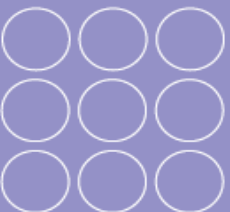
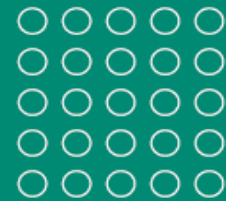
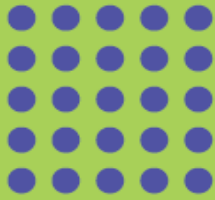


الارشادات الوطنية اللبنانية للوقاية من الهزال و/أو الوزمة التغذويّة وإدارتها



جدول المحتويات:

الاختصارات.....	9
التمهيد	11
الشكر والتقدير	12_

الفصل الأول:

المقدمة.....	13
1.1. الخلفية.....	14
السياق الوطني	14
مؤشرات التغذية على المستوى الوطني	14
1.2. الغرض من الإرشادات	15
1.3. الجمهور المستهدف من هذه الإرشادات	16
1.4. المبادئ التوجيهية للإرشادات	16

الفصل الثاني:

لمحة عامة عن الهزال والوذمة التغذوية والخدمات المتاحة في لبنان.....	18
2.1. محدّدات تغذية الأمّهات والأطفال	19
2.2. تعريفات الهزال والوذمة التغذوية.....	22
2.3. لمحة عامة عن خدمات الوقاية من الهزال وإدارته في لبنان	23
خدمات الوقاية	23
خدمات الكشف والعلاج.....	23

الفصل الثالث:

الوقاية من الهزال	25
3.1. الحفاظ على تغذية الأم	26
مكمّلات الحديد وحمض الفوليك.....	27

- 3.2. رصد النمو وتعزيزه 28
- الأطفال الذين يظهر لديهم تراجع في النمو لكنهم لا يستوفون معايير الهزال 29
- 3.3. المشورة حول تغذية الرُّضع وصغار الأطفال 30
- مكمّلات مسحوق الفيتامينات والمعادن 31
- 3.4. الرعاية النفسيّة-الاجتماعيّة 31
- 3.5. استخدام الأغذية المركّبة خصيصًا 32
- الاعتبارات التنفيذيّة المتعلّقة باستخدام الأغذية المركّبة خصيصًا (SFF) 33
- 3.6. التدخّل الوقائي المتكامل على مستوى مراكز الرعاية الصحيّة الأوليّة (PHCC) والإحالة للحصول على دعم إضافي 33

الفصل الرابع:

- الكشف والإحالة 35
- 4.1. الكشف عن الهزال في جميع مراكز الرعاية الصحيّة الأوليّة (PHCC) 36
- 4.1.1. الكشف لدى الرُّضع دون عمر 6 أشهر 37
- 4.1.2. الكشف عن الرُّضع والأطفال من عمر 6 إلى 59 شهرًا 39
- 4.1.3. الكشف لدى النساء الحوامل والمرضعات 40
- 4.2. آليات الإحالة 41

الفصل الخامس:

- التدبير المعتمد في مراكز الرعاية الصحيّة الأوليّة المعالجة للرضع دون سنّ الستة أشهر المعرضين لضعف النمو والتنمية 43
- 5.1. تقييم الرُّضع دون سنّ الستة أشهر المعرضين لضعف النمو والتنمية 44
- 5.2. التقييم المُعمّق للنظر في الإحالة إلى الرعاية الاستشفائيّة أو التدبير في مراكز الرعاية الصحيّة 46
- الخطوة 1: التحقّق من القياسات الأنثروبومترية 46

- الخطوة 2: تحديد التاريخ الطبّي الحديث 46
- الخطوة 3: الفحص السريري للرضيع 46
- الخطوة 4: تقييم الرضاعة الطبيعيّة 47
- 5.3. معايير القبول أو التسجيل للرضع دون عمر 6 أشهر ممّن لا تظهر عليهم علامات الخطر 47
- 5.4. إدارة حالة الرضع دون سن 6 أشهر في مراكز الرعاية الصحيّة الاولى 49
- الخطوة 1: ترسيخ ودعم الرضاعة الطبيعيّة الحصريّة 50
- الخطوة 2: الدعم المُقدّم لأمّهات/مقدّمي رعاية الأطفال دون 6 أشهر 51
- الخطوة 3: الرصد ومعايير الخروج من الرعاية للأطفال دون 6 أشهر في مراكز الرعاية الصحيّة الاولى 52
- التقييم عند بلوغ عمر 6 أشهر 53
- المتابعة والرعاية بعد الخروج 54

الفصل السادس:

- إدارة الهزال لدى النساء الحوامل والمرضعات 55
- 6.1. تقييم النساء الحوامل والمرضعات 56
- 6.2. إدارة الهزال لدى النساء الحوامل والمرضعات على مستوى مراكز الرعاية الصحيّة 57
- استخدام الأغذية الجاهزة للتكميل الغذائي 57
- استخدام المكملات الغذائيّة الدقيقة 57
- استخدام الأدوية الروتينية 57
- عدم الاستجابة للعلاج 58
- 6.3. الخروج من العلاج 59

الفصل السابع:

- الإدارة المعتمدة في مراكز الرعاية الصحيّة الاولى لمعالجة حالات الهزال و/أو الوزمة التغذويّة لدى الرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهرًا 60

7.1. تقييم الرُّضْع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهراً.....	61
الخطوة 1: القياسات الأنثروبومترية	61
الخطوة 2: التاريخ الطبي للطفل	62
الخطوة 3: الفحص السريري للطفل	62
الخطوة 4: إجراء اختبار الشهية للأطفال المصابين بالهزال الشديد.....	63
الخطوة 5: فرز الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهراً	64
7.2. إدارة حالات الهزال المعتدل لدى الرُّضْع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهراً ..	67
توفير الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال	68
المكملات الغذائية الدقيقة، محلول الإمهاء الفموي (ORS) واستخدام المضادات الحيوية.....	70
الإرشاد الغذائي للأمهات ومقدمي الرعاية للأطفال المصابين بالهزال المعتدل	70
معايير مراقبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهراً المصابين بالهزال المعتدل على مستوى	
مراكز الرعاية الصحية	70
تقييم الطفل للخروج من البرنامج بعد الشفاء.....	71
المتابعة بعد الخروج من البرنامج	72
7.3. التدبير العيادي للمرضى في مراكز الرعاية الصحية الأولية لحالات الهزال الشديد لدى الرُّضْع	
والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهراً.....	72
استخدام المضادات الحيوية، محلول الإمهاء الفموي، ومكملات المغذيات الدقيقة	73
الإدارة الغذائية.....	74
معايير المتابعة للرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهراً والمصابين بهزال شديد على	
مستوى مراكز الرعاية الصحية	76
معايير التحويل إلى المستشفى أثناء فترة العلاج.....	77
معايير الخروج من العلاج في مراكز الرعاية الصحية المعالجة للرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم	
بين 6 و 59 شهراً	78
متابعة المتسرّبين	79

80	التحويل إلى خدمة أخرى.....
81	7.4. الإجراءات المتوجب اتباعها عند فشل الطفل في الاستجابة للعلاج.....
82	التحقق من تطبيق البروتوكول العلاجي.....
83	التحقق من وجود نقص غذائي غير مصحح.....
83	التحقق من وجود مشاكل في البيئة المنزلية.....
84	7.5. المتابعة ما بعد الخروج من العلاج.....

الفصل الثامن:

85	إدارة حالات الرضع دون سن 6 أشهر المعرضين لخطر ضعف النمو و التنمية في المستشفى
86	8.1. معايير القبول في وحدات العلاج على صعيد المستشفى للرضع دون سن 6 أشهر
86	الإحالة الفورية والقبول في وحدة العلاج على صعيد المستشفى
88	التقييم المعمق للنظر في القبول في وحدة العلاج على صعيد المستشفى.....
91	الرعاية الطارئة.....
93	8.2. إدارة المضاعفات الطبية في وحدات العلاج على صعيد المستشفى للرضع دون سن 6 أشهر.....
94	علاج المضاعفات الطبية وبدء التغذية.....
94	علاج والوقاية من نقص السكر في الدم.....
95	علاج والوقاية من انخفاض حرارة الجسم.....
96	الجفاف وتدابير السوائل.....
97	علاج العدوى.....
98	8.3. توصيات الرضاعة الطبيعية واستخدام الحليب التكميلي لدى الرضع دون سن 6 أشهر.....
98	النهج التدريجي لترسيخ الرضاعة الطبيعية.....
100	الرضع الذين لا يتوقع إرضاعهم طبيعيًا
102	مكملات فيتامين أ

8.4. التدخّلات الموجهة للأمهات/مقدّمي الرعاية للرّضع دون سن 6 أشهر في وحدات العلاج على

صعيد المستشفى 102

8.5. معايير الخروج وآلية التحويل إلى العلاج على صعيد مركز الرعاية الصحيّة للرّضع دون سن 6

أشهر من وحدات العلاج على صعيد المستشفى

..... 103

الفصل التاسع:

إدارة حالات الهزال و/أو الوزمة التغذوية لدى الرّضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا

في بيئة العلاج على صعيد المستشفى 105

9.1. معايير القبول في وحدات العلاج على صعيد المستشفى للرّضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم

بين 6 و59 شهرًا والمصابين بهزال شديد و/أو وزمة تغذوية 106

الإحالة الفورية والقبول في وحدة العلاج على صعيد المستشفى 106

الرعاية الطارئة 110

9.2. إدارة المضاعفات الطبية لدى الرّضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا

والمصابين بهزال شديد في بيئة العلاج على صعيد المستشفى 111

علاج المضاعفات الطبية وبدء التغذية 112

علاج نقص سكر الدم والوقاية منه 113

علاج والوقاية من انخفاض حرارة الجسم 114

الجفاف وتدابير السوائل 114

تعويض الإلكتروليتات 116

إعطاء المضادات الحيوية الروتينية لعلاج ومنع العدوى 117

بدء التغذية في مرحلة الاستقرار 117

التغذية خلال مرحلة الانتقال 119

المراقبة خلال مرحلة الانتقال 121

التغذية التعويضية خلال مرحلة إعادة التأهيل 121

9.3. معايير الخروج وآلية التحويل من المستشفى للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59

شهرًا.....123

9.4. عدم الاستجابة للعلاج..... 124

الفصل العاشر:

الرصد والتبليغ..... 126

10.1. الرصد الفردي..... 127

فئات القبول..... 130

فئات الخروج من العلاج..... 131

10.2. مؤشرات أداء الخدمة..... 131

الملاحق..... 135

الاختصارات

الرعاية السابقة للولادة	ANC
العاملون الصحيّون المجتمعيّون	CHW
رصد النمو وتعزيزه	GMP
التدبير المتكامل لأمراض الطفولة	IMCI
تغذية الرُّضع وصغار الأطفال	IYCF
وريدي	IV
كيلو كالوري	Kcal
مسحوق الفيتامينات والمعادن	MNP
وزارة الصحّة العامة	MOPH
محيط منتصف أعلى الذراع	MUAC
محلول الإمهاء الفموي	ORS
النساء الحوامل والمرضعات	PBW
الرعاية الصحيّة الأوليّة	PHC
مراكز الرعاية الصحيّة الأوليّة	PHCC
أغذية علاجية جاهزة للاستعمال	RUTF
أغذية مركّبة خصيصًا	SFF
المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين	UNHCR
اليونيسف	UNICEF
الأونروا	UNRWA

الدرجة المعياريّة للوزن بالنسبة إلى العمر	WAZ
الوزن بالنسبة إلى العمر	WFA
الوزن بالنسبة إلى الطول	WFH
الوزن بالنسبة إلى الطول (حتى عمر السنتين)	WFL
منظمة الصحة العالميّة	WHO
الدرجة المعياريّة للوزن بالنسبة إلى الطول	WHZ
الدرجة المعياريّة للوزن بالنسبة إلى الطول (حتى عمر السنتين)	WLZ

التمهيد

تقرّر حكومة لبنان، من خلال وزارة الصحة العامة (MOPH)، أهمية الوقاية والكشف المبكر وعلاج الهزال والوذمة التغذوية، وهي ملتزمة بتقديم الخدمات المناسبة في هذا المجال. وتُعدّ هذه الإرشادات نتيجة جهد تعاوني بين خبراء في هذا المجال، وهي توفر معايير أساسية ضرورية، وتوصيات شاملة واستراتيجيات لمعالجة سوء التغذية في مختلف مرافق الرعاية الصحية. كما تركز هذه الإرشادات بشكل خاص على الوقاية من الهزال والوذمة التغذوية وإدارتها لدى الأطفال دون سن الخامسة، وكذلك لدى النساء الحوامل والمرضعات (PBW).

توفر الإرشادات توصيات بشأن الكشف المبكر عن حالات الهزال والوذمة التغذوية وإدارتها، وذلك تماشيًا مع إرشادات منظمة الصحة العالمية (WHO) لعام 2023 بشأن سوء التغذية الحاد، وبالاستناد إلى الإرشادات التوجيهية الوطنية اللبنانية لعام 2017 الخاصة بمعالجة سوء التغذية الحاد. وقد تم تكييف هذه الإرشادات مع السياق اللبناني بهدف تحسين الرعاية، وتعزيز استخدام الموارد، والارتقاء بجودة تقديم الخدمات. وهي تهدف إلى مساعدة مزوّدي الرعاية الصحية على دمج مبادئ الوقاية من الهزال وإدارته في ممارساتهم واتخاذ قراراتهم، بما يُسهم في تحسين جودة خدمات التغذية والنتائج الصحية بشكل عام.

وتؤكد وزارة الصحة العامة (MOPH)، بالتعاون مع جميع الشركاء المعنيين، التزامها بدعم تنفيذ هذه الإرشادات من خلال بناء قدرات مقدّمي الخدمات على مستوى المراكز الصحية والمجتمع، لضمان تقديم خدمات صحية وتغذوية فعّالة. كما تتناشد الوزارة مديري الرعاية الصحية الأولية ومديري المستشفيات لدعم تنفيذ هذه الإرشادات على نحو فعّال.

الشكر والتقدير

قامت وزارة الصحة العامة (MOPH)، بدعم من منظمة الصحة العالمية (WHO) واليونيسف في لبنان، بإعداد هذه الإرشادات الخاصة بالوقاية من الهزال والوذمة التغذوية وإدارتها، وذلك بهدف توفير الحد الأدنى من المعايير المطلوبة لتنفيذ مجموعة شاملة من التدخلات التغذوية في مجالات الوقاية والكشف والعلاج من الهزال لدى الأطفال دون سن الخامسة، وكذلك لدى النساء الحوامل والمرضعات (PBW).

تتوجّه الوزارة بجزيل الشكر إلى دائرة الرعاية الصحية الأولية في وزارة الصحة العامة برئاسة الدكتورة رندا حماده، ودائرة التغذية برئاسة السيدة وفاء حوماني، ودائرة صحة الأم والطفل والمدرسة برئاسة السيدة باميلا زغيب، لدورهنّ في تسهيل إعداد هذه الإرشادات وإنجازها بصيغتها النهائية.

وتتقدّم وزارة الصحة العامة (MOPH) بالشكر والتقدير لجميع المنظمات والخبراء الذين ساهموا بخبراتهم وجهودهم في تطوير هذه الإرشادات.

إعداد، تحرير، وتنسيق الوثيقة:

- اليونيسف - مكتب لبنان: السيدة إتي هيغينز، الدكتور أمير ياربارفار، والسيدة جويل نجار (الفريق التقني الأساسي)؛ السيدة تامسين والترز والسيدة ريتا أبي عكر، NutritionWorks (الاستشاريون والمساهمون الرئيسيون)؛
- اليونيسف - المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا: السيدة عشيما غارغ والسيدة وجدان مدني؛
- منظمة الصحة العالمية (WHO) - مكتب لبنان: الدكتورة أليسار راضي، السيدة إدوينا زغبي، والسيدة ياسمين ريحاوي (الفريق التقني الأساسي)؛ الدكتورة كريستيل وعويجان والدكتورة بيا كيوان (الاستشاريون والمساهمون الرئيسيون)؛
- منظمة الصحة العالمية (WHO) - المكتب الإقليمي لشرق المتوسط: الدكتور أيوب الجوالدة والدكتور فكري درايب.

المشاورات والمساهمات

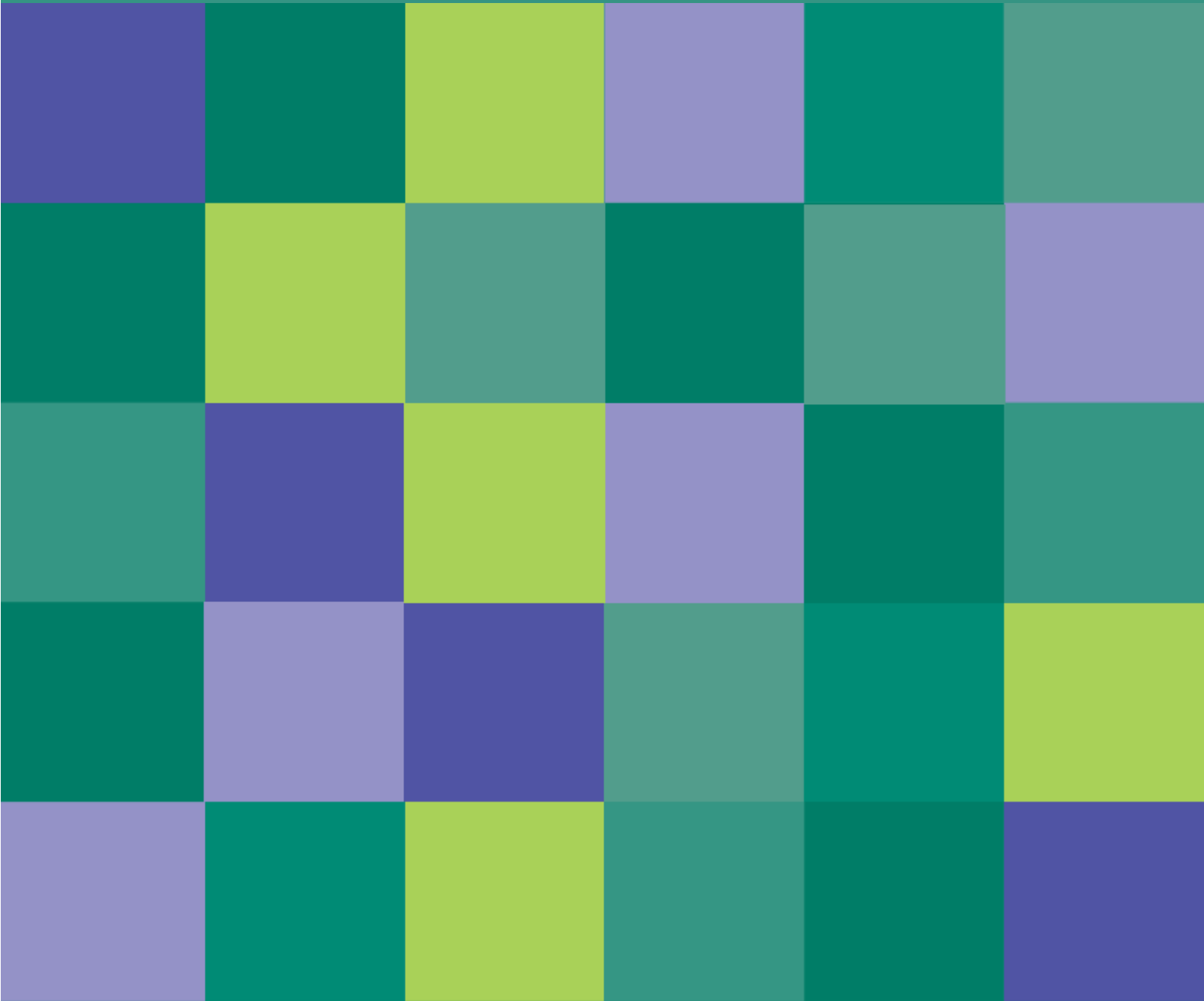
منظمة العمل ضد الجوع (ACF)، الجامعة الأميركية في بيروت (AUB)، هيئة الإغاثة الأرثوذكسية الدولية (IOCC)، نقابة اختصاصيي التغذية في لبنان، الجمعية اللبنانية لطب الأطفال، منظمة ميرسي يو إس إيه (Mercy USA)، المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (UNHCR)، وبرنامج الأغذية العالمي (WFP).

الدعم المالي

تم إعداد وطباعة هذا المستند بدعم مالي من المكاتب الإقليمية والمحلية لكل من منظمة الصحة العالمية (WHO) واليونيسف في لبنان.

الفصل الأول:

المقدّمة



المقدمة

1.1. الخلفية

السياق الوطني

يواجه لبنان أزمة متعدّدة الأبعاد تتمثل في الانهيار الاقتصادي، وعدم الاستقرار السياسي، والاضطرابات الاجتماعية الواسعة النطاق. وقد أدّى ذلك إلى ارتفاع كبير في معدّلات التضخّم والبطالة، وتراجع الخدمات الأساسية. كما قد تدهورت الظروف المعيشية للسكان بشكل مقلق، حيث يكافح ملايين الأشخاص للحصول على الاحتياجات الأساسية مثل الغذاء، والرعاية الصحية، والمياه النظيفة. وفي عام 2022، أعاد البنك الدولي تصنيف لبنان من بلد ذي دخل أعلى من المتوسط إلى بلد ذي دخل أدنى من المتوسط.¹ يبلغ عدد سكان لبنان حوالي 5.5 ملايين نسمة، ويستضيف البلد حوالي 1.5 مليون لاجئ سوري، و175,000 لاجئ فلسطيني، و11,645 لاجئاً من جنسيات أخرى، ما يجعله البلد الذي يتحمّل أعلى عبء لاجئين للفرد الواحد عالمياً.

مؤشرات التغذية على المستوى الوطني

يُظهر النظام الصحيّ في لبنان قدرًا كبيرًا من الصمود في مواجهة التحديات، إذ تمكّن من الحفاظ على وصول السكان إلى خدمات الرعاية الصحية، ومنع تفشي الأوبئة، والإبقاء على معدّلات وفيات الأمّهات والأطفال في مستويات منخفضة.

ومع ذلك، فإنّ البلد يواجه عبئًا ثلاثيًا متزايدًا من سوء التغذية (التقرّم، إلى جانب نقص المغذيات الدقيقة، والبدانة)، ويتجلى ذلك في ما يلي:

1. تضاعف معدّل التقرّم لدى الأطفال دون سن الخامسة منذ عام 2021، إذ ارتفع من 7% إلى 13.9% في عام 2023، مما يدلّ على ازدياد ملحوظ في حالات سوء التغذية المزمن.
2. الأطفال الأصغر سنًا هم الأكثر تأثرًا بالهزال، حيث تبلغ نسبته 6% لدى الأطفال دون الستة أشهر.
3. أنماط سوء التغذية تعود إلى محدودية الوصول إلى الأنظمة الغذائية الجيدة، والممارسات والخدمات الصحية المناسبة. ويعاني نحو 60% من الأسر من انعدام الأمن الغذائي.
4. تتمثل زيادة الوزن والسمنة مشكلة صحية عامّة خطيرة، حيث تؤثر على ثلث الفتيات المراهقات، ونصف النساء غير الحوامل، وتزداد النسبة مع التقدّم في السن، لتطال نحو 75% من النساء بين عمر 40 و49 عامًا.

¹ <https://www.worldbank.org/en/country/lebanon/overview>.

وقد أظهر المسح المتكامل للمغذيات الدقيقة والقياسات البشرية ونمو الطفل في لبنان (LIMA) أن معظم مؤشرات تغذية الرضع وصغار الأطفال (IYCF) دون المستوى المطلوب، حيث تراجعت معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية بنسبة 30% منذ عام 2021. كما أن نحو 50% من الأطفال بين 6 و 23 شهرًا لا يحصلون على الحد الأدنى من عدد الوجبات، و 74% لا يحصلون على تنوع غذائي كافٍ، بينما لا يحقق 90% منهم الحد الأدنى من النظام الغذائي المقبول بحسب التوصيات.

على المستوى الوطني، سجّلت وزارة الصحة العامة (MOPH) ارتفاعًا كبيرًا في أعداد حالات الدخول الجديدة ضمن برنامج علاج الهزال خلال عامي 2023 و 2024، مع ملاحظة اتجاه تصاعدي مقلق بمرور الوقت. ففي عام 2023، تم تحديد 3,856 حالة هزال معتدل، و 2,357 حالة هزال شديد لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهرًا، إضافة إلى 2,009 حالة هزال لدى النساء الحوامل والمرضعات (PBW)، ما يمثل زيادة بنسبة 32%، و 25%، و 41% على التوالي مقارنةً بعام 2022. وتُبدى الجهات المعنية قلقًا من احتمال ارتفاع هذه الأرقام بسبب التدهور المستمر في الأمن الغذائي، وعدم الاستقرار الناجم عن الأزمات السياسية والاقتصادية المتعددة على المستوى الوطني والإقليمي.

1.2. الغرض من الإرشادات

تهدف هذه الإرشادات إلى تقديم توصيات لمزودي الرعاية الصحية حول الوقاية والكشف والإحالة والعلاج والمتابعة لحالات الهزال والوذمة التغذوية لدى الرضع والأطفال دون سن الخامسة، وكذلك لدى النساء الحوامل والمرضعات (PBW). وتستند هذه التوصيات إلى تعريفات منظمة الصحة العالمية (WHO) ومعايير النمو الصادرة عنها.

كما تشكّل هذه الإرشادات مراجعة للإرشادات التوجيهية الوطنية اللبنانية لعام 2017 الخاصة بمعالجة سوء التغذية الحاد، وقد تم تحديثها بعد صدور إرشادات منظمة الصحة العالمية (WHO) لعام 2023 حول الوقاية من الهزال والوذمة التغذوية (سوء التغذية الحاد) وإدارتهما لدى الرضع والأطفال دون سن الخامسة. وشملت التعديلات مقارنةً بإرشادات عام 2017 في لبنان ما يلي:

- تحديد الرضع دون عمر 6 أشهر المعرضين لخطر ضعف النمو والتغذية.
- إدارة حالات الهزال المعتدل لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهرًا.
- إشراك العاملين الصحيين في إدارة² الهزال لدى الأطفال من عمر 6 إلى 59 شهرًا.
- تحديث الخدمات المتعلقة بالوقاية من الهزال.
- تحديد معايير الإدخال إلى المستشفى للرضع والأطفال من عمر 0 إلى 59 شهرًا.
- التشديد على دعم الرضاعة الطبيعية والأمهات في إدارة الهزال لدى الرضع دون عمر 6 أشهر في المستشفيات.

² بشرط أن يكونوا قد تلقوا تدريبًا كافيًا ويحصلون على إشراف ودعم مستمرين.

- توحيد استخدام الأغذية المركّبة خصيصاً ضمن بروتوكولات إدارة الهزال.

1.3. الجمهور المستهدف من خلال الإرشادات

تم إعداد هذه الإرشادات بشكل أساسي لمزودي الرعاية الصحية، بما في ذلك مديري المراكز الصحية، الأطباء، الممرضين، القابلات القانونيات، اخصائيي التغذية، والعاملين الصحيين المجتمعيين. ويُفترض تنفيذ الإرشادات الخاصة بإدارة الهزال والوذية التغذوية بشكل رئيسي في مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) والمستشفيات، حيث تتوفر المستويات اللازمة من الموارد، والتدريب، والإشراف لضمان تقديم الخدمة بطريقة آمنة وفعّالة. ويمكن للعاملين الصحيين المدربين متابعة الحالة بعد الخروج من المستشفى ضمن المجتمع المحلي، وذلك تحت إشراف مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC). أما أنشطة الوقاية، فيجب على العاملين الصحيين المدربين تنفيذها في جميع البيئات، بما في ذلك المجتمع.

كما يُنصح بأن تعتمد هذه الإرشادات من قبل المنظمات غير الحكومية، ووكالات الأمم المتحدة (وشركاؤها)، وجميع الجهات العاملة في مجالات الصحة والتغذية عند تنفيذ برامج تهدف إلى الوقاية من الهزال والوذية التغذوية أو إدارتها في لبنان.

1.4. المبادئ التوجيهية للإرشادات

تعتمد إدارة الهزال على نهج صحة الطفل، ما يعني أن الطفل يجب أن يحصل على جميع الخدمات التي يحتاجها في أي مكان يقصده ضمن النظام الصحي. وتتمثل المبادئ التوجيهية لهذا النهج، كما هو موضح في الشكل 1، في العناصر الستة التالية:

1. **نهج صحة الطفل** – إعطاء الأولوية لصحة الطفل ونموه وتنميته. من الضروري النظر إلى الطفل ضمن سياقه الأسري، مع الأخذ بعين الاعتبار تأثير الوضع الصحي على الأسرة ككل. توصي الإرشادات بتقديم خدمات متكاملة وتوقيت مناسب للرعاية في كلّ مراحل المسار العلاجي للطفل.
2. **المساواة بين الجنسين** – تمثّل النساء عالمياً الغالبية في تقديم الرعاية للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية. لذا فإن تعزيز المساواة بين الجنسين يشكّل عنصراً أساسياً في الوقاية من الهزال وإدارته. ويشمل ذلك أخذ الديناميكيات المجتمعية، والمعايير الاجتماعية، والعنف القائم على النوع الاجتماعي، والوصول إلى الموارد وامتلاكها، وتجارب الأفراد مع خدمات الصحة والتغذية، بعين الاعتبار.
3. **رعاية الأم/مقدم الرعاية والرضيع** – تُعتبر العلاقة بين الأم/مقدم الرعاية والرضيع علاقة متداخلة ومتربطة. لذا فإن توفير رعاية قائمة على الأدلة وتلبّي احتياجات الطرفين أمر بالغ الأهمية، حيث أن صحة ورفاه كلّ منهما مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالآخر.
4. **العمل المتعدّد القطاعات حول النظام الصحي** – يجب أن يكون النظام الصحي نقطة الانطلاق المركزية لتوفير خدمات وقاية الهزال وإدارته. ويُعدّ نظام الإحالة الفعّال واستخدام المنصّات

المجتمعية من العوامل الرئيسة لنجاح هذا النهج. ومع ذلك، يجب أن تشمل إدارة الهزال أنظمة أخرى خارج النظام الصحي، مثل أنظمة الغذاء، والمياه والصرف الصحي، والحماية الاجتماعية، من أجل تحقيق تأثير مستدام وشامل.

5. **الملاءمة المحلية** – ينبغي أن يكون تنفيذ هذه الإرشادات مستنداً إلى السياق المحلي، بما يشمل مدى انتشار الهزال وأمراض الطفولة الأخرى، وقيم وتفضيلات الأسر والعاملين الصحيين، والعدالة، والقبول، وإمكانية تنفيذ التدخلات، وتوافر الموارد، والتكلفة المتوقعة. ويجب إيلاء اهتمام خاص للأزمات الإنسانية ومراجعة التعديلات التي يتم إدخالها مع تطوّر الأزمات أو استقرارها.

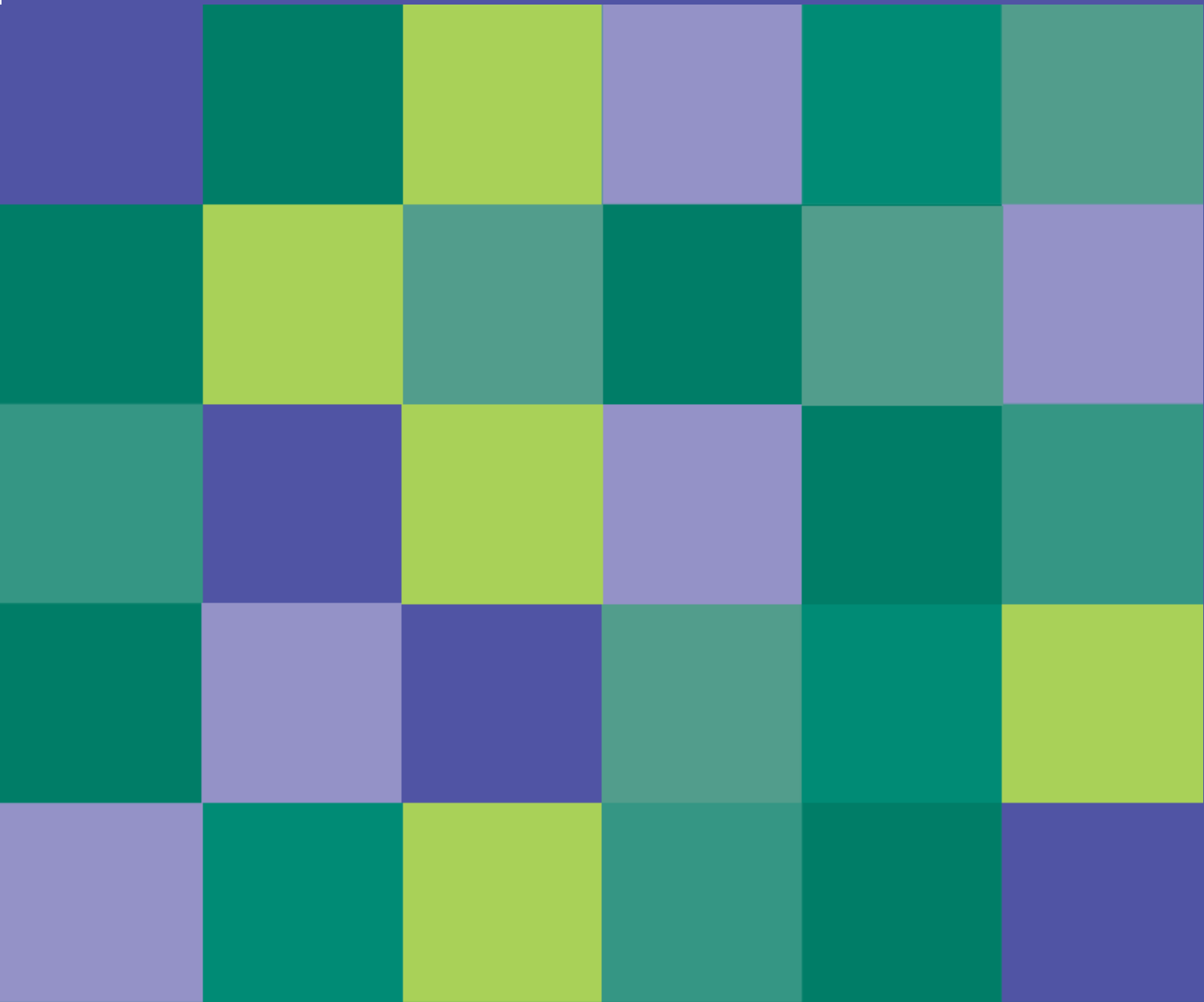
6. **الأغذية المنزلية المغذية** – التأكيد على أهمية الوصول إلى أغذية متنوعة ومتوفرة محلياً وغنية بالمغذيات ضمن نظام غذائي صحي يُعدّ أساسياً للوقاية من الهزال، وإدارة الهزال المعتدل، والتعافي من الهزال الشديد. ويتطلب ذلك تعزيز قدرة الأسر على الوصول إلى هذه الأغذية في كثير من السياقات، وضمان استدامتها صحياً وبيئياً في سياقات أخرى.

الشكل 1: المبادئ التوجيهية للإرشادات



الفصل الثاني:

لمحة عامة عن الهزال والوزمة التغذويّة
والخدمات المتاحة في لبنان



لمحة عامة عن الهزال والوزمة التغذوية والخدمات المتاحة في لبنان

يوفر هذا الفصل لمحة موجزة عن العوامل المؤدية إلى تطوّر الهزال و/أو الوزمة التغذوية وآثارها الفيزيولوجية، مستعرضاً هيكليّة تقديم الخدمات المتعلّقة بالوقاية من هاتين الحالتين وإدارتهما في لبنان، بالإضافة إلى العناصر الأساسيّة للحفاظ على جودة الخدمة. ويستند تصنيف الهزال والتوصيات العلاجية إلى الفيزيولوجية الخاصّة بسوء التغذية.

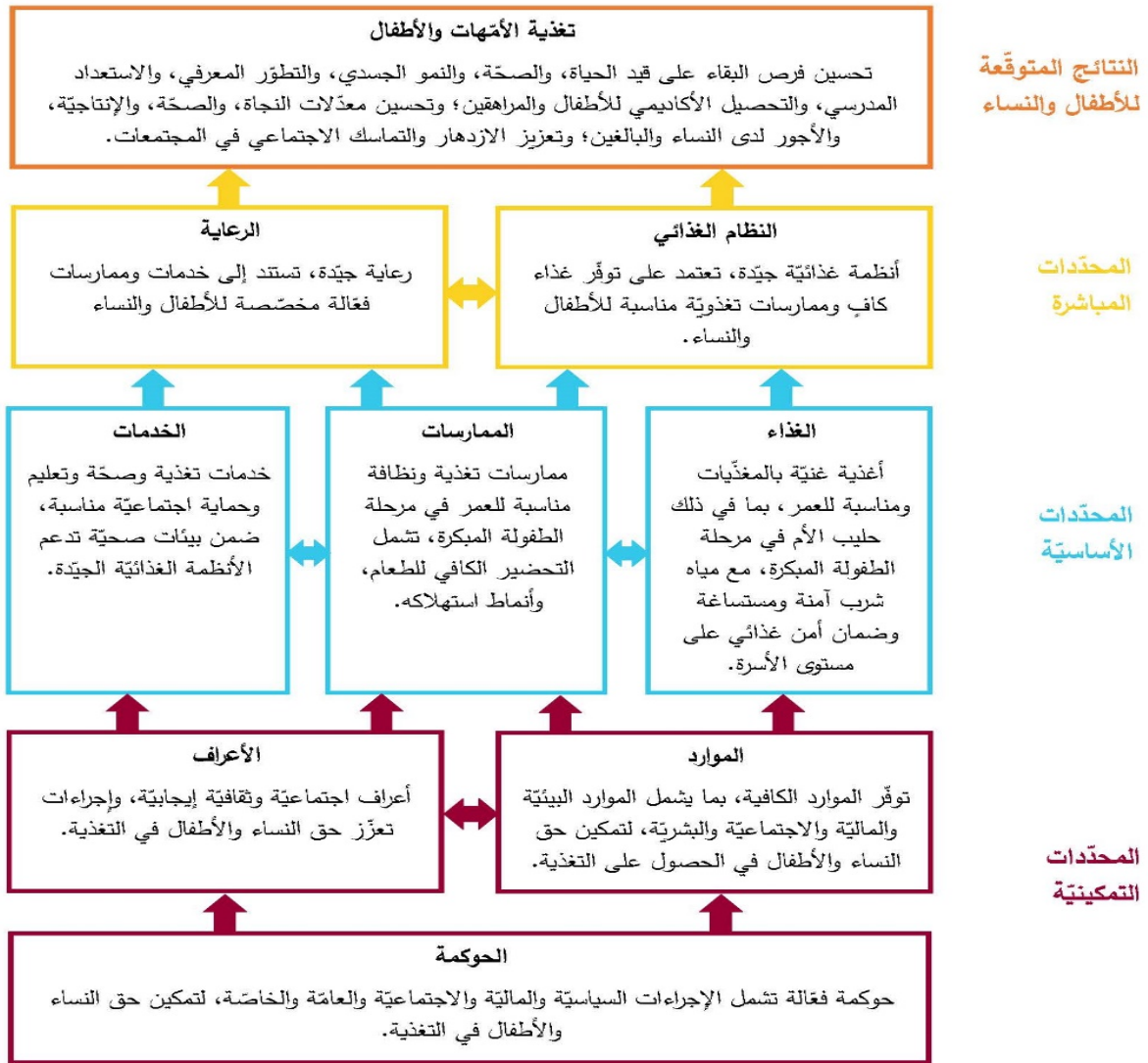
كما يشير مصطلح "سوء التغذية" إلى ثلاث فئات رئيسيّة من الحالات:

- نقص التغذية، ويشمل الهزال، والوزمة التغذوية، والتقرّم، ونقص الوزن.
- سوء التغذية المرتبط بالمغذيات الدقيقة، ويشمل نقص بالفيتامينات والمعادن أو زيادتها.
- زيادة الوزن، السمنة، والأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي.

تتناول هذه الإرشادات الوقاية من الهزال والوزمة التغذوية وإدارتهما كأحد أشكال نقص التغذية.

2.1. محدّدات تغذية الأمّهات والأطفال

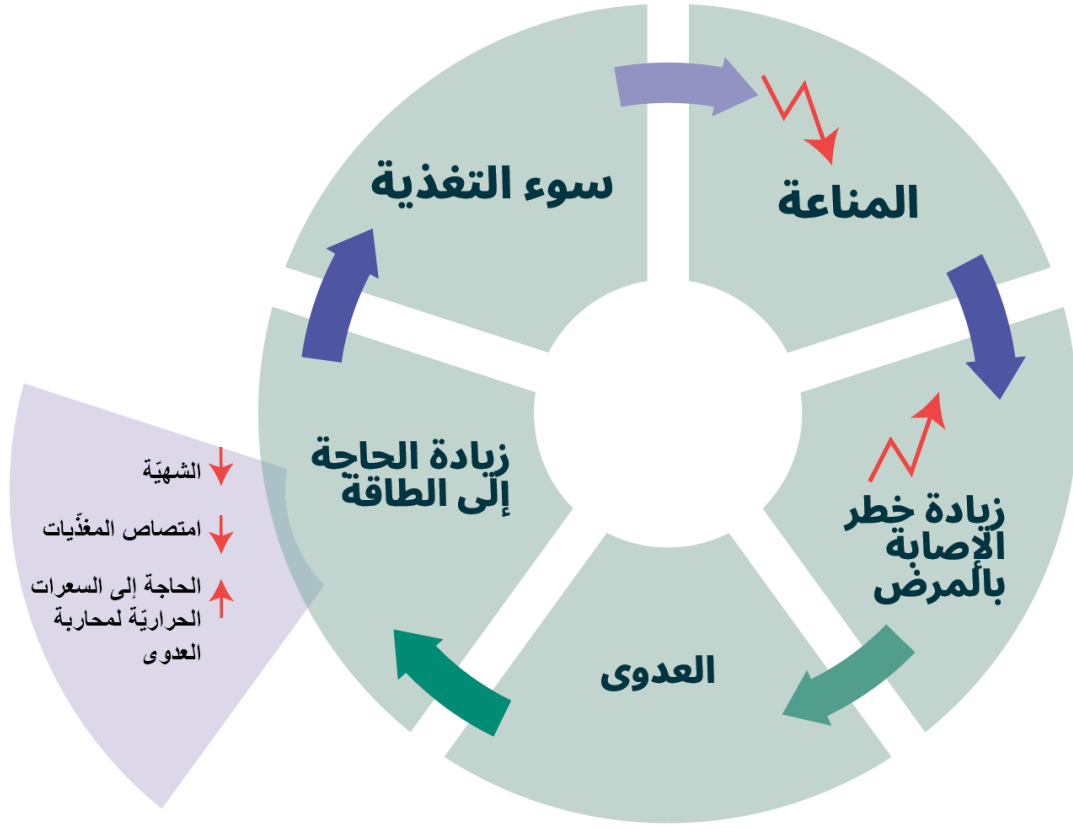
يعرض الإطار المفاهيمي لعام 2020 الصادر عن اليونيسف والمتعلّق بمحدّدات تغذية الأمّهات والأطفال، العوامل التي تسهم في تحقيق تغذية سليمة، والتي يجب دعمها من خلال الخدمات والإرشادات المقدّمة من المتخصّصين الصحيّين إلى الأسر ومقدّمي الرعاية للأطفال والرّضع والنساء الحوامل والمرضعات، بهدف الوقاية من سوء التغذية (العودة الى الشكل 2).



الشكل 2: الإطار المفاهيمي لليونيسف حول محددات تغذية الأمهات والأطفال (2020)

تتمثل الأسباب المباشرة للهزال والوزمة التغذوية في الإصابة بالمرض أو في تناول غذاء غير كافٍ من حيث الجودة أو الكمية أو التكرار، بحيث لا يلبي احتياجات النمو السليم والتنمية السليمة. ويتفاعل هذان العاملان مع بعضهما: فقد يؤدي نقص المدخول الغذائي إلى تفاقم الحالة المرضية، وفي الوقت نفسه يمكن أن يؤثر المرض سلباً على مدخول الجسم من المغذيات وقدرته على امتصاصها، مما يؤدي إلى حلقة مفرغة من سوء التغذية والعدوى (العودة إلى الشكل 3).

الشكل 3: حلقة سوء التغذية والعدوى



قد تنشأ قلة كفاية النظام الغذائي وتطور الأمراض نتيجة عوامل أساسية كامنّة، مثل عدم الوصول الى كميات كافية من الغذاء، أو نقص توفره، أو سوء استغلاله؛ ضعف الرعاية المقدّمة للنساء والأطفال؛ عدم الوصول إلى خدمات الرعاية الصحيّة؛ أو العيش في بيئة غير نظيفة.

وتُصنّف الظروف السياسيّة والماليّة والاجتماعيّة والثقافيّة والبيئيّة المرتبطة بهذه التحدّيات، والتي يجب أن تكون متوقّرة لتمكين التغذية السليمة للأطفال والنساء الحوامل والمرضعات، ضمن الإطار المفاهيمي إلى ثلاث فئات رئيسيّة: الموارد المتاحة، والأعراف الثقافيّة والمتعلّقة بالنوع الاجتماعي، والحوكمة.

فعندما يكون عنصر أو أكثر من هذه العناصر غائباً، عندها قد ينشأ سوء تغذية لدى الأطفال والنساء الحوامل والمرضعات (PBW). تشمل عواقب سوء التغذية ما يلي:

- ارتفاع معدّلات الامراض والوفيات لدى الأطفال؛
- تأثّر التطوّر المعرفي والحركي والاجتماعي والعاطفي لدى الأطفال؛
- ضعف الأداء المدرسي والقدرة على التعلّم؛
- قصر القامة في مرحلة البلوغ؛
- تراجع القدرة على العمل والإنتاجيّة؛
- ارتفاع خطر الإصابة بالأمراض غير السارية في سن الرشد.

2.2. تعريفات الهزال والوذمة التغذوية

تعتمد هذه الإرشادات مصطلحي الهزال و/أو الوذمة التغذوية (بما يشمل الفئات الفرعية: الهزال الشديد و/أو الوذمة التغذوية، والهزال المعتدل)، كبديل عن المصطلحين السابقين "سوء التغذية الحاد الشديد" (SAM) و"سوء التغذية الحاد المعتدل" (MAM).

ويُصنّف الهزال لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا إلى "معتدل" أو "شديد"، وذلك استنادًا إلى الوضع الأنثروبومتري للطفل، ووجود أو غياب الوذمة، والحالة السريرية (العودة إلى الجدول 1).

جدول 1: تصنيف الهزال لدى الأطفال من عمر 6 إلى 59 شهرًا

الهزال المعتدل	الهزال الشديد
الدرجة المعيارية للوزن بالنسبة إلى الطول (WHZ) أقل من -2 و/أو محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) أكبر من أو يساوي 11.5 وأقل من 12.5 سم	الدرجة المعيارية للوزن بالنسبة إلى الطول (WHZ) أقل من -3 و/أو محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) أقل من 11.5 سم و/أو وجود وذمة تغذوية (وهي أيضًا معيار مستقل)*

* يتم تشخيص الوذمة التغذوية من خلال وجود وذمة انطباعية ثنائية (على الجانبين)، تبدأ عادة في القدمين وقد تمتد إلى الساقين وبقية الجسم بما في ذلك الوجه. وتكون هذه الوذمة دائمًا ثنائية وتبدأ أولاً في القدمين.

في حالة النساء الحوامل والمرضعات (PBW)، يُستخدم قياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) أقل من 23 سم لتصنيف الهزال.

أما بالنسبة للرضع دون عمر 6 أشهر، فتركز هذه الإرشادات على دعم الرضيع قبل تطوّر الهزال أو ظهور الوذمة التغذوية. لذلك، يتم اعتماد معايير لتحديد الرضع المعرضين لخطر ضعف النمو والتنمية، ويُصنّفون إلى أربع فئات:

1. رُضّع بنتائج ولادة ضعيفة - مثل انخفاض الوزن عند الولادة، أو صغر الحجم مقارنة بالعمر الحولي، أو الولادة المبكرة.
2. رُضّع لديهم قياسات أنثروبومترية ضعيفة بناءً على مقياس واحد - مثل محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) أقل من 11.0 سم بين عمر 6 أسابيع و6 أشهر، أو الدرجة المعيارية للوزن بالنسبة إلى العمر (WAZ) أقل من -2، أو الدرجة المعيارية للوزن بالنسبة إلى الطول (WLZ) أقل من -2، أو وجود وذمة تغذوية.
3. رُضّع لديهم نمو ضعيف بناءً على قياسات متتالية - مثل ثبات المؤشرات أو انخفاض الوزن/محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC).

4. رُضّع لديهم عوامل خطر معروفة – مثل مشاكل في الرضاعة أو تغذية الرضيع، أو عوامل خطر متعلّقة بالأم (مشاكل صحّية أو جسدية أو نفسية تؤثر على الرعاية)، أو وجود سوابق دخول إلى المستشفى.

2.3. لمحة عامة عن خدمات الوقاية من الهزال وإدارته في لبنان

على مستوى الرعاية الصحية الأولية (PHC)، توفر شبكة وزارة الصحة العامة (MOPH) للرعاية الصحية الأولية خدماتها لكامل السكان من خلال نحو 300 مركز رعاية صحية أولية (PHCC)، حيث تُقدّم خدمات تشمل التقييمات الصحية والاستشارات، والتحصين، والكشف عن سوء التغذية وتدابيره، والتنقيف الصحي، والإحالة. وقد تم دمج برنامج سوء التغذية ضمن خدمات الرعاية الصحية الأولية (PHC) منذ عام 2015.

خدمات الوقاية

يُعدّ رصد النمو وتعزيزه (GMP) نشاطاً وقائياً وتعزيزياً جوهرياً ضمن خدمات التدبير المتكامل للأمراض الطفولة (IMCI). ويهدف إلى تعزيز النمو السليم لدى الأطفال، واكتشاف أي ضعف في النمو قبل ظهور علامات أو أعراض سوء التغذية. يتم تنفيذ رصد النمو وتعزيزه (GMP) في جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) عند كلّ زيارة لأي طفل دون سن الخامسة. وتشمل العناصر التعزيزية تقديم المشورة الغذائية ومشورة التغذية الرضّع وصغار الأطفال. أما بالنسبة للنساء الحوامل، فتُقدّم خدمات الوقاية من خلال الرعاية الروتينية ضمن إطار الرعاية السابقة للولادة (ANC).

خدمات الكشف والعلاج

يتكوّن الكشف المبكر وعلاج الهزال من خمسة مكّونات رئيسية:

1. خدمات الكشف والإحالة في المجتمع أو في مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC)؛
2. علاج الهزال المعتدل على صعيد مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC)؛
3. علاج الهزال الشديد دون مضاعفات على صعيد مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC)؛
4. علاج الهزال الشديد على صعيد المستشفى؛
5. المتابعة والرعاية بعد الخروج من العلاج.

يُعدّ الكشف المبكر من خلال رصد النمو وتعزيزه (GMP) أو فرص الفحص الأخرى، متبوعاً بالعلاج الفوري، أمراً أساسياً لتجنّب تطوّر المضاعفات التي قد تؤدّي إلى الأمراض أو حتى الوفاة في حال لم تُعالج. ويتم الكشف المبكر عن الهزال من خلال دمج الفحص المنهجي ضمن الخدمات الروتينية في جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC)، لكل طفل، ولكل امرأة حامل أو مرضعة يرافقها طفل أقلّ من 6 أشهر، في كلّ زيارة. وفي المجتمع، يلعب العاملون الصحيّون دوراً حيوياً في الكشف والتشخيص المبكر، فضلاً عن أنهم يساهمون في تعزيز تقبّل الرسائل الصحية ثقافياً، وتحسين إمكانية الوصول والإحالة إلى

مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC). كما وتُعدّ الحملات التوعويّة العامة حول الهزال وسيلة إضافية لتعزيز الطلب على الخدمات والكشف المبكر عن الحالات.

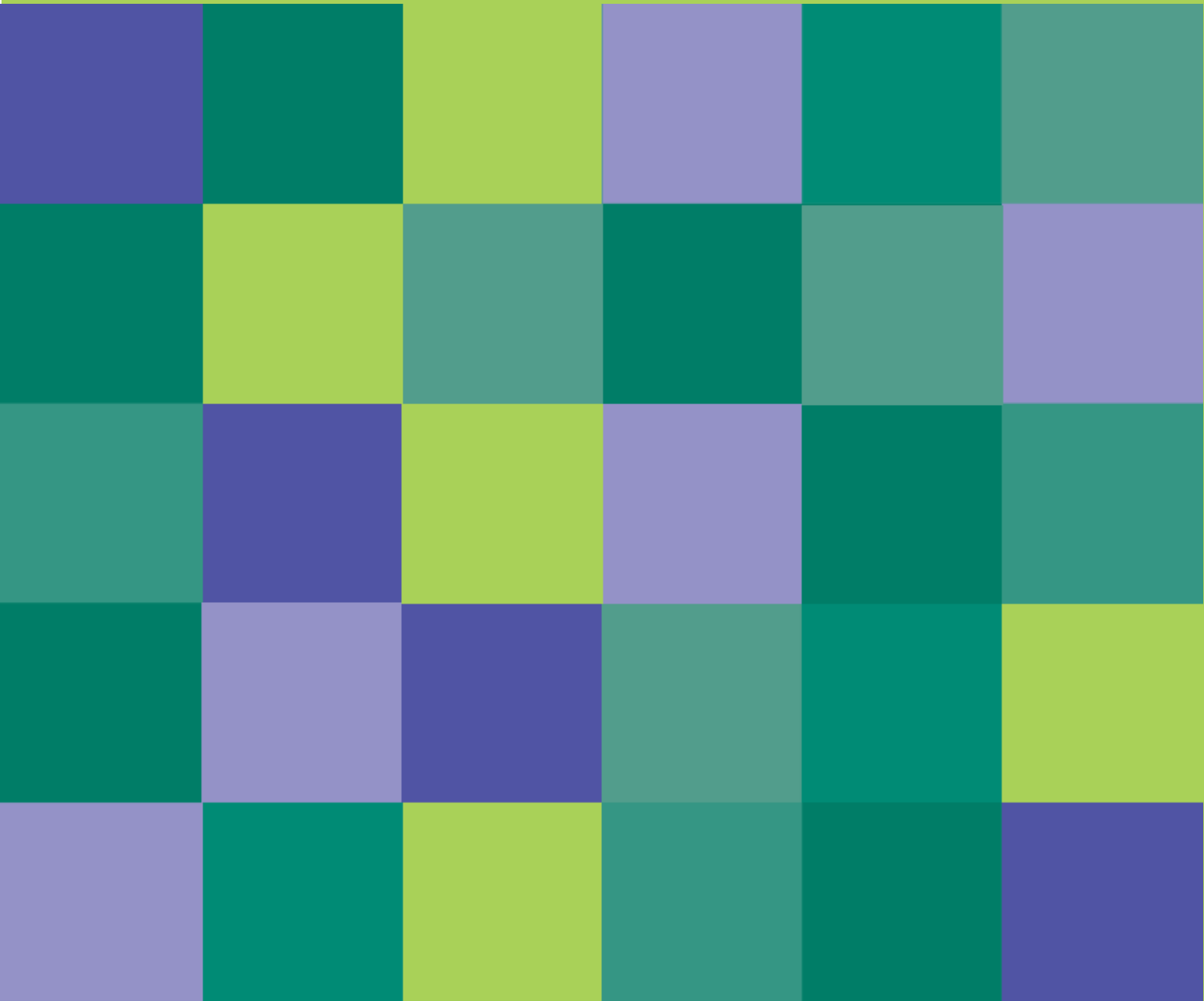
تقدّم جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) خدمات الكشف فقط ("مراكز الكشف")، فيما تقدّم بعضها خدمات الكشف والعلاج ("مراكز العلاج"). يجب على مراكز الكشف التي لا توفّر خدمات علاج الهزال إحالة الحالات إلى مراكز العلاج ضمن المنطقة نفسها باستخدام استمارة إحالة تُسلّم لمقدّم الرعاية، وكذلك عبر النظام الإلكتروني التابع لوزارة الصحة العامة (MOPH). كما يُفترض أن يقوم طاقم "مركز الكشف" بالاتصال المسبق بـ"مركز العلاج" لإبلاغه بالحالات المُحالة. ومن المهم أيضاً متابعة الحالات لضمان وصولها إلى مركز العلاج.

أما على مستوى المستشفيات، فتعمل مستشفيات معينة كمراكز إحالة للأطفال والرّضع المصابين بالهزال ممّن لا يمكن علاجهم في مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) بسبب تطوّر مضاعفات تستدعي رعاية متخصصة. ويُستخدم نظام إحالة موحد ونماذج قياسية لضمان استمراريّة الرعاية وتعزيز فعاليّة آليات الإحالة والمتابعة بين مختلف المراكز الصحيّة.

تُقدّم خدمات المتابعة والرعاية بعد الخروج من العلاج من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) و/أو من خلال زيارات منزليّة يقوم بها العاملون الصحيّون أو العاملون في الصفوف الأماميّة لمعالجة سوء التغذية. لذلك، من الضروري استمرار آليات الإحالة بعد العلاج لضمان تلقّي الرّضع والأطفال زيارات متابعة بهدف منع الانتكاس وتعزيز الممارسات التغذويّة السليمة في المنزل. كما تُعدّ المتابعة الدقيقة والمنتظمة وتوثيق البيانات الخاصّة بكل طفل وامرأة حامل أو مرضعة (PBW) ضمن النظام الإلكتروني الخاص بوزارة الصحة العامة (MOPH) أمراً بالغ الأهميّة، إضافة إلى ضرورة فهم الطواقم الصحيّة للإجراءات السريريّة والالتزام بها لضمان تقديم رعاية مناسبة وفي الوقت المناسب.

الفصل الثالث:

الوقاية من الهزال



الوقاية من الهزال

تتطلب الوقاية من الهزال والوذمة التغذوية حزمة من التدخّلات التي ينبغي تنفيذها بشكل متكامل. يكون الأطفال أكثر عرضة للخطر خلال مرحلة النمو السريع والتنمية، أي في أول 1000 يوم بعد الحمل (خلال فترة الحمل وحتى عمر السنتين). وتُعدّ التغذية الجيدة خلال هذه المرحلة ضرورية لنمو الطفل وتنميته، وكذلك لصحة الأم.

كما يعتمد النهج الفعّال على العمل وفق منظومة متكاملة - من خلال إعطاء الأولوية لتدخّلات أساسية في أنظمة الغذاء، والصحة، والمياه، والصرف الصحيّ والنظافة، والحماية الاجتماعية - باعتبارها حزمة متكاملة تهدف إلى الوقاية من هزال الأطفال وحماية الفئات الأكثر هشاشة.³ ويجب ضمان التنسيق بين القطاعات المتعددة وبين جميع الشركاء على المستويين الوطني ودون الوطني، بهدف تحسين تكامل التدخّلات القطاعية القائمة وتعظيم تقديم الخدمات التي تعالج الأسباب الأساسية والعميقة والمباشرة لسوء التغذية والهزال.

تركّز هذه الإرشادات على التدخّلات المنفّذة ضمن النظام الصحيّ، ويجب أن تشمل هذه التدخّلات ضمان الوصول إلى أنظمة غذائية صحيّة وخدمات صحيّة مناسبة. وعلى مستوى مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC)، يشمل ذلك التقييم المنتظم للنمو ورصد النمو وتعزيزه، والمشورة حول تغذية الرّضع وصغار الأطفال (IYCF)، ودعم صحة وتغذية الأمهات (مثل الرضاعة الطبيعية، والتغذية التكميلية، وصحة وتغذية الأم، مع التركيز على مساعدة الأسر على استخدام الأغذية المحلية الغنيّة بالمغذّيات). ويجب أن تتناول المشورة احتياجات الأم والأسرة، وتشمل الجوانب النفسية-الاجتماعية للرعاية لضمان النمو السليم والتنمية السليمة.

3.1. الحفاظ على تغذية الأم

تُعدّ التغذية الجيدة للأم ضرورية للنمو السليم للجنين والرضيع. فتتأثر نظام غذائي متنوّع ومناسب خلال الحمل، مع الانتباه إلى الأغذية الغنيّة بالحديد وحمض الفوليك، قد يُقلّل من خطر الإصابة بنقص الحديد وفقر الدم أثناء الحمل، مما ينعكس إيجاباً على صحة الأم وتنمية الجنين. وقد تم إدراج إرشادات حول النظام الغذائي المتنوّع للبالغين ضمن الإرشادات الغذائية القائمة على الأغذية في لبنان.⁴

³ خطة العمل العالمية للأمم المتحدة بشأن هزال الأطفال، 2021. <https://www.childwasting.org>

⁴ الجامعة الأميركية في بيروت، دليل الإرشادات الغذائية القائمة على الأغذية لتعزيز التغذية الصحية لدى السكان البالغين في لبنان (الإرشادات الغذائية القائمة على الأغذية في لبنان)، بيروت، 2013. <https://www.aub.edu.lb/fafs/nfsc/Documents/FBDG%20English%20Version.pdf>

وتشمل أبرز التوصيات ما يلي:

- الحفاظ على وزن صحي والتركيز على الأغذية الغنية بالمغذيات لتلبية الاحتياجات من الطاقة. وتُقدّر الحاجة الإضافية للطاقة خلال الفصلين الثاني والثالث من الحمل بنحو 300-390 كيلو كالوري (Kcal) يوميًا.⁵ أما الحاجة الإضافية المرتبطة بالرضاعة الطبيعية الحصرية للرضع دون سن 6 أشهر فتُقدّر بنحو 630-650 كيلو كالوري (Kcal) يوميًا.⁷
- تناول مجموعة متنوعة من الأغذية المغذية يوميًا من مختلف المجموعات الغذائية، بما في ذلك: الحبوب الكاملة، الفاكهة والخضار، البقوليات، الحليب ومنتجات الألبان، اللحوم والدواجن الخالية من الدهون، الأسماك، المكسرات والبذور.
- الحد من استهلاك السكريات المضافة، والأطعمة الغنية بالملح، والدهون الصلبة.
- شرب كميات كافية من المياه النظيفة والأمنة.
- تشجيع استخدام الملح المدعم بالأيود في المنازل للوقاية من نقص لايود.

مكملات الحديد وحمض الفوليك

تُظهر الأدلة المتوفرة أن تقديم مكملات الحديد وحمض الفوليك بشكل شامل لجميع النساء الحوامل له آثار إيجابية في الحد من فقر الدم ونقص الحديد وانخفاض وزن الولادة. وتشير نتائج الأبحاث إلى أن مكملات المغذيات الدقيقة المتعددة (MMS) - التي تحتوي على 15 نوعًا من الفيتامينات و 30 ملليغرامًا من الحديد في كل حبة - قد تساهم بدرجة أكبر في الحد من خطر انخفاض وزن الولادة وصغر الحجم مقارنة بالعمر الحولي، مقارنة بتناول مكملات الحديد وحمض الفوليك وحدها. وتشمل التوصيات ذات الصلة ما يلي:

- إعطاء أحد هذين النوعين من المكملات (وليس كليهما) للنساء الحوامل طوال فترة الحمل، ضمن خدمات الرعاية السابقة للولادة (ANC) ووفق بروتوكولها.
- لضمان ارتفاع معدلات التغطية بالمكملات، يُوصى بتقديمها للنساء الحوامل والمرضعات (PBW) خلال زيارات الرعاية السابقة للولادة (ANC) وما بعد الولادة.
- توزيع المكملات خارج نطاق مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) للوصول إلى النساء الحوامل والمرضعات (PBW) في المناطق الريفية والمخيمات العشوائية، من خلال المنصات المجتمعية.

⁵ هايتن، ف. إي.، "التغذية"، في: الفيزيولوجيا السريرية في التوليد، تحرير: ف. هايتن وجي. تشامبرلين، منشورات بلاكويل العلمية، أكسفورد، 1980، الصفحات 163-192.

⁶ موست، جي.، ديرفيس، س.، همان، ف. وآخرون، "متطلبات المدخول الطاقوي خلال الحمل"، مجلة Nutrients، المجلد 11(8)، 1812، 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6723706/>

⁷ فان رايچ، ج.، شونك، سي. إم.، فيرمايت-ميدما، إس. إتش. وآخرون، "تكلفة الطاقة للرضاعة والتوازن الطاقوي لدى النساء الهولنديات المرضعات ذوات التغذية الجيدة: إعادة تقييم لمتطلبات الطاقة الإضافية أثناء الإرضاع"، مجلة The American Journal of Clinical Nutrition، المجلد 53، الصفحات 612-619، 1991. [https://ajcn.nutrition.org/article/S0002-9165\(23\)17151-6/abstract](https://ajcn.nutrition.org/article/S0002-9165(23)17151-6/abstract)

- وفي حالات الأزمات والنزوح، توفير مكملات المغذيات الدقيقة المتعددة في مراكز الإيواء الجماعية والمناطق التي يصعب الوصول إليها، مع استهداف النساء الحوامل والمرضعات (PBW) المتأثرات.

ينبغي أن تترافق برامج توزيع المكملات مع أنشطة توعوية وحملات تواصل لتغيير السلوك لضمان الالتزام والامتثال العالي.

3.2. رصد النمو وتعزيزه

تُعد خدمة رصد النمو وتعزيزه (GMP) نشاطاً أساسياً ينبغي تنفيذه لكل طفل يتراوح عمره بين 0-59 شهراً في كل زيارة إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC)، وكذلك في كل زيارة مجتمعية. ويشير هذا المفهوم إلى عملية تتبّع نمو الطفل من خلال قياساته المنتظمة ومقارنتها بمعايير نمو الأطفال الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (WHO)⁸ (مثل الطول و/أو الوزن). وعليه، يُربط تقييم النمو بتقديم مشورة تغذوية مخصصة، مع الإحالة إلى خدمات أخرى عند الحاجة. وتدعم هذه الإجراءات النمو الأمثل للطفل عبر زيادة وعي مقدّمي الرعاية بنمط نمو الطفل، وتحسين ممارسات الرعاية، وزيادة الاستفادة من الخدمات الأخرى. كما تتيح زيارات رصد النمو وتعزيزه (GMP) فرصة مهمة للعاملين الصحيين لتقديم خدمات أساسية أخرى في مجالات التغذية وصحة الطفل وتطوّره. ويهدف هذا النشاط إلى أمرين أساسيين: قياس وزن الطفل (و/أو الطول ومحيط منتصف أعلى الذراع (MUAC)) وتسجيله بيانياً، واستخدام هذه المعلومات في تقديم المشورة للأهل لتحفيزهم على اتخاذ خطوات تحسّن النمو.⁶

وتتضمّن الخطوات المتوجّب اتباعها أثناء رصد النمو وتعزيزه (GMP) ما يلي:⁷

1. إبداء اهتمام حقيقي بالطفل (النظر إليه، والابتسام، ومناداته باسمه) لتعزيز شعوره بالأمان والارتياح، ممّا يطمئن الأهل أيضاً.
2. مراقبة تفاعل الطفل مع أهله/مقدّم الرعاية، وملاحظة وجود مؤشرات تستدعي انتباهاً خاصاً.
3. شرح سبب القيام بالقياسات للأهل، وطلب مساعدتهم في تنفيذها بشكل صحيح. إرشادهم على كيفية قياس الوزن، الطول، ومحيط منتصف أعلى الذراع (MUAC).
4. تسجيل القياسات على جداول النمو: الوزن بالنسبة إلى العمر، الطول بالنسبة إلى العمر، والوزن بالنسبة إلى الطول. مشاركة هذه الجداول مع الأهل وشرح وضع نمو طفلهم لهم. ربط النقاش بأنماط تغذية الطفل، ورعايته، وحمايته، وتحفيزه.
5. التركيز على السلوكيات الإيجابية التي يمارسها الأهل لتعزيز النمو الصحي والتنمية الصحية للطفل.
6. عند مناقشة أسباب ضعف النمو، إشراك الأهل بشكل كامل، السماح لهم بتحديد بعض الأسباب المحتملة لهم.

⁸ <https://www.who.int/childgrowth/training/en/>

7. الاستمع إليهم بتعاطف، وتشجيعهم على اتخاذ خطوات واقعية ضمن إمكانياتهم.
 8. العمل معهم على تحديد خطوات قابلة للتنفيذ لتحسين نمو الطفل وتنميته.
 9. تركيز النصائح على إجراءين أو ثلاثة إجراءات رئيسية وواقعية لتحسين الرعاية والتغذية.
 10. طرح أسئلة للتأكد من فهم الأهل للتوصيات، ثم وضع هدف عام للنمو يُراجع في الزيارة القادمة.
- يجب تسجيل القياسات على جداول النمو في كل زيارة للطفل إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC)، وفق الحزمة التي تعتمد عليها وزارة الصحة العامة (MOPH). ويجب أن يتم توثيق ذلك في دفتر سجل الطفل الصحي، بالإضافة إلى النظام البرمجي الخاص بتقارير الوزارة.
- كما تُردّ تعليمات مفصلة حول كيفية تسجيل الوزن والطول على جداول النمو وتفسير البيانات في الملحق 1.

إجراءات أساسية يجب أخذها في الاعتبار:

- يجب أن يكتسب الطفل السليم الذي ينمو بشكل طبيعي وزناً كل شهر. وفي حال عدم اكتساب الوزن أو فقدانه، فهذا يشير إلى مشكلة، وبالتالي يجب تقييم الطفل لاحتمال وجود هزال أو صعوبات تغذوية أو مشاكل طبية وإحالاته للعلاج فوراً.
 - يشير خط النمو الأفقي (الثابت) إلى عدم وجود زيادة في الوزن أو الطول. وفي الأعمار التي يُتوقع فيها نمو سريع (مثل الأشهر الستة الأولى)، فإن توقف النمو لمدة شهر واحد فقط قد يشير إلى مشكلة.
 - قد يُشير الارتفاع الحاد في منحنى النمو إلى وجود مشكلة، باستثناء الحالات التي يكون فيها الطفل مصاباً بسوء تغذية شديد، حيث قد يُفسر الارتفاع السريع بالنمو التعويضي.⁹
- إذا كانت تغطية خدمات تقييم النمو منخفضة، يمكن اتخاذ إجراءات مثل التعبئة المجتمعية، وإرسال التذكيرات، والمتابعات لزيادة وصول الأطفال إلى خدمات رصد النمو وتعزيزه.



الأطفال الذين يظهر لديهم تراجع في النمو لكنهم لا يستوفون معايير الهزال

قد تظهر أثناء رصد النمو وتعزيزه قياسات لبعض الأطفال تكون قريبة من حدود معايير علاج الهزال (مثل محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) بمقدار 12.6 سم)، لكنها لا تصل إلى الحد الأدنى المطلوب لتشخيص الهزال. ويجب على أي طفل لديه قياسات على الحدود أو يعاني من انخفاض في الدرجة المعيارية للوزن بالنسبة إلى العمر (WAZ) أو الدرجة المعيارية للطول بالنسبة إلى العمر (HAZ) أن يخضع للإجراءات التالية:

- فحص الطبيب للطفل للكشف عن أي أمراض كامنة.
- إجراء تقييم كامل للنمو، يشمل الوزن بالنسبة إلى العمر والطول بالنسبة إلى العمر.

⁹https://applications.emro.who.int/imemrf/Professional_Med_J_Q/Professional_Med_J_Q9_2014_21_2_232_239.pdf.

- تقديم مشورة غذائية لمقدم الرعاية حول ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال (IYCF).
- إجراء تقييم نفسي-اجتماعي لمقدم الرعاية.
- تحديد مواعيد متابعة شهرية في مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) لمراقبة النمو.
- التحقق من حالة التلقيح لدى الطفل وتحديثها إذا لزم الأمر.

يجب إحالة أي طفل يعاني من مرض يتطلب علاجاً طبياً (مثل الحمى، السعال، الإسهال أو النقيض) فوراً للعلاج الطبي، مع إعادة تقييم حالته التغذوية خلال أسبوع إلى أسبوعين للتأكد من عدم تطور الحالة إلى هزال.

3.3. المشورة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال

يجب أن تُقدّم المشورة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال (IYCF) ضمن خدمات الرعاية الروتينية لجميع الأمهات ومقدمي الرعاية للأطفال. ولكي تكون هذه المشورة فعالة في الوقاية من الهزال وتحسين صحة وتغذية الطفل، ينبغي أن يتلقى مقدمو المشورة تدريباً شاملاً، وأن يخضعوا لإشراف منتظم، مع تخصيص موارد وزمن كافيين ضمن التخطيط الاستراتيجي للنظام الصحي لتنفيذ هذا التدخل.

وينبغي أن تتضمن المشورة حول تغذية الرضع وصغار الأطفال (IYCF) الرسائل الأساسية التالية:

- البدء المبكر بالرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى بعد الولادة.
- الاقتصار على الرضاعة الطبيعية (حليب الأم فقط) خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة.
- الاستمرار في الرضاعة الطبيعية حتى عمر سنتين وما بعده.
- إدخال الأغذية التكميلية الآمنة والمناسبة للعمر اعتباراً من عمر 6 أشهر، بحيث تلبّي الحد الأدنى من تكرار الوجبات وتنوّع النظام الغذائي الموصى به.
- دعم الرعاية التحفيزية من خلال التغذية الاستجابية (العودة الى الملحق 2).

كما تسعى تغذية الرضع وصغار الأطفال (IYCF) المثلى إلى حماية الأطفال غير المرضعين من خلال:

- البحث عن بدائل أكثر أماناً من الرضاعة الصناعية، مثل: الإرضاع من امرأة مرضعة، إعادة الإرضاع، أو استخدام حليب الأم من بنوك الحليب.
- تقليل المخاطر المرتبطة بالرضاعة الصناعية، مثل الرضاعة باستخدام الكوب.
- ينبغي تجنّب استخدام زجاجات الإرضاع وتركيبات الحليب الصناعي ما لم يوصي فريق طبي مدرب بها لأسباب طبية. وعند التوصية ببدائل للرضاعة الطبيعية، سواء لأسباب طبية أو بسبب رغبة مقدم الرعاية (عند الإمكانية)، يجب تقديم مشورة حول التحضير السليم والأمن لمستحضرات الحليب، وتحديد تكرار التغذية.

تُعد المشورة لمقدمي الرعاية حول الممارسات المثلى لتغذية الرضع وصغار الأطفال (IYCF) والرعاية التحفيزية وسيلة فعالة من حيث التكلفة للوقاية من سوء تغذية الرضع والأطفال. ولا ينبغي اعتبار المشورة

حول تغذية الرضع وصغار الأطفال (IYCF) تدخلاً منفصلاً، بل ينبغي دمجها مع التقييم النفسي- الاجتماعي، وتعزيز ممارسات النظافة الصحية، والتلقيح. كما ينبغي التشديد على أهمية النظام الغذائي المتوازن والمتنوع لكل من الطفل (فوق عمر 6 أشهر) ومقدم الرعاية، وذلك للوقاية من نقص المغذيات الدقيقة.

مكملات مسحوق الفيتامينات والمعادن

لا ينبغي إعطاء مسحوق الفيتامينات والمعادن (MNP) للرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 23 شهراً بهدف الوقاية من الهزال و/أو الودمة التغذوية تحديداً. ومع ذلك، تُوصى هذه المكملات للفئات العمرية نفسها في المجتمعات التي يُعد فيها فقر الدم مشكلة صحية عامة. ويمكن توفير مسحوق الفيتامينات والمعادن (MNP) من خلال برامج مجتمعية تُشرك مقدمي الرعاية للأطفال بين 6 و 23 شهراً، كاستراتيجية وقائية، ووفقاً للإجراءات التشغيلية القياسية الوطنية المتعلقة بهذه المكملات.¹⁰ وينبغي أن تُرفق هذه البرامج بأنشطة تواصل لتغيير السلوك، ورسائل توعوية تتعلق بتغذية الرضع وصغار الأطفال، بما في ذلك الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية.

3.4. الرعاية النفسية-الاجتماعية

تُعد العلاقة بين الأم والرضيع أمراً جوهرياً لصحة الطفل ونموه. وعندما تتعرض هذه العلاقة للخلل، فقد تكون سبباً ونتيجة في آن واحد لسوء التغذية. لذا تحتاج الأمهات إلى الدعم لحماية هذه العلاقة. كما أن التحفيز العقلي والوجداني أثناء وبعد علاج سوء التغذية يُحسن التعافي والتنمية لدى الأطفال المصابين بشدة، ويمتد تأثيره الإيجابي إلى مرحلة المراهقة، مقارنةً بالأطفال غير المُحفّزين.

وتشمل العوامل السياقية التي قد تُسهم في الإصابة بالاكتئاب ما بعد الولادة: الفقر، الأمراض المتوطنة، نقص المغذيات الدقيقة، الانتقال إلى بيئات حضرية أو غير مألوفة، انهيار الوحدة الأسرية أو شبكات الدعم الاجتماعي، والقيود في الموارد.

وتجدر الإشارة إلى أن الاكتئاب ما بعد الولادة يؤثر سلباً على تغذية الرضع وتنمية الأطفال، بحيث:

- يقلّ تفاعل مقدم الرعاية وتحفيزه للرضيع/الطفل.
- تقلّ قدرة الرضيع/الطفل على الوصول إلى خدمات الصحة والتغذية.
- يُعدّ الاكتئاب عاملاً أساسياً في انخفاض وزن الولادة والولادة المبكرة، ما يؤدي إلى مضاعفات مثل مشاكل المصّ.
- تزداد صعوبة الرضاعة الطبيعية، ما يؤدي إلى التوقّف عنها مبكراً.

¹⁰ حسب الإجراءات التشغيلية القياسية لمسحوق الفيتامينات والمعادن (MNP)

بالمقابل، يُعتبر انخفاض وزن الولادة، ومشاكل المصّ، وبكاء الرضيع من العوامل التي تزيد خطر إصابة الأم بالاكتئاب. كما أن ممارسات التغذية غير الاستجابية وغياب التحفيز العاطفي قد تؤدي مباشرة إلى سوء التغذية، ما يؤدي بدوره إلى تراجع ثقة مقدّم الرعاية بنفسه، فيدخل الطرفان في حلقة مفرغة.

وقد يُظهر الأطفال الأكبر سنًا مشاكل سلوكية ترتبط بنقص الارتباط العاطفي بمقدّم الرعاية و/أو غياب التحفيز الوجداني. لذا ينبغي على مزوّدي الرعاية الصحية الانتباه لأي مؤشرات سلوكية واعتبارها دليلًا على ضرورة إجراء تقييم نفسي-اجتماعي للطفل ومقدّم الرعاية.

يُشكّل التقييم النفسي-الاجتماعي وتقديم المشورة جزءًا مهمًا من الفحوصات الروتينية خلال الرعاية السابقة للولادة وبعد الولادة، ويجب تنفيذه كإجراء وقائي بشكل منتظم. ولتقييم وجود الاكتئاب والقلق، يمكن لمزوّدي الرعاية الصحية البدء بمقابلة شاملة تُقيّم الحالة النفسية العامة للمرأة. كما يمكن استخدام أدوات فحص مخصّصة مثل الاستبيان الصحي للمريض - 2 (PHQ-2)؛ وإذا كانت الإجابة نعم على أي من السؤالين، ينبغي إجراء تقييم إضافي باستخدام مقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة أو الاستبيان الصحي للمريض - 9 (PHQ-9). يجب الالتزام بالإرشادات الوطنية للصحة النفسية للأمهات الموجهة لمزوّدي الرعاية الصحية¹¹ والتي تتضمن الأدوات اللازمة (الملحق أ في إرشادات الصحة النفسية).

ينبغي تدريب الطواقم الصحية في جميع مراكز الكشف والعلاج الخاصة بمراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) على المهارات الأساسية في الدعم النفسي-الاجتماعي. ويُستحسن وجود عضو مخصّص من الطاقم مُدرّب على الدعم النفسي لتوفير التدخل المناسب أثناء العلاج، وربط الحالة بالخدمات الأخرى بعد الخروج من المتابعة الطبية.

وفيما يلي أمثلة على تدخلات محدّدة يقوم بها مزوّدو الرعاية الصحية لتعزيز الرفاه النفسي-الاجتماعي للأمهات ومقدّمي الرعاية:

- إظهار موقف إيجابي تجاه مقدّمي الرعاية لأطفال يعانون من الهزال.
- تجنّب توجيه اللوم أو الاتهامات بالإهمال.
- دعم الرضاعة الطبيعية وتشجيع استمرارها حتى في حال فصل الرضيع/الطفل مؤقتًا عن الأم.
- تشجيع الأمهات على ممارسة الرعاية الذاتية وجلسات الاسترخاء.
- تجنّب الترويج لبدايل حليب الأم، إلا في الحالات الموصى بها طبيًا.

3.5. استخدام الأغذية المركّبة خصيصًا

في فترات انعدام الأمن الغذائي الحادّ، يمكن النظر في استخدام الأغذية المركّبة خصيصًا (SFF) للوقاية من الهزال والوذمة التغذوية لفترة محدودة لدى الرّضع والأطفال من عمر 6 إلى 23 شهرًا، بالتوازي مع

¹¹[https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Programs%26Projects/MentalHealthProgram/Ma](https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Programs%26Projects/MentalHealthProgram/Maternal-Mental-Health-Guide-lines-for-Healthcare-Providers.pdf)

ضمان استمرار الوصول إلى أنظمة غذائية منزلية كافية لكافة أفراد الأسرة. وتتكوّن الأغذية المركّبة خصيصًا (SFF) عادةً من مكملات غذائية دهنية صغيرة الكمية (SQ-LNS)، وتقدّم ما بين 100 إلى 120 كيلو كالوري (Kcal) يوميًا.¹²

الاعتبارات التنفيذية المتعلقة باستخدام الأغذية المركّبة خصيصًا (SFF)

- يمكن اعتماد نهج موجّه للاستهداف، بحيث يُعطى التدخّل لفئة محدّدة من الأطفال أو الأسر في مناطق جغرافية معيّنة.
- يجب تقديم الأغذية المركّبة خصيصًا (SFF) مصحوبة بحملات توعية وسلوكيات تغيير، تشمل الرسائل المتعلقة بتغذية الرّضع وصغار الأطفال، بما في ذلك الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية. ومن الضروري عدم استبدال الرضاعة الطبيعية أو الأغذية المنزلية الغنية بالمغذيات بالأغذية المركّبة خصيصًا (SFF).
- يتوجب تنفيذ الكشف والإحالة لحالات الهزال والوذمة التغذوية بالتزامن مع التدخّلات الوقائية، في إطار متكامل للرعاية.

3.6. التدخّل الوقائي المتكامل على مستوى مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) والإحالة للحصول على دعم إضافي

ينبغي تنفيذ التدخّلات الوقائية بشكل مثالي من خلال نهج متعدّد القطاعات والأنظمة، يشمل الغذاء، والصحة، والمياه الآمنة، والصرف الصحيّ والنظافة الصحيّة، وأنظمة الحماية الاجتماعية. وفي إطار مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC)، يجب على مزوّدي الرعاية الصحية تقديم مشورة تتعلّق بإجراءات وقائية إضافية، بما في ذلك ما يلي:

- جميع جوانب الصرف الصحيّ والنظافة للوقاية من سوء التغذية، وتشمل:
 - الوصول إلى المياه النظيفة وغسل اليدين؛
 - تحضير الطعام: غسل اليدين قبل إعداد الطعام، واستخدام أدوات نظيفة؛ وضمان طهي الطعام جيّدًا (لا سيما الطازج منه)؛
 - تخزين الطعام وتحضيره بطريقة آمنة للوقاية من الأمراض المعدية المنقولة بالغذاء؛
 - التخلص الصحيّ من فضلات الأطفال، بعيدًا عن المنزل وأي مصادر لمياه الشرب؛
 - يُنصح بالرجوع إلى الاستراتيجية الوطنية للتغذية وخطة العمل 2021-2026¹³ لمزيد من الإرشادات حول نهج المياه والصرف الصحيّ والنظافة الصحيّة (WASH) الحساسة للتغذية والمراجع ذات الصلة.

¹² وفقًا للإجراءات التشغيلية القياسية.

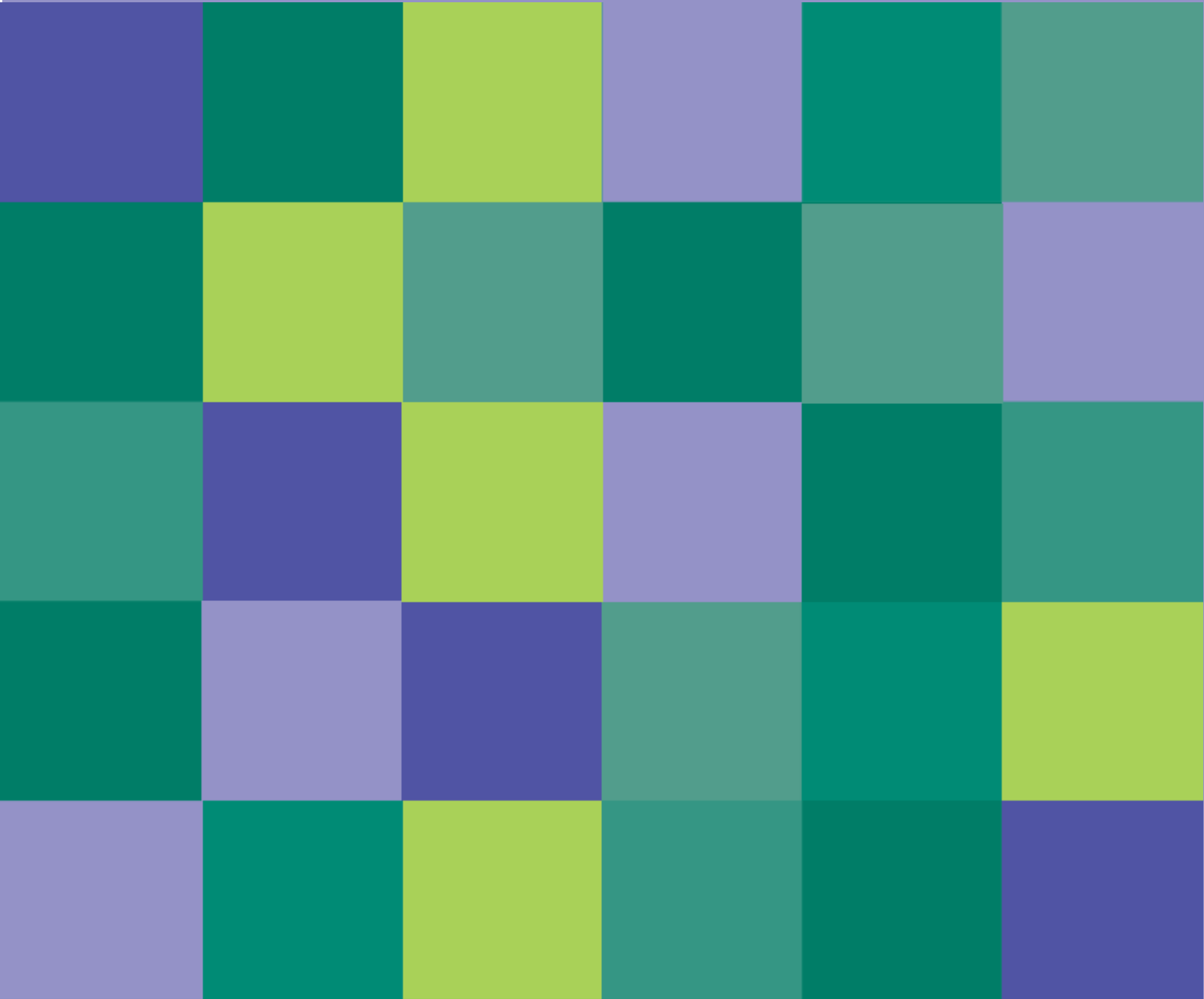
¹³ <https://faolex.fao.org/docs/pdf/leb216967E.pdf>

- أهمية التحصينات والوصول إلى الخدمات الصحية والطبية.
- الإرشاد حول استخدام الأغذية المتوفرة محليًا والغنية بالمغذيات لتحقيق نظام غذائي متوازن وتعزيز مدخول المغذيات الدقيقة.

ينبغي أن يضمن تنفيذ التدخّلات الإضافية متعدّدة القطاعات استهداف الأطفال الذين يعيشون في أسر ومجتمعات أكثر هشاشة. ويمكن أن يستند هذا الاستهداف على الوضع الاجتماعي والاقتصادي، أو انعدام الأمن الغذائي الأسري، أو عوامل خطر أخرى حسب الاقتضاء. كما يجب إبلاغ الطواقم الصحية بالخدمات الاجتماعية المتوفرة، إلى جانب الخدمات التي توفرها الحماية الاجتماعية (مثل برنامج الدعم النقدي التغذوي Nutrition Cash Plus)، وبرامج الأمن الغذائي و/أو سبل العيش، عند توفرها، لتمكينهم من إجراء الإحالات المناسبة. ويُعدّ إنشاء روابط فعّالة مع القطاعات المعنية من أجل تحديد الأولويات وتنفيذ الأنشطة جزءًا أساسيًا من جهود الوقاية من الهزال.

الفصل الرابع:

الكشف والإحالة



الكشف والإحالة

ينبغي الكشف لدى النساء الحوامل والمرضعات والأطفال دون سن الخامسة في أبكر وقت ممكن لضمان حصولهم على العلاج المناسب وفي الوقت المناسب. ويسهل الكشف المبكر عن الهزال وعلاجه عملية التدبير، ويقلل من احتمالية تطوّر المضاعفات، ويجعل العلاج أكثر فعالية من حيث التكلفة.

وتُعدُّ مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) نقطة الاتصال الأساسية لخدمات الكشف. يجب أن يخضع كلّ طفل دون سن الخامسة وكلّ امرأة حامل أو مرضعة (PBW) يرافقها رضيع دون الستة أشهر للكشف في كلّ زيارة لأيّ مركز رعاية صحية أولية (PHCC). كما ينبغي دمج خدمات الكشف عن الهزال قدر الإمكان ضمن الأنشطة الميدانية التي تنفذها مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) والعاملون الصحيّون المجتمعيّون.

يتطلّب الكشف المبكر وتعظيم الوصول إلى الخدمات الإجراءات التالية:

- رفع الوعي العام والمهني حول الهزال (أسبابه، علاماته وأعراضه، خطر المضاعفات، إلخ). وينبغي أن يتلقّى جميع العاملين الصحيّين تدريباً أثناء الخدمة حول الوقاية من الهزال، وأساليب الكشف عنه، والإحالة، بالإضافة إلى متابعة الرعاية اللاحقة والرعاية بعد الخروج من العلاج.
- التوعية العامة بأن الكشف عن الهزال متاح في جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) من خلال حملات الصحة العامة والأنشطة المجتمعية الخاصة بالرعاية الصحية الأولية (PHC).
- تعزيز دمج أنشطة الكشف ضمن خدمات التوعية المجتمعية مثل العيادات المتنقلة، وعيادات اللقاحات، وعيادات الرعاية السابقة للولادة (ANC) وتنظيم الأسرة.
- تعزيز فرص الكشف الذاتي والإحالة؛ حيث يمكن تدريب الأمهات اللواتي لديهنّ أطفال معرّضون للخطر على إجراء الفحص المتكرّر لأطفالهنّ. كما يمكن إشراك أفراد ومنظمات المجتمع المحلي مثل: موظفي مراكز التنمية الاجتماعية، ووكالات دعم اللاجئين (المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (UNHCR)، الأونروا (UNRWA))، والمراكز الدينية.
- التوعية العامة بإمكانية الحصول على العلاج في مراكز علاج مختارة ضمن شبكة مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC).

4.1. الكشف عن الهزال في جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC)

يجب على مزوّدي الرعاية الصحية إجراء الكشف عن الهزال بشكل منهجي في كلّ زيارة يقوم بها رضيع أو طفل دون سن الخامسة، أو امرأة حامل أو مرضعة (PBW) إلى أيّ مركز صحيّ، بما في ذلك مراكز الكشف والعلاج الخاصة بمراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC).

4.1.1. الكشف لدى الرضع دون عمر 6 أشهر

يكمُن الهدف الأساسي من الكشف لدى الرضع دون 6 أشهر في التعرف على الأطفال الذين لا ينمون بشكل جيد قبل أن يستوفوا معايير تشخيص الهزال و/أو الوذمة التغذوية. ويُطلق على هؤلاء "الرضع المعرضين لخطر ضعف النمو والتنمية".

كما يجب أن يتلقّى كلّ رضيع دون 6 أشهر معرض لضعف النمو، مع والدته أو مقدّم الرعاية، رعاية ومتابعة منتظمة. فيتضمّن ذلك تقييمًا مشتركًا يتم فيه فحص الرضيع من حيث النمو الكافي والتغذية، كما تخضع الأم لكشف محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC)، ويتم تقييم وضعها النفسي-الاجتماعي، بالإضافة إلى ممارساتها في رعاية وتغذية الرضيع. ويتمثّل الهدف المباشر في الكشف المبكر عن أي مشاكل صحيّة أو نفسيّة حادّة، والوقاية من انخفاض الوزن الشديد أو تطوّر الهزال الشديد. أما الهدف الطويل الأمد من الرعاية المنتظمة، فيكمُن في تمكين هؤلاء الرضع من النمو والتنمية بشكل صحي، بما يتيح لهم تحقيق كامل إمكاناتهم، مع دعم الأمّهات/مقدّمي الرعاية لتحسين صحتهم ورفاههم.

تتقسم معايير تحديد الرضع المعرضين للخطر إلى أربع فئات:

- رُضّع بنتائج ولادة ضعيفة – انخفاض الوزن عند الولادة، صغر الحجم نسبةً للعمر الحولي، الولادة المبكرة.
- رُضّع لديهم قياسات أنثروبومترية ضعيفة بناءً على مقياس واحد – محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) أقل من 11.0 سم من عمر 6 أسابيع حتى 6 أشهر، أو الدرجة المعيارية للوزن بالنسبة إلى العمر (WAZ) أقل من -2، أو الدرجة المعيارية للوزن بالنسبة إلى الطول (WLZ) أقل من -2، أو وجود وذمة تغذوية.
- رُضّع يُظهرون ضعفًا في النمو بناءً على قياسات متتابة – مؤشرات ثابتة، أو انخفاض في الوزن، أو انخفاض في محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC).
- رُضّع لديهم عوامل خطر معروفة، مثل مشاكل في التغذية، أو وجود خطر على الأم (مشاكل صحيّة جسديّة أو نفسيّة تؤثر على ممارسات الرعاية)، أو سوابق دخول إلى المستشفى.

ومن الضروري الاعتراف بالعلاقة التكاملية بين الأم/مقدّم الرعاية والرضيع، ورعايتهما كمجموعة مترابطة لضمان بقاء ونمو كلا الطرفين. لذلك، عند فحص رضيع دون 6 أشهر، يجب دائمًا فحص الأم أيضًا (العودة إلى بروتوكول النساء الحوامل والمرضعات (PBW) في القسم 4.1.3 أدناه).

يشمل الكشف والتقييم للأطفال دون عمر 6 أشهر الخطوات التالية:

1. قياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC): يجب إحالة الرضيع الذي يبلغ من العمر 6 أسابيع أو أكثر وأقل من 6 أشهر ويظهر محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) أقل من 11.0 سم إلى معالج لسوء التغذية لمزيد من التقييم. العودة إلى الملحق 1 لمعرفة طريقة القياس.

2. التحقق من وجود وذمة تغذوية: يُعد وجودها دائماً مؤشراً على الهزال الشديد (العودة الملحق 1 للطريقة).

3. قياس الوزن بالنسبة إلى الطول.

4. تقييم الحالة الطبية للرضيع والحالة النفسية-الاجتماعية للأم:

- أي حالة سريرية خطيرة أو مضاعفات تتطلب رعاية في المستشفى؛
- أي فقدان وزن حديث؛
- أي فشل في اكتساب الوزن منذ القياس السابق؛
- أي مشاكل طبية أو اجتماعية تتطلب تقييمًا معمقًا أو دعمًا مكثفًا (مثل الإعاقة، أو اكتئاب مقدم الرعاية، أو ظروف اجتماعية أخرى)؛
- أي نتائج سلبية عند الولادة: انخفاض وزن الولادة، أو صغر الحجم نسبة للعمر الحولي، أو الولادة المبكرة.

5. تقييم الرضاعة الطبيعية: يجب مراقبة الارتباط الصحيح، وتموضع الرضيع، وفعالية المص لمدة تصل إلى 20 دقيقة.

6. تسجيل جميع القياسات في سجل صحة الطفل.

7. الكشف لدى الأم: يجب قياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) للأم المرضعة (العودة الى البروتوكول في القسم 4.1.3 والملحق 3).

يتم تحديد الرضع دون 6 أشهر المعرضين لخطر ضعف النمو والتنمية استناداً إلى المعايير الموضحة في الجدول 2 ضمن أربع فئات رئيسية.

جدول 2: معايير تحديد الرضع دون 6 أشهر المعرضين لخطر ضعف النمو والتنمية

الفئة	معايير تحديد الرضع دون 6 أشهر المعرضين لخطر ضعف النمو والتنمية
رُضع لديهم ضعف في النمو استناداً إلى قياسات متتالية	عدم اكتساب وزن أو فقدان وزن بين قياسين متتاليين ¹
رُضع لديهم ضعف في القياسات الأنثروبومترية بناءً على مقياس واحد	• الدرجة المعيارية للوزن بالنسبة إلى العمر (WAZ) أقل من -2؛ أو • الدرجة المعيارية للوزن بالنسبة إلى الطول (WLZ) أقل من -2؛ أو • وجود وذمة تغذوية؛ أو • محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) أقل من 11.0 سم للأطفال بين عمر 6 أسابيع و6 أشهر

• مشاكل في تغذية الرضيع؛ أو • وجود خطر لدى الأم (مشاكل صحية جسدية أو نفسية تؤثر على الرعاية)؛ أو • وجود تاريخ دخول المستشفى	• رُضع لديهم عوامل خطر • معروفة تؤثر على النمو والتنمية
• الولادة المبكرة؛ أو • انخفاض وزن الولادة؛ أو • صغر الحجم نسبة للعمر الحولي	• رُضع معرضون للخطر بسبب • نتائج سلبية عند الولادة

يجب إحالة الأطفال الذين تم تحديدهم على أنهم معرضون للخطر لتقييم شامل يُمكن من اتخاذ قرارات بشأن إجراءات المتابعة أو العلاج. ويُعدُّ تقييم الرضاعة الطبيعية دعماً أساسياً لاحقاً لضمان صحة ورفاه كلٍّ من الرضيع والأم/مقدم الرعاية.

4.1.2. الكشف لدى الرُضع والأطفال من عمر 6 إلى 59 شهراً

يتمثل الهدف الأساسي من فحص الرُضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهراً في التعرف المبكر على حالات الهزال وإحالتها لتلقي التدخلات والعلاج المناسب. كما يشمل الكشف عن الهزال الخطوات التالية:

1. قياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC)؛
2. التحقق من وجود وذمة انغمارية ثنائية الجانب؛
3. قياس الوزن بالنسبة إلى الطول؛
4. تسجيل جميع القياسات في سجل صحة الطفل.

تجدر الإشارة إلى أن كلَّ مقياس من هذه القياسات يُعدُّ معياراً مستقلاً لإجراء تقييم إضافي واتخاذ قرار بالإدخال للعلاج على صعيد مركز الرعاية الصحية أو المستشفى. ويجب إحالة الطفل الذي يستوفي معايير الهزال سواء عن طريق محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) أو الوزن بالنسبة إلى الطول إلى مركز رعاية صحية أولية علاجي (PHCC) لإجراء تقييم إضافي. كما أن التصنيف مُدرج في الجدول 3.

جدول 3: تصنيف حالات الهزال

سوء التغذية	محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC)	الدرجة المعيارية للوزن بالنسبة إلى الطول (WHZ/WLZ)	الوزمة
الهزال المعتدل	أكبر من أو يساوي 11.5 سم وأقل من 12.5 سم	أكبر من أو تساوي -3 وأقل من -2	غير موجودة
الهزال الشديد	أقل من 11.5 سم	أقل من -3	موجودة (+، ++، +++)

يرجى الرجوع إلى الملحق 1 (دليل القياسات الأنثروبومترية والوزمة عند الرُّضْع والأطفال) للحصول على إرشادات تفصيلية خطوة بخطوة حول إجراءات الكشف.

إذا تم فحص الطفل في مركز رعاية صحية أولية للكشف (PHCC) أو خلال أنشطة ميدانية، وأظهرت أي من القياسات وجود هزال معتدل أو شديد، يجب عندها إحالة الطفل إلى مركز رعاية صحية أولية علاجي (PHCC) لإجراء تقييم شامل وفرز أولي (انظر الفصل 7).

4.1.3. الكشف لدى النساء الحوامل والمرضعات

يجب فحص النساء الحوامل والمرضعات (PBW) للكشف عن الهزال من خلال قياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) والتحقق من وجود وذمة تغذوية. وينبغي إجراء هذا الكشف عند كل نقطة اتصال صحي، سواء على مستوى المجتمع أو ضمن خدمات الرعاية الصحية الأولية (PHC)، وربطه بخدمات الرعاية السابقة للولادة (ANC) أو ما بعد الولادة، وتقديم المشورة والدعم المناسبين. كما يجب إحالة أي امرأة حامل أو مرضعة (PBW) يتم تحديد إصابتها بالهزال إلى مركز رعاية صحية أولية علاجي (PHCC). ويجب تشجيع أي امرأة حامل أو مرضعة يرافقها رضيع أو طفل دون 6 أشهر على إحضاره في الزيارة القادمة إلى مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC).

معايير الكشف:

- محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) أقل من 23 سم = هزال (يجب الإحالة لتقييم وإدارة معمّقة).
- محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) بين 23 و 24 سم = معرضة للهزال (يجب الإحالة لتقييم معمّق).
- محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) أكبر من أو يساوي 24 سم = وضع تغذوي طبيعي.

- الودمة التغذويّة: في حال وجود ودمة، يجب إحالة المرأة فوراً إلى الطبيب لإجراء تقييم شامل. صحيح أن الودمة شائعة خلال الحمل، إلا أنها قد تكون أيضاً علامة على تسمّم الحمل (ما قبل الإجراج)، وهي حالة خطيرة تؤثر سلباً على صحّة الأم والجنين.

يرجى الرجوع إلى الملحق 3 لتفاصيل قياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) لدى النساء الحوامل والمرضعات (PBW).

لا يُوصى باستخدام مؤشري الوزن بالنسبة إلى الطول أو مؤشر كتلة الجسم (BMI) لفحص النساء الحوامل والمرضعات (PBW) للكشف عن الهزال، نظراً لأن التغيّرات في الوزن أثناء الحمل قد تعطي نتائج مضلّة.

كما تُعدّ فرصة الكشف مناسبة لدعم الأمّهات الجدد وتقديم المشورة حول تغذية الرّضع (بما في ذلك الرضاعة الطبيعيّة)، وينبغي إدماج الرعاية الخاصّة بصحتهم ورعايتهم في كل استشارة صحيّة.

4.2. آليات الإحالة

بعد إجراء الكشف، يجب إحالة الرّضع والأطفال الذين تم تحديد أنهم معرّضون للخطر، سواء من المجتمع المحلي أو من مركز رعاية صحيّة أوليّة (PHCC) مخصّص للكشف، إلى مركز رعاية صحيّة أوليّة (PHCC) مخصّص للعلاج من أجل التقييم المعمّق واتخاذ قرار بشأن التدخّل العلاجي المناسب، سواء على مستوى مراكز الرعاية الصحيّة الأوليّة (PHCC) أو في المستشفى. ومن الضروري ضمان استمراريّة الرعاية في جميع الحالات.

كما ينبغي تنفيذ الإحالات بين المراكز الصحيّة باستخدام النماذج الموحّدة الصادرة عن وزارة الصحّة العامة (MOPH). ويُستحسن دعم الإحالات من خلال المكالمات الهاتفية عند الإمكان، لا سيما عند إحالة الأطفال بين مراكز الرعاية الصحيّة الأوليّة (PHCC) والمستشفيات.

ويجب اتباع الخطوات التالية:

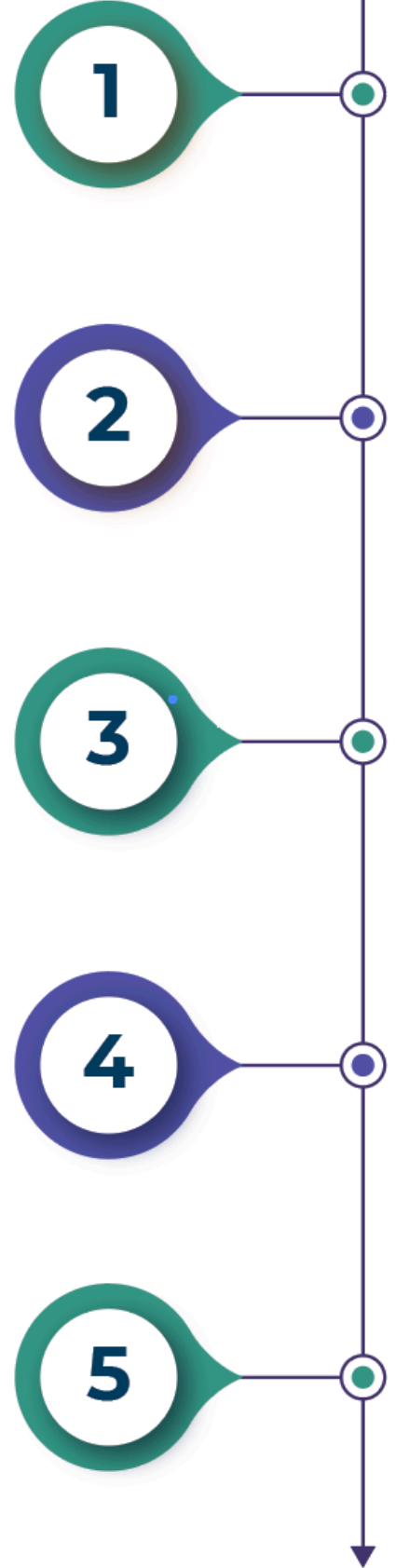
ملء نموذج الإحالة المناسب، مع توضيح نتائج أي تقييم تم إجراؤه، وتفصيل أي علاج طبي قُدِّم مسبقًا.

متابعة الإحالة من خلال إجراء مكالمات هاتفية مع مركز الرعاية الصحية المستقبل. وتحديد طبيعة الإحالة ومقدِّم الرعاية الصحية المسؤول، وتدوين تفاصيل المكالمة.

التأكد من أن العاملين في مجال الرعاية الصحية في مناطق الاستقبال/غرف الطوارئ يستلمون إحالة الأطفال المصابين بالهزال ويقومون بقبولها.

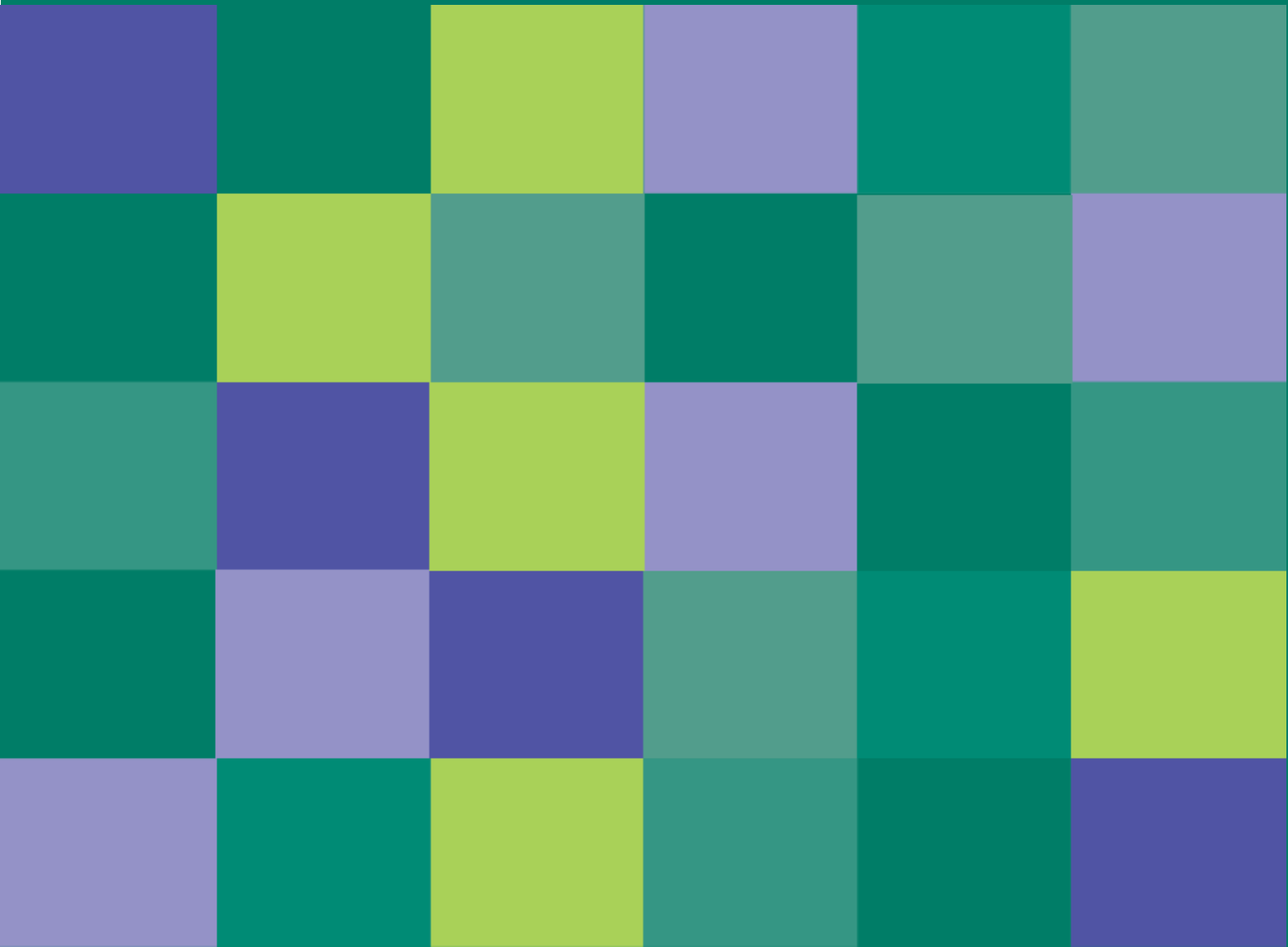
التأكد من أن مقدِّم الرعاية مُطلع على الحاجة إلى الإحالة أو النقل ويوافق عليها وقد يشمل ذلك التأكد من تغطية رسوم الاستشفاء.

التأكد من نقل الطفل بأمان إلى المستشفى المخصَّص للعلاج.



الفصل الخامس:

التدبير المُعتمد في مراكز الرعاية الصحيّة
الأوليّة المعالجة للرضّع دون سنّ الستّة
أشهر المعرضين لضعف النمو والتّنامية



التدبير المعتمد في مراكز الرعاية الصحية الأولية

المعالجة للرضع دون سنّ الستة أشهر المعرضين

لضعف النمو والتنمية

يجب أن يُنذر وجود رضيع أو طفل مصاب بسوء تغذية مزوّدي الرعاية الصحية باحتمال وجود مشاكل نفسية-اجتماعية لدى مقدّم الرعاية و/أو الطفل، أو وجود قضايا تتطلب المعالجة بالتزامن مع علاج الهزال. ويُسهّم التقييم الشامل في ضمان توفير الدعم المناسب لتحسين الصحة البدنية والنفسية لكلّ من الرضيع والأم/مقدّم الرعاية. كما أن الكشف المبكر عن المشاكل النفسية-الاجتماعية من خلال الفحص والتدخل المبكر يزيد من احتمال تحقيق نتائج إيجابية وسريعة. كذلك، فإن الاكتشاف المبكر للرضع المعرضين لضعف النمو والتنمية يتيح تدبيرهم في مراكز الرعاية الصحية قبل أن يصابوا بالهزال.

5.1. تقييم الرضع دون سنّ الستة أشهر المعرضين لضعف النمو والتنمية

يُحال الرضيع الذي يُظهر أيّاً من علامات الخطر ضمن التدبير المتكامل لأمراض الطفولة (IMCI) أو مشاكل طبية حادة فوراً إلى الرعاية الاستشفائية. وتُدرج المعايير في الجدول 4 أدناه:

جدول 4: معايير الإحالة الفورية إلى الرعاية الاستشفائية للرضع دون 6 أشهر

الفئة	معايير القبول
علامات الخطر ضمن التدبير المتكامل لأمراض الطفولة (IMCI): وجود معيار واحد أو أكثر	• عدم القدرة على الرضاعة أو الشرب • النقيء المستمر • حدوث اختلاجات مؤخراً • وجود اختلاجات حالياً • خمول أو فقدان الوعي
مشاكل طبية حادة أو حالات خطيرة حسب تصنيف التدبير المتكامل لأمراض الطفولة (IMCI): وجود معيار واحد أو أكثر	• علامات عدوى جرثومية خطيرة محتملة عند الرضع دون الشهرين • صدمة إنتانية • تشبّع الأكسجين أقل من 90% • التهاب رئوي (مع انكماش صدري و/أو تنفّس سريع، وإن أمكن قياسه: تشبّع الأكسجين أقل من 94%)

• جفاف (بما في ذلك حالات الجفاف أو الجفاف الشديد) • إسهال مزمن شديد (14 يومًا أو أكثر مع جفاف) • مرض حموي شديد جدًا • مرض حموي شديد جدًا مع عدم وجود خطر ملاريا أو اختبار تشخيصي سريع سلبي – يُعامل كعدوى جرثومية مثل التهاب السحايا • حصبة مع مضاعفات شديدة • التهاب الخشاء • فقر دم شديد (شحوب ظاهر في راحة اليد أو مستوى هيموغلوبين أقل من 14غ) • مضاعفات خطيرة من العلاج بمضادات الفيروسات (لحالات فيروس نقص المناعة) مثل الطفح الجلدي، ضيق التنفس، ألم بطني شديد، اصفرار العينين، حرارة، تقيؤ • تقرّحات جلدية مفتوحة أو ملتهبة مرتبطة بالوذمة التغذوية • علامات سريرية أخرى "ذات أولوية" غير مصنّفة ضمن علامات الخطر: انخفاض حرارة الجسم (35° مئوية إبطيًا أو 35.5° مئوية شرجيًا) أو حرارة مرتفعة (38.5° مئوية إبطيًا أو 39° مئوية شرجيًا)	
وذمة انطباعية ثنائية الجانب من أي درجة	الوذمة التغذوية
فقدان الوزن في قياسين أو أكثر، سواء موثّق أو مُبلّغ عنه من جانب الأم/مقدّم الرعاية	فقدان الوزن الحديث

بتصرّف عن منظمة الصحة العالمية (WHO)، التوجيهات المُحدّثة بشأن تدبير سوء التغذية الحاد الشديد لدى الرُّضع والأطفال، 2023.

كما يجب اتخاذ الخطوات التالية فورًا:

- إعطاء الجرعة الأولى من المضاد الحيوي الفموي (أموكسيسيلين/أميسيلين، 30–50 ملغ/كغ من وزن الجسم)؛

- إعطاء 50 مل من محلول السكر بنسبة 10% عن طريق الفم إذا كان الطفل في حالة وعي (ملعقة صغيرة من السكر في 50 مل من الماء)؛
- توجيهه مقدّم الرعاية إلى إبقاء الطفل دافئاً عبر التلامس الجلدي وتغطيته جيّداً؛
- ترتيب نقل الطفل بسيارة إسعاف، مع تعبئة نموذج الإحالة مع توضيح أسباب الإحالة والعلاج المقدم فيه. وإذا أمكن، يجب إبلاغ طاقم الطوارئ بقدوم الطفل.

إذا لم يظهر على الرضيع أي من العلامات المذكورة أعلاه، ينبغي إجراء تقييم معمّق.

5.2. التقييم المعمّق للنظر في الإحالة إلى الرعاية الاستشفائية أو التدبير في مراكز الرعاية الصحية

الخطوة 1:

التحقّق من القياسات الأنثروبومترية

إذا تمّت إحالة الرضيع من مركز للرعاية الصحية الأولية (PHCC)، يجب إعادة فحص الوزمة وقياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC)، وتقييم الوزن بالنسبة إلى العمر. وإذا كان طول الرضيع 45 سم على الأقل، فيمكن استخدام جداول الوزن بالنسبة إلى الطول لتحديد الوزن بالنسبة إلى الطول (WFL) (العودة إلى الملحق 1).

الخطوة 2:

تحديد التاريخ الطبي الحديث

يُستخلص التاريخ السريري من مقدّم الرعاية، كما هو الحال مع الأطفال الأكبر سنّاً، ويشمل أي فقدان وزن حديث أو فشل في زيادة الوزن. كما يجب أن يتضمّن التقييم تاريخاً تفصيلياً لممارسات تغذية الرّضع، مثل:

- بدء الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى من الولادة؛
- أي تغذية تمهيدية قبل الرضاعة أو سوائل أُعطيت إلى جانب الرضاعة؛
- كمية ونوع الغذاء المُعطى في حال عدم وجود رضاعة؛
- أي فقدان وزن حديث؛
- أي فشل في اكتساب الوزن.

الخطوة 3:

الفحص السريري للرضيع

يجب إجراء فحص سريري شامل، كما يُجرى للأطفال الأكبر سنّاً.

الخطوة 4:

تقييم الرضاعة الطبيعية

إنّ الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) لا تناسب الأطفال دون عمر 6 أشهر. وبالتالي، يجب تقييم فعالية الرضاعة الطبيعية من خلال المراقبة المباشرة لمدة تصل إلى 20 دقيقة للتحقق من:

- التعلّق السليم بالثدي؛
- الوضعية الصحيحة أثناء الرضاعة؛
- المصّ الفعّال.

5.3. معايير القبول أو التسجيل للرضع دون عمر 6 أشهر ممّن لا تظهر عليهم علامات الخطر

يجب تحليل نتائج التقييم المُعمّق بعناية. ويُنظر في إدخال الرضيع إلى المستشفى أو تدبيره في مراكز الرعاية الصحية استنادًا إلى التقدير السريري، باستخدام المعايير المبينة في الجدول التالي.

جدول 5: معايير التقييم المُعمّق للنظر في الإحالة إلى الرعاية الاستشفائية للرضع دون 6 أشهر

الفئة	المعايير المعتمدة للقبول في الرعاية الاستشفائية
مشاكل طبيّة لا تتطلّب رعاية فوريّة ولكنها تستدعي مزيدًا من الفحص، ولها ارتباط كبير بالحالة التغذويّة	• حالة طبيّة تم تشخيصها حديثًا وقد تستفيد من الرعاية الاستشفائية؛ • حالة تتطلّب فترة مراقبة مكثّفة؛ • فحوصات ضروريّة غير متوقّرة في مراكز الرعاية الصحيّة الاولى؛ • مشاكل تتطلّب رعاية متوسّطة أو طويلة الأجل مثل أمراض القلب الخلقية، فيروس نقص المناعة البشري (HIV)، السل، الشلل الدماغي أو إعاقات جسديّة أخرى.
القياسات الأنثروبومترية (واحد أو أكثر)	• الفشل في زيادة الوزن بناءً على قياسين متتاليين؛ • الدرجة المعيارية للوزن بالنسبة إلى العمر (WAZ) أقل من -2؛ • الدرجة المعيارية للوزن بالنسبة إلى الطول (WLZ) أقل من -2؛

• محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) أقل من 110 مم للرضع بين 6 أسابيع و6 أشهر من العمر.	
للرضع الذين يرضعون طبيعيًا، تشمل الأمثلة ما يلي: • رضاعة غير فعّالة (مثل مشاكل في التعلق، الوضعية، الانعكاس أو المص) أو تصوّر قلّة إدرار الحليب. للرضع غير المرضعين طبيعيًا، تشمل الأمثلة ما يلي: • استخدام غير مناسب أو غير آمن لمغذيات بديلة عن حليب الأم؛ • رفض الحليب؛ • أسباب أخرى.	مشاكل متعلّقة بالتغذية
على سبيل المثال: • إعاقة لدى الرضيع أو الأم؛ • اكتئاب سريري لدى الأم أو مقدّم الرعاية؛ • غياب الأم؛ • أم مرافقة؛ • ظروف اجتماعيّة سلبية أخرى.	مسائل اجتماعيّة أو مرتبطة بالأم تتطلّب تقييمًا معمّقًا أو دعمًا مكثفًا

بتصرّف عن منظمة الصحة العالميّة (WHO)، التوجيهات المُحدّثة بشأن تدبير سوء التغذية الحاد الشديد لدى الرّضع والأطفال، 2023.

يمكن النظر في تدبير الرضيع في مراكز الرعاية الصحيّة الاوليّة إذا كانت السلامة والموارد والدعم الكافي متوفّرة، على سبيل المثال: الرّضع الذين يعانون من مشاكل تغذية يمكن معالجتها خارجيًا، أو إسهال دون جفاف، أو التهابات تنفسيّة دون مؤشرات ضائقة تنفسيّة. أما في حال عدم توفّر ذلك، فيجب البدء بعملية الإحالة إلى الرعاية الاستشفائيّة.

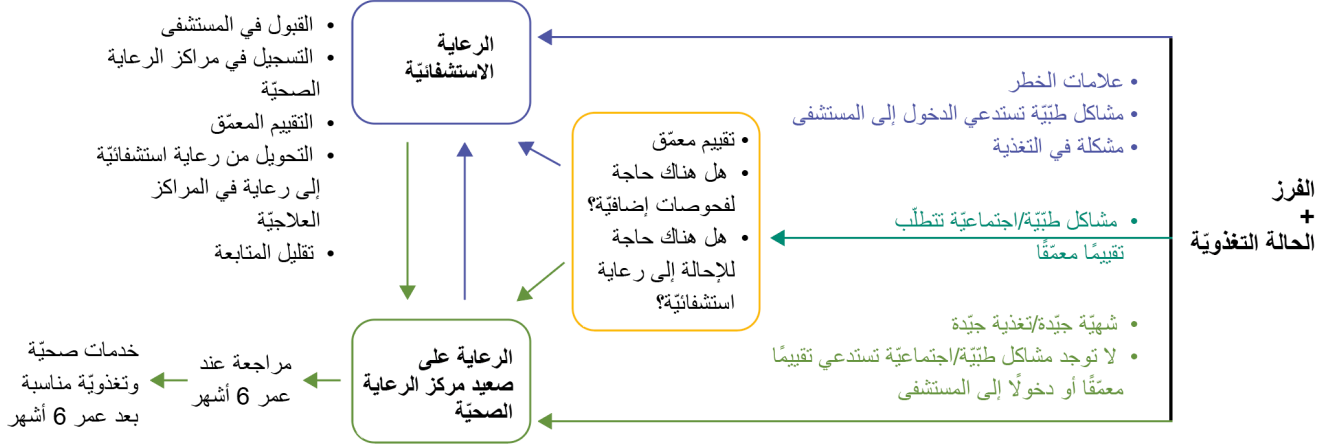
كما ويُسجّل الرّضع دون عمر 6 أشهر المعرضين لضعف النمو والتنمية في برنامج المتابعة على صعيد مركز الرعاية الصحيّة إذا توفّرت لديهم جميع المعايير التالية:

- عدم وجود علامات خطر أو عدم استيفاء معايير القبول في المستشفى؛
- عدم استيفاء معايير التقييم المُعمّق المذكورة في الجدول 4، أو إذا تم التقييم بالفعل وأظهرت النتائج عدم الحاجة إلى رعاية استشفائيّة.

ويوضّح الشكل 4 خطة اتخاذ القرار الخاصّة بالرضع دون عمر 6 أشهر.

الشكل 4: شجرة اتخاذ القرار لفرز الرضع دون عمر 6 أشهر

الرضع دون عمر 6 أشهر المعرضون لضعف النمو والتطور



5.4. إدارة حالة الرضع دون سن 6 أشهر في مراكز الرعاية الصحية الأولية

ترتبط حالة الهزال لدى الرضع غالبًا بعوامل خطر مثل انخفاض الوزن عند الولادة، الإسهال المستمر، التهابات متكررة أو مشاكل في التغذية.

ويجب أن يحصل كلٌّ من الأمهات/مقدمي الرعاية والرضع دون سن 6 أشهر المعرضين لضعف النمو والتنمية على رعاية ومتابعة منتظمة من قبل المهنيين الصحيين. كما تركز المعالجة في مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) على تقييم شامل للثنائي الأم/مقدم الرعاية - الرضيع، وتقديم المشورة لتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية أو البحث عن بدائل أكثر أمانًا من التغذية الصناعية، مثل الرضاعة الرطبة أو إعادة الإرضاع أو استخدام حليب الأم من بنوك الحليب. وإذا لم تكن هذه البدائل ممكنة أو مناسبة، ولا يمكن إرضاع الطفل رضاعة طبيعية، يجب دعم مقدم الرعاية لتقييم وتحسين استخدام بدائل حليب الأم. ينبغي أيضًا أن تُقدّم هذه المعالجة من جانب مقدمي رعاية صحية مدربين تدريبًا ملائمًا في تقييم وتقديم المشورة في مجال تغذية الرضع وصغار الأطفال (IYCF). وتجدر الإشارة إلى أنّ الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) والأطعمة المضغوطة مثل BP-5 والمنتجات التغذوية الأخرى المستخدمة لعلاج الهزال في مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) غير مناسبة للرضع دون سن 6 أشهر.

يجب أن يخضع الرضيع لفحص طبيّ وإن يتلقى أي أدوية أو لقاحات لازمة تمامًا كما هو الحال مع أي رضيع لا يعاني من سوء التغذية.

الخطوة 1:

ترسيخ ودعم الرضاعة الطبيعية الحصرية

ينبغي أن تركز جميع طرق التغذية للرضع دون سن 6 أشهر على ترسيخ الرضاعة الطبيعية الفعالة من الأم أو مقدم الرعاية. إذا كان الرضيع يُرضع رضاعة طبيعية، فيجب الاستمرار في الرضاعة وإعطائها الأولوية. وإذا لم يكن يُرضع رضاعة طبيعية، فينبغي دعم الأم/مقدم الرعاية لإعادة الإرضاع. كما يمكن استكشاف إمكانية اللجوء إلى الرضاعة الرطبة.

يجب تقديم الدعم الكامل للأم من أجل الرضاعة الطبيعية الحصرية، بما يشمل معالجة الصعوبات المرتبطة بالرضاعة التي تم تحديدها خلال التقييم. ويجب تقديم المشورة حول ما يلي:

- الممارسات المناسبة للرضاعة الطبيعية الحصرية؛
- أي مشاكل في الوضعية أو الارتباط أو المص؛
- الاستجابة النشطة لاحتياجات الرضيع؛
- غسل اليدين والتخلص الآمن من البراز؛
- المشاكل النفسية الاجتماعية حسب الحاجة؛
- تغذية الأم.

ويجب تقديم هذه المشورة في زيارات المتابعة المنتظمة وبشكل متكرر وثابت حتى يتم ترسيخ ممارسات الرضاعة الطبيعية المستقرة ومعالجة جميع التحديات.

اعتبارات للأطفال غير المُرضعين رضاعة طبيعية

يجب اتخاذ قرار بشأن حاجة الرضيع دون سن 6 أشهر إلى الحليب الصناعي وعدم قدرته على الرضاعة الطبيعية بعد إجراء تقييم شامل، ويفضل أن يكون ذلك من قبل اختصاصي في تغذية الرضع وصغار الأطفال (IYCF). ويتم تحويل الحالة إلى الخط الساخن لتغذية الرضع وصغار الأطفال حيث يتولى الاختصاصي إجراء التقييم اللازم. إذا لم يكن الطفل يُرضع رضاعة طبيعية، فيجب تقديم الدعم للأم/مقدم الرعاية لبدء الرضاعة الحصرية، على النحو التالي:

- تقديم المشورة حول الرضاعة الطبيعية الحصرية؛
- تشجيع إعادة الإرضاع والرضاعة الطبيعية الحصرية؛
- استكشاف إمكانية اللجوء إلى الرضاعة الرطبة.

أما إذا لم تكن هذه الخيارات ممكنة، فيجب القيام بما يلي:

- تقييم الشروط والممارسات المناسبة لتوفير الحليب الصناعي (العودة إلى الإطار 1)؛
- تقليل استخدام الزجاجات والحلمات، والتأكد من استخدام الكوب للتغذية، مع تقديم الإرشادات حول استخدام الماء الآمن وتقنيات التحضير؛
- تقديم المشورة بشأن تغذية الأم؛

- تقديم المشورة حول غسل اليدين والتخلّص الآمن من البراز؛
- تقديم المشورة بشأن المشاكل النفسية الاجتماعية حسب الحاجة.

الإطار 1: تقييم الشروط الأساسية لتوفير تغذية الرّضع بواسطة الحليب الصناعي

يجب على الأمّات أو مقدّمي الرعاية إعطاء الحليب الصناعي فقط عندما تكون ظروف محدّدة متوافرة وبعد تقييم من اختصاصي تغذية الرّضع وصغار الأطفال (IYCF)، وتشمل هذه الظروف:

- أن تكون الأم/مقدّمة الرعاية أو الأسرة قادرة على توفير كميّة كافية من الحليب الصناعي بشكل منتظم، وأن تكون قادرة على استخدامه حصريّاً خلال الأشهر الستة الأولى.
- ضمان توفّر المياه الآمنة وخدمات الصرف الصحيّ على مستوى المنزل والمجتمع لتحضير الحليب بطريقة نظيفة وآمنة.
- أن يكون لدى الأسرة دعم لمثل هذا النوع من التغذية.
- أن تكون مقدّمة الرعاية قادرة على الوصول إلى خدمات صحيّة شاملة لرعاية الأطفال.

اعتبارات لتوفير الحليب التكميلي

يجب أن تستند قرارات توفير الحليب التكميلي للرّضع دون سن 6 أشهر المعرضين لضعف النمو والتنمية على تقييم شامل للحالة الطبيّة والتغذويّة/الغذائيّة للرضيع، بالإضافة إلى الحالة الصحيّة الجسديّة والنفسية للأم أو مقدّمة الرعاية. ويوصى باستخدام الإرشادات الوطنية للصحة النفسية للأمّات لمزوّد الرعاية الصحيّة لتوجيه عمليّة التقييم.

الخطوة 2:

الدعم المُقدّم للأمّات/مقدّمي رعاية الأطفال دون 6 أشهر

يُعَدُّ التقييم الشامل والدعم للأمّات/مقدّمي الرعاية ضروريّين لتحسين صحّة الأم والرضيع. ويتضمّن ذلك مقارنة متعدّدة الجوانب تشمل ما يلي:

- تقييم الصحّة الجسديّة: إجراء فحوصات صحيّة دوريّة وتقييم الحالة التغذويّة لتحديد أي نقص.
- فحص الصحّة النفسية: الكشف المبكر عن اكتئاب ما بعد الولادة، والقلق، وغيرها من التحدّيات النفسية التي قد تؤثر على قدرة تقديم الرعاية.

- الأمن الغذائي: التحقق من انعدام الأمن الغذائي وفق الأسرة لإجراء الإحالات المناسبة.
- كما يجب إنشاء روابط إحالة فعالة لتقديم الدعم والرعاية الطبيّة والنفسية المناسبة للأمهات/مقدمي الرعاية. وينبغي النظر في إشراك برامج الحماية الاجتماعية.

الخطوة 3:

الرصد ومعايير الخروج من الرعاية للأطفال دون 6 أشهر في مراكز الرعاية الصحيّة

يُوصى بمتابعة أسبوعية منتظمة للرضع دون 6 أشهر ومقدمي الرعاية لهم. ويجب أن تشمل كلّ زيارة إلى مراكز الرعاية الصحيّة الأولية (PHCC) ما يلي:

- التحقق من وجود وزمة انطباعيّة ثنائيّة في القدمين.
 - قياس الوزن.
 - تقييم زيادة الوزن (يُستحسن زيادته بمعدّل 5 غرام/كغ يوميًا أو 35 غرام/كغ أسبوعيًا، مع التركيز على الاتجاه الإيجابي).
 - تقييم تقدّم الرضاعة:
 - إذا كان الطفل يُرضع طبيعيًا: تقييم وضعيّة الالتصاق وفعاليّة المصّ أثناء الرضاعة.
 - إذا كان يتناول حليبًا صناعيًا: تقييم ملائمة النوع وممارسات التحضير، خاصّة من حيث النظافة ودقّة التخفيف والكميّة المقدّمة.
 - تعزيز الرسائل الرئيسيّة حول تغذية الرّضع وصغار الأطفال (IYCF)، وتغذية الأم، والممارسات الصحيّة.
 - تقييم تقدّم أي مشاكل نفسيّة لدى الأم/مقدّمة الرعاية.
 - كلّ أربعة أسابيع: قياس الطول وحساب الدرجة المعياريّة للوزن بالنسبة إلى الطول (WLZ) (لا يُستخدم محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) كمؤشر للرصد لدى الرضع دون 6 أشهر).
- يمكن تقليل عدد زيارات الرّضع دون 6 أشهر إلى مركز الرعاية الصحيّة عندما:
- يكون الطفل يُرضع طبيعيًا بشكل فعّال أو يتغذى جيّدًا بواسطة بدائل الحليب، و
 - يكون قد حقّق زيادة مستدامة في الوزن لمدّتين أسبوعيتين متتاليتين على الأقلّ.
- ومع ذلك، يجب الاستمرار في متابعته للحصول على التحصينات الروتينية ودعم الإرشاد بشأن الرضاعة الطبيعيّة للأمهات.

في حال كان الرضيع:

- لم يكتسب وزنًا في الأسبوع السابق؛
- فقد وزنًا خلال الأسبوع السابق؛ أو
- ظهرت عليه أي حالة طبيّة تستدعي الرعاية في المستشفى أو علامات خطر بحسب التدبير المتكامل لأمراض الطفولة (IMCI).

فيجب نقله إلى المستشفى والقيام بالإجراءات التالية:

- إعطاء الجرعة الأولى من المضاد الحيوي الفموي.
- تقديم حليب الأم إذا كان الطفل واعياً، أو محلول سكري بنسبة 10% إذا لم يكن يرضع: (50 مل من الماء مع ملعقة صغيرة من السكر).
- تقديم النصائح لمقدمة الرعاية بالحفاظ على دفء الطفل عبر ملامسة الجلد للجلد وتغطيته.
- ترتيب النقل بسيارة إسعاف. يُمنع إرسال الطفل بوسائل النقل العام.
- تعبئة نموذج الإحالة المناسب مع توضيح أسباب التحويل والرعاية الطبية المقدمة.
- الاتصال مسبقاً بطاقم الطوارئ الطبي إن أمكن لإبلاغهم بالنقل.
- التأكد من تسجيل بيانات التواصل الخاصة بمقدمة الرعاية للمتابعة لاحقاً.
- تسجيل النقل في السجل الطبي وسجل العلاج.

التقييم عند بلوغ عمر 6 أشهر

عند بلوغ الرضيع عمر 6 أشهر، يجب إجراء تقييم لتحديد ما إذا كان يحتاج إلى متابعة مستمرة أو إحالة إلى خدمات مخصصة للرضع والأطفال بعمر 6 أشهر أو أكثر، أو ما إذا كان من الآمن إخراجه من البرنامج.

يُجرى تقييم قياسات الوزن بالنسبة إلى الطول (WFH) ومحيط منتصف أعلى الذراع (MUAC)، مع تطبيق معايير الكشف الخاصة بالأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهراً. إذا استوفى الرضيع معايير الهزال المعتدل أو الشديد، فيجب تسجيله في البرنامج المناسب.

أما إذا كانت هناك مخاوف طبية أو غذائية في هذه المرحلة، فيجب إحالة الرضيع إلى الطبيب لإجراء فحص طبي شامل. وإذا لم يكن هناك تحسن، ينبغي على الطبيب أن يأخذ في الاعتبار الإجراءات التالية:

- أخذ تاريخ طبي حديث ومفصل (بما في ذلك التحقق من دقة السجلات السابقة).
- إجراء فحص طبي وتغذوي شامل، ومراجعة العلاجات الطبية والتغذية السابقة (باستخدام معدات معايرة بشكل مناسب).
- إجراء صورة شعاعية للصدر والتحليل المخبرية عند الحاجة.
- مراجعة الأدوية الموصوفة وغير الموصوفة، والأطعمة أو المضافات الغذائية (مثل الملح).
- مراجعة بيئة الرعاية (بما في ذلك المياه الآمنة وتقنيات التحضير والتخزين).
- التأكد من الاستخدام السليم لأدوات القياس ومعايرتها عند الحاجة.
- إحالة الحالة إلى اختصاصي طب الأطفال في حال وجود حالات محددة أو معقدة.

وإذا استوفى الرضيع معايير الخروج من البرنامج:

- يُهنأ مقدم الرعاية على الإنجاز.
- يُسجل الخروج في السجل وسجل العلاج.

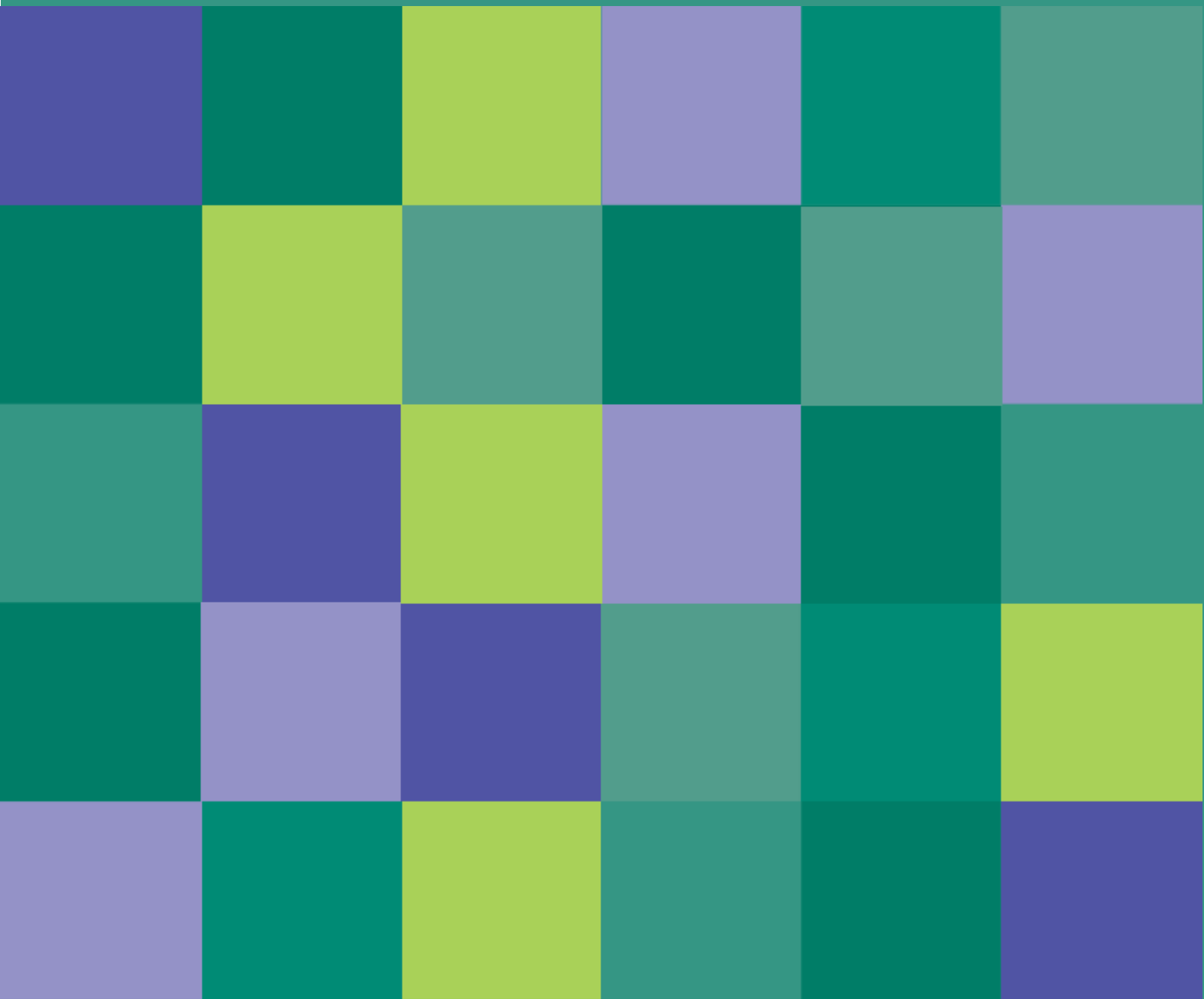
المتابعة والرعاية بعد الخروج

بعد الخروج كحالة متعافية، يجب متابعة الرضيع والأم/مقدمة الرعاية بشكل متقطع لضمان عدم الانتكاس مستقبلاً. ويُراعى ما يلي:

- تسجيل الرضيع في برنامج رصد النمو وتعزيزه لضمان تلقي الرعاية والمتابعة المناسبين.
- تقديم الإرشاد للأم أو مقدمة الرعاية حول إدخال الأغذية التكميلية المناسبة للعمر عند بلوغ الطفل 6 أشهر، مع الاستمرار بالرضاعة الطبيعية متى أمكن، وفق الإرشادات الوطنية.
- التأكد من تلقي الرضيع جميع اللقاحات اللازمة، وأن جدول التطعيم مكتمل عند الخروج من البرنامج، وعلى مقدم الرعاية الالتزام بجدول التطعيم الخاص بالطفولة.
- إحالة الأم أو مقدمة الرعاية والرضيع إلى خدمات الدعم الصحي والاجتماعي لمتابعة الرعاية عند الحاجة.

الفصل السادس:

إدارة الهزال لدى النساء الحوامل والمرضعات



إدارة الهزال لدى النساء الحوامل والمرضعات

يجب إجراء الكشف وإدارة الهزال لدى النساء الحوامل والمرضعات اللواتي لديهن رضيع يقل عمره عن 6 أشهر. يُعد الهزال مقلقاً بشكل خاص خلال فترتي الحمل والرضاعة لأنه قد يؤثر على صحة الأم ونمو الرضيع. يشمل الكشف والإدارة السليمة تقييم الحالة التغذوية، وتقديم تدخلات غذائية ومكملة مناسبة، وضمان الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية التي تدعم الصحة العامة للنساء الحوامل والمرضعات (PBW).

جدول 6: معايير الإدخال في العلاج للنساء الحوامل والمرضعات

المعيار	الفئة
محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) أقل من 23.0 سم	الحامل
	- عند الحضور إلى مركز صحي؛ أو - تشخيص القابلة أو الطبيب للحمل.
	الأم المرضعة
	- مع رضيع يقل عمره عن 6 أشهر

6.1. تقييم النساء الحوامل والمرضعات

عند إحالة امرأة حامل أو مرضعة (PBW) من المجتمع أو مركز كشف إلى مركز علاج، يجب إعادة قياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) (انظر الملحق 3). وينبغي أن تخضع المرأة الحامل لفحوصات روتينية سابقة للولادة وفقاً لجدول الحزمة الصحية أو ممارسات الرعاية في مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC).

كما ينبغي إجراء تقييم شامل يشمل ما يلي:

- فحص طبي كامل من قبل الطبيب لتحديد أي سبب كامن للهزال.
- تقييم لوجود الودمة (والتي قد تكون أيضاً علامة على تسمم الحمل).
- تأكيد الحمل من قبل الطبيب أو القابلة، بما في ذلك تحديد فصل الحمل.
- تقييم حالة الرضاعة الطبيعية والممارسات المرتبطة بها.

- تقييم نفسي-اجتماعي للكشف عن مشاكل مثل الاكتئاب (بما في ذلك اكتئاب ما بعد الولادة)، أو ضعف الارتباط العاطفي مع الرضيع.
- تقييم الحالة التغذوية للرضيع إذا كانت المرأة تقوم بالرضاعة أو لديها رضيع يقلّ عمره عن 6 أشهر (ويمكن الطلب من مقدّم الرعاية إحضار الرضيع للفحص في الزيارة التالية).

6.2. إدارة الهزال لدى النساء الحوامل والمرضعات على مستوى مراكز الرعاية الصحية

يكمّن الهدف من علاج الهزال لدى النساء الحوامل والمرضعات (PBW) في تحسين الحالة التغذوية للأم. ويعود هذا بالفائدة ليس فقط على مقدّمة الرعاية، بل على الجنين أو الرضيع أيضاً. يجب أن تتلقى النساء اللواتي تمّ تشخيصهنّ بالهزال (محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) أقل من 23 سم) العلاج، مع التركيز على مكملات الطاقة والبروتين المتوازنة (مثل الأغذية الجاهزة للاستخدام للتكميل الغذائي)، بالإضافة إلى الإرشاد الغذائي المناسب.

استخدام الأغذية الجاهزة للتكميل الغذائي

- إضافة 500 كيلو كالوري (Kcal) إلى النظام الغذائي اليومي من خلال تقديم ظرف واحد من الأغذية الجاهزة للاستخدام للتكميل الغذائي (بوزن 92 غراماً) أو لوحين من BP-5 يومياً.
- تقديم إرشادات حول خيارات وكميّات الأغذية المغذية المناسبة.

استخدام المكملات الغذائية الدقيقة

- أثناء تلقي المرأة الحامل أو المرضعة (PBW) للأغذية الجاهزة للاستخدام للتكميل الغذائي، لا ينبغي إعطاؤها أي مكملات غذائية دقيقة إضافية، حيث توفّر هذه الأغذية جميع العناصر الدقيقة بكميّات مناسبة.
- يمكن إعطاء فيتامين أ بعد مرور أربعة أسابيع على الولادة، لكن لا يُعطى أثناء تلقي الأغذية الجاهزة للاستخدام للتكميل الغذائي. ولا يُوصى بإعطاء فيتامين أ للنساء الحوامل بشكل روتيني.

استخدام الأدوية الروتينية

يُعطى الميبندازول بشكل روتيني للنساء الحوامل خلال الفصل الثاني من الحمل بجرعة 500 ملغ عن طريق الفم يومياً.

ويجب أن تعود المرأة الحامل أو المرضعة (PBW) التي تعاني من الهزال للمتابعة كل أسبوعين، حيث يتم خلالها إعادة تقييم محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) ومراجعة أي تطوّرات في القضايا الأخرى التي تمّ تحديدها أثناء التقييم الأولي (مشاكل الرضاعة الطبيعية، المشاكل النفسية-الاجتماعية، إلخ). كما يمكن تعزيز الرسائل الرئيسية حول ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال (IYCF)، واستخدام الأغذية الجاهزة للتكميل الغذائي، والممارسات الصحية، وتغذية الأم.

عدم الاستجابة للعلاج

ينبغي تطبيق بروتوكولات الاستجابة بسرعة في حال عدم اكتساب الوزن، أو انخفاض قياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) أو ظهور علامات سريرية للتدهور. وتشمل هذه البروتوكولات ما يلي:

- تقييم ظهور مضاعفات طبيّة جديدة؛
- التحقق من وجود نقص غذائي غير مصحّح.

في حال الاشتباه بوجود نقص غذائي، على العامل الصحي القيام بالتالي:

- التأكد من أن المنتج الغذائي يُستخدم بشكل صحيح في المنزل، وتعزيز الرسائل حول استخدام الأغذية الجاهزة للاستخدام للتكميل الغذائي.
- التحقق من نوعية الطعام العائلي المُستهلك إلى جانب الأغذية الجاهزة للاستخدام للتكميل الغذائي.
- التأكد من حصول النساء الحوامل أو المرضعات (PBW) اللواتي يعانين من إعاقات على الدعم المناسب وتمكينهنّ من استهلاك الحصة الكاملة من الأغذية الجاهزة للاستخدام للتكميل الغذائي.
- التأكد من حصول النساء الحوامل على مكملات الحديد وحمض الفوليك وتناولها بانتظام.

التحقق من المشاكل في البيئة المنزلية

قد تساهم مجموعة من العوامل الاجتماعية في فشل الاستجابة للعلاج. وعليه، ينبغي اتخاذ الإجراءات التالية:

- التأكد من أن الأغذية الجاهزة للاستخدام للتكميل الغذائي لا يتم تقاسمها مع أطفال أو بالغين آخرين.
- التأكد من تخزين الأغذية الجاهزة للاستخدام للتكميل الغذائي بطريقة صحيحة عند عدم استخدامها (مغطاة وفي مكان بارد).
- التأكد من عدم طهي الأغذية الجاهزة للاستخدام للتكميل الغذائي بأي شكل أو خلطها مباشرة مع الطعام العائلي أو الماء.
- التأكد من خضوع النساء الحوامل والمرضعات (PBW) لتقييم نفسي-اجتماعي للتحقق من حالتهم النفسية وتوفير الدعم اللازم لأي مشاكل؛ مع الإحالة إلى خدمات إضافية عند الحاجة.

ينبغي إجراء مقابلة مع النساء الحوامل والمرضعات (PBW) بطريقة حساسة لتقييم وجود مشاكل أخرى (مثل العنف القائم على النوع الاجتماعي أو التحديات ضمن الأسرة أو البيئة المنزلية أو العمل)، مع الإحالة إلى مهنيي الرعاية الصحية أو الخدمات الأخرى عند الحاجة.

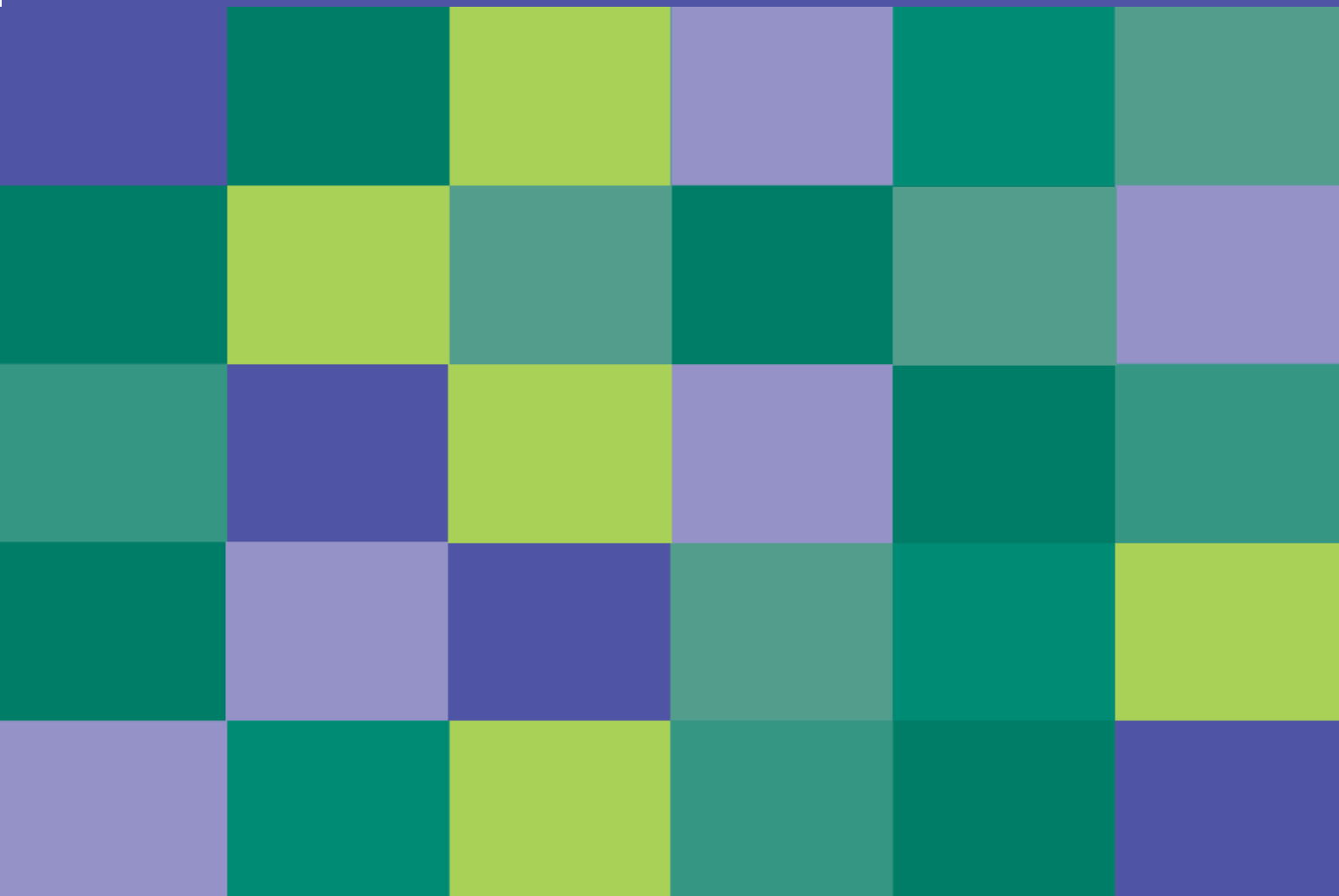
وإذا تمّ استكشاف الجوانب المذكورة أعلاه دون أن يؤدي ذلك إلى تحسّن الاستجابة للعلاج، فقد تَرِد حاجة إلى تقييم طبيّ أعمق لتحديد الأسباب الكامنة الأخرى. وبالتالي، يجب إحالة الحالة إلى مستشفى لإجراء تقييم سريري شامل.

6.3. الخروج من العلاج

- تشمل معايير الخروج من العلاج للنساء الحوامل والمرضعات (PBW) وصول قياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) إلى أكثر من 23 سم أو بلوغ الرضيع عمر 6 أشهر.
- بعد الخروج من العلاج، يجب متابعة المرأة الحامل والمرضعة (PBW) والرضيع بشكل متقطع لضمان ما يلي:
 - التزام المرأة بجدول الفحوصات الروتينية السابقة للولادة وما بعد الولادة.
 - حصولها على الإرشاد الغذائي حول الممارسات الغذائية الصحية خلال الحمل والرضاعة.
 - تسجيل الرضيع في برنامج رصد النمو وتعزيزه بشكل منتظم.
 - الإحالة للاستمرار في الإرشاد حول ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال (IYCF)، بما في ذلك استمرار الرضاعة الطبيعية وإدخال الأغذية التكميلية المناسبة للعمر حتى عمر سنتين.
 - إحالة النساء الحوامل والمرضعات (PBW) إلى خدمات الرعاية الصحية أو الدعم النفسي-الاجتماعي أو دعم الإعاقة، حسب الحاجة.

الفصل السابع:

الإدارة المُعتمدة في مراكز الرعاية الصحيّة
الأوليّة المعالجة لحالات الهزال و/أو
الوزمة التغذويّة لدى الرُّضع والأطفال
الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا



الإدارة المُعتمدة في مراكز الرعاية الصحيّة الأولى المعالجة لحالات الهزال و/أو الوذمة التغذويّة لدى الرُّضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا

يجب إخضاع الرُّضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا للكشف فور دخولهم إلى مركز صحي أو عند تواصلهم مع أحد العاملين الصحيّين المجتمعيّين. ويمكن أيضًا إجراء الكشف في المجتمع. يتم إجراء الفرز والتشخيص، بما في ذلك التقييم الكامل للعلاج، فقط في مراكز الرعاية الصحيّة الأولى (PHCCs) المُحدّدة كمراكز علاج، لضمان تلقّي الأطفال المصابين بهزال معتدل أو شديد و/أو وذمة تغذويّة للتدخلات السريعة والمناسبة.

7.1. تقييم الرُّضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا

يجب أن يُجري مزوّد الرعاية الصحيّة المُخصّص في مركز الرعاية الصحيّة الأولى (PHCC) تقييمًا شاملًا للرُّضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا. ويتضمّن هذا التقييم الخطوات التالية:

الخطوة 1:

القياسات الأنثروبومترية

يجب على مزوّد الرعاية الصحيّة إعادة إجراء القياسات الأنثروبومترية، وتشمل محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC)، والوزن بالنسبة إلى الطول (WFH/L)، بالإضافة إلى التحقق من وجود الوذمة، إذا كانت هذه القياسات قد أُجريت مسبقًا في مركز رعاية صحيّة أولى (PHCC) أو في المجتمع. يجب تصنيف حالة الهزال وتوثيق النتائج في سجل علاج المريض. كما ويُرَجى الرجوع إلى الفصل الرابع للحصول على تفاصيل الكشف وتصنيف حالات الهزال، فإذا تم تأكيد وجود الهزال، يتم الانتقال إلى الخطوة 2؛ أمّا إذا لم يتم تأكيده، فينبغي تقييم الحاجة إلى تدخلات طبيّة أو نفسية اجتماعية أخرى.

الخطوة 2:

التاريخ الطبي للطفل

يُساعد أخذ التاريخ الطبي للطفل في تحديد الأسباب المباشرة و/أو الكامنة وراء الهزال. وتُعدّ هذه الخطوة ضروريّة، لأنها تُوجّه التدبير العلاجي والإرشاد لاحقًا لتعزيز الشفاء والوقاية من الانتكاس. يجب على العامل الصحي أن يطرح الأسئلة التالية:

- لماذا أحضر مقدّم الرعاية الطفل إلى مركز الرعاية الصحيّة الأوليّة (PHCC)؟
- ما هو النظام الغذائي المعتاد للطفل قبل حدوث المرض؟
- ما التغيّرات الحديثة التي طرأت على النظام الغذائي أو ممارسات تغذية الطفل؟
- منذ متى والطفل يعاني من النحول أو من تورّم في القدمين؟
- هل حدث تقيؤ مؤخرًا؟ وما مدى تكراره؟
- ما هي وتيرة التبول ولون البول؟
- هل يُعاني الطفل من الإسهال؟ (عدد المرات، اللون والقوام)
- هل توجد مشاكل أخرى مثل المشاكل الاجتماعيّة أو ظروف معيشية صعبة أو الاكتئاب؟
- كيف يتعامل مقدّم الرعاية مع رعاية الطفل إذا كان يُعاني من إعاقة جسديّة أو ذهنيّة؟

الخطوة 3:

الفحص السريري للطفل

يعتمد الفرز المناسب للحالات على تقييم سريري شامل لتحديد حالة الطفل. ويتبع التقييم النماذج المعتادة للفحص السريري للحالات الحادّة لدى الأطفال، ويجب أن يشمل ما يلي:

- الحالة العصبيّة
- معدّل التنفّس وأصوات التنفّس
- معدّل النبض/معدّل ضربات القلب
- درجة الحرارة (عن طريق الفم أو الشرج)
- فحص اليدين والقدمين للتحقّق من علامات كفاية الدورة الدمويّة أو وجود احتمال للإنتان
- فحص الملتحمتين وراحتي اليدين للكشف عن علامات فقر الدم
- العيّنات للكشف عن مظهر "الغور" أو الغوّر
- فحص شدة الجفاف إن وُجد (اختبار قرصة الجلد غير موثوق لدى الأطفال المصابين بالهزال)

- فحص العينان والأذنان والأنف والحنجرة للكشف عن علامات العدوى
- فحص الفم للبحث عن التقرحات، السلاق (القلاع الفموي) أو التشنجات الخلقية
- فحص الغدد اللمفاوية
- فحص الإعاقات الجسدية أو الذهنية (بما في ذلك آليات التأقلم الحالية)
- فحص التغيرات الجلدية

كما يجب أيضاً التحقق من وجود أي أمراض تستدعي النقل الفوري إلى المستشفى. في حال وجود مضاعفات طبية تتطلب الاستشفاء، فلا حاجة لإجراء اختبار الشهية (الخطوة 4) ولا يجب تأخير النقل بسببه.

علامات الخطر حسب التدبير المتكامل لأمراض الطفولة (IMCI) والتي تستدعي النقل إلى المستشفى تشمل ما يلي:

- معدل التنفس < 50 نفساً في الدقيقة (للأطفال من 6 إلى 12 شهراً)، أو < 40 نفساً في الدقيقة (للأطفال من 1 إلى 5 سنوات)
- صعوبة في التنفس
- حمى تزيد عن 39.0 درجة مئوية (درجة حرارة شرجية)
- انخفاض حرارة الجسم > 35.5 درجة مئوية (درجة حرارة شرجية)
- فقر دم حاد (شحوب واضح في راحتي اليدين، البلعوم الفموي، أطراف الأصابع، الملتحمة)
- فقدان الوعي، انخفاض مستوى الوعي، التشنجات، الاختلاجات
- القيء المستمر (عدم القدرة على الاحتفاظ بأي طعام أو سائل في المعدة)
- وجود عدوى شديدة تستدعي استخدام المضادات الحيوية الوريدية أو العضلية
- جفاف شديد

في حال الأطفال المصابين بهزال معتدل، يجب تخطي الخطوة التالية (اختبار الشهية).

الخطوة 4:

إجراء اختبار الشهية للأطفال المصابين بالهزال الشديد

يجب على مزود الرعاية الصحية إجراء اختبار الشهية (العودة إلى الملحق 4). يُعتبر اختبار الشهية مؤشراً سريرياً يجب تقييمه من خلال المراقبة المباشرة، وليس بناءً على تقارير مقدم الرعاية. إذا لم يكن الطفل

قادرًا على تناول الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) اللازمة للتعافي التغذوي، فلا يمكن علاجه في مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC)، ويجب إحالته إلى المستشفى.

إذا تناول الطفل الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) بسهولة، شجع مقدم الرعاية على إعطاء الطفل ما لا يقلّ عن لقتين إلى ثلاث لقمات (ما يُعادل تقريبًا ثلاث ملاعق صغيرة). ويُعطى الطفل رشقات من الماء النظيف بين كل لقمة وأخرى. في حال تناول الطفل ثلاث ملاعق صغيرة من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) تحت المراقبة، يُعتبر الطفل قد "نجح" في اختبار الشهية.

أما إذا لم يتناول الطفل الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) بسهولة أو رفضها تمامًا، فيجب على مقدم الرعاية الجلوس في زاوية هادئة وتشجيع الطفل بلطف على تناولها لمدة تصل إلى ساعة. في حال فشل الطفل في تناول ثلاث ملاعق صغيرة على الأقل من الأغذية المذكورة، يُعتبر الطفل قد "فشل" في اختبار الشهية.

الخطوة 5:

فرز الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهرًا

يجب فرز الطفل لتلقّي العلاج المناسب بناءً على شدة الهزال.

1. يُمكن إدراج الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهرًا والمصابون بهزال معتدل في برنامج العلاج على صعيد مركز الرعاية الصحية.

2. يجب إحالة و ادخال الرضّع والأطفال في الفئة العمرية نفسها الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهرًا والذين يعانون من هزال شديد و/أو وذمة تغذوية ولديهم أحد الخصائص التالية الى المستشفى:

i. وجود علامة أو أكثر من علامات الخطر حسب التدبير المتكامل لأمراض الطفولة (IMCI)

ii. مشاكل طبيّة حادّة

iii. وذمة تغذوية شديدة +3 (+++)

iv. فقدان الشهية (فشل في اختبار الشهية)

في حال الإحالة إلى المستشفى، يجب اتباع الخطوات التالية فورًا:

- إعطاء الجرعة الأولى من المضادات الحيوية الفموية (أموكسيسيلين/أمبيسيلين، 50 ملغ لكل كغ من وزن الجسم).

- إعطاء 50 مل من محلول سكري بتركيز 10% عن طريق الفم إذا كان الطفل واعياً (ملعقة صغيرة من السكر في 50 مل من الماء).

- يُنصح مقدّم الرعاية بالحفاظ على دفء الطفل عن طريق التلامس الجلدي المباشر وتغطيته جيداً.
- يجب ترتيب نقل الطفل بسيارة إسعاف، مركزة بورقة إحالة توضّح أسباب الإحالة والرعاية الطبيّة المقدّمة. وإذا أمكن، يتم إعلام طاقم الطوارئ في المستشفى بوصول الحالة.

3. يجب أن يخضع الرُّضّع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهراً والذين يُعانون من هزال شديد و/أو وذمة تغذويّة، ولكن لا تنطبق عليهم المعايير أعلاه، ويملكون أحد الخصائص التالية، لتقييم معمّق لتحديد الحاجة المحتملة للإحالة إلى المستشفى:

i. مشاكل صحيّة لا تتطلّب علاجاً فورياً في المستشفى، ولكنها تتطلّب فحصاً وتحقيقاً إضافياً (مثل: الإسهال الدموي؛ نقص السكر في الدم؛ المضاعفات المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV).

ii. مشاكل صحيّة تتطلّب متابعة متوسطة أو طويلة الأمد، وترتبط بشكل كبير بالحالة التغذويّة (مثل: أمراض القلب الخلقية، الشلل الدماغي أو إعاقات أخرى، فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، السل).

iii. عدم زيادة الوزن أو عدم التحسّن السريري أثناء المتابعة في العلاج في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

iv. تكرار حالات سابقة من الهزال الشديد و/أو الوذمة التغذويّة.

4. يجب إدراج الرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهراً والذين يُعانون من هزال شديد و/أو وذمة تغذويّة، ويملكون جميع الخصائص التالية، في برنامج العلاج في مراكز الرعاية الصحية الأولية:

i. شهية جيّدة (نجاح في اختبار الشهية).

ii. عدم وجود علامات خطر أو مشاكل طبيّة حادة.

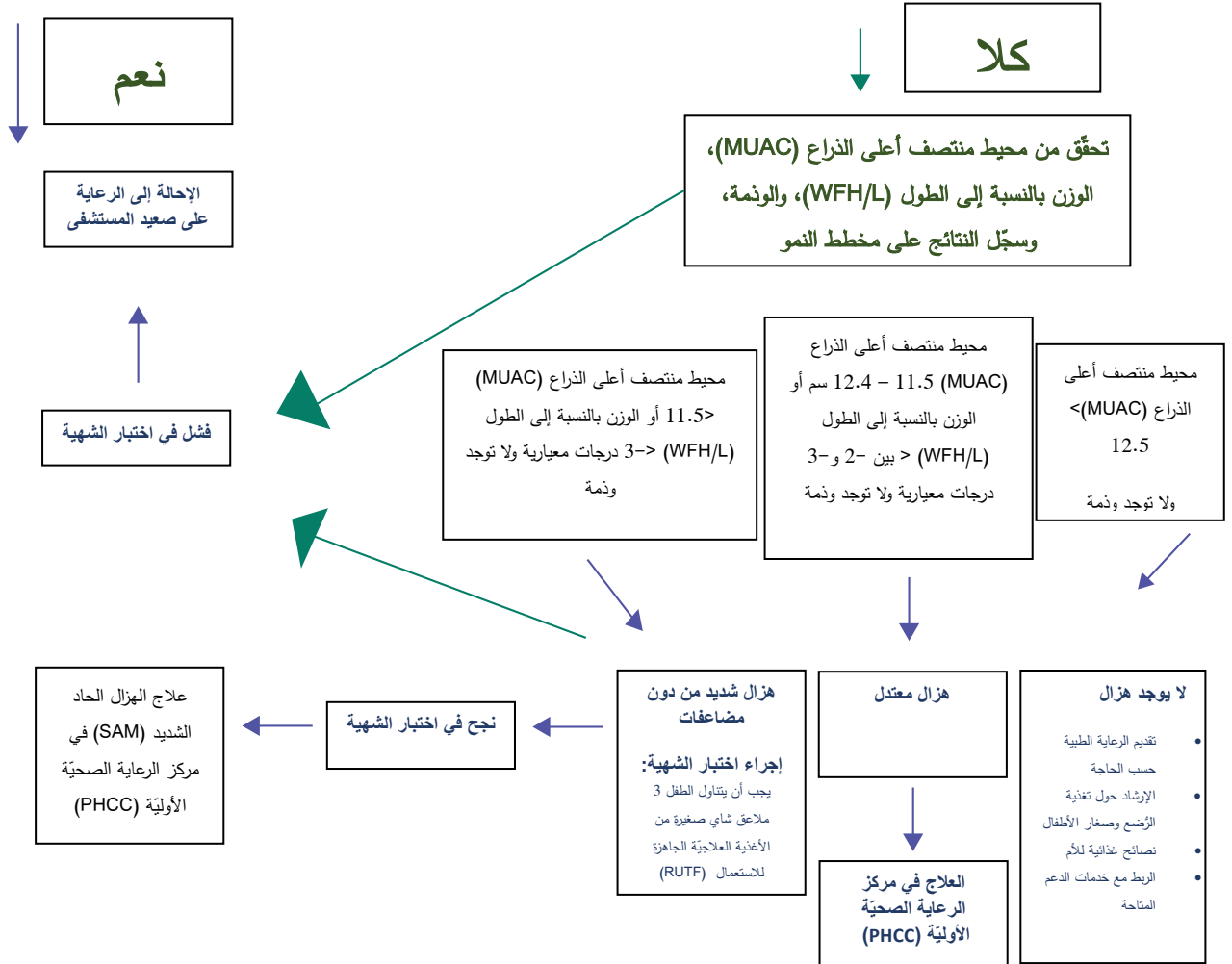
iii. عدم الحاجة إلى تقييم معمّق، أو تم إجراء التقييم ولم تستدع الحالة الإدخال إلى المستشفى (مثل: الإسهال من دون جفاف، التهابات الجهاز التنفسي من دون علامات ضيق تنفسي، الملاريا).

يوضح الشكل 5 خطة تساعد في تحديد العلاج المناسب بناءً على النتائج المُستخلصة من الخطوات 1 إلى 4 أعلاه.

الشكل 5: شجرة اتخاذ القرار لفرز الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهرًا

الأطفال من عمر 6 إلى 59 شهرًا
التحقق من وجود مضاعفات طبيّة

هل يعاني الطفل من أيٍّ من التالي: ضعف ملحوظ، خمول، فقدان الوعي، اختلاجات، صعوبة أو سرعة في التنفّس، وذمة انطباعية
ثنائية النتوء +++



7.2. إدارة حالات الهزال المعتدل لدى الرُّضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا

في السياقات عالية الخطورة (حيث توجد أزمة إنسانية حديثة أو مستمرة - التصنيف المتكامل لمراحل الأمن الغذائي 3 أو أعلى)، يجب توفير أغذية علاجية جاهزة للاستعمال (RUTF) لجميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهرًا والذين يعانون من الهزال المعتدل، إلى جانب الإرشاد الغذائي والأطعمة المنزلية لهم ولأسرهم. كما يتعين على العاملين الصحيين في مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) المعالجة التأكد من استيفاء معايير الهزال المعتدل من خلال قياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC)، و/أو الوزن بالنسبة إلى الطول.

يصف الإطار 2 بروتوكول الهزال المعتدل عالي الخطورة، الذي قد تقوم وزارة الصحة العامة (MOPH) بتنفيذه في حالات محدّدة.

الإطار 2: تفعيل واستخدام معايير الهزال المعتدل عالي الخطورة في لبنان

إذا تحسّن الأمن الغذائي على المستوى الوطني، ستقوم وزارة الصحة العامة (MOPH) بتنفيذ برنامج مستهدف يتم بموجبه تقييم الأطفال المصابين بالهزال المعتدل لتحديد مدى تعرّضهم لخطر مرتفع. وفي هذه الحالات، سيكون الأطفال المصابون بالهزال المعتدل عالي الخطورة فقط مؤهلين لتلقّي الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)، بينما سيتم دعم الأطفال الآخرين المصابين بالهزال المعتدل من خلال الإرشاد الغذائي حول الأنظمة الغذائية الغنية بالمغذيات.

في ظلّ هذه الظروف، سيتم تصنيف الرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهرًا على أنهم يعانون من الهزال المعتدل عالي الخطورة إذا تم تحديد أي من العوامل التالية خلال التقييم الأولي أو إذا ظهرت أثناء العلاج:

- إذا كان محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) يتراوح بين 11.5-11.9 سم؛
- إذا لم تتم الاستجابة للعلاج بعد تلقي تدخّلات أخرى (مثل الإرشاد الغذائي فقط)؛
- إذا كانوا قد أُصيبوا بالهزال الشديد من قبل؛
- إذا تم تحديد أمراض مصاحبة تتطلب متابعة طبية متوسطة أو طويلة الأمد ولها تأثير كبير على الحالة التغذوية، مثل فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، السل، أو إعاقة جسيمة أو ذهنية؛

- إذا تم تحديد عوامل اجتماعية تؤثر بشدة على الظروف الشخصية، مثل وفاة الأم أو تدهور صحة الأم ورفاهيتها.

يجب توفير الإرشاد والدعم لمقدمي الرعاية للأطفال المصابين بالهزال المعتدل الذين لا يُصنّفون على أنهم حالات عالية الخطورة، لضمان تلقيهم الرعاية والتغذية المناسبة في المنزل. كما يجب أن يتلقوا دعمًا مستمرًا من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) و/أو العاملين الصحيين المجتمعيين (CHW) مع مراقبة حالتهم بدقة.

بالإضافة إلى ذلك، يجب توفير مكملات المغذيات الدقيقة، التي تشمل فيتامين أ، والحديد، والزنك (أو مسحوق الفيتامينات والمعادن (MNP))، للأطفال الذين لا يتلقون الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF).

ينبغي أن تشمل إدارة حالات الهزال المعتدل لدى جميع الأطفال إرشادًا غذائيًا حول اتباع نظام غذائي غني بالمغذيات لضمان تلبية احتياجاتهم الإضافية بشكل كامل لاستعادة الوزن والطول، وتعزيز البقاء على قيد الحياة والصحة والنمو. وتُعرف الأطعمة الغنية بالمغذيات على أنها الأطعمة التي تحتوي على نسبة عالية من الفيتامينات والمعادن والأحماض الأمينية الأساسية والدهون الصحية مقارنة بمحتواها من السعرات الحرارية. كما تتضمن الأمثلة على هذه الأطعمة: الأطعمة من المصادر الحيوانية، البقوليات، المكسرات، والعديد من أنواع الفاكهة والخضار. وعليه، يجب التركيز على الأنظمة الغذائية المتوفرة محليًا والمناسبة للأطفال، بحيث تكون ميسورة التكلفة ومتاحة ضمن الأطعمة التي يستهلكها الطفل عادةً.

توفير الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال

تُعرف الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) بكونها معجون مغذٍ غني بالطاقة مصنوع أساسًا من الفول السوداني، حيث يحتوي كل كيس (92 غرامًا) على 500 كيلو كالوري، ضمنها المغذيات الكبرى والصغرى التي تكمل النظام الغذائي للطفل. (تتوفر تركيبة الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) في الملحق 5). وعند استخدام الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) كمكمل غذائي، يُفترض أن توفر 40-60% من إجمالي الاحتياجات اليومية من الطاقة اللازمة لاستعادة المقاييس الانثروبومترية، والتي تُقدّر بحوالي 100-130 كيلو كالوري لكل كغ من وزن الجسم يوميًا. كما يتم إعطاء هذه الأغذية العلاجية كحصّة غذائية منزلية تُكمل نظام الطفل الغذائي في المنزل.

في حال عدم توفر الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) أو إذا لم يحب الطفل مذاقها، يمكن استخدام بديل غذائي تكميلي مثل BP-100. وإذا أبلغ مقدّم الرعاية عن مشاكل في إطعام الطفل بالأغذية التكميلية أثناء المتابعة، يتعيّن على العامل في مجال الرعاية الصحية تقييم كيفية استخدام المنتج، وما إذا كان يتم تقديم أطعمة منزلية أخرى بطريقة مناسبة.

يوضّح الجدول 7 كمية الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) التي يجب إعطاؤها للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهرًا ويعانون من الهزال المعتدل.

جدول 7: كمية الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) لإدارة حالات الهزال المعتدل لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهرًا

الأطفال المصابين بالهزال المعتدل الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهرًا			وزن الطفل (كغ)
عدد الأكياس يوميًا	عدد الأكياس للإمداد لمدة أسبوع واحد	عدد الأكياس للإمداد لمدة أربعة أسابيع	
0.5	4	14	3.5 إلى 6.9
1	7	28	7 إلى 13.9
1.5	11	42	أكثر من 14

قبل البدء في نظام الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)، يجب سؤال مقدّم الرعاية عما إذا كان الطفل يعاني من حساسية الفول السوداني، أو إجراء اختبار تحسّس للتأكد من ذلك. ويمكن تقديم 30 غرامًا من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) للطفل، ثم مراقبته لمدة ساعة للتحقق من ظهور أي أعراض تحسّسية مثل الطفح الجلدي أو ضيق التنفّس. وإذا لم تظهر أي أعراض تحسّسية، يمكن المتابعة في التغذية باستخدام هذه الأغذية العلاجية. أمّا في حال اكتشاف حساسية الفول السوداني، فيمكن استخدام مزيج يعتمد على الحبوب مثل BP-100 كبديل غذائي، بحيث يتم تحديد الكميات لتحقيق مدخول طاقة يومي يتراوح بين 100-130 كيلو كالوري لكل كغ من وزن الجسم. كما أن كلّ لوحين من BP-100 تعادل كيسًا واحدًا من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF).

المكملات الغذائية الدقيقة، محلول الإمهاء الفموي (ORS) واستخدام المضادات الحيوية

- استخدام المضادات الحيوية: لا ينبغي إعطاء المضادات الحيوية بشكل روتيني للرضع والأطفال المصابين بالهزال المعتدل إلا إذا ظهرت لديهم علامات عدوى سريرية.
- المكملات الغذائية: لا يجب تقديم مسحوق الفيتامينات والمعادن (MNP) أو أي مكملات غذائية دقيقة أخرى للطفل الذي يتلقى الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF).
- الإمهاء: بالنسبة للرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهرًا ويعانون من الهزال المعتدل والجفاف ولكن دون صدمة، يجب إعطاؤهم محلول الإمهاء الفموي منخفض الإسمولية (ORS) بجرعة 50-100 مل باستخدام المعلقة للرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 24 شهرًا، وجرعة 100-200 مل برشقات صغيرة باستخدام الكوب للأطفال الأكبر من 24 شهرًا بعد كل براز رخو. كما يبلغ الحد الأقصى من محلول الإمهاء الفموي (ORS) المسموح به يوميًا للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-24 شهرًا 500 مل. أما بالنسبة إلى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 24-59 شهرًا، فيبلغ 1000 مل.

الإرشاد الغذائي للأمهات ومقدمي الرعاية للأطفال المصابين بالهزال المعتدل

يجب تقديم إرشاد غذائي للأم أو مقدم الرعاية حول ممارسات التغذية التكميلية المناسبة لعمر الطفل (العودة إلى الملحق 6). ويشمل ذلك التوعية حول ممارسات النظافة الصحية العامة والطريقة الصحيحة لتحضير الطعام. بالإضافة إلى ذلك، يجب تقديم نصائح غذائية لضمان كون مقدم الرعاية والأسرة على وعي بالممارسات الغذائية الجيدة.

معايير مراقبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهرًا المصابين بالهزال المعتدل على مستوى مراكز الرعاية الصحية

يجب مراقبة الطفل أثناء العلاج من خلال القيام بزيارات شهرية إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) لإجراء فحص طبي والتأكد من اكتسابه الوزن. وفي حال عدم تحقيق أي تقدم، يجب التحقيق في الأسباب المحتملة. ما لم يكن يتبين مرض ظاهر، أو لم يكتسب الطفل وزنًا، أو ساءت حالته، فليس من الضروري أن يرى الطبيب الطفل في كل زيارة. أما في حال تغيب الطفل عن موعد متابعة، يجب على مزود الرعاية الصحية في مراكز العلاج التواصل مع مقدم الرعاية عبر الهاتف أو من خلال إجراء زيارة منزلية إن أمكن، لحثهم على العودة إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) في أقرب وقت ممكن للحصول على إمدادات الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) واستكمال العلاج.

ويتعين أيضًا على مزود الرعاية الصحية خلال كل زيارة متابعة في مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) إعادة تقييم الطفل من خلال:

- التحقق مما إذا كان قد أُصيب بأي أمراض أو واجه مشاكل في التغذية منذ الزيارة السابقة؛
 - إجراء قياسات انثروبومترية تشمل محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC)، والوزن، والطول، الوزن بالنسبة إلى الطول (WFH/WFL) باستخدام أحدث القياسات المتوفرة؛
 - التحقق من وجود وذمة تغذوية (وذمة انطباعية ثنائية في القدمين).
- كما يجب إحالة الطفل إلى الطبيب لإجراء تقييم إضافي في الحالات التالية:

- عدم اكتساب الوزن في ثلاث قياسات متتالية؛
- فقدان الوزن في قياسين متتاليين؛
- ظهور وذمة تغذوية؛
- تطور أي مرض سريري؛
- عدم تحقيق معايير الشفاء والخروج خلال ثلاثة أشهر.

كما يجب على مزود الرعاية الصحية إعادة تقييم ما يلي:

- ما إذا كان الغذاء التكميلي يُوزع ويُستخدم بالشكل المناسب
- ما إذا كان مقدم الرعاية يتبع ممارسات التغذية التكميلية المناسبة لعمر الطفل
- ما إذا كان مقدم الرعاية يلتزم بالممارسات الصحية السليمة

في حال تدهورت حالة الطفل وأصبح يستوفي معايير الهزال الشديد (محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) > 11.5 سم أو الوزن بالنسبة إلى الطول (WFH/L) > 3 - درجات معيارية)، فيجب تسجيله على أنه خروج من علاج الهزال المعتدل "كتحويل إلى خدمة أخرى" (انظر قسم "معايير الخروج الأخرى"). بعد ذلك، يجب تسجيل الطفل "كحالة قبول جديدة" باعتباره مصابًا بهزال شديد. وفي حال عدم وجود مضاعفات، يمكن للطفل متابعة علاجه في مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC)، باستخدام البروتوكولات المعتمدة لتدبير الهزال الشديد.

تقييم الطفل للخروج من البرنامج بعد الشفاء

في كل زيارة، يجب تقييم الطفل للتحقق من إمكانية خروجه من العلاج بعد الشفاء. يوضح الجدول رقم 8 المعايير اللازمة للخروج من العلاج على أساس الشفاء.

جدول 8: معايير الخروج من العلاج بعد الشفاء

العمر	المعايير
59-6 شهرًا	محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) < 12.5 سم و الوزن بالنسبة إلى الطول (WFH/L) < 2 درجات معيارية و عدم وجود وذمة و أن يكون الطفل سليمًا سريريًا خلال زيارتين متتاليتين

معايير الخروج الأخرى

في حال لم يستوفِ الطفل معايير الشفاء، يمكن إخراجهم من البرنامج لأسباب أخرى. وتُحدّد فئات الخروج الأخرى في الجدول رقم 10 في القسم التالي.

المتابعة بعد الخروج من البرنامج

يجب تقديم تدخّلات داعمة للأمهات/مقدّمي الرعاية للرضع والأطفال الذين خضعوا لعلاج الهزال، وذلك بعد خروجهم من برنامج العلاج التغذوي. قد تشمل هذه التدخّلات، تقديم الإرشاد والتوعية حول ممارسات تغذية الرّضع وصغار الأطفال (IYCF)، التعرف على الأمراض الشائعة في مرحلة الطفولة، والسلوكيات الصحيحة في طلب الرعاية الصحيّة المناسبة؛ ودعم تقديم الرعاية الفعالة لاحتياجات الطفل، تدخّلات لتحسين الوصول إلى المياه النظيفة، وتعزيز خدمات الصرف الصحي والنظافة الصحيّة، بهدف تعزيز صحّة الطفل العامة والوقاية من الانتكاس إلى حالة الهزال. وسيتم تناول إجراءات المتابعة الإضافية بالتفصيل في القسم التالي.

7.3. التدبير العيادي للمرضى في مراكز الرعاية الصحيّة الأولية لحالات الهزال الشديد لدى الرّضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا

يعاني الطفل المصاب بالهزال الشديد من اختلالات في الوظائف الفيزيولوجية. وغالبًا ما لا تكون تدهورات الأجهزة الفيزيولوجية ووظائف الأعضاء مرئية، كما أن المرض أو الحالة المرضية قد لا تظهر أعراضها بنفس الطريقة التي تظهر بها لدى الأطفال الذين يتمتعون بتغذية جيدة. وبالنظر إلى ذلك، يُعطى المضاد الحيوي بشكل روتيني إلى هذه الفئة بالتوازي مع العلاج التغذوي. بالإضافة إلى ذلك، يتعين على الطبيب أو الأخصائي الصحي فحص الطفل بدقة للكشف عن أي أسباب طبية أو نفسية/اجتماعية كامنّة قد تكون خلف حالة الهزال.

وقبل قبول الطفل في البرنامج، يجب على الأخصائي الصحي إعادة إجراء القياسات التي أُخذت سابقًا في مركز الرعاية الصحية الأولية للكشف أو في المجتمع، وذلك لتأكيد مطابقة الطفل لمعايير الهزال الشديد.

جدول 9: معايير علاج حالات الهزال الشديد في مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC)

العمر	المعايير
59-6 شهرًا	محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) > 11.5 سم أو الوزن بالنسبة إلى الطول (WFH/L) > -3 درجات معيارية أو وجود وذمة + أو ++ و عدم وجود مضاعفات طبية و نجاح اختبار الشهية الخاص بالأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)

استخدام المضادات الحيوية، مطول الإسهال الفموي، ومكملات المغذيات الدقيقة

استخدام المضادات الحيوية: يتلقى جميع الأطفال المصابين بالهزال الشديد والملتحقين بالعلاج في المراكز المعالجة مضادات حيوية روتينية عند بدء العلاج.

يُبين الجدول رقم 10 تفاصيل وصف المضادات الحيوية الروتينية.

جدول 10: المضادات الحيوية الروتينية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهرًا والمصابين بهزال شديد ويُعالجون على صعيد مركز الرعاية الصحية

المضاد الحيوي	العمر أو الوزن	الجرعة	طريقة الإعطاء
أموكسيسيلين	أقل من 12 شهرًا (من 4 إلى 10 كغ)	250 ملغ	جرعة واحدة عند بدء العلاج، تليها جرعتان يوميًا لمدة 5 أيام
	من 12 إلى 36 شهرًا (من 10 إلى 14 كغ)	500 ملغ	
	من 36 إلى 59 شهرًا (من 14 إلى 19 كغ)	750 ملغ	

يجب أن يقوم مزود الرعاية الصحية في المركز بإعطاء الجرعة الأولى من المضاد الحيوي للطفل مباشرة، مع توضيح طريقة الإعطاء الصحيحة لمقدم الرعاية. كما يجب تقديم إرشادات توعوية حول أهمية الالتزام بالعلاج وإكمال الجرعة الكاملة من المضاد الحيوي، حتى وإن بدا الطفل بصحة جيدة.

- **الترطيب:** في حال كان الطفل يعاني من الجفاف دون وجود صدمة، يُفضّل استخدام محلول الإمهاء الخاص بسوء التغذية. كما يجب إعطاء 30 مل من المحلول عن كل نوبة من الإسهال المائي. وفي حال عدم توفر هذا المحلول، يمكن استخدام محلول الإمهاء الفموي منخفض الأسمولية، بنفس الكميات المحددة لعلاج الأطفال المصابين بهزال معتدل ويعانون من الجفاف.
- **المكملات الغذائية الدقيقة:** تحتوي الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)، على جميع المغذيات الدقيقة اللازمة للطفل؛ لذلك، يُمنع إعطاء أي مكملات إضافية من الفيتامينات أو المعادن طوال فترة العلاج من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)، وحتى الانتهاء الكامل من العلاج.

الإدارة الغذائية

يُعالج الأطفال المصابون بالهزال الشديد باستخدام الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)، في إطار مراكز الرعاية الصحية المعالجة. وقد تم تركيب هذه الأغذية خصيصًا لتحتوي على جميع العناصر الغذائية اللازمة لتحقيق تعافٍ فيزيولوجي سريع وزيادة في الوزن، بحيث يتمكن الطفل من الشفاء من الهزال الشديد حتى في حال عدم تناول أي أغذية أخرى. يجب إعطاء الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال

(RUTF) بكميات تؤمّن ما بين 150 إلى 185 كيلو كالوري (KCAL) لكل كغ من وزن الجسم يوميًا، وذلك حتى تحقيق التعافي الأنثروبومتري واختفاء الوذمة التغذوية.

الكميات الموصى بها من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) هي كما يلي:

وزن الرضيع أو الطفل (كغ)	عدد أكياس الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال يوميًا (92 غ، 500 كيلو كالوري للكيس)
3.4–3.0	1.25
3.9–3.5	1.5
4.9–4.0	1.75
5.9–5.0	2
6.9–6.0	2.5
7.9–7.0	3
8.9–8.0	3.5
9.9–9.0	4
11.9–10.0	4.5
12.0 ≤	5

في حال عدم توفّر الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)، أو عدم تقبّل الطفل لطعمها، أو اكتشاف وجود حساسية تجاه أحد مكوّناتها، يمكن استخدام خليط غذائي أساسه الحبوب مثل BP-100، مع تحديد الكمية اللازمة لتوفير 150 إلى 185 كيلو كالوري (Kcal) لكل كيلوغرام من وزن الجسم يوميًا. يُعادل لوحان من BP-100 كيسًا واحدًا من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF).

إذا زاد وزن الطفل خلال فترة التعافي، يجب زيادة كمية الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) الموزعة بما يتناسب مع الوزن الجديد.

وفي الحالات الخاصة، مثل حالات الطوارئ التي تتطلب وجود فرق ميدانية متنقلة أو ممرضين جوالين، ووفقًا لقرار مشترك بين وزارة الصحة العامة (MOPH)، ومجموعة التغذية، يمكن اعتماد نهج مبسّط

لتسهيل العلاج، بحيث يُعطى كيس واحد يوميًا في حالات الهزال المعتدل، كيسان يوميًا في حالات الهزال الشديد، من قبل مقدمي الرعاية الصحية.

خلال الأسابيع الأولى، قد تكون شهية الطفل منخفضة ويكتفي فقط بتناول الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF). ومع تقدّم عملية التعافي، قد يرغب الطفل في تناول أطعمة منزلية إضافية إلى جانب هذه الأغذية. ولكن يجب تقديم طعام الأسرة فقط بعد تناول الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF).

يجب تقديم جلسة إرشادية لمقدم الرعاية بشأن التحضير الصحيح واستخدام الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)، إضافةً إلى ممارسات التغذية التكميلية المناسبة للعمر (العودة إلى الملحقين 5 و6). ويجب أن تشمل هذه الجلسة توجيهات حول ممارسات النظافة العامة الجيدة والتحضير السليم للطعام. كما ينبغي تقديم نصائح غذائية لمقدم الرعاية لضمان وعيه، إلى جانب بقية أفراد الأسرة، بالممارسات الغذائية السليمة.

معايير المتابعة للرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا والمصابين بهزال شديد على مستوى العلاج في مراكز الرعاية الصحية المعالجة

يجب أن يعود الطفل المصاب بالهزال الشديد إلى مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC)، كل أسبوعين لإجراء فحص دوري، بهدف التحقق من زيادة الوزن والبحث عن أي أسباب محتملة لعدم تحقق التقدم المطلوب في العلاج.

في كل زيارة متابعة لمركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC)، ينبغي على مزود الرعاية الصحية إعادة تقييم حالة الطفل للتأكد من:

- وجود أي أمراض أو مشاكل تغذوية منذ الزيارة السابقة
- القياسات الأنثروبومترية: محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC)، الوزن، الطول¹⁴، الوزن بالنسبة إلى الطول (WFH/WFL) (باستخدام أحدث قياسات الوزن والطول)
- الوزمة التغذوية (وزمة انطباعية ثنائية في القدمين)
- ما إذا كان الغذاء التكميلي يُوزّع ويُستخدم بشكل سليم، وما إذا كانت ممارسات التغذية التكميلية تُتبع على نحو مناسب

وفي حال عدم تحسّن الحالة أو عدم اكتساب الوزن، يجب إحالة الطفل إلى الطبيب لإجراء فحص طبي شامل. كما يجب إجراء تقييم نفسي/اجتماعي لمقدم الرعاية، والتحقق من مدى فهمه لممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال (IYCF)، وطريقة استخدام الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)، وتقديم الطعام الأسري، والممارسات الصحية العامة، وما إلى ذلك.

¹⁴ يُكتفى بقياس الطول مرة واحدة كل أربعة أسابيع فقط.

وفي حال تغيّب الطفل عن زيارة المتابعة المقررة، يجب على مزود الرعاية الصحية في المركز الاتصال بمقدم الرعاية عبر الهاتف أو من خلال زيارة منزلية (إن أمكن)، لتشجيعه على العودة إلى مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) في أقرب وقت ممكن لاستلام كميات الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) اللازمة ومتابعة العلاج.

خلال فترة التعافي، قد تُظهر المؤشرات الأنثروبومترية للطفل أنه يعاني من "هزال معتدل" بدلاً من "هزال شديد". إلا أن هذا لا يعني تغيير خطة العلاج. فإن الوظائف الفيزيولوجية للطفل الذي يتعافى من هزال شديد لا تتطابق مع تلك الخاصة بطفل يعاني من هزال معتدل ولم يسبق تشخيصه بهزال شديد. لذلك، يجب الاستمرار بالعلاج باستخدام الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) حتى خروج الطفل من البرنامج باعتباره قد تعافى.

معايير التحويل إلى المستشفى أثناء فترة العلاج

في حال استمرت حالة الطفل في التدهور، فقد يكون من الضروري تحويله إلى المستشفى لإجراء مزيد من التقييم والمعالجة. وتشمل معايير التحويل ما يلي:

- تزايد الوزمة أو تطوّر وزمة تغذوية جديدة
- عدم القدرة على تناول الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) أو فقدان الشهية
- فقدان الوزن في ثلاث قياسات متتالية أو ثبات الوزن في خمس قياسات متتالية
- ظهور علامات الخطر حسب التدبير المتكامل لأمراض الطفولة (IMCI) أو مضاعفات طبية حادة كما هو مذكور في معايير القبول

يجب تحويل الأطفال إلى المستشفى المعتمد كمركز للعلاج. وينبغي توثيق التواصل بين مزود الرعاية الصحية في المستشفى ومركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC). كما يجب على مزود الرعاية في مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) أن يُعدّ نموذج إحالة مكتمل، يتضمّن ما يلي:

- سبب الإحالة
- الحالة الصحية إن وُجدت
- سجل بالأدوية المستمرة
- المؤشرات الأنثروبومترية وتفسير معايير النمو
- النظام الغذائي المتّبع، مع تحديد عدد أكياس الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) المستخدمة

معايير الخروج من العلاج في مراكز الرعاية الصحيّة المعالجة للرضّع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا

يجب تقييم حالة الطفل في كل زيارة لتحديد إمكانية الخروج من البرنامج. يُوضّح الجدول رقم 8 المعايير الخاصة بالخروج من العلاج بعد الشفاء. لا يجوز إخراج الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا والمصابين بهزال معتدل أو هزال شديد و/أو وذمة تغذوية من العلاج التغذوي إلا بعد تحقّق جميع الشروط التالية:

- أن يكون محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) ≤ 12.5 سم، وأن تكون الدرجة المعيارية للوزن بالنسبة إلى الطول (WLZ/WHZ) ≤ -2 ، ويجب مراقبة هذه المعايير خلال زيارتين/قياسين متتاليين على الأقل.
- عدم وجود وذمة تغذوية خلال زيارتين/قياسين متتاليين على الأقل.
- عدم وجود أي علامات لمضاعفات طبيّة (أي أن الطفل يكون بحالة سريرية مستقرة خلال زيارتين متتاليتين).

في حال لم يبلغ الطفل مرحلة الشفاء، يمكن إخراجّه لأسباب أخرى (العودة إلى الجدول رقم 11). عند الخروج، يتم تصنيف كل حالة خضعت لعلاج الهزال ضمن إحدى فئات الخروج التالية:

- أ. متعاف
- ب. متسرّب
- ج. وفاة
- د. تحويل إلى خدمة أخرى
- هـ. غير مستجيب

جدول 11: فئات الخروج للأطفال الذين لم يتمثلوا للشفاء

المعيار	التعريف
متسرّب	الطفل الذي يتغيّب عن زيارتين متتاليتين للمتابعة (مدة 4 أسابيع)
وفاة	الطفل الذي توفّي (بغضّ النظر عن السبب) خلال فترة العلاج
تحويل إلى خدمة أخرى	الطفل الذي تم تحويله إلى مستشفى أو رعاية داخلية أو مركز الرعاية الصحيّة الأوليّة آخر (PHCC)، أو إلى برنامج للهزال الشديد أو للهزال المعتدل عالي الخطورة ضمن نفس المركز
غير مستجيب	الطفل الذي لم يستوفِ معايير الخروج بعد مرور 4 أشهر على التحاقه بالبرنامج

متابعة المتسرّبين

قد يتغيّب الطفل أو النساء الحوامل والمرضعات (PBW) عن مواصلة العلاج لأسباب متعددة. ومن المهم متابعة المتسرّبين كلما أمكن ذلك، وذلك لتحقيق ما يلي:

1. التحقق مما إذا كان الطفل متغيّباً بالفعل عن المتابعة أو ما إذا كان قد توفّي.
2. إذا كانت الأسرة لا تزال تقيم في المنطقة، ولم يتوفّ الطفل، فيجب التحقق من سبب التسرّب من العلاج.

كما يجب التواصل مع كل مقدّم رعاية عبر الهاتف أو من خلال زيارة منزليّة لتحديد سبب (أو أسباب) التغيب. وعند الإمكان، ينبغي على مزود الرعاية الصحيّة محاولة إيجاد حلول لتجاوز الأسباب التي أدّت إلى التسرّب، وتشجيع الأسرة على العودة واستكمال العلاج. وبمرور الوقت، يمكن تحليل أسباب التسرّب من المتابعة لتحديد ما إذا كانت هناك حاجة لتعديل طريقة تقديم الخدمات بما يُسهّل الوصول إليها.

في حال تعذّر أو رفض المتسرّب من العودة لمواصلة العلاج، ينبغي على مزود الرعاية الصحيّة محاولة إحالة مقدّم الرعاية إلى خدمات دعم بديلة، بما يتناسب مع الحالة الطبيّة والاجتماعية للطفل. وإذا كان

الطفل قد أُحيل من مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) المخصّص للكشف، فيجب على مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) المعالج إبلاغ مقدّمي الرعاية في مركز الكشف بنتائج المتابعة وحالة الطفل.

التحويل إلى خدمة أخرى

1. التحويل إلى مركز علاج الرعاية الصحية الأولية الآخر (PHCC)

قد تقرر أسرة الطفل الانتقال إلى منطقة جديدة ومواصلة العلاج في مركز رعاية صحية أولية (PHCC) آخر مخصّص للعلاج. يمكن لمزوّد الرعاية الصحية تسهيل هذه العملية من خلال:

- تقديم ملخص خروج يتضمّن تفاصيل العلاج الذي تلقّاه الطفل قبل التحويل
- تقديم نموذج إحالة للتحويل إلى مركز رعاية صحية أولية (PHCC) آخر (الملحق رقم 7)
- الاتصال هاتفياً بمزوّد الرعاية الصحية في المركز الجديد لإبلاغه بوصول الحالة
- تحديد موعد للمتابعة في المركز الجديد (ويُفضّل أن يكون خلال 7 أيام من تاريخ التحويل)
- تزويد الطفل بكمية كافية من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) تكفي حتى موعد المتابعة في مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) الجديد
- تقديم الإرشاد والمعلومات اللازمة لمقدّم الرعاية حول إجراءات التحويل

2. التحويل إلى مستشفى علاجي

قد تستدعي حالة الطفل التحويل إلى مستشفى بسبب ظهور مضاعفات طبيّة خلال فترة العلاج. وعلى مزوّد الرعاية الصحية التأكّد من اتخاذ الإجراءات التالية فوراً:

- إعطاء الجرعة الأولى من المضاد الحيوي الفموي (أموكسيسيلين/أمبيسيلين، 50 ملغ لكل كغ من وزن الجسم).
- إعطاء 50 مل من محلول سكّري بتركيز 10% عن طريق الفم إذا كان الطفل واعياً (ملعقة صغيرة في 50 مل ماء).
- تقديم النصائح لمقدّم الرعاية بالحفاظ على دفء الطفل عبر التلامس الجلدي المباشر وتغطيته جيداً.
- ترتيب نقل الطفل بسيارة إسعاف، مركزة بورقة إحالة توضّح أسباب التحويل والرعاية الطبيّة المقدّمة. وإذا أمكن، يجب إبلاغ فريق الطوارئ في المستشفى المحوّل إليه بشأن الحالة مسبقاً.

3. التحويل إلى مستشفى غير مخصّص للعلاج التغذوي

قد يحتاج الطفل إلى تدخّلات طبية أو جراحية متخصصة غير متوفرة في المستشفى المخصّص للعلاج التغذوي (مثل: تصحيح عيب خلقي في القلب). وفي حال تحويل الطفل إلى مستشفى غير مخصّص

للعلاج التغذوي، يجب على المستشفى العلاجي و/أو مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) العلاجي تسهيل استمرار الدعم التغذوي للطفل بما يتناسب مع حالته الصحية.

7.4. الإجراءات المتوجب اتباعها عند فشل الطفل في الاستجابة للعلاج

قد يفشل الطفل الخاضع لعلاج الهزال في مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) في الاستجابة للعلاج لأسباب متعددة.

وتُحدّد المعايير النموذجية لعدم الاستجابة في علاج الهزال المعتدل كما يلي:

عدم تحقيق معايير الخروج بعد مرور 4 أشهر من التسجيل في البرنامج

- عدم زيادة الوزن بعد 6 أسابيع من التسجيل

- فقدان الوزن خلال الأسابيع الأربعة الأولى من التسجيل

- فقدان أكثر من 5% من وزن الجسم أثناء التسجيل

المعايير النموذجية لعدم الاستجابة في العلاج على صعيد مركز الرعاية الصحية لحالات الهزال الشديد تشمل ما يلي:

- فقدان الوزن منذ بدء التسجيل (للأطفال غير المصابين بالوذمة)

- فقدان 5% من وزن الجسم

- فقدان الوزن في زيارتين متتاليتين

- فشل في اختبار الشهية (في أي زيارة إلى مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC))

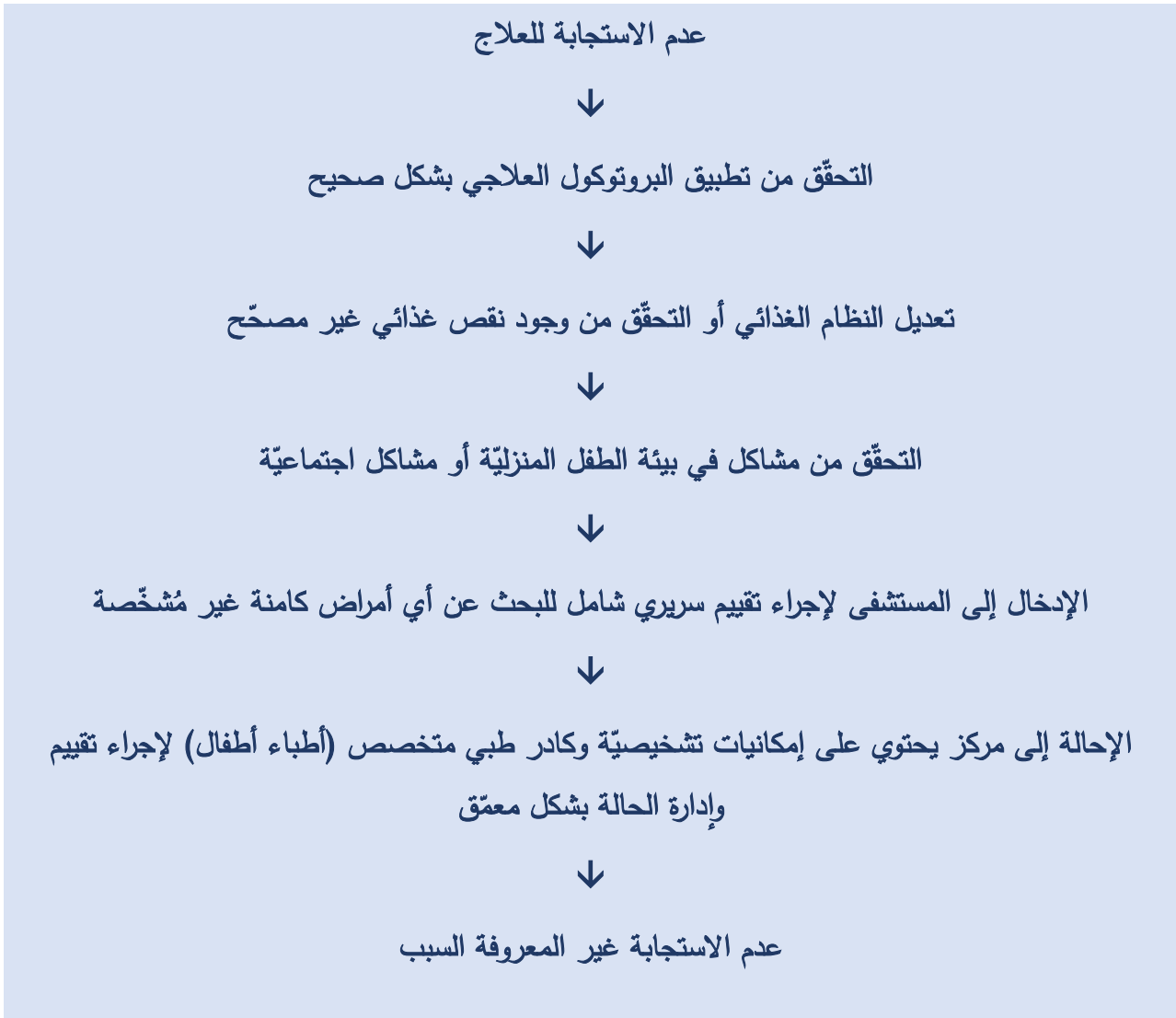
- عدم اكتساب أكثر من 2.5 غرام لكل كغ يوميًا لمدة 22 يومًا (بعد زوال الوذمة) أو بعد 15 يومًا في حالة الهزال

- عدم اكتساب الوزن خلال 22 يومًا الأولى (للأطفال غير المصابين بالوذمة)

- عدم بدء فقدان الوذمة بعد 15 يومًا، أو استمرار وجود الوذمة بعد 22 يومًا

لا يجوز إخراج الأطفال الذين لا يستجيبون للعلاج دون التحقيق المسبق في الأسباب المحتملة لعدم الاستجابة. يوضح الشكل رقم 6 تسلسل خطوات التحقيق في حالات عدم الاستجابة للعلاج.

الشكل 6: إجراءات التعامل مع عدم الاستجابة للعلاج



مقتبس من جولدن وجريليتي (المبادئ التوجيهية الوطنية لتدبير سوء التغذية الحاد، 2017)

التحقق من تطبيق البروتوكول العلاجي

يجب على الطبيب أو المشرف المسؤول في المركز الصحي التأكد من أن مزودي الرعاية الصحية قد تلقوا التدريب اللازم على الإرشادات الوطنية، وأن البروتوكولات تُطبق بشكل صحيح وفقاً لما يلي:

- تطبيق معايير القبول المناسبة.
- وصف الأدوية المناسبة وإعطائها بالشكل الصحيح.
- توزيع المنتجات التغذوية المناسبة حسب نوع الهزال.
- اتباع بروتوكولات التدخل فوراً في حال عدم زيادة الوزن أو تدهور الحالة السريرية.

التحقّق من وجود عدم نقص غذائي غير مصحّح

إن المنتجات التغذوية العلاجية المقدّمة من قبل وزارة الصحة العامة (MOPH) مثل (منتجات الحليب العلاجي F-75 و F-100، والأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)) تحتوي على المغذيات الضرورية لتصحيح حالات النقص، شرط أن تُستخدم بطريقة صحيحة. وفي حال الاشتباه بوجود نقص غذائي، يجب اتباع الخطوات التالية:

- التأكّد من أن المنتج الغذائي العلاجي يُستخدم بالشكل الصحيح في المنزل، وتعزيز الرسائل الأساسية حول استخدام الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF).
- التحقّق من أنواع الأطعمة المنزلية المقدّمة إلى جانب الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF).
- التأكّد من أن الأطفال ذوي الإعاقة يتلقّون الدعم المناسب ولديهم القدرة الكافية على تناول كامل حصة الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF).
- يمكن إعطاء الطفل المصاب بهزال معتدل حصة مزدوجة من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) لفترة تجريبية (أسبوعين).
- يجب نقل الطفل المصاب بهزال شديد والذي يستخدم الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) إلى المستشفى لتلقّي العلاج بالأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) أو F-100 تحت إشراف مباشر (وفقاً للبروتوكولات المعتمدة).
- في حال استخدام تركيبات غذائية بديلة، يجب التأكّد من مطابقتها لمعايير منظمة الصحة العالمية (WHO) لعلاج الهزال الشديد.

التحقّق من عدم وجود مشاكل في البيئة المنزلية

- التأكّد من أن الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) لا يتم تقاسمها مع أطفال/بالغين آخرين.
- التأكّد من أن الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) تُخزّن بشكل صحيح عندما لا تكون قيد الاستخدام (تغطيتها ووضعها في مكان بارد).
- التأكّد من أن الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) لا يتم طهيها بأي شكل أو خلطها مباشرة مع طعام الأسرة أو الماء.

- التأكّد من عدم استخدام إضافات غذائية غير مناسبة (مثل الملح، خصوصاً في حالات الهزال الشديد).
- التأكّد من أن مقدّم الرعاية قد خضع لتقييم نفسي/اجتماعي، يشمل ممارسات الإطعام الاستجابي والتحفيز العاطفي للطفل.
- إجراء مقابلة مع مقدّم الرعاية لتقييم وجود مشاكل إضافية محتملة (مثل مدى توفّر الدعم للأطفال من ذوي الإعاقة).

في حال عدم نجاح المحاولات السابقة في تشخيص ومعالجة سبب عدم الاستجابة للعلاج، قد يكون من الضروري إخضاع الطفل لتقييم طبي/جراحي إضافي لتحديد سبب عدم الاستجابة. وفي حالات نادرة، قد لا يكون هناك سبب واضح أو مفهوم لعدم استجابة الطفل للعلاج. في مثل هذه الحالات، يجب على الطبيب، بالتنسيق مع خدمات الدعم الأخرى، اتخاذ قرار بشأن نوع العلاج أو الدعم اللازم للطفل على المدى الطويل.

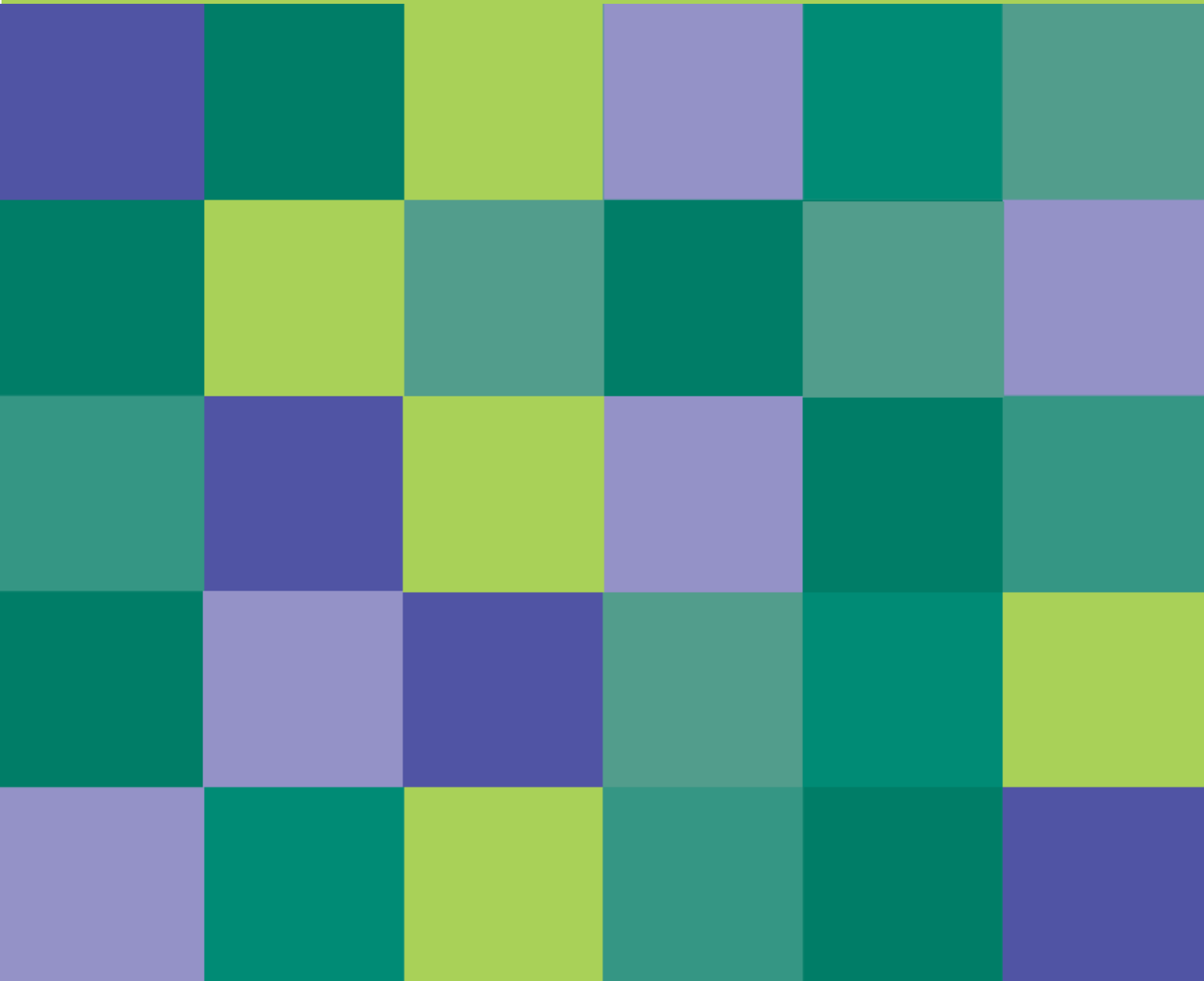
7.5. المتابعة بعد الخروج من العلاج

يجب مراقبة الأطفال المصابين بالهزال الشديد و/أو الوزمة التغذوية الذين تم إخراجهم من برنامج العلاج بشكل دوري لتجنّب الانتكاس. كما ينبغي تقديم تدخّلات داعمة للأمهات/مقدّمي الرعاية بعد خروج أطفالهم من العلاج التغذوي، ويمكن أن تشمل هذه التدخّلات، الإرشاد والتثقيف (حول ممارسات تغذية الرّضع وصغار الأطفال (IYCF)، والتعرّف على الأمراض الشائعة لدى الأطفال، والسلوكيات المناسبة لطلب الرعاية الصحيّة المناسبة)، إضافةً إلى الدعم في تقديم رعاية استجابيّة وآمنة للطفل.

تُعدّ خدمات المتابعة على مستوى مراكز الرعاية الصحيّة الأوليّة (PHCC) وفي المجتمع مهمة لدعم الأسرة، وقد تشمل زيارات ميدانية من قبل كادر المركز أو العاملين الصحيّين المجتمعيّين (CHWs)، و/أو إحالة الطفل إلى برامج أو خدمات أخرى بحسب الحاجة. كما أن متابعة الأطفال الذين تغيّبوا عن البرنامج تُعدّ خطوة أساسيّة لضمان استمراريّة الرعاية ومنع التدهور.

الفصل الثامن:

إدارة حالات الرُّضْع دون 6 أشهر
المعرّضين لخطر ضعف النمو والتّمية
في المستشفى



إدارة حالات الرضع دون سن 6 أشهر المعرضين لخطر ضعف النمو والتنمية في المستشفى

يجب إدخال الرضع دون سن 6 أشهر المعرضين لخطر ضعف النمو والتنمية، والذين يُصابون بمشاكل طبية حادة أو مضاعفات طارئة أخرى، إلى مستشفيات مُعتمدة كمراكز علاج. كما يجب أن تركز الإدارة الأوليّة على استقرار الاختلالات الأيضية ومعالجة الأعراض الطارئة. ثم يجب الانتقال إلى تشخيص ومعالجة الأسباب الطبيّة المحتملة التي قد تكون سبباً في تعرّض الرضيع لخطر ضعف النمو والتنمية، متى ما كان ذلك ممكناً.

وبعد استبعاد هذه الأسباب أو استقرارها أو علاجها قدر الإمكان، يُنتقل إلى المرحلة التالية من العلاج، وهي معالجة مشاكل التغذية التي تُسبب أو تُساهم في ضعف النمو والتنمية. تُعرف هذه المرحلة من العلاج باسم مرحلة إعادة التأهيل، وهي المرحلة التي يحدث فيها النمو التعويضي. يجب أيضاً توفير التحفيز الحسيّ للرضيع طوال فترة بقاءه في المستشفى، إلى جانب دعم الأم أو مقدّم الرعاية.

8.1. معايير القبول في المستشفى للرضع دون سن 6 أشهر

يتم قبول الرضع دون سن 6 أشهر في المستشفيات إما عن طريق الإحالة الفوريّة أو بعد إجراء التقييم المُعمّق.

الإحالة الفوريّة والقبول في وحدة العلاج على صعيد المستشفى

يجب إدخال الرضع دون سن 6 أشهر، المعرضين لخطر ضعف النمو والتنمية، إلى وحدات العلاج في مستشفى مُعتمد، في حال استيفائهم واحداً أو أكثر من المعايير المذكورة في الجدول رقم 12.

جدول 12: معايير الإحالة الفوريّة إلى وحدات العلاج على صعيد المستشفى للرضع دون سن 6 أشهر

الفئة	معايير القبول
علامات الخطر حسب التدبير المتكامل لأمراض الطفولة (IMCI): معيار واحد أو أكثر	• عدم القدرة على الرضاعة أو الشرب • يتقيأ كل شيء

• أُصيب بنوبات تشنّج مؤخراً • يعاني من تشنّج حالياً • حمول شديد أو فقدان للوعي	
• علامات عدوى بكتيريّة خطيرة محتملة لدى الرضّع دون عمر شهرين • صدمة إنتانيّة • تشبّع الأكسجين $> 90\%$ • التهاب رئوي (مع انكماش صدري و/أو تنفّس سريع، وإن أمكن قياسه، تشبّع أكسجين $> 94\%$) • جفاف (بما في ذلك الجفاف المتوسط أو الشديد) • إسهال شديد مستمر (لمدة 14 يوماً أو أكثر مع وجود جفاف) • مرض حموي شديد جداً • مرض حموي شديد جداً - في حال عدم وجود خطر ملاريا أو نتيجة اختبار سريع سلبية: يُعامل كعدوى بكتيرية (مثل التهاب السحايا) • الحصبة المعقّدة الشديدة • التهاب الخشاء • فقر دم شديد (شحوب راحتي اليدين أو مستوى هيموغلوبين أقل من 14 غ) • آثار جانبية شديدة للعلاج المضاد للفيروسات القهقرية (لفيروس نقص المناعة البشريّة)، مثل: طفح جلدي، صعوبة في	مشاكل طبيّة حادّة أو حالات مصنّفة كحادّة حسب التدبير المتكامل لأمراض الطفولة (IMCI): معيار واحد أو أكثر

التهنؤس؁ ألم بطني شديد؁ اصفرار في العينين؁ حمى؁ تقيؤ • وجود تقرّحات جلدية مفتوحة أو مصابة بالعدوى مرتبطة بالوذمة التغذوية • علامات سريرية أخرى منفردة "ذات أولوية" وغير مصنّفة ضمن علامات الخطر: انخفاض حرارة الجسم (أقل من 35 درجة مئوية تحت الإبط أو 35.5 شرجياً) أو ارتفاع حرارة شديد (≤ 38.5 تحت الإبط أو 39 شرجياً)	
وذمة انطباعية ثنائية بأي درجة	وذمة تغذوية
قياسان أو أكثر من فقدان الوزن موثّقان أو أُبلغ عنهما من قبل الأم/مقدّم الرعاية	فقدان وزن حديث

مقتبس من: منظمة الصحة العالمية. (2023). الإرشادات: التحديثات بشأن إدارة سوء التغذية الحاد الشديد لدى الرضع والأطفال.

التقييم المعمّق للنظر في القبول في وحدة العلاج على صعيد المستشفى

يجب أن يخضع الرضع دون سن 6 أشهر المعرضون لخطر ضعف النمو والتنمية والذين لا يستوفون أيًا من المعايير المذكورة في الجدول رقم 12، لتقييم معمّق. ويمكن أن يجري التقييم المعمّق من قبل مزود رعاية صحية معيّن في مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) أو في قسم الطوارئ (في حال كان الرضيع موجودًا في المستشفى بالفعل).

يهدف التقييم المعمّق إلى ما يلي:

1. تحديد ما إذا كان من الممكن والأمن والمناسب إدارة حالة الرضيع في بيئة العلاج على صعيد مركز الرعاية الصحية أو ما إذا كانت هناك حاجة إلى إدخاله في وحدة العلاج على صعيد المستشفى.

2. البدء بإجراءات القبول في وحدة العلاج في المستشفى، إذا لزم الأمر.

3. في حال عدم الحاجة إلى القبول، البدء بإجراءات الإحالة المناسبة إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية المعالجة.

يجب أن يشمل التقييم المعمق المجالات التالية:

1. الوضع الصحي العام للرضيع ووجود أي إعاقات
 2. الوضع الصحي الجسدي والنفسي للأم/مقدم الرعاية
 3. ممارسات الرضاعة الطبيعية، بما في ذلك: استجابة الأم لإشارات الرضيع، وضعيّة الرضاعة، الالتقام، المصّ، البلع
- يجب إحالة الرُّضّع وقبولهم في وحدة العلاج في مستشفى مُعتمد إذا استوفوا واحدًا أو أكثر من المعايير الواردة في الجدول رقم 13.

جدول 13: معايير التقييم المعمق للنظر في الإحالة إلى وحدة العلاج على صعيد المستشفى للرُّضّع دون سن 6 أشهر

الفئة	معايير القبول
مشاكل طبيّة لا تتطلّب علاجًا فوريًا في المستشفى ولكنها تتطلّب فحصًا إضافيًا ولها تأثير كبير على الحالة التغذويّة	- تشخيص جديد لحالة طبية قد تستفيد من الدخول الأولي إلى وحدة العلاج على صعيد المستشفى - الحاجة إلى فترة مراقبة مكثّفة - بدء العلاج - إجراء فحوصات غير متوفرة في مراكز الرعاية الصحيّة - مشاكل تحتاج إلى رعاية طويلة الأمد مثل: أمراض القلب الخلقية، فيروس نقص المناعة البشري، السل، الشلل الدماغي، أو إعاقات جسديّة أخرى
القياسات الأنثروبومترية: معيار واحد أو أكثر	للرُّضّع دون عمر 6 أسابيع: عدم اكتساب الوزن استنادًا إلى قياسين متتاليين

للرُّضَع بين 6 أسابيع و6 أشهر: • الدرجة المعيارية للوزن بالنسبة إلى العمر (WAZ) > -2 • الدرجة المعيارية للوزن بالنسبة إلى الطول (WLZ) > -3 • محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) > - 110 ملم	
بالنسبة للرُّضَع الذين يرضعون رضاعة طبيعية: • رضاعة طبيعية غير فعّالة (مثل: ضعف في الالتقام، الوضعية، أو منعكس المصّ) بالنسبة للرُّضَع غير المرضعين: • استخدام غير مناسب أو غير آمن لبدائل حليب الأم في الإطعام البديل • رفض الحليب	مشاكل في التغذية: معيار واحد أو أكثر
• وجود إعاقة لدى الرضيع • إصابة مقدّم الرعاية بالاكْتئاب السريري • غياب الأم • الأم في سن المراهقة • ظروف اجتماعية سلبية أخرى	مشاكل متعلقة بالأم أو ظرف اجتماعي يتطلب دعمًا أكثر كثافة

مقتبس من: منظمة الصحة العالمية. (2023). الإرشادات: التحديثات بشأن إدارة سوء التغذية الحاد الشديد لدى الرُّضَع والأطفال.

يجب إعطاء الأولوية لاستقلالية الأم/مقدّم الرعاية، وقدرتهم، وموافقتهم عند التوصية بالإحالة إلى وحدة العلاج في المستشفى.

الرعاية الطارئة

يجب البدء بالعلاج الغذائي والطبي فور دخول الرضيع إلى وحدة العلاج. ويجب الحفاظ على دفء الرضيع، مع تغطية الرأس وترك مجرى الهواء حرًا لمنع حدوث انخفاض حرارة الجسم.

قد يُظهر عدد قليل من الرضع المصابين بهزال شديد و/أو وذمة تغذوية علامات طارئة مرتبطة بالصدمة، مثل: برودة الجلد، تأخر زمن إعادة الامتلاء الشعيري، وتسارع النبض وضعفه.

إذا ظهرت علامات الصدمة وكان الرضيع غير خامل أو فاقد للوعي، يمكن التفكير في الإمهاء الفموي على النحو التالي: 5 مل لكل كغ من الجلوكوز بتركيز 10%، بحد أقصى 25 مل. بعدها يُستكمل العلاج بالمضادات الحيوية والإمهاء وفقًا لإرشادات الإدارة الطبية الموضحة أدناه.

أما في حال ظهور علامات الصدمة بالتزامن مع الخمول و/أو فقدان الوعي، يجب إعطاء السوائل الوريدية، لكن هؤلاء الرضع قد لا يتحملون كميات كبيرة من السوائل، لذلك تُعطى السوائل الوريدية بجرعة 15 مل/كغ خلال ساعة واحدة، ويمكن استخدام أحد المحاليل التالية، محلول رينغر لاكتات مع 5% ديكستروز، أو محلول ملحي 0.45% مع 5% ديكستروز.

يجب مراقبة الرضيع عن قرب كل 5 إلى 10 دقائق لتتبع التغيرات في معدل النبض وحجمه ومعدل التنفس.

إذا ظهرت علامات تحسن (انخفاض معدل النبض، زيادة حجمه، انخفاض معدل التنفس) ولم تظهر أعراض وذمة رئوية، يُعاد إعطاء السوائل الوريدية بنفس الجرعة (15 مل/كغ خلال ساعة)، ثم يمكن البدء بالإمهاء الفموي.

إذا لم يتحسن الرضيع بعد جرعتين وريديتين من 15 مل/كغ، تُخفّض السوائل الوريدية إلى 4 مل لكل كغ من وزن الجسم في الساعة. ويجب إعطاء المضادات الحيوية الوريدية وفقًا لإرشادات علاج العدوى (انظر القسم الخاص بعلاج العدوى).

إذا تبين وجود فقر دم شديد، يُشخص عبر انخفاض الهيموغلوبين (HB) إلى أقل من 4 غ/ديسيلتر، أو أقل من 6 غ/ديسيلتر مع وجود ضيق في التنفس، فيجب إجراء نقل دم خلال أول 24 ساعة. كما ويجب أن يكون النقل بطيئًا، وذلك بإعطاء دم كامل بجرعة 10 مل/كغ على مدار 3 ساعات، إلى جانب إعطاء مدرّ للبول (فوروسيميد) بجرعة 1 ملغ/كغ عبر الوريد في بداية نقل الدم.

إذا تدهورت حالة الرضيع أثناء الإمهاء الوريدي، (خاصة في حال زيادة معدل التنفس بمقدار 5 أنفاس في الدقيقة وزيادة معدل النبض بمقدار 15 نبضة في الدقيقة)، فيجب إيقاف التسريب الوريدي فوراً لتجنّب فرط الإمهاء وفشل القلب. وإذا ظهرت علامات أخرى لفشل القلب مثل انتفاخ أوردة العنق، تضخم الكبد، وذمة في الجفون، إيقاع القلب غير الطبيعي، أو وجود طقطقة دقيقة في الرئتين، فيجوز استخدام المدرّات البوليّة بحذر، ويُفضّل إعطاء الفوروسيميد بجرعة 1 ملغ/كغ عن طريق الوريد، حيث يمكن أن يُحفّز التبوّل خلال ساعتين. وإذا كان نقل الدم ضروريّاً في ظل وجود علامات فشل القلب، فيجب إعطاء خلايا دم حمراء مركّزة بجرعة 10 مل/كغ، لأن استخدام الدم الكامل قد يؤدي إلى تفاقم الحالة.

8.2. إدارة المضاعفات الطبيّة في وحدات العلاج على صعيد المستشفى للرّضع دون سن 6 أشهر

ينقسم علاج الرّضع دون سن 6 أشهر إلى مرحلتين: مرحلة الاستقرار، ومرحلة إعادة التأهيل. وتُركّز معالجة المضاعفات الطبيّة عادةً في المرحلة الأولى من العلاج.

جدول 14: الإطار الزمني لإدارة حالات الرّضع دون سن 6 أشهر المصابين بهزال شديد و/أو وذمة تغذوية في وحدات العلاج على صعيد المستشفى

المضاعفات وخطط العلاج	مرحلة الاستقرار		مرحلة إعادة التأهيل
	الأيام 2-1	الأيام 7-3	الأسابيع 6-2
المضاعفات الطبيّة			
نقص السُّكَّر في الدّم	<-----		
انخفاض حرارة الجسم	<-----		
الجفاف	<-----		
خطط العلاج			
مكمّلات المغذيات الدقيقة	فيتامين أ في حال وجود نقص *يُمنع إعطاء الحديد* <-----	فيتامين أ عند وجود نقص	
دعم الرضاعة الطبيعيّة	<-----		
الحليب التكميلي	<-----	في حال عدم ترسيخ الرضاعة الطبيعيّة الحصريّة	

مقتبس من: منظمة الصحة العالمية. (2013). الدليل العملي لرعاية الأطفال في المستشفيات: إرشادات لإدارة الأمراض الشائعة في مرحلة الطفولة.

علاج المضاعفات الطبية وبدء التغذية

غالبًا ما يكون الرضّع المصابون بهزال شديد في حالة مرضية خطيرة عند قدومهم لتلقي العلاج. وتُعد الهزال وفقدان الشهية والعدوى من الحالات الشائعة، بحيث تتطلب الإدارة الأولية الناجحة تقييمًا طبيًا دقيقًا ومتكررًا مع توقّع المضاعفات الشائعة، بحيث يمكن الوقاية منها أو اكتشافها ومعالجتها في مرحلة مبكرة. بالإضافة إلى أن الوظائف الفيزيولوجية للأطفال المصابين بسوء التغذية تكون غير طبيعية.

تركّز الخطوات الأولى على الوقاية من المضاعفات الطبية وتشخيصها وبدء العلاج. ولا ينبغي أن تؤدي الفحوصات المخبرية إلى تأخير بدء العلاج؛ حتى في حال عدم توفر خدمات مخبرية، يجب بدء العلاج فور القبول.

علاج والوقاية من نقص السكر في الدم

جميع الرضّع دون سن 6 أشهر المصابين بهزال شديد و/أو وذمة تغذوية هم معرضون لخطر نقص السكر في الدم، وهو أحد الأسباب الشائعة للوفاة خلال أول يومين من العلاج. ويجب بدء العلاج فورًا كما يلي، حتى في حال عدم توفر إمكانية قياس سكر الدم:

1. عند القبول، إعطاء 50 مل من محلول الجلوكوز أو السكروز بتركيز 10%، ويُحضّر على شكل

ملعقة صغيرة ممتلئة من السكر مذابة في ثلاث ملاعق كبيرة من الماء.

2. إعطاء أول رضعة من حليب الأم المُستخرج أو، إذا لم يكن ذلك ممكنًا، من الحليب المُصنّع، أو

F-75، أو F-100 المُخفف، وذلك في أسرع وقت ممكن.

3. تغذية متكررة كل ساعتين على مدار اليوم والليل خلال أول يومين، باستخدام حليب الأم أو، عند

تعذر ذلك، الحليب العلاجي كما ذكر أعلاه.

إذا كان الرضيع فاقداً للوعي، يجب التفكير في إعطاء محلول جلوكوز 10% عن طريق الوريد بجرعة 5 مل/كغ عند القبول. وإذا تعذر الوصول الوريدي السريع، يمكن إعطاء 50 مل من الجلوكوز 10% عبر أنبوب أنفي معدي.

تستقر حالة معظم الرُّضّع خلال 30 دقيقة من بدء العلاج. وفي حال عدم استجابة رضيع يعاني من خمول شديد أو فاقد للوعي، فإن ذلك يُشير إلى وجود سبب كامن آخر وراء الحالة السريريّة، وقد يكون مرتبطاً بعدوى. ومن الضروري تحديد السبب الرئيسي للخمول/فقدان الوعي ومعالجته بشكل عاجل.

يجب مراقبة مستويات سكر الدم عن قرب خلال أول يومين باستخدام شرائط الفحص الورقية. ويجب إعطاء 50 مل من محلول الجلوكوز بتركيز 10% عندما تكون مستويات السكر في الدم أقل من 54 ملغ/ديسيلتر. تُمنع الإصابة بنقص سكر الدم خلال مرحلة الاستقرار من خلال التغذية كل ساعتين، بما في ذلك خلال الليل.

علاج والوقاية من انخفاض حرارة الجسم

يُعد انخفاض حرارة الجسم شائعاً جداً لدى الرُّضّع المصابين بهزال شديد، وغالباً ما يُشير إلى وجود نقص سكر في الدم أو عدوى خطيرة مرافقة. ويتم تشخيص انخفاض حرارة الجسم عند تسجيل درجة حرارة تحت الإبط > من 35 درجة مئوية (أقل من 95 درجة فهرنهايت) أو عند عدم تسجيل الحرارة على ميزان حرارة عادي.

يجب تدفئة الرضيع باستخدام الملابس والبطانيّة، مع التركيز على تغطية الرأس، كما يجب استخدام مدفأة لتدفئة الغرفة. ويُنصح باستخدام تقنية رعاية الكنغر، حيث يُوضع الرضيع في تلامس جلدي مباشر مع الأم مع تغطيته ببطانيّة. كما ويجب قياس حرارة الجسم كل 30 دقيقة لمدة ساعتين حتى ترتفع إلى أكثر من 36.5 درجة مئوية. وفي كل مرة يتم فيها تشخيص انخفاض حرارة الجسم، يجب التحقق من وجود نقص في سكر الدم.

يمكن الوقاية من انخفاض حرارة الجسم عبر إجراءات بسيطة، تشمل:

- الحفاظ على درجة حرارة الغرفة بين 28 و32 درجة مئوية، مع استخدام المدفأة عند الحاجة.
- تغيير الحفاضات المبلّلة بشكل متكرر.
- تغطية الرضيع في جميع الأوقات، خاصة الرأس (باستخدام قبعة قماشية)، وإبعاده عن التيارات الهوائية.
- تغذية متكررة باستخدام حليب الأم، أو عند تعذّره، باستخدام حليب تجاري أو حليب علاجي.

الجفاف وتدابير السوائل

يُعد تشخيص الجفاف صعبًا لدى الرضع دون سن 6 أشهر المصابين بهزال شديد، وخصوصًا إذا كانت الوزمة موجودة. فقد يترافق نقص حجم الدوران أو ضعف التروية مع وجود الوزمة، ولا يمكن الاعتماد على العلامات السريرية وحدها لتحديد وجود الجفاف بدقة. ويُفترض وجود الجفاف لدى الطفل المصاب بهزال شديد إذا توافرت إحدى الحالات التالية:

- وجود تاريخ حديث للإسهال المائي أو التقيؤ و/أو
- وجود علامات مثل، غياب الدموع، غور العينين مؤخرًا، انخفاض كمية البول، برودة الأطراف أو انخفاض حرارة الجسم (برودة اليدين والقدمين)، و
- وجود نبض شعاعي ضعيف.



ملاحظة: قد لا يكون الطفل مصابًا بالجفاف في حال وجود إسهال مزمن (دون تفاقم حاد بالإسهال المائي).

يحتوي محلول الإمهاء الفموي (ORS) القياسي المعتمد من منظمة الصحة العالمية (WHO) للاستخدام العام على نسبة عالية من الصوديوم ومنخفضة من البوتاسيوم، مما يجعله غير مناسب للرضع المصابين بسوء تغذية شديد. لذلك، يجب استخدام محلول الإمهاء خاص بحالات سوء التغذية، إما عن طريق الفم أو عبر أنبوب أنفي معدي، وفقًا لما يلي:

1. يُعطى 5 مل/كغ كل 30 دقيقة خلال أول ساعتين.
2. يُعطى 5-10 مل/كغ في الساعة خلال الأربع إلى عشر ساعات التالية، بالتناوب مع الحليب التكميلي F-75 أو F-100 المخفف.
3. إذا كانت هناك حاجة لمواصلة الإمهاء بعد مرور 10 ساعات، يتم إيقاف محلول الإمهاء الفموي، وتحتسب السوائل من حليب الأم أو الحليب التكميلي.
4. يجب إعطاء محلول الإمهاء الفموي (ORS) ببطء أكثر مما يُعطى للطفل السليم تغذويًا طوال فترة الإماهة.

يُوصى باستخدام الإمهاء عن طريق الوريد فقط في حالات الصدمة. وفي هذه الحالات، يُستخدم إما محلول رينجر لاكتات مع 5% ديكتروز أو محلول ملحي 0.45% مع 5% ديكتروز.

أثناء عملية إعادة الإمهاء، يجب مراقبة العلامات السريرية عن قرب كل 30 دقيقة لمدة ساعتين، ثم كل ساعة خلال الأربع إلى عشر ساعات التالية، للتحقق من علامات فرط الإمهاء وخطر قصور القلب، والتي تشمل ما يلي:

- زيادة الوزن (الزيادة المفرطة في الوزن تُعد إشارة على ضرورة إيقاف الإمهاء فوراً)

- زيادة في معدّل التنفّس

- زيادة في معدّل النبض

- تكرار التبول

- تضخم حجم الكبد عند الجسّ

- عدد مرات الإسهال والتقيؤ

في حال ظهور علامات فرط الإمهاء، وخصوصاً العلامات المبكرة مثل زيادة معدّل التنفّس بمقدار 5 أنفاس في الدقيقة وزيادة معدّل النبض بمقدار 25 نبضة في الدقيقة، يجب إيقاف محلول الإمهاء الفموي فوراً، والقيام بإعادة التقييم بعد ساعة واحدة.

إذا استمر الرضيع في المعاناة من إسهال مائي متواصل، يجب منع الجفاف عن طريق تشجيع الرضاعة الطبيعية بشكل أكثر تكراراً، وإعطاء محلول الإمهاء الفموي عن طريق الفم أو عبر الأنبوب الأنفي المعدي بعد كل نوبة إسهال مائي، كما يلي: 50-100 مل لكل براز رخو للأطفال الذين > 10 كغ.

 **ملاحظة:** من الشائع أن يخرج الرضّع المصابون بهزال شديد كميات صغيرة ومتكررة من البراز غير المتماسك. يجب عدم الخلط بين هذه الحالة والإسهال المائي الغزير، حيث لا تستدعي الحالة الأولى تعويضاً بالسوائل.

علاج العدوى

في الرضّع دون سن 6 أشهر المصابين بهزال شديد و/أو وذمة تغذويّة، قد تغيب العلامات المعتادة للعدوى البكتيرية مثل الحمى، رغم الاشتباه بوجود عدة أنواع من العدوى. وغالباً ما يُعدّ كل من نقص السكر في الدم وانخفاض حرارة الجسم مؤشرين على عدوى شديدة. ويجب البدء الفوري بالمضادات الحيوية واسعة الطيف على النحو التالي:

1. يُعطى أموكسيسيلين فموي بجرعة 25 ملغ/كغ مرتين يوميّاً لمدة 5 أيام.

2. في حال وجود صدمة، تُعطى المضادات الحيوية عن طريق الوريد مثل بنزليل بنسلين (بجرعة 50,000 وحدة دولية/كغ كل 6 ساعات عن طريق الوريد) أو أمبيسيلين (بجرعة 50 ملغ/كغ كل 6 ساعات عن طريق الوريد) وذلك لمدة يومين، ثم يُستكمل العلاج بأموكسيسيلين فموي لمدة 5 أيام.

8.3. توصيات الرضاعة الطبيعيّة واستخدام الحليب التكميلي لدى الرُّضع دون سن 6 أشهر

يُنظر في استخدام الحليب التكميلي كجزء من التغذية العلاجيّة للرُّضع دون سن 6 أشهر الذين تم إدخالهم إلى وحدة العلاج على صعيد المستشفى بسبب وزمة تغذويّة و/أو مؤشرات أنثروبومترية تدل على هزال شديد، مع التأكيد على إعطاء الأولويّة للرضاعة الطبيعيّة. ومع ذلك، يجب أن يُركّز العلاج أساساً على تقديم دعم تغذوي متخصص وفعال.

يهدف العلاج إلى تحفيز الرضاعة الطبيعيّة وترسيخها أو إعادة ترسيخها، مع تكميل تغذية الرضيع بالحليب التكميلي عند الحاجة. ويُفضّل أن يكون الحليب التكميلي هو حليب الأم المستخرج، وإن لم يكن ذلك ممكناً، فيمكن استخدام الحليب المُصنّع، أو F-75، أو F-100 المخفف. ومع بدء زيادة إنتاج حليب الأم، يمكن تقليل كمية الحليب التكميلي تدريجيّاً، إلى أن يتم إيقافه تماماً.

النهج التدريجي لترسيخ الرضاعة الطبيعيّة

الخطوة 1:

يجب الاستمرار في الرضاعة الطبيعيّة، مع تقديم الدعم اللازم للأم/مقدّم الرعاية من أجل التمكين من إرضاع الطفل. يُوصى بأن يتم إرضاع الطفل بأقصى قدر ممكن من التكرار، أي كل 3 ساعات ولمدة لا تقل عن 20 دقيقة (أو لفترة أطول إذا بكى الطفل أو طلب المزيد). ويجب معالجة صعوبات الرضاعة التي تم تقييمها عند الدخول، من خلال تحسين الوضعية، والالتقام، والمصّ، والبلع.

إذا لم يكن الطفل يرضع طبيعياً، يجب دعم الأم/مقدّم الرعاية على استعادة الرضاعة (إعادة الإدراج)، وإذا تعدّر ذلك، يُنصح بتشجيع الرضاعة الرطبة (الرضاعة من امرأة مرضعة أخرى).

الخطوة 2:

يجب تقديم التغذية التكميلية بعد مرور 30 دقيقة إلى ساعة واحدة من جلسة رضاعة طبيعية عادية، وفقاً لما يلي:

○ بالنسبة إلى الرُّضَع المصابين بهزال شديد دون وذمة، يجب إعطاء حليب الأم المستخرج أولاً، كما هو موضح في الملحق رقم 8. وإذا تعذر توفير حليب الأم المستخرج، يمكن إعطاء F-75 وفقاً لوزن الرضيع.

○ بالنسبة إلى الرُّضَع المصابين بهزال شديد مع وذمة، يجب إعطاء F-75 أيضاً وفقاً لوزن الرضيع. إذا لم يكن F-75 متوفراً، يمكن تحضير F-100 المُخفف باستخدام كمية إضافية من الماء بنسبة 30%، أي يُخلط مكيال واحد من F-100 مع 34 مل من الماء، للحصول على كمية إجمالية قدرها 39 مل. من المهم ملاحظة أنه لا يجوز إعطاء F-100 غير المخفف للرضع دون سن 6 أشهر في أي وقت، وذلك نظراً لارتفاع نسبة الأملاح المذابة في الكلى وخطر الإصابة بفقرط صوديوم الدم.

يجب إعطاء الحليب التكميلي خلال مرحلة الاستقرار وفقاً للمعايير التالية:

- كل ساعتين إلى ثلاث ساعات
- 100 كيلو كالوري/كغ/اليوم
- البروتين: 1 إلى 1.5 غرام/كغ/اليوم
- السوائل: 130 مل/كغ/اليوم، أو 100 مل/كغ/اليوم في حال وجود وذمة شديدة
- 11 مل/كغ كل رضعة كل ساعتين (12 رضعة في اليوم)، 16 مل/كغ كل رضعة كل ثلاث ساعات (8 رضعات في اليوم)

يجب استخدام تقنيات الرضاعة التكميلية، كما هو موضح في الملحق رقم 8، بهدف إعادة ترسيخ الرضاعة الطبيعية أو بدئها، ولإعطاء الرُّضَع المصابين بسوء تغذية شديد الرضعات التكميلية من حليب الأم المستخرج، أو F-75، أو F-100 المخفف. تعتمد هذه التقنية على جعل الرضيع يرضع من الثدي، وفي الوقت نفسه يتلقى الرضعة التكميلية، F-75 أو F-100 المخفف، عبر أنبوب رفيع يُوضع بجانب الحلمة. ويستفيد الرضيع من الرضعة التكميلية، بينما يحفز الرضاعة إلى تحفيز الثدي لإنتاج المزيد من الحليب.

لقد ثبت أن تقنيات الرضاعة التكميلية فعّالة في إعادة ترسيخ الرضاعة الطبيعية الكافية، إلا أن تطبيقها يتطلب قدرًا من الصبر والمهارة من مزود الرعاية الصحية والأم للقيام بذلك. ويُعد إرضاع الرضيع من الثدي بأكبر قدر ممكن من التكرار أمرًا بالغ الأهمية.

في حال كان الرضيع يستهلك أقل من 80% من كمية الرضعة خلال رضعتين متتاليتين، يجب التفكير باستخدام أنبوب تغذية أنفي معدي.

الخطوة 3:

يجب مراقبة وتسجيل العناصر التالية:

- كميات الحليب المقدّمة وما تبقى منها
- مدة كل جلسة رضاعة طبيعية
- الوزن اليومي
- عدد مرات التقيؤ - إن وُجد
- عدد مرات التبرز وقوام البراز

عند بدء الرضيع باكتساب وزن بمعدل 20 غراماً يومياً (زيادة الوزن المطلقة)، يجب خفض كمية الحليب التكميلي بمقدار الثلث، مع الاستمرار في الرضاعة الطبيعية قدر الإمكان. إذا تم الحفاظ على زيادة وزن بمعدل 10 غرامات يومياً لمدة يومين إلى ثلاثة أيام متتالية، فيجب إيقاف الحليب التكميلي. أما إذا لم يتحقق ذلك، فيجب إعادة زيادة كمية الحليب التكميلي إلى المستوى الأولي.

الرضع الذين لا يُتوقع إرضاعهم طبيعياً

في حال تعذر إرضاعهم طبيعياً (بعد إجراء التقييم اللازم)، يجب تزويد الرضيع بحليب الأطفال F-75 أو F-100 المخفف أو الحليب المُصنَّع. ويجب توفير الدعم المناسب لضمان التحضير والاستخدام الآمن، بما في ذلك استخدام المياه النظيفة والزجاجات المعقّمة. وبخلاف الرضع الذين يرضعون طبيعياً، ينقسم علاج الرضع الذين لا يرضعون رضاعة طبيعية الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و 6 أشهر إلى ثلاث مراحل، مرحلة الاستقرار، ومرحلة الانتقال، ومرحلة إعادة التأهيل. كما يُعطى حليب الرضع الصناعي أو الحليب التكميلي (F-75 أو F-100) بمعدلات مختلفة حسب المرحلة العلاجية. وبالتالي، تُعتبر عودة الشهية وانخفاض الودمة التغذوية (إن وُجدت) من المعايير الأساسية للانتقال من مرحلة الاستقرار إلى مرحلة الانتقال.

يجب استيفاء المعايير التالية قبل الانتقال من مرحلة الانتقال إلى مرحلة إعادة التأهيل:

- شهية جيدة، تُعرّف على أنها تناول ما (لا يقل عن 90%) من حليب F-75 أو F-100 المخفف الموصوف في مرحلة الانتقال.
- زوال تام للودمة التغذوية.
- إتمام إقامة لا تقل عن يومين في مرحلة الانتقال.
- عدم وجود مضاعفات طبية.

عند بلوغ الرضيع التعافي الأنثروبومتري وقدرته على تناول جميع رضعات الحليب بشكل جيد، يُمكن الانتقال من حليب F-100 المخفف إلى الحليب المُصنَّع. ويمكن الاستمرار في استخدام حليب F-100 المخفف خلال مرحلة إعادة التأهيل عند الحاجة.

جدول 15: جدول التغذية للرضع دون سن 6 أشهر الذين لا يُتَوَقَّع إرضاعهم طبيعياً في بيئة العلاج على صعيد المستشفى

المرحلة العلاجية	بديل حليب الأم أو الحليب العلاجي	المعدّل	عدد الرضعات
مرحلة الاستقرار (الأيام 1-7)	الحليب المُصنَّع، F-75، أو F-100 المخفف	100 كيلو كالوري/كغ/يوم 130 مل/كغ/يوم	رضعات كل ساعتين خلال اليوم الأول رضعات كل 3 ساعات 16 مل/كغ/رضعة 8 رضعات/اليوم
مرحلة الانتقال (بعد اليوم السابع)	الحليب المُصنَّع، F-75 في حال وجود وذمة أو F-100 المخفف في حال عدم وجود وذمة	110-130 كيلو كالوري/كغ/يوم 150-170 مل/كغ/يوم	رضعات كل 3 ساعات 18-21 مل/كغ/رضعة 8 رضعات/اليوم
مرحلة إعادة التأهيل (بعد الانتقال الناجح)	الحليب المُصنَّع أو F-100 المخفف	150 كيلو كالوري/كغ/يوم 200 مل/كغ/يوم	رضعات كل 4 ساعات 33 مل/كغ/رضعة 6 رضعات/اليوم

مكملات فيتامين أ

لا يُوصى¹⁵ بإعطاء مكملات فيتامين أ بشكل روتيني للرضع دون سن 6 أشهر المعرضين لخطر ضعف النمو والذين تم إدخالهم إلى وحدات العلاج على صعيد المستشفى. ومع ذلك، يجب فحص الرضع المصابين بهزال شديد و/أو وذمة تغذوية للتحقق من وجود علامات نقص فيتامين أ، وخصوصاً تفريجات القرنية. وفي حال ظهور هذه العلامات، يجب إعطاء جرعة عالية من فيتامين أ بمقدار 50,000 وحدة دولية في الأيام 1 و2 و15

8.4. التدخلات الموجهة للأمهات/مقدمي الرعاية للرضع دون سن 6 أشهر في وحدات العلاج على صعيد المستشفى

يُعدّ التقييم الشامل وتقديم الدعم للأمهات/مقدمي الرعاية للرضع دون سن 6 أشهر المعرضين لخطر ضعف النمو والتنمية أمرًا ضروريًا لتحسين صحة الأم والطفل معًا، مع التركيز على ضمان السلامة الجسدية والنفسية لمقدمي الرعاية لدعم النمو الأمثل للرضع. ويجب إنشاء روابط إحالة فعالة لتوفير الرعاية والدعم الطبي والنفسي المناسبين للأمهات/مقدمي الرعاية.

تحتاج الأم /مقدم الرعاية للرضيع المعرض لخطر ضعف النمو إلى نظام غذائي مغذٍ لتتمكن من رعاية الطفل بالشكل المناسب. ويُعد تناول ثلاث وجبات رئيسية يوميًا مع وجبات خفيفة، بالإضافة إلى لتر إضافي من السوائل يوميًا، أمرًا ضروريًا للمحافظة على إدرار الحليب والقدرة على تقديم الرعاية الفعالة للرضيع. يُنصح بتناول مكملات المغذيات الدقيقة للأم المرضعة (العودة إلى الفصل السادس النساء الحوامل والمرضعات (PBW)).

قد تشمل الرعاية الداعمة للأمهات ما يلي:

- تقديم دعم مباشر ومخصّص للرضاعة الطبيعية
- التركيز على تهيئة بيئة تسهل وتعزز الرضاعة الطبيعية، مثل إنشاء "زوايا آمنة للرضاعة الطبيعية" مخصّصة للأمهات والرضع
- توفير جلسات إرشاد فردية مخصّصة
- شرح خطوات العلاج المختلفة التي سيمر بها الرضيع، بهدف تعزيز ثقة الأم والتقليل من مشاعر اللوم الذاتي المتعلقة بقدرتها على الإرضاع
- يجب عدم فصل الأمهات عن أطفالهن. ويُنصح بتوفير أسيرة للأمهات ومساحة مخصّصة للرضاعة الطبيعية داخل المستشفى المُعتمد.

¹⁵ الحليب العلاجي F-75 و F-100 المُخفف مدعمان بالعناصر الغذائية بشكل كافٍ. كما تُعتبر الرضاعة الطبيعية كافية أيضًا من الناحية التغذوية.

8.5. معايير الخروج وآلية التحويل إلى العلاج على صعيد مراكز الرعاية الصحية للرُّضع دون سن 6 أشهر من وحدات العلاج على صعيد المستشفى

لضمان استمرارية الرعاية، يمكن إحالة الرُّضع دون سن 6 أشهر من وحدات العلاج على صعيد المستشفى إلى وحدات العلاج على صعيد مراكز الرعاية الصحية عند استيفاء المعايير التالية مجتمعة:

1. عدم وجود أي من علامات الخطر حسب التدبير المتكامل لأمراض الطفولة (IMCI) لمدة لا تقل عن 48 ساعة قبل الخروج.
 2. انحسار جميع المضاعفات الطبية الحادة.
 3. زوال الوباء التغذوي.
 4. إظهار الرضيع شهية جيدة، وأن يكون سليماً سريرياً وبقظاً.
 5. تحقيق زيادة وزن مُرضية على أساس الرضاعة الطبيعية الحصرية أو بدائل حليب الأم في حال تعذر الإرضاع، بمعدل 5 غ/كغ/يوم لمدة 3 أيام متتالية على الأقل.
 6. التحقق من استكمال التطعيمات والتدخلات الروتينية الأخرى، مع وضع خطة متابعة عند الحاجة.
 7. ربط الأم/مقدم الرعاية بخدمات المتابعة المجتمعية، بما يشمل الدعم الصحي والنفسي والاجتماعي، عند وجود أي من هذه الاحتياجات.
 8. ضمان وجود تواصل واضح لربط الرضيع المصاب بمشكلة صحية مشخصة بمركز الرعاية الصحية الأولية المناسب.
 9. في حال عدم رضاعة الرضيع طبيعياً، يجب أن يكون لديه نظام تغذية مستقر باستخدام تركيبة حليب مُصنَّع متوفرة وسهلة الوصول لمقدم الرعاية.
- يجب التحقق من سجل رعاية الطفل الصحي للتأكد من تسجيل جميع المعلومات العلاجية والقياسات الأنثروبومترية بدقة، كما يجب تقديم تغذية راجعة لمقدم الرعاية حول نتائج العلاج ومتطلبات المتابعة بعد الخروج.

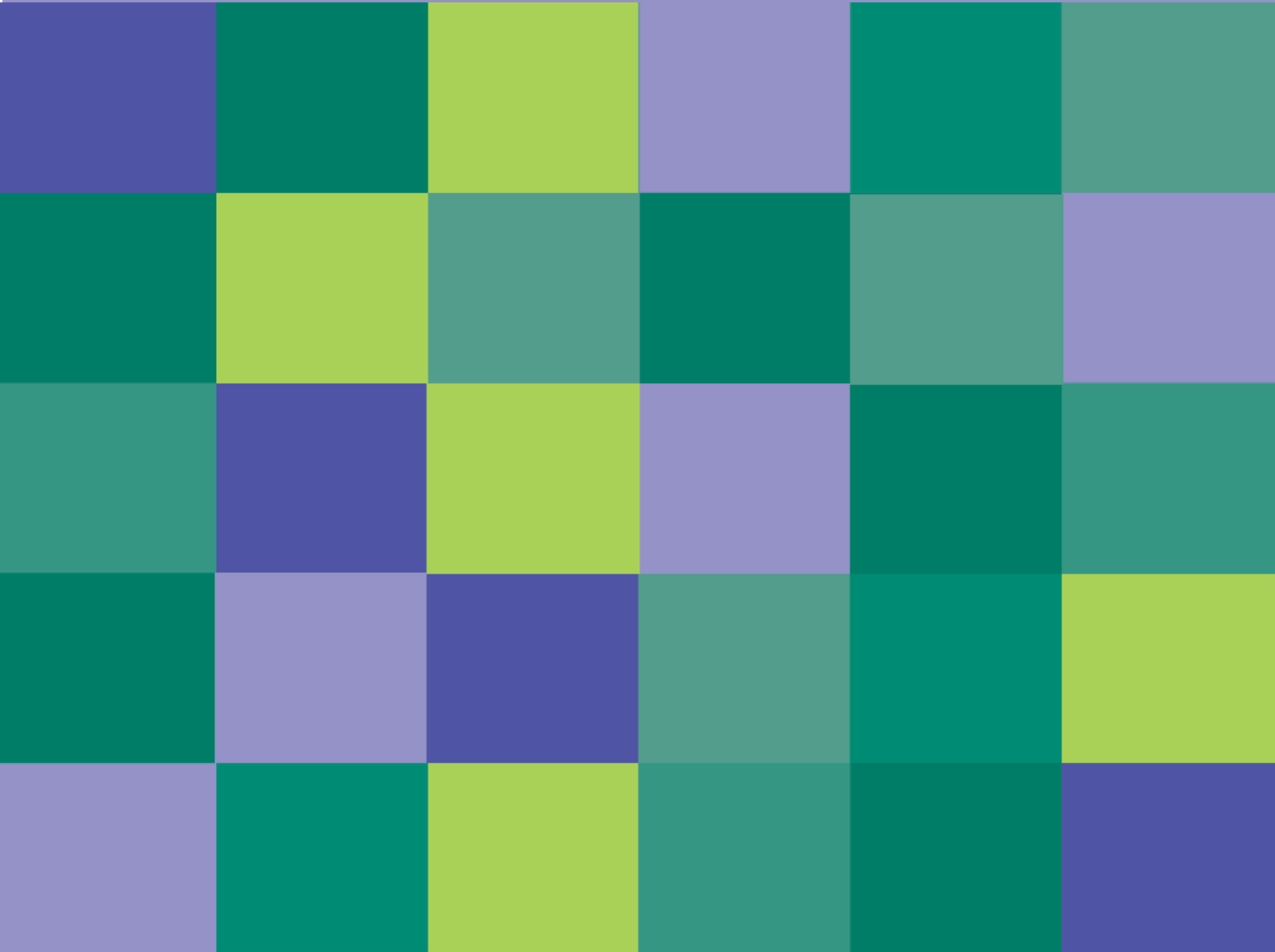
يجب أن يملأ مقدم الرعاية الصحية في المستشفى المُعتمد ورقة إحالة تتضمن:

- الحالة الطبية المشخصة (إن وُجدت) وخطة المتابعة المقترحة
- سجل بالأدوية المستمرة
- المؤشرات الأنثروبومترية وتفسير معطيات النمو
- نظام التغذية باستخدام بدائل حليب الأم عند تعذر الإرضاع

- توثيق التعليمات التي تم تقديمها للأم أو مقدّم الرعاية
- مركز الرعاية الصحيّة الأوليّة (PHCC) المقترح للمتابعة، مع بيانات التواصل مع الشخص المسؤول عن المتابعة.

الفصل التاسع:

إدارة حالات الهزال و/أو الوزمة التغذويّة
لدى الرضّع والأطفال الذين تتراوح
أعمارهم بين 6 و 59 شهرًا في المستشفى



إدارة حالات الهزال و/أو الوذمة التغذوية لدى الرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا في بيئة العلاج على صعيد المستشفى

قد تتطلب حالات الهزال الشديد و/أو الوذمة التغذوية لدى الرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا علاجًا في مستشفيات محدّدة ومعتمدة. ويُسهّم تحديد الوضع التغذوي من خلال التقييم الأولي في ضمان تلقي الأطفال المصابين بهزال شديد و/أو وذمة تغذوية تدخّلات فورية ومناسبة، بما في ذلك القبول في المستشفى عند الحاجة.

يجب أن تُركّز الإدارة الأوليّة على استقرار حالة الطفل، وتصحيح الاختلالات الأيضية والأعراض الطارئة. وبمجرد استقرار حالة الطفل، يمكن العمل على إعادة الشهية تدريجيًا وتقليل الوذمة. أما المرحلة التالية فهي مرحلة إعادة التأهيل، حيثُ يجب بدء التغذية العلاجية بهدف تحفيز النمو التعويضي.

9.1. معايير القبول في وحدات العلاج على صعيد المستشفى للرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا والمصابين بهزال شديد و/أو وذمة تغذوية

الإحالة الفورية والقبول في وحدة العلاج على صعيد المستشفى

يجب إحالة وقبول الرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا والمصابين بهزال شديد و/أو وذمة تغذوية في وحدات العلاج على صعيد المستشفى إذا كانوا يُظهرون أيًا من الخصائص المذكورة في الجدول رقم 16.

جدول 16: معايير الإحالة الفورية إلى وحدات العلاج على صعيد المستشفى للرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا والمصابين بهزال شديد

الفئة	معايير القبول
علامات الخطر حسب التدبير المتكامل (IMCI) لأمراض الطفولة: معيار واحد أو أكثر	• عدم القدرة على الشرب أو الرضاعة • يتقيأ كل شيء • أُصيب بتشنجات مؤخرًا • حامل أو فاقد للوعي

• يعاني من تشنجات حاليًا	
• صدمة • انخفاض سكر الدم المُقاس والمستمر بعد محاولات التصحيح • تشبّع الأكسجين $> 90\%$ • التهاب رئوي (مع انكماش صدري و/أو تنفّس سريع، وإذا أمكن قياسه، تشبّع أكسجين $> 94\%$) • الجفاف (بما في ذلك الجفاف المعتدل أو الشديد) • إسهال شديد مستمر (لمدة 14 يومًا أو أكثر مع وجود جفاف) • مرض حموي شديد جدًا • الحصبة المعقدة الشديدة • التهاب الخشاء • فقر دم شديد (شحوب شديد في راحتي اليدين أو تركيز هيموغلوبين > 4 غ/ديسيلتر، أو بين 4-6 غ/ديسيلتر مع علامات قصور وظيفي) • آثار جانبية شديدة للعلاج المضاد للفيروسات (لفيروس نقص المناعة البشرية)، مثل: طفح جلدي، صعوبة في التنفّس، ألم شديد في البطن، اصفرار العينين، حمى، تقيؤ • تقرحات جلدية مفتوحة أو مصابة بالعدوى مرتبطة بالوزمة التغذوية • علامات سريرية منفردة "ذات أولوية" وغير مصنّفة ضمن علامات الخطر: انخفاض حرارة الجسم (> 35 درجة مئوية تحت الإبط أو 35.5 درجة مئوية شرجيًا) أو ارتفاع حرارة شديد (≤ 38.5 درجة مئوية تحت الإبط أو 39 درجة مئوية شرجيًا)	مشاكل طبية حادّة أو حالات مصنّفة كحادّة حسب التدبير المتكامل لأمراض الطفولة (IMCI): معيار واحد أو أكثر

الوذمة (التغذوية)	وذمة تغذوية شديدة 3+ (+++)
اختبار الشهية	فشل في اختبار الشهية عند تقديم الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)

مقتبس من: منظمة الصحة العالمية. (2023). الإرشادات: التحديات بشأن إدارة سوء التغذية الحاد الشديد لدى الرضع والأطفال

يجب أن يخضع الرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا والمصابين بهزال شديد و/أو وذمة تغذوية، والذين لا يستوفون أيًا من المعايير الواردة في الجدول رقم 16، إلى تقييم معمق لتحديد ما إذا كانت حالتهم تتطلب القبول في وحدة العلاج على صعيد المستشفى أو يمكن إدارتها في مركز الرعاية الصحية، وذلك استنادًا إلى التقييم السريري. ويمكن إجراء هذا التقييم المعمق من قبل مزود رعاية صحية معيّن في مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) أو في وحدة الطوارئ (إذا كان الطفل موجودًا بالفعل في المستشفى).

ويهدف هذا التقييم المعمق إلى ما يلي:

1. تحديد ما إذا كان من الممكن والأمن والمناسب إدارة حالة الطفل في مركز الرعاية الصحية أو إذا ما كانت الإحالة إلى العلاج في المستشفى.
 2. البدء بعملية الإحالة عند الحاجة.
 3. بدء الرعاية المناسبة في بيئة العلاج على صعيد مركز الرعاية الصحية إذا لم تكن الإحالة ضرورية.
- يجب أن يشمل التقييم المعمق المجالات التالية، مع ضرورة عدم إغفال أيٍّ منها لضمان تغطية جميع المعايير المذكورة في الجدول أعلاه:

- تقييم طبي شامل، لتحديد أي حالات طبية كامنة أو مصاحبة قد تؤثر على الحالة التغذوية للطفل
- تقييم تغذوي يشمل مراجعة مدخول الطفل الغذائي وممارسات الإطعام، بما في ذلك تقييم الرضاعة الطبيعية (إن وجدت)
- تقييم نفسي/اجتماعي لحالة الطفل، ويتضمن فهم قدرة مقدّم الرعاية على دعم الاحتياجات الصحية والتغذوية للطفل

يجب إعطاء الأولوية لاستقلالية الأم/مقدّم الرعاية، وقدرتهم، وموافقتهم عند التوصية بالإحالة إلى وحدة العلاج على صعيد المستشفى.

جدول 17: معايير التقييم المعمق للنظر في الإحالة إلى العلاج على صعيد المستشفى للرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا والمصابين بهزال شديد

الفئة	معايير القبول
مشاكل طبية لا تتطلب علاجًا فوريًا في المستشفى ولكنها تحتاج إلى فحص ومتابعة إضافية، ولها تأثير كبير على الحالة التغذوية	• حالة طبية تم تشخيصها حديثًا وتتطلب اتخاذ قرار بشأن فوائد القبول الأولي في وحدة العلاج على صعيد المستشفى لإجراء مراقبة مكثفة أو بدء العلاج أو تنفيذ فحوصات غير متاحة في بيئة العلاج على صعيد مركز الرعاية الصحية، قبل الإحالة إلى المتابعة في المستشفى. • طفل يعاني من حالة طبية معروفة تشهد تفاقمًا أو تدهورًا، دون وجود علامات خطر فورية، لكنه يحتاج إلى تقييم معمق لتحديد ما إذا كانت هناك حاجة للإحالة إلى العلاج على صعيد المستشفى، مثل: أمراض القلب الخلقية، الشلل الدماغي أو إعاقات أخرى، فيروس نقص المناعة البشري (HIV)، السل. • يمكن النظر في علامات نقص فيتامين أ العينية في حال تعذر توفير مكملات فيتامين أ في بيئة العلاج على صعيد مركز الرعاية الصحية.
عدم اكتساب الوزن في العلاج على صعيد مركز الرعاية الصحية	• زيادة وزن أقل من 5 غرامات/كغ/اليوم لمدة أسبوعين (>70 غرامًا/كغ)

مقتبس من: منظمة الصحة العالمية. (2023). الإرشادات: التحديثات بشأن إدارة سوء التغذية الحاد الشديد لدى الرضع والأطفال.

الرعاية الطارئة

يجب البدء بالتغذية والعلاج الطبي فور دخول الرضيع /الطفل ومقدّم الرعاية إلى وحدة العلاج. ويجب الحفاظ على دفء الرضيع/الطفل، مع تغطية الرأس وترك مجرى الهواء مفتوحاً للوقاية من انخفاض حرارة الجسم.

إذا ظهرت على الطفل علامات الصدمة مثل برودة الجلد، وإطالة فترة إعادة الامتلاء الشعيري، وتسارع النبض وضعفه، وكان غير خامل أو فاقد للوعي، فيجب النظر في إعطاء الطفل محلول الإمهاء الفموي: 5 مل/كغ من محلول الجلوكوز 10%، بحد أقصى 50 مل. بعد ذلك، يُستكمل العلاج بالمضادات الحيوية والترطيب وفقاً للإرشادات الطبية الواردة أدناه.

أما في حال وجود علامات صدمة مصحوبة بالخمول و/أو فقدان الوعي، فيجب إعطاء الأطفال السوائل عن طريق الوريد. إلا أن هؤلاء الأطفال قد لا يتحملون كميات كبيرة من السوائل، لذا تُعطى السوائل الوريدية بجرعة 15 مل/كغ على مدار ساعة واحدة، ويتم استخدام محلول لاكتات رينجر مع 5% ديكتروز أو محلول ملحي 0.45% مع 5% ديكتروز.

يجب مراقبة الطفل عن قرب كل 5 إلى 10 دقائق لمتابعة التغيرات في معدل النبض وحجمه ومعدل التنفس.

وإذا ظهرت علامات تحسّن (انخفاض معدل النبض، زيادة حجم النبض، أو انخفاض معدل التنفس) دون وجود مؤشرات على وذمة رئوية، يتم تكرار الإعطاء الوريدي بنفس المعدل، 15 مل/كغ، على مدار ساعة واحدة، ثم يمكن البدء بالإمهاء الفموي.

إذا لم تتحسن حالة الطفل بعد جرعتين وريديتين، من السوائل بمقدار 15 مل/كغ، فيجب الاستمرار في إعطاء السوائل عن طريق الوريد بمعدل 4 مل/كغ في الساعة. ويجب إعطاء المضادات الحيوية الوريدية وفقاً لإرشادات إدارة العلاج الطبي الواردة أدناه.

في حال وجود فقر دم حاد، يُشخص عند بلوغ تركيز الهيموغلوبين > 4 غ/ديسيلتر، أو > 6 غ/ديسيلتر مع وجود ضيق تنفس، فيجب إجراء نقل دم خلال أول 24 ساعة. ويجب أن يكون نقل الدم بطيئاً، بحيث يُعطى دم كامل بجرعة 10 مل/كغ على مدى 3 ساعات، بالإضافة إلى إعطاء فوروسيميد بجرعة 1 ملغ/كغ عن طريق الوريد في بداية النقل.

إذا تدهورت حالة الطفل أثناء الإمهاء الوريدية، (خاصةً عند زيادة معدل التنفس بمقدار 5 أنفاس في الدقيقة وزيادة معدل النبض بمقدار 15 نبضة في الدقيقة)، فيجب إيقاف التسريب الوريدي فوراً لتجنّب فرط الإمهاء وفشل القلب. وإذا ظهرت علامات أخرى لقصور القلب مثل تمدد الأوردة الوداجية، تضخم الكبد، وذمة في الجفون، إيقاع شديد في القلب، أو طقطقة خفيفة في الرئتين، فيمكن النظر بحذر في إعطاء المدرّات البولية. كما يمكن إعطاء فوروسيميد عن طريق الوريد بجرعة 1 ملغ/كغ، حيث يُساعد على زيادة الإدرار

خلال ساعتين. وفي حال وجود علامات قصور القلب، يجب إجراء نقل دم باستخدام كريات حمراء مركزة بجرعة 10 مل/كغ، لأن الدم الكامل قد يؤدي إلى تفاقم الحالة.

9.2. إدارة المضاعفات الطبية لدى الرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا والمصابين بهزال شديد في المستشفى

يجب البدء الفوري في علاج حالات الهزال الشديد لدى الرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا. ويتضمن العلاج مرحلتين أساسيتين: (1) مرحلة الاستقرار، وتشمل علاج الحالات التي تُهدّد الحياة، وإرساء نظام تغذية أولي. (2) مرحلة إعادة التأهيل، وتشمل تغذية مكثفة لتعويض الوزن المفقود (العودة إلى الجدول رقم 18). في معظم الحالات، تتم مرحلة إعادة التأهيل في عيادات العلاج على صعيد مركز الرعاية الصحية باستخدام الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)، وتمتد هذه المرحلة من أسبوعين إلى ستة أسابيع. إذا تم تحويل الطفل من مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) بموجب شهادة إحالة، يجب التحقق من المعايير الأنثروبومترية وسبب الإحالة. وفي حال عدم وجود شهادة إحالة، يجب تقييم الوضع التغذوي للطفل باستخدام محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC)، والتحقق من وجود وذمة.

يجب تقديم التحفيز الحسي للطفل طوال فترة بقاءه في وحدة العلاج على صعيد المستشفى، ويشمل ذلك:

- تقديم رعاية حنونة وبيئة مبهجة ومحفزة، مع مشاركة الأم في الرعاية
- توفير ألعاب وكتب أو صور، وبيئة بصرية محفزة
- تشجيع النشاط البدني بمجرد أن تتحسن الحالة الصحية للطفل بما يسمح بذلك

جدول 18: الإطار الزمني لإدارة حالات الهزال الشديد و/أو الوزمة التغذوية لدى الرضع والأطفال من عمر 6 إلى 59 شهرًا في بيئة العلاج على صعيد المستشفى

المضاعفات وخطط العلاج	مرحلة الاستقرار		مرحلة إعادة التأهيل
	الأيام 1-2	الأيام 3-7	الأسابيع 2-6
نقص السكر في الدم	<-----		
انخفاض حرارة الجسم	<-----		
الجفاف وتدهير السوائل	<-----		
تعويض الإلكتروليت	<-----		
العدوى والمضادات الحيوية	<-----		
بدء التغذية (الحليب التكميلي)	<-----		
التغذية التعويضية (العلاجية)			<-----
مكملات المغذيات الدقيقة	فيتامين أ عند وجود نقص	فيتامين أ عند وجود نقص (لا يُعطى الحديد) <-----	فيتامين أ عند وجود نقص

مقتبس من: منظمة الصحة العالمية (2013). دليل رعاية الأطفال في المستشفى: إرشادات لإدارة الأمراض الشائعة لدى الأطفال.

علاج المضاعفات الطبية وبدء التغذية

غالبًا ما يكون الأطفال المصابون بهزال شديد في حالة صحية حرجة عند وصولهم لتلقي العلاج، حيث تكون فقدان الشهية والعدوى من المشاكل الشائعة. ويتطلب التدبير الأولي الناجح تقييمًا طبيًا دقيقًا ومتكررًا مع توقع حدوث مضاعفات شائعة حتى يمكن الوقاية منها أو التعرف عليها وعلاجها مبكرًا.

عند الوصول، يجب الحفاظ على دفء الطفل، مع تغطية الرأس وترك مجرى التنفس مفتوحًا للوقاية من انخفاض حرارة الجسم. ويجب البدء فورًا في علاج المضاعفات الطبية، ولا ينبغي أن تؤخر التحاليل المخبرية بدء العلاج. حتى في حال عدم توفر المختبر، يجب مباشرة العلاج فورًا عند القبول.

علاج نقص سكر الدم والوقاية منه

جميع الرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا والمصابين بهزال شديد معرضون بشكل كبير لخطر نقص السكر في الدم، والذي يُعد سببًا شائعًا للوفاة خلال أول يومين من العلاج. يجب قياس مستوى سكر الدم باستخدام شرائط الفحص الورقية عند القبول، وفي حال كان سكر الدم أقل من 54 ملغ/ديسيلتر، يجب البدء بالعلاج فورًا.

وإذا لم يكن من الممكن قياس سكر الدم، وكان هناك اشتباه بنقص السكر بسبب أعراض مثل، الدوخة، الارتعاش، انخفاض حرارة الجسم، الضعف العام أو ارتخاء الجسم، الخمول أو أي علامات سريرية أخرى، فيجب البدء بالعلاج فورًا أيضًا.

يتضمن العلاج الأولي لنقص السكر في الدم ما يلي:

1. عند القبول، يُعطى الطفل 50 مل من محلول الجلوكوز أو السكروز 10%، ويُحضّر هذا المحلول بإذابة ملعقة صغيرة ممسوحة من السكر في ثلاث ملاعق كبيرة من الماء.
2. يتم إعطاء أول رضعة من الحليب العلاجي F-75 في أقرب وقت ممكن.
3. تُعطى رضعات متكررة كل ساعتين إلى ثلاث ساعات باستخدام F-75 خلال أول يومين، نهارًا وليلاً.

إذا كان الرضيع و/أو الطفل فاقداً للوعي، يُنصح بإعطاء محلول جلوكوز 10% عن طريق الوريد بجرعة 5 مل/كغ عند القبول. وإذا تعذر الوصول الوريدي السريع، يُعطى 50 مل من محلول الجلوكوز 10% عبر أنبوب أنفي معدي.

بعد بدء العلاج، تستقر حالة معظم الأطفال في غضون 30 دقيقة. إذا استمر الطفل في الخمول الشديد أو فقدان الوعي دون تحسن، فهذا يشير إلى وجود سبب كامن آخر وراء الحالة السريرية، وقد يكون عدوى. لذا، من الضروري تحديد السبب الدقيق للخمول/فقدان الوعي ومعالجته.

يجب مراقبة مستويات سكر الدم عن قرب خلال أول يومين. وعند هبوط مستوى السكر إلى أقل من 54 ملغ/ديسيلتر، يجب إعطاء 50 مل من محلول الجلوكوز 10% فورًا.

الوقاية من نقص السكر في الدم تتم من خلال التغذية المتكررة كل 3 ساعات، بما في ذلك إيقاظ الطفل أثناء الليل حتى يتم الوصول إلى مرحلة الاستقرار. وبمجرد أن يبدأ الطفل بتحمل الحجم الموصى به من الرضعات بمعدل 5-6 مرات يوميًا، لا حاجة لإيقاظه لرضعات ليلية.

علاج والوقاية من انخفاض حرارة الجسم

يُعد انخفاض حرارة الجسم من المضاعفات الشائعة للهزال الشديد، وغالبًا ما يترافق مع نقص السكر في الدم أو عدوى خطيرة. ويُشخّص عندما تكون درجة الحرارة تحت الإبط > 35 درجة مئوية (> 95 فهرنهايت) أو عندما لا تُسجّل على مقياس حرارة عادي.

يجب إعادة تدفئة الرضّع والأطفال من خلال الملابس والبطانيات، مع إعطاء اهتمام خاص بتغطية الرأس، كما ينبغي رفع درجة حرارة الغرفة باستخدام المدفأة.

يمكن الوقاية من انخفاض حرارة الجسم عبر إجراءات بسيطة تشمل:

- الحفاظ على حرارة الغرفة بين 28 و 32 درجة مئوية، واستخدام المدفأة عند الضرورة.
- تجنّب الاستحمام المتكرر، والحفاظ على الطفل جافًا؛ يجب تغيير الحفاضات الرطبة بانتظام للأطفال غير المدربين على استخدام المراحيض.
- يجب أن يكون الرضيع/الطفل مغطى بالملابس دائمًا، ويُبعد عن تيارات الهواء البارد.
- يُفضّل أن ينام الطفل بجانب أمه/مقدّم الرعاية ليلاً للحصول على الدفء.
- يجب إعطاء حليب F-75 كل 3 ساعات، بدءًا من اللحظة الأولى.

مراقبة انخفاض حرارة الجسم تتم كما يلي:

- قياس درجة حرارة الجسم كل 30 دقيقة خلال الساعتين الأوليين.
- أثناء إعادة التدفئة، يتم قياس الحرارة كل ساعتين حتى ترتفع إلى أكثر من 36.5 درجة مئوية (أو كل 30 دقيقة إذا كانت المدفأة قيد الاستخدام).
- ضمان تغطية الطفل دائمًا، خصوصًا أثناء الليل.
- قياس مستوى سكر الدم.
- يجب التحقق من نقص السكر في الدم كلما تم تشخيص انخفاض حرارة الجسم.

الجفاف وتدابير السوائل

لا يمكن تشخيص الجفاف بدقة اعتمادًا على العلامات السريرية فقط لدى الرضّع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهرًا والمصابين بهزال شديد، مما يؤدي غالبًا إلى المبالغة في تشخيصه. ولذلك، من المهم أخذ تاريخ طبي مفصّل وتحديد ما إذا كان هناك فقدان سوائل حديث. يُفترض وجود الجفاف لدى الطفل المصاب بهزال شديد إذا توفرت الظروف التالية:

- وجود تاريخ حديث للإسهال المائي أو القيء و/أو

- وجود علامات مثل: غياب الدموع، وغور العيون حديثاً، وانخفاض كمية البول خلال آخر 6 ساعات، وبرودة الأطراف أو انخفاض حرارة الجسم (برودة اليدين والقدمين)، و
- وجود نبض شعاعي ضعيف.



ملاحظة: الأطفال الذين يعانون من إسهال مزمن (دون تفاقم حاد بالإسهال المائي) قد لا يكونون مصابين بالجفاف.

قد يؤدي فرط الإمهاء لدى الأطفال إلى إرهاق لوظيفة الدورة الدموية الضعيفة في الجهاز القلبي الوعائي، مما قد يُسبب قصور القلب. بالإضافة إلى ذلك، يُشتبه في وجود احتباس الصوديوم لدى الأطفال المصابين بسوء التغذية على الرغم من مستويات الصوديوم الطبيعية في البلازما. لذا، يجب اتباع نهج حذر في إدارة السوائل لدى هؤلاء الرضع والأطفال، حتى في حال وجود إسهال. يُمنع استخدام الترطيب الوريدي إلا في حالات الصدمة فقط.

يجب استخدام محلول الإمهاء المخصص لسوء التغذية كعلاج معياري بدلاً من محاليل الإمهاء الفموي التقليدية، لأنه يحتوي على نسبة صوديوم أقل. ويُعطى عن طريق الفم أو عبر أنبوب أنفي معدي في حال الخمول، وفقاً للتالي:

1. 5 مل/كغ كل 30 دقيقة لمدة الساعتين الأوليين.
2. من 5 إلى 10 مل/كغ في الساعة خلال الساعات 4 إلى 10 التالية، بالتناوب مع حليب F-75 العلاجي. تعتمد الكمية الدقيقة على، مدى رغبة الطفل في الشرب، وكمية البراز الخارجة، وما إذا كان الطفل يعاني من القيء.
3. إذا استمرت الحاجة للإمهاء بعد 10 ساعات، يُوقف محلول الإمهاء الفموي (ORS)، وتُحسب السوائل من حليب F-75 العلاجي.
4. يجب إعطاء محلول الإمهاء الفموي (ORS) ببطء أكثر من المعدل المستخدم للأطفال جيدين التغذية.

أثناء إعادة الإمهاء، يجب مراقبة التحسن السريري عن كثب كل 30 دقيقة لمدة ساعتين، ثم كل ساعة خلال الساعات 4 إلى 10 التالية، للتحقق من علامات فرط الإمهاء وخطر الإصابة بقصور القلب.

تتم مراقبة زيادة الوزن كل 30 دقيقة لمدة ساعتين، وفي حال عدم ملاحظة أي تحسن سريري، يجب إيقاف جميع محاليل الإمهاء الفموي. أما إذا لوحظ تحسن سريري مصحوب بزيادة في الوزن، فيمكن البدء بإعطاء F-75 مبكراً. تشمل العلامات الأخرى التي يجب مراقبتها بشكل رئيسي انتظام معدل التنفس ومعدل النبض والتبول.

في حال ظهور علامات فرط الإمهاء، خاصةً العلامات المبكرة التالية، زيادة معدل التنفس بمقدار 5 أنفاس في الدقيقة، وزيادة معدل النبض بمقدار 25 نبضة في الدقيقة، فيجب إيقاف محلول الإمهاء الفموي فوراً، وإجراء إعادة تقييم بعد ساعة واحدة.

• **في حال وجود صدمة:** تُستخدم السوائل الوريدية فقط في حالات الصدمة، وتشمل، محلول لاكتات رينجر مع 5% ديكتروز، أو محلول ملحي 0.45% مع 5% ديكتروز، ويُعطى ذلك بمعدل محدد قدره 15 مل/كغ على مدار ساعة واحدة.

• **في حال الإسهال المائي:** يجب إعطاء 30 مل من محلول الإمهاء بعد كل نوبة إسهال مائي، حتى وإن مرَّ أكثر من 48 ساعة على دخول الطفل للمستشفى.

مع تقدم الإمهاء، يجب أن ينخفض معدّل النبض والتنفس إلى المستويات الطبيعيّة، وأن يبدأ الطفل بطرح البول.

 **ملاحظة:** الأطفال الذين يعانون من الإسهال أثناء تناول الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) (F-75، F-100)، المطابقة لمواصفات منظمة الصحة العالمية (WHO)، لا يجب إعطاؤهم الزنك، لأن هذه الأغذية تحتوي على كمية كافية من الزنك لتلبية احتياجات الطفل.

يُعاني الرضّع والأطفال المصابون بوذمة تغذوية ثنائية الجانب في كثير من الأحيان من نقص حجم الدم، ولا يُنظر في الإمهاء إلا في حال وجود صدمة أو إسهال مائي شديد. ويجب عدم استخدام المدرّات البوليّة لمعالجة الوذمة إطلاقاً، نظراً لخطر احتباس الصوديوم ونقص البوتاسيوم.

إذا كان الطفل يعاني من إسهال مائي مستمر، فيجب الوقاية من الإمهاء من خلال الاستمرار في نظام التغذية سواءً عبر حليب F-75 أو الرضاعة الطبيعيّة، مع إعطاء محلول الإمهاء الفموي عن طريق الفم أو عبر أنبوب أنفي معدي بعد كل براز مائي، كما يلي: 50 إلى 100 مل لكل براز رخو للأطفال الذين يقل وزنهم عن 10 كغ، 100 مل لكل براز رخو للأطفال الذين يزيد وزنهم عن 10 كغ.

 **ملاحظة:** من الشائع أن يخرج الأطفال المصابون بهزال شديد عدّة برازات صغيرة وغير متشكّلة. ولا يجب الخلط بين هذه وبين الإسهال المائي الغزير، إذ إن هذا النوع من البراز لا يتطلّب تعويضاً بالسوائل.

تعويض الإلكتروليتات

جميع الأطفال المصابين بهزال شديد يعانون من نقص في البوتاسيوم والمغنيسيوم، ويتطلّب تصحيح هذا النقص ما يقارب الأسبوعين. وتُعدّ الوذمة جزئياً نتيجة لنقص البوتاسيوم واحتباس الصوديوم.

يجب أن يتلقّى جميع الرضّع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهراً والمصابين بهزال شديد و/أو وذمة تغذويّة ما يلي:

• بوتاسيوم: 3-4 ملي مول/كغ/يوم

• مغنيسيوم: 0.4-0.6 ملي مول/كغ/يوم

يُضاف البوتاسيوم والمغنيسيوم على شكل مسحوق إلى الحليب التكميلي أثناء تحضيره.

إعطاء المضادات الحيوية الروتينية لعلاج ومنع العدوى

في حالات الهزال الشديد و/أو الوزمة التغذوية لدى الرضع والأطفال من عمر 6 إلى 59 شهرًا، قد لا تظهر الحمى، رغم وجود العدوى المتعددة شائعة. لذلك، يتم بدء العلاج بمضادات حيوية واسعة الطيف بشكل روتيني عند القبول، كما يلي:

1. في حال عدم وجود نقص سكر أو انخفاض حرارة الجسم أو خمول، يُعطى أموكسيسيلين فموي بجرعة 25 ملغ/كغ كل 8 ساعات لمدة 5 أيام.

2. في حال وجود نقص سكر، انخفاض حرارة الجسم، أو خمول، يتم البدء بمضادات حيوية وريدية مثل: بنسلين بنزِيل (بجرعة 50,000 وحدة دولية/كغ كل 6 ساعات)، أو أمبيسيلين (بجرعة 50 ملغ/كغ عن طريق الوريد كل 6 ساعات) لمدة يومين، يليها أموكسيسيلين فموي لمدة 5 أيام.

لا تُعطى الأدوية المضادة للطفيليات (مثل ألبيندازول أو تينيدازول) خلال مرحلة استقرار الحالة، لأن الطفل قد يكون ضعيفًا جدًا لتحمل أي آثار جانبية محتملة لهذه الأدوية.

يجب إعطاء لقاح الحصبة إذا كان الطفل غير ملقّح أو تم تطعيمه قبل عمر 9 أشهر. وبالتالي، يُؤجل التطعيم إذا كان الطفل في حالة صدمة.

بدء التغذية في مرحلة الاستقرار

يجب بدء التغذية تدريجيًا خلال اليوم الأول من مرحلة الاستقرار لتفادي حدوث متلازمة إعادة التغذية، وهي حالة قد تؤدي إلى قصور قلبي. تُعد هذه المتلازمة شائعة جدًا لدى الرضع والأطفال الذين يتم إطعامهم كميات كبيرة من الحليب بعد فترة طويلة من سوء أو انعدام التغذية. وتتميز بشكل أساسي بنقص الفوسفات في الدم.

استخدام حليب F-75 التكميلي

يتكوّن نظام التغذية الأولي من حليب F-75، نظرًا لمحتواه المنخفض من السرعات الحرارية والبروتين (75 كيلو كالوري (Kcal) و 0.9 غرام من البروتين لكل 100 مل). يُحضّر الحليب بإذابة مقدار مكّيال واحد من F-75 في 25 مل من الماء، لإنتاج 28 مل من الحليب الجاهز للإعطاء. يجب توفير الدعم اللازم لتحضير الحليب واستخدامه بأمان، بما في ذلك توفر مياه نظيفة وآمنة. ويُوصف الحليب وفقًا لبروتوكولات التغذية العلاجية المعتمدة على النحو التالي:

التركيبة الغذائية	الجرعة	وتيرة الرضعات خلال أول يومين	وتيرة الرضعات بعد 48 ساعة
F-75	100 كيلو كالوري /كغ/يوم 130 مل/كغ/يوم	كل 3 ساعات 16 مل/كغ/رضعة 8 رضعات/يوم	رضعات كل 4 ساعات 2 مل/كغ/رضعة 6 رضعات/يوم

يُوصى باستخدام كوب وصحن صغير مع التأكد من الوضعية السليمة للطفل أثناء الرضاعة، نظرًا لأن الرضّع والأطفال المصابين بسوء التغذية يعانون من ضعف في منعكس البلع والسعال. يجب دائمًا عرض حليب الأم عند الطلب على الرضّع والأطفال، لا سيما في الفئة العمرية من 6 إلى 23 شهرًا، وذلك قبل تقديم الحليب التكميلي F-75.

ينبغي التفكير في استخدام الأنبوب الأنفي المعدي، إذا كان الرضيع أو الطفل:

- يتناول أقل من 80% من الكمية المقررة خلال رضعتين متتاليتين في مرحلة الاستقرار
- يعاني من التهاب رئوي مع (معدل تنفس سريع) وصعوبة في البلع
- يعاني من آفات/تقرّحات مؤلمة في الفم
- يعاني من شق في سقف الحلق أو تشوّه جسدي آخر
- ضعيف جدًا ويظهر صعوبة في البقاء في حالة وعي

يمكن إعطاء الكمية الموصى بها من حليب F-75 أو أي تركيبة غذائية أخرى أساسها الحليب بنفس الكمية والوتيرة عبر الأنبوب الأنفي المعدي. ويُوصى بأن لا يتجاوز استخدام الأنبوب الأنفي المعدي مدة ثلاثة أيام في العادة.



ملاحظة: في حالة الرضّع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و59 شهرًا والذين لا يتحمّلون حليب F-75، لا توجد أدلة كافية توصي بالتحويل إلى تركيبات مهدرجة. ومع ذلك، إذا استمرت أعراض مثل، القيء المستعصي، الإسهال المتناضح، الانتفاخ البطني المستمر، فقد يتم وصف تركيبة مهدرجة بسبب الاشتباه في عدم تحمّل اللاكتوز أو حساسية من بروتين حليب البقر.

التغذية خلال مرحلة الانتقال

لتفادي فرط السوائل وفشل القلب، يجب أن يكون الانتقال من مرحلة الاستقرار إلى مرحلة إعادة التأهيل تدريجياً. يمكن نقل الرضيع أو الطفل (6-59 شهراً) المصاب بهزال شديد و/أو وذمة تغذوية من مرحلة الاستقرار إلى مرحلة إعادة التأهيل إذا تحققت جميع الشروط التالية:

- تم حل المضاعفات الطبية الحادة.
- بدأت الوزمة بالانحسار إلى 2+ (++) على الأقل.
- أصبح الطفل قادراً على شرب ما لا يقل عن 90% من كمية حليب F-75 المقدمة.

خلال مرحلة الانتقال، يستمر علاج الطفل للمشاكل الطبية، وتُعدّل الحمية تدريجياً من حليب F-75 إلى الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)، أو في حالات نادرة، إلى F-100، وذلك عبر خفض تدريجي لنسبة حليب F-75 وزيادة تدريجية في نسبة الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) ضمن النظام الغذائي.

استخدام الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال

يجب أن يتم الانتقال من حليب F-75 إلى الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)، بشكل تدريجي خلال يومين إلى ثلاثة أيام، حسب قدرة الطفل على التحمل، على أن يكون الهدف من السعرات الحرارية هو 135 كيلو كالوري/كغ.

قبل البدء بنظام التغذية المعتمد على الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) المصنوع من الفول السوداني، يجب إجراء اختبار تحسس أولاً، بحيث يُعطى الطفل كمية مقدارها 30 غراماً، ثم تتم مراقبته لمدة ساعة للتحقق من ظهور أي أعراض مثل، الطفح الجلدي أو ضيق في التنفس. إذا تم اجتياز اختبار التحسس بنجاح، يمكن المضي قدماً في التغذية باستخدام الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF). أما في حال ظهور علامات تحسس، فيمكن التحويل إلى خليط غذائي قائم على الحبوب، مثل: BP-100، وتُعطى بالكميات المناسبة لتحقيق 135 كيلو كالوري/كغ). علماً أن كل لوح واحد من BP-100 يحتوي على 300 كيلو كالوري (Kcal).

الكميات الموصى بها من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)، خلال مرحلة الانتقال، هي كما يلي:

وزن الرضيع أو الطفل (كغ)	عدد أكياس الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) (92 غ، يحتوي على 500 كيلو كالوري)
3.4-3.0	1
3.9-3.5	1
4.9-4.0	1.25
5.9-5.0	1.5
6.9-6.0	1.75
7.9-7.0	2
8.9-8.0	2.25
9.9-9.0	2.5
11.9-10.0	3
$12.0 \leq$	4

تُقدّم الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) للرضيع أو الطفل دون إجبار، وذلك حسب الكمية الموصوفة لمرحلة الانتقال، ويُسمح له بشرب الماء بحرية. كما ويجب تشجيع مقدّم الرعاية على تقديم وجبات صغيرة ومتكررة من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) بمعدل كل 4 ساعات (6 مرات في اليوم). ويجب الاستمرار في تقديم الرضاعة الطبيعية عند الطلب، أو قبل تقديم الأغذية المذكورة. إذا لم يتناول الرضيع أو الطفل الكمية المقررة من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)، يُستكمل النقص بحليب F-75. تُزاد كمية الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) تدريجياً على مدى يومين إلى ثلاثة أيام حتى يبلغ الطفل الكمية الموصى بها بالكامل. كما ويُقدّم الماء دائماً بحرية مع الأغذية العلاجية، إلى جانب استمرار تقديم الرضاعة الطبيعية حسب الطلب.

استخدام الحليب العلاجي F-100

في حالات نادرة، وعندما لا يتحمل الطفل الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)، يمكن الانتقال التدريجي من F-75 إلى F-100 خلال يومين إلى ثلاثة أيام حسب قدرة الطفل على التحمل. يحتوي حليب F-100 على 100 كيلو كالوري و 2.9 غرام من البروتين لكل 100 مل. ويُحضّر عبر إذابة مكيال واحد في 25 مل من الماء، لإنتاج 29 مل من الحليب الجاهز للتقديم. يجب استبدال حليب F-75 بكمية مساوية من حليب F-100 لمدة يومين. وفي اليوم الثالث، يتم زيادة كل رضعة لاحقة بمقدار 10 مل تدريجياً، وذلك حتى يتبقى جزء من الحليب دون أن يُستهلك، يحدث هذا عادةً عندما يصل الاستهلاك إلى حوالي 200 مل/كغ/يوم. وبالتالي، يجب تقديم حليب الأم عند الطلب للأطفال الذين يرضعون طبيعياً، وذلك قبل إعطائهم حليب F-100.

المراقبة خلال مرحلة الانتقال

ينبغي مراقبة وتوثيق المؤشرات التالية يومياً:

- الوزن
 - درجة الوذمة
 - حرارة الجسم، النبض، ومعدل التنفس
 - العلامات السريرية الروتينية، بما في ذلك: البراز، القيء، الجفاف، السعال، التنفس
 - بيانات إضافية مثل (الغياب، رفض التغذية)
 - استجابة الطفل للمحفزات الخارجية
- يجب إعادة الطفل من مرحلة الانتقال إلى مرحلة الاستقرار في حال ظهرت علامات على زيادة السوائل، مثل، زيادة في الوزن تتجاوز 10 غ/كغ/يوم مصحوبة بارتفاع في معدل التنفس، أو ظهور أو تفاقم الوذمة، أو الزيادة السريعة في حجم الكبد. كما وتشمل المعايير الأخرى، انتفاخ بطني مشدود، الحاجة إلى التسريب الوريدي بسبب المضاعفات، ضرورة استخدام أنبوب أنفي معدي للتغذية، الإسهال الشديد الناتج عن إعادة التغذية والذي يؤدي إلى فقدان الوزن.

 **ملاحظة:** من الشائع أن يطرأ تغيير في وتيرة البراز عند تغيير النظام الغذائي للطفل. ولا يستدعي ذلك علاجاً إلا إذا ترافق مع فقدان في الوزن. إن حدوث عدة برازات رخوة دون فقدان الوزن لا يُعد مبرراً لإعادة الطفل إلى مرحلة الاستقرار.

التغذية التعويضية خلال مرحلة إعادة التأهيل

يمكن للأطفال الذين يتعافون أن ينتقلوا إلى العلاج على صعيد مراكز الرعاية الصحية حتى قبل تحقيق الشفاء الأنثروبومتري الكامل. وعندما يصبح الطفل قادراً على تناول الكمية الموصى بها من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) خلال مرحلة الانتقال، يجب زيادة الكمية المقدّمة إلى 200 كيلو

كالوري/كغ/يوم خلال مرحلة إعادة التأهيل. وبدوره، يجب تقديم مياه الشرب بحريّة (حسب الرغبة) طوال الوقت.

الكميات الموصى بها من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)، خلال مرحلة إعادة التأهيل، هي كما يلي:

وزن الرضيع أو الطفل (كغ)	عدد أكياس الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) (92 غ، يحتوي على 500 كيلو كالوري)
3.4–3.0	1.25
3.9–3.5	1.5
4.9–4.0	1.75
5.9–5.0	2
6.9–6.0	2.5
7.9–7.0	3
8.9–8.0	3.5
9.9–9.0	4
11.9–10.0	4.5
12.0 ≤	5

يُوصى بنقل الطفل إلى مراكز الرعاية الصحية المعالجة لاستكمال العلاج في المنزل، إذا كان قادراً على استهلاك الكمية الموصى بها من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) خلال مرحلة إعادة التأهيل.



ملاحظة: يجب أن يبقى في المستشفى فقط أولئك الذين، لا يتحملون الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)، أو لا تتوفر لهم إمكانية الحصول على علاج خارجي للهزال الشديد (يرجى الرجوع إلى الملحق 9 للاطلاع على بروتوكول إعادة التأهيل في الرعاية على صعيد المستشفى).

مكملات المغذيات الدقيقة

لا يُوصى بتقديم مكملات المغذيات الدقيقة بشكل روتيني عند استخدام حليب F-75 أو F-100، أو الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)، أو حليب الأم لأن هذه المصادر مدعمة بشكل كافٍ.

يجب فحص الرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهرًا والمصابين بهزال شديد للتحقق من علامات نقص فيتامين أ، لا سيما تقرحات القرنية. وإذا وُجدت علامات نقص، تُعطى جرعة عالية على النحو التالي، 100.000 وحدة دولية للرضع الذين تتراوح أعمارهم من عمر 6 إلى 12 شهرًا، و 200.000 وحدة دولية للأطفال فوق عمر 12 شهرًا، وتُعطى في الأيام 1 و 2 و 15.

يُمنع إعطاء الحديد في مرحلة الاستقرار. إذا كان الطفل يتلقى الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال، في مرحلة إعادة التأهيل، لا يُعطى الحديد لأن هذه الأغذية تحتوي على الحديد بالفعل. أما إذا كان يُستخدم فقط حليب F-100، فيبدأ بإعطاء الحديد بجرعة 3 ملغ/كغ/يوم بعد يومين من بدء حمية F-100 للتغذية التعويضية.

9.3. معايير الخروج وآلية التحويل من المستشفى للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهرًا

يمكن تحويل الرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهرًا والمصابين بهزال شديد و/أو وذمة تغذوية والذين تم إدخالهم إلى المستشفى، إلى الرعاية على صعيد مراكز الرعاية الصحية عندما تتحقق المعايير المجمعة التالية:

1. عدم وجود أي علامات خطر لمدة لا تقل عن 24 إلى 48 ساعة قبل موعد التحويل؛ و
2. زوال المشاكل الطبية التي أدت إلى دخول الطفل إلى المستشفى، إلى الحد الذي لا يتطلب فيه الأمر بقاءه في المستشفى؛ و
3. عدم وجود فقدان مستمر في الوزن (بالنسبة للأطفال الذين أدخلوا بسبب هزال شديد فقط، ولم تكن لديهم وذمة تغذوية في أي وقت)؛ و
4. انحسار الوذمة التغذوية إلى (الدرجة +)؛
5. وجود شهية جيدة، واستهلاك الطفل لما لا يقل عن 75% من كمية الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) الموصوفة؛ و
6. اتخاذ جميع التدابير اللازمة لتحويل الأطفال الذين يعانون من مشاكل طبية تتطلب متابعة إلى خدمات رعاية أو دعم مناسبة.

يجب عدم استخدام المؤشرات الأنثروبومترية، مثل مؤشر الوزن بالنسبة للطول أو محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC)، كمعايير للخروج من المستشفى. يُحوّل الطفل إلى أقرب مركز رعاية صحية أولية (PHCC) مُعتمد كمركز علاج لمتابعة مرحلة إعادة التأهيل. وبالتالي، يجب أن يتم توثيق التواصل بين مزود الرعاية الصحية في المستشفى ومركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) في السجل الطبي وكذلك على بطاقة صحة الطفل.

إذا كان عمر الطفل يتراوح بين 6 إلى 23 شهرًا، ينبغي تقديم توعية للأم أو مقدم الرعاية حول أهمية الأغذية التكميلية المناسبة. وإذا كان الرضيع أو الطفل يرضع طبيعيًا، فيجب دعم ممارسات الرضاعة الطبيعية، إلى جانب تذكير الأمهات/مقدمو الرعاية بكيفية استخدام الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) في المنزل.

ومن الجوانب الرئيسية الأخرى لتخطيط الخروج من المستشفى تقييم بيئة الطفل المنزلية من حيث عوامل الصحة البيئية، بما في ذلك، المياه، الصرف الصحي والنظافة الصحية، الأمن الغذائي، الاستقرار الاقتصادي، والصحة الجسدية والنفسية لمقدم الرعاية. كما وينبغي النظر في إحالة الحالة إلى الخدمات الاجتماعية، إلى جانب الرعاية الطبية والتغذية، حسب الحاجة.

يجب أن يقوم مزود الرعاية الصحية في المستشفى بتعبئة استمارة إحالة، ويجب أن تتضمن ما يلي:

- الوضع الطبي الحالي، إن وُجد، ونظام المتابعة المقترح
- سجل الأدوية المستمرة
- المؤشرات الأنثروبومترية وتفسير معايير النمو
- نظام التغذية مع تحديد عدد أكياس الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) المستخدمة
- توثيق التنقيف الصحي المُقدم للأم أو لمقدم الرعاية
- أقرب مركز رعاية صحية أولية (PHCC)، مُقترح للتحويل، مع معلومات الاتصال بالشخص المسؤول عن ملف المتابعة

9.4. عدم الاستجابة للعلاج

قد لا يستجيب بعض الأطفال المصابين بهزال شديد ممن يتلقون العلاج في المستشفى في الاستجابة للعلاج، أو قد تتدهور حالتهم الصحية. وتعود أكثر الأسباب شيوعًا لعدم الاستجابة للعلاج في المستشفى إلى مشاكل تتعلق بالمركز الصحي، أو ترتبط بالطفل نفسه، مثل المضاعفات الطبية أو الأمراض الكامنة. المعايير التي يُشخص بموجبها الطفل بأنه لا يستجيب للعلاج:

- عدم استعادة الشهية في اليوم الرابع
- عدم بدء فقدان الوزمة في اليوم الرابع

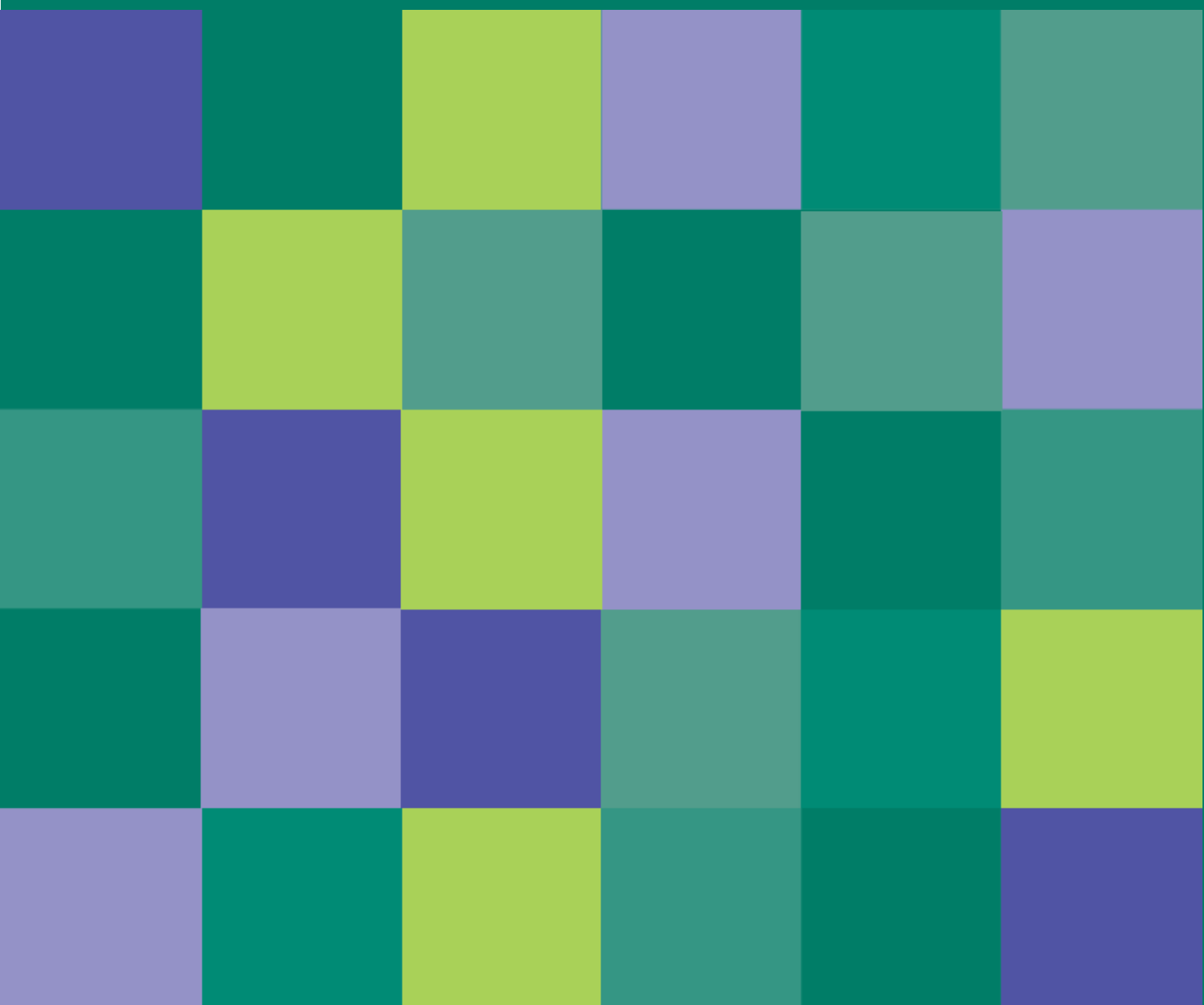
- استمرار وجود الوزمة في اليوم العاشر

- عدم اكتساب ما لا يقل عن 5 غرام لكل كغ من وزن الجسم في اليوم العاشر

يُعد التقييم الطبي الشامل ضروريًا لتحديد الأسباب المحتملة، ويجب مراجعة ممارسات الإدارة العامة، بما في ذلك مدى الالتزام ببروتوكول العلاج، توفر الكادر الطبي المؤهل والمدرب.

الفصل العاشر:

الرصد والتبليغ



الرصد والتبليغ

لضمان فعالية خدمات إدارة الهزال على مستوى الأفراد والمراكز الصحيّة والمجتمع، يُعدّ الرصدُ أمرًا أساسيًا. ويمكن جوهر الرصد في القدرة على جمع المعلومات الأساسية وإدارتها واستخدامها بشكل فعال. ورغم أن البيانات المُجمّعة تُستخدم بشكل مباشر في رصد نمو الطفل السليم، والكشف المبكر عن الهزال، وتوجيه العلاج الفردي، يمكن كذلك جمع بيانات ثانوية لأغراض رصد المؤشرات الوطنية وتقييم برنامج متابعة النمو والهزال. لذلك، فإن الدقة في جمع البيانات وتبليغها أمر بالغ الأهمية. يجب على جميع الجهات الشريكة المنفذة لبرامج التغذية استخدام النماذج الموحدة الصادرة عن وزارة الصحة العامة وإرسال التقارير عبر البنية المعتمدة للوزارة. توضّح الأقسام أدناه آلية الرصد الفردي، بالإضافة إلى رصد مؤشرات الأداء، بما يُمكن من تقييم فعالية الخدمات المقدّمة

10.1. الرصد الفردي

يُعدّ الرصد الفردي ضروريًا لضمان تلقّي الطفل الرعاية الصحيحة وفقًا لحالته الصحيّة. عند ترتيب النقل بين المراكز الصحيّة، يجب إدارة الروابط بين المراكز بشكل فعال لضمان استمرارية الرعاية. فمن المهم تسجيل الأطفال الأصحاء والتأكد من إدخال بياناتهم في نظام المعلومات عند كل زيارة، وبدوره يساعد هذا في متابعة النمو وضمان الكشف المبكر عن أي مشكلة صحيّة، إضافة إلى توثيق التاريخ الطبي. ينبغي مراعاة ما يلي عند مراجعة الحالات الفردية في المراكز الصحيّة:

أ. فيما يخصّ رصد النمو وتعزيزه (GMP)

- تُقدّم سجلات صحّة الطفل الخاصة برصد النمو وتعزيزه (GMP) بشكل منتظم، وتتوفر على مستوى مراكز الرعاية الصحيّة الأولية (PHCC) والمستشفيات.
- يجب أن تكون السجلات مكتملة ودقيقة، ويدوّن فيها كل من، الدرجة المعيارية للطول بالنسبة إلى العمر (HAZ)، الدرجة المعيارية للوزن بالنسبة إلى العمر (WAZ)، الدرجة المعيارية للوزن بالنسبة إلى الطول (WHZ)، في كل زيارة يقوم بها الطفل.
- يتم إدخال البيانات الأنثروبومترية في برنامج وزارة الصحة العامة (MOPH)، مع وجوب التأكد من أن الدرجات المعيارية الثلاثة المذكورة أعلاه يتم تسجيلها في كل زيارة، مع رصد النمو الفردي، واتخاذ التدابير اللازمة عند الحاجة، يرجى الرجوع إلى قسم رصد النمو وتعزيزه (GMP).
- تُصدر تقارير شهرية لاحتساب عدد الأطفال الذين تم رصدتهم وتحليل الاتجاهات في نموهم. يُمكن أن يُساعد ذلك في الكشف المبكر عن حالات سوء التغذية والتحضير المبكر للاستجابة

ب. الفحص للكشف عن الهزال

يُجرى فحص الأطفال للكشف عن الهزال على مستويي المجتمع المحلي ومراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC)، وذلك وفقاً للبروتوكول الموضح في قسم الكشف (الفصل الرابع). يُسجل إجمالي عدد الأطفال الذين تم فحصهم، وكذلك عدد الأطفال أو النساء الحوامل والمرضعات (PBW) المصابين بالهزال، ويتم الإبلاغ عن هذه البيانات في استمارة التقرير الشهري للرعاية الصحية الأولية (PHC)، ثم تُدخل في برنامج وزارة الصحة العامة (MOPH) على مستوى المركز أو على مستوى المجتمع.

الهدف من هذا النظام هو أن يُساهم الفحص المنهجي في مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCCs)، إلى جانب أنشطة الكشف في خدمات التوسع، في الكشف المبكر عن حالات الهزال.

يجب توثيق حادث حرج عند حدوث أي مما يلي:

- إذا تم فحص طفل يتراوح عمره بين 6 أسابيع و59 شهراً، وكان محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) أقل من 10.0 سم.

- إذا كان لدى الطفل وذمة تغذوية من الدرجة 3+ (+++).

في حالات انخفاض محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) أو وجود وذمة 3+ (+++):

- يجب إجراء مقابلة مع مقدّم الرعاية بشكل حسّاس لفهم سبب عدم عرض الطفل على خدمات الكشف قبل أن يصل الهزال إلى مرحلة متقدمة.

- يجب مراجعة فعالية الحملات التوعوية الموجهة للعامة.

- يجب تقييم فعالية استراتيجيات الكشف المجتمعي.

- يجب مراجعة كفاءة الكشف المنهجي داخل المراكز الصحية.

ت. بالنسبة لبرنامج علاج الهزال:

1. قياس الوزن والطول ومحيط منتصف أعلى الذراع (MUAC)، بدقة، وتسجيلها على بطاقة علاج سوء التغذية الخاصة بالمريض، وكذلك على بطاقة الوالد/مقدّم الرعاية.

2. قبول الحالات للعلاج وفقاً للبروتوكولات المعتمدة.

3. الإبلاغ عن محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) $10.0 >$ سم، لدى طفل يتراوح عمره بين 6 أسابيع و59 شهراً، أو عن وذمة غذائية $2+ (+++)$ ، كحادث حرج.

4. وجود نظام ترقيم فعال لتسجيل الحالات بشكل فردي.

5. إجراء الفحوصات الطبية عند الحاجة.

6. إجراء تقييمات نفسية اجتماعية روتينية لمقدمي الرعاية.

7. وصف الأدوية المناسبة حسب الحالة.

8. إجراء اختبار الشهية بشكل سليم وتوثيقه على بطاقة العلاج.
 9. توزيع منتجات التغذية العلاجية المناسبة بالكميات الصحيحة، والإبلاغ عنها على بطاقة العلاج وفي برنامج وزارة الصحة العامة (MOPH).
 10. تُستكمل بطاقة علاج سوء التغذية بشكل صحيح، وتُحفظ ضمن نظام ملفات آمن.
 11. تُستكمل بطاقة علاج الوالدين/مقدم الرعاية، وتُحفظ مع الوالدين، ويُطلب منهم الحضور في كل زيارة.
 12. متابعة حالات المتسربين أو الانقطاع عن العلاج عبر الاتصال الهاتفي لتشجيع الالتزام بالخطّة العلاجية.
 13. اتخاذ إجراءات فورية عند عدم الاستجابة للعلاج.
 14. التحويل بين المراكز الصحية باستخدام النماذج الموحدة للإحالة.
 15. تُصرف الحالات بشكل صحيح وفقاً لبروتوكولات العلاج، وتُغلق الحالات وتُبلغ عنها وفقاً لذلك في برنامج وزارة الصحة العامة (MOPH).
 16. تُحال الحالات بشكل مناسب إلى الرعاية الصحية أو المتابعة الاجتماعية، ويُنظر في دمجها في برامج الأمن الغذائي والحماية الاجتماعية عند الحاجة.
 17. تُعبأ طلبات الحصول على علاج الهزال شهرياً وفي الوقت المناسب لطلب الإمدادات من وزارة الصحة العامة (MOPH).
 18. تُقلّص تكاليف العلاج على مقدم الرعاية إلى أدنى حد (مثل تجنب التحاليل أو الفحوصات غير الضرورية).
- يمكن مراقبة مدى ملائمة خدمات العلاج من خلال ما يلي:
1. تحليل أسباب الانقطاع عن العلاج، وذلك بالاستناد إلى المعلومات المُجمّعة عبر استمارات الانقطاع/التسرب.
 2. إجراء مقابلات مع مقدمي الرعاية الذين يحضرون جلسات العلاج.
- عند القبول، يُمنح كل مريض رقم تسجيل/هوية فريدة، تشمل ما يلي:
1. رقم تسجيل مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) الخاص بالكشف.
 2. رقم تسجيل مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) الخاص بالعلاج.
 3. رقم تسجيل المستشفى
 4. رقم تسجيل اللاجئ (إن وُجد)

يجب تسجيل جميع أرقام التسجيل المُعطاة للفرد في كل حالة على كافة المستندات الورقية الخاصة به. كما يجب تدوين الأرقام ذات الصلة على استمارات التحويل بين المراكز الصحية، على سبيل المثال:

- **التحويل من مركز كشف مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) إلى مركز علاج مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC):** يقوم مركز الكشف بمنح الحالة رقم تسجيل فريد خاص بها. وعند تحويل الحالة وتسجيلها للعلاج في مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC)، يُخصص مركز العلاج رقم تسجيل فريد خاص بها، ولكن جميع السجلات ووثائق العلاج ستحتفظ بملاحظة لكلا الرقمين (رقم مركز الكشف ورقم مركز العلاج).

- **التحويل من مركز علاج مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) إلى المستشفى:** يُدرج رقم التسجيل الفريد الصادر عن مركز العلاج في نموذج الإحالة الموحد. وعند دخول الحالة إلى المستشفى، يتم منحها رقم تسجيل فريد خاص بالمستشفى، وبدوره يجب أن تحتوي جميع السجلات ووثائق العلاج على رقم مركز العلاج ورقم المستشفى معاً (المستشفى ومركز الرعاية الصحية الأولية للعلاج).

فئات القبول

عند قبول طفل لتلقي العلاج، من المهم تمييز ما إذا كانت الحالة تمثل نوبة جديدة من الهزال أم استمراراً لنوبة سابقة، خصوصاً إذا كان الطفل قد تم تحويله من مركز صحي آخر. وفيما يلي شرح لفئات القبول:

• قبول جديد

يُسجل القبول الجديد في مركز العلاج في مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) أو المستشفى، ويُعتبر قبولاً جديداً من قبل المركز الصحي الذي بدأ العلاج لأول مرة لحالة الهزال. وإذا تم تحويل الطفل لاحقاً إلى مركز صحي آخر، فإن المركز الجديد يمنحه رقم تسجيل فريداً خاصاً به، لكن يتم تدوين الحالة على أنها "محالة" من مستشفى أو من مركز رعاية صحية أولية (PHCC).

• عودة بعد انقطاع

بعد تخلف الحالة عن العلاج، ثم عاد لاستئناف العلاج خلال 3 أشهر من تاريخ الزيارة الأخيرة، فإنه يُعاد تسجيله نفس رقم التسجيل السابق، ويتم تدوينه في السجل على أنه "عودة بعد انقطاع". أما إذا عاد للعلاج بعد مرور أكثر من 3 أشهر من تاريخ آخر زيارة، فيتم تسجيله كقبول¹⁶ جديد، ويُمنح رقم تسجيل جديد. تحويل من مستشفى أو مركز رعاية صحية أولية (PHCC) آخر، أو بين برامج الهزال المعتدل والشديد

¹⁶ يختلف متوسط الوقت اللازم للشفاء التلقائي أو الوفاة في حالات الهزال غير المعالجة بحسب السياق. وفي معظم الحالات، تحدث الوفاة بعد الانقطاع/التسرب عن العلاج خلال شهرين إلى ثلاثة أشهر. وبناءً على انخفاض عبء المرض ومستوى أمن غذائي أفضل نسبياً في لبنان مقارنةً بسياقات أخرى، تم اعتماد حد زمني مقداره ثلاثة أشهر لتحديد ما إذا كانت الحالة تُعد نوبة جديدة. أي أنه، وبعد مرور ثلاثة أشهر، يُرجَّح أن الفرد نفسه يعاني من نوبة جديدة من الهزال.

إذا كانت الحالة مسجلة مسبقاً وتم تحويلها بين مرافق علاج مختلفة، أو من برنامج الهزال المعتدل منخفض الخطورة إلى مرتفع الخطورة، أو من برنامج الهزال المعتدل إلى برنامج الهزال الشديد، فيتم تدوينها: "تحويل من مستشفى أو مركز رعاية صحية أولية (PHCC) آخر"، أو "تحويل من برنامج الهزال المعتدل منخفض الخطورة"، أو "تحويل من برنامج الهزال المعتدل"، ولا تُستخدم هذه الفئة مع الأطفال أو النساء الحوامل والمرضعات (PBW) الذين تم فحصهم في مركز فحص مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) فقط وأُحيلوا للتقييم في مركز علاج، بل تنطبق فقط على الحالات المسجلة مسبقاً في العلاج.

فئات الخروج من العلاج

يُصرّح بخروج الطفل أو النساء الحوامل والمرضعات (PBW) على أنهم "متعافون" عند تحقيق معايير الشفاء المنصوص عليها في هذه الإرشادات، والتي تشير إلى الشفاء من الناحية التغذوية. وفي حال قامت المستشفى بتحويل الطفل إلى مركز رعاية صحية أولية (PHCC) لمتابعة مرحلة إعادة التأهيل التغذوي، يُسجل الطفل على أنه "تحويل إلى مركز علاج مركز رعاية صحية أولية (PHCC)". وعلى الرغم من أن الطفل لم يُعتبر بعد متعافٍ تماماً من الهزال، إلا أن التحويل إلى مركز علاج مركز رعاية صحية أولية (PHCC) بعد الاستقرار الصحي يُعد نتيجة إيجابية ضمن مخرجات المستشفى.

عند الخروج من العلاج، تُسجل كل حالة تمت معالجتها من الهزال ضمن إحدى الفئات التالية:

1. متعافٍ
 2. منقطع عن العلاج/ متسرب
 3. متوفى
 4. محوّل إلى خدمة أخرى
- ضمن كل فئة من هذه الفئات، يُمكن للمستشفى أو مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) إضافة ملاحظات توضيحية في سجل العلاج لشرح تفاصيل إضافية عند الحاجة.

10.2. مؤشرات أداء الخدمة

بالنسبة للأطفال أو النساء الحوامل والمرضعات (PBW) الذين يبقون في العلاج حتى تحقيق الشفاء، فإن نسبة الشفاء المتوقعة تقارب 100%. لكن في الواقع، قد يتوقف بعض الأطفال أو النساء الحوامل والمرضعات (PBW) عن العلاج (انقطاع)، أو قد تحدث وفيات خلال فترة العلاج. ولضمان تقديم الخدمة ضمن المعايير المتوقعة، تُستخدم مؤشرات أداء الخدمة كدليل يوضح متى يجب التدخل والتحليل النقدي للمشاكل بهدف تحسين الأداء.

وعند إدخال البيانات بشكل صحيح على مستوى مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) باستخدام برنامج وزارة الصحة العامة (MOPH)، يمكن حساب مؤشرات الأداء من خلال نفس البرنامج. وتتحمّل وزارة الصحة العامة (MOPH) مسؤولية إصدار التقارير الشهرية والسنوية حول مؤشرات الأداء عبر هذا النظام. يتم حساب كل نتيجة من نتائج العلاج كنسبة مئوية من إجمالي عدد الحالات الخارجة من العلاج بعد علاج الهزال، على النحو التالي:

- نسبة المتعافين = عدد المتعافين / إجمالي عدد الحالات الخارجة
 - نسبة المنقطعين عن العلاج/المتسرّبين = عدد المتسرّبين / إجمالي عدد الحالات الخارجة
 - نسبة الوفيات = عدد المتوفين / إجمالي عدد الحالات الخارجة
 - نسبة المُحوّلين = عدد المحوّلين / إجمالي عدد الحالات الخارجة
- تمثل النتائج المتوقعة للخروج من العلاج كما هو موضح في الجدول 19، وهي تعكس الحد الأدنى المقبول لمستوى الأداء.

جدول 19: مؤشرات أداء الخدمة المتعلقة بنتائج الخروج المتوقعة

نتيجة الخروج من العلاج	معيّار الأداء
متعافٍ	أكثر من 75%
منقطع عن العلاج/متسرّب	أقل من 15%
متوفى (في مركز الرعاية الصحية الأولية)	أقل من 5%
متوفى (في المستشفى)	أقل من 10%

* يُتوقع أن تكون نسبة الوفيات في المستشفيات أعلى قليلاً من تلك في مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCCs)، نظرًا لأن الحالات المحالة إلى المستشفى تكون غالبًا معقدة وتحمل مخاطر أعلى للوفاة.

المراجع:

1. American University of Beirut (2013). The Food-Based Dietary Guideline Manual for Promoting Healthy Eating in the Lebanese Adult Population. Available at: <https://www.aub.edu.lb/fafs/nfsc/Documents/FBDG%20English%20Version.pdf>
2. Hytten, F.E. (1980). Nutrition. Pp. 163–192 in F. Hytten, editor; and G. Chamberlain, editor, eds. Clinical Physiology in Obstetrics. Blackwell Scientific Publications, Oxford.
3. MOPH (2021). Maternal Mental Health Guidelines for Healthcare Providers. Available at: <https://www.moph.gov.lb/en/Pages/0/55740/maternal-mental-health-guidelines-for-healthcare-providers>
4. Most, J., Dervis, S., Haman, F., Adamo, K.B., & Redman, L. M. (2019). Energy Intake Requirements in Pregnancy. *Nutrients*, 11(8), 1812. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6723706/>
5. Prof Mike Golden and Yvonne Grellety (2008). Failure to respond to treatment in supplementary feeding programmes. *Field Exchange* 34, October 2008. p23. Available at: www.ennonline.net/fex/34/failure
6. Rehman A. (2014). Growth standards and charts; World Health Organization. *Professional Med J* 232–239. Available at: https://applications.emro.who.int/imemrf/Professional_Med_J_Q/Professional_Med_J_Q_2014_21_2_232_239.pdf
7. The United Nations Children’s Fund and Ministry of Public Health (2017). National Guidelines for the Management of Acute Malnutrition.
8. Van Raaij, J., Schonk, C.M., Vermaat–Miedema, S.H., Peek, M., & Hautvast, J. (1991). Energy cost of lactation, and energy balances of

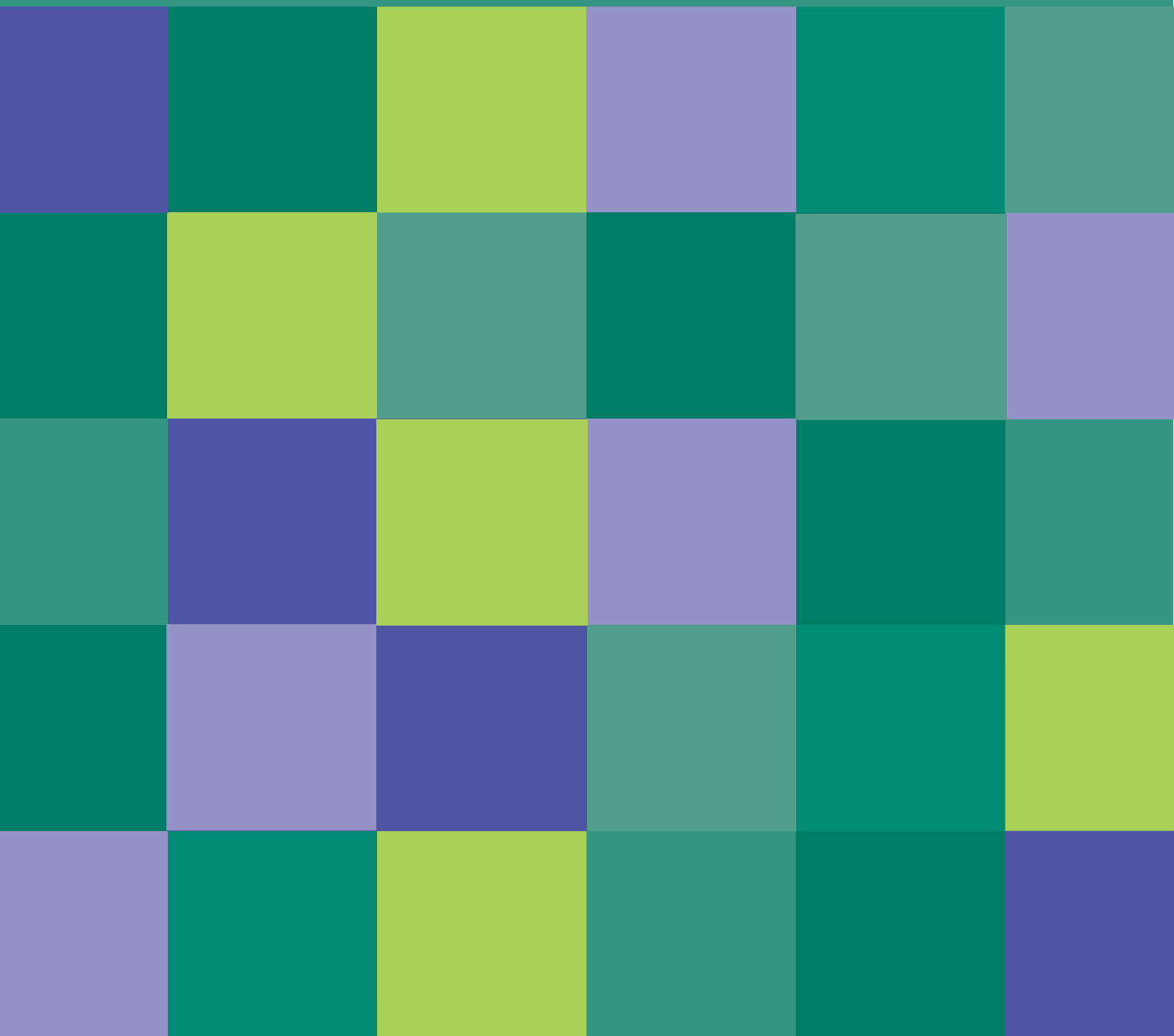
well-nourished Dutch lactating women: Reappraisal of the extra energy requirements of lactation. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 53, 612–9. Available at: [10.1093/ajcn/53.3.612](https://doi.org/10.1093/ajcn/53.3.612).

World Health Organization (2023), *Guideline: Updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children*, Geneva.

World Health Organization (2013), *Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the management of common childhood illnesses*, Geneva.

World Health Organization (2013), *Updates on the Management of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children*, WHO Guidelines

الملاحق



جدول المحتويات:

الملحق 1: دليل القياسات الأنثروبومترية والوزمة لدى الرضع والأطفال

الملحق 2: ممارسات الإطعام التفاعلية وغير التفاعلية

الملحق 3: دليل قياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) لدى النساء الحوامل والمرضعات (PBW)

الملحق 4: اختبار الشهية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 59 شهرًا

الملحق 5: استخدام الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)

الملحق 6: الاعتبارات والتوصيات المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال والتغذية أثناء الحمل والإرضاع

الملحق 7: النموذج القياسي للإحالة

الملحق 8: حليب الأم المستخرج وتقنية الإرضاع الإضافي بالأنبوب

الملحق 9: نظام التأهيل الغذائي للحالات النادرة التي لا تتحمل أغذية علاجية جاهزة للاستعمال (RUTF)

ويجب إبقاؤها في المستشفى لتناول F-100

الملحق 1:

دليل القياسات الأنثروبومترية والوزمة لدى الرضع والأطفال

1- قياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC)

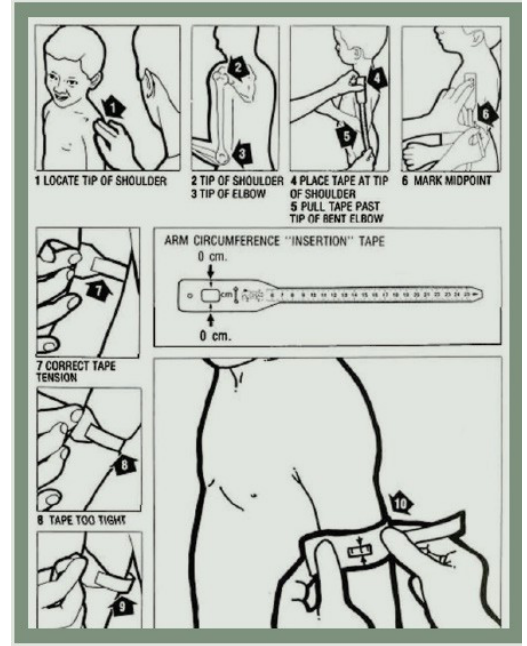
يُقاس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) باستخدام شريط قياس، ويتميز الشريط المستخدم للأطفال بتدرجات لونية، وهو مقسم إلى السنتيمترات والمليمترات (صورة رقم 1). يجب على مزود الرعاية الصحية التأكد من استخدام الشريط المناسب لقياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC)، إلى أن يتم تسجيل القياس لأقرب مليمتر في سجل المريض.

صورة رقم 1: شريط قياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC)



كيفية قياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC):

- إزالة ملابس الطفل لكشف أعلى الذراع الأيسر.
- تحديد منتصف أعلى الذراع الأيسر بين رأس الكتف ورأس الكوع.
- تحديد موقع المنتصف باستخدام قلم تحديد أو بالإصبع.
- لف شريط قياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) حول منتصف أعلى الذراع الأيسر.



- التأكد من أن الشريط مستقر على الجلد من دون فراغات (غير مرتخ).
- التأكد من أن الشريط لا يضغط الجلد حتى ولو بشكل طفيف (غير مشدود).
- قراءة القياس عند السهم على الشريط.

يمكن تفسير نتائج قياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) على النحو التالي:

اللون الأخضر محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC): يتجاوز أو يعادل 12.5 سم.

الطفل لا يعاني من الهزال ولا يواجه خطراً متزايداً للوفاة.

اللون الأصفر محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC): يتجاوز أو يعادل 11.5 و 12.5 سم.

يشير إلى وجود هزال معتدل، مع احتمال معتدل للوفاة.

اللون الأحمر محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC): أقل من 11.5 سم.

يشير إلى هزال شديد مصحوب بخطر مرتفع جداً للوفاة.

2- فحص الوزمة الانطباعية الثنائية

يُعتبر وجود الوزمة الانطباعية الثنائية دائماً مؤشراً على الهزال الشديد. يبدأ الفحص عادةً من القدمين، حيث إن وزمة سوء التغذية غالباً ما تبدأ من هناك، كما ويتم فحص كلا القدمين في الوقت نفسه (ثنائياً). وإذا وُجدت الوزمة في قدم واحدة فقط، فإنها لا تُعتبر عادةً ناتجة عن سوء التغذية، بل قد تكون ناتجة عن سبب موضعي آخر مثل العدوى.

تُصنّف شدة الوزمة حسب موضعها كما يلي:

وذمة من الدرجة 1+: (+) تظهر فقط في القدمين.

وذمة من الدرجة 2+: (++) تظهر في القدمين والساقين السفليتين، وقد تشمل اليدين أيضاً.

وذمة من الدرجة 3+: (+++) تشمل القدمين، والساقين السفليتين، واليدين، والمنطقة حول العينين.



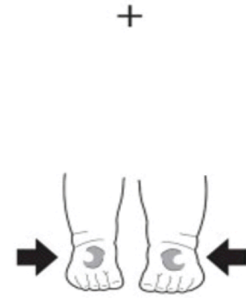
الدرجة +++

يعاني هذا الطفل من وذمة انطباعية ثنائية الجانب بدرجة +++ (شديدة). هذه الوذمة منتشرة وتشمل القدمين، الساقين، الذراعين، اليدين، والوجه. يُوصى بإجراء تقييم طبي شامل لتحديد الأسباب ووضع خطة علاجية مناسبة.



الدرجة ++

يعاني هذا الطفل من وذمة انطباعية ثنائية الجانب تشمل القدمين والساقين السفليتين واليدين والذراعين السفليتين، مما يشير إلى وجود وذمة بدرجة ++ (متوسطة). يُوصى بإجراء تقييم طبي شامل لتحديد مدى انتشار الوذمة وتقديم العلاج المناسب.



الدرجة +

يعاني هذا الطفل من وذمة انطباعية ثنائية الجانب في القدمين بدرجة + (خفيفة). ومع ذلك، قد تشير الحالة إلى وجود وذمة من الدرجة ++ (متوسطة) أو +++ (شديدة). لذا، يُوصى بإجراء تقييم شامل للساقين والوجه لضمان التشخيص الدقيق.

المصدر: منظمة الصحة العالمية (2011). دورة تدريبية حول إدارة المستشفى لسوء التغذية الحاد الشديد.

3- قياس الوزن

3.1 قياس وزن الطفل باستخدام ميزان مزود بخاصية الوزن الصفري

يجب التأكد من وضع الميزان على سطح مستوٍ وصلب لضمان دقة القياس. وشرح جميع الإجراءات للأم وطلب مساعدتها في العملية. يجب وزن الأطفال حديثي الولادة وهم عراة، مع تغطيتهم ببطانية أو غطاء لضمان راحتهم أثناء الوزن. بالنسبة للأطفال الأكبر سناً، يجب أن يكونوا مرتدين أقل قدر ممكن من الملابس لتحقيق قياس دقيق. في الحالات التي يصعب فيها إزالة الملابس بسبب اعتبارات اجتماعية، يجب إزالة ما يمكن من الملابس لتقليل تأثيرها على الوزن. أما بالنسبة للأطفال دون سن السنتين، يُوصى باستخدام خاصية الوزن الصفري للحصول على قياس دقيق:

- يجب على الأم إزالة حذاءها والوقوف على الميزان لقياس وزنها بدقة. في الوقت نفسه، يقوم أحد أفراد الفريق الطبي بحمل الطفل غير الملبس والمغطى ببطانية.
- بينما تظل الأم على الميزان ويتم عرض وزنها، يجب تفعيل خاصية الوزن الصفري على الميزان. يعتبر الميزان جاهزاً للقياس عندما تظهر قراءة الوزن 0.0 مع صورة الأم والطفل.
- بعد ذلك، يتم تسليم الطفل غير الملبس إلى الأم ويُطلب منها البقاء ثابتة على الميزان.

- سيتم عرض وزن الطفل بدقة على الشاشة، مع إمكانية التقريب إلى 0.1 كغ. يجب توثيق هذا الوزن بشكل فوري في السجل الطبي.

ملاحظة: في حالة تجاوز وزن الأم حدًا معينًا (على سبيل المثال، أكثر من 100 كغ)، وانخفاض وزن الطفل بشكل ملحوظ (على سبيل المثال، أقل من 2.5 كغ)، قد لا يُسجل الميزان وزن الطفل بدقة. في هذه الحالة، يُوصى بأن يتولى شخص آخر ذو وزن أقل حمل الطفل على الميزان لضمان الحصول على قراءة دقيقة.

3.2 في حال كان الطفل يبلغ من العمر سنتين أو أكثر وقادرًا على الوقوف بثبات، يُفضل وزنه بشكل منفرد للحصول على قراءة دقيقة. أما إذا لم يستطع الطفل الوقوف بثبات أو بدأ بالقفز على الميزان، فيُوصى باستخدام طريقة الوزن الصفري لضمان دقة القياس.

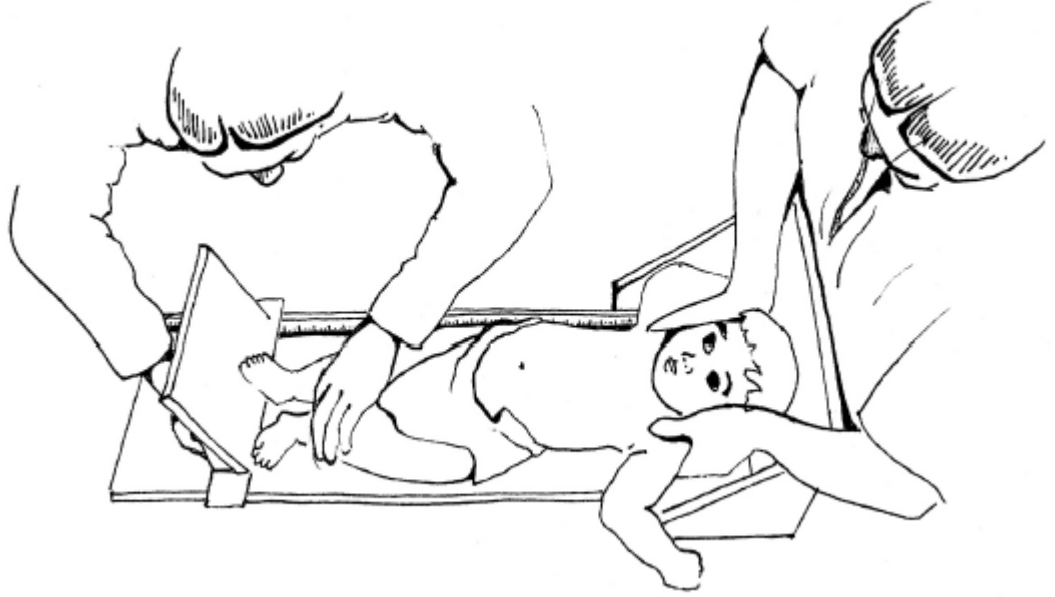
ينبغي الطلب من الأم مساعدة الطفل في إزالة الأحذية والملابس الخارجية لضمان القياس الدقيق. وتوجيه الطفل بلطف وإخباره بأهمية الوقوف بثبات أثناء عملية الوزن. تتضمن إجراءات الوزن العادي الخطوات التالية:

- تشغيل الميزان والتأكد من ظهور الرقم 0.0، مما يشير إلى جاهزيته للعمل.
- طلب الوقوف من الطفل في منتصف الميزان مع فصل القدمين قليلاً، ووضعهما على علامات البصمة إن وجدت، والبقاء ثابتاً حتى يتم عرض الوزن على الشاشة.
- تسجيل وزن الطفل بدقة مقربة إلى 0.1 كغ.

4- قياس الطول

4.1 إذا كان عمر الطفل أقل من سنتين، قم بقياس طول الطفل وهو مستلقٍ باستخدام لوحة قياس طول يجب وضعها على سطح مستوٍ وثابت مثل الطاولة.

الشرح للأم ضرورة مشاركتها في وضع الطفل على لوحة قياس الطول وضمان تثبيت رأسه أثناء الإجراء. طلب وضع الطفل مستلقياً على ظهره منها بحيث يكون رأسه ملامساً للوحة الرأس الثابتة، مع التأكد من الضغط على الشعر لتجنب أي فراغات. ضبط رأس الطفل بسرعة بحيث يكون الخط العمودي الافتراضي الممتد من قناة الأذن إلى الحافة السفلية للعين في وضع عمودي بالنسبة للوحة، مع توجيه عيني الطفل للأعلى. بعد ذلك، طلب الانتقال خلف لوحة الرأس من الأم لتثبيت رأس الطفل في هذا الوضع بثبات. التحقق بعناية من أن الطفل مستلقٍ بشكل مستقيم دون أي التواء أو تغيير في الوضعية أثناء القياس.



- يجب أن تلامس أكتاف الطفل لوحة القياس بشكل كامل لضمان الدقة، مع التأكد من أن العمود الفقري مستقيم وغير منحني.
- يجب تثبيت ساقَي الطفل بإحدى اليدين، مع استخدام اليد الأخرى لتحريك لوحة القدم برفق. ينبغي وضع ضغط خفيف على الركبتين لتصويب الساقين بأقصى درجة ممكنة، مع الحرص على عدم التسبب بأي أذى أو إصابة للطفل.

ملاحظة: لا يمكن تصويب ركبتَي حديثي الولادة بنفس الدرجة التي يتم بها تصويب ركبتَي الأطفال الأكبر سناً نظراً لضعف بنية ركبهم وحساسيتها، مما يجعلها عرضة للإصابة بسهولة. لذلك، يجب تطبيق أقل ضغط ممكن عند محاولة تصويبهما. في حال كان الطفل في حالة هياج شديد ولم يكن بالإمكان تثبيت الساقين في الوضعية الصحيحة، يُوصى بإجراء القياس مع تثبيت ساق واحدة فقط لضمان سلامة الطفل.

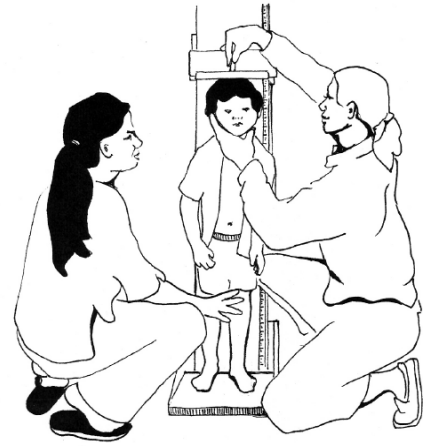
- أثناء تثبيت الركبتين، يجب سحب لوحة القدم بحيث تلامس قدمي الطفل، مع التأكد من أن باطن القدمين موازٍ تماماً للوحة القدم وأن أصابع القدم موجهة نحو الأعلى. في حال قام الطفل بثني أصابع قدميه مما يعيق ملامسة اللوحة لباطن القدم، يجب حك باطن القدم بلطف لتحفيزه على تصويب أصابعه، ثم تحريك اللوحة بسرعة لضمان القياس قبل أن يعيد ثنيها.

- قراءة القياس بدقة وسجل طول الطفل بالسنتيمتر مع تقريبه إلى أقرب 0.1 سم.

تذكير: في حالة قياس طول طفل يبلغ من العمر سنتين أو أكثر، يُوصى بطرح 0.7 سم من الطول المقاس. بعد ذلك، يجب تسجيل القيمة المعدلة كطول الطفل في الملاحظات الخاصة بالزيارة لضمان توثيق البيانات بدقة.

4.2 في حال كان عمر الطفل سنتين أو أكثر، يُوصى بقياس الطول وهو واقف للحصول على قراءة دقيقة. إذا كان الطفل غير قادر على الوقوف بثبات بسبب أي قيود جسدية أو سلوكية، يمكن اللجوء إلى قياس الطول أثناء استلقائه مع ضبط الطريقة لتناسب حالته.

يُوصى باستخدام لوحة قياس الطول المثبتة بزاوية قائمة بين أرضية مستوية وجدار أو عمود مستقيم لضمان دقة القياس. يُلاحظ أن الطول في وضع الوقوف يكون أقل بمقدار 0.7 سم مقارنة بالطول في وضع الاستلقاء. وقد تم مراعاة هذا الفارق أثناء تطوير معايير نمو منظمة الصحة العالمية. لذلك، من الضروري تعديل القياسات إذا تم قياس الطول في وضع الاستلقاء بدلاً من وضع الوقوف أو العكس لضمان توافق النتائج مع المعايير الدولية.



يتعين التأكد من أن لوحة قياس الطول مثبتة على سطح مستوٍ لضمان دقة القياس. بالتعاون مع الأم، ومن خلال الركوع للوصول إلى مستوى الطفل، يجب:

- مساعدة الطفل على الوقوف على قاعدة اللوحة مع فصل القدمين قليلاً. يجب أن تلامس الأجزاء التالية للوحة العمودية: الجزء الخلفي من الرأس، لوح الكتف، المؤخرة، الساقين، والكعبين.
- الطلب من الأم تثبيت الركبتين والكاحلين للمساعدة في إبقاء الساقين مستقيمتين والقدمين مستويتين، مع ضمان تلامس الكعوب والساقين مع اللوحة. ويجب طلب إشغال انتباه الطفل وتهديته إذا لزم الأمر، مع إبلاغك في حال تحرك الطفل عن الوضعية.
- وضع رأس الطفل بحيث يكون الخط الأفقي الممتد من قناة الأذن إلى الحافة السفلى للعين موازياً للقاعدة. للحفاظ على الرأس في هذه الوضعية، ينبغي مسك الجسر بين الإبهام والسبابة لتثبيت الذقن بلطف.
- الضغط برفق على بطن الطفل إذا لزم الأمر لمساعدته على الوقوف بكامل طوله.
- مع تثبيت الرأس في مكانه، استخدام اليد الأخرى لتحريك لوحة الرأس لأسفل حتى تستقر بإحكام على رأس الطفل وتضغط على الشعر برفق.

- قراءة القياس بدقة وتسجيل طول الطفل بالسنتيمتر إلى أقرب 0.1 سم.

تذكير: عند قياس طول الطفل الذي يقل عمره عن عامين، يُوصى بإضافة 0.7 سم إلى الطول المسجل. بعد ذلك، يجب توثيق القيمة المعدلة كطول الطفل في ملاحظات الزيارة لضمان تسجيل دقيق ومتوافق مع المعايير.

5- قياس الوزن بالنسبة إلى الطول (WFL/WFH)¹

يُستخدم مؤشر الوزن بالنسبة إلى الطول (WFH) أو الوزن بالنسبة إلى الطول (WFL) (حتى عمر السنتين) لتصنيف الحالة التغذوية للطفل. بعد قياس وزن الطفل وطوله أو قامته، يتم استخدام مخطط خاص لتحديد الدرجة المعيارية² الوزن بالنسبة إلى الطول (WFL/WFH).

5.1 قياس الوزن مقابل الطول

لقياس العلاقة بين الوزن والطول:

- يتم وضع الطول أو الطول القائم على المحور العمودي (مثلاً: 75 سم، 78 سم). يُوصى بتقريب القياس إلى أقرب سنتيمتر كامل؛ بحيث (يتم تقريب القياسات من 0.1 إلى 0.4 إلى الأسفل، ومن 0.5 إلى 0.9 إلى الأعلى). بعد ذلك، يتم تتبع خط عمودي من المحور السيني (الأفقي) إلى النقطة التي يتقاطع فيها مع الوزن المُقاس.

- يُراعى قياس الوزن بأكبر قدر من الدقة بما يتوافق مع تباعد الخطوط على المخطط.
- إذا تم تسجيل نقاط لزيارتين أو أكثر، يُنصح بربط النقاط المتجاورة بخط مستقيم لتوضيح الاتجاه العام للنمو أو التغير.

تفسير الرسوم البيانية:

- عندما يتراوح الوزن بالنسبة للطول بين 0 (المتوسط) و -2 درجة معيارية، يُعد ذلك ضمن النطاق الطبيعي³، من دون وجود أي مؤشرات على إصابة الطفل بالهزال.

¹ يمكن قياس الوزن بالنسبة للطول (حتى عمر السنتين) (WFL) لأي طفل يبلغ طوله 45 سم أو أكثر، أما الأطفال الذين يقل طولهم عن 87 سم، فيُقاسون في وضع الاستلقاء.

² الدرجة المعيارية هي وحدة قياس الانحراف المعياري عن متوسط قيمة معلمة معينة وفقاً لمعايير النمو لمنظمة الصحة العالمية (WHO). قد تكون هذه الدرجة الوزن بالنسبة للطول، أو الطول بالنسبة للعمر، أو الوزن بالنسبة للعمر.

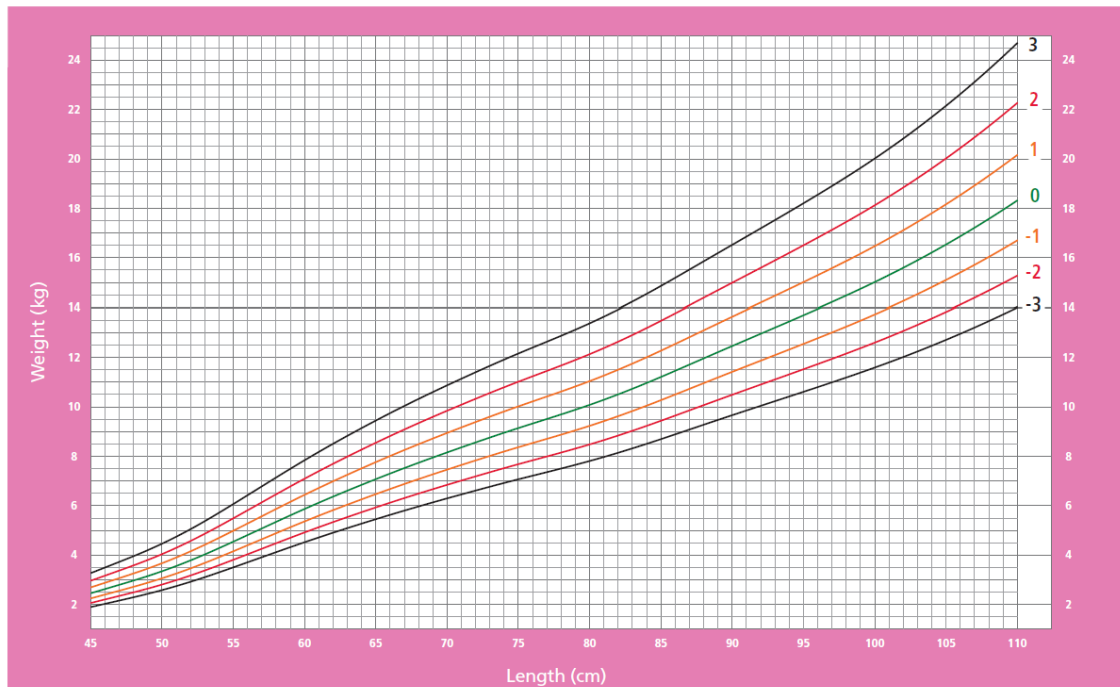
³ يتراوح النطاق "الطبيعي" للوزن بالنسبة للطول (WFL/WFH) بين -2 درجات معيارية و +2 درجات معيارية. إذا تجاوزت الدرجة المعيارية +2، يُعتبر الطفل "زائد الوزن". في حين أن زيادة الوزن والسمنة تُعتبران من مشاكل الصحة العامة، إلا أنهما لا تُركز عليهما هذه الإرشادات.

- عندما يكون الوزن بالنسبة للطول (WFL/WFH) بين أقل من -2 و -3 درجات معيارية، فإن ذلك يدلُّ على وجود هزال معتدل مع خطر وفاة معتدل يزيد بحوالي 1.5 ضعف مقارنة بالطفل الذي يتلقى تغذية طبيعية.⁴
- عندما يكون الوزن بالنسبة للطول (WFL/WFH) أقل من -3 درجات معيارية، فإن ذلك يشير إلى وجود هزال شديد وفقاً للمعايير التي ذكرت. وفي هذه الحالة، يعاني الطفل من هزال شديد ويكون معرضاً لخطر مرتفع جداً للوفاة، بما يعادل 4 إلى 10 أضعاف مقارنة بالطفل المُغذَّى طبيعياً.

⁴ معايير نمو الطفل لمنظمة الصحة العالمية (WHO) وتحديد سوء التغذية الحاد الشديد لدى الرُّضَّع والأطفال: بيان مشترك صادر عن منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للطفولة، 2009، <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598163>.

Weight-for-length GIRLS

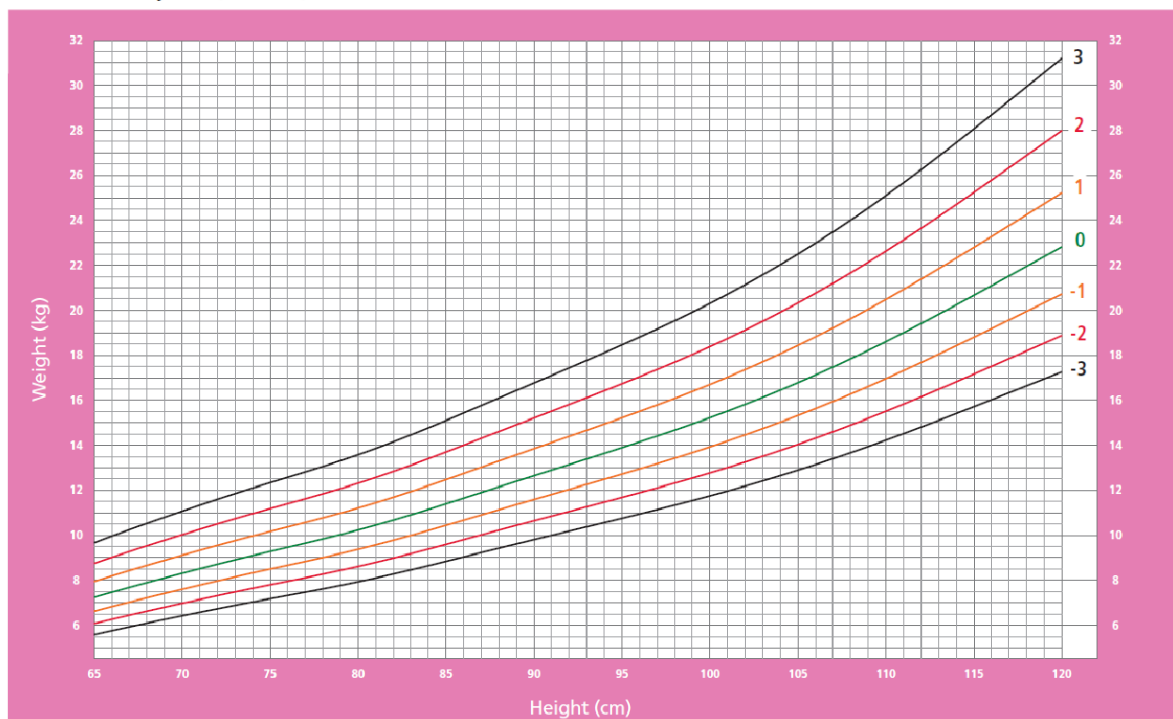
Birth to 2 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

Weight-for-Height GIRLS

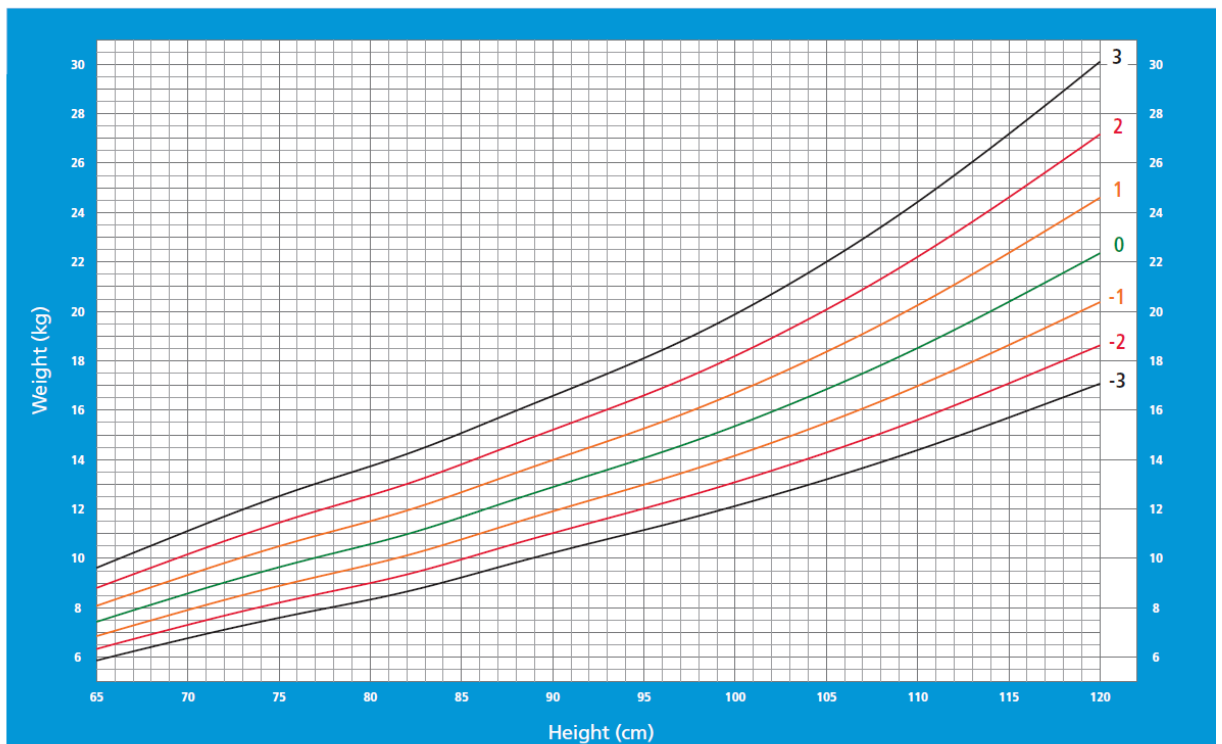
2 to 5 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

Weight-for-height BOYS

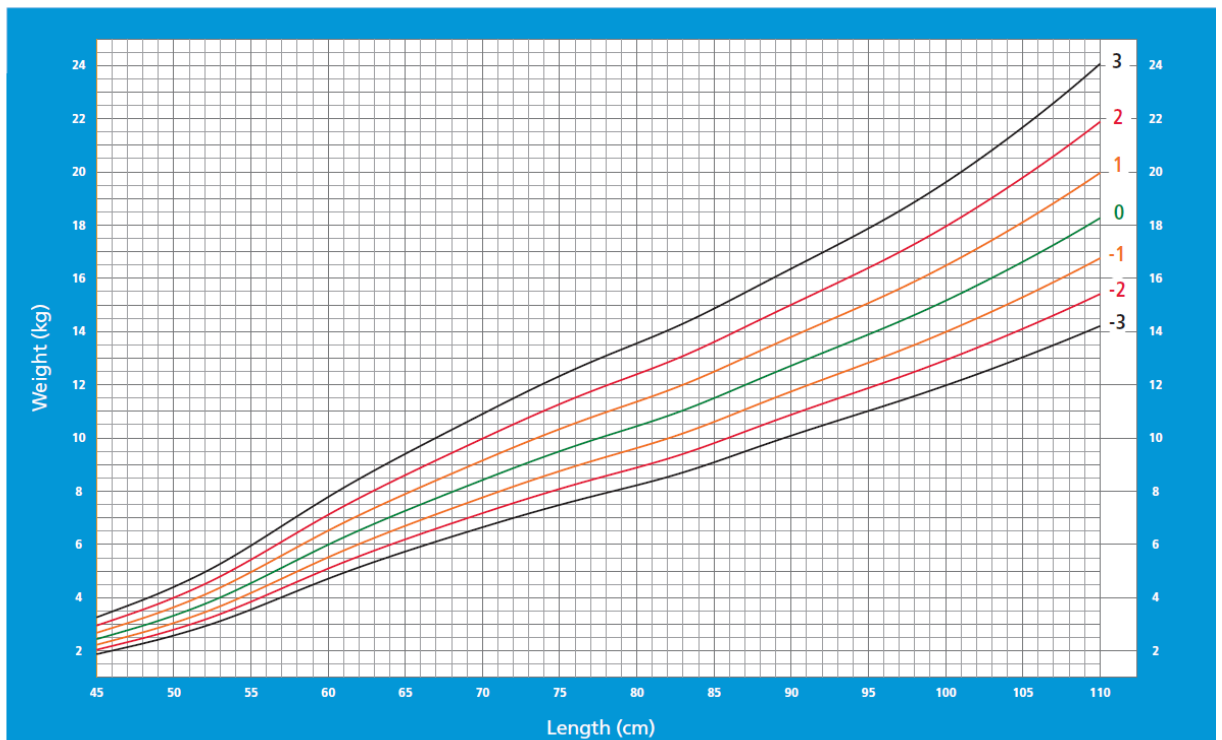
2 to 5 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

Weight-for-length BOYS

Birth to 2 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

5.2 قياس الوزن بالنسبة إلى العمر (WFA) لتقييم الرضّع دون الستة أشهر

لقياس الوزن بالنسبة إلى العمر:

- يُكتب عدد الأسابيع والأشهر المكتملة على الخط العمودي (وليس بين الخطوط العمودية).
- يُقاس الوزن على الخط الأفقي أو في المساحة بين الخطوط لإظهار الوزن بدقة تصل إلى 0.1 كغ، مثال: 3.8 كغ.
- عند رسم نقاط زيارتين أو أكثر، يتم وصل النقاط المتجاورة بخط مستقيم لتتبع الاتجاهات بشكل أفضل.

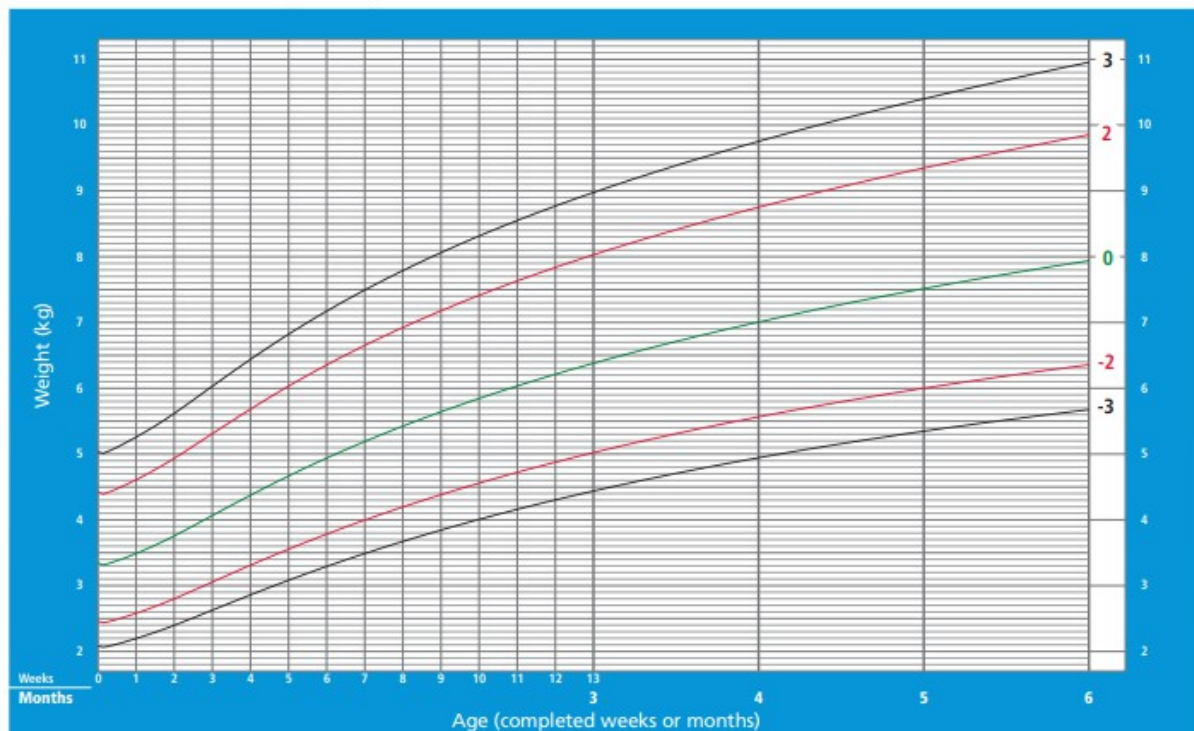
تفسير الرسوم البيانية:

- عندما يتراوح الوزن بالنسبة إلى العمر (WFA) بين $2-$ و $2+$ درجة معيارية، يُعتبر ذلك مؤشرًا على نمو طبيعي، حيث يكون الرضيع ضمن النطاق الصحي للوزن. وتشير الدرجة المعيارية 0 إلى أن وزن الرضيع متوسط بالنسبة إلى عمره وجنسه.
- إذا كان الوزن بالنسبة إلى العمر (WFA) أقل من $2-$ درجة معيارية، فإن ذلك يشير إلى أن وزن الرضيع أقل من المعدل الطبيعي، مما يستوجب إجراء تقييم إضافي للكشف عن سوء التغذية أو الممارسات الغذائية غير الملائمة.
- لا يتم استخدام قياس الوزن بالنسبة إلى العمر (WFA) لتحديد ما إذا كان الرضيع يعاني من زيادة الوزن أو السمنة⁵.
- ينبغي تفسير قياس الوزن بالنسبة إلى العمر (WFA) بحذر في الحالات التي يتعذر فيها تحديد عمر الرضيع بدقة، كما هو الحال في أوضاع اللاجئين.

⁵ منظمة الصحة العالمية. دورة تدريبية حول تقييم نمو الطفل. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2008.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43601/9789241595070_C_eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Weight-for-age BOYS

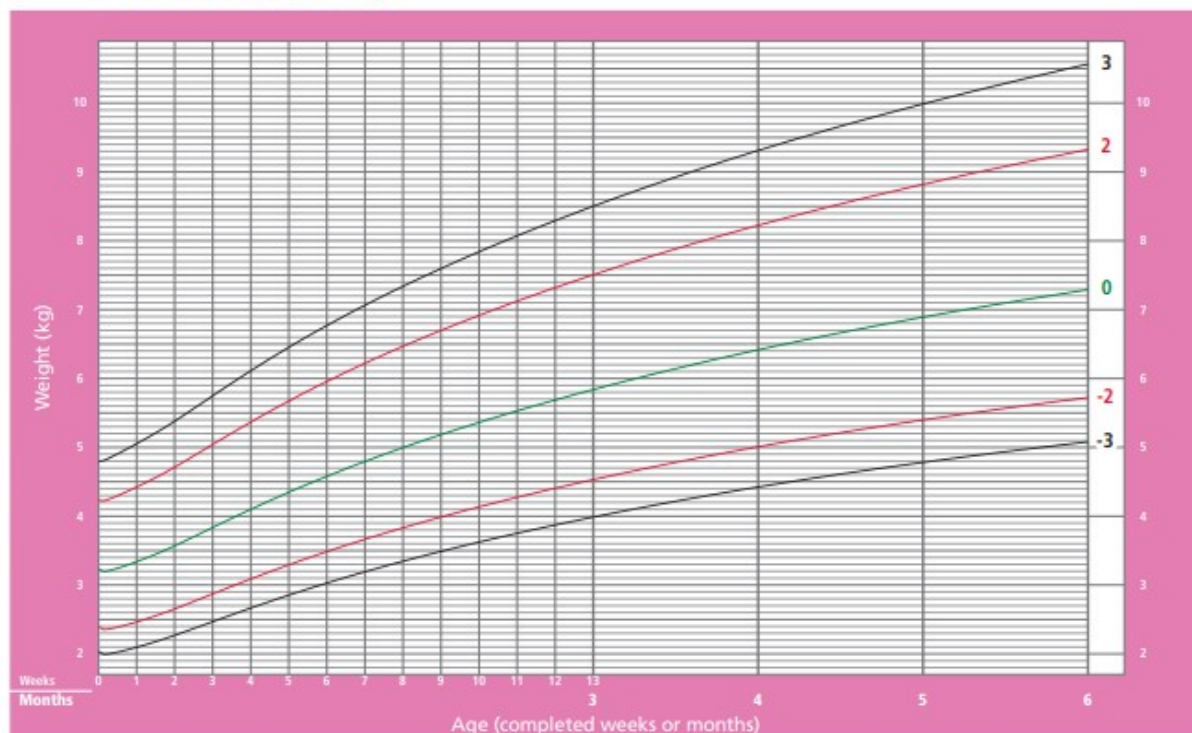
Birth to 6 months (z-scores)



WHO Child Growth Standards

Weight-for-age GIRLS

Birth to 6 months (z-scores)



WHO Child Growth Standards

الملحق 2:

ممارسات الإطعام التفاعلية وغير التفاعلية من قبل مقدمي الرعاية

تشير ممارسات الإطعام التفاعلي إلى تفاعل مقدمي الرعاية مع الأطفال أثناء أوقات الطعام بشكل فعال، من خلال الاستجابة باهتمام لإشارات الجوع والشبع التي يظهرها الأطفال، وتهيئة بيئة إيجابية تشجع على تناول الطعام. في المقابل، تتضمن الممارسات غير التفاعلية الضغط على الطفل لتناول الطعام أو استخدام الطعام كمكافأة، وهو ما قد يعيق تطوّر سلوكيات الأكل الصحيّة. يعدّ فهم هذه الديناميكيات أمراً ضرورياً لتعزيز النمو الأمثل لدى الأطفال وتكوين عادات غذائية صحيّة تستمر مدى الحياة. يوضح ما يلي الاختلافات الرئيسية بين ممارسات الإطعام التفاعلية وغير التفاعلية:

الإطعام التفاعلي	الإطعام غير التفاعلي
يشجّع الطفل على الأكل دون إجباره، مع الانتباه لإشارات الجوع والشبع	يسيطر على موقف الإطعام من خلال سلوكيات السيطرة والضغط (مثال: إجبار الطفل على إنهاء الطعام في صحنه رغم إظهاره علامات الشبع)
يطعم الطفل ببطء وصبر، ويشجعه تدريجياً على الإطعام الذاتي؛ ويتفهّم أن الفوضى جزء من عملية التعلّم	يطعم الطفل مباشرة حتى وإن كان قادراً على الإطعام الذاتي، ولا يعطي اهتماماً لإشارات الاستعداد أو الشبع
يشجّع على تناول الوجبات مع العائلة كنموذج لممارسات الأكل الصحي	لا يوجّه سلوكيات الطفل التي تعيق ترسيخ تقضيلات غذائية صحيّة أو عادات تناول طعام منتظمة (مثال: تناول الوجبات السريعة بكثرة أو المشروبات المحلّة بدلاً من الماء)
يقلّل من مصادر التشتت أثناء الوجبات، لأن الطفل قد يفقد اهتمامه بسهولة	يتجاهل الطفل أو يكون مشغولاً أثناء وقت الوجبة (مثال: الانشغال بالهاتف المحمول)

لا يستفيد من أوقات الطعام كفرصة للتفاعل مع الطفل (مثال: لا يتحدث مع الطفل أو لا يُجري تواصلًا بصريًا)	يدرك أن أوقات الطعام هي فرص للتعلم وبناء الروابط؛ يتحدث مع الطفل ويُجري تواصلًا بصريًا
لا يوفر للطفل فرصًا كافية لإعادة تجربة الأطعمة التي سبق ورفضها	إذا رفض الطفل نوعًا معينًا من الطعام، يُجرب مزيدًا من التركيبات والنكهات والقوام وأساليب التشجيع

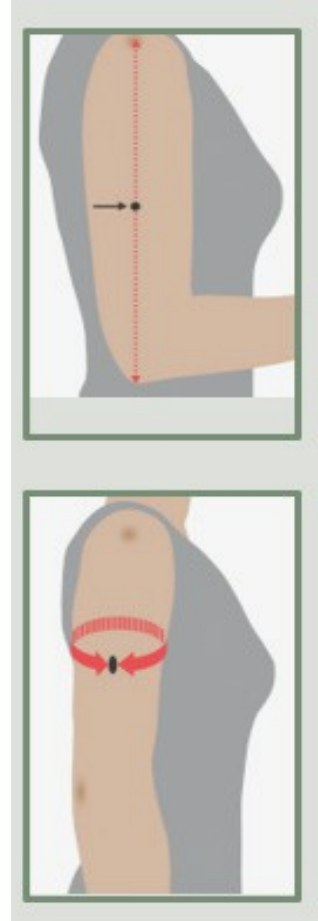
المصدر: منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) ومنظمة الصحة العالمية، رعاية الأطفال الصغار من خلال الإطعام التفاعلي، ملخص مواضيعي، 2023

الملحق 3:

دليل قياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) لدى النساء الحوامل والمرضعات (PBW)

يُقاس محيط منتصف أعلى الذراع باستخدام شريط قياس خاص بالبالغين لقياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC). ويكون الشريط المخصّص للأطفال ملوّناً ومقسّماً إلى سنتيمترات (انظر الشكل). لذلك يجب على العامل الصحيّ التأكّد من استخدام نوع الشريط المناسب للبالغين. ويُقاس محيط منتصف أعلى الذراع بدقة لأقرب مليمتر ويُسجّل في السجلّ الصحيّ للأم.

- التأكّد من أن الذراع اليسرى غير مغطاة بالملابس.
- إبقاء الذراع العلوي موازٍ للجسم.
- ثني المرفق بزاوية 90 درجة.
- تحديد منتصف الذراع العلوي (من أعلى الكتف إلى طرف المرفق).
- وضع علامة على نقطة المنتصف، ثم وضع الشريط على هذه النقطة.
- لفّ الشريط حول الذراع عند نقطة المنتصف.



يمكن تفسير نتائج قياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) كما يلي:

- إذا كان محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) أقل من 23 سم -> تعاني المرأة من الهزال (يجب إحالتها لإجراء تقييم معمّق والتدبير المناسب)
- إذا كان محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) بين 23 و 24 سم -> معرضة لخطر الهزال (يجب إحالتها للتقييم المعمّق).
- إذا كان محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC) يساوي أو يزيد عن 24 سم -> الوضع الغذائي طبيعي.

- الودمة الغذائية: إذا تم تشخيص ودمة، يجب إحالة المرأة فورًا إلى الطبيب لإجراء تقييم شامل. وعلى الرغم من أن الودمة قد تكون شائعة أثناء الحمل، إلا أنها قد تكون أيضًا علامة على الإصابة بمقدمات الارتعاج (تسمم الحمل)، وهي حالة خطيرة قد تؤدي إلى مضاعفات للأم والجنين.

الملحق 4:

اختبار الشهية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 59 شهرًا

إجراء اختبار الشهية للأطفال الذين يعانون من الهزال الشديد

يجب على مزود الرعاية الصحية إجراء اختبار الشهية. يُعد اختبار الشهية مؤشرًا سريريًا يجب تحديده من خلال الملاحظة المباشرة، وليس استنادًا إلى ما يبلغه مقدم الرعاية. إذا لم يكن الطفل قادرًا على تناول الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) اللازمة للتعافي الغذائي، فلا يمكن معالجته في مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC)، ويجب إحالته إلى المستشفى.

1. التحضير لاختبار الشهية. تأكد من توفر أغذية علاجية جاهزة للاستعمال (RUTF) ومياه شرب نظيفة.

2. إرشاد مقدم الرعاية حول إجراءات اختبار الشهية.

3. التأكد من أن كلاً من مقدم الرعاية والطفل قد غسلا أيديهما قبل البدء بالاختبار.

4. إعطاء الطفل رشقات من الماء قبل تقديم الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF).

5. فتح زاوية عبوة الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) وعصر كمية صغيرة منها.

6. الطلب من مقدم الرعاية تشجيع الطفل على تناول الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF).

- إذا تناول الطفل الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) بسهولة، يجب تشجيع مقدم الرعاية على إعطائه ملعقتين أو ثلاث ملاعق صغيرة إضافية (ما يعادل نحو 3 ملاعق شاي إجمالاً). ويجب تقديم رشقات من الماء التنظيف بين اللقيمات.

إذا تناول الطفل 3 ملاعق شاي من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) تحت المراقبة، يُعتبر أنه "نجح" في اختبار الشهية.

- إذا لم يتناول الطفل الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) بسهولة أو رفضه تمامًا، يجب على مقدم الرعاية الجلوس مع الطفل في زاوية هادئة وتشجيعه بلطف على تناوله لمدة تصل إلى ساعة واحدة.

إذا لم يتناول الطفل 3 ملاعق شاي على الأقل من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)، يُعتبر أنه "فشل" في اختبار الشهية.

ويوضّح الجدول التالي معايير النجاح أو الفشل في اختبار الشهية.

اختبار الشهية باستخدام الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)

النجاح في اختبار الشهية	الفشل في اختبار الشهية
تناول 3 ملاعق صغيرة على الأقل من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)	لم يتناول 3 ملاعق صغيرة على الأقل من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)

الملحق 5:

استخدام الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)

تُعرف الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) بأنها منتج غني بالطاقة والمغذيات، معبأة مسبقًا، وتحتوي على جميع المغذيات الكبيرة والصغرى اللازمة لتعافي الطفل المصاب بالهزال الشديد، حتى في حال عدم تناوله لأي طعام آخر (يحتوي كيس الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) على 500 كيلو كالوري (Kcal) لكل 92 غرام). وهي عبارة عن معجون طري مصنوع من مكونات مغذية مثل الفول السوداني والزيوت والبروتينات الأساسية. كما لا تُعدُّ بديلًا عن النظام الغذائي المتنوع والرضاعة الطبيعية. في معظم الحالات، يتناول الطفل أيضًا أطعمة الأسرة أثناء فترة التعافي كما يُوصى بها من قبل مزود الرعاية الصحية.

الفئة المستهدفة والاستخدام

- تُستخدم الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) للأطفال من عمر 6 إلى 59 شهرًا الذين يعانون من الهزال المعتدل أو الشديد.
- إن المنتج جاهز للأكل ولا يحتاج إلى تخفيف أو طبخ مسبق. ويجب استخدامه خلال يوم واحد من فتح العبوة.
- لا يجب إعطاء أي كمّلات مغذية إضافية للطفل أثناء فترة العلاج بالأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF).
- لا تُعطى الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) للأطفال الذين يعانون من حساسية تجاه الفول السوداني أو منتجات الألبان أو الصويا.

ملاحظات مهمة

- يجب أن يتناول الأطفال المصابون بالهزال من الرضاعة الطبيعية الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) بالإضافة إلى حليب الأم، مع إعطاء الأولوية للرضاعة الطبيعية دائمًا. كما يجب أن يتناول الأطفال الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) إلى جانب أطعمة أخرى.
- لا تُستخدم الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) للأطفال دون عمر 6 أشهر. ويجب أن يرضع الطفل رضاعة طبيعية حصرية حتى 6 أشهر، والاستمرار بها حتى عمر عامين على الأقل. يمكن إدخال التغذية التكميلية في عمر 6 أشهر.

ظروف التخزين

- يجب حفظ الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) في مكان بارد وجاف ومغطى لحمايتها من الحشرات والقوارض، ويفضل تحت 30 درجة مئوية. كم يمكن تخزينها لمدة تصل إلى 24 شهراً دون تبريد.
- يجب لف العبوة المفتوحة وتغطيتها جيداً واستخدامها خلال يوم واحد.

تعليمات الاستخدام

1. يجب على الأم/مقدم الرعاية غسل اليدين ويدي الطفل بالصابون قبل الأكل.
2. يُنصح بتدليك الكيس قليلاً قبل فتحه لتجانس المحتوى.
3. لفتح الكيس، يُمزق جزء صغير منه ويمكن للطفل الأكل مباشرة منه أو باستخدام ملعقة.
4. يمكن إعطاء الطفل ماءً نظيفاً للشرب أثناء تناوله الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) لأنه قد يشعر بالعطش.

تُعدُّ الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) غذاءً غنيًا بالطاقة ومدعمًا بالمعادن والفيتامينات موصى به من جانب منظمة الصحة العالمية (WHO) لعلاج الهزال الشديد. وهذه الأغذية توفر التوازن المناسب من جميع المغذيات والإلكتروليات التي يحتاجها الطفل للتعافي. كما تُعدُّ آمنةً ميكروبيولوجيًا ويمكن حفظها لمدة تصل إلى عامين في عبوات بسيطة. ومع مراعاة ممارسات النظافة المناسبة، يمكن استخدام الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) بأمان في المنزل.



التركيبة الغذائية للأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)

الرطوبة	حد أقصى 2.5%
الطاقة	520-550 كيلو كالوري/100 (Kcal) غرام
البروتينات	10-12% من إجمالي الطاقة
الدهون	45-60% من إجمالي الطاقة
الصوديوم	290 ملغ/100 غرام (حد أقصى)
البوتاسيوم	1,110-1,400 ملغ/100 غرام
الكالسيوم	300-600 ملغ/100 غرام
الفوسفور (باستثناء الفيتات)	300-600 ملغ/100 غرام
المغنيسيوم	80-140 ملغ/100 غرام
الحديد	10-14 ملغ/100 غرام
الزنك	11-14 ملغ/100 غرام
النحاس	1.4-1.8 ملغ/100 غرام
السيلينيوم	20-40 ميكروغرام
اليود	70-140 ميكروغرام/100 غرام
فيتامين A	1.1-0.8 ملغ/100 غرام
فيتامين D	20-15 ميكروغرام/100 غرام
فيتامين E	20 ملغ/100 غرام (حد أدنى)
فيتامين K	30-15 ميكروغرام/100 غرام
فيتامين B1	0.5 ملغ/100 غرام (حد أدنى)
فيتامين B2	1.6 ملغ/100 غرام (حد أدنى)
فيتامين C	50 ملغ/100 غرام (حد أدنى)
فيتامين B6	0.6 ملغ/100 غرام (حد أدنى)
فيتامين B12	1.6 ميكروغرام/100 غرام (حد أدنى)
حمض الفوليك	200 ميكروغرام/100 غرام (حد أدنى)

النياسين	5 ملغ/100 غرام (حد أدنى)
حمض البانتوثينيك	3 ملغ/100 غرام (حد أدنى)
البيوتين	60 ميكروغرام/100 غرام (حد أدنى)
الأحماض الدهنية n-6	10%-3% من إجمالي الطاقة
الأحماض الدهنية n-3	

قد تُقدّم أطعمة أخرى من أطعمة الأسرة خلال فترة التعافي:

مهم:

يجب أن تكون أطعمة الأسرة المقدّمة للطفل الذي يعاني من سوء التغذية الحاد خالية من الملح. يمكن استخدام كمّيات صغيرة من بدائل الملح بشرط أن تكون خالية من الصوديوم. كما يُنصح باستخدام مكوّنات طازجة وغير مصنّعة فقط. يجب تجنّب الخضروات المعلّبة، والخبز (ما لم يكن خاليًا من الملح)، والوجبات الخفيفة المالحة مثل المكسّرات أو البسكويت المملّح (يُستخدم فقط البسكويت الخالي من الملح). يمكن استخدام بدائل الملح المحتوية على البوتاسيوم بدلاً من الصوديوم لتتنيل الطعام. كما يمكن استخدام التوابل والأعشاب لإضفاء النكهة.

- تقسيم الحصّة اليومية من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) إلى وجبات متعدّدة تُقدّم في أوقات تناول الطعام المعتادة للأسرة.
- إعطاء الطفل رشقات من حليب الأم أو الماء قبل بدء تناول الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF).
- تقديم الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) في لُقمات صغيرة (مع كمية كافية من حليب الأم أو الماء النظيف).
- بعد تناول الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)، يجب الانتظار لمدة 30 دقيقة على الأقل قبل إعطاء أطعمة أخرى من أطعمة الأسرة.
- إذا أنهى الطفل كامل الحصّة من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) في الوجبة، لكنه لا يزال يشعر بالجوع، يمكن تقديم أطعمة أخرى من أطعمة الأسرة بكمّيات صغيرة في البداية.
- يجب استخدام أطعمة الأسرة المحضّرة بدون ملح فقط.
- إذا كان الطفل قادرًا على تناول كامل حصّة الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) في الوجبة التالية، يمكن زيادة كمية أطعمة الأسرة لتلبية الجوع.
- إذا لم يتمكّن الطفل من تناول كامل الحصّة من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) في الوجبة التالية، ينبغي تقليل كمية أطعمة الأسرة المقدّمة حتى يتمكّن من تناول كامل الحصّة من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF).

الإرشاد حول الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)

يجب تقديم إرشادات إلى الأم/مقدم الرعاية حول الاستخدام الصحيح للأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) وممارسات التغذية التكميلية المناسبة للعمر. تشمل الرسائل الأساسية في الإرشاد حول هذه الأغذية ما يلي:

- يجب الانتباه إلى ممارسات النظافة العامة (غسل اليدين، التعامل الآمن، استخدام أدوات نظيفة).
- لا تُعدُّ الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) مناسبة للأطفال دون عمر 6 أشهر.
- تحتوي الأغذية على بروتينات وفيتامينات ومعادن إضافية تساعد الطفل على زيادة الوزن.
- في حال كان الطفل يرضع، يجب الاستمرار في تقديم حليب الأم قبل إعطائه الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF).
- يجب أن يتناول الطفل الكمية المقررة يومياً (لا يُسمح بتناول كل الأكياس دفعة واحدة).
- لا يُسمح بمشاركة الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) مع أفراد الأسرة الآخرين. فالكمية الموصوفة مخصصة للطفل فقط. قد تؤدي المشاركة إلى عدم تعافي الطفل الذي يعاني من الهزال بشكل مناسب.
- إذا كان لدى الطفل إسهال، فلا يجب التوقف عن إطعامه. بل يجب المحافظة على النظافة الجيدة وتوفير المزيد من حليب الأم والطعام والماء النظيف.
- التأكد من التزام الطفل بالمواعيد المحددة في مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) للمتابعة وتحقيق تعافٍ أفضل.
- إعادة الأكياس الفارغة من الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) إلى مركز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) لمراقبة التقدم.

الملحق 6:

الاعتبارات والتوصيات المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال والتغذية أثناء الحمل والإرضاع

الرضاعة الطبيعية الحصرية من الولادة حتى عمر 6 أشهر:

- توصي كل من منظمة الصحة العالمية واليونيسف بالرضاعة الطبيعية الحصرية للرضع خلال أول ستة أشهر من الحياة. وهذا يعني أن الطفل يتلقّى فقط حليب الأم، دون أي أطعمة أو مشروبات إضافية، حتى الماء.
- يوفر حليب الأم جميع احتياجات الطفل من الغذاء والماء خلال الأشهر الستة الأولى.
- تضمن الرضاعة الطبيعية الحصرية تزويد الطفل بالعناصر الغذائية الأساسية، وتدعم النمو والتنمية الأمثل، وتقوّي الجهاز المناعي للطفل.
- حتى في الطقس الحار جدًا، يلبي حليب الأم حاجة الطفل من العطش.

التغذية المختلطة من الولادة حتى 6 أشهر:

- تشير التغذية المختلطة إلى الجمع بين الرضاعة الطبيعية وتغذية الرضيع بحليب صناعي. حتى في حال التغذية المختلطة، يُوصى بالاستمرار في الرضاعة الطبيعية قدر الإمكان لما لها من فوائد صحيّة قيّمة للطفل.
- تزيد التغذية المختلطة من احتمالية إصابة الطفل بأمراض مثل الإسهال والالتهاب الرئوي، وسوء التغذية.
- قد يؤدي إدخال الزجاجات أو الحليب الصناعي في وقت مبكر إلى "ارتباك الحلمة"، مما يصعب على بعض الأطفال الرضاعة الطبيعية.
- يمكن أن تؤدي التغذية المختلطة إلى زيادة خطر العدوى والأمراض مثل الإسهال والالتهاب الرئوي.

ملاحظات عامة:

- يجب أن تتم الرضاعة الطبيعية عند الطلب، نهارًا وليلاً.
- زيادة الرضاعة (مع الارتباط الجيد بالتدني) يمكن أن تحفّز إنتاج المزيد من الحليب. كما أن تقديم أي شيء آخر للطفل يقلل من رضاعته وبالتالي يقلل من إنتاج الحليب.
- يجب السماح للرضيع بإنهاء الرضاعة من أحد الثديين قبل الانتقال إلى الآخر. ويمنع التقلّب بين الثديين الطفل من الحصول على "حليب النهاية" الغني بالدهون والمغذي. إن حليب البداية يحتوي على كمية أكبر من الماء ويروي عطش الطفل، أما حليب النهاية فيشبع جوعه.

- قد يكون البكاء علامة متأخرة للجوع. أما العلامات المبكرة التي تدلّ على رغبة الطفل في الرضاعة فتشمل: التملل، فتح الفم، تحريك الرأس يمينًا ويسارًا، إخراج اللسان، ومصّ الأصابع أو الكفين.
- لا يجب استخدام الزجاجات والحلمات في تغذية الرضيع. فمن الصعب تنظيفها وقد تتسبب في إصابة الطفل بالمرض.

في حالة المرض:

- يجب زيادة تكرار الرضاعة الطبيعيّة أثناء المرض، بما في ذلك الإسهال، لمساعدة الطفل على مقاومة المرض، والحدّ من فقدان الوزن، والتعافي بسرعة.
- توفر الرضاعة الطبيعيّة خلال المرض الراحة للطفل أيضًا. وإذا رفض الطفل الرضاعة، يحب تشجيعه بلطف حتى يتمكّن من استئنافها.
- يمكن إعطاء الأدوية عند الرضاعة فقط إذا أوصى بها الطبيب.
- إذا كان الطفل ضعيفًا جدًّا ولا يستطيع المصّ، يمكن تزويده بحليب الأمّ المعصور. يساعد ذلك في الحفاظ على إدرار الحليب وتجنّب مشاكل الثدي.
- بعد كلّ مرض، يجب زيادة وتيرة الرضاعة لمساعدة الطفل على استعادة صحّته ووزنه.

ما الذي يجب أن يتناوله الأطفال

حليب الأم	أطعمة متنوّعة وغنيّة بالعناصر الغذائيّة لتلبية الحدّ الأدنى من التنوّع الغذائي، يُوصى باستهلاك 5 من أصل 8 مجموعات غذائيّة.	الأطعمة من مصادر حيوانيّة، الفواكه والخضروات	أطعمة مدعّمة أو مكملات من الفيتامينات والمعادن (عند الحاجة)	تجنّب إعطاء المشروبات أو الأطعمة منخفضة القيمة الغذائيّة	تجنّب إضافة السكريّات إلى الأطعمة والمشروبات المحضّرة في المنزل

متى وكيف يجب أن يأكل الأطفال

قوام الطعام المناسب للعمر	كميّات الطعام المناسبة للعمر من ملعقتين إلى ثلاث ملاعق، مع التدرّج إلى نصف كوب، ثم ثلاثة أرباع كوب، ثم كوب كامل	وتيرة الوجبات المناسبة للعمر مرّتين أو ثلاث مرات يوميًا + وجبات خفيفة إضافية	إدخال الأطعمة الأولى في الوقت المناسب (ابتداءً من عمر 6 أشهر)

التغذية أثناء وبعد المرض



التغذية والرعاية الاستجابيّة



تحضير الطعام وتخزينه واستخدامه بطريقة آمنة



المصدر: اليونيسف، تحسين تغذية الأطفال الصغار خلال فترة التغذية التكميلية، إرشادات برمجية من اليونيسف، نيويورك، 2020.

التغذية التكميلية ابتداءً من عمر 6 أشهر

يجب أن تستمر الرضاعة الطبيعية بعد عمر 6 أشهر جنباً إلى جنب مع إدخال الأطعمة التكميلية، مع هدف الاستمرار في الرضاعة حتى عمر سنتين أو أكثر. وخلال هذه الفترة، يُقدّم للطفل أول أطعمة ليّنة أو شبه صلبة أو صلبة.

وتيرة الوجبات المناسبة للعمر

ينبغي على مقدّمي الرعاية زيادة عدد الوجبات المقدّمة للطفل على مدار اليوم كلّما كبر. ويعتمد عدد الوجبات المناسبة على كثافة الطاقة في الطعام وكميّات الطعام المُتناولة. كما توصي منظمة الصحة العالمية (WHO) بما يلي:

- وجبتان يومياً من الأطعمة الصلبة أو شبه الصلبة أو اللينة للأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية بعمر 6-8 أشهر.
- ثلاث وجبات يومياً من الأطعمة الصلبة أو شبه الصلبة أو اللينة للأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية بعمر 9-23 شهراً.
- أربع وجبات يومياً من الأطعمة الصلبة أو شبه الصلبة أو اللينة (أو حليب) للأطفال الذين لا يرضعون رضاعة طبيعية بعمر 6-23 شهراً، على أن تتضمن وجبة واحدة على الأقلّ طعاماً صلباً أو شبه صلباً أو لينةً.

كميّات الطعام المناسبة للعمر

يُوصى بالبدء بكميات صغيرة من الطعام وزيادتها تدريجياً حسب عمر الطفل. وتشمل الكمّيات المناسبة التالية:

- البدء بملعقتين إلى ثلاث ملاعق صغيرة من الطعام، والانتقال تدريجياً إلى نصف كوب لكلّ وجبة للأطفال بعمر 6-8 أشهر.
- نصف كوب لكلّ وجبة للأطفال بعمر 9-11 شهراً.
- من ثلاثة أرباع كوب إلى كوب كامل لكلّ وجبة للأطفال بعمر 12-23 شهراً.

قوام الطعام المناسب للعمر

يجب أن يتطوّر قوام الطعام تدريجياً (من اللين إلى شبه الصلب إلى الصلب) حسب عمر الطفل وقدرته. فينتقل الطفل عادة من الطعام المهروس إلى الأطعمة التي يمكن تناولها باليد ثمّ إلى طعام العائلة بحلول عمر السنة. كما أنّ قوام الطعام غير المناسب قد يقلّل من تناول المغذّيات، وتخفيف الطعام لخفض لزوجته قد يقلّل من كثافة الطاقة فيه. وعليه، تُعدّ هذه المسألة مسألة مقلقة خاصّة مع ازدياد استخدام أكياس الطعام

المهروس. ومع أن الطعام المهروس مفيد للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (مثل الأطفال ذوي الإعاقات أو التأخر النمائي)، فإن الاستخدام المفرط له قد يؤخر إدخال الأطعمة ذات القوام المتنوع.

توصيات للتغذية خلال الحمل والرضاعة

- الحفاظ على وزن صحي والتركيز على تناول أطعمة غنية بالعناصر الغذائية لتلبية الاحتياجات من السعرات الحرارية. فتحتاج الحامل إلى 300-500 كيلو كالوري إضافية يوميًا، بينما تحتاج المرضعة إلى حوالي 500 كيلو كالوري إضافية.
- تناول مجموعة متنوعة من الأطعمة المغذية يوميًا من مجموعات غذائية مختلفة (حبوب كاملة، فواكه وخضروات، بقوليات، ألبان، لحوم وأسماك، مكسرات وبذور).
- تقليل استهلاك السكريات المضافة والأطعمة المالحة والدهون الصلبة.
- شرب كميات كافية من الماء الآمن والنظيف.
- تناول الشاي أو القهوة مع الوجبات قد يعيق امتصاص المغذيات؛ يجب الحد من القهوة أثناء الحمل.
- تناول أقراص الحديد وحمض الفوليك للوقاية من فقر الدم أثناء الحمل ولمدة لا تقل عن 3 أشهر بعد الولادة.
- تناول فيتامين أ بعد الولادة مباشرة أو خلال الأسابيع الستة الأولى لضمان انتقاله إلى الرضيع عبر الرضاعة الطبيعية.
- تناول أدوية التخلص من الديدان للوقاية من فقر الدم.
- تحتاج الأمهات المراهقات إلى رعاية إضافية، ومزيد من الطعام والراحة، نظرًا لأن أجسادهن لا تزال في طور النمو، بالإضافة إلى حاجتهن لتغذية أطفالهن.

الملحق 7:

النموذج القياسي للإحالة

يُقدّم هذا النموذج كمرجع لمزوّد الرعاية الصحيّة، ويمكن تحديثه وفقاً للحاجة.

الجمهورية اللبنانية وزارة الصحة العامة				نموذج إحالة حالات سوء التغذية الحاد (مستشفى معالج - مركز رعاية صحية أولية معالج)	
رقم الإحالة: N° 15841					
اسم المستفيد:		الاسم		الاب	
العائلة		تاريخ الولادة		تاريخ الإحالة	
الجنس:		☐ أنثى		☐ ذكر	
اسم المستشفى المحال منه:		اسم العامل (ة) الصحي (ة):			
اسم مركز رعاية صحية أولية المحال (ة) إليه:		عنوان مركز الرعاية الصحية المحالة إليه :			
الوضع الصحي للطفل/ة عند الإحالة:		التشخيص:			
- الوزن:		- سوء تغذية حاد:			
- الوزن بالنسبة للطول (Z score):		☐ معتدل			
- قياس محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC):		☐ شديد			
- وجود تورم ثنائي:		- ملاحظات أخرى:			
☐ +					
☐ ++					
☐ +++					

الملحق 8:

حليب الأم المُستخرج وتقنية الإرضاع الإضافي بالأنبوب

حليب الأم المُستخرج

يُعرف حليب الأم المُستخرج بأنه الحليب الذي يتم استخراجه من الثدي يدويًا أو باستخدام مضخة لإرضاع الطفل في الحالات التي يتعذر فيها الإرضاع المباشر. ويوفّر هذا الأسلوب مرونة ويضمن حصول الرضيع على حليب الثدي حتى في حال غياب الأم أو تعذر إرضاعها.

قبل استخراج الحليب، من الضروري غسل اليدين جيّدًا بالماء والصابون لتجنّب انتقال البكتيريا أو الملوثات إلى الثدي أو المضخة أو الحليب المُستخرج، وذلك لضمان سلامة الحليب للرضيع.

ثمة ثلاث طرق لاستخراج الحليب من الثدي:

1. العصر اليدوي

- يتضمّن تدليك الثدي وضغطه باليد لإفراز الحليب؛
- يفيد في الاستخدام العرضي أو عند عدم توفر معدّات؛
- التقنية تشمل وضع الأصابع حول الحلمة والضغط باتجاه الصدر، ثم العصر لإخراج الحليب.

2. المضخة اليدويّة

- تستخدم مضخة يدويّة لاستخراج الحليب؛
- فعّالة في الاستخدام العرضي ومحمولة وبتكلفة منخفضة؛
- تتطلّب ضغط مقبض المضخة بشكل متكرّر لتوليد الشفط وإفراز الحليب؛
- ملاحظة: قد يصعب تنظيف المضخّات ويجب استخدامها فقط في ظروف صحيّة مناسبة.

3. المضخة الكهربائيّة

- تعمل بواسطة الكهرباء لاستخراج الحليب؛
- مناسبة للحاجة المتكرّرة، ويمكن أن تكون مضخة مفردة أو مزدوجة؛
- توفّر إعدادات للتحكّم في الشفط والسرعة لراحة وكفاءة أكبر؛

- ملاحظة: مثل المضخّات اليدويّة، تتطلّب نظافة وتعقيمًا صارمًا.

الإرضاع الإضافي بالأنبوب

يُعرف الإرضاع الإضافي بالأنبوب بأنه أسلوب يُستخدم في رعاية حديثي الولادة لتعزيز التغذية، خصوصًا عند عدم كفاية الرضاعة الطبيعيّة أو تعذّرها. وتُساعد هذه التقنيّة في تجاوز مشاكل الرضاعة، ودعم إنتاج الحليب، وتعزيز زيادة الوزن والصحة العامّة للرضيع.

التقنية

يُعطى الحليب الإضافي عبر أنبوب من نفس قياس أنبوب أنفي معدي رقم 8 (ويمكن استخدام رقم 5 مع ضرورة تصفية الحليب العلاجي بقطن لإزالة الجزيئات التي قد تسدّ الأنبوب).

خطوات الإرضاع الإضافي بالأنبوب

- الرضاعة الأولى: البدء بإرضاع الطفل من الثدي لتحفيز إنتاج الحليب وتعزيز الارتباط بين الأم والرضيع.
- تقديم الحليب الإضافي: يجب تقديم حليب الأم المستخرج أو الحليب الصناعي المُكمّل على النحو التالي:
 - يُوضع حليب الأم المستخرج أو الحليب العلاجي المخفّف (F75 أو F100) في كوب تمسكه الأم، ويوضع الكوب على ارتفاع 5-10 سم أسفل مستوى الحلمة لتجنّب تدفق الحليب بسرعة تُزعج الطفل.
 - يُوضع طرف الأنبوب في الكوب.
 - يُنبت الطرف الآخر على الثدي عند الحلمة ويُقدّم الثدي للطفل كالمعتاد لضمان الالتصاق الصحيح. في البداية قد تُفضّل بعض الأمهات تثبيت الأنبوب على الثدي باستخدام شريط لاصق. عند مصّ الطفل للحلمة، يُسحب الحليب من الكوب عبر الأنبوب ويدخل فم الطفل.
 - كلّما اشتدّ الطفل، يمكن خفض الكوب تدريجيًا إلى حوالي 30 سم أسفل مستوى الثدي.
- المراقبة والتعديل: يجب مراقبة كميّة الحليب الإضافي بانتظام وتعديلها بحسب احتياجات الرضيع وتوصيات مزوّد الرعاية الصحيّة.

ملاحظات

- يمكن لمزوّد الرعاية الصحيّة في البداية مساعدة الأم في تثبيت الكوب والأنبوب في مكانهما. لاحقاً، يمكن دعم الأم لتمسك بالكوب والأنبوب بنفسها دون مساعدة.
- قد يستغرق الرضيع يوماً أو يومين ليتأقلم مع الأنبوب وطعم خليط الحليب.
- بالنسبة للرّضع الضعفاء جدّاً، يمكن وضع الكوب على مستوى فم الرضيع. ويُمنع رفع الكوب فوق هذا المستوى لتجنّب خطر الاستنشاق (الشفط الرئوي). ومع تقوّي الرضيع في الرضاعة، يمكن خفض موقع الكوب تدريجياً بالنسبة إلى فمه.
- إن أفضل من يشرح للأم تقنيّة الإرضاع الإضافي هي أم أخرى تستخدم هذه التقنيّة بنجاح.
- يجب أن تكون الأم في وضعيّة مريحة. فالإفراط في تقديم التعليمات الرسميّة حول الوضعيّة الصحيحة للرضاعة أو كيفيّة التثبيت يمكن أن يُربك الأم ويجعلها تعتقد أن التقنيّة صعبة، بينما هي في الواقع بسيطة. أي طريقة تشعر الأم معها بالراحة وتثبت فعاليتها تكون مقبولة.
- إذا تم تغيير نوع الحليب العلاجي (مثلاً من F-75 إلى F-100 المُخفّف)، فقد يحتاج الرضيع إلى بضعة أيام ليتأقلم مع الطعم الجديد. ويُفضّل الاستمرار بنفس النظام الغذائي الإضافي طوال فترة العلاج.

الملحق 9:

نظام التأهيل الغذائي للحالات النادرة التي لا تتحمل أغذية علاجية جاهزة للاستعمال (RUTF) ويجب إبقاؤها في المستشفى لتناول F-100

إذا كان الرضيع أو الطفل (من عمر 6 إلى 59 شهراً) بحاجة إلى إعادة تأهيل غذائي ضمن بيئة استشفائية، يمكنه الاستمرار بتناول الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF) باستخدام الحصة المعتمدة في مراكز الرعاية الصحية الأولية، أو التبديل إلى حليب علاجي من نوع F-100. فإنّ F-100 يشبه من الناحية التغذوية الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال (RUTF)، لكنه يفتقر إلى محتوى الحديد الموجود في هذا النوع من الأغذية.

خلال مرحلة إعادة التأهيل، يتم زيادة محتوى الطاقة والبروتين في النظام الغذائي، ويُتوقع تحقيق زيادة سريعة في الوزن (باستثناء الحالات التي لا تزال تتعافى من الودمة). وتتراوح المدة عادةً بين أسبوعين إلى ثلاثة، حسب وتيرة اكتساب الوزن.

التدبير الطبي

إذا لزم الأمر ولم يتم إعطاؤه مسبقاً، يمكن إعطاء علاج طارد للديدان خلال مرحلة إعادة التأهيل. كما يمكن الاستمرار بالأدوية المستخدمة خلال مرحلتَي التثبيت أو الانتقال. لا تُعطى أدوية إضافية خلال هذه المرحلة إلا إذا استدعتها حالة طبيّة محدّدة.

الدواء	الطريقة	الجرعة	الوصف
ميبيندازول	فموي	500 ملغ	اليوم السابع أو في مرحلة التأهيل

التدبير الغذائي

يُزاد مدخول الطفل من الطاقة والبروتين ليصل إلى 200 كيلو كالوري/كلغ/يوم من خلال إعطائه حليب علاجي من نوع F-100. وخلال مرحلة إعادة التأهيل باستخدام حليب F-100، تتم إضافة الحديد إلى الحليب العلاجي. وتُحدّد كمية الحليب الواجب إعطاؤها بناءً على وزن الطفل، كما هو مبين في الجدول أدناه.

كمية حليب F-100 اللازمة في مرحلة التأهيل للرضع والأطفال من عمر 6 إلى 59 شهرًا

الوزن (كـلـغ)	F-100 (6 وجبات/اليوم) مل	F-100 (5 وجبات/اليوم) مل
3.0 to 3.4	110	130
3.5–3.9	125	150
4.0–4.9	135	160
5.0–5.9	160	190
6.0–6.9	180	215
7.0–7.9	200	240
8.0–8.9	215	260
9.0–9.9	225	270
10.0–11.9	230	280
12.0–14.9	260	310

لإغناء حليب F-100 بالحديد:

- يجب إضافة 200 ملغ من كبريتات الحديدوز إلى كل 2 لتر من حليب F-100.
 - أو إضافة 100 ملغ من كبريتات الحديدوز إلى 1 لتر من الحليب. وفي حال تحضير كميات أصغر، يُسحق نصف قرص حديد (100 ملغ) ويُخلط جيّدًا في 10 مل من الماء (مع التأكد من عدم وجود ترسّبات).
 - أو يُضاف 10 ملغ من كبريتات الحديدوز (أي 1 مل من محلول الحديد بتركيز 10 ملغ/مل) لكل 100 مل من الحليب العلاجي.
- يجب تقديم الوجبات خمس مرات على الأقل يوميًا. ويُحدّد حجم الوجبة حسب عدد الوجبات اليومية (5 أو 6).

ملاحظة الخروج

يتم الخروج من مرحلة إعادة التأهيل بناءً على نفس المعايير المعتمدة للخروج من برامج إعادة التأهيل في مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC).

