

وزارت صحت عامه
د وځايوي طب عمومي رياست
د تغذي عامه ډيپارټمنت

د حادي خوارځواکي د هر اړخيزو خدمتونو لارښود

جنوري - 2014

د حادي خوارځواکي د هر اړخيزو
خدمتونو لارښود
Ketabton.com



د افغانستان اسلامي جمهوریت

د عامې روغتیا وزارت
د وقایوې طب عمومي ریاست
د عامه تغذی دپیار تمننت

د حادي خوارخوای د هر اړخیزو خدمتونو لارښود

نېټه: جنوري ۲۰۱۴

سرلیک

د عامې روغتیا وزارت خوښ دی چې د حادې خوارخواکۍ د درملنې د لارښود ډیر تازه متن وړاندې کوي. د حادې خوارخواکۍ درملنه په افغانستان کې د ۱۹۹۶ کال څخه رادیکخوا د نړیوالو موسسو په مرسته پیل شویده. بیلابیلو موسسو بیلابیل لارښودونه او د درملنې پروتوکولونه استفاده کول چې د افغانستان په وضعیت کې د هغې اغیز هیڅکله ارزول شوی نه و. له همدې امله کله چې په د عامې روغتیا په وزارت کې په ۲۰۰۳ کال کې د عامه تغذی دیپارټمنټ تشکیل شو، یونیسف او WHO د عامې روغتیا وزارت سره مرسته وکړه چې د نړیوالو تجربو پر بنسټ د درملنې لارښود چمتو کړي، په ځانګړې توګه د WHO د حادې خوارخواکۍ د درملنې لارښود څخه یې ورته تطابق ورکړیدی. په ۲۰۰۸ کال کې د عامه تغذی دیپارټمنټ د شدیدې حادې خوارخواکۍ د خارج بستر درملنې لپاره نوی لارښود معرفي کړ چې د ټولنی په کچه د درملنې یا (CTC) په نامه یادیده چې نوموړی لارښود تجدید شو. نو په ۲۰۱۰ کال کې د نړیوالو تجربو او مقایسوي ګټو پر بنسټ د عامې روغتیا وزارت د ټولنی په کچه د حادې خوارخواکۍ منجمنت (CMAM) معرفي کړی چې د (CTC) ځای یې ونیولو او په پرلپسې توګه نوموړی لارښود تجدید شو. د هغې وروسته د تغذی شریکان د تغذی د کلسټر په مرسته د بېرني حالت غیرګون د یو میکانیزم په حیث CMAM تطبیقوي .

ددې لپاره چې په ټولو برخو کې اړتیا ته رسیدګی شوی وی او د پروګرام د تداوم لپاره یو ماډیول جوړشوی وی، د عامې روغتیا وزارت پریکړه وکړه چې د BPHS او EPHS د لاری د حادې خوارخواکۍ درملنې ته پراختیا ورکړي او د بېرني حالت څخه یې توجه انګشاف او دوامداره پروګرام ته راښکته کړي . لومړی هڅه یې په څو ولایتونو کې د لارښود امتحانې تطبیقول چې دا یې روښانه کړه چې د ساده اصطلاحاتو او روښانه تعریفونو سره یو جامع او مدغم لارښود ته اړتیا شته چې د روغتیایي کارکونکو سره د حادې خوارخواکۍ په مختلفو مرحلو کې د مناسب تشخیص او درملنې په برخه کې مرسته وکړي. په ۲۰۱۳ کال کې د عامې روغتیا وزارت د تغذی دکلسټر او یونیسف په مرسته د Valid International موسسې څخه یو نړیوال مشاور مقرر کړ چې وضعیت ارزیايي کړی او د عامه تغذی دیپارټمنټ ته د یو معیاری لارښود په جوړولو کې لارښونه وکړی چې په علمی شواهدو او نړیوالو تجربو ولاړ وی او د افغانستان د واقعي وضعیت سره سم وی. د عامه تغذی د دیپارټمنټ ټیم او مشاور په ډېرو ولایتونو کې د اسنادو په لیدلو، د ناروغانو فایلونو او د روغتیایي کارکونکو د کړنو د مستقیمی مشاهدې څخه یې یوه in-depth څیړنه سرته ورسوله . ددې څیړنې په پایله کې د حادې خوارخواکۍ د درملنې یو لارښود د

“ حادی خوارخوای د هر اړخیزو خدمتونو لارښود ”IMAM په نامه د لارښود مسوده جوړه شوه. د عامی تغذی د دپپارتمنت د رهبری لاندی او د متعددو نړیوالی او ملی موسسو په غړیتوب یو کاری گروپ جوړ شو چی د لارښود ترتیب شوی مسوده مرور کړي، ددی ټولو هڅو په پایله کی د حادی خوارخوای د درملنی لارښود بیا وکتل شو.

دا کتل شوی لارښود د روغتیایی سیستم په بیلابیلو مرحلو کی د حادی خوارخوای تشخیص، د خارج بستر او داخل بستر خدمتونو دلاری درملنه، میندو او پالونکو ته مشوره ورکول، او د حادی خوارخوای ارزونه/ درملنه د پراخو لاملونو او بعدونو سره لکه مایکرونیوترینت، د ماشومانو او شیدو خوړونکو تغذیې کرنی او د کورنی پاملرنی برخی احتوا کوی.

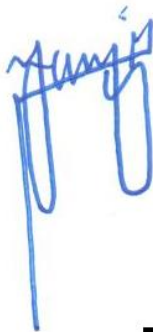
د عامی روغتیا وزرات خوښ دی چی د نوموړی سند تطبیق د یو ملی لارښود په حیث د روغتیایی سیستم په ټولو مرحلو کی په افغانستان کی د خوارخوای د ستونزو د له منځه وړلو لپاره تسریع کړي

داکتر محمد توفیق مشال

د وقایوی طب عمومی ریس

د عامی روغتیا وزارت

جنوری ۲۰۱۴



■

منلیک

د عامی روغتیا وزارت د عامه تغذی دپیارتمنت د WHO، WFP، د تغذی کلستر په ځانگړی توگه د یونیسف مرستی د حادی خوارځواکی د درملنی د مدغم ملی لارښود د مرور، د وروستنیو شواهدو په نظر کی نیولو سره د پروتوکولونو تجدید، د IYCF او مایکرونیوترینت سره د حادی خوارځواکی ادغام، د حادی خوارځواکی د خارج بستر او داخل بستر درملنی یوځای کول او په پای کی د افغانستان د وضعیت سره سم د تطبیق شوی لارښود چمتو کولو څخه په ډیره درناوی مننه کوي.

مونږ ددی لارښود د چمتو کولو په اړه د VALID نړیوالی موسسی لخوا د پاول بین چي د حالت د in-depth ارزونی او د نوو معلوماتو او په ساحه کی د روان حالت پربنسټ یی د IMAM لارښود مرور او مدغمولو، د داکتر احمد نوید قاریزاده او داکتر احمد بارز صاحبزاده د تسهیل، همغږی، ساحوی لیدنی او د ټولو کارونو د سرته رسولو څخه مننه کوو.

مونږ د ټولو تطبیقونکو شریکانو څخه ددی د فیدبک ورکولو او د دی کار د سرته رسولو لپاره د تخنیکي مرستی څخه ممنون یو، لدی څخه OXFAM Novib، IMC، ACF او HN-TPOs موسسوڅخه. د اندرا گاندی د ماشوم د روغتیا د انستیتیوت، اتاترک روغتون، میوند روغتون او د افغانستان د ډیرو ولایتونو د ولایتی روغتونونو د رهبریت او کارکونکو څخه قدردانی کوو چي د وضعیت په څیرنه او تخنیکي مرستو سره یی پدی لارښود کی په فعالانه توگه برخه اخستی ده.

د افغانستان ډیرو شریکانو او روغتیایي متخصصینو هم د ادغام او مرور په پروسو کی برخه اخستی ده، د عامی روغتیا وزارت د هغوی د هڅو له امله د هغوی څخه مننه کوي.

په پای کی مونږ د افغانستان د عامی روغتیا وزرات د رهبریت، په ځانگړی توگه د ډاکتر صاحب محمد توفیق مشال د وقایوی طب عمومی ریس څخه د عامه تغذی د دپیارتمنت سره د هغوی مرستی له امله مننه کوو چي د تغذی په سکتور کی د رهبریت اغیزمن رول ولوبوی.

داکتر بشیر احمد حمید

د عامه تغذی د دپیارتمنت آمر

فهرست

- ۱ معرفی.....
- ۱ ددی لاربنود هدف.....
- ۱ د لاربنود لپاره مورد هدف مخاطبین:.....
- ۲ اساسی کتني:.....
- ۲ د حادی خوارخوای د درملنی لپاره د خدمتونو تنظیمول.....
- ۳ د لاربنود محتویات.....
- ۵ ۱ فصل:خوارخوای ته کتنه.....
- ۶ د خوارخوای تعریف.....
- ۹ د خوارخوای لاملونه.....
- ۱۵ د خوارخوای پتوفزیولوژی.....
- ۱۶ د حادی خوارخوای تقسیم بندی.....
- ۱۷ د خوارخوای وقایه او درملنه.....
- ۲۰ د مایکرونیوترینت فقدان.....
- ۲۲ د ماشومانو او شپډو خورونکو تغذیه (IYCF).....
- ۴۱ ولی د ژوند په لومړیو ۱۰۰۰ ورځو کې مناسبه تغذیه مهمه ده.....
- ۴۳ ۲ فصل: د حادی خوارخوای ارزیابی، تشخیص او ترتیب بندی.....
- ۴۳ د ۶ څخه تر ۹ میاشتنيو ماشومانو د حادی خوارخوای ارزیابی.....
- ۵۳ د ۶ میاشتو څخه د کم عمره ماشومانو د حادی خوارخوای ارزیابی.....

- د امیندوارو او شیده ورکونکو میندو د حادی خوارخواکي ارزيايي..... ۵۴
- ۳ فصل: د ټولني په کچه پراختيايي پروگرام..... ۷۲
- پوښښ او لاسرسی..... ۷۲
- حساسول..... ۷۴
- سکریننگ (SCREENING)..... ۷۵
- د د رجعت او درملني معقولیت .. ۷۹
- درملني ته ځواب ویل..... ۸۰
- د ټولني په کچه د پراختيايي پروگرام نظارت او ارزيايي..... ۸۳
- ۴ فصل: د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنیو ماشومانو د حادی خوارخواکي خارج بستر درملنه .. ۱۰۴
- د درملني خط سیر..... ۱۰۴
- د خارج بستر ناروغانو د وارد (OPD) ارزيايي..... ۱۰۵
- د درملني په لړ کې په روغتيايي مرکز کې تعقیبي خدمتونه..... ۱۱۲
- د MAM/SAM د درملني لپاره د واجد شرایط نور معیارونه..... ۱۱۵
- په حاده خوارخواکي اخته د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنیو ماشومانو د رخصت معیارونه..... ۱۱۶
- د MAM/SAM د درملني څخه د رخصت شوو ناروغانو تعقیب..... ۱۱۷
- راپور ورکول..... ۱۱۷
- د خدمتونو معیارونه..... ۱۲۰
- نظارت او تقویتی سوپرویزن..... ۱۲۱
- ۵ فصل: د امیندوارو او شیده ورکونکو میندو د حادی خوارخواکي خارج بستر درملنه .. ۱۳۴
- د درملني خط السیر..... ۱۳۵
- ارزيايي..... ۱۳۵

- د شرایطو پوره کونکي معیارونه..... ۱۳۶
- په حاده خوارخوای اخته امیندوارو او شیده ورکونکو میندو لپاره معمول درمل.. ۱۳۷
- په حاده خوارخوای اخته امیندوارو او شیده ورکونکو میندو لپاره تغذیوی درملنه.. ۱۳۷
- په حاده خوارخوای اخته امیندوارو او شیده ورکونکو میرمنو تعقیبی پاملرنه..... ۱۳۸
- په حاده خوارخوای اخته امیندوارو او شیده ورکونکو میرمنو د رخصتولو معیارونه ۱۳۸
- راپور ورکول..... ۱۳۹
- نظارت او تقویتی سوپرویزن..... ۱۳۹
- ۶ فصل: د شدیدې حادې خوارخوای داخل بستر درملنه (SAM)..... ۱۴۴
- د SAM د درملني د داخل بستر خدمتونو خط السیر..... ۱۴۶
- د ۰ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو کي د SAM د داخل بستر مراقبت د شرایط پوره کیدلو معیارونه ۱۴۷
- د طبی اختلاطاتو عاجل پیژندل او درملنه..... ۱۴۸
- په SAM اخته د ۶ - ۵۹ عمر ماشومانو داخل بستر خدمتونه..... ۱۶۹
- ۷ فصل: د ۶ میاشتو څخه د کم عمر یا د ۶ میاشتو څخه د زیات عمر مگر د ۴ کیلو گرامو څخه د کم وزن لرونکو ماشومانو درملنه..... ۲۱۸
- د مور څخه پاملرنه..... ۲۲۰
- د ۶ میاشو څخه د کم عمر و شیدو خورونکو ماشومانو د شرایطو د پوره کولو معیارونه..... ۲۲۲
- د ۶ میاشتو څخه د کم عمر ماشومانو تغذیوی خدمتونه ۲۲۴
- د ۶ میاشتنيو یا ددی څخه غټو ماشومانو چي وزن یي د ۴ کیلو څخه لږ وی پاملرنه.... ۲۳۵
- راپور ورکول، د خدمتونو معیارونه او حمایتی سوپرویزن ۲۳۷

د جدولونو لست

- ۱ جدول: د ماشومانو او میندو د مایکرونیوټرینټ اړتیاوي.....20
- ۲ جدول: د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنیو ماشومانو کې د انټروپومیټری پر بنسټ د حادي خوارځواکی تقسیم بندي.....48
- ۳ جدول: د حادي خوارځواکی کلینیکي اختلاطات49
- ۴ جدول: د اشتها د ټسټ کټگوري.....51
- ۵ جدول: د ۶ میاشتو څخه د کم عمر لرونکو شیدو خوړونکو ماشومانو د SAM داخل بستر درملني لپاره د رجعت معیارونه.....54
- ۶ جدول: په امیندوارو او شیدو ورکونکو میندو کې د حادي خوارځواکی معیارونه55
- ۷ جدول: د ټولني په کچه د ټولني روغتیايي کارکونکو د سکریننگ فعالیتونه.....76
- ۸ جدول: د پوښښ د کچي معیارونه.....88
- ۹ جدول: د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنیو ماشومانو کې د شدیدی حادی خوارځواکی تصنیف بندي.....106
- ۱۰ جدول: په حاده خوارځواکی اخته د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنیو ماشومانو د خارج بستر معیارونه شاملولو معیارات.....107
- ۱۱ جدول: روټین درمل چې په MAM اخته د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنیو ماشومانو لپاره ورکول کیږی108
- ۲ جدول: په SAM اخته د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنیو ماشومانو لپاره روټین درمل108
- ۱۳ جدول: په MAM اخته د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنیو ماشومانو لپاره د RUSF تجوزول.....110
- ۱۴ جدول: په SAM اخته د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنیو ماشومانو لپاره د RUTF تجوزول.....110
- ۱۵ جدول: د درملني په لړ کې د تعقیبي لیډنی لپاره د تصمیم نیوني مواد112
- ۱۶ جدول: د MAM/SAM د درملني په لړ کې د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنیو ماشومانو د کړنو پروتوکولونه114
- ۱۷ جدول: د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنیو ماشومانو د MAM د درملني لپاره د واجد شرایط نور معیارونه.....115

- ۱۸ جدول: د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو د SAM د درملني لپاره د واجد شرایط نور معیارونه.....115
- ۱۹ جدول: د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو د MAM/SAM درملني څخه د رخصتونو معیارونه.....116
- ۲۰ جدول: په MAM اخته د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو د رخصتیدو نور معیارونه.....117
- ۲۱ جدول: په MAM/SAM اخته شوو د رخصت شوو د پایلو محاسبه118
- ۲۲ جدول: د MAM د خارج بستر وارد لپاره د خدمتونو معیارونه.....120
- ۲۳ جدول: د SAM د خارج بستر وارد لپاره د خدمتونو معیارونه.....120
- ۲۴ جدول: په حاده خوارخواکی اخته امیندوارو او شیده ورکونکو میندود شرایطو د پوره کولو معیارونه136
- ۲۵ جدول: په حاده خوارخواکی اخته د امیندوارو او شیده ورکونکو میندو د درملني لپاره د شرایطو پوره کولو نور حالتونه.....136
- ۲۶ جدول: په حاده خوارخواکی اخته امیندوارو او شیده ورکونکو میندو لپاره معمول درمل.....137
- ۲۷ جدول: په حاده خوارخواکی اخته امیندوارو او شیده ورکونکو میندو لپاره د اساسی راشن اندازه137
- ۲۸ جدول: په حاده خوارخواکی اخته امیندوارو او شیده ورکونکو میرمنو د رخصتولو معیارونه.....139
- ۲۹ جدول: په ۱ مرحله کې د F75 شیدو اندازه چې د ۶-۵۹ میاشتو ماشوم ته ورکړل شي.....175
- ۳۰ جدول: د ۳۰ جدول: د معالجوی شیدو د تغذیې مهال ویش په ورځ کې د ۸ او ۶ څلو لپاره.....180
- ۳۱ جدول: بی د اختلاطاتو SAM لپاره روټین انټی بیوتیکونه.....181
- ۳۲ جدول: د د اختلاطاتو SAM لپاره روټین درمل.....181
- ۳۳ جدول: د SAM د داخل بستر لپاره د ویتامین A د توصیې مهال ویش.....182
- ۳۴ جدول: د RUTF اندازه چې په انتقالی مرحله کې باید ورکړل شي.....190
- ۳۵ جدول: خارج بستر خانگی ته د انتقال پر مهال د RUTF اندازه چې باید ماشوم ته ورکړل شي.....191

۳۶ جدول: د F100 شیدو اندازه چي د ۶-۵۹ میاشتینو ماشومانو ته په انتقالی مرحله کي باید ورکړل شي.....193

۳۷ جدول: د F100 شیدو اندازه چي د ۶-۵۹ میاشتینو ماشومانو ته د SAM په ۲ مرحله کي ورکړل کيږي.....196

۳۸ جدول: د چنجیو ضد درمل چي د داخل بستر په دوهمه مرحله کي د ۱۲ میاشتو څخه پورته عمر لرونکو ماشومانو ته ورکول کيږي.....197

۳۹ جدول: د SAM د داخل بستر د ځانگي څخه د ۶-۵۹ میاشتینو ماشومانو د رخصت معیارونه.....199

۴۰ جدول: په MAM/SAM باندی د اخته ناروغانو د رخصتولو د پایلو محاسبه....201

۴۱ جدول: د SAM د داخل بستر خدمتونو سټنډرډونه.....202

۴۲ جدول: د ۶ میاشو څخه د کم عمر و شیدو خورونکو د شرایطو د پوره کولو معیارونه222

۴۳ جدول: د رقیق شوو F100 (یا د اذیمایی پینو لپاره F75) د اندازي شروع کول چي د SST په استفادی سره د ۶ میاشتو څخه د کم عمر ماشومانو ته باید ورکړل225

۴۴ جدول: د رقیق شوو F100 (یا د اذیمایی واقعو لپاره F75) اندازه چي د شیدو خورونکو ماشومانو لپاره چي د مور په شیدو د تغذیي احتمال یی نه وی.....232

جدول: د ۶ میاشتو څخه د لږ عمر ماشومانو لپاره معمول انټی بیوتیکونه.....233

د شکلونو لست

- لومړی شکل: د خوارخواکي لپاره د یونسف تصوري چوکاټ.....7
- ۲ شکل : د حادي خوارخواکي تقسيم بندي(کولنز او ياتيز ۲۰۰۳).....15
- شکل: MUAC د مړينو د خطر د يو شاخص په حيث.....45
- ۴ شکل: د وزن پر قد له مخی د وفیاتو خطر (د روغتیا نړیواله اداره ، ۲۰۰۶).....46
- ۵ شکل: په حاده خوارخواکي اخته د ۶ – ۵۹ میاشتو ماشومانو د تشخیص او درملني الگوریتم.....52
- ۶ شکل: انخور د غشي په برخه کي د MUAC د اندازه کولو د لوستلو بنودونکی دي.....57
- ۷ شکل: د زورنډیدو په ترازو د وزن اندازه کول.....60
- ۸ شکل: د SECA ترازو څخه په استفادی سره د وزن اندازه کول.....61
- ۹ شکل: د قد اندازه کول.....63
- ۱۰ شکل: د طول اندازه کول.....65
- ۱۱ شکل: د روغتیا د نړیوالی اداري لس گامونه.....146
- ۱۲ شکل: د دیهایډریشن د درملني طریقه په حاده شدیدې خوارخواکي اخته ماشوم کی.....156
- ۱۳ شکل: په شدیدې حاده خوارخواکي اخته ناروغ کی مایعاتو د اضافه کیدو څخه د مخنیوي لپاره د مایعاتو د بیا ورکولو طریقه.....157
- ۱۴ شکل: د سینه بغل او دمایعاتو د اضافه بار کیدلو ترمنځ د تفریقي تشخیص طریقه.....164
- ۱۵ شکل: د شدیدې کمخونی د درملني طریقه.....166
- ۱۶ شکل: په پیاله د تغذیې سمه طریقه.....176
- ۱۷ شکل: د تغذیې په یو وخت کي د شیدو اخستلو د ثبتولو مثال.....177
- ۱۸ شکل: د ۲ ورځو لپاره د شیدو د نظارت د چارټ نمونه.....179

۱۹ شکل: د بشپړونکی رودلو تخنیک (SST)..... 228

۲۰ شکل: څرنګه د تی شیده په لاس وویستل شي او په پیاله ماشوم پری تغذی

شي..... 230

ضمیمه

- ۱ ضمیمه: په وده د غذایی موادو تقسیم بندی دهغوی د اغیزو له مخي 10
- ۲ ضمیمه: د حادی خوارخواکي پایلي..... 18
- ۳ ضمیمه: د امیندوارو او شیدو ورکونکو میندو تغذیه..... 30
- ۴ ضمیمه: د ۰ څخه تر ۶ میاشتنی پوری د شیدو خورونکو ماشومانو تغذیه..... 32
- ۵ ضمیمه: له ۶ څخه تر ۹ میاشتنو، متممه تغذی..... 35
- ۶ ضمیمه: د ۹ څخه تر ۱۲ میاشتنو پوری متممه خواره..... 37
- ۷ ضمیمه د ۱۲ څخه تر ۲۴ میاشتنو پوری متممه خواره..... 39
- ۸ ضمیمه: د ۶-۵۹ میاشتنو ماشومانو کي د MUAC اندازه گیری..... 56
- ۹ ضمیمه: د وزن اندازه کول..... 58
- ۱۰ ضمیمه: د قد اندازه کول..... 61
- ۱۱ ضمیمه: د وزن پر قد د مرجع کارت (د روغتیا نړیواله اداره 2006)..... 66
- ۱۲ ضمیمه: د تغذی د اذیمیا تصنیفبندی..... 70
- ۱۳ ضمیمه: د حساسولو د ناستی پلان 89
- ۱۴ ضمیمه د حساسولو د پیغام یوه بیلگه..... 91
- ۱۵ ضمیمه: د واقعی د نقشی ویستلو تالی شیت..... 93
- ۱۶ ضمیمه: د غایبینو (DEFAULTER) د بیا راتلو سوالنامه 94
- ۱۷ ضمیمه: د کورنی لیدنی د ثبت فورمه 95
- ۱۸ ضمیمه: د کورنی لیدنی سوالنامه 96
- ۱۹ ضمیمه: د لیرلو پر مهال د روغتیایی مرکز په کچه د MUAC تالی شیت..... 99
- ۲۰ ضمیمه: د قسمی تنظیم شوی مرکي سوالنامه 100
- ۲۱ ضمیمه د MAM/SAM د خارج بستر ناروغانو د درملني کارت..... 122

- ۲۲ ضمیمه: د MAM/SAM خدمتونو د راشن کارت.....124
- ۲۳ ضمیمه: د SAM د داخل بستر وارد څخه/ته د لیرلو کارت.....125
- ۲۴ ضمیمه: د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو او امیندوارو او شیدو ورکونکو میندو د MAM د خارج بستر درملني راپور ورکولو فارمټ.....126
- ۲۵ ضمیمه: د شدیدې حادې خوارځواکۍ د راپور ورکولو فارمټ127
- ۲۶ ضمیمه: د MAM د خارج بستر فعالیتونو چکلیست128
- ۲۷ ضمیمه: د SAM فعالیتونو لپاره چکلیست.....131
- ۲۸ ضمیمه: په حاده خوارځواکۍ اخته امیندوارو او شیده ورکونکو میرمنو د درملني کارت.....140
- ۲۹ ضمیمه: د شیدو خورونکو او ۵ کالو څخه د بنکته ماشومانو د شرایطو د پوره کولو معیارونه204
- ۳۰ ضمیمه: د ORS، د نیت غلظت لرونکی (LO-ORS) او ریزومل ترکیب (د ریزومل د جوړولو د لارښودونو ره).....206
- ۳۱ ضمیمه: د F75 او F100 جوړولو نسخه.....208
- ۳۲ ضمیمه: لویې کول او تحریکول.....210
- ۳۳ ضمیمه: د SAM د داخل بستر خدمتونو د اجرا آتو چکلیست211

مخففونه

| | |
|--|--------------|
| په اوسط ډول د وزن اخستل | AWG |
| اساسي روغتيايي مرکز | BHC |
| جامع روغتيايي مرکز | CHC |
| د ټولني روغتيايي سوپروايزر | CHS |
| د ټولني روغتيايي کارکوونکي | CHW |
| د ټولني په کچه د ماشومتوب د ناروغيو بشپړه درملنه | C-IMCI |
| د منرالونو او ويټامينونو مرکب | CMV |
| نړی شوی د 100 فورمولا معالجوی شپږه | Diluted F100 |
| د ولسوالی روغتون | DH |
| عاجل اطاق | ER |
| د کرنې او خوراكي موادو سازمان | FAO |
| 75 فورمولا معالجوی شپږه | F 75 |
| د 100 فورمولا معالجوی شپږه | F 100 |
| هيموگلوبين | Hb |
| د انسان د معافيت د کمښت وپروس | HIV |
| د حادی خوارخواکي د منجمنت د هر اړخيزو خدمتونو لارښود | IMAM |
| د ماشومتوب د ناروغيو بشپړه درملنه | IMCI |
| داخل بستر وارد | IPD |
| د شديدې حادی خوارخواکي داخل بستر وارد | IPD-SAM |
| د شديدې خورونکو او ماشومانو تغذيه | IYCF |
| د کم ازمولاربيټي لرونکی ORS | LO-ORS |
| د پاتي کيدو موده | LOS |
| متوسطه حاده خوارخواکي | MAM |
| د مور او ماشوم روغتيا | MCH |
| د متعددو مايکرو نيوترينتونو تابليټونه | MNT |
| د عامي روغتيا وزارت | MoPH |
| د منډ د متوسطي برخي محيط | MUAC |
| د روغتيايي احصايي ملي مرکز | NCHS |
| انفي معدوی | NG |
| خارج بستر وارد | OPD |

| | |
|--|--------------------------------------|
| د متوسطی حادي خوارخواکي لپاره خارج بستر وارد | OPD-MAM |
| د شديدی حادي خوارخواکي لپاره خارج بستر وارد فمي ريهاديريشن مالکين محلول د تړلو حجرو اندازه ولایتي روغتون امیندواره او شیده ورکونکی میندي | OPD-SAM ORS PCV PH PLW |
| د خوارخواکي لپاره د مایعاتو د پوره کولو محلول د خوراک لپاره تیار ضمیموی خواره د خوراک لپاره تیار معالجوي خواره شديده حاده خوارخواکي توبرکلوز | ReSoMal RUSF RUTF SAM TB |
| د متوسطی حادي خوارخواکي لپاره خارج بستر وارد | OPD-MAM |
| د ماشومانو لپاره د ملگرو ملتونو جمعي صندوق وزن پر عمر وزن پر قد/ طول نړيوال خوراکي پروگرام نړيواله روغتيايي اداره | UNICEF WFA WFH/L WFP WHO |

معرفی

د لارښود هدف:

د حادی خوارخواکۍ د مدغمۍ درملنې لپاره ملی لارښود د یوې وسیلې په حیث چمتو شو چې د روغتیايي کارکونکو سره د دواړو متوسطې حادی خوارخواکۍ او شدیدې حادی خوارخواکۍ په ارزښایي او مناسب منجمنت کې په پاملرنې او مشورې ورکولو کې مرسته وکړي. د لارښود سخت تطبیق د ټولني په کچه د بیروني خدمتونو سره قوی تاکید کولای شي چې په مهمه توګه د پنځو کلونوڅخه د ښکته عمر لرونکو ماشومانو د حادی خوارخواکۍ له امله د مرګ و میر د کچې په کمولو کې برخه واخلي.

د لارښود لپاره مورد هدف مخاطبین:

د حادی خوارخواکۍ د مدغمۍ درملنې ملی لارښود د روغتیايي امرانو، روغتیايي کارکونکو، د تغذیې متخصصینو، او د ټولني کارکونکو د استفادې لپاره په نظر کې نیول شويدي چې د اړتیا وړ مختلفو مرحلو ترینګونو او د عملی کارونو د سرته رسولو لپاره د اړتیا وړ مناسبو منابعو په لرلو پیاوړی شويدي ترڅو فعالیتونه او ترینګونه په محفوظه او اغیزمنه توګه سرته ورسیري. همدارنګه دا لارښود د ترینګ د موسسو پواسطه استعمالیدای شي چې د نوو فارغانو لپاره چې روغتیایي قواو سره یو ځای کيږي د حادی خوارخواکۍ درملنه معیاری کړي.

دا لارښود به په بیړنیو حالتونو کې د تغذیې د احیامجدد کارکونکو سره هم مرسته وکړي چې د عامې روغتیا وزارت لخوا د جوړ شوی درملنې پروتوکول معیاری کړي. د خدماتو د تطبیق په لړ کې نظر موجوده منابعو ته محلی تطابق ورکولای شي، دا باید د عامې روغتیا وزارت سره په تفاهم او موافقت سرته ورسیري.

اساسی ملاحظات:

د حادی خوارخواکۍ د مدغمۍ درملنې ملی لارښود تطبیق باید لاندې ټکي په نظر کې ونیول شي:

- د حادی خوارخواکۍ هغه خدمات چې د ماشوم یا امیندواری/شیدې ورکونکي مور لپاره سرته رسیري باید د امکان تر حده مرکزی وی ترڅو د واقعي اعظمي پوښښ لاس ته راوړل شي.
- هڅی باید په منظمه او موثره توګه د ټولني او روغتیايي مرکز په کچه د ماشومانو په سکریننګ تاکید وکړي.

- د IMCI د خطر د علايمو څخه پرته د کوچنيانو خوارځواکي بايد د ټولني په کچه سرته ورسيری په هغه حالت کي چي تربيه شوی کارکونکی او تسهيلات موجود وي.
- د حادي خوارځواکي د درملني هڅی بايد په مورد هدف ساحه کي يوځای د خوارځواکي د بين البيني لاملونو د ژغورني سره پر مخ لاړ شي.
- خدمات بايد داسی سرته ورسيری چي د درملني خدماتو اود ارام تطبيق لپاره د ټولني ، خارج بستر او داخل بستر خدماتو ترمنځ اغيزمنه اړيکه دامنه شي.
- د اړتيا په حالت کي د اضافی مرستی لپاره د عامي روغتيا وزارت د تخنيکی کارکونکو سره مشوره وکړی
- **د حادي خوارځواکي د درملني لپاره د خدمتونو تنظيمول**

د خوارځواکي ارزونه او درملنه په افغانستان کي د روغتيايي اساسی خدمتونو د ټولگي (BPHS) بشيری پاملرنی يوه برخه ده. پخوا دا درملنه يواځی د بيري نو پروگرامونو د يوی برخي په حيث موجوده وه اما اوس په BPHS کی مدغمه شوه نو بشير خدمات به د معياری روغتيايي مرکزونو لخوا وړاندی کيری.

اوس د حادي خوارځواکي درملنه په ټولو روغتيايي مرکزونو کي د ډير اسانه درملنی پروتوکول د لاری موندل کيری. دا د يو جدا خدماتو په څير ندی بلکی د نورو درمليزو خدماتو په څير په روغتيايي مرکزونو او د ټولني په کچه خدماتو کی په مدغمه توگه موجود دي. د حادي خوارځواکي تشخيص د ټولني څخه شروع کيری چي د فعالو واقعو پيدا کولو او خدماتو سره يو ځای د ټولني د روغتيايي کارکونکی (CHW) او د ټولني د روغتيايي کارکونکو نظارت کونکو (CHS) په معمولو فعاليتونو کي مدغم شوي دي. يو ځل چي تشخيص وشو بيا د حادي خوارځواکي پيښي محلی روغتيايي مرکز ته ليرل کيری چي نوره ارزونه او درملنه يي وشي.

په روغتيايي مرکز کي به د ماشوم يا اميندواري/ شيدې ورکونکي مور ارزونه دا پريکړه وکړي چي کومه درملنه ورته مناسبه ده. د حادي خوارځواکي هغه پيښي چي نورې طبي خطرناکي ناروغی(اختلاطات) ورسره يو ځای نه وی د يو خارج بستر ناروغ په حيث به يي په محلي روغتيايي مرکز کی درملنه وشي.

د حادي خوارځواکي هغي پيښي چي اختلاطات ورسره يو ځای وی يو داخل بستر ځانگي ته د ليرلو اړتيا لري ترڅو ډيره قوی درملنه يي وشي. د ثبات د يوی دورې څخه وروسته په حاده خوارځواکي اخته شخص به بيرته د يو خارج بستر ځانگي په حيث د درملنی د تعقيب لپاره محلی روغتيايي مرکز ته وليرل شي. د حادي خوارځواکي درملنه

د یو واحد خدمت په څیر ترسره کېږی چې د ټولني او محلی روغتیايي مرکز او د محلی روغتیايی مرکز او روغتون ترمنځ قوی اړیکې ته ضرورت لري.

د لارښود محتویات

لارښود په لاندې برخو ویشل شویږی. هر فصل د توجه د جلبولو په خاطر په بیلابیلو رنگونو کوډ گزاری شویږی:

| | |
|---|---|
| معرفی |  |
| ۱ فصل: خوارخواکي ته لنډه کتنه |  |
| ۲ فصل: د حادي خوارخواکي اړزيابي، تقسيم بندي او ترتيب |  |
| ۳ فصل: د ټولني په کچه ساحوی پروگرامونه |  |
| ۴ فصل: د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنیو ماشومانو د حادي خوارخواکي خارج بستر درملنه |  |
| ۵ فصل: د امیندوارو او شیده وړکونکو میندو د حادي خوارخواکي خارج بستر درملنه |  |
| ۶ فصل: د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنیو ماشومانو د حادي خوارخواکي داخل بستر درملنه |  |
| ۷ فصل: د ۶ میاشتنو څخه د بښکته ماشومانو د حادي خوارخواکي داخل بستر درملنه او د ۶ میاشتنو څخه د زیات عمر او د ۴ کیلوگرامو څخه د کم وزن لرونکو ماشومانو د حادي خوارخواکي داخل بستر درملنه |  |

لومړی فصل: خوارخواکي ته لنډه کتنه

دا برخه لاندې نورې برخې لري

- د خوارخواکي تعريف
- د خوارخواکي لاملونه
- د خوارخواکي پتوفزبولوژي
- د خوارخواکي تقسيم بندي
- د خوارخواکي وقايه او درملنه
- د ماپکرونوترينت فقدان
- د ماشومانو او شيدو خورونکو تغذيه

د خوارخواکي تعريف

خوارخواکي يوه اصطلاح ده چې د بدې تغذيې ټولو ډولونو څخه منځته ده چې دواړه حالتونه ؛ کم وزنی ؛ او اضافه وزنی پکې شاملیږي. ددې لارښود په لړ کې د خوارخواکي اصطلاح په خالصه توګه د کم وزنی پورې اړه لري، په ځانګړی توګه دا لارښود د یو ډول کم وزنی درملنی باندی تمرکز لری چې هغه خوارخواکي ده.

د کم وزنی خوارخواکي د کمترین پروټین، کاربوهایډریت، شحم، ویټامینونو، منرالونو او د روغتیا او مناسبی ودې لپاره د نورو ضروري مغذی موادو د کمښت په نامه تعریفیږي. د ناکافی خورو اخستلو له امله یا د مغذی موادو د خراب جذب او بی موازی په پایله کې د یوې ناروغی له امله وی یا د مغذی مواد ارتیا د زیاتوالي /ضایع کیدلو له امله خوارخواکي رامنځه کیدای شی.

د خوارخواکي لاملونه

خوارخواکي يوه ناروغی ده چې د ډیرو فکتورونو له امله رامنځته کیدای شی. د خوارخواکي لپاره د یونیسیف تصوری چوکاټ (۱ شکل) د پوهیدلو لپاره یوه طریقه وړاندی کوی چې دا لاملونه څنګه یو بل سره اړیکه لري. لاملونه په سمدستی لاملونو، بین البینی لاملونو او اساسی لاملونه ویشل شویږي. پدی طریقه کې دا فکتورونه په بیلابیلو هیوادونو ، په هر هیواد کې په بیلا بیلو ټولنو کې او حتی په هره ټولنه کې په اشخاصو کې متفاوته اغیزه کوی.

فوری لاملونه:

د خوړو ناکافی اخستل او ناروغۍ نه تمامیدونکی اړیکې لري. د خوړو اخستنه کیفیت او کمیت دواړو حالتونو ته راجع کیږي چې د روغتیا او رشد لپاره د اړتیا وړ کافي اندازه خواره برابر کړي. د خوړو ضعیفه اخستنه ممکن د بیوشیمی پروسو د مختلولو دلاری په خلکو منفی اغیزې وکړي چې د غړو د فعالیتونو د کموالی لامل به وگرځي. دا په بدن کې هر غړی اغیزمن کولای شي. دا بدن د سیستم د وظایفو کموالی کیدای شي د ناروغیو د حملو یا د نورو ناروغیو د حالت د خرابوالی لامل شي.

د میکروبونو موجودیت ممکن په مستقیمه توګه د بدن د تغذی اړتیا زیاته کړي ځکه تبه د بدن حرارت لوړوی او د مغذی موادو د مصرف کچه لوړیږي. کانګې او نس ناسته کیدای شي د مغذی موادو په جذب او مصرف منفی اغیزې وکړي ځکه غذا معمولاً د کولمو نه تیریږي چې بدن د ناکافی خوړو په موجودیت اخته کیږي. دا فوری لاملونه خلک اغیزمنوی. د خوارځواکی د فوری لاملونو درملنه دواړو د عمر مطابق د مناسبو خوړو اخستلو او د نورو طبی مشکلاتو تداوی ته اړتیا لري.

بین البینی لاملونه:

د خوارځواکی فوری لاملونه کیدای شي د نورو فکتورونو له امله رامنځته شي. د مناسبو خوړو اخستل به د یو شخص لخوا ممکن نه وي که په کورنیو کې موجوده خواره د خوارځواکی له منځه وړلو لپاره د اړتیا وړ خواره ونه لري. که هرڅوک په هر وخت کې کافي، محفوظو او مغذی خوړو ته فزیکي، اجتماعي او اقتصادي لاسرسی ونه لري چې د هغوی غذای اړتیا پوره نه کړي، د غذایی بی امنی په نامه یادیږي.¹

د ناکافی خوړو اخستل ممکن د ماشومانو یا د میندو د ناکافی خدماتو له امله هم رامنځته شي. د مثال په توګه، یو ماشوم چې عمر یې د ۶ میاشتو څخه کم دی ممکن په خالصه توګه د مور په شیدو تغذی نشي، یا د ۶ میاشتو څخه پورته عمر لرونکو ماشومانو لپاره په مناسبه توګه متممه خواره ورنکړل شي [د ۳ څخه تر ۷ ضمیمې پورې وګورئ]. د ناسمی پاملرنی له کبله ممکن ناروغی هم ددی لامل شي، لکه یو ماشوم کیدای شي د وقایه کیدونکو ناروغیو په مقابل کې واکسین نه شي یا په کور کې ممکن ناسمی حفظ الصحوی کړنی موجودی وی. دا ممکن ددی له امله وی چې د ماشومانو د واکسین خدمات مناسب ندی یا ورته لاسرسی نه وی یا سمه حفظ الصحه موجوده نه وي. د عامی روغتیا یو نا مناسب چاپیریال هم په انتان د اخته کیدو یا د نورو ناروغیو د پېښیدو چانس زیاتوالی کې

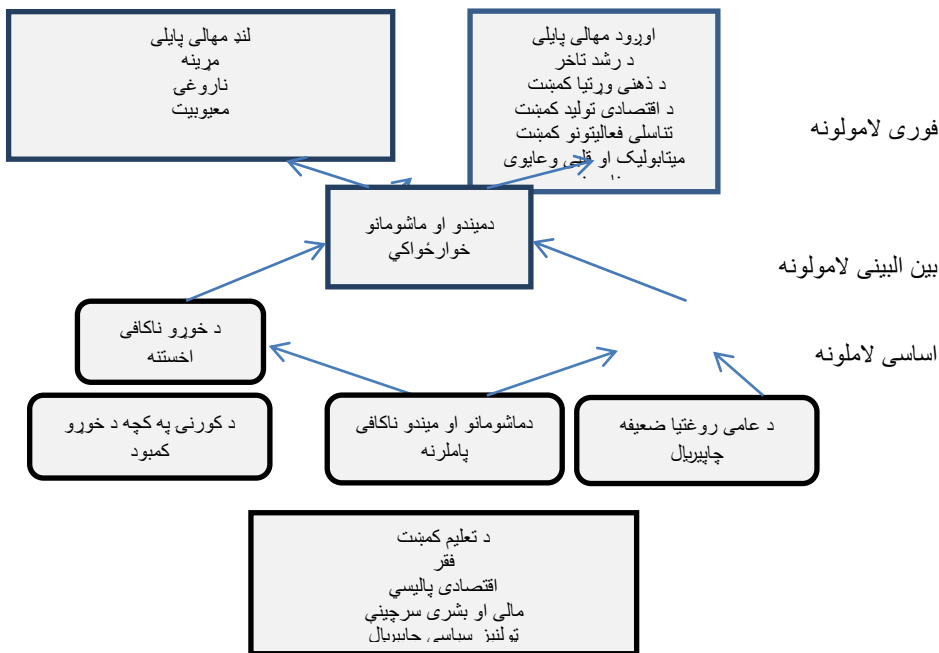
¹ Food security is a situation that exists when all people, at all times, have physical, social and economic access to sufficient, safe and nutritious food that meets their dietary needs and food preferences for an active and healthy life.

مرسته کوی چی د خوارخواکي په لور بی بیایي. بین الینی لاملونه دادی چی د کورنی او ټولنی په کچه لیدل کیږي.

اساسی لاملونه:

هغه بین الینی لاملونه چی پورته یاد شول ممکن د نورو عواملو سره اړیکه ولري چی د اشخاصو د کنترول لاندی دی او اکثره د ټولنی په کچه وي. دا عوامل کیدای شی نړیوال اقتصاد، ملی اقتصاد، یا ملی روغتیایی او تعلیمی بنسټونه وی ، چی د تغذی په حالت کی ملټیا کوي، چی د ناروغیو دمخنیوی په برخه کی به ستونزمنه وي چی د روغتیایی خورو په برخه کی به تعلیمات یا خدمات وړاندی کړي.

لومړی شکل: د خوارخواکي لپاره د یونسف تصویری چوکاټ



د خوارخواکي پتوفزيولوژي

خوارخواکي يوه پروسه ده چې د وخت په تيريدو سره پيښيږي. بدن کې د غذايي موادو موجوديت کميږي چې بدن بايد خپل ځان ددی حالت لپاره عيار کړي. په عنعنوی توگه دا د پروټينو دائرژۍ د خوارخواکي په نامه ياديدله، ځکه نو دا اصطلاح ناسمه ده. د کافي خوړو نشتوالی يواځې د پروټينو پوری ندی نښتی بلکه د نورو مغذی موادو سره هم اړيکه لري په شمول د هغو مايکرونيوتريټونو چې د بدن د ودې لپاره ضروری دی، په حقيقت کې په يواځی توگه د مايکرونيوتريټونو نشتوالی هم د خوارخواکي د نښو او اعراضو دپيدا کيدو لامل گرځيدای شي. خوارخواکي په ماشومانو کې په بيلابيلو طريقو وده اغيزمنه کوي، د ماشوم قد کيدای شي ډيره ورو وده وکړي (لنډ ونه)، د دوی کيدای شي ډنگر شي (د عضلاتو ډوب)، يا کيدای شي د دوی عمر مطابق وزن يې د نورمالی اندازې څخه لږ وي (کم وزنې). کله چې د خوارخواکي څخه روغیږی بايد په غذايي رژيم کې دواړه مايکرونيوتريټ او مايکرونيوتريټ په مناسبه اندازه موجود وي چې د دوهم ځل بڼه والي او نورمالی ودې ته چې د لاسه يې ورکړيده ورسيری.

ټول مغذی مواد د بدن لپاره ضروری دي، اما ځيني يې د استفادې بيلابيل ځايونه لري. ځيني مغذی مواد د نورمالو سيستماتيکو وظايفو لپاره ضروری وي بلکه د ودې لپاره ضروری ندی پداسی حال کې چې ځيني مغذی مواد بايد د ودې لپاره په کافي اندازه موجود وی. مغذی مواد بايد د بدن د وظايفو په نظر کې نيولو سره په دوه گروپونو وويشل شويدي، هغه چې د بدن دودې لپاره ضروري دي او هغه چې د بدن د ودې لپاره ضروري نه دي. دا تقسيم بندی د مغذی موادو د کمښت د خواب ويلو پر بنسټ ده.

لومړی ډول غذاي مواد: دا مغذی مواد چې کله کم شي ځانگړي کلينيکی نښی پيدا کوي چې د فقدان په نامه تشخيصيږي. د کمو شوو مغذی موادو ورکول د کلينيکی نښو د له منځه وړلو لامل گرځي. دا مغذی مواد د ودې لپاره ضروري ندی.

دوهم ډول غذايي مواد: دا غذايي مواد بايد د مناسبې ودې لپاره په خوړو کې په کافي اندازه موجود وي او دواړه مايکرونيوتريټ او مايکرونيوتريټ بايد ولري. د غذايي موادو په يو ډول کې کمښت د ټولو د فقدان د پيدا کيدو لامل کيږي. ددی غذايي موادو د فقدان نښي او اعراض ديو پل څخه نه توپيریږي.

د لومړي او دوهم ډول غذايي مواد او د کمښت له امله يې بيلابيل ډولونه به لومړی ضميمه کی موجود دي.

۱ ضمیمه: د غذایی موادو تقسیم بندی په وده باندې دهغوی د اغیزو له مخی

| ۲ ډول غذایی مواد | ۱ ډول غذایی مواد |
|--------------------------------------|------------------|
| اوبه | اوسپنه |
| پوتاشیم | مس |
| سودیم | مگنشیوم |
| مگنشیوم | ایوډین |
| زنک | سلینیم |
| فاسفورس | کلشیم |
| پروتین | فلورین |
| نایتروجن | تیامین |
| د ضروری امینو اسیدونو د کارین اسکلپت | رایبوفلووین |
| تیورونین | پایرودوکسین |
| لایسین | نیکوتینیک اسید |
| سلفر | کوبال امین |
| اکسیجن | فولیت |
| | اسکاربیک اسید |
| | ریتینول |
| | توکوفیرول |
| | ویتامین ډی |
| | ویتامین کا |

د ۱ او ۲ ډول غذایی موادو د اغیز ترمنځ توپیر

| ۱ ډول غذایی مواد | ۲ ډول غذایی مواد |
|---|---|
| په لومړیو مرحلو کې د ودې ادامه | لومړی اغیز یې د ودې ضعیفوال دی |
| ځانګړی کلینکی نښی تاسس کوی | ځانګړی کلینکی نښی نه وي |
| بدن مغذی مواد زخیره کوي | بدن مغذی مواد نه زخیره کوي |
| په خاصو انساجو کې تمرکز کوي | په کوم خاص نسج کې تمرکز نه کوي |
| ځانګړی انزایمونه اغیزمن کوی | په میتابولیزم عمومی اغیز کوی |
| معمولاً بی اشتهايي موجوده نه وی | بی اشتهايي یوه معمول عکس العمل وی |
| د نسجونو تمرکز د مغذی موادو د نورو ډولونو پوری نښتی نه وی | د ۲ ډول غذایی موادو د نورو ټولو پوری اړوند وی |
| د نسجونو تمرکز د فقدان سره ضعیفه کیږی | د نسجونو تمرکز د فقدان سره حمایته کیږی |
| د نسج تمرکز د بیلابیلو میتابولیکو حالتونو سره پیاوړی کیږی | د نسج تمرکز ممکن د میتابولیک حالت سره بدلون ومومی |
| غذایی منابع یې ډیر بدلون نه مومی | د غذا کانو تناسب یې ډیر بدلون نه مومی |
| په بیوشیمی ازموینو سره یې تشخیص کیږي | ځانګړی بیوشیمیکه اېنارملتي نه ورکوی |
| په فقدان کې د قد او وزن اېنارملتي ډیره وروسته ښکاره کیږي | د قد او وزن په اندازه گیری سره یې تشخیص کیږی |

د ۲ ډول مغذی موادو لږ کمښت په ماشومانو کې دقد وده سستوی. که دا کمښت د یو ډیر وخت لپاره دوام وکړي نو دا ماشوم به په حقیقی معنی سره د عین جنس او عمر لرونکو ماشومانو څخه د ټیټ قد لرونکی ښکاره کیږی. دا ډول پروسو ته لنډ ونه یا 'stunting' وای چې ځینی وخت دا ډول حالت ته مزمنه خوارځواکي هم ویل کیږی ځکه چې دا په تیریدو د ډیرو میاشتو او کلونو پیدا کیږی. مهمه داده چې دا پروسه د ژوند په لومړیو دوه کلونو کې ډیره د توجه وړ وی چې پدی عمر کې ماشوم په ډیری چټکتیا سره وده کوي او خوړو ته ډیره اړتیا لري. د ۲ کلونو عمر څخه وروسته دا لنډه ونه یا stunting غیر قابل برگشت ده نو له همدی کبله پدی ډیر تاکید کیږي چې پدی دوره کې د ماشوم د ښی تغذیې څخه د ورکولو څخه ډاډمن شو.

که د غذایی موادو لږ کمښت د لنډی ونی لامل وگرځیدو نو دلته به د فقدان نوری کلینکی نښی نه وي. د بدن شکل به نورمال وی. کله چې د دوهم ډول مغذی موادو کمښت ډیر وي خطی وده به د هری

خواخه ودريري بلکه ماشوم به هيڅکه په لنډه ونه وده ونکړي. کله چې دلته ډير زيات فقدان موجود وي د بدن حالت به نړيوالی غوره کړي (عضلاتو ذوب). د خوارخواکي تقسيم بندي او اندازه کيږي په دوه لويو برخو مزمه او حاده خوارخواکي ويشل کيږي .

۱. مزمه خوارخواکي

الف: لنډه ونه قد پر عمر باندی اندازه کيږی

۲. حاده خوارخواکي

الف: د عضلاتو ذوب د مټ منځنی برخی پورتنی محیط یا وزن پر قد اندازه کيږی

ب: اذیما چی دوه طرفه نښه پاتی کیدونکی اذیما په موجودیت او وسعت اندازه کيږی

۳. کم وزنی:

وزن پر عمر باندی اندازه کيږی، او ممکن د لنډی ونی یا د عضلاتو د ذوب یا د دواړو گډه نښه کیدای شي.

۴. د مایکرونیوترینتونو خوارخواکي

د مایکرونیوترینتو د کم اخستلو یا کم مصرف له امله د تشوشاتو یوه پراخه ساحه احاطه کوي. هر مایکرونیوترینت سره بیلابیل اعراض او تشوشات مل وی. چې لاندی تشریح شویدی. (۱۶ پاڼه).

سره ددی چې دا ډولونه په جداگانه توگه ښکاريږی، دلته د خوارخواکي د بیلابیلو ډولونو یو خای والی او جداوالی شته چې په یو نفر کې دواړه هم پیدا کیدای شي. د کم وزنی ډول د عین ماشوم د عمر مطابق د وزن اندازه کول چې د نورمال وزن (اوسط) سره یی مقایسه کړی اندازه کيږی. یو ماشوم کیدای شی نظر عمر ته کم وزنه وی ځکه هغه لنډه ونه لري، هغه د عضلاتو ذوب لري او ځینی کیدای شی د دواړو لنډی ونی او د عضلاتو د ذوب گډ حالت ولري.

وزن په عمر او قد په عمر کارول د ماشوم د ودی لپاره گټوری اندازه کيږی دي. د عضلاتو ذوب او اذیما د مړینی د زیات خطر سره یوځای دی. د ماشومانو د عضلاتو ذوب او اذیما پیژندل او بیا د مناسبی درملنی ورکول د لومړیتوب څخه دي.

د حادی خوارخواکي پتو فزیولوژی

د عضلاتو د ذوب مرحلی د کمیدونکی ودی څخه پیلیري او د تغذی د کمښت سره مخ کيږی. فزیولوژیک او سلوکی بدلونونه هغه وخت پېښیږی چې د تغذی اړتیا کمه شي او د انرژي مصرف کم

شي. ددی غړو د تطابق او د سیستمونو فزیالوژیک کموالی هغه وخت پېښیږي چې دهغوی زخیروی ظرفیت د لاسه ورکولو په مرحله کې وی او چې د اورپود وخت لپاره یو شخص د پخوا په څیر داخلي او بهرنی چاپېریال سره بدلونونو ته د تطابق وړتیا ونه لري. ددی اضافه وظیفوی ظرفیت ساتل د غذای د اړتیا له مخې ډیر قیمتی دی نو د بدن د غړو د دندو کموالی د خوړو او د اړتیا وړ انرژي اندازه ساتی ترڅو ددی څخه ساتنه وکړي. ددی بدلونونو پواسطه د بدن ټول سیستمونه اغیزمن کیږي.

د ودی لږوالی ادامه پیدا کوی چې شخص انتان ته ډیر مساعد دی او د انتان په مقابل کې د عکس العمل وړتیا یی کمه وی. د غړو دندی به دوامدراه توگه د خرابوالی په لور درومي ، ځگر د میتابولیزم اود پروتینو د مسمومیت د رفع کولو ظرفیت د لاسه ورکوی. د اضافی پروتینو داخلول په پای کې ډیر خطرناک دی او شخص د خپلی دفاعی قوی د میکانیزم له مخې خپله اشتها دلایسه ورکوی او ترجیحاً د میتابولیزم په پروسه کې دخپل پایښت لپاره د بدن نسجونه هضموی.

پدی مرحله کې د اشتها دلایسه ورکول یو خطرناک حالت دي چې د تخصصی پاملرنی (لکه د درملنی شیدي) څخه پرته دا مرحله غیر قابل برگشت ده او په چټکی سره مړینه پېښیږي. پدی حالت کې د بدن په بیلابیلو برخو کې د مایعاتو او الیکترولایتو د غیری نورمالی اندازی د موجودیت له کبله نورماله فزیالوژي ډیره مختل کیږي.

د شدیدې حادی خوارخواکی د درملنی په لومړی مرحله کې باید دا پتو فزیولوژي په احتیاط سره بدلون ومومي، د بیا ثبات په مرحله کې د لږو پروتینو لرونکو شیدو استعمال (ډیر پروتین به د ماشوم لپاره مرگانی وی) او د لږی انرژي استعمال (د ډیری انرژي کارول به د دوهم ځل تغذیه کیدو سندروم یا re-feeding syndrome د اخته کیدو لامل وگرځي چې د مړینې باعث گرځي). د حجروي پروسو د دوهم ځل ښه کیدو له وجی مایعات او الیکترولایت د داخلي برخو منځ ته حرکت کوی (د مثال په توگه د داخل الحجروي خلاو څخه داخل الوعایوی خلاو ته) . که د زړه او گردو دندی د دوهم ځل لپاره کافی اندازی ته بیرته جوړی نه شي د مایعاتو اضافه باری به واقع شی او د زړه د عدم کفایي له امله به په چټکی سره مړینه رامنځته شي.

ډیره مهمه داده چې د بیا جوړیدو په مرحله کې په دوهم ډول مغذی موادو کې د یو ډول غذا بدلول به د اړتیا وړ ورځنی نورمالی تغذیې او حادی خوارخواکی باندی به کوم تغیر رانشی او چټکی ودی ته به اجازه ورکړي. د حادی خوارخواکی وروسته د چټکی ودې په لړ کې باید ټول د اړتیا وړ مغذی مواد د نورمالی اندازی څخه ډیر موجود وي.

د حادی خوارخواکی پایلی هر غړی او سیستم اغیزمن کوی، اصلی ښی او اعراض پکی ډیر د لیدو وړ وي.دوهمه ضمیمه په هر غړی او سیستم باندی د حادی خوارخواکی د اغیزو یوه عمومی کتنه کوی.

د فزیولوژیک محافظوی میکانیزم تجزیوی نقطی پېښیدل په هر ماشوم کې توپیر لري. دا چې سیستمونه د خرابیدو په لور ځی نو د IMCI د خطر علایم او نورو اختلاطاتو پېښیدل شروع کیږي.

د خاپ لرونکی دوه طرفه اذیما شتوالی تل د حادی شدیدې خوارخواکي پوه نښه ده. په ماشومانو کې د اذیما سره نور حالات لکه نفروتیک سندروم به هم لور لار شي، نو دا دواړه حالات معمولاً د ازموینو او دقیقې تاریخچې اخستلو دلاری بیلیدای شي. د تغذیوی اذیما په حال کې پرسوب لومړي په خپو او لاندنی غړوکی ښکاره کیږی ، پداسی حال کې چې د نفروتیک سندروم اذیما لومړي په مخ کې کی تظاهر کوی.

د تغذی د اذیما لامل د نفروتیک سندروم څخه جلا دی همدارنگه د اذیمایې خوارخواکي پایلې هم ډیره مړینه لری. اوسنی څیړنی نسبت حادی خوارخواکي ته د اذیما لپاره پوه اساسی امدگی وړاندیز کوی. د اذیما منخته راتگ د پروتین د ضایع کولو له امله پیښیږی نو دا د لږ پروتین لرونکو خوړو لومړی نښه نده ، لږ پروتین لرونکی خواره د شدیدې حادی خوارخواکي د بیرته ښه کیدو لپاره دی.

څیړنو ښودلی ده چې د اذیما تاسس د نرمو نسجونو د محافظوی وسعت او ځینی وخت د ساتنی له امله او همدارنگه د ځینو ناروغیو د پرمختگ له امله رامنخته کیږی. په هره واقعه کې ددی حالت درملنه د عضلاتو د ذوب خوارخواکي په څیر په ماشومانو کې یو شان ده . د شدیدې اذیما پیښی چې د پرسوب سره یوځای وی او عمومی اذیما موجوده وی چې مخ یی هم پرسیدلی وی نو د مړینې د لوری کچې سره یوځای وی.

کله ناکله اذیما د شدیدې خوارخواکي سره یو ځای وی. کله چې د شدیدې خوارخواکي دواړه ډولونه موجود وی نو د مړینې خطر ډیر وی او درملنه داخل بستر صورت مومی. د عضلاتو د شدیدې خوارخواکي او اذیمایې خوارخواکي یوځای والی ته مرسمیک کوارشیرکور وای.

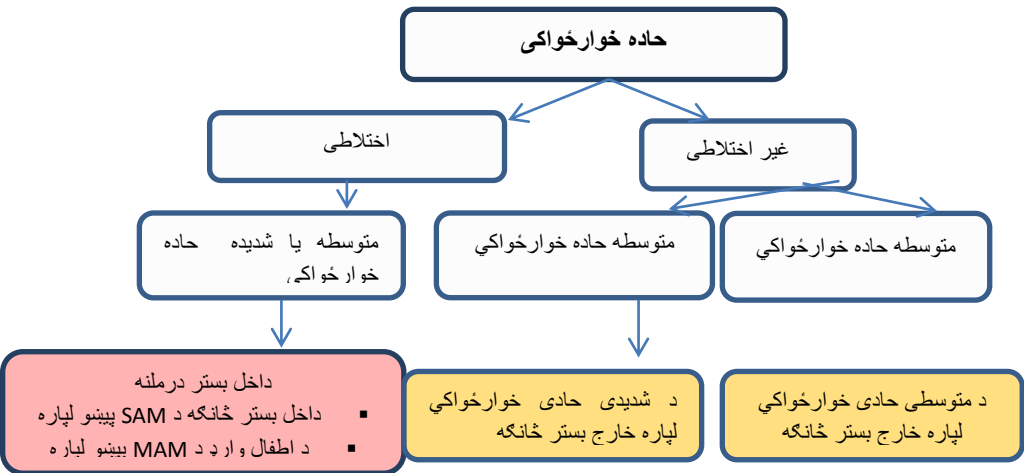
که حاده خوارخواکي د اختلاطاتو څخه دمخه وپیژندل شوه نو د عضلاتو ذوب متوسطی او شدیدې خوارخواکي او د عادی او متوسطی اذیما درملنه به په خارج بستر کې په کامیایې سره سرته ورسیري. یواځی د اختلاطاتو سره مل پیښی او ډیره شدیدې خوارخواکي داخل بستر درملنی ته اړتیا لري.

د حادی خوارخواکي تقسیم بندی

د خوارخواکي نوی تقسیم بندی توصیه شویده (لاندی ۲ شکل وگورئ)، ترڅو د پیښو توپیر وشي چې د ټولنی په کچه یی درملنه وشي که داخل بستر ته ولیرل شي. لومړنی تقسیم بندی پداسی توگه ده چې ایا شخص طبی اختلاطات لری چې دا د داخل بستر او خارج بستر درملنی د تصمیم گیری اصلی فکتور دی. د حادی خوارخواکي د متوسطو او شدیدو پیښو تقسیم بندی د قد او وزن د اندازه کولو یا د اذیما د درجی د موجودیت پر بنا صورت مومی . دا د قد او وزن د اندازه کولو تقسیم بندی ده چې د ډیری مناسبې درملنې تصمیم پکی نیول کیږي چې په داخل بستر کې یا خارج بستر کې یی درملنه وشي.

دایهوه مېرځمکي په تفصیل سره مشرېڅ شویده(دحلې خورځولکي تعین او ویش)

۲ شکل : د حادی خوارخوای تقسیم بندی (کولنز او یاتیز ۲۰۰۳)



د خوارخوای وقایه او درملنه

خوارخوای نظر معالجه ته ښه وقایه کیږی. پداسی حال کې چې د خوارخوای ډیر اساسی لاملونه د خلکو او ټولنو د کنټرول څخه لور دی، اما دا امکان لری چې ددی لاملونو ځینی فکتورونه د باکیفیته خدمتونو د وړاندی کولو دلاری چې تعلیمات او مشوره ورکول دی ضعیف کرای شی.

- واکسین کول
- د حفظ الصحی او پاکو اوبو ترویجول
- د تغذی مشوری ورکول (په ځانګری توګه د ۲ کالو څخه د ښکته عمر لرونکو ماشومانو لپاره مهمه ده).
- د سلوک بدلون چې پر وخت د وقایوی / معالجوی خدمتونو د لټون لپاره تشویق کرای شی
- د ټولنی په کچه د خوارخوای تشخیص او پیژندلو ته وده ورکول
- د ماشومانو د تغذی مناسبی اندازی او کیفیت ته وده ورکول

د خوارخوای وقایه او پیژندل په تنهایی توګه یوه روغتیایی موضوع نده، پدې کې د نورو سکتورونو رول هم شامل دي. هم لازم بولی. د تماس په هر فرصت کې د روغتیایی مرکز په کچه مناسبه ارزونه او خدمتونو ته د ماشومانو لیرل د خوارخوای په وقایه او پر وخت د درملنی په برخه کې حیاتی رول لوبوی.

د خوارخواکي وځايه او درملنه يو تنهائې خدمت ندى ، داد ماشومانو د پاملرنې د اصلي خدماتو يوه برخه ده چې د BPHS او EPHS د لارې وړاندې کيږي. د خوارخواکي د پېژندنې او درملنې په طريقو کې نوي څيړني او پرمختياوې ددې لامل شوي چې يو ساده پروتوکول جوړ کړای شي چې د ټولني په کچه به عملي کړای شي او ماشومانو ته فرصت ورکړي چې داسې خدماتو ته لاس رسې پيدا کړي چې په سيمه کې وړاندې کيږي او په کور کې يې درملنه وشي.

ناروغي او د ناکافي خوړو اخستل د خوارخواکي فوري لاملونه دي لکه پورته چې ذکرشو(لومړی شکل وگورئ). د خوارخواکي وځايه به د مناسبې تغذي په اخستلو سره لاس ته راشي. دا د لومړيو دوه کلونو عمر لرونکو ماشومانو لپاره په ځانگړي توگه مهمه ده او د ماشومانو د عمر مطابق سمه تغذيه ضروري ده. د خوړو **کيفيت** لکه د خوړو **کميت** په څير مهم دي. مایکرونوترينت په مناسبې ودې او انکشاف کې حياتي رول لوبوي او د ميندو د مشورو يوه برخه بايد تشکيل کړي. اميندوارو او شيديو ورکونو ميندو ته او د شپږو مياشتو څخه د پورته عمر لرونکو ماشومانو لپاره بايد د مایکرونوترينتونو غني متنوع خواړه توصيه کړای شي

۲ ضميمه د حادې خوارخواکي پايډي

| | |
|---|---------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • د زړه توليد اود ضربان اندازه کميږي • په فوري توگه د قلبي وعايوې په حجم کې زياتوالی چې د زړه د عدم کفايي لامل گرځي • د ويني فشار کميږي چې د نسجونو/غړو سوري کيدو لامل گرځي | <p>قلبي وعايوې سيستم</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • د معدې د تيزابو توليد کميږي چې د لومړۍ کړنې معافيت راکموي. • معايې حرکت کميږي • د هضمي انزایمونو توليد کميږي • پانقرانس کوچنی کيږي • د کولمو مخاط/ مایکرو ويلای کوچنی کيږي چې د کيدې د ديوال د لارې میکروب ته د حملې کولو اجازه ورکوي چې د نس ناستې لامل گرځي • کله چې ډيره اندازه خواړه وخورل شي د مغذي موادو جذب کميږي • د مرضي بکتریاو د زيات رشد له امله د کولمو نورماله فلورا تخريبیږي | <p>معدې معايې سيستم</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • د امينو اسيدونو غيرنورمال ميتابوليتونه توليديږي • د پروتينو د ميتابوليزم ثانوي توليداتو بی زهره کولو يا Detoxification په ځای پاتې کيدل • د گلايکوجن د زخيرو کميدل • د گلوکو نيوجينيسز کميدل (د هايپو گلايسيميا د خطر زياتيدل) • د صفرا افزايدلو کميدل | <p>د ځيگر وظيفه</p> |

| | |
|--|----------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • د حرارت تولید (په نورماله توګه د بدن د اړتیا ۳/۱) کمپل • د ترانسفرین فعالیت کمیری چې د اوسپنی د جذب ظرفیت محدودوی او اوسپنه کمیری. | |
| <ul style="list-style-type: none"> • د ګردو تخلیی او دوران وخت کمیری • د ګلومیروول فلترکول کمیری • د سوډیم افراز کمیری • د بولی فاسفیت تولید کمیری • د ادرار د تمرکز وړتیا کمیری | <p>بولی تناسلی سیستم</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • لمفای غدوات ، تانسولونه او تاپمس غده کوچنی کیری • د T حجراتو معافیت په شديده توګه کمیری • په افرازاتو کې د Iga اندازه کمیری • بشپړونکی اجزا کمیری • د فاګوسایټونو تولید کمیری او په اغیزمنه توګه هضم شوی بکتریاوی نشی وژلی. • د معافیت د خواب ویلو حاده مرحله ضعیفه کیری • د نسج تخریب په نورمال التهاب کې یا د سپینو حجراتو په مهاجرت کې نه پېښیری • د هایپوتالاموس اغیز لاندی د حرارت تنظیم مختل کیری | <p>د معافیت سیستم</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • د انسولین تولید کمیری او د ګلوکوزو عدم تحمل زیاتیری • د انسولین د ودی د فکتور (IGF-1) تولید کمیری • د ودی د هورمون تولید کمیری • د کورتیزول اندازه کمیری | <p>د اندوکراین سیستم</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • معمولاً د پلازما اندازه نورماله وی • د سرو حجراتو اندازه کمیری | <p>دورانی سیستم</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • د اساسی میتابولیزم اندازه ۳۰ سلنه کمیری • د حرارت تنظیم ګډوډیری چی پېښکیلو ترمی تولیدوی • د لږ فعالیت له امله د انرژي مصرف کمیری • د سوډیم د پمپ فعالیت کمیری • د حجراتو دغشا د نفوذ وړتیا نسبت نورمال حالت ته زیاتیری • داخل الوعای سوډیم زیاتیری • داخل الوعای پوتاشیم او مګنیشیم کمیری | <p>هیموستاسز</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • جلد او تحت الجدی شحم اتروفي کوی چې د جلد چین لمنځه وړي. • د ډیهاپدیریشن نورمالی نښی د اعتبار وړ ندي، د حدقی د تحت الجدی شحم د نشنت والی له امله شاید سترګی ننوتی وی • د خولو آ، اوښکو او لارو د غدو په شمول ډیری غدی کوچنی شوی دی ، ماشوم د خولی وچوالی لری، د سترګو او خولو افرازات یی کم وی. • تنفسی عضلات په اسانی سره ضعیفیری او ماشوم د انرژي د | <p>جلد، عضلات او ترشعی غدوات</p> |

| | |
|--|------------|
| کمیونت سره مخ کیری. | |
| <ul style="list-style-type: none"> • ماشوم ممکن په ډیره اسانی ره مخرش شی • ماشوم کیدای شی بیحال وی • د تغذی څخه وروسته ممکن خفگان په څیر بنکاره شي • کیدای شی په ماشوم کی انکشافی وروسته والی رامنځته شی | روانی حالت |

د مایکرونوترینت فقدان

د خوارخواکی بل مهم ډول د مایکرونوترینتونو فقدان دی. د مایکرونوترینتونو د فقدان ډیر عام ډولونه په لاندې توگه دي:

- اوسپنه/فولیت د کمخونی لامل گرځی
- ویتامین ای د شپي د وړندوالی ، د سترگو د وچوالی او Bitot خاپونو لامل گرځی
- ایوډین د جاعور او کریټینیزم لامل گرځی
- ویتامین سی د سکاروی لامل گرځی
- نیاسین(B3) د پیلاگرا لامل گرځی
- تیامین (B1) د بیړی بیړی لامل گرځی

د بیلابیلو عمرونو ماشومانو او میندو لپاره د مایکرونوترینتونو اړتیا په لاندی ۳ جدول کی بنودل شویدی.

د افغانستان د مایکرونوترینتونو د ۲۰۱۰ کال ملی لارښود (وقایه، کنترول او درملنه) د هر ډول عمده مایکرونوترینتونو لپاره ځانگړی سپارښتنه لري. په خوړو کی د مایکرونوترینتونو ورکول کیدای شی میندو ته د مشورو ورکولو د لاری تسریع شي چې داسی خواره واخلی ترڅو غنی شوی وی یا د مایکرونوترینتونو د ضمیموی ورکړی د لاری چې د روټین روغتیایی سیستم یوه برخه ده. د امیندواری او زیرون څخه وروسته مرحله کی میندو ته باید مشوره ورکړل شی چې د قبل الولادی او بعد الولادی خدمتونو د یوی برخی په حیث د مناسبو مایکرونوترینتونو اخستلو مشوره ورکړل شی.

۱ جدول: د ماشومانو او ميندو د مايکرونوټرينټونو اړتياو



| Vitamin D | Zinc | اوسينه | ايوډين | ټوليت | ويتامين سي | ويتامين A | |
|------------------------------|--------|--------|---------|---------|------------|-----------|------------|
| (mcg/d) | (mg/d) | (mg/d) | (mcg/d) | (mcg/d) | (mg/d) | (mcg/d) | |
| شمېده خورونکي ماشومان | | | | | | | |
| 5 | 2 | 0.27 | 110 | 65 | 40 | 400 | 0-6 m |
| 5 | 3 | 11 | 130 | 80 | 50 | 500 | 7-12 m |
| ماشومان | | | | | | | |
| 5 | 3 | 7 | 90 | 150 | 15 | 300 | 1-3 yrs. |
| 5 | 5 | 10 | 90 | 200 | 25 | 400 | 4-8 yrs. |
| ميرمنې | | | | | | | |
| 5 | 8 | 8 | 120 | 300 | 45 | 600 | 9-13 yrs. |
| 5 | 9 | 15 | 150 | 400 | 65 | 700 | 14-18 yrs. |
| 5 | 8 | 18 | 150 | 400 | 75 | 700 | 19-30 yrs. |
| 5 | 8 | 18 | 150 | 400 | 75 | 700 | 31-50 yrs. |
| 10 | 8 | 8 | 150 | 400 | 75 | 700 | 51-70 yrs. |
| 15 | 8 | 8 | 150 | 400 | 75 | 700 | >70 yrs. |
| امیندواری | | | | | | | |
| 5 | 13 | 27 | 220 | 600 | 80 | 750 | ≤18 yrs. |
| 5 | 11 | 27 | 220 | 600 | 85 | 770 | 19-30 yrs. |
| 5 | 11 | 27 | 220 | 600 | 85 | 770 | 31-50 yrs. |
| شمېده وړکونکي ميندي | | | | | | | |
| 5 | 14 | 10 | 290 | 500 | 115 | 1200 | ≤18 yrs. |
| 5 | 12 | 9 | 290 | 500 | 120 | 1300 | 19-30 yrs. |
| 5 | 12 | 9 | 290 | 500 | 120 | 1300 | 31-50 yrs. |

منبع: د افغانستان د مايکرونوټرينټونو د ۲۰۱۰ کال ملي لارښود

کله چې يوه مور د امیندواری په جريان کې په حاده خوارخواکي اخته کېږي دا يې د ماشوم د زېږون د وخت وزن اغېزمنوی. کم وزنه ولادی ماشومان د مړينې په لور خطر کې دی ، د ضميموی خورو راشن او ضميموی مايکرونوټرينټونه په حاده خوارخواکي اخته امیندوارو او شېده وړکونکو ميندو د درملني لپاره استعمالېږي چې خطر راکم کړی او ددی تفصيل پدی لارښود کې په ۵ برخه کې کتلاى شى.

د ناروغيو پر مهال د مايکرونوټرينټونو مصرف ډيريری نو روغتيايي کارکونکي بايد په پام کې ولری چې د ماشومان نورمال خواره به په کافي اندازه مايکرونوټرينټ تهيه نکړی چې ماشوم د

خوارخوای څخه وژغوري. کله چې ناروغی یا نس ناسته موجوده وی نو روغتیایی کارکونکی باید پالونکی ته مشوره ورکړی چې تغذیې ته توقف ورنکړی باید د ماشوم د خوړو اخستلو اندازه زیاته کړي.

د ماشومانو او شیدو خوړونکو تغذیه (IYCF)

په افغانستان کې د ماشومانو د خوارخوای ډیره زیاته برخه د ۲ کالوڅخه ښکته ماشومانو کې پېښیږی، ددې ماشومانو ډیره اندازه د ۶ میاشتو څخه په ښکته ماشومانو کې ده. دا ماشومان ډیر اسیب پدې ځکه چې نسبت نورو ټولو عمرونو ته د بدن د وزن لپاره دوی ډیرې انرژۍ او تغذیې ته اړتیا لري چې د دوی د نارغیو د خطر ته مساعدوالی کې دوه برابره کېږی.

پدې گروپ کې د ناروغیو او خوارخوای وقایه د مور په شیدو د مقدمی تغذیې د شروع (د زیږون په لومړۍ ساعت کې) او د اورگو په ورکولو سره پیلېږی. اورگه د مور لومړنی شیده دي چې د انتی بادی په درلودلو سره دا د ماشوم لپاره د لومړنیو واکسینو په څیر پیژندل شویدي. دوامداره پاملرنه باید د ژوند لومړیو شپږو میاشتو لپاره د مور په شیدو د خالصې تغذیې ورکول او د ژغورنی وړ ناروغیو په مقابل کې د ماشومتوب د واکسینونو ورکول په خپل پروگرام کې ولری. تر دوه کلنی پورې د مور په شیدو د تغذیې ادامه او په شپږمیاشتني کې پر وخت د مناسبو مټمه خوړو معرفي کول چې ماشوم ته د ژوندبهرینه پایله وی د ناروغیو او د ودی د تاخر (لنډه ونه) څخه یې ژغوری. د دوه کلنی څخه وروسته که د ماشوم وده نسبتاً ورو پر مخ لاړه نو د خوارخوای او لنډې ونی اغیزې به اصلاً غیر قابل برگشت وی.

د شیدو خوړونکو او ماشومانو تغذیه به د بیلابیلو کلتوری کړنو سره ارتباط ولری چې د ماشوم د ودی لپاره به نقصان راورونکي وی. مناسبه مشوره ددی عمرگروپ لپاره د روغتیایی خدمتونو د وړاندی کولو یوه مهمه برخه ده. ددی مشورو او توصیه شوو کړنو تفصیل د افغانستان د ماشومانو او شیدو خوړونکو د تغذیې په ملی ستراتیژی او د عامی روغتیا وزارت د ماشومانو او شیدو خوړونکو د تغذیې په لارښودونو کې شته.

د ماشومانو او شیدو خوړونکو د تغذیې مشوره ورکول د ماشوم د ناروغی او مړینی د مدغمی ستراتیژی یوه برخه تشکیلوی. دا ضروری ده چې د IYCF ، IMCI ، واکسینو او د میندو او ماشومانو د خدماتو ترمنځ ټینګه رابطه ددی تگلارو اغیز پراخوی.

د مشورې ورکولو مهارتونه:

اوریدل او زده کول

مقدمه

مشوره ورکول دخلکوسره دکارکولویوه طریقه ده.چي په هغی کی تاسوکوشش کوی ترڅو دهغوی احساسات درک کړي اوبیا هغوی سره په تصمیم نیولوکی مرسته وکړي.

پدی برخه کی مونږ دهغومیندوسره خبری کوو چي دشیډوورکولویه دوره کی دی اوپوښتنه ترینه کووچي دمورپه شیډوتغذیې څخه څه احساس کوي.

دمورپه شیډوتغذیه یواځی حالت ندی چي مشوره ورکول پکی گټور دی.

دمشوري ورکولومهارتونه هغه وخت گټورتمامیري چي دیوناروغ اوپامشتری سره خبری کوي. مشوره ورکول دملگرو، کورنی او همدارنگه دکارپه ځای کی دهمکارانوسره گټورتمامیري. ځینی تخنیکونه په هغی باندي هم اجراکړي تاسوبه وگوري چي په عجیبه توگه هغه اغیزمن واقع کیري .

دمشوري ورکولومرني مهارتونه " اوریدل اوزده کول " دی .

هغه مورچي خپل ماشوم په خپلوشیډوتغذیه کول غواړي ممکن په اسانی سره داحساساتوپه اړه خبری ونکړي. په ځانگړي توگه که خجالت هم وي او هغه هم دهغه چاسره چي په سمه توگه یی نه پیژني . تاسوکیدای شي په اوریدلوکی تجربه ولري اوباید مورته داحساس ورکړي چي تاسویی علاقمند استی ، دادهغی دتشویق سبب گرځي ترڅوتاسوسره ډیري خبری وکړي. لږ امکان لري چي " چپ شي " اوخبري ونکړي.

داوریدلواوزده کولومهارتونوپه اړه یادوونی :

لومړي مهارت: دغیرلفظي افهام اوتفهیم څخه استفاده وکړي

غیرلفظي افهام اوتفهیم (اشاروی) یعنی ستاسو دکروورو بنودل دودریډلوپواسطه، دخبروکولوطریقه، اودتولوانسانی حرکتوپواسطه پرته له خبروکولوڅخه. گټورغیرلفظي افهام اوتفهیم تاسوسره مرسته کوي ترڅوموراحساس وکړي چي تاسویی علاقمند استی او هغه تشویقوي ترڅوتاسوسره خبری وکړي.

دوهم مهارت . خلاصي (نا محدودې) پوښتني وکړي

دخلاصوپوښتنوڅخه استفاده کول ډیره مرسته کوي. دهغي دځواب ويلولپاره يوه موربايد ځيني معلومات ورکړي . خلاصي پوښتني اکثراً په څرنګه؟ څه ؟ څه وخت ؟ چيرته ؟ ولي ؟ کلموباندي بيليري . دمثال په توګله : تاسومو ماشوم څرنګه په شيدوتغذيه کوي ؟

ترلي پوښتني اکثراً مرسته کونکي نه وي . ترلي پوښتني ددي لامل ګرځي چي مورغه ځوابونه وواي چي تاسويي توقع لري او هغه د "هو" او "نه" په ځواب ويلواکتفا کوي . ترلي پوښتني د" ايا" په کلموشروع کيږي .

دمثال په توګه : ايا مخکني ماشوم دي هم په خپلوشيدوتغذيه کړي و ؟

که يوه موردهو ځواب ورکړي، بياهم تاسو نه پوهيږي چي ايا هغه په خالصه توګه په خپلوشيدوتغذيه کوي او که خپل ماشوم ته مصنوعي شیده هم ورکوي.

دخبروشروع کولوپاره تاسوعوموي خلاصوپوښتنوته اړتيا لري اوديري ګټوري تماميږي.

دمثال په توګه: دمورپه شيدوتغذيه دي څرنګه جريان لري ؟

دخبرودادامي لپاره مشخصوخلاصوپوښتنوته ضرورت دي

لکه: دزيږيدلوڅخه وروسته هغي څوساعته بعد خپله لومړني تغذيه پيل کړه ؟

ځيني وختونه ضرورت پيداکيږي چي تاسويوه ترلي پوښتنه وکړي . دمثال په توګه: "ايا ته دي ماشوم ته کوم بل خواړه اويا مایعات ورکوي ؟

کله چي مورځواب ورکړچي هوبيا هم تاسو کولاي شي يوي خلاصي پوښتني نه استفاده وکړي . دمثال په توګه "څه شي ددي لامل شوچي تاسوداډول احساس وکړي؟" "څه شي ددي سبب شو چي تاسوداډول تصميم ونيسي " ؟

دریم مهارت: عکس العملونو او اشاروي حرکتونوڅخه کارواخلي چي ستاسودعلاقمندي ښکارندوي وي

يوه بله طريقه چي دموردتسويق سبب گرځي عبارت ده له استفاده کول داشاروي حرکتونوڅخه لکه سرخوځول، خنډل اولنځوايونه لکه "ممم" يا "آها" دامورته ددي ښودونکي دي چي تاسويي علاقمند استي.

څلورم مهارت : هغه څه چي موريي واي تکرارکړي.

تکراريچني ددوهم ځل ويل دهغه څه چي موريي تاسوته واي، ترڅوداوبنايي چي تاسويي خبري اوريدلي دي اودهغي دخبرودادامي په خاطرتشويقول يي. ښه داده چي دهغي دخبروتکرار په داسي ډول وشي چي په لږتغیرسره اویا په بله طريقه يي ورته وواي چي داسي ښکاره نه شي چي تاسويي خبري نقلوي. دمثال په توگه : که يوه مورواي چي : ماشوم مي تيره شپه ډيره ژړاوکړه. تاسوکولاي شي وواي: نوماشوم موتاسوتوله شپه خوب ته پرېښودې. ؟

پنځم مهارت: تاکيد - وبناياست چي تاسوپوهيږي چي هغه څه احساس کوي.

همدردي يعني داچي تاسوددي ښودونکي استي چي ديونفر احساسات درک کوي. دمثال په توگه ، که يوه مورواي: ماشوم مي ډير ځلي شيدې غواړي او دي کار زه ډيره ستري کړي يم!

تاسودهغي احساساتوته داسي ځواب ويلاي شي : نوتاسوهروخت ډيري ستري احساس کوي ؟ داددي ښکارندوي دي چي تاسوپوهيږي چي موردستري احساس کوي ، نوتاسودهغي سره همدري کړي ده .

که تاسو هغي ته ديو واقعي ځواب په هيڅ هغي ته ځواب ورکړي ، لکه دورځي هغه څوکرتي خواره خوري؟ پرته ستاله شيدونورڅه ورته ورکوي؟ نوتاسودمورسره همدري نده کړي.

شپږم مهارت: دقضاوت کونکو کلموڅخه ډډه وکړي .

قضاوت کونکي کلمي لکه : سم ، غلط، بڼه ،بد، په بڼه توگه، کافي، مناسب دي . که تاسو دمورپه شپږودتغذيي په اړه مورسره دخبرو کولو په وخت کې دقضاوت کونکو کلموڅخه استفاده وکړي ، په ځانگړي توگه هغه وخت چې تاسو پوښتنه کوي ، کېدای شي ددې لامل وگرځي چې هغه خپل ځان غلط احساس کړي يا په ماشوم کې يې کوم غلط شي موجود دي.

مگرځيني وخت تاسو اړتيا لري ترڅو دښه قضاوت کونکو کلموڅخه دموردا اعتماد دحاصلولو لپاره استفاده وکړي. (۱۱ فصل " په خپل ځان د اعتماد پيدا کول او حمايه کولو ته مراجعه وکړي)

گټور غير لفظی (اشاروی) افهام و تفهيم

خپل سرمو په يوه سطحه کې وساتي
توجه وکړي
موانع لري کړي
وخت ورکړي
مناسب تماس ولري

اوریدل اوزده کول

دغیرلفظي (اشاروی) افهام اوتفهیم څخه استفاده وکړي .
خلاصی پوښنتي وکړي .
عکس العملونو او اشاروي حرکتونوڅخه کارواخلي چي ستاسودعلاقمندی ښکارندوي وي
هغه څه چي موربي واي تکرارکړي .
تاکید وکړي- وښایاست چي تاسوپوهیږي چي هغه څه احساس کوي .
دقضاوت کونکوکلموڅخه ډډه وکړي .

په خپل ځان داعتماد پیداکول اوحمايه کول

دمشوروي ورکولو دمهارتونودریم اوڅلورم فصلونه د " په خپل ځان داعتماد پیداکول اوحمايه کول " په اړه دي؛

هغه مورچي دمورپه شیدوتغذیه سرته رسوي په اساني سره کولاي شي چي په خپل ځان اعتماد دلاسه ورکړي . اوددي سبب شـي چـي دـکـورنـی اودسـتـانو لخوا دمصـنوعـي شیدوورکولو دتحمیلولو دفشارونودخواب ویلوله کبله مصنوعي شیدو ته مخه وکړي . تاسومهارتونوته اړتیا لري چي هغي ته اعتماد ورکړي ترڅودخپل ځان په اړه خوشبیننه شي .

اعتماددمورسره مرسته کوي ترڅوپه بریالیتوب سره دمورپه شیدوتغذیې ته ادامه ورکړي همدارنگه اعتماد دمورسره مرسته کوي ترڅو دنوروخلکولخوا دفشارونوپه مقابل کي مقاومت وکړي .

دامهمه ده چي مورته دالحساس ورنکرو چي هغي کوم غلط کارکړي دي

مورپه ډیري اسانی سره قبلوي چي هغي یا دهغي په شیدوکي کوم مشکل شته یاداچي هغه کوم ښه کارنه کوي .

دامهمه ده ترڅو یوه مورچي په خپلوشیدوتغذیه سرته رسوي هغه کارونه چي باید سرته یي ورسوي لارښونه ورته وشي . هرې مورسره مرسته وکړي ترڅوخپله تصمیم ونیسي چي کوم کار اوطریقه دهغي اودهغي ماشوم لپاره بهتردي، داددهغي په ځان باندي داعتماددلوریدلوسبب گرځي .

په حېل خان د اعتماد پيداكول او حمايه كولو شپږ مهارتونه

لومړي مهارت. قبول د هغه څه چې مور او ماشوم يې سرته رسوي.

ځيني وخت مور د يوشمې په اړه فكر كوي چې تاسو ورسره موافقت نه لري يعني هغه يوه غلطه نظريه لري. كچيرته تاسو مخالفت وكړي او يا انتقاد وكړي هغه به فكر وكړي چې يو غلط كار يې كړي دي. دا كار يې اعتماد كموي. او كچيرته تاسو ورسره موافقت وكړي نو كله چې تاسو وغواړي يو وړانديز وكړي ستاسو كار به مشكل شي. دامهمه ده چې څه هغه واي تاسو يې قبول كړي ، قبول يعني په بې طرفانه توگه ځواب ويل، پرته د موافقت او يا مخالفت د بنسټاره كولو څخه . څرنگه دخبرونكرار او په ساده توگه ځوابونه او عكس العملونو سرته رسول چې دا وړيدلو او زده كړي د مهارتونوله جملې څه دي ستاسو د علاقمندي بنسټاندوي كيداى شي، چې د قبولو د بيانولو لپاره يې هم په كار وړ لاي شي.

ځيني وخت يوه مور د يوې مسلې په اړه د خفگان احساس كوي چې تاسو پوهيداى شي چې كومه جدي موضوع نده. كه تاسو وواي چې " تشويش مه كوه ، مهم ندي!" هغه به فكر وكړي چې دهغې احساس غلط دي . دا ددې بنسټاندوي دي چې تاسو دهغې مشكل درك نه كړاى شو او اعتماد ورته كم كړو. كه تاسو قبول كړي چې هغه نارامه ده دا كار مور ته دا فكر پيدا كوي چې دهغه احساس لري سم دي نو دا اعتماد د كميدو سبب نه گرځي. همدردي دمور د احساساتو د قبولتيا د بنسټاره كولو يوه بڼه طريقه كيداى شي.

دوهم مهارت. د هغه څه چې مور او ماشوم يې سرته رسول پيژندل او صفت كول.

د روغتيايي كاركونكو په حيث مونږ تيارشوي يوچي يواځې د مشكل په لتون كې شو. د بېرځلي داسي بنسټاري چې مونږ يواځې دخلكو ناسم كارونه گورو او كوشش كووچي هغه سم كړو. د يو روغتيايي كاركونكي په حيث تاسو بايد د ميندو او ماشومانو د سمو كړنو په لټه كې شو. لومړي مونږ بايد وپيژنوچي دهغې د كارونو په برخه كې سم او بڼه كارونه شته او وروسته بايد دهغې صفت وكړاى شي او يا يې بڼه كارونه تاييد كړو.

د بنسټ كارونه صفت كول لاندې گټي لري:

- مور ته اعتماد ور بڅيني
- مور تشويقي ترڅو هغو سمو كارونو ته ادامه وركړي
- دا ورته اسانوي چې راتلونكي وړانديزونه قبول كړي.

دريم مهارت : د ميندو سره عملي مرسته

ځيني وخت عملي مرسته د هر ډول وينا او بڼې خبرې څخه وي لكه :

- کله چي مور دستر تيا، چټلتيا اويا دنارامي احساس وکړي.
- کله چي هغه وږي اويا تږي وي
- کله چي هغي ددي څخه مخکي هم ډيري مشوري اخستي وي
- کله چي تاسو غواړي چي وښايي دهغي ملا تږ او قبلولولپاره تيار ياست .
- کله چي هغه يو واضحه عملي مشکل ولري .

ددمیندو عملي مرستي لپاره ځيني لاري چاري:

- هغي سره مرسته وکړي چي پاکه او ارامه وسي .
- هغي سره مرسته وکړي ترڅو خپل ماشوم په اسانۍ سره خپله غيږه کي ونيسي، دبالښت څخه په استفاده اويا دمورد بستري اچول په ډير ارام ځاي کي .
- هغي لپاره يو گرم دڅښاک اويا خوراک شي ورکړي.
- خپله تاسوماشوم په غيږ کي ونيسي ، پداسي حال کي چي مورخپل ځان اراموي اويا وينځلو اوياتشښاب ته ځي.

۲۶ شکل. (۱۱/۳ سلايد)

ددي ځوابونوڅخه کوم يوسم دي ؟
" تاسو بايد ماشوم مو پريږدي ترڅو شيدو وروي نوستاشيدې به هم رواني شي."
اجازه راکړه چي تاسو په راحت کرم ، بيا تاسو ته دڅکلويوشي راوري."



۴ مهارت. مورته مناسب اولو معلومات ورکري

مناسب معلومات عبارت دي له هغه معلومات څخه چې همداوس دمورسره مرسته کولاي شي.

کله چې مورته معلومات ورکوو بايد لاندي مسایل په نظرکي ولرو:

– هغه معلومات چې دهغي اوسني وضعیت لپاره مناسب وي ورکري. داسي معلومات ورکري چې هغه تري نن استفاده وکړاي شي. نه داسي معلومات چې ځوانی وروسته يي په کار راضي.

– کوشش وکړي چې په يووخت کي فقط يويادوه معلوماته ورکري په ځانگړي توگه هغه ميندوته چې ستري دي اودمخکي څخه يي ډيري مشوري اخستي وي.

– معلومات په سمه اومثبته توگه ورکري ترڅو انتقادي اړخ ونه لري يا ددي لامل وگرځي چې مورفکروکري کوم غلط کاريي کري دي. داپه ځانگړي توگه هغه وخت مهم دي چې تاسو غواړي دهغي يوه غلطه نظريه اصلاح کري.

ترڅوچي دموردوينا قبول او دهغي دبنوکارونودصفت کوي دهغي په ځان اعتمادپياوړي کري. ضرور نده چې تاسوکوم نوي معلومات هغي ته ورکري اويابي غلطه مفکوره اصلاح کري.

۵ مهارت . په ساده ژبه خبري وکړي

بهتره ده چې دميندوسره دخبروکولوپه وخت کي دساده اومعلومو اصطلاحاتوڅخه استفاده وکړو. په ياد ولري چې ډيرځلک تخنيکي اصطلاحات چې روغتيايي کارکونکي يي استعمالوي نشي پېژندلای.

۶ مهارت . يويادوه وړانديزونه وکړي، امرمه کوي

تاسوياد احتياط وکړي چې کومي مورته څه ونه واي اويا ورته امرونه کړي چې داکاروکړه. داکاردهغي دا اعتماد دپيدا کيدوباعث نه گرځي. تاسوشايد دي نتيجي ته ورسيري چې موربايد يوه بله

طریقه خپله کړي دمثال په توگه که هغه يي خپل ماشوم ته ډیرځلي شیده ورکړي اويايي په بل ډول په غیر کي ونیسي ، بایدداسي ونکړي. وروسته هغه باید تصمیم ونیسي چي هغه وکړي اوکه نه ، دا هغي سره مرسته کوي چي کنترول دهغي په لاس کي وي او ددي لامل گرځي چي اعتماد يي په خپل ځاي پاتي شي.

د شیدو خوړونکو او ماشومانو د تغذیې د مشورې ورکولو اساسی برخي په ۷-۳ ضمیمه کي تشریح شويدي

۳ ضمیمه: د امیندوارو او شیدو ورکونکو میندو تغذیه

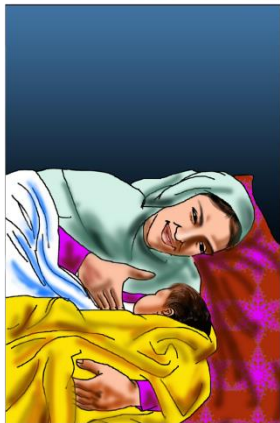


- د امیندوارې په بهیر کبني ستاسي د خپل ځان او د ودې په حال کبني ماشوم لپاره د کافی اندازې انرژي او تغذی په موخه یو وخت اضافی مختصر خواره (د غذایی نوبتونو ترمنځ اضافی خواره) وخورئ.
- تاسي باید د لاس رسی وړ د ترټولو بنو خوړو څخه گټه واخلي، چه عبارت دی له شیدي، تازه میوه، سابه، غوښه، کبان، د چرگي هگي، حبوبات، نخود او لوبیا څخه.
- د تندې پر مهال اوبه وڅکی.
- له ډوډی سره یوځای د چای او قهوي څکل د ماشوم په تغذی کبني مداخله کوی. د امیندوارې په بهیر کبني د قهوي اندازه محدوده کړی.
- د امیندوارې او شیدي ورکولو په بهیر کبني له ځانگړو خوړو څخه گټه اخیستل د ماشوم په ښه وده کولو او روغتیا کبني مرسته کوی.
- د کمخوني د مخنیوی لپاره د امیندوارې په بهیر او له زیرون څخه وروسته لږ تر لږه د دری میاشتنو لپاره د وسپني او فولیک اسید د تابلیتونو اخیستلو ته دوام ورکړی.

- له زیږون څخه وروسته ژر تر ژره د ویتامین A له تابلیتونو څخه گټه واخلئ تر څو ماشوم مو د ویتامین A لرونکو شیدو څخه گټه واخلئ او په ناروغۍ د اخته کېدو مخه ونیول شی.
- د آیودین لرونکي مالګې څخه گټه واخلئ، ترڅو د ماشوم بدن او دماغ مو په ښه ډول وده وکړي.
- له زیږون څخه د مخکې پالنې په پروګرامونو کېنې لږ تر لږه ۴ ځله د امیندواری په بهیر کېنې گډون وکړئ. دا مشورې له تاسې سره ستاسې د روغتیا او ستاسې د ماشوم د ودې په برخه کېنې مرسته کوي.
- د کمخونۍ د مخنیوی په موخه د چینیو ضد تابلیتونو څخه گټه واخلئ.
- د ملاریا د مخنیوی په موخه، د حشر وژونکي محلول په وسیله د لړل شوو ماشومو (پشه خانو) لاندې بیده شی او د ملاریا ضد تابلیتونه مو د روغتیایي پالونکي د توصیې سره سم وخورئ.
- د HIV د حالت په اړه مو پوهاوی ترلاسه کړئ، په کلینیکي کتنو کېنې گډون وکړئ او درمل مو د روغتیایي پالونکي له لارښوونې سره سم وکاروئ.
- نوې ځوانې شوی میندې: تاسې د پخو میندو په پرتله ډیرې پالنې، خوړو او استراحت ته اړتیا لرئ. تاسې باید خپل بدن چه لا تر اوسه د ودې په حال کېنې دی او خپل د ودې په حال کېنې ماشوم تغذی کړئ.

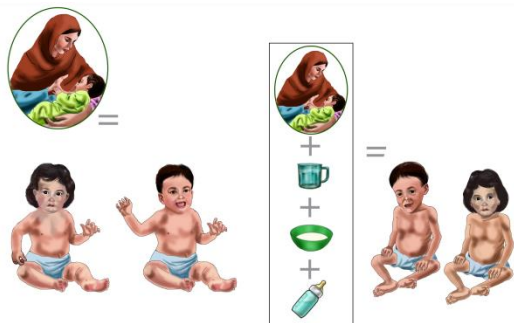
په خپل ځان د اعتماد پیدا کولو او حمایت مهارتونو لوست
دمور احساسات او افکار قېلول
دمور او ماشوم سم کارونه وپېژنی او توصیف یې کړي
عملاً مرسته وکړي
لږ او مناسب معلومات ورکړي
په ساده ژبه خبرې وکړي
یو یادوه وړاندیزونه وکړي، امر مه کوي

۴ ضمیمه: د ۰ څخه تر ۶ میاشتني پوري د شیدو خوړونکو ماشومانو تغذیه



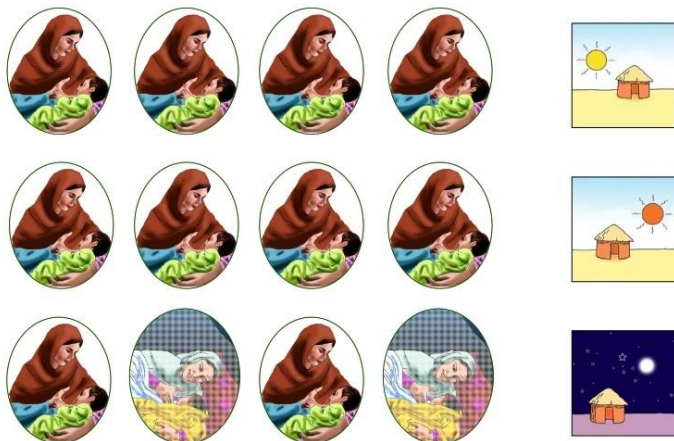
➤ د مور شیدې له زیږیدو وروسته تر ۶ میاشتو پوري ستاسې د شیدې خوړونکې ماشوم د اړتیا وړ ټوله غذا او اوبه برابرې.

- په لومړيو ۶ مياشتو كښې ماشوم ته د مور له شيدو پرته د نورو خوړو او حتى اوبو له وركولو ډډه وكړئ.
- د مور شيدې حتى په ډيره گرمه هوا كښې هم ستاسې د ماشوم تنده ماتوي.
- ماشوم ته د نورو خوړو وركړه ددې لامل گرځي چه ماشوم د مور تې لږ وړوي او په پايله كښې د مور شيدې كميرئ.
- اوبه او نور مايعات او خواړه ستاسې ماشوم ناروغه كوي.
- تاسې كولاى شئ چه د خپل روغتيايي پالونكي د لارښوونې په صورت كښې خپل ماشوم ته درمل وركړئ.



- د مور په شيدو له خالصې تغذې څخه مطلب دادئ چه، د ۶ لومړيو مياشتو لپاره مو ماشوم يواځې د خپلو شيدو په وسيله تغذې كړئ.
- د مور شيدې د ۶ لومړيو مياشتو په بهير كښې ستاسې د ماشوم د اړتيا وړ ټول مغذې مواد او اوبه برابرئ.
- د شپږ لومړيو مياشتو په موده كښې په متواتر ډول يواځې د مور په شيدو د ماشوم تغذې كول ستاسې ماشوم د اسهال او تنفسى انتاناتو په شان له بيلابيلو ناروغيو څخه ساتئ.
- كله چه تاسې خپل ماشوم د ۶ لومړيو مياشتو لپاره د خپلو شيدو په وسيله تغذې كوي او ستاسې مياشتنئ عادت هم نه وي راگرځيدلى، تاسې د بيا اميندواره كيدو څخه خوندي ياست.
- له مختلطې (گډې) تغذې څخه مطلب، ماشوم ته د مور پر شيدو سربيره د نورو خوړو او مايعاتو لكه د مصنوعي شيدو، حيوانئ شيدو يا اوبو وركول دى.
- مختلط خواړه تر ۶ مياشتينئ دمخه، د ماشوم معدئ ته زيان رسوي.
- په مختلط ډول د ماشوم تغذې كول د بيلابيلو ناروغيو لكه اسهال، نومونيا او خوارځواكي شونتيا ډيروي.

- تر ۶ میاشتیڼی دمخه، د مور له شیدو پرته ماشوم ته د نورو خوړو او مایعاتو لکه مصنوعی شیدو، حیوانی شیدو او اوبو ورکول د ماشوم معدې ته زیان رسوی. دا کار د مور د شیدو په وسیله د ماشوم ساتنه او ټولې هغه گټې چه شیدې خوړونکی ماشوم یې د مور له شیدو څخه لاسته راوړی، کموی.



- خپل ماشوم له غوښتنې سره سم د روځې او شپې په بهیر کېنې د خپلو شیدو په وسیله تغذی کړی.
- ډیر روډل (له مناسب تماس سره) ستاسې په نیونو کېنې د شیدو د ډیروالی لامل گرځی.
- ژړا د لوړې وروستی نښه ده. د شیدې خوړونکی ماشوم د لوړې لومړنۍ نښې عبارت دی له:

- بیقراری
 - د خولې وازول او سر یوې او بلې خوا ته اړول
 - د ژبې را ایستل او ننه ایستل.
 - د گوتو او موتی روډل یا خټل
- ماشوم ته اجازه ورکړی چه یو تی تر پایه وروی. له یوه تی څخه بل ته د ماشوم اړول، ماشوم د وروستیو مغذی شیدو له روډلو منع کوی. مخکینی شیدې یوه زیاته اندازه اوبه لری چه ستاسې د ماشوم تنده ماتوی. په داسې حال کېنې چه وروستی شیدې یوه زیاته اندازه غوړی لری چه ستاسې د ماشوم لوړه له منځه وری.
- که چیرې مو ماشوم ناروغه یا خوبوری وی، نو هغه د شیدو د روډلو لپاره راویش کړی.

- له بوتلونو، د شیدو له چوشکونو او څښکوری لرونکي پيالي څخه گټه مه اخلی. ددې څیزونو پاکول گران دی او کولای شی ستاسي ماشوم ناروغه کړی.

تر ۶ میاشتو د کوچني نارغ ماشوم تغذي

- د اسهال په گډون د ناروغی په بهیر کښي مو ماشوم په مکرر ډول د خپلو شیدو په وسیله تغذي کړی، ترڅو له هغه سره د ناروغی په وړاندې په مجادله کښي مرسته وکړی، د وزن له بابللو څخه مخنیوی وشي او شیدې خورونکي ناروغ ماشوم ژر روغ شی.
- د مور په شیدو تغذي، همداشان، شیدې خورونکي ماشوم ته د هوسايي احساس ورکوی. که چیري ستاسي شیدې خورونکي ماشوم د تی په شیدو له تغذي څخه ډډه وکړی، هغه وهڅوی چه بیرته تی ونیسی.
- شیدې خورونکي ماشوم ته مو یواځي د تی شیدې او هغه درمل چه د ډاکټر/روغتیايي پالونکي په وسیله توصیه شوي وی، ورکړی.
- که مو ماشوم ډیر کمزوری وی او ونه شی کولای چه تی ورووی، شیدې مو له تی څخه راولوښي او هغه ته یي ورکړی. دا کار د تی د شیدو په ساتلو او د تی د ستونزو په مخنیوی کښي مرسته کوی.
- له هري ناروغی وروسته، د مور په شیدو د تغذي وارونه (نوبتونه) ترڅو ستاسي له شیدې خورونکي ماشوم سره په رغیدو او وزن اخیستلو کښي مرسته وکړی.
- کله چه تاسي ناروغه یاست، کولای شی د خپلو شیدو په وسیله د خپل ماشوم تغذي ته دوام ورکړی تاسي ښايی په دې موده کښي ډيرو خوړو او ملاتړ ته اړتیا ولری.

۵ ضمیمه: له ۶ څخه تر ۹ میاشتو، متممه تغذی

متممه تغذی په ۶ میاشتیني کښي پیل کړی



- د خپلو شیدو په وسیله د ماشوم تغذی ته، د ماشوم له غوښتنې سره سم شپه او روځ دوام ورکړی. دا کار ستاسي د ماشوم د روغتیا لپاره ګټور دی او د مور شیدي د ماشوم د غذایی رژیم یوه مهمه برخه جوړوی.
- له ۶ څخه تر ۱۲ میاشتو، د مور شیدي د ماشوم د اړتیا وړ انرژي نیمایي تشکیلوی.
- مخکي له دې چه ماشوم د نورو خورو په وسیله تغذی کړی، هغه د خپلو شیدي په وسیله یي تغذی کړی.
- کله چه غواری ماشوم مو د مور له شیدو پرته د نورو خورو په وسیله تغذی کړی؛ د تکرر (غذایی وارونو)، اندازي، غلظت، تنوع، فعاله/خواب ورکونکي تغذی او حفظ الصحی په اړه فکر وکړی.
-
- وارونه: ماشوم مو په روځ کښي دري ځله د متممي تغذی په وسیله تغذی کړی.
- مقدار: اندازه یي په تدریج نیم ګیلاس یا پپالي ته ورسوی (۲۵۰ ملی لیتره: اندازه یي د ماشوم مور ته د پپالي په وسیله وینایاست). ددې لپاره چه ډاډ تر لاسه کړی چه ماشوم، هغه ته بیل شوی خواره ټول خورلی، د ماشوم د تغذی لپاره له بیل بشقاب (نالبکی) څخه ګټه واخلي.
- غلظت: ماشوم مو د نرمو شوو/میده شوو کورنیو خورو په وسیله تغذی کړی. په ۸ میاشتیني کښي ستاسي ماشوم د لاس په وسیله د خورو توان پیدا کوی.
- تنوع: کوښښ وکړی چه په هر غذایی نوبت کښي له بیلابیلو خورو څخه ګټه واخلي. د بیلګي په توګه:

- حیوانی غذاگانی (غوبنه، هگی، شیدی او د شیدو محصولات)
- اصلی خواره لکه (غلی، رینه لرونکی نباتات او سمارق)
- حبوبات او مغزیات
- دویټامین څخه غنی میوی او سابه او نوری میوی او سابه،

تر ۶ میاشتو د لوی ماشوم تغذی

- د اسهال په گډون د ناروغی په بهیر کبني مو ماشوم په مکرر ډول د خپلو شیدو په وسیله تغذی کړی، ترڅو له هغه سره د ناروغی په وړاندې په مجادله کبني مرسته وکړی، د وزن له بایللو څخه مخنیوی وشي او شیدې خورونکی ناروغ ماشوم ژر روغ شی.
- ستاسې ماشوم د ناروغی په بهیر کبني ډیرو خوړو او مایعاتو ته اړتیا لری.
- که چیرې ستاسې د ماشوم اشتهها کمه شوي وی، هغه وهڅوی چه لږه اندازه خواره ډیر ځله وخورى.
- ماشوم ته مو ساده خواره لکه فرنی ورکړی او د تندو او غورو خوړو له ورکولو ډډه وکړی. حتی که ماشوم مو اسهال هم وی، غذا خوړل وروته بڼه دی.
- کله مو چه شیدې خورونکی ماشوم روغ شو، د دوه اونيو لپاره هغه هره روغ په فعالانه ډول یو وار اضافی جامدو خوړو ته وهڅوی. دا کار ستاسې له ماشوم سره د بایلی وزن په بیرته ترلاسه کولو کبني مرسته کوی.
- کله چه تاسې ناروغه یاست، کولای شی د خپلو شیدو په وسیله د خپل ماشوم تغذی ته دوام ورکړی تاسې ښایي په دي موده کبني ډیرو خوړو او ملاتړ ته اړتیا ولری. کله چه تاسې ناروغ یاست، ډیرې اندازې اوبو ته به هم اړتیا ولری.

۶ ضمیمه: د ۹ څخه تر ۱۲ میاشتنو پوری مټمه خواره



- د خپلو شیدو په وسیله د ماشوم تغذی ته، د ماشوم له غوښتنې سره سم شپه او روځ دوام ورکړی. دا کار ستاسې د ماشوم د روغتیا لپاره ګټور دی او د مور شیدې د ماشوم د غذایی رژیم یوه مهمه برخه جوړوی.
- له ۶ څخه تر ۱۲ میاشتنو، د مور شیدې د ماشوم د اړتیا وړ انرژي نیمایي تشکیلوی.
- مخکې له دې چې ماشوم د نورو خوړو په وسیله تغذی کړی، هغه د خپلو شیدې په وسیله یې تغذی کړی.
- کله چې غواری ماشوم مو د مور له شیدو پرته د نورو خوړو په وسیله تغذی کړی؛ د تکرر (غذایی وارونو)، اندازې، غلظت، تنوع، فعاله/خواب ورکونکي تغذی او حفظ الصحی په اړه فکر وکړی.
- وارونه: ماشوم مو په روځ کښې څلور ځله د مټمې تغذی په وسیله تغذی کړی.
- مقدار: اندازه یې په تدریج نیم ګیلاس یا پیالی ته ورسوی (۲۵۰ ملی لیتره: اندازه یې د ماشوم مور ته د پیالی په وسیله وینایاست). ددې لپاره چې ډاډ ترلاسه کړی چې ماشوم، هغه ته بیل شوی خواره ټول خوړلی، د ماشوم د تغذی لپاره له بیل بشقاب (نالبکي) څخه ګټه واخلي.
- غلظت: ماشوم مو د نرمو شوو/میده شوو کورنیو خوړو په وسیله تغذی کړی.

➤ تنوع: کوبنبن وکری چه په هر غذایی نوبت کبني له بيلابيلو خورو څخه گټه واخلي: د بيلگي په توگه:

- حیوانی غذاگاني (غوبنه، هگي، شيدې او د شيدو محصولات)
- اصلی خواره لکه (غلي، ريښه لرونکي نباتات او سمارق)
- حبوبات او مغزيات
- دويامين څخه غني ميوې او سابه او نورې ميوې او سابه،

۷ ضميمه د ۱۲ څخه تر ۲۴ مياشتو پوری متمعه خواره



- د خپلو شيدو په وسيله د ماشوم تغذی ته، د ماشوم له غوښتنې سره سم شپه او روخ دوام ورکړی. دا کار سناسي د ماشوم د روغتيا لپاره گټور دی او د مور شيدې د ماشوم د غذایی رژيم يوه مهمه برخه جوړوی.
- له ۶ څخه تر ۱۲ مياشتو، د مور شيدې د ماشوم د اړتيا وړ يو پر دريمه برخه تشکيلوی.
- ددی لپاره چه ماشوم مو په ښه توگه وده کولو او د مور په شيدو تغذی ته دوام ورکړی، نو تاسي بايد د کورنی د تنظيم له يو ميتود څخه گټه واخلي، ترڅو د بل ځل اميندواری مخه ونيسی.
- کله چه غواری ماشوم مو د متمعو خورو په وسيله تغذی کړی؛ د تکرر (غذایی وارونو)، اندازي، غلظت، تنوع، فعاله/خواب ورکونکي تغذی او حفظ الصحي په اړه فکر وکړی.
- وارونه: ماشوم مو په روخ کبني پنځه ځله د متمعې تغذی په وسيله تغذی کړی.
- مقدار: اندازه يي په تدريج د پيالي له څلورو برخو نه د دري برخو څخه تر يوې پيالي ورسوی (۲۵۰ ملی ليتره پياله : اندازه يي د ماشوم مور ته د پيالي په وسيله وښايست).

ددي لپاره چه داو تر لاسه كړی چه ماشوم، هغه ته بیل شوی خواره تول خورلی، د ماشوم د تغذی لپاره له بیل بشقاب (نالبکی) څخه گټه واخلي.

➤ غلظت: ماشوم مو د نرمو شوو/میده شوو كورنيو خورو په وسيله تغذی كړی.

➤ تنوع: كوښښ وكړی چه په هر غذایی نوبت كښی له بیلابیلو خورو څخه گټه واخلي: د بیلگي په توگه:

- حیوانی غذاگانی (غوښه، هگي، شیدي او د شیدو محصولات)
- اصلی خواره لکه (غلي، رینه لرونکی نباتات او سمارق)
- حیویات او مغزیات
- دویامین څخه غنی میوي او سابه او نورې میوي او سابه،

ولی د ژوند په لومړیو ۱۰۰۰ ورځو کی مناسبه تغذیه مهمه ده

د امیندواری د شروع څخه د زیرون نه وروسته تر دوه کلنی پورې د یو ماشوم عمر چې ۱۰۰۰ ورځي کیري، د ماشوم د کامیابه او روغتیایي راتلونکی لپاره یو طلایي او بی مثال فرصت دی. ددی ۱۰۰۰ ورځو پدی فرصت کی مناسبه تغذی د ماشوم د ودې، زده کړي او د فقر څخه د وتلو په وړتیا ژوره اغیزه لري. همدارنگه دا د تولنی او ورودمهالی روغتیا، ثبات او بریالیتوب ته پرمختگ ورکوي.

خوارځواکی تراوسه په ټوله نړی کی د ماشومانو د مرینی اساسی لامل دی. د دوه کالو څخه بنسخته د شیدو خورونکو او ماشومانو لپاره خوارځواکي په ځانگړی توگه یوه شدیدې او اکثره غیرقابل برگشت او راتلونکی څخه ډیری لری پایلی لري.

متخصصین سره موافق دي چې د ژوند په لومړیو ۱۰۰۰ مهمو بنسټیزو ورځو په فرصت کی د تغذی ښه والی یوه بهترین سرمایه گذاري ده چې په نړیواله روغتیا او پراختیا کی تل پاتی پرمختگ رامنځته کوي.

د بدلون لپاره د حل لاري

د ۱۰۰۰ ورځو د فرصت په لړ کې د تغذیې د ښه والي حل لاري موجودي دي، چې په اسانه توګه د حاصلولو وړ او ارزانه دي. چې عبارت دي له:

1. د تغذیې د مناسبو کړنو ترویج، د مور په شیدو د تغذیې او د ماشومانو لپاره د مناسبو او روغتیایي خوړو په ګډون،

الف: نوي زیږیدلي ماشوم ته د زیږون څخه وروسته په لومړي ساعت کې د مور په شیدو د تغذیې شروع کول

ب: په لومړیو شپږو میاشتو کې یواځې او یواځې د مور په شیدو د ماشوم تغذیه کول

ج: په لومړي کال کې په لوړه کچه د مور په شیدو د تغذیې ادامه او تر دوه کلنۍ یا دهغې څخه د زیات وخت لپاره د مور په شیدو د تغذیې ادامه

مناسبه مټمه تغذیه (د جامد/نیمه جامدو خوړو معرفي کول)

یقیني کیدل چې مور او ماشوم په کافي اندازه دارتیا وړ ویتامینونه او منرالونه اخستی دی

۲ فصل: د حادي خوارخوای ارزيايی، تشخيص او

ترتيب بندي

دا فصل لاندی برخی لري:

- ❖ له ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو د خوارخوای ارزيايی
- ❖ د ۶ میاشتو څخه د کم عمر لرونکو ماشومانو د حادي خوارخوای ارزيايی
- ❖ د امیندوارو او شیده ورکونکو میندو د حادي خوارخوای ارزيايی

د حادي خوارخوای ارزيايی باید په دواړو برخو کې يعني هم په انټروپومټریک حالت کې او هم د کلینکی نښو او اعراضو په برخه کې سرته ورسیری ترڅو پيښي په مناسبه توگه ترتيب او درملنه یې وکړو. دحادي خوارخوای ارزيايی نظر د ماشوم عمر ته او همدارنگه د امیندوارو او شیده ورکونکو میندو د ارزيايی سره توپیر لري.

په ۶ څخه تر ۹ میاشتنيو ماشومانو کې دحادي خوارخوای ارزيايی

د انټروپومټریک معیارونو اندازه کول د هغو فزیولوژیکو بدلونونو څخه نمایندگی کوی چې په بدن کې سرته رسیری. دا یوه دقیقه اندازي نده بلکه د مرگ د خطر سره تړلی ده. هغه اندازه گیری چې اوس مهال د استفادي وړ دي په لاندی توگه دي:

- ◀ د مټ د منځنی پورتنی برخی محیط (MUAC)
- ◀ وزن پر قد/طول (د روغتیا د نړیوالی ادارې د ۲۰۰۶ معیارونو څخه په استفاده)
- ◀ اذیما (د شدت پر بنسټ درجه بندي گیری)

دا بیلابیلی اندازه گیری د یو بل سره مساوی ندي، دا بیلابیل ماشومان تشخيصوی. دا د انټروپومټریک ټول شاخصونه د بستر د معیارونو لپاره مستقل دي، پدې معنی چې ددی څخه که یو هم د ماشوم لپاره صدق وکړی باید ماشوم د حادي خوارخوای لپاره تداوی شي.

د MUAC او اذیما د اندازه کولو د اسانتیا له امله د روغتيايي مرکز او ټولني په کچه د حادي خوارخوای د پیدا کولو لپاره گټه تری واخستل شي. د MUAC او اذیما ارزيايی د حادي

خوارخوای د ارزیابی لومړنی اولویت دي. هرکله چې د MUAC او اذیما پواسطه حاده خوارخوای تشخیص شوه بیا د وزن پرقد پواسطه تشخیص ته اړتیا نشته.

نسبت د MUAC او اذیما اندازه گیری ته د وزن پرقد اندازه کول ډیر وخت نیسی او ډیر زحمت ته اړتیا لري او یوای د روغتیایي مرکز په کچه سرته رسیدلای شي. همدرانگه په هغه روغتیایي مرکزونو کې چې د پېښو بیروبار پکې ډیر وی یوه ستونزه کیدای شي، له همدی امله کله چې MUAC او اذیما نورماله لاس ته راغله مگر حاده خوارخوای اوس هم مشکوکه ده نو د پېښو اندازې او وخت د وزن پرقد اندازه کولو ته اجازه ورکوله نو پدی حالت کې دی سرته ورسول شي.

د مت د منځنی پورتنی برخي محیط (MUAC)

د مت د منځنی پورتنی برخي د محیط اندازه کول د مت د پورنی برخي د شحمو او استحکامی عضلاتو د دواړو کتلو اندازه مونږ ته راکولای شي. د خوارخوای د پرمختگ په حالت کې کله چې د استحکامی عضلات له منځه لاړ شي نو د مړینی خطر لوړیږی.

د ۲۰۰۵ میلادی کال څخه رادیخوا MUAC د WHO او د ملگرو ملتونو نور ادارو لخوا د ۶ – ۵۹ میاشتنيو ماشومانو د خطر د بهترین شاخص په حیث پیژندل شویدی. کله چې د ماشوم د ودی سره سم MUAC هم بدلون ومومی نو د د هغو مړینو خطر چې د MUAC پواسطه اندازه شویدی د ۶ – ۵۹ میاشتو عمر لرونکو گروپونو د عمر پوری اړیکه لري.

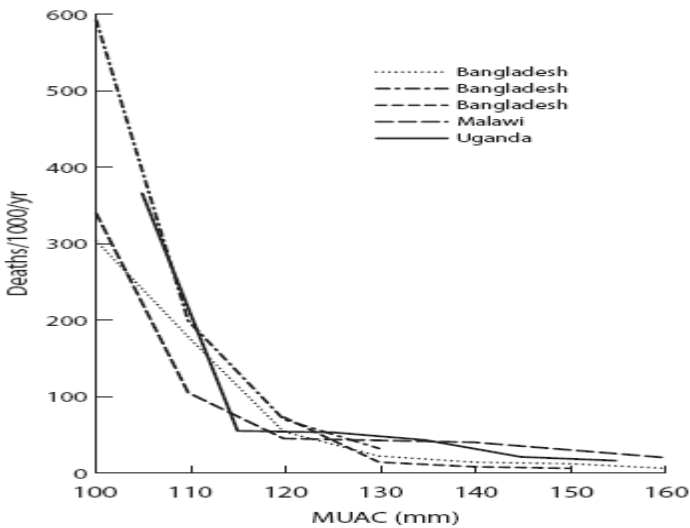
لاندی ۳ شکل د مړینو دخطر پرمختگ بنایي چې د مړینو د خطر زیاتوالی په هماغه اندازه لوړیږی په هره اندازه چي MUAC اندازه کمیری اود ماشوم حاده خوارخوای ډیریری.

◀ د 11.5 څخه تر 12.5 سانتي مترو لږ MUAC = 1.5 x د خطر پرمختگ (د حادی متوسطي خوارخوای بنودونکی دی).

◀ د MUAC 11.5 سانتي مترو څخه لږ = 4 - 20 x د خطر پرمختگ (د حادی شديدي خوارخوای بنودونکی دی).

د MUAC څخه کولای شو د MAM/SAM د درملني لپاره د بسترولو او رخصتولو په برخه کې گټه واخستل شي. د MUAC د اندازه کولو تخنیک په ۸ ضمیمه کې بنودل شویدی.

شکل ۳: MUAC د مړينو د خطر د يو شاخص په حيث

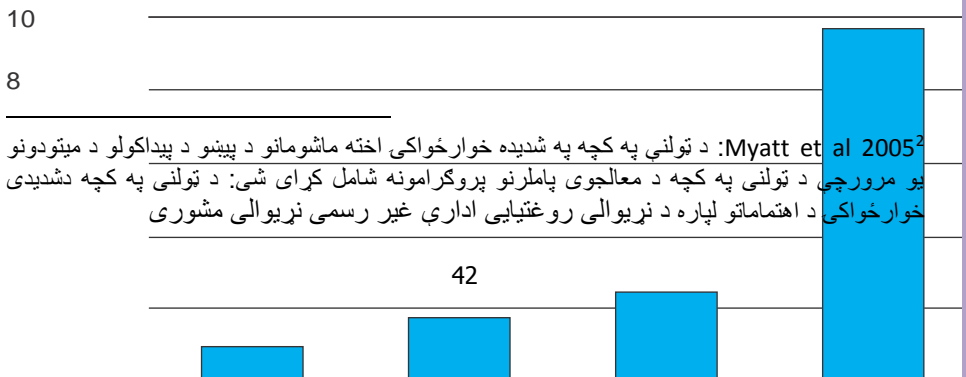


Source: Myatt et al, 2005²

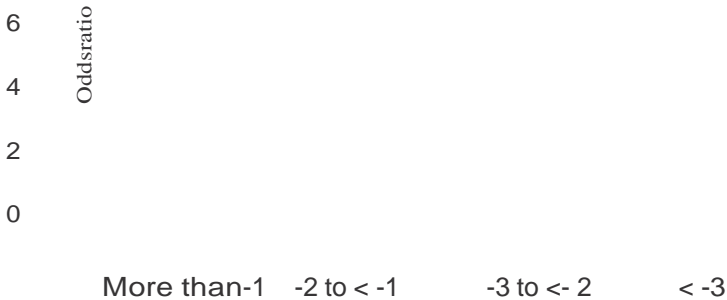
وزن پر قد يا طول (WFH/L)

همدارنگه د ماشومانو وزن پر قد دا مشخص کوی چې د خوارخواکي له امله د مړيني په خطر کي واقع دی. دا شاخص د نړيوال روغتيايي اداري د ۲۰۰۶ کال د نوی معيارونو پر بنسټ جوړ شويدي. د روغتيايي ملي احصايي د پخوانی مرکز (NCHS) معيارونه د وفیاتو دقیق خطر منعکس کړی او باید د هغی څخه استفاده ونشي.

۴ شکل: د وزن پر قد له مخی د وفیاتو خطر (د روغتیا نړيواله اداره ، ۲۰۰۶)



Myatt et al 2005²: د ټولني په کچه په شديده خوارخواکي اخته ماشومانو د پيښو د پيدا کولو د ميتودونو يو مروړچي د ټولني په کچه د معالجوی پاملرنو پروگرامونه شامل کړای شي: د ټولني په کچه د شديدي خوارخواکي د اهتماتو لپاره د نړيوالی روغتيايي اداري غير رسمي نړيوالی مشوري



Weight-for-height Z-score

Source: WHO / UNICEF Joint Statement 2009

◀ وزن پر قد/طول چې د $2Z$ scores تر $3Z$ scores پوری وی د متوسطی حادی خوارخواکی بنودونکی دي.

◀ وزن پر قد/طول چې د $3Z$ scores څخه کم وی د شدیدې حادی خوارخواکی بنودونکی دي.

د وزن، قد او وزن پر قد د اندازه کولو تخنیکونه په ۹،۱۰ او ۱۱ ضمیمو کې په ترتیب سره بنودل شويدي.

اذیما

اذیمایی خوارخواکی همیشه د شدیدې خوارخواکی بنودونکی وي. اذیما د هغې د شدت مطابق درجه بندی کیدای شي، او دا درجه بندی ددی لیلونه مونږ ته راکوی چې د ماشوم درملنه په کوم ځای کې سرته ورسیري.

۲ **ضمیمه** د اذیما تصنیف بندی په لاندی توگه تشریح کړیده. مهمه ځانگړتیا چې د هغې څخه یادونه وشي داد چې تغذیوی اذیما د تل لپاره دوه طرفه وي. د یوې خپې اذیما ممکن د یوې بلی ناروغی د پروسې بنودونکی وي. اذیمایی خوارخواکی همیشه د په خپو کې پیلیری او څومره چې شدت یې زیاتیری اذیما هم ډیر خپریری.

◀ **1+** درجه اذیما: د خپو دوه طرفه اذیما

◀ **2+** درجه اذیما: د خپو ، لاندنیو نهایتونو/ لاسونو دوه طرفه اذیما

◀ **3+** درجه اذیما: د خپو ، لاندنیو نهایتونو، لاسونو او د سترگو د شا او خوا عمومی اذیما

1+ و 2+ درجی کیدای شی په خارج بستر کې تداوی شي. 3+ درجه اذیما باید همیشه د مړینو د لوړ خطر له امله په داخل بستر کې تداوی شي.

مرسمیک - کواشیورکور

د اذیما او عضلاتو د ذوب اصطلاحات په ترتیب سره د "مرسموس" او "کواشیورکور" په اصطلاحاتو دلالت کوي. په هر حال دا ټولې اصطلاح گانې د استفادی وړ دي. د خوارخواکۍ یو ډول د مرسمیک-کواشیورکور (MK) په نامه یادېږي. دا حالت د شدیدې حادې خوارخواکۍ د دواړو ډولونو څخه منځمن دی چې د مړینې د لوړ خطر سره یوځای وی. هغه ماشومان چې په مرسمیک-کواشیورکور اخته دی باید همیشه د نورو کلینیکي اعراضو او نښو د لیدو څخه پرته په داخل بستر وارد کې تداوی شي.

هغه ماشومان چې د ۶ میاشتو څخه ډیر او وزن یې د ۴ کیلو څخه لږ دی

هغه ماشومان چې د ۶ میاشتو څخه غټ او وزن یې د ۴ کیلوگرامو څخه لږ دی باید د درملنې لپاره داخل بستر وارد ته ولېږل شي. ددی مرحلې ماشومان ممکن د ودې په تاخر او د بدن د غړو په خاموالی اخته وی (د مثال په توگه، د پښتورگو وظیفې)، چې د ۶ میاشتو څخه د بنکنه ماشومانو په څېر عین ډول درملیزو شیدو څخه په استفادی سره د تغذی په داخل بستر وارد کې ډیرې پاملرنې ته اړتیا لري. ددی عمر لرونکو ماشومانو لپاره RUSF او RUTF مناسب ندی.

د MUAC د اندازه کولو څخه وروسته، وزن پر قد او د اذیما ارزښتی کولای شی ماشوم دحادی خوارخواکۍ د تصنیف بندي مطابق درجه بندي کړي.

جدول ۲: د انټروپومتری پر بنسټ په ۶ - ۵۹ میاشتینو ماشومانو کې د حادې خوارخواکۍ
تصنيف بندۍ

| معیارونه | | عمر |
|--|---|--------------|
| شدیده حاده خوارخواکۍ | متوسطه حاده خوارخواکۍ | |
| <p>❖ MUAC: د 11.5 سانتي مټرو څخه کم یا ❖ وزن پر قد/طول د 3Z scores - څخه کم یا ❖ د دوه طرفه اډیما شتوالی</p> | <p>❖ MUAC: د 12.5 الی 11.5 سانتي مټر یا ❖ وزن پر قد/طول د 2Z scores - څخه تر - 3Z scores او ❖ د اډیما نشتوالی</p> | 6 الی 59 ماه |

کلینیکي نښې

د حادې خوارخواکۍ د پرمختګ سره سم د تقلیل د تطابق پروسه هم سرته رسیری [۱]
فصل]. کله چې د تطابق د سقوط پروسه پیل شی نو ماشوم په پرمختللی توګه په اختلاطاتو اخته
کیری. په پای کې ماشوم شاید خپله اشته دلاسه ورکړي. پدې کلینیکي نښو او په MUAC او وزن
پر قد د اندزه کولو سره پریکړه کیدای شی چې د ماشوم درملنی لپاره کومه لاره مناسبه ده.

کلینیکي اختلاطات

هغه اختلاطات چې د حادې خوارخواکۍ په لړ کې رامنځته شويدي په لاندې ۳ شماره جدول کې
څیړل شويدي. دا د نور اختلاطاتو سربیره د IMCI د خطر د علایمو لرونکې هم وی. په حاده
خوارخواکۍ اخته یو ماشوم د لاندې د اختلاطاتو څخه د یو په لړلو سره باید په دقیقه توګه درجه
بندی شي.

- ◀ په SAM اخته ماشوم چې اختلاطات هم لری باید د داخل بستر په هغه وارد کې تداوی
شي چې د SAM معالجوی خدمتونه وړاندی کوی .
- ◀ په MAM اخته ماشوم چې اختلاطات هم لری باید د یو روغتون د ماشومانو وارد ته
ولیرل شي.

3 جدول: د حادی خوارخوای کلینکی اختلاطات

| کلینکی اختلاط | معیار |
|---------------------|---|
| لور تبه | د 39 C (102.2 F) څخه پورته |
| هایپوترمیا | د 35.5 C (96 F) څخه بنکته |
| دوامدراه کانگی | ټول غذایی مواد او مایعات کانگی کوی |
| شدید دیهایدریشن | کلینیکي نښې + پدی ورسټیو کې دمیعاتو د ضایع تاریخچه |
| شدیده کمخونی | د لاسونو د ورغوی شدید خسافت |
| بیهوشی/ اختلاج | د شعور د کچې بنکته والی / بی حالی/ اختلاج |
| ستونزمن یا چټک تنفس | 2 تر 12 میاشتنی په یوه دقیقه کې د 50 تنفس څخه ډیر 12 تر 59 میاشتنی په یوه دقیقه کې د 50 تنفس څخه ډیر |
| د پوستکي ستونزی | پراخه جلدی قرحات چې وریدی/عضلی زرقی انتی بیوتیکونو ته اړتیا لری |

اشتها

په حاده خوارخوای اخته یو ماشوم کې د اشتها نشتوالی د یوې خطرناکې پتوفزیولوژی بنسټونکی کیدای شي (۱ فصل). ددی لپاره چې یو ماشوم د خارج بستر په توگه دتدای شی هغه باید د تدای تیارو غذا وو د خوړو ورتیا ولري.

← RUSF (د استفادی لپاره تیار ضمیموی خواره) د MAM درملني لپاره په OPD- MAM کې تری گټه اخستل کیږی.¹⁹

← RUTF (د استفادی لپاره تیار درملیز خواره) د SAM درملني لپاره په OPD- SAM کې تری گټه اخستل کیږی.¹¹⁰

په حاده خوارخوای تشخیص شوی ماشوم کې اشتها ارزیاې کیږی. دا پروسه د " اشتها د ټسټ" په نامه یادېږی او د حادی خوارخوای د ابتدای تشخیص په وخت او روغتیایي مرکز کې په هر تعقیبی کتنه کې تر د ماشوم د روغ رخصتیدو پورې سرته رسیږی.

یادداشت: د ۶ میاشتو څخه د کم عمر ماشومانو لپاره RUSF (د استفادی لپاره تیار ضمیموی خواره) او RUTF (د استفادی لپاره تیار معالجوی خواره) مناسب ندي.

د اشتها ټسټ

د اشتها ټسټ په وخت کې ماشوم ته مخکې او د ټسټ په لړ کې پاکې اوبه ورکړل شي او که اړتیا وه پالونې او ماشوم باید یوې آرامې فضا ته ویوړل شي، داسې ځای چې د پالونکې په تشویق سره ماشوم RUSF/RUTF وخورې. د اشتها ټسټ شاید ۳۰ دقیقې وخت ونیسي او کیدای شي په هغه وخت کې سرته ورسیري چې روغتیایي کارکونکې د نورو ناروغانو په لیدلو مصروف وي.

په هر حال، یو ماشوم چې د ۴ جدول د کټګور یو مطابق وي د خرابې اشتها لرونکې ګڼل کیږي چې باید د زیاتې ارزښتې لپاره روغتون ته ولیږل شي.

د اشتها ټسټ

1. د پالونکې څخه وغواړئ چې خپل لاسونه په اوبو صابون وویځي
2. د RUSF/RUTF پاکټ د یوې ځنډې څخه څیری کړئ
3. د اشتها د ټسټ څخه مخکې ماشوم ته څاڅکې څاڅکې پاکې اوبه ورکړئ
4. د ۲ کلونو څخه غټ ماشومانو که په خپله د تغذی وړتیا لرله ، کولای شي پاکټ په خپله ونیسي او د ۲ کلونو څخه واره ماشومان د تغذی لپاره مرستې ته اړتیا لري.
5. پالونکې باید د RUSF/RUTF د یوې ځنډې څخه لږه اندازه ماشوم ته ورکړي او که ماشوم مرستې ته اړتیا لرله نو په هغې حالت کې پالونکې باید هغه په کاشوغه یا خپل لاس ماشوم ته ورکړي.
6. ماشوم ته د څکلو لپاره سمدستی اضافی اوبه ورکړئ
7. د RUSF/RUTF او اوبو ورکولو همدې دورې ته تر هغه وخته ادامه ورکړئ چې په ۴ جدول کې ښودل شوی ټسټ په څیر بشپړ شي.
8. هغه ماشومان چې ناروغه دي او یا علاقه نه لري ، د اشتها ټسټ یې ممکن ۳۰ دقیقې وخت ونیسي. دا ټولې ازموینې باید په داسې یو آرام ځای کې سرته ورسیري چې روغتیایي کارونکې د نورو پېښو په لیدو بوخت وي.

۴ جدول: د اشتها د ټسټ کټگوري

| عمر/ وزن | بڼه اشتها | خرابه اشتها |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| د 5 کيلوگرام څخه لږ | د پاکټ د محتوی حد اقل 1/4 برخه وخورى | د پاکټ د محتوی 1/4 برخي څخه لږ وخورى |
| د 5 کيلوگرام څخه ډير | حد اقل 1/3 حصه از محتوی پاکت را بخورد | کتر از 1/3 حصه از محتوی پاکت را بخورد |
| د 6 مياشتو څخه ډير او د 4 کيلو څخه لږ | دا گروپ چي داخل بستر لپاره ليرل کيږي د RUS/RUTF څخه استفاده مه کوي | |

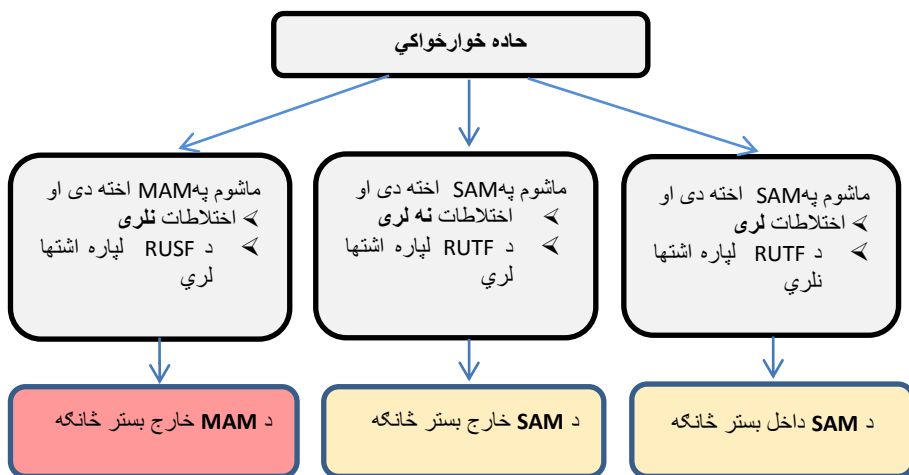
يو بڼه اشتها لرونکی ماشوم کولای شي خارج بستر تداوی شي . که ماشوم خرابه اشتها لرله:

- ◀ په متوسطه حاده خوارخواکي اخته ماشوم د خرابي اشتها سره بايد د بنسټيزو لاملونو لپاره معاينه کړای شي او د ارتيا وړ درمل ورته ورکړل شي. که ارتيا وه يو روغتيايي مرکز ته يي د اضافي تشخيصه سامان الاتو په خاطر وليږي
- ◀ په شديد حاده خوارخواکي اخته ماشوم د خرابي اشتها سره بايد د داخل بستر خدمتونو لپاره يو روغتون ته وليږل شي او د يوي عاجل طبي حالت په څير يي درملنه وشي.

دا کمه ده (اما امکان لري) چي په حاده متوسطه خوارخواکي اخته يو ماشوم د فزيولوژيکي ناتواني له کبله د تنقيص پروسې سره تطابق له امله چي د لږو خوړو اخستلو يا ناروغي له لاري نسبت انټروپومپټريک شدت ته ډير زر خپله اشتها د لاسه ورکړي. که د اشتها د خرابوالي روښانه لامل په ټيټه پايه روغتيايي مرکز کي تشخيص نه شو نو ماشوم د اضافي ارزيايي لپاره په داخل بستر ځانگه کي بستر کړي.

د ماشوم د ارزيايي د انټروپومټري څخه په استفادي ، کلينيکي نښو او د اشتها د ټسټ څخه وروسته کولای شي ماشوم ترتيب بندي شي او د شدت مطابق په مناسبه توگه تداوی شي. لاندی ۵ شکل د مناسبې درملنی د تصميم نيونی الگوريتم ښايي.

۵ شکل: په حاده خوارخواکي اخته د ۶ - ۵۹ میاشتنو ماشومانو د تشخیص او درملنی جدول



*هر وخت چې د SAM خارج بستر سهولتونه موجود نه وی نو ټول ماشوم د SAM داخل بستر خانګي کې ته لېږل کېږي

د ۶ میاشتو څخه د کم عمره ماشومانو د حادی خوارځواکۍ ارزیاڼی

د ۶ میاشتو څخه د کم عمر لرونکی ماشومان په حاده خوارځواکۍ د اخته کیدو په لور خطر کې واقع دي، له همدې کبله په رویتین شکل د روغتیايي مرکز او ټولنی د هر تماس په وخت کې چاڼ شي. ددی شیدو خورونکو ماشومانو ارزیاڼی په MUAC او وزن پر قد د غټانو ماشومانو څخه توپیر لري:

◀ د ۶ میاشتو څخه د کم عمر لرونکو ماشومانو لپاره د MUAC څخه د استفاده نشو کولای .

◀ وزن پر قد/طول یواځی په هغو ماشومانو کې کارول کیږی چې اوږدوالی یې د ۴۵ سانتی مترو څخه ډیر وی.

◀ پدې ماشومانو کې انیما د غټانو ماشومانو په څیر په عین شکل ارزیاڼی کیږی

د ۶ میاشتو څخه د کم عمر لرونکی شیده خورونکی ماشومان ممکن ددی امله روغتیاي مرکز ته راوړل شی چې هغوی ناروغ دی او که نه ، مور د هغې د تغذی په برخه کې خپل ځان ناتوانه احساس کوی او شیدو ورکولو ته میلان نه لری او ماشوم وزن نه اخلی. که په هره لیدنه کې ناروغ د IMCI د خطر د نښو څخه یوه ولری هغه باید سمدستی روغتون ته د زیاتی ارزیاڼی لپاره ولیږل شي.

په روغتیاي مرکز کې د لیدنی پر مهال باید شیده خورونکی ماشوم وزن کرای شی او د مور په شیدو د تغذی یوه ارزیاڼی باید سرته ورسیري. که شیده خورونکی ماشوم ډیر ضعیف و او تی یې په سمه توگه نشو رودلای ، په عاجله توگه شیده خورونکی ماشوم د حادی شیدیدي خوارځواکۍ داخل بستر څانگی ته ولیږي. که ولیدل شو چې ماشوم د مور په شیدو تغذی کیږی نو پدی حالت کې د تغذی د کړنو یوه بشپړه ارزیاڼی باید سرته ورسیري او د مور په شیدو د تغذی په برخه کې باید مشوره ورکړل شي. [۱ فصل د ۳ - ۷ ضمیمی وگوری] . د هرې اونۍ لپاره باید د مشورې ورکول یوه تعقیبی جلسه برابره شی او شیده خورونکی ماشوم باید د دوهم ځل لپاره وزن شي. که ماشوم د لومړی لیدنی څخه وزن نه و اخستی نو په هغې حالت کې ماشوم باید د حادی شیدیدي خوارځواکۍ په خاطر داخل بستر څانگی ته ولیږل شي.

پدی عمر لرونکو ماشومانو کې پرته له وزن پر قد څخه د متوسطی یا شیدیدي حادی خوارځواکۍ تصنیف بندی امکان نه لري. د اشنا ټسټ پکی نه اجرا کیږی ځکه د ۶ میاشتو څخه دلبر عمر لرونکو ماشومانو لپاره RUSF او RUTF مناسب ندی .

پدی پېښو کې د درملنی څخه هدف دادی چې که ماشوم په متوقع توګه وزن وانخلي د خوارخواکي په پرمختګ او د مور په شیدو د خالصی تغذی د پیل لپاره مقدمه ګرځه ده. که د مور په شیدو تغذیه نا شونی وی نو په هغه حالت کې ماشوم تر بشپړی درملنی پورې په معالجوی شیدو تداوی کیری او مور ته په کور کې د پوډری شیدو د مصوئي استفادی په اړه ښوونه ورکول کیری.

جدول: د ۶ میاشتو څخه د کم عمر لرونکو شیدو خوړونکو ماشومانو د SAM داخل بستر درملنی لپاره د رجعت معیارونه:

| معیار | | عمر |
|--|--|---------------|
| شددیده حاده خوارخواکي | متوسطه حاده خوارخواکي | |
| <ul style="list-style-type: none"> ❖ MUAC: نه استعمالېری ❖ وزن پر قد/طول * $-3Z$ scores - څخه کم یا ❖ د خپو دوه طرفه اذیما ❖ شددید او ښکاره ضایعات * که شیدو خوړونکی ماشوم د ۴۵ سانتي مترو څخه ډیر وی د وزن پر قد/طول ارزیابی کیری | <ul style="list-style-type: none"> ❖ MUAC: نه استعمالېری ❖ وزن پر قد/طول د $-2Z$ scores - څخه تر $-3Z$ * scores نه لږ وی او د اذیما نشتوالی * که شیدو خوړونکی ماشوم د ۴۵ سانتي مترو څخه ډیر وی د وزن پر قد/طول ارزیابی کیری | کمتر از 6 ماه |
| <ul style="list-style-type: none"> ❖ شیدې خوړونکی ماشوم ډیر ضعیف دی او په ښه توګه رودلای نشي ❖ د مور په شیدو د تغذی مشوری سربیره شیدو خوړونکی ماشوم وزن نه اخلی ❖ د عضلاتو شددید او ښکاره ضایعات اونوب | | |

په امیندوارو او شیده ورکونکو میندو کې د حادی خوارخواکي ارزيايي

په امیندوارو او شیده ورکونکو میندو (PLW) کې د حادی خوارخواکي ارزيايي يواځي د MUAC پواسطه سرته رسيري. وزن پر قد د استفادی وړ ندی ځکه دا پدی عمر خلکو کې د اعتبار وړ ندی. پدی عمر خلکو کې د اعتبار وړ معيارونه په لاندی ۶ جدول کې ښودل شويدي.

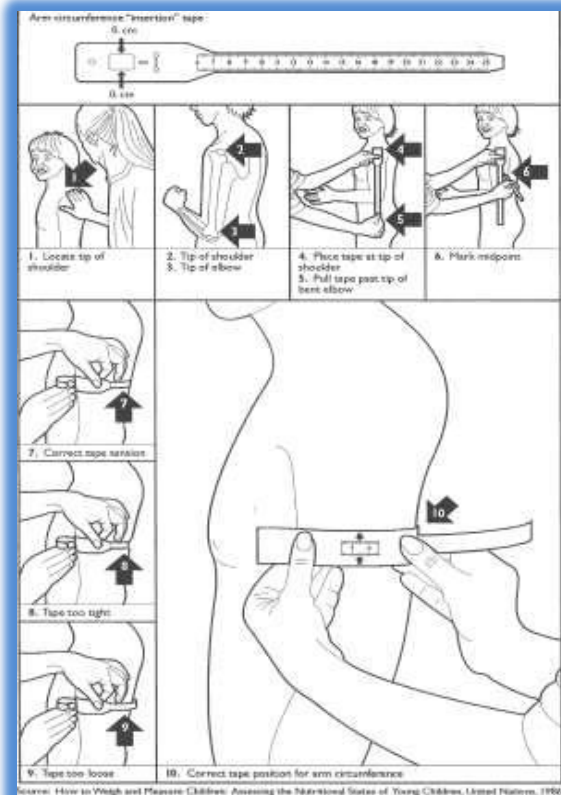
د امیندوارو او شیده ورکونکو میندو د درملنی څخه هدف د میندو د تغذی بشپړول دی که هغوی په حاده خوارخواکي اخته کيږی ترڅو د زيرون په وخت کې د کم وزنه ولادتونو څخه مخنيوی وشي او د شیده خوړونکی ماشوم د ژوند په لومړيو شپږو مياشتو کې میندو ته تغذيه ورکړل شي کله چې خپلو ماشومانو ته د مور په شیدو خالصه تغذيه ورکوي.

په ماشومانو د ټولو درملنو برخلاف دلته د رخصت معيارونه د انټروپومتري پر اساس سرته نه رسيري. کله چې يوه امیندواره ميرمن مستحقه وی هغه ترهغه خپله غذایی برخه يا راشن اخلی چې شیده خوړونکی ماشوم يې تر ۶ مياشتنی ورسيري.

۶ جدول: په امیندوارو او شیدو ورکونکو میندو کې د حادی خوارخواکي معيارونه

| معیار | کتگوری |
|-------------|--|
| MUAC < 23cm | امیندواره ميرمنی < د دوهم ترايمستر څخه راديخوا |
| | شیده ورکونکی ميرمنی < د ۶ مياشتو څخه لږ عمر لرونکی شیده خوړونکی ماشوم |

۸ ضمیمه: د ۶-۵۹ میاشتو ماشومانو کې د MUAC اندازه گیری



- ◀ دادمن شیء چی د یو سم MUAC فیتی څخه چی د معیار صحیح برخه ولری استفاده کیری. نوری فیتی له منځه یوسئ.
 - سور MUAC د 11.5 سانتي مترو څخه کم چی د SAM بنودونکی دي
 - زیر MUAC د 11.5 څخه د 12.5 سانتي متر څخه کم د MAM بنودونکی دي
 - شین MUAC مساوی یا د یا 12.5 سانتي مترو څخه ډیر نورمال دی
 - ◀ د ماشوم لباس وباسئ چی چپ مټ بی بنکاره شي
 - ◀ د اوږو او ځنگلي ترمنځ د چپ مټ منځنی برخه مشخصه کړئ
 - ◀ د منځنی نقطی ساحه په مارکر په نښه کړئ یا د هغی د پاسه خپله گوته کیردی
 - ◀ د MUAC فیته د چپ مټ د منځنی نقطی د ساحی گردچاپیره تاوه کړئ
 - ◀ دادمن شیء چی فیته په ارم ډول د جلد مقابل ته پرته لدی چی خلا موجوده وی تاوه شویده (ډیره سسته نه وی)
 - ◀ دادمن شیء چی فیته باید د مټ پوستکی ته لږ هم فشار ورنکړی (ډیر کلک نه وی) هماغه نقطه ولولئ چی په لاندی ۶ شکل کی د غشي پواسطه بنودل شویده
- شکل ۶: انځور د غشي په برخه کی د MUAC د اندازه کولو د لوستلو بنودونکی دي



۹ ضمیمه: د وزن اندازه کول

وزن د زورند فزری ترازو (Salter-type) (چې په ساحه کې پیدا کېږي) او یا د برقی ترازو (مثلاً، SECA scale یا UNISCALE) پواسطه چې د مور په غیږه کې د ماشوم د وزن کولو لپاره جوړه وی سرته رسیږي.

زورند فزری ترازو (Salter-type)

د یو ۲۵ کیلوگرامه زورند فزری ترازو څخه چې ۱۰۰ گرامه دقت ولری باید ستفاده وشي. د سیمی په شرایطو کې ترازو په یوه اونه، په یوه دری خپو پایه یا په یوه لرگی چې په دوه نفرو نیول شوی وی زورندېږي. په یو کلینک کې هغه په چت یا په یوه پایه باندی په ازاده توگه زورندېږی چې د نورو شیانو سره تماس ونه لری او ترازو باید په داسی یوه خای کې واقع وی چې د سترگو سوی سره ولوستل شي.

ماشوم باید لوڅ وزن کرای شي او بهتره داده چې دا کار په یوه بیله کوټه کې د محرمیت په خاطر سرته ورسېږي. که کالی یې پر ځان وی هغه هم باید ډیر نازکه وي (یواځی نازکه زیر پوښی). د وزن غلط تشخیص کولای شي د خواریو کې په تصنیف بندۍ او بیا په درملنی ناسمی اغیزی ولري.

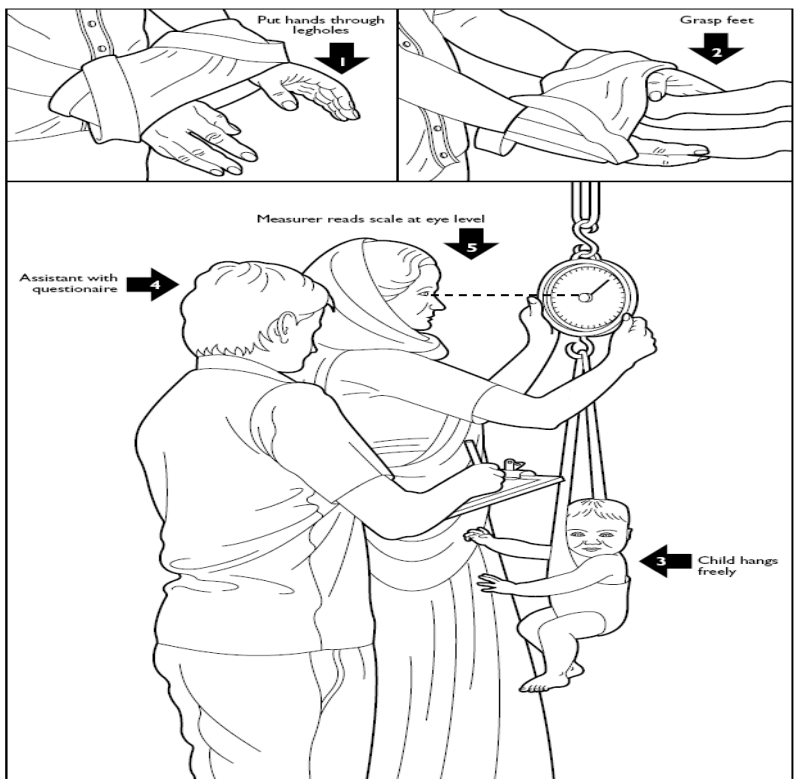
څرنګه د سالتر ترازو څخه ګټه واخستل شي: (لاندنی ۷ انځور وګورئ)

1. د ماشوم د وزن کولو څخه مخکې د هغی ټول کالی وباسئ
2. د اندازه کولو ترازو د صفر حالت ته راولئ (پدی معنی چې خپل ځان ډاډمن کړئ چې د اندازه کولو د خلطی په نښلولو سره د ترازو عقربه د سفر په حالت کې واقع ده.)
3. ماشوم د ترازو د وزن کولو په خلطه کې واچوئ
4. ماشوم د وزن د اندازه کولو په خلطه کې خورند کړئ او خپل ځان ډاډمن کړئ چې ماشوم د نورو شیانو سره تماس نه لري.
5. د ماشوم وزن ولولئ. عقربه باید ثابتې وی او د ترازو وزن باید د سترگو په سویه ولوستل شي.
6. که ماشوم ډیر نارامه وی نو عقربه به د پام وړ حرکت ولري. پدی حالت کې یا انتظار وکړئ چې ماشوم آرام شی او یا د وزن د دواړو نهایتونو اوسط واخلي.
7. وزن په کیلوګرام تر نزدیکترین 100 گرامو پورې ثبت کړئ (مثلاً، 6.4 کیلوګرامه).

ملاحظات:

- مطمئن شی چې ماشوم د وزن د اندازه کولو په خلطه کې په محفوظه توګه واقع دی، خپل یو لاس مخی ته او یو بل لاس د تسمی شاته ونیسی چې موازنه برقراره شي او او ماشوم سم زوروند شی.
 - په یخ موسم کې متیقن شی چې د وزن د اندازه کولو لپاره خای ګرم شویډی او ماشوم د ډیر لږ وخت لپاره لوخ پاتی شي.
- ترازو باید هره ورځ په یو معین وزن سره چک کړای شي. ددی کار د سرته رسولو لپاره ترازو د صفر حالت ته راولی او په هغې کې معلوم وزنونه وزن کړی. (مثلاً، 1، 2، 5 او 10 کیلوګرامه). که وزنونه د حاصل شوی وزن سره د 100 ګرامو په اندازه مطابقت ونکړي نو پدی حالت کې ترازو باید د دوهم ځل پاره عیار شي یا باید ترازو بدل شي.
- څرنګه د UNISCALE/SECA ترازو څخه باید استفاده وشي. (لاندی 8د شکل انځور وګورئ)
1. ترازو روښانه کړئ، د ترازو نوری برخه د 2 ثانویو لپاره پټه کړئ. کله چې د "صفر" عدد ښکاره شو نو ترازو تیار دی.
 2. مور باید خپلې څپلې وپاسي. یو مرستندویه نفر باید د شیده خوړونکي ماشوم څخه ساتنه وکړي.
 3. د مور څخه غوښتنه وکړئ چې د ترازو په منځ کې ودریری ، خپي لږی سره لری وی او په همدی حالت ولاړه پاتی شي.
 4. مورته ور یاد کړئ چې تر هغه پوری باید د ترازو دپاسه ودریری چې ورته وویل شیی چې د وزن اندازه کول بشپړ شو.
 5. کله چې مور د ترازو دپاسه ولاړه ده او د هغې وزن د ترازو په ښودونکي خای کې ښکاره شو، په نوری برخي باندی د دوه ثانویو لپاره د پټیدو پواسطه د صفر حالت ته راولی. اوس باید د ترازو صفحه چې مور پری په یواځی توګه ولاړه ده صفر وی.
 6. مور ته باید وویل شي چې د ترازو د پاسه ولاړه وسي او مورته لوخ شیده خوړونکي ماشوم په نری سره ورکړئ.
 7. د ماشوم وزن به د ترازو په صفحه ښکاره شي. دا وزن یادداشت کړئ او په محتاطانه توګه عددونه په سمه توګه ولولی.
 8. که ماشوم دوه کلن وی یا د ودریدو وړتیا ولري نو هغه کولای شی په یواځی توګه په ترازو وزن شي.

۷ شکل: د زورنډیډو په ترازو د وزن اندازه کول



۸ شکل: د SECA ترازو څخه په استفادې سره د وزن اندازه کول



۱۰ ضمیمه: د قد اندازه کول

د دقت او ډیر سموالي په خاطر د طول او قد اندازه کولو لپاره باید تل دوه نفرو ته اړتیا وي.

دوه کلن ماشومان او یا هغه ماشومان چې د سم ودریدلو وړتیا لري په ولاړه اندازه کيږي، پداسې حال کې چې د ۲ کالو څخه کم یا هغه ماشومان چې په سمه توګه د ودریدلو وړتیا نه لري په ملاسته اندازه کيږي. که د عمر ارزښایې سخته وي هغه ماشومان چې لږ تر لږه ۸۷ سانتي متره قد لري (د روغتیا نړیوالې ادارې د ۲۰۰۶ معیارونو څخه په استفادې) باید په ولاړه اندازه شي او هغه چې د ۸۷ سانتي مترو څخه یې قد کم وي د ملاستې په شکل اندازه کيږي.

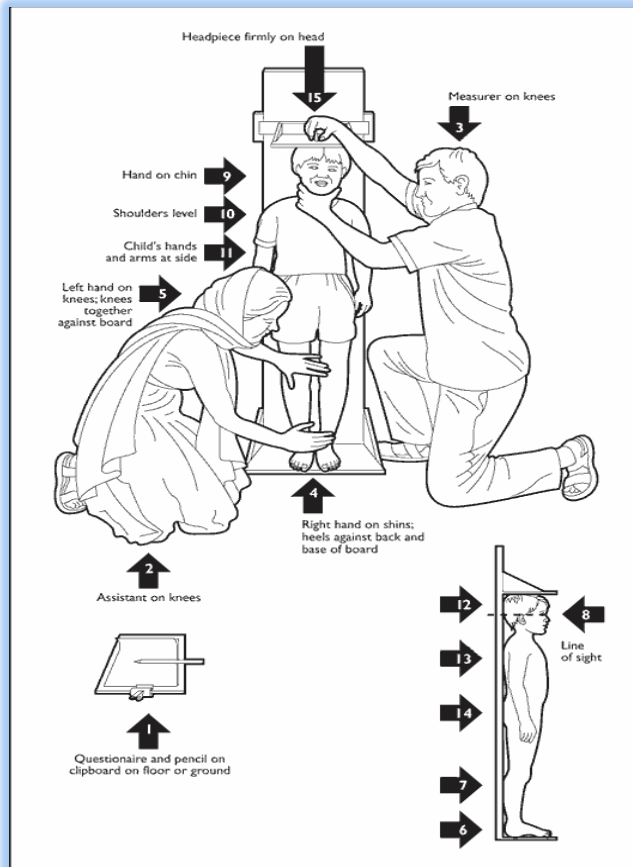
که ۲ کلن یا ددی څخه زیات عمر ماشومان ، یا لږ تر لږه ۸۷ سانتي متر قد لرونکي ماشومان چې په ملاسته اندازه کيږي، پدې حالت کې 0.7 سانتي متره د اندازې څخه منفي کيږي.

که د ماشوم عمر چې تاسو د قد د نظره اندازه کړیدی د ۲ کالو څخه کم وي نو په هغه حالت کې د هغې قد سره 0.7 سانتي متره علاوه کړئ او په پایله کې د طول په حیث یې د لیدنې د یادداشت په برخه کې ثبت کړئ.

۲ کلن ماشومان يا هغه چی د ودریدلو وړتیا نه لری یا قد یی ۸۷ سانتی سره مساوی یا ډیر وی

1. د ماشوم خپلی ویستل کیږی.
2. ماشوم د قد په تخته په داسی توگه خای په خای کیږی چی په مستقیمه توگه د تختی په منځ ودریږی او د هغی لاسونه باید د بدن دواړو خواوو ته خورندد وی.
3. مرسته کونکی د ماشوم د خپو بڼگړی او ځنگنونه تختی سره داسی کلکوی په داسی حال کی چی اندازه کونکی شخص د ماشوم سر په مستقیمه توگه وگوری.
4. سر، اوږی، کوناتي او د خپو پوندي باید د تختی سره په تماس کی وی او خپی باید یوی د بلی سره نزدی وی.
5. اندازه کونکی د متحرکی تختی سره داسی برابر کړی چی 0.1 سانتی مترو پوری اندازه کړای شی.
6. اندازه کونکی اندازه کول اعلانوی او مرسته کونکی د تأیید لپاره هغه تکراروی او د انترپومتری په فورمه یا روغتیا په کارت کی یی ثبتوی.

۹ شکل: د قد اندازه کول

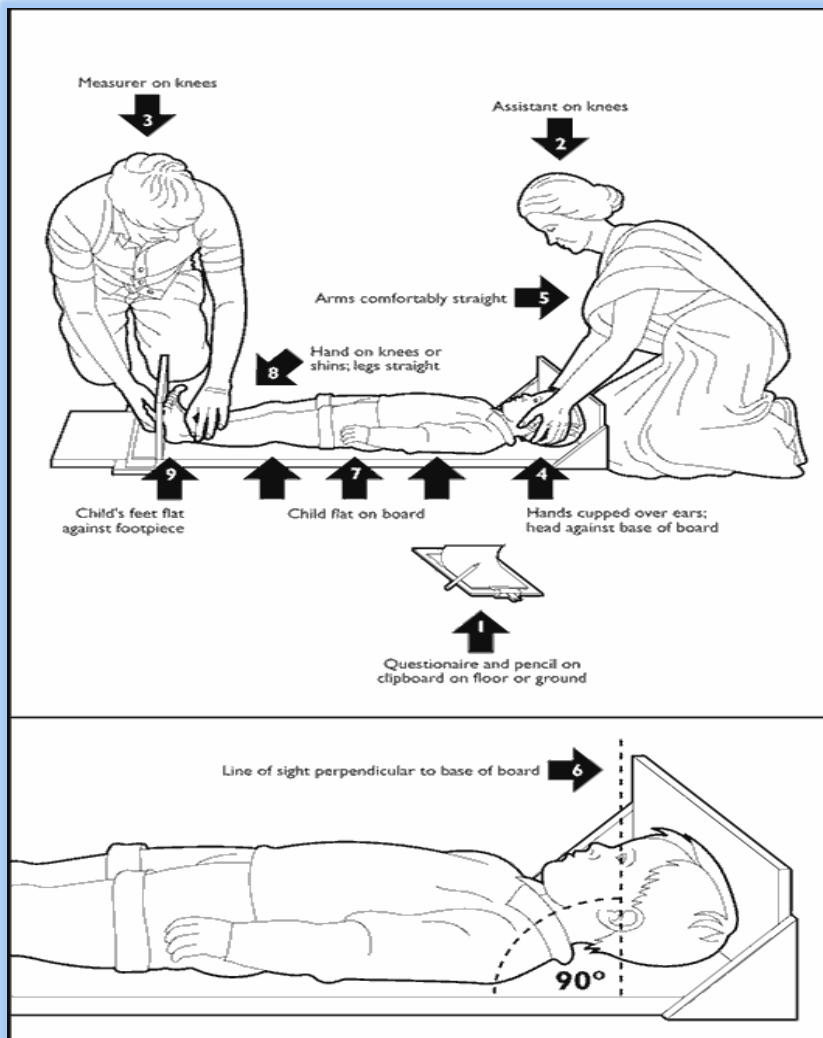


Source: How to Weigh and Measure Children: Assessing the Nutritional Status of Young Children, UN 1986.

د ۲ کالو څخه کم ماشومان یا هغه چې د ودریدلو وړتیا ونه لری یا یی قد د ۸۷ سانتي مترو څخه لږ وی.

1. د قد تخته په ځمکه په همواره توگه واچوی.
2. د ماشوم څپلی وېستل کیری .
3. ماشوم په نرمی سره شا په طرف د تختی په منځ واچوی ، د هغی مخ په مستقیمه توگه پورته ، لاسونه یی د بدن دواړو برخو ته واقع شی او خپی یی باید په قایمه زاویه برابر شی.
4. مرسته کونکی د ماشوم د سره شا او خوا نیسی او هغی ته په تخته وضعیت ورکوي.
5. په داسی حال کې چې اندازه کونکی د ماشوم بڼنگری او ځنگنونه لاندی خوا ته محکم نیولی دی متحرکه تخته د ماشوم د خپو قاعدی خوا ته خوځوی او اندازه کول نزدی 0.1 سانتي مترو څخه اخلي.
6. اندازه کونکی اندازه کول اعلانوی او مرسته کونکی د تأیید لپاره هغه تکراروی او د انترپومتری په فورمه یا روغتیا په کارت کې یی ثبتوی.

۱۰ شکل: د طول اندازه کول



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

۱ اضمیمه: د وزن پر قد د مرجع کارت (د روغتیا نړیواله اداره ۲۰۰۶)

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

| | | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|------|----|------|-----|----|----|----|
| 6.1 | 6.6 | 7.2 | 7.8 | 8.4 | 70 | 8.2 | 7.5 | 6. | 6. | 5. |
| 6.3 | 6.8 | 7.4 | 8.0 | 8.6 | 71 | 8.4 | 7.7 | 7. | 6. | 5. |
| 6.4 | 7.0 | 7.6 | 8.2 | 8.9 | 72 | 8.6 | 7.8 | 7. | 6. | 6. |
| 6.6 | 7.2 | 7.7 | 8.4 | 9.1 | 73 | 8.8 | 8.0 | 7. | 6. | 6. |
| 6.7 | 7.3 | 7.9 | 8.6 | 9.3 | 74 | 9.0 | 8.2 | 7. | 6. | 6. |
| 6.9 | 7.5 | 8.1 | 8.8 | 9.5 | 75 | 9.1 | 8.4 | 7. | 7. | 6. |
| 7.0 | 7.6 | 8.3 | 8.9 | 9.7 | 76 | 9.3 | 8.5 | 7. | 7. | 6. |
| 7.2 | 7.8 | 8.4 | 9.1 | 9.9 | 77 | 9.5 | 8.7 | 8. | 7. | 6. |
| 7.3 | 7.9 | 8.6 | 9.3 | 10.1 | 78 | 9.7 | 8.9 | 8. | 7. | 6. |
| 7.4 | 8.1 | 8.7 | 9.5 | 10.3 | 79 | 9.9 | 9.1 | 8. | 7. | 7. |
| 7.6 | 8.2 | 8.9 | 9.6 | 10.4 | 80 | 10.1 | 9.2 | 8. | 7. | 7. |
| 7.7 | 8.4 | 9.1 | 9.8 | 10.6 | 81 | 10.3 | 9.4 | 8. | 8. | 7. |
| 7.9 | 8.5 | 9.2 | 10. | 10.8 | 82 | 10.5 | 9.6 | 8. | 8. | 7. |
| 8.0 | 8.7 | 9.4 | 10. | 11.0 | 83 | 10.7 | 9.8 | 9. | 8. | 7. |
| 8.2 | 8.9 | 9.6 | 10. | 11.3 | 84 | 11.0 | 10. | 9. | 8. | 7. |
| 8.4 | 9.1 | 9.8 | 10. | 11.5 | 85 | 11.2 | 10. | 9. | 8. | 8. |
| 8.6 | 9.3 | 10. | 10. | 11.7 | 86 | 11.5 | 10. | 9. | 8. | 8. |

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

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

۲ اضمیمه: د تغذی د اذیما تصنیفبندی

د اذیما د ارزیابی لپاره: په دواړو خپو باید په یو وخت کې د ۳ ثانویو لپاره محکم فشار وارد شي (د یوزر یو ، یو زرو دوه، یو زرو درې په لوستلو). هر وخت چې په خپو کې اذیما وموندل شوه، همدا پروسه د خپو په پنډیو او لاسونو هم عملی کیری. د سترگو گرد چاپیره اذیما په خپلو سترگو ارزیابی کړی، د سترگو په اطراف کې د فشار راوړلو څخه ډډه وکړی.

په دواړو خپو کې ژوروالی وگورئ او حس یې کړئ. اذیما یواځې په خپو کې د **خفیفې اذیما (+1)** په شکل تصنیف بندی کیری. که په خپو کې اذیما ونه موندل شوه ، بس یې کړئ. تغذیوی اذیما تل د خپو څخه پورته خپریږي.



که اذیما د خپو په قدمونو کې موجوده وی نو د خپو په پنډیو کې یې هم ولټوئ. د ارزیابی لپاره په دواړو خواو کې د خپو د قدمونو د تخنیک په څیر چې سرته رسیدلی دی، استفاده وکړئ. د دواړو خپو په قدمونو او پنډیو اذیما د **متوسطې اذیما (+2)** په څیر تصنیفبندی کیری.



که اذیما د خپو په قدمونو او پنډیو کې موجوده وی نو په لاسونو کې یې هم ولټوی. د عین تخنیک استفاده وکړئ. که اذیما د خپو په قدمونو ، پنډیو او لاسونو کې موجوده وی دا هم د متوسطې اذیما (+2) په شکل تصنیفبندی کیری.



که متوسطه اذیما تشخیص شي نو د سترگو شا او خوا هم بررسی کړئ (د سترگو د کرې شا او خوا). د اذیمایې حفري د پیدا کولو لپاره د سترگی پورتي برخې ته فشار ورنکړئ. که د سترگو شا او خوا ته اذیما موجوده وي نو د شدیدې اذیما (+3) په شکل تصنیفبندی کیری.

هغه ماشومان چې 3+ اذیما لري د مړینی د لور خطر لرونکی دی او تل داخل بستر ځانگو کې تداوی کیری.



۳ فصل: د ټولني په کچه پراختيايي پروگرام

(COMMUNITY OUTREACH)

دا فصل د لاندې برخو لرونکی دی:

- ❖ پوښښ او لاسرسی
- ❖ حساسول
- ❖ سکریننگ
- ❖ په وخت رجعت او لیرل
- ❖ د درملنی منل
- ❖ د لاسرسی او پوښښ مقابل کې تقویه کونکی او موانع
- ❖ د ټولني د پراختيايي پروگرام نظارت او ارزيايي

د ټولني پراختيايي پروگرام د حادی خوارخواکي د منجمنت د خدمتونو د وړاندی کولو د مدغم کرنلاری یوه مهمه برخه ده. پداسی حال کې چې د کلینیک ښي کرنې خلکو ته د ښو پاملرنو وړاندې کولو لامل ګرځي، همدا پراختيا کونکی برخه د خدمتونو وړاندی کول دی چې د عامی روغتیا د درملنی اغیزې زیاتوی او د معالجوی لوړترینی درجی لاس ته اړورل متیقن کوی.

د ټولني د پراختيايي پروگرام هدفونه عبارت دي له:

1. اکثرحد ته د پوښښ او لاسرسی رسول
2. اکثرحد ته د درملني معقولیت رسول
3. اکثرحد ته د درملني قبول رسول

پوښښ او لاسرسی

پوښښ ماشومانو یا امیندوارو او شیده وړکونکو میندو د تناسب څخه عبارت دی چې د حادی خوارخواکي درملنی ته اړتیا لري او هغه په حقیقی توګه حاصلوی . مثال: که مونږ وغواړو چې وپوهیږو چې د حادی شدیدی خوارخواکي د درملنی پوښښ په یوه سیمه کې څنګه دی ، مونږ باید مشخص کړو چې په هغه ځای کې څومره واقعی شته او څومره ته یی درملنه

رسیدلې ده . که په یوه قریبه کې ۵۰ واقعی وی او ۳۰ واقعی یې د درملنی لاندی نیول شوی وی ، په هغه حالت کې پوښښ په لاندی توگه دی:

$$\% \text{ پوښښ} = \frac{\text{د SAM د تداوی شوو واقعاتو تعداد}}{\text{د SAM دټولو موجوده واقعاتو تعداد}} \times 100\% = \frac{30}{50} \times 100\% = 60\%$$

دا یې یو ډیر ساده مثال دی.د درملنی په لړ کې یو ماشوم چې په SAM اخته دی (MUAC یې 11.5 سانتي مترو څخه لږ دی) ممکن اوس د شفایابی په حال کې وی او ددې څخه وروسته زمونږ په سروی کې په SAM اخته ماشوم په جمله کې نه راځی (پدی معنی چې MUAC=12.0 سانتي متره دی)، اما هغه اوس هم د درملنی لاندی دی او تراوسه د شفایاب په حیث رخصت شوی ندی. دا واقعه د خدمتونو د عرضه کولو لخوا تداوی کیږی او باید د پوښښ د تخمین لاندی راوستل شي.پدی واقعه کې به د درملنی پوښښ په لاندی توگه وي:

د پوښښ % = تداوی شوی واقعو تعداد + تداوی لاندی شفایاب شوو واقعو تعداد (نه SAM)

د SAM ټولې موندل شوی واقعی + تداوی لاندی شفایاب شوو واقعو تعداد (نه SAM)

یادداشت: د شفایابی په حال کې د واقعاتو د تعداد اندازه د معادلی په قاعده کی شامله ده

مثال: دیوې قریبې د سروی په جریان کې مونږ د SAM ۵۰ واقعی پیدا کړي چې ۳۰ واقعی یې د تداوی په حال کې دي (مگر اوس هم د SAM په حیث پیژندی شویدی). مونږ همدارنگه ۱۰ واقعی پیدا کړي چې د تداوی لاندی دي او د ښه کیدو په حال کې دي مگر ددې نه وروسته د SAM په حیث نه پیژندل کیږي. (Non-SAM).

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

لور پوښنځي څنگه لاسته راځي؟

لور پوښنځي د لاندې لارو څخه لاس ته راتلای شي:

- ◀ د ټولني د خلکو پوهاوي چي خوارځواکي څه شي دي او د درملني د لټولو اهميت
- ◀ د ټولني خلک پوهيږي چي اغيزمنه درملنه يي کور ته نژدي د لاسرسي وړ ده
- ◀ درملني ته د لاسرسي د ځينو ممکنه خنډونو پيژندل او په هغي کي کموالي
- ◀ د ټولني او روغتيايي مرکز په کچه اغيزمن او سيستماتيک سکريننگ
- ◀ د غيرحاضرينو او مقصرينو (defaulters) اغيزمن تعقيب او دهغوي راوستل درملني ته

خوارځواکي او د هغي د درملني په اړه د پوهي د نه موجوديت په حالت کي ډير پالونکي د خپلو ماشومانو د ناروغيو له امله شخصي ډاکټرانو (يا ځيني وخت ملايانو ته) ته مخه وکړي (اکثره د خوارځواکي څخه پرته نورو ناروغيو لپاره). د ټولني د پراختيايي پروگرامونو څخه يو يي د حادي خوارځواکي په اړه د هغوي حساسول دي. په هر حال ، يواځي حساسول کفايت نه کوي ، د لورپوښنځي د لاس ته راوړلو لپاره بايد د واقعو سيستماتيک پيداکول د سکريننگ فعاليتونو دلاري موجود.

حساسول

د ټولني د افرادو د حساسولو څخه هدف د خوارځواکي په اړه دعامه روغتيا د مسلي په څير د خلکو د پوهاوي لوړوالي، د پا لونکو وړتيا لوړول چي د خوارځواکي لاملونه وپيژني او په خپلو ماشومانوکي خوارځواکي و مومي. د افغانستان په ډيرو ټولنو کي مذهبي عقايد يا نور لاملونه درملني ته د رجوع کولو د وروسته والي لامل گرځي (د مصابيت او مړينو د لوړوالي او همدارنگه په کلينکونو کي د درملني د قيمت د زياتوالي او ډير او بار لامل گرځي). د حساسولو ستراتيژي بايد د خوارځواکي په اړه ساده او روښانه پيغامونه وړاندي کړي.

د حساسولو ستراتيژي بايد ولټوي چي د ټولني په افرادو کي د يو نفر څخه بل ته څرنگه معلومات انتقاليري. دا کار کيدای شي د رسمي چينلونو څخ لکه سياستمداران، ټولنيز يا محلي مذهبي رهبرانو دلاري يا غير رسمي چينلونو لکه د خلکو غونډي (مثلاً واده) ، په ځانگړي توگه په هغو ودونو کي چي بنځي پکي راتوليري دلاري سرته ورسيري. سربره پردی چي بنځينه پلونکي د خپل ماشوم د لومړنيو پاملرنو علاقمندانى وي مگر دا هم د اهميت وړ ده چي د خپلو نارينه خپلوانو ملاتړ او موافقه دIMAM د طريقی مطابق درملنه لاس ته راوړي.

د حساسولو پیغامونه باید د سکریننگ په اړه معلومات ولري چې په ټولنه کې به د ټولني د روغتيايي کارونکي (CHW) لخوا د MUAC فيتي او د اذیما د بررسی پواسطه سرته ورسیري. کله چې د ټولني یو روغتيايي کارکونکي ماشوم لیري نو په هغې حالت کې باید ماشوم یا میرمن په ډیره چټکي سره روغتيايي مرکز ته مراجعه وکړي، هرڅومره زر چې درملنه په مقدمه توگه پیلیري په هماغه اندازه به بریالی پایلی لاس ته راشي او د قیمت له نظره به هم د خدمتونو وړاندی کولو سیستم ته گټور وي. ددی په اړه معلومات چې کوم ډول درملنه به سرته رسیري، درملنه به څومره اوږده شي او د بشپړ ښه کیدو پوري د درملو اخستلو اهمیت باید په پیغامونو کې ځای پر ځای شي. د حساسولو د ناستي د پلان یو مثال او د حساسولو د پیغام یو مثال په ۱۳ او ۱۴ ضمیمو کې په نوبت سره راغلی دي. هغه باید د بیلابیلو حالاتو لپاره اضافه کړای شي.

بلاخره حساسول باید لاس ته راشي:

- د خوارځواکي او په عامو خلکو د هغې د اغیزو په اړه پوهاوی
- په سیمه ایزه توگه د مجاني درملني د موجودیت او لاسرسی په اړه پوهاوی
- پر وخت د مناسبې روغتیا د لټولو د کړنو تشویقول (په روغتيايي مرکز کې)
- د بشپړ ښه کیدلو پوري د درملني د مهال ویش سره پیوستون

سکریننگ (SCREENING)

سکریننگ د واقعو د پیدا کولو په نامه هم یادیږي او د هغو کړنو څخه عبارت دی چې د حادي خوارځواکي د واقعاتو د پیدا کولو لپاره سرته رسیري. هغه په ټولنه کې د MUAC څخه استفاده کول او په روغتيايي مرکز کې د اذیما د بررسی او سکریننگ څخه عبارت دی چې د MUAC او اذیما ترڅنګ وزن پر قد هم سرته رسیري. په حقیقت کې واقعي باید د سکریننگ دلاري په ټولنه کې وموندل شي او د خوارځواکي په مقدمه مرحله باید تشخیص شي، نو که داسی ونشي، ماشوم به د ناروغیو له امله روغتيايي مرکز ته تل اکثره راورل کیږی. داد اهمیت وړ ده چې سکریننگ په ټولنه او روغتيايي مرکز دواړو کې سرته ورسیري.

د ټولني په کچه سکریننگ (SCREENING IN THE COMMUNITY)

د ټولني روغتيايي کارکونکي بیلابیل فعالیتونه د ټولني په کچه سرته رسوی او په ټولنه کې د خوارځواکي د واقعو موندلو باید د ټولني پدی فعالیتونو کې مدغم کړای شي. په بیرنيو حالتونو یا د خدمتونو د پوښش د کچي ارزيايي لپاره کله په استثنایي توگه په بيله توگه د واقعو پیدا کولو

لپاره ارتيا وي. د وزن پر قد سکریننگ ځینې وخت د ټولنی په کچه د تطبیق وړ یو انتخاب وی. د ۶- ۵۹ میاشتنیو ماشومانو لپاره د دواړه د MUAC او د اذیما د بررسی څخه کار اخستل یو ساده او چټک کار وی او د هر ماشوم لپاره د یوې دقیقې څخه لږ وخت نیسي. همدارنگه مهمه ده چې د ۶ میاشتو څخه کم عمر لرونکی ماشومان د اذیما، د لیدلو وړ شدیدې حادې خوارځواکي نینو په لیدلو سره یا که پالونکی راپور ورکړی چې ماشوم د مور په شیدو په بڼه توگه نه تغذیه کيږي ارزیابی شي.

په هغو سیمو کې چې د ټولنی روغتیايي کارکونکي/ د ټولنی روغتیايي سوپروایزران (CHWs/CHSs) د ټولني IMCI (C-IMCI) ټریننگ ورته ورکړل شوی وي ، هر ماشوم یا شیده خوړونکی چې د خطر نیني ولري باید سمدستي روغتیايي مرکز ولیرل شي.

هغه امیندواری یا شیده ورکونکی میندي چې د ۶ میاشتو څخه د کم عمر ماشومان په خپلو شیدو تغذیه کوی هم باید په MUAC سکریننگ شي او که وموندل شوه چې په حاده خوارځواکي اخته دی نو روغتیايي مرکز ته دی ولیري.

٧ جدول: د ټولنی په کچه د ټولنی روغتیايي کارکونکو د سکریننگ فعالیتونه

| د ټولنی روغتیايي کارکونکو د سکریننگ فعالیتونه | د ټولنی روغتیايي کارکونکو د سکریننگ فعالیتونه | د ټولنی روغتیايي کارکونکو د سکریننگ فعالیتونه |
|---|---|---|
| د ټولنی روغتیايي کارکونکو د سکریننگ فعالیتونه | د ټولنی روغتیايي کارکونکو د سکریننگ فعالیتونه | د ټولنی روغتیايي کارکونکو د سکریننگ فعالیتونه |

یادداشت: سیمه ایز روغتیايي مرکز باید مشخص کړي چې کوم واقعات باید ورته ولیرل شي. په ځینو ځایونو کې کیدای شي په MAM، SAM، اخته ماشومان یا په خوارځواکي اخته امیندواری او شیدو ورکونکو میندو د درملني ټول خدمتونه موجود نه وي. که د حادی خوارځواکي د درملنی خدمتونه موجود نه وي نو بیا به هم گټوره وی چې سیمه ایز روغتیايي مرکز طبي مشوره او یا تداوی سرته ورسوی یا ددی څخه یو گام پرمختللی روغتیايي مرکز ته یې ولیري.

کور په کور د واقعو موندل

کور په کور سکریننگ یوه پیاوړی طریقه ده چې د واقعو د موندلو لپاره د کلي د هر کور لیدل پکی شامل دي. د هغې څخه کولای شئ چې د واکسینو د تطبیق یا د ورته کمپاینونو پر مهال د کور په کور میتودولوژی څخه په روټین شکل کار واخستل شئ. د ټولني روغتيايي کارکونکي باید په هر کور کې د صفر څخه تر ۵۹ میاشتنی ماشوم یا امیندواره او شیده ورکونکی مور مشخصه کړی او هغوی د پورته معیارونو مطابق سکریننگ کړي.

د فعالو تطابقي پيښو موندل

اکثره دا تخنیک د ارزیابی په پوښښ کې کارول کېږي. ددی څخه هدف دادی چې د اساسی معلوماتو له استعمال له مخی د خوارځواکی واقعی تشخیص کړای شي:

- ◀ د هغې واقعی تعریف چې تاسو یې لټوی روښانه کړئ ، مثلاً:
 - هغه ماشومان چې د ۶-۵۹ میاشتو عمر لری چې MUAC یې 11.5 سانتي مترو څخه کم یا دوه طرفه اذیما لري.
 - هغه ماشومان چې د ۶ میاشتو څخه کم عمر لري په اذیما یا په شدیدې او ښکاره ضایعاتو اخیخته دی
 - 6-59 میاشتنی ماشومان چې د خوارځواکی د درملني لاندی دي.
- ◀ د خپلو کړنو په اړه د اړوند کلي مسولینو ته معلومات ورکړئ
- ◀ یو اساسی معلومات ورکونکی مشخص کړئ(د ټولني د روغتيايي کارکونکي څخه د لومړنی معلومات ورکونکی په حیث استفاده مه کوئ!)
- ◀ انځورونه ښکاره کړئ یا واقعی وښایی چې تاسو یې لټوی
- ◀ لومړئ واقعه پیدا کړئ
- ◀ د لومړئ واقعی د پالونکي څخه وغواړئ چې که هغه نور ماشومان چې پدی حالت اخیته دی ولټوی او تاسو ته وواي.
- ◀ خپل دا ډول کار ته تر هغه ادامه ورکړئ چې نورې واقعي پیدا نشي
- ◀ د نورو اساسی معلوماتو ورکونکو څخه وغواړئ چې مرسته وکړي (ممکن د قريې دایه، دواجورونکي او یا نور وي)
- ◀ کله چې هیڅ واقعه پیدا نشوه ، د ټولني دروغتيايي کارونکي څخه وغواړه چې د واقعو د پیدا کولو په برخه کې مرسته وکړي.
- ◀ دا کار ته تر هغه ادامه ورکړئ چې په سیمه کې ټولې واقعی پیدا شوی دی چې سکریننگ پکی سرته رسیدلی دی.

د ټولني روغتيايي کارکونکي بايد لومړني د معلوماتو ورکونکي نه وي. دا ځکه چې د هغو واقعو څخه چې د مخه کلينک ته ليرل شوی دی طرفداري کوي. په پايله کې ممکن ټولي واقعي د تشخيص څخه پاتې شي او کيدای شي د تخمين په برخه کې لوړ پوښښ څخه طرفداري وکړي. تل د هغو واقعو د تشخيص کولو په برخه کې چې د درملني لاندی دی ډاډ تر لاسه کړه چې لاسته راړني تصديق کړي:

◀ د RUSF يا RUTF د راشن د ليدلو غوښتنه وکړئ (کيدای شي ماشوم د بيلابيلو درملنو لاندی وي)

◀ د راشن دکارت د ليدلو غوښتنه وکړئ چې په کلينک کې حاضرین تصديق کړئ

هدف دادی چې په هر مشخصه سيمه کې واقعي تشخيص شي . کله چې د کلي ټولي سيمي سکريننگ شي او معلومات ورکونکی هيڅ نوی واقعه پيدا نکړای شوه ، په SAM اخته هر ليرل شوی ماشوم د دوهم ځل لپاره کتل شوی دی.

کتلوی سکريننگ

د واقعو د موندلو يوه رايجه اما غير قابل اعتبار طريقه د کتلوی سکريننگ څخه عبارت ده. کله چې دا طريقه د کلي د وکيلانو په موافقه او مرسته تنظيميږی ، د ټولني د ډيرو غړو د اغيزمن سکريننگ زمينه پکې برابرېږی.

ددی ميتودولوژی ستونزه داده هغه ماشومان چې ناروغ يا ضعيف دی کيدای شي په کور کې پاتې شي يا د شرم احساس وکړی ، پالونکی يې ماشوم د عامو خلکولخوا د ليدلو څخه ډډه وکړي. د هغو ماشومانو د تشخيص لپاره بايد اضافی هڅی وشي چې نه راځی . دا کار د کلي د راجستر پواسطه يا د کلي د ملک يا د نورو پالونکو غړو څخه د هغو په اړه چې سکريننگ شوی نه دی د پوښتنی دلاری کيدای شي سرته ورسيری. ددی ميتودولوژی څخه بايد د پوښښ د تخمين لپاره کار وانخستل.

د ودی د نظارت پروگرامونه

د ماشومانو د ودی د نظارت پروگرامونه د وزن پر عمر (WFA) د معيار څخه په استفادي سره ارزيايی کيږی. ددی څخه په حادی خوارځواکی داختمه ماشومانو د ارزيايی لپاره کار نه اخستل کيږی. وزن پر عمر يو مرکب شاخص دی ، يو ماشوم چې نظر په عمر کم وزن ولری

، هغه کیدای شی د ټیټ قد ، ذوب عضلاتو یا ددوارو د ترکیب څخه وی. له همدې امله دی اهمیت وړ دی چې هر ماشوم چې د ودې د نظارت لپاره راځی باید په منظمه توګه د MUAC او د اذیما د بررسی څخه په استفادې سکرینګ شي.

د ماشومان منظم سکرینګ باید یواځی په هغو ماشومانو کې سرته ونه رسیږي چې وزن یې کم وی بلکه په هغو ماشومانو کې هم سرته ورسېږی چې وزن پر عمر یې نورمال وی هم وی. د حادې خوارځواکۍ په برخه کې د وزن پر عمر غیر قابل اعتبار دی ، د کم وزنو ماشومانو سکرینګ % ۵۰ د عضلاتو د ذوب خوارځواکۍ واقعي نشی پیدا کولای.

*

*د حادې شدیدې خوارځواکۍ د موندلو په برخه کې وزن پر عمر حساسیت تقریباً 50.3% دی .

د ټولنی په کچه نوری منابع

کله چې ماشوم ناروغیږي، اکثره پالونکی شخصي ډاکټرانو یا فارمسټانو ته رجوع کوی او یا هم ملایانو ته ځی. دا کار د اضافی واقعاتو د پیداکولو لپاره زمینه برابروي . دا خلک باید د حساسولو په هر کمپاین کې د هدف لاندی ونيول شي او د MUAC فېته ورته توزیع شي. او د اذیما د بررسی په برخه کې ورته معلومات ورکړل شي. حساسول باید د هغو خدمتونو د معلوماتو لرونکی وی چې په سیمه ایزه توګه سرته رسیږی او دلاسرسي وړ دی او دا چې څه وخت کولای شی نوموړو خدمتونو ته لاسرسی ولرلای شي.

د ټولنی په کچه د واقعو د موندلو یو تالی شید په ۱۵ ضمیمه کې تهیه شوی دی. هغه د واقعي د بڼه تعریف لپاره د واقعو د پیدا کولو په برخه کې د هرې ځانګړې ډلې لپاره تعدیل کړي. د مثال په توګه، د ۶-۵۹ میاشتنیو ماشومانو د SAM واقعاتولپاره تالی شیبته تهیه شوی دی.

د روغتیایي مرکز په کچه سکرینګ

ټول هغه ماشومان چې د خدماتو حاصلولو لپاره روغتیایي مرکز ته راځي باید د MUAC په کارولو او د اذیما په موندلو سره په منظمه توګه سکرینګ کړل شي. د ځینو نښو استعمالول لکه " ډنګر یا ضعیف معلومیدل"، " متوسع گیډه " یا " ویختانو رنګ " بی حده بی اعتباره دی. په ځانګړی توګه د MAM واقعي به غلطی کړي چې درملنی ته مقدم لاسرسی چې ډیر ارزانه او SAM ته د وځامت او شدت څخه یې ساتی وژغوری.

د رجعت او درملنی معقولیت

معقولیت د مشخص کولو او په مقدمه توګه د حادی خوارځواکۍ پرمختګ په حال پېښو د لیرلو د اړتیا په معنی دی. د واقعاتو مقدم تشخیص پدې معنی چې د بریالی درملني پایلي لورې او د درملني قیمت کم امکانات وی. معقولیت تر یو حده پورې د سکرینګ د لارې او تر یو حده د خدمتونو د اړیکو دلاري لاس ته راتلاي شي. د مثال په توګه، که د MAM یا SAM درمنله په نزدی لوررتبه د روغتیايي مرکز خارج بستر کی موجوده وی نو ماشوم دی د درملني لپاره هماغه روغتیايي مرکز ته ولیرل شي. که د MAM د ناروغتانو خارج بستر ځانګه په سیمه ایز روغتیايي مرکز کی موجود نه وی هغوی د شیدو خوړونکو او ماشومانو د تغذی IYCF دمشوري ورکولو ، د کوچنیو طبی ناروغیو د درملني او واکسینود احالت د بررسی روغتیايي مرکز ته ولیرئ. پدې مرحله کی ډیر خرابیدل (چې د مړینو خطر لوړوی) وقایه کیدای شي. دا کار د ماشوم د عامي روغتیا لپاره او د درملني د قیمت لپاره ډیر ګټور دی نظر دی ته چې اوږود وخت لپاره انتظار وویستل شي چې ماشوم په SAM اخته شی اوداخل بستر وارد ته ولیرل شي پداسی حال کی چې ماشوم د مرګ په لور خطر کی واقع دی.

یو ماشوم چې په حاده شدیدې خوارځواکۍ اخته تشخیص شوی دی که په سیمه ایزه توګه خارج بستر خدمتونه موجود نه ماشوم سمدستی د شدیدې حادی خوارځواکۍ داخل بستر وارد ته ولیرئ.

د درملني قبول

پدې لارښود کی د حادی خوارځواکۍ د درملني پروتوکول تشریح کړیده چې ، که ماشومان په مناسبه توګه د هغې مطابق تداوی شی %۱۰۰ شفایابی لاس ته راوړای شي. د ماشوم د ژوند د پایښت او د مړینو د کموالی یواځنی لاره د ټولني په کچه د پرختیايي پروګرام اغیزمن تطبیقول دي ترڅو لوړ پوښښ لاس ته راوړی او ماشوم او مور د درملني لاندی ونیسي.

د خارج بستر درملني د شفایابی ټیټه درجه اکثره دلاندی دوه فکتورونو له امله وی:

Default (غیابت) <

تعریف: یو ماشوم / مور چې په مسلسلېه توګه په ۳ پلان شوو تعقیبی لینو کی ګډون ونکړای شي. ماشوم په لومړیو دوو غیرحاضریو کی غیرحاضر په نښه کیږی او په دریمه غیرحاضری کی د غایب (Defaulter) په حیث په نښه کیږی.

◀ نه شفایاب شوی

تعریف: یو ماشوم چې د ۴ میاشتو خارج بستر درملنی د سرته رسیدلو څخه وروسته د رخصت معیارونو ته نه وی رسیدلی. د رخصتولو څخه مخکې د نه شفایاب په حیث، ماشوم باید د درملني لپاره د شدیدې حادې خوارځواکۍ د درملني وارډ ته وليرئ. یو ماشوم چې اوس هم په شدیدې حادې خوارځواکۍ اخته دی باید د نه شفایاب شوی په حیث رخصت نه شي.

او که یو ماشوم د ۲ میاشتو داخل بستر درملنی څخه وروسته د رخصت معیارونو ته ونه رسیدلو د نه شفایاب په حیث تعریفیږي.

Default (غيابت): په حقيقت کې د ټولني د روغتيايي کارکونکي څخه باید غوښتنه وشي چې

د درملني د پروسې څخه د غاييې شوي واقعي تعقيب وکړي. د تعقيبي ليدني فورمي به ۱۷ او ۱۸ ضميمو کې ورکړل شويدي. ۱۷ ضميمه د تعقيب يوه ساده فورمه لري پداسې حال کې چې ۱۸ ضميمه د ارزيايي يوه مفصله فورمه لري. فورمه باید ډکه شي او روغتيايي مرکز ته وليږل شي.

د لومړي غيرحاضري څخه وروسته درملني ته د ماشوم بېرته راوستل به د درملني څخه غير حاضرین کم کړي. کچيرته يوه واقعه غيابت کوي باید د ټولني روغتيايي کارکونکي/سوپروايزر څخه غوښتنه وشي چې واقعه د غيابت د لامل لپاره تعقيب کړي او د درملني لپاره يې د دوهم ځل راوستلو لپاره تشويق کړي. په ځينو حالتونو کې کيدای شي د درملني په جريان کې ماشوم/ميرمن مړه شوی وي. دا مهمه ده چې ډاډمن شو چې د درملني په جريان کې د مړيني هره واقعه مشخصه او په سمه توگه يې راپور ورکړل شي.

نه شفایاب شوی (ددی نه وروسته ماشوم د شديدې حادې خوارځواکۍ په شکل نه وی اما د رخصتيدو معيارونو ته ندی رسيدلی). دا حالت د دوه لاملونو څخه منځته راتلاي شي:

◀ هغه ناروغي چې تشخيص شوی نه وی (مثلاً، توبرکلوز يا HIV)

◀ درملو ته ځواب نه ويل (د RUSF/RUF نورو سره شريکول يا پلورل)

هغه پروتوکولونه چې د خارج بستر خدمتونو لپاره تشریح شوی دی (۴ فصل)، روغتيايي کارکونکو ته درملني ته د عکس العمل نه ورکولو په حالت کې د واقعو په برخه کې د مناسبو اهتماماتو لارښونه کوي. که په پام وړ توگه پروتوکولونه تعقيب شي دا واقعي به تقريباً نه شفایاب شوی واقعي نه وي.

1: د ثبات د مرکز/TFU اصطلاح پدی لارښود کې په IPD-SAM تبديله شوی ده.

د لاسرسي او پوښښ پياوړی کونکی او خنډونه

پياوړی کونکی او خنډونه د هغو فکتورونو څخه عبارت دي چې په خپل وار سره پوښښ په يو ډول په مثبت يا منفي توگه اغيزمن کړي.

د لاسرسي او پوښښ پياوړی کونکی

هغه فعاليتونه چې د پوښښ د بڼه والی لامل گرځي د لاسرسي او پوښښ "پياوړی کونکو" په نامه يادېږي. اساسی پياوړی کونکی په لاندی توگه دي:

- د خدمتونو د بڼو او د اعتماد وړ معيارونو وړاندی کول
- د کارکونکو(د ټولني او روغتيايي مرکز په کچه) او گټه اخستونکو ترمنځ بني اړيکی
- د خدمتونو د بڼه والی په برخه کې د ټولني د مشرانو ملاتړ
- د IMAM د کړنلاری په برخه کې د ټولني د افرادو اغيزمن حساسول
- پر وخت او اغيزمنه توگه د واقعو موندل
- د رجعت قوی شبکې (د ټولني څخه روغتيايي مرکز تا و برعکس)
- په ټولنه کې د غوښنی مطابق د ټولني د روغتيايي کارکونکو لخوا د غير حاضرینو منظم تعقيب

د حساسولو او د واقعو د موندلو او تعقيبولو دلاري د ټولنی روغتيا يي سوپروايزران(CHSs)،د ټولني روغتيايي کارکونکي (CHWs) د درملني د پوښښ په لوړولو کې حياتی رول لرلای شي. د CHS/CHW او روغتيايي مرکز کارکونکو ترمنځ منظمې ناستی بايد دايرې شي او خدمتونو وړاندی کونکو ته اړوند معلومات بايد تبادلې شي.

د لاسرسي او پوښښ پر وړاندی خنډونه

د خوارځواکی د لاسرسي پر وړاندی خنډونه نظر شرايطوته بيلابيل وي. په افغانستان کې هغه نظر ولايت / ولسوالی ته هم توپير لرلای شي. پدې اړه ځينې موضوع گانې عبارت دي له:

- د ټولني په کچه د خوارځواکی په اړه د پوهی نشتوالی
- په ټولنه او روغتيايي مرکز کې د منظم سکريننگ اجرا کولو نشتوالی
- د سرمايي د فرصتونو د لاسه تلل
- د نارينه خپلوانو غيابت

- د درملني قيمت (د حساسولو پيغامونه بايد په مفتي درملني تاكيد وكړي)
- د RUSF/RUTF د زخيرو كموالی
- جغرافيايي خنډونه
- اقليمي / موسمی فکتورونه
- زراعتی کارونه (په ځانگړی توگه د فصلونو د کرلو او راټولو په وخت کې)

هر مشخص فکتور په هری يادي ټولني کې بايد په دقيقه توگه په نظر کې ونيول شي چې د خنډونو دقيق طبيعت معلوم شی او دا چې په هغې څنگه غلبه حاصلیدلای شي. دا هم کيدای شی چې د خدمتونو د وړاندی کولو په برخه کې په ډيرو خنډونو د ماهرانه بدلونونو د لاری غلبه حاصله کړای شي. دا کار کيدای شی يوه اندازه تفکر او نوبنښتونو ته په لاندی کارونو کې اړتيا وي:

- ◀ د حساسولو د سرته رسولو په طريقه کې بدلونونه
- ◀ د سکریننگ د فعاليتونو په طريقه کې بدلونونه
- ◀ د روغتيايي مرکز څخه بايد په کمې فاصلي سره نظارت صورت ومومي
- ◀ د ټولني په لور د خدمتونو غځول (غيرمتمرکز کول)

د خدمتونو د وړاندی کولو په برخه کې بدلونونه بايد تل د عامي روغتيا د وزارت د ملی او ولايتی لورپورو تخنيکی کارکونکو په مشوره سرته ورسيري.

د ټولني په کچه د پراختيايي پروگرام نظارت او ارزيايي

د ټولني د پراختيايي پروگرامونو د فعاليتونو د ارزيايي او د معلوماتو د راټولولو لپاره بيلابيل وسايل موجود دي. ددی وسايلو ځيني يې ددی فصل په پای کې موجود دي او تمه کيږی چې هغه مواد چې د پخوا څخه د CHS پواسطه کاريدل بشپړ کړی.

د همغږی منظم مجلسونه

د CHC او CHW او دکلينک د نورو کارکونکو ترمنځ مجلسونه د روټين يوه منظمه برخه تشکيلوي. ددی مجلسونو څخه بايد د واقعاتو د سکریننگ او درملني په برخه کې د دوه طرفه معلوماتو تبادلې صورت ومومي. د معلوماتو ډولونه چې بايد شريک شی په لاندی توگه دي:

- ◀ د ټولني څخه روغتيايي مرکز ته د واقعو ليرل
- ◀ د ليرلو او درملنی معقوليت

- ◀ د واقعو نقشه ویستل
- ◀ د غیبینو بیرته راوستل
- ◀ IPD-SAM ته د رالیبرل شوو د اندازی کچه

هغه معلومات چې باید شریک شي د هغي اهميت لاندی خیرل شویدی.

د واقعو لیبرل

د لیبرلو یو کارت کولای شي په ټولنه کې د ټولني د روغتيايي کارکونکی لخوا د یو ماشوم د تشخیص په وخت کې وکارول شي. دا کارت باید دوه برخې ولري. کله چې یوه واقعه تشخیصیږی د هغي یوه برخه ډکیری او پالونکی ته ورکول کیږي او دوهمه نیمايي برخه یې CHS ته لیبرل کیږي. کله چې یوه مور د درملني لپاره کلینک ته راځي ، د لیبرلو کاروتونه باید راټول شی او په یو کوچنی بکس یا پاکت کې ځای پر ځای شي. او بله نیمايي یې د CHW لخوا وساتل شی او یا CHC ته ورکړل شي.

په اونیزو ناستو کې د ټولني روغتيايي کارکونکی یا CHC او د روغتيايي مرکز کارکونکی کارتونه مقایسه کولای شي چې وگوري کومو رالیبرل شوو واقعو کلینک ته مراجعه نده کړي. وروسته دا واقعي د روغتيايي کارکونکی لخوا تعقیبیدای شي.

د درملني معقولیت

د درملني او لیبرلو معقولیت باید د "MUAC" د لیبرلو په وخت کې "یا" MUAC" د درملني د شروع په وخت کې "پواسطه ارزیابی او تخمین شي. معقولیت باید پدی اساس ارزیابی شي چې کوم خدمتونه د پوښن لاندی سیمه کې د لاسرسی وړ دي. MUAC باید د ۶ میاشتو څخه د کم عمره ماشومانو د یو شاخص په توگه ونه کارول شي.

د ۶ میاشتو څخه لږ عمر لرونکو شیدو خورونکو ماشومانو لپاره: د شیدو خورونکو ماشومانو پالونکو تعداد چې د IYCF مشورو لپاره رالیبرل شوی او مشوره ورته ورکړل شویده د هغو ماشومانو تعداد سره چې *IPD-SAM ته اړتیا لری مقایسه کرای شی.

IPD-SAM ته د رالیبرل شوو اندازه =

د ۶ میاشتو څخه لږ شیدو خورونکی ماشومانو تعداد چې IPD-SAM ته رالیبرل شویدی
د ۶ میاشتو څخه لږ شیدو خورونکی ماشومانو د پالونکو تعداد چې IYCF مشوره اخلي

IPD-SAM ته د راليرل شوو لوړه اندازه پدې معنی ده چې يا خو شيدۀ خورونکی ماشوم ډير ناوخته مشوري ورکولو ته مشخص شوی دی چې اغيزمنه واقع شی او يا هغه مشوره چې پالونکو ته ورکول کيږی غير موثره ده.

د ۶ - ۵۹ مياشتنيو ماشومانو لپاره: د معقوليت ارزيايی ددی پوری اړه لري چې کوم ډول خدمتونه د لاسرسي وړ دي. يو تالی شيب [۱۹ ضميمه] بايد په روغتيايي مرکز کې ډک کرل شي ترڅو ددی پواسطه د بستريدلو او درملنی د وخت MUAC مشخص شي.

په حقيقت کې ، کوم خای کې چې د MAM درملنه امکان ولری ، که واقعی په مقدمه توگه تشخيص او وليزل شی(مقدم رجعت)، نو په هغه حالت کې بايد د شديدی حادی خوارخوای واقعی موجودې نه وی. په هغو خايونو کې چې د متوسطی حادی خوارخوای خارج بستر وارد موجود وي نو هر ماشوم چې شديدۀ حاده خوارخوای ولری نو موخر ليرل بايد وبلل شي.

په هغو خای کې چې د متوسطی حادی خوارخوای OPD وارد موجود وي:

◀ **مقدم ليرل** = MUAC د 11.5 سانتي مترو او 12.5 سانتي مترو ترمنځ

◀ **موخره ليرل** = MUAC د 11.5 سانتي مترو څخه کم يا د اذیما موجودیت

په هغه خای کې چې د SAM خارج بستر وارد موجود وی (د MAM درملنه هيڅ موجود نه وي)

◀ **مقدم ليرل** = MUAC د 11.5 سانتي مترو او 10.5 سانتي مترو ترمنځ وی يا

1+ درجه اذیما موجوده وی

◀ **موخره ليرل** = MUAC د 10.5 سانتي مترو څخه کم يا د 2+ يا 3+ درجی اذیما

موجودیت

* د ثبات مرکز/TFU اصطلاح پدې لارښود کې په IPD-SAM تبديله شوی ده.

د امیندوارو او شپږه ورکونکو میندو لپاره

◀ **مقدم لیرل = MUAC** د 21 سانتي مترو او 23 سانتي مترو ترمنځ وی

◀ **موخره لیرل = MUAC** د 21 سانتي مترو څخه کم وی

هغه واقعی چې په پورته یادو شوو گروپونو کې درملنی ته په موخره توگه ولیرل شي دا بڼایي چې د لاسرسي په مقابل کې ځینې خنډونه شته چې کیدای شي د پوهې نشتوالی، د روغتیا لپاره ضعیفې هڅې یا غیر مؤثر حساسول او سکریننگ (د روغتیايي مرکز او ټولني دواړو په کچه). د بنسټیزو دلیلونو په اړه باید څیړنې وشي او اصلاح شي چې په پوښښ کې ښه والی رامنځته شي. د لیرلو کچه به په پام وړ توگه صفر شي.

د واقعی نقشه ویستل

کله چې یوه واقعه مشخصه شوه او درملنی ته ولیرل شي نو هغه میتود دی به تالی شیت کې ذکر کړل شي چې قریه پکې وپیژندل شي چې واقعه د هغه ځای څخه راغلی ده. په تالی شیت کې به د روغتیايي مرکز د پوښښ لاندی سیمه کې ټول کلي لست کړي.

په میاشتنی مجلس کې (یا لږ تر لږه یو ځل په ربع کې) تالی شیت باید تعقیب کړل شي. که داسی کلی موجود وی چې د هغې ځای څخه ډیرې زیاتې واقعی راځی نو په هغې حالت کې پدې معنی ده چې:

◀ په هغه سیمه کې خوارځواکي یوه ځانگړی ستونزه ده

◀ خوارځواکی د نورو سیمو سره یو شان ده مگر په ځینو سیمو کې د واقعو کې موندنی په ښه توگه صورت مومی

◀ هغه کلي چې واقعی پکې نشته، کیدای شي د غیر مؤثر حساسولو او سکریننگ ښودونکی وي.

موندنی کیدای شي د لیرل شوو/حاضر و واقعو او د درملنی سره وړ حالت سره یوځای اړیکه ورکړل شي چې په یادو سیمو کې د واقعو د موندنی اغیزمنتوب زیات شواهد لاس ته راشی.

کله چې یوه واقعه د درملنی لپاره د شرایطو پوره کونکی وی یو تالی شیت باید استفاده شي. د بستر شوو واقعو تالی شیت (۱۵ ضمیمه) د واقعو د نقشی ویستلو لپاره د بسترو لویو یا د مرستندویه نظارت د لیدنو په وخت کې ډکیري او د درملنی د خدمتونو د پوښښ د ارزیابی په برخه کې مرسته کوي.

د غایبینو ترسیمول

کله چې یو ماشوم په یو یا دوه کلینکی لیدنو کې غیر حاضر وی ددی موضوع اړوند خبر باید CHS/CHW ورکړل شي او درملني ته د دوهم ځل لپاره یې راوستل تشویق شي. کله چې یو ماشوم د درملنی د اخستلو څخه په ۳ مسلسلو لیدنو کې غیر حاضر شو هغه د درملنی څخه د غایب په حیث رخصتیری.

هر غایب باید د ۲ هدفونو لپاره تعقیب شي:

- ◀ درملني ته د دوهم ځل راتگ تشویق په خاطر
- ◀ د غیابت د لامل د معلومولو په خاطر

یوه ساده سوالنامه (۱۶ ضمیمه) په چټکی سره د CHW یا CHS لخوا ډکیدی شي او درملني ته د ماشوم د نه راتگ لاملونه معلومیری. دا معلومات په میاشتنی ناستو کې (لږ تر لږه په هره ربع کې) سره مقایسه شي چې د لاسرسی په مقابل کې خنډونه تشخیص کړل شي.

IPD-SAM ته د لیرل شوو واقعو اندازه

خوارځواکی پوری اړوند د اختلاطاتو پرمختگ کیدای شي درملني ته د موخر رالیرلو یوه نښه وي. د خارج بستر څخه IPD-SAM ته د لیرل شوو واقعو کچه په لاندی توگه محاسبه کولای شو:

د لیرلواندازه =

د هغو واقعو تعداد چې د SAM داخل بستر وارد ته لیرل شوی دی
د ټولو هغو واقعو تعداد چې په روغتیایي مرکز کې تداوی کیری

دا تناسب باید په ۱۰۰ کې ضرب شي چې سلنه لاس ته راشي.

د ثبات په حالت کې چې یو ښه تشکیل شوی خدمت او د ټولنی بهتر پراختیایي پروگرام وي، نو د لیرل شوو کچه به د ۵ سلني څخه هم لږه وي. د یو پروگرام د شروع په وخت کې به د لیرلو کچه د ۲۰ سلني څخه هم پورته وي ځکه تمه به کیری چې په ټولنه کې به نا تداوی شوی واقعی پیدا شي. د وخت په تیریدو او د واقعو په موثره توگه پیدا کیدو سره دا سلنه باید ښکته شي. د وخت په تیریدو سره د سلنی د زیاتوالی په اړه باید څیرنه وشي.

د پوښن د کچې ارزيايي کول

د پوښن د کچې ارزيايي په بيلابيلو طريقو سرته رسيدای شي. ددې څخه ځيني طريقي به ددې لارښود څخه پراخه وي او يو تخصصي ټريننگ ته به اړتيا لري. ځيني طريقي ساده وي مگر د راټولو شوو معلوماتو په ترکيب سره د هغو وسايلو په استفادې چې پورته تشریح شوي کولای شي د خدمتونو د پوښن د کچې د برياليتوب يا مشکلاتو په تشخيص کې پياوړی وي. د پوښن د کچې د ارزيايو مثالونه په لاندې توگه دي:

- ◀ LQAS: د لابت د کيفيت د تضمين نمونه اخستل
- ◀ SLEAC: د لاسرسی او پوښن د ساده شوی LQAS ارزيايي
- ◀ SQUEAC: د لاسرسی او پوښن قسمي کميتی ارزيايي

د LQAS ارزيايي د روغتيايي خدمتونو په نورو ارزيايو کې استعمالیږي. د نمونې اخستلو د برخې په تعديلولو سره چې د واقعاتو د فعالی او انطباقی موندنی په گډون کې، چې ددې پواسطه هم کولای شو د خوارځواکی د درملنی د پوښن د سطحی په ارزيايي کې يې استفاده کړو. دا ميتود د پوښن کچه نصنيفوی مگر سلنه وړاندی کولی نشی، په هر حال، د رویتين ارقامو د راټولولو د نورو طريقو چې پورته ذکر شو په ترکيب کې، دا ميتود هم د خدمتونو د پوښن د سطحی او د پوښن بنسټيز بڼه او خراب لامل وړاندی کوي.

د ټولنی د خلکو او گټه اخستونکو سره نيمه جوړی شوی مرگی

کله چې CHW يا CHS د يوې ټولنی څخه ليدنه کوي يا د ماشومانو د پالونکو يا اميندوارو او شپډه ورکونکو ميرمنو سره چې درملنه اخلي د خبرو کولو فرصت پيدا کړي، د درملنی د اخستونکی د نظره د معلوماتو راټولولو لپاره د پوښتنو د يو ساده لارښود څخه کار واخلي. د نيمه جوړو شوو مرکو يو لارښود په ۲۰ ضميمه کې موجود دی. د پوښتنو لست محدود ندی او اضافی پوښتنی بايد د ډيرو معلوماتو د څيرنی لپاره وپوښتل شي.

د پوښن د کچې معيارونه

د پوښن د کچې معيار چې د درملنی د خدمتونو پواسطه لاس ته راځي د ډيرو فکتورونو پورې تړلی دی. د پوښن د کچې د ارزيايي څخه هدف بايد دوه موضوع گانې وي:

1. د کميتی پوښن د کچې ارزيايي(د يوې سلنی د تخمين پواسطه يا د پوښن د کچې تصنيف
2. د اساسي فکتورونو ارزيايي چې د پوښن کچې ته بڼه والی ورکړي.

دا مهمه ده چې تل د پوښښ د سطحې د ښه والی په هڅه کې شو، مهمه نده چې د پوښښ د سطحې د یوې ارزیابی څخه څه پایله لاس ته راوړو. لاندی ۸ جدول په افغانستان کې د MAM/SAM د درملني د جامع خدمتونو د پوښښ د سطحې د معیارونو ښودونکی دي.

۸ جدول: د پوښښ د کچې معیارونه

| د پوښښ د کچې معیارونه | | |
|-----------------------|-----------------|--------------|
| ښه | د قناعت وړ | خراب |
| د 60% زیات | د 30 څخه تر 60% | د 30% څخه کم |

د پوښښ د کچې نړیوال معیارونه

په نړیواله کچه د پوښښ معیارونه د SPHERE standards لخوا تعینېږي. دا معیارونه د هغو څخه عبارت دي چې د نا دولتي ادارو (NGO's) لپاره چې د تغذی پروگرامونه تطبیقوي تعینېږي. معیارونه د اړتیا وړ اصغري معیارونه دي. څرنگه چې دا معیارونه د نا بیړنی حالت لپاره ندی جوړ شوی، دا د پروگرامونو د اجرائتو د ارزیابی لپاره یو ګټور لارښود دی.

| د پوښښ د سطحې اصغري معیار | د تغذی د پروگرام ډول |
|---------------------------|----------------------|
| د 70% څخه زیات | ښارونه |
| د 50% څخه زیات | کلي |
| د 90% څخه زیات | کمپ |

۱۳ ضمیمه: د حساسولو د ناستی پلان

پیژندنه

1. خوارخوای

- د خوارخوای په اړه مباحثه: د خوارخوای په اړه د هغوي د درک مباحثه، د هغوي په ټولنو کې د ماشومانو د خوارخوای د لیدلو وړ لاملونه او نښې وڅیړي.
- په خوارخوای اخته ماشومانو د درملنې او هغې ته د لاسرۍ په مقابل کې د خنډونو په اړه بحث.

2. د حادی خوارخوای په اړه د عامې روغتیا د وزارت خدمتونه

- د خدمتونو پیژندنه، د یونیسف په مرسته د عامې روغتیا د وزارت نوی خدمتونه. د شروع تاریخ: _____
- د شدیدې خوارخوای د واقعاتو د داخل بستر درملنې بدیل لاره.
- د هدف وړ خلک: د ۵ کلونو څخه کم عمره ماشومان چې په حاده خوارخوای اخته پیژندل شوي.
- د کورته نزدی د خدمتونو د عرضه کولو اوپه کور کې د درملنې دلاري د لاسرۍ اسانه کول. میندې باید په اونی کې یواځې یو یا دوه ځلي ځانگړو ځایونو ته لاري شي.

3. د درملنې لپاره د ۵ کالو څخه د کم عمره ماشومانو بسترون

- د BHC او CHC قابلې او CHWs ټریننگ لیدلی دی چې د ماشومانو اندازه کيږي وکړي او هغوی د درملنې لپاره ولپيږي او میندو ته مشوره ورکړي.
- د مشخص کولو پروسه: میندې خپل ماشومان د اندازه کيږي لپاره قابلو/CHWs ته وړي. هغوي روزل شوي چې ماشومان په MUAC (د منټ د پورتنۍ متوسطې برخې محیط) اندازه کړي. (د MUAC فینه ورته وینایي) او اذیما یې هم ارزیاې کړي. که ماشوم د ۶ میاشتو څخه کم عمر ولری د MUAC فینې څخه کار مه اخلئ، د خوارخوای د تشخیص لپاره د نورو نښو څخه کار اخستل کيږي.
- لیزل (رجعت): هغه ماشومان چې د MUAC یا اذیما پواسطه په حاده شدیدې خوارخوای اخته وپیژندل شي مناسبه درملنه یې سرته رسیري. مور باید خپل ماشوم ته د توصیه شوی درملو سره بیرته کورته وگرځي. هغه باید دوه اونی وروسته د دوهم ځل لپاره روغتیايي مرکز ته د خپل ماشوم سره مراجعه وکړي

چې د ماشوم روغتيا يې وڅارل شي اود ماشومانو درملني ته د اړتيا مطابق ادامه ورکړل شي. دا پروسه اکثره ۶ څخه تر ۷ اونيو پورې وخت نيسي.

- درملنه: طبي معموله درملنه(انتي بيوتيک/د چنجو ضد درمل) او د RUSF/RUTF ورکول.

- د RUSF/RUTF نمونې ورته وېنابې: هغه معالجوی غذایی مواد چې د ماشومانو د وزن اخستلو لپاره په ځانگړې توگه جوړ شوی دی، RUSF/RUTF حلال دی.

4. د حساسولو پيغامونه

- ملایان د ټولني د مشرانو په حيث د لاسرسي درملو د معلوماتو په خپرولو کې شريک کړی. اساسی مسؤلین/د ولسوالی د خپرونو مرکزونه ، د پروژې سره ممکنه مرسته کونکي، د خلکو د باور سرچيني.
- د درملني په اړه معلومات : ډيره مهمه ده چې والدين معلومات ولري د پروگرام په اړه، پدی اړه چې چيرته لار شي، او که ماشوم يې ډير ډنگر يا اذيمای شي څه وکړی بايد ددی ټولو د معلوماتو د سرچيني په اړه پوهاي ولري.
- د معلوماتو د خپراوي په اړه د ملایانو سره د مباحثي ممکنه لاری چاری

5. پایله

- پایله: د فعاليتونو، د هدف وړ گروپونو او نورو په اړه د ذهنونو روښانه کول.
- د يادولو اساسی ټکی :

- (1) درملنه د عامي روغتيا د وزارت خدماتی مسؤليت دي چې د يونيسف په مرسته د ۵ کالو څخه بنسخته په حاده خوارځواکی اخته ماشوماتو د درملني لپاره سرته رسيري ،
- (2) ماشومان بايد د سکريننگ لپاره قابلو او CHW ته وپورل شي،
- (3) په روغتيايي مرکزونو کې يې درملنه د لاسرسي وړ ده ،
- (4) هغه کور ته نژدی وجود لری چې ماشومانو د درملني لپاره په کورونو کې پاتی کيدای شي،
- (5) د ټولني د خلکو رول عبارت دی د معلوماتو د خپراوي او ډاډمن کيدل چې هره کورنی پوهيري چې نوموړی خدمتونو ته څرنگه لاسرسي پيدا کړي.

۱۴ ضمیمه د حساسولو د پیغام یوه بیلگه

د ټولو میندو او کورنیو لپاره پیغام چې د ۵ کلونو څخه کم عمره ماشومان لري

اوس نوی درمل په [دروغتیایي مرکز نوم واخلي] کې د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو د درملني لپاره شته د هغه چا لپاره چې ډیر ډنگر یا په پښو کې پرسوب لري. هغه کورنی چې دا ډول ماشومان لري اوس په روغتون کې د ډیر پاتې کیدو لپاره اړتیا نه لري بلکه ماشوم په خپل کور کې چې د نورو غړو سره یو ځای ژوند کوی تداوی کولای شی.

خوارځواکی د مناسبو خوړو د نه خوړلو په پایله کې منځ ته راتلای شی. حتی که یو ماشوم د خوړلو لپاره په کافی اندازه خواره هم ولری. هغه کیدای شی چې د ناروغیو په لړ کې یا د هغې څخه وروسته منځته راشي. حتی که ناروغی کوچنی هم وي.

دا درملنه رایگان ده، د شرایطو د پوره کولو لپاره باید د ماشوم د مټ د منځني پورتنی برخي محیط باید اندازه شی او ولیدل شي چې ایا هغه ډنگر دی او که نه ، او خپي يي وگوري چې ایا پرسوب پکې شروع شوی دی او که نه. هرکله چې مټ يي ډیر ډنگر شو خپل کور ته نزدی کلینک ته مو ماشوم ورسوی او هلته دوهم ځل اندازه گیری سرته رسیږی او که سمه وی کورنی ته يي معالجوی غذایی مواد د **RUTF [محلی اصطلاح وکاروي]** په نامه مواد ورکول کیږی.

د مټ اندازه کول د داسی یوې فیتی پواسطه سرته رسیږی چې د خیاطا نو د اندازه کولو فیتی سره ورته والی لري. اندازه کول کیدای شي د بیلابیلو افرادو پواسطه سرته ورسیري. د روغتیایي مرکز شا او خوا ټولنو ځیني خلک د فیتی په اړه زده کړه حاصلوی ، له همدی امله اندازه کول د یو داسی شخص لخوا هم سرته رسیدای شی چې د ماشوم سره پیژندگلوی ولري.

کله چې یو ماشوم د درملني لاندې وي، کارکونکی به ستاسو ماشوم د واکسینو په اړه هم ارزیایي کړي چې د ماشوم د ودې لپاره د اړتیا وړ مناسبو خوړو اخستلو څخه ډاډمن شی، د حفظ الصحي اړوند فعالیتونه او نور خدمتونه به هم پرمخ وپورل شي.

که تاسو پوهیږی چې یو ماشوم چې ډیر ډنگر دی یا په خپو کې يي پرسوب شروع شویږی نو والدینو ، پالونکو او یا هغه میندو ته چې امیندواره یا شیدده ورکونکی دی ددی نوی درملنی په اړه خبر ورکړی. هغوی کولای شي چې په خپل گاونډ کې د هغه چا په اړه معلومات حاصل کړی چې د مټ د اندازه کولو په اړه يي زده کړه کړیده، یا هغوی کولای شي په مستقیمه توگه روغتیایي مرکز ته مراجعه وکړي. تاسو کولای شی چې هر وخت چې روغتیایي مرکز د درملني لپاره واز وی ورته مراجعه وکړی.

په ځينو سيمو کې د هغو ميندو لپاره چې ښکری دی او د ليدلوور اميندواری لری يا هغه ميندې چې د ۶ مياشتو څخه کم عمر شیده خوړونکی ماشومان لری درملنه وجود لری. د مت اندازه کول به د فیتی پواسطه سرته ورسیري چې د درملنی مستحق دی او که نه.

يادداشت: دا يواځی يو نمونوی پيغام دی او د ټولنی شرايطو سره سم بايد پکی تعديل او بدولن راشی

۶ اضمیمه: د غایینو (DEFAULTER) د بیا راتللو سوالنامه

د غایینو سوالنامه

1. ستاسو ماشوم څه وخت په درملنه کې شامل شوی؟
2. ولی دی خپل ماشوم درملنی ته وړی و؟
3. روغتیایي مرکز ته مو څه وخت د خپل ماشوم وړل ودرول؟
4. روغتیایي مرکز ته مو ولی د خپل ماشوم وړل ودرول؟
(هغې دلیلونه ولیکئ):

.a

.b

.c

.d

.e

5. ایا تاسو به مو خپل ماشوم د دوهم ځل لپاره روغتیایي مرکز ته د درملني لپاره راولئ؟

• هو

• نه (که نه وی، ولی؟)

.a

.b

۱۸ ضمیمه: د کورنی لیدنی سوالنامه

د کورنی لیدنی د سرته رسونکی شخص نوم: _____

د روغتیایي مرکز نوم: _____

د لیدنی نیټه: _____

د ماشوم نوم: _____ کلی: _____

| موندني | | |
|--|---------|-------------------|
| آیا په کور کې د RUTF راشن موجود دي؟ | هو | نه |
| که نه ، نو په هغې حالت کې راشن چیرته دی ؟ | | |
| آیا موجوده RUSF/RUTF د راتلونکی اونی لیدنی پورې کفایت کوی ؟ | هو | نه |
| آیا RUTF شریکیري یا یواځي د ناروغه ماشوم پواسطه خورل کیږی ؟ | شریکیري | یواځي ناروغ ماشوم |
| آیا د RUSF/RUTF څخه پرته نور خواره ناروغ ماشوم ته ورکول کیږی ؟ | هو | نه |
| که هو وی، کوم ډول خواره ؟ <input checked="" type="checkbox"/> غذای مواد ولیکئ | | |
| ناروغ ماشوم ته د RUSF/RUTF د ورځی څو ځلی ورکول کیږی ؟ | | |
| ناروغ ماشوم ته د ورځی څو ځلی خواره ورکول کیږی ؟ | | |

| | | |
|---------------|----|--|
| نه | هو | ايا د ماشوم د غذا خورلو په وخت کې څوک مرسته کوي / هغه د غذا خورلو لپاره تشويقوي؟ |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> کله چې ناروغ ماشوم خواړه ونه خوري، نو پالونکي په هغې حالت کې څه کوي؟ تشويقوي <input checked="" type="checkbox"/> ماشوم روغتون ته وړي يا د روغتيايي کارکونکي د مشورې په لټون کې کيږي <input checked="" type="checkbox"/> ماشوم په لږه اندازه مگر په ډيرو دفعاتو تغذيه کوي <input checked="" type="checkbox"/> د پورته حالتونو څخه هيڅ يو هم نه |
| نه | هو | ايا ماشوم اوس دمور په شيدو تغذيه کيږي؟ (د ۲ کالو څخه کم ماشومان) |
| | | که هو، څو ځلي؟ |
| نه | هو | ايا روغتيايي اوبه موجودې دي؟ |
| نه | هو | آيا د RUSF/RUTF د خورلو په وخت کې ماشوم ته اوبه ورکول کيږي؟ |
| پالنه | | |
| نه | هو | آيا دواړه مور او پلار ژوندی او روغ دي؟ |
| | | اصلي پالونکي څوک دي؟ |
| نه | هو | آيا ناروغ ماشوم پاک دي؟ |
| روغتيا | | |
| | | د کورنۍ د اوبو اساسي منبع د څه شې څخه ده؟ |
| نه | هو | آيا په کور کې صابون موجود دي؟ |

| | | |
|----------------------|----|--|
| نه | هو | آيا پالونكي او ماشوم د خوړو څخه مخكې خپل لاسونه په صابون مينځي؟ |
| نه | هو | آيا RUSF/RUTF پوښل شويدي او دمچانو څخه په امان كي دي؟ |
| | | <p>كله چي ماشوم په نس ناستي اخته وي، پالونكي كومي كړني سرته رسوي؟</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> د مور په شيدو د تغذي دفعات زياتوي</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> د نورو مايعاتو اندازه زياتوي</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> د ماشوم تغذي ته ادامه وركوي ، مگر د RUTF يا نورو خوړو دفعات زياتوي</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> كه ماشوم د ديهايډريشن نښي ولري مور بايد مور په شيدو تغذي ته ادامه وركړي او ماشوم ته ORS وركړي او د عاجلي طبي پاملرني په لتون كي كيږي</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> د پورته حالتونو څخه هيڅ يو هم نه</p> |
| غذايي مصنونيت | | |
| نه | هو | ايا كورني اوس غذايي مواد لري؟ |
| | | د كورني د عابډو مهمه سرچينه د څه شي څخه عبارت ده؟ |

كه ستونزي موجودي وي ، ځيني روغتيايي تعليمات او يا مشوري د پاني په لاندني برخه كي وليكي . دا معلومات روغتيايي مركز ته وليږئ.

۹ ضمیمه: د لیرلو پر مهال د روغتیایی مرکز په کچه د MUAC تالی شیت

د روغتیایی مرکز نوم

دوره: د _____ څخه تر _____ (په هرو ۳ میاشتو کې یوه نوی پاڼه ډکه کړئ)

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

که MUAC د 8 سانتي مترو څخه لږ وي نو دوهم ځل لپاره اندازه گیری سرته ورسوئ. MUAC د 8 سانتي مترو څخه لږ ډیر نادر دی. اکثره په هغه وخت کې پېښیږی چې د MUAC فېته ډیره کش شوی وي

۲۰ ضمیمه: د قسمی تنظیم شوی مرکي سوالنامه

د کلی / مذهبی مشرانو او د ټولنی پیژندل شوی افرادو سوالنامه

د IMAM په اړه پوهه

1. ایا تاسو د خپلی سیمی په کلینک کې د تغذی د کوم ډول خدمتوو څخه خبر یاست؟
2. تاسو ته د هغې په اړه چا ویلی دی؟
3. تاسو د هغې په اړه کله معلومات حاصل کړیدی؟
4. تاسو د هغې په اړه څه پوهیږی؟
 - a. د هدف وړ ماشومان؟
 - b. د شاملونو معیارونه؟
 - c. ورکړ شوی درملنه؟
 - d. وړیا درملنه؟
 - e. درملنه په کومو ورځو کې د لاسرسي وړ وي؟
 - f. مشخص سازی اطفال؟

دنده / حساسول

5. ایا تاسو د خدمتونو په اړه نورو خلکو ته ویلی دی؟ څنگه؟ څه وخت؟
 - a. معمول چینل/د پیغام خپرول؟

خندونه

6. ایا تاسو د ماشومانو څخه خبر یاست چې درملني ته اړتیا لري مگر خدمتونو ته لاسرسی نه لري؟
 - a. د هغوی د راتلو څخه څه شی د منع کیدو لامل ګرځی؟ (فاصله/کورنی/عقاید/او نور)
 - b. مونږ څنگه کولای شو چې دا ډول ماشومانو ته ورسیرو / هغوی لیرلو ته تشویق کړو؟

د واقعاتو په اړه پوهه

7. ایا تاسو د هغو ماشومانو څخه خبریاست چې درملنه اخلي؟
 - a. تاسو د هغوی په اړه ماته څه ویلای شی؟
8. ایا تاسو د هغو ماشومانو څخه خبریاست چې غایب دی یا راتل یی ودرولی دي؟
 - a. ولی داسی دی؟
 - b. مونږ څنگه کولای شو چې هغوی تشویق کړو چې درملني ته بیرته راوګرځی؟

مفاهمه

9. ايا تاسو داسی څوک پیژنی چې ددی خدمتونو لپاره په رضاکارنه کار وکړي؟
 a. هغه دی د اخري وخت لپاره کله لیدلی دی ؟
 b. هغوی څه کوی؟ (د فعالیتونو دفعات او تنظیم)
10. ايا تاسو ددی خدمتونو په اړه د رضاکار/ کلینک پرسونل/ د عامی روغتیا د وزارت د مقاماتو لخوا کوم فیډبک اخستی دی ؟
 a. ايا تاسو پوهیږئ چې پایلی په کوم ډول دي ؟
د IMAM په اړه پوهای
11. خلک د IMAM په اړه څه وای؟
 a. ايا ستاسو په نظر ډیر خلک ددی څخه خبر دی ؟
 b. هغوی ددی په اړه څه پوهیږی ؟
 12. تاسو ددی خدمتونو په اړه څه فکر کوی ؟
 a. د ټولني مشران خلک ددی په اړه څه فکر کوي ؟
- پرمختگونه**
13. مونږ څنگه کولای شو چې خدمتونه بهتر کړو ؟
 14. ايا تاسو هغه چا ته چې دا خدمتونه سرته رسوی کوم پیغام لری ؟

یوښتنلیک د ماشومانو د پالونکو یا امیندوارو او شیده ورکونکو میندو لپاره چې

تداوی اخلی

د خوارځواکی په اړه پوهای

1. تاسو د لومړی ځل لپاره په کوم وخت کې متوجه شوی چې ماشوم مو ښه ندی؟
 a. هغی څه مشکل لرلو؟
 b. هغی کوم اعراض لرل ؟
 c. تاسو څه وکړل؟
پراختیایی پروگرام (OUTREACH)
2. تاسو د لومړی ځل لپاره د خدمتونو په اړه څرنگه واوریدل ؟
 a. تاسو ته چا وویل ؟
 b. د هغی وخت څخه رادیخوا تاسو د هغی په اړه د کومی بلی سرچینې څخه څه اوریدلی دي ؟
 c. ستاسو د اوسیدلو په ځای / سیمه کې د خدمتونو په اړه خلکو ته څوک تشریح ورکوي

3. تاسو د هغي په اړه څه اوریدلی دي ؟
4. څه شی ستاسو د راتلو لامل شو ؟
وخت
5. څومره وخت کیږی چې ستاسو ماشوم کلینک ته راځی ؟

د نرس لخوا توضیحات

6. د کلینک کارکونکو ستاسو د ماشوم د حالت په اړه تاسو ته څه وویل ؟
7. د درملنی په اړه تاسو ته څه وویل شو ؟
8. کارکونکو درملنه په څه نوم یادوله ؟
a. تاسو درملنه په کوم نوم یادوی ؟
نوری واقعی / د واقعو لیریدنه
9. ایا تاسو نور ماشومان چې کلینک ته یې مراجعه نده کړی او عین ستونزه لری پیژنی ؟
a. که هو وی، ولی نه؟
10. ایا تاسو نور خلکو ته ویل دی چې خپل ماشوم کلینک ته راولی ؟
a. ولی/ولی نه؟

فاصله

11. ستاسو د کور څخه تر کلینک پورې څومره فاصله ده ؟
a. تاسو هلته څنگه ځی ؟ پیاده/ترانسپورت؟
b. هغه څومره وخت نیسی ؟
c. د سفر اوږده فاصله مو تعیین کړی ؟
12. ایا تاسو کلینک ته / دا ځای راتلو ته کوم بل لامل لری ؟

د خدمتونو معیار

13. تاسو د خدمتونو په اړه څه فکر کوئ؟
a. قوی ټکی / ښه شیان کوم دی ؟
b. ضعیف ټکی کوم دی؟
c. کوم ټکی باید ښه والی حاصل کړي ؟
14. مخکی ددی څخه چې نرس تاسو سره لیدنه وکړی، تاسو معمولاً څومره ځنډ کوئ ؟
15. تاسو نرس سره څومره وخت تیروئ ؟
a. کارکونکی تاسو سره څنگه سلوک کوی ؟
b. ایا کله تاسو سره نا سمه خبره شوی ده ؟ ولی؟
16. ایا تاسو تل د معالحوۍ پاکتونو سمه اندازه لاس ته راوړی ؟
a. ایا په ځینو اونیو کې کمښت راځي ؟
b. یا کله تاسو بشپړه اندازه نده اخستی / یا د هغي پر ځای کوم بل شی درکړ شوی دی ؟

غایبین/DEFAULTING

17. ایا دا کار تاسو ته اسانه دی چې هره اونۍ دلته راشئ؟
a. څه شی ستاسو راتگ ستونزمنوی / ځینې وختونه څه شی تاسو د راتگ څخه منع کوی؟
18. ایا تاسو داسی ماشومان پیژنئ چې راتلل یې ودرولای وی؟
a. دا ولی؟
b. مونږ څنگه کولای شو چې دا ماشومان تشویق کړو تر څو دوهم ځل لپاره راشی او خپلی درملني ته ادامه ورکړي؟

د IMAM په اړه پوهاوی /فیډبک

19. ستاسو د اوسیدو په ځای / سیمه کې خلک ددی خدمتونو په اړه څه وای؟
20. ایا تاسو کوو پیغام لرئ چې زمونږ څخه وغواړی ترڅو یې هغه خلکو ته ورسوو چې داخدمنونه تنظیموی؟

۴ فصل: د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنیو ماشومانو د حادی خوارځواکی خارج بستر درملنه

دا فصل لاندی برخی لري :

- ❖ د درملني خط سیر (Pathways)
- ❖ په خارج بستر وارد کي ارزيايي او درملنه
- ❖ د رخصتيدو څخه وروسته تعقيب
- ❖ راپور ورکول
- ❖ د خدمتونو معيارونه
- ❖ تقويتي نظارت او سپرويزن

په ماشومانو کي حاده خوارځواکي د مړيني د لوړ خطر سره يوځای وي نسبت هغو ماشومانو ته چي په حاده خوارځواکي اخته ندي. متوسطه حاده خوارځواکي (MAM) د مړيني خطر 1.5 ځله لوړ وړی پداسی حال کي چي شديد حاده خوارځواکي (SAM) دا خطر د ۴ څخه تر ۲۰ ځلو پورې لوړوی. پدی فصل کي په حاده ځواکي اخته ماشوم د ارزيايي ، توصيه شوی درملنه او هغه نظارت چي خدمتونه ورته اړتيا لری څيرل شويدي. دا فصل بايد د ارزيايي ۲ فصل سره او د ټولني د Outreach ۳ فصل سره يوځای ولوستل شي.

د درملني خط سیر

په ټولنه کي ماشومان بايد د Outreach خدمتونو د يو جز په حيث سکريننگ شي. کله چي په ټولنه کي سکريننگ واقعات ونه موندل، دا ماشومان کيدای شي د ناروغی له امله کلينک ته راورل شي. ټول ماشومان چي د هر لامل له کبله کلينک ته راځی بايد په منظمه توگه په MUAC او د اذیما په ارزونی سکريننگ شي. سربيره پردی په هغه ځايونو کي چي کارکونکی او د واقعاتو کچه مونږ ته د ناروغانو د ارزيايي وخت راکوی بايد وزن پر قد ارزونه يي هم وشي.

د ټولني او روغتيايي مرکز په کچه منظم سکریننگ د لور پوښن او ډيرو ته رسيدل د درملني د عامه روغتيا اغيزو لپاره ضروري ده.

د خارج بستر ناروغانو د وارډ (OPD) ارزيايي

د ۶ څخه تر ۵۹ مياشتنيو ماشومانو ارزيايي يوه نورماله طبي ارزيايي تعقيبيري چي په IMCI کي سرته رسيزي، مگر د خوارځواکي لپاره پکي سکريننگ اضافه کيري. سکريننگ بايد په ارزيايي کي د مقدم غټ لومړيتوب په حيث سرته ورسيري او د درملني په اړه تصميم ونيول شي. ځکه کله چي SAM تشخيص شي، په ځينو حالتونو کي طبي تداوي د MAM او يا نورمالو تغذيه شوي ماشومانو څخه توپير لري.

(1) د مور څخه د ځينو مشکلاتو په اړه پوښتنه وکړئ

(2) ماشوم د خطر د عمومي نښو لپاره ارزيايي کړئ

(a) د هوايي لارو اهمات ونيسي او اختلاج تداوي کړئ

(b) پاتي ارزيايي سمدستي بشپړه کړئ

(c) MUAC ارزيايي (يوځي د ۶ - ۵۹ مياشتنيو ماشومانو کي) او د اذيمارزونه وکړئ

(d) حاده خوارځواکي (د شتوالي په صورت کي) د لاندې ۹ جدول مطابق تصنيف بندي کړئ

(e) د ماشوم د ويني د شکر کموالي وقايه کړئ

(f) د ليرلو کارت بشپړکړئ (23 ضميمه) او ماشوم د يوي بيړني واقعي په حيث روغتون ته وليږئ.

9 جدول: د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو کې د شديدې حادې خوارځواکۍ تصنيف بندي

| معیارات | | عمر |
|--|---|---------------------------|
| شديده حاده خوارځواکۍ | متوسطه حاده خوارځواکۍ | |
| <ul style="list-style-type: none"> ❖ MUAC: د 11.5 سانتي مترو څخه لږ يا ❖ وزن پر قد/طول -3Z scores څخه لږ يا ❖ د دوه طرفه اذیما شتوالی | <ul style="list-style-type: none"> ❖ MUAC: 11.5 سانتي مترو څخه تر 12.5 نه لږ يا ❖ وزن پر قد/طول د -2Z scores څخه تر -3Z scores څخه لږ او ❖ د اذیما نشتوالی | <p>۶ څخه تر ۵۹ میاشتی</p> |

یادداشت: یو ماشوم چې په متوسطه حاده خوارځواکۍ (MAM) تشخیصیږي او د خطر د عمومي نښو څخه یوه یا نور اختلالات ولري باید د ماشومانو په وارډ کې بستریږو لپاره روغتون ته ولیږل شي. یو ماشوم چې په شديده حاده خوارځواکۍ اخته وي او د عمومي خطر د نښو څخه یوه یا نور اختلالات ولري باید د شديدې حادې خوارځواکۍ داخل بستر وارډ ته ولیږل شي.

که د خطر عمومي نښو یا نورو اختلالات هیڅ مشخص نشي او ماشوم د MAM یا SAM په حیثی تشخیص شي، په هغه حالت کې:

- 3) د حادې خوارځواکۍ درجه ارزیابی کړئ او د اشتها تست [۲ فصل] سرته ورسوئ
4) د مهمو اعراضو لکه ټوخی، نس ناسته، تبه او انتان په اړه پوښتنه وکړئ

- (a) ایا ماشوم ټوخی یا تنفسی ستونزې لري؟
(b) ایا ماشوم نس ناسته لري؟
(c) ایا ماشوم تبه لري؟
(d) ایا ماشوم د غور مشکل لري؟
(e) ماشوم د کمخونی لپاره بررسی کړئ

(f) د ویتامین A فقدان بررسی کری

(g) د واکسینونو حالت بررسی کری

(5) تصمیم ونیسی چې ایا د ماشوم خارج بستر درملنه وجود لری

۱۰ جدول: په حاده خوارخوای اخته د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو د خارج بستر معیارونه شاملولو معیارات

| د SAM خارج بستر درملنه | د MAM خارج بستر درملنه |
|--|---|
| <p>MUAC: د 11.5 سانتي مترو څخه لږ يا وزن پر قد/طول -3Z scores څخه لږ يا د دوه طرفه اډيما شتوالی او د RUTF لپاره د اشتها شتوالی د طبي اختلاطاتو نشتوالی</p> | <p>MUAC: 11.5 سانتي مترو څخه تر 12.5 نه لږ يا وزن پر قد/طول د -2Z scores څخه تر -3Z scores څخه لږ او د اډيما نشتوالی او د RUSF لپاره د اشتها شتوالی د طبي اختلاطاتو نشتوالی</p> |

(6) روټين انټي بيوتيکونه توصيه کړی

په MAM اخته د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو لپاره روټين درمل

په حاده خوارخوای اخته د ماشومانو د ټولو واقعو لپاره روټين درمل توصيه کيږی. په MAM/SAM اخته ماشومانو ته د چنچو ضد ورکول کيږی. سربيره پردی په SAM اخته ماشومان روټين انټي بيوتيکونه هم اخلی. د لومړی خط درمل چې SAM ته پری ترجیح ورکول کيږی د اموکسی سيلين څخه عبارت ده. که اموکسی سيلين ته لاسرسی نه وی نو کوټري مکسازول د دوهم انتخاب په حيث د اموکسی سيلين تر بشپړيدو پوری کارول کيږی

شي. د MAM او SAM لپاره روټين درمل په ۱۱ او ۱۲ جدول کې په نوبت سره تشریح شويدي.

اضافي درمل د ضميموی حالتونو لپاره هم توصیه کيدای شي، مگر د هغو ماشومانو په تناسب چې په خوارخواکي اخته ندی په لږ توپير سره بايد ورکړل شي. (لاندی ليدل کيږی).

۱۱ جدول: روټين درمل چې په MAM اخته د ۶ څخه تر ۵۹ مياشتنيو ماشومانو لپاره ورکول کيږی

| درمل | عمر | اندازه | سپارښتنه |
|-----------|------------------|---------------|-----------------------------|
| ميبندازول | 12-23 مياشتنی | 250 ملی گرامه | د شامليدلو په وخت کې يو دوز |
| | 24 مياشتنی يا غټ | 500 ملی گرامه | د شامليدلو په وخت کې يو دوز |

په SAM اخته د ۶ څخه تر ۵۹ مياشتنيو ماشومانو لپاره روټين ۱۲ جدول: په SAM اخته د ۶ څخه تر ۵۹ مياشتنيو ماشومانو لپاره روټين درمل

| درمل | عمر | اندازه | سپارښتنه |
|-------------|------------------|---------------|---|
| اموکسی سلين | 6 – 11 مياشتنی | 125 ملی گرامه | ۳ ځلې په ورځ کې د ۷ ورځو لپاره د شامليدلو په وخت کې |
| | 12-59 مياشتنی | 250 ملی گرامه | |
| ميبندازول | 12-24 مياشتنی | 250 ملی گرامه | د شامليدلو په وخت کې يو دوز |
| | 24 مياشتو څخه غټ | 500 ملی گرامه | د شامليدلو په وخت کې يو دوز |

په حاده خوارخواکي اخته د ۶ څخه تر ۵۹ مياشتنيو ماشومانو لپاره د درملو په تجویز کې توپيرونه

د SAM لپاره د ځينو درملو په تجویز کې بايد ځانگړی توجه وشي (د مثال په توگه ، اوسپنه، زینک يا ORS).

- ❖ **ویتامین A:** ویتامین A باید ورنکرل شي، یواځی په هغه حالت کې چې ماشوم په شری یا شدیدې نس ناستی اخته تشخیص شی، یا که د ویتامین A د کمښت نښی (د سترگو وچوالی، د Bitot نښی) موجودی وی
 - ❖ **د خولی د لاری د مایعاتو د اعادی محلول (ORS/ReSoMal):** ORS یا ReSoMal د دیهاپیریشن د خفیفو او متوسطو واقعو لپاره نه ورکول کیږی په هغه حالت کې چې ماشوم ته RUSF یا RUTF ورکول کیږی. په ORS کې ټول موجوده الیکترولایتونه په RUSF/RUTF کې هم په مناسبه اندازه موجود دي، ماشوم یواځی په کافی اندازه اوبو ته اړتیا لري چې تنده یې ختمه شي. که ماشوم شدید دیهاپیریشن لري دا د خطر یوه نښه ده او ماشوم باید داخل بستر وارد ته انتقال شي (د ماشومانو وارد ته MAM او د SAM درملنی لپاره داخل بستر د SAM)
 - ❖ **اوسپنه/فولیت:** کله چې ماشوم RUSF/RUTF خوري د خفیفی او متوسطی کمخونی د درملنی لپاره دی مایکرونیوترینتونو ورکولو ته اړتیا نشته. اوسپنه او فولیت دواړه په RUSF/RUTF په مناسبه اندازه شته ترڅو کمخونی تداوی کړي. اضافی اوسپنه په ځانگړی توگه په شدیدې حاده خوارځواکی اخته ماشومانو ته خطرناکه ده ځکه دا کولای شی د جدی انتاناتو خطر زیات کړي.
 - ❖ **زینک:** کله چې ماشوم RUSF/RUTF اخلي د نس ناستی د درملنی لپاره اضافی زینک د ورکولو څخه ډډه وکړی. په RUSF/RUTF کې په کافی اندازه زینک شته چې معالجوی دوز پکی پوره کیږي. د زینک اضافی ورکول به د RUSF/RUTF څخه د مسو د جذب ځای ونیسي او په ماشوم به د معافیت د خرابولو له امله په انتان اخته کړي.
 - ❖ **متعددو مایکرونیوترینونو تابلیتونه:** هغه ماشوم چې RUSF/RUTF اخلي د متعددو مایکرونیوترینونو تابلیتونه باید ورنکرل شی. په RUSF/RUTF کې مایکرونیوترینونو تناسب په دقیقه توگه سنجول شويدي چې د مایکرونیوترینونو او ماکرونیوترینونو سمه اندازه چې د روغتیا لپاره اړینه ده واخستل شي. د مایکرونیوترینونو اضافی تابلیتونه دا تعادل گډوډی.
 - په هغه حالتونو کې چې نورو درملو ته د تداوی لپاره اړتیا وی (د MAM او SAM روتین درملو څخه سربیره)، نور درمل لکه ننی بیوتیکونه، د ملاریا ضد درمل د IMCI د پروتوکول مطابق ورکړل شیی.
- (7) RUSF/RUTF ورته توصیه کړی.

په MAM اخته د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو لپاره د RUSF تجزول
د RUSF ورکول د ټولو ماشومانو د MAM ټولو واقعاتو لپاره پرته د وزن په نظر کې
نیولو سره یو ډول

۱۳ جدول: په MAM اخته د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو لپاره د RUSF تجزول

| په ورځ کې پاکټ | په یوه اونۍ کې پاکټونه | د ماشوم وزن په کیلوگرام |
|----------------|------------------------|-------------------------|
| 1 | 7 | ټول ماشومان |

په SAM اخته د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو لپاره د RUTF تجزول
د RUTF لپاره ورکول کېږي او د ورکولو اندازه یې د وزن مطابق توپیر لري.

۱۴ جدول: په SAM اخته د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو لپاره د RUTF تجزول

| په ورځ کې پاکټونه | په اونۍ کې پاکټونه | د ماشوم وزن په کیلو ګرام |
|-------------------|--------------------|------------------------------|
| 1.5 | 11 | 3.5-3.9 |
| 2 | 14 | 4.0-4.9 |
| 2.5 | 18 | 5.0-6.9 |
| 3 | 21 | 7.0-8.4 |
| 3.5 | 25 | 8.5-9.4 |
| 4 | 28 | 9.5-10.4 |
| 4.5 | 32 | 10.5-11.9 |
| 5 | 35 | د 12 کیلو ګرامو څخه زیات وزن |

(8) بد پالونکو لپاره د RUSF/RUTF د استعمالولو په اړه اساسی پیغامونه وړاندی کړی

د RUSF/RUTF په اړه اساسی پیغامونه

1. مور باید خپلی شیدي ماشوم ته د هغې د غوښتنې مطابق تر ۲ کلنۍ پورې ورکړي. د مور شیدي غذایی مواد نظر نورو غذایی موادو ته په بهتره او ښه توګه ورکوي. د ۶ میاشتو څخه د زیات عمر ماشوم لپاره باید د مور شیدو ترڅنګ نور متممه خواړه هم شروع شي.
2. عمر مطابق د مناسبې متممې تغذیې په اړه د ۶ میاشتو څخه پورته ماشوم ته مشوره ورکړئ. [۲ - ۷ ضمیمې په ۱ فصل کې وګورئ]
3. RUSF/RUTF یواځې په MAM/SAM اخته ماشومانو درملنه ده. هغه باید د کورنۍ د نورو غړو سره شریک نشي. RUSF/RUTF باید تل د کور د نورو خورو څخه مخکې ورکړل شي.
4. د ماشوم لاسونه او مخ د ټوټې خورولو څخه مخکې وویځئ. RUSF/RUTF پاک وساتئ .
5. د RUSF/RUTF د خورولو پر مهال باید د هرې لقمې وروسته ماشوم ته د تی شیدي یا د اوبو څو څاڅکي ورکړل شي. هغه د خورلو څخه مخکې د اوبو یا نورو مایعاتو سره مه ګډوئ.
6. حتی که ماشوم په نس ناستی اخته هم وی باید RUSF خورلو ته ادامه ورکړل شي. ماشوم باید د ناروغۍ په وخت کې ډیر خواړه او مایعات وخوري.
7. په خواړو څواکي اخته ماشومان زر په بڅنۍ اخته کيږي. ماشوم تل راتاو او ګرم وساتئ.
8. هر وخت چې د ماشوم حالت خرابيږي یا ماشوم په کافي اندازه خواړه نه خوري روغتیايی مرکز ته یې ولېږئ.
9. خپل ځان مو ډاډمن کړئ چې مور/پالونکی د دوهم ځل راتګ په اړه پوهیږي.

د تصميم نيونى مواد چى څه وخت ماشوم بايد د تعقيب لپاره مراجعه وكړي

په MAM يا SAM باندې يو اخته ماشوم بايد هره ۱ يا ۲ اونۍ وروسته د تعقيب لپاره روغتيايي مركز ته لار شي. ددى په اړه تصميم چي ماشوم بايد څه وخت د دوهم ځل لپاره مراجعه وكړي بايد د كلينكي معيارونو پر بنسټ سرته ورسيرى، سره لدې چي نور فكتورنه هم د نظر واقعى او د روغتيايي كاركونكى ليدني پوري هم مربوط كيږي.

كلينكي فكتورونه ددى په اړه چي يو ماشوم بايد څه وخت د دوهم ځل لپاره مراجعه وكړي په لاندې توگه دي:

- ◀ اشتها: ماشوم كيداي شى د اشتها ټسټ په كاميابي سره سرته ورسوى، مگر ځيني ماشومان نظر نورو ته ډير تشويق ته اړتيا لري. هغه ماشومان چي RUSF/RUTF په شوق سره خوري بايد د نژدي څخه ډير وليدل شي.
- ◀ كلينكى حالت: د روټين درملو سربيره ماشوم كيداي شي د نورو حالتونو لپاره چي د نژدى ليدلو ضرورت ورته پيښيرى نورو درملو ته شايد اړتيا ولري (مثلاً انټى بيوټيكونه يا د ملاريا ضد درمل). دا واقعى نسبت هغو واقعو ته چي د ناروغيو سره يو ځاى نه وى يا يواځى خفيفي ناروغۍ لرى ډيري ليدني ته اړتيا لري.
- ◀ وزن گيرى: د تعقيبى ليدنو پر مهال، هغه ماشومان چي وزن يي نه اخلى يا وزن د لاسه وركوي بايد ډير د نژدى څخه تعقيب شي. كه ماشوم وزن نه اخستلو ته ادامه وركوي هغه به داخل بستر پاملرنې ته اړتيا ولري.

۱۵ جدول: د درملني په لړ كې د تعقيبى ليدنى لپاره د تصميم نيونى مواد

| معيرونه | د دوه اونيو حاضري | د يوې اونۍ حاضري | روغتون ته وليدل شي |
|-----------------------------|---|--|--|
| د RUSF لپاره د اشتها شنوالى | بڼه اشتها | يوځى په تشويق سره يې خوري | اشتها نه لرى |
| كلينكى حالت | د ناروغيو نشنوالى يا د خفيفو ناروغيو شنوالى | هغه ناروغۍ چي د انټى بيوټيكونو درملني ته اړتيا لري | د IMCI د خطر نښي |
| وزن گيرى | ليدني په وخت كې وليدل شي چي وزن يې اخستى دى | *په ۳ ليدنو كې ثابت وزن يا په ۲ ليدنو كې د وزن بايلل | *په ۵ ليدنو كې ثابت وزن يا په ۳ ليدنو كې د وزن بايلل |

* یو ماشوم چې وزن نه اخلی یا وزن د لاسه ورکوي باید په کور کې د ټولني د روغتیايي کارکونکي یا د ټولني د سوپر وایزر پواسطه تعقیب شي او د کورني ملاقات یوه فورمه [۱۸ ضمیمه] ورته ډکه شي او روغتیايي مرکز ته ولیږل شي.

9) اسناد بشپړ کړئ

- (a) د ناروغ لپاره د ثبت یو نمبر انتخاب کړئ او هغه په ټولو اسناد / راجسترونو کې ولیکئ
- (b) په MAM/SAM اخته ماشوم ته د درملني کارت ډک کړئ [۲۱ ضمیمه]
- (c) "د راشن کارت" پالونکي ته ډک کړئ [۲۲ ضمیمه]
- (d) د پالونکي څخه وغواړئ چې د درملو او د RUSF/RUTF په اړه لارښوني تکرار کړي
- (e) بررسی کړئ چې واکسینونه یې تطبیق کړي دی
- (f) د اړتیا پر وخت ټولو خدمتونو ته مراجعه وکړي (د مثال په توګه، د زیرون څخه د مخه کلینک، توبرکلوز کلینک، د IYCF د مشورې ورکولو کلینک)
- (g) پالونکي ته وواي چې د تعقیب لپاره څخه راشي

د درملني په لړ کې په روغتیايي مرکز کې تعقیبي مراقبت

کله چې په روغتیايي مرکز کې د درملني پر مهال تعقیبي لیدنه صورت موی باید لاندی کارونه سرته ورسیري:

- ◀ MUAC اندازه کړئ
- ◀ اذیما بررسی کړئ
- ◀ وزن اندازه کړئ
- ◀ هر کله چې وزن پر قد/طول د یو معتبر معیار په حیث د استفادی وړ وی ، قد اندازه کړئ (هر ۴ اونی وروسته)
- ◀ د IMCI یو کلینکي ارزیابی سرته ورسوئ
- ◀ ټول معلومات د درملني په کارت کې ولیکئ
- ◀ د ماشوم وزن گیری ارزیابی کړئ (یا اذیمایی حالتونو کې د وزن د لاسه ورکول)
- ◀ ارزیابی کړئ چې ایا ماشوم د ښه والی په حالت کې دی که نه، او د ممکنه لاملونو لپاره لټون وکړئ

- ◀ د ناروغیو د تشخیص مطابق اړوند درمل ورته ولیکئ
- ◀ د یو CHW/CHS څخه وغورائ چې د اړتیا په وخت کې کورنی ملاقات اجرا کړي
- ◀ ارزیاېی کړئ چې ایا ماشوم د رغیدو معیار ته رسیدلی دی یا نه
- ◀ د ارزیاېی پر اساس که اړتیا وه اضافی مشوره ورکړئ
- ◀ د درملني په کارت کې د کورنی ملاقات یا مشورې په اړه معلومات ولیکئ
- ◀ د پالونکو د راشن په کارت کې معلومات بشپړ کړئ
- ◀ پالونکو ته وواي چې څه وخت د تعقیبي ملاقات لپاره راشی

د ماشوم د تعقیبي ارزیاېیو په لړ کې تمه کېږي چې د ماشوم وزن گیری ولیدل شي (یا که ماشوم اذیما لرله ، اذیما یې کموالی ومومی او ماشوم وزن وبایلې)؛ او په نتیجه کې MUAC زیاتوالی مومي. د ماشوم کلینکی حالت هم باید ښه والی ومومي. د ماشوم د پرمختګ د لارښود په خاطر ، "د کرنو پروتوکولونه" هغه کرنې روښانه کوي چې په بیلابیلو وختونو کې سرته رسیږي. دوه مهمې کرنې چې باید سرته ورسیري عبارت دی له کورنی ملاقات د غوښتنې څخه چې د CHS/CHW لخوا سرته ورسیري یا دا چې ماشوم داخل بستر وارد ته ولیږل شي.

۱۶ جدول: د MAM/SAM د درملني په لړ کې د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو د کرنو پروتوکولونه

| | معیارونه | د CHS/CHW لخوا د کورنی ملاقات غوښتنه | ماشوم داخل بستر خدمتونو ته ولیږئ |
|------------|-----------------------|---|---|
| | اذیما | د ۳ لیدنو وروسته اذیما کې کموالی ندی راغلی | اذیما زیاتوالی موندلی دی |
| په د بایلی | وزن | په ۳ لیدنو کې وزن ندی زیات شي د ۲ مسلسلو لیدنو په لړ کې د وزن بایل | په ۵ لیدنو کې وزن ندی زیات شي د ۳ مسلسلو لیدنو په لړ کې د وزن بایل |
| | کلینیکي حالت | خفیف متکرري ناروغی | طبی اختلاطات |
| | درملني ته ځواب نه ویل | | د ۳ میاشتو درملني نه وروسته د رغیدو د رخصت معیار ته ندی رسیدلی |

د غیر حاضرینو لپاره د MAM/SAM د خارج بسترو ناروغانو د خدمتونو اونیز مرور

د هرې اونۍ په پای کې روغتیايي کارکونکي باید ارزښايي وکړي چې ایا ټولو ناروغانو د غوښتنې سره سم دوهم ځل لپاره مراجعه کړیده یا نه. د اونيزې ناستې په لړ کې باید د غیر حاضرینو نومونه CHS/CHW ته ورکړل شي او دهغوی څخه غوښتنه وشي چې ماشوم په ټولنه کې تعقیب کړي او د درملني لپاره د هغوی د دوهم ځل راتگ یقیني کړي ترڅو د غیر حاضرینو منظم تعقیف سرته رسیدلي وي او د غایبینو کچه راکمه شي.

د MAM/SAM د درملني لپاره د واجد شرایط نور معیارونه

۱۷ جدول: د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو د MAM د درملني لپاره د واجد شرایط معیارونه

| | |
|--|---|
| <p>هغه ماشوم / امیندواره یا شیده ورکونکي مور چې مخکې د غایبینو د جملې څخه و او د درملني لپاره یې دوهم ځل لپاره مراجعه کړی وی</p> | <p>*هغه غایبین چې د دوهم ځل لپاره مراجعه کوی</p> |
| <p>هغه ناروغان چې د یو بل روغتیايي مرکز څخه رالیږل شوی دی</p> | <p>د MAM د نورو خارج بسترو واردونو څخه رالیږل شوی ماشومان**</p> |

* یو غایب چې د دوهم ځل لپاره مراجعه کوی باید د شاملولو معیارونه پوره کړي چې د درملني لپاره د اړتیا وړ شرایط پوره کړي. که یو غایب د یوې ۶ اونيزې دورې څخه د دوهم ځل لپاره مراجعه وکړي، هغه باید د حادی خوارخواکۍ د نوې واقعي په حیث شامل شي.

** پالونکي کولای شي د راشن د کارت څخه استفاده وکړي او د هر روغتیايي مرکز څخه چې خارج بسترو وارد ولري د MAM لپاره درملنه تر لاسه کړي. ماشوم باید د رالیږل شوی په حیث ثبت شي نه د نوې واقعي په حیث

۱۸ جدول: د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو د SAM د درملني لپاره د واجد شرایط نور معیارونه

| | |
|---|---|
| پالونکی د مشورې سره سره ، داخل بستر خدمات پریریدی | نور نوی شامل شوی |
| په SAM اخته ماشوم چې پخوا غایب و او د ناروغانو خارج بستر پاملرنو ته د دوهم ځل لپاره یی د دوهم ځل لپاره مراجعه کړیده(ماشوم باید د شاملولو معیارونه د دوهم ځل شاملولو لپاره پوره کړي) | هغه غایبین چې دوه ځل لپاره مراجعه کوی |
| د داخل بستر خدمتونو د ثبات د درملني څخه وروسته | د داخل بستر خدمتونو څخه لیرل شوی |
| هغه ناروغان چې د خارج بستر یو روغتیایي مرکز څخه بل ته لیرل کیری | هغه ماشومان چې د SAM د خارج بستر د نورو واردونو څخه رالیزل کیری |
| په MAM اخته ماشوم خراب شوی او SAM لیرل شوی | د MAM د درملني څخه رالیزل شوی |

په حاده خوارخواکی اخته د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو د رخصت معیارونه

د MAM او SAM د درملني څخه د رخصتولو د عین معیارونو څخه تابعداری کوی چې په لاندی ۱۹ جدول کې ذکر شوی

یادداشت: د مراجعینو د رخصتولو څخه مخکی میندو ته مشوره ورکړئ (د ۳۲ صفحې پر اساس)

۱۹ جدول: د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو د MAM/SAM درملني څخه د رخصتونو معیارونه

| | |
|--|---------------------------------------|
| د هغه ماشوم لپاره چې په MUAC شامل شوی وی د ۲ مسلسلو لیدنو په لړ کې MUAC د 12.5 سانتی متر سره مساوی یا ډیر یا د هغه ماشوم لپاره چې په وزن پر قه/طول شامل شوی وی د ۲ مسلسلو لیدنو په لړ کې وزن پر قه/طول د -2Z scores سره مساوی او لږ تر لږه د ۲ اونيو لپاره د انیما نشتوالی او ماشوم د کلینک له نظره بڼه وی | رغیدنه |
| د درملني په ۳ مسلسلو لیدنو کې غیر حاضر وی | غایب |
| د MAM د درملني په جریان کې مړ شوی (د هر لامل څخه چې وی) | فوت |
| د ۴ میاشتو درملني څخه وروسته د رخصتیدو معیارونه پوره نکړي | نه رغیدنه |
| ماشوم د خارج بستر درملني یو بل مرکز ته لیږل شوی چې د MAM/SAM لپاره عین درملني ته ادامه ورکړي | د خارج بستر یو بل مرکز ته لیږل شوی |
| ماشوم داخل بستر وارد ته لیږل شوی | داخل بستر وارد ته لیږل شوی |

د ماشومانو لپاره د رخصتیدو یو بل معیار هم د تطبیق وړی دی چې د MAM درملنه اخلی. که د درملني په لړ کې خراب شوی وی او اوس SAM ته اوښتی وی نو په هغې حالت کې د ماشوم درملنه د SAM په خارج بستر کې سرته رسیږي. که د SAM خارج بستر درمله د لاسرسی وړ نه وه نو په هغې حالت کې ماشوم د داخل بستر وارد ته باید ولېږل شي.

۲۰ جدول: په MAM اخته د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو د رخصتیدو نور معیارونه

| | |
|---|--|
| <p>د SAM خارج بستر وارد ته ليرل شوی</p> | <p>يا MUAC د 11.5 سانتي مترو څخه لږ يا وزن پر قد/طول د -3Z scores څخه لږ يا دوه طرفه خاپ لرونکي اذیما</p> |
|---|--|

د MAM/SAM د درملني څخه د رخصت شوو ناروغانو تعقيب

يو ماشوم چې د حادې خوارخواکۍ لپاره تداوی کيږي معمولاً د تغذيوی کمبوداتو او / يا انتاناتو څخه په گډه کړيږي چې د بيلابيلو فکتورونه څخه منځته راغلي وي [ا فصل د خوارخواکۍ د لاملونو لپاره وگورئ]. د صحتمندي ودی او د بيا راگرځيدو څخه د مخنيوی لپاره تل تعقيبي پاملرني ته اړتيا وي. په سيمه کي د موجوده خدمتونو په نظر کي نيولو سره ، د ماشوم / کورنۍ ليرل يو يا ډيرو لاندی خدمتونو ته بايد په نظر کي ونيول شي:

- ◀ د IYCF/تغذی دوامداره مشورې ورکول
- ◀ د سيمه ايزو توليداتو تنوع او د هغې بنودنی لپاره ليرل
- ◀ د ودی د څارني پروگرام کي شاملول
- ◀ د صحتمند ماشوم کلينک ته رجعت ورکول
- ◀ نورو اړوندو ټولنيزو خدمتونو پروگرامونو ته ليرل

راپور ورکول

د MAM او SAM په درملنه کي شاملول او رخصتول په جداگانه توگه راپور ورکول کيږي. د مياشتني راپورونو فارمټونه په ۲۴ او ۲۵ ضميمو کي په نوبت سره ذکر شويدي. د مياشتني رخصتيدو پایلي په اليکټرونيکي فارمټونو کي په اتوماتيکه توگه محاسبه کيږي. د رخصتيدو د پایلو د معادلي قاعدوی خط عبارت دی د تداوی څخه د رخصت شوو ټول تعداد څخه.

د MAM ټول رخصت شوی = جور شوی + مړه شوی + غايب شوی + نه جور شوی + د SAM خارج بستر وارد ته ليرل شوی
 د SAM ټول رخصت شوی = شفایاب شوی + مړه شوی + غايب شوی + نه شفایاب شوی

۲۱ جدول: په MAM/SAM د اخته شوو د رخصت شوو د پایلو محاسبه

| | |
|--------------------------|---|
| د شفاياب شوو د رخصت سلنه | = په هم مياشت کې د شفاياب شوو ماشومان تعداد $100 \times$ په هماغه مياشت کې د خارج بستر درملني څخه د رخصت شوو ټول تعداد |
| د مړه شوو د رخصت سلنه | = په هم مياشت کې د مړه ماشومان تعداد $100 \times$ په هماغه مياشت کې د خارج بستر درملني څخه د رخصت شوو ټول تعداد |
| د غايب شوو د رخصت سلنه | = په هم مياشت کې د غايبو ماشومان تعداد $100 \times$ په هماغه مياشت کې د خارج بستر درملني څخه د رخصت شوو ټول تعداد |
| د پاتې شوو اوسط حد | = د شفاياب شوو او رخصت شوو د ټولو واقعاتو د درملني د ورځو مجموعه د شفاياب شوو او رخصت شوو د ټولو واقعاتو مجموعه |

د وزن گيری متوسطه اندازه

په wasting او اذیما اخته ماشومانو لپاره د وزن گيری متوسطه اندازه (AWG) په بيلابيله توگه محاسبه کيږي. په شفايابه توگه د رخصت شوو ماشومانو اسناد په هره مياشت کې د wasting او اذیما په تفکيک سره د يو بل څخه بيلیږي او په لاندی توگه يې د وزن گيری اوسط حد محاسبه کيږي.

هغه واقعی چې په wasting سره شامل شويدي

لومړی د هر شفاياب شوی رخصت ماشوم وزن گيری محاسبه کړی

وزن گيری = (د رخصتيدو په وخت کې وزن په گرام - د شامليدو په وخت کې وزن په گرام) / د شامليدو په وخت کې وزن په کيلو گرام

د پاتې کیدو موده (په ورځ)

وزن گیری پدی محاسبه کې د گرام/ کیلوگرام/ ورځو په شکل ښودل کیږی

اوسط وزن گیری = په wasting اخته د ټولو ماشومانو د وزن گیری مجموعه چې شفایاب رخصت شویږی د گرام/ کیلوگرام/ ورځو په شکل ښودل کیږی
په wasting د اخته ټولو ماشومانو تعداد چې شفایاب رخصت شویږی

د هغو واقعاتو لپاره چې په اذیما شامل شویږی

د اذیمایی واقعاتو وزن گیری د اذیما د بشپړ رشف کیدلو څخه تر رخصتیږی پوری محاسبه کیږی.

وزن گیری = (د رخصتیږی په وخت کې وزن - اصغری وزن په گرام)/ اصغری وزن په کیلوگرام (په گرام / کیلوگرام / ورځ)
وخت د اصغری وزن څخه تر شفایاب شوی رخصت پوری (په ورځ)

اوسط وزن گیری = په اذیما اخته د ټولو ماشومانو د وزن گیری مجموعه چې شفایاب رخصت شویږی د گرام/ کیلوگرام/ ورځو په شکل ښودل کیږی
په اذیما د اخته ټولو ماشومانو تعداد چې شفایاب رخصت شویږی

د خدمتونو معیارونه

د MAM او SAM د خدمتونو معیارونه د پورته محاسبه شوی شاخصونو دلاری د میاشتنی راپور لپاره ارزیابی کیږی. د هر شاخص معیارونه په لاندی ۲۲ او ۲۳ جدول کې ذکر شویږی.

۲۲ جدول: د MAM د خارج بستر وارد لپاره د خدمتونو معیارونه

| شاخص | د عامی روغتیا د وزارت معیار |
|--------------------------|-----------------------------|
| شفایاب | د 75% څخه ډیر |
| غایب | د 15% څخه کم |
| مړینه | د 3% څخه کم |
| د پاتې کیدو اوسطه اندازه | 45 ورځی |

| | |
|----------------|----------------------------------|
| اوسطه وزن گیری | د 5 گرام / کیلوگرام / ورځ کی ډیر |
|----------------|----------------------------------|

۲۳ جدول: د SAM د خارج بستر وارډ لپاره د خدمتونو معیارونه

| شاخص | معیار وزارت صحت عامه |
|-------------------|----------------------------------|
| شفایاب | د 75% څخه ډیر |
| غایب | د 15% څخه لږ |
| فوت | د 10% څخه لږ |
| حد اوسط طول ماندن | 45 ورځی |
| وزن گیری متوسط | د 5 گرام / کیلوگرام / ورځ کی ډیر |

په هر ځای کې چې د خدمتونو معیارونه په ۱۵ او ۱۶ جدول کې د پورته ذکر شویو معیارونو سره مطابقت ونه لری یو مشرح راپور باید د توپیرونو د لامل او اخستل شوو کړنو په برخه کې د ستونزو د مخاطب گرځولو لپاره تشریح شي.

نظارت او تقویتي سوپرویزن


د نظارت لیدنو لپاره د فعالیتونو چکلسټونه ددې فصل په پای کې د ضمیمو په شکل موجود دي. نظارتی لیدنی باید په هرو ۳ میاشتو کې یو ځل سرته ورسیري. د نظارتی لیدنی یو راپور باید د تغذی ولایتی مسؤل او د عامه تغذی دپارتمنت ته په ملی کچه ورکړل شي.

کله چې د پوښښ د کچې ارزیابی موجوده وی نو په هغې حالت کې د خدمتونو اغیزمنتوب د لاندی معادلی مطابق ارزیابی کیدای شي:

$$\text{اغیزمنتوب} = \text{د شفایاب کیدو اندازه } X \text{ د پوښښ کچه}^*$$

* د پوښښ کچه باید د یو منل شوی میتودولوژی په استفادی سره ارزیابی شي. د پوښښ د کچې غیر مستقیمی محاسبی چې د متوقع واقعو د تخمین څخه منځته راځی د اریابی په حیث د منلو وړ ندي.

۲۱ ضمیمه د MAM/SAM د خارج بستر ناروغانو د درملني کارت

|  وزارت صحت خلقه ج ۱۱ | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|---|----------------------------|----------|------------------------------------|--|------|--|------|--|
| بروگرام مراقبت و مداوي مريضان سونمذكي خاد در سطح جامعه (CMAM) | | | | | | | | | | | |
| Full Name مکمل اسم | | | | | | نام پدر Mother's Name | | | | | |
| REG. N ^o راجسټر نمبر | | | | | | Age (months) سن په مياښاد | | | | | |
| Sex (M/F) جنسيت | | | | | | District ولسوالۍ | | | Physical address آدرس فرنگي | | |
| Date of Admission تاريخ دخوان | | | | | | Village فرجه | | | Health Centre | | |
| Distance from Health Centre | | | | | | Type of Admission شکل دخوان | | | | | |
| Moved from other health centre | From inpatient care for SAM | From MAM outpatient treatment | Readmission (Relapse) مراجعه خوځواره | Return after default عيادت | New جديد | | | | | | |
| نخبر | | نخبر | | نخبر | | نخبر | | نخبر | | نخبر | |
| معاينات شيگانم دخوان | | | | | | | | | | | |
| Weight (Kg) وزن په كيلو گرام | | | Height (cm) قد په سانتي متر | | | Z Score WHM وزن بر قد | | | MUAC (cm) په ملي شمير | | |
| Admission Criteria معياران بدېرش | | | MUAC < 11.3 cm | | | WHM < -3SD | | | 1+ 2+ 3+ بندېدگي | | |
| ناريجته | | | | | | | | | | | |
| Diarrhoea اسهالان | | | No نخبر | | | Yes بلې | | | Stools / Day دريوږ روز | | |
| Vomiting استفراغان | | | No نخبر | | | Yes بلې | | | Passing Urine ادرار داروږ | | |
| Cough سرفه | | | No نخبر | | | Yes بلې | | | If oedema, how long swollen? اگر اديما دارد مدت آن | | |
| Appetite اسهنا | | | None ندارد | | | Poor ضيف | | | Good خوب | | |
| Other Problems | | | سايار مشكلات | | | | | | | | |
| معاينات فرنگي | | | | | | | | | | | |
| Respiration Rate (at rest) تعداد نفيس | | | <30 | | | 30 - 39 | | | 40 - 49 | | |
| Temperature (BC) درجه حرارت | | | انتهاب منطقه / کم رنگي منطقه Conjunctivae/Palmar Coloration | | | | | | | | |
| Eyes عيالن چشمي | | | Normal نورمال | | | Sunken فرو روه | | | Discharge افرازان | | |
| Ears عيالن گوشي | | | Normal نورمال | | | Discharge افرازان | | | Dehydration ديهيدراتيشن | | |
| Lymph Nodes غددان لنفاوي | | | Swollen متورم | | | None ندارد | | | Mouth دهني | | |
| Skin Changes تغيرات جلدي | | | None ندارد | | | Scabies خارش | | | Peeling پوستک شستن | | |
| Disability معيوبيت | | | Yes بلې | | | No نخبر | | | Grain نخ ران | | |
| Extremities نهايات | | | Normal نورمال | | | Cold سرد | | | Ulcers / Abscesses زخم/آبسي | | |
| تجویز روئين ادويه زمان بدېرش و واکسيناسيون | | | | | | | | | | | |
| Dosage | | | Date تاريخ | | | 2nd visit | | | Date تاريخ | | |
| Amoxicillin / Amoksin سلسلي | | | Albendazole / mebendazole | | | | | | | | |
| Measles سرخکاکا | | | Immunisation واکسيناسيون | | | Fully Immunised واکسيني تکميل سده؟ | | | Anti-Malaria ضد مalaria | | |
| No نخبر | | | Yes بلې | | | No نخبر | | | Yes بلې | | |
| سايار مداوي | | | | | | | | | | | |
| Dosage | | | Date تاريخ | | | Name ادويه ها | | | Date تاريخ | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

(د کارت شا)

| REG. No. نمبر راجسټر | | | | | | | | | | | Name اسم | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|----------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|
| 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Week | | | | |
| Date تاريخ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| محاسبات يا اندازه کيری | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | Weight(kg) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | کيلو گرام | | | | |
| | | | | | | | | | | | | * | | * | | | Weight change* | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | تغیرات (+/0/-) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | وزن | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | Height(cm) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | قد | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | به سانسوی متر | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | وزن بر قد WHM یا Z | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | (Score) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | MUAC(cm) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | به سانسوی متر | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | Oedema | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | اډیما | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | (+++ ++ +) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | نظرات ورنه * | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | در لاعتک شدید اگر در هفته سوم ورنه به طفل کمتر از زمان دجولسی شود بستری گردد | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | اگر وزن گیری الی هفته پنجم وجود نداشته باشد طفل بستری گردد | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | نظرات ورنه: * | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | در مریضات پندیده اگر تا هفته دوم بندیدگی کم نشود طفل به بستر معرفی گردد | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | اگر بندیدگی تا هفته سوم هم وجود داشته باشد طفل بستری گردد | | | | |
| نارنجیه طبی | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | Diarrhoea (#days) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | دفعات اسهال در روز | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | Vomiting (# days) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | دفعات استفراغ در روز | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | Fever (# days) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | دفعات تب در روز | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | Cough (# days) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | دفعات سرفه در روز | | | | |
| معاینات فزیکي | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | بست یا زمین بات | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | جواب/صفت/ قبول نکرد | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | Temperature (0C) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | درجه حرارت | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | Respiratory Rate | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | (# / min) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | تعداد تنفسی | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | Dehydrated (Y/N) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | دهیدراتیشن بلای/خیر | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | Anaemia (Y/N) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | کم خونی بلای/خیر | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | Skin Infection (Y/N) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | آسیانات جلذگی بلای/خیر | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | Number of packets | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | RUSF / RUTP | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | ** OUTCOME | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | (A/D/T/R/X/C/NR) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | Name of Examiner | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | اسم معاینه کننده | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | R = | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | رجعت دادن به بستر | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | T = transfer to inpatient | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | ناچه یا عابت (در سه ویرت متوالی عابت داشتنی) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | D = defaulter | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | (3 consecutive absences) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | عمر حاضر | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | ** A = absent | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | C = Cured | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | شفایافته | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | NR = nonrecovered | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | نفره نگرفته | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | X = died | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | فوت نکرد | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | Refused inpatient care | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | بستری نگردان داخل بستری | | | | |

ضمیمه: د MAM/SAM خدمتونو د راشن کارت

| نوم: ثبیت | کڼه | روغتيايي مرکز | د اوزن کچه | نېټه | MUAC (په سانتي متر) | وزن په کيلوگرام) | انديما | وزن پر قد/طول Z score | د DRUSF/RUTF د داکتريزې تمه | د توضيحه شوي تداو، په اړه ملاحظات |
|--------------|-----|---------------|------------|------|---------------------|------------------|--------|--------------------------|--------------------------------|---|
| | | | 1 | | | | | | | |
| | | | 2 | | | | | | | |
| | | | 3 | | | | | | | |
| | | | 4 | | | | | | | |
| | | | 5 | | | | | | | |
| | | | 6 | | | | | | | |
| | | | 7 | | | | | | | |
| | | | 8 | | | | | | | |
| | | | 9 | | | | | | | |
| | | | 10 | | | | | | | |
| | | | 11 | | | | | | | |
| | | | 12 | | | | | | | |
| | | | 13 | | | | | | | |
| | | | 14 | | | | | | | |
| | | | 15 | | | | | | | |
| | | | 16 | | | | | | | |

۲۳ ضمیمه: SAM د داخل بستر وارد څخه/ته د لیرلو کارت

نوم: _____ عمر: _____ جنس: _____ ثبت گڼه: _____

ادرس: _____ په OPD-SAM کې د شاملولو نېټه: _____

MUAC: _____ اذیما (حلقه نشی) +1 +2 +3 WH Z score (که استفاده کیږی) _____

د: _____ څخه رالیرل شوی (د روغتیایي مرکز نوم OPD-/ (SAM)

لیرل شوی: _____ (د روغتون نوم)

د لیرلو نېټه: _____ لامل: د اشتها نشتوالی، طبی اختلالات او نور:

هغه تداوی چی سرته رسیدلی ده:

نوم: _____ عمر: _____ جنس: _____ ثبت گڼه: _____

ادرس: _____ په OPD-SAM کې د شاملولو نېټه: _____

MUAC: _____ اذیما (حلقه نشی) +1 +2 +3 WH Z score (که استفاده کیږی) _____

د: _____ څخه رالیرل شوی (نام مرکز صحی/OPD-SAM)

لیرل شوی: _____ (نام شفاخانه)

د لیرلو نېټه: _____ لامل: د اشتها نشتوالی، طبی اختلالات او نور:

هغه تداوی چی سرته رسیدلی ده:

۲۴ ضمیمه: د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو او امیندوارو او شیدو ورکونکو میندو د MAM د خارج بستر درملنې راپور ورکولو فارمټ

| | |
|---------------------|--|
| Province | |
| District | |
| Implementing Agency | |
| Type of program | |



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

| | |
|----------------------|--|
| HF Name | |
| Health Facility Code | |
| Report prepared by | |
| Month/Year | |

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

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

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

| Food stock report and balance | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------|-------------------|--------------------|-----------------|------------------------|-----------------|
| Food Item | Opening Balance | Quantity Received | Quantity Distribut | Closing Balance | Expected # of patients | Quantity Needed |
| Wheat / Flour (kg) | | | | | | |
| Oil(kg) | | | | | | |
| iodized salt(kg) | | | | | | |
| Plastic(kg) | | | | | | |
| MNT(kg) | | | | | | |
| RUSF(kg) | | | | | | |
| Formosol(kg) | | | | | | |

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

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

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

۲۵ ضمیمه: د شدیدې حادې خوارخواکۍ د راپور روکولو فارمټ

| | |
|---------------------|--|
| Province | |
| District | |
| Implementing Agency | |
| Type of program | |



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

| | |
|----------------------|--|
| HF Name | |
| Health Facility Code | |
| Report prepared by | |
| Month/Year | |

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

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

| Supply stock report and balance | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|-----------------|-----------------------|-----------------|
| Item | Opening Balance | Quantity Received | Quantity Used | Closing Balance | Expected # of patient | Quantity Needed |
| F100(mache) | | | | | | |
| F75(mache) | | | | | | |
| RLT F100c | | | | | | |
| Reverom(m) | | | | | | |
| CNTV(ccam) | | | | | | |
| F100c | | | | | | |

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

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

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

۲۶ ضمیمه: د MAM د خارج بستر فعالیتونو چکلیست



وزارت صحت عامه
ریاست عمومی طب و قایوی
دییارتمنت تغذی عامه

د MAM د خارج بستر د ځانګی نظارتی چکلیست

مشخصات

| | |
|-------|---|
| س 1 | تاریخ: کال () / میاشت () / ورځ () |
| س 2 | ځای: ولایت () / ولسوالی () |
| س 3 | د روغتیایی مرکز ډول: 1. PH، 2. DH، 3. CHC، 4. BHC، 5. SHC، 6. وغیره () د روغتیایی مرکز (ID): نام: |
| شماره | پوښتنی خوایونه ملاحظات |

ورودی شاخصونه

| | | | |
|------|--|---|---|
| س 4 | آیا د OPD-MAM لپاره مناسب کارکونکی موجود دی؟ | 1. نه 2. هو | 0 ډاکتر، 1 نرس، 1 د غذایی موادو ویشونکی |
| س 5 | آیا په روغتیایی مرکز کې هغه کارکونکی چې ابتدایی یا ریفريشر تریننگ (هر ۳-۶ میاشتو کې) یې اخیستی وی موجود دی؟ | 1. نه خیر 2. بلې، ولی بدون سرتیفیکیت 3. بلې، با سرتیفیکیت | د عامی روغتیا وزارت د لارښود مطابق تریننگ |
| س 6 | آیا کارکونکی واضعه د وظایفو لایحه لري؟ | 1. نه 2. هو | |
| س 7 | آیا د روغتیایی مرکز د راجستر کتاب په سمه او منظمه توګه ساتل کېږی؟ | 1. نه 2. هو | |
| س 8 | آیا د روغتیایی مرکز کارکونکی ارقام لوستلی او په خپلواونیزو مجلسونو کې عملی کړی دی؟ | 1. نه 2. هو | |
| س 9 | آیا د کارکونکو او مراجعینو لپاره اوبه شته؟ | 1. نه 2. هو | |
| س 10 | آیا د لاسونو وینځلو لپاره صابون او اوبه د لاسرسی وړ دی؟ | 1. نه 2. هو | |
| س 11 | آیا د بشپړونکو خورو (SFC) کوټه پاکه ده (د بی خایه کاغذونو او غایطه موادو څخه؟ | 1. نه 2. هو | |
| س 12 | آیا پاکي بیت الخلا وی او د ناروغانو د غوښتنو | 1. نه | |

| | | |
|--------------|--|----------------|
| | مطابق موجودی دی؟ | 2. هو |
| س13 | ایا د غذا دتیارولو لپاره کافی خای او سامان موجود دی (د پاک کاری په گډون) ؟ | 1. نه 2. هو |
| س14 | آیا تاخجی او د کوتی سطحه د غذایی موادو او اضافی کاغذونو څخه پاک دی ؟ | 1. نه 2. هو |
| س15 | آیا د اندازه گیری سامان شته او هره ورځ چک کیری؟ | 1. نه 2. هو |
| س16 | آیا پاک شوی سامان/لوبني په سمه طریقه وچ او په پاک او تیاره خای کی ساتل کیری ؟ | 1. نه 2. هو |
| پروسه | | |
| س17 | آیا وزن او قد په سمه توگه اندازه کیری؟ | 1. نه 2. هو |
| س18 | آیا انټروپومټریک شاخصونه په سمه توگه محاسبه کیری او تغذی حالت په سمه توگه ارزیابی کیری ؟ | 1. نه 2. هو |
| س19 | آیا د شاملیدو او رخصت معیارونه د پروتوکول مطابق په سمه توگه تعقیبیری ؟ | 1. نه 2. هو |
| س20 | آیا د شاملیدو پر مهال روتین درمل او پروسیجرونه (کلینکی معاینات، ویتامین A، د شری واکسین، فیرس سلفیت، فولیک اسید او مبینداوزول) تجویز کیری. ؟ | 1. نه 2. هو |
| س21 | آیا د راشن اندازه د عامی روغتیا وزارت د پروتوکولونو مطابق ورکول کیری (د غذایی موادو کیفیت او کمیت) ؟ | 1. نه 2. هو |
| س22 | آیا مصرفی غذایی جنسونه په پاک او راټول خای کی ساتل کیری ؟ | 1. نه 2. هو |
| نتیجه | | |
| س23 | آیا ویشل شوی راشن مناسب او په میاشتنی توگه د مراجعینو په تعداد ده ؟ | 1. نه 2. هو |
| س24 | آیا د ټولنی خلک د OPD-MAM هدفونو، مقصدونو او ډایزاین سره موافق دي؟ | 1. نه 2. هو |

نظرونه:

*که بشپړ شوی نه وی په هغه حالت کی هغه برخه چی نه وی حلقه یی کړی.
دا چکلسټ د سوپروایزر/ نظارت کونکی لخوا ډکیری نوم/ امضاء:

وظیفه:

د روغتیایی مرکز د آمر لخوا تایید او تصدیقیری: نوم/ امضاء:

وظیفه:

۲۷ ضمیمه: د SAM فعالیتونو لپاره چکلیست



وزارت صحت عامه
ریاست عمومی طب و قایوی
دییارتمنت تغذی عامه

د حادی شدیدی خوارخوایی د OPD نظارتی چکلیست

| مشخصات | | | |
|--------------|---|---|--|
| س 1 | تاریخ: کال () // میاشت () // ورځ () | | |
| س 2 | موقعیت: ولایت () // ولسوالی () | | |
| س 3 | د روغتیایی مرکز ډول: 1. PH، 2. DH، 3. CHC، 4. BHC، 5. SHC، 6. او نور () د روغتیایی مرکز (ID): | | |
| گڼه | پوښتنی | خوبونه | نظرونه |
| رودی شاخصونه | | | |
| س 4 | آیا د OPD-SAM لپاره مناسب کارکونکی موجود دي؟ | 1. نه 2. هو | 0 ډاکتر، ۱ نرس، 1 د غذایی موادو ویشونکی |
| س 5 | آیا په روغتیایی مرکز کې هغه کارکونکی چې د حادی شدیدی خوارخوایی په برخه کې یې ټریننگ اخستی وی موجود دی؟ | 4. نه 5. هو، مگر پرته د سرټیفیکیت نه 6. هو، د سرټیفیکیت سره | د عامی روغتیا وزرات مطابق یوه اونیز ټریننگ کی روزل شوی |
| س 6 | ایا لږ تر لږه د عامی روغتیا وزارت د د حادی شدیدی خوارخوایی د اهتماماتو په اړه د لارښود یوه کاپی شته؟ | 1. نه 2. هو | |
| س 7 | آیا IEC مواد (پوسټرونه، د کورنیو لپاره کوچنی معلوماتی رسالی، فلیپ کارتونه) د د حادی شدیدی خوارخوایی د خدمتونو لپاره په روغتیایی مرکز کې د لاسرسی وړ موجود دی؟ | 1. نه 2. هو 3. مناسب/کافی ندی هو، مناسب/کافی دی | مناسب: د لیدلو وړ، د لوستلو وړ، کافی: د ویش لپاره پوره |
| س 8 | آیا د OPD-SAM لپاره په کافی اندازه فورمی موجودی دی؟ | 1. نه 2. هو، کافی/مکمل ندی 3. هو، کافی/مکمل دی | د کورنی درملنی کارتونه، تعقیبی کارتونه، راجستر کتاب، د وزن پر عمر جدول (z- score) |
| س 9 | آیا د عملیاتی لارښود چارټ به دیوال باندی د | 1. نه | مناسب: د لیدلو |

| | | | |
|--|---|--|-----|
| ور، د لوستلو وړ، | 2. هو، مگر مناسب دی | لیدلو وړ خای کی نصب دی ؟ | |
| د ماشوم ترازو، د اندازه کولو تخته، سالتر ترازو، د MUAC فیتنه | 1. نه 2. هو، کافی/مکمل ندی* | آیا روغتیایی مرکز کافی وسایل لري؟ | 10س |
| د ممپلو خمیره | 1. نه خیر 2. هو، کافی/مکمل ندی 3. هو، کافی/مکمل دی | آیا روغتیایی مرکز د شدیدې حادي خوارخواکی د میاشتنو پیښو لپاره کافی وسایل لري ؟ | 11س |
| انتي بیوتیکونه او نور اړونه سامان | 1. نه 2. هو، کافی/مکمل ندی 3. بلې، کافی/مکمل دی | آیا روغتیایی مرکز د شدیدې حادي خوارخواکی د میاشتنو پیښو د درملني لپاره کافی درمل لري ؟ | 12س |
| پروسه | | | |
| | 1. نه 2. د شاملیدو په برخه کې هو مگر د رخصتیدو په برخه کې نه. 3. د رخصتیدو په برخه کې هو مگر د شاملیدو په برخه کې نه 4. د شاملیدو او رخصتیدو په برخه کې هو | آیا د شاملیدو او رخصتیدو معیارونه د پروتوکول مطابق په سمه توګه تعقیبیری ؟ | 13س |
| | 1. نه 2. هو، نا کافی 3. هو، کافی | آیا ټول مشوره ورکونکی د عامی روغتیا د وزرات سند لرونکی دی؟ | 14س |
| | | آیا ډاکتر: | 15س |
| | 1. نه 2. هو | د مور سره په ښه توګه مصاحبه کوی ؟ | a |
| | 1. نه 2. هو | بشپړ کلینیکي معاینات سرته رسوی ؟ | b |
| | 1. نه 2. هو | د تغذیه کولو بشپړه نسخه لیکي ؟ | c |

| | | | |
|---|--|--|------------|
| | 1. نه 2. هو | ایا د ماشوم اشتها په سمه توگه ارزول کیری؟ | d |
| | 1. نه 2. هو | مشوره می‌دهد؟ | e |
| د 30 - 27 سائتی گریډ درجه | 1. نه 2. هو | آیا درجه حرارت اطاق ها برای اطفال سوء تغذی مناسب می‌باشد؟ | 16س |
| د z-score د جدول مطابق | 1. نه 2. هو | آیا وزن و طول اطفال به شکل درست اندازه و تعبیر می‌گردد؟ | 17س |
| | 1. نه 2. هو | آیا پرسونل توان شستن دستها را توسط آب و صابون دارد؟ | 18س |
| | 1. نه 2. هو | آیا مادران توان شستن دستها را توسط آب و صابون دارند؟ | 19س |
| | 1. نه 2. هو | آیا اطفال به شکل درست به IPD-SAM فرستاده می‌شوند؟ | 20س |
| نتیجه | | | |
| | | د لاندی هدف په خاطر راجستر چک کړئ: | 21س |
| | | په منځنی توگه د شامل شوو تعداد/په ورځ کې | a |
| مناسب: په ټولو ضروري برخو کې په واضعه توگه ډکول | 1. نه 2. هو، مگر نه په مناسبه توگه 3. هو، مگر په مناسبه توگه | د سټنډرډ راجستر له مخی د مراجعینو راجستر راجسترو | b |
| | | د روغیدو کچه: | c |
| | | د غایبینو کچه: | d |
| | 1. نه 2. هو | آیا د ماشومانو د ثبت سیستم (فایلینگ) په سمه توگه بشپړ شویدی؟ | 22س |

نظریات:

*که بشپړ شوی نه وی په هغه حالت کې هغه برخه چی نه وی حلقه یی کړئ.
دا چکگست د سوپروایزر/ نظارت کونکی لخوا ډکیری نوم/ امضاء:

وظیفه:

د روغتیایی مرکز د امر لخوا تایید او تصدیقیری: نوم/ امضاء:

وظیفه:

۵ فصل: د امیندوارو او شیده ورکونکو میندو د حادي خوارخوای خارج بستر درملنه

دا فصل لاندی برخي لري:

- ❖ د درملني خط السیر
- ❖ ارزيايي او درملنه
- ❖ راپور ورکول
- ❖ نظارت او تقويتي سوپروويژن

په امیندوارو میرمنو کي حاده خوارخوایي د زیرون په وخت کي د نوی پیدا شوو ماشومانو د کم وزن لامل گرځي. دا په خپل وار سره د شیدو خوړونکو ماشومانو د مړيني د لور خطر لامل گرځي. په حاده خوارخوایي اخته د امیندوارو او شیده ورکونکو میندو (PLW) د درملني څخه هدف د هغي تغذی تیارول دی هغوی ته چي د جنین د پرمختگ په وخت کي او د شیده خوړونکي ماشوم د ژوند په لومړيو شپږو میاشتو کي، په هغه وخت کي چي مور د خپل تی رودونکی ماشوم لپاره د خپلو تیونو څخه تغذیه ورکوی. بشپړونکی راشن په روغتیايي مرکز کي د MAM³ (OPD-MAM³) د خارج بستر وارې دلاري ویشل کیري. هغه امیندواره میرمني چي د امیندواری څخه مخکي يي نورمال وزن لرلو اضافی انرژي ته اړتیا لري:

← ۱ ټرایمستر 85 کیلوکالوري / ورځ

← ۲ ټرایمستر 285 کیلوکالوري / ورځ

← ۳ ټرایمستر 475 کیلوکالوري / ورځ

د شیده ورکونکو میندو لپاره په لومړيو شپږو میاشتو کي د انرژي اړتیا وی په لاندی ډول دي:

← بڼه تغذیه شوی 500 کیلوکالوري / ورځ

← بڼه نه تغذیه شوی 675 کیلوکالوري / ورځ

ماخذ: FAO / WHO 2004

⁹ اصطلاح T-SFP پدی لارښود کي په OPD-MAM بدلون موندلی دی.

د درملني خط السير

هغه ميندې چې اميندواري تشخيص شويدي يا د ۶ مياشتو څخه کم شيدې خورونکي ماشومان په خپلو شيدو تغذيه کوی بايد په منظمه توگه د روغتيايي مرکز په قبل الولادي وارډ (ANC)، د ماشوم او مورد روغتيا (MCH) يا OPD کې سکريننگ کړي. د ټولني په کچه سکريننگ بايد د ټولني د روغتيايي کارکونکي لخوا د اميندواري او شيدې ورکونکي مور چې MUAC يې د 23 سانتي مترو څخه لږ وي بايد OPD-MAM ته وليږل شي.

ارزيابي

اميندواري او شيدې ورکونکي ميندې بايد د کلينيکي نورمالو پروتوکولونو مطابق ارزيابي شي. سربريره پر هغې مور بايد د قابليکې، مور او ماشوم، او د صحتمند ماشوم د خدمتونو د لاري هم تعقيب شي. په هر کلينيک کې بايد د مور د تغذي حالت د اميندواري پر مهال او د زيرون څخه وروسته ارزيابي شي. د زيرون څخه مخکې او وروسته نورمالو څارنو برسیره بايد اميندواري او شيدې ورکونکي ميندې لا ندي کارونه هم سرته ورسوي:

- ◀ MUAC بررسى کړئ
- ◀ که MUAC يې د 23 سانتي مترو څخه لږ و نو په هغې حالت کې اميندواري او شيدې ورکونکي مور په OPD-MAM کې شامله کړئ
- ◀ وزن يې معلوم کړئ (د اميندواري ميرمنو لپاره)
- ◀ د ارزيابي پايلې د کلينيک په اسنادو کې ثبت کړئ
- ◀ ورکړل شوی راشن د مور د راشن په کارت کې ورسوئ
- ◀ مور د قابليکې يا د زيرون څخه وروسته خدمتونو ته وليږئ (که دا کار د مخکې څخه سرته نه وي رسيدلي)
- ◀ IYCF مشورو ورکولو ته يې وليږئ
- ◀ متيقن شئ چې د مور د ثبت شماره د مور په ټولو سندونو کې ذکر شويده

د شرایطو پوره کونکو معیارونه

د شرایطو پوره کونکو معیارونه په حاده خوارخواکی اخته امیندوارو او شیده ورکونکو میندو د درملني لپاره په لاندې جدول کې ذکر شويدي:

۲۴ جدول: په حاده خوارخواکی اخته امیندوارو او شیده ورکونکو میندود شرایطو د پوره کولو معیارونه

| معیار | نوی شاملول |
|-----------------------------|--|
| MUAC د 23 سانتی مترو څخه لږ | امیندواره میرمن < د دوهم ترايمستر څخه وروسته |
| | شیده ورکونکی میرمن < د ۶ میاشتو څخه کم شیده خورونکی ماشوم چې په خپلو شیدو یې تغذیه کوي |

د امیندوارو او شیده ورکونکو میندو د درملني لپاره د شرایطو پوره کولو نور حالتونه په لاندې ۲۵ جدول کې ذکر شويدي.

۲۵ جدول: په حاده خوارخواکی اخته د امیندوارو او شیده ورکونکو میندو د درملني لپاره د شرایطو پوره کولو نور حالتونه

| | |
|--|--|
| امیندواره او شیده ورکونکی مور مخکی غایبه وه او د درملني لپاره د دوهم ځل لپاره راغلی ده | غایب بیرته راغلی* |
| د درملني لاندې امیندواره او شیده ورکونکی مور دبل روغتیایي مرکز څخه رالیزل شويده | د نورو روغتیایي مرکزونو څخه رالیزل شوی |

* یوه امیندواره او شیده ورکونکی مور چې غایبه شوی ده مخکی د هغې څخه چې شیده رودونکی ماشوم یې ۶ میاشتني ته ورسیري ، هر وخت مراجعه وکړي .

په حاده خوارخوای اخته امیندوارو او شیده وړکونکو میندو لپاره معمول درمل

په حاده خوارخوای اخته امیندوارو او شیده وړکونکو میندو لپاره معمول درمل په لاندی ۲۶ جدول کې ذکر شویدي:

۲۶ جدول: په حاده خوارخوای اخته امیندوارو او شیده وړکونکو میندو لپاره معمول درمل

| سپارښتنه | اندازه | درمل |
|-----------------------|-----------|----------------------------------|
| هره ورځ تر رخصتی پورې | یو تابلیت | د متعددو مایکرونوترینتونو تابلیت |

ټول درمل باید د ملی پروتوکولونو مطابق وړکړل شي. د د متعددو مایکرونوترینتونو تابلیتونو (MNT) وړکولو د وړکولو په وخت کې د ویتامین A ، اوسپنی او فولیک اسید او نورو مایکرونیوترینتونو وړکولو ته اړتیا نشته.

په حاده خوارخوای اخته امیندوارو او شیده وړکونکو میندو لپاره تغذیوی درملنه بشپړونکی راشن په وچه توګه میرمنو ته وړکول کېږی ترڅو یې ځان سره کور ته ویسي. لاندی ۲۷ جدول په MAM اخته د امیندوارو او شیده وړکونکو میندو لپاره د مناسبې راشن بنسودونکی دي:

۲۷ جدول: په حاده خوارخوای اخته امیندوارو او شیده وړکونکو میندو لپاره د اساسی راشن اندازه

| په حاده خوارخوای اخته امیندوارو او شیده وړکونکو میندو راشن | | |
|--|--------|---------------------|
| انفرادی ورځنی راشن (په ګرام) | | |
| کیلوکالوری | اندازه | غذایی مواد |
| 1,212 | 333 | د غنمو غنی شوی اوره |
| 228 | 67 | حبوبات |
| 239 | 27 | غنی شوی نباتی غوړی |
| 0 | 3 | آبودین داره مالګه |

| | | |
|-------|-------|----------------------------------|
| 0 | 0.5 | د متعددو مایکرونوترینتونو تابلیت |
| 1,680 | 430.5 | مجموعه |

| | | |
|--|------------|---------------------|
| په متوسطه حاده خوارخوای اخته ماشومانو راشن | | |
| انفرادی ورځنی راشن (په ګرام) | | |
| غذایی مواد | غذایی مواد | غذایی مواد |
| 500 | 92 | پلمپی سپ Plumpy Sup |

په حاده خوارخوای اخته امیندوارو او شیده ورکونکو میرمنو تعقیبی پاملرنه

امیندواره او شیده ورکونکي میرمني باید په میاشتنی توګه د څارني او د OPD-MAM راشن او د متعددو مایکرونوترینتونو تابلیتونو د اخستلو لپاره روغتیایی مرکز ته لاری شی او د هرې لیدني په لړ کې باید:

- ◀ MUAC یې وکتل شي
- ◀ وزن یې اندازه شی (د امیندوارو میرمنو لپاره)
- ◀ د ارزبابی پایلی د کلنیک په اسنادو کې ثبت کړئ
- ◀ ورکړل شوی راشن د مور د راشن په کارت کې ورسوئ
- ◀ د مور د ثبت شماره د مور په ټولو سندونو کې ذکر شویده
- ◀ د زیرون څخه مخکې او وروسته پاملرنو او IYCF مشورو ورکولو څخه یې ډاډمن شی

په حاده خوارخواکي اخته امیندوارو او شیده ورکونکو میرمنو د رخصتولو معیارونه

۲۸ جدول: په حاده خوارخواکي اخته امیندوارو او شیده ورکونکو میرمنو د رخصتولو معیارونه

| معیار | کتگوری |
|--|------------------------------|
| شیده خورونکی ماشوم چې دمور په شیدو تغذیه کیدو ۶ میاشتني شو | شفایاب* |
| ۲ مسلسلو لیدنو کې غایب دی | غایب |
| د هغي وخت څخه چې په OPD-MAM کې ثبت شویډی مړ شو | مړ |
| امیندواره میرمن د پاملرنو لپاره یو بل روغتیایي مرکز ته ولیرل شوه | بل روغتیایي مرکز ته لیرل شوی |

* "شفایاب" د امیندوارو او شیده ورکونکو میرمنو لپاره د راپور ورکولو یوه کتگوري ده او د خوارخواکي څخه د شفایابی شوی سره اړیکه نه لري. امیندواره او شیده ورکونکي میرمني ثبت کيږي او د OPD-MAM / متعددو مایکرونوترینت تابلینونو اخستلو لپاره تر هغي پوري چې ماشوم یې ۶ میاشتو ته رسیري ادامه ورکوي.

راپور ورکول

د امیندوارو او شیده ورکونکو میرمنو د شاملولو او رخصتولومیاشتني راپور د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو په د میاشتني راپور په فارمت کې شامل دی [۲۴ ضمیمه وگورئ]. د امیندوارو او شیده ورکونکو میرمنو د پاتی کیدلو طول (LOS) او د وزن اخستلو اوسطه اندازه (AWG) په راپور کې نه ورکول کيږي.

نظارت او تقویتي سوپروویژن

د امیندوارو او شیده ورکونکو میرمنو OPD-MAM د اجرا آتو چکلست د د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنیو ماشومانو د اجرا آتو په چکلست کې شامل دي [۲۶ ضمیمه]

۲۸ ضمیمه: په حاده خوارخواکی اخته امیندوارو او شیده ورکونکو میرمنو د درملنی کارت په حاده خوارخواکی اخته امیندوارو او شیده ورکونکو میرمنو انفرادی کارت (مخ پاتیه)

| د ثبت شماره | | | |
|---|---|--|---|
| <p>د OPD د درملنی کارت امیندواره/ شیده ورکونکی میرمن د وقایوی طب عمومی ریاست د عامه تغذی دپارتمنت</p> | | |  |
| د OPD-MAM مشخصات | | | |
| ولایت: | | نماینګی: | |
| ولسوالی: | | کلینیک/مرکز: | |
| کلی: (جیوکود) | <p>○ امیندواره میرمن ○ شیده ورکونکی میرمن</p> | <p>د هدف وړ گروپ (په نښه یې کړئ)</p> | |
| د ګټه اخستونکی شخص مشخصات | | | |
| | | نوم | |
| | | د خاوند نوم | |
| | | ادرس | |
| MUAC (په سانتي متر) | | د میرمن عمر (په کال) | |
| | | | |

| | | | |
|----------------------------------|--|--|--|
| د شاملولو لامل | | په نېټه كړئ: نوى شامل شوى، <input type="radio"/> غايب مراجعه كړى <input type="radio"/> ليرول شويدي | |
| د متعددو مايكرونوټرينټونو تابليت | | | |
| | | | |
| | | | |
| 4. د رخصتولو معلومات | | درخصتولو نېټه: ورځ/مياشت/كال | |
| رخصت شى: | | پايلى په نېټه كړئ: <input type="radio"/> شفاياب، <input type="radio"/> مړ <input type="radio"/> ليرول شوى <input type="radio"/> غايب | |
| MUAC (په سانتي متر) | | | |

د انفرادى درملنى كارت- اميندواره او شپيده وركونكى ميندي (وروستى مخ)

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| د توضيحه شوى درمل په اړه كتلى | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

| شماره | نیتیه | MUAC (په سانتی متر) | روختیای تعلیمات (هه/لایه) | راشمن یی اخستی (هه/لایه) |
|-------|-------|------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |



په حاده خوارخواکي اخته دامیندوارو او شیده ورکونکو میندو لپاره د **OPD-MAM** د ثبت کتاب

د ولایت نوم: _____ د ولسوالی نوم: _____ د روغتیايي مرکز نوم: _____ تطبیق کونکی موسسه: _____

| رخصت | | توزیع 12 | توزیع 2 | شاملیدل | | امیندواره او شیده ورکونکی مرکز د امیندورای او شیدو ورکولو میاشتی | عمر | | | | | شماره | |
|------|--------------|-------------|------------|---------|------|--|-----|--|--|--|--|-------|------|
| | | | | MUAC | نیټه | | | | | | | | MUAC |
| | نیټ | | | | | | | | | | | | |
| | MUAC | | | | | | | | | | | | |
| | شقایب | | | | | | | | | | | | |
| | غایب | | | | | | | | | | | | |
| | مړ | | | | | | | | | | | | |
| | لیول شوی | | | | | | | | | | | | |
| | نه شقایب شوی | | | | | | | | | | | | |

۶ فصل: د شدیدې حادي خوارخوای داخل بستر درملنه (SAM)

دا فصل لاندې برخې لري :

- ❖ در درملني خط السیر
- ❖ د SAM د داخل بستر درملني د شرایطو پوره کولو معیارونه
- ❖ د طبی اختلاطاتو عاجله پیژندنه او درملنه
- ❖ په SAM اخته ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو داخل بستر پاملرني
 - د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو د پاملرني ۱ مرحله
 - د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو د پاملرني انتقالي مرحله
 - د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو د پاملرني ۲ مرحله

د SAM داخل بستر درملنه (IPD-SAM¹) د ۵ کالو څخه بنکته په شدیدې حاده خوارخوای اخته ماشومانو لپاره سرته رسیري یا په هغو ځایونو کې ژوند کوي چې هلته د SAM د ناروغانو لپاره خارج بستر اسانتیاوې موجودې نه وي، یا په داسې حالتونو کې چې په SAM اخته ماشومانو کې د IMC د خطر نښې یا نور اختلاطات موجودې وي او د رغیدو څخه مخکې د SAM د خارج بستر درملني په ځای کې ثبات ته اړتیا ولري. دا ډول ناروغان ډیر ضعیفه وی او اکثره د الیکترولایتونو د عدم تعادل له کبله ژوند یې د تهدید سره مخ وی. دوی تل د یوې ناروغې وصفې نښې د خپل ځان څخه نه نښايي (د مثال په توگه، تبه، چټک نبض یا چټک تنفس). دا به ستونزمنه وی چې په دا ډول ناروغانو کې د بیهایدريشن یا کمخونې تشخیص شي، په هر حال، د اهمیت وړ ده چې دا کار باید په ډیر دقت سره سرته ورسیري، ځکه غلط تشخیص د مړینې خطر لوروی.

د درملني پروسته د ثبات د یوې مرحلې څخه شروع کیري، د هر ماشوم پرمختگ د پاملرني راتلونکې مرحلې ته د ماشوم انفرادی حالت پوری مربوط دي.

د ناروغانو په داخل بستر وارد کې د SAM درملنه دوه اختیاره مونږ ته راکوی:

1. دناروغانو په داخل بستر وارد کې درملنه تر بشپړی روغتیا پورې
2. دناروغ ثبات چې خارج بستر پاملرني ته د لیږلو سره تعقیبیري

لومړی انتخاب یواځې په هغو ځایونو کې د تطبیق وړ دی چې هلته د ثبات مرحلې څخه وروسته د درملني اسانتیاوې موجودې نه وي. دوهم انتخاب یواځې دا توپیر لري چې په هغو ځایونو کې سرته رسیري چې خارج بستر خدمتونه پکې موجود وي. د داخل بستر درملني پروتوکولونه د ثبات په مرحله کې عین پروتوکولونه دي.

هر وخت چې امکان ولري په شدیدې حاده خوارځواکي اخته ماشومان باید د ثبات مرحلې څخه وروسته په خارج بستر وارد کې تداوی شي. څیرنیو بنودلې ده چې په شدیدې حاده خوارځواکي اخته ماشومانو د ژوند پایښت نسبت داخل بستر خدمتونو ته په خارج بستر درملنه کې ډیر بهتر دي. که د ماشوم د اوسیدو ځای ته نزدې د خارج بستر درملني هیڅ ډول خدمتونه موجود نه وي، نو په هغې حالت کې دی د روغتون خارج بستر درملنه په نظر کې ولري.

هغه خدمتونه چې په لاندې برخه کې څیرل شوي دي د روغتیا د نړیوالي ادارې په ۱۰ گامونو ولاړ دي (۱۱ شکل وگورئ) چې په شدیدې حاده خوارځواکي اخته ماشومانو ثابت جوړیدل او احیاء مجدد د ماشومانو په داخل بستر وارد کې سرته رسیري.

د "ثبات" یا **stabilisation** د مرحلې طول د هر ماشوم انفرادی حالت پورې اړه لري. د پاملرنې پروتوکولونو له نظره د "ثبات" مرحله د بیلابیلو معالجوی شیدو څخه په استفادې سره په دوه مختلفو مرحلو (۱ مرحله او انتقالی مرحله) کې سرته رسیري.

۱۱ شکل: د نړیوال روغتیايي ادارې ۱۰ مرحلې



د لومړۍ او انتقالی مرحلې موده په هر ماشوم کې توپیر لري او د ثبات ټوله پروسه کېدای شي ۳ څخه تر ۷ ورځو پورې ادامه ولري. د خدمتونو هغه ډول چې په انتقالی مرحله کې سرته رسیری توپیر لري نظر دی ته چې ایا ماشوم د SAM خارج بستر وارد ته ولیرل شوی او یا ماشوم په داخل بستر وارد کې بستر شي.

د SAM د درملنې د داخل بستر خدمتونو خط السیر

د ټولني په کچه د ټولني د روغتیايي کارکونکو لخوا منظم سکریننگ او د روغتیايي مرکز په OPD او نورو ځانګو کې په منظمه توګه سکریننگ سرته رسول د MUAC او اډیما پواسطه (د 6 - 59 میاشتنو ماشومانو کې) په شدید حاده خوارځواکي اخته ماشومان تشخیصولای شي. په هغه ځایونو کې چې روغتیايي کارکونکي او د پېښو اندازه لږه وی نو وزن پر قد هم د روغتیايي مرکز په کچه د سکریننگ لپاره کارولای شي.

هغه وخت چې په شدیدې حادې خوارخواکۍ اخته ماشومان د ټولني په کچه سکرینګ نشي ، هغوی روغتیايي مرکز ته راځي، چې اکثره همداسی پېښیږی ځکه چې ماشومان ناروغتیا لري، دا ډول ماشومان باید د IMCI د پروتوکولونو مطابق ارزیايي شي، هغوی د خطر د نښو او نورو طبي اختلاطاتو لپاره ارزیايي کړی. د ارزیايي پروسه په ۳ فصل کې تشریح شویده.

په ځینو وختونو کې چې ماشوم په طبي اختلاطاتو اخته وی ، او د حادې خوارخواکۍ لپاره په ټولنه کې او ابتدایي روغتیايي مرکزونو کې سکرینګ شوی نه وی ، روغتون کې د ماشومانو وارد ته لیرل کېږي. په معموله توګه ماشوم د عاجل وارد د لارې (ER) یا د خارج بستر (OPD) د لارې په روغتون کې بستریږي. ضروری ده چې ماشوم په عاجل اطاق او OPD کې د حادې خوارخواکۍ لپاره وکتل شي چې ډاډ حاصل شي چې ماشوم په سمه توګه تشخیص شویږي او د SAM داخل بستر وارد ته لیرل شوی دی که SAM د اختلاطاتو سره تشخیص شوی وی.

د ماشومانو په وارد کې په MUAC سره او وزن پرقد او اذیما کتلو سره د بستر شوو ماشومانو منظم سکرینګ کولای شوی د SAM هغه پېښې چې د اختلاطاتو سره یو ځای په ټولنه کې یا ابتدایي روغتیايي مرکز په OPD او عاجل اطاق کې په خطا تشخیص شوی وی کشف کړي.

په شدیدې حادې خوارخواکۍ اخته شیدې خورونکي او ماشومان د اختلاطاتو په لرلو او د اشتها په نشتوالی کې د مرګ د لوړ خطر سره مخ کېدونکی دی. دا یوه **حیاتي** موضوع ده چې دا ماشومان باید بېرنيو پاملرنو خدمتونو ته لاسری ولری ترڅو د هغو مړینو څخه چې د هایپوګلايسيميا یا هایپوترمیا له امله منځ ته راځي وژغورل شي.

د شدیدې حادې خوارخواکۍ د پېژندلو او یا لومړنی داخل بستر وارد ته د خارج بستر درملني څخه د لیرلو وخت باید کمترینې اندازی ته ورسیري. په معالجوی شیدو لومړنی تغذیه باید د بستر په لومړیو ۳۰ څخه تر ۶۰ دقیقو پوری سرته ورسیري. که ډاکار ونشي نو د اوبو او بورې ۱۰٪ شربت باید د هایپو گلايسيميا د وقایي لپاره ورکړل شي. **تغذیوی پاملرنو ته توجه کول لکه درملیزو پاملرنو ته د توجه کولو په څیر مهم دي.**

د ۰ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو کې د SAM د داخل بستر مراقبت د شرایط پوره کیدلو معیارونه

په شديده حاده خوارخواکي اخته د شيدو خوړونکو او ۶ څخه تر ۵۹ مياشتنيو ماشومانو د داخل بستر خدمتونو پاملرنو د پوره کولو معيارونه په ۲۹ ضميمه کې خلاصه شويدي.

د شرايطو د پوره کولو معيارونو په دوه کتگوريو ويشل شويدي:

1. د ۶ څخه تر ۵۹ مياشتو ماشومان

پدې گروپ کې ځيني ماشومان د (+3) انيما په لرلو يا مرسميک کواشيورکور په شکل تشخيصيږي. دا ماشومان که ښه اشتها هم ولري او اختلاطات ونه لري، بايد IPD-SAM ته وليږل شي ځکه هغوی د حالت د شدت له امله دد مړيني په لور خطر کې واقع دي. هغه ماشومان چې SAM تشخيصيږي مگر +3 انيما يا مرسميک کواشيورکور ونه لري، که هغوی د RUTF د خوړلو اشتها ونه لري يا طبي اختلاطات ولري بايد د ناروغانو داخل بستر وارد کې بستر شي.

a. د ۶-۵۹ مياشتني ماشومان چې په شيدو انيما(+3) يا مرسميک

کواشيورکور اخته دي

b. د ۶-۵۹ مياشتني ماشومان چې SAM + خرابه اشتها يا طبي اختلاطاتو

سره بستر شويدي

c. د ۶-۵۹ مياشتني ماشومان چې د SAM خارج بستر وارد څخه ليرل

شويدي

d. د ۶-۵۹ مياشتني ماشومان چې د MAM څخه ليرل شويدي

e. د ۶ مياشتو څخه غټ اما د ۴ کيلو گرامو څخه کم ماشومان

2. د ۶ مياشتو څخه کم عمره شيدو خوړونکي ماشومان

د ۶ مياشتو څخه ښکته شيدو خوړونکو او ۶ څخه تر ۵۹ مياشتنيو ماشومانو د درملني پروتوکولونه د يو بل څخه ډير توپير لري. ددی گروپ ماشومانو لپاره به پروتوکولونه په راتلونکي فصلونو کې تشریح شي.

• د ۶ مياشتو څخه ښکته عمر لرونکو ماشومانو درملنه (۷ فصل)

• د ۶ مياشتو يا ددی څخه د پورته عمر لرونکو ماشومانو اما وزن يې د ۴ کيلو څخه

کم وی درملنه (۶ فصل)

د ټولو عمری گروپونو لپاره طبي اختلاطاتو پيژندل او درملنه يو ډول وي.

د طبي اختلاطاتو عاجل پيژندل او درملنه

د شاملولو په وخت کې بايد شيده خوړونکي ماشوم / ټول ماشومان بايد فوراً به بشپړه توګه د روغتيايي کارکونکي لخوا ارزيايي شي او که طبي اختلاطات موجود وي بايد د هغې درملنه وشي چې د ماشوم حالت ثبات پيدا کړي. ددې څخه د ځينو اختلاطاتو درملنه په لاندې توګه څيرل شويده:

د هايپوګلايسيميا تداوی يا وقياه کړئ

هايپوګلايسيميا په وينه کې د گلوکوز د اندازې د کموالی څخه عبارت دي (په هر ليتر کې د ۳ ملي مولو څخه کم يا په هر ډيسي ليتر کې د ۵۴ ملي گرامو څخه کم). هايپوګلايسيميا يو جدی حالت دی او د مړينې لامل گرځيدای شي. هايپوګلايسيميا د هايپوترميا سره يو ځای هم پيښيدای شي او دا دواړه حالتونه د انتان احتمالی نښې دي. که په خوارځواکي اخته ماشوم د ۴-۶ ساعتونو لپاره تغذيه نشي ممکن هايپو گلايسيميا ورته پيدا شي، حتی په ځينو وختونو کې په ډير لږ وخت کې هم هايپو گلايسيميا پيدا کيدلای شي. له همدې امله تل ترجيح ورکول کيږی چې ماشوم هر ۳ ساعته وروسته تغذيه شي (په ۲۴ ساعتونو کې ۸ ځلي)، په ځانګړی توګه په لومړی او انتقالي مرحله کې. د هايپوګلايسيميا نښې عبارت دی له، بی حالی، سستوالی، اختلاجات او د شعور دلاسه ورکول.

- که هايپوګلايسيميا مشکوکه وي مګر د وينې د گلوکوز اندازه کول امکان ونه لري نو درملنه يې سمدستی شروع کړئ.
- هايپوګلايسيميا په نظر کې ونيسئ ، کله چې هايپوترميا تشخيص شي، (د تخرګ يا **axillary** حرارت درجه د 35 سانتي گريډو څخه يا مقعدی حرارت درجه د 35.5 سانتي گريډو څخه کم وي) او يا په ماشوم کې د هايپوګلايسيميا کومه نښه موجوده وي.

په وينه کې د گلوکوزو د سويي اندازه کول

که امکان ولری په وينه کې د گلوکوز سويه بايد معلومه شي. دا ټسټ د **Dextrostix** ، **Glucostix** په څير کاغذ په وسيله سرته رسيري. کله چې ددی کاغذ يو سره د وينې په يوې نمونې ککړ شي دا کاغذ خپل رنگ بدلای او د وينې د گلوکوزو اندازه ښايي. د ټسټ د محصولاتو د ختم تاريخ وګورئ ځکه که د ختم تاريخ يې تير شوی وي د ټسټ نتيجه به سمه نه

وي. د ټسټ بيلابيل محصولات به متفاوت لارښودونه ولري. په عمومي توگه دا لارښودونه په لاندې توگه دي:

- د ويني دنموني سره کاغذ په تماس کړئ
 - خو سانبي ځنډ وکړئ
 - د کاغذ پر مخ وینه په جاري اوبو ووينځئ
 - د ټسټ کاغذ د معياري ورکړل شوی رنگه کاغذ سره مقایسه کړئ
- په اکثر وختونو کې د ټسټ رنگه معیار د گلوکوز اندازه په روښانه توگه نه ښايي. مثلاً: کيدای شی داسی يو رنگ وښايي چې په ليتر کې د ۲ څخه تر ۴ ملی مولو سره برابر وی. که اندازه پدې توگه ښودل کيږي نو فرض کړئ چې د ماشوم د ويني د گلوکوزو اندازه د هغې کمترینه اندازه ده (يعنی پدې مثال کې په هر ليتر کې ۲ ملی موله ده).

درملنه

که ماشوم په هوش کې وی نو هغی ته په لاندی توگه لارښود عملی کړئ:

- ۵۰ ملی لیتره ۱۰ فیصده گلوکوز ورته د وریدی چټک زرق (bolus) د لاری ورکړئ یا سکروز محلول (د بوری یوه ډکه کاشوغه په ۳,۵ کاشوغو اوبو کې) د خولی یا انفی- معدوی تیوب دلاری ناروغ ته ورکړئ.
- په هرو لومړیو ۳۰ دقیقو کې یې په F75 تغذی کړئ (د دوه ساعتونو د ټولې توصیه شوی اندازې څلورمه برخه) ورکړئ
- ماشوم گرم وساتئ
- انتی بیوتیکونه ورکړئ

که ماشوم بی حاله، بی هوشه یا اختلاجی وی نو هغی ته لاندی مواد ورکړئ:

- د ورید د لاری ۱۰٪ گلوکوز (۵ ملی لیتره / د بدن په هر کیلوگرام وزن) ، چې د هغې په تعقیب د انفی معدوی تیوب دلاری ۵۰ ملی لیتره ۱۰ فیصده گلوکوز یا سکروز د هایپوگلاسیمیا د مخنیوی لپاره چټک ځواب وای. بیا F75 د پورتنی لارښونی په څیر پیل کړئ.
- که د وریدی گلوکوز ورکولو څخه وروسته اختلاج ادامه پیدا کړه نو د مقعد دلاری دیازپام (۰,۵ ملی گرام د بدن په هر کیلوگرام وزن د بدن) ورکړئ .

- ماشوم گرم وساتئ ، انتی بیوتیکونه ورکړئ او څرنګه چې پورته یاده شوه تغذیه یې کړئ .
- که ماشوم ته د شاک د درملني لپاره معایعات ورکول کیږي نو %۱۰ ګلوکوز چې د انفی معدوی نیوب دلاری په bolus شکل تعقیب کیږی اړتیا نشته، ځکه چې ماشوم ته د وربدي ګلوکوز ورکول به ادامه ومومي.

د هایپوګلايسيميا وقایه

د هایپوګلايسيميا او هایپوترمیا دواړو د مخنیوی لپاره مکرره تغذیه مهمه ده. که ممکنه وی د ثبات په مرحله کې باید هر ۳ ساعته وروسته تغذی سرته ورسیرئ د شپي لخوا د ماشوم د پاڅولو په شمول. که کارکونکی او امکانات موجود نه وی چې ماشوم د شپي لخوا په سمه توګه تغذیه او ورڅخه نظارت وشي نو د ماشوم ټول خواړه باید په لږو دفعاتو سره ورکړل شي (په ورځ کې ۵ یا ۶ ځله). که ماشوم ته د ورځي لخوا په مناسبه اندازه خواړه ورکړل شي نو د هایپوګلايسيميا د رامنځته کیدو احتمال کمیري.

یادداشت: د هر لامل څخه چې د تغذیي دفعات کم شي، په هماغه اندازه باید د شپو اندازه د هرې تغذیي په نوبت کې زیاته شي.

هایپوترمیا تداوی/وقایه کړئ

هایپوترمیا د بدن د حرارت د درجې ټیټوالی څخه عبارت ده. (د خرګ یا axillary حرارت درجه د 35 سانتي ګریډو څخه لږه وی). د مقعدی حرارت درجه چې د 35.5 سانتي ګریډو څخه کمه وی د هایپوترمیا د اعتماد وړ یو قوی شاخص دی. که امکان وي د مقعدی ترمامیتر څخه باید استفاده وشي. کله چې هایپوترمیا تشخیص شي باید د هایپوګلايسيميا لپاره هم معاینه وشي.

د مقعدی ترمامیتر د استفادی مرحلې

- ترمامیتر ته ټکان ورکړئ چې د هغې سیماب د 35 سانتي ګریډ درجې څخه بښکته راشي.
- ماشوم ته یو څنګ یا شا په تخته چې خپي یې پورته وی، وضعیت ورکړئ
- ترمامیتر د ماشوم په مقعد کې داسی داخل کړئ چې د ترمامیتر څوکه د نیم انچ په اندازه داخله شي.



- ترمامیتر په مقعد کې د ۱ دقیقې لپاره وساتئ او نتیجه یې ولولئ.

د تخرگ (axillary) د ترمامیتر د استفادې مرحلې

- ترمامیتر ته ټکان ورکړئ چې د هغې سیماب د 35 سانتي گریډ درجې څخه بشکته راشي.
- ماشوم ته یو ځنګ یا شا په تخته چې خپې یې پورته وی، وضعیت ورکړئ
- ترمامیتر د ماشوم په تخرگ کې کېږدئ.
- ترمامیتر پدې ځای کې د ۳ دقیقو لپاره وساتئ
- که د حرارت درجه د 35 سانتي گریډ درجو څخه بشکته وه، نو د بدن د حرارت د دقیقې درجې لپاره مقعدې حرارت هم واخلي.

تداوی

- ماشوم د کالو په اغوستلو سره (د سر په گډون) یا په گرمه کمپله کې د تاوولو او په بخارې یا لامپ د کوتي د حرارت د درجې په لوړولو سره ، یا د مور په لوڅې سینې باندې د ماشوم د اچولو(جلدې تماس) دلاري او په لباس کې د راتاوولو (5.5شکل)دلاري د دوهم ځل لپاره یې گرم کړئ.
- ماشوم تغذی کړئ (که اړتیا وی د خولې دلاري ریهایدريشن شروع کړئ)
- آنتی بیوتیکونه ورکړئ.
- د گرمو اوبو بوتلونو څخه کار مه اخلئ ځکه امکان لری د ماشوم نازکه جلد وسوځوي.

وقایه

- ماشوم راتاو کړئ او د وچې هوا څخه یې وساتئ
- د امکان تر حده د کوتي د حرارت درجه باید د ۲۷ سانتي گریډ درجو څخه لږه ونه ساتل شي.
- د منظم لامبولو څخه ډډه وکړئ، ماشوم وچ وساتئ ، د ماشوم لوند لباس یا بستره سمدستی تبدیله کړئ.

- ماشوم د یخنی سره د مخ کولو څخه وژغورئ (مثلاً، لامبول، اوردې طبی معاینات)
- ماشوم دمور/ پالونکی سره د شپې لخوا د گرم ساتلو لپاره پریږدئ چې استراحت وکړي.
- که امکان ولری په لومړۍ مرحله کې په ځانگړی توگه د ۲۴ څخه تر ۴۸ لومړیو ساعتونو لپاره په منظمه توگه تغذیه کړئ، د ورځې اوشپې پر مهال د ماشوم تغذی ته ادامه ورکړئ.

د دیهایدریشن تداوی

د دیهایدریشن غلط تشخیص او ناسمه درملنه په خوارخواکۍ اخته ناروغانو د مړینې ډیر معمول لامل دی. په شدیدې حاده خوارخواکۍ اخته ماشومانو کې د دیهایدریشن تشخیص ډیر مشکل کار دی، د دیهایدریشن نښې لکه غیر ارتجاعی جلد او ننوتی سترگې معمولاً په شدیدې حاده خوارخواکۍ اخته ماشومانو کې د هایدریشن د حالت څخه پرته موجودې وی. د اهمیت وړ ده چې یوه طبی مفسله تاریخچه واخستل شی او معلومه شی چې ایا پدې وروستیو کې ماشوم د نس ناستی یا حادو کانگو له امله د مایعاتو ضایع کیدل لرل که نه. که د یو ماشوم شعوري حالت ښه وی یا د انفی - فمی تیوب یې تطبیق کړی وی او د اسپاریشن ASPIRATION خطر هم لږ وی نو د خولې د لارې د مایعاتو ورکولو ته نظر وریږدئ مایعاتو ورکولو څخه ترجیح ورکول کیږي. وریږدئ محلولونه باید یواځې په هغه وخت کې وکارول شي چې ماشوم بی هوشه وی یا د شاک څخه د احیامجدد په حال کې وي. یو ماشوم چې د خولې یا انفی فمی تیوب د لارې د مایعاتو په اخستلو قادر وی نو هغې ته باید هیڅکله هم یو وریږدئ انفویژن تطبیق نشي.

یادداشت: د دیهایدریشن د درملنې لپاره فمی ریهایدریشن محلولونه لکه (ORS) یا ReSoMal باید هیڅکله د پالونکو لپاره د روغتون په وارد کې په ازاده توگه د لاسرسی وړ نه وی.

د دیهایدریشن ارزیابی

د دیهایدریشن تشخیص باید د کلینکي حالت د معایناتو او د مایعاتو د ضایع کیدلو (لکه دوامداره کانگي او حاده نس ناسته) د مثبتې تاریخچې پواسطه کیږي. په شدیدې حاده خوارخواکۍ اخته ماشومانو کې د دیهایدریشن ارزیابی حتی د ورزیده روغتیایي کاکونکو لپاره هم سخته وی

او کیدای شی د نورو حالتونو سره اشتباه وکړي. **مهمه ده چی د ماشوم پالنه په ډیر احتیاط سره وشی.** او که د ریهایدریشن سره د ماشوم کلینکی حالت کی ښه والی رامنخته نشو نو د هغی په حالت کی باید د تشخیص بدلولو ته تیار وسو. په شدید حاده خوارخوکی او ډیهایدریشن اخته ماشومانو لپاره د درملنی یو محدود فرصت وجود لري، وسیع هایدریشن او مرینه کیدای شی زر پینه شی.

کلینیکی نښی

- د گیدې د پوستکی یا د نور بدن گونجی کیدلو تست د اعتبار وړ یوه نښه نده په ځانگړی توگه په مرسموک ماشومانو کی. په مرسموس اخته ماشوم کی د پوستکی د گونجی کیدلو یو مثبت تست نورمال هایدریشن ښایي.
- په زمینی نس ناستی اخته ماشومان ممکن په فزیالوژیکه توگه ددی حالت سره ځان برابر کړی او سمدستی درملنی ته اړتیا پیدا نکړي.
- ننوتی سترگی باید په یوی دقیقی تاریخچي سره تایید شي. ننوتی سترگی ممکن په څو تیرو ورځو کی هم د ډیهایدریشن له امله وی او د ننوتو سترگو د تشخیص لپاره باید یوه مثبت تاریخچه واخستل شي. په ډیهایدریشن کی د سترگو ننوتل د سترگو د وروستی برخي د شبکی د انقباض له امله رامنخته کیږی په حاده توگه رامنخته کیږی. د سترگو ننوتل په مرسموس اخته ماشومانو کی د وخت په تیریدو سره د سترگو د کړی د خلفی برخي د شحمو د ضیاع له امله هم رامنخته کیدای شی.
- د ډیهایدریشن تشخیص باید تل یو مشروطه تشخیص وی. د درملنی په مقابل کی عکس العمل باید د تشخیص د تایید څخه مخکی باید وکئل شي.
- ډیهایدریشن سره یوځای نښی کیدای شی د زړه د لوړ ضربان، تبي او تیت فشار سره یو ځای وی.
- په انیما اخته یو ماشوم باید په ډیهایدریشن تشخیص نه شی ، حتی که هغه هایپوولیمیک (د وینی د حجم کموالی) هم ولري.

د ناروغ حالت

- ماشوم وزن کړی، وزن باید د ریهایدریشن په حالت کی په منظمه توگه وځارل شي چې د درملنی په مقابل کی عکس العمل ارزیابی کړو. د ریهایدریشن درملنه باید پدی توگه سرته ورسیري چې د بدن څخه تر ۵ فیصدو پورې اعظمی تخمین شوی ضایعات معاوضه شي.
- د زړه ضربان تعداد بررسی کړی

- د تنفس تعداد بررسی کړئ
- یخ نهایت احساس او یادداشت کړئ
- ځیگر جس کړئ او د پښتو سرحدونه په ثابت رنگ سره په نښه کړئ
- د وداجی یا jugular ورید د توسع نشتوالی یادداشت کړئ
- د ماشوم د شعوری حالت سویه یادداشت کړئ
- د داذیما سویه یادداشت کړئ
-

یادداشت: په اذیما اخته ماشومانو د ریهایدریشن د سیتیک شاک اخته ماشومانو د درملنی په څیر دی.

د مایعاتو د اعادی لپاره محلولونه

1. د خوارخوای لپاره د مایعاتو محلول (ReSoMal) باید په شدید حاده خوارخوای

اخته ناروغانو لپاره چې دیهایدریشن تشخیص شویږي باید د معیاری درملو په حیث استعمال کړي.

2. د لږ غلظت لرونکی د مایعاتو محلول (LO-ORS) هم په شدید حاده خوارخوای

اخته ناروغانو لپاره استعمالیدای شی مگر یواځی په هغو ماشومانو کې چې په حادی اوبلنی نس ناستی (AWD) یا کولرا سره تشخیص شوی وی

3. معیاری د خولی د مایعاتو ورکولو محلول (ORS) په شدید حاده خوارخوای اخته

ماشوم د دیهایدریشن د درملنی لپاره یو مناسب ترکیب ندي.

په هغو ځایونو کې چې ریزومل ReSoMal د لاسرسی وړ نه وی نو یو تعدیل شوی محلول LO-ORS د نیم قوت سره (half-strength) چې پوتاشیم او گلوکوز ورسره اضافه کړی استفاده کولای شی. ددی تعدیل شوی LO-ORS محلول په اړه یو لارښود په ۳۰ ضمیمه کې ښودل شویږی

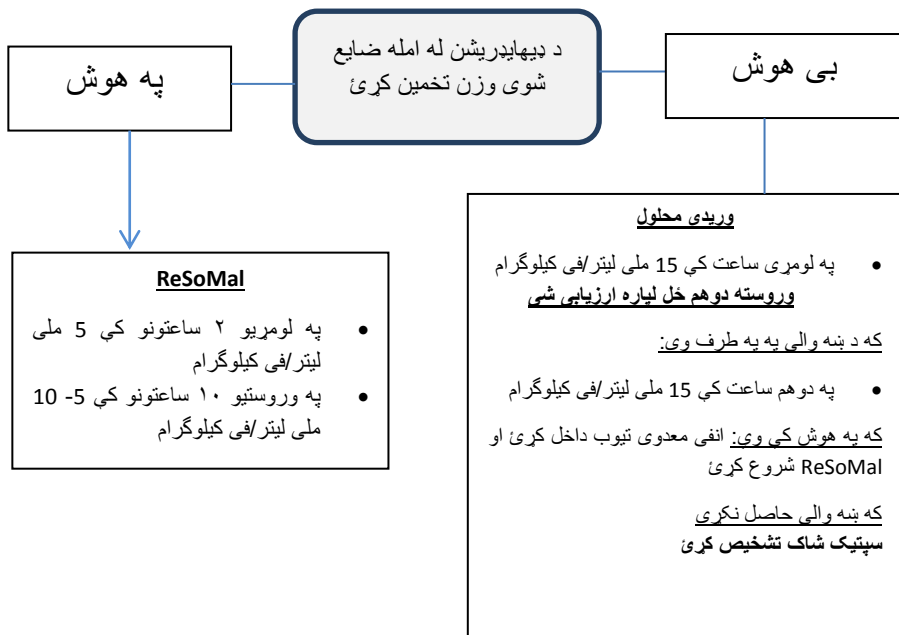
د مایعاتو پوره کولو لپاره وریدی محلولونه

1. د رینگر لکتات محلول د ۵٪ ډیکستروز سره

2. 0.45% % سالین د ۵٪ ډیکستروز سره

دیهایدیریشن سره یو ځای په مرسومس اخته ماشومانو درملنه لاندی ۱۲ شکل د دیهایدیریشن د درملنی طریقہ په حادہ شدیدہ خوارځواکی اخته ماشوم کی څیری:

۱۲ شکل: د دیهایدیریشن د درملنی طریقہ په حادہ شدیدہ خوارځواکی اخته ماشوم کی



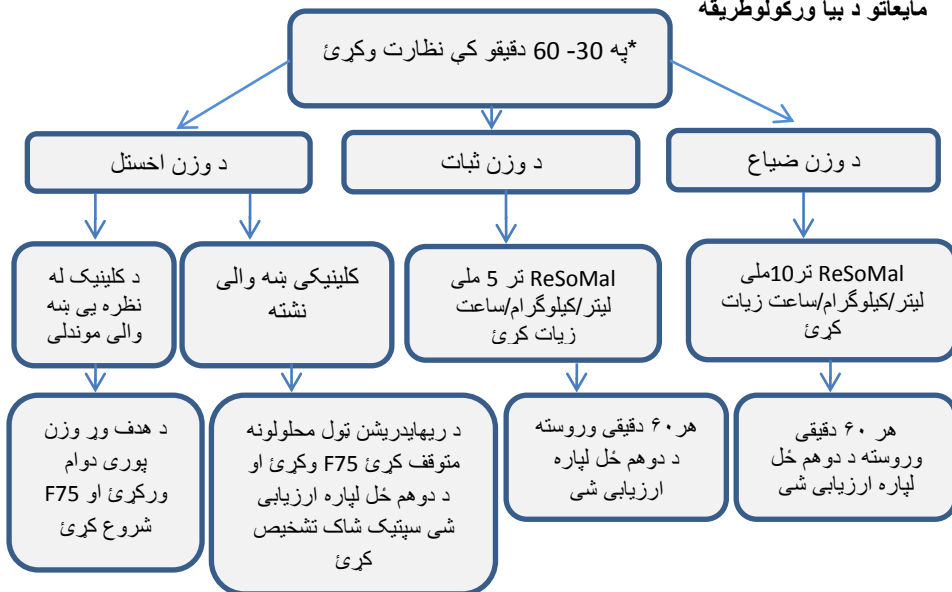
د ریهایدیریشن د درملنی د پرمختگ څخه نظارت

په شدیدہ حادہ خوارځواکی اخته ماشومانو کی د ریهایدیریشن لپاره درملنه د غیرنورمالی پتو فزیولوژی له امله نسبت ښه تغذی شوی ماشومانو ته تنگه ساحه لري. د زړه، گردو او قلبی وعاویو سیستمونو لږی شوی وظیفی د مایعاتو د اضافه کیدو له امله د غیر نورمال عکس العمل سبب گرځي. ماشوم په ډیره اسانی او په چټکه توگه د اضافه شوو مایعاتو له امله د زړه په عدم کفایي او مرگ اخته کیږي ځکه په قلبی وعاویو سیستم کی د مایعاتو زیاته اندازه په

نورماله توگه نه دفع کيږي. د زره په عدم کفایه کې د ادرار راوړونکو درملو په مقابل کې عکس العمل کیدای شي په شدیدې حاده خوارخواکي اخته ماشوم کې محدود وي. د مایعاتو د اضافه کیدلو او د زره د عدم کفایې وقایه کول نسبت د هغوی درملني ته اسانه او کامیابه دي.

لاندې ۱۳ شکل کې په شدیدې حاده خوارخواکي (wasted severely) اخته ناروغ کې مایعاتو د اضافه کیدو څخه د مخنیوي لپاره د مایعاتو د بیا ورکولو د درملني (rehydration therapy) د نظارت طریقې تشریح کوي. د ریهایدريشن د درملني څخه هدف د ماشوم د کلینیکي حالت بڼه والی دي. دا درملنه باید په نورماله توگه د ماشوم وزن د ۵ سلني څخه زیات نکړي.

۱۳ شکل: په شدیدې حاده خوارخواکي اخته ناروغ کې مایعاتو د اضافه کیدو څخه د مخنیوي لپاره د مایعاتو د بیا ورکولو طریقې



* د ریهایدريشن د درملني څخه هدف کلینیکي بڼه والی دی. د ریهایدريشن د درملني لپاره د وزن اعظمی حد باید د ۵٪ څخه زیات نشي

د یو مرسمیک ماشوم د ریهایدیریشن په لړ کې د کلینکي حالت څارنه ، هر ۳۰ –
۶۰ دقیقو کې ارزیايي کړئ

- ناروغ وزن کړئ (او د هدف وړ وزن یې محاسبه کړئ؟)
- د زړه ټکان، د حرارت درجه ، د تنفس تعداد
- د زړه اوازونه (د مایعاتو زیاتوالی کیدای شي د گالوپ د اواز لامل شي). gallop [rhythm]
- د عسرت تنفس نښې وگورئ (د سینې ښکتنی برخې ننوتل، د پوزې د سوری ښوریدل)
- نس ناسته او کانګې یې وگورئ (اندازه یې تخمین کړئ او هغې ته د وزن د ضایع کیدو سره اړیکه ورکړئ)
- د ځیگر د پښتو سرحد دوهم ځل لپاره ارزیايي کړئ
- وداجی jugular رگ پراخوالی موجودیت او عدم موجودیت دوهم ځل لپاره ارزیايي کړئ

د ریهایدیریشن د درملني په لړ کې د مور په شیدو تغذیه باید قطع نشي ، ماشوم باید د غوښتنې مطابق د مور په شیدو تغذیه شي. کامیاب ریهایدیریشن د ماشوم د شعوری حالت په شمول په کلینکي حالت کې ښه والی رامنځته کوي. د زړه ضربان کی لږوالی راځی او د وینې فشار کی ښه والی رامنځته کیږی.

یادداشت: د ریهایدیریشن درملنه باید په لاندی حالتونو کې متوقف شي:

- د ریهایدیریشن د هدف وړ وزن لاسته راغلی دی (F75 شروع کړي)
- اذیما پېښه شویده (F75 شروع کړي)
- د وداجی jugular رگ پراخوالی وکتل شي
- په وداجی jugular رگ کې په گیډه د فشار له امله پراخوالی راځی
- د ځیگر د پښتو په سرحد کې د ۱ سانتی متر یا ډیر زیاتوالی رامنځته شویدی
- د جس پواسطه د ځیگر درد
- د تنفس په تعداد کې د ۵ یا زیاتو په اندازه د تنفس زیاتوالی
- په یوه دقیقه کې د زړه په حرکتونو کې د ۲۵ یا زیاته اندازه ډیروالی
- د grunting زفیری اواز تولیدیدل

- په اصغا کې د تنفسی rales یا کرپیتیشن اوزونو تولیدیدل
- د زړه په اوزونو یا عضدی نبض کې د درې گونو اوزونو پیدا کیدل

په مرسمیک ناروغ کې د هایپوولیمیک شاک تشخیص

د هایپوولیمیک شاک په هغه حالت کې تشخیصیږي چې ماشوم:

بی حاله یا بی هوشه وی
او
یخ لاسونه ولري

جمع یا:

د دوهم ځل لپاره د شعریه capillary رگونه ورو پک شي (د ۳ ثانویو څخه په اوږد وخت کې

یا

ضعیف یا چټک نبض

(د ۲ څخه تر ۱۲ میاشتنيو ماشومانو کې ۱/۶۰ په یوه دقیقه کې یا ددې څخه ډیر،
د ۱ څخه تر ۵ کلنو ماشومانو کې ۱/۴۰ په یوه دقیقه کې یا ددې څخه ډیر)

یادداشت: په شدید حاده خوارځواکۍ اخته ماشومانو کې د هایپو والیمیک شاک او سپټیک شاک ترمنځ تفریقي تشخیص ډیر مشکل دي. که نوري ناروغی لکه ویروسی انتان، ملاریا یا نور شدید حالتونه موجود وي نو ممکن په سپټیک شاک گومان وشي. سپټیک شاک اکثره په هغو خلکو کې لیدل کیږي چې معافیتی سیستم یې ښکته وی یا د روغتون انتانی حالات ولري. د متعددو غړو د عدم کفایي له امله ممکن مړینه د ۵۰٪ څخه پورته لاره شي.

په مرسمیک ناروغانو کې د هایپووالیمیک شاک درملنه

یو وریدی محلول لکه په مخکنی فصل کې چې یاد شو وکاروی. کله چې د داخل وریدي محلولونو څخه کار اخلئ د مایعاتو اضافه بار کیدل ممکن په چټکۍ سره واقع شي او ماشوم باید ددې مایعاتو د اضافه بار کیدلو لپاره په دقت سره نظارت شي.

- په لومړي ساعت کې ۱۵ ملی لیتره/کیلوگرام/په یو ساعت کې توصیه کړی ، بیا یې د دوهم ځل لپاره ارزيايي کړی
- د مايعاتو ورکولو ته تر هغه وخت پورې ادامه ورکړی چې د بدن وزن اخستل تر ۳٪ پوری ورسیري
- د وزن زیاتوالی باید د کلنيکی نینو د ښه والی سره رابطه ورکړل شي.
- که کلنيکی ښه والی موجود نه وي، نو په هغې حالت کې ریهایدريشن ودری او سپتیک شاک او یا بل کوم لامل ولتوی
- هر څومره زر چې د ماشوم شعوري حالت ښه شو، وریدی درملنه به فمی ریهایدريشن درملني تبديله کړی
- ReSoMal ۱۰ ملی لیتره/کیلوگرام/په یو ساعت کې د مخکنی برخي مطابق د خولې یا د انفي معدوی تیوب دلاری ورکړی

په انیما اخته ناروغ کې د ریهایدريشن تشخیص

په دوه طرفه انیما اخته ناروغان د مايعاتو د اضافه بار کېدلو له امله وي او د بدن ټولې اوبه او د سوډیمو اندازه لوړه وی. له همدی امله انیمایي ناروغان نه بیهاییری کیری، سره لدی چې هغوی اکثره هایپووالیمیک وي. هایپووالیمیا (د دورانی وینی د اندازه نسبی کموالی) د وینی درگونو د پراخوالی له امله چې د زړه د output د لږوالی سره یوځای منځته راځی. په انیما اخته د یوماشوم درملنه د سپتیک شاک د درملني په څیر وي (لاندی ولیدل شي). که په انیما اخته یو ماشوم اولنه نس ناسته ولري او ماشوم د کلینیک له نظره بتر شي نو په هغې حالت کې د هر اولن تغوط په مقابل کې ۳۰ ملی لیتره ریزومل ReSoMal په ورکولو سره معاوضه کولای شي .

په خوارځواکی اخته ټولو ناروغانو کې د سپتیک شاک درملنه

سپتیک شاک یو جدی طبی حالت دي. دا د نسجونو د نفوذیه قابلیت او د اکسیجن د انتقال د کموالی له امله چې د انتان او سپسس له وی منځته راځي. دا کیدای شي د متعددو غړو د عدم کفایی او مړیني لامل شي . ماشومان، د ټیپت معافیت لرونکی خلک او د ډیر عمر لرونکی خلک د خطر په لوړه کچه کې واقع دی ځکه د هغوی معافیتی سیستم لکه د روغو کاهلانو په څیر د انتان مقابله وکړي. د سپتیک شاک له امله د مړیني کچه کیدای شي ډیره لوړه وی او ۵۰٪ ته

ورسیري.

سپټیک شاک د ډیهایډریشن د ځینو حقیقي نښو او همدارنگه د کارډیوجینیک شاک په څیر تظاهر کوی. تقریقي تشخیص یې معمولاً ډیر سخت وي.

هغه ماشومان چې ډیر ناروغه ښکاری کیدای شی سپټیک شاک، کارډیوجینیک شاک، د ځیگر عدم کفایه، د یونانی درملو تسمم، ملاریا ویروسی حاد انتان یا نور شدیدې پېښې ولري. ټول ډیر ناروغه ماشومان باید سمدستي سپټیک شاک باندې تشخیص نه شي، د ستونزې حقیقي لامل باید ولټول شي.

که د بستر څخه وروسته سپټیک شاک پېښیږي نو په هغې حالت کې درملنه باید په دقیقه توګه وکتل شي چې درملنه د کلینیکي حالت د خرابوالی لامل ګرځیدلی نه وي. ځینې درمل فوری درملني لپاره نه وي نو باید متوقف شي.

د سپټیک شاک تشخیص

د سپټیک شاک هغه وخت تشخیصیږي چې ناروغ:

- د زړه ډیر ټکان (tachycardia) موجود وي چې د کعبری (radial) نبض د ضعیفوالی یا نشتوالی سره یوځا وي
- یخ لاسونه او خپي ولری (د شعریه رګونو د ټکیدو وخت د ۳ ثانیو څخه زیات وخت ونیسي)
- شعوری حالت کې کموالی راغلی وي
- د عدم کفایې نښې موجودې نه وي
- د انتان ممکنه نښې موجودې وي. (په خوارځواکي اخته ماشومان ممکن د خپل پوښښ لاندې ونیسي)

یادداشت: د هایپوولیمیک شاک او سپټیک شاک تقریقي تشخیص اکثرآ په SAM اخته ماشومانو کې ډیر ستونزمن وي. که نور اړوندې ناروغی لکه ویروسی انتان، ملاریا یا نور شدیدې پېښې موجودې وي نو په هغې حالت کې باید د سپټیک شاک په خوا فکر وشي. معمولاً سپټیک شاک په هغو خلکو کې لیدل کیږي چې معافیتي سیستم یې ضعیفه وي یا د روغتون کسبې انتان ولري. د متعددو غړو د عدم کفایې له امله مړینه کیدای شي د ۵۰٪ څخه هم زیاته شي.

د سپټیک شاک درملنه

هغه ناروغانو ته چې د سپټیک شاک په حیث تشخیصیږي باید په لاندې توګه فوری کړنې ورته سرته ورسېږي:

- د مخ د ماسک یا پوزي د کنولا د لاری اکسیجن ورکړل شي
- پراخه تاثیر لرونکی لومړی خط انټی بیوټیک ورکړل شي
- هوش لرونکو ماشومانو ته باید د خولی یا انفی- معدوی ټیوب د لاری F75 شروع شي
- په بی هوشه ناروغانو کې هایپوګلاسیمیما تدوای/وقایه کړئ
- هایپوترمیما تدوای/وقایه کړئ
- د ناروغ ناراحتی کمتریني اندازي ته ورسوئ چې د هغې څخه بیرني پاملرنه سرته ورسېږي

د ریهادریشن وریدی محلولونه

1. د رینګر لکتات محلول د 5% دیکستروز سره
2. 0.45% سالین د 5% دیکستروز سره

که شعوری حالت کې کموالی راغلی و چې لامل یې د دماغ د نسج ضعیفه نفوذیه قابلیت دی :

- لږ ترلږه ۳ ساعتونو په موده کې په هر کیلوګرام وزن د بدن ۱۰ ملی لیتره د ویني ورکول یا
- د ۱۰ ملی لیتره/فی کیلوګرام/فی ساعت په اندازه د ریهادریشن وریدی محلول

یادداشت: کله چې سپټیک شاک تشخیص شو، د وریدی مایعاتو تطبیق باید په بشپړ احتیاط سره سرته ورسېږي چې د مایعاتو د اضافه بار کیدلو لامل نشي. هرو ۱۰ دقیقو وروسته باید ناروغ د د کلینیکي نښو د بدلونونو لپاره وکتل شي. د ویني ورکولو په جریان کې باید د خولی د لاری تغذی ودرول شي. کله چې ماشوم د دوهم ځل لپاره په هوش راغي او د ویني ورکولو ته

ارتيا يې نوره نه لرله نو ماشوم ته F75 شروع کولای شي. هرڅومره زر چې کلينيکي نښو کې ښه والی راځی نو ټولو وريدي مایعاتو ورکولو ته باید توقف ورکړل شي.

د زړه د عدم کفایې تشخیص او درملنه

په SAM ماشومانو کې د زړه عدم کفایه ممکن د بېلابېلو لاملونو له کبله پيدا شي:

- ریزومل د پالونکی یا روغتیایي کارکونکی لخوا په ناسمه توګه ورکول کېږي.
- ډیهایډریشن په ناسمه توګه تشخیص شوی او یا په نامناسبه توګه يې درملنه شویده.
- په هوش لرونکو ماشومانو کې د وريدي مایعاتو څخه غیر ضروری استفاده کول
- شديده کمخونی
- دوهم ځل د وینې ورکول
- د تنفسی لاری د انتان دوهم ځل درملنه
- دوهم ځل سپټیک شاک
- د ثبات / انتقالی مرحلې په لړ کې د مایعاتو او الیکترولایتونو سمدستی معاوضه کول

د زړه د عدم کفایې اعراض

په SAM باندې اخته ماشومانو کې هغه وخت د زړه عدم کفایه تشخیصیږي چې ناروغ یو یا ډیر لاندی اعراض ولري:

- سریع تنفس (tachypnea)
 - د ۱۲ میاشتو څخه کم عمر لرونکو شیده خورونکو ماشومانو کې په یوه دقیقه کې د ۵۰ تنفسونو څخه ډیر .
 - د ۱۲ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو کې په یوه دقیقه کې د ۴۰ تنفسونو څخه ډیر .
- هرکله چې تنفس چټک او د وزن د بایلل ورسره یوځای وی ، د سینه بغل تشخیص پری کېږدی .

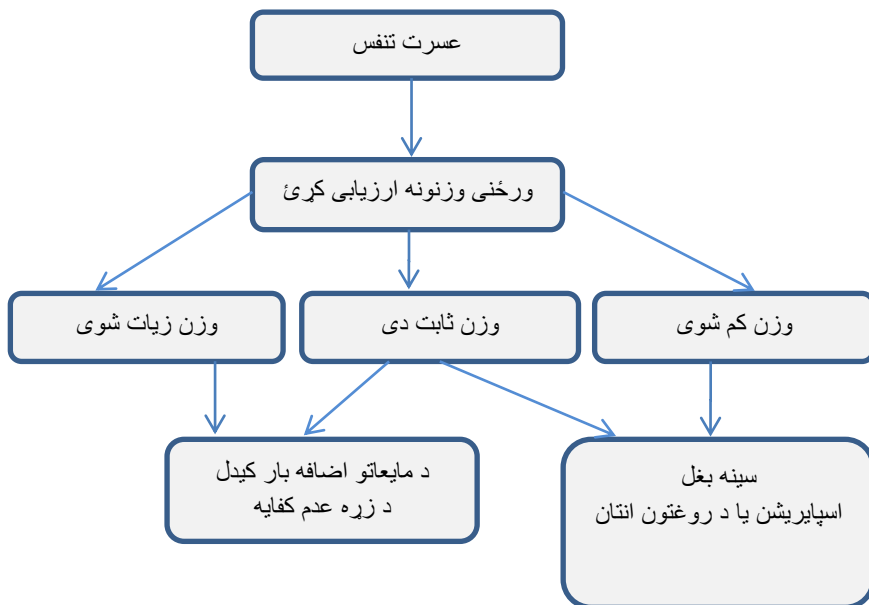
- د ریهایدريشن د درملني يا د وينې و ورکولو په وخت کې د تنفس تعداد په يو دقيقه کې د ۵ څخه زيات وی
- د تنفسي grunting اوازونو موجوديت
- وزن اخستل د کلينيکي حالت د خرابوالي سره
- د جس پواسطه د ځيگر درد کول
- د ځيگر د پښتورگو په سرحد کې زياتوالي
- Rales يا کرپپيشن
- پراخه وداجی رگونه (د ځيگر د جس کولو په وخت کې ډير د ليدو وړ وی)
- فوری مرگ

دا بدلونونه د ریهایدريشن او د وينې د نقلولو په وخت کې منځ ته راځي همدارنگه د رغيدو په وخت کې د مايعاتو او اليکترولايټونو د معاوضه کولو په پايله کې هم رامنځته کيدای شي. کله چې خارج حجروي مايع د رگونو دننه حرکت کوی نو د هغې په پايله کې هغه کمخونی پيدا کيږی چې د وينې د رقيقوالي څخه منځته راځي. دا حالت د رغيدو په حالت کې نورمال بلل کيږی او د وينې د ورکولو پوسيله بايد تداوی نشي. په عامه توگه د وينې ورکول بايد هغه وخت سرته ورسيزی چې بستريدو څخه وروسته په ۲۴ ساعتونو کې شديد کمخونی تشخيص شي.

له همدی امله ضروری نده چې د مايعاتو دزررق کولو دلاري په وزن کې زياتوالي راشی او د زړه په عدم کفايې باندی مشکوک شو. په شديد حاده خوارخواکی اخته ناروغانو کې تل د داخل حجروي او داخل وعايوی مايعاتو تعادل مختل کيږی. د تغذيوی درملني په جريان کې ، په ځانگړي توگه ۱ مرحله او انتقالی مرحله کې ، که د حجروي غشا د ترانسپورت ميکانيزمونه د زړه او پښتورگو د وظيفو په تناسب په ډيرې چټکۍ سره ښه والی پيدا کړي ، د اليکترولايټونو دځای بدلون به د مايعاتو د بدلون سره يوځای د رگونو داخلی برخي ته د فزيالوژی له نظره مناسب عکس العمل ورنکړی. د سږو اذيماء، د زړه عدم کفايې او مرگ زر واقع کيږی. اکثراً ډيره ستونزمنه وي چې دا پروسه معکوسه کړل شي، يواځی هغه وخت چې په مقدمه توگه تشخيص صورت ومومی او په مناسبه توگه يې درملنه وشي.

يادداشت: مشکل کار به وی چې په شديد حاده خوارخواکی اخته ماشومانو کې د زړه د عدم کفايې او سينه بغل تر منځ توپير وشي. لاندی ۱۴ شکل د سينه بغل او دمايعاتو د اضافه بار کيدلو ترمنځ روښانه تفريقی تشخيص کوی.

۱۴ شکل: د سینه بغل او دمایعاتو د اضافه بار کیدلو ترمنځ د تفریقي تشخیص طریقه



د زړه د عدم کفایي درملنه

کله چې د زړه عدم کفایه تشخیص شوه:

- ټول مایعات متوقف کړئ (د خولی د مایعاتو او نقل الدم په شمول)
- د هایپوگلايسيميا د وقایي په خاطر په کمه اندازه 10% د بورې د اوبو شربت ورکړل شي.
- ۱ ملی ګرام/فی کیلوګرام فروز امید په یو دوز کې ورکړئ
- دایجوکسین په ۵ مایکروګرام/فی کیلوګرام اندازې سره په یو دوز سره په نظر کې ولرئ (د ماشومانو د دوز په اندازه دی تر کار واخلې نه د کاهلانو د اندازه په څیر)
- هغه درمل چې په خپل ترکیب کې سوډیم لرونکی مالګې لري کمه یا متوقف کړئ.

د زړه د عدم کفایي درملنه نسبت د کمخونی درملني ته د مخکې کیدو حق لري. هر کله چې د زړه د عدم کفایي نښې وموندل شي د وینې ورکول باید ودرول شي. د وینې ورکول باید یواځې هغه وخت سرته ورسېږي چې روغتیايي مرکزونو کې د معاوضی وینې ورکولو

(exchange transfusion) تجربه لرونکی کارکونکی موجود وي. معاوضوی وینه ورکول په هغه کمخونی کې چې د زړه د عدم کفایې سره یو ځای وی د ټولې وینې (whole blood) یا د سرو حجراتوډ ټولګې (packed red cells) په ځای نیولو سره به د نورمال ډول یوه قسمی برخه وی. د وینې هغه اندازه چې معاوضه شی باید د ماشومانو د ناروغو د مشاور لخوا د ماشوم د کلینکی حالت په نظر کې نیولو سره محاسبه شي.

د زړه د عدم کفایې درملنه اکثره په فروزمايد غير مؤثره وي. دایجوکسین په واحد دوز ورکول کېږی. لوړ دوزونه (loading doses) معمولاً د ټکی اریتمیاګانو (tachyarrhythmias) د کنترول لپاره استفاد کېږی. پدی توګه د دایجوکسین د واحد دوز ورکول د مثبت inotropic پواسطه د زړه د output د ښه والی څخه عبارت دی چې ATPase انزایم د مخنیوی د لارې د زړه په عضلې باندې اغیزه کوی همدارنګه دایجوکسین کولای شی د ناراپینفرین اندازه کمه کړي چې په پایله کې د ممکن د محیطي رګونو د پراخوالی په برخه کې کار وکړي او د ګردو د توبول د لارې د سودیم د دوهم ځل جذب د کموالی لامل او پدی توګه د ګردو په بعیده توبولونو کې د rennin افزاز راکموی.

د شدیدې کمخونی تشخیص او درملنه

په SAM اخته ماشومانو کې باید ابتدایې شدیدې کمخوني په روغتون کې د بستریډو په وخت کې تشخیص شي.

د شدیدې کمخونی تشخیص د شواهد پر بنسټ په لاندی توګه کېږي:

- د لاس د ورغوی شدید خسافت
- د هیموګلوبین اندازه د ۴ ګرام/فی دیسی لیتر (۴۰ ګرام/فی لیتر) څخه لږه وی یا د packed cell اندازه د ۱۲٪ څخه لږه وی.

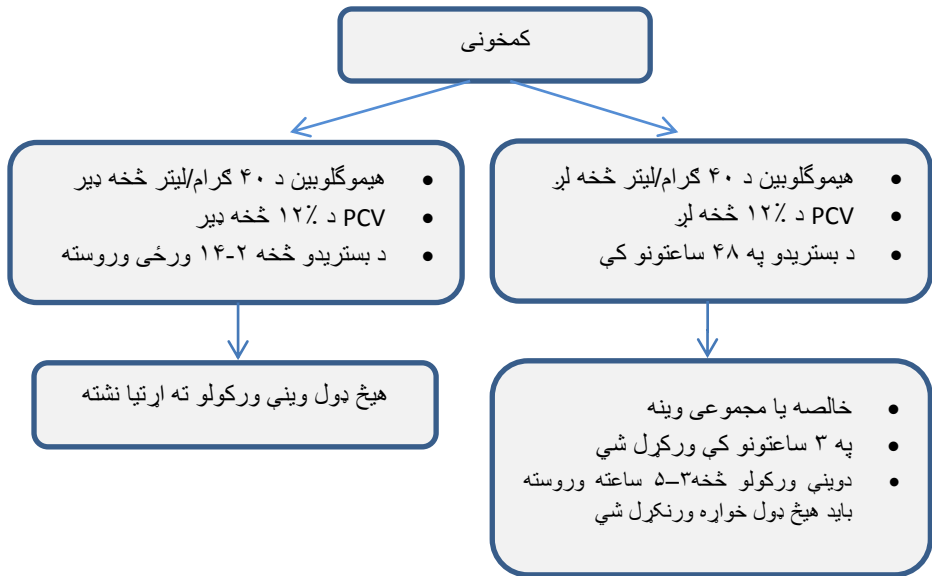
تمه کېږی چې په SAM اخته ماشومان د درملني په مقدمه مرحله کې په ځانګړي توګه د الیکترولایتونو او مایعاتو د تعادل د بدلونونو په پایله کې به د هیموګلوبین سقوط تجربه کړی. هغه کمخوني چې د وینې د نړیوالی څخه منځته راځی کیدای شي د ۱- ۱۴ ورځو څخه وروسته چې F75 پواسطه تغذیوی درملنه شروع شویده منځته راشي، چې هغه په ثانوی ډول پدی پروسه کې منځته راځي او د نقل الدم پواسطه باید تداوی نشي.

د شديدې كمخونې درملنه

د كمخونې اساسی درملنه د ټولې وينې يا د سرو كروياتو د مجموعې وينې د وركولو پواسطه سرته رسيزي:

- د ۱۰ ملی لیتره/فی کیلوگرام نقل الدم په ورو ډول د ۳ ساعتونو په جريان کي
- هيڅ ډول غذا او مايعات بايد د وينې وركولو پر مهال يا د هغې څخه وروسته په ۳ ساعتونو کي ورنکړل شي.
- په SAM اخته ماشومانو کي د كمخونې د درملني لپاره د اوسپني وركولو څخه ډډه وکړئ

۱۵ شکل: د شديدې كمخونې د درملني طريقه



د معدی د اوازونو ورکیدلو، معدی وسعت، د معدی د بادو او د گیدي د

پرسوب درملنه

په SAM اخته ماشومان اکثرأ د معایي بکتریاوو د رشد سره مخ کیږي. دا کار د معدوی حرکتو د ورکیدو، د معدی د دیوال د خرابیدو او ځیني حالتونو کې د کولمو د بندیدو چې د کولمو د حرکتونو (peristalsis) د نشتوالی سره یوځای وی لامل ګرځي. بکتریاګانې د کولمود دیوال څخه د تیریدو وړتیا لري چې پدې طریقه د سپسیس (sepsis) لامل ګرځي. دا یو بیړنی کلینیکي حالت دی چې ډیر خراب انزار لري. د ناروغ طبی او تغذیوی پاملرنې باید د دوهم ځل لپاره ارزیاږی شي.

لاندی کرنې باید سرته ورسیري:

- وریدی انتی بیوتیک لکه د سپتیک شاک لپاره
- ټول نور درمل چې په ځیکر باندی سمې تاثیرات لري (hepatotoxicity) باید متوقف شي.
- مګنیزیم سلفیت د عضلی د لارې ورکړی (د ۵۰٪ محلول څخه ۲ ملی لیتره) د ورځي دوه ځله د ناروغ د غایطه موادو د خارجیدو پورې
- انفی- معدوی تیوب داخل کړی او د معدې لواز په ۵٪ ډیکسټروز یا ۱۰٪ د اوبو او بورې په شربت سرته ورسوی.
- کله چې معدی ته ننوتی مواد پاک شو، ۵ ملی لیتره/ په فی کیلوګرام وزن د بدن ۱۰٪ د اوبو او بورې شربت داخل کړی او هغه د ۱ ساعت لپاره پریږدی
- د اوبو او بورې شربت د یو ساعت څخه وروسته خارج کړی. که خارج شوی اندازه د داخل شوی اندازې څخه لږه وی نو یاده شوی اندازه یعنی ۵ ملی لیتره/ په فی کیلوګرام وزن د بدن ۱۰٪ د اوبو او بورې شربت دوهم ځل لپاره تکرار کړی. aspirated مایعات مه تخریبوی.
- ماشوم ګرم وساتی
- د هایپوګلاسیمیا د درملني / وقایي لپاره د ورید د لارې ګلوکوز ورکړی
- د ۶ ساعتونو لپاره پرته د نورو درملو په دوامداره توګه د ښه والی لپاره څارنه وکړی

* د معدې لواز: ۵۰ ملی لیتره ۵٪ ډکسټروز / ۱۰٪ د اوبو او بورې شربت د انفی معدوی تیوب د لارې معدې ته داخل کړی او د معدې محتوی سمدستی وباسی. دا کار باید تر هغه دوام وکړي چې د معدی څخه ویستل شوی مواد پاک شي.

د ماشوم د کلنيکي حالت بڼه والي به په لاندې حالتونو وښودل شي:

- دگيډي د پړسوب کموالي
- د کولمو د حرکتونو/ د کولمو د اوازونو زياتوالي
- په عمومي حالت کې بڼه والي (لکه د شعور د حالت اندازه)

هرکله چې بڼه والي رامنځته شو:

- F75 شروع کړئ (د ماشوم د وزن پر اساس د نورمال اندازې نيمايي ورکړئ)
- د هرې تغذيي څخه مخکې د معدې محتوي وباسئ
- هرکله چې د معدې محتوي زياته وي، د F75 په اندازه کې هم کموالي راولئ
- هرکله چې د معدې د محتوي اندازه کمه وي، د F75 په اندازه کې په تدريجي توگه زياتوالي راولئ

که د ۶ ساعتونو تيريډو سره بڼه والي رامنځته نشو:

- د وريد د لارې د مايعاتو ورکول په نظر کې ونيسئ. (د يو محلول څخه استفاده وکړئ چې په شديد حاده خوارځواکي ماشوم لپاره مناسب وي.)
- د محلولونو انفوزن په اعظمي توگه ۴ ملي ليتر/في کيلوگرام/في ساعت ورکړئ (د بوريت (burette) يا پمپ څخه کار واخلي)
- که اسپاير شوي محتوي د معدې د داخلي شوي مايع نيمای څخه کمه شوي وي ، په هغې حالت کې وريدي انفوزن ته توقف ورکړئ او يواځې د خولي د لارې درملني ته ادامه ورکړئ

په SAM اخته د ۶ - ۵۹ عمر ماشومانو داخل بستر پاملرني

په SAM اخته د ۶ - ۵۹ عمر ماشومانو د داخل بستر پاملرني دوه لاري لري:

1. داخل بستر درملنه د بشپړې روغتيا پورې (په هغو ځايونو كې چې د خارج بستر ناروغانو لپاره هيڅ ډول اسانتياوې موجودې نه وي)
2. د داخل بستر ناروغانو په وارد كې ثبات وركول او بيا يې د خارج بستر ناروغانو د پاملرني برخې ته وليږي (په هغو ځايونو كې چې د خارج بستر ناروغانو اسانتياوې موجودې وي).

هغه پروتوكولونه چې پدې فصل كې تشرېح شويدي دواړه طريقي يې څيرلي دي.

د ناروغ پاملرنه د دوه مهمو هدفونو لپاره سرته رسيري: ثبات وركول او احياء مجدد. د داخل بستر پاملرني له نظره دا پروسه په ۳ بيلابيلو مرحلو كې څيرل شوي چې تغذيوي احياء مجدد رامنځته كوي:

- **۱ مرحله:** دا لومړۍ مرحله ده چې پوسيله يې بېرني درملنه سرته رسيري او دقيقه طېبې او تغذيوي درملنه پكې صورت مومي چې د ماشوم غيرنورماله پټالوژي ثبات پيدا كړي. دا مرحله معمولاً د ۲ - ۷ ورځو پورې دوام كوي.
- **انتقالي مرحله:** د ماشوم د لومړني حالت د ثبات څخه وروسته د ماشوم غذايي رژيم كې انرژي او پروټين ته زياتوالي وركول كيږي چې طبي درملنه ادامه پيدا كوي. دا مرحله معمولاً د ۲ - ۳ ورځو پورې ادامه پيدا كوي. پدې مرحله كې پريكړه كيږي چې ايا په داخل بستر وارد كې درملني ته ادامه وركړل شي او يا دا چې ماشوم خارج بستر وارد ته وليږل شي.
- **۲ مرحله:** كله چې د ماشوم حالت په پوره توگه ښه والي پيدا كړي، د ماشوم غذايي رژيم كې انرژي او پروټين ته زياتوالي وركول كيږي چې وزن اخستنه چټكه شي. دا مرحله نظر د ماشوم عمر او دا چې تغذيوي خدمتونه چيرته سرته ورسيري كولاى شي د ۲ - ۶ اونيو پورې ادامه پيدا كړي.

يو ماشوم چې په بشپړه توگه په داخل بستر وارد كې تداوي كيږي د هغې د پاتې كيدو متوقع عمر به په تقريبي توگه د ۲۱ - ۲۸ ورځو پورې ونيسي چې د ماشوم حالت پورې اړه لري. د خارج بستر ناروغانو په پاملرنه كې د چټك وزن اخستني كچه اكثره سسته وي او كيداي شي بشپړه رغيدنه تقريباً په ۶ اونيو كې صورت ومومي

د پاملرنې لاندې د روغتون د ماشومانو درملنه چې د روغتون د انتان په خطر کې واقع دی دمرینې د لور خطر سره مخ دی او کیدای شي د ټولو کورنیو لپاره زړه ماتونکی وی. سره ددی چې د ټولني په کچه احیاء مجدد په سستي مخی ته لاره شي اما بیا هم نوموړی خدمت په هغو ځایونو کې بهتر بلل کیږی چې خارج بستر ناروغان لری. هر څومره زر چې امکان ولری ماشوم باید د احیاء مجدد په مرحله کې داخل بستر وارد څخه خارج بستر ځانګي ته ولیږل شي.

که خارج بستر خدمتونه د روغتون ته نزدی موجود نه وی دا باید تشکیل شي او بهتره داده چې دا خدمتونه د خارج بستر ځانګي دلاري سرته ورسیري. د احیاء مجدد د مرحلې په لړ کې د ناروغانو د وختي لیرلو وړتیا ددی زمینه برابروی چې په بستر باندی د ناروغانو بیروبار اوفشار کم شي او کارکونکی د ماشومانو پاملرنې ته خپله توجه زیاته کړي چې په عاجل خدمتونو ته ډیره اړتیا لري. د بستریدو څخه مخکی د ماشومانو ترتیبول چې په ۲ فصل کې یاد شوی دی باید سرته ورسیري.

په SAM د اخته ۶ – ۵۹ عمر ماشومانو د پاملرنو لومړنی ګامونه باید اصولاً د SAM په تشخیص او د درملني په شروع کېدو متمرکز وی. لکه څنګه چې په مخکنیو فصلونو کې په خلاصه شویدی چې هر ډول اختلاط لرونکو بیړنیو خدمتونو ته باید لومړیتوب ورکړل شي. د داخل بستر ناروغانو په وارد کې د شاملیدو د وخت موده تر لومړنی طبی او تغذیوی خدمت تر لاسه کولو پوری باید د ۳۰ دقیقو څخه زیاته نشي.

- عاجلي پېښي ترتیب کړی او عاجلي مرستي پیل کړي
- د لومړي خط انټی بیوتیک ورکړئ
- د F75 پواسطه تغذیه شروع کړئ

هرکله چې د ډاکتر لخوا د معاینې په برخه کې وروسته والی راځی ، په هغې حالت کې ماشوم ته د ۳۰ دقیقولپاره د ۱۰٪ اوبو او بورې شربت په لږه اندازه (تر ۵۰ ملی لیټرو پورې) د هایپوګلاسیمیا د وقایې لپاره ورکړئ.

په SAM اخته د ۶ – ۵۹ عمر دداخل بستر ماشومانو ارزیايي

د شاملیدو پر مهال:

- < MUAC یې اندازه کړئ
- < ماشوم برېښ وزن کړئ (یواځې نازکه لباس د حفاظت لپاره اغوستلای شي)
- < د ماشوم قد/طول اندازه کړئ(که د وزن پر قد څخه کار اخلی)

- ◀ وزن پر قد يې د روغتيا د نړيوالې ادارې د ۲۰۰۶ کال د ودي د چارټ څخه په استفادې سره په Z scores محاسبه کړئ
- ◀ د ماشوم د حرارت درجه ، نيض او تنفس تعداد چک کړئ
- ◀ خپلې ليدنې د ناروغ په چارټ کې وليکئ
- ◀ F75 د وزن مطابق توصيه کړئ (لاندې ۲۹ جدول وگورئ)
- ◀ F75 د بستريدو په ۳۰ دقيقو کې ورکړئ (يا د ۱۰٪ اوبو او بورې شربت څخه د هايپوگلايسيميا د وقايې لپاره د راتلونکې تغذي څخه وروسته ورکړئ)
- ◀ توصيه شوی درمل تطبيق کړئ

* طبي او تغذیوی درملنه چې د داکتر لخوا توصيه کيږي د وزن مطابق وی چې ډيره دقیقه وی. ماشومان بايد بر بند وزن شي. دا کار د پردې ساتلو سره د وزن کولو په وخت کې سرته رسيري. په هغه خايونو کې چې د پردې امکان نه وی نو نازکه زيرپوشی يې پر بدن پاتی کيدای شی. بی دفته وزن د ناسمي درملني لامل گرځي او ماشومانو ته ډيري جدي او ستونزمنې پایلې رامنځته کوی. د ۶ - ۵۹ عمر ماشومانو د ترازو دقت بايد ۱۰۰ گرامو ته ډير نزدي وي.

مور ته مشوره ورکړئ چې:

- ◀ ناروغ مو شديده خوارخواځواکي لري او د رغيدو لپاره ځانگړو معالحوي درملو او شيديو ته اړتيا لري (خپل ځانونه مو متيقن کړئ چې د معالجوی شيديو او تجارتي موجوده غذايي موادو ترمنځ توپير وکړي، مهمه ده چې د هغو پيغامونو څخه کار واخستل شی چې د پوډری شيديو څخه چې د رخصتيدو څخه وروسته يې خپريدونکي اعلانونه کيږي ډډه وکړي)
- ◀ مور بايد د ماشوم د غوښتنې مطابق د خپلو تيونو شيديو ورکولو ته دوام ورکړي. دا ډيره مهمه ده چې مور خپل ماشوم د هر ځل معالجوی تغذي څخه **مخکې** په خپلو شيديو تغذيه کړي.
- ◀ که مور خپلې شيدي نه ورکوي، نو پدی حالت کې هغې سره سپارښتنه وکړئ او د بستر په لړ کې د دوهم ځل د تيونو د شيديو د تغذي د شروع کولو په اړه ورسره مشورې وکړئ. د تجارتي غذايي موادو په نسبت د مور په شيديو تغذيه ډير فوقيت لري او حتی په معالجوی شيديو هم چې په روغتون کې ورکول کيږي هم زيات ارزښت لري. که ماشوم په شيرچوشک تغذيه کيدلو ، هغې ته سمدهستی توقف ورکړئ . شيرچوشکونه بايد راټول شی او له منځه ويورل شي.

◀ که د شدیدو ناروغیو له امله مضاد استطبیب وجود ونه لری ، نو پدې حالت کې باید مور خپل ماشوم سره په مټکرره توگه په تماس کې وی چې هغې سره خبرې او لوبې وکړي. شديده خوارخواکي ماشوم اغیزمن کوی او د ماشوم د ذهني روغتیا لپاره د لوبو کول ضروری وی.

د مور څخه پاملرنه

د داخل بستر خدمتونو لپاره د ۶ میاشتو څخه کم عمره ماشومانو بسترون د میندو لپاره تل د تشویش یو وخت وی مگر سربیره پر دی دا یو ښه فرصت هم دی چې ډاډمن شو چې مور د خپل شیده خوړونکي ماشوم د مناسبې تغذیې په اړه مشورې اخلي.

د مور څخه پاملرنه باید د لاندې موضوع گانو لرونکی وی:

- مور ته د معالجوی شیدو او د هغې پواسطه پر وخت د داخل بستر ناروغانو د ځانگي د مهال ویش مطابق د تغذیه کولو د اهمیت په اړه معلومات ورکړئ.
- ټول ورځني کارونه لکه د غذا د خوړولو وختونه، د لباس د وینځلو او د حفظ الصحی اړتیاو ته توجه کول باید د بستریدو څخه وروسته هرڅومره زر چې کیږی د بحث لاندی ونيول شي.
- مور ته د میندو د تغذیې او د خپلي پاملرنې په اړه مشوره ورکړئ
- کارکونکی باید د بستریدو پر مهال ، د ماشومانو شیرچوشکونه راټول کړي او له منځه یې یوسی. د SAM د داخل بستر ځانگه کې د هغی استعمالول ممنوع دي.
- که مور د خپل خان سره تجارتي پوډری شیدې راوړی وی ، هغه کولای شی د خپل خان د ښه والی لپاره د هغې څخه کار اخلي، مگر د هغې څخه باید هیڅکله د داخل بستر وخت په موده کې د خپل ماشوم د تغذیې لپاره کار وانخلي.
- که مور د ۶ میاشتني څخه وروسته په خپلو شیدو تغذیه کولو ته ادامه ورکوی ، هغه باید د بسترد وخت په موده کې د متعددو مایکرونیوترینتونو تابلیت اخلي.

۱ مرحله

هغه خدمتونه چې پدې فصل کې یې سپارښتنه کیږي باید د ځینو تعدیلاتو سره چې د ژوند تهدیدونکو اختلاطاتو په برخه کې ورته اړتیا وی باید یوځای سرته ورسیري.

به لومړۍ مرحله کې تغذیوی پاملرنې

د ۶- ۵۹ عمر لرونکو ماشومانو لپاره چې په لومړۍ مرحلې کې کوم غذايي رژيم کارول کيږي د F75 معالجوی شيدو څخه عبارت دی. دا يو ترکیب دی چې لږه اندازه پروتین (ډیر پروتین پدی مرکه کې د مړينو خطر لوروي) او د ماکرو او مایکرونیوترینتونو مناسب تعادل سره مواد لري چې د ماشوم د ثابت جوړولو لپاره دي. د مایکرونیوترینتونو کمښت اصلاح کيږي او د ماشوم غیرنورماله پتو فزیولوژی بیرته رغیږي.

F75 چې د یونیسف لخوا اکمالیږي مخکې د مخکې څخه دارتیا مطابق د ثبات لپاره مایکرونیوترینتونه لری. د مایکرونیوترینتونو اضافي بشپړونکو ته اړتیا نشته. ټول تجارتي پودری شیدي یو ډول نه وی او باید د تغذی دیپارتمنت د تایید څخه پرته استعمال نه شي. کچیرته مور د خان سره پودری شیدي روغتون ته راوړی وی نو هغې ته باید په جدی توګه سپارښتنه وشي چې هغه خپل ماشوم ته ورنګری.

کچیرته په کور کې جوړ شوی F75 څخه استفاده کيږي نو په هغې حالت کې باید یو د ورکړل شوو طرز العملونو مطابق استفاده وشي چې په ۳۱ ضمیمه کې ذکر شويدي. ضروری ده چې د منزالونو او ویټامینونو مخلوط (CMV) په هغې کې واچول شي چې د احیاء مجدد په خاطر اساسی مایکرونیوترینت پکی تامین شي.

F75 د ماشوم د وزن مطابق باید ورکړل شي (۲۹ جدول). د اړتیا وړ شیدو لاسي محاسي باید په دقت د جدولو سره چک کړل شي.

F75 په ۱۰۰ ملی لیټرو کې ۷۵ کیلو کالوری انرژي لري. په لومړۍ مرحله کې د ماشوم اړتیا ۱۰۰ کیلوکالوری/ کیلوګرام وزن/په ورځ کې وی. پدی معنی چې ۱۳۰ ملی لیټره F75 /فی کیلوګرام/په ورځ کې اړتیا لري. شیده باید په ویشل شوی توګه چې بهتره یې هرو ۲-۳ ساعتونو کې د ماشوم د حالت مطابق ورکړل شي (په ورځ کې ۸-۱۲ ځله).

یادداشت: تمه نه کيږي چې یو ماشوم دی په ۱ مرحله کې د F75 په ورکول سره وزن واخلي

که د ځینو لاملونو پر اساس د تغذی دفعات مراعت نشي (مثلاً د پرسونل د کموالی له امله د شپې لخوا ورنکړل شي) ، نو په هغې حالت کې باید د شیدو اندازه د ورځی د حقیقی شیدو ورکولو پر بنسټ دوهم ځل لپاره محاسبه شي. (یا دی جدول ته مراجعه وشي). په ورځ کې د تغذی دفعاتو تعداد په ۱ مرحله کې باید د ۶ ځلو څخه کمه نشي. که د ورځی په جریان کې د F75 د ټول مقدار سمه اندازه ورکړل شي د هایپوګلايسیمیا خطر د شپې لخوا چې په هغې

وخت کې د تغذی وړکول ممکن نه وی کمترین حد ته راځی. پداسی حالتونو کې مور ته باید سپارښتنه وشی چې ماشوم ته په خپلو شیدو تغذیه کولو ته ادامه ورکړي.

د F75 تیارول

د F75 شیدو مخلوط کوچنی پاکټ (102.5 ګرام) په ۵۰۰ ملی لیتره اوبو کې تیارېږي. لومړي باید اوبو ته جوش ورکړل شی او بیا یخې شی بهتره ده چې فلتر هم شی. بیا معالجوی شیده ۳۰ دقیقو جوش شوو اوبو کې تیارې کړي.

کله چې F75 د لاس رسی وړ نه وی ، نو په هغې حالت کې F100 رقیق کړی چې د F75 **موقتی** بدیل لاس ته راشي. دا یو عاجل اقدام دی او د F75 لپاره د یو معیاری بدیل په حیث د منلو وړ ندي.

رقیق شوی F100

د F100 یو کوچنی پاکټ د معمول مطابق ۵۰۰ ملی لیټرو اوبو پرځای په ۶۷۰ ملی لیټره اوبو کې ګډ کړی.

که د هغې لږې اندازې ته اړتیا وي او F100 د مخکې څخه د ۲ مرحلي لپاره تیار شوی وي، په هغې حالت کې د F100 شیدو ۱۰۰ ملی لیټره به اندازه اخستل کړی او په هغې کې ۳۵ ملی لیټره اوبه اضافه کړی. پدې کار سره د رقیق شوو F100 شیدو ۱۳۵ ملی لیټره لاس ته راځي چې د هغې څخه د F75 موقتی بدیل په حیث کار اخستلای شو.

د شیدو اندازه چې په لومړئ مرحله کې ورکول کېږي

F75 ددې لپاره ورکول کړی چې ۱۰۰ کیلوکالوري/فی کیلوګرام/ ورځ کې انرژي ورکړي ، تغذی باید په ویشل شوی دفعاتو سره سرته ورسېږي. په معقوله توګه په ورځ کې ۸ ځله باید تغذیه ورکړل شي. په هغو ځایونو کې چې د پرسونل کمبود موجود وی، په ځانګړی توګه د شپې لخوا ، نو په هغې حالت کې باید په ورځ کې ۵ - ۶ ځلي تغذیه سرته ورسېږی . په ورځ کې د تغذی د دفعاتو کمول یو معقول کار ندي، ځکه ناروغ ماشومان اکثره د شیدو زیاته برخه نشی اخستلای. کله چې د تغذی دفعات کم شی باید د هرې تغذی حجم زیات شی چې د ماشوم پواسطه کافی اندازه خواره و اخستل شي. کله چې ماشوم ددی وړتیا ولری چې تعین شوی اندازه

شیدې د ورځې تر پایه یعنی د شپې رارسیدو څخه مخکې واخلی ، پداسی حالت کې د هایپوگلاسیمیا خطر د شپې لخوا کمیدای شي.

لاندی ۲۹ جدول کې د هرې ورځې لپاره توصیه شوی د شیدو اندازه د وزن مطابق د تغذی د دفعاتو پر بنسټ تشریح شوی.

۲۹ جدول: په ۱ مرحله کې د F75 شیدو اندازه چې د ۶-۵۹ میاشتو ماشوم ته ورکړل شی

| د ماشوم وزن (په کیلوگرام) | په هر ه تغذیه کې د شیدو اندازه په ورځ کې ۸ ځله | په هر ه تغذیه کې د شیدو اندازه په ورځ کې ۶ ځله |
|---------------------------|---|---|
| 2.0 – 2.1 | 40ml | 50ml |
| 2.2 – 2.4 | 45ml | 60ml |
| 2.5 – 2.7 | 50ml | 65ml |
| 2.8 – 2.9 | 55ml | 70ml |
| 3.0 – 3.4 | 60ml | 75ml |
| 3.5 – 3.9 | 65ml | 80ml |
| 4.0 – 4.4 | 70ml | 85ml |
| 4.5 – 4.9 | 80ml | 95ml |
| 5.0 – 5.4 | 90ml | 110ml |
| 5.5 – 5.9 | 100ml | 120ml |
| 6.0 – 6.9 | 110ml | 140ml |
| 7.0 -7.9 | 125ml | 160ml |
| 8.0 – 8.9 | 140ml | 180ml |
| 9.0 – 9.9 | 155ml | 190ml |
| 10.0 – 10.9 | 170ml | 200ml |
| 11.0 – 11.9 | 190ml | 230ml |
| 12.0 – 12.9 | 205ml | 250ml |
| 13.0 – 13.9 | 230ml | 275ml |
| 14.0 – 14.9 | 250ml | 290ml |
| 15.0 – 19.9 | 260ml | 300ml |

د تغذی طریقہ

۱۶ شکل: په پیاله د تغذی سمه طریقہ

که ماشوم اشتها ولری، باید د خولې د لارې تغذی شي. که ناروغ ورتیا ونه لري چې د توصیه شوو شیدو لږترلږه %۷۵ مصرف کړي، په هغې حالت کې باید یو انفی – معدوی تیوب داخل شي.

په SAM اخته ماشومان ضعیف عضلات لري او بلع یې ورو وي. دا کار هغوی د اسپاریشن نمونیا په خطر کې اچوي. له همدې امله د مناسبې تغذی طریقہ ځانگړی اهمیت لري:



● ماشوم باید په بنی خوا د پالونکو

په پنډی د سښې مقابل ته داسی واچول شي چې د هغې یو لاس د ماشوم د ملا څخه راتاو شي.

● د پالونکی لاس باید ماشوم ټیپینگ کرای شی او نعلبکی د ماشوم د زني لاندی کلک ونیسي.

● هر څاڅکی چې په نعلبکی کی څڅیری بیرته په پیاله کې واچول شي. ماشوم باید باید په زور سره تغذی نشي، د هغې پوزی ته باید فشار ورنکړل شي او د ملا په تخته هم ویده نشي او د هغې په خولې کې د شیدو د څڅیدلو څخه باید ډډه وشي. (حتی په کاشوغي هم)

● په ۱ مرحله کې باید هیڅکله د ماشوم د اړتیا څخه ډیر معالجوی شیده ورنکړل شي، حتی که ماشوم د ډیرو شیدو لپاره ژړا هم وکړي. ماشوم باید د هغې د غوښتنې مطابق د مور په شیدو تغذیه شي.

- د غذا خورلو وختونه باید په مینه ناکه توگه وی. مرسته کونکی باید پالونکی تشویق کړي چې هغې سره خبرې وکړي ، د تغذیې غلطې طریقې اصلاح کړي او مشاهده یې کړي چې ماشوم څرنگه د مور شیدې روي.
- پالونکی باید د ناروغ تر څنګ خواړه ونه خوري . د ماشوم غوښتنې تقریباً ناممکن دی چې د پالونکی دخوړو څخه بند شي؛د ماشوم سره د پالونکی د خوړو شریکول په ۱ مرحله کې خطرناک تمامیدای شي.

ددی لپاره چې تغذیوی درملنه د کلینیکی احیاء مجدد او د ماشوم د وزن د ځینو بدلونونو سره اړیکه ورکړو، معالجوی شیده باید په سمه توگه نظارت او ثبت شي. دا د ماشوم د طبیی او تغذیوی پالنې حیاتی برخه تشکیلوی.

د ثبتولو طریقه لاندی تشریح شویده:

د شیدو اخستلو ثبتول

دا یو اساسی کار دی چې شیده په سمه توگه ثبت شي. د معالجوی سرویلانس په فورمه کې د شیدو د اخستلو د نظارت لپاره یوه برخه ځانگړي شویده.

هر وخت چې تغذی د یو چوکاټ سره چې څلور مربع گانې لری اړیکه ورکړل شي (۱۷ شکل ولیدل شی) ، هره غټه مربع د ورځې په یو ټاکلی وخت کې د یوي تغذیې څخه نمایندگي کوي او هره کوچنی مربع د تغذی د هر وخت ۴/۱ برخي نمایندگي کوي:

۱۷ شکل: د تغذی په یو وخت کې د شیدو اخستلو د ثبتولو مثال

| | |
|---|---|
| X | X |
| V | X |

د ۱۷ شکل پورته مثال کې ماشوم خپلی ټولې شیدې اخستی ، خو تقریباً ۲۵٪ شیده یې بیرته استفراق کړیدی. (دا اندازه د پالونکی په مرسته د نرس لخوا تخمین شوي).چارټ باید د تغذی په پای کې ډک شي.

لاندى ۱۸ شکل په دوه ورځو کې د 06:00 او 15:00 بجو ترمنځ د يو خوراک يو مثال بنايي. (يادداشت: خواره په ۲۴ ساعتونو کې ورکول کيږي، مگر هغه چارټ چې ورکول شويدي يواځې د يو مثال نمايندگي کوي او بنايي چې څرنگه بايد د فورمي يو برخه ښکته شي.)

په لومړۍ ورځ کې ماشوم ۱۰۰٪ د انفي معدوی تيوب پواسطه د 06:00 بجو پر مهال تغديه شويدي. په 09:00 بجو کې ماشوم د خولي دلاري (چې "X" بنودل شويدي) د ۵٪ خوړو په اخستلو او د انفي معدوی تيوب پواسطه ۵٪ خوړو په اخستلو توانيدلى دى. د 15:00/12:00 بجو خواره يې په بشپړه توگه د خوالي دلاري خوړلى دي.

په دوهمه ورځ ماشوم د خپل خوراک په 06:00 بجو د خولي د لاري خوراک کړيدى چې ۲۵٪ يې بېرته استفراق کړيدى. ماشوم خپل پاتى ۱۰۰٪ ټول خوراک پرته د کومي ستونزې د خولي د لاري اخستى دى.

پدې مثال کې ماشوم تقريباً خپل ټول شيدې پرته د کانگو د ضايعاتو څخه اخستي دي. د لومړۍ ورځې څخه راديخوا يې اشتها کې بڼه والى راغلى دى او د خولي د لاري يې شيدې اخستى دي. په لومړۍ مرحله کې بايد انفي معدوی تيوب پرېښودل شي او د اشتها د بېرته راتگ او دنورو اختلاطاتو د نشتوالى په صورت کې بايد د يو ماشوم په حيث چې په انتقالى مرحله کې واقع دى په نظر کې ونيول شي.

۱۸ شکل: د ۲ ورځو لپاره د شیدو د نظارت د چارټ نمونه

| ۲ ورځ | | ۱ ورځ | | وخت | |
|-------|---|-------|----|-------|--|
| x | X | NG | NG | 06:00 | A= Absent (غیرحاضر) V= Vomiting (استفراق) R= Refused (انکار کول) NGT=Nasogastric tube (انفی- معدوی تیوب) IV=IVinfusion (وریدی انفوژن) اڅستل شوی اندازه XXXX = %100 XXX = 3/4 XX = 1/2 X = 1/4 ملی لیتر = اضافی |
| v | X | NG | NG | | |
| x | X | x | x | 09:00 | |
| x | X | NG | NG | | |
| x | X | x | x | 12:00 | |
| x | X | x | x | | |
| x | X | x | x | 15:00 | |
| x | X | x | x | | |

په معالجوی شیدو سره د تغذیې جدول

په مناسبه توګه باید د شیدو خوړونکو او نورو ماشومانو لپاره په ۲۴ ساعتونو کې ۸ ځله معالجوی شیده ورکړل شي (هر ۳ ساعته وروسته) ، دا یو منل شوی حالت دی. په ځینو حالتونو کې د پرسونل د کمبود له امله په ځانګړی توګه د ماښام او د شپې شفت لخوا ددی امکان نشته چې د جدول مطابق ۸ ځلي په ورځ کې تغذی صورت ومومي. پداسی حالتونو کې بهتره ده چې د اړتیا وړ شیدو مناسبه اندازه ماشوم ته د تغذی په لږو دفعاتو سره ورکړل شي. ضروری بلل کېږی چې شیده په مناسبه توګه توصیه شي.

که ماشوم په ۲۴ ساعتونو کې توصیه شوی اندازه ټول شیده اخلی نو د پدی حالت کې د هاپیوګلايسيميا خطر په ځانګړی توګه په لومړئ مرحله کې کمېږي، نسبت دی ته چې شیده ۸ ځلو لپاره توصیه شي او بیا د پرسونل د کمبود له امله ماشوم ۶ یا ۷ ځلي تغذیه شي..

لاندى ۲۸ جدول د توصیه شوى يو ورځنى تغذیې لپاره د ۸ او ۶ څلو لپاره ویشل شويده وختونه بنایي په ورځ کې د ۶ څلو تغذیې مهال ویش باید په روټین ډول د ۲ مرحلې په پاملرنه کې د استفادې وړ وگرځي.

۳۰ جدول: د معالجوى شيدو د تغذیې مهال ویش په ورځ کې د ۸ او ۶ څلو لپاره

| 03:00 | 24:00 | 21:00 | 18:00 | 15:00 | 12:00 | 09:00 | 06:00 | وخت |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|
| x | x | x | X | x | x | x | x | په ۲۴ ساعتو نو کې ۸ څلې تغذیه |
| 0 | x | x | X | 0 | x | x | x | په ۲۴ ساعتو نو کې ۶ څلې تغذیه |

X = پلان شوى تغذیه

0 = غیر پلان شوى تغذیه

یادداشت: ۶ څلو تغذیې ته کم شوى مهال ویش باید په ۱ مرحله یا انتقالی مرحله کې د پرسونل د راحت په خاطر ونه کارول شي. هغه یواځې په هغو ځایونو کې د استفادې وړ دی چې په شدید توګه د پرسونل کمبود موجود وی چې د ماشوم د پاملرنې نشتوالی ضررناک وی. د تغذی کم شوى مهال ویش باید د مشکل د حل پورې یو موقتی اقدام په نظر کې ونیول شي.

په ۱ مرحله کې طبی پاملرنې

اپیدیميولوژیک ارقام بنایي چې په SAM اخته اکثره ماشومان ډیر څلې انتان لري ، مګر د معافیتې او التهابی سیستمونو د وظیفو د ضعف له کبله د هغې اعراض او علایم پټ پاتې کیږی. د بستریدو وروسته د ټولو ماشومان درملنه باید په پراخه تاثیر لرونکو انتی بیوتیکونو وشي.

په انټی بیوتیک منظمه درملنه

هغه ډول انټی بیوتیک چې په لومړی مرحله کې ورکول کیږی ددی پورې اړه لري چې د ناروغانو وارې ته راوړل شوی ماشوم اختلالات لري او که بی اختلالاتو دی:

که اختلالات موجود نه و:

۳۱ جدول: بی د اختلالاتو SAM لپاره روټین انټی بیوتیکونه

| درمل | دوز | تجویز | مدت |
|-------------|--|-------------------|---------------------------------------|
| اموکسی سلین | ۲۰ ملی ګرام/فی کیلوګرام دخولی دلاری | هر ۸ ساعته وروسته | د شاملیدو په وخت کې د ۷ ورځو لپاره |

یا

| | | | |
|---------------|---|--------------------|---------------------------------------|
| کوټری مکسازول | ۲۵ ملی ګرام سلفامیتوکسازول + ۵ ملی ګرام ترایمیتوپریم د خولی دلاری | هر ۱۲ ساعته وروسته | د شاملیدو په وخت کې د ۷ ورځو لپاره |
|---------------|---|--------------------|---------------------------------------|

اموکسی سلین د SAM لپاره د لومړی خط توصیه شوی انټی بیوتیک دی:

کوټری مکسازول د پرسونل په لزوم دید سره د نس ناستی د پېښو لپاره د اموکسی سلین پر ځای ورکولای شي.

که اختلالات موجود وی:

۳۲ جدول: د د اختلاطاتود SAM لپاره روټین درمل

| درمل | لاره | دوز | تجویز |
|-------------------------------|---------------|----------------------------|--|
| امپیسیلین | IM/IV | ۵۰ ملی ګرام/فی کیلوګرام | د شاملیدو پر مهال د ۲ ورځو لپاره هر ۶ ساعته وروسته |
| د هغی په تعقیب اموکسی سلین | د خولی د لاری | ۲۰ ملی ګرام/فی کیلوګرام | ۵ ورځو لپاره هر ۸ ساعته وروسته |

او

| | | | |
|-------------|-------|-----------------------------|--|
| جنتامایسین* | IM/IV | 7.5 ملی ګرام/فی کیلوګرام | د شاملیدو پر مهال د ۷ ورځو لپاره په ورځ کې یو ځل |
|-------------|-------|-----------------------------|--|

* امیکاسین د جنتامایسین پر ځای استعمالیدای شی.

که ماشوم په ۴۸ ساعتونو کې ښه والی حاصل نکړو یا په ۲۴ ساعتونو کې بدتر شو، په هغی حالت کې په لاندی توګه اضافه کړئ:

| | | | |
|------------|-------|--------------------------------|----------------------------------|
| سفتریاګسون | IM/IV | ۷۵-۱۰۰ ملی ګرام/فی کیلوګرام | د ورځې یو ځل د جنتامایسین سره |
|------------|-------|--------------------------------|----------------------------------|

نور سیستماتیک درمل

ویټامین A

که په تیره میاشت کې ماشوم ته ورکړ شوی نه وی په هغی حالت کې د ویټامین A یو دوز د شاملیدو پر مهال ورکول کیري. په شری اخته ناروغانو یا د سترګو د ناروغیو د نښو لرونکو ناروغانو ته باید د ویټامین A دوزونه په ۱،۲ او ۱۴ ورځ ورکړل شي.

۳۳ جدول: د SAM د داخل بستر لپاره د ویتامین A د توصیه مهال ویش

| دوز | عمر | درمل |
|------------|-----------------------|-----------|
| 100,000 IU | ۶-۱۲ میاشتی | ویتامین A |
| 200,000 IU | د ۱۲ میاشتو څخه پورته | |

د چنجیو له منځه وړل

په ۱ مرحله کې د چنجیو ضد درمل نه ورکول کیږي. دا درمل د د کولمو د لارې جذبېږي او د هغې فعال مینابولیتونه په ځیگر کې منځته راځي. د درملني په لومړیو مرحلو کې د کولمو ضعیف جذب او د ځیگر ضعیفې وظيفې ممکن نوموړی درمل غیر موثر ثابت کړي.

فولیک اسید

فولیک اسید په معالجوی شیدو او RUTF کې موجود دي. که متوسطه یا شدیدې کمخونی تشخیص شوی وی، په هغې حالت کې د ۵ ملی گرامو یو دوز د شاملیدو په وخت کې ورکول کیږي. د هغې ورځنیو دوزونو ته اړتیا نشته.

د شری واکسین

په SAM اخته هغه ماشومان چې په داخل بستر وارد کې ټداوی کیږي باید د شاملیدو په وخت کې د ۶ میاشتو څخه وروسته ماشومان د شری په مقابل کې واکسین کړي. دا دوز باید د داخل بستر وارد د ۲ مرحلې څخه د رخصتیدو یا کله چې ماشوم ۹ میاشتني ته رسیري په OPD کې تکرار کړي.

د ملاریا ضد درمل

ملی پروتوکولونه باید تعقیب شي

نور درمل**زینک**

زینک په معالجوی شیدو F75، F100 او RUTF کې موجود دی. د نس ناستي پېښې باید په انتی بیوتیک او ریزومل ټداوی شي.

اوسپنه

په ۱ مرحله کې اوسپنه نه ورکول کېږي. اوسپنه د انتان او سپس د خطر د لوریدو له امله د مړینو کچه لوړوی. اوسپنه یواځې په ۲ مرحله کې ورکول کېږی یعنی کله چې په معالجوی شیدو باندی اوسپنه اضافه کړل کېږی (۲ مرحله ولیدل شي). د هغه ماشومانو لپاره چې RUTF اخلي د اوسپني تابلیت نه ورکول کېږي. ځکه په RUTF کې په کافي اندازه اوسپنه موجوده ده.

په ۱ مرحله کې د ماشوم څارنه

په ۱ مرحله کې د څارني کمترین معیارونه په لاندی توګه خلاصه شوی دي. په SAM اخته ماشومانو د مناسبې پاملرنې لپاره د څارني د معلوماتو ثبتول ضروري دي. ډیر وختونه د پرسونل د کمبود یا د هغوی تجربی د نشتوالی له امله معلومات نه ثبتیږي، په هر حال ، د معلوماتو د دقیقوالی په اهمیت باندی باید تاکید وشی ، نوموړی معلومات باید په هیڅ ډول په غلطه توګه ثبت نشي.

په معالجوی شیدو د هر ځل تغذی څخه وروسته:

- د مور په شیدو تغذیه چې د معالجوی شیدو د تغذی څخه مخکې سرته رسیدلی ده باید ثبت شي.
- د اخستل شوو معالجوی شیدو اندازه

هر ۱۲ ساعتو کې:

- د ماشوم د حرارت درجه اندازه کړئ او هغه ثبت کړئ
- د ماشوم د تنفس تعداد اندازه کړئ او هغه ثبت کړئ
- د ماشوم نبض اندازه کړئ او هغه ثبت کړئ

په ورځنی توګه:

- د معالجوی شیدو نسخه تعین کړئ
- وزن اندازه او ثبت کړئ
- د اذیما سویه اندازه او هغه ثبت کړئ
- اعراض لکه توخی ثبت کړئ
- کله چې ماشوم انفي- معدوی تیوب لري ، روښانه یی کړئ

په هغه حالتونو کې چې ماشوم اختلاط ولری یا د مایعاتو د ریهایدریشن لاندی وی ، بدی حالت کې هم باید د نزدې څخه ډیر نظارت شي او د کلینیکي پرسونل لخوا باید د انفرادی ناروغانو په حیث وبنودل شي.

په اونیزه توگه:

• MUAC اندازه کړئ

د لومړئ مرحلې څخه انتقالي مرحلې ته د تللو معیارونه

په لومړئ مرحله کې د هر ماشوم پرمختگ د هر ماشوم د حالت پر بنسټ توپیر لري. لومړئ مرحله په نورماله توگه د ۱ - ۳ ورځو پوری ادامه پیدا کوي، سره لدی چې د لومړئ مرحلې لپاره کوم ټاکلی وخت وجود نلري. په لومړئ مرحله کې یو ماشوم کیدای شي انتقالی مرحلې ته پرمختگ وکړي ، په هغه حالت کې چې لاندې ټول شواهد موجود وي:

- اشتهای بیرته راگرځیدلي وي (ماشوم د ۹۰٪ څخه ډیر شیده د خولې د لاری اخلی)
- اذیما د کموالی په لور وی (په انتقالی مرحله کې اعظمی منل شوی اذیما +۲ ده .
- +۳ اذیما په لومړئ مرحله کې پاتې کیږي)
- د IMCI د خطر نښې او نور اختلاطات له منځه تللي وي او ماشوم د کلینک له نظره بڼه والی موندلی وي
- انفی- معدوی ټیوب موجود نه وي

یادداشت: انتقالی مرحلې ته د تللو لپاره کوم انټروپومیټریک معیار وجود نه لري. F75 د ماشوم د فزیولوژیک حالت د ثبات لپاره جوړ شویږي. په ۱ مرحله کې د وزن اخیستلو تمه وجود نه لري. معلومه ده چې اذیمایي ماشوم به وزن دلایسه ورکوي.

اشتها د شیدو د اخیستلو د چارټ څخه (پدی شرط چې په سمه توگه یې ساتلی وی) او یا د ماشوم د مستقیمې لیدني څخه چې خپل شیده په بشپړه توگه د کارکونکی لخوا اخلی تخمینیری. دا کافی نده او د اعتماد وړ نده چې د ماشوم د پالونکی څخه د شیدو د اخیستلو په اړه پوښتنه وشي. اکثره داسی پېښیری چې پالونکي ماشوم تغذی نه کړی او هغه ویده شي امکان لری چې شیده له منځه ویسي یا یې په خپله وخوري.

د رشف په حال کې اذیما د اذیما د سویی (1+، 2+، 3+) او په مناسبه توگه د وزن بایللو پواسطه تخمینیری. د 3+ اذیما لرونکی ماشوم اوس هم د مړینی د لور خطر کې واقع دی او

بايد په ۱ مرحله کې تر هغه وخت پورې پاتې شي چې اذيمايې لږ تر لږه 2+ ته کموالی پيدا کړي. ضروري نده چې په ۱ مرحله کې په بشپړه توگه اذيمایه رشف شي.

ضروري نده چې انتقالی مرحلې ته د پرمختگ لپاره د يو ماشوم طبي اختلاطات په بشپړه توگه له منځه لاړ شي. تمه کېږي چې ځيني عاجل حالتونه لکه هايپوگلايسيميا يا شديد ديهایدريشن په بشپړه توگه له منځه لاړ شي. په هر حال ، د انتاناتو درملنه ممکن جريان ولري او ممکن په انتقالی مرحله او ۲ مرحله کې هم ادامه پيدا کړي. ماشوم بايد د کلينيکې له نظره ښه والی پيدا کړي چې انتقالی مرحلې ته لاړ شي. (مثلاً، يو ماشوم په سينه بغل اخته دی او امکان لری اوس هم د انتی بيوتيکو د درملني لاندی وی، مگر تنفس يې نورمال دی يا لوړه تبه يې رابنکته شویده).

په ۱ مرحله کې د درملني ناکامی

په ۱ مرحله کې د ماشومانو پاملرنه په تشديدی ډول سرته رسېږي. په هر حال، امکان لری چې ماشوم د ۱ - ۳ ورځو کې ثابت شي. که ماشوم انتقالی مرحلې ته پرمختگ کړی نه و، هغه بايد د بشپړې کلينيکې ارزيايې لاندی ونيول شي. د شامليدو ورځ د صفر (۰) په حيث محاسبه کېږي.

د ناکاميدو معيارونه عبارت دی له :

- تر ۴ ورځو پورې د اشتها په ښه والی کې ناکامی
- تر ۴ ورځو پورې د کلينيکې عمومی حالت په ښه والی کې ناکامی
- تر ۴ ورځو پورې د اذيمایه د بايللو په شروع کې ناکامی
- اذيمایه تر ۱۰ ورځې پورې اوس هم وجود لري

د درملني په مقابل کې د ناکامی ډير لاملونه وجود لري:

د خدمتونو د وړاندی کولو په برخه کې مشکلات

- په سمه توگه د طبي پروتوکولونو په تطبيق کې ناکامی
- په سمه توگه د تغذيي پروتوکولونو په تطبيق کې ناکامی
- د خوارځواکو ماشومانو لپاره د غير صحی چاپيريال موجوديت
- ډير وپرونکی او سخت گير کارکونکی
- د تغذی د کړنو په اړه د پالونکو د پوهی په برخه کې ناکامی
- په سمه توگه د معلوماتو د چاربت په جوړلو کې ناکامی (يا دروغ نظارت/ثبتول)

- ناکافی یا په کمه اندازه تریبه شوی کارکونکی
- F75 توصیه شوی ندی، یا په سمه توګه جوړ او تجویز شوی ندی

په انفرادی توګه د ماشومانو ستونزی

- یو شدید طبی اختلاط د بڼه والی نښې نه ښایي
- د درملو مسمومیت
- د معالجوی شیدو ناکافی اندازه دخولي یا انفی- معدوی تیوب د لاري اخستی دی
- معالجوی شیده د ماشوم د خور یا ورور یا هم پالونکی لخوا مصرف شویدی
- د پالونکی د خوړو شریکول په SAM د اخته ماشوم سره
- سوء جذب
- روانی ترضیض
- Rumination (د روانی تشوشاتو یو ډول دي)
- انتانات (په ځانګړی توګه ویروسی) د انتی بیوتیکونو مقابل کې مقاومت ، د فنگس ضد درمل
- نور بین البنی ناروغی ، ولادی اېنارملتي/ د میتابولیزم خطاګانی

د ۶ – ۵۹ میاشتنیو ماشومانو لپاره انتقالی مرحله

انتقالی مرحله د ماشوم د تغذیوی منجمنټ لپاره د بدلون راوستلو یوه نښه ده. هغه اندازه انرژي چې په انتقالی مرحله کې ورکول کیږي تر ۳۰٪ پوری زیاتوالی مومي او د پروټینو اندازه زیاتېږي. دا کار د سایکالوژیک سیستمونو د بیا ثابت کېدو له امله امکان لري او د اشتها د راتللو، انیما د کموالی او د ماشوم په کلینیکي حالت کې د بڼه الی سره ښکاره کیږي.

انتقالی مرحله د خدمتونو له مخی په دوه طریقو سره ویشل کیږي:

1. انتقالی مرحله په هغو ځایونو کې چې OPD-SAM¹ موجود وي
2. انتقالی مرحله په هغو ځایونو کې چې OPD-SAM موجود نه وي

پدې ځای کې موجودیت پدی معنی دی چې د روغتون څخه د رخصتیو نه وروسته د خارج بستر ناروغانو پاملرنه د پالونکو لپاره موجوده او د لاسرسی وړ ده. هرکله چې خارج بستر خدمتونه موجود وي نو په هغې حالت کې ماشوم باید د درملني د ادامی لپاره خارج بستر

ځانګي ته د بشپړر غیدو لپاره ولیرل شي. که دا ډول خدمتونه موجود نه وي ماشوم باید د بشپړ د تعین شوو معیارونو پر اساس پاتی رغیدنه/رغیدنه په داخل بستر ځانګه کې حاصلوی .

په SAM اخته د ۶ - ۵۹ میاشتنيو ماشومانو انتقالی مرحله چې خارج بستر ناروغانو خدمتونو ته اړتیا لری

ددی خدمتونو څخه هدف دادی چې په SAM اخته ماشوم ته په سمه توګه غذایی رژیم چې ددې مرحلې لپاره مناسب دی ورکړل شي او ماشوم خارج بستر خدمتونو لیرلو لپاره تیار شي. دا کار د ماشوم څخه دا تمه لری چې د RUTF غذایی رژیم ته بدلون ومومي. RUTF ته بدلون په نورماله توګه ۲-۳ ورځې وخت نیسي اما دا وخت اوږدیدی هم شي.

په لومړی مرحله کې ماشوم ۱۰۰ کیلوکالوری/فی کیلوګرام/په ورځ کې انرژي حاصلوی. په انتقالی مرحله کې ماشوم اړتیا لری چې دا اندازه ۱۳۰ کیلوکالوری/فی کیلوګرام/په ورځ کې زیاتوالی مومي. کله چې خارج بستر ځانګي ته ناروغ رخصتیري دا اندازه مواد باید د RUTF په شکل ورکړل شي او په تدریجي توګه زیاتوالی ومومي چې ډاډ حاصل شي چې ماشوم د RUTF پوره اندازه د وزن اخستلو لپاره اخلی او د خارج بستر ځانګي شرایطو سره به ښه والی لاس ته راوړي.

د F75 څخه RUTF ته ګام په ګام انتقالول

د F75 څخه RUTF ته بدلون کی مور باید تشویق کړل شي چې د ماشوم په غوښتنه په خپلو شیدو تغذیې ته ادامه ورکړي. د ماشوم لخوا د RUTF د پوره اندازه اخستل د اشتها د ښه والی سره اړیکه لري چې یو حساس شاخص یا فزیالوژیک ښه والی ده. دا پروسه ممکن په ورو ډول په ۲ - ۳ ورځو کې سرته ورسیري. ماشوم باید هیڅکله په زور سره تغذیه نشي. چې دا ریښتینی اشتها نده. سربیره پر دی RUTF یوه غیر معمول خوند لري چې ماشوم اړتیا لری ترڅو ورسره تطابق وکړي.⁴

RUTF یوه نری خمیره ده چې پاکی د څکلو اوبه باید موجودي وي چې ماشوم یې وڅکي. لویان ماشومان چې کله تری کیری اوبه غوښتلای شي مګر کوچنی ماشومانو ته باید د RUTF اخستلو پر مهال په منظمه توګه اوبه موجودی وي دا برخه د مور د پوهاوی یوه مهمه برخه تشکیلوی چې مورته باید وښودل شي، یو تری ماشوم کیدای شی د RUTF اخستلو څخه انکار وکړي چې دا کار ممکن په اشتباهی توګه په خرابی اشتها سره فکر وشی.

¹ د OTP اصطلاح پدی لارښود کې په OPD-SAM بدلون موندلی دی

د مهال ویش د هری تغذی په وخت کې (په انتقالی مرحله کې حد اقل ۵ ځله/ په ورځ کې):

- F75 شیده د ماشوم د وزن مطابق د نسخې پر اساس تیار کړئ
- د ماشوم لپاره یو پاکټ RUTF او یو ګلاس پاکې د ځکلو اوبه تیارې کړئ
- د RUTF پاکټ باید د خلاصولو څخه مخکې د ۳۰ ثانیو لپاره ښه مساز شي. دا کار د هغې د اجزاو د مخلوطولو سره مرسته کوي. دا کار باید د پالونکي مخامخ سرته ورسیري چې طریقه ورته وښودل شي. که RUTF سخت وي (د یخې هوا له امله) پدې حالت کې لومړی RUTF د مور بدن سره په نرمې سره د ۱۰ دقیقو لپاره نزدی کړی چې گرم شي او بیا یې د استعمال څخه مخکې ښه مخلوط کړئ.
- پالونکو ته باید لارښوونه وشي چې خپل لاسونه په پاکو اوبو او صابون وویځي
- د F75 ورکولو څخه مخکې ماشوم ته RUTF ورکړئ
 - که ماشوم د پاکټ په خوړلو وتوانیدلو نو هغه د مور د تشویق د لاری په مستقیمه توګه RUTF په خپله خوړلای شي، چې په هغې حالت کې مور کولای شي د RUTF څخه لږه اندازه په خپلو پاکو ګوتو واخلي او ماشوم ته یې ورکړي. هغه اندازه چې په هر ځل کې ورکول کیري باید په تقریبي توګه د یو بادام په اندازه وي.
- پدې موضوع باید تاکید وشي چې ماشوم باید هیڅ وخت خوړلو ته مجبور نشي.
- د غذا دهرې مړی څخه وروسته ماشوم ته باید د مور د شیدو یا د اوبو یو څاڅکی ورکړل شي.
- د ۶ میاشتو څخه غټ ماشومان چې د ژولو په برخه کې د حرکې مهارتونو د پرمختګ وروسته والی لری ممکن ځینې ټینګ خمیرډوله موادو په برخه کې ستونزې ولری چې د اوبو څاڅکي به پدی کې مرسته وکړي.
- **په هیڅ حالت کې باید** د ماشوم د خوړو څخه مخکې RUTF د اوبو/F75 یا نورو مایعاتو سره یوځای ورنکړي.
- د هر ډول خوړو اخستل باید د ناروغانو د درملني په چوکاټ کې ثبت کړل شي.
- د هری تغذی څخه وروسته باید RUTF په یخ، وچ او د حشراتو څخه خالی ځای کې وساتل شي او د راتلونکي پلان شویې تغذیې په وخت کې د دوهم ځل لپاره ورڅخه ګټه واخستل شي.

په انتقالی مرحله کې د RUTF د خوړلو په اړه د اشتها ارزیابی

لاندي ۳۴ جدول د RUTF یو ساده لارښود دی چې په انتقالی مرحلې کې د هر ځل او د ۲۴ ساعتونو د خوړو اندازه ښایي. په ۲۴ ساعتونو کې ماشوم ۵ څخه تر ۶ ځلو پورې تغذیه کړی.

۳۴ جدول: د RUTF اندازه چې په انتقالی مرحله کې باید ورکړل شي.

| د ماشوم وزن | د تغذیې په هر ځل کې د RUTF اندازه | هغه اندازه چې په ۲۴ ساعتونو کې وخورل شي. |
|---------------|-----------------------------------|--|
| ۵ کیلوگرامه ≤ | ¼ پاکت | از ¼ تر ½ ۱ پاکتونه |
| ۵ کیلوگرامه > | 1/3 پاکت | از ¼ تر 2 پاکتونه |

په انتقالی مرحله کې د وضعیت د هر ډول نښو د خرابوالی په خاطر ماشوم باید د نزدې څخه د مشاهدې لاندې ونیول شي. په ماشومانو کې ډیر معمول ندي چې د ښه والی په پروسه کې څو ځلي غاښه مواد ډیر نرم وي. یواځې هغه وخت کې چې لاندې علایم موجود وي:

- د تغذی نوي سندروم یا
- اوپلن حاده نس ناسته
- آسموتیکه نس ناسته (د F75 د ټیټې ازمولاریټی سره غیر معمول ده)

د نس ناستې درملني ته اړتیا نشته، یواځې هغه وخت چې ماشوم خپل وزن وبایلي. ماشوم باید د RUTF اخستلو ته ادامه ورکړي او د نزدې څخه یې باید مشاهده کړي. نس ناسته باید په زینک سره تداوی نشي.

که ماشوم د اړتیا وړ RUTF خوړلو کې د ناکامی سره مخ شو

هرکله چې ماشوم د تغذی په هر ځل کې د RUTF د اړتیا وړ اندازی په خوړولو کې د ناکامی سره مخ شو ماشوم ته باید د RUTF دخوړو ترڅنګ د F75 ورکول پای ته ورسوی چې مخکې یې خوړلی دی. هغه وخت چې د RUTF او F75 د خوړلو لپاره په مصرف رسیري (که اړتیا وي) باید د یو ساعت څخه ډیر نه وي. د RUTF او F75 د دواړو د ورکولو پروسه باید تر هغه وخته پورې ادامه پیدا کړي چې ماشوم د د اړتیا وړ RUTF د ۲۴ ساعتونو تغذیې په اخستلو قادر شي. که د ماشوم اشتها په ۲ - ۳ ورځو کې ښه نشوه، په هغې حالت کې ماشوم د دوهم ځل لپاره ارزیابی کړی او غذایی رژیم کې یې بدلون راولی.

1. که د ماشوم کلینیکي حالت د خرابوالی لوري ته روان و ،نو پدې حالت کې ماشوم لومړی مرحلې ته ولیږی
2. که ماشوم د ثبات په حالت کې مگر په انتقالی مرحله کې یې اشتها تر ۳ ورځو پورې ښه نه شوه (په هر ځل خوړو کې د اړتیا وړ اندازه نه خوري) ، په هغې حالت کې یې غذايي رژیم د انتقالی مرحلې F100 ته بدلون ورکړی لکه څرنګه چې په راتلونکې فصل کې څیړل شوی .

که ماشوم د د ضرورت په اندازه RUTF د خوړلو وړتیا ولری

که ماشوم په هر ځلو خوړو کې د خپل ضرورت په اندازه RUTF په ۲۴ ساعتونو کې اخستل نو F75 متوقف کولای شی او ماشوم ته یواځې RUTF او د مور شیده یا اوبه ورکولای شی. هغه اندازه RUTF چې ماشوم یې اخلي باید د لاندې ۲۵ جدول مطابق زیاتوالی ومومي.

پالونکی باید یقیني کړي چې پدې مرحله کې ماشوم ته باید نور خواړه ورنکړل شي. کورني خواړه یواځې هغه وخت ماشوم ته ورکولای شی چې هغه خارج بستر خدمتونو ته لیږل شوی وي.

ماشوم باید د کلینیکي حالت د هر ډول خرابوالی له امله چې د ۱ مرحلې ته د لیږلو اړتیا پیدا کوی مشاهده کړای شي. کله چې پورته توصیه شوی اندازه په ۲۴ ساعتونو کې د ماشوم لخوا وخورل شي، د هغې څخه وروسته کیدای شي ماشوم اړتیا ولری چې د خپل د اړتیا وړ RUTF اندازه د خپلې روغتیا لپاره په خپل کور کې شروع کړي. د اړتیا وړ اندازه کولای شي د لاندې جدول څخه واخستل شي.

۳۵ جدول: خارج بستر ځانګی ته د انتقال پر مهال د RUTF اندازه چې باید ماشوم ته ورکړل شي.

| د ماشوم وزن ، کیلوګرام | په یوه اونی کې د پاکټونو تعداد | په ورځ کې پاکټونه |
|------------------------|--------------------------------|-------------------|
| 3.5-3.9 | 11 | 1.5 |
| 4.0-4.9 | 14 | 2 |
| 5.0-6.9 | 18 | 2.5 |
| 7.0-8.4 | 21 | 3 |
| 8.5-9.4 | 25 | 3.5 |

| | | |
|-----|----|-----------|
| 4 | 28 | 9.5-10.4 |
| 4.5 | 32 | 10.5-11.9 |
| 5 | 35 | ≥12 |

دا بوه حیاتی موضوع ده چې په کور کې د RUTF د سم استعمال په اړه پالونکو ته لارښونه وشي. د RUTF د استعمال په اړه اساسی پیغامونه په ۴ فصل کې ذکر شويدي.

ماشوم ته باید د فمی انټي بیوتیکونو د اخستلو دوره تر بشپړیدو ادامه ورکړل شي. کله چې ماشوم خارج بستر ځانګې ته رخصتیري روټین درمل باید په SAM اخته ماشوم ته تکرار نکړي.

رخصتی ته تیاری نیول

نوټ: د ناروغانو د رخصتولو څخه مخکې میندو ته یې مشوره ورکړئ (۳۲ صفحې ته مراجعه وکړئ)

مخکې ددې څخه چې ماشوم د داخل بستر ځانګې څخه رخصت شي لاندې کارونه باید سرته ورسیري:

- یو روغتیایي مرکز چې د SAM خارج بستر خدمتونه وړاندې کوی باید پالونکو ته موجود او د استفادی وړ وي.
- پالونکی باید د خارج بستر درملني ادامې په اړه موافقه وکړي.
- د RUTF کافی اندازه باید ورکړل شي د خارج بستر ځانګې تر راتلونکې ممکنه لیدني پوری ورته ادامه ورکړئ .
- پالونکي باید د RUTF د ورکولو په اړه اساسی پیغامونه زده کړی (تکرار کړي).
- پالونکی باید د هغو درملو په اړه چې د رخصتی څخه یې وروسته اخلي باید پوه شي (تکرار کړي).
- اړوند روغتیایي مرکز او د ټولني روغتیایي سوپروایزر سره تلفونې اړیکه ونیسی او خارج بستر برخې ته د ماشوم د انتقال په اړه یې خبر کړئ.
- د رجعیټ فورمه ډکه کړئ [۲۳ ضمیمه، ۴ فصل] او هغه پالونکی ته ورکړئ. دا فورمه باید د روغتیایي مرکز کارکونکو ته په راتلونکې لیدني کې ورکړل شي.
- د رجعیټ په فورمه کې باید لاندې موضوع گاني ولیکل شي:

- د روغتون د درملني / راجستر شميره
- MUAC (اندازه کول)
- وزن (اندازه کول)
- قد (اندازه کول)
- Z score وزن پر قد
- د اذیما درجه
- د RUTF ورکړل شوی اندازه (د رخصتیدو پر مهال د پاکتونو تعداد)
- هغه درمل چې د رخصتیدو څخه وروسته باید ادامه ورکړل شي.
- د رخصتیدو پر مهال کلینیکي حالت
- ماشوم په تالی شیت/مياشتني راپور کې د " خارج بستر ته لیږل " په توګه ثبت کړئ
- د RUTF ورکړل شوی اندازه د تحویلخاني په راجستر کې ثبت کړئ
- اړوند کلینیکي اسناد او راجسترونه بشپړ کړئ

د ۶ - ۵۹ میاشتنيو ماشومانولپاره انتقالی مرحله چې خارج بستر خدمتونه موجود نه وي.

په ۱ مرحله کې ماشوم ۱۰۰ کیلوکالوري/فی کیلوګرام/په ورځ کې انرژي اخلي. په انتقالی مرحله کې ماشوم اړتیا لري چې دا اندازه ۱۳۰ کیلوکالوري/فی کیلوګرام/په ورځ ته زیاته کړي. کله چې د خارج بستر خدمتونه موجود نه وي ماشوم باید په داخل بستر څانګه کې تر بشپړ رغیدو پوري پاتې شي.

په انتقالی مرحله کې هغه ماشومان چې په داخل بستر څانګه کې پاتې کېږي ، د اړتیا وړ انرژي يې باید ۱۳۰ کیلوکالوري/فی کیلوګرام/په ورځ کې وي، چې دا يې د F100 معالجوی شیده تشکیلوي. F100 په ۱۰۰ ملی لیټرو شیدو کې د ۱۰۰ کیلو کالوري لرونکی دی. پدی معنی چې کله په انتقالی مرحله کې شیده د د F75 څخه په F100 بدلیږي، د شیدو هغه اندازه چې په ۱ مرحله کې يې اخلي پدی مرحله کې يې هم په هماغه اندازه اخلي، یواځی د شیدو نوعیت بدلون مومي. ماشوم باید د غوښتنی مطابق د مور په شیدو تغذی شي.

نوټ: هرکله چې د ماشوم عمر د ۶ میاشتو څخه زیات او وزن يې د ۴ کیلو ګرامو څخه لږ وي، په هغه حالت کې ماشوم باید د هغو پروټوکولونو مطابق تداوی شي چې په ۷ فصل کې ښودل شوي دي.

د 100 DF

۳۶ جدول: د F100 شیدو اندازه چې د ۶-۵۹ میاشتینو ماشومانو ته په انتقالی مرحله کې باید ورکړل شي.

| د ماشوم وزن (په کیلوگرام) | په ورځ کې ۶ ځله تغذی | په ورځ کې ۵ ځله تغذی |
|---------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| د 3.0 کیلو څخه لږ | د خالصو F100 څخه باید استفاده ونشي | |
| 3.0- 3.4 | 75 ملی لیتره په یوه تغذی کې | 85 ملی لیتره په یوه تغذی کې |
| 3.5- 3.9 | 80 | 95 |
| 4.0- 4.4 | 85 | 110 |
| 4.5- 4.9 | 95 | 120 |
| 5.0- 5.4 | 110 | 130 |
| 5.5- 5.9 | 120 | 150 |
| 6.0- 6.9 | 140 | 175 |
| 7.0- 7.9 | 160 | 200 |
| 8.0- 8.9 | 180 | 225 |
| 9.0- 9.9 | 190 | 250 |
| 10.0-10.9 | 200 | 275 |
| 11.0-11.9 | 230 | 275 |
| 12.0-12.9 | 250 | 300 |
| 13.0-13.9 | 275 | 350 |
| 14.0-14.9 | 290 | 375 |
| 15.0-19.9 | 300 | 400 |

لومړئ مرحلې ته د بیا راتګ معیارونه

یو ماشوم چې په انتقالی مرحله کې واقع دی او F100 یا RUTF اخلي کله چې ۱ مرحلې ته بیرته ګرځي باید د لاندې نینو څخه یوه یې موجوده وي:

- په سریع ډول د ځیګر غټیدل
- د مایعاتو د زیاتیدلو نینې
- هرکله چې د ګیډې سخت پرسوب موجود وي

- که د بیا تغذی له امله د پام وړ نس ناسته موجوده وي چې د وزن ضیاع هم ولري.
- که د داخل وعايوی مایعاتو سره تړلي هر ډول اختلاطات موجود وی.
- د هر ډول اذیما زیاتوالی چې مخکی یې اذیما نه لرله
- د ناروغ په حالت کې د پام وړ هر ډول شدت رامنځته کیدل

کله چې د انتقالی مرحلی په لور د پرمختگ څخه وروسته ماشوم وضعیت ډیر خراب شي هغه یو د لاندی لاملونو څخه دی:

- د بیا تغذیې سندروم
- بیا فعال شوی سندروم
- ازموئیکه نس ناسته چې د غذایی رژیم د بدلون له امله منځته راځی (په هغه حالت کې چې د ټیټي ازمولاریټي تغذیه لږه معموله وي)
- د تغذی د ناسمی طریقې له امله د غذایی موادو آسپایریشن
- د روغتون میکروب
- په ناسمه توگه د درملو توصیه / استعمالول

د بیا تغذیه کولو سندروم د میتابولیزم یو مغلق عکس العمل دی چې هغه وخت رامنځته کیږی چې انرژي یا مغذی مواد په بدن کې ډیر شی او د بدن په مختلو برخو کې د الیکټرولایتونو او مایعاتو د چټک بدلون لامل شی. اختلاجونه، د زړه عدم کفایه او فوری مړینه کولای شی د هایپوفاسفاتیمیا او د مایعاتو د ډیروالی په پایله کې رامنځته شي.

د سندروم بیا فعالیدل هغه وخت رامنځته کیږی چې یو پخوانی نا تشخیص شوی مکروب بیا رابنکاره شي. دا پېښه د نوی کسبی مکروب له امله نه بلکه د معافیتی سیستم/ التهابی سیستم د ښه والی له امله رامنځته شي.

په هره پېښه کې د عکس العمل د نه موجودیت له امله د ماشوم د حالت د خرابوالی له امله یوې بشپړی ارزیابی ته اړتیا شته. ډاکټر باید لاندی موضوع گانې په نظر کې ونیسي:

- یوه وروستی بشپړه تاریخچه
- د پخوانیو سندونو دقیقوالی
- بشپړ طبی معاینات او د تغذی د حالت مرور
- د پخوانیو طبی او تغذیوی درملنو کتل
- د سیني رادیوگرافی / لابراتواری ټسټونه

- د نا توصیه شوی درملو او تغذی څخه استفاده کول
- د خدمتونو د چاپیریال مرور (حفظ الصحه، کارکونکی، د شیدو تیارول)
- د اندازه کولو د سامان سم استعمال/تنظیمول
- د ماشومانو د خدمتونو یو متخصص لیرلو ته کیدای شی اړتیا وي

کله چې ماشوم ۱ مرحلې ته بیرته راگرځی ، د هغې غذایی رژیم د دوهم ځل لپاره F75 ته بدلون مومی

دوهمی مرحلې ته د انتقالولو معیارونه

دوهمی مرحلې د لیرلو لپاره باید لاندې موضوع گانې سرته روسپیری:

- ماشوم باید بنه اشتها ولري(د ۹۰٪ څخه ډیر توصیه شوی معالجوی شیده د خولې د لاری واخلي)
- اذیما باید په بشپړه توگه له منځته تللي وي

د ۶-۵۹ میاشتنیو ماشومانو د ۲ مرحلې درملنه چې خارج بستر خدمتونه

موجوده نه وی

په دوهمه مرحله کې د ماشوم د انرژۍ او پروتینو اخستل ۲۰۰ کیلوکالوری/فی کیلوگرام/په ورځ کې د F100 معالجوی شیدو په زیاتولو سره سرته رسپیری. د ۲ مرحلې په لړ کې معالجوی شیدو سره اوسپنه هم اضافه کیری. د اوسپني هغه اندازه چې باید اضافه شی په لاندې توگه ده:

- ۲۰۰ ملی گرامه فیرس سلفیت (۱ تابلیت) د معالجوی شیدو په ۲ لیترو کې
- ۱۰۰ ملی گرامه فیرس سلفیت ۱/۲ تابلیت) د معالجوی شیدو په ۱ لیتر کې

کله چې د شیدو کمی اندازی تیارپیری ، ۱۰۰ ملی گرامه (۱/۲ د اوسپني تابلیت) میده کړی او هغه په مکمله توگه په ۱۰ ملی لیترو اوبو کې حل کړی (خپل ځان ډاډمن کړی چې تابلیت په سمه توگه میده شوی دی او رسوبات تری نه پاتی کیری).

- ۱۰ ملی گرامه فیرست سلفیت (د ۱۰ ملی لیترو اوسپني محلول څخه ۱ ملی لیتر) د معالجوی شیدو په هرو ۱۰۰ ملی لیترو شیدو کې

د F100 د شیدو اندازه چې باید په دوهمه مرحله کې ورکړل شي

لاندې ۳۷ جدول د F100 معالجوی شیدو اندازه ښای چې په دوهمه مرحله کې باید ورکړل شي. د تغذی دفعات باید لږ تر لږه په ورځ کې ۵ ځله وي. لاندی جدول هغه اندازی ښای چې په ورځ کې ۵ یا ۶ ځله تغذیه سرته رسیری.

۳۷ جدول: د F100 شیدو اندازه چې د ۶-۵۹ میاشتنیو ماشومانو ته د SAM په ۲ مرحله کې ورکول کیږي:

| د F100 معالجوی شیدي | | د ماشوم وزن په کیلوگرام |
|----------------------------|-----------------------|-------------------------|
| په ورځ کې ۶ ځله تغذیه | په ورځ کې ۵ ځله تغذیه | |
| د F100 نری شوی شیده وکاروی | | < 3.0 kg |
| 130 | 110 | 3.0 to 3.4 |
| 150 | 125 | 3.5–3.9 |
| 160 | 135 | 4.0–4.9 |
| 190 | 160 | 5.0–5.9 |
| 215 | 180 | 6.0–6.9 |
| 240 | 200 | 7.0–7.9 |
| 260 | 215 | 8.0–8.9 |
| 270 | 225 | 9.0–9.9 |
| 280 | 230 | 10.0–11.9 |
| 310 | 260 | 12.0–14.9 |
| 360 | 300 | 15.0–19.9 |

هغه درمل چې په ۲ مرحله کې باید ورکړل شي

د چنجیو ضد درمل

په دوهمه مرحله کې (۷ ورځ کې) د چنجیو درملنه هغه وخت سرته رسیری چې ماشوم په داخل بستر کې پاتی کیږي.

۳۸ جدول: د چنډيو ضد درمل چې د داخل بستر په دوهمه مرحله کې د ۱۲ مياشتو څخه پورته عمر لرونکو ماشومانو ته ورکول کېږي

| درمل | عمر | اندازه | توصيه |
|------------|-----------------|---------------|-------------------------------|
| ميبيندازول | ۱۲ - ۲۳ مياشتي | 250 ملي گرامه | په ۷ ورځ کې د واحد دوز په شکل |
| | ۲۴ مياشتي يا غټ | 500 ملي گرامه | په ۷ ورځ کې د واحد دوز په شکل |

د درملني په لړ کې په داخل بستر وارد کې تعقيبې خدمتونه

د ۲ مرحلي د درملني په لړ کې ماشوم بايد په دوامداره توگه د ښه کيدو پورې وڅارل شي. په منظمه توگه بايد کنتي دمعالجوي سرويلانس په فورمه کې ثبت کړي.

ورځني کنتي

- ◀ د هري تغذيي څخه وروسته اخستل شوي اندازه ثبت کړئ
- ◀ وزن اندازه کړئ
- ◀ اذیما ارزيايي کړئ
- ◀ د تنفس تعداد وشمارئ
- ◀ دزړه حرکتونه اندازه کړئ
- ◀ د حرارت درجه اندازه کړئ
- ◀ کلينيکي وضعيت ارزيايي کړئ (کانگي، نس ناسته، ديهاپدريشن، توخي)
- ◀ تغذيوي حالت د رخصت د معيارونو په مقابل کې ارزيايي کړئ

اونيزي کنتي

- ◀ MUAC اندازه کړئ

دوه اونيزي کنتي

- ◀ قد/طول اندازه کړئ

لوبی او احساساتي تنبه

د دوهمې مرحلې په لړ کې د روانې بنسټوالې د مرستې په خاطر باید ماشوم د لوبو او احساساتي منبھاتو پواسطه تنبه شي.

- ◀ پالونکي تشويق کړي چې د تغذي پر مهال ماشوم سره خبرې وکړي او هغې سره د سترگو بڼه تماس ولري
- ◀ روښانه رنگ لرونکي چاپيريان په وارد کې جوړ کړي
- ◀ د ماشوم د عمر سره مناسبې گودئ ماشومانو ته ورکړي (۳۲ ضميمه وگورئ)

په ۲ مرحله کې د بڼه والې ناکامي

په دوهمه مرحله کې د بڼه والې ناکامي کيدای شي د لاندې حالتونو په موجوديت سره تشخيص شي:

- ◀ د وزن په اخستلو کې ناکامي تر ۵ گرامه/في کيلوگرام/په ورځ کې
- ◀ د درملني ۲۱ ورځې پورې د رخصت معيارونو ته نه رسيدل
- ◀ هر ډول کلينيکي وخامت

د ۶-۵۹ مياشتنيو ماشومانو د SAM د داخل بستر خدمتونو د رخصت معيارونه

۳۹ جدول د ۶-۵۹ مياشتنيو ماشومانو د دوهمې مرحلې څخه د رخصتولو معيارونه څيري. انټروپومټريک معيارونه بايد د دوهمې مرحلې د اندازگيرۍ سره په مسلسله توگه مساوی يا لوړ وي.

۳۹ جدول: د SAM د داخل بستر د ځانګې څخه د ۶-۵۹ میاشتنيو ماشومانو د رخصت معیارونه

| تعریف | کتګوری |
|---|------------|
| <p><u>هغه چې په MUAC بستر شویږي</u> $MUAC \geq 12.5\text{cm}$ (د ۲ مسلسلو ورځو لپاره)</p> <p><u>هغه چې وزن یې قد/طول (WFH/L) بستر شویږي</u> $WFH/L \geq -2 \text{ Z scores}$ (د ۲ مسلسلو ورځو لپاره)</p> <p>او</p> <p>لږ تر لږه د ۲ اونيو لپاره اذیما موجوده نه وي</p> <p>او</p> <p>د کلینیک د نظره ښه وی</p> | شفایاب |
| د ۳ مسلسلو ورځو لپاره د IPD-SAM څخه غیر حاضر وی | غایب |
| په داخل بستر څانګه کې مړ شوی وی | مړینه |
| هغه ناروغ چې د ۲ میاشتو څخه وروسته د رخصتیدو معیارونو ته نه وی رسیدلی | نه روغ شوی |

د رخصت لپاره تیاری

د IPD-SAM څخه د ماشوم د رخصتیدو نه مخکې باید لاندې کارونه سرته ورسېږي:

- پالونکی باید د رخصتیدو څخه وروسته د ماشوم د درملو په اړه پوه شي (او تکرار یې کړي)
- ماشوم په تالی شیت /میاشتنی راپور کې "شفایاب" ثبت ورسوي
- نور کلینیکي اسناد او راجسترونه بشپړ کړئ
- د لیرلو یو کارت ولیکئ او پالونکی ته سپارښتنه وکړئ چې تر ټولو نژدې سیمه ایز روغتیایي مرکز ته مراجعه وکړي.

- د ناروغ د راجسټر د ثبت شماره په ټولو اسنادو کې ثبت کړئ
- MUAC او وزن پر قد ثبت کړئ (د رخصتیدو د وخت اندازه کېږي)
- ځینو درمل چې په دوامدراه توګه به ورکړل شي ثبت کړئ (ایا هغوی باید د رخصتیدو پر مهال د درملو د تداوی لاندی وی ؟)
- د ودې د پیاوړتیا د څارنې یا نظارت په پروګرامونو کې د ګډون سپارښتنه وکړئ
- په سیمه ایز روغتیایي مرکز د وروستیو مشورې ورکولو په پروسو کې د ګډون سپارښتنه وکړئ

د رخصتیدو څخه وروسته تعقیب

هغه ماشومان چې د حادی شدیدې خوارخواکې لپاره تداوی کېږي اکثره د تغذیوی کمښتونو یا د میکروبونو څخه کړیږي چې په پای کې ډول ډول لاملونه رامنځته کېږي. د سالمې ودې او بیا راګرځیدو څخه د وقایې لپاره **تل** تعقیبي پاملرنې ته اړتیا وي. په سیمه ایزه توګه د موجوده خدمتونو په نظر کې نیولو سره لاندی موضوع ګانې باید په نظر کې ونیول شي:

- ◀ د IYCF/تغذی دوامداره مشوره ورکول
- ◀ د ودې د پیاوړتیا او څارنې په پروګرام کې شاملول
- ◀ د صحتمند ماشوم کلینک ته لیرل
- ◀ د غذایی امنیت پروګرامونو ته لیرل (لکه SFP)
- ◀ نورو ټولنیزو خدمتونو پروګرامونو ته لیرل

راپور ورکول

د SAM خدمتونو لپاره په IPD-SAM کې شاملیدل او رخصتول په عین فارمټ کې سرته رسیری او راپور یې ورکول کېږي. د میاشتنی راپورونو فارمټونه په ۲۵ ضمیمه او ۴ فصل کې ذکر شویږي. د SAM د داخل بستر د رخصتولو د پایلو په اړه میاشتنی محاسبه شته چې د راپور سره یوځای وړاندی کېږي. د میاشتنی رخصتیدلو پایلی په الیکټرونیکي فارمټونو کې په اتومات ډول محاسبه کېږي.

رخصت شوو د معادلی پایلو د قاعدی خط عبارت دی د تداوی څخه وروسته د ټولو رخصت شوو مجموعی تعداد.

ټول رخصت شوی = روغ شوی + مړه شوی + غایبین + عدم شفایاب + د SAM خارج بستر وارد ته لیرل شوی

۴۰ جدول: په MAM/SAM باندې داخسته ناروغانو د رخصتولو د پایلو محاسبه

| | |
|--------------------------------|---|
| د شفا موندونکو رخصت شوو سلنه | = په هماغه میاشت کې د روغو ماشومانو تعداد $100 \times$ په هماغه میاشت کې د خارج بستر درملني څخه د رخصت شوو مجموعی تعداد |
| دمره رخصت شوو سلنه | = په هماغه میاشت کې د مړه شوو ماشومانو تعداد $100 \times$ په هماغه میاشت کې د خارج بستر درملني څخه د رخصت شوو مجموعی تعداد |
| د غایبو رخصت شوو سلنه | = په هماغه میاشت کې د مړه شوو ماشومانو تعداد $100 \times$ په هماغه میاشت کې د خارج بستر درملني څخه د رخصت شوو مجموعی تعداد |
| په منځنۍ توګه د پاتې کیلو موده | = د ټولو روغو رخصت شوو واقعو د درملني د ورځو مجموعی تعداد د ټولو روغو رخصت شوو واقعو مجموعی تعداد |

په منځنۍ توګه د وزن اخستل

د عضلاتو په ذوب او اذیما اخته ماشومانو لپاره په منځنۍ توګه د وزن اخستل (AWG) په بیلابیله توګه محاسبه کیږي. په هره میاشت کې د روغو رخصت شوو ماشومانو اسناد د عضلاتو د ذوب او اذیما لپاره جلا کیږي او په لاندې ډول محاسبه کیږي.

د هغو واقعو لپاره چې د عضلاتو د ذوب له مخې شامل شويدي

لومړۍ د هر روغ رخصت شوی ماشوم وزن محاسبه کړئ

وزن گیری = (د رخصتیدو پر مهال وزن په ګرام-د شاملیدو پر مهال وزن په ګرام) / د شاملیدو پر مهال وزن په کیلو ګرام
د پاتې کیلو موده (په ورځو)

پدې محاسبه کې وزن گیری په ګرام/ کیلوګرام/ ورځ ښایي

په اوسط ډول وزن اخستنه = د عضلاتو د ډوب د ټولو روغو رخصت شوو ماشومانو وزن اخستنه (په گرام/کيلوگرام/ورځ)
= د عضلاتو د ډوب د ټولو روغو رخصت شوو ماشومانو تعداد

د هغو واقعو لپاره چې په اذیما شامل شويدي

د ټولو ازیمایي واقعو وزن اخستل د اذیما د بشپړ رشف کیدو څخه تر رخصتیدو پورې محاسبه کیږي.

وزن اخستل = (د رخصتیدو پر مهال وزن په گرام – تر ټولو لږ وزن په گرام) / تر ټولو لږ وزن په کیلو گرام (په گرام/کيلوگرام/ورځ)

د تر ټولو لږ وزن څخه تر روغ رخصتیدو پورې وخت (په

ورځ)

په اوسط ډول وزن اخستنه = د اذیمایي د ټولو روغو رخصت شوو ماشومانو وزن اخستنه (په گرام/کيلوگرام/ورځ)
= د اذیمایي د ټولو روغو رخصت شوو ماشومانو تعداد

د خدمتونه سیندردونه

د SAM د داخل بستر خدمتونو سیندردونه کولای شي د پورته محاسبه شوو شاخصونو د لارې د میاشتنی راپور ورکولو لپاره ارزیابی شي. د هر شاخص سیندردونه په لاندې ۴۱ جدول کې ذکر شويدي.

۴۱ جدول: د SAM د داخل بستر خدمتونو سیندردونه

| د عامی روغتیا سیندرد | شاخص |
|-------------------------|--|
| د 75% څخه ډیر | روغ شوی + د SAM خارج بستر ځانگي ته لیږل (په هغو ځایونو کې چې د SAM خارج بستر خدمتونه موجود وي) |
| د 75% څخه ډیر | روغ شوی(یوځی داخل بستر ځانگه موجود ده) |
| د 15% څخه لږ | غایب |
| د 10% څخه لږ | مړ |
| 7 تر 10 ورځو پورې | (اکه خارج بستر خدمتونه موجود وي) |
| 21 تر 28 ورځو پورې | په منځني توگه پاتی کیدل(یوځی داخل بستر ځانگه موجود ده) |
| ۸ گرامه/کيلوگرام/د ورځي | په منځني توگه وزن اخستل |

په هغو ځایونو کې چې په ۴۱ جدول کې د ذکر شوو سټنډرډونو مطابق خدمتونه سرته نه رسیری، د ستونزو د څیړنو لپاره د توپيرونو او وړاندیزونو یو تشریحی راپور باید ولیږل شي.

مانیتورینگ او حمایتی سوپرویزن

د مانیتورینگ د کتنو لپاره د کړنو چک لستونه ددی فصل په پای کې په ۳۳ ضمیمه کې موجود دي. د مانیتورینگ کتنې باید په هرو ۳ میاشتو کې یو ځل سرته ورسیری. د مانیتورینگ د راپور یوه کاپی باید د تغذی ولایتی مسول او په ملي کچه د عامه تغذیې د بیارتمنت ته وسپارل شي.

کلینیکي اسناد، پروتوکولونه او د خدمتونو چاپیریال باید په جزیاتو سره وکتل شي ترڅو هغه ستونزی په گوته شي چې د هغې له امله ناروغان د ښه کیدو د ناکامی سره مخ شويدي (۳۴ ضمیمه وگورئ) او اصلاحی کړنې په کار واچول شي.

کله چې د پوښن د کچې ارزایی موجوده وي د خدمتونو اغیزمنتوب هم کولای شي د لاندی معادلی مطابق ارزایی شي.

$$\text{اغیزمنتوب} = \text{د رغیدو کچه} \times \text{د پوښن کچه}^*$$

* د پوښن کچه باید د منل شوی میتودولوژی څخه په کار اخستی ارزایی شي. د پوښن د کچې غیر مستقیمې محاسبې چې د متوقع تخمین شوو واقعو څخه سرچیه اخلی د ارزایی لپاره د منلو وړ ندي.

۲۹ ضمیمه: د شیدو خوړونکو او ۵ کالوڅخه د ښکته ماشومانو د شرایطو د پوره کولو معیارونه

| | |
|--|---|
| <p>د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتو ماشومان حتی د ښی اشته په لرلو او د طبی اختلاطاتو د نشتوالی سره بستریږی.</p> <p>دوه طرفه ښه لرونکی اډیما +++ یا</p> <p>مرسمیک کواشیورکور*</p> <p>(* وزن پر فډ/طول د 3Z scores - یا MUAC د 11.5 سانتی مترڅخه</p> | <p>د ۶ څخه تر</p> <p>۵۹ میاشتو</p> <p>ماشومان</p> |
|--|---|

| | |
|---|--|
| <p>لږ د اډيما د يوې درجې سره)</p> | |
| <p><u>په SAM اخته د ۶-۵۹ مياشتو ماشومان چې د خرابې اشتهې په لرلو او د طبي اختلاطونو په شتوالي سره بستريږي</u></p> <p>MUAC: د ۱۱.۵ سانتي مترو څخه لږ يا وزن پر قد/طول د -3Z scores څخه لږ يا دوه طرفه + او ++ اډيما د</p> <ul style="list-style-type: none">• د RUTF لپاره د خرابې اشتهې سره• يا د IMCI د خطر د نښو د شتوالي يا د طبي اختلاطونو د موجوديت سره:• لوړه تب• هايپوټرميا• دوامداره کانگي• شديد ديهيډريشن• کمخوني شديد• بي حالې، ډيره ضعيفې، بي علاقه گي، بي هوشي، اختلاج• متوسط يا شديد جلدې افتونه• د تنفس مشکلات يا چټک تنفس | |
| <p><u>د ۶-۵۹ مياشتو ماشومان چې د OPD-SAM څخه راليرل شويدي</u></p> <p>د لاندي مشکلاتو موجوديت:</p> <ul style="list-style-type: none">• د طبي حالت شدت (د IMCI دخطر د نښو شتوالی)• په دوه طرفه اډيما کې ډير والی• په ۳ مسلسلو اونيو کې د وزن بايلل او يا د ۵ اونيو لپاره د وزن ثابت پاتې کيدل | |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• د ۳ میاشتو څخه وروسته په OPD-SAM کې د ښه والی نشتوالی | |
| <p><u>د ۶-۵ میاشتو ماشومان چې د OPD-MAM څخه رالیرل شويدي</u> (په هغو ځایونو کې چې هیڅ OPD-SAM موجوده نه وی)</p> <p>MUAC: د ۱۱.۵ سانتي مترو څخه لږ یا</p> <p>وزن پر قد/طول د 3Z scores- څخه لږ یا</p> <p>د ښه پاتې کیدونکو دوه طرفه اذیما د هرې درجې شتوالی</p> | |
| <ul style="list-style-type: none">• د ۶ میاشتو څخه غټ مگر د ۴ کیلوگرامو څخه د لږ وزن لرونکی ماشوم | |
| <ul style="list-style-type: none">• وزن پر قد/طول د 3Z scores- څخه لږ(د هغو شیدو خوړونکو ماشومانو لپاره چې د ۴۵ سانتي مترو څخه ډیر یا مساوی دی)• د ښه پاتې کیدونکی دوه طرفه اذیما هره درجه• شدید او ښکاره عضلي ضایعات +IMCI د خطر نښې• په ټولنه کې د مور په شیدو د تغذیې د مشورې ورکولو سربیره د شیده خوړونکی ماشوم د وزن اخستلو په برخه کې د ناکامی سره مخ کیدل• شیده خوړونکی ډیر ضعیفه ده او په اغیزمنه توګه رودلای نشي | <p>د ۶ میاشتو څخه کم عمره شیده خوړونکی ماشومان</p> |

۳۰ ضمیمه: د ORS، د تیت غلظت لرونکی ORS (LO-ORS) او ریزومل ترکیب (د ریزومل د جوړولو د لارښودونو سره)

| ReSoMal (ریزومل) | د LO-ORS تیت غلظت لرونکی (ORS) | سټنډرډ ORS | ترکیبی اجزای |
|---------------------|--------------------------------------|------------|-------------------|
| 125 | 75 | 111 | گلوکوز |
| 45 | 75 | 90 | سودیم |
| 40 | 20 | 20 | پوتاشیم |
| 70 | 65 | 80 | کلوراید |
| 7 | 10 | 10 | سایټریت |
| 3 | - | - | مگنیزیم |
| 0.3 | - | - | زینک |
| 0.045 | - | - | مس |
| 300 | 245 | 311 | آسمولاریټی (غلظت) |

څرنګه د سټنډرډ ORS څخه ریزومل جوړ کړل شي

| اندازه | ترکیبی اجزای |
|--|------------------|
| د یو لیتر لپاره د سټنډرډ پاکټونو څخه یو پاکټ | سټنډرډ WHO - ORS |
| 50 ګرام | سکروز |
| 4 ګرام | پوتاشیم |
| 2 لیتر | اوبه |

څرنگه د LO-ORS ریزومل جوړ کړل شي

| اندازه | ترکیبی اجزای |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 1 پاکت LO-ORS بد یو لیتر اوبو لپاره | WHO - LO-ORS |
| 40 گرام | بوره |
| 1 کاشوغ | CMV (د منرالونو او ویتامینونو مخلوط) |
| 1700 ملی لیتره | اوبه |

۳۱ ضمیمه: د F75 او F100 جوړولو نسخه

| بدیلونه | ترکیبی اجزای | د F75 لپاره اندازه |
|---------------------------------------|---|--|
| د بی غورو وچو شیدو څخه په استفادې سره | د بی غورو وچې شیدې بوره دغله جاتو اوره نباتی غوړې د منرالونو او ویتامینونو مخلوط * د 1000 ملی لیټرو جوړولو لپاره اوبه | 25 g 70 g 35 g 30 g 20 ml 1000 ml |
| د وچو شیدو څخه په استفادې سره | مکمل وچ شیده بوره دغله جاتو اوره نباتی غوړې د منرالونو او ویتامینونو مخلوط * د 1000 ملی لیټرو جوړولو لپاره اوبه | 35 g 70 g 35 g 20 g 20 ml 1000 ml |
| د غوا د تازه شیدو څخه په استفادې سره | د غوا تازه شیده بوره دغله جاتو اوره نباتی غوړې د منرالونو او ویتامینونو مخلوط * د 1000 ملی لیټرو جوړولو لپاره اوبه | 300 ml 70 g 35 g 20 g 20 ml 1000 ml |
| بدیلونه | ترکیبی اجزای | د F75 لپاره اندازه |
| د بی غورو وچو شیدو څخه په | د بی غورو وچې شیدې بوره | 80 g 50 g |
| | | 25 g 100 g |

| | | | |
|--|---|---|--|
| 60 g 20 ml 1000 ml | 30 g 20 ml 1000 ml | نباتی غوری د منرالونو مخلوط * د 1000 ملی لیټرو جوړولو لیپاره اوبه | استفادی سره |
| 110 g 50 g 30 g 20 ml 1000 ml | 35 g 100 g 20 g 20 ml 1000 ml | مکمل وچ شیده بوره نباتی غوری د منرالونو مخلوط * د 1000 ملی لیټرو جوړولو لیپاره اوبه | د وچو شیدو څخه په استفادی سره |
| 880 ml 75 g 20 g 20 ml 1000 ml | 300 ml 100 g 20 g 20 ml 1000 ml | د غوا تازه شیده بوره نباتی غوری د منرالونو مخلوط * د 1000 ملی لیټرو جوړولو لیپاره اوبه | د غوا د تازه شیدو څخه په استفادی سره |

* د منرالونو او ویتامینونو مخلوط (CMV) باید د مایکرونیوټرینټونو د مناسب تعادل څخه د ډاډ په خاطر وکارول شي

۳۲ ضمیمه: لوبی کول او تحریکول

په مزي کې کړی (له ۶ میاشتو نه وروسته)

د مالوچو تارو کړی او نور واړه توکي



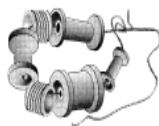
ږغړغی (جرنگاته) (له ۱۲ میاشتو نه وروسته)

د مالوچو تارو کړی او نور واړه توکي

ډول (له ۱۲ میاشتو نه وروسته)

هنداره (له ۱۸ میاشتو نه وروسته)

یو ډبلی چې په داسې سر یوین یوینلی



د لوبو د سامانونو اچول - او- را ایستل (له ۹ میاشتو نه وروسته)

د خای پر خای کولو لپاره بوتل (له ۱۲ میاشتو نه وروسته)

یو ستر روڼ پلاستيکي بوتل چې نری



کوندي (له ۹ میاشتو نه وروسته)

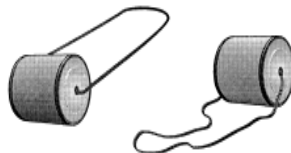
د لرگیو وړی کوندي. باندني اړخونه یې د شک مویني (ریگمال) په واسطه بنوی

د لوبو تپله کیدونکي وسیله (له ۱۲ میاشتو نه وروسته)

د یوه استوانه یې ډوله ډبلی د سر او بیخ په مرکزونو کې یو یو سوری وکړی. یوه

یو تر بله سره تښلیدونکي د بوتلونو څوکي (له ۱۲ میاشتو نه وروسته)

لر. تر لره د در یوو یو شان، گردو بوتلونو



د لوبو راکش کیدونکي وسیله (له ۱۲ میاشتو نه وروسته)

د خای پر خای کولو لپاره بوتل (له ۹ میاشتو نه وروسته)

معا (له ۱۸ میاشتو نه وروسته)

په یوه مربع یا مستطیل شکله پنډ کاغذ باندی د موم د رنگونو په واسطه یو



نیانزکه (له ۱۲ میاشتو نه وروسته)

د دوو نیانزکو شکلونه له یوه توکر څیني بر، ک، او څنډې، سر به داسې بڼه سره

کتاب (له ۱۸ میاشتو نه وروسته)



۳۳ ضمیمه: د SAM د داخل بستر خدمتونو د اجراآتو چکلیست



د عامی روغتیا وزارت
د وقایوی طب عمومی ریاست
د عامه تغذی دیپارتمنت

د روغتیایی مرکزونود SAM د داخل بستر وارد نظارتی چکلیست

| مشخصات | | | |
|---------------|--|--|--|
| ۱ س | تاریخ: کال () | میاشت () | ورخ () |
| 2 س | موقعیت: ولایت () // ولسوالی () | | |
| 3 س | د روغتیایی مرکز ډول: 1. PH، 2. DH، 3. CHC، 4. BHC، 5. SHC، 6. او نور () د روغتیایی مرکز شماره (ID): | | |
| شماره | پوښتنی | خوابونه | نظرونه |
| ورودی شاخصونه | | | |
| 4 س | آیا د IPD-SAM لپاره مناسب تعداد کارکونکی شته؟ | 1. نه 2. هو | 0 داکتر، 2 نرس، 1 کارگر/آشپز د ټولو وختونو لپاره |
| 5 س | ایا روغتیایی مرکز کی په شدیدې حادې خوارخواکی روزل شوی کارکونکی لري؟ | 1. نه 2. هو، مگر پرته له سرتیفیکیته 3. هو، د سرتیفیکیت سره | د عامی روغتیا وزرات مطابق یوه اونیز تریننگ کی روزل شوی |
| 6 س | ایا د عامی روغتیا وزارت د شدیدې حادې خوارخواکی لارښودونه د لاسرسی وړ لږ تر لږه یو نقل موجود دی؟ | 1. نه 2. هو | |
| 7 س | آیا IEC مواد (پوسترونه، کوچنی د کورنیو معلوماتی رسالی، فلیپ کارتونه) رساله های کوچک معلوماتی برای خانواده ها، فلیپ چارته) د شدیدې حادې خوارخواکی د لاسرسی وړ لارښودونه په روغتیایی مرکز کی موجود دی؟ | 1. نه 2. هو مناسب/کافی ندی 3. هو، مناسب/کافی دی | مناسب: د لیدلو وړ، د لوستلو وړ، کافی: د ویش لپاره پوره (د واقعو پر اساس) |
| 8 س | ایا د MSM لپاره په کافی اندازه فورمی موجودی دی؟ | 1. نه 2. هو، کافی/مکمل | د MSS، TSS د کورنی درملنی |

| | | | |
|---|--|--|-------|
| کارتونه، تعقیبی کارتونه، راجستر کتاب، د وزن پر عمر جدول (z- score) | ندی 3. هو، کافی/مکمل دی | | |
| مناسب: د لیدلو ور، د لوستلو ور، | 1. نه 2. هو، مگر مناسب دی | آیا د عملیاتی لارښود چارټ به دیوال باندی د لیدلو ور خای کی نصب دی ؟ | س 9 |
| د ماشوم ترازو، د اندازه کولو تخته، سالتر ترازو، د MUAC فېته، چپرکټونه، گودی | 1. نه 2. هو، کافی/مکمل ندی* | آیا روغتیایی مرکز کافی وسایل لري؟ | س 10 |
| F100، F75، د مپلو خمیره ، CMV، ریزومل (لږ تر لږه د یوی میاشتی لپاره) | 1. نه خیر 2. هو، کافی/مکمل ندی 3. هو، کافی/مکمل دی | آیا روغتیایی مرکز د شدیدې حادې خوارخواکی لپاره کافی وسایل لري ؟ | س 11 |
| د درملو منظمه سپلای، ۱ او ۲ خط انتی بیوتیکونه(د میاشتنیو واقعاتو پر اساس) ، ویتامین A، اوسپنه ، فولیک اسید | 1. نه 2. هو، کافی/مکمل ندی 3. بلی، کافی/مکمل دی | آیا د شدیدې حادې خوارخواکی لپاره کافی درمل موجود دي ؟ | س 12 |
| | 1. نه 2. هو، کافی/مکمل ندی 3. هو، کافی/مکمل دی | آیا د ماشومانو د خوړو د تیارولو لپاره به کافی اندازه وسایل موجود دي ؟ | س 13 |
| | 1. نه 2. هو، کافی ندی 3. هو، کافی دی | ایا میندو لپاره د خان او لباس وینځلو مناسبی اسانتیاوی موجودي دي ؟ | س 14 |
| | | | پروسه |

| | | |
|-----|--|---|
| 15س | آیا د شاملیدو او رخصت معیارونه د پروتوکول مطابق په سمه توګه تعقیبیری؟ | 1. نه 2. د شاملیدو په برخه کې هو مګر د رخصتیدو په برخه کې نه. 3. د رخصتیدو په برخه کې هو مګر د شاملیدو په برخه کې نه 4. د شاملیدو او رخصتیدو په برخه کې هو |
| 16س | آیا د ناروغان انتقال د ۱ مرحلې څخه ۲ مرحلې او نورو مرحلو ته د پروتوکول مطابق سرته رسیری؟ | 1. نه 2. هو |
| 17س | آیا روغتیایی کارکونکی مراجعینو ته مشوره ورکوی؟ | 1. نه 2. هو، نا کافی 3. هو، کافی |
| 18س | آیا ډاکتر: | |
| a | د مور سره په ښه توګه مصاحبه کوی؟ | 1. نه 2. هو |
| b | بشپړ کلینیکي معاینات سرته رسوی؟ | 1. نه 2. هو |
| c | د تغذیه کولو بشپړه نسخه لیکي؟ | 1. نه 2. هو |
| 19س | آیا د کوتې د حرارت درجه په خوارخواکی اخته ماشومانو لپاره مناسبه ده؟ | 1. نه 2. هو |
| 20س | آیا د ماشومانو وزن او طول په سمه توګه اندازه او تفسیری؟ | 1. نه خیر 2. بلې |
| 21س | آیا معالجوی شیده په سمه توګه تیاریری (د پروتوکول پر اساس)؟ | 1. نه 2. هو |
| 22س | ایا ماشومانو د مهاویش مطابق تغذیه کیری او هغه په سمه توګه ثبتیری؟ | 1. نه 2. هو، تغذیه او د ماشوم د دوسیې مطابق |

| | | | |
|--------------|--|--|---|
| | ثبتول سم ندى 3. هو، تغذيه او ثبتول سم دى | | |
| س23 | آيا روغتيايي کارکونکى کولای شي خپل لاسونه په صابون او اوبو ووينځي؟ | 1. نه 2. هو | د صابون، اوبو، دست شوی، پاک دست پاک موجودیت |
| س24 | آيا ماشومان په کافى اندازه د لويو مجهزې کونې ته لاسرسى لري؟ | 1. نه 2. هو مناسبه ده مگر ګوډى پکى کافى ندى 3. هو مناسبى دى | |
| س25 | ايا ميندې کولای شي خپل لاسونه په صابون او اوبو ووينځي؟ | 1. نه 2. هو | |
| نتيجه | | | |
| س26 | د لاندې هدف په خاطر راجستر چک کړئ: | | |
| a | په منځنى توګه په وروستى مياشت کې د شامل شوو تعداد / په ورځ کې | | |
| b | د سټنډرډ راجستر له مخې د مراجعينو راجستر راجسترو | 4. نه 5. هو، مگر نه په مناسبه توګه 6. هو، مگر په مناسبه توګه | مناسب: په ټولو برخو کې په واضحه توګه |
| c | د رغيدو کچه: | _____ | |
| d | د پاتې کيدو موده | _____ | |
| e | د غايبينو کچه: | _____ | |
| س27 | آيا د ماشومانو د ثبت سيستم (فایلينګ) په سمه توګه بشپړ شويدي؟ | 1. نه 2. هو | |

نظريات:

دا چکلسټ د سوپروايزر/ نظارت کونکى لخوا خانه پرى کيرى: نوم/ امضاء:

وظيفة:

او د روغتيايي مرکز لخوا يى تايبید يا تصديق کيرى: نوم/ امضاء:

وظيفة:

۳۴ ضمیمه: د درملني په مقابل د خواب نه ویلو د ناکامی تعقیبول

د خواب نه ویلو لاملونه

- ◀ د تغذیې د مناسبو پروتوکولونو په لیدلو کی ناکامی
- ◀ د طبیې مناسبو پروتوکولونو په لیدلو کی ناکامی
- ◀ په کارکونکو کی ستونزې
- ◀ د حمض الصحی په برخه کی ستونزې
- ◀ د بیني البینی کلینیکي حالاتو نا تشخیص شوی حالت
- ◀

د خواب ویلو د ناکامی د تعقیبولو پروسیجر

- ◀ چک کړئ چې ماشوم ته د هغوی د عمر مطابق سم پروتوکولونه تطبیقیری
- ◀ چک کړئ چې د هرې مرحلې شیده په صحیح ډول تیار شویدی
- ◀ چک کړئ چې ماشوم ته د هغوی د عمر مطابق د شیدو سم ډول رسیدلی دی
- ◀ چک کړئ چې ماشوم ته د هغوی د مرحلې د درملني مطابق د شیدو سم ډول رسیدلی
- ◀ چک کړئ چې ماشوم ته د هغوی د وزن مطابق د شیدو مناسبه اندازه لیکل شوی
- ◀ چک کړئ چې ماشوم ته د هرې ورځې د تغذیې مناسب دفعات رسیدلی دی (مور څخه پوښتنه وکړئ).
- ◀ د ۶ میاشتو څخه د بنکته عمر لرونکو ماشومانو لپاره چک کړئ چې ماشوم ته مناسب پروتوکول رسیدلی چې ایا ماشوم د مور په شیدو تغذیه کیری یا د مور په شیدو نه تغذیه کیری
- ◀ چک کړئ چې د ماشوم په SST کې د شیدو مناسب ډول او اندازه لیکل شوی
- ◀ چک کړئ چې د هغه ماشوم لپاره چې SST (supplementary suckling technique) یا د ضمیموی رودلو تخنیک تطبیقیری د شیدو مناسب ډول او اندازه لیکل شوی
- ◀ چک کړئ چې د هغه ماشوم لپاره چې SST نه تطبیقیری د شیدو مناسب ډول او اندازه نظر د درملني مرحلې ته لیکل شوی
- ◀ چک کړئ چې په ۲ مرحله کې په شیدو کې اوسپنه اضافه شوی
- ◀ چک کړئ چې ماشوم ته د پالونکی لخوا شیده ورکول کیری
- ◀ د طبیې نا تشخیص شوی حالتونو لپاره ماشوم چک کړئ

- ◀ چک کړئ چې د معیاری خدمتونو وړاندې کولو لپاره کافی کارکونکي شته (په خانګړی توګه د شپې لخوا)
- ◀ چک کړئ چې حفظ الصحه د کارکونکو او ناروغانو لخوا په مناسبه توګه مراعات کیږي.

۷ فصل : د ۶ میاشتو څخه د کم عمر یا د ۶ میاشتو څخه د زیات عمر مگر د ۴ کیلوگرامو څخه د کم وزن لرونکو ماشومانو پاملرنه

دا فصل د لاندې برخو لرونکی دی:

- ❖ د ۶ میاشتو څخه د کم عمر لرونکو ماشومانو لپاره د شرایطو د پوره کولو معیارونه
- ❖ د ۶ میاشتو څخه د کم عمر لرونکو شیده خوړونکو ماشومانو پاملرنې اهتمامات
- د ۶ میاشتو څخه د کم عمر لرونکو شیده خوړونکو هغو ماشومانو پاملرنه
چې د مور په شید د تغذی امکان ولري
- د ۶ میاشتو څخه د کم عمر لرونکو شیده خوړونکو هغو ماشومانو پاملرنه
چې د مور په شیدو د تغذی امکان ونلري
- ❖ د ۶ میاشتو څخه د کم عمر یا ددی څخه د زیات عمر لرونکو مگر د ۴ کیلو گرامو
څخه د کم وزن لرونکو شیده خوړونکو ماشومانو پاملرنه

د IMCI د خطر د نښو په نشتوالی کې هر وخت چې امکان ولري د ۶ میاشتو څخه د کم عمر لرونکی یو ماشوم پاملرنه باید په خارج بستر څانگه نکه کې سرته ورسیري. مور باید سیمه ایزه روغتیایي مرکز ته مراجعه وکړی او د خوارځواکی په اړه مشوره واخلی چې پدی توگه د مور په شیدو په اغیزمنه توگه تغذی شي یا هغه د دوهم ځل لپاره شروع کړي. کله چې مور د انفرادی مشورې ورکولو څخه وروسته هم د ښه والی راپور نه ورکوی یا شیده خوړونکی ماشوم د وزن اخستلو په برخه کې ناکامی سره مخ کیږی نو په هغه حالت کې د ماشوم درملنه باید داخل بستر څانگه کې وشي.

د ۶ میاشتو څخه کم عمر لرونکی شیده خوړونکي ماشومان چې داخل بستر څانگه کې یې درملنه کیږي نسبت غټو ماشومانو ته بیلو پروتوکولونو ته اړتیا لري. دا ددی له امله چې دا شیده خوړونکي ماشومان نازکه فزیولوژی لري او هر کله چې په غلیظو غذایی رژیمونو تغذیه شي په گړدو د مایعاتو د اضافه بار کېدو امکان پیدا کوی. سربیره پر دې ، درمل هم باید په لږې اندازو سره ورکړل شي.

د ۶ میاشتنو شیده خورونکي یا ددې څخه غټ ماشومان مگر چې وزن یې د ۴ کیلوگرامو څخه لږ وي د خالصو F100 پر ځای رقیق شوی F100 باندی تداوی کیري.

د ۶ میاشتنو څخه کم عمر لرونکی شیده خورونکي ماشومان چې په داخل بستر څانگه کې یې درملنه کیري کولای شی د دوه بیلابیلو پروتوکولونو پر اساس یې تداوی او رخصت کړي. د اهمیت وړ ده ترڅو پدې یقینې شو چې شیده خورونکي ماشوم باید د درملنې سم پلان تعقیب او د رخصتیدو د صحیح معیارونو رخصت شویدی.

د درملنې دوه انتخابونه عبارت دی له:

1. هغه ماشومان چې اوس د مور په شیدو تغذیه کیري یا د رخصتیدو وروسته به د مور په شیدو تغذیه شي.
2. هغه ماشومان چې د رخصتیدو وروسته به د مور په شیدو تغذیه نه شي.

د لومړی انتخاب توپیر د نورو معیارونو څخه دا دی چې دلته د درملنې بیلابیلی "مرحلي" نشته. کله چې د درملنې په لړ کې دمور په شیدو تغذیه کې بنه والی راځی د درملنې شیدو په اندازه کې هم کموالی راځي.

په دوهم انتخاب کې د هرې مرحلې په برخه کې د تعدیل شوو معیارونو څخه په گټه اخستلو سره د درملنې بیلابیلی مرحلې موجودې دي. د شیدو اندازه چې ماشوم یې په هره مرحله کې اخلي زیاتوالی مومي.

دا یوه معموله واقعه ده چې میندې شکایت کوی چې هغوی د ماشوم د تغذیې لپاره کافی شیده نه لري. ماشومان هم امکان لری په غیر صحی شرایطو کې په چوشک د غوا شیدو په خورلو سره یا د مور د شیدو سره یوځای د نورو خورو او مایعاتو اخستلو له امله په خوارځواکی اخته شي. ټول دا حالتونه ماشوم د ناروغیو او مړینو په لور خطر کې اچوي.

کله چې یو شیده خورونکی ماشوم په خوارځواکی اخته شي، تل باید د مور په شیدو تغذیې په لور کوشش کولو ته ترجیح ورکړل شي او یا که ماشوم د مور شیده اخستل متوقف کړی وی د دوهم ځل لپاره د مور په شیدو تغذیه کول شروع کړی. د داخل بستر څانگې کارکونکی باید تل د مور په شیدو د ماشوم د دوهم ځل تغذیه کول تشویق کړي او د ۶ میاشتنو څخه د کم عمر ماشوم باید هغه وخت رخصت شی چې ماشوم د مور په شیدو تغذیه کول شروع کړی او په هغې سره وزن واخلي.

د مور په شیدو د تغذی دوه ځل شروع کول ماهرانه او حوصله مندو مشورو ته اړتیا لري. یو میتود چې د بشپړونکو رودلو تخنیک (SST) په نامه یادېږي چې د روغتیایي کارکونکو او میندو یوه اندازه مهارتونو او حوصلی او صبر ته اړتیا لري، مگر د مور په شیدو د وهم ځل کافی تغذیې د شروع کولو یو اغیزمن او بهتر میتود ثابت شویږي.

تجارتی پوډری شیده په خپل ذات کې خطرناک دي. د هغې تولید کونکي دروغجنی ادعاوی کوی او داسی اظهاروی چې دا ډول شیده د شیده خوړونکو او نورو ماشومانو لپاره مناسب دی پدی شکل ماشوم د مړیني په لور خطر کې اچوی. که په عمومی توگه امکان موجود وي روغتیایي کارکونکي باید:

- په داخل بستر څانگه کې د تجارتی پوډری شیدو استعمال بند کړي.
- میندو ته وښایي چې معالجوی شیده ددی څخه توپیر لری او دا یو "طبی شیده" دي.
- هر ډول پوډری شیده چې پالونکي د ځان سره راوړي هغه تری واخلی او له منځه یي یوسی. (په هغه حالت کې چې مور هغه نه خوری).
- د تجارتی پوډری شیدو استعمال د رخصتیدو څخه وروسته هم په جدی توگه منع دی یواځی په هغه حالتونو کې چې پالونکي /مور د خپلو تیونو د شیدو تغذیې څخه انکار وکړی او یا د مور په شیدو دوه ځل تغذیه ناکامه شی.

د روغتیایي مرکز اداره او کارکونکي باید د مور د شیدو د ځای نیونکو د قانون تابع داری وکړی او د تجارتی پوډری شیدو د استعمال د تبلیغاتو څخه ډډه وکړی. او په هیڅ ډول او یا د مشوری په لړ کې ، په صحی تعلیماتو کې د شیدو خوړونکو د پوډری شیدو (یا هر ډول شیدو) یا هر ډول کړنو د ترویج او خپراوی څخه ډډه وکړی.

په هغه حالتونو کې چې میندې په خپلو شیدو په تغذیې کامیابه نشی په هغې حالت کې بهترین وروستی انتخاب د خپلې کورنی د غړو څخه د رضاعی مور انتخابول دی. دا ممکنه ده چې نیا یا نور بنځینه خپلوان د خپلو شیدو دوه ځل تغذیه ماشوم ته شروع کړي او دا کار ته تر ۶ میاشتني پورې ادامه ورکړي. خپله مور یا رضاعی مور باید تل تشویق شي چې لږ تر لږه تر ۲ کلني پورې ماشوم ته د تی شیدو ورکول دوام وموی.

د مور څخه پاملرنه

د داخل بستر خدمتونو لپاره د ۶ میاشتو څخه د کم عمر ماشومانو بسترول د میندو لپاره تل د تشویش وخت وی، مگر سره ددی دا یو ښه فرصت دی چې د میندو څخه ډاډمن شو چې د خپل ځان او د ماشوم په اړه یې د مور په شیدو دتغذی مناسبی مشوری اخلی.

د میندو پاملرنه باید د لاندی موضوع گانو لرونکی وی:

- مور ته د معالجوی شیدو او د هغی پواسطه پر وخت د داخل بستر څانگی د مهال ویش مطابق د ماشوم د تغذی د اهمیت په اړه معلومات ورکړی.
- ورځنی نور کارونه لکه د غذا د خوړلو وختونه، د کالیو وینخل او د حفظ الصحی اړوند اړتیاو ته توجه کول باید د شاملولو څخه سمدست وروسته د بحث لاندی ونیول شی. ولی دا کار د داخل بستر څانگی د ۶-۵۹ میاشتنیو ماشومانو لپاره سرته نه رسیری؟
- د مور MUAC اندازه کړی. که د مور MUAC د ۲۳ سانتی مترو څخه لږ و په هغه حالت کی د ۶ میاشتو څخه د کم عمر شیدو خوړونکو ماشومانو د شیدوورکونکو میندو برخي ته چې په همدی لارښود کی موجود دی مراجعه وکړی.
- مور ته د میندو د تغذی او دهغی د پاملرنی په اړه مشوره ورکړی
- ماشوم ته تر ۶ میاشتو پورې د مور په شیدو د خالصی تغذیې د اهمیت په اړه مور ته مشوره ورکړی.
- روغتیایی کارکونکی باید په جدی توگه د تجارتي پوډری شیدو (یا نورو شیدو) په اړه مشوره ورکړي او په داخل بستر وړاډ کی د استعمالیدونکو د معالجوی شیدو د توپیر څخه خبری کړي.
- روغتیایی کارکونکی باید د شاملولو پر مهال د ماشومانو شیرچوشکونه راټول او له منځه یوسی. د SAM د داخل بستر ناروغانو په څانگه کی د هغی کارول ممنوع دی.
- که مور د ځان سره تجارتي پوډری شیده راوړی و ، هغه کولای شی د خپل تغذیوی حالت د ښه والی لپاره تر په خپله استفاده وکړي، اما د هغی څخه هیڅکله د ماشوم د تغذیې لپاره په داخل بستر څانگه کی کار مه اخلی.
- مور باید د بستریدو پر مهال د متعددو میکرونیوترینتونو تابلیتونه واخلی .

د ۶ میاشو څخه د کم عمر و شیدو خورونکو ماشومانو د شرایطو د پوره کولو معیارونه

۴۲ جدول: د ۶ میاشو څخه د کم عمر و شیدو خورونکو ماشومانو د شرایطو د پوره کولو معیارونه

| کټګوری | معیار (د ۶ میاشو څخه کم عمره شیده خورونکي ماشومان) |
|-------------------------|--|
| نوی شاملیدل | وزن پر طول د 3Z scores- څخه لږ یا دوه طرفه نښه پاتی کیدونکی انیما + یا ++ یا +++ یا د لیدلو وړ شدید عضلي ضایعات د IMCI د خطر نښي |
| | سریریه د IYCF د مشورې ورکولو سره په وزن اخستلو کې د ناکامی سره مخ شي یا شیده خورونکي ماشوم ډیر ضعیفه دی او په سمه توګه رودلای نشي. |
| دوهم ځل غایب مراجعیڼ | ماشوم مخکی غایب شوی و او د دوهم ځل لپاره یې داخل بستر ځانګي ته مراجعه کړیده (شیده خورونکي ماشوم باید د شاملیدو معیارونه پوره کړی او د دوهم ځل لپاره بستر شي.) |

یادداشت: د ۶ میاشتو څخه د کم عمر شیده خورونکو ماشومانو لپاره باید د MUAC څخه استفاده ونه شي.

کله چې په SAM اخته شیده خورونکي ماشوم د وزن پر قد/طول یا انیما پواسطه تشخیص شو، په هغې حالت کې هغه د SAM داخل بستر وارډ ته ولیري. په ۳ نورو حالتونو کې ماشوم پرته د انټروپومیتري په نظر کې نیولو سره ولیرل شي:

1. د لیدلو وړ شدید عضلي ضایعات د IMCI د خطر نښي

یو شیده خورونکي ماشوم کیدای شي ډیر کوچني وی (د ۴۵ سانتی مترو څخه کم) چې وزن پر قد په کارولو اندازه کړای شي او د ۶ میاشتو څخه په کم عمر و ماشومانو کې هم د MUAC څخه استفاده کیدای نشي، مګر کیدای شي د لیدلو وړ شدید ضایعات ولري. که یو شیده خورونکي ماشوم د IMCI د خطر نښي ونه لري، په هغه حالت کې د شیدو

خورونکو ماشومانو د تغذی (IYCF) په اړه مشوره ورکړل شي او شیده خورونکی ماشوم باید یوه اونۍ وروسته ارزیابی شي. که ماشوم د شیدو خورونکو ماشومانو د تغذی (IYCF) په اړه د مشورې ورکول څخه وروسته هم د وزن اخستلو سره په ناکامۍ مخ شو ، بیا دی د داخل بستر وارد د معیارونو مطابق ولیرئ (لاندی ۲ شماره).

یو شیده خورونکی ماشوم چې د IMCI د خطر د نینو څخه یوه یې هم لري باید داخل بستر وارد ته ولیرل شي، په هر حال ، هر ماشوم چې په د عضلاتو په شدید ضایعاتو + د IMCI د خطر د نینو څخه یې یوه موجوده وی باید د SAM داخل بستر وارد ته ولیرل شي.

۲. د شیدو خورونکو ماشومانو د تغذی (IYCF) په اړه د مشورې ورکول سربیره ماشوم په وزن اخستلو کی ناکامۍ سره مخ کیږی

که یو ماشوم په یو OPD یا د نمو څارنې په پروگرام کې معاینه کیږي او مور یې راپور ورکوی چې ماشوم وزن نه اخلی باید د پالونکی د مور په شیدو د تغذیې کرنی ارزیابی شي. که شیده خورونکی ماشوم د IMCI د خطر نینې یا نور اختلالات ونه لري او د مور د مور په شیدو د تغذیې لپاره په کافی اندازه قوی دی نو ماشوم باید وزن کرل شي. د مور په شیدو د تغذی د مناسبو طریقو څخه د استفادی نه د دامن کیدلو لپاره د هغې په اړه پالونکی ته مشوره ورکړل شي او مختلطه تغذیه باید سرته ونه رسیږي. ځینې جزیی انتانات باید په لومړی لیدنه کې تداوی شي او د پالونکی څخه وغوښتل شي چې ۱ - ۲ اونۍ وروسته OPD ته مراجعه وکړي (یا د هغې څخه مخکی کله چې د شیده خورونکی ماشوم وضعیت په کور کې د خرابیدو په لور وي).

شیده خورونکی ماشوم باید د OPD د لومړنی لیدنی څخه لږ تر لږه د ۲۰ گرامو/ په ورځ کې وزن خستی وی. د OPD دوهم ملاقات ته د تللو پر مهال:

- ◀ شیده خورونکی ماشوم دوهم ځل لپاره وزن کړئ
- ◀ که شیده خورونکی ماشوم وزن اخستی نه وی یا یې وزن دلاسه ورکړی وی ، هغه IPD-SAM ته ولیرئ.
- ◀ که شیده خورونکی ماشوم د لومړی ملاقات څخه د ۲۰ گرامو/ په ورځ کې وزن اخستی وی، د OPD مشورې او مشاهدې ته ادامه ورکړئ چې د جزیی انتاناتو تداوی ته هم ادامه ورکول کیږی.

◀ که شیده خورونکی ماشوم د ۲۰ گرامو/ په ورځ کې څخه زیات وزن اخستی وی، ماشوم د وارد څخه رخصتیری او پالونکی د شیدو خورونکو ماشومانو د تغذی (IYCF) او د ودی د څارنې په اړه لیرل کیری.

که شیده خورونکی ماشوم د معاینې پر مهال د IMCI د خطر د نښو څخه یوه یې هم ولری هغه باید د یوې بیړنې بیښې په څیر روغتون ته ولیری.

۲. پیر ضعیفه شیده خورونکی ماشوم چې په سمه توګه تی رودلای نشی

که شیده خورونکی ماشوم په ډیره اندازه ضعیفه وي چې په ښه توګه تی وروی او د شیدو خورونکو ماشومانو د تغذی (IYCF) مشوری ورکولو ته هم ځواب ونه وی ، پدی حالت کې ماشوم باید سمدستی د SAM داخل بستر وارد ته ولیرل شي.

د ۶ میاشتو څخه د کم عمر ماشومانو تغذیوی خدمتونه

لومړی انتخاب: د ۶ میاشتو څخه د کم عمر شیده خورونکو ماشومانو پاملرنه چې د مور په شیدو د تغذی امکان یې موجود وی

ددی ګروپ ماشومانو لپاره د غذایی رژیم اهتمامات په بیلابیلو مرحلو ویشل شوی ندي. د درملنې هدف داد چې د مور په شیدو تغذیه تنبه شي او د ماشوم غذایی رژیم باید تر هغه وخته پورې رقیق شوی معالجوی F100 شیده ورکړل شي تر څو چې د تی شیده یې په کافی اندازه تولید شي او ماشوم په سمه توګه وده وکړي. د تی د شیدو خروجي لاره د بشپړونکی رودلو تخنیک (SST) پواسطه تنبه کیری. مهمه ده هر څومره زیات چې امکان ولری ماشوم تی ته واچول شي. د مور په شیدو د تغذی او د ماشوم په وزن اخستلو کې ښه والی ، د معالجوی شیدو په اندازه کې په تدریجی توګه کموالی راځي او وروسته قطع کیری. کله چې شیده خورونکی ماشوم یواځی د مور په شیدو وزن واخلی هغه رخصت کړی.

رقیق شوی F100 شیده د F75 سره یو شان ندي. رقیق شوی F100 شیده تقریباً په مساوی توګه انرژي لری مګر د پروتینو او مایکرونیوتینونو اندازه سره توپیر لري.

یادداشت: هرکله چې د ۶ میاشتو څخه د کم عمر لرونکی شیده خوړونکی ماشوم په اذیما سره بستر شي او هغه تل د اذیما د ختمیدو او لمنځه تگ پوری په F75 تداوی کیری. کله چې اذیما رشف شوه، معالجوی شیده په رقیقو F100 بدلیدای شي.

د رقیقو F100 جوړول

د F100 یو کوچني پاکټ (۱۱۴ ګرامه) د ۶۷۰ ملی لیټرو اوبو سره رقیق کړئ چې رقیق F100 لاس ته راشي.

که دهغي د کمي اندازي لپاره اړتیا وي ، د مخکي څخه رقیق شوی F100 نور هم رقیق کړئ. په هر ۱۰۰ ملی لیټرو F100 باندی ۳۵ ملی لیټره اوبه زیاتی کړئ تر څو رقیق شوی F100 لاس ته راشي.

د رقیق شوو F100 (یا د اذیمایی پېښو لپاره F75) د اندازي شروع کول چې د SST په استفادی سره باید ورکړل شي.

د رقیق شوو F100 د اندازي شروع کول چې د SST په استفادی سره باید ورکړل شي په لاندی ۴۳ جدول کې ورکړل شوی.

۴۳ جدول: د رقیق شوو F100 (یا د اذیمایی پېښو لپاره F75) د اندازي شروع کول چې د SST په استفادی سره د ۶ میاشتو څخه د کم عمر ماشومانو ته باید ورکړل

| د رقیق شوو F100 اندازه په ورځ کې ۸ ځله تغذیه | د شیده خوړونکی ماشوم وزن (کیلوګرام) |
|---|--|
| 25 ml | د 1.2 کیلوګرامو سره معادل یا کم |
| 30 ml | 1.3 – 1.5 kg |
| 35 ml | 1.6 – 1.7 kg |
| 40 ml | 1.8 – 2.1 kg |
| 45 ml | 2.2 – 2.4 kg |
| 50 ml | 2.5 – 2.7 kg |
| 55 ml | 2.8 – 2.9 kg |

| | |
|-------|--------------|
| 60 ml | 3.0 – 3.4 kg |
| 65 ml | 3.5 – 3.9 kg |
| 70 ml | 4.0 – 4.4 kg |

- ◀ د مور په شیدو تغذیه باید هر ۳ ساعته وروسته د ۲۰ دقیقو لپاره سرته ورسیری، که ماشوم ژړل یا داسی ښکاریدو چې ډیر شیده غواری بیا یې په ډیرو دفعاتو سره تغذیه کړی.
- ◀ د مور په شیدو د هر ډول نورمالې تغذی څخه نیم ساعت یا یو ساعت وروسته د ۴۳ جدول مطابق محافظوی رقیق شیده د بشپړونکی رودلو تخنیک پواسطه ورکړی (لاندې لیدل کیږی).
- ◀ که ځای موجود وي باید شیده خورونکی ماشوم په خوارخواکی اخته د نورو غټو ماشومانو څخه جدا وساتل شي. دا کیدای شی د مور په شیدو د تغذی یوه برخه “breastfeeding corner” وی. دا ځای ممکن د میندو د یوبل د پیاوړی کولو او روغتیایی کارکونکو لخوا د مشوری ورکولو لپاره گټور ځای وي.
- ◀ د اذیمیا په نشنوالی کې F75 ته اړتیا نشته

د بشپړونکی رودلو تخنیک (SST)

دا بشپړونکی تخنیک د یو تیوب څخه په کار اخستلو سره چې د انفی معدوی تیوب ۸ درجه سائیز سره یو شان دی سرته رسیری (د ۵ درجه اندزه تیوب هم کارولای شي ، مگر پدی حالت کې باید معالجوی شیده د نخۍ توتی څخه چان شی چې صفا شی او هغه کوچنی زړی چې ددی تیوب د بندیدو لامل گرځی لمنځه یوړل شي).

تخنیک (طریقه)

- رقیق شوی F100 په یوه پیاله کې اچول کیږی او مور یی ساتی.
- د تیوب یو سر په پیاله کې کیښودل کیږی.
- د تیوب څوکه په تی باندی کیښودل کیږی او ماشوم د معمول په څیر تی ته داسی اچول کیږی چې ماشوم سم تماس غوره کړي. په ځینو وختونو کې په لومړیو کې مور ترجیح ورکوی چې تیوب په یو پلستر په تی باندی محکم کړی.

- کله چې شیده خورونکی ماشوم د تیوب سره تی روی ، شیده د تیوب پواسطه د پیالی څخه څڅیري او ماشوم روی. دا په بمبه د نوشابو څکلو په څیر دي.
- په لومړیو کې یو مرسته کونکی ته اړتیا وی چې د مور سره په سمه توګه د پیالی او تیوب په نیولو کې مرسته وکړي. هغه مور په ډاډ ورکولو سره تشویقوی. بیا مور تل پرته له مرستې پیاله او تیوب په منظمه توګه نیولای شي.
- په لومړیو کې پیاله باید د ۵ څخه تر ۱۰ سانتي مترو په اندازه د تی د سطحې څخه ټیټه وی تر څو شیده په ډیر سرعت سره جریان پیدا نه کړي او شیده خورونکی ماشوم نارامه نکړي. اوضعیفه شیده خورونکی ماشوم نشی کولای په پوره اندازه شیده وروی. په هره اندازه چې شیده خورونکی ماشوم قوی وی پیاله هم باید په هماغه اندازه بنکته ونيول شی او د تی څخه د ۳۰ سانتي مترو په اندازه بنکته واقع شي.
- مور په یو لاس د تی په استقامت تیوب محکم نیسی او په خپل بل لاس پیاله نیسی. ځینی میندي ترجیح ورکوی چې تیوب په یو پلستر په تی باندی محکم کړی ، مګر دا کار ته په نورماله توګه اړتیا نشته.
- یوې یا دوه ورځو ته اړتیا وي چې شیده خورونکی ماشوم په تیوب د مختلطو شیدو سره عادت شي، اما مهمه داده چې دا طریقه وساتل شي.
- یو ډیر مناسب نفر چې دا میتود مورته بنایي عبارت د بلې مور څخه دی چې دا طریقه یې په موفقانه توګه سرته رسولی وی. کله چې یوه مور د بشپړونکو رولو طریقه په موفقانه توګه سرته رسوی نورې میندي په ډیره اسانۍ سره د هغې څخه تقلید وکړي.
- مور باید آرامه وی. د وضعیت او تماس په اړه ډیری او اضافی لارښونی اکثره میندي منع کوی او هغوی فکر کوی چې شاید دا تخنیک به ډیر زیات مشکل وی، مګر په حقیقت کې داسی نده. په هره طریقه چې مور آرامی احساسوی او ددی طریقي اغیزمنتوب کتور بولی هماغه طریقه د منلو وړ ده.
- که معالجوی شیده تبدیلی شي (د مثال په توګه F75 په رقیق شوو F100) شیده خورونکی ماشوم کیدای شی څو ورځو ته اړتیا ولری چې په نوی ذایقي سره عادت شي. بهتره ده چې د درملني په ټوله دوره کې یو ډول غذایی رژیم ته ادامه ورکړل شي.

۱۹ شکل: د بشپړونکی رودلو تخنیک (SST)

دا شیده خورونکی ماشوم د بشپړونکو رودلو تخنیک په استفادې سره د مور تی روی او رقیق شوی F100 هم اخلی (۱۳۰ ملی لیتره/کیلوگرامه/ورځ). د پیالی پورته او بنکته نیول هم د اسانتیا نښه ده، چې پدی ډول شیده خورونکی ماشوم بشپړونکی خواره اخلی.

د ډیر ضعیفه ماشوم لپاره د هغې د خولې په سویه نیولای شی: هیڅکله پیاله ددی سطحی څخه پورته ونه نیسی، ځکه د ماشوم خولې ته شیده د سیفون په څیر جریان پیدا کوي او ماشوم د اسپاریشن په خطر کې واقع کیږي.

هرڅومره چې رودل قوی وی په هماغه اندازه پیالی ته د ماشوم د خولې څخه بنکته موقعیت ورکولای شي.



ماخذ: Action Contre la Faim (ACF)

د تیوب پاکول

د تغذی څخه وروسته تیوب په پاکو اوبو په سورنج وینځل کیږي. بیا د فرار د قوی پواسطه هغې ته دروان ورکوی چې د مجرا اوبه یې ووځي. که مناسبه وي د هغې څخه وروسته تیوب په مستقیمه توګه د لمر شعاع لاندی کیښودل شي.

د درملني په لړ کې تعقیب

شیده خورونکی ماشوم باید د شیده خورونکو ماشومانو د ترازو په کارولو سره چې دقت یې د ۱۰ څخه تر ۲۰ ګرامو پورې دی هر ورځ وزن کړي.

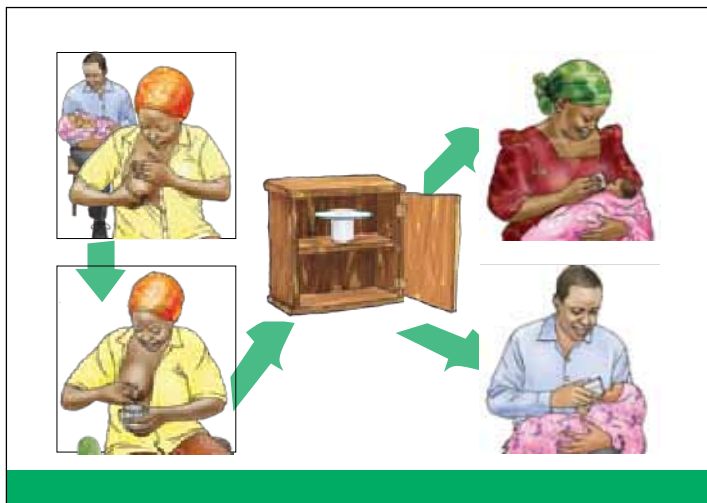
◀ د عضلی نوب پېښو لپاره که ماشوم ټول رقیق شوی F100 شیده اخلی اما د ۳ مسلسلو ورځو لپاره خپل وزن بایلی، په هغې حالت کې د رقیق شوی F100 شیدو اندازه ۵ ملی لیتره زیاته کړئ.

- ◀ که ماشوم په ورځ کې د ۲۰ گرامو یا ددی څخه زیات وزن د ۲ مسلسلو ورځو لپاره اخلی، پدې حالت کې د رقیق شوو F100 شیدو اندازه نیمایې ته راکمه کړئ او پالونکو ته نوی ډاډ ورکړئ چې ماشوم د مور په شیدو تغذیې باندې په اغېزمنه توګه شروع کړیده.
- ◀ که ماشوم د کمې شوی اندازې رقیق شوو F100 شیدو پواسطه د ورځې ۱۰ گرامه یا ددی څخه اضافه وزن اخستلو ته ادامه ورکړي، په هغه حالت کې رقیق شوی F100 شیده ودرئ او یواځې د مور په شیدو تغذیې ته ادامه ورکړئ.
- ◀ که ماشوم یواځې د مور په شیدو په تغذیې وزن اخستلو ته ادامه ورکړو، هغه کولای شي چې پرته د وزن پر قه/طول په نظر کې نیولو سره رخصت شي.

د SST بدیل

که د بشپړونکو رودلو تخنیک د استعمال وړ نه وی یا تجربه لرونکی کارکونکی د SST کارولو لپاره موجود نه وی، نو د لاس پواسطه د تی د شیدو لوشل او بیا په پیاله د هغې ورکول ماشوم ته ممکن دی.

۲۰ شکل: څرنگه د تی شیده په لاس وویستل شي او په پیاله ماشوم پری تغذی شي.



- ◀ خپل ځان په صابون او پاکو اوبو د لاسونو وینځلو څخه ډاډمن کړئ.
- ◀ خپل لاسونه په روانو اوبو او صابون وویځئ.
- ◀ هغه لوبښی چې تاسو یې د خپلو شیدو د اچولو لپاره غواړئ پاک یې کړئ او هغې ته جوش ورکړئ.
- ◀ ارامه وضعیت واخلي.
- ◀ ځینې وختونه بهتره ده چې تاسو خپلو تیونو ته په نرمې سره فشار ورکړئ. یوه گرمه تکه کیدای شي د شیدو په روانیدو کې مرسته وکړي.
- ◀ خپله غټه گوته د خپلو تیونو توری برخی (اریولا) باندی کیردئ او نورې گوټې د تیی لاندی کیردئ.
- ◀ په خپلې غټې گوټې او ۲ لومړیو گوټو د سینې په دیوال لږ فشار وارد کړئ او بیا یې د اریولا په طرف فشار راولئ.
- ◀ شیده باید د څاڅکو په څیر یا ځینې وختونه په فورانی ډول خارج شي. شیده په یو پاک لوبښي کی راټول کړئ.
- ◀ د پوستکی د مېنلو څخه چې د تیونو د فشار راورلو لامل گرځي او دشیدود متوقف کیدو لامل گرځي باید ډډه تری وشي.

- ◀ د غټو گوتو او نورو گوتو موقعیتونو ته تدور ورکړئ او په ټوله اریولا فشار وارد کړئ او بیا یې پریردئ.
- ◀ یو تی لږ تر لږه یو تی د ۳ څخه تر ۵ دقیقو لپاره تر هغه فشار ورکړئ چې د شیدو راتگ ورو شی او بیا یې د بل تی څخه وباسئ. د هغې په تعقیب دا کار د دواړو تیونو لپاره د دوهم ځل لپاره تکرار کړئ. (په مجموعی توګه د ۲۰ څخه تر ۳۰ دقیقو پورې).
- ◀ د تی شیده په یو پاک او سرپټي لوبښي کې وساتئ. شیده د ۶ څخه تر ۸ ساعتونو لپاره په یو یخ ځای کې او د ۷۲ ساعتونو لپاره په یخچال کې ساتل کیدای شي.
- ◀ ویسټل شوی شیده په پیاله ماشوم ته ورکړئ. پیاله د ماشوم لاندنی شونډې سره نزدې کړئ او هغې ته اجازه ورکړئ چې لږ لږ شیده د زبې په حرکاتو واخلي. شیده د ماشوم په خوله کې مه اچوئ.
- ◀ د سرپټي لوبښي څخه خالص شیده کفایت کوی چې په پیاله ماشوم ورکړل شي.
- ◀ د شیرچوشک څخه کار اخستل مصوّن ندي ځکه هغه په مشکل سره پاک کيږی او په اسانۍ سره منتن کیدای شي.
- ◀ د پاملرنې پروتوکولونه پداسی ډول ادامه ورکړئ لکه پورته چې ذکر شويدي پداسی ډول لکه ماشوم چې په سپلیمنټر SST پواسطه د مور په شیدو تغذیه کيږی.
- ◀ کله چې ماشوم وزن اخلی ، د مور په شیدو د تغذی په اړه مشوره ورکړئ او هڅه وکړئ چې د مور په شیدو تغذیه د دوهم ځل لپاره شروع شي.

۲ انتخاب : د ۶ میاشتو څخه د کم عمر شیده خورونکو ماشومانو تغذیه چط د

مور په شیدو د تغذیې احتمال یې نه وي

هغه ماشومان چې د مور په شیدو د تغذیې احتمال ورته موجود نه وي باید د معالجوی شیدو په واسطه نداوی شي. که د ماشوم عمر د رخصتیو پر مهال د ۶ میاشتو څخه لږ وي په هغه حالت کې ماشوم ته باید تر ۶ میاشتني پورې بودری شیده ورکړل شی او د هغې څخه وروسته ورته متممه خواړه شروع شي.

تل ترجیح ورکړی چی هڅه وشی ترڅو د پوډری شیدو پر ځای د مور په شیدو خالص تغذیه د دوهم ځل لپاره برقراره شی. د پوډری شیدو څخه باید د اخیښت انتخاب په حیث کار واخستل شی.

د ۶ میاشتو څخه د کم عمر شیدو خوړونکو ماشومانو درملنه چې د مور په شیدو د تغذی احتمال یې موجود نه وي په درې مرحلو کې سرته رسیږی چې د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتینیو ماشومانو په څیر ده. د شیدو خوړونکو ماشومانو تر ټولو غټ توپیر دادی چې په ټولو ۳ مرحلو کې د رقیقو F100 څخه استفاده کیږی، په استثنای د هغه حالت چې ماشوم په اذیما بستر شوی وی چې پدی واقعه کې د اذیما د رشف کیدو پورې د F75 څخه کار اخستل کیږی.

- ◀ ۱ مرحله: رقیق شوی F100 په اندازه د 100 کیلو کالوری/کیلوگرام/ورځ (په ورځ کې ۸ ځلې)
- ◀ مرحله انتقالی: رقیق شوی F100 په اندازه د 130 کیلو کالوری/کیلوگرام/ورځ (په ورځ کې ۸ ځلې)
- ◀ ۲ مرحله: رقیق شوی F100 په اندازه د 200 کیلو کالوری/کیلوگرام/ورځ (په ورځ کې ۶ ځلې)
- ◀ د ۱ مرحلې څخه انتقالی مرحلې ته او د انتقالی مرحلې څخه ۲ مرحلې ته د ماشومانو د انتقال معیارونه د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتینیو د معیارونو سره یو شان دي. [۶ فصل ته مراجعه وکړئ]

د ۶ میاشتو څخه د کم عمر شیدو خوړونکو ماشومانو لپاره چې د مور په شیدو د تغذیې احتمال یې نه وی د رقیق شوو F100 شیدو اندازه

لاندی ۴۴ جدول د ۶ میاشتو څخه د کم عمر شیدو خوړونکو ماشومانو لپاره چې د مور په شیدو د تغذیې احتمال یې نه وی د رقیق شوو F100 شیدو اندازه بنیای:

۴۴ جدول: د رقیق شوو F100 (یا د اذیمایی واقعو لپاره F75) اندازه چې د شیدو خورونکو ماشومانو لپاره چې د مور په شیدو د تغذیې احتمال یې نه وی

| د شیده خورونکی ماشوم وزن | ۱ مرحله په ورځ کې ۸ خله تغذیه (ملی لیتره) | انتقالي مرحله په ورځ کې ۸ خله تغذیه (ملی لیتره) | ۲ (ملی لیتره) |
|--------------------------------|---|---|---------------|
| د 5.1 کیلوگرام سره مساوی یا لږ | | 40 | 60 |
| 1.6 – 1.8 kg | 35 | 45 | 70 |
| 1.9 – 2.1 kg | 40 | 55 | 80 |
| 2.2 – 2.4 kg | 45 | 60 | 90 |
| 2.5 – 2.7 kg | 50 | 65 | 100 |
| 2.8 – 2.9 kg | 55 | 75 | 110 |
| 3.0 – 3.4 kg | 60 | 80 | 120 |
| 3.5 – 3.9 kg | 65 | 85 | 130 |
| 4.0 – 4.4 kg | 70 | 95 | 140 |

* که شیده خورونکی ماشوم د اذیمیا سره بستر شوی وی، په هغه حالت کې باید مخکې د ۲ مللی څخه باید ټوله اذیمیا یې رشف شي.

په ۲ مرحله کې رقیق شوی F100 شیده کولای شېی په پوډری شیدو چې د وزن مطابق یې وی او په قطی باندې یې لارښوونه هم لیکل شوی وی تبدیله شي. لازمه گڼل کېږي

ی چې که شیده خورونکی ماشوم رخصتیږي او په کور کې په پوډری تجارتي شیدو (اخرین فرصت) تغذیه شي نو په هغې حالت کې باید پالونکی وویل شي چې څرنګه په مصونه توګه پوډری شیده د مناسب غلظت سره تیار او استفاده کړي. پالونکی باید پوهول شي چې د اوږد وخت لپاره باید پوډری شیده رقیق یا نری نه شي.

د ۶ میاشتو څخه د لږ عمر ماشومانو طبی پاملرنې

د ۶ میاشتو څخه د لږ عمر ماشومانو معمول درمل د لاندې ۴۵ جدول مطابق ورکول کېږي:

۴۵ جدول: د ۶ میاشتو څخه د لږ عمر ماشومانو لپاره معمول انټی بیوتیکونه

| درمل | اندازه | توصیه | وختونه |
|-----------|------------------------|----------|-------------------|
| ویټامین A | 50,000 بین المللی واحد | دوز واحد | د شاملیدو پر مهال |

| | | | |
|-------------------------------------|-------------------|---|--------------|
| د شاملیدو پر مهال د ۷ ورځو لپاره | هر ۸ ساعته وروسته | 20 ملی گرامه/کیلوگرام د خولی د لاری | اموکسی سیلین |
| د شاملیدو پر مهال د ۷ ورځو لپاره | په ورځ کې یو ځل | 7.5 ملی گرامه/کیلوگرام د عضلی یا وریدلی لاری څخه | جنتامایسین |

د 6 میاشتو څخه د لږ عمر ماشومانو د رخصتولو معیارونه

که شیده خوړونکی ماشوم د 6 میاشتو څخه لږ عمر ولری او د رخصتیدو پر مهال د 6 میاشتو څخه یې عمر زیات وی باید مور ته یې د مور په شیدو د تغذیې د ادامې او د متمعه خوړو د ورکولو په اړه معلومات ورکړل شی.

| تعیف | کتگوری |
|---|---|
| ماشوم د 3 مسلسلو ورځو لپاره یواځې د مور په شیدو د ورځې د 20 گرامو څخه زیات وزن او اذیما یې د مسلسلو 10 ورځو لپاره نشته او د کلینیک له نظره ښه دی | * روغ شوی <u>هغه ماشومان چې د مور په شیدو تغذیه کېږي</u> |
| وزن پر قد/طول یې د **2 Z scores - سره مساوی یا دی څخه ډیر (د هغه شیده خوړونکی ماشوم لپاره چې د 45 سانتي مترو سره مساوی یا ډیر وی.) او اذیما یې د مسلسلو 10 ورځو لپاره نشته و طبی مشکلات نشته | روغ شوی <u>هغه ماشومان چې د مور په شیدو د تغذیې یې احتمال یې نشته</u> |
| د 3 مسلسلو ورځو لپاره په داخل بستر څانگه کې غیر حاضر دی | غایب |

د داخل بستر خدمتونو په جریان کې ماشوم مړ شی

* ټول معالجوی شیده باید متوقف شی. ټول وزن اخستل باید د مور په شیدو واخستل شی.

** کله چې شیده خوړونکی ماشوم د ۴۵ سانتي مترو څخه لږ وی او وزن پر قد /طول یې محاسبه کیدای نشی ، په هغې حالت کې ماشوم باید هغه وخت رخصت شي چې د ۳ مسلسلو ورځو لپاره یواځی په ورځ کې په ۲۰ ملی گرامو پوډری شیدو وزن واخلي.

د ۶ میاشتنيو يا ددی څخه غټو ماشومانو چې وزن يې د ۴ کيلو څخه لږ وي پاملرنه

د هغو ماشومانو پاملرنو څخه عمر يې د ۶ میاشتو څخه ډير وي او په SAM اخته وي او د ۴ کيلوگرامو څخه يې وزن لږ وي هدف دادی چې مور تشويق کړو ترڅو ماشوم په خپلو شيدو تغذيه کړي او د هغې تر څنگه خپل شیده خوړونکي ماشوم ته متممه خواره د هغې د ودی او پرمختگ مطابق ورکړي. هغه ماشوم چې عمر يې د ۶ میاشتو څخه ډير وي او د ۴ کيلوگرامو څخه يې وزن کم وي وده يې د جدی وروسته والی سره مخ ده. ماشوم کيدای شی د زيرون پر مهال د لږ وزن سره پيدا شوی وي او د زيرون څخه وروسته يې ه مناسب وزن نه وي اخستی. د زوند تر ټولو مهم فرصتونه د مور په شيدو د تغذی د دوهم ځل لپاره ايجادول دی.

کله چې د ماشوم عمر د ۶ میاشتو څخه ډير وي او د ۴ کيلوگرامو څخه يې وزن کم وي:

(a) مور تشويق کړی چې ماشوم په خپلو شيدو تغذيه کړي د رودلو طريقه هم ممکن د ۶ میاشتو څخه د لږ عمر ماشومانو په څير عملی کړی.

1. د مور په شيدو تغذيه هر ۳ ساعته وروسته ورکړل شی او هر ځل بايد لږ تر لږه ۲۰ دقيقې وخت ونيسي، که ماشوم ژړا کوله يا يې ډير شیده غوښتل بايد د تی شیده ورته په ډيرو دفعاتو سره ورکړل شي.

2. د تی د شيدو څخه يو ساعت وروسته د په محافظتی توگه برقيق شوو F100 شيدو يوه اندازه په سپلیمنتر رودلو طريقه ورکړی.

(b) د درملني پروتوکولونه په دري مرحلو ويشل کيږي: د درملني ابتدایي مرحله چې په بشپړه توگه انرژي پکې په زياتو ډول اخستل کيږي، په چټکه توگه د وزن اخستلو مرحله چې ماشوم تر اوسه د ۴ کيلو څخه لږ وزن لری او د هغې په تعقيب ډير چټک وزن واخلي چې شیده خوړونکي ماشوم ۴ کيلوگرامو ته رسيږي.

د درملني په شروع کې تر هغه وخته پوری چې شیده خوړونکي ماشوم ۴ کيلوگرامو ته رسيږي د خوړو رژيم يې رقيق F100 شیده تشکیلوی.

د F100 رقيق شوو شيدو اندازه چې په تدريجي توگه زياتوالی مومی.

| |
|--|
| ۱ او ۲ ورځ: رقيق شوی F100 – 130 ملی لیتره/کيلوگرام/په ورځ ، 8 ځله په ورځ کې |
| ۳ او ۴ ورځ: رقيق شوی F100 – 150 ملی لیتره/کيلوگرام/په ورځ ، 8 ځله په ورځ کې |
| ۵ او ۶ ورځ: رقيق شوی F100 – 170 ملی لیتره/کيلوگرام/په ورځ ، 8 ځله په ورځ کې |
| د 7 ورځې څخه وروسته: رقيق شوی F100 – چې په اوسپني غنی کيږي 200 ملی لیتره/کيلوگرام/په ورځ ، 8 ځله په ورځ کې |

هرڅومره زر چې ماشوم ۴ کيلوگرامو ته ورسيدلو رقيق(د شيدو خوړونکو ماشومانو سره يو شان پروتوکول چې عمر يې د ۶ مياشتو څخه پورته او وزن يې د ۴ کيلو گرامو څخه ډير دى):

- کله چې چې ماشوم ۴ کيلو ته ورسيدلو معالجوی شيدده په خالصو F100 تبديل کړئ
- په هغه حالتونو کې چې امکان ولری د مور په شيدو تغذيي دوهم ځل تامينولو ته برتری ورکړل شی چې دا تر ۲ کلني پوری ادامه ومومی.
- ددی کتگوری ماشومانو لپاره د رخصتولو څخه مخکی د متممه تغذی په اړه مشوره ورکول د دوی د عمر لپاره حیاتی ارزښت لری او ډیره مناسبه ده

رخصتول

- د ۶ څخه تر ۵۹ مياشتنيو ماشومانو پروتوکولونه پدیی ماشومانو کې هم صدق کوی. [۶ فصل ته مراجعه وکړئ]

په روغتیایي مرکز کې د مور څخه پاملرنه په هغه حالت کې چې هغه ماشوم په خپلو شيدو تغذیه کوي .

مور باید په عین ډول خدمت تر لاسه کړي چې د ۶ مياشتو څخه د لږ عمر ماشومانو میندو ته ورکول کیږی: ۴ ځله د مایکرونیوترینتونو سره یوځای خواړه ، په مازدیگر کې د یو ځل حلوا سره یوځای.

د رخصتولو څخه وروسته تعقیبول

یو ماشوم چې د حادی خواړوځواکی لپاره نډاوی کیږی معمولاً د لږو تغذیوی ترکیباتو او یا انتاناتو څخه کرپیری چې د مختلفو فکتورونو څخه منځ ته راځي. [۱ فصل ته مراجعه وکړئ]. د ماشوم د سالمې ودې او د ناروغۍ د دوهم ځل راگرځیدو څخه د مخنیوی په خاطر تعقیبی پاملرنې ته تل اړتیا وی. په ساحه کې د موجوده خدمتونو په نظر کې نیولو سره لاندی موضوع گانې باید په نظر کې ونيول شي:

- ◀ د شيدو خوړونو ماشومانو دتغذی IYCF په اړه دومداره مشوره
- ◀ د ودی او پیاوړتیا د څارنې په پروگرام کې شاملیدل
- ◀ د روغ ماشوم کلینک ته لیږل
- ◀ SFP پروگرام ته لیږل که موجود وی
- ◀ ټولو ټولنیزو اړوند خدمتونو ته لیږل

راپور ورکول، د خدمتونو معیارونه او حمایتی سوپرویزن

د میاشتنی راپور فارمټ په SAM اخته د غټو ماشومانو سره یو شان دی چې د ۴ فصل په ۲۵ ضمیمه کې موجود دی. د خدمتونو معیارونه او حمایتی سوپرویزن هم د غټو ماشومانو د لارښود په څیر تعقیبېږي. د شیدو خوړونکو ماشومانو د وزن اخستلو د کچې لپاره چې دمور په شیدو تغذیه کېږي کوم معیار موجود ندي.

د خوارخوای د هر اړخیزو خدمتونو لارښود (IMAM)

د دی لارښود محتویات:

- ۱ فصل : خوارخوای ته لنډه کتنه
- ۲ فصل : د حادې خوارخوای ارزیابی، تشخیص او ترتیب بندی
- ۳ فصل : د ټولني په کچه ساحوی پروگرامونه
- ۴ فصل : د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو د حادې خوارخوای خارج بستر درملنه
- ۵ فصل : د امیندوارو او شیده ورکونکو میندو د حادې خوارخوای خارج بستر درملنه
- ۶ فصل : د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو د حادې خوارخوای داخل بستر درملنه
- ۷ فصل : د ۶ میاشتو څخه د بیکته ماشومانو د حادې خوارخوای داخل بستر درملنه او د ۶ میاشتو څخه د زیات عمر او د ۴ کیلوگرامو څخه د کم وزن لرونکو ماشومانو د حادې خوارخوای داخل بستر درملنه

**Get more e-books from www.ketabton.com
Ketabton.com: The Digital Library**