

بسم الله الرحمن الرحيم
الادارة العامة للرعاية الصحية الاساسية
برنامج التغذية القومي

موجهات التغذية أثناء الطوارئ

نوفمبر 2010م

ملخص:

- تقييم الوضع التغذوي يمكن من تحديد ما إذا كانت مجموعة من السكان على ما يرام من سوء التغذية أو نقص التغذية باستخدام القياسات البشرية ، والاختبار الكيميائي الحيوي أو عن طريق تحديد المؤشرات الفسيولوجية.
- جمع البيانات والمنهجيات الرئيسية التي توفر المعلومات الجسم البشري هي : الدراسات الاستقصائية ذات القاعدة السكانية ، ورصد النمو ، ومواقع الرصد.
- معلومات إضافية عن عوامل مثل الأمن الغذائي وسبل المعيشة ، والصحة ، وممارسات الرعاية عادة ما يكون من الضروري تفسير بيانات الحالة التغذوية وتحديد الأسباب المحتملة لسوء التغذية.
- المعلومات عن الحالة التغذوية ، تضافر إلى تحليل الأسباب الكامنة ، وتوفير فهم الحاجة إلى تحديد التدخل المناسب.
- وتبين التجربة أن التدخلات المتعددة القطاعات لديها فرصة أفضل لتحسين الوضع الغذائي للسكان اثناء الطوارئ.

المقدمة:

الصحة من اكبر نعم الله علي عباده ،التغذية السليمة المتوازنة حجر الزاوية للمحافظة عليها وتعزيزها .عندما ثبت ان العناصر الغذائية اساسية لصحة الانسان كان لابد من معرفة الكمية التي يحتاجها من المغذي المعين لتلبية احتياجاته ولضمان الحالة التغذوية والصحية.

التغذية الجيده ضرورية للنمو والتطور ولمقاومة الأمراض والعدوى. لذلك فان التغذية الصحيحة والسليمة تعود بالنفع على الفرد والمجتمع وتسهم في التنمية وتحقيق التقدم للدول.

للطوارئ آثار وخيمة على الظروف المعيشية والاقتصادية والبيئية وعلى الخدمات التي تُقدّم للمتأثرين، إن لم تكن المجتمعات والسلطات الولائية والمركزية على درجة عالية من الاستعداد للطوارئ ولديها القدرة على الاستجابة الفعالة للطوارئ. ، فإن ذلك سيؤدي إلي تدمير وتغيير الأوضاع الطبيعية. وربما تكبر المعاناة لدرجة تتعدي سعة الاستجابة والمجابهة لدى المجتمع المتأثر ، وعليه يزيد احتمال تحويل الطارئ إلى كارثة وقد تؤثر تأثيراً غير مرتجع على البنيات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية.

ففي الدول النامية تكون الخسائر في الأرواح البشرية كبيرة، نسبة لقلة أوإندام وسائل الانذار المبكر، والانظمة المؤسسة لادارة الطوارئ،التي ترسم وتأنطّر لكيفية التعامل مع الطارئ.

النظام الحالي في التعامل مع الطوارئ في السودان مازال في طور النمو والخطوط العريضة في التعامل بين المستويات المختلفة (أتحادية،ولائيه ومحلية) من جهة وبين القطاعات المختلفة على المستوى الواحد من جهة أخرى مازالت غير واضحة المعالم. انشاءت إدارة الطوارئ والعمل الإنساني (EHA) في عام 2003 م بوزارة الصحة الاتحادية ، لتتحمل مسئولية إدارة الطوارئ ذات الصلة بالصحة.

إدارة الطوارئ مشروع متعدد القطاعات، و لا يمكن لقطاع بمفرده ان يستجيب لهذه التحديات. عليه ان تبني سياسة الشراكة والتكامل للقطاع الصحي والقطاعات الأخرى ذات الصلة لاستخدامها في إدارة الطوارئ من الاهمية بمكان. برنامج التغذية احد برامج الرعاية الصحية الاساسية بوزارة الصحة التي يقع على عاتقها اختيار التدخلات التغذوية الملائمة والاستعداد المبكر والتحسب للطوارئ.

ترشيدها للموارد وتوحيد للرؤى بين تقاطع الادارات فنيا وإداريا تحت مظلة مجلس الصحة العامة الجهة الرسمية المخول لها حق الاعلان عن الكوارث الوطنية الصحية بالبلاد وانطلاقا من مبدأ الشراكة والرؤية الشاملة، شكلت لجان تنسيق اتحادية وولائية ومحلية على النحو التالي:

- اللجنة العليا للطوارئ High Emergency Committee المستوى الاتحادي، الولائي، المحلية
- اللجنة الفنية للطوارئ الصحية Health Emergency Technical Committee المستوى الاتحادي، الولائي، المحلية
- اللجنة التنسيقية للطوارئ الصحية Health Emergency Coordination Committee المستوى الاتحادي، الولائي، المحلية

على المستوى الأتحادي الجهة العليا للتنسيق للطوارئ هي اللجنة العليا للطوارئ (High emergency committee)، على مستوى مجلس الوزراء وتشمل كل القطاعات الأخرى المعنية. ويتأسس هذه اللجنة وزير الداخلية.

الهيئة الاتحادية التنفيذية المسؤولة عن هذه القضية هي الدفاع المدني (Civil defense)، وهو يتبع لوزارة الداخلية.

ان تأثير الكوارث على القطاع الصحي لا ينعصر على حدوث الأمراض والوفيات الناتجة بصورة مباشرة عن الكارثة نفسها فحسب، بل يتعداهما الى الأضرار التي تصيب البنيات التحتية للقطاع والعاملين بالمهن الصحية، مما يعطل الخدمات الصحية ويعيق عمل القطاع لتقديم الرعاية الصحية. لذلك كان من اهم الاولويات وضع موجهات محددة واستعداد مبكر لتقليل الخطر. غالبا ما تتسبب الطوارئ في نقص الغذاء وانعدام الامن الغذائي.

إن أهمية التغذية أثناء الطوارئ تكمن في مقابلة الأحتياج الغذائي للمتأثرين عاما والفئات الخاصة مثل الأطفال و الحوامل و المرضعات و المسنين. إن توفير الطعام أثناء الطوارئ يعتمد على المخزون الأستراتيجي وإستجابة الداعمين الوطنيين وكذلك الدعم الخارجي للكارثة.

التخطيط لإدارة التغذية اثناء الطوارئ من اجل توظيف الموارد والخدمات، و تحقيق الاهداف الموضوعية وفق الاولويات التي تتيح اختيار الحل او الحلول المثلى ضمن الخيارات التي تضع في الحسبان

المصاعب الداخلية والخارجية ، الحاضرة و المستقبلية. تخفيض إجمالي الاضرار الناجمة عن الطوارئ

صياغة موجّهات قومية للتغذية اثناء الطوارئ تضع اطار محدد وموحد للتدخل التغذوي اثناء الطوارئ، كما يمكن متخذى القرار من الاستجابة الفاعلة البناءه بعد التشخيص العميق للحالة التغذوية وفق منهجية علمية.

فإن الموجّهات التغذوية للطوارئ تشكل عنصرا اساسى وتنسيقى فى كل مراحل الطارئ.حيث تحدد الموجّهات دور كل شخص ومسوليته،وكذلك ترتيب التدخلات حسبما تقتضى الضرورة وفق المرحلة المعينة.وعلى مستوى محدد اتحادى او ولائى او محلى.

- خلفية :-

وفقا للإعلان العالمي لحقوق الإنسان (الإعلان العالمي) المادة 25 (1) ، "لكل شخص حق الحصول على مستوى معيشى يكفي لضمان الصحة والرفاهية له ولأسرته ، بما فى ذلك الغذاء".

مهم تأكيد ذلك من جديد فى حالات الطوارئ. بان يكون الحق الأساسى لكل إنسان الحصول والحد الأدنى على الاقل من الغذاء الكاف والأمن فى كل الاوقات.

عندما أنعقد مؤتمر التغذية العالمى فى روما عام 1992 و الذى أولى الأهتمام بالأأم و المجتمعات الأكثر عرضة لسوء التغذية ووقع 159 من ممثلى الوزارات على توصيات المؤتمر و خطة العمل العالمية للتغذية. نجد فى الجزء السادس، النقطة رقم 37 من خطة العمل (الأهتمام بالفئات المحرومة إقتصاديا و إجتماعيا). كما أوصى المجتمع الأوربى الأقتصادى جميع الحكومات بالأهتمام بهذه الفئات.

بعد المؤتمر مباشرة التزمت حكومة السودان بوضع خطة عمل قومية للتغذية عموما تشتمل على بند يخص التغذية اثناء الطوارئ كما تم إعداد كتيب يتناول الأعداد المبكر للطوارئ الصحية و مجابتهها.

- الهدف العام :-

رسم اطار قومى موحد للتدخلات الملائمة لتقليل قابلية المجتمعات للتأثر بالطوارئ و الحد من مسببات سوء التغذية وذلك بالاستعداد المبكر (preparedness) وترقية الإستجابة الفعالة السريعة للطوارئ (response) لحظة حدوثها.

الاهداف الخاصة:

- وضع خطوات محددة لعمليات التدخل قبل واثناء وبعد حدوث الطارئ.
- ضمان معالجة الوضع التغذوي وفق معايير مطبقة لسياسات التغذية القومية.
- الاستفادة من الموارد المتاحة للوقاية من التدهور في الحالة التغذوية والصحية.
- تفعيل الطاقات الكامنة، وحشد الموارد بكل القطاعات ذات الصلة وفق معايير مؤسسة.
- تعزيز نظم معلومات التغذية والقدرات التحليلية المدعمة بالبراهين في تحسين الوضع التغذوي للسكان والحد من اثار الطوارئ .

تعريف ومفاهيم :

الطارئة أو الكارثة:

أى حدث يؤدي الى ضرر فى بيئة الإنسان مما يفوق مقدرة المجتمع على التفاعل معه و مواجهته،و يتم تعليق الإجراءات الروتينية ويتم اللجوء لإجراءات غير عادية لتجنب المجتمع الآثار السالبة لمهدد واحد (hazard) أو عدة مهددات.

الكارثة(Disaster):

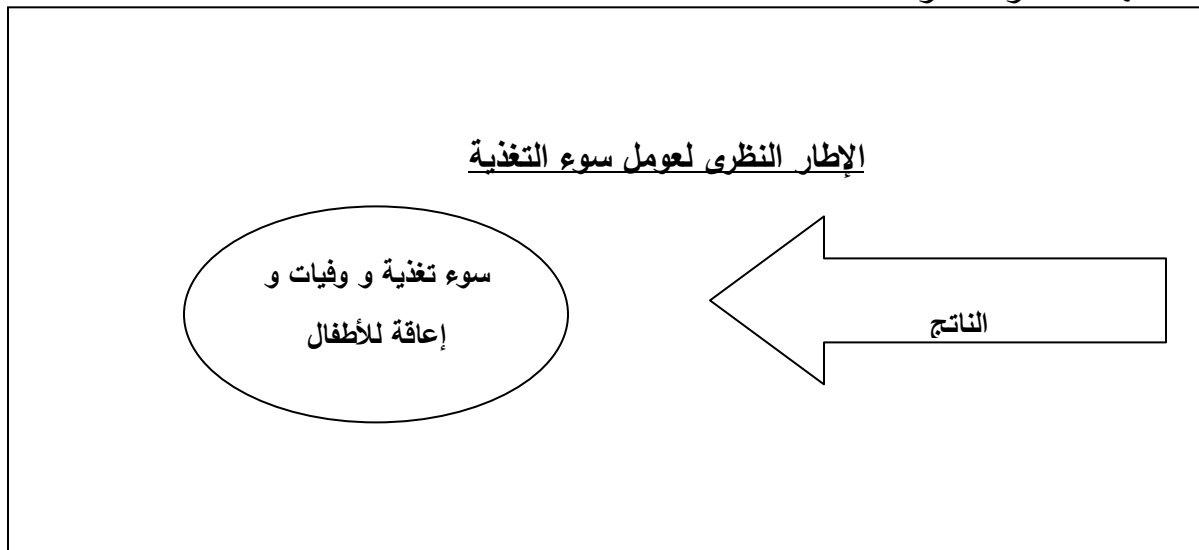
هي اي حادثة تؤدى الى خسائر أوخلل بيئى أوفقدان فى الأرواح البشرية أوتدهور لصحة الإنسان أوللخدمات العامة على نطاق يتطلب إستجابة غير عادية من خارج المنطقة أومجتمع المتأثر.

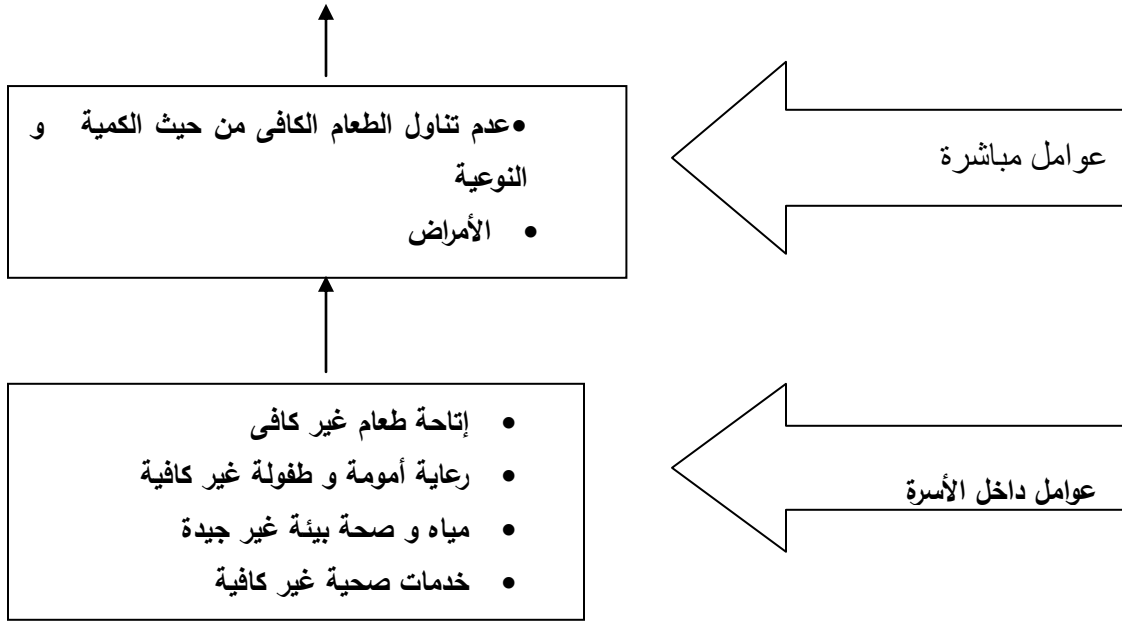
المهدد (Hazard):

هوأي ظاهرة لها إمكانية إحداث دمار أوأخراب فى المجتمع

الخطر(risk): هو احتمال حدوث حدث سلبي معين في فترة زمنية محددة أو نتيجة تحدي معين. إذا فالخطر هو نتيجة محتملة تنتج من التفاعل بين المهدد والمجتمع. ومن ناحية أخرى يعتبر

المهدد مصدر للخطر.





خطوات الاستجابة السريعة

خطوات درء الطوارئ و الكوارث:

1- الأنداز المبكر:

هو الاستعداد عن طريق تحضير المجتمع لمجابهة مبكرة وسريعة وفاعلة للطوارئ ويكون ذلك بالآتى:

أ -التنسيق: بين كل الادارات داخل القطاع الصحى عبر لجان طوارئ دائمة الانعقاد،وبين القطاع الصحى والقطاعات ذات الصلة عبر لجات عليا (انظر نموذج ادارة الطوارئ رقم).

ب رسم الاخطار: اظهار كل المخاطر التى تهدد المنطقة فى خريطة على المستويات الولاية والمحلية حتى القرية،على ان تكون مبنية على التجارب السابقة والوضع الحالى. ويجب تجديدها بانتظام.

ج -ملامح المجتمع: تشمل المعلومات السكانية بناء على اخر احصاء سكاني،تركيبية المجتمع ، التنظيم الادارى والسلطة،المعلومات التغذوية بناء على التقصى التغذوى،الوضع الصحى عموما من اسباب المراضة والوفيات،مستوى التغذية والتحصين.....الخ

2- الأستعداد للكارثة: فى هذه المرحلة توضع الخطط الاستباقية و التدابير اللآزمة لتفادى و تقليل آثار الكارثة المتوقعة.وذلك عبر:-

- أ - قائمة الامكانات (الموارد): بنيات تحتية ، موارد بشرية،امداد دوائى واستمارات ،مخزون من الالبان العلاجية ،معرفة قنوات الاتصال،معرفة سبل حركة النقل،العادات الغذائية بالمنطقة،معرفة المؤسسات التى يمكن استغلالها اثناء الطوارئ،اجهزة الانذار المتاحة
- ب -وضع خطط العمليات للطوارئ: يجب ان تكون الخطة معرفة كما يجب ان تختير ميدانيا.
- ج التدريب: تدريب الكوادر الصحية على الحزمة الاساسية للتغذية، واستمارات الطوارئ على كل المستويات اتحادى ولائى محلى،ادارة سلامة الغذاء والمياه واصحاح البيئة،وكذلك التكيف مع الاوضاع الحرجة اثناء الطوارئ.

3- مرحلة الكارثة: و تختلف المدة الزمنية للكارثة حسب نوعها. يتم الحصول على المعلومات التغذوية بالآتى:

- أ - التقييم التغذوى السريع: هو جمع معلومات مادية وغير مادية بغرض التحقق من وجود مهدد للوضع التغذوى، وتحديد الاحتياجات الاساسية للمتأثر،ومقارنتها بالموارد المحلية المتوفرة المتاحة،ووتقريرها اذا كانت هنالك حوجة لدعم خارجى.
- ب المسح العنقودى التغذوى: لمعرفة الوضع التغذوى للسكان **اهم مؤشرات التقييم التغذوى .**
- ت وتحديد التداخلات التغذوية المواجهة سوء التغذية (مراكز التغذية العلاجية والإضافية وغيرها) لمتابعة وتقييم عمل برامج تغذوية . يكون ذلك عند توفرالعماله ، الكفاءة و الموارد للإستجابة للطوارئ.

.. خطوات التقييم التغذوى السريع:

الخطوة الاولى - تكوين فريق -

فريق التقييم التغذوي السريع : هو الفريق الذى يعمل على تقييم الأوضاع ، تحديد الإحتياجات و متطلبات الإستجابة السريعة و تطبيق نشاطات الإستجابة وفق الجهات الاتحادية (التقييم التغذوي السريع نوفمبر 2006م).

يجب تكوين فريق برئاسة مسؤل التغذية وعضوية اثنين او ثلاثة (لجنة متابعة لكل مراحل التقييم فنيا واداريا)يفضل ان يمثلوا كل القطاعات الادارية المركزية.

ثم يلى ذلك تكوين الفرق الفنية والتنسيقية المتخصصة ذات الكفاءة والخبرة الكافية لانجاز المهام التخصصية.

توفير المعدات ومعينات العمل،تدريب الفرق الفنية على القياسات الجسمانية،وكذلك جمع المعلومات عبر الاستثمارات

الخطوة الثانية- تحديد وتبرير قيام التقييم التغذوي -

تأكيد حدوث الطارئ بعد متابعة خطوات الاستجابة السريعة ، ووصف الاثر على الوضع الغذائى والمستوى التغذوي للسكان عامة، والفئات الاكثر ضعفا ،وتحديد الاثار الحالية والمتوقعة،ومعرفة الامكانيات المحلية لتحديد الاحتياجات الخارجية العاجلة،رفع توصيات باولويات الانشطة.

الخطوة الثالثة-الاستطلاع التمهيدي-

تتضمن هذه الخطوة مراجعة سريعة للمعلومات المتوفرة والتقارير حول مشاكل التغذية ،وكذلك المقابلات مع الاشخاص المحوريين فى المنطقة، والتقى عن مدى مصداقية المعلومات عن البيانات السكانية بفئاتها المحددة، والموارد المتاحة،والتفاسير المطروحة والدلائل التى بنيت عليها المشكلة.

الخطوة الرابعة- اجراء القياسات الجسمانية وتقييمها-

- هى المؤشر لتقييم الحالة التغذوية للمجتمع،والالية الفاعلة للتصنيف الذى تبنى عليه التدخلات والاستراتيجيات التغذوية. محيط منتصف الذراع (MUAC) هو الاداة المستخدمة كمؤشر للحالة التغذوية، للاطفال اقل من عمر خمسة سنوات، ويجب التدريب العملى على كيفية

استعمال (MUAC)، كذلك قياس الورك لاهميتها في تصنيف درجة سوء التغذية واتخاذ القرار المناسب بتحويل المستفيدين. كذلك تقييم الوضع التغذوي للحوامل والامهات المرضعات. بعد تحديد حجم العينة يستخدم محيط العضد/الزراع (MUAC) للتقييم السريع لجميع أطفال في عمر اقل من 5 سنوات، (قياس الوزن للطول للاطفال (87سم) او الارتفاع للاطفال (اكثر من 87 سم) وذلك لتصنيفهم الى SFCs و TFCs حسب درجة من سوء التغذية ،ومعرفة عدد المستفيدين من برامج التغذية الخاصة.

يجب توزيع الأغذية العام (GFD) وذلك من اجل الامن الغذائي، للحيلولة دون تدهور الوضع الغذائي للمواطنين عامة.

وإذا كان عدد من السكان المتضررين أكثر من 5000 وأقل من 10 000 أسرة ، ينبغي أن يكون أسلوب أخذ العينات أخذ العينات العشوائية المنتظمة من 450 طفلاً. وإذا كانت الأسر المتأثرة أكثر من 10 000 ، ما لا يقل عن 30 مجموعات من 30 طفلاً كأسلوب أخذ العينات.

في المنطقة الجغرافية التي توجد فيها معسكرات مشتتة وعدد سكان كل منها لا يزيد عن 5000 نسمة ، الخطوة يجب أن تطبق على كل المعسكرات. على خلاف ذلك في مخيمات تجميع عليك أن تنتظر في العدد الكلي للسكان ، وتطبيق أسلوب أخذ العينات المناسبة على النحو المذكور أعلاه. . وينبغي للحصول على 30 عينة لـ 30 طفلاً ، ومعيار جمع البيانات أن تستخدم ورقة (الملحق 3) . وينبغي جمع البيانات : تأهيل جامعي البيانات أن تكون في إطار مهنة التغذية والصحة (مرشدة تغذية ، ضابط تغذية ، ممرضة ومساعد طبي...الخ) . من الحكمة في جمع البيانات ينبغي أن يكون لها خبرة سابقة في عمليات المسح أو من خريجي الثانوية بعد تمكينهم بالتدريب النظري والعملية . لكل عينتين ، ينبغي تعيين فريق واحد. يجب أن يتألف الفريق من المشرف د وثلاثة أعضاء (جامع البيانات بالإضافة لعدد اثنين لاختد القياسات الجسمانية. على المشرف التحقق من البيانات التي تم جمعها من الميدان على يوميا بالميدان.

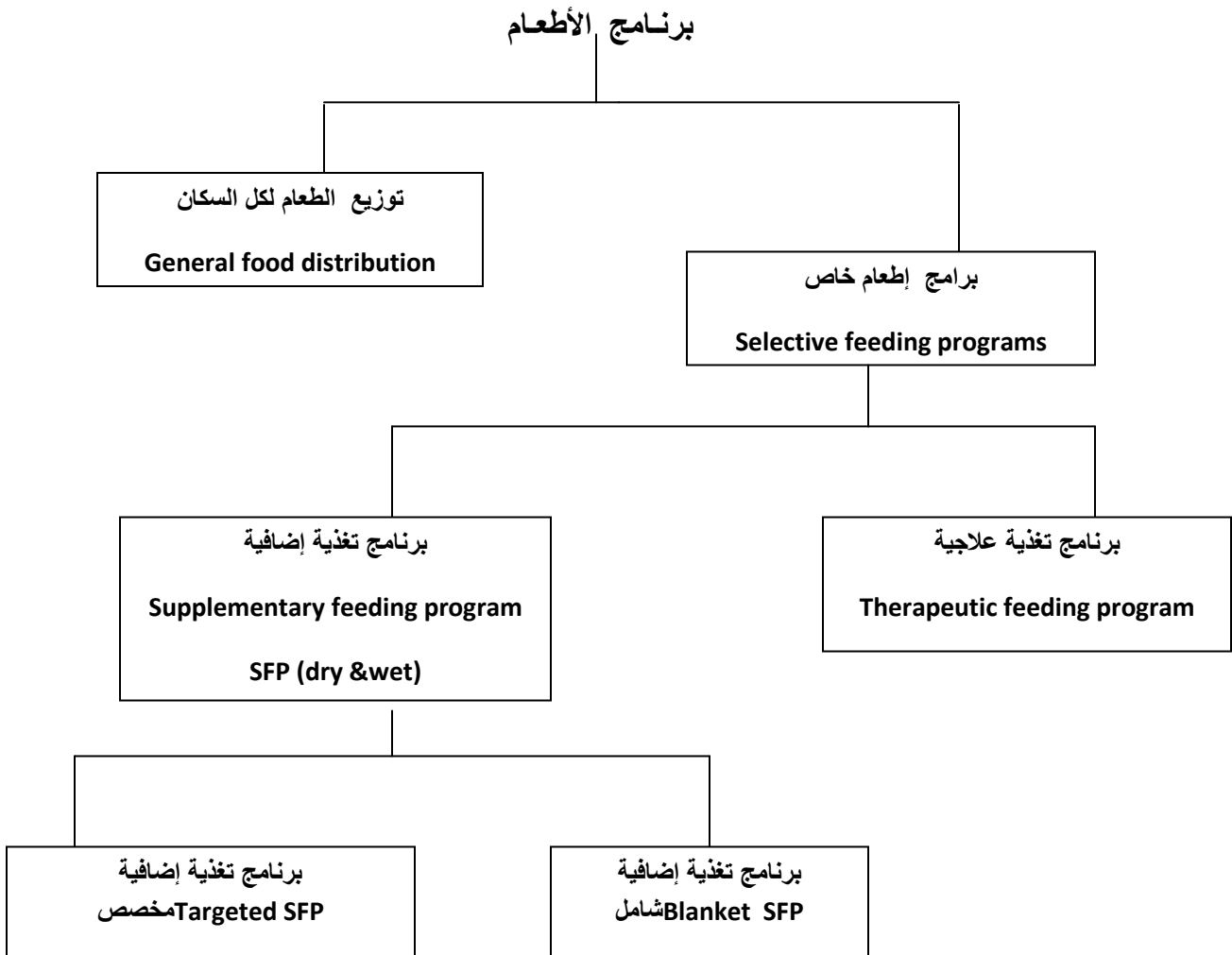
- في حالات الطوارئ ، فترة جمع البيانات لا تتجاوز 5 أيام ، وتحليل البيانات ينبغي أن يكون في أكثر من يومين بعد ذلك ، ثم في اليوم الثامن التقرير والتوصيات. . بعد مرور ثلاثة إلى أربعة أشهر من التدخل ، يجب إجراء مسح شامل للرصد المتابعة والتغذية. • الملاحظة المباشرة للسكان والبيئة

- مقابلات مع المسؤولين بالمنطقة المتأثرة والاشخاص المحورين بالمجتمع.
- مراجعة السجلات بمراكز التغذية / أو المرافق الصحية ،على مستوى المحلية.كما يمكن الاستعانة بالمعلومات المصعدة سابقا على المستوى الولائى او الاتحادى.

- تحديد مدى انتشار سوء التغذية (بما في ذلك نقص المغذيات الدقيقة)،
- لتحديد الأسباب المحتملة لسوء التغذية

4- مرحلة الأستجابة: إن أهمية التغذية أثناء الطوارئ تنحصر فى مقابلة الأحتياج الغذائى للمتأثرين و بالأخص الفئات الأكثر حاجة مثل الأطفال و الحوامل و المرضعات و المسنين، و الذى يستند عليها تحديد موجهاً برامج الأطعام فى مرحلة الأغاثة و المساعدة الأغاثة : وهى الأستجابة الفوريه من المجتمع المتأثر بالكارثة سواء مباشر أو غير مباشر المساعدة: وهى الأستجابة الخارجية و غالبا تأتي متأخرة.

الأستراتيجيات التغذوية أثناء الطوارئ



جدول يوضح الحالة التغذوية فى تقييم سوء التغذية

الحالة التغذوية	وزن/طول الانحراف المعيارى	نسبة وزن /طول من الوسيط	محيط منتصف العقد
سوء تغذية متوسط	بين-2 3-الى	بين 70% الى 80%	بين 11.5سم الى 12.5 سم
سوء تغذية حاد	3-اقل من مع ورم	اقل من 70% مع ورم أو عدمه	اقل من 11.5سم مع ورم أو عدمه
سوء تغذية العام	2-اقل من مع ورم	اقل من 80% مع ورم	اقل من 12.5 سم

كمية الغذاء للفرد

تحدد كمية ما يعطى للفرد حوالى 2100 كيلو كالورى للشخص فى اليوم حسب برنامج . وعليه تحسب الكميات للفرد مستند على جداول المواد الغذائية التى يتم توزيعها عادة فى الطوارئ(ملحق) يجب ان يحتوى الغذاء على 10%-12% البروتينيات، 17% الدهون ، والاحتياج اليومى من الأملاح والفيتامينات كما يجب إتاحة تدفق الغذاء باستمرار .

مثال للاحتياج الغذائى للفرد :

نوع الغذاء	الكميات جرام /اليوم	السرعات الحرارية	بروتين جرام	دهون جرام
حبوب (نرة)	400 جرام	1270	44	12
زيت نباتى	50 جرام	400	-	50
بقوليات (فاصوليا)	100 جرام	330	22	1ر5

سكر	25 جرام	100	-	-
ملح	5 جرام	-	-	-
المجموع	530 جرام	2100	66	113,5

إنشاء برنامج تغذية في حالة الطوارئ إذا كان :-

1. سوء التغذية الحاد أكثر من 15% (أقل من -2 Z)
2. سوء التغذية الحاد أكثر من 1% (أقل من -3 Z)
3. يتم إنشاء مراكز التغذية العلاجية والإضافية داخل أو جوار المؤسسات الصحية ويجب توفر الكوادر

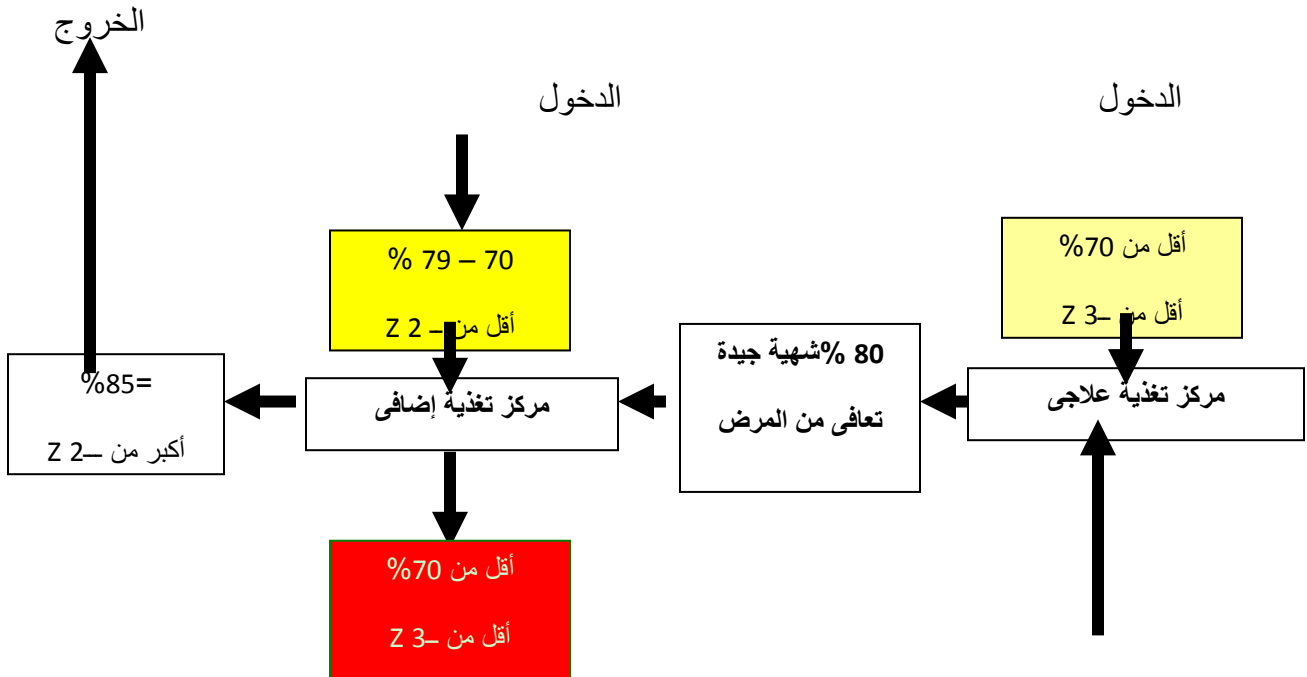
* أطباء (اختصاصي أطفال أو عمومي)

* اختصاصي تغذية (مدربين على الوزن والطول)

* كوادر مساعدة (فراشين ، طباخين ، سائقين).

* استمارة دخول ومتابعة وخروج .

مواصفات الدخول و الخروج لمراكز التغذية العلاجية و الإضافية



المخصص الغذائي:

يجب أن يكون المخصص الغذائي للفرد يواجه الحد الأدنى من السرعات الحرارية بحيث يتراوح بين 1900 - 2300 كيلو كالورى / للفرد/ فى اليوم. يجب أن يكون الغذاء مقبول لدى المجتمعات و من الغذاء الذى يتناوله السكان فى الحالات العادية ما امكن. و يجب مراعاة العمر و النوع ، يؤخذ الحد الأعلى من المخصص الغذائى عند (إنتشار الأمراض و الأوبئة،وعندما تكون الوفيات عموما أكثر من 1 / 10000 فى اليوم،وكذلك فى المناطق الباردة اوكلما نقصت درجة الحرارة فى المنطقة المتأثرة).

مبادئ المعالجة المجتمعية لسوء التغذية الحاد

ان التدخل الرئيسي لمعالجة سوء التغذية الحاد على المستوى العالمي - لعدد من السنين - هو العناية الداخلية بعناير الاطفال او بمراكز التغذية العلاجية حسب بروتوكول منظمة الصحة العالمية 1999 لمعالجة سوء التغذية الحاد . ولكن تم تطوير مقاربة جديدة بعد اختراع واستخدام الغذاء العلاجي المعد للاستخدام ، بحيث يبدأ اطفال سوء التغذية الحاد دون مضاعفات طبية العلاج بالمعالجة الخارجية (بدلا من المعالجة الداخلية)ويستمرى بتناول الدواء والطعام العلاجي بالمنزل. وفي نفس الوقت ، يتم إدخال أطفال سوء التغذية الحاد بشهية ضعيفة و/امضاعفات طبية الى المعالجة الداخلية ولكنهم يحولون الى المعالجة الخارجية بمجرد تحسن حالة المضاعفات الطبية ويستمرى بالعلاج بالمنزل حتى الشفاء التام. يوضح الجدول 3 تقسيمات سوء التغذية الحاد التي تستخدم بالمقاربة الجديدة للمعالجة المجتمعية لسوء التغذية الحاد . لقد تم اعتماد قياس منتصف العضد أيضا كمعيار مستقل لسوء التغذية الحاد لدى الأطفال مما يجعل التعرف على سوء التغذية الحاد بالمجتمع وبالمرفق الصحي سهلا وفعالاً.

معايير الدخول والخروج للمعالجة المجتمعية لسوء التغذية الحاد للاطفال تحت سن الخامسة حسب حالة القياسات الجسدية والحالة السريرية

المعالجة الخارجية

المعالجة الداخلية

معايير الدخول	معايير الدخول
الأطفال من 6-59 شهرا ورم فى كلا القدمين قابل للانضغاط + و++ أو	الأطفال من 6-59 شهرا ورم فى كلا القدمين قابل للانضغاط +++ أو

<p>هزال شديد سوء التغذية الحاد >115 مم او الوزن للطول >-3 انحراف معيارى و</p> <ul style="list-style-type: none"> ● اجتاز فحص الشهية ● بدون مضاعفات طبية ● بحالة سريريا جيدة ويقظ 	<p>أى درجة من ورم فى كلا القدمين قابل للانضغاط مع هزال شديد أو</p> <p>سوء التغذية الحاد:</p> <p>مع أى من المضاعفات الطبية التالية</p> <ul style="list-style-type: none"> ● فقدان الشهية ● قيء شديد ● تشنجات ● نعاس/ عدم وعى ● إغماء ● انخفاض نسبة السكر بالدم ● حمى مرتفعة ● انخفاض درجة الحرارة ● جفاف شديد ● التهابات الجهاز التنفسي السفلي ● انيميا شديدة ● علامات نقص فيتامين أ بالعين ● تقرحات جلدية <p>أو</p> <p>محول من المعالجة الخارجية حسب البروتوكول التنفيذي</p> <p>الرضع > 6 أشهر</p> <p>الرضع > 6 أشهر مع ورم فى كلا القدمين قابل للانضغاط او هزال ظاهر ويشمل الرضع المصابون ب</p> <p>سوء التغذية الحاد</p> <p>6 أشهر و >4 كج ≤</p>
---	---

معايير الخروج

الأطفال من 6-59 شهرا

التحويل الى المعالجة الخارجية
عودة الشهية (اجتاز فحص الشهية) و
علاج المضاعفات الطبية و
انخفاض درجة الورم فى كلا القدمين و
الطفل بحالة سريريا جيدة ويقظ
(اذا كان الدخول بسبب ورم فى كلا القدمين قابلة
للانضغاط

**المعيار للتحويل هو: علاج الورم
خروج - شفاء**

اكتساب وزن بنسبة 15% خلال زيارتين متتاليتين
استمرار اكتساب وزن
بدون اورم لزيارتين متتاليتين
الطفل بحالة سريري جيدة او يقظ
الرضع < 6 أشهر
خروج شفاء

في حالة النجاح بالإرضاع الطبيعي واكتساب وزن (بحد
ادني 20 جرام باليوم بالرضاعة الطبيعية فقط لفترة 5 ايام
)
الطفل بحالة سريريا جيدة ويقظ) اذا لم تتوفر الرضاعة
الطبيعية انظر الموجهات الأخرى للأطفال بدون رضاعة
طبيعية وبرضاعة بديلة)

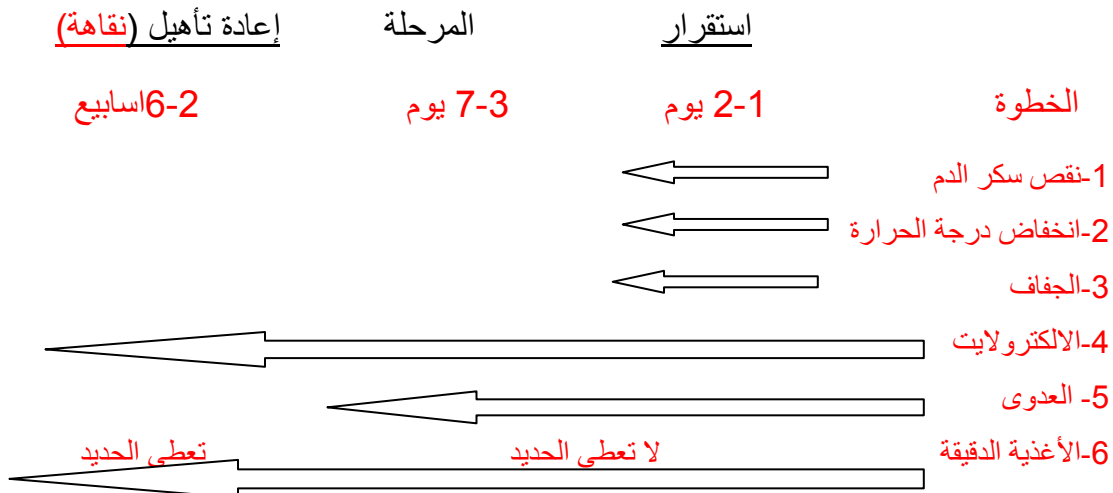
الأطفال من 6-59 شهرا

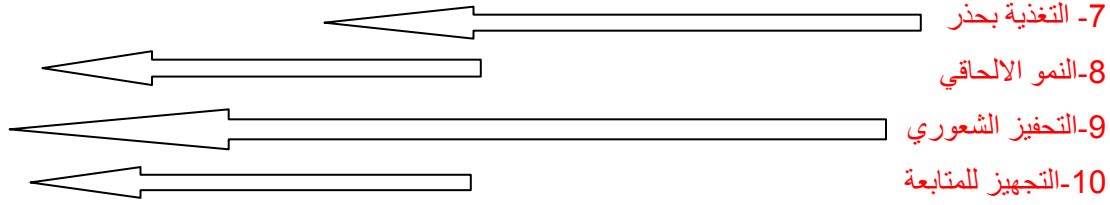
خروج شفاء

- اكتساب وزن بنسبة 15% بزيارتين
متتاليتين
- استمرار اكتساب وزن
- بدون ورم فى كلا القدمين لزيارتين
متتاليتين
- الطفل بحالة سريريا جيدة ويقظ

**يتم تحويل الأطفال الى التغذية الاضافية ان
توفرت**

المبادئ الرئيسية لموجهات المعالجة الداخلية (TFC) سوء التغذية الحاد من WHO





الوقت منذ الدخول	معايير تعريف الفشل في الاستجابة للعلاج بالمعالجة الداخلية
7-4 ايام	الفشل الاولي* في الاستجابة للعلاج
7-4 ايام	الفشل في استعادة الشهية
10 ايام	الفشل في البدء بفقد التورم
10 ايام	التورم بكلا القدمين قابل للانضغاط ما زال موجودة
	الفشل في الدخول إلى اعادة التأهيل او المعالجة الداخلية

خلال مرحلة اعادة التأهيل

فشل ثانوي* للاستجابة للعلاج

ليومين متتاليين
لثلاثة ايام متتاليات

الفشل في الحصول على اكثر من 5 جرامات/كج/يوم
وزن ثابت

المعالجة الداخلية لسوء التغذية الحاد للرضع دون 6 اشهر

يجب علاج الرضع دون 6 اشهر المصابون بسوء التغذية الحاد ضمن اطار توصيات تغذية الرضع والاطفال الصغار IYCF. يشكل الدعم للرضاعة الطبيعية مكونا مكملا للرعاية العلاجية للرضع بسوء التغذية الحاد. يشمل هذا الدعم حماية ودعم الرضاعة الطبيعية المبكرة والحصرية والمستمرة. ولذا فان دعم الام بالتغذية وممارسات الرعاية هاما جدا لمعالجة سوء التغذية الحاد بالرضع.

يتم ادخال الرضع دون 6 اشهر بسوء التغذية الحاد للمعالجة الداخلية . يحتاج الرضع دون 6 اشهر بسوء التغذية الحاد لعناية خاصة ومثاليا يجب عزلهم من الرضع الاكبر سنا والاطفال المصابون بسوء التغذية الحاد .والهدف الرئيسي من علاج هؤلاء الاطفال هو تحسين او اعادة الرضع للرضاعة الطبيعية ، تقديم العلاج الطبي والغذائي المناسب مؤقتا او على المدى الطول ، بالاضافة إلى تقديم التغذية والرعاية النفسية للام/ الحاضنة . لا يقدم الغذاء العلاجي لهم لانه غير مناسب للرضع دون 6 اشهر .يكون الرضع دون 6 اشهر بسوء التغذية الحاد الذين لا يتلقون الرضاعة الطبيعية بالتحديد عرضة للخطر ويحتاجون للحماية والدعم لتخفيف درجة الخطر من الرضاعة الصناعية . يجب استكشاف امكانية استعادة او تأسيس الرضاعة الطبيعية لهؤلاء الرضع وامهاتهم/حاضناتهم إلى الحدود القصوى.

تشمل المشاكل المتعلقة بالتغذية والمؤدية إلى سوء التغذية الحاد لدى الرضع والتي يجب الاهتمام بها:

- انعدام الرضاعة الطبيعية
- الرضاعة الطبيعية الجزئية
- التغذية الصناعية غير الكافية او غير الامنة
- موت الام او غيابها
- الام مصابة بسوء التغذية او الصدمة او مريضة و/او غير قادرة على الاستجابة بصورة عادية لاحتياجات رضيعها .
- الاعاقة التي تؤثر على مقدرة الرضيع على الرضع والبلع، و/او مشاكل بالنمو تؤثر على مقدرة الرضيع لتلقي التغذية.

يقدم هذا القسم الموجهات لعلاج الفئتين من الاطفال تحت 6 اشهر

1-الرضع الذين يتلقون رضاعة طبيعية او الرضع دون 6 اشهر المصابون بSAM مع ام/حاضنة مرضعة

2-الرضع الذين لا يتلقون رضاعة طبيعية : الرضع دون 6 اشهر المصابون بسوء التغذية الحاد بدون احتمال الحصول على رضاعة طبيعية.

يقع الرضع المصابون بسوء التغذية الحاد مع وجود ورم فى كلا القدمين قابل للانضغاط، انخفاض قياس متوسط محيط العضد(>115 ملم) او الوزن للطول منخفض (>3 انحراف معيارى) الاكبر من 6 أشهر مع وزن اقل من 4 كج ضمن احدى الفئتين لمعالجة سوء التغذية للرضع دون 6 اشهر حسب احتمالات حصولهم على رضاعة طبيعية.

يتم معالجة الرضع دون 6 اشهر المصابون بسوء التغذية الحاد لامهات مصابه بفيروس الايدز ايجابي حسب الموجهات الدولية لمنع انتقال فيروس الايدز من الام للطفل.(PMTCT)

الرضع دون 6 اشهر المصابون بسوء التغذية الحاد المتلقين لرضاعة طبيعية من ام مرضعة

معايير الدخول

الرضع دون 6 اشهر يتلقون رضاعة طبيعية اذا كان الرضيع:

- يعاني من ورم فى كلا القدمين قابل للانضغاط

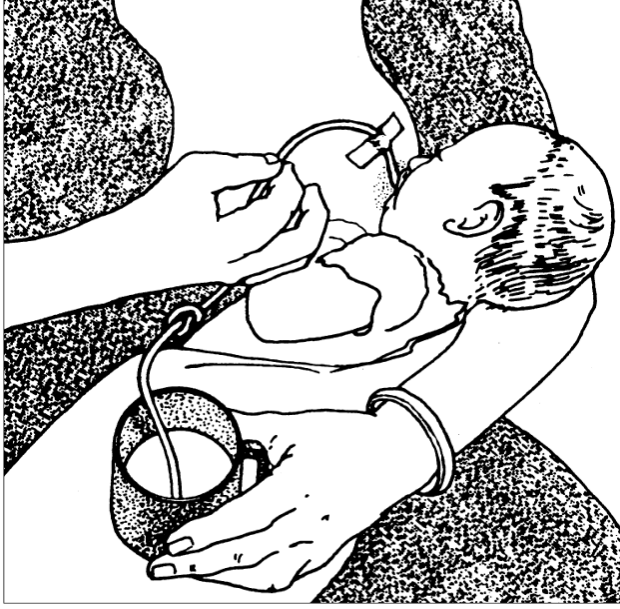
- يعاني من هزال ظاهر
- الرضيع معرض لخطر عالي للإصابة بسوء التغذية الحاد بسبب عدم كفاية تغذية الرضيع او الام المرضعة
- الرضيع ضعيف جدا او غير قادر على الرضع بصورة جيدة او فعالة
- لا يكتسب الرضيع وزنا بصورة مرضية بالمنزل بالرغم من استشارات الرضاعة الطبيعية
- ليس لدى الام المرضعة كمية كافية من الحليب او مصابة بسوء التغذية
- الام المرضعة غير موجودة

الهدف الرئيسي من علاج بالرضع SAM المصابين دون 6 اشهر بالمعالجة الداخلية هو استعادة الرضاعة الطبيعية الحصرية . ولهذا السبب تحفيز ودعم الرضاعة الطبيعية وتكميل الرضاعة الطبيعية بالحليب العلاجي بينما تحفز انتاج لبن الثدي.

الجدول يوضح كميات تصحيح من **F100 المخفف (الهزال الشديد) او F75** (ورم في كلا القدمين قابل للانضغاط حتى زوال الورم) التي تقدم للرضيع بكل رضعة

وزن الطفل كج	F100مخفف او F75في حالة الورم مل/للرضعة اذا كانت 8 رضعات باليوم
1.2	25
1.5-1.3	30
1.7-1.6	35
2.1-1.8	40
2.4-2.2	45
2.7-2.5	50
3.4-3.0	60
3.9-3.5	65
4.4-4.0	70

- عندما يكتسب الرضيع وزنا بمعدل 20 جرام باليوم (الحد الأقصى لزيادة وزن)
 - انقص كمية F100 المخفف تدريجيا بثلاث الكمية التصحيحية بحيث يحصل الرضيع على كميات اكبر من حليب الثدي
 - فاذا استمر زيادة الوزن بمعدل 20 جرام باليوم ليومين الي ثلاثة (بعد التنقيص التدريجي ل F100المخفف) عندها اوقف F100المخفف نهائيا.
 - اذا لم يستمر زيادة الوزن زد كمية F100المخفف إلى 75% من الكمية التصحيحية ليومين او ثلاثة ومن ثم انقصها مرة اخرى اذا استمر زيادة الوزن.
 - عندما يكتسب الرضيع وزنا بمعدل 20 جرام باليوم من الرضاعة الطبيعية وحدها، فإن الطفل جاهز للخروج
 - صندوق 12 معايير الخروج من مرحلة إعادة التأهيل بالعناية الخارجية للرضع الذين لا يتلقون رضاعة طبيعية
 - الرضع تحت عمر 6 شهور اووزنة اقل من 4 كج بدون احتمال تلقي رضاعة طبيعية
 - زيادة وزن بمعدل 15%
 - بدون ورم فى كلا القدمين قابل للانضغاط لأسبوعين
 - بحالة جيدة سريريا ويقظ وبدون مشاكل طبية.
 - الاعتبارات الأخرى
 - يمكن تحويل الرضيع عند الخروج لاستخدام مسحوق لبن الأطفال
 - تقديم مشورة كافية للام /الحاضنة
- طريقة اعادة الادرار



مراكز التغذية الإضافية

- مركز تغذية إضافية جافة
- مركز تغذية إضافية رطبة

ينشأ برنامج التغذية الإضافية الجافة للاتي :

- تكون العمالة قليلة و لا يوجد المال اللازم لإنشاء مراكز تغذية إضافية رطبة
- يكون هناك خوف من إنتقال العدوى من الأمراض
- يراد تغطية أكبر عدد من الأطفال
- لم يتحرك المجتمع المتأثر الى مكان آخر

ينشأ برنامج التغذية الإضافية الرطبة للاتي :

- لضمان وصول المخصص الغذائي للمستهدفين (عدالة التوزيع)
- إذا توفر الوقود اللازم لعمل الوجبات
- وسط النازحين
- فى مناطق الحروب و النزاعات

محتوى المخصص الغذائى :

- يجب أن يحتوى المخصص الغذائى على:
- 500 . 1200 كيلو كالورى

- 10 . 15 % من الطاقة يجب أن تكون ناتجة من البروتينات (15. 25 جرام بروتين في اليوم للتغذية و 35 - 45 جرام في التغذية الجافة).
- المغذيات الدقيقة مثل الفيتامينات و خاصة فيتامين أ ، الأملاح المعدنية و اليود و الحديد مؤشرات المتابعة لمراكز التغذية الأضافية

المؤشر	مقبول	غير مقبول
تحسن الحالة التغذوية نحو الطبيعي	أكثر من 70%	أقل من 50 %
الوفيات	أقل من 3 %	أكثر من 10%
الغياب	أقل من 15 %	أكثر من 30 %

5-إعادة التعمير: وهى المرحلة التى يتم فيها إعادة البنيات الأساسية بعد حدوث الكارثة و إحتوائها

الرسائل الاساسية للتغذية فى الطوارئ:

1. حماية الحالة التغذوية للفئات الاكثر عرضة للضرر من الطارئ للاسهام فى الحد من سوء التغذية واضراره.
2. سوء التغذية لا يتأنى ببساطة من نقص الغذاء ولكن من مزيج معقد من العوامل.
3. قياس سوء التغذية الحاد في الطوارئ احدى المؤشرات و لتصنيف لشدة حالة الطوارئ ' التغذية فى الطوارئ'!
4. نقص التغذية الحاد في المواد الغذائية ،و انتشار الأمراض ووالأوبئة متوقع حدوثه فى حالات الطوارئ .
5. سوء التغذية الحاد هو مصدر قلق كبير في حالات الطوارئ ولكن سوء التغذية المزمن ونقص المغذيات الدقيقة قد ينشأ أيضا ولهم آثار سلبية.

6. يجب الالتزام بالمعايير المعتمدة للتقييم التغذوي طوال حالات الطوارئ.
7. مجموعة التدخلات غير الغذائية مثل التثقيف الصحي بجانب التدخلات الغذائية للمعالجة والوقاية من سوء التغذية ضروري.
8. التحديات القائمة في مجال التغذية في حالات الطوارئ تشمل ما يلي :
- انعدام الاستجابة السريعة للتغذية في حالات الطوارئ بتفعيل نظام الانذار المبكر.
 - عدم المشاركة الفاعلة للمختصين بأمر التغذية بتنفيذ والاشراف لخطه المساعدات الغذائية.
 - القيود التي تفرضها البيئة المعاكسة للاستجابة عند الطوارئ من عادات وممارسات.
 - عدم وجود موجهاً مقننة للتغذية للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز.
 - عدم وجود قاعدة أدلة وبراهين علمية قاطعة للتدخل التغذوية المعين مقابل النتيجة الحتمية المرجوه.
 - الافتقار إلى المهارات والخبرات في مجال التغذية في حالات الطوارئ.
- موجهات تغذية الرضع اثناء الطوارئ:**

الهدف من هذه الموجهات،تقديم عملى للخطوات الواجب اتباعها لتأمين تغذية الرضع وصغار الاطفال لأنهم اكثر الفئات تتضررا اثناء الطوارئ،والخطوات كما يلي:

الخطوات العملية لتغذية الرضع وصغار الاطفال:-

- 1 إقرار السياسات وتطويرها
- 2 تدريب الموظفين
- 3 تنسيق العمليات
- 1،3 الطوارئ التنسيق
- 2،3 بناء القدرات والدعم التقني
- 4 تقييم ومراقبة
- 1،4 توفير معلومات مفتاحية
- 2،4 التقييمات التغذوية السريعة
- 3،4 معلومات أساسية إضافية

بما في ذلك نوعية (4.3.1) والكمية (4.3.2)

5 حماية وتشجيع ودعم المثلى للرضع وصغار الأطفال

تغذية مع التدخلات المتعددة القطاعات المتكاملة.١

1،5 التدخلات الأساسية

بما في ذلك الحصص العامة (5.1.1) ، التغذية التكميلية

والمغذيات الدقيقة (5.1.2 -- 5.1.5) ، وتسجيل المواليد الجدد

(5.1.6 ، 5.1.7) ، ودعم مقدمي الرعاية (5.1.8 ، 5.1.9)

2،5 التدخلات التقنية

بما في ذلك التدريب (5.2.1) ، وتطوير الخدمات والتكامل

(5.2.2 -- 5.2.5) ، فيروس نقص المناعة البشرية الإيدز والاعتبارات (5.2.7 ، 5.2.8)

6- التقليل من مخاطر التغذية الاصطناعية

6.1 التعامل مع التبرعات والإمدادات صبحى

2،6 وضع وتنفيذ معايير الاستهداف واستخدام

3،6 مراقبة المشتريات

بما في ذلك مسؤوليات الوكالة المانحة (6.3.1) ، ونوع

مصدر للبن الرضع (6.3.2) ، ووضع العلامات (6.3.3) ، والإمداد

الشروط (6.3.4) ، والزجاجات والحلمات (6.3.6)

4،6 التحكم في إدارة وتوزيع

موجهات الرضاعة الطبيعية من الامهات المصابات بالأيديز

1 - على الأمهات المصابات بمرض الأيدز إرضاع أطفالهن إذا كانت خطورة تعرض الطفل

للعدى و سوء التغذية أكبر من خطورة إنتقال مرض الأيدز .

2 -إذا كان فحص الأيدز غير متوفر و الأم لا تعرف وضعها ، على الأمهات أن يرضعن

أطفالهن لخطورة بدائل اللبن .