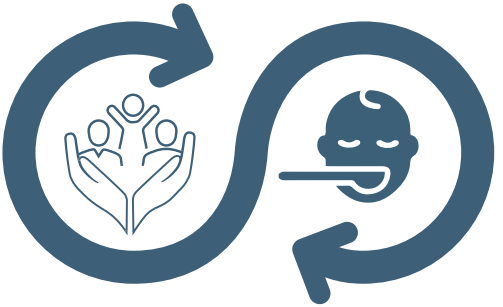
المعيار 25:
التغذية وحماية الطفل

يجب قراءة ما يلي مع هذا المعيار: المبادئ؛ والمعيار 21: الأمن الغذائي وحماية الطفل؛ والمعيار 24: الصحّة وحماية الطفل.



المعيار

يتمكن الأطفال ومقدّمو الرعاية لهم، خصوصًا النساء والفتيات الحوامل والمرضعات، من الوصول إلى خدمات تغذية آمنة وكافية وملائمة.

تتمتع الجهات الفاعلة في مجالَي التغذية وحماية الطفل بفرص رئيسية للتعاون في ما بينها، لا سيما في السنوات الثلاث الأولى من عمر الأطفال وخلال فترة المراهقة. يمكن أن تؤثر العادات الغذائية، والمحرّمات، والتمييز داخل المنزل، على أفراد المجموعة السكانية بشكل مختلف. فالأطفال، لا سيما الفتيات الحوامل، لديهم قابلية للتعرض لجميع أشكال نقص التغذية. أمّا الأشخاص ذوو الإعاقة فلديهم قابلية للتعرض بشكل خاص لسوء التغذية والقصورات الأخرى ذات الصلة. وغالبًا ما تزداد أي عملية خلل في التغذية سوءًا في أوقات الأزمة، عندما يكافح مقدّمو الرعائية لتأمين لقمة العيش، والدخل، والرعاية الصحية لعائلاتهم. وتعتبر صحة الأمهات والأطفال وحقوقهم ورفاههم، قابلة للتعرض للخطر بشكل خاص.

٢٥.١. الإجراءات الأساسية

الإجراءات الأساسية التي يجب أن تنفذها معًا الجهات الفاعلة في مجالَي حماية الطفل والتغذية

٢٥.١.١. تكييف الأدوات، والمنهجيات، والمؤشرات الموجودة الخاصة بتقييم ورصد التغذية وحماية الطفل، من أجل عمليات مشتركة لتحديد وتحليل ورصد والاستجابة للأسر المعرضة لسوء التغذية و/أو شواغل حماية الطفل.

- جمع بيانات أساسية عن وضع الأطفال في مجالَي التغذية والحماية؛
- إدراج تصورات الأطفال الخاصة في جميع عمليات الرصد والتقييم؛
- تصنيف البيانات بحسب النوع الاجتماعي، والعمر، والإعاقة، كحد أدنى؛
- تضمين تدابير وتحققات بشأن تصورات الأطفال للسلامة، وبشأن وضع ترتيبات الرعاية الخاصة بهم.

٢٥.١.٢. الاتفاق على الآلية المتعددة القطاعات الأكثر فعالية لتشارك المعلومات التي تنتج عن التقييمات والتقديرات والتحليلات.

٢٥.١.٣. تحديد مجالات الاهتمام المشتركة بين التغذية وحماية الطفل من خلال التشاور مع المجتمعات المحلية، بما في ذلك الأطفال.

٢٥.١.٤. وضع معايير مشتركة لتحديد الأولويات في إدراج الأطفال والأسر المعرّضين لخطر سوء التغذية و/أو شواغل حماية الطفل.

٢٥.١.٥. تنفيذ تدخّلات استجابة متكاملة للأسر المعرّضة لخطر سوء التغذية و/أو شواغل حماية الطفل، للأطفال من جميع الأعمار عبر جميع مراحل دورة البرنامج. وقد تشمل هذه التدخّلات ما يلي:

- تعبئة المجتمع؛
- مجموعات دعم من أمّ إلى أمّ في المرافق الصحية وفي المجتمعات المحلية؛
- أنشطة التحفيز النفسي الاجتماعي للرضع والأطفال الصغار؛
- خدمات التغذية العلاجية؛
- برامج توعية حول تغذية الرضع.

٢٥.١.٦. توثيق ومعالجة أي عواقب سلبية غير مقصودة عندما تؤدي شواغل حماية الطفل إلى تحسين وضع التغذية أو تفاقمه.

٢٥.١.٧. تنسيق التدخّلات في جميع مراحل دورة البرنامج من خلال:

- تحديد أي مجموعات تنسيق موجودة مسبقًا؛
- اختيار أفضل آلية تنسيق لاستخدامها بين القطاعَين.

٢٥.١.٨. مراجعة الروابط والتعاون بين حماية الطفل والتغذية في فترات منتظمة. وتكرار الممارسات الواعدة.

٢٥.١.٩. ضمان تمثيل ملائم للأطفال في عمليات صنع القرار، وفي هيكليات المشاركة المجتمعية المتعلقة بالتغذية (انظر المبادئ).

٢٥.١.١٠. إدراج رسائل صديقة للطفل (أ) من حماية الطفل في التدخّلات في مجال التغذية و(ب) ومن الوقاية من سوء التغذية في أنشطة حماية الطفل.

٢٥.١.١١. تدريب الموظّفين في مجال التغذية على شواغل، ومبادئ، ونُهُج حماية الطفل، حتى يتمكنوا من أن يحيلوا بشكل صحيح حالات حماية الطفل التي تمّ الإفصاح عنها أو تحديدها.

٢٥.١.١٢. تطوير وتنفيذ آليات إحالة وإجراءات عمل معيارية صديقة للطفل ومتعددة القطاعات، حتى يتمكن العاملون في مجالَي التغذية وحماية الطفل من إحالة حالات حماية الطفل وسوء التغذية بأمان وفعالية. تحديد ما إذا كان من الضروري أن يكون سوء التغذية معيارًا في إدارة الحالات.

٢٥.١.١٣. وضع بروتوكولات مشتركة لحماية البيانات وآليات الإحالة السرية للأطفال والعائلات الذين اختبروا أو هم عرضة لخطر الإساءة، أو الإهمال، أو الاستغلال، أو العنف.

٢٥.١.١٤. التعاون مع الأطفال والجهات المعنية الأخرى لتصميم، وإنشاء، وتنفيذ، ورصد آليات التغذية الراجعة والإبلاغ المشتركة، والصديقة للطفل، والميسَّرة، والسرية، الخاصة بشواغل حماية الطفل.

٢٥.١.١٥. الحرص على أن جميع الموظّفين قد تلقّوا تدريبًا على سياسات وإجراءات الصون، ووقّعوا على هذه السياسات والإجراءات.

الإجراءات الأساسية للجهات الفاعلة في مجال حماية الطفل

٢٥.١.١٦. إدراج معلومات وإحالات لخدمات التغذية (بما في ذلك خدمات التغذية العلاجية وبرامج التوعية عن تغذية الرضع) في أنشطة حماية الطفل التي تحافظ على سرية الأطفال والأسر.

٢٥.١.١٧. تحديد خدمات حماية الطفل الموجودة والحد من أي ثغرات أو اختناقات أو عوائق تحول دون وصول الأطفال.

٢٥.١.١٨. القيام بتحديد الاشخاص التاليين وإحالتهم إلى أقرب مركز صحي أو فريق تغذية:

- الأسر والأطفال المعرّضون لخطر نقص التغذية؛
- النساء المرضعات والفتيات المراهقات، خصوصًا أولئك اللواتي يواجهن صعوبات في إنتاج الحليب؛ و/أو
- الأطفال ذوو الإعاقة أو الأطفال الذين يعانون من صعوبة في الرضاعة أو البلع.

٢٥.١.١٩. تحديد النساء المرضعات و/أو الأمهات المرضعات (أو، كملاذ أخير، تأمين تغذية بديلة ملائمة) للأطفال الذين ليس لديهم أم.

٢٥.١.٢٠. تحديد الأنماط في الاستهلاك الغذائي وصنع القرار ضمن الأسرة.

٢٥.١.٢١. توزيع المواد الغذائية واللوازم.

٢٥.١.٢٢. القيام بفحوص تغذية أساسية.

٢٥.١.٢٣. إجراء أنشطة رصد لاستجابة التغذية الأساسية.

٢٥.١.٢٤. توفير مساحات ملائمة للفتيات والنساء المرضعات في جميع أماكن التجمعات المجتمعية التي تديرها الجهات الفاعلة في المجال الإنساني، مثل مراكز التسجيل، ومواقع التوزيع، إلخ.

٢٥.١.٢٥. دعم البرامج التي تقلل من مخاطر سوء تغذية وحماية الطفل (انظر 25.1.5.)

٢٥.١.٢٦. توفير دعم أو تغذية مكمِّلة لتغذية الرضع والأطفال الصغار عند الإمكان، أثناء أنشطة حماية الطفل.

٢٥.١.٢٧. حماية وتعزيز ودعم الرضاعة الطبيعية حصريًا خلال الأشهر الستة الأولى، ثم الاستمرار في الرضاعة الطبيعية (إلى جانب الأطعمة المغذية، والملائمة للعمر، والمكمِّلة) خلال السنة الثانية من العمر وما بعدها.

٢٥.١.٢٨. تنظيم حصص الإرضاع الطبيعي ومجموعات دعم الأقران للمراهقات الحوامل و/أو المرضعات، لرفع الوعي بشأن الفوائد الغذائية والصحية لحليب الأم.

٢٥.١.٢٩. متابعة ترتيبات الرعاية المؤقتة للأطفال الذين يتمّ وضع مقدّمي الرعاية لهم في مراكز التغذية.

٢٥.١.٣٠. المناصرة لتحديد الروابط بين التغذية وحماية الطفل في عمليات التقييم وتخصيص الموارد، مثل تقييم الاحتياجات ما بعد الكوارث/النزاع.

٢٥.١.٣١. إجراء فحوصات لحماية الأطفال في مرافق وبرامج التغذية لتحديد وضع السلامة والرعاية لجميع الأطفال في الأسرة.

٢٥.١.٣٢. العمل مع الجهات الفاعلة في مجال التغذية لتسهيل المناقشات حول تنمية الطفولة المبكرة وحماية الطفل في أنشطة التغذية من أمّ إلى أمّ.

الإجراءات الأساسية للجهات الفاعلة في مجال التغذية

٢٥.١.٣٣. إنشاء آليات لمشاركة الطفل تساهم في تمكين جميع التدخّلات في مجال التغذية طوال فترة دورة البرنامج من:
- أن تكون آمنة، وميسَّرة، وشاملة، وحامية لجميع الأطفال، حتى الأطفال الأكثر قابلية للتعرض للأذى؛
- معالجة مختلف الأنواع الاجتماعية، والهويات الجندرية، والأعمار، والإعاقات، ومراحل النمو، والاحتياجات الغذائية، والأطر العائلية للأطفال.

٢٥.١.٣٤. تدريب الجهات الفاعلة في مجال التغذية على العمل مع الجهات الفاعلة في مجال حماية الطفل من أجل (أ) تحديد الآباء والأمهات الذين هم في ضيق أو في خطر اعتماد آليات التأقلم السلبية و(ب) تقديم الدعم النفسي الاجتماعي الأساسي، والدعم الوالدي الإيجابي.

٢٥.١.٣٥. تدريب موظّف واحد على الأقل في كل فريق تغذية ليكون جهة مرجعية لحماية الطفل، إن لم يكن الفريق بأكمله.

٢٥.١.٣٦. تدريب فرق حماية الطفل على تقنيات فحص التغذية الأساسية (مثل قياس محيط الذراع الأوسط) حيثما يكون ذلك ممكنًا.

٢٥.١.٣٧. ضمان وصول المساعدة إلى جميع أعضاء المجموعة السكانية المتضرّرة من خلال:
- استخدام عمليات التقييم لتحديد الأطفال الذين قد يجدون صعوبة في الوصول إلى الغذاء؛
- تحديد العوائق التي تحول دون وصول مجموعات مختلفة؛
- تحديد وتنفيذ الاستراتيجيات لتخطي هذه العوائق؛

- تسجيل جميع النساء البالغات كمتلقيات رئيسيات للمساعدة في السياقات التي يمارَس فيها تعدد الزوجات، لتجنب استبعاد الزوجات اللاحقات وأطفالهن.

٢٥.١.٣٨. إجراء تحليل للمخاطر خلال تصميم البرنامج بحيث يقيّم:

- مخاطر السلامة التي ينطوي عليها الوصول إلى مواقع التوزيع والأسواق؛
- المتطلبات بالنسبة إلى الذين يتلقون الخدمات، مثل معرفة القراءة والكتابة؛
- التوقيت الأمثل لأيّ تدخّلات؛
- احتياجات مجموعات معينة، مثل الأشخاص الذين يقدمون الرعاية للأطفال الصغار.

٢٥.١.٣٩. إشراك جميع المجموعات الفرعية من السكان المتضرّرين في تصميم وتنفيذ ورصد التدخّلات في مجال التغذية، لا سيما تلك الخاصة بالأطفال ومقدّمي الرعاية الذين يحتاجون إلى دعم إضافي.

٢٥.١.٤٠. تقديم بطاقات المستفيدين للأطفال الذين يرأسون أسرًا، والأطفال غير المصحوبين أو المنفصلين عن ذويهم، حتى يتمكنوا من الوصول إلى المساعدة بأسمائهم الخاصة.

٢٥.١.٤١. العمل مع الجهات الفاعلة في مجال حماية الطفل من أجل (أ) ثني العائلات عن الانفصال المتعمد للوصول إلى منافع إضافية و(ب) تجنب جعل الأطفال أهدافًا للسرقة أو الاستغلال.

٢٥.١.٤٢. رصد الأطفال المعرّضين للخطر (الأطفال غير المصحوبين والمنفصلون عن ذويهم، إلخ) الذين تمّ قبولهم في برامج التغذية.

٢٥.١.٤٣. تقييم ومعالجة أي أثر محتمل لبرامج التغذية والأنشطة المرتبطة بها على ممارسات رعاية الأطفال.

٢٥.٢. القياس

يجب تصنيف جميع المؤشّرات المتعلّقة بالأطفال بحسب الجنس، والعمر، والإعاقة، وغير ذلك من العوامل ذات الصلة الخاصّة بالتنوّع. تَقيس المؤشّرات التالية ما أُحرِز من تقدُّم بالمقارنة مع المعيار العام. ويمكن وضع المؤشّرات والأهداف في السياقات ذات الصلة، بهدف تحقيق الأهداف الإرشادية المُشار إليها أدناه. تتوفّر على الإنترنت مؤشّرات إضافية ذات صلة.

المؤشّرات	الهدف	ملاحظات
٢٥.٢.١. نسبة المرافق الصحية ومراكز التغذية التي تمّ تحديدها، التي تقبل إحالات الأطفال المحتاجين إلى خدمات.	٪80	تحديد المرافق من خلال مسح الخدمات ورصد هذه المرافق. هذه مرافق تلبي معايير الجودة كما حددها الموظّفون في مجال حماية الطفل. تحديد "الأطفال المحتاجون إلى خدمات" داخل البلد (مثل الأطفال الرضع الذين يحتاجون إلى خدمات الرضاعة أو خدمات للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية).
٢٥.٢.٢. نسبة مراكز التغذية التكميلية أو العلاجية التي تضم جهة مرجعية واحدة على الأقل مدربة على حماية الطفل.	٪100	يجب تحديد إطار زمني لقياس هذا المؤشّر داخل الدولة، بما أن معدل تغيير الموظّفين يمكن أن يكون مرتفعًا (مثل الربع سنوي).

٢٥.٣. الملاحظات التوجيهية

٢٥.٣.١. بناء القدرات

يتعين على الجهات الفاعلة في مجال حماية الطفل أن تفهم كيفية:

- تقديم المعلومات الأساسية حول تغذية الرضع والأطفال الصغار، وأهداف وأنشطة برامج التغذية المتاحة؛

- قياس وضع التغذية لدى النساء والأطفال؛
- تحديد الأطفال الذين ليس لديهم إمكانية وصول متساوية إلى خدمات التغذية؛
- تحديد وإحالة الأطفال، والنساء الحوامل والمرضعات، المصابين بسوء التغذية.

هذا مهم بشكل خاص للجهات الفاعلة التي تعمل على مستوى المجتمع المحلي، في البرامج المتكاملة للتغذية وحماية الطفل، أو عندما لا يكون الموظّفون في مجال التغذية متوفرين.

يتعين على الجهات الفاعلة في مجال التغذية، وخصوصًا تلك التي تعمل بدون الوصول إلى الموظّفين في مجال حماية الطفل، أن تفهم كيفية:

- تحديد وإحالة حالات حماية الطفل المشتبه بها؛
- توفير خدمات التغذية للأطفال المعرّضين للخطر؛
- تعزيز حماية الطفل في التوعية المجتمعية بشأن التغذية من خلال، على سبيل المثال، (أ) إدراج المعلومات المتعلقة بالصون في الرسائل الإذاعية حول التغذية و(ب) توظيف أعداد ملائمة من المروِّجات للتغذية الاناث؛
- تعزيز التحفيز النفسي الاجتماعي للرضع والأطفال الصغار؛
- تحديد مقدّمي الرعاية الذين قد يحتاجون إلى الدعم، وتقديم الإسعافات الأولية النفسية للبالغين والأطفال؛
- استخدام مهارات التواصل الصديقة للطفل.

٢٥.٣.٢. العاملون على الحالات

قد يشتمل دور الجهات الفاعلة في مجال حماية الطفل أو العاملين على الحالات في مواقع التغذية على:

- مساعدة العائلات التي توفي طفلها؛
- دعم برامج التربية الوالدية، والدعم النفسي الاجتماعي وبرامج مرونة الأطفال؛
- تحديد وتقييم حالات حماية الطفل المحتملة، بما في ذلك انفصال الأطفال عن ذويهم؛
- دعم العائلات لتخطي العوائق التي تحول دون الوصول إلى خدمات التغذية؛
- زيادة الوعي بشأن مسائل حماية الطفل بين الموظّفين في مجال التغذية، ومقدّمي الرعاية، وأعضاء المجتمع المحلي؛
- إحالة الأطفال والعائلات إلى خدمات ملائمة متعددة القطاعات.

٢٥.٣.٣. المخاطر على مستوى العائلة

قد يصير الانفصال العائلي أمرًا ممكنًا حيث نجد سوء تغذية. الأطفال أو مقدّمو الرعاية قد يغادرون للعثور على عمل مدفوع الأجر، بما في ذلك العمل الخطير. وقد تضع العائلات أطفالها في الرعاية السكنية، حتّى يتمكن هؤلاء الأطفال من الوصول إلى الغذاء. وقد يتسرب الأطفال من المدرسة ويفقدون دعم الأقران. لذلك، يتعين على جميع الجهات الفاعلة أن (أ) تفهم هذه الديناميات والخيارات التي تأخذها العائلات و(ب) تصمّم التدخّلات في مجال التغذية، التي لا تشجع على التسرب المدرسي، أو الانفصال العائلي، أو عمالة الأطفال.

٢٥.٣.٤. تغذية الرضّع

تعتبر الرضاعة الطبيعية مهمة بالنسبة إلى عدد من النتائج في مجالَي الصحة والنمو (مثل الارتباط القوي بين الأم والطفل). يجب أن تتلقى الأمهات اللواتي يواجهن صعوبات في الرضاعة الطبيعية، المشورةَ والدعم إذا رغبن في ذلك. يجب تقديم الإرشادات

الموجودة للأمهات المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية لتمكينهن من اتّخاذ قرارات مستنيرة بشأن خياراتهن. ويجب الحرص على أن البرامج تسترشد بفهم لممارسات الرضاعة التقليدية والثقافية. ومن الضروري تشجيع مجموعات دعم الأم أو مقدّم الرعاية، لتعزيز ودعم الرضاعة الطبيعية.

٢٥.٣.٥. برامج متكاملة في سوء التغذية/حماية الطفل

هناك العديد من الفرص للنُهُج المتكاملة، بما في ذلك:

- إدارة الحالات المشتركة؛
- الدعم الشامل للخدمات التي يمكن الوصول إليها؛
- تشجيع الرعاية الملائمة؛
- برامج مشتركة مع التغذية العلاجية أو التكميلية أو الشاملة، والتربية الوالدية الإيجابية؛
- مساحات متعددة الاستخدامات تلبي احتياجات كلا القطاعين.

يتعين على جميع المستهدفين من خلال برامج التغذية تلبية معايير القبول المنصوص عليها في بروتوكولات التغذية الوطنية والدولية. لا ينبغي أبدًا أن (أ) تشجع الخدمات الوصم، أو (ب) تشير إلى "المحسوبية"، أو (ج) تتداخل مع عادات التغذية العائلية أو المجتمعية السليمة.

٢٥.٣.٦. تعميم حماية الطفل

إذا كان النهج المتكامل غير ممكن، يجب تعميم حماية الطفل في التدخّلات في مجال التغذية. على سبيل المثال، يمكن لشبكات دعم الأقران ومجموعات الأمهات أن تساعد في معالجة التحديات التي تواجهها الأمهات المراهقات، والأمهات المراهقات اللواتي صرن حوامل نتيجة عنف جنسي، إلخ. يجب إشراك الآباء وغيرهم من صانعي القرار العائلي، مثل الجدات، في أنشطة مماثلة، بما إنه غالبًا ما يكون لهم تأثير كبير على خيارات الغذاء في الأسرة.

المراجع

تتوفر روابط هذه المراجع وغيرها من المراجع الإضافية على الإنترنت.

- "تأمين الأطعمة والأغذية"، دليل اسفير، الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا للاستجابة الإنسانية، جمعية اسفير، 2018.
- "الأمن الغذائي والتغذية"، ضوابط التدخل في العنف المبني على الجنس في الأوضاع الانسانية: التركيز على سبل منع والتصدي للعنف المبني على الجنس في حالات الطوارئ، IASC ، 2005.
- نساء وفتيات وفتيان ورجال: احتياجات مختلفة - فرص متساوية، IASC ، 2006.
- تغذية الرضع وصغار الأطفال خلال الطوارئ: الدليل العملي لعاملي ومديري برامج الإغاثة في الطوارئ، مجموعة IFE ، 2007.
- *UNHCR Operational Guidance on the Use of Special Nutritional Products to Reduce Micronutrient Deficiencies and Malnutrition in Refugee Populations*, UNHCR, 2011.
- *Guidelines for Selective Feeding: The Management of Malnutrition in Emergencies*, UNHCR and WFP, 2011.

- التغذية: التوجيه الخاص بإدماج الأطفال من ذوي الإعاقة في العمل الإنساني، يونيسيف، 2017.
- *Baby Friendly Spaces: Holistic Approach for Pregnant, Lactating Women and Their Very Young Children in Emergency*, ACF International.
- دمج أنشطة تنمية الطفولة المبكرة في برامج التغذية في حالات الطوارئ، لماذا وماذا وكيف، يونيسيف ومنظمة الصحة العالمية.