

تصميم برامج التغذية في حالات الطوارئ

18 يناير 2024

النقاط الرئيسية

- في حالات الطوارئ التي يكون فيها سوء التغذية مصدر قلق، يجب تنفيذ التدخلات الغذائية اللازمة لتحسين الأمن الغذائي والصحة والرفاه التغذوي بشكل فوري للنازحين
- تصميم الاستجابات اللازمة للنظر في مختلف العوامل التي تؤثر على الحالة التغذوية، بما في ذلك العوامل البيئية، والمياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية، والحصول على خدمات صحية، والأمن الغذائي والتغذوي، والمأوى، بالتعاون الوثيق بين القطاعات
- التركيز على تحقيق استقرار في الوضع ومنع/الحد من انتشار سوء التغذية، لا سيّما بين الفئات الضعيفة مثل النساء وصغار الأطفال
- اتخاذ إجراءات حاسمة لضمان الحصول على أغذية مغذية مأمونة وكافية، ومعالجة سوء التغذية الحاد، ومعالجة نقص المغذيات الدقيقة، ودعم الرضاعة الطبيعية المثلى والتغذية التكميلية المناسبة للرضع وصغار الأطفال أثناء حالات الطوارئ.

1. لمحة عامة

يتضمن تصميم وإدارة برامج التغذية في حالات الطوارئ مجموعة من التدخلات للوقاية من سوء التغذية وعلاجها بين النازحين. فالحالة التغذوية للشخص تتأثر بعوامل مختلفة، بما فيها الحصول على الطعام المأمون والمغذي، والمياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية، وخدمات الصحة العامة، والمأوى. وحيثما تكون هذه العناصر غير كافية، يتفاقم خطر الإصابة بسوء التغذية. يتمثل الهدف العام من الاستجابة الغذائية في حالات الطوارئ بتحقيق استقرار في الوضع، والحد من انتشار سوء التغذية عند مستويات مقبولة، وتحسين فرص التغذية، لا سيما بالنسبة للفئات الضعيفة مثل النساء وصغار الأطفال. ولتحقيق ذلك، تعمل القطاعات الفرعية المعنية بالتغذية بشكل وثيق مع القطاعات المعنية بالصحة العامة والمياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية والمأوى والأمن الغذائي وسبل العيش من أجل معالجة الأسباب المباشرة والكامنة وراء سوء التغذية إضافةً إلى البحث عن حلول طويلة الأمد. وتشمل الأهداف الرئيسية الخاصة بالتغذية

ضمان الحصول على أغذية مغذية كافية، وإدارة سوء التغذية الحاد، ومعالجة نقص المغذيات الدقيقة، ودعم الرضاعة الطبيعية والممارسات المناسبة للتغذية التكميلية.

2. الصلة بعمليات الطوارئ

تُعدّ التدخلات التي تهدف لمنع حالات سوء التغذية ومعالجتها في عمليات الطوارئ تدخلات بالغة الأهمية نظراً إلى تأثيرها المباشر على صحة النازحين ورفاههم، لا سيّما الفئات الضعيفة مثل النساء وصغار الأطفال. ومن خلال معالجة سوء التغذية، تُسهم هذه التدخلات في الحيلولة دون تدهور حالة التغذية الذي يهدّد الحياة إضافةً إلى تعزيز الاستجابة الإنسانية الشاملة. ومن خلال تنفيذ برامج شاملة للتغذية بالتعاون مع قطاعات أخرى مثل الصحة العامة، والمياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية، والمأوى، والأمن الغذائي، تتبنى عمليات الطوارئ نهجاً شاملاً لمعالجة الأسباب الجذرية لسوء التغذية. يهدف هذا النهج المتكامل إلى تحقيق الاستقرار في حالة التغذية أثناء الأزمة كما أنّه يساعد في بناء القدرة على الصمود داخل المجتمعات المتضررة، ما يؤدي إلى استجابة أكثر استدامة وفعالية على المدى الطويل. بالإضافة إلى ذلك، فإن استهداف الاحتياجات الغذائية المحددة لدى الفئات الضعيفة وتشجيعها على الاعتماد على الذات من خلال ممارسات التغذية التكميلية يضمن التعافي بشكل أسرع ويُسهم بشكل كبير في الجهود المبذولة لمنع تفاقم الأزمة.

3. التوجيه الرئيسي

1. مرحلة الطوارئ

في ظل استمرار وصول اللاجئين، لا بد من تنفيذ خطة شاملة للاستجابة الغذائية من أجل تلبية احتياجات الفئات السكانية الضعيفة. وتحدد هذه الخطة النقاط الرئيسية لضمان الفحص السريع، وتقدير عدد الأشخاص المحتاجين، والتدخلات الملائمة لمكافحة سوء التغذية، وتحسين حالة التغذية بين اللاجئين. بالإضافة إلى ذلك، يُعدّ التنسيق مع الشركاء المعنيين والرصد المنتظم أمرين ضروريين لتحقيق حصائل ناجحة. وأخيراً، يجب مراعاة بعض المخاطر والتحديات لضمان فعالية الخطة واستدامتها.

الفحص السريع لحالة التغذية: لضمان رفاه اللاجئين، يجب إجراء فحص أولي سريع لحالة التغذية فور وصول اللاجئين بغية تحديد الأفراد المعرضين لخطر مباشر، إضافةً إلى إجراء فحص مستمر خاص بسوء التغذية الحاد في مراكز العبور والاستقبال وداخل المجتمع بغية رصد حالة التغذية وتحديد الأفراد الذين يحتاجون إلى العلاج. يمكن الرجوع إلى التنسيق القطاعي: [مجموعة أدوات الصحة العامة الصادرة عن المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين](#) للاطلاع على تفاصيل محددة.

التنسيق مع القطاعات والشركاء ذوي الصلة: لتيسير اتباع نهج منسق وتحقيق أقصى قدر من الكفاءة، يجب إقامة تنسيق قوي بين القطاعات الفرعية المعنية بالصحة العامة بما في ذلك الصحة العامة، والصحة الإنجابية، والصحة العقلية، والدعم النفسي والاجتماعي، وبرامج التغذية، من أجل ضمان تغطية جميع الاحتياجات بشكل سلس. كما أن التعاون مع قطاعات

التعليم، والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والمأوى، والحماية، هو تعاون بالغ الأهمية. ويجب أيضاً تسهيل الإحالات وعمليات المتابعة الفردية لضمان استمرار الرعاية.

تقدير عدد الأفراد المحتاجين: بهدف إجراء تقييم دقيق لحجم المساعدة الغذائية المطلوبة، يجب جمع البيانات ذات الصلة من قسم التسجيل أو من نظام ProGres التابع للمفوضية من أجل تحديد نسب الفئات المستهدفة، بما في ذلك الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين يوم إلى 6 أشهر، والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 23 شهراً، والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين يوم إلى 59 شهراً، والنساء الحوامل والمرضعات. إذا لم تتوفر بيانات مصنفة عن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين يوم إلى 59 شهراً، يُرجى الافتراض أن هذه المجموعة تمثل 20 بالمائة من السكان، والافتراض أن من بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين يوم إلى 59 شهراً هناك 10 بالمائة منهم تتراوح أعمارهم بين يوم إلى 6 أشهر و30 بالمائة منهم تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 23 شهراً، إضافةً إلى الافتراض أن النساء الحوامل والمرضعات يمثلن 7 بالمائة من إجمالي السكان و4 بالمائة منهن حوامل.

تقدير عدد الأفراد المحتاجين إلى مساعدة غذائية: من أجل تحديد حجم المساعدة الغذائية المطلوبة، يجب تقدير عدد الأشخاص المحتاجين من خلال استخدام معدل انتشار سوء التغذية الحاد العام (GAM) إضافةً إلى العتبات القياسية والبيانات السابقة. ويجب تركيز الاهتمام على الحالات الخاصة باللاجئين والمصنفة على أنها مدعاة قلق شديد فيما يتعلق بسوء التغذية والرضاعة الطبيعية والاستهلاك الغذائي بُغية توجيه عملية صنع القرار. راجع تصنيفات الخطورة المتنوعة في مرفق المعايير والمؤشرات.

تقدير معدل انتشار سوء التغذية الحاد العام (GAM) لوضع خطة استجابة مدتها 12 شهراً: من أجل التخطيط لاستجابة مستدامة، يجب الحصول على تقديرات بشأن معدل انتشار سوء التغذية الحاد العام من خلال دراسات استقصائية موثوقة في مجال التغذية مثل الدراسة الاستقصائية الموحدة والموسعة في مجال التغذية (SENS) أو مبادرة الرصد الموحد وتقييم الإغاثة والحالات الانتقالية (SMART) أو الدراسات الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات (MICS). إذا كانت بيانات محيط العضد لا تتوفر إلا من خلال التقييمات السريعة فقط، فيجب الاستعانة بنسبة الأطفال الذين يقل محيط العضد لديهم عن 12.5 سم (سوء التغذية حسب قياس محيط العضد) باعتبارها معدل انتشار تقديري لسوء التغذية. يتم استخدام معدل الانتشار ومعدل الإصابة التقديري لحساب إجمالي عدد الأشخاص الذين سيتم إدراجهم في خطة الاستجابة لمدة 12 شهراً. إذا لم تكن بيانات الإصابة متاحة في بداية حالة الطوارئ، فيجب تطبيق عامل تصحيح الإصابة بمقدار 2.6 لكل من سوء التغذية الحاد الوخيم والمعتدل. ويتم حساب تقديرات الإصابة المحددة باستخدام البيانات الطولية للبرنامج عندما تكون البرامج قيد التنفيذ لمدة 6-12 شهراً، ومن المتوقع أن تكون الظروف غير متجانسة. راجع التفاصيل الإضافية في قسم المعايير والمؤشرات

تدخلات رئيسية مركزة على التغذية: من أجل ضمان حصول جميع اللاجئين على التغذية الكافية يجب ضمان قدرتهم على الوصول إلى أغذية مأمونة وكافية من خلال المساعدات العينية أو النقدية، ويجب توفير وجبات جافة وجاهزة (مثل البسكويت الغني بالطاقة) والماء في أول 72 ساعة عند النقاط الحدودية، والوجبات الساخنة في مراكز العبور/الاستقبال، وحصص إعاشة عامة إذا كان الطهي ممكناً على مستوى الأسرة المعيشية. كما يجب توفير أغذية تكميلية موجهة على النحو المحدد للفئات ذات احتياجات غذائية متزايدة، مثل النساء الحوامل والمرضعات، والأطفال دون سن الخامسة، والأشخاص المصابين بأمراض مزمنة (مثل فيروس العوز المناعي البشري أو داء السل). يمكن أن يتم ذلك من خلال تقديم مساعدات شاملة للأغذية التكميلية أو تقديم مساعدات النقد مقابل الغذاء. كما يجب دعم ممارسات الرضاعة الطبيعية المثلى والتغذية

التكميلية المناسبة للرضع وصغار الأطفال. ويجب النظر أيضاً في مبادرات معالجة نقص المغذيات الدقيقة مثل مكملات فيتامين ألف بين الأطفال، ومكملات الحديد والفولات بين الحوامل والمرضعات، وعلاجات طرد الديدان، حسب مقتضى الحال.

رصد حالة التغذية: لتتبع التقدم المحرز والاستجابة للاحتياجات المستجدة بشكل فعال، يجب إنشاء آلية رصد منتظمة لتتبع التغيرات التي تطرأ على حالة التغذية ورصد فعالية التدخلات القائمة. يجب أيضاً إجراء تقييمات متابعة لقياس أثر التدخلات وتكييف الاستراتيجيات حسب الحاجة. ويجب الحرص على التعاون مع سائر القطاعات وأصحاب المصلحة بُغية جمع البيانات المتكاملة وتنفيذ الرصد المشترك وإجراء التحليل واستقاء التعقيبات من أجل توجيه استجابات منسقة. المخاطر ذات الصلة:

- سيؤدي عدم كفاية الموارد أو نقص الموظفين المؤهلين إلى تقليص نطاق الاستجابة الفعالة في مجال التغذية، بما في ذلك على سبيل المثال تعطيل الفحص الشامل، ما يؤدي إلى احتمال وجود حالات غير مكتشفة لسوء التغذية وما ينجم عنه من زيادة في خطر الإصابة بالأمراض وحالات الوفاة.
- قد يؤدي غياب التواصل والتعاون بين الشركاء إلى تشتت الخدمات وظهور فجوات في الاستجابة الغذائية.
- قد يؤدي الاعتماد على بيانات غير كاملة أو غير دقيقة إلى الاستخفاف أو المبالغة بتقدير عدد السكان المحتاجين، ما يؤثر على تخصيص الموارد.
- قد لا تتم مراعاة الظروف المتغيرة أو التحديات الغذائية المستجدة عند الاعتماد على بيانات سابقة فقط.
- قد تتأثر دقة التقديرات المتعلقة بمعدل الانتشار بسبب القدرة المحدودة على الوصول إلى بيانات من دراسات استقصائية دقيقة.
- قد تؤدي اضطرابات سلسلة الإمداد أو التحديات اللوجستية إلى إعاقة تسليم الإمدادات الغذائية والتغذوية في الوقت المناسب.
- قد يؤدي عدم اتساق الرصد أو عدم كفاية جمع البيانات إلى إعاقة القدرة على تتبع التقدم المحرز وتحديد المخاوف الناشئة في مجال التغذية.

مرحلة ما بعد الطوارئ

يجب التعاون مع شركاء التنمية والسلطات المحلية بالتزامن مع انتهاء حالة الطوارئ وبدء مرحلة ما بعد الطوارئ من أجل ضمان الانتقال السلس والخروج بحلول لتغذية مستدامة موجّهة للفئات المتضررة، حيثما أمكن ذلك.

القائمة المرجعية لتصميم برامج التغذية في حالات الطوارئ

- إجراء مسح سريع لحالة التغذية بين الوافدين الجدد والحرص على إجراء المسوحات بشكل مستمر
- جمع البيانات عن الفئات المستهدفة التي تحتاج إلى المساعدة

- تقدير عدد الأشخاص المحتاجين بناءً على معدل انتشار سوء التغذية الحاد العام وحالة الأمن الغذائي ومشاكل الرضع وصغار الأطفال المحددة
- توفير الأغذية المغذية المأمونة والكافية من خلال المساعدات العينية أو النقدية
- توفير الأغذية التكميلية والمكملات الغذائية الدقيقة للفئات الضعيفة التي تعاني من تزايد احتياجاتها المتعلقة بدعم التغذية
- دعم الرضاعة الطبيعية المثلى والتغذية التكميلية المناسبة
- التنسيق مع الشركاء المعنيين واستخدام الأدوات الرئيسية في التخطيط
- رصد حالة التغذية لمراجعة التقدم المحرز وتكييف الاستجابة حسب تطور الوضع

4. المعايير

تفسير مؤشرات التغذية الرئيسية لتوجيه عملية صنع القرار بشأن معالجة سوء التغذية الحاد على المدى القصير والطويل.

مقياس درجة الخطورة	منخفضة	متوسطة	مرتفعة	مرتفعة جداً	شديدة الارتفاع
معدل انتشار سوء التغذية الحاد العام على أساس الوزن إلى الطول >2 والوزمة المنطبعة الثنائية الجانبي أو أيهما بين الأطفال من عمر يوم إلى 59 شهراً	> 5%	5.0 إلى 9.9%	10.0 إلى 14.9%	15.0 إلى 29.9%	حرجة/بالغة الخطورة / حرجة للغاية / كارثية
معدل انتشار سوء التغذية الحاد العام على أساس محيط العضد >125 ملم والوزمة المنطبعة الثنائية الجانبي أو أيهما بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 59 شهراً	> 5%	5 إلى 9.9%	10 إلى 14.9%	15 ≤	
معدل انتشار سوء التغذية الحاد العام على أساس محيط العضد >210/230 ملم بين النساء الحوامل والمرضعات	> 12.6%	12.6-19.9%	20-24.9%	25-34.9%	< 35%
معدل انتشار التقزم على أساس نسبة الطول إلى السن >2- بين الأطفال دون سن الخامسة	> 2.5%	2.5 إلى 9.9%	10.0 إلى 19.9%	20.0 إلى 29.9%	≤ 30%
معدل انتشار فقر الدم (الهيموغلوبين >11 جم/ديسيلتر) لدى الأطفال من عمر 6 إلى 59 شهراً	> 5%	5.0 إلى 19.9%	20.0 إلى 39.9%	≤ 40%	
معدل انتشار فقر الدم (الهيموغلوبين >11 جم/ديسيلتر) لدى النساء	> 5%	5.0 إلى 19.9%	20.0 إلى 39.9%	≤ 40%	
الرضاعة الطبيعية الخالصة للرضع من عمر يوم إلى 5 أشهر	< 70%	50-70%	30-49.9%	11-29.9%	> 11%
الرضع الذين تتراوح أعمارهم بين يوم إلى 5 أشهر ممن لا يرضعون رضاعة طبيعية والذين يحصلون على إمدادات ودعم بدائل لبن الأم بما يتوافق مع المدونة ومعايير وتوصيات التوجيهات التشغيلية بشأن تغذية الرضع في حالات الطوارئ	< 60%	40-60%	20-39.9%	10-19%	> 10%
درجة الاستهلاك الغذائي	مقبولة ومستقرة	مقبولة ولكن تنطوي على تدهور عن المستوى المعتاد	حدية	سيئة	سيئة

المصدر : <https://www.nutritioncluster.net/resources/nutrition-humanitarian-needs-analysis-guidance-engfres>

المعادلة الرئيسية لتقدير عدد الأفراد المحتاجين إلى المساعدات الغذائية:

حالات سوء التغذية الحاد الوخيم لدى الأطفال دون سن الخامسة (مصحوب أو غير مصحوب بمضاعفات طبية): عدد الأطفال من عمر 6 إلى 59 شهراً المصابين بسوء التغذية الحاد الوخيم الذين يحتاجون إلى علاج (مراكز وقف تدهور الحالة والبرامج العلاجية للمرضى الخارجيين) = معدل انتشار سوء التغذية الحاد الوخيم X مجموع الأطفال من عمر 6 إلى 59 شهراً X K (معامل الإصابة بسوء التغذية الحاد الوخيم)

حالات سوء التغذية الحاد المعتدل لدى الأطفال دون سن الخامسة: عدد الأطفال من عمر 6 إلى 59 شهراً المصابين بسوء التغذية الحاد المعتدل الذي يحتاجون إلى العلاج = معدل انتشار سوء التغذية الحاد المعتدل X مجموع الأطفال من عمر 6 إلى 59 شهراً X K (معامل الإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل)

حالات سوء التغذية الحاد الوخيم لدى النساء (مصحوب أو غير مصحوب بمضاعفات طبية): عدد النساء الحوامل والمرضعات المصابات بسوء التغذية الحاد الوخيم اللاتي يحتجن إلى العلاج = معدل انتشار سوء التغذية الحاد الوخيم X مجموع النساء الحوامل والمرضعات

حالات سوء التغذية الحاد المعتدل لدى النساء الحوامل والمرضعات المصابات بسوء التغذية الحاد المعتدل اللاتي يحتجن إلى العلاج = معدل انتشار سوء التغذية الحاد المعتدل X مجموع النساء الحوامل والمرضعات

الرضاعة الطبيعية الخالصة في حالات الطوارئ للأطفال من عمر يوم إلى 6 أشهر: عدد الأطفال من عمر يوم إلى 5 أشهر الذين يحتاجون إلى دعم الرضاعة الطبيعية الخالصة = أعداد هذه الفئة X % الأطفال من عمر يوم إلى 5 أشهر (1 X - نسبة الرضاعة الطبيعية الخالصة)

النساء (الحوامل والمرضعات) اللاتي يحتجن إلى استشارات ودعم بشأن التغذية: عدد النساء الحوامل والمرضعات اللاتي تلقين المشورة (بشكل فردي) في تغذية الرضع وصغار الأطفال هذه الفئة X % النساء الحوامل والمرضعات X نسبة الحوامل والمرضعات اللاتي تلقين المشورة بشكل فردي في تغذية الرضع وصغار الأطفال

الأطفال الذين يحتاجون إلى دعم التغذية التكميلية للوقاية من سوء التغذية: عدد الأطفال من عمر 6 إلى 23 شهراً الذين يحتاجون إلى برنامج شامل للتغذية التكميلية أو مكملات غذائية معززة = مجموع الأطفال من عمر 6 إلى 23 شهراً X التغطية المتوقعة للبرامج الشاملة للتغذية التكميلية أو المكملات الغذائية المعززة

النساء الحوامل والمرضعات اللاتي يحتجن إلى دعم التغذية التكميلية للوقاية من سوء التغذية: عدد النساء الحوامل والمرضعات المصابات بسوء التغذية الحاد المعتدل اللاتي يحتجن إلى برامج شاملة للتغذية التكميلية أو بسكويت غني بالطاقة = مجموع النساء الحوامل والمرضعات X التغطية المتوقعة للبرامج الشاملة للتغذية التكميلية أو بسكويت الغني بالطاقة

المرفق

5. الروابط

[NutVal.Net](#) منظمة الصحة العالمية، الاحتياجات الغذائية والتغذية في حالات الطوارئ حزمة التدريب المنسقة (HTP):
[مواد مرجعية للتدريب والتعلم بشأن التغذية في حالات... دليل اسفير- الأمن الغذائي والتغذية](#)

6. جهات الاتصال الرئيسية

قسم الصحة العامة بالمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، الشعبة المعنية بالمرونة والحلول:

hqphn@unhcr.org