

الوحـد 8.

علاج سوء التغذية الحاد الـوخيم في عيادة التغذية العلاجية

المحتويات

4	-----	مقدمة
5	-----	معايير قبول الأطفال الذين تبلغ أعمارهم من 6 – 59 شهر، ويعانون من سوء التغذية الحاد الوخيم في القسم الداخلي (TFC) أو عيادة التغذية العلاجية (OTP)
6	-----	الأهداف التعليمية
7	-----	1. مبادئ علاج سوء التغذية الحاد
7	-----	1.1 تعبئة المجتمع
7	-----	1.2 الكشف عن حالات سوء التغذية في الوقت المناسب
8	-----	1.3 التكامل
8	-----	1.4 الربط مع البرامج الأخرى
9	-----	2. البحث عن حالات سوء التغذية الحاد الوخيم
9	-----	2.1 مستويات البحث (العثور) عن الحالات
10	-----	3. القبول في عيادات التغذية العلاجية
10	-----	3.1 اختبار الشهية
11	-----	3.2 فئات القبول للأطفال الذين تبلغ أعمارهم من 6 – 59 شهر
11	-----	3.3 إجراءات القبول
12	-----	4. العلاج الطبي في عيادات التغذية العلاجية
12	-----	4.1 الأدوية الروتينية
13	-----	4.2 علاجات خاصة
14	-----	5. المعالجة التغذوية في عيادات التغذية العلاجية
14	-----	5.1 الغذاء العلاجي الجاهز للاستعمال RUTF
15	-----	5.2 الاحتياجات من RUTF في مواقع OTPs
16	-----	6. المتابعة خلال المعالجة
17	-----	6.1 الزيارات المنزلية
17	-----	6.2 أدوات للمتابعة الفردية
18	-----	7. الخروج من رعاية عيادات التغذية العلاجية
18	-----	7.1 معايير التخرج/الخروج وفئاته
18	-----	7.2 إجراءات التخرج/الخروج
20	-----	8. رعاية الرضع الذين نقل أعمارهم عن 6 أشهر في عيادات التغذية العلاجية
20	-----	8.1 مراقبة تقدم الرضيع في رعاية OTP
20	-----	8.2 معايير الخروج
20	-----	8.3 مكملات المغذيات الدقيقة
21	-----	9. الرصد والابلاغ في عيادات التغذية العلاجية
21	-----	9.1 الرصد
21	-----	9.2 معايير فشل الاستجابة
22	-----	9.3 تحديد سبب/أسباب فشل الاستجابة
23	-----	9.4 الابلاغ
25	-----	ملحق 1: استمارة احالة التحري والفرز المجتمعي

26	-----	ملحق 2: استمارة الاحالة
27	-----	ملحق 3: بطاقة القبول والمتابعة لمرضى سوء التغذية الحاد الوخيم SAM
29	-----	ملحق 4: بطاقة القبول لمرضى سوء التغذية الحاد
30	-----	ملحق 5: استمارة النقل (بطاقة النقل خلال المعالجة لسوء التغذية الحاد الوخيم (CMAM
31	-----	ملحق 6: بروتوكول العمل في عيادة التغذية العلاجية
32	-----	ملحق 7: بطاقة متابعة النمو للأطفال أقل من 6 أشهر في عيادة التغذية العلاجية
34	-----	ملحق 8: نموذج تقرير الزيارات المنزلية
35	-----	ملحق 9: قوائم مرجعية لانشاء خدمات عيادات التغذية العلاجية

مقدمة

ينبغي علاج الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد الوخيم، ولا يعانون من مضاعفات طبية، في عيادات التغذية العلاجية

وإذا أُدخل جميع الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد الوخيم إلى TFC، فستكون معدلات التغطية منخفضة، وسيكون الأمر باهظ التكلفة ل:

- النظام، بسبب الحاجة إلى بنية تحتية معقدة وموارد بشرية ذات خبرة؛
- الأسر، بسبب ارتفاع التكاليف المادية والاجتماعية المرتبطة، مثلاً بالسفر والإقامة في المستشفى، وتوقف رعاية أفراد الأسرة الآخرين، واضطراب الأنشطة المعيشية؛
- المجتمع، بسبب صعوبة الوصول وانخفاض التغطية، وهو ما يؤدي إلى الاكتشاف المتأخر للحالات، ويؤدي بدوره إلى نتائج سيئة (زيادة معدلات المراضة والوفيات).

ولذلك، عند تشخيص إصابة طفل عمره 6 – 59 شهر بسوء التغذية الحاد الوخيم، ينبغي إجراء فحص طبي كامل، لتحديد ما إذا كان الطفل يحتاج إلى رعاية خارجية أو رعاية داخلية بالمستشفى. وينبغي كذلك لجميع المرافق الصحية التي تقدم رعاية داخلية لسوء التغذية الحاد الوخيم أن تقدم خدمات رعاية عيادة تغذية علاجية أيضاً.

معايير قبول الأطفال الذين تبلغ أعمارهم من 6 – 59 شهر، ويعانون من سوء التغذية الحاد الوخيم في القسم الداخلي (TFC) أو عيادة التغذية العلاجية (OTP)

للأطفال الذين تبلغ أعمارهم 6 – 59 شهر	
رعاية المرضى في OTP لعلاج سوء التغذية الحاد الوخيم دون مضاعفات طبية	رعاية المرضى في TFC لعلاج سوء التغذية الحاد الوخيم المصحوب بمضاعفات طبية
<p>وذمة منتبحة على كلا الجانبين ++ أو هزال وخيم، أو هزال شديد، و</p> <ul style="list-style-type: none"> • اجتاز اختبار الشهية • حالة جيدة سريريًا • منتبحة/يقط <p>أو منقول من رعاية المرضى في TFC بعد معالجة المضاعفات الطبية</p>	<p>وذمة منتبحة على كلا الجانبين +++ أو حالة كواشيوركور هزالي: أي وذمة منتبحة على كلا الجانبين مع هزال شديد# أو وذمة منتبحة على كلا الجانبين ++ أو هزال شديد مع أي من علامات الخطر أو المضاعفات الطبية التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فشل في اختبار الشهية • قيء متكرر علاجه • اختلاجات (تشنجات) • شبه الوعي أو فقدان الوعي • عدم القدرة على الشرب أو الرضاعة الطبيعية • صدمة • جفاف • نقص سكر الدم • انخفاض درجة حرارة الجسم • حمى شديدة • الإسهال الحاد • ملاريا • فقر دم وخيم • طائقة تنفسية • علامات في العين على نقص فيتامين أ مع/أو التهاب و صديد العين • مرض الجلد الوخيم <p>أو ظروف منزلية/اجتماعية غير ملائمة (الأم/مقدم الرعاية غير راغب برعاية الطفل أو إقامة في منطقة متأثرة بالنزاع) أو مُحال من رعاية ال OTP وفقًا لبروتوكول إجراءات رعاية المرضى الخارجيين</p>

يُعرف الهزال الشديد بأنه حالة يكون فيها محيط منتصف العضد أقل من 115 ملليمترًا أو الدرجة المعيارية للوزن مقابل الطول/الارتفاع أقل من -3 انحراف معياري

الأهداف التعليمية

تصف هذه الوحدة أسلوب التدبير العلاجي لسوء التغذية الحاد الوخيم في رعاية عيادات التغذية العلاجية, وسوف تتعلم:

- مبادئ التدبير العلاجي لسوء التغذية الحاد الوخيم خارج مراكز التغذية العلاجية TFC؛
 - تعبئة المجتمع
 - اكتشاف الحالات وعلاجها في الوقت المناسب
 - التكامل مع رعاية المرضى في TFC
 - الربط مع البرامج الأخرى
- اكتشاف الحالات والفرز من أجل إدخالها إلى رعاية OTP
- العلاج الطبي
- العلاج الغذائي (التغذية العلاجية)
- المتابعة ومعايير الخروج
- الرصد والإبلاغ.

1. مبادئ علاج سوء التغذية الحاد

مكونات التدبير العلاجي لسوء التغذية الحاد

- تعبئة المجتمع المحلي والاكتشاف المبكر لحالات سوء التغذية الحاد؛
- الرعاية العلاجية للمرضى في عيادات التغذية لمعالجة سوء التغذية الحاد الوخيم من دون مضاعفات طبية؛
- المواءمة والتكامل مع الرعاية العلاجية للمرضى في مراكز التغذية لمعالجة سوء التغذية الحاد الوخيم المصحوب بمضاعفات طبية؛
- إدراج التدبير العلاجي لسوء التغذية الحاد المتوسط حيثما يوجد.

ومن الضروري التنسيق الداخلي بين مختلف المكونات، فالربط مع المجتمع تكفل إحالة الأطفال المصابين بسوء التغذية بشكل مبكر إلى خدمات رعاية المرضى في برامج التغذية التكميلية (SFP) وبرامج عيادات التغذية العلاجية (OTP) ومنها إلى مراكز التغذية العلاجية (TFC) إذا اقتضت الضرورة؛ ومتابعة الحالات المسجلة في تلك الخدمات؛ وتسهيل التدبير العلاجي للحالات في مختلف المستويات؛ والتكامل مع الخدمات الصحية الروتينية.

وتُعد نظم التتبع الفعالة أساسية لاستمرار رعاية الأطفال الذين ينتقلون بين خدمات رعاية المرضى الأقسام الداخلية والعيادات الخارجية.

1.1 تعبئة المجتمع

تهدف تعبئة المجتمع إلى توعية المجتمع وإعلامه وتثقيفه بشأن المسائل المتعلقة بالتغذية لتعزيز وتشجيع مشاركته الفعالة في أنشطة الوقاية من سوء التغذية. وتتيح تعبئة المجتمع الكشف المبكر عن الحالات وإحالتها إلى خدمات التغذية أو الخدمات الصحية المناسبة ومتابعتها. وحيثما تُنفَّذ التعبئة المجتمعية تنفيذاً جيداً، تحدث أيضاً إحالات ذاتية واكتشاف سلبي للحالات.

1.2 الكشف عن حالات سوء التغذية في الوقت المناسب

يمكن اكتشاف حالات سوء التغذية الحاد الوخيم من خلال الاكتشاف الإيجابي (النشط) أو السلبي للحالات. والاكتشاف النشط للحالات هو تعرّف العاملين، في مجال صحة المجتمع أو المتطوعين في المجتمعات، على الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد. وينبغي أن يُجرى الاكتشاف النشط للحالات في المجتمعات المحلية على يد العاملين الصحيين المجتمعيين أو المتطوعين المجتمعيين، باستخدام محيط منتصف العضد أو التحقق من وجود وذمة منطبعة في كلا الجانبين لدى الأطفال. وينبغي إحالة الحالات المشتبه في إصابتها بسوء التغذية الحاد إلى مرفق صحي لإجراء مزيد من التقييم.

أما الاكتشاف السلبي للحالات فيكون عند قيام العاملين الصحيين بالتعرف على الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد، عندما يأتي الطفل إلى المرفق الصحي من أجل رصد النمو وتعزيزه أو الاستشارة الطبية.

1.3 التكامل

ينطوي التكامل في خدمات الرعاية الصحية على اعتراف وزارة الصحة بأهمية الوقاية والعلاج من سوء التغذية الحاد الوخيم، وعلاقته بمعدلات المراضة والوفيات في البلد، ولا سيما للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات. ويمكن أن يؤدي اتباع نهج متكامل بين خدمات رعاية المرضى في TFC و OTP إلى خفض التكاليف وزيادة فعالية التدابير العلاجية لسوء التغذية الحاد الوخيم.

1.4 الربط مع البرامج الأخرى

يعدُّ الربط بين خدمات وبرامج التدابير العلاجية لسوء التغذية الحاد الوخيم وغيرها من الأنشطة المتعلقة بالصحة والتغذية ضرورية للوقاية من ظهور حالات جديدة أو انتكاس الحالات التي تمت معالجتها، وتعزيز الأفضل للتغذية.

ومن أمثلة البرامج والاستراتيجيات، التي يمكن أن ترتبط بها برامج معالجة سوء التغذية الحاد الوخيم، ما يأتي:

- برامج التغذية: تغذية الرضع وصغار الأطفال، ورصد النمو وتعزيزه، وإجراءات التغذية الأساسية، ومنها مكملات المغذيات الدقيقة؛
- برامج الصحة: التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة (IMCI)، والبرنامج الموسَّع للتطعيم (EPI)، وبرامج علاج فيروس العوز المناعي البشري/الإيدز والسل، وأمراض الإسهال ومكافحة الملاريا، والأيام الوطنية لحياة الطفل أو التطعيم؛
- و البرامج الأخرى ذات الصلة: المياه والإصحاح البيئي والنظافة العامة، والأمن الغذائي، والرعاية الاجتماعية، والتأهب لحالات الطوارئ أو خطط الاستجابة، والتعليم.

2. البحث عن حالات سوء التغذية الحاد الوخيم

من الناحية العملية، وفي غياب تفشي الأمراض (مثل الحصبة أو الكوليرا أو الملاريا)، فإن أقل من 15 % من جميع الحالات التي تعاني من سوء التغذية الحاد الوخيم ستحتاج إلى رعاية TFC، إذا تم اتخاذ الإجراءات الملائمة لتعبئة المجتمع، ونظام البحث النشط للحالات وإحالتها من داخل المجتمع، بحيث يمكن التعرف على الحالات في الوقت المناسب.

2.1 مستويات البحث (العثور) عن الحالات

على مستوى المجتمع

يمكن التعرف على الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد الوخيم على مستوى المجتمع. وينبغي تطبيق الإجراءات نفسها الموضحة في الوحدة الثانية: أسس العناية، مثل الوزن والقياس وتحري علامات الخطر والمضاعفات الطبية.

وهناك طرق مختلفة يمكن للمجتمع اتباعها لتحديد حالات سوء التغذية الحاد الوخيم.

- البحث النشط للحالات: يشير البحث النشط للحالات إلى تعرّف العاملين في مجال صحة المجتمع أو المتطوعين في المجتمعات على الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد، أنظر الملحق 1.
- إجراء فحص جماعي: أثناء الحملات، مثل أيام التطعيم، وأيام صحة الطفل.
- الإحالة الذاتية: يمكن أن تصبح وسيلة مهمة للتعرف على الحالات عندما تكون أنشطة التدبير العلاجي لسوء التغذية الحاد الوخيم راسخة منذ وقت طويل في منطقة ما، ويجري تعبئة المجتمعات تعبئة كافية. وفي مثل هذه الظروف، تصل معظم الحالات تلقائياً إلى المرافق الصحية للتحري وتلقي العلاج.

على مستوى المرفق الصحي

ينبغي للعاملين الصحيين فحص جميع الأطفال للتعرف على حالتهم التغذوية. وينبغي أن يجري ذلك في أثناء خدمات الرعاية الصحية الأولية الروتينية (مثل البرنامج الموسّع للتطعيم، ورصد النمو)، أو عندما يأتي الأطفال إلى المرفق الصحي بسبب المرض (الاكتشاف السلبي للحالات) وعند اكتشاف أية علامات لسوء التغذية الحاد الوخيم، ينبغي تقييم الطفل تقييماً كاملاً لتحديد هل ينبغي تقديم التدبير العلاجي له في OTP أو في TFC، أنظر الملحق 2.

3. القبول في عيادات التغذية العلاجية

يلخص الجدول الوارد في مقدمة هذه الوحدة التدريبية معايير قبول الأطفال الذين تبلغ أعمارهم من 6 – 59 شهر في رعاية OTP ينبغي تقييم ما يأتي والتحقق منه:

- غياب علامات الخطر أو المضاعفات الطبية من خلال الفحص الطبي الشامل وتقصي التاريخ الطبي بدقة من الأم/راعي الطفل؛
- تقييم الشهية من خلال اجراء اختبار الشهية (انظر لاحقاً).

3.1 اختبار الشهية

يُجرى اختبار الشهية لتقييم قدرة الطفل على تناول RUTF في المنزل. ويمكن متابعة الاختبار أسبوعياً في OTP

كيفية إجراء اختبار الشهية

يتم اختبار الشهية عن طريق إعطاء الطفل كيس من RUTF ومراقبة كيفية تناوله له. ويمكن فعل ذلك أثناء قيام العامل الصحي بأخذ التاريخ الطبي مع الأم/راعي الطفل، ولكن من الأفضل عمومًا ترك الطفل مع أمه في مكان هادئ. وسيحول ذلك دون خوف الطفل من البيئة المحيطة أو موظفي المرفق الصحي ورفضه تناول الطعام.

1. اشرح للأم/راعي الطفل سبب الاختبار وكيفية إجرائه
2. استفسر من الأم/راعي الطفل عن المدة التي انقضت منذ أن أكل الطفل أو شرب قبل اختبار الشهية، للتأكد من أن فشل اختبار الشهية لا يرجع إلى شبع الطفل فقط.
3. اترك الطفل مع الأم/الراعي في مكان منفصل وهادئ
4. وينبغي للأم/راعي الطفل غسل يديه ويدي الطفل ووجهه قبل بدء الاختبار
5. ويجب أن تجلس الأم/راعي الطفل بارتياح قبل تقديم كيس الغذاء العلاجي للطفل
6. وإذا رفضه الطفل، ينبغي للأم/راعي الطفل الاستمرار في تشجيع الطفل بلطف على تناول الغذاء العلاجي. وفي جميع الأحوال، لا ينبغي إجباره
7. وينبغي توفير الماء النظيف للطفل ليشربه في أثناء تناول RUTF.

راقب الطفل وهو يتناول الغذاء العلاجي لمدة 30 دقيقة، وقرر هل اجتاز الطفل الاختبار أم فشل فيه.

اجتياز اختبار الشهية: يتناول الطفل ثلث كيس RUTF (92 غرامًا) على الأقل - يجب علاج الطفل في OTP.

فشل اختبار الشهية: لا يتناول الطفل ثلث كيس RUTF (92 غرامًا) على الأقل - يجب علاج الطفل في TFC.

ولا يلزم إجراء اختبار الشهية إذا كان الطفل مريضًا جدًا، مثل أن يعاني من الالتهاب الرئوي أو الإسهال الحاد أو الزحار أو الحصبة أو الملاريا أو أي من علامات الخطر العامة. ويجب إحالة هذا الطفل على الفور إلى TFC

3.2 فئات القبول للأطفال الذين تبلغ أعمارهم من 6 – 59 شهر

الفئة	التعريف
حالات جديدة	الأطفال الذين تبلغ أعمارهم من 6 – 59 شهر ويعانون من سوء التغذية الحاد الوخيم، ويستوفون معايير القبول في OTP المذكورة آنفاً
حالات قديمة	الأطفال المحالون من رعاية TFC: الأطفال المصابون بسوء التغذية الحاد الوخيم، الذين أحيوا من رعاية القسم الداخلي بعد استقرار حالتهم (تعافوا) لمواصلة العلاج باعتبارهم مرضى OTP حتى الشفاء
	الأطفال المصابون بسوء التغذية الحاد الوخيم الخاضعون بالفعل للعلاج في OTP في مكان آخر، ونُقلوا إلى هذا المرفق الصحي.
	إعادة قبول بعد التخلف: الأطفال الذين تخلفوا عن العلاج قبل التعافي لزيارتين متتاليتين (أسبوعين)، وتم الإبلاغ عن تخلفهم عند موعد الزيارة الثالثة (الأسبوع الثالث) ويعودون لمواصلة العلاج خلال شهرين من قبولهم للعلاج في OTP.
	الانتكاسة: الطفل الذي تم علاجه بنجاح وانتكس (استوفى معايير سوء التغذية الحاد الوخيم) خلال شهرين من تخريجة شفاء. ولا يعتبر استيفاء الطفل لمعايير سوء التغذية الحاد الوخيم بعد شهرين من علاجه بنجاح وتخريجة شفاء كحالة انتكاسة بل يتم قبوله كحالة جديدة

3.3 إجراءات القبول

عندما يستوفي الطفل معايير القبول في رعاية OTP، ينبغي عمل الآتي:

- ملء البطاقة الفردية، بطاقة القبول والمتابعة لمرضى سوء التغذية الحاد الوخيم، بالمعلومات المطلوبة (انظر ملحق 3)؛ هذه البطاقة سوف يتم الاحتفاظ بها في ال OTP. سوف يتم تسليم الأم/راعي الطفل بطاقة لتسهيل عملية المتابعة (انظر ملحق 4)
- إذا كان الطفل منقولاً من القسم الداخلي، فينبغي مراجعة المعلومات الواردة في استمارة النقل (انظر ملحق 5)؛
- تحديث جدول التطعيم، إذا اقتضت الحاجة (إعطاء الأولوية للتطعيم ضد الحصبة إذا لزم الأمر)؛
- تقديم شرح للأم/راعي الطفل بشأن عمل OTP، والتقدم المتوقع للطفل في أثناء العلاج إلى أن يستوفي الطفل معايير الخروج، ومنها مدة العلاج المتوقعة؛
- وصف الأدوية الروتينية وإعطاؤها، مع شرح كيفية مواصلة العلاج في المنزل لراعي الطفل؛
- مراجعة الرسائل الأساسية الخاصة بالنظافة الصحية وإطعام الطفل مع الأم/القائم على رعايته، والتأكد من أنها مفهومة جيداً؛
- تحديد موعد للزيارة التالية (في اليوم نفسه كل أسبوع)؛
- يمكن تقديم المزيد من التثقيف الصحي والتغذوي (رسائل تغذية الرضع وصغار الأطفال) في مواعيد لاحقة، وإعطاء أي تطعيمات إضافية غير موجودة على الجدول الزمني لتطعيم الطفل؛
- ربط أسرة الطفل بالعامل الصحي المجتمعي المعين لإجراء زيارات منزلية والمتابعة، إذا أمكن.

4. العلاج الطبي في عيادات التغذية العلاجية

4.1 الأدوية الروتينية

يجب أن لا يحصل الأطفال، الذين تم نقلهم من معالجة سوء التغذية الحاد الوخيم في القسم الداخلي، على الأدوية الروتينية التي سبق إعطاؤها خلال فترة الإقامة في TFC. افحص معلومات و ملاحظات أستمارة النقل للتأكد من الأدوية التي سبق أن حصل عليها الطفل. وإذا لم يُستكمل أي علاج أثناء رعاية TFC (على سبيل المثال، بالنسبة للعلامات السريرية لنقص فيتامين أ الشديد)، فيجب استكمال الجرعات المتبقية أثناء رعاية OTP.

يجب إعطاء الأدوية الروتينية للحالات الجديدة المصابة بسوء التغذية الحاد الوخيم الذي يتم إدخالهم مباشرة إلى رعاية OTP. وينبغي تقديم المشورة للقائمين على الرعاية بشأن كيفية مواصلة العلاج في المنزل.

المضادات الحيوية

يُعطى جميع الأطفال المضادات الحيوية الروتينية، بسبب ارتفاع معدل انتشار العدوى في حالات سوء التغذية الحاد الوخيم. وينبغي استخدام أموكسيسيلين بوصفه مضاداً حيوياً واسع الطيف¹. وإذا لم يستجب الطفل للعلاج (انظر معايير عدم الاستجابة)، ينبغي إحالته لرعاية القسم الداخلي.

ويجب تناول الجرعة الأولى من أموكسيسيلين أثناء إجراءات الدخول تحت إشراف مقدم الرعاية الصحية. ويجب تقديم شرح للقائم على الرعاية لكيفية استكمال العلاج في المنزل.

الجرعة الموصى بها للأموكسيسيلين هي 25 – 40 ملغم/كغم من وزن الطفل كل 12 ساعة على مدى 5 – 7 أيام

وقبل وصف أو إعطاء أموكسيسيلين من المهم فحص الملصقات على الزجاجات لتحديد الجرعات وتخفيف الشراب، لأن هذا يمكن أن يتغير من شركة مُصنِّعة إلى أخرى.

علاج الديدان

يمكن أن تسبب عدوى الدودة الشصية (الأنكلستوما) فقر الدم الوخيم. وينبغي أن يبدأ العلاج في الزيارة الرابعة للعيادات الخارجية، على الرغم من أنه قد يبدأ في وقت مبكر إذا لزم الأمر (مثل، في حالة الإصابة الشديدة بالديدان).

ويُعدُّ ألبيندازول (400 ملغم في جرعة واحدة) أو ميبيندازول (500 ملغم في جرعة واحدة) لعلاج مرضى OTP فعَّالَ للأطفال الذين تزيد أعمارهم على سنتين.

وإذا لم يتوفر أيٌّ من الدواءين أو كان عمر الطفل أقل من سنتين، يمكن معالجة الدودة الشصية وداء الصَّفَر (الأسكاريس) بالبيريانتل (10 ملغم/كغم في جرعة واحدة).

¹ ويجب تكييف هذه النظم العلاجية من المضادات الحيوية للتوافق مع أنماط المقاومة المحلية للمضادات الحيوية

التطعيم

يكون للعدوى أثر سلبي على نمو الطفل، ويمكن في بعض الحالات أن تعجل بحدوث سوء تغذية حاد وخيم أو انتكاس لدى الأطفال خلال مرحلة التعافي. وينبغي دائمًا التحقق من حالة التطعيم لدى الطفل في كل زيارة، وتقديم التطعيمات المطلوبة وفقًا لجدول التطعيمات الوطني.

4.2 علاجات خاصة

فقر الدم

الأطفال المصابون بسوء التغذية الحاد الوخيم يعانون في الأغلب من فقر الدم. غير أن مكملات الحديد قد تضرُّ بهم، لأن الحديد يعزز نمو الجراثيم المعدية ويسبب إنتاج جزيء الأكسجين الحر، ويحتوي RUTF على كميات كافية من الحديد؛ ولذلك لا حاجة إلى تقديم مكملات الحديد.

وفي حالة الاشتباه في فقر الدم، يجب إجراء الاختبار وتقديم العلاج المناسب (انظر الوحدة الثالثة). ويجب إحالة الأطفال المصابين بفقر الدم الوخيم لرعاية TFC.

فيتامين أ

لا ينبغي أن يحصل الأطفال الذين أُدخلوا مباشرةً إلى OTP، من دون علامات في العين ووُصِفَ لهم RUTF، على جرعة عالية من فيتامين أ

الأطفال الذين تظهر لديهم علامات نقص فيتامين أ في العين يجب نقلهم إلى TFC، لأن حالة العين يمكن أن تتدهور بسرعة كبيرة، ويكون خطر العمى مرتفعًا. افحص الطفل للكشف عن أعراض معينة (مثل تقرُّح القرنية، وتغيُّم القرنية) في كل زيارة، وبكثافة أكبر حينما يكون هناك خطر نقص شديد (مثلما في حالة تفشي الحصبة).

5. المعالجة التغذوية في عيادات التغذية العلاجية

5.1 الغذاء العلاجي الجاهز للاستعمال (RUTF):

المعالجة التغذوية للحالات في OTP تعتمد على وجبات RUTF.

ويُقَدَّم RUTF ما بين 150 و 220 كيلو كالوري/كغم/يوم. والجرعة الشائعة هي 200 كيلو كالوري/كغم يوميًا. ويوضح الجدول الآتي كميات RUTF التي يجب إعطاؤها للطفل بناءً على وزنه.

الحصص الغذائية من RUTF وفقًا لوزن الطفل

الغذاء العلاجي الجاهز للاستعمال				
بسكويت		معجون 92 غم/كيس		وزن الطفل (كغم)
عدد القطع أسبوعيا	عدد القطع يوميا	عدد الأكياس أسبوعيا	عدد الأكياس يوميا	
لا تعط	لا تعط	9	1.25	3.4 – 3.0
لا تعط	لا تعط	11	1.5	3.9 – 3.5
لا تعط	لا تعط	14	2	5.4 – 4.0
لا تعط	لا تعط	18	2.5	6.9 – 5.5
35	3	21	3	8.4 – 7.0
42	6	25	3.5	9.4 – 8.5
49	7	28	4	10.4 – 9.5
56	8	32	4.5	11.9 – 10.5
63	9	35	5	12.0 ≤

ملحوظة: الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال المستخدمة على نطاق واسع هي معجون الفول السوداني الدهني. إذا تم استيراده فإنه يأتي في أكياس 92 غم بإجمالي 500 كيلو كالوري لكل كيس.

ولضمان الاستخدام السليم لـ RUTF في المنزل، من المهم تقديم معلومات مفصلة وواضحة إلى الأم/القائم على الرعاية والتأكد من فهمها.

وفيما يأتي الرسائل الأساسية للأم/راعي الطفل في OTP:

أخذ RUTF في المنزل: رسائل إلى الأم/القائم على الرعاية

1. الغذاء العلاجي الجاهز للاستعمال، هو غذاء وعلاج، مخصص فقط للأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد الوخيم. ولا ينبغي مشاركتة مع آخرين.
2. وينبغي عدم خلطه مع أطعمة أخرى². ويُعد RUTF الطعام الوحيد الذي يحتاجه الطفل من أجل التعافي.
3. يجب غسل يدي الطفل ووجهه بالصابون قبل إطعامه إن أمكن.
4. لا يرغب الأطفال المرضى غالبًا في تناول الطعام. أعط وجبات من RUTF صغيرة ومنتظمة، وشجّع الطفل على الأكل مرات عديدة (8 وجبات يوميًا إن أمكن). امنح الطفل وقتًا ليأكل. ويمكن ترك RUTF لوقت لاحق إذا لم ينته الطفل منه، لكي يتناوله خلال اليوم.
5. وينبغي دائمًا تقديم الكثير من مياه الشرب النظيفة للطفل خلال تناوله ل RUTF.
6. وأما الأطفال الصغار، فينبغي الاستمرار في إرضاع الطفل من الثدي بانتظام. ويجب على الأم إرضاع الطفل في كل مرة قبل وجبة RUTF.
7. يجب أن يحصل طفلك على (x) أكياس في اليوم.
8. يجب إبقاء كيس RUTF مغلقًا ومغطى
9. يصاب الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية بالبرد بسرعة. احرص دائمًا على تغطية وتدفئة الطفل.
10. لا تتوقف أبدًا عن إطعام الطفل حتى مع وجود الإسهال. أعط المزيد من الطعام والماء النظيف.
11. بمجرد أن يتعافى الطفل جيدًا ويظهر شهيته للأطعمة الأخرى، يمكن تقديم الأطعمة الأخرى في المنزل بعد الوجبات الغذائية العلاجية الجاهزة.
12. العودة إلى المرفق الصحي إذا تدهورت حالة الطفل (ظهور علامات خطر حسب IMCI):
 - غير قادر على الشرب أو الرضاعة
 - توقف عن تناول الطعام
 - يعاني من الحمى
 - يعاني من تنفس سريع أو صعوبة تنفس
 - يعاني من تشنجات
 - يعاني من الإسهال لأكثر من يوم أو دم في البراز
 - لديه وذمة في كلا الجانبين

5.2 الاحتياجات من RUTF في مواقع OTPs

يستهلك كل طفل في رعاية OTP حوالي 2 أكياس من RUTF يوميًا. وخلال فترة العلاج بأكملها، سوف يستهلك طفل واحد ما يقدر بنحو 150 كيس (كروتون واحد) تقريبًا من RUTF. ويمكن استخدام هذه التقديرات لحساب الاحتياجات الشهرية من RUTF في أحد مواقع OTP بأكمله.

² تعمل مضادات التغذية الموجودة في أطعمة الأسرة العادية على منع امتصاص المغذيات الحيوية، وقد تؤدي إلى عدم التوازن في نسبة المغذيات الممتصة.

6. المتابعة خلال المعالجة

في أثناء رعاية OTP، يأتي الطفل إلى المرفق الصحي مرة كل أسبوع. ولأسباب محددة فقط (وقت الحصاد، والمسافة، وغير ذلك)، وعندما يتعافى الطفل جيداً وبموافقة الأم، يمكن جعل الزيارات مرة كل أسبوعين في وقت لاحق أثناء العلاج.

وخلال الزيارات الأسبوعية، يقيم العامل الصحي التقدم المحرز، ورصد زيادة الوزن، وفحص المضاعفات الطبية المرتبطة التي قد تتطلب الإحالة إلى رعاية TFC، ويتلقى المريض الأدوية وكمية RUTF التي تكفيه طوال الأسبوع. وينبغي أيضاً تقديم المشورة الفردية والتثقيف الصحي والتغذوي في مجموعات خلال هذه الزيارات.

ويوضح الجدول الآتي الأنشطة التي ينبغي ممارستها أثناء متابعة رعاية OTP.

ملخص أنشطة الزيارات الأسبوعية للرعاية العلاجية للمرضى الخارجيين

النشاط	التكرار
الوزن	كل أسبوع
قياس محيط منتصف العضد	كل أسبوع
فحص الودمة	كل أسبوع
الطول أو الارتفاع	مرة واحدة في الشهر
التاريخ المرضي	كل أسبوع
الفحص البدني (متضمناً درجة الحرارة ومعدل التنفس)	كل أسبوع
اختبار الشهية	حسب الحاجة (كما في حالة عدم زيادة وزن الطفل)
علاج طبي روتيني	وفقاً لبروتوكول العلاج
الزيارة المنزلية	حسب الحاجة وفقاً لبروتوكول العمل (انظر الملحق 6)
التطعيمات	حسب الحاجة وفقاً لجدول التطعيمات
التثقيف الصحي والتغذوي	كل أسبوع
تقييم استهلاك الغذاء العلاجي الجاهز للاستعمال	كل أسبوع
تقديم الغذاء العلاجي الجاهز للاستعمال	كل أسبوع

ومن المهم تنظيم معاينة سلسة للمرضى يحد من وقت الانتظار، ويضمن رؤية جميع المرضى وتقديم الرعاية لهم على النحو المناسب. وعادة ما يُقدّم التثقيف الصحي والتغذوي لجميع المرضى والقائمين على رعايتهم أثناء انتظارهم لدورهم.

ووفقاً لنتائج كل زيارة، ستحتاج إلى تقييم ما إذا كان الطفل يحرز تقدماً جيداً أم تدهورَ إلى درجة تتطلب إحالته إلى TFC، أو إذا كان التدهور أقل حدة ولكنه يتطلب. زيارات متابعة بوقت أقصر (أقل من 7 أ) أو زيارة منزلية.

وإذا كان الطفل يحرز تقدماً جيداً- باكتساب الوزن وزيادة محيط منتصف العضد وتراجع الوذمة وتمتعه بالشهية الجيدة من دون مضاعفات طبية شديدة، ويتابع الطفل العلاج بانتظام من خلال زيارات المتابعة الأسبوعية – يواصل الطفل العلاج من خلال رعاية OTP حتى تتحقق معايير التخرج شفاء (انظر القسم 7 لاحقاً).

وإذا لم يستجب الطفل للمعالجة، فقد يتطلب الأمر زيارة منزلية، أو إذا لوحظت علامات الخطر وفعال IMCI، فينبغي إحالة الطفل إلى TFC لإجراء مزيد من الفحوص الطبية.

6.1 الزيارات المنزلية

قد تكون هناك حالات تتطلب زيارة منزلية يجب عليك الانتباه إلى الأمور التالية وتقييمها:

- فهم الأم/راعي الطفل للرسائل التي يحصل عليها في العيادة؛
- الالتزام بالعلاج (RUTF والأدوية)؛
- أسباب عدم الالتزام بالعلاج أو الغياب أو التخلف؛
- توفر المياه والمرحاض؛
- ممارسات الصحة والنظافة والسلامة الغذائية والأمن الغذائي العام للأسر؛
- عدم الاستجابة للعلاج؛
- الحاجة إلى مناقشة رعاية الطفل مع رب الأسرة أو مع من يتخذ القرارات الأسرية (مثل الجد والأب والحماة).

إذا اكتشفت أي مشكلة، فناقش الحلول الممكنة وشجّع على مواصلة العلاج. وينبغي أيضاً إعطاء توجيهات صحية وتغذوية، والتوصية بممارسات التغذية الجيدة للرضع.

سجّل ملاحظتك والإجراءات المتخذة في بطاقة بطاقة القبول والمتابعة لمرضى سوء التغذية الحاد الوخيم (أنظر الملحق 3).

6.2 أدوات للمتابعة الفردية

لضمان جودة الرعاية واستمرارها في أثناء علاج حالات سوء التغذية الحاد الوخيم، ينبغي استخدام وثيقتين (بطاقتين):

- **بطاقة القبول والمتابعة لمرضى سوء التغذية الحاد الوخيم:** تظل هذه البطاقة مع العاملين الصحيين، وتحتوي على جميع المعلومات المتعلقة بحالة الطفل عند قبوله للعلاج في OTP وخروجه منه، والتقدم الذي أحرزه في أثناء العلاج (أنظر الملحق 3).
- **بطاقة النقل خلال المعالجة لسوء التغذية الحاد الوخيم:** تُرسل استمارة النقل مع الأم/راعي الطفل للتمكّن من تتبّع المعلومات عن حالة الطفل والتقدم المحرز، أثناء التنقل بين الخدمات رعاية OTP إلى رعاية TFC والعكس بالعكس (أنظر الملحق 5).

7. الخروج من رعاية عيادة التغذية العلاجية

7.1 معايير التخرج/الخروج وفئاته

معايير التخرج/الخروج من OTP (الأطفال الذين تبلغ أعمارهم 6 أشهر وأكثر)

الفئة	معايير التخرج/الخروج، ملاحظات
تخرج شفاء	الدرجة المعيارية الوزن مقابل الطول/الارتفاع -2 ≤، ولا يعاني الطفل من الودمة أسبوعين على الأقل، أو محيط منتصف العضد 125 ≤ ملليمترًا، والطفل لا يعاني من الودمة أسبوعين على الأقل (استخدم مؤشر القبول نفسه) حالة جيدة سريريًا، والطفل منتبه
تخرج تخلف	التغيب لثلاث زيارات متتالية
تخرج وفاة	وفاة الطفل خلال العلاج في رعاية OTP
تخرج عدم الاستجابة	لم يستوف معايير التخرج بعد 4 أشهر من العلاج
التنقلات بين الخدمات: تشمل ترك الأطفال لمرفق علاج تغذوي معين أو مستوى معين من المعالجة، ولكن ليس ترك العلاج. ولا يُحسب هؤلاء الأطفال على أنهم خرجوا من المعالجة، لأنهم يواصلون علاجهم من سوء التغذية الحاد الوخيم في مرفق أو مستوى آخر. وينبغي تسجيلهم على النحو التالي.	
النقل إلى رعاية TFC	يستوفي الطفل معايير النقل إلى رعاية TFC وفقًا لمعايير القبول أو بروتوكول العمل
النقل إلى خدمة OTP أخرى	ينتقل الطفل المصاب بسوء التغذية الحاد الوخيم الذي يتلقى العلاج في موقع OTP إلى موقع آخر لرعاية OTP لمواصلة العلاج
النقل إلى خدمة معالجة سوء التغذية الحاد المتوسط (MAM) ببرنامج التغذية التكميلية (SFP)	في حالة توفر خدمة (SFP)، ينقل الطفل إلى هذه الخدمة عند تعافيه من سوء التغذية الحاد الوخيم (الوزن مقابل الطول/الارتفاع ≤ -3 أو ≤ 11.5 ولا يعاني من الودمة) لمواصلة التعافي حتى الوصول لمعايير التخرج شفاء

7.2 إجراءات التخرج/الخروج

أ) عندما يستوفي الطفل معايير التخرج تعافي من SAM أو التخرج شفاء، ينبغي للعامل الصحي أن:

- يملأ البطاقة الفردية للقبول والمتابعة لمرضى سوء التغذية الحاد الوخيم بمعلومات التخرج المطلوبة؛ (انظر الملحق 3) و
- لحالات التعافي من SAM: يرجى النقل، إذا وُجدت، إلى خدمة معالجة سوء التغذية الحاد المتوسط (SFP) للحصول على مزيد من الدعم التغذوي للمساعدة على تجنب الانتكاس؛
- إعطاء تفسيرات للام/القائم على الرعاية بشأن عمل خدمة سوء التغذية الحاد المتوسط والتقدم المتوقع للطفل أثناء وجوده هناك، ومن ذلك طول مدة العلاج؛

ملاحظة: في حالة عدم توفر خدمة معالجة سوء التغذية الحاد المتوسط (SFP) يجب الاستمرار في علاج سوء التغذية الحاد في برامج ال (OTP) حتى الوصول لمعايير التخرج شفاء

- تحديد موعد للأم/القائم على الرعاية للزيارة الأولى في (SFP) وملء استمارة النقل (أنظر الملحق 5)؛
- تحديث جدول التطعيمات، إذا لزم الأمر؛
- تقديم التثقيف الصحي والتغذوي للأم/القائم على الرعاية (رسائل تغذية الرضّع وصغار الأطفال).

ب) بالنسبة لعمليات الخروج ← نقل، ينبغي استكمال استمارة النقل (انظر الملحق 5) ويجب تقديم التفسيرات اللازمة إلى الأم/القائم على الرعاية لأسباب النقل، وطبيعة اختلاف الموقع الجديد، وكيفية معالجة الطفل هناك.

8. رعاية الرضع الذين تقل أعمارهم عن 6 أشهر في عيادة التغذية العلاجية

تعتمد رعاية OTP للرضع الذين تقل أعمارهم عن 6 أشهر ، والذين يستوفون معايير الخروج من TFC ، على تقديم المشورة ودعم ممارسات التغذية المثلى، بناءً على التوصيات العامة لرعاية الرضع (بما في ذلك دعم الرضاعة الطبيعية "المشورة في الرضاعة الطبيعية" أو الرضاعة البديلة ، بديل لبن الأم) ملاحظة: لا تهدف رعاية OTP إلى تقديم الرعاية العلاجية للأطفال الرضع الذين تقل أعمارهم عن 6 أشهر والذين يعانون من سوء التغذية الحاد الوخيم، بالإضافة إلى ذلك، لا ينبغي استخدام الأغذية العلاجية العلاجية في إدارتهم.

8.1 مراقبة تقدم الرضيع في رعاية OTP

- قم بمراقبة منحنى النمو وزيادة الوزن أسبوعياً لملاحظة التغيرات وتقييم زيادة الوزن بناءً على سرعة الوزن (الملحق 7).
- يتم نقل الرضيع الى TFC في حالة ظهور مضاعفات و تدهور حالته (بحسب IMCI), فقدان الوزن أو عدم زيادة الوزن.

8.2 معايير الخروج من رعاية OTP

يمكن التوقف عن متابعة الرضيع اذا توفرت الشروط الاتية:

- يرضع بشكل فعال أو يتغذى بشكل جيد ببديل لبن الأم، و
- لديه زيادة مستمرة في الوزن ، أو
- لديه درجة انحراف معياري للوزن مقابل الطول ≤ -2 SD ، و
- تأمين حصول الأسرة إلى بديل لبن الأم المناسب (للرضع الذين لا يرضعون رضاعة طبيعية).

8.3 مكملات المغذيات الدقيقة

- يجب أن يتلقى الرضيع مكملات من المغذيات الدقيقة.

9. الرصد والإبلاغ في عيادات التغذية العلاجية

9.1 الرصد

درسنا، في الوحدة السادسة، الرصد والإبلاغ، كيفية تحديد وحل المشاكل المتعلقة بكل مريض على حده ومراقبة ورصد الرعاية لمرضى قسم سوء التغذية الحاد الوخيم. في هذه الوحدة سوف نؤكد على أهمية مراقبة خدمات OTP. ويُعدُّ الرصد الروتيني لأنشطة التدبير العلاجي لسوء التغذية الحاد الوخيم في خدمات رعاية OTP أمراً ضرورياً من أجل:

- رصد استجابة وتقدم كل الطفل
- مراقبة أداء وجودة الخدمات المقدمة
- اتخاذ قرارات التحسين (التوظيف، التدريب، الموارد، ومواقع العمل)
- تقييم الميل والتوجه التغذوي في المنطقة.

ويساعد الرصد أيضاً على ضمان توفير العلاج المناسب للأفراد، وضمان فعالية الخدمات المقدمة.

9.2 معايير فشل الاستجابة

الوقت بعد القبول	معايير فشل الاستجابة
	الفشل الأولي للاستجابة للعلاج*
14 يوم	فشل البدء في التخلص من التوذم
21 يوم	التوذم مازال باقياً
14 يوم	فشل كسب أي وزن أو فقد الوزن منذ القبول في البرنامج (أطفال غير متوذيمن)
في أي زيارة	فشل البدء في اكتساب الوزن بشكل كاف بعد فقدان الوزمة (أطفال متوذيمن)
	الفشل الثانوي في الاستجابة*
في أي زيارة	فشل في اختبار الشهية
في اي زيارتين متتاليتين	فقد وزن لزيارتين متتاليتين
في أي زيارة	فقد وزن بـ 5% من وزن الجسم (أطفال غير متوذيمن)

* عدم الاستجابة الأولية للعلاج عند ملاحظة المعيار منذ القبول. الفشل الثانوي في الاستجابة يعني عندما يظهر الطفل تحسناً ثم يتدهور لاحقاً كما هو موضح في المعايير.

9.3 تحديد سبب/أسباب فشل الاستجابة

قد تنشأ أسباب عدم الاستجابة من طريقة عمل وأداء المرفق الصحي التي يتلقى فيها الطفل العلاج؛ أو قد تكون مرتبطة بالطفل نفسه.

الأسباب المتعلقة بجودة البرنامج

- الاختيار غير الملائم للأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد الوخيم الذين يظلون في رعاية OTP؛
- تقييم اختبار الشهية غير صحيح؛
- عدم كفاية التعليمات التي تُعطى للقائمين على الرعاية؛
- صرف كميات خاطئة /غير كافية من RUTF؛
- زيادة الوقت بين صرف المخصصات من RUTF.

الأسباب المتعلقة بالحالة الاجتماعية والاقتصادية والصحية للطفل

- العوامل المتعلقة بالأسرة، ومنها عدم كفاية الطعام الذي يعطى للطفل أو أن الأشقاء أو القائمون على الرعاية يتقاسمون الغذاء مع الطفل، والتنافس بين الأشقاء) الأطفال الآخرون يتناولون الطعام) أثناء اشتراكهم في تناول الطعام من الطبق نفسه؛
- غياب الحماس لدى القائمين على الرعاية أو انشغالهم في مهام ومسؤوليات أخرى؛
- العدوى بفيروس العوز المناعي البشري أو السل؛
- نقص الفيتامينات أو المعادن؛
- أسباب فسيولوجية مرضية، تشمل سوء امتصاص المغذيات، أو الاجترار، أو العدوى، وعلى وجه التحديد الإسهال، أو الزحار، أو الالتهاب الرئوي، أو السل، أو العدوى البولية، أو التهاب الأذن الوسطى، أو الملاريا، أو داء البلهارسيات، أو داء الليشمانيات، أو التهاب الكبد، أو تليف الكبد؛
- أمراض كامنة خطيرة أخرى، ومنها الشذوذات الخلقية، أو الضرر العصبي، أو أخطاء الاستقلاب الخلقية؛
- الصدمات النفسية

ويمكن إجراء الرصد الروتيني من خلال الإبلاغ عن المؤشرات الرئيسية شهرياً، من أجل تحديد العوامل التي يمكن تحسينها.

وسوف تسهم المؤشرات الرئيسية الموحدة (البيانات الكمية) التي تُجمع من خلال الإبلاغ الإحصائي الشهري، ومقارنتها بالمعلومات النوعية التي تُجمع بالتشاور مع المجتمع وأصحاب المصلحة ومن خلال الزيارات الإشرافية، في تحديد مواطن القوة والضعف، وتوفّر أساساً لاتخاذ قرارات مستنيرة لتحسين الجودة في الوقت المناسب. وينبغي تسجيل المؤشرات الرئيسية على أساس الوقت (الشهور) لتقديم صورة عن كيفية تطور أداء الخدمات والوضع.

9.4 الإبلاغ

جمع البيانات واستخدامها

أدوات الرصد (المراقبة) والإبلاغ تشمل: دفتر تسجيل OTP وتقرير الموقع الشهري (راجع الوحدة 6 "المراقبة والإبلاغ"، القسم 7: الإبلاغ عن رعاية المرضى في القسم الداخلي) تُجمع البيانات الكمية عن نتائج الخدمات المقدمة. ويمكن تصنيف المعلومات المجمعة حسب العمر والجنس والعنوان/مكان الإقامة وغيرها من المتغيرات ذات الصلة.

وخلال تقديم الخدمات، يمكن جمع بيانات روتينية عن المؤشرات التالية والإبلاغ عنها:

- عدد حالات الدخول (بمعيار: محيط منتصف العضد أو الانحراف المعياري للوزن مقابل الطول أو الوزمة +, ++ أو النقل إلى OTP الحالي من وحدة معالجة أخرى OTP/TFC أو إعادة قبول بعد التخلف أو المنتكسين)
- عدد حالات الخروج حسب الفئة: الشفاء أو الوفاة أو التخلف أو غير المستجيبين أو المنقولين إلى وحدة معالجة أخرى OTP/TFC
- عدد الأطفال الذين يتلقون العلاج (المستفيدين المسجلين).

وتسمح هذه العناصر الأساسية بحساب المؤشرات الرئيسية:

- معدل الشفاء
- معدل الوفيات
- معدل التخلف
- معدل عدم الاستجابة.

وتسمح هذه المعلومات برصد الاتجاهات بمرور الوقت، وتحديد المشاكل وإمكانيات التحسين، وتساعد على توجيه تصميم البرامج وتخصيص الموارد على نحو أفضل.

وتشمل المعلومات الإضافية الأخرى التي يمكن استخلاصها من الرصد الروتيني ما يأتي:

- معدل الانتكاس (عدد حالات الدخول بفئة المنتكسين من بين مجموع حالات الدخول)
- متوسط مدة الإقامة
- متوسط كسب الوزن
- أسباب الوفاة
- استقصاء أسباب التخلف و عدم الاستجابة للمعالجة
- إدارة مخزون الأغذية العلاجية.

وينبغي أن تكون البيانات الكمية مصحوبة ببعض الوصف أو الشرح السردي للأحداث الرئيسية، التي ربما تكون قد أثرت على البقاء للمعالجة والأداء (مثلاً: فتح المرافق أو إغلاقها، أو تفشي الأمراض المعدية، أو انعدام الأمن، أو المتغيرات الموسمية في الزراعة والطقس).

الإبلاغ عن أنشطة التعبئة المجتمعية

ينبغي أيضاً الإبلاغ عن أنشطة التعبئة المجتمعية والتوعية على مستوى المرافق الصحية، وأن تتولى الوحدة المسؤولة المحددة تجميعها.

رصد الأنشطة (التحري والفرز المجتمعي النشط والإحالة للعلاج والزيارات المنزلية) يشمل مجموعة من البيانات الكمية والنوعية المستمدة من:

- نموذج تقرير الزيارات المنزلية الشهرية (أنظر الملحق 8)؛
- نتائج الاجتماعات مع الشخصيات المجتمعية الرئيسية ومقدمي الرعاية والمستفيدين؛
- زيارات الإشراف الداعمة، ولا سيما مناقشة بطاقات القبول والمتابعة لمرضى سوء التغذية الحاد الوخيم ودفاتر التسجيل، والبحث عن معلومات تتعلق بسبب القبول و نوع الإحالة (الإحالة من عامل صحي مجتمعي أو الإحالة الذاتية)، أو أسباب التخلف.

ويمكن أن يوفر تحليل بيانات الرصد الروتيني الشهري معلومات عن وعي المجتمع بأنشطة التدبير العلاجي للحالات، وفهمه وقبوله واستخدامه لها، ويتيح اتخاذ إجراءات تصحيحية أو تكميلية بشأن استراتيجية تعبئة المجتمع.

الإبلاغ عن الأنشطة بشكل دوري

الرصد الروتيني لأحد البرامج عادة ما يجري شهرياً من خلال بيانات عن الدخول، والمتابعة الأسبوعية للتقدم الذي يحرزه الأطفال. لكن يمكن، في حالات الطوارئ وعندما تسمح الموارد بذلك، إجراء رصد أسبوعي لأنشطة المعالجة المجتمعية لسوء التغذية الحاد.

ملحق 1: استمارة احالة التحري والفرز المجتمعي

			اسم الطفل
			أسم الأب
			أسم الأم/راعي الطفل
	الاحالة الى مرفق صحي		
		تاريخ الزيارة المجتمعية	
	مم	مواك	لا نعم
		اخرى	
			أسم العامل المجتمعي
			التوقيع

ملحق 2: استمارة الاحالة

الجزء الخاص بالمرفق الصحي رقم البطاقة

بطاقة احالة المريض الى وحدة معالجة غذائية TFC/OTP/SFP بحسب معايير الفرز قبل القبول أو المعالجة							
المرفق الصحي:				القرية:			
المديرية:				المحافظة:			
أسم المريض الرباعي:				العمر (بالأشهر):		الجنس:	
العنوان ورقم التليفون:							
احيل من:		<input type="checkbox"/> تلقاء نفسه:		<input type="checkbox"/> متطوعة:		<input type="checkbox"/> مرفق صحي:	
<input type="checkbox"/> اخرون:							
التاريخ	الوزن	الطول	الانحراف المعياري	مواك	الوذمة	اختبار الشهية	المضاعفات
اسباب الاحالة:							
فشل اختبار الشهية		<input type="checkbox"/>		المضاعفات		<input type="checkbox"/>	
الوذمة		<input type="checkbox"/>					
اسباب اخرى:							
اسم العامل الصحي:				الوظيفة:		التوقيع:	

الجزء الخاص بالمريض رقم البطاقة

بطاقة احالة المريض الى وحدة معالجة غذائية TFC/OTP/SFP بحسب معايير الفرز قبل القبول أو المعالجة							
المرفق الصحي:				القرية:			
المديرية:				المحافظة:			
أسم المريض الرباعي:				العمر (بالأشهر):		الجنس:	
العنوان ورقم التليفون:							
احيل من:		<input type="checkbox"/> تلقاء نفسه:		<input type="checkbox"/> متطوعة:		<input type="checkbox"/> مرفق صحي:	
<input type="checkbox"/> اخرون:							
التاريخ	الوزن	الطول	الانحراف المعياري	مواك	الوذمة	اختبار الشهية	المضاعفات
اسباب الاحالة:							
فشل اختبار الشهية		<input type="checkbox"/>		المضاعفات		<input type="checkbox"/>	
الوذمة		<input type="checkbox"/>					
اسباب اخرى:							
اسم العامل الصحي:				الوظيفة:		التوقيع:	

ملحق 3: بطاقة القبول والمتابعة لمرضى سوء التغذية الحاد الوخيم SAM

تاريخ القبول:

رقم SAM الحصري

المرفق الصحي:

القرية:

المديرية:

المحافظة:

أسم المريض الرباعي:	الرضاعة الطبيعية (للعمر من 6-2 شهر): نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
العمر (بالأشهر):	الوالدين أحياء: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أب <input type="checkbox"/> أم <input type="checkbox"/> الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> أطلب من الأم كرت التحصين وبحسب عمر الطفل هل التطعيمات مكتملة: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
عنوان المريض:	أسم راعي المريض:
رقم التلفون:	نوع القرابة للمريض:

نوع القبول: قبول جديد (MUAC <input type="checkbox"/> أو z-score <input type="checkbox"/> أو وذمة <input type="checkbox"/> انتكاسة <input type="checkbox"/> اعادة قبول <input type="checkbox"/> نقل داخلي <input type="checkbox"/>	
سبب القبول الرئيسي (أذكر سبب واحد فقط)	(ضع √ على المعلومة):
إذا كان قبول جديد: MUAC <input type="checkbox"/> أو z-score <input type="checkbox"/> أو وذمة <input type="checkbox"/>	أحيل من تلقاء نفسة <input type="checkbox"/> متطوعة <input type="checkbox"/> مرفق صحي <input type="checkbox"/>
انتكاسة <input type="checkbox"/>	أخرى _____
اعادة قبول <input type="checkbox"/>	
نقل داخلي <input type="checkbox"/>	
في حال النقل الداخلي (ضع √ على المعلومة): <input type="checkbox"/> قسم داخلي TFC / <input type="checkbox"/> عيادة تغذية علاجية OTP	

الأدوية الروتينية					
الأدوية	التاريخ	الجرعة	الأدوية	التاريخ	الجرعة
اموكسيسيلين ملجم في في زيارة القبول (الصفريه)			لقاح الحصبة * في الزيارة الرابعة		
مضاد الديدان في الزيارة الأولى					
المعالجة الخاصة					
الجرعة	الملاحظة	المعالجة			

* كل الأطفال من عمر 9 أشهر بذون بطاقات تطعيم أو من مناطق منخفضة التغطية بالنسبة للتحصين يجب تطعيمهم ضد الحصبة في خلال الزيارة الرابعة (بما في ذلك الأطفال الذين تم علاجهم مسبقا في TFC)

الوزن المستهدف في OTP عند 2- Z-score جم. كغم (في حالة عدم وجود برنامج SFP)												
الوزن المستهدف في OTP عند 3- Z-score جم. كغم (عند وجود برنامج SFP ليحول عند هذا الوزن الى SFP)												
القبول	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
الزيارة كل 7 أيام												
أكتب التاريخ (يوم/شهر)												
التقييم التغذوي/القياسات الأنتروبومترية												
أكتب الوزن (جم/كغم)												
أكتب الطول (سم) كل 21 يوم												
أكتب الوزن/الطول (Z-score)												
أكتب درجة الوذمة (0, +, ++)												
أكتب محيط منتصف العضد MUAC (سم)												
التاريخ الطبي/المرضي												
الاسهال (0) الى يوم)												
أكتب عدد مرات التبرز في اليوم (0, 1, 2, 3, 5 +)												
أكتب عدد مرات التبول خلال اليوم												
أكتب المدة للتقيؤ (0) الى يوم												
أكتب المدة للحمى (0) الى يوم)												
أكتب المدة للسعال (0) الى يوم)												
الفحص السريري												
أكتب درجة الحرارة (درجة مئوية)												
أكتب معدل التنفس/دقيقة												
أكتب علامات الجفاف (نعم / لا)												
أكتب درجة شحوب ملتحمة العين (0) الى (+)												
وجود التهاب الملتحمة (نعم / لا)												
داء المبيضات (نعم / لا)												
تضخم العقد الليمفاوية (نعم / لا)												
وجود التهابات جلدية (نعم / لا)												
اختبار الشهية/التغذية												
الرضا الطبعية (نعم / لا)												
اجتاز اختبار الشهية (نعم / لا) (في حالة الاجابة نعم أكتب الكمية المتناولة)												
المغلفات من الغذاء العلاجي الجاهز للاستعمال التي اعطيت للمريض												
المغلفات من الغذاء العلاجي الجاهز للاستعمال المسترجعة												
PB 100												
نتيجة المتابعة والتقييم												
@ نتيجة المتابعة والتقييم خلال المعالجة بعد كل زيارة (سجل الرمز فقط)												
@ = (ش): شفاء - (ت): تخلف - (غ): غائب - (و): وفاة - (ن): نقل الى - (غم): غير مستجيب - (ر): رفض الاحالة - (م): مستمر بالمعالجة												

ملحق 4: بطاقة القبول لمرضى سوء التغذية الحاد

الوجه الامامي

أسم الطفل: _____
رقم الكرت: (_____)
تاريخ القبول: (_____ / _____ / _____)
<input type="checkbox"/> عيادة تغذية علاجية (OTP) <input type="checkbox"/> برنامج تغذية تكميلية (SFP)

الوجه الخلفي

أسم المرفق الصحي: _____
المديرية: _____
المحافظة: _____
الحضور في الموعد المحدد

ملحق 5: أستمارة النقل (بطاقة النقل خلال المعالجة لسوء التغذية الحاد الوخيم /CMAM)

الرقم الحصري للطفل
قم بملء المعلومات أدناه:

أسم المريض الرباعي
الجنس
العنوان ورقم التلفون
تاريخ النقل

النقل من	القسم الداخلي (TFC)	عيادة التغذية العلاجية (OTP)	برنامج التغذية التكميلية (SFP)	القسم الداخلي (TFC)	عيادة التغذية العلاجية (OTP)	برنامج التغذية التكميلية (SFP)	النقل إلى
أسم المرفق : أخرون	أسم المرفق : أخرون	أسم المرفق : أخرون	أسم المرفق : أخرون	أسم المرفق : أخرون	أسم المرفق : أخرون	أسم المرفق : أخرون	أسم المرفق : أخرون
البيانات	التاريخ	الوزن	الطول	الوزن المستهدف	محيط منتصف العضد	التوذم	نتيجة اختبار الشهية
عند القبول							
الوزن الأدنى							
عند النقل							

أكمل المعلومات عن الحماية و العلاج الطبي خلال المتابعة:

الحمية الغذائية	مرحلة الاستقرار (TFC)	المرحلة الانتقالية (TFC)	مرحلة (OTP)	مرحلة (SFP)
F75				
F100				
F100 المخفف				
غذاء المعالجة الجاهز للاستعمال				
الغذاء التكميلي الجاهز للاستعمال				
تاريخ البدء				
الأدوية الروتينية	الأدوية	الجرعة	التاريخ	
	الاموكسيسيلين (المضاد الحيوي)			
	علاج الملاريا			
	ميبيندازول			
	فيتامين (أ)			
	حمض الفوليك			
	لقاح الحصبة			
المعالجة الخاصة المقدمة				

سبب النقل إلى القسم الداخلي (TFC)
فشل اختبار الشهية, المضاعفات الطبية, الودمة, عدم استجابة في عيادة التغذية العلاجية
اسباب أخرى (تذكر):.....
سبب النقل إلى رعاية عيادة التغذية العلاجية (OTP)
شهوة جيدة لا توجد مضاعفات أخرى (تذكر)
الفحوصات المخبرية التي عملت:
أسم العامل الصحي:
وظيفته:
التاريخ والتوقيع

ملحق 6: بروتوكول العمل في عيادة التغذية العلاجية

العلامات	احالة الى القسم الداخلي	زيارة منزلية
الحالة العامة	تدهور حالة الطفل	
توذم كلا القدمين (كلا الجانبين)	توذم درجة ثالثة أي درجة من درجات الوذمة مع هزال شديد (مرازمس كواشيوركور) زيادة التوذم في كلا الجانبين	الطفل غائب أو متخلف الطفل لا يكتسب وزن أو يفقد الوزن خلال زيارات المتابعة
فقدان الشهية*	شهوة ضعيفة أو أن الطفل لا يتناول الطعام – فشل اختبار الشهية	الطفل لم يخسر التوذم (مازال باقيا)
تقيؤ شديد	الطفل يتقيأ بعد كل وجبة تناولها	الطفل عاد مؤخرا من قسم التغذية
تشنجات*	أسال الأم اذا الطفل يعاني من تشنجات منذ الزيارة السابقة	العلاجية أو رفض الاحالة الى قسم التغذية العلاجية
الطفل خامل أو غير يقظ*	صعوبة إيقاظ الطفل	
شبه واعي	لا يستجيب بشكل طبيعي	
فقدان الوعي*	الطفل لا يستجيب لمحفزات مولمة	
نقص السكر في الدم	العلامة السريرية لنقص السكر في الدم لدى الطفل المصاب بسوء التغذية الحاد الوخيم انكماش (ارجاع) جفن العين: ينام الطفل وعينه مفتوحتان قليلا. المستوى الأدنى من سكر الدم هو أقل من 3 مل مول / ل، أو أقل من 54 ملجم / ديسيلتر	
الجفاف	تشخيص الجفاف الحاد يعتمد على وجود إسهال أو قيء أو حمى مؤخرا، مع ارتداد جفن العين (الطفل ينام وعينه نصف مفتوحة) متزامن مع ظهور علامات الجفاف (حديثا) بحسب افادة الأم أو راعي الطفل	
حمى مرتفعة	حرارة الإبط أكثر من أو يساوي 38.5 درجة مئوية، أو حرارة الشرج أكثر من أو يساوي 39 درجة مئوية، مع الأخذ بالاعتبار درجة حرارة البيئة المحيطة بالطفل.	
انخفاض حرارة الطفل	حرارة الإبط أقل من 35 درجة مئوية، أو حرارة الشرج أقل من 35.5 درجة مئوية، مع الأخذ بالاعتبار درجة حرارة البيئة المحيطة بالطفل.	
التهاب رئوي	معدل التنفس 60 نفس أو أكثر في الدقيقة للأطفال بعمر أقل من شهرين معدل التنفس 50 نفس أو أكثر في الدقيقة للأطفال من 2 - 12 شهر معدل التنفس 40 نفس أو أكثر في الدقيقة للأطفال من 1 - 5 سنوات معدل التنفس 30 نفس أو أكثر في الدقيقة للأطفال من 5 - 10 سنوات انسحاب الصدر الى الداخل	
فقر الدم	شحوب باطن اليد أو شحوب غير مألوف في الجلد	
مشاكل جلدية	جفاف وتشقق وتسلخ الجلد	
عدوى سطحية	أي عدوى تحتاج الى حقن عطليه من المضاد الحيوي	
تغير الوزن	وزن أقل من وزن القبول في الزيارة الثانية (أطفال غير متوذين) فقدان الوزن في أي زيارتين متتالية ثبات الوزن لخمس زيارات متتالية	
طلب الأم أو المعنتي	طلب الأم أو المعنتي معالجة الطفل في TFC لأسباب اجتماعية	
غير المستجيب أو فشل الاستجابة	الطفل غير مستجيب للعلاج في عيادة تغذية العلاجية (بحسب معايير فشل الاستجابة) تتم احالته الى القسم الداخلي لعمل فحوصات طبية والبحث في سبب/اسباب عدم الاستجابة	

ملحق 7: بطاقة متابعة النمو للأطفال أقل من 6 أشهر في عيادة التغذية العلاجية

الوجه الأمامي								
<p>أسم الطفل: العمر: (شهر) الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى</p> <p>العنوان:</p> <p>أسم الأم/راعي الطفل: رقم التلفون:</p>								
8	7	6	5	4	3	2	1	القبول
الزيارة كل أسبوع								
التاريخ								
الطول (سم)								
الوزن (كيلو/جرام)								
الوزن مقابل الطول Z-score								
فقدان الوزن (نعم / لا)								
مشورة تغذية								
(رضاعة طبيعي / بديل لبن الأم)								
التغذية (ضع دائرة)								
<p>هل الطفل يرضع من الأم: لا/ نعم, إذا الإجابة نعم : (ضع دائرة)</p> <p>بضعف أو بشكل كافي لبن الأم فقط لبن الأم مع غذاء آخر</p> <p>إذا كان الطفل لا يرضع, هل أعطيت الرضاعة الطبيعية للطفل من قبل ؟ نعم / لا</p> <p>السن الذي توقفت الرضاعة الطبيعية فيه:</p> <p>مدة الرضاعة الطبيعية الخالصة (بالأشهر): العمر الذي بدأ فيه الطفل بأخذ التغذية التكميلية:</p> <p>ماتوع الحليب/الغذاء التي يعطى للرضيع: (ضع دائرة) حليب ماعز (غنم) / حليب بقر/ حليب أطفال معلب / أخرى (حدد):</p> <p>..... الكمية لكل وجبة: عدد المرات/اليوم: التخفيف (بشكل صحيح أو خاطئ)</p>								
التطعيم								
اللقاح	بعد الولادة	6 أسابيع	10 أسابيع	14 اسبوع	6 اشهر			
السل او الدرن	جرعة واحدة							
الشلل القموي (OPV)	جرعة تمهيدية	ج. الأولى	ج. الثانية	ج. الثالثة				
الشلل الحقن (IPV)				ج. الأولى	ج. الثانية			
الخماسي Pentavalent		ج. الأولى	ج. الثانية	ج. الثالثة				
الروتا Rota		ج. الأولى	ج. الثانية					
المكورات الرئوية		ج. الأولى	ج. الثانية	ج. الثالثة				
الخماسي مكون من اللقاحات التالية (الدفتريا - السعال الديكي - الكزاز - التهاب الكبد البائي - التهاب المستدمية (ب))								
النقل الى رعاية القسم الداخلي (حدد السبب/الأسباب)								
<ul style="list-style-type: none"> • ظهور أحد المضاعفات أو تدهور حالة الرضيع (IMCI) • الوزن أقل من وزن القبول في الأسبوع 1 • عدم زيادة الوزن في الأسبوع 2 • فقدان الوزن في أي زيارة • ثبات الوزن في أي زيارتين متتاليتين 								
معايير الخروج , التاريخ:								
<ul style="list-style-type: none"> • الرضاعة بفعالية أو تغذية جيدة بالاعتماد على بديل لبن الأم, و • زيادة الوزن بشكل كاف, و/أو • الوزن مقابل الطول أكبر من أو يساوي -2 Z-score و • وتم التأكد من قدرة الأهل على توفير بديل لبن الأم (في حالة الطفل الذي لا يرضع من الأم) 								

خلف البطاقة: أطلب من المصمم تصميم بطاقة متابعة النمو بالاسابيع للذكور والانات

ملحق 8: نموذج تقرير الزيارات المنزلية الشهرية

[illegible]

ملحق 9: قوائم مرجعية لإنشاء خدمات عيادات التغذية العلاجية

المعدات

الكمية	البند
واحد لكل عيادة	ملف البرنامج العلاجي للمرضى الخارجيين لبطاقات الدخول
2	أقلام تحديد (حبر دائم)
2	ألواح كتابة
1	كَبَاسَة (دباسة) وعلبة دبائيس
3	أقلام
1	مِقَصّ
1	دفتر ملاحظات
1	آلة حاسبة
1	ساعة صغيرة بعقرب للثواني
2	دلو بغطاء
قطعة واحدة	صابون لغسل اليدين
1	وعاء صغير
1	إبريق صغير
2	مناشف يدوية، مناشف ورقية
2	إبريق ماء (بغطاء)
10	أكواب بلاستيكية
2	ملاعق معدنية
6	ملاعق شاي أو أكواب دواء
3	ميزان حرارة
1	ميزان سالتنر 25 (كغم) بالإضافة إلى السراويل
1	لوحة قياس الارتفاع
2	شريط قياس محيط منتصف العضد
1	جدول الوزن مقابل الطول/الارتفاع
1	قصافة أظافر
الحد الأدنى من المخزون الذي يجب استكماله	
100	بطاقات البرنامج العلاجي للمرضى الخارجيين لحالات الدخول الجديدة
100	بطاقات الحصص الغذائية للبرنامج العلاجي للمرضى الخارجيين لحالات الدخول الجديدة
100	أساور تحديد الهوية (اختياري)
100	أظرف بلاستيكية شفافة (لإيداع بطاقات البرنامج العلاجي للمرضى عيادة التغذية)
100	أكياس لحمل الغذاء العلاجي الجاهز للاستعمال (إذا لزم الأمر)
جركن واحد	مياه الشرب
500غم	سكر لعمل 10 % من محلول ماء السكر
500 قطعة	صابون للأطفال بعد برنامج علاجي لمرضى عيادة التغذية العلاجية، مع مزيد للأطفال المحالين من المجتمع، ولكنهم لا يستوفون معايير القبول

(انظر القائمة المنفصلة)	الغذاء العلاجي الجاهز للاستعمال
(انظر القائمة المنفصلة)	الأدوية والضمادات

الأدوية

الأدوية الروتينية: لكل 500 طفل	
4 عُلب	ميبندازول 100 ملغم
200	بارانتشيك (الاختبار السريع للملاريا)
علبة واحدة	كبسولات فيتامين أ
100 جرعة	لقاح الحصبة (حيثما لا يمكن الإحالة إلى برنامج موسَّع قائم للتطعيم)
الأدوية الإضافية: لكل 500 طفل	
50 أنبوبًا	مرهم العين تتراسيكلين
20 زجاجة	مستعلق نيساتين
علبة واحدة	فولات الحديد (أو كبريتات الحديد وحمض الفوليك) لعلاج فقر الدم
5 لفات	قطن
علبة واحدة	قفازات فحص – غير معقمة
100 كيس	أكياس طبية

يجب وسم جميع الأدوية بوضوح. وينبغي مراجعة المخزونات اليومية بعد الشهر الأول، لأن الاحتياجات ستختلف حسب عدد حالات الدخول. وينبغي إبقاء الكميات المنقولة منخفضة قدر الإمكان لتسهيل التخزين.

مواد التضميد (عند الحاجة)	
20 عبوة	شاش 10 × 10
10 قطع	ضمادة صغيرة
لقتان	شريط
10 أنبوبات	مرهم الزنك
10 قطع	محلول ملحي نظامي للجروح، 100 مل أو 200 مل
2	مقص تضميد

