

تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ

الدليل العملي لعاملي
ومديري برامج الإغاثة في
الطوارئ.

إعداد
المجموعة الأساسية لبرنامج تغذية
الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ

الإصدار 3، أكتوبر 2019



نبذة

قدم فريق العمل التابع لعدة هيئات تهتم بتغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ هذا الدليل العملي أول مرة عام 2001. وضم هذا الفريق أعضاء من المجموعة الأساسية لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ، وتعمل هذه المجموعة التي تشكلت إثر تعاون بين الهيئات على إعداد المواد التدريبية وتوجيه السياسات في مجال تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ (IFE/IYCF-E)، والمُشار إليه هنا لاحقاً بـ (IFE). صدرت النسخة 2.0 في أيار/مايو 2006؛ والنسخة 2.1 في شباط/فبراير 2007 (مع ملحق في 2010) والنسخة 3.0 في تشرين الأول/أكتوبر 2017 وتضمنت الخبرات والاحتياجات العلمية وتعديلات التوجيهات. قامت المجموعة الأساسية لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ بتحديث النسخة 3.0 بالتشاور مع الخبراء الدوليين والإقليميين والمحليين بقيادة وتنسيق شبكة التغذية خلال الطوارئ واليونيسف. تمت مراجعة وتدقيق النسخة العربية من قبل الجمعية الأرثوذكسية المسيحية الدولية لأعمال الخير (IOCC) وجمعية ACF والشبكة الدولية لتغذية الرضع IBFAN. تتقدم المجموعة الأساسية لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ بعظيم الإمتنان إلى جميع المشاركين لما قدّموه من نصائح ومساهمات في هذه النسخة والنسخ التي سبقتها. كان هذا التحديث للدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ ممكناً بدعم سخي من الشعب الأمريكي من خلال الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID).

تحويل

يسعى الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ إلى احترام أحكام المعايير الدولية للطوارئ، بما في ذلك المعايير الإنسانية الأساسية المتعلقة بالجودة والمساءلة ومعايير سفير Sphere⁽¹⁾، وغيرها⁽²⁾. وتساهم في التطبيق العملي للمبادئ الإرشادية لتغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ⁽³⁾ والمدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم وقرارات جمعية الصحة العالمية اللاحقة ذات الصلة⁽⁴⁾. كما تساعد صانعي القرار والمخططين والجهات المانحة على الوفاء بمسؤولياتهم المنصوص عليها في الاستراتيجية العالمية المشتركة لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة ومنظمة الصحة العالمية حول تغذية الرضع وصغار الأطفال⁽⁵⁾ والبند 24 من اتفاقية حقوق الطفل^a ونداء العمل الذي أطلقه إعلان إينوتشنتي عام 2005 حول تغذية الرضع وصغار الأطفال^b الذي رحبت به جمعية الصحة العالمية بالإجماع عام 2006. وتسعى المجموعة إلى تحقيق "أهداف التنمية المستدامة"^c رقم 2 و3 و6، وبرنامج عمل عقد الأمم المتحدة للعمل من أجل التغذية (2016-2025).^d

الهدف

يهدف الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ إلى توفير إرشادات موجزة وعملية حول كيفية تأمين الغذاء المناسب للرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ.

الإطار

- (1) راجع 23-25 في المراجع القسم 8.2 السياسة - الحد الأدنى من المعايير.
- (2) راجع المراجع القسم 8.2 السياسة - الحد الأدنى من المعايير
- (3) راجع 4 في المراجع القسم 8.2 السياسة - الاستراتيجية العالمية والوطنية
- (4) راجع 9 و10 في المراجع القسم 8.2 السياسة - السياسة العالمية.
- (5) راجع 5 في المراجع القسم 8.2 السياسة - الاستراتيجية العالمية والوطنية.

تتطبق المجموعة الأساسية لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ على التأهب لحالات الطوارئ والاستجابة والانعاش في جميع أنحاء العالم للتقليل من مخاطر الإصابة بالأمراض و/أو وفيات الرضع وصغار الأطفال المرتبطة بممارسات التغذية وزيادة تغذية الطفل، وصحته ونموه إلى أقصى حد.

المجموعات المستهدفة

المجموعات المستهدفة بالتدخل هم الرضع وصغار الأطفال الذين تقل أعمارهم عن عامين (0-23 شهرا) والنساء الحوامل والمرضعات.

المستخدمين المستهدفين من هذا الدليل

يستهدف الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ رسمي السياسات وصانعي القرارات وواضعي البرامج العاملين في مجال التأهب لحالات الطوارئ والاستجابة والانعاش، بما في ذلك الحكومات ووكالات الأمم المتحدة، والمنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية، والجهات المانحة، ومجموعات المتطوعين والقطاع الخاص/ الشركات.

يتم توجيه الإجراءات الموصى بها إلى أولئك الذين لديهم سلطة تنسيق في مجال تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ والمسؤوليات الموكلة إليهم، والذين يقومون بأنشطة تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ والذين لديهم أيضاً مسؤوليات وأدوار رئيسية. ستكون الإجراءات مطلوبة على مستويات متعددة وبدرجات متفاوتة حسب السياق.

يعتبر الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ ذي صلة بالقطاعات والتخصصات ولا سيما التغذية وأيضاً الصحة (بما في ذلك الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل، الخدمات العلاجية، الصحة النفسية، خدمات الدعم النفسي والاجتماعي، فيروس العوز المناعي البشري وإدارة الأمراض المعدية)؛ خدمات المراهقين؛ المياه والصرف الصحي والنظافة العامة؛ الأمن الغذائي وسبل العيش؛ حماية الطفل؛ تنمية الطفولة المبكرة؛ ذوي الإعاقة؛ المأوى؛ برامج التحويلات النقدية؛ الحماية الاجتماعية؛ الزراعة؛ تنسيق وإدارة المخيمات والخدمات اللوجستية.

المحتوى

يبدأ الدليل بموجز للنقاط الرئيسية، وينقسم هذا الكتيب إلى 6 أقسام تضم الخطوات العملية، يليه القسم الخاص بجهات الاتصال الرئيسية (القسم 7) ومرجع يتضمن الموارد الرئيسية (القسم 8) والتعريفات (القسم 9). ترد المراجع بشكل ملاحظات هامشية ترتبط بالقسم 8 الذي يدرج الموارد المرقمة. تمت فهرسة المعلومات المساندة وفقاً لترتيب أبجدي في الملاحظات بعد القسم 7. إن التأهب لحالات الطوارئ هو موضوع شامل يرد في مختلف أقسام الدليل؛ تم تلخيص الإجراءات الرئيسية في الجدول 1 كما تم إدراج الأقسام في الملحق 1. يتناول القسم 5 التعاون بين القطاعات كما أنه يرد أيضاً في أقسام أخرى؛ يتضمن الملحق 1 دليلاً للمحتوى بحسب القطاع/ التخصص.

استيفاء الآراء والمعلومات

ترحب المجموعة الأساسية لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ بالملاحظات والتعليقات حول هذا الدليل وعلى خبرات التنفيذ. يمكن الاتصال بالمجموعة الأساسية وقسم البرامج في اليونيسيف، نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية: nutrition@unicef.org، أو ENN, oxford, UK :c/o office@enonline.net. والرجاء كتابة تعليق حول OG-IFE في الخانة المخصصة للموضوع.

OG-IFE متوفر على الإنترنت على:

www.enonline.net/operationalguidance-v3-2017

المحتويات

	النقاط الرئيسية
	الخطوات العملية (1-6)
6	1- إقرار السياسات وتطويرها
7	2- تدريب الكوادر (الفرق العاملة)
8	3- تنسيق العمليات
11	4- التقييم والرصد عام 4.1 - 4.3 بيانات ما قبل الأزمة وتقييم الاحتياجات المبكرة 4.4 - 4.10 تقييم معمق 4.11 مراقبة 4.12 - 4.18
15	5- حماية وتعزيز ودعم التغذية المثلى للرضع وصغار الأطفال من خلال تدخلات متكاملة متعددة القطاعات عام 5.1 - 5.6 دعم الرضاعة الطبيعية 5.7 - 5.9 الرضع الذين لا يرضعون 5.10 - 5.19 التغذية التكميلية 5.20 - 5.28 مكملات المغذيات الدقيقة 5.29 تعاون متعدد القطاعات 5.30 - 5.32 فيروس نقص المناعة البشرية وتغذية الرضع 5.33 - 5.39 تفشي الأمراض المعدية 5.40
25	6. التقليل من مخاطر التغذية الاصطناعية التبرعات في حالات الطوارئ 6.1 - 6.6 إدارة التغذية الاصطناعية 6.7 - 6.10 امدادات بدائل حليب الثدي 6.11 - 6.14 مواصفات بدائل حليب الثدي 6.15 - 6.17 شراء مؤن بديل حليب الأم ومعدات التغذية والدعم المعدات والدعم 6.18 - 6.23 توزيع بدائل الحليب 6.24 - 6.27
29	7. جهات الإتصال الرئيسية
31	الإطار 1: إجراءات التأهب للطوارئ
37	8. المراجع عام 8.1

	السياسة 8.2 تدريب 8.3 تنسيق 8.4 التقييم والرصد 8.5 تدخلات متعددة القطاعات 8.6 التغذية الاصطناعية 8.7
54	9. تعريفات الملحق 1: دليل المحتوى حسب القطاع / التخصص والتأهب المختصرات

نقاط أساسية

1. إن توفير الدعم المناسب وفي الوقت المناسب لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ ينقذ حياة الكثيرين؛
يحمي تغذية الطفل وصحته ونموه ويفيد الأمهات.
2. التأهب للطوارئ بالغ الأهمية من أجل ضمان استجابة فعالة ومناسبة لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (الجدول 1).
3. ينبغي أن تنعكس الأحكام الرئيسية المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ على سياسات الحكومة ومختلف القطاعات والشركات، كما ينبغي أن توجه الاستجابات لحالات الطوارئ (القسم 1).
4. من الضروري توفير التوعية والتدريب حول تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ على مستويات متعددة وفي مختلف القطاعات (القسم 2)
5. يجب بناء القدرة على تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ ضمن آلية التنسيق لكل استجابة للطوارئ. تُعتبر الحكومة هي السلطة الرائدة في تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. وعندما لا يكون ذلك ممكناً، تتحمل اليونيسف أو المفوضية العليا لشؤون اللاجئين مسؤولية تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، بالتعاون الوثيق مع الحكومة ووكالات الأمم المتحدة الأخرى والشركاء التنفيذيين (القسم 3).
6. ضرورة توفير التواصل، في الوقت المناسب وبشكل دقيق ومتناسق، مع الأشخاص المتضررين والمستجيبين لحالات الطوارئ ووسائل الإعلام (القسم 3)
7. ضرورة إجراء تقييم للإحتياجات وإجراء التحليل الضروري كركيزة لاستجابة محددة السياحول تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (القسم 4).
8. من الضروري اتخاذ إجراءات فورية لحماية الممارسات الموصى بها لتغذية الرضع وصغار الأطفال وتقليل المخاطر في المراحل المبكرة من حالة الطوارئ، مع تقديم الدعم الموجه للرضع والأطفال الأكثر عُرضة للمخاطر (القسم 5).
9. في كل حالة طوارئ، من الضروري تقييم وحماية ودعم الاحتياجات الغذائية وتقديم الرعاية لكل من الرضع وصغار الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية أولاً يرضعون رضاعة طبيعية. من المهم أيضاً النظر في الممارسات السائدة، بيئة الأمراض المعدية، الحساسيات الثقافية، والاحتياجات المعبر عنها وإهتمامات الأمهات ومقدمي الرعاية عند تحديد التدخلات (القسم 5).
10. إن التعاون متعدد القطاعات ضروري في حالات الطوارئ لتسهيل واستكمال تدخلات تغذية الرضع وصغار الأطفال المباشرة (القسم 5).
11. في كل حالة طوارئ، من المهم ضمان الوصول إلى كميات كافية من الأغذية المناسبة والأمنة والتكميلية والدعم المرتبط بالأطفال وضمان كفاية التغذية للحوامل والمرضعات (القسم 5).
12. في حالات الطوارئ، يتطلب استخدام بدائل حليب الأم حزمة رعاية منسقة ومحددة لضمان تلبية الاحتياجات التغذوية للأطفال الذين لا يرضعون من الثديي والتقليل من المخاطر التي يتعرض لها جميع الأطفال من خلال استخدام غير مناسب لبدائل حليب الأم (القسمان 5 و 6).
13. لا ينبغي التماس أو قبول التبرعات لبدائل حليب الأم والأغذية التكميلية ومعدات التغذية في حالات الطوارئ؛ بل يجب شراء اللوازم على أساس الحاجة. لا ترسل الإمدادات من حليب أم مانحة إلى حالة طوارئ، لا تستند إلى

حاجة محددة أو تشكّل جزءاً من تدخل منسق وخاضع للإدارة. لا ينبغي تضمين بدائل حليب الأم ومنتجات الألبان الأخرى والزجاجات والحلمات في توزيع عام أو شامل (الأقسام 5 و6).

14. من الضروري رصد أثر التدخلات الإنسانية وعدم اتخاذ الإجراءات على ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال وتغذية الأطفال وصحتهم؛ للتشاور مع المجموعات المتضررة في التخطيط والتنفيذ وتوثيق التجارب للتأهب والاستجابة المستقبلية (القسم 4).

الخطوات العملية

1. إقرار السياسات وتطويرها

1.1 يجب أن تعتمد الحكومات والوكالات سياسات حديثة تتناول جميع العناصر التالية في حالات الطوارئ: حماية وتعزيز الرضاعة الطبيعية ودعمها؛ إدارة التغذية الاصطناعية، التغذية التكميلية واحتياجات التغذية للأمهات المرضعات والحوامل؛ الامتثال للمدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم وقرارات جمعية الصحة العالمية اللاحقة ذات الصلة⁽¹⁾؛ حماية وإدارة تبرعات بدائل حليب الأم، وتغذية الرضع في سياق حالات الطوارئ الصحية العامة ونفسي الأمراض المعدية (راجع القسم 9 تعريفات ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال الموصى بها). قد يكون من الضروري وجود أحكام إضافية محددة السياق، للاجئين أو النازحين داخلياً على سبيل المثال. قد تشكّل الأحكامسياسة مستقلة و/أو يمكن دمجها في سياسات أخرى ذات صلة. تتحمل اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية مسؤوليات رئيسية في دعم سياسات التأهب الوطنية/ دون الوطنية (راجع الجدول 1 لإجراءات التأهب الرئيسية).

1.2 في حالات الاستجابة المبكرة، يجب مراجعة خطط التأهب الوطنية/ دون الوطنية والسياسات والإجراءات وكذلك دعم التشريعات والمعايير الدولية ذات الصلة. في حالات الطوارئ، حيث تكون توجيهات السياسة الحالية غائبة أو قديمة أو لا تعالج السياق بشكل مناسب، قد يكون من الضروري إجراء تحديث سريع لهذه التوجيهات أو تطوير توجيهات بديلة مؤقتة، بقيادة هيئة تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ وبالتشاور مع منظمة الصحة العالمية ووكالات الأمم المتحدة والمجموعات التقنية الوطنية/ الإقليمية/ العالمية (راجع 3.1؛ 3.3).

1.3 تطوير التوجيهات الناقصة للسياسة الحالية وتحديثها بالتعاون الوثيق مع السلطات الحكومية والسعي إلى تعزيز السياسات الوطنية/ دون الوطنية ذات الصلة. تطوير وتحديث السياسات والإجراءات المرتبطة بها في حالات التأهب.

1.4 نشر توجيهات السياسة على جميع المستجيبين المعنيين في مختلف القطاعات، بما في ذلك المجموعات الإعلامية، القطاع الخاص، الجهات المانحة، المجموعات العسكرية والمتطوعين (راجع 3.7).

1.5 يمكن استخدام بيان مشترك بين الوكالات، تقرّه السلطات المعنية وتصدره، لتسليط الضوء على التوجيهات ذات الصلة، تقديم إرشادات سريعة محددة السياق وتوحيد الرسائل المعممة. يجب أن تتولّى هيئة تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ تطوير البيان (راجع 3.1)؛ ويكون لليونيسف ومنظمة الصحة

(1) راجع 9 و10 في المراجع القسم 8.2 السياسة - السياسة العالمية

العالمية دوراً رئيسياً في تعزيز تطوير البيان ودعمه. في مرحلة التأهب، يجري تطوير مسودة بيان مشترك وتأمين موافقة مبدئية مع السلطات المختصة. يوجد نموذج بيان مشترك متوفر⁽¹⁾.

1.6 تعبّر المدونة الدولية عن الإرادة الجماعية للحكومات فيما يتعلق بتسويق بدائل حليب الأم وتحدد مسؤوليات مصنعي وموزعي المنتجات التي تغطيها المدونة، والعاملين الصحيين، والحكومات الوطنية والمنظمات المعنية (راجع 9). يجب سنّ المدونة في التشريع الوطني في حالات التأهب وفرضها في جميع الأوقات، بما في ذلك أثناء الاستجابة للطوارئ. كما يجب الحرص على أن تتوافق التشريعات الحالية تمامًا مع المدونة والابلاغ عن أي انتهاكات للمدونة (راجع 4.16 و 7.1).

1.7 يجري سن تشريعات واعتماد سياسات تتماشى مع إرشادات منظمة الصحة العالمية حول إنهاء الترويج غير الملائم لأغذية الرضع والأطفال الصغار⁽²⁾ (راجع 5.27). في حالات التأهب، ينبغي على صانعي السياسات في الأمم المتحدة والمجتمع المدني والحكومة وضع سياسات وطنية ملزمة قانونًا بشأن مشاركة القطاع الخاص في الاستجابة لحالات الطوارئ لتمكين التعاون البناء وتجنب التأثير غير الضروري وتضارب المصالح⁽³⁾.

2-تدريب الكوادر

2.1 توعية الموظفين المعنيين عبر القطاعات لدعم تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، بما في ذلك أولئك الذين يتعاملون مباشرة مع النساء والأطفال المتضررين؛ والذين يشغلون مناصب صنع القرار؛ والذين تؤثر عملياتهم على تغذية الرضع وصغار الأطفال؛ والذين يتعاملون مع أي تبرعات؛ والمسؤولين عن حشد موارد الاستجابة. وتشمل المجموعات المستهدفة في التوعية موظفي الحكومة، وقادة القطاع / المجموعات، والجهات المانحة، وموظفي الاستجابة السريعة، ومديري المخيمات، وفرق الاتصالات، والخدمات اللوجستية، ووسائل الإعلام، والمتطوعين، وغيرهم.

2.2 تدريب الموظفين على تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ في مرحلة التأهب وخلال الاستجابة لحالات الطوارئ، بحسب الضرورة. قد يشمل الموظفون المستهدفون موظفي الحكومة؛ موظفي المنظمات غير الحكومية والمتطوعين الذين يقدمون خدمات متعلقة بالصحة والتغذية والدعم على مستوى المنشأة أو المجتمع؛ وموظفي الخطوط الأمامية في القطاعات الأخرى.

2.3 تكييف محتوى التدريب وتحديد أولوياته لتلبية الاحتياجات المحددة والتوقعات الثقافية والخبرات الشخصية للأهالي والموظفين؛ الفجوات في القدرات؛ الجمهور المستهدف؛ والوقت المتاح. قد تكون هناك حاجة إلى قدرات أكثر تخصصاً لتقديم المشورة للأهالي والرضع ذوي الاحتياجات المتزايدة، مثل الأهالي المجهدين أو المصابين بالصدمة، والرضع والأهالي المصابين بسوء التغذية، والرضع المنخفضي الوزن عند الولادة والرضع ذوي الإعاقة الذين يعانون من صعوبات في التغذية. كحد أدنى، ينبغي تدريب الموظفين الذين هم على تواصل مع الأهالي

(1) راجع 13 في المراجع القسم 8.2 السياسة - السياسة التنظيمية.

(2) راجع 11 و 12 في المراجع القسم 8.2 السياسة - السياسة العالمية

(3) راجع 7 في المراجع القسم 8.2 السياسة - الاستراتيجية العالمية والوطنية

والأطفال الذين نقل أعمارهم عن سنتين على أن يكونوا حساسين للقضايا النفسية والاجتماعية، وعلى تقييم التغذية، وعلى مسارات الإحالة لمزيد من الدعم المتخصص⁽¹⁾.

2.4 إجراء التوعية والتدريب حول حالات التأهب. دمج مكونات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ في المناهج والتدريبات القائمة والتعاون مع المؤسسات الأكاديمية والتدريبية الوطنية والإقليمية على تطوير المحتوى وتقديمه. يجري تضمين المفاهيم الأساسية حول تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ والمدونة في التدريب قبل الخدمة للمهنيين الصحيين المعنيين. كما يجري دمج دروس من الاستجابة لحالات الطوارئ السابقة في حزم التدريب، وأيضاً توثيق من يتم تدريبهم وكيفية الوصول إليهم في حالات الطوارئ.

2.5 تحديد واستخدام الخبرات والشبكات الوطنية القائمة، مثل تقديم المشورة والدعم حول الرضاعة الطبيعية. وتشمل مصادر جهات الاتصال الوطنية: وزارة الصحة، مكاتب اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية المحلية؛ التحالف العالمي للعمل من أجل الرضاعة الطبيعية (WABA) ^e؛ منظمة لاليش ليغ La Leche League ^f، وغيرها من منظمات دعم الرضاعة الطبيعية؛ الرابطة الدولية لمشاوري الرضاعة (ILCA) ^g؛ والشركات الوطنية التابعة للرابطة؛ والمجموعات الوطنية للشبكة الدولية لأغذية الأطفال (IBFAN) ^h (راجع 7 لجهات الإتصال).

3. تنسيق العمليات

3.1 تعتبر الحكومة هي السلطة التنسيقية الرئيسية لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. عندما يكون ذلك غير ممكناً أو يكون هناك حاجة للدعم، فيما بين وكالات الأمم المتحدة ووفقاً للتفويضات، فإن تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ تصبح من مسؤولية اليونيسيف أو مفوضية شؤون اللاجئين، حيث:

- i. يمكن اعتبار هيئة التنسيق لليونيسيف وكالة رائدة ضمن المنهج القائم على الاستجابة الإنسانية للجنة الأمم المتحدة الدائمة المشتركة بين الهيئات حيث يتم تفعيل مجموعة محلية، أو اعتبارها وكالة تابعة للأمم المتحدة وتتولى المسؤولية المنوطة بها بتغذية الرضع وصغار الأطفال في الحالات الإنسانية⁽²⁾.
- ii. في حالات الإستجابة للنزوح الداخلي، تتولى اليونيسيف مسؤولية تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ⁽³⁾.
- iii. في حالات الاستجابة للاجئين، تُعتبر مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين هي الوكالة المسؤولة عن تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ¹.
- iv. في جميع الظروف، ستقوم اليونيسيف ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين بزيادة التآزر بين القدرات الفنية والإدارية لكل منهما، وتوافر الموارد وقدرات الاستجابة.

يعد برنامج الأغذية العالمي هو المسؤول عن حشد المساعدات الغذائية في حالات الطوارئ بطريقة تدعم أحكام الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. كما تُعتبر منظمة الصحة العالمية هي المسؤولة عن دعم الدول الأعضاء للتأهب، الإستجابة والإنعاش من حالات الطوارئ ذات العواقب على الصحة العامة.

(1) راجع المراجع القسم 8.3 - التدريب.

(2) راجع 14 في المراجع القسم 8.2 السياسة - السياسة التنظيمية.

(3) راجع 14 في المراجع القسم 8.2 السياسة - السياسة التنظيمية.

3.2 ضمان توفر القدرة على تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ ضمن إطار آليات التنسيق في حالات الاستجابة للطوارئ. تقييم ودعم تنمية قدرات التنسيق لدى الحكومة بحسب الحاجة. تحديد أو توضيح أدوار ومسؤوليات التنسيق في حالات التأهب والاستجابة المبكرة. تتحمل مكاتب اليونسيف الوطنية مسؤولية أساسية للتخصيص لاحتياجات التنسيق في حالات الطوارئ، وحسب الحاجة، من أجل دعم قدرة الحكومة وتنمية المهارات في هذا الصدد.

3.3 يجب على هيئة تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ العمل على تنسيق استجاباتها مباشرة أو ضمان وضع آليات وقدرات ملائمة للتنسيق⁽¹⁾. وقد يشمل ذلك تعيين أو انتداب موظفين إضافيين أو الشراكة/ التعاون مع وكالة أو وكالات أخرى. يمكن تحديد أو تشكيل آليات الدعم التقني الوطنية/ الإقليمية/ العالمية أو الفرق العاملة لدعم التنسيق. عندما يتم تحديد وكالة شريكة لتباشر القيام بأنشطة التنسيق، تظل سلطة التنسيق التابعة لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ مسؤولة عن ضمان استجابة كافية وملائمة وفي الوقت المناسب.

3.4 يرتبط مستوى التنسيق، بما في ذلك ما إذا كانت هناك حاجة إلى تخصيص منسق لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، على السياق. حيثما كان ذلك ممكناً، يجري دعم الحكومة للقيام بمسؤوليتها تجاه تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ والعمل بالآليات والهيكليات القائمة على المستوى الوطني. يجري أيضاً التعرف أو تحديد قدرة تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ ضمن آلية تنسيق القطاعات الأكثر صلة، كالتغذية، والصحة أو الأمن الغذائي.

3.5 يوفر التنسيق توجيهها تقنياً محدد السياق حول تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ لجميع المستجيبين؛ ويحدد نقاط الضعف الحرجة وثغرات الاستجابة والعمل على ضمان سرعة معالجتها، ويراقب ملاءمة الاستجابة. وتشمل مسؤوليات سلطة تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ بالتعاون الوثيق مع الشركاء في الحكومة أو القطاعات التالي:

- i. إجراء تحليل سياقي لبيانات خط الأساس المتوفرة لإبلاغ الإجراءات اللازمة على الفور.
- ii. ضمان إدراج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ ضمن تقييم الاحتياجات المبكر/ متعدد القطاعات/ السريع؛ تقديم المشورة بشأن استخدام المؤشرات القياسية ذات السياق المحدد؛ توفير تحليل حالة تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ؛ والتحقق من الحاجة وتوجيه المزيد من تقييم الاحتياجات (راجع 4).
- iii. ضمان إدراج تدخلات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، وانعكاسها بدقة في مكالمات تمويل حالات الطوارئ والنداءات العاجلة.
- iv. تقييم مدى ملاءمة توجيهات السياسة القائمة، وتوجيه التحديثات بحسب الضرورة، وكذلك تطوير التوجيهات المؤقت والبيانات المشتركة (راجع 1).
- v. تطوير والإشراف على تنفيذ استراتيجية الاتصال (راجع 3.7).
- vi. وضع خطة عمل محددة السياق، بالاعتماد على خطط التأهب حيثما وجدت (انظر 1.1)، وبالتعاون مع القطاعات الأخرى (راجع 5.6, 5.30-5.32، المرفق 1).

(1) راجع المراجع القسم 8.4 التنسيق - التخطيط والتنسيق للاستجابة الإنسانية

- vii. تحديد، والسعي الحثيث لتوفير الموارد اللازمة وقدرة الشركاء على دعم تنفيذ خطة العمل.
- viii. تنسيق دعم الإرضاع من الثدي وادخال التغذية التكميلية (راجع 5).
- ix. تنسيق إدارة التغذية الاصطناعية، حسب الضرورة (راجع 6.7-6.10).
- x. تخفيف وإدارة المخاطر المتعلقة بالاستجابة الإنسانية، بما في ذلك منع وإدارة تبرعات بدائل حليب الأم، ومنتجات الحليب، والأغذية التكميلية، ومانحي حليب الأم ومعدات التغذية (راجع 1.6-6.6).
- xi. تقديم توجيهات ملائمة حيثما تكون استجابة برمجة تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ معرضة للخطر (راجع 8.3).
- xii. التيقُّظ، تجنب وإدارة تضارب المصالح، مثلاً عند التعاون مع القطاع الخاص، وعند تأمين التمويل لتدخلات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (راجع 7.1). تطوير توجيهات مؤقتة عند الاقتضاء لكفالة وجود ضمانات كافية.
- xiii. رصد جهود الاستجابة لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (راجع 4.12-4.18).
- 3.6 التنسيق مع القطاعات الأخرى لتحديد فرص التعاون متعدد القطاعات⁽¹⁾ في تقييم الاحتياجات، والبرمجة، وإبلاغ السياسات القطاعية وخطط الأعمال وإدارة المخاطر فيما يتعلق بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. المشاركة بنشاط في اجتماعات التنسيق ذات الصلة بالقطاع. التعرف والانخراط بشكل مستقل مع الجهات العاملة على هياكل التنسيق الرئيسية، مثل العسكريين ومجموعات المتطوعين والمجتمع المدني.
- 3.7 ضمان تواصل منسق ودقيق ومتناسق وفي الوقت المناسب، مع الأشخاص المتضررين ومع المستجيبين ووسائل الإعلام. وينبغي أن توفر استراتيجية التواصل إطار عمل⁽²⁾ مرفق مع خطة تنفيذ. وتشمل الاعتبارات الرئيسية نشر توجيهات السياسة العامة؛ إرسال الرسائل إلى السكان المتضررين حول الخدمات المتاحة وحول ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال؛ تكييف الرسائل للفئات المستهدفة في جهود الإغاثة (مثل مجموعات العسكريين والمتطوعين ومجموعات المجتمع المدني)؛ تصريحات صحفية؛ مراقبة التغطية الإعلامية؛ وتكييف الرسائل لمختلف وسائل الإعلام (الراديو، والهاتف المحمول، ووسائل التواصل الاجتماعي). يتم تضمين دليل إعلامي بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ في القسم 8⁽³⁾.
- 3.8 في بعض حالات الطوارئ، قد لا يكون من الممكن تلبية جميع أحكام تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ على الفور، مثل الحالات التي يكون فيها الوصول إلى المتضررين محدوداً أو مستحيلاً، أو عند عدم توفر القدرة على تقديم الدعم اللازم. في مثل هذه الظروف، من الضروري توفير تحليل نقدي من قبل هيئة تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، والحكومة، واليونيسيف، ومنظمة الصحة العالمية، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين حيثما ينطبق ذلك (راجع 1.3)، لتوفير توجيهات محددة السياق بشأن الإجراءات المناسبة والتسويات المقبولة. قد تقصر البرمجة المعدلة عن توصيات الدليل العملي لتغذية

(1) راجع المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - التكامل

(2) راجع المراجع القسم 8.4 التنسيق - الاتصالات والدعوة

(3) راجع 65 في المراجع القسم 8.4 التنسيق - الاتصالات والدعوة؛ دليل وسائل الإعلام عن تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. المجموعة الأساسية لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ، 2007

- الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ وهذا يجب أن يكون مؤقتاً. ينبغي استخدام الاحتياجات غير الملباة ومخاطر البرمجة المعرضة للخطر في إبلاغ الدعوة الاستباقية لوصول المساعدات الإنسانية، وتوفير الموارد والقدرات. ينبغي تسجيل اتخاذ القرارات، كما يجب توثيق الدروس المستخلصة ومشاركتها.
- 3.9 تعتبر هيئة تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال مسؤولة عن تنفيذ المعايير والمؤشرات الدولية والوطنية ذات الصلة، بما في ذلك الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، معايير مشروع سفير (Sphere) والمدونة. وينبغي معالجة النقص في التوجيه (راجع 1.2-1.3).
- 3.10 ينبغي الإبلاغ عن الثغرات في القدرة على تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ عند الاستجابة لحالات الطوارئ إلى المكتب المحلي أو الإقليمي لليونسيف أو مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين أو إلى مقر الوكالة حسب الضرورة (راجع 7).

4-التقييم والرصد

معلومات عامة

- 4.1 تقييم الاحتياجات والأولويات لاستجابة تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ ورصد تأثير التدخلات والعمل الإنساني والتعاضد عن العمل. إعطاء الأولوية لتقييم الاحتياجات الملحة والصعوبات التي تعرض الأطفال لخطر أكبر. جمع البيانات النوعية والكمية حول التأهب، وتقييم الاحتياجات في وقت مبكر والدراسات الاستقصائية التمثيلية. الاستثمار في جمع معلومات موثوقة ودقيقة ومنهجية ومنسقة. التدقيق المتقاطع لمصادر المعلومات. يعتمد مستوى ونوع تقييم تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ الممكن في حالة طوارئ معينة، على توازن العوامل بما في ذلك الوصول إلى السكان، القدرة، نوع حالة الطوارئ (مثلاً حادة، أو مزمنة)، والموارد.
- 4.2 دراسة الفرص المتاحة لإدراج أسئلة تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ ضمن تقييمات احتياجات القطاعات الأخرى والإعتماد على البيانات متعددة القطاعات ذات الصلة، مثل المياه والصرف الصحي والنظافة العامة والتقارير الصحية. في أفرقة التقييم المتعددة القطاعات، يجب ضمان تلقي شخص واحد على الأقل التوجيه الأساسي حول تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. لتخطيط وتحليل تقييم الاحتياجات، ينبغي إشراك الموظفين ذوي الخبرة في تغذية الرضع وصغار الأطفال، والأمثل في تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. عندما تكون هذه القدرة محدودة على المستوى المحلي، ينبغي البحث عن دعم متخصص على المستوى الإقليمي و/ أو العالمي (راجع 7). التشاور مع المتخصصين في القطاعات لدعم تحليل البيانات المتعددة القطاعات حسب الضرورة.
- 4.3 تفصيل البيانات المصنفة للأطفال دون سن السنتين من العمر حسب الجنس والعمر على النحو التالي: 0-5 أشهر^k، 6-11 شهراً، 12-23 شهراً، ونسبة النساء الحوامل والمرضعات^l. بالاسترشاد بالسياق، يجري تصنيف المعلومات الرئيسية حسب الانتماء العرقي، والموقع، وما إلى ذلك لتمكين تحليل المساواة.
- بيانات ما قبل الأزمة وتقييم الاحتياجات المبكرة
- 4.4 استخدام المعلومات الأساسية لما قبل مرحلة الأزمة (البيانات الثانوية) لتطوير ملف حالة تغذية الرضع وصغار الأطفال للإبلاغ باتخاذ القرارات المبكرة والإجراءات الفورية. جمع المعلومات الأساسية في حالات التأهب أو عند الضرورة، في الاستجابة المبكرة.

4.5 تشمل مصادر المعلومات لما قبل الأزمة البرامج الحكومية الحالية، وبرامج المنظمات غير الحكومية، وبرامج الأمم المتحدة المحلية؛ المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات^m والمسوحات الصحية الديمغرافيةⁿ؛ المسوحات دون الوطنية؛ المؤسسات الوطنية (الوزارات، والمكاتب المحلية للتأهب لحالات الطوارئ؛ سلطات الأدوية والمعايير الغذائية)؛ دراسات المعارف والمواقف والممارسات؛ التقارير المحلية لمبادرة اتجاهات الرضاعة الطبيعية العالمية^o؛ قواعد بيانات منظمة الصحة العالمية واليونيسيف^p؛ "نظام المعلومات عن الوضع التغذوي^q؛ تقييمات ما بعد الطوارئ^r؛ النداءات العاجلة السابقة وخطط الاستجابة الإنسانية. كما يمكن الحصول على معلومات التغذية من خلال تقييمات مشتركة للتغذية والأمن الغذائي مثل "النهج المشترك لتقييم التغذية والأمن الغذائي"؛ التحليل الشامل للأمن الغذائي ومواطن الضعف؛ ونظم رصد الأمن الغذائي والتغذية.

4.6 تتضمن المعلومات المهمة التي يجب أخذها في عين الاعتبار:

4.6.1 البيانات السياقية^s

- i. **البيانات السياسية**، بما في ذلك التوجيهات الوطنية ذات الصلة وخطط التأهب^t؛ والوضع القانوني للمدونة؛ والسياسات والبروتوكولات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية وتغذية الرضع وغيرها من حالات طوارئ الصحة العامة/تقسي الأمراض المعدية (راجع 33.5-40.5)؛ التشريعات الوطنية للأغذية والأدوية التي تؤثر على شراء السلع الأساسية.
- ii. **الحالة التغذوية للأطفال قبل الطوارئ** بما في ذلك انتشار سوء التغذية الحاد، والتقرن وفقر الدم؛ والحالة التغذوية للأم، بما في ذلك انتشار فقر الدم.
- iii. **أمن السكان وصعوبات الوصول** إلى المناطق، كما هو الحال في المناطق المتأثرة بالصراع.
- iv. **عدد الحالات المقدرة للأطفال** دون سن الثانية (البيانات المصنفة؛ راجع 4.3) والنساء الحوامل والمرضعات.
- v. **معدل انتشار/تقارير الرضع** وصغار الأطفال والأمهات **الأكثر خطورة** (راجع 4.5).
- vi. **الأمن الغذائي للأسرة**، بما في ذلك الحصول على الأغذية التكميلية المناسبة (راجع 23.5).
- vii. **بيئة المياه والصرف الصحي والنظافة العامة**، بما في ذلك إمكانية الوصول إلى المياه المأمونة ومرافق الصرف الصحي، والأعراف الاجتماعية المتعلقة بالنظافة الصحية (راجع 32.5.viii).
- viii. **الصحة البيئية**، بما في ذلك الدعم المقدم من الجهات المقدمة لخدمات ما قبل الولادة والولادة وخدمات ما بعد الولادة؛ والعمر والملف المرضي للقبول في برامج علاج سوء التغذية الحاد؛ ومعدلات الإصابة بالأمراض المعدية؛ معدل الوفيات الخام^u، معدل وفيات الرضع^v ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة^w؛ تغطية العلاج المضاد للفيروسات الرجعية؛ والدعم الذي توفره الخدمات الاجتماعية وآليات الحماية الاجتماعية.
- ix. **القدرة وتوافر مقدمي الدعم المحتمل**، مثل الأمهات المرضعات، والعاملين الصحيين المدربين، المستشارين المدربين، النساء من ذوات الخبرة من المجتمع، وشبكات العاملين في التوعية المجتمعية، والمترجمين الفوريين.

4.6.2 بيانات تغذية الرضع وصغار الأطفال

ممارسات التغذية قبل حالات الطوارئ، بما في ذلك معدل انتشار: بدء الرضاعة الطبيعية عند الأطفال حديثي الولادة؛ الرضاعة الطبيعية المبكرة والحصرية للرضع دون سن الستة أشهر؛ الرضع دون سن ستة أشهر الذين لم يحصلوا على رضاعة طبيعية؛ استمرار الإرضاع من الثدي عند عمر السنة وعمر سنتين، والحد الأدنى من النظام الغذائي المقبول؛ الرضاعة باستخدام الزجاجات (في أي سن)؛ استخدام بدائل حليب الأم، بما في ذلك الحليب الاصطناعي، بحسب الفئات العمرية⁽¹⁾.

- i. **معرفة ومواقف الأشخاص بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال.**
- ii. **ممارسات التغذية التكميلية السائدة والأغذية التكميلية الشائعة المستخدمة ومصادرها.**
- iii. **قبول وإمكانية إعادة إدرار الحليب (العودة لإرضاع الطفل بعد الإنقطاع)، اللجوء إلى مرضعة، اللجوء إلى مانحي حليب الأم، وتوافر بنوك الحليب البشري (راجع 5.11-5.14).**
- iv. **النظرة المحلية لإعاقة الطفل وما يرتبط بها من ممارسات التغذية والرعاية. التقارير والملاحظات المتعلقة بالأطفال ومقدمي الرعاية من ذوي الإعاقة وأي قضايا تتعلق بالتغذية أو الرعاية.**
- v. **تقارير صعوبات التغذية أو طلبات لدعم التغذية (بما في ذلك طلبات بدائل حليب الأم) من الأمهات والأسر والمجتمعات المحلية و/أو في وسائل الإعلام.**
- vi. **طلبات أو تقارير عن التوزيع أو التبرع غير المستهدف لبدايل حليب الأم، والأغذية التكميلية، أو معدات التغذية.**

4.7 إجراء تقييم للاحتياجات المبكرة (السريعة)⁽²⁾ لإبلاغ القرارات الاستراتيجية (مثلاً السكان المستهدفين، الجغرافيا، نوع المشكلة، وحجم المشكلة، وعدد الأفراد المتأثرين، ومؤشر تقييم الاحتياجات الإضافية) والقرارات التنفيذية (مثل الميزانية والمعدات، والمهارات واحتياجات الموظفين) حول الاستجابة. حيثما أمكن، يجري الربط أو الدمج مع تقييم الاحتياجات المتعدد القطاعات. هناك حاجة إلى تحليل نقدي للبيانات الكمية والنوعية لتحديد التدخلات الملائمة.

4.8 في حال لم يكن المسح التمثيلي ممكناً، يجري استخدام وسائل بديلة إنتهازية لجمع البيانات ذات الصلة بشأن الحالة الراهنة. وتشمل مقاربات جمع البيانات مجموعات النقاش المركزة، والمقابلات الفردية، وزيارات المسح الشامل وزيارات السوق. يتم إجراؤها على مستوى الأسرة أو المجتمع المحلي، بما في ذلك أماكن تجمع السكان، مثل مراكز التسجيل وتوزيع الأغذية والمراكز الصحية. مع المجتمعات المتنقلة، يجب القيام بمسح سريع للحوامل والمرضعات، لا سيما أمهات الرضع الصغار. على أن تأخذ في الاعتبار القيود المنهجية في التحليل.

4.9 جمع المعلومات لمجموعات سكانية مختلفة (حسب الجغرافيا، والانتماء العرقي، إلخ) قدر الإمكان. استخدام المؤشرات القياسية⁽³⁾ وتطوير مؤشرات محددة السياق بحسب الضرورة، بالتشاور مع هيئة تنسيق تغذية

(1) راجع المراجع القسم 8.5 التقييم والمراقبة

(2) راجع 76 في المراجع القسم 8.5 التقييم والمراقبة - جمع البيانات (التقييم)

(3) راجع المراجع القسم 8.5 التقييم والرصد - المؤشرات

الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. تشمل المصادر الإضافية للمعلومات تقارير الحالة الإنسانية، وتقارير تقييم احتياجات القطاع، تقارير الإعلام، مناقشات التمويل ووسائل التواصل الاجتماعي.

4.10 التنبيهات في تقييم الاحتياجات المبكرة التي تتطلب مزيداً من التحقيق تشمل: الإرتفاع في معدل الوفيات الخامو معدل وفيات الرضع و/أو معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة؛ تقارير عن وفيات الرضع أو الأمهات؛ إرتفاع نسبة سوء التغذية الحاد الشامل فوق 5%؛ ممارسة التغذية الاصطناعية قبل حالة الطوارئ؛ انخفاض نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية قبل حالة الطوارئ (أقل من 50%)؛ بلاغات من الأمهات اللواتي واجهن صعوبات في الرضاعة الطبيعية؛ الإنخفاض في نسبة الإرضاع الطبيعي المستمر خلال سنة واحدة (أقل من 70%)؛ تقارير عن رضع لا يتم إرضاعهم طبيعياً دون سن الستة أشهر؛ مطالبات بحليب أطفال؛ قلة توافر الأغذية التكميلية المناسبة؛ وجود رضع تقل أعمارهم عن ستة أشهر يعانون من سوء تغذية حاد؛ وجود أيتام تحت عمر السنتين؛ تقارير عن تبرعات لبدائل حليب الأم أو توزيعات غير مستهدفة لبدائل حليب الأم^x.

تقييم معمق

4.11 عندما يكون المزيد من التقييم المعمق مطلوباً وممكناً، قم بإجراء مسح تمثيلي (أي أخذ عينات عشوائية أو أخذ عينات بشكل منهجي أو أخذ عينات عنقودية)⁽¹⁾. وقد ينطوي ذلك على إجراء مسح لتغذية الرضع وصغار الأطفال مستقل أو تقييم لتغذية الرضع وصغار الأطفال مدمج في تقييم آخر، مثل مسح أنثروبومتري (قياسات جسد الإنسان) أو مسح الصحة الإنجابية. وسيؤثر الدمج على حجم عينة المسح، والفئة العمرية للعينة، وحجم الاستبيان. وينبغي استخدام مؤشرات قياسية (راجع 4.9). تحديد العمر بدقة⁽²⁾. ويمكن أيضاً تقييم مستوى معرفة تغذية الرضع وصغار الأطفالو موقف المجتمع منها.

المراقبة

4.12 ينبغي أن تشمل استراتيجيات التدخل: الأهداف، والسكان المستهدفين، والمخرجات والنتائج المتوقعة. إستعن بمؤشرات عملية/ مؤشرات المخرجات لقياس جودة وكمية ومدى تغطية واستخدام الخدمات والبرامج، واستعن بمؤشرات النتائج لوصف تأثير/ نتيجة التدخل. حدد نقاطاً مرجعية لتحديد مدى التقدم والإنجاز مقارنة مع الإطار الزمني للتدخل.

4.13 استخدام المؤشرات الكمية والنوعية لتحديد أثر أنشطة تغيير السلوك؛ من المرجح أن ترتبط هذه المؤشرات بالبرامج طويلة المدى في سياقات الطوارئ المزمومة. قيم تغطية الخدمات على النطاق الجغرافي أو السكاني باستخدام أساليب تقييم التغطية المناسبة³. إستخدام الدراسات الاستقصائية الدورية لتحديد الآثار. يمكن أن تتكرر عمليات التقييم (أو أجزاء من التقييم المرجعي، على سبيل المثال) كجزء من عملية المراقبة.

4.14 مراقبة أنشطة وتدخلات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ باستخدام المؤشرات القياسية⁽³⁾ المدمجة أصلاً في نظم الرصد والتقييم والمساءلة والتعلم حيثما وجدت. مواومة استخدام المؤشرات بين

(1) راجع المراجع القسم 8.5 التقييم والرصد - التقييم المتعمق

(2) راجع المراجع القسم 8.5 التقييم والمراقبة

(3) راجع المراجع القسم 8.5 التقييم والرصد - المؤشرات

الشركاء المنفذين وفي الدراسات الاستقصائية. تصنيف البيانات حسب العمر والجنس والفئات الضعيفة ومؤشرات الإنصاف بما يناسب السياق (راجع 4.3)

4.15 مراقبة استجابة تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ مقارنة بالمؤشرات العالمية ذات المستوى الأعلى، على سبيل المثال معايير Sphere. إدراج تغذية الرضع وصغار الأطفال في تقييمات الإستجابة الإنسانية.

4.16 رصد انتهاكات المدونة وإبلاغها للسلطات المحلية، ولهيئة تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال والمراقبين الدوليين² (راجع 7.1 الإتصالات وإعداد التقارير). ادمع الحكومة في تطوير السياسات والإجراءات لرصد انتهاكات المدونة والعمل عليها. تتحمل المكاتب المحلية لمنظمة الصحة العالمية واليونيسيف مسؤوليات رئيسية في هذا الصدد. وتتعلق انتهاكات المدونة عادة في حالات الطوارئ بتوسيم حليب الأطفال وإدارة الإمدادات والتبرعات (راجع 6.1؛ 6.15؛ 6.25-6.26).

4.17 ضمان دمج المساواة والإنصاف⁽¹⁾ بين الجنسين بشكل ثابت في برامج الوقاية من الكوارث والاستجابة الإنسانية والإنعاش.

4.18 استخدام الأساليب/ الطرق التشاركية لإشراك الفئات السكانية المستهدفة، بما في ذلك تخطيط البرامج وتصميمها، وفي جلسات التغذية الراجعة وفي نشر النتائج⁽²⁾ ينبغي توفير آلية تقديم شكوى سرية بشأن الأنشطة والتدخلات المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال. التعلم من وتكييف البرامج/ الأنشطة حسب الضرورة. توثيق التجارب من أجل مشاركتها على نطاق أوسع⁽³⁾.

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

5.1 على المستوى الوطني، تتحمل اليونيسيف مسؤولية رئيسية في تحديد التدخلات الأساسية لتغذية الرضع وصغار الأطفال والدعوة إليها وتوجيهها بالتعاون الوثيق مع الحكومة وأصحاب المصلحة الآخرين⁽⁴⁾. وتمتد هذه المسؤولية لتشمل كل من التأهب والإنعاش، وذلك بالاستفادة من القدرات والشبكات والسياسات والنظم القائمة والبناء عليها، وهي تتطلب مشاركة متعددة القطاعات. في أوضاع اللاجئين، تتحمل مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين هذه المسؤولية (راجع 3.1). يقع على عاتق برنامج الأغذية العالمي مسؤولية ضمان مراعاة تغذية الرضع وصغار الأطفال والنساء الحوامل والمرضعات في الاستجابة للمساعدة الغذائية، وجمع البيانات اللازمة للإبلاغ عن البرامج ذات الصلة.

5.2 تفصيل بيانات الأطفال دون سن الخامسة حسب الجنس والعمر على النحو التالي: 0 - 5 أشهر، 6 - 11 شهرا، 12 - 23 شهرا، 24 - 59 شهرا. بناءً على السياق، يجري تصنيف المعلومات الرئيسية بحسب الانتماء العرقي، والموقع، وما إلى ذلك لتمكين تحليل الإنصاف.

(1) راجع المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - نوع الجنس

(2) راجع المراجع القسم 8.5 التقييم والمراقبة - المشاركة

(3) راجع المراجع القسم 8.5 التقييم والمراقبة - التعلم

(4) راجع 14 في المراجع القسم 8.2 السياسة - السياسة التنظيمية

- 5.3 يجب التأكد من استيفاء **الاحتياجات الغذائية** لعامة السكان، مع إيلاء اهتمام خاص للوصول إلى الأطعمة التكميلية المناسبة للأطفال⁽¹⁾ وكفاية التغذية للنساء الحوامل والمرضعات⁽²⁾.
- 5.4 إنشاء خدمات دعم تغذية الرضع وصغار الأطفال التي يمكن الوصول إليها لتزويد الرضع والأطفال الصغار والأمهات **الأكثر عرضة للخطر** مثل الأيتام والأطفال غير المصحوبين بذويهم والأطفال الذين لا يرضعون رضاعة طبيعية؛ الأطفال المصابين بإعاقات تؤثر على التغذية أو عندما يكون مقدمو الرعاية معاقين⁽³⁾؛ الأمهات المحتجزات؛ الأطفال الذين تعاني أمهاتهم من المرض؛ الأمهات المراهقات؛ الأطفال الخدج؛ الرضع المولودين بوزن قليل؛ والأطفال و/أو الأمهات اللواتي يعانين من سوء التغذية الحاد.
- 5.5 تشجيع الأمهات/مقدمي الرعاية على الذهاب للحصول على الخدمات الصحية عندما يكون طفلهم مريضاً أو إذا كان لديهم مخاوف تتعلق بالصحة أو التغذية. ضمان حصولاً للأطفال المرضى و/أو الذين يعانون من سوء التغذية على الدعم الغذائي والمتابعة التغذوية.
- 5.6 التعاون عبر قطاعات متعددة لتحقيق أقصى قدر من التآزر والفرص لدعم ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال الموصى بها وتقليل المخاطر⁽⁴⁾.

دعم الرضاعة الطبيعية

- 5.7 حماية وتعزيز ودعم المبادرة المبكرة للرضاعة الطبيعية الحصرية لجميع الأطفال حديثي الولادة. قم بدمج الخطوات العشر للرضاعة الطبيعية الناجحة من مبادرة المستشفيات الصديقة⁽⁵⁾ للأطفال التابعة لمنظمة الصحة العالمية/ اليونيسيف ضمن خدمات الأمومة. وتشمل التدخلات الرئيسية في مجال صحة الأطفال حديثي الولادة⁽⁶⁾ ملامسة الجلد للجلد، ورعاية الأم بطريقة الكنغر^{aa}، و"المساكنة" (بقاء الأمهات والرضع معاً) وتأخير ربط الحبل السري^{bb}. إقتصار المكملات من بدائل حليب الأم على الإحتياجات الطبية⁽⁷⁾. استهداف دعم أمهات الاطفال الخدج^{cc} أو منخفضي الوزن⁽⁸⁾ والأمهات المراهقات والأمهات لأول مرة. ضمان الحصول على خدمات فيروس نقص المناعة البشرية حسب الاقتضاء، بما في ذلك الدعم التغذوي إذا لزم (راجع 5.33-5.39). ضمان تسجيل المواليد الجدد في غضون أسبوعين من الولادة والتنسيق مع القطاعات الأخرى (مثل الصحة والأمن الغذائي والحماية الاجتماعية) لتسهيل الحصول على خدمات الدعم. استخدام وبناء القدرات القائمة (مثل القابلات التقليديات والقابلات القانونيات والأقران) لتوفير الدعم بمهارة للرضاعة الطبيعية⁽⁹⁾.

(1) راجع المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - التغذية التكميلية

(2) راجع المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - تغذية الأمهات

(3) راجع المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - الاعاقة

(4) راجع المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - الإدماج

(5) راجع المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - التدخلات

(6) راجع المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - التدخلات

(7) راجع المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات

(8) راجع المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات

(9) راجع المراجع القسم 8.3 التدريب - المشورة

5.8 حماية وتشجيع ودعم **الرضاعة الطبيعية الحصرية** عند الرضع الذين نقل أعمارهم عن ستة أشهر، واستمرار **الرضاعة الطبيعية** للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ستة أشهر إلى سنتين أو أكثر. تصميم التدخلات الحساسة من الناحية الثقافية (المراعية للعادات) والتي تقلل من مخاطر الممارسات السائدة غير الموصى بها في تغذية الرضع وصغار الأطفال. وفي الحالات التي تمارس فيها التغذية المختلطة لدى الرضع الذين نقل أعمارهم عن ستة أشهر، ينبغي توفير الدعم الحساس (المُراعي) للأمهات للانتقال إلى الرضاعة الطبيعية الحصرية (راجع 5.33-5.36 الرضاعة الطبيعية في سياق فيروس نقص المناعة البشرية).

5.9 يجب مراعاة استخدام أجهزة التغذية التكميلية ومضخات الثدي فقط عندما يكون استخدامها أمراً ضرورياً وحيثما يكون من الممكن تنظيفها بشكل صحيح، كما هو الحال في المنشآت الصحية⁽¹⁾.

الأطفال الذين لا يرضعون طبيعياً

5.10 في جميع حالات الطوارئ، ينبغي التدخل لحماية ودعم الرضع والأطفال الذين لا يرضعون طبيعياً، لتلبية **الاحتياجات الغذائية** وتقليل المخاطر. تتأثر عواقب عدم الرضاعة الطبيعية بسن الطفل (الأصغر سناً هم الأكثر ضعفاً)؛ التواجد في بيئة أمراض معدية؛ الحصول على إمدادات مضمونة من بدائل مناسبة عن حليب الأم، والوقود ومعدات الطهي؛ وظروف المياه والصرف الصحي والنظافة.

5.11 في حالة عدم رضاعة الرضيع من قبل والدته، استكشف بسرعة، حسب الأولوية، جدوى إعادة الإرضاع، والإستعانة بمرضعة، وتبرعات الحليب البشري، مع مراعاة السياق الثقافي، ومدى تقبل الأمهات، وتوافر الخدمات. إذا كانت هذه الخيارات غير مقبولة للأمهات/مقدمي الرعاية أو غير ممكن تطبيقها، يجب تأمين الحصول على إمدادات مضمونة ومناسبة من بدائل حليب الأم، مصحوبة بحزمة دعم أساسية (راجع 6).

5.12 ستحتاج الأم غير المرضعة التي ترغب في **إعادة الإرضاع** إلى دعمٍ خبير في الرضاعة الطبيعية حتى تتم إعادة الإرضاع بنجاح⁽²⁾. يعتمد النجاح على صحة الأم ودوافعها؛ سن الرضيع؛ مدة توقف الأم عن الرضاعة الطبيعية؛ وحصولها على الدعم الماهر دائماً. الرضع أقل من ستة أشهر هم الأكثر إستفادة.

5.13 التحقق من مدى القبول الثقافي **للإستعانة بمرضعات** ومدى توافر المرشحات في حالات التأهب وكجزء من تقييم الاحتياجات المبكر. يمكن دمج الإستعانة بمرضعة مع إعادة الإرضاع حيث تقوم المرشحة بالإرضاع إلى أن توفر الأم الحليب بشكل كافي. يجب إعطاء أولوية المرشحات للرضع الأصغر سناً (راجع 5.33 - 5.39 لاعتبارات تتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية).

5.14 حتى الآن، هناك القليل من الخبرة حول استخدام **الحليب البشري المتبرع به** الرسمي أوغير الرسمي في حالات الطوارئ. ومن المرجح أن يكون الحليب البشري المتبرع به خياراً أكثر قابلية للتطبيق عندما تكون بنوك الحليب البشري موجودة في المنطقة المتأثرة بحالات الطوارئ والتي يتم دمجها في برامج تغذية الرضع وصغار الأطفال الواسعة النطاق^{dd} وحيثما يتم استيفاء الشروط^{ee} الرئيسية. عندما يكون الحليب البشري المتبرع به متاحاً، قد يكون هناك نقص في الكمية المعروضة؛ لذلك ينبغي إعطاء الأولوية للرضع الضعفاء (مثل الأطفال منخفضي الوزن عند الولادة، والخدج والمرضى)⁽³⁾. يحتاج مقدمو رعاية الرضع الذين يتلقون الحليب

(1) راجع 107 المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - الرضاعة الطبيعية

(2) راجع 108 المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - الرضاعة الطبيعية

(3) راجع 111 المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - ظروف خاصة

البشري الممنوح إلى المشورة والدعم لضمان الاستخدام الملائم والأمن. (راجع 6.3 فيما يتعلق بالتبرعات في حالات الطوارئ).

5.15 يُعتبر الحليب الاصطناعي هوالبديل المناسب للرضع الذين تقل أعمارهم عن⁽¹⁾ ستة أشهر (راجع 6.15 للمواصفات). يمكن إستخدام بدائل أخرى لحليب الأم للأطفال من عمر الستة أشهر وأكثر، مثل الحليب الحيواني كامل الدسم المبستر أو المغلي (الأبقار والماعز والجاموس والغنم والإبل)، والحليب الحيواني المبستر بحرارة عالية جداً، الحليب المبخر (ولكن ليس المكثف)، الحليب المخمر أو اللبن⁽²⁾. استخدام حليب الأطفال لمن هم أكبر من ستة أشهر سيعتمد على ممارسات ما قبل الطوارئ، والموارد المتاحة، ومصادر أمانة بدائل حليب الأم، ومدى توفر الأطعمة التكميلية، وسياسات الحكومة والوكالات. أنواع حليب المتابعة وحليب النمو، وحليب الأطفال الصغار المسوق للأطفال فوق عمر الستة أشهر ليست ضرورية ولا ينبغي أن تقدم. وعند الحاجة لحليب الأطفال ولكن الإمدادات محدودة، يجب إعطاء الأولوية للرضع دون سن ستة أشهر الذين لا يتلقون رضاعة طبيعية.

لا ينصح بالحليب الحيواني المعد منزلياً للأطفال الرضع في سن أقل من ستة أشهر بسبب عدم كفاية المغذيات وينبغي أن يستخدم فقط كتدبير أخير ومؤقت (راجع 9 للحصول على معلومات حول بدائل حليب الأم التي تقع ضمن نطاق المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم).

5.16 الحاجة لبدايل حليب الأم قد تكون مؤقتة أو طويلة الأجل. تشمل دلائل "الحاجة المؤقتة لبدايل حليب الام": خلال اعادة الإرضاع؛ الانتقال من التغذية المختلطة إلى الرضاعة الطبيعية الحصرية؛ انفصال قصير الأجل للرضع عن الأم؛ فترة انتظار قصيرة الأجل حتى توافر مرضعة أو حليب بشري ممنوح. تشمل دلائل "الحاجة الطويلة الأجل لبدايل حليب الام": الأطفال الذين لم يتلقوا رضاعة طبيعية قبل الأزمة؛ الأم التي لا ترغب أو غير قادرة على اعادة الإرضاع؛ الرضع الذين يتلقون التغذية البديلة في سياق فيروس نقص المناعة البشرية؛ الرضع اليتامى؛ الرضع لأم غائبة غياباً طويلاً الأجل؛ حالات طبية محددة للرضع أو للأمهات⁽³⁾؛ الأم المريضة جداً؛ الرضع المرفوضين من الأم؛ أم نجت من اغتصاب لا ترغب في الرضاعة الطبيعية.

5.17 تحديد الحاجة لحليب الأطفال من خلال تقييم على المستوى الفردي⁽⁴⁾ يقوم به عامل صحة أو تغذية مؤهل ومُدرّب على قضايا الرضاعة الطبيعية وتغذية الرضع. توفير التوعية والتدريب لمقدم الرعاية حيث يكون التثقيف على مستوى فردي، ويشمل التدريب شرحاً عملياً "شخصياً" مع تدريب عملي على الإعداد الآمن. ضمان المتابعة (مرتين على الأقل في الشهر) وتتبع المتسربين.

5.18 يجب توفير حليب الأطفال طالما أن الطفل بحاجة له أي حتى يتم إعادة تأسيس الرضاعة الطبيعية أو على الأقل حتى ستة أشهر من العمر.

5.19 في الحالات التي يتعذر فيها إجراء عمليات التقييم والدعم والمتابعة على مستوى الأفراد، مثل الحالات التي تتعرض فيها إمكانية الوصول إلى السكان للخطر^{ff}، تشاور مع هيئة تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في

(1) راجع 112 المراجع القسم 8.7 التغذية الإصطناعية، مواصفات بدائل الرضاعة الطبيعية

(2) راجع 117 المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - التغذية التكميلية

(3) راجع 109 المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - التغذية الإصطناعية

(4) راجع المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - ارشاد تغذية الرضع وصغار الأطفال

حالات الطوارئ للحصول على نصيحة حول **تكييف** معايير التقييم وحول شروط الاستهداف وخيارات البرامج (راجع 3.8)⁽¹⁾.

(1) راجع 133 المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - برمجة تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ للحصول على مثال للفحص الأدنى للسكان في العبور

التغذية التكميلية

5.20 ينبغي أن تقدم سلطة تنسيق تغذية الرضع في حالات الطوارئ المعينة توجيهات واضحة حول احتياجات التغذية التكميلية والتدخلات⁽¹⁾. وتعتبر الحكومة هي السلطة الرئيسية للتنسيق لتوجيه الاستجابة بشأن التغذية التكميلية. عندما يكون ذلك غير ممكناً أو إذا كان هناك حاجة للدعم، فإن مسؤولية التنسيق بشأن التغذية التكميلية توكل لليونيسيف أو مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، بحسب السياق، بالتعاون الوثيق مع الحكومة ووكالات الأمم المتحدة الأخرى والشركاء التنفيذيين. في جميع السياقات، تقع على عاتق اليونيسيف مسؤولية أساسية في تقديم التوجيهات بشأن الأغذية التكميلية المناسبة وممارسات التغذية، وأيضاً المساعدة في تحديد التدخلات الأساسية. في برامج المساعدة الغذائية يتحمل برنامج الأغذية العالمي مسؤولية توفير أو تمكين الحصول على الأغذية الغنية بالمغذيات المناسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و23 شهراً والمرضعات والحوامل، فور وجود ثغرات في توافر الأغذية والمغذيات.

5.21 تعتمد تدخلات التغذية التكميلية على السياق والأهداف والإطار الزمني للاستجابة. قد يكون من الضروري اتخاذ إجراءات قصيرة الأجل لتلبية الاحتياجات العاجلة وملء الثغرات الغذائية المحددة، مع انتقال المخطط إلى خيارات طويلة الأمد. أدوات المساعدة متوفرة لتحليل الفجوة الغذائية⁹⁹.

5.22 الاعتبارات الرئيسية في تحديد استجابة التغذية التكميلية تشمل عدة نقاط: الثغرات التغذوية الحالية والموجودة مسبقاً؛ والموسمية؛ والمعتقدات الاجتماعية والثقافية؛ الأمن الغذائي؛ التوافر الحالي للأطعمة المناسبة؛ جودة الأغذية التكميلية المتاحة محلياً، بما في ذلك المنتجات التجارية؛ مدى الالتزام بالمدونة الدولية وإرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن إنهاء الترويج غير المناسب لأغذية الرضع والأطفال الصغار من المنتجات المتاحة؛ الكلفة؛ نسبة الرضع و صغار السن غير المرضعين طبيعياً^{hn}؛ تقارير عن الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التغذية مرتبطة بالإعاقة؛ تغذية الأمهات؛ ظروف المياه والصرف الصحي والنظافة؛ طبيعة وقدرات الأسواق القائمة وأنظمة التسليم؛ التشريعات الوطنية المتعلقة بالأغذية والدواء، ولا سيما الاستيراد؛ ودليل تأثير الأساليب المختلفة في السياقات الحالية أو سياقات أخرى مماثلة.

5.23 خيارات/اعتبارات دعم الغذاء التكميلي تشمل:

- i. برامج توزيع النقد أو قسائم لشراء الأطعمة الغنية بالمغذيات و/أو الأطعمة المدعمة التي تتوفر محلياً.
- ii. توزيع الأغذية الغنية بالمغذيات أو الأغذية المدعمة على مستوى الأسرة.
- iii. توفير أغذية مدعمة بمغذيات دقيقة متعددة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و23 شهراً وللحوامل والمرضعات، ومن خلال التغذية التكميلية الشاملة. ومن الأمثلة على ذلك الأطعمة المدعمة المطحونة مثل سوبرسيريال بلاس وسوبرسيريال (أو الأنواع المحلية من هذا النوع من العصيدة المدعمة)، والمكملات الغذائية القائمة على الدهون (كمية صغيرة إلى متوسطة) (راجع 9)
- iv. تزويد المنازل بمكملات المغذيات الدقيقة لإضافتها للطعام، مثل مساحيق المغذيات الدقيقة أو غيرها من المكملات. يرجى ملاحظة أنه لا ينبغي تقديم مساحيق المغذيات الدقيقة عندما يكون هناك توزيع شامل للأغذية المدعمة بالمغذيات الدقيقة المتعددة (راجع 5.29).

(1) راجع المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - التغذية التكميلية

v. برامج سبل العيش وبرامج شبكات الأمان للأسر التي لديها أطفال دون سن الثانية و/ أو النساء المرضعات والحوامل.

vi. استخدام الحليب والمنتجات الحيوانية (راجع 5.25).

vii. توفير المواد غير الغذائية ولوازم الطهي (بما في ذلك الوقود)؛ الوصول إلى مناطق إعداد الأغذية المجتمعية حيث لا تتوفر المرافق المنزلية؛ المشورة بشأن التعامل الآمن مع الأغذية؛ وحماية الأكل وساحات اللعب.

5.24 يجب أن تستوفي **الأطعمة التكميلية المنتجة تجارياً** المعايير الدنيا. يرجى الرجوع إلى المبادئ التوجيهية الدولية بشأن صياغة الأغذية التكميلية⁽¹⁾ والمعايير الدنيا للقيمة التغذوية للأغذية التكميلية⁽²⁾، والمعايير الخاصة بكل بلد حسب الضرورة. إعطاء الأولوية للأغذية التكميلية المحلية المألوفة ذات الجودة على استيراد المنتجات الجديدة (راجع 5.22 لاعتبارات رئيسية). الأطعمة العلاجية الجاهزة للاستخدام ليست أغذية تكميلية مناسبة.

5.25 حيث يكون **حليب الحيوان** سمة هامة من سمات الوجبات الغذائية للأطفال، كما هو الحال في المجتمعات الرعوية، فمن المهم تحديد كيفية تضمين منتجات الحليب بأمان كجزء من نظام غذائي تكميلي. ويمكن استخدام منتجات الحليب لإعداد أغذية تكميلية لجميع الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن ستة أشهر. ينبغي توصية الأمهات المرضعات بعدم استبدال حليب الثدي بحليب الحيوان. يمكن توفير حليب الحيوانات المبستر أو المغلي للأطفال الذين لا يرضعون رضاعة طبيعية وتزيد أعمارهم عن ستة أشهر، وللأمهات المرضعات للشرب في **البيئات الخاضعة للرقابة** (مثلاً حيث يتم توفير الحليب واستهلاكه في نفس الموقع "رضاعة من مرضعة") يجب عدم توزيع الحليب الحيواني خارج هذه البيئات الخاضعة للرقابة. (راجع 5.15 و6.25)

5.26 تأكد من أن جميع التدخلات التغذوية التكميلية تحمي وتدعم الممارسات المناسبة من خلال توفير⁽³⁾ مشورة **محددة السياق والدعم**، بما في ذلك كيفية تكييف الأغذية المتاحة لتغذية مختلف الفئات العمرية وإعداد الطعام والتخزين الصحي.

5.27 يتطلب ضمان أن تدخلات التغذية التكميلية تتوافق مع إرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن إنهاء **الترويح غير المناسب لأغذية الرضع وصغار الأطفال**⁽⁴⁾ أن تتضمن جميع المعلومات أو الرسائل المتعلقة باستخدام المنتجات الغذائية التكميلية بياناً عن أهمية الرضاعة الطبيعية لسنتين وأكثر، وأهمية عدم إدخال التغذية التكميلية قبل ستة أشهر من العمر وهو السن المناسب لإدخال الأطعمة التكميلية (يجب ألا يقل عن عمر الستة أشهر)؛ وأن يكون مفهوماً بسهولة من قبل الوالدين وغيرهم من مقدمي الرعاية، وأن تكون جميع المعلومات المطلوبة مرئية ومقروءة. وأن توفر تعليمات واضحة حول الإعداد والاستخدام والتخزين الآمن. ويجب أن تكون تسميات وتصاميم تغليف المواد الغذائية التكميلية متميزة عن تلك المستخدمة في بدائل حليب الأم لتجنب خلط الترويح بينها.

(1) راجع 120 المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - التغذية التكميلية

(2) راجع 117 لمراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - التغذية التكميلية

(3) راجع 118 و119 في المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - التغذية التكميلية

(4) راجع المراجع القسم 8.2 السياسة - السياسة العالمية

5.28 لا ترسل أو تقبل تبرعات للأطعمة التكميلية في حالات الطوارئ. قد لا تلبى الأغذية التكميلية المتبرع بها معايير التغذية والسلامة، أو متطلبات وضع التعليمات حسب إرشادات المدونة الدولية، أو توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن إنهاء الترويج غير المناسب لأغذية الرضع وصغار الأطفال، أو قد تكون الإرشادات غير مناسبة ثقافياً؛ وقد تقوض الاستخدام المحلي للغذاء وممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال الموصى بها. بالنسبة للأغذية المتبرع بها والتي لم تصمم كأغذية تكميلية، ولكن يمكن استخدامها للتغذية التكميلية، من المهم منع إستغلال الاستجابة لحالات الطوارئ لإنشاء سوق محتمل لأغذية محددة؛ لضمان أن تكون التدخلات قائمة على الاحتياجات بدلاً من أن تكون موجهة من المانحين؛ ولضمان جودة وسلامة الغذاء عند النظر في أي تبرعات أو تلقيها، يجب التشاور مع هيئة تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ المعنية حول مدى ملاءمتها و/أو إدارتها (راجع 6.6).

مكملات المغذيات الدقيقة

5.29 بالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و59 شهراً، قد تكون المكملات الغذائية المتعددة المغذيات الدقيقة ضرورية لتلبية الاحتياجات الغذائية حيثما لا يتم تقديم الأطعمة المدعمة، بالاقتران مع تدخلات أخرى لتحسين الأغذية التكميلية وممارسات التغذية⁽¹⁾ في المناطق الموبوءة بالمalaria، يجب العمل على أن يتم توفير الحديد بأي شكل من الأشكال، بما في ذلك مسحوق المغذيات الدقيقة، جنباً إلى جنب مع تدابير لمنع وتشخيص وعلاج malaria. لا ينبغي تقديم الحديد خلال هذه التدخلات للأطفال الذين لا يستطيعون الوصول إلى استراتيجيات الوقاية من malaria (مثل توفير الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات وبرامج مكافحة النواقل)؛ وليس لديهم إمكانية الحصول على تشخيص سريع لمرض malaria؛ ولا يتوفر لديهم العلاج بالعقاقير الفعالة المضادة للمalaria⁽²⁾. ويوصى بتقديم مكملات فيتامين (أ) للرضع والأطفال ما بين عمر الستة أشهر وال59 شهر⁽³⁾. أما بالنسبة للنساء الحوامل والمرضعات، فيجب توفير الحديد وحمض الفوليك أو مكملات متعددة المغذيات الدقيقة وفقاً لأحدث التوجيهات⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

التعاون متعدد القطاعات

5.30 تشمل القطاعات والتخصصات الرئيسية لتفعيل والعمل على تغذية الرضع وصغار الأطفال، الصحة (الصحة الإنجابية؛ صحة الأم والمولود الجديد والطفل؛ الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي؛ فيروس نقص المناعة البشري؛ إدارة الأمراض المعدية)؛ وخدمات المراهقين؛ والمياه والصرف الصحي والنظافة؛ والأمن الغذائي وسبل العيش؛ وحماية الطفل؛ وتنمية الطفولة المبكرة؛ والإعاقة؛ والمأوى؛ وبرامج التحويل النقدي؛ والحماية الاجتماعية؛ والزراعة؛ وتنسيق المخيمات وإدارة المخيمات؛ والخدمات اللوجستية.

5.31 قطاع نقاط الدخول لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال تشمل: الرعاية قبل الولادة وبعدها؛ اللقاحات؛ ورصد النمو؛ وبرامج الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل؛ وخدمات الوقاية والعلاج من فيروس نقص

(1) راجع المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - المغذيات الدقيقة

(2) راجع 126 المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - المغذيات الدقيقة

(3) راجع 127 المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - المغذيات الدقيقة

(4) راجع 128 المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - تغذية الأمهات

(5) راجع 186 المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - صحة الأم والوليد والطفل

المناحة البشري، وعلاج سوء التغذية الحاد؛ و الصحة المجتمعية؛ و خدمات الإرشاد النفسي والاجتماعي؛ وتعزيز النظافة الصحية؛ ومسح حماية الطفل؛ وأنشطة تنمية الطفولة المبكرة؛ وأماكن العمل؛ وأعمال الإمتداد في الزراعة.

5.32 أمثلة على التعاون متعدد القطاعات ذو الاتجاهين تشمل(1):

- i. تمكين حصول النساء الحوامل على الرعاية الماهرة قبل الولادة(2)، وغيرها من الخدمات الصحية الضرورية، بما في ذلك الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي(3).
- ii. دمج دعم تغذية الرضع وصغار الأطفال و/أو إنشاء نظم الإحالة مع الخدمات الصحية الإنجابية، وصحة الأم والمولود الجديد والطفل والمراهقين؛ والخدمات الصحية العلاجية؛ وعلاج سوء التغذية الحاد؛ وفيروس نقص المناعة البشري؛ وخدمات حماية الطفل. وإدراج حزم الخدمات الدنيا/الأولية التي تقدمها القطاعات المختلفة.
- iii. دمج دعم الرضاعة الطبيعية في برامج الخدمات المجتمعية وخدمات المرضى المدخلين لمعالجة سوء التغذية الحاد(4) والأطفال المرضى(5) وضمن شبكات عاملين الصحة المجتمعية. دمج دعم ماهر للتغذية التكميلية ضمن خدمات علاج حالات سوء التغذية الحاد.
- iv. العمل مع خدمات الوقاية والعلاج من فيروس نقص المناعة البشري لدعم الوصول والتمسك بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية(6) (راجع 5.38).
- v. دمج تنمية الطفولة المبكرة مع دعم تغذية الرضع وصغار الأطفال على مستويات المرافق والمجتمع، واستكشاف الفرص المتاحة لدمج عناصر تغذية الرضع وصغار الأطفال ضمن تنمية الطفولة المبكرة(7).
- vi. التعاون مع ضابط اتصال الإحتياجات الخاصة على المسائل التي تم تحديدها بما يتعلق بالتغذية والرعاية للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة والأطفال الذين لديهم مقدمي رعاية معاقين(8).
- vii. في حال استخدام الحليب الطازج الحيواني من قبل السكان، تعاون مع المعنيين بالرفق بالحيوان لتيسير إمكانية الحصول على إمدادات آمنة من الحليب الحيواني ومع مقدمي خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية/ الأمن الغذائي وسبل العيش فيما يتعلق بتصنيع وتخزين آمن وصحي لمنتجات الحليب. التأكيد على تفعيل مبادرات لحماية الممارسات الموصى بها في مجال تغذية الرضع وصغار الأطفال.
- viii. ضمان تلبية الحد الأدنى من معايير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في الأماكن الصديقة للأم والطفل¹¹. الاتفاق على رسائل مشتركة بين المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وتغذية الرضع وصغار الأطفال. وحث مقدمي خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية لاستهداف الأسر ذات الأطفال دون عمر السنتين بالدعم الكافي من خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية لتلبية الحد الأدنى من

(1) راجع 158 المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - الإدماج

(2) راجع المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - صحة الأم والوليد والطفل

(3) راجع المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي

(4) راجع المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - التعميم ضمن التغذية

(5) راجع 183 في المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - صحة الأم والوليد والطفل

(6) راجع المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - فيروس نقص المناعة البشرية

(7) راجع المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - تنمية الطفولة المبكرة

(8) راجع المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة - الإعاقة

معايير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية/ الأمن الغذائي وسبل العيش في إعداد الطعام. تمكين الوصول إلى خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية لأسر الرضع الذين يتم تغذيتهم اصطناعياً (راجع 6.21، 6.22).

ix. دمج **حماية الطفل**⁽¹⁾ ضمن خدمات تغذية الرضع وصغار الأطفال مع إجراءات واضحة ومسارات إحالة ومدونات قواعد سلوك الموظفين. دمج رسائل تغذية الرضع وصغار الأطفال ضمن اتصالات حماية الطفل والتعاون للمساعدة في التعرف على الأطفال المعرضين لسوء التغذية.

x. ضمن برامج تغذية الرضع وصغار الأطفال، بالإمكان تحديد النساء اللاتي يعانين من صدمات نفسية للإحالة إلى **خدمات الحماية**. دمج دعم تغذية الرضع وصغار الأطفال/ نظم الإحالة ضمن الخدمات المقدمة للنساء/ الفتيات المتعرضات للعنف.

xi. مرافقة **برامج التحويلات النقدية** التي تشمل الأمهات في الاستهداف باستخدام رسائل خاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال ورسائل تغذية الأمهات.

xii. العمل مع **موفري المأوى** لضمان تلبية الحد الأدنى من معايير المأوى والاستقرار للعائلات مع الأطفال تحت عمر السنتين والحوامل والمرضعات والتي تتضمن ظروف معيشية ملائمة لدعم إعداد آمن للغذاء وممارسات تغذية ورعاية آمنة.

xiii. العمل مع **موفري تنسيق المخيمات وإدارة المخيمات** من أجل حماية ومساعدة الأسر التي لديها أطفال تقل أعمارهم عن سنتين، وكذلك الحوامل والمرضعات، مثل تمكينهم من الحصول على الخدمات الأساسية والظروف المعيشية الملائمة للأسر التي لديها أطفال دون سن السنتين والحوامل والمرضعات، وتوفير بيانات سكانية مصنفة.

xiv. ضمان أن تكون برامج توفير **سبل العيش** صديقة للطفل؛ مثل توفير ترتيبات الرعاية النهارية واستراحات للتغذية. تضمين أسئلة عن تغذية الرضع وصغار الأطفال في عملية الرصد بعد التوزيع. أخذ الأغذية التكميلية بعين الاعتبار عند اختيار المحاصيل لبرامج الزراعة.

فيروس نقص المناعة البشرية وتغذية الرضع

5.33 التحقق من **السياسات الوطنية/ دون الوطنية** المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري وتغذية الرضع. تقييم ما إذا كانت تتماشى مع أحدث توصيات منظمة الصحة العالمية⁽¹⁾؛ وما إذا كانت تطرح موضوع حالات الطوارئ، بما في ذلك اللاجئين والنازحين، حسب الاقتضاء؛ وإذا لزم الأمر، دعم تحديثها كجزء من خطة التأهب. قد تكون هناك حاجة لإصدار سريع لتوجيه مؤقت ومُحدَّث كإستجابة عندما تكون السياسات قديمة أو لمعالجة قضايا غير متوقعة. وتشمل اعتبارات الطوارئ الرئيسية التغير في خطر التعرض للأمراض المعدية غير فيروس نقص المناعة البشرية وسوء التغذية؛ والمدة المحتملة لحالة الطوارئ؛ وإمكانية وصول اللاجئين إلى العقاقير المضادة للفيروسات القهقرية والخدمات الصحية؛ وما إذا كانت تتوفر الشروط اللازمة لتغذية آمنة بالرضاعة الاصطناعية؛ وتوفير مضادات الفيروسات القهقرية⁽²⁾.

(1) راجع المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - حماية الطفل

(2) راجع 13 المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - ظروف خاصة

5.34 وفقاً للتوجيه العالمي، يجب دعم الأمهات المرضعات المصابات بفيروس نقص المناعة البشري على الرضاعة الطبيعية لمدة 12 شهراً على الأقل (البدء المبكر بالرضاعة الطبيعية والرضاعة الطبيعية الحصرية للستة أشهر الأولى)، ومواصلة الرضاعة الطبيعية لمدة تصل إلى 24 شهر أو فترة أطول مع الدعم الكامل للالتزام بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية (راجع 5.38). وحيث أنه من المحتمل ألا تتوفر عقاقير مضادات الفيروسات القهقرية (مثلاً عند انقطاع الإمدادات في حالات الطوارئ^{kk})، ينصح بالرضاعة الطبيعية للأطفال الرضع المعرضين لفيروس نقص المناعة البشرية لزيادة فرص نجاتهم. ولا ينبغي أن تتوقف الرضاعة الطبيعية إلا بعد التأكد من توفر الغذاء الكافي والمأمون من الناحية التغذوية دون حليب الأم.

5.35 دعم المرضعات اللاتي من المعروف أنهن لسن مصابات بفيروس نقص المناعة البشري أو أن حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري لديهن غير معروفة على الرضاعة الطبيعية حصرياً للأشهر الستة الأولى من الحياة، ومواصلة الرضاعة الطبيعية لمدة 24 شهراً أو ما بعدها، عملاً بالممارسات الموصى بها في تغذية الرضع وصغار الأطفال.

5.36 ينبغي على المرضعات البدليات الخضوع للفحص السريع والمشورة عن فيروس نقص المناعة البشري عندما يكون ذلك متاحاً (راجع 5.38). وفي حال عدم وجود اختبار، يتم إجراء تقييم المخاطر، إذا كان ذلك ممكناً، لفيروس نقص المناعة البشري (راجع 9). وإذا كان تقييم الخطر/المشورة عن فيروس نقص المناعة البشري غير ممكناً، يتم تسهيل ودعم الرضاعة البديلة. تقديم المشورة بشأن تجنب الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري أثناء الرضاعة الطبيعية.

5.37 يتم على وجه السرعة تحديد وتقديم الدعم لتغذية الأطفال الرضع القائمة على التغذية البديلة (راجع 5.10-5.19)

5.38 العمل مع قطاع الصحة للتعرف على الأمهات المصابات بفيروس نقص المناعة البشري الملتزمات بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية للتشجيع والالتزام بالعلاج والبقاء على العلاج؛ ولتسهيل آليات توزيع بديلة لعقاقير مضادة للفيروسات حينما يتم تعطيل النظم المعتادة؛ وللدعوة إلى أن تظل الحوامل والمرضعات مجموعة ذات أولوية في توزيع مضادات الفيروسات القهقرية. يتطلب الحد الأدنى للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري مخزون مضمون ومستمر لمضادات الفيروسات القهقرية للحوامل والمرضعات اللاتي من المعروف أن لديهن فيروس نقص المناعة البشري، ويتناولن العقاقير المضادة للفيروسات؛ والحصول على ولادات آمنة ونظيفة؛ ومشورة لتغذية الرضع؛ ووقاية الرضع المعرضين لفيروس نقص المناعة البشري في الفترة المحيطة بالولادة⁽¹⁾⁶⁴. توفير روابط للرعاية القائمة وخدمات الدعم؛ والوصول إلى وسائل منع الحمل، وخدمات معالجة سوء التغذية، ودعم الأغذية أو سبل العيش حيثما يشار إليها. ينبغي توسيع نطاق خيارات العلاج ليشمل الاختبار السريع لفيروس نقص المناعة البشري وتقديم المشورة وبدء العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بأسرع وقت ممكن⁽²⁾. يجب أن تكون مجموعات أدوات اختبار فيروس نقص المناعة البشري ذات أولوية (منخفضة التكلفة، سليمة فيما يتعلق بالتخزين واستقرار درجة الحرارة، وسهلة الاستخدام).

(1) راجع 188 المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - فيروس نقص المناعة البشرية

(2) راجع 187 المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - فيروس نقص المناعة البشرية

5.39 التوصل بوضوح مع المستجيبين في حالات الطوارئ، ومع مقدمي الرعاية الصحية والأمهات المعرضات لفيروس نقص المناعة البشري فيما يتعلق بالتوصيات السارية لفيروس نقص المناعة البشري وتغذية الرضع، كما هو الحال في البيانات المشتركة الصادرة (راجع 1.5).

تفشي الأمراض المعدية

5.40 توقع وتقييم أثر تفشي الأمراض المعدية البشرية والحيوانية في تغذية الرضع وصغار الأطفال، مثل توقف الوصول إلى خدمات دعم الصحة والتغذية؛ وتدهور الأمن الغذائي وسبل العيش للأسر؛ ومخاطر انتقال العدوى عن طريق الرضاعة الطبيعية؛ ومرض الأم والوفاة. اتخاذ إجراءات للتخفيف من حدة المخاطر. قد تكون التوجيهات المؤقتة ضرورية لمعالجة العواقب غير المتوقعة لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات التفشي، مثل فيروس إيبولا وفيروس زيكا⁽¹⁾ استشر منظمة الصحة العالمية لآخر المستجدات.

6. التقليل من مخاطر التغذية الاصطناعية

التعامل مع التبرعات والإمدادات في حالات الطوارئ

6.1 عدم القيام بالتبرع أو قبول الهبات لبدايل حليب الأم، ومنتجات الحليب الأخرى أو معدات التغذية (بما في ذلك الزجاجات والحلمات ومضخات الثدي) في حالات الطوارئ. بدائل حليب الأم المتبرع بها عادة ما تكون ذات جودة مختلفة؛ ومن نوع خاطئ؛ تم توفيرها بدون تناسب مع الحاجة؛ وذات توسيمبلغة خاطئة؛ ولا تقترن بمراعاة التغليف الآمن؛ ويتم توزيعها دون تمييز؛ وليست موجهة إلى أولئك الذين يحتاجون إليها؛ ولا توفر إمدادات مستدامة؛ وتستهلك وقتاً طويلاً وموارد كثيرة للتخفيف من حدة المخاطر المحيطة بها.

6.2 للإعتبارات التي تتعلق بتبرعات الأغذية التكميلية، راجع 5.28.

6.3 لا تقم بإرسال إمدادات مانحي الحليب البشري لحالات الطوارئ التي لا تستند إلى حاجة محددة وليست جزءاً من أي تدخل منسق ومدار. يتطلب الاستخدام الآمن للحليب البشري الممنوح تقييم الاحتياجات، والاستهداف، وسلسلة تبريد ونظم إدارة قوية (راجع 5.14).

6.4 قم بإيصال موقف واضح بشأن التبرعات في حالات التأهب والاستجابة المبكرة في حالات الطوارئ، مثلاً في بيان مشترك⁽²⁾. قم بالتحقيق في أسباب طلبات التبرع لإبلاغ الرسائل والتقييم. استهدف الجهات الفاعلة الرئيسية، بما في ذلك الجهات المانحة، وشركاء التنمية ومجموعات المجتمع المدني، من بين جهات أخرى. استهدف المجموعات التي قد لا يتم إشراكها في آليات التنسيق الرسمية، مثل وسائل الإعلام والمجموعات العسكرية والتطوعية.

6.5 تحديد وإبلاغ الجهات المانحة المحتملة والموزعين المحتملين فيما يتعلق بالمخاطر المرتبطة بإمدادات التبرع في حالات الطوارئ. توفير معلومات حول كيفية تلبية الاحتياجات التغذوية للأطفال الذين لم يرضعوا رضاعة طبيعية. إعطاء توجيهات بشأن العناصر البديلة المناسبة أو الدعم.

6.6 الإبلاغ عن المنح أو الهبات من بدائل حليب الأم ومانحي الحليب البشري، والأغذية التكميلية ومعدات التغذية لليونيسيف أو مفوضية الأمم المتحدة لشئون اللاجئين كما هو مناسب (راجع 3.1)، وإلى هيئة تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، التي ستحدد وتقوم بالإشراف على خطة إدارة محددة السياق

(1) راجع المراجع القسم 8.6 التدخلات المتعددة القطاعات - الأمراض المعدية

(2) راجع 13 المراجع القسم 8.2 السياسة - السياسة التنظيمية

للتقليل من المخاطر. ينبغي أيضا إبلاغ برنامج الأغذية العالمي عن الهبات التي تشمل مساعدات غذائية خاصة ببرنامج الأغذية العالمي (راجع 7 لقائمة التواصل).

إدارة التغذية الاصطناعية

6.7 ضع خطة ملائمة للشراء⁽¹⁾، والتوزيع، واستهداف واستخدام بدائل حليب الأم والدعم المرتبط به (إدارة التغذية الاصطناعية) ضمن تشاور وثيق مع سلطة تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ ومع اليونيسيف (حيث لا تعمل اليونيسيف كهيئة تنسيق لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ). وفقاً للتفويضات الرسمية، فإن لدى منظمة الصحة العالمية ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين مسؤوليات رئيسية أيضاً. ينبغي وضع الشروط المرجعية والمسؤوليات والأدوار لإدارة التغذية الاصطناعية للاستخدام من قبل هيئة تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، في حالة التأهب.

6.8 تتطلب إدارة التغذية الاصطناعية تقيماً للاحتياجات والمخاطر وتحليلاً للأوضاع الحرجة، مدعومة بتوجيه تقني. وينبغي أن يتضمن التحليل ما إذا كان الطلب على بدائل الحليب الاصطناعي، يشكل حاجة فعلية و/ أو ما إذا كانت هناك تدخلات أخرى ضرورية، بما في ذلك تحسين دعم الرضاعة الطبيعية، لضمان تغذية الرضع وصحتهم. وسيحدد حجم الدعم بالتغذية الصناعية المطلوب مستوى التدخل والتنسيق المطلوبين.

6.9 وينبغي أن تحدد هيئة تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ و/ أو اليونيسيف ما إذا كانت القدرة على إدارة التغذية الاصطناعية موجودة في الحكومة وبين مقدمي الخدمات الإنسانية. وعندما تكون القدرات محدودة، ينبغي لهيئة تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ و/ أو اليونيسيف أن تحدد مقدمين مناسبين لبدائل حليب الأم، بما في ذلك سلسلة توريد لبدائل حليب الأم وخدمات الدعم المرتبطة بها. وفي حالة عدم وجود مزود مناسب، ستضمن هيئة تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ و/ أو اليونيسيف توفير إمدادات بدائل حليب الأم بصورة منسقة. وستوفر هيئة تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ و/ أو اليونيسيف اختصاصات واضحة، وتقديم الدعم التقني والإشراف الوثيق على المشتريات والرصد والاستخدام.

6.10 تحديد معايير واضحة لاستخدام بدائل حليب الأم بالاتفاق مع سلطة تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (راجع 5-16). وإذا كانت المعايير قائمة بالفعل، يجب مراجعتها وتقيحها حسب الحاجة. إبلاغ هذه المعايير لمقدمي الرعاية والمجتمعات المحلية ومستجبي الطوارئ.

إمدادات بدائل حليب الأم

6.11 في حالات اللاجئين، ووفقاً لسياسة مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين سوف تزود المفوضية الحليب الاصطناعي فقط بعد استعراض وموافقة الوحدات التقنية⁽²⁾ في مقر المفوضية.

6.12 في حالات غير اللاجئين ووفقاً للسياسة العامة لليونيسيف⁽³⁾، ستقوم اليونيسيف بشراء حليب الأطفال فقط كملاذ أخير، وبناءً على طلب من الحكومة المضيفة و/أو هيكل التنسيق الوطني الإنساني. يجب أن تسعى

(1) راجع المراجع القسم 8.7 التغذية الاصطناعية - بدائل الارضاع الطبيعي والمعدات

(2) راجع 22 المراجع القسم 8.2 السياسة - السياسة التنظيمية

(3) راجع 199 المراجع القسم 8.2 السياسة - السياسة التنظيمية. الادوار والمسؤوليات

المكاتب المحلية للحصول على اتفاق من "مقر اليونيسيف" (قسم التغذية وشعبة الإمداد)، مع مراعاة التوجيهات الداخلية لليونيسيف.

6.13 ينبغي أن يضمن **ممولو** بدائل حليب الأم ومنتجات الحليب أن تتم تلبية جميع أحكام المجموعة الأساسية لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ والمدونة الدولية من قبل الوكالة المنفذة. يجب تضمين مؤشرات الامتثال في اتفاقيات التمويل. وينبغي أن تتضمن طلبات المنح، وعلى الممولين أن يقبلوا، تكاليف التجهيز المرتبطة بها، مثل معدات التغذية والطبخ، وتدابير النظافة.

6.14 ينبغي أن تقوم وكالة مباشرة بتزويد وكالة أخرى ببدائل حليب الأم فقط إذا كان كلاهما يعمل كجزء من **الاستجابة الصحية والتغذية لحالات الطوارئ** (راجع 9). كل من المورد والمنفذ مسؤولان عن ضمان استيفاء أحكام الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ والمدونة الدولية واستمرار التلبية لمدة التدخل.

مواصفات بدائل حليب الأم

6.15 **بطاقات تعريف** بدائل حليب الأم يجب أن تمثل للمدونة الدولية. يجب أن تكون بطاقات التعريف باللغة التي يفهمها المستخدم النهائي ومقدمي الخدمات وتشمل: (أ) عبارة "ملاحظة هامة" أو ما يعادلها؛ (ب) بيان بشأن تفوق/أفضلية الرضاعة الطبيعية؛ (ج) بيان أن المنتج يجب ألا يستعمل إلا بناء على مشورة أخصائي صحي (وهذا يشمل العاملين في المجتمع المحلي والمتطوعين) بشأن الحاجة إلى استخدامه والطريقة الصحيحة للاستخدام؛ (د) إرشادات مناسبة وأمنة للإعداد والتخزين وتحذير حول المخاطر الصحية للإعداد والتخزين غير المناسبين. عندما لا تتوافق تسميات مؤن الحليب الصناعي للرضع مع متطلبات المدونة الدولية، أعد التسمية (وذلك سيؤثر على التكلفة والوقت)، أو إذا كان هذا الأمر غير ممكن، قم بتوفير المعلومات المحددة للمستخدمين. الحليب الاصطناعي يجب أن يكون متوافق مع معايير هيئة الدستور الغذائي ذات الصلة⁽¹⁾.

6.16 يتوفر **الحليب الاصطناعي كمسحوق حليب مجفف أو كسائل جاهز للاستخدام** (غذاء الأطفال الجاهز للإستخدام). مسحوق الحليب الاصطناعي للأطفال ليس معقماً، ويتطلب إعادة تحضيره مع ماء قد تم تسخينه إلى 70 درجة مئوية على الأقل (كتعليمات، كل لتر واحد، يغلي ويتم تركه لمدة لا تزيد عن 30 دقيقة)⁽²⁾. غذاء الأطفال الجاهز للإستخدام هو منتج معقم إلى أن يتم فتحه ولا يتطلب إعادة تحضير؛ الاستخدام المناسب والتخزين الجيد ونظافة أدوات التغذية تعد من الأمور الضرورية للحد من المخاطر. يعد الغذاء العلاجي الجاهز أكثر تكلفة وأضخم بالنسبة لعمليتي النقل والتخزين. لا ينصح بالحليب السائل المركز بسبب احتمالية حدوث تلوث أو أخطاء أثناء التحضير. الحليب ذو الاستخدام العلاجي ليس بديلاً مناسباً لحليب الأم بالنسبة للرضع الذين لا يعانون من سوء التغذية؛ وينبغي التأكيد على هذا الأمر تحديداً عند تقديم الحليب ذو الاستخدام العلاجي المعبأ في علب معدنية بدءاً من عام 2017 (كان يقدم سابقاً في أكياس)، لتجنب الخلط بينه وبين تركيبات الرضع الاصطناعية.

(1) راجع 202 المراجع القسم 8.7 التغذية الاصطناعية. مواصفات بدائل الرضاعة الطبيعية

(2) راجع 196 المراجع القسم 8.7 التغذية الاصطناعية- التقليل إلى أدنى حد الخطر

6.17 متوسط احتياجات الرضع الذين تقل أعمارهم عن الستة أشهر للحليب الاصطناعي هي من الغذاء العلاجي الجاهز: 750 مل/يوم؛ 22.5 لتر في الشهر؛ 135 لتر/6 أشهر، ومن مسحوق الحليب: 116 غرام في اليوم؛ 3.5 كجم في الشهر؛ 21 كجم/6 أشهر⁽¹⁾. ينبغي أن تمتد صلاحية المؤن ستة أشهر من يوم الاستلام.

تأمين امداداتبدائل حليب الأم ومعدات التغذية والدعم

6.18 عندما يكون تأمين بدائل حليب الأم بشكل مباشر ضرورياً، قم بشراء المؤن الضرورية. تتضمن الاعتبارات المتعلقة بالاجراءات المحلية وما يقابلها من الاجراءات الدولية: توافق المنتج المتوفر مع هيئة الدستور الغذائي والمدونة الدولية، المخازن المتوفرة في البلاد، والتكلفة، وتشريعات الاستيراد، واللغة المناسبة للتسمية والتعليمات، والحماية من خلق أسواق جديدة للمنتجات.

6.19 في حال توفير بدائل حليب الأم بشكل غير مباشر، من خلال أنظمة الإمدادات المقيدة على سبيل المثال، قم بتحديد ما إذا كانت المنتجات المتوفرة لدى البائعين متوافقة مع المدونة الدولية. إذا لزم الأمر قم بتقديم معلومات داعمة لمعالجة النقص في بطاقة التعريف على العلب، وقم بالتبليغ عن انتهاكات المدونة (راجع 4.16 و6.15). راقب أسعار المنتجات. قدم المشورة للأمهات ومقدمي الرعاية حول بدائل حليب الأم الملائمة وغير الملائمة لمختلف الفئات العمرية.

6.20 في حال تنفيذ برامج التحويل النقدي غير المشروط في ظل توافر بدائل حليب الأم، لا يجب استبعاد شراء بدائل حليب الأم كخيار لدعم الأسر. (راجع 5.25 و6.25). وفي مثل هذه الحالات، أرفق رسائل قوية حول قيمة الرضاعة الطبيعية، وممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال الموصى بها جنباً إلى جنب مع برامج التحويل النقدي، وقم بتقديم معلومات عن كيفية وصول جميع الأطفال لخدمات دعم تغذية الرضع وصغار الأطفال (حيث يتوفر عادة مسحوق الحليب، راجع 6.25).

6.21 تحديد توفر الوقود، المياه والمعدات من أجل التحضير المنزلي الآمن لبديل حليب الأم (التنظيف والتعقيم وإعادة التحضير). إذا لزم الأمر، قم بتوفير العناصر الإضافية اللازمة والدعم أو تمكين الوصول إليها، بما في ذلك التدريب على الإعداد الصحي للرضعات. في الظروف التي لا يمكن فيها ضمان الإعداد الآمن واستخدام حليب الأطفال، يجب التفكير في تحضيره واستهلاكه في الموقع نفسه أو توفير مرافق مجتمعية للتحضير والتعقيم. عندما يكون الوصول إلى السكان محدوداً أو غائباً، يجب التشاور مع هيئة التنسيق لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ والوكالات التقنية حول أفضل الطرق لتقليل المخاطر مع تلبية الاحتياجات التغذوية للرضع الذين لا يتغذون بالرضاعة الطبيعية (راجع 3.8).

6.22 الاتصال مع وكالات المياه والصرف الصحي والنظافة العامة لتأمين الأولوية للأسر ذوي الأطفال الرضع الذين يستخدمون بدائل حليب الأم للوصول لخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة العامة وتلبية الحد الأدنى من المعايير. تمكين الوصول إلى معدات التنظيف وتقديم المشورة بشأن التحضيرات الصحية وتخزين الإمدادات. عندما تكون مرافق التنظيف محدودة أو غير متوفرة في المنازل، قم بتوفير مرافق مركزية للتنظيف.

6.23 الابتعاد عن استخدام زجاجات الرضاعة والحلمات نظراً لارتفاع مخاطر التلوث وصعوبة التنظيف. دعم استخدام الأكواب (بدون غطاء ذو فوهة) منذ الولادة. الأكواب ذات الأغشية وأكواب ذات الاستعمال الواحد قد

(1) راجع 204 المراجع القسم 8.7 التغذية الاصطناعية - بدائل الارضاع الطبيعي للوازم والمعدات

تكون ضرورية في الحالات الانتقالية. الانتقال الفوري إلى التغذية باستخدام الكوب للرضع الذين يتغذون عن طريق قنينة الحليب قد لا يكون عملياً أو مقبولاً للأمهات/ مربي الأطفال. لتقليل من المخاطر في مثل هذه الظروف، انصح بتعقيم الزجاجات في المنزل أو من خلال خدمات التعقيم في الموقع، بالإضافة إلى توجيه رسائل حول النظافة. حين تكون مرافق التنظيف محدودة أو في حالة انتقالية، قم باستبدال الزجاجات المستعملة بأخرى جديدة كإجراء استثنائي ومؤقت، آخذاً بعين الاعتبار تضمين إدارة النفايات وبالتشاور مع هيئة تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.

توزيع بدائل حليب الأم

6.24 يعتمد نظام توزيع بدائل حليب الام على حسب الأوضاع، بما في ذلك: حجم التدخل ونقاط الوصول إلى الأمهات/مقدمي الرعاية، وتكرار الاتصال والنقل وإدارة النفايات وسعة التخزين للمزود. وتشمل الخيارات الإمداد المباشر والوصفات الفردية والشراء (مثل برامج التحويلات النقدية). يجب أن يتم التوزيع بطريقة منفصلة حتى لا يتم تثبيط الأمهات المرضعات عن الرضاعة الطبيعية. على المستوى المجتمعي، كن حذراً من العواقب غير المقصودة لاستخدام بدائل حليب الأم، مثل بيع هذه المنتجات.

6.25 لا تستخدم برامج توزيع عامة أو شاملة لتزويد بدائل حليب الأم (راجع 6.24). لا ينبغي توزيع منتجات الحليب المجفف والحليب السائل كسلعة واحدة ضمن التوزيعات العامة أو الشاملة لأنه يمكن أن يتم استخدامها كبديل لحليب الأم مما يعرض كلاً من الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية أو اصطناعية للخطر على حد سواء. يمكن مزج منتجات الحليب المجفف مسبقاً مع غذاء مطحون للتوزيع واستخدامها كغذاء تكميلي للأطفال فوق الستة أشهر. عندما يكون الحليب المجفف مستخدم بشكل شائع ومتوفر أوص بدمجه مع الوجبات المطبوخة للعائلة وقم بتوفير الإرشادات العملية لذلك، وحذر من استخدامه كبديل لحليب الأم (راجع 5.15). يمكن توفير الحليب المجفف كسلعة واحدة لتحضير الحليب العلاجي لأجل التغذية العلاجية في الموقع. يكون برنامج الأغذية العالمي بالتشاور مع منظمة اليونيسف ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين هو المسؤول عن مراقبة توزيع مساحيق الحليب المجفف وبديل حليب الأم بصورة عامة⁽¹⁾ وفقاً لأحكام الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (راجع 5.25 لاعتبارات إضافية فيما يتعلق باستخدام الحليب الحيواني).

6.26 وفقاً للمدونة الدولية، ينبغي ألا يكون هناك تسويق للحليب الصناعي للرضع عند نقطة التوزيع، بما في ذلك عرض المنتجات أو الأصناف التي تحمل شعار الشركة أو الشعارات التي على قسائم الشراء. كما أن تخزين حليب الأطفال لا ينبغي أن يكون على مرأى من المستفيدين.

6.27 عند توزيع بديل حليب الأم تأكد من وجود المشورة الكافية حول الرضاعة الطبيعية والدعم للأمهات المرضعات. خذ بعين الاعتبار توزيع مواد محددة ذات قيمة للأمهات المرضعات، مثل الطعام ومنتجات النظافة.

7. جهات الإتصال الرئيسية

7.1 قم بالإبلاغ عن انتهاكات المدونة للسلطات المعنية: لسلطة تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة ومنظمة الصحة العالمية على الصعيدين القطري والإقليمي. إذا لزم الأمر، قم بالحصول على جهات الاتصال لمنظمة الصحة العالمية من مقر منظمة الصحة العالمية: على البريد الإلكتروني:

(1) راجع 202 المراجع القسم 8.7 التغذية الاصطناعية - الادوار والمسؤوليات

cah@who.int و nutrition@who.int. جهات الاتصال التابعة لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة، راجع:
7.3. كما ينبغي الإبلاغ عن انتهاكات المدونة إلى مركز توثيق المدونة الدولية (ICDC) في ماليزيا:
code@ibfan-icdc.org وذلك من أجل تصنيفها. لطلب التدريب على المدونة الدولية يمكن الاتصال بمركز
توثيق المدونة الدولية (ICDC) بماليزيا. يرجى زيارة الموقع الإلكتروني التالي: - /report/icdc.org
www.ibfan لتسليم الانتهاكات عبر الإنترنت (يوجد نموذج) أو لتحميل تطبيق (كوبو كوليكت) (المستخدمي
هواتف الأندرويد عبر متجر جوجل) لتسليم الانتهاكات. هناك أداة تتبع انتهاكات المدونة الدولية لتنظيم تسويق
بدائل حليب الأم، بما في ذلك نموذج لرصد انتهاكات المدونة الدولية في حالات الطوارئ، متوفر على:

www.nutritioncluster.net/resources/bms-code-violations-tracking-tool-nutrition-
/cluster

7.2 تشمل جهات الإتصال للتواصل مع الخبراء في تقديم المشورة حول الرضاعة الطبيعية والدعم أو التدريب
على المشورة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال مايلي: منظمة الأمم المتحدة للطفولة:
nutrition@unicef.org; منظمة الصحة العالمية: nutrition@who.int; الجمعية الدولية لاستشاري
الرضاعة الطبيعية (ILCA): ilca@erols.com؛ التحالف العالمي لتفعيل الرضاعة الطبيعية (WABA):
waba@waba.org.my; رابطة جنيف لتغذية الرضع -شبكة العمل الدولية لأغذية الأطفال" (IBFAN-
GIFA): info@gifa.org.

7.3 يتم تحويل المسائل التقنية أو مسائل التنسيق المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ إلى
المكتب الإقليمي أو القطري المعني لدى منظمة الأمم المتحدة للطفولة. عند الحاجة، اتصل بالمقر الرئيسي
لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة: nutrition@unicef.org

7.4 المسائلالتقنية أو المتعلقة بالتنسيق بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ في سياق عمليات
مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ينبغي توجيهها إلى المكتب الإقليمي أو القطري المعني لدى
مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين. وعند الحاجة، يرجى الاتصال "بقسم الصحة العامة" في "المقر
الرئيسي للمفوضية": hqphn@unhcr.org

7.5 يتم توجيه المسائل المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ الخاصة بتنسيق
المجموعات إلى منسق المجموعة المحلي المعنى بالتغذية. عند الحاجة، اتصل بمجموعة التغذية العالمية:
gnc@unicef.org

7.6 ينبغي توجيه مسائلتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ المتعلقة ببرامج المساعدات الغذائية
لبرنامج الأغذية العالمي إلى المكتب الإقليمي أو القطري المعني لدى برنامج الأغذية العالمي. عند الحاجة،
اتصل بالمكتب الاستشاري للتغذية التابعلمقر برنامج الأغذية العالمي: nutrition@wfp.org

7.7 قم بإرسال الملاحظات حول الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ عبر "شعبة
برنامج الأمم المتحدة للطفولة"، نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية: nutrition@unicef.org أو بوساطة
شبكة التغذية في حالات الطوارئ (ENN)، أكسفورد، المملكة المتحدة، البريد
الإلكتروني: office@enonline.net مع كتابة "ملاحظات حول الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار
الأطفال في حالات الطوارئ" في خانة الموضوع للبريد الإلكتروني.

الإطار 1: إجراءات التأهب لحالات الطوارئ

هذا ملخص لإجراءات التأهب الواردة في الأقسام 1-6 من الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. الأقسام المحددة مدرجة في الملحق رقم 1.

قم بتطوير السياسات أو إقرارها:

1. تأكد من أن تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ تم تناولها على نحو كاف في السياسات الوطنية ذات الصلة والمبادئ التوجيهية والإجراءات.
2. تأكد من وجود السياسات الكافية فيما يتعلق باللاجئين والنازحين داخليا.
3. ضع خطط التأهب الوطنية/ ودون الوطنية لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.
4. قم بصياغة بيانات مشتركة محددة السياق حول تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ لتمكين الإطلاق السريع.
5. قم بتطوير أنظمة وطنية قابلة للتنفيذ من الناحية القانونية بشأن المدونة. قم بالرصد والإبلاغ عن انتهاكات المدونة.
6. قم بسن التشريعات واعتماد السياسات التي تتماشى مع توجيهات منظمة الصحة العالمية بشأن إنهاء التسويق غير الملائم لأطعمة الرضع وصغار الأطفال.
7. قم بتطوير سياسات وطنية ملزمة قانونا فيما يتعلق بمشاركة القطاع الخاص في الاستجابة لحالات الطوارئ من قبل صانعي السياسات في الأمم المتحدة والمجتمع المدني والحكومة لتمكين التعاون البناء وتجنب التأثير غير المجدي وتضارب المصالح.
8. قم بتحديث السياسات والمبادئ التوجيهية والإجراءات استناداً إلى الدروس المستفادة من حالات الطوارئ السابقة.

درب الموظفين

1. قم بتعريف وتوعية الموظفين الرئيسيين العاملين في مجال التخطيط وتوفير الاستجابة لحالات الطوارئ بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.
2. تنبأ بالاحتياجات الاستيعابية بناءً على أحداث الطوارئ.
3. حدد الاحتياجات اللازمة لتنمية القدرات الوطنية حول تغذية الرضع وصغار الأطفال. قم بدمج محتوى التدريب الخاص بالسياق ضمن آليات التسليم والمناهج القائمة.
4. قم بتوجيه وتدريب الموظفين المعنيين على دعم تغذية الرضع وصغار الأطفال. اشمل المكونات الرئيسية لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ والمدونة ضمن تدريب ما قبل الخدمة للعاملين في مجال الصحة.
5. حدد القدرات الحالية المتوفرة للمجالات الرئيسية، مثل الدعم الماهر للرضاعة الطبيعية والمترجمين، و قم بوضع قوائم جهات الاتصال الرئيسية الحالية ذات الخبرة الوطنية.
6. قم بإعداد مادة التعريف لاستخدام في الاستجابة المبكرة لحالات الطوارئ.
7. قم بتحديث محتوى التدريب استناداً إلى الدروس المستفادة من الاستجابة لحالات الطوارئ السابقة.

نسق العمليات

1. قم بالتعرف على القيادات الحكومية وسلطة التنسيق بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ وادعم تنمية القدرات لتعزيز هذه المسؤولية حسب الضرورة.
2. عندما تكون قدرة الحكومة مقيدة، حدد خيارات للاستجابة المنسقة لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ والقيادة.
3. قم بوضع اختصاصات تنسيق تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الاستجابة للطوارئ.
4. قم بزيادة الوعي العام والمهني فيما يتعلق بممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال الموصى بها ومنافعها. ضع استراتيجية للتواصل خلال تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ وخطط للتنفيذ السريع في حالة الطوارئ. قم بإعداد رسائل إعلامية موجزة وملائمة.
5. إشرك وكالات التنمية والجهات المانحة في التخطيط للتأهب الذي يتضمن تكييف البرامج الحالية لتلبية الاحتياجات الطارئة، والتفاوض للوصول إلى مرونة المانحين لتلبية الاحتياجات الجديدة وتحديد أولويات مصادر الدعم المتدفقة لتلبية الطلبات المتزايدة.
6. خصص التمويل اللازم لدعم الرصد والتقييم والتعلم.
7. قم بإقامة روابط مع نقاط الاتصال للقطاعات الأخرى وآليات التنسيق، لا سيما الأمن الغذائي والصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة العامة.

قيم وارصد

1. قم بإعداد ملغف عمل ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال وتغذية الأمهات والأطفال للإستفادة منه في عملية صنع القرار المبكر في حالات الطوارئ.
2. تأكد من إمكانية الوصول بسهولة إلى البيانات المصنفة والتقارير الأخيرة.
3. احسب معدل الرضع الذين نقل أعمارهم عن ستة أشهر ولا يتغذون بالرضاعة الطبيعية، وعند عمر سنة واحدة، وعند عمر سنتين من البيانات المتوفرة.
4. قم بإعداد الأسئلة الأساسية لضمها في التقييم المبكر للاحتياجات.
5. حدد القدرة الوطنية/الفرعية الموجودة و/أو المحتملة للقيام بتقييم تغذية الرضع وصغار الأطفال، والدراسات الاستقصائية.
6. ادمع الحكومة في مجال وضع السياسات والإجراءات لمراقبة انتهاكات المدونة والعمل على تنفيذها، قم بالرصد والإبلاغ عن انتهاكات المدونة للسلطات ذات الصلة.
7. حدد أدوات ونظم الرصد والتقييم الحالية التي يمكن تطبيقها في سياق حالات طوارئ، وقم بالموافقة على أي تعديلات ضرورية.

قم بحماية وتعزيز ودعم التغذية المثلى للرضع وصغار الأطفال بالتدخلات المتكاملة المتعددة القطاعات

1. قم بتشجيع ودعم ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال الموصى بها بين السكان.
2. قم بدمج الخطوات العشر لنجاح الرضاعة الطبيعية ومبادرة المستشفيات الصديقة للأطفال التابعة لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة ومنظمة الصحة العالمية ضمن خدمات الأمومة.

3. قم بوضع خطط للتأهب للتدخلات المتعلقة بدعم الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية والتغذية الاصطناعية وتحديد وإدارة وضع الأطفال الأكثر عرضة للخطر بوجه خاص.
4. حدد النقاط الأساسية في القطاعات المهمة في الوزارات والوكالات لإشراكها في البرنامج.
5. قم بتعريف الأغذية التكميلية وممارسات التغذية، بما في ذلك النقص الحالي في المغذيات وخيارات الاستجابة الحساسة ثقافياً، وآليات التوسع والاستجابة في سياق الطوارئ.
6. حدد سلسلة التوريد لبدائل حليب الأم المناسبة (إذا لزم الأمر) والأغذية التكميلية.
7. قم بالعمل على ضمان أن الأغذية التكميلية المحلية/المنتجة تجارياً تطابق الحد الأدنى من المعايير.
8. قم بدراسة التشريعات الوطنية المتعلقة بالأغذية والأدوية، خصوصاً الاستيراد.
9. توقع الاحتياجات المحتملة وآليات توفير المغذيات الدقيقة للحوامل والمرضعات والأطفال.
10. ضع خطط للاستجابة والانتقال لمرحلة ما بعد الطوارئ فيما يتعلق بالتدخلات الخاصة لتغذية الرضع وصغار الأطفال.
11. حدد قضايا الصحة العامة القائمة أو المحتملة ذات الأهمية التغذوية وقم بالتخطيط وفقاً لذلك.

التقليل من مخاطر التغذية الاصطناعية

1. ضع خطط لمنع وإدارة تبرعات بدائل حليب الأم، ومنتجات الألبان الأخرى ومعدات التغذية في حالات الطوارئ.
2. انقل موقف الحكومة فيما يتعلق بعدم السعي أو قبول التبرعات للجهات الفاعلة الرئيسية، بما في ذلك سفارات البلاد والمانحين والشركاء في التنمية ومجموعات المجتمع المدني، وغيرها.
3. استخدم سيناريوهات للتنبؤ باحتياجات التغذية الاصطناعية المحتملة لسكان المتضررين من الطوارئ وضع خطط التأهب وفقاً لذلك.
4. إنشئ نظم لإدارة التغذية الصناعية، بما في ذلك سلطة التنسيق (أو على الأقل الشروط والمواصفات)، وسلسلة توريد بدائل حليب الأم، وآليات الرصد.

ملاحظة: تفاصيل إجراءات التأهب للبرنامج (فضلاً عن الاستجابة والإنعاش) وردت في الالتزامات الأساسية لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة من أجل الأطفال في العمل الإنساني. منظمة الأمم المتحدة للطفولة 2010 (راجع 14 في المراجع القسم 8.2 السياسة - السياسة التنظيمية).

ملاحظات

^aA/RES/44/25، اتفاقية حقوق الطفل. الجلسة العامة 61، 20 نوفمبر 1989.
www.un.org/documents/ga/res.htm a/44

^b جمعية الصحة العالمية 59 لمنظمة الصحة العالمية. 4 مايو 2006 A.59/13. البند 11.8 من جدول الأعمال المؤقت. جمعية الصحة العالمية 59.21.

http://innocenti15.net/declaration.htm.
c https://sustainabledevelopment.un.org/
www.who.int/nutrition/decade-of-action/en/

e waba.org.my
f www.lli.org
g www.ilca.org
h www.ibfan.org
i www.humanitarianresponse.info/en/about-clusters/what-is-the-cluster-approach

نموذج تنسيق شؤون اللاجئين الخاص بالمفوضية

www.unhcr.org/excom/icm/53679e2c9/unhcr-refugee-coordination-model.html

^k بغرض جمع البيانات، الفترة من 0-5 أشهر تُقرأ 0 حتى خمسة أشهر، وذلك يعني منذ الولادة حتى 5.9 شهراً، أو 'حتى' 6 أشهر؛ أنها فترة 6 شهور كاملة. في مصطلحات البرامج، ذلك يشير إلى الأطفال الرضع الذين تقل أعمارهم عن 6 أشهر من العمر (راجع المراجع القسم 8.5 [75]).

^l كدليل، في البلدان النامية ذات معدل المواليد المرتفع، فإن النسب المتوقعة هي: الرضع من 0 إلى 5 أشهر: 1.35%؛ 6-11 شهراً: 1.25%؛ الأطفال 12-23 شهراً: 2.5%؛ الأطفال 0-59 شهراً: 12.5%؛ النساء الحوامل والمرضعات: 5-7%، اعتماداً على متوسط مدة الرضاعة الطبيعية. ملحوظة: هذه الأرقام تقريبية وستعتمد على معدل المواليد ومعدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة.

m <http://mics.unicef.org/surveys>

n <http://dhsprogram.com/>

o <http://worldbreastfeedingtrends.org/>

^p www.unicef.org/reports البحوث والتقارير لليونيسف:

قاعدة بيانات سوء التغذية لمنظمة الصحة العالمية: www.who.int/nutgrowthdb/en

بيانات اليونيسيف: <https://data.unicef.org>

q www.who.int/nutrition/nlis/en/

r www.alnap.org/resources/

^s نظرة عامة حول الطوارئ في مشروع تقييم القدرات ACAPS:

www.acaps.org/countries

شبكة الإغاثة: <http://reliefweb.int/countries>

معلومات الاستجابة الإنسانية: www.humanitarianresponse.info/en

تبادل البيانات الإنسانية: <https://data.humdata.org/>

لاجئو العالم: www.refworld.org/type,COUNTRYPROF,,,,,0.html

شبكة الوقاية: www.preventionweb.net/risk

^u معدل الوفيات بين جميع الفئات العمرية الناجم عن جميع الأسباب؛ ويعبر عنها عادة بوحدات الوفيات لكل 1000 فرد في السنة.

^v عدد وفيات الأطفال دون السنة الأولى من العمر لكل 1000 ولادة حية

^w عدد الأطفال دون الخمس سنوات من العمر الذين يموتون لكل 1000 ولادة حية في سنة محددة

^x لا توجد معايير مقبولة عالمياً للرضاعة الطبيعية الحصرية وتبنيها الرضاعة الطبيعية المستمرة في حالات الطوارئ. في غياب هذه المعايير، تم استخدام الهدف العالمي للتغذية لعام 2025 لمنظمة الصحة العالمية من

أجلال رضاعة الطبيعية الحصرية. للرضاعة الطبيعية المستمرة، لا يوجد مثل هذا الهدف. وقد حدد استعراض بيانات اليونيسف لعام 2016 من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل متوسطاً عالمياً بنسبة 74% من الرضاعة الطبيعية المستمرة في سنة واحدة؛ وبالتالي تم اختيار معيار بنسبة 70% (راجع المراجع القسم 8.5 [70])^{لا} على سبيل المثال، التقييم شبه الكمي للوصول والتغطية:

www.fantaproject.org/monitoring-and-evaluation/squeac-sleac and footnote 40

والحاشية السفلية رقم 40.

^ممجموعة التغذية – أداة تتبع انتهاكات مدونة تسويق بدائل حليب الأم:

www.nutritioncluster.net/resources/bms-code-violations-tracking-tool-nutrition-cluster/

نموذج الإبلاغ لشبكة العمل الدولية لأغذية الأطفال – مركز توثيق المدونة الدولية:

<https://vnhih.enketo.kobotoolbox.org/webform>

^{aa} أدوات رعاية الأم بطريقة الكنغر:

www.healthynewbornnetwork.org/kangaroo-mother-caretoolkit/

^{bb} تأخر تثبيت الحبل السري من أجل تحسين نتائج الصحة والتغذية للأمهات والرضع. منظمة الصحة العالمية، 2014.

www.who.int/nutrition/publications/guidelines/cord_clamping/en/

^{cc} توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن التدخلات لتحسين نتائج الولادة المبكرة. منظمة الصحة العالمية، 2015.

www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/pretermbirth-guideline/en/

^{dd} إنشاء نهج متكامل لبنك الحليب البشري لتعزيز رعاية الأطفال حديثي الولادة.

DeMarchis A, Israel-Ballard K, Amundson Mansen K and Engmann C, 2016.

مجلة طب الفترة المحيطة بالولادة.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27831549

تعزيز خدمات بنك الحليب البشري: إطار تنفيذ عالمي. النسخة الأولى. 2013. PATH.

www.path.org/publications/files/MCNH_haccp_training_workbook.pdf

^{ee} الشروط الرئيسية التي يجب أن تكون مطبقة للاستخدام الآمن للحليب البشري المتبرع به في حالات الطوارئ هي: سياسة الحكومة (التأهب)، أو في حالة عدم وجود سياسة، اتفاق بين السلطات بشأن استخدامه؛ وتقدير الاحتياجات، ومعايير الأهلية المحددة ومدة الحكم؛ كفاية العرض للاستجابة؛ تأكيد الجودة بما في ذلك فحص المانحة والبسترة؛ وإنشاء وصيانة سلسلة التبريد للحفاظ على الجودة والسلامة.

^{ff} للحصول على مثال للحد الأدنى من المسح للسكان في مرحلة العبور، راجع المراجع القسم 8.6 [133].

^{gg} NutVal. www.nutval.net

^{hh} الأطفال الذين لا يرضعون رضاعة طبيعية لديهم احتياجات غذائية متزايدة (راجع المراجع القسم 8.6 [119])

ⁱⁱ تنظيف مع إمكانية الوصول إلى مياه الشرب المأمونة ومرافق غسل اليدين وإدارة البراز الآمنة والمراحيض التي يمكن الوصول إليها واستخدام المراحيض المحسنة ومياه الشرب المعالجة المخزنة بأمان (راجع المراجع القسم 8.6 [160-166]).

للتصحيح التوجيهات العالمية بأن تقرر السلطات الوطنية / دون الوطنية ممارسة التغذية التي تمنح الرضع والأطفال الصغار أكبر فرصة للبقاء بدون فيروس نقص المناعة البشري ودعم الأمهات ومقدمي الرعاية وفقاً لذلك. ممارسات التغذية الموصى بها للاختيار في سياق فيروس نقص المناعة البشري هي: أ) الإرضاع من الثدي

وتلقي التدخلات بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية (ARV)، أو ب) تجنب كل الرضاعة الطبيعية والتغذية البديلة. لاتخاذ هذا القرار، يجب على السلطة المختصة موازنة مخاطر انتقال فيروس نقص المناعة البشري مقابل الأسباب الأخرى لوفيات الأطفال. وتشمل الاعتبارات: السياق الاجتماعي والاقتصادي والثقافي؛ توافر وجودة الخدمات الصحية؛ انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين النساء الحوامل؛ والأسباب الرئيسية لنقص تغذية الأمهات والأطفال ووفيات الرضع والأطفال ضمن السكان المتضررين (راجع المراجع قسم 8.6 [115-113]).^{kk} يجب الأخذ بعين الاعتبار العلاج الوقائي في الفترة المحيطة بالولادة والعقاقير المضادة للفيروسات القهقرية بعد الولادة للرضع (راجع التعريفات) عندما يتم توقف إمدادات الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية للأمهات. تعتبر هذه فجوة بحثية (راجع المراجع القسم 8.6 [115]).

"مجموعة بدائل حليب الأم الأكثر أماناً. جمعية "أنقذوا الأطفال" Save The Children، 2017.

<https://drive.google.com/file/d/0B5uBNDhhrtqbamMyMFg2cldrM1 U/view>

8. المراجع

يتم تنظيم هذا الاختيار للمراجع والموارد الرئيسية حسب القسم الأكثر ملاءمة من الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. يجب الملاحظة إلى أن العديد منها ينطبق على أكثر من قسم واحد.

[1]	عام	8.1
[1]	السياسة	8.2
[7] – [2]	الاستراتيجية العالمية والوطنية	
[12] – [8]	السياسة العالمية	
[22] – [13]	السياسة التنظيمية	
[25] – [23]	المعايير الدنيا	
[26]	التدريب	8.3
[34] – [27]	تقديم المشو	
[40] – [35]	برمجة	
[48] – [41]	المجتمع	
[50] – [49]	التقييم والبحوث	
[54] – [51]	الاستجابة الإنسانية العامة	
[55]	التنسيق	8.4
[57] – [56]	التخطيط للاستجابة الإنسانية والتنسيق	
[67] – [58]	الاتصال والدعوة	
[68]	التقييم والرصد	8.5
[73] – [69]	مؤشرات	
[75] – [74]	العمر	
[80] – [76]	جمع البيانات (التقييم)	
[87] – [81]	تقييم معمق	
[92] – [88]	مراقبة	
[94] – [93]	مشاركة	
[96] – [95]	التعلم	
[97]	التدخلات المتعددة القطاعات	8.6
[101] – [98]	تقديم المشورة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال	
[108] – [102]	الرضاعة الطبيعية	
[110] – [109]	الرضاعة الاصطناعية	
[116] – [111]	الظروف الخاصة	
[120] – [117]	التغذية التكميلية	
[122] – [121]	تغذية الأم	
[128] – [123]	المغذيات الدقيقة	
[130] – [129]	التأهب	
[136] – [131]	برمجة تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ	
[141] – [137]	تغيير السلوك	
[149] – [140]	تعميم في التغذية	
[153] – [150]	الإعاقة (نوي الإحتياجات الخاصة)	
[156] – [154]	النوع الإجتماعي	

[157] – [159]	الدمج	
[166] – [160]	المياه والصرف الصحي والنظافة العامة	
[169] – [167]	الحماية	
[170]	الأمن الغذائي وسبل العيش	
[174] – [171]	تنمية الطفولة المبكرة	
[175]	المراهقين	
[181] – [176]	الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي	
[186] – [182]	صحة الأم وحديث الولادة والطفل	
[192] – [187]	الأمراض المعدية	
[194] – [193]	الرضاعة الصناعية	8.7
[197] – [195]	التقليل من المخاطر	
[201] – [198]	الأدوار والمسؤوليات	
[203] – [202]	واصفات بدائل حليب الأم	
[204]	لوازم بدائل حليب الأم ومعدات التغذية	

8.1 عام

1. مجموعة أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. الإصدار رقم 3. منظمة أنقذوا الأطفال، 2017. الإنجليزية، مع الوثائق الأساسية باللغتين الفرنسية والعربية. مجموعة من المعلومات والموارد العملية للتمكين من البدء السريع وتنفيذ برامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات طوارئ. هذا مصدر عام يمتد على جميع الأقسام أدناه؛ ومع ذلك يتم تسليط الضوء على المصادر ذات الصلة بشكل خاص داخل كل قسم <http://bit.ly/IYCFEtoolkit>

8.2 السياسة

الاستراتيجية العالمية والوطنية

2. مجموعة أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. الإصدار رقم 3. القسم أ: السياسة. أنقذوا الأطفال، 2017. <http://bit.ly/IYCFEtoolkit>

3. خطة تنفيذ شاملة بشأن تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال. خطة عمل توضح الإجراءات ذات الأولوية التي ينبغي تنفيذها بشكل مشترك من قبل الدول الأعضاء والشركاء الدوليين لتحقيق ستة أهداف عالمية للتغذية بحلول عام 2025. منظمة الصحة العالمية، 2014. العربية، الصينية، الإنكليزية، الفرنسية، الروسية والإسبانية.

www.who.int/nutrition/publications/CIP_document/en/

4. المبادئ التوجيهية لتغذية الرضع والأطفال الصغار أثناء الطوارئ. منظمة الصحة العالمية، 2004. الإنجليزية. http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/9241_546069.pdf

5. الاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. منظمة الصحة العالمية واليونيسيف، 2003. العربية، الصينية، الإنكليزية، الفرنسية، الألمانية، الإيطالية، اليابانية، الروسية والإسبانية. يوفر الإطار الرئيسي لإجراءات منظمة الصحة العالمية لتعزيز الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية.

www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241_56221_8/en/

6. دليل التخطيط للتنفيذ الوطني للاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال. منظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، 2007. الإنجليزية. يقترح عملية تدريجية لتطوير استراتيجية خاصة بالبلد.

www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241_5951_93/en/

7. حماية ضد تضارب المصالح المحتمل في برامج التغذية: نهج لمنع وإدارة تضارب المصالح في وضع السياسات وتنفيذ برامج التغذية على المستوى القطري.

www.who.int/nutrition/publications/COI-report/en/

السياسة العالمية

8. إرشادات السياسة: التدخلات ذات الأولوية في التغذية والنهج الشاملة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. البنك الدولي، 2011. الإنجليزية. ورقة عمل تصف التدخلات التغذوية ذات الأولوية والنهج الشاملة التي تعتبر أساسية لتعزيز وحماية الوضع الغذائي للأهت والأطفال وكذلك رأس المال البشري للبلد في الأجل القصير والمتوسط والطويل.

<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/23711/NonAsciiFileName0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

9. المدونة الدولية لتسويق بدائل حليب الأم. منظمة الصحة العالمية، 1981 وقرارات جمعية الصحة العالمية اللاحقة ذات الصلة (المدونة

- راجع التعريف). العربية، الإنجليزية، الفرنسية، والإسبانية والعديد من اللغات الأخرى. <http://ibfan.org/the-full-code>

10. المدونة الدولية لتسويق بدائل حليب الأم - 2017 تحديث. الأسئلة الشائعة. منظمة الصحة العالمية، 2017. الصينية والإنجليزية والروسية والإسبانية. معلومات مفصلة سهلة القراءة حول أسئلة محددة متعلقة بالمدونة.

www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/breastmilk-substitutes-FAQ2017/en/

11. قرار جمعية الصحة العالمية: إرشادات حول إنهاء الترويج غير المناسب لأطعمة الرضع وصغار الأطفال.

69th WHA A69/7 Add.1. 2016.

الانكليزية. تغطي الأغذية والمشروبات المنتجة تجارياً، بما في ذلك الأغذية التكميلية التي يتم تسويقها باعتبارها مناسبة لتغذية الأطفال حتى سن 36 شهراً.

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_7Add1-en.pdf

12. قرار جمعية الصحة العالمية على التعزيز غير المناسب لأطعمة الرضع وصغار الأطفال: موجز السياسة. منظمة الصحة العالمية، منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، جمعية أنقذوا الأطفال، شبكة العمل الدولية لأغذية الأطفال IBFAN، هيلين كيلر إنترناشونال، 2016، الإنجليزية.

http://archnutrition.org/wp-content/uploads/2016/12/01_1917_HKI_WHABrief_v3-with-date-1.pdf

السياسة التنظيمية

13. نموذج بيان مشترك حول تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، المجموعة الأساسية لتغذية الرضع وصغار الأطفال خلال

الطوارئ 2017. الإنجليزية. بيان عام للتكيف www.ennonline.net/modelifejointstatement

14. الالتزامات الأساسية تجاه الأطفال في الأعمال الإنسانية. منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، 2010. الإطار العالمي للعمل الإنساني لصالح الأطفال المدارة من قبل اليونيسيف وشركائها. www.unicef.org/publications/files/CCC_042010.pdf

15. أهداف التغذية العالمية 2025: موجز عن سياسة الرضاعة الطبيعية. منظمة الصحة العالمية واليونيسيف 2014. الإنجليزية. www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/

16. السياسة العامة لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. المجموعة الأساسية لتغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ، 2008. مثال على سياسة تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ مبني على أساس التوجيه العملي.

www.ennonline.net/ifegenericpolicy

17. ورقة موقف تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ 2.0، منظمة العمل ضد الجوع ACF، 2016، الإنجليزية. www.actionagainsthunger.org/publication/2016/02/infant-and-young-child-feeding-emergencies-iycf-e-position-paper-20

18. ورقة موقف تغذية الرضع وصغار الأطفال. الجمعية الدولية لإستشاري الرضاعة الطبيعية ILCA، 2014. الإنجليزية. <http://waba.org.my/pdf/ilca-iycf-emergencies.pdf>

19. ورقة موقف تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. جمعية أنقذوا الطفولة، 2016. الإنجليزية. <https://drive.google.com/file/d/0B5uBNDhrtqbNndidU91Ym1hNGM/view>

20. سياسة الحليب: نسخة عالمية، 2011. الإنجليزية. www.wvi.org/nutrition/publication/milk-policy

21. عينة سياسات تغذية الرضع. المملكة المتحدة لبريطانيا. الإنجليزية. عينة من الأمومة، وسياسات الزيارة الصحية وحديثي الولادة وقوائم المراجعة الذاتية التي تعكس المعايير الصديقة للطفل.

www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/guidance-for-health-professionals/tools-and-forms-for-health-professionals/sample-infant-feeding-policies/

22. سياسة مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين المتعلقة بقبول وتوزيع واستخدام منتجات الحليب في مناطق اللاجئين. مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، شبكة التغذية في حالات الطوارئ، المجموعة الأساسية لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ ومعهد صحة الطفل، 2006.

www.unhcr.org/uk/publications/operations/4507f7842/unhcr-policy-related-acceptance-distribution-use-milk-products-refugee.html

المعايير الدنيا:

23. المعيار الإنساني الأساسي للجودة والمساءلة (CHS). تحالف المعيار الإنساني الأساسي للجودة والمساءلة، مجموعة URD ومشروع اسفير، 2014. العربية، الإنكليزية والفرنسية، والإسبانية والعديد من اللغات الأخرى. مدونة طوعية تصف العناصر الأساسية للعمل الإنساني المبدئي والخاضع للمساءلة والجودة.

<https://corehumanitarianstandard.org/the-standard>

24. مدونة السلوك للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية في مجال الإغاثة في حالات الكوارث. الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، 1994. العربية، الإنكليزية والفرنسية، والإسبانية ولغات أخرى.

<https://media.ifrc.org/ifrc/who-we-are/the-movement/code-of-conduct/>

25. دليل اسفير. 2011. العربية، الإنكليزية والفرنسية والعديد من اللغات الأخرى. تشمل معايير تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. النسخة المنقحة في عام 2018. www.sphereproject.org/handbook

8.3 التدريب

26. مجموعة أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. الإصدار رقم 3. القسم (ز) التوجيه والتدريب. جمعية أنقذوا الأطفال، 2017. <http://bit.ly/IYCFEtoolkit>

تقديم المشورة

27- مشورة الرضاعة الطبيعية: دورة تدريبية. اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية، 1993. الإنكليزية والفرنسية والروسية والإسبانية. تستهدف العاملين في مجال الصحة.

www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_cdr_93_3/en/

28. وحدات التعليم الإلكتروني للرضاعة الطبيعية. الصحة العامة في تورونتو. الإنكليزية. 12 وحدة على الإنترنت تهدف إلى دعم العاملين في مجال الرعاية الصحية لتقديم الخدمات المستندة إلى أدلة عن الرضاعة الطبيعية، وخلق بيئة صديقة للطفل.

www1.toronto.ca/wps/portal/contentonly?vgnextoid=46bdf87775c24410VgnVCM10000071d60f89RCRD

29. دورة تدريبية مشتركة حول تقييم النمو وتقديم المشورة عن تغذية الرضع وصغار الأطفال. منظمة الصحة العالمية، 2012. الإنكليزية. تستهدف العاملين في مجال الصحة في الرعاية الصحية الأولية ومقدمي المشورة.

www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241_50481_2/en/

30. استشارات التغذية التكميلية: دورة تدريبية. منظمة الصحة العالمية، 2004. الإنكليزية. تستهدف العاملين في مجال الصحة الذين يعملون مع مقدمي الرعاية للأطفال الصغار من عمر 6 إلى 24 شهراً

www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241_546522/en/

31. تغذية الرضع في حالات الطوارئ-الوحدة 2، للعاملين في مجال الصحة والتغذية في حالات الطوارئ للتدريب والممارسة والمرجعية.

النسخة 1.1. يهدف إلى تزويد المعنيين مباشرة بالرضع ومقدمي الرعاية بالمعارف والمهارات الأساسية لدعم تغذية الرضع وصغار الأطفال الآمنة والمناسبة. شبكة التغذية في حالات الطوارئ، جمعية تغذية الرضع في جنيف - شبكة العمل الدولية لأغذية الأطفال، منظمة أرض البشر، CARE USA منظمة العمل ضد الجوع، اليونيسف، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومنظمة الصحة العالمية، برنامج الأغذية العالمي مشروع الرابطة 2007، العربية، اليهاسا، الإنكليزية والفرنسية. www.enonline.net/ifemodule

32. استشارات تغذية الرضع وصغار الأطفال: الدورة التدريبية المتكاملة. منظمة الأمم المتحدة للطفولة، 2006. الإنكليزية والإسبانية والروسية. ملاحظة: لا تحل هذه الدورة التدريبية التي تستغرق خمسة أيام محل دورات تقديم المشورة بشأن الرضاعة الطبيعية (24) واستشارات التغذية التكميلية (27)، ولكنها دورة تدريبية متكاملة لتزويد العاملين الصحيين والمستشارين الذين لديهم قيود زمنية بالأساسيات الضرورية.

www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241_594745/en/

33. تغذية الرضع وصغار الأطفال: الفصل النموذجي للكتب الدراسية لطلاب الطب والعاملين في مجال الصحة التطبيقية. منظمة الصحة العالمية، 2009. الإنجليزية والأسبانية. التدريب الأساسي على المعرفة الأساسية والمهارات الأساسية للمهنيين الصحيين العاملين مع الأمهات وصغار الأطفال.

www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241597494/en/

34. أشرطة الفيديو على الإنترنت. وسائل الإعلام الصحية العالمية. الإنجليزية والفرنسية، والإسبانية والعديد من اللغات الأخرى. وسائل التدريب: سلسلة الرضاعة الطبيعية والأطفال الصغار. <https://globalhealthmedia.org/videos/>

البرمجة

35. التصميم لتغيير السلوك: للزراعة وإدارة الموارد الطبيعية، والصحة والتغذية. برنامج دعم الأداء التقني والتشغيلي والمجموعة الأساسية، 2013. الإسبانية والإنجليزية والفرنسية. مناهج دراسية لمدة ستة أيام.

www.fsnnetwork.org/designing-behavior-change-agriculture-natural-resource-managementhealth-and-nutrition

36. حزمة التدريب المنسقة (HTP) الوحدة 17: تغذية الرضع وصغار الأطفال. الإصدار 2. شبكة التغذية في حالات الطوارئ والأعمال الغذائية. 2011. الإنجليزية. مصدر للمدربين في قسم طوارئ التغذية (NiE) ويمكن أيضاً استخدامها من قبل الأفراد لزيادة معرفتهم التقنية بهذا القطاع.

www.ennonline.net/httpv2 module 17

37. حزمة تعريف تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. شبكة التغذية في الحالات الطارئة والمجموعة الأساسية لبرنامج تغذية الرضع خلال الطوارئ، 2010. الإنجليزية. تستهدف موظفي الإغاثة في حالات الطوارئ، ومديري البرامج والموظفين التقنيين المعنيين في التخطيط والاستجابة لحالات الطوارئ على المستوى الوطني والدولي. www.ennonline.net/

تشمل التعلم الإلكتروني في <http://lessons.ennonline.net/>

38. دورة تدريبية لمدة 5 أيام لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. منظمة أنقذوا الأطفال، 2017. الإنجليزية والفرنسية. برنامج تدريبي قابل للتكيف يستهدف تطوير المهارات والمعارف المطلوبة لإنشاء برامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ المتماشية مع النهج والمعايير الشاملة للقطاع.

<https://resourcecentre.savethechildren.net/library/infant-and-young-child-feedings-emergencies-iyce-curriculum>

39. برمجة تغذية الرضع وصغار الأطفال - دورة تدريبية. اليونسيف وجامعة كورنيل. التعلم الإلكتروني الذي يستهدف مديري البرنامج. الإنجليزية.

www.nutritionworks.cornell.edu/UNICEF/about/

40. دليل الصحة العامة للطوارئ. الفصل 9: الأمن الغذائي والتغذية في حالات الطوارئ. الإصدار الثاني. جونز هوبكينز ورابطة جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، 2008. الإنجليزية. دليل مرجعي في إدارة الأوضاع الميدانية من أجل التغذية في حالات الطوارئ للعاملين في المجال الإنساني والمهنيين الطبيين.

<http://foodsecuritycluster.net/document/food-security-emergencies>

المجتمع

41. العناية بحديثي الولادة والأطفال في المجتمع. حزمة الموارد. منظمة الصحة العالمية، 2015. الإنجليزية. تتألف من ثلاث دورات تهدف إلى زيادة تغطية التدخلات الأسرية وتدخلات المجتمعات التي ستقل من وفيات حديثي الولادة والأطفال وتعزز من التطور والنمو الصحي، بما في ذلك تغذية الرضع وصغار الأطفال. تشمل بطاقات الاستشارة وكتيب الصور

www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-care-newborns-children/en/

42. إشراك الجدات لتحسين التغذية: دليل وكتيب إرشاديلموجهي مجموعات الحوار. تغذية الرضع وصغار الأطفال، 2011. الإنجليزية والبرتغالية. مصمم لتدريب الجدات لتأدية دور مراقبة للمناقشات حول رعاية العائلة وتغذية الأم والأطفال

www.iycn.org/resource/engaging-grandmothers-to-improve-nutrition-a-training-manual-andguide-for-dialogue-group-mentors/

43. تغذية الرضع وصغار الأطفال والنوع الاجتماعي: دليل التدريب ودليل المشاركين لقادة مجموعات الذكور. تغذية الرضع وصغار الأطفال، 2011. الإنجليزية. لأجل تدريب قادة مجموعات الذكور لمشاركة المعلومات وتشجيع المناقشات حول أدوار النوع الاجتماعي المتعلقة بممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال.

www.iycn.org/resource/infant-and-youngchild-feeding-and-gender-trainers-manual-and-participants-manual/

44. قياس وتعزيز نمو الطفل. منظمة الرؤية العالمية، 2011. الإنجليزية. تدريب لمدة ثلاثة أيام على مراقبة النمو على مستوى المجتمع المحلي والترويج له.

www.wvi.org/nutrition/publication/measuring-and-promoting-child-growth

45. تعبئة المجتمعات لأجل التغذية المحسنة: دليل وكتيب تدريب لقادة المجتمع. تغذية الرضع وصغار الأطفال، 2011. الإنجليزية والبرتغالية. تعليمات خطوة بخطوة لتسهيل ورشة عمل ليوم واحد مع قادة المجتمع.

www.iycn.org/resource/mobilizingcommunities-for-improved-nutrition-a-training-manual-and-participant-manual-forcommunity-leaders/

46. مجموعات الدعم بين الأمهات: دليل المدربين ودليل الميسرين مع دليل المناقشة. تغذية الرضع وصغار الأطفال، 2011. الإنجليزية والبرتغالية. لأجل تدريب ميسري مجموعات الدعم بين الأمهات على قيادة المناقشات التشاركية حول تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال.

www.iycn.org/resource/mother-to-mother-support-groups-trainer%E2%80%99s-manual-andfacilitator%E2%80%99s-manual/

47. الإشراف الداعم/ التوجيه والمراقبة لمجتمعات تغذية الرضع وصغار الأطفال. اليونيسيف، 2013. الإنجليزية. تدريب لمدة يوم واحد، يتضمن أدوات ونماذج رصد قابلة للتكيف.

www.fsnnetwork.org/supportive-supervisionmentoring-and-monitoring-community-iycf

48. حزمة الإرشاد المجتمعي لتغذية الرضع وصغار الأطفال. اليونيسيف، 2013. الانكليزية والفرنسية. الأدوات العامة للتكيف المحلي، بما في ذلك بطاقات الإرشاد.

www.unicef.org/nutrition/index_58362.html Assessment and Research

التقييم والبحث

49. مقدمة إلى منهجية البحث النوعي: دليل التدريب. موجهة أساساً نحو العلماء غير الاجتماعيين العاملين في البيئات المنخفضة ومتوسطة الدخل. كيلمان ك، كاتالدو إف، سيلي جيه - ديفد 2012. الإنجليزية.

www.gov.uk/dfid-research-outputs/introduction-toqualitative-research-methodology

50. التدريب على تقييم الاحتياجات الإنسانية. مبادرة هارفارد الإنسانية، 2016. الإنجليزية. التعليم الإلكتروني. <http://hhi.harvard.edu/elearning/humanitarian-needs-assessment-training> General Humanitarian Response

الاستجابة الإنسانية العامة

51. بناء استجابة أفضل. الأكاديمية الإنسانية في هارفارد. الإنجليزية. التعلم الإلكتروني لفهم الهيكل التنظيمي ووظيفة الخدمات الإنسانية الدولية.

<http://hhi.harvard.edu/education/bbr>

52. التواصل مع المجتمعات المتأثرة بالكوارث. شبكة التواصل مع المجتمعات المحلية المتضررة من الكوارث. الإنجليزية. التعلم الإلكتروني حول المكونات الرئيسية للتواصل الفعال مع المجتمعات التي أصابها الأزمات.

www.cdacnetwork.org/learning-centre/e-learning/

53. الاستعداد للكوارث. مكتبة التعلم عبر الإنترنت. العربية والفرنسية والإسبانية.

www.disasterready.org/

54. مبادرة هارفارد الإنسانية للتعلم الإلكتروني.

<http://hhi.harvard.edu/resources#e-learning>

8.4 التنسيق

55. مجموعة أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. الإصدار رقم 3. القسم 1: التنسيق والاتصالات. العربية والانجليزية والفرنسية، 2017.

<http://bit.ly/IYCFEtoolkit>

تخطيط وتنسيق الاستجابة الإنسانية

56. كتيب مجموعة التغذية: دليل عملي للعمل على مستوى الدولة. مجموعة التغذية العالمية، 2017. الإنجليزية. قيد المراجعة.

<http://nutritioncluster.net>

57. نصائح حول التدخلات التغذوية لخطة الاستجابة الإنسانية. مجموعة التغذية، 2016. الإنجليزية. توفير نصائح لمجموعات التغذية لتسهيل تخطيط استجابة جماعية وتطوير تدخلات التغذية في الطوارئ (بما في ذلك تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ).
<http://nutritioncluster.net/resources/hrp-tips/>

المراسلات والمناصرة

58. مجموعة أدوات الدعوة. مبادرة Alive and Thrive. الإنجليزية.

<http://aliveandthrive.org/resources-mainpage/tools-library/advocacy-select-design-tools/>

59. مبادرة الدعوة إلى الرضاعة الطبيعية: لأجل أفضل انطلاقة في الحياة. منظمة الصحة العالمية واليونيسيف، 2016.

www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/breastfeeding_advocacy_initiative/en

60. سلسلة الرضاعة الطبيعية. مجلة لانسيت، 2016. الإنجليزية.

<http://thelancet.com/series/breastfeeding>

61. منذ ساعة الحياة الأولى: تقرير جديد حول تغذية الرضع وصغار الأطفال. اليونيسيف، 2016. الإنجليزية والفرنسية والإسبانية.

<https://data.unicef.org/resources/first-hour-life-new-report-breastfeeding-practices/>

62. فيديو توجيهي حول تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. منظمة أنقذوا الأطفال، 2017. الإنجليزية. فيديو تعريفى مدته ثلاث دقائق يستهدف العامة المشتركين في أزمة اللاجئين الأوروبية. ينطبق أيضاً على كوارث أخرى.

<https://resourcecentre.savethechildren.net/library/infant-and-young-child-feedings-emergencies-iycf-e-films>

63. فيديو حول أهمية برمجة تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. منظمة أنقذوا الأطفال، 2017. الإنجليزية. فيديو لمدة ثلاثة دقائق يشرح سبب أهمية برامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ الإلكترونية، وما الذي يشكل أفضل ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال وكيف يمكن تنفيذ برامج التغذية المثلى للرضع وصغار الأطفال في برامج الطوارئ الإلكترونية.

<https://resourcecentre.savethechildren.net/library/infant-and-young-child-feedings-emergencies-iycf-e-films>

64. صندوق أدوات التواصل الشامل. مبادرة Alive and Thrive. الإنجليزية. <http://aliveandthrive.org/resources-main-page/tools-library/mass-communication-featured-tools/>

65. دليل الإعلام حول تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. المجموعة الأساسية لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ، 2007. العربية والإنجليزية والفرنسية والألمانية والإيطالية والإسبانية: www.enonline.net/iycfmediaguide

66. دعم الرضاعة الطبيعية أثناء حالات الطوارئ: حماية حقوق المرأة الإنجابية وصحة الأم والطفل. جريبيل، كيه.، مكغراث، إم.، مكلارين، إيه.، لوتسكا، إل.، (2011)

www.ibfan.org/art/2011-1-Supporting_breastfeeding_emergencies_Disasters.pdf

67. راجع أيضاً: 13 (البيان المشترك)

8.5 التقييم والرصد

68. مجموعة أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ الإلكترونية. الإصدار رقم 3. القسم ب: تقييم الحاجة. منظمة أنقذوا الأطفال، 2017. <http://bit.ly/IYCFEtoolkit>

المؤشرات

69. سجل المؤشرات الإنسانية. الإنجليزية. أداة توجيه لاختيار المؤشرات.
www.humanitarianresponse.info/en/applications/ir
70. مؤشرات تقييم ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال. الجزء الأول: التعاريف. منظمة الصحة العالمية، اليونسيف، الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، ووكالة التنمية الدولية، وجامعة كاليفورنيا - دافيس، والمعهد الدولي لبحوث السياسات الغذائية، 2008. الإنجليزية والفرنسية والإسبانية.
www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241596664/en/
71. مؤشرات تقييم ممارسات الرضاعة الطبيعية. منظمة الصحة العالمية، 1991. الإنكليزية والفرنسية. تقرير اجتماع يبين الاتفاق الذي تم التوصل إليه حول المؤشرات المستسقة من بيانات استبيان الأسر.
www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/cdd_ser_91_14/en/
72. منذ الساعة الأولى من الحياة. تحسين حالة تغذية الرضع وصغار الأطفال في كل مكان. اليونسيف 2016.
<http://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-youngchild-feeding/>
73. انظر أيضاً: 57 (نصائح حول تدخلات التغذية)
العمر
74. مبادئ توجيهية لتقدير شهر وسنة ولادة الأطفال الصغار. منظمة الأغذية والزراعة، 2008. الإنجليزية.
www.fao.org/docrep/011/aj984e/aj984e00.htm
75. الحديث حول عمر الطفل: ملخص. المجموعة الأساسية لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ، 2012. الإنجليزية.
www.enonline.net/iycfandchildage. يهدف إلى تحسين فهم ودقة استخدام العمر في الاستبيانات وأثناء التحدث إلى الأمهات.
- جمع البيانات (التقييم)
76. جدول بيانات حول تقييم ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. فريق الاستجابة السريعة التقني، 2016. الإنجليزية والفرنسية.
www.nutritioncluster.net/wp-content/uploads/sites/4/2016/12/TechRRTIYCFassesmentfactsheet.pdf
77. مؤشرات تقييم ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال. الجزء الثاني: القياس. منظمة الصحة العالمية، اليونسيف، الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، ووكالة التنمية الدولية، وجامعة كاليفورنيا - دافيس، والمعهد الدولي لبحوث السياسات الغذائية، 2010. الإنجليزية والفرنسية. أدوات وشرح لتحصيل المؤشرات.
www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241599290/en
87. ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال. تحصيل واستخدام البيانات: دليل خطوة بخطوة. العناية، 2010. يتضمن استبيان عام. الإنجليزية.
www.enonline.net/iycfdataguide
79. استخدام أدوات التحليل الديموغرافي في المناطق المتأثرة بالنزاع. مدرسة لندن للصحة وطب الوبائيات. مناقشات قصيرة لمواضيع محورية في مجال التحليل الديموغرافي كما هو مطبق على حالات الطوارئ الإنسانية. يشمل القضايا الأخلاقية في جمع البيانات.
http://conflict.lshtm.ac.uk/page_02.htm
80. توجهات الرضاعة الطبيعية في العالم. مبادرة الاتجاهات العالمية للرضاعة الطبيعية. الإنجليزية. تقارير حول حالة سياسات تغذية الرضع وصغار الأطفال والبرامج في 84 دولة.
<http://worldbreastfeedingtrends.org/country-report-wbti/>
- تقييم معمق
81. دليل استخدام منهجية البحث النوعي. أطباء بلا حدود - مركز عمليات أمستردام ومدرسة لندن للصحة وطب الوبائيات، 2007. الإنجليزية.
<http://hdl.handle.net/10144/84230>
82. دليل عملي لإجراء تحليل المعوقات. بوني كيتل، 2013. العربية والإنجليزية والفرنسية والإسبانية.
www.fsnnetwork.org/practical-guide-conducting-barrier-analysis
83. إجراء استبيانات المعارف والمواقف والممارسات: مستند تعليم قائم على الفشل في دراسات المعارف والمواقف والممارسات. منظمة العمل ضد الجوع، 2013. الإنجليزية.
www.actionagainsthunger.org/publication/2013/01/conducting-kap-surveys-learning-document-based-kap-failures

84. البحوث الأولية: دليل لدعم تحصيل وتحليل البيانات النوعية للتخطيط المتكامل لبرنامج تغذية الأم والطفل. جماعة العناية، 2014. الإنجليزية. المعلومات والأدوات الأساسية اللازمة لإجراء وتحليل البحوث النوعية، وبالأخص برامج أغذية الأطفال والعناية المتكاملة بالأم والطفل جنباً إلى جنب مع تدخلات الأمن الغذائي للأسرة.
www.fsnnetwork.org/formative-research-guide-support-collection-and-analysis-qualitivedata-integrated-maternal-
85. إرشادات تقييم المعرفة والسلوك والميول المتعلقة بالتغذية. منظمة الأغذية والزراعة، 2014. الإنجليزية.
www.fao.org/docrep/019/i3545e/i3545e00.htm
86. الاستبيان الغذائي الموسع الموحد (SENS) المبادئ التوجيهية للسكان اللاجئين. الوحدة 3: تغذية الرضع والأطفال الصغار. الإصدار 2. مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، 2013. الإنجليزية. المنهجية الموحدة لإجراء الدراسات الاستقصائية عن الأغذية.
http://sens.unhcr.org/introduction/module-3-iycf/
87. مبادئ: التخطيط للبحوث الأولية لممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال. تغذية الرضع وصغار الأطفال، 2011. الإنجليزية. تهدف إلى مساعدة الباحثين الذين هم بالفعل على دراية بأساليب البحث التكويني في إجراء التقييمات التكوينية لبرامج تغذية الرضع وصغار الأطفال.
www.icycn.org/resource/the-basics-planning-for-formative-research-for-infant-and-young-childfeeding-practices/

المراقبة

88. قائمة مراجعة الإشراف على الإرشادات والمبادئ التوجيهية. تغذية الرضع وصغار الأطفال، 2011. الإنجليزية. أداة للمشرفين لقياس معرفة العاملين في مجال الصحة وتسجيل سلوكهم أثناء جلسات الاستشارة.
www.icycn.org/resource/counseling-supervision-checklist-and-guidelines/
89. استبيان مقابلة الخروج والمبادئ التوجيهية. تغذية الرضع وصغار الأطفال، 2011. الإنجليزية. مساعدة مديري البرنامج في تقييم جودة خدمات الاستشارة ورضى العملاء.
www.icycn.org/resource/exit-interview-questionnaire-and-guidelines/
90. دليل وأدوات رصد ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال. تغذية الرضع وصغار الأطفال، 2011. الإنجليزية. أداة للعاملين في المجتمع لتتبع سلوك الأفراد والمساعدة في مراقبة التقدم في تحقيق السلوكيات الرئيسية في تغذية الرضع وصغار الأطفال.
www.icycn.org/resource/infant-and-young-child-feeding-practices-monitoring-tool-and-guide/
91. مجموعة أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ الإلكترونية. الإصدار رقم 3. القسم ح: الإشراف والرصد. العربية والإنجليزية والفرنسية، 2017. <http://bit.ly/IYCFEtoolkit>
92. المبادئ التوجيهية متعددة القطاعات للمراقبة والتقييم. منظمة العمل ضد الجوع، 2016. الإنجليزية والفرنسية.
www.actionagainsthunger.org/publication/2016/08/multi-sectoral-monitoring-evaluation

المشاركة

93. كتيب المشاركة للعاملين الميدانيين في المجال الإنساني - إشراك الأشخاص المتأثرين بالأزمات في الاستجابة الإنسانية. شبكة التعلم النشط للمساءلة والأداء في مجال العمل الإنساني 2009، Groupe URD، الإنجليزية.
www.urd.org/Participation-Handbook
94. المشاركة المدفوعة من قبل المجتمع في برمجة الإغاثة الإنسانية. منظمة العمل ضد الجوع، 2006. الإنجليزية.
www.actionagainsthunger.org/publication/06/2006/community-driven-participationhumanitarian-relief-programming-practical-manual

التعلم

95. دليل تطوير استراتيجية لإدارة المعرفة لبرنامج أمن الغذاء والتغذية. دعم الأداء الفني والتشغيلي (TOPS) وشبكة الأمن الغذائي والتغذية، 2016. الإنجليزية. إرشادات عملية للموظفين على مختلف المستويات حول تطوير استراتيجية تركز على تحسين الأداء وجودة التنفيذ.
www.fsnnetwork.org/guide-developing-knowledge-management-strategyfood-security-and-nutrition-program
96. صندوق الأدوات: الاستخدام الاستراتيجي للبيانات. Alive and Thrive. الإنجليزية.
http://aliveandthrive.org/resourcesmain-page/tools-library/strategic-use-of-data-featured-tools/
- 8.6 تدخلات متعددة القطاعات
97. مجموعة أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ الإلكترونية. الإصدار رقم 3. د: تخطيط وتبليغ عن البرامج. منظمة أنقذوا الأطفال، 2017. <http://bit.ly/IYCFEtoolkit>

تقديم المشورة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال

98. تقييم سريع وكامل لتغذية الرضع وصغار الأطفال على المستوى الفردي. مجموعة متألفة من عدة نماذج تقييم - قد تكون هناك حاجة لتكييفها وفقاً للسياق والبرمجة المحلية. ENN www.ennonline.net/specific
99. جدول معلومات الإطعام التجاوبي. مبادرة اليونيسيف والمملكة المتحدة الصديقة للأطفال. الإنجليزية. يغطي كلاً من الإرضاع المتجاوب والإرضاع بالقمينة.
- www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/guidance-for-health-professionals/implementing-the-baby-friendly-standards/further-guidance-onimplementing-the-standards/responsive-feeding-infosheet/
100. راجع أيضاً: 27 (تقديم المشورة). (وحدات التعليم الإلكتروني للرضاعة الطبيعية؛ الوحدة 2، الجزء 3 - تقييم ثنائيات الأم / الطفل)
101. راجع أيضاً: 8.3 (التدريب).

الرضاعة الطبيعية

102. نموذج مراقبة B-R-E-A-S-T. الإنجليزية. <https://drive.google.com/file/d/0B5uBNDhrtqbY09UVmcxbF9uUk0/view>
103. أجوبة الرضاعة الطبيعية. رابطة La Leche. الإنجليزية. موارد متعددة تغطي مجموعة مختلفة من مشاكل الرضاعة الطبيعية. www.llli.org/nb.html
104. أدوات تقييم الرضاعة الطبيعية. مبادرة اليونيسيف والمملكة المتحدة الصديقة للطفل. الإنجليزية. أدوات للأمهات والقابلات والعاملين الميدانيين في مجال الصحة. www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/guidancefor-health-professionals/tools-and-forms-for-health-professionals/breastfeeding-assessmenttools/
105. البروتوكولات السريرية. أكاديمية طب الرضاعة الطبيعية. الإنجليزية. مبادئ توجيهية للأطباء. www.bfmed.org/Resources/Protocols.aspx
106. التعامل مع وتخزين الحليب البشري. مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها، 2016. الإنجليزية. www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/handling_breastmilk.htm
107. كيفية الحفاظ على نظافة مضخة الصدر: الأساسيات. مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها، 2017. الإنجليزية والإسبانية. www.cdc.gov/healthywater/hygiene/healthychildcare/infantfeeding/breastpump.html
108. إعادة إدرار الحليب: مراجعة الخبرات والتوصيات للممارسة. منظمة الصحة العالمية، 1998. الإنجليزية والفرنسية والإسبانية. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_chs_cah_98_1_4/en/

التغذية الاصطناعية

109. الأسباب الطبية المقبولة لاستخدام بدائل حليب الأم. منظمة الصحة العالمية، 2009. الإنجليزية والإسبانية والبرتغالية. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_FCH_CAH_09.01/en/
110. موارد حليب الأطفال الاصطناعي. مبادرة اليونيسيف والمملكة المتحدة الصديقة للطفل. الإنجليزية. يتضمن التوجيه للأهالي والعاملين في مجال الصحة. www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/leaflets-and-posters/guideinfant-formula-parents-bottle-feeding/

الظروف الخاصة

111. قائمة تحقق لتحديد حالة فيروس نقص المناعة البشري للأطفال بعمر 0 - 59 شهراً المصابين بسوء التغذية الحاد الشديد. الإنجليزية. اليونيسيف، 2015. <http://unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/HIVAIDS/HIV%20Status%20Checklist%20logo.pdf>
112. مبادئ توجيهية بشأن التغذية المثلى للرضع المنخفضي الوزن عند الولادة في البلدان المنخفضة ومتوسطة الدخل. منظمة الصحة العالمية، 2011. الإنجليزية. توصيات بشأن ما يجب إطعامه للمواليد ذوي الوزن المنخفض، متى تبدأ التغذية، وكيفية الإرضاع، وعدد المرات وكمية الإطعام. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/infant_feeding_low_bw/en/
113. المبادئ التوجيهية بشأن فيروس نقص المناعة البشري وتغذية الرضع: المبادئ والتوصيات المتعلقة بتغذية الرضع في سياق فيروس نقص المناعة البشري وموجز للأدلة. منظمة الصحة العالمية، 2010. الإنجليزية. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241_599535/en/

114. تحديثات المبادئ التوجيهية بشأن فيروس نقص المناعة البشري وتغذية الرضع. منظمة الصحة العالمية واليونيسيف، 2016. لا يعكس دليل عام 2016 كل توصيات منظمة الصحة العالمية المرتبطة بفيروس نقص المناعة وتغذية الرضع ولكن فقط المجالات التي خصص دليل منظمة الصحة العالمية أولوية لتحديثها. لا تزال التوصيات الواردة في المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية لعام 2010 بشأن فيروس نقص المناعة البشري وتغذية الرضع سارية المفعول باستثناء ما ورد في تحديث عام 2016. الإنجليزية. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/hiv-infantfeeding-2016/en/
115. فيروس نقص المناعة البشري وتغذية الأطفال في الطوارئ: الدليل العملي. منظمة الصحة العالمية، 2017.
116. الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد دون مضاعفات عند الأطفال دون الـ 6 أشهر من العمر (أداة الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد عند الأطفال). النسخة الأولى. شبكة التغذية في حالات الطوارئ، مدرسة لندن للصحة وطب الوقائيات، 2015. الإنجليزية. www.enonline.net/c-mami

التغذية التكميلية

117. الدور الحالي والممكن للأطعمة والمكملات الغذائية المعدة خصيصاً للوقاية من سوء التغذية بين الأطفال من عمر 6 إلى 23 شهراً ولعلاج سوء التغذية المعتدل بين الأطفال من عمر 6 إلى 59 شهراً. دي بي، إس، ويلوم، م.، 2009. الإنجليزية. www.who.int/nutrition/publications/moderate_malnutrition/FNBv30n3_suppl_paper4.pdf
118. مبادئ توجيهية للتغذية التكميلية لأطفال الرضاعة الطبيعية. منظمة الصحة العالمية للبلدان الأمريكية ومنظمة الصحة العالمية، 2003. الإنجليزية. www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compfeeding_breastfed.pdf
119. المبادئ التوجيهية لتغذية الأطفال الذين لم يرضعوا رضاعة طبيعية من عمر 6 إلى 24 شهراً. منظمة الصحة العالمية، 2005. الإنجليزية والفرنسية والإسبانية. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241593431/en/
120. قواعد الدستور الغذائي الإرشادية المنقحة بشأن تركيبة الأطعمة التكميلية للرضع الأكبر سناً وصغار الأطفال. هيئة الدستور الغذائي، 2013. الإنجليزية. www.fao.org/input/download/standards/298/CXG_008e.pdf

تغذية الأمهات

121. الدليل الغذائي لتغذية الأمهات. مشروع الرابطة. الإنجليزية. www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/maternal-nutrition-for-girls-women-508-3.pdf
122. تغذية الأمهات للنساء والفتيات. مختصر الإرشادات التقنية. الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، 2014. الإنجليزية. www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/maternal-nutrition-for-girls-women-508-3.pdf

المغذيات الدقيقة

123. التعامل مع اسهال الأطفال اللاجئيين في حالات الطوارئ والتنمية في إطار استخدام مسحوق المغذيات الدقيقة. مختصر تقني، برنامج الأغذية العالمي وشركة دي إس إم، 2010، الإنجليزية. www.hftag.org/assets/downloads/hftag/MNP_brief_Diarrhoea_use.pdf
124. البيان المشترك بشأن الوقاية ومراقبة النقص في المغذيات الدقيقة عند السكان المتضررين من حالة الطوارئ. منظمة الصحة العالمية، وبرنامج الأغذية العالمي ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، 2007. الإنجليزية. www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/WHO_WFP_UNICEFstatement.pdf?ua=1
125. التوجيهات العملية لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين بشأن استخدام المنتجات الغذائية الخاصة للحد من النقص في المغذيات الدقيقة، وسوء التغذية في تجمعات اللاجئين. مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، كلية لندن الجامعية، شبكة التغذية العالمية، 2011، الإنجليزية. www.unhcr.org/uk/publications/operations/4f1fc3de9/unhcr-operationalguidance-use-special-nutritional-products-reduce-micronutrient.html
126. استخدام مساحيق المغذيات الدقيقة المتعددة لتدعيم نقطة الاستخدام للأغذية التي يستهلكها الرضع وصغار الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-23 شهراً، والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 2-12 سنة: المبدأ التوجيهي. منظمة الصحة العالمية، 2016. الإنجليزية. www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/mmpowders-infant6to23mons-children2to12yrs/en/

127. مكملات فيتامين (أ) للرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهراً. منظمة الصحة العالمية، 2011. العربية والانجليزية والصينية والفرنسية.

www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/vas_6to59_months/en/

128. استخدام مساحيق المغذيات الدقيقة المتعددة لتدعيم نقطة الاستخدام للأغذية التي تستهلكها الحوامل. منظمة الصحة العالمية، 2016. الإنجليزية.

www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/mmpowders_pregnant_women/en/

التأهب

129. التأهب لحالات الطوارئ لأولئك الذين يهتمون بالرضع في إطار البلدان المتقدمة. جريبل، ك. وبيري، ن.، 2011. الإنجليزية.
<https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10,1186/1746-4358-6-16>

130. راجع أيضاً: 8.2 (السياسة) (بما في ذلك الالتزامات الأساسية لليونيسيف تجاه للأطفال)

برمجة تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ

131. الأماكن الصديقة للطفل: منهج شامل للحوامل والمرضعات وأطفالهن الصغار في حالات الطوارئ. منظمة العمل ضد الجوع، 2014. الإنجليزية من:

www.actionagainsthunger.org/publication/2014/1/2/baby-friendly-spaces-technical-manual

132. مجموعات الرعاية: دليل مرجعي للعاملين. برنامج دعم الأداء التقني والتشغيلي، جمعية الغذاء للجوع Food for the hungry، المجموعة الأساسية ومنظمة الإغاثة العالمية، 2016. الإنجليزية.

www.fsnnetwork.org/care-groups-reference-guidepractitioners

133. الاعتبارات التنفيذية المؤقتة لدعم تغذية الرضع وصغار الأطفال تحت سن الثانية من العمر في مواقع عبور اللاجئين والمهاجرين في أوروبا. منظمة الأمم المتحدة للطفولة، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، منظمة أنقذوا الأطفال، شبكة التغذية العالمية، 2015. الإنجليزية واليونانية من:

www.enonline.net/interimconsiderationsiycftransit

134. دليل برمجة تغذية الرضع وصغار الأطفال. منظمة الأمم المتحدة للطفولة، 2011. الإنجليزية.

www.unicef.org/nutrition/files/Final_IYCF_programming_guide_2011.pdf

135. دليل برمجة تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ الإلكتروني. دائرة المساعدات الإنسانية والحماية المدنية (إيكو)، 2014. الإنجليزية.

https://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/2014/toolkit_nutrition_en.pdf

136. دليل مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها لدعم الأمهات المرضعات، والأطفال الرضع. مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها، 2013. الإنجليزية. توضح هذه المقالة التدخلات القائمة على الأدلة.

www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/bf-guide-508.pdf

تغيير السلوك

137. الاتصال وتغيير السلوك في حالات الطوارئ: مجموعة أدوات. مكتب اليونيسف الإقليمي لجنوب آسيا، 2006. الإنجليزية.

www.unicef.org/ceecis/BCC_full_pdf.pdf

138. تحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية الحصرية باستخدام التواصل من أجل التنمية في برامج تغذية الرضع وصغار الأطفال. منظمة الأمم المتحدة للطفولة، 2010. الإنجليزية.

<http://nutritioncluster.net/wpcontent/uploads/sites/4/2013/1/2/C4D-in-EBF-manual-6-15-2010-final.pdf>

139. اجعلني عامل تغيير: مورد تغيير اجتماعي وسلوكي متعدد القطاعات للعاملين في المجتمع والموظفين الميدانيين. برنامج دعم الأداء التقني والتشغيلي والمجموعة الأساسية، 2015. الإسبانية والإنجليزية والفرنسية. يهدف إلى بناء مهارات العمال على مستوى المجتمع ليكونوا أكثر فعالية في الترويج لتغيير السلوك.

www.fsnnetwork.org/make-me-change-agent-multisectoral-sbc-resource-communityworkers-and-field-staff

140. مجموعة مهارات: التواصل بين الأشخاص وتعبئة المجتمع. مبادرة Alive and Thrive. الإنجليزية.

<http://aliveandthrive.org/resources-main-page/tools-library/interpersonalcommunication-and-community-mobilization-featured-tools/>

التعميم ضمن التغذية

141. مجموعة مهارات الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد. الإصدار رقم 3. منظمة أنقذوا الطفولة، 2017. الإنجليزية والفرنسية. عبارة عن مجموعة من الأدوات والموارد اللازمة للبدء في تنفيذ برامج الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد، بما في ذلك أدوات للمساعدة في دمج أنشطة تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ في برنامج الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد.
<https://sites.google.com/site/stcehn/management-of-acute-malnutrition/cmamtoolkitv>
142. إجراءات التغذية الأساسية: تحسين صحة وتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال. منظمة الصحة العالمية، 2013. الإنجليزية والفرنسية. اتفاق لإرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن تدخلات التغذية التي تستهدف أول 1000 يوم من الحياة.
www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential_nutrition_actions/en/
143. إرشادات: تحديثات حول معالجة سوء التغذية الحاد الشديد لدى الرضع والأطفال. منظمة الصحة العالمية، 2013. هذا المبدأ التوجيهي يعرض الدليل والممارسة الأحدث للتدخلات الرئيسية وسيعمل أيضا على إبلاغ التقيحات للدليل 1999.
www.who.int/nutrition/publications/guidelines/updates_management_SAM_infantandchildren/en/
144. المبادئ التوجيهية لإدارة المتكاملة لسوء التغذية الحاد الشديد: العلاج داخل المستشفى وخارجه. منظمة العمل ضد الجوع، 2011. الإنجليزية.
www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/Guidelines_For_the_integrated_management_of_severe_acute_malnutrition_In_and_out_patient_treatment_1_2.2011.pdf
145. دمج دعم تغذية الرضع وصغار الأطفال في الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد. شبكة التغذية في حالات الطوارئ والمجموعة الأساسية لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ، 2009. تشمل مواد التدريب.
www.enonline.net/integrationiycfintocmam
146. معالجة سوء التغذية الحاد الشديد: دليل للأطباء وغيرهم من كبار العاملين في مجال الصحة. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 1999. النص الكامل بالإنجليزية:
www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9241_5451_1_9/en/
147. سوء التغذية الحاد المعتدل: أداة لاتخاذ القرار في حالات الطوارئ. فرقة العمل المعنية بسوء التغذية الحاد المعتدل، 2014.
<http://nutritioncluster.net/resources/moderate-acute-malnutrition-decision-toolemergencies-2014/>
148. مساعد تصميم برنامج التغذية: أداة لمخططي البرنامج. الإصدار رقم 2. المجموعة الأساسية لمجموعة عمل التغذية، مشروع المساعدة التقنية في الغذاء والتغذية (FANTA)، ومنظمة أنقذوا الأطفال، 2015. الإنجليزية. ويساعد فرق تخطيط البرامج على اختيار مناهج التغذية المجتمعية المناسبة لمناطق مستهدفة محددة. يحتوي على كتاب عمل:
www.coregroup.org/resources/490-nutrition-program-design-assistant-atool-for-program-planners-version-2
149. NutVal. تطبيق برنامج الإكسل للاستخدام والتخطيط ومراقبة حصص المساعدات الغذائية. www.nutval.net.
- ### الإعاقة
150. الإعاقات بين اللاجئين والجماعات المتضررة من الصراعات: مجموعة موارد للعاملين الميدانيين. اللجنة النسائية المعنية بالنساء (WRC)، 2008. الإنجليزية.
www.womensrefugeecommission.org/joomlatools-files/docmanfiles/disability_toolkit_02-1_0_web.pdf
151. الإعاقة وإدارة مخاطر الطوارئ للصحة. منكرة توجيهية. منظمة الأمم المتحدة للطفولة، منظمة الصحة العالمية، استراتيجية الأمم المتحدة الدولية للحد من الكوارث، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الجمعية المسيحية للمكفوفين، المنظمة الدولية للهجرة، 2013. الإنجليزية.
http://apps.who.int/iris/bitstream/1_0665/90369/1/9789241_506243_eng.pdf?ua=1
152. شمل الأطفال والمراهقين من ذوي الإعاقة ضمن الأعمال الإنسانية. إرشادات التغذية.
<http://training.unicef.org/disability/emergencies/nutrition.html>
153. المعايير والإرشادات الدنيا المتعلقة بالعمى والإعاقة في حالات الطوارئ. برنامج بناء القدرات للمسنين وذوي الإعاقة، 2015. الإنجليزية.
www.unicefemergencies.com/downloads/eresource/docs/Disability/Minimum_Standards_for_Age_and_Disability_Inclusion_in_Humanitarian_Action.pdf
- ### النوع الاجتماعي
154. الرضاعة الطبيعية والمساواة بين الجنسين: موجز الدعوة. منظمة الأمم المتحدة للطفولة ومنظمة الصحة العالمية، 2016. الإنجليزية.
www.unicef.org/nutrition/files/BAI_bf_gender_brief_final.pdf

155. ورقة تعريف النوع الاجتماعي: التغذية. اللجنة الدائمة المشتركة بين وكالات الأمم المتحدة، 2011. الإنجليزية. للمساعدة في تصميم مشاريع التغذية النوعية التي تعكس الاحتياجات الخاصة للنساء، والفتيات والفتيان والرجال.
www.fsnnetwork.org/iascgender-marker-tip-sheets-nutrition-and-food-security

156. راجع أيضا: 43 (تغذية الرضع وصغار الأطفال والنوع الاجتماعي).

الدمج

157. خارطة تطوير قطاع التنمية: أداة تخطيط للتنمية المتكاملة. منظمة صحة الأسرة الدولية (FHI 360). الإنجليزية. أداة التخطيط لمساعدة أولئك الذين يعملون في قطاع معين لتحديد أي من المناطق المجاورة مهمة لريم وضعها في عين الاعتبار.

https://www.fhi360.org/resource/development-sector-adjacencymap-planning-tool-integrated-development
158. إطار عمل تغذية الرضع وصغار الأطفال. مفاوضات الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومنظمة أنقذوا الأطفال، 2017. الإنجليزية والفرنسية. إرشادات حول ما يجب مراعاته لإنشاء بيئة ملائمة لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ وتيسير الممارسات الموصى بها بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ في أوضاع اللاجئين، مع أمثلة عملية عن دمج متعدد القطاعات وللأنشطة الحساسة المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ وكيف يمكن أن تسهم تغذية الرضع وصغار الأطفال في أولويات القطاعات مختلفة.

www.unhcr.org/nutrition-and-food-security

159. فيديو إطار عمل تغذية الرضع وصغار الأطفال. مفاوضات الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومنظمة إنقاذ الطفولة، 2017. الإنجليزية فيديو مدته ثلاث دقائق حول إطار عمل تغذية الرضع وصغار الأطفال باستخدام أمثلة عن أنشطة من قطاعات متعددة.

www.unhcr.org/nutrition-and-food-security

المياه والصرف الصحي والنظافة العامة

160. المياه والصرف الصحي والنظافة العامة للأطفال. تحالف المياه والصرف الصحي والنظافة العامة للأطفال. الإنجليزية. التركيز على التكامل بين المياه والصرف الصحي والنظافة العامة وتنمية الطفولة المبكرة، والتغذية وصحة الأمهات والأطفال وحديثي الولادة لتوفير الصحة الجيدة لأول 1000 يوم.

http://babywashcoalition.org/

161. كيفية دمج المياه والصرف الصحي والنظافة العامة مع ممارسات الصحة والرعاية النفسية من أجل مشاريع إنسانية أفضل. منظمة العمل ضد الجوع، 2014. الإنجليزية.

www.actioncontrelafaim.org/fr/espace-jeunes-enseignants/content/acf-internationalmanual-1-1-3-how-integrate-wash-and-mhpc-activities-better-humanitarian-pr

162. تحسين نتائج التغذية مع تحسين المياه والصرف الصحي والنظافة العامة: حلول عملية للسياسات والبرامج. منظمة الصحة العالمية، والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، 2015. لمحة عامة عن أدلة المكاسب التغذوية التي يمكن تحقيقها مع تحسين المياه والصرف الصحي والنظافة العامة، ووصف للممارسات الرئيسية في المياه والصرف الصحي والنظافة العامة، والمعرفة العملية وتوجيهات بشأن كيفية دمج المياه والصرف الصحي والنظافة العامة في برامج التغذية.

www.who.int/water_sanitation_health/publications/washandnutrition/en/

163. مجموعة مهارات في التغذية-والمياه والصرف الصحي والنظافة العامة: دليل الإجراءات العملية المشتركة. مكتب اليونيسف الإقليمي لشرق آسيا والمحيط الهادئ، 2016. الإنجليزية.

www.unicef.org/eapro/WASH_Nutrition_Toolkit_EAPRO_Final_w_ISBN_web_version_7Nov2016.pdf

164. المياه والصرف الصحي والنظافة العامة - التغذية: دليل عملي حول زيادة تأثير التغذية من خلال دمج برامج المياه والصرف الصحي والنظافة العامة مع برامج التغذية. منظمة العمل ضد الجوع ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، 2017. الإنجليزية.

www.actioncontrelafaim.org/sites/default/files/publications/fichiers/manuel_wash_nutrition_online.pdf

165. المياه والصرف الصحي والنظافة العامة في استراتيجية التغذية. الفريق الإقليمي للمياه والصرف الصحي والنظافة العامة، غرب ووسط أفريقيا، 2015. الإنجليزية والفرنسية. الاستراتيجية الإقليمية المشتركة بين القطاعات والتي يمكن تكييفها وتطبيقها على نطاق أوسع إلى خارج المنطقة.

www.susana.org/fr/ressources/bibliotheque/details/2480

166. الحد الأدنى من المعايير والمبادئ التوجيهية للمياه والصرف الصحي والنظافة العامة المتعلقة بالمرافق الصحية في المناطق الريفية ومراكز التغذية في بيئات فقيرة الموارد. منظمة العمل ضد الجوع، 2016. الإنجليزية.

www.enonline.net/washminstandards

الحماية

167. دليل منسقي حماية الطفل في حالات الطوارئ. مجموعة عمل حماية الطفل، 2010. الإنجليزية.
<http://cpwg.net/?get=005252|2013/08/CPWG-Child-Protection-in-Emergencies-CoordinationHandbook.pdf>

168. المبادئ التوجيهية لدمج التدخلات المتعلقة بالعنف القائم على أساس النوع الاجتماعي في الحالات الإنسانية: الحد من المخاطر وتعزيز القدرة على التكيف والمساعدة على الانتعاش. اللجنة الدائمة المشتركة بين وكالات الأمم المتحدة، 2015.
<http://gbvguidelines.org/en/home/>

169. المعايير الدنيا لحماية الطفل في العمل الإنساني. مجموعة عمل حماية الطفل، 2013. العربية، والإنجليزية، والفرنسية والإسبانية.
<http://cpwg.net/?get=008202|2014/07/CPMS-ALL-LANGUAGESPACKAGE.zip>

الأمن الغذائي وسبل العيش

170. إدارة سلسلة الامدادات للأطعمة المغذية الخاصة. برنامج الأغذية العالمي، 2013. الإنجليزية يهدف إلى دعم العمليات الميدانية في إدارة سلسلة امدادات المنتجات الغذائية الخاصة بشكل سليم.
www.wfp.org/aid-professionals/blog/blog/supply-chain-guide-nutritious-food

تنمية الطفولة المبكرة

171. مجموعة مهارات تنمية الطفولة المبكرة. اليونيسف. الإنجليزية والفرنسية.
www.unicef.org/earlychildhood/index_52596.html

172. تنمية الطفولة المبكرة في حالات الطوارئ: دليل برامج متكامل. اليونيسف، 2014.
www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/ecd/Programme_Guide_ECDiE.pdf

173. تنمية الطفولة المبكرة، التغذية والصحة في حالات الطوارئ. ملاحظة تقنية. منظمة الأمم المتحدة للطفولة، 2016. الإنجليزية.
www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/ecd/ECD_Nutrition_Health_in%20emergencies-PlanInternational-UNICEF-July2016-WEB.pdf

174. الأنشطة المتكاملة لتنمية الطفولة المبكرة في برامج التغذية في حالات الطوارئ. اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية، 2012. العربية والإنجليزية. ملاحظة لشرح الأهمية وتقديم الاقتراحات العملية
www.who.int/mental_health/publications/emergencies_why_what_how/en/

المراهقين

175. مجموعة أدوات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين في الأوضاع الإنسانية. صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة أنقذوا الأطفال، 2009. العربية والإنجليزية والفرنسية والإسبانية.
www.unfpa.org/publications/adolescent-sexual-and-reproductive-health-toolkit-humanitarian-settings

الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي

176. المبادئ التوجيهية للجنة الدائمة المشتركة بين وكالات الأمم المتحدة للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ. اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، 2007. العربية، الصينية، الإنكليزية، الفرنسية، اليابانية، الكورية، النيبالية، والبرتغالية، والإسبانية، الطاجيكية.
www.who.int/mental_health/emergencies/9781424334445/en/

177. المبادئ التوجيهية للجنة الدائمة المشتركة بين وكالات الأمم المتحدة للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ: ما الذي يجب أن تعرفه الجهات الفاعلة في مجال الصحة الإنسانية؟ للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، 2010. الإنجليزية.
<https://interagencystandingcommittee.org/node/2863>

178. الصحة النفسية والسلامة النفسية الاجتماعية بين الأطفال في حالات النقص الشديد في الأغذية. منظمة الصحة العالمية، 2006. العربية والإنجليزية والفرنسية والإسبانية.
www.who.int/nutrition/publications/emergencies/WHO_MSD_MER_06.1/en/

179. الإسعافات الأولية النفسية: دليل للعاملين الميدانيين. منظمة الصحة العالمية، مؤسسة صدمة الحرب ومنظمة الرؤية العالمية، 2011. الفرنسية والعربية والإنجليزية وعدد من اللغات الأخرى. إطار عمل لدعم الناس مباشرة عقب وقوع الأحداث المجهدة للغاية.
www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/

180. الأثر النفسي والاجتماعي للأزمات الإنسانية. منظمة العمل ضد الجوع، 2014. الإنجليزية.
www.actionagainsthunger.org/publication/2014/1/2/psychosocial-impact-humanitarian-crises

181. راجع أيضا: 131 (الأماكن الصديقة للطفل)

صحة الأم والطفل وحديثي الولادة

182. مبادرة المستشفيات الصديقة للطفل: تمت مراجعتها وتحديثها وتوسيعها لتوفير رعاية متكاملة. منظمة الصحة العالمية واليونيسف، 2009. الإنجليزية والأسبانية. الإرشادات والأدوات والتدريب لصانعي القرار وموظفي الأمومة لضمان حماية برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال، وتشجيعه ودعمه على مستوى المرفق الصحي.

www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/

183. كتيب الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة (IMCI). منظمة الصحة العالمية، 2014. الإنجليزية. للاستخدام من قبل الأطباء والمرمضات وغيرهم من العاملين الصحيين الذين يراعون الرضع والأطفال دون سن الخامسة.

www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/IMCI_chartbooklet/en/

184. دليل ميداني مشترك بين الوكالات عن الصحة الإنجابية في الحالات الإنسانية. فريق العمل بين الوكالات في الصحة الإنجابية في الأزمات، 2010. الإنجليزية والفرنسية والإسبانية.

www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/field_manual/en/

185. صحة حديثي الولادة في الأوضاع الإنسانية: دليل ميداني. نسخة مؤقتة. إرشادات وأدوات لمديري البرامج، مع التركيز على التنفيذ الميداني لأهم الخدمات الصحية لحديثي الولادة (0-28 يوما). منظمة أنقذوا الأطفال واليونيسف، 2015. الإنجليزية.

www.unicef.org/videoaudio/PDFs/NewBornHealthBook-ProductionV1_2A.pdf

186. توصيات منظمة الصحة العالمية حول الرعاية قبل الولادة للحصول على تجربة حمل إيجابية. منظمة الصحة العالمية، 2016. الإنجليزية والروسية. تشمل التدخلات التغذوية.

www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/

الأمراض المعدية

187. توحيد المبادئ التوجيهية المتعلقة باستخدام العقاقير المضادة للفيروسات القهقرية لعلاج والوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. توصيات لمقاربة الصحة العامة. الإصدار الثاني. منظمة الصحة العالمية، 2016. الإنجليزية. تتضمن بيانات الحقائق مع التحديثات.

www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/

188. مبادئ توجيهية للتصدي لفيروس نقص المناعة البشرية في الحالات الإنسانية. اللجنة الدائمة المشتركة بين وكالات الأمم المتحدة، 2010. الإنجليزية.

www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1_767_iasc_doc_en_0.pdf

189. منع انتقال العدوى من الأم إلى الطفل في الحالات الإنسانية: الجزء الثاني - دليل التنفيذ. فريق العمل المشترك بين الوكالات لمرض نقص المناعة البشرية في حالات الطوارئ الإنسانية، 2015. الإنجليزية.

www.emtct-iatt.org/wp-content/uploads/2015/07/PART-II_PMTCT-in-Humanitarian-Settings-7-July-2015.pdf

190. تغذية الرضع في محيط فيروس الإيبولا. اليونيسف، منظمة الصحة العالمية، مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، وشبكة التغذية في حالات الطوارئ، 2014. الإنجليزية والفرنسية.

www.ennonline.net/infantfeedinginthecontextofebola 2014

191. تغذية الرضع في مناطق انتقال فيروس زيكا. منظمة الصحة العالمية، 2016. العربية، الصينية، الإنجليزية، الفرنسية، البرتغالية، الروسية والإسبانية.

www.who.int/csr/resources/publications/zika/breastfeeding/en/

192. مجموعة أدوات الكوليرا. اليونيسف، 2017. العربية والإنجليزية والفرنسية.

www.unicef.org/cholera_toolkit/

8.7 الرضاعة الصناعية

193. مجموعة أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. الإصدار رقم 3. القسم د: تخطيط البرنامج وإعداد التقارير. العربية والإنجليزية والفرنسية، <http://bit.ly/IYCFToolkit2017>.

194. راجع أيضا: 8.6 (التدخلات متعددة القطاعات).

التقليل من المخاطر

195. لماذا يؤدي الحليب الصناعي الى وفيات ناجمة عن الإسهال في حالات الطوارئ. جريبل، ك.، 2007. www.ennonline.net/infantformuladiarrhoea

196. التحضير الآمن والتخزين والتعامل الصحيح مع مسحوق حليب الرضع الصناعي: القواعد الإرشادية. منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأغذية والزراعة. 2007، العربية، الصينية، الإنجليزية، الفرنسية، الإسبانية، البرتغالية والروسية.

www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines.pdf

197. كيفية تحضير الحليب الصناعي للتغذية باستخدام الكوب في المنزل. منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية، 2007. الإنجليزية.

www.who.int/foodsafety/publications/micro/PIF_Cup_en.pdf

الأدوار والمسؤوليات

198. ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال التابعة لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين: إجراءات التشغيل الموحدة للتعامل مع بدائل حليب الأم في حالات اللاجئين الأطفال من عمر 0-23 شهرا. الإصدار 1.1 مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، 2015. الإنجليزية والفرنسية.

199. إجراءات التشغيل الموحدة لليونسف لبدائل حليب الأم. اليونيسيف، 2017.

200. استخدام الحليب في عمليات برنامج الأغذية العالمي. (ورقة موقف). برنامج الأغذية العالمي، تموز/يونيو 2017. <http://newgo.wfp.org/documents/use-of-milk-wfp-operations>

201. راجع أيضا: 8.2 (السياسة التنظيمية).

مواصفات بدائل حليب الأم

202. معايير هيئة الدستور الغذائي لحليب الأطفال والحليب المعد لأغراض طبية خاصة مخصصة للأطفال الرضع. معيار الدستور 72 - 1981. منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية.

www.fao.org/input/download/standards/288/CXS_072e_201_5.pdf

203. راجع أيضا: 10 و 11 (المدونة)

لوازم بدائل حليب الأم ومعدات التغذية

204. مجموعة أدوات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ. الإصدار رقم 3. القسم هاء: عدد الحالات والاحتياجات من الإمدادات. منظمة أنقذوا الأطفال، 2017. <http://bit.ly/IYCFToolkit>

9. التعريفات

الوكالة: مصطلح عام يمكن أن ينطبق على الأمم المتحدة أو المنظمات غير الحكومية أو الهيئات أو المنظمات أو الدوائر الحكومية. العقاقير المضادة للفيروسات القهقرية (ARV): الدواء المستخدم لعلاج عدوى فيروس نقص المناعة البشرية. (منظمة الصحة العالمية، 2016).

العلاج المضاد للفيروسات الرجعية (ART): استخدام مزيج من ثلاثة أو أكثر من الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لعلاج عدوى فيروس نقص المناعة البشرية. يكون العلاج على مدى الحياة. (منظمة الصحة العالمية، 2016).

الرضاعة الصناعية: تغذية الرضع بواسطة بدائل حليب الأم. (اليونيسيف، 2012)

توزيعات شاملة: (عام، غير مستهدفة) توفير إمدادات لجميع السكان مثل مجموعة السكان في المخيمات أو في منطقة جغرافية، أو للأفراد الذين يستوفون معايير محددة بسهولة، مثل السن.

التغذية الشاملة: تغذية السكان المتضررين دون استهداف مجموعات محددة. اليونيسيف (2012)

التغذية التكميلية الشاملة: تستهدف برامج التغذية التكميلية الشاملة تكملة غذاء لجميع أعضاء مجموعة محددة معرضة للخطر، بغض النظر عما إذا كانوا يعانون من سوء تغذية حاد معتدل أم لا.

معدل الرضاعة بالقنينة: نسبة الأطفال من عمر 0-23 شهرا الذين يتم إطعامهم بالقنينة. وتشمل الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 24 شهرا والذين تلقوا أي طعام أو شراب من القنينة مع الحلمة خلال اليوم السابق (بما في ذلك حليب الثدي المعتصر). (منظمة الصحة العالمية، 2007).

مضخة الثدي: جهاز لاستخراج وجمع الحليب من الثدي أثناء الرضاعة.

الرضاعة الطبيعية: توفير حليب الأم، إما مباشرة من الثدي أو المستخرج.

بدائل حليب الثدي: أي طعام (صلب أو سائل) يتم تسويقه أو يتم تمثيله أو استخدامه كبديل جزئي أو كلي لحليب الأم، سواء كان مناسباً لهذا الغرض أو غير مناسب. فيما يتعلق بمنتجات الحليب، أوضحت إرشادات منظمة الصحة العالمية الأخيرة أن بديل حليب الأم يتضمن أي حليب يتم تسويقه خصيصاً لتغذية الرضع وصغار الأطفال حتى عمر الثلاث سنوات. راجع تعريف المدونة لمزيد من التفاصيل. تم تضمين إرشادات بشأن بدائل حليب الأم الملائمة وغير الملائمة لمختلف الفئات العمرية في 5.15.

برمجة التحويلات النقدية: استخدام النقد أو القسائم لتمكين الأسر من تلبية الاحتياجات الأساسية للمواد الغذائية أو غير الغذائية أو الخدمات أو لشراء الأصول الأساسية. ويشمل ذلك برامج الحماية الاجتماعية الحكومية.

المجموعة (مجموعة قطاع): المجموعات هي مجموعات من المنظمات الإنسانية، التابعة للأمم المتحدة وغير التابعة للأمم المتحدة، في كل قطاع من القطاعات الرئيسية للعمل الإنساني على سبيل المثال التغذية. نهج المجموعة هو آلية تساعد على معالجة الثغرات المحددة في الاستجابة وتحسين جودة العمل الإنساني من خلال ضمان قدر أكبر من القدرة على التنبؤ والمساءلة وتعزيز الشراكات بين المنظمات غير الحكومية والمنظمات الدولية والحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر ووكالات الأمم المتحدة والحكومة. مجموعات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات هي مجموعات يتم تفعيلها بشكل رسمي عندما تكون آليات التنسيق الحالية مكتظة أو مقيدة في قدرتها على الاستجابة للاحتياجات المحددة بما يتماشى مع المبادئ الإنسانية. تشمل المجموعة المنشطة رسمياً على خصائص ومسؤوليات محددة. وهي مسؤولة أمام منسق الشؤون الإنسانية (HC) من خلال الوكالة الرائدة في المجموعة (CLA)، بالإضافة إلى السلطات الوطنية والأشخاص المتضررين من الأزمة. تعد مجموعات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات حل تنسيق مؤقت وينبغي بذل الجهود في أقرب وقت مناسب وممكن لتسليم التنسيق إلى السلطات المختصة.

الوكالة الرائدة في المجموعة: هي وكالة أو منظمة تم تعيينها من قبل المنسق المقيم و/ أو منسق الشؤون الإنسانية (RC / HC) كوكالة رائدة للمجموعة في قطاع معين على الصعيد القطري، بعد إجراء مشاورات مع الفريق القطري الإنساني. وعلى المستوى العالمي، يتم تحديد الوكالات الرائدة في المجموعة مسبقاً من قبل اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات: اليونيسيف هي الوكالة الرائدة لمجموعة التغذية على المستوى العالمي. وعلى المستوى القطري، يمكن تفويض دور الوكالة الرائدة للمجموعة إلى وكالة أخرى عندما لا تملك الوكالة الرائدة على المستوى العالمي القدرة أو الحضور القطري للقيام بهذه الوظيفة.

المدونة: راجع المدونة الدولية لتنظيم تسويق بدائل حليب الأم

الدستور الغذائي: مجموعة من المعايير والمبادئ التوجيهية ومدونات الممارسة المعترف بها دولياً فيما يتعلق بسلامة الأغذية وجودتها، والتي اعتمدها هيئة الدستور الغذائي (الفاو). لاحظ المعايير حول الأغذية التكميلية المصنعة ومعايير حليب الأطفال الصناعي.

التغذية التكميلية: تقديم غذاء صلب أو شبه صلب، ملائم ومناسب لعمر الطفل وآمن بالإضافة إلى حليب الأم أو بديل لحليب الأم عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهراً.

الغذاء التكميلي: أي طعام، سواء كان منتجاً صناعياً أو معداً محلياً، مناسب لتكميل حليب الأم أو كبديل لحليب الأم، يستخدم لإطعام الأطفال من عمر 6 إلى 23 شهراً. ملاحظة: يستخدم هذا المصطلح أيضاً لوصف الأطعمة التكميلية المدرجة في الحصص العامة للسكان الذين يتلقون مساعدات غذائية.

تضارب المصالح: هي حالة يكون فيها خطورة من أن تأثير مصلحة ثانوية لمنظمة أو فرد بشكل لا مبرر له، أو يُنظر إليها على أنها تؤثر بشكل غير ملائم، على استقلالية أو موضوعية الحكم أو الإجراءات المهنية المتعلقة بالمصلحة الأساسية (ضمان مصالح الطفل الفضلى في عمليات تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ) أو تقويض ثقة الجمهور في تلك العمليات.

استمرار الرضاعة الطبيعية: توفير حليب الأم بعد الأشهر الستة الأولى من الحياة.

تقديم المشورة: محادثة بين مقدم مشورة ومقدم رعاية، بناءً على عملية من ثلاث خطوات تتضمن التقييم والتحليل والعمل لمساعدة مقدمي الرعاية على اتخاذ القرار بشأن ما هو الأفضل بالنسبة لهم ولطفلهم في وضعهم. تقديم المشورة يختلف عن التعليم والرسائل.

الإعاقة: ينطبق مصطلح "الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة" على جميع الأشخاص ذوي الإعاقة، ويشمل ولا يقتصر على الذين يعانون من إعاقات جسدية أو عقلية أو فكرية أو حسية طويلة الأجل تعيق مشاركتهم الكاملة والفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين.

مانح حليب بشري: منح حليب ثدي مستخرج بشكل طوعي من قبل امرأة مرضعة لإطعام طفل آخر غير طفلها. يتضمن منح الحليب البشري غير الرسمي المشاركة غير الرسمية للحليب (على سبيل المثال، الند للند، في المجتمع) لإرضاع الطفل باستخدام حليب الثدي

المستخرج غير المعالج. يتم الحصول على مانح حليب رسمي من بنك الحليب البشري (راجع التعريف) لإرضاع الطفل باستخدام حليب الثدي المستخرج والمفحوص والمعالج.

البدء المبكر للرضاعة الطبيعية: توفير حليب الأم للرضع خلال ساعة واحدة من الولادة (بما في ذلك الأطفال الأحياء والأموات). يتم احتساب مؤشر البدء بالرضاعة الطبيعية في الوقت المناسب على الأطفال الأحياء فقط.

التعليم: في سياق تغذية الرضع وصغار الأطفال، يشمل التعليم الأنشطة المصممة لتعزيز قدرة وتحفيز مقدمي الرعاية على تبني السلوكيات المتعلقة بالتغذية بشكل طوعي والتي تؤدي إلى الصحة وسلامة الطفل.

الطوارئ: (أزمة، كارثة) حدث أو سلسلة من الأحداث التي تنطوي على خسائر وتأثيرات بشرية أو مادية أو اقتصادية أو بيئية واسعة تتجاوز قدرة المجتمع أو المجموعة المتأثرة على المواجهة باستخدام مواردهم الخاصة، وبالتالي يتطلب اتخاذ إجراءات عاجلة لإنقاذ الأرواح ومنع الوفيات والأمراض الإضافية. ويشمل هذا المصطلح الكوارث الطبيعية، وحالات الطوارئ التي يصنعها الإنسان، وحالات الطوارئ المعقدة. يمكن أن تكون حالات الطوارئ بطيئة أو سريعة الظهور، مزمنة أو حادة.

الرضاعة الطبيعية الحصرية: يتلقى الطفل فقط حليب الأم بدون أي سوائل أو مواد صلبة أخرى، ولا حتى الماء، باستثناء محلول الإرواء الفموي أو قطرات أو شراب الفيتامينات أو المعادن أو الأدوية. (منظمة الصحة العالمية، 2016).

معدات التغذية: الزجاجات، الحلقات، الحقن، الكوبز غطاء مع صنبور، القصبه أو غيرها ومضخات الثدي.

حليب المتابعة/ تركيبة الحليب الصناعي: حليب أو منتج شبيه بالحليب من أصل حيواني أو نباتي، تم إنتاجه صناعيًا وفقًا لمعيار الدستور الغذائي لتركيبه المتابعة تم تسويقه أو تم عرضه بطريقة أخرى كغذاء ملائم للرضع وصغار الأطفال من 6-36 شهرًا من العمر. هذه المنتجات ليست ضرورية لتغذية الأطفال وتندرج ضمن نطاق المدونة.

الأمن الغذائي: الحالة التي يكون فيها لدى جميع الناس، في جميع الأوقات، إمكانية الوصول المادي والاجتماعي والاقتصادي إلى طعام كاف وآمن ومغذي يلبي احتياجاتهم الغذائية وتفضيلاتهم الغذائية لحياة نشطة وصحية. (منظمة الأغذية والزراعة، 2000).

الأطعمة المدعمة: الأطعمة التي خضعت لعملية إضافة متعمدة في محتوى المغذيات الدقيقة الأساسية (مثل الفيتامينات والمعادن) لتحسين الجودة الغذائية للأطعمة.

حليب النمو: منتج الحليب المسوق للأطفال بين سنة وثلاث سنوات من العمر. هذه المنتجات ليست ضرورية لتغذية الأطفال وتندرج ضمن نطاق المدونة

تقييم مخاطر فيروس نقص المناعة البشري: هي عملية (عادة ما تكون مجموعة من الأسئلة) توفر نظرة ثاقبة حول احتمال تعرض مرضعة متطوعة لرضاعة رضيع ليس طفلها بفيروس نقص المناعة البشري. لا يوجد تقييم قياسي لمخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري أو درجة لتقييم المرضعة المتطوعة. سوف يضع التقييم بعين الاعتبار حالة فيروس نقص المناعة البشري لدى الشركاء الحاليين أو السابقين، وممارسة الجنس غير المحمي، وتاريخ الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً، وإذا كانت المرأة تبدو بصحة جيدة. ومع ذلك، حتى لو وجهت هذه الأسئلة، لا يوجد في الوقت الحاضر توجيهات متفق عليها بشأن كيفية تحديد مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري وما هي ممارسات التغذية التي ينبغي اقتراحها. يتطلب القرار المتعلق بممارسة تغذية الرضع وصغار الأطفال توازناً بين عوامل الخطر التي تؤثر على بقاء الطفل بدون فيروس نقص المناعة البشري. ويشمل ذلك النظر في مدى انتشار فيروس نقص المناعة البشري، والمدة المحتملة للإرضاع من قبل مرضعة متطوعة، وما إذا كانت المرضعة في صحة جيدة، وتاريخ اختبار فيروس نقص المناعة البشري (على سبيل المثال أثناء فترة الحمل السابقة) وعوامل أخرى مثل مخاطر عدم الإرضاع ودراسة الجدوى وسلامة التغذية الاصطناعية في هذا الظرف.

الرضع/ الأطفال المعرضين للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية: الرضيع أو الطفل المولود من أم مصابة بفيروس نقص المناعة البشرية حتى يتم استبعادهم بشكل موثوق من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. (منظمة الصحة العالمية، 2016).

حليب حيواني معدّل منزلياً: بديل لحليب الأم للرضع حتى عمر ستة أشهر محضّر في المنزل من حليب حيواني طازج أو معالج، مخفف بشكل مناسب بالماء وبإضافة السكر، والمغذيات الدقيقة والزيوت النباتية. (منظمة الصحة العالمية، 2006).

بنك الحليب البشري: خدمة أنشئت لإستخدام متبرعي حليب الأم، وجمع الحليب المتبرع به، ومن ثم معالجة الحليب وتخزينه وتوزيعه لتلبية الاحتياجات الخاصة للرضع من أجل الصحة المثلى. PATH، 2013.

التقييم على المستوى الفردي: عملية تقييم مقدمي الرعاية وأطفالهم، ووضع ممارسة تغذية الرضع واحتياجاتهم، وتحديد نوع الدعم الذي قد يكون ضرورياً. هناك مستويان من التقييم: تقييم بسيط وسريع وتقييم كامل.

الرضيع: الطفل الذي يتراوح عمره بين 0-11 شهر مكملة (قد يشار إليه من 0- >12 شهر أو من 0- > سنة واحدة). الطفل الأكبر سنًا يعني الطفل من عمر 6 أشهر حتى 11 شهرًا مكملة.

حليب الأطفال الصناعي: بديل حليب الأم يتم إنتاجه صناعياً وفقاً لمعايير الدستور الغذائي المعمول بها للرضع. حليب الأطفال التجاريه وتركيبه للرضع مصنعة للبيع، وتحمل علامة تجارية من قبل الشركة المصنعة. عموماً تركيبة الرضع تكون بدون ماركة تجارية. حليب تركيبة الرضع المجفف هو منتج يحتاج إلى إعادة تكوين بالماء الآمن قبل الرضاعة. تركيبة الرضع الجاهزة للاستخدام هي نوع من منتجات حليب الأطفال الصناعياتي يتم تعبئتها كسائل جاهز للتغذية ولا تحتاج إلى إعادة تكوين بالماء.

المدونة الدولية لتسويق بدائل حليب الأم (المدونة): تعزز المدونة ضمان استخدام بدائل حليب الأم بأمان قدر الإمكان عند الضرورة استناداً إلى معلومات محايدة ودقيقة. ولا تعيد المدونة توافر بدائل حليب الأم أو زجاجات الرضاعة أو الحلمات ولا تحظر استخدام بدائل حليب الأم أثناء حالات الطوارئ. في سياق المدونة، بدائل حليب الأم تعني أي طعام يتم تسويقه أو يتم عرضه كبديل جزئي أو كلي لحليب الأم، سواء كان مناسباً لهذا الغرض أم لا.

تسري المدونة على التسويق والممارسات ذات الصلة والجودة والتوافر والمعلومات المتعلقة بالاستخدام، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: بدائل حليب الأم (ويشمل ذلك حليب الأطفال الصناعي، حليب المتابعة، حليب النمو، منتجات الحليب الأخرى، بما في ذلك الأغذية التكميلية التي تقدم بالزجاجة) التي يتم تسويقها خصيصاً لتغذية الأطفال حتى عمر الثلاث سنوات؛ الأطعمة والمشروبات (شاي الأطفال والمياه والعصائر) عند تسويقها لاستخدامها كبديل جزئي أو كلي لحليب الأم خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة؛ زجاجات الرضاعة والحلمات.

ينبغي الملاحظة أن الترويج لأطعمة الأطفال الرضع وصغار الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن الستة أشهر تم تغطيته بالبند رقم 69 من جدول الأعمال المؤقت لجمعية الصحة العالمية 21.1 Add.1 69/7.

رعاية الأم بطريقة الكنغر (KMC): رعاية الأطفال الخدج ومنخفضي الوزن عند الولادة الذين وضعوا بطريقة جلد إلى جلد مع الأم (أو بديل لها) وتشمل السمات الرئيسية للتلامس الجلدي المبكر والمتواصل والطويل للجلد ألى جلد، و(من الناحية المثالية) الرضاعة الطبيعية الحصرية، أو رضاعة حليب الأم فقط. (منظمة الصحة العالمية، 2015).

المكملات الغذائية القائمة على الدهون (LNS): مجموعة من المنتجات القائمة على الدهون التي توفر الفيتامينات والمعادن والطاقة والبروتين والأحماض الدهنية الأساسية. وفقاً للمواصفات الصارمة، يتم تصنيفها ككميات متوسطة أو صغيرة من المكملات الغذائية القائمة على الدهون (MQ- LNS, SQ- LNS)، لاستخدامها مجموعات مستهدفة/ تدخلات محددة. وتوفر الكميات المتوسطة من المكملات الغذائية القائمة على الدهون المغذيات الكبرى والمغذيات الدقيقة؛ بينما توفر الكميات الصغيرة من المكملات الغذائية القائمة على الدهون المغذيات الأساسية (الدقيقة) في المقام الأول.

انخفاض الوزن عند الولادة (LBW): حديثي الولادة بوزن أقل من 2500 غرام، بغض النظر عن عمر الحمل. مكملات المغذيات الدقيقة: منتجات توفر مغذيات دقيقة محددة غير متوفرة كجزء من النظام الغذائي العادي.

منتجات الحليب: الحليب المجفف كامل الدسم أو شبه الخالي من الدسم أو الخالي الدسم؛ الحليب السائل الكامل الدسم أو شبه الخالي من الدسم أو منزوع الدسم؛ حليب الصويا؛ الحليب المتبخر أو المكثف؛ الحليب المخمر أو اللبن.

الحد الأدنى المقبول من النظام الغذائي: مؤشر قياسي للأطفال من عمر 6 إلى 23 شهرًا، يقيس الحد الأدنى لتواتر التغذية والحد الأدنى من التنوع الغذائي حسب الفئات العمرية المختلفة. إذا استوفى الطفل الحد الأدنى من تواتر التغذية والحد الأدنى من التنوع الغذائي لفتته العمرية وحالة الرضاعة الطبيعية، فإنه يتلقى الحد الأدنى من النظام الغذائي المقبول.

التغذية المختلطة: إطعام رضيع يقل عمره عن ستة أشهر سوائاً أخرى و/أو أطعمة مع حليب الأم، أي أنه لا يتم إرضاعه رضاعة طبيعية فقط. (منظمة الصحة العالمية، 2016).

الوليد (حديث الولادة): الطفل الذي يقل عمره عن 28 يوماً لا يرضع رضاعة طبيعية: الأطفال الذين لا يتلقون حليب الأم

الفجوة الغذائية: الفرق بين الاحتياجات من المغذيات وتناول المغذيات، مع الأخذ بعين الاعتبار كل من كفاية الطاقة والمغذيات الاستجابة لحالات الطوارئ في مجال التغذية والصحة: إطار استجابة رسمي، توجهه جماعة أو مجموعة من قطاع ذو قدرة تقنية داخل البلد، يهدف إلى تلبية الاحتياجات الصحية والتغذوية مباشرة للسكان المتضررين من الكوارث من خلال تقديم تدخلات في مجال الصحة والتغذية الإنسانية بطريقة منسقة ومبدئية وتمشياً مع المعايير والإرشادات الدولية واللوطنية المتفق عليه.

التغذية المثلى (الموصى بها) للرضع وصغار الأطفال: البدء المبكر (خلال ساعة واحدة من الولادة) للرضاعة الحصرية من الثدي، والرضاعة الطبيعية الحصرية للأشهر الستة الأولى من الحياة، تليها الأطعمة التكميلية الآمنة والأمنة من الناحية التغذوية بينما تستمر الرضاعة الطبيعية لمدة تصل إلى عمر السنتين أو أكثر. "الموصى بها" بدلاً من ممارسات التغذية المثلى المشار لها في الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ.

الوقاية خلال الفترة المحيطة بالولادة: في سياق الرضع المعرضين لفيروس نقص المناعة البشري، فإن العقاقير المضادة للفيروسات القهقرية المُعطاة بعد الولادة لحديثي الولادة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحياة تحد من خطر انتقال فيروس نقص المناعة البشري قبل الولادة وفي وقت مبكر بعد الولادة من الأم إلى الطفل. ويمكن أيضاً إعطاء الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية للرضع بعد الأشهر الثلاثة الأولى من الحياة لتقليل خطر انتقال فيروس نقص المناعي البشري بعد الولادة من الأم إلى الطفل، على سبيل المثال من خلال الاستمرار في الرضاعة الطبيعية.

التأهب: الامكانيات والمعارف المُطورة من قبل الحكومات ومنظمات الاستجابة المهنية، والمجتمعات والأفراد للاستباقية والاستجابة بفعالية لتأثير الحالات أو الأحداث الخطيرة الحالية أو الوشيكة أو المحتملة.

الوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة البشري من الأم إلى الطفل (PMTCT): برامج وتدخلات مصممة لتقليل خطر انتقال فيروس نقص المناعة البشري من الأم إلى الطفل.

عامل مؤهل في مجال الصحة أو التغذية: في سياق تغذية الرضع وصغار الأطفال، يكون أحد العاملين في مجال التغذية أو الصحة أو مشاوير لتغذية الرضع وصغار الأطفال خضع لتدريب على المسائل ذات الصلة بالصحة أو التغذية المرتبطة بالسياق.

الغذاء المكمل الجاهز للاستخدام (RUSF): المنتجات المُخصصة الجاهزة للأكل والمحمولة والمتوفرة على الرف، المتاحة كمعجون أو مسحات أو بسكويت، التي تلبى الاحتياجات الغذائية الإضافية لمن لا يعانون من سوء التغذية الشديد. (اليونيسيف، 2012).

الغذاء العلاجي الجاهز للاستخدام (RUTF): المنتجات المُخصصة الجاهزة للأكل والمحمولة والمتوفرة على الرف، والمتوفرة كمعجون أو مسحات أو بسكويت تستخدم بطريقة موصوفة لعلاج الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد الشديد. (اليونيسيف 2012)

الأطعمة الجاهزة للأكل: المنتجات المُخصصة الجاهزة للأكل، والمحمولة والمتوفرة على الرف، مصممة لتؤكل مباشرة من العبوة، دون الحاجة إلى الطهي أو التخفيف أو غير ذلك. الأطعمة الجاهزة للأكل (RUF) هو مصطلح شامل يشمل الأغذية المكمل الجاهزة للاستخدام والأغذية العلاجية الجاهزة للاستخدام. (Marie-Pierre Duclercq, 2014).

تغذية الرضع وصغار الأطفال الموصى بها: راجع التغذية المثلى (الموصى به) لتغذية الرضع وصغار الأطفال.

إعادة إدرار الحليب: استئناف إنتاج حليب الأم (الرضاعة) لدى امرأة قد توقفت عن الإرضاع، في الآونة الأخيرة، أو في الماضي، من أجل إرضاع طفلها أو رضيع آخر، حتى بدون حمل آخر. الرضاعة المستحثة هي تحفيز إنتاج الحليب الطبيعي لدى امرأة لم تقم بالإرضاع من قبل.

التغذية البديلة: إطعام الطفل الذي لا يتلقى أي حليب من الثدي مع نظام غذائي كاف حتى يصل إلى السن الذي يمكن فيه أن يتغذى تماماً على الأطعمة العائلية. ويستخدم هذا المصطلح في سياق فيروس نقص المناعة البشري.

الدعم الخبير: في سياق الرضاعة الطبيعية، أو التغذية التكميلية أو دعم التغذية، تقديم المساعدة التقنية لمقدمة الرعاية التي تعاني من صعوبات في الرضاعة الطبيعية، أو التغذية التكميلية أو التغذية الاصطناعية من قبل عامل صحي أو تغذية مؤهل (انظر التعريف).

جهاز التغذية التكميلية: (نظام الإرضاع التكميلي) أداة مساعدة للإرضاع تسمح بالتغذية التكميلية (مع حليب الثدي المستخرج، أو حليب الأم المانحة أو حليب الأطفال الصناعي) على الثدي.

التغذية التكميلية المستهدفة: البرامج التي توفر الدعم الغذائي للأفراد الذين يعانون من سوء التغذية الحاد المعتدل

الحلمة الاصطناعية: حلمة اصطناعية يستطيع بواسطتها الرضيع شرب الحليب من القنينة

الحليب العلاجي: منتج مخصص لعلاج سوء التغذية الحاد الشديد في حالات المرضى داخل المستشفى، على سبيل المثال F75 و F100. ويمكن تحضير الحليب العلاجي مسبقاً أو تحضيره من الحليب المجفف منزوع الدسم (DSM) والزيت والسكر، مع إضافة الفيتامينات والمعادن المعقدة. ملاحظة أنهم الربع الثالث من عام 2017، ستتغير العبوات من أكياس إلى علب 400 غرام (اليونيسيف، ومنظمة الصحة العالمية، 2017).

حليب الطفل الكبير: انظر تعريف حليب النمو

توزيع غير مستهدف: انظر تعريف توزيعات شاملة

المرضعة: الرضاعة الطبيعية للطفل من قبل شخص آخر غير الأم البيولوجية للطفل.

صغار الأطفال: طفل من سن 12 شهرا حتى سن 23 شهرا مكتملة (يمكن أن يشار إليها أيضا بـ 12- >24 شهر أو 1- >2 سنوات).

مصادر التعريفات

المدونة، المدونة الدولية لتسويق بدائل حليب الأم. منظمة الصحة العالمية، 1981 وقرارات جمعية الصحة العالمية ذات الصلة.
<http://ibfan.org/the-full-code>

ادارة الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد عند الأطفال. شبكة التغذية في حالات الطوارئ ومدرسة لندن للصحة وطب الوبائيات، 2015.
www.ennonline.net/c-mami

اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html

منظمة الأغذية والزراعة، 2000. نظم المعلومات عن انعدام الأمن الغذائي والتعرض لنقص الأغذية ورسم الخرائط ذات الصلة
www.fao.org/3/ax8346e.pdf

منظمة الأغذية والزراعة، 2012. التغذية وبرنامج الأغذية العالمي: برمجة التدخلات الخاصة بالتغذية. مصطلحات التغذية
www.fao.org/fileadmin/templates/cfs/Docs/1415/Events/CFS_NERWS_2015/CFS_NERW_WFP_Program_ming_Nutrition_Specific.pdf

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، 2007. المبادئ التوجيهية المشتركة بين الوكالات بشأن التخطيط للطوارئ من أجل المساعدة الإنسانية

<https://interagencystandingcommittee.org/preparedness/documents-public/inter-agency-contingency-planning-guidelines-humanitarian-assistance>. Marie-Pierre Duclercq, 2014

إنتاج الأغذية الجاهزة للاستخدام: لمحة عامة عن الخطوات والتحديات التي ينطوي عليها الإنتاج المحلي للأغذية الجاهزة للاستخدام.
www.ennonline.net/productionofreadytousefoodruf

مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية. تنسيق المجموعات.
www.unocha.org/legacy/what-we-do/coordination-tools/clustercoordination

مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، 2003. معجم المصطلحات الإنسانية.
<http://un-interpreters.net/glossaries/ocha%20glossary.pdf>

PATH، 2013. تعزيز بنك الحليب البشري.

www.path.org/publications/files/MCHN_strengthen_hmb_frame_Jan2016.pdf

اليونيسيف، 2012. معجم التغذية.
[www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_\(3\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_(3).pdf)

اليونيسيف، منظمة الصحة العالمية، 2017. تقديم تحديث العبوة وتوجيهات التغليف للحليب العلاجي. وثيقة المراسلة المشتركة 1: 27 يوليو 2017.

www.ennonline.net/tm

منظمة الصحة العالمية، 2006. مشاوره تقنية بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال وفيروس نقص المناعة البشري - ورقة مناقشة.
<http://files.ennonline.net/attachments/516/animal-milk-modification-who-discussion-paper-oct-2006.pdf>

منظمة الصحة العالمية، 2007. مؤشرات تقييم ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال. الجزء 1: التعريف.
www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/en/

منظمة الصحة العالمية، 2015. توصيات بشأن التدخلات لتحسين نتائج الولادة قبل الأوان
منظمة الصحة العالمية، 2016. تحديثات المبدأ التوجيهي المعني بفيروس نقص المناعة البشري وتغذية الرضع. التعريفات والمصطلحات الرئيسية.
www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/hiv-infant-feeding-2016/en/

الملحق 1: دليل المحتوى حسب القطاع/التخصص والتأهب

الأقسام	قطاع / التخصص
5.6 ,4.3 ,4.2 ,3.6	جميع القطاعات (عام)
5.32 ,5.30 ,5.7 ,5.4	الخدمات الصحية للمراهقين
5.30-5.32	الزراعة
6.24 ,6.20 ,6.19 ,5.32 ,5.30 ,5.23 ,4.6.1	النقد (بما في ذلك الحماية الاجتماعية)
5.30-5.32 ,5.16 ,5.4	حماية الطفل
5.32 ,5.30 ,5.22 ,5.4 ,4.6.2 ,2.3	الإعاقة
5.30-5.32	تنمية الطفولة المبكرة
5.30- ,5.25 ,5.23 ,5.22 ,4.6.1 ,4.5 ,3.6 ,3.4 5.40 ,5.7 ,5.32	الأمن الغذائي وسبل العيش
	الصحة:
,5.16 ,5.7 ,5.4 ,4.11 ,4.6.1 ,4.5 ,3.6 ,3.4 ,2.3 5.40 ,5.29-5.32 ,5.25 ,5.23 ,5.22	الصحة الإنجابية وصحة الأم وحيثي الولادة والطفل
5.32 ,5.30 ,5.16 ,5.4	الخدمات العلاجية
5.30-5.32 ,5.16 ,2.3	الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي
5.33-5.39 ,5.30-5.32 ,5.16 ,5.7 ,4.6.1	فيروس نقص المناعة البشري
5.40 ,5.33 ,5.30 ,5.10 ,5.4 ,4.6.1 ,1.1	إدارة الأمراض المعدية
6.11- ,6.1-6.6 ,5.30 ,5.28 ,5.24 ,5.22 ,2.1 6.24-6.25 ,6.18	اللوجستيات
5.32 ,5.30	الملجأ
6.22 ,5.30-5.32 ,5.22 ,5.10	المياه والصرف الصحي والنظافة العامة
,4.4-4.5 ,4.1 ,3.5 ,3.2 ,2.4 ,2.2 ,1.1-1.7 6.7 ,6.4 ,5.33 ,5.13 ,5.1 ,4.6.1	الجاهزية

الملحق 2: الاختصارات

العلاج المضاد للفيروسات القهقرية	ART
الدواء المضاد للفيروسات القهقرية	ARV
بدائل حليب الام	BMS
تحليل شامل للأمن الغذائي والتعرض لنقص الأغذية	CFSVA
معدل الوفيات الخام	CMR
المسح الصحي الديموغرافي	DHS
تنمية الطفولة المبكرة	ECD
شبكة التغذية في حالات الطوارئ	ENN
منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة	FAO
الأمن الغذائي وسبل العيش	FSL
نظام رصد الأمن الغذائي والتغذية	FSNMS
فيروس نقص المناعة البشري	HIV
خطة الاستجابة الإنسانية	HRP
رابطة جنيف لتغذية الرضع	GIFA
شبكة العمل الدولية لأغذية الأطفال	IBFAN
مركز توثيق المدونة الدولية	ICDC
النازحين داخليًا	IDP
تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ (يشار إليها أيضاً بـ IYCF-F)	IFE
معدل وفيات الرضع	IMR
تغذية الرضع وصغار الأطفال	IYCF
النهج المشترك لتقييم التغذية والأمن الغذائي	JANFSA
المعارف والمواقف والممارسات	KAP
انخفاض الوزن عند الولادة	LBW
الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي	MHPSS
المسح العنقودي متعدد المؤشرات	MICS
صحة الأم والوليد والطفل	MNCH
مسحوق المغذيات الدقيقة	MNP
منظمة غير حكومية	NGO
الدليل العملي لتغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ	OG-IFE
حليب الأطفال المجفف	PIF
الحوامل والمرضعات	PLW
الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل	PMTCT
حليب الأطفال الجاهز للاستخدام	RUIF
الأغذية التكميلية الجاهزة للاستخدام	RUSF
الأغذية العلاجية الجاهزة للإستخدام	RUTF
درجة حرارة عالية جدا	UHT
الأمم المتحدة	UN
مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين	UNHCR
منظمة الأمم المتحدة للطفولة	UNICEF

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة	U5MR
المياه والصرف الصحي والنظافة العامة	WASH
مبادرة اتجاهات الرضاعة الطبيعية العالمية	WBTi
برنامج الأغذية العالمي	WFP
جمعية الصحة العالمية	WHA
منظمة الصحة العالمية	WHO

تم التأليف بواسطة المجموعة الأساسية لبرنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال
خلال الطوارئ من قبل شبكة التغذية في حالات الطوارئ

32 شارع ليوبولد - اكسفورد - المملكة المتحدة

تلفون: +44(0)1865324996

فاكس: +44(0)1865597669

office@enonline.net

www.enonline.net

تم التنسيق والمراجعة بواسطة الشبكة الدولية لتغذية الرضع

(IBFAN) العالم العربي

Website: www.ibfan.org

Website: www.ibfanarabworld.org