



وزارت صحت عامه
ریاست عمومی طب و قایوی
دیپارتمنت تغذی عامه

رهنمود اهتمامات جامع سوء تغذی حاد



جنوری - 2014

Download From: www.AghaLibrary.com

رهنمود اهتمامات جامع سوء تغذی حاد



دولت جمهوری اسلامی افغانستان

وزارت صحت عامه
ریاست عمومی طب و قایوی
دیپارتمنت تغذی عامه

رهنمود اهتمامات جامع سوء تغذی حاد

تاریخ: جنوری 2014

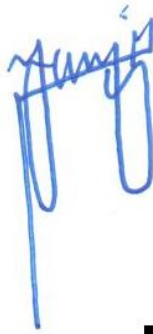
مقدمه

وزارت صحت عامه خرسند است که نسخه رهنمود اهتمامات جامع سوء تغذی حاد (IMAM) را که در این اواخر تجدید نظر گردیده به شما پیشکش میکند. اهتمامات سوء تغذی حاد در افغانستان از سال 1996 بدینسو با کمک موسسات غیر حکومتی (NGO) آغاز گردیده است. موسسات مختلف غیر حکومتی از رهنمودها و پروتوکول های گوناگون استفاده نموده که موثرت آنها در شرایط افغانستان هیچگاه ارزیابی نگردیده است. به هر حال، در سال 2003، وقتیکه دبیرتمنت تغذی عامه در وزارت صحت عامه به وجود آمد، یونیسف و سازمان صحتی جهان وزارت صحت عامه را کمک نمودند تا به اساس تجارب بین المللی رهنمود تداوی را انگشاف دهد که این رهنمود اساساً از رهنمود سازمان صحتی جهان در مورد اهتمامات سوء تغذی حاد تعدیل گردیده است. در سال 2008، وقتیکه دبیرتمنت تغذی عامه یک روش جدید اهتمامات سوء تغذی حاد شدید را از طریق تداوی سراپا که بنام مراقبت تداوی به سطح جامعه (CTC) یاد میگردد معرفی نمود، در همان زمان رهنمودها و پروتوکول ها تجدید نظر گردیدند. به هر صورت، به اساس تجارب بین المللی و برتری های مقایسوی، وزارت صحت عامه اهتمامات سوء تغذی حاد به سطح جامعه (CMAM) را در سال 2010 معرفی نمود که بدینوسیله CTC را عوض نمود و به تعقیب آن رهنمودها تجدید نظر شدند. از آن زمان بدینسو، شرکای تغذی، CMAM را با همکاری کلستر تغذی به شکل یک میکانیزم واکنش عاجل تطبیق مینمایند.

بخاطر مخاطب ساختن نیازها در تمام سطوح و انگشاف یک مدل پایدار پروگرام سازی، وزارت صحت عامه مصمم گردید تا اهتمامات سوء تغذی حاد را از طریق بسته خدمات صحتی اساسی (BPMS) و بسته خدمات اساسی شفاخانه بی (EPHS) تطبیق نماید و تمرکز خویش را از "محرار عاجل" به طرف "انگشاف و پروگرام سازی پایدار" مبدول بدارد. نخستین تلاش های که در چند ولایت به شکل امتحانی صورت گرفت نشان داد که نیاز است تا یک رهنمود جامع، کامل و دارای ترمنالوژی و تعاریف ساده تهیه گردد تا با کارکنان صحتی در راستای دریافت و اهتمامات مناسب سوء تغذی حاد در سطوح مختلف کمک نماید. در سال 2013، با کمک کلستر تغذی و یونیسف، وزارت صحت عامه یک مشاور بین المللی را از یک سازمان بین المللی بنام Valid استخدام نمود تا وضعیت را ارزیابی و دبیرتمنت تغذی عامه را در حصه تهیه یک رهنمود معیاری که به شواهد علمی و تجارب بین المللی استوار بوده و همچنان با حقایق افغانستان سازگار باشد، همکاری نماید. تیم دبیرتمنت تغذی عامه یکجا با مشاور یک مطالعه عمیق وضعیت را از طریق مرور اسناد، دوسیه های مریضان و مشاهده مستقیم عملکردهای کارکنان صحتی را در چندین ولایت انجام دادند. در نتیجه این مطالعه، پیش نویس (مسوده) رهنمود تجدید نظر شده جهت اهتمامات سوء تغذی حاد که بنام "اهتمامات جامع سوء تغذی حاد – IMAM یاد میگردد، تهیه گردید. تحت رهبری دبیرتمنت تغذی عامه و اشتراک چندین اداره ملی و بین المللی یک گروپ کاری بوجود آمد تا پیش نویس (مسوده) رهنمود را مرور نماید، که در نتیجه تمامی این تلاش ها، رهنمود تجدید نظر شده در مورد اهتمامات سوء تغذی حاد بوجود آمد.

این رهنمود تجدید نظر شده، کشف واقعات سوء تغذی حاد را در سطوح مختلف سیستم صحتی، تداوی در سرویس های مریضان سراپا و مریضان داخل بستر، مشوره مادران و مواظبت کننده گان، ارزیابی/اهتمام سوء تغذی را با اسباب وسیع و ابعاد چون مایکرونیوترینتها، عملکردهای اطفال شیر خوار و سایر اطفال و مواظبت های خانگی را تحت پوشش قرار میدهد.

وزارت صحت عامه افتخار دارد که در قسمت پیاده نمودن این سند منجیث یک رهنمود ملی اصرار میکند و مصمم است تا آن در تمام سطوح سیستم صحتی جهت مجادله با مشکل سوء تغذی در افغانستان در معرض تطبیق قرار گیرد.



دوکتور محمد توفیق مشال

رئیس عمومی طب وقایوی

وزارت صحت عامه افغانستان

جنوری 2014

سیاسگذاری

دییارتمنت تغذی عامه (PND) وزارت صحت عامه (MoPH) با اظهار امتنان از اداره محترم سازمان صحتی جهان، اداره محترم پروگرام غذایی جهان، کلستر تغذی، بخصوص یونیسف در حصه حمایت ایشان از تجدید رهنمود اهتمامات جامع سوء تغذی حاد (IMAM)، تجدید پروتوکول ها با در نظر داشت آخرین شواهد، مدغم ساختن سوء تغذی حاد با IYCF و مایکرونیوترینت ها، مدغم ساختن تداوی سراپا و تداوی داخل بستر سوء تغذی حاد و بالاخره تهیه یک رهنمود سازگار با شرایط افغانستان سیاسگذاری مینماید.

ما از جناب محترم پاول بینز عضو سازمان بین المللی Valid بخاطر ارزیابی عمیق وضعیت، تجدید و مدغم سازی رهنمود IMAM در روشنی معلومات و انکشافات جدید در ساحه، اظهار تشکر میکنیم.

ما همچنان از محترم داکتر احمد نوید قاریزاده و داکتر بارز صاحبزاده اعضای دییارتمنت تغذی عامه بخاطر تسهیل، هماهنگی، ویزیت های ساحوی و یکجا سازی تمام نتایج کاری جهت تهیه این رهنمود، اظهار سپاس میکنیم.

ما از تمام شرکای تطبیق کننده، بخاطر ارائه فیدبک و حمایت تخنیکی شان در قبال این فعالیت متشکر هستیم، به گونه نمونه میتوان از ACF, IMC, OXFAM Novib, HN-TPO. نام برد. از پرسونل و رهبری انستیتوت صحت طفل اندراگانندی، شفاخانه اتاترک، شفاخانه میوند، شفاخانه های ولایتی و لایات مختلف افغانستان که در تحلیل وضعیت سهم فعال داشته و همکاری تخنیکی نموده اند نیز تشکر میکنیم.

همکاران و متخصصین امور صحتی کشور نیز در پروسه تجدید نظر و مدغم سازی همکاری نموده اند. وزارت صحت عامه از تلاش های آنها قدردانی میکند.

بالاخره ما از رهبری وزارت صحت عامه بخصوص از محترم دوکتور محمد توفیق مشال رئیس عمومی طب وقابوی بخاطر حمایت شان از دییارتمنت تغذی عامه در راستای بازی نمودن نقش موثر رهبریت خویش در سکتور تغذی، ابراز تشکر میکنیم.

داکتر بشیر احمد حامد

آمر دییارتمنت تغذی عامه



مندرجات

1. معرفی.....
1. اهداف رهنمودها.....
1. سامعین مورد نظر رهنمودها.....
2. ملاحظات کلیدی.....
2. تنظیم خدمات جهت تداوی سوء تغذی حاد.....
3. محتوی رهنمودها.....
5. فصل 1: نظر اجمالی بر سوء تغذی.....
5. تعریف سوء تغذی.....
6. اسباب سوء تغذی.....
9. پتوفزیولوژی سوء تغذی.....
15. تصنیف سوء تغذی حاد.....
16. اهتمامات جامع سوء تغذی حاد چیست.....
17. وقایه و تداوی سوء تغذی.....
20. فقدان مایکرونیوترینت ها.....
22. تغذی اطفال و شیرخواران (IYCF).....
41. چرا 1000 روز اول حیات:.....
43. فصل 2: ارزیابی، تصنیف و رده بندی (تریاز) سوء تغذی حاد.....
43. ارزیابی سوء تغذی حاد نزد اطفال سنین 6 الی 59 ماهه.....
53. ارزیابی سوء تغذی حاد نزد اطفال کمتر از سن 6 ماهه.....
54. ارزیابی سوء تغذی حاد نزد خانمهای حامله و شیرده.....
72. فصل 3: پروگرام Community outreach.....

- 72.....سطح پوشش و دسترسی
- 74.....حساس سازی
- 75.....سکرینگ
- 79.....رجعت دهی و تداوی بموقع
- 80.....قبولی تداوی
- 83.....نظارت و ارزیابی پروگرام Community outreach
- 104.....فصل 4: تداوی سرپای سوء تغذی حاد نزد اطفال سنین 6 ماهه الی 59 ماهه
- 104.....سیر تداوی
- 105.....ارزیابی در دبیرتمنت مریضان سراپا (OPD)
- 112.....مراقبت تعقیبی در مرکز صحی در جریان تداوی
- 115.....سایر کتگوری های واجد شرایط تداوی در برابر SAM/MAM
- 116.....معیارات رخصت نمودن اطفال سنین 6-59 ماهه مصاب به سوء تغذی حاد
- 117.....تعقیب مریضان رخصت شده از تداوی MAM/SAM
- 117.....راپوردهی
- 120.....سندردهای خدمات
- 121.....نظارت و سوپرویزن حمایتی
- 134.....فصل 5: تداوی سرپای سوء تغذی حاد نزد خانمهای حامله و شیرده
- 135.....سیر تداوی
- 135.....ارزیابی
- 136.....معیارات واجد شرایط بودن
- 137.....ادویه جات روئین برای خانمهای حامله و شیرده مصاب به سوء تغذی حاد
- 137.....تداوی تغذیوی برای خانمهای حامله و شیرده مصاب به سوء تغذی حاد

- 138.....مراقبت تعقیبی خانمهای حامله و شیرده مصاب به سوء تغذی حاد.....
- 138.....معیارات رخصت نمودن برای خانمهای حامله و شیرده مصاب به سوء تغذی حاد.....
- 139.....راپوردهی.....
- 139.....نظارت و سوپرویزن حمایتی.....
- 144.....فصل 6: تداوی داخل بستر سوء تغذی حاد شدید.....
- 146.....سیر مراقبت داخل بستر برای تداوی SAM (سوء تغذی حاد شدید).....
- معیارات واجد شرایط بودن به مراقبت داخل بستر SAM (سوء تغذی حاد شدید) برای اطفال
سنین 0 الی 59 ماهه.....
- 147.....
- 148.....شناسایی و تداوی عاجل اختلالات طبی.....
- 169.....اهتمامات داخل بستر اطفال سنین 6 - 59 ماهه مصاب به SAM.....
- فصل 7: اهتمامات اطفال شیرخوار کمتر از سن 6 ماه یا اضافه تر از 6 ماه لیکن با وزن کمتر
از 4 کیلوگرام.....
- 218.....
- 220.....مراقبت از مادر.....
- 222.....معیارات واجد شرایط بودن برای اطفال شیرخوار کمتر از سن 6 ماه.....
- 224.....مراقبت تغذیوی اطفال شیرخوار سنین کمتر از 6 ماه.....
- 235.....مراقبت تغذیوی اطفال سنین 6 ماه یا بزرگتر، اما با وزن کمتر از 4 کیلوگرام.....
- 237.....راپوردهی، ستندردهای خدمات و سوپرویزن حمایتی.....

لیست جداول

- جدول 1: نیازمندی اطفال و خانمها به مایکرونیوترینت ها.....20
- جدول 2: تصنیف سوء تغذی حاد نزد اطفال 6- 59 ماهه به اساس انترپومتری.....48
- جدول 3: اختلاطات کلینیکی سوء تغذی حاد.....49
- جدول 4: کنگوری های تست اشتها.....51
- جدول 5: معیارات رجعت دهی اطفال شیرخوار سن کمتر از 6 ماهه جهت تداوی داخل بستر SAM.....54
- جدول 6: معیارات سوء تغذی حاد نزد خانمهای حامله و شیرده.....55
- جدول 7: فعالیت های سکرپینگ کارکنان صحنی جامعه به سطح جامعه.....76
- جدول 8: ستندردهای سطح پوشش.....88
- جدول 9: تصنیفبندی سوء تغذی حاد شدید نزد اطفال سنین 6 الی 59 ماهه.....106
- جدول 10: معیارات واجد شرایط بودن اطفال سنین 6 الی 59 ماهه برای تداوی سراپای سوء تغذی حاد جهت تداوی سراپا.....107
- جدول 11: ادویه جات روتین (معمول) برای اطفال سنین 6 الی 59 ماهه مصاب به MAM.....108
- جدول 12: ادویه جات روتین برای اطفال سنین 6 الی 59 ماهه مصاب به SAM.....108
- جدول 13: تجویز RUSF برای اطفال سنین 6 الی 59 ماهه مصاب به MAM.....110
- جدول 14: تجویز RUTF برای اطفال سنین 6 الی 59 ماهه مصاب به SAM.....110
- جدول 15: افزار تصمیم گیری جهت ملاقات های تعقیبی در جریان تداوی.....112
- جدول 16: پروتوکول های عملی برای اطفال سنین 6 الی 59 ماهه در جریان تداوی MAM/SAM.....114
- جدول 17: سایر کتگوری های اطفال سنین 6 الی 59 ماهه واجد شرایط برای تداوی MAM.....115
- جدول 18: سایر کتگوری های اطفال سنین 6 الی 59 ماهه واجد شرایط برای تداوی SAM.....115
- جدول 19: معیارات رخصت نمودن اطفال سنین 6 الی 59 ماهه از تداوی MAM/SAM.....116
- جدول 20: سایر معیارات خروجی برای اطفال سنین 6 الی 59 ماهه مصاب به MAM.....117

- جدول 21: محاسبه نتایج رخصت شده گان مصاب به MAM/SAM.....118
- جدول 22: معیارات خدمات برای خدمات تداوی سرپای MAM.....120
- جدول 23: معیارات خدمات برای خدمات تداوی سرپای SAM.....120
- جدول 24: معیارات واجد شرایط بودن خانمهای حامله و شیرده مصاب به سوء تغذی حاد.....136
- جدول 25: سایر کتگوری های خانمهای حامله و شیرده واجد شرایط جهت تداوی سوء تغذی حاد
.....136
- جدول 26: ادویه جات روتین برای خانمهای حامله و شیرده مصاب به سوء تغذی حاد.....137
- جدول 27: مقدار جیره (خوراک) وصفی برای خانمهای حامله و شیرده و طفل مصاب به سوء تغذی حاد.....137
- جدول 28: معیارات رخصت نمودن نزد خانمهای حامله و شیرده مصاب به سوء تغذی حاد.....138
- جدول 29: مقادیر شیر F75 که باید برای اطفال سنین 6- 59 ماهه در فاز اول داده شود.....175
- جدول 30: تقسیم اوقات تغذی با شیر معالجوی برای 8 و 6 مراتب تغذی فی روز.....180
- جدول 31: انتی بیوتیک های روتین برای SAM بدون اختلاطات.....181
- جدول 32: ادویه جات روتین برای SAM همراه با اختلاطات.....181
- جدول 33: تقسیم اوقات تجویز ویتامین A جهت تداوی داخل بستر مریضان سوء تغذی حاد شدید.....182
- جدول 34: مقدار RUTF که باید در فاز انتقالی داده میشود.....189
- جدول 35: مقدار RUTF که باید هنگام انتقال به مراقبت سرپا برای طفل داده شود.....191
- جدول 36: مقدار شیر F100 که باید برای اطفال سنین 6- 59 ماهه در فاز انتقالی داده شود.....193
- جدول 37: مقادیر شیر F100 که برای اطفال سنین 6- 59 ماهه در فاز دوم (SAM) داده میشود.....196
- جدول 38: ادویه ضد کرم که در فاز دوم مراقبت داخل بستر برای اطفال سن بیشتر از 12 ماه داده میشود.....197
- جدول 39: معیارات رخصت نمودن برای اطفال سنین 6 الی 59 ماهه از مراقبت داخل بستر SAM.....199

- جدول 40: محاسبه نتایج رخصت شدگان مصاب به MAM/SAM.....201
- جدول 41: استانداردهای خدمات برای وارد داخل بستر SAM.....202
- جدول 42: معیارات واجد شرایط بودن برای اطفال شیرخوار کمتر از 6 ماه.....222
- جدول 43: آغازین مقدار F100 رقیق شده (یا F75 برای واقعات اذیمیایی) که باید جهت تخنیک مکیدن ضمیموی (SST) نزد اطفال شیرخوار سن کمتر از 6 ماه مورد استفاده قرار گیرد.....225
- جدول 44: مقدار F100 رقیق شده (یا F75 برای واقعات اذیمیایی) برای اطفال شیرخوار سن کمتر از 6 ماه که نزد شان احتمال تغذی با شیر ثدیه وجود ندارد.....232
- جدول 45: انتی بیوتیک های روتین (معمول) برای اطفال کمتر از سن 6 ماه.....233

نست اشکال

- شکل 1: چهارچوب تصویری یونیسیف در مورد سوء تغذی.....7
- شکل 2: تصنیف سوء تغذی حاد (کولینز و یاتس 2003).....15
- شکل 3: MUAC به مصابه یک شاخص خطر و فیات.....45
- شکل 4: خطر و فیات به اساس وزن بر قد (WHO, 2006).....46
- شکل 5: الگوریتم (روش) تشخیص و رده بندی اطفال 6- 59 ماهه مصاب به سوء تغذی حاد.....52
- شکل 6: تصویر که خوانش اندازه گیری درست MUAC را در قسمت تیر نشان میدهد.....57
- شکل 7: اندازه نمودن وزن توسط ترازوی معلق.....60
- شکل 8: استفاده از ترازوی SECA جهت اندازه گیری وزن.....61
- شکل 9: اندازه نمودن قد.....63
- شکل 10: اندازه نمودن طول.....65
- شکل 11: ده قدمه سازمان صحتی جهان.....146
- شکل 12: روش تداوی دیهایدریشن نزد یک طفل مصاب به ضایعات شدید.....156
- شکل 13: روش نظارت تداوی ریهایدریشن نزد مریض مصاب به ضایعات شدید.....157
- شکل 14: طریقه تشخیص تفریقی سینه بغل و اضافه بار شدن مایعات.....164
- شکل 15: طریقه تداوی کمخونی شدید.....166
- شکل 16: تخنیک درست تغذیه توسط پیاله.....176
- شکل 17: نمونه ثبت نمودن اخذ شیر در یک وقت تغذی.....177
- شکل 18: نمونه چارت نظارتی شیر برای 2 روز.....179
- شکل 19: تخنیک مکیدن ضمیموی (SST).....228
- شکل 20: چطور باید شیر ثدیه را توسط دست دوشید و طفل را با استفاده از پیاله توسط آن تغذی نمود.....230

ضمایم

- ضمیمه 1: تصنیف مواد مغذی به اساس تأثیرات آنها بالای نشو و نما..... 10
- ضمیمه 2: پی آمدهای سوء تغذی حاد..... 18
- ضمیمه 3: تغذی خانمهای حامله و شیرده..... 30
- ضمیمه 4: تغذی اطفال شیر خوار از سن 0 الی 6 ماهگی..... 32
- ضمیمه 5: غذای مَتم در سن 6- 9 ماهگی..... 35
- ضمیمه 6: غذای مَتم در سن 9 الی 12 ماهگی..... 37
- ضمیمه 7: غذای مَتم در سن 12- 24 ماهگی..... 39
- ضمیمه 8: اندازه نمودن MUAC نزد اطفال 6 الی 59 ماهه..... 56
- ضمیمه 9: اندازه نمودن وزن..... 58
- ضمیمه 10: اندازه نمودن قد..... 61
- ضمیمه 11: کارت مرجع وزن بر قد (WHO, 2006)..... 66
- ضمیمه 12: تصنیف انیمای تغذیوی..... 70
- ضمیمه 13: پلان جلسه حساس سازی..... 89
- ضمیمه 14: نمونه از پیام حساس سازی..... 91
- ضمیمه 15: تالی شیت جهت Mapping واقعہ..... 93
- ضمیمه 16: سوالنامه ردیابی غایبین..... 94
- ضمیمه 17: فورمه ثبت ملاقات خانگی..... 95
- ضمیمه 18: سوالنامه ملاقات خانگی..... 96
- ضمیمه 19: تالی شیت MUAC هنگام رجعت دهی به سطح مرکز صحی..... 99
- ضمیمه 20: سوالنامه های مصاحبه قسماً سازمان یافته..... 100
- ضمیمه 21: کارت تداوی برای مریضان سرپای MAM/SAM..... 122
- ضمیمه 22: کارت جیره خدمات MAM/SAM..... 124

- ضمیمه 23: کارت رجعت دهی به/از وارد داخل بستر SAM.....125
- ضمیمه 24: فارمت (نمونه) راپوردهی تداوی سراپای MAM برای اطفال 6 الی 59 ماهه و خانمهای حامله و شیرده.....126
- ضمیمه 25: فارمت (نمونه) راپوردهی سوء تغذی حاد شدید.....127
- ضمیمه 26: چک لست عملکرد برای دیپارتمنت سراپای MAM128
- ضمیمه 27: چک لست عملکرد برای SAM.....131
- ضمیمه 28: کارت تداوی خانمهای حامله و شیرده مصاب به سوء تغذی حاد.....140
- ضمیمه 29: معیارات واجد شرایط بودن برای اطفال شیر خوار و اطفال کمتر از 5 سال... 204
- ضمیمه 30: ترکیب ORS، ORS با غلظت پایین (LO-ORS) و ریزومل (همراه با دستورالعمل های ساختن ریزومل).....206
- ضمیمه 31: دستورالعمل تهیه F75 و F100.....208
- ضمیمه 32: بازی نمودن و تحریک احساسات.....210
- ضمیمه 33: چک لست عملکرد برای مراقبت داخل بستر SAM
211.....

مخففات

اوسط وزن گیری	AWG
مرکز صحتی اساسی	BHC
مرکز صحتی جامع	CHC
ناظر صحتی جامعه	CHS
کارکن صحتی جامعه	CHW
اهتمامات جامع امراض دوران طفولیت به سطح جامعه	C-IMCI
مخلوط منرالها و ویتامین ها	CMV
شیر مصنوعی 100 معالجوی رقیق شده	Diluted F100
شفاخانه ولسوالی	DH
اطاق عاجل	ER
اداره مواد خوراکی و زراعت	FAO
شیر مصنوعی 75 معالجوی	F 75
شیر مصنوعی 100 معالجوی	F 100
هموگلوبین	Hb
ویروس عدم کفایه انسانی	HIV
اهتمامات جامع سوء تغذی حاد	IMAM
اهتمامات جامع امراض دوران طفولیت	IMCI
وارد مریضان داخل بستر	IPD
وارد مریضان داخل بستر برای سوء تغذی حاد شدید	IPD-SAM
تغذیه اطفال شیرخوار و سایر اطفال خورد سن	IYCF
محلول اعاده مایعات فمی با اسمولاریتی پایین	LO-ORS
مدت اقامت	LOS
سوء تغذی حاد متوسط	MAM
صحت طفل و مادر	MCH
تابلیت مایکرونیوترینت های مختلف	MNT
وزارت صحت عامه	MoPH
محیط قسمت متوسط علوی بازو	MUAC
مرکز ملی احصائیه صحتی	NCHS
انفی معدوی	NG

دیپارتمنت مریضان سراپا	OPD
دیپارتمنت مریضان سراپا برای سوء تغذی حاد متوسط	OPD-MAM
دیپارتمنت مریضان سراپا برای سوء تغذی حاد شدید	OPD-SAM
محلول فمی اعاده مایعات	ORS
حجم حجرات بسته	PCV
شفاخانه ولایتی	PH
خانمهای حامله و شیرده	PLW
محلول اعاده مایعات برای سوء تغذی	ReSoMal
مواد خوراکی ضمیموی آماده برای خوردن	RUSF
مواد خوراکی معالجوی آماده برای خوردن	RUTF
سوء تغذی حاد شدید	SAM
توبرکلوز	TB
صندوق وجهی ملل متحد برای اطفال	UNICEF
وزن بر سن	WFA
وزن بر قد/طول	WFH/L
پروگرام غذایی جهان	WFP
سازمان صحتی جهان	WHO

معرفی

اهداف رهنمودها

رهنمود ملی اهتمامات جامع سوء تغذی حاد، منحصیث یک وسیله جهت کمک کارکنان صحتی در قسمت ارزیابی و اهتمامات مناسب همراه با خدمات و/یا مشوره دهی برای تداوی سوء تغذی حاد متوسط و سوء تغذی حاد شدید بوجود آمد. تطبیق جدی رهنمودها با تاکید جدی بالای خدمات ساحوی به سطح جامعه میتواند در حصه کاهش میزان مرگ و میر اطفال کمتر از پنج سال ناشی از سوء تغذی حاد، نقش به سزای داشته باشد

سامعین مورد نظر رهنمودها

توقع میرود که رهنمود ملی اهتمامات جامع سوء تغذی حاد به وسیله مدیران صحتی، کارمندان صحتی، متخصصین تغذی و کارکنان صحتی که توسط سطح مناسب تریننگ و منابع کافی حمایت شده باشند مورد استفاده قرار گیرد تا آنها فعالیت ها را انجام دهند و تداوی را به یک طریقه مصئون و موثر عرضه بدارند. این رهنمود، همچنان شده میتواند توسط موسسات تحصیلی، جهت معیاری ساختن اهتمامات سوء تغذی حاد، برای استفاده فارغ التحصیلان جدید که با نیروی صحتی متوصل میگرددند، بکار برده شود.

این رهنمودها همچنان با دست اندرکاران که مصروف احیاء مجدد تغذی در حالات اضطراری میباشدند نیز کمک خواهد کرد تا انعه از پروتوکول های تداوی را معیاری بسازند که توسط وزارت صحت عامه تهیه گردیده اند. تطابق این مواد آموزشی میتواند به شکل محلی در اثای پیاده نمودن خدمات با در نظر داشت منابع صورت گیرد؛ آن میتواند با همکاری و موافقه وزارت صحت عامه صورت گیرد.

ملاحظات مهم

در تطبیق رهنمودهای ملی اهتمامات جامع سوء تغذی حاد باید موضوعات ذیل مدنظر باشد:

- خدمات که طی آن از اطفال یا خانمهای حامله/شیرده مواظبت صورت میگیرد باید تا حد ممکن بصورت غیرمرکزی صورت گیرد تا بدینوسیله بتوان سطح پوشش اعظمی واقعات را حاصل نمود.
- تلاش ها باید بالای آزمایشات (سکریننگ) منظم و موثر اطفال به سطح جامعه و مراکز صحتی تاکید کنند.
- اهتمامات سوء تغذی حاد، در آنده اطفال که دارای علایم خطر IMCI نمیباشند در صورت موجودیت پرسونل آموزش دیده و تسهیلات باید به سطح جامعه صورت گیرد.
- تلاش ها جهت اداره سوء تغذی حاد باید دست به دست با تلاش های که جهت کنترل اسباب سوء تغذی در ساحه مورد هدف پیاده میشوند، صورت گیرند.
- خدمات باید طور عرضه گردد تا ارتباط موثر بین خدمات معالجوی یقینی ساخته شود و زنجیر عرضه خدمات به شکل سهل بین جامعه، مراقبت سراپا و مراقبت داخل بستر تطبیق شود.
- نظر به ضرورت، بخاطر حمایت بیشتر با افسران تخنیکوی وزارت صحت عامه مشوره صورت گیرد.

تنظیم خدمات جهت تداوی سوء تغذی حاد

ارزیابی و اهتمامات سوء تغذی یک بخش از مراقبت های عمومی بوده که از طریق بسته اساسی خدمات صحتی (BPHS) در افغانستان تقدیم میگردد. قبلاً این خدمات معالجوی صرف به حیث پروگرام اضطراری قابل دسترس بوده، اما فعلاً با BPHS مدغم گردیده اند، بدینترتیب مراقبت همه جانبه از طریق تسهیلات صحتی معیاری صورت میگیرد.

اهتمامات سوء تغذی حاد از طریق پروتوکول های ساده در تمام سطوح خدمات صحتی قابل دسترس میباشند. این خدمات مستقل نبوده بلکه با سایر تداوی ها/خدمات موجود در مراکز صحتی و جامعه باید ارتباط داده شوند.

شناخت سوء تغذی حاد در جامعه توسط دریافت فعال و اوقات از طریق فعالیت های صورت میگیرد که در فعالیت های عادی کارکنان صحتی جامعه و ناظرین صحتی جامعه مدغم گردیده اند. و قتیکه و اوقات سوء تغذی حاد مشخص گردیدند، آنها باید به مرکز صحتی محل جهت ارزیابی و اهتمامات بیشتر رجعت داده شوند.

در تسهیل صحتی در نتیجه یک ارزیابی طفل یا خانم حامله یا شیرده (PLW) تصمیم صورت خواهد گرفت که چه نوع تداوی مناسب میباشد. و اوقات سوء تغذی حاد که با سایر امراض جدی طبی (اختلالات) همراه نباشند میتوانند به شکل سرپای در تسهیل صحتی محل تحت تداوی قرار گیرند.

در اوقات که سوء تغذی حاد با اختلاط همراه باشد جهت تداوی بیشتر تشدید می ایجاب رجعت به یک وارد داخل بستر می نماید. بعد از یک دوره ثبات، افراد مصاب به سوء تغذی حاد را میتوان دوباره بخاطر ادامه تداوی سرپای جهت معالجه کامل به تسهیل صحتی محل فرستاد. اهتمامات سوء تغذی حاد از جامعه الی شفاخانه به شکل یک خدمت واحد فعالیت کرده و نیاز به ارتباط قوی بین جامعه، تسهیل صحتی محل و شفاخانه میباشد.

محتوی رهنمودها

این رهنمودها دارای فصل های ذیل میباشد. هر فصل جهت سهولت در عطف توجه، به رنگهای مختلف کد گذاری گردیده است:

معرفی



فصل 1: نظر اجمالی بر سوء تغذی



فصل 2: ارزیابی، تصنیف و رده بندی (تریاز) سوء تغذی حاد



فصل 3: پروگرامهای Community outreach



فصل 4: تداوی سرپای سوء تغذی حاد نزد اطفال سنین 6 ماهه الی



59 ماهه

فصل 5: تداوی سرپای سوء تغذی حاد نزد خانمهای حامله و شیرده



فصل 6: تداوی داخل بستر سوء تغذی حاد شدید برای اطفال 6-



59 ماهه

فصل 7: اهتمامات اطفال شیرخوار سنین کمتر از 6 ماه یا بالاتر
از 6 ماه که کمتر از 4 کیلوگرام وزن میداشته باشند



فصل 1: نظر اجمالی بر سوء تغذی

این فصل شامل بخش های ذیل میباشد:

- ❖ تعریف سوء تغذی
- ❖ اسباب سوء تغذی
- ❖ پتوفزیولوژی سوء تغذی
- ❖ تصنیف سوء تغذی
- ❖ وقایه و تداوی سوء تغذی
- ❖ عدم کفایه مایکرونیوترینت ها
- ❖ تغذیه اطفال شیرخوار و سایر اطفال خورد سن (IYCF)

تعریف سوء تغذی

سوء تغذی¹ یک اصطلاح است که تمام انواع تغذی "خراب" را دربر میگیرد، که هم "تغذی ناکافی" و هم "تغذی بیش از حد" شامل آن میگردد. در لابلای این رهنمودها اصطلاح سوء تغذی بصورت عموم دلالت به تغذی ناکافی میکند؛ بصورت اخص، این رهنمودها بالای تداوی یک نوع از تغذی ناکافی تمرکز میکند که بنام "سوء تغذی حاد" یاد میگردد.

تغذی ضعیف، شده میتواند چنین تعریف گردد: کمبود مقدار اصغری پروتئین ها، کاربوهایدریت ها، شحمیات، ویتامین ها، منرالها و سایر مواد مغذی که برای صحت و رشد مناسب، ضروری میباشد. تغذی ضعیف (سوء تغذی) میتواند در نتیجه اخذ غذای ناکافی بوجود آید یا هم شده میتواند که یک پروسه مریضی سبب یک عدم تعادل یا جذب ناقص مواد مغذی یا ازدیاد تقاضا در احتیاجات مواد مغذی گردد/ضایعات.

¹ جمهوری اسلامی افغانستان، وزارت صحت عامه، پالیسی و ستراتیژی ملی تغذی عامه-2009 (2009-1388-1392

2013)

اسباب سوء تغذی

سوء تغذی یک مرض² است که از باعث فعل و انفعال فکتورهای مختلف بوجود می آید. چوکات کاری فرضی (تصوری) یونیسف برای سوء تغذی (شکل 1 ذیل) یک راه را جهت دانستن اینکه این اسباب چطور با همدیگر ارتباط دارند، ارائه می‌دارد. اسباب به سه دسته تقسیم گردیده اند: اسباب آنی، اسباب اساسی و اسباب ابتدایی. راه که از طریق آن این فکتورها با همدیگر فعل و انفعال میداشته باشند در هر کشور، جوامع هر کشور و حتی در بین افراد هر جامعه فرق میکند.

اسباب آنی:

اخذ غذای ناکافی و امراض ارتباط ناگسستگی دارند. اخذ غذا به هردو یعنی هم کمیت و هم کیفیت غذا ارتباط می‌گیرد که جهت ارائه مواد مغذی مناسب برای صحت و نمو نیاز میباشد. اخذ ناکافی غذا میتواند تاثیر ناگوار بالای شخص از طریق مختل نمودن پروسه های بایوکیمیکل که سبب کاهش در وظایف اعضا میگردد، داشته باشد. این پدیده هر عضو بدن را متاثر میسازد. کاهش وظایف سیستم های بدن می تواند سبب بوجود آمدن سایر امراض یا وخامت حالات مرضی گردد.

موجودیت انتان میتواند به شکل مستقیم ضروریات بدن را در مواد مغذی زیاد بسازد، زیرا تب درجه حرارت بدن را بلند برده و بدینترتیب میزان استفاده از مواد مغذی بلند می‌رود. استفراغ و اسهال ممکن بالای جذب و استفاده مواد مغذی اخذ شده تاثیر سوء داشته باشند، زیرا مواد غذایی در سیستم معدی معایی به طریقه معمول عبور نکرده که سبب موجودیت ناکافی مواد در عضویت میگردد. این اسباب آنی یک فرد را متاثر میسازند. تداوی اسباب آنی سوء تغذی نیاز به توجه به هردو یعنی اخذ کافی غذا نظر به سن و تداوی سایر مشکلات طبی، دارد.

اسباب اساسی:

اسباب آنی سوء تغذی ممکن توسط سایر فکتورها متاثر گردند. اخذ کافی غذا توسط یک شخص ممکن نخواهد بود، اگر مواد غذایی موجود در یک خانواده، رژیم مورد نیاز غذایی را جهت نجات از سوء تغذی تامین نکند. وقتیکه مردم در همه اوقات دسترسی فزینی، اجتماعی و اقتصادی به مواد غذایی کافی، مصنئون و مغذی که نیازمندیهای غذایی آنها و اولویت مواد غذایی

² مرض: یک اختلال یا حالت غیر نورمال یک عضو یا سایر قسمت های یک ارگانیزم است که در نتیجه تاثیرات جینیتیک و خطا های نمویی، انتان، فقدان تغذیوی، تسمم، یا فکتورهای نامطلوب طبیعی؛ امراض؛ بیماری ها بوجود می آید.

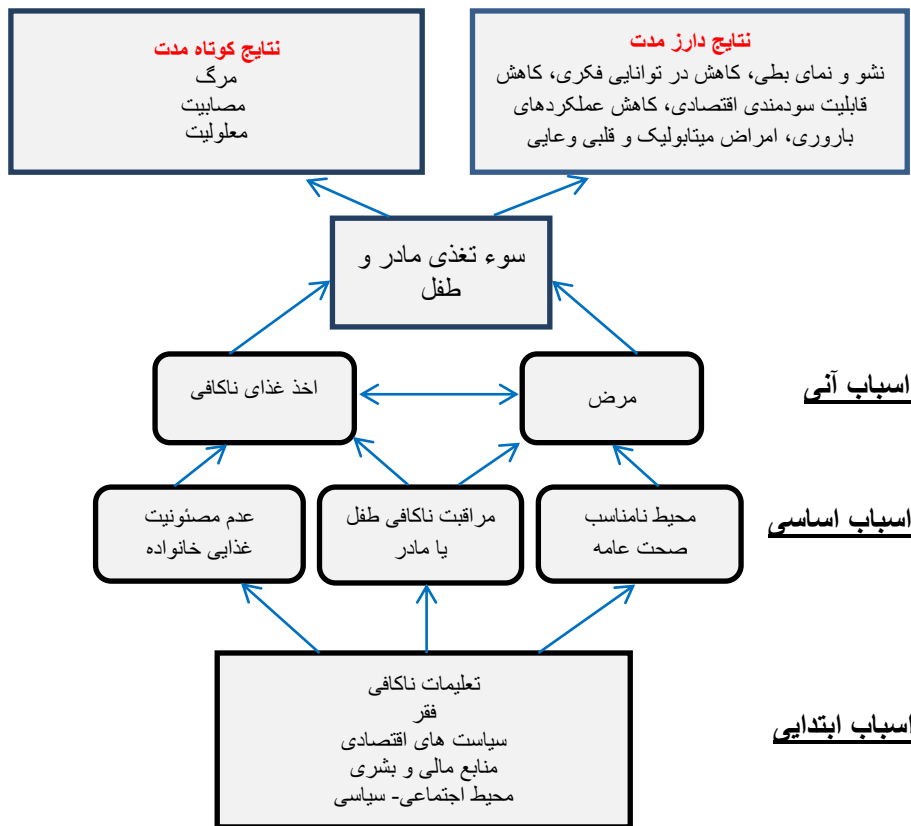
را جهت زندگی فعال و صحتمند تامین کند، نداشته باشد، بنام عدم مصئونیت غذایی یاد می‌گردد³.
اخذ رژیم غذایی ناکافی می‌تواند از مراقبت ناکافی طفل یا مادر ناشی شود. طور مثال، برای یک
طفل کمتر از سن 6 ماه ممکن بطور خالص شیر ثدیه داده نشود، یا عملکردهای توصیه شده در
مورد تغذی متمم نزد اطفال شیرخوار بزرگتر عملی نمی‌گردند [ضمایم 3 الی 7 دیده شود].
امراض نیز ممکن از مراقبت ناکافی طفل برخیزند، طور مثال، طفل ممکن در مقابل امراض
قابل وقایه واکسین نشده باشد یا ممکن در خانه عملکردهای حفظ الصحوی کافی وجود نداشته
باشد. آن می‌تواند از سببی باشد که برای تطبیق واکسین نزد اطفال خدمات کافی و قابل دسترس
موجود نباشند یا برای آنها حفظ الصحه مناسب تامین نه شود. یک محیط نامناسب صحت عامه
نیز احتمالاً برای بروز انتانات یا سایر امراض زمینه مساعد نموده و سرانجام سبب سوء تغذی
می‌گردد. اسباب اساسی اکثراً عبارت از اسباب اند که به سطح خانواده یا جامعه بملاحظه میرسند.

اسباب ابتدایی:

اسباب اساسی که در فوق تشریح گردیدند ممکن با سایر فکتورها ارتباط داشته باشند که آنها اکثراً
از کنترل افراد و جوامع فراتر می‌باشند. این فکتورها، که ممکن شامل اقتصاد جهانی، اقتصاد
ملی یا زیربنای ملی صحت و تعلیمی باشند که زمینه را برای یک حالت مساعد میسازند که در
آن دشوار است تا تعلیمات یا سایر خدمات که سبب وقایه امراض می‌گردد ارائه گردد یا در مورد
اخذ یک رژیم غذایی صحی تعلیمات ارائه گردد.

³ مصئونیت مواد غذایی عبارت از حالتی است که همه مردم در همه اوقات دسترسی فزینگی،
اجتماعی و اقتصادی به مواد غذایی کافی، مصئون و مغذی که نیازهای غذایی آنها و اولویت
مواد غذایی را جهت زندگی فعال و صحتمند تامین کند، داشته باشد

شکل 1: چهارچوب تصویری یونیسف در مورد سوء تغذی



پتوفزیولوژی سوء تغذی

سوء تغذی یک پروسه است که در طول زمان رخ میدهد. وقتیکه فراهم سازی مواد غذایی برای عضویت کاهش پیدا میکند، عضویت با این پدیده سازش میکند. بصورت عنعنوی این حالت را بنام سوء تغذی پروتین انرژی (PEM) یاد میکنند، به هر حال این اصطلاح یک اصطلاح گمراه کننده است. این فقدان مواد غذایی مکفی تنها مربوط به پروتینها نمیگردد بلکه همچنان ارتباط به سایر مواد مغذی به شمول آنهای که برای رشد ضروری اند، میداشته باشد؛ در حقیقت امر عدم موجودیت مایکرونیوترینت ها به تنهایی میتواند اعراض و علائم سوء تغذی را بوجود آورند. سوء تغذی نزد اطفال رشد را از طرق مختلف متأثر میسازد؛ طفل ممکن در قد خویش به شکل بسیار بطی رشد کند (قد کوتاهی)، آنها ممکن لاغر گردند (ضایعات) یا ممکن کاهش وزن بر سن نزد آنها بملاحظه برسد (کم وزن). در سیر صحت یابی دوباره از سوء تغذی، هر دو یعنی هم ماکرونیوترینت ها و هم مایکرونیوترینت ها باید به تناسب های مناسب در رژیم غذایی وجود داشته باشند تا برای صحت یابی دوباره و حصول رشد نورمال که زایل شده زمینه مساعد گردد.

تمام مواد مغذی برای عضویت ضروری میباشند، ولی بعضی از آنها کارایی متفاوت دارند. عده از مواد مغذی برای وظایف نارمل سیستمی لازمی میباشند ولی برای رشد ضروری نمی باشند، در حالیکه بعضی از مواد غذایی باید به مقادیر کافی وجود داشته باشند تا رشد صورت بگیرد. مواد مغذی را به اساس وظایف آنها در عضویت (بدن) میتوان به دو نوع تقسیم نمود: آنهای که برای رشد ضروری میباشند و آنهای که ضروری نمیباشند. این تصنیف بندی به اساس عکس العمل به مقابل فقدان مواد مغذی صورت گرفته است.

مواد مغذی نوع 1: ناکافی بودن این مواد سبب علائم خاص گردیده که برای فقدان آن نقش تشخیصیه میداشته باشند. تجویز ماده مغذی ناکافی سبب برگشت علائم کلینیکی میگردد. این مواد مغذی برای رشد ضروری **نمیباشند**.

مواد مغذی نوع 2: این مواد مغذی باید در رژیم غذایی به تناسب های درست وجود داشته باشند تا رشد مناسب صورت گیرد و شامل ماکرونیوترینت ها و مایکرونیوترینت ها میگردند. فقدان یک ماده مغذی سبب فقدان تمامی آنها میگردد. اعراض و علائم فقدان این مواد مغذی از هم دیگر قابل تفریق نمیباشند.

مثالهای نوع 1 و نوع 2 مواد مغذی و تفاوت در عکس العمل ها به مقابل عدم کفایه در **ضمیمه 1** داده شده است.

ضمیمه 1: تصنیف مواد مغذی به اساس تاثیرات آنها بالای نشو و نما

نوع 2 مواد مغذی	نوع 1 مواد مغذی
آب	آهن
پوتاشیم	مس
سودیم	منگنز
مگنیزیم	آبودین
زنک	سیلینیم
فاسفورس	کلسیم
پروتین	فلورین
نایتروجن	تیامین
اسکلیت های کاربونی آمینو اسیدهای ضروری	ریبوفلاوین
تریونین	پایریدوکسین
لایزین	نیکوتینیک اسید
سلفر	کوبالومین
آکسیجن	فولیت
	اسکوربیک اسید
	ریتینول
	توکوفرول
	ویتامین D
	ویتامین K

تفاوت بین عکس العمل به مقابل فقدان نوع 1 و نوع 2

نوع 2 مواد مغذی	نوع 1 مواد مغذی
اولین عکس العمل آن عدم کفایه رشد میباشد	در مراحل مقدم رشد دوام پیدا میکند
کدام علائم خاص کلینیکی موجود نمیشوند	علائم خاص کلینیکی بوجود می آیند
در عضویت ذخایر مواد مغذی موجود نمیباشند	عضویت مواد مغذی را ذخیره میکند

در انساج مشخص متمرکز میباشد	در کدام نسج مشخص متمرکز نمیشد
انزایم های خاص متاثر میگردند	بالای میتابولیزم اثرات عمومی دارد
اکثر آبی اشتهاهی وجود نمیداشته باشد	بی اشتهاهی یک عکس العمل عام میباشد
تراکم نسجی از سایر انواع مواد مغذی مستقل میباشد	وابسته به اقسام دیگر مواد مغذی نوع 2 می باشد
تراکم نسجی با فقدان یکجا سقوط میکند	تراکم نسجی با فقدان یکجا حفظ میگردد
تراکم نسجی در حالات مختلف میتابولیک با برجا باقی میماند	تراکم نسجی ممکن به اساس حالت میتابولیک تغییر یابد
منابع مواد غذایی زیاد متغیر میباشدند	تناسب در مواد غذایی زیاد متغیر نمیشد
توسط آزمایشات (تست ها) بایوکیمیکل تشخیص میگردد	نا به هنجاری های خاص بایوکیمیکل را بوجود نمی آورد
اختلال انتروپومتریک در قدمه های پیشرفته فقدان تظاهر میکند	توسط نا به هنجاری های انتروپومتریک تشخیص میگردد

یک فقدان خفیف نوع 2 مواد مغذی، رشد خطی را نزد اطفال نشان میدهد. اگر فقدان برای مدت زمان طولانی ادامه پیدا کند، در آنصورت طفل به اندازه قابل ملاحظه از سایر اطفال هم سن و هم جنس خویش کوتاه تر معلوم میشود. این پروسه بنام "قد کوتاهی" یاد میگردد و بعضی اوقات به یک نوع از "سوء تغذی مزمن" نیز اطلاق میگردد، زیرا این حالت در طی ماه ها یا سالها بوجود می آید. از همه مهمتر اینکه این پروسه در 2 سال اول حیات هنگامیکه طفل به سرعت زیاد رشد میکند و نیاز زیاد به مواد مغذی میداشته باشد، بیشتر قابل ملاحظه میباشد. بعد از سن 2 سالگی قد کوتاهی غیر قابل برگشت میگردد، از همینرو تاکید بیشتر روی متیقن ساختن بهترین تغذی برای طفل در همین دوره صورت میگردد.

وقتیکه فقدان خفیف سبب قد کوتاهی گردد، ممکن سایر علایم کلینیکی فقدان معدوم باشند؛ شکل بدن نورمال میباشد. هنگامیکه فقدان نوع 2 مواد مغذی بیشتر میگردد، در آنصورت رشد خطی کاملاً توقف میکند و طفل هیچگاه کوتاه تر رشد نمیکند. هرگاه فقدان هنوز هم بیشتر گردد، در آنصورت بدن شروع به لاغر شدن میکند (ضایعات). تصنیف و اندازه گیری سوء

تغذی در 2 کتگوری وسیع صورت میگیرد که آنها عبارت اند از سوء تغذی "مزمن" و سوء تغذی "حاد".

1. سوء تغذی مزمن

a. قد کوتاهی توسط قد بر سن اندازه (محاسبه) میگردد

2. سوء تغذی حاد

a. ضایعات با استفاده از MUAC یا وزن بر قد اندازه میگردد

b. اذیما توسط موجودیت و وسعت اذیمای Pitting دو طرفه اندازه میگردد

3. کم وزنی

توسط وزن بر سن اندازه میگردد و شده میتواند که یک علامه قد کوتاهی یا ضایعات، یا هم مرکب از هر دو حالت فوق باشد.

4. سوء تغذی مایکرونیوترینت ها

بی نظمی های (اختلالات) وسیع را در بر داشته که از اخذ یا استفاده ناکافی مایکرونیوترینت ها ناشی میشوند. هر مایکرونیوترینت علایم یا اختلالات بخصوص خود را دارد. در ذیل توضیح گردیده است (صفحه 20).

با وجود که این کتگوری ها به شکل مجزا پدیدار میگردند، با آن هم امکان آن میرود که اشکال مختلف سوء تغذی به شکل دسته جمعی در عین فرد رخ دهند. کتگوری "کم وزنی" توسط مقایسه نمودن وزن طفل با وزن نورمال (میانگین) یک طفل عین سن که خوب تغذی شده باشد اندازه میگردد. یک طفل ممکن نظر به سن خویش کم وزن باشد، زیرا وی شاید قد کوتاهی، یا ضایعات یا هم ترکیب از قد کوتاهی یا ضایعات را داشته باشد.

استفاده از وزن بر سن و قد بر سن، اندازه گیری های مفید جهت ارزیابی رشد یک طفل میباشدند. ضایعات و اذیما با خطر بلند مرگ و میر همراه میباشدند. از همین سبب مشخص سازی اطفال که ضایعات و اذیما میداشته باشند و تداوی آنها یک اولویت میباشد.

پتوفزیولوژی سوء تغذی حاد

پروسه ضایعات به صفت یک "تطابق تقلیل دهنده" در مقابل کمبود مواد مغذی رخ میدهد. تغییرات فزیولوژیک و سلوکی بوجود آمده تا نیاز به مواد مغذی را کاهش دهند و مصارف انرژی را کم بسازند. در جریان این تطابق، اعضا و سیستم های فزیولوژیک "ظرفیت زائد

سازی" خویش را کاهش داده یا از دست میدهد و شخص مانند قبل قادر نیست تا بیش از این در مقابل تغییرات محیط خارجی و داخلی تطابق کند. حفظ این ظرفیت اضافی وظیفوی از نظر تغذی مورد نیاز بسیار گران میباشد از همینرو کاهش وظایف ارگان ها سبب صرفه جویی مواد مغذی و انرژی مورد نیاز شده تا آنرا حفظ نماید. در نتیجه این تغییرات تمام سیستم های عضویت متأثر میگردند.

به هر اندازه که تطابق تقلیل دهنده ادامه پیدا میکند، به همان اندازه فرد در برابر انتانات بیشتر مستعد میگردد و توان عکس العمل در مقابل انتان وی کم میگردد. وظایف اعضا بدتر شده میرود؛ کبد ظرفیت تصفیه سازی پروتئین ها را از دست میدهد. ورود بیشتر پروتئین به عضویت شده میتواند قویاً مخرب ثابت گردد و فرد منحصی یک میکانیزم دفاع خودی اشتهای خویش را از دست داده، بطور بهتر انساج بدن خویش را جهت نیازهای حیاتی در میتابولیت ها هضم مینماید.

از دست دادن اشتها یک نکته حیاتی در این پروسه میباشد، هرگاه مداخلات تخصصی (مانند شیر معالجوی) صورت نگیرند پروسه مذکور غیر قابل برگشت بوده و بزودی سبب مرگ میگردد. تا این نقطه، فزیولوژی نورمال بدن توسط موجودیت سویه های غیر نورمال مایعات و الکتروولیت ها در قسمت های مختلف بدن، به سویه بلند مختل میشود.

در مراحل ابتدایی تداوی ضایعات شدید، این پتوفزیولوژی باید در جریان یک فاز ثبات با استفاده از شیر که دارای مقدار کم پروتئین (پروتئین های زیاد ممکن برای طفل کشنده ثابت گردد) و دارای مقدار کم انرژی (انرژی بیش از حد میتواند سندروم تحریک نمودن تغذیه مجدد را به میان آورد که سبب مرگ میگردد) باشد، به احتیاط دوباره برگردانده شود. وقتیکه پروسه حجروی بهبود میابد، مایعات و الکتروولیت ها بین قسمت های مختلف حرکت میکنند (یعنی از قسمت داخل حجروی به فضای داخل و عایی). هرگاه وظایف قلبی و کلیوی همچنان به اندازه کافی بهبود حاصل نه نموده باشند، در آنصورت اضافه بار شدن مایعات ممکن بوجود آید و عدم کفایه قلبی و مرگ شاید به زودی فرا رسد.

از همه مهمتر اینکه، در پروسه بهبود دوباره، چاگزین سازی یک ماده مغذی نوع 2 به سویه احتیاجات نورمال روزمره نمیتواند ضایعات را برعکس بسازد و به رشد سریع زمینه مساعد بسازد. در زمان رشد سریع که به تعقیب ضایعات صورت میگردد، تمامی مواد مغذی مورد نیاز باید به مقادیر بیش از حد نورمال وجود داشته باشند.

پی امدهای سوء تغذی حاد هر عضو و سیستم را متاثر میسازد که سبب بروز اعراض و علایم بخصوص میگردد. **ضمیمه 2** یک نظر اجمالی را بالای اثرات سوء تغذی حاد بالای هر عضو و سیستم می اندازد.

نقطه که در آنجا ورشکستگی میکانیزم های فزیولوژیک صورت میگیرد در هر طفل فرق میکند. وقتیکه سیستم ها ورشکسته میشوند، علایم خطر IMCI و سایر اختلالات بوجود می آیند.

موجودیت اذیمای **pitting** دو طرفه همیشه یک علامه سوء تغذی حاد شدید میباشد. نزد اطفال، حالات دیگری چون نفریتیک سندروم نیز میتواند سبب اذیما شود، به هر حال این دو حالت را میتوان اکثراً توسط معاینات و اخذ تاریخچه دقیق از هم تفریق نمود. در واقعه اذیمای تغذی، نخست اذیما در پاها و اطراف سفلی تظاهر میکند، در حالیکه اذیما اکثراً در نفریتیک سندروم اول در ساختمان های وجه وجود میداشته باشد.

ایتیولوژی اذیمای تغذی از نفریتیک سندروم به اندازه کافی متفاوت میباشد، هر چند پی امدهای سوء تغذی همراه با اذیما همچنان سبب وفیات بلند میگردد. مطالعات اخیر⁴ معتقد اند که اذیما از سبب ضایعات نه بلکه در یک زمینه ارثی بوجود می آید. اذیما در نتیجه انتروپتی که به سبب از دست دادن پروتین بوجود می آید ناشی میشود، به هر حال آن در اصل از سبب رژیم غذایی که دارای مقدار کم پروتین باشد بوجود نمی آید؛ رژیم های با مقادیر کم پروتین بخاطر برگشت این شکل از سوء تغذی و ضایعات استفاده میگردند.

از مطالعات چنین معلوم میشود که بوجود آمدن اذیما تا یک اندازه سبب حفظ انساج ضعیف شده و حتی میتواند از پیشرفت بعضی امراض جلوگیری نماید. به هر صورت، تداوی این حالت مشابه به اطفال مصاب به ضایعات میباشد. واقعات اذیمای شدید که به شکل اذیمای عمومی تظاهر میکند و ساختمان های وجه را شامل میگردد سبب وفیات بلند میگردد.

بعضی اوقات، چنین اذیما نیز بوجود می آید که با ضایعات شدید همراه میباشد. وقتیکه هر دو شکل **SAM** موجود باشند، در آنصورت خطر مرگ و میر بلند میباشد و تداوی آن در سرویس داخل بستر صورت میگیرد. این ترکیب از ضایعات شدید و سوء تغذی همراه با اذیما بنام "مرسمیک- کواشیورکور" یاد میگردد.

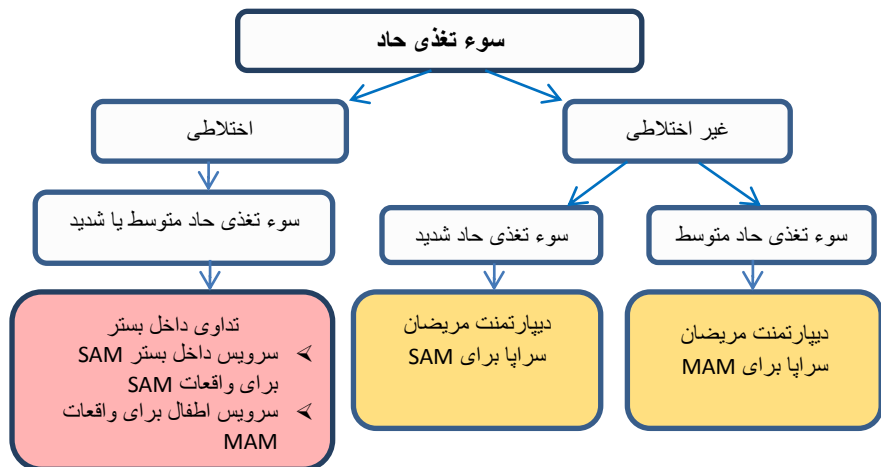
⁴ امدی، فگیبمی، و گولدن ام. و دیگران: تولید کاهش یافته گلیکوزامینوگلیکانس سلفات دار در اطفال مصاب به کواشیورکور در کشور زمبیا رخ میدهد ولی در اطفال مصاب به مرسموس رخ نمیدهد: *Am J Clin Nutr.*

هرگاه سوء تغذی حاد قبل از بوجود آمدن اختلالات کشف شود، در آنصورت واقعات ضایعات متوسط یا شدید عضلی و واقعات اذیمای خفیف و متوسط را میتوان بطور موفقانه در شرایط سراپا تداوی نمود. تنها واقعات که با اختلالات همراه میباشند یا اشکال شدید سوء تغذی حاد ایجاب تداوی در سرویس داخل بستر مینمایند.

تصنیف سوء تغذی حاد

یک تصنیف جدید سوء تغذی اختراع شده [به شکل 2 در ذیل نگاه کنید] که توسط آن آنده از واقعات را که میتوان آنها را در جامعه تحت تداوی قرار داد و عده دیگری را که به رجعت دهی جهت مراقبت داخل بستر نیاز دارند تفریق نمود. تصنیف ابتدایی به این عبارت است تا معلوم نماییم که آیا فرد کدام اختلاط طبی دارد یا خیر، زیرا این یک فکتور عمده جهت اخذ تصمیم در مورد مراقبت داخل بستر یا سراپای مریضان میباشد. تصنیف واقعات شدید و متوسط سوء تغذی حاد توسط اندازه گیری های انتروپومتریکی یا ذریعه موجودیت و درجه اذیما مشخص میگردد. همین تصنیف به اساس انتروپومتری میباشد که در مورد مناسب ترین تداوی داخل بستر یا سراپا تصمیم میگیرد. اینها بیشتر در **فصل 2** توضیح گردیده اند، [ارزیابی و رده بندی سوء تغذی حاد]

شکل 2: تصنیف سوء تغذی حاد (کولینز و یاتس 2003)⁵



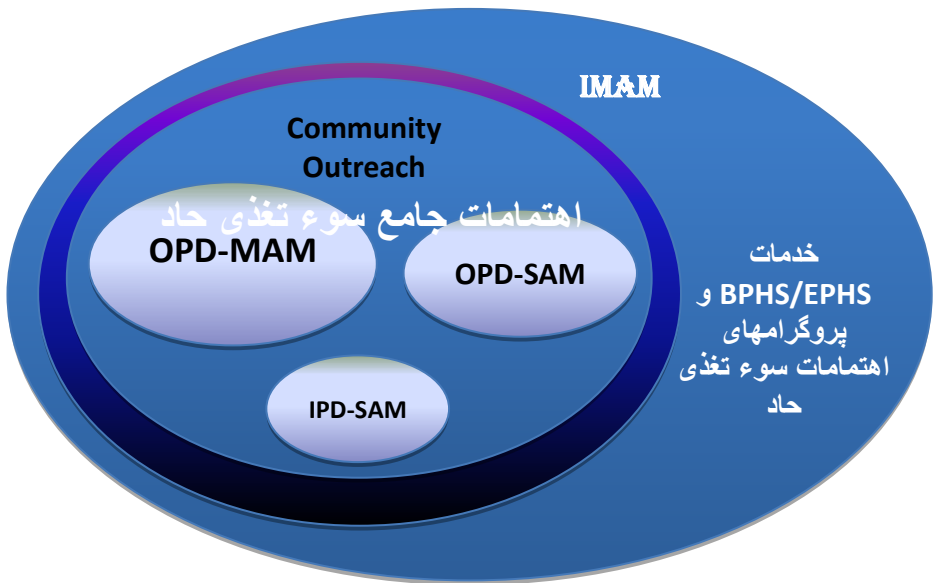
⁵ کولینز و یاتس 2003: نیاز به تمدید تصنیفبندی سوء تغذی حاد: لانسیت، 362، (93979)، 2003:

اهتمامات جامع سوء تغذی حاد (IMAM) چیست؟

IMAM عبارت از تسلسل مراقبت برای سوء تغذی حاد بوده و متشکل از چهار جزء میباشد که همه با هم یکجا کار میکنند تا تداوی سوء تغذی را مطابق به شدت حالت به شکل مطلوب انجام دهند.

آنها شامل اجزای ذیل اند:

1. Community Outreach
2. دیپارتمنت مریضان سراپا برای سوء تغذی حاد متوسط (OPD-MAM)
3. دیپارتمنت مریضان سراپا برای سوء تغذی حاد شدید (OPD-SAM)
4. وارد مریضان داخل بستر برای سوء تغذی حاد شدید (IPD-SAM)



وقایه و تداوی سوء تغذی

سوء تغذی به تناسب معالجه، بهتر وقایه می‌گردد. در حالیکه بسیاری از اسباب اساسی سوء تغذی از کنترل افراد و جوامع بدور می‌باشند، ولی با این هم ممکن است که توسط عرضه خدمات با کیفیت، مشوره دهی و ارائه تعلیمات، بعضی از این فکتورهای سببی را کاهش داد.

- ◀ تطبیق واکسین ها
- ◀ ترویج نظافت و حفظ الصحه
- ◀ مشوره در مورد تغذی (بخصوص نزد اطفال کمتر از 2 سال از اهمیت خاص برخوردار می‌باشد)
- ◀ تغیر سلوک جهت تقویه نمودن جستجوی به موقع خدمات وقایوی/معالجوی
- ◀ ترویج فهم و شناخت از سوء تغذی در جامعه
- ◀ ترویج مقدار و کیفیت مناسب رژیم غذایی اطفال

وقایه و مشخص سازی سوء تغذی تنها یک موضوع صحی نمی‌باشد بلکه نقش سایر سکتورها را نیز دربر دارد. به سوبه تسهیل صحی، ارزیابی مناسب و رجعت دهی اطفال برای خدمات در هر فرصتی از تماس، نقش حیاتی را در راستای وقایه یا تداوی به موقع سوء تغذی بازی میکند.

وقایه و تداوی سوء تغذی یک خدمت مستقل نبوده بلکه یک بخش از خدمات وسیع اطفال می‌باشد که از طریق BPHS و EPHS عرضه می‌گردد. تحقیقات و انکشافات جدید در راستای مشخص سازی و تداوی سوء تغذی زمینه آنرا مساعد ساخته تا پروتوکول های ساده بوجود آیند که آنها را میتوان به سطح جامعه تطبیق نمود و به طفل فرصت میدهند تا به آنده از خدمات دسترسی پیدا کند که بصورت محلی عرضه می‌گردند و طفل که باید در منزل تداوی گردد.

امراض و اخذ ناکافی غذا طوریکه در فوق به تصویر کشیده شده (شکل 1 را ببینید) از اسباب آنی سوء تغذی می‌باشند. وقایه سوء تغذی تا یک اندازه شده میتواند توسط اخذ غذای مناسب صورت گیرد. این اصل بصورت خاص نزد اطفال در 2 سال اول حیات مهم می‌باشد و تغذیه درست نظر به سن طفل یک امر حتمی می‌باشد. کیفیت اخذ مواد غذایی به اندازه کمیت مواد غذایی مهم می‌باشد. مایکرونیوترینت ها در حصه رشد و انکشاف⁶ مقتضی نقش حیاتی می‌داشته باشند و باید جزء از پروسه مشوره دهی را تشکیل دهند که به مادران داده میشود. رژیم غذایی

⁶ شینکین، 2006: نقش کلیدی مایکرونیوترینت ها: تغذی کلینیکی، 2006، 25، 1-13

متنوع غنی از مایکرونیوترینت ها باید برای خانمهای حامله یا مادران شیرده و اطفال بالاتر از سن 6 ماهگی تجویز گردد.

ضمیمه 2: پی آمدهای سوء تغذی حاد

<ul style="list-style-type: none"> • دهنه قلبی و stroke volume کاهش پیدا میکند • افزایش آنی حجم قلبی و عایی میتواند سبب عدم کفایه قلبی گردد • فشار پایین خون قابلیت نفوذیه انساج/ اعضا را به خطر مواجهه میسازد 	<p>سیستم قلبی و عایی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • تولید تیزاب معده کاهش پیدا کرده که معافیت خط اول را به خطر مواجهه میسازد • حرکات معایی کاهش میابند • تولید انزایم های هضمی کاهش پیدا میکند • پانقراس اتروفی میکند • غشای مخاطی سیستم معدی معایی/میکروویلائی اتروفی نموده و زمینه دخول پتوجن ها را از طریق جدار معدی معایی مساعد ساخته که در نتیجه اسهال بوجود می آید • وقتیکه مقادیر زیاد مواد غذایی خورده شود، جذب مواد مغذی کاهش پیدا میکند • فلورای نورمال امعاء مختل شده و به عوض آن رشد بکتریاهای پتوجن صورت میگیرد 	<p>سیستم معدی معایی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • میتابولیت های غیرنارمل امینواسیدها تولید میگردند • تصفیه مواد استقلابی پروتین ها (امونیا) به خطر مواجهه میگردد • ذخایر گلیکوژن کاهش میابد • گلائیکونویجینیاز کاهش پیدا میکند (خطر هایپوگلایسیمیا افزایش کسب میکند) • افراز (ترشح) صفرا کاهش پیدا میکند • تولیدات حرارتی (به شکل نورمال 1/3 احتیاجات عضویت را تشکیل میدهد) • کاهش میابند • فعالیت ترانسفرین کاهش پیدا کرده که ظرفیت جذب و کاهش آهن را محدود میسازد. 	<p>وظیفه کبد</p>
<ul style="list-style-type: none"> • قابلیت نفوذیه و مدت زمان دوران کلیوی کاهش میابند • فلتر گلوبولوی کاهش پیدا میکند • دفع سودیم تقلیل پیدا میکند • اخراج فاسفیت بولی پایین میباشد • توانایی تغلیظ سازی ادرار کاهش پیدا میکند 	<p>سیستم بولی تناسلی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • غدوات لمفاوی، تانسل ها و تایمس اتروفی میکنند • معافیت حجروی حجات T شدیداً کاهش میابد • سوبه Iga در ترشحات کاهش پیدا میکند • اجزای کامپلیمنت پایین میباشد • تولید فاگوسیت ها کاهش یافته و نمیتوانند باکتری های بلع شده را به شکل موثر از بین ببرند • عکس العمل فاز حاد معافیت تقلیل پیدا میکند • صدمات انساج سبب التهاب نورمال یا مهاجرت حجرات سفید خون نمیگردند • تنظیم درجه حرارت هایپوتالامیک متضرر میگردد 	<p>سیستم معافیت</p>

<ul style="list-style-type: none"> • تولید انسولین کاهش یافته و عدم تحمل گلوکوز بلند می‌رود • تولید فکتور رشد انسولین (IGF-1) کاهش پیدا میکند • تولید هورمون نشو و نما کم میشود • سوپیه های کورتیزول بلند می‌رود 	سیستم اندوکرین
<ul style="list-style-type: none"> • حجم پلازما معمولاً نورمال میباشد • حجم کرویات سرخ خون کم میباشد 	سیستم دورانی
<ul style="list-style-type: none"> • میزان میتابولیک اساسی تا 30% کاهش پیدا میکند • تنظیم درجه حرارت مختل شده و سبب تولید پایکیلوترمی میگردد • کاهش مصرف انرژی از سبب فعالیت کاهش یافته • فعالیت سویدیم پمپ کاهش میابد • غشاهای حجروی نسبت به حالت نورمال نفوذ پذیر گردیده که در نتیجه سویدیم داخل حجروی از دیاد کسب میکند • پوتاشیم و مگنیزیم داخل حجروی کاهش پیدا میکند 	خود پایداری یا هوموستاز
<ul style="list-style-type: none"> • جلد و شحم تحت الجلدی اتروفی میکنند، که در نتیجه چین خوردگی های شل جلدی بوجود می آیند. • علائم نورمال دیهایدریشن قابل اعتماد نیستند؛ چشمان ممکن از سبب از دست دادن شحم تحت الجلدی کاسه چشم فرو رفته باشند. • بسیاری از غدوات، به شمول غدوات عرقیه، اشکیه و لعابیه اتروفی میکنند؛ طفل خشکی دهن و چشمان داشته و تولید عرق کاهش پیدا میکند. • عضلات تنفسی به اسانی به تعب (خستگی) دچار میشوند؛ طفل فاقد انرژی میباشد. 	جلد، عضلات و غدوات افزاز خارجی
<ul style="list-style-type: none"> • طفل به اسانی مخرش میگردد • طفل شده میتواند بیحال باشد • بعد از تغذیه ممکن نشخوار بوجود آید • طفل ممکن متحمل تاخر در نشو و نما گردد 	روانی (سایکولوژیک)

فقدان مایکرونیوترینت ها

یک شکل دیگر از سوء تغذی عبارت از فقدان مایکرونیوترینت ها میباشد. اشکال بسیار معمول فقدان مایکرونیوترینت ها عبارت اند از؛

سبب بوجود آمدن کمخونی میگردد	آهن/فولات
سبب شبکوری، خشکی چشم و نقاط بابتوت (Bitot spots) میگردد	ویتامین A
سبب جاغور و کرتنیسم میگردد	آیودین
سبب سکاروی میگردد	ویتامین C
سبب پلاگرا میگردد	نیاسین (B3)
سبب بیبری میگردد	تیامین (B1)

ضروریات مایکرونیوترینت های اطفال و خانمهای سنین مختلف در جدول 3 نشان داده شده اند. رهنمودهای ملی مایکرونیوترینت های افغانستان (وقایه، کنترول و تداوی)، 2010، در مورد هر مایکرونیوترینت مهم، مشورت ویژه را ارائه میدارند. فراهم سازی مایکرونیوترینت ها در رژیم غذایی شده میتواند از طریق توصیه به مادران در مورد خریداری مواد غذایی غنی شده یا از توسط تدارک متممات مایکرونیوترینت ها منحصی یک جزء خدمات صحی روتین، بلند برود. در جریان حمل و بعد از ولادت باید به مادر در مورد اخذ مایکرونیوترینت های مناسب منحصی یک جزء از خدمات قبل و بعد از ولادت مشوره داده شود.

جدول 1: احتیاجات اطفال و خانمها در مایکرونیوترینت ها

Vitamin D	Zinc	Iron	Iodine	Folate	Vitamin C	Vitamin A		
(mcg/d)	(mg/d)	(mg/d)	(mcg/d)	(mcg/d)	(mg/d)	(mcg/d)		
اطفال شیرخوار:								
5	2	0.27	110	65	40	400	0-6 ماه	
5	3	11	130	80	50	500	7-12 ماه	
اطفال:								
5	3	7	90	150	15	300	1-3	

							ساله	
5	5	10	90	200	25	400	4-8 ساله	
اناث								
5	8	8	120	300	45	600	9-13 ساله	
5	9	15	150	400	65	700	14-18 ساله	
5	8	18	150	400	75	700	19-30 ساله	
5	8	18	150	400	75	700	31-50 ساله	
10	8	8	150	400	75	700	51-70 ساله	
15	8	8	150	400	75	700	>70 ساله	
حمل:								
5	13	27	220	600	80	750	≤18 ساله	
5	11	27	220	600	85	770	19-30 ساله	
5	11	27	220	600	85	770	31-50 ساله	
شیردهی:								
5	14	10	290	500	115	1200	≤18 ساله	
5	12	9	290	500	120	1300	19-30 ساله	
5	12	9	290	500	120	1300	31-50 ساله	

ماخذ: رهنمودهای ملی افغانستان در مورد مایکرونیوترینت ها (2010)

هنگامیکه یک خانم در جریان حاملگی به سوء تغذی حاد مصاب میگردد، این پدیده بالای وزن زمان تولد طفل تاثیر میگذارد؛ اطفال با وزن پایین زمان تولد در معرض خطر بلند و قیامت قرار دارند. از جیره های مواد غذایی متمم و متمامات مایکرونیوترینت ها جهت تداوی خانم حامله یا

شیرده که به سوء تغذی حاد مبتلا باشد استفاده می‌گردد تا از این خطر کاسته شود و تفصیلات بیشتر در فصل 5 این رهنمود داده شده اند.

مصرف مایکرونیوترینت ها در جریان امراض بلند می‌رود، بدین لحاظ باید پرسونل طبی بدانند که رژیم غذایی عادی طفل ممکن مایکرونیوترینت های کافی را در اختیار طفل قرار ندهد تا وی را از مصاب شدن به سوء تغذی وقایه نماید. وقتیکه طفل به اسهال یا سایر امراض مصاب می‌گردد، پرسونل صحی باید به مواظبت کننده طفل مشوره دهد تا تغذیه طفل را توقف ندهد و در اخذ مواد غذایی توسط طفل باید افزایش بعمل بیاورد.

تغذیه اطفال شیرخوار و سایر اطفال خورد سن (IYCF)

اکثریت بزرگ سوء تغذی اطفال در افغانستان نزد اطفال سنین کمتر از 2 سال رخ میدهد، که بیشترین تناسب آن نزد اطفال سنین کمتر از 6 ماه میباشد⁷. این اطفال از سببی نیازهای متناسباً بلند انرژی و مواد مغذی، به اساس وزن بدن شان از سایر گروه های سنی در معرض خطر بلند امراض قرار دارند.

وقایه امراض و سوء تغذی در این گروه سنی توسط آغاز مقدم تغذیه با شیر مادر (در جریان ساعت 1 بعد از تولد) و دادن کولستروم (قله) شروع میشود. کولستروم یا قله عبارت از اولین شیر مادر میباشد و از سبب داشتن انتی بادی ها، اولین واکسین طفل تلقی می‌گردد. مراقبت جاری باید مشتمل بر تغذی خالص با شیر مادر در 6 ماه اول حیات و تطبیق واکسین های دوران طفولیت در مقابل امراض قابل وقایه باشد. ادامه تغذیه با شیر مادر الی سن 2 سالگی و معرفی مناسب مواد غذایی متمم نظر به سن بعد از سن 6 ماهگی، با هم یکجا زمینه آغاز یک زندگی عالی را مهیا ساخته، باعث وقایه از امراض و تأخر نشو و نما (قد کوتاهی) می‌گردد. بعد از سن 2 سالگی، طفل متناسباً بیشتر آهسته رشد میکند و اثرات سوء تغذی و قد کوتاهی اساساً غیر قابل برگشت می‌گردند.

تغذیه اطفال شیرخوار و سایر اطفال خورد سن ممکن اساس بسیاری از عملکردهای فرهنگی را تشکیل دهد که باعث خسارات زیان آور نزد طفل در حال رشد می‌گردد. مشوره دهی مناسب، یک بخش اساسی عرضه خدمات صحی برای این گروه سنی میباشد. تفصیلات چنین مشوره دهی و عملکردهای توصیه شده، در ستراتیژی ملی افغانستان در مورد تغذیه اطفال شیرخوار و سایر اطفال خورد سن و رهنمودهای IYCF وزارت صحت عامه به وضاحت ذکر گردیده اند.

⁷ جمهوری اسلامی افغانستان، پالیسی و ستراتیژی ملی وزارت صحت عامه (2009-2013) 1388-1392

مشوره دهی در مورد IYCF، یک بخش از ستراتیژی ادغام یافته کاهش مرگ و میر و مصابیت ها را تشکیل میدهد. لازم است تا جهت موثریت بیشتر این روشها، ارتباطات قوی بین IYCF، IMCI، واکسیناسیون و سایر خدمات مادر و طفل ایجاد گردد.

مهارتهای مشوره دهی:

A: شنیدن و اموختن معرفی

مشوره دهی یک طریقه کار کردن با مردم میباشد که در جریان آن شما احساس آنها را درک میکنید و به آنها کمک میکنید تا تصمیم بگیرد که چی کند. در این بخش ها (فصل ها) شما راجع به آنچه از مادران بحث خواهید نمود که با شیر ثنیه تغذیه را انجام میدهند و اینکه آنها چطور احساس میکنند. تغذیه با شیر ثنیه یگانه مورد نیست که در آن مشوره دهی مفید میباشد. مهارتهای مشوره دهی همچنان وقتیکه شما با مریضان یا مشتریان راجع به سایر حالات حرف مینویسید نیز مفید میباشد. شما همچنان مفیدیت آنها را در حصه خانواده و دوستان، یا با همکاران خویش در ساحه کاری نیز درک خواهید نمود. با تمرین نمودن بعضی از تخنیک ها با آنان - شما نتایج حیرت آور و مفید را بدست خواهید آورد.

دو جلسه اول مهارتهای مشوره دهی در مورد "شنیدن و اموختن" میباشد. یک مادر شیرده ممکن نتواند راجع به احساسات خویش به اسانی صحبت نماید، بخصوص اگر او شرمندوک باشد یا با کسی مواجه باشد که او را درست نه شناسد. شما به مهارت شنیدن نیاز دارید و اینکه در وی باید این احساس را ایجاد کنید که شما میخواهید به نفع وی کاری را انجام دهید. این کار باعث خواهد شد تا وی تشویق گردد و به شما چیزهای زیادی را بازگو نماید. وی کمتر "خاموش" و بی گفتنی ها خواهد ماند.

یادداشتها در مورد مهارتهای شنیدن و اموختن

مهارت 1. از ارتباطات مفید غیرلفظی استفاده نمایید

ارتباطات غیرلفظی عبارت از نمایش کردار تان ذریعه وضعیت بدن، قیافه و همه چیز دیگر، بجز از طریق حرف زدن میباشد. ارتباطات مفید غیرلفظی برای مادر این زمینه را مساعد میسازد تا احساس کند که شما میخواهید به وی مفید واقع گردید، بدینوسیله وی با شما صحبت خواهد نمود.

مهارت 2. سوالات باز را بپرسید

سوالات باز بسیار مفید میباشند. جهت پاسخ دادن به آنها، یک مادر باید به شما یک اندازه معلومات را ارائه نماید. سوالات باز معمولاً توسط "چطور؟ چی؟ چی وقت؟ در کجا؟ چرا؟" آغاز میگردند
طور مثال: "شما طفل خویش را چطور تغذیه میکنید؟"

سوالات بسته معمولاً کمتر مفید میباشند. آنها به یک مادر جواب را میگویند که شما متوقع آن هستید، و وی میتواند به آنها توسط "بلی" یا "نه خیر" جواب دهد. آنها معمولاً توسط لغات چون "آیا شما؟ آیا آن پسر؟ او دارد؟ آیا آن دختر؟" طور مثال: "آیا شما طفل اخر تانرا توسط شیر ثدیه تغذیه میکنید؟" اگر یک مادر در مقابل این سوال میگوید که "بلی"، شما هنوز هم نمیدانید که آیا او طفل خویش را با شیر خالص ثدیه تغذیه میکند، یا برایش بعضی غذاهای مصنوعی نیز میدهد.

بخاطر آغاز یک محاوره، سوالات عمومی باز مفید میباشند.
طور مثال: "شما با تغذی توسط شیر خود چی حال دارید؟"
جهت ادامه محاوره، یک سوال باز بیشتر اختصاصی، ممکن کمک کننده باشد.
طور مثال: "چند ساعت بعد از تولد، طفل اولین بار تغذیه گردید؟"

بعضی اوقات بخاطر مطمئن شدن در باره یک حقیقت کمک کننده خواهد بود تا سوال بسه پرسیده شود.

طور مثال: "آیا به وی سایر غذاها یا مایعات میدهید؟"
اگر او میگوید "بلی"، شما میتوانید جهت فهم بیشتر، موضوع را توسط یک سوال باز تعقیب نمایید.
طور مثال: "چی چیز سبب شد تا شما این کار را انجام بدهید؟" یا "شما به وی چی میدهید؟"

مهارت 3. از واکنش ها و حرکات کار گیرید که علاقه شما را نشان دهد

یک طریقه دیگر جهت تشویق یک مادر به حرف زدن عبارت است از حرکاتی چون تکان دادن سر به علامت توافق، تبسم کردن و واکنش های ساده مانند "اممم"، یا "آها". آنها به مادر نشان میدهند که شما متوجه مادر هستید.

مهارت 4. گفته مادر را دوباره بازتاب نمایید

بازتاب نمودن دوباره به معنی تکرار نمودن سخنهای میباشند که مادر به شما گفته است، تا بدینوسیله نشان دهید که شما حرفها را شنیده اید، و وی را به حرف زدن اضافی تشویق نمایید. سعی کنید تا آنرا به یک طریقه کمی متفاوت تر بگویید. طور مثال، اگر یک مادر میگوید: "طفل من شب گذشته بسیار زیاد گریه داشت."
شما میتوانید بگویید: "طفل شما توسط گریه خود، شما را تمام شب بیدار نگه کرده؟"

مهارت 5. همدل بودن – نشان دهید که شما احساس مادر را درک میکنید

همدلی یا اظهار همدلی نشان میدهد که شما احساسات یک شخص را درک میکنید. طور مثال، اگر یک مادر میگوید: "طفل من میخواهد به دفعات زیاد تغذیه شود و این کار مرا بسیار خسته میسازد،" شما میتوانید بگویید: "در اینصورت شما همیشه خود را زیاد خسته احساس میکنید؟" این نشان میدهد که شما میدانید که او خود را خسته احساس میکند، بدینترتیب شما اظهار همدلی میکنید.

اگر شما با مطرح نمودن سوال واقعی واکنش نشان میدهید، طور مثال، "وی چند مرتبه تغذیه میشود؟ چی چیز دیگر را به وی میدهید؟" در این صورت شما اظهار همدلی نکرده اید.

مهارت 6. از الفاظ قضاوتی اجتناب ورزید

الفاظ قضاوتی عبارت اند از: درست، غلط، خوب، بطور ناشایسته، خوب، کافی، مناسب. اگر شما از این کلمات (الفاظ) هنگام مطرح نمودن سوالات استفاده میکنید، در آنصورت یک مادر ممکن احساس کند که او یک کار غلط را انجام میدهد، یا طفل وی کدام مشکلی دارد. به هر حال، بعضی اوقات شما نیاز دارید تا از الفاظ قضاوتی "خوب" استفاده کنید، تا باشد که اعتماد مادر را حاصل نمایید (فصل 11 "به میان آوردن فضای اعتماد و اظهار حمایت" را ببینید).

ارتباطات غیرلفظی کمک کننده

سطح سر خویش را نگهدارید
توجه مبذول دارید
موانع را برطرف نمایید
وقت بگیرید
تماس مناسب داشته باشید

مهارت‌های شنیدن و آموختن

- از ارتباطات مفید غیر لفظی کار بگیرید
- سوالات باز بپرسید
- از واکنش‌ها و حرکات استفاده نمایید که نمایانگر دلچسپی باشند
- گفته‌های مادر را بازتاب نمایید
- همدل بودن – نشان دهید که شما احساس مادر را درک میکنید
- از الفاظ قضاوتی اجتناب ورزید

B: به میان آوردن فضای اعتماد و اظهار حمایت

معرفی

جلسات سوم و چهارم مهارت‌های مشوره دهی در مورد "به میان آوردن فضای اعتماد و اظهار حمایت" میباشند.

یک مادر شیرده به اسانی اعتماد خودی را از دست میدهد. این پدیده باعث میشود تا وی به طفل خویش مواد غذایی غیر ضروری مصنوعی را بدهد، و به فشار خانواد و دوستان جهت دادن غذای مصنوعی واکنش نشان دهد. شما به مهارت‌های نیاز دارید تا با وی کمک کنید که بالای خود باور داشته باشد. باور یا اعتماد میتواند با مادر کمک کند تا در حصه تغذیه توسط شیر ثدیه موفق باشد. اعتماد همچنان با وی کمک میکند تا در مقابل فشار سایر افراد مقاومت کند.

در خور اهمیت است تا ما موجب آن نه شویم که به مادر این احساس رخ دهد که کار غلط را انجام داده است.

وی به سادگی معتقد میگردد که وی کدام اشتباه دارد، یا شیر وی کدام مشکل دارد، یا اینکه وی کدام کار غلط را انجام میدهد. اینها، اعتماد وی را کاهش میدهند.

این مسئله مهم است تا از گفتن اینکه یک مادر شیرده باید چی کند، اجتناب ورزیم. با هر مادر کمک کنید تا در حصه خود تصمیم بگیرد که کدام چیزها برای خودش و طفلش بهتر هستند. این کار، اعتماد وی را افزایش میدهد.

یادداشت ها در مورد به میان آوردن فضای اعتماد و اظهار حمایت

مهارت 1. افکار و احساسات یک مادر را قبول کنید

بعضی اوقات یک مادر مفکوره می داشته باشد که شما به آن موافق نمیباشید. اگر شما با وی عدم توافق نشان دهید، یا انتقاد کنید، شما سبب میشوید تا وی احساس کند که کار غلط را انجام داده است. این کار باعث کاهش اعتماد وی میگردد. اگر شما با وی توافق نشان دهید، آن باعث ایجاد مشکل در پیشنهاد بعضی موضوعات متفاوت در آینده میشود. بیشتر کمک کننده است تا آن چیز را بپذیرید که مادر فکر میکند. قبول نمودن به معنی عکس العمل طبیعی میباشد، و به هیچ وجه به معنی موافقه داشتن یا عدم موافقه داشتن نمیباشد. بازتاب دوباره، واکنش و حرکات که نشاندهند علاقه مندی باشند، همه اینها طرق میباشد که قبولی را نشان میدهند و عبارت از مهارتهای مفید شنیدن و آموختن میباشد.

بعضی اوقات یک مادر در مورد یک چیزی واژگون میباشد که شما میدانید آن چیز کدام مشکل جدی نمیباشد. اگر شما یک چیزی را مانند "تشویش نکنید، چیزی قابل تشویش وجود ندارد!" بگویید، شما باعث میشوید تا مادر احساس کند که او ممکن غلط میکند که چنین احساس میکند. این کار باعث میشود تا او احساس کند که شما وی را درک نکرده اید، در نتیجه، باور وی کاهش پیدا میکند. اگر شما قبول کنید که او واژگون است، این عمل شما سبب میشود تا او احساس کند که به گونه که وی احساس میکند درست بوده، بدین ترتیب آن در اعتماد وی کاهش بعمل نمی آورد. اظهار همدلی یک طریقه مفید جهت ابراز قبولی در برابر احساس مادر میباشد.

مهارت 2. قدردانی و ستایش از عملکردهای درست مادر و طفل

به صفت کارکنان صحی، ما آموزش دیده ایم تا به جستجوی مشکلات پردازیم. ما صرف متوجه همان نکاتی میشویم که به فکر ما، مردم آنها را به طریقه غلط انجام میدهند، و ما کوشش میکنیم که آنها را اصلاح نماییم. به صفت مشوره دهنده گان، باید ما یاد بگیریم تا به جستجو و قدردانی نکاتی پردازیم که مادران واطفال آنها را درست انجام میدهند. بعد از آن باید ما از عملکرد خوب تمجید و تصدیق نماییم.

تمجید (ستایش) از عملکردهای خوب دارای فواید ذیل میباشد:

- سبب اعتماد مادر میگردد؛
- وی را تشویق مینماید تا به این عملکردهای خوب ادامه دهد؛
- در آینده وی قادر میگردد تا سفارشات را به سادگی قبول کند.

مهارت 3. کمک عملی را ارائه نمایید

- بعضی اوقات کمک عملی بهتر از گفتن همه چیز میباشد. طور مثال:
- وقتیکه یک مادر خود را خسته، کثیف یا ناراحت احساس میکند؛
 - وقتیکه وی گرسنه یا تشنه میباشد؛
 - وقتیکه وی مشوره های زیادی را از قبل گرفته باشد؛
 - وقتیکه شما میخواهید اظهار حمایت و قبولی نمایید؛
 - وقتیکه وی یک مشکل واضح عملی میداشته باشد.

بعضی از طرق ارائه کمک عملی قرار ذیل اند:

- کمک با مادر جهت پاکی و احساس راحتی؛
- دادن مایعات گرم، یا خوردنی ها به وی؛
- گرفتن طفل هنگامیکه مادر دم میگردد.



شکل 26

کدام واکنش بیشتر مناسب میباشد؟
"شما باید به طفل اجازه دهید تا همین حالا ندیه را بمکد، تا شیر ندیه شما پایین شود."
"اجازه دهید تا شما را بیشتر مسترح سازم، و بعد از آن من به شما یکو نوشیدنی خواهم آورد."

مهارت 4. معلومات کم و مناسب بدهید

معلومات مناسب همان معلوماتی میباشد که برای یک مادر همین حالا مفید باشد.

- وقتیکه شما به یک مادر معلومات می‌دهید، این نکات را بخاطر داشته باشید:
- برای وی راجع به موضوعاتی بگوئید که وی میتواند آنرا امروز انجام دهد، نه اینکه در مدت زمان چند هفته.
 - کوشش کنید که صرف یک یا دو جزء معلومات را در یک وقت ارائه نمایید، بخصوص اگر مادر خسته باشد، و از قبل معلومات کافی را بدست آورده باشد.
 - تا زمان بدست آوردن اعتماد مادر انتظار بکشید، این کار را توسط قبول نمودن گفته های وی و تمجید از کارهای که او و طفل اش به شکل درست اجرا مینمایند، انجام دهید. شما نباید دفعتاً معلومات جدید را ارائه یا نظریات غلط را اصلاح نمایید.
 - معلومات را بطریقه مثبت ارائه کنید تا جنبه انتقادی نداشته باشد. این کار وقتی با ارزش میباشد که اگر شما بخواهید یک نظریه غلط را اصلاح نمایید.

مهارت 5. از زبان ساده کار بگیرید

بخاطر توضیح نمودن مسایل به مادر، از اصطلاحات ساده و مروج استفاده نمایید. به یاد داشته باشید که اکثریت مردم اصطلاحات تخنیکی را که کارکنان صحی استفاده مینمایند، نمیدانند.

مهارت 6. یک یا دو پیشنهاد کنید، امر نکنید

مواظب باشید و به مادر نگویید و امر نکنید که یک کار را انجام دهد. این کار به وی کمک نمیکند تا احساس اعتماد کند.

به عوض آن، هنگامیکه شما به مادر مشوره می‌دهید، پیشنهاد نمایید که چه چیز را وی میتواند به گونه متفاوت انجام دهد. بعد وی میتواند تصمیم بگیرد که اگر او بخاطر انجام آن میتواند سعی نماید یا خیر. این کار باعث میشود تا وی در کنترل خود باشد و به وی کمک میکند تا احساس اعتماد نماید.

مهارتهای مربوط به اعتماد و حمایت

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | چیزی را که مادر فکر میکند یا احساس میکند، قبول کنید |
| <input type="checkbox"/> | از چیزهای که مادر و طفل درست انجام میدهند قدرانی نموده و از آن تمجید نمایید |
| <input type="checkbox"/> | کمک عملی ارائه نمایید |
| <input type="checkbox"/> | معلومات اندک و مناسب را تقدیم کنید |
| <input type="checkbox"/> | از زبان ساده کار بگیرید |
| <input type="checkbox"/> | یک یا دو پیشنهاد کنید، امر نکنید |

عناصر اساسی مشوره دهی IYCF در ضمایم 3-7 توضیح گردیده اند.

ضمیمه 3: تغذی خانمهای حامله و شیرده



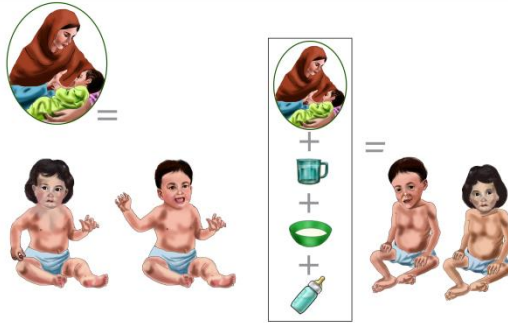
- ◀ در زمان حمل خویش روزانه یک غذای کوچک اضافی یا "ناشتا" (یک غذای اضافی در فواصل غذایی معمول) صرف نمایید تا به خود و طفل در حال رشد خویش انرژی و مواد مغذی را اکمال نمایید.
- ◀ شما نیاز به صرف بهترین غذای قابل دسترس دارید، به شمول شیر، میوه جات و سبزیجات تازه، گوشت، ماهی، تخم، حبوبات، نخود و لوبیا.
- ◀ هر وقتیکه تشنه میشوید آب بنوشید.
- ◀ اخذ چای و قهوه همراه غذا، در حصه استفاده مواد غذایی توسط عضویت مزاحمت میکند. مقدار قهوه را که شما هنگام حمل اخذ میدارید محدود سازید.
- ◀ در زمان حمل و شیردهی، مواد مغذی مخصوص کمک خواهد نمود تا طفل شما خوب رشد کند و صحتمند باشد.
- ◀ تابلیت های آهن و فولیک اسید بگیرید تا در جریان حاملگی و حد اقل 3 ماه بعد از تولد طفل تان از کمخونی وقایه نمایید.
- ◀ فوراً بعد از تولد یا در جریان 6 هفته، تابلیت ویتامین A اخذ نمایید تا بدینوسیله، طفل شما توسط شیر تان ویتامین A اخذ نماید و بدینترتیب از امراض جلوگیری گردد
- ◀ از نمک آبیودین دار استفاده کنید تا به دماغ و بدن طفل زمینه مساعد گردد که بخوبی رشد کند
- ◀ مراقبت های قبل از ولادت را در جریان حاملگی حد اقل 4 مرتبه تعقیب نمایید- این بررسی ها به شما جهت دانستن وضعیت صحتی خود تان و چگونگی رشد طفل شما مهم میباشدند.
- ◀ جهت وقایه از کمخونی تابلیت های ضد کرم را اخذ نمایید.
- ◀ جهت وقایه ملاریا، داخل پشه خانه های مغطوس شده با ادویه حشره کش استراحت

- نموده و تابلیت های تجویز شده ضد ملاریا را اخذ نمایید.
- ◀ راجع به وضعیت HIV تان معلومات حاصل کنید، در تمامی ملاقات های کلینیکی اشتراک نمایید و ادویه خویش را مطابق توصیه عرضه کننده صحی اخذ نمایید.
 - ◀ مادران نوجوان: شما نسبت به مادران بزرگتر به مراقبت اضافی، غذای بیشتر و استراحت بیشتر نیاز دارید. شما نیاز دارید تا هم بدن در حال رشد خویش و طفل خویش را تغذی نمایید.

ضمیمه 4: تغذی اطفال شیر خوار از 0 الی 6 ماهگی



- ◀ شیر ثدیة تمام مواد مغذی و آب مورد ضرورت طفل شما را در 6 ماه اول تامین مینماید.
- ◀ از دادن سایر مواد، حتی به شمول آب، به طفل خویش در 6 ماه اول خودداری کنید.
- ◀ حتی در موسم بسیار گرم، شیر ثدیة میتواند تشنگی طفل تانرا رفع سازد.
- ◀ دادن سایر مواد غذایی به طفل سبب میشود تا وی کمتر پستان بمکد و در نتیجه در مقدار شیر که شما تولید میکنید کاهش بعمل می آید.
- ◀ آب، سایر مایعات و مواد غذایی، طفل شما را به امراض مبتلا میسازد.
- ◀ هرگاه ادویه جات توسط عرضه کننده خدمات صحی به طفل شما تجویز گردد، شما میتوانید آنرا به وی بدهید.



- ◀ تغذیه خالص با شیر مادر به معنی تغذیه طفل صرفاً و صرفاً توسط شیر مادر در 6 ماه اول میباشد.
- ◀ شیر ثدیه تمام مواد مغذی و آب مورد ضرورت طفل شما را در 6 ماه اول تامین مینماید.
- ◀ تغذیه خالص با شیر مادر در 6 ماه اول، طفل شما را در برابر بسیاری امراض، مانند اسهال و انتانات طرق تنفسی محافظت مینماید.
- ◀ وقتی که شما به طفل خویش در 6 ماه اول شیر خالص ثدیه میدهید و حیض نمیداشته باشید، در آنصورت شما از حمل دیگر در امان میباشید.
- ◀ تغذیه مختلط به معنی دادن شیر ثدیه همراه با سایر غذاها و مایعات به شمول شیر پودری، شیر حیوانی یا آب به طفل میباشد.
- ◀ تغذیه مختلط در سن قبل از 6 ماهگی میتواند بالای معده طفل تان صدمه وارد کند.
- ◀ تغذیه مختلط چانس ابتلا به امراض چون اسهال، سینه بغل و سوء تغذی را در طفل بلند میرد.
- ◀ دادن سایر غذاها یا مایعات بغیر از شیر مادر، به شمول شیر پودری، شیر حیوانی یا آب در سن قبل از 6 ماهگی میتواند به معده طفل شما آسیب برساند. این کار سبب کاهش وظیفه محافظوی که شیر خالص مادر آنرا ارائه میدارد و تمام فواید که طفل از شیر مادر بدست می آورد میشود



- ◀ طفل خویش را نظر به تقاضا، از طرف روز و شب با شیر ثدیه تغذیه نمایید.
- ◀ مکیدن زیاد (با تماس خوب) سبب تولید شیر زیاد ثدیه میگردد.
- ◀ گریستن علامه موخر گرسنگی میباشد. علائم مقدم که نشان میدهند که طفل شما شیر ثدیه میخواهد قرار ذیل اند:

- بیقراری
- باز کردن دهن و دور دادن سر از یکطرف بطرف دیگر
- فرو بردن و بیرون کشیدن زبان
- مکیدن انگشتان و مشت ها

- ◀ به طفل خویش اجازه دهید تا یک ثدیه را خوب تخلیه نماید و بعد از آن برایش ثدیه دیگر را بدهید. تغیر و تبدیل نمودن ثدیه ها سبب میشود تا طفل را از اخذ شیر مغذی "عقبی یا خلفی" محروم بسازد. "شیر قدامی" حاوی مقدار زیاد آب بوده و توسط آن تشنگی طفل رفع میشود. شیر "خلفی" دارای مقدار بیشتر شحم بوده و گرسنگی طفل شما را رفع میسازد.
- ◀ اگر طفل شما مریض یا خواب آلود باشد، وی را بیدار ساخته و برایش شیر ثدیه را به دفعات بیشتر بدهید.
- ◀ از شیرچوشک، چوشک یا پپاله های نول دار استفاده نکنید. پاک نمودن آنها مشکل بوده و میتواند طفل شما را مریض بسازند.

تغذی طفل مریض سن کمتر از 6 ماه

- ◀ طفل را هنگام مصابیت به امراض، به شمول اسهال، به دفعات بیشتر تغذیه نمایید، تا به وی کمک شود که در مقابل امراض مجادله نماید، ضیاع وزن را کاهش دهد و به سرعت بیشتر شفایاب گردد.
- ◀ تغذیه با شیر مادر سبب آسایش طفل شما میگردد. اگر طفل شما از تغذی با ثدیه اباء میورزد، وی را تشویق نمایید تا دوباره شیر ثدیه را بگیرد.
- ◀ به طفل خویش تنها شیر مادر و ادویه را که داکتر/عرضه کننده خدمات صحی توصیه نموده باشد بدهید.
- ◀ اگر طفل به اندازه ضعیف باشد که ثدیه را چوشیده نتواند، در آنصورت شیر ثدیه را کشیده و به طفل بدهید. این کار کمک خواهد کرد تا شیر کافی داشته باشید و مشکلات در ثدیه ها را وقایه میکند.
- ◀ بعد از هر مریضی، در دفعات تغذی با ثدیه از دیاد بعمل بیاورید تا با طفل خود کمک کرده باشید که صحت و وزن را دوباره بدست بیاورد.
- ◀ اگر شما مریض باشید، شما میتوانید به طفل خویش شیر دادن را ادامه دهید. شما در این مدت ممکن به غذاهای اضافی و حمایت بیشتر نیاز داشته باشید.

ضمیمه 5: غذای متمم در سن 6-9 ماهگی

تغذی متمم را در سن 6 ماهگی آغاز نمایید



- ◀ تغذی با شیر مادر را به طفل نظر به تقاضا و از طرف روز و شب ادامه دهید. این کار سبب میشود تا طفل صحت و قوت خود را حفظ نماید، زیرا شیر ثدیه هنوز هم یک بخش عمده از رژیم غذایی طفل تا آنرا تشکیل میدهد
- ◀ شیر ثدیه نصف (1/2) از انرژی مورد ضرورت طفل را در سن 6 الی 12 ماهگی اکمال مینماید
- ◀ قبل از دادن سایر مواد غذایی، به طفل شیر ثدیه بدهید
- ◀ و قتیکه به طفل خویش غذای های متمم بدهید، راجع به دفعات، مقدار، غلظت، تنوع، تغذیه فعال/واکنشی و حفظ الصحه فکر کنید
 - دفعات: به طفل خود روزانه 3 مرتبه غذای متمم بدهید
 - مقدار: مقدار آنرا به تدریج زیاد نموده و به (1/2) پیاله برسانید (پیاله 250 ملی لیتره؛ مقدار را ذریعه پیاله که مادر با خود آورده است نشان دهید). از یک قاب علییده استفاده نمایید تا متیقن گردید که طفل تمام غذای داده شده را اخذ میدارد
 - غلظت: غذاهای خانگی نرم شده/حلو مانند را به طفل بدهید. در سن 8 ماهگی، طفل قدرت خوردن finger foods را حاصل مینماید
 - تنوع: کوشش کنید تا از غذاهای مختلف جهت تغذیه طفل در هر مرتبه غذا خوری استفاده نمایید. طور مثال:
 - مواد غذایی با منشه حیوانی (گوشت، تخم و لبنیات)
 - مواد غذایی اساسی (غله جات، ریشه ها و مواد کلچه یی مانند کچالو و غیره)
 - حبوبات و دانه های بذری
 - میوه های تازه و سبزیجات غنی از ویتامین A و سایر موه جات و سبزیجات

تغذی طفل مریض سن اضافه تر از 6 ماه

- ◀ در جریان مریضی، به شمول اسهال، به طفل به دفعات بیشتر مواد غذایی ساده، و شیر ثدیه بدهید، تا با وی کمک گردد که در مقابل مریضی مجادله نماید، از دست دادن وزن را کاهش دهد و به سرعت بیشتر شفایاب گردد.
- ◀ طفل شما در جریان مریضی به غذا و مایعات بیشتر نیاز دارد.

- ◀ اگر اشتهای طفل تان کاهش یافته باشد، وی را تشویق نمایید تا مقادیر کم مواد غذایی را به دفعات بیشتر اخذ نماید.
- ◀ به طفل غذاهای ساده، مانند حلوا بدهید و از دادن غذاهای تند و چرب جلوگیری نمایید. حتی اگر وی اسهال هم باشد، بهتر است تا وی به خوردن ادامه دهد.
- ◀ بعد از آنکه طفل شما شفایاب گردید، وی را بصورت فعال تشویق نمایید تا یک غذای اضافی جامد را روزانه برای دوه هفته بعدی اخذ نماید. این غذا به طفل تان کمک خواهد کرد تا وزن را که او باخته دوباره بدست بیاورد.
- ◀ وقتیکه شما مریض باشید، شما میتوانید به طفل خویش شیر دادن را ادامه دهید. شما در این مدت ممکن به غذاهای اضافی و حمایت بیشتر نیاز داشته باشید. هرگاه شما مریض باشید، شما همچنان به مایعات کافی نیاز دارید.

ضمیمه 6: غذای متمد در سن 9 الی 12 ماهگی



- ◀ تغذی با شیر مادر را به طفل نظر به تقاضا و از طرف روز و شب ادامه دهید. این کار سبب میشود تا طفل صحت و قوت خود را حفظ نماید، زیرا شیر ثدیه هنوز هم یک بخش عمده از رژیم غذایی طفل تا نرا تشکیل میدهد
- ◀ شیر ثدیه نصف (1/2) از انرژی مورد ضرورت طفل را در سن 6 الی 12 ماهگی اکمال مینماید
- ◀ قبل از دادن سایر مواد غذایی، به طفل شیر ثدیه بدهید
- ◀ وقتی که به طفل خویش غذای های متمم میدهید، راجع به دفعات، مقدار، غلظت، تنوع، تغذیه فعال/واکنشی و حفظ الصحه فکر کنید
 - دفعات: به طفل خود روزانه 4 مرتبه غذای متمم بدهید
 - مقدار: مقدار آنرا به تدریج زیاد نموده و به (1/2) پیاله برسانید (پیاله 250 ملی لیتره؛ مقدار را ذریعه پیاله که مادر با خود آورده است نشان دهید). از یک قاب علیحده استفاده نمایید تا متیقن گردید که طفل تمام غذای داده شده را اخذ میدارد
 - غلظت: به طفل غذاهای خانگی خوب میده شده، **finger foods** و غذاهای برش شده (پارچه شده) بدهید
 - تنوع: کوشش کنید تا از غذاهای مختلف جهت تغذیه طفل در هر مرتبه غذا خوری استفاده نمایید. طور مثال:
 - مواد غذایی با منشه حیوانی (گوشت، تخم و لبنیات)
 - مواد غذایی اساسی (غله جات، ریشه ها و مواد کلچه یی مانند کچالو و غیره)
 - حبوبات و دانه های بذری
 - میوه های تازه و سبزیجات غنی از ویتامین A و سایر موه جات و سبزیجات

ضمیمه 7: غذای متمدن در سن 12-24 ماهگی



◀ تغذی باشیر مادر را به طفل نظر به تقاضا و از طرف روز و شب ادامه دهید. این کار سبب میشود تا طفل صحت و قوت خود را حفظ نماید، زیرا شیر ثدییه هنوز هم یک بخش عمده از رژیم غذایی طفل تا نرا تشکیل میدهد

◀ شیر ثدییه یک بر سه (1/3) از انرژی مورد ضرورت طفل را در سن 12 الی 24 ماهگی اکمال مینماید

◀ بخاطریکه به طفل خویش کمک نموده باشید تا به رشد قوی و تغذی شیر ثدییه ادامه دهد، شما باید یکی از میتودهای تنظیم خانواده را جهت جلوگیری از حمل بعدی استفاده نمایید.

◀ وقتیکه به طفل خویش غذای های متمدن میدهید، راجع به دفعات، مقدار، غلظت، تنوع، تغذیه فعال/واکنشی و حفظ الصحه فکر کنید

○ دفعات: به طفل خود روزانه 5 مرتبه غذای متمدن بدهید

○ مقدار: مقدار آنرا به سه بر چهارم (3/4) تا 1 پیاله ازدیاد بخشید (پیاله 250 ملی لیتره؛ مقدار را ذریعه پیاله که مادر با خود آورده است نشان

دهید). از یک قاب علیهمده استفاده نمایید تا متیقن گردید که طفل تمام غذای داده شده را اخذ میدارد

- غلظت: به طفل غذاهای که به توت‌های کوچک قطع شده باشند، **finger foods** و غذاهای برش شده (پارچه شده) بدهید
- تنوع: کوشش کنید تا از غذاهای مختلف جهت تغذیه طفل در هر مرتبه غذا خوری استفاده نمایید. طور مثال:

- مواد غذایی با منشه حیوانی (گوشت، تخم و لبنیات)
- مواد غذایی اساسی (غله جات، ریشه ها و مواد کلچه یی مانند کچالو و غیره)
- حبوبات و دانه های بذری
- میوه های تازه و سبزیجات غنی از ویتامین A و سایر موه جات و سبزیجات

چرا 1000 روز اول حیات:

1000 روز بین حمل یک خانم الی سالروز دوم طفل وی یک درجه بی نظیر فرصت ها را جهت شکل دهی صحتمند و بیشتر مرفه پیشکش میکند. تغذی درست در جریان این درجه 1000 روز میتواند یک تاثیر عمیق بالای توانایی یک طفل جهت رشد، آموزش و رهای از فقر داشته باشد. آن همچنان میتواند صحت طویل المدت، ثبات و رفاه یک جامعه را سر و سامان بخشد.

امروز، تغذی ناکافی هنوز هم یک سبب عمده وفیات اطفال خورد سال را به سطح جهان تشکیل میدهد. عواقب تغذی ناکافی برای اطفال شیرخوار و اطفال کمتر از دو سال به صورت خاص شدید، اکثراً غیر قابل برگشت بوده و تا آینده های دورتر دوام میکنند.

ساینس دانان، اقتصاد دانان و ماهرین صحتی پیشتاز موافق هستند که بهبود تغذی در جریان درجه 1000 روز بحرانی یکی از بهترین سرمایه گذاری ها میباشد که ما میتوانیم ذریعه آن پیشرفت ثابت را در صحت و انکشاف جهانی بدست آوریم.

راه حل های که میتوانند سبب تغییرات شوند

راه حل های بهبود تغذی در درجه 1000 روز به اسانی قابل دسترس، قابل تهیه و از نظر قیمت- موثر میباشد. آنها عبارت اند از:

1. ترویج عملکردهای تغذیوی خوب، به شمول تغذی با شیر مادر و مواد غذایی

مناسب صحتی برای اطفال شیرخوار؛

A. آغاز تغذی با شیر مادر در ساعت اول بعد از تولد

B. تغذی خالص با شیر مادر تا 6 ماهگی

C. ادامه تغذی با شیر مادر به سویه بلند ثابت حد اقل برای یک سال اول و

ادامه تغذی با شیر مادر تا دو سال و بعد از آن

D. تغذی مناسب متمم (معرفی مواد غذایی جامد/نیمه جامد)

یقینی سازی اینکه مادران و اطفال خورد سال ویتامین ها و منرالهای لازم و مورد نیاز خویش را
اخذ میدارند.

فصل 2: ارزیابی، تشخیص و رده بندی سوء تغذی

حاد

این فصل شامل بخش های ذیل میباشد:

- ❖ ارزیابی سوء تغذی حاد نزد اطفال سنین 6 الی 59 ماه
- ❖ ارزیابی سوء تغذی حاد نزد اطفال سنین کمتر از 6 ماه
- ❖ ارزیابی سوء تغذی حاد نزد خانمهای حامله و شیرده

ارزیابی سوء تغذی حاد تقاضا مینماید تا ارزیابی در هر دو عرصه یعنی هم در قسمت حالت انتروپومتریک و هم در قسمت اعراض و علائم کلینیکی صورت گیرد تا بتوانیم واقعات را به شکل مناسب رده بندی و تداوی نماییم. ارزیابی سوء تغذی حاد به اساس سن طفل و همچنان از ارزیابی خانم حامله و شیرده (PLW) فرق میداشته باشد

ارزیابی سوء تغذی حاد نزد اطفال سنین 6 الی 59 ماه

اندازه گیری معیارات انتروپومتریک نمایندگی از آنده تغییرات فزیولوژیک میکند که در عضویت صورت میگیرد. آنها اندازه های دقیق نیستند، ولی با خطر مرگ و میر وابستگی میداشته باشند. اندازه گیری های که فعلاً قابل استفاده میباشد قرار ذیل اند:

- ◀ محیط قسمت متوسط علوی بازو (MUAC)
- ◀ وزن بر قد/طول (با استفاده از معیارات سازمان صحتی جهان، 2006)
- ◀ اذیما (به اساس شدت درجه بندی میگردد)

این اندازه گیری های متفاوت با همدیگر مساوی نیستند؛ آنها اطفال مختلف را مشخص میسازند. تمامی این شاخص های انتروپومتریک جهت معیارات بستر نمودن مستقل بوده، به این معنی که اگر یکی از آنها در نزد طفل صدق بکند در آنصورت باید طفل برای سوء تغذی حاد تداوی گردد.

از سبب ساده بودن اندازه گیری MUAC و اذیما، از آن میتوان جهت دریافت سوء تغذی حاد به سطح جامعه و مراکز صحتی استفاده نمود. ارزیابی MUAC و اذیما عبارت از اولین اولویت در

قسمت ارزیابی سوء تغذی حاد میباشد. هرگاه با استفاده از MUAC و اذیما، سوء تغذی حاد مشخص گردد، در آنصورت نیاز به تائید تشخیص با استفاده از وزن بر قد نمیشد.

اندازه نمودن وزن بر قد نسبت به اندازه گیری MUAC و اذیما بیشتر وقت گیر و به زحمت زیاد نیاز میداشته باشد و تنها به سویه تسهیل صحی باید انجام شود. این همچنان شده میتواند در کلینیک های مشغول که ازدحام واقعات زیاد میباشد، یک پرابلم باشد، از همین سبب وقتیکه ازدحام واقعات و وقت اجازه اندازه گیری وزن بر قد را بدهد در آنصورت بعد از آنکه MUAC و اذیما نورمال دریافت گردند ولی سوء تغذی حاد هنوز هم مشکوک باشد، میتوان از آن استفاده نمود.

محیط قسمت متوسط علوی بازو (MUAC)

اندازه گیری قسمت متوسط علوی بازو، اندازه شحم و ضخامت کتله عضلی قسمت علوی بازو را در اختیار ما قرار میدهد. در جریان پیشرفت سوء تغذی، وقتیکه ضخامت کتله عضلی معدوم میگردد خطر مرگ بلند میروود.

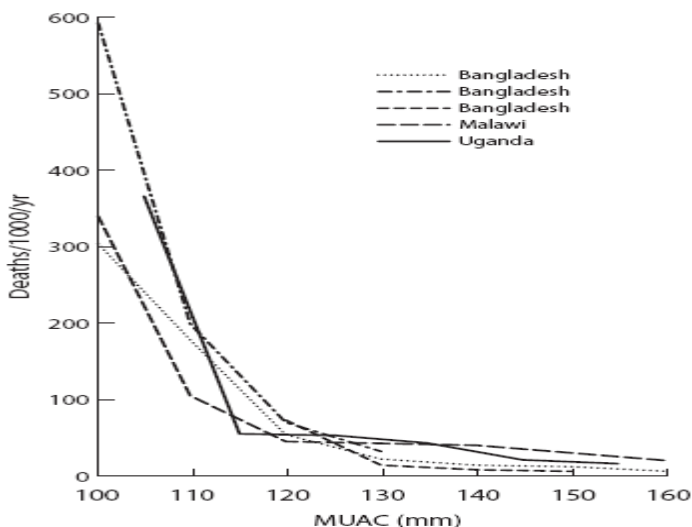
از سال 2005 میلادی بدینسو، MUAC به صفت بهترین شاخص جهت تعیین خطر وفیات نزد اطفال سنین 6- 59 ماهه قابل قبول سازمان صحی جهان و سایر ادارات ملل متحد قرار گرفته است. هنگامیکه MUAC مطابق به سن وقتیکه طفل رشد میکند تغییر میابد، خطر وفیات که توسط MUAC اندازه شده باشد برای گروه سنی 6- 59 ماهه ارتباط به سن میداشته باشد.

شکل 3 ذیل خطر پیشرونده وفیات را به هر اندازه که MUAC کاهش پیدا میکند و طفل بیشتر سوء تغذی میگردد، را نشان میدهد.

- ◀ MUAC 11.5 الی کمتر از 12.5 سانتی متر = $1.5 \times$ خطر پیشرونده (نشاندنده سوئ تغذی حاد متوسط میباشد)
- ◀ MUAC کمتر از 11.5 سانتی متر = $4-20 \times$ خطر پیشرونده (نشاندنده سوئ تغذی حاد شدید میباشد)

از MUAC میتوان هم برای بستر نمودن و هم جهت رخصت نمودن بعد از تداوی MAM/SAM استفاده نمود. تخنیک اندازه گیری MUAC در ضمیمه 8 به نمایش گذاشته شده است.

شکل 3: MUAC به مصابه یک شاخص خطر وفيات



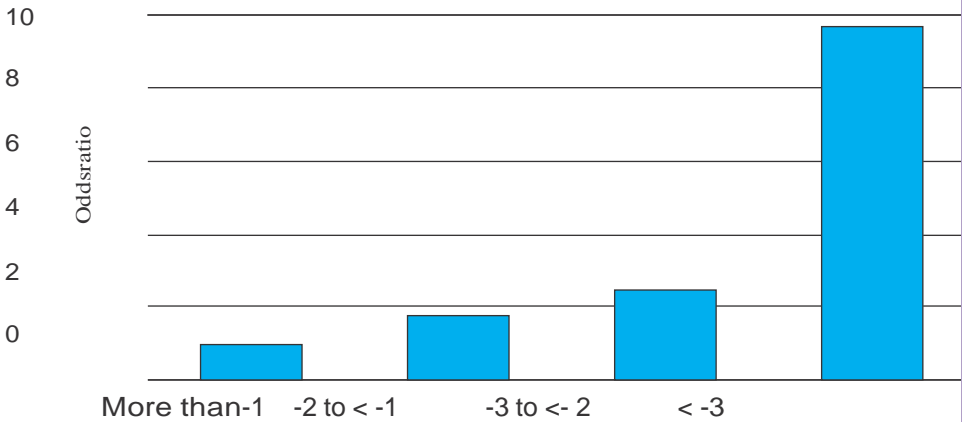
Source: Myatt et al, 2005⁸

وزن بر قد یا طول (WFH/L)

وزن بر قد اطفال را مشخص میسازد که از باعث سوء تغذی حاد در معرض خطر مرگ قرار دارند. این شاخص به اساس ستندهای جدید نشو و نمای سازمان صهی جهان به صورت خاص ترتیب شده است (2006). ستندهای مرکز قدیمی ملی احصائیه صهی (NCHS) نمیتواند بصورت دقیق خطر وفيات را منعکس سازد و نباید از آنها استفاده گردد.

⁸Myatt et al 2005: یک بازنگری میتودها جهت دریافت واقعات اطفال مصاب سوء تغذی شدید در جامعه جهت شامل ساختن در پروگرام های مراقبت معالجوی به سطح جامعه: مشاوره جهانی غیر رسمی سازمان صهی جهان برای اهتمامات سوء تغذی شدید به سطح جامعه

شکل 4: خطر وفيات به اساس وزن بر قد (سازمان صحت جهان، 2006)



Weight-for-height Z-score

Source: WHO / UNICEF Joint Statement 2009

- ◀ وزن بر قد/طول 2Z scores -الی 3Z scores- نشاندهنده سوء تغذی حاد متوسط میباشد
- ◀ وزن بر قد/طول کمتر از 3Z scores- نشاندهنده سوء تغذی حاد شدید میباشد
- ◀

تخنيک های اندازه نمودن وزن، قد و وزن بر قد در ضمايم 9، 10 و 11 به ترتيب نشان داده شده اند.

اذيما

سوء تغذی همراه با اذيماء **هميشه** نشاندهنده سوء تغذی حاد شديد میباشد. اذيماء را ميتوان مطابق به شدت آن درجه بندی نمود و اين درجه بندی ها دلایل را به ارتباط اينکه طفل در کجا تداوی گردد در اختيار ما قرار میدهد.

ضميمه 12 تصنيفبندی اذيماء را طوریکه در ذيل يادداشت گرديده، به نمايش ميگذارد. خصوصيت مهم که بايد از آن يادآوری گردد اين است که اذيماء تغذیوي هميشه دو طرفه میباشد. اذيماء يک پا، شده ميتواند نشاندهنده پروسه يک مريضی ديگر باشد. سوء تغذی همراه با اذيماء، هميشه از پا آغاز نموده و به هر اندازه که شدت ازدياد ميايد اذيماء نيز بيشتتر منتشر ميگردد؛

- ◀ اذیمای +1 **درجه:** اذیمای دو طرفه قدمها
- ◀ اذیمای +2 **درجه:** اذیمای دو طرفه قدمها و نهایت سفلی/دستان
- ◀ اذیمای +3 **درجه:** اذیمای منتشر قدمها، نهایت سفلی، دستان و اطراف چشم

درجه های +1 و +2 میتوانند به شکل سرپا تداوی گردند. درجه +3 باید همیشه از سبب خطر بلند و فیات، در داخل بستر تداوی گردد.

مرسمیک - کواشیورکور

اصطلاحات "ضایعات" و "اذیما" به ترتیب برای اصطلاحات "مرسموس" و "کواشیورکور" صدق میکنند. به هر حال، تمام این اصطلاحات قابل استفاده هستند. یکی از اشکال سوء تغذی به نام مرسمیک-کواشیورکور (MK) یاد میگردد. این حالت مرکب از هر دو شکل سوء تغذی حاد شدید میباشد و دارای خطر و فیات بسیار بلند میباشد. اطفال مصاب به مرسمیک-کواشیورکور باید همیشه بدون در نظر داشت سایر اعراض و علایم کلینیکی در سرویس داخل بستر تداوی گردند.

اطفال اضافه تر از 6 ماه با وزن کمتر از 4 کیلوگرام

اطفالیکه بزرگتر از شش ماه باشند و کمتر از 4 کیلوگرام وزن داشته باشند باید جهت تداوی به وارد داخل بستر رجعت داده شوند. اطفال این کتگوری ممکن از تاخر نشو و نما و از نارسی (عدم پختگی) اعضای بدن (مثلاً وظایف کلیوی) رنج ببرند، آنها با استفاده از عین شیر که به اطفال کمتر از 6 ماه استفاده میگردد نیاز به اهتمات دقیق داخل بستر دارند. برای این گروه سنی RUSF (غذای متمم آماده به خوردن) و RUTF (غذای معالجوی آماده به خوردن)

مناسب نمیباشند

بعد از اندازه گیری طفل با استفاده از MUAC، وزن بر قد و ارزیابی اذیما، طفل میتواند مطابق به درجه های سوء تغذی حاد تصنیفبندی شود.

جدول 2: تصنیفبندی سوء تغذی حاد نزد اطفال 6-59 ماه به اساس انتروپومتری

معیارات		سن
سوء تغذی حاد شدید	سوء تغذی حاد متوسط	
❖ MUAC: کمتر از 11.5 سانتی متر یا ❖ وزن بر قد/طول کمتر از -3Z scores یا ❖ موجودیت اذیمای دو طرفه	❖ MUAC: کمتر از 12.5 الی 11.5 سانتی متر یا ❖ وزن بر قد/طول کمتر از -2Z scores الی -3Z scores و ❖ عدم موجودیت اذیما	6 الی 59 ماه

علامه کلینیکی

با پیشرفت سوء تغذی حاد، پروسه کاهش دهنده مطابقت ها به میان می آید [فصل 1]. وقتیکه پروسه مطابقت ها نزول میکند، طفل به شکل پیشرونده، بیشتر معروض به اختلالات میگردد. سرانجام، طفل ممکن اشتهای خویش را از دست بدهد. از این علامه کلینیکی همرا با اندازه گیری های MUAC، اذیما و وزن بر قد جهت تصمیم گیری در مورد اینکه کدام روش تداوی برای طفل بیشتر مناسب میباشد (رده بندی)، استفاده میگردد.

اختلالات کلینیکی

اختلالات که میتوانند در جریان پیشرفت سوء تغذی حاد بوجود آیند در جدول شمار 3 ذیل نشان داده شده اند. این اختلالات بر علاوه سایر اختلالات، مشتمل بر علامه خطر IMCI نیز میباشد. یک طفل مصاب به سوء تغذی حاد همرا با یکی از این اختلالات باید به صورت دقیق درجه بندی گردد.

- ◀ یک طفل مصاب به SAM + اختلالات باید در وارد داخل بستر که مراقبت معالجوی SAM را عرضه میدارد تداوی گردد
- ◀ یک طفل مصاب به MAM + اختلالات باید به سرویس اطفال یک شفاخانه رجعت داده شود

جدول 3: اختلالات کلینیکی سوء تغذی حاد

معیار	اختلاط کلینیکی
بالاتر از 39 C (102.2 F)	تب بلند
پایینتر از 35.5 C (96 F)	هایپوترمی
همه مواد غذایی و مایعات را استفراغ میکند	استفراغ دوامدار
علامه کلینیکی + تاریخچه ضایعات مایعات در این اواخر	دیهایدریشن شدید
خسافت شدید کف دست	کمخونی شدید
سویه پایین شعور/ بی حالی/ اختلاج	بیهوشی/ اختلاج
اضافه تر از 50 تنفس/فی دقیقه اضافه تر از 40 تنفس فی دقیقه	2 الی 12 ماه 12 الی 59 ماه
قرحات وسیع جلدی که به انتی بیوتیک های زرق وریدی/عضلی نیاز میداشته باشند	آفات جلدی

اشتها

عدم موجودیت اشتها در یک طفل مصاب به سوء تغذی حاد میتواند نشاندهنده یک پتوفزیولوژی خطرناک باشد [فصل 1]. بخاطریکه یک طفل به شکل سراپا تداوی گردد، وی باید قادر به خوردن غذاهای آماده برای خوردن که به شکل یکه بخش از تداوی پیشکش میشود، باشد.

← RUSF (غذای متمم آماده به خوردن) بخاطر تداوی MAM در OPD-

MAM مورد استفاده قرار میگیرد¹⁹

← RUTF (غذای معالجوی آماده به خوردن) بخاطر تداوی SAM در

OPD-SAM مورد استفاده قرار میگیرد¹¹⁰

اشتها نزد یک طفل که به صفت یک مریض مصاب به سوء تغذی حاد تشخیص شده باشد ارزیابی میگردد. این پروسه بنام "تست اشتها" یاد میگردد و در اثنای تشخیص ابتدایی سوء تغذی حاد و در هر ملاقات تعقیبی در مرکز صحتی الی زمانیکه طفل معالجه شده رخصت میشود، صورت میگیرد.

یادداشت: RUSF (غذای متمم آماده به خوردن) و RUTF (غذای معالجوی آماده به خوردن) برای اطفال کمتر از 6 ماه مناسب نمیباشند.

تست اشتها

هنگام تست اشتها باید به طفل قبل و در جریان تست آب پاک داده شود و اگر نیاز باشد مواظبت کننده و طفل باید به یک فضای آرام بروند، جایکه طفل بتواند با تشویق مواظبت کننده، RUSF/RUTF را بخورد. تست اشتها میتواند مدت 30 دقیقه را دربر گیرد و میتواند هنگام صورت گیرد که پرسونل صحی مصروف ویزت سایر مریضان باشند.

به هر حال، یک طفل که مطابق به کتگوری های جدول 4 منحیث داشتن اشتهای خراب تلقی شده باشد باید جهت ارزیابی بیشتر به شفاخانه رجعت داده شود.

تست اشتها

1. از مواظبت کننده بخواهید تا دستان خود را با آب و صابون بشوید
2. پاکت RUSF/RUTF را از یک گوشه پاره کنید
3. قبل از آغاز تست اشتها به طفل جرعه های آب پاک بدهید
4. اطفال بزرگتر از 2 سال که خود شان خود را تغذی کرده میتوانند، باید پاکت را خود شان بگیرند، و اطفال کوچکتر از 2 سال جهت تغذی خویش به کمک نیاز میباشند
5. مواظبت کننده باید مقدار کم از RUSF/RUTF را از گوشه پاکت به طفل بدهد یا اگر طفل نیاز به کمک داشته باشد در آنصورت باید مواظبت کننده آنرا توسط قاشق یا دستان خویش به طفل بدهد
6. فوراً به طفل آب اضافی بدهید تا بنوشد
7. همین دوره (سایکل) دادن RUSF/RUTF و آب را الی زمان ادامه دهید که تست طوریکه در جدول 4 نشان داده شده است تکمیل گردد
8. اطفالیکه مریض اند یا علاقه ندارند، تست اشتها میتواند 30 دقیقه را دربر گیرد. تست شده میتواند در این مدت زمان در یک گوشه آرام در حال صورت گیرد که پرسونل مصروف ویزت سایر واقعات باشد

جدول 4: کتگوری های تست اشتها

سن/ وزن	اشتهای خوب	اشتهای خراب
کمتر از 5 کیلوگرام	حد اقل 1/4 حصه از محتوی پاکت را بخورد	کمتر از 1/4 حصه از محتوی پاکت را بخورد
اضافه تر از 5 کیلوگرام	حد اقل 1/3 حصه از محتوی پاکت را بخورد	کمتر از 1/3 حصه از محتوی پاکت را بخورد
اضافه تر از 6 ماه و دارای وزن کمتر از 4 کیلوگرام	در این گروه که - به مراقبت داخل بستر فرستاده میشود از RUSF/RUTF استفاده نکنید	

یک طفل با یک اشتهای خوب میتواند ب شکل سراپا تداوی گردد. اگر طفل اشتهای خراب داشته باشد:

◀ یک طفل مصاب به MAM و اشتهای خراب باید جهت دریافت اسباب اساسی معاینه شود و برایش ادویه لازم تجویز گردد. اگر نیاز باشد وی را میتوان به یک تسهیل صحنی قدمه بالا که دارای وسایل اضافی تشخیصیه و/ یا پرسونل طبی مناسب باشد فرستاد.

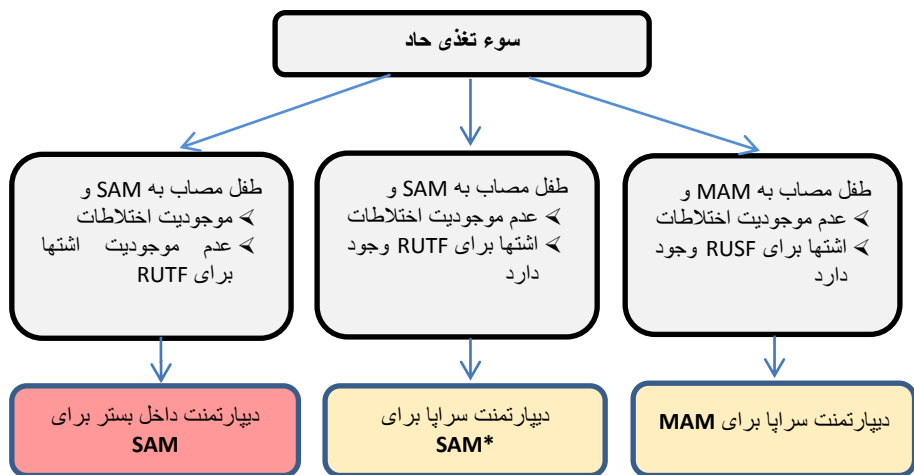
◀ یک طفل مصاب به SAM و اشتهای خراب باید جهت مراقبت داخل بستر SAM به یک شفاخانه فرستاده شود و به شکل یک حالت طبی عاجل تداوی گردد.

این نادر است (ولی امکان دارد) که یک طفل مصاب به MAM اشتهای خود را از سبب قدرت فزیولوژیک جهت مطابقت با اخذ کاهش یافته غذا یا پروسه مریضی، به سرعت بیشتر نسبت به اظهارات شدت انتروپومتریکی، از دست بدهد. اگر سبب واضح اشتهای خراب در مراکز صحنی قدمه پایین تشخیص نگردد، در آنصورت باید طفل غرض ارزیابی بیشتر به یک وارد داخل بستر فرستاده شود.

بعد از ارزیابی طفل با استفاده از انتروپومتری، علایم کلینیکی و تست اشتها، طفل میتواند درجه بندی و در مطابقت به شدت حالت به گونه مناسب تداوی گردد. شکل 5 ذیل الگوریتم (روش) تصمیم گیری تداوی درست را نشان میدهد.

شکل 5: الگوریتم (روش) تشخیص و درجه بندی اطفال 6-59 ماهه مصاب به

سوء تغذی حاد



*هرگاه تسهیلات دییارتمنت مریضان سراپای SAM وجود نداشته باشند در آنصورت تمام اطفال مصاب به SAM را به یک وارد داخل بستر رجعت دهید

ارزیابی سوء تغذی حاد نزد اطفال سن کمتر از 6 ماه

اطفال شیرخوار کمتر از 6 ماه در معرض خطر بلند مصابیت به سوء تغذی حاد قرار دارند، از همین سبب باید به شکل روتین در جریان هر تماس با مرکز صحتی و در جامعه توسط کارکن صحتی جامعه سکریننگ آنها صورت گیرد. ارزیابی این اطفال شیرخوار جهت MUAC و وزن بر قد/طول از اطفال بزرگتر متفاوت میباشد:

- ◀ از MUAC نمیتوان نزد اطفال کمتر از سن 6 ماه استفاده نمود
- ◀ وزن بر قد/طول صرف نزد اطفال مورد استفاده قرار میگیرد که طول بیشتر از 45 سانتی متر داشته باشند
- ◀ در این اطفال، ادیما به عین طریقه اطفال بزرگتر ارزیابی میگردد

اطفال شیرخوار کمتر از 6 ماه ممکن از سبب این به مرکز صحتی آورده شوند که آنها مریض هستند یا نیستند، مادر در حصه تغذی با شیر خویش خود را ناتوان حس میکند یا میل به شیردهی ندارد و طفل وزن نمیگیرد. اگر در هر ملاقات مریض یکی از علایم خطر IMCI را داشته باشد، وی باید فوراً جهت ارزیابی بیشتر به شفاخانه رجعت داده شود.

در جریان ملاقات در مرکز صحتی باید طفل شیرخوار وزن گردد و یک ارزیابی تغذی با شیر مادر صورت گیرد. اگر طفل شیرخوار بسیار ضعیف باشد و ثدییه را بطور موثر چوشیده نمیتواند، طفل شیرخوار باید بصورت عاجل بخاطر مراقبت داخل بستر SAM فرستاده شود. اگر دیده شود که طفل شیرخوار توسط شیر ثدییه تغذی میگردد، در آنصورت یک ارزیابی کامل عملکردهای تغذیوی باید صورت گیرد و راجع به تغذی خالص توسط شیر مادر مشوره داده میشود [ضمایم 3-7، فصل 1 را ببینید]. یک جلسه مشوره دهی تعقیبی باید برای هفته بعدی تنظیم شود و طفل شیرخوار باید دوباره وزن گردد. اگر طفل از زمان اولین ملاقات بدینسو وزن نگرفته باشد، در آنصورت باید طفل بخاطر SAM به وارد داخل بستر فرستاده شود.

بدون استفاده وزن بر قد/طول در این گروه سنی ممکن نیست تا سوء تغذی حاد به شکل متوسط یا شدید تصنیفبندی شود. تست اشتها صورت نمیگیرد زیرا RUSF و RUTF برای اطفال شیرخوار سن کمتر از 6 ماه مناسب نیستند و در این گروه سنی مورد استفاده قرار نمیگیرند.

هدف تداوی در این واقعات، هرگاه طفل بطور معین وزن نگیرد عبارت از مداخله مقدم در پیشرفت سوء تغذی و همچنان آغاز دوباره تغذی خالص با شیر مادر هر وقت که ممکن گردد،

میباشد. اگر تغذی با شیر مادر ناممکن باشد، در آنصورت طفل الی معالجه کامل، توسط شیر معالجوی تداوی خواهد گردید و به مادر راجع به تهیه مصئون و استعمال شیر پودری در خانه، آموزش داده میشود.

جدول 5: معیارات رجعت دهی اطفال شیرخوار سن کمتر از 6 ماهه جهت تداوی داخل بستر

SAM

معیار		سن
سوء تغذی حاد شدید	سوء تغذی حاد متوسط	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ MUAC: استفاده نگردد ❖ وزن بر قد/طول کمتر از $-3Z$ scores* <p>یا</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ از ذیمای دو طرفه قدم ها ❖ ضایعات شدید و اشکار <p>* اگر طفل شیرخوار اضافه تر از 45 سانتی متر باشد، وزن بر قد/طول ارزیابی گردد</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ MUAC: استفاده نگردد ❖ وزن بر قد/طول کمتر از $-2Z$ scores الی $-3Z$ scores* <p>و</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ عدم موجودیت اذیما <p>* اگر طفل شیرخوار اضافه تر از 45 سانتی متر باشد، وزن بر قد/طول ارزیابی گردد</p>	<p>کمتر از 6 ماه</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ طفل شیرخوار بسیار ضعیف بوده و به شکل موثر چوشیده نمیتواند ❖ با وجود مشوره دهی راجع به تغذی با شیر مادر، طفل شیرخوار وزن نمیگیرد ❖ ضایعات شدید و اشکار عضلی 		

ارزیابی سوء تغذی حاد نزد خانمهای حامله و شیرده

ارزیابی سوء تغذی حاد نزد خانمهای حامله و شیرده (PLW) تنها به واسطه MUAC صورت میگیرد. از وزن بر قد استفاده صورت نمیگیرد، زیرا در این گروه های سنی یک شاخص غیر قابل اعتبار میباشد. معیارات قابل اعتبار در این گروه سنی در جدول 6 ذیل نشان داده شده اند

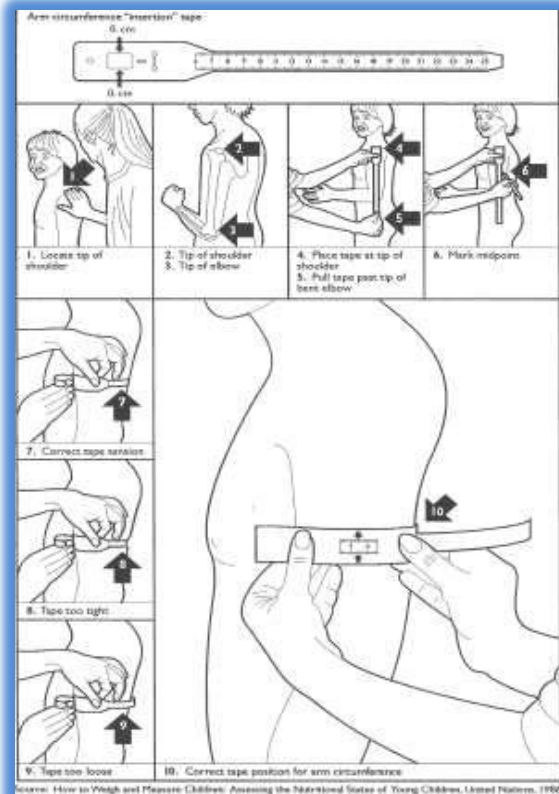
هدف از تداوی خانمهای حامله و شیرده، هرگاه یک خانم به گونه حاد سوء تغذی میگردد، عبارت از متمم سازی رژیم غذایی وی میباشد تا از وزن پایین زمان ولادت طفل شیرخوار جلوگیری بعمل آید و سبب اکمال تغذی در شش ماه اول حیات طفل شیرخوار، هنگامیکه خانم طفل خویش را به شکل خالص با شیر ثدیه تغذی مینماید، گردد.

برخلاف سایر تداوی های که نزد اطفال صورت میگیرد، در اینجا معیارات رخصت نمودن به اساس انتروپومتری وجود ندارد. وقتیکه خانم مستحق حمایت باشد، وی جیره های خویش را تا زمانی بدست می آورد که طفل شیرخوار به سن 6 ماهگی برسد.

جدول 6: معیارات سوء تغذی حاد نزد خانمهای حامله و شیرده

معیار	کتگوری
MUAC < 23cm	خانمهای حامله < از تراپمستر دوم بدینسو
	خانمهای شیرده < طفل شیرخوار سن کمتر از 6 ماهه

ضمیمه 8: اندازه نمودن MUAC نزد اطفال 6 الی 59 ماه



◀ یقینی سازید که از یک فیته با برش درست MUAC استفاده صورت گیرد. سایر فیته ها را هدر سازید.

○ MUAC سرخ کمتر از 11.5 سانتی متر نشاندهنده SAM میباشد

○ MUAC زرد از 11.5 الی کمتر از 12.5 سانتی متر نشاندهنده MAM میباشد

○ MUAC سبز مساوی یا بزرگتر از 12.5 سانتی نورمال میباشد

◀ لباس طفل را بکشید تا بازو چپ وی نمایان گردد

◀ نقطه متوسط بازوی چپ را بین نوک شانه و نوک آرنج مشخص سازید

◀ موقعیت نقطه متوسط را توسط مارکر نشانی نموده یا انگشت خویش را بالای محل قرار دهید

◀ فیته MUAC را در اطراف نقطه متوسط بازوی چپ بسته کنید

◀ یقینی سازید که فیته باید به شکل مناسب در مقابل جلد بدون خالیگاه قرار گرفته باشد (زیاد سست نباشد)

◀ یقینی سازید که فیته نباید جلد بازو را حتی اندکی فشار بدهد (زیاد محکم نباشد)

همان نقطه را بخوانید که توسط تیر در شکل 6 ذیلاً نشان داده شده است

شکل 6: تصویر که خوانش اندازه گیری درست MUAC را در قسمت تیر نشان میدهد



ضمیمه 9: اندازه نمودن وزن

وزن را میتوان با استفاده از ترازوی فنری آویزان نوع-سالتر (Salter-type) (طوریکه معمولاً در ساحه دریافت میگردد) یا ذریعه ترازوی برقی (مثلاً، SECA scale یا UNISCALE) که امکان وزن نمودن طفل را در آغوش مادر مهیا میسازد، انجام داد.

ترازوی فنری آویزان (سالتر)

از یک ترازوی 25 کیلوگرمه فنری آویزان که دقت 100 گرامه داشته باشد باید مورد استفاده قرار گیرد. در شرایط ساحوی، ترازو بالای یک درخت، یک سه پایه یا یک چوب که توسط دو نفر محکم گرفته شده باشد آویزان میگردد. در یک کلینیک، ترازو به چت یا یک پایه نصب میگردد. فکتورهای مهم در اینجا عبارت اند از اینکه، وقتیکه یک طفل وزن میگردد او باید به شکل آزاد آویزان باشد و با سایر اشیاء تماس نداشته باشد و اینکه ترازو باید چنین یک موقعیت داشته باشد که به سویه چشم قابل خواندن باشد.

طفل باید به شکل برهنه وزن گردد و ترجیحاً باید این کار غرض حفظ حریمیت در یک اطاق جداگانه صورت گیرد. هرگاه لباس بر تن باشد در آنصورت باید آن لباس بسیار نازک باشد (تنها زیر پوشی های نازک). تشخیص غلط وزن میتواند تأثیرات ناگوار بالای تصنیفبندی سوء تغذی و تداوی میداشه باشد.

چطور باید از ترازوی سالتر استفاده نمود: (تصویر شماره 7 ذیل را ببینید)

1. قبل از وزن نمودن طفل، تمام لباس های وی را بکشید
2. عقربه ترازوی اندازه گیری وزن را بالای صفر ببیورید
3. طفل را در ترازوی اندازه گیری وزن جابجا سازید
4. برای اندازه گیری وزن طفل از ترازوی آویزان استفاده نمایید و خود را مطمئن سازید که طفل با اشیای دیگر تماس نکند.
5. وزن طفل را بخوانید. تیر (عقربه) باید ثابت باشد و وزن/ترازو باید به سویه چشم خواند شود
6. اگر طفل بسیار نارام باشد، ممکن تیر (عقربه) بطور قابل ملاحظه حرکت کند. در این صورت باید انتظار بکشید تا طفل آرام گردد یا وزن اوسط بین دو نهایت را اخذ نمایید
7. وزن را به کیلوگرام الی نزدیکترین 100 گرام ثبت کنید (مثلاً، 6.4 کیلوگرام).

ملاحظات:

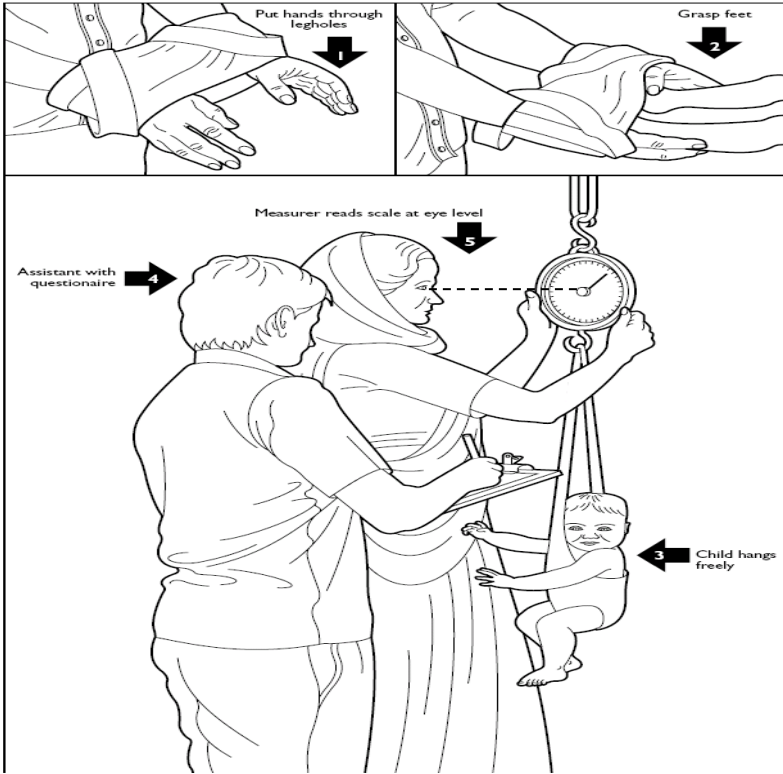
- مطمئن سازید که طفل در ترازوی اندازه گیری وزن به شکل مصئون قرار گیرد، یک دست خویش را در پیشرو و دست دیگر را در عقب تسمه ها قرار دهید تا بدینوسیله تعادل حفظ گردد و طفل به شکل راست اویزان گردد
- در موسم سرد یقینی سازید که ساحه برای اندازه گیری وزن باید گرم ساخته شده باشد و طفل باید برای کمترین وقت برهنه ساخته شود

ترازو باید روزانه توسط یک وزن معین چک گردد. غرض انجام این کار، ترازو را به حالت صفر درآورد و اوزان معلوم را در آن وزن نمایید (مثلاً، 1، 2، 5 و 10 کیلوگرام). اگر اوزان با وزن بدست آمده به اندازه 100 گرام مطابقت نکند در آنصورت باید ترازو دوباره عیار گردد یا باید ترازو عوض گردد.

چطور باید از ترازوی UNISCALE/SECA استفاده نمود (شکل شماره 8 ذیل را ببینید)

1. ترازو را روشن سازید. صفحه نوری ترازو را برای 2 ثانیه بیوشانید. وقتی که عدد "صفر" نمایان گردید، در آنصورت ترازو آماده است.
2. مادر باید پاپوش خویش را بکشد. یک شخص کمک کننده باید طفل شیرخوار/طفل را نگهدارد.
3. از مادر تقاضا نمایند تا در وسط ترازو طور ایستاده شود که پاهای وی معمولی از هم دور باشند و در همین حالت به شکل مستقیم باقی بماند.
4. به مادر خاطر نشان سازید که تا زمانی باید بالای ترازو بایستد تا که برایش اعلان گردد که اندازه گیری وزن تکمیل گردید
5. وقتی که مادر هنوز بالای ترازو مستقیم ایستاده است و وزن وی بالای صفحه نمایش ترازو ظاهر گردیده، صفحه نوری ترازو را برای 2 ثانیه توسط پوشانیدن به صفر درآورد. حال باید در صفحه ترازو که مادر به تنهایی بالای آن ایستاده است صفر خوانده شود
6. به مادر گفته شود تا بالای ترازو مستقیم بایستد و طفل شیرخوار(طفل برهنه) را به ملایمت به مادر بدهید
7. وزن طفل بالای صفحه ترازو نمایان خواهد شد. این وزن را یادداشت نمائید و محتاط باشید تا اعداد را درست بخوانید
8. اگر طفل 2 ساله باشد یا قادر به ایستادن بطور درست باشد در آنصورت او میتواند به تنهایی بالای ترازو وزن گردد.

شکل 7: اندازه نمودن وزن توسط ترازوی آویزان



شکل 8: استفاده از ترازوی SECA جهت اندازه گیری وزن



وزن مادر به تنهایی.

ترازو را صفر سازید.

وزن طفل روی صفحه ترازو
نمایان میگردد.

ضمیمه 10: اندازه نمودن قد

بخاطر دقت و درستی بیشتر، جهت اندازه گیری طول و قد همیشه به دو تن نیاز میباشد.

اطفال 2 ساله یا آنهای که توان ایستادن درست را داشته باشند در حالت ایستاده اندازه میگردند، در حالیکه اطفال کمتر از 2 ساله یا آنهای که قادر به ایستادن درست نباشند در حالت خوابیده اندازه میگردند. اگر ارزیابی سن دشوار باشد، اطفالیکه حد اقل 87 سانتی متر قد داشته باشند (با استفاده از معیارات سازمان صحتی جهان 2006) در حالت ایستاده اندازه میگردند، و آنهای که از 87 سانتی متر کمتر هستند به شکل خوابیده اندازه میگردند.

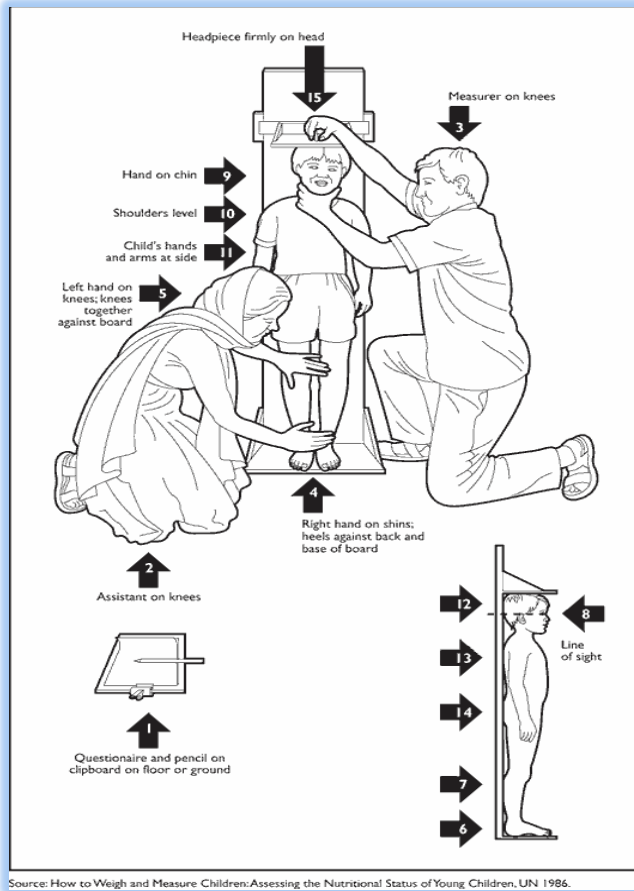
اگر اطفال سنین 2 ساله یا بیشتر، یا حد اقل با قد 87 سانتی متر به شکل خوابیده اندازه میگردند، در آنصورت 0.7 سانتی متر از اندازه گیری منفی میگردد.

اگر سن طفل که شما وی را از نظر قد اندازه گیری نموده اید، کمتر از 2 سال باشد، در آنصورت 0.7 سانتی متر را به قد وی علاوه نموده و نتیجه بدست آمده را به صفت طول در بخش یادداشت های ملاقات ثبت نمایید.

اطفال سنین 2 ساله یا آتهای که توان ایستادن را داشته باشند یا قد ایشان مساوی یا بیشتر از 87 سانتی متر باشد

1. پاپوش طفل کشیده میشود.
2. طفل بالای تخته قد به گونه جابجا میگردد که طور مستقیم باید در وسط تخته ایستاده شود و دستان وی باید به دو طرف بدن او بوزان باشند.
3. کمک کننده بجلک ها و زانوهای پاها را در برابر تخته طور محکم میگیرد، در حالیکه شخصیکه اندازه میگیرد سر طفل را مستقیم نگه میدارد
4. سر، شانه ها، سرین ها، و کروی پاها باید به تماس تخته باشند، و پاها باید با هم نزدیک باشند.
5. اندازه کننده به تخته متحرک وضعیت داده و اندازه گیری را الی نزدیکترین 0.1 سانتی متر میگیرد.
6. اندازه کنند اندازه گیری را اعلان میدارد و کمک کننده آنرا بخاطر تایید تکرار مینماید و آنرا در فورمه انتروپومتري یا کارت صحی درج مینماید.

شکل 9: اندازه نمودن قد

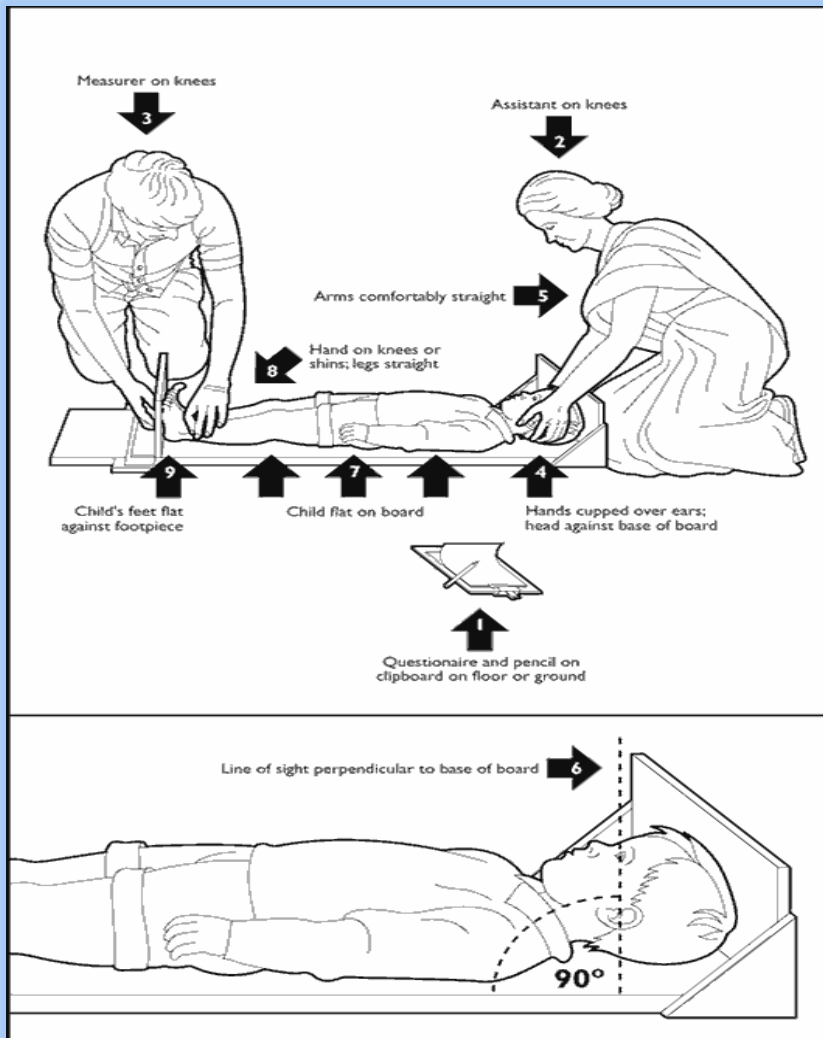


Source: How to Weigh and Measure Children: Assessing the Nutritional Status of Young Children, UN 1986.

اطفال سنین کمتر از 2 سال یا آنهای که توان ایستادن را نداشته باشند یا قد ایشان کمتر از 87 سانتی متر باشد

1. تخته قد به شکل هموار/افقی بالای زمین قرار داده میشود.
2. پاپوش طفل کشیده میشود.
3. طفل به ملایمت تخته به پشت در وسط تخته جابجا میگردد، روی وی مستقیماً بطرف بالا، دستهایش به دو طرف تنه قرار داده شده و پاها باید به زاویه قائمه درآورده شوند.
4. کمک کننده اطراف سر طفل گرفته و آنرا بالای تخته وضعیت میدهد.
5. در حالیکه اندازه کننده بجلک ها یا زانوهای طفل را بطرف پایین محکم گرفته تخته متحرک را بطرف کف پاهای طفل حرکت میدهد و اندازه گیری را الی نزدیکترین 0.1 سانتی متر اخذ میدارد.
6. اندازه کننده اندازه گیری را اعلان میدارد و کمک کننده آنرا بخاطر تایید تکرار مینماید و آنرا در فورمه انتروپومتري یا کارت صحتی درج مینماید.

شکل 10: اندازه نمودن طول



Source: How to Weigh and Measure Children: Assessing the Nutritional Status of Young Children, UN 1986.

ضمیمه 11: کارت مرجع وزن برقد (سازمان صحت جهان، 2006)

وزن پسرها (کیلوگرام)					طول	وزن دخترها (کیلوگرام)				
-4Z	-3Z	-2Z	-1Z	میانگین	(cm)	میانگین	-1Z	-2Z	-3Z	-4Z
1.7	1.9	2.0	2.2	2.4	45	2.5	2.3	2.	1.	1.
1.8	2.0	2.2	2.4	2.6	46	2.6	2.4	2.	2.	1.
2.0	2.1	2.3	2.5	2.8	47	2.8	2.6	2.	2.	2.
2.1	2.3	2.5	2.7	2.9	48	3.0	2.7	2.	2.	2.
2.2	2.4	2.6	2.9	3.1	49	3.2	2.9	2.	2.	2.
2.4	2.6	2.8	3.0	3.3	50	3.4	3.1	2.	2.	2.
2.5	2.7	3.0	3.2	3.5	51	3.6	3.3	3.	2.	2.
2.7	2.9	3.2	3.5	3.8	52	3.8	3.5	3.	2.	2.
2.9	3.1	3.4	3.7	4.0	53	4.0	3.7	3.	3.	2.
3.1	3.3	3.6	3.9	4.3	54	4.3	3.9	3.	3.	3.
3.3	3.6	3.8	4.2	4.5	55	4.5	4.2	3.	3.	3.
3.5	3.8	4.1	4.4	4.8	56	4.8	4.4	4.	3.	3.
3.7	4.0	4.3	4.7	5.1	57	5.1	4.6	4.	3.	3.
3.9	4.3	4.6	5.0	5.4	58	5.4	4.9	4.	4.	3.
4.1	4.5	4.8	5.3	5.7	59	5.6	5.1	4.	4.	3.
4.3	4.7	5.1	5.5	6.0	60	5.9	5.4	4.	4.	4.
4.5	4.9	5.3	5.8	6.3	61	6.1	5.6	5.	4.	4.
4.7	5.1	5.6	6.0	6.5	62	6.4	5.8	5.	4.	4.
4.9	5.3	5.8	6.2	6.8	63	6.6	6.0	5.	5.	4.
5.1	5.5	6.0	6.5	7.0	64	6.9	6.3	5.	5.	4.
5.3	5.7	6.2	6.7	7.3	65	7.1	6.5	5.	5.	5.
5.5	5.9	6.4	6.9	7.5	66	7.3	6.7	6.	5.	5.
5.6	6.1	6.6	7.1	7.7	67	7.5	6.9	6.	5.	5.
5.8	6.3	6.8	7.3	8.0	68	7.7	7.1	6.	6.	5.
6.0	6.5	7.0	7.6	8.2	69	8.0	7.3	6.	6.	5.
6.1	6.6	7.2	7.8	8.4	70	8.2	7.5	6.	6.	5.

6.3	6.8	7.4	8.0	8.6	71	8.4	7.7	7.	6.	5.
6.4	7.0	7.6	8.2	8.9	72	8.6	7.8	7.	6.	6.
6.6	7.2	7.7	8.4	9.1	73	8.8	8.0	7.	6.	6.
6.7	7.3	7.9	8.6	9.3	74	9.0	8.2	7.	6.	6.
6.9	7.5	8.1	8.8	9.5	75	9.1	8.4	7.	7.	6.
7.0	7.6	8.3	8.9	9.7	76	9.3	8.5	7.	7.	6.
7.2	7.8	8.4	9.1	9.9	77	9.5	8.7	8.	7.	6.
7.3	7.9	8.6	9.3	10.1	78	9.7	8.9	8.	7.	6.
7.4	8.1	8.7	9.5	10.3	79	9.9	9.1	8.	7.	7.
7.6	8.2	8.9	9.6	10.4	80	10.1	9.2	8.	7.	7.
7.7	8.4	9.1	9.8	10.6	81	10.3	9.4	8.	8.	7.
7.9	8.5	9.2	10.	10.8	82	10.5	9.6	8.	8.	7.
8.0	8.7	9.4	10.	11.0	83	10.7	9.8	9.	8.	7.
8.2	8.9	9.6	10.	11.3	84	11.0	10.	9.	8.	7.
8.4	9.1	9.8	10.	11.5	85	11.2	10.	9.	8.	8.
8.6	9.3	10.	10.	11.7	86	11.5	10.	9.	8.	8.

وزن پسرها (کیلوگرام)					قد	وزن دخترها (کیلوگرام)				
-4Z	-3Z	-2Z	-1Z	میانگین	(cm)	میانگین	-1Z	-2Z	-3Z	-4Z
8.9	9.6	10.	11.	12.2	87	11.9	10.	10.0	9.2	8.
9.1	9.8	10.	11.	12.4	88	12.1	11.	10.2	9.4	8.
9.3	10.	10.	11.	12.6	89	12.4	11.	10.4	9.6	8.
9.4	10.	11.	11.	12.9	90	12.6	11.	10.6	9.8	9.
9.6	10.	11.	12.	13.1	91	12.9	11.	10.9	10.	9.
9.8	10.	11.	12.	13.4	92	13.1	12.	11.1	10.	9.
9.9	10.	11.	12.	13.6	93	13.4	12.	11.3	10.	9.
10.	11.	11.	12.	13.8	94	13.6	12.	11.5	10.	9.
10.	11.	12.	13.	14.1	95	13.9	12.	11.7	10.	9.
10.	11.	12.	13.	14.3	96	14.1	12.	11.9	10.	10
10.	11.	12.	13.	14.6	97	14.4	13.	12.1	11.	10
10.	11.	12.	13.	14.8	98	14.7	13.	12.3	11.	10
11.	11.	12.	13.	15.1	99	14.9	13.	12.5	11.	10
11.	12.	13.	14.	15.4	100	15.2	13.	12.8	11.	10
11.	12.	13.	14.	15.6	101	15.5	14.	13.0	12.	10
11.	12.	13.	14.	15.9	102	15.8	14.	13.3	12.	11
11.	12.	13.	14.	16.2	103	16.1	14.	13.5	12.	11
11.	13.	14.	15.	16.5	104	16.4	15.	13.8	12.	11

12.	13.	14.	15.	16.8	105	16.8	15.	14.0	12.	11
12.	13.	14.	15.	17.2	106	17.1	15.	14.3	13.	12
12.	13.	14.	16.	17.5	107	17.5	15.	14.6	13.	12
12.	13.	15.	16.	17.8	108	17.8	16.	14.9	13.	12
12.	14.	15.	16.	18.2	109	18.2	16.	15.2	13.	12
13.	14.	15.	17.	18.5	110	18.6	17.	15.5	14.	12
13.	14.	15.	17.	18.9	111	19.0	17.	15.8	14.	13
13.	14.	16.	17.	19.2	112	19.4	17.	16.2	14.	13
13.	15.	16.	18.	19.6	113	19.8	18.	16.5	15.	13
14.	15.	16.	18.	20.0	114	20.2	18.	16.8	15.	14
14.	15.	17.	18.	20.4	115	20.7	18.	17.2	15.	14
14.	16.	17.	19.	20.8	116	21.1	19.	17.5	16.	14
14.	16.	17.	19.	21.2	117	21.5	19.	17.8	16.	14
15.	16.	18.	19.	21.6	118	22.0	19.	18.2	16.	15
15.	16.	18.	20.	22.0	119	22.4	20.	18.5	16.	15
15.	17.	18.	20.	22.4	120	22.8	20.	18.9	17.	15

ضمیمه 12: تصنیف‌بندی اذیمای تغذیوی

جهت ارزیابی اذیما: فشار محکم باید همزمان بالای هر دو قدم پاها برای مدت 3 دقیقه وارد گردد (توسط شمارش "یکهزار و یک، یکهزار و دو، یکهزار و سه"). هرگاه اذیما در قدم پاها دریافت گردد، همین پروسه بالای ساق پاها و دستان نیز عملی میگردد. اذیمای اطراف چشم را توسط چشم‌های تان ارزیابی نمایید؛ از وارد آوردن فشار در نواحی اطراف چشم اجتناب کنید.

حفره را در هر دو قدم پاها دیده و حس کنید. اذیما تنها در قدم پاها به شکل اذیمای خفیف (+1) تصنیف میگردد.
هرگاه اذیما در قدم پاها دریافت نگردد، توقف کنید. اذیمای تغذیوی همیشه از پاها بطرف بالا انتشار میکند.



اگر اذیما در قدم پاها موجود باشد، در آنصورت اذیما را در ساق پاها جستجو کنید. بخاطر بررسی هر دو طرف از عین تخنیک که در قدم ها استفاده شده بود کار بگیرید. اذیمای Pitting دو طرفه در قدم ها و ساق ها به شکل اذیمای متوسط (+2) تصنیف میگردد



اگر اذیما در قدم پاها و ساق پاها موجود باشد، در آنصورت دستها را بررسی کنید. از عین تخنیک کار بگیرید. هرگاه اذیما در قدم ها، ساق ها و دستها موجود باشد آن هم به شکل اذیمای متوسط (+2) تصنیف میگردد



هرگاه اذیمای متوسط تشخیص گردد، در آنصورت اذیما را در اطراف چشم بررسی نمایید (اذیمای اطراف کره عین). بخاطر دریافت اذیمای حفره بی بالای چشم فشار وارد نکنید. اگر اذیما در اطراف چشم موجود باشد در آنصورت به شکل اذیمای شدید (+3) تصنیف میگردد.



اطفال که دارای اذیمای +3 هستند دارای خطر بلند وفيات بوده و همیشه در در مراقبت داخل بستر تداوی میگرددند.

فصل 3: COMMUNITY OUTREACH

این فصل مشتمل بر بخش های ذیل میباشد:

- ❖ سطح پوشش و دسترسی
- ❖ حساس سازی
- ❖ سکریننگ
- ❖ دقت در رجعت دهی
- ❖ قبولی تداوی
- ❖ تقویت کننده ها و موانع در مقابل دسترسی و سطح پوشش
- ❖ نظارت و ارزیابی Community Outreach

Community Outreach یک بخش اساسی عرضه خدمات در یک روش ادغام یافته اهتمامات سوء تغذی حاد میباشد. در حالیکه عملکرد خوب کلینیکی سبب عرضه مراقبت خوب به فرد میگردد، همین جزء Outreach عرضه خدمات است که اثرات صحت عامه تداوی را بلند میبرد و حصول بلندترین درجه های ممکنه معالجوی را یقینی میسازد.

مقاصد Community Outreach عبارت اند از:

1. بلند بردن میزان سطح پوشش و دسترسی
2. دقت بیشتر در تداوی
3. بلند بردن سطح پذیرش تداوی

سطح پوشش و دسترسی

سطح پوشش عبارت از تناسب اطفال یا خانمهای حامله و شیرده میباشد که بخاطر سوء تغذی حاد به تداوی ضرورت داشته و آنرا به شکل حقیقی حاصل مینماید. مثال: اگر ما میخواهیم ببینیم که سطح پوشش تداوی SAM در یک محل از چی قرار است، ما باید مشخص سازیم که چقدر واقعه در آنجا وجود داشته و چقدری آنها تداوی اخذ میدارند. اگر 50 واقعه در یک قریه وجود داشته باشند و 30 واقعه آن تحت تداوی قرار داشته باشند، در آنصورت سطح پوشش قرار ذیل خواهد بود:

$$\% \text{ پوشش} = \frac{\text{تعداد واقعات SAM تداوی شده}}{\text{تعداد مجموعی واقعات موجود SAM}} \times 100\% = \frac{30}{50} \times 100\% = 60\%$$

این یک مثال بسیار ساده آن میباشد. در جریان تداوی، یک طفل که مصاب SAM بوده باشد (MUAC کمتر از 11.5 سانتی متر) ممکن فعلاً در حال شفایابی باشد و بعد از این در سروی ما منحیث یک طفل مصاب به SAM قلمداد نمیگردد (به این معنی که MUAC = 12.0 سانتی متر میباشد) ، ولی وی هنوز هم تحت تداوی قرار داشته و تا حال به شکل شفا یافته رخصت نگردیده است. این واقعه توسط خدمات تداوی میگردد و باید در بخش از تخمین های سطح پوشش شامل گردد. در این واقعه پوشش تداوی قرار ذیل خواهد بود:

$$\% \text{ پوشش} = \frac{\text{تعداد واقعات که تحت + تعداد واقعات SAM که تحت تداوی قرار دارند}}{\text{تعداد واقعات در حال شفایابی (بدون-SAM) که تحت تداوی قرار دارند + تعداد مجموعی واقعات موجود}} \times 100\%$$

یادداشت: رقم تعداد واقعاتی در حال شفایابی شامل مخرج معادله میباشد

مثال: در جریان سروی یک قریه، ما 50 واقعه SAM را پیدا کردیم که 30 واقعه آن در حال تداوی بوده (ولی هنوز هم به صفت SAM شناسایی شده). ما همچنان 10 واقعه را یافتیم که تحت تداوی بوده و در حال شفایابی قرار داشته ولی بعد از این به حیث SAM تلقی نمیگردند (Non-SAM).

$$\% \text{ پوشش} = \frac{30 + 10}{50 + 10} \times 100\% = \frac{40}{60} \times 100\% = 67\%$$

سطح پوشش بلند چگونه بدست می آید؟

سطح پوشش بلند را میتوان از راه های ذیل بدست آورد:

- ◀ فهم افراد جامعه در مورد اینکه سوء تغذی چیست و اهمیت جستجوی تداوی
- ◀ دانستن افراد جامعه در مورد اینکه تداوی موثر در نزدیک منزل آنها قابل دسترس میباشد
- ◀ تشخیص و دفع بعضی از موانع که ممکن از دسترسی به تداوی جلوگیری نمایند

◀ سکریننگ (دریافت واقعات) موثر و سیستماتیک واقعات سوء تغذی در جامعه و مراکز صحتی

◀ تعقیب درست absentees و defaulters و برگشت آنها به تداوی

در صورت عدم موجودیت دانش در مورد سوء تغذی و تداوی آن، بسیاری از مواظبت کننده گان به داکتران شخصی (یا بعضی اوقات نزد ملایان) از سبب بیماری اطفال شان رو خواهند آورد (اکثراً از سبب بیماری غیر از سوء تغذی). یکی از فعالیت های خدمات Community Outreach عبارت از حساس سازی آنها در مورد سوء تغذی حاد میباشد. به هر حال، حساس سازی به تنهایی کافی نمیشود، بخاطر بدست آوردن سطح پوشش بلند باید دریافت منظم واقعات از طریق فعالیت های سکریننگ صورت گیرد.

حساس سازی

هدف حساس سازی افراد جامعه اینست تا سطح آگاهی در مورد سوء تغذی، منحصبت یک مسئله صحت عامه بالا برده شود، مواظبت کننده گان قادر ساخته شوند تا راجع به اسباب سوء تغذی بدانند و نزد اطفال خود آنها سوء تغذی دریافت گردد. در بسیاری از افراد افغانستان، عقاید مذهبی یا سایر اسباب ممکن سبب تاخیر در مراجعه جهت تداوی مناسب، گردد (باعث بلند رفتن خطر مصابیت ها و وفیات و همچنان قیمت تداوی و ازدحام کلینیک میگردد). ستراتیژی های حساس سازی باید پیام های ساده و واضح را در مورد سوء تغذی ارائه بدارند.

ستراتیژی حساس سازی باید جستجو کند تا دریابد که معلومات چگونه در جامعه از یک فرد به فرد دیگر انتقال میابد. این کار ممکن از طریق چاپل های رسمی چون سیاستمداران، رهبران سنتی یا مذهبی محلی یا چاپل های غیر رسمی چون مجتمع های افراد (مثلاً عروسی)، بخصوص محافلی که در جریان آن خانمها گرد هم می آیند، صورت گیرد. با وجود که مواظبت کننده گان اناتیه علاقه مندان ابتدایی مواظب طفل میباشند ولی با آن هم حائز اهمیت است تا موافقه و جلب حمایت اقارب ذکور طفل نیز جهت روش IMAM تداوی، حاصل گردد.

پیام حساس سازی باید شامل معلومات در مورد سکریننگ باشد که در جامعه توسط کارکن صحتی جامعه (CHW) با استفاده از فیته MUAC و بررسی اندیما صورت خواهد گرفت. وقتیکه یک کارکن صحتی جامعه رجعت دهی را انجام میدهد، در آنصورت باید طفل یا خانم به زودترین فرصت ممکنه به مرکز صحتی مراجعه نماید؛ به هر اندازه که تداوی به گونه مقدم آغاز گردد به همان اندازه نتایج آن موفق خواهد بود و از نظر قیمت، برای سیستم عرضه خدمات صحتی ارزاتر تمام خواهد شد. معلومات راجع به اینکه چی نوع تداوی صورت

میگیرد، تداوی چقدر طول خواهد کشید و اهمیت اخذ تداوی الی شفایابی کامل باید در پیام گنجانیده شود. یک مثال از پلان مجلس حساس سازی و یک مثال از پیام حساس سازی در **ضمایم 13 و 14** به نوبه ارائه شده اند. آنها باید تعدیل و در مطابقت به حالات مختلف علاوه گردند.

سرانجام باید حساس سازی بدست آورد:

- فهم در مورد سوء تغذی و اثرات آن بالای افراد عام
- آگاهی در مورد موجودیت تداوی قابل دسترس رایگان بصورت محلی
- تشویق سلوک جستجوی صحت مناسب و به موقع (مراجعه به مرکز صحت)
- رعایت تقسیم اوقات تداوی الی شفایابی کامل

سکریننگ (SCREENING)

سکریننگ همچنان بنام **دریافت واقعات** نیز یاد می‌گردد و به فعالیت های اطلاق می‌گردد که جهت دریافت واقعات سوء تغذی حاد صورت می‌گیرند. سکریننگ شامل سکریننگ در جامعه با استفاده از MUAC و بررسی اذیما و سکریننگ در مرکز صحتی که میتواند در پهلوی MUAC و اذیما، شامل ارزیابی وزن بر قد نیز باشد. منطقاً باید واقعات توسط سکریننگ در جامعه دریافت و در مرحله مقدم سوء تغذی حاد مشخص گردند، به هر حال، اگر سکریننگ صورت نگیرد، طفل اغلباً به سبب داشتن بیماری به مرکز صحتی آورده خواهد شد. حائز اهمیت است تا سکریننگ هم در جامعه و هم در مرکز صحتی صورت گیرد.

سکریننگ در جامعه (SCREENING IN THE COMMUNITY)

کارکن صحتی جامعه فعالیت های مختلف را به سطح جامعه انجام میدهد و دریافت واقعات سوء تغذی در جامعه باید در این فعالیت های جامعه مدغم ساخته شود. به استثنای حالات عاجل یا ارزیابی سطح پوشش خدمات، نادراً به فعالیت های جداگانه به منظور دریافت واقعات نیاز میباشد. سکریننگ ذریعه تعیین وزن بر قد، نادراً یک گزینه عملی به سطح جامعه میباشد. استفاده از MUAC و بررسی اذیما هر دو، نزد اطفال 6-59 ماه سریع و ساده بوده و کمتر از 1 دقیقه وقت را فی طفل دربر می‌گیرد. همچنان مهم است تا اطفال کمتر از سن 6 ماه نیز بخاطر علائم اذیما، ضایعات شدید و اشکار عضلی یا در جاهای که مواظبت کننده گزارش میدهد که طفل توسط شیر مادر بخوبی تغذی نمی‌گردد، ارزیابی گردند.

در مناطقی که کارکنان صحتی جامعه/سوپروایزران صحتی جامعه (CHWs/CHSS) در اهتمامات جامع امراض دوران طفولیت به سطح جامعه (C-IMCI) آموزش دیده باشند، هر طفل یا طفل شیرخوار که علائم خطر داشته باشد باید فوراً رجعت داده شود.

خانمهای حامله یا شیرده که اطفال شیرخوار کمتر از سن 6 ماه را توسط شیر ثدیه تغذی مینمایند نیز باید با استفاده از MUAC سکریننگ گردند و اگر دریافت گردد که بصورت حاد سوء تغذی میباشند به مرکز صحتی فرستاده شوند.

جدول 7: فعالیت های سکریننگ کارکنان صحتی جامعه به سطح جامعه

اطفال شیرخوار کمتر از 6 ماه	اطفال 6 الی 59 ماهه	خاتمهای حامله و شیرده
❖ ضایعات شدید و اشکار ❖ اذیما ❖ بخوبی توسط شیر مادر تغذی نمیگردد ❖ علائم خطر C-IMCI	❖ MUAC ❖ اذیما ❖ علائم خطر C-IMCI	❖ MUAC

یادداشت: مرکز صحتی محل باید مشخص سازد که کدام واقعات باید رجعت داده شوند. در بعضی مناطق ممکن تمام خدمات تداوی اطفال مصاب به MAM، SAM یا خانمهای حامله و شیرده مصاب به سوء تغذی حاد وجود نداشته باشند. اگر خدمات معالجوی سوء تغذی حاد موجود نباشند، هنوز هم مفید خواهد بود تا در مرکز صحتی محل، مشوره یا تداوی طبی صورت گیرد یا مریض به مرکز صحتی قدمه بالاتر فرستاده شود.

دریافت واقعات خانه به خانه

سکریننگ خانه به خانه یک طریقه تشدیدی بوده و شامل دیدن هر خانه قریه جهت دریافت واقعات میباشد. از آن میتوان هنگام تطبیق واکسین یا کمپاین های مشابه که در طی آن میتودولوژی خانه به خانه بطور روتین بکار برده میشود، استفاده نمود. در هر خانه باید کارکن صحتی جامعه اطفال سنین 0 الی 59 ماهه یا خانمهای حامله و شیرده را مشخص سازد و آنها را مطابق به معیارات فوق سکریننگ نماید.

دریافت فعال واقعات تطابقی

از این تخنیک اغلباً در ارزیابی سطح پوشش استفاده بعمل می آید. هدف این است تا جهت مشخص سازی یک واقعه سوء تغذی از خیر رسانهای کلیدی استفاده صورت گیرد:

- ◀ مشخصات واقعه را که شما در جستجوی آن هستید واضح سازید، مثلاً:
 - اطفال 6- 59 ماهه که دارای MUAC کمتر از 11.5 سانتی متر یا اذیمای دو طرفه باشند
 - اطفال کمتر از سن 6 ماه که مصاب اذیما یا ضایعات شدید و اشکار باشند
 - اطفال 6- 59 ماهه که تحت تداوی سوء تغذی باشند
 - ◀ راجع به فعالیت های خویش به مسئولین مربوطه قریه یادداشت دهید
 - ◀ یک خبر رسان کلیدی را مشخص سازید (از کارکن صحی جامعه منحصت خبر رسان اولی استفاده نکنید!)
 - ◀ تصاویر را نشان داده و/یا واقعاتی را که شما جستجو میکنید، روشن سازید
 - ◀ اولین واقعه را دریافت نمایید
 - ◀ از مواظبت کننده اولین واقعه تقاضا کنید تا به شما بگوید که اگر او سایر اطفال مبتلا به این حالت را سراغ داشته باشد
 - ◀ به این کار خویش تا زمانی ادامه دهید که واقعاتی دیگر دریافت نگردد
 - ◀ از سایر خبر رسانهای کلیدی تقاضا کنید تا همکاری نمایند (آنها ممکن است دایه، دواساز قریه و غیره باشند)
 - ◀ وقتیکه هیچ واقعه دیگر پیدا نگردد، از کارکن صحی جامعه تقاضا کنید تا در حصه دریافت واقعات همکاری نماید
 - ◀ این کار را تا زمانی ادامه دهید که در ساحه سکریننگ تمام واقعات دریافت گردند
- کارکن صحی جامعه باید خبر رسان ابتدایی نباشد زیرا در حصه واقعاتی که از قبل به کلینیک رجعت داده شده اند میتواند جانب داری صورت گیرد. در نتیجه، سایر واقعات ممکن از مشخص سازی باز مانند و ممکن در حصه تخمین سطح پوشش بلند، جانب داری صورت گیرد. هنگامی مشخص سازی واقعاتیکه از قبل تحت تداوی قرار دارند، همیشه خود را متیقن سازید تا یافته ها را تصدیق (امتحان) نمایید:
- ◀ جیره های RUSF یا RUTF را جهت مشاهده، مطالبه نمایید (طفل ممکن است تحت تداوی های مختلف باشد)
 - ◀ جهت امتحان پروسه مراجعه به کلینیک، کارت جیره را غرض مشاهده مطالبه نمایید
- هدف این است تا در یک ساحه مشخص شده، تمام واقعات مشخص ساخته شوند. وقتیکه تمام ساحات قریه سکریننگ گردید و خبر رسانهای کلیدی هیچ واقعه جدید را مشخص ساخته

نتوانند، هر رجعت دهی اطفال مصاب به SAM، دوباره به اطفال از قیل مشخص شده برگردد، میتوان فیصله نمود که دریافت واقعات بسیار جامع بوده است.

سکریننگ کتلوی (دسته جمعی)

یک طریقه رایج ولی غیر قابل اعتبار جهت دریافت واقعات، عبارت از سکریننگ کتلوی میباشد. وقتیکه این طریقه با موافقه و همکاری وکلای قریه تنظیم میگردد، زمینه سکریننگ موثر اکثریت بزرگ از افراد جامعه مساعد میگردد.

مشکل این میتودولوژی این است که اطفالیکه مریض یا ضعیف هستند ممکن در خانه باقی بمانند یا احساس شرم، مواظبت کننده را از دیدن طفل توسط افراد عام جلوگیری نماید. تلاش های اضافی باید جهت مشخص سازی اطفالیکه مراجعه نمیکند صورت گیرند. این کار با استفاده از راجستر قریه یا پرسیدن از وکیل قریه یا سایر مواظبت کننده گان که در مورد کسانیکه سکریننگ نشده معلومات داشته باشد، صورت میگردد. از این میتودولوژی باید جهت تخمین های سطح پوشش استفاده صورت نگیرد.

نظارت نشو و نما

پروگرام های نظارتی نشو و نما اطفال را با استفاده از معیار وزن بر سن (WFA) ارزیابی میکنند. از آن بخاطر ارزیابی اطفال جهت سوء تغذی حاد استفاده صورت نمیگیرد. وزن بر سن یک شاخص مرکب میباشد؛ یک طفلیکه نظر به سن کم وزن باشد، آن ممکن از سبب قد کوتاهی، ضایعات یا ترکیب از هر دو باشد. از همین خاطر قابل اهمیت است که هر طفل، وقتیکه جهت نظارت نشو و نما مراجعه مینماید باید با استفاده از MUAC و بررسی اذیما به شکل منظم سکریننگ گردد.

سکریننگ منظم اطفال باید نه تنها نزد اطفالی صورت گیرد که کم وزن میباشند بلکه نزد آنده از اطفال باید نیز انجام شود که دارای وزن بر سن نورمال هستند. وزن بر سن در حصه دریافت سوء تغذی حاد غیر قابل اعتبار میباشد، سکریننگ اطفال کم وزن، به تنهایی سبب خطا در 50%* از واقعات مصاب به ضایعات میگردد.

* وقت وزن بر سن در حصه دریافت SAM تقریباً 50.3% میباشد

سایر منابع به سطح جامعه

وقتیکه طفل مریض میگردد، مواظبت کننده گان اکثرآ به داکتران شخصی و دواسازان مراجعه میکنند یا هم نزد ملا میروند. این کار زمینه دریافت واقعات اضافی را مساعد میسازد. این

افراد باید در جریان هر کمپاین حساس سازی مورد هدف قرار گیرند و برایشان باید فیته های MUAC توزیع گردند و راجع به بررسی اذیما برایشان آموزش داده شود. حساس سازی باید مشتمل بر معلومات راجع به خدماتی که بصورت محلی قابل دسترس و اینکه چی وقت میتوان به این خدمات دسترسی پیدا کرد، باشد.

یک تالی شیت جهت دریافت واقعات به سطح جامعه در **ضمیمه 15** ارائه شده است. آنرا میتوان با استفاده از تعریف خوب واقعه جهت دریافت واقعات در هر گروه خاص تعدیل نمود. در مثال ارائه شده، تالی شیت مختص به واقعات SAM نزد اطفال 6-59 ماه میباشد.

سکریننگ به سطح مرکز صحتی

تمامی اطفالیکه جهت خدمات به مرکز صحتی مراجعه میکنند باید با استفاده از MUAC و بررسی جهت دریافت اذیما، به شکل منظم سکریننگ گردند. استفاده از علایمی چون "لاغر یا ضعیف معلوم شدن"، "بطن متوسع" یا "رنگ موها" بی نهایت غیر قابل اعتبار هستند. بخصوص، واقعات MAM به خطا خواهند رفت، بدینترتیب سبب جلوگیری از دسترسی مقم به تداوی که از نظر قیمت بسیار موثر میباشد و نیز سبب وقایه از تحول به SAM یا وخیمتر شدن میشود، خواهد گردید.

رجعت دهی و تداوی بموقع

بموقع به معنی نیاز به مشخص سازی و رجعت دهی مقدم واقعات در پیشرفت سوء تغذی حاد میباشد. مشخص سازی مقدم واقعات به این معنی میباشد که چانس نتایج تداوی موفق، زیاد و قیمت تداوی پایین میباشد. بموقع بودن تا یک اندازه از طریق سکریننگ و تا اندازه از طریق ارتباطات بین خدمات حاصل میگردد. طور مثال، اگر تداوی MAM یا SAM در مرکز صحتی سرپای قدمه بلند در این نزدیکی قابل دسترس باشد، طفل باید جهت تداوی به آن مرکز صحتی فرستاده شود. اگر دیپارتمنت مریضان سرپای برای MAM در مرکز صحتی محل موجود نباشد، آنها باید برای مشوره دهی YCF، تداوی بیماری های کوچک و بررسی حالت واکسین ها به مرکز صحتی محل فرستاده شوند. در این مرحله، از وخامت بیشتر حالت طفل (که خطر وفيات را بلند میبرد) میتوان جلوگیری نمود. این کار برای صحت عمومی طفل و قیمت تداوی به تناسب آنکه تا زمانی انتظار کشیده شود که طفل به SAM مصاب گردد و به وارد داخل بستر رجعت داده شود یعنی وقتیکه طفل در معرض خطر بسیار بلند وفيات قرار میگیرد، بهتر میباشد.

یک طفل که به صفت SAM تشخیص می‌گردد، اگر در محل خدمات سرپا وجود نداشته باشند، باید فوراً به IPD-SAM فرستاده شود.

پذیرفتن تداوی

پروتوکول های تداوی سوء تغذی حاد که در این رهنمودها تشریح گردیده، هرگاه اطفال مطابق آنها به شکل مناسب تداوی گردند، میتوانند درجه شفایابی 100% را بدست آورند. یگانه راه بهبود حیات طفل و کاهش مصابیت ها عبارت از تطبیق یک روش موثر Community Outreach بوده تا بدینوسیله بتوان سطح پوشش بلند را به میان آورد و طفل/مادر را تحت تداوی قرار داد.

درجات شفایابی پایین تداوی سرپا، اکثراً از سبب دو فکتور ذیل میباشند:

Default (غیابت) <

تعریف: یک طفل/مادر که به شکل پی در پی در 3 ملاقات تعقیبی پلان شده اشتراک کرده نتواند. طفل در دو غیرحاضری اول به حیث غیرحاضر نشانی شده و در غیرحاضری سوم به حیث غایب (Defaulter) نشانی می‌گردد.

شفایاب نشده <

تعریف: یک طفل که بعد از سپری نمودن 4 ماه تداوی سرپا به معیارات رخصت نرسیده باشد. قبل از رخصت نمودن به حیث "شفایاب نشده"، طفل باید جهت تداوی به IPD-SAM فرستاده شود. یک طفلی که هنوز هم SAM باقی مانده باشد نباید به حیث "شفایاب نشده" رخصت گردد. و یک طفل که بعد از گذشت 2 ماه تداوی در داخل بستر به معیارات رخصت نرسد به شکل شفایاب نشده تعریف می‌گردد.

Default (غیابت): در حقیقت امر باید از کارکن صحی جامعه تقاضا گردد تا یک واقعه غیرحاضر از پروسه تداوی را تعقیب نماید. فورمه های ملاقات تعقیبی در ضمایم 17 و 18 ارائه گردیده اند. ضمیمه 17 حاوی یک فورمه ساده بازدهی میباشد، در حالیکه ضمیمه 18 یک فورمه بیشتر مفصل ارزیابی را ارائه میدارد. فورمه باید خانه پری و به مرکز صحی برگردانده شود.

برگرداندن طفل به تداوی بعد از اولین غیرحاضری، غیابت از تداوی را به حد اقل خواهد رساند. هرگاه یک واقعه غایب می‌گردد باید از کارکن صحی جامعه/سوپروایزر صحی جامعه

تقاضا گردد تا واقعه را جهت دریافت اسباب غیابت تعقیب کند و برگشت دوباره را جهت تداوی تشویق نماید. در بعضی موارد طفل/خانم ممکن در جریان تداوی فوت نموده باشد. حائز اهمیت است تا یقینی ساخته شود که هر واقعه فوتی در جریان تداوی باید مشخص و بصورت درست راپور داده شود.

شفایاب ناشده (طفل از این به بعد سوء تغذی حاد نداشته، ولی به معیارات رخصت نرسیده است). این حالت از دو سبب بوجود آمده میتواند:

- ◀ مریضی که تشخیص نشده باشد (مثلاً، توبرکلوز یا HIV)
- ◀ عدم پذیرش تداوی (مثلاً، شریک ساختن یا بفروش رساندن (RUSF/RUF)

پروتوکول های که در مورد مراقبت سراپا شرح گردیده اند [فصل 4]، پرسونل صحی را در صورت عدم جواب در مقابل تداوی، در راستای اهتماتمات درست واقعات، راهنمایی میکنند. هرگاه پروتوکول ها طبق توقع تعقیب گردند، این واقعات تقریباً واقعات شفایاب ناشده نخواهند بود.

1: اصطلاح مرکز ثبات/TFU در این رهنمود به **IPD-SAM** تبدیل گردیده است.

تقویت کننده ها و موانع در برابر دسترسی و سطح پوشش

تقویت کننده ها و موانع عبارت از فکتور های میباشند که میتوانند به نوبه خود سطح پوشش را به گونه مثبت یا منفی متاثر سازند.

تقویت کننده های دسترسی و سطح پوشش

فعالیت های که سبب بهبود در سطح پوشش میگردند را میتوان بنام "تقویت کننده های" دسترسی و سطح پوشش مسمما ساخت. تقویت کننده های بارز قرار ذیل میباشند:

- عرضه ستندردهای خوب و قابل اعتماد خدمات
- ارتباطات خوب بین پرسونل (به سویه جامعه و مراکز صحی) و استفاده کننده گان
- حمایت بزرگان جامعه در حصه ترویج خدمات
- حساس سازی موثر افراد جامعه در قسمت روش IMAM
- دریافت موثر و به موقع واقعات
- شبکه های قوی رجعت دهی (از جامعه به مراکز صحی و برعکس)
- تعقیب منظم غیرحاضران در جامعه توسط کارکنان صحی جامعه مطابق به تقاضا

ناظرین صحتی جامعه (CHSSs) و کارکنان صحتی جامعه (CHWs) در بلند بردن سطح پوشش تداوی از طریق حساس سازی، دریافت واقعات و تعقیب، نقش حیاتی میداشته باشند. مجالس منظم بین CHS/CHW و پرسونل مرکز صحتی باید تدویر یابند و معلومات مربوط به عرضه خدمات باید تبادلده گردد.

موانع در برابر دسترسی و سطح پوشش

موانع در برابر دسترسی به تداوی سوء تغذی (و سایر حالات) نظر به شرایط، متفاوت میباشند. در افغانستان، آنها نظر به ولایت/ولسوالی نیز متفاوت بوده میتوانند. بعضی از مسایل مهم در این ارتباط عبارت اند از:

- فقدان دانش در مورد سوء تغذی به سطح جامعه
- عدم اجرای سکریننگ منظم در جامعه و مراکز صحتی
- هزینه های فرصت
- غیابت اقارب ذکور
- هزینه تداوی (پیام های حساس سازی باید بالای مجانی بودن تداوی تاکید کنند)
- کمبود ذخایر RUSF/RUTF
- موانع جغرافیایی
- فکتورهای اقلیمی/موسمی
- کارهای زراعتی (بخصوص در فصول کشت و جمع آوری حاصلات)

هر فکتور مشخص شده در هر جامعه ذکر شده باید دقیقاً مدنظر گرفته شود تا بدینوسیله طبیعت دقیق مانعه فهمیده شود و اینکه بالای آن باید چطور غلبه حاصل نمود. این ممکن است تا بالای بسیاری از موانع از راه وارد ساختن تغییرات ماهرانه در عرضه خدمات، غلبه حاصل نمود. این کار ممکن در امور ذیل به یک اندازه تفکر و خلاقیت نیاز داشته باشد:

- ◀ تغییرات در طرز پیشبرد پروسه حساس سازی
- ◀ تغییرات در روش فعالیت های سکریننگ
- ◀ بررسی های کمتر تعقیبی از مراکز صحتی
- ◀ غیرمتمرکز سازی بیشتر خدمات بطرف جامعه

تغییرات در عرضه خدمات باید همیشه با مشوره پرسونل تخنیکي بالارته وزارت صحت عامه به سطح ولایتی و ملی صورت گیرد.

نظارت و ارزیابی COMMUNITY OUTREACH

افزار مختلف جهت جمع آوری معلومات و ارزیابی فعالیت های که منحصیث یک بخش از Community Outreach صورت میگیرند، وجود دارند. بعضی از این افزار در ضمیمه که در اخر این فصل وجود دارد شامل میباشند و توقع میروود که آنعهه از افزار را متمم نمایند که از قبل توسط CHS مورد استفاده قرار میگیرند.

مجالس منظم هماهنگی

مجالس بین CHC و CHW و سایر پرسونل کلینیکی بخش منظم کارهای روزمره را تشکیل میدهند. از این مجالس باید بخاطر تبادلله معلومات دو جانبه در مورد سکریننگ و تداوی واقعات، استفاده صورت گیرد. انواع از معلومات که باید شریک ساخته شود قرار ذیل میباشند:

← رجعت واقعات از جامعه به مرکز صحی

← بموقع بودن رجعت دهی و تداوی

← Mapping واقعات

← ردیابی غایبین

← میزان رجعت دهی به IPD-SAM

معلوماتی که باید شریک ساخته شود و اهمیت معلومات مذکور در ذیل توضیح گردیده است.

رجعت دهی واقعات

یک کارت رجعت دهی میتواند توسط کارکن صحی جامعه هنگام مشخص سازی یک طفل در جامعه، مورد استفاده قرار گیرد. این کارت باید دو بخش داشته باشد. وقتیکه یک واقعه مشخص میگردد، یک بخش آن خانه پری و به مواظبت کننده داده میشود و نصف دیگر آن به CHS برگردانده میشود. وقتیکه مادران جهت تداوی به کلینیک مراجعه میکنند، کارتهای رجعت دهی باید از نزد آنها جمع آوری و در یک بکس کوچک یا پاکت جابجا گردند. نیمه دیگر آن باید توسط CHW حفظ گردد یا به CHC داده شود.

در جریان مجالس هفته وار، کارکن صحی جامعه (یا ناظر صحی جامعه) و پرسونل مرکز صحی میتوانند کارت ها را مقایسه نمایند تا ملاحظه کنند که کدام واقعه راجع ساخته شده، به کلینیک مراجعه نه نموده است. واقعات متذکره، ممکن است بعداً توسط کارکن صحی جامعه تعقیب گردند.

بموقع بودن تداوی

بموقع بودن رجعت دهی و تداوی باید ذریعه ارزیابی "MUAC هنگام رجعت دهی" یا "MUAC هنگام آغاز تداوی" تخمین گردد. بموقع بودن باید به اساس اینکه کدام نوع خدمات در ساحه تحت پوشش قابل دسترس هستند، ارزیابی گردد. MUAC نباید به صفت یک شاخص نزد اطفال کمتر از 6 ماه مورد استفاده قرار گیرد.

برای اطفال شیرخوار کمتر از 6 ماه: تعداد از مواظبت کننده گان اطفال شیرخوار که غرض مشوره دهی IYCF رجعت داده شده و برایشان مشوره صورت گرفته، میتواند با تعداد از اطفالیکه به انتقال به IPD-SAM* نیاز میداشته باشند، مقایسه گردد.

میزان رجعت دهی به IPD-SAM = $\frac{\text{تعداد اطفال شیرخوار سن کمتر از 6 ماه که به IPD-SAM رجعت داده شده}}{\text{تعداد از مواظبت کننده گان اطفال شیرخوار کمتر از 6 ماه که مشوره IYCF را اخذ میدارند}}$

میزان بلند رجعت دهی به IPD-SAM به این معنی است که یا طفل شیرخوار غرض مشوره دهی بسیار ناوقت مشخص شده تا مشوره دهی موثر واقع گردد، یا مشوره که باید به مواظبت کننده گان داده شود، غیر موثر بوده است.

برای اطفال سن 6-59 ماهه: ارزیابی بموقع بودن مربوط به این میشود که کدام نوع خدمات قابل دسترس میباشد. یک تالی شیت [ضمیمه 19] باید در مرکز صحی تکمیل گردد تا ذریعه آن MUAC زمان بستر و تداوی مشخص ساخته شوند.

در حقیقت امر، جایکه تداوی MAM امکان پذیر باشد، اگر واقعات بصورت مقدم مشخص و رجعت داده شوند (رجعت دهی مقدم)، در آنصورت باید واقعات SAM وجود نداشته باشند. در جایکه دیپارتمنت مریضان سراپای MAM وجود داشته باشد، هر طفلی که SAM داشته باشد میتواند به صفت رجعت دهی موخر تلقی شود.

جایکه دیپارتمنت مریضان سراپای MAM وجود داشته باشد:

◀ رجعت دهی مقدم = MUAC بین 11.5 سانتی متر و 12.5 سانتی متر

◀ رجعت دهی موخر = MUAC کمتر از 11.5 سانتی متر یا موجودیت اذیما

جایکه دیپارتمنت مریضان سراپای SAM وجود داشته باشد (هیچ تداوی MAM وجود نداشته باشد)

- ◀ رجعت دهی مقدم = MUAC بین 11.5 سانتی متر و 10.5 سانتی متر میباشد یا اذیمای درجه +1 باشد
- ◀ رجعت دهی موخر = MUAC کمتر از 10.5 سانتی متر باشد یا اذیمای درجه +2 یا +3 موجود باشد

* اصطلاح مرکز ثبات/TFU در این رهنمود به IPD-SAM تبدیل گردیده است.

برای خانمهای حامله و شیرده

- ◀ رجعت دهی مقدم = MUAC بین 21 سانتی متر و 23 سانتی متر است
- ◀ رجعت دهی موخر = MUAC کمتر از 21 سانتی متر است

واقعاتی که در هر یک از گروه های متذکره غرض نداوی به گونه موخر مراجعه میکنند، نشان میدهند که در برابر دسترسی، بعضی موانع وجود دارند. موانع متذکره ممکن عبارت از فقر دانش، سلوک ضعیف جستجوی صحت یا حساس سازی و سکرپینگ غیر موثر باشند (هم به سطح مرکز صحتی و هم به سطح جامعه). راجع به دلایل اساسی آن باید تحقیق صورت گیرد و در زمینه اصلاح بوجود آورده شوند تا در سطح پوشش بهبود بعمل آید. طبق توقع باید رجعت دهی موخر صفر باشد.

Mapping واقعه

وقتی که یک واقعه مشخص میگردد و به نداوی مراجعه میکند، آن را میتوان در تالی شیتی ذکر نمود که مشخص میسازد که واقعه از کدام قریه مراجعه کرده است. تالی شیت تمام قریه جات ساحه تحت پوشش مرکز صحتی را لست میکند.

در مجلس ماهوار (یا حد اقل یکمرتبه در ربع) باید تالی شیت بازنگری گردد. اگر قریه جاتی وجود داشته باشند که از آنجا واقعاتی بسیار زیادی مراجعه میکنند، معنی آن اینست که:

- ◀ سوء تغذی در آن منطقه یک مشکل ویژه میباشد
- ◀ سوء تغذی مشابه به سایر مناطق بوده، ولی در بعضی قریه جات دریافت خوبی واقعات صورت میگیرد
- ◀ قریه جات بدون واقعات، ممکن نشاندهنده حساس سازی و سکرپینگ غیر موثر باشند

یافته ها را میتوان با واقعاتی رجعت داده شده/حضور یافته و بموقع بودن تداوی ربط داد تا شواهد بیشتری موثریت دریافت واقعات، در مناطق متذکره بدست آیند.

وقتیکه یک واقعه ایجاب تداوی نماید، برای آن میتوان از یک تالی شیت کار گرفت. تالی واقعات پذیرفته شده برای Mapping واقعه (ضمیمه 15) را میتوان هنگام پذیرش یا در جریان ملاقات های نظارت حمایتی تکمیل نمود تا بدینوسیله در حصه ارزیابی سطح پوشش خدمات معالجوی کمک نموده باشیم.

ردیابی غایبین

وقتیکه یک طفل در یک یا دو ملاقات کلینیکی غیرحاضر میگردد، این موضوع باید به CHS/CHW مربوطه اطلاع داده شود تا آنرا تعقیب و برگشت دوباره جهت تداوی را تشویق نماید. هنگامیکه یک طفل از اخذ تداوی در 3 ملاقات پی در پی غیرحاضر میگردد، وی از تداوی به صفت غایب رخصت میگردد.

هر غایب باید به 2 منظور تعقیب گردد:

- ◀ به منظور تشویق برای برگشت به تداوی
- ◀ به منظور مشخص نمودن علت غیابت

یک سوالنامه ساده (ضمیمه 16) میتواند به سرعت توسط CHW یا CHS تکمیل گردد و علل عدم مراجعه طفل به تداوی، مشخص ساخته شوند. این معلومات میتواند در مجالس ماهوار (حد اقل در هر ربع) مقایسه گردد تا موانع در برابر دسترسی مشخص ساخته شوند.

میزان رجعت دهی به IPD-SAM

ظهور اختلالات مربوط به سوء تغذی ممکن است یک علامه رجعت دهی موخر جهت تداوی باشد. میزان رجعت دهی از مراقبت سراپا به IPD-SAM را میتوان طور ذیل محاسبه نمود:

میزان رجعت دهی = تعداد واقعات که به وارد مریضان داخل بستر SAM رجعت داده شده اند
تعداد مجموعی واقعاتی که در مرکز صحی تداوی گردیده اند

این تناسب باید ضرب $100 \times$ گردد تا فیصدی بدست آید.

در یک حالت باثبات و با خدمات خوب سر و سامان یافته و پروگرام خوبی Community Outreach، میزان رجعت دهی ممکن است تا 5% تقلیل یابد. در ابتدای عرضه خدمات،

میزان رجعت دهی امکان دارد الی 20% بلند باشد، زیرا گمان برده میشود که واقعات غیرتداوی شده در جامعه دریافت خواهند گردید. با گذشت زمان و با دریافت موثر واقعات، این فیصدی باید تقلیل یابد. در مورد بلند رفتن فیصدی، که با گذشت زمان رخ میدهد، باید تحقیقات بیشتر انجام شود.

ارزیابی های سطح پوشش

ارزیابی های سطح پوشش را میتوان با استفاده از تخنیک های مختلف انجام داد. بعضی از این تخنیک ها فراتر از دایره این رهنمودها قرار داشته و به تریننگ تخصصی نیاز میداشته باشند. عده دیگری از میتودها ساده بوده ولی در ترکیب با معلومات جمع آوری شده، با استفاده از افزار که در بالا تشریح گردید میتوانند در مشخص سازی موفقیت ها یا مشکلات سطح پوشش خدمات، موثر باشند. مثالهای از ارزیابی های سطح پوشش قرار ذیل اند:

← LQAS (Lot Quality Assurance Sampling): نمونه گیری تضمین کیفیت لات

← SLEAC (Simplified LQAS Evaluation of Access and Coverage): ارزیابی LQAS ساده ساخته شده ای دسترسی و سطح پوشش

← SQUEAC (Semi-Quantitative Evaluation and Coverage): ارزیابی کمی- قسمی دسترسی و سطح پوشش

ارزیابی های LQAS در سایر ارزیابی های عرضه خدمات صحی مورد استفاده قرار میگیرند. با یک تعدیل در قسمت طریقه های نمونه گیری توسط شامل ساختن دریافت واقعات فعال تطابقی، از این میتود نیز میتوان در ارزیابی سطح پوشش خدمات جهت تداوی سوء تغذی استفاده نمود. این میتود به عوض ارائه فیصدی، **تصنیفبندی** سطح پوشش را ارائه میدارد، به هر حال در ترکیب با سایر طرق روتین جمع آوری ارقام با استفاده از افزار که در فوق ذکر گردید، این میتود نیز یک شاخص قوی سطح پوشش خدمات و سبب اساسی سطح پوشش خوب یا خراب را ارائه میدارد.

مصاحبه های قسمی سازمان یافته با استفاده کننده گان و افراد جامعه

وقتیکه CHW یا CHS با گروه از افراد ملاقات میکند یا فرصت آنرا دارد تا با مواظبت کننده گان اطفال یا خانمهای حامله یا شیرده که تداوی را اخذ میدارند حرف بزند، از یک رهنمود ساده سوالات ممکن است بخاطر جمع آوری معلومات در مورد خدمات، از نقطه نظر فرد دریافت کننده تداوی، استفاده نماید. یک رهنمودی از مصاحبه های قسمی سازمان یافته در

ضمیمه 20 وجود دارد. لست سوالات انحصاری نبوده و بخاطر تحقیقات بیشتر موضوعات، باید سوالات اضافی مطرح گردند.

استاندردهای سطح پوشش

استاندردهای سطح پوشش که توسط خدمات تداوی بدست می آید وابسته به فکتورهای زیادی میباشد. مقصد از ارزیابی سطح پوشش باید دانستن دو موضوع باشد:

1. ارزیابی سطح پوشش کمی (توسط تخمین یک فیصدی یا تصنیف سطح پوشش)
2. ارزیابی فکتورهای اساسی، تا بدینوسیله بتوان سطح پوشش را بهبود بخشید

این مسئله مهم است تا همیشه در سدد بهبود سطح پوشش باشیم، فرق نمیکند که چی نتیجه را از یک ارزیابی سطح پوشش بدست می آریم. جدول 8 ذیل نشان دهنده استانداردهای سطح پوشش خدمات جامع تداوی MAM/SAM در افغانستان میباشد.

جدول 8: استانداردهای سطح پوشش

استاندردهای سطح پوشش		
خوب	قناعت بخش	خراب
بالاتر از 60 %	از 30 الی 60 %	کمتر از 30 %

استاندردهای بین المللی سطح پوشش

استاندردهای سطح پوشش به سویه بین المللی توسط استانداردهای کروی (SPHERE standards) تعیین میگردد. این استانداردها عبارت از استانداردهای اند که برای سازمان های غیر حکومتی (NGO's) که پروگرامهای تغذی را تطبیق مینمایند معین میگردد. این استانداردها عبارت از حد اقل از استانداردهای مقتضی میباشد. چون این استانداردها به شرایط غیر عاجل طرح ریزی نگردیده، آنها یک رهنمود مفید را جهت ارزیابی عملکرد پروگرام ارائه میدارند.

نوعیت پروگرام تغذی	حد اقل استاندارد سطح پوشش
شهری	اضافه تر از 70 %
دهاتی	اضافه تر از 50 %
کمپ	اضافه تر از 90 %

ضمیمه 13: پلان جلسه حساس سازی

معرفی

1. سوء تغذی

- مباحثه در مورد سوء تغذی. مباحثه در مورد ادراک آنها در باره سوء تغذی، اسباب ملاحظه شده و اوصاف/علائم قابل دید سوء تغذی نزد اطفال جوامع آنها.
- مباحثه در مورد تداوی موجود برای اطفال مصاب به سوء تغذی و موانع در برابر دسترسی به آن.

2. خدمات وزارت صحت عامه در مورد سوء تغذی حاد

- معرفت با خدمات – خدمات جدید وزارت صحت عامه با حمایت یونیسف. تاریخ آغاز: _____
- راه بدیل تداوی داخل بستر واقعات شدید سوء تغذی.
- گروه مورد هدف: اطفال کمتر از 5 سال که به صفت سوء تغذی حاد شناخته شده اند
- آسان ساختن دسترسی توسط مهیا سازی عرضه خدمات در نزدیک منزل و تداوی طفل در منزل وی. مادران باید صرف هفته 1 یا 2 مرتبه به ساحات خاص بروند.

3. پذیرش اطفال کمتر از سن پنج سال جهت تداوی

- قابله های BHC و CHC و CHWs آموزش دیده اند تا اطفال را اندازه گیری نمایند و آنها را جهت تداوی راجع سازند، و به مادران مشوره دهند.
- پروسه مشخص سازی: مادران، اطفال خود را جهت اندازه گیری نزد قابله/CHWs میبرند. آنها آموزش دیده تا طفل را ذریعه MUAC (محیط قسمت متوسط علوی بازو) اندازه نمایند. [فیته MUAC را نشان داده] و اذیمای پا را بررسی مینمایند. اگر طفل کمتر از 6 ماه باشد از فیته MUAC استفاده شده نمینواند؛ جهت مشخص سازی سوء تغذی حاد نزد چنین اطفال از سایر علائم استفاده صورت میگیرد.

- رجعت دهی: نزد اطفالیکه توسط MUAC یا اذیما به حیث سوء تغذی حاد شناخته شده، تداوی مناسب صورت میگیرد. مادر باید با تداوی توصیه شده برای طفلش، به خانه برگردد. وی باید با طفل خود دوباره 2 هفته بعد به مرکز صحی مراجعه نماید تا شفا یابی طفل نظارت و به تداوی طفل مطابق به ضرورت ادامه داده شود. این پروسه اکثر آ 6 الی 7 هفته را دربر میگیرد.

- تداوی: تداوی روتین طبی (انتی بیوتیک/ادویه ضد کرم) و ارائه RUSF/RUTF.

- نمونه های از RUSF/RUTF را نشان دهید: مواد غذایی معالجوی که بصورت خاص برای اطفال جهت وزن گیری سریع و شفایابی تولید گردیده، RUSF/RUTF حلال هستند.

4. پیام حساس سازی

- ملایان را به صفت سران جامعه در انتشار معلومات راجع به تداوی قابل دسترس شریک سازید. مسئولین کلیدی/نقاط انتشارات در ولسوالی، حمایت ممکنه به پروژه، منبع اعتقاد مردم.
- منبع معلومات راجع به تداوی. بسیار مهم است تا به والدین راجع به پروگرام، راجع به اینکه به کجا بروند، چی کنند هرگاه طفل شان بسیار لاغری یا اذیمای پاها پیدا کند، آگاهی داده شود.
- مباحثه در مورد طرق انتشار معلومات ذریعه ملا امامان

5. نتیجه

- نتیجه: روشن ساختن غلط فهمی ها راجع به فعالیتها، گروه های مورد هدف و غیره.
- نقاط عمده جهت یادآوری:

- 1) تداوی مسئولیت همان خدماتی وزارت صحت عامه میباشد کا با حمایت یونیسف جهت تداوی اطفال کمتر از سن 5 سال مصاب به سوء تغذی حاد پیاده میشود،
- 2) اطفال باید جهت سکریننگ نزد قابله ها و CHW برده شوند،
- 3) تداوی ها در مرکز صحتی قابل دسترس میباشد،
- 4) مرکز صحتی در نزدیکی منزل قرار داشته و اطفال جهت تداوی در منازل باقی مانده میتوانند،
- 5) نقش افراد جامعه عبارت از انتشار معلومات و یقینی ساختن اینکه هر خانواده میداند که چطور به این خدمات دسترسی پیدا کند، میباشد.

ضمیمه 14 نمونه از پیام حساس سازی

پیام مهم برای تمام مادران و خانواده های که اطفال کمتر از سن 5 سال دارند

حال، در [نام مرکز صحتی را بگیری] ادویه جدید جهت تداوی اطفالی بین سنین شش ماه الی پنج سال که در حال لاغر شدن هستند، یا آنها که در پاهای شان اذیما دارند، موجود میباشد. خانواده های که چنین اطفال دارند، حال ضرورت ندارند تا مدت طولانی را در شفاخانه سپری کنند، بلکه میتوانند طفل خویش را در داخل منزل در حالیکه با سایر افراد خانواده زندگی میکند، تداوی نمایند.

سوء تغذی میتواند در نتیجه نه خوردن انواع درست از غذاها بوجود آید، حتی اگر طفل برای خوردن، غذای کافی را در اختیار خود هم داشته باشد. سوء تغذی میتواند نزد اطفال در جریان امراض یا به تعقیب آنها بوجود آید - حتی اگر مرض کوچک هم باشد.

تداوی سوء تغذی مجانی میباشد، بخاطر واجد شرایط بودن باید قسمت علوی بازوی طفل اندازه شود تا دیده شود که آیا او لاغر است یا خیر، و پاهای بررسی میگردند تا دیده شود که آیا اذیما در آنها به تاسس آغاز نموده یا خیر. هرگاه بازو بسیار لاغر باشد، طفل به نزدیکترین کلینیک منزل برده شود، در آنجا اندازه گیری دوباره صورت میگیرد و اگر درست باشد برای خانواده وی مواد غذایی معالجوی که بنام **RUTF [اصطلاح محلی را بکار برید]** یاد میشود توزیع میگردند.

اندازه گیری بازو توسط یک فیتنه که شباهت به فیتنه اندازه گیری خیاطان میداشته باشد صورت میگیرد. اندازه گیری میتواند توسط افراد مختلف انجام شود. بعضی افرادی که در اطراف مراکز صحتی زندگی میکنند، راجع به استفاده از فیتنه آموزش میبینند، از همین سبب اندازه گیری میتواند توسط یک شخص صورت گیرد که به طفل یا خانواده وی آشنا میباشد.

هنگامیکه طفل تحت تداوی میباشد، پرسونل همچنان طفل شما را جهت واکسین ها ارزیابی خواهند نمود، آنها خود را مطمئن خواهند ساخت که طفل غذای مناسبی را که جهت نشو و نما ضروری میباشد استفاده میکند، عملکردهای حفظ الصحوی یا سایر خدمات را ترویج خواهند کرد.

اگر شما شما یک طفل را که بسیار لاغر باشد سراغ دارید، یا پاهای وی به اذیمایی شدن آغاز نموده باشند، در انصورت والدین یا مواظبت کننده گان وی و خانم های حامله یا شیرده را راجع به این تداوی جدید مطلع سازید. آنها میتوانند در محل خویش در مورد اسم شخصیکه در مورد اندازه گیری بازو آموزش دیده باشد، معلومات حاصل نمایند، یا آنها میتوانند مستقیماً به مرکز صحتی مراجعه نمایند. هر زمانیکه مرکز صحتی برای تداوی باز باشد، شما میتوانید به آن مراجعه نمایید.

در بعضی مناطق یک تداوی همچنان ممکن برای مادران لاغر که حمل قابل دید داشته باشند یا مادرانیکه اطفال شیرخوار کمتر از 6 ماه داشته باشند، قابل دسترس باشد. اندازه گیری بازو توسط فیته تعیین خواهد کرد که کی مستحق تداوی میباشد.

یادداشت: این پیام صرف یک پیام نمونوی میباشد و جهت سازگاری با شرایط محلی باید تعدیل گردد

ضمیمه 16: سوالنامه ردیابی غایبین

سوالنامه غایبین

1. طفل شما چی وقت شامل تداوی گردیده بود؟
2. شما چرا طفل خویش را به تداوی برده بودید؟
3. شما چی وقت بردن طفل خویش را به مرکز صحی توقف دادید؟
4. چرا شما بردن طفل خویش را به مرکز صحی توقف دادید؟
(دلایل آنرا لست کنید):
 - .a
 - .b
 - .c
 - .d
 - .e
5. آیا شما طفل خویش را دوباره جهت اخذ تداوی به کلینیک خواهید آورد؟
 - بلی
 - نه خیر (اگر نه، پس چرا؟)
 - .a
 - .b

ضمیمه 17: فورمه ثبت ملاقات های خانگی

<input type="checkbox"/> و غیره		<input type="checkbox"/> فوت		<input type="checkbox"/> غایب		<input type="checkbox"/> غیر حاضر		علت ملاقات خانگی:	
		تاریخ						نمبر راجستر	
ولسوالی				جامعه				ساحه	
جنس				سن				اسم طفل	
				اسم مواظیت کننده				تخلص	
								ادرس	
								تاریخ ملاقات	
								یافته ها	
								اسم کارکن پروگرام توسعی	
				امضاء					

این فورمه را بعد از تکمیل نمودن به مرکز صحی برگردانید

ضمیمه 18: سوالنامه ملاقات خانگی

اسم شخص اجرا کننده ملاقات خانگی: _____
 نام مرکز صحتی: _____
 تاریخ ملاقات: _____
 اسم طفل: _____ قریه: _____

یافته ها		
نه خیر	بلی	آیا جیره RUTF در خانه موجود است؟
		اگر نه خیر، در آنصورت جیره در کجا است؟
نه خیر	بلی	آیا RUSF/RUTF موجود الی ملاقات هفته آینده کفایت خواهد کرد؟
تنها طفل مریض	شریک ساخته میشود	آیا RUTF شریک ساخته میشود یا اینکه تنها توسط طفل مریض خورده میشود؟
نه خیر	بلی	آیا غذاهای غیر از RUSF/RUTF به طفل مریض داده میشود؟
		اگر بلی، کدام نوع غذا؟ <input checked="" type="checkbox"/> مواد غذایی را لست نمایید
		برای طفل مریض روزانه چند مرتبه RUSF/RUTF داده میشود؟
		روزانه چند مرتبه به طفل مریض غذا داده میشود؟

نه خیر	بلی	آیا کسی در اثنای غذا خوری به طفل مریض کمک میکند/وی را تشویق به غذا خوردن میکند؟
		<input checked="" type="checkbox"/> هرگاه طفل مریض نخواهد غذا بخورد، در آنصورت مواظبت کننده چی میکند؟ تشویق میکند <input checked="" type="checkbox"/> طفل را به شفاخانه میبرد یا به جستجوی مشوره کارکن صحتی می پردازد <input checked="" type="checkbox"/> طفل را با مقادیر کم ولی به دفعات بیشتر تغذی میکند <input checked="" type="checkbox"/> هیچ یک از موارد فوق
نه خیر	بلی	آیا طفل فعلاً با شیر مادر تغذی میشود؟ (اطفال کمتر از 2 سال)
		اگر بلی، چند مرتبه؟
نه خیر	بلی	آیا آب صحتی موجود است؟
نه خیر	بلی	آیا در اثنای خوردن RUSF/RUTF به طفل آب داده میشود؟
مواظبت		
نه خیر	بلی	آیا هر دو والدین حیات و صحتمند هستند؟
		مواظبت کننده اصلی (ابتدایی) کی میباشد؟
نه خیر	بلی	آیا طفل مریض پاک است؟
صحت		
		منبع اساسی آب خانواده را واضح سازی؟
نه خیر	بلی	آیا در خانه صابون وجود دارد؟

نه خیر	بلی	آیا مواظبت کننده و طفل قبل از تغذی طفل دستان خویش را توسط صابون میشویند؟
نه خیر	بلی	آیا RUSF/RUTF پوشانیده شده و از مگس ها در امان میباشد؟
		<p>وقتیکه طفل مصاب به اسهال میباشد، مواظبت کننده کدام اقدامات را روی دست میگیرد؟</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> دفعات تغذی با شیر ئدیه را زیاد میسازد</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> مقدار سایر مایعات را زیاد میسازد</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> دادن RUTF یا سایر غذاها را به طفل ادامه داده، اما به دفعات و مقادیر بیشتر</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> اگر طفل علایم دیهیدریشن را نشان دهد، مادر تغذی توسط شیر ئدیه را ادامه داده، به طفل ORS میدهد و مراقبت عاجل طبی را جستجو میکند</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> هیچ یک از موارد فوق</p>
مصنویت غذایی		
نه خیر	بلی	آیا خانواده فعلاً مواد غذایی دارد؟
		مهمترین منبع عایداتی خانواده از چی قرار است؟

اگر مشکلات وجود داشته باشند، لطف نموده بعضی از تعلیمات صحی یا مشورهای داده شده را در مسافه ذیل یا در عقب صفحه بنویسید. این معلومات را به مرکز صحی برگردانید.

ضمیمه 19: تالی شیت MUAC هنگام رجعت دهی به سطح مرکز صحتی

نام مرکز صحتی _____

دوره: از _____ الی _____ (یک ورق جدید را در هر 3 ماه تکمیل نمایید)

MUAC هنگام پذیرش	MUAC هنگام پذیرش
9.9	12.5
9.8	12.4
9.7	12.3
9.6	12.2
9.5	12.1
9.4	12.0
9.3	11.9
9.2	11.8
9.1	11.7
9.0	11.6
8.9	11.5
8.8	11.4
8.7	11.3
8.6	11.2
8.5	11.1
8.4	11.0
8.3	10.9
8.2	10.8
8.1	10.7
8.0	10.6
	10.5
	10.4
	10.3
	10.2
	10.1
	10.0

هرگاه MUAC ثبت شده از 8 سانتی متر کمتر باشد، اندازه گیری را دوباره بررسی کنید. MUAC کمتر از 8 سانتی متر بسیار نادر می باشد، که آن هم اکثراً از سبب کشش بسیار زیاد فیته MUAC می باشد

ضمیمه 20: سواننامه های مصاحبهء قسمأ سازمان یافته

سواننامه برای قریه/رهبران مذهبی و افراد سرشناس جامعه

دانش در مورد IMAM

1. آیا شما در مورد کدام خدمات تغذی در کلینیک محل تان آگاهی دارید؟
2. کی برای شما راجع به آن گفته است؟
3. شما راجع به آن چی وقت اطلاع حاصل کردید؟
4. شما راجع به آن چی میدانید؟
 - a. اطفال مورد هدف؟
 - b. معیارات پذیرش؟
 - c. تداوی داده شده؟
 - d. تداوی مجانی؟
 - e. کدام روزهای هفته، تداوی قابل دسترس میباشد؟
 - f. مشخص سازی اطفال؟

نقش/حساس سازی

5. آیا شما راجع به سایر افراد گفته اید؟ چطور؟ چی وقت؟
 - a. چاپلن معمول/انتشار پیام؟

موانع

6. آیا شما اطفال را سراغ دارید که به تداوی نیاز داشته باشند ولی نمیتوانند به خدمات درسترسی پیدا کنند؟
 - a. چی چیز باعث ممانعت از آمدن آنها میشود؟ (فاصله/خانواده/عقاید/و غیره)
 - b. ما چطور میتوانیم به چنین اطفال رسیدگی کنیم/آنها را به مراجعه تشویق کنیم؟

دانش در مورد واقعات

7. آیا شما اطفالی را سراغ دارید که تداوی اخذ میدارند؟
 - a. شما به من راجع به آنها چی گفته میتوانید؟
8. آیا شما اطفالی را سراغ دارید که غایب شده باشند یا آمدن را توقف داده باشند؟

- a. چرا چنین است؟
- b. ما چطور میتوانیم آنها را تشویق نماییم تا به تداوی برگردند؟

ارتباطات (افهام و تفهیم)

9. آیا شما کسی را سراغ دارید که این خدمت را طور رضاکارانه انجام دهد؟
 - a. برای آخرین بار وی را چی وقت دیده اید؟

10. b. آنها چی کار میکنند؟ (تناوب و تنظیم فعالیت ها)
 آیا شما راجع به خدمات کدام بازدهی (فیدبک) را از رضاکار/پرسونل کلینیک/مقامات رسمی وزارت صحت عامه داشته اید؟
 a. آیا شما میدانید که نتایج از چی قرار اند؟

آگاهی در مورد IMAM

11. مردم راجع به IMAM چی میگویند؟
 a. آیا به نظر شما بسیاری از مردم در مورد آن اطلاع دارند؟
 b. آنها راجع به آن چی میدانند؟
 12. شما راجع به این خدمات چی فکر میکنید؟
 a. افراد سرشناس جامعه در مورد آن چی فکر میکنند؟

پیشرفت ها

13. ما چطور میتوانیم خدمات را بهتر سازیم؟
 14. آیا شما به کسانی که این خدمات را انجام میدهند کام پیام دارید؟

سوالاتنامه برا مواظبت کننده گان اطفال یا خانمهای حامله و شیرده که تدوای اخذ

مینمایند

آگاهی در مورد سوء تغذی

1. شما چی وقت برای بار اول متوجه شدید که طفل شما خوب نمیشد؟
 a. او چی مشکل داشت؟
 b. او کدام اعراض داشت؟
 c. شما چی کردید؟

Outreach

2. شما برای بار اول راجع به خدمات چطور شنیدید؟
 a. کی برای شما گفت؟
 b. از آن زمان بدینسو شما راجع به آن از کدام منبع دیگر چیزی را شنیده اید؟
 c. در محل زیست/منطقه شما راجع به خدمات، کی ها به مردم تشریحات میدهند
 3. شما راجع به آن چی را شنیده اید؟
 4. چی چیز باعث آمدن شما گردید؟
 وقت
 5. چقدر وقت میشود که طفل شما به کلینیک مراجعه میکند؟

توضیحات از جانب نرس

6. پرسونل کلینیک راجع به حالت طفل تان به شما چی گفت؟
7. راجع به تداوی به شما چی گفته شد؟
8. پرسونل تداوی را به کدام نام نامید؟
a. شما، تداوی را به کدام نام مینامید؟

سایر واقعات/رجعت دهی واقعات

9. آیا شما سایر اطفال را که عین مشکل داشته باشند ولی به کلینیک مراجعه نه کنند می شناسید؟
a. اگر بلی، چرا نه؟
10. آیا شما به بعضی کسان دیگر گفته اید تا طفل خویش را به کلینیک بیاورند؟
a. چرا/چرا نه؟

فاصله

11. از منزل شما الی کلینیک چقدر فاصله میباشد؟
a. شما به آنجا چطور میروید؟ پیاده/ترانسپورت؟
b. آن چقدر وقت را دربر میگیرد؟
c. دورترین فاصله سفر را تعیین کنید
12. آیا شما کدام علت دیگر را جهت آمدن به این کلینیک/اینجا دارید؟

معیار خدمات

13. شما راجع به خدمات چی فکر میکنید؟
a. نقاط قوی/چیزهای خوب، کدام ها اند؟
b. نقاط ضعیف کدام ها اند؟
c. کدام نقاط باید بهبود حاصل نمایند؟
14. قبل از اینکه نرس شما را ملاقات کند، شما معمولاً چه مدت انتظار میکشید؟
15. شما با نرس چقدر وقت را سپری میکنید؟
a. پرسونل با شما چطور برخورد میکند؟
b. آیا گاهی با شما بدحرفی صورت گرفته است؟ چرا؟
16. آیا شما همیشه مقادیر درست از پاکت های معالجوی را حاصل نموده اید؟
a. آیا در بعضی هفته ها کمبودات وجود داشت؟
b. آیا گاهی شما مقدار مکمل آنرا اخذ نه نموده اید/یا به عوض آن کدام چیز دیگر را بدست آورده اید؟

غیرحاضری/غیابت

17. آیا این کار برای شما آسان است تا هر هفته تشریف بیاورید؟
a. چی چیز آمدن شما را دشوار میسازد/چی چیز بعضی اوقات شما را از آمدن وا میدارد؟
18. آیا شما اطفال را سراغ دارید که آمدن را توقف داده باشند؟

- a. چرا اینطور؟
b. ما چطور میتوانیم اطفال مذکور را تشویق کنیم تا دوباره مراجعه نمایند
و به تداوی ادامه دهند؟

آگاهی در مورد IMAM/بازدهی (فیدبک)

19. در محل زیست/منطقه شما، مردم راجع به این خدمات چی میگویند؟
20. آیا شما کدام پیام دارید تا از ما بخواهید که آنرا به کسانی که این خدمات را
سازماندهی میکنند برسانیم؟

فصل 4: تداوی سراپای سوء تغذی حاد نزد اطفال سنین 6 الی 59 ماهه

این فصل شامل بخش های ذیل میباشد:

- ❖ سیر تداوی
- ❖ ارزیابی و تداوی در دبیارتمنت مریضان سراپا
- ❖ تعقیب بعد از رخصت
- ❖ راپوردهی
- ❖ معیارات خدمات
- ❖ نظارت و سوپرویزن حمایتی

سوء تغذی حاد نزد اطفال با خطر بلند نسبت به سایر اطفال که به گونه حاد مصاب سوء تغذی نمیباشند، همراه میباشد. سوء تغذی حاد متوسط (MAM) خطر وفیات را 1.5 مرتبه بلند برده در حالیکه سوء تغذی حاد شدید (SAM) این خطر را از 4 الی 20 مرتبه بلند میبرد. این فصل ارزیابی طفل مصاب به سوء تغذی حاد، تداوی توصیه شده و نظارت که به خدمات نیاز میباشد را توضیح میدارد. این فصل باید با فصل 2 ارزیابی و رده بندی و فصل 3 که در مورد Community Outreach میباشد، یکجا خوانده شود.

سیر تداوی

اطفال باید در جامعه منحیث یک جزء از Community Outreach سکریننگ شوند. هرگاه سکریننگ در جامعه واقعات را دریافت کرده نمیتواند، این اطفال ممکن از سبب مریضی به مرکز صحتی آورده شوند. تمام اطفال که از هر سبب به مرکز صحتی مراجعه میکنند باید به شکل منظم با استفاده از MUAC و بررسی اذیما، سکریننگ گردند.

بر علاوه، در جاهای که پرسونل و ازدحام واقعات برای ارزیابی مریضان وقت بیشتر را در اختیار ما قرار میدهد، در آنصورت باید وزن بر قد نیز بررسی گردد.

سکریننگ منظم به سطح جامعه و در مرکز صحت جهت تامین سطح پوشش بلند و به حد اکثر رساندن اثرات صحت عامه تداوی ضروری میباشد.

ارزیابی در دیپارتمنت مریضان سرپا (OPD)

ارزیابی اطفال سنین 6 الی 59 ماهه ارزیابی نورمال طبی را تعقیب میکند که در IMCI صورت میگیرد، البته با اضافه نمودن سکریننگ برای سوء تغذی. سکریننگ باید منحصت یک اولویت بزرگ در ارزیابی به شکل **مقدمتر** صورت گیرد و تصامیم در مورد تداوی گرفته شوند. زیرا وقتیکه SAM تشخیص گردید، تداوی طبی بعضی از حالات از MAM یا اطفال که به شکل نورمال تغذی میگردد، متفاوت میباشد.

(1) از مادر راجع به مشکلات بپرسید

(2) طفل را جهت علایم عمومی خطر ارزیابی کنید

- (a) اهتمامات طرق هوایی را گرفته و اختلاج را تداوی نمایید
- (b) ارزیابی متابقی را فوراً تکمیل کنید
- (c) MUAC را ارزیابی (صرف نزد اطفال 6-59 ماه) و انیما را بررسی نمایید
- (d) سوء تغذی حاد را (در صورت موجودیت) مطابق به جدول 9 ذیل تصنیف نمایید
- (e) طفل را از کاهش شکر خون وقایه نمایید
- (f) کارت رجعت دهی را تکمیل نموده (**ضمیمه 23**) و طفل را منحصت یک واقعه عاجل به شفاخانه رجعت دهید.

جدول 9: تصنیفبندی سوء تغذی حاد شدید نزد اطفال سنین 6 الی 59 ماهه

معیارات		سن
سوء تغذی حاد شدید	سوء تغذی حاد متوسط	
❖ MUAC: کمتر از 11.5 سانتی متر یا ❖ وزن بر قد/طول کمتر از -3Z scores یا ❖ موجودیت اذیمای دو طرفه	❖ MUAC: 11.5 سانتی متر الی کمتر از 12.5 یا ❖ وزن بر قد/طول کمتر از -2Z scores الی -3Z scores و ❖ عدم موجودیت اذیما	6 الی 59 ماه

یادداشت: یک طفل که به صفت **MAM** تشخیص میشود و یکی از علایم عمومی خطر یا سایر اختلالات داشته باشد، باید جهت بستر شدن در سرویس اطفال به شفاخانه فرستاده شود. یک طفل مصاب به **SAM** و یکی از علایم عمومی خطر یا سایر اختلالات باید به وارد داخل بستر **SAM** رجعت داده شود.

اگر هیچ علایم عمومی خطر و سایر اختلالات مشخص نگردند و طفل به صفت **MAM** یا **SAM** تشخیص شود، در آنصورت:

3) درجه سوء تغذی حاد را ارزیابی نموده و تست اشتها [فصل 2] را اجرا کنید

4) در باره اعراض عمده چون سرفه، اسهال، تب، انتان بپرسید

(a) آیا طفل سرفه یا مشکلات تنفسی دارد؟

(b) آیا طفل اسهال دارد؟

(c) آیا طفل تب دارد؟

(d) آیا طفل مشکل گوش دارد؟

(e) طفل را برای کمخونی بررسی کنید

(f) فقدان ویتامین A را بررسی نمایید

(g) حالت واکسین ها را بررسی کنید

5) تصمیم بگیرید که آیا امکان تداوی سرپای طفل موجود است

جدول 10: معیارات واجد شرایط بودن اطفال سنین 6 الی 59 ماهه مصاب به سوء تغذی حاد جهت تداوی سرپا

تداوی سرپای SAM	تداوی سرپای MAM
<p>❖ MUAC: کمتر از 11.5 سانتی متر یا وزن بر قد/طول کمتر از -3Z scores یا اذیمای +1 یا +2 و داشتن اشتها برای RUTF عدم موجودیت اختلالات طبی</p>	<p>❖ MUAC: 11.5 سانتی متر الی کمتر از 12.5 یا وزن بر قد/طول کمتر از -2Z scores الی -3Z scores یا عدم موجودیت اذیما و داشتن اشتها برای RUSF عدم موجودیت اختلالات طبی</p>

6) انتی بیوتیک های روتین را توصیه نمایید

ادویه روتین برای اطفال سنین 6- 59 ماهه مصاب به MAM

تداوی روتین برای تمام واقعات اطفال مصاب به سوء تغذی حاد توصیه میشود. تمام اطفال مصاب به MAM/SAM ادویه ضد کرم را اخذ میدارند. برعلاوه، اطفال مصاب به SAM انتی بیوتیک های روتین را اخذ مینمایند. ادویه خط اول که برای SAM ترجیح داده میشود عبارت از اموکسی سلین میباشد. اگر اموکسی سلین قابل دسترس نباشد، از کوتری مکسازول منحیث انتخاب دومی الی اکمال اموکسی سلین استفاده شده میتواند. ادویه جات روتین برای MAM و SAM در جدول 11 و 12 به نوبت توضیح گردیده اند.

ادویه جات اضافی برای حالات ضمیموی شده میتواند تجویز گردد، ولی با یک اندازه تفاوت های مهم به تناسب تداوی که نزد مریضان غیر از داشتن سوء تغذی حاد صورت میگیرد (در ذیل دیده شود).

جدول 11: ادویه جات روتین (معمول) برای اطفال سنین 6 الی 59 ماهه مصاب به MAM

ادویه	سن	مقدار	تجویز
میبندازول	12- 23 ماه	250 ملی گرام	یک دوز واحد هنگام پذیرش
	24 ماه یا بزرگتر	500 ملی گرام	یک دوز واحد هنگام پذیرش

ادویه جات روتین برای اطفال سنین 6 الی 59 ماهه مصاب به SAM

جدول 12: ادویه جات روتین برای اطفال سنین 6 الی 59 ماهه مصاب به SAM

ادویه	سن	مقدار	تجویز
اموکسی سلین	6 – 11 ماه	125 ملی گرام	3 مرتبه در روز برای 7 روز هنگام پذیرش
	12- 59 ماه	250 ملی گرام	
میبندازول	12- 24 ماه	250 ملی گرام	یک دوز واحد هنگام پذیرش
	بزرگتر از 24 ماه	500 ملی گرام	یک دوز واحد هنگام پذیرش

تفاوت ها در تجویز ادویه جات برای اطفال 6 الی 59 ماه مصاب به سوء تغذی حاد

در قسمت تجویز بعضی ادویه جات برای SAM باید توجه صورت گیرد (طور مثال، آهن، زینک یا ORS).

❖ **ویتامین A:** ویتامین A داده نه شود، **بجز اینکه** نزد طفل سرخکان یا اسهال شدید تشخیص شده باشد، یا اگر علایم فقدان ویتامین A (خشکی چشم، نقاط بایئات) موجود باشند

❖ **محلول اعاده مایعات از طریق فمی (ORS/ReSoMal):** ORS یا ReSoMal برای واقعات خفیف و متوسط دیهیدریشن هنگامیکه طفل RUSF یا RUTF اخذ میدارد، نیاز نمیباشد. تمام الکترولایت های موجود در ORS در RUSF/RUTF نیز به تناسب درست موجود میباشند؛ طفل صرف نیاز به مقادیر کافی آب دارد تا تشنگی

وی را رفع نماید. اگر طفل دیهیدریشن شدید داشته باشد، این یک علامه خطر بوده و طفل باید به وارد داخل بستر انتقال گردد (MAM به سرویس اطفال، SAM به تداوی داخل بستر برای SAM)

❖ **آهن/فولیت:** هرگاه طفل RUSF/RUTF میخورد، به این مایکرونیوترینت ها جهت تداوی کمخونی خفیف یا متوسط نیاز نمیباشد. آهن و فولیت هر دو در RUSF/RUTF به تناسب درست وجود داشته تا کمخونی را تداوی نماید. آهن اضافی بصورت خاص برای اطفال مصاب به SAM خطرناک بوده، زیرا آن میتواند خطر انتانات جدی را بلند ببرد

❖ **زینک:** از دادن زینک اضافی جهت تداوی اسهال و قتیکه طفل RUSF/RUTF مصرف مینماید اجتناب ورزید. در RUSF/RUTF زینک کافی وجود داشته تا دوز معالجوی را ارائه نماید. زینک اضافی ممکن جانشین جذب مس از RUSF/RUTF گردد و طفل را از سبب سرکوب نمودن معافیت، بیشتر معروض به انتان بسازد

❖ **تابلیت های مایکرونیوترینت های متعدد:** برای اطفالیکه RUSF/RUTF اخذ میدارند تابلیت های مایکرونیوترینت های متعدد داده نه شود. تناسب مایکرونیوترینت ها در RUSF/RUTF بصورت دقیق سنجیده شده تا مقادیر درست مایکرونیوترینت ها و ماکرونیوترینت های را که به شفایابی نیاز هستند برابر نماید. تابلیت های اضافی مایکرونیوترینت ها این تعادل را مختل میسازند.

در حالات که به سایر ادویه جات جهت تداوی نیاز باشد (برعلاوه ادویه جات روئین برای MAM و SAM)، سایر داروها مثلاً انتی بیوتیک ها، ادویه ضد ملاریا را میتوان مطابق به پروتوکول های IMCI تجویز نمود.

7) RUSF/RUTF را تجویز نمایید

تجویز RUSF برای اطفال سنین 6 الی 59 ماهه مصاب به MAM

تجویز RUSF برای واقعات MAM برای تمام اطفال بدون در نظر داشت وزن یکسان میباشد

جدول 13: تجویز RUSF برای اطفال سنین 6 الی 59 ماهه مصاب به MAM

وزن طفل به کیلوگرام	پاکت در هفته	پاکت در روز
تمام اطفال	7	1

تجویز RUTF برای اطفال سنین 6 الی 59 ماهه مصاب به SAM
 RUTF برای SAM تجویز گردیده و مقدار داده شده مطابق به وزن متفاوت بوده میتواند.

جدول 14: تجویز RUTF برای اطفال سنین 6 الی 59 ماهه مصاب به SAM

وزن طفل به کیلوگرام	پاکت در هفته	پاکت در روز
3.5-3.9	11	1.5
4.0-4.9	14	2
5.0-6.9	18	2.5
7.0-8.4	21	3
8.5-9.4	25	3.5
9.5-10.4	28	4
10.5-11.9	32	4.5
اضافه تر از 12 کیلوگرام	35	5

8) برای مواظبت کننده پیام های کلیدی استفاده از RUSF/RUTF را ارائه نمایید

پیامهای کلیدی جهت استفاده از RUSF/RUTF

1. مادر باید دادن شیر ثدیه را به طفل نظر به تقاضای وی حد اقل الی 2 سالگی ادامه دهد. شیر ثدیه مواد مغذی بهتر را نسبت به سایر مواد غذایی ارائه میدارد. برای طفل 6 ماهه و بزرگتر باید در پهلوی شیر مادر دادن غذاهای مٹم شروع شود.

2. در مورد تغذی مٹم مناسب نظر به سن برای اطفال سنین 6 ماهه و بزرگتر مشوره دهید
 [ضمایم 3-7 فصل 1 را ببینید]

3. RUSF/RUTF تداوی صرف اطفال مصاب به MAM/SAM میباشد. آنها باید با سایر اعضای خانواده شریک ساخته نه شوند. RUSF/RUTF را همیشه قبل از سایر غذاهای خانگی بدهید.
4. دستان و روی طفل را قبل از تغذی با صابون بشویید. RUSF/RUTF را پاک و پوشانیده نگهدارید.
5. در اثنای خوردن RUSF/RUTF باید بعد از هر لقمه برای طفل شیر ثدییه یا جرعه های از آب نوشیدنی داده شود. آنها قبل از صرف نمودن با آب یا سایر مایعات مخلوط نه سازید.
6. حتی اگر طفل مصاب به اسهال هم باشد باید به خوردن RUSF ادامه دهد. طفل باید هنگام مریضی غذا و مایعات بیشتر بخورد.
7. اطفال سوء تغذی زودتر به سردی مصاب میگردند. طفل را همیشه پیچانیده و گرم نگهدارید.
8. هر وقتیکه حالت طفل بدتر میشود یا طفل به اندازه کافی غذا نمیخورد به مرکز صحی مراجعه نمایید.
9. خود را متیقن سازید که مادر/مواظبت کننده راجع به برگشت دوباره میداند.

افزار تصمیم گیری در مورد اینکه چی وقت باید طفل جهت تعقیب مراجعه

نماید

یک طفل مصاب به MAM یا SAM باید هر 1 یا 2 هفته بعد جهت تعقیب به مرکز صحی مراجعه نماید. تصمیم در مورد اینکه طفل باید چی وقت دوباره مراجعه نماید باید به اساس معیارات کلینیکی صورت گیرد، گرچه سایر فکتورها نیز نظر به واقعه و به اساس لزوم دید پرسونل صحی مدنظر گرفته میشوند.

فکتورهای کلینیکی جهت تعیین اینکه یک طفل باید چی وقت دوباره مراجعه نماید قرار ذیل اند:

◀ **اشتها:** طفل ممکن تست اشتها را موفقانه سپری کند، به هر حال بعضی اطفال نسبت به سایر از آنها به تشویق بیشتر نیاز دارند. اطفالیکه RUSF/RUTF را تنها با تشویق میخورند باید بیشتر از نزدیک مشاهده گردند

- ◀ حالت کلینیکی: بر علاوه ادویه جات روتین، طفل ممکن بخاطر حالات دیگر که به مشاهده نزدیک ضرورت دارند، به سایر ادویه جات نیاز داشته باشد (مثلاً انتی بیوتیک ها یا ادویه ضد ملاریا). این واقعات ممکن به تناسب واقعات که با امراض همراه نیستند یا صرف دارای امراض خفیف باشند، به مشاهده بیشتر نیاز داشته باشند.
- ◀ وزن گیری: در جریان ملاقات های تعقیبی، طفلیکه وزن نمیگیرد یا وزن را می بازد باید بیشتر از نزدیک تعقیب گردد. اگر طفل به نگرفتن وزن دوام بدهد وی به مراقبت داخل بستر نیاز پیدا خواهد کرد

جدول 15: افزار تصمیم گیری برای ملاقات های تعقیبی در جریان تداوی

معیارات	حاضری 2 هفته یی	حاضری 1 هفته یی	به شفاخانه رجعت داده شود
موجودیت اشتها برای RUSF	اشتهای خوب	صرف با تشویق میخورد	اشتها وجود ندارد
حالت کلینیکی	عدم موجودیت امراض یا موجودیت امراض خفیف	امراض که نیاز به تداوی توسط انتی بیوتیک ها دارند	علایم خطر IMCI
وزن گیری	حین تعقیب دیده شود که وزن گرفته است	* وزن ثابت (ساکن) در طی 3 ملاقات یا باختن وزن طی 2 ملاقات	* وزن ثابت (ساکن) در طی 5 ملاقات یا باختن وزن طی 3 ملاقات

* یک طفل که وزن نمیگیرد یا وزن را می بازد باید در منزل توسط کارکن صحتی جامعه یا سوپروایزر صحتی جامعه تعقیب گردد و یک فورمه ملاقات خانگی [ضمیمه 18] باید تکمیل و به مرکز صحتی برگردانده شود.

9) اسناد را تکمیل نمایید

- (a) به مریض یک نمبر ثبت را انتخاب نموده و آنرا در تمام اسناد/راجسترها بنویسید
- (b) برای اطفال مصاب به MAM/SAM کارت تداوی را تکمیل نمایید [ضمیمه 21]
- (c) "کارت جیره" را برای مواظبت کننده تکمیل کنید [ضمیمه 22]
- (d) از مواظبت کننده تقاضا کنید تا راهنمایی ها در مورد ادویه و استفاده از RUSF/RUTF را تکرار نماید
- (e) بررسی کنید که واکسین ها باید تطبیق شده باشند

- f) مطابق به ضرورت به سایر خدمات رجعت صورت گیرد (طور مثال، کلینیک قبل از ولادت، کلینیک توبرکلوز، مشوره دهی IYCF)
- g) به مواظبت کننده بگویند که چی وقت جهت تعقیب مراجعه نماید

مراقبت تعقیبی در مرکز صحتی در جریان تدای

هنگام ملاقات های تعقیبی در مراکز صحتی در جریان تدای باید کارهای ذیل صورت گیرد:

- ◀ MUAC را اندازه نمایید
- ◀ اذیما بررسی گردد
- ◀ وزن را اندازه کنید
- ◀ هرگاه وزن بر قد/طول منحصت معیار جهت شایستگی برای انتخاب قابل استفاده باشد، در آنصورت، قد را اندازه نمایید (هر 4 هفته بعد)
- ◀ یک ارزیابی کلینیکی IMCI را انجام دهید
- ◀ تمام معلومات (اطلاعات) را در کارت تدای درج کنید
- ◀ وزن گیری طفل را ارزیابی نمایید (یا از دست دادن وزن در واقعات اذیمایی)
- ◀ ارزیابی کنید که آیا طفل در حال بهبودی است یا خیر و راجع به اسباب ممکنه تجسس کنید
- ◀ ادویه جات لازم را در برابر امراض تشخیص شده تجویز نمایید
- ◀ از یک CHW/CHS تقاضا کنید ته در صورت ضرورت ملاقات خانگی را انجام دهد
- ◀ ارزیابی نمایید که آیا طفل به معیار رخصت شفایاب شده، رسیده است یا خیر
- ◀ به اساس ارزیابی اگر نیاز باشد مشوره اضافی بدهید
- ◀ معلومات را در کارت تدای به شمول ملاقات های خانگی یا مشوره داده شده، برسانید
- ◀ معلومات را در کارت "جیره" مواظبت کننده گان تکمیل کنید
- ◀ به مواظبت کننده بگویند که چی وقت عرض ملاقات تعقیبی مراجعه نماید

در جریان ارزیابی های تعقیبی طفل توقع می رود تا وزن گیری طفل دیده شود (یا اگر طفل اذیما داشته باشد، اذیما باید کاهش پیدا کند و طفل وزن خود را می بازد)؛ و در نتیجه MUAC بیشتر می گردد. حالت کلینیکی طفل نیز باید بهبود پیدا بکند. بخاطر رهنمایی اهتمامات پیشرفت طفل، "پروتوکول های اقدامات" آنعه اقدامات را توضیح میدارند که در

حالات مختلف باید صورت گیرند. دو اقدام مهم که باید صورت گیرد عبارت از تقاضا برای ملاقات خانگی میباشد که توسط CHS/CHW باید صورت گیرد یا اینکه طفل باید به یک وارد داخل بستر انتقال یابد.

جدول 16: پروتوکول های اقدامات برای اطفال سنین 6 الی 59 ماهه در جریان تداوی MAM/SAM

معیارات	تقاضا جهت ملاقات خانگی توسط CHS/CHW	طفل را به مراقبت داخل بستر رجعت دهید
اذیما	اذیما بعد از 3 ملاقات کاهش نیافته است	اذیما افزایش کسب نموده است
وزن	وزن طی 3 ملاقات ازدیاد نمی یابد از دست دادن وزن طی 2 ملاقات پی در پی	وزن طی 5 ملاقات ازدیاد نمی یابد از دست دادن وزن طی 3 ملاقات پی در پی
حالت کلینیکی	امراض مکرر خفیف	اختلالات طبی
عدم جواب به تداوی		بعد از 3 ماه تداوی به معیار رخصت شفا یافته نرسیده است

مرور هفته وار خدمات مریضان سرپای MAM/SAM برای غیرحاضرین

در اخر هر هفته، پرسونل صحی باید ارزیابی نماید که آیا تمام مریضان مطابق به تقاضا دوباره مراجعه نموده یا خیر. نامهای غیرحاضرین باید در جریان مجلس هفته وار به CHS/CHW داده شوند و از آنها تقاضا صورت گیرد تا طفل را در جامعه تعقیب نماید و برگشت دوباره آنها را جهت تداوی به زودترین فرصت ممکنه یقینی سازند. تعقیب منظم غیرحاضران باید صورت گیرد تا بدینوسیله غایبین را تقلیل دهیم.

سایر کتگوری های واجد شرایط تداوی در برابر MAM/SAM

جدول 17: سایر کتگوری های اطفال سنین 6 الی 59 ماهه واجد شرایط برای تداوی

MAM

<p>* غایبین که دوباره مراجعه نموده اند</p>	<p>طفل/خانم حامله و شیرده که قبلاً از جمله غایبین بوده و دوباره به تداوی برگشت نموده باشند</p>
<p>اطفال منتقل شده از سایر دیپارتمنت های مریضان سرپای MAM**</p>	<p>مریضانیکه از یک مرکز صحتی دیگر انتقال یافته باشند</p>

* یک غایب که دوباره مراجعه میکند باید معیارات پذیرش را پوره کند تا واجد شرایط برای تداوی گردد. اگر یک غایب بعد از یک دوره 6 ماهه دوباره به پروگرام مراجعه میکند، وی باید منحصیث یک واقعه جدید سوء تغذی حاد پذیرفته شود

** مواظبت کننده میتواند از کارت حیره جهت دریافت تداوی از هر مرکز صحتی که دارای دیپارتمنت مریضان سرپا برای MAM باشد، استفاده نماید. طفل باید به حیث رجعت داده ثبت گردد نه به حیث یک واقعه جدید

جدول 18: سایر کتگوری های اطفال سنین 6 الی 59 ماهه واجد شرایط برای تداوی

SAM

<p>سایر پذیرش های جدید</p>	<p>مواظبت کننده باوجود مشوره، مراقبت داخل بستر را رد میکند</p>
<p>غایبین که دوباره مراجعه نموده اند</p>	<p>طفل مصاب به SAM قبلاً غایب بوده و به مراقبت مریضان سرپا دوباره مراجعه نموده است (طفل باید معیارات پذیرش را جهت پذیرش دوباره پوره کند)</p>
<p>انتقال یافته از مراقبت داخل بستر</p>	<p>از مراقبت داخل بستر بعد از تداوی ثبات سازی</p>
<p>اطفال منتقل شده از سایر دیپارتمنت های مریضان سرپای SAM</p>	<p>مریضانیکه از یک تسهیل/خدمات سرپای دیگر انتقال یافته اند</p>
<p>اطفال منتقل شده از تداوی MAM</p>	<p>طفل مصاب به MAM بدتر شده و به SAM تحول میکند</p>

معیارات رخصت نمودن برای اطفال سنین 6- 59 ماهه مصاب به سوء تغذی حاد

رخصت نمودن از تداوی MAM و SAM هر دو از عین معیارات پیروی میکنند که در جدول 19 ذیل ارائه شده اند

یادداشت: قبل از رخصت نمودن مشتریان، به مادران مشوره دهید (به اساس صفحه 32)

جدول 19: معیارات رخصت نمودن برای اطفال سنین 6 الی 59 ماهه از تداوی MAM/SAM

برای طفلیکه توسط MUAC پذیرفته شده باشد یا برای طفلیکه توسط وزن بر قد/طول پذیرفته شده باشد وزن بر قد/طول مساوی به 2Z scores- یا بزرگتر، طی 2 ملاقات متوالی و عدم موجودیت اذیما حد اقل برای 2 هفته و طفل از نظر کلینیکی خوب باشد	شفایاب
در 3 ملاقات متوالی تداوی غیرحاضر باشد	غایب
در جریان دوره تداوی MAM فوت نموده باشد (از هر سبب که باشد)	فوت
بعد از 4 ماه تداوی معیارات رخصت نمودن را پوره نکرده است	شفایاب ناشده
طفل به یک تسهیل تداوی مریضان سراپای دیگر منتقل شده تا عین تداوی را برای MAM/SAM ادامه دهد	منتقل شده به یک تسهیل دیگر مریضان سراپا
طفل به وارد داخل بستر منتقل شده است	انتقال به سرویس داخل بستر

یک معیار دیگر رخصت نمودن نزد اطفال قابل تطبیق است که تداوی MAM را اخذ میدارند. اگر در جریان تداوی آنها بدتر شده باشند و فعلاً به SAM تحول نموده باشند، در آنصورت نزد طفل تداوی سرپای SAM صورت میگیرد. اگر تداوی سرپای SAM قابل دسترس نباشد، در آنصورت طفل به وارد مریضان داخل بستر منتقل میگردد.

جدول 20: سایر معیارات خروجی برای اطفال سنین 6 الی 59 ماهه مصاب به MAM

<p>MUAC کمتر از 11.5 سانتی متر یا وزن بر قد/طول کمتر از -3Z scores یا اذیمای Pitting دو طرفه</p>	<p>انتقال به دیپارتمنت مریضان سرپای SAM</p>
--	---

تعقیب مریضان رخصت شده از تداوی MAM/SAM

یک طفلیکه جهت سوء تغذی حاد تداوی میگردد معمولاً از ترکیب از کمبودات تغذیوی و/یا انتانات رنج میرسد که از فکتورهای مختلف ناشی میشوند [فصل 1 را در مورد اسباب سوء تغذی ببینید]. بخاطر نشو و نمای صحتمند و جلوگیری از عود، به مراقبت تعقیبی همیشه نیاز میباشد. با در نظر داشت خدمات موجود در محل، رجعت دهی طفل/خانواده به یکی یا بیشتر از خدمات ذیل باید مدنظر باشد:

- ◀ مشوره دهی جاری IYCF/تغذی
- ◀ رجعت دهی به متنوع سازی تولیدات مواد غذایی محلی و نمایش آن
- ◀ شمولیت در پروگرام نظارت نشو و نما
- ◀ رجعت دهی به کلینیک طفل صحتمند
- ◀ رجعت دهی به سایر پروگرام های خدمات اجتماعی مرتبط

راپوردهی

پذیرش و رخصت نمودن از تداوی MAM و SAM به شکل جداگانه راپور داده میشود. فارمت های (نمونه های) راپورهای ماهوار در **ضمایم 24 و 25** به نوبت ذکر شده اند. نتایج رخصت نمودن MAM/SAM بطور ماهوار محاسبه شده و همراه با راپور ارائه

میگردند. نتایج رخصت نمودن ماهوار در فارمت های الکترونیکی به شکل اتوماتیک (خودبخود) محاسبه میگردند.

خط قاعدوی معادله نتایج رخصت نمودن عبارت از تعداد مجموعی رخصت شده گان از تداوی میباشد.

رخصت شده گان مجموعی MAM = شفایاب شده گان + فوت شده گان + غایبین + شفایاب ناشده + انتقال به دیپارتمنت سراپای SAM
 رخصت شده گان مجموعی SAM = شفایاب شده + فوت شده گان + غایبین + شفایاب ناشده

جدول 21: محاسبه نتایج رخصت شده گان مصاب به MAM/SAM

فیسدی رخصت شده گان شفایاب شده	= <u>تعداد اطفال شفایاب شده در همان ماه x 100</u> تعداد مجموعی رخصت شده گان از تداوی سراپا در همان ماه
فیسدی رخصت شده گان فوت شده	= <u>تعداد اطفال فوت شده در همان ماه x 100</u> تعداد مجموعی رخصت شده گان از تداوی سراپا در همان ماه
فیسدی رخصت شده گان غایب	= <u>تعداد اطفال غایب در همان ماه x 100</u> تعداد مجموعی رخصت شده گان از تداوی سراپا در همان ماه
حد اوسط طول ماندن	= <u>تعداد مجموعی روزهای تداوی برای تمام واقعات رخصت شده گان شفایاب شده</u> تعداد مجموعی واقعات رخصت شده گان شفایاب شده

حد متوسط وزن گیری

حد متوسط وزن گیری (AWG) برای اطفال مصاب به ضایعات و اذیما بطور جداگانه محاسبه میگردد. اسناد اطفال رخصت شده به شکل شفا یافته در هر ماه، با تفکیک ضایعات و اذیما از هم جدا گردیده و حد متوسط وزن گیری طور ذیل محاسبه میگردد.

برای واقعات که با ضایعات پذیرفته شده باشند

نخست وزن گیری را برای هر طفل رخصت شده شفایاب محاسبه کنید

وزن گیری = (وزن هنگام رخصت به گرام - وزن هنگام پذیرش به گرام) / وزن هنگام پذیرش به کیلوگرام

طول ماندن (به روز)

وزن گیری در این محاسبه توسط گرام/ کیلوگرام/ روز نشان داده میشود

وزن گیری متوسط = وزن گیری مجموعی تمام اطفال با ضایعات که شفایاب رخصت شده (توسط گرام / کیلوگرام / روز نشان داده میشود)

تعداد تمام اطفال با ضایعات که شفایاب رخصت شده اند

برای واقعات که با اذیما پذیرفته شده باشند

وزن گیری واقعات اذیمایی از زمان رشف کامل اذیما الی رخصت نمودن محاسبه میگردد.

وزن گیری = (وزن هنگام رخصت به گرام - وزن اصغری به گرام) / وزن اصغری به کیلوگرام (به گرام / کیلوگرام / روز)

زمان از وزن اصغری الی رخصت شفا یافته (به روز)

وزن گیری متوسط = وزن گیری مجموعی تمام اطفال اذیمایی رخصت شده شفا یافته (به گرام / کیلوگرام / روز)

تعداد مجموعی اطفال اذیمایی رخصت شده شفا یافته

معیارات خدمات

معیارات خدمات MAM و SAM را میتوان از طریق شاخص های محاسبه شده فوق جهت راپوردهی ماهوار، ارزیابی نمود. معیارهای هر شاخص در جداول 22 و 23 ذیل ارائه گردیده اند.

جدول 22: معیارات خدمات برای خدمات تداوی سرپای MAM

معیار وزارت صحت عامه	شاخص
بیشتر از 75%	شفایاب
کمتر از 15%	غایب
کمتر از 3%	فوت
45 روز	حد اوسط طول ماندن
بیشتر از 5 گرم / کیلوگرام / روز	وزن گیری متوسط

جدول 23: معیارات خدمات برای خدمات تداوی سرپای SAM

معیار وزارت صحت عامه	شاخص
بیشتر از 75%	شفایاب
کمتر از 15%	غایب
کمتر از 10%	فوت
45 روز	حد اوسط طول ماندن
بیشتر از 5 گرم / کیلوگرام / روز	وزن گیری متوسط

در جاهای که معیارات خدمات با معیارات ارائه شده در جداول 15 و 16 فوق مطابقت نداشته باشند، یک راپور مشرح باید علل تفاوت ها و اقدامات گرفته شده جهت مخاطب قرار دادن مشکلات را توضیح نماید.

نظارت و سوپرویزن حمایتی

چک لست های اجراءات بخاطر استفاده در ملاقات های نظارتی به شکل ضمایم در اخر این فصل وجود دارند. ملاقات های نظارتی باید در هر 3 ماه یکمرتبه صورت گیرند. یک کاپی از راپور نظارتی باید به آفیسر ولایتی تغذی و دیپارتمنت تغذی عامه به سطح ملی ارائه گردد.

وقتیکه ارزیابی های سطح پوشش وجود داشته باشند، در آنصورت موثریت خدمات میتواند مطابق به معادله (رابطه) ذیل ارزیابی گردد:

$$\text{موثریت} = \text{میزان شفافایی} \times \text{سطح پوشش}^*$$

* سطح پوشش باید با استفاده از یک میتودولوژی قبول شده ارزیابی گردد. محاسبات غیر مستقیم سطح پوشش که از تخمین های تعداد متوقع واقعات سرچشمه میگیرند به منظور ارزیابی قابل قبول نمیباشد.

(پشت کارت تداوی)

REG. No. نمبر راجسٹر													Name اسم																								
Week هفته													Date تاریخ																								
17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0		
محاسبات یا اندازه گیری																																					
																	Weight(kg)	کلو گرام																			
																	Weight change*	تغییرات (+/0/-) وزن																			
																	Height(cm)	قد به سانتی متر																			
																	Z Score	ورث به WHM یا Z (Score)																			
																	MUAC(cm)	به سانتی متر																			
																	Oedema	اَدِمَا (+, ++, +++)																			
																	Diarrhoea (#days)	دفعات اسهال در روز																			
																	Vomiting (# days)	دفعات استفراغ در روز																			
																	Fever (# days)	دفعات تب در روز																			
																	Cough (# days)	دفعات سرفه در روز																			
معاینات فیزیکی																																					
																	Temperature (0C)	درجه حرارت																			
																	Respiratory Rate (# / min)	تعداد تنفسی																			
																	Dehydrated (Y/N)	دیده‌اندیشش ملی/بخیر																			
																	Anaemia (Y/N)	کم خونی ملی/بخیر																			
																	Skin Infection (Y/N)	آسیابان جلذگی ملی/بخیر																			
																	Number of packets RUSF / RUTF																				
																	** OUTCOME	نتیجه (A/D/T/R/X/C/NR)																			
																	Name of Examiner	اسم معاینه کننده																			
<p>R = رجعت دادن به بستر T = transfer to inpatient (در سه ورثت متوالی معاینات دانشی) D = defaulter (3 consecutive absences) A = absent (عدم حاضر) ** A = absent (عدم حاضر) R = رجعت دادن به بستر T = transfer to inpatient (در سه ورثت متوالی معاینات دانشی) D = defaulter (3 consecutive absences) A = absent (عدم حاضر) ** A = absent (عدم حاضر)</p> <p>C = Cured شفایافته NR = nonrecovered نگرفته X = died فوت Refused inpatient care قبول نکردن تداوی داخل بستر</p>																																					

ضمیمه 23: کارت رجعت دهی به/از وارد داخل بستر SAM

اسم: _____ سن: _____ جنس: _____ شماره ثبت: _____

ادرس: _____ تاریخ پذیرش به OPD-SAM: _____

MUAC: _____ اذیما (حلقه نمایید) +3 +2 +1 WH Z score (اگر استفاده می‌گردد) _____

منتقل شده از: _____ (نام مرکز صحتی/OPD-SAM)

منتقل شده به: _____ (نام شفاخانه)

تاریخ انتقال: _____ سبب (حلقه گردد): عدم موجودیت اشتها، اختلالات طبی و غیره:

تداوی که صورت گرفته:

اسم: _____ سن: _____ جنس: _____ شماره ثبت: _____

ادرس: _____ تاریخ پذیرش به OPD-SAM: _____

MUAC: _____ اذیما (حلقه نمایید) +3 +2 +1 WH Z score (اگر استفاده می‌گردد) _____

منتقل شده از: _____ (نام مرکز صحتی/OPD-SAM)

منتقل شده به: _____ (نام شفاخانه)

تاریخ انتقال: _____ سبب (حلقه گردد): عدم موجودیت اشتها، اختلالات طبی و غیره:

تداوی که صورت گرفته:

ضمیمه 24: فارمت (نمونه) راپوردهی تداوی سراپای MAM برای اطفال 6- 59 ماهه و خانمهای حامله و شیرده

Province	
District	
Implementing Agency	
Type of program	



Ministry of Public Health
General Directorate of Preventive Medicine
Public Nutrition Department
Management of Moderate Acute Malnutrition Programme
Monthly Statistics Report Format

HF Name	
Health Facility Code	
Report prepared by	
Month/Year	

Age Group	Total at the beginning of the month (A)	New Admissions						Refers in	Total Admissions	Exits					Total at the end of the month (D)	
		W/H < -2 SD -3.2 score	MUAC >115 < 125mm	MUAC < 23cm	Male	Female	Total			Cured	Deaths	Defaulters	Refers Out	Non-Cured		Total Exits (C)
Children 6-23 M							0		0						0	0
Children 24-59 M							0		0						0	0
Pregnant women							0		0						0	0
Lactating women							0		0						0	0
GRAND TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rate									#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!				0
SPHERE and CMAM standards										+75%	-3%	-15%				

$$D = (A + B) - C$$

Average length of Stay (ALS) and Average weight gain (AWG) - only for Children Under 5	
ALS	
AWG	

Food stock report and balance						
Food Item	Opening Balance	Quantity Received	Quantity Distributed	Closing Balance	Expected # of patients	Quantity Needed
Wheat/Flour (kg)						
Oil (kg)						
Reduced salt (kg)						
Pulses (kg)						
MST (kg)						
RUSF (kg)						
Formalin (ect)						

Weight gain = (Discharge weight in g - Minimum weight in g)/(minimum weight in Kgs x number of days between minimum weight and day of discharge)

A.W.G = Sum of weight gains (g/kg/d)/ Number of curds in the group (SFP cards)

A.L.S = Sum of length of stay (in days) / number of curds in the group (SFP cards)

ضمیمہ 25: فارمت (نمونہ) راپوردهی سوء تغذی حاد شدید

Province	
District	
Implementing Agency	
Type of program	



Ministry of Public Health
General Directorate of Preventive Medicine
Public Nutrition Department
Management of Severe Acute Malnutrition Programme
Monthly Statistics Report Format

HF Name	
Health Facility Code	
Report prepared by	
Month/Year	

Age Group	Total at the beginning of month(A)	New Admission						Refer In				Total Refer In	Total Admission x (B)	Exits						Total at end of month(D)
		Oedema	WH <-2 Z Score	MUAC <115 mm	Male	Female	Total	From SOTP	From SFP	Return Default	Cured			Death	Defaulters	Refer Out	Non Cured	Total Exits(C)		
< 6 Month							0					0	0						0	0
6-23 Months							0					0	0						0	0
24-59 Months							0					0	0						0	0
Grand Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cured, Death, Default, Non Cured and Transfer Rates												#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!				
Standard (Sphere)												IP >80%	<5%	<15%						
												OTP >75%	<10%	<15%						
												D=(A+B)-C								

Average Weight Gain (AWG)	Kwashiorkor (Oedema)	
	Marasmus(WH and MUAC)	
Average Length of Stay (ALS)	Kwashiorkor (Oedema)	
	Marasmus(WH and MUAC)	

Supply stock report and balance						
Item	Opening Balance	Quantity Received	Quantity Used	Closing Balance	Expected # of patient	Quantity Needed
F100(sachet)						
F75(sachet)						
RLT F100c						
Recessmed(c)						
CNTV(ccam)						
F100cc						

A.L.S = sum of length of stay (in days) / number of curds in the group.

Weight Gain = (discharge weight in g - minimum weight in g) / (minimum weight in kg x number of days between date of minimum weight and discharge day)

A.W.G = sum of weight gains(g/kg/d)/number of curds in the group

ضمیمه 26: چک لیست عملکرد برای دیپارتمنت سرپای MAM



وزارت صحت عامه
ریاست عمومی طب و قیایوی
دیپارتمنت تغذی عامه

چک لیست نظارتی برای دیپارتمنت سرپای MAM

مشخصات			
س 1	تاریخ: سال () / ماه () / روز ()		
س 2	موقعیت: ولایت () // ولسوالی ()		
س 3	نوع مرکز صحتی: 1. PH، 2. DH، 3. CHC، 4. BHC، 5. SHC، 6. وغیره () (نمبر (ID) مرکز صحتی: نام:		
شماره	سوالات	جوابات	ملاحظات
شاخص های ورودی			
س 4	آیا تعداد مناسب پرسونل برای OPD-MAM وجود دارد؟	1. نه خیر 2. بلی	0 داکتر، 1 نرس، 1 توزیع کننده مواد غذایی
س 5	آیا مرکز صحتی دارای پرسونل که آموزش ابتدایی و ریفریشر (هر 3-6 ماه) را گرفته باشد میباشند؟	1. نه خیر 2. بلی، ولی بدون سرتفیکیت 3. بلی، با سرتفیکیت	آموزش یک هفته یی مطابق به رهنمود وزارت صحت عامه
س 6	آیا پرسونل لویایح واضح وظایف دارند؟	1. نه خیر 2. بلی	
س 7	آیا کتاب راجستر مرکز به شکل درست و منظم نگهداری میشود؟	1. نه خیر 2. بلی	
س 8	آیا پرسونل مرکز صحتی ارقام را مرور نموده و در مجالس هفته وار و ماهوار اقدامات را عملی مینمایند؟	1. نه خیر 2. بلی	
س 9	آیا برای پرسونل، مستفیدین و مواظبت کننده گان آب وجود دارد؟	1. نه خیر 2. بلی	
س 10	آیا جهت دست شستن صابون و آب قابل دسترس میباشند؟	1. نه خیر 2. بلی	
س 11	آیا اطاق های مرکز تغذی متمم (SFC) و محوطه آن پاک میباشند (بدون کاغذهای باطله و	1. نه خیر 2. بلی	

		مواد غایبه؟	
س12	آیا بیت الخلاها پاک و تعداد آن مطابق تقاضا میباشد؟	1. نه خیر 2. بلی	
س13	آیا جای و لوازم کافی جهت تهیه موثر غذا وجود دارند (به شمول پاک کاری نمودن)؟	1. نه خیر 2. بلی	
س14	آیا تاقچه ها و کف اطاق عاری از مواد غذایی، کاغذهای باطله/فضولات میباشد؟	1. نه خیر 2. بلی	
س15	آیا وسایل اندازه گیری دقیق هستند و روزمره چک میگردند؟	1. نه خیر 2. بلی	
س16	آیا وسایل/ ظروف شسته شده و بطریقه مناسب خشک و در جای پاک و تاریک نگهداری میگردند؟	1. نه خیر 2. بلی	
پروسه			
س17	آیا وزن و قد به شکل درست اندازه میگردد؟	1. نه خیر 2. بلی	
س18	آیا شاخص انتروپومتریک به گونه صحیح محاسبه میگردد و حالت تغذی بصورت درست ارزیابی میگردد؟	1. نه خیر 2. بلی	
س19	آیا معیارات پذیرش و رخصت به شکل درست تطبیق میگردند؟	1. نه خیر 2. بلی	
س20	آیا هنگام پذیرش ادویه جات و پروسیجرهای روتین (معاینات کلینیکی، ویتامین A، واکسین سرخکان، فیرس سلفیت، فولیک اسید و میبیندازول) تجویز میگردند؟	1. نه خیر 2. بلی	
س21	آیا اندازه جیره مطابق به پروتوکول های وزارت صحت عامه میباشد (کیفیت و کمیت مواد مغذی)؟	1. نه خیر 2. بلی	
س22	آیا اجناس مصرفی غذایی در جای پاک و مهار شده نگهداری میگردند؟	1. نه خیر 2. بلی	
نتیجه			
س23	آیا جیره توزیع شده مناسب و مطابق به اندازه جیره و به تعداد مستفیدین ماهوار میباشد؟	1. نه خیر 2. بلی	
س24	آیا افراد جامعه با اهداف/مقاصد/ طرح -OPD- MAM موافق هستند؟	1. نه خیر 2. بلی	

نظریات:

* اگر تکمیل نشده باشد، در آنصورت فقره را که موجود نیست حلقه نمایید.
این چک لست توسط سوپروایزر/ نظارت کننده خانه پری گردید: اسم/ امضاء:

وظیفه:

و توسط آمر مرکز صحتی تایید یا تصدیق گردید: اسم/ امضاء

وظیفه:

ضمیمه 27: چک لیست عملکرد برای SAM



وزارت صحت عامه
ریاست عمومی طب و قایوی
دیپارتمنت تغذی عامه

چک لیست نظارتی برای دیپارتمنت سرپای سوء تغذی حاد شدید

مشخصات			
س 1	تاریخ: سال () / ماه () / روز ()		
س 2	موقعیت: ولایت () // ولسوالی ()		
س 3	نوع مرکز صحتی: 1. PH، 2. DH، 3. CHC، 4. BHC، 5. SHC، 6. وغیره () (نمبر (ID) مرکز صحتی:		
شماره	سوالات	جوابات	نظریات
شاخص های ورودی			
س 4	آیا تعداد مناسب پرسونل برای OPD-SAM وجود دارد؟	1. نه خیر 2. بلی	0 داکتر، 1 نرس، 1 توزیع کننده مواد غذایی
س 5	آیا مرکز صحتی دارای پرسونل که راجع به سوء تغذی حاد شدید آموزش دیده باشد، است؟	4. نه خیر 5. بلی، ولی بدون سرتیفیکیت 6. بلی، با سرتیفیکیت	آموزش یک هفته بی مطابق به رهنمود وزارت صحت عامه
س 6	آیا حد اقل یک کاپی قابل دسترس از رهنمود وزارت صحت عامه در مورد اتمامات سوء تغذی حاد شدید موجود است؟	1. نه خیر 2. بلی	
س 7	آیا مواد IEC (پوسترها، رساله های کوچک معلوماتی برای خانواده ها، فلیپ چارتهای) در مورد اتمامات سوء تغذی شدید که در مرکز صحتی قابل دستر باشند، وجود دارند؟	1. نه خیر 2. بلی، مناسب/کافی نیستند 3. بلی، مناسب/کافی هستند	مناسب: قابل دید، قابل خواندن، کافی: بسنده برای توزیع
س 8	آیا تعداد کافی فورمه ها و نمونه های لازم برای OPD-SAM وجود دارند؟	1. نه خیر 2. بلی، کافی/مکمل نیستند 3. بلی، کافی/مکمل هستند	کارتهای تداوی در خانه، کارتهای تعقیبی، کتاب راجستر، جدول وزن بر سن (z- score)
س 9	آیا فلوجارت رهنمود عملیاتی قابل دید روی	1. نه خیر	مناسب: قابل دید

دیوار وجود دارد؟	2. بلی، ولی مناسب نیست 3. بلی مناسب است	و قابل خواندن
10س آیا مرکز وسایل کافی دارد؟	1. نه خیر 2. بلی، کافی/مکمل نیستند* 3. بلی، کافی/مکمل هستند	ترازوی اطفال، تخته اندازه گیری، ترازوی سالتر، فیته MUAC
11س آیا مطابق به واقعات ماهوار در مرکز صحتی وسایل کافی برای اهتمامات سوء تغذی شدید وجود دارند؟	1. نه خیر 2. بلی، کافی/مکمل نیستند 3. بلی، کافی/مکمل هستند	پلمپینت
12س آیا ادویه جات کافی وجود دارند تا ذریعه آن سوء تغذی شدید را مطابق به واقعات ماهوار تداوی نمود؟	1. نه خیر 2. بلی، کافی/مکمل نیستند 3. بلی، کافی/مکمل هستند	انٹی بیوتیک ها و سایر ادویه جات لازمه
پروسه		
13س آیا معیارات پذیرش و رخصت به شکل درست مطابق به پروتوکول تطبیق میگردند؟	1. نه خیر 2. در حصه پذیرش بلی، ولی در حصه رخصت نه خیر، 3. در حصه رخصت بلی، ولی در حصه پذیر نه خیر 4. در حصه پذیرش و رخصت بلی	
14س آیا تمام مشوره دهنده گان دارای سرتیفیکیت وزارت صحت عامه هستند؟	1. نه خیر 2. بلی، کافی نیستند 3. بلی کافی هستند	
15س آیا داکتر:		
a با مادر خوب مصاحبه میکند؟	1. نه خیر 2. بلی	
b معاینات مکمل کلینیکی را انجام میدهد؟	1. نه خیر 2. بلی	
c نسخه مکمل تغذی را مینویسد؟	1. نه خیر 2. بلی	
d اشتهای طفل را به شکل درست ارزیابی	1. نه خیر	

		میکنند؟	
e	مشوره میدهد؟	2. بلی 1. نه خیر	
16س	آیا درجه حرارت اطاق ها برای اطفال سوء تغذی مناسب میباشد؟	1. نه خیر 2. بلی	27 - 30 درجه سانتی گرید
17س	آیا وزن و طول اطفال به شکل درست اندازه و تعبیر میگردد؟	1. نه خیر 2. بلی	مطابق به جدول z-score
18س	آیا پرسونل توان شستن دستها را توسط آب و صابون دارد؟	1. نه خیر 2. بلی	
19س	آیا مادران توان شستن دستها را توسط آب و صابون دارند؟	1. نه خیر 2. بلی	
20س	آیا اطفال به شکل درست به IPD-SAM فرستاده میشوند؟	1. نه خیر 2. بلی	
نتیجه			
21س	راجستر را به منظور ذیل چک کنید:		
a	حد اوسط تعداد پذیرش ها/در روز		
b	راجستر درست مشتریان مطابق به فورمه معیاری	1. نه خیر 2. بلی، ولی نه به شکل مناسب 3. بلی، به شکل مناسب	مناسب: خانه پری واضح تمام بخش های ضروری
c	میزان شفایابی:		
d	میزان غایبین:		
22س	آیا سیستم ثبت (فایلینگ) اطفال به شکل درست تکمیل میگردد؟	1. نه خیر 2. بلی	

نظریات:

* اگر تکمیل نشده باشد، در آنصورت فقره را که موجود نیست حلقه نمایید.
این چک لست توسط سوپروایزر/ نظارت کننده خانه پری گردید: اسم/ امضاء:

وظیفه:

و توسط آمر مرکز صحی تایید یا تصدیق گردید: اسم/ امضاء:

وظیفه:

فصل 5: تداوی سرپای سوء تغذی حاد نزد خانمهای حامله و شیرده

این فصل دارای بخش های ذیل میباشد:

- ❖ سیر تداوی
- ❖ ارزیابی و تداوی
- ❖ راپوردهی
- ❖ نظارت و سوپرویزن حمایتی

سوء تغذی حاد در خانمهای حامله سبب وزن کم زمان تولد اطفال نوزاد میگردد. این به نوبه خود سبب خطر بلند وفيات نزد اطفال شیرخوار میگردد. هدف از تداوی خانمهای حامله و شیرده (PLW) که سوء تغذی حاد دارند این است تا برای آنها تغذی خوب در جریان انکشاف جنین و در 6 ماه اول حیات طفل شیرخوار، هنگامیکه مادر طفل شیرخوار را توسط شیر ثدیبه تغذی میکند مهیا گردد. جیره متمم از طریق دیپارتمنت سرپای MAM (OPD-MAM⁹) در مرکز صحی توزیع میگردد. خانمهای حامله که قبل از حمل وزن نورمال داشته نیاز به انرژی اضافی میداشته باشند:

85 کیلوکالوری / روز	تراپیستر 1
285 کیلوکالوری / روز	تراپیستر 2
475 کیلوکالوری / روز	تراپیستر 3

برای خانمهای شیرده ضروریات انرژی اضافی در 6 ماه اول قرار ذیل میباشد:

500 کیلوکالوری / روز	خوب تغذی شده
675 کیلوکالوری / روز	خوب تغذی نشده

مأخذ: FAO / WHO 2004

⁹ اصطلاح T-SFP در این رهنمود به OPD-MAM تغیر شکل یافته است.

سیر تداوی

مادرانیکه به حیث حامله مشخص شده یا اطفال شیرخوار کمتر از 6 ماه را توسط شیر ثدیه تغذیه میکنند باید به شکل منظم در مرکز صحتی کلینیک قبلا از ولادت، کلینیک صحت طفل و مادر (MCH) یا OPD سکریننگ گردند. سکریننگ به سطح جامعه باید توسط کارکن صحتی جامعه در هر تماس معلوم با خانم حامله و شیرده صورت گیرد. هر خانم حامله و شیرده که MUAC کمتر از 23 سانتی متر داشته باشد باید به OPD-MAM رجعت داده شود.

ارزیابی

خانم حامله و شیرده باید مطابق به پروتوکول های نورمال کلینیکی ارزیابی گردد. بر علاوه آن باید مادر همچنان از طریق خدمات قابلیتگی، مادر و طفل، و کلینیک های طفل صحتمند ارزیابی و تعقیب گردد. در هر کلینیک باید حالت تغذی مادر در جریان حاملگی و بعد از ولادت ارزیابی گردد. بر علاوه بررسی های روتین قبل و بعد از ولادت خانمهای حامله و شیرده، کارهای ذیل را نیز انجام دهید:

- ◀ MUAC را بررسی نمایید
- ◀ اگر MUAC کمتر از 23 سانتی متر باشد، در آنصورت خانم حامله و شیرده را در OPD-MAM شامل سازید
- ◀ وزن را بررسی کنید (نزد خانمهای حامله)
- ◀ نتیجه ارزیابی را در اسناد کلینیک ثبت کنید
- ◀ جیره داده شده را در کارت جیره مادر ثبت کنید
- ◀ خانم را به خدمات کلینیکی قابلیتگی یا بعد از ولادت رجعت دهید (اگر این کار از قبل صورت نگرفته باشد)
- ◀ خانم را جهت مشوره دهی IYCF بفرستید
- ◀ یقینی سازید که شماره ثبت مادر باید در تمام اسناد مادر ذکر گردیده باشد

معیارات واجد شرایط بودن

معیارات واجد شرایط بودن جهت تداوی خانمهای حامله و شیرده مصاب به سوء تغذی حاد در جدول ذیل ذکر گردیده اند.

جدول 24: معیارات واجد شرایط بودن خانمهای حامله و شیرده مصاب به سوء تغذی حاد

معیار	پذیرش جدید
MUAC کمتر از 23 سانتی متر	خانم حامله < بعد از ترایمستر دوم
	خانمهای شیرده < طفل شیرخوار کمتر از 6 ماه که با شیر ثدیه تغذی میگردد

سایر کتگوری های خانمهای حامله و شیرده واجد شرایط جهت تداوی در جدول 25 ذیل ذکر گردیده اند.

جدول 25: سایر کتگوری های خانمهای حامله و شیرده واجد شرایط جهت تداوی سوء تغذی حاد

خانم حامله و شیرده قبلاً غایب گردیده بود و دوباره جهت تداوی برگشت نموده است	غایب برگشت نموده*
خانم حامله و شیرده تحت تداوی از یک مرکز صحی دیگر منتقل شده است	انتقال یافته از سایر مراکز صحی

* یک خانم حامله و شیرده که غایب گردیده باشد میتواند قبل از آنکه طفل شیرخوار اش به سن 6 ماهگی برسد، هر وقت مراجعه نماید

ادویه جات روتین (معمول) برای خانمهای حامله و شیرده مصاب به سوء تغذی حاد:

ادویه جات روتین برای خانمهای حامله و شیرده در جدول 26 ذیل ذکر گردیده اند.

جدول 26: ادویه جات روتین برای خانمهای حامله و شیرده مصاب به سوء تغذی حاد

ادویه	مقدار	تجویز
تابلیت مایکرونیوترینت های متعدد	یک تابلیت	روزانه الی رخصت نمودن

سایر ادویه جات باید مطابق به پروتوکول های ملی داده شوند. در مدت زمانیکه تابلیت های مایکرونیوترینت های متعدد (MNT) داده میشود، در آن زمان به دادن ویتامین A متمم، آیرن فولیت یا سایر تابلیت های مایکرونیوترینت نیاز نمیشد.

تداوی تغذیوی برای خانمهای حامله و شیرده مصاب به سوء تغذیه حاد

جیره متمم به شکل خشک به خانم داده شده تا آنرا به خانه خود ببرد. جدول 27 ذیل نشاندهنده مقدار جیره مناسب برای خانمهای حامله و شیرده و طفل مصاب به MAM میباشد.

جدول 27: مقدار جیره (خوراک) وصفی برای خانم حامله و شیرده و طفل مصاب به سوء تغذی حاد

جیره یک خانم حامله و شیرده مصاب به سوء تغذی حاد		
جیره روزمره انفرادی (به گرام)		
کیلوکالوری	مقدار	مواد غذایی
1,212	333	آرد غنی شده گندم
228	67	حبوبات
239	27	روغن مایع نباتی غنی شده
0	3	نمک آیودین دار

0	0.5	تابلیت مایکرونیوترینت های متعدد
1,680	430.5	مجموع

جیره اطفال مصاب به سوء تغذی حاد متوسط		
جیره روزمره انفرادی (به گرام)		
کیلوکالوری	مقدار	مواد غذایی
500	92	پلمپی-سپ

مراقبت تعقیبی خانمهای حامله و شیرده مصاب به سوء تغذی حاد

خانمهای حامله و شیرده باید به شکل ماهوار جهت بررسی و اخذ جیره های OPD-MAM و تابلیت های مایکرونیوترینت های متعدد به مرکز صحتی مراجعه نمایند در جریان هر ملاقات:

- ◀ MUAC را بررسی نمایید
- ◀ وزن را بررسی کنید (نزد خانمهای حامله)
- ◀ نتیجه ارزیابی را در اسناد کلینیک ثبت کنید
- ◀ جیره داده شده را در کارت جیره مادر ثبت کنید
- ◀ شماره ثبت مادر را در تمام اسناد مادر ذکر کنید
- ◀ مشوره دهی را به منظور مراقبت قبل و بعد از ولادت و IYCF یقینی سازید

معیارات رخصت نمودن برای خانمهای حامله و شیرده مصاب به سوء تغذی حاد

جدول 28: معیارات رخصت نمودن نزد خانمهای حامله و شیرده مصاب به سوء تغذی حاد

معیار	کتگوری
طفل شیرخوار که با شیر مادر تغذیه میگردد به سن 6 ماهگی برسد	شفایاب*
در طی 2 ملاقات مسلسل غیرحاضر باشد	غایب

فوت	در مدت زمان که در OPD-MAM ثبت است فوت نموده باشد
انتقال به یک مرکز صحتی دیگر	خانم حامله جهت مراقبت به یک مرکز صحتی دیگر انتقال می‌گردد

* "شفایاب" نزد خانمهای حامله و شیرده یک کتگوری راپوردهی میباشد و به "شفایافته" از سوء تغذی حاد ارتباط ندارد. خانم حامله و شیرده ثبت میشود و به اخذ جیره های OPD-MAM / تابلیت های میکرونیوترینت های متعدد الی زمانیکه طفل به 6 ماهگی میرسد، ادامه میدهد.

راپوردهی

راپور ماهوار خانمهای حامله و شیرده پذیرفته شده و رخصت شده در فارمت راپوردهی ماهوار اطفال سنین 6 الی 59 ماهه شامل میباشد [ضمیمه 24 دیده شود]. طول ماندن (LOS) واحد متوسط وزن گیری (AWG) در مورد خانمهای حامله و شیرده راپور داده نمیشود.

نظارت و سوپرویزن حمایتی

چک لست اجراءات OPD-MAM برای خانمهای حامله و شیرده شامل چک لست اجراءات اطفال سنین 6 الی 59 ماهه میباشد [ضمیمه 26]

ضمیمه 28: کارت تداوی خانمهای حامله و شیرده مصاب به سوء تغذی حاد
 کارت انفرادی خانم حامله و شیرده مصاب به سوء تغذی حاد (طرف جلو)

شماره ثبت	
کارت تداوی سرپایا خانم حامله / شیرده ریاست عمومی طب وقایوی دیپارتمنت تغذی عامه	
	
مشخصات OPD-MAM	
ولایت:	نمابندگی:
ولسوالی:	کلینیک/مرکز:
قریه: (جیوکود)	<input type="radio"/> حامله <input type="radio"/> شیرده
گروه مورد هدف (نشانی گردد)	
مشخصات فرد مستفید شونده	
اسم	
اسم شوهر	
آدرس	
MUAC (به سانتی متر)	سن خانم (به سال)
سبب پذیرش	
نشانی گردد: <input type="radio"/> پذیرش جدید، <input type="radio"/> غایب مراجعه کرده، <input type="radio"/> انتقال داده شده است	
تابلیت مایکرونیوترینت های متعدد	

شماره	تاریخ	MUAC (به سانتی متر)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

فصل 6: تداوی داخل بستر سوء تغذی حاد شدید (SAM)

این فصل دارای بخش های ذیل میباشد:

- ❖ سیر تداوی
- ❖ سنتزدها و اجد شرایط بودن به تداوی داخل بستر SAM
- ❖ شناخت و تداوی عاجل اختلالات طبی
- ❖ اهتمامات داخل بستر اطفال سنین 6 الی 59 ماهه مصاب به SAM
 - فاز اول مراقبت اطفال سنین 6 الی 59 ماهه
 - فاز انتقالی مراقبت اطفال سنین 6 الی 59 ماهه
 - فاز دوم مراقبت اطفال سنین 6 الی 59 ماهه

تداوی داخل بستر SAM (¹IPD-SAM) نزد اطفال کمتر از 5 سال مصاب به SAM صورت میگیرد که یا در جاهای زندگی میکنند که در آنجا تسهیلات دیپارتمنت مریضان سراپای SAM وجود نداشته باشد، یا در حالاتی که اطفال مصاب به SAM دارای علایم خطر IMCI یا سایر اختلالات بوده و قبل از ادامه شفایابی در محل تداوی سراپای SAM به ثبات نیاز داشته باشند. این چنین مریضان بسیار ضعیف بوده و اکثراً با یک عدم تعادل تهدید کننده حیات الکتروولیت ها همراه میباشند. آنها همیشه اعراض وصفی یک مرض را از خود نشان نمیدهند (مثلاً تب، نبض سریع یا تنفس سریع). مشکل خواهد بود تا در این چنین مریضان دیهایدریشن یا کمخونی را تشخیص نمود، به هر حال، قابل اهمیت است تا این کار به بسیار دقت صورت گیرد زیرا تشخیص غلط، خطر وفیات را بلند میبرد.

پروسه تداوی با یک فاز ثبات آغاز میگردد؛ پیشرفت هر طفل به فاز بعدی مراقبت، مربوط به حالت انفرادی یک طفل میشود.

تداوی SAM در سرویس مریضان داخل بستر 2 گزینه را در اختیار ما قرار میدهد:

1. تداوی در سرویس مریضان داخل بستر الی شفایابی کامل
2. ثبات سازی که با رجعت دهی به مراقبت سراپا تعقیب میگردد

گزینه 1 تنها در جاهای قابل تطبیق میباشد که در آنجا گزینه های تداوی سراپا به تعقیب ثبات سازی وجود نداشته باشند. گزینه 2 تنها به اساس محل که در آنجا مراقبت سراپا صورت میگیرد متفاوت بوده میتواند؛ پروتوکول های تداوی داخل بستر در فاز ثبات عین پروتوکول ها میباشد.

هر وقتیکه ممکن گردد، اطفال مصاب به SAM باید به تعقیب فاز ثبات جهت ادامه شفایابی به شکل مریضان سراپا به تداوی سراپا فرستاده شوند. مطالعات حیاتیات بهتر اطفال مصاب به SAM را در مراقبت سراپا نسبت به تکمیل نمودن تداوی به شکل داخل بستر¹⁰، نشان داده است. اگر در نزدیکی محل زیست طفل هیچ خدمات تداوی سراپا وجود نداشته باشند، در آنصورت تداوی عرضه شده از طریق شفاخانه باید مدنظر باشد.

مراقبت که در بخش ذیل توضیح گردیده استوار به 10 قدمه سازمان صحتی جهان بوده (شکل 11 را در ذیل ببینید) که نشاندهنده ثبات سازی و احیاء مجدد اطفال مصاب به SAM در سرویس مریضان داخل بستر میباشد.

طول "ثبات سازی" مربوط به حالت انفرادی هر طفل میگردد. از نظر پروتوکول های مراقبت، "ثبات سازی" در دو فاز مختلف (فاز اول و فاز انتقالی) با استفاده از شیرهای معالجوی مختلف، صورت میگیرد.

¹⁰ باهویر و دیگران 2012، و فیات طویل المدت به تعقیب تداوی سوء تغذی حاد شدید به سطح جامعه و تسهیل صحتی: تجزیه ارقام از بنگلادیش، کینیا، ملاوی و نایجیریا، ژورنال صحت عامه و اپیدمیولوژی، جلد 48، صفحات 215-225 اکتوبر 2012
1: اصطلاح مرکز ثبات/TFU در این رهنمود به IPD-SAM تغیر شکل یافته است.

در بعضی واقعات، اطفال مصاب به اختلالات طبی، هرگاه آنها در جامعه و در مرکز صحتی سطح پایین بخاطر سوء تغذی حاد سکریننگ نگرند، میتوانند به سرویس اطفال شفاخانه رجعت داده شوند. به گونه وصفی، طفل از طریق اطاق عاجل (ER) یا دیپارتمنت مریضان سراپا (OPD) در شفاخانه بستر خواهد شد. لازم است تا طفل در اطاق عاجل و OPD بخاطر سوء تغذی حاد سکریننگ شود تا مطمئن گردیم که طفل به گونه درست رده بندی و به وارد داخل بستر SAM رجعت داده میشود (هرگاه SAM همراه با اختلالات تشخیص شده باشد).

سکریننگ منظم اطفال بستر در سرویس اطفال با استفاده از MUAC، وزن بر قد و بررسی جهت ادیما نیز میتواند واقعات SAM همراه با اختلالات را که در جامعه، مراکز صحتی سویه پایین و اطاق عاجل یا OPD شفاخانه به خطا گرفته شده باشند، کشف نماید.

اطفال شیرخوار و سایر اطفال مصاب به SAM همراه با اختلالات یا عدم موجودیت اشتها مواجه به خطر بسیار بلند وفيات میباشد. این یک مسئله **حیاتی** میباشد تا چنین اطفال دسترسی عاجل به مراقبت داشته باشند تا بدینوسیله وفيات را که از سبب حالاتی چون هایپوگلاسیمی یا هایپوترمی به میان می آیند جلوگیری نمود.

مدت زمان عبوری بین مشخص سازی SAM یا رسیدن واقعه به گونه رجعت دهی از تداوی سراپا، الی اولین تداوی داخل بستر، باید به حد اقل رسانده شود. به گونه مطلوب اولین تغذی توسط شیر معالجوی باید در جریان 30 – 60 دقیقه پذیرش صورت گیرد. اگر این کار ممکن نباشد، در آنصورت شربت 10% آب و بوره باید جهت وقایه از هایپوگلاسیمی داده شود. توجه به مراقبت تغذیوی همانند مراقبت دواوی مهم میباشد.

معیارات واجد شرایط بودن به مراقبت داخل بستر SAM اطفال سنین 0 الی 59 ماهه

معیارات واجد شرایط بودن به مراقبت داخل بستر اطفال شیرخوار و سایر اطفال سنین 6 الی 59 ماهه مصاب به SAM در ضمیمه 29 خلاصه گردیده اند.

معیارات واجد شرایط بودن نظر به سن به دو کتگوری تقسیم میگردند:

1. اطفال سنین 6 الی 59 ماهه

بعضی اطفال این گروه ممکن با داشتن اذیمای شدید (+3) یا مرسمیک کواشیورکور شناسایی گردند. چنین اطفال حتی اگر اشتهای خوب هم داشته باشند و اختلالات نداشته باشند، باید به IPD-SAM رجعت داده شوند زیرا آنها بنا بر شدت وضعیت بیماری ایشان در معرض خطر بسیار بلند و فیات قرار دارند. اطفال که به گونه SAM تشخیص شده ولی اذیمای +3 یا مرسمیک کواشیورکور نداشته باشند، هرگاه آنها اشتهای خوب برای خوردن RUTF نداشته باشند یا اختلالات طبی داشته باشند باید در سرویس مریضان داخل بستر، بستر گردند

- a. اطفال 59-6 ماهه مصاب به اذیمای شدید (+3) یا مرسمیک کواشیورکور
- b. اطفال 59-6 ماهه که با داشتن SAM + اشتهای خراب یا اختلالات طبی بستر گردیده باشند
- c. اطفال 59-6 ماهه که از سرویس مریضان سرپای SAM راجع ساخته شده باشند
- d. اطفال 59-6 ماهه که از سرویس مریضان سرپای MAM راجع ساخته شده باشند
- e. اطفال بزرگتر از 6 ماه ولی کمتر از 4 کیلوگرام

2. اطفال شیرخوار کمتر از 6 ماه

پروتوکول های تداوی اطفال شیرخوار کمتر از سن 6 ماه و اطفال سنین 6 الی 59 ماهه از هم بسیار متفاوت میباشند. پروتوکول های این گروه ها در فصل های بعدی توضیح گردیده اند.

- تداوی اطفال کمتر از 6 ماه (فصل 7)
- تداوی اطفال 6 ماه یا بزرگتر ولی با وزن کمتر از 4 کیلوگرام (فصل 6)

شناخت و تداوی عاجل اختلالات طبی برای هر گروه سنی مشابه میباشند.

شناخت و تداوی عاجل اختلالات طبی

حین پذیرش باید طفل شیرخوار یا سایر اطفال فوراً بطور مکمل توسط یک کارمند صحی ارزیابی و اگر اختلالات طبی موجود باشند تداوی گردند تا حالت طفل باثبات ساخته شود. تداوی بعضی از این اختلالات در ذیل توضیح گردیده است

هایپوگلاسیمی را تداوی و وقایه نمایید

هایپوگلاسیمی عبارت از کاهش مقدار گلوکوز در خون می باشد (کمتر از 3 ملی مول/لیتر یا کمتر از 54 ملی گرام/ دیسی لیتر). هایپوگلاسیمی یک حالت جدی می باشد و می تواند سبب مرگ گردد. هایپوگلاسیمی میتواند یکجا با هایپوترمی اتفاق بیافتد و هر دو حالت علامات احتمالی انتان میباشند. اگر طفل سوء تغذی برای 4-6 ساعت تغذیه نشود شاید هایپو گلاسیمی نزدش تاسس کند، حتی بعضی اوقات در کمترین زمان هایپو گلاسیمی اتفاق می افتد. از همین سبب همیشه ترجیح داده میشود تا طفل هر 3 ساعت بعد تغذیه گردد (8 مرتبه در 24 ساعت)، بخصوص در فاز اول و فاز انتقالی. علایم هایپوگلاسیمی شامل بی حالی، شلی، اختلاجات و از دست دادن شعور می باشند.

- هرگاه بالای هایپوگلاسیمی مشکوک باشید، ولی اندازه نمودن گلوکوز خون ممکن نباشد، تداوی تجربوی را فوراً آغاز نمائید.
- هایپوگلاسیمی را در نظر بگیرید، وقتیکه هایپوترمی تشخیص می شود (درجه حرارت ابطی کمتر از 35 درجه سانتی گرید یا درجه حرارت مقعدی کمتر از 35.5 درجه سانتی گرید باشد) ویا اگر کدام علامت هایپوگلاسیمی نزد طفل موجود باشد.

اندازه نمودن سویه گلوکوز خون

اگر ممکن باشد، سویه گلوکوز خون باید تست شود. این تست با استفاده از کاغذ های همچو **Glucostix** ، **Dextrostix** اجرا شده میتواند. زمانیکه نهایت این کاغذ توسط نمونه خون مملو گردد، این کاغذ رنگ خود را تغییر داده و سویه گلوکوز خون را نشان می دهد. تاریخ انقضای محصولات تست را بررسی کنید زیرا اگر تاریخ انقضای آن سپری شده باشد، نتیجه تست درست نخواهد بود. بسته ها و محصولات مختلف تست، هدایات متفاوت را دارا خواهد بود. در مجموع این هدایات قرار ذیل می باشند:

- کاغذ را با نمونه خون در تماس بیاورید
 - چند ثانیه انتظار بکشید
 - خون روی کاغذ را توسط آب جاری بشوئید
 - کاغذ تست را با مقیاس (درجه) رنگ که با کاغذ تست ارائه میگردد مقایسه کنید
- در اکثر حالات، مقیاس رنگ برای کاغذ تست، سویه گلوکوز را بطور واضح نشان نمی دهد. مثلاً: شاید یک رنگی را نشان دهد که برابر به 2 الی 4 ملی مول/ لیتر باشد. اگر اندازه اینطور

داده می شود، فرض کنید که سویهء گلوکوز خون طفل عدد پائینتر آن است (یعنی در این مثال 2 ملی مول/لیتر).

تداوی

اگر طفل بهوش (هوشیار) باشد به او بدهید:

- 50 ملی لیتر گلوکوز یا سکرورز 10% (یک قاشق پر چایخوری شکر در 3.5 قاشق غذاخوری آب) را از طریق فمی یا تیوب انفی- معدوی به شکل سریع به مریض بدهید.
- تغذی را با F75 هر 30 دقیقه برای دو ساعت اول (یک چهارم حجم مجموعی توصیه شده تغذی دو ساعته) بدهید
- طفل را گرم نگهدارید
- انتی بیوتیک ها

اگر طفل بی حال، بی هوش یا اختلاجی باشد، به او بدهید:

- گلوکوز 10% (5 ملی لیتر/ کیلوگرام وزن بدن) از طریق ورید، و به تعقیب آن 50 ملی لیتر گلوکوز یا سکرورز 10% از طریق تیوب انفی- معدوی جهت وقایه از هایپوگلاسیمی عکس العملی بدهید. بعدا F75 آغازگر را مانند فوق بدهید
- اگر بعد از دادن وریدی گلوکوز اختلاج ادامه پیدا کرد، دیازپام را از طریق مقعد (0.5 ملی گرام فی کیلو گرام وزن بدن) بدهید
- طفل را گرم نگهدارید؛ انتی بیوتیکها را بدهید و طوریکه در بالا ذکر شد تغذی نمایند
- اگر به طفل مایعات وریدی جهت تداوی شاک داده میشود ضرورت نیست که گلوکوز 10% را همراه به شکل bolus از طریق تیوب انفی معدوی تعقیب نمایند، زیرا طفل دریافت گلوکوز را از طریق وریدی ادامه خواهد داد.

وقایه هایپوگلاسیمی

تغذیه مکرر برای وقایه هر دو هایپوگلاسیمی و هایپوترمی مهم می باشد. اگر ممکن باشد تغذی در فاز ثبات باید هر 3 ساعت بعد صورت گیرد به شمول بیدار ساختن طفل هنگام شب. هرگاه

پرسونل و امکانات موجود نباشند تا طفل از طرف شب به شکل درست تغذیه و نظارت گردد، در آنصورت مقدار مجموعی خوراک طفل باید به دفعات کمتر داده شود (5 یا 6 مرتبه در روز). هرگاه به طفل مقدار مناسب خوراک از طرف روز داده شود، در آنصورت احتمال بوجود آمدن هایپوگلاسیمی کاهش پیدا میکند.

یادداشت: از هر سببی که دفعات تغذی کاهش پیدا کند، به همان تناسب باید مقدار شیر که در هر مرتبه تغذی داده میشود افزایش یابد

هایپوترمی را تداوی/وقایه نمایید

هایپوترمی عبارت از پایین بودن درجه حرارت بدن میباشد. (درجه حرارت ابطی کمتر از 35.5 درجه سانتی گرید). درجه حرارت مقعدی کمتر از 35.5 درجه سانتی گرید یک شاخص بیشتر قابل اعتماد هایپوترمی میباشد. اگر در دسترس است ترمامتر مقعدی که نشاندهنده درجات پایین باشد باید استفاده گردد. هر وقتیکه هایپوترمی تشخیص می شود برای هایپوگلاسیمی نیز چک گردد.

مر اهل استفاده از ترمامتر مقعدی

- ترمامیتر را تکان دهید تا سیماب آن از 35 درجه سانتی گرید پایین برود
- طفل را به یک بغل یا تخته به پشت که پاهایش بلند باشد، وضعیت دهید
- ترمامیتر را در مقعد طفل طوری داخل نمایند که نوک ترمامیتر به اندازه نیم انچ داخل شود
- ترمامیتر را در داخل مقعد برای مدت 1 دقیقه همانطور نگهدارید و نتیجه را بخوانید.

مر اهل استفاده از ترمامتر ابطی

- ترمامیتر را تکان دهید تا سیماب آن از 35 درجه سانتی گرید پایین برود
- ترمامیتر را در ناحیه ابطی طفل بگذارید
- ترمامیتر را برای مدت 3 دقیقه در این موقعیت نگهدارید
- اگر درجه حرارت کمتر از 35 درجه سانتی گرید بود، بخاطر بدست آوردن درجه حرارت دقیق بدن، درجه حرارت مقعدی را نیز بگیرید.

تداوی



- طفل را با پوشاندن لباس (به شمول سر)، یا پیچاندن در کمپل گرم و ازدیاد درجهء حرارت اتاق با بخاری یا لامپ، یا قرار دادن طفل بالای سینه برهنه مادر (تماس جلد به جلد) و پوشاندن آنها (شکل 5.5) دوباره گرم نمایید.
- طفل را تغذی نمایید (یا اگر ضرورت باشد ریهایدریشن فمی را شروع کنید)
- آنتی بیوتیک ها را بدهید.
- از بوتل های آب گرم استفاده نکنید زیرا امکان دارد جلد نازک طفل را بسوزاند.

وقایه

- طفل را پوشیده و دور از هوای خشک نگهدارید
- در صورت امکان درجهء حرارت اطاق نباید کمتر از 27 درجهء سانتی گرید حفظ گردد
- از حمام دادن منظم جلوگیری نمایید، طفل را خشک نگهدارید، لباس ها یا بستر مرطوب و تر طفل را فوراً تبدیل کنید
- از مواجه ساختن طفل به سردی جلوگیری کنید (مثلاً، حمام دادن، معاینات طولانی طبی)
- اجازه بدهید که طفل با مادرش/مواظبت کننده اش در شب جهت گرم بودن اش استراحت نماید
- اگر ممکن باشد در فاز اول بخصوص برای 24-48 ساعت اول طفل را طور منظم تغذیه نمایید، در جریان روز و شب تغذی طفل را ادامه دهید

تداوی دیهایدریشن

تشخیص غلط و تداوی نامناسب دیهایدریشن علت بسیار معمول مرگ و میر مریضان شدیداً سوء تغذی را تشکیل میدهد. کار مشکل است تا دیهایدریشن را نزد اطفال مصاب به SAM تشخیص نمود؛ علایم دیهایدریشن چون جلد غیر ارتجاعی و چشمان فرورفته معمولاً در مریضان مصاب به سوء تغذی شدید صرف نظر از حالت هایدریشن، موجود میباشدند. قابل

اهمیت است تا یک تاریخچه مفصل طبی اخذ و معلوم گردد که آیا در این اواخر طفل از سبب اسهال یا استفراغ حاد ضیاع مایعات داشته است یا خیر. اگر حالت شعوری یک طفل خوب باشد یا تیوب انفی- بلعومی نزد اش تطبیق شده باشد و خطر اسپایریشن کم باشد، محلول فمی اعاده مایعات همیشه نسبت به محلولات وریدی اعاده مایعات ترجیح داده میشود. محلولات وریدی باید صرف هنگام استفاده گردند که طفل بی هوش باشد یا در حال احیاء مجدد از شاک باشد. یک طفل که قادر به اخذ مایعات از طریق دهن یا تیوب انفی بلعومی باشد، نزد وی باید به هیچ وجه یک انفوزن وریدی وجود نداشته باشد.

یادداشت: محلولات فمی ریهایدریشن، چون (ORS یا ReSoMal) برای تداوی دیهایدریشن باید هیچگاه در سرویس شفاخانه به شکل آزاد در اختیار مراقبت کننده گان قرار داده نه شوند.

ارزیابی دیهایدریشن

تشخیص دیهایدریشن باید توسط اجرای معاینات حالت کلینیکی همراه با تاریخچه مثبت ضیاع مایعات که سبب دیهایدریشن (مثلاً استفراغ دوامدار یا اسهال حاد) را مشخص میسازد صورت گیرد. ارزیابی دیهایدریشن نزد اطفال مصاب به SAM شده میتواند حتی برای پرسونل صحتی ماهر بسیار دشوار باشد و میتواند با سایر حالات در اشتباه گرفته شود. **لازم است تا اهتمامات طفل بی نهایت با احتیاط صورت گیرد** و هرگاه ذریعه ریهایدریشن حالت کلینیکی طفل بهبود نمی یابد در آنصورت باید آماده باشیم تا تشخیص را تغییر دهیم. برای اطفال مصاب به SAM و دیهایدریشن "دریچه تداوی" محدود وجود دارد؛ هایدریشن وافر و مرگ میتواند بزودی رخ دهد.

علائم کلینیکی

- تست چمکی جلد بطن یا سایر قسمت های بدن یک علامه غیر قابل اعتبار بخصوص نزد اطفال مرسمیک میباشد. یک تست مثبت چمکی جلد میتواند نزد یک طفل مرسمیک با حالت هایدریشن نورمال موجود باشد.
- اطفال مصاب به اسهال مزمن ممکن به شکل فزیولوژیک با این حالت سازش کنند و به تداوی عاجل ریهایدریشن نیاز نداشته باشند.
- چشمان فرورفته باید توسط یک تاریخچه دقیق تائید گردند. چشمان باید در چند روز قبلی فرورفته گردیده باشند و یک تاریخچه مثبت سبب دیهایدریشن مشخص شده باشد. فرورفتگی چشمان در دیهایدریشن از سبب انقباض شبکه وریدی قسمت خلفی چشم بوده و

- به شکل حاد رخ میدهد. فرورفتگی چشمان همچنان میتواند به مرور زمان نزد اطفال مرسمیک از سبب ضیاع شحم قسمت خلفی کره عین بوجود آید.
- تشخیص دیهایدریشن باید همیشه یک تشخیص شرطی (موقتی) باشد. عکس العمل در برابر تداوی باید قبل از تائید تشخیص مشاهده گردد.
- اعراض پیوسته دیهایدریشن ممکن شامل بلند رفتن ضربان قلب، تب و/یا فشار پایین خون باشد.
- یک طفل مصاب به اذیما باید منحنیث دیهایدریشن تشخیص نگردد، حتی اگر او هایپوولیمیک (کاهش حجم خون) هم باشد.

حالت مریض

- طفل را وزن نمایید. وزن باید در جریان ریهایدریشن بصورت منظم نظارت گردد تا بتوانیم عکس العمل در مقابل تداوی را ارزیابی نماییم. تداوی ریهایدریشن باید به این منظور صورت گیرد تا الی 5% اعظمی ضایعات تخمین شده از وزن بدن را عوض نماییم.
- تعداد ضربان قلب را بررسی کنید
- تعداد تنفس را بررسی کنید
- نهایات سرد را احساس و یادداشت نمایید
- کبد را جس نموده و سرحد ضلعی را توسط رنگ ثابت (پاک نشدنی) نشانی کنید
- عدم موجودیت اتساع آورده وداجی را یادداشت نمایید
- سویه حالت شعوری طفل را یادداشت کنید
- سویه اذیما را یادداشت نمایید

یادداشت: ریهایدریشن اطفال مصاب به اذیما مشابه به تداوی اطفال مصاب به سینتیک شاک

میباشد

محلولات فمی اعاده مایعات

1. محلول اعاده مایعات برای سوء تغذی (ReSoMal) باید نزد مریضان مصاب به SAM که دیهایدریشن تشخیص گردیده اند منحنیث تداوی معیاری مورد استفاده قرار گیرد

2. محلول اعاده مایعات با غلظت پایین (LO-ORS) نیز میتواند نزد اطفال مصاب به SAM مورد استفاده قرار گیرد ولی صرف نزد آناتیکه تشخیص مثبت اسهال حاد آبیگین (AWD) یا کولرا داشته باشند
3. محلول معیاری فمی اعاده مایعات (ORS) جهت تداوی دیهایدریشن اطفال مصاب به SAM یک ترکیب مناسب نمیداشته باشد.

در جاهای که ریزومل قابل دسترس نباشد، در آنصورت یک محلول تعدیل یافته LO-ORS با نصف قوت (half-strength) و علاوه نمودن پوتاشیم و گلوکوز میتواند مورد استفاده قرار گیرد. یک دستورالعمل در مورد این LO-ORS تعدیل یافته در **ضمیمه 30** نشان داده شده است

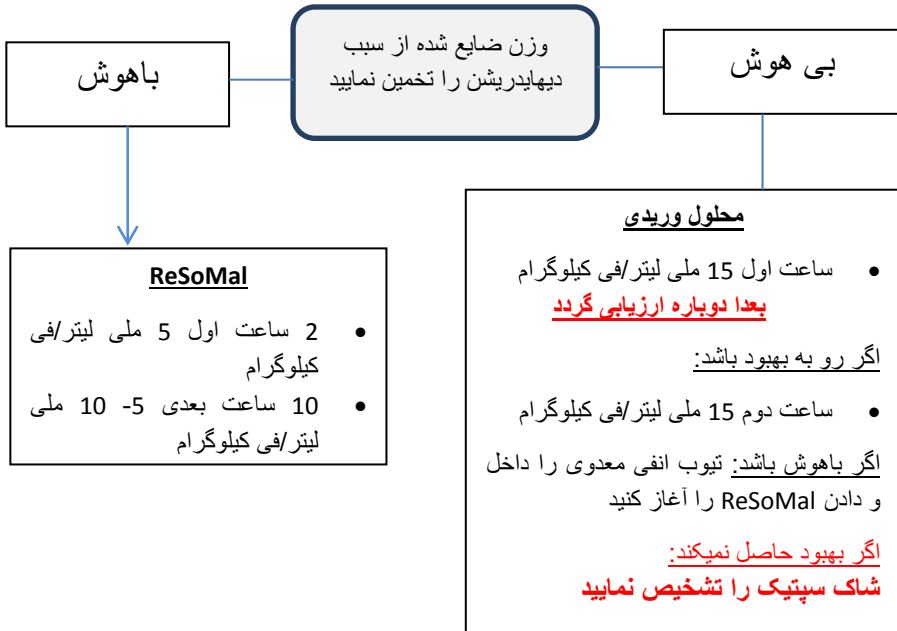
محلولات وریدی اعاده مایعات

1. محلول رینگر لکتات همراه با دیکستروز 5%
2. 0.45% سالین همراه با دیکستروز 5%

تداوی اطفال مرسمیک همراه با دیهایدریشن

شکل 12 ذیل روش تداوی دیهایدریشن را نزد یک طفل مصاب به ضایعات شدید توضیح میدارد.

شکل 12: روش تداوی دیهایدریشن نزد یک طفل مصاب به ضایعات شدید



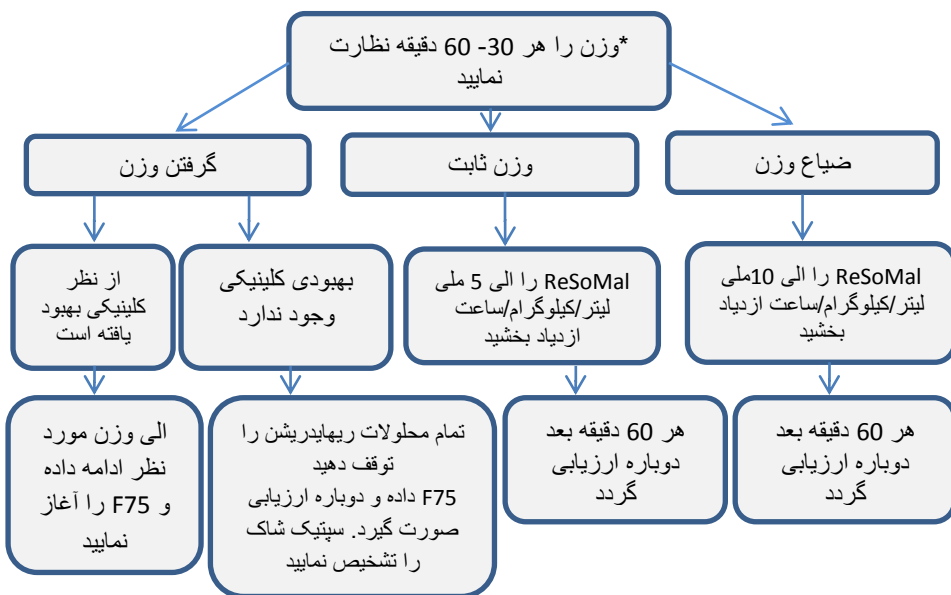
نظارت از پیشرفت تداوی ریهایدریشن

دریچه تداوی برای تداوی ریهایدریشن از سبب پتوفزیولوژی غیرنورمال نزد اطفال مصاب به SAM نسبت اطفال تغذی شده به شکل نورمال، کوچکتر میباشد. وظایف تقلیل یافته قلبی، کلیوی و سیستم قلبی-وعایی سبب عکس العمل غیرنورمال در برابر اضافه بار شدن مایعات میگردد. طفل به بسیار سادگی و سرعت از نظر مایعات اضافه بار شده که در نتیجه عدم کفایه قلبی و مرگ فرا میرسد زیرا حجم زیاد مایعات در سیستم قلبی-وعایی به شکل نورمال دفع نمیگردد. واکنش ها در مقابل ادویه جات مدرر در عدم کفایه قلبی ممکن نزد طفل مصاب به

SAM محدود باشند. و قایه از اضافه بار نمودن مایعات و عدم کفایه قلبی نسبت به تداوی آنها ساده و بهتر میباشد.

شکل 13 ذیل روش نظارت از تداوی اعاده مایعات (rehydration therapy) را نزد یک مریض مصاب به ضایعات شدید به هدف وقایه از اضافه بار شدن مایعات توضیح میدارد. هدف از تداوی ریهایدریشن عبارت از بهبود حالت کلینیکی طفل میباشد. این تداوی باید به شکل نورمال نباید اضافه تر از 5% وزن بدن طفل باشد.

شکل 13: روش نظارت تداوی ریهایدریشن نزد مریض مصاب به ضایعات شدید



* مقصد از تداوی ریهایدریشن عبارت از بهبود حالت کلینیکی میباشد. حد اعظمی مورد هدف وزن برای تداوی ریهایدریشن باید از 5% وزن بدن تجاوز نکند

نظارت از حالت کلینیکی در جریان ریهایدریشن یک طفل مرسمیک، هر 30-

60 دقیقه ارزیابی نمایید:

- مریض را وزن نمایید (و وزن مورد هدف را محاسبه کنید؟)
- ضربان قلب، درجهء حرارت، تعداد تنفس
- آوازهای قلبی (اضافه بار شدن مایعات ممکن سبب صدای گالوپ [gallop rhythm] گردد)
- علایم زجرت تنفسی را مشاهده کنید (فرورفتن قسمت سفلی صدر، پرش مناخر انف)
- اسهال یا استفراغ را مشاهده کنید (حجم را تخمین نموده و آنرا با وزن ربط دهید)
- سرحد ضلعی کبد را دوباره ارزیابی نمایید
- موجودیت یا عدم موجودیت اتساع آورده وداجی را دوباره ارزیابی کنید

در جریان تداوی ریهایدریشن، تغذی با شیر مادر باید قطع نگردد؛ طفل باید مطابق به تقاضا توسط شیر ثدیه تغذی گردد. ریهایدریشن موفق سبب بهبود در حالت کلینیکی طفل به شمول بهبود در سویه حالت شعوری وی میگردد، ضربان قلب کاهش پیدا کرده و فشار خون بهبود میابد.

یادداشت: تداوی ریهایدریشن باید هنگام بروز حالات ذیل فوراً توقف داده شود:

- وزن مورد هدف ریهایدریشن بدست آمده باشد (F75 را آغاز نمایید)
- اذیما بروز کند (F75 را آغاز نمایید)
- اتساع آورده وداجی مشاهده گردد
- آورده وداجی با فشار دادن بطن متوسع میگرددند
- در سرحد ضلعی کبد به اندازه 1 سانتی متر یا بیشتر از دیاد بعمل آید
- دردناک بودن کبد توسط جس
- به اندازه 5 یا اضافه تر تنفس فی دقیقه از دیاد در تعداد تنفس
- از دیاد 25 یا اضافه تر ضربان فی دقیقه در حرکات قلبی
- انکشاف آوازهای نالشی تنفسی (grunting)
- انکشاف رال ها یا کریپیتهیشن های ربوی و شنیدن آن با اصغا
- انکشاف آواز سه گانه در صداهای قلب یا نبض عضدی (بازویی)

تشخیص شاک هایپوولیمیک نزد یک مریض مرسمیک

شاک هایپوولیمیک در صورت تشخیص می‌گردد که طفل:

بی حال یا بی هوش باشد

و

دستهای سرد داشته باشد

جمع یا:

دوباره پر شدن بطی عروق شعریه (طویلتر از 3 ثانیه)

یا

نبض ضعیف یا سریع

(160/فی دقیقه یا بیشتر نزد اطفال سنین 2-12 ماهه، 140/فی دقیقه یا بیشتر

نزد اطفال 1-5 ساله)

یادداشت: تشخیص تفریقی بین شاک هایپوولیمیک و شاک سپتیک اکثراً نزد یک طفل مصاب به SAM بسیار مشکل میباشد. اگر یک مریضی دیگر مانند انتان ویروسی، ملاریا یا حالات دیگر شدید موجود باشند، شاک سپتیک را میشود گمان برد. شاک سپتیک اکثراً نزد افراد که سیستم معافیته پایین دارند یا در حالات موجودیت انتان شفاخانه یی دیده میشود. وفیات از سبب عدم کفایه اعضای متعدد از 50% میتواند تجاوز کنند.

تداوی هایپوولیمیک شاک نزد مریضان مرسمیک

یک محلول وریدی را طوریکه در فصل (بخش) قبلی نشان داده شده است بکار برید. وقتی که از محلولات داخل وریدی استفاده میکنید، اضافه بار شدن مایعات ممکن به سرعت رخ دهد و طفل باید جهت اضافه بار شدن مایعات به دقت نظارت گردد.

- در ساعت اول 15ملی لیتر/کیلوگرام/فی ساعت تجویز نموده، بعداً ارزیابی دوباره صورت گیرد
- به دادن مایعات تا آن زمان ادامه دهید تا وزن گیری به 3% از وزن بدن برسد
- از دیاد وزن باید با اعراض بهبود کلینیکی ربط داده شود
- اگر بهبود کلینیکی وجود نداشته باشد، در آنصورت ریه‌ایدريشن را توقف دهید و شاک سپتیک یا سبب دیگر را حدس بزنید

- هر قدر زود که حالت شعوری طفل خوب شود، تداوی وریدی را به تداوی ریه‌ایدريشن فمی تبدیل نمایید
- ReSoMal را به اندازه 10 ملی لیتر/کیلوگرام/فی ساعت مطابق به روش بخش قلبی، از طریق دهن یا تیوب انفی- معدوی بدهید

تشخیص دیه‌ایدريشن نزد مريض مصاب به اذیما

مريضان مصاب به اذیماى دو طرفه از نظر مایعات اضافه بار بوده و آب مجموعی بدن و سوپه سوپیم شان بلند می‌باشند. از همین سبب مريضان اذیماى دیه‌ایدري شده نمیتوانند، باوجودیکه آنها اکثر اوقات هایپوولیمیک می‌باشند. هایپوولیمیا (حجم متناسباً کمتر خون دورانی) از سبب توسع اوعیه خون همراه با کاهش دهنه قلبی بوجود می‌آید. تداوی یک طفل مصاب به اذیما مشابه به تداوی شاک سپتیک می‌باشد (در ذیل دیده شود). اگر یک طفل مصاب به اذیما اسهال آبیگین داشته باشد، و طفل از نظر کلینیکی بدتر شده برود، در آنصورت ضیاع مایعات را میتوان از قرار 30 ملی لیتر ریزومل در مقابل هر فعل تعوط آبیگین، معاوضه نمود.

تداوی شاک سپتیک نزد تمام مريضان سوء تغذی

شاک سپتیک یک حالت جدی طبی می‌باشد. آن از سبب کاهش پیرفورژن (قابلیت نفوذیه) انساج و انتقال اکسیجن که از انتان و سپس ناشی میشود، بوجود می‌آید. شاک سپتیک میتواند سبب عدم کفایه اعضای متعدد و مرگ را در قبال داشته باشد. اطفال، افراد با معافیت پایین و سالخورده گان بیشتر در معرض خطر آن قرار داشته زیرا سیستم معافیتی آنها نمیتواند مانند کاهلان صحتمند از عهده انتان برآید. میزان مرگ و میر از سبب شاک سپتیک میتواند بسیار بلند باشد و به 50% برسد.

شاک سپتیک با بعضی اعراض حقیقی دیه‌ایدريشن و همچنان شاک کاردیوجنیک تظاهر میکند. تشخیص تفریقی معمولاً بسیار دشوار می‌باشد.

اطفال که بسیار مريض به نظر برسند ممکن شاک سپتیک، شاک کاردیوجنیک، عدم کفایه کبدی، تسمم با ادویه یونانی، ملاریا، انتان حاد ویروسی یا سایر آفات شدید داشته باشند. تمام اطفال "شدیداً مريض" نباید فوراً به صفت داشتن شاک سپتیک تشخیص گردند؛ سبب حقیقی آفت باید جستجو گردد.

اگر شاک سپتیک بعد از پذیرش بوقع می پیوندد، در آنصورت باید تداوی به شکل دقیق مرور گردد تا چنین نشود که تداوی سبب بدتر شدن حالت کلینیکی گردد. بعضی از ادویه جات که فکر میشود جهت تداوی فوری ضروری نیستند، باید توقف داده شوند.

تشخیص شاک سپتیک

شاک سپتیک هنگام تشخیص میشود که نزد مریض:

- پرش قلبی (tachycardia) موجود باشد یا نبض کعبی وی معدوم باشد (نبض فحذی نیز ممکن ضعیف باشد)
- نهایات سرد وجود داشته باشد (زمان پر شدن دوباره شعریه ها اضافه تر از 3 ثانیه را دربر میگیرد)
- سویه حالت شعوری کاهش یافته میباشد
- علایم عدم کفایه معدوم میباشدند
- علایم ممکنه انتان موجود باشند (نزد اطفال مصاب به سوء تغذی ممکن تحت پوشش قرار گیرند)

یادداشت: تشخیص تفریقی شاک هایپوولیمیک و شاک سپتیک اکثرآ نزد اطفال مصاب به SAM بسیار دشوار میباشد. اگر سایر امراض پیوسته مانند انتان ویروسی، ملاریا یا سایر آفات شدید وجود داشته باشند، در آنصورت باید به طرف شاک سپتیک فکر شود. شاک سپتیک معمولاً در کسانی دیده میشود که سیستم معافیته ضعیف یا انتان شفاخانه یی داشته باشند. وفیات ناشی از عدم کفایه اعضای متعدد ممکن از 50% تجاوز کند.

تداوی شاک سپتیک

به مریضان که به گونه شاک سپتیک تشخیص میگرددند باید فوراً اجراءات ذیل صورت گیرند:

- اکسیجن از طریق ماسک روی یا کانول بینی داده شود
- انتی بیوتیک با طیف تاثیر وسیع خط اول داده شود
- برای اطفال باهوش باید F75 از طریق دهن یا تیوب انفی- معدوی شروع شود
- هایپوگلاسیمی را در مریضان بی هوش تداوی/وقایه نمایید
- هایپوترمی را تداوی/وقایه کنید
- ناراحتی مریض را به حد اصغری برسانید تا از وی مراقبت عاجل صورت گیرد

محلولات وریدی ریهایدریشن

1. محلول رینگر لکتات همراه با دیکستروز 5%

2. 0.45% سالین همراه با دیکستروز 5%

اگر حالت شعوری رو به خرابی باشد و سبب آنرا قابلیت نفوذیه ضعیف نسج دماغ تشکیل دهد:

• نقل الدم خون 10 ملی لیتر فی کیلوگرام در مدت حد اقل 3 ساعت
یا

• محلول وریدی ریهایدریشن به اندازه 10 ملی لیتر/فی کیلوگرام/فی ساعت

یادداشت: وقتیکه تشخیص شاک سپتیک وضع گردید، تطبیق مایعات وریدی باید با احتیاط تام صورت گیرد تا سبب اضافه بار شدن مایعات نگردد. مریض باید هر 10 دقیقه بعد جهت علائم تغییرات کلینیکی مشاهده گردد. در جریان نقل الدم باید تغذی از طریق دهن قطح گردد. وقتیکه طفل دوباره به هوش می آید و دیگر به نقل الدم نیاز نباشد، میتوان به طفل F75 را آغاز نمود. هر قدر زود که علائم کلینیکی بهبود پیدا میکنند به دادن تمام مایعات وریدی باید توقف داده شود.

تشخیص و تداوی عدم کفایه قلبی

عدم کفایه قلبی نزد اطفال مصاب به SAM میتواند بنا بر عوامل مختلف ظهور کند:

- ریزومل از طرف پرسونل یا مواظب کننده به شکل نادرست تجویز و تطبیق گردیده
- دیهایدریشن به شکل نادرست تشخیص شده و/یا آن بصورت نامناسب تداوی شده است
- استفاده غیرضروری از مایعات وریدی نزد مریضان باهوش
- کمخونی شدید
- ثانوی به مقابل نقل الدم
- ثانوی به مقابل انتان طرق تنفسی
- ثانوی به مقابل شاک سپتیک
- تعویض فوری مایعات و الکترولیت ها در جریان مراحل ثبات/انتقالی

اعراض عدم کفایه قلبی

عدم کفایه قلبی نزد اطفال مصاب به SAM وقتی تشخیص میشود که مریض یک یا بیشتری از اعراض ذیل را داشته باشد:

- تنفس سریع (tachypnea)
 - اضافه تر از 50 تنفس/فی دقیقه نزد اطفال شیرخوار سنین کمتر از 12 ماهه
 - اضافه تر از 40 تنفس/دقیقه نزد اطفال سنین 12- 59 ماهه
- هرگاه تنفس سریع همراه به باختن وزن موجود باشد، تشخیص سینه بغل را بگذارید
- ازدیاد تعداد تنفس اضافه تر از 5 تنفس/فی دقیقه در جریان تداوی ریهایدریشن یا نقل الدم
- ظهور آوازهای زجرت تنفسی (grunting)
- وزن گیری همراه با بدتر شدن حالت کلینیکی
- دردناک بودن کبد توسط جس
- ازدیاد در سرحد ضلعی کبد
- رال ها یا کریپیتیشن ها
- اورده متوسع وداجی (در اثنای جس نمودن کبد بیشتر مشهود میباشد)
- مرگ آنی

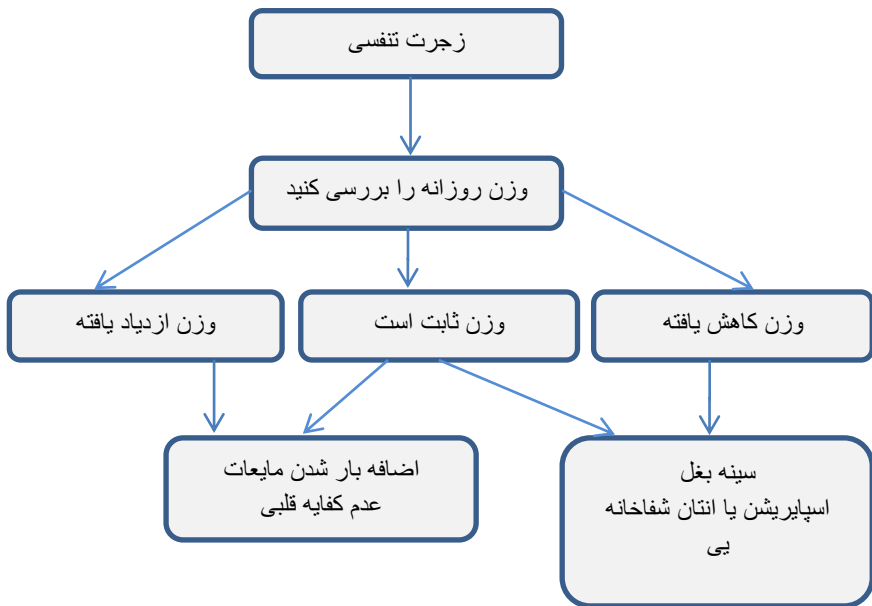
این تغییرات میتوانند در جریان ریهایدریشن یا نقل الدم بوجود آیند ولی همچنان میتوانند در نتیجه تعویض قابل ملاحظه مایعات و الکترولیت ها در جریان شفایابی تغذیوی رخ دهند. وقتیکه مایع خارج حجروی به فضای داخل وعایی عبور میکند، در نتیجه آن کمخونی که از رقاقت خون ناشی میشود بوجود می آید. این حالت در جریان شفایابی نورمال تلقی میگردد و نباید توسط نقل الدم ها تداوی گردد. بصورت عموم، نقل الدم باید صرف هنگامی صورت گیرد که کمخونی شدید در جریان 24 ساعت بعد از پذیرش تشخیص گردد.

از همین سبب حتمی نیست که از سبب تزریق مایعات ازدیاد وزن بوجود آید تا به عدم کفایه قلبی مشکوک گردیم. همیشه یک اختلال در تعادل مایعات بین قسمت های داخل حجروی و داخل وعایی نزد مریضان مصاب به SAM وجود میداشته باشد. در جریان تداوی تغذیوی، بصورت خاص در فاز اول و فاز انتقالی، اگر میکانیزم های ترانسپورت غشای حجروی به تناسب وظایف قلبی و کلیوی به سرعت بیشتر بهبود پیدا کند، یک تغییر مکان الکترولیت ها با تغییر مکان پیوسته مایعات بطرف فضای داخل وعایی نمیتواند از نظر فزیولوژی واکنش

مناسب نشان دهد. اذیمای ریوی، عدم کفایه قلبی و مرگ به زودی فرا میرسد. اکثراً بسیار دشوار است تا این پروسه را معکوس ساخت، بجز اینکه آن در قدمه های مقدم مشخص ساخته شود و به شکل مناسب تداوی گردد.

یادداشت: کار مشکل خواهد بود تا بین عدم کفایه قلبی و سینه بغل نزد اطفال مصاب به SAM فرق نمود. شکل 14 ذیل راه و روش تشخیص تفریقی بین سینه بغل و اضافه بار شدن مایعات را واضح میسازد

شکل 14: طریقه تشخیص تفریقی سینه بغل و اضافه بار شدن مایعات



تداوی عدم کفایه قلبی

و قتیکه عدم کفایه قلبی تشخیص گردید:

- تمام مایعات را توقف دهید (به شمول مایعات فمی و هم وریدی و نقل الدم)
- جهت وقایه از هایپوگلاسیمییا مقادیر کم شربت 10% آب بوره داده میشود
- 1 ملی گرام/فی کیلوگرام فروساماید را به یک دوز واحد بدهید

- دایجوکسین را به مقدار 5 مایکروگرام/فی کیلوگرام به یک دوز واحد مدنظر بگیرید (از نوع اطفال آن استفاده صورت گیرد نه از شکل کاهلان آن)
- استفاده از ادویه جات را که در ترکیب خود نمک های سودیم دارند کاهش داده یا توقف دهید

تداوی عدم کفایه قلبی نسبت به تداوی کمخونی حق تقدم میداشته باشد. هرگاه علایم عدم کفایه قلبی به ملاحظه برسند نقل الدم باید توقف داده شود. نقل الدم باید صرف در حالاتی صورت گیرد که تسهیلات (مراکز) دارای پرسونل با تجربه در حصه نقل الدم معاوضوی (exchange transfusion) باشند. نقل الدم معاوضوی در کمخونی که با عدم کفایه قلبی همراه باشد باید به شکل معمول، جاگزین قسمی حجم توسط خون کامل (whole blood) یا بسته کروییات سرخ (packed red cells) باشد. حجم خون که تعویض میگردد باید توسط مشاور (متخصص) امراض اطفال مطابق به حالت کلینیکی طفل محاسبه گردد.

تداوی عدم کفایه قلبی توسط فروساماید خیلی اوقات غیر موثر میباشد. دایجوکسین به دوز واحد داده میشود. دوزهای اولیه به مقدار زیاد (loading doses) معمولاً جهت کنترول تکی اریتمیها (tachyarrhythmias) مورد استفاده قرار میگیرند؛ در این حالت هدف از دادن دوز واحد دایجوکسین عبارت از بهبود دهنه قلبی از طریق تاثیر اینوتروپیک مثبت بالای عضله قلبی از راه جلوگیری از تاثیرات انزایم ATPase میباشد. دایجوکسین همچنان میتواند سویه ناراپینفرین را کاهش دهد که در نتیجه ممکن در قسمت توسع و عایمی محیطی بهبود بعمل آید و سبب کاهش در جذب دوباره سودیم از طریق توبول های کلیوی شود و بدینوسیله تولید رینین را در توبولهای بعیده کلیوی کاهش میدهد.

تشخیص و تداوی کمخونی شدید

کمخونی شدید ابتدایی نزد اطفال مصاب به SAM باید هنگام پذیرش در شفاخانه تشخیص گردد
تشخیص کمخونی شدید به اساس شواهد ذیل صورت میگیرد:

- خسافت شدید کف دست
- سویه هیموگلوبین کمتر از 4 گرام/فی دیسی لیتر (40 گرام/فی لیتر) بوده یا و بست حجات سرخ کمتر از 12% میباشد

توقع می رود که اطفال مصاب به SAM در فاز مقدم تداوی بخصوص در نتیجه تغییرات تعادل الکترولیت ها و مایعات، سقوط هیموگلوبین را تجربه خواهند کرد. کمخونی که در نتیجه رقاقت بوجود می آید ممکن بعد از 1 - 14 روز تداوی تغذیوی که توسط F75 آغاز گردیده باشد،

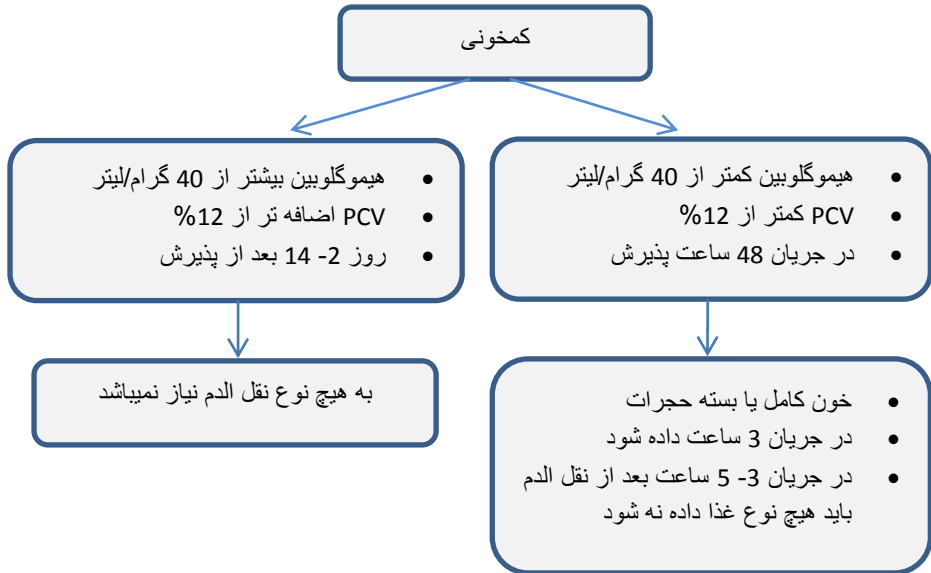
رخ دهد؛ کمخونی متذکره در این پروسه، به شکل ثانوی بوجود آمده و توسط نقل الدم باید تداوی نگردد.

تداوی کمخونی شدید

تداوی اساسی کمخونی توسط نقل الدم خون کامل یا بسته کرویات سرخ صورت میگیرد:

- نقل الدم به مقدار 10 ملی لیتر/فی کیلوگرام بصورت آهسته در جریان 3 ساعت
- هیچ نوع غذا و مایعات باید در جریان نقل الدم یا 3 ساعت بعد از آن داده نشود
- به اطفال مصاب به SAM جهت تداوی کمخونی از دادن آهن اجتناب ورزید

شکل 15: طریقه تداوی کمخونی شدید



تداوی آوازهای معدوم معایی، اتساع معدوی و نفخ و باد معایی همرا با انتفاخ بطن

نزد اطفال مصاب به SAM، اکثرآ رشد بکتری های معایی ازدیاد کسب میکند. این کار سبب کاهش حرکات معدوی، خراب شدن جدار معایی و در بعضی واقعات باعث انسداد معایی همرا با معدومیت حرکات معایی (peristalsis) میگردد. بکتری ها قادر به عبور جدار معایی هستند که بدینوسیله سبب سپس میگردند. این یک حالت عاجل کلینیکی میباشد که انزار خراب دارد. اهتمامات طبی و تغذیوی مریض باید دوباره ارزیابی گردد.

اقدامات ذیل باید صورت گیرند:

- انتی بیوتیک وریدی را مانند شاک سپتیک بدهید
- تمام ادویه جات دیگر را که تاثیرات سمی بالای کبد (hepatotoxicity) داشته باشند توقف دهید
- مگنیزیم سلفیت را از طریق عضلی بدهید (2 ملی لیتر از محلول 50%) روز دو مرتبه الی آغاز تعوط مریض
- تیوب انفی- معدوی را داخل و لواژ معده* را همراه با 5% دیکستروز یا 10% شربت آب و بوره انجام دهید
- وقتیکه محتوی اسپایری شده معدوی پاک شد، در آنصورت 5 ملی لیتر/فی کیلوگرام شربت 10% آب و بوره را داخل نموده و آنرا برای مدت 1 ساعت بگذارید
- شربت آب و بوره را بعد از 1 ساعت خارج سازید. اگر مقدار خارج ساخته شده از مقدار که داخل ساخته شده بود کم باشد در آنصورت حجم متذکره یعنی 5 ملی لیتر/فی کیلوگرام شربت 10% آب و بوره را دوباره تکرار کنید. مایعات اسپایری شده را هدر نسازید.
- طفل را گرم نگهدارید
- جهت تداوی/وقایه از هایپوگلاسیمیما، گلوز را از طریق ورید بدهید
- نظارت بهبودی را برای 6 ساعت به شکل دوامدار بدون سایر تداوی ها، انجام دهید

* لواژ معده: مقدار 50 ملی لیتر دکستروز 5%/10% شربت آب و بوره را ذریعه تیوب انفی- معدوی در معده داخل نمایید و محتوی معده را فوراً دوباره خارج سازید. این کار باید الی پاک شدن مواد خارج شده ادامه داده شود

بهبودی در حالت کلینیکی طفل توسط حالات ذیل نشان داده خواهد شد:

- کاهش انتفاخ بطنی
- ازدیاد حرکات معایی/آوازهای معایی
- بهبودی در وضعیت عمومی (مثلاً، سویه حالت شعوری)

هرگاه بهبودی بوجود آمده باشد:

- F75 را آغاز نمایید (نصف از مقدار نورمال را به اساس وزن طفل بدهید)
- قبل از هر تغذیه محتوی معده را اسپایری نمایید
- هرگاه مقدار محتوی اسپایری شده زیاد باشد، مقدار F75 را کاهش دهید
- هرگاه مقدار محتوی اسپایری شده کم باشد، مقدار F75 را میتوان بصورت تدریجی افزایش داد

هرگاه با گذشت 6 ساعت بهبودی رخ نداده باشد:

- دادن مایعات را از طریق وریدی مدنظر داشته باشید. (یک محلول که برای اطفال مصاب به SAM مناسب باشد استفاده نمایید)
- انفوزن محلولات را به شکل اعظمی 4 ملی لیتر/فی کیلوگرام/فی ساعت انجام دهید (از یک بوریت (burette) یا پمپ استفاده نمایید)
- اگر محتوی اسپایری شده تا اندازه $\frac{1}{2}$ از مایع که در معده داخل ساخته شده بود کاهش یافته باشد، در آنصورت انفوزن وریدی را توقف دهید و تنها تداوی فمی را ادامه دهید

اهتمامات داخل بستر اطفال سنين 6- 59 ماهه مصاب به SAM

اهتمامات داخل بستر اطفال سنين 6- 59 ماهه مصاب به SAM دو گزینه را راجع به اهتمامات مريض در اختيار ما قرار ميدهد:

1. تداوی داخل بستر الی شفایابی کامل (در جاهای که هیچ تسهیلات مریضان سراپا وجود نداشته باشند)
2. ثبات سازی در سرویس مریضان داخل بستر و انتقال به مراقبت مریضان سراپا (در جاهای که تسهیلات مریضان سراپا وجود دارند)

پروتوکول های که در این فصل توضیح گردیده هر دو گزینه را تشریح میدارند.

اهتمام مریض به دو منظور مهم صورت میگیرد: ثبات سازی و احیاء مجدد. از نظر مراقبت داخل بستر، این پروسه در 3 فاز از هم متمایز احیاء مجدد تغذیوی، توضیح میگردد:

- **فاز اول:** این فاز عبارت از فاز ابتدایی میباشد کی طی آن تداوی عاجل صورت گرفته و تداوی دقیق تغذیوی و طبی ارائه میگردد تا پتوفزیولوژی غیرنورمال طفل ثبات حاصل نماید. این فاز معمولاً از 2- 7 روز دوام میابد.
- **فاز انتقالی:** بعد از ثبات ابتدایی حالت طفل، مقدار انرژی و پروتئین در رژیم غذایی طفل در حال زیاد ساخته میشود که تداوی طبی ادامه پیدا میکند. این فاز معمولاً از 2- 3 روز دوام میابد. در این فاز تصمیم گرفته میشود که آیا به تداوی در سرویس مراقبت داخل بستر ادامه داده شود یا اینکه طفل به مراقبت مریضان سراپا انتقال گردد.
- **فاز دوم:** وقتی که حالت طفل به گونه قابل ملاحظه بهبود پیدا میکند، مقدار انرژی و پروتئین در رژیم غذایی ازدیاد میابد تا وزن گیری سریع را تامین کند. این فاز نظر به سن طفل و اینکه مراقبت در کجا صورت میگیرد، میتواند از 2- 6 هفته دوام پیدا بکند

یک طفل که بطور کامل در سرویس مراقبت داخل بستر تداوی میگردد طول باقی ماندن متوقع وی بصورت تقریبی 21- 28 روز را احتوا خواهد کرد که ارتباط به حالت طفل دارد. در مراقبت مریضان سراپا، میزان سرعت اخذ وزن اکثراً آهسته تر میباشد و شفایابی کامل ممکن بصورت تقریبی 6 هفته را دربر خواهد گرفت.

تداوی شفاخانه یی اطفال تحت مراقبت را در معرض انتان شفاخانه یی، خطر بلند وفيات قرار داده و میتواند سبب دل شکستگی برای تمام خانواده گردد. با وجود که احیاء مجدد به سطح جامعه ممکن آهسته تر صورت گیرد ولی با آن هم گزینه مذکور در جاهای که خدمات مریضان سراپا وجود داشته باشند ترجیح داده میشود. طفل باید از مراقبت سرویس داخل بستر به مراقبت سرویس مریضان سراپا هر قدر زود که امکان داشته باشد در جریان فاز احیاء مجدد انتقال داده شود.

هرگاه خدمات مریضان سراپا در جوار شفاخانه وجود نداشته باشند، در آنصورت ترجیح داده میشود تا این خدمات از طریق دیپارتمنت مریضان سراپا صورت گیرد. قابلیت انتقال مریضان بصورت مقدمتر در جریان فاز احیاء مجدد زمینه آنرا مساعد میسازد تا ازدحام مریضان و فشار بالای بستر کم گردد و توجه پرسونل به مراقبت اطفال مبذول میگردد که نیاز بیشتر عاجل میداشته باشند. رده بندی اطفال در زمان قبل از پذیرش طوریکه در **فصل 2** خلاصه گردیده باید صورت گیرد.

قدمه های ابتدایی اهمامات اطفال سنین 6 – 59 ماهه مصاب به SAM باید اصولاً بالای مشخص سازی SAM و آغاز تداوی تمرکز کنند. طوریکه در فصل های قبلی خلاصه گردیده است، مراقبت باید مراقبت عاجل برای هر اختلاط را اولویت سازی نماید. مدت زمان پذیرش در سرویس مریضان داخل بستر الی اخذ اولین مراقبت طبی و تغذیوی نباید از 30 دقیقه تجاوز کند.

- واقعات عاجل را رده بندی کرده و مراقبت عاجل را ارائه کنید
- انتی بیوتیک خط اول را بدهید
- تغذی را توسط F75 آغاز کنید

هرگاه در قسمت معاینه توسط داکتر تاخیر صورت میگیرد، در آنصورت مقادیر کم (الی 50 ملی لیتر) از شربت 10% آب و بوره باید در جریان 30 دقیقه جهت وقایه از هایپوگلاسیمیا به طفل داده شود.

ارزیابی اطفال سنین 6 – 59 ماهه در زمان تداوی داخل بستر SAM هنگام پذیرش:

- ◀ MUAC را اندازه کنید
- ◀ طفل را برهنه وزن کنید *(صرف زیرپوشی های بسیار نازک جهت پرده داری میتواند بر تن داشته باشد)

- ◀ قد/طول طفل را اندازه نمایید (هرگاه از وزن بر قد استفاده صورت میگیرد)
- ◀ وزن بر قد را با استفاده از چارت های نشو و نما سازمان صحتی جهان (2006) به Z scores محاسبه کنید
- ◀ درجهء حرارت، نبض و تعداد تنفس طفل را چک کنید
- ◀ مشاهدات خویش را در چارت مریض بنویسید
- ◀ F75 را مطابق به وزن تجویز نمایید (جدول شماره 29 ذیل را ببینید)
- ◀ F75 را در جریان 30 دقیقه پذیرش تهیه کنید (یا از شربت 10% آب و بوره جهت و قایه از هایپوگلاسیمیما، قبل از تغذی بعدی استفاده کنید)
- ◀ ادویه توصیه شده را تطبیق نمایید

* تداوی طبی و تغذیوی که توسط داکتر توصیه میشود مطابقت به وزن بسیار دقیق میداشته باشد. اطفال باید به شکل برهنه وزن گردند. این کار توسط تامین پرده داری در زمان وزن نمودن صورت گرفته میتواند. در جاهای که امکان پرده داری (جای خلوت) مهیا نباشد، در آنصورت زیرپوشی های **بسیار نازک** میتوانند بر تن باشند. وزن غیردقیق سبب تداوی نادرست شده و عواقب بسیار جدی را نزد طفل به بار می آورد. دقت ترازو برای اطفال سنین 6 – 59 ماهه باید الی نشانی نزدیکترین 100 گرام باشد.

به مادر توصیه کنید:

- ◀ طفل سوء تغذی شدید داشته و جهت شفایاب شدن به ادویه جات و شیر خاص معالجوی نیاز میداشته باشد (خود را متیقن سازید که بین شیر معالجوی و مواد غذایی موجود تجارتي باید تمیز کنید، مهم است تا از دادن پیام های که استفاده از شیرهای مصنوعی را بعد از رخصت نمودن ترویج میکند اجتناب شود)
- ◀ مادر باید به دادن شیر ثدیه خویش به طفل مطابق به تقاضای وی ادامه دهد. درخور اهمیت است تا طفل قبل از هر بار تغذی توسط شیر معالجوی ذریع شیر مادر تغذی گردد
- ◀ اگر مادر شیر ثدیه را نمیدهد، در آنصورت به وی توصیه کنید که در جریان بودن در بستر به وی در مورد آغاز دوباره تغذی با شیر ثدیه مشوره صورت خواهد گرفت. شیر ثدیه بسیار زیاد فوقیت نسب به مواد غذایی تجارتي دارد و حتی بالای شیر معالجوی که در شفاخانه داده میشود نیز فوقیت میداشته باشد
- ◀ اگر طفل توسط شیرچوشک تغذی میشود، آنرا باید فوراً توقف داد. شیرچوشک ها باید جمع آوری و هدر ساخته شوند

◀ اگر بنا بر موجودیت امراض جدی کدام مضاد استطبیب وجود نداشته باشد در آنصورت باید مادر طور مکرر با طفل خویش ارتباط داشته باشد، با وی حرف بزند و بازی کند. سوء تغذی شدید روان طفل را متاثر ساخته و انجام بازی ها برای شفایابی ذهنی طفل ضروری می باشند

مراقبت از مادر

بستر نمودن طفل کمتر از 6 ماه جهت مراقبت داخل بستر برای مادر همیشه یک زمان نگرانی میباشد ولی با آن هم این یک فرصت خوبی است تا یقینی ساخته شود که مادر مشوره مناسب تغذی را در مورد خود و طفل شیرخوار خویش حاصل می نماید.

مراقبت مادر باید دربرگیرنده موضوعات ذیل باشد:

- مادر را راجع به اهمیت شیر معالجوی و تغذی به موقع طفل توسط آن در مطابقت با تقسیم اوقات وارد مریضان داخل بستر معلومات دهید
- سایر امور روزمره چون اوقات غذا خوری، شستن لباس ها و توجه داشتن به نیازهای حفظ الصحوی باید هر چه زودتر بعد از پذیرش تحت بحث قرار گیرند
- به مادر در مورد تغذی مادر و مراقبت خودی مشوره دهید
- پرسونل باید هنگام پذیرش، شیرچوشک های اطفال را جمع آوری و آنها را هدر سازند. استعمال آنها در وارد مریضان داخل بستر SAM ممنوع میباشد
- اگر مادر با خود شیر بودری تجارتی را آورده باشد، وی میتواند از آن جهت بهبود حالت تغذیوی خود استفاده کند ولی از آن باید **هیچگاه** برای تغذی طفل خویش، در مدت زمان مراقبت داخل بستر کار نگیرد
- اگر مادر بعد از 6 ماهگی به تغذی با شیر ثدیه ادامه میدهد، وی باید در مدت زمان بستر تابلیت های مایکرونیوترینت های متعدد را اخذ نماید

فاز اول

مراقبت که در این فصل توصیه میشود باید با بعضی تعدیلات که در قسمت مراقبت جهت تداوی اختلاطات تهدید کننده حیات نیاز میباشد بصورت یکجا صورت گیرد.

مراقبت تغذیوی در فاز اول

رژیم غذایی که برای اطفال سنین 6-59 ماهه در فاز اول قابل استفاده میباشد عبارت از شیر معالجوی F75 میباشد. این یک ترکیب است که حاوی مقادیر کم پروتین بوده (پروتین بلند در

این قدمه خطر وفيات را بلند ميبرد) و داراي تعادل مناسب ماکرو و مايکرونيوترينت ها جهت باثبات سازي حالت طفل ميباشد. فقدان مايکرونيوترينت ها اصلاح ميگردد و پتوفزيولوژي غير نورمال طفل اعاده ميگردد.

F75 که توسط يونيسف اکمال ميگردد از قبل حاوي تمام مايکرونيوترينت هاي لازم جهت ثبات سازي ميباشد. نياز به متممات اضافي مايکرونيوترينت ها نميباشد. ساير شيرهاي پودري تجارتي مشابه به آن نيستند و نبايد بدون تاييد ديپارتمنت تغذي عامه وزارت صحت عامه مورد استفاده قرار گيرند. هرگاه مادر با خود شير تجارتي را به شفاخانه مي آورد، به وي بايد به شکل جدی توصیه شود تا آنرا به طفل خویش **ندهد**.

هرگاه F75 ساخت خانه مورد استفاده قرار ميگيرد، در آنصورت بايد يکي از دستورالعمل ها مورده استفاده قرار گيرد که در **ضميمه 31** ذکر گرديده است. لازم است تا مرکب مخلوط شده از منرالها و ويتامين ها (CMV) در آن علاوه گردد تا مايکرونيوترينت هاي اساسي جهت احياء مجدد را تايمين نمود.

F75 به اساس وزن به طفل داده ميشود (جدول 29). محاسبات دستي شير مورد ضرورت بايد جهت وقت با جداول چک گردد.

F75 در هر 100 ملي ليتر خود 75 کيلوکالوري انرژي دارد. در فاز اول احتياجات انرژي طفل 100 کيلوکالوري/کيلوگرام/روز ميباشد. به اين معني که به 130 ملي ليتر F75 /في کيلوگرام/في روز نياز ميباشد. شير بايد به دفعات منقسم ترجيحاً هر 2-3 ساعت بعد مطابق به حالت طفل داده شود (8-12 مرتبه در روز).

يادداشت: توقع نميرود که يک طفل که در فاز اول تحت F75 قرار داشته باشد وزن بگيرد

اگر بنا بر بعضي عوامل دفعات تغذي مراعات نگردد (مثلاً به سبب کمبود پرسونل هنگام شب)، در آنصورت بايد حجم شير داده شده مطابق به اين که حقيقتاً در في روز چند مرتبه تغذي صورت گرفته ميتواند، دوباره محاسبه شود (يا به جدول مراجعه گردد). تعداد دفعات تغذي في روز در فاز اول نبايد کمتر از 6 مرتبه باشد. هرگاه مقادير درست حجم مجموعي روزانه F75 در جريان روز داده شود، آن خطر هايپوگلايسيميا را در جريان شب که در آن وقت تغذي ممکن نميباشد به حداصغري ميرساند. در چنين واقعات بايد به مادران توصیه گردد تا به دادن شير ثديه به طفل ادامه دهند.

تهیه F75

شیر F75 توسط مخلوط سازی یک پاکت کوچک (102.5 گرم) با 500 ملی لیتر آب تهیه می‌گردد. آب باید جوش داده شود، بعداً سرد گردد و ترجیحاً باید فلتر شود. بعداً شیر معالجوی باید بعد از 30 دقیقه جوشاندن آب تهیه گردد.

وقتی که F75 قابل دستر نباشد، در آنصورت F100 را میتوان رقیق نمود تا بدیل موقتی F75 را بدست آورد. این صرف یک اقدام عاجل بوده و به صفت جاگزین سازی معیاری F75 قابل قبول نمیباشد.

تهیه F100 رقیق شده

1 پاکت کوچک F100 را به عوض 500 ملی لیتر معمول آب در 670 ملی لیتر آب علاوه نمایید.

اگر به مقادیر کوچک آن نیاز باشد و F100 از قبل برای فاز دوم تهیه شده باشد، در آنصورت مقادیر 100 ملی لیتر از F100 را گرفته و به آن 35 ملی لیتر آب را علاوه نمایید. با این کار 135 ملی لیتر F100 رقیق شده بدست می آید که از آن میتوان به صفت بدیل موقتی F75 استفاده نمود.

مقدار شیر که باید در فاز اول داده شود

F75 به منظور داده میشود تا 100 کیلوکالوری/فی کیلوگرام/فی روز انرژی را ارائه نماید؛ آن باید به دفعات منقسم تغذی داده شود. به شکل مطلوب دفعات تغذی باید 8 مرتبه در روز باشد. در جاهای که کمبود پرسونل وجود داشته باشد، بخصوص از طرف شب، در آنصورت باید 5-6 مرتبه تغذی فی روز صورت گیرد. کم ساختن دفعات تغذی یک کار معقول نمیباشد، زیرا اطفال مریض اکثرآ توان نوشیدن شیر زیاد را نمیداشته باشند. وقتی که دفعات تغذی کم میشود، در آنصورت باید حجم هر تغذی از دیاد پیدا کند تا بدینوسیله اخذ مقادیر کافی انرژی توسط طفل یقینی ساخته شود. هرگاه طفل قادر باشد تا حجم تعیین شده تغذی را الی ناوقت روز یعنی قبل از فرا رسیدن شب اخذ نماید، در آنصورت خطر هایپوگلاسمیا که از طرف شب رخ میدهد میتواند تقلیل یابد.

جدول 29 ذیل مقادیر شیر که باید مطابق به وزن به اساس دفعات تغذی فی روز توصیه شود توضیح میدارد.

جدول 29: مقادیر شیر F75 که باید به اطفال سنین 6-59 ماهه در فاز اول داده شود

مقدار شیر فی تغذی 6 مرتبه فی روز	مقدار شیر فی تغذی 8 مرتبه فی روز	وزن طفل (به کیلوگرام)
50ml	40ml	2.0 – 2.1
60ml	45ml	2.2 – 2.4
65ml	50ml	2.5 – 2.7
70ml	55ml	2.8 – 2.9
75ml	60ml	3.0 – 3.4
80ml	65ml	3.5 – 3.9
85ml	70ml	4.0 – 4.4
95ml	80ml	4.5 – 4.9
110ml	90ml	5.0 – 5.4
120ml	100ml	5.5 – 5.9
140ml	110ml	6.0 – 6.9
160ml	125ml	7.0 -7.9
180ml	140ml	8.0 – 8.9
190ml	155ml	9.0 – 9.9
200ml	170ml	10.0 – 10.9
230ml	190ml	11.0 – 11.9
250ml	205ml	12.0 – 12.9
275ml	230ml	13.0 – 13.9
290ml	250ml	14.0 – 14.9
300ml	260ml	15.0 – 19.9

تخنیک تغذی

شکل 16: تخنیک درست تغذی توسط پیاله

اگر طفل اشتها داشته باشد، تغذی باید از طریق دهن صورت گیرد. هرگاه مریض قادر به مصرف حد اقل 75% شیر توصیه شده نباشد، در آنصورت باید یک تیوب انفی-معدوی داخل ساخته شود.

اطفال مصاب به SAM عضلات ضعیف داشته و بصورت بطی بلع می نمایند. این کار آنها را در معرض خطر بوجود آمدن اسپایریشن نمونیا (سینه بغل) قرار میدهند. از همین سبب تخنیک مناسب تغذی اهمیت خاص دارد:



- توقع می‌رود که طفل به شکل راست بالای رانهای مراقبت کننده در مقابل صدر وی طور قرار داده شود که یک بازوی وی بدور کمر طفل قرار گیرد.
- بازوی مراقبت کننده طفل را احاطه نماید و بشقاب را در زیر زنج طفل محکم بگیرد.
- هر قطره که در بشقاب می‌ریزد دوباره در پیاله برگردانده شود. طفل نباید به زور تغذیه شود، بینی او فشار داده نشود و یا به پشت خوابانیده نشود و از ریختاندن شیر در دهن او اجتناب شود. (حتی به وسیله قاشق)
- در فاز اول هرگز نباید از ضرورت طفل بیشتر شیر معالجوی داده شود حتی اگر طفل برای غذای بیشتر گریه هم نماید. طفل باید به تغذی با شیر مادر مطابق به تقاضا ادامه دهد.

- اوقات غذا خوری باید محبت آمیز (دوستانه) باشند. دستیار باید مواظبت کننده گان را تشویق کند، با آنها صحبت نماید، تخنیک های غلط تغذیه را اصلاح و مشاهده نماید که طفل چگونه شیر را می گیرد.
- مواظبت کننده گان نباید غذای خویش را در پهلوی مریض بخورند. این کار تقریباً ناممکن است تا طفل را از مطالبه غذای مواظبت کننده منع کرد؛ شریک ساختن غذای مواظبت کننده با طفل میتواند برای طفل در فاز اول خطرناک باشد.

بخاطر اینکه تداوی تغذیوی را با احیاء مجدد کلینیکی و بعضی از تغییرات در وزن طفل ربط دهیم، گرفتن شیر معالجوی باید به شکل درست نظارت و ثبت گردد. این یک بخش حیاتی مراقبت طبی و تغذیوی طفل را تشکیل میدهد.

طریقه ریکارد (ثبت نمودن) در ذیل تشریح گردیده است:

ثبت نمودن اخذ شیر ذریعه طفل

این یک امر حیاتی است تا گرفتن شیر بصورت درست ثبت گردد. در فورمه سرویلانس معالجوی، یک ساحه چارت برای نظارت گرفتن شیر اختصاص داده شده است.

هر وقت تغذی با یک چوکات که دارای 4 مربع میباشد بستگی دارد [شکل 17 دیده شود]. هر مربع کلان نمایندگی از یک تغذی در یک وقت معین از روز میکند و هر مربع کوچک نمایندگی از 1/4 حصه خوراک که در هر وقت تغذی داده میشود، میکند:

شکل 17: نمونه ثبت نمودن اخذ شیر در یک وقت تغذی

X	X
V	X

در مثال که در شکل 17 فوق داده شده، طفل تمام شیر خویش را گرفته است، ولی تقریباً 25% شیر را دوباره استفراغ نموده است (مقدار توسط نرس با کمک مواظبت کننده تخمین شده است). چارت باید در ختم تغذی خانه پری گردد.

شکل 18 ذیل یک مثال از خوراک های که بین ساعات 06:00 و 15:00 را طی 2 روز داده میشوند نشان میدهد. (یادداشت: خوراک های که در جریان 24 ساعت داده میشود، ولی چارت که ارائه شده تنها از یک مثال نمایندگی میکند و نشان میدهد که چطور باید یک بخشی از فورمه خانه پری گردد!)

در روز 1 طفل 100% توسط خوراک ساعت 06:00 خویش با استفاده از تیوب انفی- معدوی تغذیه شده است. در ساعت 09:00، طفل قادر به اخذ 50% از طریق دهن (توسط " x " نشان داده شده) و 50% از طریق تیوب انفی- معدوی گردیده است. خوراک های ساعات 15:00/12:00 بصورت کامل از طریق دهن اخذ گردیده اند.

در روز 2، ساعت 06:00 طفل خوراک خویش را از طریق دهن اخذ کرده ولی 25% آنرا دوباره استفراغ نموده است. طفل خوراک های متباقی خویش را 100% بدون کدام مشکلی از طریق دهن گرفته است.

در این مثال، طفل تمام شیر خود را تقریباً بدون ضایعات ذریعه استفراغ، اخذ نموده است. اشتها از روز 1 بدینسو بهبود کسب کرده و شیر از طریق دهن اخذ گردیده است. یک طفل در فاز اول باید از تیوب انفی- معدوی رهایی پیدا کند و به اساس برگشت اشتها و عدم موجودیت سایر اختلالات باید من حیث طفل که در فاز انتقالی قرار داشته باشد مدنظر گرفته شود.

شکل 18: نمونه چارت نظارت شیر برای 2 روز

روز 2		روز 1		وقت	
x	X	NG	NG	06:00	A= Absent (غیرحاضر) V= Vomiting (استفراغ) R= Refused (رد کرد) NGT=Nasogastric tube (تیوب انفی- معدوی) IV=IVinfusion (انفوژن) (وریدی) حجم اخذ شده $XXXX = 100\%$ $XXX = 3/4$ $XX = 1/2$ $X = 1/4$ ملی لیتر = اضافی
v	X	NG	NG		
x	X	x	x	09:00	
x	X	NG	NG		
x	X	x	x	12:00	
x	X	x	x		
x	X	x	x	15:00	
x	X	x	x		

جدول تغذی با شیر معالجوی

به گونه مطلوب باید برای اطفال شیرخوار و سایر اطفال در 24 ساعت 8 مرتبه شیر معالجوی داده شود (هر 3 ساعت بعد)؛ این یک گزینه قابل قبول میباشد. در بعضی مواقع از سبب کمبود پرسونل بخصوص از طرف شام و شیفت شب امکان آن موجود نمی باشد تا مطابق به جدول 8 مرتبه تغذی فی روز صورت گیرد. در چنین واقعات ترجیح داده میشود که مقدار مناسب شیر مورد ضرورت در جریان دفعات کمتر تغذی به طفل داده شود. لازم پنداشته میشود تا تجویز شیر مطابقاً عیار گردد.

اگر طفل مقدار مکمل شیر توصیه شده را در 24 ساعت اخذ میدارد، در آنصورت خطر هایپوگلاسیمی، بخصوص در فاز اول کاهش پیدا میکند، به نسبت آنکه شیر برای 8 مرتبه تغذی تجویز شود ولی طفل به علل کمبود پرسونل صرف 6 یا 7 مرتبه تغذی گردد.

جدول 30 ذیل نشاندهنده تقسیم اوقات تغذی پیشنهاد شده برای 8 و 6 مرتبه تغذی فی روز می باشد. تقسیم اوقات 6 مرتبه تغذی فی روز باید به شکل روتین در مراقبت فاز دوم مورد استفاده قرار گیرد.

جدول 30: تقسیم اوقات تغذی با شیر معالجوی برای 8 و 6 مرتبه تغذی فی روز

وقت	06:00	09:00	12:00	15:00	18:00	21:00	24:00	03:00
8 مرتبه تغذی در 24 ساعت	x	x	x	x	X	x	x	x
6 مرتبه تغذی در 24 ساعت	x	x	x	0	X	x	x	0

X = تغذی پلان شده

0 = تغذی غیر پلان شده

یادداشت: تقسیم اوقات کاهش یافته 6 مرتبه تغذی، نباید به شکل روتین در فاز اول یا فاز انتقالی جهت راحتی پرسونل مورد استفاده قرار گیرد. آن تنها در جاهای قابل تطبیق میباشد که از سبب کمبود شدید پرسونل، عدم موجودیت مراقبت، به طفل زیان آور ثابت گردد. تقسیم اوقات کاهش یافته تغذی باید یک اقدام موقتی الی حل مشکل پرسونل مدنظر گرفته شود.

اهتمامات طبی در فاز اول

ارقام اپیدیمیولوژیک نشان میدهند که بیشتر اطفال مصاب به SAM اکثراً دارای انتان میباشد، باوجودیکه اعراض و علایم انتان ممکن نزد آنها از سبب کاهش وظایف سیستم های معافیتی و التهابی تحت پوشش قرار گیرند. تمام اطفال بعد از پذیرش باید توسط انتی بیوتیک های وسیع التاثير تداوی گردند.

تداوی منظم توسط انتی بیوتیک

نوع انتی بیوتیک که در فاز اول داده میشود ارتباط به آن دارد که طفل که به وارد مریضان داخل آورده شده دارای اختلالات است یا بدون اختلالات:

اگر اختلالات وجود نداشته باشند:

جدول 31: انتی بیوتیک های روتین برای SAM بدون اختلالات

مدت	تجویز	دوز	ادویه
هنگام پذیرش برای 7 روز	هر 8 ساعت بعد	20 ملی گرام/فی کیلوگرام از طریق دهن	اموکسی سلین

یا

هنگام پذیرش برای 7 روز	هر 12 ساعت بعد	25 ملی گرام سلفامیتوکسازول + 5 ملی گرام ترایمیتوپریم از طریق دهن	کوتری مکسازول
---------------------------	----------------	--	---------------

اموکسی سلین انتی بیوتیک توصیه شده خط اول برای SAM میباشد.

کوتری مکسازول را میتوان نظر به لزوم دید پرسونل در واقعات که اسهال داشته باشند، به عوض اموکسی سلین تجویز نمود.

اگر اختلالات موجود باشند:

جدول 32: ادویه جات روتین برای SAM همراه با اختلالات

تجویز	دوز	طرق	ادویه
هنگام پذیرش هر 6 ساعت بعد برای 2 روز	50 ملی گرام/فی کیلوگرام	IM/IV	امپیسیلین
هر 8 ساعت بعد برای 5 روز	20 ملی گرام/فی کیلوگرام	از طریق دهن	<u>به تعقیب آن</u> اموکسی سلین

و

هنگام پذیرش یکمرتبه در روز برای 7 روز	7.5 ملی گرام/فی کیلوگرام	IM/IV	جنتامایسین*
---	-----------------------------	-------	-------------

* امیکاسین را میتوان به عوض جنتامایسین استفاده نمود

اگر طفل در 48 ساعت بهبود کسب نکند یا در جریان 24 ساعت بدتر میشود، در آنصورت علاوه کنید:

روز یکمرتبه همراه با جنتامایسین	100-75 ملی گرام/فی کیلوگرام	IM/IV	سفتریاکسون
------------------------------------	--------------------------------	-------	------------

سایر ادویه جات منظم

ویتامین A

هرگاه در ماه گذشته به طفل داده نشده باشد در آنصورت یک دوز واحد ویتامین A هنگام پذیرش داده میشود. به مریضان مصاب به سرخکان یا دارای علائم چشمی باید دوزهای ویتامین A به روزهای 1، 2 و 14 داده شود.

جدول 33: تقسیم اوقات تجویز ویتامین A جهت تداوی داخل بستر مریضان سوء تغذی حاد شدید

ادویه	سن	دوز
ویتامین A	6 – 12 ماه	100,000 IU
	اضافه تر از 12 ماه	200,000 IU

از بین بردن کرماها

ادویه ضد کرم در فاز اول داده نمیشود. این ادویه جات از طریق امعاء جذب شده و میتابولیت های فعال آن در کبد بوجود می آیند. در مراحل مقدم تداوی جذب ضعیف معایی و وظایف ضعیف کبدی ممکن ادویه جات مذکور را غیر موثر ثابت کنند.

فولیک اسید

فولیک اسید در شیر معالجوی و RUTF وجود دارد. اگر کمخونی متوسط یا شدید تشخیص شده باشد، در آنصورت یک دوز 5 ملی گرامه هنگام پذیرش داده شود. به دوزهای روزمره آن نیاز نمیباشد.

واکسین سرخکان

اطفال مصاب به SAM که در مراقبت داخل بستر تداوی میگردند باید هنگام پذیرش بعد از سن 6 ماهگی در مقابل سرخکان واکسین گردند. این دوز باید بعد از رخصت از مراقبت داخل بستر فاز دوم یا هنگامیکه طفل به سن 9 ماهگی میرسد، در شرایط سرپا تکرار گردد.

ادویه ضد ملاریا

پروتوکول های ملی تعقیب گردد

سایر ادویه جات

زینک

زینک در شیر معالجوی F75 و F100 و RUTF موجود میباشد. واقعات اسهالی باید توسط انتی بیوتیک و ریزومل، هرگاه اسهال موجود باشد، تداوی گردد.

آهن

آهن در فاز اول داده نمیشود. آهن خطر وفيات را از طریق ازدیاد خطر انتان و سپسیس، بلند میبرد. آهن تنها در فاز دوم یعنی وقتیکه آهن به شیر معالجوی علاوه میگردد، داده میشود (فاز دوم دیده شود). تابلیت های آهن برای اطفال که RUTF اخذ میدارند داده نمیشوند زیرا آهن از قبل به مقادیر کافی در RUTF وجود دارد.

نظارت طفل در فاز اول

معیارات اصغری نظارت در فاز اول ذیلاً خلاصه گردیده اند. ثبت نمودن معلومات نظارتی جهت اتمامات مناسب اطفال مصاب به SAM نیاز میباشد. خیلی اوقات معلومات از سبب کمبود یا پرسونل بی تجربه ثبت نمیگردد، به هر حال، بالای اهمیت دقیق بودن معلومات باید تاکید صورت گیرد، معلومات مذکور باید به هیچ وجه به گونه غلط ثبت نگردد.

بعد از هر تغذی با شیر معالجوی:

- تغذی با شیر ثدیبه که قبل از شیر معالجوی صورت گرفته است ثبت نمایید
- مقدار شیر معالجوی اخذ شده

هر 12 ساعت:

- درجهء حرارت طفل را اندازه نموده و آنرا ثبت نمایید
- تعداد تنفس طفل را محاسبه و آنرا ثبت کنید
- نبض طفل را اندازه و آنرا ثبت نمایید

به شکل روزانه:

- نسخه جهت تجویز شیر معالجوی را نشان دهید
- وزن را اندازه و آنرا ثبت کنید
- سویه اذیمای را اندازه و آنرا ثبت نمایید
- اعراض چون سرفه را ثبت کنید
- هرگاه طفل تیوب انفی- معدوی داشته باشد آنرا نشان دهید

در حالاتی که طفل اختلاط داشته باشد یا تحت ریه‌پدریشن مایعات قرار داشته باشد، در آنصورت باید نظارت بیشتر از نزدیک صورت گیرد و توسط پرسونل کلینیکی باید به اساس مریضان انفرادی نشان داده شود.

به اساس هفته وار:

- MUAC را اندازه کنید

معیارات جهت عبور از فاز اول به فاز انتقالی

پیشرفت هر طفل در جریان فاز اول به اساس حالت هر طفل فرق میکند. فاز اول به شکل نورمال از 1-3 روز دوام میکند، با وجودیکه برای فاز اول وقت معین وجود ندارد. یک طفل در فاز اول ممکن به طرف فاز انتقالی پیشرفت کند، البته در صورت که تمام شواهد ذیل موجود باشند:

- اشتها برگشت نموده باشد (طفل اضافه تر از 90% شیر خود را از طریق دهن اخذ میدارد)
- اذیمای رو به کاهش باشد (اذیمای اعظمی قابل قبول در فاز انتقالی +2 میباشد. اذیمای +3 در فاز اول باقی میماند)

- **علامه خطر IMCI و سایر اختلالات از بین رفته و طفل از نظر کلینیکی بهبود یافته**
- **تیوب انفی- معدوی وجود ندارد**

یادداشت: جهت عبور به فاز انتقالی کدام معیار انترپومتریکی وجود ندارد. F75 به منظور ثبات حالت فزیولوژیک طفل طرح گردیده اند. **در فاز اول توقع وزن گیری وجود ندارد.** معلومدار که نزد اطفال اذیمایی باید باختن وزن وجود داشته باشد.

اشتها را میتوان از چارت اخذ شیر (در صورت که آن به شکل درست نگهداری شود) یا ذریعه مشاهده مستقیم طفل که شیر خویش را کاملاً اخذ میدارد از جانب پرسونل صورت میگیرد، تخمین نمود. این کافی یا مورد اعتماد نیست که از مواظبت کننده راجع به اخذ شیر پرسیده شود. خیلی اوقات چنین واقع میگردد که مواظبت کننده گان طفل را تغذی نخواهد کرد هرگاه آنها به خواب بروند و ممکن شیر را هدر نموده باشد یا آنرا خود شان بخورند.

اذیمای در حال رشف میتواند توسط سویه اذیما (1+، 2+، 3+) و باختن مناسب وزن تخمین شود. یک طفل با اذیمای 3+ هنوز هم در برابر خطر بلند و فیات قرار داشته و باید در فاز اول الی زمانی باقی بماند که اذیمای وی حد اقل الی 2+ کاهش پیدا کند. لازم نیست تا اذیما در فاز اول کاملاً رشف گردد.

ضرور نیست تا اختلالات طبیی یک طفل جهت پیشرفت به فاز انتقالی به صورت کامل از بین رفته باشند. توقع میرود که بعضی حالات عاجل چون هایپوگلیسیمیا یا دیهایدریشن شدید باید بصورت کامل از بین رفته باشند. به هر حال، تداوی انتانات ممکن جریان داشته باشد و ممکن در فاز انتقالی و فاز دوم نیز دوام بکند. طفل باید از نظر کلینیکی بهبود پیدا کند تا به فاز انتقالی عبور نماید (مثلاً، یک طفل مصاب به سینه بغل ممکن هنوز هم تحت تداوی انتی بیوتیک قرار داشته باشد، ولی تنفس وی نورما شده یا تب بلند وی پایین آمده باشد).

عدم موفقیت تداوی در فاز اول

اهتمامات اطفال در فاز اول به شکل تشدیدوی صورت میگیرد. به هر حال، ممکن است که طفل در ظرف 1-3 روز ثابت خواهد گردید. اگر طفل بطرف فاز انتقالی پیشرفت نکرده باشد، وی باید تحت یک ارزیابی مکمل کلینیکی قرار گیرد. روز پذیرش به گونه روز 0 (صفر) محاسبه میگردد.

معیارات عدم موفقیت عبارت اند از:

- عدم موفقیت در بهبود اشتها الی 4 روز
- عدم موفقیت در بهبود حالت عمومی کلینیکی الی 4 روز
- عدم موفقیت در آغاز باختن اذیما الی 4 روز
- اذیما الی روز 10 هنوز هم وجود دارد

برای عدم موفقیت در برابر تداوی اسباب زیاد وجود دارند:

مشکلات در قسمت عرضه مراقبت

- عدم موفقیت در تطبیق پروتوکول های طبی به شکل درست
- عدم موفقیت در تطبیق پروتوکول های تغذی به شکل درست
- موجودیت محیط غیر صحی برای اطفال سوء تغذی
- پرسونل بی نهایت سخت گیر یا ترسناک
- عدم موفقیت در تعلیم دادن مواظبت کننده گان در مورد عملکردهای تغذی
- عدم موفقیت چارت سازی معلومات به شکل درست (یا نظارت/ثبت نمودن کاذب)
- پرسونل ناکافی یا کم آموزش دیده
- F75 توصیه نشده، یا بصورت درست تهیه و تجویز نگردیده است

مشکلات اطفال بصورت انفرادی

- یک اختلاط جدی طبی علایم بهبودی را نشان نمیدهد
- مسومیت دوائی
- مقادیر ناکافی شیر معالجوی از طریق دهن یا تیوب انفی- معدوی اخذ گردیده است
- شیر معالجوی طفل توسط خواهر یا برادر یا هم مواظبت کننده به مصرف رسیده است
- شریک ساختن غذای مواظبت کننده با طفل مصاب به SAM
- سوء جذب
- ترضیض روانی
- نشخوار (یک شکل از اختلال روانی)
- انتانات (بخصوص ویروسی) مقاومت به مقابل انتی بیوتیک ها، ادویه ضد فنگسی
- سایر امراض مترافقه/سوء اشکال ولادی/خطاهای میتابولیزم

فاز انتقالی برای اطفال سنین 6 – 59 ماهه

فاز انتقالی علامه برای آوردن تغییرات در اهتمامات تغذیوی طفل میباشد. مقدار انرژی که در فاز انتقالی ارائه میگردد الی 30% افزایش کسب میکند و مقدار پروتئین از دیداد میابد. این کار از سبب استقرار مجدد سیستم های سایکولوژیک ممکن است که توسط بازگشت اشتها، کاهش اذیما و بهبود حالت کلینیکی طفل ظهور میکند.

فاز انتقالی را میتوان به دو بخش متمایز از اهتمامات تقسیم نمود:

1. فاز انتقالی در جاهای که OPD-SAM¹ وجود داشته باشد
2. فاز انتقالی در جاهای که OPD-SAM وجود نداشته باشد

موجودیت در اینجا به این مفهوم است که مراقبت مریضان سرپا باید بعد از رخصت از شفابخانه برای مواظبت کننده گان موجود و قابل دسترس باشد. هرگاه مراقبت سرپا وجود داشته باشد، در آنصورت باید طفل به مراقبت سرپا جهت ادامه تداوی الی شفایابی کامل انتقال نماید. اگر چنین مراقبت وجود نداشته باشد، در آنصورت باید طفل در مراقبت داخل بستر الی شفایابی کامل باقی بماند/شفایابی به اساس معیارات تعیین شده حاصل میگردد.

فاز انتقالی نزد اطفال سنین 6 – 59 ماهه مصاب به SAM که به مراقبت

مریضان سرپا انتقال خواهند یافت

هدف از مراقبت این است تا به طفل مصاب به SAM مقدار درست از رژیم غذایی که مناسب به این فاز باشد داده شود و طفل جهت انتقال به مراقبت سرپا آماده ساخته شود. این کار از طفل توقع دارد تا به رژیم غذایی RUTF تحول کند. این تحول به RUTF به شکل نورمال 2-3 روز را دربر میگیرد ولی شده میتواند مدت طولانی تر را دربر گیرد.

در فاز اول طفل 100 کیلوکالوری/فی کیلوگرام/فی روز انرژی را حاصل مینمود. در فاز انتقالی طفل نیاز دارد تا این مقدار را به 130 کیلوکالوری/فی کیلوگرام/فی روز افزایش دهد. وقتیکه رخصت به جانب مراقبت سرپا صورت میگیرد این مقدار باید به شکل RUTF ارائه گردد و به تدریج باید افزایش یابد تا یقین حاصل گردد که طفل مقادیر کافی RUTF را جهت وزن گیری و بهبودی در شرایط سرپا بدست خواهد آورد.

انتقال قدم به قدم از F75 به RUTF

هنگام انتقال از F75 به RUTF مادر باید تشویق گردد تا به دادن شیر ثنیه نظر به تقاضای طفل اش ادامه دهد. اخذ مقدار کافی RUTF توسط طفل ارتباط به بهبود اشتها که یک شاخص

حساس می‌باشد یا بهبودی فزیولوژیک دارد. این پروسه ممکن به شکل بطی در مدت 2-3 روز صورت گیرد. طفل باید هیچوقت به شکل اجباری تغذیه نگردد. این یک شاخص حقیقی اشتها نمی‌باشد. برعلاوه، RUTF یک ذایقه غیرمعمول داشته که طفل نیاز دارد تا با آن توافق کند.¹¹

RUTF یک مواد رقیق بوده و آب نوشیدنی پاک باید موجود باشد تا طفل آنرا بنوشد. اطفال بزرگتر و قتیکه تشنه میشوند میتوانند آب بخواهند، ولی برای اطفال کوچک باید حین اخذ RUTF آب به شکل منظم داده شود. این بخش یک بخش مهم از آموزش مادر را تشکیل داده که باید برای مادر تدریس گردد؛ یک طفل تشنه ممکن اخذ RUTF را رد کند که این پدیده میتواند اشتباهاً خرابی اشتها فکر شود.

در هر زمان تغذیه پلان شده (حد اقل 5 مرتبه/در روز در فاز انتقالی):

- شیر F75 را به اساس نسخه در مطابقت به وزن طفل تهیه نمایید
- برای طفل یک پاکت RUTF و یک گیلایس آب پاک نوشیدنی را تیار کنید
- پاکت RUTF باید قبل از باز نمودن برای مدت 30 ثانیه خوب مساژ داده شود، این کار کمک میکند تا اجزاء آن با هم مخلوط گردد. این کار باید در مقابل مواظبت کننده صورت گیرد تا طرز تهیه RUTF به نمایش گذاشته شود. اگر RUTF سخت (سفت) باشد (از سبب دمای سرد)، در آنصورت در ابتدا RUTF را به ملایمت ذریعه جابجا سازی پاکت در نزدیکی بدن مادر برای مدت 10 دقیقه گرم کنید، بعداً آنرا قبل از استعمال خوب مخلوط نمایید.
- به مواظبت کننده باید راهنمایی صورت گیرد تا دستان خویش را با آب و صابون بشوید
- قبل از دادن F75، به طفل RUTF بدهید
 - اگر طفل قادر به گرفتن پاکت باشد، وی میتواند ذریعه تشویق ملایم مادر خود را مستقیماً از پاکت RUTF تغذیه نماید
 - اگر طفل نمیتواند RUTF را مستقیماً از پاکت بخورد، در آنصورت مادر میتواند یک مقدار کوچک از RUTF را توسط انگشتان پاک خود گرفته و آنرا به طفل بدهد. مقدار که در هر لقمه داده میشود به شکل تقریبی باید به اندازه یک بادام باشد.

¹ اصطلاح OTP در این رهنمود به OPD-SAM تغییر شکل یافته است.

- بالای این موضوع باید تاکید صورت گیرد که طفل باید **هیچگاه** به خوردن مجبور ساخته نه شود
- بعد از هر لقمه، باید به طفل شیر نثیه یا یک مقدار آب داده شود
- اطفال بزرگتر از 6 ماه ولی همراه با تاخر انکشاف در مهارتهای حرکتی در قسمت جوییدن، ممکن بعضی مشکلات در استفاده از پلمپینت غلیظ داشته باشند، دادن مقادیر آب در این صورت کمک کننده خواهد بود
- **به هیچ وجه باید RUTF** قبل از خوردن آن توسط طفل با آب/F75 یا سایر مایعات مخلوط نگردد
- مقدار گرفته شده هر نوع از تغذی را در چارت تداوی مریضان ثبت نمایید
- بعد از هر تغذی باید RUTF در یک جای سرد، خشک، عاری از حشرات نگهداری و در وقت پلان شده تغذی بعدی دوباره مورد استفاده قرار گیرد

ارزیابی اشتها جهت خوردن RUTF در فاز انتقالی

جدول 34 ذیل یک رهنمود ساده مقدار RUTF را که در هر مرتبه تغذی باید در 24 ساعت در فاز انتقالی صرف گردد نشان میدهد. طفل را 5 الی 6 مرتبه در 24 ساعت تغذی نمایید.

جدول 34: مقدار RUTF که باید در فاز انتقالی داده شود.

وزن طفل	مقدار RUTF در هر مرتبه تغذی	مقدار که باید در 24 ساعت صرف گردد
5 کیلوگرام ≤	¼ پاکت	از 1 ¼ الی 1 ½ پاکت
5 کیلوگرام >	1/3 پاکت	از 1 ¾ الی 2 پاکت

طفل باید در فاز انتقالی بخاطر هر نوع علائم بدتر شدن وضعیت وی، از نزدیک تحت مشاهده قرار گیرد. نزد اطفال معمول نیست که در جریان پروسه بهبودی چندین بار مواد غایبه بسیار نرم داشته باشند. بجز آنکه علائم ذیل وجود داشته باشند:

- سندروم تغذی مجدد یا
- اسهال حاد آبگین
- اسهال آسموتیک (همراه با F75 با اسمولاریتی پایین غیر معمول میباشد)

نیاز به تداوی اسهال نمیباشد، بجز از اینکه طفل وزن خویش را بیازد. طفل باید به گرفتن RUTF ادامه دهد و از نزدیک باید مشاهده گردد؛ اسهال باید توسط زینک تداوی نگردد.

اگر طفل در خوردن مقدار مقتضی RUTF به ناکامی مواجه میگردد

هرگاه طفل در خوردن مقدار مورد نیاز RUTF در هر مرتبه تغذی به ناکامی مواجه میگردد، طفل باید خوراک خویش را توسط نوشیدن جیره F75 در پهلوی RUTF خورده شده ختم کند. مدت که برای خوردن RUTF و F75 به مصرف میرسد (اگر نیاز باشد) نباید بیش از 1 ساعت باشد. پروسه دادن RUTF و F75 هر دو تا زمان ادامه داده میشود که طفل قادر به گرفتن مقدار مورد نیاز RUTF در هر تغذی در 24 ساعت گردد. اگر اشتهای طفل در مدت 2-3 روز بهبود نیابد، در آنصورت طفل را دوباره ارزیابی نموده و رژیم تداوی را تغییر دهید.

1. اگر بدتر شدن در وضعیت کلینیکی طفل به ملاحظه برسد، در آنصورت طفل را به فاز اول برگردانید

2. اگر طفل در حالت ثابت باشد ولی اشتها در فاز انتقالی بعد از 3 روز بهبود نیافته باشد (مقدار مورد نیاز در هر بار خوراک اخذ نمیگردد)، در آنصورت رژیم غذایی را به F100 فاز انتقالی طوریکه در فصل (بخش) بعدی توضیح گردیده تغییر دهید

اگر طفل قادر به خوردن مقدار مورد نیاز RUTF باشد

اگر طفل در هر مرتبه تغذی مقدار مورد نیاز RUTF خویش را در مدت 24 ساعت اخذ میدارد، F75 را میتوان قطع کرد و به طفل تنها RUTF و شیر مادر یا آب داده میشود. مقدار RUTF که توسط طفل اخذ میگردد باید طوریکه در جدول 35 ذیل نشان داده شده است از دیاد یابد.

مواظبت کننده باید یقینی سازد که در این فاز به طفل سایر غذاها داده نه شود. غذاهای خانوادگی را میتوان تنها وقتی به طفل معرفی نمود که وی به مراقبت سرپا انتقال یابد.

طفل باید بخاطر هر خرابی در وضعیت کلینیکی که ممکن نیاز به انتقال دوباره به مراقبت فاز اول داشته باشد مشاهده گردد. وقتیکه مقدار مکمل تجویز شده فوق در 24 ساعت توسط طفل خورده شود، بعد از آن ممکن طفل نیاز داشته باشد تا اخذ مقدار مورد ضرورت RUTF خویش را جهت شفایابی مناسب در خانه آغاز نماید. مقدار مورد ضرورت شده میتواند با ملاحظه جدول ذیل اخذ گردد.

جدول 35: مقدار RUTF که باید هنگام انتقال به مراقبت سرپا برای طفل داده شود

وزن طفل، کیلوگرام	پاکت ها فی هفته	پاکت ها فی روز
3.5-3.9	11	1.5
4.0-4.9	14	2
5.0-6.9	18	2.5
7.0-8.4	21	3
8.5-9.4	25	3.5
9.5-10.4	28	4
10.5-11.9	32	4.5
≥12	35	5

این یک مسئله حیاتی میباشد که راجع به استعمال درست RUTF در خانه باید به مواظب کننده راهنمایی صورت گیرد. پیامهای کلیدی راجع به استعمال RUTF در فصل 4 ارائه گردیده اند. طفل باید هر دوره اخذ انتی بیوتیک فمی را الی تکمیل آن ادامه دهد. ادویه جات روتین، و قتیکه طفل به هدف مراقبت سرپا رخصت میگردند نزد طفل مصاب به SAM نباید تکرار گردند.

آمادگی برای رخصت

نوت: قبل از رخصت مشتریان، برای مادران مشوره دهید (صفحه 32 را تعقیب نمایید)

و قبل از رخصت طفل از مراقبت وارد داخل بستر، کارهای ذیل نیز باید انجام شود:

- یک مرکز صحتی که مراقبت سرپا را برای SAM عرضه میدارد باید برای مواظبت کننده موجود و قابل دسترس باشد
- مواظبت کننده باید به ادامه مراقبت در تداوی سرپا موافقه کند
- مقدار کافی RUTF باید داده شود تا الی ملاقات ممکنه بعدی در مراقبت سرپا دوام کند
- مواظبت کننده باید پیام های کلیدی در مورد دادن RUTF را بداند (و تکرار کند)

- مواظبت کننده باید راجع به ادویه جات که بعد از رخصت داده میشود بدانند (و تکرار کند)
- با مرکز صحتی مربوطه و سوپروایزر صحتی جامعه تماس تلفونی گرفته و راجع به انتقال طفل به مراقبت سرپا برایشان اطلاع دهید
- یک کارت انتقالی را آماده سازید [ضمیمه 23، فصل 4] و آنرا به مواظبت کننده بدهید. این خط باید به پرسونل مرکز صحتی (مراقبت) سرپا در ملاقات بعدی تقدیم گردد
- در کارت انتقالی باید موضوعات ذیل درج گردد:
 - نمبر راجستر/تداوی شفاخانه
 - MUAC (اندازه گیری)
 - وزن (اندازه گیری)
 - قد (اندازه گیری)
 - Z score وزن بر قد
 - درجه انیما
 - جیره توزیع شده RUTF (تعداد پاکت های هنگام رخصت)
 - ادویه که بعد از رخصت باید ادامه داده شود
 - حالت کلینیکی هنگام رخصت
- طفل را در تالی شیت/راپور ماهانه به گونه "انتقال به مراقبت سرپا" ثبت کنید
- جیره توزیع شده RUTF را در راجستر تحویلخانه ثبت نمایید
- سایر اسناد کلینیکی و راجسترهای مربوطه را تکمیل کنید

فاز انتقالی برای مریضان سنین 6-59 ماهه و قتیکه مراقبت سرپا وجود نداشته باشد

در فاز اول طفل 100 کیلوکالوری/فی کیلوگرام/فی روز انرژی را حاصل مینمود. در فاز انتقالی طفل نیاز دارد تا این مقدار را به 130 کیلوکالوری/فی کیلوگرام/فی روز افزایش دهد. و قتیکه تداوی سرپا وجود نداشته باشد، در آنصورت باید طفل در شرایط (مراقبت) داخل بستر تداوی و شفایاب گردد.

در فاز انتقالی، اطفالیکه در مراقبت داخل بستر باقی میمانند، انرژی مورد ضرورت شان 130 کیلوکالوری/فی کیلوگرام/فی روز میباشد که به شکل شیر معالجوی F100 داده میشود. F100 حاوی 100 کیلوکالوری/فی 100 ملی لیتر شیر میباشد. به این معنی که و قتیکه شیر

در فاز انتقالی از F75 به F100 تبدیل می‌گردد، حجم شیر که طفل در فاز اول اخذ مینمود در این فاز نیز به عین مقدار باقی میماند؛ تنها نوع شیر تغییر میکند. طفل باید به تغذی با شیر مادر مطابق به تقاضا ادامه دهد.

یادداشت: هرگاه سن طفل اضافه تر از 6 ماه و وزن وی کمتر از 4 کیلوگرم باشد، در آنصورت باید طفل مطابق به پروتوکول های که در فصل 7 نشان داده شده اند تداوی گردد.

تهیه DF 100

جدول 36: مقدار شیر F100 که باید برای اطفال سنین 6-59 ماهه در فاز انتقالی داده شود

وزن طفل (به کیلوگرام)	6 مرتبه تغذی در روز	5 مرتبه تغذی در روز
کمتر از 3.0	از F100 خالص باید استفاده صورت نگیرد	
3.0– 3.4	75 ملی لیتر فی تغذی	85 ملی لیتر فی تغذی
3.5– 3.9	80	95
4.0– 4.4	85	110
4.5– 4.9	95	120
5.0– 5.4	110	130
5.5– 5.9	120	150
6.0– 6.9	140	175
7.0– 7.9	160	200
8.0– 8.9	180	225
9.0– 9.9	190	250
10.0–10.9	200	275
11.0–11.9	230	275
12.0–12.9	250	300
13.0–13.9	275	350
14.0–14.9	290	375
15.0–19.9	300	400

معیارات جهت برگشت دوباره به فاز اول

یک طفل که در فاز انتقالی قرار داشته و F100 یا RUTF را اخذ میدارد باید وقتی به فاز اول دوباره برگردانده شود که نزد اش یکی از علائم ذیل بملاحظه برسد:

- بزرگ شدن سریع کبد
- علائم اضافه بار شدن مایعات
- هرگاه انتفاخ سخت بطنی بوقوع بپیوندد
- اگر تغذیه مجدد قابل توجه که سبب ضیاع وزن شود، وجود داشته باشد
- هرگاه اختلالات بوجود آیند که مستلزم تطبیق مایعات وریدی باشند
- هر نوع ازدیاد در اذیما یا بوجود آمدن اذیما در حالیکه قبلاً وجود نداشت
- هر نوع وخامت قابل توجه در وضعیت مریض

هرگاه بعد از پیشرفت به سوی فاز انتقالی، طفل بدتر شده باشد، آن اکثراً از سبب یکی از علل ذیل بوده میتواند:

- سندروم تغذیه مجدد
- سندروم فعال شدن مجدد
- اسهال اسموتیک از سبب تغییرات در رژیم غذایی (در صورت تغذیه های با اسمولاریتی پایین، کمتر معمول میباشد)
- آسپایریشن مواد غذایی از طریق تخنیک نادرست تغذی
- انتان شفاخانه یی
- تجویز/بکار بردن ادویه جات به گونه نامناسب

سندروم تغذیه مجدد یک مغلق از عکس العمل های میتابولیک بوده و وقتی بوجود می آید که انرژی یا مواد مغذی اضافه بار در عضویت سبب تغیر مکان سریع الکتروولیت ها و مایعات بین حصص مختلف بدن میگردد. اختلاجات، عدم کفایه قلبی و مرگ آنی میتواند در نتیجه هایپوفاسفاتیسم و اضافه بار شدن مایعات بوجود آید.

سندروم فعال شدن مجدد وقتی بوجود می آید که یک انتان سابقه ناتشخیص شده پا به ظهور میگذارد. این پدیده در نتیجه انتان کسبی جدید نه بلکه ممکن از سبب بهبود سیستم معافیتی و/یا سیستم التهابی بوجود آید.

در هر واقعه از عدم موجودیت و اکتش یا بدتر شدن وضعیت طفل، به یک ارزیابی مکمل نیاز میباشد. داکتر باید موضوعات ذیل را مدنظر گیرد:

- یک تاریخچه مفصل اخیر
- دقیق بودن اسناد قبلی
- معاینات مکمل طبی و مرور حالت تغذی
- مرور تداوی های طبی و تغذیوی قبلی
- رادیوگرافی صدر/آزمایشات لابراتواری
- استفاده از ادویه جات و غذای توصیه نشده
- مرور محیط مراقبت (حفظ الصحه، پرسونل، تهیه شیر)
- استعمال درست و/یا تنظیم کردن وسایل اندازه گیری
- رجعت دهی به یک متخصص خدمات اطفال ممکن نیاز باشد

و قتیکه طفل به فاز اول برگشت می نماید، رژیم غذایی وی دوباره به F75 تبدیل میگردد

معیارات انتقال به فاز دوم

بخاطر انتقال به فاز دوم، موضوعات ذیل باید رخ دهد:

- طفل باید اشتهای خوب داشته باشد (اضافه تر از 90% از شیر معالجوی توصیه شده را از طریق دهن اخذ میدارد)
- اذیما باید بصورت کامل فرونشسته باشد

تداوی فاز دوم نزد اطفال سنین 6-59 ماهه در صورتیکه مراقبت سرپا

وجود نداشته باشد

در فاز دوم، اخذ انرژی و پروتین طفل به اندازه 200 کیلوکالوری/فی کیلوگرام/فی روز با دادن شیر معالجوی F100 افزایش پیدا میکند. در جریان فاز دوم، آهن به شیر معالجوی افزود میگردد. مقدار آهن که باید علاوه شود قرار ذیل میباشد:

- 200 ملی گرام فیرس سلفیت (1 تابلیت) در 2 لیتر شیر معالجوی
- 100 ملی گرام فیرس سلفیت (1/2 تابلیت) در 1 لیتر شیر معالجوی

هرگاه مقادیر کم شیر تهیه می‌گردد، 100 ملی گرام (1/2 تابلیت آهن) را میده نموده و آنرا بطور کامل در 10 ملی لیتر آب حل نمایید (خود را مطمئن سازید که تابلیت بخوبی میده شده باشد و رسوبات را بجا نگذارد).

- 10 ملی گرام فیرست سلفیت (1 ملی لیتر از 10 ملی لیتر محلول آهن) در هر 100 ملی لیتر شیر معالجوی

مقدار شیر F100 که باید در فاز دوم داده شود

جدول 37 ذیل حجم شیر معالجوی F100 را که باید در فاز دوم داده شود تقدیم میکند. دفعات تغذی باید حد اقل 5 مرتبه در روز باشند. جدول مقادیر شیر را در مطابقت به اینکه روزانه 5 یا 6 مرتبه تغذیه صورت میگیرد پیشکش میکند.

جدول 37: مقادیر شیر F100 که برای اطفال سنین 6- 59 ماهه در فاز دوم (SAM) داده میشود

شیر معالجوی F100		وزن طفل به کیلوگرام
5 مرتبه تغذی در روز	6 مرتبه تغذی در روز	
شیر رقیق شده F100 را بکار برید		< 3.0 kg
130	110	3.0 to 3.4
150	125	3.5-3.9
160	135	4.0-4.9
190	160	5.0-5.9
215	180	6.0-6.9
240	200	7.0-7.9
260	215	8.0-8.9
270	225	9.0-9.9
280	230	10.0-11.9
310	260	12.0-14.9
360	300	15.0-19.9

ادویه جات که باید در فاز دوم داده شوند

ادویه ضد کرم

تداوی کرم ها در فاز دوم (روز 7) وقتی صورت میگیرد که طفل در داخل بستر باقی میماند.
جدول 38: ادویه ضد کرم که در فاز دوم مراقبت داخل بستر برای اطفال سن اضافه تر از 12 ماه داده میشود

ادویه	سن	مقدار	تجویز
میبیندازول	12 – 23 ماه	250 ملی گرام	به دوز واحد در روز 7
	24 ماه یا بزرگتر	500 ملی گرام	به دوز واحد در روز 7

مراقبت تعقیبی در وارد داخل بستر در جریان تداوی

در جریان تداوی در فاز دوم باید طفل بصورت دوامدار الی حاصل نمودن بهبودی نظارت گردد. مشاهدات باید بطور منظم در فورمه سرویلانس معالجوی ثبت گردد.

مشاهدات روزمره

- ◀ بعد از هر تغذی مقدار اخذ شده را ثبت کنید
- ◀ وزن را اندازه کنید
- ◀ اذیما را ارزیابی نمایید
- ◀ تعداد تنفس را بشمارید
- ◀ حرکات قلبی را محاسبه کنید
- ◀ درجهء حرارت را اندازه نمایید
- ◀ وضعیت کلینیکی را ارزیابی کنید (استفراغ، اسهال، دیهیدریشن، سرفه)
- ◀ حالت تغذیوی را در برابر معیارات رخصت شدن ارزیابی نمایید

مشاهدات هفته وار

- ◀ MUAC را اندازه کنید

مشاهدات دو هفته بی

◀ قد/طول را اندازه نمایید

بازی ها و تنبیه احساسات

در جریان فاز دوم بخاطر کمک در بهبود روانی باید طفل ذریعه بازی ها و منبیهات احساساتی تنبیه گردد.

- ◀ مواظبت کننده را تشویق نمایید تا در هنگام تغذی با طفل حرف بزند و با وی ارتباط چشمی خوب را برقرار نماید
- ◀ یک محیط با رنگ روشن را در سرویس آماده سازید
- ◀ بازیچه های مناسب نظر به سن طفل را در اختیار اطفال قرار دهید (به ضمیمه 32 دیده شود)

عدم موجودیت واکنش در فاز دوم

عدم موجودیت واکنش در فاز دوم ممکن در صورت موجودیت موضوعات ذیل تشخیص گردد:

- ◀ عدم موفقیت در گرفتن وزن الی 5 گرام/فی کیلوگرام/فی روز
- ◀ عدم موفقیت در رسیدن به معیارات رخصت شدن، الی روز 21 تداوی
- ◀ هر نوع وخامت کلینیکی

معیارات رخصت نمودن برای اطفال سنین 6 الی 59 ماهه از مراقبت داخل

بستر SAM

جدول 39 معیارات رخصت را از مراقبت فاز دوم برای اطفال سنین 6 الی 59 ماهه توضیح میدارد. معیارات انتروپومتريک باید مساوی یا بلندتر از معیارات رخصت در 2 اندازه گیری پی در پی باشند.

جدول 39: معیارات رخصت نمودن برای اطفال سنین 6 الی 59 ماهه از مراقبت داخل بستر SAM

تعریف	کتگوری
<p><u>برای پذیرش های که نریعه MUAC صورت گرفته</u> $MUAC \geq 12.5\text{cm}$ (برای 2 روز متواتر)</p> <p><u>برای پذیرش های که نریعه وزن بر قد/طول (WFH/L) صورت گرفته</u> $WFH/L \geq -2\text{ Z scores}$ (برای 2 روز متواتر)</p> <p>و</p> <p>اذیما حد اقل برای 2 هفته معدوم باشد</p> <p>و</p> <p>از نظر کلینیکی خوب باشد</p>	شفایاب
غیرحاضری 3 روز متواتر از IPD-SAM	غایب
در جریان مراقبت داخل بستر فوت مینماید	فوت
مریض بعد از گذشت 2 ماه به معیارات رخصت نمیرسد	شفا نیافته

آمادگی برای رخصت

قبل از رخصت نمودن طفل از IPD-SAM باید کارهای ذیل صورت گیرد:

- مواظبت کننده باید راجع به ادویه جات که بعد از رخصت شدن باید به طفل داده شود بداند (و تکرار نماید)
- طفل را در تالی شیت/راپور ماهوار به گونه "شفایاب" ثبت کنید
- سایر اسناد کلینیکی و راجسترها را تکمیل نمایید

- یک کارت انتقالی را نوشته و به مواظبت کننده توصیه نمایید تا به نزدیکترین مرکز صحتی محل مراجعه نماید
 - نمبر ثبت راجستر مریض را در تمام اسناد ثبت نمایید
 - MUAC و وزن بر قد را ثبت کنید (اندازه گیری زمان رخصت)
 - بعضی از ادویه جاتی را که به شکل دوامدار داده خواهد شد ثبت نمایید (آیا آنها باید هنگام رخصت تحت تداوی ادویه جات قرار داشته باشند؟)
 - اشتراک در پروگرام های نظارت از نشو و نما را توصیه کنید
 - اشتراک در پروسه مشوره دهی بعدی در مرکز صحتی محل را توصیه نمایید

تعقیب بعد از رخصت نمودن

طفل که جهت سوء تغذی حاد (شدید) تداوی میگردد اکثراً از مجموعه از کمبودات تغذیوی و/یا انتانات رنج میبرد که در نتیجه عوامل گوناگون بوجود می آید. بخاطر دوام دادن به نشو و نمای صحتمند و وقایه از عود، به مراقبت تعقیبی **همیشه** نیاز میباشد. با در نظر داشت خدمات موجود به سویه محلی، موضوعات ذیل باید مدنظر گرفته شود:

- ◀ مشوره دهی دوامدار IYCF/تغذی
- ◀ شمولیت در پروگرام نظارتی نشو و نما
- ◀ رجعت دهی به کلینیک طفل صحتمند
- ◀ رجعت دهی به پروگرام مصنونیت غذایی (مانند SFP)
- ◀ رجعت دهی به سایر پروگرام های خدمات اجتماعی

راپوردهی

پذیرش و رخصت نمودن از IPD-SAM در عین فارمت (نمونه) که برای خدمات سرپای SAM استفاده میشود راپور داده میشود. فارمت های (نمونه های) راپورهای ماهوار در ضمیمه 25، فصل 4 ذکر گردیده اند. نتایج رخصت نمودن در مورد SAM داخل بستر بطور ماهوار محاسبه شده و همراه با راپور ارائه میگردند. نتایج رخصت نمودن ماهوار در فارمت های الکترونیکی به شکل اتوماتیک (خودبخود) محاسبه میگردند. خط قاعدوی معادله نتایج رخصت نمودن عبارت از تعداد مجموعی رخصت شده گان از تداوی میباشد.

رخصت شده گان مجموعی = شفایاب شده گان + فوت شده گان + غایبین + شفایاب ناشده + انتقال به دیپارتمنت سرپای SAM

جدول 40: محاسبه نتایج رخصت شدگان مصاب به MAM/SAM

<p>= تعداد اطفال <u>شفایاب شده</u> در همان ماه $\times 100$</p> <p>تعداد مجموعی رخصت شده گان از تداوی سرپا در همان ماه</p>	<p>فیصدی رخصت شده گان شفایاب شده</p>
<p>= تعداد اطفال <u>فوت شده</u> در همان ماه $\times 100$</p> <p>تعداد مجموعی رخصت شده گان از تداوی سرپا در همان ماه</p>	<p>فیصدی رخصت شده گان فوت شده</p>
<p>= تعداد اطفال <u>غایب</u> در همان ماه $\times 100$</p> <p>تعداد مجموعی رخصت شده گان از تداوی سرپا در همان ماه</p>	<p>فیصدی رخصت شده گان غایب</p>
<p>= <u>تعداد مجموعی روزهای تداوی برای تمام واقعات رخصت شده گان شفایاب شده</u></p> <p>تعداد مجموعی واقعات رخصت شده گان شفایاب شده</p>	<p>حد اوسط طول ماندن</p>

حد متوسط وزن گیری

حد متوسط وزن گیری (AWG) برای اطفال مصاب به ضایعات و اذیما بطور جداگانه محاسبه میگردد. اسناد اطفال رخصت شده به شکل شفایافته در هر ماه، با تفکیک ضایعات و اذیما از هم جدا گردیده و حد متوسط وزن گیری طور ذیل محاسبه میگردد.

برای واقعات که با ضایعات پذیرفته شده باشند

نخست وزن گیری را برای هر طفل رخصت شده شفایاب محاسبه کنید

وزن گیری = (وزن هنگام رخصت به گرام - وزن هنگام پذیرش به گرام) / وزن هنگام پذیرش به کیلوگرام

طول ماندن (به روز)

وزن گیری در این محاسبه توسط گرام/ کیلوگرام/ روز نشان داده میشود

وزن گیری متوسط = وزن گیری مجموعی تمام اطفال با ضایعات که شفایاب رخصت شده (توسط گرام/ کیلوگرام/ روز نشان داده میشود)
تعداد تمام اطفال با ضایعات که شفایاب رخصت شده اند

برای واقعات که با ادیما پذیرفته شده باشند

وزن گیری واقعات ادیمیایی از زمان رشف کامل ادیما الی رخصت نمودن محاسبه میگردد.

وزن گیری = (وزن هنگام رخصت به گرام - وزن اصغری به گرام) / وزن اصغری به کیلوگرام (به گرام/ کیلوگرام/ روز)
زمان از وزن اصغری الی رخصت شفا یافته (به روز)

وزن گیری متوسط = وزن گیری مجموعی تمام اطفال ادیمیایی رخصت شده شفا یافته (به گرام/ کیلوگرام/ روز)
تعداد مجموعی اطفال ادیمیایی رخصت شده شفا یافته

معیارات خدمات

معیارات خدمات برای وارد داخل بستر SAM را میتوان از طریق شاخص های محاسبه شده فوق جهت راپوردهی ماهوار، ارزیابی نمود. معیارهای هر شاخص در جدول 41 ذیل ارائه گردیده اند.

جدول 41: استانداردهای خدمات برای وارد داخل بستر SAM

شاخص	معیار وزارت صحت عامه
شفایاب + انتقال به دبیرتمنت سرپای SAM (در جاهای که خدمات سرپای SAM موجود باشند)	بیشتر از 75%
شفایاب (تنها وارد داخل بستر وجود دارد)	بیشتر از 75%

غایب	کمتر از 15%
فوت	کمتر از 10%
(اگر خدمات سرپا وجود داشته باشند)	7 الی 10 روز
حد اوسط طول ماندن (تنها وارد داخل بستر وجود دارد)	21 الی 28 روز
وزن گیری متوسط	بیشتر از 8 گرام / کیلوگرام / روز

در جاهای که معیارات خدمات با معیارات ارائه شده در جدول 41 فوق مطابقت نداشته باشند، یک راپور مشرح باید علل تفاوت ها و اقدامات گرفته شده جهت مخاطب قرار دادن مشکلات را توضیح نماید.

نظارت و سوپرویزن حمایتی

چک لست های اجرائات بخاطر استفاده در ملاقات های نظارتی به شکل ضمایم در اخر این فصل وجود دارند. ملاقات های نظارتی باید در هر 3 ماه یکمرتبه صورت گیرند. یک کاپی از راپور نظارتی باید به آفیسر ولایتی تغذی و دیپارتمنت تغذی عامه به سطح ملی ارائه گردد.

اسناد کلینیکی، پروتوکول ها و محیط مراقبت باید به جزئیات بازرسی گردند تا آنده از مشکلات مشخص ساخته شوند که از اثر آن ممکن مریضان در حصه جواب دادن به اقدامات معالجوی به ناکامی مواجه شده باشند (به ضمیمه 34 دیده شود) و اقدامات اصلاحی صورت گیرد.

وقتیکه ارزیابی های سطح پوشش وجود داشته باشند، در آنصورت موثریت خدمات میتواند مطابق به معادله (رابطه) ذیل ارزیابی گردد:

$$\text{موثریت} = \text{میزان شفایابی} \times \text{سطح پوشش}^*$$

* سطح پوشش باید با استفاده از یک میتودولوژی قبول شده ارزیابی گردد. محاسبات غیر مستقیم سطح پوشش که از تخمین های تعداد متوقع واقعات سرچشمه میگیرند به منظور ارزیابی قابل قبول نمیباشد.

ضمیمه 29: معیارات واجد شرایط بودن برای اطفال شیرخوار و اطفال کمتر از 5 سال

<p>اطفال 6-59 ماه حتی با داشتن اشتهای خوب و بدون اختلالات طبی هم پذیرفته میشوند</p> <p>اذیمای Pitting دو طرفه +++ یا مرسمیک کواشیورکور* (* وزن بر قد/طول کمتر از -3Z scores یا MUAC کمتر از 11.5 سانتی متر با یکی از درجات اذیما)</p>	<p>اطفال سنین 6 الی 59 ماهه</p>
<p>اطفال 6-59 ماه مصاب به SAM + اشتهای خراب یا اختلالات طبی پذیرفته میشوند</p> <p>MUAC: کمتر از 11.5 سانتی متر یا وزن بر قد/طول کمتر از -3Z scores یا اذیمای دوطرفه + و ++ همراه با</p> <ul style="list-style-type: none"> • داشتن اشتهای خراب برای RUTF • یا موجودیت علایم خطر IMCI یا اختلالات طبی ذیل: • تب بلند • هایپوترمیا • استقراغ دوامدار • دیهایدریشن شدید • کمخونی شدید • بی حالی، ضعفی زیاد، بی علاقه گی، بی هوشی، اختلاج • آفات متوسط یا شدید جلدی • مشکلات در تنفس یا تنفس سریع 	

<p><u>اطفال 6-59 ماهه که از OPD-SAM راجع ساخته شده اند</u></p> <p>موجودیت مشکلات ذیل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • وخامت حالت طبی (پیدا نمودن علائم خطر IMCI) • ازدیاد در اذیمای دو طرفه • از دست دادن وزن در طی 3 هفته متواتر یا وزن ثابت برای مدت 5 هفته • عدم موجودیت بهبودی در OPD-SAM بعد از 3 ماه 	
<p><u>اطفال 6-59 ماهه که از OPD-MAM راجع ساخته شده اند</u> (در جاهای که هیچ OPD-SAM وجود نداشته باشد)</p> <p>MUAC: کمتر از 11.5 سانتی متر یا وزن بر قد/طول کمتر از -3Z scores یا یکی از درجات اذیمای Pitting دو طرفه</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • طفل سن بزرگتر از 6 ماه ولی وزن کمتر از 4 کیلوگرام داشته باشد 	
<ul style="list-style-type: none"> • وزن بر قد/طول کمتر از -3Z scores (برای اطفال شیرخوار مساوی یا بیشتر از 45 سانتی متر) • یکی از درجات اذیمای Pitting دو طرفه • ضایعات شدید و اشکار + علائم خطر IMCI • با وجود مشوره دهی در مورد تغذی با ثدییه در جامعه، طفل شیرخوار در قسمت وزن گیری به ناکامی مواجه میگردد • طفل شیرخوار بسیار ضعیف بوده و به شکل موثر چوشیده نمیتواند 	<p>اطفال شیرخوار کمتر از 6 ماهه</p>

ضمیمه 30: ترکیب ORS، ORS با غلظت پایین (LO-ORS) و ریزومل (همراه با دستورالعمل های ساختن ریزومل)

ReSoMal (ریزومل)	LO-ORS (او آر آس با غلظت پایین)	ORS معیاری	اجزای ترکیبی
125	75	111	گلوکوز
45	75	90	سودیم
40	20	20	پوتاشیم
70	65	80	کلوراید
7	10	10	سایتريت
3	-	-	مگنیزیم
0.3	-	-	زینک
0.045	-	-	مس
300	245	311	آسمولاریتی (غلظت)

چطور باید از ORS معیاری ریزومل را بدست آورد

مقدار	اجزای ترکیبی
1 پاکت از پاکت های معیاری برای یک لیتر	ORS معیاری - WHO
50 گرام	سکروز
4 گرام	پوتاشیم
2 لیتر	آب

چطور باید از LO-ORS ریزومل را بدست آورد

مقدار	اجزای ترکیبی
1 پاکت LO-ORS برای یک لیتر آب	LO-ORS یی - WHO

40 گرام	بوره
1 قاشق	CMV (مخلوط منرالها و ویتامینها)
1700 ملی لیتر	آب

ضمیمه 31: دستورالعمل تهیه F75 و F100

بدیل ها	اجزای ترکیبی	مقدار برای F75
با استفاده از شیر خشک بدون چربی	شیر خشک بدون چربی بوره آرد غله جات روغن نباتی مخلوط منرالها و ویتامینها * آب بخاطر ساختن 1000 ملی لیتر	25 g 70 g 35 g 30 g 20 ml 1000 ml
با استفاده از شیر خشک کامل	شیر خشک کامل بوره آرد غله جات روغن نباتی مخلوط منرالها و ویتامینها * آب بخاطر ساختن 1000 ملی لیتر	35 g 70 g 35 g 20 g 20 ml 1000 ml
با استفاده از شیر کامل تازه گاوی	شیر کامل تازه گاوی بوره آرد غله جات روغن نباتی مخلوط منرالها * آب بخاطر ساختن 1000 ملی لیتر	300 ml 70 g 35 g 20 g 20 ml 1000 ml
بدیل ها	اجزای ترکیبی	مقدار برای F75
با استفاده از شیر خشک بدون چربی	شیر خشک بدون چربی بوره روغن نباتی مخلوط منرالها * آب بخاطر ساختن 1000	25 g 100 g 30 g 20 ml 1000 ml
با استفاده از شیر خشک بدون چربی	شیر خشک بدون چربی بوره روغن نباتی مخلوط منرالها * آب بخاطر ساختن 1000	80 g 50 g 60 g 20 ml 1000 ml

		ملی لیتر	
110 g	35 g	شیر خشک کامل	با استفاده از شیر
50 g	100 g	بوره	خشک کامل
30 g	20 g	روغن نباتی	
20 ml	20 ml	مخلوط منرالها *	
1000 ml	1000 ml	آب بخاطر ساختن 1000 ملی لیتر	
880 ml	300 ml	شیر کامل تازه گاوی	با استفاده از شیر
75 g	100 g	بوره	کامل تازه گاوی
20 g	20 g	روغن نباتی	
20 ml	20 ml	مخلوط منرالها *	
1000 ml	1000 ml	آب بخاطر ساختن 1000 ملی لیتر	

* مخلوط منرالها و ویتامینها (CMV) را باید جهت یقینی ساختن تعادل مناسب مایکرونیوتربنت ها استفاده نمود

جغیفه (بعد از 12 ماهگی)

قطعه‌های طویل را از بوتل‌های رنگه پلاستیکی قطع نمایید. آنها را در بوتل کوچک شفاف جلیجا سزید و سرپوش بوتل را بالای بوتل بطور محکم سریش کنید.



آینه (بعد از 18 ماهگی)

سرپوش یک قوطی که کنارهای تیز (برنده) نداشته باشد.

حلقه در ریسمان (بعد از 6 ماهگی)

گونک‌های تار و سایر اشیاء کوچک (مانند، گردنه‌های قطع شده بوتل‌های پلاستیکی) را در یک ریسمان ببندارید. ریسمان را در یک حلقه بسته نمایید، یک قسمت طویل ریسمان را بگذارید معلق (آویزان) باشد.



طبل (بعد از 12 ماهگی)

هر نوع قوطی که سر آن بطور محکم ببندد.

بوتل‌ها جهت جلیجا سزای اشیاء (بعد از 12 ماهگی)

یک بوتل کتان و شفاف پلاستیکی که گردنه نازک داشته باشد و اشیاء کوچک طویل که قابلیت عبور از آنرا داشته باشد (اشیاء باید به اندازه کوچک نباشند که بلع گردند).



داخل و خارج کردن اسباب بازی (له ۹ میاشته‌ته وروسته) انواع مختلف جعبه‌های پلاستیکی یا تپیه شده از کاغذ ضخیم و اشیاء کوچک (به اندازه کوچک نباشد که بلع گردد).



بلوتپا (بعد از 9 ماهگی)

بلوک‌های کوچک چوبی. قسمت‌های خارجی آنها را توسط ریگمان لشم بسزید، اگر ممکن باشد آنها را با رنگ‌های روشن رنگ نمایید.



بازیچه تپه شونده (بعد از 12 ماهگی)

در مرکز قاعده و در مرکز قسمت فوقانی یک قوطی استوانه‌ای شکل یک یک سوراخ را ایجاد کنید. یک توت‌سب (یا طول تقریبی 60 سانتی متر) را در سوراخ‌های متفکره داخل کنید و نهایتاً آنرا در داخل قوطی گره بزنید. یک مقدار سرپوش‌های ظری را در داخل قوطی انداخته و سر آنرا ببندید.

بازیچه‌های آتیشه‌یی (بعد از 9 ماهگی)

قاعده‌های دو بوتل مشابه ولی با اندازه‌های مختلف را در قسمت قاعده قطع کنید. بوتل کوچک باید در بوتل بزرگ جلیجا شود.



بازیچه تش شونده (بعد از 12 ماهگی)

مانند فوق، ولی به این تفاوت که به عوض سیم باید از یک ریسمان نرم استفاده شود.



کتاب (بعد از 18 ماهگی)

سه پارچه اشکال مساوی مستطیل شکل را از یک کلرتن کاغذی ببرید. بالای هر دو طرف هر پارچه یک تصویر را سریش یا رسم نمایید. در یک طرف هر پارچه دو سوراخ را بوجود بیاورید و از طریق آن تار را عبور داده تا یک کتاب بدست آید.



گودی (بعد از 12 ماهگی)

اشکال دو گودی را از یک پارچه (تکه) قطع نمایید و کنارهای آنها را با هم طوری خیاطه‌گذاری کنید که یک مجرای کوچک بجز باقی ماند. قسمت داخلی گودی را بطرف بیرون بکشید و آنرا از اشیاء اضافی پر کنید. مجرا را خیاطه‌گذاری کنید او روی آنرا توسط دست نوزی یا رسانی تیل کنید.

ضمیمه 33: چک لیست عملکرد برای مراقبت داخل بستر SAM



وزارت صحت عامه
ریاست عمومی طب وقایوی
دییارتمنت تغذی عامه

چک لیست نظارتی برای وارد داخل بستر SAM در مراکز صحت

مشخصات			
س 1	تاریخ: سال () / ماه () / روز ()		
س 2	موقعیت: ولایت () // ولسوالی ()		
س 3	نوع مرکز صحتی: 1. PH، 2. DH، 3. CHC، 4. BHC، 5. SHC، 6. وغيره () (نمبر (ID) مرکز صحتی:		
شماره	سوالات	جوابات	نظریات
شاخص های ورودی			
س 4	آیا تعداد مناسب پرسونل برای IPD-SAM وجود دارد؟	1. نه خیر 2. بلی	0 داکتر، 2 نرس، 1 کارگر/آشپز برای همه اوقات
س 5	آیا مرکز صحتی دارای پرسونل که راجع به سوء تغذی حاد شدید آموزش دیده باشد، است؟	1. نه خیر 2. بلی، ولی بدون سرتیفیکیت 3. بلی، با سرتیفیکیت	آموزش یک هفته یی مطابق به رهنمود وزارت صحت عامه
س 6	آیا حد اقل یک کاپی قابل دسترس از رهنمودهای وزارت صحت عامه در مورد اهتمامات سوء تغذی حاد شدید موجود است؟	1. نه خیر 2. بلی	
س 7	آیا مواد IEC (پوسترها، رساله های کوچک معلوماتی برای خانواده ها، فلیپ چارتهای) در مورد اهتمامات سوء تغذی شدید که در مرکز صحتی قابل دستر باشند، وجود دارند؟	1. نه خیر 2. بلی، مناسب/کافی نیستند 3. بلی، مناسب/کافی هستند	مناسب: قابل دید، قابل خواندن، کافی: بسنده برای توزیع (به اساس واقعات)
س 8	آیا تعداد کافی فورمه ها و نمونه های لازم برای MSM وجود دارند؟	1. نه خیر 2. بلی، کافی/مکمل نیستند 3. بلی، کافی/مکمل	MSS، TSS کارتهای تداوی در خانه، کارتهای تعقیبی، کتاب

راجستر، جدول وزن بر سن (z- score)	هستند		
مناسب: قابل دید و قابل خواندن	1. نه خیر 2. بلی، ولی مناسب نیست	آیا فلوجارت رهنمود عملیاتی قابل دید روی دیوار وجود دارد؟	س 9
ترازوی اطفال، تخته اندازه گیری، ترازوی سالتر، فیته MUAC، چپرکت ها، بازیچه ها	1. نه خیر 2. بلی، کافی/مکمل نیستند*	آیا مرکز وسایل کافی دارد؟	س 10
F100، F75، پلمپینت، CMV، ریزومل (حد اقل برای یک ماه)	1. نه خیر 2. بلی، کافی/مکمل نیستند 3. بلی، کافی/مکمل هستند	آیا در مرکز صحتی وسایل کافی برای اهتمامات سوء تغذی شدید وجود دارند؟	س 11
تدارکات منظم ادویه جات، انتی بیوتیک های خط 1 و 2، (به اساس واقعات ماهور)، ویتامین A، آهن، فولیک اسید	1. نه خیر 2. بلی، کافی/مکمل نیستند 3. بلی، کافی/مکمل هستند	آیا ادویه جات کافی جهت تداوی سوء تغذی شدید وجود دارند؟	س 12
	1. نه خیر 2. بلی، کافی/مکمل نیستند 3. بلی، کافی/مکمل هستند	آیا لوازم کافی جهت تهیه غذا برای اطفال وجود دارند؟	س 13
	1. نه خیر 2. بلی، کافی نیستند 3. بلی کافی هستند	آیا برای مادران تسهیلات مناسب جهت حمام و لباس شویی وجود دارند؟	س 14
پروسه			
	1. نه خیر 2. در قسمت	آیا معیارات پذیرش و رخصت بصورت درست مطابق به پروتوکول تعقیب میگردند؟	س 15

	<p>پذیرش بلی، ولی در مورد رخصت نه خیر 3. در قسمت رخصت بلی، ولی در مورد پذیرش نه خیر 4. در قسمت پذیرش و رخصت بلی</p>	
س16	<p>آیا انتقال مریضان از فاز اول به فاز دوم و غیره بصورت درست مطابق به پروتوکول صورت میگیرد؟</p> <p>1. نه خیر 2. بلی</p>	
س17	<p>آیا پرسونل به مشتریان مشوره میدهند؟</p> <p>1. نه خیر 2. بلی، غیر کافی 3. بلی، کافی</p>	(سبب سوء تغذی، عواقب، وقایه، اهتمامات، تعقیب)
س18	<p>آیا داکتر:</p>	
a	<p>با مادر خوب مصاحبه میکند؟</p> <p>1. نه خیر 2. بلی</p>	
b	<p>معاینات مکمل کلینیکی را انجام میدهد؟</p> <p>1. نه خیر 2. بلی</p>	
c	<p>نسخه مکمل تغذی را مینویسد؟</p> <p>1. نه خیر 2. بلی</p>	
س19	<p>آیا درجهء حرارت اطاق ها برای اطفال سوء تغذی مناسب میباشد؟</p> <p>1. نه خیر 2. بلی</p>	27 - 30 درجهء ساتی گرید
س20	<p>آیا وزن و طول اطفال به شکل درست اندازه و تعبیر میگردد؟</p> <p>1. نه خیر 2. بلی</p>	مطابق به جدول z-score
س21	<p>آیا شیر معالجوی به شکل درست تهیه میگردد (به اساس پروتوکول)؟</p> <p>1. نه خیر 2. بلی</p>	درست: اندازه گیری صحیح، ظروف پاک، آب مصنون، موجودیت اجزای ترکیبی
س22	<p>آیا اطفال مطابق به تقسیم اوقات تغذیه میگردد و آن بصورت درست ثبت میگردد؟</p> <p>1. نه خیر 2. بلی، تغذیه و ثبت نمودن درست نیستند</p>	مطابق به دوسیه طفل

	3. بلی، تغذیه و ثبت نمودن درست هستند		
س23	1. نه خیر 2. بلی	آیا پرسونل امکانات شستن دستها را توسط آب و صابون دارد؟	موجودیت، صابون، آب، دست شویی، دستپاک تمیز
س24	1. نه خیر 2. بلی مناسب است ولی بازیچه ها کافی نیستند 3. بلی مناسب است	آیا اطفال به اطاق کافی مجهز بازی دسترسی دارند؟	
س25	1. نه خیر 2. بلی	آیا مادران امکانات شستن دستها را توسط آب و صابون دارند؟	
نتیجه			
س26		راجستر را به منظور ذیل چک کنید:	
a		حد اوسط تعداد پذیرش ها/در روز در جریان ماه اخیر	
b	4. نه خیر 5. بلی، ولی نه به شکل مناسب 6. بلی، به شکل مناسب	راجستر درست مشتریان مطابق به فورمه معیاری	مناسب: خانه پری واضح تمام بخش های ضروری
c	_____	میزان شفایابی:	
d	_____	مدت زمان (طول) باقی ماندن	
e	_____	میزان غایبین:	
س27	1. نه خیر 2. بلی	آیا سیستم ثبت (فایلینگ) اطفال به شکل درست تکمیل میگردد؟	

نظریات:

این چک لست توسط سوپروایزر/ نظارت کننده خانه پری گردید: اسم/ امضاء:

وظیفه:

و توسط آمر مرکز صحی تایید یا تصدیق گردید: اسم/ امضاء:

وظیفه:

ضمیمه 34: مخاطب قرار دادن عدم موجودیت واکنش در برابر تداوی

اسباب عدم موجودیت واکنش

- ◀ ناکامی در مشاهده پروتوکول های مناسب تغذی
- ◀ ناکامی در مشاهده پروتوکول های مناسب طبی
- ◀ مشکلات در قسمت پرسونل
- ◀ مشکلات در قسمت حفظ الصحه
- ◀ حالات اساسی کلینیکی تشخیص نشده

پروسیجر مخاطب قرار دادن عدم موجودیت واکنش

- ◀ بررسی کنید که آیا نزد طفل نظر به سن پروتوکول های صحیح تطبیق میگردد یا خیر
- ◀ بررسی کنید که آیا شیر هر فاز بصورت درست تهیه میگردد یا خیر
- ◀ بررسی کنید که آیا به طفل به اساس سن نوع مناسب شیر توصیه شده است یا خیر
- ◀ بررسی کنید که آیا طفل نوع مناسب شیر را مطابق به فاز تداوی اخذ میدارد یا خیر
- ◀ بررسی کنید که آیا به طفل مقدار درست شیر مطابق به وزن وی تجویز شده یا خیر
- ◀ بررسی کنید که آیا طفل در فی روز به دفعات مناسب تغذیه میگردد (از مادر **بپرسید**)
- ◀ نزد اطفال کمتر از 6 ماه بررسی کنید که برای آنها، در رابطه به اینکه توسط شیر مادر تغذیه میگردد یا نمی گردد از پروتوکول درست استفاده صورت میگیرد یا خیر
- ◀ نزد طفل که SST (تخنیک مکیدن ضمیموی - supplementary suckling technique) تطبیق میشود، بررسی کنید که آیا برایش نوع و مقدار درست شیر توصیه میگردد یا خیر
- ◀ نزد طفل که SST (تخنیک مکیدن ضمیموی - supplementary suckling technique) تطبیق **نمیشود**، بررسی کنید که آیا برایش نوع و مقدار درست شیر در مطابقت به فاز تداوی توصیه میگردد یا خیر
- ◀ بررسی کنید که آیا در فاز دوم آهن به شیر علاوه میگردد یا خیر
- ◀ بررسی کنید که آیا به طفل توسط مواظبت کننده شیر داده میشود یا خیر
- ◀ اختلالات تشخیص نشده طبی را بررسی کنید

- ◀ بررسی کنید که آیا جهت ارائه خدمات پرسونل کافی وجود دارد یا خیر (بخصوص از طرف شب)
- ◀ بررسی کنید که آیا حفظ الصحة توسط پرسونل و مریضان به شکل درست رعایت می‌گردد یا خیر

فصل 7: اهتمامات اطفال شیرخوار کمتر از سن 6

ماه یا اضافه تر از 6 ماه لیکن با وزن کمتر از 4

کیلوگرام

این فصل دارای بخش های ذیل میباشد:

- ❖ معیارات واجد شرایط بودن برای اطفال کمتر از سن 6 ماه
- ❖ اهتمامات اطفال شیرخوار کمتر از سن 6 ماه
 - مراقبت اطفال شیرخوار کمتر از 6 ماه که نزد شان امکان تغذی با شیر مادر وجود دارد
 - مراقبت اطفال شیرخوار کمتر از 6 ماه که نزد شان امکان تغذی با شیر مادر وجود ندارد
- ❖ اهتمامات اطفال شیرخوار سنین 6 ماه یا بزرگتر لیکن با وزن کمتر از 4 کیلوگرام

هر وقتیکه ممکن باشد در صورت عدم موجودیت علایم خطر IMCI باید اهتمامات یک طفل کمتر از سن 6 ماه به شکل سراپا صورت گیرد. مادر باید به مرکز صحتی محل مراجعه نموده و در مورد تغذی با شیر مادر مشوره اخذ نماید تا بدینوسیله در تغذی موثر با شیر ثدیة بهبود بعمل آید یا آن دوباره آغاز گردد. هرگاه بعد از مشوره دهی انفرادی هم مادر از بهبودی در شیردهی راپور نمیدهد یا طفل شیرخوار در حصه وزن گیری به ناکامی مواجه میگردد، در آنصورت باید اهتمامات طفل در سرویس داخل بستر صورت گیرد.

اطفال کمتر از سن 6 ماه که در سرویس داخل بستر تداوی میگرددند نسبت به اطفال بزرگتر به پروتوکول های متفاوت نیاز میداشته باشند. این از سبب است که این اطفال شیرخوار فزیولوژی نارس داشته و هرگاه توسط رژیم غذایی غلط تغذیه گردند، ممکن است سبب اضافه بار شدن مایعات از طریق کلیوی گردد. برعلاوه، ادویه جات باید به مقادیر کمتر داده شوند.

اطفال شیرخوار که سن 6 ماه یا بزرگتر داشته لیکن وزن کمتر از 4 کیلوگرام دارند نیز به عوض F100 خالص توسط F100 دقیق شده تداوی میگرددند.

اطفال شیرخوار کمتر از سن 6 ماه که در مراقبت داخل بستر پذیرفته میشوند میتوانند به اساس دو پروتوکول جداگانه تداوی و رخصت گردند. قابل اهمیت است تا یقینی گردد که طفل شیرخوار باید پلان تداوی درست را تعقیب و مطابق به معیارات درست رخصت میگردد.

دو گزینه تداوی عبارت اند از:

1. اطفالیکه فعلاً تحت تغذی شیر مادر قرار دارند یا بعد از رخصت توسط شیر ثدیه تغذی خواهند گردید

2. اطفالیکه بعد از رخصت با شیر مادر تغذی نخواهند شد

تفاوت تداوی گزینه 1 از سایر معیارات تداوی در این میباشد که در اینجا "فازهای" جداگانه تداوی وجود ندارند. وقتیکه اخذ شیر مادر در جریان تداوی بهبود پیدا میکند، مقدار شیر را که طفل منحیث تداوی اخذ میدارد کاهش میابد.

در گزینه 2، با استفاده از معیارات تعدیل یافته در قسمت هر فاز، فازهای متمایز تداوی وجود دارند. مقدار شیر را که طفل اخذ میدارد در هر فاز ازدیاد میابد.

این یک پدیده معمول میباشد که مادران شکایت میکنند که آنها جهت تغذی طفل خویش شیر کافی ثدیه ندارند. اطفال نیز ممکن از سبب تغذی با شیر گاو توسط شیرچوشک در شرایط غیر صحی یا تغذی با شیر ثدیه همراه به سایر انواع مایعات یا مواد غذایی به سوء تغذی مصاب شوند. تمامی این حالات، طفل را در معرض خطر بلند مصابیت ها و وفیات قرار میدهد.

وقتیکه یک طفل شیرخوار سوء تغذی میگردد، همیشه ترجیح داده میشود تا کوشش در جهت بهبود عملکردهای تغذی توسط شیر مادر صورت گیرد یا هرگاه اگر طفل شیر مادر را قطع نموده باشد آنرا دوباره آغاز نماید. پرسونل سرویس داخل بستر باید همیشه آغاز دوباره تغذی با شیر ثدیه را تشویق نماید و طفل کمتر از سن 6 ماه را باید وقتی رخصت نماید که طفل خوردن شیر ثدیه را آغاز و توسط آن وزن بگیرد.

برقراری دوباره تغذی با شیر مادر نیاز به مشوره دهی ماهرانه و حوصله مندانه دارد. یک میتود که بنام تخنیک مکیدن ضمیموی (SST) یاد میگردد نیز نیاز به موجودیت یک اندازه مهارت و صبر هم نزد پرسونل و هم نزد مادر دارد، اما یک میتود موثر جهت آغاز دوباره تغذی کافی با شیر ثدیه ثابت شده است.

شیرهای پودری تجارتي ذاتاً خطرناک میباشند. صنعت کاران آن ادعای کاذب کرده و اظهار میدارند که این نوع شیر برای اطفال شیرخوار و سایر اطفال کوچک مناسب میباشد و

بدینترتیب طفل را در معرض خطر بلند مرگ قرار میدهند. اگر بصورت عموم امکان آن وجود داشته باشد پس پرسونل باید:

- استعمال شیر پودری تجارتي را در جریان مراقبت داخل بستر قطع کنید
- به مادر خاطر نشان سازید که شیر معالجوی متفاوت بوده و این یک "شیر طبی" میباشد
- هر نوع شیر پودری را که مواظبت کننده با خود می آورد آنرا برداشته و هدر نمایید (در صورتیکه آنرا مادر نخورد)
- استعمال شیر پودری تجارتي را بعد از رخصت شدن بجز از حالاتیکه مواظبت کننده/مادر کوشش جهت تغذی با شیر ثدیه را رد میکند یا آغازه دوباره تغذی با شیر ثدیه ناکام ثابت شود، بصورت جدی منع قرار دهید.

اداره و پرسونل مرکز صحی باید از دستورالعمل های تجارت شیر پیروی کنند و به هیچ وجه حتی هنگام مشوره دهی، ارائه تعلیمات صحی استعمال شیر پودری اطفال شیرخوار (یا هر نوع شیر دیگر) یا هر نوع سلوک مثبت بخاطر استعمال آنها را نباید ترویج نمایند

در حالاتیکه مادران قادر به تغذی موفقانه توسط شیر خویش نباشند، در آنصورت بهترین گزینه بعدی انتخاب "دایه" از اعضای فامیل میباشد. این ممکن است که مادرکلان یا سایر اقارب انائیه تغذی دوباره شیر ثدیه را به طفل آغاز کند و به این کار الی سن 6 ماهگی طفل ادامه دهد. مادر یا "دایه" باید همیشه تشویق گردد تا حد اقل تا سن 2 سالگی به طفل دادن شیر ثدیه را ادامه دهد.

مراقبت از مادر

بستر نمودن طفل کمتر از 6 ماه جهت مراقبت داخل بستر برای مادر همیشه یک زمان نگرانی میباشد ولی با آن هم این یک فرصت خوبی است تا یقینی ساخته شود که مادر مشوره مناسب تغذی را در مورد خود و طفل شیرخوار خویش حاصل می نماید.

مراقبت مادر باید دربرگیرنده موضوعات ذیل باشد:

- مادر را راجع به اهمیت شیر معالجوی و تغذی به موقع طفل توسط آن در مطابقت با تقسیم اوقات وارد مریضان داخل بستر معلومات دهید

- سایر امور روزمره چون اوقات غذا خوری، شستن لباس ها و توجه داشتن به نیازهای حفظ الصحوی باید هر چه زودتر بعد از پذیرش تحت بحث قرار گیرند – چرا که این کار در مراقبت داخل بستر اطفال سنین 6- 59 ماهه صورت نمیگیرد؟
- MUAC مادر را اندازه نمایید. اگر MUAC مادر کمتر از 23 سانتی متر باشد در آنصورت به بخش خانم شیرده که طفل شیرخوار کمتر از 6 ماه داشته باشد، در همین رهنمود مراجعه کنید
- به مادر در مورد تغذی مادر و مراقبت خودی مشوره دهید
- به مادر راجع به اهمیت تغذی خالص با شیر مادر الی سن 6 ماهگی طفل مشوره دهید
- پرسونل باید به شکل جدی به ضد شیرهای پودری تجارتي (با سایر شیرها) مشوره دهند و آنها را از شیرهای معالجوی (طبی) که در سرویس مراقبت داخل بستر مورد استفاده قرار می گیرند، تفریق نمایند.
- پرسونل باید هنگام پذیرش، شیرچوشک های اطفال را جمع آوری و آنها را هدر سازند. استعمال آنها در وارد مریضان داخل بستر SAM ممنوع میباشد
- اگر مادر با خود شیر پودری تجارتي را با خود آورده باشد، وی میتواند از آن جهت بهبود حالت تغذیوی خود استفاده کند ولی از آن باید هیچگاه برای تغذی طفل خویش در مدت زمان مراقبت داخل بستر کار نگیرد
- مادر باید در مدت زمان بستر تابلیت های میکرونیوترینت های متعدد را اخذ نماید

معیارات واجد شرایط بودن برای اطفال شیرخوار کمتر از سن 6 ماه

جدول 42: معیارات واجد شرایط بودن برای اطفال شیرخوار کمتر از سن 6 ماه

معیار (اطفال شیرخوار کمتر از سن 6 ماه)	کتگوری
وزن بر طول کمتر از -3Z scores یا اذیمای Pitting دو طرفه + یا ++ یا +++ یا ضایعات شدید قابل دید + علامه خطر IMCI یا با وجود مشوره دهی سرایای IYCF طفل شیرخوار در وزن گیری به ناکامی مواجه گردد یا طفل شیرخوار بسیار ضعیف که نتواند بطور موثر بمکد	پذیرش جدید
طفل قبلاً غایب گردیده بود و دوباره به مراقبت داخل بستر مراجعه نموده است (طفل شیرخوار باید معیارات پذیرش را پوره کند تا دوباره پذیرفته شود)	مراجعه دوباره غائبین

یادداشت: از MUAC باید نزد اطفال شیرخوار کمتر از سن 6 ماه استفاده صورت نگیرد

هنگامیکه یک طفل شیرخوار مصاب به SAM بتواند با استفاده از وزن بر قد/طول یا اذیما تشخیص شود، در آنصورت او میتواند به مراقبت داخل بستر SAM رجعت داده شود. در 3 واقعه دیگر، طفل شیرخوار میتواند بدون در نظر داشت انتروپومتري رجعت داده شود.

1. ضایعات شدید و قابل دید + علامه خطر IMCI

یک طفل شیرخوار ممکن بسیار کوچک باشد (کمتر از 45 سانتی متر) تا وی را بتوان با استفاده از وزن بر قد اندازه نمود و MUAC نمیتواند نزد اطفال شیرخوار سن کمتر از 6 ماه مورد استفاده قرار گیرد، اما ممکن ضایعات شدید قابل دید داشته باشد. اگر یک طفل شیرخوار علایم خطر IMCI را نداشته باشد، در آنصورت باید مشوره دهی IYCF صورت گیرد و طفل شیرخوار باید یک هفته بعد دوباره ارزیابی گردد. اگر طفل بعد از

مشوره دهی IYCF هم در وزن گیری به ناکامی مواجه میشود، در آنصورت او مطابق به معیارات (شماره 2 ذیل) به مراقبت داخل بستر رجعت داده میشود.

یک طفل شیرخوار که یکی از علائم خطر IMCI داشته باشد باید به سرویس داخل بستر رجعت داده شود، به هر حال، هر طفل مصاب به ضایعات شدید قابل دید + یکی از علائم خطر IMCI باید به وارد داخل بستر SAM رجعت داده شود.

2. با وجود مشوره دهی در مورد تغذی با شیر مادر، طفل شیرخوار در حصه وزن گیری به ناکامی مواجه میگردد

اگر یک طفل شیرخوار در یک OPD یا پروگرام نظارتی نشو و نما معاینه میشود و مادر گزارش میدهد یا دیده میشود که طفل شیرخوار وزن نمیگیرد، در آنصورت باید طرز تغذی با شیر ثدیه که توسط مواظبت کننده صورت میگردد، ارزیابی گردد. اگر طفل شیرخوار علائم خطر IMCI یا سایر اختلالات را نداشته باشد و جهت تغذی توسط ثدیه به اندازه کافی قوی باشد، در آنصورت باید طفل وزن گردد. بخاطر متیقن شدن از استفاده از تخنیک مناسب تغذی با شیر مادر به مواظبت کننده در مورد آن مشوره داده میشود و تغذی مختلط باید صورت نگیرد. بعضی انتانات جزئی باید در ملاقات اول تداوی گردند و از مواظبت کننده تقاضا صورت میگردد تا 1-2 هفته بعد دوباره به OPD مراجعه کند (یا قبل از آن، هرگاه وضعیت طفل شیرخوار در خانه رو به خرابی گراید).

طفل شیرخوار باید از زمان اولین ملاقات OPD بدینسو حد اقل به اندازه 20 گرام/فی روز وزن گرفته باشد. هنگام برگشت به ملاقات دوم OPD:

- ◀ طفل شیرخوار را دوباره وزن نمایید
- ◀ اگر طفل شیرخوار وزن نگرفته باشد یا وزن باخته باشد، او را به IPD-SAM راجع سازید
- ◀ اگر طفل شیرخوار از زمان اولین ملاقات بدینسو کمتر از 20 گرام/فی روز وزن گرفته باشد، مشوره دهی و مشاهده را به شکل سراپا در حالی ادامه دهید که به تداوی انتانات جزئی نیز ادامه دهید
- ◀ اگر طفل شیرخوار اضافه تر از 20 گرام/فی روز وزن گرفته باشد، در آنصورت طفل میتواند از مراقبت رخصت شود و مواظبت کننده جهت اخذ مشوره دهی در مورد IYCF/نظارت نشو و نما فرستاده میشود

اگر طفل شیرخوار هر وقت هنگام معاینه یکی از علائم خطر IMCI داشته باشد، او باید به شکل یک واقعه عاجل به شفاخانه رجعت داده شود.

3. طفل شیرخوار بسیار ضعیف که نتواند بطور موثر بمکد

اگر طفل شیرخوار به اندازه زیاد ضعیف باشد که بطور موثر مکیده نتواند، او قادر نخواهد بود تا به مشوره دهی IYCF واکنش نشان دهد و فوراً باید به وارد مریضان داخل بستر SAM رجعت داده شود.

مراقبت تغذیوی اطفال سنین کمتر از 6 ماه

گزینه 1: مراقبت اطفال شیرخوار کمتر از 6 ماه که نزد شان امکان تغذی با

شیر ثدیه وجود دارد

نزد این گروه، اهتمامات مربوط به رژیم غذایی به مراحل جداگانه تقسیم نمی شود. هدف تداوی این است تا تغذی توسط ثدیه تنبه شود و رژیم غذایی طفل باید تا وقتی توسط شیر معالجوی F100 رقیق شده متمم گردد تا شیر ثدیه به اندازه کافی تولید و اجازه دهد که طفل به شکل درست نمو کند. دهنه شیر ثدیه ذریعه تخنیک مکیدن ضمیموی (SST) تنبه میگردد؛ مهم است تا هر قدر زیاد که شده میتواند طفل باید زیر ثدیه انداخته شود. با بهبود در تغذی با شیر ثدیه و گرفتن وزن توسط طفل، در مقدار شیر معالجوی به تدریج کاهش بعمل آمده و بعد قطع میگردد. وقتیکه طفل شیرخوار صرف با شیر مادر وزن بگیرد، وی رخصت میشود.

F100 رقیق شده معادل به F75 نمی باشد. F100 رقیق شده حاوی تقریباً انرژی مشابه به F75 میباشد، به هر حال مقدار پروتین و مقدار و میزان مایکرونیوترینت ها متفاوت میباشد.

یادداشت: هرگاه یک طفل شیرخوار کمتر از سن 6 ماه با اذیما بستر میگردد، او همیشه الی از بین رفتن اذیما ذریعه F75 تداوی میگردد. وقتیکه اذیما رشف شد، شیر معالجوی میتواند با شیر F100 رقیق شده عوض گردد.

تهیه F100 رقیق شده

یک پاکت کوچک (114گرام) F100 با 670 ملی لیتر آب (به عوض 500 ملی لیتر) رقیق میگردد تا F100 رقیق شده بدست آید.

اگر مقادیر کم آن نیاز باشد، در آنصورت میتوان F100 از قبل تهیه شده را بیشتر رقیق ساخت. به هر 100 ملی لیتر F100 مقدار 35 ملی لیتر آب را علاوه نموده تا F100 رقیق شده را بدست آورد.

آغازین مقدار F100 رقیق شده (یا F75 برای واقعات اذیمایی) که با استفاده از SST باید داده شود

آغازین مقدار F100 رقیق شده که باید با بکار برد SST مورد استفاده قرار گیرد در جدول 43 ذیل داده شده است.

جدول 43: آغازین مقدار F100 رقیق شده (یا F75 برای واقعات اذیمایی) که باید جهت تکنیک مکیدن ضمیموی (SST) نزد اطفال شیرخوار سن کمتر از 6 ماه مورد استفاده قرار گیرد

مقدار F100 رقیق شده 8 مرتبه تغذی در روز	وزن طفل شیرخوار (کیلوگرام)
25 ml	معادل یا کمتر از 1.2 کیلوگرام
30 ml	1.3 – 1.5 kg
35 ml	1.6 – 1.7 kg
40 ml	1.8 – 2.1 kg
45 ml	2.2 – 2.4 kg
50 ml	2.5 – 2.7 kg
55 ml	2.8 – 2.9 kg
60 ml	3.0 – 3.4 kg
65 ml	3.5 – 3.9 kg
70 ml	4.0 – 4.4 kg

- ◀ تغذی توسط شیر ثدیبه هر 3 ساعت بعد برای 20 دقیقه صورت گیرد، اگر طفل گریه میکند یا معلوم میشود که بیشتر میخواهد در آنصورت به دفعات بیشتر تغذیه گردد.
- ◀ بین نیم الی یک ساعت بعد از تغذی نورمال با شیر ثدیبه به طفل مقادیر محافظوی F100 رقیق شده با در نظر داشت جدول 43 فوق و با استفاده از تخنیک مکیدن متمم (در ذیل دیده شود) بدهید
- ◀ اگر جای وجود داشته باشد، در آنصورت باید طفل شیرخوار از اطفال بزرگتر مصاب به سوء تغذی مجزا در جای جداگانه پرستاری شود. این ممکن است یک "محل تغذی با شیر ثدیبه" باشد. این ساحه ممکن بخاطر یکجا ساختن مادران غرض حمایت متقابل و مشوره دهی توسط پرسونل مفید باشد
- ◀ در عدم موجودیت اذیما به F75 نیاز نمی باشد

تخنیک مکیدن ضمیموی (SST)

متمم با استفاده از یک تیوب که عین سایز (اندازه) n°8 تیوب انفی- معدوی را داشته باشد داده میشود (یک تیوب با سایز n°5 نیز میتواند مورد استفاده قرار گیرد، لیکن در این صورت باید شیر معالجوی از یک تکه نخ صاف گردد تا اجزای کوچک که سبب بندش تیوب خواهند گردید برداشته شوند).

میتود (طریقه)

- F100 رقیق شده در یک پیاله انداخته میشود و مادر آنرا نگهمیدارد.
- یک نهایت از تیوب در پیاله گذاشته میشود.
- نوک تیوب بالای پستان قرار میگیرد و به طفل شیرخوار بطریقه معمول طوری ثدیبه داده میشود تا طفل تماس خوب حاصل کند. بعضی اوقات در اوایل مادر ترجیح میدهد که تیوب را با ثدیبه توسط یک اندازه نوار چسب متصل بسازد.
- وقتیکه طفل شیرخوار ثدیبه را همراه با تیوب می مکد، شیر از پیاله توسط تیوب مکیده شده و توسط طفل شیرخوار اخذ میگردد. آن مشابه به نوشیدن نوشابه ها از طریق بمبه میباشد.
- در اوایل به یک کمک کننده نیاز میباشد تا با مادر در قسمت گرفتن پیاله و تیوب در جای مناسب کمک کند. او مادر را با دادن اطمینان تشویق میکند. بعداً مادر تقریباً همیشه میتواند پیاله و تیوب را بدون کمک دیگران منظم بگیرد.

- در اوایل باید پیمانه حدود 5 الی 10 سانتی متر پایینتر از سویه پستان قرار داده شود تا شیر به سرعت زیاد جریان نکند و طفل شیرخوار را ناراحت نسازد. و طفل شیرخوار ضعیف نمیتواند بطور وافر بمکد تا شیر را اخذ نماید. به هر اندازه که طفل شیرخوار قویتر میگردد، پیمانه نیز باید به همان اندازه متناسباً پایینتر جابجا شود و الی حدود 30 سانتی متر پایینتر از ثدیه قرار داده شود.
- مادر توسط یک دست خویش تیوب را در حسه ثدیه محکم گرفته و با دست دیگر خویش پیمانه را محکم میگیرد. بعضی از مادران ترجیح میدهند که تیوب ذریعه یک نوار چسب با ثدیه محکم گردد، لیکن این کار بصورت نورمال نیاز نمیباشد.
- به یک یا دو روز نیاز میباشد تا طفل شیرخوار با تیوب و ذایقه مخلوط شیرها عادت پیدا کند، لیکن مهم این است تا این روش حفظ (تعقیب) گردد.
- فرد بسیار مناسب که این تخنیک را به مادر نشان دهد عبارت از مادر دیگر میباشد که این تخنیک را به شکل موفقانه مورد استفاده قرار میدهد. وقتیکه یک مادر تخنیک مکیدن متمم را با موفقیت بکار میبرد سایر مادران به بسیار سادگی میتوانند از او تقلید کنند.
- مادر باید آرام باشد. راهنمایی های زیاد و فضول در مورد وضعیت دادن یا وضعیت های تماس اکثرآ مادران را نهی کرده و آنها به فکر آن می افتند که شاید این تخنیک بسیار زیاد مشکل باشد، ولی در حقیقت این طور نیست. به هر روش که مادر خود را راحت احساس میکند و موثریت این تخنیک را مفید حس میکند همان روش قابل قبول میباشد.
- اگر شیر معالجوی عوض میگردد (مثلاً، F75 به F100 رقیق شده) طفل شیرخوار ممکن به چند روز نیاز داشته باشد تا با ذایقه جدید عادت کند. ترجیح داده میشود که در تمام جریان تداوی به عین رژیم غذایی متمم ادامه داده شود.

شکل 19: تخنیک مکیدن ضمیموی (SST)

این طفل شیرخوار با استفاده از تخنیک مکیدن ضمیموی،
ثدیه را می مکد و نیز F100 رقیق شده را اخذ می‌دارد (130)
ملی لیتر/کیلوگرام/روز). بلند یا پایین قرار دادن پیاله تعیین
کننده سهولتی می‌باشد که طی آن طفل شیرخوار شیر
ضمیموی را اخذ می‌دارد.

برای اطفال شیرخوار بسیار ضعیف پیاله می‌تواند به سویه
دهن طفل شیرخوار باشد: هیچگاه پیاله را از این سطح
بلندتر قرار ندهید زیرا شیر می‌تواند به دهن طفل به طریقه
سیفون (siphoning) جریان پیدا کند و طفل را در معرض
خطر اسپایریشن قرار دهد.

به هر اندازه که مکیدن قویتر می‌گردد، به همان اندازه
می‌توان به پیاله موقعیت پایینتر را نسبت به دهن طفل، داد.



ماخذ: Action Contre la Faim (ACF)

پاک نمودن تیوب

بعد از تغذی، تیوب ذریعه آب پاک با استفاده از سرنج آب کش میشود. بعداً به آن دفعتهاً ذریعه
قوه گریز از مرکز چرخش داده میشود تا آب لومن (مجرا) آن خارج ساخته شود. اگر مناسب
باشد به تعقیب آن تیوب در معرض شعاع مستقیم آفتاب گذاشته میشود.

تعقیب در جریان تداوی

طفل شیرخوار باید با استفاده از ترازوی اطفال شیرخوار که دقت آن به اندازه 10 الی 20
گرام باشد روزانه وزن گردد.

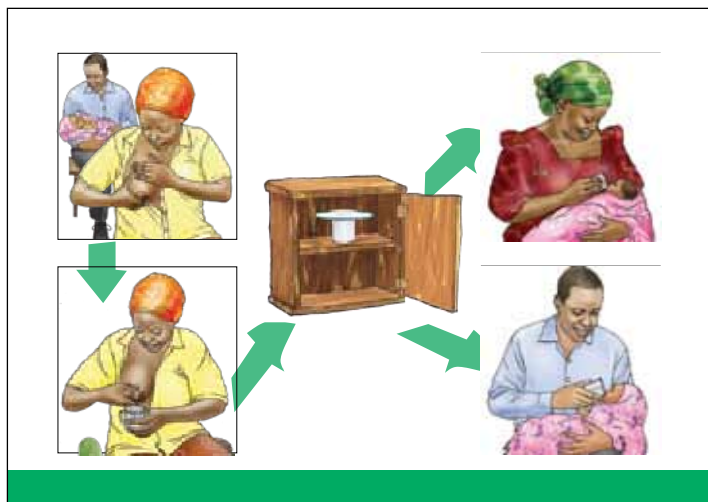
◀ برای واقعات که با ضایعات همراه می‌باشند، اگر طفل تمام F100 رقیق شده را اخذ
میدارد ولی برای 3 روز متوالی وزن خویش را می‌بازد، در آنصورت مقدار
F100 رقیق شده داده شده را به اندازه 5 ملی لیتر افزایش دهید

- ◀ اگر طفل به اندازه 20 گرام یا بیشتر در روز برای 2 روز متوالی وزن میگیرد، در آنصورت مقدار F100 رقیق شده را به نصف کاهش دهید و به مواظبت کننده اطمینان مجدد دهید که طفل به تغذی با ثدیبه به شکل موثر آغاز نموده است
- ◀ اگر طفل توسط مقدار کاهش یافته F100 رقیق شده به گرفتن 10 گرام یا اضافه تر وزن در روز ادامه دهد، در آنصورت دادن F100 رقیق شده را توقف دهید و تنها به تغذی توسط ثدیبه به تنهایی ادامه دهید
- ◀ اگر طفل تنها با شیر ثدیبه به وزن گیری خود ادامه دهد، در آنصورت او میتواند بدون در نظر داشت وزن بر قده/طول رخصت شود

بدیل SST

هرگاه تکنیک مکیدن متمم کارا نباشد یا پرسونل ماهر برای استفاده از SST وجود نداشته باشد، در آنصورت دوشیدن شیر ثدیبه توسط دستان و بعداً تغذی طفل ذریعه آن با پیاله امکان پذیر میباشد.

شکل 20: چطور باید شیر ثديه را توسط دست دوشيد و طفل را با استفاده از پياله توسط آن تغذی نمود



- ◀ خود را از پاک بودن دستها و لوازم متيقن سازيد.
- ◀ دست های خویش را با آب جاری و صابون بشویید.
- ◀ ظرف را که شما میخواهید در آن شیر خود را جمع آوری کنید پاک کرده و آنرا جوش بدهید.
- ◀ وضعیت راحت بگیریید.
- ◀ بعضی اوقات بهتر است تا شما ثديه های خویش را به ملایمت فشار دهید.
- ◀ یک تکه گرم ممکن در تنبه جریان شیر کمک کند.
- ◀ شست خویش را بالای قسمت تاریک اطراف پستان (هاله) و سایر انگشتان را در زیر ثديه در خلف هاله جابجا سازید.
- ◀ با شست و 2 انگشت اول خویش کمی فشار بطرف جدار صدر وارد کنید و بعداً بطرف قسمت تاریک (هاله) فشار وارد نمایید.
- ◀ شیر باید به قطرات یا بعضی اوقات به شکل فورانی شروع به خارج شدن کند. شیر را در یک ظرف پاک جمع آوری کنید.
- ◀ از مالیدن جلد، که میتواند سبب کوفتگی یا فشرده شدن پستان گردد و باعث توقف شیر میگردد اجتناب ورزید.

- ◀ به موقعیت های شست و انگشتان همواره تغییر داده و بالای تمام هاله فشار وارد و دوباره رها نمایید.
- ◀ یک ثدیه را حد اقل برای 3 الی 5 دقیقه فشار تا وقتی فشار دهید که آمدن شیر آهسته گردد، بعد از آن ثدیه دیگر را بدوشید، به تعقیب آن همین کار را دوباره در مورد هر دو ثدیه تکرار کنید. (بصورت مجموعی 20 الی 30 دقیقه).
- ◀ شیر ثدیه را در یک ظرف پاک و پوشیده نگهداری کنید. شیر میتواند از 6 الی 8 ساعت در یک جای سرد و الی 72 ساعت در داخل یخچال نگهداری گردد.
- ◀ شیر دوشیده شده را به طفل ذریعه پیماله دهید. پیماله را به لب پایین طفل نزدیک ساخته و به وی اجازه دهید تا مقادیر کم کم شیر را توسط حرکات زبان اخذ نماید. شیر را در دهن طفل نه ریزید.
- ◀ صرف شیر کافی ثدیه را از ظرف پاک و پوشانیده شده در پیماله که برای تغذیه طفل مختص شده بریزید.
- ◀ استفاده از شیر چوشک ها مصئون نبوده زیرا آنها به مشکل پاک میگردند و میتوانند به سادگی منتن شوند.
- ◀ پروتوکول های مراقبت را طوری که در فوق توضیح گردیده چنان ادامه دهید که گویا طفل توسط SST با شیر ثدیه تغذی میگردد.
- ◀ وقتی که طفل وزن میگیرد، مشوره در مورد تغذی با شیر مادر را ارائه نمایید و کوشش کنید تا تغذی با شیر ثدیه را دوباره آغاز نمایید.

گزینه 2: مراقبت اطفال شیرخوار کمتر از سن 6 ماه که نزدشان احتمال

تغذی با شیر ثدیه وجود ندارد

اطفالی که نزدشان احتمال تغذی با شیر ثدیه وجود ندارد باید توسط شیر معالجوی نداوی گردند. اگر سن طفل در زمان رخصت کمتر از 6 ماه باشد، در آنصورت باید طفل اخذ شیر پودری تجارتي را الی سن 6 ماهگی ادامه دهد و بعد از آن برایش تغذی متمم شروع شود.

همیشه ترجیح داده میشود تا کوشش شود که به عوض استفاده از شیر پودری تجارتي، تغذی خالص با شیر مادر دوباره برقرار شود. به استفاده از شیر های پودری باید منحصت آخرین گزینه نگریسته شود.

تداوی اطفال شیرخوار سن کمتر از 6 ماه که نزد شان احتمال تغذی با شیر مادر وجود ندارد در سه فاز صورت می گیرد که مشابه به اطفال سنین 6 الی 59 ماه میباشد. بزرگترین تفاوت نزد اطفال شیرخوار عبارت از استفاده از F100 رقیق شده در جریان تمام 3 مراحل میباشد، بجز اینکه طفل شیرخوار با اذیمیا پذیرفته شده باشد که در این واقعه الی زمان رشف اذیمیا از F75 استفاده صورت میگیرد.

- ◀ فاز اول: F100 رقیق شده به اندازه 100 کیلو کالوری/کیلوگرام/روز (8 مرتبه در روز)
- ◀ فاز انتقالی: F100 رقیق شده به اندازه 130 کیلو کالوری/کیلوگرام/روز (8 مرتبه در روز)
- ◀ فاز دوم: F100 رقیق شده به اندازه 200 کیلو کالوری/کیلوگرام/روز (6 مرتبه در روز)

معیارات برای اطفال جهت عبور از فاز اول به فاز انتقالی و از فاز انتقالی به فاز دوم عین معیارات اطفال بزرگتر سنین 6 الی 59 ماه میباشدند [فصل 6 دیده شود]

مقدار F100 رقیق شده برای اطفال شیرخوار کمتر از سن 6 ماه که نزد شان احتمال تغذی با شیر ثدیه وجود ندارد

جدول 44 ذیل مقدار F100 رقیق شده را که باید برای اطفال شیرخوار کمتر از سن 6 ماه که نزد شان احتمال تغذی با شیر ثدیه وجود ندارد داده شود را نشان میدهد

جدول 44: مقدار F100 رقیق شده (یا F75 برای واقعات اذیمایی) برای اطفال شیرخوار کمتر از سن 6 ماه که نزد شان احتمال تغذی با شیر ثدیه وجود ندارد

وزن طفل شیرخوار	8 مرتبه تغذی در روز (ملی لیتر)	فاز اول	8 مرتبه تغذی در روز (ملی لیتر)	فاز انتقالی*	8 مرتبه تغذی در روز (ملی لیتر)	فاز دوم	6 مرتبه تغذی در روز (ملی لیتر)
مساوی یا کمتر از 1.5 کیلوگرام	30	فاز اول	40	فاز انتقالی*	60	فاز دوم	60
1.6 – 1.8 kg	35	فاز اول	45	فاز انتقالی*	70	فاز دوم	70
1.9 – 2.1 kg	40	فاز اول	55	فاز انتقالی*	80	فاز دوم	80
2.2 – 2.4 kg	45	فاز اول	60	فاز انتقالی*	90	فاز دوم	90

100	65	50	2.5 – 2.7 kg
110	75	55	2.8 – 2.9 kg
120	80	60	3.0 – 3.4 kg
130	85	65	3.5 – 3.9 kg
140	95	70	4.0 – 4.4 kg

* اگر طفل شیرخوار با اذیما پذیرفته میشود، در آنصورت باید قبل از عبور به فاز دوم تمام اذیما رشف شده باشد

در جریان فاز دوم شیر F100 رقیق شده میتواند توسط شیر پودری تجارتي، مناسب به وزن طفل در مطابقت به راهنمایی های که بالای قطی/پاکت ذکر میباشد، عوض گردد. لازم پنداشته میشود که اگر قرار باشد که طفل شیرخوار باید رخصت شود و در خانه توسط شیر پودری تجارتي (اخريں گزینہ) تغذیه شود در آنصورت باید به مواظبت کننده نشان داده شود که شیر پودری را چطور به گونه مصئون بسازد و از غلظت مناسب آن استفاده کند. به مواظبت کننده باید فهمانده شود که بخاطر دوام به مدت زمان طولانی تر باید شیر پودری را بسیار رقیق نه سازد.

اهتمامات طبي اطفال شیرخوار سن کمتر از 6 ماه

ادويه جات روتين (معمول) برای اطفال کمتر از 6 ماه مطابق به جدول 45 ذیل داده میشود:

جدول 45: انتی بیوتیک های روتین (معمول) برای اطفال سنين کمتر از 6 ماه

ادويه	مقدار	تجویز	اوقات
ویتامین A	50,000 واحد بین المللی	دوز واحد	هنگام پذیرش
اموکسی سیلین	20 ملی گرام/کیلوگرام از طریق دهن	هر 8 ساعت بعد	هنگام پذیرش برای 7 روز
جنتامایسین	7.5 ملی گرام/کیلوگرام از طریق عضلی یا وریدی	یکمرتبه در روز	هنگام پذیرش برای 7 روز

معیارات رخصت نمودن برای اطفال کمتر از 6 ماه

اگر طفل شیرخوار کمتر از سن 6 ماه بوده باشد و در زمان رخصت طفل شیرخوار بیشتر از 6 عمر داشته باشد، در آنصورت به مادر وی راجع به ادامه تغذی با شیر مادر و آغاز تغذی متمم آموزش دهید.

تعریف	کتگوری
<p>طفل تنها با شیر مادر* اضافه تر از 20 گرام/فی روز وزن در 3 روز متوالی میگیرد و ادیما برای 10 روز متوالی غایب باشد و از نظر کلینیکی خوب است</p>	<p>* شفایاب <u>اطفال که با شیر مادر تغذیه میگردند</u></p>
<p>وزن بر قد/طول مساوی یا اضافه تر از ** -2 Z scores (برای یک طفل شیرخوار که مساوی یا بیشتر از 45 سانتی متر باشد) و ادیما برای 10 روز متوالی غایب باشد و مشکلات طبی وجود نداشته باشد</p>	<p>شفایاب <u>اطفالی که نزد شان احتمال تغذی با شیر مادر نمیرود</u></p>
<p>برای 3 روز متوالی در وارد داخل بستر غیرحاضر میباشد</p>	<p>غایب</p>
<p>طفل در جریان مراقبت داخل بستر فوت مینماید</p>	<p>فوت</p>

* تمام شیرهای معالجوی باید توقف داده شده باشند. تمام وزن گیری باید از سبب شیر تدیه باشد

** هرگاه قد طفل شیرخوار کمتر از 45 سانتی متر باشد، وزن بر قد/طول نمیتواند محاسبه شود، در آنصورت باید طفل وقتی رخصت شود که برای 3 روز متوالی تنها توسط شیر بودری نجاتی به اندازه 20 گرام/فی روز وزن بگیرد.

مراقبت تغذیوی اطفال سنین 6 ماه یا بزرگتر، لیکن با وزن کمتر از 4 کیلوگرام

مقصد از اتمامات اطفال که عمر اضافه تر از 6 ماه داشته و مصاب SAM باشند، لیکن وزن کمتر از 4 کیلوگرام داشته باشند این است تا مادر را تشویق نماییم که به تغذی شیر ثدیه ادامه دهد و در پهلوی آن به طفل شیرخوار خویش متمامات را مطابق به این مرحله از انکشاف وی بدهد. نزد یک طفل که سن اضافه تر از 6 ماه لیکن وزن کمتر از 4 کیلوگرام داشته باشد، نشو و نما به صورت جدی عقب مانده میباشد. طفل ممکن با وزن کم تولد شده باشد و بعد از تولد هم در نمو به ناکامی مواجه شده باشد. بهترین فرصت های زندگی محتملاً برگشت دوباره عمدتاً به تغذی با ثدیه مادر باشد.

وقتیکه طفل شیرخوار اضافه تر از 6 ماه لیکن کمتر از 4 کیلوگرام باشد:

(a) مادر باید تشویق گردد تا طفل خویش را با شیر ثدیه تغذی کند و تخنیک مکیدن ممکن باید مانند اطفال کمتر از 6 ماه عملی گردد

1. تغذی با ثدیه هر 3 ساعت بعد صورت گرفته و هر مرتبه باید حد اقل 20 دقیقه را در بر گیرد، اگر طفل گریه کند یا بیشتر شیر بخواهد باید برایش به دفعات بیشتر شیر ثدیه داده شود.

2. یک ساعت بعد از هر بار تغذی با شیر ثدیه، برایش مقادیر حفاظتی از F100 رقیق شده با استفاده از تخنیک مکیدن متمام بدهید.

(b) پروتوکول های تداوی حاوی سه فاز میباشد: فاز تداوی ابتدایی که در جریان اخذ انرژی به شکل پیشرونده ازدیاد کسب میکند، فاز وزن گیری سریع که طی آن هنوز هم طفل کمتر از 4 کیلوگرام وزن میداشته باشد و به تعقیب آن وزن گیری بیشتر سریع هنگامیکه طفل شیرخوار به 4 کیلوگرام میرسد.

در آغاز تداوی و الی رسیدن طفل شیرخوار به 4 کیلوگرام، اساس رژیم غذایی را **F100 رقیق شده تشکیل میدهد.**

مقدار F100 رقیق شده به شکل تدریجی زیاد ساخته میشود.

روز 1 و روز 2: F100- رقیق شده - 130 ملی لیتر/کیلوگرام/روز، 8 مرتبه در روز
روز 3 و روز 4: F100- رقیق شده - 150 ملی لیتر/کیلوگرام/روز، 8 مرتبه در روز
روز 5 و روز 6: F100- رقیق شده - 170 ملی لیتر/کیلوگرام/روز، 8 مرتبه در روز
بعد از روز 7: F100- رقیق شده که توسط آهن غنی شده باشد - 200 ملی لیتر/کیلوگرام/روز، 8 مرتبه در روز

هر قدر زود که طفل به 4 کیلوگرام میرسد، F100- رقیق شده به F100 تبدیل میگردد (پروتوکول مشابه به اطفال شیرخوار که سن اضافه تر از 6 ماه و وزن بیشتر از 4 کیلوگرام داشته باشند):

- وقتی که طفل به 4 کیلوگرام میرسد، شیر معالجوی شده میتواند به شیر خالص F100 عوض گردد
- در حالتیکه ممکن باشد برتری به برقراری دوباره تغذی با شیر مادر داده میشود که باید حد اقل الی سن 2 سالگی ادامه یابد
- برای این کتگوری اطفال قبل از رخصت نمودن مشوره دهی در مورد تغذی متمم مناسب به سن حیاتی میباشد

رخصت نمودن

- همان پروتوکول های اطفال سنین 6 الی 59 ماهه در این اطفال نیز صدق میکنند
[فصل 6 دیده شود]

مراقبت از مادر در مرکز، در صورتیکه وی طفل خویش را با شیر ثدیه تغذیه میکند.

مادر باید عین مراقبت را اخذ نماید که برای مادران اطفال شیرخوار کمتر از 6 ماه ارائه میگردد: 4 مرتبه غذا همراه به مایکرونیوترینت ها به شمول یک مرتبه حلوا در عصر.

تعقیب بعد از رخصت نمودن

یک طفلیکه جهت سوء تغذی حاد تداوی میگردد معمولاً از ترکیب از کمبودات تغذیوی و/یا انتانات رنج میرد که از فکتورهای مختلف ناشی میشوند [فصل 1 دیده شود]. بخاطر نشو و نمای صحتمند و جلوگیری از عود، به مراقبت تعقیبی همیشه نیاز میباشد. با در نظرداشت خدمات موجود در محل، موضوعات ذیل باید مدنظر باشند:

- ◀ مشوره دهی جاری IYCF/تغذی
- ◀ شمولیت در پروگرام نظارت نشو و نما
- ◀ رجعت دهی به کلینیک طفل صحتمند
- ◀ رجعت دهی به پروگرام SFP (پروگرام تغذی متمم) اگر موجود باشد
- ◀ رجعت دهی به سایر پروگرام های خدمات اجتماعی مرتبط

راپور دهی، معیارات خدمات و سوپرویزن حمایتی

فارمت (نمونه) راپوردهی ماهوار مشابه فارمت اطفال بزرگتر مصاب به SAM میباشد که در **ضمیمه 25 فصل 4** موجود میباشد. معیارات خدمات و سوپرویزن حمایتی عین رهنمودهای اطفال بزرگتر را تعقیب میکند. برای میزان وزن گیری اطفال شیرخوار که با شیر مادر تغذی میگردند کدام معیار وجود ندارد.

اهتمامات جامع سوء تغذی حاد (IMAM)

محتویات این رهنمود:

فصل 1 : نظر اجمالی بر سوء تغذی

فصل 2 : ارزیابی، تصنیف و رده بندی (تریژ) سوء تغذی حاد

فصل 3 : Community Outreach

فصل 4 : تدای سرپای سوء تغذی حاد نزد اطفال سنین 6- 59 ماهه

فصل 5 : تدای سرپای سوء تغذی حاد نزد خاتمه‌های حامله و شیرده

فصل 6 : تدای داخل بستر سوء تغذی حاد شدید نزد اطفال 6- 59 ماهه

فصل 7 : اهتمامات اطفال شیرخوار سنین کمتر از 6 ماه یا بالاتر از 6 ماه که کمتر از 4 کیلوگرام وزن داشته باشند