مجلۀ علوم طبّی غالب

MJ

https://mj.ghalib.edu.af/index.php/mj

OPEN ACCESS

پوهنتون غالب

ISSN
E: 3006-094X

دورۀ دوم، شمارۀ اول، بهار و تابستان ۱٤۰٤ ، صص ۵۹-۷۱

په شدیده خوارځواکۍ اخته ماشومانو کې د هایپوترمیا پیښې

(د څېړنې ځای او وخت: ننګرهار تدریسي روغتون، ۱۴۰۲ ل)

حکمت الله صافی[1*]، درکزی مؤمن‌یار[1]

۱. د بایزید روښان د لوړو زده کړو د مؤسسې د طب پوهنځی د کلینیک دیپارتمنت علمي کادري غړی، کابل، افغانستان.

اطلاعات مقاله	لنډيز

نوع مقاله: څېړنیزه

د ترلاسه کولو نیټه: ۱۵/ ۱۰/ ۱٤۰۳

د داخلي نیټه: ۱۵/ ۱۲/ ۱٤۰۳

د خپرولو نیټه: ۳۰/ ۰۱/ ۱٤۰٤

د* مسؤول لیکونکي پیژندپاڼه:

حکمت الله صافی.

د بایزید روښان د لوړو زده کړو د مؤسسې د طب پوهنځی د کلینیک دیپارتمنت علمي کادري غړی، کابل، افغانستان

hikmatsafi002@gmail.com

کُد اختصاصی مقاله/ DOI:

https://doi.org/10.58342/ghalibMj.V.2.I.1.6

لنډيز

شالید او موخې: خوارځواکي په نړۍ کې یوه جدي روغتیایي ستونزه ده، خصوصاً د هغو ماشومانو لپاره چې عمرونه یې د پنځه کالونو څخه کم وي. دا د بدن د مغذي موادو او انرژۍ د اړتیا او عرضې ترمنځ د توازن د خرابوالي له امله رامنځته کیږي. هایپوترمیا د خوارځواکۍ له جدي اختلاطاتو څخه ده چې که په وخت ونه پیژندل شي، د ماشومانو د مرګ او معیوبیت لامل ګرځېدای شي.

د څیړنې طریقه: دا یوه توصیفي مقطعي (Descriptive Cross-Sectional) څېړنه ده چې د ننګرهار پوهنتون تدریسي روغتون د ماشومانو څانګې کې د شدیدې خوارځواکۍ له امله بستر شویو ماشومانو کې د هایپوترمیا د پیښو موندلو لپاره ترسره شوې. د خوارځواکۍ تشخیص د MUAC، WFH Z Score، او Bilateral Pitting Edemaله لارې شوی، او د ماشومانو د بدن تودوخه د ترمامتر په وسیله ثبت شوې. معلومات د SPSSپروګرام له لارې تحلیل شوي.

لاسته راوړنې: څېړنه د ۱۰۳ ماشومانو په ګډون ترسره شوې، چې ۵۳،۴٪ هلکان او ۴۶،۶٪ نجونې وې. له دې څخه ۶۷٪ ماشومان په مرسموس، ۲۰،۴٪ په کواشیرکور، او ۱۲،۶٪ په مرسمیک کواشیرکور اخته وو. د هایپوترمیا پیښې په ۵،۸٪ ماشومانو کې وموندل شوې، چې تر ټولو لوړه کچه یې د مرسموس ناروغانو کې وه. د ناروغانو منځنی وزن ۵،۸۷ کیلوګرامه، او منځنی MUAC ۹،۹ سانتي‌متره و.

نتیجه ګیري (پایله اخیستنه): د پایلو له مخې، خوارځواکي په هلکانو کې تر نجونو لوړه زیاته وه، او زیاتره ناروغان د ننګرهار ولایت څخه مراجعین وو.

کلیدي کلمات: شدیده خوار ځواکي، هایپوترمیا، دوه طرفه اذیما، مراسموس، کواشیرکور، د مرینې اندازه

ارجاع به این مقاله: صافی ح، درکزی م. په شدیده خوارځواکۍ اخته ماشومانو کې د هایپوترمیا پیښې. مجلۀ علوم طبی غالب. [اینترنت]. ۱۹ اپریل ۲۰۲۵. [تاریخ برداشت]؛ ۲(۱): ۵۹-۷۱:
https://doi.org/10.58342/ghalibMj.V.2.I.1.6

این مقاله تحت مجوز بین‌المللی Creative Commons Attribution 4.0 International License ثبت می‌باشد.

GHALIB MEDICAL JOURNAL

MJ

https://mj.ghalib.edu.af/index.php/mj

OPEN ACCESS

GHALIB UNIVERSITY

Vol. 2, Issue. 1, Spring & Summer 2025, pp 59-71

ISSN
E: 3006-094X

Descriptive study of hypothermia in severely malnourished children

(Place and time of research: Nangarhar Teaching Hospital, 1402)

Hikmatullah Safi[1*], Darakzai Mominyar[1]

1. Lecturer, Bayazid Rokhan Institute of Higher Education, Kabul, Afghanistan.

Article Information

Type: Original

Received: 05/ 01/ 2025
Accepted: 05/ 03/ 2025
Published: 19/ 04/ 2025

***Present address and corresponding author:**
Hikmatullah Safi.
Darakzai
Clinic Department, Medical Faculty, Bayazid Rokhan Institute of Higher Education, Kabul, Afghanistan.

hikmatsafi002@gmail.com

DOI:
https://doi.org/10.58342/ghalibMj.V.2.I.1.6

Abstract

Background: Malnutrition is a severe global health issue, mostly for children under the age of five. It arises due to an imbalance between the bodies' nutritional and energy requirements and their availability. Hypothermia is one of the severe complications of malnutrition, which, if not promptly identified, can lead to mortality and disability among children.

Methods: This study is a descriptive cross-sectional research conducted at the pediatric department of Nangarhar University Teaching Hospital to determine the incidence of hypothermia among children hospitalized with severe malnutrition. The diagnosis of malnutrition was based on Mid-Upper Arm Circumference (MUAC), Weight-for-Height Z Score (WFH Z Score), and Bilateral Pitting Edema, while body temperature was recorded using a thermometer. The data were analyzed using SPSS software.

Results: A total of 103 children participated in the study, of whom 53.4% were boys and 46.6% were girls. Among them, 67% were diagnosed with marasmus, 20.4% with kwashiorkor, and 12.6% with marasmic-kwashiorkor. The incidence of hypothermia was observed in 5.8% of the children, with the highest prevalence among those suffering from marasmus. The mean body weight of the patients was 5.87 kg, and the mean MUAC measurement was 9.9 cm.

Conclusion: The findings indicate that malnutrition was somewhat more prevalent among boys than girls, and the common of the affected children were from Nangarhar province.

Key words: Severe Malnutrition ،Hypothermia ،Bilateral Edema ،Marasmus ،Kwashiorkor ،Mortality Rate

To cite this article:
Safi H, Darakzai M. Descriptive Study of Hypothermia in Severely Malnourished Children. Ghalib Medical Journal. [Internet]. April 19, 2025. [taking date]; 2(1): 59-71: https://doi.org/10.58342/ghalibMj.V.2.I.1.6

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License

سریزه

په ډېری مخ پر ودې هیوادونو کې ماشومان او لویان د خوارځواکۍ د لوړ خطر سره مخامخ دي، د غذایي موادو ناکافي مقدار، د انتاني ناروغیو څخه د مخنیوي نشتون، د مور او ماشوم لپاره د صحي خارنو نشتون او په کورنیو کې د ماشومانو لپاره نا متعادل غذایي رژیم هغه فکتورونه دي چې ماشومان یې د خوارځواکې د لوړ خطر سره مخامخ کړی.

مناسب غذایي رژیم د ماشومانو د ذهني او جسمي سلامتیا لامل ګرځي، هغه ماشومان چې مناسب غذایي رژیم لري او په کافي اندازې سره غذایي مواد اخلي د ناروغیو په خطر کې نه واقع کیږي او خپلې نارمل ودې ته ادامه ور کوي. په مینډو کې تغذي پورې اړوند ستونزې لکه د اوسپنې کموالی او د حمل په جریان کې د Body Mass Index کموالی هغه فکتورونه دي چې د ماشومانو روغتیا اغیزمنه کوي هغه ماشومان چې په خوارځواکۍ اخته مور څخه زیږیدلې وي د انتاناتو په مقابل کې یې د بدن مقاومت کم، د ذهني ودې کموالی، د مړینې او معیوبیت د کچې لوړوالې او د قد لنډوالی څخه به د عمر تر پایه ځوریږي خوارځواکي په اناثو کې د بلوغت یا تولد او تناسل په عمر کې کولی شي چې د خوارځواکۍ او فقر پیښې لوړې کړی [١].

په ٢٠١٦م کال کې په ټوله نړۍ کې ٨١٥ میلیونه ماشومان په خوارځواکۍ اخته وه پداسې حال کې چې دغه ارقام په ٢٠١٥ م کال کې ٧٧٧ میلیونه ښودل شوي وه د نړیوال روغتیایي سازمان (WHO) راپور له مخې هر کال ٥٤٪ ماشومان خپل ژوند د خوارځواکۍ له امله د لاسه ور کوي [٢].

خوارځواکۍ د ٥ کلنۍ څخه کم عمره ماشومانو د مړینې ٥٠٪ جوړوي چې هر کال ٣,١میلیونه ماشومان خپل ژوند د خوارځواکۍ له امله د لاسه ورکوي، چې حاده شدیده خوارځواکي یې تر ټولو وژونکې بڼه ده. پداسې حال کې چې ٥٤٪ ماشومان د عمر په مختلفو ګروپونو کې د خوارځواکۍ له امله خپل ژوند د لاسه ورکوي [٣].

نړیوال روغتیایي سازمان (WHO) خوارځواکۍ پدې ډول تعریف کړی: حجراتو ته د مغذي موادو او انرژی د رسیدو او د بدن د اړتیا تر منځ د توازن د خرابوالی له امله را منځته کیږي، حاده شدیده خوارځواکي یا Severe Wasting یې پدې ډول تعریف کړی: کله چې د وزن پر ونې تناسب یاZ Score د -3Sd څخه کم شي د حاده شدیده خوارځواکي څخه عبارت ده چې په ټوله نړۍ کې یې ١٩ میلیونه ماشومان اخته کړي چې Prevalence یې ٢,٩٪ ښودل شوی ده [٤].

خوارځواکي ډیر لاملونه لري چې په دوه ډولونو سره ویشل کیږي، لومړنۍ خوارځواکۍ چې په مقدم ډول د خوړو کموالي له امله را منځته کیږي د مور دشېدو کموالی، خراب غذایي عادتونه او کلتور، د واکسینونو نه تطبیق کول، لومړنیو روغتیایي خارنو نشتون، او د کورنیو تدابیرو نشتون یې غوره لاملونه دي. ثانوي خوارځواکۍ چې په ثانوي ډول د ناروغیو په ترڅ کې را منځته کیږي، انتانات، ولادي ناروغۍ، سوءجذب او میتابولیکي ناروغي یې غوره لاملونه دي [٥].

نړیوال غذایي پروګرام(WFP) خوارځواکي پدې ډول سره تعریف کړی: هغه حالت چې شخص نور نشي- کولې نارمل وده، تکامل، فزیکي کار یا هم د انتاناتو په مقابل کې مقاومت له ځان څخه وښایې، Kwashiorkor او Marasmus چې د Protein Energy Malnutrition دوه عمده شکلونه دي چې یو د بل څخه د ازیما شتون(Kwashiorkor) او نشتون(Marasmus) په اساس توپیر کیږي، مرسموس چې د کالوری او پروټین کموالي له امله را منځته کیږي پداسې حال کې چې کواشیرکور د پروټین کموالي له امله را منځته کیږي او د کالوري اخیستل پکې نارمل وي [٦].

نړیوال روغتیایي سازمان(WHO) په شدیده خوارځواکۍ اخته ماشومانو د درملنې لپاره یو ځانګړی پروتوکول لري چې د یاد پروتوکول په اساس هغه ماشومان چې په خوارځواکۍ اخته وي او اختلاطات ونلري درملنه یې د Ready-To-Use-Therapeutic-Food(RUTF) پواسطه تر سره کیږي چې د Community Health Worker لخوا ورته په منظم ډول

سره ورکول کیږي او هغه خوارځواکه ماشومان چې اختلاطات ولري د پروتوکول په اساس باید په روغتون کې بستر او په دریو مرحلو کې یې Phase Of Stabilization، Phase Of Rehabilitation او Discharge درملنه وشي [۷].

ځرنګه چې خوارځواکي د خطرناکه اختلاطاتو لامل کیږي چې یو له دغو اختلاطاتو څخه هایپوترمیا ده چې د خوارځواکو ماشومانو د مړینې لامل کیږي هایپوترمیا د بدن د میتابولیک ریټ کموالي، Cardiac Out Put د کموالي، Cerebral Perfusion کموالي او د بدن کالوري د کموالي لامل کیږي چې له امله یې بدن نشي۔ کولی په کافي اندازې سره تودوخه تولید کړي. هایپوګلایسیمیا او انتان دواړه په خوارځواکه ماشومانو کې د هایپوترمیا د را منځته کیدو چانس لوړوي.

د نړیوال روغتیایي سازمان یا WHO د سپارښتنو په اساس هغه خوارځواکه ماشومان چې د درملنې په لومړۍ مرحله یا Phase Of Stabilization کې قرار لري باید هر ۲-۴ ساعته وروسته یې د بدن د تودوخې درجه وکتل شي چې بدبختانه په وروسته پاتې هیوادونو کې په منظم ډول د بدن د حرارت درجې اندازه کول یوه ننګونه ده.

د نړیوال روغتیایي سازمان یا WHO په واسطه پدې ډول سره تعریف شوي: کله چې د یو نارمل شخص د بدن حرارت درجه د ۳۵ سانتي ګراد څخه ښکته شي او یا هم کله چې د یو خوارځواکه ماشوم د بدن حرارت درجه د ۳۵,۵ سانتی ګراد څخه ښکته شي د هایپوترمیا په نوم سره یادیږي [۸]. Hypothermia

هغه ماشومان چې عمرونه یې د ۱۲ میاشتو څخه کم، مرسموس یا د پوستکې زیاته برخه یې له منځه تللې وي هایپوترمیا ته ډیر مساعد دي

الکول، سپسس، Sedative Drugs، Opioids لکه Meperidine، A-Blocker لکه Prazosin، Lithium Toxicity، A-Adrenergic لکه Clonidine، Environmental Exposure To Cold، او ځینې اندوکرایني تشوشات لکه Hypothyroidism، Adrenal Insufficiency او هایپوګلایسیمیا یې غوره لاملونه ګڼل کیږي، هایپوترمیک ناروغان انتاناتو ته ډیر مساعد دي یا هم انتان د هایپوترمیا د اختلاط په ډول را منځته کیږي [۹].

هایپوترمیا په دریو ډولونو ویشل کیږي، Mild Hypothermia کله چې د بدن حرارت درجه د ۳۳-۳۵سانتي ګراد یا هم ۳۲-۳۵ سانتي ګراد تر منځ وي، Moderate Hypothermia کله چې د بدن د حرارت درجه د ۲۸-۳۲ سانتي ګراد تر منځ وي او دریم ډول یې Severe Hypothermia ده چې د بدن حرارت درجه د ۲۸ سانتي ګراد یا ۲۷ سانتي ګراد څخه کمه وي.

هغه څیړنه چې د ایرلنډ په هیواد کې د هایپوترمیا په تړاو تر سره شوې له مخې یې په ټوله نړۍ کې د ۵۳,۶میلیونو مرګونو له جملې څخه د ۱۸,۱میلیونه کسانو د مړینې علت هایپوترمیا ښودل شوې ده [۹].

ځرنګه چې هایپوترمیا د خوارځواکو ماشومانو د مړینې لامل کیږي نو اړینه ده چې ناروغ ګرم وساتل شي چې دا کار په دوه طریقو د جامو پواسطه د ماشوم پټول او Kangro تخنیک سره صورت مومي [۵].

په منظم ډول سره ناروغ هر دوه ساعته وروسته مانیټور شي تر څو یې د بدن حرارت درجه ۳۶,۵سانتي ګراد ته لوړه شي. د هایپوترمیا څخه د مخنیوي په موخه باید ځان ډاډه کړو چې ماشوم په کالیو پټ ده، همدارنګه ماشوم ته ګرم کالي واغوستل شي، کالي او Bed بستر په مناسب وخت سره تبدیل شي، د هایپوترمیا د Episodes پر وخت د وینې د ګلوکوز کچه په منظم ډول سره وخت په وخت اندازه شي، ماشومان د Warm Blanket په واسطه ګرم شي او د تودوخی آلې یا Lamp سره نژدې واچول شي [۱۰].

په ډیری مخ پر ودې هیوادونو کې ماشومان او لویان د خوارځواکي د لوړ خطر سره مخامخ دي، د غذايي موادو ناکافي مقدار، د انتاني ناروغیو څخه د مخنیوي نشتون، د مور او ماشوم لپاره د صحي ځارنو نشتون او په کورنیو کې د ماشومانو لپاره نا متعادل غذايي رژیم هغه فکتورونه دي چې ماشومان یې د خوارځواکې د لوړ خطر سره مخامخ کړی.

مناسب غذایي رژیم د ماشومانو د ذهني او جسمي سلامتیا لامل ګرځي، هغه ماشومان چې مناسب غذایي رژیم لري او په کافي اندازې سره غذایي مواد اخلي د ناروغیو په خطر کې نه واقع کیږي او خپلې نارمل ودې ته ادامه ور کوي. په مینډو کې تغذي پورې اړوند ستونزې لکه د اوسپنې کموالی او د حمل په جریان کې د Body Mass Index کموالی هغه فکتورونه دي چې د ماشومانو روغتیا اغیزمنه کوي هغه ماشومان چې په خوارځواکۍ اخته مور څخه زیږیدلې وي د انتاناتو په مقابل کې یې د بدن مقاومت کم، د ذهني ودې کموالی، د مړینې او ومعیوبیت د کچې لوړوالې او د قد لنډوالی څخه به د عمر تر پایه ځوریږي خوارځواکي په اناثو کې د بلوغت یا تولد او تناسل په عمر کې کولی شي چې د خوارځواکۍ او فقر پیښې لوړې کړی [۱].

په ۲۰۱۶م کال کې په ټوله نړۍ کې ۸۱۵ میلیونه ماشومان په خوارځواکۍ اخته وه پداسې حال کې چې دغه ارقام په ۲۰۱۵ م کال کې ۷۷۷ میلیونه ښودل شوي وه د نړیوال روغتیایي سازمان (WHO) راپور له مخې هر کال ۵۴٪ ماشومان خپل ژوند د خوارځواکۍ له امله د لاسه ور کوي [۲].

خوارځواکۍ د ۵ کلنۍ څخه کم عمره ماشومانو د مړینې ۵۰٪ جوړوي چې هر کال ۳,۱میلیونه ماشومان خپل ژوند د خوارځواکۍ له امله د لاسه ورکوي، چې حاده شدیده خوارځواکي یې تر ټولو وژونکې بڼه ده. پداسې حال کې چې ۵۴٪ ماشومان د عمر په مختلفو ګروپونو کې د خوارځواکۍ له امله خپل ژوند د لاسه ورکوي [۳].

نړیوال روغتیایي سازمان (WHO) خوارځواکۍ پدې ډول تعریف کړی: حجراتو ته د مغذي موادو او انرژۍ د رسیدو او د بدن د اړتیا تر منځ د توازن د خرابوالی له امله را منځته کیږي، حاده شدیده خوارځواکي یا Severe Wasting یې پدې ډول تعریف کړی: کله چې د وزن پر ونې تناسب یاZ Score د3Sd- څخه کم شي د حاده شدیده خوارځواکي څخه عبارت ده چې په ټوله نړۍ کې یې ۱۹ میلیونه ماشومان اخته کړي چې Prevalence یې ۲,۹٪ ښودل شوی ده [٤].

خوارځواکي ډیر لاملونه لري چې په دوه ډولونو سره ویشل کیږي، لومړنۍ خوارځواکۍ چې په مقدم ډول د خوړو کموالي له امله را منځته کیږي د مور دشېدو کموالی، خراب غذایي عادتونه او کلتور، د واکسینونو نه تطبیق کول، لومړنیو روغتیایي خارنو نشتون، او د کورنیو تدابیرو نشتون یې غوره لاملونه دي. ثانوي خوارځواکۍ چې په ثانوي ډول د ناروغیو په ترخ کې را منځته کیږي، انتانات، ولادې ناروغۍ، سوءجذب او میتابولیکي ناروغي یې غوره لاملونه دي [٥].

نړیوال غذایي پروګرام (WFP) خوارځواکي پدې ډول سره تعریف کړی: هغه حالت چې شخص نور نشي۔ کولې نارمل وده، تکامل، فزیکي کار یا هم د انتاناتو په مقابل کې مقاومت له ځان څخه وښایې، Kwashiorkor او Marasmus چې د Protein Energy Malnutrition دوه عمده شکلونه دي چې یو د بل څخه د ازیما شتون(Kwashiorkor) او نشتون(Marasmus) په اساس توپیر کیږي، مرسموس چې د کالورۍ او پروټین کموالي له امله را منځته کیږي پداسې حال کې چې کواشیرکور د پروټین کموالي له امله را منځته کیږي او د کالوري اخیستل پکې نارمل وي [۱۱].

نړیوال روغتیایي سازمان(WHO) په شدیده خوارځواکۍ اخته ماشومانو د درملنې لپاره یو ځانګړی پروتوکول لري چې د یاد پروتوکول په اساس هغه ماشومان چې په خوارځواکۍ اخته وي او اختلاطات ونلري درملنه یې د Ready-To-Use-Therapeutic-Food(RUTF) لخوا ورته په منظم ډول د Community Health Worker پواسطه تر سره کیږي چې سره ورکول کیږي او هغه خوارځواکه ماشومان چې اختلاطات ولري د پروتوکول په اساس باید په روغتون کې بستر او په دریو مرحلو کې یې Phase Of Stabilization، Phase Of Rehabilitation او Discharge درملنه وشي [۱۲].

څرنګه چې خوارځواکي د خطرناکه اختلاطاتو لامل کیږي چې یو له دغو اختلاطاتو څخه هایپوترمیا ده چې د خوارځواکو ماشومانو د مړینې لامل کیږي هایپوترمیا د بدن د میتابولیک ریټ کموالي، Cardiac Out Put د کموالي، Cerebral Perfusion کموالي او د بدن د کالوري د کموالي لامل کیږي چې له امله یې بدن نشي۔ کولی په کافي اندازې سره تودوخه تولید کړي. هایپوګلایسیمیا او انتان دواړه په خوارځواکه ماشومانو کې د هایپوترمیا د را منځته کیدو چانس لوړوي.

د نړیـوال روغتیـایي سـازمان یـا WHO د سپارښـتنو پـه اسـاس هغـه خوارځواکـه ماشـومان چـې د درملنـې پـه لـومړۍ مرحلـه یـا Phase Of Stabilization کـې قـرار لـري بایـد هـر ۲-۴ سـاعته وروسـته یـې د بـدن د تـودوخې درجـه وکتـل شي چـې بدبختانه په وروسته پاتې هیوادونو کې په منظم ډول د بدن د حرارت درجې اندازه کول یوه ننګونه ده.

د نړیـوال روغتیـایي سـازمان یـا WHO پـه واسـطه پـدې ډول سره تعریـف شـوي: Hypothermia کلـه چـې د یـو نارمـل شخص د بـدن حـرارت درجـه د ۳۵ سـانتي ګـراد څخـه ښکته شي او یـا هـم کلـه چـې د یـو خوارځواکـه ماشـوم د بـدن حـرارت درجه د ۵.۳۵ سانتی ګراد څخه ښکته شي د هایپوترمیا په نوم سره یادیږي [۱۳].

هغـه ماشـومان چـې عمرونـه یـې د ۱۲ میاشـتو څخـه کـم، مرسـموس یـا د پوسـتکي زیاتـه برخـه یـې لـه منځـه تللـې وي هایپوترمیا ته ډیر مساعد دي [۵].

الکــول، سپســس، Sedative Drugs، Opioids لکــه Meperidine، A-Blocker لکــه Prazosin، Lithium Toxicity، A-Adrenergic لکــه Clonidine، Environmental Exposure To Cold، او ځینــې انــدوکرایني تشوشــات لکــه Hypothyroidism، Adrenal Insufficiency او هایپوګلایســیمیا یــې غــوره لاملونــه ګڼــل کیــږي، هایپوترمیــک ناروغــان انتاناتو ته ډیر مساعد دي یا هم انتان د هایپوترمیا د اختلاط په ډول را منځته کیږي [۱۴].

هایپوترمیـا پـه دریـو ډولونـو ویشـل کیـږي، Mild Hypothermia کلـه چـې د بـدن حـرارت درجـه د ۳۳-۳۵سـانتي ګـراد یـا هـم ۳۲-۳۵ سـانتي ګـراد تـر مـنځ وي، Moderate Hypothermia کلـه چـې د بـدن د حـرارت درجـه د ۲۸-۳۲ سـانتي ګـراد تـر مـنځ وي او دریـم ډول یـې Severe Hypothermia ده چـې د بـدن حـرارت درجـه د ۲۸ سـانتي ګـراد یـا ۲۷ سـانتي ګـراد څخه کمه وي.

هغـه څیړنـه چـې د ایرلنډ پـه هیـواد کـې د هایپوترمیـا پـه تـړاو تـر سره شـوې لـه مخـې یـې پـه ټولـه نـړۍ کـې د ۵۳,٦میلیونـو مرګونو له جملې څخه د ۱۸,۱میلیونه کسانو د مړینې علت هایپوترمیا ښودل شوې ده [۹].

څرنګـه چـې هایپوترمیـا د خوارځواکـو ماشـومانو د مړینـې لامـل کیـږي نـو اړینـه ده چـې نـاروغ ګـرم وسـاتل شي چـې دا کـار په دوه طریقو د جامو پواسطه د ماشوم پټول او Kangro تخنیک سره صورت مومي .

پـه مـنظم ډول سره نـاروغ هـر دوه ساعته وروسـته مـانیټور شي تـر څـو یـې د بـدن حـرارت درجـه ۳٦,۵سـانتي ګراد تـه لـوړه شي. د هایپوترمیـا څخـه د مخنیـوي پـه موخـه بایـد ځـان ډاډه کـړو چـې ماشـوم پـه کـالیو پـټ ده، همدارنګـه ماشـوم تـه ګـرم کـالي واغوسـتل شي، کـالي او Bed بسـتر پـه مناسـب وخـت سره تبـدیل شي، د هایپوترمیـا د Episodes پـر وخـت د وینـې د ګلوکـوز کچـه پـه مـنظم ډول سره وخـت پـه وخـت انـدازه شي، ماشـومان د Warm Blanket پـه واسـطه ګـرم شي او د تـودوخې آلې یا Lamp سره نژدې واچول شي [۱۰].

مواد او د څیړنې طریقه

دا یوه Descriptive Cross-Sectional څیړنه ده چې د ننګرهار پوهنتون طب پوهنځي په تدریسي روغتـون کې د ماشومانو پـه څانګـه کـې پـه شدیدې خوارځواکۍ اخته ماشومانو چې عمرونه یې د ۱ میاشتنیو او ۵ کلنو تر منځ وه، د هایپوترمیا د پیښو د مونـدلو پـه موخـه ترسره شـوې، د خوارځواکۍ تشخیص او وخامت د Anthropometric معیارونو لکه (MUAC(Mid Upper Armcircumference، WFH Z Score او Bilateral Pitting Edema پواسطه تر سره شوي، همدارنګه د ماشومانو په تخرګ کې د تودوخې درجه د خوارځواکۍ په څانګه کې د بستر کیدلو پر مهال د ترمامتر پواسطه معلومه شوې او بیا د معلوماتو په ځانګړي فورم کې ځای پر ځای کیدو وروسته د SPSS پروګرام پواسطه تحلیل او انالیز شوي، **او د څیړنې مواد:** ترمامیتر، د ناروغانو دوسیه، د MUAC فیته، Z-score ، Chart او تله.

لاسته راوړنې

په دغه څیړنه کې ټولټال ۱۰۳ ناروغان شامل ول چې د هر متغیر لاسته راغلې پایله په لاندې ډول وه:

د عمر له نظره د خوارځواکۍ پیښې

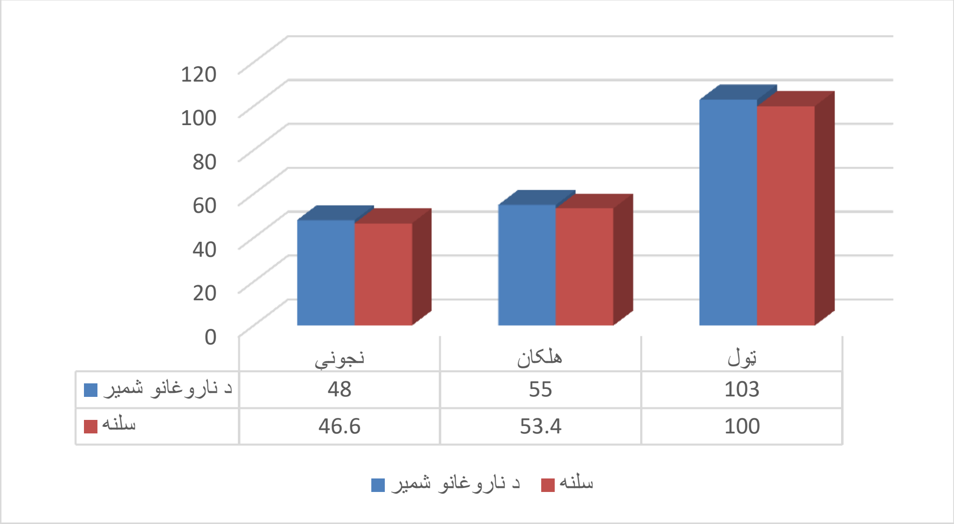
په دې څیړنه کې ۱۰۳ تنه شدیده خوارځواکی ځپلي ناروغان شامل ول چې عمرونه يې د يـو څخـه تـر ۵۹ میاشـتو پـورې ول تـر ټولـو کـم عمـر لرونکی ماشوم ۱,۵ میاشتنی، ترټولو لوړ عمر لرونکی ماشوم ۵۹ میاشتنی وه د ناروغانو Mean Age ±SD ۱۳,۷±۱۴,۴۷ وه په لاندې جدول کې ناروغان په ۴ مختلفو گروپونو ویشل شوي چې د ناروغانو کچه په هر د عمر گروپ کې ښايي.

دوهم جدول د عمر له نظره د خوارځواکی شمیر او سلنه ښايي

د ماشوم عمر	د ناروغانو شمیر	سلنه٪
۱-۱۲ میاشتې	۷۱	٦٨,٩
۱۳-۲۴ میاشتې	١٦	١٥,٦
۲۵-۵۰ میاشتې	۱۲	۱۱,٦
۵۱-۵۹ میاشتې	۴	۳,۹
مجموعه	۱۰۳	۱۰۰

د جنس له نظره د خوارځواکۍ پیښې

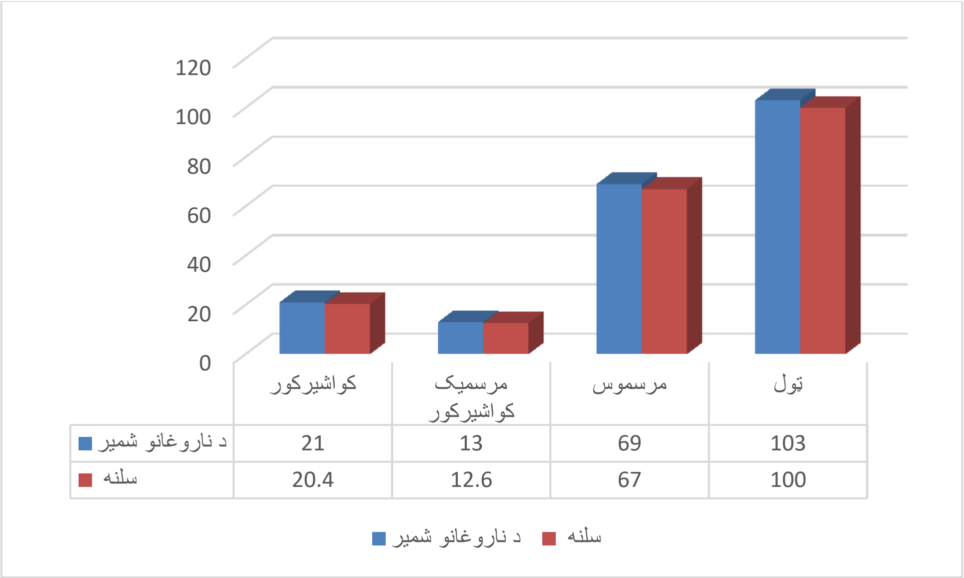
دغه څیړنه کې ۱۰۳ تنه ناروغان شامل ول چې له دې جملې څخه ۵۵ تنه يې هلکان ول چې د ټولو ناروغانو ۵۳,۴ سلنه جـوړوي او ۴۸ تنـه يـې نجوني وې چې ٤٦,٦ سلنه د ټولټال ناروغانو جوړوي په لاندې گراف کې د ناروغانو ویش د جنس له نظره ښودل شوی دی:



لومړی گراف د جنس له نظره د خوارځواکی پیښې راښيي

د خوارځواکۍ د ډول له مخې د ناروغانو ویش

په دغه څیړنه کې ۱۰۳ تنه شدیدې خوارځواکۍ ځپلي ناروغان شامل ول چې پدې ډله کې ترټولو ډېر ناروغان په مرسموس اخته ول چې شـمیر يې ٦٩ (٦٧٪) تنو ته رسیږي، همداسې په دویمه کچه کـې بیـا د کواشـیرکور ناروغـان ول چـې شـمیر يـې ۲۱ (۲۰,۴٪) تـه رسـیږي ول او ۱۳ (۱۲,٦٪) تنه ناروغانو مرسمیک کواشیرکور ډول د خوارځواکۍ باندې اخته ول چې په لاندې گراف کې ښودل شوي دي:



دوهم ګراف د خوارځواکی د ډول له مخې د ناروغانو ویش رابښيي

په خوارځواکو ماشومانو کې د هایپوترمیا پیښي

په دغه څیړنه کې ټول ۱۰۳ تنه خوارځواکي ناروغان شامل ول چې له دې ډلې څخه ٦ تنه ناروغانو کې د هایپوترمیا راپور ورکړل شوی وه چې ۵,۸ سلنه د ټولو ناروغانو جوړوي همدارنګه ۹۷ تنه ناروغانو کې د هایپوترمیا نښې نه لیدل کیدې چې ۹۴,۲ سلنه جوړوي، په ٦ تنه هایپوترمیا لرونکو ناروغانو کې ۵ تنه يې هلکان او یوه نجلی وه، همدارنګه په دغه ٦ تنه خوارځواک ماشومانو کې چې هایپوترمیا یې لرله ۴ تنه یې په مرسموس او ۲ تنه يې په کواشیرکور اخته ول.

درېیم جدول په خوارځواکو ماشومانو کې د جنس له مخې د هایپوترمیا پیښې راښايي

جنس	هایپوترمیا لرونکي	هایپوترمیا نه لرونکي
هلکان	۵(۹,۱٪)	۵۰(۹۰,۹٪)
نجوني	۱(۲,۱٪)	۴۷(۹۷,۹٪)

څلورم جدول په خوارځواکه ماشومانو کې د خوارځواکی د ډول له مخې د هایپوترمیا پیښې راښايي

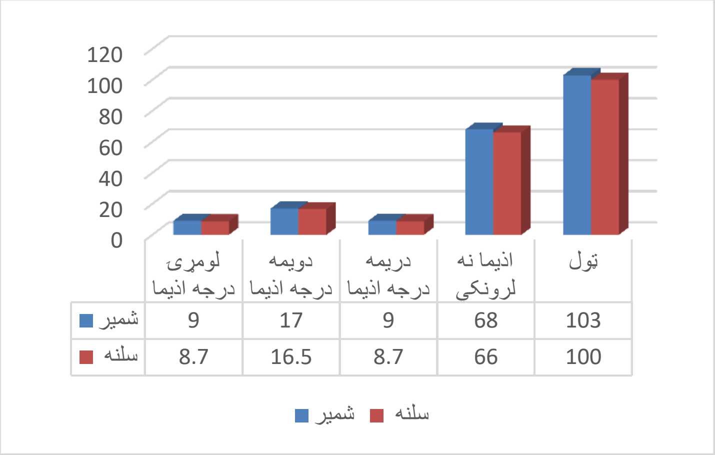
د خوارځواکی ډول	هایپوترمیا لرونکي	هایپوترمیا نه لرونکي	ټول
مرسموس	۴(۵,۸٪)	٦۵(۹۴,۲)	٦۹(۱۰۰٪)
کواشیرکور	۲(۹,۵٪)	۱۹(۹۱,۵)	۲۱(۱۰۰٪)
مرسمیک کواشیرکور	۰(۰٪)	۱۳(۱۰۰٪)	۱۳(۱۰۰٪)
ټول			۱۰۳

د وزن پر ونې تناسب، د مټ منځنی قطر او وزن په اساس د ناروغانو ویش

په دې څیړنه کې ټولټال ۱۰۳ تنه خوارځواک ماشومان شامل ول چې د ناروغانو د وزن پر ونې د تناسب اوسط کچه (Mean Z- Score) یې ۳,۲۴ وه، د مټ د منځني قطر اوسط (Mean MUAC) يې ۹,۹ سانتي متره وه او د ناروغانو اوسط وزن ۵,۸۷ کیلوګرامه وه.

د اذیما له مخې د ناروغانو ویش

په دې څیړنه کې ۱۰۳ تنه ناروغان شامل ول چې له دې ډلې څخه ٦٨ (٦٦٪) تنه ناروغانو هیڅ اذیما نه لرله، ۹(۸,۷٪) تنه ناروغانو لومړۍ درجه اذیما لرله، ۱۷ (١٦,٥٪) تنه ناروغانو دویمه درجه اذیما لرله او ۹ (۸,۷٪) تنه ناروغانو دریمه درجه اذیما لرله چې په لاندې ګراف کې ښودل شوي دي:



دریم ګراف د اذیما له مخې د ناروغانو ویش رانبایي

آدرس

په دغه څیړنه کې ۱۰۳ خوارځواکي ماشومان شامل ول چې له مختلفو ساحو څخه یې د ننګرهار تدریسي روغتون د اطفالو څانګې ته مراجعه کړې وه چې له دې ډلې څخه ۸۲ تنه یې د ننګرهار اوسیدونکي ول او ځینې ناروغان له نورو ولایاتو څخه مراجعه کړې وه چې په لاندې جدول کې ښودل شوي دي:

پنځم جدول د اوسیدو ځای په اساس د ناروغانو ویش رانبایي

آدرس	د ناروغانو شمیر	سلنه
ننګرهار	۸۲	۷۹,٦
لغمان	۱۷	١٦,٥
کنړ	۱	۱,۰
نورستان	۱	۱,۰
کابل	۲	۱,۹
ټول	۱۰۳	۱۰۰,۰

بحث/ مناقشه

زما په څیړنه کې ټول ۱۰۳ تنه خوارځواکي ماشومان شامل ول چې عمرونه یې له ۱ میاشتې څخه تر ٥۹ میاشتو پورې ول د ۱۰۳ تنو له ډلې څخه ٥٥ تنه یې هلکان ول چې د ټولو ناروغانو ٥۳,۴ سلنه جوړوي، او ۴۸ تنه یې نجونې وې چې ۴٦,٦ سلنه کیږي، ورته څیړنه په هندوستان هیواد کې د طارق او د هغه د ملګرو لخوا ترسره شوې چې د ۱۴٦ خوارځواکه ماشومانو د ډلې څخه ٥۴,۷٪ یې هلکان او۴٥,۲۱٪ یې نجونې وه [۱۰] . (۲۰۱٥Tariq,). یوه بله څیړنه چې د Berti لخوا د Ethiopia په هیواد کې په St-Luke Hospital کې په ۴۹۳ خوارځواکه ماشومانو چې عمرونه یې د ٥ کلو څخه کم وه تر سره شوی چې ٥۹٪ یې هلکان او ۴۱٪ یې نجونې وه(۲۰۰۸Berti,). یوه بله څیړنه په کینیا هیواد کې د Brooki لخوا په ۱۳۷ تنه شدیده خوارځواکی اخته ماشومانو ترسره شوې وه چې ۹۴ تنه یې هلکان او ۴۳ تنه یې نجونې وې(Brooki,1972). د

پورته یاده شوو څیړنو او زما د څیړنې پایلې سره نږدیوالی لري نو لکه څنګه چې زما او نورو هیوادونو کې ترسره شوې څیړنو کې ښکاري چې د خوارځواکي پیښې د جنس له نظره په هلکانو کې د نجونو په پرتله لږه اندازه لوړې دي.

زما په څیړنه کې د ناروغانو د عمر اوسط ۱۳,۷±۱۴,۴۷ میاشتې وه او ډیری ناروغان ۱-۱۲ میاشتني ول چې شمیر یې ۷۱ تنو ته رسیږي او د ټولو ناروغانو ٦۸,۹ سلنه جوړوي، په دویمه کچه د ۱۳-۲۴ میاشتني ناروغانو شمیر ۱٦ تنه ول چې د ټولو ناروغانو ۱۵,٦ سلنه جوړوي په ورته څیړنه کې چې د Mahgoub لخوا په سوډان کې پر ۱۰۹۷ ناروغانو ترسره شوې وه د ۷۹٦(۷۲,٦٪) عمرونه یې ۱-۱۸ میاشتو پورې ول [۱٦]. زما او د Mahgoub د څیړنو پایلې سره نږدیوالی لري هغه داسې چې زما په څیړنه کې هم ډیری ناروغان د ۱-۱۲ میاشتو او ۱۳-۲۴ میاشتو په ګروپونو کې ول.

زما په څیړنه کې د ۱۰۳ خوارځواکه ماشومانو د جملې څخه ٦ تنه ناروغانو هایپوترمیا لرله چې ۵,۸ سلنه کیږي او د پاتې ۹۷ ناروغانو تخرګ د تودوخې درجه د ۳۵ سانتي ګریډو څخه لوړه وه،په یو څیړنه چې په جمایکا هیواد کې په ۱۳۷ خوارځواکه ماشومانو ترسره شوې وه له ۱۳۷ تنو څخه د ۷٦(۵۵,۵٪) تنو دتخرګ د تودوخې درجه ۳۵سانتي ګراد څخه کمه او د ٦۱(۴۴,۵٪) تنو د تودوخې درجه د ۳۵سانتي ګراد څخه لوړه وه [۱۷]. چې ددې څیړنې پایله زما د څیړنې له پایلې سره توپیر لري داسې چې زما په څیړنه کې ډیر کم شمیر ناروغانو هایپوترمیا لرله د پورته یادې شوې څیړنې په پرتله، چې لاملونه یې کیدای شي په لاندې ډول وي د ماشومانو د ځانګې د مجربو او کارپوه استادانو نه ستړې کیدونکې هلې ځلې د خوارځواکه ماشومانو په درملنه کې. خوارځواکه ماشومانو ته د موظف ډاکټرصاحبانو په وخت سره رسیده ګي او اقدام. او د ننګرهار تدریسي روغتون د تجهیزاتو په وخت او دقت کارول لکه خوارځواک ناروغ ته په وخت د درملنې لپاره اقدام کول.

زما په څیړنه کې ۱۰۳ تنه ناروغان شامل ول چې ډیری ناروغان ٦۹(٦۷٪) تنه یې په مرسموس اخته ول ،۲۱ (۲۰,۴٪) تنه یې په کواشیرکور اخته ول او پاتې ۱۳ (۱۲,٦٪) تنه یې په مرسمیک کواشیرکور اخته ول، ورته څیړنه د Brooki لخوا په ۱۳۷ خوارځواکه ماشومانو ترسره شوې وه چې ډیر شمیر ناروغان ٦۷ (۴۹٪) تنه یې په مرسموس، ۳۷(۲۷٪) تنه یې په کواشیرکور او ۳۳(۲۴٪) تنه یې په مرسمیک کواشیرکور باندې اخته ول [۱٦]. په یوه بله څیړنه کې چې د Kanan لخوا په ۵۹۳ خوارځواکه ماشومانو ترسره شوې وه د خوارځواکۍ د ډول له مخې ۵۵ (۹,۳٪) تنه یې په کواشیرکور، ۳۹۷ (٦٦,۹٪) تنه یې په مرسموس او ۱۴۱ (۲۳,۲٪) تنه یې په مرسمیک کواشیرکور اخته ول(Kanan,۲۰۱٦). د پورته دوه څیړنو پایلې زما د څیړنې له سره ورته والی لري داسې چې ډیری ناروغان په مرسموس اخته ول په پرتله د کواشیرکور او مرسمیک کواشیرکور.

زما په څیړنه کې ټولټال ۱۰۳ تنه ناروغانو له ډلې څخه ٦۸(٦٦٪) تنو اذیما نه لرله ۹ (۸,۷٪) تنو لومړۍ درجه اذیما، ۱۷(۱٦,۵٪) تنو دوهمه درجه اذیما او ۹(۸,۷٪) تنه ناروغانو دریمه درجه اذیما لرله، یعنې ۱٦,۵ سلنه ناروغانو دوه طرفه اذیما لرله په یوه ورته څیړنه کې چې د Adam لخوا په ۱۰۹۷ خوارځواکه ماشومانو ترسره شوې وه ۱۷۹(۱٦,۳٪) تنه یې په دوه طرفه اذیما باندې اخته ول (Adam,2012). چې پایله یې زما د څیړنې د پایلې سره ورته والی لري.

پایله اخیستنه (Conclusion)

ددې څیړنې اصلي هدف په شدیده خوارځواکۍ اخته ماشومانو کې د هایپوترمیا د پیښنو موندل وه چې په نتیجه کې دې پایلې ته ورسیدو چې په ننګرهار تدریسي روغتون کې په خوارځواکي اخته ماشومانو کې د هایپوترمیا د پیښنو کچه کمه وه چې ۵,۸ سلنه د ناروغانو جوړوي، همدارنګه د خوارځواکي د ډول له مخې ډیری پیښې د مرسموس ډول خوارځواکۍ وې، دعمر له مخې ډیری پیښې په یو میاشتني څخه تر یو کلن ماشومانو کې وې، د جنس له مخې په هلکانو کې د خوارځواکي پیښې لږه کچه له نجونو څخه ډیرې وې او همدارنګه ډیری ناروغان چې د ننګرهار تدریسي روغتون ته راوړل شوي ول له ننګرهار او لغمان ولایت څخه یې مراجعه کړې وه.

وړاندیزونه

- د ټولو ملي او نړیواله سازمانونو او موسساتو څخه هیله لرو چې په ښارى او لري پرتو سیمو کې د خوارځواکۍ په تړاو د عامه پوهاوی پروګرامونه په لاره واچوي تر څو د وګرو پوهاوی د خوارځواکۍ او د هغې د اختلاطاتو په ځانګړی ډول د هایپوترمیا په ارتباط لوړ شي.

- د ټولو والدینو او په خاص ډول درنو مئیندو ځخه هیله کوو چې د خپل ماشوم په تغذي او صحت برخه کې له ډیر پام ځخه کار واخلي داسې چې خپلو ماشومانو ته د واکسین په تطبیق کې غفلت ونه کړي او همداسې کله چې ماشوم لـه ۴-٦ میاشـتنی شـو نـو د مـور د شیدو سره سره ورته نور متمم او مغذي خواراکونه ورکي.
- له ټولو مئیندو ځخه هیله لرو ترځو خپل بدني کمزوري ماشومان ګرم وساتي ترڅو په هایپوترمیا اخته نشي.
- ځرنګه چې د خوارځواکی پیښې په ښاري سیمو کې هم راپور ور کړل شوي چې غوره لامل یې انتانات ښـودل شـوی دی، نـو د ټولو ښاري اوسیدونکو ځخه هیله کوو چې د ځان، کورنی او چاپیریال د حفظ الصحی په برخه کې د پام وړ مثبت ګامونه واخلي.
- له ټولو ډاکټرانو ځخه چې د ماشومانو په ځانګه کې په خدمت بوخت دي پـه خـاص ډول خوارځـواکي پـه ځانګـه کـې موظف ډاکټـر صاحبانو ځخه هیله لرو ترځو ماشومانو ته چې بې زبانه مخلوق دی لـه حـده زیاتـه پاملرنـه وکـړي او وخـت پـه وخـت یـې د تخرګ د تودوخې درجه معاینه کړي ترځو چې له اختلاطاتو ځخه مخنیوي وشي.
- او په پای کې د خپل ګران هم مسلکانو ځخه هیله کوو ترځو متې راونغاړي او د خوارځواکی په نورو اختلاطاتو بانـدې ځیړنـې تـرسره کړي ترځو د خوارځواکی په اړه معلومات لا ډیر شي.

تقدیر او مننه

د دغې ځیړنې ځیرونکی د بایزید روښان د لوړو زده کړو د مؤسسې د طب پوهنځی د کلینیک دیپارتمنت له آمر ډاکټر **رحیم الله ستانکزی** ځخه په مراتبو نړی مننه کوي چې د دغې ځیړنې په ترتیب کې یې نه ستړې کیدونکې هلې ځلې کړیدي.

د ګټو شخړه

د دغې ځیړنې مالي پانګه د بایزید روښان د لوړو زده کړو د مؤسسې د PDC آمریت لخوا په غاړه اخیستل شوی ده.

ORCID

Hikmatullah Safi https://orcid.org/0009-0008-0209-6401

Darakzai Mominyar https://orcid.org/0009-0000-4426-0638

اخځلیکونه

1- شاهید، ایم.، قریشي، ایم. جي.، او احمد، جي. اف) .۲۰۲۰ .(په پاکستان کې د مخکې ښوونځي ماشومانو کـې د سـوء تغـذیې تـولنیز-اقتصادي عوامل: د جنسیت پر بنسټ جلا شوې تحلیل .نړیوال اقتصادي بیاکتنه، ۲، ۴۷-۱۵۹.

- ۲فادبله، سي.، او رومادونا، این. اف. (جون، ۲۰۲۲). په اندونیزیا کې د سوء تغذیې لاملونه: د ادبیاتو مطالعه. پـه شـپږم نړیـوال کنفـرانس د وړکتون تعلیم (ICECE-6 2021) کې (مخونه ۱۵۳-۱۵۹) .اټلانټیس پریس.

- ۳چیابي، ای.، مبانګا، سي.، ماه، ای.، نګوفاک دونګمو، اف.، نګوفـاک، اس.، فـرو، اف.، ... او فـرو، ای. (۲۰۱۷). د وزن-پـه نمـره او د پورتنۍ مینځنۍ بازو چاپیریال د شدیدې حادې سوء تغذیې سره مخ ماشومانو کـې د مړینـې وړانـدوینې پـه توګـه. د اسـتوایي ماشـومانو ژورنـال، ٦٣(٤), ۲٦۰-۲٦٦.

- ٤شاهرین، ایل.، چیستي، ایم. جي.، او احمد، تي) .۲۰۱۵ .(۳,۱ لومړنی او ثانوي سوء تغذیه .د ماشومانو تغذیه په عمـل کـې، ۱۱۳، ۱۳۹-۱۴٦.

5 - Hayat, Samiullah. (2019) Basics Of Pediatrics. Sahar Publications, Kabul,Afghanistan. Pages 37,42,43.

٦ باین،ال،یی،اواح،پی ،کی جارالدین ،ان ،کانددانگ،ان،پی،سیگا،وای،بینارد،ان،او تانجیکو،ای،تی،(۲۰۱۳).خوارځواکی په نیمه وچه افریکا کی:بوج،علتونه،او فرصتونه.پان افریکان طبی جرنل،۱۵(۱)-
۷ منتهالي، تي.، جېکوبز، سي.، سیتالي، اېل.، دامبې، ار.، او میچلو، سي) .۲۰۱۵ .(په زامبیا کې د پنځه کلنو څخه کم عمر لرونکو ماشومانو کې د شدیدې حادې سوء تغذیې (SAM) د مړینې او ناروغیو بڼې: د روغتون پر بنسټ د ریکارډونو پنځه کلن شاتني تحلیل) ۲۰۰۹–۲۰۱۳.(د عامې روغتیا آرشیف، ۷۳)۱(، ۱-۹.-
۸ - مول، تي. بي.، کینیډي، این.، نډویا، این.، او ایمونډ، ای) .۲۰۱۲ .(د شدیدې حادې سوء تغذیې لرونکو ماشومانو کې د هایپوتیرمیا کشف لپاره ترمو سپاټس.
۹ مالټ، ایم. ایل. (۲۰۰۲). د تصادفي هایپوتیرمیا پاتوفیزیولوژيQJM ،. ۹۵)۱۲(، ۷۷۵-۷۸۵.
۱۰- کلویټ، جین. (۲۰۱۵). د شدیدې حادې سوء تغذیې مدیریت. د سویلي افریقا طبي ژورنال، ۱۰۵، ٦۰۵. ۱۰,۷۱۹٦.Samjnew.7782/
- ۱۱ باین،ال،یی،اواح،پی ،کی جارالدین ،ان ،کاندانگ،ان،پی،سیگا،وای،بینارد،ان،او تانجیکو،ای،تی،(۲۰۱۳).خوارځواکی په نیمه وچه افریکا کی:بوج،علتونه،او فرصتونه.پان افریکان طبی جرنل،۱۵(۱)
۱۲- منتهالي، تي.، جېکوبز، سي.، سیتالي، اېل.، دامبې، ار.، او میچلو، سي) .۲۰۱۵ .(په زامبیا کې د پنځه کلنو څخه کم عمر لرونکو ماشومانو کې د شدیدې حادې سوء تغذیې (SAM) د مړینې او ناروغیو بڼې: د روغتون پر بنسټ د ریکارډونو پنځه کلن شاتني تحلیل) ۲۰۰۹–۲۰۱۳.)
۱۳- مول، تي. بي.، کینیډي، این.، نډویا، این.، او ایمونډ، ای) .۲۰۱۲ .(د شدیدې حادې سوء تغذیې لرونکو ماشومانو کې د هایپوتیرمیا کشف لپاره ترمو سپاټس.
١٤- مالټ، ایم. ایل. (۲۰۰۲). د تصادفي هایپوتیرمیا پاتوفیزیولوژيQJM ،. ۹۵)۱۲(، ۷۷۵-۷۸۵.
۱۵- طارق، اې. اس.، نایک، اس. اې.، رفیق، ډبلیو.، او سلیم، ار) .۲۰۱۵ .(د شدیدې حادې سوء تغذیې ډیموګرافیکي او کلینیکي پروفایل او زموږ تجربه د تغذیې بیارغونې مرکز کې د سری نګر، کشمیر د ماشومانو روغتون .نړیوال معاصر ماشومپالنه ژورنال، ۲)۳(۲۳۳-
۱٦- محجوب، ایچ. ایم.، او ادم، ای. (۲۰۱۲). د سوداني ماشومانو ترمنځ د شدیدې سوء تغذیې ناروغتیا او مړینه په نوي حلفه روغتون، ختیځ سودان کې .د استوایي درملو او حفظ الصحې د شاهي ټولنې راکړه ورکړه، ۱۰٦)۱(، ٦٦-٦۸.
۱۷- بروک، او. جی. (۱۹۷۲). د سوء تغذیې سره مخامخ د جمیکایي ماشومانو کې هیپوتیرمیا. د ماشومانو د ناروغیو آرشیف، ٤۷(۲٥٤)، ۵۲۵-۵۳۰.

References:

1- Shahid, M., Qureshi, M. G., & Ahmed, J. F. (2020). Socio-Economic Causes Of Malnutrition Among Pre-School Children In Pakistan: A Gender-Disaggregated Analysis. Global Economics Review, 2, 47-159
2- Fadilah, C., &Romadona, N. F. (2022, June). The Causes Of Malnutrition In Indonesia A Literature Study. In 6th International Conference Of Early Childhood Education (ICECE-6 2021) (Pp. 153-159). Atlantis Press
3- Chiabi, A., Mbanga, C., Mah, E., Nguefackdongmo, F., Nguefack, S., Fru, F., ... &Fru III, A. (2017). Weight-For-Height Z Score And Mid-Upper Arm Circumference As Predictors Of Mortality In Children With Severe Acute Malnutrition. Journal Of Tropical Pediatrics, 63(4), 260-266.
4- Shahrin, L., Chisti, M. J., & Ahmed, T. (2015). 3.1 Primary And Secondary Malnutrition. Pediatric Nutrition In Practice, 113, 139-146.
5- Hayat, Samiullah.(2019) Basics Of Pediatrics. Sahar Publications, Kabul,Afghanistan. Pages 37,42,43.
6- Biem, J., Koehncke, N., Classen, D., &Dosman, J. (2003). Out Of The Cold: Management Of Hypothermia And Frostbite. Cmaj, 168(3), 305-311.
7- Munthali, T., Jacobs, C., Sitali, L., Dambe, R., &Michelo, C. (2015). Mortality And Morbidity Patterns In Under-Five Children With Severe Acute Malnutrition (SAM) In Zambia: A Five-Year Retrospective Review Of Hospital-Based Records (2009–2013). Archives Of Public Health, 73(1), 1-9.
8- Mole, T. B., Kennedy, N., Ndoya, N., &Emond, A. (2012). Thermospots To Detect Hypothermia In Children With Severe Acute Malnutrition.
9- Mallet, M. L. (2002). Pathophysiology Of Accidental Hypothermia. Qjm, 95(12), 775-785.
10-Cloete, Jeane. (2015). Management Of Severe Acute Malnutrition. South African Medical Journal. 105. 605. 10.7196/Samjnew.7782.

11-Biem, J., Koehncke, N., Classen, D., &Dosman, J. (2003). Out Of The Cold: Management Of Hypothermia And Frostbite. Cmaj, 168(3), 305-311.

12-Munthali, T., Jacobs, C., Sitali, L., Dambe, R., &Michelo, C. (2015). Mortality And Morbidity Patterns In Under-Five Children With Severe Acute Malnutrition (SAM) In Zambia: A Five-Year Retrospective Review Of Hospital-Based Records (2009–2013). *Archives Of Public Health*, *73*(1), 1-9.

13-Mole, T. B., Kennedy, N., Ndoya, N., &Emond, A. (2012). Thermospots To Detect Hypothermia In Children With Severe Acute Malnutrition.

14-Mallet, M. L. (2002). Pathophysiology Of Accidental Hypothermia. Qjm, 95(12), 775-785.

15-Tariq, A. S., Naik, S. A., Rafiq, W., &Saleem, R. (۲۰۱۵). Demographic, Clinical Profile Of Severe Acute Malnutrition And Our Experience Of Nutrition Rehabilitation Centre At Children Hospital Srinagar Kashmir. *Int J Contemppediatr*, ۲(۳), ۲۳۳-۲.

16-Mahgoub, H. M., & Adam, I. (2012). Morbidity And Mortality Of Severe Malnutrition Among Sudanese Children In New Halfa Hospital, Eastern Sudan. *Transactions Of The Royal Society Of Tropical Medicine And Hygiene*, *106*(1), 66-68

17-Brooke, O. G. (1972). Hypothermia In Malnourished Jamaican Children. Archives Of Disease In Childhood, 47(254), 525-530.