

الجمهورية اليمنية

وزارة الصحة العامة والسكان

قطاع الخدمات والرعاية الصحية

الإدارة العامة للتغذية الوقائية والعلاجية

الدليل العملي في المعالجة المجتمعية لسوء التغذية الحاد (الوخيم والمتوسط)

رعاية العيادة الخارجية

2018 - OTP

يونيسف

معاً من أجل الأطفال

يونيسف A

معاً من أجل الأطفال

يونيسف

معاً من أجل الأطفال

حقوق الطبع محفوظة لدى  
الإدارة العامة للتغذية الوقائية والعلاجية

2018

يونيسف  
معاً من أجل الأطفال

B  
يونيسف  
معاً من أجل الأطفال

يونيسف  
معاً من أجل الأطفال

## الفهرس

رقم الصفحة	فهرس المواضيع	م
2	تعريف التغذية	1
4-2	مكونات الغذاء	2
2	العناصر الغذائية الكبرى	أ
4-2	العناصر الغذائية الصغرى (المغذيات الدقيقة)	ب
5	تعريف سوء التغذية	3
9-5	أشكال سوء التغذية	4
10	بعض الآثار الوخيمة لمشكلة سوء التغذية على الصحة العامة والوضع الاقتصادي والتنموي للبلد	5
12-11	الوضع الحالي لسوء التغذية ومؤشراته في اليمن	6
14	أسباب سوء التغذية	7
16-15	إطار التدخلات التغذوية الحالية للحكومة ممثلة بوزارة الصحة العامة والسكان قطاع الرعاية الصحية الأولية- الإدارة العامة لصحة الأسرة - إدارة التغذية	8
16	مكونات المعالجة المجتمعية لحالات سوء التغذية الحاد (CMAM):	9
22-18	أركان برنامج معالجة سوء التغذية الثلاثة (المجتمع - القسم الداخلي - العيادة الخارجية)	10
22-21	أقسام المعالجة في المرحلة الثانية في العيادة الخارجية	
24-23	أهمية التكامل بالمعالجة بين المرحلتين (أ) SAM و(ب) MAM في نفس مقر العيادة الخارجية (OTP)	
25	أشكال سوء التغذية الحاد وفقا لمعايير القبول في مسارات أو مراحل المعالجة	11
49-26	تقييم الحالة التغذوية (تحديد ما اذا كان الطفل مصاب بسوء تغذية حاد)	12
39-26	1) قياسات جسمانية (القياسات الأنثروبومترية) والمتمثلة بقياس محط منتصف العضد وقياس الوزن بالنسبة للطول.	
43-40	2) الفحوصات البدنية والبحث على علامات سريرية لسوء التغذية	
	3) - تفسير نتائج العلامات السريرية لسوء التغذية الحاد (الوخيم والمتوسط):	
44-43	4) - مؤشرات مرافقة لسوء التغذية أو معبرة عن زيادة حدة المشكلة	
45	كيف يتم عمل اختبار الشهية؟	15
49-46	اجراءات اختبار الشهية والبحث عن المضاعفات	16
52	الإجراءات الرئيسية للدخول أو القبول في البرنامج	17
54	كيفية التعامل مع مريض سوء التغذية الحاد المصاب بالإسهال والجفاف	18
63-56	اجراءات المعالجة لمرضى (سوء التغذية الحاد الوخيم):	19
63	التوصيات الخاصة بخزن أغذية المعالجة الجاهزة للاستخدام في المرفق الصحي	20
64	اجراءات المتابعة والتقييم لنتائج المعالجة خلال الزيارات الأسبوعية	21
65	معايير فشل الاستجابة خلال المعالجة في العيادة الخارجية	22
	الأسباب المعتادة لفشل الاستجابة	23
68	متى يجب عليك نقل الطفل من العيادة الخارجية إلى لقسم الداخلي أو المتابعة لاستكمال المعالجة في برنامج (المام) المرحلة الثانية (ب) في العيادة الخارجية؟	24

رقم الصفحة	فهرس المواضيع	م
76-71	اجراءات ومعايير الخروج	25
77	الملاحق	26
78	(ملحق أ) مخطط: الفرز ومسارات معايير القبول ومعايير لإحالة في مراحل برنامج المعالجة لسوء التغذية الحاد (CMAM)	
80-79	ملحق (ب) - جدول الانحراف المعياري (قياس نسبة الطول للوزن)	
84-81	(ت) نظام السجلات والتقارير- المعادلات الرياضية	
85	(د) التعريفات المهمة في دليل العيادة الخارجية	
87	(ث) بطاقة الإحالة	
89-88	بطاقة المتابعة والتقييم SAM	
90	بطاقة المتابعة والتقييم MAM	
91	بطاقة النقل	
92	جدول اختبار الشهية وجدول صرف الاغذية العلاجية	
93	المصطلحات الإنجليزية ذات العلاقة ببرنامج المعالجة وتعريفاتها	

### فهرس الجداول

رقم الصفحة	الجدول	م
4	جدول (1) تصنيف العناصر الغذائية الأساسية في المواد الغذائية: النوع الأول (مغذيات وظيفية)، والمواد الغذائية من النوع الثاني (مغذيات نمو).	1
	جدول (2) معايير الفرز والاحالة من المجتمع	2
39	جدول (3) بين الانحراف المعياري للوزن بالنسبة للطول للأطفال أقل من خمس سنوات	3
39	جدول (4) معايير منظمة الصحة العالمية (WHO) لتصنيف سوء التغذية (الأطفال من 6 - 59 شهر) وفقا للمقاييس والمؤشرات	4
44	جدول (5): يبين التفسيرات المحتملة وفقا لنتائج تقييم الحالة التغذوية (الأطفال من 59.6 شهر) يعدل رقم الجدول	5
46	جدول (6) معايير اجتياز اختبار الشهية / عدم اجتيازه عند القبول	6
49	جدول (7) بين تدرج تقرحات الجلد عند مرضى سوء التغذية	7
50	جدول (8) يبين سجل فرز الأطفال من أقل من 6-59 شهر من قبل متطوعة صحة المجتمع	8
51	جدول (9) سجل الفرز والاحالة لحالات سوء التغذية في المرفق الصحي	9
53	جدول (10) تحضير الماء المسكر بتركيز 10٪	10
57	جدول (11): المعالجة النظامية بفيتامين (أ)	11
57	جدول (12): كيفية إعطاء جرعات الأموكسيسيلين	12
58	جدول (13): المعالجة المضادة للديدان	13
59	جدول (14): خلاصة الأدوية النظامية لمرضى سوء التغذية الحاد الوخيم	14
60	جدول (15) جدول خلاصة للحميات المستخدمة في العيادة الخارجية والقسم الداخلي	15
61	جدول (16): توضيح لكميات أغذية المعالجة الجاهزة للاستخدام الواجب إعطاؤها يوميا	16

رقم الصفحة	الجدول	م
62	جدول (17) يبين كيفية صرف الحصص الغذائية للفئات المستهدفة في برنامج التغذية التكميلية	17
65	جدول (18): معايير النقل أو مؤشرات (فشل الاستجابة).	18
68	جدول (19) نظام العمل في عيادة التغذية الخارجية	19
72	جدول (20) خلاصة عامة لفئات الدخول والخروج	20
75	جدول (21) معايير القبول للرضع اقل من ستة شهور واقل من 4 كم في القسم الداخلي	21
84	جدول (22) القيم المرجعية للمؤشرات الرئيسية	22
92	جدول (23) اختبار الشهية وجدول صرف التغذية العلاجية	23

### فهرس الصور

رقم الصفحة	الصورة	م
5	صورة (1) تبين أثر عوز المغذيات النوع الاول والثاني	1
7	صورة (2) الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية بالمقارنة مع الاطفال الطبيعيين	2
42	صورة (3) تبين التوذم البسيط (+)	3
43	صورة (4) تبين طفل متوذم +++ وخيم	4
43	صورة (5) تبين توذم في كلا القدمين قابل للانضغاط	5
43	صورة (6) تبين الهزال الشديد	6
43	صورة (7) تبين هزال شديد مع توذم	7
48	صورة (8) نقص فيتامين (أ)	8

### فهرس الأشكال

رقم الصفحة	الشكل	م
9	شكل (1) الصورتين الرئيسيتين لسوء التغذية والأشكال المرتبطة بكل صورة	1
33	الشكل رقم (2) أهم أسباب سوء التغذية وتحليلها وفقا للإطار الإدراكي أدناه والموصي به من قبل منظمة اليونيسيف	2
37	شكل (3) يبين مخطط الادارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد	3
	شكل (4) معايير القبول في برنامج سوء التغذية الحاد	4
74	شكل (5) تقييم او تشخيص سوء التغذية للأطفال اقل من 6 اشهر	5

**تعريف التغذية:** التغذية هي مصطلح واسع وهو اشارة الى العمليات التي تحدث في الجسم ابتداء من تناول الطعام وهضمه وامتصاصه الى الاستفادة منه في عمليات النمو والتطور والتكاثر والأنشطة الطبيعية التي يقوم بها الجسم والمحافظة على الصحة العامة لجسم الفرد.

## مكونات الغذاء

### أ - العناصر الغذائية الكبرى

هي عناصر غذائية يحتاجها الجسم بكميات كبيرة وتشمل الكربوهيدرات والدهون البروتينات وهي مغذيات يطلق عليها بالمغذيات الكبرى وهي التي تشكل الجزء الأكبر من الوجبة الغذائية.

• الكربوهيدرات تزود الجسم بالطاقة ومصدر الغذاء الرئيسي لذوي الدخل المنخفض خاصة في البلدان الفقيرة، وتشكل الكربوهيدرات غالبا الجزء الأكبر من الوجبة الغذائية (80%) وهي المصدر الرئيسي للطاقة.

• الدهون من المكونات الرئيسية في الوجبة الغذائية وتمثل نسبة 10% من الوجبة، وتعد الدهون مصدر للطاقة ومكون هام في الخلية.

• البروتين مطلوب لبناء انسجة جديدة. البروتينات مشتقة في معظمها من المصدر الحيواني مثل الحليب واللحم والبيض وتحتوي على ما يسمى بالاحماض الأمينية الأساسية التي لا يستطيع الجسم تصنيعها ويجب تناولها من مصادر الغذاء المتنوعة.

البروتين الموجود في الحبوب والبقوليات منفردة لا تزود الجسم باحتياجاته المتوازنة والكافية من الاحماض الأمينية الأساسية، لذلك وللحصول على التوازن الصحيح بدون الحاجة الى البروتين من المصدر الحيواني فانه يجب خلط البقوليات مع الحبوب عند التخطيط للحصول على وجبة تحتوي على كافة الاحماض الأمينية الأساسية من المصدر النباتي.

### ب - العناصر الغذائية الصغرى (المغذيات الدقيقة)

عناصر غذائية مطلوبة بكميات بسيطة، وتشمل الفيتامينات والمعادن، لكنها ضرورية ليستطيع الجسم القيام بوظائفه من أجل النمو والصحة الجيدة.

## التصنيفات الغذائية الحديثة للعناصر الغذائية وعلاقتها الفسيولوجية بسوء التغذية الحاد

هناك حوالي 40 عنصرا غذائيا أساسيا، يؤدي عدم توفرها بالمقادير الصحيحة الى نقص التغذية مما يؤدي الى زيادة مخاطر حدوث مرض سوء التغذية الحاد الوخيم واحتمال حدوث الوفاة عند الأطفال. تم تقسيم المغذيات الأساسية الى النوع الأول (مغذيات وظيفية) والنوع الثاني (مغذيات نمو). أمثلة النوع الأول من المغذيات الوظيفية: الحديد، اليود، فيتامين ج وفيتامين أ. وكردة فعل على نقص النوع الأول من المغذيات، يعتمد جسم الطفل في النمو على المغذيات المخزنة مما يؤدي الى نضوب الأنسجة، واختلال العمليات الاستقلابية وبالتالي الى اعتلال الصحة. تشمل أمثلة نقص النوع الأول من المغذيات، الأنيميا نتيجة لنقص الحديد. وبالرغم من أن الأمراض الناتجة عن النوع الأول من نقص المغذيات لديها علامات وأعراض مميزة، فإنه لا يمكن التعرف على النقص من خلال القياسات الجسمانية.

ومن أمثلة النوع الثاني من مغذيات النمو: البوتاسيوم، والمغنيسيوم والزنك والسليسيوم والأحماض الأمينية. وفي ردة الفعل لنقص النوع الثاني من المغذيات، يتوقف الجسم عن النمو وإصلاح الأنسجة، فالمحافظة على مستوى المغذيات يقوم الجسم بتكسير أنسجته الخاصة لتوفير هذه المغذيات. ان امر التعرف على المغذي الناقص معقد لأن نقص عنصر معين من النوع الثاني يؤدي الى نقص عناصر أخرى من النوع الثاني من المغذيات. ويمكن التعرف على نقص المغذيات من النوع الثاني من خلال القياسات الجسمانية.

تضع الاستجابات الفيسيومرضية لنقص المغذيات الأطفال المصابون بسوء التغذية الحاد في مخاطر متزايدة من حدوث مضاعفات مهددة للحياة، ومن هذه المضاعفات الاصابة بالعدوى. أن الاصابة بالعدوى تعمل على تعزيز نضوب الأنسجة ونقص المغذيات مع انخفاض مقاومة المرض مما يؤدي الى زيادة مخاطر الوفاة. وبسبب التغيرات التي تصاحب سوء التغذية الحاد، فإن هؤلاء الأطفال غالبا لا يظهرون علامات سريرية معيارية للعدوى (الحمى مثلا) والتي تظهر لدى الأطفال المرضى الغير مصابين بسوء تغذية. ولذلك، فإن المعالجة الناجحة لسوء التغذية الحاد لدى الأطفال تتطلب معالجة العدوى عميانيا (افتراض وجود العدوى وبالتالي معالجتها) ومعالجة غذائية أو اعادة تأهيل بأطعمة

علاجية مركبة خصيصا لهذا الغرض مثل الأغذية (الألبان) العلاجية F75 و F100 أو الغذاء العلاجي الجاهز للاستخدام.

ان بروتوكولات علاج أطفال سوء التغذية الحاد لبعض المضاعفات الطبية مثل الجفاف والإسهال تختلف عن البروتوكولات العلاجية المتبعة مع الأطفال المرضى بدون سوء التغذية الحاد. يساهم التشخيص الخاطئ للمضاعفات الطبية والعلاج، والتغذية غير الملائمة لأطفال سوء التغذية في بطء التعافي والنقاهة وزيادة مخاطر الوفاة. ولهذا فان إتباع هذه البروتوكولات في مجملها ضروري وهام.

تحتوي الأغذية العلاجية على النسب الصحيحة من مغذيات النوع الأول والنوع الثاني وتهدف الى استرجاع العمليات الاستقلابية، من خلال تصحيح توازن الالكتروليتات، وتصحيح الاختلالات الاستقلابية، واسترجاع وظائف الأعضاء وتأمين المغذيات للحاق بالنمو. راجع جدول (1) تصنيف العناصر الغذائية الأساسية في المواد الغذائية: النوع الأول (مغذيات وظيفية)، والمواد الغذائية من النوع الثاني (مغذيات نمو).

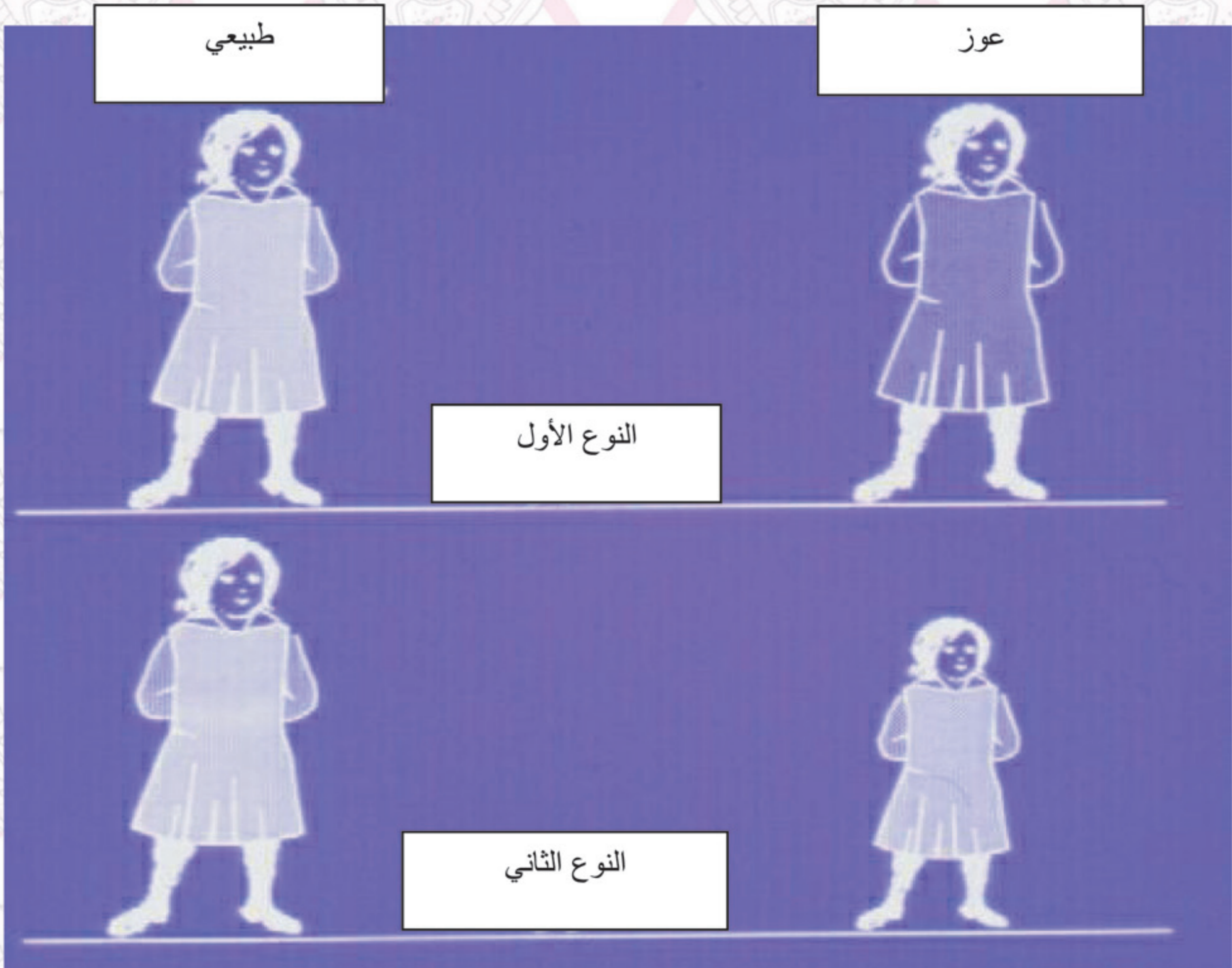
**جدول (1) تصنيف العناصر الغذائية الأساسية في المواد الغذائية: النوع الأول (مغذيات وظيفية)، والمواد الغذائية من النوع الثاني (مغذيات نمو).**

النوع الأول Type 1 صورة (1)	النوع الثاني Type 2 صورة (1)
مغذيات وظيفية	مغذيات نمو
مطلوبة من أجل ان تتم كافة العمليات الهرمونية والمناعية والكيوحيوية والعمليات الاخرى في الجسم بصورة طبيعية	مطلوبة لبناء انسجة جديدة
تشمل الحديد، اليود، النحاس، الكالسيوم، التيامين، الريبوفلافين (ب2) البيروكسين ب6 والنياسين والفولات والكوبالامين وفيتامينات ج و فيتامين (أ)، (د)، (هـ)، (ك)	البروتين متضمنه الاحماض الامينية الأساسية والبوتاسيوم والمغنسيوم والكبريت والفسفور والزنك والصدوم والكلور ، السيلينيوم
لها مخزون في الجسم	ليس لها مخزون في الجسم
ينخفض التركيز مع حالة العوز	التركيز في الانسجة مستقر
هناك علامات معينة للعوز	ليست هناك علامات معينة للعوز



<p>يؤدي عوزها الى فشل في النمو أو في ترميم الأنسجة التي تضررت، أو في استبدال سريع للخلايا المتحولة (الأمعاء والخلايا المناعية). أو كسب وزن بعد المرض والتماثل للشفاء بشكل طبيعي</p>	<p>لا يؤدي عوزها الى فشل في النمو أن المسوح الانثروبومترية لاتعطي فكره عن انتشار العوز. عوز هذه المغذيات يسبب أمراض كثيرة واحتمال متزايد للوفاة. عوز هذه المغذيات خاصة المغذيات المضادة للأكسده هي السبب المحتمل لسوء التغذية المصحوب بتوزم (الكوارشيكور).</p>
<p>ثابتة في لبن الأم</p>	<p>متغيرة في لبن الأم</p>

### صورة (1) تبين أثر عوز المغذيات النوع الاول والثاني



## تعريف سوء التغذية

يحدث سوء التغذية عندما يكون المأخوذ الغذائي من العناصر الغذائية الكبرى والصغرى للفرد لا يتناسب مع احتياجاته الغذائية الفعلية (بالزيادة أو النقصان)، وغير متوازن فيؤثر سلباً على صحته وإنتاجيته إلى جانب انتشار الأمراض المعدية والأوبئة مما يؤدي إلى عجز الجسم عن أداء وظائفه الطبيعية حيث تضعف لدرجة أنه لا يستطيع القيام بالأداء الكافي لوظائفه الحيوية خلال عمليات النمو، الحمل، والرضاعة، وكذلك القيام بكافة الأنشطة والأعمال الاعتيادية. كما تضعف مقاومة الجسم للأمراض.

### • سوء التغذية شكلين أو صورتين رئيسيتين أما نقص تغذية اوزيادة (الأفراط) في التغذية

**أولاً: نقص التغذية:-** يعرف بأنه القصور في التغذية بسبب تناول الغذاء بشكل غير كافي أو الإصابة بمرض ما يؤثر على الحالة التغذوية للفرد.

### • نقص التغذية يشمل الحالات التالية:

#### 1. سوء التغذية الحاد: ويصنف إلى شكلين وفقاً لدرجة الخطورة كالتالي :-

أ- سوء التغذية الحاد الوخيم (SAM) والذي يعرف بظهور توذم في كلا القدمين و/ أو الهزال الشديد (النحافة) .

ب- سوء التغذية الحاد المتوسط (MAM) والذي يعرف بوجود الهزال المتوسط. الهزال هو العلامة الرئيسية المشتركة بين سوء التغذية الحاد (الوخيم والمتوسط) مع الاختلاف بدرجة خطورته بينهما ويحدث بسبب النقص السريع والآني للوزن أو الفشل في اكتساب الوزن خلال فترته زمنية قصيره جدا.

#### 2. سوء التغذية المزمن أو التقزم (1) (الطول المنخفض بالنسبة للعمر HFA)

سوء التغذية المزمن هو عدم اكتساب الطفل الطول المناسب لعمره مقارنة بالطول القياسي او المعياري من جداول الأطوال القياسية أو الصحية لنفس العمر عند هذا الطفل الخاضع لتقييم حالته التغذوية، ويرتبط هذا النوع من سوء التغذية بالظروف الاجتماعية والاقتصادية والتعرض المتكرر لبعض الأمراض في مراحل العمر الأولى، ويعرف هذا النوع من سوء التغذية بالمزمن وله شكلين أيضاً

1- التقزم هو أن يكون الطفل طوله/ ارتفاعه متدني كثيراً بالنسبة لعمره، وذلك في الغالب نتيجة لسوء التغذية المزمن. ربما يكون الطفل المصاب بالتقزم ذو وزن مناسب لطوله، ولكن طوله غير مناسب لعمره حيث أنه أقصر بكثير مما يجب أن يكون عليه طوله. التعامل والحد من حالات سوء التغذية المزمنة والتقزم يجب أن يكون عبر تحسين ممارسات التغذية في المجتمع لكل من الرضع والأطفال الصغار. هؤلاء الأطفال يجب ان تتم معالجتهم على مستوى المجتمع وليس المستشفى.

(متوسط ووخيم). التغيير في هذا المؤشر على المستوى الوطني لا يكون سريعاً بل يكون بطيئاً خلال سنوات وهو يعكس التغيير الكلي الذي يحدث في الجوانب الاقتصادية والإجتماعية في البلد لفترة زمنية طويلة.

الوقاية من سوء التغذية المزمن افضل من علاجه خصوصاً بعد تعدي الطفل سنتين من عمره فان اللحاق بالطول الطبيعي للطفل مقابل عمره يكون صعباً لذلك فان البرامج الوقائية في تغذية الرضع وصغار الأطفال (في التغذية والصحة) والموجه للأطفال والأمهات خلال مرحلة الحمل والارضاع وحتى بلوغ الطفل سنتين من العمر يقي من مشكلة التقزم ونقص الوزن صورة (2).

صورة(2) الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية بالمقارنة مع الأطفال الطبيعيين

(ج) طفل متقزم

(أ) طفل (سوء تغية حاد ووخيم) (ب) طفل سليم



ان جميع هؤلاء الاطفال (أ و ب و ج) لهم نفس العمر

الطفلان (أ) و (ج) لهما نفس الوزن.

الطفلان (أ) و (ب) لهما نفس الطول.

\*التفسير:

- وزن الطفل (أ) بالنسبة لطوله غير مناسب (سوء تغذية حاد ووخيم) بالمقارنة مع الوزن بالنسبة لطول الطفل

الصحي (ب) الذي له نفس الطول

- طول الطفل (ج) بالنسبة لعمره غير مناسب (سوء تغذية مزمن- تقزم) بالمقارنة مع الطول القياسي بالنسبة لعمر

الطفل الصحي (ب) الذي له نفس العمر

### 3. نقص الوزن - الوزن المنخفض بالنسبة للعمر (WFA)<sup>2</sup>

نقص الوزن بالنسبة للعمر يعبر عن تأخر أو فشل النمو وفيه يكون الوزن غير مناسب لعمر الطفل بالمقارنة مع وزن الأطفال الاصحاء الذين لهم نفس العمر وغالبا ما ينجم عن مزيج من سوء تغذية حاد ومزمن، ويعد مؤشر مركب للتقزم والهزال.

هذا المؤشر يتأثر بكل من طول الطفل ووزنه وهذا ما يجعل تفسيره معقداً.

مؤشر الوزن بالنسبة للعمر يفشل في التفريق بين الأطفال قصيري القامة ذوي الوزن المناسب والأطفال طويلين القامة ولديهم نحافة.

الوزن المنخفض بالنسبة للعمر هو المؤشر المستخدم حالياً في أهداف الألفية لأن تغيره ممكن في مدى معقول كما أنه يتأثر زيادة أو نقصان إذا تعرض المجتمع لأي مؤثر.

وسائل قياس تأخر أو فشل النمو: يتم من خلال قياس وزن الطفل نسبة لعمره وتستخدم لذلك خرائط معينة تعرف ببطاقات النمو كما في الصورة ولكي نحدد طبيعية نمو الطفل فإنه لا بد من وزن الطفل فترات مختلفة ورسم خط لنموه ويمكن بعد ذلك تفسير نمو هذا الطفل بحسب إتجاه خط نموه.



### 4. عوز المغذيات الدقيقة (مثل نقص الحديد واليود وفيتامين أ)

إن أشكال سوء التغذية الأربعة السابقة الذكر يمكن أن تظهر منفردة أو متداخلة مع بعضها البعض.

2- الوزن المنخفض هو أن يكون وزن الطفل منخفضاً بشكل غير طبيعي عن عمره. الطفل المصاب بتدني في الوزن قد يكون وزنه مناسباً لطوله ولكن طول غير مناسب لعمره (قصير و لكنه غير نحيف)، أو أن طول مناسب لعمره لكن وزنه غير ملائم لطوله (نحيف و لكنه غير قصير)، أو أنه قد تكون قياساته متدنية في الحالتين (قصير و نحيف). لا بد من متابعة قياسات الرضع والأطفال في المجتمع للتأكد من مؤشرات النمو وعليه فإن أي طفل يظهر علامات تأخر في النمو يجب أن يعرف ويحال لإجراء الفحوصات اللازمة والعلاج المناسب.

## ثانياً: التغذية المفرطة:-

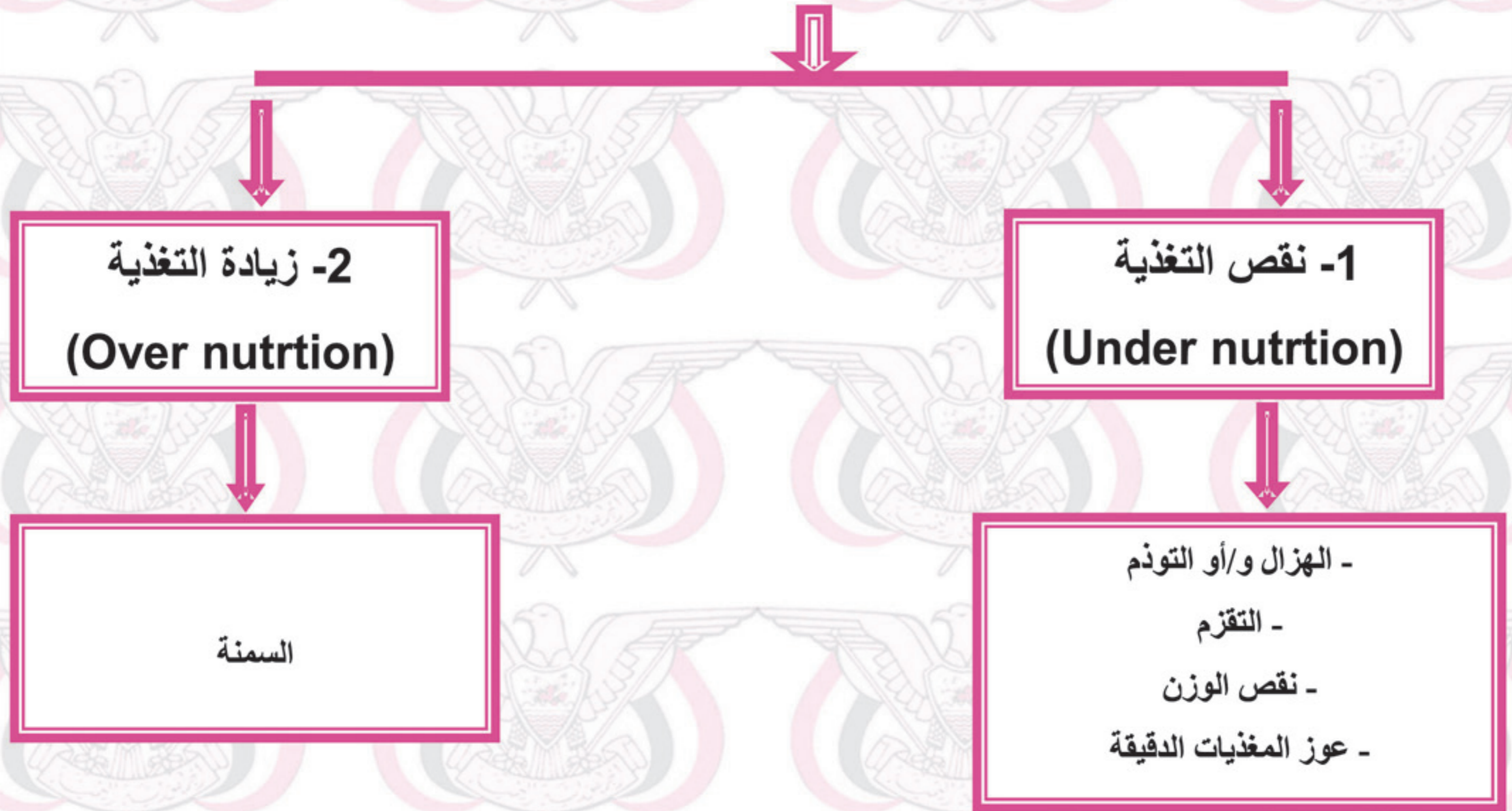
تحدث عندما يكون تناول الغذاء من قبل الشخص زائد عن احتياج الجسم مؤدياً إلى تراكم الدهون مع عدم ممارسة نشاط جسدي مما يؤدي إلى زيادة الوزن أو البدانة، ويأثير ذلك سلباً على الصحة وقد ينتج هذا النوع من سوء التغذية نتيجة لبعض الحالات المرضية التي قد تؤدي إلى زيادة الوزن أو البدانة.

من خلال دليل التدريب هذا سوف يتم التركيز على التعامل مع حالات سوء التغذية الحاد (المتوسط والوخيم) في رعاية العيادة الخارجية.

الطفل المصاب بسوء التغذية الحاد الوخيم يكون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض واحتمالية الوفاة وبالتالي فإنه يحتاج للرعاية الطبية المتخصصة والتي تختلف عن طريقة العلاج التقليدي.

شكل (1) الصورتين الرئيسيتين لسوء التغذية والأشكال المرتبطة بكل صورة

### سوء التغذية



## بعض الآثار الوخيمة سوء التغذية على الصحة العامة والوضع الاقتصادي والتنموي للبلد

1. تعتبر مشكلة سوء التغذية من أهم أسباب اعاقه حركة عجلة التنمية والتطور في كل نوحى الحياة العامة ،ويقدر ما تسهم به مشكلة سوء التغذية من اعاقه للتطور في المستوى الاقتصادي والخدمي بشكل عام فإنها تعتبر أيضا نتيجة حتمية لتدنيه.

2. يعد سوء التغذية الحاد أحد الأسباب الشائعة للمراضة والوفيات بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن الخمس سنوات، على مستوى العالم، فمعظم الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد يموتون في البيوت دون عناية، وحتى عندما تقدم العناية الطبية، فإن نسبة حالات الوفاة ربما تكون عالية.

3. يعتبر نقص الغذاء عند الاطفال العنصر الأساسي المسبب للوفاة لدى 35% من حالات الوفاة لدى الأطفال دون الخامسة بالدول النامية .

4. تبين سلسلة لانست لنقص الغذاء لدى الأمهات والأطفال 2008، أن سوء التغذية الحاد الوخيم من أحد الأسباب الهامة لوفيات الأطفال.

5. تشير التقديرات أن 19 مليون طفل دون الخامسة يعانون من سوء التغذية الحاد، مع وفاة نصف مليون طفل كل سنة بسبب سوء التغذية الحاد الوخيم. مع العلم أن هذه الأرقام لاتشمل الأطفال المصابين بتوذم فى كلا القدمين قابل للانضغاط، والذي يعد أكثر أشكال سوء التغذية الحاد الوخيم فتكاً.

6. إن سوء التغذية في سنوات العمر الخمس الأولى يترك أثرا بعيد المدى لدى الناجين منه، نتيجة للتأثير السلبي على النمو الجسمي والعقلي للأطفال، وبالتالي يتدنى مستوى الأداء والتحصيل العلمي، و القدرة على العمل أو القيام بالأعمال المجهد لآكتساب الدخل لاحقا عند الاطفال الذين عانوا من سوء التغذية خلال المرحلة العمرية السابقة الذكر ، وبالتالي حبس هؤلاء الناجين فى دائرة مفرغة من الفقر عبر الأجيال.

7. يتسبب نقص التغذية في إعاقة مدى الحياة في القدرة على التأقلم مع متطلبات الحياة بنسبة 11% بين الأطفال على مستوى العالم.

8. يتسبب الهزال الشديد بالأشهر الـ 24 الأولى من عمر الطفل بفقد 18 نقطة من معدل الذكاء المتوقع لدى الإنسان.

9. إن الأثر السلبي لنقص التغذية على القدرات والعقلية والبدنية للسكان يؤدي الى تآكل في القوى والكفاءات البشرية وفي انخفاض إنتاجها الى تقليل الإنتاج القومي ويكلف الدول نسبة تصل الى 3% من ناتجها المحلي الإجمالي مما يشكل حجر عثرة في طريق النمو والتطور الاقتصادي والخدمي والاجتماعي.

10. إن الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد المصحوب بالمضاعفات، غالباً ما يلاقوا حتفهم لأن الأطباء يستخدمون العلاجات القياسية المناسبة لمعظم الأطفال والغير مصابين بسوء تغذية، والتي تعد خطراً جداً للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد، دون إدراك لهذا الأمر، اذ يمكن إنقاذ حياة العديد من الأطفال، بمعالجة الحالات بصورة ملائمة في أقسام التغذية في المستشفيات ومتابعة العلاج في عيادات التغذية العلاجية.

إن نسبة حالات الوفيات قد انخفضت من أكثر من 30% الى أقل من 5% في بعض المستشفيات التي استخدمت أساليب المعالجة الخاصة لهذه الحالات.

### الوضع الحالي لسوء التغذية ومؤشراتنا في اليمن:

تعتبر مشكلة سوء التغذية في الدول النامية المساهم الأكبر في وفيات الأطفال حيث يقدر عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة 13 مليون طفل سنوياً في العالم النامي، بما فيها اليمن، منهم حوالي 5.6 مليون طفل ساهمت فيه مشكلة سوء التغذية بشكل مباشر في وفاتهم.

إن الواقع الغذائي والتغذوي في اليمن يعكس بوضوح وجود خلل كبير في نظام التغذية لدى الفرد والأسرة اليمنية ويمكننا من تفسير أسباب تدني كثير من المؤشرات الصحية الهامة المتعلقة بالتغذية، فعندما تصل نسبة الأطفال الذين لم يرضعوا رضاعة طبيعية، بسبب معتقدات خاطئة لدى الامهات بعدم كفاية لبن

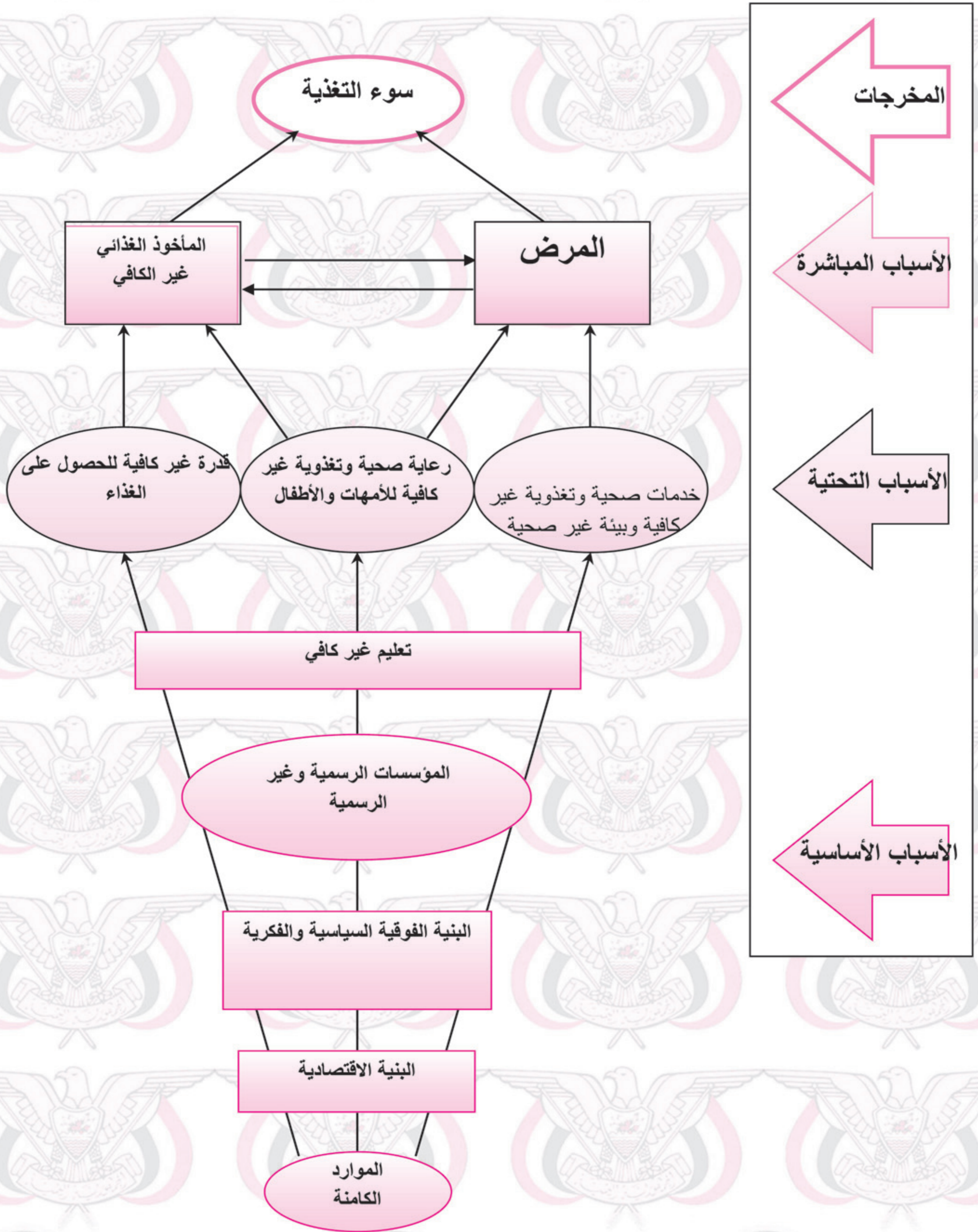
الأمهات، وغيرها من الاعتقادات المرتبطة بالطفل والأم إلى 21% من الأطفال ومتوسط فترة الرضاعة الخالصة إلى أقل من شهر، وعندما تصل نسبة سوء التغذية الحاد الوخيم إلى 15% في بعض المحافظات بحسب آخر المسوح لعام 2012م، يصبح كل ذلك يمثل شواهد قوية على سوء التغذية والوضع الحرج الذي وصلنا إليه في اليمن، بالإضافة أن سوء التغذية قد ساعد على ظهور كثير من الأمراض في اليمن لعل أهمها وأكثرها شيوعاً فقر الدم واضطرابات نقص اليود والكساح ومضاعفات نقص فيتامين A.

ساهمت عوامل أخرى في ارتفاع معدل سوء التغذية في اليمن منها: شيوع الأمراض المعدية، المستوى الرديء لصحة البيئة وإمدادات المياه، والعادات السيئة في الأكل، ومضغ القات بشكل عام وأثناء فترتي الحمل والرضاعة بشكل خاص، والحالة الصحية للأمهات، ومقدار أعباء العمل وارتفاع مستوى الأمية وخاصة بين الأمهات.

سجلت اليمن على المستوى العالمي ثاني دوله بعد افغانستان لمؤشر قصر القامة بنسبة (58%) بل أن هذا المؤشر في بعض المحافظات مثل ريمة وصل إلى نسبة 70%، والذي يعبر عن سوء تغذية مزمن يحتاج إلى تدخلات تغذوية صحية طويلة الأمد للوقاية منها والحد من سرعة انتشارها وحيث أن اليمنيين ولعقود طويلة يعانون اصلاً من مشكلة سوء التغذية بمختلف أشكالها والمتمثلة بـ (التقرم، والهزال، ونقص الوزن وعوز المغذيات الدقيقة) إلا أن الاضطرابات السياسية والاجتماعية والاقتصادية التي مرت بها اليمن خصوصاً خلال العام 2011م زاد من حدتها وضراوتها. الأمر الذي أدى إلى دق ناقوس الخطر دافعاً العالم إلى الشعور بحجم وخطورة مشكلة سوء التغذية في اليمن التي سجلت مؤشراً عالياً لوجود ما يقارب من 967,000 طفل يعانون من سوء التغذية الحاد العام منهم 276.000 معرضين لخطر الوفاة وبذلك أصبحت اليمن في المرتبة الثانية عالمياً بعد الصومال وأفغانستان هذا ما جعل العالم بمنظّماته ومؤسساته الصحية والاجتماعية يحذر من وجود وضع تغذوي بمستوى الطوارئ ومنذر بوضع كارثي إذا لم يتم تداركه بتدخلات صحية وتغذوية وقطاعية فورية قصيرة الأجل وطويلة الأجل كونها أحد المشاكل الخطيرة جداً التي تحدث في البلاد وعلى نطاق واسع مما يشكل عبئاً ثقيلاً على الفئات الضعيفة ولاسيما الأطفال والنساء الذين يعيشون في ظروف اجتماعية واقتصادية متدنية.



الشكل رقم (2) أهم أسباب سوء التغذية وتحليلها وفقا للإطار الإدراكي أدناه والموصي به من قبل منظمة اليونيسيف:



## أسباب سوء التغذية

### ثلاث مستويات لأسباب سوء التغذية عرفت بـ:

- الأسباب المباشرة وهي التي تؤثر مباشرة على الفرد .
- الأسباب التحتية (الغير مباشرة) وهي التي تؤثر على الأسرة أو العائلة والمجتمع.
- الأسباب الأساسية التي تؤثر في الدولة بأكملها.

### في اليمن يمكن تقسيم أسباب سوء التغذية وفقاً للإطار الإدراكي شكل (2) كما يلي:

#### أسباب مباشرة:

1- عدم كفاية المأخوذ الغذائي: أي أن ما يتناوله الفرد ويصل إلى جسمه ليس بالقدر الكافي اللازم

لتلبية احتياجاته الغذائية حيث يتناول الفرد ثلاث وجبات غذائية في اليوم الواحد إلا أن هذه

الوجبات لا تغطي احتياجاته ولا تزوده بالعناصر الغذائية الضرورية لنمو وصحة الجسم (غير

متوازنة في الكم) من حيث كمية الأغذية المتناولة وبما يلبي احتياج الفرد من الطاقة اللازمة

يوميًا، (وغير متوازنة في النوع) من حيث احتوائها على عنصر واحد على الأقل من كل نوع من

الثلاثة أنواع الرئيسية من الأغذية اللازمة لتوازن الوجبة الغذائية الصحية وهي (أغذية الطاقة

وأغذية الوقاية وأغذية النمو)

2- الأمراض مثل الأمراض المعدية كالاسهالات والتهابات الجهاز التنفسي والتي غالباً ما تكون

شائعة بين الأطفال ويعتبر أحد الأسباب الهامة مع قلة المأخوذ الغذائي وما يحدث من تناوب بينهما

ليشكل دائرة مستمرة كما هي في شكل رقم (2) حيث يؤدي قلة المأخوذ الغذائي إلى ضعف مناعة

الجسم وبالتالي يكون هذا الجسم أكثر عرضه وتأثر بالعدوى وحدوث الأمراض المتكررة والتي

بدورها أيضاً تؤثر على الشهية للطعام والامتصاص للعناصر الغذائية وحصول السبب الأول في

عدم كفاية أو قلة المأخوذ الغذائي وبالتالي حصول سوء تغذية تزداد حدتها يوماً بعد آخر حتى تصل

إلى مرحلة الخطورة ثم الوفاة كلما كانت دائرة السببين (1) و(2) مستمرة وموجوده.

#### أسباب تحتية:

وتتمثل في انعدام الأمن الغذائي على مستوى المنزل، مستويات متدنية من الرضاعة الطبيعية، انعدام

البيئة الصحية النظيفة، عدم توفر الماء النظيف، الاعتماد على الحبوب المستوردة كغذاء ثابت.

#### أسباب أساسية:

الفقر المدقع - انعدام الاستقرار السياسي والاقتصادي وحدوث الكثير من الصراعات يؤدي إلى نزوح

السكان وانعدام الأمن الغذائي وعدم الاستفادة من الموارد الموجودة، انخفاض بمستوى التعليم.

## التدخلات التغذوية الحالية للحكومة ممثلة بوزارة الصحة العامة والسكان قطاع الرعاية الصحية الأولية- الادارة العامة لصحة الأسرة - ادارة التغذية

أن مكافحة سوء التغذية تحتل المرتبة الثانية من حيث الأولوية ضمن سياسات واستراتيجيات وزارة الصحة العامة والسكان وذلك انطلاقاً من الشعور بمسئوليتها وإيمانها المطلق بمبدأ الحقوق الأساسية للمواطن خاصة حقها في الحصول على الخدمات الصحية والغذائية وتأكيداً لوجوب الالتزام الرسمي بالاتفاقيات الدولية والإقليمية التي شاركت في توقيعها اليمن والعمل بما يتفق مع المواثيق الإقليمية والدولية حول التغذية.

❖ كما أن المنظمات والهيئات الدولية تنظر باهتمام بالغ نحو التغذية باعتبارها من الركائز الأساسية للرعاية الصحية الأولية.

❖ إن الحكومة اليمنية وضعت الأولوية العليا لاتخاذ الإجراءات لمعالجة مشاكل سوء التغذية في الخطة الخمسية للصحة من أجل تحسين الوضع الحرج للصحة والوضع التغذوي لليمنيين ولتعزيز سياسة الحكومة بالجانب التغذوي ورفع فعالية وكفاءة تنفيذ برامج التغذية الضرورية تم اعداد وتطوير استراتيجية وطنية للتغذية وتم اعتمادها والموافقة عليها من قبل مجلس الوزراء بالقرار رقم (110) لسنة 2011م اضافة الى ذلك تم اصدار العديد من التشريعات الغذائية (قانون اضافة اليود الى ملح الطعام رقم 32 لسنة 1996م وقرار مجلس الوزراء رقم (165) لسنة 2001م بشأن تدعيم الدقيق بالحديد والفولات وتدعيم الزيت والسمن بفيتامين (أ) و(د)، وكذلك قرار مجلس الوزراء ولائحته التنفيذية بشأن تشجيع وحماية الرضاعة الطبيعية.

وبناء على الاستراتيجيات الوطنية وأهدافها ومؤشرات سوء التغذية الخطره في اليمن تم تطوير وحدات وطنية مبنية على بروتوكولات المعالجة لسوء التغذية الحاد لمنظمة الصحة العالمية تم البدء بالعمل فيها من بداية تأسيس برامج المعالجة وحتى صدور هذا الدليل (المعالجة المجتمعية لسوء التغذية الحاد من خلال رعاية العيادة الخارجية) كتحديث وتبسيط لكتيب التدريب السابق وتطويره بكل ما هو جديد، وبحسب الاستراتيجيات الوطنية المعمول بها في المعالجة المجتمعية لسوء التغذية الحاد .

حيث يتضمن هذا الدليل بروتوكولات معيارية قياسية ومحدثه تهدف الى معالجة متكاملة لسوء التغذية الحاد (الوخيم والمتوسط) وأدوات رصد وكتابة التقارير وبناء قاعدة البيانات الخاصة بالمعالجة.

كما تم تطوير دليل برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال ودليل متطوعات الصحة والتغذية على مستوى المجتمع، كمكملات هامه لهذا الدليل، يعملان في الجانب الوقائي للأطفال من الولادة حتى نهاية السنتين الاولى من عمر الطفل والتي تعتبر من أخطر الفترات على نمو وصحة الأطفال والتي يجب حماية الاطفال خلاها من التعرض لسوء التغذية.

إن الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد، غالباً ما يلاقوا حتفهم لأن الأطباء يستخدمون العلاجات القياسية بشكل عام لمعظم الأطفال، دون تفريق أو تقييم للأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد الوخيم والذين يحتاجوا الى عناية خاصة ومعالجة خاصة حيث قد يكون العلاج س مناسباً للطفل ص إذا كان لا يعاني من سوء تغذية حاد ولكن نفس العلاج س يكون خطراً جداً على الطفل ص إذا كان يعاني من سوء تغذية حاد، دون إدراك لهذا الأمر من قبل الاطباء.

كما يمكن إنقاذ حياة العديد من الأطفال، بمعالجة الحالات بصورة حديثة وملائمة في المستشفيات والعيادات الخارجية ومتابعة العلاج لاحقاً، فالنجاح الذي حققتة برامج معالجة سوء التغذية الحاد في التقليل من نسبة حالات الوفيات ببعض المستشفيات التي استخدمت أساليب المعالجة الحديثة في علاج الحالات لفترة من الزمن، حيث وجد أن حالات الوفيات قد انخفضت من أكثر من 30% إلى أقل من 5% وهذا يعد مؤشر يثبت أهمية استخدام اساليب المعالجة الحديثة لمعالجة حالات سوء التغذية الحاد.

## **مكونات المعالجة المجتمعية لحالات سوء التغذية الحاد (CMAM):**

- 1- الوصول للمجتمع والبحث النشط عن الحالات (Community Outreach)
- 2- رعاية العيادة الخارجية للأطفال 6 من- 59 شهر المصابين بسوء تغذية حاد وخيم ( Outpatient Care for Children 6-59 Months with SAM)
- 3- رعاية العيادة الخارجية للأطفال 6 من- 59 شهر والحوامل والمرضعات المصابين بسوء تغذية حاد متوسط ( The management of MAM in Children 6-59 Months and Pregnant and Lactating Women)
- 4- رعاية القسم الداخلي للأطفال المصابين ب سوء تغذية حاد مع مضاعفات طبية (Inpatient Care)

المعالجة المجتمعية تتم وفقا لأركان التنفيذ (الزوايا الثلاثة لبرنامج المعالجة) كما في المخطط الموضح في الشكل (3)

شكل (3) يبين مخطط الادارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد



## أركان البرنامج الثلاثة (المجتمع - القسم الداخلي - العيادة الخارجية) وفقاً

للشكل (3) ومخطط مسارات الفرز والمعالجة ملحق (أ)

### أولاً: المجتمع والبحث النشط عن الحالات

يتطلب البحث النشط لسوء التغذية الحاد تأسيس نظام فعال ونشط لاكتشاف وتحويل الحالات لضمان حصول الأطفال على الرعاية المناسبة في وقت مبكر.

البحث النشط عن الحالات في المجتمع واستغلال كل الفرص الأخرى يعتبر أمر مفصلياً من أجل معالجة سوء التغذية الحاد الوخيم حيث يضمن تحديد ومعالجة المرضى قبل تطور المضاعفات، في مرحلة يمكن أن يكون العلاج صحيحاً نسبياً مع إمكانية أن يتم بشكل كامل في المجتمع.

### أهمية البحث النشط لحالات سوء التغذية في المجتمع:

- يحول دون البقاء الطويل والمكلف في مرافق المعالجة، وهذا مهم بشكل خاص للأسرة لأنه يخفض النفقات المترافقة (المواصلات، وفقد إمكانية كسب العيش، تقاسم غذاء راعي المريض، الخ)،
- يحمي الأسرة من التشتت وفقد الرعاية لبقية الأطفال في البيت.

متطوعات صحة المجتمع يساهمن بشكل أكبر في عملية البحث النشط من خلال قيامهن بمسح الأطفال في القرى باستخدام شريط محيط منتصف العضد وفحص التوذم، وبنفس الوقت يتم ذلك في المرافق الصحية (الوحدات الصحية، والمراكز الصحية، والعيادات الخارجية في المستشفيات، الخ) لكل المترددين على المرافق التي تقدم خدمة معالجة سوء التغذية، كما يتم اثنا الحملات الإيصالية.

وترجع أهمية البحث النشط عن الحالات إلى أن الأسر لا تحضر أطفالها إلى المرافق الصحية بسبب الإصابة بسوء التغذية، لأن الأطفال المصابين بسوء التغذية لا يشكون ولا يتذمرون، حتى ينتهي بهم المطاف إلى النتيجة النهائية ((الوفاة)).

**عمليات البحث النشط والفرز لحالات سوء التغذية الحاد تتم باستخدام شريط منتصف محيط العضد وميزان الوزن ومقياس الطول للأطفال بعمر من 6-59 شهر وفحص التوذم، وتتم في عدة مواقع وعبر العديد من الفئات المدربة من: (العاملين الصحيين على مستوى المرافق الصحي والعاملين في الحملات الإيصالية ومتطوعات صحة المجتمع)**

خلال عملية البحث النشط يتم فرز جميع الأطفال في المجتمع فمن تبين إصابتهم بسوء التغذية تتم إحالتهم وفقاً لمعايير الفرز والإحالة جدول (2) أما من قبل متطوعات صحة المجتمع أوننتيجة

للتردد التلقائي (راعي المريض جاء بالمريض من تلقاء نفسه للمعالجة) أو من قبل مرفق صحي آخر الى المرافق الصحية التي تقدم خدمات معالجة سوء التغذية لتلقي الرعاية المناسبة في وقت مبكر .

ليتم بعد ذلك عملية الفرز في المرافق الصحية ( المستوى الثاني من عمليات الفرز) ملحق (أ) فالأطفال الذين يثبت أن محيط منتصف العضد اقل من 12.5 سم و / أو فحص التوذم ايجابي، يجب قبولهم في مراكز التغذية العلاجية في العيادات الخارجية و تجرى لهم القياسات الجسمانية الأخرى مثل الطول، و الوزن، وفحص درجة التوذم و التأكد من نجاح أو فشل اختبار الشهية والبحث عن مضاعفات لاتخاذ قرار بقاء الأطفال في العيادات الخارجية (في حالة عدم وجود مضاعفات) أو تحويلهم الى الأقسام الداخلية (في حالة وجود المضاعفات) أو إحالتهم لتلقي خدمات طبية أخرى.

## جدول (2) معايير الفرز والاحالة من المجتمع

• توذم (تورم) كلا القدمين	احالة الى العيادة الخارجية ( OTP ) المرحلة (أ) SAM
• محيط منتصف العضد أقل من 11.5 سم (أطفال من 6 - 59 شهر)	احالة الى العيادة الخارجية ( OTP ) المرحلة (أ) SAM
• محيط منتصف العضد من 11.5 سم الى أقل تماما من 12.5 سم (اطفال من 6 - 59 شهر)	احالة الى العيادة الخارجية برنامج التغذية التكميلية الاضافية SFP المرحلة (ب) MAM
• محيط منتصف العضد أقل او يساوي 23 سم (حوامل ومرضعات)	احالة الى العيادة الخارجية برنامج التغذية التكميلية الاضافية SFP المرحلة (ب) MAM
• محيط منتصف العضد أقل تماما من 18.5 سم (كبار السن < 60 سنة)	احالة الى العيادة الخارجية برنامج التغذية التكميلية الاضافية SFP المرحلة (ب) MAM

**ملحوظة:** الأطفال أقل من 6 شهور والذين لديهم العلامات: (رضاعة غير فعالة أو -جلد على عظم أو- أودوما كلا القدمين) - يجب إحالتهم الى العيادة الخارجية للفحص واعطاء المشورة التغذوية الملائمة اذا كانت المشكلة تغذوية، أو الاحالة الى القسم الداخلي اذا كانت المشكلة سوء تغذية حاد وخيم

## ثانيا: وحدات المعالجة الغذائية في الأقسام الداخلية في المستشفيات

تتم المعالجة في هذه الوحدات خلال المرحلة الأولى والمرحلة الانتقالية، و احيانا خلال المرحلة الثانية فالمرحلة الأولى (مرحلة الأستقرار للحالت): تتم في القسم الداخلي ( NSC/ TFC ) لمعالجة سوء التغذية الحاد الوخيم مع مضاعفات كالتالي :-

يخضع للمعالجة ضمن المرحلة الأولى مرضى سوء التغذية الحاد الوخيم بدون شهية كافية أو الذين يعانون من مضاعفات طبية كبيرة. الهدف من المعالجة خلال هذه المرحلة هو تعافي الوظيفة الأيضية

الطبيعية والانتزان التغذوي - الإلكتروليتي بدون إحداث كسب في الوزن لأن الكسب السريع للوزن في هذه المرحلة يشكل خطراً على صحة.

عادة تقدم الرعاية في المرحلة الاولى على مدار 24 ساعة وتعطى فيها الحماية الغذائية على أساس 12 أو 8 أو 6 وجبات في اليوم.

**المرحلة الانتقالية:** تم إدخال المرحلة الانتقالية في الأقسام الداخلية لأن التغيير المفاجئ إلى كميات كبيرة من الحماية قبل استرداد الوظيفة الفسيولوجية يمكن أن يكون خطراً وقديودي إلى اختلال توازن الإلكتروليت.

خلال هذه المرحلة يبدأ المرضى في اكتساب الوزن بمعنى (زيادة في مأخوذ الطاقة يجب أن تؤدي إلى اكتساب وزن بحوالي 6 جرامات/كيلوجرام/يوم) حيث أن نوعية الحماية الغذائية تختلف باختلاف مرحلة المعالجة.

**أنظر شكل (2) ملخص معايير القبول لمعالجة سوء التغذية الحاد الوخيم في القسم الداخلي تسعى الوزارة الى توفير هذه الخدمة على مستوى كل محافظة في مستشفى واحد على الأقل.**

**ملحوظة:** الأطفال المصابين بسوء تغذية حاد متوسط مع مضاعفات طبية تتم معالجتهم في الأقسام الداخلية في المستشفيات.

## رعاية العيادة الخارجية

### المرحلة الثانية في العيادة الخارجية (OTP): SAM/MAM

تهدف المعالجة في العيادات الخارجية الى تزويد خدمات المعالجة المجتمعية للأطفال من 6 - 59 شهر الذين يعانون من مشاكل سوء التغذية الحاد الوخيم أو المتوسط ولديهم شهية جيد ولا يعانون من اي مضاعفات طبية من خلال الاكتشاف المبكر والاحالة من قبل متطوعات صحة المجتمع، أو المترددين تلقائياً لتتم المعالجة قبل حدوث المضاعفات الطبية و حال تدهور حالة الطفل في العيادة الخارجية واصبح يعاني من المضاعفات فان الطفل هنا يجب نقله الى أقرب وحدة من وحدات التغذية العلاجية في المستشفيات المرجعية أو المراكز الانتقالية (إن وجدت) وبمجرد تعافي مريض سوء التغذية الحاد الوخيم أو المتوسط من المضاعفات يعود ليستكمل المعالجة أو الرعاية في العيادات الخارجية.

**ملحوظة:** عادة يحتاج الطفل حوالي 5 - 10 أيام لعلاج المضاعفات واستقرار حالته حسب التوصيات الغذائية المتبعة، بعد ذلك يتم إعادة الطفل إلى العيادة الخارجية.



يجب أن تتم المعالجة في العيادات الخارجية بشكل اسبوعي كما يمكن ان تتم كل اسبوعين تحت ظروف معينة منها:

- إتاحة فرصة التناوب لجميع الحالات وبالتالي التقليل من كثافة الاقبال
- تقليل الكلفة على الأسرة خاصة إذا كان موقع معيشة الأسرة بعيد جدا عن مركز تقديم خدمة المعالجة.

**ملاحظة:** المرضى الملتحقين في برنامج معالجة السل يجب عمل التحري لهم بشكل نظامي لسوء التغذية الوخيم واحالتهم إلى برنامج العيادة الخارجية إذا انطبقت عليهم معايير القبول

### أقسام المعالجة في المرحلة الثانية في العيادة الخارجية

تنقسم المرحلة الثانية بحسب نوعية المعالجة الى قسمين:

(أ): مرحلة المعالجة لسوء التغذية الحاد الوخيم بدون مضاعفات SAM

يتم قبول الأطفال من 6 - 59 شهر في هذه المرحلة وفقا للمعايير التالية:

1- وجود أوديميا درجة + أو درجة ++ (الأقدام أو الأقدام والساقين متوذمتان)

أو

2- وجود هزال شديد (جلد على عظم) عندما تكون:

• قيمة الوزن إلى الطول في الجداول القياسية أقل تماما من -3 انحراف معياري

و/أو

• إذا كان محيط منتصف العضد أقل تماما من  $11.5$  سم

و

• الشهية جيدة في اختبار الشهية

و

• الفحوص السريرية جيدة (لا توجد مضاعفات)

• التركيز والانتباه جيد (يقظ)

و

• الوضع المنزلي ملائم للعناية بالطفل

• قرار المعنى بالطفل البدء أو متابعة أو تحويل المريض للعيادات الخارجية.

### معايير قبول لفئات اخرى

☑ المنتكسين (بشرط ان يطبق عليهم معيار القبول في السام)

☑ المتخلفين عن المعالجة خلال شهرين من تاريخ القبول في نفس البرنامج كمعاد قبولهم لاستكمال فترة المعالجة،

(بدون معايير القبول) .

✎ المنقولين من القسم الداخلي (ينطبق عليهم معايير النقل)

○ تحسن الشهية (اجتياز اختبار الشهية)

○ انخفاض الورك الغذائي (إذا كان السبب في ادخال الطفل للرقود هو التورم في كلا القدمين مع الهزال

الشديد، يكون المعيار للاحالة للعيادة الخارجية هو اختفاء التورم في كلا القدمين.

○ وتم علاج المضاعفات الطبية

○ الطفل سريريا بخير ويقظ

○ مع قبول الغذاء العلاجي الجاهز للاستعمال.

✎ المنقولين داخليا من عيادة تغذية خارجية اخرى (OTP)

لمج المعالجة خلال المرحلة الثانية يمكن أن تتم في الأقسام الداخلية أو من خلال رعاية العيادات الخارجية (وهذا ما سنركز عليه في تدريبنا هذا).

لمج النظام الغذائي المصمم للمرحلة الثانية يجعل المرضى يكتسبون الوزن بسرعة حيث يقدر بـ (أكثر من 8 جرامات/كيلوجرام/يوم) عند بعض الاطفال.

(ب): مرحلة المعالجة لسوء التغذية الحاد المتوسط (MAM) ان وجدت أو المشورة التغذوية والصحية

يتم العمل بهذه المرحلة وفقا لمعايير القبول في برنامج المام عند توفر برنامج التغذية التكميلية الاضافية mam أو برنامج المشورة في تغذية الرضع وصغار الأطفال (IYCF) في نفس وحدة المعالجة بالعيادة الخارجية أو في مراكز مستقلة قريبة من وحدة معالجة سوء التغذية الحاد الوخيم، مالم فانه يتحتم على مسؤولي برنامج معالجة سوء التغذية الحاد الوخيم SAM المرحلة الثانية بالعيادة الخارجية ان يواصلوا متابعة علاج الطفل حتى وصوله الى معايير التخرج شفاء عند -1 انحراف معياري والقيام بعمل المشورة التغذوية .

ما هو برنامج التغذية التكميلي الاضافي SFP؟ في المرحلة (ب) MAM بالعيادة الخارجية

هو برنامج يتكون من مجموعة من العمليات والاجراءات التي يتم من خلالها تزويد الفئات المستهدفة بالحصص الكاملة غذائيا والمخصصة لها منذ قبولها وحتى خروجها من البرنامج بحسب المعايير الخاصة بالتغذية التكميلية الاضافية وتكمن أهمية هذه الحصص الكاملة في تزويد الفئة المستهدفة بالمغذيات الدقيقة والطاقة المفقودة في الطعام المتناول يوميا.

## برنامج الغذاء التكميلي الإضافي ينقسم الى ثلاثة أقسام:

1- تغذية وقائية (Blanket Supplementary Feeding) للأطفال دون سن الثانية من العمر

أي (6-24) شهر الغير مصابين بأي نوع من أنواع سوء التغذية.

2- تغذية علاجية مستهدفة (Targeted Supplementary Feeding) للأطفال من 6-59

شهر المصابين بسوء التغذية الحاد المتوسط وفقا لمعايير القبول أما من خلال القبول المباشر

للأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد المتوسط أو المنقولين بعد المعالجة من سوء التغذية الحاد الوخيم

لوصولهم عند **معيار -3 انحراف معياري** لمواصلة العلاج والخروج عند -1 انحراف معياري فأكثر

أو البقاء فترة 180 يوم كحد أقصى لفترة العلاج في رعاية العيادة الخارجية للأطفال المصابين بسوء

التغذية الحاد المتوسط (MAM).

3- تغذية الامهات الحوامل والمرضعات المصابات بسوء التغذية الحاد المتوسط وفقا لمعيار القبول

محيط منتصف العنق اقل أو يساوي 23 سم.

## أهمية التكامل بالمعالجة بين المرحلتين (أ) SAM و(ب) MAM في نفس مقر العيادة الخارجية (OTP)

إن تكامل المرحلتين (أ) و (ب) في نفس مقر العيادة الخارجية أو بين عيادتين خارجيتين منفصلتين

الأولى لديها المرحلة الثانية (عيادة خارجية لمعالجة SAM بدون مضاعفات) والآخرى لديها المرحلة

الثالثة (عيادة خارجية لمعالجة MAM بدون مضاعفات) يعزز من فعالية المعالجة ويثبت حالات الشفاء

حيث يقلل من عدد حالات الانتكاسة خصوصا اذا تم القيام بالتالي:-

1- اعطاء توجيهات وارشادات تغذوية من الغذاء المحلي والرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية

للطفل وتغذية الأمهات .

2- تصحيح الممارسات والمعتقدات التغذوية والصحية الخاطئة لدى الأسرة والمجتمع ككل متكامل

من خلال (عمل التقييمات لممارسات الرعاية الصحية والتغذوية واعطاء المشورة خصوصا حول

الأسباب الكامنة للمشكلة التغذوية المكتشفة عند الطفل كما تسمى أيضا ب الأسباب التحتية أو

الغير مباشره وفقا للاطار الادراكي لمسببات سوء التغذية)، حيث تهدف معالجة سوءالتغذية الحاد المتوسط في المرحلة الثانية (ب) في العياده الخارجية الى:

- الحد والوقاية للأفراد المعرضين لخطر التعرض لسوء التغذية.
- الحيلولة دون تحول حالات سوء التغذية المتوسط الى سوء تغذية حاد وخيم .
- تقليل عدد المصابين بسوء التغذية الحاد الوخيم وبالتالي التقليل من الوفيات
- توفير المتابعة لحالات سوء التغذية الحاد المتوسط المحالين من المرحلة الثانية (أ) في العياده الخارجية بعد معالجة سوء التغذية الحاد الوخيم لاستكمال العلاج في برنامج التغذية التكميلية للأطفال وتغذية الامهات حتى الوصول الى مرحلة الشفاء التام بحسب معايير التخريج .

### معايير القبول للمرحلة ب MAM (سوء تغذية حاد متوسط - تغذية علاجية مستهدفة) الأطفال من 6 - 59 شهر

يتم قبول الحالات في المرحلة ((ب)) المصابة بسوء التغذية المتوسط إذا توفر أحد المعايير التالية:-

1- قيمة الوزن إلى الطول في الجداول القياسية من -3 انحراف معياري الى اقل تماما من -2 انحراف معياري

و/أو

2- إذا كان محيط منتصف العضد من 11.5 سم الى اقل تماما من 12,5 سم

و

● الشهية جيدة للطعام في المنزل

و

● لا يوجد مضاعفات

● التركيز والانتباه جيد (يقظ)

☑ الحالات المنقولة للمتابعة بعد اكتمال معالجتها في العيادة الخارجية من سوء التغذية الحاد الوخيم

(المرحلة الثانية أ) ووصولها الى -3 انحراف معياري أو منقولة من القسم الداخلي بعد علاج

المضاعفات الطبية

☑ المنتكسين

☑ المتخلفين المعاد قبولهم بشرط ان يطبق عليهم معيار القبول في المام

☑ محيط منتصف العضد (امهات حوامل ومرضعات ) أقل او يساوي 23 سم

☑ حالات اخرى حسب سياسة المام

## شكل (4) معايير القبول في برنامج سوء التغذية الحاد أشكال سوء التغذية الحاد وفقا لمعايير القبول في مسارات أو مراحل المعالجة



به مباشرة إلى القسم الداخلي TFC/Nsc

1. يتم إحالته فوراً إلى القسم الداخلي

2. إعطائه محلول سكري بتركيز 10% واستمارة إحالة

وبالمثل لمريض سوء التغذية الحاد (المتوسط)

عند وجود واحد أو أكثر من المضاعفات السابقة

في العيادة الخارجية (OTP) المرحلة (أ) SAM

الاجراءات:

1- التسجيل للبيانات والقياسات في خارطة المتابعة

2- إعطائه غذاء المعالجة الجاهز للاستخدام سام بحسب وزنه

3- المتابعة أسبوعياً حتى يصل إلى الوزن المستهدف.

قبول في العيادة الخارجية OTP المرحلة (ب) MAM

الاجراءات:

1. التسجيل للبيانات والقياسات في خارطة المتابعة

2- إعطائه غذاء المعالجة الجاهز للاستخدام مام بحسب وزنه ان وجدت او المشورة التعذوية ( IYCF ) وارجاعه إلى المنزل

## تقييم الحالة التغذوية (تحديد ما اذا كان الطفل مصاب بسوء تغذية حاد)

أولاً- الأطفال من 59.6 شهر:

التقييم يحتاج الى :

(1) قياسات جسمانية (القياسات الأنثروبومترية) والمتمثلة بـ قياس محيط منتصف العضد وقياس الوزن بالنسبة للطول.

(2) فحوصات بدنية والبحث على علامات سريرية لسوء التغذية.

(3) مؤشرات لتفسير تلك القياسات والفحوصات والعلامات .

(4) مؤشرات مرافقة لسوء التغذية أو معبرة عن زيادة حدة المشكلة.

### 1. القياسات الجسمانية (الأنثروبومترية)

• عند موقع المرفق الصحي أو العيادة الخارجية يتم أخذ القياسات الانثروبومترية أو يعاد أخذها بالنسبة للحالات المحولة من المجتمع .

• الأطفال الذين تتضح حاجتهم لرعاية القسم الداخلي أو علاج طبي آخر يجب أن يعطوا مباشرة محلول سكر (سيتم شرحه لاحقاً)، ويتم منحهم الرعاية بسرعة دون انتظار. يجب فحصهم انثروبومتريا واعطائهم بطاقة إحالة (سيتم شرحها لاحقاً)، ومن ثم إحالتهم مباشرة الى المستشفى لبدء العلاج في القسم الداخلي.

تتمثل القياسات الأنثروبومترية بـ(قياس محيط منتصف العضد، قياس طول/ارتفاع الطفل، أخذ وزن الطفل)

### أولاً: قياس محيط منتصف العضد

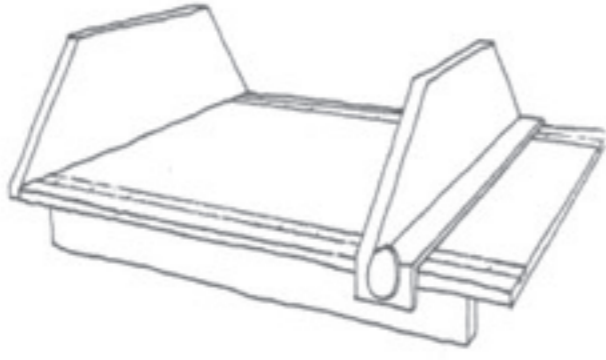
يعد قياس محيط منتصف العضد وسيلة مهمة في القياسات (الانثروبومترية) ويستخدم للأطفال من 6-

59 شهر.

يرتبط قياس محيط منتصف العضد بالكتلة العضلية ولذلك يرتبط أيضاً بالمخزون الغذائي في الجسم.

ويعد مقياس جيد للعاملين في فرز الاطفال خصوصا على مستوى المجتمع ويعتبر كبديل لمقياس الوزن مقابل الطول في مثل هذه الحالات على مستوى المجتمع وخلال مسوحات الطوارئ ويعطي فكره سريعه على حجم مشكلة سوء التغذية الحاد الوخيم، ويتم تأكيد الحالات المحولة من المتطوعات بمقياس محيط منتصف العضد (MUAC) بالمراكز المحال اليها بواسطة مؤشر الوزن على الطول ويعتمد سبب القبول

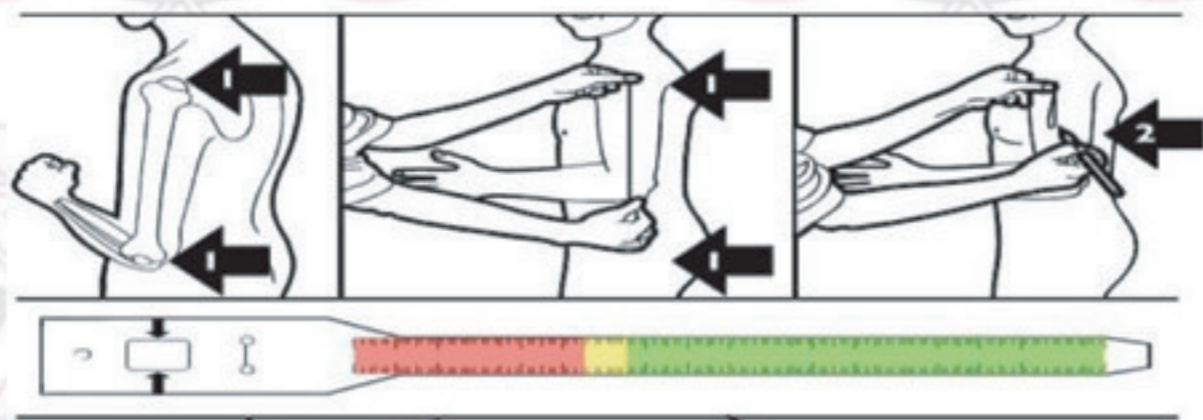
الرئيسي للطفل على مؤشر (الوزن/الطول) - درجة الانحراف المعياري اذا تبين من خلاله أن الطفل مصاب بسوء تغذية



حتى في حالة تحقق معيار القبول بالاثنتين معا (MUAC) و Z- Scor- W/H - الا في حالة واحده يتم القبول الرئيسي بالمواك (محيط منتصف العضد) اذا تحقق معيار القبول بالمواك ولم يتحقق

بالوزن/ الطول وهذا يحصل خصوصا في حالات التقزم.

والأهم من ذلك فإن المؤشرات قد أظهرت أن محيط منتصف العضد يرتبط بشكل أكبر في تحديد خطورة الوفاة اذا قورن بمعيار الوزن بالنسبة للطول.



### كيف يقاس محيط منتصف العضد:

1. أستخدم الذراع الأيسر دائما ليقاس محيط منتصف العضد. اجعل الطفل يثني ذراعه الأيسر بزاوية قائمة.

2. قم بقياس طول (العضد) الجزء العلوي من ذراع الطفل بين نقطتي رأس عظمة الكتف ورأس المرفق. [1]

3. احسب النقطة المتوسطة للعضد الأيسر وقم بوضع علامة عندها بقلم جاف. [2]

4. بعد ذلك يمد ذراع الطفل بشكل مستقيم بمحاذاة جسده،

ويلف شريط قياس منتصف العضد حول ذراعه حول النقطة التي حددت , بشكل يكون فيه الشريط كاملا ملامسا لجلد الطفل. لا يجب أن يكون مشدودا بقوة أو مرتخ كثيرا. [3]

5. قم بإدخال نهاية الشريط خلال الفتحة الأولى وبعد ذلك من الفتحة الثانية وأيضا الثالثة حسب نوع

الشريط المستخدم. تقرأ القياسات من النافذة المتوسطة حيث تشير الأسهم الى الداخل. بالنسبة للشرائط المرقمة، يمكن أن يسجل محيط منتصف العضد بدقة الى 1مم. اذا استخدم الشريط ذوالألوان الثلاثة

(الاحمر , الاصفر , والاخضر) لاحظ اللون من خلال النافذة التي تشير إليها الأسهم. [4]

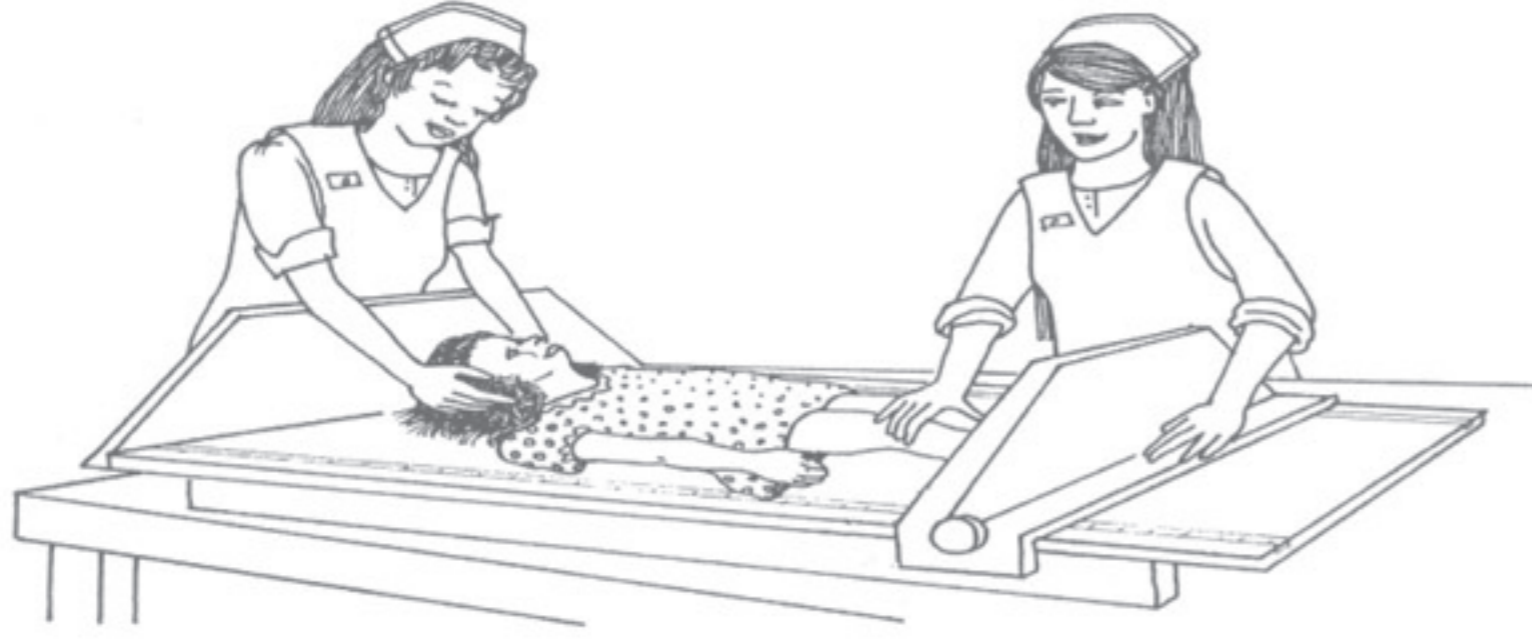
الالوان الموجودة على الشريط (احمر) سوء تغذية حاد وخيم = القيمة أقل من 11.5 سم أو (اصفر) سوء

تغذية حاد متوسط = القيمة من 11.5سم الى أقل من 12.5سم أو (أخضر) طبيعي = القيمة أكبر أو

يساوي 12.5سم.

## ثانياً: قياس الوزن بالنسبة للطول

أ- يتم قياس طول أو ارتفاع الطفل (بالاعتماد على عمره ومقدرته على الوقوف) بإحدى الطرق التالية:



1- يقاس الطول في وضع

الرقود (الاستلقاء).

2- يقاس الارتفاع في وضع

الوقوف (مستقيماً).

• يتم اختيار طريقة القياس

(1) أو (2) وفقاً للنقاط التالية:

• إذا كان عمر الطفل أقل من سنتين (أو أقل من 87 سم أو العمر غير معروف) يقاس طوله

وهو مستلقي.

• إذا كان عمر الطفل سنتين أو أكثر (أو 87 سم أو أكثر إذا كان العمر غير معروف) يقاس طوله

واقفاً إذا كانت له القدرة على ذلك.

• إذا كان الطفل أقل من سنتين ورفض أن يستلقي لقياس الطول يمكن أخذ الارتفاع وإضافة 0.7

سم لتحويله إلى مقياس الطول.

• إذا كان عمر الطفل سنتين أو أكثر ولا يستطيع الوقوف قم بقياس الطول وهو مستلقي وأطرح منه

0.7 سم لتحويله إلى ارتفاع.

• سواء كان قياس الطول للطفل وهو مستلقي أو واقفاً، يفضل أن تكون الأم قريبة من الطفل

لطمأنته.

• عموماً أن ارتفاع قامة الطفل في وضع الوقوف أقل 0.7 سم من طوله وهو مستلقي وهذا

الاختلاف أخذ في الاعتبار عند تطوير منظمة الصحة العالمية (WHO) لمقياس النمو الذي

استعمل في منحنى تسجيل النمو لذلك من المهم تعديل المقاس لوثم قياس الطول بدل الارتفاع

والعكس صحيح.

**ملاحظة: قياس طول الطفل أو ارتفاعه مرة واحدة كل 21 يوم**



## 1- قياس الطول رقوداً:

- استخدم لوح قياس يسمى بلوح الرأس وقطعة قدم منزلة.
- ضع لوح القياس علي سطح مستوي، (منضدة ثابتة)، ثم غطي اللوح بقطعة قماش خفيف أو ورق ناعم لتجنب إيلاام الطفل أوأشعاره بالانزعاج.
- يكون القياس أكثر دقة إذا كان الطفل عارياً، لأن الملابس تجعل من الصعب الامساك بالساقين والمحافظة علي استقامتها ولكن إذا كان الطفل منزعجاً، أودرجة حرارته منخفضة يمكن ترك ملابس عليه، على أن لاتؤثر على عملية القياس.
- دائماً أخلع الأحذية والجوارب، وفك الضفائر، وقم بإزالة زينة الشعر إذا كانت تتعارض مع وضع الرأس بصورة صحيحة.
- بعد أكمال عملية القياس أعد ملابس الطفل أوغطه بسرعة حتي لايصاب بالبرد.
- استعن بمساعد: يجب أن يقف شخص أويركع خلف لوح الرأس الثابت، ثم قم بالخطوات التالية:
- ضع الطفل راقداً على ظهره على لوح القياس، ويتم اسناد الرأس وتثبيتته على لوح القياس الثابت.



- وضع مؤخرة الرأس على لوح الرأس ضاغطاً على الشعر
- قم بمسك الرأس باليدين وحركه إلى اعلى، بحيث تكون العينان تتظران إلى الأعلى مباشرة، وخط النظر عمودياً على طول لوح القياس.

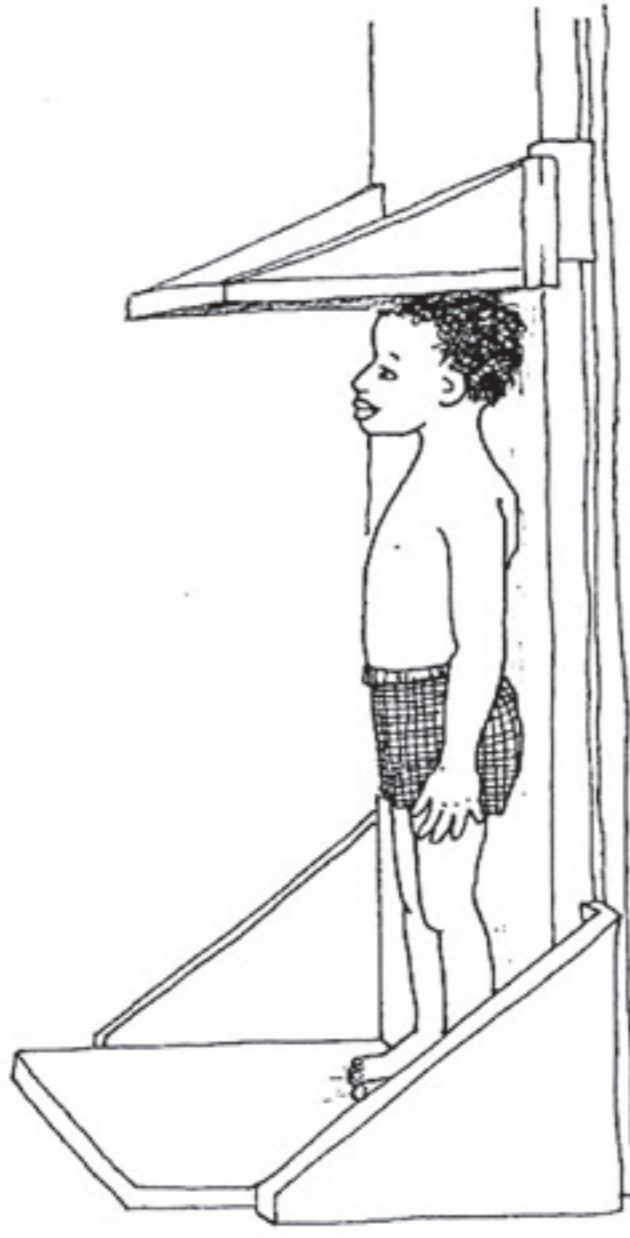
- التأكد من أن الطفل يرقد مستويا على طول خط المنتصف في لوح القياس دون أن تغير وضعه.
- بينما يقف الشخص الآخر بجانب اللوح ليقوم بالآتي:
- اسناد جذع الطفل وهو راقداً على اللوح.

- وضع إحدى اليدين على الركبتين أوالساقين، والضغط برقة وإحكام في نفس الوقت.
- العمل على وضع الركبتين في استقامة قدر الامكان مع مراعاة عدم إيذاء الطفل.
- باليد الأخرى ضع قطعة القدم بطريقة محكمة ملاصقة للقدمين، باطن القدمين يجب أن يكون مسطحا على قطعة القدم المتحركة بينما اصابع القدم متجهة إلى اعلى.
- إذا قام الطفل بثني أصابع قدمه، ومنع التصاق القطعة بباطن القدم قم بحك باطن القدم برفق وثبت قطعة القدم المتحركة حين يمد الطفل أصابعه لوضع الاستقامة.
- قس الطول إلى آخر 0.1 سم مكتمل، وسجله فوراً على (خارطة العيادة الخارجية)

## 2. قياس الطول وقوفاً:

جهاز قياس الارتفاع: (هو أي أداة يمكن استعمالها لقياس ارتفاع الطفل)

كالتالي:



• استخدم جهاز قياس ارتفاع بلوح ظهر عمودي لوح قاعدي ثابت، ولوح رأس متحرك ويجب أن يوضع على ارضية مستوية.

• اخلع حذاء الطفل وجواربه، ليكون القياس دقيقاً. كما لاتنسى ازالة زينة الشعر، وفك الضفائر إذا كانت تعوق عملية القياس.

• إستعن بمساعد يجب أن يركع شخص أوبنحني قرب قدمي الطفل ليقوم بالآتي:

1. مساعدة الطفل علي الوقوف، بحيث تكون موخرة الرأس، و الكتفين، والعجز، والعضلة الخلفية

للساق والارداق يلامسون اللوح العمودي .

2. الامسك بركبتي الطفل وكاحليه للمحافظة على إستقامة الساقين وإستواء القدمين ومنع الطفل من الوقوف على اصابع القدم.

• الاطفال الصغار قد يجدون صعوبة في الوقوف بالشكل الصحيح إذا

دعا الامر ساعد الطفل برفق على ذلك.

• يجب أن تتحني لمستوى وجه الطفل لتقوم بالآتي:

1. ضع رأس الطفل بحيث ينظر امامه مباشرة (ويكون خط النظر أفقي

على عمود شريط القياس أو اللوح).

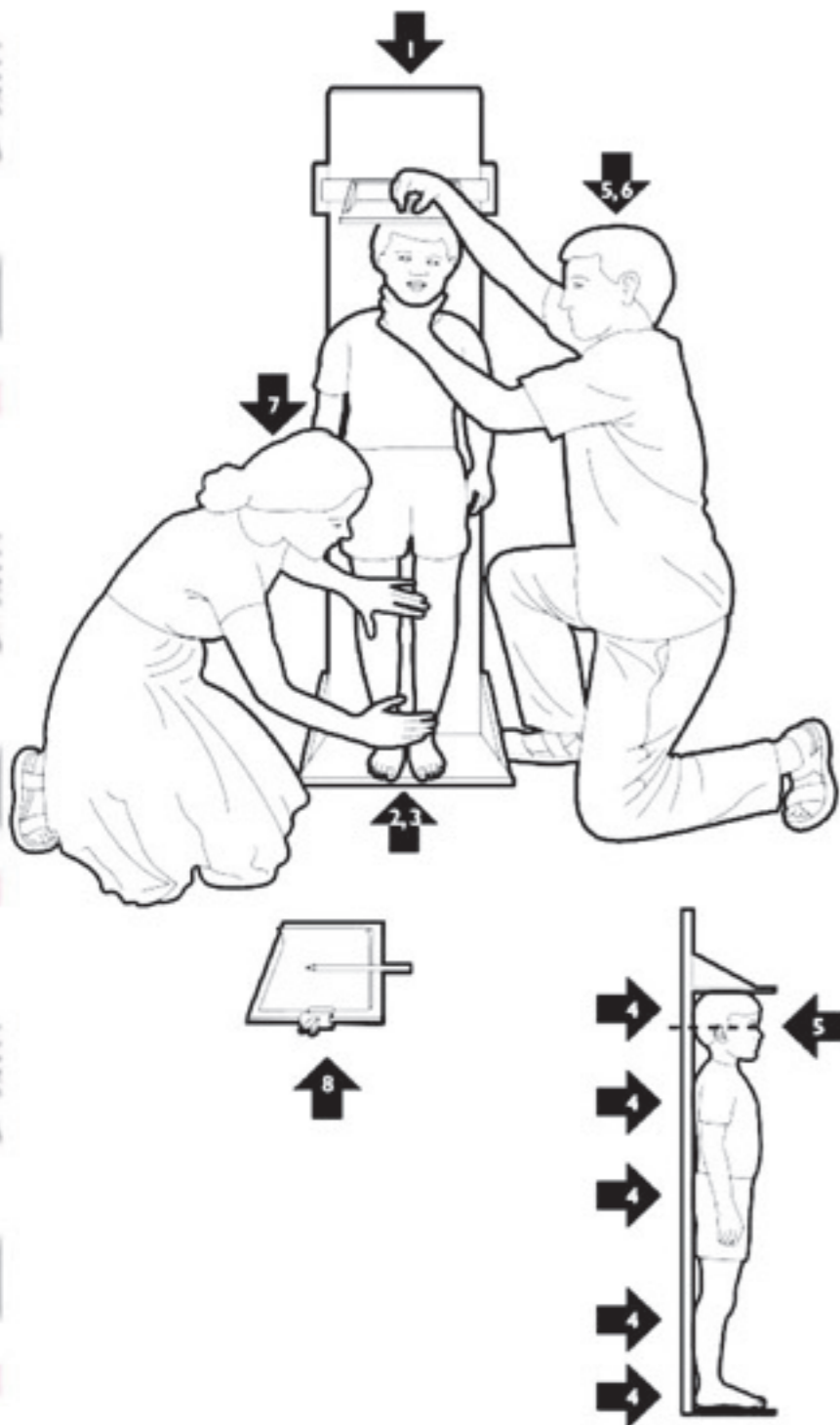
2. ضع الابهام والسبابة على ذقن الطفل من اجل إبقاء الرأس مستقيماً.

3. باليد الأخرى إسحب لوح الرأس المتحرك الى اسفل وثبته باحكام فوق

الرأس بحيث يكون ضاغط على الشعر.

4. إحسب الارتفاع حتي آخر 0.1 سم وسجله فوراً في خارطة العيادة

الخارجية.



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

## كيفية تقييس أوالتأكد من سلامة ودقة القياس في لوح القياس أو جهاز قياس الارتفاع وعدم تعرضه لخلل قد يؤثر في دقة قراءة الطول:

أولاً: خذ قضبان حديدي بحيث لا يتجاوز طوله من 50-100سم في حالة انه سيتم استخدامه في التقييم الشهري لسلامة ودقة قراءات أطوال الاطفال في لوح قياس الطول أو الارتفاع ومن 100-150سم اذا كان القضبان سيتم استخدامه في التقييم الشهري لدقة القراءات في جهاز قياس الطول أو الارتفاع المتري أو غيرها من أجهزة قياس الطول التي يمكن استخدامها في قياس طول فئات عمرية لا يمكن قياس اطوالها في لوح قياس الطول أو الارتفاع اللوحي .

ثانياً :قم بقياس طول القضبان على جهاز قياس الطول أو الارتفاع وسجل طول القضبان على شريط لاصق يوضع على القضبان أحتفظ بالقضبان كاداة للتقييم أوالتقييس الدوري لجهاز قياس الطول أو الارتفاع (يستخدم مرة كل شهر) في تقييس أو تقييم جهاز قياس الطول للتأكد من عدم تعرضه لخلل نتيجة الاستخدام المتكرر ولأي سبب آخر فلو كان الفرق 0.3 سم أو أكثر، بين طول القضيب المعروف مسبقاً، والطول المقاس يجب اعادة تغيير الجهاز، ولكن قبل ذلك استعن بشخص آخر للتأكد من قياساتك، ايضاً تأكد من الآتي :

- شريط القياس مسطح على اللوح ، غير ملتوي، في الوضع الصحيح، وبقراً
- صفر سم في نهاية لوح الرأس.
- قطعة القدم المنزلقة ثابتة على اللوح (تمايل أقل من 0.2 سم).
- قطعة القدم المنزلقة ثابتة على اللوح (تمايل أقل من 0.2 سم).
- قطعة القدم المنزلقة ثابتة على اللوح (تمايل أقل من 0.2 سم).

### بـ وزن الطفل:

#### ارشادات وزن الطفل:

1- لا توزن الطفل قبل أن تشرح الطريقة للام .

2- لا توزن الطفل أوتعريه بدون الاستعانة بالأم أو راعي المريض .

3- دع الام تخلع ملابس الطفل .

4- ضع قطعة قماش ناعمة على سطح الميزان من اجل تجنب ايذا الطفل

5- أضبط الجهاز على الصفر عند وضع القماش.

6- اقرأ الوزن عندما يكون الطفل ساكناً لا يتحرك.

7- يجب ان ينظف الميزان ويصفر قبل وزن كل طفل.

تقييس أوتقييم دقة القراءات في اجهزة قياس الوزن (الميازين):

يتم تقييس او تقييم الميزان يومياً وفي كل مرة يتم تحريكه كالتالي:

- اضبط الميزان على الصفر .
- قم بوزن 3 أجسام معروفة الوزن (مثال 5،10،15 كجم)، وسجل الأوزان الناتجة. (عبوة مليئة بالحجارة ومغلقة جيداً قد تفي بالغرض إذا كان وزنها معروفاً بدقة).
- أعد وزن هذه الأجسام وسجل وزنها مرة أخرى.
- إذا كان هنالك اختلاف بمقدار 0.01 كجم عن الوزن المعروف مسبقاً، أعد فحص وضبط الميزان أوقم باستبداله إذا دعت الضرورة.

### تد انواع الميازين:

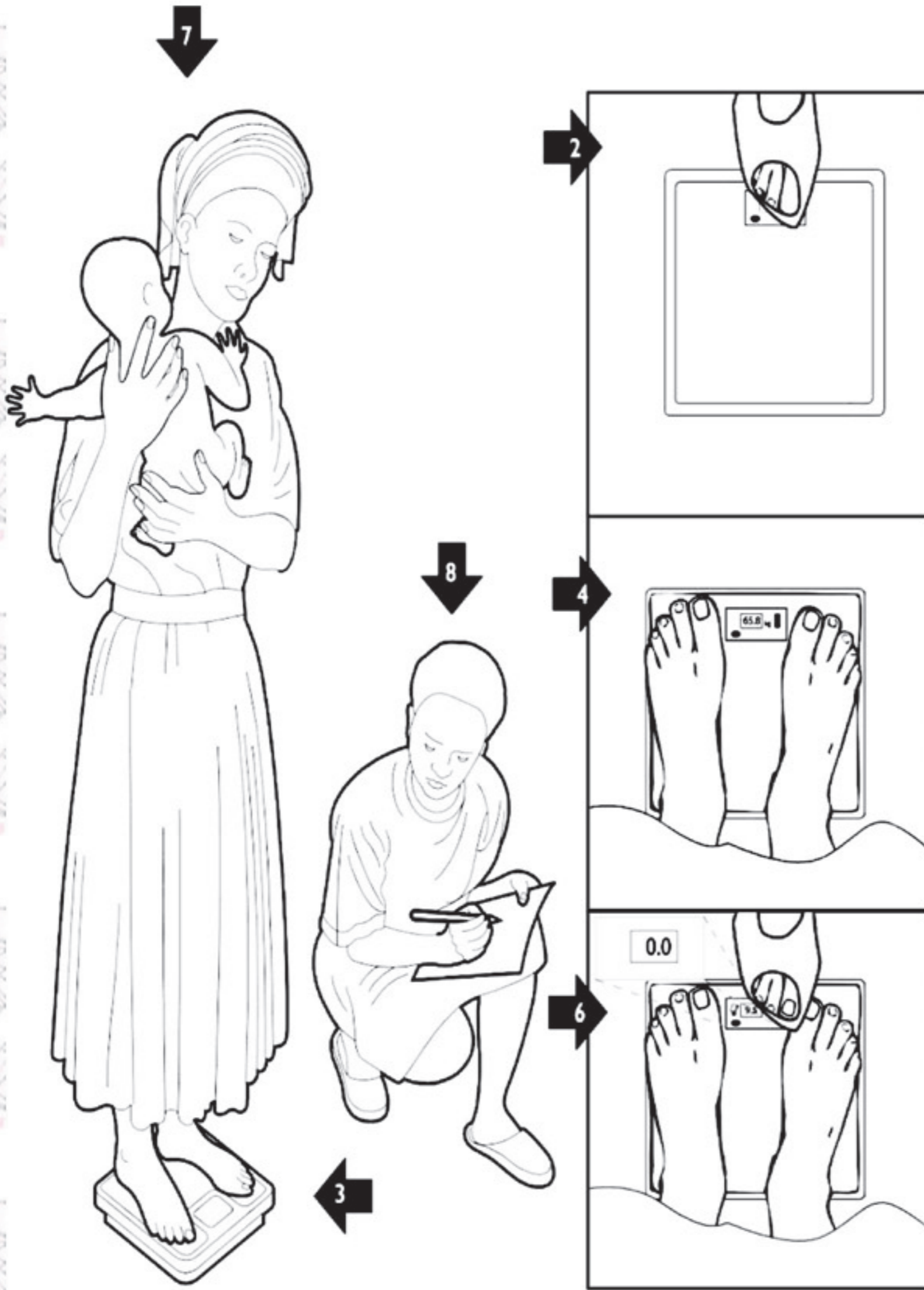
هناك أنواع كثيرة من الميازين الالكترونية التي تستخدم في قياس الوزن ولكن يجب استخدام ميازين قياس وزن الأطفال والرضع التي تتوفر فيها المعايير أو المواصفات التالية:

- صلابة ولها قابلية للتحمل.
- تحتوي على قراءات رقمية .
- تقيس الى 150 كغ .
- دقيقة في القياسات حتى 0.1 كغ (100 جم) للأطفال و 0.01 كغ (10جم) للرضع.
- فيها خاصية القياس التصفييري. (القياس التصفييري: يتميز الميزان بأنه يمكن إعادته الى الصفر حتى بوجود شخص فوقه. وهكذا تستطيع الأم الصعود على الميزان وأخذ وزنها ثم يصفر يعاد الميزان الى الصفر والأم واقفة عليه ثم يعطى الطفل للأم فيظهر وزن الطفل فقط على الشاشة) القياس التصفييري يتميز بالآتي :

• ليس من الضرورة خصم قياس الوزن للحصول على وزن الطفل ،وعليه تقل احتمالية الخطأ في القراءة.

• يظل الطفل محتفظاً بهدوئه طالما أنه في حضن أمه.

هناك الكثير من الميزان المستخدمة حديثاً، بعضها يستخدم لكافة الأعمار والبعض الآخر للأطفال ذوي الأعمار الكبيرة وغيرها يستخدم فقط للرضع.



### 1. ميزان الكتروني يعمل بالطاقة الشمسية (لجميع الأعمار)

توجد ميزان الكترونية تعمل بالطاقة الشمسية تحمل كل الميزات السابقة آنفاً على سبيل المثال (الميزان ذو القياس الواحد المستخدم من قبل UNICEF)

• احرص على التأكد من وضع الميزان على سطح مستوي، وبما أنه يعمل على الطاقة الشمسية فلا بد أن يتوفر قدر ملائم من الضوء كي يعمل.

• لتشغيل الميزان قم بتغطية لوح القراءة لثانية. وعند ظهور الرقم 0.0 سيكون الميزان جاهزاً لأخذ القياس.<sup>[2]</sup>

• تأكد من أن الأم قد قامت بخلع حذاءها.<sup>[3]</sup>

• اطلب من الأم أن تقف على منتصف الميزان مباعداً قليلاً بين قدميها وإذا وجدت علامات لأصابع القدم على سطح الميزان اطلب من الأم أن تضع أصابع قدمها عليها. وتظل ثابتة دون حراك. عليك أن تتأكد أن ثياب الأم لا تغطي لوحة القراءة.<sup>[4]</sup>

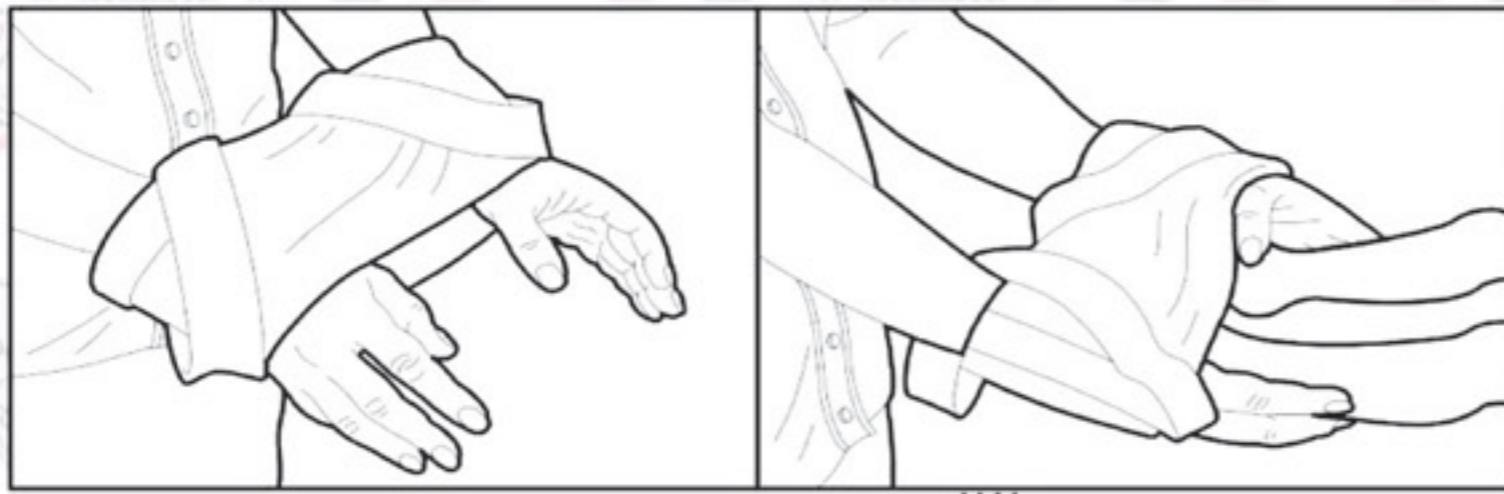
Adapted from "How to use the UNISCALE" UNICEF, 2000 and "Weighing a Child Using a Taring Scale" WHO, 2006.

- أطلب من الأم البقاء على الميزان حتى بعد ظهور قراءة الوزن إلى أن يتم أخذ وزن طفلها.
- بعد أن يظهر وزن الأم وهي لاتزال واقفة على الميزان قم بتصفير القراءة وذلك بتغطية لوحة القراءة لثانية. يتصفر الميزان عند ظهور شكل لطفل وشخص بالغ وظهور الرقم 0.0 [6]
- قم أنت أو شخص مساعد بحمل الطفل المنزوع الثياب والذي هو ملفوف بغطاء, ثم إعطي الطفل للأم برفق من امامها وليس من الجانب واطلب منها الوقوف على الميزان دون حراك. [7]
- سيظهر وزن الطفل على لوحة القياس قم بتسجيل الوزن وكن حذرا في قراءة الأرقام بالترتيب الصحيح (حتى لا تقرأ الرقم الظاهر بالمقلوب أقرأ الرقم كأنك أنت من تقف فوق الميزان) [8]

## (2) الميزان التعليقي (البنتال) (أقل من 5 سنوات)

إذا لم يكن الميزان الإلكتروني التصفيري متوفرا يستخدم الميزان التعليقي لوزن الطفل.

يجب التأكد من أن الميزان يعمل بشكل جيد يوميا من خلال اخذ وزن شيء معروف وزنه مسبقا.



لعمل ذلك صفر الميزان وقم بأخذ قياس

كتلة معروفة الوزن (مثلا 5 أو 10 كغ)

إذا لم يطابق القياس الوزن للكتلة

المعروفة بفارق من 10 جرام فأكثر يجب

تغيير زمبرك الميزان أو تغيير الميزان

**خطوات قياس الوزن بالميزان التعليقي :**

- علق الميزان بحبل متدلي من السقف

أعلى حامل مستقيم، بحيث تكون شاشة

القياس بمستوى النظر [1]

- قبل وزن الطفل اطلب من الأم أن تنزع

ملابسه كلها [2]

- قبل القيام بوزن الطفل تأكد من أن سهم

التأشير للميزان متجه للصفر مع وجود

بنتال الوزن معلقا عليه. [3]

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

- ضع الطفل في بنطال الوزن واجعل إحدى ذراعيه أمام حزام التعليق والأخرى خلف الحزام للتأكد من توازن الطفل (كي يكون الطفل موضوع بأمان).<sup>[4]</sup> ثم اجعله يتعلق بحرية، دون أن يلامس أي شيء.

- عند ثبات سهم القياس، يقوم آخذ القياس بقراءة وزن الطفل بالكيلوجرام بمحاذاة نظره لأقرب 100 جرام (مثلاً 6.4 كغ) اطلب مساعدك يعيد عليك قراءة الوزن وقم بتسجيله.<sup>[5]</sup>

### (3) ميزان التعليق (دلو) (24-6 شهر)



يجب التأكد من الميزان يوميا باستخدام وزن معروف (مثلاً 5 أو 10 كغ) إذا لم يطابق الوزن قياس الكتلة المعروفة لحدود 10 جرام فرق، يجب تغيير زنبرك التعليق أو الميزان.

#### خطوات قياس الوزن باستخدام ميزان التعليق (دلو):

1. علق الميزان بحبل متدلي من السقف أو على حامل مستقيم بحيث تكون شاشة قراءة القياس بمستوى النظر ضع قطعة قماش أو غطاء الطفل في الدلو.
2. اجعل الأم تنزع ثياب الطفل قبل وزنه.
3. تأكد من أن مؤشر القياس يتجه للصفر والدلو معلق على الميزان قبل وزن الطفل.

4. ضع الطفل في الدلو.

5. عندما يكون سهم التأشير ثابت عليك عند أخذ القياس أن تقرأ وزن الطفل بالكغ على مستوى نظرك لأقرب 100 جرام (مثال 5.2 كغ)

6. اطلب من المساعد التأكد من الوزن وقم بتسجيله.

### (4) الميزان المعلق (الأرجوحة أو الثياب) للرضع.

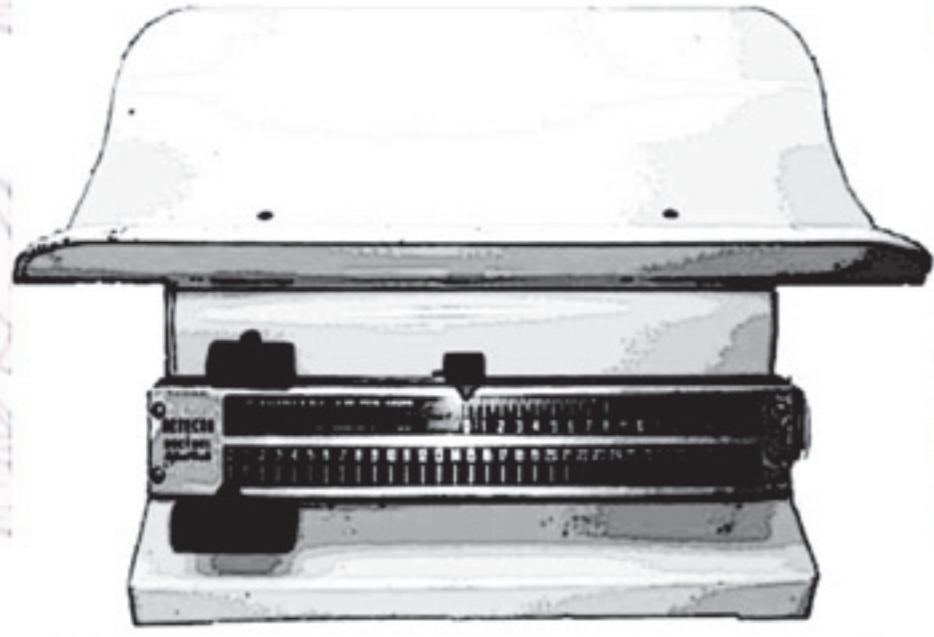
يجب التأكد من الميزان يوميا باستخدام وزن معروف (مثلاً 5 أو 10 كغ) إذا لم يطابق الوزن قياس الكتلة المعروفة لحدود 10 جرام فأكثر فرق يجب تغيير زنبرك التعليق أو الميزان.



## خطوات قياس الوس الوزن باستخدام الميزان المعلق (الأرجوحة أو الثياب) للرضع:

1. علق الميزان بحبل متدلي من السقف أعلى حامل مستقيم بحيث تكون شاشة قراءة القياس بمستوى النظر.
2. اجعل الأم تنزع ثياب الطفل قبل وزنه.
3. تأكد من أن مؤشر قياس الميزان يتجه للصفر والأرجوحة المتعلقة (أوقطة الثياب) معلقة على الميزان.
4. ضع الطفل في الأرجوحة المعلقة ثم قم بتعليقها على الميزان ودع الطفل معلقا بحرية دون أن يلامس شيء.
5. عندما يثبت سهم القياس خذ القراءة بالكيلوجرام بمستوى النظر لأقرب 100 جرام. ودع مساعدك يتأكد من القياس ثم قم بكتابته.

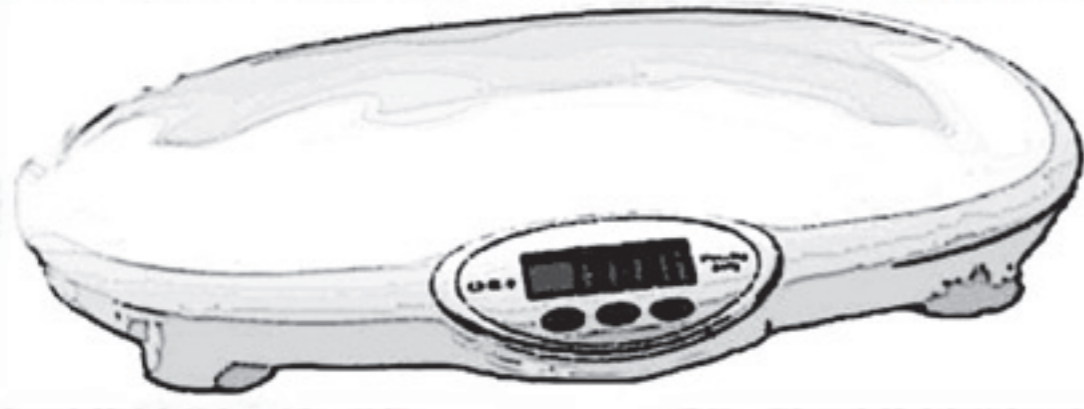
## (5) ميزان الرضع



### خطوات قياس الوزن باستخدام ميزان الرضع الحوضي:

1. قم بإزالة عائق الميزان وضع قطعة قماش أو غطاء الطفل ثم قم بتصفير الميزان. (تأكد من أن نهاية عائق الميزان لا تلامس أعلى أو أسفل الثقب الذي هو معلق به)
2. اطلب من الأم أن تنزع ثياب الرضيع وضعه على الميزان.
3. اجعل الأم تبقى قريبة من طفلها لكن دون أن تمسك به أو بالميزان.
4. قم بتحريك الأوزان المعلقة على زمبرك الميزان حتى يتوازن الزمبرك بحيث لا يلامس أعلى أو أسفل الشق المعلق به.
5. قم بقراءة وزن الطفل وتسجيله بدقة محتسبا حتى 10 جرام (مثال 2 كغ و 220 جرام)
6. اقلل الزمبرك واحمل الطفل من الميزان.
7. قم بتنظيف الميزان واعد تصفيره.





## 6) ميزان الرضع الشبيه بالمقعد

خطوات استخدام ميزان الرضيع الشبيه بالمقعد:

1. اجعل الأم تنزع ثياب الطفل وتحمله
2. ضع قطعة قماش ناعمة أو غطاء الطفل على الميزان ثم قم بتشغيله، انتظر حتى يظهر مؤشر القياس رقم (00000)
3. بعد مرور 60 ثانية من إظهار الميزان للقراءة صفر اجعل الأم تضع الطفل على الميزان مع بقائها بالقرب من الطفل دون لمسها أولمس الميزان بعد ذلك يظهر على شاشة الميزان وزن الطفل.
4. قم بقراءة الوزن وتسجيله بدقة بعد التأكد أن أداة التقييس المعروف وزنها مسبقاً لا يتجاوز الفارق 10 جرام كحد أعلى.
5. أطفئ الميزان واحمل الطفل منه وأعطيه الأم .
6. قم بتنظيف الميزان.

بعد القيام بالخطوتين (أ، ب) من الجداول القياسية قم بتحديد قيمة الوزن/الطول أو الارتفاع (درجة الانحراف المعياري) ← تحديد الهزال  
ماهي علامة قياس Z أو الانحراف المعياري؟

تحديد نقاط الانحراف المعياري وزن الطفل بالنسبة لطوله هي طريقة لمقارنة القياس، في هذه الطريقة يؤخذ الوزن بالنسبة للطول كمتوسط. المتوسطات المأخوذة حسب المركز الوطني للإحصاء الصحي ومنظمة الصحة العالمية 2006 (معايير منظمة الصحة العالمية). ضمن معايير منظمة الصحة العالمية، جميع الأطفال ذوي الأطوال أو الارتفاع الواحد يتم توزيعهم حول متوسط الوزن، بعضهم يكون وزنه أكثر وبعضهم أقل من السابقين الذين لهم نفس الطول. لكل مجموعة طولية هناك انحراف معياري وفق تقسيم منظمة الصحة العالمية.

الانحراف المعياري أرقام بالكيلوغرام مقابل كل طول. تعد نتيجة قياس Z للطفل الذي أخذ قياسه هي الانحرافات المعيارية لنتيجة قياس وزن الطفل وانحرافها عن متوسط الوزن المعياري الذي وضعته منظمة الصحة العالمية لكل مجموعة طولية. سنرى لاحقاً في الجداول الملحقة الوزن بالنسبة للطول/ الارتفاع لمعرفة درجة الانحراف المعياري (Z-Score) للأطفال بمختلف الأوزان والأطوال جدول (3) وملحق (ب).

### ❖ تحديد الهزال استناداً لمعيار الوزن بالنسبة للطول أو الارتفاع

على الرغم من أن مصطلح الطول والارتفاع يستعملان بالتبادل في هذا الدليل، إلا أنه يجب أن يفهم أن الطول يتم حسابه للأطفال أقل من 87 سم والارتفاع (الطول وقوفاً) للأطفال 87 سم أو أكثر.

لاستخدام الجدول المرجعي الملحق (ب):

• حدد طول الطفل أو ارتفاعه في منتصف الجدول. إذا كانت قيمة الطول أو الارتفاع موجودة في

الجدول القياسية أو دور القيمة إلى أعلى أو إلى أسفل بناءً على الآتي:

• قاعدة التدوير :

• الكسور 0.1 و 0.2 تحذف أو تصفر ويبقى العدد الصحيح كما هو

• الكسور من 0.3 إلى 0.7 تتحول 0.5

• الكسور 0.8 و 0.9 تحذف أو تصفر ويضاف واحد إلى العدد الصحيح

مثال: 81.2 و 81.2 ← 81 و 79.7 ← 79.5 و 65.9 ← 66

مع الأخذ بعين الاعتبار أن التدوير يتم من أجل تحديد قيمة الانحراف المعياري في الجداول القياسية وأنه يجب أن يتم تسجيل القيمة الفعلية للطول في السجلات وبطاقة المتابعة أو قاعدة البيانات.

• قد يقع وزن الطفل بين قراءتين للإنحراف المعياري. في هذه الحالة يكون الوزن أقل من القيمة

الأعلى في القراءتين تكتب أقل من (>). مثلاً إذا كانت القراءة بين -1 انحراف معياري و -2

انحراف معياري، أكتب أقل من -1 انحراف معياري، وقد يقع وزن الطفل مباشرة مقابل قيمة

الانحراف المعياري في هذه الحالة يكون الوزن يساوي قيمة الانحراف المعياري المقابل له، تكتب

= . مثلاً إذا كانت القراءة للوزن مقابل القيمة -1 انحراف معياري أكتب = -1 انحراف معياري

وهكذا عند -3 و -2 انحراف معياري.

أمثلة لقراءات الانحراف المعياري:

من خلال الجدول (3) وملحق (ب) يمكنك قراءة الانحراف المعياري كالتالي

• طفل طوله 87 سم ووزنه 10.4 كجم. قراءته -2 انحراف معياري.

• طفل طوله 88.7 سم، ووزنه 9.9 كجم. دور طوله إلى 88.5 سم - قراءته -3 انحراف معياري

تماماً.

- طفل طوله 88.8 سم, ووزنه 10.7 كجم. دور الطول إلى 89 وسجل قراءة الانحراف المعياري أقل من -2.
- طفل طول 104.2 سم ووزنه 12.9 كجم. دور طوله إلى 104 سم. وبالتالي تكون قيمة الانحراف المعياري أقل من -3. وهكذا.

### جدول (3) بين الانحراف المعياري للوزن بالنسبة للطول للأطفال أقل من خمس سنوات

نقطة Z للوزن بالكيلوجرام					الطول (وقوفاً)	نقطة Z للطول بالكيلوجرام					الطول (وقوفاً)
صفر	1-	1.5-	2-	3-	سنتيمتر	صفر	1-	1.5-	2-	3-	سنتيمتر
يقاس الطول وقوفاً لمن طولهم يساوي أو أكبر من 87 سنتيمتر											
16.5	15.2	14.6	14.0	13.0	104	12.2	11.2	10.8	10.4	9.6	87
16.7	15.4	14.7	14.2	13.1	104.5	12.3	11.3	10.9	10.5	9.7	87.5
16.8	15.5	14.9	14.3	13.2	105	12.4	11.5	11.0	10.6	9.8	88
17.0	15.6	15.0	14.4	13.3	105.5	12.5	11.6	11.1	10.7	9.9	88.5
17.2	15.8	15.1	14.5	13.4	106	12.6	11.7	11.2	10.8	10.0	89
17.3	15.9	15.3	14.7	13.5	106.5	12.8	11.8	11.3	10.9	10.1	89.5

### ❖ يمكن أيضاً تحديد الهزال استناداً لمعيار محيط منتصف العضد

يستخدم معيار محيط منتصف العضد كمؤشر (مستقل) للهزال بدون أو مع معيار الوزن بالنسبة للطول (ان وجد). وهو يستخدم بشكل خاص للأطفال من سن ستة أشهر حتى خمس سنوات

دون النتائج في سجل الفرز - قيمة محيط منتصف العضد، وقيمة الانحراف المعياري (Z - Score) وفقاً لمعايير منظمة الصحة العالمية (WHO)

جدول (4) معايير منظمة الصحة العالمية (WHO) لتصنيف سوء التغذية (الأطفال من 6 - 59 شهر) وفقاً للمقاييس والمؤشرات

التصنيف لسوء التغذية	المقاييس والمؤشرات
سوء تغذية حاد وخيم	1) الوزن/الطول أقل من -3 انحراف معياري
سوء تغذية حاد متوسط	2) الوزن/الطول أكبر من أو يساوي -3 إلى أقل من -2
سوء تغذية خفيف	3) الوزن/الطول أكبر من أو يساوي -2 إلى أقل من -1
طبيعي	4) الوزن/الطول أكبر من أو يساوي -1 إلى أقل من أو يساوي +1
سوء تغذية حاد وخيم	مقياس محيط منتصف العضد (مواك) أقل من 11.5 سم
سوء تغذية حاد متوسط	مواك أكبر من أو يساوي 11.5 سم إلى أقل من 12.5 سم
سوء تغذية خفيف	مواك أكبر من أو يساوي 12.5 سم إلى أقل من 13.5 سم

## (2) الفحوصات البدنية والبحث على علامات سريرية لسوء التغذية

أ- فحص علامات الهزال ب- فحص وجود التوذم

أ. الهزال (الشديد والمتوسط): لاحظ العلامات الظاهرة للنحافة (بالمشاهدة من الامام والخلف)

الطفل المصاب بالهزال الشديد، يكون قد فقد الدهون والعضلات، ويبدو عبارة عن جلد وعظام وقد يطلق عليه مصطلح اخر وهو (المرازمس). ومن اجل مشاهدة الهزال اخلع ملابس الطفل وقم بالتالي:

انظر من الامام - هل الاضلاع ظاهرة وواضحة المعالم؟

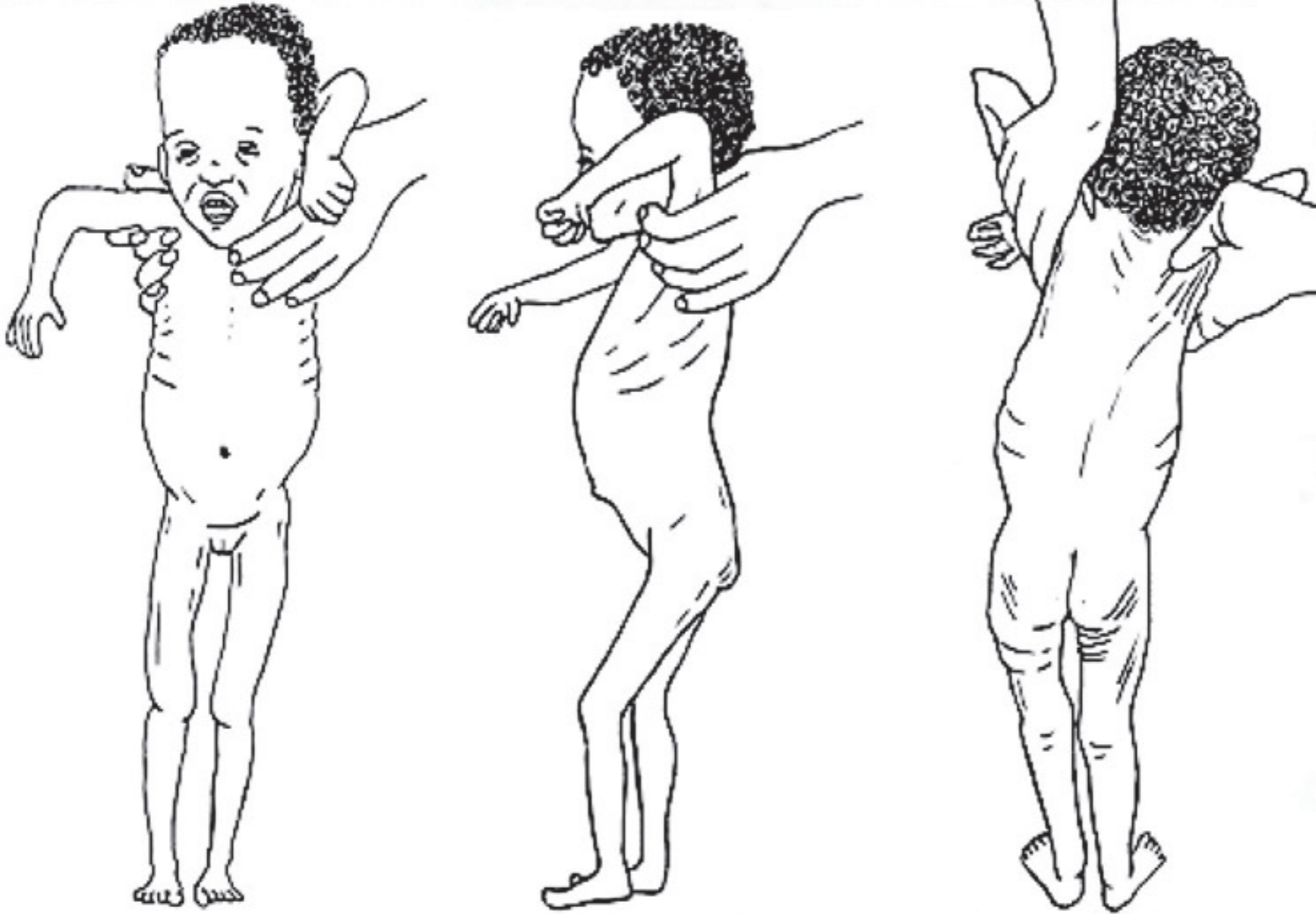
• هل يبدو الجلد أعلى الذراعين مترهلاً؟

• هل يبدو الجلد في منطقة الفخذين مترهلاً؟

ثم أنظر من الخلف:

• هل يمكن رؤية الاضلاع وعظام الكتفين بسهولة؟

• هل دهون العجز غير موجودة؟



عندما يكون الهزال وخيما نجد ثنيات في الجلد خاصة في منطقة العجز والفخذين بما أن

الطفل الهزيل قد فقد الدهن والعضلات فإنه يزن أقل من الأطفال الذين هم بنفس طوله وعليه يكون وزنه ناقصاً بالنسبة لطوله. ومحيط منتصف الذراع للطفل يكون ناقصاً أيضاً.

### بد فحص وجود التوذم في كلا القدمين (الورم):

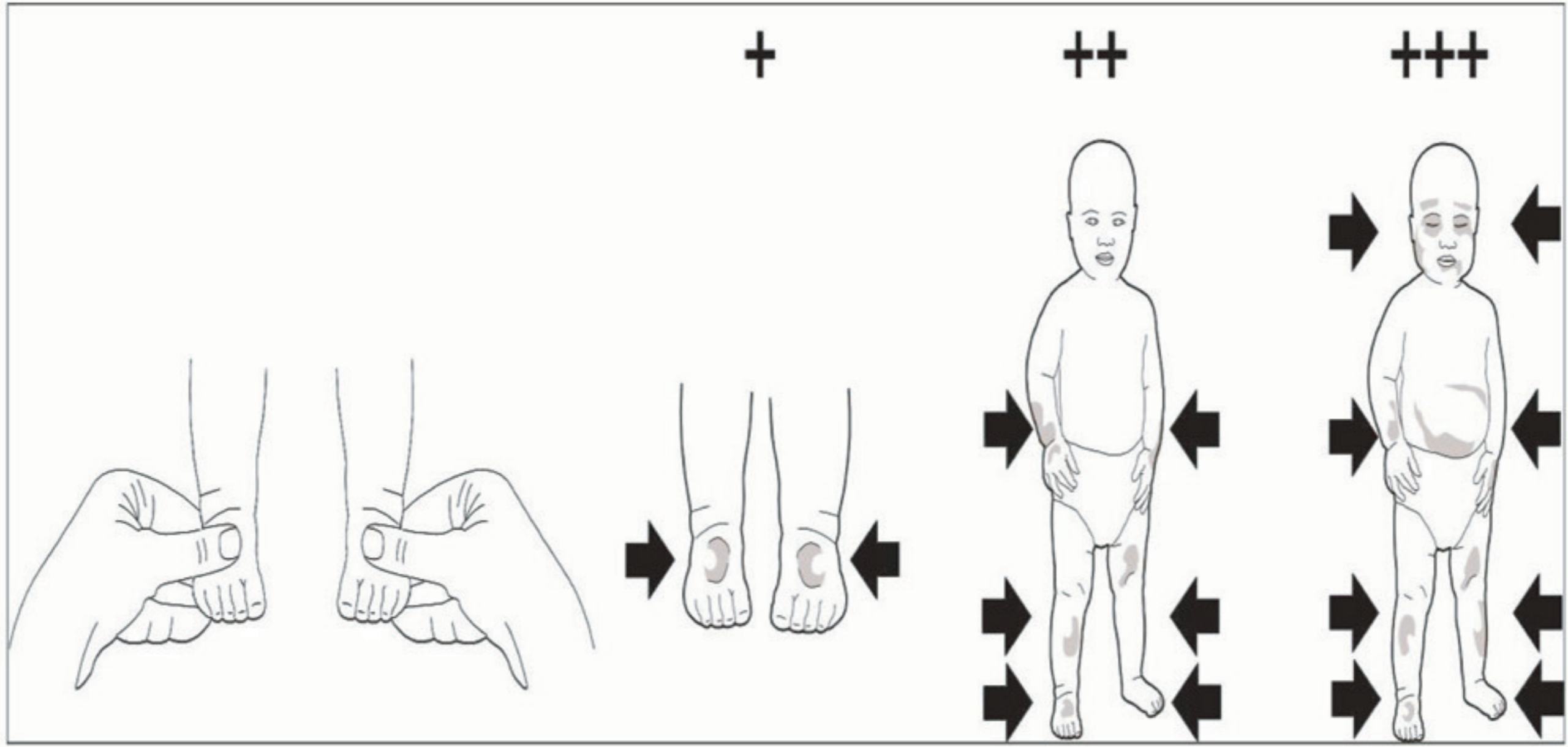
التوذم تورم ناتج عن تجمع كمية من السوائل في انسجة الطفل. ،الورم غالباً مايرى في القدمين واسفل الساقين واليدين. وفي الحالات الحادة قد تنتسنى رؤيته في أعلى الذراعين والوجه.

لتتحرى عن وجود الورم ،امسك القدم بحيث يكون باطنها على كفك وابهامك على ظهر القدم. استعمل ابهامك لتضغط برفق ولثواني قليلة على ظاهر القدم يكون لدى الطفل ورم لوترك ابهامك انخفاض عن مستوى سطح الجلد (خفجة) في قدم الطفل عندما ترفع ابهامك.

لكي يعتبر الورم علامة من علامات سوء التغذية الحاد الوخيم يجب أن تظهر في كلا القدمين ،وإذا كان التورم في قدم واحدة فقط قد يكون السبب وجود جرح أو التهاب بالقدم أوأي سبب اخروليس التوذم. يتدرج الورم في كلا القدمين كالاتي:

**ملاحظة:** التوذم من العلامات المميزة للكواشيركور وهوأحد أنواع سوء التغذية الحاد الوخيم ولكن مصطلح (كواشيركور) لن يستعمل في هذه الدورة التدريبية وسيتم استعمال مصطلح سوء التغذية الحاد الوخيم المصحوب بالتوذم.





### صور التورم في كلا القدمين

البيسط (+) الصورة (3) توضح حالة التورم البسيط لطفل درجة (+) ولكن قد يكون الطفل مصاب بالدرجة (++) أو (+++) لذلك يجب التأكد من ساقى الطفل ووجهه صورة (4).

### صورة (3) تبين التورم البسيط (+)



درجة التورم +++ في كلا القدمين وكذلك التورم في الساقين والأيدي والوجه صورة (4).

### صورة (4) تبين طفل متورم +++ وخيم



### 3) تفسير نتائج العلامات السريرية لسوء التغذية الحاد (الوخيم والمتوسط):

(1) سوء التغذية الحاد الوخيم: يوصف سريريا بثلاثة اوصاف بحسب نتائج مؤشرات التقييم لسوء

التغذية الحاد كما في الجدول (5)

❖ وجود توذم (ورم) في كلا القدمين قابل للانضغاط - فقط (بدون هزال شديد) صورة (5).

صورة (5) تيين توذم في كلا القدمين قابل للانضغاط



❖ هزال شديد (جلد على عظم) - فقط (بدون توذم) صورة (6)

صورة (6) تيين الهزال الشديد



❖ او (هزال شديد مع توذم) صورة (7).

صورة (7) تيين هزال شديد مع توذم



الطفل المصاب ب SAM (سوء التغذية الحاد (الوخيم)) وبأي وصف من اوصافه السريرية الثلاثة هو معرض بصورة عالية لخطر الموت مقارنة بسوء التغذية الحاد المتوسط.

## (2) سوء التغذية الحاد المتوسط (هزال متوسط) ويوصف سريريا بوجود هزال متوسط بدون توذم وفقا لقيم المؤشرات التغذوية في الجدول (5)

جدول (5): يبين التفسيرات المحتملة وفقا لنتائج تقييم الحالة التغذوية (الأطفال من 6-59 شهرا)

التفسير للمؤشرات التغذوية	المؤشرات المستخدمة في التقييم للحالة التغذوية		
	الوزن/الطول - انحراف معياري	مواك	توذم كلا القدمين
*-سوء تغذية حاد وخيم (هزال شديد فقط) إذا التوذم 0 وتبنت قيمة المواك و / أو الوزن/الطول أو كليهما *-سوء تغذية حاد وخيم (تورم فقط) إذا ثبت وجود تورم في كلا القدمين ولم يثبت ايا من المعيارين الآخرين * -سوء تغذية حاد وخيم (هزال+تورم) إذا ثبت وجود تورم في كلا القدمين وثبتت قيمة المواك أو الوزن /للطول أو كليهما	أقل من - 3 أو /	أقل من 11.5 أو /	++ ، + ، +++
سوء تغذية حاد متوسط إذا ثبت احد المعيارين أو كليهما والتوذم (0) سوء تغذية خفيف	أقل من 2 أو / و-3 الى أقل أويساوي - 2	أقل من 12.5 أو /	لا يوجد
	أقل من - 1	أقل من 13.5 سم	لا يوجد

## (4) مؤشرات مرافقة لسوء التغذية أو معبرة عن زيادة حدة المشكلة

### • فقد الشهية

- تعمل سوء التغذية على تغيير الطريقة التي تعبر من خلالها العدوى والأمراض الأخرى عن نفسها.  
أن الأطفال المصابين بشكل وخيم بأمراض الطفولة التقليدية ولديهم سوء تغذية نجدهم لا يبدون في العادة أعراض تلك الأمراض. على أي حال فإن المضاعفات الكبيرة هي التي تؤدي الى فقدان الشهية.

- حتى لو كان تعريف وتحديد الشخص الذي يعاني من سوء التغذية الحاد الوخيم يتم من خلال القياسات الأنثروبومترية، إلا أنه ليس هناك ارتباط تام بين سوء التغذية الأنثروبومتري وسوء التغذية الأيضي، فالذي يسبب الوفاة بشكل رئيسي هو سوء التغذية الأيضي وأن العلامة الوحيدة لسوء التغذية الأيضي الوخيم في الغالب هي نقص الشهية.



- فقد الشهية يعني أن الطفل لديه عدوى رئيضية أو خلل أيضي رئيسي مثل اختلال وظيفة الكبد أو اختلال اتزان الألكتروليتات أو تضرر الغشاء الخلوي أو تضرر المسارات الكيموحيوية. هؤلاء هم المرضى المعرضين لخطر الوفاة. علاوة على ذلك فإن الطفل ذو الشهية المتدنية لن يتناول الغذاء العلاجي المخصص في البيت وسيستمر في التدهور أو يموت.

- أن المعيار الأكبر في الوقت الراهن لاتخاذ قرار فيما إذا كان المريض سيرسل للمعالجة في القسم الداخلي أو العيادة الخارجية هو اختبار الشهية. عند الفشل سيرسل للقسم الداخلي وعند النجاح سيتم معالجته في العيادة الخارجية

- **اختبار الشهية:** يتم إجراء اختبار للشهية عند دخول الطفل ويكرر عند كل زيارة أو متابعة في المرفق الصحي. يكون الطفل قد تجاوز اختبار الشهية إذا تناول الكمية المناسبة من الأغذية المعالجة الجاهزة للاستخدام RUTF ضمن بيئة ملائمة خلال نصف ساعة.

### كيف يتم عمل اختبار الشهية؟

- إجراء اختبار الشهية في منطقة مريحة ومنفصلة عن مكان الأعمال اليومية ويمكن عمل الاختبار للأطفال معا في مجموعات.

- قدم تفسيراً للأم (أو راعي المريض) عن الغرض من عمل اختبار الشهية والخطوط العريضة للإجراءات المتبعة لذلك.

- أنصح الأم بالتالي:

○ غسل اليدين قبل إعطاء وجبة الـ RUTF.

○ تسمح الأم لطفلها بأن يقوم باللعب بمغلف الغذاء الجاهز ويتكيف مع البيئة المحيطة به.

○ أن تضع الطفل في حضنها ويمكنها أن تطعمه من المغلف أو أن تضع كمية صغيرة منه

بعد أن تغسل يدها على اصبعها وتعطيه وجبة الـ RUTF بلطف.

○ تشجيع الطفل على تناول الوجبة بلطف بدون استخدام القوة.

○ أن تقدم للطفل ماء نظيف في كوب للشرب أثناء تناول الوجبة.

- مراقبة الطفل لمدة 30 دقيقة بعد ذلك من قبل العامل الصحي لمعرفة ما إذا الطفل قد اجتاز أو فشل في اختبار الشهية وفقاً للمعايير الموضحة في جدول (6) عند القبول .

### جدول (6) معايير اجتياز اختبار الشهية / عدم اجتيازه

اجتياز اختبار الشهية	عدم تجاوز اختبار الشهية (فشل)
- وزن الطفل أقل أو يساوي 10 كغ وتناول على الأقل ثلث عبوة الغذاء المعالج الجاهز للاستخدام (92 جرام) أو ثلاثة ملاعق صغيرة من الوعاء	- وزن الطفل أقل أو 10 كغ ولم يتناول ثلث كمية الغذاء المعالج الجاهز للاستخدام (92 جرام) أو ثلاثة ملاعق صغيرة
- وزن الطفل أكثر من 10 كغ وتناول على الأقل نصف عبوة الغذاء المعالج الجاهز للاستخدام (92 جرام) أو 6 ملاعق صغيرة من الوعاء	- وزن الطفل أكثر من 10 كغ ولم يتناول نصف كمية الغذاء المعالج (92 جرام) أو 6 ملاعق صغيرة من الوعاء
خلال 30 دقيقة	خلال 30 دقيقة

### إجراءات اختبار الشهية:

- اختبار الشهية يجب أن يتم عند كل زيارة للعيادة الخارجية وفقاً لجدول اختبار الشهية ملحق (د)
- فشل اختبار الشهية في أي وقت هو إشارة لضرورة عمل تقييم كامل ونقل محتمل للتقييم والعلاج في القسم الداخلي.

- إذا كانت الشهية "جيدة" خلال اختبار الشهية وكان معدل كسب الوزن في المنزل سيئاً فإنه يجب (ان أمكن) تنظيم زيارة منزلية أو إعادة مراقبة تناول الطفل للغذاء العلاجي في المنزل من قبل العاملين الصحيين للتفريق بين ما إذا كان تدني كسب الوزن بسبب مشكلة أيضية لدى المريض أو مشاكل أو صعوبات في البيئة المنزلية. مثل هكذا ملاحظة تشكل أيضاً الخطوة الأولى في العادة للتقصي عن فشل الاستجابة للعلاج.

## • البحث عن المضاعفات الطبية (في وجود سوء التغذية الحاد):

الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد مع وجود مضاعفات طبية يكونوا أكثر عرضة لخطر الوفاة، لذلك يجب تحديد المضاعفات الطبية فوراً والعمل على علاجها ضمن رعاية طبية تقدم للمرضى داخلياً، حيث يتواجد أخصائي ممرض لأن علاج مثل هذه الحالات يختلف عن المعالجة الطبية التقليدية. هذه المضاعفات والتي تتطلب تدخلاً فورياً ومراقبة شديدة عند المرضى الموقدين هي:

- فقدان الشهية.

- تقيؤ متواصل.

- تشنجات.

- إعياء شديد وخمول أو لا مبالة.

- فقدان الوعي، صدمة.

- انخفاض سكر الدم.

- ارتفاع درجة الحرارة (أكثر من 38 درجة مئوية 'الأبط'، أكثر من 38.5 درجة مئوية 'الشرح').

- انخفاض درجة الحرارة (أقل من 35 درجة مئوية 'الابط'، أقل من 35.5 درجة مئوية 'الشرح').

- جفاف.

- اسهال مستمر لأكثر من أسبوعين (Persistant Diarrhea).

- التهاب رئوي: يشكو الطفل من سعال مع صعوبة في التنفس وسرعة في التنفس.

○ إذا كان عمر الطفل 2-12 شهر: 50 مره في الدقيقة أو أكثر .

○ إذا كان الطفل 12-59 شهر: 40 مره في الدقيقة أو أكثر.

○ أو انسحاب الصدر للداخل.

- شحوب شديد (انيميا وخيمة).

- علامات نقص فيتامين أ في العين.

- تقرحات جلدية (تشققات).

### علامات العين صورة (8):

### صورة (8) نقص فيتامين (أ)



الأطفال المصابون بسوء التغذية الحاد قد توجد عندهم علامات التهاب بالعين و/أو نقص فيتامين (أ)

- نقاط بيتوت: نقاط سطحية بيضاء رغوية في الملتحمة (الجزء

الأبيض من العين في الناحية الخارجية) وتكون مصاحبة لنقص

فيتامين (أ).

- الصديد والاحمرار: علامات التهاب العين.

- تعقيم القرنية: وفيه تظهر القرنية (الجزء الشفاف الذي يغطي القرنية والحدقة المستديرة) معتمة وهي علامة من علامات نقص فيتامين (أ).

- تقرح القرنية: وفيه تحدث قروح على سطح القرنية، ويعد علامة خطيرة من علامات نقص فيتامين (أ)، إذا لم تتم معالجته فان العدسة قد تدفع إلى الخارج مسببة العمى. تقرح القرنية يحتاج إلى معالجة سريعة بفيتامين (أ) والأترابين (لحمل العين علي الاسترخاء).

علاج علامات العين يتم في القسم الداخلي وفقا لوحدات معالجة سوء التغذية الحاد الوخيم في القسم الداخلي (الوحدة رقم 3).

### العلامات الجلدية:

تغير يصيب الجلد في حالة سوء التغذية الحاد الوخيم. يرى في الاطفال الذين يعانون من التوذم أكثر من الذين يعانون من الهزال ،ومن الممكن أن تحدث تقرحات حول الشرج، ومنطقة التقاء الفخذين بالبطن، والاطراف، وخلف الاذنين والابطين. كما يمكن أن تظهر جروح لينة ،وقد يظهر طفح جلدي في مناطق

العجز ومنطقة الحفاظ. أي خلل او جرح في الجلد قد يؤدي الى دخول البكتريا الخطيرة الى داخل الجسم وعندما يكون الجلد مبتلا وبه جروح وخدوش يزيد احتمال الخطورة يتدرج تقترح الجلد جدول (7).

### جدول (7) يبين تدرج تقرحات الجلد

الدرجة	التعريف
صفر	لا يوجد تغير في الجلد
+ بسيطة :	تغير في لون الجلد (فاتح أو غامق بطريقة غير معتادة) أو جفاف في أجزاء بسيطة.
++ متوسطة:	أجزاء متعددة في الذراعين أو الساقين
+++ شديدة:	تسلخ الجلد وجود تشققات

يتم تقييم الحالة التغذوية للأطفال من 6 - 59 شهر من قبل العامل الصحي في المرفق الصحي أو مركز

التغذية العلاجية في العيادات الخارجية و تجرى لهم القياسات الجسمانية الأخرى (الى جانب فحص

التوزم وقياس محيط منتصف العضد) و التأكد من نجاح أو فشل اختبار الشهية والبحث عن مضاعفات

لاتخاذ قرار بقاء الأطفال في العيادات الخارجية سوء تغذية حاد (بدون مضاعفات) أو تحويلهم الى

الأقسام الداخلية سوء تغذية حاد (مع المضاعفات) أو إحالتهم لتلقي خدمات طبية أخرى ملحق (أ). وفقا

لنتائج التسجيل في جدول الفرز جدول (8) و (9).



## جدول (9) سجل الفرز والاحالة لحالات سوء التغذية

سجل الفرز والاحالة لحالات سوء التغذية بالمرافق الصحية

ملاحظات	الإجراء المتخذ		التقييم للحالة التغذوية		القياسات الانثروبومترية والفحوصات الاكلينيكية		مصدر الحالة			الجنس		الطفل اسم	تاريخ الفرز	م		
	إحالة إلى	قبول في otp	مضمونة تغذوية	اختبار الشهية	متوسط تغذية سوء	وخيم تغذية سوء	مضاعفات وجود	التغذية	MUAC	Zscore	الطول				الوزن	مضاعفات وجود
	طب		مضاعفات سوء	اختبار الشهية	مضاعفات سوء	مضاعفات سوء	مضاعفات وجود	التغذية	MUAC	Zscore	الطول	الوزن	مضاعفات وجود	مضاعفات وجود	مضاعفات وجود	1
			مضاعفات سوء	اختبار الشهية	مضاعفات سوء	مضاعفات سوء	مضاعفات وجود	التغذية					مضاعفات وجود	مضاعفات وجود	مضاعفات وجود	2
			مضاعفات سوء	اختبار الشهية	مضاعفات سوء	مضاعفات سوء	مضاعفات وجود	التغذية					مضاعفات وجود	مضاعفات وجود	مضاعفات وجود	3
			مضاعفات سوء	اختبار الشهية	مضاعفات سوء	مضاعفات سوء	مضاعفات وجود	التغذية					مضاعفات وجود	مضاعفات وجود	مضاعفات وجود	4
			مضاعفات سوء	اختبار الشهية	مضاعفات سوء	مضاعفات سوء	مضاعفات وجود	التغذية					مضاعفات وجود	مضاعفات وجود	مضاعفات وجود	5
			مضاعفات سوء	اختبار الشهية	مضاعفات سوء	مضاعفات سوء	مضاعفات وجود	التغذية					مضاعفات وجود	مضاعفات وجود	مضاعفات وجود	6
			مضاعفات سوء	اختبار الشهية	مضاعفات سوء	مضاعفات سوء	مضاعفات وجود	التغذية					مضاعفات وجود	مضاعفات وجود	مضاعفات وجود	7
			مضاعفات سوء	اختبار الشهية	مضاعفات سوء	مضاعفات سوء	مضاعفات وجود	التغذية					مضاعفات وجود	مضاعفات وجود	مضاعفات وجود	8
			مضاعفات سوء	اختبار الشهية	مضاعفات سوء	مضاعفات سوء	مضاعفات وجود	التغذية					مضاعفات وجود	مضاعفات وجود	مضاعفات وجود	9

## الإجراءات الرئيسية للدخول أو القبول في البرنامج

1- رحب بالأم/أو راعي الطفل وقدم الرعاية الأساسية كما يلي:

- ✍ ابدأ أولاً بحصر وفحص الأطفال ذوي الحالات الحرجة من خلال المشاهدة
- ✍ قدم محلول سكري بتركيز 10% لجميع الأطفال بانتظار الفرز أو الكشف لتفادي نقص السكر بالدم.
- ✍ اعطاء الأولوية في تلقى الرعاية العاجلة بعد عمليات الفرز للحالات الحرجة التي تحتاج الإحالة إلى الرعاية الداخلية.

### نقص السكر بالدم

يمكن ان يتعرض الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد للإصابة بنقص السكر بالدم (الهيوجلايسيميا) يجب ان يعطى الأطفال الذين قطعوا مسافات طويلة أو انتظروا ساعات طويلة للحصول على العناية الطبية محلول ماء السكر فور وصولهم (حوالى 10% من محلول السكر أي 10 جرام سكر لكل 100 مل من الماء) .

الأطفال المعرضين لخطر نقص السكر بالدم أو الصدمة يجب إعطاءهم كذلك ماء السكر اذا كان لديهم أو لم يكن لديهم مستوى منخفض من سكر الدم .  
الطفل الذى تتناول الغذاء خلال النهار سوف لن يصاب بنقص السكر فى الليل ولن يحتاج إيقاظه فى الليل لتناول الغذاء واذا لم يوجد غذاء خلال النهار فعلى الأم إعطاء طفلها وجبة واحدة على الأقل خلال الليل.

### تشخيص نقص السكر بالدم

لا توجد فى الغالب علامات سريرية لمريض نقص السكر بالدم، والعلامة الوحيدة التى تظهر فى مرض سوء التغذية هى ارتداد جفن العيون، فاذا نام الطفل تكون عيناه مفتوحتان قليلا افترض وجود نقص السكر.

### علاج نقص السكر بالدم

- اذا نام الطفل وعيناه مفتوحتان قليلا فيجب إيقاظه وإعطاءه محلول السكر والماء ليشربه.



## كيفية إعداد الماء المسكر

جدول (8) تحضير الماء المسكر بتركيز 10% تستخدم المقادير في الجدول التالي

كمية السكر	كمية الماء	بالتحضير
		بالتحضير
بالجرام	بالملاعق الشاي	
10 جم	2 ملاعق شاي	100 مل
20 جم	4 ملاعق شاي	200 مل
50 جم	10 ملاعق شاي	500 مل
75 جم	15 ملعقة شاي	750 مل
100 جم	20 ملعقة شاي	1 لتر

الماء المسكر هو محلول سكري تركيزه 10% تقريبا. 10 جم من السكر لكل 100 مل من الماء. تستخدم مياه الشرب النظيفة (دافئة قليلا إن أمكن من أجل تسريع الذوبان).

### وفقا لنتائج تقييم الحالة التغذوية للطفل ومقارنتها مع معايير القبول في كل مرحلة:

أولاً: حدد من سجل الفرز المقبولين للرعاية العاجلة في القسم الداخلي المرحلة الأولى ± المرحلة الانتقالية (الذين ينطبق عليهم معيار سوء التغذية الحاد الوخيم مع مضاعفات طبية حادة أو / و فاقدين للشهية).

#### أ. المحالين مباشرة الى القسم الداخلي:

- 1) اعطائهم المحلول السكري بتركيز 10% (كما سبق شرحه).
- 2) تعبئة استمارة الاحالة واحالتهم مباشرة الى القسم الداخلي .
- 4) تعامل مع انخفاض الحرارة بالاجراءات او النصائح الممكنة, اذا كان الطفل المحال يعاني من انخفاض في الحرارة.

#### انخفاض درجة الحرارة

المرضى المصابين بسوء التغذية الحاد معرضون للإصابة بانخفاض درجة حرارة الجسم ( وتكون درجة حرارة المستقيم أقل من 35.5 درجة مئوية أو درجة الحرارة تحت الابط أقل من 35 درجة مئوية

## تشخيص انخفاض درجة الحرارة:

تأكد من أن درجة حرارة الغرفة ( 28 - 30 درجة مئوية)

تأكد أن الطفل المريض ينام مع حاضنته (امه).

تأكد من أن درجة حرارة المستقيم  $> 35.5$  درجة مئوية ودرجة حرارة الابط  $> 35$  درجة مئوية.

### المعالجة أو النصائح الممكنة في العيادة الخارجية قبل إحالة الطفل الى القسم الداخلي:

☑ مدى الحرارة المحايدة للبيئة المحيطة بالطفل لأطفال سوء التغذية يتراوح بين 28-32 درجة مئوية وهذا غالبا ما يكون دافئا بدرجة غير مريحة للكادر وراعي المريض وقد يغيروا درجة حرارة الغرفة لتناسبهم .

☑ عادة يتم فقد معظم الحرارة عبر الرأس، لذلك يجب ان يغطي رأس الطفل المصاب بسوء التغذية الحاد كما يجب إقفال الأبواب والنوافذ اثناء الليل.

☑ يجب الحذر من إعطاء "حمام" لطفل مريض بسوء التغذية عند الدخول للقسم الداخلي بل يجب اخذ الحمام بعد استقرار حالته، وفي اكثر الأوقات باستعمال الماء الدافئ ويجب تجفيف المريض بسرعة وبرفق بعد الحمام.

☑ يجب أن ينام أطفال سوء التغذية الحاد بالقرب من راعي المريض .

☑ استعمل (أسلوب الكنغر) بوضع الطفل عاريا على الجسم العاري للأُم (ملتصق بالأُم) ووضع غطاء على رأس الطفل ولف الطفل والأُم مع بعضهما وتعطي مشروبات ساخنة للأُم ليصبح جسمها دافئا (ماء عادي - شاي أو اي مشروب ساخن)

☑ ارصد حرارة الجسم خلال إعادة التدفئة .

### يجب التعامل مع مريض سوءالتغذية الحاد المصاب بالإسهال والجفاف كالتالي:

(1) يكون أطفال سوء التغذية الحاد مصابون بالإسهال عامة ولكن يجب عدم اعطاءهم محلول الإرواء الفموي والمحاليل الملحية الوريدية .

(2) يحول الطفل المصاب بسوء التغذية الحاد مع جفاف شديد- مشخص على اساس وجود إسهال مائي

غزير وتغير حديث بمظهر الطفل- الى الأقسام الداخلية لتلقي محلول التروية ريزومال (محلول التروية لأطفال سوء التغذية: صوديوم أقل و بوتاسيم أكثر) بدل محلول التروية المستخدم للأطفال الغير مصابين بسوء التغذية و بكميات مقررة سلفا.

3) اعطاء محلول الإرواء الفموي (ORS) المستخدم للأطفال الغير مصابين بسوء تغذية) للأطفال الذين يعانون من الهزال سيؤدي الى تحفيز زيادة كميات الصوديوم ويعزز حدوث التوذم في كلا القدمين مما قد يؤدي الى الوفاة.

4) يجب الأعتناء عناية خاصة بالأطفال العائدين من المعالجة الداخلية لضمان عودتهم للمعالجة الخارجية واستمرار العلاج.

**ملاحظة: الأطفال المصابين بسوء تغذية حاد متوسط مع مشاكل طبية اخرى يتم احوالهم للعلاج في القسم الداخلي.**

### ثانيا: المقبولين مباشرة في رعاية العيادة الخارجية المرحلة الثانية (أ) SAM أو (ب) MAM.

1) حدد من سجل الفرز المقبولين للمعالجة في العيادة الخارجية (OTP) المرحلة الثانية (أ) حاد وخيم بدون مضاعفات وشهية جيدة أو المرحلة الثانية (ب) سوء تغذية حاد متوسط بدون مضاعفات

2) حدد فئات الدخول بحسب المرحلة أ أو ب كما في المخطط (2) ملخص معايير القبول في هذا الدليل سيكون التركيز على الاجراءات في العيادة الخارجية للمرحلتين (أ) و (ب)

3) سجل كل البيانات الخاصة بالقياسات الجسمانية والفحوصات البدنية واختبار الشهية والعلاجات التي ستعطى وكميات التغذية العلاجية ونوع القبول في خارطة العيادة الخارجية سام او مام (استمارة متابعة الطفل خلال المعالجة (ملحق ب)

4) حدد وسجل الوزن المستهدف للخروج من جداول الانحراف المعياري (ملحق أ)

الوزن المستهدف للخروج من سوء التغذية الحاد الوخيم هو الوزن المتوقع أن يصل اليه الطفل بعد معالجة سوء التغذية الحاد الوخيم تحت قيمة الانحراف المعياري (-3) اذا توفر برنامج المعالجة MAM، مالم فيتم التخريج شفاء عند وزن مستهدف -1 انحراف معياري في برنامج SAM المرحلة (أ).

5) سجل أسم الطفل وعنوانه ورقم سام وسبب القبول الرئيسي وسجل المقاسات ببطاقة المتابعة .

6) أنقل بيانات القبول من بطاقة المتابعة الى سجل قيد المقبولين في العيادة الخارجية sam/mam بحسب البنود المطلوبه في السجل .

7) تابع وقيم اسبوعيا الحالات المسجلة في استمارات المتابعة وفقا لمعايير المتابعة والتقييم (تخريج او نقل) وسجل نتائج المتابعة والتقييم بحسب الرمز لكل فئة من الفئات التالية: (شفاء - أو تخلف - أو غياب - أو غير مستجيب - أو منقول الى - أو مستمر بالمعالجة) في المربع المخصص لذلك في استمارة المتابعة.

قم بتسجيل البيانات لكل الفئات المذكورة- (عدا فئتي الغياب لفترة أقل من اسبوعين والمستمرين بالمعالجة) - التي وصلت اليها الحالة عند التخريج لكل طفل وبحسب الفئة التي وصل اليها في سجل المقبولين (بيانات الخروج).

8) بالنسبة للفئات التي تنطبق عليها معايير النقل خلال المعالجة قم بتعبئة استمارة النقل لكل طفل وبحسب البنود المطلوبة في استمارة النقل (ملحق ج) **اجراءات المعالجة لمرضى (سوء التغذية الحاد الوخيم):**

▶ قدم العلاج الروتيني وقرر ما اذا كانت هناك حاجة لعلاج أي حالات صحية اخرى بالنسبه للمضاعفات البسيطة.

**الأدوية الموصوفة (الروتينية) في رعاية العيادة الخارجية تشمل التالي:**  
- فيتامين (أ)

يعطى فيتامين (أ) بحسب الجدول (10) لكل خلال الزيارة الرابعة للعيادة الخارجية.

▶ إذا كان مريض سوء التغذية الحاد الوخيم مقبول في وحدة المعالجة التغذوية في القسم الداخلي، فإن إعطاء فيتامين (أ) يؤجل حتى الأسبوع الرابع في العيادة الخارجية أو عند التخريج .

**ملاحظة:** بالنسبة للحالات التي لديها علامات نقص فيتامين (أ) بالعين تعطى الفيتامين بحسب نظام المعالجة في الوحدة الثالثة من دلائل المعالجة للمرضى المرقدين في القسم الداخلي.

## جدول (10): المعالجة النظامية بفيتامين (أ)

العمر	فيتامين (أ) بالوحدات الدولية المعطى فمويا في اليوم الأول
6 إلى 11 شهر	كبسولة زرقاء واحدة (100000 وحدة دولية = 30000 ميكروجرام)
12 شهر فأكثر	كبسولتين زرقاء اللون أو واحدة حمراء (200000 وحدة دولية = 60000 ميكروجرام)

### حمض الفوليك

هناك الكفاية من حمض الفوليك في أغذية المعالجة الجاهزة للاستخدام لمعالجة عوز الفولات المعتدل و لكن تعطى جرعة واحدة للجميع من حمض الفوليك (5 مليجرامات) في يوم القبول.

### المضاد الحيوي

المضاد الحيوي يجب أن يعطى لكل طفل مصاب بسوء تغذية حاد وخيم، حتى وإن لم يبدو عليه علامات سريرية لعدوى جهازية. فبالرغم من غياب العلامات السريرية، فإن الجميع تقريباً مصاب بالعدوى، خصوصاً إذا تطلبوا المعالجة في المرحلة الأولى (شهية سيئة) - هذه العدوى تعالج "على العمياني".

يعطى الأموكسيسيلين بحسب الجدول (11):

### جدول (11): كيفية إعطاء جرعات الأموكسيسيلين

مدى الوزن	الأموكسيسيلين (50 - 100 ملجم/كجم/يوم) يعطى مرتين في اليوم
كيلوجرام	كبسولة/ قرص
أقل من 5 كيلوجرام	بالمليجرامات
	2 × 125 مليجرام
5 - 10	2 × 250 مليجرام
10 - 20	2 × 500 مليجرام
20 - 35	2 × 750 مليجرام
أكثر من 35	2 × 1000 مليجرام
	كبسولات

يعطى المضاد الحيوي لسبعة أيام في المفضل. يفضل المضاد الحيوي في صورة المشروب في العيادة الخارجية. إن لم يكن المشروب متوفراً فيجب استخدام الأقراص التي يجب أن تقسم بالقص من قبل العاملين قبل إعطائها لراعي الطفل (للأطفال أقل من 5 كيلوجرامات).

## معالجة الملاريا

يتم العودة إلى الدليل الوطني لمعالجة الملاريا (باستخدام الأرتيسونات/الأموديوكوين).

## التطعيم ضد الحصبة

التغطية العالية للتطعيم ضد الحصبة في اليمن تم تحقيقه من خلال أنشطة التحصين الروتينية والحملات الإيصالية وبالتالي فإنه في معظم المناطق لن يعطى لقاح الحصبة بشكل روتيني عند القبول.

بالنسبة للأطفال المصابين بسوء التغذية القادمين من مناطق لم تتحقق فيها التغطية العالية للتطعيم ضد الحصبة أو عندما يكون هناك وباء الحصبة أو خطر قبول مرضى حاملين للحصبة أو في حالة انخفاض التغطية للتطعيم ضد الحصبة فإنه يجب في العيادات الخارجية التطعيم ضد الحصبة لكل الأطفال من سن 9 أشهر الذين ليس لديهم بطاقة تطعيم وذلك عند الأسبوع الرابع من المعالجة (بما في ذلك أولئك الذين عولجوا في البداية في الأقسام الداخلية).

## مضادات الديدان

يعطى البيبندازول للأطفال الذين سينقلون من القسم الداخلي إلى العيادات الخارجية وكذلك للذين يتم قبولهم مباشرة في العيادات الخارجية. يتم إعطائهم في الزيارة الأولى للعيادة الخارجية (بعد 7 أيام من القبول) بحسب جدول (12).

### جدول (12): المعالجة المضادة للديدان

أقل من عام	من عام إلى أقل من عامين	عامين أو أكثر
لا يعطى	1/2 قرص	قرص
لا يعطى	قرص	قرص

جدول (13) يوضح خلاصة الأدوية التي تعطى خلال رعاية العيادة الخارجية بالإضافة إلى تلك التي تعطى في القسم الداخلي في المستشفى.

## جدول (13): خلاصة الأدوية النظامية لمرضى سوء التغذية الحاد الوخيم

القبول المباشر إلى العيادة الخارجية (المرحلة الثانية (أ) – برنامج العيادة الخارجية لسوء التغذية الحاد الوخيم)	القبول المباشر إلى القسم الداخلي (المرحلة الأولى ± المرحلة الانتقالية)	
- جرعة واحدة في الأسبوع الرابع (الزيارة الرابعة)	- جرعة واحدة عند التخرج شفاء في الأسبوع الرابع (كروتين) لا يعطى في حال النقل للمعالجة في العيادة الخارجية - ثلاث جرعات (في اليوم الأول، اليوم الثاني، اليوم الرابع عشر) في حالة وجود علامات نقص فيتامين (أ) في العين	فيتامين (أ)
- جرعة واحدة عند القبول	- جرعة واحدة عند القبول	حمض الفوليك
- جرعة واحدة عند القبول + المعالجة لمدة 7 أيام في البيت	- كل يوم في المرحلة الأولى + 4 أيام إضافية في المرحلة الانتقالية - مضادات حيوية أخرى بحسب حاجة المريض (حسب ما ورد في وحدات المعالجة لمرضى القسم الداخلي)	الأموكسيسيلين
- وفقا للدليل الوطني	- وفقا للدليل الوطني	الملاريا
تطعime واحدة في الأسبوع الرابع (الزيارة الرابعة)	- تطعime واحدة عند القبول إن لم يوجد بطاقة تطعيم - تطعime واحدة عند التخرج شفاء.	الحصبة في مناطق التغطية المنخفضة للتطعيم (من سن 9 أشهر)
لا يعطى لأنه موجود في كل أغذية المعالجة الجاهزة للاستخدام	- يضاف إلى F100 في المرحلة الثانية.	الحديد
جرعة واحدة في الأسبوع الثاني (الزيارة الثانية)	جرعة واحدة في اليوم الأخير للمرحلة الانتقالية.	الالبيندازول/ الميبيندازول

### أدوية المعالجة التكاملية للطفل المريض (IMCI)

الأدوية الموصوفة في برنامج المعالجة المتكاملة للطفل المريض يستمر كما هو بحسب إرشادات المختص.

### كيفية صرف حصص الأغذية العلاجية الجاهزة للاستخدام (RUTF) لعلاج سوء التغذية الحاد

في العيادة الخارجية (المرحلة أ، وب) معالجة سوء التغذية الحاد الوخيم والمتوسط بدون مضاعفات قدم الحصص الأسبوعية للحاد الوخيم من الغذاء العلاجي بناء على كمية احتياج الطفل اليومي من الغذاء والمقدرة بـ 200 كيلو كالوري سعرة حرارية من الغذاء العلاجي لكل كيلوجرام من وزن الجسم جدول (15). أما بالنسبة لمرضى سوء التغذية الحاد المتوسط قدم الحصص لكل أسبوعين (15 مغلف) أي بواقع كيس واحد من البلمبي سب كل يوم جدول (16).

## جدول (14) خلاصة للحميات المستخدمة في العيادة الخارجية والقسم الداخلي

وحدة المعالجة الغذائية في القسم الداخلي	رعاية العيادة الخارجية (أ) و(ب)
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ التركيبات العلاجية التي أساسها الحليب F75 و F100</li> <li>➤ أغذية معالجة جاهزة للاستخدام F100(بلمبي نت)</li> <li>➤ محلول الإرواء ReSoMal</li> </ul>	<p>أغذية معالجة جاهزة للاستخدام ، ويتوفر منها نوعان:</p> <p>1-أغذية أساسها الفول السوداني (بلمبي نت للسام) و بلمبي سب (للمام)</p> <p>2-أغذية أساسها الحبوب والحليب (بسكويت) للسام</p> <p>➤ خليط فول الصويا والقمح ومواد تدعيم (للمام)</p>

### قدم التعليمات التالية لراعي المريض حول التغذية والاعذية العلاجية:

☑ عند إعطاء أغذية المعالجة الجاهزة للاستخدام، يجب تقديم كميات وفيرة من الماء خلال وبعد الوجبة لإطفاء ظمأ المريض. نظراً لأن أغذية المعالجة الجاهزة للاستخدام يمكن أن تحفظ بأمان، فإن الكمية لعدة وجبات يمكن أن تعطى للمريض مرة واحدة. هذه الكمية سيتناولها المريض بعد ذلك على مهل في الوقت الذي يرغب.

☑ يجب أن توضح للأم أو المعتني بالمريض أن الأغذية العلاجية الجاهزة هي غذاء ودواء ولا ينبغي تقاسمها مع الآخرين .

☑ طريقة التغذية: يوصى بان تعطي الام كميات صغيرة من الغذاء العلاجي للطفل لتشجيعه لإكمال الكمية الموصى بها يوميا قبل إعطائه أي أطعمة أخرى (ما عدا الرضاعة الطبيعية) ولتشجع الطفل ليأكل بقدر ما يستطيع (كل 3-4 ساعات).

☑ الغذاء العلاجي البلمبي نت الخاص بمرضى سوء التغذية الحاد الوخيم هو غذاء كامل للطفل ويجب أن لا يتناول الطفل أي شي آخر - غير حليب الأم - بالأسبوع الأول .

☑ يجب ان يقدم حليب الأم أولاً للطفل عند الطلب قبل الغذاء العلاجي .

☑ يجب ان تتصح الأم بعدم إضافة اى سوائل لوجبة الغذاء العلاجي لان ذلك قد يساعد على نموء البكتريا.

➤ تقدم التعليمات أو الرسائل الرئيسية السابقة عند القبول للمعالجة الخارجية وتكرر عند كل زيارة .

➤ اتبع التعليمات السابقة بهذه الرسائل الهامة كتوعية للأم بالتالي:

- غسل اليدين قبل الإطعام.
- الارضاع الطبيعي أولاً.
- تقديم كميات صغيرة من الغذاء العلاجي موزعة على فترات خلال اليوم.



• تقديم ماء الشرب النظيف خلال الاطعام.

• يطلب من الام إرجاع عبوات الغذاء العلاجي الفارغة عند كل زيارة متابعة.

1- عرف الأم/أو راعي المريض بالرسالة الرئيسية للعلاج، وتناول المضادات الحيوية، ووجبة الغذاء العلاجي، وممارسات العناية والعودة الى المرفق الصحي لجلسات المتابعة أو التوجه فوراً الى أقرب مرفق صحي اذا رفض الطفل الأكل أو كان لديه أي من العلامات التالية:

✓ حمى مرتفعة.

✓ براز مائي بصورة مستمرة أو براز مع دم، إسهال لمدة تزيد عن 4 أيام .

✓ صعوبة بالتنفس أو تنفس سريع.

✓ عد الوعي، ضعيف جداً ، مغمى علي أو يعاني من تشنجات .

✓ ورم في كلا القدمين قابل للانضغاط.

• اربط الأم /او راعي المريض بكادر التوعية المجتمعية (المتطوعات ) ان كن موجودات في نفس قرية الام.

**جدول (15): توضيح لكميات أغذية المعالجة الجاهزة للاستخدام الواجب إعطاؤها يوميا وأسبوعيا في المرحلة الثانية في العيادات الخارجية المرحلة (أ) سام**

تصنيف الوزن (كيلوجرام)	العجينة العلاجية الجاهزة للاستخدام المعمولة أساساً من الفول السوداني		العجينة العلاجية الجاهزة للاستخدام المعمولة أساساً من البسكويت العلاجي الجاهز للإستخدام المعمول أساساً من الحليب	
	الجرامات في اليوم	الجرامات في الأسبوع	الأكياس في اليوم	الأكياس في الأسبوع
3.4 – 3	105	750	1 ¼	8
4.9 – 3.5	130	900	1 ½	10
6.9 – 5	200	1400	2	15
9.9 – 7	260	1800	3	20
14.9 – 10	400	2800	4	30
19.9 – 15	450	3200	5	35
29.9 – 20	500	3500	6	40
39.9 – 30	650	4500	7	50
60 – 40	700	5000	8	55

ويمكن حساب عدد الاكياس المطلوبة للطفل من خلال قسمة (احتياج الطفل من السعرات في اليوم بواقع 200 سعرة لكل كيلو جرام من وزنه) مقسوم على 500 السعرات الحرارية بكل مغلف.  
مثال: وزن الطفل 5 كيلو

يكون احتياج الطفل من السعرات =  $5 \times 200 = 1000$  سعرة حرارية في اليوم  
ولذلك يكون عدد الاكياس العلاجية المطلوبة في اليوم =  $1000 / 500 = 2$  مغلفات تقريبا كما هي واضحة في جدول الكميات السابق امام الوزن خمسة كيلو جرام.  
**سوء التغذية الحاد المتوسط:**

**كيفية صرف الحصص الغذائية للفئات المستهدفة لبرنامج الأغذية التكميلية للحوامل والمرضعات والوقائية للأطفال (6 - 24 شهر) والأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد المتوسط (6 - 59 شهر) المرحلة الثانية (ب) جدول (16)**

**جدول (16) يبين كيفية صرف الحصص الغذائية للفئات المستهدفة في برنامج التغذية التكميلية**

فئة المستهدفين	نوع المواد الغذائية	الحصة الغذائية للمستهدف في الشهر	الفترة
الأطفال بين (6 - 24 شهراً) من العمر	أغذية وقائية بلامبي دوز Plumpydoz	4 علب	حسب عمر الطفل ضمن المعيار
الحوامل والمرضعات	خليط المواد الغذائية مدعم	10 كجم	من الشهر الرابع للحمل حتى نهاية الشهر السادس للإرضاع
الأطفال الذين يعانون من سوء تغذية حاد متوسط	أغذية علاجية سبليمن تري بلامبي Supplementary plumpy	30 مغلف	من 45 - 90 يوم بحسب الحالة

**ملاحظة:** العلاج في برنامج التغذية الإضافية المستهدفة يجب أن تتم خلال 6 أشهر مع حصول المريض على الحصة الغذائية المنتظمة والمعالجة النظامية والملائمة للأطفال المحالين من مراكز التغذية العلاجية ويجب ان يبقوا هؤلاء حتى يصلوا الى الوزن المستهدف أحوالي شهرين كحد ادنى وستة اشهر كحد اعلى في برنامج معالجة مرضى سوء التغذية الحاد المتوسط MAM بينما الأمهات الحوامل

والمرضعات تنتهي فترة البقاء بنهاية فترة الدعم وكذلك الأطفال الطبيعيين من نهاية الشهر 6-24 تنتهي فترة البقاء بنهاية فترة الدعم التي تمتد لثمانية عشر شهراً ابتداءً من بداية الشهر السابع من عمر الطفل.

### التوصيات الخاصة بخزن أغذية المعالجة الجاهزة للاستخدام في المرفق الصحي

❖ ليس بالضرورة أن يكون المقصود من الخزن الجيد هو الحفاظ على القيمة التغذوية للغذاء فقط، لكنه أيضاً للحفاظ على التغير في المذاق الذي قد يؤدي إلى عدم تقبله أو قد يتسبب في إعطاء نتائج خاطئة فيما يتعلق بفحص الشهية.

❖ الحد الأعلى للحرارة المثلى للحفظ هو 30 درجة مئوية لكن بقاء هذه الأغذية حتى درجة 40 مئوية لا يؤدي إلى تغيرات كبيرة في الغذاء في المدى المتوسط.

❖ ينبغي أن يكون التخزين في أماكن منخفضة الرطوبة جيدة التهوية وبعيداً عن مصادر الحرارة العالية وعن ضوء الشمس المباشر.

❖ إن أهم العوامل التي تؤدي إلى تغيرات في الخزن الرديء هي الحرارة التي قد تؤدي إلى انفصال الدهن من العجينة، وهذا قد يحدث عند الحفظ لفترات طويلة عند درجة 35 مئوية.

❖ ظهور التزنخ للدهن يحدث بعد ذلك ويزداد بزيادة الحرارة، ويصاحب ذلك تغيرات أخرى في طعم الغذاء وقوامه وفي محتواه من المغذيات (خصوصاً بعض الفيتامينات).

❖ التحري في إيجاد ظروف مناسبة للخزن، بطريقة ترتيب الكراتين في المخزن ينبغي أن تكون مناسبة، وعدد الكراتين في الرصة الواحدة يجب أن لا تكون أكثر مما هو موضح على الكرتون، كما ينبغي رص الكراتين على طبليات وترك مسافة بين الطبليات، وبين الطبليات والجدار.

❖ يجب أن يكون ترتيب الأغذية (وكذلك الأدوية وأشياء أخرى) تضمن إستراتيجية "الداخل أولاً" يخرج أولاً" وبحسب تاريخ انتهاء فترة الصلاحية في حالة استقبال شحنات خلال فترات قصيرة فإن ترتيبها في المخزن يجب أن يضمن استخدام المنتجات الأقدم تصنيعاً في البداية قبل الانتقال إلى حديثة الصنع.

## اجراءات المتابعة والتقييم لنتائج المعالجة خلال الزيارات الاسبوعية:

يتضمن هذا الدليل الاجراءات في العيادة الخارجية للمرحلتين (أ) و (ب) والمتمثلة بالتالي:

1. استمر في تدوين بيانات المتابعة الاسبوعية للطفل في بطاقة المتابعة حتى تاريخ تخريجه / خروجه بحسب أي بند من بنود التخريج / خروج الموجوده في بطاقة متابعة الطفل ومعايير المتابعة.
2. تذكر معايير الدخول والخروج حتى تتمكن من المتابعة والتقييم واتخاذ القرارات بالمتابعة للعلاج او النقل او التخريج كالتالي:

✓ تحديد نتائج التقييم والمتابعة اسبوعيا كما هي في بند التقييم في استمارة متابعة الطفل.

✓ نقل بيانات الخروج التي تم اتخاذ القرار بها بحسب نوع الخروج ونقلها الى سجل المقبولين بحسب البيانات المطلوبه في بند الخروج في السجل.

3- تعتمد قرارات نتائج المتابعة والتقييم لحالات سوءالتغذية عند زيارات المتابعة الاسبوعية (او كل أسبوعين

وفقا للمرحلة التي تتم فيها متابعة الحالة أ - ب) أو حسب ما تتطلبه الحالة في المركز الصحي على

ضرورة اجراء القياسات الجسمانية والفحوصات الطبية لمعرفة أي تغيرات تستدعي النقل او المناقشة

مع راعي المريض لحظها إذا كانت الاسباب منزلية ،على أن يتم ذلك كالتالي:

■ قياس محيط منتصف العضد (عند كل زيارة)

■ قياس الوزن (عند كل زيارة)

■ قياس الطول أو الإرتفاع (الزيارة الأولى وكل 21 يوم)

■ قياس التوذم في كلا القدمين (عند كل زيارة).

■ البحث عن مضاعفات.

■ اختبار الشهية (عند كل زيارة) وباستخدام جدول اختبار الشهية ملحق ( د ) .

■ معرفة التغيرات في الوزن (زيادة أو ثبات أو نقص) ومقارنتها مع معايير جدول النقل خلال المعالجة 17، 18

إذا لم يكتسب الطفل وزنا إضافيا أي أن هناك (ثبات في الوزن) أو فقد وزنا خلال زيارة المتابعة - يجب ان

يتلقى عناية خاصة خلال الفحص الطبي أو ينقل فورا الى القسم الداخلي إذا لم يكن هناك أسباب

منزلية أو أسباب يسهل التعامل معها من قبل العامل الصحي بالعيادة الخارجية.

متابعة التغيرات بدرجة التوذم واتخاذ القرار وفقاً للمعايير جدول 17، 18

■ يجب أن يقارن الوزن مع الوزن المستهدف للخروج للتأكد من وصول أو عدم وصول الطفل الى الوزن المستهدف (شفاء) ومقارنة ذلك مع فترة البقاء القياسية (خلال شهرين منذ القبول كحد ادنى) مالم فيتم اعتبار الطفل غير مستجيب للمعالجة إذا امتدت فترة المعالجة إلى أربعة أشهر ولم يصل الى الوزن المستهدف (كشفاء) منذ تاريخ القبول او حساب معدل كسب الوزن بالجرام لكل كيلو جرام من وزن الطفل باليوم ومقارنة النتيجة مع معدل كسب الوزن القياسي في اليمن من 5 إلى 8 جرام لكل كيلو جرام من وزن الطفل باليوم .

### معايير فشل الاستجابة خلال المعالجة في العيادة الخارجية

فشل الاستجابة للمعالجة القياسية هو "تشخيص" بالمعنى الصحيح. بالنسبة للمرضى في العيادة الخارجية يعد هذا التشخيص انذار بضرورة النقل الى القسم الداخلي في المستشفى للتقييم الكامل وفقاً لمعايير فشل الاستجابة المبينة في جدول (17) التي يجب ملاحظتها في كل زيارة خلال المعالجة في العيادة الخارجية واتخاذ القرار اما بالنقل الى العيادة الداخلية او بحث اسبابها ومعالجتها مع راعي المريض .

**ملاحظة:** إذا كان هناك شك في أن الظروف الاجتماعية غير الملائمة هي السبب الرئيسي في فشل الإستجابة بالنسبة للمعالجة في العيادة الخارجية فان الزيارة المنزلية ينبغي أن تتم قبل النقل الى القسم

### جدول (17): معايير النقل أو مؤشرات (فشل الاستجابة) خلال المعالجة .

فترة البقاء بعد القبول	معايير فشل الاستجابة
	<b>الفشل الأولي للاستجابة (المرحلة الأولى)<sup>3</sup></b>
21 يوم	(1) فشل كسب أي وزن (أطفال غير متوذيمن)
14 يوم	(2) فشل البدء في التخلص من التوذم
21 يوم	(3) التوذم مازال باقياً
14 يوم	(4) فقد الوزن منذ القبول في البرنامج (أطفال غير متوذيمن)
	<b>الفشل الثانوي في الاستجابة<sup>3</sup></b>
في أي زيارة	(1) فشل في اختبار الشهية
في أي زيارة	(2) فقد وزن بـ 5% من وزن الجسم
خلال الرعاية في العيادة الخارجية	(3) فقد وزن لزيارتين متتابتين
خلال الرعاية في العيادة الخارجية	(4) فشل كسب وزن أكثر من 2.5 جم/كجم/ يوم لـ 21 يوم (بعد فقد التوذم (الكواشيوركور) أو بعد اليوم الرابع عشر (المرازمس))

<sup>3</sup> - الفشل الأولي للاستجابة يعني انه تم ملاحظة المعيار منذ القبول والفشل الثانوي للاستجابة يعني أن الطفل اظهر تحسناً ثم بدأ بالتدهور

كما وصف بالمعيار.

عند كل زيارة للمتابعة والتقييم يجب حساب نسبة كسب أو فقد الوزن بـ % وحساب معدل كسب الوزن كما في المعادلتين التاليتين ومقارنة النتائج مع معايير فشل الاستجابة جدول (17 و 18) في فقد الوزن = (الوزن كجم عند آخر زيارة مطروحا منها الوزن كجم عند الزيارة السابقة) مقسوما على الوزن عند الزيارة السابقة والنتائج مضروبا في 100 اذا كان الناتج بالسالب يعني نسبة الفقد واذا كان بالموجب يعني نسبة الزيادة في الوزن.

مثال:

المعطيات الطفل محمد تم قبوله في العيادة الخارجية وكان وزنه عند القبول 7.1 كيلوجرام ولوحظ أن وزنه في آخر زيارة للمرفق الصحي وصل إلى 7.7 كيلوجرام احسب نسبة كسب الوزن؟

الحل :

$$\frac{7.1-7.7}{7.1} \times 100 = 8.4\% \text{ نسبة كسب الوزن}$$

الفقد مثال الطفل علي تم قبوله في العيادة الخارجية وكان وزنه 8.6 وفي آخر زيارة لوحظ ان وزنه انخفض إلى 8.1

الحل

$$\frac{8.6-8.1}{8.6} \times 100 = -5.8\% \text{ نسبة فقد الوزن}$$

معدل كسب الوزن للأطفال غير المتوزمين = (الوزن كجم عند آخر زيارة مطروحا منها الوزن كجم عند القبول "أو الوزن الأدنى") مضروبا في 100 مقسوما على حاصل ضرب (الوزن كجم عند القبول "أو الوزن الأدنى" في عدد الأيام منذ تاريخ قبوله أو تاريخ الوزن الأدنى "في حالة حدوث فقد الوزن" وحتى تاريخ آخر زيارة).

مثال:

$$4 \text{ جرام لكل كيلو جرام من وزن الطفل كل يوم} = \frac{600}{149.1} = \frac{1000 \times 7.1 - 7.7}{21 \times 7.1}$$

## الأسباب المعتادة لفشل الاستجابة

### 1. مشاكل في مرفق المعالجة كالتالي:

- ❑ قبول غير ملائم للمرضى في العيادة الخارجية.
- ❑ إجراء اختبار الشهية بشكل غير جيد.
- ❑ إرشادات غير كافية لراعي المريض.
- ❑ صرف كمية من الغذاء العلاجي غير كافية للطفل.
- ❑ الفرق الكبير في موعد زيارات المتابعة والتقييم من حيث عدد الأيام في العيادة الخارجية (الزيارات كل اسبوعين تعطي نتائج أسوأ بكثير من نتائج الزيارات الأسبوعية).

### 2. مشاكل متعلقة بالطفل:

- ❑ تقاسم الغذاء مع الأسرة.
  - ❑ منافسة الأخوة للطفل في تناول الغذاء العلاجي (أطفال آخرون يتناولون الحمية).
  - ❑ الكل يأكل من نفس الطبق (الطفل سيئ التغذية يجب أن يكون لديه حصته الخاصة من الغذاء)
  - ❑ راعي المريض ليس لديه رغبة في تقبل نظام المعالجة.
  - ❑ راعي المريض منهك بعمل ومسئوليات أخرى غير الطفل.
- عندما يفشل الطفل في الاستجابة يجب حينها التقيي عن الأسباب الشائعة كالمذكورة أعلاه والمعالجة بشكل ملائم إن كانت المشاكل والأسباب واضحة، فإن لم يكن ذلك ناجحاً فيجب عمل تقييم خارجي من خلال الاستعانة بشخص له خبرة في تشغيل برنامج معالجة سوء التغذية الحاد الوخيم كما يجب أيضاً مراجعة وثائق التدريب وأي مراجع أخرى عند الضرورة، وإعادة تقييس الميزانين (وألواح قياس الطول).

- يجب إخطار الام عند كل زيارة متابعة عن تحسن الطفل وتقديم الاستشارات الفردية أو الجماعية (الرسائل الصحية والتثقيفية المعيارية).
- يجب إعطاء اهتمام خاص بالمشورة او النصائح بالتجهيز لتقديم أطعمة تكميلية جيدة لتحضير الطفل للفظام من الغذاء العلاجي.

متى يجب عليك نقل الطفل من العيادة الخارجية إلى لقسم الداخلي أو المتابعة لاستكمال  
المعالجة في برنامج (المام) المرحلة الثانية (ب) في العيادة الخارجية؟

- وصول الطفل المصاب بسوء تغذية حاد وخيم في العيادة الخارجية المرحلة الثانية (أ) إلى الوزن -3 انحراف معياري في حالة وجود المرحلة الثانية (ب) يجب نقله للمتابعه في المام حتى يصل إلى -1 انحراف معياري مالم فيجب استمرار العلاج بالمرحلة الثانية (أ) حتى يصل الطفل إلى الوزن المستهدف -1 انحراف معياري.
- إذا ظهرت مضاعفات طبية لأطفال سوء التغذية الحاد الوخيم أو للأطفال الذين لا يستجيبون جيداً للعلاج بالعيادات الخارجية، يتم نقلهم إلى الأقسام الداخلية خلال المعالجة بحسب نظام العمل في العيادة الخارجية كما في جدول ( 18 ).

جدول (18) نظام العمل في عيادة التغذية الخارجية

العلامات	احالة الى القسم الداخلي	زيارة منزلية لمعرفة الاسباب
الحالة العامة	تدهور حالة الطفل	الطفل غائب أو تخلف
توذم كلا القدمين (كلا الجانبيين)	توذم درجة ثالثة أي درجة من درجات التوذم في كلا القدمين مع هزال شديد (مرازمس كواشيوركور)	الطفل لا يكسب وزن أو يفقد وزن خلال زيارات المتابعة
	زيادة التوذم في كلا الجانبيين	الطفل لم يخسر التوذم (التوذم مازال باقياً)
فقدان الشهية*	التوذم في كلا الجانبيين لم يقل حتى الأسبوع الثالث	الطفل عاد مؤخراً من قسم التغذية العلاجية أو رفض الاحالة الى قسم التغذية العلاجية
تقيؤ شديد	شهوة ضعيفة أو أن الطفل لا يتناول الطعام – فشل اختبار الشهية	
تشنجات*	الطفل يتقيأ بعد كل وجبة تناولها	
الطفل خامل أو غير يقظ*	أسأل الأم اذا الطفل يعاني من تشنجات منذ الزيارة السابقة	
فقدان الوعي*	صعوبة ايقاظ الطفل	
	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 وعيناه مفتوحتان قليلاً. المستوى الأدنى من سكر الدم هو أقل من 3 مل مول / لتر أو أقل من 54 ملجم / ديسيلتر	



العلامات	احالة الى القسم الداخلي	زيارة منزلية لمعرفة الاسباب
الجفاف	تشخيص الجفاف الحاد يعتمد على وجود إسهال أو قيء أو حمى مؤخرًا، مع ارتداد جفن العين (الطفل ينام وعينه نصف مفتوحة) متزامن مع ظهور علامات الجفاف (حديثًا) بحسب افادة الأم أو المعني بالطفل	
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 عمر شهرين الى 12 شهر	
	معدل التنفس 40 نفس أو أكثر في الدقيقة للأطفال من عمر 1 - 5 سنوات	
	معدل التنفس 30 نفس أو أكثر في الدقيقة للأطفال بعمر أكبر من 5 سنوات	
انسحاب اسفل الصدر الى الداخل		
فقر الدم	شحوب باطن اليد أو شحوب غير مألوف في الجلد	
آفة جلدية ( skin lesion)	جفاف وتشقق وتسليخ الجلد	
عدوى سطحية	اي عدوى تحتاج الى حقن عظليه من المضاد الحيوي	
تغير الوزن	أقل من وزن القبول في الأسبوع الثالث	
	فقدان الوزن لزيارتين متتاليتين	
	ثبات الوزن لثلاثة زيارات متتالية	
طلب الأم أو المعني	طلب الأم أو المعني معالجة الطفل في قسم التغذية العلاجية لأسباب اجتماعية	
غير المستجيب أو فشل الاستجابة	الطفل غير المستجيب للعلاج في العيادة الخارجية (بحسب معايير فشل الاستجابة) يتم نقله الى القسم الداخلي في المستشفى لعمل فحوصات طبية والبحث في سبب عدم الاستجابة	

\*علامات الخطورة حسب برنامج الرعاية التكاملية للطفل المريض.

2- إذا تم نقل الطفل الى القسم الداخلي، من الضروري استخدام استمارة النقل لتوفير المعلومات

الأساسية للصحة والتغذية، بما في ذلك وصف العلاج، وسبب النقل وحالة التحصين (التطعيم).

3- من المهم تسجيل وتبادل معلومات الصحة والحالة التغذوية مع مقدمي الخدمات الصحية في الأقسام

الداخلية والعيادات الخارجية (انظر ملحق - استمارة النقل للقسم الداخلي/ العيادة الخارجية).

\* بالإضافة للمعايير السابقة هناك عوامل قد تستدعي نقل الطفل إلى وحدة العلاج الغذائي في القسم الداخلي في المستشفى حتى لو كانت حالة الطفل السريرية لا تبرر ذلك أهمامي:

- عدم وجود شخص كفؤ يري المريض.
- الظروف في البيت غير مناسبة.
- عدم وجود تموين من أغذية المعالجة الجاهزة للاستخدام.
- برنامج العيادة الخارجية في المنطقة بعيد عن بيت المريض.

### ملاحظة:

- ❑ لا يعطي الأطفال المنقولين من الأقسام الداخلية أو أي موقع عيادات خارجية أخرى العلاجات الروتينية التي اعطيت لهم من قبل ولكن يواصلوا العلاج الذي بدأ معهم من قبل.
- ❑ يجب فحص بطاقة متابعة الطفل في العيادة الخارجية لمعرفة تفاصيل العلاجات التي اعطيت لتفادي التكرار.

### الزيارات المنزلية

متطوعات صحة المجتمع اللواتي يقمن بتغطية مناطق معينة والتي تضم أماكن تواجد هؤلاء الأطفال يجب التواصل معهم وربط أعمالهن بالمركز الصحي كما يطلب منهن القيام بالزيارات المنزلية من أجل التالي:

- الاهتمام بالأطفال الذين يعانون من سوء التغذية ومتابعتهم اثناء العلاج وتقديم المشورة حول أهمية الغذاء العلاجي وضرورة متابعة تناوله من قبل الأطفال المصابين بسوء التغذية لضمان تحسنهم والتأكد على ضرورة متابعة الزيارات المنتظمة وفق لما تطلبه الحالة.
- اعطاء اهتمام خاص للأطفال الذين تلقوا العلاج في وحدات التغذية في المستشفيات والتأكد على ضرورة العودة الى مراكز التغذية العلاجية في العيادات الخارجية لاستكمال المعالجة حتى الوصول الى معايير الشفاء .
- معرفة أسباب فشل الاستجابة للأطفال الذين لا يلاحظ عليهم أي تحسن.
- معرفة ما إذا كان لدى الامهات او راعي المريض اي شكوى حول الغذاء.
- احالة الاطفال الذين تنطبق عليهم معايير الاحالة طبقا لمحيط منتصف العصد إلى المرفق الصحي الذي يقدم خدمة معالجة مرضى سوء التغذية.
- التغذية الراجعة للعامل الصحي العامل في مراكز التغذية العلاجية.

- متابعة المتخلفين
- تقديم خدمات المشورة الصحية والتغذية.

### نقاط مهمة يجب العمل بها بالتعاون بين كادر التحصين والعيادات الخارجية

- ❖ تحديث جدول التحصين (التطعيم) للطفل ومعرفة جدول أسابيع العلاج وحملات التحصين (التطعيم) للطفل لتفادي تناول فيتامين أ مرتين.
- ❖ يجب أن يعرف كوادر التحصين عموما انه لا يمكن إعطاء فيتامين أ لأطفال يعانون من توذم

### اجراءات ومعايير الخروج

عادة يتم اتخاذ القرار بالخروج بحسب فئات ومعايير الخروج خلال المتابعة والتقييم عند اخر زيارة من زيارات المتابعة للطفل وتسجيل النتائج بوضع رمزها في المربع المناسب وبحسب معايير كل فئة من فئات الخروج المرمزة بالحروف الابدجية في استمارة متابعة الطفل بند التقييم وبالتالي عند الخروج يجب عليك أخذ النقاط التالية بالاعتبار :

أولا فحص فئات الخروج ومعاييرها حتى يتم التأكد منها قبل اتخاذ القرار بالخروج :

1- الفئة العمرية الاطفال من (6-59) شهرا جدول (19).

## جدول (19) يوضح نظرة عامة على خلاصة المعلومات عن فئات الخروج

أنواع أو فئات الخروج في المعالجة الخارجية للمرحلتين (أ) و(ب)

1- تخريج شفاء

يستوفي الاطفال من عمر 6-59 شهرا معايير التخرج شفاء- من سوء التغذية الحاد (المتوسط والوخيم) بعد المعالجة اذا كان:

- محيط منتصف العضد أكثر من أو يساوي 12.5 سم

أو

- الوزن / الطول -1 انحراف معياري

أو

- الخروج من المرحلة (أ) لمعالجة سوء التغذية الحاد الوخيم عند -3 انحراف معياري إذا توفرت المرحلة (ب) لاستكمال المتابعة للعلاج من سوء التغذية الحاد المتوسط حتى الوصول الى -1 انحراف معياري فأكثر

و

- عدم حدوث توذم ل 14 يوم (حالات سوء التغذية الحاد الوخيم)

2- تخريج - وفاة

توفي الطفل خلال وجوده بالمعالجة الخارجية

3- تخريج - هروب أو تخلف

الطفل غائب لثلاثة زيارات متتالية (مثال 3 اسابيع)

3- تخريج عدم شفاء

(غير مستجيب):

لم يستوفي الطفل معايير التخرج شفاء بعد 4 أشهر تحت العلاج (تم إجراء الفحوصات الطبية)

5- خروج - احالة الى المعالجة الداخلية

تدهورت حالة الطفل وتم تحويله للمعالجة في القسم الداخلي (حسب نظام العمل في العيادة الخارجية)

6- خروج - احالة الى موقع عيادة خارجية اخرى

7- خروج - نقل طبي

النقل الى منشأة صحية لن تستكمل الغذاء العلاجي

8- الاطفال 6 - أقل من 24 شهر الذين تم قبولهم للتغذية الوقاية في المرحلة (ب) يتم تخريجهم عند الوصول الى عمر 24 شهرا

**معايير الخروج للأمهات الحوامل والمرضعات**

\*الأمهات الحوامل والمرضعات ( إلى عمر الطفل 6 أشهر) واللاتي محيط منتصف العضد أكبر أو يساوي (23.0) سم

2- إكمال التثقيف الصحي والغذائي.

3- التوصل الى أسلوب مناسب "للفطام" من الغذاء العلاجي.

4- تحديث معلومات جدول مواقيت التحصين.

5- وضع ترتيبات كافية لربط الأم / راعي المريض والطفل بالمبادرات المجتمعية المناسبة (مثلا التغذية الإضافية) والمتابعة إذا كانت متاحة.

6- تقديم المعلومات الى مقدم الرعاية عن النتائج النهائية للعلاج.

7- تقديم المشورة للأم عن أساليب الرضاعة الجيدة والرعاية الجيدة بما في ذلك تقديم وتحضير الأغذية التكميلية المناسبة.

8- التأكد من أن الأم/الحاضنة تفهم أهمية رعاية المتابعة لمنع الانتكاسة مثل الالتحاق ببرامج التغذية الإضافية وبرامج التغذية والصحة الأخرى للأطفال.

9- سجل نتائج الخروج بالسجل وبطاقة المتابعة .

10- أنصح الأم بالتوجه فورا الى أقرب مرفق صحي إذا رفض الطفل الأكل أو تدهورت حالته .

## ثانيا: الأطفال بعمر أقل من 6 أشهر أو أقل من 4 كيلوجرام

### مخطط (5) تقييم وتشخيص : أسأل عن:

1. هل طفلك يرضع رضاعة خالصة من صدرك
2. هل يتناول أي أغذية أخرى أو سوائل
3. أفحص جدول التحصينات
4. أنظر ثم قيم الوضعية والتعلق
5. حجم وشكل الطفل (علامات سوء التغذية)

### عيادة خارجية

### قسم داخلي

- ❑ الوضعية غير صحيحة
- ❑ أو رضاعة مع أغذية وسوائل
- ❑ أو رضاعة صناعية
- ❑ لا يكتسب وزن جيد
- ❑ لا توجد علامات سوء

- @تصنيف:**
- ✓ رضاعة غير فعالة أو
  - ✓ جلد على عظم أو
  - ✓ أودوما كلا القدمين

مشكلة تغذية

المشكلة  
سوء تغذية حاد وخيم

سلوكيات وممارسات ورعاية  
صحية وتغذية خاطئة

الأسباب  
امراض أو سلوكيات  
وممارسات ورعاية صحية و  
تغذية خاطئة

إعطاء المشورة التغذوية  
المتعلقة بالأسباب الكامنة  
تصحيح الممارسات الخاطئة  
المتعلقة بالرضاعة الخالصة

بعد الشفاء من سوء  
التغذية أو إعادة  
الارضاع من صدر الأم

التدخل  
الإحالة عاجلة إلى TFC/SC

عند ظهور علامات  
سوء تغذية

تم اكتمال علاج سوء التغذية الحاد (حسب معايير الخروج) وتم الخروج إلى المنزل.

## معايير القبول للرضع أقل من 6 أشهر أو أقل من 4 كجم

### الأطفال تحت سن 6 أشهر يجب التقييم والتصنيف للمشكلة وعمل التدخلات للأطفال تحت سن 6 شهور كما هي موضحة مخطط (4) والعمل بمايلي:

- الأطفال الذين لا تنطبق عليهم معايير الاحالة ولديهم فقط مشكلة تغذوية ناتجة عن ممارسات وسلوكيات خاطئة في التغذية والرعاية يجب تقييم الرضعة وتقديم المشورة المناسبة للأم وتشجيعها على استمرار الإرضاع بشكل خالص حتى نهاية الشهر السادس مع التأكيد على الاستمرار في الرضاعة مع التغذية التكميلية بعد الشهر السادس حتى نهاية العامين من عمر الطفل.
- تقديم نصائح ومشورة في التغذية تعالج وتحصح تلك الممارسات أو الأسباب الكامنه خلف المشكلة التغذوية خصوصا فيما يتعلق بالرضاعة الخالصة حتى نهاية الشهر السادس وحل المشاكل المتعلقة بالارضاع من صدر الأم (الوضع والتعلق الصحيح وتكرار الرضاعة... الخ)
- الأطفال الذين تنطبق عليهم معايير الاحالة للقسم الداخلي (لديهم علامات سوء تغذية حاد وخيم) يجب دائما معالجة هؤلاء الأطفال في وحدة القسم الداخلي وعدم قبولهم للمعالجة في العيادة الخارجية، لأن أغذية المعالجة الجاهزة للاستخدام ليست ملائمة للرضع.

#### (1) الرضيع الذي ترعاه أمه أو مرضعة أخرى:

الرضع سيئو التغذية ضعيفين وغير قادرين على المص بالقوة التي تكفي لتحفيز إدرار كافي من لبن الأم، وغالبا تعتقد الأم بأن لديها لبن غير كافي وتصبح قلقة بشأن قدرتها على إطعام طفلها جيدا.

فقلة اللبن المنتج يعود إلى التحفيز غير الكافي من قبل الرضيع الضعيف. ان الهدف العام لمعالجة هؤلاء المرضى في القسم الداخلي جدول (20) هو إعادتهم للرضاعة الطبيعية الخالصة بشكل تام.

#### جدول (20) معايير القبول للرضع أقل من ستة أشهر أو أقل من 4 كجم في القسم الداخلي

العمر	معايير القبول
الرضع اقل من ستة أشهر أو اقل من 4 كجم	1- الرضيع يكون ضعيف جدا أو أنه غير متمكن من الرضاع بفعالية بغض النظر عن وزنه بالنسبة لطوله (إذا كان ذلك نتيجة لمرض حاد، فإن هذا المرض يجب أن يعالج أولاً). أو
	2- عدم اكتساب الرضيع للوزن في المنزل (تتوفر سلسلة من القياسات للوزن من خلال متابعة النمو) أو
	3- الوزن بالنسبة للطول أقل من -3 نقاط انحراف معياري. أو
	4- ظهور توذم في كلا القدمين

## (2) الرضيع غير المتوقع له أن يرضع من الثدي لظروف خاصة

يتم قبوله او كالرضيع الذي ينطبق عليه المعيارين 3 و 4 في الجدول 20، ويحال الى وحدة المعالجة الغذائية في القسم الداخلي في المستشفى.



# الملاحق



يونيسف  
معاً من أجل الأطفال



يونيسف  
معاً من أجل الأطفال



يونيسف  
معاً من أجل الأطفال

(ملحق أ) مخطط: الفرز ومسارات معايير القبول ومعايير لإحالة في مراحل برنامج المعالجة لسوء التغذية الحاد (CMAM)



نقطة Z للوزن بالكيلوجرام				الطول (رقوداً)	نقطة Z للوزن بالكيلوجرام				الطول (رقوداً)
صفر	1-	2-	3-	سنتيمتر	صفر	1-	2-	3-	سنتيمتر
يقاس الطول رقوداً لمن طولهم أقل من ٨٧ سنتيمتر									
7.5	6.9	6.4	5.9	66	2.4	2.2	2.0	1.9	45
7.6	7.0	6.5	6.0	66.5	2.5	2.3	2.1	1.9	45.5
7.7	7.1	6.6	6.1	67	2.6	2.4	2.2	2.0	46
7.9	7.2	6.7	6.2	67.5	2.7	2.5	2.3	2.1	46.5
8.0	7.3	6.8	6.3	68	2.8	2.5	2.3	2.1	47
8.1	7.5	6.9	6.4	68.5	2.9	2.6	2.4	2.2	47.5
8.2	7.6	7.0	6.5	69	2.9	2.7	2.5	2.3	48
8.3	7.7	7.1	6.6	69.5	3.0	2.8	2.6	2.3	48.5
8.4	7.8	7.2	6.6	70	3.1	2.9	2.6	2.4	49
8.5	7.9	7.3	6.7	70.5	3.2	3.0	2.7	2.5	49.5
8.6	8.0	7.4	6.8	71	3.3	3.0	2.8	2.6	50
8.8	8.1	7.5	6.9	71.5	3.4	3.1	2.9	2.7	50.5
8.9	8.2	7.6	7.0	72	3.5	3.2	3.0	2.7	51
9.0	8.3	7.6	7.1	72.5	3.6	3.3	3.1	2.8	51.5
9.1	8.4	7.7	7.2	73	3.8	3.5	3.2	2.9	52
9.2	8.5	7.8	7.2	73.5	3.9	3.6	3.3	3.0	52.5
9.3	8.6	7.9	7.3	74	4.0	3.7	3.4	3.1	53
9.4	8.7	8.0	7.4	74.5	4.1	3.8	3.5	3.2	53.5
9.5	8.8	8.1	7.5	75	4.3	3.9	3.6	3.3	54
9.6	8.8	8.2	7.6	75.5	4.4	4.0	3.7	3.4	54.5
9.7	8.9	8.3	7.6	76	4.5	4.2	3.8	3.6	55
9.8	9.0	8.3	7.7	76.5	4.7	4.3	4.0	3.7	55.5
9.9	9.1	8.4	7.8	77	4.8	4.4	4.1	3.8	56
10.0	9.2	8.5	7.9	77.5	5.0	4.6	4.2	3.9	56.5
10.1	9.3	8.6	7.9	78	5.1	4.7	4.3	4.0	57
10.2	9.4	8.7	8.0	78.5	5.3	4.9	4.5	4.1	57.5
10.3	9.5	8.7	8.1	79	5.4	5.0	4.6	4.3	58
10.4	9.5	8.8	8.2	79.5	5.6	5.1	4.7	4.4	58.5
10.4	9.6	8.9	8.2	80	5.7	5.3	4.8	4.5	59
10.5	9.7	9.0	8.3	80.5	5.9	5.4	5.0	4.6	59.5
10.6	9.8	9.1	8.4	81	6.0	5.5	5.1	4.7	60
10.7	9.9	9.1	8.5	81.5	6.1	5.6	5.2	4.8	60.5
10.8	10.0	9.2	8.5	82	6.3	5.8	5.3	4.9	61
10.9	10.1	9.3	8.6	82.5	6.4	5.9	5.4	5.0	61.5
11.0	10.2	9.4	8.7	83	6.5	6.0	5.6	5.1	62
11.2	10.3	9.5	8.8	83.5	6.7	6.1	5.7	5.2	62.5
11.3	10.4	9.6	8.9	84	6.8	6.2	5.8	5.3	63
11.4	10.5	9.7	9.0	84.5	6.9	6.4	5.9	5.4	63.5
11.5	10.6	9.8	9.1	85	7.0	6.5	6.0	5.5	64
11.6	10.7	9.9	9.2	85.5	7.1	6.6	6.1	5.6	64.5
11.7	10.8	10.0	9.3	86	7.3	6.7	6.2	5.7	65
11.9	11.0	10.1	9.4	86.5	7.4	6.8	6.3	5.8	65.5

الوزن بالنسبة للطول ( المقاس رقوداً )

نقطة Z للوزن بالكيلوجرام				الطول (وقوفاً)	نقطة Z للوزن بالكيلوجرام				الطول (وقوفاً)
صفر	1-	2-	3-	سنتيمتر	صفر	1-	2-	3-	سنتيمتر
يقاس الطول وقوفاً لمن طولهم يساوي أو أكبر من ٨٧ سنتيمتر									
16.5	15.2	14.0	13.0	104	12.2	11.2	10.4	9.6	87
16.7	15.4	14.2	13.1	104.5	12.3	11.3	10.5	9.7	87.5
16.8	15.5	14.3	13.2	105	12.4	11.5	10.6	9.8	88
17.0	15.6	14.4	13.3	105.5	12.5	11.6	10.7	9.9	88.5
17.2	15.8	14.5	13.4	106	12.6	11.7	10.8	10.0	89
17.3	15.9	14.7	13.5	106.5	12.8	11.8	10.9	10.1	89.5
17.5	16.1	14.8	13.7	107	12.9	11.9	11.0	10.2	90
17.7	16.2	14.9	13.8	107.5	13.0	12.0	11.1	10.3	90.5
17.8	16.4	15.1	13.9	108	13.1	12.1	11.2	10.4	91
18.0	16.5	15.2	14.0	108.5	13.2	12.2	11.3	10.5	91.5
18.2	16.7	15.3	14.1	109	13.4	12.3	11.4	10.6	92
18.3	16.8	15.5	14.3	109.5	13.5	12.4	11.5	10.7	92.5
18.5	17.0	15.6	14.4	110	13.6	12.6	11.6	10.8	93
18.7	17.1	15.8	14.5	110.5	13.7	12.7	11.7	10.9	93.5
18.9	17.3	15.9	14.6	111	13.8	12.8	11.8	11.0	94
19.1	17.5	16.0	14.8	111.5	13.9	12.9	11.9	11.1	94.5
19.2	17.6	16.2	14.9	112	14.1	13.0	12.0	11.1	95
19.4	17.8	16.3	15.0	112.5	14.2	13.1	12.1	11.2	95.5
19.6	18.0	16.5	15.2	113	14.3	13.2	12.2	11.3	96
19.8	18.1	16.6	15.3	113.5	14.4	13.3	12.3	11.4	96.5
20.0	18.3	16.8	15.4	114	14.6	13.4	12.4	11.5	97
20.2	18.5	16.9	15.6	114.5	14.7	13.6	12.5	11.6	97.5
20.4	18.6	17.1	15.7	115	14.8	13.7	12.6	11.7	98
20.6	18.8	17.2	15.8	115.5	14.9	13.8	12.8	11.8	98.5
20.8	19.0	17.4	16.0	116	15.1	13.9	12.9	11.9	99
21.0	19.2	17.5	16.1	116.5	15.2	14.0	13.0	12.0	99.5
21.2	19.3	17.7	16.2	117	15.4	14.2	13.1	12.1	100
21.4	19.5	17.9	16.4	117.5	15.5	14.3	13.2	12.2	100.5
21.6	19.7	18.0	16.5	118	15.6	14.4	13.3	12.3	101
21.8	19.9	18.2	16.7	118.5	15.8	14.5	13.4	12.4	101.5
22.0	20.0	18.3	16.8	119	15.9	14.7	13.6	12.5	102
22.2	20.2	18.5	16.9	119.5	16.1	14.8	13.7	12.6	102.5
22.4	20.4	18.6	17.1	120	16.2	14.9	13.8	12.8	103
					16.4	15.1	13.9	12.9	103.5

الوزن بالنسبة للطول ( المقاس وقوفاً )

## ( ت ) نظام السجلات والتقارير

### أولاً: استمارة الإحالة لوحدة المعالجة الغذائية في القسم الداخلي في المستشفى

هي استمارة، تستخدم من قبل الوحدات الصحية والمتطوعات والفرق الإيصالية وكذلك العيادات الخارجية في إحالة المرضى إلى وحدات المعالجة الغذائية في المستشفيات لتلقي العلاج، وهم عادة المرضى الذين بينت قياساتهم الأنثروبومترية أنهم سيئو التغذية ويعانون من مضاعفات أو توذم أو فشل في اختبار الشهية أثناء الفرز.

### ثانياً: بطاقة القبول والمتابعة

هي عبارة عن بطاقة من وجهين الوجه الأمامي يعطي معلومات عن الهوية والمقاييس الأنثروبومترية ومعلومات سريرية وعامة حول الرعاية في العيادة الخارجية. أما الوجه الخلفي فهو خاصة بالمتابعة الأسبوعية والتقييم للمريض.

### تسجيل رقم CMAM الحصري

يتم تحديد رقم CMAM الحصري هذا في أول مكان عولج المريض فيه سواء كان ذلك موقع عيادة خارجية أو موقع وحدة معالجة غذائية داخلية في مستشفى. هذا الرقم الحصري يجب أن يسجل دائماً كرقم CMAM الحصري في كل وثائق المريض الخاصة بالقسم الداخلي أو الخاصة بالعيادة الخارجية (راجع الملحقات سجلات )

رقم CMAM الحصري هو رقم متعدد المكونات مركب من المكونات الآتية: رقم المنطقة/المديرية، ورمز المرفق الذي بدأت فيه المعالجة/ ورقم تسلسل سداسي الخانات يحدد للمريض. إذا كان أول مريض عولج في موقع عيادة خارجية تتبع لمركز نجد الجماعي الصحي بمديرية السبرة بمحافظة أب. فإن رقم SAM الحصري سيكون <Ibb/Sebrah/OTPNaj/000001>.

هناك أيضاً رقم آخر يسمى برقم تسجيل الموقع، ومثل هذا الرقم يعطيه المرفق للمريض من أجل الاستخدام الداخلي والتصنيف، هذا الرقم لا يغني عن رقم CMAM الحصري لكنه يجب أن يكتب في دفتر التسجيل وكل استمارات ووثائق النقل المتعلقة بالمريض.

في بعض الأحيان يكون لدى المريض رقم ثالث، فمثلاً إذا كانت هناك وحدة معالجة غذائية ملحقة بمستشفى محافظة وتم نقل المريض من موقع العيادة الخارجية حيث بدأ المعالجة في المرحلة الثانية كمريض عيادة خارجية فإن المريض سيكون له (أ) رقم CMAM حصري حدد من قبل موقع العيادة الخارجية، و (ب) رقم تسجيل تسلسلي في وحدة المعالجة الغذائية، و (ج) رقم خاص بالمستشفى. أرقام

التسجيل هذه يجب أن تبقى واضحة وجلية في أماكن مختلفة على الخرائط واستمارات النقل. الرقم الأهم هو رقم CMAM الحصري.

### ثالثاً: دفتر التسجيل (سجل المقبولين)

يستخدم دفتر التسجيل على نحو متساو في كل مكونات برنامج المعالجة. إن أهم ما يجب أن يبرز في هذا الدفتر هو العنوان الذي يجب أن يكون واضحاً ومفيداً، حيث يمكن من خلاله الوصول إلى إي مريض مستقبلاً حتى بعد شفاؤه. يستخدم السجل في العيادة الخارجية لتسجيل المرضى المقبولين مباشرة في المرفق كمرضى مرحلة ثانية أو المحالين من الأقسام الداخلية في المستشفيات لاستكمال المعالجة.

### رابعاً: استمارة النقل بين مكوني العيادة الخارجية والقسم الداخلي

هذه الاستمارة تستخدم في نقل المرضى من العيادة الخارجية إلى المستشفى لمن تم قبولهم واستدعت الحالة النقل أثناء المتابعة والتقييم. كما أن العيادة الخارجية قد تتسلم هذه الاستمارة من وحدات العلاج الغذائي في الأقسام الداخلية للمرضى المحالين للعيادات الخارجية لاستكمال المعالجة.

### خامساً: التقرير الشهري

يجب أن يتضمن التقرير الشهري حسابات مايلي:

#### ✍ نسبة التعافي%

نسبة التعافي = عدد المرضى الذين تم تخريجهم/ إجمالي التخريج في 100.

#### ✍ نسبة الوفاة%

معدل الوفاة = عدد المرضى الذين ماتوا في البرنامج/ إجمالي التخريج في 100.

#### ✍ نسبة التخلف%

التعريف الطبيعي للتخلف هو المريض التي تغيب عن البرنامج لوزنين متتابعين (بدون موافقة العاملين)

نسبة التخلف = عدد المتخلفين الحقيقيين/ إجمالي التخريج في 100.

## متوسط فترة البقاء لمن شفي من الأطفال.

هذا المؤشر يجب أن يحسب فقط للمرضى الذين تعافوا لكل فئة.

متوسط فترة البقاء = مجموع (عدد الأيام لكل مريض تعافى) / عدد المرضى الذين تعافوا.

## متوسط معدل كسب الوزن لمن شفي من الأطفال المقبولين في العيادة الخارجية OTP

هذا المؤشر مفيد لتبيين جودة الإطعام. متوسط كسب الوزن يحسب من كل المرضى الذين تعافوا لكل فئة من المرضى.

معدل كسب الوزن للفرد يحسب كفارق بين آخر وزن والوزن الأدنى أو وزن القبول مضروباً في 1000 لتحويل الوزن المكتسب إلى جرامات. هذا بالتالي يقسم على الوزن الأدنى × فترة البقاء للحصول على جرامات الوزن المكتسب لكل كيلوجرام من وزن الجسم. للحصول على جرام/ كيلوجرام/ يوم.

## متوسط معدل كسب الوزن هو:

متوسط الوزن المكتسب (جرام/ كيلوجرام/ يوم) = مجموع معدل الأوزان التي اكتسبها كل من شفي من الأطفال مقسومة على عدد الأطفال الذين شفوا وتم حساب معدل كسب الوزن لديهم .

## كيفية حساب معدل كسب الوزن

**مثال:** تم قبول طفل وزنه 7 كجم في 2007/3/1، ثم هبط وزنه إلى 6.8 كجم في 2007/3/3، وتم تخريجه في 2007/3/22 عند وزن 8.2 كجم. ما هو معدل كسب الوزن عند الطفل؟

المعطيات هي كما يلي:

✓ الوزن الأدنى هو 6.8 كيلوجرام.

✓ تاريخ الوزن الأدنى هو 2007/3/3م.

✓ الوزن عند التخريج هو 8.2 كيلوجرام.

✓ تاريخ الوزن الأدنى هو 2007/3/22م.

✓ مدة البقاء من تاريخ الوزن الأدنى = 19 يوم (لا حظ أن يوم 2007/3/3م هو التاريخ الصفرى).  
كالتالي:

يوم	شهر	سنة	
22	3	2007	تاريخ التخريج
3	3	2007	- تاريخ الوزن الأدنى
19	0	0	=

الوزن عند التخريج (جم) - الوزن الأدنى (جم)

الوزن الأدنى (جم) × مدة البقاء من تاريخ الوزن الأدنى

= معدل كسب الوزن (جم/ كجم/ يوم)

$$\frac{8200 \text{ جم} - 6800 \text{ جم}}{19 \text{ يوم} \times 6.8 \text{ كجم}} = \frac{1400 \text{ جم}}{129.2}$$

= معدل كسب الوزن (جم/ كجم/ يوم)

$$= 10.8 \text{ جم/ كجم/ يوم}$$

مثال: تم قبول طفل عند وزن 4.3 كجم في 2006/9/7. وزن هذا الطفل لم ينقص بل ازداد حيث تم تخريجه في 2006/10/3 عند وزن 6.5 كجم ، أحسب معدل كسب الوزن لهذا الطفل؟  
المعطيات هي كما يلي:

- ✓ الوزن الأدنى هو 4.3 كيلوجرام.
  - ✓ تاريخ الوزن الأدنى هو 2006/9/7م.
  - ✓ الوزن عند التخريج هو 6.5 كيلوجرام.
  - ✓ مدة البقاء من تاريخ الوزن الأدنى = 26 يوم (لا حظ أن يوم 2006/9/7م هو التاريخ الصفرى).
- كالتالي:

يوم	شهر	سنة	تاريخ التخريج
3	10	2006	تاريخ التخريج
7	9	2006	- تاريخ الوزن الأدنى
26	0	0	=

$$\text{معدل كسب الوزن (جم/كجم/يوم)} = \frac{6500 \text{ جم} - 4300 \text{ جم}}{26 \text{ يوم} \times 4.3 \text{ كجم}} = \frac{2200}{111.8}$$

$$= 19.7 \text{ جم/كجم / يوم}$$

### المعايير الدنيا

القيم المرجعية ملحق (ت1) تعطي دلالة فيما يجب اعتباره أداء "مقبول" و "سيئ". تبين الخبرة أن معدل الوفيات يمكن أن يكون أقل من 5% في البرامج "الجيدة".

### ملحق (ت1): القيم المرجعية للمؤشرات الرئيسية

المعايير	مقبول	إنذار بخطورة
معدل التعافي	< 75%	> 50%
معدل الوفاة	5% (> 10%)	10% (< 15%)
معدل التخلف	> 15%	< 25%
الوزن المكتسب	(≤ 8 جرام/ كيلوجرام/ يوم)	(> 8 جرام/ كيلوجرام/ يوم)
طول فترة البقاء	(> 4 أسابيع)	(< 6 أسابيع)
التغطية	< 50 - 70%	> 40%

إذا كان اكتساب الوزن في برامج العيادة الخارجية في العادة أقل من جرام/ كيلوجرام/ يوم وفترة البقاء أكثر من 6 أسابيع. هذا لايعتبر إنذار خطر من حيث الحصيلة المحتملة لمريض بعينه، طالما أن



المريض في بيته. لكن معدل الوزن المكتسب المنخفض وفترة البقاء الطويلة يجب أن يتم تقييمها طالما أن ذلك سيؤدي إلى تراكم أعداد كبيرة من الأطفال في برامج التغذية العلاجية في أي وقت وهذا يرفع من كلفة البرنامج من حيث وقت العاملين والاستهلاك الملحوظ لأغذية المعالجة الجاهزة للاستخدام.

يتم ملئ التقرير الشهري وإرساله شهريا إلى مدير مكتب الصحة في المديرية ومن ثم إلى مكتب الصحة العامة والسكان بالمحافظة (بعناية كل من مدير الرعاية الصحية الأولية ومسئول التغذية).

### بعض التعريفات المهمة

❖ **الحالات الجديدة:** الأطفال بين عمر 6\_59 شهرا المصابون بسوء التغذية الحاد و المستوفين لمعايير العيادات الخارجية وتم قبولهم مباشرة للعلاج بالعيادات الخارجية.

❖ **إعادة قبول:** الطفل المعاد قبوله في البرنامج العلاجي هو من تم قبوله للعلاج في موقعك ثم تخلف أي

غاب بعد القبول أو خلال زيارات المعالجة زيارتين متتاليتين وعاد خلال اقل من شهرين . يتم قبوله لمتابعة العلاج بدون معايير قبول البرنامج ويسجل بنفس رقم سام ( CMAM ) السابق مع إضافة +2

❖ مثال: صنعاء/ الامانة/ OTP.مستشفى السبعين / 0000055+2

❖ **نقل داخلي:** الطفل الذي تم نقله من وحدة معالجة غذائية اخرى otp أو tfc الى موقعك للاستمرار في المعالجة. يتم قبوله بدون معايير القبول ويكتب له رقم سام الذي جاء به.

- إذا كان نقل داخلي ( اسم وحدة المعالجة): يكتب اسم وحدة المعالجة الغذائية الذي جاء منها otp أو tfc

❖ **الحالات المنتكسة:** هي الحالات المعاد قبولها بعد تخرجها من البرنامج شفاء ثم عادت خلال فترة اقل

من ثلاثة شهور وانطبقت عليه معايير القبول .

❖ **الحالات المتخلفة:** هي الحالات التي غابت عن المتابعة زيارتين متتاليتين خلال فترة المعالجة

❖ الحالات الغير مستجيبة هي الحالات التي لم تصل الى الوزن المستهدف او الشفاء بعد بقائه لمدة اربعة اشهر من تاريخ القبول

## ❖ النقل الطبي

❖ المريض الذي نقل هو ذلك الذي أرسل إلى مرفق صحي آخر من أجل معالجة أكثر خصوصية. عادة تكون نسبة المرضى الذين نقلوا صغيرة جداً إذا كان البرنامج يؤدي وظيفته على نحو ملائم.

## ❖ النقل خارجا

المرضى الذين نقلوا لبرنامج تغذوي آخر.

## تفاصيل نظام السجلات والتقارير ملحق (ث) استمارة الإحالة .

رقم البطاقة

الجزء الخاص بالمرفق الصحي

بطاقة إحالة المريض إلى وحدة معالجة غذائية أخرى بحسب معايير الفرز قبل القبول أو المعالجة OTP\_SAM/MAM أو (TFC/NSC)

المرفق الصحي :  
المديرية :  
اسم المريض الرباعي :  
القرية :  
المحافظة :  
العمر (بالشهور) :  
الجنس :

العنوان ورقم  
التلفون

احيل من :  تلقاء نفسه  متطوعة  مرفق صحي  آخرون

التاريخ	الوزن	الطول	z- score	مواك MUAC	التوئم	اختبار الشهية	المضاعفات

أسباب الإحالة:

<input type="checkbox"/>	فشل اختبار الشهية	<input type="checkbox"/>	المضاعفات	<input type="checkbox"/>	التوئم	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------	--------------------------	-----------	--------------------------	--------	--------------------------

اسباب اخرى :

اسم العامل الصحي : الوظيفة : التوقيع :

رقم البطاقة

الجزء الخاص بالمريض

بطاقة إحالة المريض إلى وحدة معالجة غذائية أخرى بحسب معايير الفرز قبل القبول أو المعالجة OTP\_SAM/MAM أو (TFC/NSC)

المرفق الصحي :  
المديرية :  
اسم المريض الرباعي :  
القرية :  
المحافظة :  
العمر (بالشهور) :  
الجنس :

العنوان ورقم التلفون

احيل من :  تلقاء نفسه  متطوعة  مرفق صحي  آخرون

التاريخ	الوزن	الطول	z- score	مواك MUAC	التوئم	اختبار الشهية	المضاعفات

أسباب الإحالة:

<input type="checkbox"/>	فشل اختبار الشهية	<input type="checkbox"/>	المضاعفات	<input type="checkbox"/>	التوئم	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------	--------------------------	-----------	--------------------------	--------	--------------------------

اسباب اخرى :

اسم العامل الصحي : الوظيفة : التوقيع :

## ملحق (ج) بطاقة القبول والمتابعة لمرضى سوء التغذية الحاد الوخيم SAM

تاريخ القبول :

رقم CMAM الحصري :

المرفق الصحي :

القرية :

المديرية :

المحافظة :

الرضاعة الطبيعية (للعمر من 6-24 شهر) : نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	أسم المريض الرباعي :
الوالدين أحياء : نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أب <input type="checkbox"/> أم <input type="checkbox"/> اطلب من الام كرت التحصين وبحسب عمر الطفل هل التطعيمات مكتملة : نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	العمر (بالأشهر) : الجنس : ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>
أسم راعي المريض : نوع القرابة للمريض :	عنوان المريض : رقم التلفون :

نوع القبول: قبول جديد ( : MUAC <input type="checkbox"/> أو Z-Score <input type="checkbox"/> أو توذم <input type="checkbox"/> ) انتكاسة <input type="checkbox"/> إعادة قبول <input type="checkbox"/> نقل داخلي <input type="checkbox"/>	
سبب القبول الرئيسي (اذكر سبب واحد فقط )	
اذا كان قبول جديد : MUAC <input type="checkbox"/> أو Z-Score <input type="checkbox"/> أو توذم <input type="checkbox"/>	
انتكاسة <input type="checkbox"/>	
إعادة قبول <input type="checkbox"/>	
نقل داخلي <input type="checkbox"/>	
في حال النقل الداخلي ( ضع √ على المعلومة ) : <input type="checkbox"/> قسم داخلي /TFC/NSC <input type="checkbox"/> عيادة خارجية OTP	

الأدوية الروتينية					
الجرعة	التاريخ	الأدوية	الجرعة	التاريخ	الأدوية
		مضادات الديدان في الزيارة الاولى			أموكسيسيلين.....ملجم في زيارة القبول
		الأدوية المضادة للملاريا **			فيتامين (أ) في زيارة القبول *
		لقاح الحصبة***في الزيارة الرابعة			قرص حمض فوليك 5 ملجم في زيارة القبول
المعالجة الخاصة					
المعالجة	الملاحظة			الجرعة	

\* يؤجل إعطاء فيتامين (أ) الى الزيارة الرابعة بالنسبة للأطفال المتوذمين

\*\* في المناطق الموبوءة بالملاريا يعطى العلاج وفقا للاستراتيجية الوطنية

\*\*\* كل الأطفال من سن 9 أشهر بدون بطاقات تطعيم أو من مناطق منخفضة التغطية بالنسبة للتحصين يجب تطعيمهم ضد الحصبة في خلال الزيارة الرابعة ( بما في ذلك الأطفال الذين تم علاجهم مسبقاً في القسم الداخلي ).

محيط منتصف الذراع المستهدف :							الوزن المستهدف في OTP عند 1-Z-score: ..... جم . كجم (في حالة عدم وجود برنامج SFP ) الوزن المستهدف في OTP عند 2-Z-score: ..... جم . كجم (عند وجود برنامج SFP /يحول عند هذا الوزن الى SFP )						
12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	القبول	الزيارة كل 7 أيام
													اكتب التاريخ(يوم/ شهر)
													اكتب الوزن (جم- كجم )
													اكتب الطول (سم) كل 21 يوم
													اكتب الوزن/الطول ( Z- SCORE )
													اكتب درجة التوذم (0,+,++)
													اكتب منتصف محيط الذراع MUAC(سم)
													الإسهال ( 0.....الي .....يوم)
													اكتب عدد مرات التبرز في اليوم ( 0,1,2,3,4,5+ )
													اكتب عدد مرات التبول خلال اليوم
													اكتب المدة للتقيؤ ( 0 إلى ..... يوم)
													اكتب المدة للحمى ( 0 إلى ..... يوم)
													اكتب المدة السعال ( 0 إلى ..... يوم)
													الشهية للطعام ( نعم / لا )
													اكتب درجة شحوب ملتحمة العين ( 0 إلى +)
													وجود التهاب الملتحمة ( نعم / لا )
													اكتب معدل التنفس / دقيقة
													اكتب درجة الحرارة ( منوي)
													داء المبيضات ( نعم / لا )
													تضخم العقد الليمفاوية ( نعم / لا )
													وجود التهابات جلدية ( نعم / لا )
													اجتياز اختبار الشهية ( اكتب الكمية المتناولة )
													المغلفات من غذاء المعالجة الجاهز لحالات سوء التغذية الحاد الوخيم
													المغلفات الفارغة المعادة من غذاء المعالجة الجاهز لحالات سوء التغذية الحاد الوخيم SAM
													البسكويت العلاجي ( PB100 )
													@ نتيجة المتابعة والتقييم خلال المعالجة بعد كل زيارة (سجل الرمز فقط)
													تاريخ نتيجة المتابعة والتقييم
* ( . إلى ..... يوم ) عدد الأيام التي كان فيها أعراض (سعال - حمى)													
@ نتائج المتابعة بعد كل زيارة: (أ):شفاء - (ب):تخلف-(ج):غائب (د):وفاة - (هـ):نقل الى - (و):غير مستجيب- (ز):رفض الاحالة- (ح):مستمر بالمعال													

بطاقة القبول والمتابعة لمرضى سوء التغذية الحاد المتوسط MAM ملحق ( ح )

رقم MAM الحصري:

تاريخ القبول:

المحافظة:

المديرية:

القرية:

المرفق الصحي:

الرضاعة الطبيعية : يرضع حالياً <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	أسم الطفل الرباعي :
الوالدين أحياء : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أب <input type="checkbox"/> أم <input type="checkbox"/>	العمر(بالأشهر) : <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
اطلب من الام كرت التحصين وبحسب عمر اطفال هل التطعيمات مكتملة : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	عنوان المريض :
أسم راعي المريض : نوع القرابة بالمريض:	المسافة الى المرفق الصحي (متر/كم) : : دقيقة/ساعة : رقم التلفون :

( ضع ✓ على المعلومة ) : أحيل من: <input type="checkbox"/> تلقاء نفسه <input type="checkbox"/> متطوعة <input type="checkbox"/> مرفق صحي <input type="checkbox"/> أخرى -----	معايير نوع القبول : قبول جديد: MUAC ( ) و/او Z-scor ( ) <input type="checkbox"/> انتكاسة <input type="checkbox"/> إعادة قبول <input type="checkbox"/> نقل داخلي
--	--

سبب القبول الرئيسي (اذكر سبب واحد فقط): ( ) MUAC ( ) او Z-Scor ( ) أو انتكاسه ( ) أو إعادة قبول ( ) أو نقل داخلي ( )	المرض خلال الأسبوعين السابقين إسهال ( ) سعال ( ) حصبه ( ) أخرى: لا يوجد ( )
---	--

القياسات عند القبول و المتابعة :

القبول 0	1	2	3	4	5	6
الزيارة كل 14 يوم						
التاريخ(يوم/ شهر)						
الوزن (جم- كجم )						
الطول (سم) كل 28 يوم						
الوزن/الطول ( Z- SCORE )						
منتصف محيط الذراع MUAC(سم)						
المغلفات من غذاء المعالجة الجاهز لحالات سوء التغذية المتوسط						
المغلفات الفارغة من غذاء المعالجة الجاهز لحالات سوء التغذية المتوسط						
نتيجة المتابعة كل اسبوعين (شفاء , تخلف, وفاة, عدم إستجابة, نقل الى حدد, رفض الاحالة).مستمر بالمعالجة						

التاريخ	علاجات أخرى	التاريخ	الأدوية الروتينية
			فيتامين(أ) في الزيارة الصفرية أو القبول*
			مضادات الديدان في الزيارة الأولى
			لقاح الحصبة *في الزيارة الرابعة

\* الزيارة الصفرية أو القبول في حالة الفترة المسموحة مر على الطفل أكثر من 6 أشهر من تاريخ اخذه جرعة فيتامين (أ).



ملحق (د) يبين كيفية اختبار الشهية بدون ميزان أثناء المتابعة والتقييم

"سيئ" هي الكمية الدنيا التي يجب أن يتناولها مرضى سوء التغذية لاجتياز اختبار الشهية					
الغذاء بشكل ألواح بسكويت			الغذاء بشكل عجينة في مغلقات		
الألواح		وزن الجسم (كجم)	المغلقات		وزن الجسم (كجم)
جيد	سيئ		جيد	سيئ	
$\frac{1}{2} <$	$\frac{1}{4} \geq$	أقل من 5 كجم	$\frac{1}{4} <$	$\frac{8}{1} \geq$	أقل من 4 كجم
$\frac{3}{4} <$	$\frac{1}{2} \geq$	5 – 9.9	$\frac{3}{1} <$	$\frac{1}{4} \geq$	4 – 6.9
$1 <$	$\frac{3}{4} \geq$	10 – 14.9	$\frac{1}{2} <$	$\frac{3}{1} \geq$	7 – 9.9
$1 \frac{1}{2} <$	$1 \geq$	15 – 29	$\frac{3}{4} <$	$\frac{1}{2} \geq$	10 – 14.9
	$1 \frac{1}{2} \geq$	أكثر من 30 كجم	$1 <$	$\frac{3}{4} \geq$	15 – 29
				$1 \geq$	أكثر من 30 كجم

ملحق (ذ) يبين كيفية صرف الغذاء العلاجي وفقاً لوزن الطفل.

البسكويت العلاجي الجاهز للاستخدام المعمول أساساً من الحليب		العجينة العلاجية الجاهزة للاستخدام المعمولة أساساً من الفول السوداني		العجينة العلاجية الجاهزة للاستخدام المعمولة أساساً من الفول السوداني		تصنيف الوزن (كيلوجرام)
الألواح في الأسبوع	الألواح في اليوم	الأكياس في الأسبوع	الأكياس في اليوم	الجرامات في الأسبوع	الجرامات في اليوم	
14	2	8	$1 \frac{1}{4}$	750	105	3 – 3.4
$17 \frac{1}{2}$	$2 \frac{1}{2}$	10	$1 \frac{1}{2}$	900	130	3.5 – 4.9
28	4	15	2	1400	200	5 – 6.9
35	5	20	3	1800	260	7 – 9.9
49	7	30	4	2800	400	10 – 14.9
63	9	35	5	3200	450	15 – 19.9
70	10	40	6	3500	500	20 – 29.9
84	12	50	7	4500	650	30 – 39.9
98	14	55	8	5000	700	40 – 60



ملحق (ر) المصطلحات ذات العلاقة بمضمون الدليل

<b>CMAM</b>	<b>Community Management of Acute Malnutrition</b>
<b>SAM</b>	<b>Severe Acute Malnutrition</b>
<b>MAM</b>	<b>Moderate Acute Malnutrition</b>
<b>TFC</b>	<b>Therapeutic Feeding Centre</b>
<b>OTP</b>	<b>Outpatient Therapeutic Programme</b>
<b>SFP</b>	<b>Supplementary Feeding Programme</b>
<b>W/H – W/L</b>	<b>Weight-for-Height – Weight-for-Length</b>
<b>MUAC</b>	<b>Mid Upper Arm Circumference</b>
<b>F75</b>	<b>Therapeutic milk used in Acute-phase of SAM in-patient treatment</b>
<b>F100</b>	<b>Therapeutic milk used in Transition/Recovery Phases of SAM treatment</b>

