

وزارت صحت عامه
د وقایوی طب عمومی ریاست
د تغذی عامه دپپارتمنت

د حادی خوارخوای د هر اړخیزو خدمتونو لارښود

جنوری - 2014

د حادی خوارخوای د هر اړخیزو
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 دپارتمنت 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 دWHO د حادې خوارخواکۍ د درملنې لارښود څخه یې ورته تطابق ورکړیدی. په ۲۰۰۸ کال کې د عامه تغذی دپارتمنت 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 میکانيزم په حیث CMAM تطبیقوي .

ددې لپاره چې په ټولو برخو کې اړتیا ته رسیدګی شوی وی او د پروګرام د تداوم لپاره یو مادیول 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 راهنمای کړي . لومړی هڅه یې په څو ولایتونو کې د لارښود امتحانی 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 کارګونکو 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 دپارتمنت ته د یو معیاری لارښود په جوړولو کې لارښونه وکړی چې په علمی شواهدو او نړیوالو تجربو ولاړ وی او د افغانستان د واقعی وضعیت سره سم وی. د عامه تغذی د دپارتمنت ټیم او مشاور په ډېرو ولایتونو کې د اسنادو په لیدلو، د ناروغانو فایلونو او د روغتیایي کارګونکو 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 خوارخوایی 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 خوارخوایی د درملنی لارښود بیا وکتل شو.

دا کتل شوی لارښود د روغتیایی سیستم په بیلابیلو مرحلو کی د حادی خوارخوایی تشخیص، د خارج بستر او داخل بستر خدمتونو دلاری درملنه، میندو او پالونکو ته مشوره ورکول، او د حادی خوارخوایی 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 خوارخوایی 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 مایکرونیوټرینت 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.

ډاکتر 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 شیدو 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 خوارخواکي اخته امیندوارو او شیده ورکونکو میندو لپاره معمول درمل.. ۱۳۷
- په حاده خوارخواکي اخته امیندوارو او شیده ورکونکو میندو لپاره تغذیوی درملنه.. ۱۳۷
- په حاده خوارخواکي اخته امیندوارو او شیده ورکونکو میرمنو تعقیبي پاملرنه..... ۱۳۸
- په حاده خوارخواکي اخته امیندوارو او شیده ورکونکو میرمنو د رخصتولو معیارونه ۱۳۸
- راپور ورکول..... ۱۳۹
- نظارت او تقویتي سوپرویزن..... ۱۳۹
- ۶ فصل: د شدیدې حادې خوارخواکي 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 مایکرونیو ترینت اړتیاوي.....20
- ۲ جدول: د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو کي د انټروپومیټري پر بنسټ د حادي خوارځواکي تقسیم بندي.....48
- ۳ جدول: د حادي خوارځواکي کلينيکي 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 کي د حادي خوارځواکي معیارونه55
- ۷ جدول: د ټولني په کچه د ټولني روغتیايي کارکونکو د سکریننگ فعالیتونه.....76
- ۸ جدول: د پوښن د کچي معیارونه.....88
- ۹ جدول: د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو کي د شديدي حادي خوارځواکي تصنیف بندي.....106
- ۱۰ جدول: په حاده خوارځواکي اخته د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو د خارج بستر معیارونه شاملولو معیارات.....107
- ۱۱ جدول: روټین درمل چي په MAM اخته د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو لپاره ورکول کيږي108
- ۲ جدول: په SAM اخته د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو لپاره روټین درمل108
- ۱۳ جدول: په MAM اخته د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو لپاره د RUSF تجوزول.....110
- ۱۴ جدول: په SAM اخته د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو لپاره د RUTF تجوزول.....110
- ۱۵ جدول: د درملني په لړ کي د تعقیبي لیډني لپاره د تصمیم نیوني مواد112
- ۱۶ جدول: د MAM/SAM درملني په لړ کي د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو د کړنو پروتوکولونه114
- ۱۷ جدول: د ۶ څخه تر ۵۹ میاشتنيو ماشومانو د MAM 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 میاشتنیو ماشومانو ته په انتقالی مرحله کي باید ورکړل شي.....193

۳۷ جدول: د F100 شیدو اندازه چي د ۶-۵۹ میاشتنیو 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 میاشتنیو 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 پینسو 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: انخوړ 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 ډیهایډریشن د درملني طریقې 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 طریقې.....157
- ۱۴ شکل: د سینه بغل او دمایعاتو د اضافه بار کیدلو ترمنځ د تفریقي تشخیص طریقې.....164
- ۱۵ شکل: د شدیدې کمخونی د درملني طریقې.....166
- ۱۶ شکل: په پیاله د تغذیې سمه طریقې.....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 مخي10
- 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 پلان89
- 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 راتللو سوالنامه94
- ۱۷ ضمیمه: د کورنی لیدنی د ثبت فورمه95
- ۱۸ ضمیمه: د کورنی لیدنی سوالنامه96
- ۱۹ ضمیمه: د لیرلو پر مهال د روغتیایی مرکز په کچه د MUAC تالی شیت.....99
- ۲۰ ضمیمه: د قسمی تنظیم شوی مرکي سوالنامه100
- 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 لرونکي (LO-ORS) او ریزومل ترکیب (د ریزومل د جوړولو د لارښودونو ره).....206
- ۳۱ ضمیمه: د F75 او F100 جوړولو نسخه.....208
- ۳۲ ضمیمه: لویی 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
نری شوی د 100 فورمولا معالجوی شیده	Diluted F100
د ولسوالی روغتون	DH
عاجل اطاق	ER
د کرنې او خوراكي موادو سازمان	FAO
75 فورمولا معالجوی شیده	F 75
د 100 فورمولا معالجوی شیده	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 ازمولاربيتي 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 سکرینګ 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 ټولگی (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 ورکونکی مور ارزونه دا پريکړه وکړي چي کومه درملنه ورته مناسبه ده. د حادي خوارځواکي هغه پيښي چي نورې طبي خطرناکی 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 بسکته 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 تغذيي ټولو ډولونو څخه متشکله 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 پروتین، کاربوهایدریت، شحم، ویټامینونو، منرالونو او د روغتیا او مناسبی ودې لپاره د نورو ضروري مغذی موادو د کمښت په نامه تعریفیږي. د ناکافی خوړو 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 یوه ناروغی ده چې د ډیرو فکتورونو له امله رامنځته کیدای شی. د خوارخواکي لپاره د یونیسف 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. کاناګی 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 خوارخواکی 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 خوارخواکی 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 خوارخواکی 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

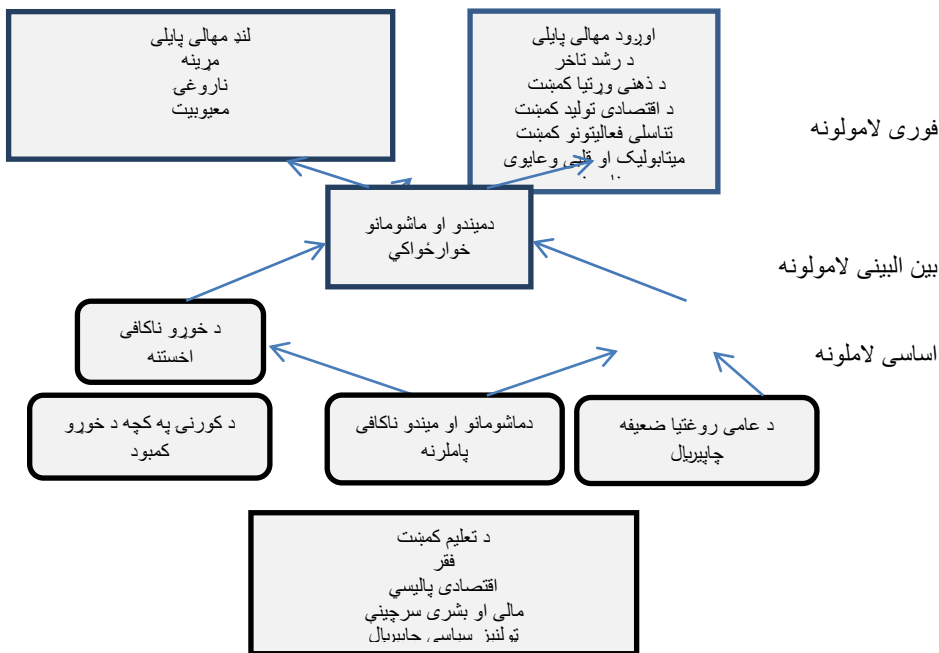
¹ Food security is a situation that exists when all people, at all times, have physical, social and economic access to sufficient, safe and nutritious food that meets their dietary needs and food preferences for an active and healthy life.

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 پتوفزیولوژي

خوارخواکي يوه پروسه ده چې د وخت په تیریدو سره پېښیږي. بدن کې د غذایی موادو موجودیت کمیری چې بدن باید خپل ځان ددی حالت لپاره عیار کړي. په عنعنوی توګه دا د پروټینو دانرژۍ د خوارخواکي په نامه یادیدله، ځکه نو دا اصطلاح ناسمه ده. د کافی خوړو نشتوالی یواځې د پروټینو پوری ندی نښتی بلکه د نورو غذایی موادو سره هم اړیکه لري په شمول د هغو مایکرونیوټرینټونو چې د بدن د ودې لپاره ضروری دی، په حقیقت کې په یواځی توګه د مایکرونیوټرینټونو نشتوالی هم د خوارخواکي د نښو او اعراضو دپیدا کیدو لامل ګرځیدای شي. خوارخواکي په ماشومانو کې په بیلابیلو طریقو وده اغیزمنه کوي، د ماشوم قد کیدای شي ډیره ورو وده وکړي (لنډ ونه)، دوی کیدای شي ډنګر شي (د عضلاتو ټوب)، یا کیدای شي د دوی عمر مطابق وزن یې د نورمالی اندازې څخه لږ وي (کم وزنی). کله چې د خوارخواکي څخه روغیږی باید په غذایی رژیم کې دواړه ماکرونیوټرینټ او مایکرونیوټرینټ په مناسبه اندازه موجود وي چې د دوهم ځل بڼه والي او نورمالی ودې ته چې د لاسه یې ورکړیده ورسیري.

ټول غذایی مواد د بدن لپاره ضروری دي، اما ځیني یې د استفادی بیلابیل ځایونه لري. ځیني غذایی مواد د نورمالو سیسټماتیکو وظایفو لپاره ضروری وي بلکه د ودې لپاره ضروری ندی پداسی حال کې چې ځیني غذایی مواد باید د ودې لپاره په کافی اندازه موجود وی. غذایی مواد باید د بدن د وظایفو په نظر کې نیولو سره په دوه ګروپونو وویشل شويدي، هغه چې د بدن دودې لپاره ضروري دي او هغه چې د بدن د ودې لپاره ضروري نه دي. دا تقسیم بندی د غذایی موادو د کمښت د خواب ویلو پر بنسټ ده.

لومړي ډول غذای مواد: دا غذایی مواد چې کله کم شي ځانګړي کلینیکي نښی پیدا کوي چې د فقدان په نامه تشخیصیږي. د کمو شوو غذایی موادو ورکول د کلینیکي نښو د له منځه وړلو لامل ګرځي. دا غذایی مواد د ودې لپاره ضروري ندی.

دوهم ډول غذایی مواد: دا غذایی مواد باید د مناسبې ودې لپاره په خوړو کې په کافی اندازه موجود وي او دواړه ماکرونیوټرینټ او مایکرونیوټرینټ باید ولري. د غذایی موادو په یو ډول کې کمښت د ټولو د فقدان د پیدا کیدو لامل کیږي. ددی غذایی موادو د فقدان نښي او اعراض دیو پل څخه نه توپیريږي.

د لومړي او دوهم ډول غذایی مواد او د کمښت له امله یې بیلابیل ډولونه به لومړی ضمیمه 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	کلشیوم
پروتین	فلورین
نایتروجن	تیامین
د ضروری امینو اسیدونو د کارین اسکلپت	رایبوفلووین
تیورونین	پایروډوکسین
لایسین	نیکوتینیک اسید
سلفر	کوبال امین
اکسیجن	فولپت
	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 خوارخوای تقسيم بندی او اندازه کيږي په دوه لويو برخو مزمه او حاده خوارخوای وپشل کيږي .

۱. مزمه خوارخوای

الف: لنډه ونه قد پر عمر باندی اندازه کيږی

۲. حاده خوارخوای

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 خوارخوای

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 بنسکاريري، دلته د خوارخوای 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 کيږي. 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 خوارخوای پتو فزیولوژی

د عضلاتو د ذوب مرحلی د کمیدونکی ودی څخه پیليري او د تغذی د کمښت سره مخ کيږی. فزیولوژیک او سلوکی بدلونونه هغه وخت پېښيري 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 دوامدراډه توګه د خرابوالی په لور درومي ، ځګر د میتابولیزم اود پروټینو د مسمومیت د رفع کولو ظرفیت د لاسه ورکوی. د اضافی پروټینو 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 چټکي 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 پروټینو لرونکو شیدو استعمالول (ډیر پروټین به د ماشوم لپاره مرګانی 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 وګرځي چې د مړینې باعث ګرځي). د حجروي پروسو د دوهم ځل ښه کیدو له وجی مایعات او الیکترولایت د داخلي برخو منځ ته حرکت کوی (د مثال په توګه د داخل الحجروي خلاو څخه داخل الوعایوی خلاو ته) . که د زړه او ګردو 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 چټکي 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 رانسی او چټکي ودی ته به اجازه ورکړي. د حادی خوارخواکی وروسته د چټکي 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.

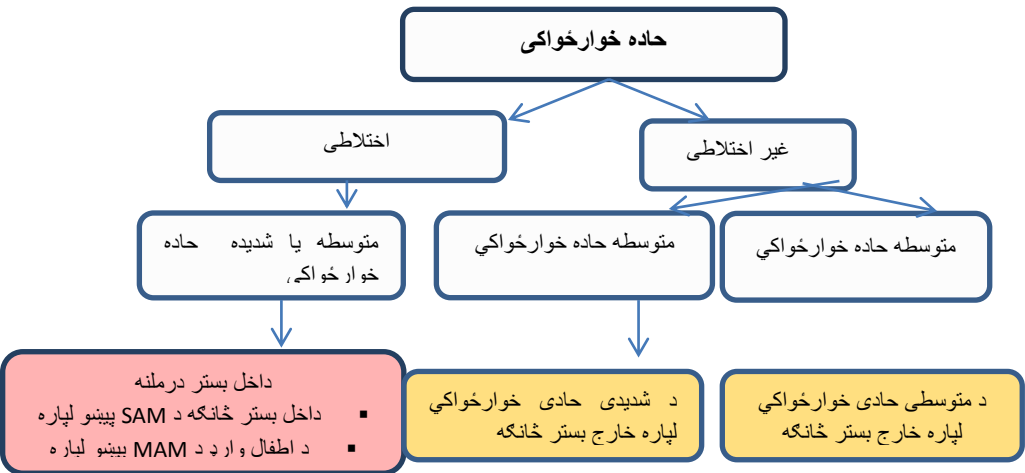
که حاده خوارخواکي د اختلاطاتو څخه دمخه وپیژندل شوه نو د عضلاتو ذوب متوسطی او شدیدې خوارخواکي او د عادی او متوسطی اذیما درملنه به په خارج بستر کې په کامیایې سره سرته ورسیري. یواځی د اختلاطاتو سره مل پیښی او ډیره شدیدې خوارخواکي داخل بستر درملنی ته اړتیا لري.

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 پرینا 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 تروبوچول
- 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 ، دا د 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 رسي 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 وعايو 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 وعايو سیستم</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 کيدی د ديوال د لاری میکروب ته د حملې کولو اجازه ورکوي چې د نس ناستی لامل گرځي • کله چې ډيره اندازه خواړه وخورل شي د مغذي موادو جذب کميږي • د مرضی بکتریاو د زیات رشد له امله د کولمو نورماله فلورا تخریبیږي 	<p>معدی معایې سیستم</p>
<ul style="list-style-type: none"> • د امینو اسیدونو غیرنورمال میتابولیتونه تولیدیږي • د پروتینو د میتابولیزم ثانوی تولیداتو بی زهره کولو یا Detoxification په ځای پاتی کیدل • د گلايکوجن د زخیرو کمیدل • د گلوکو نیوجینیسز کمیدل (د هایپو گلايسيميا د خطر زیاتیدل) • د صفرا افزایدلو کمیدل 	<p>د ځیگر وظیفه</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 محدودی 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 تایمس 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 پیلاکرا 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 مایکرونوتریتونو 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 اړتياوی

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 ملی لارښود

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

د ناروغیو پر مهال د مايکرونوټرينټونو مصرف ډیریري نو روغتیایي کارکونکي باید په پام کې ولری چې د ماشومان نورمال خواره به په کافی 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 انرژي او تغذیې ته اړتیا لري چې د دوی د نارغیو د خطر ته مساعدوالی کی دوه برابره کیږی.

پدې گروپ کې د ناروغیو او خوارخوای وقایه د مور په شیدو د مقدمی تغذیې د شروع (د زیږون په لومړی 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 شويدي. دوامداره پاملرنه باید د ژوند لومړیو شپږو میاشتو لپاره د مور په شیدو د خالصی تغذی 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 معرفی کول چې ماشوم ته د ژوندبهرینه پایله وی د ناروغیو او د ودی د تاخر (لنډه ونه) څخه یی ژغوری. د دوه کلنی څخه وروسته که د ماشوم وده نسبتاً ورو پر مخ لاړه نو د خوارخوای او لنډی ونی اغیزی 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 ترخودهغوی احساسات درک کړي اوبیا هغوی سره په تصمیم نیولوکی مرسته وکړي. پدی برخه کی مونږ دهغومیندوسره خبری کوو چي دشیډوورکولوپه 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 وتفهم څخه استفاده وکړي

غیرلفظي افهام وتفهم (اشاروی) یعنی ستاسو دکروورو بنودل دودریډلوپواسطه، دخبروکولوطریقه، اودتولوانسانی حرکتوپواسطه پرته له خبروکولوڅخه. گټورغیرلفظي افهام وتفهم 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 مور هغه 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 تاسوعومي خلاصوپوښتنوته اړتيا لري اوډيري 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

یوه بله طریقه چي دموردتسویق سبب گرځي عبارت ده له استفاده کول داشاروي حرکتونوڅخه لکه سرخوځول، خنډل اولنځوابونه لکه "ممم" یا "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 خاطرتشویقول يي. ښه داده چي دهغي دخبروتکرار په داسي ډول وشي چي په لږتغیرسره اویا په بله طریقه يي ورته وواي چي داسي ښکاره نه شي چي تاسويي خبري نقلوي. دمثال په توگه : که یوه مورواوي چي : ماشوم مي تیره شپه ډیره ژړاوکړه. تاسوکولاي شي وواي: نوماشوم موتاسوتوله شپه خوب ته پرېښودې. ؟

پنځم مهارت: تاکید – وبناياست چي تاسوپوهيږي چي هغه څه احساس کوي.

همدردي يعني داچي تاسوددي ښودونکي استي چي ديونفر احساسات درک کوي. دمثال په توگه ، که یوه مورواوي: ماشوم مي ډیر ځلي شيدې غواړي او دي کار زه ډیره ستړي کړي يم!

تاسودهغي احساساتوته داسي ځواب ويلاي شي : نوتاسوهروخت ډډيري ستړتيا احساس کوي ؟ داددي ښکارندوي دي چي تاسوپوهيږي چي موردستړتيا احساس کوي ، نوتاسودهغي سره همدردي کړي ده .

که تاسو هغي ته ديوواقعي ځواب په هيڅ هغي ته ځواب ورکړي ، لکه دورځي هغه څوکرتي خواره خوري؟ پرته ستاله شيدونورڅه ورته ورکوي؟ نوتاسودمورسره همدردي 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 دمور په شپږو دتغذيي په اړه مور سره دخبرو کولو په وخت کي دقضاوت کونکو کلموڅخه استفاده وکړي ، په ځانگړي توگه هغه وخت چي تاسو پوښتنه کوي ، کيداي شي ددي لامل وگرځي چي هغه خپل ځان غلط احساس کړي يا په ماشوم کي بي کوم غلط شي موجود دي.

مگرځيني وخت تاسو اړتيا لري ترڅو دښه قضاوت کونکو کلموڅخه دمور داعتماد دحاصلولو لپاره استفاده وکړي. (۱۱ فصل " په خپل ځان داعتماد پيدا کول اوحمايه کولو ته مراجعه وکړي)

گټور غير لفظي (اشاروي) افهام و تفهيم

خپل سرمويه يوه سطحه کي وساتي
توجه وکړي
موانع لري کړي
وخت ورکړي
مناسب تماس ولري

اوریدل اوزده کول

دغیرلفظي (اشاروی) افهام اوتفهیم څخه استفاده وکړي .
خلاصی پوښتني 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 اودوسـتـانو لخوا دمـصـنوعـي 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 قبليوي 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 كيداې 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 پوهيداې 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 كړاي 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 د مور د احساساتو د قبولتيا د بنسټاره كولو يوه بڼه طريقه كيداې 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 لټون 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 وكړاي شي او يا يې بڼه كارونه تاييد كړو.

د بڼو كارونه صفت كول لاندې گټي لري:

- مور ته اعتماد وربخښي
- 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 موردستري تيا، چټلتيا اويا دنارامي احساس وکړي.
- کله چي هغه وري 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 تيارياست .
- کله چي هغه يوواضحه عملي مشکل ولري .

ددمیندو عملي مرستي لپاره ځيني لاري چاري:

- هغي سره مرسته وکړي چي پاکه اوارامه وسي .
- هغي سره مرسته وکړي ترڅو خپل ماشوم په اساني 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 ؟
" تاسوبايد ماشوم موپريږدي ترڅو شيدو وروي نوستاشيدې به هم رواني شي."
اجازه راکړه چي تاسوپه راحت کړم ، بيا تاسوته دڅکلويوشي راوري."



۴ مهارت. مورتہ مناسب اولیو معلومات ورکری

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

کله چې مورتہ معلومات ورکوو باید لاندې مسایل په نظرکي ولرو:

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

– کوشش وکري 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 وکري

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 وړاندیزونه وکري، امرمه کوي

تاسوباید احتياط وکري چې کومي مورتہ څه ونه واي اويا ورته امرونه کري چې داکاروکړه. داکاردهغي دا اعتماد دپيدا کيدوباعث نه گرځي. تاسوشاید 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 اوډدي 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 شویدی

۳ ضمیمه: د امیندوارو او شیدو ورکونکو میندو تغذیه

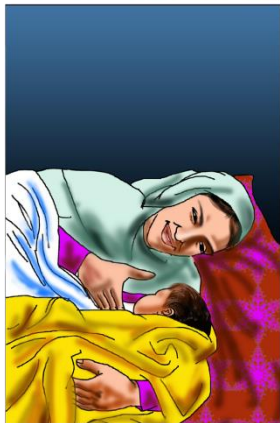


- د امیندوارې په بهیر کبني ستاسي د خپل ځان او د ودې په حال کبني ماشوم لپاره د کافی اندازې انرژي او تغذی په موخه یو وخت اضافی مختصر خواړه (د غذایی نوبتونو ترمنځ اضافی خواړه) وخورئ.
- تاسي باید د لاس رسی وړ د ترټولو ښو خوړو څخه گټه واخلي، چه عبارت دی له شیدي، تازه میوه، سابه، غوښه، کبان، د چرگي هگي، حبوبات، 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 کمخونی 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 واخلي تر څو ماشوم مو د ویتامین A لرونکو شیدو څخه گټه واخلي او په ناروغی د اخته کیدو مخه ونیول شی.
- د آبودین لرونکي مالگي څخه گټه واخلي، ترڅو د ماشوم بدن او دماغ مو په ښه ډول وده وکړی.
- له زیږون څخه د مخکي پالنې په پروگرامونو کېښي لږ تر لږه ۴ ځله د امیندواری په بهیر کېښي گډون وکړی. دا مشورې له تاسي سره ستاسي د روغتیا او ستاسي د ماشوم د ودې په برخه کېښي مرسته کوی.
- د کمخوښی د مخنیوی په موخه د چینیو ضد تابلیتونو څخه گټه واخلي.
- 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 کړی، په کلینیکي کتنو کېښي گډون وکړی او درمل مو د روغتیایي پالونکي له لارښوونې سره سم وکاروی.
- نوې ځوانې شوی میندې: تاسي د پخو میندو په پرتله ډیرې پالنې، خوړو او استراحت ته اړتیا لری. تاسي باید خپل بدن چه لا تر اوسه د ودې په حال کېښي دی او خپل د ودې په حال کېښي ماشوم تغذی کړی.

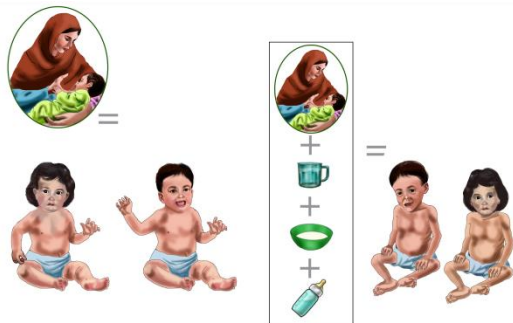
په خپل ځان د اعتماد پیدا کولو او حمایت مهارتونو لست
دمور احساسات او افکار قیلول
دمور او ماشوم سم کارونه وپیژنی او توصیف یې کړي
عملاً مرسته وکړي
لږ او مناسب معلومات ورکړي
په ساده ژبه خبرې وکړي
یو یادوه وړاندیزونه وکړي، امر مه کوي

۴ ضمیمه: د ۰ څخه تر ۶ میاشتني پوري د شيدو خورونکو ماشومانو تغذيه



➤ د مور شيدې له زيږيدو وروسته تر ۶ مياشتو پوري ستاسې د شيدې خورونکې ماشوم د اړتيا وړ ټوله غذا او اوبه برابروي.

- 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 معدې 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 کېڼې د خپلو شیدو په وسیله تغذی کړی.
- ډیر روډل (له مناسب تماس سره) ستاسې په نیونو کېڼې 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 کېڼې 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 پيالې څخه گټه مه اخلی. ددې څیزونو پاکول گران دی او کولای شی ستاسې ماشوم ناروغه کړی.

تر ۶ میاشتو د کوچني نارغ ماشوم تغذی

- د اسهال په گډون د ناروغی په بهیر کېني مو ماشوم په مکرر ډول د خپلو شیدو په وسیله تغذی کړی، ترڅو له هغه سره د ناروغی په وړاندې په مجادله کېني مرسته وکړی، د وزن له بابللو څخه مخنیوی وشي او شیدې خورونکي ناروغ ماشوم ژر روغ شی.
- د مور په شیدو تغذی، همداشان، شیدې خورونکي ماشوم ته د هوسایي احساس ورکوی. که چیرې ستاسې شیدې خورونکي ماشوم د تی په شیدو له تغذی څخه ډډه وکړی، هغه وهڅوی چه بیرته تی ونیسی.
- شیدې خورونکي ماشوم ته مو یواځې د تی شیدې او هغه درمل چه د ډاکټر/روغتیایي 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 یې ورکړی. دا کار د تی د شیدو په ساتلو او د تی د ستونزو په مخنیوی کېني مرسته کوی.
- له هرې ناروغی وروسته، د مور په شیدو د تغذی وارونه (نوبتونه) ترڅو ستاسې له شیدې خورونکي ماشوم سره په رغیدو او وزن اخیستلو کېني مرسته وکړی.
- کله چه تاسې ناروغه یاست، کولای شی د خپلو شیدو په وسیله د خپل ماشوم تغذی ته دوام ورکړی تاسې ښایي په دې موده کېني ډیرو 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 خواړه ټول خوړلی، 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
- دویتامین 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.

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

- حیوانی غذاگاني (غوښه، هگي، شيدې او د شيدو محصولات)
- اصلی خواره لکه (غلي، ريښه لرونکي نباتات او سمارق)
- حبوبات او مغزيات
- دويټامين 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 الصحی په اړه فکر وکړی.
- وارونه: ماشوم مو په روخ کبني پنځه ځله د متمعی تغذی په وسيله تغذی کړی.
- مقدار: اندازه يی په تدريج د پيالي له څلورو برخو نه د دری برخو څخه تر يوې پيالي ورسوی (۲۵۰ ملی ليتره پياله : اندازه يی 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 میوی او سابه او نورې میوی 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 ښکته د شیدو خوړونکو 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 بڼه 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 دي

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 یعنی هم په انټروپومټریک حالت کې او هم د کلینکی نښو او اعراضو په برخه کې سرته ورسیری ترڅو پېښي په مناسبه توګه ترتیب او درملنه یې وکړو. دحادي خوارخوای ارزيايی نظر د ماشوم عمر ته او همدارنګه 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 نمایندګی کوی چې په بدن کې سرته رسیری. دا یوه دقیقه اندازي نده بلکه د مرګ د خطر سره تړلی ده. هغه اندازه گیری چې اوس مهال د استفادي وړ دي په لاندی توګه دي:

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

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 ددې 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 ګټه 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.

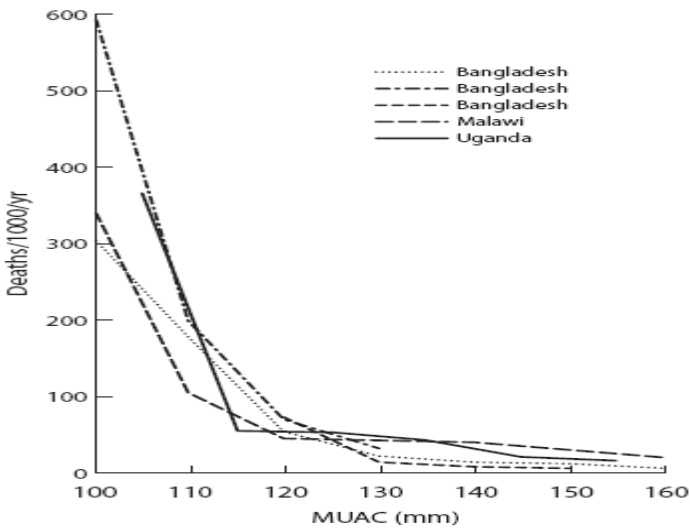
لاندی ۳ شکل د مړینو دخطر پرمختگ بنایي چې د مړینو د خطر زیاتوالی په هماغه اندازه لوړیږی په هره اندازه چي MUAC اندازه کمیری اود ماشوم حاده خوارخوای ډیریری.

◀ 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

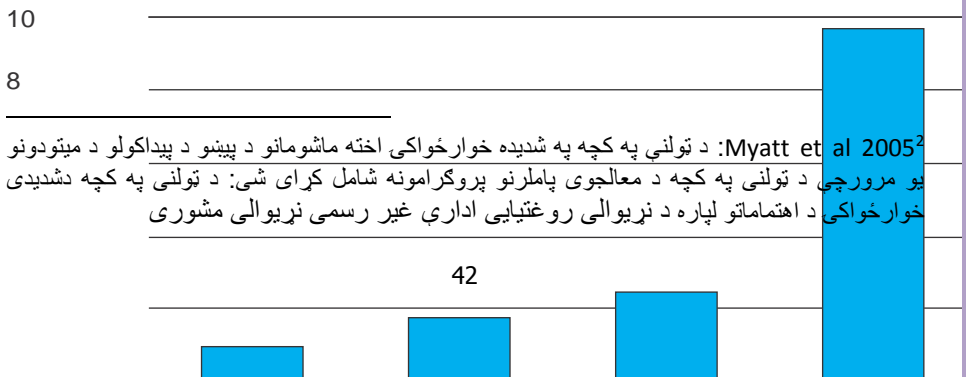


Source: Myatt et al, 2005²

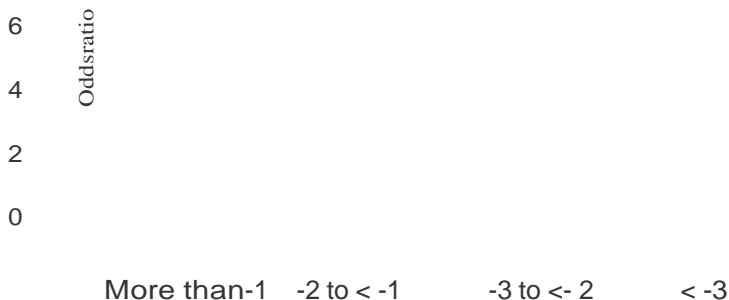
وزن پر قد يا طول (WFH/L)

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

شکل ۴: 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 کرای شی: د ټولني په کچه د شديدي خوارخواکي د اهتماتو لپاره د نړيوالی روغتيايي ادارې غير رسمي نړيوالی مشورې



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 شی. 3+ درجه اذیما باید همیشه د مړینو د لوړ خطر له امله په داخل بستر کې تداوی شی.

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 متشکل 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 شی.

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 حادی خوارخواکۍ
تصنیف 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 حادی 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 حادی 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	کلینکی 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 وربدی/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 ارامې 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 تغذې وړتیا لرله، کولای شي پاکټ په خپله ونیسي او د ۲ کلونو څخه واره ماشومان د تغذې 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 سمدمستی اضافي 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 ارام 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	

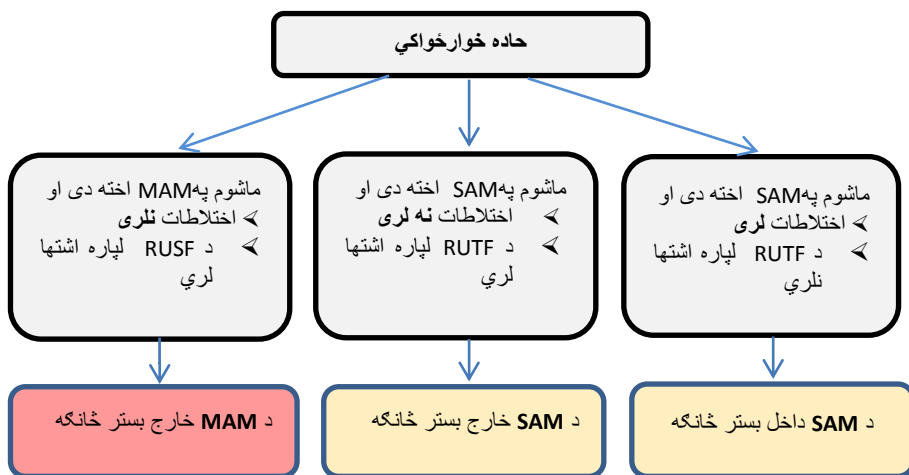
يو بڼه اشتها لرونکی ماشوم کولای شي خارج بستر تداوی شي . که ماشوم خرابه اشتها لرله:

- ◀ 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 خوارځواکي ارزيايي

د ۶ میاشتو څخه د کم عمر لرونکي ماشومان په حاده خوارځواکي د اخته کيدو په لور خطر کي واقع دي، له همدی کبله په روغتیايي شکل د روغتیايي مرکز او ټولنی د هر تماس په وخت کي چان شي. ددی شیدو خورونکو ماشومانو ارزيايي 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 کي کارول کیری چي اوږدوالی یي د ۴۵ سانتی مترو څخه ډیر وی.
- ◀ پدی ماشومانو کي انیما د غټانو ماشومانو په څیر په عین شکل ارزيايي کیری

د ۶ میاشتو څخه د کم عمر لرونکي شیده خورونکي ماشومان ممکن ددی امله روغتیايی مرکز ته راوړل شی چي هغوی ناروغ دی او که نه ، مور د هغي د تغذی په برخه کي خپل ځان ناتوانه احساس کوی او شیدو ورکولو ته میلان نه لری او ماشوم وزن نه اخلی. که په هره لیدنه کي ناروغ د IMCI د خطر د نینو څخه یوه ولری هغه باید سمدستی روغتون ته د زیاتي ارزيايي لپاره ولیږل شي.

په روغتیايی مرکز کي د لیدنی پر مهال باید شیده خورونکي ماشوم وزن کرای شی او د مور په شیدو د تغذی یوه ارزيايي باید سرته ورسیری. که شیده خورونکي ماشوم ډیر ضعیف و او تی یي په سمه توگه نشو رودلای ، په عاجله توگه شیده خورونکي ماشوم د حادی شیدیدي خوارځواکي داخل بستر ځانگی ته ولیږی. که ولیدل شو چي ماشوم د مور په شیدو تغذی کیری نو پدی حالت کي د تغذی د کړنو یوه بشپړه ارزيايي باید سرته ورسیری او د مور په شیدو د تغذی په برخه کي 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 خورونکي ماشوم باید د دوهم ځل لپاره وزن شي. که ماشوم د لومړی لیدنی څخه وزن نه و اخستی نو په هغي حالت کي ماشوم باید د حادی شیدیدي خوارځواکي په خاطر داخل بستر ځانگی ته ولیږل شي.

پدی عمر لرونکو ماشومانو کي پرته له وزن پر قد څخه د متوسطی یا شیدیدي حادی خوارځواکي تصنیف بندی امکان نه لري. د اشنا ټسټ پکی نه اجرا کیری 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
شدیده 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 ❖ شدید او ښکاره ضایعات * که شیده 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 شیده 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 شیده خوړونکی ماشوم وزن نه اخلی ❖ د عضلاتو شدید 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.

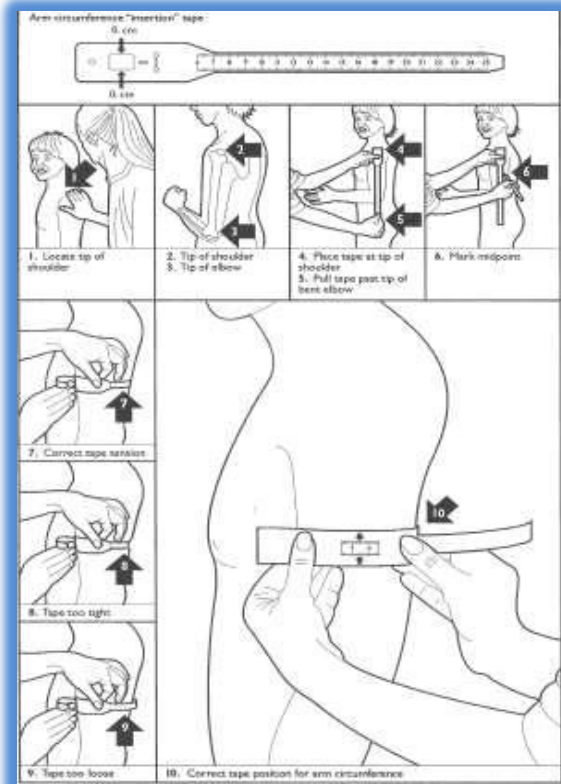
د امیندوارو او شیده ورکونکو میندو د درملنی څخه هدف د میندو د تغذی بشپړول دی که هغوی په حاده خوارخواکي اخته کيږی ترڅو د زيرون په وخت کې د کم وزنه ولادونو څخه مخنيوی وشي او د شیده خوړونکی ماشوم د ژوند په لومړيو شپږو مياشتو کې میندو ته تغذيه ورکړل شي کله چې خپلو ماشومانو ته د مور په شیدو خالصه تغذيه ورکوي.

په ماشومانو د ټولو درملنو برخلاف دلته د رخصت معيارونه د انټروپومتري پر اساس سرته نه رسيري. کله چې يوه امیندواره ميرمن مستحقه وي 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 ۶-۵ میاشتو ماشومانو کې د MUAC اندازه گیری



- ◀ دادمن شیء چي د یو سم MUAC فیتی څخه چي د معیار صحیح برخه ولری استفاده کیری. نوری فیتی له منځه یوسی.
 - سور MUAC د 11.5 سانتي مترو څخه کم چي 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 وباسی چي چپ مټ یي بنکاره شي
 - ◀ د اوږو او ځنگلي ترمنځ د چپ مټ منځنی برخه مشخصه کړی
 - ◀ د منځني نقطی ساحه په مارکر په نښه کړی یا د هغي د پاسه خپله گوته کیردی
 - ◀ د MUAC فیته د چپ مټ د منځنی نقطی د ساحی گردچاپیره تاوه کړی
 - ◀ دادمن شیء چي فیته په ارم ډول د جلد مقابل ته پرته لدی چي خلا موجوده وی تاوه شویده (ډیره سسته نه وی)
 - ◀ دادمن شیء چي فیته باید د مټ پوستکی ته لږ هم فشار ورنکړي (ډیر کلک نه وی) هماغه نقطه ولولی چي په لاندی ۶ شکل کي د غشي پواسطه بنودل شویده
- شکل ۶: انځور د غشي په برخه کي 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 کی پیدا کیږی) او یا د برقی ترازو (مثلاً، SECA scale یا UNISCALE) پواسطه چې د مور په غیږه کی د ماشوم د وزن کولو لپاره جوړه وی سرته رسیږی.

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 کی ترازو په یوه اونه، په یوه دری خپو پایه یا په یوه لرگی چې په دوه نفرو نیول شوی وی زورندپیږی. په یو کلینک کی هغه په چت یا په یوه پایه باندی په ازاده توگه زورندپیږی چې د نورو شیانو سره تماس ونه لری او ترازو باید په داسی یوه خای کی 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 کی د محرمیت په خاطر سرته ورسپیږی. که کالی یی پر ځان وی هغه هم باید ډیر نازکه وي (یوایی نازکه زیر پوشی). د وزن غلط تشخیص کولای شي د خواریوکی په تصنیف بندی 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 مخکی 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 کی واقع ده.)
3. ماشوم د ترازو د وزن کولو په خلطه کی واچوئ
4. ماشوم د وزن د اندازه کولو په خلطه کی ځورند کړئ او خپل ځان ډاډمن کړئ چې ماشوم د نورو شیانو سره تماس نه لري.
5. د ماشوم وزن ولولئ. عقربه باید ثابتته 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 کی یا انتظار وکړئ چې ماشوم آرام شی او یا د وزن د دواړو نهایتونو اوسط واخلي.
7. وزن په کیلوگرام تر نزدیکترین 100 گرامو پورې ثبت کړئ (مثلاً، 6.4 کیلوگرامه).

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.

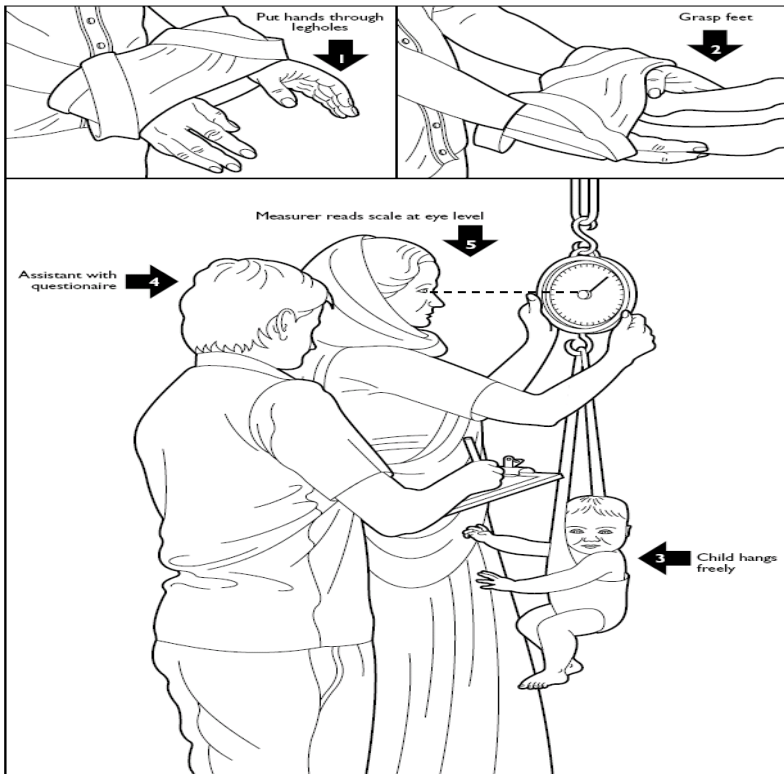
- په یخ موسم کې متیقن شی چې د وزن د اندازه کولو لپاره ځای ګرم شویږی او ماشوم د ډیر لږ وخت لپاره لوڅ پاتی شي.

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 ۸۵ شکل انځور وګورئ)

1. ترازو روښانه کړئ، د ترازو نوری برخه د ۲ 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 ودریږی، خپي لږی سره لری وی او په همدی حالت ولاړه پاتی شي.
4. مور ته ور یاد کړئ چې تر هغه پوری باید د ترازو دپاسه ودریږی 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 ځای 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 لوڅ شیده خوړونکي ماشوم په نری سره ورکړی.
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 استفاده) باید په ولاړه اندازه شي او هغه چې د ۸۷ سانتي مترو څخه یې قد کم وي د ملاستې په شکل اندازه کيږي.

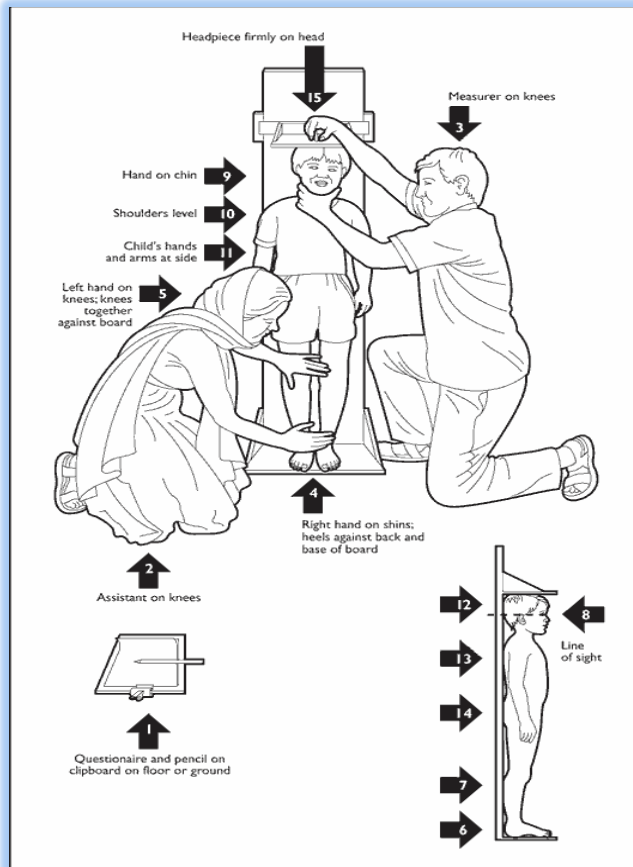
که ۲ کلن یا ددی څخه زیات عمر ماشومان ، یا لږ تر لږه ۸۷ سانتي متر قد لرونکي ماشومان چې په ملاسته اندازه کيږي، پدې حالت کې 0.7 سانتي متره د اندازې څخه منفي کيږي.

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 یا هغه چی د ودریدلو ورتیا 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 بڼنگری 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 کرای شی.
6. اندازه کونکی اندازه کول اعلانوی او مرسته کونکی د تأیید لپاره هغه تکراروی او د انتروپومتري په فورمه یا روغتیا په کارت کی یی ثبتوی.

۹ شکل: د قد اندازه کول

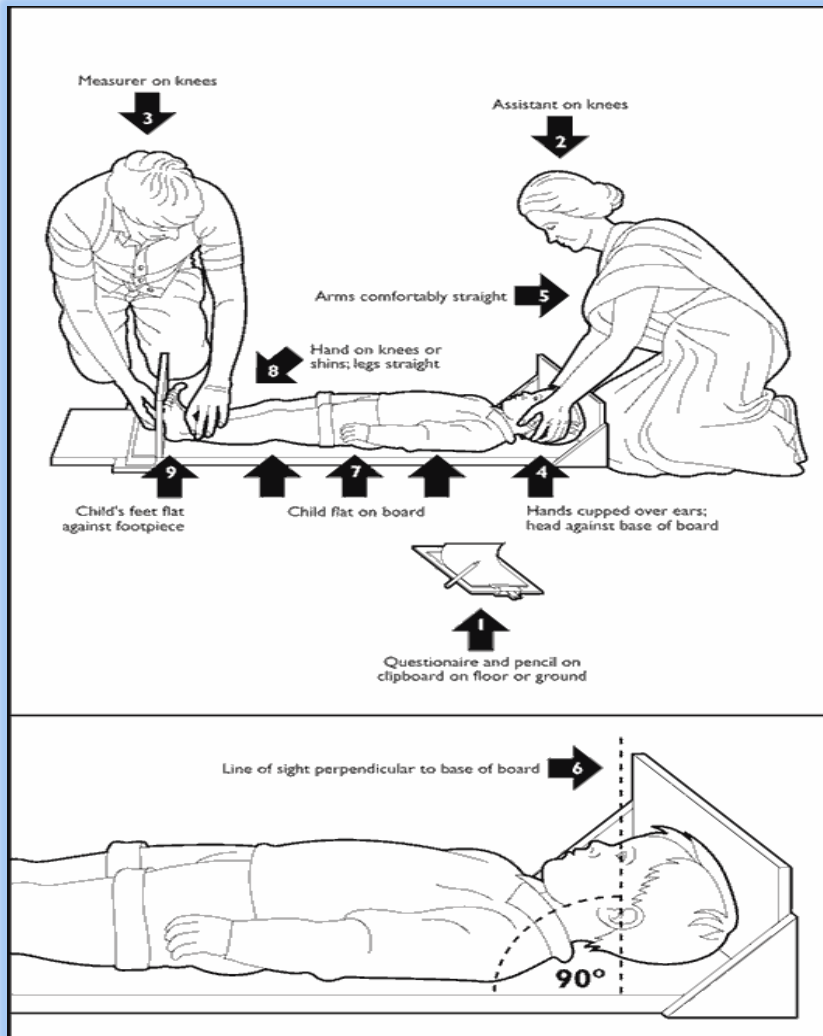


Source: How to Weigh and Measure Children: Assessing the Nutritional Status of Young Children, UN 1986.

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 وپستل کیږی .
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 څپې یی باید په قایمه زاویه برابرې 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 څپو 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.

دهلکانو وزن (کیلوگرام)					قد	د انجونو وزن (کیلوگرام)				
-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 ضمیمه: د تغذی د اذیما تصنیفبندی

د اذیما د ارزیابی لپاره: په دواړو څپو 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 څپو کې اذیما وموندل شوه، همدا پروسه د څپو 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 څپو کې ژوروالی وگورئ او حس یې کړئ. اذیما یواځې په څپو کې د **خفیفې اذیما (+1)** په شکل تصنیف بندی کیری. که په څپو کې اذیما ونه موندل شوه ، بس یې کړئ. تغذیوی اذیما تل د څپو څخه پورته څیریری.



که اذیما د څپو په قدمونو کې موجوده وی نو د څپو په پنډیو کې یې هم ولټوئ. د ارزیابی لپاره په دواړو خواو کې د څپو د قدمونو د تخنیک په څیر چې سرته رسیدلی دی، استفاده وکړئ. د دواړو څپو 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 اذیماموجوده 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 اغیزی 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 قبلول رسول

پوښښ او لاسرسی

پوښښ ماشومانو یا امیندوارو او شیده ورکونکو 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 راځي (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).

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

لور پوښښ څنگه لاسته راځي؟

لور پوښښ د لاندې لارو څخه لاس ته راتلای شي:

- ◀ د ټولني د خلکو پوهاوی چې خوارځواکي څه شی دی او د درملنی د لټولو اهمیت
- ◀ د ټولني خلک پوهیږي چې اغیزمنه درملنه یې کور ته نزدی د لاسرسی وړ ده
- ◀ درملنی ته د لاسرسی د ځینو ممکنه خنډونو پیژندل او په هغې کې کموالی
- ◀ د ټولني او روغتیايي مرکز په کچه اغیزمن او سیستماتیک سکریننگ
- ◀ د غیرحاضرینو او مقصرینو (defaulters) اغیزمن تعقیب او دهغوی راوستل درملنی ته

خوارځواکي او د هغې د درملني په اړه د پوهې د نه موجودیت په حالت کې ډیر پالونکی د خپلو ماشومانو د ناروغیو له امله شخصي ډاکټرانو (یا ځیني وخت ملایانو ته) ته مخه وکړي (اکثره د خوارځواکي څخه پرته نورو ناروغیو لپاره). د ټولني د پراختیايي پروگرامونو څخه یو یې د حادې خوارځواکي په اړه د هغوی حساسول دی. په هر حال، یواځي حساسول کفایت نه کوي، د لورپوښښ د لاس ته راوړلو لپاره باید د واقعو سیستماتیک پیداکول د سکریننگ فعالیتونو دلاری موجود.

حساسول

د ټولني د افرادو د حساسولو څخه هدف د خوارځواکي په اړه دعامه روغتیا د مسلی په څیر د خلکو د پوهاوی لوړوالی، د پا لونکو وړتیا لوړول چې د خوارځواکي لاملونه وپیژني او په خپلو ماشومانو کې خوارځواکي و مومي. د افغانستان په ډیرو ټولنو کې مذهبي عقاید یا نور لاملونه درملنی ته د رجوع کولو د وروسته والی لامل ګرځي (د مصابیت او مړینو د لوړوالی او همدارنگه په کلینکونو کې د درملنی د قیمت د زیاتوالی او بیر او بار لامل ګرځي). د حساسولو ستراتیژي باید د خوارځواکي په اړه ساده او روښانه پیغامونه وړاندی کړي.

د حساسولو ستراتیژي باید ولټوي چې د ټولني په افرادو کې د یو نفر څخه بل ته څرنگه معلومات انتقالیږي. دا کار کیدای شي د رسمی چینلونو څخ لکه سیاستمداران، ټولنیز یا محلی مذهبی رهبرانو دلاری یا غیر رسمی چینلونو لکه د خلکو غونډې (مثلاً واده)، په ځانګړی توګه په هغو ودونو کې چې بنځی پکی راتولیري دلاری سرته ورسیري. سربره پردی چې بنځینه پلونکی د خپل ماشوم د لومړنیو پاملرنو علاقمندانی وی مګر دا هم د اهمیت وړ ده چې د خپلو نارینه خپلوانو ملاتړ او موافقه دIMAM د طریقې 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 فیتی او د اذیما د بررسی پواسطه سرته ورسیري. کله چې د ټولني یو روغتيايي کارکونکی 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 یادیري 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 کیري. 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 کیري 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 خورونکی 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 امیندوارو او شیدو ورکونکو میندو د درملني ټول خدمتونه موجود نه وي. که د حادې 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 تطبیقي پیښو 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 شوي دي طرفداري کوي. په پايله کې ممکن ټولي واقعي د تشخيص څخه پاتي 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 لاندې دي 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 لاندې 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 ورکونکي هيڅ نوی واقعه پيدا نکړای شوه ، په SAM اخته هر ليرل شوي ماشوم د دوهم ځل لپاره کتل شوي دي.

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 تنظيميږي ، د ټولني د ډيرو غړو د اغيزمن سکريننگ زمينه پکې برابرېږي.

ددی ميتودولوژي ستونزه داده هغه ماشومان چې ناروغ يا ضعيف دي کيدای شي په کور کې پاتي شي يا د شرم احساس وکړي ، پالونکي يې ماشوم د عامو خلکولخوا د ليدلو څخه ډډه وکړي. د هغو ماشومانو د تشخيص لپاره بايد اضافي هڅې وشي چې نه راځي . دا کار د کلي د راجستر پواسطه يا د کلي د ملک يا د نورو پالونکو غړو څخه د هغو په اړه چې سکريننگ شوي نه دي د پوښتنې دلاری کيدای شي سرته ورسېږي. ددی ميتودولوژي 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 ارزيايي کيږي. ددی څخه په حادی خوارځواکي داختمه ماشومانو د ارزيايي لپاره کار نه اخستل کيږي. وزن پر عمر يو مرکب شاخص دی ، يو ماشوم چې نظر په عمر کم وزن ولري

، 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 ودی 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 حادی خوارځواکی په برخه کې د وزن پر عمر غیر قابل اعتبار دی ، د کم وزنو ماشومانو سکرینګ % ۵۰ د عضلاتو د ذوب خوارځواکی واقعی نشی پیدا کولای.

*

*د حادی شددی خوارځواکی 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 شخصی ډاکټرانو یا فارمسټانو ته رجوع کوی او یا هم ملایانو ته ځی. دا کار د اضافی واقعاتو د پیداکولو لپاره زمینه برابروی . دا خلک باید د حساسولو په هر کمپاین کې د هدف لاندی و نیول 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 د لاسرسی 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 واقعی 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 پدی 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. پدی 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

پدی 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 ولیري. 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 (غیابت): په حقیقت کې د ټولني د روغتیايي کارکونکي څخه باید غوښتنه وشي چې

د درملني د پروسې څخه د غایبي شوی واقعي تعقیب وکړي. د تعقیبي لیدني فورمي به ۱۷ او ۱۸ ضمیمو کې ورکړل شويدي. ۱۷ ضمیمه د تعقیب یوه ساده فورمه لري پداسی حال کې چې ۱۸ ضمیمه د ارزیابي یوه مفصله فورمه لري. فورمه باید ډکه شي او روغتیايي مرکز ته ولیږل شي.

د لومړي غیرحاضري څخه وروسته درملني ته د ماشوم بیرته راوستل به د درملني څخه غیر حاضرین کم کړي. کچیره یوه واقعه غیابت کوی باید د ټولني روغتیايي کارکونکي/سوپروایزر څخه غوښتنه وشي چې واقعه د غیابت د لامل لپاره تعقیب کړي او د درملني لپاره یې د دوهم ځل راوستلو لپاره تشویق کړي. په ځینو حالتونو کې کیدای شي د درملني په جریان کې ماشوم/میرمن مړه شوی وي. دا مهمه ده چې ډاډمن شو چې د درملني په جریان کې د مړیني هره واقعه مشخصه او په سمه توګه یې راپور ورکړل شي.

نه شفایاب شوی (ددی نه وروسته ماشوم د شدیدې حادې خوارځواکۍ په شکل نه وی اما د رخصتیدو معیارونو ته ندی رسیدلی). دا حالت د دوه لاملونو څخه منځته راتلای شي:

◀ هغه ناروغی چې تشخیص شوی نه وی (مثلاً، توبرکلوز یا HIV)

◀ درملو ته ځواب نه ویل (د RUSF/RUF نورو سره شریکول یا پلورل)

هغه پروتوکولونه چې د خارج بستر خدمتونو لپاره تشریح شوی دي (۴ فصل)، روغتیايي 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 توګه پروتوکولونه تعقیب شي دا واقعي به تقریباً نه شفایاب شوی واقعي نه وي.

1: د ثبات د مرکز/TFU اصطلاح پدی لارښود کې په IPD-SAM تبدیله 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 ښه والی لامل گرځي د لاسرسي او پوښښ "پياوړی کونکو" په نامه يادېږي. اساسی پياوړی کونکی په لاندی توگه دي:

- د خدمتونو د ښو او د اعتماد وړ معيارونو وړاندی کول
- د کارکونکو(د ټولني او روغتيايي مرکز په کچه) او گټه اخستونکو ترمنځ ښي اړيکي
- د خدمتونو د ښه 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 شبکي (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 سکريننگ 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 کيزی 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 تشکیلوي. ددی مجلسونو څخه بايد د واقعاتو د سکريننگ 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 روغتیايي 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 نیمایي برخه یې CHS ته لیبرل کیږي. کله چې یوه مور د درملني لپاره کلینک ته راځي ، د لیبرلو کاروتونه باید راټول شي او په یو کوچنی بکس یا پاکت کې ځای پر ځای شي. او بله نیمایي یې د CHW لخوا وساتل شي او یا CHC ته ورکړل شي.

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

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 وليږل 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 معلومیږی. 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 راشی.

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 څیړنه وشي.

د پوښښ د کچې ارزيايي کول

د پوښښ 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 شويدي کولای شي د خدمتونو د پوښښ د کچې د برياليتوب يا مشکلاتو په تشخيص کې پياوړی وي. د پوښښ د کچې د ارزيايو مثالونه په لاندې توگه دي:

- ◀ LQAS: د لابت د کيفيت د تضمين نمونه اخستل
- ◀ SLEAC: د لاسرسی او پوښښ د ساده شوی LQAS ارزيايي
- ◀ SQUEAC: د لاسرسی او پوښښ 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 پوښښ د سطحی په ارزيايي کې يې استفاده کړو. دا ميتود د پوښښ 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 پوښښ د سطحی او د پوښښ 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 شيدو 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 پوښښ د کچې معيارونه

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

1. د کميتی پوښښ د کچې ارزيايي(د يوې سلنی د تخمين پواسطه يا د پوښښ د کچې تصنيف
2. د اساسي فکتورونو ارزيايي چې د پوښښ 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 گټور 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 درملني 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 یونیسیف په مرسته د عامې روغتیا د وزارت نوی خدمتونه. د شروع تاریخ: _____
- د شدیدې خوارخوای د واقعاتو د داخل بستر درملني بدیله لاره.
- د هدف وړ خلک: د ۵ کلونو څخه کم عمره ماشومان چې په حاده خوارخوای اخته پیژندل شويدي.
- د کورته نزدی د خدمتونو د عرضه کولو اوپه کور کې د درملني دلاري د لاسرۍ اسانه کول. میندي باید په اونۍ کې یواځی یو یا دوه ځلي ځانگړو ځایونو ته لاري شي.

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

- د BHC او CHC قابلې او CHWs ټریننگ لیدلی دی چې د ماشومانو اندازه گیری وکړي او هغوی د درملني لپاره ولپړی او میندو ته مشوره ورکړي.
- د مشخص کولو پروسه: میندي خپل ماشومان د اندازه گیری لپاره قابلو/CHWs ته وری. هغوي روزل شويدي چې ماشومان په MUAC (د منټ د پورتنۍ متوسطی برخی محیط) اندازه کړي. (د MUAC فینه ورته وښایي) او اذیما یې هم ارزیاپی کړی. که ماشوم د ۶ میاشتنو څخه کم عمر ولری د MUAC فیني څخه کار مه اخلئ، د خوارخوای د تشخیص لپاره د نورو نښو څخه کار اخستل کيږی.
- لیزل (رجعت): هغه ماشومان چې د MUAC یا اذیما پواسطه په حاده شدیدې خوارخوای اخته وپیژندل شی مناسبه درملنه یې سرته رسیري. مور باید خپل ماشوم ته د توصیه شوی درملو سره بیرته کورته وگرځی. هغه باید دوه اونۍ وروسته د دوهم ځل لپاره روغتیایي 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 معالجوي غذايي مواد چې د ماشومانو د وزن اخستلو لپاره په ځانگړې توگه جوړ شوي دي، RUSF/RUTF حلال دي.

4. د حساسولو پيغامونه

- ملایان د ټولني د مشرانو په حيث د لاسرسي درملو د معلوماتو په خپرولو کې شريک کړي. اساسي مسؤلین/د ولسوالۍ 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، پدې اړه چې چيرته لار شي، او که ماشوم يې ډير ډنگر يا اذيمای شي څه وکړي بايد ددی ټولو د معلوماتو د سرچيني په اړه پوهاي ولري.
- د معلوماتو د خپراوي په اړه د ملایانو سره د مباحثي ممکنه لاري چاري

5. پایله

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

- 1) درملنه د عامي روغتيا د وزارت خدماتي مسؤليت دي چې د يونيسف په مرسته د ۵ کالو څخه بنسټه په حاده خوارځواکۍ 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 نژدې وجود لري چې ماشومانو د درملني لپاره په کورونو کې پاتي کيدای شي،
- 5) د ټولني د خلکو رول عبارت دی د معلوماتو د خپراوي او ډاډمن کيدل چې هره کورنۍ 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 شویډی نو والدینو ، پالونکو او یا هغه میندو ته چې امیندواره یا شیده 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 مستحقى 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 شویږی؟
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 درملنې 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 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 خواره 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 ديهايډریشن 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 گرځی؟ (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 راوگرځی؟

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 راوی؟
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 راځی؟
b. یا کله تاسو بشپړه اندازه نده اخستی / یا د هغي پر ځای کوم بل شی درکړ شوی؟

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 لوړوي. 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 	۶ څخه تر ۵۹ میاشتي

يادداشت: يو ماشوم چې په متوسطه حاده خوارځواکۍ (MAM) تشخيصيږي او د خطر د عمومي نښو څخه يوه يا نور اختلاطات ولري بايد د ماشومانو په وارډ کې بستريږو لپاره روغتون ته وليږل شي. يوماشوم چې په شديدې حاده خوارځواکۍ اخته وي او د عمومي خطر د نښو څخه يوه يا نور اختلاطات ولري بايد د شديدې حادې خوارځواکۍ داخل بستر وارډ ته وليږل شي.

که د خطر عمومي نښو يا نورو اختلاطات هيڅ مشخص نشي او ماشوم د MAM يا SAM په حېبې تشخيص شي، په هغه حالت کې:

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

- (a) ايا ماشوم ټوخي يا تنفسی ستونزي لري ؟
(b) ايا ماشوم نس ناسته لري ؟
(c) ايا ماشوم تبه لري ؟
(d) ايا ماشوم د غور مشکل لري ؟
(e) ماشوم د کمخونۍ لپاره بررسۍ 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 توصیه کری

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 توصیه کيږي. په MAM/SAM اخته ټولو ماشومانو ته د چنچو ضد ورکول کيږي. سربيره پردی په SAM اخته ماشومان روټين انټي بيوتيکونه هم اخلي. 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 کوټری مکسازول د دوهم انتخاب په حیث د اموکسی سيلين تر بشپړیدو 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 ورنگرل شي، یواځی په هغه حالت کې چې ماشوم په شری یا شديده 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 شديد دیهاپیریشن لري دا د خطر یوه نښه ده او ماشوم باید داخل بستر وارډ ته انتقال شي (د ماشومانو وارډ 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 شديده 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 زنگ 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 مایکرونوټرینونو تابلیتونه:** هغه ماشوم چې RUSF/RUTF اخلي د متعددو مایکرونوټرینونو تابلیتونه باید ورنگرل شی. په RUSF/RUTF کې مایکرونوټرینونو تناسب په دقیقه توگه سنجول شويدي چې د مایکرونوټرینونو او ماکرونوټرینونو سمه اندازه چې د روغتیا لپاره اړینه ده واخستل شي. د مایکرونوټرینونو اضافی تابلیتونه دا تعادل گډوډوی.
- 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 روغتیایي 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 درملنى په لړ كى د تعقيبى ليدنى لپاره د تصميم نيونى مواد

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

* یو ماشوم چې وزن نه اخلي یا وزن د لاسه ورکوي باید په کور کې د ټولني د روغتيايي کارکونکي يا د ټولني د سوپر اویزر پواسطه تعقیب شي او د کورني ملاقات یوه فورمه [۱۸ ضمیمه] ورته ډکه شي او روغتيايي 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 روغتيايي مرکز کې تعقیبي مراقبت

کله چې په روغتيايي 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 اونۍ وروسته)
- ◀ د IMCI یو کلینکي ارزیايي سرته ورسوئ
- ◀ ټول معلومات د درملني په کارت کې ولیکئ
- ◀ د ماشوم وزن گیری ارزیايي کړئ (یا اذیمايي حالتونو کې د وزن د لاسه ورکول)
- ◀ ارزیايي 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 وغورائئ چې د اړتیا په وخت کې کورنی ملاقات اجرا کړي
- ◀ ارزیاوی کړئ چې ایا ماشوم د رغیدو معیار ته رسیدلی دی یا نه
- ◀ د ارزیاوی 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 ارزیاوی 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 شی د ۲ مسلسلو لیدنو په لړ کې د وزن بایل	په ۵ لیدنو کې وزن ندی زیات شی 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 ارزښتي وکړي چې ایا ټولو ناروغانو د غوښتنې سره سم دوهم ځل لپاره مراجعه کړیده یا نه. د اونیزې 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

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	*هغه غایبین چې د دوهم ځل لپاره مراجعه کوی
هغه ناروغان چې د یو بل روغتیايي مرکز څخه رالیږل شوی دی	د MAM د نورو خارج بسترو واردونو څخه رالیږل شوی ماشومان**

* 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 اونیزې 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 پریږدی	نور نوی شامل شوی
په SAM اخته ماشوم چې پخوا غایب و او د ناروغانو خارج بستر پاملرنو ته د دوهم ځل لپاره یې 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 رالیږل کیری
په MAM اخته ماشوم خراب شوی او SAM لیرل شوی	د MAM د درملني څخه رالیږل 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 قده/طول شامل شوی وی د ۲ مسلسلو لیدنو په لړ کې وزن پر قده/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 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 شویډی 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 شویډی	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 ولیږل شي.

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

<p>یا وزن پر قد/طول د 3Z scores -څخه لږ یا دوه طرفه خاپ لرونکی اذیما</p>	<p>د SAM خارج بستر وارد ته لیرل شوی</p>
--	--

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

يو ماشوم چې د حادې خوارځواکۍ لپاره تداوی کيږي معمولاً د تغذیوی کمبوداتو او / یا انتاناتو څخه په گډه کړيږي چې د بيلابيلو فکتورونه څخه منځته راغلي وي [ا فصل د خوارځواکۍ د لاملونو لپاره وگورئ]. د صحتمندي ودی او د بيا راگرځيدو څخه د مخنيوی لپاره تل تعقیبي 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 اليکټرونيکی 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 گیری متوسطه اندازه

په wasting او اذیما اخته ماشومانو لپاره د وزن گیری متوسطه اندازه (AWG) په بیلابیله توګه محاسبه کیږي. په شفا یابنه توګه د رخصت شوو ماشومانو اسناد په هره میاشت کې د wasting او اذیما په تفکیک سره د یو بل څخه بیلیری او په لاندې توګه یې د وزن گیری اوسط حد محاسبه کیږي.

هغه واقعی چې په wasting سره شامل شویږي

لومړی د هر شفا یاب شوی رخصت ماشوم وزن گیری محاسبه کړی

وزن گیری = (د رخصتیو په وخت کې وزن په ګرام - د شاملیدو په وخت کې وزن په ګرام) / د شاملیدو په وخت کې وزن په کیلو ګرام

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 میاشتني راپور لپاره ارزیابی کیږی. د هر شاخص معیارونه په لاندې 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 شویو 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 پوښن د کچې ارزیابی موجوده وی نو په هغې حالت کې د خدمتونو اغیزمنتوب د لاندی معادلی مطابق ارزیابی کیدای شي:

$$\text{اغیزمنتوب} = \text{د شفایاب کیدو اندازه } \times \text{د پوښن کچه}^*$$

* د پوښن کچه باید د یو منل شوی میتودولوژی په استفادی سره ارزیابی شي. د پوښن 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 مانه																	
Sex (M/F) جنسیت						District ولسوالۍ			Physical address آدرس فریکي														
Date of Admission تاريخ دخوان						Village قرية			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 خوځاره	Return after default عيادت	New جديد																		
نخبر		نخبر		نخبر		نخبر		نخبر		نخبر													
فزياسيات شيگانم دخوان																							
MUAC (cm) په ملي شمير			Z Score WHM ورنه پر قد			Height (cm) قد په سانتي شمير			Weight (Kg) ورنه په كيلو گرام														
1+ 2+ 3+			بندنگي			WHM<-3SD			MUAC <11.5 cm			Admission Criteria											
ناريجته																							
>5			1-3			No			Yes			Diarrhoea											
No			Yes			No			Yes			Vomiting											
No			Yes			No			Yes			Cough											
No			Yes			None			Poor			Good											
Other Problems																							
سايه مشكلات																							
معيانات فزيكي																							
No			Yes			50+			40 - 49			30 - 39			<30			Respiration Rate (1/ min) تعداد نفيس					
Pale کم رنگ			Normal نورمال			Conjunctivae/Palmar Coloration			انتهاب منطقه / کم رنگي منطقه									Temperature (°C) درجه حرارت					
Severe شديد			Moderate متوسط			None بدار			Dehydration			Discharge افرازات			Swollen تور په			Normal نورمال			Eyes عيانت چشمي		
Candida كانديدا			Sores زخم			Normal نورمال			Mouth دهني			Discharge افرازات			Normal نورمال			Ears گوشي					
No			Yes			Disability معيوبيت			Grain راج ران			Axilla ايد			Neck گردن			None			Lymph Nodes غدد لنفاوي		
Cold سرد			Normal نورمال			Extremities			Ulcers / Abscesses زخم/آبسي/شفت			Peeling پوستک شفت			Scabies			None			Skin Changes تغيرات جلدي		
تجویز روئين ادويه زمان بديرش و واکسيناسيون																							
Dosage			Date تاريخ			2nd visit			Dosage			Date تاريخ											
						Albendazole/ mebendazole									Amoxicillin سلسلي								
No			Yes			Measles سرخک/واکسيناسيون																	
No			Yes			Fully Immunised واکسيني تکميل سده؟									Anti-Malaria ضد مalaria								
سايه مداوي																							
Dosage			Date تاريخ			Name ادويه ها			Dosage			Date تاريخ											

(د کارت شا)

REG. No. نوم راخستون											Name اسم										
17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Week	Date			
محاسبات يا اندازه گيري																					
																	Weight(kg)	کيلو گرام			
													*		*		Weight change ⁺	تغییرات (+/0/-) وزن			
																	Height(cm)	قد به سانتی متر			
																	Z	وزن بر قد WHM يا (Score)			
																	MUAC(cm)	به سانتی متر			
																	Oedema	اډیما (+++, ++, +)			
نظرات ورت: * در لاعرب شديد اگر در هفته سوم ورت به طفل کمتر از زمان دجولسي شود بستري گردد. اگر ورت گيرک الی هفته پنجم وجود نداشته باشد طفل بستري گردد. نظرات ورت: * در مريضات پندیده اگر تا هفته دوم بندیدگی کم نشود طفل به بستري معرفی گردد. اگر بندیدگی تا هفته سوم هم وجود داشته باشد طفل بستري گردد.																					
نارنججه طبي																					
																	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 فزيکی																					
																	Temperature (0C)	درجه حرارت			
																	Respiratory Rate (# / min)	تعداد تنفسی			
																	Dehydrated (Y/N)	دهیدراتیشن بلای/بخیر			
																	Anaemia (Y/N)	کم خونی بلای/بخیر			
																	Skin Infection (Y/N)	آسیانات جلدي بلای/بخیر			
																	Number of packets RUSF / RUTF				
																	** OUTCOME	نتیجه (A/D/T/R/X/C/NR)			
																	Name of Examiner	اسم معاینه کننده			
R = رجعت دادن به بستري T= transfer to inpatient (در سه ورت متوالی معاینات داشتني) D= defaulter (3 consecutive absences) عمر حاضر ** A= absent قبول نکردن مراقبت قبول نکردن X= died C= Cured شفایافته NR= nonrecovered فرار نگرفته																					

ضمیمه: د MAM/SAM خدمتونو د راشن کارت

نوم: ثبیت	کڼه	روغتيايي مرکز	د اوزن کچه	نېټه	MUAC (په سانتي متر)	وزن په کيلوگرام)	انديا	وزن پر قد/طول Z score	د دRUSF/RUTF 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 درملني 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 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
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)						
PGDS(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%						
												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(ccan)						
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
دیپارتمنت 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 خواپونه 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 3-6 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 کاري 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 خوارخوای 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 خوارخوای په برخه کې یې ټریننگ اخستی وی موجود دی؟	4. نه 5. هو، مگر پرته د سرتیفیکیت نه 6. هو، د سرتیفیکیت 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 خوارخوای 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 خوارخوای 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 حادې خوارخواکی د میاشتنو پیښو لپاره کافی وسایل لري ؟	11س
انټی بیوتیکونه او نور اړونه سامان	1. نه 2. هو، کافی/مکمل ندی 3. بلې، کافی/مکمل دی	آیا روغتیایی مرکز د شدیدې حادې خوارخواکی د میاشتنو پیښو د درملنې 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 می دهد؟	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 کی	a
مناسب: په ټولو ضروري برخو کی 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 کی هغه برخه چی نه وی حلقه یی کړئ.
د اچکلست 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
- ❖ ارزيايی او درملنه
- ❖ راپور ورکول
- ❖ نظارت او تقويتی سوپروویژن

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 کيږي. 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 قابليکي، 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 مخکي او وروسته نورمالو څارنو برسیره بايد اميندواري او شيدې ورکونکي ميندې لاندی 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 پايلی د کلينيک په اسنادو کې ثبت کړئ
- ◀ ورکړل شوی راشن د مور د راشن په کارت کې ورسوئ
- ◀ مور د قابليکي يا د زيرون څخه وروسته خدمتونو ته وليږئ (که دا کار د مخکي 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 ترایمستر 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 شویده	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 کی 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 کی د ویتامین A ، اوسپنی او فولیک اسید او نورو مایکرونوترینتونو وړکولو ته اړتیا نشته.

په حاده خوارخوای اخته امیندوارو او شیده وړکونکو میندو لپاره تغذیوی درملنه بشپړونکی راشن په وچه توگه میرمنو ته وړکول کیږی ترڅو یی ځان سره کور ته ویسی. لاندی ۲۷ جدول په MAM اخته د امیندوارو او شیده وړکونکو میندو لپاره د مناسبی 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 گرام)		
غذایی مواد	اندازه	کیلوکالوری
د غنمو غنی شوی اوره	333	1,212
حبوبات	67	228
غنی شوی نباتی غوری	27	239
آبودین داره مالگه	3	0

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 ورکونکې میرمنې باید په میاشتنې توګه د څارنې او د OPD-MAM راشن او د متعددو مایکرونوترینتونو تابلیتونو د اخستلو لپاره روغتیایي مرکز ته لارې شې او د هرې لیدنې په لړ کې باید:

- ◀ MUAC یې وکتل شي
- ◀ وزن یې اندازه شې (د امیندوارو میرمنو لپاره)
- ◀ د ارزښایي پایلې د کلنیک په اسنادو کې ثبت کړئ
- ◀ ورکړل شوی راشن د مور د راشن په کارت کې ورسوئ
- ◀ د مور د ثبت شمارة د مور په **ټولو** سندونو کې ذکر شویده
- ◀ د زیږون څخه مخکې او وروسته پاملرنو او IYCF مشورو ورکولو څخه یې ډاډمن شئ

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 شویدی 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 رخصتولومياشتني 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				

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 ناروغی و صفی نښې د خپل ځان څخه نه بښايي (د مثال په توگه، تبه، چټک نبض یا چټک تنفس). دا به ستونزمنه وی چې په دا ډول ناروغانو کې ډیهایډریشن یا کمخونی 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 لوړوی.

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 لیرلو 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.

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 لیږل 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 لیږل 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 شی 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 هایپوګلاسیمی یا هایپوترمی له امله منځ ته راځي وژغورل شي.

د شدیدې حادې خوارخواکۍ د پیژندلو او یا لومړنی داخل بستر وارد ته د خارج بستر درملني څخه د لیږلو 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 گلاسیمییا 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 بڼه اشتهها 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 اشتهها 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 اشتهها 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 بڼکته 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 بڼکته 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 پیژندل او درملنه

د شاملولو په وخت کې باید شیده خورونکی ماشوم / ټول ماشومان باید فوراً به بشپړه توګه د روغتیايي کارکونکي لخوا ارزيايي شي او که طبي اختلاطات موجود وي باید د هغې درملنه وشي چې د ماشوم حالت ثبات پیدا کړي. ددې څخه د ځينو اختلاطاتو درملنه په لاندې توګه څیرل شويده:

د هايپوګلايسيميا تداوی يا وقايه کړی

هايپوګلايسيميا په وينه کې د گلوکوز د اندازی د کموالی څخه عبارت دي (په هر لیتر کې د ۳ ملی مولو څخه کم يا په هر دیسی لیتر کې د ۵۴ ملی گرامو څخه کم). هايپوګلايسيميا يو جدی حالت دی او د مړینې لامل ګرځيدای شي. هايپوګلايسيميا د هايپوترميا سره يو ځای هم پېښيدای 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 ترجیح ورکول کيږی چې ماشوم هر ۳ ساعته وروسته تغذيه شي (په ۲۴ ساعتونو کې ۸ ځلې)، په ځانګړی توګه په لومړی او انتقالی 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 کړی.
- هايپوګلايسيميا په نظر کې ونيسی، کله چې هايپوترميا تشخيص شي، (د تخرګ يا **axillary** حرارت درجه د 35 سانتی ګريډو څخه يا مقعدی حرارت درجه د 35.5 سانتی ګريډو 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 گلوکوزو 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 نمونی ککړ شي دا کاغذ خپل رنگ بدلای او د وينې د گلوکوزو اندازه ښايي. د ټسټ د محصولاتو د ختم تاريخ وګوری 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 معيار د گلوکوز اندازه په روښانه توگه نه ښايي. مثلاً: کيدای شي داسې يو رنگ وښايي چې په ليتر کې د ۲ څخه تر ۴ ملي مولو سره برابر وي. 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 ملي موله ده).

درملنه

که ماشوم په هوش کې وي نو هغې ته په لاندې توگه لارښود عملی کړئ:

- ۵۰ ملي ليتره ۱۰ فيصده گلوکوز ورته د وریدي چټک زرق (bolus) د لاری ورکړئ يا سکروز محلول (د بوری يوه ډکه کاشوغه په ۳,۵ کاشوغو اوبو کې) د خولی يا انفی- معدوی تيوب دلاری ناروغ ته ورکړئ.
- په هرو لومړيو ۳۰ دقيقو کې يې په F75 تغذی کړئ (د دوه ساعتونو د ټولي توصيه شوی اندازې څلورمه برخه) ورکړئ
- ماشوم گرم وساتئ
- انټی بيوتيکونه ورکړئ

که ماشوم بې حاله، بې هوشه يا اختلاجی وي نو هغې ته لاندې مواد ورکړئ:

- د ورید د لاری ۱۰٪ گلوکوز (۵ ملي ليتره / د بدن په هر کيلوگرام وزن) ، چې د هغې په تعقیب د انفی معدوی تيوب دلاری ۵۰ ملي ليتره ۱۰ فيصده گلوکوز يا سکروز د هايپوگلايسيميا د مخنيوی لپاره چټک ځواب وای. بيا F75 د پورتنی لارښونی په څير پيل کړئ.
- که د وریدي گلوکوز ورکولو څخه وروسته اختلاج ادامه پيدا کړه نو د مقعد دلاری ديازپام (۰,۵ ملي گرام د بدن په هر کيلوگرام 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 وریدي 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 ورځه 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 کوټې د حرارت د درجې په لوړولو سره ، یا د مور په لوڅې سینې باندې د ماشوم د اچولو(جلدې تماس) دلارې او په لباس کې د راتاوولو (5.5شکل)دلارې د دوهم ځل لپاره یې گرم کړئ.
- ماشوم تغذی کړئ (که اړتیا وی د خولې دلارې 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 کوټې 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 انفوزن تطبیق نشي.

یادداشت: د دیهایدریشن د درملنې لپاره فمی ریهایدریشن محلولونه لکه (ORS) یا ReSoMal باید هیڅکله د پالونکو لپاره د روغتون په وارډ کې په ازاده توگه د لاسرسۍ 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 رامنځته نشو نو د هغی په حالت کی باید د تشخیص بدلولو ته تیار وسو. په شدید حاده خوارځواکی 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 مزمنی 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 شی. 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 شی. په ډیهایدریشن کی د سترگو ننوتل د سترگو د وروستی برخي د شبکی د انقباض له امله رامنځته کیری په حاده توگه رامنځته کیری. 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 رامنځته 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 شی.
- 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 شی.
- 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 کی ښودل شویږي

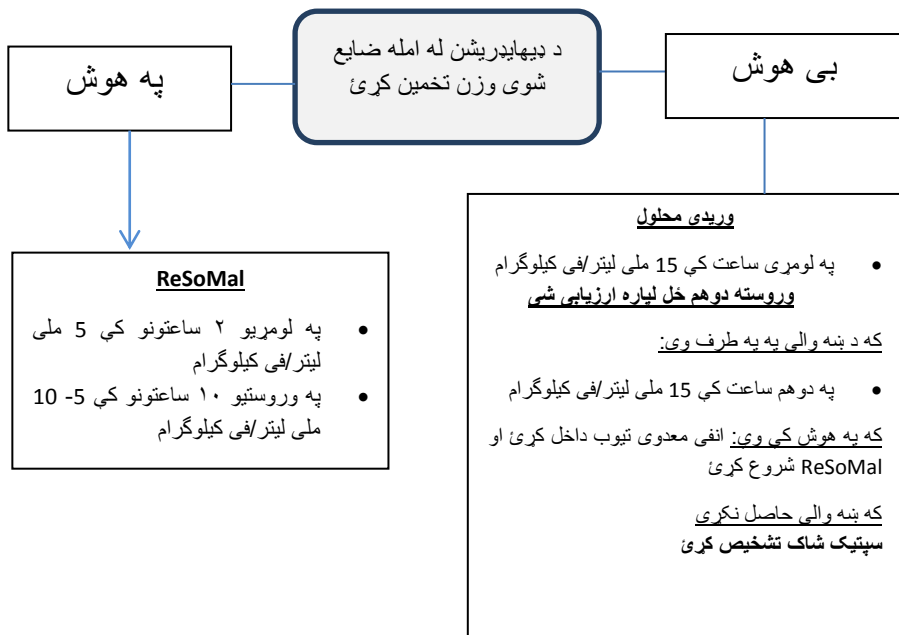
د مایعاتو پوره کولو لپاره وریدی محلولونه

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 خواریوکی اخته ماشوم کی څیری:

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



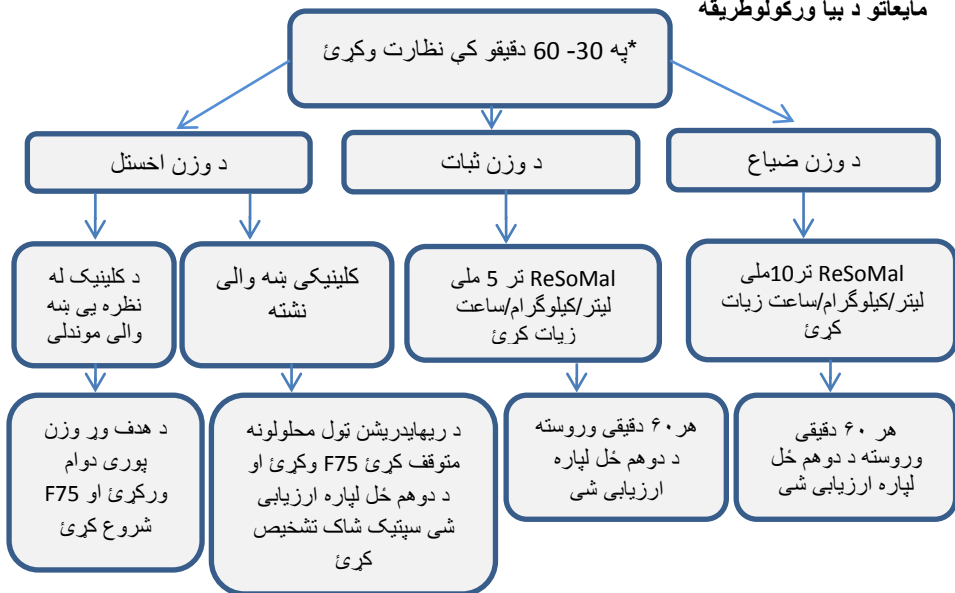
د ریهایدریشن د درملنی د پرمختګ څخه نظارت

په شدیدہ حادہ خواریوکی اخته ماشومانو کی د ریهایدریشن لپاره درملنه د غیرنورمالی پتو فزیولوژی له امله نسبت ښه تغذی شوی ماشومانو ته تنگه ساحه لري. د زړه، گردو او قلبی وعایوی 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 وعایوی 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 طریقه 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 طریقه



* 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 دري 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 ثانیو 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 ريهایدريشن ودرولی او سپتيک شاک او یا بل کوم لامل ولتوی
- هر څومره زر چې د ماشوم شعوري حالت ښه شو، وریدی درملنه به فمی ريهایدريشن 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 ريهایدريشن 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 سپتيک شاک د درملني په څیر وي (لاندی ولیدل شي). که په انیما اخته یو ماشوم اولنه نس ناسته ولري او ماشوم د کلنيک له نظره بېتر شی نو په هغې حالت کې د هر اوبلن تغوط په مقابل کې ۳۰ ملی لیتره ریزومل ReSoMal په ورکولو سره معاوضه کولای شی .

په خوارځواکی اخته ټولو ناروغانو کې د سپتيک شاک درملنه

سپتيک شاک یو جدی طبی حالت دي. دا د نسجونو د نفوذیه قابلييت او د اکسیجن د انتقال د کموالی له امله چې د انتان او سپسس له وی منځته راځي. دا کیدای شی 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 سپتيک شاک له امله د مړیني کچه کیدای شی ډیره لوړه وی او ۵۰٪ ته

ورسیري.

سپټیک شاک د ډیهایډریشن د ځینو حقیقي نښو او همدارنگه د کارډیوجینیک شاک په څیر تظاهر کوی. تفریقي 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 سمدستی سپټیک شاک باندې تشخیص نه شي، د ستونزې حقیقي لامل باید ولټول شي.

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

د سپټیک شاک تشخیص

د سپټیک شاک هغه وخت تشخیصیږی چې ناروغ:

- د زړه ډیر ټکان (tachycardia) موجود وی چې د کعبری (radial) نبض د ضعیفوالی یا نشتوالی سره یوځا وی
- یخ لاسونه او خپي ولری (د شعریه رگونو د ټکیدو وخت د ۳ ثانیو څخه زیات وخت ونیسي)
- شعوری حالت کې کموالی راغلی وی
- 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 تفریقي 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 معافیتی سیستم یې ضعیفه وی یا د روغتون کسبې انتان ولري. د متعددو غړو د عدم کفایې له امله مړینه کیدای شی 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 پالونکې یا روغتیایې کارکونکې 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 خوړونکو 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 باایل ورسره یوځای وی ، د سینه بغل تشخیص پری کېږدی .

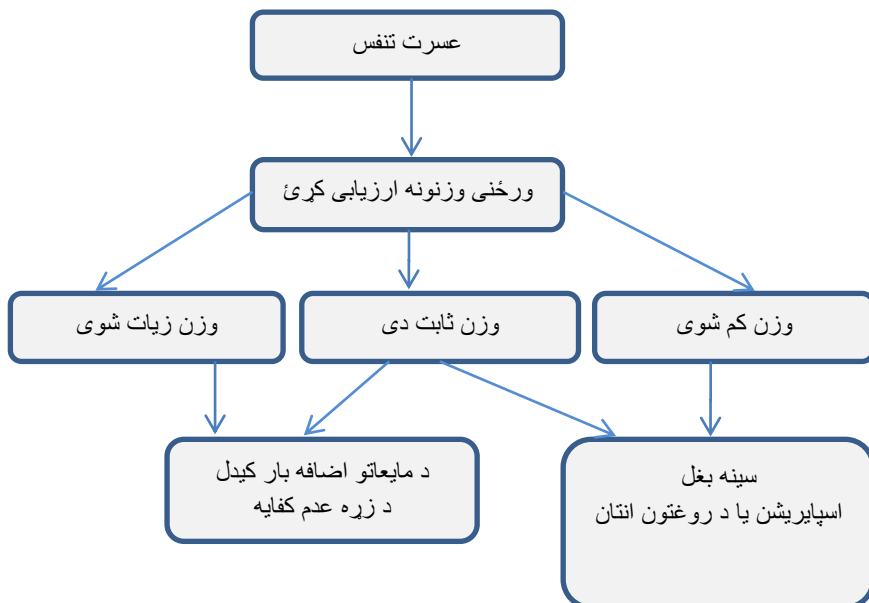
- د ریهایدريشن د درملني يا د وينې و ورکولو په وخت کې د تنفس تعداد په يو دقيقه کې د ۵ څخه زيات وی
- د تنفسي grunting اوازونو موجوديت
- وزن اخستل د کلينيکي حالت د خرابوالي سره
- د جس پواسطه د ځيگر درد کول
- د ځيگر د پښتورگو په سرحد کې زياتوالي
- Rales يا کرپپيشن
- پراخه وداجی رگونه (د ځيگر د جس کولو په 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 بستريديو څخه وروسته په ۲۴ ساعتونو کې شديد کمخونی تشخيص شي.

له همدی امله ضروری نده چې د مايعاتو دزرق 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 داخلي 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 فروزاماید 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 فروزماید غیر مؤثره وي. ډایجودکسین په واحد دوز ورکول کېږی. لوړ دوزونه (loading doses) معمولاً د ټکی اریتمیاګانو (tachyarrhythmias) د کنترول لپاره استفاد کېږی. پدی توګه د ډایجودکسین 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 ډایجودکسین 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 سډیم 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 ډیسی لیتر (۴۰ ګرام/فی لیتر) څخه لږه وی یا د packed cell اندازه د ۱۲٪ څخه لږه وی.

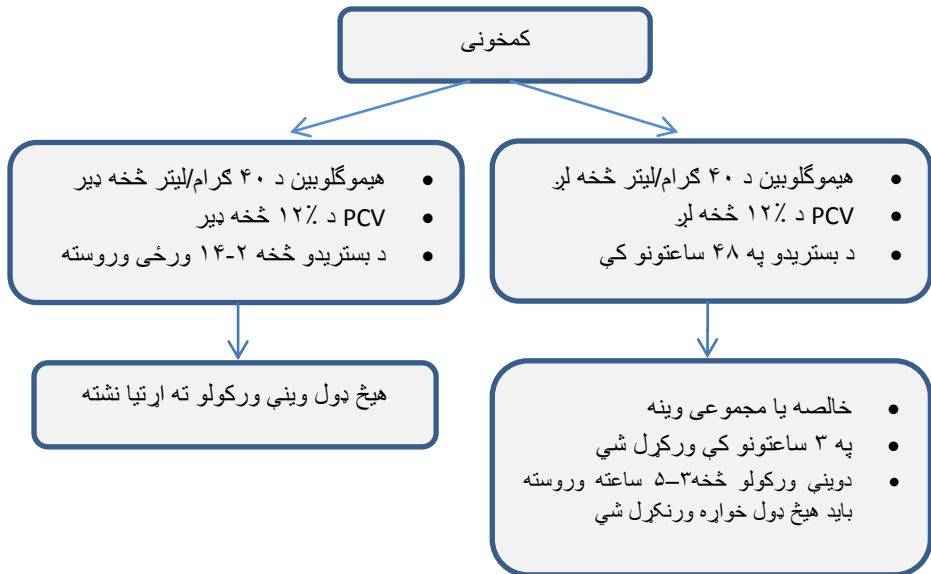
تمه کېږی چې په SAM اخته ماشومان د درملني په مقدمه مرحله کې په ځانګړي توګه د الیکترولایتونو او مایعاتو د تعادل د بدلونونو په پایله کې به د هیموګلوبین سقوط تجربه کړی. هغه کمخوني چې د وینې د نړیوالی څخه منځته راځی کیدای شي د ۱- ۱۴ ورځو څخه وروسته چې F75 پواسطه تغذیوی درملنه شروع شویده منځته راشي، چې هغه 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 ورنكړل شي.
- په SAM اخته ماشومانو کي د كمخونې د درملني لپاره د اوسپني وركولو څخه ډډه وكړئ

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 کیږی. دا کار د معدوی حرکتو د ورکیدو، د معدی د دیوال د خرابیدو او ځیني حالتونو کي د کولمو د بندیدو چي د کولمو د حرکتونو (peristalsis) د نشتوالی سره یوځای وی لامل گرځی. بکتریاگانې د کولمود دیوال څخه د تیریدو وړتیا لري چي پدې طریقه د سپسېس (sepsis) لامل گرځی. دا یو بیړنی کلینیکي حالت دی چي 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 چي په ځیکر باندی سمې تاثیرات لری (hepatotoxicity) باید متوقف شي.
- مگنیزیم سلنیت د عضلی د لاري ورکړی (د ۵۰٪ محلول څخه ۲ ملی لیتره) د ورځي دوه ځله د ناروغ د غایطه موادو د خارجیدو پوري
- انفی- معدوی تیوب داخل کړی او د معدې لواز په ۵٪ ډیکسټروز یا ۱۰٪ د اوبو او بورې په شربت سرته ورسوی.
- کله چي معدی ته ننوتی مواد پاک شو، ۵ ملی لیتره/ په فی کیلوگرام 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 کیلوگرام وزن د بدن ۱۰٪ د اوبو او بورې شربت دوهم ځل لپاره تکرار کړی. aspirated مایعات مه تخریبوی.
- ماشوم گرم وساتی
- د هایپوگلاسیمیا د درملني / وقایي لپاره د ورید د لاري گلوکوز ورکړی
- د ۶ ساعتونو لپاره پرته د نورو درملو په دوامداره توگه 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 لاري معدې ته داخل کړی او د معدې محتوی سمدستی وباسی. دا کار باید تر هغه دوام وکړي چي د معدی څخه ویستل شوی مواد پاک شي.

د ماشوم د کلنيکي حالت بڼه والی به په لاندی حالتونو وښودل شي:

- دگيډي د پړسوب کموالی
- د کولمو د حرکتونو/ د کولمو د اوازونو زیاتوالی
- په عمومی حالت کي بڼه والی (لکه د شعور د حالت اندازه)

هرکله چی بڼه والی رامنځته شو:

- F75 شروع کړئ (د ماشوم د وزن پر اساس د نورمال اندازی نیمایي ورکړئ)
- د هرې تغذيي څخه مخکی د معدې محتوی وباسئ
- هرکله چی د معدې محتوی زیاته وی، د F75 په اندازه کي هم کموالی راولئ
- هرکله چی د معدې د محتوی اندازه کمه وی، د F75 په اندازه کي په تدریجی توگه زیاتوالی راولئ

که د ۶ ساعتونو تیریدو سره بڼه والی رامنځته نشو:

- د ورید د لارې د مایعاتو ورکول په نظر کي ونیسی. (د یو محلول څخه استفاده وکړئ چی په شدیدې حاده خوارځواکی ماشوم لپاره مناسب وي.)
- د محلولونو انفوزن په اعظمی توگه ۴ ملی لیتر/فی کیلوگرام/فی ساعت ورکړئ (د بوریت(burette) یا پمپ څخه کار واخلي)
- که اسپایر شوی محتوی د معدی د داخلی شوی مایع نیمای څخه کمه شوی وی ، په هغې حالت کي وریدي انفویژن ته توقف ورکړئ او یواخی 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 وليږئ (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 بيړنۍ درملنه سرته رسيري او دقيقه طبعي او تغذيوي درملنه پكې صورت مومي چې د ماشوم غيرنورماله پتالوژي ثبات پيدا كړي. دا مرحله معمولاً د ۲ - ۷ ورځو پورې دوام كوي.
- **انتقالي مرحله:** د ماشوم د لومړنۍ 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 دمړینې د لور خطر سره مخ دی او کیدای شي د ټولو کورنیو لپاره زړه ماتونکی وي. 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 ځانګی 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 ځانګی 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 انتی 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 هایپوګلاسیمییا 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 اخلئ)

- ◀ 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 ليندې 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 تغذی څخه وروسته ورکړئ)
- ◀ توصيه شوی درمل تطبيق کړئ

* طبي او تغذیوی درملنه چې د ډاکټر لخوا توصيه کېږي د وزن مطابق وی چې ډيره دقیقه وی. ماشومان بايد برېنډ وزن شي. دا کار د پردې ساتلو سره د وزن کولو په وخت کې سرته رسېږي. په هغه ځايونو کې چې د پردې امکان نه وی نو نازکه زيرپوشی يې پر بدن پاتی کېدای شي. بی دفته وزن د ناسمي درملني لامل گرځي او ماشومانو ته ډيري جدي او ستونزمنې پایلې رامنځته کوي. د ۶ - ۵۹ عمر ماشومانو د ترازو دقت بايد ۱۰۰ گرامو ته ډير نژدې وي.

مور ته مشوره ورکړئ چې:

- ◀ ناروغ مو شديده خوارخواځواکي لري او د رغيدو لپاره ځانگړو معالحوې درملو او شيدو ته اړتيا لري (خپل ځانونه مو متيقن کړئ چې د معالجوی شيدو او تجارتي موجوده غذايي موادو ترمنځ توپير وکړي، مهمه ده چې د هغو پيغامونو څخه کار واخستل شی چې د پوډرې شيدو څخه چې د رخصتيدو څخه وروسته يې خپريدونکي اعلانونه کيږي ډډه وکړي)
- ◀ مور بايد د ماشوم د غوښتنې مطابق د خپلو تيونو شيدو ورکولو ته دوام ورکړي. دا ډيره مهمه ده چې مور خپل ماشوم د هر ځل معالجوی تغذی څخه **مخکې** په خپلو شيدو تغذيه کړي.
- ◀ که مور خپلې شيدې نه ورکوي، نو پدی حالت کې هغې سره سپارښتنه وکړئ او د بستر په لړ کې د دوهم ځل د تيونو د شيدو د تغذی د شروع کولو په اړه ورسره مشورې وکړئ. د تجارتي غذايي موادو په نسبت د مور په شيدو تغذيه ډير فوقيت لري او حتی په معالجوی شيدو هم چې په روغتون کې ورکول کېږي هم زيات ارزښت لري. که ماشوم په شيرچوشک تغذيه کيدلو ، هغې ته سمدرستی توقف ورکړئ . شيرچوشکونه بايد راټول شی او له منځه وپورل 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 څانگې 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 کیری د بحث لاندی ونيول شي.
- مور ته د میندو د تغذیې او د خپلې 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 څانگه کې د هغې 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 کیري باید د ځینو تعدیلاتو سره چې د ژوند تهدیدونکو اختلاطاتو په برخه کې ورته اړتیا وی باید یوځای سرته ورسیری.

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 مړینو 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 یونیسیف 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 ورنکړی.

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 هایپوګلاسیمییا 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 کيږی 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 کيږی 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 کيږي

F75 ددې لپاره ورکول کيږی 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 پندۍ د سښې مقابل ته داسی واچول شي چې د هغې یو لاس د ماشوم د ملا څخه راتاو شي.

● د پالونکی لاس باید ماشوم ټیټیڼگ 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 توانيدلی دی. د 15:00/12:00 بجو خواره يې په بشپړه توگه د خوالي دلاري خوړلی دي.

په دوهمه ورځ ماشوم د خپل خوراک په 06:00 بجو د خولي د لاري خوراک کړيدی چې ۲۵٪ يې بېرته استفراق کړيدی. ماشوم خپل پاتې ۱۰۰٪ ټول خوراک پرته د کومي ستونزې د خولي د لاري اخستی دی.

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 والی راغلی دی او د خولي د لاري يې شيدې اخستی دي. په لومړۍ مرحله کې بايد انفي معدوی تيوب پرېښودل شي او د اشتها د بېرته راټگ او دنورو اختلاطاتو د نشتوالي په صورت کې بايد د يو ماشوم په حيث چې په انتقالی مرحله کې واقع دی 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 هاپیوګلایسیمیا خطر په ځانګړی توګه په لومړئ مرحله کې کمېږی، نسبت دی ته چې شیده ۸ ځلو لپاره توصیه شی او بیا د پرسونل د کمبود له امله ماشوم ۶ یا ۷ ځلی تغذیه شي..

لاندى ۲۸ جدول د توصیه شوى يو ورځنى تغذيي لپاره د ۸ او ۶ څلو لپاره ويشل شويده وختونه بنايي په ورځ كې د ۶ څلو تغذيي مهال ويش بايد په روئين ډول د ۲ مرحلې په پاملرنه كې د استفادې وړ وگرځي.

۳۰ جدول: د معالجوى شيدو د تغذيي مهال ويش په ورځ كې 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 كې ۸ څلې تغذيه
0	x	x	X	0	x	x	x	په ۲۴ ساعتو نو كې ۶ څلې تغذيه

X = پلان شوى تغذيه

0 = غير پلان شوى تغذيه

يادداشت: ۶ څلو تغذيي ته كم شوى مهال ويش بايد په ۱ مرحله يا انتقالى مرحله كې د پرسونل د راحت په خاطر ونه كارول شي. هغه يواځې په هغو ځايونو كې د استفادې وړ دى چې په شديد توگه د پرسونل كمبود موجود وى چې د ماشوم د پاملرنې نشتوالى ضررناك وى. د تغذى كم شوى مهال ويش بايد د مشكل د حل پورې يو موقتى اقدام په نظر كى ونيول شي.

په ۱ مرحله كې طبي پاملرنې

ايبديمولوژيک ارقام بنايي چې په SAM اخته اكثره ماشومان ډير څلى انتان لري ، مگر د معافيتى او التهابى سيستمونو د وظيفو د ضعف له كبله د هغې اعراض او علايم پټ پاتى كيرى. د بستريدو وروسته د ټولو ماشومان درملنه بايد په پراخه تاثير لرونكو انتى بيوتيكونو وشي.

په انټی بیوتیک منظمه درملنه

هغه ډول انټی بیوتیک چې په لومړی مرحله کې ورکول کیږی ددی پورې اړه لري چې د ناروغانو وارید ته راوړل شوی ماشوم اختلاطات لري او که بی اختلاطاتو دی:

که اختلاطات موجود نه و:

۳۱ جدول: بی د اختلاطاتو 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 پینو لپاره د اموکسی سلین پر ځای ورکولای شي.

که اختلاطات 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 شي.

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 کړی:

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 کمخونې 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 رسیږي 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 وشي ، 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 مخکي 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 ورځني 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 پاتی 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 تخمینیري. دا کافی نده او د اعتماد وړ نده چې د ماشوم د پالونکی څخه د شیدو د اخیستلو په اړه پوښتنه وشي. اکثره داسی پېښیري 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 تخمینیري. 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 اذيمي لږ تر لږه 2+ ته کموالی پيدا کړي. ضروري نده چې په ۱ مرحله کې په بشپړه توگه اذيمه 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 ديهيدریشن 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 درملنې لاندی وی، مگر تنفس يې نورمال دی يا لوړه تبه يې رابښکته شویده).

په ۱ مرحله کې د درملنې 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 شاملیدو ورځ د صفر (۰) په حيث محاسبه کېږي.

د ناکامیدو 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 اذيمه د بايللو په شروع کې ناکامی
- اذيمه تر ۱۰ ورځې پورې اوس هم وجود لري

د درملنې 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 چارټ 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

ځانگي ته د بشپړر غيدو لپاره وليږل شي. که دا ډول خدمتونه موجود نه وي ماشوم بايد د بشپړ د تعين شوو معيارونو پر اساس پاتې رغيډنه/رغيډنه په داخل بستر ځانگه کې حاصلوی .

په SAM اخته د ۶ - ۵۹ مياشتنيو ماشومانو انتقالی مرحله چې خارج بستر ناروغانو خدمتونو ته اړتيا لری

ددی خدمتونو څخه هدف دادی چې په SAM اخته ماشوم ته په سمه توگه غذایی رژیم چې ددې مرحلې لپاره مناسب دی ورکړل شي او ماشوم خارج بستر خدمتونو ليرلو لپاره تيار شي. دا کار د ماشوم څخه دا تمه لری چې د RUTF غذایی رژیم ته بدلون ومومي. RUTF ته بدلون په نورماله توگه ۲-۳ ورځې وخت نيسي اما دا وخت اوږدیدی هم شي.

په لومړی مرحله کې ماشوم ۱۰۰ کیلوکالوری/فی کیلوگرام/په ورځ کې انرژي حاصلوی. په انتقالی مرحله کې ماشوم اړتيا لری چې دا اندازه ۱۳۰ کیلوکالوری/فی کیلوگرام/په ورځ کې زیاتوالی مومي. کله چې خارج بستر ځانگي ته ناروغ رخصتيري دا اندازه مواد باید د RUTF په شکل ورکړل شي او په تدریجي توگه زیاتوالی ومومي چې ډاډ حاصل شي چې ماشوم د RUTF پوره اندازه د وزن اخستلو لپاره اخلي او د خارج بستر ځانگي شرایطو سره به ښه والی لاس ته راوړي.

د F75 څخه RUTF ته گام په گام 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 اړتيا 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 مگر کوچنی ماشومانو ته باید د RUTF اخستلو پر مهال په منظمه توگه 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 اشتهاهی توگه 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 څکلو 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 نژدی 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 اشتهای ارزیايي

لاندي ۳۴ جدول د RUTF یو ساده لارښود دی چې په انتقالی مرحلې کې د هر ځل او د ۲۴ ساعتونو د خوړو اندازه بنیایي. 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 1 تر ½ 1 پاکتونه
۵ کیلوگرامه >	1/3 پاکت	از ¼ 1 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 ځلې غایبه مواد ډیر نرم وي. یواځې هغه وخت کې چې لاندي 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 ناستی 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 اشتهای په ۲ - ۳ ورځو کې ښه نشوه، په هغې حالت کې ماشوم د دوهم ځل لپاره ارزیايي کړی او غذايي رژیم کې یې بدلون راولی.

1. که د ماشوم کلینیکي حالت د خرابوالی لوري ته روان و ،نو پدې حالت کې ماشوم لومړئ مرحلې ته ولیږئ
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 ورکړئ لکه څرنګه چې په راتلونکې فصل کې څیړل شوی .

که ماشوم د د ضرورت په اندازه RUTF د خوړلو وړتیا ولري

که ماشوم په هر ځلو خوړو کې د خپل ضرورت په اندازه RUTF په ۲۴ ساعتونو کې اخستل نو F75 متوقف کولای شئ او ماشوم ته یواځې RUTF او د مور شیده یا اوبه ورکولای شئ. 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 شئ 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 ولري 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 لیدنی 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 ونیسئ 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 لیدنی کې ورکړل شي.
- د رجعیټ په فورمه کې باید لاندې موضوع گانې 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 یې باید ۱۳۰ کیلوکالوري/فی کیلوګرام/په ورځ کې وي، چې دا یې 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 یې اخلي پدی مرحله کې یې هم په هماغه اندازه اخلي، یواځې 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 یې 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 روسیږی:

- 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 رسیدی. د ۲ مرحلې په لړ کې معالجوی شیدو سره اوسپنه هم اضافه کیږی. د اوسپنې 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 تیاریږی ، ۱۰۰ ملی گرامه (۱/۲ د اوسپنې 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 کیږی).

- ۱۰ ملی گرامه فیرس سلفیت (د ۱۰ ملی لیترو اوسپنې 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 to3.4
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 بنه کېدو 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
- ◀ اذېما ارزيايي کړئ
- ◀ د تنفس تعداد وشمارئ
- ◀ دزړه حرکونه اندازه کړئ
- ◀ د حرارت درجه اندازه کړئ
- ◀ کلينيکي وضعيت ارزيايي کړئ (کانگي، نس ناسته، ديهايديشن، توخي)
- ◀ تغذيوي حالت د رخصت د معيارونو په مقابل کې ارزيايي کړئ

اونيزي کنتي

- ◀ MUAC اندازه کړئ

دوه اونيزي کنتي

- ◀ قد/طول اندازه کړئ

لوبې 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 والی ناکامي

په دوهمه مرحله کې د بڼه والی 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. انټروپومتريک 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 ځانګه 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 شديدی خوارخواکي لپاره تداوی کېږي اکثره د تغذیوي کمبستونو یا د میکروبونو څخه کرېږي چې په پای کې ډول ډول لاملونه رامنځته کېږي. د سالمې ودې او بیا راګرځیدو څخه د وقایي 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 لېږل
- ◀ د غذايي امنیت پروګرامونو ته لېږل (لکه SFP)
- ◀ نورو ټولنیزو خدمتونو پروګرامونو ته لېږل

راپور ورکول

د SAM خدمتونو لپاره په IPD-SAM کې شاملېدل او رخصتول په عین فارمټ کې سرته رسېږي او راپور یې ورکول کېږي. د میاشتنی راپورونو فارمټونه په ۲۵ ضمیمه او ۴ فصل کې ذکر شوي دي. 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 لیږل 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

لومړی 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 سینډرډونه

د SAM د داخل بستر خدمتونو سینډرډونه کولای شي د پورته محاسبه شوو شاخصونو د لارې د میاشتني راپور ورکولو لپاره ارزیابي شي. د هر شاخص سینډرډونه په لاندې ۴۱ جدول کې ذکر شويدي.

۴۱ جدول: د SAM د داخل بستر خدمتونو سینډرډونه

د عامي روغتيا سینډرډ	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(بواخی 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(بواخی 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 پوښښ د کچې ارزایی موجوده وي د خدمتونو اغیزمنتوب هم کولای شي د لاندی معادلي مطابق ارزایی شي.

$$\text{اغیزمنتوب} = \text{د رغیدو کچه} \times \text{د پوښښ کچه}^*$$

* د پوښښ کچه باید د منل شوی میتودولوژی څخه په کار اخستی ارزایی شي. د پوښښ 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 قد/طول د 3Z scores - یا MUAC د 11.5 سانتي 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• هايپوترميا• 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	سایتريت
3	-	-	مگنیزیم
0.3	-	-	زینک
0.045	-	-	مس
300	245	311	آسمولاریتی (غلظت)

څرنګه د سټنډرډ ORS څخه ریزومل جوړ کړل شي

اندازه	ترکیبی اجزای
د یو لیتر لپاره د سټنډرډ پاکتونو څخه یو پاکت	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 کی کری (له ۶ میاشتو نه وروسته)

د مالوچو تارو کزی او نور واره توکي

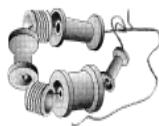
رغوغی (جرنگاته) (له ۱۲ میاشتو نه وروسته)



ډول (له ۱۲ میاشتو نه وروسته)

هنداره (له ۱۸ میاشتو نه وروسته)

یو ډبلی چی په داسی سر یوین یونبلی



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 پلاستیکی بوتل چی نری



کوندي (له ۹ میاشتو نه وروسته)

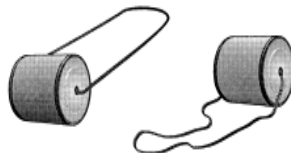
د لرگیو وری کوندي. باندي اړخونه یی د شک موینی (ریگمال) په واسطه بنوی

د لوبو تپله کیدونکی وسیله (له ۱۲ میاشتو نه وروسته)

د یوه استوانه یی ډوله ډبلی د سر او بیخ په مرکزونو کی یو یو سوری وکزی. یوه

یو تر بله سره تښلیدونکی د بوتلونو څوکی (له ۱۲ میاشتو نه وروسته)

لر. تر لره د دریوو یو شان، گردو بوتلونو



د لوبو راکش کیدونکی 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 باندي د موم د رنگونو په واسطه یو



نیانزکه (له ۱۲ میاشتو نه وروسته)

د دوو نیانزکو شکلونه له یوه توکر څینی بر، کر، او څنډی، سر به داسه، بڼه سره

کتاب (له ۱۸ میاشتو نه وروسته)



۳۳ ضمیمه: د SAM د داخل بستر خدمتونو د اجراآتو چکلیست



د عامی روغتیا وزارت
د وقایو طب عمومی ریاست
د عامه تغذی دیپارتمنت

د روغتیایی مرکزونود SAM د داخل بستر وارد نظارتی چکلیست

مشخصات

۱ س	تاریخ: کال () // میاشت () // ورځ ()
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
نظرونه	خوابونه
ورودی شاخصونه	
4 س	آیا د IPD-SAM لپاره مناسب تعداد کارکونکی شته ؟
5 س	آیا د روغتیایی مرکز کی په شدیدې حادې خوارخواکی روزل شوی کارکونکی لري؟
6 س	آیا د عامی روغتیا وزارت د شدیدې حادې خوارخواکی لارښودونه د لاسرسی وړ لږ تر لږه یو نقل موجود دی ؟
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 ؟
8 س	آیا د MSM لپاره په کافی اندازه فورمی موجودی دی ؟

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. بلی
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 روغتيايى كاركونكى كولاي شي خپل لاسونه په صابون او اوبو ووينځي؟	1. نه 2. هو	د صابون، اوبو، دست شوى، پاك دست پاك موجوديت
س24	آيا ماشومان په كافى اندازه د لويو مجهزي كوتى ته لاسرسى لري؟	1. نه 2. هو مناسبه ده مگر كودى پكى كافى ندى 3. هو مناسبى دى	
س25	ايا ميندى كولاي شي خپل لاسونه په صابون او اوبو ووينځي؟	1. نه 2. هو	
نتيجه			
س26	د لاندې هدف په خاطر راجستر چك كړئ:		
a	په منځنى توگه په وروستى مياشت كي د شامل شوو تعداد / په ورځ كي		
b	د سټنډرډ راجستر له مخى د مراجعينو راجستر راجسترو	4. نه 5. هو، مگر نه په مناسبه توگه 6. هو، مگر په مناسبه توگه	مناسب: په ټولو برخو كي په واضحه توگه
c	د رغيدو كچه:	_____	
d	د پاتى كيدو موده	_____	
e	د غايبينو كچه:	_____	
س27	آيا د ماشومانو د ثبت سيستم (فایلينگ) په سمه توگه بشپړ شويدي؟	1. نه 2. هو	

نظريات:

دا چكلسټ د سوپروايزر/ نظارت كونكى لخوا خانه پرى كيرى: نوم/ امضاء:

وظيفة:

او د روغتيايى مركز لخوا يى تايبيد يا تصديق كيرى: 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 تطبیقیري
- ◀ 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 کیري یا د مور په شیدو نه تغذیه کیري
- ◀ 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 تطبیقیري د شیدو مناسب ډول او اندازه لیکل شوی
- ◀ چک کړئ چې د هغه ماشوم لپاره چې SST نه تطبیقیري 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 کیري
- ◀ د طبیې نا تشخیص شوی حالتونو لپاره ماشوم چک کړئ

- ◀ چک کړئ چې د معیاری خدمتونو وړاندی کولو لپاره کافی کارکونکی شته (په خانگړی توگه د شپي لخوا)
- ◀ چک کړئ چې حفظ الصحه د کارکونکو او ناروغانو لخوا په مناسبه توگه 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 کی هر وخت چې امکان ولري د ۶ میاشتو څخه د کم عمر لرونکی یو ماشوم پاملرنه باید په خارج بستر څانگه نکه کی 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 مشوری ورکولو څخه وروسته هم د ښه والی راپور نه ورکوی یا شیده خوړونکی ماشوم د وزن اخستلو په برخه کی ناکامی سره مخ کیږی نو په هغه حالت کی د ماشوم درملنه باید داخل بستر څانگه کی وشي.

د ۶ میاشتو څخه کم عمر لرونکی شیده خوړونکی ماشومان چې داخل بستر څانگه کی یی درملنه کیږي نسبت غټو ماشومانو ته بیلو پروتوکولونو ته اړتیا لري. دا ددی له امله چې دا شیده خوړونکی ماشومان نازکه فزیولوژی لري او هر کله چې په غلیظو غذایی رژیمونو تغذیه شي په گردو د مایعاتو د اضافه بار کېدو امکان پیدا کوی. سربیره پر دی ، 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 شویډی.

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 کورنۍ 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 میاشتۍ پورې ادامه ورکړي. خپله مور یا رضاعی مور باید تل تشویق شي چې لږ تر لږه تر ۲ کلنۍ 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 شیدو ورکونکو 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 وراډ 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 یا 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 کوچنی پاکټ (۱۱۴ گرامه) د ۶۷۰ ملی لیټرو اوبو سره رقیق کړئ چې رقیق F100 لاس ته راشي.

که دهغي د کمی اندازې 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 اذیمایي پيښو لپاره F75) د اندازې شروع کول چې د SST په استفادی سره باید ورکړل شي.

د رقیق شوو F100 د اندازې 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 اذیمایي پيښو لپاره F75) د اندازې 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 (کیلوگرام)
25 ml	د 1.2 کیلوگرامو 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 کینودل کیږی.
- د تیوب څوکه په تی باندی کینودل 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. ځینې میندې 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 میندې په ډیره اسانۍ سره د هغې څخه تقلید وکړي.
- مور باید ارامه وی. د وضعیت او تماس په اړه ډیری او اضافی لارښونی اکثره میندې 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 ارامی 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 وڅي. 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.

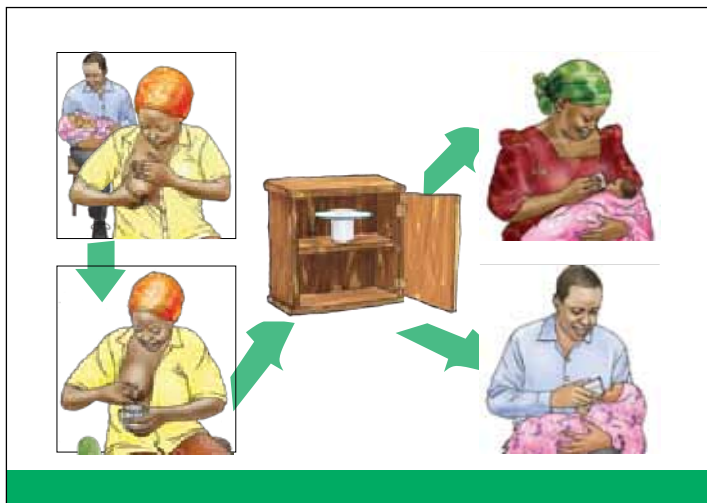
◀ د عضلی نوب پېښو لپاره که ماشوم ټول رقیق شوی F100 شیده اخلی اما د ۳ مسلسلو ورځو لپاره خپل وزن بایلی، په هغې حالت کې د رقیق شوی F100 شیدو اندازه ۵ ملی لیتره زیاته کړئ .

- ◀ 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 کیږدئ او نورې گوټې د تیی لاندی کیږدئ.
- ◀ 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 راوړلو 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 توگه د ۲۰ څخه تر ۳۰ دقیقو پورې).
- ◀ د تی شیده په یو پاک او سرپټي لوبښی 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 کیری او په اسانی سره منتن کیدای شي.
- ◀ د پاملرنې پروتوکولونه پداسی ډول ادامه ورکړئ لکه پورته چې ذکر شویدی پداسی ډول لکه ماشوم چې په سپلیمنټر SST پواسطه د مور په شیدو تغذیه کیری.
- ◀ 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 وی باید د معالجوی شیدو په واسطه نډاوی شي. که د ماشوم عمر د رخصتیدو 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 میاشتینو 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 محلی څخه باید ټوله اذیمیا یې رشف شي.

په ۲ مرحله کې رقیق شوی F100 شیده کولای شې 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 څرنگه په مصونه توگه پوډری شیده د مناسب غلظت سره تیار او استفاده کړي. پالونکی باید وپوهول شي چې د اوږود 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 ۶ میاشتو څخه لږ عمر ولری او د رخصتیدو پر مهال د ۶ میاشتو څخه یې عمر زیات وی باید مور ته یې د مور په شیدو د تغذیې د ادامې او د مټمه خوړو د ورکولو په اړه معلومات ورکړل شی.

تعریف	کتگوری
ماشوم د ۳ مسلسلو ورځو لپاره یواځې د مور په شیدو د ورځې د ۲۰ گرامو څخه زیات وزن او اذیما یې د مسلسلو ۱۰ 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 ۴۵ سانتي مترو سره مساوی یا ډیر وی.) او اذیما یې د مسلسلو ۱۰ ورځو لپاره نشته و طبي مشکلات نشته	روغ شوی <u>هغه ماشومان چې د مور په شیدو د تغذیې یې احتمال یې نشته</u>
د ۳ 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 چي وزن يي د ۴ کيلو څخه لږ وي پاملرنه

د هغو ماشومانو پاملرنو څخه عمر يي د ۶ میاشتو څخه ډير وي او په SAM اخته وي او د ۴ کيلوگرامو څخه يي وزن لږ وي هدف دادی چي مور تشويق کړو ترڅو ماشوم په خپلو شيدو تغذيه کړي او د هغي تر څنگه خپل شيدو خوړونکي ماشوم ته متممه خواره د هغي د ودی او پرمختگ مطابق ورکړي. هغه ماشوم چي عمر يي د ۶ میاشتو څخه ډير وي او د ۴ کيلوگرامو څخه يي وزن کم وي وده يي د جدی وروسته والی سره مخ ده. ماشوم کيدای شي د زيرون پر مهال د لږ وزن سره پيدا شوی وي او د زيرون څخه وروسته يي 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 چي د ماشوم عمر د ۶ میاشتو څخه ډير وي او د ۴ کيلوگرامو څخه يي وزن کم وي:

(a) مور تشويق کړی چي 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 شي او هر ځل بايد لږ تر لږه ۲۰ دقيقې وخت ونيسي، که ماشوم ژړا کوله يا يي ډير شيدو غوښتل بايد د تي شيدو ورته په ډيرو دفعاتو سره ورکړل شي.

2. د تي د شيدو څخه يو ساعت وروسته د په محافظتی توگه د رقيق شوو F100 شيدو يوه اندازه په سپلیمنتر رودلو طريقه ورکړی.

(b) د درملني پروتوکولونه په دري مرحلو ويشل کيږي: د درملني ابتدایي مرحله چي په بشپړه توگه انرژي پکي په زياتو ډول اخستل کيږي، په چټکه توگه د وزن اخستلو مرحله چي ماشوم تر اوسه د ۴ کيلو څخه لږ وزن لري او د هغي په تعقيب ډير چټک وزن واخلي چي شيدو خوړونکي ماشوم ۴ کيلوگرامو ته رسيږي.

د درملني په شروع کي تر هغه وخته پوري چي شيدو خوړونکي ماشوم ۴ کيلوگرامو ته رسيږي د خوړو رژيم يي رقيق F100 شيدو تشکیلوی.

د F100 رقيق شوو شيدو اندازه چي په تدريجي توگه زياتوالی مومی.

۱ او ۲ ورځ: رقيق شوی F100 – 130 ملی لیتره/کيلوگرام/په ورځ ، 8 ځله په ورځ کي
۳ او ۴ ورځ: رقيق شوی F100 – 150 ملی لیتره/کيلوگرام/په ورځ ، 8 ځله په ورځ کي
۵ او ۶ ورځ: رقيق شوی F100 – 170 ملی لیتره/کيلوگرام/په ورځ ، 8 ځله په ورځ کي
د 7 ورځي څخه وروسته: رقيق شوی F100 – چي په اوسپني غنی کيږي 200 ملی لیتره/کيلوگرام/په ورځ ، 8 ځله په ورځ کي

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 ندای 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 ونیول 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 فارمت 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 خورونکو 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**