

نص مفرّغ — ندوة إلكترونية لمنظمة الصحة العالمية واليونيسف: المعايير العالمية والإرشادات التنفيذية لبنوك حليب الأم المُتبرّع به

التسجيل: (Zoom) GMT20260922-120005، الصوت الأصلي باللغة الإنجليزية · المدة: 1:33:02 · اللغة: العربية (مترجمة عن الأصل الإنجليزي)

Doris Mollel — ميسرة الجلسة

[00:00:00] رائع! صباح الخير، ومساء الخير، وأهلاً وسهلاً بكم جميعاً. شكراً لانضمامكم إلينا في ندوة «حماية المواليد، ودعم الرضاعة الطبيعية: معايير عالمية جديدة وإرشادات تنفيذية لبنوك حليب الأم المُتبرّع به»، التي يقدّمها لكم التحالف العالمي للرضاعة الطبيعية. اسمي Doris Mollel، ويسعدني أن أكون ميسرة جلستكم اليوم. قبل أن نبدأ، إليكم بعض الملاحظات التنظيمية. توفّر هذه الندوة الإلكترونية ترجمة فورية باللغات العربية والصينية والإنجليزية والفرنسية والروسية والإسبانية. وللوصول إلى الترجمة، يُرجى النقر على أيقونة الترجمة الفورية في شريط الأدوات واختيار اللغة المفضّلة. وتتوفّر الترجمة المكتوبة باللغة الإنجليزية للمشاركين الذين يستخدمون تطبيق Zoom على الحاسوب: لعرض الترجمة المكتوبة مباشرة، انقرّوا على أيقونة CC واختاروا «إظهار الترجمة المكتوبة»، وبذلك يمكنكم متابعة المحتوى بلغتكم. لا تتضمن هذه الجلسة فقرة أسئلة وأجوبة مباشرة. يُرجى تقديم أسئلتكم عبر خاصية الأسئلة والأجوبة، وسيجيب المتحدثون والمتطوّعون كتابياً عن أكبر عدد ممكن منها خلال الجلسة. ويُرجى العلم بأن هذه الندوة مسجّلة. اسمي Doris Mollel كما ذكرْتُ للتوّ. لقد وُلدتُ طفلةً خديجة بوزن 900 غرام، طفلة صغيرة جداً نجت وعمرها اليوم 36 عاماً. أنا سعيدة جداً وممتنة للمشاركة في هذا الموضوع النبيل لأنه يمسّ قلبي. عندما وُلدتُ لم أكن قادرة على رضاعة حليب أمي، وهذه بالطبع القصة التي روتها لي أمي حين كان عمري 23 عاماً. لذلك يسعدني كثيراً أن أرى حليب الأم المُتبرّع به أولوية رئيسية في هذا النقاش، وأن أرى كيف يمكن لحليب الأم أن يواصل تحسين بقاء مواليدنا الصغار والمرضى، والرضع عموماً. نحن بحاجة إلى حليب الأم لا إلى غيره، فحليب الأم أساسي لصحة جميع المواليد وبقائهم. ونعلم جميعاً أنه، ولا سيما لمن يولدون قبل الأوان أو بوزن منخفض أو يحتاجون إلى رعاية متخصصة، فإن حليب الأم نفسها هو الخيار الأول والأفضل. وأنا مثال جيد على ذلك. إن ضمان الحصول عليه يبدأ بجودة رعاية الأمهات والمواليد: إبقاء الأمهات مع مواليدهن، وتمكين رعاية الأم الكنغرية، وتجنّب الفصل غير الضروري، وتقديم دعم ماهر للرضاعة في الوقت المناسب عندما لا يكون حليب الأم نفسها كافياً أو متاحاً بعد. ويمكن لحليب الأم المُتبرّع به أن يكون جسراً يتيح للمواليد المعرّضين للخطر مواصلة التغذية الحصرية بحليب الأم ريثما تُرسخ الرضاعة أو تُستعاد. وعندما يتوفّر حليب الأم المُتبرّع به وتُنشأ خدماته، يجب أن تُدمج في منظومة أوسع لصحة الأم والوليد، وأن تعمل وفق معايير صارمة للسلامة والجودة والممارسة الأخلاقية. ولذلك يسعدني كثيراً أننا سنطلق اليوم منشورين. يضع الأول أول معايير عالمية لمنظمة الصحة العالمية لبنوك حليب الأم المُتبرّع به، وهو المفضل لديّ. ويساعد الثاني البلدان على تحديد كيفية تنظيم بنوك حليب الأم وتنظيمها قانونياً بما يتلاءم مع نظمها الصحية ومواردها وأطرها القانونية وسياقاتها الاجتماعية والثقافية. وسنستمع مباشرة من البلدان عن النُهج التي اتبعتها والدروس التي تعلّمتها أثناء إنشاء بنوك حليب الأم، وكيفية دمجها في استراتيجيات أوسع لرعاية المواليد وحماية الرضاعة الطبيعية. اسمحو لي أن أعرض عليكم جدول أعمال اليوم. سنستمع إلى منظمة الصحة العالمية واليونيسف بشأن المعايير والإرشادات التنفيذية الجديدة لبنوك الحليب المُتبرّع به، تليها تجارب البلدان — أوغندا والهند وفيت نام — وأخيراً الإجراءات التي يمكنكم اتخاذها لضمان أن تُسهم بنوك حليب الأم المُتبرّع به في تعزيز الدعم لإرساء الرضاعة الطبيعية الحصرية والحفاظ عليها لدى الرضع المعرّضين للخطر. ويسعدني جداً أن أقدم متحدّثتنا الأولى، الدكتورة Queen Dube، الموظفة الطبية في إدارة صحة الأم والوليد والطفل والمراهق والشيوخ في مقر منظمة الصحة العالمية في جنيف. الدكتورة Dube طبيبة أطفال واختصاصية في علم الأوبئة السريري، وتقود عمل المنظمة في برامج المواليد وسياسات التنفيذ والمعايير. ولديها خبرة واسعة في النظم الصحية وصحة الأم والوليد والطفل. وقبل انضمامها إلى المنظمة، كانت رئيسة الخدمات الصحية في وزارة الصحة في ملاوي. الكلمة لك، الدكتورة Dube. يسعدني جداً أن أكون معكم، وأتطلّع إلى أن أسمع ما الذي يتطلبه فعلاً فهم هذه المعايير، وكيف يمكننا تكييفها مع سياقنا المحلي؛ هذا ما يثير فضولي. شكراً لانضمامك إلينا، والكلمة لك يا Queen.

Dr. Queen Dube — منظمة الصحة العالمية

[00:06:30] شكراً جزيلاً يا Doris، وشكراً للزملاء الذين انضموا إلى هذه الندوة البالغة الأهمية. أرى أن عددنا يتجاوز 500 مشارك، ما يؤكد حقاً أهمية تغذية المواليد. في وقت سابق من هذا العام، عندما نشرنا تقديراتنا لوفيات الأطفال، أقدنا بأن 2.3 مليون مولود توفوا في عام 2024. ومن المؤسف أنه عندما نشرنا التقديرات نفسها العام الماضي، كان الرقم هو ذاته. وإذا نظرنا إلى المسار حتى عام 2030، فمن الواضح أننا خارج المسار الصحيح، إذ إن 60 بلداً على الأقل ليست على الطريق لبلوغ غايات أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بوفيات المواليد. التغذية لا تتعلق بالبقاء فحسب، بل تتعلق أيضاً بخطة النماء والتحول. لذا أريد أن نضع في اعتبارنا أننا، ونحن نتحدث عن التغذية والرضاعة الطبيعية وإرشادات حليب الأم المُتَّبَع به، فإن وراء نقاش هذا المساء أو هذا الصباح أرقاماً ووجوهاً لأسر ومواليد يتطلعون إلى أن نناضل من أجل بقائهم. الشريحة التالية من فضلكم. عندما ننظر إلى وفيات المواليد، نعرف ما يجب علينا فعله لإبقائهم على قيد الحياة. نعلم أننا بحاجة إلى الاستثمار في فترة الحمل، وفي فترة الولادة، وكذلك في فترة ما بعد الولادة. ومن المهم جداً جداً أن نستثمر أيضاً في رعاية المواليد الصغار والمرضى. ومن حيث البيانات، نعلم منذ عقود أن الرضاعة الطبيعية يمكن أن تنقذ أعداداً كبيرة جداً من الأرواح. وفي خطة الرضاعة الطبيعية، يُنفذ البدء المبكر بالرضاعة أرواحاً كثيرة. فخطر وفاة المولود يكون أعلى: تشير تقارير أخرى إلى زيادة خطر الوفاة بنسبة 33% على الأقل إذا تأخر البدء بالرضاعة الطبيعية. نعلم أن التغذية تحمي البقاء، وتوفر حماية فورية. ونعلم أنه حتى بالنسبة للمواليد الصغار والمرضى والمعرضين للخطر، فإن التغذية حاسمة لبقائهم ولنمائهم أيضاً. التغذية مهمة جداً للنمو والتعافي. وأعلم أننا جميعاً، نحن الخمسئة ونيف المشاركين في هذه الندوة، تناولنا شيئاً حين استيقظنا في الصباح. فبصرف النظر عن العمر، التغذية أمر حاسم، ولا سيما بالنسبة للمولود. الشريحة التالية. ذكرنا أننا عندما ننظر إلى خطة المواليد عموماً — خطة البقاء وخطة النماء — نجد أن الرحلة تبدأ قبل ولادة الطفل. وهذا صحيح تماماً بالنسبة للتغذية، ولكننا كثيراً ما نركز على الأسابيع الأربعة الأولى من الحياة فقط. ننسى الأم، وننسى ما يحدث خلال فترة الحمل. لذا علينا أن ننظر إلى التغذية بوصفها سلسلة متصلة تبدأ قبل الولادة، ثم الساعة الأولى، لأن أكبر المكاسب تتحقق إذا بدأنا خلال الساعة الأولى بعد الولادة، ثم الأيام الأولى، ثم المواليد الصغار والمرضى. إن النقاش في ندوة اليوم، أي إطلاق إرشادات حليب الأم المُتَّبَع به، ليس مجرد إطلاق لإرشادات، بل هو إطلاق يتعلق بالنظم. إنه نقاش حول حماية الرضاعة الطبيعية، والوصول إلى المواليد المعرضين للخطر، وضمان تغذية مأمونة وعالية الجودة عندما لا يكون حليب الأم نفسها متاحاً بعد. ويجب أن أؤكد أن هدفنا الأسمى هو أن نضمن دعم أمهاتنا في الرضاعة الطبيعية، وأن حليب الأم المُتَّبَع به يأتي عندما لا يكون حليب الأم نفسها متاحاً بعد. الشريحة التالية. حليب الأم ليس غذاءً فحسب، بل هو رعاية أيضاً. ذكرنا أهمية التغذية للنمو والمناعة والترابط بين الأم وطفلها، ولكنني أريد أيضاً أن أقول إنه في رعاية المولود الصغير والمريض يتجاوز حليب الأم كونه غذاءً، فهو بالنسبة لنا تدخل سريري أيضاً. فكما نولي أهمية كبيرة للمضادات الحيوية والسوائل الوريدية وكل ما نقوم به للمولود الصغير والمريض، فإن حليب الأم والتغذية بالنسبة لنا دواء. وإلى جانب كونه الغذاء الذي يحتاجه كل مولود، فهو للمولود الصغير والمريض تدخل سريري. الشريحة التالية. هناك ثلاث أولويات تقوم عليها هذه الخطة الأولى حماية الرضاعة الطبيعية: لا يمكننا الحديث عن بقاء المواليد ونمائهم من دون الرضاعة الطبيعية. ومن المهم ألا ننظر إليها من منظور المولود وحده، بل الأمر يتعلق بدعم كل أم وكل طفل. كثيراً ما نظن أن على كل أم أن تتدبر أمر الرضاعة بنفسها. انتظروا حتى تجربوا ذلك: إنه أمر صعب. ولهذا فإن المشورة التغذوية، والدعم الماهر للرضاعة، والرعاية القائمة على الاحترام، هي تدخلات أساسية للمواليد داخل نظمنا. جهاز ضغط المجرى الهوائي الإيجابي المستمر (CPAP) مهم، ولكن إذا وضعنا هؤلاء الأطفال على هذا الجهاز وأهملنا التغذية، فستبقى النتائج سيئة. ومن المهم جداً جداً أن نضمن الوصول إلى المواليد الأكثر عرضة لخطر الوفاة: الخدج، وناقصي الوزن عند الولادة، والمواليد المرضى. وسترون في إرشاداتنا الخاصة بالخدج أننا نؤكد عنصر التغذية ونذكر حليب الأم المُتَّبَع به عندما لا يكون حليب الأم نفسها متاحاً. الشريحة التالية. أين يقع هذا النقاش كله إذن؟ الأولوية لحليب الأم نفسها. يجب أن نبذل كل ما في وسعنا داخل نظمنا لدعم هؤلاء الأمهات. يجب أن نحمي حليب الأم نفسها ونعززه وندعمه، وأن نساند أمهاتنا في الرضاعة. ولكننا نعلم أنه ستكون هناك حالات لا يتوفر فيها حليب الأم نفسها: إما أننا فقدنا الأم للأسف، أو أن حالة الأم لا تسمح لها بإنتاج الحليب. وفي مثل هذه الحالات يكون خيارنا الثاني هو حليب الأم المُتَّبَع به. وعندما لا يتوفر حليب الأم نفسها أو لا يكون كافياً، ولا سيما لأطفالنا الخدج وناقصي الوزن عند الولادة، فمن المهم جداً جداً أن نضمن حصول هؤلاء الأطفال على حليب الأم. إن حليب الأم المُتَّبَع به جسر نحو التغذية الحصرية بحليب الأم، وليس بديلاً عن الاستثمار في دعم الرضاعة الطبيعية. وستسمعون اليوم مدى أهمية النظم المأمونة والعالية الجودة للدفع حقاً بخطة الرضاعة الطبيعية وحليب الأم المُتَّبَع به. الشريحة الأخيرة. حليب الأم المُتَّبَع به جزء من وعد أكبر: يجب أن يحصل كل مولود على التغذية الأكثر أماناً وملاءمة، بدءاً بحليب أمه، بدعم من رعاية ماهرة. نتحدث عن القابلات الماهرات، ويجب أن نتحدث أيضاً عن رعاية ماهرة تدعم تغذية الأم وتستند إلى نظم عالية الجودة. هذه خطة لبقاء المواليد. أعيد الكلمة إليك يا Doris.

[00:15:38] رائع! شكراً جزيلاً يا دكتورة Queen. البقاء هو ما نسعى إليه، وأنا ممتنة لك على ما تفضلت به. أعتقد أنه حان الوقت الآن للاستماع إلى Joan Matji. يسعدني أن أقدم الدكتورة Joan Matji، المديرية العالمية لتغذية الطفل ونمائه في اليونيسف، التي ستلقي الكلمة الافتتاحية باسم اليونيسف. تتمتع الدكتورة Matji بخبرة تزيد على 20 عاماً في تغذية الصحة العامة، وشغلت سابقاً منصب المستشار الإقليمية للتغذية في اليونيسف لشرق أفريقيا والجنوب الأفريقي، ورئيسة قسم التغذية في إثيوبيا. الكلمة لك يا دكتورة. نحن متحمسون جداً لسماع ما ستقدمه لنا اليونيسف في هذا اليوم المميز.

Dr. Joan Matji — اليونيسف

[00:16:35] شكراً جزيلاً يا Doris، وصباح الخير ومساء الخير أيها الزملاء والشركاء والأصدقاء الأعزاء. أرحب بكم ترحيباً حاراً في حفل إطلاق معايير منظمة الصحة العالمية والإرشادات التنفيذية المشتركة بين المنظمة واليونيسف بشأن بنوك حليب الأم المُتبرّع به. على المستوى الشخصي، أنا متحمسة جداً لندوة اليوم، إذ شاركتُ قبل سنوات عديدة، في ذروة وباء فيروس نقص المناعة البشرية في جنوب أفريقيا، مع جامعة بريوريا في إنشاء بنك لحليب الأم في بريوريا. لذا فإن المشاركة في مداورات اليوم تحمل لي حماساً شخصياً كبيراً. سيداتي وسادتي، كما ذكرت Queen، يموت كل عام 2.3 مليون مولود قبل أن يُتموا شهرهم الأول. هذا رقم هائل. ونعلم أيضاً أن أكثر من 6000 طفل يموتون كل يوم. ولا يزال مكان ولادة الطفل يحدّد بعمق فرص بقائه، مع وقوع العبء الأكبر على البيئات المحدودة الموارد، ولا سيما في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا. ومن بين الأكثر عرضة للخطر الأطفال الذين يولدون قبل الأوان أو صغار الحجم جداً أو مرضى جداً: إذ يُقدَّر أن 13.4 مليون طفل يولدون قبل الأوان كل عام، ولا تزال مضاعفات الخداج السبب الرئيسي للوفاة بين الأطفال دون سن الخامسة. إن عدم المساواة صارخ. ففي البيئات المنخفضة الدخل، يموت نحو نصف الأطفال المولودين في الأسبوع الثاني والثلاثين من الحمل أو قبله، وغالباً لأن تدخلات بسيطة ومثبتة الفعالية لا تتوفّر باستمرار؛ أما في البيئات المرتفعة الدخل فيبقى جميع هؤلاء الأطفال تقريباً على قيد الحياة. هذا هو عدم المساواة الحقيقي. حليب الأم نفسها هو خيار التغذية الأول والموصى به لكل طفل ولكل رضيع. وعندما لا يتوفّر مؤقتاً، يمكن لبدائل مثل الإرضاع من مرضعة وحليب الأم المُتبرّع به أن تساعد في ضمان استمرار الحصول على فوائد حليب الأم المنقذة للحياة. سيداتي وسادتي، نعلم أن هناك أوقاتاً لا يتوفّر فيها حليب الأم نفسها، أو يكون غير كافٍ أو متأخراً ريثما تترسخ الرضاعة. وفي هذه الظروف، يجب ألا يُحرم المواليد المعرضون للخطر من الفوائد الوقائية لحليب الأم. وهنا تبرز قيمة حليب الأم المُتبرّع به المأمون للرضع الخدج وناقصي الوزن عند الولادة. فهو البديل المفضل عندما لا يتوفّر حليب الأم نفسها أو لا يكون كافياً. وتجعل بنوك حليب الأم ذلك ممكناً من خلال ضمان جمع الحليب المُتبرّع به وفحصه ومعالجته وتخزينه وتقديمه بطريقة مأمونة وأخلاقية ومنصفة. وعندما يُدمج حليب الأم المُتبرّع به في برنامج قوي للرضاعة الطبيعية، فإنه يساعد على ضمان استمرار حصول الرضع المعرضين للخطر على نظام غذائي قائم حصرياً على حليب الأم خلال واحدة من أكثر الفترات حرجاً في حياتهم. بنوك حليب الأم ليست غاية في حدّ ذاتها، بل هي مكّن رئيسي واحد في منظومة شاملة تدعم الرضاعة الطبيعية وتحسّن بقاء المواليد. وهي تكمل، لا تحلّ محلّ، الاستثمارات في الدعم الماهر للرضاعة، ورعاية الأم الكنغرية، وتنفيذ مبادرة المستشفيات الصديقة للطفل، وسياسات عدم الفصل، والمشورة المجتمعية، والخدمات القوية لصحة الأم والوليد. ويبقى الهدف كما هو: مساعدة الأمهات على إدرار حليبهن والحفاظ عليه، وتمكين الرضع من الحصول على حليب أمهاتهم كلما أمكن ذلك. نعلم جميعاً أن الحصول على حليب الأم المُتبرّع به لا يزال غير متكافئ إلى حدّ بعيد. فكما أشرتُ سابقاً، ورغم وجود أكثر من 700 بنك لحليب الأم تعمل في 60 بلداً، يتركّز معظمها في البرازيل وأوروبا وأمريكا الشمالية، في حين تظل أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا، اللتان تتحملان العبء الأكبر من الرضع الخدج وناقصي الوزن عند الولادة، محرومتين من الخدمات الكافية. ولذلك طالبت البلدان بإرشادات عملية لإنشاء خدمات مأمونة وأخلاقية ومدمجة في رعاية الأم والوليد. والموارد الجديدة التي تُطلق اليوم تستجيب لهذه الحاجة، إذ توفّر معايير قائمة على البيّنات وإرشادات تشغيلية لإنشاء بنوك حليب الأم المُتبرّع به وتعزيزها، راسخة في دعم شامل للرضاعة الطبيعية والإدرار. ومع إطلاق هذه الإرشادات اليوم، يتجاوز طموح اليونيسف إنشاء بنوك حليب الأم؛ فنحن ندعم البلدان في تعزيز الرضاعة الطبيعية وتحسين رعاية المواليد الصغار والمرضى. ومعاً يجب أن نضمن حصول كل أم، أينما كانت، على الدعم الذي تحتاجه، وأن يتمكن كل مولود معرض للخطر من الحصول على حليب الأم عندما يكون في أمسّ الحاجة إليه. وأعلم أنكم جميعاً، أنتم المشاركين اليوم، ستتكاثفون معنا ومع منظمة الصحة العالمية لتحويل هذه الرؤية إلى واقع. وبهذه الكلمات أعيد الكلمة إلى Doris لمواصلة مداورات اليوم. شكراً لحسن استماعكم.

[00:23:08] شكراً جزيلاً يا دكتورة. كانت تلك كلمة اليونيسف. أعتقد أننا جميعاً متشوقون لمعرفة شكل هذه المعايير، وربما نسمع الآن ما تنصّ عليه: بعض الأهداف الرئيسية والأولويات التشغيلية التي ستوجّه ما ينبغي أن تكون عليه بنوك حليب الأم. ولنبدأ بالمعايير، اسمحوا لي أن أقدم الدكتورة Maryanne Perrin، عالمة التغذية والمهندسة الصناعية واختصاصية التغذية المسجلة، والأستاذة في قسم التغذية بجامعة نورث كارولاينا في غرينزبورو، حيث تركز أبحاثها على الإرشادات القائمة على البيانات لحليب الأم المُتبرّع به. شغلت منصب الباحثة الرئيسية في دراسة ممولة من المعاهد الوطنية للصحة في الولايات المتحدة حول تركيب حليب الأم المُتبرّع به في مختلف أنحاء العالم، وشغلت مؤخراً منصب الرئيسة المشاركة لفريق وضع معايير منظمة الصحة العالمية لبنوك حليب الأم المُتبرّع به. الكلمة لك، دكتورة Perrin. نحن جميعاً متشوقون لمعرفة هذه المعايير.

Dr. Maryanne Perrin — جامعة نورث كارولاينا في غرينزبورو؛ الرئيسة المشاركة لفريق وضع معايير منظمة الصحة العالمية

[00:24:31] شكراً يا Doris. يسعدني أن أكون هنا اليوم للمساعدة في إطلاق هذه الموارد المهمة. أردتُ فقط أن أذكر الجميع بأن أهدافنا العامة كانت وضع إرشادات قائمة على البيانات لجمع الحليب المُتبرّع به ومعالجته وتوزيعه بطريقة مأمونة وأخلاقية وعالية الجودة. وتمثّل هذه المعايير حدوداً دنياً لدعم التوسّع في البيئات المحدودة الموارد، وقد راعى منظورنا المتبرّعة، وطفل المتبرّعة، والرضيع المتلقّي، والحليب نفسه. لذا كان هناك الكثير مما يجب تفكيكه. توصلنا إلى تسعة معايير، وبما أن لديّ أقل من دقيقة لكل معيار، فلننتقل مباشرة إلى صلب الموضوع. الشريحة التالية. يتعلّق المعيار الأول باستقطاب المتبرّعات. أودّ التوضيح بأن الاستقطاب يتعلّق بمن نستهدف، وليس بالضرورة بمن نختار؛ فالاختيار يتعلّق بالفحص، وسنصل إليه بعد قليل. ورغم أن الفريق رأى بيانات على أن بعض خصائص المتبرّعة، مثل مرحلة الإدرار، تؤثر في كثير من المغذيات في الحليب، لم تكن هناك بيانات كافية على أن ذلك يؤثر في الرضيع المتلقّي. كما كان هناك قلق من أن تقليص مجموعة المتبرّعات قد يحدّ من الحصول على الحليب المُتبرّع به. لذا توصي المعايير بأن يجوز لبنوك الحليب استقطاب متبرّعات في جميع مراحل الإدرار والحمل ممّن يستطعن اعتصار حليب يزيد على حاجتهن أو لديهن فائض من الحليب المخزّن. وكان الفريق حريصاً بشكل خاص على دعم الأمهات التكالّي، نظراً إلى تزايد البيانات على أن التبرّع يحقق لهن فوائد خاصة، وكذلك على عدم الاستقطاب قبل أن تترسّخ الرضاعة جيداً بين الأم وطفلها. تتعلّق التوصية الثانية بالمكافأة المالية. ورغم أن الفريق حدّد بعض الفوائد المحتملة لتعويض المتبرّعات، فإن الأضرار شملت المساس بسلامة الحليب المُتبرّع به وجودته، واستغلال المتبرّعات، ما أدّى إلى التوصية بعدم تقديم حوافز مالية لضمان منتج مأمون وعالي الجودة. ومع ذلك أقرنا بأنه يمكن النظر في ردّ التكاليف الفعلية، مثل السفر والتنقل والمستلزمات اللازمة لاعتصار الحليب وتخزينه. الشريحة التالية. تتعلّق التوصية الثالثة بفحص المتبرّعات. وهنا نظرنا في البيانات المتعلقة بمتى يجب استبعاد متبرّعة بسبب احتمال إلحاق الضرر بالرضيع عبر الحليب. وكنا منتبهين أيضاً إلى أن الفحص المفرط غير المستند إلى البيانات قد يقلّص مرة أخرى مجموعة المتبرّعات المحتملات ويحدّ من الحصول على الحليب المُتبرّع به. لذا توصي المعايير بأن يشمل الفحص استبياناً عن عوامل الخطر وفحصاً مصلياً، وأن تُستبعد المتبرّعة إذا كانت نتيجة الفحص المصلي إيجابية لفيروس نقص المناعة البشرية أو فيروس HTLV-1، أو إذا كشف استبيان الخطر عن تعاطي مخدرات ترفيهية أو تبغ أو كحول أو أدوية تنتقل عبر الحليب وتُعدّ موانع للرضاعة الطبيعية. وقد حرصنا بشكل خاص، انسجاماً مع موضوع هذه الندوة، على أنه إذا استُبعدت متبرّعة محتملة، فيجب أن تظل تُشجّع على إرضاع طفلها. وراعينا أيضاً الحاجة إلى إعادة الفحص دورياً، لأن هذه المخاطر تتغيّر باستمرار. تتعلّق التوصية الرابعة بتنقيف المتبرّعات ودعمهن. فقد أقرّ الفريق بأن التنقيف والدعم المناسبين للمتبرّعات يمكن أن يساعدا في حماية علاقة الرضاعة بين المتبرّعة وطفلها، وكذلك سلامة الحليب وإدراره، وفي نهاية المطاف الرضيع المتلقّي. لذا توصي المعايير بأن تحمي بنوك الحليب المتبرّعات وتدعمهن لمواصلته إرضاع أطفالهن، وقد يشمل ذلك تقديم رعاية ماهرة للرضاعة أو توفير مستلزمات لاعتصار الحليب وتخزينه. ونوصي أيضاً بأن تقدّم بنوك الحليب تنقيفاً بشأن تقنيات اعتصار الحليب وممارسات النظافة، بما فيها غسل اليدين. وأشرنا إلى أن جميع طرق الاعتصار — باليد أو بمضخة يدوية أو بمضخة كهربائية — مقبولة، فالخيار للمتبرّعة. الشريحة التالية. تتعلّق التوصية الخامسة بالأوعية. وأودّ أن أشير إلى أن البيانات كانت منخفضة اليقين بسبب قلة عدد الدراسات وتضارب نتائجها. وقد تقاطعت النقاشات حول الأوعية مع عدد من المواضيع، منها سلامة الحليب وجودته، وسلسلة الإمداد، وتوفّر الأوعية وكلفتها، والقيود الإنتاجية والسريية المرتبطة بأنواع معيّنة منها. وتوصي المعايير بأن يُخزّن الحليب المُعتَصَر ويُنقل في أوعية نظيفة مخصّصة للأغذية، على أن تكون سهلة التنظيف والتطهير ووضع المصصات، ومقاومة للكسر، وقابلة للإغلاق المحكم. تتعلّق التوصية التالية بالتخزين والمناولة. ورغم وجود بعض البيانات على تدهور المغذيات أثناء التخزين، وازن الفريق ذلك مع

إدراكه أن قبول فترات تخزين أقصر فقط سيحدّ من الإمداد ومن ثمّ من الحصول على الحليب المُتبرّع به. وتقدّم المعايير توصيات محدّدة بشأن مدد التخزين المبرّد والمجمّد ودرجات حرارته للحليب الخام والمبستر، لكن لا يمكنني الخوض في هذه التفاصيل خلال تسع دقائق، لذا أشجّعكم على الرجوع إليها. وأوصي الفريق أيضاً بالحفاظ على درجات حرارة آمنة من الاستلام حتى التسليم، بما في ذلك الحفاظ على سلسلة التبريد أثناء النقل، وبأن ترصد بنوك الحليب درجات الحرارة الباردة وتسجلها مرتين يومياً على الأقل. وراعينا أنه في المناطق ذات درجات الحرارة المحيطة المرتفعة أو التبريد الأقل موثوقية، قد نحتاج إلى فترات تخزين أقصر للحفاظ على سلامة الحليب. الشريحة التالية. تتعلّق التوصية السابعة بتجميع الحليب ومزجه وتتبعه واقتفاء أثره. وهذه كلها عمليات تجريها بنوك الحليب أثناء الإنتاج والتوزيع للمساعدة في ضمان الكفاية التغذوية للحليب المُتبرّع به وسلامته. فالتجميع وسيلة لزيادة التجانس بين دفعات الحليب المُتبرّع به، في حين يضمن المزج تجانس المغذيات داخل الدفعة الواحدة. وتوصي المعايير بأنه يجوز لبنوك الحليب، حيثما كان ذلك مناسباً ثقافياً، تجميع حليب عدة متبرّعات لتحسين التجانس التغذوي، وبأنه يجب مزج الحليب المُجمّع لضمان توزيع متساوٍ للمغذيات لأن الحليب يميل إلى الانفصال عند تركه، وبأن تقنيات المزج الميكانيكية واليدوية كليهما مناسبة. وأخيراً، يجب أن تحتفظ بنوك الحليب بنظم للتتبع واقتفاء الأثر تمكّنها من تتبّع الحليب من المتبرّعة إلى المتلقّي، ومن المتلقّي إلى المتبرّعة، في حال وقوع أحداث ضائرة. تتعلّق التوصية الثامنة بالمعالجة الحرارية. وقد أقرّ الفريق بوجود مفاضلة بين المعالجة الحرارية للحليب، التي توقّر طبقة إضافية من الأمان بالقضاء على العوامل الممرضة المحتملة، وبين ترك الحليب خاماً دون معالجة، ما يحفظ مزيداً من المغذيات والخصائص الحيوية النشطة. وتوصي المعايير بأنه، لضمان السلامة الميكروبيولوجية، يجب معالجة الحليب المُتبرّع به حرارياً إما ببسترة هولدر أو بطرق الحرارة العالية لمدة قصيرة، ولا يُوصى بالتعقيم في المعقم الحراري (الريتورت)، ويمكن تجنّب المعالجة الحرارية إذا فُحص كل وعاء من الحليب الخام على حدة للتأكد من أنه ضمن حدود السلامة المقبولة محلياً. وأشار الفريق إلى أنه عند تجنّب المعالجة الحرارية، كما يحدث حالياً في النرويج وألمانيا، تلزم فحوص إضافية. الشريحة التالية. — هل يمكنك التلخيص؟ — نعم. تتعلّق التوصية الأخيرة بالفحوص. يُوصى بالفحص بعد البسترة، ولا يُوصى بالفحص التغذوي. أعيد الكلمة إليك يا Doris.

Doris Mollel — ميسرة الجلسة

[00:34:10] شكراً يا دكتورة Perrin. شكراً جزيلاً. تحية كبيرة للدكتورة Perrin على هذا العرض الرائع لما تنصّ عليه المعايير. واسمحوا لي، إن أذنتم، أن أقدم بسرعة Kimberly Mansen، الحاصلة على ماجستير الصحة العامة واختصاصية التغذية المسجلة، ومستشارة تغذية الأم والوليد في منظمة PATH ضمن ممارستها في مجال صحة المرأة والأسرة، والتي عملت منسقة رئيسية للمعايير والإرشادات التنفيذية على حدّ سواء. ستعرض علينا Kimberly الآن الإرشادات التنفيذية. الكلمة لك يا Kimberly، وأمل أن تساعدنا على الالتزام بالوقت حتى نتمكن جميعاً من سماع القصص الجميلة ومشاركة الحماس الذي يغمرنا بهذا الإطلاق. شكراً. تفضلي يا Kimberly.

Kimberly Mansen — مستشارة تغذية الأم والوليد، PATH

[00:34:57] شكراً يا Doris، ومرحباً بالجميع. إنه لمن دواعي سروري وسعادتي أن أعرض عليكم بإيجاز أبرز ما في الوثيقة المصاحبة، أي الإرشادات التنفيذية. وقليل من السياق لوضع الأمور في نصابها: لقد استمعتم للتوّ إلى الدكتورة Maryanne Perrin وهي تعرض النتائج ومحتوى تلك الوثيقة، لكن الوصول إلى هنا كان رحلة طويلة، فمنذ اليوم الأول لعملية وضع المعايير كانت الأسئلة تأتي من الميدان حول كيفية إنشاء نظام لبنوك الحليب وكيفية اتخاذ القرار بشأن نوع النموذج. لذا أودّ أن أشكر منظمة الصحة العالمية واليونيسف شكراً عميقاً على التزامهما بضمان أن ترافق هذه الإرشادات التنفيذية معايير بنوك الحليب بنجاح. يعلم كل من كان في الصفوف الأمامية لإنشاء بنك لحليب الأم أن الأمر يبدأ دائماً بنوايا طبية ورؤية واضحة — ربما بحملة لجمع التبرّعات لشراء جهاز طبي مثل جهاز البسترة — لكنه يتحوّل إلى شبكة معقّدة من العمليات والقرارات، إلى جانب التحديات العملية لمواءمة كل ذلك مع حماية الرضاعة الطبيعية وتعزيزها ودعمها بوصفها حجر الزاوية في عمل بنوك الحليب. وبينما ركّزت المعايير على الإجراءات المحددة التي يتعيّن على بنك الحليب اتخاذها لضمان منتج مأمون وعالي الجودة، فإن هذه الوثيقة، أي الإرشادات التنفيذية، هي التي تبدأ في طرح الأسئلة حول كيفية إنشاء نظام بنوك الحليب. سأقدّم لكم لمحة موجزة عن كيفية التعامل مع هذه الوثيقة، لكن أرجو أن تنزّلوها وتستكشفوها لتروا فعلاً عمق المعلومات الواردة فيها. الشريحة التالية. وُضعت هذه الإرشادات التنفيذية لدعم البلدان في إنشاء برامج مأمونة ومنصفة لحليب الأم المُتبرّع به، ملائمة لسياقاتها، تكمل استراتيجيات رعاية الأم والوليد وتعزّز، لا تحلّ محلّ، الجهود الرامية إلى حماية التغذية بحليب الأم نفسها ودعمها. ونظراً إلى أن النظم الصحية والأطر التنظيمية والسياقات الثقافية تختلف اختلافاً كبيراً، كان

هناك فهم مشترك بأنه لا يوجد نموذج واحد لبنوك حليب الأم يصلح للتطبيق في كل مكان. لذا ندعوكم جميعاً إلى التفكير بطريقة تقوم فيها البلدان بتقييم سياقاتها ومواردها واحتياجاتها السريرية وبنيتها التحتية ونظرة الجمهور إلى الحليب المُتبرَّع به، لتصميم نماذج لبنوك حليب الأم تحقق حصولاً مستداماً على حليب مُتبرَّع به مأمون وعالي الجودة، مع حماية الرضاعة الطبيعية ودعمها دائماً. والجمهور المستهدف بهذه الوثيقة واسع جداً: وزارات الصحة، وصانعو السياسات، والجهات المانحة — ولا سيما الجهات الراغبة في الاستثمار في صحة الأم والوليد وفي رؤية كيف يندرج ذلك الآن ضمن مكُون أوسع في هذا المجال — والجهات المنفّذة، والجمعيات المهنية، وغيرها من المنظمات غير الحكومية الراغبة في إنشاء بنوك الحليب ضمن تغذية الرضع المعرضين للخطر. ومرة بعد مرة، دفعت الأسئلة الواردة من الميدان إلى مطالبة منظمة الصحة العالمية واليونيسف بتقديم هذه الإرشادات، وهذه مجرد بداية ونقطة انطلاق. الشريحة التالية. كيف وُضعت هذه الإرشادات؟ أولاً، اجتمع فريق خبراء خارجي مؤلف من 10 أشخاص يمثلون مختلف أنحاء العالم وخالفين من تضارب المصالح، اختبروا لخبرتهم التقنية في تصميم نظم بنوك الحليب وإنشائها وتنفيذها، من جمعيات بنوك الحليب والمستشفيات والمؤسسات الأكاديمية. وكثير منكم مشاركون في هذه المكاملة، فشكراً لكم. وغُدت حلقة عمل لأصحاب المصلحة خلال المؤتمر الأخير للرابطة الأوروبية لبنوك الحليب في أكتوبر من العام الماضي، ورافقت رأي فريق الخبراء مراجعةً استطلاعية تناولت نماذج بنوك الحليب وتصنيف الحليب المُتبرَّع به وتنظيمه. وأُجريت أيضاً دراسات حالة عالمية، وستدير الدكتورة Kiersten Israel-Ballard حلقة نقاش لا تمثل سوى جزء يسير من ثراء التجارب المنتشرة في الوثيقة، فابقوا معنا. وتقدّم دراسات الحالة هذه في الوثيقة أمثلة واقعية على كيفية تحديد مختلف البيئات للنماذج ذات الأولوية والقابلة للتطبيق في سياقاتها، ما يُضيفي الحياة على المعلومات الغنية التي تتضمنها. وإلى جانب كل عملية جمع المعلومات والتعمق في آراء الخبراء، كانت لجنة التنسيق مع منظمة الصحة العالمية واليونيسف هي التي جعلت ذلك حقيقة. وسيتحدّث الدكتور Larry Grummer-Strawn أيضاً في ختام هذه الندوة عن كيفية المضي قدماً. الشريحة التالية. عندما تنزلون هذه الإرشادات، أودّ أن أوضح ما ستجدونه فيها. فهي ليست دليلاً لإنشاء بنك للحليب، بل تعرض الاعتبارات التي ينبغي مراعاتها لتحديد ما يجب فعله لإنشاء بنك للحليب، وأي نموذج وتصميم يكون ملائماً ومستداماً في بيئتك. ففي القسم 3 من الوثيقة نستكشف الأولويات التشغيلية والأهداف الرئيسية لبنوك حليب الأم، أي العوامل التي تقود فعلاً إلى نظام ناجح. ثم في القسم 4 تُطبّق هذه العوامل جميعها بوصفها محدّدات لخصائص نماذج بنوك حليب الأم، لتوضيح فوائدها وتحدياتها المحتملة. ويستند هذا الأساس إلى المحدّدات التي ترونها على الشريحة، أي الأهداف الرئيسية والأولويات التشغيلية. وتشمل الأهداف الرئيسية توفير إمدادات من حليب الأم المُتبرَّع به — إمدادات كافية، ولكن كما نعلم دون مبالغة، كي لا تكون حافزاً لاستخدام الحليب المُتبرَّع به بدلاً من حليب الأم نفسها، أي حماية هذا التوازن — وضمان منتجات مأمونة وعالية الجودة، وأي نموذج سيحقق ذلك في كل بيئة، وضمان أن يبقى دعم الرضاعة في صميم العمل حتى تحصل جميع الأمهات على الدعم الذي يحتجن إليه ولا يقوضه الحليب المُتبرَّع به أبداً. وتشمل الأولويات التشغيلية تحسين التكاليف والكفاءة — ففي بعض البيئات قد يكون نموذج ما أكثر كفاءة من غيره من حيث التكلفة بحسب الخدمات الأخرى المتاحة — والانسجام مع أطر السياسات والأطر التنظيمية القائمة، وهي واسعة ومتباينة جداً فيما يتعلّق بحليب الأم، واحترام الأعراف الثقافية والمجتمعية في جميع الخيارات المتعلقة بنموذج بنك الحليب. وفي الشريحة التالية سنستعرض الخصائص الست الرئيسية لنماذج بنوك حليب الأم الواردة في الوثيقة. — Kimberly، هل يمكنكِ التلخيص من فضلك؟ — نعم، شكراً. تشمل هذه الخصائص: الموقع المادي، أي النماذج داخل المرفق مقابل النماذج المجتمعية؛ فئة المتبرّعات، أي من يقمّ الحليب، متبرّعات من داخل المرفق أو من المجتمع؛ وتوزيع الحليب المُتبرَّع به، إلى موقع واحد أو عدة مواقع؛ وهيكل الحوكمة، مركزي أو لامركزي أو هجين؛ ونموذج التمويل، هل يجمع كل موقع التمويل بشكل مستقل أم تقدّم هيئة حوكمة الدعم المالي لضمان الاستدامة؛ والعمليات المشتركة مع منتجات طبية أخرى من أصل بشري، مثل الجمع بين خدمات بنوك الدم وخدمات حليب الأم: مشتركة أم مستقلة. ونظراً لضيق الوقت سننقل بسرعة إلى الشريحة التالية. وباختصار، ستجدون إرشادات بشأن التصنيف في كل بيئة: غذاء، أو منتجاً طبيّاً من أصل بشري، أو علاجاً تغذوياً أو غذاءً طبيّاً، أو فئة قائمة بذاتها. وختاماً، تدعم الإرشادات التنفيذية القرارات المعقّدة اللازمة لتصميم نظم مأمونة وفعّالة ومستدامة، بما في ذلك خدمات حليب الأم المُتبرَّع به حيثما كان ذلك مناسباً. وهي تتجاوز المرافق المنفردة لتعزيز أهداف الصحة العامة الأوسع، ومساعدة البلدان على وضع نماذج ملائمة لسياقاتها تحقق نتائج طويلة الأمد في مجالي التغذية والإطعام. شكراً جزيلاً.

Doris Mollel — ميسرة الجلسة

[00:44:07] شكراً يا Kimberly. أعلم أنك تجاوزت الوقت بدقيقتين، لكننا ممتنون لهذا العرض المتمنّ للارشادات التنفيذية، وبتنا جميعاً نعرف ما تنصّ عليه. أودّ الآن أن ننقل جميعاً إلى ممارسات البلدان ونتعلّم من تجاربها، ولتحقيق ذلك يسعدنا أن نسلم هذه الجلسة إلى سيدة مجتهدة ولطيفة جداً، هي الدكتورة Kiersten Israel-Ballard، الأستاذة المشاركة المنتسبة في قسم

الصحة العالمية بجامعة واشنطن، التي قادت مؤخراً فريق صحة الأم والطفل ونمايهما المتكامل في منظمة PATH، وتتمتع بخبرة تزيد على 25 عاماً في تغذية الرضع من الفئات المعرضة للخطر. ستدير هذه الفقرة الآن. الكلمة لك، دكتورة Kiersten. نحن متحمسون لفهم تجارب البلدان والاستماع إليها: كيف تبدو الممارسة الفعلية لامتلاك بنك حليب الأم المُتبرّع به، وبالطبع كيف يُنشأ هذا البنك في بيئاتنا المختلفة. الكلمة لك.

Kiersten Israel-Ballard — مديرة حلقة النقاش

[00:45:19] رائع. شكراً يا Doris، وشكراً لجميع زميلاتي المتحدثات. أعتقد أن كل من يشارك في هذه المكالمات يدرك أن نظمنا الصحية تختلف اختلافاً هائلاً بين البلدان والبيئات: في الموارد والبنية التحتية والخبرات. وينطبق ذلك أيضاً على بنوك حليب الأم. كان على المعايير والإرشادات التنفيذية أن توفر إطاراً صارماً، لكن الجزء الصعب كان جعله قابلاً للتكيف أيضاً. كيف نرسي أساساً مأمونة وملائمة، مع السماح للبرامج بتطوير نماذج قابلة للتكيف مع سياقاتها؟ يسعدني اليوم أن أخذكم في رحلة عبر ثلاثة بلدان مختلفة. كنت أتمنى أن نتناول المزيد، لكن الوقت لا يسمح. ومن خلال قصصها سنرى كيف كوّنت برامج بنوك حليب الأم مبادئ مشتركة مع الواقع المحلي، ما يبين أنه لا يوجد نموذج واحد للتنفيذ، بل مسارات متعددة نحو هدف مشترك: الحصول المأمون والمنصف والمستدام على حليب الأم. لدينا اليوم حلقة نقاش مع الدكتورة Sushma Nangia، أستاذة التميز في طب حديثي الولادة في كلية ليدي هاردينج الطبية ومستشفى كالواي ساران للأطفال في نيودلهي. ترأس المنتدى الوطني لطب حديثي الولادة في الهند عام 2024، وقادت مبادرات وطنية لصحة المواليد في إطار وزارة الصحة الهندية. وهي عضو في عدة أفرقة لوضع الإرشادات في منظمة الصحة العالمية تغطي الرضع الخدج، وبنوك حليب الأم، وتغذية الرضع المعرضين للخطر، ولها أكثر من 265 منشوراً. وهي شريكة في برنامج أوسلو-دلهي لتحسين الرعاية الأساسية لحديثي الولادة. أهلاً بك. ومعنا أيضاً الدكتورة Hoang Tran، الأستاذة المشاركة واختصاصية طب حديثي الولادة في مستشفى دا نانغ للنساء والأطفال في فييت نام. تقود منذ عام 2017 أول بنك لحليب الأم في البلاد. وشغلت سابقاً منصب نائبة مدير المستشفى ورئيسة قسم طب الأطفال في كلية الطب والصيدلة بجامعة دا نانغ. وهي نائبة رئيس جمعية فييت نام لطب الفترة المحيطة بالولادة وحديثي الولادة، وعضو في فريق الاستعراض المستقل التابع لإقليم غرب المحيط الهادئ في منظمة الصحة العالمية الذي يرصد خطة العمل من أجل مواليد أصحاء. أما Kathy Burgoine فهي طبيبة أطفال تلقت تدريبها في المملكة المتحدة وباحثة في طب حديثي الولادة، وتشغل منذ عام 2014 منصب رئيسة قسم حديثي الولادة في مستشفى مبالى الإقليمي للإحالة في شرق أوغندا. أسست المنظمة غير الربحية Born on the Edge، وطوّرت برنامج «جسر إلى الرضاعة الطبيعية» إلى جانب أول بنك لحليب الأم في مستشفى حكومي في أوغندا. وتقود الآن، بالتعاون مع جامعة بيرغن، مشروع دعم الرضاعة وبنوك حليب الأم في أوغندا، الذي يقيم دعم الرضاعة وبنوك الحليب قبل التوسع فيها. ولنبدأ — وسنضطر إلى اختصار حلقة النقاش قليلاً اليوم، واعتذر عن ذلك كثيراً — سنطرح سؤالا على جميع المشاركات، وسأطلب من كل واحدة منكن إجابة موجزة جداً. دكتورة Nangia من الهند، لنبدأ بك. ما الفجوة التي سدها حليب الأم المُتبرّع به في بيئتك؟ السؤال في الحقيقة هو: لماذا، من بين أولويات كثيرة متنافسة، اختير إنشاء بنوك حليب الأم ضمن استراتيجية رعاية المواليد وتغذيتهم؟ لنبدأ بك.

Dr. Sushma Nangia — الهند (نيودلهي)

[00:48:52] نعم. تحياتي من نيودلهي، الهند. إنه لشرف لي أن أكون هنا، وشكراً لمنظمة الصحة العالمية واليونيسف و-Kiersten. شكراً جزيلاً على استضافتنا. اسمحوا لي أن أخبركم أن الهند تشهد سنوياً 26 مليون ولادة، منها 3.5 ملايين طفل خديج، وهي بلا منازع أكبر مجموعة ولادات في أي بلد. وفي عام 2014 كانت الهند واحدة من 194 دولة عضواً أيدت الإطار العالمي لخطة العمل «كل مولود». وبناءً على ذلك، أعلنت الهند في سبتمبر 2014 خطة العمل الهندية الخاصة بالمواليد، التي تغطي الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمراهق وفق نهج دورة الحياة، مع الالتزام بخفض وفيات المواليد من 26 لكل 1000 مولود حي آنذاك إلى رقم أحادي بحلول عام 2030. وكانت لدى حكومة الهند رؤية لضمان الولادة في المرافق الصحية للجميع وحصول جميع الرضع على حليب الأم. ومن هذا المنطلق، أطلق في عام 2016 برنامج MAA، أي «المودة المطلقة للأمهات»، مع تركيز متجدد على الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى بعد الولادة مباشرة، والرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الأشهر الستة الأولى. ولضمان حصول مماثل وشامل على حليب الأم للرضع الصغار والمرضى والمعرضين للخطر، كان لا بد من إنشاء بنوك حليب الأم وتوسيعها. لكن الهند لم تختار بنوكاً مستقلة للحليب، بل ركّزت على دعم شامل للرضاعة لدى النساء، وأدمجت بنوك حليب الأم في إطاره. وفي أغسطس

2017 أصدرت الهند إرشادات وطنية بشأن مراكز إدارة الرضاعة في مرافق الصحة العامة، ركزت على دعم الرضاعة لجميع الوالدات، وحليب الأم نفسها للأطفال الصغار والمرضى، وحليب الأم المُتبرّع به عندما يكون حليب الأم غير كافٍ أو غير متاح.

Kiersten Israel-Ballard — مديرة حلقة النقاش

[00:51:05] شكراً يا دكتورة Nangia. حاجة هائلة في الهند، ولذلك فهو نموذج ملائم. لننتقل إلى فييت نام. دكتورة Tran، كيف تجيبين عن السؤال نفسه: لماذا؟

Dr. Hoang Tran — فييت نام (مستشفى دا نانغ للنساء والأطفال)

[00:51:16] مرحباً بالجميع. تشهد فييت نام سنوياً نحو 1.5 مليون ولادة، منها أكثر من 100 ألف طفل خديج أو ناقص الوزن عند الولادة. ولأسباب مختلفة، مثل مرض الأم أو قلقها أو الفصل بين الأم وطفلها بسبب مرض الطفل أو خداجه، لا يحصل للأسف أكثر من 50% من هؤلاء الأطفال على رضاعة طبيعية مبكرة وحصرية، وهم بحاجة ماسة إلى تغذية بديلة مثلى، هي حليب الأم المُتبرّع به المبستر. لذا أنشئت بنوك حليب الأم في فييت نام لضمان أن يحصل كل مولود صغير أو مريض أو معرض للخطر لا يتوفّر له حليب أمه على حليب مُتبرّع به. كما تؤدي بنوك حليب الأم دوراً مهماً في تعزيز الرضاعة الطبيعية في مجتمعنا، وتدعم هذه المبادرة مباشرةً الأولويات الوطنية المتعلقة ببقاء المواليد وتغذية الأطفال وتعزيز الرضاعة الطبيعية. وتتعاكس هذه الأولويات في قانون الطفل، والاستراتيجيات الوطنية للتغذية، وخطط عمل وزارة الصحة. شكراً.

Kiersten Israel-Ballard — مديرة حلقة النقاش

[00:52:33] شكراً يا دكتورة Tran. دكتورة Burgoine، لننتقل إليك وإلى أوغندا: قصة مبالي.

Dr. Kathy Burgoine — مستشفى مبالي الإقليمي للإحالة

[00:52:40] رائع. شكراً يا Kiersten. مساء الخير جميعاً. في نحو عامي 2019 و2020، هنا في مبالي بأوغندا، لاحظنا أن عدداً أكبر من الرضع الخدج أصبحوا يبقون على قيد الحياة، لكنهم كانوا يعانون كثيراً في اكتساب الوزن، بل إن الأمهات أنفسهن كنّ يعانين في اعتصار كمية الحليب التي نطلبها منهن. وعندما نظرنا في بياناتنا بعين أكثر تحيصاً، وجدنا أن نحو 40% من رضعنا الخدج ذوي الوزن المنخفض جداً عند الولادة كانوا يعانون أصلاً من تقييد النمو عند الولادة. وبحلول موعد خروجهم من المستشفى، كان نحو 80% من رضعنا الخدج يعانون من تعثر النمو بعد الولادة. كان ذلك مصدر قلق كبير لنا يا Kiersten، لأننا ندخل نحو 4000 طفل سنوياً، منهم نحو 600 طفل ذوو وزن منخفض جداً عند الولادة. لذا كان علينا حقاً أن نجد حلاً. ولم تكن التغذية الوريدية الكاملة واقعية بطبيعة الحال في بيئة مثل بيئتنا. ومقويات حليب الأم باهظة الثمن جداً، وحليب الرضع الصناعي، وإن كان متوفراً، ظل مكلفاً، ونعلم جميعاً مضاعفاته على الرضع الخدج. لذا بدأنا بما لدينا: تدخلات منخفضة التكلفة تركز على التطبيق الفعلي لعدم الفصل، ورعاية الأم الكنغرية المبكرة والمستمرة. وبدأنا تقديم التثقيف بشأن الرضاعة الطبيعية لجميع الأمهات في وحدة حديثي الولادة، إضافة إلى دعم متخصص وفردى للرضاعة للأمهات الرضع الخدج. ومع ذلك بقيت فجوة: كان لا يزال هناك بعض الأطفال لا يحصلون على ما يكفي من الحليب. عندها كان علينا أن نفكر جدياً في إنشاء بنك لحليب الأم المُتبرّع به هنا في أوغندا، وأعتقد أننا سنتحدث عن ذلك بعد قليل. وباختصار، أصبح بإمكاننا الآن توفير حليب أم مُتبرّع به مفحوص ومبستر لاستكمال تغذية هؤلاء الأطفال بينما نواصل العمل على إرساء حليب الأم نفسها. وأعتقد أن أكثر ما يبعث على الحماس، على الأقل بالنسبة لنا في أوغندا هذا العام، هو أننا تمكنا، بفضل تجارب مستشفانا إلى جانب مستشفى نسامبيا وكمبالا، من جمع بروتوكولاتنا وتجاربنا وإرشاداتنا، وإطلاق الإرشادات الوطنية لبنوك حليب الأم هنا في أوغندا في أغسطس 2026.

Kiersten Israel-Ballard — مديرة حلقة النقاش

[00:54:36] هذا رائع، تهانينا! أودّ أن أشكر كل واحدة منكن على شرح «لماذا». لديكن أولويات كثيرة جداً متنافسة، واحتياجات هائلة في بيئاتكن، فأين موقع بنوك حليب الأم ولماذا؟ شكراً. أودّ الآن أن أطرح على كل واحدة منكن سؤالاً محدداً عن برنامجها لتتعمق قليلاً ونتعرّف أكثر إلى بيئتها الخاصة. وكما ذكرت Kimberly، تتضمن الإرشادات التنفيذية عدداً من دراسات الحالة، والهند إحداها. دكتورة Nangia، أودّ أن أبدأ بك. لدى الهند استراتيجية وطنية للتوسع في بنوك حليب الأم. هل يمكنك مشاركتنا هذه القصة؟ ما النهج

الاستراتيجي؟ ما النموذج الذي يجري توسيعه؟ كيف يقيسون النجاح؟ والهند ذات حجم هائل، فكيف يُضفى الطابع المؤسسي على ذلك ضمن مبادرات الصحة العامة؟ الكلمة لك. أوه، الميكروفون مكتوم.

Dr. Sushma Nangia — الهند (نيودلهي)

[00:55:36] شكرًا. عذراً. كما أشرت سابقاً، أصدرت الهند في أغسطس 2017 الإرشادات الوطنية بشأن مراكز إدارة الرضاعة في مرافق الصحة العامة، مع التركيز على أربعة أمور محدّدة: دعم الرضاعة لجميع النساء اللواتي يلدن في المرفق، مع دعم الرضاعة الطبيعية للأطفال الأصحاء يمتدّ حتى جناح الولادة؛ والتغذية بحليب الأم نفسها للأطفال الصغار والمرضى الذين يُعالجون في وحدات حديثي الولادة، أي وحدات العناية المركّزة لحديثي الولادة ووحدات الرعاية الخاصة لحديثي الولادة، وهي وحدات المستوى الثاني على مستوى المقاطعة؛ وإتاحة حليب الأم المُتبرّع به الميسر بوصفه دعماً جسرياً للأطفال الصغار والمرضى عندما يكون حليب الأم غير كافٍ أو غير متاح؛ وبشكل شامل، تعزيز خدمات المشورة في النظام الصحي بأكمله. وقد أضفت الإرشادات الوطنية طابعاً رسمياً على نموذج ثلاثي المستويات. في هذا النظام، سُمّي المستوى الأعلى، المنشأ في كليات الطب والمستشفيات الكبرى في المقاطعات، مركز إدارة الرضاعة الشامل (CLMC)، ويشمل المشورة بشأن الرضاعة والدعم الكامل للرضاعة، ويعمل بنكاً متكاملًا لحليب الأم مجهّزاً لجمع الحليب المُتبرّع به وتخزينه وبسترته وفحصه وتوزيعه على وحدات العناية المركّزة لحديثي الولادة. ويقع المستوى الثاني في مستشفيات المقاطعات والمقاطعات الفرعية التي تضم وحدة رعاية خاصة لحديثي الولادة عاملة. وتركّز وحدات المستوى الثاني بطبيعة الحال على المشورة بشأن الرضاعة ومعالجة مشكلاتها، إلى جانب دعم اعتصار حليب الأم وتخزينه لاستخدامه لأطفالها، ويمكن إرسال بعض الحليب غير الميسر إلى مركز CLMC لبسترته ثم استعادته. أما المستوى الأساسي، أي المستوى الثالث، فيتكوّن من وحدات دعم الرضاعة، وهي ليست وحدات مادية في الواقع، بل تتمثّل في دعم الرضاعة المقدم في كل نقطة ولادة، سواء كانت مركزاً للرعاية الأولية أو مركزاً صحياً مجتمعياً أو مستشفى مقاطعة أو كلية طب أو مؤسسة مرجعية عليا. وتيسّر هذه الوحدات جميعها البدء المبكر بالرضاعة، وتدعم وضعية الرضاعة والتقام الثدي، وتعالج المشكلات المتعلقة بالرضاعة. وكما نعلم، تضمّ الهند مجموعة ولادات ضخمة، فيها أكبر عدد من الرضع الخدج وناقصي الوزن عند الولادة والمصابين بتقييد النمو، وهم الأكثر عرضة لصعوبات التغذية والإنتان وغيرهما من اعتلالات الخداج، إلى جانب تعثّر النمو، وينتهي بهم الأمر إلى الوفاة أو، إن نجوا، إلى الإصابة باضطرابات النماء العصبي. وتبدير هؤلاء الأطفال بالطريقة التقليدية في وحدة العناية المركّزة لحديثي الولادة، مع تقديم التغذية الوريدية أو الحليب الصناعي، ينطوي على مضاعفات إضافية كثيرة، مثل الإنتان، وعدوى مجرى الدم المرتبطة بالقثطار المركزي، والتهاب الأمعاء والقولون الناحر، وغيرها، ويتطلّب ذلك كله تجهيزات معقّدة للتحضير والإعطاء، ناهيك عن التكلفة. لذا لم يكن أيّ من ذلك ممكناً. ولهذا فإن حليب الأم بالنسبة لنا ليس مجرد تغذية مثلي، بل هو تدخّل حيّ منقذ للحياة بفضل مكوّناته الحيوية النشطة الفريدة التي تساعد على الوقاية من العدوى، وتعزّز تطوّر المناعة والصحة والعافية عموماً. ولذلك جرى تعزيز حليب الأم نفسها وتفضيله بوصفه الخيار الأول، وتؤكد الإرشادات جميع الجهود الرامية إلى زيادته. وتضمن المستويات الثلاثة تقديم المشورة الفردية والجماعية بحسب احتياجات دعم الرضاعة، بدءاً من عيادة الرعاية السابقة للولادة، مروراً بأجنحة ما بعد الولادة وقاعة الولادة وأجنحة طب الأطفال وجراحة الأطفال وعيادات الطفل السليم ومراكز التطعيم. ويقدم مركز الرضاعة الدعم في اعتصار الحليب لأمهات الأطفال الصغار المقيمين في وحدة الرعاية الخاصة لوحدة العناية المركّزة، غالباً باليد أو بمساعدة مضخة الثدي، لضمان توقّر حليب الأم نفسها للأطفال الصغار والمرضى. وإضافة إلى دعم الرضاعة، يمكن لمراكز CLMC فحص المُتبرّعات وتسجيلهن، وإرسال الحليب المُعتصر إلى وحدة العناية المركّزة بوصفه حليب الأم نفسها لتغذية طفلها البيولوجي. ويُتبرّع بالحليب الفاض طوعاً، ويُخزّن بطريقة معقّمة مع الحفاظ على درجة الحرارة المناسبة، ثم يُجمّع ويُيسر ويُفحص ويُخزّن حتى يُصرف إلى وحدة حديثي الولادة. ولا يُصرف حليب الأم المُتبرّع به الميسر إلا بوصفه طبية صالحة من وحدة حديثي الولادة، تتضمن تفاصيل الطفل المتلقّي وحالة الرضاعة لدى أمه. ويُرصد ذلك عن كثب، ويُستخدم الحليب دعماً جسرياً إلى أن يتغذى الطفل بالكامل على حليب أمه. وفي العادة لا يمتدّ هذا الدعم إلى الأطفال الذين يتجاوز عمرهم الحلمي 32 أسبوعاً، ولا يتجاوز الأسبوعين الأولين من الحياة. لقد سألت عن مقياس النجاح. مقياس النجاح هو نسبة حليب الأم نفسها من إجمالي حجم التغذية المعوية التي يتلقّاها الطفل، ومدى سرعة وصول الطفل إلى التغذية الكاملة بحليب أمه، ومدى سرعة استعادته لوزن الولادة، ومعدّل اكتساب الوزن بعد استعادته. فمقياس النجاح إذن ليس كمية الحليب المُتبرّع بها أو الكمية المخزّنة في ثلاجات بنك الحليب، بل كمية حليب الأم نفسها التي يحصل عليها الأطفال. ويجري إضفاء الطابع المؤسسي على هذا النهج في نظام الصحة العامة، إذ يوجد بالفعل أكثر من 100 بنك للحليب في الهند، ويجري إنشاء عدد من مراكز إدارة الرضاعة التي تعتمد حكومات الولايات وتدعمها في جميع أنحاء البلاد لدعم وحدات الرعاية الخاصة لحديثي الولادة. وتتعلّق المبادرات الحالية بإنشاء نموذج «المحور

والأطراف» العامل بكامل طاقته، حيث يعمل مركز CLMC محوراً يبستر الحليب المُتبرَّع به الذي يُجمع في وحدات إدارة الرضاعة ثم يعيده إليها لاستخدامه في وحدات الرعاية الخاصة. وتهدف مبادرة أخرى إلى إنشاء نظام محكم للتتبع واقتفاء الأثر يسجل حركة الحليب المُتبرَّع به ومعالجته وتوزيعه من لحظة التبرُّع حتى تسليمه إلى المتلقِّي، مع إدخال الترميز الشريطي والسجلات الإلكترونية وقواعد البيانات المتكاملة. وقد بدأت بعض المبادرات، لكنها تحتاج إلى إضفاء الطابع الرسمي؛ فلم يتحقَّق ذلك بعد على المستوى الوطني، لكن هناك مبادرات قيد التنفيذ. أعتقد أن هذا كل ما لدي.

Kiersten Israel-Ballard — مديرة حلقة النقاش

[01:02:20] رائع، شكراً جزيلاً يا دكتورة Nangia. إنه مثال قوي على التكامل وعلى القيادة السياسية أيضاً: دمج بنوك حليب الأم في مراكز شاملة لإدارة الرضاعة، مع دعم حكومة الهند للتوسع بوصفه أولوية. هذا مذهل. دكتورة Tran، لننتقل إليك وإلى فيبيت نام. أنشئ بنك حليب الأم في مستشفى دا نانغ للنساء والأطفال عام 2017، ومنذ ذلك الحين أصبح نموذجاً للتوسع في المنطقة. هل يمكنك أن تصفي كيف أدمج بنك حليب الأم في البداية في مبادرات التغذية ورعاية المواليد القائمة، وكيف يُطبَّق هذا النهج الآن على المستوى الإقليمي؟ شكراً.

Dr. Hoang Tran — فيبيت نام (مستشفى دا نانغ للنساء والأطفال)

[01:03:04] شكراً. أنشئ أول بنك لحليب الأم في فيبيت نام في مستشفى دا نانغ للنساء والأطفال عام 2017، واختير مستشفانا لتنفيذ أول بنك بعد إنجازات كبيرة في مجال الرعاية الأساسية المبكرة للمواليد منذ عام 2014، إذ كان أكثر من 90% من المواليد، سواء بالولادة الطبيعية أو القيصرية، يحصلون على تلامس الجلد بالجلد لفترة مطوّلة ورضاعة طبيعية مبكرة. ونطبق أيضاً رعاية الأم الكنغرية المستمرة للأطفال الصغار، ويحصل أكثر من 90% من الأطفال الخدج أو ناقصي الوزن عند الولادة في مستشفانا على هذه الرعاية المثلى، كما يوفر المستشفى رعاية الأم الكنغرية الفورية مباشرة بعد الولادة للأطفال الخدج، حتى الخدج جداً. وقد أسهم إدخال بنك حليب الأم في زيادة دعم الرضاعة الطبيعية وتعزيزها. فقد أوجد نهجاً متكاملًا لرعاية الأم والوليد بربط بنك حليب الأم بالرعاية الأساسية المبكرة للمواليد، ورعاية الأم الكنغرية، والرضاعة الطبيعية، وعدم الفصل بين الأمهات والمواليد. وساعد هذا التكامل دا نانغ على أن تصبح مركز تميّز لرعاية الأم والوليد. وأصبح مستشفانا مركزاً لتدريب الزملاء من جميع أنحاء فيبيت نام، ووجهة مفضلة للزملاء من المنطقة. وفي عام 2021 أصدرنا أول إرشادات وطنية لبنوك حليب الأم في فيبيت نام، تقدّم معلومات شاملة عن إنشائها وتشغيلها. وبناءً على نموذج دا نانغ، توسّعنا إلى أربعة بنوك إضافية لحليب الأم في ثلاث مناطق من فيبيت نام، منها بنوك في أكبر مستشفيات للنساء، ومستشفى للنساء والأطفال، والمستشفى الوطني للأطفال. كما أنشأنا خمسة بنوك فرعية. ومن دا نانغ، ورّع خلال السنوات الثماني الماضية نحو 16 ألف لتر من الحليب المُتبرَّع به المبستر على ما يقرب من 60 ألف مولود، وتُظهر بيانات مستشفانا أيضاً زيادة كبيرة في معدل الرضاعة الطبيعية بعد إنشاء بنك حليب الأم. هذه هي المعلومات من مستشفانا وتجربة فيبيت نام. شكراً لحسن استماعكم.

Kiersten Israel-Ballard — مديرة حلقة النقاش

[01:05:44] شكراً جزيلاً يا دكتورة Tran. أقدر كثيراً شرحك للنموذج الذي يجري التوسع فيه، لأنك أثبتت أولاً أنه كان لديك أساس متين قبل بنك الحليب، وأن التكامل ممكن لأنكم ربطتم بنك حليب الأم بالرعاية الأساسية المبكرة للمواليد، ورعاية الأم الكنغرية، والرضاعة الطبيعية، وعدم الفصل، وأنه جزء أساسي من كل ذلك. شكراً. دكتورة Burgoine، لننتقل إلى أوغندا. أعتقد أنك سمعت مراراً، وأنا أيضاً سمعتُ مراراً خلال مسيرتي في هذا المجال، أن بنوك حليب الأم كثيراً ما يُنظر إليها على أنها كثيفة الموارد ومعقّدة ومقتصرة على البيئات المرتفعة الدخل وغير ملائمة للبيئات المحدودة الموارد، وهي بالضبط حيث يكون العبء الأكبر. وفي الإرشادات التنفيذية لدينا دراسات حالة، وأوغندا من بينها. افتتح بنك حليب الأم في مبالي عام 2023، وهو أول بنك لحليب الأم في بيئة مستشفى في أوغندا. وأنتم تعملون وفق نموذج منخفض التكلفة، مع تطبيق نهج شامل للرعاية في الوقت نفسه. هل يمكنك وصف نهجكم، مع التركيز على الجدوى والاستدامة والأثر الذي تلمسونه؟ الكلمة لك.

Dr. Kathy Burgoine — مستشفى مبالي الإقليمي للإحالة

[01:07:04] رائع. شكراً يا Kiersten. إنها ملاحظة مهمة جداً، ومن الشائع فعلاً الاعتقاد بأن بنوك الحليب مخصصة فقط للبيئات المرتفعة الدخل وأنها باهظة التكلفة، لذا فهو سؤال ممتاز في ندوة اليوم. لا أستطيع أن أشارككم كل شيء، لكن يمكنني أن أعرض بعض العوامل الرئيسية التي أخذناها في الاعتبار عند تطوير برنامج «جسر إلى الرضاعة الطبيعية» هنا في مستشفىنا الحكومي في شرق أوغندا. أولاً، من المهم جداً أن أقول إنه طُوِّر بالاشتراك مع الأشخاص الذين سيستخدمونه ويقدمونه فعلياً. استمعنا إلى آباء الأطفال الخدج وأطباء حديثي الولادة والممرضات، لكننا أشرطنا أيضاً الإداريين وموظفي المختبر في تصميم البرنامج. وكنا محظوظين جداً بوجود طالبتي ماجستير في المستشفى أجرتنا لنا عملاً نوعياً رسمياً حول المقبولية والعوائق والعوامل الميسرة، ليس فقط لإعطاء حليب الأم المُتبرَّع به — تذكروا أنه أمر جديد هنا في أوغندا — بل أيضاً للتبرُّع بالحليب أصلاً، لأنه إن لم تكن هناك متبرَّعات فلن يكون هناك بنك للحليب من الأساس. وكما أشرت سابقاً، لم تكن لدينا موارد كثيرة، فبدأنا بتدخلات منخفضة التكلفة، وصفتها Sushma وHoang أيضاً. ركَّزنا على الدفع بسياسة عدم الفصل، والتأكد من بقاء الأمهات والأطفال معاً منذ الولادة أو، في الوضع المثالي، منذ الإدخال. ونجحتنا في ذلك أيضاً بتشجيع رعاية الأم الكنغرية المبكرة والمستمرة التي سمعتم عنها. ومؤخراً حصلنا على كراسي لرعاية الأم الكنغرية، بحيث تستطيع الأمهات البقاء بارتياح بجانب سرير أطفالهن على مدار 24 ساعة إن رغبن في ذلك. وكانت الخطوة التالية بمثابة تدخلنا الأول: عيِّنا اختصاصية معتمدة في الرضاعة الطبيعية لها دوران رئيسيان. أولاً، تقدِّم يومياً التثقيف بشأن الرضاعة الطبيعية لكل أم في الجناح، فتعرف جميعهن عن حليب الأم والرضاعة الطبيعية وفوائدها لهن ولأطفالهن. وتشرح أيضاً كيفية اعتصار الحليب، والتغذية بالكوب والملعقة، والتغذية عبر الأنبوب الأنفي المعدي، وباتت اليوم تتناول أيضاً حليب الأم المُتبرَّع به: ما هو، ومن يمكنه التبرُّع به، ومن يحتاج إليه فعلاً، لمعالجة نقص الوعي الذي كشفه عملنا النوعي. ثم لدينا فريقنا الطبي الذي يَمُرُّ يومياً، وبمجرد أن يحدِّد طفلاً وزنه أقل من 1500 غرام، أو أي طفل آخر تواجه أمه صعوبات في إدرار الحليب، يُحال فوراً، ويُفضَّل خلال 24 ساعة، إلى اختصاصية الرضاعة، فتحصل الأم على دعم فردي للرضاعة حتى يترسَّخ إدرار الحليب. وما لاحظناه هنا في مبالي، على الأقل في بياناتنا، أن نحو 80% من أمهاتنا يستطعن إنتاج ما يكفي من حليبهن بهذه التدخلات البسيطة جداً التي وصفتها للتو. ولكن هناك «لكن»، وهي أحد أسباب وجودنا هنا اليوم: ليس كل الأطفال يستطيعون الحصول على ما يكفي من حليب أمهاتهم، ولا سيما في الأيام الأولى، البالغة الأهمية للأطفال الخدج الذين نرعاهم. وعندما بدأنا هذا النقاش، نعم، كنا نظن الشيء نفسه: مكلف جداً وغير ممكن في بيئة مثل بيتنتا. أجهزة البسترة التي كنا ننظر فيها تكلف عشرات الآلاف من الدولارات، وتحتاج إلى تيار كهربائي موثوق وإمداد متواصل بالمياه، ناهيك عن الصيانة والخدمة، ونحن هنا ببساطة لا نستطيع الاعتماد على إمداد متواصل بالمياه والكهرباء. فبدأت هذه الأمور بعيدة عن متناولنا. عندها تعرَّفنا إلى عمليكم يا Kiersten، وعمل Anna Coutsoudis وزملائها في جنوب أفريقيا على جهاز Piastra. يتيح جهاز Piastra البسترة بالحرارة العالية لمدة قصيرة، التي ذكرتها سابقاً، ويمكن تسميتها أيضاً البسترة الخاطفة. ومن المزايا الكبيرة لهذا النوع من البسترة أنه لا يحتاج إلى إمداد متواصل بالمياه للتبريد، ويمكن أن يعمل بحدٍّ أدنى من الكهرباء. كما أن Piastra نفسه قائم على نهج معياري، وباستثناء حاسوبه يمكن الحصول على كل مكوناته محلياً هنا في أوغندا إذا احتجنا إلى استبدالها أو إصلاحها، فلا نحتاج إلى تلك الخدمة والصيانة المستمرتين. ولا يستطيع بسترته سوى ثلاث زجاجات من الحليب في المرة الواحدة، وهذا ربما عيب، لكننا نستطيع خلال ساعة بسترته 12 زجاجة، وحتى في وحدتنا المزدومة التي وصفتها، بدأ ذلك كافياً على الأقل خلال السنوات الثلاث الماضية. لكن أفضل ما في الأمر أن تكلفة تركيب جهاز بسترته حليب الأم هذا كانت أقل من 1000 دولار. وهكذا حللنا هذه المشكلة نوعاً ما. والأمر التالي الذي كان علينا التفكير فيه في سياقنا هو: من أين ستأتي المتبرَّعات؟ سمعنا سابقاً أن هناك أماكن كثيرة يمكن استقطاب المتبرَّعات منها. أما نحن فقرَّرنا الاستعانة بالأمهات الموجودات أصلاً في وحدة حديثي الولادة، أمهات سيقين ربما أسبوعاً، أو شهراً أو شهرين. فبمجرد الاستثمار في فحص هؤلاء الأمهات وتقديم المشورة لهن والحصول على موافقتهن، يمكن الحصول على إمداد مستمر من حليب الأم المُتبرَّع به منهن. وقد خفَّض ذلك التكلفة كثيراً، فلم يكن علينا توفير النقل والخدمات اللوجستية لجلب الحليب من المجتمع. ومن الفوائد الإضافية أنه وفَّر لنا بيئة نظيفة: كان بإمكاننا مراقبة اعتصار الأمهات للحليب وتجميده فوراً، فلم يكن علينا القلق بشأن الاعتصار المأمون في المجتمع ولا بشأن سلسلة التبريد من المنزل إلى المستشفى. ونحن نجمِّد حالياً كل الحليب عند 20 درجة تحت الصفر، باستخدام مجمِّدات منزلية، مع موازين حرارة متصلة بشبكة Wi-Fi تعمل على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. وعندما لا يكون لدى الأم ما يكفي من الحليب، نواصل التدخلات المنخفضة التكلفة التي وصفتها، ونُدعم الأم بشكل فردي لإرساء إدرار حليبها، بينما يقتصر دور حليب الأم المُتبرَّع به على الاستكمال إلى أن تتمكَّن من إنتاج ما يكفي من حليبها. وخلاصة القول، خفَّض برنامج «جسر إلى الرضاعة الطبيعية» تعثُّر النمو بعد الولادة لدى الأطفال ذوي الوزن المنخفض جداً عند الولادة بنحو 30% خلال العامين الماضيين. لذا أنا هنا لأقول إننا لسنا بحاجة إلى أن نكون في بيئة مرتفعة الدخل، ولا نحتاج إلى تكنولوجيا متطورة إذا ركَّزنا على تكنولوجيا ملائمة وميسورة التكلفة. وإذا تحقَّقت الملكية المحلية، واستكشفتنا المقبولية المحلية والعوائق والعوامل الميسرة التي يمكن للفريق

معالجتها بسهولة، فإننا نبني ذلك الأساس المتين الذي تحدث عنه الجميع اليوم: دعم الرضاعة الطبيعية، والدعم الفردي للرضاعة. ونحن لا نركز على حليب الأم المُتبرَّع به وحده، بل نستخدمه جسراً إلى الرضاعة الطبيعية. وفي نهاية المطاف، يعود جميع أطفالنا إلى منازلهم وهم يتغذون على حليب أمهاتهم. وكما قالت Queen في البداية، يعودون إلى منازلهم ولا يكتفون بالبقاء على قيد الحياة، بل يزدهرون أيضاً. شكراً يا Kiersten.

Kiersten Israel-Ballard — مديرة حلقة النقاش

[01:13:45] شكراً جزيلاً يا دكتورة Burgoine. تجربتك مهمة جداً لكثيرين في هذه المكالمة. فعبء المواليد المعرّضين للخطر يتركز في البيئات المحدودة الموارد، وقد أثبت أن النماذج المنخفضة التكلفة ممكنة، وأثبت أيضاً أن الأمر لا يتعلق بالحليب المُتبرَّع به وحده، بل بارتباطه بمنظومة رعاية أوسع. وأود أيضاً أن أقر بأننا ندرك الحاجة الماسة إلى مواصلة تحسين النظم التشغيلية لبنوك الحليب في البيئات المنخفضة الدخل. لدينا سؤال أخير اليوم، لكنني سأضطر إلى أن أطلب من المشاركات أن تكون إجاباتهن أقصر بكثير مما كنا نتوقع. فكما عرضت Kimberly، وُضعت الإرشادات التنفيذية حول المحدّدات والأهداف الرئيسية والأولويات التشغيلية التي توضّح كيف ولماذا تقررون إنشاء نموذج بعينه. بناءً على تجاربكن المتنوعة، أيّ هذه المحدّدات أو المكونات رأيتنّه الأكثر أهمية في رحلتكن لإنشاء بنك للحليب، ولماذا سيكون مهماً للآخرين في المستقبل؟ بإيجاز شديد جداً، لديكن على الأرجح بضع ثوانٍ لكل إجابة. لنبدأ بالدكتورة Nangia.

Dr. Sushma Nangia — الهند (نيودلهي)

[01:15:01] بالتأكيد. إذا تحدّثنا عن المكوّن الحاسم، فإن المكوّن الحاسم في نموذج CLMC لدينا هو الرعاية الشاملة للأم والوليد. فالدمج المقصود لمركز CLMC في رعاية التوليد وفي الرعاية السريرية لحديثي الولادة يضمن حصول الأسر على دعم متنسق للرضاعة الطبيعية، بدءاً من الرعاية السابقة للولادة، مروراً بالرعاية في الفترة المحيطة بالولادة، ووصولاً إلى رعاية ما بعد الولادة، بل وحتى زيارات المتابعة في فترة النفاس. وفي هذا الإطار، تكون أمهات الأطفال الخدج المقيمين في وحدات حديثي الولادة وفي وحدات رعاية الأم والوليد، التي يجري توسيعها في الهند، هن المتبرّعات الرئيسيات لبنوك الحليب هذه القائمة في المستشفيات. ومن المكونات الحاسمة الأخرى بناء القدرات: فالبنية التحتية وحدها لا تنشئ برنامجاً مستداماً لبنوك الحليب. نحن بحاجة إلى ممرضات وأطباء ومستشارين وفنيين وإداريين يفهمون أدوارهم ويعملون ضمن منظومة مشتركة. ولذلك يصبح التدريب جزءاً أساسياً من التوسّع. وتتمتع الترتيبات القائمة في مستشفيات الصحة العامة بميزة توفر البنية التحتية والموارد والكوادر البشرية في المستشفى، إلى جانب...

Kiersten Israel-Ballard — مديرة حلقة النقاش

[01:16:11] سأضطر إلى مقاطعتك، فقط لتأكّد من أن الآخرين تستطيعان أيضاً الإجابة بسرعة، إن لم يكن لديك مانع. أعذر كثيراً.

Dr. Sushma Nangia — الهند (نيودلهي)

[01:16:16] الجملة الأخيرة: بالنسبة للبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، فإن السبيل إلى الأمام هو إنشاء مراكز CLMC، وليس مجرد بنوك مستقلة للحليب.

Kiersten Israel-Ballard — مديرة حلقة النقاش

[01:16:27] شكراً جزيلاً. دكتورة Tran.

Dr. Hoang Tran — فييت نام (مستشفى دا نانغ للنساء والأطفال)

[01:16:27] في دقيقة واحدة: المسألة الحاسمة في رحلتنا هي كيفية الحفاظ على بنك حليب الأم بجودة وسلامة جديتين في ظل موارد محدودة. ولهذا السبب اخترنا بيئة المستشفى لبنك حليب الأم، حيث يمكننا التحكم في الجودة والسلامة، والأمهات اللواتي يمارسن رعاية الأم الكنغرية في وحدة حديثي الولادة متبرّعات جيدات، مع فحص واختبارات كافية، والإشراف على النظافة وتخزين حليب الأم. كما يوفّر حليباً ملائماً للمواليد الخدج والمرضى، ونستقطب أيضاً متبرّعات من المجتمع وفق معايير مناسبة. ويتيح لنا المستشفى، بما فيه من مختبر للأحياء الدقيقة، إجراء الفحوص اللازمة قبل البسترة وبعدها، كما يسهم قسم مكافحة العدوى في المستشفى، بالتعقيم المنتظم،

في دعم السلامة. ويخضع تشغيل بنك حليب الأم في المستشفى لإشراف النظام الصحي، من إدارة الصحة في المقاطعة وصولاً إلى وزارة الصحة. لذا فإن السلامة اعتبار حاسم في كل بيئة، والإرشادات التنفيذية الجديدة لمنظمة الصحة العالمية واليونيسف بشأن بنوك حليب الأم، المنشورة الآن، تقدّم إرشادات شاملة للبلدان التي تريد إنشاء بنك جديد لحليب الأم، وتساعد على اختيار نموذج ملائم لسياقها المحلي والالتزام بمعايير عالية للجودة والسلامة. شكراً.

Kiersten Israel-Ballard — مديرة حلقة النقاش

[01:17:58] دكتورة Burgoine، ربما جملة واحدة فقط، لأنني أعتقد أن الوقت قد انتهى. أعذر.

Dr. Kathy Burgoine — مستشفى مبالى الإقليمي للإحالة

[01:18:04] نعم، بالتأكيد، بلا شك. أعتقد — وأمل أن يكون ذلك قد اتضح سابقاً — أن تجربتنا في مبالى أثبتت أنك لا تحتاج حقاً إلى معدات كبيرة ومتخصصة ومتطورة لبدء بنك للحليب. عليك أن تبدأ بما لديك، وأن تبدأ صغيراً. ورسالتني في الحقيقة هي: إن كنتم على وشك البدء، فلا تبدأوا بسؤال أنفسكم كيف نبني بنكاً للحليب، بل اسألوا أنفسكم كيف نستفيد إلى أقصى حدّ من الموارد المتاحة لدينا أصلاً لدعم أمهاتنا: رعاية الأم الكنغرية، وعدم الفصل، والتنقيف بشأن الرضاعة الطبيعية، ودعم الرضاعة. لذا ابدأوا صغاراً، واستخدموا ما لديكم، وادعموا أمهاتكم دائماً، واستخدموا حليب الأم المُتبرّع به، إن كان متاحاً لكم، جسراً إلى الرضاعة الطبيعية. شكراً يا Kiersten.

Kiersten Israel-Ballard — مديرة حلقة النقاش

[01:18:49] رائع. شكراً جزيلاً. أودّ أن أشكر بصدق جميع المشاركات في حلقة النقاش. لقد أسهمت في تشكيل هذه الإرشادات التنفيذية وإثرائها، ونحن ممتنون لكنّ جداً على وقتكن. وأدعو جميع الحضور إلى الانضمام إليّ في تحيتهن بالتصفيق، وأعيد الكلمة إليكِ يا Doris. شكراً.

Doris Mollel — ميسرة الجلسة

[01:19:08] شكراً جزيلاً يا دكتورة Kiersten. لقد كان وقتاً رائعاً ونحن نشاهد ونستمع ونتخيّل كيف يبدو بنك الحليب، وكيف تستمتع متبرّعاتنا بالتبرّع بالحليب، من خلال الأمثلة التي عرضتموها. أعتقد أننا جميعاً سعداء بالقصص الجميلة التي سمعناها، ونؤمن بأننا، بفضل هذه الإرشادات، سنتمكن من تكرار ذلك في سياقنا وإتاحته في بيئتنا أينما كنا: يجب ألا يُحرم أي طفل من حليب الأم أبداً. والآن، إن سمحت لي، سأقدّم Gillian Weaver، المتخصصة في بنوك حليب الأم منذ أكثر من 36 عاماً، والمؤسسة المشاركة لرابطة بنوك الحليب في المملكة المتحدة، والرابطة الأوروبية لبنوك الحليب، والتحالف العالمي لبنوك الحليب وروابطها. ستعرض علينا الآن الطريق إلى الأمام: ما هي دعوتنا إلى العمل. Gillian، نحن جميعاً متحمسون للاستماع إليك. بخبرة 36 عاماً، استمعت إلى الدكتورة Queen، واستمعت إلى المشاركات في حلقة النقاش، واستمعت إلى كل تلك القصص الجميلة. ما الذي تريد أن نخرج به؟

Gillian Weaver — خبيرة بنوك حليب الأم، دعوة إلى العمل

[01:20:31] شكراً يا Doris. حسناً، لنبدأ: الطريق إلى الأمام، دعوة إلى العمل. قبل أن أبدأ، لا بد أن أقول إنني متحمسة جداً لوجودي هنا في يوم اعتبره يوماً بالغ الأهمية في تاريخ بنوك حليب الأم. إن إطلاق معايير منظمة الصحة العالمية إنجاز رائع. ولكن ماذا بعد؟ كما أنني أحبّ هذه الصورة الموجودة هنا، فهي تخبرنا الكثير عن بنوك حليب الأم. ولكن لنمض قدماً، إن أمكن الانتقال إلى الشريحة التالية من فضلكم. «نريد أن نفتتح بنكاً للحليب». أتساءل كم منكم في هذه الندوة قال هذه الكلمات، أو طُلبت منه المساعدة فعلاً. إن أمكن النقر مرتين أخريين... وعلى الخريطة أيضاً. شكراً. تضمّ الخريطة كثيراً من بنوك الحليب التي يقارب عددها 800 بنك في أكثر من 60 بلداً، لكنها كانت ستبدو مختلفة جداً قبل 20 عاماً. وهذه قائمة ببعض أوائل بنوك الحليب في بلدانها أو أقاليمها التي أنشئت في العقود الأخيرة ومواقعها، وأعتذر عمّا فاتني منها حتماً. إذن كانت هذه حركة عالمية حقاً، لكنها اضطرت حتى الآن إلى النمو من دون الحصول على معايير ملائمة تماماً على المستوى العالمي. لذا فإن توقّر هذه المعايير، إلى جانب الإرشادات التنفيذية، سيحدث تحولاً جذرياً لبنوك الحليب المستقبلية وكذلك للبنوك العاملة حالياً. إن أمكن الانتقال إلى الشريحة التالية. كما سمعنا، تعطي هذه المعايير الأولوية لاستراتيجيات شاملة تحمي الرضاعة والإرضاع الطبيعي وتعرّزهما وتدعمهما، وهما حجر الزاوية في تغذية المواليد، وكذلك للحصول المنصف والمضمون على حليب أم مُتبرّع به مأمون وعالي الجودة. وهناك أهداف رئيسية، منها أولويات تشغيلية لتحسين التكليف،

والانسجام مع إطار السياسات والإطار التنظيمي، واحترام الأعراف الثقافية والمجتمعية. تلك بعض الرسائل الرئيسية. ولكن إذا انتقلنا إلى الشريحة التالية: عندما نفكر في تحسين النتائج، ما هي الخطوات الأولى؟ صُممت هذه المعايير أيضاً لتيسير التخطيط المدروس، كما سمعنا من بعض هذه الأمثلة الرائعة، ولتيسير تصميم نظم ملائمة للسباق. وهي تيسر إنشاء نظم لبنوك حليب الأم على المستوى الوطني تتسم بالصمود والاستدامة، ومدمجة بطبيعة الحال في استراتيجيات رعاية المواليد وتعزيز الرضاعة الطبيعية. كما ستيسر القدرة على الاستجابة للاحتياجات المحلية وتعزيز الإنصاف والجودة في خدمات رعاية الأم والوليد. ولضمان ألا تذهب هذه الخطوات الأولى سدى، علينا أن نحول هذه الآمال إلى واقع. وإذا أمكن عرض الشريحة التالية من فضلكم، سنصل إلى دعوتنا إلى العمل المستندة إلى كثير مما سمعناه اليوم. أولاً وقبل كل شيء، نحتاج إلى إنشاء نظم لبنوك حليب الأم تتسم بالصمود والاستدامة، ومدمجة في رعاية المواليد وفي استراتيجيات التغذية وتعزيز الرضاعة الطبيعية، تستجيب للاحتياجات المحلية وتعزز الإنصاف والجودة في خدمات رعاية الأم والوليد. ونحتاج إلى إدراج حليب الأم المُتبرَّع به في مؤشرات التغذية والرضاعة. فلأول مرة تضمن أحدث مسح لتغذية الرضع في المملكة المتحدة أسئلة تتعلق بحليب الأم المُتبرَّع به، وأمل أن تُضاف أسئلة أخرى في المسح القادم. وعلى نطاق أوسع، نحتاج إلى جمع بيانات معرَّز وذو صلة، إذ ليس لدينا حالياً ما يكفي على الإطلاق من بيانات ومؤشرات التغذية، سواء في مجال المواليد أو في مجال التغذية. ونحتاج إلى ضمان عدم إغفال بنوك الحليب عند البحث في سبل تعزيز تغذية المواليد والمهارات المتخصصة في الرضاعة، وذلك على جميع المستويات وفي جميع التخصصات. وأمل أن نضمن ألا يُنسى تطوير حلول ميسورة التكلفة للعمليات والتحديات التكنولوجية وسط تطوير المعدات والعمليات العالية التقنية. وكان من الرائع سماع مثال أوغندا وجهاز Piastra. وأخيراً، هناك حاجة إلى وضع أطر تنظيمية واضحة، تشمل التركيز على الأخلاقيات والمخاوف المتعلقة بالتسويق التجاري. لذا فهذه دعوة إلى الجهات المنفذة والجهات الممولة في كل مكان. ومع تحول مشهد الصحة العالمية، لا يمكننا أن نغفل أن هذه فئة ذات أولوية، وأن حليب الأم تدخل ذو أولوية لهؤلاء الرضع المعرضين للخطر بشدة. شكراً.

Doris Mollel — ميسرة الجلسة

[01:26:16] شكراً جزيلاً يا Gillian. أرجو أن أرى علامات الإعجاب والتصفيق لـ Gillian Weaver على دعوتها إلى العمل. يسعدني كثيراً وأنا ممتنة جداً للتحالف العالمي للرضاعة الطبيعية واليونيسف ومنظمة الصحة العالمية على تقديم هذه الإرشادات القيمة لنا، ونحن على يقين من أننا، بوصفنا فاعلين ومدافعين عن صحة الأم والطفل، سنواصل الدفع بهذه الخطة على الصعيد العالمي وفي كل مكان نستطيع فيه رفع صوتنا لصالح بنوك حليب الأم، وبالطبع لصالح التبرع الذي سيساعد الأطفال على البقاء والازدهار. أنا ممتنة لكوني ميسرة هذه الجلسة، وممتنة جداً للعمل الرائع الذي قمتم به. لقد شاركتم جميعاً قصصاً جميلة جداً، واستمعنا إلى كثيرين. والآن ونحن نقرب من النهاية ولم يتبق لدينا سوى ثلاث دقائق، اسمحوا لي أن أدعو Laurence Grummer-Strawn لإلقاء الكلمة الختامية. الدكتور Grummer-Strawn هو رئيس وحدة إجراءات التغذية والنظم الغذائية في منظمة الصحة العالمية، حيث ينسق عمل المنظمة في مجال تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال. وشغل سابقاً منصب رئيس قسم التغذية في المراكز الأمريكية لمكافحة الأمراض والوقاية منها. وله أكثر من 180 منشوراً علمياً، ويحظى بتقدير دولي لعمله في سياسات الرضاعة الطبيعية ووضع مخططات النمو الخاصة بالمراكز الأمريكية ومنظمة الصحة العالمية. الكلمة لك يا دكتور Grummer-Strawn. نحن متحمسون لسماع كلمتك الختامية قبل أن نختم هذا الحدث الجميل، الذي يحمل قيمة تاريخية لنا جميعاً.

Dr. Laurence Grummer-Strawn — منظمة الصحة العالمية، الكلمة الختامية

[01:28:04] شكراً جزيلاً يا Doris. سأبذل قصارى جهدي لأكون موجزاً ونحن نختم. أردت فقط أن ألخص ما أراه أهم الدروس المستفادة من ندوة اليوم، والرسائل الرئيسية التي برزت من كلمات جميع المتحدثين. أولاً، رغم أننا ركزنا اليوم على بنوك حليب الأم المُتبرَّع به، يجب أن يكون ذلك في سياق أوسع. فالنوصية الأولى التي نقدمها دائماً لرعاية هؤلاء الأطفال هي التغذية بحليب الأم نفسها. وهذا يعني أنه يتعين علينا تقديم دعم أفضل للأمهات للتأكد من أننا نفعل كل ما في وسعنا لجعل ذلك ممكناً. ولا نرى بنوك حليب الأم المُتبرَّع به إلا خياراً احتياطياً، جسراً عندما لا يكون حليب الأم كافياً أو عندما تواجه الأم صعوبات. ومع مراعاة أن الإرضاع من مرضعة قد يكون خياراً آخر في كثير من السياقات. لذا يجب ألا نقفز مباشرة إلى بنوك حليب الأم المُتبرَّع به، فهي جزء من هذه المنظومة الأوسع. ثانياً، علينا أن نمر بعدد من الخطوات لضمان أن يكون حليب الأم المُتبرَّع به مأموناً وعالي الجودة فعلاً. تقليدياً، ركزنا كثيراً على جانب السلامة: كيف سنبتسر هذا الحليب؟ وكيف سنحميه؟ ولم نولِ الجودة القدر نفسه من التفكير. واعتقد أن من أبرز ما تقدمه هذه المعايير هو كيف نضمن القيام بذلك بطريقة تحمي الخصائص التغذوية للحليب وخصائصه الحيوية النشطة، لضمان أقصى

فائدة للطفل. وتقليدياً كانت البسترة هي وسيلة حماية سلامة الحليب، وما تشير إليه هذه المعايير هو وجود بدائل أخرى: يمكننا استخدام الحليب الخام في ظروف معينة مع وضع ضمانات معينة. إنها بطريقة ما طريقة جديدة في التفكير. ثالثاً، ستحتاج البلدان إلى التفكير في عدد من الطرق لإنشاء هذه النظم. فالأمر ليس مجرد أن يقول مستشفى: «سننشئ بنكاً للحليب». علينا التفكير في مسائل التنظيم: هل نعتمد المركزية أم اللامركزية؟ كيف نريد تنظيم التنسيق على مستوى البلد؟ كيف ننسق مع الرعاية السريرية لضمان تقديم الرعاية للأمهات؟ كيف ننسق مع المنتجات الطبية الأخرى التي قد تُستخدم في خدماتنا الصحية؟ هل تحتاج إلى نظم فحص مماثلة، ونظم معالجة مماثلة، أم لا؟ ما الذي سينجح؟ لقد حاولنا تقديم اعتبارات كثيرة بهذا الشأن في الوثائق، لكن هذه أمور سيتعين على الجميع التفكير فيها. وأخيراً، ما برز حقاً في رأيي من أمثلة البلدان هو أن بنوك حليب الأم المُتبرّع به ليست مشكلة كما ظنّ البعض أحياناً، بمعنى أنها ستصرف الانتباه عن دعم الأمهات. بل على العكس، وجدوا أنها تزيد في الواقع دعم رعاية الرضاعة. ولا يُشترط أن تكون في البيئات المرتفعة الدخل، إذ يمكننا إيجاد حلول لتطبيقها في البيئات المنخفضة الدخل أيضاً. لذا فهي حلّ يمكن أن يكون جزءاً من نظام الرعاية الصحية لدينا لضمان دعم الرضاعة الطبيعية على نطاق أوسع. وأودّ أن أختتم بشكر كثير من الأشخاص الذين جعلوا كل هذا ممكناً. أولاً، الذين وضعوا المعايير، أي فريق وضع المعايير، وهو مجموعة رئيسية من الخبراء من أنحاء العالم بقيادة Maryanne Perrin التي استمعت إليها اليوم؛ وفرق المراجعة المنهجية التي استعرضت كمّاً هائلاً من الأدبيات لصياغة تلك المعايير؛ وفريق خبراء الإرشادات التنفيذية الذي قدّم رؤى من برامج التنسيق في البلدان، على مستوى وزارات الصحة وعلى مستوى بنوك الحليب نفسها؛ وفريق أصحاب المصلحة الذي يمثل كثيراً من بنوك الحليب حول العالم وساعدنا على تحديد الأسئلة التي يجب معالجتها وكيفية النظر فيها. وأودّ بالتأكيد أن أشكر فريق منظمة PATH الذي جمع كل هذا العمل وكان سندنا الرئيسي على مدى سنوات طويلة جداً في إعداد هاتين الوثيقتين، وقد استمعت إلى بعضهم في عروض اليوم. وأشكر متحدثاتنا، ولا سيما من البلدان — أوغندا والهند وفيت نام — على رؤاهن، وأشكر يا Doris على قيادتنا خلال هذا العرض كله. ومن وراء الكواليس، عمل Janette McCulla و Jurgen Johnson على كثير من الترتيبات اللوجستية لهذه الندوة، إلى جانب فريق أوسع في اليونيسف و PATH قدّم الدعم طوال الوقت. وأخيراً، شكراً لكم جميعاً أيها المشاركون. أمل أن تكون هذه الندوة مفيدة لكم، وأن تجدوا الوثائق نافعة. شكراً جزيلاً. أتمنى لكم يوماً سعيداً.

Doris Mollel — ميسرة الجلسة

[01:32:20] شكراً جزيلاً. هل يمكنني رؤية التصفيق؟ هل يمكنني رؤية علامات الإعجاب؟ شكراً جزيلاً. أخيراً أصبحت لدينا الإرشادات. فلننتقل إلى التنفيذ. لنقم بعمل جيد جداً ولنضمن حصول الأطفال على حليب أمهاتهم. سواء كان متبرّعاً به أو من الثدي مباشرة، لنحرص على أن يحصل الأطفال على كل التغذية التي يستحقونها لينموا ويزدهروا. كانت معكم Doris Mollel، المديرية التنفيذية لمؤسسة Doris Mollel والمدافعة عن المواليد الصغار والمرضى. شكراً جزيلاً على استضافتنا. إلى اللقاء!