافق مع المعايير المتّفق عليها (الكتاب الأوّل، الجزء 4.5) ويجب مراقبتها والإشراف عليها.

8.9 تغذية ورعاية الأمهات

تغذية الأمهات

تحتاج أمّ الطفل المصاب بسوء التغذية الحاد إلى التغذية الجيدة لكي تستطيع الاهتمام بطفلها (الجزء 5.5). يجب أن تحصل على تغذية جيّدة تحتوي على 2500 سعرة حرارية على الأقلّ في اليوم بالإضافة إلى السوائل والمواد المغذية الكافية، لضمان احتواء طفلها على المغذيات (الجزء 2.1). إذا كانت الأمّ تعاني من سوء التغذية الحادّ، فيجب تغذيتها بحسب التوجيهات المذكورة في وثيقة منظّمة الصّحة العالمية 1999.

> تهتزّ عادة ثقة الأمّهات وعاملي الصّحة بالرّضاعة عند رؤية طفل يعاني من سوء حادّ في التغذية وهو يرضع. وإذا تمّت إعادة تأهيل الطفل من دون الاهتمام بالأمّ، فهناك خطر في إرسال طفل صحّي من دون إمداد جيّد للغذاء.
>
> ماري كوربيت، التبادل الميداني 9، مارس 2000.

الاستماع إلى الأم

تعاني الأمّهات عادة في الأزمات من الإحباط والصّدمات وقد لا يتفاعلن أو يستجبن لأطفالهنّ. في هذه المرحلة، لا تفيد الرسائل التقنية حول تغذية الرّضع. من المهمّ جعل الأمّهات يتحدّثن عن تجاربهنّ ومشاعرهنّ وذلك من أجل حلّ مشاكلهنّ والقدرة لاحقاً على الاستجابة لأطفالهنّ.

- الإستماع إلى الأم طوال المراحل المذكورة ومعرفة الصعوبات التي تمرّ بها ومساعدتها على التحدّث عنها.
- تشجيع الأم إلى الاستماع إلى بقية الأمهات ومجموعات الدعم (الجزء 5.6).
- عادة يأتي الدّعم الأفضل من امرأة أخرى من الثقافة نفسها والمكانة الاجتماعية والتي هي أمّ لطفل يعاني من سوء التغذية واستجاب جيداً للعلاج.

دراسة حالة: العوامل النفسية والاجتماعية المؤثرة على تغذية الطفل

في مركز صحّي في كابول، معظم الحالات المرضية كانت من الأطفال تحت سن الـ 6 أشهر. تم اكتشاف عدد من العوامل المؤثرة على الإرضاع وسوء التغذية لدى الأطفال. وهذه العوامل قد تكون هامّة أيضاً خلال حالات أخرى.

العوامل الثقافية - معظم الأمهات لا يقمن بالرضاعة مباشرة بعد الولادة وإنما يتم إعطاء الأطفال بعض السوائل الأخرى. كما أنّ منهنّ من يرضعن أطفالهنّ مرّتين إلى ثلاث مرّات يومياً فقط. لذلك، ليس هناك من رضاعة مناسبة كما إنتاج مناسب للحليب.

قلّة التعليم ودعم الأمّهات – تسكن معظم النّساء مع عائلة زوجهنّ وعادة ما يواجهون مشاكل في العلاقة التي تربطهنّ مع حمواتهنّ. والأمّ لأوّل مرّة عادة ما تتلقّى معلومات قليلة ودعم للرّضاعة. فإذا كانت تعاني من صعوبة، تخبر بأنّها "لا تملك كميّة كافية من الحليب" الأمر الذي هو مقبولاً في كابول. وعوضاً عن دعم الأمّ، تقوم العائلة بشراء علب الحليب من أجل الطفل.

الصحّة العقلية للنساء – تعاني الكثير من الأمّهات من الاكتئاب والقلق وبالتالي تواجه صعوبات تتعلّق بطفلها. فالأمّ لا تنام جيّداً وترى الكوابيس وتعاني من المخاوف المتكرّرة. هناك ارتباط بين اكتئاب الأمّ وسوء التغذية عند الطفل وهذا يظهر جيداً في كابول.

التفاعل مع المواليد الجدد. في الكثير من المجتمعات، ليس هناك من شعور بضرورة التحدّث مع المولود الجديد أو اللعب معه؛ وعادة ما يتمّ لفّه وتركه وحده. وهذا ما يؤدّي إلى النموّ الضعيف وسوء التغذية.

المصدر: سيسيل بيزويرن، أخصائيّة نفس ميدانية، أفغانستان، 2003.

إبقاء الأم والطفل معاً

إنّ فصل الأم عن الطفل يؤثر على الرضاعة والاهتمام بالطّفل، كما على التغذية والاهتمام بالأطفال الآخرين ويزيد من توتّر الأمّ؛ وعليه يجب إبقاءهما معاً ويمكن وضعهما في ركن الرضاعة الخاصّ (الملحق 14). وعلاج هؤلاء الأطفال يختلف عن علاج الأطفال الآخرين كما يؤمّن للأمّ الخصوصية والأمان. إذا كان هناك أطفال آخرين للأمّ، فيجب إبقاءهما مع الأمّ أيضاً إذا أمكن (الجزء 5.5).

دراسة حالة: دعم الأمّهات الشابّات للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية أو نقص في الوزن عند الولادة – بنغلادش

تبيّن أنّ الأمّهات الشابات واللواتي يعانين من سوء في التغذية واللواتي يلدن أطفالاً يعانون من نقص في الوزن، يواجهن صعوبة في الرّضاعة وعادة لا يستطعن الإرضاع بانتظام. الأمّهات في المركز الصّحي لا يرضعن أطفالهنّ عادة خلال الليل وتحفيزهنّ بما يتعلّق بنموّ الطّفل يمكن أن يكون صعباً إذ هنّ أنفسهنّ يعانين من الاكتئاب والنقص في التغذية.

ومن أجل تلبية حاجات الأمّهات الشابات، أصبح للمركز الصّحي اليوم ركناً خاصّاً منفصلاً للرضاعة يؤمّن الخصوصية للأمّهاتاللواتي يرضعن أطفالهنّ. كما يتمّ تشجيع الأمّهات الخبيرات لدعم من هنّ أقلّ خبرة في الرضاعة.

Orla O'Neill، Concern Bangladesh، 2003

8.10 الانتهاء من العلاج ومتابعة الحالات

إنتهاء المعالجة

يجب إبقاء المريض في المستشفى لأقصر فترة ممكنة تجنباً لانتقال العدوى من المرضى الآخرين. يمكن إخراج الطفل من المستشفى عندما يزيد وزنه 20 غرام على الأقلّ يومياً بواسطة الرضاعة الحصرية ولمدة 5 أيام.

يمكن إخراج الطفل الذي يعتمد على الحليب الصناعي من المستشفى عندما:

- يتغير غذاء الطفل إلى بديل صناعي مناسب.
- يتم تدريب الأم/راعي الطفل على كيفية التغذية السليمة.
- يصبح الوزن بمعدل 85% من الوزن المثالي ولم يتغيّر على مدى ثلاثة أيّام.

متابعة الحالات

من أجل التأكّد بأنّ الأطفال الذين خرجوا من المستشفى أو المركز الصّحي يستمرّون في كسب الوزن والمحافظة على تغذية جيّدة، يجب أن تتمّ متابعتهم:

- مرة واحدة في الأسبوع على الأقل.
- لمدة 3 أشهر على الأقل.

في كلّ زيارة متابعة:

- مراقبة وزن الطفل وصحّته.

النموّ المتسارع خلال مرحلة إعادة التأهيل سوف يبطأ إلى معدّل طبيعي بعد الخروج (الجزء 8.5).

- تقديم العناية الدّاعمة للأمّ أو الأمّ البديلة أو مقدّم الرّعاية (الجزء 2).
- تقديم "المساعدة الأساسية" على الرّضاعة إذا لزم الأمر أي مثلاً إذا كان هناك من شكوك حول إنتاج الحليب (الجزء 4.2).
- مراقبة الإمدادات واستعمال بديل الحليب.

8.11 المراجع

1. *Management of the Child with a Serious Infection or Severe Malnutrition: IMCI guidelines for care at the first-referral level in developing countries(WHO/FCH/CAH/00.1).*

2. *Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers (WHO, 1999)*

التوجيهات في هاذين الكتيّبين من أجل التعامل مع المضاعفات الطبية خلال سوء التغذية يمكن استخدامها مع الأطفال تحت الستة أشهر.

كتّيبات أخرى تحتوي على معلومات قيّمة:

3. *Assessment and treatment of Malnutrition in Emergency Situations. A Manual of Therapeutic Care and Planning for a Nutritional Programme.* Claudine Prudhon. Action Contra la Faim/Action Against Hunger 2002.

4. *Nutrition Guidelines.* Medecins Sans Frontieres 1995 ، حالياً تحت المراجعة.

المزيد من المراجع عن إدارة سوء التغذية الحادّ تجدونه في الملحق 15.

8.12 نصائح التدريب

يمكن للمتدرّبين استعمال هذا التّمرين من أجل تقييم التدريب على هذا الفصل.

دراسة حالة: تغذية أولية لطفل يعاني من سوء التغذية

تبلغ موهونجا 3 أشهر وتزن 3.2 كيلوغراماً. وصلت مع أمها التي تعطيها الحليب الطبيعي مع بعض التركيبات الصناعية بالإضافة إلى بعض السوائل والشاي. حالتها الصحية متردية ودائماً ما يبدو عليها الضعف والنعاس والبرد حيث تقوم الأم بتغطيتها بالبطانيات، تقوم موهونجا بالرضاعة بشكل ضعيف ويبدو عليها الضعف ولكنها غير مصابة بالـ Oedema.

بعد فحصها اتضح أنها تعاني من سوء تغذية حاد وجفاف وتمّت معالجتها بواسطة 50 مل من 10% من الجلوكوز بواسطة الأنبوب، كما افترض الطبيب إضابتها

بالالتهابات فأعطاها بعض المضادات الحيوية.

أسئلة:

1. ما هو العلاج الإضافي المباشر الذي تحتاجه الطّفلة لمعالجة نقص السّكر في الدّم؟
2. ما هو العلاج المباشر لتدفئتها؟
3. ماهي طريقة التغذية السليمة للـ 24-48 الساعة الأولى بعد دخول المستشفى؟ ما هي الكميّة والفترة؟
4. ما هو الغذاء الذي يمكن إضافته إذا كانت الأم تستطيع الضغط على ثديها لإخراج حليب بمعدل 10مل فقط؟
5. ماذا يمكن لوالدة الطفلة أن تعمله بالإضافة إلى ذلك لمساعدتها؟

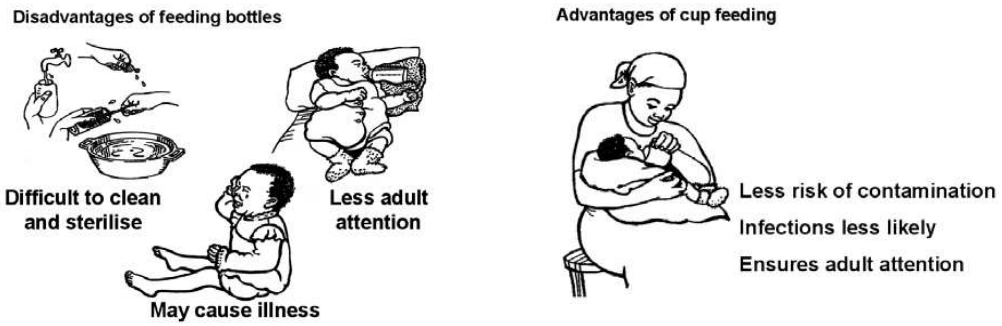
الأجوبة:

1. يجب البدء بالمعالجة الغذائية مباشرة بواسطة 40 مل من الحليب (F75 أو F100). وهذه هي الكميّة الموصى بها لطفل في وزنها ومريض جدّاً والذي لا يمكنه الرضاعة أكثر من كلّ ساعتين. وهذا يعني أنّها تحصل على 12 وجبة يومياً (الملحق 15). وإذا كانت ضعيفة جدّاً ولا تستطيع الرضاعة، فيجب تقديمها بواسطة الأنبوب.
2. إزالة كل ملابس الطفل ما عدا الحفاظات وتقديم العناية على طريقة الكنغر (الجزء 5.2) من أجل الاتّصال بالأمّ ليلاً نهاراً.
3. يمكن إعطاء الطفلة المعالجة الغذائية إما بالحليب المدعم أو الكوب أقلّه كلّ ساعتين من القوت.
4. يجب إعطاء الطفلة 10 مل من الحليب الطبيعي يتبعه 40 مل من الحليب المدعم (12 مرّة في اليوم).
5. يجب بقاء الأم مع الطفلة وتغذيتها بواسطة الكوب، كما تدفئتها بطريقة الكنغر. كذلك، يمكنها إعلام الفريق الطبي بأيّ تغيّرات في صحّة طفلتها وتسجيل كميّة البول والبراز لطفلتها. عندما تبدأ الطّفلة بالشفاء، يمكن للأمّ أن تقدّم لها ثديها باستمرار من أجل إنتاج الحليب.

9. الأطفال الذين لا يرضعون طبيعياً

يبقى الحليب الطبيعي الطريقة الأمثل لتغذية الأطفال. هذا الجزء يطرح مسألة تغذية الأطفال في حال استحالة الرّضاعة الطبيعية. وهذا ما يسمّى أحياناً بالتغذية الصناعية أو البديلة. هناك الكثير من المخاطر التي ترتبط بالرّضاعة الصناعية (الكتاب الأوّل). وفي حالات الأزمات تزيد هذه المخاطر. في كلّ الحالات، خاصّة خلال الأزمات، إنّ الطريقة الموصى بها لإعطاء التغذية الصناعية هي بواسطة الكوب وليس القارورة. وهذا لأنّ القارورة تزيد مخاطر الأمراض والإسهال وغيرها من الأمراضظن حتّى في البلدان المتقدّمة.

يجب عدم تشجيع استخدام **القوارير والمصّاصات** في حالات الطوارئ بسبب



ولكن أحياناً تكون ثقافة استخدام القوارير مستخدمة قبل حدوث الأزمات وعليه فمن الصعب إقناع الأمهات التخلي عن هذه العادة بسرعة. وعليه فإن هذا الجزء يقوم بشرح عملية تنظيف القوارير وجعلها آمنة للاستخدام.

يقسم هذا الجزء إلى ثلاثة أقسام:

أ- معوقات الرّضاعة وسط السّكان

ب- دعم مقدّمي الرّعاية في تغذية الأطفال الذين لا يرضعون

ت- تغذية الأطفال في المؤسسات

أ- معوقات الرّضاعة وسط السّكان

تتطلّب بعض الأزمات دعم التغذية الصناعية وقد تمّ طرح مختلف الجوانب الأساسية لدعم التغذية السليمة على مستوى السكان في الكتاب الأوّل. وهي تتضمّن السياسات الأساسية والتوجيهات (الجزء 3)، التقييم والتحليل، التنسيق (الجزء 4)، تأسيس السياسات الشائعة (الجزء 3.3). كما تمّ طرح المعايير المتفّق عليها والشروط الخاصّة بالتغذية الصناعية في الجزأين 4.5 و4.6 بينما شروط انتشار فيروس الإيدز تمّ طرحها في الجزء 3.4.

تتطلّب إمكانيّة إنشاء وتطبيق برنامج طوارئ حيث بعض الأطفال يتغذّون صناعياً، التنظيم الجيّد والمصادر. والتحدّي هو خلق شروط لدعم التغذية الصناعي السليمة وفي الوقت نفسه دعم وحماية الأطفال الذين يعتمدون على الرّضاعة الحصرية أو إمكانيّة الرضاعة الحصرية (مثل المواليد الجدد، التغذية المختلطة). كلّ هذه التقنيات التوجيهية يجب أن يتمّ استخدامها من أجل توجيه الفريق المتدّرب ونشاطات البرنامج.

يرطح هذا القسم بعض الاعتبارات الإضافية عند إدارة التغذية الصناعية على مستوى السكان. والهدف الرئيسي هو إعطاء الأولويّة للنشاطات التي تساعد على تجنّب المرض والوفاة عند الرّضع والأطفال الصغار.

1.1 طريقة دعم الرضاعة الصناعية في السكان

يجب أن تشتمل الطريقة لدعم الرضاعة الصناعية على:

- المعلومات الأساسية
- التقييم الأولي
- طريقة التنسيق
- متطلبات البرنامج
- تقييم المتطلبات
- المتابعة
- المراقبة

المعلومات الأساسية

يجب أن يشمل مصدر المعلومات الاستبيانات الطويلة مثل استبيانات المؤشرات المتعددة لليونيسف (MICS) ومعلومات من وزارة الصحة والمنظمات العالمية والمحلية العاملة في المنطقة قبل برنامج الطوارئ.

التقييم الأولي

من الضروري القيام بتقييم أوّلي حول عدد النساء والرّضع والأطفال الصّغار من السّكان كما حول ممارسات تغذية الرّضع (الكتاب الأوّل، الجزء 4.1).
ومن أجل تقدير حاجات الرّضع الغذائية في السكان، يجب معرفة:

- عدد السكان
- عدد الأطفال تحت الستة أشهر وبين الستة والاثني عشر شهراً
- نسبةالأطفال الذين يرضعون صناعياً في كل فئة عمرية
- عدد الأطفال الغير المرافقين
- عدد النساء الحوامل والمرضعات

من أجل تقدير ممارسات تغذية الرّضع خاصّة في المراحل الأولى من الطوارئ، يجب الرّجوع إلى المعلومات والدّراسات الموجودة أصلاً عن هذا الموضوع. في الملحق 4، يمكن إيجاد دليل لتقدير الحاجات إلى بدائل الحليب في المراحل الأولى من الطوارئ.

طريقة التنسيق

في التدخل الأولي يجب تحديد عدد من المنظمات أو المجموعات من أجل تنسيق نشاطات تغذية الأطفال والرضع (الدليل التوجيهي، القسم 3.1، فبراير 2007).

متطلبات البرنامج

يجب أن تسمح البرامج لكلّ امرأة تلجأ إلى التغذية الصناعية بأن تقوم بذلك بطريقة سليمة وصحيحة، ولكلّ امرأة تدعّم الرضاعة الطبيعية بالتغذية الصناعية بأن يتمّ دعمها من أجل الرضاعة الحصرية، ولكلّ امرأة مرضعة بأن تحظى على االستشارات ودعم للرضاعة الحصرية.
عند إنشاء أيّ برنامج، هناك حاجة إلى:

- انظر إلى التأثيرات على إرضاع الأطفال
- منع التهديدات التي تعترض الرضاعة الطبيعية
- تحديد المجموعات المصغرة التي تحتاج إلى الدعم
- تحديد أهداف واقعيّة للبرنامج
- إعطاء الأولوية للأطفال تحت سن الـ 6 أشهر
- الأخذ بعين الاعتبار حدود الخطر.

التأثيرات على إرضاع الأطفال

في حالات الطوارئ، هناك العديد من العوامل التي تؤثّر على ممارسات تغذية الرّضع وسلامتهم بالإضافة إلى نشاطات برنامج التغذية. وهذه العوامل قد تتضمّن المياه والشروط الصحية، التسهيلات الصحية والممارسات التقليدجية لتغذية الرضع. كما أنّ هناك عوامل مرتبطة بكلّ حالة طوارئ. وكلّ هذه الأمور سوف تؤثّر على القرارات المتعلّقة بتغذية الرّضع ومدى نجاحها.

منع التهديدات التي تعترض الرضاعة الطبيعية

هناك بعض التهديدات الغير مدروسة مثل التوزيع العام لقوارير الأطفال التي قد تسوّق لممارسات غير مناسبة تتعلّق بالتغذية كما قد تزيد من خطر المرض والوفاة. يمكن توزيع قسائم تخوّل الأمّهات استبدالها ببدائل الحليب أو غيرها بنفس القيمة.

تحديد المجموعات المصغرة التي تحتاج إلى الدعم

خلال الطوارئ، يمكن أن تكون هناك بعض المجموعات المصغّرة من الرضع التي تحتاج إلى الدّعم الخاصّ، وتتضمّن الرضع في المؤسسات مثل الأيتام، والأطفال غير المرافقين، والمرضى.

تحديد أهداف واقعيّة للبرنامج

عند مزج الرضاعة الطبيعية مع الرضاعة الصناعية، يكون أحد أهداف البرنامج زيادة نسبة الرضاعة الحصرية. والهدف الآخر للبرنامج يمكن أن يكون تحقيقي نسبة 100% من الرضاعة الحصرية لكلّ المواليد.

إعطاء الأولوية للأطفال تحت سن الـ 6 أشهر

في حال الرضاعة الصناعية، يجب أن تكون الأولوية للرضع تحت الستة أشهر لأنّهم يعتمدون كلياً على التغذية بالحليب. يعتمد قرار تأمين بديل الحليب للأطفال بين 6 و12 شهر على كلّ حالة. والاعتبارت تتضمّن الممارسات الغذائية قبل الطوارئ، الحالة الغذائية للرّضع والمكملات الغذائية.

دراسة حالة: تقييم احتياجات الرضع اليافعين – تقارب عملي

قبل أزمة العراق في العام 2003، تم منح الأطفال بين سن 6-12 شهر تركيبات الحليب الصناعي من خلال مساعدات الغذاء من خلال برنامج النفظ مقابل الغذاء. أوضحت المعلومات الأساسية أن عدد من الأطفال يعانون من نقص الحديد وفقر

الدّم. في بداية التدخل، كان هناك شعور عام بأهمية إعطاء الأطفال بين 6-12 شهر تلك التركيبات فقط خلال المرحلة الأساسية من التدخل أي أوّل ستّة أشهر مع التطلّع إلى تحسين التغذية التكميلية والتغذية هؤلاء الأطفال على المدى القصير، وحماية الرضاعة الطبيعية على المدى الطويل.

SC UK report, Iraq, 2003

في مجتمع حيث بعض الرّضع تحت الستة أشهر لا يتلقّون الرضاعة الحصرية، يجب على مراكز التغذية العلاجية والمستشفيات تطوير القدرة على إدارة الرضع الذين يعانون من سوء التغذية الحادّ (الجزء 8).

الأخذ بعين الاعتبار حدود الخطر

قد يكون من الصعب تحقيق التطبيق المباشر لممارسات التغذية خلال الطوارئ. مثلاً، إذا كان هناك في المجتمع استخدام للقوارير بهدف التغذية الصناعية، فمن غير العملي أو المقبول بالنسبة لمقدّمي الرعاية التغيير نحو التغذية بالأكواب أو الملاعق. ويجب القيام بدلاً من ذلك بعملية التبادل للقوارير والمصيحة الفردية حول تعقيم القوارير. يتضمّن الملحق 6 تدريباً عن تنظيم التدخل في تغذية الرضع.

9.2 متطلبات الرضاعة الصناعية

بهدف إدارة التغذية الصناعية خلال الطوارئ، يجب تقدير المتطلبات لـ:

- كمية التركيبات الصناعية المطلوبة
- الإمدادات الأخرى مثل أدوات الطبخ والإرضاع
- الفريق المختصّ
- طريقة توصيل وتخزين الحليب الصناعي.

تقدير الكميات الصناعية

يعتمد حساب متطلبات الأطفال لعدد كبير من الأطفال على عدد من العوامل أهمّها ممارسة التغذية بدءاً من تقييم الحاجات الباكرة (الجزء 9.1). في المتوسط، يحتاج الطفل إلى 3.5 كيلوغرام من تركيبات مسحوق الحليب كل شهر. الملحق 5 يظهر كيفيّة حساب عدد التركيبات لكلّ طفل.

الإمدادات الأخرى

من أجل دعم التغذية الصناعية، ستكون العناصر التالية مطلوبة لعملية التدخل:

- مصدر آمن للمياه
- تحديد منطقة معينة للتحضيرات (مثلاً، خيمة)
- مصدر تسخين جيد (وقود ومنطقة مناسبة لذلك)
- أدوات التحضير

- أدوات الطعام.

سوف تتبدّل المتطلّبات بحسب طبيعة البرنامج وما إذا كان التدخل يتضمّن:

- دعم التغذية في المنزل (القسم ب في الأسفل)
- تحضير مركزي للتغذية الصناعية
- أماكن خاصّة للتحضير.

الفريق المختصّ

إنّه لمن الأساسي في دعم البرنامج توفر عدد من الموظفين المؤهلين والمدربين. يجب أن يتم تقييم القدرات المحلية مسبقاً (مثلاً وجود اليونيسيف، منظمة الصحة العالمية وغيرها) بالإضافة إلى القدرات المحلية على التدريب. التدريب الموجّه (مثلاً تدريب مستشاري الرضاعة الطبيعية حول دعم الرضاعة، وعاملي الصحة والتغذية عن كلّ جوانب ممارسات تغذية الرضع) يجب أن يكون النشاط الرئيسي لأيّ تدخّل.

المواصلات والتخزين

عموماً إنّ أفضل طريقة لنقل التركيبات هو وضعها في صورة مسحوق سهل التحضير بدلاً من وجوده بشكل سائل. يكون استعمال التركيبات الجاهزة حيث المواصلات أقلّ كلفة و/أو حيث المياه والشروط الصحية غير متوفّرة بشكل كاف (الجزء 9.13).

التوفر / المصدر

يمكن لتوفّر ومصدر الإمدادات أن تتأثّر بعدد من العوامل (الجزء 9.11). في حالات الطوارئ، يجب ألا يتم قبول التبرعات التي تكون على شكل تركيبات صناعية للأطفال (الدليل التوجيهي، القسم 6.1، فبراير 2007).

9.3 التقييم والمراقبة

يجب أن تكون هناك أهداف مسبقة لأي تدخل في رضاعة الاطفال. يقدّم الملحق 6 تدريباً حول تنظيم النشاطات للتدخل. حالياً لا توجد هناك أي مؤشرات إجتماعية لتقييم سوء التغذية للأطفال تحت سن الـ 6 أشهر. فهذه الفئة من العمر ليست ضمن استبيانات التغذية. إن إستخدام المؤشرات القياسية في الاستبيانات يجعل من مقارنة الاستنتاجات ممكناً بالأستبيانات الأخرى والمعلومات المأخوذة من قبل حدوث الأزمة.

عند استعمال التركيبات الصناعية، يجب مراقبة الأسواق لمعرفة ما إذا كانت تباع أو سعرها يتبدّل. وتنطبق إمدادات الاتّفاقية الدولية لتسويق بدائل الحليب خلال الطوارئ وأيّ خرق لهذه الاتفاقية يجب أن يتمّ الإبلاغ عنه إلى المنظمّة المسؤولة عن التنسيق أو السلطة المختصّة المحلية.

ب- دعم مقدّمي الرّعاية في تغذية الأطفال الذين لا يرضعون

للأطفال الذين لا يرضعون، هناك بعض أنواع الحليب التي هي ضرورية لأوّل ستة أشهر ويجب أن تكون بديلاً مناسباً للحليب. يجب أن يتلقّى الأطفال تحت الستة أشهر الحليب وحده (الجزء 1.4). هناك حاجة للمياه والوقود والوقت من أجل تحضير الأغذية

الصناعية. بدءاً من عمر الستة أشهر، يحتاج الطفل إلى المكمّلات الغذائية المناسبة وأيضاً من الضروري تقديم الحليب حتّى عمر السنتين أو أمثر.
لتقليل المخاطر الناشئة عن الرضاعة الطبيعية، يجب على الأم معرفة الآتي:

- بديل الحليب المناسب
- متى وما هي الكميّة التي يجب فيها تقديم بديل الحليب
- كيفية إبقاء أدوات الطعام نظيفة وآمنة
- كيفية تحضير الرضعات
- كيفية تقديم الرضعات

9.4 نوعية الحليب البديل

سؤال: يتم سؤال المشاركين أن يقوموا بعمل قائمة ببدائل الحليب الطبيعي للأطفال تحت سن الـ 6 أشهر والذين يعتمدون على هذا الحليب فقط.

أمثلة على الحليب البديل المناسب

- تركيبات الرضع بمواصفات Codex Alimentarius Standards
- حليب حيواني طازج معدّ في البيت أو حليب مجفّف كامل الدسم.
- حليب معالج UHT. هذه الأنواع من الحليب يجب أن تذوّب في الماء والسكر وتضاف إليها المغذيات.

يجب غلي كلّ الحليب الحيواني عند تقديمه للطّفل.
مراجعة الملحق 7 لتفاصيل أكثر وتوجيهات التحضير.

سؤال: يتم سؤال المشاركين ماذا يمكنهم عمله إذا كان الحليب المناسب غير متوفر

أمثلة على أنواع بدائل الحليب الغير مناسبة

يجب استخدامها فقط عند عدم توفّر الحليب البديل ومؤقتاً فقط، واستبدالها بالحليب الطبيعي أو بديل الحليب الأكثر ملائمة في أقرب وقت ممكن.

- التركيبات المعدة في المنزل بدون أي إضافات غذائية.
- الحليب المنزوع الدسم المجفف والحليب القليل الدسم.

الحليب الذي لا يجب استخدامه أبداً:

- منتجات الحليب العلاجي مثل F75و F100. فهذه الأنواع يجب أن تستعمل فقط في مراكز التغذية العلاجية وليست بدائل حليب مناسبة للاستعمال المنزلي.
- الحليب الحيواني غير المعدّل للأطفال تحت الستة أشهر.
- الحليب المحلّى المكثّف. فهو يحتوي على كميّة كبيرة من السكر والدهون والبروتين القليلة.
- الحبوب والمياه والسوائل مثل العصير والشاي. فهي ليست مغذيّة ولا يجب أبداً تقديمها للأطفال تحت الستة أشهر، حتّى لو مؤقتاً.

سؤال: ماهي الأغذية والسوائل التي يتمّ استخدامها أحياناً للطفل قبل سن الـ 6 أشهر؟

← يجب عمل قائمة في ورقة عرض بكل تقارير المشاركين. ثم يتم مناقشة كل تقرير وما هو متاح وما هو الغير مناسب والأسباب. القائمة أدناه تضم بعض الأغذية والمشروبات التي قد تتواجد في بعض المناطق:

حليب جوز الهند	غير مناسب
الحليب ذو النكهات	غير مناسب
العصير	غير مناسب
المشروبات الغازية	غير مناسبة
المشروبات المحتوية على السكر	غير مناسبة
الشاي	غير مناسب

9.5 كميّة وعدد مرّات إعطاء بدائل الحليب

الجدول أ في الملحق 5 يظهر الكميّة التي يحتاجها الطفل تحت الستة أشهر في أوقات مختلفة. الجدول ب يظهر المرّات التي يجب فيها للطفل أن يأكل بحسب العمر والوزن.

كيفيّة حساب احتياجات الطفل اليومية لبدائل الحليب

هذا الحساب يستخدم تركيبة الحليب كمثل. والكميّات من هذه التركيبة المحضّرة تعتمد على معدّل الاستهلاك اليومي للأطفال بحسب العمر والوزن (الملحق 5).

يجب تقديم الحليب للأطفال الصّغار كلّ ثلاث ساعات (8 مرّات في 24 ساعة). ويمكن تخفيضها لكلّ أربع ساعات عند عمر الثلاث أشهر.

تدريب على حساب كميّة الغذاء اليوميّة للطفل

يتم سؤال المشاركين حساب كمية الحليب في كل وجبة لطفل يبلغ من العمر شهراً واحداً ويزن 3.5 كغ.

دليل الإجابة

وزن الطفل: 3 كغ

كمية الحليب في اليوم: 150مل X 3 = 450 مل في اليوم

الكمية في الوجبة الواحدة: 450 مل / 8 وجبات = 56 مل في كل وجبة

= 8 وجبات X 60 مل*

*الأرقام تقريبيّة

يمكن لعاملي الصّحة مساعدة الأمّ على الحساب من الجدول ب في الملحق 5 وبحسب عمر ووزن طفلها.

- كميّة تركيبة الحليب المحتاجة يومياً.
- عدد المرّات يومياً (مع الليل).
- كميّة التركيبة في كلّ مرّة.

9.6 تغذية الطفل صناعياً في عمر 6-24 شهراً

تعتمد الحاجات الغذائية للطفل فوق الستة أشهر على توفّر تركيبة الحليب أو منتجات الحليب الحيواني وعلى توفّر الأطعمة الأخرى الحيوانية.

سؤال: ماهي أنواع الحليب المناسبة/ الغير مناسبة التي يمكن إعطاءها لطفل في عمر 6-24 شهراً ؟

⟵ يجب عمل قائمة في ورقة عرض بكل تقارير المشاركين. ثم يتم مناقشة كل تقرير وما هو متاح وما هو الغير مناسب. القائمة أدناه تضم بعض الأغذية والمشروبات التي قد تتواجد في بعض المناطق.

الحليب المناسب للأطفال في عمر 6-24 شهراً:

- حليب كامل الدسم والتي تشمل حليب الماعز والأبل والبقر..الخ
- الحليب المبخر
- الحليب المخمر
- الحليب المستخرج من الثدي بواسطة الضغط باليد

أنواع الحليب الغير مناسبة

- الحليب المكثف
- الحليب المنزوع الدسم أو قليل الدسم
- كريمة القهوة
- حليب الصويا

يجب تجنب المشروبات ذات القيمة الغذائية المنخفضة مثل الشاي، القهوة، الصودا. ويجب تقليل كمية العصائر إلى 250 مل يومياً.

سؤال :كم يحتاج طفل في عمر 6-24 شهراً من الغذاء؟

عند توفر الحليب الحيواني بأنتظام فإن كمية الحليب المحتاجة هي 200-400 مل في اليوم، أما عند عدم توفر الحليب الحيواني فإن الكمية المطلوبة هي 300-500 مل في اليوم. يحتاج أيضاً الأطفال فوق الستة أشهر والذين لا يتمّ إرضاعهم إلى سوائل إضافية أقلّه 400-500 مل في اليوم في مناخ معتدل و800-1000 مل في مناخ حارّ.

الأنظمة الغذائية التي لا تؤمّن مصادر الغذاء الحيواني بانتظام لا يمكن أن تلّبي الحاجات الغذائية لهذه الفئة من العمر إلّا من خلال استخدام المنتجات المدعّمة أو المغذيت الإضافية.

وإذا لم يتمّ تناول الحليب والأطعمة الحيوانية بانتظام، فهناك حاجة لتناول الحبوب والبقوليات يومياً من أجل الحصول على كميّة البروتين المناسبة (الملحق 12). عدد مرات التغذية تعتمد على السعرات الحرارية في الغذاء المعطى. يجب أن يتم إعطاء الغذاء من 4-5 مرات يومياً مع وجبة أو وجبتين خفيفتين (الملحق 12).

9.7 المحافظة على نظافة أدوات التقديم

يجب أن تكون كل الأدوات (الأكواب، الملاعق، المقاييس) نظيفة لضمان سلامة الغذاء المقدم.

سؤال : يتم سؤال المشاركين عن طريقة تنظيف وتخزين الأدوات.

التأكّد من أنّ الآتي وارد في الأجوبة:

- يتم غسل الأدوات بعد الإستخدام من خلال تنظيفها أوّلاً بالماء البارد ومن ثم بالماء الساخن والصابون. وهذا مباشرة بعد الاستعمال.
- تخزين الأدوات النظيفة في خزانات جافة ونظيفة مغطاة بالقماش.

غسل الأكواب:

يجب غسل الكوب بالماء الساخن والصابون بعد كلّ استعمال، عند الإمكان يمكن صب الماء المغلي على الكوب أو غمر الكوب في الماء المغلي.

غسل القوارير:

- يجب تعقيم الرضعات والقوارير دائماً قبل استخدامها للمرّة الأولى.
- عند الإستخدام، يتم غسل القوارير بفرشاة القوارير في كلّ الزوايا.
- لتقليل خطر الإسهال والأمراض الأخرى، يتم تعقيم القوارير والمصاصات بعد غسلها.

طريقتان لتعقيم الأدوات

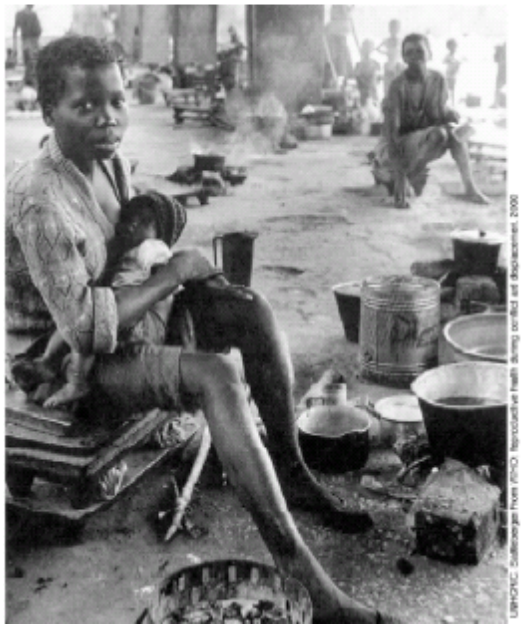
التطهير
يمكن تطهير القوارير والأدوات من خلال استعمال السائل المبيّض (تذويب 15 مل في ليتر من الماء). غمر الأدوات بالكامل في الماء لمدّة ساعة من الوقت. يجب التخلّص من المحلول مباشرة بعد كلّ استعمال.

الغلي
وضع الأدوات في وعاء كبير وتغطية القوارير والمصّاصات في الماء المغلي لمدّة خمس دقائق – التأكّد من أنّ القوارير امتلأت وتغطّت كلياً بالماء. ثمّ تركها لتبرد في الماء مع تغطيتها بغطاء معقّم، وبعدها ترك الأدوات لكي تجفّ. بعدها، يجب وضع القوارير مقلوبة على قماش معقّم.
الطرق الأخرى للتعقيم مثل الفرن وغيرها لا يتمّ استخدامها إلّا في المستشفيات ودور الأيتام (الملحق 10).

9.8 إعداد وحفظ الغذاء

إنّ أفضل طريقة للتأكّد من أنّ الأمّ تحضّر جيّداً الغذاء هي في تعليمها كيفيّة تحضيره ثمّ مشاهدتها تقوم بالأمر حيث تسكن.

ظروف العيش عند عدم وجود منزل



عند تحضير الغذاء، يجب دائماً التأكّد من التعليمات على الملصق للتركيبات الصناعية إذ تختلف من منتج إلى آخر. وطرق التحضير هي نفسها للتركيبات المعدّلة في المنزل ولكن قد تختلف تفاصيل المكوّنات والمقاييس والمزج. إذا كان هناك من استعمال للكوب، فيجب تحضير وقياس الماء، وذلك:

- من خلال إبريق مقاييس من 60، 120 و180 مل (استخدام القارورة في حال عدم توفّره).
- من خلال هذه المقاييس، يجب وضع 60، 120 أو 180 مل من الماء في كوب والحفر على الجانب. والأمّ تستخدم هذا الكوب من أجل القياس لاحقاً.

كلّما كبر الطّفل، كلّما زادت كميّة الحليب التي يجب تحضيرها.

عشر طرق آمنة لتحضير بدائل الحليب:

سؤال: يتم كتابة العشر الطرق أدناه في ورق عرض ثم يتم المناقشة:

1. غسل اليدين

2. الحفاظ على نظافة الحليب
3. التأكد من التاريخ
4. الغلي
5. القياس
6. الخلط
7. فحص الحرارة
8. الحفظ
9. أستخدامه أو رميه
10. الإنتهاء

ثمّ النظر في الملحق 9 لكلّ خطوة.

9.9 مساعدة الأمهات في ضمان سلامة إستخدام بدائل الحليب

أمّ من البوسنة تضع يدها على طفلها النائم. قامت بتغطية القارورة بشريط لاصق، ظنّاً منها بأنّه يحميها. الاستماع والدّعم وتعليم عامل الصحة يساعد الأمّ على فهم أنّ غلي القارورة قبل كلّ استعمال هو الحماية الأمثل.

يحتاج العامل الصحي إلى الآتي كي يساعد الأم على إعطاء الحليب البديل بطريقة آمنة:

- تدريب الأم على كيفية نظافة أدوات إعداد الحليب البديل وتعقيمها.
- مراقبة الأم عند التنظيف ومكان التنظيف.
- إعطاء التعليمات باللغة المحلية التي تفهمها الأم.
- إعطاء النصائح فقط للأمهات اللاتي يستخدمن الرضاعة الصناعية.
- تثقيف الأمهات بخطورة استخدام تركيبات الرضع.

يجب أن يكون استعمال التركيبة الصناعية من الأمّ مرتبطاً دائماً بالتدريب العمليّ حول التحضير الآمن وبالمتابعة في أماكن التوزيع والمنزل من قبل عاملي الصّحة

المتخصصين. يجب للمتابعة أن تتضمّن المراقبة الدائمة لوزن الطّفل خلال فترة التوزيع (على الأقلّ مرّتين في الشهر).

الدليل التوجيهي، فبراير 2007

نقاط للنقاش مع الأمّ/مقدّم الرعاية

- أفضل نوع حليب للطّفل. يجب الأخذ بعين الاعتبار قيمته الغذائية وكلفته وتوافره كما أيّ سلبيّات.
- توفير الموارد للأمهات من وقود ومياه وأواني.
- الوقت اللازم لتحضير الطعام. عند عدم وجود ثلاجات كهربائية، يجب إعداد الطعام طازجاً ثماني مرات يومياً وعلى الأقلّ ستّ مرّات عندما يبصبح وزنه حوالى 5 كيلوغرامات.
- كيفية تعقيم المياه من خلال غليها.
- كيفية إعداد طعام الطفل في الليل. يمكن للأمّ أن تحضّر المقاييس في النهار وتمزجها في الليل.
- تثقيف الأمّهات بأهمية استخدام الكوب وكيفيّة استخدامه (الملحق 2).
- إذا كانت الأكواب البلاستيكية المفتوحة متوفّرة ضمن الإمدادات، ينصح باستبدال أحدها بقارورة.
- إذا كانت العائلات تشدّد على استعمال القوارير، فيجب مناقشة كيفيّة تنظيفها وتعقيمها والحاجة إلى الماء والوقود.
- شرح أهمية أحتضان الطفل وبناء علاقة بينه وبين الأم من أجل تحفيز النموّ.

الاستخدام المؤقت لبدائل الحليب

قد يحتاج الأطفال إلى الإمدادات الصناعية مؤقتاً، عادة كجزء من "المساعدة الإضافية" (الجزء 5.1) على الرضاعة الطبيعية وفي الحالات التالية:

- مرض الأم أو إصابتها بسوء التغذية الحاد.
- عندما تبدأ الأمهات بالتعافي ومخزون الحليب يتجدّد.
- عندما تبدأ إعادة الإدرار.
- خلال استعادة الرضاعة الحصرية.
- عند مرض الأطفال وعدم القدرة على المص.
- عندما تعاني الأم من ألم في الثدي.

يجب أن يتم تطبيق نفس معايير اختيار التغذية الصناعية وتحضيرها عندما يحصل الأطفال كلياً على هذه التغذية، إلاّ في حالة سوء التغذية الحادّ؛ ولكن هناك مع بعض الاختلافات:

- استخدام حليب بديل بصورة أقل (الجزء 9.4) يساعد على الحماية من المخاطر المتعلّقة بالتغذية، إذا استعمل لفترة قصيرة فقط وإذا استمرّت الرضاعة الجزئية.

- استخدام الكوب أفضل من الرضاعة بالقارورة لأنّها قد تؤثّر على عمليّة المص.
- تكون من الصعوبة إمكانيّة حساب الكميات المطلوبة للطفل إذا كان لا يزال يرضع طبيعياً.

مراجع أساسية

توجيهات لتحضير آمن وتخزين التركيبات الصناعية.
http://www.who.int/entity/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines.pdf
كيفيّة تحضير التركيبة لتقديمها في الكوب في المنزل
http://www.who.int/entity/foodsafety/publications/micro/PIF_Cup_en.pdf
كيفيّة تحضير التركيبة لتقديمها في القارورة في المنزل
http://www.who.int/entity/foodsafety/publications/micro/PIF_Bottle_en.pdf

9.10 التقييم الشامل – الخطوة الثالثة: مراقبة الرضاعة الصناعية

إنّ الخطوة الثالثة في التقييم الشامل (مراجعة الجزء 3.3 للخطوتين الأولى والثانية) تأخذ بعين الاعتبار أوّلاً ما إذا كان في المنزل وسائل ضرورية للتخزين والتحضير وما إذا كان هناك مخزون جيّد لبدائل الحليب. من دون هذه الوسائل، لا يمكن الاستمرار بالرضاعة الصناعية حتّى لو حصل مقدمو الرعاية على المعلومات والخبرة.

التقييم الشامل – الخطوة الثالثة: مراقبة الرضاعة الصناعية

ما هي الوسائل الموجودة في المنزل؟

بدائل الحليب
___ بديل الحليب المناسب
___ تاريخ الصلاحية واضح
___ تعليمات باللغة المحليّة
___ باستطاعة أحد أفراد العائلة قراءة التعليمات

التخزين
___ تأمين المخزون إلى حين عدم الحاجة إليه
___ التخزين الآمن للمكوّنات والغذاء
___ الماء المغلي (وعاء خاصّ نظيف، غطاء)
___ وجود الثلاجة (إذا كان الطعام يتحضّر مسبقاً)

تسهيلات التحضير
___ الوقود اللازم للتحضير
___ مياه الشرب المناسبة للتحضير
___ المياه المناسبة للتنظيف والصابون
___ أسطح نظيفة
___ وسائل لقياس الماء والحليب

الوقت الإضافي
___ الوقت لتحضير 6-8 وجبات طازجة في اليوم

التقييم الشامل – الخطوة الثالثة: مراقبة الرضاعة الصناعية

كيف تدير الأمّ في المنزل الوجبات؟

التحضير
___ غسل اليدين

	___ غسل الكوب بالماء والصابون
	___ غسل وتعقيم القوارير والمصاصات قبل كلّ استعمال
	___ قياس الماء والحليب بطريقة صحيحة
تقديم الغذاء	___ من خلال الكوب، يحص الطفل على كميّة أكبر
	___ يأخذ الطفل القارورة
	___ يحصل الطفل على طريقة أخرى للغذاء: _____
التواصل والانتهاء	___ يتمّ حمل الطفل خلال الوجبة
	___ تهتمّ الأمّ أو مقدّم الرعاية بشكل جميل بالطفل
	___ ينهي الطفل حليبه
	___ لا يبقى أيّ حليب لتقديمه لاحقاً للطفل
الحليب مناسب	___ عدد الوجبات وكميّة الحليب مناسبة لعمر ووزن الطفل
التغذية المناسبة لكلّ عمر	___ تحت 6 أشهر، يقدّم الحليب فقط
	___ فوق 6 أشهر، يقدّم الحليب مع المكمّلات الغذائية

التدريب على التقييم الشامل – الخطوة الثالثة: مراقبة الرضاعة الصناعية

من خلال استعمال الاستمارة أدناه، يمكن التدرّب على مراقبة الموارد المتاحة للأمّ من أجل التغذية الصناعية. كما أنّ هناك حاجة لطرح بعض الأسئلة. ينصح بعدم إعطاء أي نصائح أو توجيهات أثناء عملية المراقبة والتقييم.

ماهي الموارد المتاحة في المنزل؟

الأسئلة:

- ماهي التموينات المتوفرة للعائلة: ماء، وقود، مسحوق غسيل...الخ؟
- ما الذي سوف يقدّمه أكثر التوزيع المقبل؟
- هل هناك صعوبات تواجهها الأسرة في الحصول على التموينات؟
- ما هي كمية التركيبات التي تحصل عليها العائلة شهرياً؟
- كم عدد الأشهر التي خلالها سوف يتم توزيع الغذاء؟

ويتم التأكد من الآتي:

- تسهيلات التخزين لمقادير الوجبات.
- الكميات المتبقية من التموينات.
- ملصقات على علب التركيبات من أجل اللغة وتاريخ الصلاحية.
- الوسائل التي تستخدمها الأمهات لقياس الماء والحليب.

استمارة التدريب: التقييم الشامل – الخطوة الثالثة – مصادر	
ما هي المصادر المتوفّرة في المنزل؟	
بدائل الحليب	___ بديل الحليب
	___ الكميّة المستخدمة منذ التوزيع الأخير، مناسبة

___ الكميّة المتبقيّة تكفي حتّى التوزيع القادم
___ لا تعاني الأمّ من أيّ صعوبة في الحصول على البديل، لعمر الستة أشهر وما فوق
___ تاريخ الصلاحية واضح وجيّد
___ التعليمات مكتوبة باللغة المحلية
___ يمكن لأحد أفراد العائلة قراءة التعليمات

التخزين
___ تخزين آمن / أوعية محكمة الإقفال تحتوي المكوّنات
___ التحضير المسبق للغذاء فقط في حال وجود الثلاجة
___ أيّ مياه مغلية مسبقاً يتمّ تخزينها في أوعية خاصّة (نظيفة مع غطاء)

تسهيلات التحضير
___ توفّر الوقود المناسب لغلي المياه والقوارير في حال وجودها
___ توفّر مياه الشرب لتحضير عدّة وجبات في اليوم (أقلّه 1 ليتر)
___ توفّر المياه والصابون من أجل غسل الأواني والأيدي
___ أسطح نظيفة لوضع الأواني وغطاء نظيف لتغطيتها
___ وسائل مناسبة لقياس الحليب والماء

وقت الأمّ للتحضير
___ الوقت لتحضير 6-8 وجبات يومياً، إذا لم تتوفّر الثلاجة

التدريب على التقييم الشامل – الخطوة الثالثة: مراقبة الرضاعة الصناعية (الإجراءات)
من خلال استعمال الاستمارة أدناه، يمكن التدرّب على مراقبة الموارد المتاحة للأمّ من أجل التغذية الصناعية. كما أنّ هناك حاجة لطرح بعض الأسئلة. ينصح بعدم إعطاء أي نصائح أو توجيهات أثناء عملية المراقبة والتقييم.

كيف تقوم الأمهات بالتغذية؟

أسئلة:

- كم عمر الطفل؟
- كم وزن الطفل؟
- كم عدد مرات تقديم الغذاء في النهار والليل؟

يجب التأكد من:

- كيف تقوم الأمهات بعملية التغذية بما فيه غسل اليدين والأدوات والماء المغلي.
- كيفية إعطاء الطعام
- كيفية التنظيف بعد الأكل

استمارة التدريب: التقييم الشامل – الخطوة الثالثة – إجراءات
كيف تقوم الأمهات بالتغذية؟

التحضير
___ غسل اليدين
___ تغطية الأكواب (أو القوارير) في مكان نظيف
___ غلي الأكواب (أو القوارير) مباشرة قبل الوجبة

	___ نقع القوارير والمصاصات في المبيّض وغسلها بالماء المغلي
	___ المياه لتحضير الغذاء مغلية جيداً
	___ يتمّ قياس الحليب والماء بطريقة صحيحة
تقنية التغذية	___ يتمّ استعمال الكوب لإطعام الطفل ويتناول الحليب بالكامل
	___ يتمّ تقديم الغذاء للطّفل بواسطة القوارير
	___ يتمّ استخدام طريقة أخرى للتغذية: _____
التفاعل ونهاية الوجبة	___ يتمّ حمل الطفل خلال الوجبة
	___ تهتمّ الأمّ بالطفل بحنان خلال تناوله الوجبة
	___ ينهي الطفل الحليب بالكامل
	___ لا يبقى من الوجبة أيّ شيء لاستعمال لاحق
الحليب مناسب	___ عدد الوجبات وكميّة الحليب مناسبة لعمر ووزن الطفل
التغذية المناسبة لكلّ عمر	___ تحت 6 أشهر، يقدّم الحليب فقط
	___ فوق 6 أشهر، يقدّم الحليب مع المكمّلات الغذائية

المتابعة بعد التقييم الشامل – الخطوة الثالثة

بعد إنجاز الخطوة الثالثة، يقوم العامل الصحي بمدح الأمّ على نجاحها.

كذلك:

- يدعم جهود الأمّ ولا ينتقدها
- يناقش أيّ مشاكل ويساعد الأمّ على التفكير في طرق تخطّيها.
- يشرح مجدداً حاجات الطفل المحدّدة وعدد الوجبات اليومية وكميّة كلّ وجبة ومخاطر عدم الحصول على الكميّة الضرورية.
- يظهر للأمّ كيفيّة التنظيف وتعقيم الأواني وتحضير الغذاء بطريقة آمنة.
- يحاول كسب ثقة أفراد العائلة أو الجيران وتشجيعهم على مساعدة الأمّ.
- ينظّم لمتابعة إضافية للطفل في المركز الصحي كما في المنزل.

كما يمكن لعامل الصحة التقرير للمخيّم المسؤول من أجل:

- إبلاغه عن أيّ مشاكل تعترض الأمّ
- تأييد المصادر المحسّنة للتحضير والتخزين
- ضمان الإمدادات المدعومة من الحليب وغيرها للأطفال بحسب المعايير المتفّق عليها.

ت- تغذية الرضع في المراكز الصحية

في الأزمات يحتاج عدد من الرضع إلى الدعم، مثلاً عند وجود رضع غير مرافقين في معسكرات اللاجئين وعندما تطلب المنظمات الأنسانية المساعدة في رعاية الأيتام.

التوجيه في هذا الجزء يرتكز على التوصيات الحالية والخبرات الميدانية ويهدف إلى مساعدة العاملين في دعم مجموعة من الأطفال بطريقة آمنة وعملية.

مبادئ

في المرحلة الأولى من دعم التغذية في المراكز الصحية، تكون الأولوية لتجنب زيادة الوفيات أو المرض بين الأطفال. ربما لا يكون من المستطاع عمل إرشادات بحسب المواصفات. عوضاً عن ذلك، يجب أن يكون التركيز على الحدّ من أيّ مخاطر ترتبط بالممارسات الحالية.

الجانب العملي

لإدارة التغذية الآمنة في المراكز الصحي، يجب أن يراعى التالي:

- وجود مصدر يعتمد عليه للتغذية الصحيحة.
- موارد منظمة حيث يوجد:
  - منطقة إنتاج مركزية
  - مكان تخزين
  - منطقة نظيفة للتحضير
  - منطقة للغسل
  - تحضير الكمية المناسبة من الحليب
  - طريقة صحيحة للنظافة
- تغذية آمنة
- اهتمام جيد بالرضع
- علاج العدوى.

9.11 مصدر الرضاعة الصناعية

لأهداف عملية وغذائية، تكون تركيبات الحليب هي بديل الحليب الأنسب خلال التغذية في المركز الصحية. التركيبات التجارية هي عادة:

- بودرة غير معقمة
- سائل معقم

عندما تكون البودرة غير معقمة فهناك خطورة التلوث بالميكروبات الصغيرة مثل E SAKAZAKII و SALMONELLA. والأطفال المعرّضين خاصّة للعدوى هم عادة أطفال وزنهم أقلّ من المعدّل عند الولادة أو ولدوا قبل أوانهم أو تحمل أمّهم فيروس الإيدز.

واختيار نوع البديل يعتمد على المصادر وتوفّره والمواصلات والتخزين وتسهيلات التحضير. يجب تصنيع مخزون من هذه التركيبات الصناعية طبقاً للمعايير العالمية والأتفاقية الدولية.

9.12 إعداد كميات أكبر من الغذاء

عند إعداد أي تركيبة يجب أن تكون طبقاً لتعليمات الشركة المصنعة (الملحق 7). عند إطعام عدد كبير من الرضع فمن العملي أكثر أن يتم إعداد كميات كبيرة. يمكن حساب كمية الحليب

والماء المطلوبة لإعداد كميات كبيرة؛ إذا كان وزن التركيبة لكل مغرفة ليس مكتوباً على العلبة فيجب وزن التركيبة بعناية من خلال استخدام الميزان المناسب.

تدريب

تقول التعليمات على ملصق المنتج أ إضافة مغرفة واحدة من التركيبة لكلّ 30 مل من الماء المغلي المبرّد.تحتوي العلبة على 450 غ من التركيبة. كلّ مغرفة تحتوي على 4.5 غ. إذا كان هناك 100 طفل يريدون الحليب ومعدّل حجم الغذاء هو 150 مل، فما هي كميّة التركيبة المطلوبة والماء لخلطها؟

الإجابة

الحجم العامّ المطلوب من الغذاء : 100 طفل X 150 مل = 15000 مل = 15 ليتر من الماء

إذا 4.5 غ من التركيبة (تقريباً) تصنع 30 مل لكلّ وجبة، فـ 450 غ (علبة واحدة) تصنع 3 ليترات من الوجبات.

فمن أجل صنع 15 ليتر (3 ليتر X 5)، نحتاج إلى 5 علب من التركيبة و15 ليتر من الماء. إضافة إلى 5 علب من 450 غ لـ 15 ليتر من المياه المغلية المبرّدة.

وبما أنّه يتمّ إضافة مسحوق التركيبة لـ 15 ليتر من الماء، فسوف يتمّ تحضير أكثر من 15 ليتر من الحليب.

عند إعداد كميّات كبيرة من الحليب الصناعي، يجب إضافة مسحوق الحليب تدريجياً وخلطه حتّى يذوب بكامله.

9.13 تنظيم إعداد الغذاء

منطقة الإنتاج المركزية

من الضروري وجود هذه المنطقة لإعداد وتنظيف وتوزيع التركيبات. حيث من الممكن أن تكون هذه المنطقة عبارة عن غرفة أو خيمة منفصلة، وإذا لم يكن هذا ممكناً، فيجب توفير جزء معين من المنطقة حيث لا توجد مخاطر التلوث. والأقسام المنفصلة ضمن هذه المنطقة من أجل التنظيم هي التخزين والتحضير والغسل.

التحضير

يجب فقط استعمال المياه التي تمّ تعقيمها من خلال الغلي من أجل إعداد التركيبة. وللخفّ من انتقال العدوى، يجب تخزين الماء المغلي ضمن أوعية نظيفة في الثلاجة أو استعمالها مباشرة. وتقنية التعقيم تتضمّن الآتي:

- توفير أسطح سهلة التنظيف
- تنظيف وتعقيم منطقة التحضير يومياً. تجنب التنظيف الجاف أي إزالة الغبار والمسح، خلال النهار.
- العمل على تنظيف السطوح بواسطة محاليل ضد البكتيريا قبل وبعد كلّ دورة تحضير.
- تعقيم كل الأدوات قبل استخدامها (القوارير، الأكواب، الأغطية،...).
- غلي زجاجات الرضاعات قبل إعادة إستخدامها.
- التخلص من الزجاجات والرضاعات و التي تستخدم لمرة واحدة.
- وجود نظام تهوئة مناسب لأنّ الهواء الجاف والنظيف يخفّف من مخاطر العدوى من الحشرات والغبار.

الحفظ

سؤال كيف يجب حفظ الأدوات أدناه؟

مقارنة الأجوبة مع الجدول أدناه.

جدول 9.1 : دليل وقت الحفظ للتركيبات الصناعية

المادّة	الحفظ	الوقت	اعتبارات أخرى
التركيبات الصناعية غير المفتوحة	منطقة جافة وباردة (0-30 درجة)	حتّى تاريخ انتهاء الصلاحية	التخلص من التركيبات القديمة.
مسحوق الحليب المفتوح	منطقة جافة وباردة	إذا كانت في علبتها الأصلية، حتّى أربعة أسابيع	مراعاة التعليمات وتدوين تاريخ ووقت الفتح.

الحليب السائل المفتوح	الثلاجة	حتّى 48 ساعة	مغطّاة في علبتها الأصلية.
التركيبة المحضّرة	الثلاجة	مراجعة الجدول 9.2	تخزينها قرب منطقة التحضير ولكن خارجها لكي لا يدخل العاملين إلى المنطقة.

تستعمل عادة الثلاجة لتخزين الحليب المحضّر؛ عند عدم توفّر الثلاجة، يجب تحضير الحليب الطازج مباشرة لكلّ وجبة ورمي أيّ فائض منه. يجب تبريد التركيبة حتّى 6 درجات مئوية (الحرارة العادية للثلاجة). بعد إخراج التركيبة من الثلاجة، يجب تقديمها للطفل في غضون ثلاثين دقيقة من إخراجها.

يقدّم الجدول 9.2 وقت حفظ التركيبة المطلوب ويأخذ في الاعتبار الحرارة المحليّة التي قد تختلف خلال النهار.

جدول 9.2: أوقات حفظ التركيبات الصناعية	
التركيبة	**إستخدامها خلال**
تركيبة الرضع المحضّرة، غير مبرّدة	ساعة واحدة، والأفضل تقديمها في الحال
تركيبة الرضع المحضّرة، مبرّدة	24 ساعة
تركية متبقية في زجاجة	يتم رميها

غسل الأدوات

إذا كان إعداد التركيبات وتنظيفها يتم في مكان واحد فيجب تنفيذ العمليتين في أوقات مختلفة. يجب أن يتم التنظيف بطريقة 1،2،3 وهي: الغسل، التجفيف ثمّ التعقيم؛ ثم يتم تعقيم كل الأدوات المستخدمة وحفظها لتجنّب العدوى. إذا لم يتم استخدام تلك الأدوات خلال ثلاثة أسابيع فيجب تعقيمها مرة أخرى.

في نهاية كل يوم، يجب غسل فرشاة تنظيف الزجاجات وتعقيمها لمدّة ساعة وتجفيفها.

النظافة الشخصية

غسل الأيدي من الطرق المهمة لمنع العدوى، وطريقة غسل الأيدي المناسبة ضرورية للأشخاص الذين يهتمّون بالتركيبة. يجب توفر المغاسل في أماكن أعداد وتنظيف التركيبات. يجب وضع مجوهرات اليد والأذن بعيداً وتغيير الملابس ولبس زي رسمي وتغطية الشعر بوضع وشاح نظيف أو قبعة .

كيفية غسل اليدين

باستخدام كمية مناسبة من الصابون يتم الغسل حتّى المرفقين ثم إلى الساعدين واليدين. إبقاء اليدين والساعدين أعلى من المرفقين لتجنّب تسرّب المياه الوسخة

إلى اليدين. استمرار الغسل لمدّة ثلاثة دقائق.

مراجع أساسية

توجيهات حول التحضير الآمن والتخزين للتركيبة الصناعية
http://www.who.int/entity/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines.pdf
كيفيّة تحضير التركيبة
http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/PIF_Care_en.pdf
ملصق عن تحضير التركيبة
http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/PIF_Poster_en.pdf

9.14 العناية بالرضيع

من الضروري تدريب الموظفين المسؤولين عن العناية بالرضع، حيث يجب أن يشمل طريقة تقديم الغذاء والنظافة واللعب مع الطفل لتحفيزه على تقبل الغذاء.

في بعض الأحيان، يتمّ متابعة الأطفال غير المرافقين ضمن قسم محدّد من المستشفى. ويجب متابعة العناية من أجل الحدّ من انتقال العدوى.

يجب عرض الرضيع المصاب بمرض نقص التغذية الحاد على أقرب مركز صحي وفي أسرع وقت ممكن، إذا تمت إصابة الطفل بالعدوى في المركز الصحي فيجب عزله عن بقية الرضع في المركز. يجب تقديم العناية الخاصّة للرّضع المرضى من قبل المختصّين ويجب أن يحصل كلّ الأطفال على التلقيح المناسب.

9.15 التحكم بتلوث تركيبة الرضيع

أفضل السبل للتحكّم بتلوث التركيبة هي:

- تجنب التلوث الخارجي للتركيبة وتكاثر الميكروبات في التركيبة المحضرة. يجب اتّخاذ التدبيرات الإضافية لتخزينها وتحضيرها.
- تقليل مخاطر التلوث بالميكروبات الصغيرة التي قد تتواجد في التركيبات المبودرة.
- كشف أي تلوث أو تسمم محتمل بسبب التركيبات الملوثة.
- التحقيق الآني في إجراءات التحكم.

الأطفال المولودون قبل الأوان كما من يحملون فيروس الإيدز هم الأكثر عرضة للعدوى؛ فمن الأفضل استخدام التركيبة السائلة المعقّمة أو المغلية (الملحق 10).

الوقاية

تعتمد مبادئ الوقاية على حجم الوحدة والمصادر المتوافرة، ويكن يجب أن تتضمّن:

- غسل اليدين (راجع الجزء 9.3).
- تقنية التعقيم في تحضير التركيبة.
- نظافة مكان العيش ومكان تحضير وتنظيف أدوات التركيبة.

- الحفظ الجيد للتركيبات والتأكد من تاريخ الصلاحية.
- فحص الجودة لأدوات التسخين والتبريد والتنظيف.
- عدم ممارسة الموظفين لأعمالهم في حالة مرضهم.

التعامل مع انتشار العدوى

عادة ما يرتبط انتشار العدوى بسبب سوء التخزين (الحرارة الزائدة أو التخزين الطويل..). من المهمّ استثمار الوقت والمصادر في تدريب الفريق ومراقبة الإجراءات وصيانة المعدّات. في الحالات الطارئة مثل إنتشار الإسهال بسبب تركيبات الحليب، يجب تطبيق طريقة التسخين الطرفي كإجراء مؤقت (الملحق 10).

دراسة حالة: تحديات الرضاعة في المراكز الصحية

في أزمة كوسوفو حوالى العام 1999، كان هناك حوالي 25 رضيع وطفل غير مرافقين في المشفى الرئيسي في بريستينيا. معظمهم أدخلوا إلى غرفة في جناح الأطفال، وكان هناك 4 أطفال أدخلوا إلى جناح الولادة.

كانوا يقضون معظم أوقاتهم في الأسرّة، وكان الحليب مصدر التغذية الوحيد بالإضافة إلى بعض تركيبات الحليب الأخرى والحليب الحيواني للأطفال الأكبر سناً. وكان جميعهم يحصلون على الغذاء وهم مستلقون على ظهورهم. لم يكن يعاني أيّ من الأطفال من سوء التغذية الحاد وذلك من خلال استخدام معيار الوزن إلى الطول.

من أين نبدأ؟ تم فحص المطبخ لمعرفة طريقة إعداد الحليب ونوعه. يتم شراء التركيبات محلياً ومن خلال المساعدات المختلفة من المنظمات الدولية. تم توظيف موظفي صحة لرعاية الأطفال والرضع واستمرّ إعطاء الرضع التركيبات المختلفة ولكن تحت إشراف موظفي الرعاية الصحية وليس في المستشفيات. تم إعداد غرفة ألعاب قريبة، وتم تقديم وجبات تكميلية وسوائل للأطفال الأكبر سناً. تمّ البدء بالموز المهروس الموزّع على جميع الأطفال والذي كان يوزع كهدايا من قبل جنود الناتو الذين كانوا يعسكرون في المستشفى.

Marie McGrath, (SC UK), Kosovo, 1999

مراجع أساسية

الدليل التوجيهي لتغذية الرّضع والأطفال الصّغار خلال الطوارئ، فبراير 2007
http://www.ennonline.net/ife
سياسة قبول وتوزيع واستعمال منتجات الحليب في مخيّمات اللاجئين (2006)
http:///www.unhcr.org
http://www.ennonline.net/ife
بريد إلكتروني: ABDALLAF@unhcr.org أو HQTS01@unhcr.org
توجيهات منظمة الصّحة العالمية التقنية للتحضير الآمن والتخزين للتركيبة الصناعية
http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en/index.html

الملحقات

Kent Page, UNICEF, DRC, 2003

الملحق 1

ملخص الرضاعة ومعالجة الأمهات

في العموم، عندما يكون الدواء مناسباً للرّضع أو خلال الحمل، يكون مناسباً للأمّهات المرضعات. يجب على موظف الرعاية الصحية التأكد من أنّ الأم تستطيع أن تقوم بالرضاعة في نفس وقت الذي تأخذ فيه جرعات الأدوية. هناك القليل من أنواع العلاجات التي تتعارض مع الرضاعة الطبيعية. قد تكون هذه الأسئلة مفيدة لعاملي الصّحة عند التعامل مع علاج الأمّهات المرضعات:

1. هل العلاج بالأدوية ضروري حقاً؟
2. هل هذا هو العلاج الأكثر أماناً؟
3. هل يمكن تعديل التوقيت للتخفيف من الجرعو المعطاة للطفلّ، أي أخذ الدواء بعد الرضاعة مباشرة؟

ومع ذلك فيجب على الأم أخذ بعض الأدوية التي قد تسبب بعض التأثيرات الجانبية على الرضيع، قائمة بكل هذه الأدوية تجدونها في الموقع:

http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/BF_Maternal_Medication.pdf

توقيف الرّضاعة:

تتعارض مع الرضاعة الأدوية المضادة للسرطان والموادّ الإشعاعية (توقيف الرضاعة مؤقتاً).

استمرار الرضاعة بعناية إضافيّة:

عوارض جانبية محتملة الأدوية للمعالجة النفسية (مراقبة الطفل إذا شعر بالدوخة).

استبدال الأدوية إذا أمكن مضادات الالتهابات: chloramphenicol، tetracyclines، metronidazone

Sulphonamides، cotrimoxazole، mefloquine، dapsone.

الأستروجين، بما فيها موانع الحمل التي تحتوي على الأستروجين (قد تؤثر على إنتاج الحليب)

استمرار الرضاعة:

آمنة بالجرعات المحدّدة مسكّن الآلام ومخفّض الحرارة

علاجات السعال ونزلات البرد

مضادات الالتهابات ampicillin، cloxacillin، penicillins

مضاد الملاريا (ما عدا mefloquine)

Corticosteroids

علاجات الحساسية

أدوية السكري.

المكمّلات الغذائية مثل الفيتامينات والحديد.

الملحق 2

التغذية بواسطة الكوب

كيف تتم تغذية الطفل بالكوب؟

- احتضان الطفل بوضعية مستقيمة أو شبه مستقيمة.

- وضع كوب الحليب على شفة الطفل وميله لكي يصل الحليب إلى فمه.
- يفتح الطفل فمه وعيونه. المولود بوزن أقلّ سوف يبدأ بتناول الحليب بواسطة لسانه؛ الطفل الأكبر سناً سوف يمتصّ الحليب.
- يجب عدم سكب الحليب في فم الطفل، يتم الاستمرار في توجيه الكوب إلى فم الطفل حتى يأخذه.
- عندما يشبع الطفل، سيقوم برفض المزيد من الحليب.
- يجب قياس استهلاك الطفل للحليب على مدى 24 ساعة وليس بعد كلّ وجبة.

أب يرضع أبنه بواسطة الكوب

يمكن نقل الحليب في آنيات ليتم الرضاعة في أماكن بعيده عن المنزل. تأكد من أستخدم آنيات ذات فتحات واسعة ليتم تنظيفها بسهولة.

غالباً ما يتم إستخدام تقديم الحليب بواسطة الكوب في المستشفيات للرضع الغير مستعدين للرضاعة. هؤلاء الرضع يستطيعون البلغ ولايستطيعون المص.

كما يحصل في الرضاعة، فأن الطفل الذي يأخذ طعامه عن طريق الكوب قد يحتاج إلى فترة راحة، وعليه يجب تقديم الحليب في الوقت الذي يريده.

يتم وضع الكوب برفق على شفه الطفل كي يقوم هو بالشرب بالسرعة التي يطلبها. يجب عدم صب الحليب في فم الطفل.

عند عدم إمكانية الرضاعة، يمكن إستخدام الكوب للأطفال الأصحاء والمكتملي النمو. مثلاً عند غياب الأم أو مصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة .

يمكن إستخدام كوب ذو فتحة واسعة. يجب تجنب الأكواب ذات الأغطية أو ذات الفتحات الضيقة التي تمنع التنظيف الشامل.

الملحق 3

إخراج الحليب من الثدي بواسطة الضغط عليه باليد

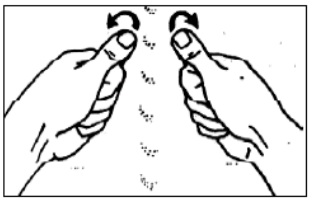
كيف يمكن تحفيز الأكسوتوسين:

مساعدة الأم نفسياً:

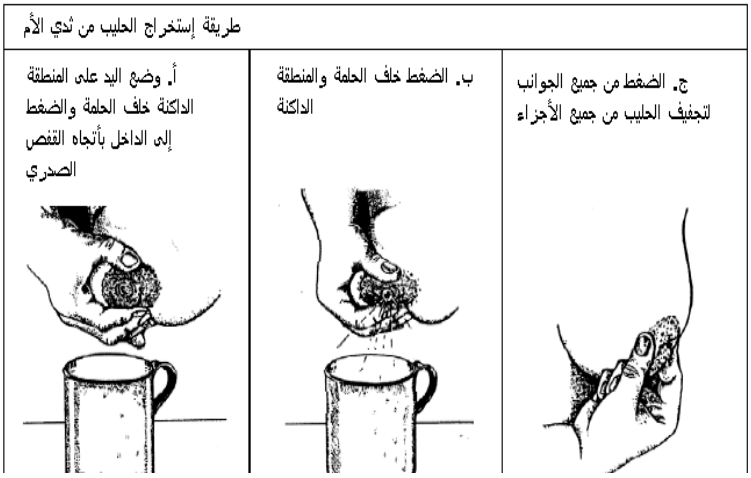
- لبناء ثقتها
- لتقليل أي مصدر للألم أو القلق
- لمساعدتها على التفكير بطريقة أحسن ومساعدتها لتشعر بالطفل أكثر.

مساعدة الام عملياً، يجب نصحها بالآتي:

- البقاء بهدوء وخصوصية وحيدة أو مع صديقة للمساعدة. بعض الامهات يجدن سهولة في ضغط الحليب من الثدي عند وجود أمهات أخريات في نفس المكان يقمن بنفس الأمر.
- وضع الطفل بشكل ملاصق للأم. يمكن للأم وضع الطفل في حضنها عند الضغط على الثدي أو حتى النظر إلى الطفل أو النظر إلى صورة فوتوغرافية للطفل.
- تناول مشروب ساخن، وليس القهوة.
- تحمية الثديين، مثلاً وضع كمادات ساخنة عليهما أو ماء دافئ.
- تحفيز الحلمتين من خلال سحبهما بواسطة الأصابع.
- تدليك الثديين عند الحاجة.
- طلب المساعدة لتدليك منطقة الظهر.



كيفية استخراج الحليب من الثدي



كيفية استخراج الحليب من الثدي بواسطة اليد

تعليم الأمّ القيام بذلك بنفسها حيث يجب ملامستها فقط عند تعليمها.

- يجب أن تغسل جيّداً يديها.
- الجلوس بجانبها مع وضع الوعاء قرب ثديها.
- يجب أن تضع إبهامها فوق الحلمة وإصبعها على الثدي تحت الحلمة، وتسند ثديها بأصابعها الباقين.
- الضغط بلطف إلى الدّاخل بواسطة الاصبعين.
- الضغط على الثدي خلف الحلمة.
- الضغط ثمّ التوقف، الضغط ثمّ التوقف. إذا شعرت بالألم، فهذا يعني أنّ الطريقة خاطئة. بعد عدّة دقائق، سوف يبدأ الحليب بالإدرار.
- الضغط على المنطقة الداكنة من الجوانب للتأكّد من أنّ الحليب يتدفّق من كلّ الجهات.
- تجنّب الحفّ على البشرة.
- تجنّب قرص الحلمة لأنّ هذا لا يدرّ الحليب. الأمر نفسه كما لو أنّ الطفل يرضع.
- الضغط على كلّ ثدي لمدّة 3-5 دقائق ثمّ تغيير الثدي.

يجب الشرح للأمّ أنّ سحب الحليب يأخذ حوالى 20-30 دقيقة خاصّة في الأيّام الأولى.

الملحق 4

حساب كميات التركيبات الصناعية المطلوبة في المراحل الأولى للأزمات

إنّ أي طلب للمساعدة في توفير التركيبات الصناعية للأطفال يجب أن يصاحبه طلب للمساعدة في حماية وتوعية ودعم الرضاعة.

كيفية حساب التركيبات المحتاج إليها

1. تحديد عدد الأطفال المستهدفين

- الإطلاع على المعلومات المتوفرة
- عمل استبيان مصغّر عند الضرورة للحصول على الأرقام التقريبية لإحتياجات الأطفال

استبيان مصغّر لاجتياجات الأطفال على التركيبة الصناعية

تحديد أعداد الأطفال 0-6 أشهر ضمن الفئات* التالية:

- الرضاعة الحصرية / الكاملة
- الرضاعة الجزئية / مزج الغذاء
- الرضاعة الصناعية / لا رضاعة

* استناداً إلى الوجبات كلّها خلال 24 ساعة، تصنيف الرّضع كالتالي:

- الرضاعة الحصرية/الكاملة: إذا حصل الطفل **فقط** على الحليب الطبيعي، فهو قد رضع حصرياً. أمّا الأطفال الذين حصلوا على بعض الماء أو العصير إضافة إلى الحليب الطبيعي فهذه تسمّى رضاعة كاملة.
- الأطفال الذين تناولوا سوائل أخرى وأطعمة بالإضافة إلى الحليب الطبيعي هم تحت قسم التغذية المختلطة.
- الرضاعة الصناعية / لا رضاعة: هؤلاء الأطفال الذين لا يحصلون على الحليب الطبيعي بل على التركيبات الصناعية والمنتجات الحيوانية وغيرها من السوائل.

2. حساب متطلّبات التركيبات الصناعيةبحسب الاستبيان.

الأطفال الذين يحصلون على رضاعة كاملة بالإضافة إلى الماء: لا يحتاجون التركيبة الصنايعة.

الأطفال الذي يحصلون على رضاعة جزئي: تقدير الوقت للأمّ من أجل إعادة الإدرار الكاملة.

بالنسبة للأطفال الذي يحصلون على تغذية مختلطة، يجب تنظيم إمدادات من التركيبة الصنايعة على مدى شهرين قبل إعادة الرضاعة الحصرية.

الأطفال الذين لا يحصلون على الحليب الطبيعي: هناك حاجة إلى التركيبة الكافية لدعم كلّ طفل.

3. تكرار الاستبيان: بعد وقت محدّد (6 أسابيع مثلاً)، يجب القيام بتكرا استبيان حاجات الأطفا.

الملحق 5

حساب الاحتياجات اليومية والشهرية لبدائل الحليب

يحتاج الرضع إلى 100 سعرة حرارية/كيلوغرام/اليوم. القيمة الغذائية للتركيبة المحضرة هي 65-70 سعرة حرارية لكل 100 مل. وعليه فإن الطفل يحتاج إلى 150 مل من التركيبات المحضرة لكل كيلو في اليوم الواحد. يظهر الجدول أ الحاجة التقريبية للطّفل من التركيبات الصناعية بحسب العمر.

الجدول أ : كمية التركيبات المحضرة التي يحتاجها الرضيع في اليوم				
عمر الرضيع بالأشهر	**الوزن بالكيلوغرامات**	**كمية التركيبة في اليوم بالـ مل**	**عدد الوجبات في اليوم**	**كمية الوجبة بالـ مل**
1-0	3	450	8	60
2-1	4	600	7	90
3-2	5	750	6	120
4-3	5	750	6	120
5-4	6	900	6	150
6-5	6	900	6	150

حساب الإحتياجات الشهرية

الأطفال الذين يحتاجون إلى حليب معدّل في البيت مصنوع من حليب بودرة محضر أو طازج قد يحتاجون إلى 725 مل في اليوم (0-6 أشهر) و 500-600 مل في اليوم (6-12 شهر). يظهر الجدول ب كميّات التركيبات الصناعية والحليب المجفّف الكامل الدسم أو حليب البقر والسكر.

الجدول ب : كمية التركيبات المحضرة التي يحتاجها الرضيع في كل شهر				
عمر الرضيع بالأشهر	**كمية التركيبة في اليوم بالـ مل**	**تركيبة الباودر التجارية المطلوبة لكل غرام في العلبة**	**الكمية المطلوبة من الحليب الجاف الكامل الدسم والسكر للحليب المصنوع في المنزل بالكيلوغرام**	**الكمية المطلوبة من حليب الأبقار والسكر للحليب المصنوع منزلياً**
1-0	450	4 X500 (2 كغ)	حليب 1.2 سكر 0.9	حليب 9 ليتر سكر 0.9 كغ
2-1	600	6 X500 (3 كغ)	حليب 1.5 سكر 1.2	حليب 12 ليتر سكر 1.2 كغ
5-3	750	7 X500 (3.5 كغ)	حليب 1.9 سكر 1.5	حليب 15 ليتر سكر 1.5 كغ
6-5	900	8 X500 (4 كغ)	حليب 2.25 سكر 1.8	حليب 18 ليتر سكر 1.8 كغ
الإجمالي التقريبي لـ 6 أشهر		40 X 500 (20 كغ)	حليب 11 سكر 9	حليب 90 ليتر سكر 9 كغ

الملحق 6

تدريب عمل السجلات للرضاعة الصناعية ضمن السكان

التدريب أ: يجب أن يعتمد أي مخطط لأي تدخل على عدد من الحسابات والافتراضات التي قد تؤثر على النتائج.

يتم سؤال المشاركين أن يتحدثوا عن أهم النشاطات والمؤشرات في الأهداف التالية حيث:

- الهدف العام هو تجنب حالات الوفيات والمرضى.
- الغرض من التدخل هو دعم الرضاعة الآمنة والسليمة.

	الوصف	المؤشر المثبت والموضوعي	مصادر المعلومات	فرضيات
الهدف	تجنّب زيادة المرض والوفيات	تحت 5 حالات وفاة. حالات وفاة الرّضع معادلة أو أقلّ من معدّل ما قبل الأزمة.	الإبلاغ عن الوفيات والاستبايانات	ترتبط نسب الوفاة العالية عند الرّضع بالتغذية غير السليمة، الوصول الممكن إلى مكان أو مجموعة، أمن ثابت وحالة صحّية عامّة جيّدة، وغيرها مثل المياه والنظافة والمأوى،...
الغرض	دعم التغذية الآمنة والمناسبة للرّضع	عدد الأمّهات اللواتي يصلن إلى الخدمات. نسبة الأطفال اليتامى / غير المرافقين الذين يحصلون على الخدمات. النسبة المتزايدة للأمّهات مع أطفال تحت الستة أشهر واللواتي يرضعون حصرياً. خفض معدّل الإصابة بالإسهال عند الرّضع.	برمجة تقارير شهرية، نقشات ضمن مجموعات، استبيانات واجتماعات بين المنظمات.	سوف تؤثر نسبة الأمّهات الواتي لا يرضعن أطفالهنّ على النتيجة. الخدمات المقدّمة مقبولة من المجتمع. كميّة مقبولة من مياه الشرب للبرنامج والفريق.

التدريب ب: توزيع ورقة التدريب ومنح 20 دقيقة لتكملة النشاطات أدناه.

تدريب عمل السجلات للرضاعة الصناعية ضمن السكان			
النشاطات	**المؤشر المثبت والموضوعي**	**مصادر المعلومات**	**فرضيات**

تدريب عمل السجلات للرضاعة الصناعية ضمن السكان ـ الأجوبة			
النشاطات	**المؤشر المثبت والموضوعي**	**مصادر المعلومات**	**فرضيات**
تطوير التسهيلات لدعم الأمّهات والرّضع مثل الخيم الخاصّة. وسائل التحضير الآمن للتغذية الصناعية. (الجزء 9، ت) برامج تدريب الموظفين على ممارسة تغذية الرّضع. وسائل استهداف وتوزيع التركيبات الصنايعة طبقاً للاتفاقية الدولية (الكتاب الأوّل). استراتيجية إدارة الرَضع الذين يعانون من نقص في التغذية. إنشاء نظام للتركيبة الصناعية طبقاً للاتفاقية الدّولية. إنشاء نظام مراقبة وتقييم خاصّ لتغذية الرّضع.	تسهيلات تحضير التركيبة الصناعية ضمن معايير السلامة العامّة. تقليل كميّة التركيبات الصناعية الموّزعة شهرياً. عدد مستشاري الرّضاعة والعاملين الصحيين في دعم تغذية الرضع. عدد المجموعات المتدرّبة على مبادئ تغذية الرّضع.	فحوصات للأماكن من قبل أعضاء المنظمات المنسّقة. تقارير شهرية عن توزيع التركيبات الصناعية. الخبراء الصحيون. مستشارو الرضاعة والمجموعات. المنظمة المسؤولة عن تنسيق توزيع الغذاء شهرياً. تقارير أسبوعيّة عن التوزيع يتمّ تقديمها شهرياً للمنظمة المسؤولة عن التنسيق.	الموادّ المطلوبة والخبرة متوفّرة ويمكن نقلها من المموّن في وقت قليل. فريق متدرّب (يونيسيف، ..) وقادر على تلبية متطلّبات البرنامج. عدم وجود توزّع عامّ للتركيبات الصناعية والأغذية التكميلية. تحديد صحيح للأطفال الأيتام / غير المرافقين. مناطق حيث انتشار الإيدز فيها قليل يجعل من الأمّ البديلة الخيار الأنسب. عند انتشار عال للإيدز، قد لا تكون الأمّ البديلة مناسبة ويجب اختيار البديل. انتشار عال للإسهال بسبب الصرف الصحي الفقير. قبول المخيّمات على أن تكون مياه الشرب من أولويات تغذية الرّضع. توفّر تغذية علاجية في المستشفى أو المخيّم.

الملحق 7

دليل الحليب ووصفات تحضير بدائل الحليب الطبيعي

مجموعة الحليب	المعلومات	الاستعمال
الحليب الحيواني السائل	حليب البقر الكامل الدسم هو الأكثر شيوعاً، ولكن حليب الماعز أو الجمل قد يتوفّر أيضاً. قد يتوفّر بالعلب أو القوارير أو يمكن للأشخاص أخذه بأوعيتهم الخاصّة. بعض الأنواع الموجودة في السوق تكون أحياناً مذوّبة أو منزوعة الدسم.	يمكن استعمالها إذا تمّ غليها وتعديلها كما هو مناسب. يجب تدعيم التركيبة الصناعية بالمغذيات الكثيرة. إذا كانت المغذيات

	الحليب الحيواني المنزلي هو عبارة عن حليب كامل الدسم مذوّب في الماء مع إضافة السكر والمغذيات عليه. هذه التركيبات تحتوي على مغذيات أكثر ولكنّ الكميّة تختلف عن الحليب الطبيعي. مستوى البروتين والدهون منخفض وينقصه عناصر الحماية. تستعمل التركيبات المنزلية حيث يتوافر الحليب الحيواني. ولكن ليس هناك من معلومات حول تأثيرها على الصّحة أو نوع المغذيات وما إذا كانت مناسبة غذائياً ومتوفّرة محلياً. كما هناك مخاوف بما يتعلّق بالتحضير الآمن والتخزين والتغذية.	غير مضافة، يجب استعمال التركيبات المنزلية فقط لفترة قصيرة من الوقت. حليب الماعز يحتوي على دهون أكثر وبالتالي تختلف التعديلات.
	الحليب الخالي من الدسم لا يحتوي على الدهون وبالتالي يكون مستوى الطاقة فيه أقلّ.كما أزيل منه معظم الفيتامينات أ و د لأنّها تكون عادة في الدهون.	لا يجب استعماله.
	الحليب الذي يحتوي على نصف دسم والذي يحتوي على 2% دهون، متوفّر أحياناً.	لا يجب استعماله.
الحليب السائل المعلّب	الحليب المبخّر معقّم وبعض الماء أزيلت منه وتمّ وضعه في علب. أحياناً يتغيّر محتوى الدهون فيه. إذا أذيب في الماءأ فهو يحتوي على التركيبة نفسها للحليب الطازج.	هذه العمليّة تقضي على الفيتامين سي والفولات. يمكن استخدامه في حال إضافة الفيتامينات عليه. يجب تذويبه وفقاً للتعليمات.
	بعض الماء في الحليب المكثف أزيل وتمّ إضافة الكثير من السكر. وهذا السكر يزيد من تكاثر البكتيريا عندما يتمّ فتح العلبة. كذلك، قد يكون مستوى الدهون أقلّ. وهذا التوازن للدهون والسكر في الحليب المكثف يجعله مختلفاً عن الحليب المبخّر.	لا يجب استعماله.
الحليب المجفّف	الحليب المجفّف الكامل الدسم هو حليب البقر الكامل الذي تمّ تجفيفه. الكثير من الفيتامين سي وبعض الفيتامينات ب فقدت ولكن بقي البروتين والدهون والمعادن ومعظم الفيتامينات أ و د.	يمكن استخدامه عند إضافة الكميّة الصحيحة من الماء (بحسب تعليمات الملصق) ومن ثمّ تعديله.
	الحليب المجفّف الخالي من الدسم لا يحتوي على الدهون والفيتامينات أ و د. معظم أنواع الحليب المجفّف المعدّلة مثل مبيّض القهوة تمّ إزالة دهون الحليب منها واستبدالها بالدهون النباتية. كما قد يكون السكر أضيف لذوبان أسهل.	لا يجب استعماله.
التركيبة الصناعية	التركيبة الصناعية التجارية تنطبق مع معايير التغذية. هناك الكثير من الماركات وهي البديل الأكثر ملائمة للحليب الطبيعي. ولكن، نسبة الدهون والبروتينات منخفضة مقارنة مع حليب الأمّ وعناصر الحماية مفقودة.	التركيبة الصناعية التجارية مكلفة.
	التركيبة الشائعة. التركيبة الغذائية هي نفسها كالتجارية والفارق الوحيد هو طريقة تسويقها وتوزيعها.	يجب اتّباع التعليمات على العلبة.

التركيبة المنزلية من الحليب السائل

طريقة التحضير باستخدام حليب طازج

لعمل 150 مل من الحليب البديل باستخدام حليب أبقار أو ماعز أو أبل طازج، يجب خلط:

100 مل حليب مغلي

50 مل ماء مغلي

10 غ سكر

لعمل 120 مل من الحليب البديل باستخدام الحليب الحيواني الطازج، يتم خلط:

60 مل حليب

60 مل ماء

6 غ سكر

يمكن إما قياس الماء والحليب وخلطهم ومن ثم يتم الغلي معاً أو يمكن غلي الحليب والماء بشكل منفصل، ثم يتم إضافة السكر والإضافات. ثم يتم خلط المقادير جيداً ومن ثم صبه في كوب التغذية.

الجدول أ في الملحق 5 يظهر كميّة وعدد الوجبات الضرورية لمختلف فئات الأعمار والأوزان.

استخدام التركيبة الصناعية

يجب لتعليمات كلّ التركيبات المستعملة أن تكون باللغة المحلية؛ كما يجب تحضيرها بحسب التعليمات على الملصق.

يجب دائماً اتّباع التعليمات على العلبة.

يمكن للتركيبة الصناعية المتوافرة خلال الأزمات أن تكون مختلفة عن تلك التي تستعملها الأمّ عادة. لذلك يجب مراعاة التالي:

- **التأكّد من كميّة المياه الضرورية لكلّ مغرفة من التركيبة.** عادة ما تأتي التركيبة الصناعية مع مقياس خاصّ هو المغرفة. ويجب دائماً استعمالها لهذه التركيبة فقط. وعادة ما يكون استخدام مغرفة واحدة لكلّ 30 مل من الماء.
- **قياس المياه.** لتحضير معظم التركيبات الصناعية، يجب أوّلاً قياس الماء ومن ثمّ إضافة المسحوق.
- **قياس الحليب المجفّف.**

مراجعة الملحق 9 لتفاصيل التحضير والملحقين 2 و 8 للتغذية بالكوب أو القارورة.

الملحق 8

كيفية تقديم الحليب بواسطة القارورات

- قبل البدء في التغذية، يجب فحص الحرارة وتدفق الحليب في القارورة وذلك بتنقيط قطرات من الحليب على يد الأم.
- إراحة الأم.
- حمل الطفل بطريقة نصف واقف ووضع رأس الطفل على المرفق لضمان الالتصاق. التواصل معه بدفء خلال الرضاعة من خلال الابتسام له والتحدّث معه والغناء.
- حمل الطفل بزاوية تمكن الطفل من رضاعة الحليب من دون ابتلاع الهواء.
- الحس على وجنة الطفل للتأكد من المص.
- عند وجود صعوبة في الرضاعة من القارورة يتم إزالة القارورة من فم الطفل وتعديلها كي يتم إخراج الهواء
- في حال الرغبة بإزالة القارورة، يجب وضع الاصبع بخفة على زاوية الفم.

- هز القارورة يخرج أي هواء ابتلعه الطفل.
- تقديم الكمية كاملة للطفل وهو سوف يقرر كم سيرضع.
- عدم ترك الطفل وحيداً عند الرضاعة من القارورة لخطورة الاختناق.

من أجل **كيفية الرضاعة بالكوب**، مراجعة الملحق 2.

الملحق 9
الطرق العشر لإعداد حليب صناعي آمن

الطريقة	التفاصيل
غسل اليدين	غسل اليدين دائماً بالماء والصابون قبل إعداد الغذاء.
الحفاظ على النظافة	نظافة أدوات إعداد الغذاء والأسطح وتغطيتها بقطع قماش نظيفة.
تفحص تاريخ الصلاحية	تفحص تاريخ الانتهاء على علبة التركيبة.
الغلي	يتم غلي الماء لتحضير التركيبة. إذا كان قد تمّ غلي الماء مسبقاً فيجب حفظها في وعاء واستعمالها ضمن 24 ساعة. يجب أن يكون الوعاء نظيفاً ومع غطاء.
القياس	قياس الكميّة المطلوبة من التركيبة من خلال استخدام المغرفة الخاصّة بهذه التركيبة. اتّباع تعليمات الخلط على الملصق.
الخلط	تنصح معظم التركيبات بإضافة الحليب المجفّف إلى الماء – ولكن من الأفضل التحقق من تفاصيل التحضير الخاصّة بكلّ منتج. يجب إضافة الحليب إلى الماء وفي حال استعمال الكوب، يجب خلط المسحوق بالملعقة.
فحص الحرارة	يتم وضع قطرات من الحليب على الرصغ لقياس درجة الحرارة. يمكن أن تكون درجة حرارة الغرفة هي الحرارة المناسبة.
التخزين	يمكن حفظ التركيبات في الثلاجة حتى الاستخدام القادم، عند وجود ثلاجة يتم إستخدام التركيبة خلال 24 ساعة؛ أما عند عدم وجود ثلاجة فيتم إستخدام التركيبة خلال ساعة وبعدها يتم رمي الباقي.
الاستخدام أو الرمي	يتم تقديم التركيبة للطفل خلال ساعة واحدة من زمن اعدادها (إذا لم تكن في الثلاجة). يجب إعطاءه الكميّة التي يرغب بها. من المهمّ أن يحصل الطّفل على كميّة ولو قليلة في اليوم أو قد يعاني من سوء التغذية. مراجعة الملحق 5. إعطاء ما تبقّى لطفل آخر أو يمكن للأمّ أن تشربه، وإلاّ يجب رميه.
الانتهاء	مراجعة الجزء 9.7 عن كيفيّة تنظيف القارورة. يتم حفظ أدوات عمل التركيبة في مكان آمن ونظيف حتى التحضير القادم.

مراجع أساسية

توجيهات حول التحضير الآمن، التخزين واستخدام التركيبة الصناعية

http://www.who.int/entity/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines.pdf

الملحق 10
طريق إضافية للتعقيم

بالإضافة إلى الغلي والتعقيم الكيميائي (الجزء 9.7)، يمكن أن يتم التعقيم عن طريق استخدام البخار المضغوط، الحرارة الجافة مثل الفرن. تكون الحرارة الموصى بها للتعقيم بواسطة البخار هي 121 درجة من أجل:

- 15 دقيقة :القوارير، الرضاعات، أدوات الطبخ، القياسات، القماش
- 30 دقيقة :0.5 ليتر من قوارير المياه، القماش، قناع الوجه.

أمّا التعقيم بواسطة الفرن فيتمّ عبر وضع الأدوات داخل الفرن لمدّة ساعة على حرارة 170 درجة مئوية أو 35 دقيقة على حرارة 180 درجة.

التسخين الإضافي

التسخين الإضافي يعني تسخين التركيبة بعد إعدادها وذلك لقتل أي ميكروبات محتملة. لا ينصح بهذه الطريقة في كل وقت حيث إن التسخين الإضافي يفقد الحليب بعضاً من خواصه وفوائده الغذائية. ينصخ بهذه الطريقة فقط عند تفشي الامراض المتعلقة بالتركيبات الصناعية.

الأدوات المطلوبة

قوارير بلاستيكية أو زجاجية بحلمات. معقّم للقوارير، أبريق عميق، فرشاة تنظيف قوارير.

الطريقة للتسخين الإضافي

يتم استخدام الفرشاة لغسل كل تلك الأدوات بالماء الساخن والصابون. تغسل جميعها جيّداً. قياس كميّو مناسبة من التركيبة في كلّ قارورة نظيفة. وضع الحلمات والأغطية عليها من دون شدّها. وضع القوارير في أسفل المعقّم ثمّ إضافة الماء للمعقّم، وبعدها الغلي. تغطيتها وغليها لمدّة 25 دقيقة ثمّ ترك المعقّم ليبرد قبل إزالة الغطاء. أخيراً، إزالتها من المعقّم ووضعها في الثلاجة.

الملحق 11
دليل مبادئ للرضاعة التكميلية لحليب الأم

1. مدة الرضاعة الحصرية وسن تقديم الأغذية التكميلية

تتم الرضاعة الحصرية من 0-6 أشهر ويتم تقديم الأغذية التكميلية بعد الشهر السادس فيما تتواصل الرضاعة الطبيعية.

2. **مواصلة الرضاعة الطبيعية**

يتم مواصلة الرضاعة الطبيعية حتى سن العامين.

3. **الرضاعة الاستجابية**

يتم تطبيق مبادئ الرعاية النفسية، خصوصاً:

أ. يتم تغذية الرضع مباشرة وترك الأطفال الأكبر سناً يقومون بتغذية أنفسهم لجعلهم يعتمدون على أنفسهم.

ب. يتم تقديم الغذاء ببطء وصبر، يتم تشجيع الأطفال على الغذاء ولا يجب إجبارهم.

ت. إذا رفض الطفل الغذاء، يتم محاولة أغذية أخرى.

ث. تجنب أي تشتيت أثناء عملية الرضاعة.

ج. يتم التحدث مع الطفل عند تقديم الغذاء وعمل اتصال بصري.

4. **الإعداد والتخزين الآمن**

يتم ممارسة الإرشادات المسبقة بخصوص النظافة والطريقة الآمنة لتقديم الغذاء من خلال غسل أيدي الأمّ والأطفال قبل تحضير الطعام وتناوله، تخزين الأطعمة وتقديمها مباشرة بعد التحضير، استخدام الأواني النظيفة للتحضير وتجنّب استخدام القوارير التي من الصعب تنظيفها.

5. كمية الغذاء التكميلي المطلوبة

يتم إعطاء كميات قليلة بعد الشهر السادس ثم تزيد هذه الكميات تدريجياً. الطاقة التي يحصل عليها الطفل من خلال الغذاء التكميلي والحليب الطبيعي في البلدان المتقدّمة هي حوالى 200 سعرة حرارية يومياً لسن 6-8 أشهر، 300 سعرة حرارية لعمر 9-11 شهر و550 سعرة حرارية لعمر 12 -23 شهر. في البلدان النامية، تختلف هذه التقديرات لتكون 130، 310 و580 سعرة حرارية لأعمار 6-8، 9-11، و12-23 شهر، وذلك بسبب اختلاف كميّة الحليب الطبيعي.

6. **مطابقة الغذاء للمواصفات**

تدريجياً يتم زيادة كمية الغذاء للطفل بتقدمه في السن. يمكن للطفل ان يبدأ بأكل الغذاء المهروس عند سن

الـ 8 أشهر ويمكن أن يبدأ الأطفال بأكل " أصابع الغذاء" أي أي غذاء يكون على شكل أصبع. في سن 12 شهر، يمكن للطفل أن يتناول طعام العائلة التي تتناوله على المائده اليومية. يتم تجنب الأغذية التي تؤدي إلى الأختناق.

7. عدد مرات التغذية وكمية الطاقة اللازمة

يتم زيادة عدد مرات إطعام الأغذية التكميلية كلما تقدم الطفل في السن. في المتوسط يتم إعطاء الطفل 2-3 وجبة تكميلية يومياً في سن 6-8 أشهر. و 3-4 مرات يومياً في سن 9-11 شهر.

8. **المحتويات الغذائية للوجبات التكميلية**

يجب الحرص على القيمة الغذائية في الوجبات التكميلية. يجب تناول اللحم، الدجاج والبيض يومياً عند الامكان. الخضروات لا تكون مفيده في هذه السن ويتم تجنب أعطاء الطفل الأغذية القليلة السعرات الحرارية مثل الشاي والقهوة والصودا.

9. أستخدام الإضافات من الفيتامينات والمعادن أو المنتجات المدعمة للأم والطفل

في بعض المجتمعات، تحتاج الأمهات المرضعات إلى إضافات من الفيتامينات والمعادن أو المنتجات المدعمة لضمان تواجد العناصر الغذائية والفيتامينات في الحليب.

10. **الرضاعة خلال وبعد فترات المرض**

يتم زيادة تناول السوائل في حالات مرض الطفل والذي يشمل حليب الأم وتشجيع الطفل على تناول الأغذية المتنوعة. بعد المرض، يتم تقديم كمية أكبر من الغذاء للطفل وتشجيعه على الأكل.

Source: Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child, Pan American Health Organisation 2003, World Health Organisation, http://www.paho.org

الملحق 12
تغذية الأطفال بغير الرضاعة الطبيعية عند سن 6-24 شهراً

مأخوذ من: مجموعة عمل غير رسمية عن تغذية الأطفال بطرق بديلة. تغذية الأطفال الذين لا يرضعون من 6 و24 شهر. توصيات اجتماع غير رسمي حول تغذية الرضع والأطفال برعاية منظمة الصحة العالمية، جنيف 2004 و مجلة الغذاء والتغذية 2004.

وفقاً لتوصيات الأمم المتّحدة الحالية، يجب أن تتمّ رضاعة الأطفال حصرياً خلال أوّل ستّة أشهر، ويحصلون من بعدها على الغذاء التكميلي المناسب مع استمرار الرضاعة حتّى العام الثاني أو أكثر. ولكن هناك أطفال لا يحصلون على الرضاعة الطبيعية خلال الأشهر الأولى من حياتهم. والمجموعة التي تثير الانتباه هي خاصّة الأطفال الذين ولدوا من أمّ تحمل فيروس الإيدز. ومن أجل تخفيف مخاطر الانتقال، يوصى عند الإمكان أن تقدّم تلك الأمّهات الغذاء البديل لأطفالهنّ منذ الولادة. وإذا لم يتوفّر الغذاء البديل، فعليهنّ تقديم الرضاعة الحصرية لحين توفّره. والمجموعة الأخرى هي الأيتام أو الأطفال الذين لسبب ما لا يرضعون.
تمّ تلخيص التوصيات الخاصّة بتغذية الأطفال بطرق بديلة بدءاً من ستة أشهر من العمر من قبل منظمة الصحة الأميركية PAHO. بعض هذه المبادئ لا تطبّق على الأطفال الذين لا يحصلون على الرضاعة الطبيعية والبعض الآخر تحتاج للتعديل.

ملخص المبادئ التوجيهية للرضاعة البديلة عند سن 6-24 شهراً

1. كمية الغذاء المطلوبة

المبدأ: يتم التأكد من تأمين الطاقة اللازمة للطفل وتكون تقريباً 600 سعرة حرارية في اليوم في سن 6-8 أشهر و 700 سعرة حرارية عند 9-11 أشهر و 900 سعرة حرارية عند سن 12-23 شهراً.

2. ملائمة الغذاء

المبدأ: زيادة الغذاء وتنويعه تدريجياً بحسب عمر الطفل، ليتلاءم مع احتياجات الطفل وقدراته. فيمكن تقديم العصيدة والأغذية المهروسة ونصف بعد الشهر السادس. مع سن الثمانية أشهر، يمكن تقديم أصابع الغذاء. مع سن الـ 12 شهراً يمكن تقديم الأكل المقدم على مائدة العائلة. تجنّب الأطعمة التي قد تسبّب الاختناق.

3. **فترات تقديم الغذاء و احتياجات الطفل من الطاقة**

المبدأ: للطفل ذو الصحة الجيدة يجب تقديم الغذاء 4-5 مرات يومياً مع وجبات خفيفة مغذية مثل الفواكه من 1-2 مرات يومياً. إذا كانت نسبة الطاقة في الطعام قليلة، فهناك حاجة إلى وجبات أكثر.

4. **المكونات الغذائية:**

المبدأ: يوصى بتنوع الغذاء المقدم للطفل وذلك لتلبية كل احتياجات جسم الطفل.

- يجب تقديم اللحم والبيض والدجاج يومياً عند توفرها لأنّها مصادر غنية بالمغذيات الأساسية مثل الحديد والزنك. ومنتجات الحليب هي مصادر غنية بالكالسيوم وغيرها من المغذيات.

- إذا كان هنام من استهلاك دائم للأطعمة ذات المصدر الحيواني، فالكمية المطلوبة من الحليب هي تقريباً 200-400 مل يومياً؛ وإلاّ، فهذه الكميّة تصبح 300-500 مل.
- إذا لم يكن هناك من استهلاك مناسب للحليب والأطعمة الحيوانية، فيجب اسنهلاك الحبوب والبقوليات يومياً لتأمين اللازم من البروتينات.
- مشتقّات الحليب هي الأكثر مصادر للكالسيوم. إذا لم تتوفّر هذه المشتقات، فيجب تناول الملفوف والجزر والبابايا والخضار الضخراء لأنّها غنية بالكالسيوم.
- الغذاء اليومي يجب أن يتضمّن: الفيتامين أ (الفواكه والخضار الداكنة اللون، الزيوت والأطعمة المدعّمة)؛ الفيتامين سي (الفواكه والخضار والبطاطا)؛ الفيتامينات ب (الكبد، البيض، منتجات الحليب، الخضار الخضراء، حبوب الصويا) والفولات (البقوليات، الخضار الخضراء، عصير البرتقال).
- تأمين غذاء يحتوي على نسبة دهون مناسبة مثل الزيوت.
- تجنّب السوائل التي لا تحتوي على نسة عالية من المغذيات مثل الشاي والقهوة والصودا.

5. **استخدام المواد الإضافية من الفيتامينات والمعادن و المنتجات المدّعمة:**

المبدأ: عند الحاجة يتم إستخدام الأغذية التكميلية أو المواد الإضافية من الفيتامينات والمعادن والتي تحتوي على الحديد. في البلدان التي ينقص فيها الفيتامين أ أو حيث نسبة معدّل الوفاة تحت الخمسة أعوام هي أكثر 50%، يوصى بأن يحصل الأطفال بين 6-24 شهر على جرعة عالية من الفيتامين أ.

6. **الإحتياجات من السوائل:**

المبدأ: يحتاج الطفل الذي لا يرضع على الأقلّ إلى 400-600 مل يومياً من السوائل الإضافية في المناخ المعتدل وإلى 200-700 مل في المناخ الحر. يجب تقديم المياه يومياً لتلبية العطش.

7. **الطريقة الآمنة لإعداد وحفظ الغذاء:**

المبدأ: تطبيق النظافة والتخزين الجيد للطعام من خلال غسل اليدين للأمّ والأطفال بالصابون قبل تحضير الأكل وتناوله، تخزين الأطعمة مباشرة جيداً وتنظيف الأواني المستخدمة والأكواب والقوارير التي تقدّم للطّفل. مراجعة التغذية التكميلية لمنظمة الصحة العالمية: www.who.int/foodsafety/publications/consumer/5keys/en/.

8. **الرضاعة الاستجابية:**

المبدأ: ممارسة التغذية الاستجابية من خلال تطبيق العناية النفسية الاجتماعية خاصّة تغذية الرّضع ومساعدة الأطفال الآخرين، تقديم الغذاء بصبر وتشجيع الأطفال على تناول من دون إجبارهم والحدّ من العوائق التي قد تلهي الطّفل وتذكّر أنّ وقت الطعام هو وقت مرح واهتمام.

9. **الرضاعة أثناء وبعد المرض:**

المبدأ: زيادة تقديم السوائل أثناء وبعد المرض وتشجيع الطفل على أكل الأغذية الملينة وأكثر من السابق.

الملحق 13

الأغذية المستخدمة للتغذية العلاجية للرضع تحت سن الـ 6 أشهر

نوعية الحليب	الخصائص	المؤشرات
حليب الأم	معدلات صوديوم وبروتين أعلى من F75، أقل من F100-D وتركيبات للرضيع. معدّلات الطاقة مماثلة للـ F75 وF100-D وأكثر بقليل من التركيبات. فوائد مناعيّة وصحية.	- مناسبة لبداية الرضاعة، يمكن مزج الحليب المسحوب مع الحليب العلاجي. - مناسب لمواصلة النمو تحت سن ستة أشهر إذا تمّ استهلاكه في النهار وفي الليل.
التركيبات التجارية F75	معدلات الصوديوم والبروتين أقل من معدلاتها في حليب الأم. الطاقة هي بمعدّل 75 سعرة حرارية في كل 100 مل. تركيز الطاقة من الدهون هي أقلّ من الحليب الطبيعي (23% مقابل 55%). فوسفور وكالسيوم ولاكتوز أقلّ من حليب الأمّ.	- آمن لعملية إعادة إرضاع الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد. - ضروري إذا كان الرضيع يعاني من الـ Odema - غير مناسب لدعم النمو في أي سن
F 100	معدلات صوديوم وبروتين عالية. تركيز الطاقة 100 كيلو سعرة حرارية في كل 100 مل.	- **غير مناسبة للرضع تحت سن الـ 6 أشهر** - مناسب لدعم النمو بعد سن الـ 6 أشهر
F100-D	معدل تركيز الصوديوم والبروتين أقل من F100 وأعلى من F75 ومساوي لتركيبات الرّضع. تركيز الطاقة مماثل لحليب الأمّ.	- آمن لغذاء الأطفال تحت سن الستة أشهر - مناسب لدعم النمو تحت سن ستة أشهر
تركيبات الرّضع	معدل تركيز الصوديوم والبروتين أعلى من الحليب الطبيعي و من F75 ومشابه لـ F100-D. تركيز الطاقة مماثل لحليب الأمّ وF75 وF100-D. بديل مناسب لحليب الأم.	- آمن لتغذية الرضع تحت سن 6 أشهر إذا تم إعداده بطريقة آمنة ونظيفة - آمن لدعم نمو الأطفال تحت سن 6 أشهر
إعداد الرضعات المنزلية	معدل الصوديوم والبروتين أعلى من F75 ومن حليب الأم. يجب إضافة السكر والمغذيات، كما الماء.	- **غير مناسب**، وعليه يجب استخدامه كملجأ أخير ولفترة قصيرة.

ملاحظات

لتفاصيل إضافية عن تركيبة F75 وF100، مراجعة الكتاب الثاني، الجزء 8.4.

الملحق 14
ركن الرضاعة

ركن الرضاعة

ركن الرضاعة هو مكان مكوّن من مقاعد أو بساط حيث تستطيع الأمهات المرضعات الجلوس عليه أثناء عملية الرضاعة. يحبذ أن يكون هذا الركن قريباً من المراكز الصحية، ويتم تقديم المساعدة للأمهات من قبل الموظفين الذين تم تدريبهم على رعاية الأمهات.

مميزات هذه الأماكن للموظفين أنها تمكنهم من اكتساب الخبرة في تعلم تحديات مشاكل الرضاعة. مميزات هذه الأماكن بالنسبة للأمهات أنها تعطي الأمهات نوعاً من الخصوصية ودعم مجموعات الأمهات.

كذلك، تساعد هذه الأماكن الأمهات اللآتي يعاني أطفالهن من سوء التغذية والذين يحتاجون إلى دعم مص الحليب. يجب تشجيع تعريف الأمهات ببعضهن كي يكتسبن الخبرة من بعضهن البعض.

الملحق 15
مراجع معالجة سوء التغذية الحاد

المادة	التاريخ	العنوان	نوع الكتيب	التفاصيل	السعر التقريبي والتوزيع
1	1999	معالجة سوء التغذية الحاد: كتاب للأطباء وكبيري الموظفين الصحيين	60 صفحة، منظمة الصحة العالمية	كتاب معتمد دولياً لمعالجة سوء التغذية الحاد عند الأطفال والرضع. لموظفي الصحة العاملين في المراكز والنواحي.	20.70 دولار NHD/WHO
2	2000	معالجة الأطفال المصبين بالعدوى الخطيرة أو سوء التغذية الحاد WHO/FCH/CAH/00.1	كتتب مكون من 20 فصل	مرجع لموظفي الصحة المسؤولين عن الاهتمام بالأطفال في البلدان المتقدّمة.	15 فرانك سويسري CAH/WHO
3	2000	معالجة الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية الحاد	إرشادات وشرائج باور بوينت للمدربين	24 شريحة لتعليم الموظفين في مراكز الصّحة وامستشفيات وبرامج التغذية خلال الطوارئ.	5.50 جنية أسترليني TALC
4	2001	تحسين معالجة الأطفال المصابين بسوء التغذية	كتيبات تدريب مكونة من 300 صفحة	إرشادات للمدربين الذين يدرسون في ورش عمل. يوضح كيفيّة تنظيم الورشة ويحتوي على موادّ للتعليم.	مجاناً LSHTM & UWC
5	2002	دورة تدريبية في إدراة مرض سوء التغذية WHO/NHD/02.04	7 كتيبات مع أشرطة فيديو	دورة تدريبية لمدة 3 أيام مع تمارين وصور للمعّلمين ولمدّة 6 أيام لعاملي الصحة.	مجاناً NHD/WHO
6	2003	العناية بالأطفال المصابين بمرض سوء التغذية	كتيب مكون من 82 صفحة Ashworth/Burgess	مرتكز على المواد 1 و2 و4. كتبته الممرضات وغيرهنّ من أخصائييّ الصحة. يتضمّن كيفية مساعدة الأمّهات.	3.15 جنية أسترليني TALC
7	2003	العناية بالأطفال المصابين بمرض سوء التغذية	قرص مدمج TALC	يتضمّن المواد 3و4و6 أعلاه ولائحة من المواقع الإلكترونية.	5.50 جنية أسترليني TALC
8	2003	أرشادات لعلاج الأطفال المعالجين من مرض سوء التغذية	كتيب مكون من 48 Ashworth/Khanm/ Jackson/Schofield NHD/WHO	عشر خطوات عملية. مادّة داعمة للمادّة 5.	9 دولار NHD/WHO

عناوين ومواقع إلكترونية

• CAH - Child and Adolescent Health and Development, WHO, 1211 Geneva 27, Switzerland.
Fax: +41 22 7914857, email: cah@who.int,
http://www.who.int/child-adolescent- health/publications/pubIMCI.htm.

• IMCI - Integrated management of childhood illness
• LSHTM - London School of Hygiene and Tropical Medicine, Nutrition and Public Health Intervention
Research Unit, Keppel Street, London WC1E 7HT, UK. Fax: +44 20 7 958 8111,
email: ann.hill@lshtm.ac.uk, http://www.lshtm.ac.uk/nphiru
• NHD - Nutrition for Health and Development, WHO, 1211 Geneva 27, Switzerland.
Fax: +41 22 791 4156,
email: khanums@who.int, http://www.who.int/nutrition/publications/en/
• pp - post and packing
• TALC -Teaching-aids At Low Cost, P O Box 49, St Albans AL1 5TX, UK. Fax: +44 1727 846852,
email: info@talcuk.org, http//:www.talcuk.org
• UWC - University of Western Cape, School of Public Health, Private Bag X17, Bellville 7535 Cape, South Africa. Fax: +27 21 959 2872, email: tpuoane@uwc.ac.za or dsanders@uwc.ac.za, http:// www.soph.uwc.ac.za
• WHO - World Health Organisation; Marketing & Dissemination, 1211 Geneva 27, Switzerland.
Fax: +41 22 791 4857, email: publications@who.int, http://bookorders.who.int

ملحق 16
التغذية العلاجية خلال مرحلة الاستقرار عند الرضاعة وعدم الرضاعة

- يتم قياس وزن الطفل وتحديد احتياجاته الغذائية لفترة 24 ساعة وعدد مرات التغذية.
- عدم عمل أي تعديلات على الـ Odema.
- إطعام الاطفال ذو الأعمار الصغيرة 8 مرات يومياً.

وزن الطفل	كمية الغذاء 24س	كمية الغذاء طبقاً لعدد مرات تقديم الغذاء خلال 24 ساعة					
		وجبه 12	وجبات 10	وجبات 8	وجبات 7	وجبات 6	وجبات 5
Kg	*mls*	mls	mls	mls	mls	mls	mls
1.2	*240*	20	20	25	30	35	45
1.3	*240*	20	25	30	30	35	45
1.4	*240*	20	25	30	35	40	45
1.5	*240*	20	25	30	35	40	45
1.6	*300*	25	30	35	40	45	55
1.7	*300*	25	30	35	40	45	55
1.8	*300*	25	30	40	40	45	60
1.9	*300*	25	30	40	45	50	60
2	*300*	25	35	40	45	50	65
2.1	*300*	25	35	40	45	50	65
2.2	*360*	30	35	45	50	60	70
2.3	*360*	30	35	45	50	60	70
2.4	*360*	30	35	45	50	60	70
2.5	*420*	35	40	50	55	65	75
2.6	*420*	35	40	50	55	65	75
2.7	*420*	35	40	50	55	65	75
2.8	*420*	35	40	55	60	70	80
2.9	*420*	35	40	55	60	70	80
3	*480*	40	45	60	65	75	85
3.1	*480*	40	45	60	65	75	85
3.2	*480*	40	45	60	65	75	85
3.3	*480*	40	45	60	65	75	85
3.4	*480*	40	45	60	65	75	85
3.5	*480*	40	50	65	70	80	95
3.6	*480*	40	50	65	70	80	95
3.7	*480*	40	50	65	70	80	95
3.8	*480*	40	50	65	70	80	95
3.9	*480*	40	50	65	70	80	95
4	*540*	45	55	70	75	85	110
4.4	*540*	45	55	70	75	85	110
4.5	*600*	50	60	80	90	95	120
4.9	*600*	50	60	80	90	95	120
5	*720*	60	70	90	100	110	130
5.4	*720*	60	70	90	100	110	130
5.5	*720*	60	80	100	110	120	150
5.9	*720*	60	80	100	110	120	150
6	*840*	70	85	110	120	140	175

كيف يتم حساب كمية الغذاء في الوجبة الأولى

كلما نقص وزن الطفل، كلما زاد احتياجه لكمية أكبر من الغذاء، كما في الشكل الآتي:

الوزن/كجم	الوجبات مل/كجم/24 ساعة
1.2 - 1.5	180
1.6 - 1.9	170
2.0 - 3.0	155
3.1 - 3.5	145
3.6 - 6.0	130

ملحق 17
معالجة مشاكل الرضاعة في الفترة الانتقالية للرضع الذين لم يتم إرضاعهم قبلاً

خلال الفترة الانتقالية، يجب أن يتمّ نقل الأطفال من F 75 إلى تركيبات الأطفال أو F100.

وزن الطفل	كمية الغذاء 24س	كمية الغذاء طبقاً لعدد مرات تقديم الغذاء خلال 24 ساعة					
		وجبة 12	وجبات 10	وجبات 8	وجبات 7	وجبات 6	وجبات 5
kg	*ml*	ml	ml	ml	ml	ml	ml
1.2	*300*	25	25	35	40	45	60
1.3	*300*	25	30	40	40	45	60
1.4	*300*	25	30	40	45	50	60
1.5	*300*	25	30	40	45	50	60
1.6	*360*	30	40	45	50	60	70
1.7	*360*	30	40	45	50	60	70
1.8	*360*	30	40	50	50	60	80
1.9	*360*	30	40	50	60	65	80
2	*360*	30	45	50	60	65	85
2.1	*360*	30	45	50	60	65	
2.2	*480*	40	45	60	65	80	90
2.3	*480*	40	45	60	65	80	90
2.4	*480*	40	45	60	65	80	90
2.5	*540*	45	50	65	70	85	100
2.6	*540*	45	50	65	70	85	100
2.7	*540*	45	50	65	70	85	100
2.8	*540*	45	50	70	80	90	105
2.9	*540*	45	50	70	80	90	105
3	*600*	50	60	80	85	100	110
3.1	*600*	50	60	80	85	100	110
3.2	*600*	50	60	80	85	100	110
3.3	*600*	50	60	80	85	100	110
3.4	*600*	50	60	80	85	100	110
3.5	*600*	50	65	85	90	105	125
3.6	*600*	50	65	85	90	105	125
3.7	*600*	50	65	85	90	105	125
3.8	*600*	50	65	85	90	105	125
3.9	*600*	50	65	85	90	105	125
4	*720*	60	70	90	100	110	145
4.4	*720*	60	70	90	100	110	145
4.5	*780*	65	80	105	125	125	155
4.9	*780*	65	80	105	125	125	155
5	*960*	80	90	115	130	145	170
5.4	*960*	80	90	115	130	145	170
5.5	*960*	80	105	130	145	155	195
5.9	*960*	80	105	130	145	155	195
6	*1080*	90	110	145	155	180	225

كيف يتم حساب كمية الغذاء في الوجبة الأولى

كلما نقص وزن الطفل، كلما زاد أحتياجه لكمية أكبر من الغذاء، كما في الشكل الآتي:

الوزن/كجم	الوجبات مل/كجم/24 ساعة
1.2 - 1.5 kg	225 ml/kg
1.6 - 1.9 kg	205 ml/kg
2.0 - 3.0 kg	200 ml/kg
3.1 - 3.5 kg	180 ml/kg
3.6 - 6.0 kg	170 ml/kg

ملحق 18
معالجة مشاكل الرضاعة في مرحلة النمو

وزن الطفل	كمية الغذاء ml24	كمية الغذاء طبقاً لعدد مرات تقديم الغذاء خلال 24 ساعة					
		وجبة 12	وجبات 10	وجبات 8	وجبات 7	وجبات 6	وجبات 5
mls	*mls*	mls	mls	mls	mls	mls	mls
1.2	*360*	30	30	40	50	55	70
1.3	*360*	30	40	50	50	55	70
1.4	*360*	30	40	50	55	65	70
1.6	*420*	35	40	50	60	70	80
1.6	*480*	40	50	55	65	70	90
1.7	*480*	40	50	55	65	70	90
1.8	*480*	40	50	65	65	70	95
1.9	*480*	40	50	65	70	80	95
2.0	*480*	40	55	65	70	80	105
2.1	*480*	40	55	65	70	80	105
2.2	*600*	50	55	70	80	95	110
2.3	*600*	50	55	70	80	95	110
2.4	*600*	50	55	70	80	95	110
2.5	*660*	55	65	80	90	105	120
2.6	*660*	55	65	80	90	105	120
2.7	*660*	55	65	80	90	105	120
2.8	*660*	55	65	90	95	110	130
2.9	*660*	55	65	90	95	110	130
3.0	*780*	65	70	95	105	120	135
3.1	*780*	65	70	95	105	120	135
3.2	*780*	65	70	95	105	120	135
3.4	*780*	65	70	95	105	120	135
3.5	*780*	65	80	105	110	130	150
3.6	*780*	65	80	105	110	130	150
3.7	*780*	65	80	105	110	130	150
3.8	*780*	65	80	105	110	130	150
3.9	*780*	65	80	105	110	130	150
4.0	*840*	70	90	110	120	135	175
4.4	*840*	70	90	110	120	135	175
4.5	*960*	80	95	130	145	150	190
4.9	*960*	80	95	130	145	150	190
5.0	*1140*	95	110	145	160	175	210
5.4	*1140*	95	110	145	160	175	210
5.5	*1140*	95	130	160	175	190	240
5.9	*1140*	95	130	160	175	190	240
6.0	*1320*	110	135	175	190	225	280

كيف يتم حساب كمية الغذاء في الوجبة الأولى

كلما نقص وزن الطفل، كلما زاد أحتياجه لكمية أكبر من الغذاء، كما في الشكل الآتي:

الوزن/كجم	الوجبات مل/كجم/24 ساعة
1.2 - 1.9 kg	270 ml/kg
2.0 - 3.0 kg	270 ml/kg
3.1 - 3.5 kg	240 ml/kg
3.6 - 6.0 kg	230 ml/kg

ملحق 19

الاستشارة التقنية لتغذية الرضع والأطفال المصابين بالإيدز، الوقاية من عدوى الإيدز عند الحوامل، جينيف، 25-27 أكتوبر، 2006.

اجتمع الباحثون ومطبّقي البرامج وخبراء تغذية الأطفال وممثّلو الـ IATT والأمم المتّحدة ومنظمة الصحة العالمية في جينيف من أجل النظر في مسألة فيروس الإيدز وتغذية الرّضع. الهدف كان تأسيس إمكانيّة توضيح توجيهات الأمم المتّحدة الموجودة والتي استندت على التوصيات من الاجتماع السابق.

دلائل جديدة على انتقال الإيدز من خلال الرضاعة

- الرضاعة الحصرية للأطفال دون سن الـ 6 أشهر كانت السبب في تقليص فرص الإصابة بفيروس الأيدز بمعدل ثلاث إلى أربع مرات.
- هناك مؤشرات بأن خطر انتقال العدوى بعد الإنجاب أقل من انتقالها قبل الإنجاب.

دلائل جديدة على نسبة الوفيات والأمراض

- في الأوضاع التي تمّ فيه تأمين التركيبة الصناعية، كانت نسبة خطر انتقال عدوى الإيدز والوفاة في سنّ 18 شهراً مماثلة عند الأطفال الذين حصلوا على بديل الحليب منذ الولادة والذين حصلوا على الرضاعة الطبيعية من 3 إلى 6 أشهر.
- تمّ ربط توقّف الرضاعة الباكر (قبل 6 أشهر) بزيادة نسبة الإسهال عند الرّضع والوفاة عند الأطفال المعرّضين للفيروس.
- تمّ ربط توقّف الرضاعة عند الشهر الرابع لانتقال أقلّ للفيروس ولكن بزيادة الوفاة عند الأطفال من 4 إلى 24 شهر.

تحسين ممارسات التغذية للرضع

- إنّ الاستمرار في الرضاعة الحصرية حتّى ستّة أشهر حصل من قبل أمّهات مصابات وغير مصابات بفيروس الإيدز واللواتي حصلن على الاستشارات المكثّفة.

كيفية برمجة البيانات

- دليل الأمم المتحدة للإيدز والوقاية منه متوفر ومستخدم في عدد من الدول ولكن تبقى التحديات في تطبيقه.
- تغطية ونوعيّة التدخلات من أجل تجنّب انتقال العدوى إلى الطّف.
- الخدمات الصحية الضعيفة والفقيرة تؤثر على نوعيّة الاستشارة ودعم تغذية الرّضع.
- تفعيل دور المشورة الطبية والدّعم من المنظمات العالمي والواهبين.
- عمل بحوثات واسعة النطاق حول المرض والعدوى.

التوصيات

تهدف هذه التوصيات إلى تطبيق وتوضيح توجيهات الأمم المتحدة وعدم استبدالها.

- يجب أن يعتمد خيار تغذية الطّفل عند الأمّ المصابة بفيروس الإيدز، على وضعها الصحي والوضع المحلي وأن يأخذ بعين الاعتبار الخدمات الصحية المتوفّرة والاستشارات والدّعم المقدّم.
- يوصى بالرضاعة الحصرية للأمّهات المصابات بالفيروس خلال الستة أشهر الأولى حتّى توفّر بديل مناسب وآمن.

- عند توفّر هذا البديل، يجب تجنّب الرضاعة كلياً.
- بعد الستة أشهر، وفي حال عدم توفّر البديل، يجب الاستمرار بالرضاعة إضافة إلى المكمّلات الغذائية.
- مهما كان قرار التغذية، على الخدمات الصحية متابعة الرضع المعرّضين للفيروس والاستمرار في تقديم المشورة والدعم.
- يجب تشجيع الأمّهات المصابين بالفيروس على الاستمرار في الرضاعة.
- على الحكومات أن تعيد إحياء حماية الرضاعة الطبيعية وتسويقها ودعمها ضمن السكان. كما يجب عليها دعم الأمّهات المصابات بالفيروس اللواتي اخترن الرضاعة الحصرية.
- على البرامج الدولية تقديم التدخلات الصحية للأمّهات والأطفال المعرّضين للفيروس، مع خدمات الوقاية الفعّالة والعلاج والعناية.
- على الحكومات التأكّد من توفّر هذه التدخلات والشروط قبل أيّ توزيع للتركيبات الصناعية المجانية.

صور إرشادية

IFE2/1

أجزاء الثدي

IFE2/2

2

وضع
خاطئ

1

وضع
سليم

IFE2/3

ملاحظة أوضاع الرضاعة

2

الفم

الشفه

السفلى

الذقن

1

IFE2/4

تقييم

الألتصاق

بالثدي

2

1

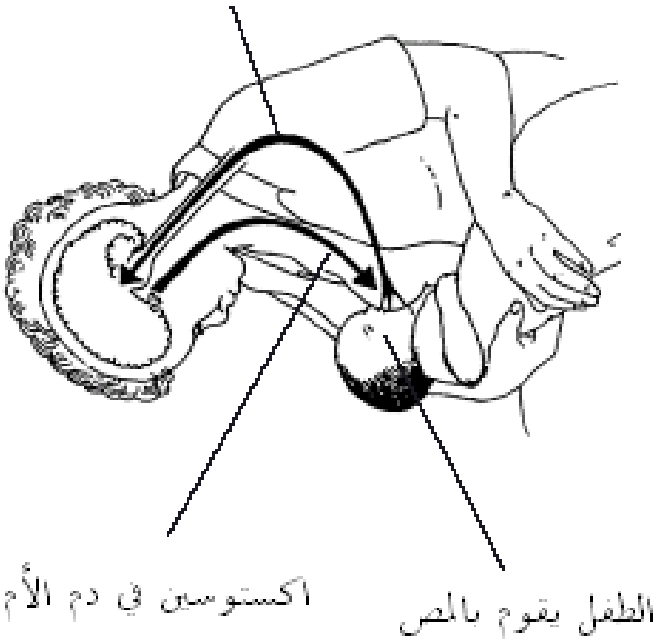
IFE2/5

تقييم الألتصاق بالثدي

2

1

أجراءات تتخذ قبل أو أثناء الرضاعة



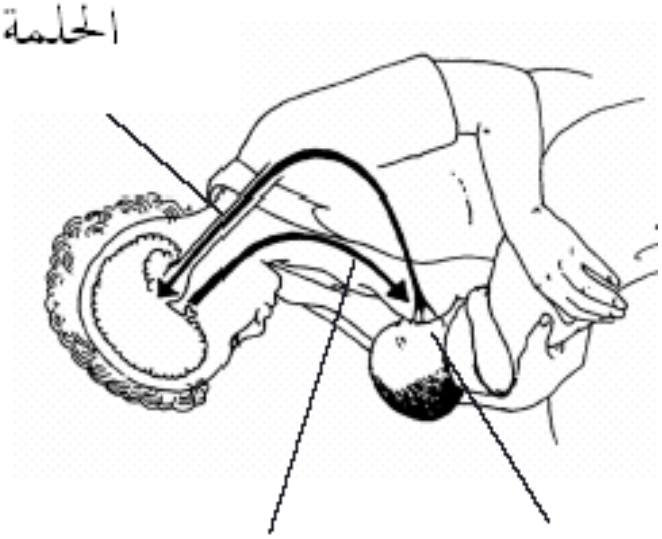
الرفقة والحماية تساعد على تدفق الحليب

IFE2/8

أنتاج الحليب: أفراز البرولاكتين

نبضات من

الحلمة



الطفل

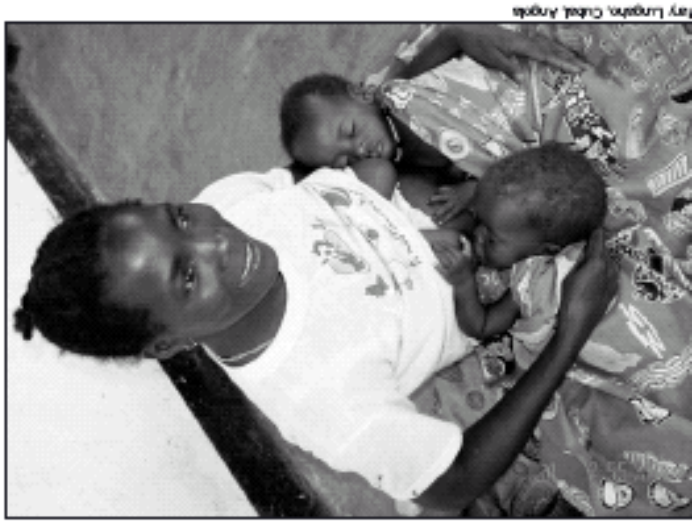
يقوم

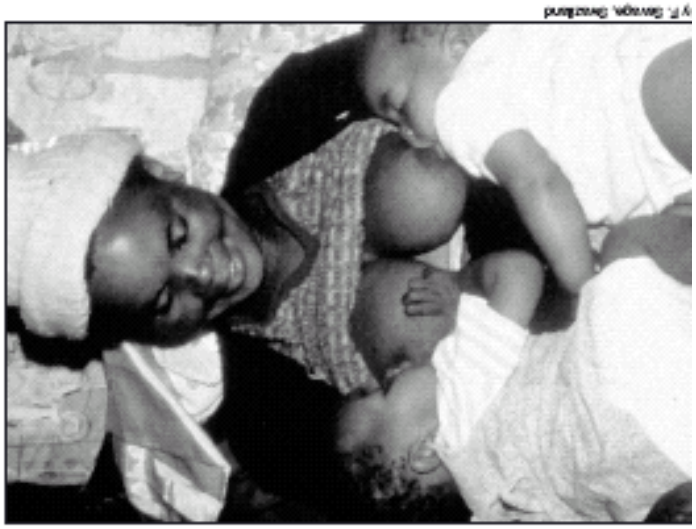
بالرضاعة

برولاكتين

في دم الأم

IFE2/9





ارضاع التوائم في سوازيلاند و أنجولا

IFE2/10

مواصلة

الدعم

المجتمعي

خدمات

صحية

مناسبة

العناصر الأربعة للرعاية

المساعدة

Adapted from: F. Savage, A. Burgess - Nutrition for Developing Countries. 1980

تغذية سليمة

خدمات

الامومة

IFE2/11

الرضاعة للأم المصابة بسؤ التغذية

يجب إطعام الأم لتقوم بإطعام طفلها

يجب مراقبة وزن الطفل ومعدل البول

يجب المساعدة بواسطة إستخدام الكوب حتى

IFE 2/12

طريقة تجنب مرض الجفاف

يجب شرب الكثير من السوائل

IFE2/13

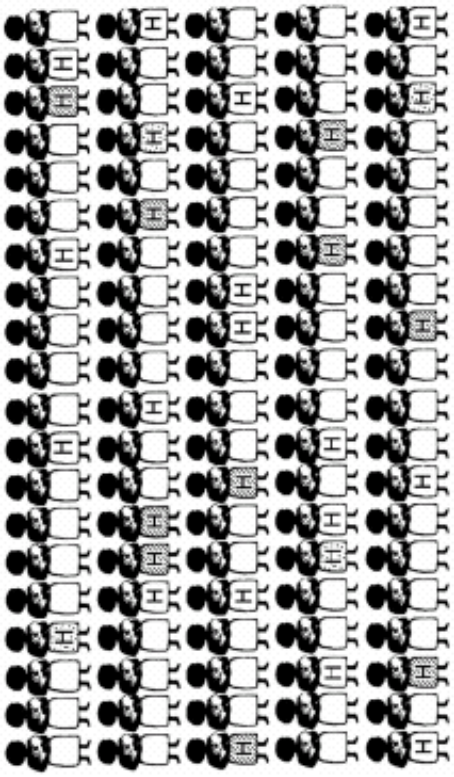
الألتصاق بالأم بعد الولادة مباشرة

يجب وضع الرضيع ملاصقاً لجسم الأم من احل

الدفء وخلق علاقة وطيدة

IFE2/14

قياس لعدد 100 امراة عند تفشي الإيدز



عدد 30 أم مصابات بالأيدز ولايتم علاجهن H

عدد 10 أمهات ينقلن العدوى قبل وأثناء الولادة H

عدد 4 أمهات ينقلن العدوى بواسطة الرضاعة H

IFE2/15

أعدادات الدعم والأهتمام الشخصي

تقليل العزلة

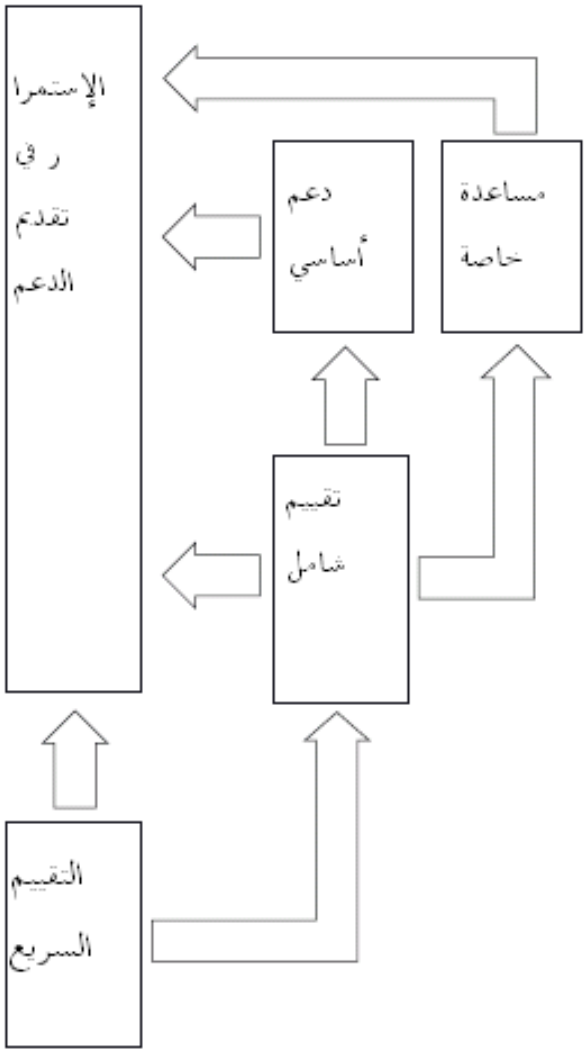
توفير الخصوصية

تشجيع الرضاعة السليمة للأعمار

المعينة

تثقيف المجتمع

IFE2/16



تحديد من يحتاج للمساعدة

التقييم البسيط: التغذية بحسب العمر

أسئلة:

1. كم عمر الطفل
2. هل يتم إرضاعه
3. هل يتم أعطاء الطفل أشربة أو أغذية أخرى

سبب عمل التقييم الشامل:

- عدم الأرضاع
- الأرضاع ولكن بطريقة لا تناسب السن:
  - تحت ستة أشهر: رضاعة غير حصرية
  - بعد ستة أشهر: أغذية أضافية

التقييم البسيط: تيسير عملية الرضاعة

أسئلة:

4. هل الطفل قادر على مص الثدي
5. هل توجد أي صعوبات في الرضاعة

أسباب لعمل التقييم الشامل:

- الطفل غير قادر على المص
- وجود صعوبات في الإرضاع لدى الأم
- طلب الأم لبديل الحليب

التقييم البسيط: تقييم حالة الطفل بالمشاهدة

شاهد:

6. هل يبدو الطفل نحيلاً
7. هل يبدو على الطفل الخمول والكسل

أسباب لعمل تقييم شامل:

- يبدو الطفل نحيلاً
- مصاب بالخمول وربما المرض

التقييم الشامل

الخطوة 1 : مشاهدة الرضاعة

التموضع:

- المنطقة الداكنة من الثدي والجزئ العلوي
- الفم مفتوح
- الشفه السفلى إلى الخارج
- الذقن تلامس الثدي
- عدم وجود ألم في الثدي أو الحلمة

المص:

- ببطء وعمق
- صوت البلع مسموع

ثقة الأم:

- مستمتعة ومتفاعلة مع الطفل
- علامات التواصل

عملية الانتهاء من الرضاعة:

- يترك الطفل الثدي
- يبدو الطفل مستمتعاً
- تبقي الأم الثدي متاحاً للطفل أو يمكن تقديم الثدي الآخر

التقييم الشامل

الخطوة 2: التعلم والإستماع

هل يتم الإرضاع

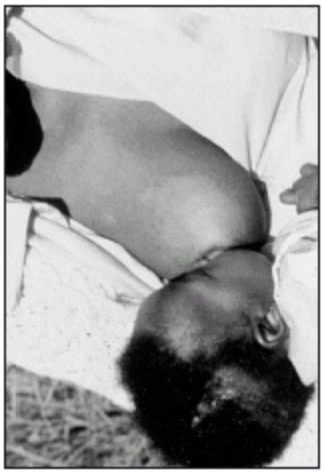
هل تستخدم المصاصة الصناعية
هل يتم تقديم شراب أو غذاء أضافي
ماهو الشراب المقدم
كم عدد مرات التقديم في اليوم

ماهي الإعتقادات الشائعة في المنطقة حول الرضاعة

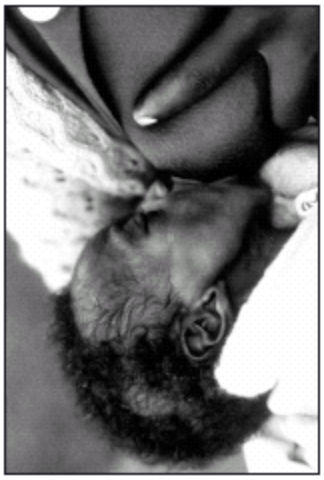
كيف تبدو الام المرضعة جسمانياً ونفسياً

هل الأم مستعدة لزيادة جرعات الرضاعة

IFE2/22



إيلا: سن 4 أشهر



إيلا: سن 4 أسابيع

الدعم الأساسي في عملية الرضاعة:

الخطوة 1: التأكد من فعالية المص

- تحسين الأرتباط
- المساعدة في التموضع
- تجنب تشتت التركيز
- إبعاد ما يتعارض مع الرضاعة مثل الزجاجات والمصاصات

الخطوة 2: إعادة الثقة للأم والمساعدة في تدفق الحليب

- تشجيع عملية الألتصاق بين الأم والطفل
- تشجيع الأم على عملها بدون نقد
- مدح الام
- أعطاء الأم المعلومات اللازمة
- محاولة إيجاد مرافقة للأم

IFE2/24

الرضاعة المناسبة للطفل في الفترات العمرية المختلفة

يتم تقديم الأغذية الأضافية بعد سن 6 أشهر

من سن 6 أشهر إلى عامين، يجب تقديم الأغذية الأضافية للطفل بالأضافة إلى حليب الأم

الدعم الأساسي في الرضاعة:

الخطوة 3: زيادة إنتاج الحليب

- تشجيع الام على أن تجعل الطفل يعتاد على الرضاعة المتكررة
- تثقيف الأم بكيفية جعل الطفل يرضع أكثر
- تشجيع الأم على شرب الكثير من الماء والسوائل
- إزالة أي منغصات

الخطوة 4: تشجيع الرضاعة بحسب العمر المناسب

- مساعدة الأم على الرضاعة الحصرية للأطفال تحت سن 6 أشهر

- إذا كان بديل الحليب ضرورياً فيجب تدريب الأم بكيفية إعطاءه للطفل في كوب
- تدريب الام على كيفية تحضير بدائل الحليب.

IFE2/26

تقديم الحليب بواسطة الكوب

إذا كان الطفل يستطيع

- المص أو لعق الحليب بلسانه
- يبلع

فأنه يمكن تقديم الحليب له بواسطة كوب مفتوح

إن إستخدام الزجاجات يزيد من إحتمال تعرض الطفل للمرض

IFE2/27

كيفية إستخدام الكوب

يجب أن يصل الحليب إلى فم الطفل

عدم صب الحليب في فم الطفل

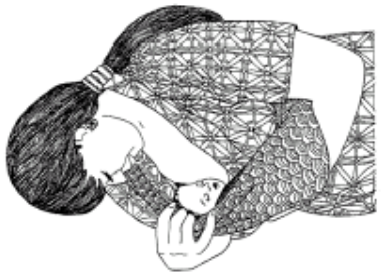
حذ الطفل الحليب بواسطة لسانه أو عن طريق الرشف

إرضاع طفل يعاني من نقص وزن بواسطة الحليب المستخرج من الثدي بواسطة اليد

أم كينية تعطي طفلها حليب ثديها عن طريق الكوب

يمكن للأمهات التعلم من بعضهن البعض كيفية تطبيق هذه الطريقة

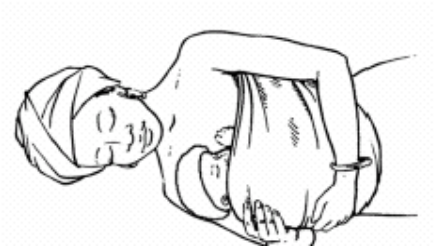
IFE2/29



حمل الطفل بطريقة الكنغر

لضمان عدم تسرب حرارة الطفل، يتم تغطيته بواسطة غطاء الرأس أو رداء الأم

يتم تلاصق الام والطفل ليلاً ونهاراً ويتم الأرضاع بأكبر كميات متاحة وبفترات كبيرة.



IFE2/30

تحسن الرابط بين الأم والطفل بواسطة

طريقة الكنغر

يجب إبقاء أيدي الطفل مرتخية كي يمكنه تحريكهما داخل

وخارج رداء الام

بواسطة هذه الطريقة يتم الحفاظ على حرارة الطفل وتجنب

البرد

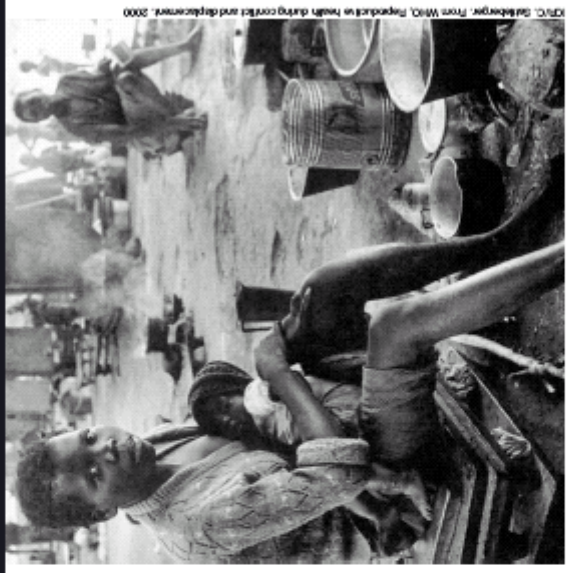
الحاجة إلى الرعاية لإستعادة

القدرة على الرضاعة

تحتاج الأم إلى دعم ورعاية لإستعادة قدرتها على الأرضاع بعد حالات

الأغتصاب، التحرش، العنف، الحزن

IFE2/32



ظروف المعيشة عند إنعدام المنزل

التقييم الشامل
الخطوة 3: مراقبة الرضاعة الصناعية

ماهي الموارد المتوفرة في السكن؟

بدائل الحليب

- بديل حليب مناسب
- التأكد من تاريخ الأنتهاء
- وجود تعليمات باللغة المحلية
- وجود كميات كافية
- وجود من يستطيع قراءة التعليمات

التخزين:

- وجود مكان نظيف لحفظ بديل الحليب
- وجود مياه مغلية
- وجود ثلاجة

أدوات التحضير:

- وجود وقود
- وجود مياه شرب نظيفة
- وجود ماء وصابون لغسل أدوات الإعداد
- سطوح نظيفة ومعقمة
- وسيلة لقياس الحليب والماء

وقت كاف

- توفر وقت كاف لإعداد 6-8 وجبات يومياً

كيف تدير الأم عملية الإطعام:

التحضير:

- تنظيف اليدين
- تنظيف الكوب
- تنظيف الزجاجات والرضاعات
- قياس الحليب والماء

طريقة الإطعام:

- بواسطة الكوب
- بوساطة الزجاجة
- وسيلة أخرى

التفاعل:

- أحتضان الطفل طوال فترة الأطعام
- تفاعل الأم بحب
- ينهي الطفل الأكل
- لا يوجد أي أكل متبقي

تطابق وجبات الحليب:

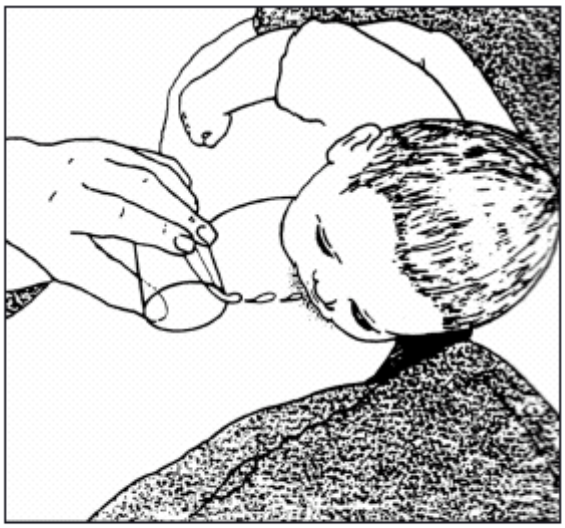
- كميات مناسبة من الحليب

الرضاعة للسن المناسب:

- تحت سن 6 أشهر : حليب فقط
- فوق سن 6 أشهر :مكملات غذائية بالأضافة إلى الحليب

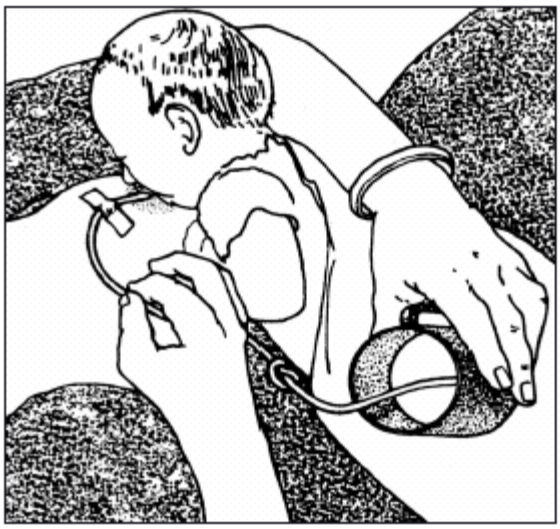
IFE2/35

طريقة التنقيط والتقطير



IFE 2/36

مدعمات الرضاعة



IFE2/37

أم تستخدم مدعمات الرضاعة