إرشـــادات التنفيـــذ

حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد:
مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع المنقحَّة

٢٠١٨

منظمة الصحة العالمية
يونيسف

إرشـــادات التنفيـــذ

حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في
المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد:
مبادرة المستشفيات
الصديقة للرضّع المنقحَّة

إرشادات التنفيذ: حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد – مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع المنقحَّة 2018
[Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018]

ISBN 978-92-4-651380-2

© منظمة الصحة العالمية و منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) 2020

هذا التقرير يبين الانشطة المشتركة لمنظمة الصحة العالمية و منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)

بعض الحقوق محفوظة. هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص المشاع الإبداعي "نسب المصنف – غير تجاري – المشاركة بالمثل 3.0 لفائدة المنظمات الحكومية الدولية"
CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/.

وبمقتضى هذا الترخيص يجوز أن تنسخوا المصنف وتعيدوا توزيعه وتحوروه للأغراض غير التجارية، وذلك شريطة أن يتم اقتباس المصنف على النحو الملائم كما هو مبين أدناه. ولا ينبغي في أي استخدام لهذا المصنف الإيحاء بأن المنظمة (WHO) و اليونيسيف تعتمدان أي منظمة أو منتجات أو خدمات محددة. ولا يُسمح باستخدام شعار المنظمة (WHO) او شعار اليونيسيف وإذا قمتم بتعديل المصنف فيجب عندئذٍ أن تحصلوا على ترخيص لمصنفكم بمقتضى نفس ترخيص المشاع الإبداعي (Creative Commons licence) أو ترخيص يعادله. وإذا قمتم بترجمة المصنف فينبغي أن تدرجوا بيان إخلاء المسؤولية التالي مع الاقتباس المقترح: "هذه الترجمة ليست من إعداد منظمة الصحة العالمية (المنظمة (WHO)) أو منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف). المنظمة (WHO) و اليونيسيف غير مسؤولة عن محتوى هذه الترجمة أو دقتها. ويجب أن يكون إصدار الأصل الإنكليزي هو الإصدار الملزم وذو الحجية."

ويجب أن تتم أية وساطة فيما يتعلق بالمنازعات التي تنشأ في إطار هذا الترخيص وفقاً لقواعد الوساطة للمنظمة العالمية للملكية الفكرية. (http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/).

الاقتباس المقترح. إرشادات التنفيذ: حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد – مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع المنقحَّة 2018
Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018
جنيف: منظمة الصحة العالمية و منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف):2020. الترخيص
CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

بيانات الفهرسة أثناء النشر. بيانات الفهرسة أثناء النشر متاحة في الرابط http://apps.who.int/iris/.

المبيعات والحقوق والترخيص. لشراء مطبوعات المنظمة (WHO) انظر الرابط http://apps.who.int/bookorders. ولتقديم طلبات الاستخدام التجاري والاستفسارات الخاصة بالحقوق والترخيص انظر الرابط http://www.who.int/about/licensing.

مواد الطرف الثالث. إذا كنتم ترغبون في إعادة استخدام مواد واردة في هذا المصنف ومنسوبة إلى طرف ثالث، مثل الجداول أو الأشكال أو الصور فإنكم تتحملون مسؤولية تحديد ما إذا كان يلزم الحصول على إذن لإعادة الاستخدام هذه أم لا، وعن الحصول على الإذن من صاحب حقوق المؤلف. ويتحمل المستخدم وحده أية مخاطر لحدوث مطالبات نتيجة انتهاك أي عنصر يملكه طرف ثالث في المصنف.

بيانات عامة لإخلاء المسؤولية. التسميات المستعملة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر ضمناً عن أي رأي كان من جانب المنظمة (WHO) و اليونيسيف بشأن الوضع القانوني لأي بلد أو أرض أو مدينة أو منطقة أو لسلطات أي منها أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل بشأنها.

كما أن ذكر شركات محددة أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة أو موصى بها من جانب المنظمة (WHO) و اليونيسيف تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها في الطابع ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بالأحرف الاستهلالية (في النص الإنكليزي).

وقد اتخذت كل من المنظمة (WHO) و اليونيسيف كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك فإن المواد المنشورة تُوزع دون أي ضمان من أي نوع، سواء أكان بشكل صريح أم بشكل ضمني. والقارئ هو المسؤول عن تفسير واستعمال المواد. والمنظمة (WHO) و اليونيسيف ليست مسؤولة بأي حال عن الأضرار التي قد تترتب على استعمالها.

Printed in Switzerland

المحتويات

تمهيد vii
شكر وتقدير viii
الملخص التنفيذي ix
النطاق والغرض xi
١- مقدمة ١
١-١ أمور متعلقة بالرضاعة الطبيعية ١
١-٢ مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع: نظرة عامة ٢
١-٣ جوانب قوة مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع وأثرها ٣
١-٤ التحديات التي تعترض تنفيذ مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع ٥
١-٥ تنقيح الخطوات العشر إلى رضاعة طبيعية ناجحة وإرشادات التنفيذ ٧
تنقيح الخطوات العشر إلى رضاعة طبيعية ناجحة ٨
تنقيح إرشادات التنفيذ على المستوى القطري ٩

٢- دور المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد ١١
٢-١ الإجراءات الإدارية الحاسمة لدعم الرضاعة الطبيعية ١٢
الخطوة ١: سياسات المرافق ١٢
الخطوة ٢: كفاءة العاملين ١٥
٢-٢ الممارسات السريرية الرئيسية التي تدعم الرضاعة الطبيعية ١٦
الخطوة ٣: المعلومات المقدمة قبل الولادة ١٦
الخطوة ٤: الرعاية التالية للولادة مباشرةً ١٨
الخطوة ٥: دعم الرضاعة الطبيعية ١٩
الخطوة ٦: التكملة ٢٠
الخطوة ٧: البقاء في الغرفة نفسها ٢٢
الخطوة ٨: التغذية المستجيبة ٢٢
الخطوة ٩: زجاجات التغذية والحلمات والمصّاصات ٢٣
الخطوة ١٠: الرعاية عند الخروج من المرفق ٢٤
٢-٣ التنسيق ٢٥
٢-٤ عملية تحسين الجودة ٢٥

٣- التنفيذ والاستدامة على المستوى القطري ٢٧
٣-١ القيادة والتنسيق على الصعيد الوطني ٢٨
٣-٢ السياسات والمعايير المهنية الخاصة بالرعاية ٢٩
٣-٣ بناء كفاءة المهنيين الصحيين ٢٩
٣-٤ التقدير الخارجي ٣١
٣-٥ الحوافز والعقوبات ٣٢
٣-٦ المساعدة التقنية للمرافق ٣٥
٣-٧ الرصد الوطني ٣٦
٣-٨ الاتصالات والدعوة ٣٧
٣-٩ التمويل ٣٨

٤- تنسيق مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع مع سائر مبادرات دعم الرضاعة الطبيعية خارج المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد ٣٩

٥- التحوّل إلى تنفيذ مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع ٤١
٥-١ البلدان التي يوجد بها برنامج وطني يعمل جيداً لتسمية المستشفيات "الصديقة للرضّع" ٤١
٥-٢ البلدان التي لا يوجد بها برنامج نشط أو ناجح معني بالمبادرة ٤١

الملحق ١: عشر خطوات إلى رضاعة طبيعية ناجحة – نسخة عام ٢٠١٨ المنقحَّة: المقارنة بالخطوات العشر الأصلية وإرشادات المنظمة الجديدة لعام ٢٠١٧ ٤٣
الملحق ٢: عشر خطوات إلى رضاعة طبيعية ناجحة بصياغة غير متخصصة ٤٧
الملحق ٣: أعضاء فريق الاستعراض الخارجي ٤٩
المراجع ٥١

تمهيد

طبقاً للتقديرات، ربما كان من الممكن تجنب أكثر من ٨٢٠ ٠٠٠ وفاة في صفوف الأطفال دون الخامسة من العمر على الصعيد العالمي إذا تلقى جميع الأطفال تغذية كافية بالرضاعة الطبيعية. والرضاعة الطبيعية تُعزّز نموّ المخ وتقلل من مخاطر السمنة بين الأطفال وتحمي الأمهات من سرطان الثدي والمبايض والسكري. ويقع على عاتق المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد الاضطلاع بدور فريد في تقديم الدعم والتشجيع الملائمين في الوقت المناسب للأمهات الحديثات ورضّعهن من أجل إنجاح الرضاعة الطبيعية، ومن ثمّ توفير الأموال للحكومات وإنقاذ الأرواح في الوقت نفسه.

ومنذ ما يقرب من ٣٠ عاماً، تشاركت منظمة الصحة العالمية (المنظمة) ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) في سبيل الدعوة إلى حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد. وقد تضمن البيان المشترك بين المنظمة واليونيسيف قائمة من التدابير التي عُرفت فيما بعد بالخطوات العشر.

وأصبح البيان المشترك بين المنظمة واليونيسيف، الذي تُرجِم إلى أكثر من ٢٥ لغة، حجر الزاوية في مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع. ومنذ عام ١٩٩١، تُطلَق التسمية "صديقة للرضّع" على أقسام ومستشفيات الولادة التي تطبق الخطوات العشر من أجل استرعاء انتباه الناس إلى دعمها لممارسات تغذية الرضّع السليمة.

وحتى الآن، نفّذت جميع بلدان العالم تقريباً مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع، مما أدّى إلى المساعدة على إنقاذ أرواح الرضّع ودعم صحة الأمهات. بيد أن بلداناً عديدة مازالت تجاهد للمحافظة على البرنامج وتحقيق كامل إمكاناته.

واعتباراً من عام ٢٠١٥، قامت المنظمة واليونيسيف بتنسيق عملية تهدف إلى استعراض البيّنات العلمية التي تدعم الخطوات العشر وتدعيم تنفيذ المبادرة، بما شمل إجراء استعراضات منهجية للمصنفات العلمية، ودراسة شاملة لعوامل نجاح المبادرة والتحديات التي تواجهها، وعقد مؤتمر بشأن المبادرة في عام ٢٠١٦ ضم ١٣٠ بلداً لمناقشة الاتجاهات الجديدة التي ينبغي اتخاذها من أجل تحقيق التغطية الشاملة بالمبادرة واستدامتها.

والإرشادات المحدَّثة المنشورة هنا تُجسِّد هذا المجهود التعاوني الذي يهدف إلى إقامة برنامج أكثر قوة قادر على استيعاب تحسين جودة الرعاية مع مرور الزمن. وهي تصف الخطوات العملية التي يُمكن للبلدان اتخاذها ويتعيّن عليها اتخاذها من أجل حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد. وتؤكد الإرشادات على أهمية تطبيق الخطوات العشر في جميع المرافق وبشأن جميع الرضّع، سواءً كانوا مبتسرين أو ناضجين، أو مولودين في مرافق خاصة أو عامة، أو في بلدان غنية أو فقيرة.

والمنظمة واليونيسيف ملتزمتان بدعم الرضاعة الطبيعية بطريقة فعّالة وفعّالة التكلفة من أجل تشجيع بقاء الرضّع وصغار الأطفال على قيد الحياة وتغذيتهم ونموهم ونمائهم، وحماية صحة أمهاتهم ورفاهها، ومساعدة جميع الأطفال على تحقيق كافة إمكاناتهم. ونحن على ثقة من أن الخطوات العشر توفّر للمرافق الصحية والعاملين الصحيين حول العالم الإرشادات التي يحتاجونها من أجل مساعدة مزيد من الأمهات على ممارسة الإرضاع الطبيعي بنجاح. ونحن نستطيع معاً إتاحة الفرصة لكل مولود لكي يبدأ حياته وهو في أحسن صحة.

تيدروس أدحانوم غيبريسوس
المدير العام، منظمة الصحة العالمية

هنريتا هـ. فور
المديرة التنفيذية، اليونيسيف

شكر وتقدير

اضطلع بتنسيق وضع هذه الإرشادات الإدارة المعنية بالتغذية من أجل الصحة والتنمية في منظمة الصحة العالمية (المنظمة) وقسم التغذية بمنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، شعبة البرامج. وأشرف على إعداد هذه الوثيقة الدكتور لورنس غرومر– سترون والسيدة مايكه أرتس.

ونُنوّه مع الشكر بالمدخلات التقنية والمساعدة في التخطيط والتفكير الاستراتيجي لفريق الاستعراض الخارجي خلال كامل العملية (بالترتيب الألفبائي بالإنكليزية): السيدة جنفييف بيكر، الدكتور ألا كورتيانو، الدكتورة تيريزيتا غونزالس دي كوسيو، الدكتورة رخسانة حيدر، الدكتورة مريم هـ. لابوك، الدكتور ديونغ هوي لونغ، الدكتورة شيسا لوتر، الدكتورة كريا ج. بيريني، السيدة رندا سعادة، الدكتورة إيزابيلا ساغو– موزس، السيدة جولي ستوفكنز.

ووفّر أكثر من ٣٠٠ مشارك في المؤتمر المعني بمبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع لعام ٢٠١٦، كانوا يمثلون ١٣٠ بلداً والعديد من المنظمات غير الحكومية والمانحين والرابطات المهنية، رؤى قيّمة للنجاحات التي أحرزتها المبادرة والتحديات التي واجهتها، وحدَّدوا العديد من الأولويات للأنشطة في المستقبل. ونود أن نشكر أعضاء لجنة التخطيط لمؤتمر عام ٢٠١٦ على ما بذلوه من جهود لتحديد شكل هذا الاجتماع المفيد (بالترتيب الألفبائي بالإنكليزية): السيدة مايتي هرنانديز أغيلار، السيدة فونكه بولوجوكو، الدكتور أنطوني كاليبو، السيدة إلسا غيولياني، السيدة تريش ماكنرو، السيدة أغنس سيتاتي.

ونود أن نعبر عن تقديرنا للزملاء التالية أسماؤهم على ما قدموه من مساعدة ومدخلات تقنية خلال كامل العملية (بالترتيب الألفبائي بالإنكليزية): من منظمة الصحة العالمية – السيدة شانون باركلي، الدكتور فرانسيسكو برانكا، السيدة أوليف كوكومان، الدكتورة برناديت دلمانز، السيدة ديانا إستيفيز، السيدة آن– ليز غويسيه، الدكتورة فرانسس ماكونفيل، السيدة ناتالي مورفي، السيدة طاهرة شيرين مصطفى، الدكتورة لينسيتو أورنيلا، الدكتور خوان بابلو بنيا– روساس، الدكتورة بورا رايكو–سولون، السيد ماركوس سترالهوفر، الدكتورة هيلين لويز تيلور،الدكتور ويلسون ويري، ومستشارو التغذية الإقليميون التابعون للمنظمة؛ ومن اليونيسيف – الدكتور فيكتور أغوايو، الدكتورة فرانس بيغين، السيد ديفيد كلارك، الدكتورة أشيما غرغ، الدكتور ديفيد هيبغريف، السيدة ديان هولند، السيدة إيروم تاكي، السيدة جوانا ويزمان سوزا، الدكتورة ماريلينا فيفياني، الدكتورة نبيلة زاكا، ومستشارو التغذية الإقليميون ومستشارو الصحة الإقليميون التابعون لليونيسيف.

وننوّه مع الشكر بالمدخلات المقدمة من ٣٠٠ من المستعرضين الخارجيين الذين عقّبوا على مسوّدة الوثيقة في تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٧ ومن موظفي ومتطوعي المنظمات الأعضاء في شبكة مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع، وهي عصبة لا ليتشي الدولية، وشبكة العمل الدولي من أجل أغذية الأطفال، والرابطة الدولية للخبراء الاستشاريين في مجال الإرضاع، والتحالف الدولي للعمل بشأن الرضاعة الطبيعية، التي قدّمت مُدخَلات إضافية. ونُعرب أيضاً عن تقديرنا للمدخلات المقدمة من الدكتور بيير باركر بشأن عمليات تحسين الجودة.

وأخيراً نود أن نشكر العديد من منسقي المبادرة ومديري المستشفيات الذين عكفوا على تنفيذ المبادرة على المستويين الوطني والإقليمي وعلى مستوى المرافق خلال السنوات السبع والعشرين الماضية. ولقد أدّى عملهم الشاق وحماسهم لتحسين صحة الأمهات والرضّع إلى تعزيز المبادرة في مختلف أنحاء العالم.

الملخص التنفيذي

تُمثِّل الساعات والأيام القليلة الأولى من حياة المولود فترة حاسمة لبدء الإرضاع وتوفير ما تحتاجه الأمهات من دعم لممارسة الإرضاع الطبيعي بنجاح. ومنذ عام ١٩٩١، ساعدت مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع في حفز المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد في مختلف أنحاء العالم على دعم الرضاعة الطبيعية على نحو أفضل.[١] واستناداً إلى "الخطوات العشر إلى رضاعة طبيعية ناجحة" (الخطوات العشر)،[٢] تُركّز المبادرة على توفير الرعاية السريرية الأمثل للأمهات الحديثات ورضّعهن. وثمة بيّنات ذات شأن على أن تنفيذ الخطوات العشر يُحسِّن بدرجة يُعتد بها من معدّلات الرضاعة الطبيعية.

وقد طُبقت مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع في جميع بلدان العالم تقريباً بدرجات متفاوتة من النجاح. وبعد مُضي أكثر من ربع قرن من الزمان، مازالت التغطية على الصعيد العالمي منخفضة. فحتى عام ٢٠١٧، كانت نسبة قدرها ١٠٪ فقط من رضّع العالم قد وُلدت في مرفق يعتبر حالياً "صديقاً للرضّع".[٣] وقد وجدت بلدان أن من العسير إدامة برنامج معني بهذه المبادرة، حيث كان تنفيذه يعتمد غالباً على أفراد ومصادر خارجية محدَّدة. وجرى تنفيذ البرنامج عادةً باعتباره تدخلاً رأسياً يُركّز على تسمية مرافق تتطوع للمشاركة في البرنامج ويمكنها توثيق التزامها الكامل بالخطوات العشر. وكان بإمكان المرافق أن تقوم بتغييرات في سياساتها وإجراءاتها لكي تحصل على هذه التسمية، بيد أن هذه التغييرات لم تكن دائماً مستدامة، خاصة في حالة عدم وجود نظم للرصد المنتظم.

وفي عام ٢٠١٥، استهلت منظمة الصحة العالمية (المنظمة) ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) عملية إعادة تقييم البرنامج المعني بمبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع وتنشيطه. وأجريت دراسات للحالة ومقابلات مع مقدمي معلومات رئيسيين واستقصاء للسياسات العالمية واستعراضات للمؤلفات من أجل فهم وضع المبادرة وأثرها على نحو أفضل. وجرى التكليف بإجراء استعراضات منهجية للمؤلفات من أجل فحص البيّنات المتعلقة بكل من الخطوات العشر بعناية. ودعت المنظمة لاجتماع فريق معني بوضع المبادئ التوجيهية من أجل إعداد إرشادات المنظمة بشأن **حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد**[٤] وفريق استعراض خارجي من أجل تحديث الإرشادات بشأن تنفيذ المبادرة على المستوى القطري. وجرت مناقشة المفاهيم الرئيسية لإرشادات التنفيذ المحدَّثة وعرض موجز لها باستفاضة خلال المؤتمر المعني بمبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع في تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٦، والذي ضم نحو ٣٠٠ مشارك من أكثر من ١٣٠ بلداً. ونُشرت مسوّدة وثيقة الإرشادات المحدَّثة عبر مشاورة إلكترونية في تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٧، وروعيت التعليقات الواردة من أكثر من ٣٠٠ مجيب في الصيغ الأخيرة للوثيقة.

---

1. World Health Organization, United Nations Children's Fund. The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring and reassessment: tools to sustain progress. Geneva: World Health Organization; 1991 .(WHO/NHD/99.2; http://apps.who.int/iris/handle/10665/65380)

2. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva: World Health Organization; 1989. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf)

3. National implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization; .2017 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255197/1/9789241512381-eng.pdf?ua=1)

4. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259386/1/9789241550086-eng.pdf?ua=1)

5. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva: World Health Organization; 1981 (http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf); The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes – 2017 update: frequently asked questions. Geneva: World Health Organization; 2017 eng. pdf?ua=1.(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254911/1/WHO-NMH-NHD-17.1-)

6. World Health Organization. Code and subsequent resolutions. (http://www.who.int/nutrition/netcode/resolutions/en/)

وتستهدف إرشادات التنفيذ المحدَّثة هذه جميع من يقررون السياسات أو يوفّرون الرعاية من أجل الحوامل والأسر والرضّع: الحكومات؛ المديرون الوطنيون لبرامج صحة الأمومة والطفولة عموماً، والبرامج المتعلقة بالرضاعة الطبيعية وبمبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع خصوصاً؛ مديرو المرافق الصحية على مختلف المستويات (مديرو المرافق، المديرون الطبيون، رؤساء أقسام الولادة والمواليد). وتعرض الوثيقة أول تنقيح للخطوات العشر منذ عام ١٩٨٩. ولم يطرأ تغيير على موضوع كل خطوة، بيد أنه جرى تحديث صياغة كل منها بما يتماشى مع الإرشادات المستندة إلى البيّنات وسياسة الصحة العمومية العالمية. وجرى تقسيم الخطوات إلى (١) الإجراءات المؤسسية اللازمة لضمان أن الرعاية تقدَّم على نحو متسق وأخلاقي (إجراءات الإدارة الحاسمة)؛ (٢) معايير الرعاية الفردية للأمهات والرضّع (الممارسات السريرية الرئيسية). وجرى في الخطوة ١ المعنية بسياسات تغذية الرضّع إدماج التنفيذ الكامل **للمدوّنة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم**[٥] وقرارات جمعية الصحة العالمية ذات الصلة (المدوّنة)،[٦] وكذلك الرصد الداخلي المستمر لمدى الالتزام بالممارسات السريرية.

وتوصي إرشادات التنفيذ أيضاً بتنقيح التنفيذ الوطني لمبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع مع التركيز على توسيعها إلى مستوى التغطية الشاملة وضمان استدامتها مع مرور الوقت. وتُركِّز الإرشادات على إدماج البرنامج بدرجة أكبر في نظام الرعاية الصحية من أجل ضمان أن جميع المرافق الصحية في بلد ما تنفذ الخطوات العشر. وتُدعى البلدان إلى الوفاء بتسع مسؤوليات رئيسية من خلال برنامج وطني معني بمبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع، بما في ذلك إنشاء هيئة تنسيق وطنية أو تدعيمها؛ إدماج الخطوات العشر في السياسات والمعايير الوطنية؛ ضمان قدرة جميع مهنيي الرعاية الصحية؛ استخدام التقدير الخارجي لتقييم مدى الالتزام بالخطوات العشر بانتظام؛ حفز التغيير؛ توفير المساعدة التقنية اللازمة؛ رصد التنفيذ؛ التواصل والدعوة باستمرار؛ تحديد الموارد الكافية وتخصيصها.

وتُركِّز مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع على حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد. ومن المفهوم أن الأمر يحتاج إلى العديد من التدخلات الأخرى لضمان الدعم الكافي للرضاعة الطبيعية، بما في ذلك تدخلات بشأن الرعاية قبل الولادة، والرعاية بعد الولادة، والمجتمعات المحلية وأماكن العمل، وكذلك بشأن توفير الحماية الكافية للأمومة وسّن التشريعات بشأن المدوّنة. ومن الأهمية بدرجة حاسمة إدماج البرنامج المعني بمبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع مع كافة الجوانب الأخرى لحماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها.

ومن خلال تنشيط المبادرة وضمان أن جميع المرافق تمتثل للتوصيات المستندة إلى البيّنات بشأن رعاية الأمومة والمواليد، يُمكن زيادة معدّلات الرضاعة الطبيعية بدرجة ملحوظة وتحسين صحة الأمهات والأطفال إلى حدّ كبير.

النطاق والغرض

تتضمن هذه الوثيقة أحدث نسخة من الإرشادات بشأن تنفيذ مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع **(١)** في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد، وكذلك إرشادات بشأن تنسيق وإدارة المبادرة على المستوى الوطني (أو دون الوطني حسب الاقتضاء).

ويتمثَّل غرض المبادرة الأساسي في ضمان حصول الأمهات والمواليد على رعاية حسنة التوقيت ومناسبة قبل دخولهم مرفق يوفّر الخدمات للأمهات والمواليد وخلال بقائهم فيه، من أجل أتاحة الفرصة لممارسة الرضاعة الطبيعية على أفضل نحو ممكن مما يُعزِّز من صحتهم ونمائهم. وبالنظر إلى الأهمية المثبتة للرضاعة الطبيعية **(٢)**، تحمي المبادرة هذه الرضاعة وتعززها وتدعمها، وتسمح في الوقت ذاته برعاية المواليد الذين لا يتلقون الرضاعة الطبيعية وتغذيتهم على نحو حسن التوقيت ومناسب.

وتستكمل هذه الوثيقة **إرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد (٣)**. وهي تستكمل أيضاً **معايير تحسين جودة رعاية الأمهات والمواليد في المرافق الصحية (٤) والإرشادات بشأن التغذية المثلى للرضّع المنخفضي الوزن عند الولادة في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل (٥) وتوصيات منظمة الصحة العالمية بشأن الرعاية أثناء الولادة من أجل تجربة ولادة إيجابية (٦)** ووثائق إرشادية أخرى بشأن رعاية الأمهات والمواليد. ومن الأهمية بمكان تنفيذ مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع ضمن سياق أوسع من الدعم للرضاعة الطبيعية في الأسر والمجتمعات المحلية وأماكن العمل. ولا تتصدى هذه الوثيقة لهذه المجالات تحديداً.

وتشمل الفئة المستهدفة من هذه الوثيقة جميع من يقررون السياسات أو يوفّرون الرعاية من أجل الحوامل والأسر والرضّع: الحكومات؛ المديرون الوطنيون لبرامج صحة الأمومة والطفولة عموماً، والبرامج المتعلقة بالرضاعة الطبيعية وبمبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع خصوصاً؛ مديرو المرافق الصحية على مختلف المستويات (مديرو المرافق، المديرون الطبيون، رؤساء أقسام الولادة والمواليد).

هذه الصفحة فارغة عمدا

١- مقدمة

١-١ أمور متعلقة بالرضاعة الطبيعية

الرضاعة الطبيعية هي المعيار البيولوجي لجميع الثدييات، بما في ذلك البشر. وتتسم الرضاعة الطبيعية بأهمية حاسمة لتحقيق الأهداف العالمية في مجالات التغذية والصحة والبقاء والنموّ الاقتصادي والاستدامة البيئية. وتوصي المنظمة ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) ببدء الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى التالية للولادة، وأن تستمر بصورة حصرية خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة، وأن تستمر، بالإضافة إلى أغذية تكميلية مأمونة وكافية، حتى سنتين من العمر أو أكثر (٧). وعلى الصعيد العالمي، لا تمتثل لهذه التوصيات سوى أقلية من الرضّع والأطفال: فنسبة قدرها ٤٤٪ فقط من الرضّع تبدأ الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى التالية للولادة كما أن ٤٠٪ من الرضّع دون ٦ أشهر من العمر يتغذون بالرضاعة الطبيعية حصراً. وتبلغ نسبة الأطفال الذين يتغذون بالرضاعة الطبيعية حتى بلوغ سنتين من العمر ٤٥٪ (٨).

والتلامس الفوري والمتواصل بين بشرتيّ الأم ورضيعها واستهلال الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى التالية للولادة مهمّان لإدامة الرضاعة الطبيعية ولبقاء المواليد والأطفال ونمائهم. فخطر الوفاة خلال الأيام الثمانية والعشرين الأولى من الحياة يكون أكبر بنسبة ٣٣٪ في صفوف المواليد الذين يبدؤون الرضاعة الطبيعية بعد الولادة بمدّة تتراوح بين ساعتين و٢٣ ساعة ويكون أكبر بما يتجاوز الضعف في صفوف الذين يبدؤونها بعد الولادة بيوم أو أكثر، مقارنةً بالمواليد الذين يبدؤون الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى التالية للولادة (٩). وتمتد الفائدة الحمائية لبدء الرضاعة الطبيعية مبكراً حتى ٦ أشهر من العمر (١٠).

وتوفّر الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدّة ٦ أشهر ما يلزم من تنشئة ومغذيات وطاقة للنمو والنماء البدنيين والعصبيين. وبعد ٦ أشهر، تستمر الرضاعة الطبيعية في توفير الطاقة والمغذيات الرفيعة الجودة التي تساعد، جنباً إلى جنب مع التغذية التكميلية المأمونة والكافية، على الوقاية من الجوع وقلّة التغذية والسمنة (١١). فالرضاعة الطبيعية تضمن الأمن الغذائي للرضّع (٨).

وتضر ممارسات الرضاعة الطبيعية غير الكافية إلى حدّ كبير بصحة الرضّع والأطفال والأمهات ونمائهم وبقائهم. ويُمكن أن يؤدي تحسين هذه الممارسات إلى إنقاذ أكثر من ٨٢٠ ٠٠٠ نفس في العام (٢). فما يقرب من نصف نوبات الإسهال وثُلث العداوى التنفسية تنجم عن ممارسات غير مناسبة بشأن الرضاعة الطبيعية. وترتبط الرضاعة الطبيعية لمدّة طويلة بانخفاض بنسبة ١٣٪ في احتمال زيادة الوزن و/ أو انتشار السمنة وانخفاض بنسبة ٣٥٪ في معدّل الإصابة بداء السكري من النمط الثاني (٢). وطبقاً للتقديرات، يُمكن تلافي ٢٠ ٠٠٠ وفاة ناجمة عن سرطان الثدي في صفوف الأمهات كل عام عن طريق تحسين معدّلات الرضاعة الطبيعية (٢).

وقد أظهرت التحليلات الحديثة أن زيادة معدّلات الرضاعة الطبيعية يُمكن أن تضيف ٣٠٠ مليار دولار أمريكي إلى الاقتصاد العالمي سنوياً من خلال المساعدة على تنشئة عاملين وقادة أكثر ذكاءً وإنتاجية (١٣). وفي البرازيل، تتجاوز دخول البالغين الذين تغذّوا بالرضاعة الطبيعية لمدّة ١٢ شهراً على الأقل دخول الذين تغذّوا بالرضاعة الطبيعية لفترات أقصر (١٤) بنسبة ٣٣٪. وتؤثر الرضاعة الطبيعية غير الكافية بدرجة ذات شأن على تكاليف الرعاية الصحية للأطفال والنساء (١٥، ١٦). والأمهات اللائي يغذّين رضّعهن باستخدام بدائل لبن الأم يتغيّبن عن العمل بأكثر مما تتغيّب الأمهات المرضعات، وذلك بسبب زيادة تواتر مرض رضّعهن وشدّته (١٧).

وقد أظهرت التحليلات الحديثة أن زيادة معدّلات الرضاعة الطبيعية يُمكن أن تضيف ٣٠٠ مليار دولار أمريكي إلى الاقتصاد العالمي سنوياً

والرضاعة الطبيعية مصدر غير ملوّث وغير كثيف الاستهلاك للموارد ومستدام وطبيعي للتغذية والقوت. أما بدائل لبن الأم فتضيف إلى انبعاثات غازات الدفيئة في كل خطوة من خطوات إنتاجها ونقلها وإعدادها واستخدامها. وهي تولد أيضاً نفايات تتطلب التخلص منها. وتشمل من غازات الدفيئة الميثان وأوكسيد النيتروز؛ وطبقاً لتقرير حديث، تبلغ انبعاثات ثاني أكسيد الكربون الناجمة عن صناعة حليب الرضّع في

آسيا طبقاً للتقديرات ٢,٩ مليون طن (١٨).

وفي السياقات الإنسانية، تتسم إمكانية إنقاذ الأرواح بفضل الرضاعة الطبيعية بمزيد من الأهمية (٧). وتوصي الإرشادات الدولية بضرورة زيادة جميع الأنشطة التي تهدف إلى حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في الأوضاع الإنسانية من أجل صيانة ممارسات الرضاعة الطبيعية أو تحسينها (١٩).

والرضاعة الطبيعية عنصر حيوي في إعمال حق كل طفل في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يُمكن بلوغه، مع احترام حق كل أم في اتخاذ قرار مستنير بشأن كيفية تغذية رضيعها على أساس معلومات كاملة ومستندة إلى البيّنات، دون تأثير من التجارية، والدعم اللازم لكي تتمكن من تنفيذ قرارها (٢٠).

ويُمكن لتحسين الرضاعة الطبيعية أن يكون دافعاً رئيسياً لتحقيق أهداف التنمية المستدامة (٢١). ويُمكن الربط بين الرضاعة الطبيعية وعدّة من هذه الأهداف، بما في ذلك الأهداف ١ (القضاء على الفقر بجميع أشكاله في كل مكان)؛ و٢ (القضاء على الجوع وتوفير الأمن الغذائي والتغذية المحسّنة وتعزيز الزراعة المستدامة)؛ و٣ (ضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار)؛ و٤ (ضمان التعليم الجيد المنصف والشامل للجميع وتعزيز فرص التعلّم مدى الحياة للجميع)؛ و٥ (تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين كل النساء والفتيات)؛ و٨ (تعزيز النمو الاقتصادي المطّرد الشامل للجميع والمستدام، والعمالة الكاملة والمنتجة، وتوفير العمل اللائق للجميع)؛ و١٠ (الحد من انعدام المساواة داخل البلدان وفيما بينها)؛ و١٢ (ضمان وجود أنماط استهلاك وإنتاج مستدامة).

١-٢ مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع: نظرة عامة

تُمثِّل الساعات والأيام القليلة الأولى من حياة المولود فترة حاسمة لبدء الإرضاع وتوفير ما تحتاجه الأمهات من دعم لممارسة الإرضاع الطبيعي بنجاح. بيد أن هذا الدعم لا يتوافر دائماً، حسبما يتضح من استعراض لبيانات اليونيسيف يتبيّن منه أن ٧٨٪ من الولادات جرت بمساعدة مقدِّم ماهر للخدمات الصحية في حين جرت تغذية ٤٥٪ فقط من المواليد بالرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى التالية للولادة (٨، ٢٢). وعلى الرغم من أن الرضاعة الطبيعية هي المعيار البيولوجي، قد يضطلع المهنيون الصحيون بإجراءات غير مناسبة تُعرقل بدء الرضاعة الطبيعية، على سبيل المثال، بفصل الأم عن الرضيع؛ تأخير بدء الرضاعة الطبيعية؛ توفير أغذية قبل الدَّرّ؛ التكملة غير الضرورية. وتزيد هذه الإجراءات إلى حدّ كبير من ظهور تحديات تعترض الرضاعة الطبيعية بما يؤدي إلى إنهائها مبكراً. ويقتضي الأمر إتاحة المعلومات المستندة إلى البيّنات والمشورة للأسر بشأن الرضاعة الطبيعية وضرورة حمايتها من المصالح التجارية التي تؤثر بطريقة سلبية على الرضاعة الطبيعية.

وفي عام ١٩٨٩، نشرت المنظمة واليونيسيف "الخطوات العشر إلى رضاعة طبيعية ناجحة" (الخطوات العشر)، وذلك في حزمة من السياسات والإجراءات التي ينبغي للمرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد تنفيذها من أجل دعم الرضاعة الطبيعية (٢٣). ودعا **إعلان إنوتشنتي بشأن حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها**، الذي اعتمد في فلورنس عام ١٩٩٠ (٢٤)، جميع الحكومات إلى ضمان أن يطبّق كل مرفق يوفّر الخدمات للأمهات والمواليد جميع الخطوات العشر تطبيقاً كاملاً. وفي عام ١٩٩١، أطلقت المنظمة واليونيسيف مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع (١) من أجل حفز المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد على الصعيد العالمي على تنفيذ الخطوات العشر. ويُمكن تسمية المرافق التي تُثبت التزامها الكامل بالخطوات العشر، وكذلك امتثالها **للمدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم** (٢٥، ٢٦) وقرارات جمعية الصحة العالمية ذات الصلة (المدوّنة) (٢٧) "صديقة للرضّع". وقد نشرت المنظمة بيّنات مصاحبة بشأن كل من الخطوات العشر في عام ١٩٩٨ (٢٨).

> تُمثِّل الساعات والأيام القليلة الأولى من حياة المولود فترة حاسمة لبدء الإرضاع وتوفير ما تحتاجه الأمهات من دعم لممارسة الإرضاع الطبيعي بنجاح.

وقد أكدت عدّة وثائق شاملة معنية بالسياسات الصحية على أهمية الخطوات العشر. ودعا قراران لجمعية الصحة العالمية في عامي ١٩٩٤ و١٩٩٦ إلى اتخاذ

إجراءات محدَّدة بشأن مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع (٢٩، ٣٠). وطلبت الاستراتيجية العالمية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال لعام ٢٠٠٢ من جميع المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد على الصعيد العالمي أن تنفذ الخطوات العشر (٧). وفي الذكرى الخامسة عشرة لإعلان إنوتشنتي (٢٤) في عام ٢٠٠٥، أصدر شركاء إنوتشنتي دعوة إلى العمل شملت دعوة إلى تنشيط مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع، والمحافظة على المعايير العالمية باعتبارها المتطلبات الدُنيا لكل المرافق وتوسيع نطاق تطبيق المبادرة لكي يشمل الخدمات الصحية المقدمة للأمهات والمواليد والأطفال والدعم المجتمعي للمرضعات ومقدمي الرعاية لصغار الأطفال (٣١).

وجرى تحديث حزمة مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع في عام ٢٠٠٦ عقب استقصاءات شاملة للمستخدمين، وأُعيد إطلاقها في عام ٢٠٠٩ (٣٢). وتُجسِّد الحزمة المحدَّثة البيّنات الجديدة المتعلقة ببعض الخطوات (على سبيل المثال، الخطوتان ٤ و٨) وتفسيرها، وتتصدى على وجه الخصوص لوضع النساء المتعايشات مع فيروس العوز المناعي البشري. وهي تشمل مبادئ توجيهية بشأن "الرعاية الصديقة للأمهات" وتصف الممارسات الصديقة للرضاعة الطبيعية في مرافق ومجتمعات محلية أخرى. وقد تضمنت معايير توفير الدعم للأمهات غير المرضعات بالنظر إلى أن المبادرة تشمل ضمان أن جميع الأمهات، بصرف النظر عن طريقة التغذية، يحصلن على ما يحتجن من دعم. وشملت الحزمة أيضاً تدريباً محدَّثاً وأدوات تقييم.

الممارسات الخاصة برعاية الأمهات يُمكن أن يؤدي إلى خفض احتمال إنهاء الرضاعة الطبيعية مبكراً بمقدار ١٣ مثلاً

وفي عام ٢٠١٢، اعتمدت جمعية الصحة العالمية ستة أهداف بشأن تغذية الأمهات والرضّع وصغار الأطفال، بما في ذلك بلوغ المعدّل العالمي للرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة ٥٠٪ على الأقل (٣٣، ٣٤). وتشمل ملخصات السياسات الخاصة بالأهداف وخطة تنفيذها الشاملة توسيع مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع (٣٤). ويطلب إطار العمل للمؤتمر الدولي الثاني المعني بالتغذية (٣٥)، الذي يشكل أساس عقد الأمم المتحدة للعمل بشأن التغذية (٣٦)، النهوض بسياسات وبرامج وإجراءات لضمان أن الخدمات الصحية تحمي الرضاعة الطبيعية وتشجعها وتدعمها، "بما في ذلك مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع". ويتضمن **إطار الرصد العالمي لتغذية الأمهات والرضّع وصغار الأطفال**، الذي اعتمدته جمعية الصحة العالمية في عام ٢٠١٥ (٣٧)، مؤشراً عن النسبة المئوية للولادات التي تحدث في مرافق جرت تسميتها "صديقة للرضّع" (٣٨).

وقد قامت جميع بلدان العالم تقريباً بتنفيذ مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع في وقت ما. بيد أن تغطيتها ظلت منخفضة في أغلب البلدان. وفي عام ٢٠١١، أشارت التقديرات إلى أن ٢٨٪ من جميع المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد جرت تسميتها "صديقة للرضّع في وقت ما" (٣٩). بيد أنه طبقاً لتقديرات المنظمة، في عام ٢٠١٧، وُلدت نسبة قدرها ١٠٪ فقط من الرضّع في العالم في مرفق يسمى حالياً "صديقاً للرضّع" (٤٠). وأغلب الظن أن أثر المبادرة يتجاوز ما يوحي به هذا الرقم، بالنظر إلى أن ثمة مرافق قد تنفذ عدّة خطوات من الخطوات العشر دون أن ترقى إلى ما يبرر تسميتها "صديقة للرضّع"، بيد أنه لا توجد حالياً نظم عالمية لتقييم حالات من هذا القبيل.

١-٣ جوانب قوة مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع وأثرها

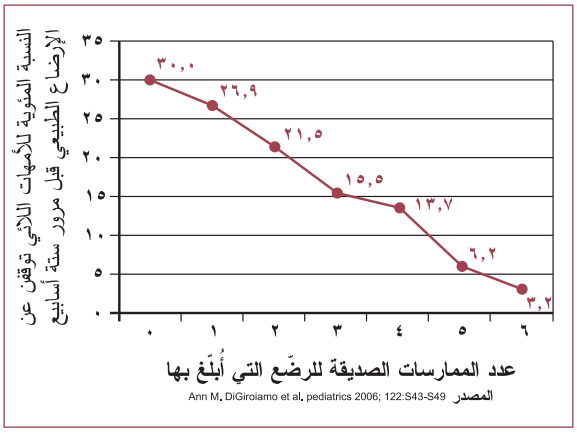
لقد تجمّعت بيّنات لا يُستهان بها على أن مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع تنطوي على أمكانية التأثير بدرجة كبيرة على تحقيق النجاح للرضاعة الطبيعية. ففي بيلاروس، أدت تجربة معشّاة المجموعات جرت في أواخر التسعينيات من القرن الماضي إلى زيادة معدّل الرضاعة الطبيعية الحصرية عند ٣ أشهر إلى ٤٣٪ في المستشفيات التي تنفذ الخطوات العشر مقارنةً بزيادته إلى ٦٪ فقط في المستشفيات التي لم تخضع للتدخل (٤١).

وأثبت استعراض منهجي شمل ٥٨ دراسة عن رعاية الأمهات والمواليد، نُشر في عام ٢٠١٦ أن الالتزام بالخطوات العشر يؤثر في معدّلات الرضاعة الطبيعية (البداية المبكرة بعد الولادة والرضاعة الطبيعية والمدة الإجمالية لأي رضاعة طبيعية) (٤٢). وقد

وجد هذا الاستعراض أن ثمة علاقة تربط الجرعة بالاستجابة بين عدد خطوات مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع المتخَذة بشأن النساء واحتمال تحسين حصائل الرضاعة الطبيعية. وثبت أن تلافي استكمال تغذية المواليد بمنتجات غير لبن الأم (الخطوة ٦) عامل حاسم في تحديد حصائل الرضاعة الطبيعية، وذلك ربما لأن تنفيذ هذه الخطوة يقتضي اتخاذ خطوات أخرى أيضاً. وتبيّن أن الدعم المجتمعي (الخطوة ١٠) له أهمية حاسمة في المحافظة على معدّلات الرضاعة الطبيعية المحسّنة التي تتحقق في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد (٤٢).

ووجدت دراسة جرت في الولايات المتحدة الأمريكية أن الأمتثال لست (انظر الشكل ١) (٤٣).

الشكل ١: النساء اللائي بدأن الإرضاع الطبيعي وكُنّ يعتزمن مواصلته لمدّة تتجاوز شهرين، نسبة النساء اللائي توقفن عن الإرضاع الطبيعي قبل مرور ستة أسابيع، تبعاً لعدد ممارسات المستشفيات الصديقة للرضّع التي اضطلع بها بشأنهن(٤٣)



وتبيّن الخبرة بشأن تنفيذ مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع المستمدة منذ ذلك الحين أن القيادة الوطنية (بما في ذلك المشاركة والدعم الوطنيان القويان) تتسم بأهمية رئيسية لنجاح تنفيذ المبادرة. ووُجد أيضاً أن التكييف على المستوى الوطني أو على مستوى المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد، والرصد المستمر على مستوى المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد، وإدماج المبادرة في سلسلة الرعاية المتصلة، هي أيضاً أمور مهمّة لتنفيذ المبادرة (٤٤).

وأكدت مقالة حديثة عن الولايات المتحدة الأمريكية، جرى فيها استعراض وثيقتين وطنيتين بشأن السياسات و١٦ دراسة أصلية، نجاح المبادرة في تيسير بدء الرضاعة الطبيعية واستخدامها حصرياً (٤٥). ويبدو أيضاً أن مدّة الرضاعة الطبيعية تزداد مع زيادة معرفة الأمهات بالممارسات الصديقة للرضّع. بيد أن آليات تتبع الرضاعة الطبيعية هي حالياً دون المستوى الأمثل وبالتالي لا تُتاح سوى بيانات قليلة جديرة بالثقة عن مدّة الرضاعة الطبيعية. ومن بين خطوات المبادرة العشر، أشير إلى أن الخطوة ٣ (التثقيف قبل الولادة) والخطوة ١٠ (دعم الرضاعة الطبيعية بعد الولادة) هما الخطوتان اللتان يثير تنفيذهما أكبر قدر من التحديات (٤٥)؛ بيد أن هاتين الخطوتين تنطويان على إمكانية التأثير بدرجة يُعتد بها على ممارسات الرضاعة الطبيعية.

وعلى سبيل التمهيد لذكرى مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع الخامسة والعشرين، اضطلعت المنظمة واليونيسيف بتقييم واسع النطاق لحالة المبادرة حالياً. وجرى استقصاء عالمي لجميع الدول الأعضاء في المنظمة بشأن تنفيذها على المستوى القطري في الفترة من حزيران/ يونيو إلى آب/ أغسطس ٢٠١٦، ووردت إجابات من ١١٧ بلداً (٤٠). وقد التُمست دراسات حالة متعمقة عن كيفية تشغيل المبادرة في ١٣ بلداً من وزارات الصحة ومنسقي المبادرة غير الحكوميين وموظفي اليونيسيف؛ ووفرت مقابلات مع مقدمي معلومات رئيسيين (بما في ذلك مسؤولون حكوميون وموظفو منظمات غير حكومية في ٢٢ بلداً) معلومات إضافية بشأن التحديات والدروس المستفادة على مدى السنوات الخمس والعشرين الأولى من المبادرة (٤٠، ٤٦).

وتُشير المعلومات التي جُمعت من دراسات الحالة ومقابلات مقدمي المعلومات الرئيسيين (٤٠، ٤٦) إلى أن تنفيذ المبادرة أدّى إلى تحسينات في قدرة المهنيين الصحيين، بالإضافة إلى تدعيم حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في عدد كبير من المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد، مما أسهم ربما بالتالي في زيادة معدّلات بدء الرضاعة الطبيعية مبكراً عبر العالم. ويُقدِّر العديد من الأطراف الفاعلة الأسلوب المنهجي المتّبع لتحسين سياسات المرافق وممارساتها، وما يكتسبه مرفق ما من مكانة بارزة ومزايا نتيجة لتسميته "صديقاً للرضّع".

وبالنسبة للمرافق التي جرت تسميتها "صديقة للرضّع"، كانت عملية اكتساب هذه التسمية تحويلية في كثير من الأحيان، حيث انطوت على تغيير كامل البيئة

المحيطة بتغذية الرضّع. وفي بلدان عديدة، أصبح اكتساب هذه التسمية عاملاً حافزاً رئيسياً لكي تغيّر المرافق من ممارساتها. ونتيجة لذلك، أصبحت الرعاية في هذه المرافق أكثر تركيزاً على المرضى؛ وتحسّنت مواقف العاملين إزاء تغذية الرضّع؛ وارتفعت مستويات المهارات بدرجة ملحوظة. وفي العادة، انخفض استخدام بدائل لبن الأم بدرجة كبيرة، كما قلّ استخدام وحدات الحضانة للمواليد إلى حدّ بعيد. وطرأ تحسّن واضح على جودة الرعاية المقدمة بشأن الرضاعة الطبيعية في المرافق التي جرت تسميتها "صديقة للرضّع".

وقد كشفت دراسات الحالة والمقابلات النقاب عن عدّة تحديات يرد وصفها في القسم التالي.

١-٤ التحديات التي تعترض تنفيذ مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع

أظهرت التقييمات المذكورة أعلاه أن عدّة تحديات رئيسية تعترض تنفيذ مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع.

وباختصار، تشير التعقيبات المستمدة من دراسات الحالة والمقابلات مع مقدمي المعلومات الرئيسيين إلى أن تنفيذ المبادرة والذي كثيراً ما يجري كما لو أن المبادرة كانت مشروعاً، رغم نجاحه في تحقيق أهداف محدَّدة وقصيرة الأجل، يُعرقِل بلوغ تغطية واسعة للممارسات الموصى بها في الخطوات العشر، وكذلك استدامة هذه الممارسات ورصد المبادرة. وفيما يلي التحديات المحدَّدة التي جرى ذكرها.

- يعتمد التنفيذ على المستوى الوطني ومستوى المرافق في كثير من الأحيان بدرجة أكبر على وجود أفراد ملتزمين أو "مناصرين" وبدرجة أقل على إقامة نظم مستدامة وتدعيمها. وعندما تنقطع صلة المناصرين السابقين بالمبادرة، كثيراً ما تتأثر استمرارية التدخلات.

- إن عملية توفير المساعدة التقنية للمرافق؛ وتدريب المقيّمين والاحتفاظ بهم؛ وتنفيذ عمليات التقييم وإعادة التقييم؛ والتواصل بشأن المبادرة هي كلها أمور تتطلب موارد على أساس مستمر. وفي العديد من البلدان، توفَّر هذه الموارد بواسطة مانحين خارجيين ولا تُدرَج في الميزانية الحكومية العادية. وعندما يُحوّل المانحون الأموال إلى أولويات أخرى فإن ذلك يؤثر على المبادرة.

- بوجه عام، ركّزت الحكومات الوطنية، وخاصة في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، على المرافق العامة فقط.

- يتمثل تحد رئيسي في بناء قدرات العاملين وصونها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد من أجل حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها. وبالرغم من أن الإرشادات الخاصة بالمبادرة تشير إلى أهمية التدريب السابق للخدمة وكذلك التدريب أثناء الخدمة، تُركّز عمليات وأدوات التقييم بقوة على التدريب أثناء الخدمة. ففي جميع البلدان والأراضي تقريباً التي استجابت لدراسات الحالة أو المقابلات التي جرت مع مقدمي المعلومات الرئيسيين، كان إدراج الرضاعة الطبيعية في التعليم السابق للخدمة (بما في ذلك في كليات الطب والتمريض والمؤسسات المشابهة بالنسبة لسائر المهنيين) غير كاف. وقد أدّى ذلك إلى إيجاد عقبات أمام تنفيذ المبادرة وصيانتها، بالنظر إلى أن التدريب المستمر أثناء الخدمة كثيف الاستهلاك للموارد البشرية والمالية.

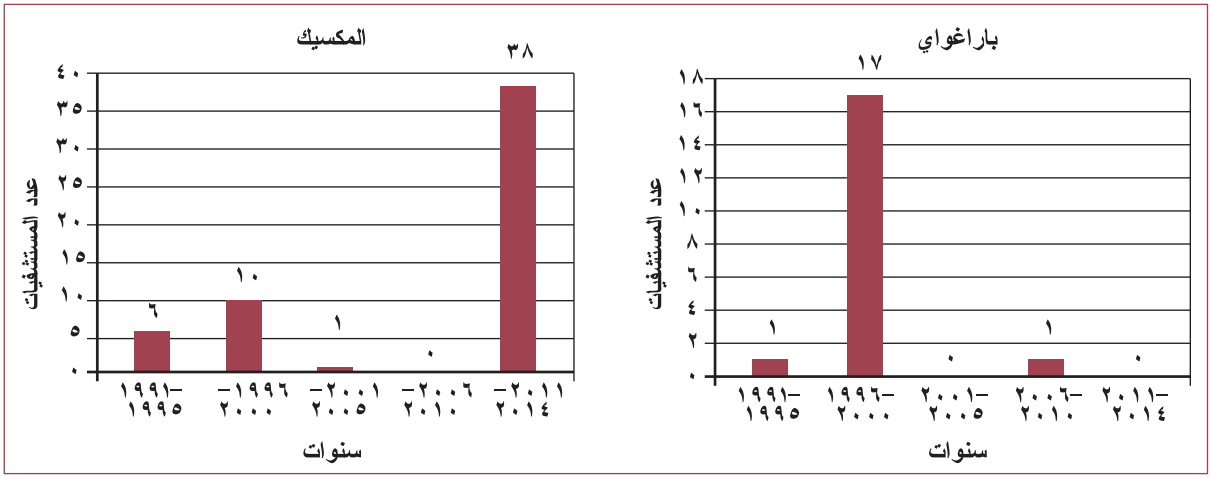
- علاوة على ذلك، يحتاج الأمر إلى توظيف مدرّبين أو، إذا كانوا هم أنفسهم من المهنيين الصحيين، يتعيّن أن يتركوا عملهم المعتاد لفترة من الزمن، كما يتعيّن أيضاً أن يترك المتدربون مهامهم المعتادة. وفي حين يُمكن اللجوء إلى الدورات الدراسية الإلكترونية عن طريق الإنترنت، فقد يكون ذلك مكلفاً، ولاسيما عندما يتعيّن على المشاركين سداد رسوم لكيان تجاري؛ كذلك لا يُمكن لهذه الدورات الدراسية أن تحل تماماً محل الحاجة إلى بناء المهارات وتقييمها وجهاً لوجه، كما أنها سوف تقتضي أيضاً من المتدربين ترك مهامهم الرئيسية. وقد ثبت أيضاً أن من العسير، خلال دورة دراسية مدتها ٢٠ ساعة، تغيير سلوك المهنيين الصحيين بعد أن يكونوا قد قضوا سنوات في تنفيذ ممارسات بطريقة معيّنة.

- يؤدي التركيز على آحاد المرافق بدلاً من التركيز على المعايير الوطنية للرعاية إلى إثارة التحديات أمام تحقيق تغطية مرتفعة بممارسات المرافق الموصى بها.

- على مستوى آحاد المرافق، كان تركيز المبادرة ينصب في كثير من الأحيان على تحقيق تسمية "الصديقة للرضّع". بيد أنه كثيراً ما كان من العسير المحافظة على التغييرات التي جرت. فمرافق عديدة تُجري تغييرات في سياساتها وإجراءاتها على ما يبدو من أجل اكتساب التسمية، ولكنها تعود بعد ذلك إلى أساليبها القديمة مع مرور الزمن، خاصة في حالة عدم وجود نظم للرصد المنتظم. ونتيجة لذلك، من العسير معرفة مدى استمرار المرافق التي جرت تسميتها في الامتثال لمعايير المبادرة.
- تبيّن أن الخطوة ١٠ من الخطوات العشر الأصلية (٢٣)، الخاصة بتعزيز إنشاء أفرقة لدعم الرضاعة الطبيعية، صعبة التنفيذ جداً بالنسبة لأغلب المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد، بالنظر إلى أنه ليس لدى العديد من هذه المرافق ما يكفي من العاملين للعمل خارج المرافق ذاتها. وفي أغلب السياقات، لا تتحمل المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد مسؤولية الوصول بخدماتها إلى المجتمع المحلي.

- كان الامتثال الكامل للمدونة (٢٥-٢٧) مثيراً للتحدي للعديد من المرافق. وفي كثير من الأحيان وُجد أن موزّعي بدائل لبن الأم انتهكوا المدوّنة بتوفيرهم مستلزمات مجانية أو مدعومة إلى المرافق أو الحكومات، و/ أو توفيرهم مواد ترويجية للمرافق الصحية أو للمهنيين الصحيين. وفي كثير من الأحيان تجد المرافق أن من العسير رفض هذه العروض في ظل ميزانيات تشغيلية محدودة. وفي كثير من الأحيان تمارس شركات تسويق بدائل لبن الأم تأثيراً سياسياً على مستويات متعدِّدة من أجل إضعاف معايير حماية الرضاعة الطبيعية وجعل تحقيق معايير الصداقة للرضّع عسيراً على المرافق.

وفي عام ٢٠١٦، نشرت منظمة الصحة للبلدان الأمريكية تقريراً عن مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع في الأمريكتين استعرضت فيه السنوات التي حدثت فيها تسميات أو إعادة تسميات لمرافق في إطار المبادرة (٤٧). وقد أظهر التقرير أن التسميات أو إعادة التسميات في إطار المبادرة حدثت بالنسبة لأغلب بلدان الإقليم بطريقة شبه حصرية خلال فترة وحيدة مدتها خمس سنوات. فبعض البلدان قامت بتسمية عدّة مرافق في التسعينيات من القرن الماضي ولكنها توقفت بعد ذلك؛ وبدأت بلدان أخرى عملية التسمية في مرحلة لاحقة ولكنها توقفت أيضاً بعد ذلك؛ بينما عمدت قِلّة من البلدان مؤخراً فقط إلى الاضطلاع بتسمية مرافق. بيد أنه لا يوجد بلد قام بتسمية أكثر من حفنة من المرافق خارج فترة زمنية مدتها ١٠ سنوات بلغ فيها عدد التسميات ذروته (انظر المثالين في الشكل ٢). وتوحي هذه النتائج بأن من العسير على البلدان إدامة برامج مستمرة للتسمية وإعادة التسمية لأكثر من بضع سنوات وفي حين كانت الخطوات العشر تُركّز على رعاية الرضّع الأصحاء والناضجين داخل المرافق، وسَّعت بلدان عديدة مفهوم "صداقة الرضّع" ليشمل مجالات دعم



الشكل ٢: عدد المستشفيات التي جرت تسميتها أو إعادة تسميتها موزَّعة حسب فترات خماسية السنوات في باراغواي والمكسيك (٤٧)
مستنسخ بتصريح من الناشر: منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي للأمريكتين.
The Baby Friendly Hospital Initiative in Latin America and the Caribbean: current status, challenges, and opportunities. Washington (DC): Pan American Health Organization; (http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18830/9789275118771_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

الرضاعة الطبيعية خارج المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد، حسبما اقتُرح في تنقيح الأرشادات الخاصة بالمبادرة عام ٢٠٠٩ (٣٢). وفي حين نجحت هذه البرامج في تحسين جودة رعاية الأمهات والرضّع في العديد من البلدان، لم توضَع معايير دولية توفّر مجموعة محدَّدة من المعايير للبرامج وأدوات لتقييمها مما أدّى إلى تفاوت التطبيق على الصعيد العالمي. ويحتاج الأمر إلى مبادئ توجيهية لتحسين مجموعات دعم الرضاعة الطبيعية خارج المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد بالنظر إلى أن لكل منها جوانبه الفريدة التي لا يُمكن معالجتها في إطار المبادرة.

ويدل العدد الكبير من البلدان التي تنفذ المبادرة من ناحية، والنسبة المئوية المنخفضة للمرافق التي جرت تسميتها من ناحية أخرى، على ما حققته المبادرة من تغطية واسعة، بيد أن ذلك يشير أيضاً إلى ضرورة مواصلة تحسين رعاية الأمهات والرضّع. وما دام الالتزام بالخطوات العشر مقصوراً على مرافق مختارة، ستظل جوانب عدم المساواة في جودة الرعاية الصحية للمواليد قائمة. بيد أن تحقيق الالتزام من جانب جميع المرافق سيتطلب مضاعفة الجهود واتّباع نهوج جديدة.

من العسير على البلدان إدامة برامج مستمرة للتسمية وإعادة التسمية لأكثر من بضع سنوات.

وقد بيّنت دراسات الحالة والمقابلات التي جرت مع مقدمي المعلومات الرئيسيين (٤٠، ٤٦) أن البلدان كيّفت الإرشادات الخاصة بالمبادرة تبعاً لحالتها وأمكاناتها الذاتية. ونجم عن ذلك عدّة أمثلة ممتازة لعمليات إدارية وتشغيلية يُمكن أن تيسّر تنفيذ ممارسات دعم الرضاعة الطبيعية وتوسيع نطاقها على نحو مستدام. وهذه الأمثلة، إلى جانب مجموعة واسعة من الدروس العامة المستفادة والتوصيات الخاصة بتحقيق الحماية والتشجيع والدعم للرضاعة الطبيعية في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد، والمستمدة من دراسات الحالة والمقابلات مع مقدمي المعلومات الرئيسيين، بالاقتران مع عملية تشاورية مكثفة جرت مع فريق الاستعراض الخارجي (انظر القسم ١-٥)، تُشكِّل أساس إرشادات التنفيذ المنقحَّة هذه.

١-٥ تنقيح الخطوات العشر إلى رضاعة طبيعية ناجحة وإرشادات التنفيذ

في عام ٢٠١٥، استهلت المنظمة واليونيسيف عملية استعراض وتنقيح على السواء للخطوات العشر إلى رضاعة طبيعية ناجحة وإرشادات التنفيذ للبلدان بشأن كيفية حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد. وباستخدام عملية المنظمة المعيارية لوضع المبادئ التوجيهية (٤٨)، أنشأت المنظمة فريقاً لوضع المبادئ التوجيهية. والوصف التفصيلي لعملية وضع المبادئ التوجيهية للمنظمة لعام ٢٠١٧: حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد (٣)، بما في ذلك الاستعراضات المنهجية للمصنفات العلمية المتعلقة بكل خطوة، منشور في مكان آخر (٣). وإضافة إلى ذلك، أنشأت المنظمة فريق استعراض خارجي من أجل توفير المزيد من التوجيه المتخصص لفريق وضع المبادئ التوجيهية ووضع إرشادات التنفيذ المنقحَّة للبلدان الواردة في هذه الوثيقة.

وقد اجتمع فريق الاستعراض الخارجي ثلاث مرّات في اجتماعات وجهاً لوجه (كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٥ ونيسان/ أبريل ٢٠١٦ وتشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٦) كما عقد العديد من المؤتمرات عن طريق الهاتف واستعرض مسوّدة الوثيقة عبر البريد الإلكتروني. ووفّرت دراسات الحالة والمقابلات مع القادة الوطنيين المعنيين بالمبادرة الموصوفة أعلاه معلومات مهمّة لفريق الاستعراض الخارجي في سبيل وضع إرشادات التنفيذ. وقُدمت مسودة مبكرة لهذه الإرشادات إلى المؤتمر المعني بمبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع في تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٦ (٤٩). وناقش نحو ٣٠٠ مشارك من أكثر من ١٣٠ بلداً، و٢٠ من الشركاء في التنمية (منظمات غير حكومية ورابطات مهنية دولية ومانحين) الإرشادات في مجموعات عمل صغيرة على مدى ٣ أيام، وقدّموا الكثير من المُدخَلات بشأن التنقيح. وقد نُشرت الإرشادات المحدَّثة من خلال مشاورة إلكترونية في تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٧ وروعيت في التنقيحات الأخيرة للوثيقة التعليقات التي وردت من ٣٠٠ مجيب.

وتقتصر هذه الإرشادات المنقحَّة على تناول الأنشطة المتصلة تحديداً بحماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات

والمواليد. وليس بالإمكان الفصل بين رعاية المواليد الصغار الحجم أو المرضى أو المبتسرين ورعاية الرضّع الناضجين بالنظر إلى أن كلتا الرعايتين تجريان في المرافق نفسها وفي كثير من الأحيان بواسطة العاملين أنفسهم. ولذلك فإن رعاية هؤلاء المواليد في وحدات الرعاية المكثفة للمواليد أو في أقسام الأمومة أو المواليد العادية تقع في نطاق هذه الوثيقة. بيد أنه بالنظر إلى أن الوثيقة تُركّز على المعايير العالمية وليست دليلاً سريرياً، فإنها لا توفّر إرشادات متعمقة عن كيفية رعاية المواليد الصغار الحجم أو المرضى أو المبتسرين ولكنها تتضمن لمحة عامة عن المعايير والخطوات الرئيسية المتعلقة بالإرضاع الطبيعي لهذه الفئة و/ أو توفير اللبن البشري لها. وتُتاح إرشادات أكثر تحديداً بشأن تغذية المواليد الصغار الحجم أو المرضى أو المبتسرين في مواضع أخرى **(٥، ٥٠)**.

وفي حين اقتَرحت الإرشادات بشأن مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع لعام ٢٠٠٩ تضمين إجراءات "صديقة للأمهات" تُركّز على ضمان صحة الأمهات البدنية والنفسية **(٣٢)**، لا ترد إرشادات بشأن هذه الجوانب في هذا التحديث للإرشادات الخاصة بالمبادرة. وتوصي هذه الإرشادات البلدان صراحةً بإدراج الخطوات العشر في سائر البرامج والمبادرات المعنية بصحة الأمهات والمواليد. وتُتاح إرشادات متعمقة ومناسبة لمقتضى الحال ومستندة إلى البيّنات بشأن جودة رعاية صحة الأمهات في مواضع أخرى **(٤)**، بيد أن من المهمّ لجميع المهنيين الصحيين، سواءً كانوا مسؤولين عن توفير الرعاية أثناء الولادة أو توفير الرعاية للمواليد أو غير مسؤولين عن ذلك، أن يكونوا مدركين تماماً للممارسات الصديقة للأمهات وكيف يمكنها أن تؤثر في الأمهات والرضّع والرضاعة الطبيعية، بحيث يتسنى لهم ضمان تنفيذ هذه الممارسات وتحقيقها للفوائد المتوخاة بشأن جودة الرعاية. ولهذا السبب، يرد في القسم ٢ ملخص لهذه الإرشادات.

وبالمثل، لا تتصدى هذه الوثيقة لمعايير المجتمعات المحلية الصديقة للرضّع أو وحدات طب الأطفال الصديقة للرضّع أو عيادات الأطباء الصديقة للرضّع. ويتسم دعم الرضاعة الطبيعية بأهمية حاسمة في جميع هذه السياقات، بيد أنه يقع خارج نطاق هذه الوثيقة.

تنقيح الخطوات العشر إلى رضاعة طبيعية ناجحة

فحصت إرشادات منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠١٧ بشأن حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد **(٣)** البيّنات المتعلقة بكل خطوة من الخطوات العشر الأصلية التي نُشرت أصلاً في عام ١٩٨٩ **(٢٣)**. واستناداً إلى المبادئ التوجيهية الجديدة، تعيد إرشادات التنفيذ هذه صياغة الخطوات العشر دون الإخلال بالموضوع الأساسي لكل خطوة. ويظل الغرض الأساسي للخطوات على ما كان عليه في نسخة الخطوات العشر لعام ١٩٨٩، ألا وهو حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد.

وتفصل الإرشادات بين الخطوتين الأوليين، اللتين تتناولان الإجراءات الإدارية اللازمة لضمان توفير الرعاية على نحو متسق وأخلاقي، والخطوات الثماني الأخرى، التي تُحدِّد معايير الرعاية السريرية للأمهات والرضّع. وترد الخطوات العشر المحدَّثة في الإطار ١.

وقد جرى تعديل الخطوة ١ المتعلقة بسياسة المرافق بشأن الرضاعة الطبيعية بحيث تتضمن ثلاثة عناصر. فتطبيق المدوّنة **(٢٥-٢٧)** كان دائماً عنصراً رئيسياً في مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع بيد أنه لم يكن مُدرجاً كجزء من الخطوات العشر الأصلية. ويتضمن هذا التنقيح الامتثال الكامل للمدوّنة كخطوة. وإضافة إلى ذلك، أُدرجت ضرورة الرصد الداخلي المستمر لمدى الامتثال للممارسات السريرية في الخطوة ١. وينبغي أن يساعد الرصد الداخلي على ضمان أن اعتماد الخطوات العشر مستدام مع مرور الزمن.

وجرى تبسيط تطبيق بعض الخطوات من أجل ضمان جدواها وقابليتها للتطبيق بشأن جميع المرافق. وبغية ضمان أن كل مولود يولد في مرفق ما تُتاح له أفضل نوعية من الرعاية بطريقة منصفة، يتعيّن أن تكون الخطوات في متناول كل مرفق، لا قِلّة من المرافق المختارة فحسب. فعلى سبيل المثال، تُركّز الخطوة ٢ المعنية بتدريب العاملين بدرجة أكبر على تقييم الكفاءة من أجل ضمان أن لدى العاملين المعارف والكفاءات والمهارات اللازمة لدعم الرضاعة الطبيعية، بدلاً من الإصرار على منهج دراسي محدَّد. كذلك، لا تؤكد الخطوة ٥ المعنية بتوفير الدعم العملي

للأمهات بشأن كيفية ممارسة الإرضاع الطبيعي على طريقة واحدة لاستخراج لبن الثدي، ولكنها تُركّز بدرجة أكبر على مسائل وضع الرضيع والرضاعة وضمان أن الأم مستعدة لمواجهة الصعوبات المُمكنة المرتبطة بالرضاعة الطبيعية.

وتُركِّز الخطوة ٩ المعنية باستخدام زجاجات التغذية والحلمات والمصّاصات الآن على إسداء المشورة للأمهات بشأن استخدامها، بدلاً من حظر استخدامها تماماً. فقد وُجِد أن البيّنات التي تدعم حظر استخدامها تماماً ضعيفة، وذلك بالنظر إلى أن الاستعراض المنهجي الذي جرى في إطار عملية وضع الإرشادات وجد اختلافاً بسيطاً، أو لم يجد اختلافاً على الإطلاق، في معدّلات الرضاعة الطبيعية بين الرضّع الناضجين الأصحاء الذين استُخدمت بالنسبة لهم زجاجات التغذية أو الحلمات أو المصّاصات في الفترة التالية للولادة مباشرةً والذين لم تُستخدم **(٥١)**. وفي صفوف الرضّع المبتسرين، لم تجد الاستعراضات المنهجية بشأن المصّ غير الغذائي اختلافاً في الحصائل المتعلقة بالرضاعة الطبيعية ووجدت أثراً إيجابياً على مدّة البقاء في المستشفى **(٥٢، ٥٣)**. بيد أنه مازال يوصى بعدم استخدام زجاجات التغذية والحلمات بالنسبة للرضّع المبتسرين.

ويظل الغرض الأساسي للخطوات على ما كان عليه في نسخة الخطوات العشر لعام ١٩٨٩، ألا وهو حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد.

وتُركّز الخطوة ١٠ المعنية بالرعاية بعد الخروج من المرفق بدرجة أكبر على مسؤوليات المرفق الذي يوفّر الخدمات للأمهات والمواليد بشأن التخطيط للخروج وإجراء الإحالات، وكذلك التنسيق والعمل بشأن تعزيز دعم المجتمع المحلي للرضاعة الطبيعية، بدلاً من إنشاء مجموعات دعم الأمهات للأمهات تحديداً.

تنقيح إرشادات التنفيذ على المستوى القطري

تَقترح إرشادات التنفيذ هذه عدداً من التنقيحات لتنفيذ مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع من أجل تيسير توسيع نطاقها على الصعيد الوطني وضمان استدامتها مع مرور الزمن.

بما في ذلك في المرافق الخاصة والعامة. وتهدف التعديلات وقابلية التنفيذ المعزَّزة إلى زيادة إتاحة

الإطار ١: الخطوات العشر إلى رضاعة طبيعية ناجحة (تنقيح عام ٢٠١٨)

الإجراءات الإدارية الحاسمة

١. (أ) الامتثال الكامل للمدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم، وقرارات جمعية الصحة العالمية ذات الصلة.
(ب) وجود سياسة مدوّنة بشأن تغذية الرضّع يجري إعلامها بصورة روتينية للعاملين والأسر.
(ج) إنشاء نظم للرصد المستمر وإدارة البيانات.
٢. ضمان أن لدى العاملين المعارف والكفاءات والمهارات الكافية لدعم الرضاعة الطبيعية.

الممارسة السريرية الرئيسية

٣. مناقشة أهمية الرضاعة الطبيعية وكيفية تصريف شؤونها مع الحوامل وأسرهن.
٤. تيسير التلامس الفوري والمستمر بين بشرتيّ الأم والمولود، ودعم الأمهات لبدء الرضاعة الطبيعية في أقرب وقت ممكن بعد الولادة.
٥. دعم الأمهات في بدء الرضاعة الطبيعية ومواصلتها، والتعامل مع الصعوبات الشائعة.
٦. عدم تقديم أي أغذية أو سوائل أخرى غير لبن الأم للمواليد الذين يتغذون بالرضاعة الطبيعية، إلاّ بناءً على توصية طبية.
٧. إتاحة الفرصة لبقاء الأمهات ورضّعهن معاً في الغرفة نفسها على مدار الساعة.
٨. دعم الأمهات في التعرف على علامات احتياج رضّعهن للغذاء والاستجابة لها.
٩. إسداء المشورة للأمهات بشأن استخدام زجاجات التغذية والحلمات والمصّاصات ومخاطرها.
١٠. تنسيق الخروج من المرفق بحيث يُتاح للأمهات ورضّعهن الدعم والرعاية المتواصلان في الوقت المناسب.

الرضاعة الطبيعية للمواليد في جميع المرافق، لا في قِلّة مختارة منها فحسب.

وتُركِّز الإرشادات على إدماج حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها بصورة أكمل في نظام الرعاية الصحية،

وتتضمن هذه الإرشادات أيضاً إرشادات تقنية أخرى للمنظمة أو اليونيسيف، أو تتسق معها، بما في ذلك **الإرشادات الخاصة بوضع حدّ للترويج غير الملائم لأغذية الرضّع وصغار الأطفال (٥٤)، وإرشادات منظمة الصحة العالمية/ اليونيسيف لعام ٢٠١٦: تحديثات بشأن فيروس العوز المناعي البشري وتغذية الرضّع (٥٥)، ومعايير منظمة الصحة العالمية لتحسين جودة رعاية الأمهات والمواليد في المرافق الصحية (٤)، وإطار منظمة الصحة العالمية للخدمات الصحية المتكاملة التي تركّز على الناس (٥٦).**

وتهدف هذه الإرشادات المحدَّثة إلى تدعيم النظام الصحي، وتقترح هيكل إدارة وتنفيذ رأسياً بدرجة أقل، بما يتطلب تخصيص موارد أقل من أجل المبادرة تحديداً. وهي تهدف أيضاً إلى تنسيق الاستراتيجيات الخاصة بالخدمات الصحية المتكاملة التي تركّز على الناس **(٥٦)** وتدعيم جوانب تحسين الجودة الموجودة أصلاً في المبادرة.

ويلخص الإطار ٢ الاتجاهات المحدَّثة الرئيسية بشأن تنفيذ المبادرة، حسبما توصف بالتفصيل في القسم ٣ والقسم ٤.

الإطار ٢: ملخص الاتجاهات المحدَّثة بشأن تنفيذ مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع

١. الرعاية المناسبة لحماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها هي مسؤولية كل مرفق يوفّر الخدمات للأمهات والمواليد. ويشمل ذلك المرافق الخاصة إلى جانب العامة، الكبيرة منها والصغيرة على السواء.

٢. يتعيّن على البلدان أن تضع معايير وطنية بشأن حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في جميع المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد استناداً إلى "الخطوات العشر المحدَّثة إلى رضاعة طبيعية ناجحة" والمعايير العالمية.

٣. يقتضي الأمر إدماج مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع مع سائر المبادرات الخاصة بصحة الأمهات والمواليد، وتحسين الرعاية الصحية، وتدعيم النُظم الصحية، وضمان الجودة.

٤. بغية ضمان أن مقدمي الرعاية الصحية لديهم الكفاءات اللازمة لتنفيذ المبادرة، يتعيّن إدماج هذا الموضوع في مناهج التدريب السابق للخدمة. وإضافة إلى ذلك، يقتضي الأمر توفير التدريب أثناء الخدمة في الحالات التي تكون الكفاءات فيها غير مستوفاة بعد.

٥. يمثِّل التنويه العلني بالمرافق التي تنفذ الخطوات العشر وتمتثل للمعايير العالمية أحد طرق حفز تحسين الجودة. وهناك عدّة حوافز أخرى، وهي تتراوح بين الامتثال لمعايير المرافق الوطنية والتمويل المستند إلى الأداء.

٦. الرصد الداخلي المنتظم عنصر حاسم على السواء في تحسين الجودة وضمان الجودة المستمر.

٧. التقييم الخارجي أداة قيّمة للتحقق من جودة خدمات الأمهات والمواليد. وينبغي تعميم التقييمات الخارجية بالقدر الكافي في الآليات القائمة التي يُمكن تنفيذها على نحو مستدام.

٢- دور المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد

يَتمثَّل الغرض الأساسي لمبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع في ضمان تلقي الأمهات والمواليد رعاية حسنة التوقيت ومناسبة قبل دخولهم مرفق يوفّر الخدمات للأمهات والمواليد وخلال بقائهم فيه، من أجل السماح بتوفير التغذية المثلى للمولود، وبالتالي تعزيز صحته ونمائه. وبالنظر إلى الأهمية المُثبتة للرضاعة الطبيعية، فإن المبادرة تحمي الرضاعة الطبيعية وتشجعها وتدعمها. وهي تهدف أيضاً في الوقت نفسه إلى إتاحة الفرصة لتوفير الرعاية والتغذية المناسبتين للمواليد الذين لا يتغذون بالرضاعة الطبيعية (أو لا يتغذون بها بعد أو بشكل كامل) أو غير القادرين (بعد) على ذلك.

ويتعيّن أن تتلقى الأسر معلومات جيدة وغير منحازة عن تغذية الرضّع. فالمرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد تتحمل مسؤولية تشجيع الرضاعة الطبيعية، بيد أن عليها أيضاً أن تحترم أفضليات الأم وأن توفّر لها المعلومات اللازمة لاتخاذ قرارات مستنيرة بشأن أفضل خيارات التغذية لها ولرضيعها. ويقتضي الأمر أن يدعم المرفق الأمهات لكي يغذين مواليدهن بنجاح بالطريقة التي يخترنها.

وتماشياً مع إطار منظمة الصحة العالمية للخدمات الصحية المتكاملة التي تركّز على الناس (٥٦)، من المهمّ ضمان أن "جميع الناس يحصلون بشكل متساو على الخدمات الصحية الجيدة التي يُشتَرك في تقديمها بطريقة تلبي احتياجاتهم في جميع مراحل حياتهم، وتُنسَّق عبر كامل سلسلة الرعاية المتصلة، وتكون شاملة ومأمونة وفعالة وحسنة التوقيت وناجعة ومقبولة؛ وجميع مقدمي الرعاية متحمسون ومهرة، ويعملون في ظل بيئة داعمة". ويتمثَّل أحد الجوانب المحدَّدة لذلك في توفير الرعاية على نحو مناسب ثقافياً، بما في ذلك توفير مواد بلغات يفهمها أغلب العملاء.

ولا تشمل الخطوات العشر جميع جوانب الرعاية الجيدة المقدمة للأمهات والمواليد. فثمة ممارسات "صديقة للأمهات" بشأن تقديم الرعاية أثناء الولادة وبعدها متسمة بالأهمية لرفاه الأم ذاتها واحترام كرامتها وحقوقها (٤). ويساعد العديد من هذه الممارسات "الصديقة للأمهات" أيضاً في تيسير الرضاعة الطبيعية (٥٧). ومن المهمّ عدم تعريض الأمهات لممارسات غير ضرورية أو ضارة خلال المخاض والولادة والفترة المبكرة التي تعقب الولادة. وتشمل هذه الممارسات، على سبيل المثال لا الحصر، الاستخدام غير الضروري (أي غير الموصى به طبياً) لما يلي: بَضْع الفَرْج والولادة المهبلية بالأدوات والجراحة القيصرية. وينبغي أيضاً تشجيع النساء على اتخاذ الوضع الذي يخترنه أثناء المخاض. وإضافة إلى ذلك، يتعيّن معاملة النساء والمواليد باحترام، مع المحافظة على كرامتهم واحترام خصوصيتهم؛ ويجب عدم تعريضهم للمعاملة السيئة (٥٨)؛ ويجب أن تُتاح للأمهات إمكانية اتخاذ القرارات المستنيرة. ويتعيّن أن تُتاح للنساء أيضاً إمكانية أن يكون لهن مرافق من اختيارهن خلال الولادة.

وفيما يتعلق بفيروس العوز المناعي البشري، توصي إرشادات منظمة الصحة العالمية/ اليونيسيف بشأن فيروس العوز المناعي البشري وتغذية الرضّع (٥٥) بأنه ينبغي للسلطات الصحية الوطنية أو دون الوطنية أن تضع توصيات بشأن تغذية الرضّع في سياق فيروس العوز المناعي البشري، وأن تقرر ما إذا كانت الخدمات الصحية ستُسدي المشورة للأمهات المتعايشات مع الفيروس وتدعمهن في المقام الأول من أجل إمّا (١) ممارسة الإرضاع الطبيعي وتلقي الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية؛ أو (٢) تجنب أي إرضاع طبيعي. وفي حالة توصية السلطات بالرضاعة الطبيعية إضافة إلى العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، ينطوي ذلك على بدء الرضاعة الطبيعية مبكراً والاقتصار عليها خلال أول ٦ أشهر من العمر ومواصلتها مع التغذية التكميلية الكافية والمأمونة حتى ١٢ شهراً على الأقل؛ ويُمكن مواصلة الرضاعة الطبيعية حتى ٢٤ شهراً أو أكثر (مثلما هو الحال بالنسبة للمجموعة السكانية العامة)، في الوقت الذي تتلقى فيه الأم الدعم الكامل للامتثال للعلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية. وأما إذا أوصت السلطات بتجنب أي إرضاع طبيعي، فإن الأمر يقتضي دعماً ماهراً ومنسقاً لتغذية الرضّع من أجل تحسين مأمونية التغذية البديلة. ويُمكن تنفيذ مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع في كلا السياقين.

ويتعيّن أن تمتثل المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد للخطوات العشر. وقد جرت التفرقة في نسخة

عام ٢٠١٨ من الخطوات العشر بين الإجراءات الإدارية الحاسمة، التي توفّر بيئة تمكينية للتنفيذ المستدام داخل المرافق، والممارسات السريرية الرئيسية، التي تُحدِّد الرعاية التي ينبغي توفيرها لكل أم ورضيع. والممارسات السريرية الرئيسية تدخلات مستندة إلى البيّنات لدعم الأمهات في ممارسة الإرضاع الطبيعي بنجاح. وترد الخطوات العشر في الإطار ١، وهي موصوفة بالتفصيل في القسمين ٢–١ و٢–٢. وترد إرشادات منظمة الصحة العالمية الجديدة: حماية **الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد (٣)** أيضاً في النص، مع إضافة رقم التوصية المناظرة. ويبيّن الملحق ١ كيف تتضمن الخطوات العشر جميع إرشادات المنظمة الجديدة **(٣)** وعلاقتها بالخطوات العشر الأصلية.

وفي حين تُسهم كل خطوة من الخطوات العشر في تحسين دعم الرضاعة الطبيعية، فإن الأثر الأمثل على ممارسات الرضاعة الطبيعية، وبالتالي على رفاه الأمهات والأطفال، لن يتحقق إلاّ إذا نُفذت الخطوات العشر كلها كحزمة متكاملة. وينبغي قراءة النص التالي في ضوء ذلك.

٢–١ الإجراءات الإدارية الحاسمة لدعم الرضاعة الطبيعية

تحتاج المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد إلى اعتماد أربعة إجراءات إدارية حاسمة، وصونها من أجل ضمان التطبيق الشامل والمستدام للممارسات السريرية الرئيسية. والإجراءات الثلاثة الأولى منها، وهي تطبيق المدوّنة **(٢٥–٢٧)**، ووضع سياسات مدوّنة، وتشغيل نظم للرصد وإدارة البيانات، كلها جزء من الخطوة الأولى المعنية بسياسات المرافق. وتتناول الخطوة ٢ ضرورة ضمان قدرات جميع العاملين في المرافق.

الخطوة ١: سياسات المرافق

المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم وقرارات جمعية الصحة العالمية ذات الصلة (٢٥–٢٧)

الخطوة ١أ: الامتثال الكامل للمدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم وقرارات جمعية الصحة العالمية ذات الصلة.

الأساس المنطقي: تكون الأسر شديدة التعرّض لتأثير تسويق بدائل لبن الأم خلال كامل فترة الحمل والفترتين المحيطة بالولادة والتالية لها عندما يكون عليها أن تتخذ قرارات بشأن تغذية الرضيع. وقد طلبت جمعية الصحة العالمية من جميع العاملين الصحيين ونظم الرعاية الصحية أن تمتثل للمدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم **(٢٥، ٢٦)** وقرارات جمعية الصحة العالمية التالية ذات الصلة **(٢٧)** (المدوّنة) من أجل حماية الأسر من الضغوط التجارية. وإضافة إلى ذلك، يحتاج المهنيون الصحيون أنفسهم إلى الحماية من التأثيرات التجارية التي يُمكن أن تؤثر في أنشطتهم وأحكامهم المهنية. والامتثال للمدوَّنة مهمّ للمرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد بالنظر إلى أن الترويج لبدائل لبن الأم هو من أكبر العوامل التي تُقوِّض الرضاعة الطبيعية **(٥٩)**. وقد وُجد أن الشركات التي تسوق زجاجات التغذية والحلمات والمصّاصات تنتهك المدوّنة بشكل متكرر **(٦٠)**. ومن المتوقع أن تواصل مبيعات بدائل لبن الأم ارتفاعها على الصعيد العالمي، وهو ما يضر ببقاء الأطفال على قيد الحياة ورفاههم **(١٣، ٦١)**. وهذا الوضع يعني أن الأمر سيقتضي بذل جهود متسقة لحماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها، بما في ذلك في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد.

التنفيذ: تُحدِّد المدوّنة **(٢٥–٢٧)** مسؤوليات نظم الرعاية الصحية بشأن عدم الترويج لبدائل لبن الأم وزجاجات التغذية والحلمات والمصّاصات وعدم خضوعها لاستغلال صانعي المنتجات المشمولة بالمدوّنة وموزّعيها لهذا الغرض. ويشمل ذلك اشتراط حصول جميع المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد كل ما تحتاجه من بدائل لبن الأم وزجاجات التغذية والحلمات من خلال قنوات الشراء المعتادة وعدم قبول إمدادات مجانية أو مدعومة (قرار جمعية الصحة العالمية ٣٩–٢٨ (٦٢)). وعلاوة على ذلك، ينبغي للعاملين في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد عدم ممارسة أي شكل من أشكال الترويج لبدائل لبن الأم أو السماح بالإعلان عنها بأي طريقة، بما في ذلك عرض أو توزيع أي معدات أو مواد تحمل العلامات التجارية لصانعي بدائل لبن الأم، أو قسائم الشراء بأسعار مخفضة، كما ينبغي لهم عدم إعطاء عيّنات من بدائل لبن الأم للأمهات لاستخدامها في المرفق أو لأخذها إلى المنزل.

وتماشياً مع **إرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن وضع حد للترويج غير الملائم لأغذية الرضّع وصغار الأطفال** التي نُشرت في عام ٢٠١٦ واعتمدتها جمعية الصحة العالمية **(٥٤)**، ينبغي للعاملين الصحيين والنظم الصحية تجنب حالات تضارب المصالح مع الشركات التي تسوّق الأغذية للرضّع وصغار الأطفال. ولا ينبغي أبداً عقد اجتماعات المهنيين الصحيين برعاية دوائر الصناعة، كما لا ينبغي لدوائر الصناعة أن تشارك في تعليم الوالدين مهارات حسن تربية أولادهما.

المعايير العالمية:

- جرى شراء جميع بدائل لبن الأم وزجاجات التغذية والحلمات المستخدمة في المرفق من خلال قنوات الشراء المعتادة ولم تُتلقى في شكل إمدادات مجانية أو مدعومة.

- لا يَعرض المرفق منتجات مشمولة في المدوّنة أو بنوداً عليها العلامات التجارية لشركات تُنتج بدائل لبن الأم أو زجاجات التغذية والحلمات أو أسماء منتجات مشمولة في المدوّنة.

- لدى المرفق سياسة تصف كيفية التزامه بالمدوّنة، بما في ذلك شراء بدائل لبن الأم وعدم قبول الدعم أو الهدايا من منتجي منتجات مشمولة في المدوّنة أو موزعيها وعدم إعطاء الأمهات عيّنات من بدائل لبن الأم أو زجاجات التغذية أو الحلمات.

- يستطيع ٨٠٪ على الأقل من المهنيين الصحيين الذين يوفّرون الرعاية قبل الولادة و/ أو أثنائها و/ أو يوفّرون الرعاية للمواليد شرح عنصرين على الأقل من عناصر المدوّنة.

سياسة تغذية الرضّع

الخطوة ١ب: وجود سياسة مدوّنة بشأن تغذية الرضّع يجري إعلامها بصورة روتينية للعاملين والأسر.

الأساس المنطقي: تُمثِّل السياسة القوة الدافعة للممارسات. فمقدمو الرعاية الصحية والمؤسسات ملتزمون باتّباع السياسات المقررة. ويقتضي الأمر إدراج الممارسات السريرية التي تنطوي عليها الخطوات العشر في السياسات الخاصة بالمرافق من أجل ضمان أن الرعاية المناسبة تُقدَّم على نحو منصف لجميع الأمهات والرضّع وأنها لا تَعتمد على أفضليات كل مقدِّم للرعاية. وتُمثِّل السياسات المدوّنة الوسيلة لضمان أن المرضى يتلقون الرعاية على نحو متسق ومستند إلى البيّنات، وهي أداة أساسية لمساءلة العاملين. وتساعد السياسات على إدامة الممارسات مع مرور الزمن كما أنها تُعبِّر عن مجموعة معيارية من التوقعات المنتظرة من جميع العاملين الصحيين.

التنفيذ: ينبغي أن يكون لدى المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد سياسة مدوّنة واضحة بشأن الرضاعة الطبيعية تُبلَّغ على نحو روتيني للعاملين والأسر (التوصية ١٢). ويُمكن أن تكون سياسة المرفق بشأن الرضاعة الطبيعية قائمة بذاتها كوثيقة منفصلة أو متضمّنة في سياسة أعمّ بشأن تغذية الرضّع أو مُدرجة ضمن عدد من وثائق السياسات الأخرى. وبصرف النظر عن كيفية تنظيم السياسة، ينبغي لها أن تتضمن إرشادات بشأن كيفية تنفيذ كل من الممارسات السريرية وممارسات الرعاية من أجل ضمان تطبيق هذه الممارسات بطريقة متسقة على جميع الأمهات. وينبغي للسياسة أن تُحدِّد أيضاً كيفية تنفيذ الإجراءات الإدارية، ويفضَّل أن يكون ذلك من خلال عمليات محدَّدة ذات طابع مؤسسي.

المعايير العالمية:

- لدى المرفق الصحي سياسة مدوَّنة بشأن تغذية الرضّع تتصدى لتنفيذ جميع الممارسات السريرية الرئيسية الثماني للخطوات العشر وتنفيذ المدوّنة وتقييم الكفاءات بانتظام.

- تؤكد المشاهدات التي جرت في المرفق أن ملخص السياسة مُعلن في مكان واضح للحوامل والأمهات وأسرهن.

- يشير استعراض لجميع البروتوكولات أو المعايير السريرية ذات الصلة بالرضاعة الطبيعية وتغذية الرضّع المستخدمة من جانب خدمات الأمومة إلى أنها متسقة مع معايير مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع والإرشادات الراهنة المستندة إلى البيّنات.
- يستطيع ٨٠٪ على الأقل من العاملين السريريين الذين يوفّرون الرعاية قبل الولادة و/ أو أثنائها و/ أو يوفّرون الرعاية للمواليد شرح عنصرين على الأقل من عناصر السياسة الخاصة بتغذية الرضّع التي تؤثر في دورهم في المرفق.

نظم الرصد وإدارة البيانات

الخطوة ١ ج: إنشاء نظم للرصد المستمر وإدارة البيانات.

الأساس المنطقي: تحتاج المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد إلى إدماج تسجيل الممارسات السريرية المتعلقة بالرضاعة الطبيعية ورصدها في نظمها الخاصة بتحسين الجودة/ الرصد (انظر القسم ٢-٤).

التنفيذ: ترد المؤشرات الموصى بها للرصد المستند إلى المرافق للممارسات السريرية الرئيسية في الجدول ١ بالتذييل ١. ويُعتبر المؤشران "بدء الرضاعة الطبيعية مبكراً" و"الرضاعة الطبيعية الحصرية" من "المؤشرات الخافرة". وينبغي أن تتعقب جميع المرافق هذه المؤشرات بصورة روتينية بشأن كل زوج مكوّن من أم ورضيع. وينبغي تضمين تسجيل المعلومات بشأن هذه المؤشرات الخافرة في المخططات الطبية وتصنيفها في السجلات ذات الصلة. ويتعيّن على المجموعة أو اللجنة التي تنسق الأنشطة المتعلقة بمبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع في مرفق ما أن تستعرض التقدم المحرز مرّة واحدة على الأقل كل ستة أشهر. وخلال فترات التركيز على تحسين الجودة، يقتضي الأمر إجراء استعراض شهري. ويتمثَّل الهدف من الاستعراض في تتبّع قيم هذه المؤشرات باستمرار من أجل التحقق من استيفاء الأهداف المحدَّدة، وفي حالة عدم استيفائها، التخطيط للإجراءات التصحيحية وتنفيذها. وإضافة إلى ذلك، إذا كان لدى المرفق نظام مستمر لإجراء الاستقصاءات في صفوف الأمهات لدى خروجهن من المرفق بشأن تقييمات أخرى معنية بتحسين/ ضمان الجودة، وكان بالإمكان إضافة سؤال أو أكثر، يُمكن إضافة أحد المؤشرين أو كليهما لأغراض تحقق إضافية أو لعمليات التحقق الدورية.

ويوصى أيضاً بمؤشرات إضافية للعمليات من أجل رصد الامتثال للممارسات السريرية الرئيسية. وتتسم هذه المؤشرات بأهمية خاصة خلال الاضطلاع بعملية نشطة لتحسين الجودة وينبغي تقييمها شهرياً خلال عملية من هذا القبيل. ومتى جرى تحقيق مستويات مقبولة من الامتثال، يُمكن تقليل تواتر جمع البيانات بشأن هذه المؤشرات الإضافية، على سبيل المثال، إلى مرّة واحدة سنوياً. بيد أنه إذا انخفض مستوى المؤشرات الخافرة عن ٨٠٪ (أو انخفض عن المعايير الوطنية)، فمن المهمّ تقييم الممارسات السريرية وجميع الإجراءات الإدارية على السواء من أجل تحديد أماكن حدوث الاختناقات وما هو المطلوب عمله لتحقيق المعايير اللازمة.

ولا تتصدى المؤشرات الموصى بها لجميع المعايير العالمية المذكورة أعلاه وذلك بسبب الحاجة إلى الإبقاء على نظام الرصد في أبسط صورة ممكنة. ويُمكن للبلدان وآحاد المرافق إدراج مؤشرات إضافية حسب الاقتضاء. وتُقترح طريقتان بديلتان للتحقق – وهما سجلات المواليد واستقصاءات خروج الأمهات من المرافق (التي يُمكن أجراؤها خطياً أو شفوياً أو عبر الهاتف [بستخدام الرسائل النصية القصيرة]). ولا يتوقَّع أن تستخدم المرافق كلتا المنهجيتين في آن معاً. وتبعاً لما تستخدمه المرافق من نظم رصد أخرى، قد تكون إحداهما عملية ومجدية أكثر من الأخرى.

وسوف يعتمد تواتر جمع البيانات على طريقة التحقق. فعلى سبيل المثال، إذا أُضيفت أسئلة إلى استقصاءات جارية بالفعل لخروج الأمهات من المرافق، فسيعتمد تواتر جمع البيانات، ما لم يتقرر خلاف ذلك، على تواتر الاستقصاء الجاري. وإذا كانت المعلومات تُجمع من خلال سجلات المواليد وكانت السجلات تُستعرض بالفعل لجمع البيانات عن مؤشرات الحصائل الخافرة، يوصى بجمع البيانات عن الممارسات السريرية الرئيسية بشأن جميع المواليد. وبدلاً من ذلك، يُمكن استعراض عيّنة من السجلات كل ٦ أشهر من أجل جمع هذه المعلومات، وذلك من أجل تخفيف عبء استخلاص كميات كبيرة من البيانات من السجلات وتلخيصها واستعراضها. وإذا وُضع نظام جديد لاستقصاءات خروج الأمهات من

المرافق، يتعيّن ألاّ يقل التواتر عن مرّة واحدة كل ٦ أشهر على الأقل. بيد أنه يجب أن يكون الرصد بسيطاً وقابلاً للتنفيذ في حدود موارد المرافق.

وعلى ذلك، فالأفضل قدر الإمكان عدم اللجوء إلى طرائق جديدة لجمع البيانات، ما لم تقتضيه الضرورة أو لأغراض دورية متعلقة بالتحقق. وينطبق الأمر نفسه على كميّة البيانات التي تُجمع؛ فكثرة البيانات لا يعني بالضرورة أنها أفضل، ما لم تتوافر النظم اللازمة لتحليل المعلومات واستخدامها لتحسين دعم الرضاعة الطبيعية.

وبالنسبة لمؤشرات الممارسات السريرية الرئيسية، يكون الرصد على أفضل حال إذا استند إلى التقارير المستمدة من الأمهات. ويُمكن جمع البيانات بشأن بعض المؤشرات من خلال السجلات الطبية الإلكترونية أو من التقارير الورقية بشأن كل زوج مكوّن من أم ورضيعها، بيد أن ذلك ينطوي على خطر مبالغة العاملين الذين يكملون هذه السجلات في الإبلاغ عن الممارسات التي تعلّموا أنه يُفترض منهم أداؤها. وتشمل خيارات جمع البيانات من الأمهات:

- مقابلات الخروج من المرفق مع الأمهات (والأفضل بواسطة شخص غير مسؤول مباشرةً عن رعايتهن)؛
- الاستبيانات الورقية القصيرة التي تكملها الأمهات في سرّية عقب خروجهن من المرفق؛
- الاستبيانات التي تُرسل إلى الأمهات عبر الرسائل النصية القصيرة.

ويوصى كحدّ أدنى بإشراك ٢٠ زوجاً مكوناً من أم ورضيعها بالنسبة لكل مؤشر، كلما جرى استعراض البيانات، ولو أنه قد يتعيّن على المرافق الأصغر أن تقنع بعدد أقل إذا لم يتوافر لديها ٢٠ زوجاً.

وتدعو المعايير العالمية إلى الامتثال بنسبة ٨٠٪ على الأقل بشأن جميع العمليات ومؤشرات الحصائل، بما في ذلك بدء الرضاعة الطبيعية مبكراً والرضاعة الطبيعية الحصرية. ومن المسلّم به أنه قد يكون من العسير بلوغ هذه المعدلات في السياقات التي يختار العديد من النساء فيها عدم الإرضاع الطبيعي. وقد يقتضي الأمر تحديد معايير أدنى على المستوى الوطني أو المحلي، على أمل رفع هذه المعايير مع مرور الزمن تماشياً مع تحسين سائر جوانب دعم الرضاعة الطبيعية في المجتمع. وينبغي لكل مرفق أن يسعى إلى تحقيق الأمتثال بشأن كل مؤشر بنسبة ٨٠٪ على الأقل بانتظام، كما ينبغي للمرافق التي لا تحقق هذا الهدف أن تُركّز على زيادة النسبة المئوية للامتثال مع مرور الزمن.

المعايير العالمية

- لدى المرفق بروتوكول بشأن نظام جار للرصد وإدارة البيانات من أجل الامتثال للممارسات السريرية الرئيسية الثماني.
- يجتمع العاملون السريريون مرّة واحدة على الأقل كل ٦ أشهر من أجل استعراض تنفيذ النظام.

الخطوة ٢: كفاءة العاملين

الخطوة ٢: ضمان أن لدى العاملين المعارف والكفاءات والمهارات الكافية لدعم الرضاعة الطبيعية.

الأساس المنطقي: لا تتحقق الرعاية الحسنة التوقيت والمناسبة للأمهات المرضعات إلاّ إذا كان لدى العاملين المعارف والكفاءات والمهارات اللازمة لتوفيرها. وبفضل التدريب يستطيع العاملون الصحيون تنمية مهارات فعّالة ونشر رسائل متسقة وتنفيذ معايير متعلقة بالسياسات. فلا يُمكن توقع أن ينفذ العاملون ممارسة أو يثقّفون مريضاً بشأن موضوع لم يتلقوا هم أنفسهم تدريباً بشأنه.

التنفيذ: ينبغي أن يكون لدى العاملين في المرافق الصحية الذين يقدمون خدمات تغذية الرضّع، بما في ذلك دعم الرضاعة الطبيعية، المعارف والكفاءات والمهارات الكافية لدعم النساء المرضعات (التوصية ١٣). وعموماً، تقع مسؤولية بناء هذه القدرات على عاتق النظام الوطني للتعليم السابق للخدمة. بيد أنه إذا كانت قدرات العاملين مشوبة بالنقص، يتعيّن على المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد أن تتخذ تدابير تصحيحية لتدعيم هذه القدرات، على سبيل المثال، عن طريق توفير دورات تدريبية في المرفق أو اشتراط التحاق العاملين بدورات تدريبية تُعقد في أماكن أخرى. وفي حين قد يكون بالإمكان تدريس بعض المواد باستخدام المحاضرات الدراسية

(بما في ذلك الموارد الإلكترونية)، فثمة ضرورة لاكتساب شيء من الخبرة السريرية تحت الإشراف مع اختبار الكفاءات. ومن المهمّ عدم التركيز على مقرر دراسي محدَّد وإنما على المعارف والمهارات المكتسبة.

وينبغي تقييم جميع العاملين الذين يساعدون الأمهات بشأن تغذية الرضّع من حيث قدرتهم على ما يلي:

١- استخدام مهارات الاستماع والتعلّم لإسداء المشورة لأم؛
٢- استخدام مهارات بناء الثقة وتوفير الدعم لإسداء المشورة لأم؛
٣- إسداء المشورة لحامل بشأن الرضاعة الطبيعية؛
٤- تقييم تغذية أم لرضيعها بالرضاعة الطبيعية؛
٥- مساعدة أم على اتخاذ الوضع المناسب هي ورضيعها خلال الرضاعة الطبيعية؛
٦- مساعدة أم على ضم رضيعها جيداً إلى صدرها؛
٧- شرح نمط الرضاعة الطبيعية الأمثل لأم؛
٨- مساعدة أم على استخراج لبن ثديها؛
٩- مساعدة أم على تغذية رضيعها باستخدام فنجان؛
١٠- مساعدة أم على بدء الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى التالية للولادة؛
١١- مساعدة أم تعتقد أنه ليس لديها لبن كاف؛
١٢- مساعدة أم رضيعها كثير البكاء؛
١٣- مساعدة أم رضيعها يرفض الرضاعة الطبيعية؛
١٤- مساعدة أم حلمتاها غير بارزتين أو مقلوبتان؛
١٥- مساعدة أم ثدياها مُتَحَفِّلان؛
١٦- مساعدة أم حلمتاها قارحتان أو مشقوقتان؛
١٧- مساعدة أم تعاني من التهاب الثدي؛
١٨- مساعدة أم على الإرضاع الطبيعي لرضيع منخفض الوزن عند الولادة أو رضيع مريض؛
١٩- إسداء المشورة لأم بشأن صحتها هي؛
٢٠- تنفيذ المدوّنة في مرفق صحي.

المعايير العالمية:

- يفيد ٨٠٪ على الأقل من المهنيين الصحيين الذين يوفّرون الرعاية قبل الولادة و/ أو أثنائها و/ أو يوفّرون الرعاية للمواليد بأنهم تلقوا تدريباً قبل الخدمة أو أثناء الخدمة بشأن الرضاعة الطبيعية خلال السنتين السابقتين.

- يفيد ٨٠٪ على الأقل من المهنيين الصحيين الذين يوفّرون الرعاية قبل الولادة و/ أو أثنائها و/ أو يوفّرون الرعاية للمواليد بأنهم خضعوا لتقييمات الكفاءة بشأن الرضاعة الطبيعية خلال السنتين السابقتين.

- يستطيع ٨٠٪ على الأقل من المهنيين الصحيين الذين يوفّرون الرعاية قبل الولادة و/ أو أثنائها و/ أو يوفّرون الرعاية للمواليد إعطاء الإجابة الصحيحة على ثلاثة من أصل أربعة أسئلة بشأن المعارف والمهارات التي تدعم الرضاعة الطبيعية.

٢-٢ الممارسات السريرية الرئيسية التي تدعم الرضاعة الطبيعية

تُبرز مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع المحدَّثة ثماني ممارسات سريرية رئيسية استناداً إلى **إرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد (٣)** التي صدرت في عام ٢٠١٧. وفيما يلي مناقشة لهذه الممارسات الرئيسية.

الخطوة ٣: المعلومات المقدمة قبل الولادة

الخطوة ٣: مناقشة أهمية الرضاعة الطبيعية وكيفية تصريف شؤونها مع الحوامل وأسرهن.

الأساس المنطقي: يجب أن تتوافر معلومات أساسية بشأن الرضاعة الطبيعية لجميع الحوامل لكي يتسنى لهن اتخاذ قرارات مستنيرة. وقد أظهر استعراض ١٨ دراسة نوعية أن الأمهات يشعرن عموماً بأن تغذية الرضّع لا تناقَش على نحو كاف الفترة السابقة للولادة وأنه لا يجري نقاش كاف لما يُمكن توقعه بشأن الرضاعة الطبيعية **(٤٢)**. فالأمهات يردن المزيد من المعلومات العملية عن الرضاعة الطبيعية. وفترة الحمل هي الفترة الرئيسية التي يُمكن فيها توفير المعلومات للنساء بشأن أهمية الرضاعة الطبيعية ودعم ما يتخذن من قرارات وتمهيد الطريق لكي يفهمن ممارسات رعاية الأمومة التي تيسّر نجاحها. ويتعيّن أيضاً إعلام الأمهات بأن ممارسات الولادة تؤثر بدرجة ذات شأن على إدامة الرضاعة الطبيعية.

التنفيذ: حيثما توفِّر المرافق الرعاية السابقة للولادة، ينبغي إسداء المشورة للحوامل وأسرهن بشأن فوائد الرضاعة الطبيعية وكيفية تصريف شؤونها (التوصية ١٤). وفي سياقات عديدة، توفَّر الرعاية السابقة للولادة

في المقام الأول من خلال عيادات الرعاية الصحية الأولية أو العاملين الصحيين المجتمعيين. وإذا لم يكن للمرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد سلطة مباشرة على مقدمي الرعاية هؤلاء، ينبغي لها أن تعمل معهم من أجل ضمان حصول الأمهات وأسرهن على معلومات كاملة عن أهمية الرضاعة الطبيعية ومعرفة الأمهات لما ينبغي لهن توقعه إذا اخترن الولادة في المرفق. وفي الحالات الأخرى، يوفّر المرفق مباشرةً خدمات الرعاية السابقة للولادة أو يوفّر فصولاً تعليمية للحوامل. وفي هذه الحالة، يكون توفير المعلومات والمشورة بشأن الرضاعة الطبيعية المسؤولية المباشرة للمرفق.

وينبغي أن يشمل التثقيف بشأن الرضاعة الطبيعية معلومات عن أهمية الرضاعة الطبيعية ومخاطر استخدام لبن الرضّع أو غيره من بدائل لبن الأم، إلى جانب التوصيات الوطنية وتوصيات المهنيين الصحيين بشأن تغذية الرضّع. وتُمثِّل المهارات العملية مثل كيفية وضع الرضيع وضمّه والتغذية بناءً على الطلب والتعرّف على علامات جوع الرضيع عنصراً ضرورياً في المشورة المقدمة قبل الولادة. وينبغي توفير أحدث المعلومات للأسر عن أفضل الممارسات في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد بشأن التلامس بين بشرتيّ الأم والرضيع وبدء الرضاعة الطبيعية وبروتوكولات التكملة الغذائية وبقاء الأم مع الرضيع في الغرفة نفسها. وينبغي أيضاً إعلام النساء بشأن التحديات التي قد يواجهنها (مثل التَحَفُّل أو الإحساس بعدم إنتاج لبن كاف) وكيفية التصدي لها.

ويتعيّن أن تكون المشورة المقدمة قبل الولادة بشأن الرضاعة الطبيعية مكيّفة تبعاً للاحتياجات الفردية للمرأة وأسرتها، وأن تتصدى لما لديهم من شواغل أو أسئلة. ويقتضي الأمر تقديم هذه المشورة بحساسية وعلى نحو يراعي السياق الاجتماعي والثقافي لكل أسرة.

وينبغي قدر الإمكان استهلال الحديث بشأن الرضاعة الطبيعية خلال أول أو ثاني زيارة سابقة للولادة من أجل إتاحة الوقت لمناقشة أي تحديات إذا اقتضى الأمر. ويتسم ذلك بأهمية خاصة في السياقات التي تقوم النساء فيها بزيارات قليلة قبل الولادة و/ أو تبدأ زياراتها في مرحلة متأخرة من الحمل. وإضافة إلى ذلك، قد لا تُتاح للنساء اللائي يلدن قبل الأوان ما يكفي من الفرص لمناقشة الرضاعة الطبيعية إذا تأخر الحديث عن الرضاعة الطبيعية حتى المراحل المتأخرة من الحمل.

وينبغي توفير المعلومات عن الرضاعة الطبيعية بطرائق متعدِّدة. فالمعلومات المطبوعة أو المتاحة عبر الإنترنت بلغة تفهمها الأمهات (بما في ذلك الأمّيات منهن) هي إحدى طرائق ضمان تغطية جميع المواضيع المناسبة لمقتضى الحال. بيد أنه ليس هناك ما يضمن أن جميع النساء سيقرأن هذه المعلومات، كما أنها قد لا تتصدى مباشرةً لما قد يكون لديهن من أسئلة رئيسية. ويتسم إسداء المشورة على المستوى الشخصي، إما في مقابلات شخصية أو في مجموعات صغيرة، بالأهمية من أجل السماح للنساء بمناقشة مشاعرهن وشكوكهن وأسئلتهن بشأن تغذية الرضّع.

وينبغي توفير معلومات غير مشوبة بتضارب المصالح. وحسبما تنص عليه **الإرشادات الخاصة بوضع حدّ للترويج غير الملائم لأغذية الرضّع وصغار الأطفال (٥٤)**، لا ينبغي للشركات التي تسوّق أغذية الرضّع وصغار الأطفال "توفير التثقيف بطريقة مباشرة أو غير مباشرة للآباء وسائر مقدمي الرعاية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في المرافق الصحية".

ويتعين أن تبدأ النساء الأكثر تعرّضاً لمخاطر الولادة المبتسرة أو لولادة رضيع مريض (على سبيل المثال، المراهقات الحوامل، وحالات الحمل الشديدة المخاطر، والشذوذات الخِلقيّة المعروفة) مناقشة الظروف الخاصة بتغذية رضيع مبتسر أو منخفض الوزن عند الولادة أو مريض مع مقدمي رعاية واسعي المعرفة في أقرب وقت ممكن **(٦٣)**.

المعايير العالمية:

- يوجد بروتوكول بشأن مناقشة الرضاعة الطبيعية قبل الولادة يتضمن على أقل تقدير ما يلي:
  - أهمية الرضاعة الطبيعية؛
  - التوصيات العالمية بشأن الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال أول ٦ أشهر، ومخاطر إعطاء لبن الرضّع أو بدائل لبن الأم الأخرى، وحقيقة أن الرضاعة الطبيعية تظل مهمّة بعد ٦ أشهر لدى إعطاء أغذية أخرى؛

- أهمية التلامس الفوري والمستمر بين بشرتيّ الأم والرضيع؛
- أهمية بدء الرضاعة الطبيعية مبكراً؛
- أهمية بقاء الأم والرضيع في الغرفة نفسها؛
- أساسيات وضع الرضيع وضمّه جيداً؛
- التعرّف على علامات جوع الرضيع.

- تفيد ٨٠٪ على الأقل من النساء اللائي تلقين الرعاية السابقة للولادة في المرفق بأنهن تلقين مشورة سابقة للولادة بشأن الرضاعة الطبيعية.

- تفيد ٨٠٪ على الأقل من النساء اللائي تلقين الرعاية السابقة للولادة في المرفق بأنهن يستطعن إعطاء وصف كاف لما جرت مناقشته بشأن موضوعين من المواضيع المذكورة أعلاه.

الخطوة ٤: الرعاية التالية للولادة مباشرةً

الخطوة ٤: تيسير التلامس الفوري والمستمر بين بشرتيّ الأم والرضيع ودعم الأمهات لبدء الرضاعة الطبيعية في أقرب وقت ممكن بعد الولادة.

الأساس المنطقي: إن التلامس بين بشرتيّ الأم والرضيع وبدء الرضاعة الطبيعية مبكراً هما تدخلان وثيقا الصلة بعضهما ببعض ويتعيّن حدوثهما ترادفياً لتحقيق الفائدة المثلى. فالتلامس الفوري والمستمر ييسّر منعكس لقم الحلمة لدى المولود الذي يساعد على ترسيخ سلوك البحث عن الثدي ورضاعة الثدي. وعلاوة على ذلك، يساعد التلامس الفوري بين البشرتين على إثراء بيئة الأحياء المجهرية للمولود ويقيه من انخفاض الحرارة. وتحفز الرضاعة الطبيعية المبكرة إنتاج لبن الأم وتعجل من إفراز اللبن. ويوقِف العديد من الأمهات الرضاعة الطبيعية مبكراً أو يعتقدن أنهن غير قادرات على الإرضاع الطبيعي بسبب عدم كفاية اللبن، وبالتالي فإن ضمان إمداد اللبن أمر حاسم الأهمية لنجاح الرضاعة الطبيعية. وإضافة إلى ذلك، ثبت أن بدء الرضاعة الطبيعية مبكراً يحدّ من مخاطر وفيات الرضّع (١٠).

التنفيذ: ينبغي تيسير التلامس الفوري والمستمر بين بشرتيّ الأم والرضيع وتشجيعه في أقرب وقت ممكن بعد الولادة (التوصية ١). والتلامس بين البشرتين هو عندما يوضع الرضيع منبطحاً على بطن الأم أو صدرها دون أن تفصل بينهما ملابس. ويوصى ببدء التلامس بين البشرتين فوراً، بصرف النظر عن طريقة الولادة. وينبغي أن يستمر لمدّة لا تقل عن ٦٠ دقيقة.

وبدء الرضاعة الطبيعية هو عادةً نتيجة مباشرة للتلامس المستمر بين البشرتين، بالنظر إلى أن السلوك الطبيعي لأغلب الرضّع هو التَّلَوِّي أو الزحف ببطء نحو الثدي. ويُمكن دعم الأمهات لمساعدتهن على ضمّ الرضيع إلى الثدي حسب الاقتضاء. وينبغي مساعدة الأمهات على فهم كيفية دعم الرضيع وكيفية التأكد من أن الرضيع قادر على الثبات وعلى الرضاعة من الثدي. وينبغي دعم جميع الأمهات على بدء الرضاعة الطبيعية في أقرب وقت ممكن بعد الولادة، خلال أول ساعة بعد الولادة (التوصية ٢).

وتجدر ملاحظة أن اللبن الذي يستهلكه المولود بعد الولادة مباشرةً هو اللبأ، وهو ذو قيمة غذائية عالية ويحتوي على أضداد مهمّة ومواد نشطة مناعياً. وكمية اللبأ الذي يتلقاه المولود خلال المرّات القليلة الأولى لإطعامه صغيرة جداً. والرضاعة الطبيعية المبكرة مهمّة لحفز إنتاج اللبن وإدامة الإمداد بلبن الأم. وأما كميّة اللبن المبتلع فعامل غير مهمّ نسبياً.

وخلال فترة التلامس الفوري بين بشرتيّ الأم والرضيع، وخلال الساعتين الأوليين على الأقل التاليتين للولادة، ينبغي للمهنيين الصحيين التيقظ واتخاذ احتياطات السلامة من أجل الكشف عن أي علامات على وجود مشاكل وتقييمها وتصريف شؤونها. وتتطلب الأمهات الناعسات أو الخاضعات لتأثير التخدير أو الأدوية الملاحظة على نحو أوثق. وما لم تكن الأم مستيقظة تماماً ومستجيبة، ينبغي أن يرافقها مهني صحي أو قابلة أو صديقة أو أحد أفراد العائلة من أجل الحيلولة دون إيذاء الرضيع من غير قصد.

ويُمكن تحقيق التلامس الفوري بين البشرتين وبدء الرضاعة الطبيعية عقب الجراحة القيصرية التي يُستخدم فيها التخدير الموضعي (حَولَ الجافِيَة) (٦٤). أمّا بعد الجراحة القيصرية التي يُستخدم فيها التخدير العام، فيمكن استهلال التلامس الفوري بين البشرتين وبدء الرضاعة الطبيعية عندما تكون الأم متنبّهة بما

يكفي لحمل الرضيع. وقد يقتضي الأمر تأخير بدء الرضاعة الطبيعية بالنسبة للأمهات والرضّع غير المستقرين طبياً بعد الولادة. ومع ذلك، فحتى إذا كانت الأمهات غير قادرات على بدء الرضاعة الطبيعية خلال أول ساعة بعد الولادة، فينبغي مع ذلك دعمهن لتوفير التلامس بين البشرتين والتغذية بالرضاعة الطبيعية حالما يستطعن ذلك (٦٥).

ويتسم التلامس بين بشرتيّ الأم والرضيع بأهمية خاصة بالنسبة للرضّع المبتسرين والمنخفضي الوزن عند الولادة. وتشمل رعاية الأم لرضيعها على طريقة الكنغر التلامس المبكر والمستمر والممتد بين بشرتيّ الأم والرضيع (٦٦)، وينبغي أن تكون هي طريقة الرعاية الأساسية متى تستقر حالة الرضيع (المعرَّفة بأنها تعني غياب انقطاع النفس الوخيم وإزالة الإشباع وبُطء القلب) وذلك بالنظر إلى ما لها من فوائد مُثبتة من حيث البقاء على قيد الحياة والحماية الحرارية وبدء الرضاعة الطبيعية. وبوجه عام، يُضَم الرضيع أو يُسنَد بثبات إلى صدر الأم، غالباً بين الثديين، بينما تتخذ الأم وضعاً منحنياً بعض الشيء إلى الوراء ومستنداً.

وقد يتمكن الرضّع المبتسرين من لقم الحلمة والضمّ جيداً للثدي والرضاعة بعد ٢٧ أسبوعاً فقط من الحمل (٦٧). وما دام الرضيع مستقراً، ولا توجد بيّنات على انقطاع النفس الوخيم أو إزالة الإشباع أو بُطء القلب، يُمكن للرضّع المبتسرين بدء الرضاعة الطبيعية. بيد أن بدء الرضاعة الطبيعية الفعّالة مبكراً قد يكون عسيراً بالنسبة لهؤلاء الرضّع إذا كان منعكس الرضاعة لم يستقر لديهم بعد و/ أو كانت الأم لا تفرز كميّة كافية من اللبن. ويتسم استخراج اللبن مبكراً وبشكل متكرر بأهمية حاسمة لحفز إنتاج اللبن وإفرازه بالنسبة للرضّع المبتسرين الذين لا يستطيعون الرضاعة بعد. وينبغي أن يكون التحوّل إلى الرضاعة الطبيعية المباشرة والحصرية هو الهدف قدر الإمكان (٥٠)، وهو أمر ييسّره التلامس المطوّل بين بشرتيّ الأم والرضيع.

المعايير العالمية:

- تفيد ٨٠٪ على الأقل من أمهات الرضّع الناضجين بأن رضّعهن وُضِعوا على نحو يحقق التلامس بين البشرتين بعد الولادة مباشرة أو خلال الدقائق الخمس التالية له وأن هذا التلامس استمر لمدّة ساعة أو أكثر، ما لم تكن هناك أسباب موثَّقة ومبررة طبياً لتأخير التلامس.

- تفيد ٨٠٪ على الأقل من أمهات الرضّع الناضجين بأن رضّعهن تغذوا بالرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى التالية للولادة، ما لم تكن هناك أسباب موثَّقة ومبررة طبياً تحول دون ذلك.

الخطوة ٥: دعم الرضاعة الطبيعية

الخطوة ٥: دعم الأمهات في بدء الرضاعة الطبيعية ومواصلتها والتعامل مع الصعوبات الشائعة.

الأساس المنطقي: في حين أن الرضاعة الطبيعية سلوك بشري طبيعي، تحتاج أغلب الأمهات إلى مساعدة عملية بشأن تعلّم كيفية الإرضاع الطبيعي. والأمهات المتمرسات أنفسهن يواجهن أحياناً تحديات جديدة بشأن تغذية المولود بالرضاعة الطبيعية. وقد تبيّن أن المشورة والدعم بعد الولادة بشأن الرضاعة الطبيعية يزيدان من معدّلات الرضاعة الطبيعية حتى ٦ أشهر من العمر (٦٨). ويُمكن أن تؤدي التعديلات المبكرة لكيفية وضع الرضيع وضمّه إلى تلافي مشاكل الرضاعة الطبيعية في وقت لاحق. ويساعد توفير المشورة والدعم على نحو متكرر في بناء ثقة الأمهات.

التنفيذ: ينبغي أن تتلقى الأمهات الدعم العملي لكي تتمكّن من بدء الرضاعة الطبيعية ومواصلتها والتعامل مع صعوبات الرضاعة الطبيعية الشائعة (التوصية ٣). ويشمل الدعم العملي توفير الدعم الوجداني والتحفيزي وتقديم المعلومات وتعليم مهارات ملموسة تسمح للأمهات بالإرضاع الطبيعي الناجح. وتُتيح الإقامة في المرفق فرصة فريدة لمناقشة الأم ومساعدتها بشأن الأسئلة أو المشاكل المتعلقة بالرضاعة الطبيعية وبناء ثقتها في قدرتها على الإرضاع الطبيعي.

وينبغي أن تكون جميع الأمهات موضع عناية فردية، بيد أن الأمهات اللائي يلدن لأول مرّة والأمهات اللائي لم يمارسن الإرضاع الطبيعي من قبل يتطلبن

دعماً إضافياً. ومع ذلك، فحتى الأمهات اللائي ولدن من قبل ربما كُنَّ قد مررن بتجربة سلبية مع الرضاعة الطبيعية ويحتجن أيضاً للدعم من أجل تلافي المشاكل الماضية. وينبغي توفير مزيد من المساعدة بشأن وضع الرضّع وضمّهم للأمهات اللائي يلدن بالجراحة القيصرية والأمهات البدينات.

ويتسم الدعم العملي للمواليد المبتسرين، بما في ذلك في المرحلة المتأخرة من الابتسار، بأهمية حاسمة بشكل خاص من أجل بدء إنتاج لبن الثدي ومواصلته. ويعاني العديد من أمهات الرضّع المبتسرين هن أنفسهن من مشاكل صحية ويحتجن إلى الحفز وإلى دعم إضافي لاستخراج اللبن. وعادة يستطيع الرضّع المولودون في مرحلة متأخرة من الابتسار التغذية بالرضاعة الطبيعية حصراً، بيد أنهم أكثر تعرّضاً لمخاطر اليرقان ونقص غلوكوز الدم وصعوبات التغذية من الرضّع الناضجين، ويحتاجون بالتالي إلى المزيد من اليقظة. وتحتاج أمهات التوائم أيضاً إلى الدعم، وخاصة بشأن وضع الرضيع وضمّه.

وهناك عدد من المواضيع التي ينبغي أن يتناولها تثقيف الأمهات بشأن الرضاعة الطبيعية. فمن المهمّ بيان كيفية وضع الرضيع وضمّه للثدي، وهما أمران حاسمان بشأن إنتاج لبن الثدي وضمان تلقي الرضيع ما يكفي من اللبن. والملاحظة المباشرة لعملية التغذية ضرورية لضمان أن الرضيع مضموم جيداً إلى الثدي وقادر على الرضاعة وأنه يتلقى اللبن فعلاً. وإضافة إلى ذلك، يتعيّن على العاملين في المرفق تثقيف الأمهات بشأن التدبير العلاجي للثدي المتحفل وطرق ضمان إمداد جيد من اللبن والوقاية من الحلمات القارحة والمشقوقة وتقييم مدخول اللبن.

وينبغي إسداء المشورة للأمهات بشأن كيفية استخراج لبن الثدي كوسيلة لمواصلة الإرضاع في حالة ابتعادهن مؤقتاً عن رضّعهن (التوصية ٤). وليست هناك بيّنات كافية على أن طريقة ما للاستخراج (الاستخراج اليدوي أو المضخة اليدوية أو المضخة الكهربائية) أكثر فعّالية من طريقة أخرى (٧٠)، وبالتالي يُمكن تعليم أي طريقة (طرائق) تبعاً لسياق الأم. بيد أن الاستخراج اليدوي يتميّز بأنه متاح بصرف النظر عن المكان الذي توجد فيه الأم وأنه يسمح للأم بتخفيف الضغط أو استخراج اللبن عندما لا تُتاح مضخة. والمضخات أكثر تعرّضاً للتلوّث الميكروبي ما لم يكن بالإمكان تنظيفها بسهولة. كذلك، تحتاج الأمهات إلى الدعم بشأن كيفية جمع اللبن المستخرج وتخزينه.

المعايير العالمية:

- تفيد ٨٠٪ على الأقل من الأمهات المرضعات لرضّع ناضجين بأن أحد العاملين عرض المساعدة بشأن الرضاعة الطبيعية في غضون ٦ ساعات بعد الولادة.
- تفيد ٨٠٪ على الأقل من أمهات الرضّع المبتسرين أو المرضى بتلقي المساعدة على استخراج اللبن في غضون ساعة إلى ساعتين بعد الولادة.
- تستطيع ٨٠٪ على الأقل من الأمهات المرضعات لرضّع ناضجين بيان كيفية وضع رضيعهن في الوضع المناسب للرضاعة الطبيعية وأن الرضيع قادر على الرضاعة وتلقي اللبن.
- تستطيع ٨٠٪ على الأقل من الأمهات المرضعات لرضّع ناضجين وصف طريقتين على الأقل لتيسير إنتاج اللبن من أجل رضّعهن.
- تستطيع ٨٠٪ على الأقل من الأمهات المرضعات لرضّع ناضجين وصف مؤشرين على الأقل لما إذا كان الرضيع الذي يتغذى بالرضاعة الطبيعية يستهلك ما يكفي من اللبن.
- تستطيع ٨٠٪ على الأقل من الأمهات المرضعات لرضّع مبتسرين وناضجين بيان أو وصف كيفية استخراج لبن الثدي بطريقة صحيحة.

الخطوة ٦: التكملة

الخطوة ٦: عدم تقديم أي أغذية أو سوائل أخرى غير لبن الأم للمواليد الذين يتغذون بالرضاعة الطبيعية، إلاّ بناءً على توصية طبية.

الأساس المنطقي: يؤدي إعطاء المواليد أي أغذية أو سوائل غير لبن الأم خلال الأيام الأولى بعد الولادة إلى عرقلة استمرار إنتاج لبن الثدي. فمعدة المولود صغيرة جداً وتمتلئ بسهولة. والمواليد الذين يتغذون بأغذية أو سوائل أخرى يرضعون من الثدي بشكل أقل شدّة وبالتالي لا يحفّزون إنتاج اللبن بفاعلية، مما يوجِد حلقة متعاقبة من قِلّة اللبن والتكملة تؤدي في النهاية إلى فشل الرضاعة الطبيعية. وقد وُجد أن

الرضّع الذين يتلقون تغذية تكميلية قبل خروجهم من المرفق أكثر احتمالاً بنسبة الضعف للتوقف تماماً عن الرضاعة الطبيعية خلال أول ٦ أسابيع من العمر **(٤٣)**. وإضافة إلى ذلك، قد تحتوي الأغذية والسوائل على جراثيم ضارة وتنطوي على مخاطر المرض. وتؤدي التكملة باللبن الاصطناعي إلى تغيير النَّبيت المِجْهَرِيّ المِعَوِي بدرجة كبيرة **(٧١)**.

التنفيذ: ينبغي ثني الأمهات عن إعطاء أي أغذية أو سوائل غير لبن الأم، إلاَّ بناءً على توصية طبية (التوصية ٧). وقليلة جداً هي اعتلالات الرضيع أو الأم التي تمنع التغذية بالرضاعة الطبيعية وتتطلب استخدام بدائل لبن الأم. وتصف وثيقة منظمة الصحة العالمية/ اليونيسيف بشأن **الأسباب الطبية المقبولة لاستخدام بدائل لبن الأم الاعتلالات التي يوصى فيها بعدم التغذية بالرضاعة الطبيعية (٧٢)**. وإضافة إلى ذلك، يتطلب بعض الرضّع المتغذين بالرضاعة الطبيعية تكملةً. وقد وضعت أكاديمية الرضاعة الطبيعية بروتوكولاً سريرياً لإدارة الحالات التي تكون تكملة لبن الأم ذاتها ضرورية فيها **(٧٣)**. وينبغي تقييم الرضّع للتحري عن علامات عدم كفاية المدخول من اللبن وتكملته حسب الاقتضاء، بيد أن التكملة الروتينية نادراً ما تكون ضرورية خلال الأيام القليلة الأولى من الحياة. ولا ينبغي أن تكون قلّة الموارد أو وقت العاملين أو معارفهم مبررات لاستخدام الأغذية أو السوائل الإضافية مبكراً.

وينبغي إسداء المشورة للأمهات اللائي يعتزمن ممارسة "التغذية المختلطة" (أي توليفة من الرضاعة الطبيعية وبدائل لبن الأم على السواء) بشأن أهمية الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الأسابيع القليلة الأولى من الحياة، وكيفية إدامة الإمداد باللبن وضمان أن الرضيع قادر على الرضاعة وتلقي اللبن من الثدي. ويُمكن القيام بالتكملة في وقت لاحق إذا اختارت الأم ذلك. وينبغي إسداء المشورة للأمهات اللائي اخترن عدم التغذية بالرضاعة الطبيعية بشأن أهمية الرضاعة الطبيعية. ولكن إذا كُنَّ لايزلن غير راغبات في التغذية بالرضاعة الطبيعية، فسيكون من الضروري التغذية ببدائل لبن الأم. وينبغي توفير التثقيف للأمهات اللائي يستخدمن بدائل لبن الأم، إما بحكم الضرورة أو باختيارهن، بشأن كيفية تحضير بديل لبن الأم وتخزينه **(٥٦)** وكيفية الاستجابة بطريقة مناسبة للعلامات الدالة على جوع الرضيع.

وينبغي تغذية الرضّع غير القادرين على أن يتغذوا بلبن أمهم أو المحتاجين لتكملة، وخاصة الرضّع المنخفضي الوزن عند الولادة، بما في ذلك المنخفضي الوزن بشدّة عند الولادة **(٥-٧٥)** وغيرهم من الرضّع الضعاف، باستخدام اللبن البشري المتبرع به. وإذا لم يُتَح لبن بشري متبرع به أو كان غير مقبولاً ثقافياً، يقتضي الأمر استخدام بدائل لبن الأم. وفي أغلب الحالات، تكون التكملة مؤقتة إلى أن يتمكن الوليد من الرضاعة الطبيعية و/ أو إلى أن تتواجد الأم وتكون قادرة على الإرضاع الطبيعي. ويجب أيضاً دعم الأمهات وتشجيعهن على استخراج لبنهن من أجل الاستمرار في حفز إنتاج لبن الثدي، وعلى إيلاء الأولوية لاستخدام لبنهن حتى إذا كانت الرضاعة الطبيعية المباشرة مثيرة للتحدي لفترة من الزمن.

المعايير العالمية:

- يتلقى ٨٠٪ على الأقل من الرضّع (المبتسرين والناضجين) لبن الثدي فقط (إما من أمهم أو من بنك لبن بشري) خلال مدّة بقائهم في المرفق.
- تفيد ٨٠٪ على الأقل من الأمهات اللائي قررن عدم التغذية بالرضاعة الطبيعية بأن العاملين ناقشوا معهن مختلف خيارات التغذية وساعدوهن على تقرير ما هو مناسب لوضعهن.
- تفيد ٨٠٪ على الأقل من الأمهات اللائي قررن عدم التغذية بالرضاعة الطبيعية بأن العاملين ناقشوا معهن كيفية تحضير بدائل لبن الأم واستخدامها وتخزينها بأمان.
- يوجد بشأن ٨٠٪ على الأقل من الرضّع الناضجين المتغذين بالرضاعة الطبيعية الذين تلقوا تغذية تكميلية دواعٍ طبية موثَّقة للتكملة في سجلهم الطبي.
- يتلقى ٨٠٪ على الأقل من الرضّع المبتسرين وغيرهم من المواليد الضعاف الذين لا يُمكن تغذيتهم بلبن أمهم تغذيةً بلبن بشري متبرع به.
- تفيد ٨٠٪ على الأقل من أمهات الرضّع الخاضعين لرعاية خاصة بأن مساعدة عُرضت عليهن من أجل بدء المرحلة الثانية لإفراز اللبن (بداية إفراز اللبن بغزارة) والمحافظة على الإمداد به، في غضون ساعة إلى ساعتين من ولادة رضيعهن.

الخطوة ٧: البقاء في الغرفة نفسها

الخطوة ٧: إتاحة الفرصة لبقاء الأمهات ورضّعهن معاً في الغرفة نفسها على مدار الساعة.

الأساس المنطقي: بقاء الأمهات ورضّعهن معاً في الغرفة نفسها ضروري لكي تتمكن الأمهات من ممارسة التغذية المستجيبة، بالنظر إلى أن الأمهات لا يستطعن التعرّف على علامات طلب رضّعهن للغذاء والاستجابة لها إذا كانوا منفصلين عنهن. وعندما تكون الأم والرضيع معاً خلال النهار والليل، يكون من اليسير على الأم أن تتعلم كيفية التعرّف على العلامات الدالة على احتياج الرضيع للغذاء والاستجابة لها. وذلك، إلى جانب وجود الأم بشكل وثيق بجانب رضيعها، سوف ييسّر إدامة الرضاعة الطبيعية.

التنفيذ: ينبغي للمرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد أن تُتيح للأمهات ورضعهن إمكانية البقاء معاً في الغرفة نفسها خلال النهار والليل (التوصية ٥). وينطوي البقاء في الغرفة نفسها على الاحتفاظ بالأمهات والرضّع معاً في الغرفة نفسها بعد الولادة المهبلية أو الجراحة القيصرية مباشرةً، أو اعتباراً من الوقت الذي تستطيع الأم فيه أن تستجيب للرضيع، وحتى الخروج من المرفق. وهذا يعني بقاء الأم والرضيع معاً نهاراً وليلاً.

وينبغي تصميم أقسام الرعاية التالية للولادة بحيث يكون هناك حيّز يكفي لبقاء الأمهات ومواليدهن معاً. ويتعيّن أن يقوم العاملون في المرفق بزيارة القسم بانتظام لضمان سلامة الرضّع. ولا ينبغي فصل الرضّع عن أمهاتهم إلاّ لأسباب طبية أو لأسباب متعلقة بالسلامة. ويقتضي الإقلال إلى أدنى حدّ من العراقيل التي تعترض الرضاعة الطبيعية خلال البقاء في المرفق انتهاج ممارسات الرعاية الصحية التي تمكّن الأم من تغذية رضيعها بالرضاعة الطبيعية بأي كمية ولأي عدد من المرّات وطوال أي مدّة يكون محتاجاً لها.

وإذا وُضعت الأم في قسم متخصص من أجل التعافي من جراحة قيصرية، ينبغي أن يقيم الرضيع في الغرفة نفسها معها وعلى مقربة منها. وسوف تحتاج إلى دعم عملي لوضع الرضيع في الوضع المناسب للرضاعة الطبيعية، لاسيما إذا كان الرضيع موجوداً في مهد أو سرير منفصل.

وقد لا يكون بالإمكان إقامة الأم والرضيع في الغرفة نفسها إذا كان يتعيّن نقل الرضيع لكي يحصل على رعاية طبية متخصصة (التوصية ٥). وإذا اقتضى الأمر وجود الرضّع المبتسرين أو المرضى في غرفة منفصلة لتلقي العلاج المناسب أو الخضوع للملاحظة، ينبغي بذل الجهود من أجل إتاحة الفرصة لتعافي الأم بعد الولادة مع رضيعها أو عدم فرض أي قيود على زيارة رضيعها. وينبغي أن يُتاح للأمهات حيز كاف بجانب رضّعهن لاستخراج اللبن.

المعايير العالمية:

- تفيد ٨٠٪ على الأقل من أمهات الرضّع الناضجين بأن رضّعهن ظلوا معهن منذ الولادة دون أن يبتعدوا لمدّة تزيد على ساعة واحدة.
- تؤكد الملاحظة في أقسام الرعاية التالية للولادة ومناطق ملاحظة رفاه الرضّع أن ٨٠٪ على الأقل من الأمهات والرضّع يبقون معاً، إلاّ إذا كانت هناك أسباب مبررة طبياً لفصلهما.
- تؤكد ٨٠٪ على الأقل من أمهات الرضّع المبتسرين أنهن شُجِّعن على البقاء قرب رضّعهن نهاراً وليلاً.

الخطوة ٨: التغذية المستجيبة

الخطوة ٨: دعم الأمهات في التعرف على علامات احتياج رضّعهن للغذاء والاستجابة لها.

الأساس المنطقي: تشمل الرضاعة الطبيعية التعرّف على أعراض الجوع لدى الرضيع وعلامات طلبه للغذاء واستعداده لتلقيه، وكيفية الاستجابة لها، وذلك في إطار علاقة التنشئة القائمة بين الأم والرضيع. ولا تفرض التغذية الاستجابية (المعروفة أيضاً بالتغذية بناءً على الطلب أو التغذية المدفوعة بالرضيع) قيوداً على تواتر تغذية الرضيع أو طول مدتها، بل توصي الأمهات بتغذية رضّعهن بالرضاعة الطبيعية كلما جاع الرضيع ولأي عدد يريده من المرّات. ولا يوصى بالتغذية المجدوَلة، التي تقضي بالتغذية تبعاً لتواتر وجدول زمني محدَّدين سلفاً ومحدودين زمنياً في العادة. ومن المهمّ أن تعلّم الأمهات أن البكاء هو علامة متأخرة على الجوع وأن من الأفضل تغذية الرضيع قبل ذلك، بالنظر إلى أن وضع الرضيع وضمّه إلى ثدي الأم على النحو الأمثل يكونان أكثر

صعوبة عندما يكون الرضيع شاعراً بالضيق.

التنفيذ: ينبغي دعم الأمهات لممارسة التغذية المستجيبة كجزء من الرعاية التربوية (التوصية ٦). وبصرف النظر عمّا إذا كانت الأمهات يستخدمن الرضاعة الطبيعية أم لا، ينبغي دعمهن للتعرّف على علامات احتياج رضّعهن للغذاء والحميمية والراحة وتمكينهن من أجل الاستجابة لهذه العلامات بمجموعة متنوّعة من الخيارات، وذلك خلال وجودهن في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد (التوصية ٨). ونتيجةً لدعم الأمهات للاستجابة بطرق متنوّعة للعلامات السلوكية الدالة على احتياج الرضيع للغذاء والحميمية والراحة يُمكن لهن إقامة علاقة تربوية راعية مع رضّعهن وزيادة ثقتهن في أنفسهن وفي الرضاعة الطبيعية وفي نموّ رضّعهن ونمائهم.

وفي الحالات التي لا توجد الأم فيها مع الرضيع في الغرفة نفسها لأسباب طبية (بعد الجراحة القيصرية أو إذا كان الرضيع مبتسراً أو مريضاً)، يتعيّن أن يدعم العاملون في المرفق الأم لزيارة الرضيع كلما أمكن، لكي يمكنها التعرّف على علامات احتياجه للغذاء. وعندما يلاحظ العاملون هذه العلامات ينبغي جمع الأم والرضيع معاً.

المعايير العالمية:

- تستطيع ٨٠٪ على الأقل من الأمهات المرضعات لرضّع ناضجين وصف علامتين على الأقل على احتياج الرضيع للغذاء.

- تفيد ٨٠٪ على الأقل من الأمهات المرضعات لرضّع ناضجين بأنهن نُصِحن بتغذية رضّعهن كلما أمكن وطوال أي مدّة يرغبها الرضيع.

الخطوة ٩: زجاجات التغذية والحلمات والمصّاصات

الخطوة ٩: إسداء المشورة للأمهات بشأن استخدام زجاجات التغذية والحلمات والمصّاصات ومخاطرها.

الأساس المنطقي: بفضل الإرشادات والمشورة السليمة المقدمة للأمهات وسائر أفراد الأسرة، فإن بإمكانهم اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن استخدام زجاجات التغذية و/ أو الحلمات و/ أو المصّاصات أو عدم استخدامها إلى أن تستقر التغذية بالرضاعة الطبيعية.

وفي حين لا تدعو إرشادات المنظمة **(٣)** إلى تجنب زجاجات التغذية والحلمات والمصّاصات تماماً بالنسبة للرضّع الناضجين، هناك عدد من الأسباب التي تدعو إلى الحيطة بشأن استخدامها، بما في ذلك أسباب متعلقة بالنظافة الشخصية والتكوين الفموي وعلامات الجوع.

التنفيذ: إذا كان يوصى لدواع طبية باللبن المستخرج من الثدي أو غيره من الأغذية لرضّع ناضجين، يُمكن استخدام وسائل تغذية من قبيل الفناجين أو الملاعق أو زجاجات التغذية والحلمات خلال مدّة بقائهم في المرفق (التوصية ١٠). بيد أن من المهمّ ألاَّ يعتمد العاملون على الحلمات كاستجابة سهلة لصعوبات الرضاعة بدلاً من إسداء المشورة للأم وتمكينها من ضم رضيعها جيداً إلى صدرها للسماح برضاعة فعّالة.

ومن المهمّ أن يضمن العاملون في المرفق معايير النظافة الشخصية لدى تنظيف هذه الأدوات، بالنظر إلى أنها قد تكون بيئة خصبة لنمو الجراثيم. وينبغي للعاملين في المرفق إعلام الأمهات وأفراد الأسرة أيضاً بالمخاطر المتعلقة بحفظ الصحة الناجمة عن عدم تنظيف الأدوات المستخدمة لتغذية الرضيع على نحو سليم، لكي يتمكنوا من الاختيار المستنير لطريقة التغذية.

وتختلف فيزيولوجيا الرضاعة من الثدي عن فيزيولوجيا الرضاعة من زجاجات التغذية والحلمات **(٧٦)**. وقد يؤدي استخدام زجاجات التغذية والحلمات إلى صعوبات بشأن الرضاعة الطبيعية، خاصة إذا استُخدمت لمدّة طويلة. بيد أن الدراسة الوحيدة في هذا الصدد لم تُثبت وجود أثر مُنتقِل محدَّد من الرضاعة من زجاجات التغذية والحلمات إلى الرضاعة من الثدي **(٧٧)**.

وتُستخدَم المصّاصات منذ زمن بعيد لتهدئة رضيع متضايق. وفي بعض الحالات يُمكن استخدامها لأغراض علاجية، مثل تخفيف الآلام خلال الإجراءات الطبية عندما لا تُتاح الرضاعة الطبيعية أو التلامس بين بشرتيّ الأم والرضيع. بيد أنه إذا حلّت المصاصات محل الرضاعة وبالتالي قللت من عدد المرات التي يحفز فيها الرضيع ثدي الأم فيزيولوجياً، فقد يؤدي هذا إلى الحدّ من إنتاج لبن الأم. وقد يعرقل استخدام الحلمات أو المصّاصات قدرة الأم على التعرّف على

علامات جوع الرضيع. وإذا حال استخدام المصاصة دون ملاحظة الأم لعق الرضيع لشفتيه أو محاولته لقم الحلمة فقد تؤخر التغذية حتى يبكي الطفل ويصبح مضطرباً.

وبالنسبة للرضّع المبتسرين، تُثبت البيّنات بالفعل أن استخدام زجاجات التغذية المزودة بحلمات يُعرقل تعلّم كيفية الرضاعة من الثدي. وإذا كان يوصى لدواع طبية باللبن المستخرج من الثدي أو غيره من الأغذية لرضّع مبتسرين، يُفضَّل استخدام وسائل تغذية من قبيل الفناجين والملاعق على زجاجات التغذية والحلمات (التوصية ١١). وفي المقابل، بالنسبة للرضّع المبتسرين غير القادرين على الرضاعة الطبيعية مباشرةً، قد يكون من المفيد استخدام الرضاعة غير المغذية والتنبيه الفموي إلى أن تستقر التغذية بالرضاعة الطبيعية (التوصية ٩). وتشمل الرضاعة غير المغذية أو التنبيه الفموي استخدام المصاصات أو اصبع في قفّاز أو ثدي لم يُفرز لبناً بعد.

وينبغي ألاَّ يكون هناك ترويج لزجاجات التغذية أو الحلمات في أي جزء من أجزاء المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد، أو من جانب أي من العاملين فيها. وكما هو الحال بالنسبة لبدائل لبن الأم، تقع هذه المنتجات في نطاق المدوّنة (٢٥-٢٧).

المعيار العالمي:

- تفيد ٨٠٪ على الأقل من الأمهات المرضعات لرضّع مبتسرين وناضجين بأنهن تلقين تثقيفاً بشأن مخاطر استخدام زجاجات التغذية والحلمات والمصّاصات.

الخطوة ١٠: الرعاية عند الخروج من المرفق

الخطوة ١٠: تنسيق الخروج من المرفق بحيث يُتاح للأمهات ورضّعهن الدعم والرعاية المتواصلان في الوقت المناسب.

الأساس المنطقي: تحتاج الأمهات إلى الدعم المستمر لمواصلة الرضاعة الطبيعية. وفي حين ينبغي أن يتيح وقت البقاء في المرفق الذي يوفّر الخدمات للأمهات والمواليد فرصةً لتزويد الأم بمهارات الرضاعة الطبيعية الأساسية، من الممكن جداً ألاَّ يكون إفرازها للبن قد استقر تماماً إلاَّ بعد خروجها من المرفق. ويتسم دعم الرضاعة الطبيعية بأهمية حاسمة على نحو خاص في الأيام والأسابيع التي تلي الخروج من المرفق، وذلك من أجل استبانة التحديات المبكرة التي تعترض الرضاعة الطبيعية ومعالجتها. وسوف تمر الأم بعدّة مراحل مختلفة فيما يتعلق بإنتاجها للبن ونموّ رضيعها وظروفها هي الذاتية (على سبيل المثال، عودتها إلى العمل أو إلى المدرسة)، حيث سيتعين عليها تطبيق مهاراتها بطرق مختلفة بما يقتضي دعماً إضافياً. ويتسم تلقي الدعم في الوقت المناسب بعد الخروج من المرفق بأهمية فائقة بشأن المحافظة على معدّلات الرضاعة الطبيعية. وينبغي أن تكون مرافق تقديم الخدمات للأمهات على علم بمختلف الموارد المتاحة في المجتمع المحلي وأن تحيل الأمهات إليها.

التنفيذ: في إطار حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها، ينبغي تخطيط الخروج من المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد وتنسيقه بحيث يُتاح للأمهات ورضّعهن الحصول على الدعم المتواصل والرعاية المناسبة (التوصية ١٥). وينبغي إلحاق كل أم عند خروجها من المرفق بموارد دعم الرضاعة في المجتمع المحلي. ويتعيّن أن تُجري المرافق الإحالات المناسبة لضمان أن الأمهات والرضّع يخضعون للفحص من جانب عامل صحي بعد الولادة بيومين إلى أربعة أيام ومرة أخرى خلال الأسبوع الثاني من أجل تقييم الوضع التغذوي. وقد تكون المعلومات المطبوعة و/ أو الإلكترونية مفيدة في توفير جهة يُمكن الاتصال بها في حالة وجود أسئلة أو شكوك أو صعوبات، بيد أنه لا ينبغي أن يكون ذلك بديلاً لرعاية المتابعة النشطة بواسطة مهني ماهر.

ويتعيّن أن تُحدِّد المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد موارد المجتمع المحلي المناسبة للدعم المستمر والمتسق للرضاعة الطبيعية المراعي لاحتياجاتهم ثقافياً واجتماعياً. وتقع على المرافق مسؤولية الانخراط مع المجتمع المحلي المحيط من أجل تعزيز هذه الموارد. وتشمل موارد المجتمع المحلي مراكز الرعاية الصحية الأولية والعاملين الصحيين المجتمعيين والزائرين المنزليين وعيادات الرضاعة الطبيعية والممرضات/ القابلات والخبراء الاستشاريين في مجال الرضاعة والنظراء الاستشاريين ومجموعات دعم الأمهات للأمهات وخطوط الهاتف ("الخطوط الساخنة"). وينبغي أن يحافظ المرفق قدر الإمكان على اتصاله بالمجموعات والأفراد الذين يوفّرون الدعم، وأن يدعوهم إلى زيارة المرفق حيثما أمكن.

وتتسم رعاية المتابعة بأهمية خاصة بالنسبة للرضّع المبتسرين والمنخفضي الوزن عند الولادة. ففي هذه الحالات يُمكن أن يؤدي عدم وجود خطة واضحة للمتابعة إلى أخطار صحية لا يستهان بها. ويقتضي الأمر دعماً متواصلاً من مهنيين مهرة.

المعايير العالمية:

- تفيد ٨٠٪ على الأقل من أمهات الرضّع المبتسرين والناضجين بأن أحد العاملين أبلغهن بالأماكن في مجتمعهن المحلي التي يُتاح فيها الدعم للرضاعة الطبيعية.

- يُمكن للمرفق أن يثبت أنه ينسِّق مع خدمات المجتمع المحلي التي توفّر الدعم للرضاعة الطبيعية/ تغذية الرضّع، بما في ذلك إدارة الجوانب السريرية ودعم الأمهات للأمهات.

٢-٣ التنسيق

يحتاج كل مرفق إلى وجود هيكل قائم لتنسيق حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها. ويوصى بإدراج مجال العمل هذا ضمن مسؤوليات لجنة أو فريق عامل قائم مكوّن من صنّاع القرار في مجالات صحة الأمهات والمواليد وضمان الجودة والإدارة. وإذا لم يكن هناك هيكل موجود يُمكن استخدامه لهذا الغرض، قد يكون من المناسب إنشاء هيئة منفصلة. ويتعيّن أن يكون لهذه الهيئة صلات قوية بالهياكل المعنية بصحة الأمهات والمواليد وضمان الجودة والإدارة وبصنّاع القرار.

٢-٤ عملية تحسين الجودة

تحتاج عملية تغيير ممارسات الرعاية الصحية إلى وقت. وهناك وسائل موثَّقة جيداً لتنفيذ التغييرات وبناء نظم لإدامة التغييرات متى جرى تحقيق هدف معيّن. وتحسين الجودة هو نهج إداري يُمكن للمهنيين الصحيين استخدامه لإعادة تنظيم الرعاية بغية ضمان أن المرضى يتلقون رعاية صحية رفيعة الجودة (٧٨). ويُمكن تعريف تحسين الجودة بأنه "إجراءات منهجية ومستمرة تؤدي إلى تحسين يُمكن قياسه في خدمات الرعاية الصحية والحالة الصحية لمجموعات مستهدفة من المرضى" (٧٩). وقد خضعت عملية تحسين الجودة لدراسة مستفيضة، وهناك نماذج مصمَّمة جيداً لتحسين الجودة في مجال الرعاية الصحية (بما في ذلك نماذج وضعها المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا التابع للمنظمة (٧٨، ٨٠) ومعهد تحسين الرعاية الصحية (٨١، ٨٢) ووزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية (٧٩)).

وعمليات تحسين الجودة عمليات دورية وتشمل الخطوات التالية: (١) التخطيط لإحداث تغيير في جودة الرعاية؛ (٢) تنفيذ التغييرات؛ (٣) قياس التغييرات في ممارسات الرعاية و/ أو حصائلها؛ (٤) تحليل الوضع بعد التغيير واتخاذ المزيد من الإجراءات إما لمواصلة التحسين أو للإبقاء على الممارسات. وفي نموذج معهد تحسين الرعاية الصحية، تسمى هذه الخطوات خطط، افعل، ادرس، تصرَّف، وهي مبيّنة في الشكل ٣.

وفي سياق مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع، يُمكن استخدام دورة معهد تحسين الرعاية الصحية لتحسين تنفيذ كل خطوة من الخطوات العشر. ويتسم تطبيق منهجية تحسين الجودة بأهمية خاصة بالنسبة للخطوات التي وجدها المرفق عسيرة بشكل خاص والتي لم يجر بشأنها تحقيق المعايير العالمية. ومتى تحقق المستوى المرغوب، يُمكن لفريق التنفيذ التركيز على رصد أداء المؤشرات الخافرة. ويتسم نهج تحسين الجودة بأهمية كبيرة بالنسبة لمبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع، وتُشجَّع البلدان بقوة على اتّباع هذا النهج. فهو يساعد على تحسين الاستدامة، بالنظر إلى أن العمليات المعيارية تتطلب عدداً أقل من الموارد الخارجية أو العاملين الإضافيين. ويُمكن إدماج الجوانب المتعلقة بالمبادرة مع سائر مبادرات تحسين الجودة الجارية بالفعل في مجالات صحة المواليد أو صحة الأمهات والأطفال في المرفق.

- وبصرف النظر عن نموذج تحسين الجودة المستخدم، هناك بعض المبادئ الأساسية لتحسين الجودة:

- **تحتل ثلاثية "التخطيط والتحسين والمراقبة" مكاناً مركزياً في النهج:** تحتاج أفرقة التنفيذ إلى إرشادات بشأن كيفية الانتقال فيما بين هذه الخطوات؛

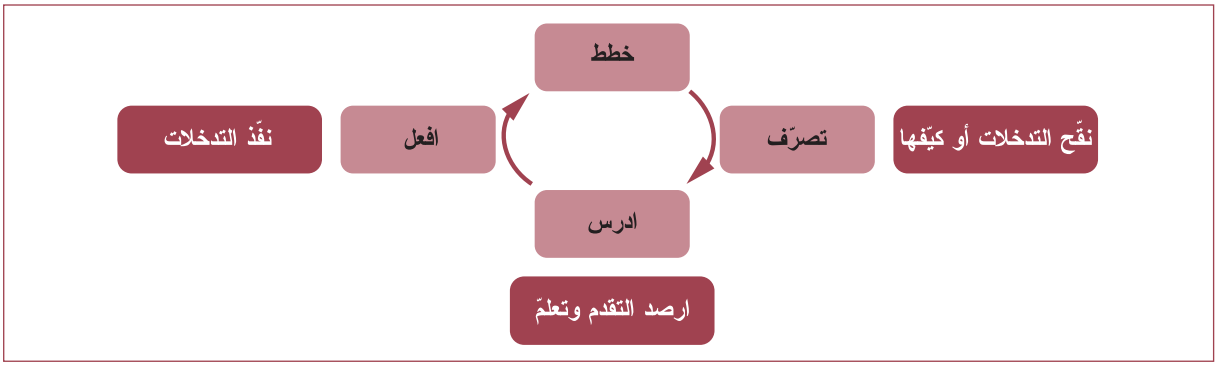
- **المشاركة النشطة من جانب مقدمي الخدمة الأساسيين أو منفّذي الخطوط الأمامية:** ينبغي لفريق من العاملين في المرفق استعراض

ممارساتهم ونظمهم وتحديد العمليات أو الإجراءات التي يقتضي الأمر تغييرها؛ ومقدمو الخدمات اليومية مثل المُمرضات، وربما أيضاً طبيب أو أكثر، هم أفضل من يعرف ما هي الإجراءات التي تنجح والعقبات التي تنشأ؛

- **التزام قيادات العاملين:** يتعيّن إقناع مديري المرافق ورؤساء الأقسام الطبية وقادة الفكر بأهمية حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها وتحقيق معدّلات عالية لبدء الرضاعة الطبيعية مبكراً واستخدامها حصرياً؛ ويجب عليهم أن يشجعوا منفذي الخطوط الأمامية على اعتماد ممارساتهم حسب الاقتضاء وتيسير التغييرات اللازمة ودعمها بنشاط؛ ويضطلع مديرو المرافق أيضاً بدور محوري في تنفيذ إجراءات الإدارة الحاسمة؛

- **قياس التقدم وتحليله مع مرور الزمن:** يسمح استخدام البيانات من أجل استبانة مكان حدوث المشاكل باتّباع نهج أكثر تركيزاً لحلّها (انظر قائمة المؤشرات المُمكنة في الجدول ١ بالتذييل ١)؛ ويتعيّن أن يحدِّد الفريق المؤشرات الرئيسية التي ينبغي قياسها بالإضافة إلى المؤشرين الخافرين؛

- **التقييم أو التقدير الخارجي:** يُمكن لنظم ضمان الجودة التي تنفذها سلطات وطنية أو سلطات لامركزية بتواتر متفق تكون مهمّة للتحقق من النتائج والمحافظة على المعايير المتفق عليها؛ ويُمكن استخدام المؤشرات الواردة في الجدولين ١ و٢ بالتذييل ١ لإجراء التقديرات الخارجية.



الشكل ٣: مخطط الخطوات الأربع لتحسين الجودة

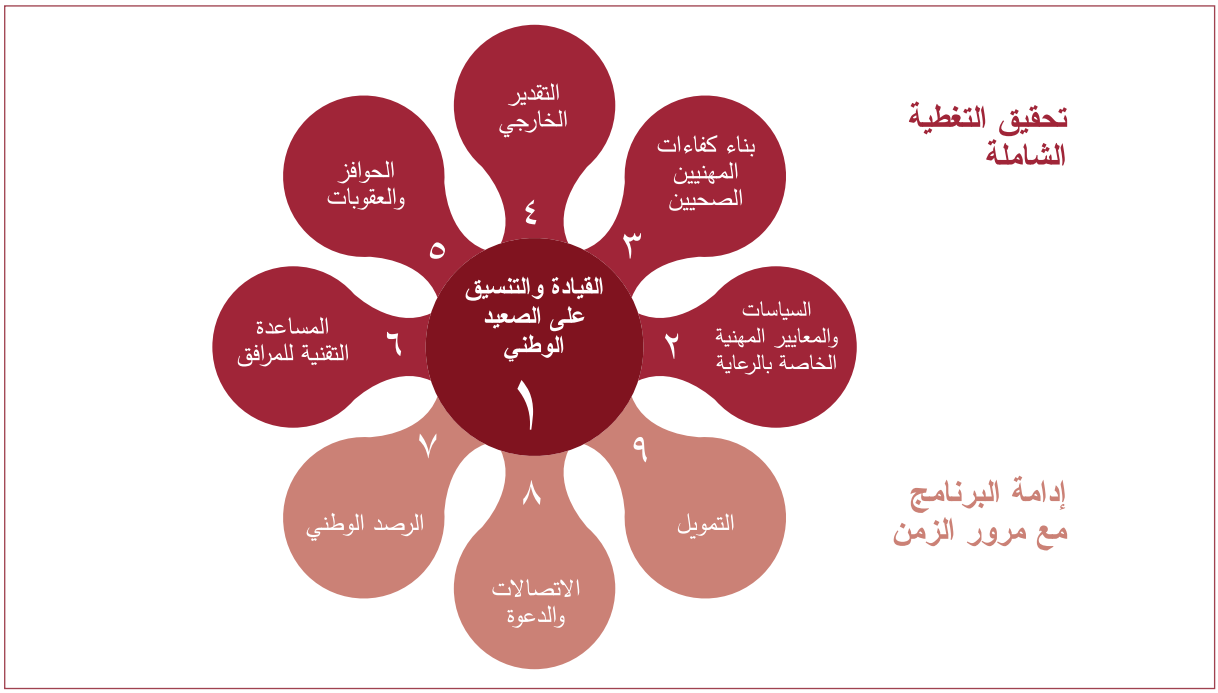
٣- التنفيذ والاستدامة على المستوى القطري

في حين تقع مسؤولية إحداث التغييرات في الرعاية السريرية وصون بيئة داعمة للرضاعة الطبيعية بالضرورة على كل مرفق يوفّر الخدمات للأمهات الأمر إلى قيادة وطنية لضمان أن جميع الأمهات والمواليد يتلقون رعاية وخدمات حسنة التوقيت ومستندة إلى البيّنات تستجيب لاحتياجاتهم. ويقتضي تحسين جودة الخدمات المقدمة لحماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في جميع المرافق نهجاً يشمل النظام الصحي برمته. وقد وضعت المنظمة إطاراً للنظم الصحية يصف ستة عناصر أساسية أو "لبنات بناء"، وهي: تقديم الخدمة والقوى العاملة الصحية ونظم المعلومات الصحية وإتاحة الأدوية الأساسية والقيادة/ تصريف الشؤون (٨٣). وكل عنصر من هذه العناصر مهمّ لتنفيذ مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع.

وينبغي أن تتمثَّل الأهداف الأولية لبرنامج وطني معني بالمبادرة في توسيع التغطية بالبرنامج إلى ١٠٠٪ وإدامة الممارسات الموصى بها مع مرور الزمن. والبلدان مدعوة إلى تنفيذ تسع مسؤوليات رئيسية للبرنامج الوطني المعني بالمبادرة (انظر الإطار ٣). وهذه المسؤوليات مبيّنة في الشكل ٤.

الإطار ٣: المسؤوليات الرئيسية التسع لبرنامج وطني معني بمبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع

١- إنشاء أو تعزيز هيئة وطنية لتنسيق شؤون الرضاعة الطبيعية.
٢- إدماج الخطوات العشر في وثائق السياسات الوطنية والمعايير المهنية الخاصة بالرعاية.
٣- ضمان كفاءة المهنيين والمديرين الصحيين في تنفيذ الخطوات العشر.
٤- استخدام نظم التقدير الخارجي من أجل تقييم الالتزام بالخطوات العشر بانتظام.
٥- وضع وتنفيذ حوافز للامتثال للخطوات العشر و/ أو عقوبات لعدم الامتثال لها.
٦- توفير المساعدة التقنية للمرافق التي تجري تغييرات من أجل اعتماد الخطوات العشر.
٧- رصد الامتثال للمبادرة.
٨- الدعوة للمبادرة في صفوف فئات معنية.
٩- تحديد موارد كافية وتخصيصها لضمان التمويل المستمر للمبادرة.



الشكل ٤: المسؤوليات الرئيسية لبرنامج وطني معني بمبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع

ويتسم وجود قيادة وتنسيق على الصعيد الوطني بأهمية حاسمة لتحقيق التغطية الواسعة والاستدامة على السواء. وفي حين أن المسؤوليات التسع جميعها مترابطة فيما بينها، يتسم إدراجها في السياسات والمعايير الوطنية وتحسين تدريب جميع مهنيي الرعاية الصحية وعمليات التقييم الخارجي وحفز التغيير وتوفير المساعدة التقنية اللازمة بشأن عملية التغيير بأهمية خاصة بالنسبة لتحقيق التغطية الشاملة. ويتسم الرصد الوطني والتواصل والدعوة المستمران والتمويل المضمون بأهمية خاصة للاستدامة مع مرور الزمن. وتُشرَح هذه المسؤوليات بمزيد من التفصيل خلال هذا القسم.

٣–١ القيادة والتنسيق على الصعيد الوطني

إنشاء أو تعزيز هيئة وطنية لتنسيق شؤون الرضاعة الطبيعية.

ينبغي أن يكون لدى كل بلد هيئة تنسيق وطنية نشطة مسؤولة عن الرضاعة الطبيعية عموماً وعن حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها على وجه الخصوص في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد. وينبغي أن تكون هيئة التنسيق الوطنية المعنية بالرضاعة الطبيعية متعدِّدة القطاعات، وأن تضم ممثلين من الحكومة (بما في ذلك قطاعات الصحة والتغذية والتمويل والخدمات الاجتماعية) والأوساط الأكاديمية والمنظمات المهنية والمنظمات غير الحكومية والمنظمات المجتمعية. وينبغي أن تكون المنظمات المسؤولة عن رعاية الأمهات والمواليد داخل الحكومة وخارجها على السواء جزءاً من هيئة تنسيق شؤون الرضاعة الطبيعية. وقد وجد بعض البلدان أن من المفيد إشراك ممثلين عن منظمات المستهلكين أو مجموعات الأمهات من أجل ضمان مراعاة منظور المجموعات السكانية المستهدفة.

ولا يجوز أن تنضم لعضوية هيئة التنسيق الأطراف الفاعلة التي ينطوي إنضمامها على تضارب في المصالح وخاصة الشركات التي تُنتج و/ أو تسوّق أغذية الرضّع وصغار الأطفال أو زجاجات التغذية والحلمات. وينطبق الشيء نفسه على المهنيين الصحيين والباحثين وغيرهم ممن تلقوا تمويلاً من منتجي أو موزعي منتجات واقعة في نطاق المدوّنة (٢٥–٢٧). والتضارب في المصالح هو مجموعة من الظروف التي يُمكن فيها أن تتأثر مصالح مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع على نحو غير مشروع بالمصالح المتعارضة لشريك بطريقة تضر، أو يُمكن اعتبار بصورة معقولة أنها تضر، بسلامة المبادرة أو استقلالها أو مصداقيتها أو الثقة العامة فيها في بلد ما، وبقدرتها على حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد. وثمة مخاوف من أن الضغط المشار إليه أعلاه الذي تمارسه دوائر صناعة بدائل لبن الأم سوف يستمر ويهدف إلى تقويض جهود المبادرة على مستويات مختلفة.

ومن الأمور العملية إلى حدّ كبير أن تُضاف وظائف هيئة التنسيق إلى وظائف إدارة حكومية قائمة أو مؤسسة أو منظمة غير حكومية موجودة. فذلك يساعد على عدم تحوّل مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع إلى تدخل رأسي يُنفَّذ باعتباره مبادرة قائمة بذاتها أو "صومعة" منفصلة عن سائر التدخلات المعنية بصحة الأمهات والأطفال وتغذيتهم. ويوصى أيضاً بإدماج هيئة تنسيق شؤون الرضاعة الطبيعية في الاستراتيجية الوطنية التي تشمل المبادرة.

وفي البلدان التي يُدار فيها النظام الصحي بطريقة لامركزية، يُمكن إدماج أعضاء من المستويات اللامركزية في هيئة وطنية واحدة، أو يُمكن إنشاء هيئات تنسيق دون وطنية. ويُمكن إشراك المنظمة واليونيسيف قدر الإمكان كعضوين في هيئة التنسيق من أجل توفير الدعم والإرشادات التقنية.

ويوصى بأن يكون هناك مسؤول اتصال محدَّد بوضوح بشأن حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد. وقد يكون هذا الشخص موظفاً حكومياً يشكل ذلك جزءاً من مهامه أو، حيثما يكون ذلك ضرورياً ومجدياً، شخصاً معيّناً لهذه المهمّة فقط. وفي بعض البلدان، قد يكون مسؤول الاتصال مدير منظمة غير حكومية معيّنة للعمل كمنظمة منسِّقة للمبادرة.

ويتعيّن أن يكون لهيئة التنسيق صلاحيات وخطة استراتيجية مدتها ٥ سنوات على الأقل، مشفوعة بخطط عمل سنوية. وتقع على عاتق الهيئة الوطنية المعنية بشؤون الرضاعة الطبيعية المسؤولية العامة لتخطيط وتنسيق جميع الوظائف الرئيسية للبرنامج الوطني المعني بالمبادرة حسبما هو موصوف في الإطار ٣، والتحقق من أنها مناسبة للسياق الوطني.

٣-٢ السياسات والمعايير المهنية الخاصة بالرعاية

إدماج الخطوات العشر في وثائق السياسات الوطنية والمعايير المهنية الخاصة بالرعاية.

تشجّع البلدان على استكشاف كافة الطرائق المُمكنة لفرض الالتزام بمعايير الصداقة للرضّع بحيث يُمكن لكل أم ورضيعها الاستفادة من الرعاية والخدمات الحسنة التوقيت، والمستندة إلى البيّنات التي تلبي احتياجاتهما. ويُمثِّل الإلزام الحكومي في كثير من الأحيان أقوى حافز للمرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد. فمن خلال التشريعات أو اللوائح أو الاعتماد أو الإشهاد تستطيع الحكومات أن تفرض على مرافق الرعاية الصحية الامتثال لسياسات وإجراءات محدَّدة. فعلى سبيل المثال، يُمكن للتشريعات أن تقتضي أن يكون لدى جميع المرافق سياسة بشأن الرضاعة الطبيعية وأن تحظر قبولها للتبرعات من بدائل لبن الأم. ويُمكن أن يكون اعتماد المرافق متوقفاً على الامتثال لمجموعة كاملة من المعايير السريرية والإجراءات الإدارية المحدَّدة.

ويقتضي الأمر إدراج حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد في جميع وثائق السياسات والتخطيط ذات الصلة، على سبيل المثال، في السياسة الوطنية وخطط العمل المعنية بالتغذية وخطط العمل المعنية بصحة الأمهات والمواليد والأطفال أو عمليات اعتماد المستشفيات.

وينبغي لخطط التنمية الأوسع نطاقاً، مثل الاستراتيجية الوطنية للحدّ من وفيات حديثي الولادة أو استراتيجية التنمية الوطنية، أن تتضمن على نحو صريح حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد. فمن شأن هذا التضمين أن يساعد على إدماج تقديم الخدمات وإدراجها في الميزانيات (الوطنية). ومن المهمّ أيضاً ضمان وضع وثائق داعمة أخرى خاصة بالسياسات، بما في ذلك بشأن تنفيذ المدوّنة (٢٥-٢٧).

وينبغي إدراج الممارسات السريرية الرئيسية والمعايير العالمية للخطوات العشر المنقحَّة في معايير الرعاية الخاصة بالهيئات المهنية. وكحدّ أدنى، ينبغي وضع معايير للتمريض والقبالة وطب الأسرة وطب التوليد وطب الأطفال وطب المواليد وعلم النظم الغذائية وعلم التخدير كأساسيات لرعاية جميع المواليد. ويتعيّن أيضاً أن تُدمَج في هذه المعايير البروتوكولات الوطنية الخاصة بتغذية رضّع الأمهات المتعايشات مع فيروس العوز المناعي البشري وكذلك البروتوكولات الخاصة باستخدام اللبن البشري المتبرع به. وإضافة إلى ذلك، يقتضي الأمر تجسيد الإجراءات الإدارية للخطوات العشر المنقحَّة في الوثائق الإرشادية ذات الصلة الموجّهة إلى المهنيين السريريين، كما يتعيّن أن تضع البلدان أدوات لقياس ما إذا كانت معايير الرعاية يجري تحقيقها (انظر القسم ٣-٧).

وإحدى الوثائق الإرشادية ذات الصلة بإدراج الممارسات السريرية الرئيسية في معايير الرعاية هي **تحسين جودة رعاية الأمهات والمواليد في المرافق الصحية (٤)**. فهذه الوثيقة توفّر معايير واضحة وتتضمن أغلب الخطوات العشر. وتعمل عدّة بلدان بالفعل على تنفيذ هذه المعايير في سياق مبادرة جودة الرعاية (٨٤).

وينبغي أن يكون واضحاً في سياسات الرعاية ومعاييرها أن حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد تحتاج إلى الصيانة، وحسب الاقتضاء، إلى التعزيز في السياقات الإنسانية.

٣-٣ بناء كفاءة المهنيين الصحيين

ضمان كفاءة المهنيين والمديرين الصحيين في تنفيذ الخطوات العشر.

ينبغي أن يكون لدى المهنيين الصحيين على جميع مستويات نظام الرعاية الصحية، المعارف والكفاءات والمهارات الكافية لتنفيذ الممارسات والإجراءات الموصى بها عالمياً لحماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد. وتقع على آحاد المرافق مسؤولية تقييم الكفاءات وضمان تزويد جميع العاملين في المرفق بالمعارف والمهارات المناسبة إذا وُجد أن مستوياتها لديهم تَقِل عن المستوى المعياري.

وسوف يقتضي الأمر تعيين عاملين ذوي مؤهلات وخبرات مناسبة لتدريس المواد والمناهج الدراسية الجديدة، وعند الضرورة تكييفها أو تطويرها. فذلك

استثمار أساسي لتدعيم القدرات على نحو مستدام في الأجل البعيد.

ويتعيّن للتدريب السابق للخدمة الذي يستهدف جميع المهنيين الذين سيتعاملون مع الحوامل والولادات والمواليد أن يكرّس ما يكفي من الوقت والعناية للرضاعة الطبيعية، بما في ذلك بشأن الخطوات العشر، وأن يتضمن دورات نظرية وعملية. وبالنظر إلى أن التدريب السابق للخدمة بشأن الرضاعة الطبيعية غير كاف حالياً في العديد من البلدان، قد يقتضي الأمر وضع مناهج دراسية وطنية جديدة مستندة إلى الكفاءة وضمان جودتها. ويُمثِّل **فصل نموذجي في كتاب دراسي لطلبة الطب والمهنيين الطبيين المساعدين الصادر عن المنظمة أساساً مفيداً (٨٥)**. ويتعيّن أن تتضمن المناهج الدراسية بشأن الرضاعة الطبيعية الممارسات السريرية والإدارية المتعلّقة بحماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها، وكذلك مسؤوليات العاملين الصحيين بموجب المدوّنة **(٢٥-٢٧)**. ومن المفهوم أن تحديث منهج دراسي ما، وخاصة في حالة المناهج الدراسية الوطنية، عملية طويلة غالباً وتشمل العديد من أصحاب المصلحة الآخرين غير المعنيين عادةً بالأنشطة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية (مثل وزارة التعليم ومؤسسات حكومية أخرى، وكذلك فرادى مؤسسات التعليم العالي والمنظمات التي تمنح شهادات الاعتماد المهنية).

وفي حين يمثِّل التدريب السابق للخدمة عنصراً حاسماً في التغيير الطويل الأجل للممارسات الخاصة بالأمومة، يحتاج جميع المهنيين الصحيين العاملين بالفعل مع النساء والأمهات والرضّع أيضاً إلى التعليم بشأن الرعاية الحسنة التوقيت والمناسبة. ويظل التعليم المستمر والتدريب أثناء الخدمة مهمّين حتى تتخرج عدّة دفعات من المهنيين المتدربين حديثاً في جميع المهن والمجالات التقنية. ويتعيّن، حيثما توجد إرشادات وطنية أو مناهج دراسية وطنية لتدريب المهنيين الصحيين أثناء الخدمة، إدراج الممارسات السريرية والمدوّنة **(٢٥-٢٧)** في المناهج الدراسية. ومن شأن ذلك أن يضمن أيضاً أنه لا يتعيّن على كل مرفق أن يضع مواد أو إجراءات ذاتية خاصة به. وقد كيَّف العديد من البلدان المنهج الدراسي الذي يستغرق ٢٠ ساعة الوارد في إرشادات تنفيذ مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع لعام ٢٠٠٩ **(٨٦)**. وتعكف المنظمة واليونيسيف على تنقيح هذا المنهج الدراسي استناداً إلى الخطوات العشر المحدَّثة والمعايير العالمية الواردة في هذه الوثيقة، كما تقومان بوضع مجموعة مواد تدريبية متكاملة لإسداء المشورة بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال.

وينبغي النظر إلى التدريب أثناء الخدمة كحل قصير الأجل لمشكلة، لا كطريقة مستمرة لبناء القدرات. فهناك حاجة منتظمة إلى الدورات التدريبية التذكيرية والتعليم المستمر أثناء الخدمة، وهو ما يُمكن عمله في شكل وحدات بحيث لا يتعرقل تقديم الخدمات كثيراً. ويتعيّن أن يكون التدريب مستنداً إلى الكفاءة وأن يُركّز على المهارات العملية بدلاً من التركيز على المعارف النظرية فقط.

وسوف يقتضي الأمر توفير التدريب على الموارد الجديدة لهيئات التدريس في جميع المدارس والجامعات المعنية، وكذلك للمدربين المعيّنين للاضطلاع بالتدريب أثناء الخدمة والتعليم المستمر. بيد أن ذلك أستثمار أساسي لتدعيم القدرات على نحو مستدام في الأجل البعيد ومهمّة هامة لهيئة التنسيق الوطنية المعنية بالرضاعة الطبيعية. ومن المرجح أن نهوج تدريب المدربين لإيجاد مجموعة كبيرة من الخبراء بشأن مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع هي استراتيجية فعّالة التكلفة لنشر معلومات متعمقة عن الخطوات العشر.

ويُمكن تدريس العديد من المواد التعليمية اللازمة لتوفير الرعاية المناسبة للأمهات والمواليد من خلال دورات دراسية إلكترونية عبر الإنترنت. وقد تكون هذه وسيلة فعّالة ومنخفضة التكلفة للتعليم، كما أنها تسمح للمهنيين الصحيين بالتعلّم بالوتيرة التي يرغبونها ومراجعة المعلومات عندما يحتاجون إلى تحديث معارفهم فيما بعد. وتوجد موارد بالفعل لهذا الغرض في بعض البلدان، ومن الممكن تبادلها. وينبغي إتاحة وقت للمهنيين الصحيين إذا كان التعلّم سيجري من خلال مناهج الدراسة الذاتية.

بيد أن تدريس بعض المهارات يتطلب التفاعل وجهاً لوجه. وسوف يستفيد بعض العاملين أيضاً من التعلّم وجهاً لوجه أو جماعياً لمساعدتهم على تناول تجربة شخصية عسيرة مرّوا بها بشأن الرضاعة الطبيعية أو لكونهم عملوا في أوضاع لم يتمكنوا فيها من توفير الرعاية الفعّالة المستندة إلى الأدلة. وإضافة إلى ذلك، يتطلب تقييم المهارات الملاحظة المباشرة. ونتيجة لذلك، يقتضي الأمر شيئاً من التعلّم وجهاً لوجه والتقييم المستند إلى الكفاءة.

ويتسم دور مديري المرافق بأهمية حاسمة فيما يتعلق بحماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد. وقد يكون من المفيد لتعزيز المساءلة استخدام العقود المستندة إلى الأداء المتضمِّنة لأهداف بشأن الرضاعة الطبيعية عموماً أو بشأن تنفيذ مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع خصوصاً. ويتعيّن أن يكون لدى مديري المرافق فهم كاف للرضاعة الطبيعية والمبادرة، بحيث يتسنى لهم توجيه تنفيذ المبادرة والإشراف عليه على مستوى المرفق.

وقد يكون التعليم الاستباقي لمديري المرافق والمديرين الطبيين، المقترن بالمساعدة التقنية حسب الاقتضاء، كافياً لحفز التغيير في ممارسات عديدة. ولا يتطلب تنفيذ أغلب معايير الصداقة للرضّع إنفاق الأموال (بل قد يؤدي بعضها إلى توفير الأموال للمرافق، وذلك أحياناً بعد استثمار ابتدائي لاعتماد ممارسة جديدة)، ولكنه يتطلب قراراً واعياً بتحقيق التغيير. وإذا فهم المديرون الأساس المنطقي للمعايير الموصى بها، وكان بإمكانهم الحصول على إجابات عن أسئلتهم والحصول على المساعدة في مواجهة التحديات، فقد يكون ذلك حافزاً كافياً لإحداث التغيير.

٣-٤ التقدير الخارجي

استخدام نظم التقدير الخارجي من أجل تقييم الالتزام بالخطوات العشر بانتظام.

تضطلع جميع المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد بمسؤولية توفير الرعاية الحسنة التوقيت والمناسبة للأمهات والمواليد بما يتماشى مع الإرشادات الصديقة للرضّع (٣٢) والمعايير الوطنية للجودة المستندة إلى البيّنات. وكما هو موصوف أعلاه، يتعيّن أن تضع المرافق آليات للرصد الداخلي من أجل ضمان الالتزام بمعايير الجودة. بيد أن التقدير الخارجي يتسم بأهمية حاسمة بالنسبة لضمان الجودة. وينبغي أن يتمثل الغرض الأولي للتقدير الخارجي في تيسير المساعدة التقنية وتصويب الممارسات غير الملائمة. ولا تُقدَّم المساعدة التقنية بالضرورة من جانب المقدّرين الخارجيين أنفسهم. ففي بعض البلدان، يقدم المقدّرون الخارجيون تقريرهم إلى فريق محدَّد، ويقوم هذا الفريق بدوره بتقديم تعليقاته إلى المرفق.

ويستطيع الراصدون من خارج المرفق التحقق من النتائج وتحديد الثغرات في الرعاية وعدم الامتثال للمعايير بأسرع مما يستطيعه العاملون داخل المرفق. وبالتالي، يتعيّن أن تحتفظ البلدان بعملية مستمرة للتقدير الخارجي (بما يشمل التقدير وإعادة التقدير) من أجل التحقق من الامتثال للخطوات العشر وتوفير التعليقات لكل مرفق بشأن المجالات التي تحتاج إلى التحسين.

ويوصى بإدماج عملية التقدير الخارجي في سائر عمليات ضمان الجودة، مثل نظم الإشهاد/ الاعتماد الخاصة بالمرافق أو نظم التقدير لأغراض التأمين الصحي. وفي بعض نظم الإشهاد، تعني تسمية مستشفى ما صديقاً للرضّع أن جوانب معيّنة من ضمان الجودة تُعتبر مستوفاة مما يُقلل بالتالي من تكلفة الإشهاد. ومن شأن إدراج المعايير السريرية لمبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع في إجراءات الإشهاد الخاصة بالمرافق أن يساعد على إضفاء السمة المؤسسية عليها وأن يُقلل من تكاليف البرنامج ككل. ويجب ملاحظة أن تقدير الخطوات العشر يشمل التقدير السريري وكذلك التقدير الإداري، وقد يقتضي الأمر بعض التدريب الإضافي لإدماج التقديرات الخاصة بمبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع في التقديرات القائمة.

وينبغي أن يشمل التقدير الخارجي استعراض الوثائق المتعلقة بجميع مؤشرات الممارسات السريرية الرئيسية المقترحة في الجدول ١ بالتذييل ١، بما في ذلك المؤشرات الخافرة. وإذا كانت البيانات تُجمع بانتظام من جانب المرافق، فيمكن لفريق الاستعراض الخارجي استعراضها من أجل تقدير مدى الامتثال المستمر للخطوات السريرية. وينبغي أن يتضمن التقدير الخارجي بعض عناصر التحقق من بيانات الرصد التي يوفرها المرفق من خلال المقابلات الشخصية مع العاملين والحوامل والأمهات، على الأقل لفترة زمنية ما. ويُمكن تطبيق عتبة معيّنة (على سبيل المثال، الهدف ٨٠٪) لتقرير ما إذا كان المرفق "ينجح" في كل خطوة.

وإضافة إلى ذلك، ينبغي تقدير مؤشرات الامتثال للإجراءات الإدارية الحاسمة باستخدام مؤشرات معيارية. ويوفّر الجدول ٢ بالتذييل ١ قائمة مقترحة بمؤشرات لهذه الممارسات الإدارية ووسائل التحقق منها. وتشمل وسائل التحقق الملاحظات والمقابلات الشخصية مع العاملين السريريين واستعراض السجلات. ومن اليسير التحقق من بعض هذه المؤشرات، مثل أن يكون لدى المرفق سياسة مدوَّنة

بشأن الرضاعة الطبيعية أو عرض ملخص للسياسة في مكان ظاهر.

وينبغي إجراء التقديرات الخارجية بانتظام؛ وينبغي أن يجري ذلك على الأقل مرّة واحدة كل ٥ سنوات، والأفضل بتواتر أكبر من هذا. ويعتمد عمق التقديرات الخارجية وتواترها على جودة الرصد الداخلي وتواتره، وعلى المعلومات التي يجري إبلاغها للمستويات الأعلى.

وقد يكون من الضروري اختيار عدد أقل من المؤشرات لتعميمها في سائر نظم الإشهاد/ ضمان الجودة. وكحدّ أدنى، ينبغي إدراج المؤشرات الخافرة لبدء الرضاعة الطبيعية مبكراً ومعدّل التغذية بالرضاعة الطبيعية حصراً خلال الإقامة في المستشفى في مثل هذه النظم، وذلك بالنظر إلى أن الرضاعة الطبيعية ينبغي أن تكون هي المعيار في كل رعاية مقدمة إلى الأمهات والمواليد.

وإذا كان إدماج التقدير الخارجي في نظم أخرى لتقدير الجودة لا يكفي لضمان الامتثال لمعايير الرضاعة الطبيعية، يُمكن الاضطلاع بتقدير رأسي قائم بذاته بدلاً من، أو بالإضافة إلى، التقدير المُدمَج. ومن الحجج المؤيّدة للتقدير الرأسي أن من الممكن أن تُدرج فيه مؤشرات أكثر تحديداً للرضاعة الطبيعية. بيد أن التقديرات الرأسية ربما تكون أكثر تكلفة كما أن استدامتها قد تكون أكثر صعوبة على المدى الطويل.

وبدلاً من ذلك، يُمكن استخدام التحقق العشوائي. ويُمكن لإحدى إدارات وزارة الصحة، إذا توافرت لها الموارد الكافية، إدارة نظام للتقدير الخارجي. وفي بعض السياقات، قد يكون من المناسب إدماج هذا النظام وسط المنظمات المهنية القائمة أو المنظمات غير الحكومية العاملة جيداً. وفي الحالة الأخيرة، من المهمّ أن تعمل وزارة الصحة والمنظمات غير الحكومية معاً من أجل تنفيذ برنامج فعّال.

٣-٥ الحوافز والعقوبات

وضع وتنفيذ حوافز للامتثال للخطوات العشر و/ أو عقوبات لعدم الامتثال لها.

تتخذ مرافق الرعاية الصحية قرارات بشأن سياساتها وإجراءاتها استناداً إلى عدد من الاعتبارات، منها استعراض البيّنات العلمية، والتوصيات الوطنية والدولية، واللوائح، والتكاليف، وعبء الحالات، ورضا العملاء، وتصوّرات الجمهور. ويتعيّن على البرامج الوطنية أن تنظر في أنسب الحوافز أو العقوبات لحمل المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد على إجراء التغييرات اللازمة لحماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها بشكل كامل. وقد تكون حوافز التغيير في مرافق القطاعين العام والخاص مختلفة. ويتضمن الجدول ١ عدّة خيارات بشأن حفز الامتثال لمعايير مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع، يُتوقَّع من البلدان أن تعتمدها كمعايير وطنية، كما يتضمن أهم الفوائد والاعتبارات المتعلقة بكل منها.

الجدول ١: خيارات حفز الامتثال لمعايير مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع

الوصف	الفوائد	التحديات	نوع البلدان التي يكون هذا الخيار هو الأنسب لها
التمويل المستند إلى الأداء	استيفاء المعايير يعود بفائدة مالية على المرفق	يتعيّن رصد الامتثال خارجياً خيار مكلّف إذا كان يتعيّن دفع مبالغ إضافية من أجل استيفاء المعايير	البلدان التي تطبق أصلاً التمويل المستند إلى الأداء بشأن تدخلات أخرى ذات صلة
الإدراج في عقود الأداء	المساءلة واضحة	يتطلب مؤشرات تساعد على ضمان استدامة الممارسات المناسبة في المرافق (لا مجرد تحقيق هدف محدَّد)	البلدان التي تستخدم أصلاً عقود الأداء
التنويه العلني بالامتياز/ المكافأة/ التسمية	التنويه بجهود العاملين حفز العاملين من شأن استيفاء المعايير أن يُحسِّن من صورة المرفق ويؤدي إلى زيادة عدد العملاء وبالتالي زيادة دخله	يتعيّن رصد الامتثال خارجياً ينظر إليه المديرون الوطنيون ومديرو المرافق والعاملون فيها باعتباره نقطة النهاية يتعيّن تعريف الجمهور بمعنى التسمية لا يكون مفيداً إلاَّ إذا كان محدوداً زمنياً ويُلغى عندما يتعثّر الامتثال يتعارض مع مبدأ أن الرضاعة الطبيعية هي المعيار؛ ويسمح باعتبار عدم الامتثال للمعايير "رعاية عادية"	البلدان التي يوجد بها برنامج ناجح لتسمية المرافق في إطار مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع
الإبلاغ العلني عن مؤشرات الجودة والحصائل	قد لا يتطلب إجراء تقديرات خارجية بتواتر معيّن	الاعتماد على الإبلاغ الذاتي قد يشوبه الانحياز (ولو أن التحقق العشوائي يُمكن أن يُحسِّن من جودته) يقتضي أن يفهم الجمهور ما هي الممارسات والحصائل الجيدة	البلدان التي يكون الرأي العام فيها دافعاً مهماً لتقديم الرعاية الصحية

وقد يَتمثَّل أحد الحوافز القوية في الربط المالي للمدفوعات المقدمة للمرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد بعملية تقدير خارجي في البلدان التي يُضطلع فيها بهذه الممارسة. فعلى سبيل المثال، يُمكن أن يكون معدّل استرداد التكاليف عن كل ولادة بالنسبة للمرافق التي يشوبها مزيد من جوانب القصور في الممارسات أكثر انخفاضاً مقارنةً بالمرافق التي تمتثل تماماً للمعايير. ويزداد استخدام نموذج "التمويل المستند إلى الأداء" أو "الدفع مقابل الأداء" هذا لدفع تكلفة الرعاية الصحية من أجل حفز الجودة والفعّالية (٨٧). وخلص استعراض ١٢ دراسة حالة بشأن الدفع مقابل الأداء، جرت في ١٠ بلدان، إلى أن الدفع مقابل الأداء: "لم يؤد إلى تحسينات باهرة في الأداء في أي من البرامج. بيد أن أغلب البرامج اسهمت بالفعل في زيادة التركيز على أهداف النظم الصحية وتحسين إنتاج المعلومات واستخدامها وزيادة المساءلة وفي بعض الحالات إقامة حوار مثمر بين العملاء ومقدمي الخدمات في المجال الصحي. ويُمكن أيضاً النظر إلى ذلك باعتباره تصريفاً لشؤون قطاع الصحة بمزيد من الفعّالية وشراء الخدمات الصحية على نحو أكثر استراتيجية" (٨٨).

وبدلاً من ذلك، يُمكن للأطراف الثالثة الدافعة للتكاليف أو شركات التأمين أن تولي الأفضلية للمرافق الأفضل امتثالاً للمعايير الوطنية.

وتستخدم بعض البلدان عقود الأداء التي تتضمن أهدافاً معيّنة يتعيّن تحقيقها بالنسبة لمديري الخدمات العامة و/ أو العاملين فيها. وقد يكون من المفيد إدراج مؤشر أو مؤشرين بشأن حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد في هذه العقود.

ويُمكن أيضاً استخدام التنويه العلني بالامتياز كحافز على تحسين جودة الرعاية. فقد تزداد شهرة المستشفيات إذا حصلت على جوائز معيّنة بشأن الامتياز، حسبما يقرره تقدير خارجي. وقد يؤدي التنويه العلني بالامتياز بسبب الامتثال للخطوات العشر المحدَّثة إلى حفز المرافق على الالتزام بالمعايير الصديقة للرضّع. وبالنسبة لهذا النوع من الحفز، من المهمّ وجود نظم داخلية وخارجية لضمان الجودة من أجل إدامة الخدمات الجيدة متى جرى بلوغ المستوى المرغوب. ويقتضي الأمر أن يضطلع بتصميمها سلطات وطنية (هيئة التنسيق الوطنية)، لكي يكون وجودها ممكناً في حدود الموارد المالية والبشرية المتاحة.

وقد جرى تنظيم النموذج الصديق للرضّع التقليدي إلى حدّ بعيد حول تسمية مرافق صديقة للرضّع. وفي حين أن هذه التسمية هي خيار متاح للبلدان لتشجيع التغيير في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد، فهي ليست سوى خيار واحد من بين عدد من الخيارات المفيدة التي يُمكن النظر فيها.

والإبلاغ العلني عن مؤشرات الجودة والحصائل هو طريقة أخرى لمساءلة المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد بشأن جودة ما تقدمه من رعاية وحفز التحسينات. فمن المرجَّح أن نشر قائمة بجميع المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد في البلد، جنباً إلى جنب مع معدّلات الرضاعة الطبيعية الحصرية فيها لدى الخروج من المرفق، سوف يشجّع المرافق صاحبة أقل المعدّلات على إجراء التحسينات. وبالمثل، من شأن الإبلاغ عن معدّلات التلامس بين بشرتيّ الأم ورضيعها أن يُبرز أهمية هذه الممارسة ويدعو آحاد المرافق إلى اللحاق بباقي الركب. ويُمكن أيضاً لمجموعات المستهلكين أو المرضى أو العملاء الاضطلاع بدور في عملية المساءلة هذه.

ويتعيّن أن تقرر البلدان أفضل الحوافز المناسبة لسياقها. فبعض الحوافز يتطلب إرادة سياسية أقوى ولكنه يتسم بآثار طويلة الأجل. والبعض الآخر قد يكون أيسر تطبيقاً من الناحية السياسية ولكنه يتطلب التزاماً وموارد مستمرين.

٣-٦ المساعدة التقنية للمرافق

توفير المساعدة التقنية للمرافق التي تجري تغييرات من أجل اعتماد الخطوات العشر.

سوف تحتاج المرافق إلى مساعدة خارجية من أجل اعتماد الخطوات العشر كمعيار للرعاية، وذلك من جانب خبراء اضطلعوا بإدارة عملية التغيير في مرافق أخرى أو يفهمون تعقيدات كل خطوة بتفصيل شديد. ومن المرجح أن توفير المساعدة التقنية للمرافق على أساس فردي كثيف الاستهلاك للموارد وبالتالي قد يستغرق الأمر سنوات للوصول إلى جميع مرافق البلد. وينطبق ذلك بشأن مرافق القطاعين العام والخاص على السواء.

وينبغي للبلدان أن تُعِدّ أو تدعم وتُحدِّث فريقاً من المهنيين المدربين لتوفير المساعدة التقنية للمرافق التي تضطلع بعمليات التغيير. ويتعيّن ضمان موارد محدَّدة والتزام زمني من جانب المهنيين المدربين ومنظماتهم (حسب الاقتضاء).

وقد يكون العمل مع مجموعات من المرافق لكي يدعم بعضها بعضاً في عملية التغيير مفيداً جداً. وقد وضع معهد تحسين الرعاية الصحية عملية تحسين النوعية من خلال "التعاونيات"، أو مجموعات من المرافق المتشابهة التي تضطلع بتغيير السياسات والممارسات من خلال التعلّم الجماعي والدعم المتبادل (٨٩). ويُمكن تكوين المجموعات على أساس جغرافي (على سبيل المثال، المجموعات على مستوى المقاطعات) أو بيروقراطي (على سبيل المثال، جميع المرافق الحربية معاً) أو أي تجميع مناسب آخر. وفي بعض البلدان، يحق لنظم المستشفيات التي تمتلك وتُشغّل سلسلة من المرافق أن تقرر سياسات عدّة مستشفيات في آن معاً. وتوفّر هذه النظم فرصةً لتغيير مرافق عديدة في الوقت نفسه من خلال نهج أكثر بساطة.

وحيثما تكون الموارد مقيَّدة، قد يقتضي الأمر توفير المساعدة التقنية تدريجياً مع مرور الزمن، على أن تكون هناك خطة واضحة لتحقيق التغطية الوطنية في فترة محدَّدة من الزمن. ويُمكن النظر في مجموعة متنوّعة من الاستراتيجيات التي تُحدِّد المرافق التي ينبغي استهدافها في البداية:

- من شأن التركيز الجغرافي الاستراتيجي، مثل البدء بمرفق واحد في كل مقاطعة، أن يضمن أن جميع المرافق في البلد تقع على مقربة من مرفق يُمكن اعتباره نموذجاً يُحتذى بشأن تنفيذ السياسات والممارسات الموصى بها.

- يُمكن أن يؤدي التركيز في البداية على المرافق الأكثر احتمالاً للامتثال للتوصيات (على سبيل المثال، المرافق التي سبق تسميتها "صديقة للرضّع" أو المرافق التي ينطوي تاريخها على نجاحات بشأن تحسين الجودة) إلى تحقيق انتصارات مبكرة وإثبات جدوى التوصيات لسائر المرافق.

- تُمثِّل المرافق الكبيرة هدفاً مبكراً مهماً أيضاً لأن صحة عدد كبير من الأمهات والرضّع يُمكن أن تتحسن نتيجة لتغييرات تحدث في مكان واحد فقط. كذلك، كثيراً ما تُستخدَم المرافق الكبيرة كنقطة مقارنة للمرافق الأصغر، وبالتالي فإن تحقيق الممارسات المثلى في هذه المرافق يساعد على توسيع نطاق التدخلات.

- قد يكون استهداف المستشفيات التعليمية فعالاً على نحو خاص في ضمان أن المهنيين الصحيين الجدد متمرسون جيداً بالخطوات العشر قبل تعيينهم في المرافق عبر البلد.

٣-٧ الرصد الوطني

رصد الامتثال للمبادرة.

تماماً كما تحتاج آحاد المرافق إلى رصد أنشطتها المتعلقة بحماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها، وكذلك بالنسبة لسلوكيات تغذية الرضّع، تحتاج البلدان إلى رصد أنشطتها وحصائل الرضاعة الطبيعية لديها على المستوى الوطني (وعلى المستوى دون الوطني حسب الاقتضاء). وترد في الجدول ٣ بالتذييل ١ المؤشرات الرئيسية لحصائل الرضاعة الطبيعية والممارسات السريرية وأنشطة البرنامج المعني بمبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع التي ينبغي رصدها على المستويين الوطني ودون الوطني.

وقد وضعت المنظمة إطاراً عالمياً لرصد التغذية اعتمدته جمعية الصحة العالمية في عام ٢٠١٥ (٣٧، ٣٨). وأوصت الجمعية جميع البلدان بالإبلاغ بشأن المؤشرات الواردة في الإطار. ويتسم مؤشران منهم بأهمية خاصة بالنسبة لمبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع، وهما: معدّل انتشار الرضاعة الطبيعية الحصرية في صفوف الرضّع الذين بلغوا ٦ أشهر من العمر أو أقل والنسبة المئوية للولادات التي تجري في مرافق صديقة للرضّع.

وقد عُرِّف المؤشر الأخير بأنه النسبة المئوية للرضّع المولودين خلال سنة تقويمية في مرافق تسمّى حالياً "صديقة للرضّع". وبالنسبة للبلدان التي تختار عدم الأخذ ببرنامج "تسمية"، سوف يتطلب الأمر مؤشراً بديلاً للتعبير عن النسبة المئوية للرضّع المولودين خلال سنة تقويمية الذين يتلقون رعاية تتواءم مع الخطوات العشر. ويُمكن حساب ذلك من عدد الولادات التي تجري في مرافق تمتثل لمعايير تقدير وطنية أو من التقارير المستمدة من الأمهات عن تجاربهن عقب الولادة. وبالإضافة إلى إبلاغ المنظمة، توصى البلدان بالإبلاغ عن التقدم بشأن تغطية مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع في التقارير المقدمة إلى لجنة الحق في الغذاء ولجنة حقوق الطفل وحركة تعزيز التغذية.

ويُمكن للبلدان استخدام مصادر بيانات متنوّعة لتقدير مدى الالتزام بالخطوات العشر:

- يُمكن استخدام الاستقصاءات الأسرية، مثل الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، لتقدير النسبة المئوية للأمهات التي تمتثل تجاربهن بشأن الولادة للمعايير الموصى بها. ويتضمن الاستقصاء الديمغرافي والصحي (٩٠) بالفعل أسئلة عن بدء الرضاعة الطبيعية مبكراً والرضاعة الطبيعية الحصرية أثناء البقاء في المرفق والتلامس بين بشرتيّ الأم والرضيع. وتُجرى استقصاءات رضا العملاء أو استقصاءات الخروج من المرفق بطريقة روتينية في بلدان عديدة ويُمكن أيضاً أن توفّر فرصة لجمع البيانات الوطنية عن جوانب مختارة من رعاية الأمهات.
- حيثما تُبلِغ المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد البيانات بطريقة روتينية لنظم إدارة المعلومات الصحية، يُمكن إبلاغ البيانات التي تُجمَع على مستوى المرفق لقاعدة بيانات المنطقة أو المقاطعة أو لقاعدة البيانات الوطنية. ويُمكن استخدام هذه التقارير لتوثيق النسبة المئوية العامة للرضّع المتلقين للرعاية الموصى بها، أو النسبة المئوية للمرافق التي تبلغ عتبة معيّنة للممارسات المقبولة.
- وضع بعض البلدان آليات للاستقصاء المستمر تُبلِغ معلومات رئيسية مستمدة من المرافق عن مدى امتثالها للخطوات العشر. وقد تكون التقارير مستندة إلى السجلات السريرية الفعلية أو إلى ملاحظة الممارسات المعتادة في المرفق أو سياساته. وفي حين أن مثل هذه الاستقصاءات قد تكون معرّضة للتحيّز في الإبلاغ، فإنها قد تكون مفيدة في توثيق الاتجاهات واستبانة نقاط الضعف. ويُمكن لهذه الاستقصاءات أن تكون مستندة إلى عيّنة عشوائية من المرافق أو إلى تقييم كامل لجميع مرافق البلد.

٣-٨ الاتصالات والدعوة

الدعوة للمبادرة في صفوف فئات معنية.

سيتعين على هيئة التنسيق الوطنية إجراء اتصالات وبذل جهود دعويّة من أجل ضمان التنفيذ المستدام للمبادرة. وينبغي لخطة الاتصالات أن تشمل العناصر الواردة أدناه.

١- تحديد الفئات الرئيسية المستهدفة

- قادة المرافق (الحكومية وغير الحكومية على السواء)، مثل مديري المستشفيات أو مديري أقسام الولادة، هم صنّاع قرار مهمّون فيما يتعلق بتنفيذ الخطوات العشر.

- الرابطات المهنية للممرضات والقابلات وأطباء الأطفال وأطباء التوليد واختصاصيو طب المواليد واختصاصيو النظم الغذائية يتأثرون مباشرةً بالتغييرات التي تطرأ على معايير الرضاعة الطبيعية، وبالتالي ينبغي أن يكونوا هدفاً رئيسياً للاتصالات والدعوة. ويُمكن لرابطات المستشفيات أن تكون حليفاً قوياً في الدعوة إلى إجراء تغييرات في النظم.

- المشرّعون والمموّلون (بما في ذلك وزارات المالية والمانحون) يمثلون فئة مهمّة ويتعيّن أن تستمر إحاطتهم علماً بالمبادرة، وببرامج الرضاعة الطبيعية على نحو أعمّ، من أجل ضمان مواصلة التزامهم بالبرامج المعنية بالمبادرة واستثمارهم فيها.

- الحوامل وأسَرهن وسائر أعضاء المجتمع المحلي فئة محورية لزيادة الطلب على تحسين حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد.

- ينبغي لكل بلد تعريف الفئات الإضافية المهمّة بالنسبة لبرامج الرضاعة الطبيعية والمبادرة.

٢- استبانة المعارف والمواقف الراهنة

من المهمّ فهم ما الذي تعرفه الفئات المستهدفة أصلاً عن الرضاعة الطبيعية والمبادرة قبل تصميم التدخلات الخاصة بالاتصالات. وستُحدِّد البحوث التي تتناول فئة مستهدفة ما، الفرص الرئيسية التي يُمكن فيها للجهات الفاعلة اتخاذ الإجراءات فوراً، وكذلك المجالات المنطوية على تحديات التي يحتاج الأمر فيها إلى تغيير التصوّرات أو سدّ ثغرات في المعلومات.

٣- وضع/ تكييف الرسائل الرئيسية

يتعيّن أن تكون الرسائل مناسبة لكل فئة مستهدفة وموضوعة على أساس معارفها ومواقفها، وكذلك دورها المتوقع في دعم المبادرة و/ أو تنفيذها. ويرد في المرجع **(٩١)** مثال لمجموعة من الرسائل بشأن أهمية الرضاعة الطبيعية. وقد يكون من المهمّ، بالنسبة لبعض الفئات المستهدفة، التعبير عن الخطوات العشر بلغة بسيطة (يتضمن الملحق ٢ مثالاً لكيفية عمل ذلك). وتتمثل رسالة أساسية في إبراز أهمية تنفيذ الخطوات العشر لتحقيق أفضل الحصائل الصحية. ومن المهمّ التأكيد على ضرورة توسيع نطاق المبادرة لتشمل جميع المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد في البلدان التي لم تحقق ذلك بعد.

٤- تحديد قنوات الاتصال الرئيسية

يتعيّن الوصول إلى كل فئة مستهدفة من خلال القناة (القنوات) التي يفضلون الاعتماد عليها. وبالنسبة للتواصل مع عامة الناس، قد يكون من المفيد استخدام وسائل الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي لاستكمال قنوات الاتصال الشخصي. وقد تكون مشاركة منظمات المستهلكين والنساء، حيثما توجد، و/ أو العمل مع قادة المجتمع المحلي، قنوات مهمّة للدعوة في صفوف المشرّعين. ويقتضي الأمر إجراء عروض منتظمة في اجتماعات ومؤتمرات الرابطات المهنية من أجل الاحتفاظ بدعم المهنيين الصحيين المستمر. وقد يكون من المفيد أيضاً توجيه الرسائل المحدَّدة الهدف إلى قادة المرافق من خلال البريد المباشر أو خلال الاجتماعات المخططة (الإقليمية).

٣-٩ التمويل

تحديد موارد كافية وتخصيصها لضمان التمويل المستمر للمبادرة.

ينبغي أن يأتي التمويل لحماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد من الموارد الحكومية في المقام الأول، مع الالتزام بإدامته عدّة سنوات. ويقتضي الأمر إدراج الأنشطة في عمليات الميزنة الحكومية العادية لكي يُمكن تمويلها بطريقة مستدامة. ويتعيّن أن تضمن الحكومات أن الاستراتيجيات والأنشطة مصمَّمة بطريقة تتيح للحكومة تمويلها على نحو مستدام، إما في الأجل القريب أو المتوسط. وتشمل النهوج المنخفضة التكلفة والفعّالة التكلفة المقترحة ما يلي:

- الاستثمار في تحديث وتعزيز التغطية بالرضاعة الطبيعية والمهارات اللازمة للخطوات العشر في المناهج الدراسية السابقة للخدمة لجميع المهنيين المعنيين (الممرضات والقابلات وأطباء الأطفال وأطباء التوليد واختصاصيي طب المواليد واختصاصي النُظم الغذائية، وما إلى ذلك)؛ ومع مرور الزمن سوف يؤدي ذلك إلى انخفاض الحاجة إلى التدريب أثناء الخدمة؛

- إذا كان التدريب أثناء الخدمة مطلوباً، تحديد الخيارات التي تقتضي وقتاً أقل (بما في ذلك وقت السفر) من المدربين، والخيارات المرنة بالنسبة للساعات التي يُمكن إجراؤه فيها (قد يشمل ذلك التدريب الإلكتروني أو عن طريق الإنترنت)، مع ضمان الجودة وبناء المهارات في الوقت نفسه؛

- إدراج مؤشرات ذات صلة بالمبادرة في النظم القائمة لترخيص المستشفيات والرصد وضمان الجودة والإشهاد.

وحيثما أمكن، يُمكن للمرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد نفسها تحمّل تكاليف إجراء التقديرات الخارجية المعنية بمعايير المبادرة. بيد أن من المهمّ ألاَّ تُشكِّل هذه التكاليف عائقاً أمام المشاركة في عملية التقدير.

وفي حين أن المبادرة ينبغي أن تكون من مسؤوليات الحكومة، قد يقتضي الأمر ممولين إضافيين إذا كانت الميزانية الوطنية غير كافية لإدامة المبادرة بسبب تنافس الأولويات أو عدم كفاية الموارد. فقد تكون مصادر التمويل الخارجية، مثل الجهات المانحة الدولية أو المؤسسات أو المنظمات غير الحكومية، ضرورية إما لتدخلات معيّنة متعلقة بالمبادرة أو لتغطية التكاليف التشغيلية الجارية. بيد أنه ينبغي بذل جهود منسقة للتحول إلى التمويل الحكومي قدر الإمكان بالنظر إلى أن التمويل الخارجي غير مستدام في العادة. ولا يجوز أن يكون لمصادر تمويل المبادرة مصالح متضاربة مع الرضاعة الطبيعية، ولا ينبغي قبولها أبداً من شركات تسوّق أغذية الرضّع وصغار الأطفال أو زجاجات التغذية والحلمات.

٤- تنسيق مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع مع سائر مبادرات دعم الرضاعة الطبيعية خارج المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد

من الواضح أن المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد لا تُمثِّل سوى نقطة دخول واحدة من بين نقاط دخول عديدة لحماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها. فالأمر يحتاج إلى العديد من التدخلات الأخرى بشأن الرعاية أثناء الحمل والرعاية بعد الولادة، والمجتمعات المحلية وأماكن العمل. ومن الأهمية بمكان أن يتكامل عمل من يعملون على تحسين السياسات والبرامج في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد مع عمل العاملين في مجالات أخرى.

فعادةً، يتسم تعليم المهنيين الصحيين بشأن الرضاعة الطبيعية بالضعف، ويحتاج الأمر إلى تعزيزه. وعلى ذلك، سيقتضي الأمر إدراج التدريب على معايير مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع في تعليم المهنيين الصحيين الأوسع نطاقاً السابق للخدمة بشأن الرضاعة الطبيعية. ويوفّر **فصل نموذجي في كتاب دراسي لطلبة الطب والمهنيين الطبيين المساعدين** الصادر عن المنظمة معلومات معيارية عن الرضاعة الطبيعية **(٨٥)**. وعموماً، لا تتحمل هيئة تنسيق شؤون المبادرة مسؤولية وضع مقرر دراسي لكلية الطب بشأن الرضاعة الطبيعية، بيد أن من المرجح أن الهيئة ستكون مسؤولة عن الإسهام بمعلومات عن معايير المبادرة في سبيل وضع مثل هذا المقرر الدراسي.

وبالمثل، في حين أن هيئة تنسيق شؤون المبادرة ليست مسؤولة عن تحسين إسداء المشورة بشأن الرضاعة الطبيعية في مرافق الرعاية الصحية وعيادات رعاية الحوامل، يتعيّن عليها أن تضمن أن المعايير الوطنية للرعاية أثناء الحمل تزوِّد الأمهات بمعلومات كافية عن الرضاعة الطبيعية قبل دخولهن المرفق الذي يوفّر الخدمات للأمهات والمواليد.

ويتعيّن أن يعمل البرنامج المعني بالمبادرة مع البرامج والمبادرات القائمة من أجل ضمان أنه يوجد ما يكفي من هياكل دعم الرضاعة الطبيعية في المجتمع المحلي التي يُمكن إلحاق الأمهات بها عقب خروجهن من المرافق، بالرغم من أن البرنامج نفسه لا يقدم خدمات في المجتمع المحلي. ويتسم الدعم المجتمعي المحسّن للرضاعة الطبيعية، بما في ذلك الرعاية الصحية الأولية المحسّنة الجودة وشبكات النظراء القوية، بأهمية حاسمة لضمان قدرة الأمهات على الإرضاع الطبيعي.

وقد حدَّد بيريز- إسكاميلا (٢٠١٦) الدعم المجتمعي بأعتباره خطوة حاسمة في سبيل إدامة الرضاعة الطبيعية لأكثر من الأسابيع القليلة الأولى من الحياة **(٤٢)**. وتَبيّن أن التدخلات التي تستهدف زيادة معدّلات الرضاعة الطبيعية تكون أشدّ فاعلية بكثير عندما تُدمَج التدخلات المعنية بالخدمات الصحية مع التدخلات المجتمعية **(٩٢)**.

وقد استبانت المبادرة الجماعية العالمية بشأن الرضاعة الطبيعية **(٩٣)** التي تأخذ زمام القيادة فيها المنظمة واليونيسيف ارتباطاً بين المرافق الصحية والمجتمعات المحلية، وهي تشجِّع الشبكات المجتمعية التي تحمي الرضاعة الطبيعية وتشجّعها وتدعمها كأولوية رئيسية. وينبغي لهيئة تنسيق شؤون المبادرة أن تشجِّع قيام أنواع متعدِّدة من الدعم المجتمعي للرضاعة الطبيعية من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية والعاملين الصحيين المجتمعيين والزائرين المنزليين وعيادات الرضاعة الطبيعية والممرضات/ القابلات والخبراء الاستشاريين في مجال الإرضاع والمرشدين النظراء ومجموعات دعم الأمهات للأمهات.

ويتسم الدعم المجتمعي المحسّن للرضاعة الطبيعية، بما في ذلك الرعاية الصحية الأولية المحسّنة الجودة وشبكات النظراء القوية، بأهمية حاسمة لضمان قدرة الأمهات على الإرضاع الطبيعي.

٥- التحوّل إلى تنفيذ مبادرة المستشفيات الصديقة للرضّع

تصف إرشادات تنفيذ المبادرة هذه تغيّرات جوهرية في الخطوات العشر وتُقدِّم عدداً من الاستراتيجيات الجديدة بشأن الإجراءات الوطنية والتنفيذ في المرافق. ومن هذا المنطلق، سيتعين على البلدان أن تقرر كيفية تحويل الأنشطة الراهنة المتعلقة بالمبادرة في ضوء هذه التغييرات.

٥-١ البلدان التي يوجد بها برنامج وطني يعمل جيداً لتسمية المستشفيات "الصديقة للرضّع"

تُبعِد إرشادات التنفيذ المحدَّثة هذه المبادرة عن النموذج التقليدي الذي يُركّز على تسمية المرفق كحصيلة رئيسية ودافع رئيسي لإجراء التغييرات في الممارسات. ولا ينبغي للبلدان التي يوجد بها حالياً برنامج تسمية يعمل جيداً وقادر على الوصول إلى أغلب المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد أن تنظر إلى هذه الإرشادات الجديدة كمبرر لإنهاء برنامج ناجح.

وينبغي لهيئات التنسيق في البلدان الواقعة في هذه الفئة أن تضع خطة لإدماج الخطوات العشر المحدَّثة في المعايير الوطنية للمبادرة. ويقتضي الأمر خطة انتقالية تبيّن متى يتوقَّع من المرافق الامتثال للمعايير المحدَّثة واستخدام الأدوات الجديدة. وينبغي إتاحة فترة معقولة من الزمن للمرافق التي سبقت تسميتها وتلك التي في طريقها إلى التسمية من أجل إجراء التغييرات في ممارساتها قبل أن تصبح المعايير الجديدة إلزامية. وسوف يتعيّن على هيئة التنسيق:

- تنقيح المواد المتاحة للجمهور بشأن الخطوات العشر؛
- تنقيح الدورات والمواد التدريبية؛
- وضع مواد أو تحديثها لمساعدة المرافق بشأن الرصد الداخلي؛
- تنقيح معايير التقدير الخارجي.

وفي الماضي، استخدمت بلدان عديدة صورة بيكاسو، المسمّاة **الأمومة**، في اللافتات أو الملصقات عند تسمية المرافق "صديقة للرضّع". ولن توفّر المنظمة واليونيسيف بعد الآن نسخاً من هذه الصورة، وإنما سيتعيّن على البلدان التي تستخدم التسمية كحافز على الامتثال للمبادرة أن تقرر بنفسها الصورة أو الصور التي ستستخدمها لهذا الغرض.

وفي حالة إدراج معايير "صديقة للأمهات" منطوية على أكثر مما تقتضيه الخطوات العشر في معايير التسمية، يُمكن الاحتفاظ بها، إلاَّ إذا كان هناك سبب يدعو إلى تحديثها.

وإلى جانب الاحتفاظ ببرنامج تسمية، يتعيّن على هذه البلدان أيضاً أن تعمل على إدماج الخطوات العشر في السياسات الوطنية وبرامج تحسين الجودة وصحة الأمهات والأطفال، حسبما هو موصوف في القسم ٣. وتنطبق مسؤوليات هيئة التنسيق المعنية بالرضاعة الطبيعية أو بالمبادرة الملخصة في الإطار ٣ بالتساوي سواءً كان لدى البلد برنامج تسمية أم لا.

٥-٢ البلدان التي لا يوجد بها برنامج نشط أو ناجح معني بالمبادرة

في البلدان التي لا تُنفَّذ المبادرة حالياً فيها، أو التي لم يتسير فيها لغالبية المرافق الحصول على التسمية "صديقة للرضّع"، يوصى بالتركيز على إدماج الخطوات العشر وإضفاء السمة المؤسسية عليها، مع وضع نهج لتحسين الجودة على مستوى المرافق وإيجاد بيئة قوية وداعمة في مجال السياسات وآليات للرصد والمساءلة. وتُبيّن الأنشطة الواردة في القسم ٣ الإجراءات ذات الأولوية اللازمة لتنشيط المبادرة بطريقة مستدامة. وسوف يقتضي الأمر إعلام العاملين في المرافق التي جرت تسميتها منذ فترة من الزمن ومديريها بالتغيّرات التي طرأت على السياسة والمعايير المحدَّثة وبالإجراءات التي يتعيّن اتخاذها من أجل الامتثال لهذه المعايير.

الملحق ١: عشر خطوات إلى رضاعة طبيعية ناجحة – نسخة عام ٢٠١٨ المنقحَّة: المقارنة بالخطوات العشر الأصلية وإرشادات المنظمة الجديدة لعام ٢٠١٧

عشر خطوات إلى رضاعة طبيعية ناجحة – تنقيح عام ٢٠١٨	التوصيات المناظرة في إرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد (٢٠١٧) (٣)	عشر خطوات في سبيل حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها: الدور الخاص لخدمات الأمومة (١٩٨٩) (٢٣)
الإجراءات الإدارية الحاسمة		
١أ– المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم (٢٥–٢٧): الامتثال الكامل للمدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم، وقرارات جمعية الصحة العالمية ذات الصلة.	لا ينطبق.	لا ينطبق (مُدرجة في التقييم الذاتي للمستشفيات وإرشادات الرصد والتقدير الخارجي).
١ب– سياسة تغذية الرضّع: وجود سياسة مدوّنة بشأن تغذية الرضّع يجري إعلامها بصورة روتينية للعاملين والأسر.	**التوصية ١٢:** ينبغي أن يكون لدى جميع المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد سياسة مدوّنة واضحة بشأن الرضاعة الطبيعية يجري إعلامها بصورة روتينية للعاملين والأسر.	**الخطوة ١:** وجود سياسة مدوّنة بشأن الرضاعة الطبيعية يجري إعلامها بصورة روتينية لجميع العاملين في مجال الرعاية الصحية.
١ج– نظم الرصد وإدارة البيانات: إنشاء نظم للرصد المستمر وإدارة البيانات.	لا ينطبق.	لا ينطبق.
٢– كفاءة العاملين: ضمان أن لدى العاملين المعارف والكفاءات والمهارات الكافية لدعم الرضاعة الطبيعية.	**التوصية ١٣:** ينبغي أن يكون لدى جميع العاملين في المرافق الصحية الذين يقدمون خدمات التغذية للرضّع، بما في ذلك دعم الرضاعة الطبيعية، ما يكفي من المعارف والكفاءات والمهارات لدعم النساء اللائي يمارسن الإرضاع الطبيعي.	**الخطوة ٢:** تدريب جميع العاملين في مجال الرعاية الصحية على المهارات اللازمة لتنفيذ هذه السياسة.
الممارسات السريرية الرئيسية		
٣– المعلومات المقدمة قبل الولادة: مناقشة أهمية الرضاعة الطبيعية وكيفية تصريف شؤونها مع الحوامل وأسرهن.	**التوصية ١٤:** ينبغي، في المرافق التي توفّر الرعاية قبل الولادة، إسداء المشورة للحوامل وأسرهن بشأن فوائد الرضاعة الطبيعية وكيفية تصريف شؤونها.	**الخطوة ٣:** إعلام جميع الحوامل بفوائد الرضاعة الطبيعية وكيفية تصريف شؤونها.

عشر خطوات إلى رضاعة طبيعية ناجحة – تنقيح عام ٢٠١٨	التوصيات المناظرة في إرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد (٢٠١٧) (٣)	عشر خطوات في سبيل حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها: الدور الخاص لخدمات الأمومة (١٩٨٩) (٢٣)
٤– **الرعاية التالية للولادة مباشرةً:** تيسير التلامس الفوري والمستمر بين بشرة الأم والمولود ودعم الأمهات لبدء الرضاعة الطبيعية في أقرب وقت ممكن بعد الولادة.	**التوصية ١:** ينبغي تيسير التلامس المبكر والمستمر بين بشرة الأمهات والرضع وتشجيعه في أقرب وقت ممكن بعد الولادة. **التوصية ٢:** ينبغي دعم جميع الأمهات لبدء الرضاعة الطبيعية في أقرب وقت ممكن بعد الولادة، في غضون ساعة واحدة من الولادة.	**الخطوة ٤:** مساعدة الأمهات على بدء الرضاعة الطبيعية في غضون نصف ساعة من الولادة.
٥– **دعم الرضاعة الطبيعية:** دعم الأمهات في بدء الرضاعة الطبيعية ومواصلتها، والتعامل مع الصعوبات الشائعة.	**التوصية ٣:** ينبغي للأمهات تلقي الدعم العملي لبدء الرضاعة الطبيعية ومواصلتها، والتعامل مع صعوبات الرضاعة الطبيعية الشائعة. **التوصية ٤:** ينبغي إسداء المشورة للأمهات بشأن كيفية استخراج لبن الثدي كوسيلة لمواصلة الإرضاع في حالة غيابهن.	**الخطوة ٥:** بيان كيفية مواصلة الإرضاع بلبن الثدي ومواصلته للأمهات حتى في حالة ابتعادهن عن رضّعهن.
٦– **التكملة:** عدم تقديم أي أغذية أو سوائل أخرى غير لبن الأم للمواليد الذين يتغذون بالرضاعة الطبيعية، إلاّ بناءً على توصية طبية.	**التوصية ٧:** ينبغي ثني الأمهات عن إعطاء أي أغذية أو سوائل غير لبن الثدي، إلاّ بناءً على توصية طبية.	**الخطوة ٦:** عدم إعطاء المواليد الرضّع أي أغذية أو سوائل غير لبن الثدي، إلاّ بناءً على توصية طبية.
٧– **البقاء في الغرفة نفسها:** إتاحة الفرصة لبقاء الأمهات ورضّعهن معاً في الغرفة نفسها على مدار الساعة.	**لتوصية ٥:** ينبغي للمرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد أن تتيح للأمهات ورضّعهن فرصة البقاء معاً على مدار الساعة. وقد لا يسري ذلك في الظروف التي تقتضي فصل الرضّع لأغراض الرعاية الطبية المتخصصة.	**الخطوة ٧:** إتاحة الفرصة لبقاء الأمهات ورضّعهن معاً في الغرفة نفسها على مدار الساعة.

عشر خطوات إلى رضاعة طبيعية ناجحة – تنقيح عام ٢٠١٨	التوصيات المناظرة في إرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد (٢٠١٧) (٣)	عشر خطوات في سبيل حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها: الدور الخاص لخدمات الأمومة (١٩٨٩) (٢٣)
٨- **التغذية المستجيبة:** دعم الأمهات في التعرف على علامات احتياج رضّعهن للغذاء والاستجابة لها.	**التوصية ٦:** ينبغي دعم الأمهات لممارسة التغذية المستجيبة كجزء من الرعاية التربوية. **التوصية ٨:** ينبغي دعم الأمهات للتعرّف على علامات احتياج رضّعهن للغذاء والحميمية والراحة وتمكينهن من أجل الاستجابة لهذه العلامات بمجموعة متنوّعة من الخيارات، وذلك خلال وجودهن في المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد.	**الخطوة ٨:** تشجيع الرضاعة الطبيعية بناءً على الطلب.
٩- **زجاجات التغذية والحلمات والمصّاصات.** إسداء المشورة للأمهات بشأن استخدام زجاجات التغذية والحلمات والمصّاصات ومخاطرها.	**التوصية ٩:** بالنسبة للرضّع المبتسرين غير القادرين على الرضاعة الطبيعية مباشرةً، قد يكون من المفيد استخدام الرضاعة غير المغذية والتنبيه الفموي إلى أن تستقر التغذية بالرضاعة الطبيعية. **التوصية ١٠:** إذا كان يوصى لدواع طبية باللبن المستخرج من الثدي أو غيره من الأغذية لرضّع ناضجين، يُمكن استخدام وسائل تغذية من قبيل الفناجين أو الملاعق أو زجاجات التغذية والحلمات خلال مدّة بقائهم في المرفق. **التوصية ١١:** إذا كان يوصى لدواع طبية باللبن المستخرج من الثدي أو غيره من الأغذية لرضّع مبتسرين، يُفضَّل استخدام وسائل تغذية من قبيل الفناجين والملاعق على زجاجات التغذية والحلمات.	**الخطوة ٩:** عدم إعطاء حلمات أو مصاصات اصطناعية للرضّع الذين يتغذون بالرضاعة الطبيعية.
١٠- **الرعاية عند الخروج من المرفق:** تنسيق الخروج من المرفق بحيث يُتاح للأمهات ورضّعهن الدعم والرعاية المتواصلان في الوقت المناسب.	**التوصية ١٥:** في إطار حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها، ينبغي تخطيط الخروج من المرافق التي توفّر الخدمات للأمهات والمواليد وتنسيقه بحيث يُتاح للأمهات ورضّعهن الحصول على الدعم المتواصل والرعاية المناسبة.	**الخطوة ١٠:** تشجيع إنشاء مجموعات دعم الرضاعة الطبيعية وإحالة الأمهات إليها لدى خروجهن من المستشفى أو العيادة.

الملحق ٢: عشر خطوات إلى رضاعة طبيعية ناجحة بصياغة غير متخصصة

تدعم المستشفيات الأمهات عن طريق ...		لأن ...
١- سياسات المستشفيات	• عدم الترويج لبدائل لبن الأم أو الزجاجات أو الحلمات • جعل رعاية الرضاعة الطبيعية ممارسة معيارية • تتبّع الدعم المقدم للرضاعة الطبيعية	سياسات المستشفيات تساعد على ضمان توفير أفضل رعاية للأمهات والرضّع
٢- كفاءة العاملين	• تدريب العاملين على دعم الأمهات بشأن الرضاعة الطبيعية • تقدير معارف العاملين ومهاراتهم	العاملين المدربين جيداً يوفّرون أفضل دعم للرضاعة الطبيعية
٣- الرعاية قبل الولادة	• مناقشة أهمية الرضاعة الطبيعية للرضّع والأمهات • إعداد النساء بشأن كيفية تغذية رضّعهن	أغلب النساء قادرات على الإرضاع الطبيعي إذا توافر لهن الدعم المناسب
٤- الرعاية بعد الولادة مباشرةً	• تشجيع التلامس بين بشرتيّ الأم والرضيع في أقرب وقت بعد الولادة • مساعدة الأمهات على تغذية رضّعهن بالرضاعة الطبيعية فوراً	التلامس بين البشرتين يساعد على بدء الرضاعة الطبيعية
٥- دعم الأمهات بشأن الرضاعة الطبيعية	• التحقق من صحة وضع الرضيع واحتضانه ورضاعته • توفير الدعم العملي للرضاعة الطبيعية • مساعدة الأمهات على التعامل مع مشكلات الرضاعة الطبيعية الشائعة	الإرضاع من ثدي الأم ممارسة طبيعية، بيد أن أغلب الأمهات يحتجن إلى المساعدة في البداية
٦- التكملة	• إعطاء لبن الثدي فقط إلاّ إذا كانت هناك دواع طبية • إيلاء الأولوية للّبن البشري المتبرع به عندما يقتضي الأمر تكملة • مساعدة الأمهات اللائي يرغبن في استخدام بدائل لبن الأم على القيام بذلك بأمان	إعطاء بدائل لبن الأم في المستشفى يجعل من العسير الأخذ بالرضاعة الطبيعية واستمرارها
٧- البقاء في الغرفة نفسها	• تسكين الأمهات والرضّع معاً ليلاً ونهاراً • ضمان بقاء أمهات الرضّع المرضى على مقربة من رضّعهن	الأمهات يحتجن إلى البقاء على مقربة من رضّعهن من أجل ملاحظة العلامات الدالة على احتياجهم للغذاء والاستجابة لها
٨- التغذية الاستجابية	• مساعدة الأمهات على معرفة متى يجوع رضيعهن • عدم وضع حدود زمنية للرضاعة الطبيعية	تغذية الرضّع بالرضاعة الطبيعية كلما أرادوا يساعد الجميع
٩- الزجاجات والحلمات والمصّاصات	• إسداء المشورة للأمهات بشأن استخدام زجاجات التغذية والحلمات والمصّاصات ومخاطرها	كل ما يدخل فم الرضّع يجب أن يكون نظيفاً
١٠- الخروج من المرفق	• إحالة الأمهات إلى الموارد المجتمعية المتاحة لدعم الرضاعة الطبيعية • العمل مع المجتمعات المحلية على تحسين خدمات دعم الرضاعة الطبيعية	تعلّم كيفية استخدام الرضاعة الطبيعية يحتاج إلى وقت

الملحق ٣: أعضاء فريق الاستعراض الخارجي

السيدة جنفييف بيكر (حتى حزيران/ يونيو ٢٠١٦)
خبيرة استشارية دولية
خدمات BEST – التعليم والدعم والتدريب بشأن الرضاعة الطبيعية
أيرلندا

الدكتور ألا كورتيانو
رئيس قسم طب الفترة المحيطة بالولادة
معهد الأم والطفل
جمهورية مولدوفا

الدكتورة تيريزيتا غونزالس دي كوسيو (اعتباراً من نيسان/ أبريل ٢٠١٦)
مديرة إدارة الصحة
الجامعة الإيبرية الأمريكية
المكسيك

الدكتورة رخسانة حيدر
المؤسِسة والمديرة
مؤسسة TAHN – التدريب والمساعدة من أجل الصحة والتغذية
بنغلاديش

الدكتورة مريم هـ. لابوك (حتى آب/ أغسطس ٢٠١٦)
الأستاذ المؤسِس والمديرة
معهد كارولاينا العالمي للرضاعة الطبيعية (CGBI)
جامعة نورث كارولاينا في شابل هيل
الولايات المتحدة الأمريكية

الدكتور ديونغ هوي لونغ
نائب رئيس شعبة إدارة الجودة
وزارة الصحة
فييت نام

الدكتورة شيسا لوتر (اعتباراً من تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١٦)
خبيرة استشارية مستقلة
الولايات المتحدة الأمريكية

الدكتورة كريا ج. بيريني (اعتباراً من نيسان/ أبريل ٢٠١٦)
رئيسة فريق إطعام الرضّع، فرع التغذية
شعبة التغذية والنشاط البدني والسمنة
مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها
الولايات المتحدة الأمريكية

السيدة رندا سعادة
خبيرة استشارية مستقلة
لبنان

الدكتورة إيزابيلا ساغو– موزس
نائبة المدير
الصحة الإنجابية وصحة الطفل، الخدمة الصحية الغانية
غانا

السيدة جولي ستوفكنز
المسؤول التنفيذي
تحالف الرضاعة الطبيعية النيوزيلندي (NZBA)
نيوزيلندا

المراجع

١- World Health Organization, United Nations Children's Fund, Wellstart International. The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring and reassessment: tools to sustain progress. Geneva: World Health Organization; 1991 (WHO/NHD/99.2; http://apps.who.int/iris/handle/10665/65380, accessed 7 March 2018).

٢- Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet.2016;387(10017):475–90. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7.

٣- Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259386/1/9789241550086-eng.pdf?ua=1, accessed 7 March 2018).

٤- Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249155/1/9789241511216-eng.pdf?ua=1, accessed 7 March 2018).

٥- Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366.pdf?ua=1, accessed 7 March 2018).

٦- WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf, accessed 7 March 2018).

٧- World Health Organization, United Nations Children's Fund. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf, accessed 7 March 2018).

٨- United Nations Children's Fund. UNICEF data: monitoring the situation of children and women. Access the data: infant and young child feeding (http://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/, accessed 7 March 2018).

٩- Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, Sinha B, Fawzi W, Edmond KM et al. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017;12(7):e0180722. doi:10.1371/journal.pone.0180722.

١٠- NEOVITA Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. Lancet Glob Health. 2016;4(4):e266–75. doi:10.1016/S2214-109X(16)00040-1.

١١- The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation Geneva, Switzerland, 28–30 March 2001. Geneva: World Health Organization; 2011 (WHO/NHD01.09, WHO/FCH/CAH/01.24; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67219/1/WHO_NHD_01.09.pdf?ua=1, accessed 7 March 2018).

١٢- Salmon L. Food security for infants and young children: an opportunity for breastfeeding policy? Int Breastfeed J. 2015;10:7. doi:10.1186/s13006-015-0029-6.

١٣- Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC et al., The Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet. 2016;387:491–504. doi:10.1016/S0140-6736(15)01044-2.

١٤- Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. Lancet Glob Health. 2015;3:e199–e205. doi: 10.1016/S2214-109X(15)70002-1.

١٥- Colchero MA, Contreras-Loya D, Lopez-Gatell H, González de Cosío T. The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. Am J Clin Nutr. 2015;101(3):579–86. doi:10.3945/ajcn.114.092775.

١٦- Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, Jegier BJ, Reinhold AG, Colaizy TT et al. Suboptimal breastfeeding in the United States: maternal and pediatric health outcomes and costs. Matern Child Nutr. 2016;13(1). doi:10.1111/mcn.12366.

١٧- Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations. Am J Health Promot. 1995;10(2):148–153. doi:10.4278/0890-1171-10.2.148.

١٨- Dadhich JP, Smoth J, Iellamo A, Suleiman A. Report on carbon footprints due to milk formula: a study from selected countries of the Asia- Pacific Region. Delhi: BPNI/IBFAN Asia; 2016 (http://ibfan.org/docs/Carbon-Footprints-Due-to-Milk-Formula.pdf, accessed 7 March 2018).

١٩- Infant and young child feeding in emergencies. Operational guidance for emergency relief staff and programme managers, version 3.0 Oxford: IFE Core Group; 2017 (http://www.ennonline.net/operationalguidance-v3-2017, accessed 7 March 2018).

٢٠- Joint statement by the UN Special Rapporteurs on the Right to Food, Right to Health, the Working Group on Discrimination against Women in law and in practice, and the Committee on the Rights of the Child in support of increased efforts to promote, support and protect breast-feeding. Geneva: United Nations Human Rights Office of the High Commissioner; 2016 (http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20871, accessed 7 March 2018).

٢١– أهداف التنمية المستدامة، ١٧ هدفاً لتحويل عالمنا (http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/، تم الاطلاع في٧ آذار/ مارس ٢٠١٨).

٢٢– United Nations Children's Fund. UNICEF data: monitoring the situation of children and women. Joint UNICEF/WHO database 2016 of skilled health personnel, based on population based national household survey data and routine health systems (https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/#, accessed 7 March 2018).

٢٣– Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva: World Health Organization; 1989 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf, accessed 7 March 2018).

٢٤– Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. New York: United Nations Children's Fund; 1991 (http://www.who.int/about/agenda/health_development/events/innocenti_declaration_1990.pdf, accessed 7 September 2018).

٢٥– International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva: World Health Organization; 1981 (http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf, accessed 7 March 2018).

٢٦– The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes – 2017 update: frequently asked questions. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254911/1/WHO-NMH-NHD-17.1-eng.pdf?ua=1, accessed 7 March 2018).

٢٧– World Health Organization. Code and subsequent resolutions (http://www.who.int/nutrition/netcode/resolutions/en/, accessed 7 March 2018).

٢٨– Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: World Health Organization; 1998 (WHO/CHD/98.9; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43633/1/9241591544_eng.pdf, accessed 7 March 2018).

٢٩– القرار ج ص ع٤٧-٥، تغذية الرضّع وصغار الأطفال، في: جمعية الصحة العالمية السابعة والأربعون، جنيف، ٢-١٢ أيار/ مايو ١٩٩٤. القرارات والمقررات الإجرائية، الملاحق. جنيف: منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٤ (http://www.who.int/nutrition/topics/WHA47.5_iycn_en.pdf، تم الاطلاع في٧ آذار/ مارس ٢٠١٨).

٣٠– القرار ج ص ع٤٩-١٥، تغذية الرضّع وصغار الأطفال، في: جمعية الصحة العالمية التاسعة والأربعون، جنيف، ٢٠-٢٥ أيار/ مايو ١٩٩٦. القرارات والمقررات الإجرائية، الملاحق. جنيف: منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٦ (http://www.who.int/nutrition/topics/WHA49.15_iycn_en.pdf، تم الاطلاع في٧ آذار/ مارس ٢٠١٨).

٣١- Innocenti Declaration 2005 on infant and young child feeding, 22 November 2005, Florence, Italy. Geneva: United Nations Children's Fund; 2005 (http://www.unicef.org/nutrition/files/innocenti2005m_FINAL_ARTWORK_3_MAR.pdf, accessed 7 March 2018).

٣٢- Baby-friendly Hospital Initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2009 (http://apps.who.int/iris/handle/10665/43593, accessed 7 March 2018).

٣٣- القرار ج ص ع٦٥-٦، خطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضّع وصغار الأطفال، في: جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون، جنيف، ٢١-٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢. القرارات والمقررات الإجرائية، الملاحق. جنيف: منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٢: ١٢-١٣ (WHA65/2012/REC/1; http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6_resolution_en.pdf، تم الاطلاع في٧ آذار/ مارس ٢٠١٨).

٣٤- World Health Organization. Global targets 2025. To improve maternal, infant and young child nutrition (http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/en/, accessed 7 March 2018).

٣٥- Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization. Second International Conference on Nutrition, Rome, 19–21 November 2014. Conference outcome document: framework for action. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2014 (http://www.fao.org/3/a-mm215e.pdf, accessed 7 March 2018).

٣٦- Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization. United Nations Decade of Action on Nutrition 2016–2025. Frequently asked questions. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2016 (http://www.fao.org/3/a-i6137e.pdf, accessed 7 March 2018).

٣٧- المقرر الإجرائي ج ص ع٦٨(١٤)، تغذية الأمهات والرضّع وصغار الأطفال: وضع مجموعة المؤشرات الأساسية، في: جمعية الصحة العالمية الثامنة والستون، جنيف، ١٨-٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٥. القرارات والمقررات الإجرائية، الملاحق. جنيف: منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥: ٩٤ (WHA68/2015/REC/1; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_R1_REC1-en.pdf، تم الاطلاع في٧ آذار/ مارس ٢٠١٨).

٣٨- Indicators for the Global monitoring framework on maternal, infant and young child nutrition. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/nutrition/topics/indicators_monitoringframework_miycn_background.pdf?ua=1, accessed 7 March 2018).

٣٩- Labbok MH. Global Baby-friendly Hospital Initiative monitoring data: update and discussion. Breastfeed Med. 2012;7:210–22. doi:10.1089/bfm.2012.0066.

٤٠- National implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255197/1/9789241512381-eng.pdf?ua=1, accessed 7 March 2018).

٤١- Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA. 2001;285:413–20.

٤٢- Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. Matern Child Nutr. 2016;12(3):402–17. doi:10.1111/mcn.12294.

٤٣- DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. Pediatrics. 2008;122(Suppl. 2):S43–9. doi:10.1542/peds.2008-1315e.

٤٤- Saadeh RJ. The Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) 20 years on: facts, progress and the way forward. J Hum Lact. 2012. doi:10.1177/0890334412446690.

٤٥- Munn AC, Newman SD, Mueller M, Phillips SM, Taylor SN. The impact in the United States of the Baby-Friendly Hospital Initiative on early infant health and breastfeeding outcomes. Breastfeed Med. 2016;11:222–30. doi:0.1089/bfm.2015.0135.

٤٦- United Nations Children's Fund, World Health Organization. Country experiences with the Baby-friendly Hospital Initiative: Compendium of case studies from around the world. New York: United Nations Children's Fund; 2017 (https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_Case_Studies_FINAL.pdf, accessed 7 March 2018).

٤٧- Pan American Health Organization, World Health Organization Regional Office for the Americas. The Baby Friendly Hospital Initiative in Latin America and the Caribbean: current status, challenges, and opportunities. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2016 (http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18830/9789275118771_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, accessed 7 March 2018).

٤٨- WHO handbook for guideline development, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22083en/s22083en.pdf, accessed 7 March 2018).

٤٩- World Health Organization, United Nations Children's Fund. Baby-friendly Hospital Initiative Congress: 24–26 October 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/nutrition/events/2016_bfhi_congress_24to26oct/en/, accessed 7 March 2018).

٥٠- Nyqvist KH, Maastrup R, Hansen MN, Haggkvist AP, Hannula L, Ezeonodo A et al. Neo-BFHI: the Baby-friendly Hospital Initiative for neonatal wards. Three guiding principles and Ten Steps to protect, promote and support breastfeeding. Core document with recommended standards and criteria. Nordic and Quebec Working Group; 2015 (http://www.ilca.org/main/learning/resources/neo-bfhi, accessed 7 March 2018).

٥١- Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2016(8):CD007202. doi:10.1002/14651858.CD007202.pub4.

٥٢- Foster JP, Psaila K, Patterson T. Non-nutritive sucking for increasing physiologic stability and nutrition in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(10):CD001071. doi:10.1002/14651858.CD001071.pub3.

٥٣- Greene Z, O'Donnell CP, Walshe M. Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(9):CD009720. doi:10.1002/14651858.CD009720.pub2.

٥٤- Maternal, infant and young child feeding. Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children. In: Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 23–28 May 2016. Provisional agenda item 12.1. Geneva: World Health Organization; 2016 (A69/7 Add 1; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_7Add1-en.pdf?ua=1, accessed 7 March 2018).

٥٥- World Health Organization, United Nations Children's Fund. Guideline: updates on HIV and infant feeding. The duration of breastfeeding and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf, accessed 7 March 2018).

٥٦- Framework on integrated people-centred health services. In: Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 23–28 May 2016. Provisional agenda item 16.1. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1, accessed 7 March 2018).

٥٧- Smith LJ, Kroeger M. Impact of birthing practices on breastfeeding, 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett; 2010.

٥٨- The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva: World Health Organization; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1&ua=1, accessed 7 March 2018).

٥٩- Piwoz E Huffmann S. The impact of marketing of breast-milk substitutes on WHO-recommended breastfeeding practices. Food Nutr Bull. 2015;36:373–86. doi:10.1177/0379572115602174.

٦٠– Breaking the rules stretching the rules 2014. Evidence of violations of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent resolutions compiled from January 2011 to December 2013. Penang: International Baby Food Action Network International Code Documentation Centre; 2014 (http://www.ibfan-icdc.org/wp-content/uploads/2017/03/1__Preliminary_pages_5-2-2014.pdf, accessed 7 March 2018 [Executive summary]).

٦١– Baker P, Smith J, Salmon L, Friel S, Kent G, Iellamo A et al. Global trends and patterns of commercial milk-based formula sales: is an unprecedented infant and young child feeding transition underway? Public Health Nutr. 2016;19(14):2540–50. doi:10.1017/S1368980016001117.

٦٢– القرار ٣٩-٢٨، تغذية الرضّع وصغار الأطفال، في: جمعية الصحة العالمية التاسعة والثلاثون، جنيف، ٥-١٦ أيار/ مايو ١٩٨٦. القرارات والمقررات الإجرائية، الملاحق. جنيف: منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٦ (http://www.who.int/nutrition/topics/WHA39.28_iycn_en.pdf?ua=1، تم الاطلاع في٧ آذار/ مارس ٢٠١٨).

٦٣– US Department of Health and Human Services National Institutes of Health. What are the risk factors for preterm labor and birth? (https://www.nichd.nih.gov/health/topics/preterm/conditioninfo/Pages/who_risk.aspx, accessed 7 March 2018).

٦٤– Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. Matern Child Nutr. 2014;10:456–73. doi:10.1111/mcn.12128.

٦٥– Implications of cesarean delivery for breastfeeding outcomes and strategies to support breastfeeding. Washington (DC): Alive & Thrive; 2014 (A&T Technical Brief Issue 8, February 2014; http://aliveandthrive.org/wp-content/uploads/2014/11/Insight-Issue-8-Cesarean-Delivery-English.pdf, accessed 7 March 2018).

٦٦– Kangaroo mother care: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 2003 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42587/1/9241590351.pdf, accessed 7 March 2018).

٦٧– Nyqvist KH, Sjoden PO, Ewald U. The development of preterm infants' breastfeeding behavior. Early Hum Dev. 1999;55(3):247–64.

٦٨– McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(2):CD001141. doi:10.1002/14651858.CD001141.pub5.

٦٩– Meier PP, Furman LM, Degenhardt M. Increased lactation risk for late preterm infants and mothers: evidence and management strategies to protect breastfeeding. J Midwifery Womens Health. 2007;52(6):579–87.

٧٠- Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(9):CD006170. doi:10.1002/14651858.CD006170.pub5.

٧١- Salvatori G, Guaraldi F. Effect of breast and formula feeding on gut microbiota shaping in newborns. Front Cell Infect Microbiol. 2012;2:94. doi:10.3389/fcimb.2012.00094.

٧٢- World Health Organization, United Nations Children's Fund. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Geneva: World Health Organization; 2009. (WHO/NMH/NHD?09.1, WHO/FCH/CAH/09.1; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69938/1/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf, accessed 7 March 2018).

٧٣- Kellams A, Harrel C, Omage S, Gregory C, Rosen-Carole C, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. Breastfeed Med. 2017;12)188–98. doi:10.1089/bfm.2017.29038.ajk.

٧٤- World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations. Safe preparation, storage and handling of powdered infant formula: guidelines. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines.pdf, accessed 7 March 2018).

٧٥- DeMarchis A, Israel-Ballard K, Mansen KA, Engmann C. Establishing an integrated human milk banking approach to strengthen newborn care. J Perinatol. 2017;37(5):469–74. doi:10.1038/jp.2016.198.

٧٦- Bu'Lock F, Woolridge MW, Baum JD. Development of co-ordination of sucking, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants. Dev Med Child Neurol. 1990;32:669–78.

٧٧- Woolridge MW. Problems of establishing lactation. Food Nutr Bull. 1996;17(4):316–23.

٧٨- Improving the quality of hospital care for mothers and newborns: coaching manual. POCQI: point-of-care quality improvement. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2017 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255876/1/9789290225485-eng.pdf, accessed 7 March 2018).

٧٩- Quality improvement. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services Health Resources and Service Administration; 2011 (https://www.hrsa.gov/quality/toolbox/508pdfs/qualityimprovement.pdf, accessed 7 March 2018).

٨٠- Improving the quality of hospital care for mothers and newborns: learner manual. POCQI: point-of-care quality improvement. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2017 (https://www.newbornwhocc.org/POCQI-Learner-Manual.pdf, accessed 7 March 2018).

٨١- Institute for Healthcare Improvement. How to improve (http://www.ihi.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx, accessed 7 March 2018).

٨٢- Institute for Healthcare Improvement. Quality Improvement Essentials Toolkit (http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/Quality-Improvement-Essentials-Toolkit.aspx, accessed 7 March 2018).

٨٣- Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1, accessed 7 March 2018).

٨٤- Quality, Equity, Dignity. A network for improving quality of care for maternal, newborn and child health. Quality of care (http://www.qualityofcarenetwork.org/network-improve-qoc, accessed 7 March 2018).

٨٥- Infant and young child feeding. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/en/, accessed 7 March 2018).

٨٦- Baby-friendly Hospital Initiative: revised updated and expanded for integrated care. Section 3: breastfeeding promotion and support in a Baby-friendly hospital. A 20-hour course for maternity staff. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2009. (http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s3/en/, accessed 7 March 2018).

٨٧- Baird C. Top healthcare stories for 2016: pay-for-performance. Arlington (VA): Committee for Economic Development; 2016 (https://www.ced.org/blog/entry/top-healthcare-stories-for-2016-pay-for-performance, accessed 7 March 2018).

٨٨- Cashin C, Chi YL, Smith P, Borowitz M, Thomson S, editors. Paying for performance in healthcare: Implications for health system performance and accountability. Maidenhead: Open University Press, McGraw-Hill Education; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf, accessed 7 March 2018).

٨٩- The Breakthrough Series: IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement. IHI Innovation Series white paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2003 (http://www.ihi.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/TheBreakthroughSeriesIHIsCollaborativeModelforAchievingBreakthroughImprovement.aspx, accessed 7 March 2018).

٩٠- DHS Program. Demographic and Health Surveys: Model Woman's Questionnaire. Rockville (MD): DHS Program; 2017 (https://dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSQ7/DHS7-Womans-QRE-EN-07Jun2017-DHSQ7.pdf, accessed 7 March 2018).

٩١- United Nations Children's Fund, World Health Organization, 1000 Days, Alive & Thrive. Nurturing the health and wealth of nations: the investment case for breastfeeding. New York and Geneva: United Nations Children's Fund and World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-collective-investmentcase.pdf?ua=1, accessed 7 March 2018).

٩٢- Sinha B, Chowdhury R, Sankar M, Martines J, Teneja S, Mazumder S et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: systematic review and meta analysis. Acta Paediatr. 2015;104:114–34. doi:10.1111/apa.13127.

٩٣- United Nations Children's Fund. The Global Breastfeeding Collective (https://www.unicef.org/nutrition/index_98470.html, accessed 7 March 2018).

لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال:

الإدارة المعنية بالتغذية من أجل الصحة والتنمية

منظمة الصحة العالمية

Avenue Appia 20
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

Email: nutrition@who.int
www.who.int/nutrition

ISBN 978-92-4-651380-2

منظمة
الصحة العالمية