



وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
معاونت بهداشتی

مراقبت های ادغام یافته سلامت کودکان

از مجموعه کتب آموزش کاردانی بهورزی

تهیه و تدوین :

مهناز خوش ودود مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان بندر انزلی

اختر فرج زاده مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان تالش

آخرین بازنگری و تنظیم مجدد :

اختر فرج زاده مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان تالش

خرداد ۱۴۰۲

«با نظارت و هماهنگی واحد آموزش بهورزی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان»



مجموعه حاضر به همت واحد آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی گیلان با هدف دسترسی فراگیران بهورزی به مجموعه ای منسجم، کاربردی و منطبق بر نیازهای عرصه کار و فعالیت در خانه بهداشت تهیه گردیده است.

در تدوین این مجموعه، از بسته های آموزشی (غیرحضوری) تهیه شده توسط مربیان محترم مرکز آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی کرمانشاه خانمها سرشین نظری، مریم کرمان، حدادیان و نهیبه فتاحی، فرزانه سلیم تبار استفاده گردید. بعد از پیاده سازی کلیه مطالب ارائه شده در بسته های فوق توسط خانم مهناز خوش ودود مربی مرکز آموزش بهورزی انزلی با همکاری خانم اختر فرج زاده مربی مرکز آموزش بهورزی تالش تمام مطالب درس کودکان در سال ۱۴۰۰ بازنگری و مباحثی جهت تکمیل مطالب از منابع اصلی به بسته آموزشی افزوده شد.

بازنگری و تنظیم مجدد در اردیبهشت سال ۱۴۰۱ توسط خانم اختر فرج زاده با همکاری خانم زهرا صدرممتاز مربی شهرستان آستانه انجام گردید.

آخرین بازنگری توسط خانم اختر فرج زاده در خرداد ماه ۱۴۰۲ مطابق با آخرین دستورالعمل ها، بوکلت مراقبتهای ادغام یافته کودک سالم ۱۴۰۰، راهنمای بوکلت کودک سالم ۱۴۰۰، بوکلت مانا ۱۴۰۰ (چاپ سوم) و سامانه سیب انجام شده و مجدداً تنظیم گردید.

پیشگفتار:	۲
فصل اول: آشنایی با برنامه های سلامت کودکان در نظام سلامت:	۳
- برنامه های اصلی سلامت کودکان	
فصل دوم: آشنایی با روش معاینه کودک در اولین مراجعه:	۱۰
شناسایی بارداری های پر خطر و اصول مدیریت کودکان حاصل از بارداری های پر خطر	
بیماری ها و مشکلات نوزادان از قبیل ناهنجاری های مادرزادی، صدمات زایمانی و مشکلات بند ناف	
فصل سوم : آشنایی با کودک سالم ، اصول مراقبت و پیگیری کودکان سالم و روش گرفتن شرح حال کودک:	۲۳
- اصول مراقبت کودک سالم	
- روش گرفتن شرح حال کودک و روند مراقبت کودک سالم	
- نکات مهم در برقراری ارتباط مناسب با مادر کودک	
فصل چهارم : مراقبت از نوزاد نارس و سایر نوزادان و کودکان پرخطر:	۲۷
- بررسی های عمومی نوزاد پر خطر	
- مشخصات ظاهری نوزاد نارس	
- مشکلات نوزاد نارس	
فصل پنجم: آشنایی با نحوه ارزیابی کودک از نظر نشانه های خطر :	۳۶
- ارزیابی کودک زیر ۲ ماه از نظر نشانه های خطر	
- ارزیابی کودک ۲ تا ۵ سال از نظر نشانه های خطر	
فصل ششم: آشنایی با اندازه گیری وزن، قد، دور سر و ثبت آن:	۴۳
اصول پایش رشد کودکان ، اختلال رشد و نحوه مدیریت آن در کودکان زیر پنج سال	
- ارزیابی کودکان از نظر وزن برای سن و ارائه توصیه های متناسب با طبقه بندی	
- ارزیابی کودکان را از نظر قد برای سن و ارائه توصیه های متناسب با طبقه بندی	
- ارزیابی کودکان را از نظر وزن برای قد و ارائه توصیه های متناسب با طبقه بندی	
- ارزیابی کودکان را از نظر دور سر و ارائه توصیه های متناسب با طبقه بندی	
- شناسایی کودک دچار اختلال رشد و اقدامات لازم	
فصل هفتم: آشنایی با مفاد ترویج تغذیه با شیرمادر و حمایت از مادران:	۶۱
شناسایی ده اقدام دوستدار کودک، نحوه پایش و ارزشیابی بیمارستانهای دوستدار کودک	
- مفاد قانون ترویج تغذیه با شیر مادر و حمایت مادر	

- بیمارستان دوستدار کودک
- دستور العمل ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان دوستدار کودک شامل ده اقدام برای تغذیه موفق شیرخواران با شیر مادر
- اهمیت هم اتاقی مادر و شیرخوار
- آماده کردن مادر باردار برای شیردهی و حمایت از او

فصل هشتم: شیر مادر ۶۸

اهمیت ، اصول تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد و نحوه پایش آن ، مشاوره با مادر در مورد روش صحیح شیردهی ، انواع پوزیشن های شیردهی ، روش دوشیدن، نگهداری و مصرف شیر مادر ، مشکلات شایع شیردهی

- مزایای شیرمادر
- شرایط و مراقبت های لازم برای موفقیت تغذیه با شیر مادر
- مشاوره با مادر در مورد روش صحیح شیر دهی وانواع پوزیشن های شیر دهی
- روش دوشیدن شیر مادر و نگهداری آن
- تغذیه با فنجان
- مشکلات شایع شیردهی
- مشکلات شایع پستانی

فصل نهم : تغذیه شیرخواران بیمار ونوزادان کم وزن: ۱۰۶

- اصول تغذیه نوزاد نارس و کم وزن با شیر مادر
- نحوه انجام مراقبت آغوشی یا کانگورویی
- روشهایی جایگزین و غیر مستقیم تغذیه نوزاد نارس
- تغذیه نوزادان دچار زردی
- تغذیه شیرخواران دو یا چند قلو
- تغذیه با شیرمادر در کودکان با شکاف کام و لب

فصل دهم : تغذیه جایگزین در ۶ ماه اول تولد : ۱۲۲

اصول تغذیه مصنوعی در شیرخواران سال

- حمایتهای لازم برای شیرخواران محروم از شیر مادر
- تولید شیر و شیردهی در فرزندخواندگی
- مخاطرات تجویز غیر ضروری مکمل
- دستورالعمل کشوری جهت تجویز شیر مصنوعی
- نکات مهم در تغذیه با شیر مصنوعی

فصل یازدهم: آشنایی با اصول تغذیه تکمیلی و تغذیه بومی کودکان وآماده کردن بهداشتی غذاها : ۱۳۰

- اهمیت تغذیه تکمیلی
- خطرات شروع زود هنگام غذاهای تکمیلی.
- خطرات شروع دیر هنگام غذاهای تکمیلی.
- نحوه شروع و نوع غذاهای تکمیلی
- تغذیه در سنین ۶-۸ ماهگی
- تغذیه در سنین ۹-۱۱ ماهگی

- نقش گروه های غذایی در رشد و سلامت شیرخوار
- روشهای مقوی و مغذی کردن
- تغذیه در سال دوم زندگی

فصل دوازدهم: آشنایی با تغذیه شیر خوار و کودک خرد سال: ۱۴۳

- شیر خواران زیر ۶ ماه را از نظر وضعیت تغذیه تا پایان ۶ ماهگی ارزیابی کنند.
- کودکان ۶ ماه تا ۲۴ ماه را از نظر وضعیت تغذیه ای ارزیابی کنند.

فصل سیزدهم: شناسایی و مدیریت مشکلات تغذیه ای کودکان و مشاوره با مادر در مورد مشکلات تغذیه ای ، شناسایی و

کاربرد اصول مکمل درمانی در کودکان (اختلال رشد و سوء تغذیه و نحوه مدیریت آن در کودکان زیر پنج سال)..... ۱۶۴

- نقش و اهمیت تغذیه در سلامت کودکان.
- اختلال رشد (افزایش ناکافی وزن کودک) و سوء تغذیه
- مراقبت تغذیه ای کودکان لاغر و کم وزن
- نکات مهم در مراقبت کودکان با اضافه وزن و چاقی
- مراقبت های تغذیه ای کودکان مبتلا به کوتاه قدی
- مشاوره تغذیه ای با مادر کودک در زمینه تاخیر رشد و سوء تغذیه
- کمبودهای تغذیه ای رایج در ایران

فصل چهاردهم: ارزیابی کودک از نظر وضعیت بینایی ، شنوایی، دهان و دندان: ۱۷۷

- ارزیابی کودک از نظر بینایی
- مشاوره با مادر برای سلامت چشم کودکان
- ارزیابی کودک از نظر شنوایی
- مشاوره با مادر برای سلامت گوش در کودکان
- ارزیابی کودک زیر ۲ سال از نظر سلامت دهان و دندان
- ارزیابی کودک بالای ۲ سال از نظر سلامت دهان و دندان
- اهمیت حفظ دندانهای شیری

فصل پانزدهم : اصول تکامل کودکان ، نحوه غربالگری و پیگیری مشکلات تکاملی و ارزیابی کودکان از نظر وضعیت

تکاملی: ۱۹۷

- روند تکامل در کودکان از بدو تولد تا پایان پنج سالگی
- ارزیابی کودک از نظر وضعیت تکاملی (RED FLAG)
- ارزیابی کودک از نظر وضعیت تکاملی مطابق پرسشنامه ASQ
- ابزار غربالگری تکامل کودکان ASQ-3
- ابزار غربالگری تکامل کودکان ASQ:SE-2
- آشنایی با تست بیلی
- راهکارهای ارتقاء تکامل کودکان

- فصل شانزدهم: آشنایی با نحوه ارزیابی کودک از نظر ژنتیک، واکسیناسیون، مصرف مکملها، بدرفتاری با کودک
، ارزیابی کودک از نظر کم کاری تیروئید ، ارزیابی کودک از نظر فنیل کتون اوری (PKU) ، غربالگریها
۲۲۷

- نحوه ارزیابی کودک از نظر ژنتیک
- ارزیابی کودک را از نظر واکسیناسیون و مصرف مکملها
- نحوه ارزیابی بدرفتاری با کودک
- ارزیابی کودک از نظر کم کاری تیروئید
- ارزیابی کودک از نظر فنیل کتون اوری (PKU)
- ارزیابی کودک از نظر فشار خون
- غربالگری های انتخابی

فصل هفدهم : (نشانه شناسی و علائم شایع در بیماریهای کودکان) (با تاکید بر علائم خطر نیازمند رسیدگی
فوری): ۲۴۲

- علائم خطر نیازمند به رسیدگی فوری در کودکان
- ارزیابی کودک ۲ ماه تا ۵ سال را از نظر علائم و نشانه های خطر فوری
- ارزیابی کودک ۲ ماه تا ۵ سال را از نظر علائم و نشانه های خطر.
- ارزیابی کودک ۲ ماه تا ۵ سال را از نظر سرفه و تنفس مشکل
- ارزیابی کودک ۲ ماه تا ۵ سال را از نظر اسهال و کم آبی
- ارزیابی کودک ۲ ماه تا ۵ سال را از نظر تب
- ارزیابی کودک ۲ ماه تا ۵ سال را از نظر مشکل گوش
- ارزیابی کودک ۲ ماه تا ۵ سال را از نظر گلودرد
- ارزیابی کودک زیر ۲ ماه را از نظر علائم و نشانه های احتمال بیماری خیلی شدید
- ارزیابی کودک زیر ۲ ماه را از نظر علائم عفونتهای موضعی
- ارزیابی کودک ۲ زیر ماه را از نظر علائم و نشانه های زردی
- ارزیابی کودک زیر ۲ ماه را از نظر اسهال و کم آبی
- ارزیابی کودک زیر ۲ ماه را از نظر مشکل شیر خوردن و کم وزنی

فصل هجدهم : ارزیابی، طبقه بندی و درمان کودک سانحه دیده و مصدوم (سوختگی ، مسمومیت ، گزیدگی و ...):
۳۰۵

- ارزیابی و طبقه بندی کودک با شرح حال حادثه
- ارزیابی و طبقه بندی کودک با شرح حال سوختگی
- ارزیابی و طبقه بندی کودک با شرح حال مسمومیت
- ارزیابی و طبقه بندی کودک با شرح حال گزش و گزیدگی

جهت مطالعه فراگیران :

آشنایی با پیگیری و بازدید از منزل در مراقبت از کودکان و دادن آموزش های لازم به خانواده) :..... ۳۳۱

- تعریف بازدید از منزل
- اهداف بازدید از منزل در برنامه کودکان.
- بازدید از منزل را با کمک مربی برنامه کودکان (در خصوص برنامه سلامت کودک)
- ثبت نتیجه بازدید از منزل را در فرم ها و دفاتر و سامانه سیب.
- ارائه آموزش های لازم به مادرهنگام بازدید از منزل

آشنایی با دفاتر و فرم های مراقبتی ، آماری و گزارش دهی) :..... ۳۳۶

- شاخص های سلامت کودکان
- نحوه محاسبه شاخص در رده های سنی مختلف کودک
- مسیر استخراج شاخص ها از سامانه سیب.

آشنایی با سایر برنامه های مراقبت از کودکان:..... ۳۴۸

- احیای پایه در شیرخواران و کودکان
- برنامه بهبود کیفیت مراقبت های نوزادی مبتنی بر شواهد بر اساس ده گام EPIQ
- آشنایی با نحوه توانمندسازی والدین جهت مراقبت و نگهداری از نوزاد

ضمیمه ها ۳۵۷

منابع: ۴۹۳

پیشگفتار:

رشد و تکامل کودک از دوران جنینی آغاز می شود و با مراقبت و تغذیه مطلوب در دوران بارداری ، فرصت رشد و تکامل مطلوب کودک که حق طبیعی اوست فراهم می شود . مهمترین دوران رشد و نیز تکامل مغزی کودک در دو سال اول زندگی ست که نقش قابل ملاحظه ای بر عملکرد ذهنی ، جسمی ، روانی ، اجتماعی و ایمنی کودک دارد. تجربیاتی که کودک در سال های سوم تا پنجم زندگی کسب می کند او را برای کسب مهارت های اجتماعی و یادگیری در دوران مدرسه آماده می سازد . تجربیات و مهارت های کودک در ۵ سال اول برای موفقیت او در دوران تحصیل حیاتی است . مراقبت از کودک، حمایت ،آموزش و رشد و تکامل مطلوب ، از دوره لقاح آغاز می شود و نه تنها مراقبت کودک بلکه مراقبت از مادر نیز برای بقاء ، رشد و تکامل کودک حائز اهمیت است . کودکانی که از مراقبت مطلوب برخوردارند در آموزش و سایر جنبه های اجتماعی از بقیه جلوتر هستند ، توان تولید بیشتری دارند و به قانون بیشتر احترام می گذارند، لذا در صورتیکه در ۵ سال اول خدمات و مراقبت های با کیفیتی در دسترس باشند، هزینه های آینده برای آموزش ، بهداشت و هزینه های اجتماعی کاهش خواهد یافت و سرمایه های اجتماعی فزونی می یابد.

برنامه مراقبت کودک سالم به دنبال یافتن راهی برای جداکردن کودکان سالم از کودکان به ظاهر سالم یا مستعد به بیماری است که هنوز نشانه های اختلال بیماری در آنها مستقر نشده است .در حقیقت هدف این برنامه طراحی نظام غربالگری استاندارد مراقبت کودکان صفر تا پنج سال و اجرای آن می باشد .به همین منظور مجموعه ای تحت عنوان مراقبت کودک سالم کمتر از ۵ سال، برای پیشگیری از بیماری با استفاده از نشانه های بالینی تهیه شده است. به امید اینکه با تهیه این مجموعه گامی کوچک در تامین سلامت کودکان کشور برداشته و رضای حق تعالی را جلب کرده باشیم.

فصل ۱: آشنایی با برنامه های سلامت کودکان در نظام سلامت

اهداف آموزشی:

انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

۱. برنامه های سلامت کودکان در نظام سلامت را نام ببرد.
۲. اهداف کلی و اختصاصی برنامه های سلامت کودکان را در نظام سلامت بیان کند.
۳. گروه هدف و گیرندگان خدمت و ارائه دهندگان خدمت برنامه های سلامت کودکان را نام ببرد.
۴. روند اجرای مراقبت ها را با توجه به اجزای برنامه های سلامت کودکان شرح دهد.

کودکان، سرمایه های اصلی و آینده سازان کشور عزیز ما هستند. رویکرد به کودک و سلامتی او اولیویتی همیشگی است. توجه به کودکان در واقع ارزش شمندترین سرمایه کشوری در جهت نیل به توسعه پایدار است. این توجه باید عادلانه باشد و به آنها که نیازمند تر هستند توجه بیشتری شود. سلامت جزئی از حقوق اولیه هر یک از کودکان است. کودکانی که اگر امروز به توانمندی های جسمی و ذهنی خود نرسند فردا برایشان دیر است.

تاریخچه برنامه های سلامت کودکان در کشور

خدمات سلامت و بهداشت کودکان در کنار خدمات سلامت مادران از سالها پیش در کشور ما آغاز شد. این خدمات با راه اندازی شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی در سال ۱۳۶۳ و قرار گرفتن مراقبت های بهداشتی مادر و کودک به عنوان یکی از اجزای اصلی آن از چارچوب و ساز و کار مشخص برخوردار شد. اجزای اصلی مراقبت های بهداشتی کودکان تا سال ۱۳۷۹ را کنترل بیماری های اسهالی، کنترل عفونت های تنفسی، ترویج تغذیه با شیر مادر و راه اندازی بیمارستان های دوستدار کودک، احیای نوزادان، آموزش کارکنان

بهداشتی برای مراقبت از کودکان، شناخت کودکان بیمار و در معرض خطر و ارجاع آنان به سطوح بالاتر تشکیل می داد. در سال های اخیر پوشش خوب مراقبت های بهداشتی اولیه دستاوردهای قابل توجهی در زمینه سلامت کودکان به همراه داشته است. از سال ۷۹ تا به امروز تغییراتی در سیاست ها و برنامه های سلامت کودکان در کشور رخ داد. تغییرات عمده در فرایند ارائه خدمات به کودکان از اوایل دهه ۸۰ با مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال و بعد از آن با اجرای مراقبت های ادغام یافته کودک سالم و نظام مراقبت مرگ کودک ادامه یافت.

هدف کلی برنامه های سلامت کودکان:

تامین ، حفظ و ارتقاء سطح سلامت کودکان ، کاهش بار بیماریهای اولویت دار ، کاهش میزان مرگ و میر و بهبود تغذیه گروه سنی زیر ۵ سال .

اهداف اختصاصی:

۱. دستیابی به پوشش حداقل ۱۶ بار مراقبت در کودکان زیر ۵ سال
۲. کاهش درصد ابتلاء به بیماریهای شایع در کودکان بیمار زیر ۵ سال
۳. تلاش در جهت بهبود تغذیه کودکان زیر پنج سال و کاهش سوء تغذیه
۴. دستیابی به افزایش میانگین سن قطع شیردهی
۵. افزایش درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی

گروه هدف و ارائه دهندگان برنامه های سلامت کودکان

- گروه هدف کودکان زیر ۵ سال ساکن در کشور اعم از ایرانی و غیرایرانی است .
- ارائه دهندگان خدمت بهورزان ، مراقبین سلامت و پزشکان می باشند.

برنامه های سلامت کودکان:

در حال حاضر برنامه های سلامت کودکان (گروه سنی زیر ۵ سال) به شرح زیر در سطوح مختلف بهداشتی اجرا می شود:

۱. برنامه سلامت نوزادان
۲. برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک سالم و تکامل کودکان
۳. برنامه مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال (مانا) و پیشگیری از سوانح و حوادث
۴. برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر
۵. برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه
۶. برنامه احیای پایه اطفال

برنامه نوزادان:

دوره نوزادی به ۲۸ روز اول تولد اطلاق می شود، این دوره برای شیر خواری که در حال تکمیل بسیاری از تطابق های فیزیولوژیک مورد نیاز برای زندگی خارج رحمی است، دوره ای بسیار آسیب پذیر محسوب می شود. میزان بالای مرگ و میر و موربیدیت در دوره نوزادی، آسیب پذیر بودن کودک را در طول این دوره زمانی تصدیق می کند. کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال یکی از اهداف توسعه هزاره می باشد و از آن جایی که مرگ نوزادان درصد زیادی از مرگ کودکان زیر ۵ سال را به خود اختصاص داده است بدون توجه به سلامت نوزادان کاهش مرگ و میر این گروه سنی میسر نخواهد بود. با ارائه مراقبت صحیح و استاندارد در دوه نوزادی، فرصت رشد و تکامل مطلوب که حق طبیعی اوست فراهم می گردد .

روند اجرای برنامه نوزادان:

یکی از برنامه های اخیر مدیریت سلامت جمعیت، خانواده و مدارس برنامه توانمند سازی والدین و مراقبین نوزاد می باشد . در این برنامه با استفاده از منابع آموزشی قدم نورسیده مبارک و مراقبت و نگهداری از نوزاد نارس آموزش های لازم به والدین و مراقبین کودک توسط مراقبین سلامت در راستای دستیابی به اهداف برنامه ارائه می شود. همچنین برای پیشگیری از رتینو پاتی دوران نوزادی (ROP)، حساس سازی و آموزش پرسنل بهداشتی و والدین نوزادان پرخطر در دستور کار این مدیریت می باشد. همه نوزادان در حال حاضر بر اساس بوکلت چارت های مراقبت ادغام یافته کودک سالم ویژه پزشک و غیر پزشک در ویزیت های برنامه ریزی شده از نظر پایش رشد، تغذیه با شیر مادر، وضعیت بینایی، شنوایی، تکامل، واکسیناسیون، مکمل های

دارویی و غربالگری ها ارزیابی و طبقه بندی شده و در صورت نیاز، اقدامات مداخله ای مناسب جهت آنان انجام می شود. ویزیت ها در ۲ نوبت ۳ تا ۵ روزگی و ۱۴ تا ۱۵ روزگی پس از تولد شروع، سپس در ۳۰ تا ۴۵ روزگی برای کودک ادامه می یابد.

برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک سالم

برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک سالم مجموعه ای از اصول، راهکارها و اقدامات برای حفظ و ارتقای سلامت کودکان است. هدف از برنامه ملی مراقبت های ادغام یافته کودک سالم حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مطلوب و پاسخ به بخش عمده ای از نیازهای پیشگیری شیر خواران و کودکان است. این برنامه به دنبال یافتن راهی برای جدا کردن کودکان سالم از کودکان به ظاهر سالم یا مستعد بیماری و ارائه خدمات مراقبتی به این کودکان است. برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک سالم، اول بار در سال ۱۳۸۳ در اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت تدوین و از سال ۱۳۸۴ در شبکه های بهداشتی و درمانی و خانه های بهداشت کشور اجرایی گردید. این برنامه از سال ۱۳۸۸ در کوریکولوم آموزشی دوره پزشکی عمومی و تخصصی کودکان ادغام شد.

در حقیقت این برنامه بدنبال ایجاد فرصت های برابر رشد و تکامل کودکان است.

اجزا و روند اجرای مراقبت های ادغام یافته کودک سالم:

در برنامه کودک سالم کلیه کودکان زیر ۵ سال از نظر معاینه بالینی، علائم و نشانه های خطر، پایش رشد، دور سر، تغذیه با شیر مادر، تغذیه کمکی، وضعیت بینایی، شنوایی، دهان و دندان، تکامل، واکسیناسیون، مکمل های دارویی، آزمایش ها، بدرفتاری با کودک، وضعیت فرزندآوری مادر، ژنتیک، هیپوتیروئیدی، فنیل کتونوری و غربالگریها بررسی گردیده و آموزش در راستای پیشگیری از حوادث و سوانح، رابطه متقابل کودک و والدین و... ارائه شده و خدمت لازم را دریافت می کنند. این ویزیت ها در ۳ تا ۵ روزگی، ۱۴ تا ۱۵ روزگی و ۳۰ تا ۴۵ روزگی انجام می شود. سپس مراقبت ها در ۲ ماهگی، ۴ ماهگی، ۶ ماهگی، ۷ ماهگی، ۹ ماهگی، ۱۲ ماهگی، ۱۵ ماهگی، ۱۸ ماهگی، ۲ سالگی، ۲/۵ سالگی، ۳ سالگی، ۴ سالگی و ۵ سالگی ادامه می یابد.

مراقبت های ادغام یافته کودک سالم برای دو سطح پزشک و غیر پزشک طراحی شده است.

برنامه مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال (مانا)

هر ساله چندین میلیون کودک زیر ۵ سال در کشورهای در حال توسعه به علت بیماری های شایع دوران کودکی می میرند که بخش عمده ای از این مرگ ها در اولین سال تولد رخ می دهد و به علت عفونت های حاد تنفسی، اسهال، سوء تغذیه و یا ترکیبی از آن می باشد که با تشخیص و درمان صحیح و مناسب قابل پیشگیری است. در سالهای اخیر حوادث و سوانح غیر عمدی از اولویت های اساسی سلامت کودکان به شمار می آید، بنابراین مهار آسیبهای کودکان باید در مرکز توجهات قرار گیرد تا از مرگ و میر و معلولیت های کودکان کاسته و کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشد.

سازمان جهانی بهداشت با همکاری یونسف و بسیاری از موسسات و افراد دیگر در سال ۱۹۹۲ IMCI (مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال) را که حاوی تدابیر موثر درمانی به همراه موارد ساده پیشگیری است را به عنوان مهم ترین استراتژی برای کاهش مرگ و میر کودکان در کشورهای در حال توسعه توصیه و اجرا نمودند. با توجه به نکات فوق و با توجه به تغییر نیازهای بهداشتی جامعه، افزایش سطح آگاهی خانواده ها و امکان دسترسی به خدمات مطلوب تر، اداره سلامت کودکان در راستای ارتقاء سطح سلامت کودکان و به منظور اصلاح برنامه های موجود، در سال ۱۳۸۱ مانا را به عنوان راهبردی برای کاهش مرگ و میر و همچنین ارتقاء سطح سلامت کودکان پذیرفت و به صورت گسترده در کل کشور به اجرا درآورد.

برنامه مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال (مانا) راهبردی است ادغام یافته برای تشخیص و درمان عمده ترین بیماری های دوران کودکی که بیشترین میزان ابتلا و مرگ و میر را سبب می شود. گروه هدف مانا کودکان زیر ۵ سال است.

مانا برنامه های مختلف مراقبت کودکان را با یکدیگر ترکیب نموده و مهمترین و شایعترین علل مراجعه و مرگ و میر کودکان را دربر گرفته، تشخیص و درمان صحیح بیماریها را براساس نشانه های موجود امکان پذیر می سازد. مانا حاوی اصول راهنما برای آموزش به مادران است تا خانواده ها در بهبودی کودک خود مشارکت نموده و با اجرای صحیح اقدامات پیشگیری از جمله تغذیه صحیح کودک، انجام به موقع واکسیناسیون و ... از ابتلا و یا شدت بیماری وی جلوگیری کنند.

روند اجرای برنامه مانا:

استراتژی مانا، مراقبت از کودک بیمار را در دو بخش کودکان کمتر از ۲ ماه و ۲ ماه تا ۵ سال به شرح زیر ارزیابی و طبقه بندی کرده و اقدام مناسب را پیشنهاد می کند.

شیر خواران زیر ۲ ماه: علائم و نشانه های خطر و عفونت های موضعی ، زردی ، اسهال و کم آبی ، مشکل شیر خوردن/کم آبی ، ایمن سازی و مکمل یاری و سایر مشکلات.

شیر خواران ۲ ماه تا ۵ سال: علائم خطر فوری تهدید کننده حیات، علائم و نشانه های خطر ، سرفه یا تنفس مشکل، اسهال و کم آبی، تب ، مشکل گوش / گلودرد ، کم وزنی ، ایمن سازی و مکمل های دارویی ، سایر مشکلات.

مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال برای دو سطح پزشک و غیر پزشک طراحی شده است

برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر

ترویج تغذیه با شیرمادر در طی سالیان اخیر، با گسترش دانش بشری مورد توجه روز افزون قرار گرفته و نقش شیرمادر به عنوان اولین واکسن کودک، همچنین تأثیر آن در کاهش بیماریهایی از قبیل اسهال و عفونت های حاد تنفسی و گوارشی، کاهش بیماریهای غیرعفونی نظیر فشارخون بالا و دیابت از خصوصیات منحصر به فرد شیرمادر شناخته شده است.

اهمیت شیرمادر در تکامل جسمی و ذهنی کودکان، یکی از مسائل غیر قابل انکار در علم پزشکی است. شیردهی مادر بهترین روشی است که می تواند نیازهای عاطفی کودک را تأمین نماید و موجب ایجاد دلبستگی ایمن در کودک شود. تماس چشمی و پوستی که در حین شیردهی با کودک برقرار می شود، می تواند به رشد عواطف سالم در کودک منجر شود. در آغوش گرفتن کودک و صحبت کردن با او در هنگام شیردهی، به رشد بیشتر قوای شناختی کودک کمک می کند در هنگام شیردهی، به دلیل رضای روانی که برای مادر ایجاد می شود، اضطراب و افسردگی در مادر کاهش می یابد. با توجه به اینکه 4 هفته اول عمر مهم ترین و حساس ترین دوران زندگی شیرخوار است، مهم ترین عامل در جلوگیری از مرگ و میر در آنها تغذیه با شیرمادر است.

هدف کلی برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر ، تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی و تداوم

تغذیه با شیر مادر همراه با غذای کمکی تا پایان دو سالگی می باشد.

جهت ترویج تغذیه با شیر مادر " اقدامات دهگانه " به عنوان معیارهای جهانی برای شروع موفق شیردهی در بخشهای زنان و زایمان بیمارستانها و زایشگاهها از سوی سازمان جهانی بهداشت و یونیسف در سال ۱۹۹۱ اعلام شد و متعاقب آن راه اندازی بیمارستانهای دوستدار کودک در کشور ما از سال ۷۱ آغاز شد.

اولین بیمارستانها با گذراندن آموزشهای لازم به اجرای ۱۰ اقدام پرداختند و لوح دوستدار کودک را دریافت نمودند. شواهد ومدارک از سراسر جهان حاکی از آن است که اجرای ۱۰ اقدام در بیمارستانها نقش کلیدی در شروع موفق شیردهی دارد که تاثیر بسزایی بر تداوم شیردهی نیز دارا است .

یکی از اقدامات حمایتی این برنامه در مواردی که کودک زیر یکسال به دلایل قابل قبول پزشکی قادر به استفاده از شیر مادر نیست، استفاده از شیر مصنوعی یارانه ای است که در مراکز روستایی و خانه های بهداشت بصورت قوطی شیر و در مراکز شهری بصورت کوپن جهت دریافت شیر از داروخانه تامین می شود.

نظام مراقبت مرگ کودکان تا ۵۹ ماهه

طراحی نظام کشوری مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه توسط اداره سلامت کودکان از نیمه دوم سال ۱۳۸۵ به صورت آزمایشی در دانشگاه های علوم پزشکی کشور و اجرای آن از اول سال ۱۳۸۶ در سراسر دانشگاه های کشور آغاز گردید و تا کنون نیز اطلاعات در دو سطح بهداشت و درمان در حال جمع آوری و بار گذاری در سایت مرتبط میباشد. این نظام با هدف کلی کاهش مرگ و میر کودکان از طریق بررسی تاریخچه هر مورد مرگ ، از زمان بروز اولین علامت خطر تا فوت، تلاش می کند تا با شناخت عوامل مساعد کننده قابل مداخله مرگ کودکان، و با طراحی اقدامات مداخله ای ، آنها را کنترل نموده و یا اثر آن ها را کاهش دهد..

برنامه احیا پایه کودک

عملیات احیای قلبی ریوی سریع می تواند میزان بقای عمر ناشی از ایست قلبی را بهبود بخشد. متأسفانه تعداد زیادی از کودکان نیازمند، احیای با کیفیت بالا را دریافت نمی کنند. باید علاوه بر افزایش کیفیت عملیات احیای انجام شده توسط افراد حرفه ای و غیر حرفه ای، تعداد افراد غیر حرفه ای که احیا را آموزش می بینند نیز افزایش دهیم. عملیات احیا سریع و موثر توسط یک ناظر(اعم از والدین، مراقبین و یا هر فرد بزرگسال آموزش دیده حاضر در صحنه)، می تواند منجر به برگشت موفق خودبخودی گردش خون و زنده ماندن کودک آسیب دیده با وضعیت عصبی سالم گردد.

فصل ۲: آشنایی با روش معاینه کودک در اولین مراجعه

شناسایی بارداری های پر خطر و اصول مدیریت کودکان حاصل از بارداری های پر خطر ، بیماری ها و مشکلات نوزادان از قبیل ناهنجاری های مادرزادی، صدمات زایمانی و مشکلات بند ناف



اهداف آموزشی:

انتظار می رود در پایان این درس فراگیر بتواند :

۱. مادران باردار پرخطر را به درستی شناسایی کند .
۲. انواع بارداری های پرخطر را نام ببرد.
۳. اصول کلی مراقبت از بارداری های پرخطر را توضیح دهد.
۴. زمان اولین معاینه در کودک را بیان کند.
۵. اصول و نکات مورد بررسی در اولین معاینه کودک را شرح دهد .
۶. ارجاع و پیگیری در هنگام اولین معاینه کودک را به درستی انجام دهد .
۷. انواع ناهنجاری های مادرزادی در نوزادان را بیان کند.
۸. انواع صدمات زایمانی را بیان کند .
۹. علل و علائم و درمان عفونت بند ناف در نوزاد را بیان کند .
۱۰. روشهای پیشگیری از عفونت بند ناف را توضیح دهد.

شناسایی مادران باردار پرخطر:

بارداری پر خطر مواردی است که احتمال سقط ، زایمان زودرس ، محدودیت رشد داخل رحمی، بیماری جنین یا نوزادی ، مالفورماسیون های مادرزادی ، عقب ماندگی ذهنی ، یا سایر معلولیت ها را افزایش می دهد. به منظور شناسایی صحیح مادران باردار پرخطر اولین اقدام شناسایی آنان قبل از بارداری و در مراقبتهای پیش از بارداری می باشد . این مادران به طور کلی به چند دسته تقسیم می شوند :

- ۱- زنانی که مبتلا به بیماری زمینه ای یا مشکل خاص می باشند .
 - ۲- زنانی که در بارداری و زایمان قبلی مشکل خاصی داشته اند (پره اکلامپسی، زایمان زودرس، دیابت بارداری و ...)
 - ۳- زنانی که به دلیل وضعیت فعلی خود در صورت باردار شدن، احتمال داشتن بارداری پر خطر در آنان زیاد است (مانند داشتن BMI بالا ، سن زیر ۱۸ و بالای ۴۰ سال و ..)
 - ۴- زنانی که به دلیل داشتن رفتارهای پرخطر (همسر معتاد یا زندانی و ...) یا سوء مصرف مواد در صورت بارداری ، امکان دارد بارداریشان از نوع پر خطر باشد .
- با شناسایی این گروه از زنان می توان با انجام مراقبتهای پیش از بارداری و اقدامات درمانی لازم ، از وقوع بارداری پرخطر در آنان پیشگیری نمود و یا بارداری پر خطر آنان را مدیریت کرد. کنترل وضعیت مادر قبل و حین بارداری ، تامین کننده سلامت وی و جنینش در دوران قبل و پس از تولد می باشد .
- از موارد دیگری که ما را در مدیریت بارداری های پر خطر یاری می کند ، انجام مراقبتهای با کیفیت دوران بارداری است . انجام این مراقبتهای به ما کمک می کند اقدامات پیشگیرانه، درمانی و مراقبتی را جهت تامین سلامت مادر و جنین وی انجام دهیم . بعلاوه با آگاهی از مشکلات نوزادان متولد شده از این مادران ، این مشکلات را مدیریت و کنترل نماییم .

انواع بارداری های پرخطر:

- الف (بارداری همراه با بیماری زمینه ای :
- بارداری مادران مبتلا به بیماری های قلبی عروقی
 - بارداری مادران مبتلا به MS
 - بارداری مادران مبتلا به صرع
 - بارداری مادران مبتلا به لوپوس
 - بارداری در مادران مبتلا به دیابت و دیابت بارداری
 - بارداری مادران مبتلا به فشار خون
 - بارداری مادران مبتلا به آسم
- ب) بارداری در زنان با سوابق مشکل در بارداری قبلی
- ج) بارداری در زنان دچار سوء مصرف مواد / مادران مبتلا به HIV و هیپاتیت
- د) بارداری هایی که به هر دلیلی منجر به زایمان زودرس می شوند.
- و) بارداری همزمان با مصرف دارو

اصول کلی مراقبت از بارداری های پرخطر :

- شناسایی زنان مشکوک به بارداری پرخطر قبل از بارداری و ارجاع آنان (مانند زنان مبتلا به بیماری زمینه ای) به سطح بالاتر جهت ارائه توصیه ، اقدام و تجویز یا تغییر دارو و ...
- مراقبت ویژه از زنان با بارداری پر خطر و ارجاع و پیگیری وضعیت آنان (از قبل از بارداری تا بعد از زایمان)
- آشنایی با مشکلات نوزادان و کودکان حاصل از بارداری های پر خطر و انجام مراقبت های مورد نیاز جهت آنان . بعنوان مثال احتمال بیش فعالی و عدم توجه در فرزندان زنان مصرف کننده مواد افیونی وجود دارد. پس در مراقبتهای دوران کودکی این کودکان توجه به این نکته و مشکلات تکامل مربوطه ، حین بررسی و مراقبت های روتین کودک ضروری است .
- شناسایی مواردی که منجر به زایمان زودرس می شوند (با توجه عوارض زیاد این تولد ها برای نوزاد و احتمال مرگ و میر پری ناتال) و تا حد امکان پیشگیری و مدیریت عوارضی که منجر به زایمان زودرس می شوند مانند عفونت های ادراری ، عفونت های دهان و دندان ، نارسایی سرویکس ، پره اکلامپسی و ..

مطالب بیشتر در ضمیمه فصل ۲ آمده است.

زمان اولین معاینه در کودک :

نوزاد یک قلو با سن حاملگی ۳۸-۴۲ هفته معمولاً قبل از ۴۸ ساعت ترخیص می شود. به علت خطرات هفته ی اول و دوم از جمله زردی، مشکلات تغذیه، مشکلات هیدراتاسیون، کاهش وزن بیش از حد، سپسیس یا تشخیص ناهنجاری های مادرزادی که در معاینه ی اولیه آشکار نیستند اما در هفته های اول خود را نشان می دهند ویزیت پیگیری، ۳-۵ روز پس از تولد یا ۷۲-۴۸ ساعت پس از ترخیص توصیه می شود. در موارد سزارین یا آن هایی که ۹۶ ساعت یا بیش تر در بیمارستان بوده اند، اولین ویزیت تا یک هفته پس از ترخیص توصیه می شود که زمان دقیق آن به مسائل خاص و نیازهای مادر و شیرخوار بستگی دارد.

اصول اولین معاینه کودک : ویزیت های مراقبت سلامت فرصت مناسبی برای ارزیابی سلامت و عملکرد خانواده و کودک است. در این ویزیت ها آن چه که باید انجام شود و این که چگونه باید آن را انجام داد مورد توجه قرار می گیرد. در زایمان های پر خطر معاینه اول در اتاق زایمان انجام می شود . اولین اولویت در ویزیت توجه به نگرانی های والدین است . تعامل کودک و والدین باید مورد بررسی قرار گیرد .

در معاینه اول کودک تمام موارد مربوط به سلامت کودک ، به همراه غربالگری های روتین بررسی و انجام می شود . در صورتی که کودک در خانواده ای با سابقه ناهنجاری جنینی متولد شده باشد و یا اینکه بنا به هر دلیلی در معرض خطر بروز ناهنجاری باشد (مثلا مصرف دارو توسط مادر و ...) معاینه دقیق تر و بررسی های تکمیلی جهت وی انجام می شود. معاینه نوزاد سالم در کنار مادر انجام میشود. در هنگام معاینه، باید اتاق گرم (25-28 درجه ی سانتی گراد) باشد.

اولین معاینه کودک :

- در اولین ویزیت نوزادی موارد ذیل مورد بررسی قرار می گیرند :

- وضع ظاهری
- پوست / صورت
- گوش/ بینی / دهان
- پستان
- قلب
- دستگاه تناسلی اندام ها
- زردی
- جمجمه
- چشمها
- گردن
- ریه ها
- شکم
- رفلکسهای نوزادی
- عفونت ها و ...

مشخصات فیزیکی نوزاد طبیعی :

- اندازه دور سر : ۳۳-۳۷ سانتی متر
- اندازه دور سینه : ۳۳-۳۰/۵ سانتی متر (دور سر معمولا ۲-۳ سانتی متر بیشتر از دور سینه است)
- قد : دختران معمولا ۵۳-۴۹ ، پسران ۵۴-۵۰
- نوزادان معمولا در هفته اول تولد ۱۰٪ وزن خود را از دست می دهند ، اما بعد از آن وزن گیری می کنند و در انتهای هفته دوم بعد از تولد وزن از دست رفته را به دست می آورد .
- علائم حیاتی طبیعی نوزاد : درجه حرارت ۳۷/۴-۳۶/۵ ، تعداد تنفس ۵۹-۲۰ بار در دقیقه ، ضربان قلب ۱۲۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه ، فشار خون ۵۰/۴۰ تا ۸۰/۶۰

وضع ظاهری نوزاد :

در معاینه وضعیت ظاهری نوزاد به فعالیت بدنی ، گریه و تونسیته عضلانی توجه می شود . باید تونسیته فعال عضلانی وجود داشته باشد و هر گونه فعالیت غیر طبیعی بررسی شود .

ادم در کل بدن (ژنرالیزه) در نوزادان نارس وجود دارد. اگر ادم در یک ناحیه و نه کل بدن وجود داشته باشد، امکان ناهنجاری های مادرزادی دستگاه لنفاوی وجود دارد. اگر ادم حداقل یکی از اندام های نوزاد دختر را درگیر کرده باشد، ممکن است نشان دهنده سندرم ترنر باشد. سندرم ترنر مربوط به نوزادان دختر است و این افراد بجای دو کروموزم جنسی X دارای یک کروموزم X دارند یا از دو کروموزم یک کروموزم جنسی ناقص می باشد. بعد از سندرم دان شایعترین اختلال کروموزومی در انسان می باشد. خطر مرگ نوزادی در این نوزادان زیاد است بطوریکه بطوریکه ۹۸ درصد از تمام جنینهای دارای سندرم ترنر بطور خودبخود سقط میشوند و اگر هم زنده بدنیا بیایند این نوزادان دخترانی خواهند بود با قدی کوتاه و نازا با آمنوره اولیه، دارای یک پرده بین پوست گردن و شانه دارند که به پرده گردنی معروف است و خط رویش مو در پشت سر پایین و پلک افتاده، شکل چشمها غیر عادی و ادم لنفاوی اندامها، دارای ناهنجاریهای اسکلتی و سینه پهن و سپر مانند و فاصله زیاد نوک پستان از همدیگر می باشند. از نکات مورد بررسی دیگر بی حالی شدید و یا تحریک پذیری و بی قراری شدید نوزاد است.

معاینه پوست :

نوزادان به علت ناپایداری وازوموتور و کندی جریان خون، به دنبال گریه کردن رنگ پوست قرمز تند یا بنفش کیود می شود. از دیگر علائم ناپایداری جریان خون رنگ به رنگ شدن پوست می باشد. که ممکن است یا در اثر تغییرات گذرای دمای پوست باشد که طبیعی است و یا اینکه در اثر بیماری های وخیم رخ می دهد که نیاز به بررسی بیشتر وجود دارد. نوزاد نارس معمولاً پوست بسیار نازک و ژلاتینی و به رنگ قرمز تیره دارند که به راحتی دچار خون ریزی و خون مردگی می شود. سطح پوست آنان از موهای ریز و ظریفی به نام لانگو پوشیده شده است. اما نوزادان دیررس دارای پوست روشنتر و سفید تر نسبت به نوزادان طبیعی هستند. این نوزادان دارای ناخن های بلند و پوست کلفت پوسته پوسته هستند.

در روی پوست نوزادان تازه متولد شده یک لایه سفید رنگ به نام ورنیکس کازئوزا از جنس چربی وجود دارد که سبب محافظت از پوست و تنظیم دمای بدن می شود. این ماده نباید شسته شود تا زمانی که خودبخود جذب شده و از بین برود.

زردی: برای بررسی وضعیت زردی کودک باید به سفیدی چشم و نوک بینی توجه شود که با اندک فشار بر روی بینی مشخص می گردد. با افزایش سطح بیلی روبین زردی به سمت شکم و پاها گسترش می یابد. گاهی اوقات در اثر زایمانهای سخت، پتشی های (نقاط کبود زنگ) پراکنده در سر و صورت ظاهر شود. گاهی نیز نواحی تیره رنگی در سرین، پشت و بعضی از نواحی دیگر ظاهر شود که به آن لکه های مغولی می گویند و معمولاً تا آخر سال اول تولد محو می شوند. وجود توده مو در ناحیه کمری ستون مهره ها نشان

دهنده ناهنجاری هایی مانند اسپاینا بیفیدا پنهان و یا تومور است . که حتما می بایست بررسی های تشخیصی در این زمینه صورت گیرد .

اسپاینابیفیدا یک نقص مادرزادی لوله عصبی است که در طی آن استخوان ستون فقرات رشد کافی نکرده و دچار شکاف میشود که این مشکل بیشتر در یک یا چند مهرهای کمری ناحیه پایین ایجاد میشود . با وجود اینکه هنوز علت آن ناشناخته است اما عواملی مانند کمبود فولیک اسید قبل و در حین بارداری ، مصرف داروهای ضد صرع مثل والپرویک اسید یا کاربا مازپین در ماههای اول بارداری بعلت اختلال در متابولیسم اسید فولیک و همچنین در مادرانی که دیابت کنترل نشده دارند یابسیار چاق هستند و یا در ماههای اول بارداری مبتلا به تب میشوند احتما ایجاد اسپاینا بیفیدا را در جنین افزایش می یابد.

جمعیه و سر :

سروگردن از نظر شکل و سایز جمجمه، اندازه فونتانلها و سوچورها، دور سر کمتر از 3^{zscore} - و یا بیشتر از 3^{zscore} + ، پرده گردنی بررسی می شود .

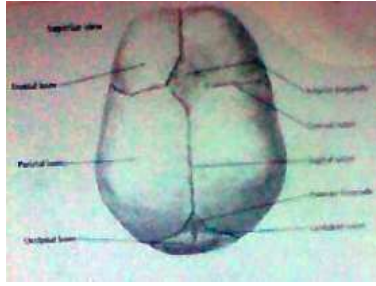
چهره از نظر محل قرارگیری گوش یا چشم بررسی شود، **دهان** کودک را از نظر شکاف کام، شکاف لب، اختلال در رویش یا مینای دندانها ، مخاط دهان، لوزه ها و کام بررسی می شود .

گاهی اوقات در اثر زایمان (بویژه نخستین زایمان و زمانی که سر مدت طولانی در لگن گیر کرده است) **مولدینگ** پیدا کرده باشد . بدین معنی که استخوان های سر جنین در ناحیه سچور ها و درزها روی هم قرار می گیرند . در نوزادان نارس ممکن است تغییر شکل سر جنین دیده شود .

معمولا سر نوزدان زایمان شده به روش سزارین نسبت به زایمان طبیعی گرد تر است . **فونتانل قدامی**

$20 \pm$ میلی متر و لوزی شکل بوده و بین ۹ تا ۱۸ ماهگی بسته می شود . **فونتانل خلفی** مثلثی شکل بوده و ۸ تا ۱۲ هفتگی (۳ ماهگی) بسته می شود .

گاهی اوقات فونتانل قدامی بزرگتر از حد نرمال است که می تواند در اثر عواملی مانند تاخیر رشد داخل رحمی ، هیدروسفالی ، نارس بودن ، سندرم سرخجه مادرزادی ، تریزومی های ۱۳ و ۱۸ و ۲۱ و یا کمبودویتامین D باشد . از دیگر علل بزرگ ماندن فونتانل خلفی و قدامی هیپوتیروئیدی است . لمس فونتانل برآمده و زمانی که نوزاد گریه نمیکند ممکن است به علت افزایش فشار داخل جمجمه و یا از علائم دیررس مننژیت باشد.



کوچک بودن فوتاتال ها نیز می تواند نشانه میکروسفالی ، پرکاری مادرزادی تیروئید و ... باشد



هیدروسفالی: به تجمع مایعات در بطنهای مغزی اطلاق میشود بعبارتی تجمع مایع مغزی - نخاعی در جمجمه باعث ایجاد هیدروسفالی می گردد. ، این وضعیت موجب فشار به مغز و جلوگیری از رشد مغز و نیز بزرگ شدن جمجمه میگردد. در کودکان هیدروسفال ، دور سر بویژه در ناحیه پیشانی رشد غیر طبیعی داشته طوری که پیشانی کاملا بر آمده و برجسته و از صورت بیرون زده است . عوارض هیدروسفالی از عقب ماندگی جزئی تا مرگ را شامل می شود.



معاینه دهان: فراوانی دندانهای ناتال (دندانهایی که در هنگام تولد وجود دارند) و دندانهای نئوناتال (دندانهایی که در ۳۰ روز اول زندگی رویش میکنند) کم است. حدود ۸۵٪ دندانهای ناتال یا نئوناتال، دندانهای پیشین شیری فک پایین هستند و فقط درصد کمی دندانهای اضافه میباشند و معمولا به صورت جفت هستند. فقط در صورتی کشیده میشوند که خیلی لق بوده و خطر آسیبیر شدن داشته باشند در غیر

این صورت حفظ آن بهتر است. وجود دندان در دهان نوزاد برخی از سندرمها را مطرح می کند، که شیوع بالایی ندارند.

بررسی لب و کام نرم و سخت از نظر شکاف لب و کام (شکاف کامل یا زیرمخاطی) انجام میشود. کیستهای احتباسی اپشتین در کام طبیعی است و پس از چند هفته ناپدید میشود. کوتاهی فرنولوم (فاصله لب فوقانی تا بینی) یا زبان گره خورده به ندرت نیاز به جراحی دارد. در صورت وجود مشکلات تغذیه ای ممکن است فرنولوتومی (اصلاح این فاصله کم) اندیکاسیون داشته باشد.

قفسه سینه:

هیپرتروفی پستان شایع است و ممکن است در پستانها شیر وجود داشته باشد اما نباید دست کاری شوند. در صورت وجود عدم تقارن، اریتم، سفتی و حساسیت، احتمال ماستیت یا آبسه ی پستان مطرح میشود. اگر نیپل اضافی وجود داشته باشد بررسی کلیه ها لازم است. چون احتمال همراهی ناهنجاری های کلیه با این اختلال وجود دارد.

تعداد تنفس بیشتر از ۶۰ بار در دقیقه بیماری ریوی، قلبی یا اسیدوز متابولیک را مطرح میکند. در مواردی که تنفسهای منقطع و نامنظم باشد، اختلالات جدی مرکز تنفس را در نظر داشته باشید. تنفس نوزادان تقریباً به طور کامل دیافراگمی است و در هنگام دم، قسمت قدامی قفسه ی سینه به سمت داخل کشیده شده و شکم بر آمده میشود. اگر نوزاد آرام و ساکت باشد این حرکات، ناکافی بودن تهویه را نشان نمیدهد. تنفس دشوار همراه با تورفتگی قفسه سینه یا رتراکسیون بین دنده ای نشانه مهمی از سندرم دیسترس تنفسی، پنومونی، ناهنجاری یا اختلال مکانیکی ریه ها است. ناله ضعیف دائمی یا متناوب و گریه همراه با ناله در هنگام بازدم دال بر بیماری قلبی ریوی وخیم یا سپسیس نوزادی می باشد.

لرزش پره های بینی و تورفتگی عضلات بین دنده ای و جناغ از نشانه ای شایع اختلالات ریوی هستند. حاکی از مشکل قلبی ریوی یا سپسیس و نیاز به ارجاع فوری است. اگر خوش خیم باشد در ۳۰-۶۰ دقیقه بعد از تولد خودبخود محو می شود.

دستگاه تناسلی: دستگاه تناسلی را از نظر ابهام تناسلی، عدم نزول بیضه ها و اندازه غیرطبیعی آلت بررسی کنید. در پسرها، بیضه ها باید در اسکروتوم (کیسه بیضه) قرار داشته و یا در کانال قابل لمس باشند.

در نوزادان دختر نارس، کلیتوریس و لابیای برجسته هستند ولی در نوزادان ترم کلیتوریس به وسیله ی لابیای ماژور پوشانده میشود. در نوزادان دختر که کلیتوریس بزرگ دارند باید به اختلالات کروموزومی شک کرد. ترشحات سفید یا خونی از واژن به دلیل هورمونهای مادر است. موقعیت و ظاهر آنوس (مقعد) باید چک شود.

اندامها: اندامهای فوقانی و تحتانی باید از نظر ناهنجاریهایی از قبیل وجود انگشتان اضافی یا چسبیدن انگشتان به یکدیگر (پلی داکتیلی و سین داکتیلی) و پا چنبری (club foot) بررسی شوند. در تمام نوزادان مفصل هیپ (ران) باید از نظر دررفتگی مادرزادی معاینه گردد. رفلکس مورو بهترین تست برای بررسی تون نوزاد است. (رفلکس مورو رفلکسی است که در آن پا کودک تکان داده می شود و یا حتی با صدای بلند تحریک می شود. در این حالت کودک سریعاً دستها و پاهایش را به حالت آغوش باز می کند). اندامها و لگن را از نظر شکل غیرطبیعی اندامها و دررفتگی مادرزادی لگن (مانور ارتولانی و بارلو) بررسی کنید. بسیاری از مشکلات طبیعی یا فیزیولوژیک است و خودش برطرف می شود و بایستی نگرانی والدین را برطرف کرد.

پشت: ستون فقرات را از نظر شکل غیرطبیعی، توده، سینوسها و وجود توده مو و اسپاینا بیفیدا (بیرون زدگی نخاع) بررسی کنید.

پاچنبری: اختلال مادرزادی است که همراه سفتی پا، آرتروزی خفیف عضلانی پشت ساق و هیپوپلازی استخوانهای پا است. در پسرها بیشتر و ۵۰٪ موارد دوطرفه است. در فرزندان بعدی احتمالش ۳٪، جمعیت عادی ۱ در هزار و فرزندان فرد مبتلا ۳۰-۲۰٪ شیوع دارد. درمان با بانداژ و گچ گیری و تعویض ۱ تا ۲ هفته یکبار که باید تا ۳ ماهگی خوب شوند و سپس ادامه درمان و چنانچه پاسخ نداد عمل جراحی انجام می گیرد.



قوس دار بودن اندام تحتانی: ۱۲-۶ ماه پس از راه افتادن مستقل کودک، برطرف می شود.

ژنووالم (زانوی گره خورده): در ۴-۳ سالگی دیده میشود و در سن ۵-۱ سالگی بر طرف می شود.

چرخش خارجی ران: خودبخود اصلاح می شود و اکثراً تا ۳-۲ سالگی بر طرف می شود.

معاینه دستها: به هم اندازه بودن دستها دقت و به شکل غیر طبیعی دستها (بی حرکتی یا افتادگی بازوها)، وجود انگشت اضافی، کم بودن انگشت و وجود پرده بین انگشتان دست توجه می نمایم. هر یک از موارد فوق غیر طبیعی بوده و نیاز به توجه دارد.



ناهنجاریهای مادرزادی :

شایع ترین دلیل مرگ نوزادان در سنین پایین ناهنجاری های مادرزادی آن ها است . برخی از ناهنجاری ها دلایل کروموزومی دارد و مشکل ژنتیکی در کودکان ایجاد می کند و گاهی اوقات این مشکلات نواقص بسیار شدیدی را به وجود می آورد که پزشکان هم برای زنده نگهداشتن آن نوزاد نمی توانند کاری را انجام دهند . نوزادان به دلیل ضعیف بودن سیستم ایمنی بدنی شان نمی توانند در برابر مشکلات مقابله کنند . ناهنجاری های مادرزادی، خطاهای تکاملی جنین هستند که در زمان تولد وجود دارند و این اتفاقات ممکن است در هر مرحله از تکامل جنین بوجود آیند و از نظر عوامل بوجود آورنده، وسعت، نوع و تنوع بسیار متفاوت هستند.

در حال حاضر تمام نوزادان پس از تولد، از نظر بیماری های مادرزادی مورد بررسی قرار می گیرند . تقریباً ۲۰ درصد مرگ و میر کودکان زیر یک سال مربوط به همین اختلالات است و حدود ۳ تا ۵ درصد نوزادان مبتلا در ابتدای تولد قابل تشخیص هستند، ضمن اینکه اختلالات می توانند ژنتیکی، محیطی یا هر دو باشند . عوامل محیطی گوناگونی می توانند از جمله: استعمال دخانیات، سوء تغذیه، داروها، عفونت ها و سن بالای مادر و پرتوها در حین بارداری در این روند تاثیرگذار باشند، علاوه بر اینکه میزان شیوع این ناهنجاری ها بسته به موقعیت جغرافیایی متفاوت است، به نظر می رسد که در مناطق محروم شیوع بیشتری داشته باشد.

در رفتگی مادرزادی مفصل ران:

در کودکان مبتلا این ناهنجاری با درجات مختلف در موقع تولد وجود دارد و در نوزادان دختر شایع تر است و اغلب ارتباطی بین در رفتگی مادرزادی و زایمان بریج بعلت وضعیت غیرطبیعی جنین در داخل رحم وجود دارد و معمولاً دوطرفه است .

علائم در رفتگی مادر زادی لگن :

- میزان حرکت استخوان ران محدود است
- مفصل هنگام چرخش به خارج صدا می دهد
- طول استخوان ران در سمت مبتلا کوتاهتر است

درمان در رفتگی مادر زادی لگن:

حفظ مفصل ران با نگه داشتن پاهای کودک در وضعیت قورباغه ای است . برای حفظ و تثبیت این وضعیت از کهنه های سه گوش پلاستیکی و یا آتل بالشتک استفاده می کنند. هر گاه تثبیت با روش بسته نتیجه کافی نداشت ، برای تثبیت وضعیت از عمل جراحی باز استفاده می شود .

شکاف لب و شکاف کام

شکاف لب با یا بدون شکاف کام در ۱ مورد از هر ۷۵۰ تولد زنده رخ می دهد و شکاف کام بتنهایی حدود ۱ مورد در هر ۲۵۰۰ تولد زنده می باشد . شکاف کام و لب در جنس مذکر شایعتر هستند و ممکن است یکطرفه یا دوطرفه باشند ، ممکن است فقط لب گرفتار شود و یا شکاف تا فک فوقانی و حفره بینی ادامه داشته باشد .

علل احتمالی شامل : مصرف داروها توسط مادر ، سندرمهای مختلف ناهنجاری و عوامل ژنتیکی ، اشعه و بیماریهای ویروسی مادر در دوران بارداری است .

درمان شکاف لب و شکاف کام :

اکثر موارد شکاف لب مدت کوتاهی پس از تولد، معمولا ۳ ماهگی و یا در زمانی که شیرخوار وزن می گیرد ترمیم می شود. شکاف کام نیز برای به حداقل رساندن مشکلات صحبت کردن، شنوایی درسال اول تولد تحت عمل جراحی قرار می گیرد. در کودکان مبتلا به شکاف کام در اوایل نوزادی ممکن است مشکلات تنفسی و غذا خوردن رخ بدهد . اصلاح وضعیت زبان و تغذیه کودک به پهلو ، مشکلات تنفسی را برطرف می کند .

نهان بیضگی :

نهان بیضگی نوعی عیب تکاملی است که بدلیل نارسایی در نزول یک یا هر دو بیضه به درون کیسه بیضه (اسکروتوم) ایجاد میشود . معمولا بیضه ها طی ماههای ۹-۷ زندگی جنین نزول می یابند . یک سوم شیرخوارانی که با وزن کم متولد میشوند دچار این عارضه هستند ، در حالی که در نوزادان رسیده (فول ترم) ۳-۴ درصد است . چنانچه بیضه ها بخودی خود در انتهای سال اول زندگی سیر نزولی بطرف کیسه خود پیدا نکنند ، امکان نزول در سالیان آتی وجود نخواهد داشت . عدم نزول بیضه در طرف راست شایعتر از دو طرفه است .

تشخیص نهان بیضگی : تشخیص این اختلال با معاینه امکان پذیر است .

درمان : عمل جراحی در سن ۹-۱۵ ماهگی نوزاد است .

صدمات زایمانی:

آسیب ها یا صدمات ناشی از زایمان به معنی هر نوع ترومای مکانیکی و هیپوکسیک (پایین بودن غلظت اکسیژن شریانی) است که طی وضع حمل به نوزاد وارد می شود .

عوامل مستعد کننده این آسیب ها عبارتند از : ماکروزومی ، نارس بودن نوزاد، عدم تطابق سر جنین و لگن مادر در حین زایمان ، وضع حمل طول کشیده و ...

نکات بیشتر در مورد معاینه نوزاد و ناهنجاریهای مادرزادی در ضمیمه ۲ آمده است.

مشکلات بند ناف

بند ناف چیست؟ تنها ارتباط خونی جنین با مادر از طریق جفت و بند ناف است. بند ناف یا طناب نافی از یک طرف به جنین و از طرف دیگر به جفت متصل است . بندناف واسطه ارسال مواد غذایی از بدن مادر به جنین و در مقابل دفع مواد زائد از جنین به مادر است. بعد از زایمان بندناف قطع شده و محکم بسته می شود و طی چند روز خشک می شود و از بدن نوزاد جدا می شود. ریشه ی بند ناف معمولاً بعد از گذشت ۷ تا ۱۰ روز پس از تولد خشک می شود و از بدن نوزاد جدا خواهد شد. این جدا شدن باعث ایجاد زخم کوچکی می شود که آن هم بعد از چند روز برطرف خواهد شد. هنگامی که ریشه ی بند ناف جدا می شود، ممکن است مقدار کمی خون در پوشک نوزاد مشاهده کنید که امری طبیعی است ولی خونریزی بیش از چند قطره خونریزی بندناف تلقی میشود و باید به پزشک ارجاع داده شود. بند ناف نوزاد به مراقبت نیاز دارد چون ممکن است دچار عفونت شود.

نشانه های عفونت ناف نوزادان :

- تورم و سفت شدن دور ناف نوزاد
- قرمزی اطراف ناف
- ترشح داشتن از بند ناف
- بوی بد گرفتن ناف
- دیر افتادن بند ناف (یعنی اگر بند ناف تا روز ۱۵ ام نیافتاده باشد)

علت عفونت بند ناف نوزاد :

یکی از مشکلات احتمالی بند ناف نوزادان، عفونت است. بنابراین خانواده ها باید مسائل بهداشتی را در مراقبت از ناف نوزاد رعایت کنند. ناف را دستکاری نکنند و پس از استحمام نوزاد، ناف او را خشک و تمیز کنند. همچنین باورهای غلطی در برخی خانواده ها مبنی بر خمیر گرفتن بندناف و مالیدن بندناف با بعضی از روغن ها وجود دارد که موجب عفونت در بندناف نوزاد می شود.

درمان عفونت بند ناف نوزاد :

بندناف را باید خشک و تمیز نگه داشت. در هنگام تعویض پوشک لبه بالای آن باید زیر بند ناف تا کرد تا بند ناف در معرض هوا قرار داشته باشد و با ادرار تماس پیدا نکند. بند ناف نوزاد باید تمیز و خشک نگاه داشته شود و از مصرف الکل نیز خودداری شود. از تماس با لاتکس در نوزادانی که مستعد آلرژی یا حساسیت های جدی پوستی هستند مانند نوزادان نیازمند جراحی های مکرر و همچنین نوزادان مبتلا به اختلالات ادراری تناسلی و نیازمند سوندگذاری مکرر نیز باید پرهیز شود. استفاده از مواد ضدعفونی کننده مانند بتادین و ساولن، باید به حداقل ممکن کاهش یابد. اگر استفاده بشود فقط روی ناف استفاده شود و روی پوست نوزاد مالیده نشود و محلول باقیمانده روی پوست نوزاد را باید با آب استریل تمیز کرد تا احتمال جذب سیستمیک مواد ضدعفونی کننده به حداقل برسد. مخصوصا بتادین در نوزادان مبتلا به هیپوتیروئیدی بعلت داشتن ید و خامت بیماری را تشدید می بخشد.

درمان خانگی عفونت ناف نوزاد :

استفاده از آب نمک گرم می تواند عفونت باکتری شکمی را درمان کند. گرمای آب جریان خون به ناحیه آلوده را افزایش می دهد. نمک باعث جذب رطوبت درون ناحیه شکم شده و به بهبودی آن کمک می کند. این ماده یک ضد عفونی کننده موثر است.

پیشگیری از عفونت بند ناف :

مهمترین روش پیشگیری از عفونت ناف رعایت بهداشت است. بند ناف باز است و در صورت تماس با مواد خارجی عفونت بوجود می آید. پرستار کودک و مادر هنگام تعویض پوشک نوزاد دقت داشته باشند تا قسمت بند ناف از پوشک بیرون باشد. همچنین فشار به بند ناف و آزاد نبودن آن باعث تجمع میکروب و ایجاد عفونت می شود. نوزاد لباس آزاد بپوشد تا بند ناف به شکم نچسبد. مادر برای تعویض پوشک نوزاد دست هایش را بشوید. طبق باور های قدیم بند ناف را خمیر نگیرید. به بند ناف روغن نمالید. (رطوبت محیط مناسبی برای رشد میکروب است) برای زودتر افتادن بند ناف نوزاد به آن الکل، پماد یا بتادین نزنید.

عوارض عدم درمان عفونت بند ناف : در صورتی که تشخیص و درمان عفونت بندناف بموقع صورت نگیرد، عفونت وارد خون نوزاد می شود و سپتیسمی اتفاق می افتد که عفونت استخوان و مفاصل را نیز به دنبال خواهد داشت.

فصل ۳: آشنایی با کودک سالم، اصول مراقبت و پیگیری کودکان سالم

و روش گرفتن شرح حال کودک

اهداف آموزشی:

انتظار می رود در پایان این درس فراگیران بتوانند:

۱. منظور از مراقبتهای ادغام یافته کودک سالم را توضیح دهند.
۲. اصول مراقبت کودک سالم را شرح دهند.
۳. روش گرفتن شرح حال کودک و روند مراقبت کودک سالم را توضیح دهند.
۴. موارد مهم جهت برقراری ارتباط مناسب با مادر و کودک را توضیح دهند.

مراقبتهای ادغام یافته کودک سالم:

مراقبت های ادغام یافته کودک سالم به معنی اقداماتی به منظور ارتقای سلامت کودک و پیشگیری از بیماری با استفاده از نشانه های بالینی ساده و درمان تجربی است. از حداقل نشانه های بالینی ممکن استفاده می شود. نشانه های انتخاب شده حاصل استخراج منابع علمی معتبر است که به تأیید کمیته علمی-تخصصی رسیده است و راهی برای جدا کردن کودکان سالم از کودکان به ظاهر سالم یا مستعد بیماری است. توصیه ها بیشتر براساس طبقه بندی ها بنا شده است تا یک تشخیص دقیق.

اصول مراقبت کودک سالم:

در این برنامه برای تمام کودکان کمتر از ۵ سال مراقبت های دوره ای کودک سالم در ۱۶ مراقبت از ۳-۵ روزگی تا ۶۰ ماهگی کودک سالم انجام می شود. مطابق سن کودک ارزیابی از نظر نشانه های خطر، پایش رشد، وضعیت تغذیه، سلامت دهان و دندان، وضعیت بینایی، وضعیت شنوایی، تکامل، ژنتیک، واکسیناسیون و مکملهای دارویی، غربالگریها انجام و توصیه های لازم آموزش داده می شود و راهنمایی هایی در زمینه تغذیه با شیر مادر، تغذیه تکمیلی و تغذیه کودک در سنین مختلف، سلامت دهان و دندان، عوامل محیطی موثر بر سلامت کودکان، پیشگیری از آسیب های کودکان و رابطه متقابل والدین و کودک ... به والدین ارائه می شود.

مراقبت های دوره ای کودک سالم

سن	اقدامات لازم														
	۶-۱۸ ماهگی	۱۹-۲۴ ماهگی	۲۵-۳۰ ماهگی	۳۱-۳۶ ماهگی	۳۷-۴۲ ماهگی	۴۳-۴۸ ماهگی	۴۹-۵۴ ماهگی	۵۵-۶۰ ماهگی	۶۱-۶۶ ماهگی	۶۷-۷۲ ماهگی	۷۳-۷۸ ماهگی	۷۹-۸۴ ماهگی	۸۵-۹۰ ماهگی	۹۱-۹۶ ماهگی	۹۷-۱۰۲ ماهگی
فاصله زمانی سهام مراقبت بر حسب روز و ماه	۱۲۱-۱۸۰ تا ۱۲۰ تا ۲۲۲	۱۲۱-۱۹۰ تا ۲۲۲	۱۲۱-۱۹۰ تا ۲۲۲	۱۲۱-۱۹۰ تا ۲۲۲	۱۲۱-۱۹۰ تا ۲۲۲	۱۲۱-۱۹۰ تا ۲۲۲	۱۲۱-۱۹۰ تا ۲۲۲	۱۲۱-۱۹۰ تا ۲۲۲	۱۲۱-۱۹۰ تا ۲۲۲	۱۲۱-۱۹۰ تا ۲۲۲	۱۲۱-۱۹۰ تا ۲۲۲	۱۲۱-۱۹۰ تا ۲۲۲	۱۲۱-۱۹۰ تا ۲۲۲	۱۲۱-۱۹۰ تا ۲۲۲	۱۲۱-۱۹۰ تا ۲۲۲
معاینه (پزشک)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
معاینه (دندانپزشک)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ارزیابی علائم و نشانه های خطر (غیر پزشکی)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
آپن ستری	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
پایش رشد	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ارزیابی غذیه	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ارزیابی دهان و دندان	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ارزیابی نرفتناری یا کودک	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
تجویز ویتامین A+D	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
تجویز سایر مکمل ها	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
تجویز هین	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ارزیابی نورشنواری مادر	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
شیر مادر	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
بیماری های متابولیک اثر	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
زنتیک	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
پنهانی	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ششویی	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
تکنیک RED FLAGS	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
تکنیک (تست استاندارد)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
فشار خون	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
آئمی	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
سلامت و شیردهی مادر	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ارضا تکامل کودک	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
تغذیه کودک	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
پیشگیری از آسیب کودک	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
سلامت دهان و دندان	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
مشکلات تک لرزندی	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
مراقبت نوادی	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
فعالیت بدنی	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
عوامل محیطی مؤثر بر سلامت	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
سلامت عمومی	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

کلید: ● برای همه کودکان سالم و در معرض خطر اجزاء شود. ○ در صورت عدم انجام فعالیت توصیه شده در مراقبت قبلی / برای کودکان در معرض خطر مانند نارسایی، سابقه بستری در NICU و... انجام شود

جدول مراقبت های دوره ای کودک سالم دارای ستون ها و ردیف هایی است که نشان می دهد در سیستم بهداشتی یک کودک از بدو تولد تا ۵ سالگی در چه زمان هایی باید برای مراقبت مراجعه نماید و نیاز به چه مراقبتهایی در هر نوبت مراجعه دارد. از ۵-۳ روزگی تا ۶۰ ماهگی ۱۶ بار مراقبت برای یک کودک سالم تعریف شده است. ردیف دوم نشان دهنده فاصله زمانی انجام مراقبت بر حسب روز و ماه است که نشان می دهد از ۳ روزگی تا ۶۰ ماهگی در هر زمانی کودک مراجعه کند کدام یک از ستون های مراقبت باید برای کودک انجام شود. دایره های توپر ● نشان دهنده این است که این خدمت باید برای همه کودکان سالم و در معرض خطر انجام شود. دایره توخالی ○ نشان می دهد در صورتی عدم انجام خدمت مورد نظر در مراقبت قبلی یا برای کودکان در معرض خطر مانند کودکانی که زود متولد شده اند، سابقه بستری در NICU دارند انجام می شود. مثلاً " برای همه کودکان ، معاینه پزشک در اولین مراجعه ترجیحاً در ۵-۳ روزگی و پس از آن در ۶، ۱۲، ۳۶ و ۶۰ ماهگی انجام شود.

سایر ارزیابی ها و اقدامات مطابق جدول بالا توسط بهورز/مراقب در زمان های تعیین شده انجام و توصیه های مناسب صورت می گیرد.

روش گرفتن شرح حال کودک و روند مراقبت کودک سالم :

در هنگام اخذ شرح حال در یک کودک قسمت اعظم اطلاعات از مادر ، والدین و یا مراقب کودک سوال می شود. اما در کودکان بزرگتر و کودکانی که توانایی درک و پاسخگویی به سوالات را دارند ، از خود کودک نیز سوالات لازم را بپرسید.

روند مراقبت کودک سالم به ترتیب عبارتند از: ۱- ارزیابی کودک سالم ۲- طبقه بندی ۳-توصیه های مورد نیاز کودک ۴- مشاوره با مادر ۵-پیگیری

***گرفتن شرح حال و ارزیابی کودک:** شامل پرسیدن سوال و معاینه هایی درمورد نشانه های خطر ، پایش رشد(وضعیت وزن و قد) ، دورسر، وضعیت تغذیه ، وضعیت دهان و دندان، وضعیت واکسیناسیون، ارزیابی بدرفتاری با کودک، مکمل دارویی، ارزیابی فرزند آوری مادر و غربالگریها (شیر مادر ، بیماریهای متابولیک ارثی ، ژنتیک ، بینایی ، شنوایی، تکامل (RED FLAGS،تست استاندارد) ، فشارخون ، آنمی) می باشد.

*** طبقه بندی:** بعد از تکمیل ارزیابی ، مشکلات کودک با استفاده از سیستم رنگ شده انجام می گیرد . از آنجا که تعدادی از کودکان ممکن است در بیش از یک طبقه بندی قرار گیرند ، هر مشکل براساس شرایط زیر طبقه بندی می شود که آیا نیازمند:

- ارجاع (قرمز) ، یا
- ارائه اقدامات لازم (زرد) ، یا
- توصیه های ساده جهت مراقبت در منزل (سبز) می باشد.

نشانه‌ها	طبقه بندی	توصیه‌ها
	مشکل جدی	ارجاع به مرکز درمانی (بیمارستان) یا مرکز بهداشتی درمانی
	احتمال مشکل	توصیه، مشاوره و پیگیری برطرف نشدن مشکل، ارجاع
	فاقد مشکل	ادامه مراقبت‌ها طبق بوکلت

*** پس از طبقه بندی کلیه علائم ، ارائه توصیه ها** برای هر کودک میباشد . اگر کودکی نیازمند ارجاع فوری است ، قبل از انتقال کودک درمان لازم را بدهید. اگر کودکی نیازمند درمان در منزل است توصیه های لازم را ارائه دهید و اگر کودکی نیازمند واکسیناسیون است ، واکسن لازم را به او بدهید و یا اگر نیاز به مراقبت ویژه داشته باشد از مادر بخواهید که در روز خاصی برای پیگیری به واحد بهداشتی برگردد.

* ارائه آموزش های لازم برای مشاوره با مادر، شامل آموزش مادر جهت رفع مشکلات تغذیه ای ، پیشگیری از سوانح و حوادث ، ارتباط والدین و کودک و... می باشد.

* زمانی که کودک مجدداً به نزد شما برمی گردد، در بخش پیگیری، مراقبت ها را انجام دهید و در صورت لزوم کودک را برای مراقبت ویژه دوباره ارزیابی کنید.

هنگامی که شما مادر و کودک را ملاقات می کنید:

- از مادر به خوبی احوالپرسی کنید و از او درمورد کودک سوال کنید.
 - از مادر در مورد علت مراجعه سوال کنید.
- مهمترین دلیل برای این سوال این است که ارتباط خوبی با مادر برقرار کنید. ارتباط خوب با مادر این اطمینان را به مادر می دهد که از کودک مراقبت خوبی به عمل خواهد آمد، وقتی شما به مرحله توصیه ها رسیدید لازم است توصیه ها و آموزشهای لازم را به مادر که مراقبت کودک در منزل را برعهده دارد بدهید. بنابراین ایجاد ارتباط درست با مادر از ابتدای ملاقات حائز اهمیت می باشد.
- به آنچه مادر می گوید به دقت گوش دهید. این امر موجب می شود مادر احساس کند سلامتی کودک برای شما مهم است .
 - از کلماتی استفاده کنید که برای مادر قابل فهم باشد. اگر سوالات شما برای او قابل فهم نباشد، نمی تواند اطلاعات مورد نیاز برای ارزیابی و طبقه بندی درست کودک را به شما بدهد.
 - به مادر وقت کافی برای پاسخ به پرسش ها بدهید. به عنوان مثال مادر نیاز به زمان دارد تا درمورد وجود یا فقدان نشانه هایی که از او می پرسید فکر کند.
 - وقتی مادر به پاسخ خود مطمئن نیست سوالات اضافه تری از او بپرسید. هنگامی که شما درمورد یک نشانه یا نشانه های مرتبط با آن از مادر سوال می کنید. ممکن است مادر از وجود آن نشانه مطمئن نباشد. با پرسیدن سوالات اضافه تر او را در دادن پاسخ روشن و واضح کمک کنید.
 - مشخص کنید آیا برای مراقبت دوره ای مراجعه کرده و یا برای مراقبت ویژه آمده است: اگر در دوره زمانبندی مراقبت های تعیین شده مراجعه کرده است آن را مراقبت دوره ای گویند. اگر کودک چند روز قبل برای مراقبت دوره ای آمده است و نیاز دارد برای یک یا چند مراقبت خاص ، ارزیابی یا مراقبت ویژه ای شود، آن را مراقبت ویژه گویند. هدف از مراقبت ویژه با مراقبت دوره ای متفاوت است . در طی مراقبت ویژه ، مراقب سلامت درمی یابد، آیا توصیه ها به کودک کمک کرده است یا نه / اگر کودک فرقی نکرده و یا پس از این مدت بدتر شده باشد ، مراقب سلامت او را به مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع می دهد.

توضیحات تکمیلی در ضمیمه فصل ۳ آمده است.

فصل ۴ : مراقبت از نوزاد نارس و سایر نوزادان و کودکان پرخطر

اهداف آموزشی :

انتظار می رود در پایان این درس فراگیر بتواند :

۱. نوزاد پرخطر را تعریف کند.
۲. طبقه بندی های نوزادان پرخطر را بیان نماید.
۳. عوامل و شرایطی که نوزاد را در گروه پرخطر قرار می دهد را توضیح دهد .
۴. نارس و رشد عقب افتاده داخل رحمی را تعریف کند .
۵. بررسی های عمومی در نوزادان پرخطر را توضیح دهد .
۶. تدابیر و مراقبت ها در نوزادان پرخطر را توضیح دهد .
۷. مشخصات نوزاد نارس را بیان کند
۸. نحوه انجام مراقبت آغوشی یا کانگورویی (kangaroo Mother Care) را توضیح دهد.
۹. شرایط عمومی و مشکلات نوزاد نارس را توضیح دهد.

نوزادان پرخطر (high risk)

نوزادانی که نیاز به مراقبتهای ویژه دارند و باید در بیمارستان بستری شده و تحت مراقبت دقیق پزشکان قرار بگیرند ، نوزادان در معرض خطر نامیده می شوند . نوزادان ترم یا فول ترم در زمان تولد شرایط زندگی در خارج از رحم را دارند اما نوزادان در معرض خطر به علت شرایط و موقعیت هایی که در سیر طبیعی جریانات تولد و سازش با زندگی خارج رحمی رخ داده است زمینه بروز بیماری یا مرگ و میر را دارند . نوزادان پرخطر آسیب پذیرترین گروه در میان کودکان زیر ۵ سال هستند. این نوزادان یا زودتر از موعد متولد شده اند یعنی سن بارداری آنان کمتر از ۳۷ هفته است و یا کم وزن هستند یعنی وزن زمان تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم دارند و هنوز به طور کامل رشد نکرده اند. معمولاً آن ها بدون مراقبت های ویژه در بیمارستان ها امید به زندگی بسیار پایینی دارند.

طبقه بندی نوزادان پرخطر : نوزادان پرخطر غالباً بر طبق وزن زمان تولد، سن جنینی و مسائل

عمده پاتوفیزیولوژی تقسیم بندی می شوند :

طبقه بندی بر حسب وزن زمان تولد :

- نوزادان ترم: معمولاً با وزنی حدود ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ گرم تولد میشوند.
 - نوزاد کم وزن (Low Birth Weight) : نوزادی که وزن هنگام تولد او کمتر از ۲۵۰۰ گرم باشد (نوزاد کم وزن خوانده میشود).
 - نوزاد بسیار کم وزن (Very Low Birth Weight) : اگر وزن نوزاد هنگام تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم باشد بسیار کم وزن خوانده میشوند.
- نوزادان کم وزن ممکن است نارس باشند یا سرموعد مقرر متولد شده باشند اما در داخل رحم از رشد کافی برخوردار نشده اند که هر یک از این دو دسته علل و مشکلات خاص خود را دارند.

نارسی و عقب ماندگی رشد داخل رحمی (IUGR):

هر نوزادی که قبل از پایان ۳۷ هفته کامل بارداری (پیش از ۳۶ هفته و ۶ روز) از آخرین قاعدگی مادر متولد شود به عنوان نوزاد نارس خوانده می شود. هرچه نوزاد سن حاملگی (سن داخل رحمی) کمتری داشته باشد احتمال بروز مشکلات پس از تولد برای او بیشتر است .

نوزادان ترمی که هنگام تولد وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم دارند و یا نوزادانی که نسبت به سن حاملگی وزن کمتری دارند دچار عقب ماندگی رشد داخل رحمی هستند ، دچار مشکلات خاصی مانند افت قند خون ، هیپوترمی ، ... می شوند و یا با ناهنجاری در اندام ها و مرگ و میر داخل رحمی و ... به دنیا می آیند

طبقه بندی بر حسب سن جنینی :

- شیرخوار زودرس (پیش از ترم) (تولد قبل از هفته ۳۷ بارداری)
- شیرخوار ترم (تولد بین هفته ۳۷-۴۲)
- شیرخوار پس از ترم (تولد بعد از هفته ۴۲ بارداری)

طبقه بندی بر حسب مرگ و میر :

- فوت جنین (مرده زایی)
- فوت نوزاد (مرگ در ماه اول تولد)
- مرگ و میر پری ناتال (مرگ در دوران جنینی تا ۲۸ روز اول تولد)
- مرگ و میر پس از نوزادی (مرگ بعد از ماه اول تولد)

عوامل و شرایطی که نوزادان را در گروه پرخطر قرار می دهد:

۱- **عوامل انسانی و اجتماعی** : سن مادر کمتر از ۱۶ سال یا بیشتر از ۴۰ سال - مصرف داروهای

غیر مجاز - الکل - سیگار - فقر - تنش های روحی یا فیزیکی

۲- **تاریخچه پزشکی مادر** : اختلالات ژنتیکی - دیابت شیرین - افزایش فشارخون - عفونتهای ادراری

در زمان بارداری - بیماریهای رماتیسمی - مصرف طولانی مدت داروها در زمان بارداری

۳- **حاملگی پیشین** : مرگ داخل رحمی جنین - مرگ نوزاد - تولد نوزاد نارس - نوزادان کم وزن

ناهنجاریهای مادرزادی - حساسیت گروه خونی (مادران ارهاس منفی با همسران ارهاس مثبت) -

زردی نوزاد (زردی ۲۴ ساعت اول)

۴- **حاملگی کنونی** : خونریزی واژینال - جدا شدن زودرس جفت - بیماریهای مقاربتی مانند سیفلیس

و هیپاتیت B - حاملگی چند قلو - فشارخون حاملگی - فواصل کوتاه بین حاملگی ها (عدم آمادگی بدن

مادر برای بارداری مجدد) - مراقبتهای ناکافی پیش از تولد

۵- **عوامل زایمانی** : نمایش بریچ (مانند شکستن استخوان ترقوه) - دفع مکونیوم (منجر به زجر

تنفسی) بند ناف دور گردنی - عمل سزارین (مانند تعویق در شروع اولین زمان تغذیه نوزاد بعد از

تولد) - نمره آپگار دقیقه اول نوزاد کمتر از ۴

۶- **عوامل مربوط به نوزاد** : وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ یا بیش از ۴۰۰۰ گرم - تولد پیش از هفته ۳۷

یا بعد از هفته ۴۲ حاملگی - ناهنجاریهای مادرزادی

قسمت اعظم نوزادان پرخطر مربوط به نارسی و کم وزنی نوزاد نسبت به سن حاملگی است . هرچه

وزن نوزاد و سن حاملگی کمتر باشد ، میزان مرگ و میر و صدمات نوزادی بیشتر است .

• خطرناکترین حالتی که سبب مرگ و میر نوزاد میشود وزن نوزاد کمتر از ۱۰۰۰ گرم و سن

حاملگی کمتر از ۳۰ هفته است .

• کم خطرترین حالت از نظر مرگ و میر نوزاد ، وزن نوزاد بین ۴۰۰۰-۳۰۰۰ گرم و سن حاملگی

۳۸-۴۲ هفته است .

بررسی های عمومی در نوزادان پر خطر شامل :

➤ اندازه گیری روزانه وزن

➤ اندازه گیری قد

➤ اندازه گیری دور سر

➤ بررسی تعداد نبض و تنفس

➤ رنگ پریدگی و سیانوز

- حرکات شیرخوار و فعالیت در ارتباط با تحریک
- اجابت مزاج شیرخوار

تدابیر و مراقبت ها

۱- تغذیه : در زمان پیگیری نوزادان پرخطر، میزان تغذیه باید دقیقاً بررسی شود و با توجه به سابقه نوزاد و مشکلات فعلی، رشد مورد انتظار تعیین گردد، رشد مناسب علامت سلامت شیرخوار بوده و اختلال در رشد بیانگر وجود مشکلات تغذیه‌ای، تغذیه ناکافی، بیماری مزمن و یا اشکالات اجتماعی - احساسی خانواده است و لذا باید توجه ویژه در مورد تغذیه و مقدار کالری دریافتی صورت گیرد. مهم‌ترین مشکل تغذیه‌ای نوزادان پرخطر به دلیل تاخیر در شروع تغذیه دهانی می باشد . در نوزادان کم وزن بعلت کمتر بودن ذخایر آهن و افزایش سریعتر حجم خون که از سرعت زیاد رشد این نوزادان ناشی میشود ، کم خونی فیزیولوژیک در مقایسه با نوزادان ترم شدید تر خواهد بود و زودتر تظاهر پیدا میکند . ذخایر آهن حتی در نوزادان با وزن تولد خیلی کم تا زمانی که وزن نوزاد به دو برابر وزن زمان تولد رسیده باشد کفایت میکند پس بهتر است مصرف آهن تکمیلی زمانی که وزن نوزاد به دو برابر وزن زمان تولد رسید آغاز شود . کمبود شدید ویتامین E در نوزادان نارس سبب کم خونی میشود و باید مکمل ویتامینی دریافت کنند .

۲- معاینه چشم از نظر رتینوپاتی نارس (معاینه شبکیه): علت ایجاد این عارضه در نوزادان نارس ، تجویز اکسیژن با غلظتهای بالاتر از هوای محیطی است .روش عملی برای جلوگیری از این عارضه در نوزادان نارس که تحت اکسیژن درمانی قرار دارند ، حفظ فشار اکسیژن بین ۵۰ تا ۸۰ میلی متر جیوه است . توصیه میشود چشم های نوزادان نارس که اکسیژن دریافت کرده اند بعد از بهبود بیماری اصلی ، قبل از مرخص شدن از بیمارستان و سه ماه بعد از مرخص شدن از بیمارستان معاینه شوند .

۳-سنجش شنوایی : خطر کاهش و از دست دادن شنوایی در نوزادان پرخطر بدلیل هیپوکسی (کمبود اکسیژن)، زردی، عفونت، فشار خون متغیر، صدای محیط بخاطر قرار گرفتن در آنکیباتور و داروهای مصرفی در نوزادان بستری در بخش NICU وجود دارد، در یک مطالعه نشان داده شده که ۳-۱ درصد نوزادان نارس دچار از دست دادن شنوایی گردیده‌اند و لذا سنجش شنوایی برای تمامی نوزادان بستری در NICU توصیه گردد، زمان انجام این مهم قبل از ترخیص نوزاد از NICU و یا حداکثر تا ۳ ماهگی پیشنهاد می‌شود .مطالعات متعدد نشان داده است که نوزادان با کاهش متوسط تا شدید شنوایی در معرض خطر دیر حرف زدن می‌باشند.

مشخصات ظاهری نوزاد نارس:

هر چه نوزاد زودتر متولد شده باشد جثه ی کوچکتری دارد و اندازه ی سر او نسبت به بقیه ی بدن بزرگ تر است و چربی کمتری زیر پوست و در بدن خود دارد و به همین علت پوست چروکیده به نظر میرسد. پوست نوزاد نارس نازک، شکننده ، و درخشان است. پوست نوزاد نارس به علت داشتن چربی کمتر شفاف تر به نظر میرسد و عروق به خوبی مشخص هستند در نوزادان بسیار نارس در یک محفظه به نام انکوباتور قرار داده شود که حرارت آن سبب گرم نگه داشتن وی میشود. پوست حالت ژلاتینی دارد. بین هفته های ۲۸ تا ۳۶ ، جنین موهایی روی شانه و پشتش دارد که طبیعی بوده و بعد از مدتی از بین میرود. اغلب بر روی پیشانی نیز موی زیادی دارند که پس از مدتی میریزد.

نوزاد نارس چربی محافظتی کاملی ندارد و نمیتواند به خوبی تولید حرارت کند و در درجه حرارت اتاق سردش میشود بنابراین بلافاصله بعد از تولد باید زیر دستگاه گرم کننده به نام " وارمر " و یا در یک محفظه به نام " انکوباتور " قرار داده شود که درجه حرارت آن سبب گرم نگه داشتن وی میشود. بدنش به لوله ها و دستگاههای برای ادامه حیات نیاز داشته و احتمالاً به تنهایی نمیتواند بر شرایط موجود غلبه کند این معمولاً ترسناکترین منظره برای والدین است.

دنده های نوزاد نمایان است و در هر نفس، قفسه سینه اش تو کشیده میشوند. از آنجا که ریه هایش هنوز رشد کافی ندارند ، ممکن است برای نفس کشیدن تلاش زیادی کرده و نیاز به دستگاه تهویه مکانیکی داشته باشد. در اغلب موارد تا چندین روز بعد از تولد نوزادان نیاز به دریافت اکسیژن اضافی خواهند داشت. چون محیط رحم تاریک است چشم نوزادان نارس به نور بسیار حساس است و اغلب مواقع ممکن است بسته بماند (بخصوص اگر زیر ۲۰ هفته باشد) بنابراین توصیه میشود پس از تولد هم تا حد امکان محیط تاریک نگه داشته شود ولی اگر والدین پرده ها را کشیده و نوزاد را در آغوش بگیرند چشمهایش را باز خواهد کرد.

دست و پاهای نوزاد نارس اغلب باریک و دراز به نظر میرسد ، بازوها و ساق پاها اغلب لاغرتر به نظر میرسند چون بافت چربی ندارند و در اکثر موارد صاف بوده و خمیده نیستند ، عضلات نوزادان نارس معمولاً قدرت اندک داشته و شل هستند. گوشهای نوزادان نارس نرم و غضروف آن تشکیل نشده و شکل نگرفته است. تنها بعد از هفته ۲۸ گوش خارجی شروع به سفت و غضروفی شدن می کند. دستگاه تناسلی خارجی نوزاد ممکن است رشد نیافته و حتی عجیب به نظر برسد و به مرور زمان به صورت طبیعی رشد خواهد کرد. در نوزادان پسر معمولاً بیضه ها هنوز پایین نیامده است.

شرایط عمومی و مشکلات شایع نوزادان نارس:

بیشتر نوزادانی که نارس متولد میشوند به علت عدم تکامل سیستمهای مختلف بدن توانایی آن را ندارند که بیرون از رحم بدون حمایت زندگی کنند. به همین دلیل این نوزادان پس از تولد به بخشهای مراقبت ویژه نوزادان (NICU) یا بخش نوزادان منتقل شده و تا چندین روز یا حتی برخی موارد تا چندین ماه در این بخشها میمانند تا به تدریج سیستم بدن کامل شده و بتوانند به خوبی تنفس کرده، تغذیه کنند و بدون حمایت رشد نمایند و آماده برای زندگی خارج رحمی شوند. نوزادانی که زودتر و نزدیک به ۳۲ هفتگی (اندکی بیش از ۷ ماه) متولد میشوند نمیتوانند به خودی خود تغذیه کنند، تنفس کنند و گرمای بدنشان را حفظ کنند. اما پس از اینکه به این نوزادان زمان داده میشود تا رشد کنند بیشتر آنها می توانند بیمارستان را ترک کنند. نوزادانی که در کمتر از ۲۶ هفتگی (اندکی زیر ۶ ماه) متولد میشوند احتمال بیشتری دارد که دچار مشکلات جدی شوند. هرچه میزان نارس بودن نوزاد بیشتر باشد احتمال اتفاقات ناخوشایند و حتی ناگوار برای وی بیشتر است.

دفع ادرار و مدفوع نوزاد نارس و نحوه صحیح تعویض پوشک:

در هنگام تعویض پوشک، از بالا آوردن بیش از حد پاها و ایجاد فشار بر روی شکم و ستون فقرات نوزاد جلوگیری شود و بهتر است نوزاد به جای وضعیت به پشت خوابیده به پهلو باشد و بدن یا دست نوزاد مورد حمایت پدر یا فرد کمک کننده به مادر باشد. نوزادان زیر ۶ هفته در هر ۲۴ ساعت ممکن است ۲۰ تا ۳۰ بار دفع ادرار داشته باشند. اما نیازی نیست پس از هر بار ادرار پوشک تعویض شود. اما اگر پوشک خشک باشد جای نگرانی است. چنانچه نوزاد به مدت بیش از ۳ ساعت دفع ادرار نداشته باشد ممکن است کم آب شده باشد. و باید با پزشک و پرستار مشورت کرد. نوزاد چندین بار در روز میتواند اجابت مزاج داشته باشد. در شش هفته اول هر ۲۴ ساعت ۳ یا ۴ بار ممکن است دفع مدفوع داشته باشد. و بیش از این میزان نیز طبیعی است. مدفوع نوزادانیکه با شیر مادر تغذیه میشوند شل است و چندین بار دفع خواهند داشت. چنانچه نوزاد تا ۳۶ ساعت پس از تولد مدفوع نداشته باشد باید با پزشک مشورت کرد. رنگ طبیعی مدفوع نوزاد در ۲۴ ساعت اول پس از تولد، سبز تیره و چسبناک است و طی دو روز بعد، مدفوع به رنگ گهوه ای روشن در آمده و چسبندگی آن کمتر می شود.

رتینوپاتی (مشکلات شبکیه) در نوزادان نارس (ROP):

رتینوپاتی نارس یا (ROP) (Retinopathy of Prematurity) بیماری عروق شبکیه است که به دلیل رشد غیرطبیعی رگهای خونی در شبکیه نوزادان نارس، میتواند به طیف وسیعی از اختلالات بینایی از نقائص قابل اصلاح در حدت بینای، تا جدا شدن شبکیه و کوری منجر گردد. این بیماری در اغلب موارد قابل پیشگیری و در صورت انجام معاینات غربالگری و تشخیص به موقع قابل درمان است

. در صورت عدم تشخیص به موقع ، بیماری پیش رونده بود و به سرعت منجر به نابینایی میشود. همه نوزادانی که با سن حاملگی کمتر از ۳۴ هفته (۳۳ هفته و ۶ روز) و یا وزن کمتر از ۲۰۰۰ گرم متولد می شوند باید از نظر رتینوپاتی نارسه معاینه و غربالگری شوند. این نوزادان توسط فوق تخصص شبکیه معاینه می شوند و معاینات بعدی بر اساس نظر متخصص چشم تعیین می شود.

اقدامات درمانی در مراحل اولیه بیماری اثربخش تر است اما در مراحل پایانی درمان بسیار مشکل و هزینه ها بسیار بالاتر می باشد. بروز و شدت ROP با کاهش سن بارداری و وزن هنگام تولد نوزاد افزایش می باید. تا ۶۰ درصد نوزادان با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم ممکن است دچار درجاتی از ROP شوند .بنابراین همه نوزادانی که با سن حاملگی کمتر از ۳۴ (۳۳ هفته و 6 روز یا کمتر) و یا وزن ۲۰۰۰گرم یا کمتر متولد می شوند، می بایست از نظر رتینوپاتی نارسه معاینه و غربالگری شوند.

سن اولین نوبت معاینه چشم : نوزادان متولد شده با سن حاملگی ۲۷ هفته یا بیشتر باید ۴ هفته پس از تولد معاینه و غربالگری شوند. ولی در نوزاد نارس با سن حاملگی ۲۶ هفته ، ۵ هفته بعد از تولد و سنین پایین تر به ازای هر هفته زایمان زودتر یک هفته دیرتر باید معاینه چشم انجام شود. دیده شده زمان بروز ROP شدید با سن پس از قاعدگی مادر(مجموع سن بارداری با سن پس از تولد) ارتباط بیشتری دارد تا سن پس از تولد نوزاد.پس درنوزادان با سن بارداری کمتر زمان بیشتری طول می کشد تا ابتلا به ROP بروز کند. زمان اولین معاینه در جدول ذیل آمده است . همچنین تمام نوزادان صرف نظر از سن حاملگی و وزن تولد که مسیر درمانی پیچیده ای را در بخش مراقبت ویژه نوزادان ، مانند اکسیژن درمانی و تعویض خون طی کرده اند یا وضعیت ناپایدار بالینی داشته اند یا توسط پزشک در معرض خطر تشخیص داده شوند. ، می بایست از نظر رتینوپاتی معاینه شوند.

زمان انجام معاینه بعدی براساس یافته های معاینه اولی تعیین می گردد. لذا دقت در شناسایی ،ارجاع و پیگیری به موقع می تواند بسیار کمک کننده باشد برهمین اساس جدولی تهیه شده است ،تانوزاد قبل از رسیدن به مراحل پیشرفته بیماری با کمترین تعداد معاینه ، از نظر رتینوپاتی نارسه غربالگری شود:

جدول سن نوزاد در اولین معاینه	
سن حاملگی در زمان تولد	زمان اولین معاینه پس از تولد
۲۲ هفته	۹ هفته پس از تولد یا ۶۳ روزگی
۲۳ هفته	۸ هفته پس از تولد یا ۵۶ روزگی
۲۴ هفته	۷ هفته پس از تولد یا ۴۹ روزگی
۲۵ هفته	۶ هفته پس از تولد یا ۴۲ روزگی
۲۶ هفته	۵ هفته پس از تولد یا ۳۵ روزگی
۲۷ و بیشتر	۴ هفته پس از تولد یا ۲۸ روزگی

در نوزادان بستری غربالگری بر بالین نوزاد انجام می پذیرد و انجام معاینه و غربالگری پس از ترخیص نوزاد از بیمارستان در مراکز معین و تنها در صورت به همراه داشتن معرفی نامه پزشک صورت می گیرد. والدین ، متخصص نوزادان و چشم پزشک باید متوجه عوامل خطری که احتمال ابتلا به این بیماری را زیاد می کنند باشند . این عوامل عبارتند از :

- کم بودن وزن هنگام تولد (۲۰۰۰ گرم یا کمتر)
- نیاز به اکسیژن در هفته اول پس از تولد
- وجود مشکلی در سلامتی نوزاد بلافاصله پس از تولد

مشکلات شایع در منزل :

التهاب محل پوشک: اگر با باز کردن پوشک نوزاد مناطق قرمزی در کشاله های ران او مشاهده می شود یعنی پاهای او ملتهب شده اند . این حالت معمولاً به دلیل تنگ بودن پوشک ، سفت بستن چسب ها ، خیس ماندن پوشک به مدت طولانی یا حساسیت کودک به مواد خاصی از پوشک ، پودر یا لاستیک ایجاد می شود. برای پیشگیری از ایجاد چنین وضعیتی بهتر است تا حد امکان محل پوشک را باز گذاشته تا هوا بخورد . پوشک نوزاد را به محض خیس شدن تعویض کرده و بدن او را با پارچه نرم شسته و سپس با پماد اکسیدروی آغشته کرد. در برخی مواردی که به درمانهای فوق پاسخ مناسب داده نشود احتمال عفونت های قارچی پوست وجود دارد که باید با پزشک مشورت شود.

جوشهای نوزادان: جوشهایی که روی بینی و لپه های نوزاد در میابند خودشان بعد از چند هفته از بین خواهند رفت . اگر جوشهایی در ناحیه زیر بل یا کشاله رن یا روی شکم در اطراف ناف ظاهر شوند و حالت چرکی داشته باشند ، احتمال عفونت پوست مطرح میشود در این مورد لازم است با پزشک مشورت شود.

ماه گرفتگی: بسیاری از نوزادان لکه های قرمز رنگی روی پوست (خصوصاً در ناحیه پلک فوقانی چشم یا پشت گردن) دارند که در قدیم به آن ماه گرفتگی می گفتند . این لکه ها ارثی نیستند و اغلب پس از یک سالگی از بین می روند و نیاز به درمان ندارند

لکه های مغولی: گاهی در ناحیه کمر و پشت نوزاد به شکل کمتر شایع در ناحیه مچ دست و پای نوزاد ، لکه هایی به رنگ خاکستری یا کمی کبود به چشم می خورد که از بدو تولد وجود دارند . این لکه ها به علت عدم مهاجرت سلولهای حاوی رنگدانه از قسمت های سطحی به قسمت های عمقی تر پوست ایجاد شده و نیاز به درمان ندارند و اغلب پس از یک تا دو سالگی از بین می روند .

اگزما: اگزما التهاب و واکنش پوست به مواد محرک است . این ناراحتی پوستی ، قرمز رنگ و خارش دار ، در نوزادانی که سابقه خانوادگی آسم ، آلرژی و درماتیت آتوپیک دارند رخ می دهد و

معمولاً از صورت شروع شده به تدریج ناحیه چین آرنج ، سینه ، رانها و پشت زانوها را درگیر می‌کند و پوست این نواحی را به مرور ضخیم ، خشک با فلس مانند میکند . برای درمان اگرما باید عامل محرک را شناسایی کرده و از مصرف آن برای نوزاد خودداری شود. پوست نوزاد را با استفاده از صابونها و مواد شوینده ملایم تمیز کرده و از مرطوب کننده استفاده نمود .

درماتیت سبور: این ناراحتی طی ماههای اول تا دوم بعد از تولد بروز میکند و معمولاً تا یک یالگی از بین خواهدرفت . با ابتلا به درماتیت سبور، پوست سر نوزاد پوسته پوسته ، چرب و مومی شده و التهاباتی قرمز روی پلکها ، ابروها ، پشت گوش و بینی ایجاد میشود . با مشورت با پزشک کودکان میتوان از روغن ، شامپو ، پماد یا لوسیون های مخصوص استفاده نمود.

عرق سوز: قسمتهای از بدن نوزاد که بیشتر عرق میکند (گردن ، ناحیه پوشک ، زیر بغل ، بین ساعد و بازو ، و قسمتهایی از پوست که روی هم تا میشود.) بیشتر مستعد عرق سوز شدن هستند . در این حالت برجستگیهای قرمز مایل به صورتی روی پوست ایجاد میشوند که گرم و خارش دار هستند و کودک را آزار میدهند. برای درمان عرق سوز باید محیط خانه را خنک نگاه داشت و لباس نخی، تمیز و گشاد و خنک به نوزاد پوشاند همیشه به جای پوشاندن یک لباس گرم به نوزاد چند لایه لباس نازکتر به او پوشانده شود تا اگر در محیط گرمی قرار گرفت بتوانید لایه را خارج کرد تا از عرق کردن و تحریکات پوستی او جلوگیری شود.

پودر بچه: پودرهای بچه نشاسته ای که در بازار وجود دارند ، اگرچه ناراحتی ریوی ایجاد نمیکنند اما منبع غذایی خوبی برای قارچها محسوب میشوند و با استعمال آنها بر پوست نوزاد ، زمینه بروز عفونتهای قارچی فراهم میشود . بنابراین سعی شود برای نوزاد مخصوصاً نوزاد نارس از پودر بچه استفاده نشود.

عفونتهای قارچی : این عفونتها بسته به اینکه در کدام قسمت پوست نوزاد قرار بگیرند ظاهر متفاوتی دارند ، مثلاً عفونت قارچی ناحیه دهان به صورت برفک سفیدی در داخل لب و لپ نوزاد است و عفونتهای ناحیه پوشک ، پوست را قرمز و ملتهب میکند برای درمان این عفونتها به پزشک کودکان مراجعه کنید .

آفتاب سوختگی: نور خورشید میتواند ناراحتیهای پوستی مختلفی برای نوزاد ایجاد کند بهتر اس شیرخوار تا ۶ ماهگی در معرض نور مستقیم آفتاب در ساعاتی که آفتاب تند است (۱۰ صبح تا ۴ بعداز ظهر) قرار نگیرد.

نکات بیشتر در مورد مراقبت از نوزاد نارس در ضمیمه ۴ آمده است.

فصل ۵ : آشنایی با نحوه ارزیابی کودک از نظر نشانه های خطر

اهداف آموزشی:

انتظار می رود در پایان این درس فراگیر بتواند :

۱. نحوه ارزیابی کودک زیر ۲ ماه را از نظر نشانه های خطر شرح دهد.
۲. نحوه ارزیابی کودک ۲ تا ۵ سال را از نظر نشانه های خطر توضیح دهد.

کنترل شیرخوار کمتر از ۲ ماه از نظر نشانه های خطر:

این مرحله ارزیابی برای تمامی شیرخواران کمتر از ۲ ماه انجام می شود. در این مرحله برای پیدا کردن نشانه های عفونت باکتریال دقت کنید. در ارزیابی نشانه ها طبق چارت، آرام نگهداشتن شیرخوار بسیار مهم است. برای ارزیابی تنفس، شیرخوار کمتر از ۲ ماه باید آرام باشد. او می تواند بخوابد در حالی که شما ۴ نشانه مربوط به تنفس کودک را ارزیابی می کنید که اینها عبارتند از: شمارش تنفس و نگاه کردن برای توكشیده شدن قفسه سینه، پرش پره های بینی و ناله کردن. برای ارزیابی نشانه های بعدی، لباس او را در آورید (اتاق گرم باشد)، به پوست او درسراسر بدن نگاه کنید و دمای بدن او را اندازه بگیرید. برای بررسی زردی به رنگ پوست نوزاد و سفیدی چشم او دقت کنید. در این مرحله می توانید بیحالی و یا کاهش سطح هوشیاری او را ببینید و حرکات او را نگاه کنید.

تمامی شیرخواران کمتر از ۲ ماه را برای نشانه های خطر کنترل کنید:

سوال کنید:

- آیا شیرخوار کاهش قدرت مکیدن دارد؟
- آیا به طور مکرر استفراغ میکند؟
- آیا تشنج (حرکات غیرعادی) داشته است؟

شیرخواران ممکن است مرتباً بعد از شیر خوردن، شیر را استفراغ کنند. معمولاً مادر می تواند تشخیص دهد که شیرخوار واقعا شیر را استفراغ می کند یا فقط مقادیری از شیر را بر می گرداند، برگشت شیر می تواند به علت خوردن شیر بیش از ظرفیت معده شیرخوار یا فشار احتمالی روی معده وی باشد و با مراقبت های

معمول از شیرخوار بعد از تغذیه میتوان تا حد امکان از آن پیشگیری کرد و با افزایش سن شیرخوار و تکامل یافتن سیستم گوارش این مشکل برطرف خواهد شد اما استفراغ ، خروج شیر خورده شده از معده است و شیر مدتی پس از خوردن همراه با فشار و ناآرامی شیرخوار خارج می شود و این می تواند یک علامت خطر مهم باشد . عوامل مختلفی نظیر ماشین گرفتگی ، گریه و بی قراری ، حساسیت های غذایی ، مسمومیت ها ، ضربه های سر ، مشکلات مادر زادی مری و معده ، عفونت های ویروسی یا میکروبی و..... میتواند سبب استفراغ شود و استفراغ های مکرر نیز نشانه مهمی است که باید بررسی شود

مشاهده کنید:

تنفس شیرخوار را در یک دقیقه بشمارید . اگر تنفس تند بود ، شمارش را تکرار کنید: تعداد تنفس شیرخوار را مشابه شیرخواران و کودکان بزرگتر شمارش کنید . تعداد تنفس باید به مدت یک دقیقه، در هنگام استراحت نوزاد و ترجیحاً در زمان خواب شمرده شود. در این شرایط، تعداد تنفس در نوزاد ترم ۳۰-۴۰ بار در دقیقه و در نوزاد نارس بیشتر است. تعداد تنفس شیرخواران کمتر از ۲ ماه معمولاً تندتر از شیرخواران و کودکان بزرگتر است . بنابراین ۶۰ بارتنفس در دقیقه یا بیشتر معیاری برای تشخیص تنفس تند در شیرخواران است. اگر اولین شمارش ۶۰ بار تنفس یا بیشتر بود، شمارش را تکرار کنید. این تکرار بسیار مهم است زیرا تعداد تنفس شیرخوار کمتر از ۲ ماه معمولاً منظم نیست. شیرخوار کمتر از ۲ ماه گهگاه بر ای چند ثانیه تنفس خود را قطع میکند و با یک دوره تنفس تندتر ادامه می دهد. اگر شمارش دوم نیز ۶۰ بار یا بیشتر بود، تنفس تند دارد .

برای باز و بسته شدن یا پرش های بینی نگاه کنید: پرش پره های بینی عبارتست از گشادشدن سوراخ های بینی در هنگام تنفس شیرخوار.

برای ناله کردن شیرخوار مشاهده و گوش کنید: ناله، صدای نرم کوتاهی است که هنگام تنفس بازدمی شیرخوار به گوش می رسد. ناله و پرش پره های بینی هنگامی به وجود می آید که شیرخوار به زحمت تنفس می کند و این نشانه ها در تشخیص مشکل تنفسی به همراه تو کشیده شدن قفسه سینه کمک کننده می باشد.

برای تو کشیده شدن قفسه سینه نگاه کنید: برای مشاهده تو کشیده شدن قفسه سینه، مشابه شیرخواران و کودکان بزرگتر عمل کنید .بهرحال توکشیده شدن خفیف قفسه سینه دریک شیرخوار کمتر از 2 ماه طبیعی است زیرا قفسه سینه هنوز نرم است .توکشیده شدن شدید قفسه سینه عمیق است و به آسانی قابل رویت می باشد .تو کشیده شدن قفسه سینه میتواند نشانه ای از پنومونی باشد ودر شیرخوار کمتر از 2 ماه بسیار جدی و مهم می باشد

آیا شیرخوار بیحال است یا کاهش سطح هوشیاری دارد؟ شیرخواران کمتر از ۲ ماه اغلب خواب هستند و این نشانه بیماری نیست. حتی وقتی که شیرخوار کمتر از ۲ ماه بیدار است، ممکن است مثل شیرخواران و کودکان بزرگتر به مادر و بهورز که در حال صحبت هستند، نگاه نکند. یک شیرخوار کمتر از ۲ ماه بی حال وقتی که باید بیدار و هوشیار باشد، این حالت را ندارد. او ممکن است خواب آلود باشد و پس از بیدار کردن هم نتواند بیدار بماند. اگر شیرخوار کمتر از ۲ ماه در هنگام ارزیابی نمی تواند بیدار شود، او را به ملایمت تکان دهید یا دستهایتان را به هم بزنید و مشاهده کنید که آیا او بیدار می شود. سپس نگاه کنید که آیا بیدار باقی می ماند. یک شیرخوار کمتر از ۲ ماه که کاهش سطح هوشیاری دارد نمی تواند در تمام این مدت بیدار بماند. وقتی او را لمس می کنید و یا او را تکان می دهید قادر به نشان دادن عکس العمل نیست.

تحرك شیرخوار را مشاهده کنید: تحريك پذیری و بیقراری دارد یا تحرك کمتر از معمول

است؟ یک شیرخوار کمتر از ۲ ماه بیدار بطور معمول دستها یا پاهایش را حرکت می دهد و چندین بار در دقیقه سرش را بر می گرداند. ارزیابی تحرك شیرخوار را می توانید درحالی که او را برای سایر موارد ارزیابی می کنید، انجام دهید. کودکی تحريك پذیر و بی قرار است که هرگاه به او دست می زنید یا او را بغل می کنید تحريك پذیر و بی قرار باشد اگر شیرخوار یا کودک هنگام شیرخوردن آرام بوده ولی پس از پایان شیر خوردن دوباره تحريك پذیر و بی قرار می شود نشانه تحريك پذیری و بی قراری را دارد. ممکن است کودکان فقط از اینکه در مرکز بهداشتی یا خانه بهداشت هستند ناراحت باشند. معمولاً این کودکان را می توان آرام کرد. آنها نشانه ای از تحريك پذیری و بی قراری ندارند.

برآمدگی ملاج شیرخوار را مشاهده و لمس کنید: ملاج، محل نرمی روی سر شیرخواران می باشد و محلی است که استخوانهای سر کاملاً تشکیل نشده اند. شیرخوار را در وضعیت ایستاده نگه دارید شیرخوار باید آرام باشد و گریه نکند. سپس به ملاج شیرخوار نگاه کنید و آن را لمس نمایید. اگر ملاج قدری برآمده است، ممکن است به علت ابتلاء شیرخوار به مننژیت باشد.

دمای بدن شیرخوار را اندازه بگیرید: تب (دمای زیر بغل مساوی یا بالاتر از ۳۷.۵ درجه سانتی گراد) یا هیپوترمی (دمای زیر بغل کمتر از ۳۶.۵ درجه سانتی گراد) در شیرخوار کمتر از ۲ ماه ممکن است به معنی ابتلاء به عفونت باکتریال شدید باشد. تب در دو ماه اول تولد شایع نیست. همچنین با عفونت نوزادان الزاماً تب همراه نیست.

برای رنگ پریدگی یا سیانوز یا زردی ۲۴ ساعت اول تولد، شیرخوار را نگاه کنید: رنگ پوست نوزاد طبیعی، صورتی است در نوزادی که گریه می کند پوست ممکن است به رنگ قرمز تیره در آید سیانوز انتهاها (اکروسیانوزیس) در روز های اول تولد مسئله ای طبیعی است. به لبها و صورت شیرخوار

کمتر از ۲ ماه نگاه کنید در صورت رنگ پریدگی یا کبودی (سیانوز) ، لازم است جهت بررسی علت آن شیرخوار ارجاع داده شود. زردی در ۲۴ ساعت اول تولد علامت بیماریهای خطیری مثل عفونت و ناسازگاری های خونی است که جهت بررسی علت و درمان مناسب لازم است نوزاد ارجاع فوری داده شود.

ارزیابی زردی

برای بررسی وضعیت زردی کودک باید به سفیدی چشم و نوک بینی توجه شود که با اندک فشار بر روی بینی مشخص می گردد. با افزایش سطح بیلی روبین زردی به سمت شکم و پاها گسترش می یابد. اگر چه زردی (ایکتر) فیزیولوژیک نوزادی بیماری شایعی است که در بسیاری از موارد نیاز به درمان خاصی ندارد، اما از آنجایی که در برخی نوزادان شدت زردی بالا بوده و می تواند به درگیری مغزی منجر شود بنابراین همه شیرخوارانی که در ظاهر زرد هستند، نیاز به بررسی بیشتر دارند. کلیه شیرخواران زرد را از نظر نشانه های خطر بررسی کنید :

سن نوزاد ۲۴ ساعت یا کمتر است؟ گروه خون مادر O و نوزاد A یا B است؟ RH خون مادر منفی و نوزاد مثبت است؟ آیا وزن هنگام تولد نوزاد کمتر از ۲۰۰۰ گرم است؟ آیا سابقه زردی خطرناک در فرزندان قبلی وجود دارد؟ زردی از چه زمانی پس از تولد شروع شده است؟ آیا سابقه زردی خطرناک در فرزندان قبلی وجود دارد؟ سوالات فوق را از مادر بپرسید، اگر مادر از گروه خون یا ارهش خود بی اطلاع است، از او بخواهید کارت مراقبت دوران بارداری خود را بیاورد. وقتی ناسازگاری ABO مطرح می شود که گروه خون مادر O و گروه خون نوزاد A یا B باشد. وقتی ناسازگاری ارهش مطرح می شود که ارهش مادر منفی و نوزاد مثبت باشد. وجود سابقه زردی خطرناک در فرزندان قبلی (زردی که یکی از فرزندان قبلی مادر نیاز به بستری یا تعویض خون داشته یا منجر به عقب ماندگی ذهنی، یا مرگ نوزاد قبلی شده است) احتمال بروز زردی شدید را در این شیرخوار نیز افزایش می دهد. زمان شروع زردی جهت تشخیص احتمال زردی های شدید مهم است. هر زردی که در ۲۴ ساعت اول تولد شروع شده یا در ۳ روز اول تولد سریعاً میزان آن افزایش یابد با احتمال خطر بیشتری همراه خواهد بود.

اگر نوزاد مراجعات قبلی داشته، سوال کنید آیا شدت زردی او نسبت به قبل افزایش یافته یا این که زردی در حال کاهش است؟ سپس درباره نشانه های زردی خطرناک که می تواند منجر به درگیری مغزی ناشی از رسوب بیلی روبین در مغز (کرن ایکتروس) سوالات زیر را از مادر بپرسید: بیحالی، خوب شیرنخوردن، تب، تشنج، کمائی شکل شدن بدن، صدای گریه جیغ مانند و غیرطبیعی. جهت بررسی از نظر زردی سوالات زیر را از مادر بپرسید: آیا رنگ مدفوع شیرخوار سفید یا رنگ ادرار او تیره شده است؟ در مورد طول مدت زردی شیرخوار سوال کنید (از چه زمانی پس از تولد شروع شده است، مراجعات قبلی داشته است، در حال حاضر چند روزه است؟) مشاهده کنید: جهت بررسی شدت زردی در نور مناسب (نور روز بهترین نور است) شیرخوار را لخت کرده و پوست او را بمدت ۳ ثانیه با انگشت فشار دهید و سپس انگشت خود را بلند کرده و رنگ پوست زیر آن را مشاهده کنید. گسترش زردی از سر به طرف پا می

باشد و اگر پوست شکم زرد بود، روی ران ها و سپس روی ساق پا و کف دست و پا را مشاهده کنید. از روی انتشار زردی تا حدی می توان به شدت زردی پی برد.

ارزیابی و طبقه بندی عفونت های موضعی: در این مرحله شما برای پیدا کردن نشانه های عفونت موضعی، به چشم، پستان، ناف و پوست شیرخوار دقت می کنید. این عفونت ها می توانند در شیرخواران کمتر از ۲ ماه خیلی سریع پیشرفت کرده و ممکن است موجب مرگ شیرخوار شود.

چگونه شیرخواران کمتر از ۲ ماه را برای نشانه های خطر طبقه بندی کنید :

تمام شیرخواران را برای احتمال بیماری خیلی شدید طبقه بندی کنید. نشانه های شیرخوار را با نشانه های لیست شده مقایسه کنید و طبقه بندی مناسب را انتخاب کنید. اگر شیرخوار هر یک از نشانه های خطر را دارد احتمال ابتلاء او به بیماری خیلی شدید وجود دارد .

احتمال بیماری خیلی شدید

یک شیرخوار کمتر از 2 ماه با نشانه های این طبقه بندی ، مبتلا به یک بیماری خیلی شدید است و در معرض خطر زیادی برای مرگ می باشد. شیرخوار کمتر از 2 ماه که در این طبقه بندی قرار گیرد، نیاز به ارجاع فوری به بیمارستان دارد. مطابق بوکلت چارت مانا درمان مناسب قبل از ارجاع را انجام داده و شیرخوار را فوراً ارجاع دهید.

ارزیابی شیرخوار کمتر از ۲ ماه از نظر علائم و نشانه های خطر

در صورت داشتن هر یک از علائم و نشانه های خطر سریعاً کودک را خارج از نوبت به پزشک ارجاع دهید. در صورت عدم وجود این علائم مراقبت های ادغام یافته کودک سالم را شروع کنید.

توصیه ها	طبقه بندی	نشانه ها
• به بوکلت مانا مراجعه شود. • ۲۲ ساعت بعد پیگیری شود.	احتمال بیماری خیلی شدید	<ul style="list-style-type: none"> • کاهش قدرت مکیدن • استفراغ مکرر • تشنج • تنفس تند • تو کشیده شدن شدید قفسه سینه • برش بره های بینی • ناله کردن • برآمدگی ملاحظ • ترشحات چرکی ناف همراه با قرمزی و انتشار آن به اطراف • جوش چرکی پوستی • کاهش سطح هوشیاری • ندانستن هیچگونه حرکت یا داشتن حرکت فقط وقتی که تحریک می شود • درجه حرارت زیربغلی مساوی یا بالاتر از ۳۷٫۵ • درجه سانتی گراد • درجه حرارت زیربغلی کمتر از ۳۶٫۵ درجه سانتی گراد
• ارزیابی طبق بوکلت مانا انجام شود.	زردی	• زردی
• ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.	علائم و نشانه های خطر ندارد	• هیچ کدام از نشانه های فوق را ندارد.



سوال کنید	مشاهده کنید	حالت عمومی
• آیا کاهش قدرت مکیدن دارد؟	• تعداد تنفس شیرخوار را در یک دقیقه بشمارید (شیرخوار باید آرام داشته باشد)	• کاهش سطح هوشیاری
• آیا به طور مکرر استفراغ می کند؟	• تنفس تند (۶۰ بار در دقیقه یا می شود)	• می شود
• آیا تشنج (حرکت غیرمادی) داشته است؟	• بیشتر اگر یک نوبت بیش از ۶۰ بار در دقیقه بود، بار دیگر بشمارید.	• درجه حرارت زیربغلی را اندازه بگیرید؛
	• تو کشیده شدن شدید قفسه سینه	- درجه حرارت زیربغلی مساوی یا بالاتر از ۳۷٫۵ درجه سانتی گراد
	• برش بره های بینی	- درجه حرارت زیربغلی کمتر از ۳۶٫۵ درجه سانتی گراد
	• ناله کردن	
	• برآمدگی ملاحظ	
	• زردی	
	• ترشحات چرکی ناف همراه با قرمزی و انتشار آن به اطراف	
	• جوش چرکی پوستی	

کنترل کودک ۲ ماه تا ۵ سال از نظر نشانه های خطر:

این ارزیابی برای تمامی کودکان ۲ ماه تا ۶۰ ماه انجام می شود. در این مرحله شما برای پیدا کردن نشانه های بیماری خیلی شدید دقت می کنید .

نشانه های خطر شامل ۴ مورد زیر می باشد که با سوال کردن و مشاهده بررسی می کنید :

- کودک قادر به نوشیدن یا شیر خوردن نمی باشد.
- هر چیزی را که می خورد استفراغ می کند.
- کودک در جریان این بیماری تشنج داشته است.
- کودک خواب آلودگی غیرعادی یا کاهش سطح هوشیاری دارد.

سوال کنید : آیا کودک قادر به نوشیدن یا شیر خوردن می باشد؟

هنگامی کودک دارای نشانه « قادر به نوشیدن یا شیر خوردن نیست » را دارا می باشد، که نتواند مایع یا شیر مادر را بمکد یا بلعد. وقتی از مادر سوال می کنید "آیا کودک قادر به نوشیدن یا شیر خوردن می باشد" از او بخواهید توضیح دهد هنگامی که مایعی به کودک می دهد، چه اتفاقی می افتد . برای مثال آیا کودک می تواند مایع را وارد دهان کرده و بلعد؟ اگر به جواب مطمئن نیستید از او بخواهید که مقداری آب تمیز یا شیرمادر به کودک بدهد و نگاه کنید آیا کودک می تواند آب یا شیر مادر را بلعد. کودکی که با شیرمادر تغذیه می شود اگر دارای انسداد بینی باشد ممکن است در مکیدن مشکل داشته باشد اگر راه بینی کودک مسدود است، آن را تمیز کنید . اگر پس از پاک کردن راه بینی کودک بتواند شیر مادر را بخورد این کودک نشانه خطر « قادر به شیر خوردن نیست » را ندارد.

سوال کنید : آیا کودک در چند روز اخیر تشنج کرده است؟

در طی تشنج، دست و پاهای کودک به دلیل انقباض عضلات سفت می شود. ممکن است تشنج بصورت حرکات پرشی اندام ها و بالارفتن چشمها و کبودی صورت باشد. کودک ممکن است هوشیاری خود را از دست بدهد و یا نتواند سر خود را به طرف صدا برگرداند. از مادر پرسید آیا کودک در طی بیماری اخیر تشنج داشته است. از کلمات قابل فهم برای مادر استفاده کنید. برای مثال ممکن است مادر تشنج را به عنوان غش بشناسد.

سوال کنید آیا کودک هر چیزی که می خورد استفراغ می کند؟

وقتی کودک نتواند هیچ غذایی را تحمل کند دارای نشانه "استفراغ کردن هر چیزی" است یعنی آنچه می خورد برمی گرداند . کودکی که هر چیزی می خورد استفراغ می کند، نمی تواند غذا ، مایعات یا داروهای خوراکی را میل کند . کودکی که چندین مرتبه استفراغ کرده است ولی می تواند مقداری مایع را تحمل کند این نشانه خطر را ندارد. وقتی این سوال را از مادر می پرسید از کلمات قابل فهم برای مادر استفاده کنید .

برای پاسخ دادن، فرصت کافی به او بدهید. اگر مادر مطمئن نیست که آیا کودک هر چیزی که می خورد استفراغ می کند دارد یا نه، برای دادن پاسخ درست به او کمک کنید. برای مثال از مادر بپرسید کودک هر چند وقت یکبار استفراغ می کند؟ همچنین بپرسید آیا هر وقت کودک غذا یا مایعی می خورد استفراغ می کند؟ اگر به پاسخ مادر مطمئن نیستند از او بخواهید به کودک مایعی بدهد و نگاه کنید آیا کودک استفراغ می کند یا نه.

مشاهده کنید:

- **آیا کودک خواب آلودگی غیرعادی یا کاهش سطح هوشیاری دارد؟** یک کودک بی حال، بیدار و هوشیار نیست او گیج بوده و نسبت به آنچه در اطرافش اتفاق می افتد، علاقه ای نشان نمی دهد. چنین کودکی اغلب به مادر خود نگاه نمی کند و وقتی شما صحبت می کنید شما را نگاه نمی کند. ممکن است با بی تفاوتی به جایی خیره شده و به نظر برسد که به اتفاقات اطرافشان توجه ای ندارد. کودک دچار عدم هوشیاری را نمی توان بیدار کرد و به لمس کردن، تکان دادن و صحبت کردن با او پاسخی نمی دهد. از مادر بپرسید که آیا کودک خواب آلوده به نظر می رسد و یا قادر به بیدار کردن کودک نمی باشد. نگاه کنید که آیا هنگام صحبت کردن مادر یا تکان دادن کودک و یا کف زدن، کودک بیدار می شود یا نه. اگر کودک در هنگام ارزیابی نمی تواند بیدار شود، او را به ملایمت تکان دهید یا دستهایتان را بهم بزنید و مشاهده کنید که آیا او بیدار می شود. سپس نگاه کنید که آیا بیدار باقی می ماند. کودکی که کاهش سطح هوشیاری دارد نمی تواند در تمام این مدت بیدار بماند. وقتی او را لمس می کنید و یا او را تکان می دهید قادر به نشان دادن عکس العمل نیست.

چگونه کودک ۲ ماه تا ۵ سال را برای نشانه های خطر طبقه بندی کنید:

تمام شیرخواران را برای احتمال بیماری خیلی شدید طبقه بندی کنید. اگر شیرخوار هر یک از نشانه های خطر را دارد احتمال ابتلاء او به بیماری خیلی شدید وجود دارد. در این صورت نیاز به ارجاع فوری به بیمارستان دارد که مطابق بوکت چارت مانا درمان مناسب قبل از ارجاع را انجام داده و شیرخوار را فوراً ارجاع دهید.

ارزیابی کودک ۲ ماه تا ۶۰ ماه از نظر علائم و نشانه های خطر

سوال کنید	نگاه کنید
• آیا قادر به نوشیدن یا شیر خوردن می باشد؟	• آیا کودک بی حالی یا خواب
• آیا هر چیزی را که می خورد استفراغ می کند؟	• آلودگی غیرعادی دارد؟
• آیا کودک در جریان این بیماری تشنج داشته است؟	



نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
• در صورت وجود هر یک از علائم و نشانه های خطر، قادر به نوشیدن یا شیر خوردن نیست. • استفراغ های مکرر دارد. • تشنج داشته است. • خواب آلودگی غیرعادی یا کاهش سطح هوشیاری دارد.	بیماری خیلی شدید	• به بوکت مانا مراجعه شود. • ۲۲ ساعت بعد نیگیری شود.
• هیچکدام از نشانه های فوق را نداشته باشد.	علائم و نشانه های خطر ندارد	• ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

فصل ۶: آشنایی با اندازه گیری وزن ، قد ، دور سر و ثبت آن

اصول پایش رشد کودکان ، اختلال رشد و نحوه مدیریت آن در کودکان زیر پنج سال

اهداف آموزشی:

انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

۱. اهمیت انجام صحیح اندازه گیری های تن سنجی را بیان کند .
۲. بطور صحیح وزن، قد و دور سر کودک را اندازه گیری کند .
۳. کودکان را از نظر وزن برای سن ارزیابی ، طبقه بندی کنند و توصیه های متناسب با طبقه بندی را ارائه بدهد.
۴. کودکان را از نظر قد برای سن ارزیابی ، طبقه بندی کنند و توصیه های متناسب با طبقه بندی را ارائه بدهد.
۵. کودکان را از نظر وزن برای قد ارزیابی ، طبقه بندی کنند و توصیه های متناسب با طبقه بندی را ارائه بدهد.
۶. کودکان را از نظر دور سر ارزیابی ، طبقه بندی کنند و توصیه های متناسب با طبقه بندی را ارائه بدهد
۷. کودک دچار اختلال رشد را شناسایی و توصیه ها و اقدامات لازم را انجام دهد

منحنی رشد استاندارد سازمان جهانی بهداشت:

در گذشته منابع مربوط به رشد از تجزیه و تحلیل اطلاعات و نمونه های مربوط به یک کشور به دست می آمد سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۷-۲۰۰۳ با مطالعه و بررسی وسیعی روی کودکان ۶ منطقه مختلف دنیا (آمریکا، نروژ، برزیل، غنا، عمان و هند) نمودارهای جدید رشد را به عنوان استانداردهای جهانی تهیه نماید.

ارزیابی رشد: ارزیابی رشد کودک شامل اندازه گیری وزن، قد و دورسر و مقایسه آن با استانداردهای رشد براساس مطالعه چند مرکزی مرجع رشد سازمان جهانی بهداشت یا WHO Multicenter Growth Reference Study (MGRS) و منحنی های INTERGROWTH-21 برای کودکان زود متولد شده می باشد.

هدف ارزیابی رشد: هدف از ارزیابی، تعیین روند رشد می باشد . با توجه به اینکه شیر مادر به دلیل مزایای تغذیه ای ، ایمونولوژیک و مزایای بی شمار دیگر ، تغذیه مطلوب برای شیرخوار می باشد ، منحنی های جدید براساس الگوی رشد شیرمادرخواران تهیه شده اند.

تن سنجی عبارت است از اندازه گیری ابعاد بدن که شامل: وزن و قد و دورسر و دور بازو و چینهای پوستی می باشد که در برنامه کشوری بشتترین تمرکز بر وزن و قد است. با اندازه گیری وزن و قد کودک (تن سنجی) میتوان فهمید کودک چگونه رشد می کند، چطور از بیماری اخیر بهبود یافته یا پاسخ کودک به انجام توصیه های تغذیه ای یا مراقبتی چگونه بوده است و از تغذیه و سلامت او مطلع شد. شناسایی زودرس کودکان دچار اختلال رشد و سوء تغذیه و آموزش و توصیه های لازم و پیگیری، مانع بروز عوارض ناخواسته ناشی از این مشکلات می گردد.

شاخص های اندازه گیری شده در برنامه تن سنجی عبارتند از:

نسبت وزن برای سن - نسبت قد برای سن - نسبت وزن برای قد

عواقب وقوع خطا در اندازه گیری های تن سنجی :

- تخمین نادرست وضعیت تغذیه جامعه
- برآورد غلط شیوع سوء تغذیه در جامعه
- عدم شناسایی کودکان دچار سوء تغذیه
- اختلال در مداخلات لازم تغذیه ای
- برنامه ریزی های غلط
- هدر رفت هزینه های مالی، نیروی انسانی و زمان

چگونه کودک را از نظر وضعیت وزن/قد/دورسر ارزیابی کنیم؟

- (۱) آمادگی برای اندازه گیری وزن/قد / دورسر(مراقب کودک، کودک، محیط مناسب، تنظیم ابزار و)
- (۲) اندازه گیری وزن /قد/ دورسر کودک (با استفاده از ابزار مناسب)
- (۳) مراقبت از ابزار اندازه گیری (تمیز، نگهداری دردمای مناسب، سالم بودن ابزار، کنترل صحت ابزار و.....)
- (۴) تعیین و ثبت وزن /قد/ دورسر برای سن (ثبت روی کارت مراقبت)
- (۵) طبقه بندی وزن /قد/ دورسر برای سن
- (۶) توضیح روند رشد کودک را برای مادر و ارائه توصیه ها و اقدامات که شامل موارد زیر می باشد:

- ادامه مراقبت های روتین ، بررسی منحنی وزن برای قد ، ارجاع
 - مشاوره و ارائه توصیه های تغذیه ای
 - پیگیری (برای ارزیابی اصلاح تغذیه کودک - پیگیری برای ارزیابی رشد کودک)
- (۷) تفسیر شاخص رشد

ارزیابی کودک از نظر وزن برای سن:

با اندازه گیری وزن کودک می توان فهمید کودک چگونه رشد می کند، چه طور از بیماری اخیر بهبود یافته یا پاسخ کودک به انجام توصیه های تغذیه ای یا مراقبتی چگونه بوده است و از تغذیه و سلامت او مطلع شد .
توصیه می شود وزن کودکان با استفاده از ابزار با خصوصیات زیر اندازه گیری شود:

- محکم و با دوام
- الکترونیکی (دیجیتالی)
- دارای دقت اندازه گیری در حد ۰/۱ کیلوگرم (۱۰۰ گرم)

گاهها کودکان در ۱۰ روز اول پس از تولد مقداری از وزن خود را از دست می دهند(حداکثر ۱۰ درصد وزن تولد) و تا ۱۴ روزگی به وزن زمان تولد برمی گردند. وزن کودک در ۶-۴ ماهگی ۲ برابر وزن تولد(یعنی حدودا ۱۴۰-۲۰۰گرم در هفته افزایش وزن) و در یکسالگی ۳ برابر وزن تولد (حدود ۸۵-۱۵۰گرم در هفته افزایش وزن در ۶ ماه دوم) و در ۲سالگی به ۴ برابر وزن تولد می رسد.

روش صحیح اندازه گیری وزن:

اندازه گیری وزن کودکان زیر ۲ سال با ترازوی مخصوص کودکان که به آن **ترازوی کفه ای** گفته میشود، انجام میشود .معمولا این ترازوها روی میز قرار داده می شود و کودک بروی کفه ترازو برحسب سن کودک یا می خوابد و یا می نشیند. بعضی از این ترازوها در قسمت جلو میله مدرجی دارند که وزنه روی آن قابل حرکت است با حرکت وزنه بسمت چپ یا راست تعادل بدست آمده و وزن کودک تنظیم می شود و بعضی از ترازوها دیجیتالی است که به محض قرار گیری کودک عدد مورد نظر نمایش داده می شود.

به نکات زیر در اندازه گیری وزن کودکان توجه شود:

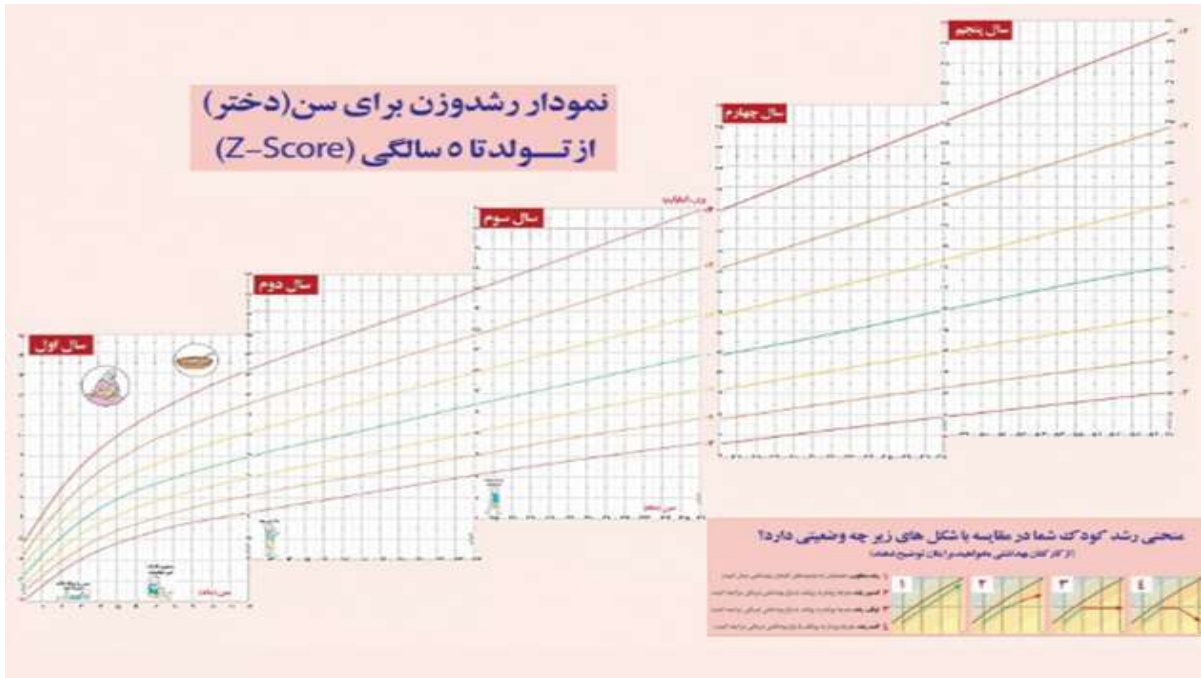
- در آوردن تمام لباس های کودک بجز زیرپوش (اتاق گرم باشد).
- روی ترازوی کفه ای، پارچه گرم انداخته شود تا از سرما ، گریه و ناراحتی شیرخوار پیشگیری شود.
- سرعت و دقت در کار برای پیشگیری از گریه کودک

- برای توزین کودک زیر ۲ سال از ترازوی کفه ای استفاده می شود، شیرخوار بزرگتر از ۷-۸ ماه می تواند روی ترازو بنشیند. (گاهی کودک بی قراری کرده و از مادر خود جدا نمی شود در این موارد کودک را به همراه مادر وزن می کنیم). (توضیحات کامل در ضمیمه ۶ آمده است)
- توزین کودکان بزرگتر از ۲ سال بصورت ایستاده با ترازوی سیار (پرتابل) و یا ترازوی شاهین دار انجام می شود.
- همیشه، قبل از توزین کودک ترازو صفر شود. اطمینان حاصل شود که ترازو درست کار می کند. حداقل در ابتدای هر شیفت و یکبار دیگر در طول روز ترازوهای کفه ای با وزنه شاهد ۵۰۰ گرمی و ترازوهای بزرگسال با وزنه شاهد ۲۰۰۰ گرمی کنترل شود.
- ترازویی که برای شیرخوار به کار می بریم، باید برای او راحت بوده و قبل از هر بار وزن کردن تنظیم شود. تکرار توزین، ضریب اعتماد را بالا می برد.



برای ثبت وزن برای سن:

- وزن کودک را با استفاده از محور عمودی سمت چپ ، و سن کودک را از محور افقی پایین پیدا نموده، نقطه تلاقی آنها را علامت گذاری کنید وقتی نقاط در دو ویژگی یا بیشتر تعیین شود ، برای مشاهده روند رشد وزنی کودک ، آنها را با یک خط صاف به هم متصل کنید تا نمودار وزن برای سن مشخص گردد.



- برای ثبت وزن برای سن در کودکان زود متولد شده (نوزادانی که با سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته به دنیا آمده اند) پس از ترخیص از بیمارستان از منحنی های **Intergrowth-21st** استفاده شود :
- این منحنی ها برای نوزادانی که با سن بارداری ۲۸ تا ۳۶ هفته به دنیا آمده اند پس از ترخیص مورد استفاده قرار می گیرند. آخرین سن تقویمی که این نمودارها برای شیرخوار استفاده می شوند بر حسب سن بارداری او در جدول زیر نوشته شده است و پس از رسیدن به آخرین سن استفاده از منحنی های **Intergrowth-21st** برای پایش رشد کودک از منحنی های (MGRS) سازمان جهانی بهداشت استفاده شود .

جدول سن استفاده از منحنی های **Intergrowth-21st**

سن اصلاح شده برای استفاده از منحنی MGRS	آخرین سن تقویمی برای استفاده از منحنی Intergrowth-21st	آخرین سن بارداری برای استفاده از منحنی Intergrowth-21st	سن بارداری هنگام تولد (هفته)
۶ ماه	۹ ماه و صفر روز	۶۴ هفته	۲۸
۶ ماه	۸ ماه و ۲۱ روز	۶۴ هفته	۲۹
۶ ماه	۸ ماه و ۱۴ روز	۶۴ هفته	۳۰
۶ ماه	۸ ماه و ۷ روز	۶۴ هفته	۳۱
۶ ماه	۸ ماه و صفر روز	۶۴ هفته	۳۲
۶ ماه	۷ ماه و ۲۱ روز	۶۴ هفته	۳۳
۶ ماه	۷ ماه و ۱۴ روز	۶۴ هفته	۳۴
۶ ماه	۷ ماه و ۷ روز	۶۴ هفته	۳۵
۶ ماه	۷ ماه و صفر روز	۶۴ هفته	۳۶

ارزیابی وزن کودکانی که زود متولد شده اند از ۲۸ هفته بارداری تا ۶۴ هفته بارداری بر روی منحنی **Intergrowth-21st** انجام شود و بعد از هفته ۶۴ بارداری بر روی منحنی (MGRS) انجام شود. توجه داشته باشید تا ۲۴ ماهگی سن اصلاح شده محاسبه می شود. با کم کردن تعداد هفته های نارسایی (فاصله سن حاملگی از ۴۰ هفته) از سن تقویمی کودک، سنی که حاصل می شود سن اصلاح شده است.

$$- \{ 4 \div (\text{سن بارداری به هفته} - 40) \} - \text{سن تقویمی به ماه} = \text{سن اصلاح شده برای ثبت در منحنی MGRS}$$

مثال ۱: اگر کودکی با سن بارداری ۲۸ هفته به دنیا آمده باشد ($40 - 28 = 12$) این کودک ۱۲ هفته یا (۳) ($12 \div 4 = 3$) ماه زودتر از موعد مقرر به دنیا آمده است. بنابراین این از ۲۸ هفته بارداری تا ۶۴ هفته بارداری (سن تقویمی ۹ ماه) بر منحنی **Intergrowth-21st** ارزیابی می شود و پس از آن تا ۲۴ ماهگی با محاسبه سن اصلاح شده (در ۹ ماهگی سن اصلاح شده او $6 - 3 = 9$ ماه است) و پس از ۲۴ ماهگی مطابق کودکان ترم بر منحنی (MGRS) ارزیابی می شود.

مثال ۲: اگر کودکی با سن بارداری ۳۶ هفته به دنیا آمده باشد ($40 - 36 = 4$) این کودک ۴ هفته یا ($4 \div 4 = 1$) ماه زودتر از موعد مقرر به دنیا آمده است. بنابراین این از ۲۸ هفته بارداری تا ۶۴ هفته بارداری (سن تقویمی ۷ ماه) بر منحنی **Intergrowth-21st** ارزیابی می شود و پس از آن تا ۲۴ ماهگی با محاسبه سن اصلاح شده (در ۷ ماهگی سن اصلاح شده او $6 - 3 = 7$ ماه است) و پس از ۲۴ ماهگی مطابق کودکان ترم بر منحنی (MGRS) ارزیابی می شود.

چگونه کودک را از نظر وضعیت وزن بر حسب سن طبقه بندی کنید ؟

برای کودکان ۵ طبقه بندی از نظر وزن وجود دارد : ۱- کم وزنی شدید ۲- کم وزنی ۳- احتمال اضافه وزن ۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن و ۵- طبیعی .

کم وزنی شدید :

اگر منحنی وزن برای سن زیر منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) قرار گیرد (در هر سه حالت صعودی ، افقی و نزولی) کودک در طبقه بندی کم وزنی شدید قرار میگیرد. او را به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید و جهت اطمینان از انجام ارجاع ، ۲۴ ساعت بعد پیگیری نمایید و سپس مشابه کم وزنی اقدام شود.

کم وزنی :

اگر منحنی وزن برای سن کودک مساوی $-3Z$ -score تا کمتر از $-2Z$ -score باشد کودک در طبقه بندی "کم وزنی" قرار می گیرد. توصیه ها/ اقدام در طبقه بندی کم وزنی عبارتند از :

- بررسی منحنی قد برای سن و منحنی وزن برای قد

- مشاوره و ارائه توصیه های تغذیه ای

- اگر هر نوع مشکل غذا و نحوه تغذیه دارد کودک زیر ۲ ماه یک روز بعد و بالای ۲ ماه را یک هفته بعد برای ارزیابی تغذیه پیگیری کنید، تا ببینید مادر به توصیه ها عمل کرده است و نظر او چیست .

- برای ارزیابی رشد ، کودکان زیر ۲ ماه ۱۰ روز بعد ، ۲ ماهه تا یکسال ۲ هفته بعد، بالای یک سال یک ماه بعد پیگیری شود. بعد از ۲ پیگیری در صورت وزن کودک اضافه نشود یا منحنی وزن برای سن نزولی باشد به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید . در صورت وزن گیری مطلوب توصیه های تغذیه ای داده شود و براساس سن کودک پیگیری گردد.

احتمال اضافه وزن :

اگر منحنی رشد کودک بالای منحنی $+1Z$ -score باشد در طبقه بندی احتمال اضافه وزن قرار می گیرد ، در این صورت باید منحنی قد برای سن و منحنی وزن برای قد بررسی شود.

نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن :

اگر منحنی وزن برای سن کودک مساوی $-2Z$ -score تا مساوی $+1Z$ -score بوده و روند رشد نامعلوم (یعنی منحنی رشد کودک قبلاً رسم نشده باشد یا کارت مراقبت کودک نداشته باشد) یا روند رشد متوقف شده یا روند رشد نزولی باشد (کاهش وزن کودک)، کودک در طبقه بندی "نیازمند بررسی بیشتر از

نظر وزن" قرار می گیرد. توصیه ها/ اقدام مشابه طبقه بندی کم وزنی می باشد.

طبیعی:

اگر منحنی وزن برای سن کودک مساوی $-2Z$ -score تا مساوی $+1Z$ -score بوده و روند رشد به موازات یا روند رشد به سمت میانه باشد، کودک در طبقه بندی طبیعی قرار می گیرد. منحنی های قد برای سن و وزن برای قد را بررسی کنید و مادر را به ادامه مراقبتهای روتین تشویق کنید .

"جدول ارزیابی و طبقه بندی کودک از نظر وزن برای سن"

وزن کودک را اندازه بگیرید. منحنی وزن کودک را رسم کنید. برای تفسیر کامل وضعیت رشد کودک لازم است هر ۳ منحنی رشد کودک (وزن برای سن، قد برای سن و وزن برای قد) رسم شود و بررسی گردد.

منحنی وزن برای سن	طبقه بندی	توصیه ها / اقدام
• پایین تر از -۲z-score	کم‌وزنی شدید	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه کم‌وزنی اقدام شود
• مساوی -۲z-score تا پایین تر از -۲z-score	کم‌وزنی	• منحنی قد برای سن بررسی شود. • منحنی وزن برای سن بررسی شود. • مشاوره و ارائه توصیه های تغذیه‌ای • مراجعه بعدی برای ارزیابی تغذیه کودک زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد و بالای ۲ ماه ۱ هفته بعد و مراجعه بعدی برای ارزیابی رشد کودک: - زیر ۲ ماه: ۱۰ روز بعد - ۲ ماهه تا یکسال: ۲ هفته بعد - بالای یک سال: ۱ ماه بعد - بعد از ۲ پیگیری در صورتی که وزن کودک اضافه نشده باشد یا منحنی وزن برای سن روند نزولی داشته باشد، به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید. در صورت وزن گیری مطلوب، توصیه های تغذیه ای ادامه یافته و براساس سن کودک پیگیری شود.
• بالاتر از +۱z-score	احتمال اضافه وزن	• منحنی قد برای سن بررسی شود. • منحنی وزن برای سن بررسی شود.
• مساوی -۲z-score تا مساوی +۱z-score و • روند رشد نامعلوم یا • روند افزایش وزن متوقف شده یا • کاهش وزن کودک	نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن	• منحنی قد برای سن بررسی شود. • منحنی وزن برای سن بررسی شود. • توصیه های تغذیه‌ای متناسب ارائه دهید. • مراجعه بعدی برای ارزیابی تغذیه کودک زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد و بالای ۲ ماه ۱ هفته بعد و مراجعه بعدی برای ارزیابی وزن کودک: - زیر ۲ ماه: ۱۰ روز بعد - ۲ ماهه تا یکسال: ۲ هفته بعد - بالای یک سال: ۱ ماه بعد - بعد از ۲ پیگیری در صورتی که وزن کودک اضافه نشده باشد، به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید.
• مساوی -۲z-score تا مساوی +۱z-score	طبیعی	• منحنی قد برای سن بررسی شود. • منحنی وزن برای سن بررسی شود. • ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

شاخص های بهبودی کودک با کم وزنی:

- افزایش وزن با شیب مناسب در دو مراقبت پیاپی
- امتیاز Z وزن برای سن مساوی یا بیشتر از ۲ZSCOR - در دو مراقبت پیاپی

شاخص های ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت در طول پیگیری کودک با کم وزنی:

- توقف یا افت رشد در هر زمان از دوره مراقبت، و /یا
- بروز علائم کم وزنی شدید در هر زمان از دوره مراقبت، و /یا
- بروز علائم سوء تغذیه حاد شدید (امتیاز Z وزن برای قد کمتر از -۳) و یا
- ادم گوده گذار در هر دوپا

از علل کم وزنی :

- محرومیت حاد و یا مزمن از غذا
- حمله های حاد و یا مزمن بیماری ها

تفسیر شاخص رشد (وزن برای سن):

کم وزنی معرف آن است که وزن کنونی کودک از وزن مناسب برای سن او کمتر است.

اصولاً برای تفسیر کامل وضعیت رشد کودک باید هر سه منحنی رشد یعنی وزن برای سن و قد برای سن و وزن برای قد مورد بررسی قرار بگیرد. کم وزنی گاه با لاغری و گاه با کوتاه قدی و یا هر دوی آنها توأم است. کودکی کوتاه قد ممکن است وزنش ظاهراً با قد کودک متناسب ولی با سن او نامتناسب باشد. این کودک ممکن است حتی به صورت گمراه کننده ای چاق باشد، در حالی که سوءتغذیه یا بیماری های قبلی کودک، قد او را از آنچه انتظار می رفته کوتاه تر کرده است. بر عکس، در کودکی که قد او مناسب سن اوست، امکان دارد به علت داشتن سوءتغذیه یا بیماری در گذشته ای نزدیک، وزن به حد کمتر از مطلوب رسیده باشد. هیچ یک از این دو کودک نام برده شده وزن مناسب برای سن را ندارند. اگر کودکی دچار ورم هر دوپا باشد، احتباس آب سبب افزایش وزن کودک میشود و ممکن است کم وزنی شدید کودک را مخفی کند. در این حالت، وزن برای سن و وزن برای قد را علامت گذاری کنید ولی روی نمودار رشد و نزدیک به نقطه ترسیم شده، ورم کودک را درج نمایید. این کودک، مبتلا به سوء تغذیه ی شدید بوده و باید برای مراقبتهای تخصصی ارجاع شود.

روش صحیح تشخیص ادم گوده گذار در هر دو پا:

- فشار ملایم با انگشت دست به بالای قوزک در داخل ساق به جایی که استخوان ساق پا زیر پوست است، یا روی پاها
- فشار حدود سه ثانیه ادامه یابد (مدت زمان لازم برای شمردن "یک هزار و یک"، "یک هزار و دو"، "یک هزار و سه" حدود سه ثانیه است)
- اگر کودکی مبتلا به ادم باشد، اثر انگشت در جایی که مایع ادم در بافت بدن او تحت فشار قرار گرفته برای مدتی (حداقل چند ثانیه) باقی می ماند
- اگر هر دو پای کودکی آشکارا چنین نشانه هایی داشت می توان او را مبتلا به ادم ثبت کرد
- برای آزمایش ادم وارد کردن فشار زیاد لازم نیست، وارد کردن فشار زیاد روی پوست می تواند دردناک باشد.
- آزمایش ادم باید پس از اندازه گیری قد و وزن انجام شود.



ارزیابی کودک از نظر قد برای سن:

بسته به سن و توانایی کودک در ایستادن، قد خوابیده (Length) یا قد ایستاده (Height) کودک را اندازه گیری کنید. اگر کودک کمتر از ۲ سال دارد، قد خوابیده و اگر ۲ سال یا بیشتر دارد و قادر به ایستادن است قد ایستاده اش را اندازه بگیرید. کفش، جوراب و زینت آلات موی سر کودک در آورده شود. قد ایستاده، حدود ۰.۷ سانتیمتر کمتر از قد خوابیده است. اگر کودک کمتر از ۲ سال، برای اندازه گیری قد خوابیده، دراز نمی کشد، قد ایستاده او را اندازه گرفته و ۰.۷ سانتیمتر به آن اضافه کنید تا قد خوابیده به دست آید و اگر کودک ۲ ساله یا بزرگتر نتوانست بایستد، قد خوابیده او را اندازه گیری نموده و برای تبدیل آن به قد ایستاده ۰.۷ سانتیمتر از آن کم کنید (قد کودکان بلندتر از ۸۵ سانتیمتر به صورت ایستاده و کوتاه تر از ۸۵ سانتیمتر به صورت خوابیده اندازه گیری می شود). قدسنجی که برای اندازه گیری قد ایستاده به کار می رود بطور عمودی روی دیوار نصب می شود. تخت قدسنج نیز برای اندازه گیری قد خوابیده به کار می رود. این وسیله، باید بر روی یک سطح صاف و محکم قرار گیرد، قسمت متحرک در تخت قدسنج بخش پایینی و در قدسنج ایستاده مربوط به قسمت سر است.

افزایش قد در ماه اول ۴-۵ سانتی متر و بعد تا ۶ ماهگی ۲.۵ سانتی متر در ماه و ۶ تا ۱۲ ماهگی ۱.۲۵ سانتی متر در ماه است. افزایش قد در سال اول زندگی ۵۰٪ است.

معمولا قد کودک ترم در زمان تولد ۵۰-۴۹ سانتی متر می باشد که در یکسالگی ۷۵ سانتی متر، در ۲ سالگی ۸۶ سانتی متر، در ۳ سالگی ۹۵ سانتی متر و در ۴ سالگی به ۱۰۳ سانتی متر می رسد.

سپس کودک تا بلوغ: ۷-۵ سانتی متر در سال کودک رشد قدی خواهد داشت

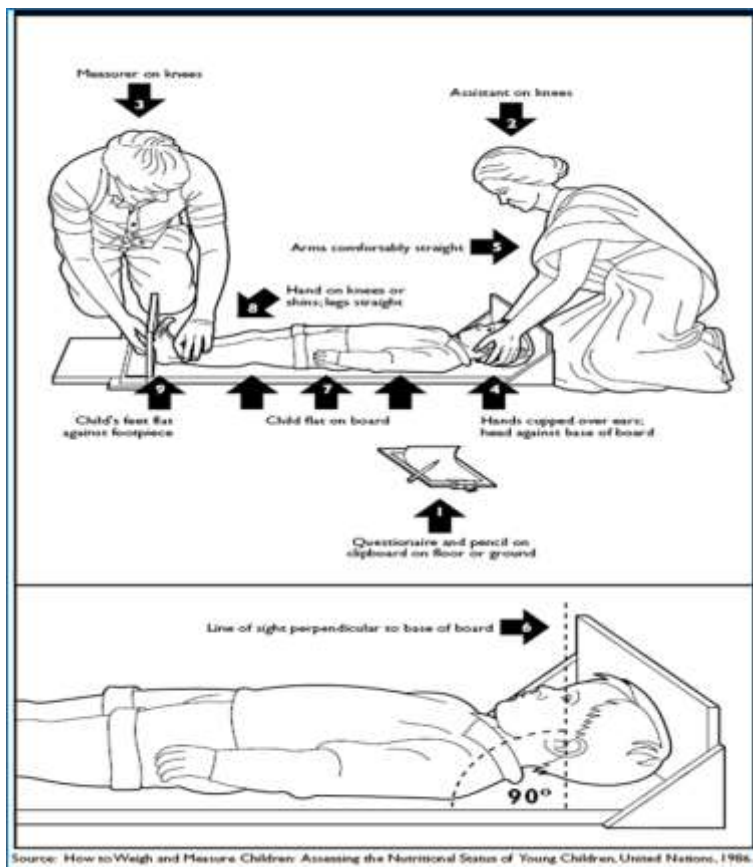
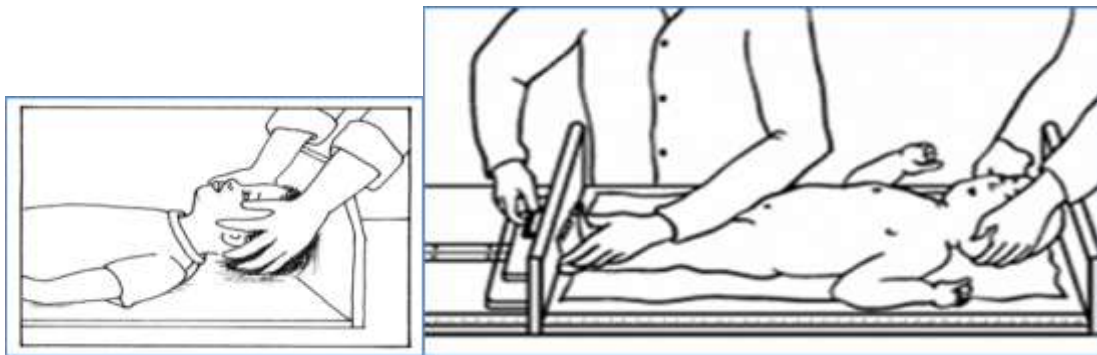
مشخصات تخت قدسنج:

- حداقل طول تخته اندازه گیری قد ۱۳۰ سانتیمتر
- از چوب سخت جنگلی، با روکش محکم و ضد آب
- دارای دو نوار اندازه گیری در دو طرف با اندازه های تا یک دهم سانتیمتر
- قطعه مربوط به پا متحرک باشد و به صورت قائم و عمودی روی تخته

روش صحیح اندازه گیری قد به صورت خوابیده:

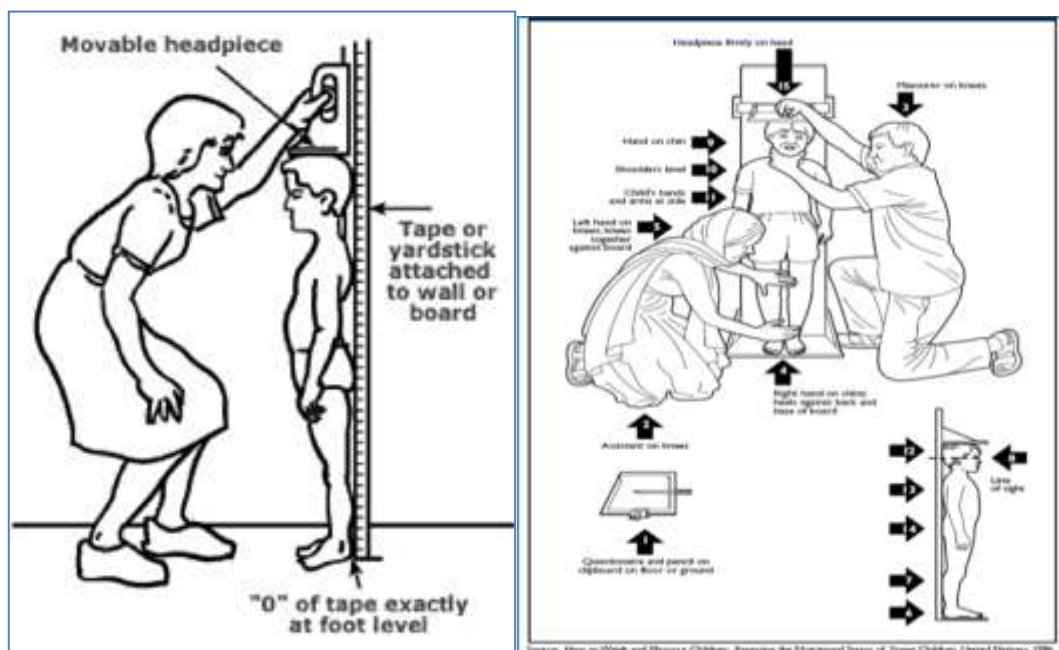
- روش کار را به مادر یا همراه کودک توضیح دهید.
- تخت قدسنج برای اندازه گیری قد خوابیده، روی سطح صاف و محکم قرار گرفته باشد.

- کفش های کودک و هر چیزی را که ممکن است روی سرش باشد، در بیاورید.
- کودک را به آرامی و به پشت روی تخته قرار دهید، در حالی که سرش در طرف قسمت ثابت عمودی و کف پاهایش نزدیک بخش متحرک باشد.
- کودک باید درست در وسط تخته، با نگاه مستقیم به بالا، دراز بکشد.
- دستیار باید سر کودک را محکم و مماس با تخته عمودی نگه دارد.
- شخص مسئول اندازه گیری، یک دست خود را روی زانوها (برای صاف نگهداشتن پاها) و با دست دیگر پاهای کودک را صاف در برابر بخش متحرک قرار دهد و با حرکت تخته عمودی متحرک، آنرا با کف پاها مماس کند و طول قد را با تقریب یک دهم سانتیمتر بخواند.



روش صحیح اندازه گیری قد به صورت ایستاده:

- ایستادن صحیح کودک (پشت سر، شانه ها، برآمدگی باسن، ماهیچه های ساق پا و پاشنه ها به صفحه ی عمودی مماس باشد، فشار شکم کودک کمی به داخل باشد. مادر زانوها و قوزک پای کودک را نگه دارد تا صاف بایستد و ساق پا و پاشنه هایش بر صفحه ی عمودی پشتی مماس باشد)
- سر به طرف روبرو که برای نگه داشتن سر در این وضعیت با فضای میان انگشت شست و چهار انگشت دیگر به طور ثابت نگه دارید و با مماس کردن صفحه متحرک فوقانی با سر کودک قد را اندازه گیری نمایید.



ثبت قد ایستاده/خوابیده برای سن:

قد کودک را با استفاده از محور عمودی سمت چپ، و سن کودک را از محور افقی پایین پیدا نموده، نقطه تلاقی آنها را علامت گذاری کنید وقتی نقاط در دو ویژگی یا بیشتر تعیین شود، برای مشاهده روند رشد قد، آنها را با یک خط صاف به هم متصل کنید تا نمودار قد برای سن کودک مشخص گردد.

برای ثبت قد برای سن در کودکان زود متولد شده (سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته): پس از ترخیص از بیمارستان از منحنی های **Intergrowth-21st** استفاده شود این منحنی ها از هفته ۲۸ بارداری تا هفته ۶۴ بارداری مورد استفاده قرار می گیرد. پس از آن برای پایش رشد کودک، از نمودارهای معمول کودک سالم منحنی های (MGRS) استفاده شود. توجه داشته باشید تا ۴۰ ماهگی سن اصلاح شده محاسبه و قد ثبت شود.

چگونه کودک را از نظر وضعیت قد بر حسب سن طبقه بندی کنید :

برای کودکان ۵ طبقه بندی از نظر وضعیت قد وجود دارد: ۱- کوتاه قدی شدید ۲- کوتاه قدی ۳- خیلی بلند قد ۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد و ۵- طبیعی

کوتاه قدی شدید و کوتاه قدی:

اگر منحنی قد کودک زیر منحنی ۳- انحراف معیار باشد در طبقه بندی "کوتاه قدی شدید" قرار می گیرد و اگر منحنی قد کودک مساوی $-3Z$ - score تا کمتر از $-2Z$ - score باشد کودک در طبقه بندی "کوتاه قدی" قرار می گیرد.

توصیه ها/ اقدام در این دو طبقه بندی : کودک را به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید. ۲۴ ساعت بعد پیگیری نمایید تا مطمئن شوید کودک به پزشک مراجعه کرده است. سپس مشابه نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد اقدام شود.

کودکان کوچکتر از ۶ ماه ۱ ماه بعد ، ۶ ماه تا ۱۲ ماه ۲ ماه بعد، بزرگتر از ۱ سال ۳ ماه بعد پیگیری شود.

خیلی بلند قد:

اگر منحنی قد کودک بیشتر از $+3Z$ - score باشد کودک در طبقه بندی "خیلی بلند قد" قرار می گیرد. این کودک را به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید. ۲۴ ساعت بعد پیگیری نمایید تا مطمئن شوید کودک به پزشک مراجعه کرده است.

نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد:

اگر منحنی قد کودک مساوی $-2Z$ - score تا مساوی $+3Z$ -score باشد و روند رشد نامعلوم یا روند رشود متوقف شده یا روند رشد کند شده باشد کودک در طبقه بندی "نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد" قرار می گیرد. توصیه ها/ اقدام در این طبقه بندی عبارتند از:

- بررسی منحنی وزن برای سن و منحنی وزن برای قد

- ارائه توصیه های تغذیه ای مناسب

- اگر هر نوع مشکل غذا و نحوه تغذیه دارد کودک زیر ۲ ماه یک روز بعد و بالای ۲ ماه را یک هفته بعد برای ارزیابی تغذیه پیگیری کنید.

- برای ارزیابی قد ، کودکان زیر ۶ ماه یکماه بعد ، ۶-۱۲ ماهه ۲ ماه بعد، بالای یکسال ۳ ماه بعد پیگیری شود. بعد از ۲ پیگیری در صورتی که قد کودک اضافه نشود یا روند افزایش قد کند باشد به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید .

رشد قدی طبیعی:

اگر منحنی قد کودک مساوی $-2z$ -score تا مساوی $+3z$ -score باشد و روند رشد به موازات میانه یا روند رشد صعودی باشد، کودک در طبقه بندی "طبیعی" قرار می گیرد. منحنی وزن برای سن و وزن برای قد بررسی شود و سایر مراقبت‌های روتین انجام گردد.

"جدول ارزیابی و طبقه بندی کودک از نظر قد برای سن"

منحنی قد برای سن	طبقه بندی	توصیه‌ها/ اقدام
• پایین تر از $-3z$ -score	کوتاه قدی شدید	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد اقدام شود.
• مساوی $-2z$ -score تا پایین تر از $-2z$ -score	کوتاه قدی	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد اقدام شود.
• بالاتر از $+3z$ -score	خیلی بلند قد	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود.
• مساوی $-2z$ -score تا مساوی $+3z$ -score و - روند افزایش قد نامعلوم یا - روند افزایش قد متوقف شده یا - روند افزایش قد کند می باشد.	نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد	• منحنی وزن برای سن بررسی شود. • منحنی وزن برای قد بررسی شود. • توصیه‌های تغذیه‌ای مناسب • مراجعه بعدی برای ارزیابی تغذیه کودک زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد و ۲ تا ۵ سال ۱ هفته بعد و مراجعه بعدی برای ارزیابی قد: - کوچکتر از ۶ ماه: ۱ ماه بعد - ۶ تا ۱۲ ماه: ۲ ماه بعد - بزرگتر از ۱ سال: ۳ ماه بعد - در صورتی که بعد از ۲ پیگیری قد کودک اضافه نشده باشد با روند افزایش قد کند باشد به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع شود.
• مساوی $-2z$ -score تا مساوی $+3z$ -score	طبیعی	• منحنی وزن برای سن بررسی شود. • منحنی وزن برای قد بررسی شود. • ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

تفسیر شاخص رشد (قد برای سن):

با استفاده از نمودار قد برای سن می توان روند رشد قدی کودکان را پایش نمود. در صورتیکه کودک کوتاه قد باشد نشان دهنده سوء تغذیه مزمن می باشد.

مهم ترین علل کوتاه قدی :

- دسترسی ناکافی به غذا در طولانی مدت
- بروز عفونت های مکرر
- دسترسی ناکافی به خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی اشاره نمود.

این شاخص، در تشخیص کودکان دچار کوتاهی قد در اثر سوء تغذیه طولانی مدت یا بیماری مکرر کمک کننده است و کودکانی که برای سن خود، بلند قد هستند نیز شناسایی می شوند. (بلندی قد بجز در موارد شدید که مطرح کننده مشکلات نادر غددی است به ندرت به عنوان یک مشکل تلقی می شود).

ارزیابی کودک از نظر وزن برای قد:

شاخص وزن برای قد بیانگر وزن در مقایسه با رشد قدی است. این شاخص، به خصوص در مواردی که سن کودک مشخص نیست (مثل شرایط پناهندگی، بازمانده های بلایای طبیعی و ...) استفاده می شود.

از دلایل عمده لاغری کودکان می توان اسهال شدید یا مکرر، عفونت های حاد تنفسی فوقانی، سایر عفونت ها و دسترسی ناکافی به غذا در خانواده را نام برد. این نمودار برای تشخیص کودکان دچار اضافه وزن برای قد که ممکن است در معرض خطر ابتلا به اضافه وزن یا چاقی باشند نیز مفید است.

ثبت وزن برای قد ایستاده / خوابیده:

وزن کودک را با استفاده از محور عمودی سمت چپ، و قد کودک را از محور افقی پایین پیدا نموده، نقطه تلاقی آنها را علامت گذاری کنید وقتی نقاط در دو ویژگی یا بیشتر تعیین شود، برای مشاهده روند رشد، آنها را با یک خط صاف به هم متصل کنید تا نمودار وزن برای قد کودک مشخص گردد.

چگونه کودک را از نظر وضعیت وزن برای قد طبقه بندی کنید:

برای کودکان زیر ۵ سال ۶ طبقه بندی از نظر وضعیت وزن برای قد وجود دارد ::

۱- لاغری شدید، ۲- لاغری ۳- چاقی، ۴- اضافه وزن، ۵- در خطر اضافه وزن، ۶- طبیعی

لاغری شدید و لاغری:

اگر منحنی وزن برای قد کودک پایین تر از $-3z$ score باشد کودک در طبقه بندی لاغری شدید قرار می گیرد. و اگر منحنی وزن برای قد کودک مساوی $-3z$ score تا کمتر از $-2z$ score باشد، کودک در طبقه بندی لاغری قرار می گیرد. توصیه ها و اقدام در طبقه بندی های لاغری شدید و لاغری عبارتند از :

- ارجاع کودک به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت و پیگیری ۲۴ ساعت بعد جهت اطمینان از انجام ارجاع
- سپس مشابه کم وزنی اقدام شود.

چاقی و اضافه وزن :

اگر منحنی وزن برای قد کودک بالای $+3z$ score باشد کودک در طبقه بندی چاق قرار می گیرد و اگر بیشتر از $+2z$ score تا مساوی $+3z$ score باشد کودک در طبقه بندی اضافه وزن قرار میگیرد.

توصیه ها و اقدام در طبقه بندی های چاقی و اضافه وزن :

- ارجاع کودک به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت و پیگیری یک هفته بعد جهت اطمینان از انجام ارجاع
- سپس یکماه بعد مشابه "در خطر اضافه وزن" اقدام شود.

در خطر اضافه وزن :

اگر منحنی وزن برای قد کودک بیشتر از $+1zscore$ تا مساوی $+2zscore$ باشد ، کودک در طبقه بندی "در خطر اضافه وزن" قرار می گیرد. توصیه ها/ اقدام در این طبقه بندی عبارتند از:

- بررسی منحنی وزن برای سن و منحنی قد برای سن
- ارزیابی کودک از نظر تغذیه و ارائه توصیه های تغذیه ای مناسب برای کودک با اضافه وزن
- پیگیری یک ماه بعد

- در صورتیکه منحنی وزن برای قد بعد از ۳ ماه در همین طبقه بندی قرار گیرد به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید.

طبیعی: اگر منحنی وزن برای قد کودک مساوی $-2 zscore$ تا مساوی $+1 zscore$ باشد کودک در طبقه بندی طبیعی قرار میگیرد. منحنی وزن برای سن و منحنی قد برای سن را بررسی کنید و مادر را به ادامه مراقبتهای روتین تشویق کنید.

"جدول ارزیابی و طبقه بندی کودک از نظر وزن برای قد"

ارزیابی کودک از نظر وزن برای قد

منحنی وزن برای قد کودک را رسم کنید.

برای تفسیر کامل وضعیت رشد کودک لازم است هر ۳ منحنی رشد کودک (وزن برای سن، قد برای سن و وزن برای قد) رسم شود و بررسی گردد.

منحنی وزن برای قد	طبقه بندی	توصیه ها/ اقدام
• پایین تر از $-2z-score$	لاغری شدید	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه کم وزنی اقدام شود.
• مساوی $-2z-score$ تا پایین تر از $-2z-score$	لاغری	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه کم وزنی اقدام شود.
• بالاتر از $+2z-score$	چاقی	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۱ هفته بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس ۱ ماه بعد مشابه در خطر اضافه وزن اقدام شود.
• بالاتر از $+1z-score$ تا مساوی $+2z-score$	در خطر اضافه وزن	• منحنی وزن برای سن بررسی شود. • منحنی قد برای سن بررسی شود. • کودک را از نظر تغذیه ارزیابی کنید. • آموزش تغذیه کودک بر اساس راهنمای مشاوره تغذیه برای کودک با اضافه وزن • ۱ ماه بعد پیگیری شود. • در صورتی که منحنی وزن برای قد بعد از ۳ ماه در همین طبقه بندی قرار گیرد به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع شود.
• مساوی $-2z-score$ تا مساوی $+1z-score$	طبیعی	• منحنی وزن برای سن بررسی شود. • منحنی قد برای سن بررسی شود. • ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

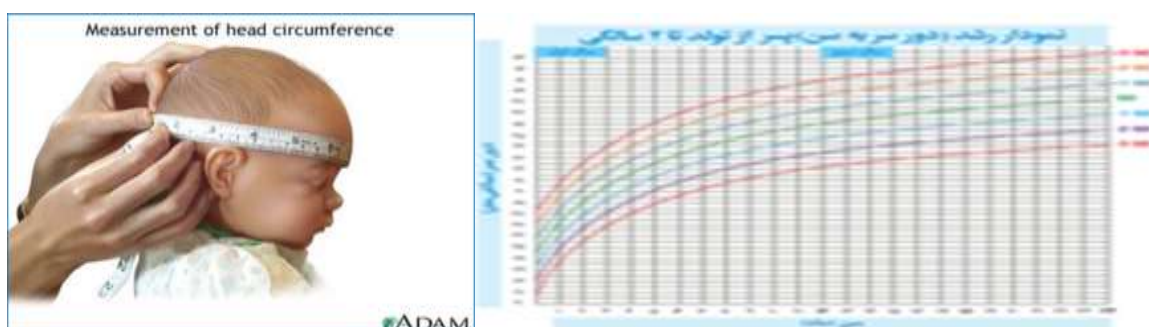
ارزیابی کودک از نظر دور سر برای سن

در شیرخواران و کودکان خردسال تا ۲ سالگی، دور سر را کنترل کنید. باید از متر غیر قابل ارتجاع استفاده شود. کلاه یا روسری کودک را بردارید، متر را روی برجسته ترین نقطه پس سر در عقب سر قرار داده و در جلو در بالای ابرو قرار دهید، بدین ترتیب بزرگترین محیط پس سر-پیشانی اندازه گیری می شود. تکرار اندازه گیری، درجه اطمینان را بالا می برد. اندازه دور سر را به درستی خوانده و بر حسب سانتیمتر و با دقت ۰.۱ سانتی متر و بر حسب سن کودک بر روی منحنی دور سر برای سن و جنس با دقت ثبت کنید.

دور سر زمان تولد در نوزاد ترم ۳۵ - ۳۴ سانتی متر می باشد. که در ۶ ماهگی ۴۴ سانتیمتر و در ۱ سالگی به ۴۷ سانتی متر می رسد. رشد دور سر در ۳ ماه اول زندگی تقریباً ۲ سانتی متر، در ۳-۶ ماهگی ۱ سانتی متر و در ۶-۱۲ ماهگی ۰.۵ سانتی متر در هر ماه است.

ثبت اندازه دور سر بر روی نمودار دور سر بر حسب سن:

دور سر کودک را با استفاده از محور عمودی سمت چپ، و سن کودک را از محور افقی پایین پیدا نموده، نقطه تلاقی آنها را علامت گذاری کنید وقتی نقاط در دو ویژگی یا بیشتر تعیین شود، برای مشاهده روند رشد دور سر، آنها را با یک خط صاف به هم متصل کنید تا نمودار دور سر برای سن کودک مشخص گردد.



برای نوزادانی که در کمتر از ۳۷ هفته بارداری به دنیا آمده اند، از ۲۸ هفته تا ۶۴ هفته بارداری از منحنی های **Intergrowth-21st** استفاده می شود. پس از رسیدن به ۶۴ هفته بارداری برای پایش رشد کودک از منحنی های (MGRS) استفاده شود. توجه داشته باشید تا ۱۸ ماهگی سن اصلاح شده محاسبه شود.

چگونه کودک را از نظر وضعیت دور سر طبقه بندی کنید:

برای کودکان ۴ طبقه بندی از نظر دور سر وجود دارد: ۱- دور سر کوچک (میکروسفالی)، ۲- دور سر بزرگ (ماکروسفالی)، ۳- نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر و ۴- دور سر طبیعی.

دور سر کوچک (میکروسفالی) و دور سر بزرگ (ماکروسفالی):

اگر دور سر کودک پایین $-3Z$ -score باشد، کودک در طبقه بندی دور سر کوچک (میکروسفالی) قرار می گیرد و اگر دور سر کودک بالای $+3Z$ -score باشد کودک در طبقه بندی دور سر بزرگ (ماکروسفالی) قرار می گیرد.

توصیه ها/اقدام در این دو طبقه بندی:

- ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت و پیگیری یک هفته بعد برای اطمینان از ارجاع
- پیگیری جهت ارزیابی دور سر مطابق طبقه بندی "نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر"

نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر :

اگر منحنی دورسر کودک مساوی $-3Z$ - score تا مساوی $+3Z$ - score باشد و روند افزایش دور سر دور از میانه (غیرموازی) با خط Z score (میانگین/ میانه)) یا روند افزایش دور سر نامعلوم باشد یا دور سر متوقف شده باشد، نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر است.

توصیه ها/اقدام در این طبقه بندی:

- پیگیری جهت ارزیابی دور سر : کودک زیر ۶ ماه بعد از ۲ هفته و بالای ۶ ماه بعد از یکماه
- در صورت عدم اصلاح وضعیت کودک بعد از ۲ بار پیگیری ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت

طبیعی :

اگر منحنی دور سر کودک مساوی $-3Z$ -score تا مساوی $+3Z$ - score و موازی با منحنی Z -score (میانگین/میانه) باشد دورسر طبیعی است در اینصورت مادر را تشویق کنید که مراقبتهای بعدی را انجام دهد.

ارزیابی کودک از نظر دور سر (تا ۲ سالگی)

دورسر کودک را اندازه بگیرید. منحنی دورسر کودک را رسم کنید، سپس طبق جدول زیر ارزیابی و طبقه بندی کنید و توصیه های لازم را ارائه دهید.

دورسر برای سن	طبقه بندی	توصیه ها/ اقدام
• پایین تر از $-3Z$ -score	دورسر کوچک (میکروسفالی)	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • یک هفته بعد برای اطمینان از انجام ارزیابی پیگیری شود و سپس مشابه نیازمند بررسی بیشتر از نظر دورسر اقدام شود.
• بالاتر از $+3Z$ -score	دورسر بزرگ (ماکروسفالی)	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۱ هفته بعد برای اطمینان از انجام ارزیابی پیگیری شود و سپس مشابه نیازمند بررسی بیشتر از نظر دورسر اقدام شود.
• مساوی $-3Z$ -score تا مساوی $+3Z$ -score و - روند افزایش دورسر نامعلوم یا - روند افزایش دورسر متوقف شده یا - روند افزایش دورسر دور از میانه	نیازمند بررسی بیشتر از نظر دورسر	پیگیری: • زیر ۶ ماه: ۲ هفته بعد • بالای ۶ ماه: ۱ ماه بعد در صورت اصلاح نشدن منحنی دورسر بعد از ۲ بار پیگیری به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع شود.
• مساوی $-3Z$ -score تا مساوی $+3Z$ -score	دورسر طبیعی	• ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید

فصل ۷: آشنایی با مفاد ترویج تغذیه با شیرمادر و حمایت از مادران، شناسایی ده اقدام دوستدار کودک، نحوه پایش و ارزشیابی بیمارستانهای دوستدار کودک

اهداف آموزشی:

انتظار می‌رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

۱. از قوانین ترویج تغذیه با شیر مادر و حمایت مادر آگاهی داشته باشد و در صورت لزوم هر قانون را توضیح دهد.
۲. حداقل ۳ مورد از شرایط بیمارستان دوستدار کودک را بیان نماید.
۳. اهداف ایجاد بیمارستان های دوستدار کودک را توضیح دهد.
۴. حداکثر ۵ مورد از مزایای اهمیت هم اتافی مادر و شیرخوار را توضیح دهد.
۵. آماده کردن مادر باردار برای شیردهی و حمایت از او را مفصل توضیح دهد.
۶. مادران نیازمند ملاقات و حمایت بیشتر برای موفقیت در شیردهی را نام ببرد و نحوه کمک به هر گروه را جداگانه توضیح دهد.

شیر مادر مائده الهی پروردگار عالم به انسان است که به دلیل مزایای بی نظیر آن، همواره ترویج تغذیه با شیرمادر به عنوان راهکار موثر کاهش مرگ و میر کودکان و ارتقاء سلامت آنان از اجزاء مراقبت های بهداشتی کشور محسوب شده است. بر اساس گزارشات جهانی اگر تمام نوزادان بلافاصله پس از تولد در تماس پوست با پوست، با مادران قرارگیرند و به مدت ۶ ماه به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه شوند و تغذیه با شیرمادر تا دو سال یا بیشتر همراه با غذاهای کمکی مناسب ادامه یابد، مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در سطح جهان ۲۰-۳۰ درصد کاهش خواهد یافت. به علاوه تغذیه با شیرمادر موجب افزایش تکامل شناختی و ارتقای هوش کودکان می شود و در کاهش بیماری های مزمن در آینده نظیر بیماری های قلبی عروقی، دیابت و چاقی که زمینه ساز این بیماریهاست نقش دارد. کودکان تغذیه شده با شیرمادر کمتر دچار بیماری شده و مراجعات کمتر به پزشک و بیمارستان دارند و این به معنی غیبت کمتر مادر از کار و هزینه های کمتر درمانی و بهبود تولید کار برای جامعه می باشد.

اهداف اختصاصی ترویج تغذیه با شیر مادر:

۱. ارتقا آگاهی پزشکان متخصص کودکان در خصوص تغذیه با شیر مادر
۲. ارتقا آگاهی و مهارت کارکنان بهداشتی در زمینه ترویج تغذیه با شیرمادر
۳. افزایش آگاهی عموم جامعه در زمینه شیرمادر
۴. تقویت بیمارستانهای دوستدار کودک

مواردی از مفاد قانون ترویج تغذیه با شیر مادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی :

ماده ۱- ورود هر نوع شیر خشک و غذاهای کمکی شیرخوار، باید با رعایت قانون و مقررات صادرات و واردات کشور صورت گیرد و شیر خشک فقط از طریق داروخانه ها توزیع شود.

تبصره ۱- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مقررات مربوط به ورود انواع مجاز و مقدار مورد نیاز و جانشین شونده های شیر مادر (شیرخشک و غذاهای کمکی شیرخوار) را تهیه و اعلام نماید. وزارت بازرگانی موظف به مراعات مقررات مزبور می باشد.

تبصره ۲- موارد ضرورت تجویز پزشکی و همچنین نحوه عرضه و فروش در بازار مصرف و ارائه مستقیم و غیرمستقیم انواع شیرخشک و جانشین شونده ها در شبکه بهداشتی درمانی کشور طبق ضوابطی خواهد بود که توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تعیین و اعلام خواهد شد.

ماده ۲- انتشار هرگونه جزوه، کتاب، نشریه و نظایر آن در مورد تغذیه شیرخوار با انواع شیرخشک و جانشین شونده های شیر مادر در کلیه موارد منوط به رعایت ضوابط و معیارهایی خواهد بود که توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تعیین خواهد شد.

ماده ۳- مرخصی زایمان تا سه (۳) فرزند برای مادرانی که فرزند خود را شیر می دهند در بخش های دولتی و غیر دولتی ۹ ماه است.

تبصره ۱- مادران شیرده و (دارای فرزند زیر ۶ سال) بعد از شروع بکار مجدد روزانه یک ساعت از مرخصی (بدون کسر از مرخصی استحقاقی) استفاده کنند.

تبصره ۲- امنیت شغلی مادران پس از پایان مرخصی زایمان و در حین شیردهی باید تامین شود.

ماده ۴- دستگاه های دولتی و وابسته به دولت از جمله سازمان هایی که مشمول قانون بر آنها مستلزم ذکر نام است و دیگر دستگاه هایی که به لحاظ مقررات خاص استخدامی مشمول قانون کار نیستند موظف به ایجاد تسهیلات مناسب برای تغذیه شیرخوارگان با شیر مادر در جوار محل کار کارکنان زن می باشند.

جهت اطلاع از مفاد کامل این قانون به ضمیمه ۷ مراجعه شود.

بیمارستان دوستدار کودک:

راه اندازی بیمارستانهای دوستدار کودک یک نهضت جهانی است که از سال ۱۹۹۱ توسط یونیسف و سازمان جهانی بهداشت آغاز شده و هدف آن اعطاء بهترین شروع زندگی به هر شیرخوار از طریق ایجاد مراقبت های بهداشتی مناسب برای حمایت از تغذیه با شیر مادر بعنوان یک رفتار معمول در جوامع مختلف می باشد.

یک بیمارستان دوستدار کودک شرایط زیر را دارا می باشد:

- اقدامات دهگانه برای شیردهی موفق را اجرا می کند.
 - نمونه های رایگان شیرمصنوعی یا تبلیغات شرکت های سازنده و توزیع کننده شیرمصنوعی را نمی پذیرد.
 - تغذیه مطلوب شیرخواران را ترویج می کند.
- در کشور ما دستورالعمل ده اقدام برای اجرا در بخشهای زنان و زایمان، بخش اطفال، بخش نوزادان و NICU در بیمارستانها ابلاغ شده و از ابتدای شروع برنامه در سال ۱۳۷۱، هم اکنون ۵۴۲ بیمارستان در سراسر کشور موفق به دریافت لوح دوستدار کودک شده اند
- همه ساله جهت اطمینان از حسن اجرای اقدامات ده گانه در بیمارستان دوستدار کودک کارشناس شیر مادر معاونت بهداشتی اقدام به ارزیابی بیمارستان نموده و نتایج ارزیابی را برای اعمال در برنامه اعتباربخشی بیمارستانها به اداره کودکان وزارت بهداشت ارسال می نماید.

مهمترین اهداف ایجاد بیمارستان های دوستدار کودک:

- تقویت راهکارهای حفظ سلامت کودکان با کمک بیمارستان ها
- تغییر روشهای نادرست تغذیه شیرخواران در بیمارستانها و زایشگاهها از طریق اجرای ده اقدام
- توانمند ساختن و آماده کردن مادران برای تغذیه فرزندانشان با شیرمادر،
- خاتمه دادن به تبلیغات و توزیع رایگان و کم بهای شیر مصنوعی در بیمارستان ها (براساس کدبین المللی بازاریابی جانشین شونده های شیرمادر)

دستور العمل ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان دوستدار کودک شامل ده اقدام برای تغذیه

موفق شیرخواران با شیر مادر به شرح ذیل می باشد:

- ۱- سیاست مدون ترویج تغذیه با شیرمادر در معرض دید کلیه کارکنان نصب و به آنها ابلاغ شده باشد و برای اطمینان از ارتقاء کیفیت خدمات، بطور مستمر توسط کمیته بیمارستانی ترویج تغذیه با شیرمادر پایش شود.
- ۲- کلیه کارکنان به منظور کسب مهارتهای لازم برای اجرای این سیاست آموزش های قبل از خدمت و مکرر حین خدمت ببینند.
- ۳- مادران باردار را در مورد مزایای تغذیه با شیر مادر، چگونگی شیردهی، تداوم آن و هم چنین عوارض تغذیه مصنوعی، بطری و گول زنک آموزش میدهند.
- ۴- به مادران کمک کنند تا تماس پوست با پوست را از لحظه تولد و تغذیه نوزاد با شیرمادر را در ساعت اول

تولد شروع کنند و در کلیه بخش ها برنامه تجویز دارو و انجام آزمایشات و اعمال جراحی به گونه ای طراحی گردد که اختلال در تغذیه از پستان مادر ایجاد نکند.

۵- به مادران روش تغذیه با شیرمادر و چگونگی حفظ و تداوم شیردهی را (در صورت بیماری مادری شیرخوار، اشتغال مادر) آموزش دهند و برای حل مشکلات شیردهی کمک و حمایت کنند.

۶- به نوزادان سالم متولد شده و همچنین شیرخواران زیر ۶ ماه بستری در بخش اطفال، به جز شیر مادر، غذا یا مایعات دیگر نمیدهند تا شیرخوار از مزایای تغذیه انحصاری با شیر مادر بهره مند شود. (مگر از لحاظ پزشکی مورد نیاز باشد)

۷- نوزاد را شبانه روز در کنار مادر نگهداری میکنند (هم اتاقی یا هم تختی) که شیرخوار بتواند به راحتی و با اطمینان و امنیت از پستان مادر تغذیه شود. در بخشهای اطفال هم امکان اقامت مادر در کنار شیرخوار بیمارش را فراهم می کنند.

۸- به مادر علائم نیاز شیرخوار به شیر را نشان میدهند که تغذیه بر اساس برنامه نباشد و بر حسب خواست و تقاضای شیرخوار بطور مکرر در شب و روز انجام شود. تغذیه مکرر تولید شیر را افزایش میدهد.

۹- از تغذیه با بطری و دادن گول زنک (پستانک) به شیرخواران پرهیز می کنند.

۱۰- به مادران آگاهی میدهند که در صورت بروز مشکل شیردهی پس از ترخیص از بیمارستان به کجا مراجعه کنند و کمک بگیرند.

ضمناً بیمارستان از مداخلات بی مورد مثل تجویز مسکن و آرام بخشهای بی مورد برای کاهش درد زایمان و سزارین پرهیز می کنند. به مادر اجازه میدهند یکی از نزدیکانش برای همراهی و حمایت او آموزش ببیند و اگر شرایط فراهم باشد موقع زایمان نیز او را همراهی کند تا موجب آرامش او باشد.

اهمیت هم اتاقی مادر و شیرخوار:

هم اتاقی مادر و شیرخوار مزایای فراوان دارد. از جمله:

- کودکان بهتر می خوابند و کمتر گریه می کنند.
- قبل از زایمان، بین مادر و شیرخواران یک ریتم خواب و بیداری ایجاد شده که در صورت جدا کردن آنها، این ریتم بهم می خورد.
- تغذیه با شیرمادر به خوبی برقرار می شود و به مدت طولانی تر ادامه می یابد و وزن گیری کودک سریع تر می شود.
- شیردهی در پاسخ به رفتارهای شیرخوار زمانی که او نزدیک مادر است، آسانتر انجام می شود بنابراین به

- افزایش تولید شیر کمک میکند.
- مادر در مراقبت از فرزندش اعتماد به نفس پیدا می کند.
- مادران می توانند ملاحظه کننده که فرزندشان خوب و سالم است.
- وقتی شیرخوار نزدیک مادرش است کمتر در معرض عفونتها قرار میگیرد.
- سبب ارتقاء پیوند عاطفی بین مادر و شیرخوار می شود حتی اگر مادر شیرده نباشد.

حضرت رسول اکرم (ص) برای شیرخوار هیچ شیری بهتر از شیر مادرش نیست.

دستور العمل ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان های دوستدار کودک

ده اقدام برای تغذیه موفق با شیر مادر

- ۱- سیاست مدون ترویج تغذیه با شیر مادر در معرض دید کلیه کارکنان نصب و به آنها ابلاغ شده باشد و برای اطمینان از ارتقا، کیفیت خدمات، بطور مستمر توسط کمیته بیمارستانی ترویج تغذیه با شیر مادر پایش شود.
- ۲- کلیه کارکنان به منظور کسب مهارت های لازم برای اجرای این سیاست آموزش های قبل از خدمت و مکرر حین خدمت ببینند.
- ۳- مادران باردار را در زمینه مزایای تغذیه با شیر مادر، چگونگی شیردهی و تداوم آن، عوارض تغذیه مصنوعی، بظری و گولزنک آموزش دهند.
- ۴- به مادران کمک کنند تا تماس پوست با پوست را از لحظه تولد و تغذیه نوزاد با شیر مادر را در ساعت اول تولد شروع کنند و در کلیه بخش ها برنامه تجویز دارو و انجام آزمایشات و اعمال جراحی به گونه ای طراحی گردد که اختلال در تغذیه از پستان مادر ایجاد نکند.
- ۵- به مادران روش تغذیه با شیر مادر و چگونگی حفظ و تداوم شیردهی را (در صورت بیماری مادر یا شیرخوار، اشتغال مادر) آموزش دهند و برای حل مشکلات شیردهی کمک و حمایت کنند.
- ۶- به شیرخواران سالم در ۶ ماه اول عمر بجز شیرمادر و قطره ویتامین، هیچ گونه غذا یا مایعات دیگر (آب، آب قند ...) ندهند. (مگر در صورت ضرورت پزشکی)
- ۷- برنامه هم اتاقی مادر و شیرخوار را در طول شبانه روز اجرا کنند و در بخش های اطفال تسهیلات لازم برای اقامت شبانه روزی مادران و نیازهای فیزیکی و عاطفی آنان را تأمین نمایند.
- ۸- مادران را به تغذیه برحسب میل و تقاضای شیرخوار با شیر مادر تشویق کمک و حمایت کنند.
- ۹- مطلقاً از شیشه شیر و پستانک (گولزنک) استفاده نکنند.
- ۱۰- تشکیل گروه های حمایت از مادران شیرده را پیگیری نمایند و اطلاعاتی در مورد گروه های حامی و مراکز مشاوره شیردهی در اختیار والدین قرار دهند.

مراکز تخصصی تغذیه کودکان و نوزادان
مراکز تخصصی شیردهی
مراکز تخصصی مشاوره تغذیه

آمادگی و حمایت مادر باردار برای شیردهی:

سه دوره مهم در حمایت زنان در موفقیت شیردهی وجود دارد:

۱- آماده سازی دوران بارداری (قبل از زایمان)

۲- شروع درست و به موقع (زمان زایمان و یک ساعت اول پس از زایمان)

۳- شناخت عوامل موثر بر تداوم شیردهی (پس از زایمان)

آماده کردن مادر باردار برای شیردهی و حمایت از او:

مطالعات علمی نشان داده است که آموزش دوران بارداری در افزایش مدت شیردهی بطورویژه مؤثر است. بسیاری از زنان خود را متعهد به شیردهی میدانند اما اگر آموزش و آگاهی دادن به مادر در دوران بارداری هر چه زودتر شروع شود و مادرانی که نیاز به حمایت بیشتر دارند، شناسایی و کمک شوند، موفقیت در شیردهی بیشتر میشود. امروزه با کوتاهتر شدن زمان بستری در بیمارستان بخصوص برای خانم هایی که زودتر از ۲۴ ساعت از بخش زایمان مرخص می شوند و ممکن است آموزش چندانی در مورد شیردهی ندیده باشند ضروری است که زنان باردار با دانش پایه مناسب، که در طول دوره بارداری بدست آورده اند برای زایمان در بیمارستان حاضر شوند. در این صورت آموزش در بیمارستان می تواند بر جوانب عملی شیردهی مثل چگونگی پستان گرفتن و روش های شیردهی متمرکز شود.

در خلال ملاقات های دوران بارداری در مراکز بهداشتی، درمانی، مطب پزشک یا کلینیک، کارکنان بایستی دانش و اطلاعات قبلی مادر در مورد شیردهی و شرایط زندگی او را بسنجند و به مادر کمک کنند تا نحوه مدیریت شیردهی را بیاموزد. بعضی زنان که تغذیه با شیر مادر را انتخاب می کنند خودشان یا خواهر و برادرشان باشیر مادر تغذیه شده و شیردهی را یک رفتار عادی در خانواده خود می دانند. این زنان احتمالاً از بعضی آموزش ها و تقویت باور های خود سود خواهند برد. زنانی که خانواده و دوستان شان در مورد شیردهی تبادل تجربه ای نداشته اند نیز بارداری را با آرزوی انجام آنچه که برای کودکان شان بهترین و سالم ترین

است، طی می نمایند. راهنمایی و در نظر گرفتن شرایط زندگی، در کمک کردن به این زنان و خانواده آنها

برای اخذ تصمیم در مورد تغذیه شیرخواران شان مهم است.

ممکن است تصمیم مادر در مورد نحوه تغذیه فرزندش تحت تأثیر نظر سایر افراد خانواده باشد. شناسایی افراد تأثیرگذار و حمایت کننده و شرکت دادن آنها (فردی که به مادر نزدیکتر است و اغلب او را همراهی میکند

خصوصاً همسر) در آموزشها در این موارد مهم است. اطمینان به مادر که اکثر زنان بدون مشکل قادر به شیردهی هستند. همانطور که اعضا بدن ما، شکلها و اندازه های مختلفی دارند و به خوبی عمل میکنند، پستانها و نوک آنها هم با اندازه های مختلف (مگر در موارد نادر) به خوبی عمل میکنند در بارداری هیچ اقدامی در مورد نوک پستانها (مثل: ماساژ، تمرین دادن و کشیدن آنها، به کاربردن کرم و ...) لازم نیست و ضرر دارد.

در این دوران مادر باید از نظر روانی برای شیردهی آماده شود این آمادگی شامل:

- گفتگو درباره احساس و عقاید مادر درباره شیردهی و ایجاد اعتماد به نفس در او مبنی بر توانایی شیردهی و او را توانمند کنیم تا در برابر فشار اطرافیان مقاومت نماید.
- گفتگو با مادر باردار با همدلی و جلب اعتماد او با مطرح کردن سوالات باز و پرهیز از کلمات قضاوت کننده
- اجازه دهید نگرانیها و دلواپسیهای خود را در مورد تغذیه شیرخوارش بیان کند. افکار و احساسات مادر را بپذیرید.

شناسایی مادران نیازمند ملاقات و حمایت بیشتر برای موفقیت در شیردهی:

- مادری که برای فرزند قبلی مشکل شیردهی داشته و شیر مصنوعی را زود شروع کرده یا اصلاً شیر نداده است.
- مادر، شاغل است و ساعاتی را از فرزندش دور است، یا دانشجوی است و تحصیل میکند، در این صورت باید او را مطمئن کنید که با ادامه کار و تحصیل میتواند شیردهی را هم ادامه دهد.
- مادری را که مشکل خانوادگی دارد، کمک کنید. افرادی از خانواده را که حامی مادر نیستند، شناسایی کرده و سعی کنید با آنها صحبت کنید.
- مادری که قبلاً پستانش جراحی شده و صدمه دیده، به طوری که در تولید شیرش اختلال بوجود آمده باشد، یا مادری که دچار بیماری مزمن است و یا نیاز به دارو دارد. این مادران را باید دلگرم کنید و برای مراجعه به پزشک یا مرکز بهداشتی درمانی جهت مراقبتهای لازم ترغیب کنید.
- مادران افسرده، مادری که حمایت اجتماعی ندارد یا جوان و یا تنها است.
- مادری که قصد دارد فرزندش را به فرزند خواندگی بسپارد. اگر پیش بینی شده که فرزندش بعد از زایمان نیاز به مراقبت ویژه خواهد داشت.
- مادران دارای کودکان دو یا چند قلو. این مادران به ملاقات بیشتر و تقویت اعتماد به نفس نیاز دارند.

فصل ۸: شیر مادر

(اهمیت، اصول تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد و نحوه پایش آن، مشاوره با مادر در مورد روش صحیح شیردهی، انواع پوزیشن های شیردهی، روش دوشیدن، نگهداری و مصرف شیر مادر، مشکلات شایع شیردهی)

اهداف آموزشی:

انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

۱. حداقل ۴ مورد از مزایای تغذیه انحصاری با شیرمادر را بیان نماید
۲. مزایای تماس پوست با پوست مادر را بیان نماید.
۳. مزایای شروع تغذیه با شیرمادر در ساعت اول تولد را بیان نماید.
۴. شرایط و مراقبت های لازم برای موفقیت تغذیه با شیر مادر را بیان نماید.
۵. نحوه انجام تماس پوست با پوست مادر و تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد را بیان نماید.
۶. اهمیت وضعیت صحیح بغل کردن و پستان گرفتن شیرخوار را توضیح دهد.
۷. نتایج نادرست گرفتن پستان را توضیح دهد.
۸. نحوه مشاوره با مادر در مورد روش های صحیح شیر دهی را بیان نماید.
۹. انواع وضعیت های مادر در هنگام شیردهی در حالت نشسته، خوابیده به پهلو، خوابیده به پشت، را شرح دهد.
۱۰. انواع پوزیشن های شیردهی را بیان نماید.
۱۱. روش دوشیدن شیر با دست را بیان نماید.
۱۲. نحوه ی تحریک بازتاب جریان شیر را بیان نماید.
۱۳. نحوه ذخیره کردن شیر مادر را شرح دهد.
۱۴. مدت نگهداری شیر دوشیده شده تازه برای شیرخوار سالم در خانه را بیان نماید.
۱۵. مزایای تغذیه با فنجان و نحوه تغذیه با فنجان و اینکه چه مقدار شیر باید به شیرخوار داده شود را شرح دهد.
۱۶. انواع مشکلات شایع شیردهی را بیان نماید.
۱۷. علت های انواع مشکلات شایع شیر دهی را شرح دهد.
۱۸. انواع مشکلات شایع پستانی را بیان نماید.
۱۹. علت ها و نحوه درمان انواع مشکلات شایع پستانی را توضیح دهد.
۲۰. درمان مشکلات پستانی در مادران مبتلا به HIV را شرح دهد.

مقدمه:

شیر مادر روشی بی نظیر برای تغذیه شیرخواران با بهترین غذای ممکن است. از سال ۱۹۹۱ که بیانیه مشترک سازمان جهانی بهداشت و یونیسف جهت تاکید بر ده اقدام بعنوان ضوابط بین المللی تغذیه و مراقبت شیرخواران در بیمارستان ها صادر گردید، همواره مطالعات متعدد تاثیر بسزای اجرای ضوابط دوستدار کودک را در شروع موفق شیردهی و تداوم آن نشان داده اند. برخی از این اقدامات از جمله اقدام چهارم تحت عنوان " تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از زایمان و شروع تغذیه با شیرمادر ظرف ساعت اول تولد " از حساسیت ویژه ای برای حفظ بقا و سلامت شیرخوار و موفقیت شیردهی برخوردار است.

مزایای شیر مادر:

شیر مادر بهترین و کامل ترین غذا برای شیرخوار است ، شیرخوار در ۶ ماه اول زندگی نیاز به هیچ نوع ماده غذایی دیگر آب حتی در آب و هوای گرم ندارد. ترکیبات شیر مادر متناسب با رشد و بزرگتر شدن شیرخوار نیز تغییر میکند. شیر مادر بهترین الگوی رشد و تکامل را برای کودک فراهم میکند. تکامل بینایی و راه رفتن در کودکانی که از شیر مادر تغذیه میشوند خیلی سریعتر است. مکیدن پستان باعث رشد طبیعی فک و دندانها میشود. بهره هوشی در کودکانی که با شیر مادر تغذیه میشوند، بالاتر است. رابطه عاطفی مادر و کودک هنگام شیردادن سبب میشود کودک در دوران بلوغ از امنیت روانی بیشتری برخوردار باشد.

شیر مادر ، شیرخوار را در مقابل ابتلا به عفونتها و بیماری های دوران کودکی مقاوم می کند. همچنین، تغذیه با شیرمادر کودکان را در برابر بیماری های مزمن سال های آتی عمر مثل بیماری های قلبی- عروقی، دیابت، چاقی و سرطان ها محافظت می کند. تغذیه انحصاری با شیر مادر و ذخایر دوران جنینی می تواند اکثر نیازهای تغذیه ای شیرخوار را تا پایان شش ماهگی تامین کند. ویتامین های A و D تنها ریزمغذی هایی هستند که جهت پیشگیری از بروز عوارض ناشی از کمبود آنها، مکمل یاری با این دو ویتامین از ۳-۵ روزگی هم زمان با غربالگری هیپوتیرویدی توصیه می شود. بر اساس دستورعمل کشوری توصیه می شود کودکان از روز ۳-۵ پس از تولد تا ۲۴ ماهگی ، روزانه ۴۰۰ واحد بین المللی ویتامین D و ۱۵۰۰ واحد بین المللی ویتامین A دریافت کنند.

فواید و اهمیت تماس پوست با پوست مادر و نوزاد و شروع تغذیه طی ساعت اول تولد:

شروع تغذیه با شیر مادر طی یک ساعت اول تولد، اولین و حیاتی ترین گام برای کاهش مرگ و میر شیر خواران و کودکان است. در یک مطالعه در کشور غنا نشان داده شد نوزادانی که تغذیه با شیر مادر را پس از ۲۴ ساعت اول تولد شروع می کنند احتمال مرگشان نسبت به نوزادانی که شیر مادر را ظرف ساعت اول

شروع نموده ۲/۵ برابر بیشتر است. مطابق آمار موجود از ۱۳۶ میلیون تولد نوزاد در سال تقریباً ۴ میلیون در طول ماه اول عمر می‌میرند که ۹۸ درصد آن در کشورهای کم توسعه و فقیر متولد شده‌اند که با الگوی صحیح شیردهی و با تغذیه با شیر مادر در همان ساعت اول تولد می‌توان جان یک میلیون از ۴ میلیون را حفظ نمود. همچنین این مطالعه نشان داده نوزادانی که با غذاهای کمکی و یا شیردهی به جز شیر مادر در ماه اول تغذیه شده‌اند احتمال مرگ آن‌ها نسبت به شیرخوارانی که منحصراً با شیر مادر تغذیه می‌شوند ۴ برابر بیشتر می‌باشد. در نهایت نتیجه‌گیری شده است که اگر تغذیه انحصاری با شیرمادر از روز اول تولد شروع شود از ۱۶ درصد مرگ نوزادان پیشگیری می‌شود و اگر در ساعت اول تولد شروع شود این رقم ۲۲ درصد خواهد بود

مزایای تماس پوست با پوست مادر:

- برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد به شروع موفق تغذیه انحصاری با شیرمادر کمک می‌کند.
- مادر و شیرخوار را آرام می‌کند و ضربان قلب و تنفس شیرخوار را ثبات می‌بخشد و نوزاد را گرم نگه می‌دارد.
- دمای زیر بغلی و پوستی نوزادان به دنبال این تماس بالاتر می‌رود و تطابق متابولیکی و ثبات قند خون و اصلاح سریع تر اسیدیته خون خواهند داشت .
- تماس پوستی موجب تحکیم پیوند عاطفی (BONDING) بین مادر و نوزاد می‌شود.
- کلونیزاسیون روده شیرخوار را با باکتری طبیعی روده مادر فراهم می‌کند
- گریه نوزادانی که پس از تولد در تماس پوستی با مادر قرار می‌گیرند کمتر است
- نوزادی که در تماس نزدیک با مادر است می‌تواند به محض نشان دادن علائم آمادگی (مثل حرکات دهان و زبان و مکیدن) شروع به مکیدن پستان نماید.

مزایای شروع تغذیه با شیرمادر در ساعت اول تولد:

- آغوز یا کلاستروم برای نوزاد بسیار مغذی است. نیاز غذائی نوزاد در هنگام تولد خیلی کم و مقدار آغوز برای تامین نیازهای او کافی است. آغوز سرشار از عوامل حفاظتی و ایمنی بخش بوده و اولین ایمن سازی نوزاد محسوب می‌شود. فاکتورهای رشد موجود در آغوز به تکامل و عملکرد موثر روده نوزاد کمک می‌کند و ورود میکروارگانیسم‌ها و آلرژن‌ها را به بدن او مشکل می‌سازد. آغوز سرشار از ویتامین A است که برای حفاظت از چشم و کاهش عفونت‌ها اهمیت دارد و با تحریک عمل دفع، به پیشگیری از زردی نوزاد کمک می‌کند.
- به تولید شیر کافی برای تغذیه بعدی و پیشگیری از بروز هیپو گلیسمی کمک می‌کند.
- رفلکس مکیدن نوزاد را که طی یک ساعت اول تولد بسیار قوی است تحریک نموده به انقباض رحم، خروج جفت و کاهش خونریزی مادر کمک می‌کند.

- امکان تماس پوست با پوست مادر و نوزاد را فراهم می کند و گرمای مورد نیاز نوزاد را بویژه برای نوزادان نارس و کم وزن تامین می کند.
- برای نوزادان کم وزن که احتمال مرگ و میر بیشتری دارند مفیدتر است. این نوزادان به هنگام تولد به حمایت بیشتری برای خوب مکیدن نیاز دارند.

شرایط و مراقبت های لازم برای موفقیت تغذیه با شیر مادر:

۱. با آمادگی وارد دوره بارداری شود:

بارداری با برنامه و به عبارت دیگر کاهش موارد حاملگی های ناخواسته یکی از مهم ترین پیش شرط های توفیق در تغذیه با شیر مادر است. تغذیه مادر در دوران قبل از لقاح برای ارتقای سلامت جنین و نوزاد و شایستگی او برای تغذیه با شیر مادر بسیار حیاتی است.

۲. نطفه حاصله، از پدری با تغذیه و شیوه زندگی سالم تشکیل شده باشد:

تغذیه پدر قبل از لقاح نیز مهم است. تعداد و تحرک اسپرم در اثر مصرف الکل، مواد غیر مجاز و بعضی داروها کاهش می یابد. تغذیه مناسب پدر باعث تقویت سیستم ایمنی او و بارورتر شدن اسپرم می گردد

۳. از تغذیه مناسب دوران بارداری برخوردار باشد:

تغذیه متعادل و کامل طی دوران بارداری موارد زیر را تضمین می کند:

- رشد و تکامل جنین
- تامین مواد مورد نیاز بدن مادر
- کاهش خطر دریافت اضافی غذا

۴. ایجاد و تقویت اعتماد به نفس در مادر

بسیاری از مادرها از اندازه پستان خود نگران هستند. مادران باپستان های کوچک نگران ناکافی بودن مقدار شیر خود هستند. تفاوت در اندازه پستان ها به دلیل تفاوت مقدار چربی آنهاست و ارتباطی به میزان بافت مولد شیر در پستان ندارد. قوت قلب دادن به مادران مهم است و نباید نگران اندازه پستان خود باشند.

۵. دانش کافی در باره مزایای تغذیه با شیر مادر داشته باشد:

بهره مند شدن از فواید شیر مادر برای سلامت همگانی، تلاش برای همکاری و هماهنگی حرفه ای را در میان همه کارکنان نظام سلامت می طلبد، تا زنان و خانواده های شان را برای انتخاب تغذیه با شیر مادر آموزش داده و تشویق نمایند. این آموزش بویژه در زمان اولین ملاقات مامایی، آموزش شیردهی قبل از زایمان و بعد از زایمان باعث می شود مادران اطلاعات کافی درخصوص مزایای تغذیه با شیر مادر را فراگیرند.

۶. از مداخله زایمانی مناسب برخوردار باشد. (توضیحات بیشتر در ضمیمه ۸)

مشاوره با مادر در مورد روش صحیح شیر دهی و انواع پوزیشن های شیر دهی

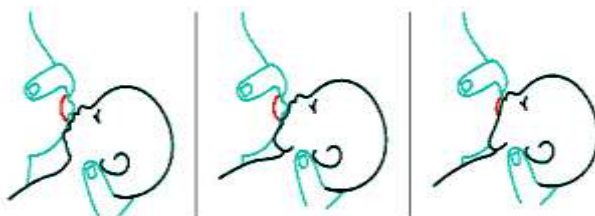
یکی از مهمترین و موثرترین عمل در موفقیت تغذیه با شیرمادر آموزش های وضعیت شیردهی صحیح از همان ساعات اولیه پس از تولد است. اهمیت درآغوش گرفتن شیرخوار و پستان گرفتن صحیح وی اساس دستیابی موثر شیرخوار به شیر پستان، کلید موفقیت در تغذیه با شیرمادر است چون ودر مطالعات آماده است. ۹۴٪ مادران با مشکلات شیردهی، وضعیت غلط و سطحی مکیدن نوک پستان را داشته اند فقط ۱۰٪ زوج مادرو شیرخوار که مشکلات شیردهی ندارند، وضعیت شیردهی و گرفتن پستان نادرست داشته اند. اصولاً ۹۰٪ مشکلات شیردهی را می توان فقط با گرفتن صحیح پستان پیشگیری کرد.

اهمیت وضعیت صحیح بغل کردن و پستان گرفتن شیرخوار:

باید به نحوه در آغوش گرفتن شیرخوار و گرفتن پستان او بویژه در روزها و هفته های اول شیردهی، توجه خاص داشت، زیرا نحوه در آغوش گرفتن و بخصوص پستان گرفتن شیر خوار، پایه و اصل موفقیت در تغذیه با شیر مادر است.

چرا وضعیت صحیح بغل کردن و پستان گرفتن شیرخوار اهمیت دارد؟

همه مادران به طور طبیعی و غریزی علاقمند به تغذیه فرزندان خود با شیر مادر هستند اما شیردهی و تغذیه شیرخوار با شیرمادر فرآیندی است که نیاز به آموختن و کسب مهارتهای لازم دارد. یکی از نکات مهم و ضروری که مادران نیاز دارند بیاموزند وضعیت صحیح در آغوش گرفتن و به پستان گذاشتن شیرخوار است.



وضعیت نادرست شیردهی موجب بسیاری از مشکلات پستانی و شیردهی از جمله زخم، درد و شقاق نوک پستان، احتقان، دریافت کم شیر توسط شیرخوار و امتناع او از گرفتن پستان..... و در نتیجه شروع بی مورد تغذیه با شیرمصنوعی توسط مادر بجای رفع مشکل شیردهی و بالاخره محرومیت شیرخوار از شیرمادر میشود اگر نحوه در آغوش گرفتن شیرخوار و پستان گرفتن او مطلوب باشد مانع زخم شدن نوک پستان ها می شود و مکیدن صحیح کودک نیز تولید شیر را بیشتر می کند. مادرانی که به طور مداوم دچار زخم نوک پستان یا ماستیت می شوند یا شیرخوار به کندی وزن اضافه می کند ممکن است به دلیل نحوه نادرست در آغوش گرفتن و شیردادن باشد اگر نوزاد سالمی که به موقع متولد شده، در آغوش مادر قرار گیرد سه رفلکس یا بازتاب اصلی خواهد داشت که عبارتند از :

- رفلکس Rooting یا بازتاب جستجو،
- رفلکس Sucking یا بازتاب مکیدن،
- رفلکس swallowing یا بازتاب بلعیدن

-هنگامی که شیئی با لب یا گونه نوزاد تماس پیدا کند نوزاد دهان خود را باز می کند و سر خود را برای پیدا کردن آن می چرخاند و زبان خود را پائین جلو می آورد. این رفلکس، **Rooting** یا بازتاب جستجو نامیده می شود. به طور طبیعی، نوزاد پستان را جستجو می کند.

-هنگامی که چیزی داخل دهان شیرخوار می شود و با کام او تماس پیدا میکنند، او شروع به مکیدن آن می کند. این رفلکس، **Sucking** یا بازتاب مکیدن نامیده می شود.

-هنگامی که دهان شیرخوار با شیر پر می شود آن را می بلعد. این رفلکس، **swallowing** یا بازتاب بلعیدن نامیده می شود. تمامی این رفلکس ها به طور خودکار و بدون این که نوزاد هیچ آموزشی در این زمینه دیده باشد انجام می گیرند. اگر نوزاد سالمی که به موقع متولد شده، در آغوش مادر قرار گیرد توانایی جستجوی پستان، مکیدن و بلعیدن شیر (قورت دادن) را دارد ولی باید به او بیاموزید که چگونه پستان را در دهان بگیرد.

نتایج پستان گرفتن نادرست:

- نوک پستان دردناک، زخم نوک پستان
- انسداد مجاری شیر، احتقان پستان، عفونت پستان
- مکیدن ناموثر پستان
- کاهش انتقال شیر از پستان به دهان شیرخوار
- گریه و عدم رضایت شیرخوار
- طولانی و مکرر شیر خوردن شیرخوار
- کندی رشد (عدم وزن گیری مناسب شیرخوار)
- کاهش تولید شیرمادر
- کاهش طول مدت شیردهی و گاهی قطع شیردهی

آموزش وضعیت شیر دهی و گرفتن پستان:

در ابتدا نوزاد سالم در طی ساعت اول پس از تولد درحین تماس پوست به پوست با مادر خودش بدون کمک توانائی جستجو، یافتن، گرفتن و مکیدن پستان، و بلع شیر را دارد (در اولین تغذیه چگونگی وضعیت نوزاد در آغوش مادر مهم نیست بیشتر هدف معارفه هست). سپس شیردهی نیاز به کمک در آموزش، تمرین و کسب تجربه در مادرو نوزاد برای یک وضعیت خوب شیرخوار در آغوش مادر و مکیدن موثر او دارد.

نحوه درست گرفتن پستان:

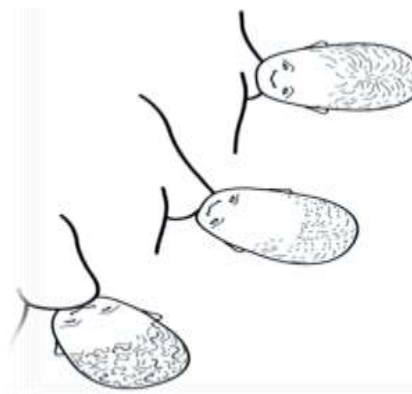
باید شیرخوار علاوه بر نوک پستان، بخش بیشتری از هاله موجود در تماس با فک پائین خود را به دهان ببرد با دو عمل فشردن با کمک فک و زبان به آنچه که در دهان او هست و ایجاد فشار منفی با پائین آمدن زبان و انبساط نوک پستان و هاله و مجاری شیر داخل آن، شیرخوار پستان را در دهان خود دوشیده و شیر می خورد. مسئله مهم در گرفتن پستان، مکیدن نوک پستان نیست (کوتاه، بلند، بزرگ، صاف یا فرو رفته) بلکه با کمک چسبیدن لبها به روی پستان (برای حفظ فشار منفی تولید شده در دهان)، فقط فشردن نسج نرم هاله و تولید فشار منفی در دهان مهم است.

وضعیت صحیح در آغوش گرفتن:

۱. قرار گرفتن در وضعیتی که دسترسی به پستان آسان باشد
۲. بدن شیرخوار روبرو و در تماس نزدیک با بدن مادر است.
۳. صورتش روبروی پستان است (چانه چسبیده به پستان)
۴. سر (گوشها) و بدن (شانه و باسن) شیرخوار در امتداد خطی مستقیم باشد.
۵. هم سطح بودن و حمایت خوب بدن شیرخوار با کمی تمایل سر بطرف عقب (فاصله پستان با بینی برای تنفس شیرخوار حفظ شود)
۶. هم تراز بودن نوک پستان با بینی و هاله با دهان شیرخوار
۷. خم شدن دست و پاهای او بطرف بدنش به منظور پیشگیری از تکان دادن آنها

منظور از هم سطح بودن سر شیرخوار با پستان عبارت است از اینکه:

- بدن شیرخوار هم سطح پستان مادر باشد
- شیرخوار به زیر پستان آویزان نباشد
- پرهیز از وضعیتی که سبب چرخش گردن شیرخوار به طرفین شود.



درست



نادرست

نکات آموزشی تکمیلی در مورد شیردهی در ضمیمه ۸ آمده است.

دوشیدن شیر مادر (با دست):

الف - تحریک کردن بازتاب جریان شیر (رفلکس ا کسی توسین) را به مادر آموزش دهید:

- به مادر بگویید قبل از دوشیدن بازتاب جریان شیر (رفلکس ا کسی توسین) را بشرح زیر تحریک کند تا در دوشیدن موفق شود:

- از لحاظ روانی به مادر کمک کنید.
- مادر را برای ایجاد اعتماد به نفس کمک کنید.
- سعی کنید که درد و اضطراب او را کاهش دهید.
- کمک کنید که فکر و احساس خوبی نسبت به کودکش داشته باشد.

عملاً به مادر کمک کنید، موارد زیر را توصیه کنید :

- در جایی خلوت و آرام و یا در محلی که توسط نزدیکانش حمایت می‌شود، بنشینند.
- اگر امکان دارد شیرخوار را بغل کند، بطوری که تماس پوست با پوست با او برقرار نماید. او می‌تواند طفل را روی دامن خود بگذارد و شیرش را بدوشد. اگر این کار ممکن نیست می‌تواند به او نگاه کند. اگر این هم غیر ممکن است حتی گاهی نگاه کردن به عکس کودک یا شنیدن صدای او و بوییدن لباسش کمک کننده است
- پستان هایش را گرم کند. مثلاً "از کمپرس گرم، یا آبگرم و یا دوش آبگرم استفاده کند. نوک پستان هایش را تحریک کند.
- پستان هایش را ماساژ دهد و یا به آرامی ضربه بزند. برخی زنان لمس ملایم پستان ها را با نوک انگشتان یا شانه مفید می‌دانند. برخی دیگر با غلتاندن ملایم مشت بسته خود روی پستان موفق شده اند
- از کسی که به مادر کمک می‌کند، بخواهید که پشت او را ماساژ دهد تا رفلکس اکسی توسین تحریک شود.

ب- نحوه دوشیدن شیر را به مادر آموزش دهید:

از مادر بخواهید که:

- بازتاب جریان شیرش را تحریک کند و آماده دوشیدن شود(تحریک رفلکس اکسی توسین).
- به دقت دستهایش را بشوید.
- در جای راحتی بنشیند.
- ظرف دهان گشادی را زیر نوک پستان و آرئول بگیرد.(برحسب مقدار وزمان می‌توان ظرف انتخاب کرد).
- انگشت شست خود را بالای پستان و انگشت اشاره را در طرف مقابل آن زیر پستان در لبه خارجی هاله با فاصله ای (حدود ۴ سانتی متر عقب تر از نوک پستان) قرار دهد. ممکن است چیزی شبیه یک ردیف نخود زیر انگشتان احساس کند که مجاری شیر هستند.در این وضعیت پستان را بین دو انگشت شست و اشاره چندین بار فشار دهد.
- اگر شیر خارج نشود، باید انگشتان را جابجا کند و نزدیکتر به نوک پستان را فشار داده و رها کند و این عمل را تکرار کند.
- باید این عمل را در جهات مختلف و با همان فاصله از آرئول تکرار نماید تا مجاری تمام قسمت‌های پستان دوشیده شود. از فشار دادن نوک پستان بپرهیزد.
- یک پستان را بدوشد تا زمانی که خروج شیر، کند شده و به چکه بیفتد سپس پستان دیگر را تا چکیده شدن شیر بدوشد.
- به همین ترتیب پستان ها را متناوب ۳بار، برای مدت حداقل ۳۰-۲۰ دقیقه بدوشد.
- دوشیدن را هنگامی که دیگر شیر جریان نداشته باشد و فقط شروع به چکیدن کند، متوقف نماید.



نحوه ذخیره کردن شیر مادر:

از ظرف مناسبی از جنس شیشه یا پلاستیک سخت شفاف که بتوانید درب آنرا بپوشانید استفاده کنید. با آب داغ و صابون آنرا تمیز کنید و با آب داغ آب بکشید. اگر مادر با دست شیرش را می دوشد مستقیماً آن را در ظرف جمع آوری بدوشد. اگر مادر شیرش را در چندین ظرف ذخیره می کند، باید روی هر ظرف تاریخ را بنویسد و ابتدا شیرهای قدیمی تر را استفاده نماید.

شیر دوشیده شده باید هرچه زودتر مصرف شود و شیر تازه بهتر از شیرمنجمد است. شیرمنجمد شده را در یخچال بگذارید تا به آرامی ذوب شود و طی ۲۴ ساعت استفاده کنید. می توان آنرا با قرار دادن در یک ظرف آب گرم ذوب کرد و طی یک ساعت همچنان که گرم است مصرف کرد. شیر را نجوشانید و در ماکروویو گرم نکنید چون بعضی از عناصر آن نابوده شده و می تواند دهان شیرخوار را نیز بسوزاند.

دوشیدن شیر با استفاده از بطری آب گرم: در مواقع احتقان و بسته شدن مجرا بیشتر کاربرد دارد.

نحوه کارانجام کار: بدین صورت است که یک بطری با دهانه به قطر 4 سانتیمتر انتخاب کرده و داخل آن آب جوش میریزیم بعد از این که 2-3 دقیقه آب جوش را در بطری نگه داشتیم بطری را خالی کرده سر بطری را سرد کرده روی هاله پستان قرار می دهیم.



تعداد دفعات و طول دوره هایی ای که باید شیر دوشیده شود: بستگی به شرایط مادر و شیرخوار یا دلایل دوشیدن شیر دارد. (مثلاً چنانچه شیر برای تغذیه نوزاد کم وزن دوشیده می شود باید تا زمانی انجام شود که نوزاد قادر به تغذیه مستقیم از پستان گردد و یا در هنگام احتقان پستان، دوشیدن شیر تا رفع مشکل پستان مفید خواهد بود)

در مورد استفاده از شیر دوش برقی/پمپی در ضمیمه ۸ اشاره شده است.

مدت نگهداری شیر دوشیده شده تازه برای شیرخوار سالم در خانه:

- **در دمای اتاق** : در درجه حرارت ۲۵-۳۷ درجه سانتی گراد مدت ۴ ساعت، در درجه حرارت ۱۵-۲۵ درجه سانتی گراد مدت ۸ ساعت، در دمای بالای ۳۷ درجه نگهداری نشود
- **در یخچال ۲-۴ درجه سانتیگراد**: ظرف شیر را در سردترین قسمت یخچال قرار دهید. بسیاری از یخچال ها درجه حرارت پایدار ندارند. بنابراین بهتر است شیر طی ۴۸ ساعت استفاده شود.
- **درفریزر**: اگر فریزر درون یخچال است (جایخی یخچال) تا ۲ هفته، در فریزرهای خانگی تا ۳ ماه، و در فریزر مستقل با انجماد عمیق تا ۶ ماه.

مدت نگهداری شیر منجمد و ذوب شده:

- چنانچه در یخچال ذوب شده تا ۲۴ ساعت، اگر با قراردادن در ظرف آب ولرم ذوب شده تا یک ساعت مصرف شود. شیر را دوباره منجمد نکنید.

مزایای تغذیه با فنجان:

۱. تمیز کردن فنجان با آب و صابون در صورتی که امکان جوشاندن نباشد، آسان است.
۲. فنجان کمتر از بطری احتمال دارد به مدت طولانی همه جا حمل شود و به باکتری ها فرصت تکثیر بدهد.
۳. تغذیه با فنجان با احتمال کمتری کودک را در معرض ابتلا به اسهال، عفونتها و پوسیدگی دندان قرار میدهد.
۴. فنجان کنار کودک رها نمی شود تا خود او از آن تغذیه کند. کسی که شیرخوار را با فنجان تغذیه می کند او را در بغل خود نگه می دارد، به او نگاه می کند و برخی از نیازهای حسی و عاطفی او را ارضا می کند.
۵. فنجان، مکیدن شیر از پستان را برای شیرخوار مختل نمی کند.
۶. با فنجان، کودک می تواند میزان شیر دریافتی خود را کنترل نماید.

نحوه تغذیه با فنجان:

- دست های او را در ملافه ای (مثل قنداق) بپیچید تا به فنجان دست نزند.
- پیش بندی روی لباس شیرخوار بپندازید.
- دست هایتان را بشوئید.
- شیرخوار را به حالت نشسته یا نیمه نشسته روی دامن خود نگه دارید.
- به اندازه محاسبه شده برای هر وعده، شیر به شیرخوار داده شود. نباید بیشتر از دو سوم فنجان، شیر داخل آن ریخته شود. (مقدار شیری که باید به شیرخوار بدهید در ضمیمه ۸ آمده است).
- فنجان را به آرامی روی لب پائین شیرخوار در شکاف بین لب پایین و لثه قرار دهید.
- فنجان را کمی کج کنید، شیرخوار هوشیار شده، دهان و چشم های خود را باز می کند، بگذارید خودش شیر را با زبانش به داخل دهان ببرد و بنوشد.
- شیر را به داخل دهان شیرخوار نریزید. فقط فنجان را در تماس با لب هایش نگه دارید و بگذارید خود او آن را بنوشد. وقتی به اندازه کافی مصرف کرد دهانش را می بندد و بیشتر نمی خورد.
- چنانچه مقدار محاسبه شده را مصرف نکند ممکن است وعده بعد مصرف کند یا باید دفعات بیشتری او را تغذیه کنید. به مقدار مصرف یک وعده نگاه نکنید بلکه مقدار ۲۴ ساعته را محاسبه کنید.



مشکلات شایع شیردهی / علل شایع قطع شیردهی:

حتی اگر مادر قبل از تولد کودک تصمیم به تغذیه انحصاری او با شیر مادر گرفته باشد، برای قطع شیردهی یا شروع تغذیه توأم دلایل زیادی وجود دارد. وقتی به مادری که مشکلی دارد کمک می کنید لازم است مهارت هایی را که تاکنون آموخته اید، بکار ببرید. مشاورین غیرحرفه ای و کارکنان بهداشتی جامعه نقش مهمی در

حمایت از مادران مشکل دار دارند . چون ممکن است مادران برای دریافت کمک به تسهیلات بهداشتی مراجعه نکنند. از مهمترین مشکلات شایع شیردهی عبارتند از:

۱. ناکافی بودن شیر مادر
۲. گریه کردن شیر خوار
۳. امتناع شیر خوار از گرفتن پستان مادر

۱. ناکافی بودن شیر مادر:

یکی از شایع ترین علل قطع شیردهی این است که مادر فکر می کند شیر کافی ندارد. تقریباً "تمام مادران می توانند برای یک یا حتی دو کودک شیر تولید کنند. حتی وقتی مادر تصور می کند شیر کافی ندارد تمام نیازهای کودکش برآورده می شود. البته گاهی اوقات کودک شیر کافی نمی خورد اما معمولاً به این دلیل است که مکیدن کافی یا موءثری ندارد و در موارد نادری هم به دلیل تولید ناکافی شیر توسط مادر می باشد. لذا این نکته حائز اهمیت است که فکر نکنیم مادر چقدر شیر می تواند تولید کند بلکه به فکر این باشیم که شیرخوار چقدر شیر از پستان مادر برداشت می کند.

علائم معتبری که نشان می دهد ، شیرخوار به اندازه کافی شیر دریافت نمی کند:

- وزن گیری ناکافی (: کمتر از ۵۰۰ گرم در ماه)
 - دفع مقدار کم و غلیظ ادرار (: دفع ادرار کمتر از ۶ بار در روز)
- در ۶ ماه اول زندگی ، شیرخوار افزایش وزنی به اندازه حداقل ۵۰۰ گرم در ماه دارد . اگر شیرخوار افزایش وزنی کمتر از ۵۰۰ گرم در ماه داشته باشد ، به اندازه کافی وزن نگرفته است. کودکی که به طور انحصاری با شیرمادر تغذیه می شود ، معمولاً حداقل ۸ - ۶ بار در ۲۴ ساعت ادرار رقیق دفع می کند . اگر کودکی به همراه شیر مادر ، مایعات دیگری مانند آب هم دریافت کند دفع مقادیر زیاد ادرار نباید این اطمینان را ایجاد کند که شیر به اندازه کافی دریافت می کند.

تقریباً تمامی مادران شیرکافی تولید نموده و حتی با یک پستان شیرخوارشان را کاملاً سیر می کنند، اما بسیاری از آنان نگران کمبود شیر شان هستند. **کنترل رشد وزنی شیر خوار بهترین راه اطمینان از دریافت کافی شیر است.** در شیر خوار با وزن گیری خوب بر اساس منحنی رشدش که شاداب و سر حال است، جای نگرانی نیست و کمبود کاذب یا ذهنی شیر مادر مطرح است .

از علائم دیگر کفایت شیر مادر: هشیار بودن، قدرت عضلانی مناسب و پوست شاداب شیر خواران می باشد.

گنجایش معده نوزاد و شیر تولید شده:

روز اول: حجم معده کودک به اندازه تیله بزرگ و گنجایش ۷-۵ سی سی می باشد. و تولید شیر مادر حداقل ۷ سی سی در هر نوبت شیردهی می باشد. متوسط دریافت شیر در هر نوبت تغذیه ۱۰-۲ سی سی است.

روز سوم: حجم معده کودک به اندازه توپ پینگ پنگ و گنجایش ۲۷-۲۲ سی سی است. تولید شیر مادر حداقل ۳۸ سی سی در هر نوبت شیردهی می باشد. متوسط دریافت شیر در هر نوبت تغذیه ۳۰-۱۵ سی سی است

روز دهم: حجم معده کودک به اندازه تخم مرغ بزرگ با گنجایش ۸۱-۶۰ سی سی است. تولید شیر مادر از روز پنجم حداقل ۷۰ سی سی در هر نوبت شیردهی می باشد. از روز سی ام تولید شیر مادر بین ۷۵۰-۱۰۵۰ سی سی روزانه است.

پس نتیجه می گیریم تولید شیر روزانه مادر بیش از میزان نیاز کودک است و مادر نباید نگران تولید شیر خودش باشد.

علل واقعی ناکافی بودن شیرمادر: مرحله دوم تولید شیر مرحله ای است که غدد پستانی توانایی تولید شیر پیدا می کنند و با زایمان آغاز می شود و شامل تغییرات بهم پیوسته ای است که طی یک روز به تولید شیر می انجامد. از جمله عواملی که باعث کاهش یا تاخیر تولید شیر در این مرحله می شود عبارت است از

- عدم تکامل بافت پستان (هیپوپلازی، مخروطی..)
- صدمات وارده به پستان (در جراحی، سوختگی..)
- تاثیرات هورمونی (سندرم تخمدان پلی کیستیک، کم کاری و پرکاری تیروئید، سندرم شیهان، باقی ماندن تکه هائی از جفت)
- اختلال متابولیسمی (دیابت کنترل نشده، چاقی..)
- دخالت های زایمانی..

دلایلی که ممکن است شیرخوار شیر کافی دریافت نکند:		
وضعیت شیرخوار	عوامل مربوط به مادر	
	وضعیت جسمانی مادر	عوامل روانی مادر
بیماری ناهنجاری	قرص های پیشگیری از بارداری و دیورتیک ها بارداری سوء تغذیه شدید الکل دخانیات باقیمانده قسمتی از جفت (نادر) عدم تکامل پستان ها (خیلی نادر)	عدم اعتماد به نفس نگرانی ، استرس تنفر از شیردهی امتناع کودک خستگی
		عوامل مربوط به تغذیه با شیرمادر شروع با تاخیر شیردهی با فواصل منظم و سر ساعت عدم تکرر شیردهی عدم شیردهی در شب تغذیه های کوتاه مدت وضعیت نامناسب پستان به دهان گرفتن استفاده از بطری ، گول زنگ مصرف سایر غذاها مصرف سایر مایعات (آب ، چای)
	عوامل این دو ستون شایع نیستند	عوامل این دو ستون شایع هستند

دلایل دو ستون اول (تغذیه با شیرمادر و عوامل روانی مادر) شایع هستند. دلایل دو ستون بعدی (وضعیت جسمانی مادر و وضعیت شیرخوار) شایع نیستند یعنی کاهش تولید شیر به دلیل مشکلات جسمی مادر شایع نمی باشد.

علل احساسی ناکافی بودن شیرمادر :

مادر نگران ناکافی بودن شیرخودش می باشد و احساس میکند شیرش کم است ولی با توجه به ارزیابی شما شیرخوار خوب رشد کرده است. یکی از شایع ترین علل قطع شیردهی این است که مادر فکر می کند شیر کافی ندارد (احساسی). گاهی "مادر شیرکافی تولید می کند و می تواند حتی هم زمان دو شیرخوار را سیر نماید، به دلایل زیرمادر احساس میکند که نمی تواند شیرکافی تولید کند:

- عدم اعتماد بنفس (بخصوص مادران جوان با حمایت کمتر از جانب فامیل و شوهر و دوستان)
- نگرانی، استرس، خستگی (باعث کاهش رفلکس اکسی توسین)
- رفتارهای شیرخوار (مثل گریه زیاد یا مکرر شیرخوردن...)
- بیماری یا مصرف داروها... احساس می کند شیرش برای کودک کافی نیست.

شیر مادر بهترین و کاملترین غذای انحصاری و حفاظت شیرخوار بخصوص برای ۶ ماه اول عمر و سپس ادامه آن همراه با غذای کمکی و سپس غذای خانواده تا ۲ سال و یا بیشتر است. نوزادی که با شیرمادر تغذیه می شود به آب، آب قند، ترنجبین، شیر مصنوعی و هیچ ماده غذایی دیگری نیاز ندارد. توانائی مادر در تولید شیرکافی و بطور انحصاری و بدون استفاده از شیرکمکی مصنوعی برای هر دو جنس، دوقلوها و حتی سه قلوها وجود دارد. حتی آغوز تولید شده پس از تولد بیشتر از نیاز و حجم معده نوزاد است.

دلایل ناکافی بودن شیر مادر از دیدگاه مادران : علائم احتمالی که مادر تصور می کند شیرخوار به اندازه کافی شیر دریافت نمی کند عبارتند از:

۱. در روزهای اول بطور مکرر پستانم را می مکد.
۲. تغذیه طولانی دارد و یا شیرخوارم بعد از شیر خوردن بیقرار است (کاهش تولید شیر)
۳. شیرخوارم پستانم را پس میزند و ضمن گریه و ناراحتی بازهم شیرمیخواهد (افزایش تولید شیر)
۴. شب ها بیدار است و بیشتر شیر میخواهد
۵. به مدت کمتری پستانم را می مکد
۶. پستانم را نمی گیرد
۷. فقط از یک پستانم شیرمیخورد

۸. پستان هایم کوچک است

۹. اگر شیرخوارم شیرخشک بخورد چند ساعتی می خوابد

۱۰. شیرم آبکی است

۱۱. شک دارم بتوانم شیر کافی تولید کنم

۱۲. شیرخوارم مرتب گریه میکند

۱۳. زود به زود شیر میخواهد

۱۴. می دوشم شیر نمی آید

۱۵. پستان هایم نرم شده است

۱۶. پستانم رگ نمی کند

۱۷. کم شیری در شب هنگام

تعدادی از این علائم شاید به دلیل کافی نبودن دریافت شیر توسط شیرخوار باشد، اگرچه این علائم ممکن است مادر را آشفته کند اما ممکن است این علائم دلایل دیگری داشته باشند، بنابراین قابل اعتماد نیستند. مثلاً ممکن است شیرخوار در حالی که شیر زیادی هم خورده است اما به دلیل کولیک مدام گریه کند.

تغذیه طولانی: که به دو علت می تواند باشد:

شیرخوار شیرکافی نمی خورد: بعلت اینکه به طرز صحیح پستان را به دهان نگرفته نتیجتاً مکیدن موثر و انتقال شیرخوبی ندارد و بیقرار است

ارضاء مکیدن: شیرخوار معمولاً در چند دقیقه اول مکیدن، اغلب نیازهای تغذیه ای خود را برطرف می کنند ولی دوست دارند با ادامه شیرخوردن بصورت مکیدن غیر تغذیه ای نیاز به مکیدن داشته باشد.

تمایل شیرخوار به مکیدن مکرر پستان: (برخی مادران آن را دلیل بر ناکافی بودن شیر مادر می دانند) در حالیکه اینطور نیست و علت آن موارد زیر می باشد:

- شیر مادر به آسانی و سریع هضم می شود (تمایل اکثر شیر خواران به شیر خوردن هر ۲-۳ ساعت یک بار که در روزهای اول پس از تولد ۱۰-۱۲ بار در روز یا بیشتر و تا ۴۰ روزگی طولانی تر شیر می خورند)
- تامین نیاز مبرم شیر خوار به آرامش و تماس نزدیک با مادر و مکیدن پستان
- خواب طولانی (۴-۵ ساعت) در تعدادی از شیرخواران و شیر خوردن جبرانی به دفعات بیشتر پس از این خواب

نرم و سبک بودن پستان و عدم نشت شیر (برخی مادران آن را دلیل بر ناکافی بودن شیرمادر می دانند) این عقیده صحیح نیست و این حالت کاملاً طبیعی در حدود ۶ هفته پس از زایمان یا حتی زودتر رخ می دهد، که علت آن کاهش میزان هورمون‌ها، تناسب بین عرضه شیرمادر و تقاضای شیرخوار است و ذخیره بخش اعظم شیر در فاصله بین وعده های شیردهی در مجاری شیر، جریان شیر و ادامه تولید شیر همراه با مکیدن است.

عدم خروج شیر از پستان هنگام دوشیدن (برخی مادران آن را دلیل بر ناکافی بودن شیر مادر می دانند) که علت آن می تواند موارد زیر باشد:

متفاوت بودن مقدار شیر جمع آوری از طریق دوشیدن و شیری که شیرخوار با مکیدن دریافت می کند. بسیاری از مادرانی که شیر قابل توجهی هم دارند، ممکن است هنگام دوشیدن بیش از چند قطره شیر مشاهده نکنند. دوشیدن مهارتی است که بتدریج کسب می شود.

در مورد عدم خروج شیر کافی در هنگام دوشیدن به علت رگ نکردن پستان موارد زیر باید رعایت شود:

- تحریک بازتاب جهش شیر قبل از دوشیدن شیر
- آموزش عملی به مادر جهت شیوه تحریک جریان شیر و دوشیدن شیر، از قبیل:
استراحت، نوشیدنی گرم، آب میوه، چای کم رنگ یا سوپ، نشستن در وضعیت راحت در محیط ساکت و آرام، فکر کردن به کودک و یا نگاه کردن به تصویر وی، کمپرس گرم و مرطوب به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه یا حمام کردن، و ماساژ پستان ها در کمک به جاری شدن شیر قبل از شیردوشی موثر هستند.

نداشتن شیر کافی در شب ها: بسیاری از مادران احساس می کنند صبح ها مقدار زیادی شیر دارند در

حالی که شب ها مقدار شیرشان کم است. بیشتر نمودن دفعات شیردهی در عصر و بخصوص شب به تولید شیر بیشتر کمک می کند. میزان هورمون های تولید کننده شیر بین ساعات ۲ و ۶ صبح در بالاترین حد است و در طول روز به تدریج کاهش می یابد.

تمایل شیر خوار به تغذیه با بطری:

تمایل شیرخوار به تغذیه با بطری دلیل ناکافی بودن شیرمادر نیست بلکه انتخاب بطری نه به دلیل گرسنگی بلکه به علت علاقه زیاد شیرخوار به مکیدن، سردرگمی در گرفتن نوک پستان و نحوه جریان شیر است. اجازه دادن به شیرخوار به منظور صرف وقت بیشتر برای مکیدن پستان و تشویق به تغذیه به دفعات مکرر و طولانی تر در روز و شب، استفاده از شیر دوشیده شده مادر و یا دایه سالم مناسب ترین شیر جایگزین در صورت نیاز به شیر کمکی است. حذف بطری و بجای آن استفاده از فنجان کوچک، لوله کمک شیردهی یا قاشق برای دریافت شیر کمکی می تواند موثر باشد.

چگونه به مادرانی که " شیر کافی ندارند " کمک کنید؟

در ابتدا (به کمک علائم معتبر) مشخص کنید که آیا کودک واقعا "شیر کافی دریافت می کند یا خیر . اگر دریافت شیر او کافی نیست باید علت را مشخص کنید و پس از آن می توانید به مادر کمک کنید. اگر دریافت شیر کافی است ولی مادر برخلاف آن تصور می کند، باید علت تردید مادر نسبت به کفایت شیرش را مشخص کنید تا بتوانید به او اعتماد به نفس بدهید.

۲. گریه شیر خوار:

حال به یکی دیگر از مشکلات شایع شیردهی (علل شایع قطع شیردهی توسط مادران) ، یعنی گریه شیرخوار می پردازیم . بسیاری از مادران به دلیل اینکه شیرخوارشان زیاد گریه می کند دادن غذا و مایعات غیر ضروری را شروع می کنند . این مادران فکر می کنند که شیرشان ناکافی و کودکشان گرسنه است . با این وجود اغلب نه تنها دادن غذا و مایعات اضافی گریه شیرخوار را کم نمی کند ، بلکه گاهی اوقات بیشتر باعث گریه و بی قراری او می شود. گریه زیاد یک شیرخوار می تواند باعث آشفتگی ارتباط او و مادرش و یا سبب اضطراب و بحران روحی سایر افراد خانواده شود .مهم ترین راه کمک به مادر شیرده ، مشاوره با او درباره گریه شیرخوارش است. گریه زیاد شیرخوار دلیل بر ناکافی بودن شیر مادر نیست.

دلایل گریه شیرخواران

- راحت نبودن (کثیف بودن ، گرم بودن ، سرد بودن)
- خستگی (ملاقات بیش از اندازه بستگان)
- بیماری یا درد (الگوی گریه شیرخوار تغییر می کند)
- گرسنگی (به اندازه کافی شیر دریافت نمی کند ، جهش رشد)
- غذای مادر (هر نوع ماده غذایی ، گاهی اوقات شیرگاو)
- داروهایی که مادر مصرف می کند (کافئین ، سیگار ، داروهای دیگر)
- اسپاسم و قولنج شیرخوار
- شیرخواران با نیاز زیاد

"در واقع شیر خوار با گریه کردن برای رفع مشکل درونی خود و یا محیط اطرافش ، کمک می طلبد."

گرسنگی ناشی از جهش رشد :

شیرخوار ممکن است در زمان های خاصی خیلی گرسنه بنظر برسد. احتمالا به این دلیل که نسبت به قبل سریع تر رشد میکند و تقاضای او برای شیر خوردن بیشتر شده است. این سرعت رشد در سنین حدود ۲ هفتگی ، ۶ هفتگی و ۳ ماهگی شایعتر است، ولی می تواند در مواقع دیگر نیز رخ دهد. اگر کودک در طی

این زمان ها برای چند روزی به دفعات بیشتری پستان مادر را می مکد ، شیر بیشتری هم تولید می شود و سپس شیر خوردن او به روال عادی گذشته بر می گردد.

عوامل مادری :

گاهی اوقات مادر متوجه می شود که وقتی **غذای خاصی** مصرف می کند ، کودک او آشفته و بی قرار می شود . زیرا موادی از آن غذا وارد شیر او می شود . معمولاً با هر غذایی ممکن است این حالت ایجاد شود . لذا نمی توان اجتناب از غذاهای خاصی را به مادران توصیه کرد ، مگر اینکه واقعاً با خوردن غذایی متوجه مشکلی بشوند. بیقراری شیرخوار بعلت شروع **عادت ماهیانه** مادر، که از علائم آن تمایل شیرخوار در فواصل کوتاه ترشیرخوردن می باشد که می تواند بعلت امکان انتقال اضطراب مادر به شیرخوار باشد که توصیه به داشتن آرامش موقع شیردادن می شود.

قولنج یا کولیک:

بعضی از شیرخواران ممکن است بدون هیچ یک از علل فوق ، باز هم گریه کنند . گاهی اوقات گریه کردن یک الگوی واضح دارد . شیر خوار در ساعات مشخصی از روز و اغلب بعداز ظهر ها (غروب) ، مدام گریه می کند . شیرخوار مثل اینکه دردشکم داشته باشد پاهایش را جمع می کند و ممکن است به نظر بیاید تمایل به مکیدن دارد ولی آرام کردن او مشکل است. شیرخوارانی که به این صورت گریه می کنند ، ممکن است روده پر سرو صدا و یا حاوی گاز داشته باشند که دلیل آن روشن نیست . این مشکل درد " قولنج " نامیده می شود . شیرخواران قولنجی معمولاً خوب رشد می کنند و گریه هایشان بعد از 3 ماهگی کم می شود . . برای آرام کردن شیرخوار را دمر روی ساعد خود قرار دهید و یا او را روی دامن خود نشانده و دست ها را دور شکمش حلقه کنید و یا پدر او را در مقابل سینه خود بغل نموده و با او زمزمه کند.

نحوه بغل کردن شیرخوار دچار کولیک



شیرخواران با نیاز زیاد:

بسیاری از شیرخواران بیش از دیگران گریه می کنند و نیاز بیشتری به بغل کردن و راه بردن دارند . در جوامعی که مادران شیرخواران شان را همراه خود حمل می کنند ، نسبت به جوامعی که آنها را ترک می

کنند و یا در تخت های جدا می خوابانند ، گریه شیرخوار کمتر است. گریه های شامگاهی در تعدادی از نوزادان از هفته سوم تولد می تواند بعلت نیاز بیشتر به آرامش، گرما و تماس بدنی باشد که بهترین وسیله آرام کردن آنها در آغوش گرفتن و تغذیه مکرر با شیرمادر است

نخوردن شیر کافی:

گریه و بیداری شیرخوار بعد از مدت کوتاهی شیرخوردن و خوابیدن که نشان دهنده نخوردن شیر کافی توسط شیر خوار می باشد که توصیه به شیردادن به دفعات و مدت بیشتر و خوردن شیر انتهایی با چربی بیشتر می شود.

نحوه کمک به مادرانی که شیرخواران شان زیاد گریه می کنند:

مانند موارد " کافی نبودن شیر " باید علت را پیدا کنید تا بتوانید به مادر کمک کنید . از مهارت های مشاوره برای گرفتن شرح حال تغذیه ای بطور مطلوب استفاده کنید . به مادر کمک کنید که احساساتش را بیان کند .ممکن است مادر خسته ، ناامید و عصبانی باشد. نظر او را در باره علت مشکل و احساسی که نسبت به کودکش دارد بپذیرید . سعی کنید فشارهایی که از جانب اطرافیانش وارد می شود و همچنین تصور او را در باره علت گریه کودکش بفهمید.

شیردهی او را ارزیابی کنید و وضعیت مکیدن کودک و طول زمان شیرخوردن او را کنترل نمایید . مطمئن شوید که شیرخواربیمار نیست و درد ندارد .رشد او را کنترل کنید و در صورت لزوم او را ارجاع دهید . بر حسب شرایط مادر را برای رشد خوب کودک، بیمار و نق نقو نبودن او تحسین نمایید . به او نشان دهید چگونه کودکی که گریه می کند را بغل کند و او را آرام کند.اطلاعات مناسبی به تناسب شرایط به او بدهید.

۳. امتناع شیرخوار از گرفتن پستان:

یکی دیگر از مشکلات شایع شیردهی ، امتناع شیرخوار از گرفتن پستان است ، گرچه اکثر اوقات برطرف می شود اما یک علت شایع قطع شیردهی است .امتناع کودک می تواند باعث پریشانی زیاد مادر شود و احساس کند که فرزندش او را نمی خواهد پس نسبت به شیردهی مایوس خواهد شد.

انواع مختلف امتناع شیرخوار از گرفتن پستان عبارتند از:

- گاهی اوقات شیرخوار پستان را می گیرد، اما نمی تواند خوب بمکد یا شیر را قورت دهد یا مکیدن او خیلی ضعیف است.
- گاهی اوقات شیرخوار ، هنگامی که مادرش سعی می کند پستانش را در دهان او بگذارد و شیر دهد، گریه می کند و پستان را نمی گیرد و مثل اینکه با پستان می جنگد.

- گاهی شیرخوار برای یک دقیقه می مکد و سپس با احساس خفگی پستان را رها می کند و یا گریه می کند، او ممکن است این عمل را در هر وعده شیر خوردن چندین بار انجام دهد.
- گاهی اوقات شیرخوار یک پستان را می گیرد، ولی از گرفتن پستان دیگر امتناع می کند.

شما باید علل امتناع کودک از شیر خوردن را تشخیص دهید و از چگونگی کمک به مادر و شیرخوار آگاه باشید تا دوباره شیردهی برقرار و برای مادر و کودک لذت بخش شود.

بسیاری از علل شایع امتناع شیرخوار به یکی از موارد زیر مربوط می شود:

- شیرخوار بیمار است ، درد دارد یا دچار رخوت ناشی از داروهای مسکن است. (عفونت، آسیب مغزی، درد ناشی از صدمات (وا کیوم، فورسپس)، انسداد بینی، درد یا زخم دهان ناشی از برفک، دندان درآوردن)
- اشکالی در تکنیک شیردهی وجود دارد. (استفاده از بطری، گول زنک، خوب نگرفتن پستان، فشار بر پشت سر شیرخوار هنگام شیردهی، تکان دادن پستان ها توسط مادر، محدود کردن مدت زمان تغذیه، اشکال در هماهنگی مکیدن و بلع)
- تغییراتی منجر به آسفتگی شیرخوار شده است. : (جدایی مثل بازگشت مادر به سرکار، مراقبت کننده جدید، تعدد مراقبین، تغییر در وضعیت خانوادگی و رفتارهای روزمره، بیماری مادر، مشکل پستانی مادر مانند ماستیت، قاعدگی مادر، تغییر در بوی مادر)
- امتناع از شیر خوردن ، ظاهری و غیر واقعی است. (در دوره نوزادی رفتار جستجوی پستان، در ۸-۴ ماهگی کنجکاوی شیرخوارو جلب توجه او به محیط، بعد از یک سالگی خود را از شیر گرفتن)
- عواملی که در بخش گریه شیرخوار ذکر شد می تواند سبب امتناع گردد.
- سرما و گرمای بیش از حد محیط: هیپوترمی و هیپوترمی میتوانند باعث بی حالی و کم شدن فعالیت نوزاد و مکیدن ضعیف شیرخوار شود. از علائم هیپوترمی نوزاد بی حالی و کم شدن فعالیت نوزاد، گریه ضعیف، مکیدن ضعیف، سردی دستها و پاها قبل از سرد شدن بدن می باشد.
- امتناع ناگهانی شیرخوار از پستان مادر، **اعتصاب شیرخوار** نامیده میشود. در هر زمانی از دوران شیردهی اتفاق می افتد. گاهی تصور مادر از پس زدن وی، بد بودن و یا ناکافی بودن شیرش تلقی می شود. اغلب پاسخ مادر از شیر گرفتن زودرس شیرخوار است.
- احساسات مادر را باید درک کرد مادری که شیرخوارش از شیر خوردن امتناع می کند احساس درماندگی و آسفتگی و حتی تردید در احساس مادری کردن و ناتوانایی در مراقبت از فرزندش و همچنین احساس گناه

می کند بنابراین درک احساسات مادر و کمک به او بسیار مهم است باید به مادراجازه داده شود تا نگرانی ها، ترس و مشکلاتش را بیان کند چون مادر با گریه شیرخوار نگران از کفایت شیرش است و با امتناع شیرخوار از گرفتن پستان آماده برای قطع شیرش است (دلیل شایع).

علل واقعی امتناع شیرخوار از گرفتن پستان، می تواند مربوط به موارد زیر باشد:

الف. مربوط به تولید شیر:

- تولید کم شیر (نادر): اگر تولید شیر کم باشد یا موقتاً کاهش یابد، شیرخوار ممکن است از گرفتن پستان امتناع کند. برای افزایش تولید شیر باید تلاش نمود.
 - بازتاب آهسته جهش شیر (توصیه به کمپرس گرم قبل شیردهی، فشردن پستان حین شیردهی)
در صورت آهسته بودن جهش شیر، شیرخوار شروع به مکیدن شیر میکند ولی به علت دریافت کم شیر، از گرفتن پستان امتناع مینماید. در این موارد میتواند شیرش را کمی بدوشد تا جهش پیدا کند و آن گاه پستان را به دهان شیرخوار بگذارد یا واکنش جهش شیر را قبل از تغذیه شیرخوار با روشهایی مثل خوردن آب یا یک نوشیدنی ساده، شنیدن موسیقی، نشستن روی همان صندلی همیشگی و دراز کشیدن، شرطی نماید.
 - بازتاب سریع جهش شیر (شیر دادن در وضعیتی خوابیده به پشت، دوشیدن کمی شیر قبل از شیر دادن توصیه میشود)
- در صورت سریع بودن جهش شیر نیز شیرخوار ممکن است به علت عدم توانایی در برابر آن، پیش دستی کرده و از گرفتن پستان امتناع نماید. در این مورد می توان کمی شیر را دوشید و بعد شیرخوار را به پستان گذاشت.

ب. مربوط به شیرخوار:

۱. عفونتهای تنفسی: ممکن است موقع مکیدن و بلعیدن، سبب گرفتگی بینی و درد شود. چکاندن قطره کلرور سدیم در بینی و دادن مسکنهای ساده مثل استامینوفن سبب تسکین شده هم چنین مرطوب کنندههای هوا ممکن است به رفع گرفتگی بینی کمک نمایند. گاهی امتناع شیرخوار از گرفتن پستان در جریان سرماخوردگی باعث تشخیص اتفاقی انحراف تیغه بینی میشود.
۲. در مورد دندان در آوردن: گذاشتن پشت یک قاشق سرد یا گاهی جویدن چیزی قبل از شیر خوردن یا ماساژ ملایم لثه با -انگشت تمیز علاوه بر دادن مسکنهای ساده باعث کاهش درد شیرخوار میگردد.
۳. در مورد برگشت شیر از معده به مری، خواب آلودگی و بیقراری ناشی از مصرف داروها، برفک یا تبخال دهان شیرخوار -پزشک اقدام خواهد نمود.

۴. در هوای گرم احتمال دارد شیرخوار از شیرخوردن امتناع نماید. ولی در محل خنک و یا در شب شیر بخورد. حرارت بدن شیرخوار را کنترل کرده و او را در درجه حرارت مناسبی نگهداری کنید.
۵. گاهی ممکن است شیرخوار در موقع شیرخوردن ترس داشته باشد مانند واکنش مادر به گاز گرفتن بچه.
۶. تمایل شیرخوار به از شیر گرفتن که البته قبل از ۹ ماهگی شایع نیست. اگر شیرخوار ناگهان از پستان مادر رویگردان شود به گرفتن پستان تمایل نشان ندهد، همه روشهای ممکن برای تشویق او به دوباره شیرخوردن باید به کار گرفته شود ولی گاهی هم ممکن است نتیجه نداده و بالاخره منجر به قطع کامل شیرخوردن شود.

رفتارهای تغذیه‌ای شیرخواران:

اصولا تعدادی از شیرخواران انواع مختلف الگوهای رفتاری تغذیه ای دارد که مادر باید به این رفتارها آشنایی کامل داشته باشد در غیر اینصورت مادر وجود چنین رفتارهایی را به پای ناکافی بودن شیر مادر و یا امتناع شیرخوار از پستان گرفتن می گذارد . بنابراین مادر باید با انواع مکیدن و الگوهای تغذیه ای آشنا باشد تا بداند در برابر آن چه کاری باید انجام دهد . کودکانی که رفتارهای تغذیه ای متفاوت و مختلفی دارند عبارتند از:

- **شیرخواران هیجانی:** برخی از بچه ها هنگام مواجهه با پستان هیجان زده به نظر می‌رسند؛ به طور متناوب پستان را گرفته و ول می‌کنند و سپس شروع به جیغ زدن می‌نمایند. مادر چنین شیرخوارانی ابتدا باید نوزاد را بغل کرده، او را آرام نمایند؛ سپس شیرخوار را زیر پستان بگذارند. پس از چند روز مادر و نوزاد به هم عادت می‌کنند
- **شیر خواران عجول:** بعضی از شیرخواران به شدت و با عجله و بی درنگ پستان را می‌گیرند و برای مدت ۱۰ تا ۲۰ دقیقه، بسیار پر انرژی پستان را می‌مکند. این گروه از شیرخواران بازیگوشی نمی‌کنند و به ندرت به پستان صدمه می‌زنند و اگر هم مشکلی رخ دهد پس از مدتی برطرف خواهد شد.
- **شیرخواران سخت:** این شیرخواران منتظر جریان شیر می‌مانند و در روزهای اول علاقه و توانایی خاصی به مکیدن از خود نشان نمی‌دهند نکته مهم این است که وقتی تمایل به شیر خوردن ندارند به زور و اجبار به شیر خوردن وادار نشوند زیرا دفعه بعد که به پستان گذاشته می‌شوند شیر خواهند خورد.
- **شیر خواران وسواسی:** این شیرخواران اصرار دارند نیپل را در دهان نگه دارند، کمی شیر بچشند و قبل از این که شروع به شیر خوردن کنند دهانشان را بکشند. اگر عجله کرده و یا به زور مجبورشان کنیم به شدت عصبانی شده و شروع به جیغ زدن می‌کنند. بعد از چند لحظه آرام شده و به خوبی شیر

می‌خورند این شیرخواران به مزه شیر بسیار حساس هستند و اگر مزه شیر فرق کند شیر نخواهند خورد. مادر باید غذاهای مختلف را کم کم به غذای خود اضافه نماید تا شیرخوار به طعم های مختلف شیر عادت کند. یعنی مادر هر چند وقت یک بار غذای جدید بخورد.

➤ **شیرخواران تنبل** (تغذیه کننده در زمان طولانی): ترجیح می‌دهند چند دقیقه شیر بخورند و چند دقیقه استراحت نمایند. این شیرخواران عجله‌ای در شیر خوردن ندارند و اگر به حال خود گذاشته شوند معمولاً خوب شیر می‌خورند گرچه زمان بیشتری برای شیر خوردن صرف می‌کنند. صبر و حوصله مادر در این شیرخواران بسیار حایز اهمیت است.

ج. مربوط به مادر :

۱- بیماری مادر که ممکن است تولید شیر او را کم کرده یا واکنش جهش شیر را مهار کرده باشد یا داروها مزه شیرش را تغییر داده باشند.

۲- در صورت عفونت یک پستان مادر، ممکن است شیرخوار از تغذیه همان طرف به علت مزه شور شیر یا چرک، امتناع کند و یا به خاطر مصرف دارو توسط مادر، هر دو پستان را نگیرد.

۳- قرصهای ضد حاملگی خوارکی (قرص ترکیبی و به ندرت قرص پروژسترونی تنها) همچنین حاملگی مجدد احتمال دارد تولید شیرمادر را کاهش داده و مزه شیر را تغییر دهند. تخمک گذاری یا عادت ماهیانه نیز گاهی به علت تغییر مزه شیر سبب امتناع شیرخوار از شیر خوردن می‌شود.

۴- در صورت استفاده مادر از عطر، صابون، ادکلن یا کرم متفاوت و یا شنا کردن در استخر با آب کلر دار یا آب دریا، و یا حتی تغییر در ظاهر مادر مثل تغییر طرح مو یا عینک زدن ممکن است روی شیرخوار تأثیر گذاشته و پستان مادر را نگیرد

۵- برخی از شیرخواران به برخی از غذاهای مورد مصرف مادران که باعث تغییر مزه شیر می‌شود حساس هستند و از گرفتن پستان امتناع می‌نمایند و بعضی دیگر با افزایش سیگار کشیدن مادر، ورزش طولانی قبل از شیر دادن و یا مصرف زیاد نوشیدنیهای دارای کافئین مثل نوشابه ها، چای و قهوه از گرفتن پستان امتناع می‌ورزند.

مطالب بیشتر در ضمیمه ۸ آمده است.

جهت پیشگیری از امتناع شیرخوار از گرفتن پستان موارد زیر توصیه می‌شود:

- انجام تماس پوست به پوست مادر و نوزاد و تغذیه در بدو تولد در اتاق زایمان
- آموزش عملی و صحیح شیردهی بر بالین مادر در محیط امن و آرام

- صبور بودن، آرامش و ایجاد اعتماد بنفس در مادر

چگونه شیرخوار را به گرفتن پستان ترغیب نمایید:

- وقتی که شیرخوار خواب آلود است (درست قبل از بیدار شدن یا موقع به خواب رفتن) مادر به او شیر بدهد.
- قبل از تلاش برای شیردادن، شیرخوار را با آواز خواندن، تکان دادن یا ماساژ آرام کند.
- در زمانی که شیرخوار هنوز زیاد گرسنه نیست، به او شیر بدهد.
- اگر شیرخوار دچار سردرگمی در گرفتن پستان است، قبل از برقراری رفلکس جهش شیر، مادر مقداری از شیر خود را بدوشد، سپس پستان را به کودک عرضه کند به طوری که او یک پاداش آنی از کوشش خود بگیرد.
- هر زمان شیرخوار تمایل به گرفتن پستان دارد، مادر او را به پستان بگذارد و میتواند با قطره چکان شیر دوشیده شده را روی پستان بریزد تا به صورت قطره وارد دهان وی شود. این کار ممکن است شیرخوار را آرام و چسبیده به پستان نگهدارد و به تداوم مکیدن تشویق نماید یا ابتدا شیر را به روی لبهای شیرخوار بدوشد و سپس پستان را به داخل دهان او بلغزاند. مادر نباید به پشت سر شیرخوار فشار بیاورد یا پستانش را تکان دهد.
- وقتی کودک پستان را نمیگیرد، وادار کردن وی به گرفتن پستان از طریق گرسنه نگهداشتن او کار درستی نیست چون شیرخوار دچار سردرگمی در گرفتن پستان ممکن است در خطر کمآبی هم قرار گیرد و اگر انرژی مناسب را دریافت نکند روز به روز ضعیفتر شده و قادر به گرفتن پستان و مکیدن آن نخواهد بود.
- وضعیتهای مختلف شیردهی از جمله ایستاده شیردادن، تکان دادن وی پس از چسباندن به پستان، شیردادن در حمام گرم را امتحان کند.
- شیرخوار تمام مدت در کنار مادر باشد نه مراقب دیگری. او باید تمام مدت، نه فقط موقع شیردهی با شیرخوار تماس پوست به پوست داشته باشد.
- مادر با شیرخوارش بخوابد. از سایر افراد خانواده تقاضا شود که در کارهای خانه و یا مراقبت از کودکان بزرگتر کمک کنند.
- شیر خوار را با فنجان تغذیه کند. در صورت امکان شیر دوشیده شده خودش را بدهد اما اگر ضرورتی داشت از شیرمصنوعی استفاده کند. به هیچ وجه نباید از بطری، سرشیشه و گول زنک استفاده نماید

مشکلات شایع پستانی

شناسایی و چاره اندیشی برای این وضعیت های مختلف پستانی، برای تسکین مادر و هم چنین برای تداوم تغذیه با شیر مادراهمیت دارد.

اشکال مختلف پستانی:

بسیاری از مادران نگران شکل پستان های شان هستند مادرانی که پستان های کوچکی دارند اغلب نگران هستند که شیر کافی تولید نکنند. تفاوت اندازه پستان ها بیشتر ناشی از توده چربی است و نه بافت تولید کننده شیر این نکته حائز اهمیت است که به مادر اطمینان دهید صرف نظر از اندازه پستان هایش می تواند شیر کافی تولید کند. اشکال و اندازه های مختلف پستان وجود دارند و شیرخواران می توانند تقریباً از تمام آنها تغذیه کنند. با توجه به اشکال پستانها از جمله پستان بزرگ و پستان کوچک، مادران معمولاً با یکسری نگرانی هایی مواجه هستند.

در زمینه پستان کوچک:

به مادر باید اطمینان داده شود که پستان های کوچک علی رغم اندازه کوچک شان می توانند به میزان مورد نیاز شیرخوار شیر تولید نمایند. فقط ممکن است لازم باشد دفعات شیردهی را افزایش دهید چرا که این پستان ها شیر کمتری ذخیره می کنند .

در زمینه پستان های بزرگ:

به دلیل سنگینی شیر دادن با اشکال صورت می گیرد. کمرست متناسب و حمایت کننده پستانها در کاهش مشکلات پستانهای سنگین در طول روز کمک کننده است. پوشیدن کمرست در طی شب هم تا زمانی که محدودیتی ایجاد نکند، مفید است. دوشیدن پستانها پس از شیردهی و تخلیه کامل توصیه میشود. مادر میتواند یک حوله لوله شده را زیر پستان قرار دهد یا در وضعیت خوابیده یا زیربغلی شیر بدهد. موقع شیر دادن پستان را نگهدارد.

پری پستان:

یکی از مشکلات شایع پستانی پری پستان می باشد که یک حالت طبیعی، دوطرفه می باشد و در ۳-۵ روز اول بعد از تولد در هنگام افزایش شیردر طی مرحله دوم تولید شیر (لاکتو ژنزیس ۲) ایجاد می گردد و یا در مواقعه ای که طول مدت تغذیه شیرخوار محدود شده باشد اتفاق می افتد. بموازات تولید شیربیشتر، خون بیشتری نیز در پستان جریان می یابد و پستان ها بزرگتر، گرمتر، سنگین، بدون درد (کمی ناراحت) و معمولاً بدون تب و قرمزی با جریان شیرطبیعی می باشند. برای رفع پری پستان تغذیه مکرر شیرخوار، کمپرس سرد دربین وعده های شیردهی مفید می باشد. با انجام اینکارظرف چند روز تنظیم تولید شیر متناسب با نیاز شیرخوار اتفاق می افتد. حتماً توصیه می کنیم پری پستان باید رفع گردد وگرنه منجر به احتقاق، ماستیت و آبسه پستانی می شود.

احتقان پستان:

احتقان خون در رگهای پستان باعث ایجاد احتقان پستان می شود معمولا پستانها متورم و سفت بوده و نوک پستان نمی تواند برجسته شود و امکان مکیدن درست برای شیرخوار وجود ندارد بطوریکه پستانها بخوبی تخلیه نمی شوند. احتقان پستان در روز های ۳-۵ پس از زایمان شایع است و عموما دو طرفه می باشد و امکان تب خفیف وجود دارد.

فرق احتقان با پری پستان در این است که پری پستان در اثر تجمع تدریجی خون در پستان در چند روز اول بعد از تولد بوجود می آید و علامت جریان یافتن شیر در پستان است. در حالیکه در احتقان پستان قطع تولید شیر بعلت صدمه به لاکتوسیتها وجود دارد و پستانها تحت فشار، براق، داغ، متورم، قرمز و دردناک است و همچنین درد زیر بغل وجود دارد که این امر باعث اشکال در گرفتن پستان توسط شیرخوار می گردد.

در احتقان پستان امکان کاهش تولید شیر، اثر بر رسپتور های پرولاکتین در کاهش بیشتر تولید شیر وجود دارد و امکان قطع تولید شیر (بدلیل صدمه به لاکتوسیت ها) است. احتقان پستان ممکن است همراه با احتقان هاله (نیپیل صاف، زخمی و تحریک نامطلوب)، اشکال در گرفتن پستان و ادم و زخم نوک پستان باشد. پستان هامعمولا بزرگ و آویزان و ادم عمومی یا ازدیاد فشارخون مشاهده می گردد.



علل احتقان پستان:

- تاخیر در شروع تغذیه با شیرمادر پس از تولد
- گرفتن مایعات و ریدی زیاد در طی زایمان
- پستان گرفتن نادرست
- تغذیه نامکرر، عدم شیردهی در شب و دفعات کوتاه مدت تغذیه
- درد و جراحی نوک پستان

علل احتقان موضعی

- لباس تنگ (تاپ، سینه بند)
- بند آغوشی شیرخوار یا کمر بند ماشین
- قیف پمپ شیردوش، شیلد پستان

جهت پیشگیری از احتقان پستان موارد زیر توصیه میشود:

- شروع زودرس تغذیه با شیرمادر در ساعت اول پس از تولد
 - تغذیه مکرر و بر حسب میل و تقاضای شیرخوار
 - وضعیت شیردهی مطلوب و گرفتن صحیح پستان و شیردوشی در صورت نیاز
 - پرهیز از پستانک و بطری
 - تخلیه کامل یک پستان قبل از دادن پستان دیگر
 - ماساژ پستان بعد تغذیه در ۴ روز اول کمک کننده است
- مادران مساعداحتقان پستان، مادرانی هستند که پستان کوچک و تولید شیر زیاد دارند.

جهت درمان احتقان پستان موارد ذیل توصیه می گردد:

- ادامه شیردهی، تجویز مسکن، اصلاح گرفتن پستان، دوش آب گرم یا کمپرس گرم به مدت ۲۰ دقیقه
- روی پستان قبل از شیردهی، فشردن پستان در حین تغذیه
- نرم کردن هاله قبل گرفتن پستان با کمی دوشیدن
- در صورت ادم هاله کاهش ادم با روش استفاده از فشار انگشت ها در هاله اطراف نیپل
- کمپرس سرد روی پستانها جهت کاهش احتقان بعد از تغذیه شیرخوار
- استفاده از برگ کلم روی پستانها به مدت ۲۰-۱۵ دقیقه ۳ تا ۴ بار در روز برای کاهش ادم و درد بعد تغذیه
- دوشیدن شیر بعد از تغذیه
- ماساژ گردن و پشت و ماساژ ملایم پستانها کمک کننده

خلاصه ای از تفاوت های بین پستان های پرو محتقن

پستان پر	پستان محتقن
گرم	درد ناک
سنگین	متورم
سفت	سفت مخصوصاً "نوک پستان ها تحت کشش ، پستان ها براق و ممکن است قرمز به نظر برسند
شیر جریان دارد	شیر جریان ندارد
تب وجود ندارد	ممکن است تا 24 ساعت تب وجود داشته باشد

شقاق یا زخم نوک پستان:

یکی دیگر از مشکلات شایع پستانی زخم نوک پستان می باشد. شایع ترین علت زخم و شقاق نوک پستان ، خوب پستان نگرفتن توسط شیرخوار است . اگر شیرخوار پستان را خوب نگرفته باشد ، نوک پستان هم زمان با مکیدن شیرخوار از دهان او داخل و خارج می شود و در نتیجه پوست پستان با دهان شیرخوار اصطکاک می یابد . این عمل برای مادر بسیار دردناک است . در ابتدا شقاق وجود ندارد و نوک پستان ممکن است سالم به نظر بیاید و یا وقتی شیرخوار پستان را رها می کند نوک آن له شده بنظر می آید و یک خطی روی آن دیده می شود . اگر این روند ادامه پیدا کند نوک پستان آسیب می بیند و شقاق به وجود می آید. اگر مادر دچار زخم یا شقاق نوک پستان شده با تغییر دادن وضعیت پستان گرفتن شیرخوار به او کمک کنید تا پستان را خوب بگیرد . به مادر توصیه کنید پستان هایش را بیش از یک بار در روز نشوید، از صابون استفاده نکند و با حوله پستان هایش را سفت مالش ندهد . شستشوی زیاد ، چربی طبیعی پوست را از بین می برد و احتمال ایجاد زخم را بالا می برد . به مادر توصیه کنید بعد از شیردهی کمی از شیرش را دوشیده و با انگشت آن را روی نوک پستان و آرئول بمالد . این کار به بهبود زخم کمک می نماید. پدیده رینود باعث سردی و حساس شدن پستان می شود . علاوه بر گرم نگه داشتن پستان می توان از پماد نیتروگلیسیرین موضعی یا از قرص نیفیدین استفاده کرد.

علل درد و زخم و شقاق نوک پستان:

- پستان گرفتن نادرست (شایع ترین و اولین علت زخم و شقاق پستان)
- استفاده از بطری و پستانک،
- شستشوی مکرر پستان با صابون و الکل
- متعاقب احتقان پستان
- کشیدن پستان از دهان شیرخوار
- شیردوشی با قدرت مکش زیاد یا تنوره تنگ شیردوش و یا محافظ نوک پستان
- عفونت ، کاندیدا (دهان شیر خوار)
- بند زیر زبان شیر خوار،
- نوک پستان بزرگ و طویل، نوک صاف.

واژواسپاسم نوک پستان : عارضه ای است که نوک پستان بعد از چندثانیه که داخل دهان شیرخوار قرار میگیرد سفید می شود و شدیداً درد ناک میشود که بعلت انقباض ناگهانی عروق بوجود می آید.

اقدامات لازم جهت بهبود زخم نوک پستان:

- مهمترین اقدام ادامه شیردهی، تغییر و یا اصلاح وضعیت شیردهی و آموزش صحیح گرفتن پستان مهمترین اقدام است
- یافتن علت و درمان مناسب آن
- ماساژ و کمپرس گرم پستان قبل شیردهی جهت کمک به جاری شدن شیر
- شیردهی ابتدا از طرف پستان سالم یا کم ضایعه تر
- استفاده از شیر مادر و یا کرم purloin با لانولین خالص در صورت خشکی و یا سوزش نوک پستان پس از شیردهی (نرم و چرب)
- در معرض هوا و نور قرار دادن پستان و استفاده از سشوار با درجه کم بمدت ۳-۵ بار بمدت ۳-۵ دقیقه و با فاصله ۷-۸ سانتیمتر از محل شقاق
- شیردهی به دفعات و در حالات مختلف
- استفاده از محافظ پستان و نه محافظ نوک پستان در فواصل شیردهی به منظور کاهش تماس نوک پستان با لباس

عفونت کاندیدایی (برفک) :

دومین علت شایع زخم نوک پستان ها ، عفونت کاندیدایی است که اصطلاحاً " به آن برفک گفته می شود و عامل آن کانیدیا آلبکنس است. عفونت کاندیدایی پوست نوک پستان را زخم و ایجاد خارش می کند. این عفونت اغلب به دنبال درمان ماستیت ،آبسه و سایر عفونت ها با آنتی بیوتیک و متعاقب آن از بین رفتن باکتریهای مفید دهان ایجاد میشود.برخی مادران آن را به صورت احساس سوزش و تیر کشیدن بعد از شیردهی توصیف می کنند و یا ممکن است مادر احساس کند سوزن در پستانش فرو می رود اگر نحوه پستان گرفتن شیرخوار خوب است و با این وجود زخم نوک پستان ادامه پیدا کرد حتما" به فکر کانیدیا باشید و از نظر برفک، شیرخوار را کنترل کنید. ممکن است لکه های سفیدی داخل گونه و یا روی زبان او پیدا کنید . او ممکن است این لکه ها را در مقعد خود نیز داشته باشد. مادر و کودک هر دو را با نیستاتین درمان کنید. به مادر توصیه کنید دیگر از پستانک (گول زنک) استفاده نکند زیرا باعث خود آلودگی در کودک حتی پس از درمان میشود.



درمان برفک:

مادر باید ابتدا دست هایش را بشوید. سپس پنبه تمیز را به سر چوب کبریت پیچیده و یا یک گوش پاک کن را آغشته به یک میلی لیتر محلول نیستاتین نموده و بر روی لکه های سفید برفک داخل دهان شیرخوار بمالد. این کار را هر ۶ ساعت تکرار نموده و به مدت ۷ روز ادامه دهد.

از کرم ضد قارچ کلوتریمازول برای پستان مادر بعد از تغذیه از پستان روزی ۴ بار تا ۷ روز بعد از بهبودی استفاده کند. مادر باید دارو را به نوک و هاله پستان خود نیز بمالد. اگر از سر شیشه، پستانک و حفاظ پستان *Nipple Shields* استفاده می شود، آنها را منع کنید.

درمان نوک پستان های صاف و فرو رفته:

برای نوک پستان صاف اقدام خاصی لازم نیست. می توان ابتدا مقداری شیر را مستقیم داخل دهان شیرخوار دوشید تا به مکیدن تمایل پیدا کند. با دوشیدن به نرم شدن پستان ها کمک کنید تا شیرخوار بهتر پستان را بگیرد و می توانید شیر را با فنجان به شیرخوار بدهید و شیرخوار را بطور مکرر به پستان بگذارید.

بطور کلی برای نوک پستان صاف موارد زیر توصیه می شود:

- تلاش در گرفتن صحیح پستان توسط شیرخوار قبل از احتقان و زخم نوک پستان
- دوشیدن مستقیم شیر به داخل دهان شیرخوار
- دوشیدن شیر به منظور نرم شدن هاله و دادن شیر دوشیده با فنجان
- استفاده از پمپ شیردوش یا سرنگ ۲۰ توسط خود مادر برای کمی برجسته نمودن نوک قبل از گرفتن پستان
- استفاده از محافظ پستان در فواصل شیردهی به منظور برجسته نمودن بیشتر نوک پستان (کمک کننده)
- استفاده کوتاه مدت و صحیح از محافظ نوک پستان با کمک مشاور شیردهی در صورت عدم موفقیت



برای نوک پستان فرو رفته به ذیل توجه کنید:

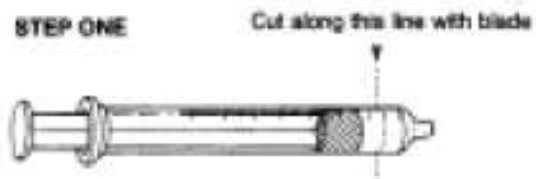
نوک پستان فرو رفته ممکن است کاذب و یا واقعی باشد، درمان پیش از زایمان مفید نخواهد بود مثلاً " تمرینات کششی نوک پستان و استفاده از نوک ساز (nipple shells) کمکی نمیکند. اکثر نوک پستان ها در حوالی زمان زایمان ، بدون هیچ درمانی وضع عادی پیدا می کنند. مهم ترین زمان برای کمک ، بلافاصله پس از زایمان است، هنگامی که نوزاد شروع به شیر خوردن میکند اما موارد زیر می تواند مفید باشد:

- دادن اعتماد به نفس به مادر
- آموزش مناسب در نحوه گرفتن پستان با حداکثر نسج پستان
- نرم تر شدن پستان ها در هفته اول یا دوم بعد از زایمان (باعث تسهیل در گرفتن پستان)
- ترغیب مادر را به برقراری تماس زیاد پوست با پوست با شیرخوار و تغذیه مکرر برحسب تقاضای او قبل از اینکه پستانش محققن و سفت شود
- قرار گرفتن شیرخوار در یک وضعیت خاص، مثلاً بعضی از مادران وضعیت زیربغلی را مفید یافته اند و مکیدن شیرخوار راحت تر انجام شده است.
- تحریک و فشردن لبه هاله ممکن است در بیرون کشیدن نوک پستان قبل از شیردهی در مواردی که نوک پستان فرو رفته کاذب باشد، شیرخوار را برای گرفتن پستان کمک می کند
- استفاده از یک پمپ دستی و یا سرنگ ۲۰ برای بیرون کشیدن نوک پستان و استفاده کوتاه مدت و صحیح از محافظ نوک پستان در صورت عدم موفقیت بخصوص در نوک پستان فرو رفته واقعی، با کمک مشاور شیردهی
- پیشگیری از بروز احتقان از همان ابتدا با شروع دوشیدن شیر
- کمک به مادر برای شیردوشی و دادن شیر با فنجان
- در صورت عدم توانائی در گرفتن پستان: دوشیدن مقدار کمی از شیر مستقیماً به داخل دهان شیرخوار و گذاشتن مکرر او به پستان و مشاور شیردهی در صورت نیاز توصیه می شود.



نحوه آماده کردن و استفاده از سرنگ برای درمان نوک پستان فرورفته

مرحله اول: این قسمت از سرنگ را قطع کنید.



مرحله دوم: پیستون را در طرف بریده شده بگذارید.



مرحله سوم: مادر بعد از قرار دادن سرنگ روی نوک پستان، پیستون را به آرامی می کشد.



درازی نوک پستان:

مادر سعی کند قبل از آن که نوک پستان توسط شیر خوار تحریک و برجسته تر شود، مقدار کافی از نسج پستان را در دهان شیر خوار قرار دهد. با آموزش مناسب برای گرفتن صحیح و عمیق پستان به شیر خوار کمک کنید تا در موقع شیر خوردن مقدار کافی از نسج پستان را در دهان بگیرد.

انسداد مجرا:

انسداد مجرا زمانی ایجاد می شود که شیر بخشی از پستان برداشت نشود. گاهی هم به این علت اتفاق می افتد که مجرای قسمتی از پستان توسط شیر غلیظ شده مسدود می گردد. علائم آن عبارتند از: وجود یک توده دردناک که گاهی پوست روی آن قرمز است اما مادر تب ندارد و حال عمومی وی نیز خوب است.

علت انسداد مجرا:

- تخلیه نا کافی تمام بخش های پستان شاید به دلیل مکرر نبودن شیر دهی و یا مکیدن نادرست
- خوب نگرفتن پستان
- فشار ناشی از لباس ها و سینه بند سخت
- انگشتان مادر هنگام شیر دهی، که مادر هاله پستان را با انگشتان خود نگه داشته است و باعث انسداد احتمالی جریان شیر شده

درمان انسداد مجرا:

- یک مجرای بسته باید فوراً "رفع علت و درمان شود تا از عوارضی مانند التهاب پستان و تشکیل آبسه جلوگیری گردد. از جمله:
- علت را جستجو و رفع کنید. در صورت نیاز وضعیت شیر خوردن شیرخوار را اصلاح کنید. خم شدن به جلو در پستانهای سنگین و پاندولی کمک میکند.
 - تغذیه مکرر شیرخوار از پستان لازم است، شروع شیردهی از پستان مبتلا باشد. در صورت عدم تمایل شیرخوار به مکیدن، دوشیدن مرتب شیر توصیه شود.
 - حمام کردن و دوش گرفتن و قرار دادن حوله یا پارچه گرم قبل از شیردهی به جریان یافتن شیر کمک میکند.
 - روی بخش درگیر پستان را پیش از تغذیه و یا دوشیدن شیر به آرامی با نوک انگشتان ماساژ دهید و عقب بخش درگیر را طی تغذیه بفشارید تا جریان شیر بهبودیابد. تا زمان ایجاد احساس راحتی در پستان، ماساژ و دوشیدن به طور متناوب ادامه یابد.

ماستیت:

موقعی شیر در قسمتی از پستان به دلیل انسداد مجرا یا احتقان متوقف می شود، اصطلاحاً "توقف شیر نامیده می شود. اگر باز هم شیر تخلیه نشود سبب التهاب بافت پستان شده اصطلاحاً "ماستیت غیر عفونی

گفته می شود. گاهی هم پستان توسط باکتری ها عفونی می شود که ماستیت عفونی نامیده می شود. مادر مبتلا به ماستیت احساس بیماری می کند، تب و درد شدید دارد. قسمتی از پستان متورم و سفت است و پوست روی آن قرمز است. البته تنها با تکیه بر نشانه های بالینی نمی توان گفت ماستیت عفونی است یا غیر عفونی؛ با این وجود اگر تمام نشانه ها شدید باشند به احتمال زیاد به درمان آنتی بیوتیکی نیاز خواهد بود. ماستیت ممکن است در پستان محتقن و یا به دنبال انسداد مجرا ایجاد شود. گاهی اوقات ماستیت با احتقان پستان اشتباه گرفته می شود. اما احتقان تمام پستان و اغلب هر دو پستان را گرفتار می کند در حالی که در ماستیت فقط قسمتی از پستان و معمولاً فقط یک پستان مبتلا می شود.

ماستیت یعنی التهاب پستان، بخشی و یا تمام آن با بیشترین شیوع در هفته ۳-۲ بعد زایمان می باشد و اغلب متعاقب توقف جریان شیر (از انسداد مجاری شیر به سادگی تشخیص داده نمی شود)، نشت شیر از مجاری به بافت های اطراف، عموماً یکطرفه است و ممکن است بعلت عفونت باشد. تشخیص ماستیت اغلب بر اساس علائمی شبیه آنفلوآنزا، امکان تب ۳۸، لرز/سردرد، بی حالی عمومی و پوست پستان دچار قرمزی، براقی، تورم و درد قسمتی از پستان باشد. اگر درمان ماستیت زود شروع نشود و یا کامل نباشد می تواند منجر به آبسه پستان گردد.

علل ماستیت: استاز شیر (توقف شیر) و نه عفونی

ماستیت می تواند گاهی بعلت استاز یا توقف جریان شیر و گاهی بعلت عوامل عفونی ایجاد گردد.

عواملی که باعث استاز یا توقف جریان شیر و به دنبال آن ماستیت می گردد عبارتند از:

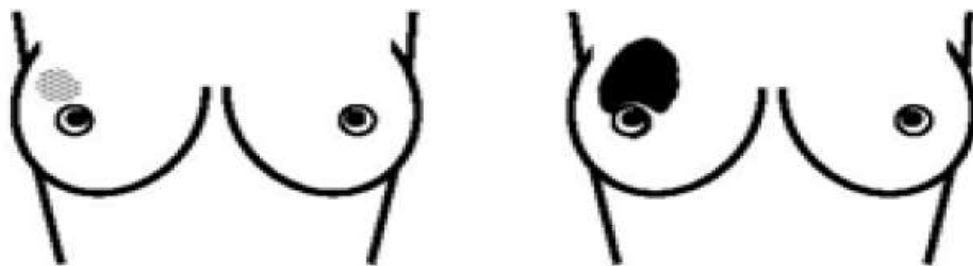
- تخلیه ناکافی پستان: بدلیل جابجائی زود از پستان اول به دوم، بسته شدن یک یا چند مجرای شیر ویا نوک پستان، فشار خارجی روی پستان (کمربند ایمنی تنگ) اتفاق می افتد.
- مهار رفلکس جهش شیر
- محدودیت ناگهانی دفعات و طول مدت تغذیه،
- بیماری ویا جدائی مادر یا شیرخوار
- شیرندادن در شب (خواب طولانی شیرخوار در شب و یا مکیدن بطری و پستانک)
- وضعیت شیردهی نامناسب و نادرست گرفتن پستان (برداشت کم شیر)
- از شیرگرفتن ناگهانی
- جراحی نوک پستان، احتقان پستان

درمان ماستیت:

- ادامه شیردهی، اصلاح جریان شیر (مهم ترین اقدام تخلیه مکرر شیر از پستان)
- شیردهی مکرر و یا دوشیدن شیر پس از شیردادن
- شیردادن در ابتدا از پستان مبتلا (مگر خیلی درد داشته باشد)
- اصلاح گرفتن پستان و یا تغییر وضعیت شیردهی در هر نوبت
- افزایش دریافت مایعات و استراحت مادر و نه پستان
- در صورت نیاز ، دادن مسکن (استامینوفن یا بروفن) به مادر
- کمپرس گرم پستان قبل از شیردهی و کمپرس سرد بعد از شیر دادن و یا برگ کلم در فواصل تغذیه
- در صورت ادامه تب ، عدم بهبودی یا بدتر شدن علائم در طی ۲۴ ساعت ارجاع فوری به پزشک (آنتی بیوتیک ۱۰ الی ۱۴) (آنتی بیوتیک معمولاً به تسکین سریع التهاب پستان کمک کرده و به شیرخوار هم آسیبی نمی رساند ولی گاهی ممکن است شیرخوار دچار اسهال شود که بایستی دفعات شیردهی افزایش یابد)
- شناور و یا آویزان کردن و یا دوشیدن پستان مبتلا در یک لگن آب گرم قبل از شیردادن
- درحالت رکوع شیردادن به شیرخوار
- ماساژ پستان و ماساژ و انبساط عضله پکتورال: (پستانها را به آرامی در طی شیردهی یا قبل از آن با استفاده از نوک انگشتان به طرف نوک پستان ماساژ دهد).

علائم انسداد مجرا و ماستیت

ماستیت عفونی → ماستیت غیر عفونی → توقف شیر → مجرای بسته



- توده
- حساس
- قرمزی موضعی
- بدون تب
- احساس سلامت

پیشرفت به



- ناحیه سفت
- احساس درد
- ناحیه قرمز
- تب
- احساس بیماری

Act

آبسه پستان: تجمع موضعی چرک با جدار مشخص در بافت عفونی آبسه پستان نامیده می شود.

علت ایجاد آبسه پستان: در ۱۱٪-۲٪ موارد بعنوان عارضه ماستیت عفونی محسوب می گردد و تقریباً همیشه بدنبال درمان نامناسب و غیرموثر ماستیت بوجود می آید.

علائم و نشانه های آن شامل بیحالی، تهوع، خستگی زیاد، درد عضلانی همراه تورم و قرمزی موضعی است.

درمان آبسه:

درمان آبسه نیز شبیه ماستیت است اما ممکن است برای تخلیه چرک نیاز به شکافتن آبسه هم باشد.

به طور کلی تغذیه شیرخوار با شیر مادر از پستان مبتلا منعی ندارد مگر این که آبسه به مجاری شیر سر باز کرده باشد. البته معمولاً آبسه به بیرون از نسج پستان باز می شود. اگر آبسه پستان شکافته شود و شکاف نزدیک در محل گرفتن پستان نباشد ادامه تغذیه از پستان مبتلا بدون اشکال است. اگر محل شکاف به نوک پستان و هاله نزدیک باشد می توانید مدت ۴۸ تا ۷۲ ساعت شیر آن پستان را بدوشید و دور بریزید. شیر پستان آبسه دار باید هر ۴ ساعت (۶ بار در روز) دوشیده و دور ریخته شود تا تولید شیر برقرار بماند. هم چنین دوشیدن شیر از بسته شدن مجاری شیر که یک عارضه غیر قابل اجتناب در آبسه های عمیق است پیشگیری می کند. در این زمان باید شیرخوار را از پستان دیگر که سالم است شیر داد.

درمان مشکلات پستانی در مادران آلوده به HIV

بطور کلی طبق دستورعمل کشوری اگر ثابت شده که مادر HIV مثبت است توصیه می شود که شیر ندهد و شیرخوار از شیرمصنوعی (در صورت در دسترس بودن، ایمن، قابل قبول و عملی بودن) تغذیه شود. اما اگر مادر شیر می دهد باید حتماً تغذیه انحصاری با شیرمادر داشته باشد و دادن شیرمصنوعی بپرهیزد. گاه مادر شیردهی را شروع کرده و می خواهد آنرا قطع کند. و یا هنگام شیردهی دچار مشکلات پستانی می شود. درمان سریع برای پیشگیری از انتقال به شیرخوار ضروری است.

درمان احتقان پستان در مادر آلوده به HIV که شیردهی را قطع می کند:

درمان احتقان پستان را در مادرانی بحث کردیم که آنها را برای تداوم شیردهی کمک می کنیم اما احتقان ممکن است در مادرانی که می خواهند شیردهی شان را قطع کنند مثل مادر آلوده به HIV که شیردهی را شروع کرده و می خواهد خیلی زود شیردهی اش را قطع کند، نیز پیش بیاید. وقتی مادر سعی به قطع شیردهی دارد، باید شیر را فقط تا حدی بدوشد که درد را کم کند اما تولید شیر را افزایش ندهد. برای احساس راحتی مادر، شاید لازم باشد وقتی که پستان ها پر از شیر هستند چند بار در روز دوشیده شوند.

درمان های داروئی برای کاهش تولید شیر توصیه نمی شوند . در هر حال شاید استفاده از یک ضد درد ساده مثل بروفن التهاب را کم کند و به احساس راحتی مادر حین کاهش تولید شیر کمک کند.

درمان ماستیت در مادر آلوده به HIV :

ماستیت در مادر HIV مثبت ، ممکن است احتمال انتقال HIV را به شیرخوار افزایش دهد . بنابراین توصیه به افزایش دفعات و مدت زمان شیردهی در این خانم ها مناسب نمی باشد. اگر مادر HIV مثبت دچار ماستیت گردد، تا زمانی که این وضعیت ادامه دارد باید از شیردهی از پستان مبتلا پرهیز کند . این توصیه در مورد ابتلا به آبسه نیز صدق می کند. جهت اطمینان از تخلیه کافی شیر، باید شیر پستان مبتلا را بدوشد. پیشگیری از بدتر شدن وضعیت پستان بسیار ضروری است تا به بهبودی پستان و تداوم تولید شیر کمک کند. برای جلوگیری از عود مشکل ، آنتی بیوتیک به مدت ۱۴ - ۱۰ روز تجویز کنید . مسکن هم تجویز نمائید و مانند مادران غیر آلوده به HIV توصیه به استراحت نمائید.

فصل ۹ : تغذیه شیرخواران بیمار و نوزادان کم وزن



اهداف آموزشی:

انتظار می‌رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

۱. اهمیت و اصول تغذیه نوزاد نارس و کم وزن با شیر مادر را توضیح دهد.
۲. نحوه انجام مراقبت آغوشی یا کانگورویی (kangaroo Mother Care) را توضیح دهد.
۳. نحوه دوشیدن مستقیم شیر مادر در شروع تغذیه نوزادان نارس، شیرخواران ضعیف و بیمار را توضیح دهد.
۴. روشهایی جایگزین و غیر مستقیم تغذیه نوزاد نارس (مثل تغذیه با فنجان و...) را توضیح دهد.
۵. نکات مهم در تغذیه موفقیت آمیز نوزادان نارس با شیرمادر را بیان کند.
۶. نحوه تغذیه نوزادان دچار زردی را بیان کند.
۷. نحوه تغذیه نوزادان دچار شکاف کام، لب، و شکاف کام و لب را توضیح دهد..

تغذیه نوزاد نارس و کم وزن :

بهترین تغذیه برای نوزاد نارس و کم وزن، شیرمادر خودش می باشد. نیازهای تغذیه ای نوزادان نارس با نوزادان ترم تفاوت دارد و رشد این نوزادان باید با همان روند رشد داخل رحمی ادامه یابد البته رشد جنین در داخل رحم یکنواخت نمیباشد و میزان رشد در طول بارداری تغییر میکند به طوریکه از

هفته ۳۷ بارداری ، وزنگیری روزانه به حداکثر خود یعنی روزانه ۳۵ گرم میرسد. در نوزادان نارس ، رفلکس مکیدن از هفته ۲۳ داخل رحمی وجود دارد ، اما هماهنگی بین مکیدن و بلع تقریباً در ۳۴ هفته برقرار می شود. نیاز نوزادان نارس به انرژی و پروتئین بیش از نوزادان طبیعی است و هضم و جذب چربیها در آنها کامل نیست . نیاز به سدیم ، کلسیم ، فسفر ، آهن و برخی ویتامینها در آنها بیشتر است . ترکیب شیر مادر نوزاد نارس متناسب با نیاز این نوزادان است و تا حدود زیادی از نیازهای ویژه آنها را فراهم می کند. میزان نرسی شیرخواران می تواند موفقیت تغذیه آنان با شیرمادر را تحت تأثیر قرار دهد. عوامل ایمنی بخش در شیر مادر نوزاد نارس بیشتر است و عملکرد سیستم ایمنی شیرخوار نارس را بهبود می بخشد و تماس پوست با پوست مادر و شیرخوار غلظت آنتی بادیهای شیر مادر را تحت تأثیر قرار می دهد. بهتر است چرخه خواب و بیداری نوزاد نارس به خاطر تغذیه بی نظم نشود و بین مراقبتها انجام شود و بیش از ۳ تا ۴ ساعت فاصله نداشته باشد.

شیرمادر می تواند حفاظت در برابر بیماریها و ارتقاء تکامل شیرخواران را تأمین کند. شیر هر مادر خاص نیازهای نوزاد اوست ، تغذیه شیرخواران نارس با شیرمادر، با آگاهی، شکیبایی، پشتکار مادر و حمایت کافی او می تواند موفقیت آمیز باشد و این شیرخواران هر مقدار شیرمادر دریافت کنند، میتواند برای آنان سودمند باشد . ترکیب شیرمادری که نوزاد نارس به دنیا آورده است بخاطر تامین نیازهای خاص آنان با شیرمادر نوزاد رسیده تفاوت دارد و این از مواهب الهی است.

کودکان کم وزن یا *LBW* بطور خاص در معرض خطر عفونت بوده و بیشتر از نوزادان بزرگتر نیاز به تغذیه با شیرمادر دارند . اما متأسفانه این گروه از نوزادان را بیشتر از کودکان بزرگتر با شیر مصنوعی تغذیه می کنند. بسیاری از کودکان *LBW* می توانند بدون مشکل از پستان مادر تغذیه شوند. نوزادان ترم(رسیده) که به نسبت سن شان کوچک هستند معمولاً مکیدن موثری دارند. آنها اغلب خیلی گرسنه هستند و نسبت به نوزادان بزرگتر نیاز به دفعات بیشتر تغذیه با شیرمادر دارند، لذا رشد آن ها به خوبی جبران می شود.

نوزادانی که نارس (پره ترم) هستند، ممکن است ابتدا مشکلاتی در مکیدن موثر داشته باشند ولی می توان آنها را با شیرمادر بوسیله فنجان یا لوله تغذیه کرد و به برقراری تغذیه کامل آن ها از پستان مادر کمک نمود. تغذیه آنها از پستان مادر آسان تر از تغذیه با شیشه می باشد. مادران دارای فرزند *LBW* نیاز به کمک های ماهرانه برای دوشیدن شیر و تغذیه شیرخوار با فنجان دارند. این نکته حائز اهمیت است که اگر امکان دارد این مادران در همان روز اول و ظرف ۶ ساعت اول زایمان ، شروع به دوشیدن شیر نمایند. این امر به جریان یافتن شیر کمک می کند، و درست مشابه مکیدن پستان توسط نوزاد بلافاصله پس از زایمان ، برقراری جریان شیر را تسهیل می نماید. حتی اگر مادری می تواند فقط چند سی سی آغوش را بدوشد، همین مقدار کم برای نوزادش بسیار ارزشمند است . کودکانی که با سن حامگی حدود ۳۲ هفته و بزرگتر

متولد می شوند، قادر به شروع مکیدن از پستان هستند. کودکانی که با سن حاملگی بین ۳۲-۳۰ هفته متولد می شوند، می توانند با یک فنجان کوچک و یا قاشق تغذیه شوند. کودکان کوچک تر از ۳۰ هفته معمولاً باید در بیمارستان و از طریق لوله تغذیه شوند. در صورت نیاز به استفاده از لوله معده در نوزادان زیر ۲۰۰۰ گرم از لوله دهانی - معدی و برای بیش از ۲۰۰۰ گرم از لوله بینی - معدی استفاده میشود به محض اینکه حال عمومی نوزاد خوب شد به مادر اجازه بدهید او را به پستان بگذارد. وی در ابتدا ممکن است دنبال نوک پستان بگردد و فقط آنرا لیس بزند و یا فقط کمی بمکد. سپس برای اطمینان یافتن از تأمین تمام نیازهای نوزاد می توانید به تغذیه او با شیر دوشیده شده با فنجان ادامه دهید. وقتی نوزاد *LBW* مکیدن موثر را شروع می کند، ممکن است در طول تغذیه، به دفعات و حتی زمان طولانی مکیدن خود را متوقف کند. مثلاً ممکن است ۵-۴ بار بمکد و بعد ۵-۴ دقیقه متوقف شود. این نکته مهم است که به هیچ وجه نباید او را به سرعت از پستان مادر دور کرد، بلکه او را باید همچنان در بغل و زیر پستان نگه داشت تا هر وقت آماده بود دوباره شروع به مکیدن نماید. او می تواند در صورت لزوم این کار را حتی تا یک ساعت نیز ادامه دهد. پس از تغذیه با پستان، شیر دوشیده شده را با فنجان به او عرضه کنید. اطمینان حاصل کنید که مکیدن نوزاد در وضعیت خوبی صورت می گیرد. خوب پستان گرفتن نوزاد حتی در مراحل اولیه، مکیدن موثر را زودتر امکان پذیر می سازد.

در نوزادان نارس با وزن تولد زیر ۱۵۰۰ گرم شیر مادر تمام نیازهای آنها را تأمین نمیکند پس لازم است از مغذی کننده های شیر مادر برای نوزادان زیر ۲۰۰۰ گرم استفاده شود. بهترین وضعیت نوزاد نارس پس از اتمام تغذیه، به حالت خوابیده به شکم یا پهلوئی راست است. هنگامیکه نوزاد نارس بیش از ۱۰۰ میلی گرم شیر مادر را به ازاری هر کیلوگرم وزن بدن تحمل کرد مغذی کننده شیر مادر را باید شروع گردو توصیه میشود آن را تا زمانیکه نوزاد تمام وعده های شیر خود را از طریق پستان مادر دریافت کند یا به وزن ۱۸۰۰ تا ۲۰۰۰ گرم میرسد ادامه داد.

اگر نوزاد کمتر از ۱۲۰۰ گرم وزن دارد و یا سن حاملگی او ۳۰ هفته است معمولاً نمیتواند یا نباید از راه دهان تغذیه شود ولی ممکن است در حین مراقبت آغوشی به سمت پستان برود در این حالت مادر نمیتواند از راه پستان به او شیر بدهد ولی میتواند به او اجازه بدهد که انگشت تمیز مادر یا پستان دوشیده شده او را بمکد. این کار سبب تقویت مکیدن، انتقال محبت و افزایش میزان شیر مادر خواهد شد. در این سن و وزن تغذیه نوزاد از راه لوله معده در همان وضعیت مراقبت آغوشی صورت میگیرد.

در حین تغذیه و در ساعاتی که مراقبت آغوشی برای نوزاد انجام میشود بهتر است او را در وضعیت شیب دارتری (۶۰ درجه) قرار داد تا زمانیکه شیر در معده نوزاد حدود یک ساعت تا ۱/۵ ساعت بماند و برگشت شیر نداشته باشد. سپس میتوان نوزاد را بیشتر به حالت افقی درآورد.

اگر نوزاد کمی بزرگتر باشد یعنی وزن ۱۲۰۰ تا ۱۵۰۰ گرم داشته باشد و یا سن حاملگی او بین ۳۰ تا ۳۲ هفته باشد، اگر چه عمده تغذیه او از راه لوله معدی است ولی این نوزادان میتوانند یک تا دو بار در روز بخشی از شیر را با قاشق و یا فنجان کوچک دریافت کنند در صورتیکه نوزاد به خوبی از فنجان تغذیه شود مقدار تغذیه از راه لوله کاهش میابد. البته در این صورت باید نوزاد را از مراقبت آغوشی خارج کرد و او را در یک پتوی گرم پیچید و بعد از تغذیه دوباره به حالت مراقبت آغوشی برگرداند. اگر نوزاد در سن حاملگی ۳۲ هفته بارداری و بیشتر بدنیا آمده و وزن تولد او بیش از ۱۵۰۰ گرم است، میتوان در حین مراقبت آغوشی او را مستقیماً از راه پستان تغذیه نمود ولی میتوان برای اطمینان از تامین نیازهای تغذیه ای او شیر دوشیده شده توسط مادر را توسط فنجان یا لوله معدی به نوزاد داد. اگر سن نوزاد ۳۴ تا ۳۶ هفته باشد و یا وزن تولد وی بیشتر از ۱۸۰۰ گرم است اغلب میتواند به راحتی و مستقیماً از پستان مادر شیر بخورد اما ممکن است گاهی نیاز به تغذیه با فنجان داشته باشد. نوزادان بیش از ۳۶ هفته میتوانند کاملاً و به طور مستقیم و بر حسب میل و خواست خود از پستان مادر تغذیه کنند.

نحوه انجام مراقبت آغوشی یا کانگوروی (kangaroo Mother Care)

مادر هنگام مراقبت آغوشی بلوز و سینه بند خود را در آورده، لباس مخصوص مراقبت آغوشی بر تن کند. نوزاد باید برهنه و عمودی بین پستانهای مادر قرار داده شود به طوری که قفسه سینه و سر نوزاد روی قفسه سینه مادر باشد و سطح شکمی او در تماس با سطح شکمی مادر قرار گیرد، سر کمی به یک طرف برگردانده شود تا به راحتی نفس بکشد. صاف بودن گردن نوزاد باعث باز ماندن راه هوایی میشود و امکان تماس چشمی را با مادر فراهم میکند. سعی شود از خم شدن و افتادن سر به جلو خوداری شود. رانها بهتر است خم و از بدن دور شوند و شکلی مانند پاهای قورباغه بگیرند. آرنجها هم بهتر است خم شوند و قسمت تحتانی شکم نوزاد باید تقریباً هم سطح با (اپیگاستر) قسمت تحتانی قفسه سینه مادر قرار گیرد روی نوزاد را میتوان با یک پتو، مالفه یا چادر نرم و نخی پوشانید (با توجه به شرایط آب و هوا و وضعیت نوزاد) تا هم سینه برهنه مادر را بپوشاند و هم نوزاد را گرمتر نگه دارد. البته استفاده از لباسهای مناسب محلی و لباس دیگری که مادر در آن راحت است و ایمنی و راحتی نوزاد حفظ میگردد، اشکالی ندارد.

نزدیکی به مادر باید به گونهای باشد که نوزاد جای کافی برای تنفس داشته باشد. تنفس مادر، نوزاد را تحریک کرد و از بروز آپنه (وقفه تنفسی) پیشگیری کند. مادر میتواند در حالت نشسته و یا تکیه داده به تخت خواب یا صندلی، مراقبت آغوشی را انجام دهد. او میتواند خود را اندکی به عقب خم و با

دست خود بدن و گردن نوزاد را بگیرد. در نوزادان بسیار نارس وضعیت قرارگیری سر و گردن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. زیرا خطر انسداد راههای هوایی همواره وجود دارد. بنابراین بهتر است سر نوزاد را به یک طرف برگردانده و به طور مختصر چانه نوزاد بالا بیاورید (به عقب راندن سر). باید مواظب بود که گردن نوزاد به جلو خم نشده و بیش از حد به عقب رانده نشود. بهتر است کناره‌های ملافه (لباس مخصوص) درست در زیر گوشه‌های نوزاد قرار گیرد. در نوزادان نارس تر باید مانع لغزیدن به یک طرف و خارج شدن از خط وسط سینه مادر شد.



روش جابجا کردن نوزاد در حین مراقبت آغوشی:

نوزاد را در حالی که یک دستتان در پشت گردن و شانه او قرار دارد، نگه دارید. فک تحتانی نوزاد را به آرامی با انگشت شست و انگشتان دیگر محافظت کنید تا از سر خوردن سر نوزاد به پایین و بسته شدن راه هوایی در وضعیت عمودی جلوگیری شود. دست دیگر را زیر باسن نوزاد قرار دهید اندام نوزاد را برای جابجایی نکشید. همه حرکات بر روی نوزاد به نرمی و آرامی انجام شود.

اگر والدین نوزاد دوقلو دارند و تصمیم گرفته اند دو قلوهایشان را مراقبت آغوشی نمایند ، دقت کنند که هر دو را به طور مساوی در آغوش بگیرند. در غیر اینصورت ممکن است به یک نوزاد بیشتر وابسته شوند. اگر هر دو نوزاد را همزمان مراقبت آغوشی نمایند لازم است دقت شود که در هر نوبت دوقلوها طوری جابجا شوند که هر دو صدای قلب مادر را بشنوند. اگر به هر علتی مادر در دسترس نباشد یا ادامه مراقبت آغوشی برای او مقدور نباشد ، سایر اعضای خانواده هم میتوانند به مادر کمک کنند. و تماس پوست با پوست و مراقبت آغوشی را انجام دهند.

اگر نوزاد عرق کرده است نشانه این است که او بیش از حد گرم شده است در این صورت اگر کلاه و یا جوراب دارد آنها را درآورید و پوشش نوزاد را کم کنید. و به پرستار اطلاع دهید که دمای بدن نوزاد را اندازه گیری نماید.

مراقبت آغوشی از نوزادان نارس توسط پدر و مادر

Kangaroo Mother Care (KMC)



روش دوشیدن مستقیم شیر مادر :

از این روش در شروع تغذیه نوزادان نارس ، شیرخواران ضعیف و بیمار ، شیرخوارانیکه از گرفتن پستان امتناع می کنند یا برای برقراری شیردهی مجدد و حتی بعد از اقدامات احیا در نوزادان ناتوان میتوان استفاده کرد.

شیر خوار میتواند در حالی که در موقعیت مراقبت آغوشی قرار دارد تغذیه شود. در حالی که نوزاد در تماس پوست با پوست قرار دارد ، دهانش را به نوک پستان نزدیک کند. چند قطره شیر روی نوک پستان دوشیده شود. به نوزاد فرصت داده تا بو بکشد و نوک پستان را لیس بزند و دهانش را باز کند. چند قطره شیر مستقیم در دهان باز شده نوزاد دوشیده شود. منتظر مانده تا شیر را بلعد. این کار تا زمانی تکرار شود که نوزاد دهانش را ببندد و حتی با وجود تحریک هم شیر نخورد. تغذیه با این روش را میتوان هر ساعت در نوزاد با وزن کمتر از ۱۲۰۰ گرم و هر دو ساعت با وزن بیشتر از ۱۲۰۰ گرم انجام داد تا وزنگیری کافی روزان داشته باشد.

روشهایی جایگزین و غیر مستقیم تغذیه نوزاد نارس :

تغذیه با فنجان : نوزاد باید در حالت آرامش و هوشیار باشد . برای جلوگیری از ضربه زدن به فنجان نوزاد در ملافه ای پیچانده شود. نوزاد روی پا و در وضعیت نیمه نشسته و ترجیحا در بغل مادر یا ر مراقب دیگر باشد و پشت و گردن و سر او با دست حمایت شود. فنجان کوچک و نیمه پر (۳۰ CC) را طوری نگه داشته که لبه آن فقط با لب پایین و دیواره آن در تماس با قسمت خارجی لب نوزاد باشد. نوزاد خواب آلود نباید با فنجان یا قاشق ، قطره چکان و سرنگ تغذیه شود.

تغذیه با لوله معده (فینگر فیدینگ) : در نوزادانی که قادر به بلعیدن و یا هماهنگی در مکیدن و بلع ندارند و به آسانی خسته میشوند و نمیتوانند به مقدار کافی شیر دریافت کنند، استفاده میشود. برای گذاشتن لوله معده شیر خوار را از وضعیت مراقبت آغوشی خارج و او را در یک پوشش گرم و نرم قرار دهید.

تغذیه با سرنگ و یا قطره چکان : مشابه دوشیدن مستقیم شیر به دهان شیرخوار است سریعترین راه جهت دریافت مقادیر کم شیر است و شیرخوار بیشتر مشتاق به گرفتن پستان میشود. چون حس مکیدنش در این روش تامین نمیشود.

بهترین وضعیت مادر برای به پستان گذاشتن نوزاد LBW بشرح زیر است:

- تمام طول بدن نوزاد را باید با دست و بازو بگیرد و به پستان طرف مخالف بگذارد.
- بهترین وضعیت بغل کردن نوزاد در وضعیت زیربغلی و گهواره ای متقابل است.

مادران این نوزادان نیاز به مهارت برای دوشیدن شیر و تغذیه با فنجان دارند. اصول بهداشتی در دوشیدن و جمع آوری شیردوشیده شده باید به دقت رعایت شود و شیر در ظروف تمیز شیشه ای یا پلاستیکی در یخچال نگهداری شود. تا زمانی که شیرخوار در بیمارستان بستری است مادر هم باید در کنار وی در بیمارستان بماند.

مقدار شیر مورد نیاز نوزاد LBW که قادر به تغذیه از پستان نیست

چه شیری داده شود ؟ انتخاب اول: شیر دوشیده شده مادر (در صورت امکان از شیر مادر خودش) انتخاب دوم: شیر مصنوعی توصیه شده طبق دستورالعمل کودکان با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم (LBW) - تغذیه را ابتدا با ۶۰ میلی لیتر شیر به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن شروع کنید. مقدار شیر را ۲۰ میلی لیتر به ازاء هر کیلوگرم در روز افزایش دهید تا زمانی که میزان دریافتی او به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن در روز به ۲۰۰ میلی لیتر برسد. - این حجم کلی را به ۸-۱۲ وعده تقسیم کنید به گونه ای که هر ۲-۳ ساعت تغذیه شود. - به همین ترتیب ادامه دهید تا وزن او به ۱۸۰۰ گرم یا بیشتر برسد و بطور کامل از پستان تغذیه شود. - میزان شیر دریافتی ۲۴ ساعته کودک را کنترل کنید. - میزان تغذیه فردی ممکن است متفاوت باشد .

باید نوزادان LBW را بطور منظم پیگیری کرد تا اطمینان حاصل شود که تمام شیرمادر مورد نیازشان را دریافت می کنند. نوزادان LBW، مادران HIV مثبت و آن هایی که تغذیه جایگزین را انتخاب کرده اند، بیشتر در معرض خطر مشکلات هستند و برای اطمینان از رشد آن ها باید بطور منظم پیگیری شوند. مادران را تشویق کنید که تغذیه جایگزین را به وسیله فنجان به کودک شان بدهند.

نکات زیر به تغذیه موفقیت آمیز نوزادان نارس با شیرمادر کمک می کند:

- خواه تصمیم به تغذیه با شیرمادر داشته یا نداشته باشید، پستانهای شما شیر کافی تولید می کنند.
 - شیر اولیه یا آغوز حاوی آنتی بادی و سایر عوامل ضد عفونت برای حفاظت شیرخواران در برابر بسیاری از بیماریهاست.
 - بوسیله دوشیدن آغوز و تغذیه نوزاد با آن، اطمینان حاصل کنید که نوزادان از مزایای آغوز بهره مند شود یکی از آخرین رویدادهای تکاملی جنین در چند هفته قبل از تولد، رفلکس مکیدن است. نوزادان می توانند مکیدن و بلعیدن را بیاموزند. اگر نوزاد فقط چند روز یا چند هفته زودتر بدنیا آمده باشد، مادر می تواند آنها را مطابق معمول با کمی تشویق، تمرین و کارآموزی به پستان بگذارد، آنها پستان گرفتن و مکیدن را می آموزند. اگر نوزادان خیلی نارس هستند (۴ هفته یا بیشتر) مادر باید شیرش را بدوشد چون آنها برای گرفتن پستان خیلی لاغر و ضعیف هستند.
- در شروع هر وعده شیردهی اگر نوزادان دوقلوباشند یکی از نوزادان شیر پیشین را دریافت می کند. این امر سبب تحریک و ترشح شیر پستان می شود که چربتر است و برای رشد نوزادان لازم است. بسیارمهم است که هر شیردهی یا دوشیدن برای تحریک تولید شیر چرب انتهایی بقدر کافی بطول انجامد.
- وقتی تولید شیر با شیردهی یا دوشیدن شیر برقرار شد، قانون عرضه و تقاضا حاکم می شود و جریان یافتن شیر را تنظیم میکند. یعنی شیردهی مکرر یا دوشیدن بیشتر شیر سبب تولید بیشتر شیر بر حسب تقاضای شیرخواران مطابق بانیاذهای رشد آنان میشود. به یاد داشته باشید که مادران بایستی مکرر بدوشند، مایعات بیشتر بنوشند و استرس را از خود دور کنند.
- این عوامل برمقدار شیر اثر دارند. وقتی نوزادان را از تغذیه با شیر دوشیده شده به تغذیه مستقیم از پستان منتقل میکنند، پزشک، کارمند بهداشتی درمانی، مشاور شیردهی، ماما و افراد حامی میتوانند به مادر کمک کنند. زمان صحیح برای این انتقال، بستگی به توانایی هر شیرخوار برای مکیدن، تنفس و بلعیدن دارد. هر شیرخوار در زمان خاص خود به این اهداف میرسد.
- نوزادان نارس تمایل به خوابیدن قبل از پرشدن شکمشان دارند. بسیار مهم است که مادران آنان را برای تداوم شیرخوردن و پرشدن شکم شان قبل از خوابیدن به طرق مختلف تشویق کنند مثل: بلند کردن آنان برای آروغ زدن، حرکت دادن آنان روی بازویشان برای تشویق به بیدارماندن.....
- در شروع تغذیه با شیر مادر ممکن است با شیرخواران نارس مشکل داشته باشید. مادران بایستی منصرف نشوند وقت بگذارند، جای مناسب و راحتی را انتخاب کنند، در صورت لزوم تغذیه نوزاد را متوقف و دوباره

شروع کنند و از کمک گرفتن نهراسند. با کارکنان بخش مراقبت ویژه نوزادان صحبت کنند.

در دوقلوهای نارس مادر میتواند تغذیه یک نوزاد را در زمانی که راحت هست شروع کند. این تحریک شیردر یک پستان ممکن است سبب جریان یافتن شیر در پستان دیگر شود. یک ظرف استریل نزدیک این پستان بگذارید تا شیر جاری شده جمع آوری گردد و مادر مطمئن شود که حتی یک قطره از شیرش هدر نمی رود. وقتی دو شیرخوار هم زمان تغذیه می شوند، این جاری شدن مضاعف شیر می تواند فرصت مناسبی محسوب شود. همانطور که گفته شد مادر بایستی ابتدا شیرخواری که بهتر میمکد را به پستان بگذارد تا شیرش جریان یابد سپس با گذاشتن شیرخوار دوم به پستان، او از شیر جریان یافته بدون تلاش زیاد بهره مند خواهد شد.

تغذیه نوزادانی که دچار زردی شده اند:

زرد شدن نوزاد که معمولاً در روز دوم یا سوم تولد ظاهر شده و روز دهم برطرف می گردد، زردی طبیعی نامیده میشود و بیماری نیست. در بیشتر نوزادان مبتلا به زردی، تغذیه با شیر مادر میتواند و باید ادامه یابد. آغوز به دفع مدفوع اولیه نوزاد و موادی که باعث زردی نوزاد میشود کمک می کند و زردی را کاهش می دهد. فتوتراپی درمان موثری است و در بخش مراقبت ویژه نوزادان انجام می شود و نوزاد را می توان مرتباً از زیر فتوتراپی خارج کرده و به پستان گذاشت.

ضمن بررسی علت زردی (پاتولوژیک یا فیزیولوژیک) باید رابطه مادر و شیرخوار در طول درمان حفظ شود و دسترسی به پستان کاهش نیابد.

زردی فیزیولوژیک زودرس:

در روز ۵ - ۲ تولد ظاهر میشود. این زردی گذراست و بیش از ۱۵ روز طول نمیکشد بیشتر در زایمانهای اول دیده میشود، حداکثر بیلی روبین در اینها به ۱۵ میلیگرم در دسیلیتر میرسد که ناشی از تغذیه ناکافی با شیر مادر و اجابت مزاج دیر هنگام و دریافت آب یا آب قند در این نوزادان است. تقریباً نیمی از شیرخواران سالم رسیده با هر نوع تغذیه ای دچار آن می شوند. شیردهی زودرس اولیه بلافاصله پس از تولد یا در ساعت اول تولد و شیردهی مکرر بدون محدودیت در پیشگیری و کاهش زردی اثر مثبت دارد. اما اگر شیرمادر کافی مصرف نشود زردی فیزیولوژیک شدت مییابد برعکس افزایش مصرف کمک به رفع زردی می کند و تجویز شیر کمکی فایده ای ندارد. تحریک مکرر روده با تغذیه مکرر سبب دفع مکنونیوم و کاهش زردی میشود. زردی فیزیولوژیک می تواند به وسیله ناسازگاری گروه های خونی و Rh عفونت های ویروسی و میکروبی و علل دیگر شدت یابد.

زردی فیزیولوژیک دیررس: در روز ۱۰ - ۵ تولد ظاهر شده و بیش از یک ماه طول میکشد و در نوزادانی دیده میشود که به طور مکرر و فقط با شیر مادر تغذیه میشوند. میزان بیلیروبین در این نوزادان به ۲۰ میلیگرم در دسیلیتر هم میرسد. در این موارد توصیه به تغذیه انحصاری با شیر مادر به طور مکرر و به دفعات بیشتر شده است و ارجاع سریع به بیمارستان ضروری است. اولین اقدام پزشکی پی بردن به علت زردی هر نوزاد است و نباید برای نوزادی که دریافت شیر، الگوی دفع و یا الگوی کاهش وزن و وزن گیری او در محدوده طبیعی است مکمل یاری شیر توصیه کند. اگر مشخص شود که علت زردی نوزاد دریافت کم شیر است که نیازمند فتوتراپی است اولین مکمل یاری و در بیشتر موارد تنها نیاز همان شیردوشیده شده مادر نوزاد است که باید با فنجان یا سیستم مکمل رسان به شیرخوار داده شود.

زردی شیرمادر:

تعداد کمی از شیرخواران دچار این نوع زردی می شوند که بعد از روز سوم تولد ظاهر شده و ممکن است برای چند هفته ادامه داشته باشد و جهت درمان نیاز به فتوتراپی داشته باشد. علت این نوع زردی خصوصیت ویژه شیر بعضی از مادران می باشد و گفته می شود که ممکن است منافی هم برای شیرخوار داشته باشد. هیچ گزارشی از ایجاد کرنیکتروس توسط زردی ناشی از شیرمادر گزارش نشده است.

تشخیص آن از روز زمان ظاهر شدن زردی و رد سایر علل داده می شود. سایر علل زردی طول کشیده و تشدید شده مثل بیماری همولیتیک، هیپوتیروئیدیسم، کمبود G6PD و انسداد روده باید رد شوند. معمولا شیرخوار سالم است و رشد، افزایش وزن و حرکات روده ای طبیعی دارد. تنها تست تشخیصی قطع شیرمادر است که زردی به سرعت و ظرف ۲۴ ساعت کاهش می یابد و شروع مجدد شیرمادر منجر به افزایش بیلی روبین می شود ولی نه به سطح قبلی. بطور معمول قطع شیرمادر نه علمی بوده و نه از لحاظ پزشکی ضرورت دارد چون خطر قطع دائمی شیرمادر را دربردارد و این تصور را برای والدین ایجاد میکند که شیرمادر برای فرزندشان ضرر دارد.

فتوتراپی و ادامه تغذیه با شیرمادر:

فتوتراپی درمان موثری است. اگر شیرخوار نیاز به فتوتراپی دارد شیردهی از پستان باید ادامه یابد و شیرخوار مکرر از زیرفتوتراپی خارج و از پستان مادر تغذیه شود. فتوتراپی متناوب به همان اندازه مداوم موثر است. اگر شیرخوار هنگامی که تحت فتوتراپی است خواب آلود شود و یا نیازمند مایعات اضافی باشد، مادر می تواند شیرش را بدوشد و علاوه بر شیردهی از پستان به شیرخوار بدهد. هر ۱۲ ساعت باید بیلی روبین شیرخوار را کنترل کنند. هدف قطع سریعتر فتوتراپی است. نوزاد خواب آلود بمنظور تامین مایعات اضافی، نیاز به شیردوشیده شده هم دارد تا علاوه بر تغذیه از پستان، دریافت نماید. در موارد نادری که زردی بسیار شدید

است ممکن است با نظر پزشک نیاز به قطع موقت شیردهی باشد. در این شرایط مادر باید برای این که تولید شیرش را حفظ کند، مرتب شیرش را بدوشد. در صورتی که نوزاد در بیمارستان بستری شود، مادر نیز بهتر است در بیمارستان بماند، کارکنان آموزشهای لازم را به مادر برای دوشیدن شیر و تماس پوستی با نوزاد به او ارایه می دهند. با حمایت و آرامش دادن به مادر، اعتمادبنفس او را تقویت کنید.

تغذیه شیرخواران دو یا چند قلو:

تولید شیرمادر تابع قانون عرضه و تقاضا است یعنی هر چه مکیدن پستان مادر توسط شیرخوار بیشتر باشد، تولید و ترشح شیربیشتر خواهد شد امکان شیردهی در موارد دو قلوئی و حتی چند قلوئی هم وجود دارد و پستان مادر میتواند نیازهای تغذیه ای آنان را فراهم نماید. تا زمانیکه مادر مهارت کافی را برای شیردهی به دست آورد هر یک از نوزادان را به طور جداگانه تغذیه نماید سپس سعی شود دو قل را باهم و همزمان از پستانهای خود تغذیه کند. اگر یکی از قلها ضعیف تر بوده و مکیدن ضعیف داشته باشد چون با مکیدن پستان توسط شیرخوار قوی تر بازتاب جهش شیر برای قل ضعیف تر بیشتر شده و دریافت شیر بیشتری خواهد داشت. پستانها را به صورت روزانه برای هر دو شیرخوار عوض کنید. در صورتیکه دو قلوها وضعیت خوبی داشته باشند، هر دو را به صورت همزمان در وضعیت زیر بغلی از پستان مادر تغذیه کنند. میزان تولید شیر مادر بستگی به نیاز شیرخواران، دفعات و مدت مکیدن پستانها، محیط و شرایط مناسب، آرامش و استراحت و تغذیه خوب مادر و همچنین کمک افراد خانواده و مشوق دارد. دفعات تغذیه هر شیرخوار باید ۱۰ تا ۱۲ بار در شبانه روز باشد تا هم تولید شیر بیشتر شود و هم شیرخواران به اندازه کافی شیر دریافت نموده و خوب رشد کنند. در ۳ - ۲ ماه اول پس از تولد لازم است دفعات و مدت تغذیه هر شیرخوار را یادداشت و ثبت کنید و نیز تعداد کهنه های خیس هر یک را دقیقاً مورد توجه قرار دهید. یعنی هر کدام باید ۶ تا ۸ کهنه خیس در هر شبانه روز و چنانچه از پوشک استفاده میشود ۵ تا ۶ پوشک خیس داشته باشند و ۲ تا ۵ بار مدفوع دفع کنند. توجه به دفعات اجابت مزاج و به خصوص ادرار کمک میکند تا از میزان دریافت شیر توسط هر شیرخوار اطلاع درستی به دست آورید.

هنگامی که بچه ها به طور مکرر از پستان مادر تغذیه میکنند، ترشح و تولید شیر بیشتر شده و باعث تداوم شیردهی میگردد. حتی گزارش شده که مادر سه یا چهارقلوها هم توانایی تولید شیر کافی را دارد اما مدت زمانی که لازم است تا این بچه ها تغذیه شوند، قابل ملاحظه و تنظیم آن برای مادر ممکن است مشکل باشد لذا تغذیه همزمان دو شیرخوار باعث صرفه جویی در وقت مادر خواهد شد. بدیهی است که در این موارد، مادر باید از استراحت و تغذیه مناسبی برخوردار باشد تا ضمن تأمین نیازهای غذایی خود بتواند نیازهای سه یا چهار قلوها را نیز فراهم نماید.

آمادگی مادر در بارداری؛ وقتی که متوجه میشوید مادر دو یا چند قلو باردار است باید او را برای زایمان و شیردهی دو یا چند نوزاد آماده کنید. با همسر وی قبل از زایمان بحث کنید بسیار مهم است که حامی مادر باشد و هر دوی آنها به ضرورت تغذیه با شیرمادر تعهد داشته باشند.

اصول تغذیه دو یا چند قلوها

۱. در بیمارستان باید نوزادان را بلافاصله پس از تولد به پستان بگذارند. مادر به کمک و حمایت بیشتر نیازمند است.
۲. ممکن است یکی از کودکان سریعتر پستان را بگیرد و بهتر بمکد. بهتر است مادر اول او را به پستان بگذارد و سپس دیگری را برای پستان گرفتن، بیشتر کمک کند.
۳. شیرخواران را می توان با هم یا جداجا به پستان بگذارند که برای هر روش مزایا و مشکلاتی ذکر میشود. از جمله تغذیه همزمان سبب صرفه جویی در وقت مادر میشود. تغذیه نوبتی یعنی از شیرخواری که گرسنه تر است شروع کنند و سپس شیرخوار دیگر را شیر بدهند. بعضی مادران با تغذیه جداگانه شیرخواران راحتتر هستند و آنها را جداجا مورد توجه قرار میدهند. البته متوجه میشوید که گاه تغذیه همزمان و گاه تغذیه جداگانه بهتر است.
۴. تولید شیر تحت تأثیر چند عامل قرار دارد: دفعات شیردهی، وضعیت صحیح پستان گرفتن شیرخوار، دفعات استراحت مادر و میزان استرسهای وارده. با شیردهی مکرر، حجم کافی شیر برای برآورد نیازهای شیرخواران تولید خواهد شد. استراحت کافی و دوری از استرس و نگرانی مهم است.
۵. چنانچه یکی از شیرخواران یا هر دو آنها بستری شدند و یا قادر به مکیدن نبودند، نیاز به تغذیه با شیردوشیده شده دارند. هر وقت که مادر می تواند شیرش را دوشیده و ذخیره کند تا هنگام نیاز استفاده شود.
۶. مادر و شیرخوار هم اتاق باشند و خوابیدن شیرخواران با مادر در بستر مشترک مفید است.
۷. از شیشه شیر و گول زنک (پستانک) استفاده نکنند چون سبب اختلال در مکیدن پستان و کاهش تولید شیرمادر میشود. اگر چنین اتفاقی افتاد صبر و حوصله لازم است تا شیرخواران پستان را درست بگیرند.
۸. چنانچه یکی از شیرخواران در گرفتن پستان یا مکیدن آن مشکل دارد، نیازمند توجه مادر در طول شیردهی است و لذا تغذیه جداگانه او در این موارد لازم است. معمولاً هر کدام یک پستان را میخورند و سیر میشوند. اما اگر یکی درشت تر و قویتر است و سریعتر وزن میگیرد، ممکن است مفید باشد که به پستان دیگر گذاشته شود تا تولید شیر آن پستان راز یاد کند.
۹. چنانچه یک شیرخوار خوب وزن نگیرد، باید به او اجازه داد تا هر طور میل دارد، شیر بخورد و بر حسب نیازش او را شیربدهند. شاید لازم باشد دفعات شیردهی او بیشتر شود. هر چه شیرخواران تقاضای شیر

بیشتری بکنند و پستان را بمکند شیر بیشتری عرضه یا تولید میشود.

۱۰. ممکن است برای تشخیص کفایت شیر دریافتی لازم باشد که شیرخواران مکرر در منزل وزن شوند. (توجه به نشانه های کفایت شیر ضروری است). جهش رشد شیرخواران از ۳ تا ۶ هفتگی و سپس در فواصل منظم حدود ۶ هفته بعد از آن رخ میدهد که بستگی به هر کودک بطور فردی دارد (و لزوماً در چند قلوها هم زمان نیست). در این اوقات باید شیرخواران بیشتر تغذیه شوند تا تولید شیر تحریک شود. هرگز نباید یک شیرخوار را فقط از یک پستان خاص تغذیه کنند، بلکه باید آنها را در وعده های مختلف باهم جایجا کنند. زیرا:

- آنها مکیدن مساوی ندارند و ممکن است یکی از آنها کوتاهتر و کمتر بمکد و پستان بخاطر الگوی متفاوت مکیدن، شکل غیرقرینه پیدا کند. به همین دلیل، جایجا کردن شیرخواران بطوری که هر دو از هر دو پستان تغذیه شوند، مهم است.

- وقتی یک شیرخوار همیشه فقط از یک پستان تغذیه شود، چشم بالایی او بکار گرفته میشود در حالی که چشم زیرین او بطور مناسب تحریک نمیشود و این چشم دچار تنبلی میشود. برخی مادران یک روز یکی از پستانها را به یک شیرخوار میدهند و روز بعد او را به پستان دیگر میگذارند تا تحریکات بینایی لازم را فراهم آورند.

- اگر یک یا هر دو شیرخوار برای تغذیه در وضعیت خاصی مشکل دارند، باید وضعیت شیردهی آنان را تغییر داد. مثلاً اگر در حالت معمول (گهوارهای) مشکل دارند، مادر به حالت زیربغلی آنها را در آغوش بگیرد. در این صورت شیرخواران راحتتر هستند و یکدیگر را لمس نمیکنند.

- کودکان بدواً هر ۱.۵ تا ۲ ساعت شیر میخورند. لازم است در چند هفته اول ۱۲ - ۱۰ بار در شبانه روز آنها را شیر بدهند. (کمتر از ۸ بار نباشد) اما برخی به دفعات بیشتری نیاز به تغذیه دارند.

نکته بسیار مهم: در کودکان دو یا چند قلو تغذیه با شیرمادر حق تک تک آنهاست. نباید یکی را با شیرمادر و دیگری را با شیشه تغذیه کنند.

نحوه در آغوش گرفتن و شیردادن دو قلوها:

برای برطرف نمودن نگرانی از نظر وقت و تولید شیر بیشتر، توصیه میشود تغذیه دو قلوها همزمان انجام شود. وضعیت شیرخوردن در این شیرخواران معمولاً بهتر است یکی از موارد ذیل باشد:

۱- روش موازی ۲- تغذیه همزمان در وضعیت V شکل ۳- زیربغلی همزمان ۴- یکی زیربغلی یکی

معمولی ۵- وضعیت روش متقابل و معمول



تغذیه با شیرمادر در کودکان با شکاف کام و لب:

شیردهی شیرخوار مبتلا به شکاف کام و لب هر دو برای مادر مشکل ساز است. این مشکل به صبر و استقامت و تعهد بسیار زیاد والدین و گروه پزشکی و پرستاری سهیم در مراقبت مادر و شیرخوار نیاز دارد. حمایت از مادری که تصمیم به شیردهی دارد خیلی مهم است. در صورت تغذیه با شیرمادر رابطه مادر و شیرخوار زیاد می شود، شیرخوار از فواید شیرمادر بهره مند شده و مادر و شیرخوار هر دو از آرامش ناشی از تماس پوستی در هنگام شیردهی برخوردار می شوند. یکی از فواید طولانی مدت تغذیه با شیرمادر از پستان برای شیرخوار، اثرات مثبت تکامل عضلات کام است که از طریق عمل مکانیکی شیرخوردن زیاد می شود. این کار به باز نگهداشتن شیپور استاش کمک کرده و در نتیجه احتمال بیماری های خیلی شدید گوش را کاهش می دهد. (خطر اوتیت میانی و به دنبال آن خطر بیماری های گوش با رشد شیرخواران مبتلا به شکاف کام و لب افزایش می یابد).

شکاف لب: در صورتی که شکاف فقط در لب شیرخوار باشد شیردهی امکانپذیر است

شکاف کام: حتی یک شکاف کوچک در کام می تواند موجب مشکلات قابل توجهی بشود. شیرخواری که نمی تواند حالت مکش را بین زبان و کام نگه دارد نمی تواند نوک پستان و هاله را در دهانش به حالت کشیده درآورد. زمانی که شکاف در کام سخت شیرخوار باشد شیردهی مشکل تر است و نیاز به صبر و تحمل بیشتری دارد. ناحیه بین کام سخت و کام نرم در تحریک رفلکس مکیدن مهم است این رفلکس در شیرخواری که ضایعه در قسمت کام دارد کاهش می یابد. آموزش مادر بویژه برای احتقان پستان ضروری است. نحوه در آغوش گرفتن و پستان گرفتن شیرخوار در موفقیت شیردهی حیاتی است. وضعیت های مختلف را باید امتحان کرد اما وضعیت های پیشنهادی برای این شیرخواران عبارتند از شکل های زیر: شیرخوار در وضعیت نشسته بر روی فاصله بین کمر و زانوی مادر یا در امتداد پهلوئی مادر و با قرار دادن پاها به سمت پشت مادر (مثل وضعیت زیر بغلی) قرار گرفته و حمایت شود.



در تصویر زیر شیرخوار به پشت قرار می گیرد و مادر به روی او خم می شود تا مستقیماً پستان به داخل دهان شیرخوار بیفتد. این وضعیت نگهداری در شیرخوار رسیده های که رفلکس بلع وی کامل شده باشد، مفید است.

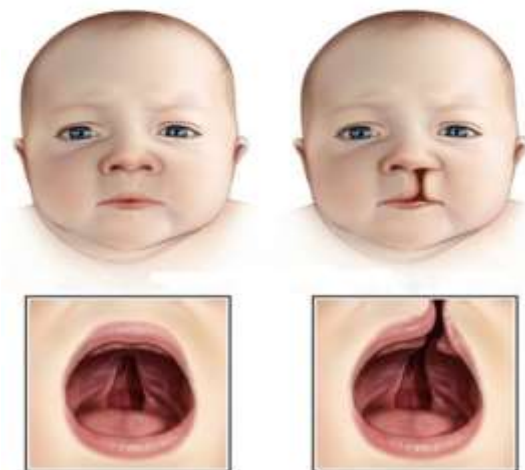


وضعیت های خمیده و خوابیده نیز چنانچه مادر مطمئن شود که بیشترین میزان بافت پستان تا حد امکان می تواند در دهان شیرخوار بیفتد مفید خواهد بود.

شیردهی در صورت یک طرفه بودن شکاف کام و شکاف لب می تواند امکان پذیر باشد. وضعیت های ذکر شده برای نگهداری شیرخوار و شیر دادن به او را باید امتحان کرد و وضعیت نگهداری مناسب را پیدا کرد. به محض اینکه بافت های پستان به اندازه کافی به داخل دهان شیرخوار افتادند مادر ممکن است انجام موارد زیر را برای افزایش پستان گرفتن و بستن دهان شیرخوار مفید بیابد:

- لبه دست یا انگشت اشاره خود را درست زیر پستان خود قرار دهد.
 - به ملایمت بافت های پستان را به سمت بالا فشار دهد تا شکاف شیرخوار را پر کند.
 - این فشار روی پستان را تا اتمام شیردهی نگهدارد.
- این کارها در شیرخوارانی که فقط شکاف لب دارند نیز کمک کننده است. مادر را باید به دوشیدن مکرر پستان هایش تشویق کرد تا پستان ها را تا حد امکان نرم نگهدارد.

تثبیت تکنیک شیردهی قابل قبول برای مادر و شیرخوار ممکن است چندین روز طول بکشد و حتی احتمال دارد مادر تا زمان انجام عمل جراحی برای بستن شکاف کام و یا لب، مجبور به تکمیل تغذیه شیرخوار خود با روش های تغذیه مکمل شود.



فصل ۱۰: تغذیه جایگزین در ۶ ماه اول تولد و اصول تغذیه مصنوعی در شیرخواران سال

اهداف آموزشی:

انتظار می‌رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

۱. تغذیه با شیر کمکی را در یک سطر تعریف نماید.
۲. تغذیه تکمیلی را در یک سطر تعریف نماید.
۳. حمایت‌های لازم برای شیرخواران محروم از شیرمادر را توضیح دهد.
۴. تولید شیر در فرزند خواندگی را در یک سطر بیان نماید.
۵. عواقب تغذیه با شیر کمکی را در ۲ سطر بیان نماید.
۶. دلایل بی‌مورد استفاده از شیر مصنوعی و مخاطرات آن را بیان نماید.
۷. مواردی را که مادر نیازمند مشاوره است را مفصل توضیح دهد.
۸. نحوه تجویز شیر کمکی را توضیح دهد.

شیر مادر برای نوزاد مناسب‌تر از شیر گاو است چون ترکیبات شیر گاو حساسیت‌زا است.

گاهی ممکن است مادری که درباره روش‌های تغذیه شیرخوار مورد مشاوره قرار می‌گیرد، تغذیه جایگزین را انتخاب کند و یا تغذیه جایگزین به دلایلی اجتناب‌ناپذیر باشد. بنابراین باید در مورد جایگزین‌ها آگاهی داشته و مادر را راهنمایی کنید. وقتی شیرخواری از شیر مادرش محروم می‌شود بهترین تغذیه جایگزین برای او شیر مادر دیگر یا شیر دایه است. البته شیر مادری که سالم و شناخته شده باشد.

در صورت عدم دسترسی به شیر دایه، انتخاب بعدی شیر مصنوعی است. وقتی تغذیه با شیر مصنوعی اجتناب‌ناپذیر است، این شیرخواران را بر اساس دستورعمل کشوری غربالگری و برای تامین شیر مصنوعی آنان اقدام کنید. آموزش و مشاوره با مادر در مورد تغذیه مصنوعی باید بطور خصوصی با هر مادر نیازمند آن انجام شود و در جمع مادران آموزش گروهی داده نشود.

در این روش کودک شیر مادر دریافت نمی کند و از طریق رژیمی تغذیه می شود که تمام مواد مغذی مورد نیاز او را تامین کند تا زمانی که بتواند کاملاً "از غذای خانواده تغذیه شود. در تمام مدتی که کودک بیشترین احتمال ابتلا به سوء تغذیه را دارد، تغذیه جایگزین کافی مورد نیاز است یعنی تا زمانی که کودک 2 ساله شود. اگر شیرخوار با شیر مادر تغذیه نمی شود حداقل به مدت 6 ماه بطور کامل به سایر شیرها نیاز دارد.

همچنین لازم است بخشی از رژیم غذایی کودک تا 2 سالگی یا بیشتر، برخی از انواع شیرها باشد. تغذیه جایگزین باید قابل قبول، در دسترس، عملی، مداوم و ایمن باشد. مادر علاوه بر مصرف شیر به آب، صابون، سوخت و ظرف برای آماده سازی تغذیه جایگزین نیاز دارد. هم چنین باید وقت آزاد نیز داشته باشد.

شیرمصنوعی یا فرمولای تجاری نوعی شیر اصلاح شده است که نسبت های مواد مغذی آن برای تغذیه شیرخوار مناسب شده است و ریز مغذی ها به آن اضافه شده اند. فقط کافی است که این فرمولها به نسبت مناسبی با آب مخلوط شود. مهم است به خاطر داشته باشید اگر چه نسبت های مواد مغذی در فرمولهای تجاری می تواند تغییر کند و اصلاح شود، اما هیچ وقت از نظر کیفیت نمی توانند مشابه شیر مادر شوند. هم چنین عوامل ایمنی و فاکتورهای رشد که در شیر مادر وجود دارند در شیر دام یا فرمولا یافت نمی شوند و قابل افزودن به آنها نیز نمی باشند. شیرهای موجود در دسترس را بطور منظم کنترل کنید بطوری که در مورد ترکیبات و دستورات تهیه آن ها، اطلاعات شما به روز باشد و از محصولات جدیدی که در دسترس قرار می گیرند، آگاه شوید.

تعریف ها (شایعترین ها):

تغذیه با شیر کمکی Supplement feedings

شیری که جایگزین و یا همراه شیرمادر داده می شود که ممکن است شامل: شیر دوشیده شده، شیر بانک شیر و جانشین های شیرمادر / شیر مصنوعی

تغذیه تکمیلی Complementary feedings

غذای کمکی که در کنار شیرمادر داده میشود، وقتیکه شیرمادر دیگر به تنهایی کافی نیست.

حمایتهای لازم برای شیرخواران محروم از شیر مادر:

در کلیه مواردی که شیرخوار به ناحق از شیرمادر محروم شده، مثل تصور ناکافی بودن شیرمادر و شروع شیر کمکی و قطع شیردهی، برقراری مجدد شیردهی امکان پذیر است. حتی امکان ایجاد شیردهی برای مادری که کودکی را به فرزندخواندگی می پذیرد ممکن است. برقراری مجدد شیردهی نیازمند مشاوره موثر و حمایت همه جانبه و صبر و حوصله است.

تولید شیر و شیردهی مجدد:

در برقراری مجدد و یا ایجاد شیردهی ۳ عامل مهم وجود دارد:

- انگیزه قوی و تمایل مادر،
- مکیدن مکرر و صحیح پستان،
- حمایت برای تقویت اعتماد به نفس.

مراقبین سلامت بایستی مشاوره شیردهی را بعلاوه پیگیری و حمایت مادر تا شروع موفق تولید شیر و افزایش کامل شیرمادر ادامه دهند و ارائه توصیه های کلی در مورد سلامت مادر، استراحت کافی، تغذیه مناسب و دریافت مایعات و پستان گذاشتن مکرر، برقراری تماس پوستی مادر و شیرخوار، وضعیت درست شیردهی، خوابیدن مادر و شیرخوار با هم را توصیه کنند. مادران را تشویق کنید که با کوچکترین مشکل و قبل از مشاوره، به شیرخوار خود شیرمصنوعی ندهند و قبل از تصمیم برای هر تغییری در تغذیه فرزندشان به مراکز جامع سلامت مراجعه کنند.

مراقبین سلامت با ارزیابی وضعیت مادر و شیرخوار نیاز به شیرمصنوعی را بررسی و با آموزش مادر و ارائه مراقبتهای لازم سعی در رفع مشکل و حفظ تداوم شیردهی مادر را دارند، تا شیرخوار بی دلیل از شیرمادر محروم نشود چنانچه آموزشها و مشاوره موثر نیفتد، شیرخوار می تواند از شیرمصنوعی یارانه ای (در روستا بطور رایگان و در شهر کوپن) استفاده کند. بنابراین مادرانی که سر خود شیرمصنوعی شروع می کنند از دریافت شیرمصنوعی یارانه ای محروم می شوند.

تولید شیر در فرزندخواندگی: تحریک تولید شیر در مادری که می خواهد بدون حاملگی شیردهی کند.

شیردهی مجدد: تولید مجدد شیر در مادری که قبلا شیردهی داشته حتی قبلا تولید شیربرای شیرخوار خود داشته اما شیر نداده ویا اکنون کاهش شدیدی در تولید شیر دارد و یا پس از بارداری طبیعی به دلایلی شیردهی خود را قطع نموده است. در شیردهی مجدد در واقع خواست مادر در برقراری مجدد شیردهی پس از قطع شیردهی، برای افزایش ارتباط عاطفی خود با شیرخوار است یا برای بهبودی مشکلات سلامتی شیرخوار بعد از قطع شیردهی از قبیل: شک و یا اثبات به عدم تحمل شیر مصنوعی مورد استفاده.

شرایطی که منجر به قطع شیردهی و یا عدم موفقیت در شروع و ادامه شیردهی شده مثل: شرایط مربوط پستان یا نیپل، بیماری، جدائی مادر و شیرخوار، عدم حمایت بیمارستان از مادر بعد زایمان در شروع شیردهی، شرایط شیرخوار از قبیل نارسی، آنومالیهای صورت و دهان و سوء تغذیه، کم آبی شدید و یا بستری در بیمارستان.

تغذیه با شیر کمکی بجز شیر مادر:

متأسفانه تجویز شیر کمکی با شیر خشک رایج است. که این امر نهایتاً منجر به کاهش اعتماد به نفس مادر در توانائی برآورد نیازهای تغذیه ای شیرخوارش و تداوم تغذیه با شیرمصنوعی و نهایتاً تداخل در تداوم تغذیه با شیرمادری می شود.

دلایل بی مورد در استفاده از شیرمصنوعی و مخاطرات آن:

۱. تصور نداشتن شیر و ناکافی بودن ترشح کلاستروم تا آمدن شیر : باعث تغییر فلور میکروبی روده ، حساس کردن شیرخوار ، افزایش احتمال اسهال، ایجاد اختلال در قانون عرضه و تقاضا برای تولید شیر می شود.
۲. نگرانی در مورد کاهش وزن، کمبود آب بدن ، افت قند خون و زردی : منجر به تداخل با دفعات طبیعی شیردهی در صورت دریافت شیرمصنوعی در چند روز اول ، در معرض خطر افزایش بیلی روبین، کاهش وزن شدید ، طولانی شدن زمان بستری و احتمال مسمومیت با آب در صورت استفاده از آب یا آب قند ، کاهش دفعات تغذیه با شیرمادر(به علت تخلیه دیررس معده متعاقب مصرف شیرمصنوعی و تمایل به مصرف حجم بالای شیرمصنوعی توسط شیرخواران به علت راحتی در استفاده از سر پستانک) ، مشکل شیرخوار در بازگشت به تغذیه از پستان بر حسب روش تجویز مکمل و دفعات مصرف مکمل می گردد.

مخاطرات تجویز غیر ضروری مکمل :

- تاخیر در لاکتوژنیزس(تاخیر در مکانیسم ساخت شیر)
- افزایش خطر احتقان پستان
- تغییر در فلور میکروبی طبیعی روده شیرخوار
- سردرگمی شیرخوار در مکیدن پستان
- اختلال در برقراری پیوند عاطفی مادرو شیرخوار
- کاهش اعتماد به نفس مادر در مورد تامین نیازهای تغذیه ای شیرخوار
- کوتاه شدن تغذیه انحصاری با شیرمادر و کوتاه شدن طول مدت شیردهی



انتخاب شیر کمکی: در مواردی که مجبور می شویم شیر کمکی به شیرخوار بدهیم اولویت انتخاب ما بترتیب زیر می باشد:

- شیر دوشیده شده مادر: اولین انتخاب. (در مواردی که موقتاً مادر به دلایلی (مثل کارمند بودن) از کودکش دور باشد .
 - در صورت ناکافی بودن کلستروم و شیر رسیده ، استفاده از شیر اهدایی و پاستوریزه شده انسان.
 - فورمولای حاوی پروتئین هیدرولیز شده نسبت به شیر مصنوعی استاندارد شده ارجح است.
- ارزیابی پزشک از مزایا و مخاطرات سایر انواع شیر کمکی از قبیل فورمولای استاندارد، فورمولای سویا قبل از تجویز باید انجام گردد.
- قبل از شروع شیر کمکی باید ارزیابی دقیق زوج مادر و شیرخوار با مشاهده مستقیم شیر خوردن شیر خوار انجام شود.

مواردی که باید قبل از تجویز شیر کمکی در نظر گرفته و کنترل شوند:

- آیا شیرخوار بر حسب میل خود به دفعات و مدت کافی شیر می خورد. (حداقل ۸ نوبت و ترجیحاً ۱۰ تا ۱۲ دفعه در ۲۴ ساعت و به مدت حداقل ۱۰ تا ۱۵ دقیقه از هر پستان).
- آیا شیرخوار از یک پستان بطور کامل (جهت دریافت شیرانتهائی) و یا در صورت نیاز از هر دو پستان و به مدت کافی شیر می خورد.
- آیا شیرخوار بخوبی پستان را گرفته و می تواند با مکیدن های خوب و موثر و بدون خستگی شیر را از پستان برداشت نماید.
- آیا شیرخوار توان بلع داشته و یا صدای بلع در حین شیر خوردن وی شنیده می شود.
- آیا شیرخوار از پستانک و بطری و یا غذای کمکی و مایعات دیگری استفاده می کند.
- آیا شیرخوار مبتلا به بیماری، وضعیت تشریحی خاص و یا ناهنجاری و مشکلات عصبی بوده و نمی تواند پستان را بگیرد و شیر بخورد.

- آیا مادر مبتلا به بیماری، سابقه مصرف داروهای موثر در کاهش تولید شیر، باقی ماندن تکه ای از جفت، سابقه عمل جراحی پستان، شقاق پستان و مشکلات عصبی و روحی و نداشتن اعتماد به نفس می باشد که می توانند در تولید و موفقیت در تغذیه با شیر مادر اثر گذارد.
- آیا مادر به اندازه کافی شیر تولید می کند و یا مشاوره شیردهی داشته است.

دستورالعمل کشوری جهت تجویز شیر مصنوعی :

- مطلوب نبودن نمودار رشد شیرخوار
- چندقلویی
- بیماریهای مزمن و صعب العلاج مادر
- مصرف برخی داروها و مواد رادیو اکتیو
- جدایی والدین و نگهداری طفل توسط پدر
- فوت مادر
- فرزند خواندگی (ضمن آموزش برای ایجاد شیردهی)

مقدار شیر مصنوعی مورد نیاز:

تجویز شیر مصنوعی بطور کامل برحسب دستورالعمل:

- تا پایان ۶ ماهگی هر ماه ۸ قوطی (۴۸ قوطی)
- ماه هفتم و هشتم هر ماه ۶ قوطی (۱۲ قوطی)
- ماه نهم تا پایان ماه دوازدهم هر ماه ۳ قوطی (۱۲ قوطی)

تجویز شیر مصنوعی بطور کمکی برحسب دستورالعمل :

- تا پایان ۶ ماهگی هر ماه ۴ قوطی (۲۴ قوطی)
- ماه هفتم و هشتم هر ماه ۳ قوطی (۶ قوطی)
- ماه نهم تا پایان ماه دوازدهم هر ماه ۲ قوطی (۸ قوطی)

تغذیه با شیر مصنوعی :

- در صورتیکه نهایتا مجبور به تجویز شیر مصنوعی به شیرخوار شدیم نکات زیر باید مورد توجه قرار گیرد:
- با مادر کودکی که شیر مصنوعی می خورد بطور خصوصی (نه در جمع مادران) مشاوره کنید.
 - تعداد دفعات و میزان شیر در هر وعده را براساس جدولی که ارائه شده آموزش دهید.
 - قبل از تهیه فرمولا دست های تان را بشویید
 - همیشه از فنجان یا لیوان مدرج برای تعیین مقدار آب لازم واز پیمانه داخل همان قوطی شیر مصنوعی برای اندازه گیری پودر شیر استفاده کنید.

- آب کافی را به مدت ۲ دقیقه قویا بجوشانید و بگذارید تقریباً ۷۰ درجه شود. سپس پودر شیر مصنوعی را با آب مخلوط کنید تا حل شود و بگذارید ملایم تر و به حدود ۴۰-۵۰ درجه برسد.
- مقدار پودر شیر مصنوعی مورد نیاز برای یک وعده را بطور دقیق (با پیمانہ سرصاف) اندازه گیری کنید.
- فقط مقدار شیر (فورمولای) لازم برای یک وعده تغذیه شیرخوار را آماده کنید. مقدار استفاده نشده را دور بریزید، می توانید آن را به کودک بزرگ تر بدهید و یا خودتان بنوشید.
- شیر را در فلاسک نگهداری نکنید چون سریعاً آلوده می شود.
- شیرخوار را با فنجان تغذیه کنید نه با بطری. فنجان را با آب داغ و مواد شوینده بشویید.
- یک نوزاد رسیده (ترم) با وزن ۲.۵ کیلوگرم یا بیشتر بطور متوسط باید ۱۵۰ میلی لیتر به ازاء هر کیلوگرم وزن بدنش در روز دریافت کند. این مقدار باید براساس سن کودک به ۶-۷ و یا ۸ وعده تقسیم شود. مقدار شیر در یک وعده تغذیه متغیر است.
- نوزاد به مقدار کم و در دفعات زیاد تغذیه می شود. همزمان با رشد او این مقدار را افزایش دهید.
- نحوه شیردهی با فنجان را به مادر آموزش دهید.

اگر کودک فقط با شیر مصنوعی و بطری تغذیه می شود:

- پس از هر بار استفاده بطری را با آب سرد شسته و سپس با برس و مواد شوینده و آب جوش تمیز کند.
- بطری و سر پستانک آن باید حداقل روزی ۱ بار استریلیزه شوند.

راه های استریلیزه کردن عبارتند از:

- **جوشانیدن:** بطری کاملاً در آب غوطه ور شود. آب کاملاً به جوش آمده و حداقل به مدت ۱۰ دقیقه سطح آب حرکت فعال داشته باشد.
- بطری را حداقل به مدت ۳۰ دقیقه در محلول رقیق شده **سفید کننده** قرار دهید.
- برای تمیز کردن سرپستانک بطری، آن را پشت و رو کنید و با **نمک و برس** تمیز کنید، سپس مثل تمیز کردن بطری، آن را نیز بجوشانید یا با خیساندن در محلول رقیق شده سفید کننده استریل کنید.

توصیه در مورد برآورد مقدار شیر مورد نیاز روزانه:

اگر شیرخوار در یک وعده کم تغذیه شود در وعده بعدی مقدار بیشتری شیر به او بدهید یا تغذیه وعده بعدی او را زودتر انجام دهید. بویژه اگر علائم گرسنگی نشان دهد. اگر کودک به اندازه کافی وزن نمی گیرد ممکن است به دفعات بیشتر از معمول یا مقدار بیشتر در هر بار تغذیه (مطابق با وزن مورد انتظار برای سن اش) نیاز داشته باشد. جدول ذیل راهنماست (ممکن است نیاز شیرخوار بیشتر یا کمتر از مقدار مذکور باشد).

"برآورد مقدار شیر مورد نیاز یک کودک در روز"

برآورد مقدار شیر مورد نیاز یک کودک در روز			
سن کودک	تعداد دفعات تغذیه در روز	مقدار شیر یا فرمولادر هر وعده تغذیه	کل شیر یا فرمولادر روز
تولد تا یک ماهگی	۸	۶۰ میلی لیتر	۴۸۰ میلی لیتر
۱ تا ۲ ماهگی	۷	۹۰ میلی لیتر	۶۳۰ میلی لیتر
۲ تا ۴ ماهگی	۶	۱۲۰ میلی لیتر	۷۲۰ میلی لیتر
۴ تا ۶ ماهگی	۶	۱۵۰ میلی لیتر	۹۰۰ میلی لیتر

ارائه مکمل:

در صورت نیاز به استفاده از مکمل از روش هائی استفاده شود که هدف تشویق موفقیت در تغذیه با شیرمادر باشد. در صورت استفاده از بطری برای تجویز مکمل (بخصوص در شیرخواران کم سن) باعث سردرگمی شیرخوار می شود. در صورت تغذیه با بطری سبب به خطر افتادن دریافت نسبی یا اختلال در تغذیه با شیرمادر می شود. برای ارائه مکمل شیرخوار ابتدا شیرمادر بخورد سپس شیر مکمل را با کاپ یا سایر وسایل کمک شیردهی دریافت کند.



اگر شیر خوار با مصرف مکمل به وزن مناسب خود رسید چکار باید کرد؟

- کاهش مصرف مکمل به منظور افزایش تولید شیر مادر
- افزایش دفعات تغذیه با شیرمادر
- تداوم پایش رشد وزنی همزمان با کاهش یا قطع مکمل می باشد.

فصل ۱۱: آشنایی با اصول تغذیه تکمیلی و تغذیه بومی کودکان

وآماده کردن بهداشتی غذاها

اهداف آموزشی:

انتظار می‌رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

۱. حداقل ۴ مورد از موارد اهمیت تغذیه تکمیلی را بیان کند.
۲. حداقل ۳ مورد از خطرات شروع زود هنگام غذاهای تکمیلی را بیان نماید.
۳. حداقل ۳ مورد از خطرات شروع دیر هنگام غذاهای تکمیلی را بیان نماید.
۴. نحوه شروع و نوع غذاهای تکمیلی را به مادر توضیح دهد.
۵. غذاهای ۶-۸ ماهگی را توضیح دهد و در مرحله بعد ایفای نقش نماید.
۶. غذاهای ۹-۱۱ ماهگی را توضیح دهد و در مرحله بعد ایفای نقش نماید.
۷. نقش گروههای غذایی را به تفکیک هر گروه توضیح دهد.
۸. روشهای مقوی و مغذی کردن را توضیح دهد و در مرحله بعد این توضیحات را به عنوان فراگیر ایفای نقش نماید.
۹. تغذیه در سال دوم زندگی و توصیه های لازم را به اختصار توضیح دهد.

یکی از ویژگی های دو سال اول زندگی ، رشد و تکامل سریع کودکان می باشد .همچنین ، ترجیحات غذایی و الگوهای غذایی کودکان نیز در این دوران شکل می گیرد . شروع تغذیه تکمیلی ، زمانی است که شیر مادر به تنهایی قادر به تامین نیازهای تغذیه ای شیرخوار نبوده و باید سایر مایعات و مواد غذایی همراه با شیر مادر در تغذیه کودک استفاده شوند این زمان، دوره بسیار حساسی است زیرا از یک سو ، رشد و تکامل کودک به طور سریع رخ می دهد و از سوی دیگر کودک در معرض کمبودهایی می گیرد و شیر مادر به تنهایی قادر به تامین نیازهایش نمی باشد .علاوه بر این کودک در این دوران مواد غذایی ، طعم ها و مزه های جدید را تجربه می که می تواند در عادات غذایی او در بزرگسالی تاثیر گذاشته و نقش مهمی در پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر مانند چاقی، قلب و عروق و پرفشاری خون داشته باشد .بنابر این ارتقای دانش و مهارت کارکنان بهداشتی در زمینه تغذیه کودکان به ویژه تغذیه تکمیلی به منظور مشاوره و راهنمایی مادران یک راهکار اساسی جهت بهبود تغذیه کودکان به شمار می رود.

اهمیت تغذیه تکمیلی :

تغذیه با شیرمادر به تنهایی تا پایان شش ماه اول تولد (۱۸۰ روزگی) نیازهای تغذیه ای شیرخوار را تامین می کند. اما پس از پایان شش ماهگی شیر مادر قادر به تامین انرژی ، پروتئین، روی، آهن و برخی از ویتامین های محلول در چربی نیست. به طوری که تغذیه با شیرمادر از ۶- ۱۲ ماهگی بیش از نیمی از نیازهای تغذیه ای شیرخوار و از ۱۲-۲۴ ماهگی، حداقل یک سوم آن را تامین می کند. بنابراین این شیرخواران از پایان شش ماهگی تا ۲۴ ماهگی باید علاوه بر شیر مادر با غذاهای دیگر نیز تغذیه شوند. تغذیه تکمیلی علاوه بر تامین بخشی از نیازهای تغذیه ای شیرخوار ، او را برای یک رژیم غذایی متنوع آماده می سازد.

تغذیه تکمیلی ضمن تامین مواد مغذی مورد نیاز برای رشد مطلوب شیرخوار به ایجاد عادات غذایی درست در سال های آتی عمر کمک می کند. با توجه به نقش و اهمیت تغذیه در رشد شیرخواران، باید در هنگام پایش رشد شیرخوار به روند وزن گیری توجه نموده زیرا آهسته تر شدن رشد کودک می تواند ناشی از کمبودهای تغذیه ای او باشد. بنابراین پس از شروع غذای تکمیلی، باید روند رشد کودک در مراقبت های بهداشتی تعیین و در صورت اختلال رشد شیرخوار در مورد نحوه ی تغذیه او بررسی های لازم انجام گردد.

تغذیه تکمیلی:

تغذیه تکمیلی به مواد غذایی جامد، نیمه جامد یا مایع حاوی مواد مغذی و انرژی اطلاق می شود که علاوه بر شیر مادر یا شیر مصنوعی به شیرخوار داده می شود. طی دوره تغذیه تکمیلی، اگرچه تغذیه با شیرمادر همچنان به عنوان منبع مهم تامین مواد مغذی و عوامل حفاظتی حداقل تا ۲ سالگی ادامه می یابد. با توجه به این که بخشی از نیازهای تغذیه ای شیرخوار از طریق غذاهای تکمیلی تامین می گردد، باید این غذاها مغذی بوده و از لحاظ مقدار نیز به اندازه ای باشند که به رشد مطلوب کودک کمک کنند. علاوه بر این، تغذیه تکمیلی زمان آشنایی با انواع رنگ ها، طعم ها و بافت های مختلف مواد غذایی است.

برخی از خطرات شروع زودهنگام غذاهای تکمیلی :

- دریافت ناکافی انرژی یا سایر مواد مغذی از طریق جایگزین شدن غذای و سوپ آبکی و رقیق به عنوان غذای تکمیلی شیرخوار تکمیلی با شیرمادر مانند استفاده از حریره
- افزایش ابتلای شیرخوار به بیماری های عفونی مانند اسهال و افزایش احتمال آلرژی به مواد غذایی
- افزایش خطر آسیپیپراسیون (ورود غذا یا مایعات به ریه) به دلیل نداشتن توانائی در بلعیدن مواد غذایی
- کاهش مزایای تغذیه با شیر مادر به ویژه کاهش دریافت عوامل حفاظتی شیرمادر

برخی از خطرات شروع دیر هنگام غذاهای تکمیلی:

- دریافت ناکافی مواد مغذی مورد نیاز برای تامین رشد مطلوب شیرخوار
- افزایش احتمال اختلال رشد، کمبودویتامین آ و کم خونی فقر آهن
- آهسته تر شدن رشد و تکامل شیرخواره تاخیر افتادن عمل جویدن
- خودداری از خوردن غذای جامد توسط شیرخوار و کاهش پذیرش غذای جامد.

نحوه شروع و معرفی تغذیه تکمیلی در شیر خواران ۶ ماه تا ۲۴ ماه:

شیر مادر بر حسب تقاضای شیرخوار به او داده شود. بلافاصله بعد از تغذیه شیرخوار با شیرمادر، غذای تکمیلی به او داده شود. از یک نوع ماده غذایی ساده شروع شود و کم کم به مخلوطی از چندین ماده غذایی افزایش یابد. بین اضافه کردن مواد غذایی جدید بین ۳-۵ روز فاصله گذاشته شود تا آلرژی شیرخوار به آن ماده غذایی یا نداشتن تحمل به آن مشخص شود.

در صورتی که شیرخوار به خوردن غذایی بی میلی نشان داد، مادر یا مراقب کودک پافشاری نکند. بلکه برای ۲ تا ۳ روز آن غذا را حذف و سپس دوباره شروع کند. می توان تا ۱۰ بار مجدداً این کار را تکرار کرد تا شیرخوار آن را بپذیرد (به دلیل انتقال طعم های متنوع از طریق رژیم غذایی مادر به شیر او، پذیرش مواد غذایی در کودکانی که شیر مادر می خورند بیشتر است).

غلظت و قوام غذای تکمیلی باید متناسب با سن شیر خوار باشد. به طوری که غلظت اولین غذای تکمیلی مانند فرنی شبیه ماست معمولی بوده اما به تدریج بر حسب سن شیرخوار غلظت غذا افزایش می یابد. به طوری که به تدریج غذای کودک از نیمه جامد به جامد تغییر می یابد. پوره، غذایی است که مادران به دلیل داشتن تنوع زیاد، هزینه کم، تازه بودن و نداشتن افزودنی مایل به تهیه آن هستند اما باید به ارزش غذایی آن توجه کنند تا پوره تهیه شده دارای انرژی و مواد مغذی مورد نیاز شیرخوار باشد.

در صورت نداشتن نشانه ها و علائم آلرژی به مواد غذایی (مانند کهیر یا ضایعات پوستی، تورم صورت، اسهال، استفراغ، خس خس سینه، تنفس مشکل، ضعف یا رنگ پریدگی پوست) می توان ماده غذایی جدیدی را به غذای کودک اضافه نمود و غذای کودک را با اجزایی بیشتر تهیه کرد.



نوع غذاهای تکمیلی:

غلات مانند آرد برنج به عنوان اولین ماده غذایی به شکل فرنی برنج به شیر خوار داده شود. آرد برنج به عنوان یک ماده غذایی مناسب، شناخته شده زیرا در دسترس خانواده بوده و احتمال آلرژی شیرخوار به آن بسیار کم می باشد. فرنی تهیه شده از آرد برنج را می توان با شیر مادر یا مقدار کمی شیر پاستوریزه گاو تهیه نمود. پس از غلات میتوان گوشت (گوسفند و مرغ)، سبزی و میوه را در غذای شیرخوار گنجانند. گوشت ها، سبزی ها و میوه ها را می توان به شکل پوره (بدون نمک یا شکر) به شیرخوار داد. بنابراین بعد از فرنی برنج و پوره گوشت می توان پوره سبزی ها و میوه ها (پوره سیب ، گلابی ، موز رسیده و هویج) را به غذای شیرخوار اضافه نمود. پوره های متنوع باید به تدریج به غذای شیرخوار اضافه شوند تا در برنامه غذایی شیرخوار تنوع و تعادل ایجاد کنند.

بعد از تحمل غذاهای یک جزئی مانند پوره گوشت (گوسفند و مرغ) ، پوره سبزی ها و میوه ها می توان ترکیبی از دو یا چند ماده غذایی مانند سبزی ، میوه ، گوشت و غلات را به شکل پوره های ترکیبی یا سوپ به شیرخوار داد. سپس می توان ترکیبی از انواع مواد غذایی که بعضی از آن ها بافتی دارند که شیرخوار را تشویق به جویدن میکند مانند تکه های کوچک ماکارونی، سبزی یا گوشت به شیرخوار داد.

از ۹ ماهگی می توان غذاهای انگشتی مانند تکه های کوچک میوه های نرم و رسیده و سبزی های پخته مانند هویج، سیب زمینی، موز، گلابی، ماکارونی پخته شده، پنیر، تکه های کوچک گوشت پخته شده ریز ریز شده یا چرخ کرده بدون چربی یا کوفته قلقلی کاملاً پخته شده یا با پشت قاشق له شده را به شیرخوار معرفی نمود. انواع گوشتها مانند گوشت قرمز، مرغ و ماهی و همچنین تخم مرغ (سفیده وزرده) را پس از شروع بر حسب سن شیرخوار باید به طور روزانه و یا در هر زمان ممکن به او داد. پس از معرفی گوشت، می توان روزانه ۳۰ گرم گوشت در غذای شیرخوار گنجانند.

مقدار و تنوع غذای تکمیلی:

غذای کمی با غلات به میزان ۲-۳ قاشق مرباخوری ۲-۳ بار در روز شروع شود. ترتیبی که غذاها دارند اهمیت کم تری از قوام و بافت غذا دارد. مواد غذایی چه از نظر نوع و چه از نظر مقدار باید به تدریج به برنامه غذایی شیرخوار اضافه شود. در برنامه غذایی کودک، تنوع در نظر گرفته شود. به تدریج از گروههای اصلی غذایی شامل نان و غلات، گوشت و تخم مرغ، حبوبات و مغزدهانه ها ، سبزی ها ، میوه ها و لبنیات (ماست پاستوریزه و پنیر پاستوریزه کم نمک) در غذای تکمیلی استفاده گردد.

تنوع غذایی و میزان غذا با سن شیرخوار افزایش یابد. معرفی مواد غذایی از هر گروه غذایی باید بر اساس سن شیرخوار انجام شود. تا پایان ماه هفتم تمام گروه های غذایی باید به شیرخوار معرفی گردند. از سبزی های

سبز تیره و نارنجی و میوه های زرد و نارنجی که منابع غذایی ویتامین A و C هستند در غذای تکمیلی استفاده شود. پس از معرفی آب میوه طبیعی به شیرخوار میتوان به تدریج میزان آن را به ۶-۱۲ قاشق مرباخوری (۳۰-۶۰ سی سی) در روز رساند. توصیه میشود آب میوه با لیوان یا فنجان نشکن داده شود. به شیر خواران بالای یک سال حداکثر ۱۲۰-۱۸۰ سی سی در روز آب میوه طبیعی (با فنجان) داده شود. آب میوه به عنوان میان وعده باید در نظر گرفته شود.

میوه ها و سبزی ها را می توان به شکل قطعات زیبا و جذاب بریده و به کودک داد. میوه ها و سبزی های رنگی را باید هر روز در برنامه غذایی کودک گنجانند. از میوه ها و سبزی ها می توان به عنوان میان وعده یا در تهیه غذای تکمیلی به شکل پوره ، سوپ و آش استفاده نمود. تخم مرغ کاملاً پخته شده (سفیده و زرده) به شیرخوار داده شود. با شروع غذای تکمیلی، دادن آب جوشیده سرد شده به دفعات و حجم مورد علاقه شیرخوار لازم است. دست شیرخوار و مادر به طور مرتب به ویژه قبل از غذا خوردن شستشو شود. اصول بهداشتی در تهیه و نگهداری غذای شیرخوار رعایت شود.

تغذیه در سنین ۶-۸ ماهگی :

- هرچقدر شیرخوار میخواد حداقل ۸ بار در ۲۴ ساعت با شیر مادر تغذیه شود.
- با ۱ وعده غذا شروع شده و به ۳ وعده در روز برسد.
- برای تهیه اولین غذا برای شیرخوار از آرد برنج به شکل فرنی استفاده گردد.
- غذای تکمیلی را می توان با ۲ تا ۳ قاشق مربا خوری از فرنی یا حریره بادام غلیظ ۲ تا ۳ بار در روز شروع نموده و این میزان را به تدریج افزایش داد. در ضمن می توان از انواع فرنی ها و حریره های محلی غلیظ نیز در تغذیه شیرخوار استفاده نمود.
- پس از معرفی غلات ، می توان پوره یا شکل نرم شده انواع گوشت ها ، سبزی ها و میوه های متنوع را به شیرخوار داد.
- از پوره، له شده یا شکل نیمه جامد شده انواع مواد غذایی محلی / غذای خانواده استفاده شود که شامل:
 - انواع گوشتهای (قرمز، مرغ، ماهی و پرندگان) خوب پخته شده و ریز ریز شده
 - تخم مرغ (شامل سفیده و زرده)
 - سبزی های برگ سبز تیره و زرد و نارنجی و میوه های زرد، و نارنجی و رسیده مانند جعفری، گشنیز، هویج، گوجه فرنگی، انبه، مرکبات، کدو حلوائی
- حبوبات مانند عدس و ماش (خیساندن حبوبات قبل مصرف) در سوپ و آش اضافه شود.

- ماست پاستوریزه و پنیر کم نمک پاستوریزه در برنامه غذایی کودک اضافه شود.
- یک تا دو میان وعده غذایی مانند پوره سبزی ها (هویج یا سیب زمینی)، پوره میوه ها (موز) بین وعده های اصلی در روز بر حسب اشتها شیرخوار به او داده شود.
- تنوع و استفاده از پنج گروه اصلی غذایی در برنامه غذایی شیرخوار در نظر گرفته شود.
- میزان غذای شیرخوار را تا نصف لیوان (هر لیوان ۲۵۰ سی سی) در هر وعده غذایی می توان به طور تدریجی افزایش داد. یک قاشق غذاخوری سر صاف انواع برنج پخته ۱۵ گرم و یک قاشق غذاخوری سر پر انواع برنج پخته ۲۰ گرم است ، یک لیوان معادل ۱۶ قاشق غذاخوری سر صاف انواع برنج پخته و یا ۱۲ قاشق غذاخوری سر پر انواع برنج پخته است.
- اگر شیرخواره ماده غذایی خاصی آلرژی دارد باید از برنامه غذایی او حذف و جایگزین مناسب قرار گیرد.
- اگر کودک شیر مادر نمی خورد روزانه ۱ تا ۲ وعده غذایی اضافه به او داده شود

تغذیه در سنین ۹-۱۱ ماهگی:

- هرچقدر شیرخوار میخواد حداقل ۸ بار در ۲۴ ساعت با شیر مادر تغذیه شود.
- هر روز سه تا چهار وعده غذایی به شیرخوار داده شود.
- تنوع و استفاده از پنج گروه اصلی غذایی همچنان در برنامه غذایی شیرخوار در نظر گرفته شود.
- یک تا دو میان وعده غذایی بین وعده های اصلی در روز بر حسب اشتها شیرخوار مانند هویج یا کرفس پخته، میوه رسیده (موز، گلابی، سیب) به شیرخوار داده شود.
- میزان غذای شیرخوار تا نصف لیوان (هر لیوان ۲۵۰ سی سی) در هر وعده غذایی افزایش یابد.
- یک قاشق غذاخوری سر صاف انواع برنج پخته ۱۵ گرم و یک قاشق غذاخوری سر پر انواع برنج پخته ۲۰ گرم است، یک لیوان معادل ۱۶ قاشق غذاخوری سر صاف انواع برنج پخته و یا ۱۲ قاشق غذاخوری سر پر انواع برنج پخته است.
- از غذاهایی که له شده یا به خوبی ریز ریز شده ، تکه تکه شده و غذاهای انگشتی که شیرخوار بتواند با دست بگیرد به شیرخوار داده شود شامل :
- انواع گوشتهای (قرمز ، مرغ ، ماهی و پرندگان) خوب پخته شده و ریز ریز شده و تکه های کوچک گوشت بدون چربی یا کوفته قلقلی کاملاً پخته شده یا با پشت قاشق له شده
- تخم مرغ (شامل سفیده و زرده)
- ماکارونی پخته شده ،
- سبزی های برگ سبز تیره و زرد و نارنجی و میوه های زرد و نارنجی و رسیده مانند جعفری ، گشنیز، هویج، انبه، کدو حلوائی.

- حبوبات مانند عدس و ماش (خیساندن حبوبات قبل از مصرف) در سوپ و آش اضافه شود
- اگر شیرخوار به ماده غذایی آلرژی دارد، باید از برنامه غذایی او حذف و جایگزین مناسب قرار گیرد.
- اگر کودک شیر مادر نمی خورد روزانه ۱ تا ۲ وعده غذایی اضافه به او داده شود.

نحوه ی معرفی غذاهای آلرژن برای کودکان در معرض خطر آلرژی:

شیر گاو، تخم مرغ، ماهی، گندم، سویا، بادام، گردو، فندق، پسته و بادام زمینی از مواد غذایی بسیار حساسیت زاهستند. در شیرخواران، آلرژی به شیرگاو، بادام زمینی و تخم مرغ نسبت به سایر مواد غذایی آلرژن بیشتر مشاهده می شود. شیرخوار در معرض خطر آلرژی، شیرخواری است که حداقل یک وابسته درجه اول (پدر، مادر، خواهر یا برادر) مبتلا به آلرژی شامل درماتیت آتوپیک (اگزما)، رینیت آلرژیک (آب ریزش بینی) یا آلرژی غذایی ثابت شده دارد.

برای دادن مواد غذایی حساسیت زا برای شیرخوار در معرض خطر آلرژی، باید پس از شروع غذای تکمیلی در پایان شش ماهگی و در صورت تحمل مواد غذایی مانند غلات، گوشت، میوه و سبزی و نداشتن علائم آلرژی (مانند اگزما) به مواد غذایی ، مواد غذایی آلرژن زا (غیر از شیر گاو) را به مقدار جزئی به او داد و اگر مشکلی گزارش نشد مقدار آن ماده غذایی را به تدریج در برنامه غذایی شیرخوار اضافه نمود. لازم به ذکر است دادن مواد غذایی آلرژن زا برای اولین بار به شیرخوار باید در منزل باشد نه مهد کودک یا جای دیگر.

نقش گروه های غذایی در رشد و سلامت شیرخوار:

در برنامه غذایی شیرخوار باید از پنج گروه اصلی غذایی (نان و غلات، شیرو لبنیات، گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزدا نه ها، سبزی ها و میوه ها) استفاده گردد.

نان، برنج و سایر مواد غذایی در گروه نان و غلات جزء اصلی رژیم غذایی شیرخوار هستند. زیرا نقش مهمی در تامین انرژی داشته و همچنین حاوی انواع ویتامین ها و املاح ضروری می باشند. میوه ها و سبزی ها منبع خوبی از ویتامین ها ، املاح و فیبر هستند و برای رشد و سلامتی شیرخوار ضروری هستند.

میوه ها و سبزیهای نرم و رسیده برای شروع مناسب هستند مانند پوره موز، گلابی و هویج پخته . گوشت، ماهی، تخم مرغ و حبوبات از منابع پروتئینی هستند که مصرف آنان برای رشد و تکامل کودک ضروری می باشد.

گروه شیر و لبنیات دارای کلسیم بوده و در استحکام استخوان ها و دندان ها نقش داشته و همچنین بخشی از انرژی، پروتئین، ویتامین ها و املاح را تامین می کنند.

روشهای مغذی کردن غذا :

مغذی کردن غذا یعنی اضافه کردن برخی مواد غذایی با هدف افزایش مقدار پروتئین، ویتامین ها و املاح غذا. از آنجایی که این کار می تواند باعث افزایش حجم غذای کودک شود، لازم است حتما مغذی کردن به همراه مقوی سازی غذای کودک انجام گیرد. روشهای زیر برای مغذی سازی غذای کودک توصیه می شود :

- پس از معرفی تمام گروه های غذایی می توان، پودر جوانه غلات و حبوبات به برخی غذاها (به ویژه سوپ، فرنی و کته) اضافه نمود.
- کمی گوشت یا مرغ به غذای شیرخوار اضافه شود.
- از انواع حبوبات مانند عدس و ماش کاملا پخته می توان در غذای شیرخوار گنجاند.
- تخم مرغ آب پز را می توان داخل سوپ و یا ماکارونی پس از طبخ رنده کرد.
- میوه ها و سبزی ها از جمله مواد غنی از ویتامین و املاح به شمار می روند، بنابراین می توان انواع سبزی های زرد و نارنجی مانند کدو حلوائی و هویج و انواع سبزی های برگ سبز مانند جعفری و شوید به غذای شیر خوار اضافه کرد .
- غذاها با آب کم پخته شوند. بعد از پخت تکه های جامد غذا مانند گوشت، حبوبات، سیب زمینی و سبزی ها، آنها را از آب سوپ جدا کرده و له نموده، سپس کم کم آب سوپ را به آن اضافه کرده تا یک پوره غلیظ درست شود.

روشهای مقوی کردن غذا :

مقوی کردن غذا یعنی اضافه کردن برخی مواد غذایی با هدف افزایش مقدار انرژی غذا. روشهای زیر برای مقوی سازی غذای کودک توصیه می شود:

- به غذای کودکان مقدار کمی (به اندازه یک قاشق مرباخوری) کره، روغن زیتون یا روغن مایع اضافه شود.
- بدون آنکه حجم غذای کودک را افزایش دهد مقدار کالری آن را افزایش می دهد، ضمن آنکه بلع غذا برای کودک آسان تر می شود.
- در ضمن باید توجه داشت اگر مقدار زیادی روغن به غذا اضافه شود، ممکن است کودک احساس سیری کند و نتواند همه غذایش را بخورد.

- اگر کودک رشد مناسبی دارد، اضافه کردن روغن بیشتر درغذای کودک ضرورت ندارد زیرا باعث افزایش وزن کودک می شود.
- سوپ از جمله غذاهای بسیار مغذی است که البته اگر رقیق تهیه شود مقدار انرژی آن ناکافی خواهد بود. بنابراین از مادر بخواهید که از دادن سوپ رقیق به کودک خودداری و سعی کند با استفاده از روش های مختلف مانند اضافه کردن کره، روغن یا برنج آن را مقوی کند.
- بر روی نان یا بیسکویت کودک که معمولا به عنوان میان وعده مصرف می شود کمی کره یا روغن مایع مالیده می شود.
- میزان شکر موجود در غذای کودک در محدوده دستور تهیه غذا باشد.
- غذاهای شیرین ضمن تغییر ذائقه کودک می تواند جایگزین غذاهای اصلی و حتی شیرمادر شده و به دلیل فقدان ریزمغذی ها موجب ابتلا کودک به سوء تغذیه گردد.

برخی از مواد غذایی نامناسب یا ممنوع برای تغذیه کودکان زیر یک سال:

- از دادن شیرگاو و عسل (به دلیل خطر بوتولیسم) به کودک زیریک سال خودداری شود .
- تا حد امکان از دادن آب میوه طبیعی به شیرخوار زیر یک سال خودداری شود و برای کودکان ۷-۱۲ ماهه از پوره میوه ها استفاده شود. مصرف آب میوه ممکن است منجر به ابتلا شیرخوار به اضافه وزن ، چاقی، اسهال ، نفخ و فساد دندان شود. در شرایط خاص مانند یبوست یا کم خونی ناشی از فقر آهن می توان روزانه ۶-۱۲ قاشق مرباخوری (۳۰-۶۰ سی سی) آب میوه طبیعی به کودک داد .
- نمک و ادویه به غذای شیرخوار اضافه نشود .
- از دادن آدامس ، آب نبات ، تکه های بزرگ سیب، آجیل، ذرت، کشمش، هویج خام، کرفس، انگور و گیلان به دلیل احتمال خفگی به شیرخوار خودداری شود.) از مغزها می توان به صورت پودر شده برای مقوی کردن غذاها استفاده نمود.)
- چای ، قهوه و دم کرده های گیاهی مانع جذب مواد مغذی مانند آهن می شوند و تا حد امکان نباید مصرف شوند. یا باید مصرف چای و قهوه کاهش یابد) حتی برای نرم کردن غذای شیرخوار از چای استفاده نشود.) در صورتیکه مادر برای دادن چای به شیرخوار اصرار دارد باید حداقل ۲ ساعت قبل یا بعد غذا به شیرخوار داده شود .
- از دادن لبنیات غیر پاستوریزه (مانند شیر، ماست و پنیر محلی) خودداری گردد .
- از دادن مواد غذایی و نوشیدنی های حاوی قند افزوده مانند انواع آب میوه های صنعتی، نوشابه ها، بیسکویت ها و کیک ها، انواع شکلات ها و شیرینی ها خودداری شود .

برخی از رفتارهای غذایی نادرست در تغذیه کودکان زیر یک سال:

- از دادن انواع تنقلات کم ارزش مانند شیرینی ها ، چیپس ، پفک و ... به شیرخوار خودداری گردد .
- مصرف نوشیدنی های شیرین موجب افزایش خطر اضافه وزن و چاقی شده و پوسیدگی دندان را در شیرخواران افزایش می دهد. همچنین موجب عادت کردن ذائقه کودک به طعم شیرین می شود، بنابراین از دادن نوشیدنی های شیرین مانند چای شیرین و آب میوه های صنعتی به شیرخوار خودداری شود .
- از اضافه کردن شکر به هر نوع غذای کودک مانند ماست ، سوپ ، میوه یا سبزی پخته خودداری گردد. شکر دریافتی مهم ترین عامل غذایی اضافه وزن و چاقی و پوسیدگی دندان ها می باشد .
- از مواد غذایی کنسرو شده در تهیه غذای شیرخوار استفاده نشود. زیرا حاوی نمک و شکر زیادی هستند .
- از دادن تخم مرغ خام و تخم مرغ عسلی که خوب پخته نشده خودداری شود .
- نمک به غذای کودک اضافه نشود تا کودک به طعم طبیعی غذاها عادت کند

تغذیه در سال دوم :

- در سال دوم زندگی ، کودکان یاد می گیرند که به طور مستقل غذا بخورند و الگوی غذایی در این دوران شکل می گیرد. بعد از سال اول تولد میزان رشد و اشتهاى کودک کاهش می یابد. مقدار غذایی که کودکان در سال دوم می خورند ممکن است در هر وعده غذایی نیز متفاوت باشد. همچنین ممکن است مواد غذایی که برای خوردن انتخاب می کنند تنوع کمتری داشته باشد. در این گروه سنی، نگرانی والدین از وضعیت رشد کودک به دلیل تغییر در اشتهاى کودک یکی از مهم ترین مشکلاتی است که توسط والدین بیان می شود.
- نکته:** با توجه به این که پایش رشد کودکان بیانگر وضعیت تغذیه آنان می باشد، بدیهی است با تعیین وزن و قد کودک در مراکز خدمات جامع سلامت و تعیین روند رشد کودک می توان به والدین اطمینان داد که کودک آنان در صورت رشد مطلوب، مشکلی نداشته و نباید نگران بی اشتهاى کودک باشند.

تغذیه در سال دوم نکات مهم در مورد تغذیه با شیر مادر برای کودک ۱-۲سال:

- تغذیه منظم با شیرمادر در سال دوم زندگی همچنان یک ضرورت است چرا که :
- یک منبع خوب تامین پروتئین برای کودک است. حدود یک سوم انرژی موردنیاز روزانه او را تامین می کند.
 - به تداوم رشد مناسب کودک کمک می کند و مواد ایمنی بخش موجود در آن برای محافظت کودک در برابر عفونت ها موثر است.

- نیازهای عاطفی و روانی شیرخوار را تامین نموده و در تکامل ذهنی و جسمی او نقش به سزائی دارد.
- در مواقع ابتلای کودک به بیماری و به دنبال آن بی اشتهايي، یک منبع مهم تامین کننده انرژی برای کودک است چراکه اغلب کودکان در زمان بی اشتهايي ناشی از بیماری، فقط به شیرمادر تمایل دارند.
- در صورت ابتلا به اسهال و استفراغ، هیچ چیز به اندازه شیرمادر برای شیرخوار قابل تحمل نیست.

توصیه های تغذیه ای برای کودک ۱ تا ۲ سال :

- هر چقدر شیرخوار میخواهد با شیر مادر تغذیه شود.
- بر خلاف سال اول زندگی، در کودکان ۱ تا ۲ساله تغذیه با شیرمادر بهتر است نیم تا ۱ساعت پس از صرف غذای کودک انجام شود و در حقیقت تغذیه از سفره خانوار بر تغذیه با شیر مادر اولویت دارد.
- تنوع غذایی، استفاده از تمام گروه های اصلی غذایی و انتخاب مواد غذایی دارای ارزش تغذیه ای مناسب در برنامه غذایی کودک در نظر گرفته شود.
- در این دوره تنوع در برنامه غذایی کودک کم می گردد زیرا کودک در برابر مواد غذایی جدید بسیار مقاومت نشان می دهد و تنها مواد غذایی اندکی را انتخاب می کند که مورد علاقه اش می باشد.
- بنابراین ضروری است که غذاهای جدید به دفعات (۸-۱۰ بار) به کودک معرفی شود و اگر بعد از ۱۰ بار کودک نپذیرفت، مادر می تواند نتیجه گیری کند که کودک آن را دوست نداشته است.
- از غذاهای متنوع خانواده شامل پنج گروه اصلی غذایی (نان و غلات، شیرو لبنیات، گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزدا نه ها ، سبزی ها و میوه ها) به کودک داده شود.
- از سبزی های برگ سبز تیره و نارنجی و میوه های زرد و نارنجی (جعفری ، گشنیز، هویج، کدو حلوايي ، انبه، زردآلو و مرکبات) که منابع غذایی ویتامین A و C هستند به کودک داده شود.
- در هر وعده به اندازه ۳ / ۴ تا یک لیوان غذا به شیرخوار داده شود (یک لیوان = ۲۴۰ سی سی) با توجه به این که یک قاشق غذاخوری سر صاف انواع برنج پخته ۱۵ گرم و یک قاشق غذاخوری سر پر انواع برنج پخته ۲۰ گرم است . یک لیوان معادل ۱۶ قاشق غذاخوری سر صاف انواع برنج پخته و یا ۱۲ قاشق غذاخوری سر پر انواع برنج پخته است.
- هر روز ۳ تا ۴ وعده غذا به کودک داده شود.

- هر روز ۱ - ۲ بار میان وعده در بین غذاهای اصلی به کودک داده شود.
- میان وعده را باید ۵، ۱ تا ۲ ساعت قبل از وعده اصلی به کودک داد.
- میان وعده غذایی از بین گروههای اصلی غذایی انتخاب شود:
- به عنوان میان وعده در برنامه غذایی کودک ۱ تا ۲ ساله تنقلات بی ارزش نظیر غلات حجیم شده، شکلات، چیپس، آب میوه های تجاری و نظایر آنها جایگاهی نداشته به جای آن از میان وعده های مغذی نظیر انواع میوه ها، سبزی ها، شیر پاستوریزه، ماست، نان، پنیر کم نمک و خرما استفاده شود.
- از دادن انواع نوشیدنی های شیرین به دلیل افزایش خطر اضافه وزن و چاقی، پوسیدگی دندان و کاهش دریافت مواد مغذی تا حد امکان خودداری شود.
- در برنامه غذایی کودک فقط از ماست پاستوریزه ساده استفاده شده و از مصرف انواع ماست میوه های صنعتی خودداری شود. در صورت تهیه ماست میوه خانگی فقط میوه به ماست اضافه شده و از اضافه کردن شکر به ماست میوه خودداری شود.
- از دادن آدامس، آب نبات، تکه های بزرگ سیب، آجیل، ذرت، کشمش، هویج خام، کرفس، انگور و گیلاس به دلیل احتمال خفگی به کودک خودداری شود. (از مغزها می توان به صورت پودر شده برای مقوی کردن غذاها استفاده نمود).
- تخم مرغ کاملاً پخته شده به کودک داده شود و از دادن تخم مرغ خام یا خوب پخته نشده خودداری شود.
- از دادن شیر و لبنیات غیر پاستوریزه خودداری شود.
- آب میوه طبیعی را می توان به میزان ۱۲۰ تا ۱۸۰ سی سی در روز به کودک داد. غذاهای مصرفی باید دارای ۸/۰ الی ۱ کیلوکالری انرژی در هر گرم باشد.
- در صورتیکه غذاهای داده شده رقیق و حاوی مواد مغذی کمتری باشد، کودک باید در هر وعده یک لیوان کامل دریافت نماید.
- از نمک پدیدار تصفیه شده در پخت غذا استفاده شود.
- اگر برنج به صورت کته یا کاملاً نرم شده نیست آن را با پشت قاشق و کمی آب خورش باید نرم و له نمود.

- اگر کودک شیر مادر نمی خورد روزانه ۱ تا ۲ وعده غذایی اضافه به او داده شود .
- اگر کودک به ماده غذایی آلرژی دارد ، باید از برنامه غذایی کودک حذف و جایگزین مناسب قرار گیرد.
- غلاتی که کودک قدرت جویدن آن ها را دارد مانند برنج به صورت کته های مختلف مخلوط با سبزی ها، حبوبات و گوشت های نرم به او داده شود.

برخی نکات قابل توجه در مشاوره:

غلظت و قوام غذای کمکی متناسب با سن شیر خوار : استفاده از سوال های مناسب و استفاده از عکس راهنمای غلظت غذای کمکی و آموزش عملی مادران در خصوص طرز تهیه فرنی و یا سایر غذاها با غلظت مناسب.

تنوع غذایی : تاکید بر استفاده از تمام گروه های غذایی و تاکید بر استفاده از جایگزین های مناسب و متناسب با سن شیرخوار و همچنین استفاده از جایگزین های هر گروه در وعده های ناهار و شام مثلا استفاده از گوشت سفید ، تخم مرغ، ماهی یا حبوبات به جای گوشت قرمز .

مقدار غذای متناسب با سن شیرخوار در هر وعده : تعیین اندازه ظرف غذا و مقدار غذایی که شیرخوار آن را خورده (استفاده از تصاویر کتاب مقیاس خانگی) و تعیین اندازه پیمانه های محلی و افزایش تعداد وعده ها در صورت دریافت کم کودک در هر وعده.

داشتن آلرژی به ماده غذایی خاص :

- سوال کردن از مادر در مورد علائم آلرژی شیرخوار مانند تاول پوستی، جوش پوستی، اسهال، استفراغ، مشکل تنفسی و سرفه .
- اگر پاسخ مادر مثبت بود تا تایید پزشک در مورد داشتن آلرژی شیرخوار به آن ماده غذایی، آن ماده غذایی از برنامه غذایی شیرخوار حذف و انتخاب جایگزین مناسب
- سوال کردن از مادر در مورد داشتن آلرژی به ماده غذایی خاص در پدر، مادر، خواهر یا برادر.

فصل ۱۲: آشنایی با نحوه ارزیابی تغذیه شیر خوار و کودک خرد سال

اهداف آموزشی:

انتظار می رود در پایان این درس فراگیر بتواند:

۱. شیر خواران زیر ۶ ماه را از نظر وضعیت تغذیه تا پایان ۶ ماهگی ارزیابی کنند.
۲. کودکان ۶ ماه تا ۵ سال را از نظر وضعیت تغذیه ای ارزیابی کنند.

استراتژی جهانی تغذیه شیر خواران و کودکان خردسال:

استراتژی جهانی تغذیه شیر خواران و کودکان خردسال توسط WHO و UNICEF تدوین و در سال ۲۰۰۲ اجرائی گردید. این استراتژی ها منجر به ارائه توصیه جهانی بهداشت عمومی مبنی بر حفظ حمایت و ترویج تغذیه انحصاری با شیر مادر به مدت ۶ ماه و تغذیه تکمیلی مناسب و سالم همراه با تداوم تغذیه با شیر مادر به مدت ۲ سال یا بیشتر گردید. بسیاری از مادرانی که تغذیه با شیر مادر را به طور رضایت بخشی شروع می کنند، اغلب در طول چند هفته اول پس از زایمان تغذیه تکمیلی را شروع کرده و یا تغذیه با شیر مادر را متوقف می کنند، علاوه بسیاری از کودکان حتی آنها که در ۶ ماه اول زندگی خوب رشد کرده اند تغذیه تکمیلی را به اندازه کافی دریافت نمی کنند در نتیجه ممکن هستند مبتلا به سوءتغذیه شوند. سوءتغذیه بطور مستقیم یا غیر مستقیم عامل مرگ ۵۰٪ از ۶/۱ میلیون موارد مرگ سالانه کودکان زیر ۵ سال جهان می باشد.

روند ارزیابی تغذیه در شیر خواران:

تغذیه با شیر مادر، روش بی نظیر تامین غذای ایده آل برای رشد و نمو سالم شیر خواران می باشد. تغذیه انحصاری با شیر مادر یعنی به شیر خوار فقط شیر مادر داده شود و او هیچ نوع مایعات یا غذای جامد دیگری حتی آب دریافت نکند و دادن قطره یا شربت مکمل ها ی، ویتامین ها و مواد معدنی و نیز دارو ها در این تعریف مجاز است.

بعد از ۶ ماهگی تمام شیر خواران برای تکمیل تغذیه با شیر مادر به غذاهای دیگری نیاز دارند که تغذیه تکمیلی نامیده می شود بعد از شروع تغذیه تکمیلی، تغذیه با شیر مادر باید تا ۲ سال و حتی بعد از آن ادامه یابد.

ارزیابی وضعیت تغذیه کودک طبق جداول "ارزیابی سلامت مادر و وضعیت شیردهی" ، "ارزیابی تغذیه تا پایان شیردهی" ، "ارزیابی تغذیه تا پایان یکسالگی" و "ارزیابی تغذیه از پایان ۶ ماه تا ۵ سال" انجام می گردد. برای آنکه بتوانید به مادرانی که در مورد ارزش شیر مادر تردید دارند کمک کرده و آنان را حمایت کنید باید بدانید چقدر تغذیه با شیر مادر اهمیت دارد. هم چنین لازم است تفاوت های بین شیر مادر و شیر مصنوعی را بدانید.

در ۶ ماه اول زندگی، تغذیه انحصاری با شیر مادر تمام مواد غذایی و آب مورد نیاز شیرخوار را تامین می کند ولی از ۶ ماهگی به بعد شیر مادر به تنهایی برای تأمین نیازهای شیرخوار کفایت نمی کند. شیرخوار از ۶ ماهگی به بعد، علاوه بر شیر مادر به تغذیه کمکی نیز نیاز دارد اما تداوم تغذیه با شیر مادر همچنان منبع مهم انرژی و مواد مغذی با کیفیت محسوب می شود. در سال دوم عمر شیرخوار باید همراه با تداوم شیرمادر با غذاهای خانواده هم تغذیه شود و شیرمادر تا یک سوم نیاز انرژی و اکثر مواد مغذی مورد نیاز او را تامین می کند و حفاظت شیرخوار در برابر بیماریها نیز تداوم دارد .

ارزیابی وضعیت تغذیه شیرخوار تا پایان شیردهی :

این ارزیابی با گوش دادن به مادر و مشاهده شیردادن او انجام می شود. در ابتدا نوع تغذیه شیرخوار را سوال کنید و برحسب آن، سوالات مربوطه را بپرسید. در صورت مصرف همزمان چند نوع شیر سوالات مربوط به هر بخش پرسیده شود.

با توجه به سوالات، وضعیت تغذیه شیرخوار را حسب نشانه ها طبقه بندی کنید و سپس توصیه های لازم را به مادر ارائه دهید و یا مادر و شیرخوار را در صورت لزوم ارجاع دهید: مقابل هر سوال، شماره جدولی که برای توصیه و اقدام لازم باید به آن مراجعه کنید نوشته شده است. (با توجه به اینکه در فصول قبلی تمام مطالب مربوط به تغذیه کودکان توضیح داده شده است ، لذا اغلب جداول اشاره شده در چارتهای تغذیه در ضمیمه ۱۲ آمده است).

اگر شیرخوار با شیرمادر تغذیه می شود: در سوالات مربوط به تغذیه با شیرمادر، برخی سوالات خاص مراقبت ۳-۵ روزگی است که برای غربالگری احتمال مشکلات شیردهی و مداخلات بموقع اهمیت خاصی دارد. لذا باید در مراقبتهای دوران بارداری و موقع ترخیص پس از زایمان از بیمارستان به مادر تاکید شود که در اولین ویزیت حتما خودش همراه با نوزاد مراجعه نماید تا بتوان شیردهی او را مشاهده و در صورت لزوم برای استقرار و تداوم شیردهی کمک و راهنمایی نمود . در صورت مراجعه نکردن مادر و نوزاد برای مراقبت نوبت ۳-۵ روزگی، سوالات آن در اولین ویزیت (تا قبل از ۲ ماهگی) باید سوال شود. لازم به ذکر است که در مراقبت ۳-۵ روزگی سایر سوالات جدول نیز که مربوط به تا پایان ۶ ماهگی است، باید سوال شود .

جدول ارزیابی تغذیه تا پایان شیردهی

ارزیابی تغذیه تا پایان شیردهی

نوع تغذیه را سوال و تعیین کنید: شیر مادر شیر مصنوعی شیر مادر و شیر مصنوعی شیر دام
در صورت مصرف همزمان چند نوع شیر سوالات مربوط به هر بخش پرسیده شود.

نوعیه‌ها	طبقه بندی	نشانه‌ها	شیر مادر / شیر مادر و شیر مصنوعی سوال کنید / بررسی کنید
<ul style="list-style-type: none"> • ارجاع به مشاور شیردهی • در صورت عدم دسترسی به مشاور شیردهی طبق جدول مشاوره با مادر و راهنمای مشاوره اقدام شود. • شیرخوار زیر دو ماه ۲۴ ساعت بند بیگیری شود. • شیرخوار بالای دو ماه ۱ هفته بند بیگیری شود. 	<p style="text-align: center;">مشکل تغذیه یا شیر مادر</p>	<ul style="list-style-type: none"> • زیاد شدن جریان شیر یا دفع مدفوع با رنگ غیر طبیعی یا • تغییر وزن غیر طبیعی (کاهش وزن بیشتر از ۲ درصد وزن تولد در روز چهارم) یا • نوزاد با شرایط خاص (بارسی، کم وزنی، دویا چندقلوی، شکاف کام و لب، زردی...) 	<ul style="list-style-type: none"> • آیا جریان شیر زیاد شده است؟ (جدول ۱ و ۵) (۳ تا ۵ روزگی) • آیا تعداد دفعات دفع ادرار بر اساس سن نوزاد مناسب است؟ (جدول ۳) (تا مراقبت ۳۰ تا ۴۵ روزگی) • آیا تعداد دفعات دفع مدفوع بر اساس سن نوزاد مناسب است؟ (جدول ۳) (تا مراقبت ۳۰ تا ۴۵ روزگی) • آیا مدفوع بر اساس سن نوزاد/ شیرخوار رنگ طبیعی دارد؟ (جدول ۳) (از مراقبت ۲-۵ روزگی تا مراقبت ۱۵-۱۲ روزگی) • آیا شیرخوار تغییرات وزن طبیعی بر اساس سن دارد؟ (جدول ۳) • آیا شیرخوار بعد از شیر خوردن آرام و راحت است؟ (جدول ۳ و ۷)
<ul style="list-style-type: none"> • توصیه‌ها متناسب با مشکل شیرخوار، بر اساس جدول بولکت انجام شود. • سلامت و شیردهی مادر طبق صفحه قبل مشاهده و ارزیابی شود. • بیگیری: - شیرخوار زیر دو ماه ۲۴ ساعت بند بیگیری شود. - شیرخوار بالای دو ماه ۱ هفته بند بیگیری شود. - در صورتی که بعد از بیگیری مشکل شیرخوار برطرف نشد ارجاع به پرستک/ مشاور شیردهی انجام شود. 	<p style="text-align: center;">احتمال مشکل تغذیه یا شیر مادر</p>	<ul style="list-style-type: none"> • تعداد دفعات دفع ادرار کم یا • تعداد دفعات دفع مدفوع کم یا • بدخلتی و ناراضی نوزاد پس از تغذیه از پستان یا • تا زمان استقرار شیردهی در هر وعده از دو پستان نباشد یا • در هر وعده شیردهی تخلیه کامل پستان انجام نشود یا • شیردهی بر حسب نیاز شیرخوار انجام نشود و طبق زمان بندی مادر باشد یا • دفعات شیردهی شب مناسب نیست یا • تعداد دفعات شیردهی کمتر از تعداد مناسب یا • مادر و شیرخوار در یک اتاق نمی‌خوابند یا • شیرخوار زیر ۶ ماه در طی ۲۴ ساعت گذشته به جز شیر مادر یا چیر دیگری تغذیه شده باشد یا • دادن گول رنگ یا شیشه شیر به شیرخوار • امتناع شیرخوار از گرفتن پستان یا • عدم شروع تغذیه تکمیلی پس از پایان ۶ ماهگی یا • از ۶ ماهگی تا یکسالگی شیر مادر غذای اصلی کودک نیست یا • عدم تداوم تغذیه با شیر مادر تا یکسالگی یا • پس از یکسالگی غذای اصلی شیرخوار غذای خانواده نیست یا • بارداری مادر همزمان با شیردهی 	<ul style="list-style-type: none"> • آیا شیردهی به نوزاد/ شیرخوار در هر وعده بطور متناوب از دو پستان است؟ (جدول ۲) (تا مراقبت ۳۰ تا ۴۵ روزگی) • آیا شیردهی تا تخلیه کامل یک پستان و رها کردن آن توسط نوزاد/ شیرخوار ادامه می‌یابد؟ (جدول ۲) (از مراقبت ۲ ماهگی) • آیا شیرخوار در شب در فواصل ۲ ساعت برای شیردهی بیدار می‌شود یا در صورت بیدار شدن مادر او را بیدار می‌کند؟ (تا ۶ ماهگی) (جدول ۲) • آیا شیردهی بر حسب تقاضای نوزاد/ شیرخوار انجام می‌شود؟ (جدول ۲) • آیا تعداد دفعات شیردهی متناسب با سن شیرخوار است؟ (جدول ۲) • آیا شیرخوار از گول رنگ یا شیشه شیر استفاده می‌کند؟ (تا ۶ ماهگی) (جدول ۱۳ و ۱۲) • آیا شیرخوار و مادر در یک اتاق می‌خوابند؟ (تا ۶ ماهگی) (جدول ۲) • آیا شیرخوار زیر شش ماه در طی ۲۴ ساعت گذشته فقط با شیر مادر تغذیه شده است؟ (جدول ۲) (از اولین مراقبت تا ۶ ماهگی پرسیده شود) • آیا شیرخوار کاملاً سالم است و شرایط خاصی مثل تارسی (کمتر از ۳۷ هفته)، کم وزنی، دویا چندقلویی، شکاف کام و لب، زردی ندارد؟ (جدول ۱۰) • آیا شیرخوار از گرفتن پستان مادر امتناع می‌کند؟ (جدول ۸) • آیا شیرخوار پس از پایان شش ماهگی تغذیه تکمیلی را آغاز کرده است؟ (یکبار از مراقبت ۷ ماهگی سوال شود) (شاخص) • آیا از ۶ ماهگی تا یکسالگی شیر مادر غذای اصلی کودک است؟ (از مراقبت ۷ ماهگی تا مراقبت ۱۲ ماهگی سوال شود) • آیا تا پایان یکسالگی تغذیه با شیر مادر تداوم داشته است؟ (در مراقبت ۱۲ یا ۱۵ یا ۱۸ ماهگی پرسیده شود) (شاخص) • پس از یکسالگی آیا غذای اصلی شیرخوار غذای خانواده است؟ (در مراقبت ۱۲ یا ۱۵ یا ۱۸ ماهگی پرسیده شود) • آیا مادر همزمان با شیردهی این کودک مجدداً باردار است؟ (جدول ۱۷) • آیا تا پایان دو سالگی تغذیه با شیر مادر تداوم داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (در مراقبت ۲۴ یا ۳۰ ماهگی پرسیده شود) (شاخص)
<ul style="list-style-type: none"> • تداوم تغذیه انحصاری تا شش ماهگی، تداوم تغذیه یا شیر مادر به عنوان غذای اصلی تا یکسالگی و تداوم تغذیه با شیر مادر در کنار غذای خانواده تا ۲ سال • تعیین زمان مراقبت بعدی 	<p style="text-align: center;">مشکل تغذیه یا شیر مادر ندارد</p>	<ul style="list-style-type: none"> • پاسخ همه سوالات بله است و وضعیت شیردهی طبیعی است. 	<p style="text-align: center;">طبقه بندی کنید</p>

اگر شیرخوار شیر مادر می‌خورد: (سوال کنید):

- آیا جریان شیر زیاد شده است؟ (جدول ۱ و ۵) (۳ تا ۵ روزگی)

مرحله دوم لاکتوژن یا ساخت شیر همراه با زایمان آغاز شده و شامل تغییرات بهم پیوسته ای است که طی ۴ روز به تولید کامل شیر می انجامد که مرحله حساس و حیاتی در شیرسازی است که در طی آن با افزایش چشمگیر حجم شیر، غلظت اجزای شیر نیز سریعاً تغییر می کند.

احساس مادر از به شیر آمدن با بزرگ شدن پستان، پر شدن و سفت شدن آن و نشت آغوز/ شیر همراه است (حجم شیر مصرفی نوزاد رسیده به سرعت بین ۹۶-۳۶ ساعت پس از زایمان افزایش می یابد و در ۱ ماهگی در حد ۷۰۰-۸۰۰ سی سی در ۲۴ ساعت ثابت می ماند).

تاخیر در شیرسازی به مدت ۷۲ ساعت بعد از زایمان موجب کوتاه شدن تداوم شیردهی می گردد .

- آیا تعداد دفعات دفع ادرار بر اساس سن نوزاد مناسب است؟ (جدول ۳ تا مراقبت ۳۰ تا ۴۵ روزگی)

- آیا تعداد دفعات دفع مدفوع بر اساس سن نوزاد مناسب است؟ (جدول ۳ تا مراقبت ۳۰ تا ۴۵ روزگی)

- آیا مدفوع بر اساس سن نوزاد/شیرخوار رنگ طبیعی دارد؟ (جدول ۳ از مراقبت ۳-۵ روزگی تا مراقبت ۱۵-۱۴ روزگی)

- آیا شیرخوار تغییرات وزن طبیعی بر اساس سن دارد؟ (جدول ۳)

از آنجا که نوزادان در چند روز اول وزن از دست می دهند پس در ویزیت ۳-۵ روزگی باید میزان وزن از دست رفته و وزن گیری او بررسی و تصمیم گیری شود.

جدول ۳) کفایت تغذیه با شیر مادر، ناکافی بودن واقعی یا ذهنی شیرمادر

نشانه های سیری و گرسنگی شیرخوار را به مادر آموزش دهید:

- نشانه های گرسنگی: حرکات دهان، مکیدن لب و انگشت، نق زدن و صداهای ظریف، و یا هرچیزی را به دهان می برد. وقتی شیرخوار این علائم را نشان می دهد، اجازه ندهید گریه کند و برافروخته شود.

- گریه، بیخ زدن و کمانه زدن علامت دیررس گرسنگی است و نباید اجازه داد گرسنگی شیرخوار به این مرحله برسد. چنانچه شیرخوار گریه کند و آشفته شود، ابتدا باید او را آرام کرده و سپس به پستان گذاشت تا بتواند آن را درست بگیرد.

- نشانه های سیری: توقف صدای بلع، توقف بیشتر بین دفعات مکیدن، رفع نشانه های گرسنگی، افزایش مکیدنهای غیر تغذیه ای پستان، رها کردن پستان و ریلکس (شل شدن) و به خواب رفتن.

- شیرخوار بعد از شیر خوردن آرام و راحت است.

مادر را در مورد نشانه های کفایت شیرمادر آموزش دهید:

- بهترین راه برای تشخیص کفایت شیرمادر، افزایش وزن شیرخوار و ترسیم منحنی رشد او می باشد.

- معمولا نوزادان در ۲-۴ روز اول پس از تولد وزن از دست می دهند. کاهش وزن بیشتر از ۷ درصد وزن تولد بیش از اندازه بوده و باید تولید شیر و انتقال آن به شیرخوار ارزیابی شود. شیرخواری که وزن زیادی از دست نداده و بطور موثری تغذیه می شود و شیر کافی دریافت می کند از روز ۴ تا ۵ پس از تولد شروع به افزایش وزن به میزان تقریبا ۱۵ تا ۳۰ گرم در روز می نماید. با این میزان افزایش وزن، بیشتر شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می شوند تا روز ۱۴-۱۰ وزنی بیشتر از وزن تولد خود خواهند داشت و طی ۲ ماه اول ۱۵۰ تا ۲۱۰ گرم در هفته افزایش وزن دارند. چنانچه نوزادی که با شیرمادر تغذیه می شود وزنش در ۲ هفته کمتر از وزن زمان تولدش باشد نیازمند ارزیابی دقیق و مداخله است. بهر حال حدود حداقل ۶۰۰ گرم) یا بیشتر) افزایش وزن در ماه مطلوب است.

ادامه جدول ۳ در ضمیمه ۱۲ آمده است.

اگر شیرخوار شیرکافی دریافت کند، از روز ۳ به بعد حداقل ۲ بار در روز اجابت مزاج دارد که باید با حجم کافی و با قوام نرم باشد اما از یک ماهگی به بعد ممکن است چند روز یکبار اجابت مزاج داشته باشد اما مدفوع نرم است و سفت و خشک نیست و برخی شیرخواران با هر بار تغذیه یک بار دفع مدفوع دارند. اصولاً از روز ۷-۵ به بعد، ۸-۶ کهنه خیس یا ۶-۵ پوشک خیس و ۴-۳ بار مدفوع در شبانه روز مورد انتظار است.

- آیا شیرخوار بعد از شیرخوردن آرام و راحت است؟ (جدول ۳ و ۷)
- آیا شیردهی به نوزاد / شیرخوار در هر وعده بطور متناوب از دو پستان است؟ (جدول ۲) (مراقبت ۳۰ تا ۴۵ روزگی)
- آیا شیردهی تا تخلیه کامل یک پستان و رها کردن آن توسط نوزاد / شیرخوار ادامه می‌یابد؟ (جدول ۲) (مراقبت ۲ ماهگی)

شیرخواران از لحاظ مدت تغذیه از پستان در هر وعده بسیار متفاوت هستند. بطوریکه مکیدن بین ۵ تا ۴۰ دقیقه معمول است. (اگر تغذیه شیرخوار مرتباً بیش از این طول می‌کشد، ممکن است نشان دهنده وضعیت نادرست پستان گرفتن او باشد. این وضعیت را کارکنان بهداشتی درمانی باید کنترل کنند). ابتدا به شیر خوار فرصت دهید به مدت دلخواه به تغذیه از یک پستان ادامه دهد تا قسمت آخر شیر را که سرشار از چربی است، دریافت کند. شیرخوار با رها کردن پستان، به خواب رفتن و یا توقف مکیدن نشان می‌دهد که تغذیه از پستان اول را تمام کرده است. سپس در صورت تمایل کودک می‌توانید پستان دوم را به او عرضه کنید. اگر مایل به گرفتن آن نیست، نگران نباشید. می‌توانید در نوبت بعدی ابتدا از آن پستان شیر بدهید. به این ترتیب هر دو پستان‌ها به یک اندازه تحریک خواهند شد. اگر در هر وعده شیرخوردن، تغذیه به مدت کوتاه از هر دو پستان باشد این امر ممکن است سبب شود که فقط شیر اولیه که کم چربی (کم انرژی) است دریافت شده و نوزاد از قسمت آخر شیر که چرب است و سبب افزایش وزن میشود محروم گردد.

- آیا شیرخوار در شب در فواصل ۳ ساعت برای شیردهی بیدار میشود یا در صورت بیدار نشدن مادر او را بیدار می‌کند؟ (تا ۶ ماهگی جدول ۲)
- آیا شیردهی برحسب تقاضای نوزاد / شیرخوار انجام می‌شود؟ (جدول ۲)
- آیا تعداد دفعات شیردهی مناسب با سن شیرخوار است؟ (جدول ۲)

شیرخواری که خواب آلود بوده و خود تقاضای شیر نمی‌کند مادر باید او را بیدار کرده و تشویق به شیرخوردن نماید. شیرخواران به دلایل مختلف شب‌ها بیدار می‌شوند و به آغوش و شیر مادر نیاز دارند. تحریک پستان از طریق تغذیه شبانه شیرخوار برای حفظ تولید شیر لازم است. میزان ترشح هورمون در شب

بالتر است بنابراین با تغذیه شبانه شیرخوار، علاوه بر رفع نیاز او، شیر بیشتری تولید می شود. پس مادر باید بقدر کافی استراحت کند و کودک را نزدیک خود بخواباند. در این صورت می توان در حال خواب و بیداری شیر داد. چنانچه از کهنه بیشتر و یا ضخیم تر برای کودک استفاده شود لازم نیست پس از هر بار شیردادن کهنه او عوض شود مگر اینکه لباس های شیرخوار خیس شده باشد.

روشهای بیدار کردن شیرخوار خواب آلود را به مادر یاد بدهید:

سعی کنید وقتی شیرخوار در مرحله خواب سبک است او را بیدار کنید. گر چه چشمه‌پایش بسته است ولی به حرکت سریع چشمها در زیر پلک و حرکت دست و پا و لبها و تغییر قیافه او دقت کرد. میزان روشنایی را کم کنید چون در نور زیاد ممکن است شیرخوار چشمش را ببندد. پتوی روی بچه را شل کنید و یا از روی او بردارید. اگر درجه حرارت اتاق اجازه میدهد غیر از پوشک همه لباسهای او را در آورید. توجه داشته باشید که در حرارت بالای ۳۷ درجه تمایل به مکیدن کم میشود. با او صحبت کنید و سعی کنید تا تماس چشمی برقرار کنید. شیرخوار را در وضع ایستاده یا عمودی نگهدارید. در حالی که شیرخوار در دامن مادر است با بلند کردن سر، شانه ها و تنه، او را از ناحیه مفاصل ران و نه کمر خم کنید و به ملایمت به صورت نشسته در آورید. خم کردن از ناحیه کمر ممکن است به او آسیب برساند.

روش های زیاد کردن تحریکات را به مادر یاد بدهید:

آهسته به پشت شیرخوار ضربه زده یا او را ماساژ دهید یا انگشتان را روی ستون مهره های شیرخوار حرکت دهید. پوشک او را عوض کنید. به آرامی دستها و پاهای کودک را بمالید. تماس پوستی با شیرخوار را با ماساژ یا حمام گرفتن زیاد کنید. به بازو و ران او شبیه بازی) پشت دستی (ضربه های بسیار آرام و ملایم بزنید. پیشانی و گونه های شیرخوار را با یک پارچه مرطوب و خنک ماساژ دهید. دور لبهای شیرخوار را با نوک انگشتان دایره وار لمس کنید. شیر را روی لبهای او بدوشید.

راههای حفظ و تداوم شیردهی عبارتند از:

رعایت وضعیت صحیح تغذیه با شیر مادر ، تکرر شیردهی ، تخلیه کامل پستان ، شیردهی در شب ، تغذیه از دو پستان و بطور متناوب ، بیدار کردن شیرخوار برای تغذیه ، هم اتاقی مادر و شیرخوار و عدم جدایی ، عدم شروع زود هنگام تغذیه تکمیلی ، جلوگیری از سردرگمی شیرخوار ، عدم استفاده از قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری ، جلوگیری از کار زیاد و خستگی مادر ، رژیم غذایی مادر شیرده

توضیحات تکمیلی در ضمیمه ۱۲ آمده است.

- آیا شیرخوار از گول زنک یا شیشه شیر استفاده می کند؟ (تا ۶ ماهگی جدول ۱۳ و ۱۴)

- از دادن گول زنک به شیرخوار باید پرهیز شود. هیچ ماده ای حتی شیر دوشیده شده مادر را نباید با بطری یا شیشه شیر به شیرخوار بدهند. رایج ترین و بدترین راه آرام کردن شیرخوار دادن پستانک به اوست. مکیدن از نیازها و غرایز طبیعی کودک است. شیر خوار این نیاز خود را با مکیدن پستان مادر ارضا می کند و اگر انگشتان دستش را بمکد خیلی بهتر از وابسته شدن به پستانک است. پستانک به سهولت آلوده میشود و شیرخوار را بیمار می کند، تمیز کردن و ضدعفونی کردن آن ساده نیست. در بلند مدت به شکل و حالت فک و دهان و دندان های کودک لطمه می زند. برخی از عوارض پستانک و سرشیشه عبارتند از :
- سردر گمی شیرخوار در مکیدن و امتناع او از گرفتن پستان مادر
- بدلیل عدم تمایل به مکیدن و تحریک پستان و کاهش برداشت شیر سبب کوتاه شدن طول مدت مکیدن در شبانه روز، کاهش مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر و کل مدت تغذیه با شیر مادر و قطع شیردهی می گردد
- کاهش دفعات تغذیه با شیرمادر در نتیجه کندی افزایش وزن شیر خوار
- افزایش احتمال حاملگی زود رس مادر و افزایش احتمال ماستیت و آبسه پستان در برخی مادران
- عفونت گوش میانی (گوش درد)، عفونت قارچی دهان و برفک و پوسیدگی دندان و رشد دندانی نامناسب شیرخواران که برخی از این اثرات نامطلوب دائمی است و اصلاح پیامدهای آن در مراحل بعدی زندگی بی نهایت مشکل است
- آثار زیانبار بر تکامل روانی اجتماعی ، تکلم و هوش کودک، اثر سوء بر تمایل کودک برای تقلید صداها و هوشمندی او و همچنین باعث وابستگی طولانی مدت می شود .

- آیا شیرخوار و مادر در یک اتاق می خوابند؟ (تا ۶ ماهگی جدول ۲)

- شیرخواران باید در تمام مدت شبانه روز در اتاق مادر و در کنار تخت مادر نگهداری شوند. جدایی مادر و شیرخوار گاه بصورت عدم هم اتاقی آنهاست و یا گاه به دلیل بیماری مادر و یا شیرخوار و بستری شدن یکی از آنها در بیمارستان ، گاه به دلیل شاغل بودن مادر ، جدایی پدر و مادر، یا فوت مادر اتفاق می افتد . در هر مورد باید با مادر مشاوره و او را حسب مورد راهنمایی و کمک کرد. در مورد هم اتاق بودن مادر شیرخوار مزایای آنرا برای مادر بیان کنید.

- آیا شیرخوار زیر شش ماه در طی ۲۴ ساعت گذشته فقط با شیر مادر تغذیه شده است؟ (جدول ۴) (از اولین مراقبت تا ۶ ماهگی پرسیده شود)

- شیر خوار تا پایان ۶ ماهگی فقط باید با شیر مادر تغذیه شود و هیچ نوع ماده غذایی و آشامیدنی دیگری حتی آب به او داده نشود که تغذیه انحصاری با شیرمادر نامیده می شود. دادن دارو در صورت لزوم و قطره

ویتامین AD یا مولتی ویتامین و مواد معدنی و نیز تغذیه با شیر دوشیده شده مادر اشکالی ندارد. شیرخوار نباید نوشیدنی یا غذایی غیراز شیرمادر دریافت کند، نباید گول زنگ استفاده کند، تغذیه مکرر در روز و شب لازم است پس دفعات و مدت مکیدن او نباید محدود شود. اگر هر یک از این نکات رعایت نشود، دیگر تغذیه انحصاری با شیرمادر محسوب نمی شود و شیرخوار از مزایای کامل این روش تغذیه بهره مند نمی شود. اگر شیرخوار زیر ۶ ماه غذا یا مایعات دیگری دریافت می کند باید علت آن سوال شود و برای کاهش مصرف آنها و افزایش تغذیه با شیرمادر تلاش شود. (مطالب جدول ۴ در ضمیمه ۱۲ آمده است).

آیا شیرخوار کاملاً سالم است و شرایط خاصی مثل نارسایی (کمتر از ۳۷ هفته)، کم وزنی، دو یا چندقلویی، شکاف کام و لب، زردی ندارد؟ (جدول ۱۰)

آیا شیرخوار از گرفتن پستان مادر امتناع می کند؟ (جدول ۸)

شما باید علل امتناع کودک از شیرخوردن را تشخیص دهید و از چگونگی کمک به مادر و شیرخوار آگاه باشید تا دوباره شیردهی برقرار و برای مادر و کودک لذت بخش شود.

در فصول قبل مطالب لازم توضیح داده شده است. ضمناً جدول ۸ و ۱۰ در ضمیمه ۱۲ آمده است.

آیا شیرخوار پس از پایان شش ماهگی تغذیه تکمیلی را آغاز کرده است؟ (یکبار از مراقبت ۷ ماهگی سوال شود) (شاخص)

آیا از ۶ ماهگی تا یکسالگی شیر مادر غذای اصلی کودک است؟ (از مراقبت ۷ ماهگی تا مراقبت ۱۲ ماهگی سوال شود)

آیا تا پایان یکسالگی تغذیه با شیر مادر تداوم داشته است؟ (در مراقبت ۱۲ یا ۱۵ یا ۱۸ ماهگی پرسیده شود) (شاخص)

پس از یکسالگی آیا غذای اصلی شیرخوار غذای خانواده است؟ (در مراقبت ۱۲ یا ۱۵ یا ۱۸ ماهگی پرسیده شود)

آیا مادر همزمان با شیردهی این کودک مجدداً باردار است؟

اگر مادر در دوران شیردهی باردار شده است. لزومی به قطع شیردهی نیست. ولی چنانچه مادر سابقه زایمان زودرس داشته یا درد رحمی و خونریزی و کاهش وزن در بارداری دارد، دلایل پزشکی برای از شیرگیری در طول بارداری می باشد. انقباضات رحمی، معمولاً خطری برای جنین ندارد اما برای مشاوره با پزشک مادر را ارجاع دهید. خانم بارداری که شیر هم می دهد باید به تغذیه و استراحت خود بیشتر توجه کند.

آیا تا پایان دو سالگی تغذیه با شیر مادر تداوم داشته است؟ (در مراقبت ۲۴ یا ۳۰ ماهگی پرسیده شود)

چگونه شیرخوار را از نظر تغذیه با شیر مادر ارزیابی و طبقه بندی نمایید:

سه طبقه بندی برای تغذیه کودک با شیر مادر وجود دارد:

- مشکل تغذیه با شیر مادر
- احتمال مشکل تغذیه با شیر مادر
- مشکل تغذیه با شیرمادر ندارد

در صورت هر یک از موارد زیر شیرخوار در طبقه بندی "**مشکل تغذیه با شیر مادر**" قرار می گیرد:

- زیاد نشدن جریان شیر یا
- دفع مدفوع با رنگ غیر طبیعی یا
- تغییر وزن غیرطبیعی (کاهش وزن بیشتر از ۷ درصد وزن تولد در روز چهارم) یا
- نوزاد با شرایط خاص (نارسی، کم وزنی، دو یا چندقلو، شکاف کام و لب، زردی....)

کودک را برای مشاوره شیردهی ارجاع دهید در صورت عدم دسترسی به مشاور شیردهی طبق جداول مشاوره با مادر و راهنمای مشاوره اقدام شود. شیرخوار زیر دو ماه 24 ساعت بعدپیگیری شود شیرخوار بالای دو ماه 1 هفته بعد پیگیری شود.

در صورت هر یک از موارد زیر شیرخوار در طبقه بندی "**احتمال مشکل تغذیه با شیر مادر**" قرار می گیرد:

- تعداد دفعات دفع مدفوع کم یا
- بدخلقی و ناآرامی نوزاد پس از تغذیه از پستان یا
- تا زمان استقرار شیردهی در هر وعده از دو پستان نباشد یا
- در هر وعده شیردهی تخلیه کامل پستان انجام نشود یا
- شیردهی بر حسب نیاز شیرخوار انجام نشود و طبق زمان بندی مادر باشد یا
- دفعات شیردهی شب مناسب نیست یا
- تعداد دفعات شیردهی کمتر از تعداد مناسب یا
- مادر و شیرخوار در یک اتاق نمی خوابند یا
- شیرخوار زیر 6 ماه در طی 24 ساعت گذشته به جز شیر مادر با چیز دیگری تغذیه شده باشد یا
- دادن گول زنک یا شیشه شیر به شیرخوار
- امتناع شیرخوار از گرفتن پستان یا
- عدم شروع تغذیه تکمیلی پس از پایان 6 ماهگی یا
- از 6 ماهگی تا یکسالگی شیر مادر غذای اصلی کودک نیست یا
- عدم تداوم تغذیه با شیر مادر تا یکسالگی یا
- پس از یکسالگی غذای اصلی شیرخوار غذای خانواده نیست یا
- بارداری مادر همزمان با شیردهی

توصیه ها متناسب با مشکل شیرخوار، بر اساس جداول انجام شود. سلامت و شیردهی مادر مشاهده و ارزیابی شود. شیرخوار زیر دو ماه ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود. شیرخوار بالای دو ماه ۱ هفته بعد پیگیری شود. در صورتی که بعد از پیگیری مشکل شیرخوار بر طرف نشود/مشاور شیردهی انجام شود.

در صورتیکه پاسخ همه سوالات بلی است و وضعیت شیردهی طبیعی است شیرخوار در طبقه بندی "مشکل تغذیه با شیرمادر ندارد" قرار میگیرد و موارد زیر باید انجام گردد:

- تداوم تغذیه انحصاری تا شش ماهگی، تداوم تغذیه با شیر مادربه عنوان غذای اصلی تا یکسالگی و تداوم تغذیه با شیر مادر در کنار غذای خانواده تا 2 سال.
- تعیین زمان مراقبت بعدی

سلامت و شیردهی مادر را ارزیابی و نحوه شیردهی را مشاهده کنید.

در ارزیابی وضعیت سلامت و شیردهی مادر حضور مادر ضروری است. این ارزیابی یکبار در اولین مراجعه انجام شود و سپس در هر بار مراجعه که ارزیابی وضعیت تغذیه نوزاد/شیرخوار در طبقه بندی «احتمال مشکل تغذیه با شیر مادر» قرار گیرد (تا پایان ۶ ماهگی) لازم است ارزیابی وضعیت سلامت و شیردهی مادر نیز تکمیل گردد.

ارزیابی و مشاهده سلامت و شیردهی مادر

تاریخ تولد مادر..... سن مادر..... وزن مادر..... قد مادر..... BMI مادر.....

سوال کنید / بررسی کنید
<ul style="list-style-type: none"> • آیا مادر سابقه جراحی پستان دارد؟ (این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود) • آیا مادر نوک پستان صاف و فرو رفته دارد؟ (این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود) (جدول ۵ و ۱۸) • آیا پستان مادر دچار مشکلاتی نظیر احتقان، زخم نوک پستان، مجاری بسته و آبسه یا عفونت پستان است؟ (جدول ۵ و ۱۸) • آیا در اظهارات مادر در مورد شیردهی باورهای نادرست وجود دارد؟ (جدول ۱۹) (این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود) • آیا مادر در بارداری اخیر دیابت داشته است؟ (از مراقبت ۳ تا ۵ تا ۵ روزگی تا مراقبت ۲ ماهگی یک بار سوال شود) • آیا مادر زایمان سخت داشته است؟ (از مراقبت ۳ تا ۵ تا ۵ روزگی تا مراقبت ۲ ماهگی یک بار سوال شود) • آیا مادر سزارین شده است؟ (از مراقبت ۳ تا ۵ تا ۵ روزگی تا مراقبت ۲ ماهگی یک بار سوال شود) • آیا مادر عوارض شدید بارداری و زایمانی داشته است؟ (مراقبت ۳ تا ۵ تا ۵ روزگی یا مراقبت ۱۵ و ۱۴ روزگی یک بار سوال شود) • آیا سن مادر زیر ۱۶ سال است؟ (تا زمانی که مادر زیر ۱۶ سال است این سوال پرسیده شود) • آیا مادر قبل از بارداری سوء تغذیه کم وزنی داشته است؟ (این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود) • آیا مادر سوء تغذیه کم وزنی دارد؟ (شاخص توده بدنی کمتر از ۱۸٫۵) • آیا مادر تغذیه ناکافی و نامناسب دارد؟ (جدول ۱۷) • آیا مادر برای فرزند قبلی مشکل شیردهی داشته است؟ (جدول ۱۷) (این سوال در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود) • آیا در بارداری اخیر، مادر حاملگی بدون برنامه ریزی (ناخواسته) داشته است؟ (جدول ۱۷) (این سوال در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود) • آیا مادر داروهایی که در شیردهی منع مصرف مطلق یا نسبی دارد، مصرف می کند؟ (جدول ۱۷) • آیا مادر مشکلات روحی / روانی دارد؟ یا دارو مصرف می کند؟ (فرم غربالگری سلامت روان مادر یکبار پس از زایمان طبق دستور عمل اداره سلامت مادران تکمیل شود) • آیا مادر سوء مصرف مواد دارد؟ • آیا مادر مشکل خانوادگی دارد؟ (جدول ۱۷) • آیا در مادر اعتماد به نفس کافی دیده نمی شود؟ (جدول ۱۷) • آیا مادر علائم بی خوابی و خستگی مفرط دارد؟ (جدول ۱۷) • آیا مادر شافل یا در حال تحصیل است و ساعتی را به دور از فرزندش می گذراند؟ (جدول ۵ و ۶) (این سوال از بدو تولد تا مراقبت ۶ ماهگی پرسیده شود) • آیا پوش پیشگیری از بارداری مادر نامناسب با شیردهی انتخاب شده است؟ (طبق دستور عمل باورزی سالم)

طبقه بندی کنید

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> • سابقه جراحی پستان یا • احتقان، زخم نوک پستان، مجاری بسته / آبسه / عفونت پستان یا • مصرف داروهایی که منع مصرف مطلق دارد یا • وجود مشکلات روحی و روانی یا مصرف دارو یا • سوء مصرف مواد 	مشکل سلامت و شیردهی مادر	<ul style="list-style-type: none"> • ارجاع به مشاور شیردهی • در صورت عدم دسترسی به مشاور شیردهی طبق جداول مشاوره با مادر و راهنمای مشاوره اقدام شود. • در صورت نیاز به کارشناس سلامت روان ارجاع شود. • پیگیری، مادر نوزاد / شیرخوار زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد / مادر شیرخوار بالای ۲ ماه ۱ هفته بعد
<ul style="list-style-type: none"> • نوک پستان صاف و فرو رفته یا • میان باورهای غلط یا • دیابت در بارداری اخیر یا • زایمان سخت یا • زایمان به طریق سزارین یا • ابتلا به عوارض شدید بارداری و زایمان یا • سن زیر ۱۶ سال یا • سوء تغذیه قبل از بارداری یا • لاغری (توده بدنی کمتر از ۱۸٫۵) یا • تغذیه نامناسب یا ناکافی یا • تجربه عدم موفقیت در شیردهی قبلی یا • حاملگی ناخواسته یا برنامه ریزی نشده یا • مصرف داروهایی که منع مصرف نسبی دارد یا • وجود مشکلات خانوادگی یا • عدم وجود اعتماد به نفس کافی یا • بی خوابی و خستگی مفرط یا • شروع به کار یا تحصیل در شش ماه اول شیردهی یا • استفاده از روش های پیشگیری از بارداری نامناسب 	احتمال مشکل سلامت و شیردهی مادر	<ul style="list-style-type: none"> • حمایت، آموزش و مشاوره با مادر برای اصلاح و رفع مشکل سلامت و شیردهی مادر • در صورت مشکلات تغذیه ای با سوء تغذیه مادر به کارشناس تغذیه ارجاع شود • پیگیری، نوزاد / شیرخوار زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد / شیرخوار بالای ۲ ماه ۱ هفته بعد • در صورتی که بعد از ۲ بار پیگیری مشکل شیردهی مادر بر طرف نشود، به پزشک / مشاور شیردهی ارجاع شود
<ul style="list-style-type: none"> • پاسخ همه سوالات خیر است و وضعیت شیردهی طبیعی است. 	مشکل سلامت و شیردهی مادر ندارد	<ul style="list-style-type: none"> • تداوم تغذیه با شیر مادر به طور انحصاری تا شش ماه، همراه با غذای کمکی تا یکسال، بعد از یکسالگی غذای اصلی غذای خانواده باشد و تداوم شیردهی تا دو سال در کنار غذای خانواده

سوال کنید / بررسی کنید :

مادر رادر مورد جراحی قبلی پستان ، پستان های کوچک و بزرگ ، انواع نوک پستان ها و مشکلاتی مثل زخم شقاق، احتقان ، مجرای بسته، ماستیت و آبه سوال و بررسی کنید.

- آیا مادر سابقه جراحی پستان دارد؟

- آیا مادر نوک پستان صاف و فرو رفته دارد؟ (جدول ۵ و ۱۸)

- آیا پستان مادر دچار مشکلاتی نظیر احتقان، زخم نوک پستان، مجاری بسته و آبه یا عفونت پستان است؟ (جدول ۵ و ۱۸). جدول ۱۸ در ضمیمه ۱۲ آمده است.

- آیا در اظهارات مادر در مورد شیردهی باورهای نادرست وجود دارد؟ (جدول ۱۹)

جدول ۱۹) باورهای غلط در مورد تغذیه یا شیرمادر

از جمله این باورها که مانع شیردهی میگردند: نامناسب بودن آغوز ، تصور عدم توانایی در شیردهی به دوقلوها ، عدم امکان تغذیه انحصاری با شیرمادر، نوزادان کم وزن و نارس، داشتن پستان کوچک، تغییر شکل پستان در اثر شیردهی، اعتقاد به عدم تولید شیر در نزدیکان، سیر نشدن شیرخوار با شیر مادر، طعم بد شیر مادر و... ایجاد هرگونه شک و تردید در مادر و عدم حمایت و کمک به او، باورهای غلط را تقویت می کند. سخنان و عقاید مادر و اطرافیان وی را با دقت و حوصله کافی گوش کنید. مزایای شیرمادر را بیان کرده و با مشاوره و راهنماییهای صحیح ، باورهای غلط را از بین ببرید.

- آیا مادر در بارداری اخیر دیابت داشته است؟

- آیا مادر زایمان سخت داشته است؟

- آیا مادر سزارین شده است؟

- آیا مادر عوارض شدید بارداری و زایمانی داشته است؟

- آیا سن مادر زیر ۱۶ سال است؟

- آیا مادر قبل از بارداری سوء تغذیه کم وزنی داشته است؟

- آیا مادر سوء تغذیه کم وزنی دارد؟ (شاخص توده بدنی کمتر از ۱۸.۵)

- آیا مادر تغذیه ناکافی و نا مناسب دارد؟ (جدول ۱۷)

تمام مادران نیاز دارند که غذاها و مایعات کافی بخورند و بیاشامند تا احساس نمایند که حالشان خوب است و ضمناً "قادر باشند که از خانواده شان مراقبت کنند. اگر مادر غذاهای متنوع به مقدار کافی می خورد، پروتئین ها ، ویتامین ها و مواد معدنی مورد نیازش رادریافت خواهد کرد. لازم نیست مادران شیرده غذاهای مخصوص بخورند یا از خوردن غذاهای خاصی اجتناب کنند. بدن زنان در طول حاملگی چربی ذخیره می کند تا به تولید شیردر دوران شیردهی کمک کند. بخشی از شیرمادر از این ذخائر تولید می شود و بخشی

دیگر از غذاهایی است که می خورد. باید مادر دچار سوء تغذیه شدید باشد تا تولید شیرش بطور قابل ملاحظه کاهش یابد. چنانچه کمبود غذا وجود داشته باشد (قحطی) ابتدا از ذخایر بدن مادر برای تولید شیر استفاده می شود درمقایسه با مادری که خوب تغذیه شده، ممکن است حجم شیرش کاهش یافته، چربی و بعضی ویتامینها را کمی کمتر داشته باشد اما هنوز همچنان کیفیت خوبی خواهد داشت. اگر مادر غذاهای مقوی و خوبی نخورد یا یک وعده غذایی را از دست بدهد تولید شیرش کاهش نخواهد یافت. گرچه مادری که خیلی کار می کند، وقت برای غذا خوردن ندارد یا غذای کافی ندارد و یا از حمایت اجتماعی برخوردار نیست ممکن است از خستگی و کاهش تولید شیر رنج ببرد. مراقبت از مادر و صرف وقت برای تغذیه مکرر کودک، به تولید شیر کافی کمک خواهد کرد. تغذیه با شیرمادر بر امنیت غذایی تمام اعضای خانواده اثرگذار است. چنانچه منابع محدود باشد بهتر است بجای اینکه به کودک شیرمصنوعی بدهند، به مادر غذا داده شود تا بتواند از کودکش مراقبت کند. در این مورد با افراد خانواده گفتگو کنید. مادران شیرده اغلب تشویق می شوند که مقادیر زیادی مایعات بنوشند. نوشیدن مایعات بیشتر از آنی که برای رفع تشنگی مورد نیاز است تولید شیر را افزایش نخواهد داد و حتی ممکن است آنرا کاهش دهد. مادر باید تا حد رفع تشنگی (براساس تشنگی) و یادر صورتی که ادرارش کم یا غلیظ شود، مایعات بنوشد.

مادر نباید اقدام به گرفتن رژیم غذایی بنماید. رژیم گرفتن بلافاصله بعد از زایمان میتواند جریان شیر را کاهش دهد. در افرادی که به طور قابل ملاحظه ای اضافه وزن دارند، کاهش وزن ۱ تا ۲ کیلوگرم در ماه در حجم شیر تأثیری ندارد ولی توصیه میشود در ماه های اول انجام نشود. وزنگیری و نحوه تغذیه شیرخوار مرتب کنترل شود. خوردن کمتر از ۱۸۰۰ کیلوکالری و گرفتن رژیم مایعات توصیه نمی شود بلکه باید سبک زندگی تغییر و فعالیت بدنی افزایش یابد.

- آیا مادر برای فرزند قبلی مشکل شیردهی داشته است؟ (جدول ۱۷)

- آیا در بارداری اخیر، مادر حاملگی بدون برنامه ریزی (ناخواسته) داشته است؟ (جدول ۱۷)

- آیا مادر داروهایی که در شیردهی منع مصرف مطلق یا نسبی دارد، مصرف می کند؟ (جدول ۱۷)

داروهایی مثل استامینوفن، آسپیرین و مسکن های ساده، داروهای ضد فشار خون، سرماخوردگی و آنتی هیستامین ها به مقدار معمولی و مدت کوتاه و بسیاری از آنتی بیوتیک ها مانعی برای شیردادن نیستند و در صورت تجویز مادر می توانید مصرف نماید. تعداد داروهایی که منع شیردهی دارند، زیاد نیستند و اگر جایگزین ایمن تری نداشته باشند و با توصیه پزشک مادر مجبوره استفاده از آن ها باشد باید در طول مدت شیردهی شیر خود را بدوشد و دور بریزد تا ترشح شیر ادامه داشته باشد و پس از قطع دارو به شیردهی ادامه دهد. قبل از شروع مصرف این گونه داروها مادر می تواند چندین نوبت شیرخود را دوشیده و ذخیره کند تا برای تغذیه شیرخوار استفاده گردد. به طور کلی توصیه میشود مصرف دارو توسط مادر بلافاصله بعد از اتمام

یک وعده شیردادن باشد. در مورد داروهایی که یکبار در شبانه روز مصرف میشوند بهتر است زمان مصرف، قبل از طولانی ترین خواب کودک باشد که معمولاً در شب است.

- آیا مادر مشکلات روحی/ روانی دارد؟ یا دارو مصرف می کند؟

- آیا مادر سوء مصرف مواد دارد؟

- آیا مادر مشکل خانوادگی دارد؟ (جدول ۱۷)

- آیا در مادر اعتماد به نفس کافی دیده نمی شود؟ (جدول ۱۷)

- آیا مادر علائم بی خوابی و خستگی مفرط دارد؟ (جدول ۱۷).

جدول ۱۷ در ضمیمه ۱۲ آمده است.

- آیا مادر شاغل یا در حال تحصیل است و ساعاتی را به دور از فرزندش می گذراند؟

نحوه دوشیدن، ذخیره و نگهداری شیرمادر و همینطور نحوه تغذیه با فنجان را آموزش دهید (فصل ۱۰ گفته شد)

- آیا روش پیشگیری از بارداری مادر نامتناسب با شیردهی انتخاب شده است؟ (طبق دستورعمل باروری سالم)

شیردهی می تواند منجر به تاخیر در تخمک گذاری و تاخیر شروع قاعدگی شود و بنابراین می تواند به فاصله گذاری بین بارداری ها کمک کند. روش آمنوره شیردهی (LAM) به زنان کمک می کند که از شیردهی برای فاصله گذاری استفاده کنند. اثر بخشی روش LAM در روش های پیشگیری از بارداری % ۹۸ خواهد بود اما فقط در شرایطی که ۳ شرط زیر برقرار باشد:

- قاعدگی مادر هنوز شروع نشده باشد.

- مادر به طور انحصاری کودکش را با شیر خود تغذیه کند (روز و شب)

- بین دفعات شیردهی فاصله خیلی طولانی ایجاد نشود و شیرخوار کمتر از ۶ ماه سن داشته باشد.

چنانچه هر یک از این سه شرط وجود نداشته باشد، باید به مادر توصیه کرد که از روش های دیگر تنظیم خانواده برای به تاخیر انداختن حاملگی استفاده کند. بیشتر روش های تنظیم خانواده بجز قرصهای پیشگیری حاوی استروژن با شیردهی سازگار هستند.

چگونه مادر را از نظر سلامت و وضعیت شیردهی طبقه بندی نماییم:

سه طبقه بندی برای سلامت مادر و وضعیت شیردهی وجود دارد:

- مشکل سلامت و شیردهی مادر
 - احتمال مشکل سلامت و شیردهی مادر
 - مشکل سلامت و شیردهی مادر ندارد
- در صورت موارد زیرمادر در طبقه بندی "**مشکل سلامت و شیردهی مادر**" قرار می گیرد:

- سابقه جراحی پستان یا
 - احتقان، زخم نوک پستان، مجاری بسته/ آبرسه/ عفونت پستان یا
 - مصرف داروهایی که منع مصرف مطلق دارد یا
 - وجود مشکلات روحی و روانی یا مصرف دارو یا
 - سوء مصرف مواد
- مادر را برای مشاوره شیردهی ارجاع دهید. در صورت عدم دسترسی به مشاور شیردهی طبق جداول مشاوره با مادر و راهنمای مشاوره اقدام شود. در صورت نیاز به کارشناس سلامت روان ارجاع شود. پیگیری مادر نوزاد/ شیرخوار زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد . مادر شیرخوار بالای ۲ ماه یک هفته بعد.

➤ در صورت موارد زیر مادر در طبقه بندی "**احتمال مشکل سلامت و شیردهی مادر**" قرار می گیرد.

- نوک پستان صاف و فرو رفته یا
- بیان باورهای غلط یا
- دیابت در بارداری اخیر یا
- زایمان سخت یا
- زایمان به طریق سزارین یا
- ابتلا به عوارض شدید بارداری و زایمان یا
- سن زیر ۱۶ سال یا
- سوء تغذیه قبل از بارداری یا
- لاغری (توده بدنی کمتر از) ۱۸.۵ یا
- تغذیه نامناسب یا نا کافی یا
- تجربه عدم موفقیت در شیردهی قبلی یا
- حاملگی ناخواسته یا برنامه ریزی نشده یا
- مصرف داروهایی که منع مصرف نسبی دارد یا
- وجود مشکلات خانوادگی یا
- عدم وجود اعتماد به نفس کافی یا

- بی‌خوابی و خستگی مفرط یا
 - شروع به کار یا تحصیل در شش ماه اول شیردهی یا
 - استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری نامناسب
- حمایت، آموزش و مشاوره با مادر برای اصلاح و رفع مشکل سلامت و شیردهی انجام دهید. در صورت مشکلات تغذیه‌ای یا سوءتغذیه مادر به کارشناس تغذیه ارجاع شود.
- پیگیری نوزاد / شیرخوار زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد. شیرخوار بالای ۲ ماه ۱ هفته بعد. در صورتی که بعد از ۲ بار پیگیری مشکل شیردهی مادر برطرف نشد، به پزشک / مشاور شیردهی ارجاع شود.

- در صورتی که پاسخ همه سوالات خیر باشد و وضعیت شیردهی طبیعی باشد، مادر در طبقه بندی **"مشکل سلامت و شیردهی مادر ندارد"** قرار می‌گیرد. موارد ذیل را انجام دهید:
- تداوم تغذیه با شیر مادر به طور انحصاری تا شش ماه، همراه با غذای کمکی تایکسال، بعد از یکسالگی غذای اصلی خانواده باشد و تداوم شیردهی تا دو سال در کنار غذای خانواده.

نحوه شیردهی مادر را هنگام تغذیه شیرخوار مشاهده کنید:

فرم مشاهده شیردهی برای تمام شیرخواران زیر ۶ ماه یکبار در اولین ویزیت تکمیل شود و در مراجعات بعدی هر موقع که مشکل شیردهی وجود دارد، تکمیل گردد:

برای مشاهده شیردهی اگر شیرخوار تغذیه نشده از مادر بخواهید او را شیر بدهد و برای ۴ دقیقه او را مشاهده و موارد ذکر شده در جدول را که نشانگر آن است که شیردهی بخوبی پیش می‌رود بدقت توجه کنید. (اگر شیرخوار در ساعت گذشته شیر خورده از مادر بخواهید اگر امکان دارد صبر کند موقع شیر خوردن بعدی به شما اطلاع دهد.)

لازم به ذکر است که مشاهده شیردهی شامل ۵ قسمت است: وضعیت عمومی مادر و شیرخوار، وضعیت پستان مادر، وضعیت بغل کردن شیرخوار، وضعیت پستان گرفتن و نحوه مکیدن، که حین مشاهده شیردهی ارزیابی می‌شود. اگر مشکلی در نحوه شیردادن مشاهده گردید مادر را برای اصلاح وضعیت شیردهی به شیرخوار کمک و راهنمایی کنید:

جدول ۱۶) فرم مشاهده شیردهی

علائمی که نشان می دهد شیردهی خوب پیش می رود	علائمی حاکی از احتمال وجود مشکل
مادر: <input type="checkbox"/> مادر سالم به نظر می رسد. <input type="checkbox"/> مادر بیمار یا افسرده به نظر می رسد. <input type="checkbox"/> مادر راحت و آرام است. <input type="checkbox"/> مادر عصبی و ناراحت به نظر می رسد. <input type="checkbox"/> علائم بیوند عاطفی بین مادر و شیرخوار وجود دارد. <input type="checkbox"/> تماس چشمی مادر و شیرخوار وجود ندارد.	مادر: <input type="checkbox"/> شیرخوار خواب آلود یا بیمار به نظر می رسد. <input type="checkbox"/> شیرخوار بی خوابی یا گریه می کند. <input type="checkbox"/> شیرخوار در صورت گرسنگی پستان را جستجو نمی کند یا نمی گیرد. <input type="checkbox"/> شیرخوار در صورت گرسنگی پستان را جستجو نموده یا می گیرد.
پستان مادر: <input type="checkbox"/> پستان ها سالم به نظر می رسند. <input type="checkbox"/> پستان مادر احساس درد یا ناراحتی ندارد. <input type="checkbox"/> پستان را بخوبی با انگشتان دور از هاله نگهداشته شده	<input type="checkbox"/> پستانها قرمز، متورم یا نوک زخمی دارد. <input type="checkbox"/> پستان یا نوک آن دردناک است. <input type="checkbox"/> انگشتان مادر روی هاله قرار دارد.
وضعیت بغل کردن: <input type="checkbox"/> سر و گوش و گردن و تنه شیرخوار در یک امتداد قرار دارد. <input type="checkbox"/> بدن شیرخوار نزدیک بدن مادر است. <input type="checkbox"/> تمام بدن شیرخوار با دست مادر حمایت شده (بویژه در نوزادان) <input type="checkbox"/> شیرخوار بنحوی به پستان نزدیک میشود که بینی او مقابل نوک پستان قرار می گیرد.	<input type="checkbox"/> گردن و سرشیرخوار موقع شیرخوردن چرخیده است. <input type="checkbox"/> بدن شیرخوار نزدیک بدن مادر نیست. <input type="checkbox"/> فقط سر و گردن شیرخوار حمایت شده است. <input type="checkbox"/> شیرخوار بنحوی به پستان نزدیک می شود که لب تحتانی یا چانه او مقابل نوک پستان قرار می گیرد.
وضعیت پستان گرفتن: <input type="checkbox"/> قسمت بیشتری از هاله بالای لب فوقانی دیده می شود. <input type="checkbox"/> دهان کاملاً باز است. <input type="checkbox"/> لب تحتانی به بیرون برگشته <input type="checkbox"/> چانه او با پستان تماس دارد.	<input type="checkbox"/> قسمت بیشتری از هاله در پایین لب تحتانی دیده می شود. <input type="checkbox"/> دهان کاملاً باز نیست. <input type="checkbox"/> لب ها غنچه شده یا به داخل برگشته <input type="checkbox"/> چانه در تماس با پستان نیست.
نحوه مکیدن: <input type="checkbox"/> آهسته، عمیق و گاه با مکث است. <input type="checkbox"/> گونه ها موقع مکیدن برجسته است. <input type="checkbox"/> صدای بلع به گوش می رسد (پس از آمدن شیر) <input type="checkbox"/> شیرخوار پس از شیرخوردن، خود پستان را رها می کند. <input type="checkbox"/> مادر علائم بازتاب جهش شیر را حس می کند.	<input type="checkbox"/> مکیدن های سریع و سطحی است. <input type="checkbox"/> گونه ها موقع مکیدن به داخل کشیده می شود. <input type="checkbox"/> صدای ملج ملوج به گوش می رسد. <input type="checkbox"/> مادر شیرخوار را از پستان جدا می کند. <input type="checkbox"/> علائمی از بازتاب جهش شیر دیده نمی شود.

ارزیابی تغذیه تا پایان یکسالگی برای شیرخوارانی که از شیر مادر تغذیه نمی کنند:

ارزیابی تغذیه تا پایان یکسالگی

نوشته	طبقه بندی	توضیح
<ul style="list-style-type: none"> عدم وجود گدیگاسیون پزشکی برای تغذیه با شیر مصنوعی یا عدم وزن گیری مناسب 	مشکل تغذیه یا شیر مصنوعی	<ul style="list-style-type: none"> راهنمایی مادر برای تغذیه با شیر مادر و قطع تدریجی شیر مصنوعی ارجاع به مشاور شیردهی شیرخوار زیر دو ماه ۲۴ ساعت بعد و شیرخوار بالای دو ماه ۱ هفته بعد پیگیری شود.
<ul style="list-style-type: none"> وجود آندیکاسیون پزشکی برای تغذیه با شیر مصنوعی یا عدم تطابق مقدار و دفعات شیر مصنوعی با سن شیرخوار یا عدم رعایت اصول بهداشتی برای تهیه و آماده سازی صحیح شیر مصنوعی یا عدم رعایت روش پاکیزه سازی شیشه شیر 	احتمال مشکل تغذیه یا شیر مصنوعی	<ul style="list-style-type: none"> ارجاع برای دریافت کوبین یا شیر مصنوعی پاره ای آموزش اصول صحیح تغذیه مصنوعی و شستشوی وسایل آن مشاوره برای اصلاح میزان مصرف شیر مصنوعی شیرخوار زیر دو ماه ۲۴ ساعت بعد و شیرخوار بالای دو ماه ۱ هفته بعد پیگیری شود. در صورتی که بعد از پیگیری مشکل شیرخوار برطرف نشد ارجاع به پزشک / مشاور شیردهی انجام شود.
<ul style="list-style-type: none"> پاسخ همه سوالات بلی است و وضعیت شیردهی طبیعی است 	مشکل تغذیه یا شیر مصنوعی ندارد	تداوم مراقبت ها

طبقه بندی کنید

طبقه بندی کنید

ارزیابی تغذیه تا پایان یکسالگی

شیر مصنوعی *	سوال کنید / بررسی کنید
<ul style="list-style-type: none"> آیا دلیل پزشکی مطابق با دستورالعمل برای تغذیه نوزاد با شیر مصنوعی وجود دارد؟ (جدول ۱۱) آیا وزن گیری نوزاد / شیرخوار متناسب با سن او است؟ (جدول ۱۳) آیا مقدار و دفعات شیر مصنوعی مطابق سن شیرخوار است؟ (جدول ۱۱) آیا مادر روش آماده سازی شیر مصنوعی و رعایت اصول بهداشتی برای تهیه آن را به درستی می داند؟ (جدول ۱۲) در صورت استفاده از شیشه شیر، آیا مادر یا مراقبت کننده روش پاکیزه سازی شیشه شیر را رعایت می کند؟ (جدول ۱۳) 	

شیر دام	سوال کنید / بررسی کنید
<ul style="list-style-type: none"> آیا شیرخوار کمتر از یکسال از شیر دام استفاده می کند؟ (جدول ۱۲) 	

* در صورت مصرف شیر مصنوعی موارد زیر تکمیل شود:

سن شروع مصرف شیر مصنوعی چه سنی است؟ ماه روز

نوع شیر مصنوعی پاره ای غیر پاره ای

در صورتی که شیر مصنوعی پاره ای تجویز شده، به صورت کامل دریافت می شود یا به صورت کمکی؟ کامل کمکی

محل تجویز شیر مصنوعی پاره ای چیست؟

مطلوب نبودن نموده رشد شیرخوار چندقلویی بیماری مادر داروی مادر و مواد رادیواکتیو جدایی زودین فوت مادر نگرانی خانوادگی سایر

در صورتی که شیر مصنوعی غیر پاره ای مصرف می کند تعین کنید به نوصیه چه کسی بوده است؟ پزشک اطرافیان خودسرانه سایر

اگر شیرخواران زیر یکسال از شیر مصنوعی یا شیر دام استفاده می کنند برای ارزیابی سوالات زیر

از مادر پرسیده شود:

- آیا دلیل پزشکی مطابق با دستورالعمل برای تغذیه نوزاد با شیر مصنوعی وجود دارد؟ (جدول ۱۱)
- آیا وزن گیری نوزاد / شیرخوار متناسب با سن او است؟ (جدول ۳)
- آیا مقدار و دفعات شیر مصنوعی مطابق سن شیرخوار است؟ (جدول ۱۱)
- آیا مادر روش آماده سازی شیر مصنوعی و رعایت اصول بهداشتی برای تهیه آن را به درستی می داند؟ (جدول ۱۱)
- در صورت استفاده از شیشه شیر، آیا مادر یا مراقبت کننده روش پاکیزه سازی شیشه شیر را رعایت می

کند؟ (جدول ۱۳) **جدول در ضمیمه آمده است**

اگر شیرخوار زیر یکسال از شیر دام استفاده می کند.

سوال کنید؟ بررسی کنید:

آیا شیرخوار کمتر از یکسال از شیر دام استفاده می کند؟ (جدول ۱۲)

تغذیه با شیردام برای تغذیه شیرخوار زیر یکسال اصلاً توصیه نمی شود. در صورت محرومیت شیرخوار از شیرمادر و تغذیه او با شیر دام، با مادر مشاوره کنید که بهترین جایگزین شیرمادر، شیردایه است و در صورت عدم دسترسی به دایه سالم و مطمئن، شیرخوار با شیرمصنوعی تغذیه شود. ضمن مشاوره با مادر اگر وی تمایل به برقراری شیردهی دارد و شرایط مهیا است او را برای مشاوره به پزشک/مشاورشیردهی ارجاع دهید. شیرخوار زیر یکسالی که از شیر دام استفاده می کند در طبقه بندی مشکل تغذیه ای با شیر دام قرار میگیرد. مادر را به مشاورشیردهی ارجاع دهید. شیرخوار زیر دو ماه را ۲۴ ساعت بعد و بالای دوماه را یک هفته بعد پیگیری کنید.

چگونه شیرخوار زیر یکسال را از نظر تغذیه با شیر مصنوعی طبقه بندی می کنید :

سه طبقه بندی برای تغذیه با شیر مصنوعی برای شیرخوار زیر یکسال وجود دارد:

۱- مشکل تغذیه ای با شیرمصنوعی

۲- احتمال مشکل تغذیه ای با شیرمصنوعی

۳- مشکل تغذیه ای با شیرمصنوعی وجود ندارد.

۱- مشکل تغذیه ای با شیرمصنوعی: در صورت عدم وجود اندیکاسیون پزشکی برای تغذیه با شیر مصنوعی یا عدم وزن گیری مناسب شیرخوار در طبقه بندی مشکل تغذیه ای با شیرمصنوعی قرار میگیرد و اقدامات زیرباید انجام گردد:

- راهنمایی مادر برای تغذیه با شیرمادر و قطع تدریجی شیرمصنوعی

- ارجاع به مشاور شیردهی

- شیرخوار زیر دو ماه ۲۴ ساعت بعد و شیرخوار بالای دو ماه ۱ هفته بعد پیگیری شود.

۲- احتمال مشکل تغذیه ای با شیرمصنوعی: در صورت وجود اندیکاسیون پزشکی برای تغذیه با شیر

مصنوعی یا عدم تطابق مقدار و دفعات شیرمصنوعی با سن شیرخوار یا عدم رعایت اصول بهداشتی برای تهیه و آماده سازی صحیح شیر مصنوعی یا عدم رعایت روش پاکیزه سازی شیشه شیر شیرخوار در طبقه بندی احتمال مشکل تغذیه ای با شیرمصنوعی قرار می گیرد و اقدامات زیرباید انجام گردد:

- ارجاع برای دریافت کوپن یا شیر مصنوعی یارانه ای

- آموزش اصول صحیح تغذیه مصنوعی و شستشوی وسایل آن
- مشاوره برای اصلاح میزان مصرف شیر مصنوعی
- شیرخوار زیر دو ماه ۲۴ ساعت بعد و شیرخوار بالای دو ماه ۱ هفته بعد پیگیری شود.
- در صورتی که بعد از پیگیری مشکل شیرخوار بر طرف نشد ارجاع به پزشک/ مشاور شیردهی انجام شود.

۳- مشکل تغذیه ای باشیرمصنوعی وجود ندارد: در صورتیکه پاسخ همه سوالات بلی است و وضعیت شیردهی طبیعی است، شیرخوار در طبقه بندی مشکل تغذیه ای باشیرمصنوعی وجود ندارد قرار می گیرد و مراقبتها طبق معمول باید تداوم یابد.

ارزیابی تغذیه شیر خوار از پایان ۶ ماه تا ۵ سال :

پس از تعیین نوع شیر مصرفی شیرخوار و پرسیدن سوالات مربوطه از مادر ، برحسب نشانه ها طبقه بندی کرده و مشابه آنچه که برای شیرخوران کوچکتر در فوق ارائه گردید بر حسب سن شیرخوار با مادر مشاوره می کنید .

توصیه	طبقه بندی	نشانه	سوال کنید
<ul style="list-style-type: none"> • مشاوره با مادر برای هر مشکل • ۱ هفته بعد پیگیری شود. • ارجاع به پزشک/ مشاور شیردهی • مصرف مکمل ها براساس دستورعمل آموزش داده شود) 	احتمال مشکل تغذیه دارد	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت تطابق نداشتن تغذیه با شرایط مطلوب 	<p>پایان ۶ ماهگی تا پایان ۸ ماهگی: (مراقبت ۷ ماهگی)</p> <ul style="list-style-type: none"> • غذای کمکی را برای شیرخوار شروع کرده اید؟ • غذای کودک را با غلظت مناسب تهیه می کنید؟ (برای تعیین غلظت از عکس راهنما استفاده کنید) • بوره غلیظ ، غذاهای کاملاً نرم شده متناسب با سن و شرایط شیرخوار و متنوع از گروه های غذایی (بویژه منابع پروتئین حیوانی مانند گوشت (گوسفند و مرغ) و میوه ها و سبزی های غنی از ویتامین A و ویتامین D) به او داده می شود؟ • شیرخوار مقدار غذای متناسب با سن خود را در هر وعده می خورد؟ (بتدریج به ۱۲۵ سی سی یا نصف لیوان رسانده اید) • شیرخوار تعداد وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۳-۲ وعده غذا در روز) • شیرخوار تعداد میان وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۲-۱ میان وعده در روز) • شیرخوار به ماده غذایی خاصی آلرژی (حساسیت) دارد؟ • شما، همسرتان یا سایر فرزندانتان به برخی مواد غذایی آلرژی (حساسیت) دارید؟ • مایعات نیز به او می دهید؟ <p>۹ ماهگی تا پایان ۱۱ ماهگی: (مراقبت ۹ ماهگی)</p> <ul style="list-style-type: none"> • غذاهای متنوع نرم و له شده خانواده (غلات ، حبوبات ، گوشت ها ، میوه ها و سبزی های غنی از ویتامین A و ویتامین D) به او می دهید؟ • شیرخوار مقدار غذای متناسب با سن خود را در هر وعده می خورد؟ (۱۲۵ سی سی یا نصف لیوان در هر وعده) • شیرخوار تعداد وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۴-۳ وعده غذا در روز) • شیرخوار تعداد میان وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۲-۱ میان وعده در روز) • شیرخوار به ماده غذایی خاصی آلرژی (حساسیت) دارد؟ • مایعات نیز به او می دهید؟ <p>۱۲ ماه تا ۶۰ ماه:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کودک روزانه غذاهای متنوع شامل تمام گروه های غذایی (نان و غلات ، گوشت ، حبوبات ، تخم مرغ و مغزدا نه ها ، سبزی ها ، میوه ها و شیر و لبنیات) مصرف می کند؟ • کودک تعداد وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۴-۳ وعده غذا در روز) • کودک تعداد میان وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۲-۱ میان وعده در روز) • کودک سهم غذای کافی متناسب با سن در هر وعده می خورد؟ (در کودکان ۲-۱ سال سه چهارم لیوان ، در کودکان ۵-۲ سال ۱ لیوان) • شیرخوار به ماده غذایی خاصی آلرژی (حساسیت) دارد؟ • مایعات به کودک می دهید؟
<ul style="list-style-type: none"> • مادر را در مورد عملکرد خوب شیردهی و تغذیه مطلوب کودک تشویق کنید. • تداوم شیر مادر تا ۲۴ ماهگی را تأکید کنید. • بعد از ۲۴ ماهگی از شیرگیری تدریجی را توصیه کنید. (جدول ۲۰) • ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید. • مصرف مکمل ها براساس دستورعمل آموزش داده شود) 	مشکل تغذیه ندارد	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت وضعیت مطلوب و طبیعی تغذیه 	<p>طبقه بندی کنید</p>

جهت ارزیابی تغذیه شیرخواران ۶ ماه تا ۵ سال سوالات زیر را از مادر بپرسید:

پایان ۶ ماهگی تا پایان ۸ ماهگی (مراقبت ۷ ماهگی)

- غذای کمکی را برای شیرخوار شروع کرده اید؟

- غذای کودک را با غلظت مناسب تهیه میکنید؟

- پوره غلیظ، غذاهای کاملاً نرم شده متناسب با سن و شرایط شیرخوار و متنوع از گروههای غذایی (بویژه منابع پروتئین حیوانی مانند گوشت (گوسفند و مرغ) و میوه ها و سبزیهای غنی از ویتامین آ و ویتامین ث) به او داده میشود؟

- شیرخوار مقدار غذای متناسب با سن خود را در هر وعده می خورد؟ (بتدریج به ۱۲۵ سی سی یا نصف لیوان رسانده اید)

- شیرخوار تعداد وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۳-۲ وعده غذا در روز)

- شیرخوار تعداد میان وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۲-۱ میان وعده در روز)

- شیرخوار به ماده غذایی خاصی آلرژی (حساسیت) دارد؟

- شما، همسران یا سایر فرزندانان به برخی مواد غذایی آلرژی (حساسیت) دارید؟

- مایعات نیز به او می دهید؟

۹ ماهگی تا پایان ۱۱ ماهگی: (مراقبت ۹ ماهگی)

- غذاهای متنوع نرم و له شده خانواده (غلات، حبوبات، گوشتها، میوه ها و سبزیهای غنی از ویتامین آ و ویتامین ث) به او می دهید؟

- شیرخوار مقدار غذای متناسب با سن خود را در هر وعده می خورد؟ (۱۲۵ سی سی یا نصف لیوان در هر وعده)

- شیرخوار تعداد وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت میکند؟ (۴-۳ وعده غذا در روز)

- شیرخوار تعداد میان وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۲-۱ میان وعده در روز)

- شیرخوار به ماده غذایی خاصی آلرژی (حساسیت) دارد؟

- مایعات نیز به او می دهید؟

۱۲ ماه تا ۶۰ ماه:

- کودک روزانه غذاهای متنوع شامل تمام گروه های غذایی (نان و غلات، گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزانه ها، سبزی ها، میوه ها و شیر و لبنیات) مصرف می کند؟
- کودک تعداد وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۴-۳ وعده غذا در روز)
- کودک تعداد میان وعده های غذایی مغذی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۲-۱ میان وعده در روز)
- کودک سهم غذای کافی متناسب با سن در هر وعده می خورد؟ (در کودکان ۲-۱ سال سه چهارم لیوان، در کودکان ۵-۲ سال ۱ لیوان)
- شیرخوار به ماده غذایی خاصی آلرژی (حساسیت) دارد؟
- مایعات به کودک می دهید؟

برای ارزیابی تغذیه شیرخوار ۶ ماه تا ۵ سال ۲ طبقه بندی وجود دارد:

احتمال مشکل تغذیه ای وجود دارد-مشکل تغذیه ای وجود ندارد

۱- **احتمال مشکل تغذیه ای وجود دارد:** در صورت تطابق نداشتن تغذیه با شرایط مطلوب کودک در طبقه بندی "احتمال مشکل تغذیه ای وجود دارد" قرار می گیرد. با مادر برای هر مشکل مشاوره کنید. یک هفته بعد پیگیری کنید. ارجاع به پزشک/ مشاور شیردهی انجام گردد. مصرف مکمل ها بر اساس دستورعمل آموزش داده شود.

۲- **مشکل تغذیه ای وجود ندارد:** در صورت وضعیت مطلوب و طبیعی تغذیه کودک در طبقه بندی "مشکل تغذیه ای وجود ندارد" قرار میگیرد. مادر را در مورد عملکرد خوب شیردهی و تغذیه مطلوب کودک تشویق کنید. تداوم شیر مادر تا ۲۴ ماهگی را تأکید کنید. بعد از ۲۴ ماهگی از شیرگیری تدریجی را توصیه کنید. ارزیابی کودک را ادامه دهید. مصرف مکمل ها بر اساس دستورعمل آموزش داده شود.

فصل ۱۳: شناسایی و مدیریت مشکلات تغذیه ای کودکان و مشاوره با مادر در مورد

مشکلات تغذیه ای ، شناسایی و کاربرد اصول مکمل درمانی در کودکان

(اختلال رشد و سوء تغذیه و نحوه مدیریت آن در کودکان زیر پنج سال)

اهداف آموزشی:

انتظار می رود در پایان این درس فراگیر بتواند :

- ۱- نقش و اهمیت تغذیه در سلامت کودکان کامل توضیح دهد .
- ۲- کودکان دچار سوء تغذیه را شناسایی کند و اقدامات لازم را انجام دهد
- ۳- توصیه های تغذیه ای مناسب برای کودکان دچار مشکل تغذیه ای را ارائه بدهد.
- ۴- مشاوره تغذیه ای عمومی با مادر کودک بیمار انجام دهد
- ۵- اهمیت ریز مغذی ها را به صورت کامل شرح دهد .
- ۶- انواع ریز مغذی های مهم در روند رشد تکامل کودکان را نام ببرد .
- ۷- کمبودهای تغذیه ای رایج در ایران را نام برده و علل و عوامل کمبود ریزمغذی ها در کودکان را توضیح دهد .

نقش و اهمیت تغذیه در سلامت کودکان

رشد و تکامل از دوران جنینی آغاز می شود و با مراقبت و تغذیه مطلوب در دوران بارداری ، فرصت رشد و تکامل مطلوب کودک که حق طبیعی اوست فراهم می شود . مهمترین دوران رشد و تکامل کودکان دو سال اول زندگی است که نقش قابل ملاحظه ای بر عملکرد ذهنی و جسمی ، روانی ، اجتماعی و ایمنی کودک دارد . سوء تغذیه به طور مستقیم عامل مرگ ۵۰٪ از موارد مرگ سالیانه کودکان زیر ۵ سال (۶/۱۰ میلیون مرگ کودکان) در جهان می باشد .

بعلاوه یکی از شروط اساسی در سلامت هر فرد بهره گیری مطلوب بیولوژیک سلول ها از مواد غذایی است . بهرمندی کودک از شیر مادر و تغذیه از آن به مدت دو سال ، همچنین داشتن تغذیه متعادل، متنوع، کافی و

صحیح ، اصلی ترین عامل رشد و تکامل کودک و پیشگیری از بیماری های مربوطه (مانند سوء تغذیه ، کمبود ریز مغذی ها و ..) می باشد . سرعت رشد کودک در سال اول زندگی در بالاترین حد خود می باشد و در سال دوم کاهش محسوسی می یابد . در سنین بین ۳ تا ۵ سالگی نیز این کاهش سرعت همچنان مشاهده می شود . رشد طولی استخوان ها و افزایش حجم عضلات از جمله تغییرات جسمی این دوران از زندگی است . این رشد سریع نیازمند تغذیه ای صحیح و درست در تمام ابعاد می باشد .

اطلاع مادر از الگوی تغذیه ای مطلوب این دوران و اهمیت این سنین در ذائقه سازی و فراگرفتن رفتارهای مطلوب غذایی بسیار با اهمیت است . بر اساس آمار منتشره سازمان جهانی بهداشت و سایر سازمان های بین المللی در سال ۲۰۱۱ میلادی ۲۶٪ کودکان زیر ۵ سال دچار کوتاه قدی تغذیه ای متوسط و شدید و ۱۶٪ این کودکان از کم وزنی متوسط تا شدید رنج می بردند . این آمار گرچه نسبت به سال ۱۹۹۰ به ترتیب ۳۵ و ۲۶ درصد کاهش داشته ، اما همچنان رقمی چشمگیر و قابل توجه است .

چهار عامل اصلی در بروز سوء تغذیه و مشکلات تغذیه ای کودکان نقش دارند که عبارتند: فقر ، نبود مواد غذایی در محل ، نا آگاهی های تغذیه ای و ابتلا به بیماریهای مختلف ، که می توان با روش های مختلف و برنامه ریزی های مقتضی در این زمینه موانع رشد تکامل کودکان که آینده سازان جامعه اند را برطرف نمود .

مهمترین دوران رشد و تکامل مغزی کودک در دوسال اول زندگی است که نقش قابل ملاحظه ای بر عملکرد ذهنی ، جسمی ، روانی ، اجتماعی و ایمنی کودک دارد . تجربیاتی که کودک در سال های سوم تا پنجم زندگی کسب می کند او را برای کسب مهارت های اجتماعی و یادگیری در دوران مدرسه آماده می سازد مراقبت از کودک ، حمایت ، آموزش و پایش رشد برای بقاء ، رشد و تکامل کودک حائز اهمیت است . لذا در صورتیکه در ۵ سال اول خدمات و مراقبتهای با کیفیتی در دسترس باشند ، هزینه های آینده برای آموزش ، بهداشت و هزینه های اجتماعی کاهش خواهد یافت و سرمایه های اجتماعی فزونی می یابد .

افزایش ناکافی وزن کودک، یا به عبارتی سرعت نامناسب وزن گیری نشان دهنده اختلال رشد کودک است . این وضعیت میتواند به تدریج کودک را در معرض خطرو یا حتی سوء تغذیه قرار دهد . پایش منظم وزن کودک و رسم منحنی رشد او و مقایسه این منحنی با منحنی مرجع ، مهمترین معیار بررسی وضعیت رشد فیزیکی کودک است . هدف از ارائه مراقبت های تغذیه ای به این کودکان پیشگیری از ابتلای آنها به سوء تغذیه و بازگشت به وضعیت رشد مطلوب است . در هر بار مراجعه کودکان جهت دریافت خدمات برنامه کودک سالم ، وزن آنها باید اندازه گیری و بر روی منحنی وزن برای سن مشخص شود . بدیهی است در صورتی که منحنی رشد وزنی کودک بر روی کارت رشد وی ترسیم نشده باشد ارزیابی وضعیت رشد او امکان پذیر نخواهد بود .

پس از شناسائی کودکان مبتلا به اختلال رشد موارد زیر بررسی می شود:

سوابق پزشکی:

اختلال رشد می تواند ناشی از بیماری های حاد نظیر اسهال، عفونت های حاد تنفسی و مجاری ادراری، جراحی، بستری بودن در بیمارستان و نظایر آن در گذشته نزدیک باشد. تاثیرات این بیماری ها بر وضعیت متابولیسم و اشتهاى کودک و همچنین برخی از باورهای غلط در خصوص نحوه درمان این بیماری ها (نظیر استفاده از جوشانده های گیاهی، پرهیز های غذایی و...) می تواند از جمله دلایل رشد ناکافی کودک باشد. در کودکان شیرخوار مبتلا به اختلال رشد و به خصوص شیرخواران کمتر از ۲ ماه، شرح حال و معاینه فیزیکی مادر هم ضروری است و لازم است با مشاهده مادر در زمان شیردهی تکنیک صحیح شیر دادن مورد ارزیابی قرار گیرد.

ارزیابی تغذیه ای:

از آنجائیکه بیشترین سرعت رشد مربوط به ۳ ماهه اول زندگی است، بیشترین موارد شناسائی شده اختلال رشد نیز مربوط به همین دوران است. علل ابتلا به اختلالات رشدرا میتوان در دودسته علل ارگانیک (بیماریها و مشکلات زیستی) و غیر ارگانیک (عوامل اجتماعی، اقتصادی، محیطی و غیر پزشکی) تقسیم بندی نمود. در بین علل محیطی مهم ترین علت، فقر و ناامنی غذایی ناشی از آن است. از دیگر دلایل می توان به مشکلات شیردهی، اشکال در تهیه شیر مصنوعی و رفتارهای نادرست تغذیه ای اشاره نمود.

برخی از علل ارگانیک نیز مانند بیماریهای شایع، اختلالات متابولیک مادرزادی، سندرم های سوء جذب، بیماریهای کلیوی، سیستیک فیبروز، اختلالات مغزی و بیماریهای قلبی می باشند. اختلال رشد نشان دهنده وضعیت نامطلوب تغذیه و یا ابتلای کودک به بیماری در گذشته نزدیک است. هدف از ارزیابی تغذیه ای شناخت دلایل احتمالی رشد ناکافی کودک به منظور کنترل و رفع مشکلات موجود می باشد.

بررسی مصرف غذایی:

یکی از دلایل ابتلای کودک به اختلال رشد می تواند الگوی غذایی نامناسب او در گذشته نزدیک باشد. این مشکل عمدتاً نشانه آن است که غذای دریافتی کودک از مقدار انرژی کافی برخوردار نیست و یا دفعات تغذیه کودک نامناسب است. کمبود دریافت انرژی می تواند به دلایل مختلفی نظیر عدم مهارتهای مادر در شیردهی، بی اشتهاى کودک بواسطه بیماری یا برخی از شرایط محیطی خانوار، تغذیه کودک با غذاهای پرحجم و کم کالری، بی توجهی والدین و نظایر آن ایجاد شود. بنابراین پس از تشخیص ابتلای کودک به اختلال رشد (بر اساس نتایج تن سنجی) و بررسی سوابق پزشکی، لازم است ارزیابی میزان دریافت مواد غذایی بررسی شده نتایج آن در مداخله و مشاوره تغذیه مورد استفاده قرار گیرد.

مشاوره و آموزش تغذیه ای بهداشتی

کلیه کودکان مبتلا به اختلال رشد نیازمند دریافت خدمات مشاوره تغذیه ای بهداشتی می باشند. این خدمات در سطح اول خدمات بهداشتی توسط بهورزان در خانه های بهداشت و کاردanan در پایگاه های بهداشتی و مراقبیت سلامت ارائه می شود. این افراد باید در این جهت آموزش کافی دیده باشند. آموزش و مشاوره باید در هر بار مراقبت ارائه شود حتی اگر اختلال رشد کودک به دلیل بیماری باشد، آشنائی مادر با اصول تغذیه و بهداشت کودک می تواند در جبران عقب ماندگی رشد ناشی از بیماری او موثر باشد.

سوء تغذیه :

دوران کودکی از مهم ترین دوران زندگی برای دست یابی به رشد کافی و پایه ریزی برای تأمین سلامت در دوره های بعدی زندگی است. تغذیه نامناسب کودک در این دوران عواقب غیرقابل برگشتی مانند کوتاه قدی، کم وزنی، کاهش ضریب هوشی، کاهش قدرت یادگیری، افزایش ابتلا به بیماری ها و کاهش توانمندی های جسمی و ذهنی را بدنبال دارد. حجم معده کودک، کوچک است و به همین دلیل در هر وعده غذایی میزان محدودی غذا می تواند بخورد. از طرفی رشد جسمی کودک سریع و در نتیجه نیاز به مواد غذایی زیاد است. غذای کمکی که کودک در هر میان وعده می تواند استفاده کند باید ارزش غذایی زیادی داشته و حاوی مواد مغذی مورد نیاز برای رشد وی باشد. تنقلات غذایی کم ارزش موجب محروم شدن کودک از غذاهای اصلی و مواد مغذی و در نهایت موجب بروز **لاغری** و سوء تغذیه ی وی می شود و از طرفی مصرف مداوم این مواد، می تواند سبب بروز **چاقی** در کودک شود.

اختلال رشد و سوء تغذیه حاد:

در هر کودک بیمار وضعیت رشد و تغذیه از اهمیت بسیاری برخوردار است. **بیماری**، **رشد** و **تغذیه** در کودک بر یکدیگر اثرات متقابلی دارند، بطوری که بیماری می تواند منجر به اختلال رشد و سوءتغذیه شود همانطور که سوءتغذیه یا اختلال رشد نیز می تواند زمینه ساز ابتلا به بیماری شود. بنابراین توجه به هر سه این عوامل تاثیر گذار بر سلامت، در کودکان بیمار و سالم از هر سه جنبه پیشگیری، تشخیص و درمان ضروری است. جهت ارزیابی کودک از نظر اختلال رشد یا شدت ابتلا به سوء تغذیه، پایش رشد را باید با استفاده از چارت رشد وزن برای سن یا وزن برای قد و مقایسه با استاندارد منحنی رشد ارزیابی کرد. در کودکانی که دچار سوء تغذیه شدید (ماراسموس یا کواشیور کور) هستند بطور جایگزین می توانید دور وسط بازورا با استفاده از نوار MUAC اندازه گیری کنید. هر کودک زیر ۵ سال با دور میانه بازوی کمتر از ۱۱.۵ سانتیمتر به عنوان سوء تغذیه حاد شدید طبقه بندی می شود.

اندازه گیری محیط میانی بازو: نوار MUAC تکه متری است که به شکلی طراحی شده تا بتوان محیط میانه دور بازو را به راحتی اندازه گیری کرد.

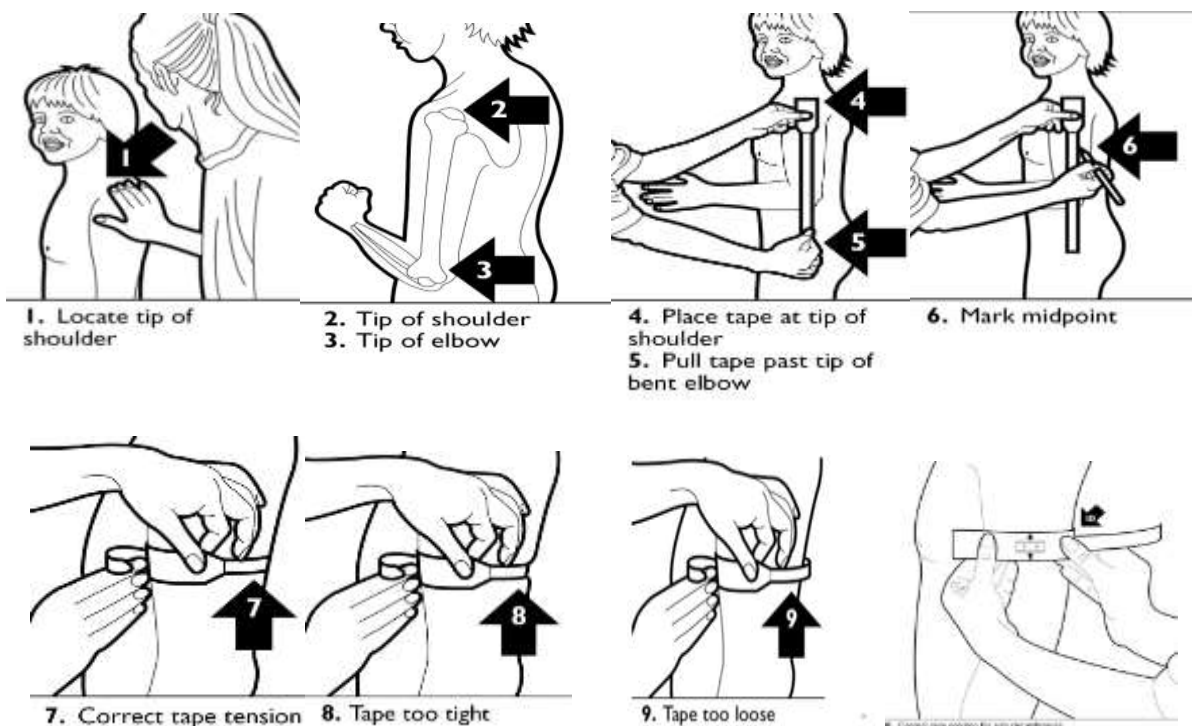


"نوار MUAC (نوار موآک)"

روش صحیح اندازه گیری محیط میانی بازو:

- بازوی چپ را خم کنید و پس از پیدا کردن راس آرنج و شانه ، نقاط مذکور را با خودکار علامت بزنید.
- نقطه وسط بین نقاط علامت زده شده را مشخص کنید.
- بعد از این که بازو را در وضعیت ایستاده به سمت پایین قرار دادید، نوار اندازه گیری MUAC را دور بازو در نقطه میانی بپیچانید.
- اندازه گیری را با دقت یک میلی متر انجام دهید.
- برای اطمینان اندازه گیری را دو بار انجام دهید و عددی که در وسط مستطیل واقع شده است را در نظر بگیرید .

"روش صحیح اندازه گیری دور بازو بوسیله نوار موآک (MUAC)"



کودکان مبتلا به لاغری شدید (سوء تغذیه حاد):

لاغری شدید معرف سوء تغذیه حاد است. این حالت پدیده ای حاد و حاصل بیماری یا بحرانی در گذشته نزدیک است که در آن کودک وزن خود را به مقدار تعریف شده از دست داده است. معمول ترین علت های آن می تواند دسترسی ناکافی به غذا، بیماری های حاد مثل اسهال شدید یا عفونت حاد مجاری تنفسی، کیفیت پایین غذای مصرفی (پایین بودن مقدار پروتئین و بالا بودن مقدار کربوهیدرات)، اختلالات روده ای و کلیوی همراه با از دست دادن پروتئین و یا سایر بیماری ها باشد.

در صورتی که تغییرات شاخص های تن سنجی کودک به طور منظم مورد بررسی قرار گیرد و روند رشد او تحت پایش و کنترل باشد. بسیاری از این موارد سوء تغذیه قبل از ظهور علائم آن به صورت کندی رشد تشخیص داده می شوند. اکثر کودکانی که مبتلا به سوء تغذیه حاد هستند تغییرات شاخص های رشد آنها به طور منظم پایش نشده و کندی، توقف و یا افت رشد به موقع تشخیص داده نشده است.

در کودکان بالاتر از ۶ ماه دور قسمت میانی بازو نیز شاخص مناسبی جهت تعریف ابتلا به لاغری یا سوء تغذیه حاد است. لذا اندازه گیری این شاخص نیز باید انجام شود. چنانچه اندازه دور قسمت میانی بازو در کودک ۷ تا ۵۹ ماهه کمتر از ۱۱۵ میلی متر باشد، کودک مبتلا به سوء تغذیه حاد است و در صورتی که برابر ۱۱۵ تا کمتر از ۱۲۵ میلی متر باشد مبتلا به سوء تغذیه حاد متوسط است.

توجه: ادم دوطرفه گوده گذار علامت ابتلای کودک به سوء تغذیه حاد است حتی اگر وزن برای قد یا میانه دور بازوی کودک در محدوده سوء تغذیه متوسط باشد. کودکانی که مبتلا به سوء تغذیه حاد تشخیص داده می شوند باید به پزشک مرکز سلامت جامعه ارجاع فوری شوند.

کودکان مبتلا به لاغری (سوء تغذیه متوسط):

در صورت ابتلای کودک به لاغری، کودک باید ابتدا در خانه/پایگاه بهداشت و مرکز جامع سلامت مورد ارزیابی و مشاوره قرار گیرد و در صورت بروز شاخص های ارجاع، به پزشک جهت بررسی دقیق تر ارجاع فوری شود.

مراقبت تغذیه ای کودکان لاغر و کم وزن:

- بررسی سن آغاز تغذیه تکمیلی، تعداد دفعات صرف غذای کمکی، نوع غذاهای کمکی مصرفی فعلی، میزان هر وعده غذایی، تعداد وعده های غذایی، تعداد میان وعده های غذایی، نوع میان وعده ها
- ارائه نکات عمده مشاوره تغذیه
- مقوی و مغذی سازی
- کمک های غذایی

لازم به ذکر است در تمامی موارد فوق در صورت نبود بیماری، طبیعی بودن آزمایش ها، توصیه مکمل های مورد نیاز توسط پزشک و سپس ارجاع به کارشناس تغذیه (در صورت وجود) داده شود.

وظایف کارشناس تغذیه:

بررسی و ارزیابی وضعیت اقتصادی از نظر نیازمند بودن کودک به دریافت سبد غذایی تامین شده از طریق کمیته امداد در صورت واجد شرایط بودن در نهایت به مرکز بهداشت شهرستان معرفی شود.

کودک مبتلا به اضافه وزن و چاقی:

روند اضافه وزن و چاقی در کودکان رو به افزایش است. بسیاری از کودکان چاق تبدیل به بزرگسالان چاق میشوند. خطر ابتلا به دیابت، بیماری های قلبی عروقی، سرطانها و بسیاری بیماری های دیگر در افراد چاق بیشتر است. با توجه به شیوع اضافه وزن و چاقی در کودکان و پیامدهای نامطلوب آن بر سلامت کودکان، مدیریت اضافه وزن و چاقی کودکان در برنامه کودک سالم گنجانده شده است.

اهداف برنامه پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی کودکان

- توقف روند افزایش وزن، کاهش شیب افزایش وزن، ثابت نگهداشتن منحنی وزن برای قد با افزایش قد و حفظ وزن
- مراقبت تغذیه ای و پیگیری کودکان بر اساس راهنما
- افزایش دسترسی خانواده ها به خدمات بهبود و اصلاح سبک زندگی شامل خدمات تغذیه سالم و فعالیت بدنی مناسب با هدف پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی در همه گروههای سنی با تاکید بر کودکان
- ارتقاء سواد تغذیه ای خانواده
- افزایش بهره مندی مردم از خدمات تخصصی کارشناسان تغذیه قابل ارائه در برنامه کنترل وزن

شاخص تعیین کننده اضافه وزن و چاقی :

برای شناسایی کودکان دچار اضافه وزن و چاقی از شاخص وزن برای قد استفاده می شود.

- **در خطر اضافه وزن:** هنگامی که شاخص وزن برای قد بر اساس امتیاز Z برای کودک بیشتر از +1 و کمتر یا مساوی +2 باشد
- **اضافه وزن:** هنگامی که شاخص وزن برای قد بر اساس امتیاز Z برای کودک بیشتر از +2 و کمتر یا مساوی +3 باشد.
- **چاقی:** هنگامی که شاخص وزن برای قد بر اساس امتیاز زد برای کودک بیشتر از +3 باشد.

چاقی: در تعریف چاقی کودکان از نمودارهای Z-SCORE استفاده می شود. بدین ترتیب که اگر نمودار وزن برای سن کودک بالای +1 Z-SCORE و نمودار وزن برای قد کودک بالای +3 Z-SCORE باشد کودک در طبقه بندی اضافه وزن و چاق قرار می گیرد. روند اضافه وزن و چاقی در کودکان رو به افزایش است. دلایل مختلفی مانند، عوامل ژنتیکی، محیطی عاطفی و روانی، تغذیه، کم تحرکی، و ... در بروز چاقی نقش دارند. بسیاری از کودکان چاق تبدیل به بزرگسالان چاق می شوند. خطر ابتلا به دیابت، بیماری های قلبی عروقی، سرطانها و بسیاری بیماری های دیگر در افراد چاق بیشتر است.

نکات زیر برای پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی کودکان کمک کننده است:

درمان چاقی مشکل و معمولاً تلفیقی از آموزش، تعدیل رفتارها، ورزش و رژیم غذایی است. رژیم غذایی باید حاوی مقادیر کمتر چربی و کربوهیدرات و بیشتر حاوی پروتئین و ویتامین و املاح باشد. از دادن غذاهای چرب و شیرین خود داری شود. از میان وعده های سالم مانند میوه و سبزی و لبنیات کم چرب استفاده شود. به زور به کودک غذا داده نشود. کودک باید کمتر از ۲ ساعت فعالیت های کم تحرک مانند تماشای تلویزیون و یا استفاده از تبلت و کامپیوتر داشته باشد. حداکثر هفته ای ۲ بار از نوشیدنی های شیرین می تواند استفاده کنند. حداکثر هفته ای دوبار از میان وعده های پر انرژی مانند چیپس و آب میوه میوه صنعتی استفاده کند. مصرف روزانه صبحانه به عنوان یکی از سه وعده اصلی غذایی و مصرف روزانه حداقل دو میان وعده غذایی مناسب در اولویت است. از موارد دیگر عبارتند از:

- صرف غذا به همراه خانواده.
- خودداری از دادن غذا یا تنقلات هنگام تماشای تلویزیون.
- ندادن شکلات و شیرینی به عنوان پاداش به کودک.
- محدود کردن مصرف فست فودها و غذاهای آماده. محدود کردن مصرف غذاهای چرب، سرخ شده و تنقلات پرکالری و پر چرب مانند سیب زمینی سرخ شده، چیپس، پفک، شکلات، کیک های خامه ایی و شکلاتی، بستنی، شیرکائو و ...
- نوشیدن آب یا دوغ کم نمک به جای نوشابه های گازدار و آب میوه های صنعتی که حاوی شکر افزوده هستند.
- مصرف لبنیات کم چرب برای کودکان بزرگتر از دو سال.
- محدود کردن مصرف کره، سرشیر، خامه و سس مایونز.
- مصرف میوه یا آب میوه تازه و طبیعی به جای آب میوه آماده و شربت
- استفاده روزانه از سبزی های تازه یا پخته و میوه تازه در برنامه غذایی کودک.
- جایگزین کردن انواع خشکبار، میوه، آجیل و مغزها (از نوع کم نمک) به جای تنقلاتی مثل چیپس، پفک و ...
- پایش منظم وزن کودک و مشاوره با کارشناس تغذیه

عوارض چاقی	آثار چاقی
روانی-اجتماعی	تبعیض در همسالان ، مسخره شدن ، انزوا و ..
رشد	سن استخوانی زیاد ، بلند قدی ، قاعدگی زودرس
CNS	تومور کاذب مغزی
قلبی-عروقی	فشار خون بالا ، کاردیومیگالی ، بیماری های ایسکمیک قلب و ..
ارتوپدی	دیسک کمر ، آرتروز زانو و سایر درد ها و مشکلات اسکلتی عضلانی ناشی از اضافه وزن
متابولیک	مقاومت به انسولین ، دیابت نوع یک ، هیپرتری گلیسریدمی ، هیپرکلسترومی ، تخمدان پلی کیستیک ، سنگ های صفراوی و ...
تنفس	آپنه خواب ، مشکلات تنفس

چند توصیه در خصوص فعالیت بدنی:

- انجام فعالیت بدنی روزانه کودک به مدت 60 دقیقه.
- تشویق کودک به انجام ورزش هایی مانند دوچرخه سواری، دویدن و شنا.
- استفاده از مشارکت کودک در انجام کارهای روزمره منزل مانند نظافت خانه.
- تشویق کودک به بازی با سایر کودکان.

مراقبت های تغذیه ای کودکان مبتلا به کوتاه قدی

کوتاه قدی تغذیه ای معرف سوء تغذیه مزمن است که سبب می شود قد کودک مناسب برای سن او نباشد . محرومیت مستمر از غذای کافی به علت فقر ، عفونت های مکرر حاصل از شرایط ناسالم محیطی و دسترسی نداشتن به خدمات و مراقبت های مطلوب بهداشتی از مهم ترین علت های کوتاه قدی تغذیه ای است . کودکان مبتلا به کوتاه قدی معمولا دارای سوابق کندی رشد ، شکست در رشد و یا سوء تغذیه پروتئین انرژی هستند . در صورتی که قد کودک به طور منظم اندازه گیری و منحنی قد برای سن او ترسیم شود بسیاری از کودکان قبل از ابتلا به کوتاه قدی شناسائی و با تمرکز خانواده بر تغذیه آنها از ابتلای کودک به کوتاه قدی پیشگیری خواهد شد . کوتاه قدی تغذیه ای را می توان بازتاب غفلت گذشته و فرصت های از دست رفته دانست. نقش تغذیه در کنترل رشد طولی از طریق مکانیسم های متعددی است. محدودیت انرژی و پروتئین دریافتی موجب کاهش غلظت پلاسمایی هورمون رشد می شود . تاثیر کاهش پروتئین دریافتی بیشتر از کاهش انرژی دریافتی است . میزان هورمون رشد در کودکان مبتلا به سوء تغذیه پروتئین انرژی کاهش می یابد . کمبود

بعضی از ریزمغذیها هم بر میزان این هورمون تاثیرگذار هستند. کودکانی که شاخص قد برای سن آنها نشان دهنده کوتاه قدی است در صورت عدم ابتلا به لاغری، کم وزنی یا کندی رشد باید مورد ارزیابی و مشاوره قرار گیرند:

- بررسی سن آغاز تغذیه تکمیلی، تعداد دفعات صرف غذای کمکی و نوع غذاهای کمکی مصرفی فعلی و میزان غذای کمکی در هر وعده
- بررسی تعداد دفعات غذا، تعداد میان وعده ها، نوع میان وعده ها، حجم غذا در هر وعده، تنوع غذایی و استفاده از گروه های اصلی غذایی
- مغذی سازی
- دریافت کافی منابع غذایی حاوی کلسیم ، روی
- مشاوره در مورد کودکان بد غذا
- کاهش استفاده از غذاهای حاوی قندهای ساده (شکر، شکلات، نبات، شیرینی ها، عسل، مربا و...) و غذاهای پرچرب (چپس، سیب زمینی سرخ شده، استفاده از سس های مایونز و نظایر آنها)
- مکمل یاری با ریزمغذی ها



هدف از ارزیابی تغذیه ای کودکان مبتلا به کوتاه قدی شناسائی دلایل سوء تغذیه آنها، بررسی وضعیت پیشرفت سلامت کودک و تصمیم گیری در خصوص وضعیت بهبودی و یا ارجاع آنها به سطح بالاتر ارائه خدمات بهداشتی است .

اندازه جثه نوزاد وابسته به محیط درون رحم است که خود تحت تاثیر اندازه جثه مادر، تغذیه، سلامت کلی وی و نیز عاداتهای اجتماعی (مانند وضعیت سیگار کشیدن) او میباشد. یک پدیده مهم که اغلب تحت عنوان "حرکت صعودی" یا حرکت نزولی" نامیده میشود، در طی ۱۸ ماه اول زندگی رخ میدهد. در دو سوم کودکان ، صدک سرعت رشد به صورت خطی جابه جا می شود تا این که کودک به میزان رشد یا صدک قدی تعیین

شده ژنتیکی خود برسد. برخی از کودکان در نمودار قد، حرکت صعودی دارند زیرا والدین بلند قدی دارند در حالی که برخی به علت والدین کوتاه قد خود، در نمودار قد حرکت نزولی پیدا میکنند. با این حال در کودکانی که دچار برخی بیماریهای خاص (مانند کمبود هورمون رشد) هستند، ممکن است با وجود وزن و قد طبیعی هنگام تولد، کاهش سرعت رشد به طور پیوسته در ۹ - ۳ ماهگی دیده شود.

دلایل کوتاه قدی می تواند تغذیه ای، ژنتیکی و یا ناشی از برخی بیماری ها (کمبود هورمون رشد، کم کاری تیروئید، بیماریسلیاک، بیماری کوشینگ) باشد. کوتاه قدی های تغذیه ای به مراقبت های بهداشتی و مداخلات تغذیه ای به خوبی پاسخ می دهند و در مقابل کوتاه قدی به دلایل ژنتیک غیرقابل کنترل است. کوتاه قدی تغذیه ای نشان دهنده وضعیت نامطلوب تغذیه کودک برای یک دوره طولانی مدت و یا ابتلای او به بیماری های مزمن است. البته ابتلای مکرر کودک به بیماری های حاد نیز می تواند در ایجاد آن نقش داشته باشد. سوابق رشد این کودکان معمولاً نشان دهنده ابتلای آنها به اختلال رشد و یا سوء تغذیه در ماه های گذشته بوده که این مشکلات یا بموقع تشخیص داده نشده و یا به خوبی کنترل نشده است. بنابراین پس از تشخیص ابتلای کودک به کوتاه قدی لازم است ارزیابی مصرف مواد غذایی انجام و نتایج آن در آموزش و مشاوره تغذیه ای و بهداشتی مورد استفاده قرار گیرد.

حتی اگر کوتاه قدی کودک بدلیل بیماری او و یا مسائل ژنتیکی باشد، آشنائی مادر با اصول تغذیه و بهداشت کودک می تواند در جبران عقب ماندگی رشد ناشی از بیماری او و یا بالفعل شدن پتانسیل رشد قدی کودک موثر باشد.

پایش وضعیت سلامت کودک کوتاه قد: کودکانی که علائم کوتاه قدی را نشان می دهند باید تا زمان بهبودی به طور منظم از نظر شاخص های تن سنجی مورد مراقبت قرار گیرند. در صورتیکه قد کودک در دو مراجعه پیاپی افزایش داشته باشد و بالاتر از منحنی 2SD- باشد کودک بهبود یافته است

فهرست مشکلات تغذیه ای کودکان و "توصیه های تغذیه ای برای کودکان در سلامت و بیماری" در ضمیمه ۱۳ آمده است.

نحوه مدیریت و مشاوره با مادر در زمینه تاخیر رشد و سوء تغذیه :

با توجه به اینکه علل بروز سوء تغذیه و مخصوصاً تاخیر رشد بسیار متعدد و متنوع است ، مشاوره با مادر نیز بر حسب نوع علت متفاوت می باشد . گنجاندن تمامی مشاوره های مفید در سوء تغذیه و تاخیر رشد بر حسب علت از حوصله این بحث خارج است و ما در اینجا به ارائه نکات کلی می پردازیم :

- افزایش دفعات و مدت زمان شیردهی در کودکان شیرخوار
- بررسی نوع غذاهای کمکی مورد استفاده، نحوه تهیه آنها، زمان و دفعات معمول ارائه آنها
- تشویق رفتارهای مناسب تغذیه ای مادر
- دادن غذاهای کمکی مناسب با سن کودک نیم تا ۱ ساعت پس از تغذیه با شیر مادر
- راهنمایی مادر در خصوص نحوه مقوی کردن و مغذی کردن غذای کودک
- اهمیت استفاده از غذاهای کم حجم و پر انرژی با استفاده از اصول مقوی کردن غذای کودک.
- حمایت دیگر اعضاء خانواده مخصوصا پدر و مشارکت آنها در تغذیه کودک.
- افزایش مقدار غذایی که به کودک داده می شود .
- اضافه کردن کره ، روغن، زرده تخم مرغ و گوشت به غذای این کودکان
- آموزش به مادر که فقط سیر کردن شکم کودک کافی نیست بلکه دریافت مواد غذایی مقوی و مغذی حاوی مواد مورد نیاز کودک باید مد نظر قرار گیرد . دادن گوشت ، تخم مرغ ، حبوبات ، ماهی و شیر به کودک

- دادن غذاهای متنوع و در ظرف های جذاب به کودک
- داشتن صبر و حوصله هنگام غذا دادن به کودک
- مشارکت کودک در خوردن غذا و غذا خوردن سایر اعضای خانواده با وی
- معرفی کودک به برنامه های حمایتی - تغذیه ای کودکان
- استفاده از میان وعده هایی نظیر شیر برنج ، پوره سیب زمینی، فرنی، کیک، نان و پنیر

نکته : در حال حاضر در مراقبت های ادغام یافته سلامت کودکان طرحی به نام برنامه حمایتی مشارکتی تغذیه کودکان با همکاری و هماهنگی وزارت بهداشت و کمیته امداد امام خمینی (ره) در حال اجرا است . این طرح با هدف تامین نیازهای تغذیه ای کودکان مبتلا به سوءتغذیه ، اختلال و یا تاخیر رشد به اجرا در آمده که علت این اختلال رشد در آنها مشکلات مالی در تامین غذای مورد نیاز کودک است . در این طرح هر ۶ ماه یکبار اسامی تعدادی کودک ۶ ماهه تا ۵ ساله مبتلا به اختلال رشد بی بضاعت به کمیته امداد امام خمینی معرفی می گردد . این ارگان نیز ضمن تایید صلاحیت دریافت کمک ، جیره غذایی کودک را هر ۶ ماه یکبار (پنیر ، حبوبات ، گوشت و ...) به خانواده تحویل می دهد . پس از دریافت سبد غذایی کودک مرتب تحت پایش رشد قرار گرفته و خانواده تحت آموزش های لازم در خصوص تغذیه کودک قرار می گیرند . در صورت بهبود وضعیت تغذیه کودک پس از چند دوره دریافت سبد غذایی ، ممکن است نام وی از لیست دریافت سبد خط زده شود تا فرد واجد شرایط دیگر جایگزین شود.

اهمیت ریز مغذی ها:

ریز مغذی ها شامل ویتامین ها و املاح در مقایسه با کربوهیدرات ها ، پروتئین ها و لیپیدها به مقدار جزئی برای فرآیند های متابولیکی ضروری هستند ..

مطالب آشنایی با ریز مغذی ها و علل و عوامل کمبود آن در کودکان در ضمیمه ۱۳ آمده است.

مکمل یاری با ریزمغذی ها: کلیه کودکان مبتلا به کوتاه قدی نیازمند دریافت مکمل های غذایی هستند.

کمبودهای تغذیه ای رایج در ایران :

کمبود های تغذیه ای رایج در ایران شامل کمبود ویتامین A ، ویتامین D ، کمبود ید ، فقر آهن و در برخی موارد و استان ها و رده های سنی کمبود روی است . وضعیت رده های سنی مختلف ، استان های مختلف و افراد با سطوح مختلف اقتصادی و سطح سواد و .. متفاوت است . به طور کلی در ایران به منظور پیشگیری از کمبود ید، نمک با ید غنی سازی می شود . مکمل یاری پیشگیرانه در مورد ویتامین A و D و آهن نیز صورت می گیرد . اما تجویز روی در شرایط ویژه و جهت کودکان با علائم کمبود و مبتلا به اسهال مزمن صورت می گیرد .

با شناخت علل و علائم این کمبود ها و راه های پیشگیری و درمان آن و داشتن تغذیه صحیح می توان از بروز عوارض و مشکلات ناشی از کمبودهای تغذیه ای پیشگیری کرد و یا آن را به حداقل رساند.

فصل ۱۴: ارزیابی کودک از نظر وضعیت بینایی، شنوایی، دهان و دندان

اهداف آموزشی

انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

۱. کودکان را از نظر بینایی ارزیابی، طبقه بندی کنند و توصیه های متناسب با طبقه بندی را ارائه بدهد.
۲. کودکان را از نظر شنوایی ارزیابی، طبقه بندی کنند و توصیه های متناسب با طبقه بندی را ارائه بدهد.
۳. کودکان را از نظر دهان و دندان ارزیابی، طبقه بندی کنند و توصیه های متناسب با طبقه بندی را ارائه بدهد.

ارزیابی کودک از نظر بینایی:



برای تمامی کودکان مطابق سامانه سبب در اولین ویزیت زیر دو ماه ، ۷ ماهگی ، ۴ سالگی ارزیابی کودک از نظر وضعیت بینایی انجام می شود.

برنامه غربالگری تنبلی چشم در کشور ، برای سنین ۴ و ۵ و ۶ سالگی (سنین پیش دبستانی) اجرا می شود. تا این سن کودک می بایست در برنامه ملی غربالگری سالانه تنبلی چشم ارزیابی شده باشد و کارت سلامت یا کارت سنجش بینایی را دریافت کرده باشد (سالی یکبار). در صورت عدم ارزیابی در برنامه فوق، کودک را به پزشک مرکز ارجاع دهید.

در قسمت ارزیابی کودک از نظر بینایی در صورت مواجه شدن با نشانه " کودک نارس به دنیا آمده است " نوزاد، نیازمند بررسی نوزاد از نظر رتینوپاتی نرسی می باشد ، کودکان نارس که در بخش مراقبت های ویژه

نوزادان نگهداری شده و اکسیژن دریافت کرده اند باید برایشان معاینه شبکیه (بررسی رتینوپاتی) توسط فوق تخصص شبکیه و معاینات بعدی بر اساس نظر متخصص چشم انجام گردد.

نوزادان کمی دوربین هستند که مقدار آن به تدریج تا 2 سالگی کاهش می یابد. چشم نوزاد، اغلب بسته است ولی نوزاد طبیعی می تواند ببیند، نوزاد در هنگام تغذیه به طور مستقیم به صورت مادر توجه می کند. در 2 هفتگی، علاقه ی بیشتری به اشیای بزرگ دارد. نوزاد در 8 تا 10 هفتگی اشیا را تا 180 درجه تعقیب میکند. ممکن است در هفته های اول، چشم ها در یک خط نباشند. هماهنگی چشم ها در 1 تا 6 ماهگی روی می دهد. انحراف مداوم چشم ها نیاز به بررسی دارد.

کودک را از نظر سلامت بینایی ارزیابی کنید:

برای تمامی کودکان مطابق سامانه سیب در اولین ویزیت زیر دو ماه، 7 ماهگی، 4 سالگی موارد زیر بررسی می شود:

- آیا کودک نارس به دنیا آمده است؟ (نوزادان با وزن تولد 2000 گرم و کمتر یا با سن تولد کمتر از 34 هفته مشمول برنامه غربالگری رتینوپاتی نرسی هستند.)
- سابقه بیماری مادرزادی یا ارثی چشم در خانواده وجود دارد (به جز اختلال انکساری و استفاده از عینک)
- نورگزیزی (ترس افراطی و دوری از نور)
- اشک ریزش دارد
- چشم لرزه
- هم راستا نبودن چشمها
- ترشح و قی مزمن
- ظاهر غیر طبیعی چشم (از نظر باز و بسته شدن پلکها، پرخونی عروق ملتحمه، کدورت و اندازه قرنیه، اندازه و رنگ مردمک و انحراف چشم)

علاوه بر موارد بالا دو سوال زیر فقط در 7 ماهگی بررسی می شود:

- آیا کودک به صورت مادر با توجه نگاه می کند؟
- آیا با توجه به اطراف نگاه می کند؟

آیتم "نگرانی و شک مادر" نیز در ارزیابی 7 ماهگی و 4 سالگی بررسی می شود.

در ارزیابی 4 سالگی دو مورد زیر نیز بررسی می شود:

- اختلاف حدت بینایی بین دو چشم به اندازه دو خط یا بیشتر

- دید کودک در برنامه ملی غربالگری سالانه تنبلی چشم ارزیابی شده است.

در صورتیکه دید کودک در برنامه غربالگری ملی تنبلی چشم در سالهای ۴ سالگی و ۵ سالگی گرفته شده است، ارزیابی بیشتر لازم نیست. در صورتیکه در ۴ سالگی انجام نشده باشد، ۵ سالگی در برنامه ملی غربالگری تنبلی چشم مراجعه کند و اگر در ۵ سالگی انجام نشده باشد، کودک را ارجاع دهید و پیگیری کنید که حتماً برای اندازه گیری حدت بینایی مراجعه کرده باشد.

به چشم های کودک نگاه کنید:

- ظاهر و حرکات چشم را از نظر باز و بسته شدن پلکها، پرخونی عروق ملتحمه، کدورت و اندازه قرنیه، اندازه و رنگ مردمک و انحراف چشم نگاه کنید .
- حرکات چشم را بررسی کنید :
- داشتن یا نداشتن چشم لرزه را ارزیابی کنید
- ممکن است در هفته های اول، چشم ها در یک خط نباشند. هماهنگی چشم ها در ۳ تا ۶ ماهگی روی می دهد .
- انحراف مداوم چشم ها نیاز به ارزیابی دارد.

تست قدرت بینایی:

کودکان ۴-۶ ساله باید سالی یکبار در برنامه ملی غربالگری تنبلی چشم شرکت کنند. در کودکان بزرگتر از ۴ سال، تست حدت بینایی با استفاده از تابلوی E انجام می شود. فاصله ی ایده آل میان کودک و چارت معاینه طبق دستورالعمل چارتهای رعایت شود. در تمام مدت بررسی باید به کودک اطمینان داد و او را تشویق کرد چون ممکن است بترسد یا نگران تنبیه به خاطر اشتباه باشد.

کودک را از نظر وضعیت بینایی طبقه بندی کنید.

تمام کودکان را پس از ارزیابی طبقه بندی کنید .
نشانه های کودک را با نشانه های ذکر شده در هر ردیف جدول رنگی طبقه بندی مقایسه نموده و طبقه بندی مناسب را انتخاب کنید. برای وضعیت بینایی دو طبقه بندی وجود دارد:

۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر چشم / بینایی ۲- مشکل چشم / بینایی ندارد

در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از سوالات (موارد فوق الذکر) ، کودک در طبقه بندی "نیازمند بررسی بیشتر از نظر چشم / بینایی" قرار می گیرد:

- برای نوزاد نارس توصیه به مادر برای اطمینان از معاینه چشم کودک طبق دستورالعمل رتینوپاتی نوزادان نارس توسط فوق تخصص شبکیه

• در صورت جا ماندن از برنامه غربالگری به مراکز غربالگری بینایی ارجاع شود.

• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت

• یک هفته بعد پیگیری شود.

در صورتیکه هیچ یک از نشانه های فوق را نداشته باشد کودک در طبقه بندی "مشکل چشم/ بینایی ندارد" قرار می گیرد.

ارزیابی کودک از نظر بینایی

توصیه	طبقه بندی	نشانه
<ul style="list-style-type: none"> • برای نوزاد نارس توصیه به مادر برای اطمینان از معاینه چشم کودک طبق دستورالعمل رتینوپاتی نوزادان نارس توسط فوق تخصص شبکیه • در صورت جا ماندن از برنامه غربالگری به مراکز غربالگری بینایی ارجاع شود • نتیجه غربالگری بینایی را در سامانه الکترونیک سلامت ثبت کنید** • ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۱ هفته بعد پیگیری شود. 	نیازمند بررسی بیشتر از نظر چشم / بینایی	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت مثبت بودن پاسخ هریک از گزینه ها
<ul style="list-style-type: none"> • نتیجه غربالگری تبلی چشم در سامانه الکترونیک سلامت وزارت بهداشت وارد شود.*** • ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید. 	مشکل چشم / بینایی ندارد	<ul style="list-style-type: none"> • هیچ یک از نشانه های فوق را ندارد

سوال کنید	نگاه کنید: (۲ ماهگی)
<ul style="list-style-type: none"> • آیا نوزاد نارس به دنیا آمده است؟ (وزن کمتر از ۲۰۰۰ گرم یا سن جنینی کمتر از ۳۴ هفته) * (اولین ویزیت) • آیا سابقه بیماری ارثی چشم در خانواده وجود دارد؟ (به جز اختلالات انکساری و استفاده از عینک) (اولین ویزیت) • آیا کودک به شکل افراطی از نور دوری می کند؟ (۱۵-۱۴ روزگی) • آیا چشم ها لرزش دارند؟ (۲ ماهگی) • آیا چشم ها اشک ریزش دارند؟ (۲ ماهگی) • آیا چشم ها ترشح و فی مژمن دارند؟ (۲ ماهگی) • آیا کودک به صورت مادر و اطرافیان، بی توجه است؟ (۲ ماهگی) • آیا تاکنون مشکوک به انحرافی در چشم کودک خود شده اید؟ (۷ ماهگی) • آیا دید کودک در برنامه ملی غربالگری تبلی چشم ارزیابی شده است؟ (۴ سالگی) ارزیابی منوط به مشاهده کارت سلامت یا کارت سنجش بینایی است.** 	<ul style="list-style-type: none"> • شک به ظاهر غیر عادی سرو صورت • ظاهر غیر عادی چشم ها از نظر: غیر فرینه بودن ظاهر چشم ها (شکاف پلکی، افتادگی پلک) • اشک ریزش و ترشح چشم ها • عدم شفافیت فرنیه • پرخونی و التهاب سفیدی چشم (صلیبیه و ملتحمه) • انحراف و لرزش چشم ها • تغییر رنگ سیاهی چشم

طبقه بندی کنید

** اگر کودک در برنامه ملی غربالگری تبلی چشم شرکت نکرده است به مراکز دائمی غربالگری تبلی چشم ارجاع شود.

*** نتیجه غربالگری تبلی چشم مطابق زیر در سامانه ثبت شود:

تاریخ انجام غربالگری: سال ماه

سن انجام غربالگری سال ماه

محل انجام غربالگری:

نحوه غربالگری: دستگاه چارت

نتیجه غربالگری: گذر ارجاع چشم راست چشم چپ انحراف چشم عدم همکاری

اپتومتری یا ویزیت چشم پزشکی انجام شده است؟ بلی خیر

در صورت تأیید تبلی چشم، درمان و پیگیری برنامه ریزی شده و انجام می شود؟ بلی خیر

نوزادان با وزن تولد ۲۰۰۰ گرم و کمتر یا با سن تولد کمتر از ۳۴ هفته مشمول برنامه غربالگری رتینوپاتی نرسی هستند. موارد زیر برای آن ها ثبت شود:

آیا نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان (NICU) بستری بوده است؟ بله خیر

آیا در مورد معاینه چشم نوزاد در یک ماهگی به والدین اطلاع رسانی شده است؟ بله خیر

آیا به والدین در مورد معاینه چشم نوزاد در یک ماهگی به صورت کتبی اطلاع رسانی شده است؟ بله خیر

تاریخ انجام اولین معاینه غربالگری رتینوپاتی نرسی:

تاریخ انجام پیگیری فعال:

نتیجه پیگیری فعال:

مشاوره با مادر برای سلامت چشم کودکان:

۱. از دست زدن به چشم نوزاد خودداری شود.
۲. در صورت مشاهده ترشح چرکی یا اشک ریزش به پزشک مراجعه شود.
۳. تورم پلک نوزاد در هنگام تولد شایع است و ممکن است همراه با ترشحات مخاطی باشد. اگر این حالت در اولین روز زندگی دیده شد، جای نگرانی نیست معمولاً خود به خود بهبود می یابد. در صورت تورم و قرمزی پلک ها همراه با ترشحات چرکی باید به پزشک مراجعه شود.
۴. کشیدن سورمه به چشم نوزاد به هیچ عنوان توصیه نمی شود.

۵. از ریختن هرگونه قطره و یا مایعاتی نظیر چای، درون چشم نوزاد خودداری شود.
۶. رگه های خونی ملتحمه چشم نوزاد طبیعی است و در عرض 1 تا 2 هفته اول بعد از تولد خود به خود بهبود می یابد
۷. دریافت بیش از حد برخی از ویتامینها، در قالب مکملهای دارویی میتواند منجر به مشکلات سلامتی گردد. (مصرف مکملها، بایستی تحت نظر پزشک و یا متخصص تغذیه صورت پذیرد)
۸. بین عدم درمان حساسیتهای چشمی و مالش چشم و ایجاد و پیشرفت قوز قرنیه در افراد با زمینه وراثتی، در نوجوانی و جوانی ارتباط وجود دارد .
۹. زندگی متعادل از نظر بینایی عبارت است از تعادل کار نزدیک و دور و استراحت چشم.
۱۰. در افرادی که استعداد ژنتیکی دارند، ابتلا کودکان و نوجوانان به نزدیک بینی و شدت آن با کار چشمی زیاد ارتباط دارد .
۱۱. رفتارهای پرخطر آتش بازی موجب آسیبهای چشمی و سوختگی میشود
۱۲. یک برنامه غذایی سالم برای برای سلامت چشم کودک داشته باشند که شامل:

- مصرف حداقل 2 وعده ماهی در هفته
- حداقل 5 وعده از انواع سبزی و میوه تازه و با رنگهای متنوع در روز
- تخم مرغ 3-4 عدد در هفته
- مصرف بیشتر حبوبات
- غلات سبوس دار(نان سنگگ و نان جو به اندازه نیمی از مصرف روزانه و یا به صورت آش و سوپ)
- دانه های روغنی مانند گردو و تخم آفتابگردان (کم یا بدون نمک) به عنوان میان وعده یا همراه صبحانه
- آب میوه تازه و طبیعی

ارزیابی کودک از نظر شنوایی:

ارزیابی شنوایی کودکان کمتر از ۵ سال بصورت همگانی برای کلیه کودکان در تمام مراقبتهای توسط بهورز / مراقب سلامت انجام می شود و تست غربالگری شنوایی به روش OAE با هدف تشخیص شنوایی غیرطبیعی در بدو تولد و ۳-۵ سالگی انجام می شود .

عوامل خطر زیر در هر مراقبت ارزیابی می شود:

- آیا مادر در دوران بارداری به یکی از بیماری های سیفلیس، HIV، توکسوپلاسموز، سرخجه، سایتومگالوویروس و هرپس مبتلا شده است؟ (۳-۵ روزگی)

- آیا مادر در دوران بارداری و زایمان مشکلاتی مانند اکلامپسی، پره اکلامپسی و زایمان سخت داشته است؟ (۳-۵ روزگی)
- آیا نوزاد نارس یا با وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم به دنیا آمده است؟ (۳-۵ روزگی)
- آیا سابقه خانوادگی کم شنوایی دایمی در دوران کودکی در خویشاوندان نزدیک وجود دارد؟ (۳-۵ روزگی)
- آیا ناهنجاری در سر، صورت یا گوش وجود دارد؟ (بدشکلی های الله یا مجرای گوش، زائده گوش، سوراخ یا منافذ روی گوش، دسته موی سفید جلوی پیشانی، شکاف کام، شکاف لب) (۳-۵ روزگی)
- آیا سابقه ضربه به سر با از دست دادن هوشیاری دارد؟ (از مراقبت ۱۵-۱۴ روزگی تا مراقبت ۶۰ ماهگی)
- آیا سابقه بستری ۴۸ ساعت یا بیشتر در بخش نوزادان یا مراقبتهای ویژه نوزادان NICU داشته است؟ (مراقبت ۱۵-۱۴ روزگی)
- آیا سابقه دریافت داروهای با عوارض جانبی کم شنوایی مانند استرپتومایسین، جنتامایسین در دوران بارداری مادر یا در دوران کودکی وجود دارد؟ (از مراقبت ۳-۵ روزگی تا مراقبت ۶۰ ماهگی)
- آیا سابقه زردی شدید نیازمند تعویض خون دارد؟ (مراقبت ۱۵-۱۴ روزگی)
- آیا سابقه التهاب مکرر گوش میانی با یا بدون ترشح دارد؟ (از مراقبت ۴۵-۳۰ روزگی تا مراقبت ۶۰ ماهگی)
- آیا سابقه ابتلا به مننژیت یا اوربیون دارد؟ (از مراقبت ۴۵-۳۰ روزگی تا مراقبت ۶۰ ماهگی)

تست غربالگری شنوایی: برای همه کودکان با شرایط ذیل انجام می گردد:

- برای همه کودکان در سنین: بدو تولد و ۳-۵ سالگی و
- کودکان دارای هر یک از عوامل خطر و
- موارد ویژه همچون:
 - آپگار دقیقه اول ۴ یا کمتر یا آپگار دقیقه پنجم ۶ یا کمتر
 - سابقه تعویض خون
 - سابقه تهویه مکانیکی به مدت ۵ روز یا بیشتر
 - سابقه شیمی درمانی
 - سابقه تماس با صداهای بالقوه صدمه زا
 - سابقه اوتیت سرروز که بیش از ۳ ماه طول کشیده باشد
 - ابراز نگرانی والدین از کم شنوایی نوزاد یا تاخیر در تکامل زبانی فرزندشان
 - ازدواج خانوادگی نزدیک در والدین نوزاد (زدواج پسرعمو و دخترعمو، دخترعمه و پسر دایی (و بالعکس)، دختر خاله و پسر خاله).

نکته: به هنگام اجرای تست OAE، بیمار باید ساکت و بدون حرکت باشد.



در صورتیکه برای نوزادی به دلایل مختلف از جمله زایمان در منزل این غربالگری انجام نشده باشد، برای انجام آن، نوزاد را به نزدیکترین مرکز انجام تست غربالگری ارجاع دهید.

ارزیابی کودک از نظر شنوایی

توصیه	طبقه بندی	نشانه	سوال کنید
<ul style="list-style-type: none"> • نتیجه آزمایش های تشخیص شنوایی غیرطبیعی، ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • وجود یکی از عوامل خطر/عدم انجام آزمایش های غربالگری شنوایی، ارجاع به واحد غربالگری شنوایی • ثبت نتیجه تست ها در سامانه • پیگیری یک هفته بعد 	نیازمند بررسی بیشتر از نظر شنوایی	<ul style="list-style-type: none"> • نتیجه آزمایش های تشخیص شنوایی «غیرطبیعی» یا • نتیجه آزمایش های غربالگری شنوایی غیرطبیعی یا • وجود یکی از عوامل خطر یا • عدم انجام غربالگری شنوایی نوزادی / ۳-۵ سالگی 	<p>عوامل خطر</p> <ul style="list-style-type: none"> • آیا مادر در دوران بارداری به یکی از بیماری های سیفلیس، HIV، توکسوپلاسموز، سرخچه، سائیتومگالوویروس و هریس مبتلا شده است؟ (۳-۵ روزگی) • آیا مادر در دوران بارداری و زایمان مشکلاتی مانند اکلامپسی، بیه اکلامپسی و زایمان سخت داشته است؟ (۳-۵ روزگی) • آیا نوزاد نارس یا با وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم به دنیا آمده است؟ (۳-۵ روزگی) • آیا سابقه خانوادگی کم شنوایی دایمی در دوران کودکی در خویشاوندان نزدیک وجود دارد؟ (۳-۵ روزگی) • آیا ناهنجاری در سر، صورت یا گوش وجود دارد؟ (بدرشکلی های لاله یا مجرای گوش، زائده گوش، سوراخ یا منافذ روی گوش، دسته موی سفید جلوی پیشانی، شکاف کام، شکاف لب) (۳-۵ روزگی) • آیا سابقه ضربه به سر با از دست دادن هوشیاری دارد؟ (از مراقبت ۱۵-۱۴ روزگی تا مراقبت ۶۰ ماهگی) • آیا سابقه بستری ۴۸ ساعت یا بیشتر در بخش نوزادان یا مراقبت های ویژه نوزادان NICU داشته است؟ (مراقبت ۱۵-۱۴ روزگی) • آیا سابقه دریافت داروهای با عوارض جانبی کم شنوایی مانند استریتومایسین، جنتامایسین در دوران بارداری مادر یا در دوران کودکی وجود دارد؟ (از مراقبت ۳-۵ روزگی تا مراقبت ۶۰ ماهگی). • آیا سابقه زردی شدید نیازمند تعویض خون دارد؟ (مراقبت ۱۵-۱۴ روزگی) • آیا سابقه التهاب مکرر گوش میانی یا بدون ترشح دارد؟ (از مراقبت ۴۵-۳۰ روزگی تا مراقبت ۶۰ ماهگی) • آیا سابقه ابتلا به مننژیت یا اورویون دارد؟ (از مراقبت ۴۵-۳۰ روزگی تا مراقبت ۶۰ ماهگی) <p>تست غربالگر</p> <ul style="list-style-type: none"> • آیا تست غربالگری شنوایی نوزادی (نوبت اول) انجام شده است؟ (۳-۵ روزگی) • آیا تست غربالگری شنوایی نوبت دوم (غربالگری شنوایی ۳-۵ سالگی) انجام شده است؟ (۳-۵ سالگی) <p>تست تشخیصی</p> <ul style="list-style-type: none"> • نتیجه آزمایش های تشخیص شنوایی غیر طبیعی
<ul style="list-style-type: none"> • ثبت نتیجه آزمایش های شنوایی در سامانه الکترونیک سلامت • یادآوری زمان غربالگری بعدی • ارزیابی کودک طبق صفحات بعدی 	مشکل شنوایی/مشکل گوش ندارد	<ul style="list-style-type: none"> • تطابق با شرایط مطلوب و نتیجه غربالگری شنوایی نوزادی طبیعی و نتیجه غربالگری شنوایی ۳-۵ سالگی طبیعی (گذر) 	طبقه بندی کنید

نکته: تمامی نوزادان در بدو تولد ابتدا از نظر عوامل خطر (مطابق قسمت سوال کنید) ارزیابی می شوند. تست غربالگری به روش OAE انجام می شود. در صورتی که نتیجه تست «ارجاع» یا نوزاد دارای یکی از عوامل خطر باشد، تست غربالگری به روش AABR انجام شود. مواردی که هر یک از عوامل خطر را دارند حتی اگر نتیجه تست غربالگری AABR، گذر باشد، ضمن ثبت نتیجه آزمون، ارجاع به پزشک برای معاینه بیشتر و ارجاع برای انجام تست های تشخیصی اودیولوژیک در ۱ سالگی انجام شود.

کودک را از نظر وضعیت شنوایی طبقه بندی کنید.

برای وضعیت شنوایی دو طبقه بندی وجود دارد:

1- نیازمند بررسی بیشتر از نظر شنوایی / مشکل شنوایی / مشکل گوش ندارد

در صورت عدم تطابق با شرایط مطلوب و وجود هر یک از عوامل خطر یا عدم انجام تست غربالگری در دوران نوزادی یا در 3-5 سالگی کودک در طبقه بندی "نیازمند بررسی بیشتر از نظر شنوایی" قرار می گیرد. او را به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید. یک هفته بعد پیگیری کنید.

در صورتیکه همه موارد بررسی شده با شرایط مطلوب تطابق داشته باشد و مشکلی نداشته باشد و غربالگری دوران نوزادی و 3-5 سالگی کودک انجام شده باشد کودک در طبقه بندی "مشکل شنوایی ندارد" قرار می گیرد. در مورد سلامت کودک با مادر مشاوره نمایید.

تمامی نوزادان در بدو تولد ابتدا از نظر عوامل خطر ارزیابی می شوند. تست غربالگری به روش OAE انجام می شود. در صورتیکه نتیجه تست "ارجاع" و یا نوزاد دارای یکی از عوامل خطر باشد، تست غربالگری به روش AABR انجام شود. مواردی که هر یک از عوامل خطر را دارند حتی اگر نتیجه تست غربالگری AABR، گذر باشد، ضمن ثبت نتیجه آزمون، ارجاع به پزشک برای معاینه بیشتر و ارجاع برای انجام تست های تشخیصی اودیولوژیک در ۱ سالگی انجام شود.

مشاوره با مادر برای سلامت گوش کودکان

نوزادان باید قبل از یک ماهگی، از نظر شنوایی غربالگری شوند. در بسیاری از بیمارستان ها و زایشگاه ها که برنامه غربالگری شنوایی انجام می شود، این بررسی در روز اول تولد در بالین نوزاد انجام می شود. سوراخ کردن گوش نوزاد دختر باید با وسایل استریل و تمیز در شرایط کاملاً بهداشتی انجام شود. اگر چه این امر در دوران نوزادی توصیه نمی شود و بهتر است به بعد از ۶ ماهگی موکول گردد

به منظور تمیز کردن گوش کودک به هیچ عنوان از گوش پاک کن استفاده نکنید. محیط زندگی کودک باید عاری از هرگونه سروصدای ناهنجار باشد. به کودک شیرخوار در حالت درازکش شیر ندهید و کودک را در حالت نیمه نشسته شیر دهید. در حالت بیقراری، گریه های بی دلیل و دست کشیدن مکرر کودک بسمت گوش، حتماً به پزشک مراجعه کنید. برای گوش درد از درمان های خانگی مانند دود سیگار، ریختن هر گونه مایعات در گوش خودداری کنید. از درمان خودسرانه بخصوص با آنتی بیوتیک ها جداً خودداری نمایید.

ارزیابی کودک از نظر دهان و دندان:

ارزیابی کودک از نظر سلامت دهان و دندان توسط بهورز/مراقب مطابق دو چارت " ۲ سال و کمتر از ۲ سال " و " بالای ۲ سال " در زمان های زیر انجام می شود:

اولین رویش دندان (۱۲-۶ ماهگی) - ۱۲ ماهگی - ۲۴ ماهگی - ۳۶ ماهگی - ۴۸ ماهگی - ۶۰ ماهگی

ویزیت دندانپزشک (مراقبت روتین دندانپزشک): در هنگام اولین رویش دندان، ۳۶ ماهگی و ۶۰ ماهگی انجام می گردد. کودک بعد از مراقبت روتین به دندانپزشک ارجاع می شود.

ارزیابی کودک از نظر سلامت دهان و دندان (۲ سال و کمتر از ۲ سال)

جهت ارزیابی موارد زیر بررسی می شود. (سوال کنید)

۱. آیا پدر و مادر و یا برادر و خواهر کودک پوسیدگی دندانی دارند؟
۲. آیا مادر در زمان بارداری تحت مراقبت دندانپزشک بوده است؟
بر اساس تحقیقات اخیر، کودکان به وسیله ی مراقبین و به طور اصلی مادران، با باکتریهای آغاز کننده ی پوسیدگی آلوده میشوند. اگر مراقب کودک، میکروبیهای خطرناک پوسیدگی را داشته باشد، انتقال میتواند از طریق بوسیدن، غذای مشترک یا سایر تماسها رخ داده و بروز پوسیدگی را آغاز نماید. بنابراین، با بهبود بهداشت مادر، شانس انتقال این میکروبیها به شیرخوار کاهش مییابد.
۳. آیا کودک شما تا قبل از یکسالگی توسط دندانپزشک یا پرسنل بهداشتی معاینه شده است؟
ملاقات با دندانپزشک برای کودکان بعد از ۶ ماهگی و پس از رویش اولین دندان شیری توصیه شده است. دندانپزشک با گرفتن تاریخچه ی دقیق پزشکی و دندانپزشکی، معاینه ی کودک و استفاده از روشهای تشخیص پذیرفته شده ی کنونی و شروع برنامه ی پیشگیری و برنامه ی فراخوان منظم برای نگهداری وضعیت کنونی و تأکید بر روشهای پیشگیری نقش مؤثری در ارتقای سلامت دهان و دندان کودک دارد.
۴. آیا کودک شما در حین درآوردن دندان مشکل داشته است؟
دندان درآوردن، احتمالاً اولین مسئله ی دهانی بعد از تولد است که والدین با آن مواجه میشوند. درآمدن دندانها پدیدههای طبیعی است که معمولاً با مشکلات مختصر یا بدون مشکل رخ میدهد. با این وجود، برخی از شیرخواران علائمی از اختلال سیستمیک از قبیل تب و اسهال را نشان میدهند که نیاز به بررسی بیشتر و گاهی ارجاع دارد.
۵. آیا دندانهای کودک خود را تمیز می کنید؟
تمیز کردن دهان شیرخوار بعد از رویش اولین دندان شیری توصیه شده است و اینکار را میتوان با کمک یک حوله یا گاز تمیز یا مسواک انگشتی انجام داد.

۶. آیا کودک دندان درد دارد؟ در صورت وجود درد دندان، کودک با توجه به جدول طبقه بندی به دندان پزشک ارجاع داده میشود.

۷. آیا کودک شما سابقه ی ضربه به دندانها یا صورت را دارد؟

ضربه به علل متفاوت میتواند سبب آسیب به دندانها، فک و صورت شود، در صورت وجود سابقه ی ضربه (شکستگی قسمتی از تاج، فرورفتگی دندان در محل خود، لقی دندان و تغییر رنگ دندان)، با توجه به جدول طبقه بندی کودک را به دندانپزشک ارجاع دهید.

۸. آیا کودک با شیشه شیر به مدت طولانی یا در طول شب، شیر میخورد؟

۹. آیا از قندها یا میان وعده های ایجاد کننده پوسیدگی دندانی در فواصل وعده های غذایی (آب میوه صنعتی، نوشابه و داروهای شیرین) استفاده می شود؟

نگاه کنید:

۱. رویش دندانها را نگاه کنید.

۲. وجود پلاک روی دندانها را نگاه کنید.

۳. تورم و قرمزی لثه را نگاه کنید.

۴. تورم صورت بدلیل مشکل دندان

۵. نشانه های وجود تروما را نگاه کنید.

۶. پوسیدگی زودرس دندانها را نگاه کنید.

۷. نقاط سفید گچی روی دندان

۸. بیرون افتادن کامل دندان از دهان

نکته: اگر از ماکزیمم نهایی مشخص شده برای رویش یک دندان بیش از ۶ ماه بگذرد تاخیر در رویش طبیعی محسوب می شود.

نکات مهم در معاینه کودک:

قبل از تکمیل قسمت نگاه کنید، لازم است به نکاتی چند درمورد معاینه ی دهان شیرخوار توجه شود: معاینه ی دهان شیرخوار، یک روند سریع است ولی از جهات مختلفی، با معاینه ی معمول، متفاوت میباشد. والد به عنوان فردی که استرس و ترس کودک را رفع کرده و به باز کردن دهان او کمک میکند، در معاینه شرکت میکند. روش ترجیحی معاینه ی شیرخوار، وضعیت زانو به زانو است که در آن، والد و ارائه کننده ی خدمات دندانپزشکی روبه روی یکدیگر مینشینند. ابتدا، شیرخوار به سمت والد نگه داشته شده و سپس در

دامان ارائه کننده ی خدمات دندانپزشکی خوابانده میشود. والد، پاهای کودک را در دو طرف بدنش قرار داده و با آرنج، پاها را نگه میدارد. والد، دستهای کودک را نگاه داشته و ارائه کننده ی خدمات دندانپزشکی درحالی که به پایین نگاه میکند سر کودک را ثابت مینماید. میتوان در هر محلی که منبع نوری مناسب وجود دارد، معاینه را انجام داد. بیشتر شیرخواران، در طی معاینه به مدت کوتاهی گریه کرده و بدین ترتیب دهان را به خوبی باز میکنند. ممکن است نیاز باشد به والدین اطمینان دهیم که در کودکان طبیعی سالم این پاسخ انتظار میرود. با تکمیل معاینه، کودک به والد باز گردانده میشود تا در صورت نیاز او را در آغوش گرفته و تسلی دهد.

رویش دندانها را نگاه کنید.

معمولاً اولین دندان شیری، در حدود 6 ماهگی رویش پیدا میکند و زمان تکمیل دندانهای شیری حدود 2 تا 2/5 سالگی است. دندان درآوردن یک مرحله ی طبیعی از زندگی شیرخوار است و در اکثر موارد درد و ناراحتی به همراه ندارد. علائم دندان درآوردن شامل قرمزی و التهاب لثه در ناحیه ی محل رویش، برجستگی لثه و خارش در همین ناحیه، افزایش بزاق و جاری شدن آن از دهان شیرخوار، ناراحتی و گریه ی زیاد، بی خوابی و نوک زدن دندان از لای لثه است. در صورت بروز علائمی مانند تب، درد شکم یا اسهال باید، کودک را از نظر بیماری ارزیابی کنید. هنگام رویش دندانها، معمولاً احساس خارش سبب می شود تا کودک هر چیزی را به دهان خود ببرد و در نتیجه، ممکن است به علت آلودگی دچار اسهال شود. اقدامات بهداشتی دهان باید در زمان رویش اولین دندان انجام شود. اولین مشاوره ی سلامت دهان کودک باید طی 6 ماه بعد از رویش اولین دندان و نه دیرتر از 12 ماهگی صورت گیرد.

وجود پلاک روی دندانها را نگاه کنید.

پلاک روی دندانهای شیری، پیشگویی کننده ی قوی پوسیدگیهای دندان در آینده است. بنابراین، بعد از آموزش سلامت دهان، والدین میتوانند موفقیت را با مشاهده ی وجود پلاک کنترل نمایند.

تورم و قرمزی لثه را نگاه کنید.

این تورم و قرمزی میتواند مربوط به رویش دندانها یا تورم ناشی از عفونت دندان پوسیده باشد که باید توسط دندان پزشک معاینه شود.

تورم صورت کودک را نگاه کنید.

در صورت وجود هرگونه تورم در ناحیه ی صورت، چون احتمال ارتباط بین این تورم و پوسیدگی دندان وجود دارد یا احتمال دارد که این تورم به علت تروما ایجاد شده باشد، باید در اسرع وقت کودک را برای ارزیابی بیشتر به دندانپزشک ارجاع دهید

نشانه های وجود تروما را نگاه کنید.

نشانه های تروما روی صورت یا در داخل حفره ی دهان یا دندانها باید به دقت بررسی شده و برای معاینات کاملتر به دندان پزشکی ارجاع شود.

پوسیدگی دندانها را نگاه کنید.

پوسیدگی، یک بیماری میکروبی عفونی است که با تخریب موضعی عاج و مینا همراه است. محللهای شایع پوسیدگی شیارهای سطح جونده، سطوح بین دندانی، طوق دندان یا ناحیه ی اتصال لثه و دندان میباشد.

نوشته	طبقه بندی	توصیه
<ul style="list-style-type: none"> درد یا بیرون افتادن کامل دندان از دهان یا تورم و قرمزی لثه یا تورم صورت به دلیل مشکل دندان نشانه های ضربه 	مشکل دندانی شدید یا پرخطر	<ul style="list-style-type: none"> انجام اقدامات مربوط به بیرون افتادن کامل دندان دادن استامینوفن در صورت درد ارجاع به دندانپزشک برای ارزیابی بیشتر یک هفته بعد پیگیری شود برای اطمینان از مراجعه به دندانپزشک و ۴ ماه بعد پیگیری برای بررسی رفع مشکل
<ul style="list-style-type: none"> پوسیدگی زودرس دوران کودکی یا نقاط سفید گچی یا تأخیر رویش دندانها** یا وجود پلاک روی دندانها یا تسیر نکردن دندان های کودک توسط والدین یا سابقه ضربه به دندان ها یا صورت یا کودک با شیشه شیر به مدت طولانی یا در طول شب شیر می خورد یا از قندها یا میان وعده های ایجاد کننده پوسیدگی دندان در فواصل وعده های غذایی رگب میوه صنعتی، نوشابه و... استفاده می شود. 	مشکل دندانی متوسط تا خطر متوسط	<ul style="list-style-type: none"> آموزش به والدین در مورد روش های صحیح تمیز کردن دندان های کودک آموزش به والدین در مورد توصیه های بهداشت دندان و دندان ارجاع به دندانپزشک برای ارزیابی بیشتر پیگیری ۶ ماه بعد برای بررسی رفع مشکل نحوه استفاده از مسواک انگشتی توضیح داده شود و مسواک انگشتی** تحویل داده شود.
<ul style="list-style-type: none"> مادر در حین بارداری تحت مراقبت دندان پزشکی نبوده است یا مشکل دندان درآوردن یا معاینه نشدن توسط دندانپزشک تا قبل از یکسالگی یا پدر یا مادر یا خواهر یا برادر کودک پوسیدگی دندان دارند. 	از نظر مشکل دندانی کم خطر	<ul style="list-style-type: none"> آموزش به والدین برای انجام درمان های دندان پزشکی و رعایت سلامت دهان و دندان و امکان انتقال پوسیدگی از مادر به شیرخوار مسواک انگشتی تحویل داده شود. آموزش به مادر در مورد توصیه های سلامت دهان و دندان و چگونه استفاده از مسواک انگشتی را توضیح دهید. ارجاع به دندانپزشک (از زمان رویش اولین دندان تا یکسالگی لازم است بگذار دندانپزشک دندان های کودک را معاینه کند) تشویق مادر برای مراجعه در مراقبت بعدی
<ul style="list-style-type: none"> عدم وجود هر یک از نشانه های فوق 	مشکل دندانی ندارد	<ul style="list-style-type: none"> توصیه های بهداشت دندان و دندان را به والدین ارائه دهید. معاینات دوره ای توسط دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان انجام شود. نحوه استفاده از مسواک انگشتی توضیح داده شود و مسواک انگشتی تحویل داده شود. ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ارائه دهید.

ارزیابی کودک از نظر سلامت دهان و دندان (۲ سال و کمتر از ۲ سال)

ارزیابی سلامت دهان و دندان با رویش اولین دندان (۶ ماهگی) و ۱۲ ماهگی و ۲۴ ماهگی انجام شود.

سوال کنید	نگاه کنید
۱. پدر و مادر یا برادر و خواهر کودک پوسیدگی دندان دارد؟ (در اولین مراقبت بررسی شده)	رویش دندانها
۲. مادر در زمان بارداری تحت مراقبت دندانپزشک بوده است؟ (در اولین مراقبت بررسی شده)	وجود پلاک روی دندانها
۳. کودک با شیشه شیر به مدت طولانی یا در طول شب، شیر می خورد؟	تورم و قرمزی لثه
۴. کودک سابقه ضربه به دندانها یا صورت دارد؟	نشانه های وجود ضربه
۵. کودک درد دندان دارد؟	پوسیدگی زودرس دوران کودکی
۶. کودک در حین دندان درآوردن مشکلی داشته است؟	نقاط سفید گچی روی دندان
۷. کودک تا قبل از یکسالگی توسط دندانپزشک معاینه شده است؟ (در صورت تأخیر در رویش دندان به دندانپزشک ارجاع شود)	بیرون افتادن کامل دندان از دهان
۸. دندانهای کودک خود را تمیز می کنید؟	
۹. از قندها یا میان وعده های ایجاد کننده پوسیدگی دندان در فواصل وعده های غذایی (آب میوه صنعتی، نوشابه و...) استفاده می شود؟	

جدول زمان رویش دندانهای شیری و دائمی - اگر از ماکزیمم زمان نهایی مشخص شده برای رویش یک دندان بیش از ۴ ماه بگذرد تأخیر در رویش محسوب می شود.

دندان شیری	دندان دائمی
۶-۱۲ ماهگی	۶-۷ سالگی
۹-۱۶ ماهگی	۷-۸ سالگی
۱۲-۲۲ ماهگی	۸-۹ سالگی
۱۸-۲۴ ماهگی	۹-۱۰ سالگی
۲۴-۳۰ ماهگی	۱۰-۱۱ سالگی
۳۰-۳۶ ماهگی	۱۱-۱۲ سالگی
۳۶-۴۲ ماهگی	۱۲-۱۳ سالگی
۴۲-۴۸ ماهگی	۱۳-۱۴ سالگی
۴۸-۵۴ ماهگی	۱۴-۱۵ سالگی
۵۴-۶۰ ماهگی	۱۵-۱۶ سالگی

** برای کودک در سن ۲، ۱۲ و ۱۸ ماهگی، مسواک انگشتی به والدین کودک تحویل شود و هر ساله الکترونیک سلامت ثبت شود.

کودک زیر ۲ سال را از نظر وضعیت سلامت دهان و دندان طبقه بندی کنید:

نشانه های کودک را با نشانه های ذکر شده مقایسه نموده و طبقه بندی مناسب را انتخاب کنید. برای وضعیت سلامت دهان و دندان کودک، ۴ طبقه بندی وجود دارد که عبارتند از:

- مشکل دندانی شدید یا پرخطر ۲- مشکل دندانی متوسط یا خطر متوسط ۳- از نظر مشکل دندانی کم خطر
- مشکل دندانی ندارد

۱- مشکل دندانی شدید یا پرخطر

در صورت داشتن هر یک از نشانه های: دندان درد یا بیرون افتادن کامل دندان از دهان یا تورم و قرمزی لثه یا تورم نشانه های ضربه، در طبقه بندی "مشکل دندانی شدید یا پرخطر" قرار می گیرد. توصیه ها عبارتند از:

• انجام اقدامات مربوط به بیرون افتادن کامل دندان

• دادن استامینوفن در صورت درد

• ارجاع به دندانپزشک برای ارزیابی بیشتر

• یک هفته بعد پیگیری شود برای اطمینان از مراجعه به دندانپزشک و ۳ ماه بعد پیگیری برای بررسی رفع مشکل

۲- مشکل دندانی متوسط یا خطر متوسط

در صورت داشتن هر یک از نشانه های : پوسیدگی دندانها ، وجود پلاک روی دندانها ، تمیز نکردن دندانهای کودک توسط والدین یا سابقه ضربه به دندانها یا صورت یا نقاط سفید گچی روی دندان یا تاخیر رویش دندان ها یا در معرض خطر پوسیدگی دندان باشد(کودک با شیشه شیر به مدت طولانی یا در طول شب، شیر میخورد، از قندها یا میانوعده های ایجاد کننده پوسیدگی دندانی مانند آبمیوه صنعتی، نوشابه و داروهای شیرین در فواصل وعده های غذایی استفاده کند) ، در طبقه بندی " مشکل دندانی متوسط یا خطر متوسط" قرار می گیرد :

• آموزش به والدین در مورد روش های صحیح تمیز کردن دندانهای کودک

• آموزش به والدین در مورد توصیه های بهداشت دهان و دندان

• ارجاع به دندانپزشک برای ارزیابی بیشتر

• پیگیری ۶ ماه بعد برای بررسی رفع مشکل

• نحوه استفاده از مسواک انگشتی توضیح داده شود و مسواک انگشتی* تحویل داده شود.

۳- از نظر مشکل دندانی کم خطر

در صورت داشتن هر یک از نشانه های زیر در طبقه بندی " از نظر مشکل دندانی کم خطر" قرار می گیرد :

- مادر در حین بارداری تحت مراقبت دندان پزشکی نبوده است یا

- مشکل دندان درآوردن یا

- معاینه نشدن توسط دندانپزشک تا قبل از یکسالگی یا

- پدر و مادر و یا برادر و خواهر کودک پوسیدگی دندانی دارند.

توصیه ها:

- آموزش به والدین برای انجام درمانهای دندانپزشکی و رعایت سلامت دهان و دندان و امکان انتقال پوسیدگی از مادر به شیرخوار
- مسواک انگشتی تحویل داده شود
- آموزش به مادر در مورد توصیه های سلامت دهان و دندان و چگونگی استفاده از مسواک انگشتی را توضیح دهید
- ارجاع به دندانپزشک (از زمان رویش اولین دندان تا یکسالگی لازم است یکبار دندانپزشک دندان های کودک را معاینه کند).
- تشویق مادر برای مراجعه در مراقبت بعدی

۳-مشکل دندانی ندارد.

- در صورتیکه کودک هیچیک از نشانه های ذکر شده در جدول طبقه بندی وضعیت سلامت دهان و دندان را ندارد ، در طبقه بندی " مشکل دندانی ندارد " قرار می گیرد. توصیه ها عبارتند از:
- توصیه ای بهداشت دهان و دندان را به والدین ارائه دهید
 - معاینات دوره های توسط دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان انجام شود
 - نحوه استفاده از مسواک انگشتی توضیح داده شود و مسواک انگشتی تحویل داده شود

ارزیابی کودک بالای ۲سال از نظر سلامت دهان و دندان : سؤال کنید:

- ۱- آیا والدین در مسواک زدن دندان و تمیز کردن لثه ها به کودکان کمک مینمایند؟ کودکان تا ۶ سالگی، به تنهایی نمیتوانند به طور صحیح مسواک بزنند و برای این کار به کمک والدین نیاز دارند.
- ۲- آیا کودک به تنهایی یا با همکاری والدین کمتر از دو بار در روز مسواک میکند؟

هدف اصلی از مسواک زدن، پاک نمودن پلاک میکروبی از روی دندانها و لثه می باشد. درست مسواک کردن وقتی است که تمام سطوح دندانها و لثه به خوبی از پلاک میکروبی پاک گردد، بنابراین بهتر است این کار در فرصت مناسب و با زمان کافی و آرامش صورت پذیرد، چرا که کیفیت مسواک کردن، بهتر از تعداد دفعات آن

میباشد. زمانهای توصیه شده برای مسواک زدن شبها قبل از خواب و صبحها بعد از صبحانه است. حداقل زمان برای مسواک زدن ۴ دقیقه میباشد.

۳- آیا کودک شما سابقه ی ضربه به دندانها و صورت را دارد؟

ضربه، به علل متفاوت میتواند سبب شکستگی قسمتی از تاج، ریشه و حتی استخوان فک شود. در بعضی از موارد در اثر ضربه، دندان از دهان خارج شده و یا برعکس، در فک فرو میرود. صدماتی که به دندانهای شیری وارد میشود ممکن است باعث آسیب به جوانه ی دندانهای دائمی زیرین گردد. در صورت وجود سابقه ی ضربه (شکستگی قسمتی از تاج، فرو رفتگی دندان در محل خود، لقی دندان و تغییر رنگ دندان)، با توجه به جدول طبقه بندی کودک را به دندان پزشک ارجاع دهید. یکی از علل اصلی آسیبهای دندانی در کودکان، تصادفات اتومبیل میباشد. کودکانی که کمربند ایمنی آنها بسته نشده و در حالت نشسته یا ایستاده اند، اغلب زمانی که ماشین به طور ناگهانی متوقف میشود در اثر برخورد با داشبورد یا شیشه ی جلوی اتومبیل دچار ضربه میشوند. بنابراین، بستن کمربند ایمنی یا استفاده از صندلی مخصوص کودکان، باعث پیشگیری از این صدمات میشود. با بستن کمربند ایمنی، از این حوادث پیشگیری میشود.

۴- آیا کودک دندان درد دارد؟ در صورت وجود درد دندان، کودک با توجه به جدول طبقه بندی به دندان پزشک ارجاع داده میشود.

۵- آیا کودک از خمیردندان فلوراید و یا فلوراید های مکمل استفاده می کند؟ (از ۳ سالگی از وارنیش فلوراید برای کودکان استفاده شود)

مکملهای خوراکی فلوراید، منبع تغذیهای از فلوراید برای کودکانی که به آب فلوراید دار دسترسی ندارند فراهم میکند. برخی از کودکان نیز به علت داشتن مشکلات پوسیدگی، تحت نظر دندان پزشک با فلوراید درمان میشوند. دوز فلوراید تجویز شده به سن کودک و غلظت فلوراید آب آشامیدنی بستگی دارد. پس، در صورت استفاده از هرگونه مکمل خوراکی فلوراید با وجود درمان موضعی قبلی با فلوراید، باید سوابق دقیقاً ثبت شده و با میزان فلوراید آب آشامیدنی مقایسه گردد. در صورت عدم تطابق با جدول دوزاژ مکمل فلوراید، کودک را به دندان پزشک ارجاع دهید. در صورت عدم استفاده از مکملهای خوراکی یا درمانهای موضعی در صورتی که با توجه به آب آشامیدنی کودک نیاز به دوز مکمل دارد، او را به دندان پزشک ارجاع دهید.

۶- آیا از قندها یا میان وعده های ایجاد کننده پوسیدگی دندان در فواصل وعدههای غذایی (مصرف آب میوه صنعتی، نوشابه، داروهای شیرین و ...) استفاده میشود؟ به جدول ارزیابی ریسک پوسیدگی دندان مراجعه شود.

۷- آیا کودک مکیدنهای غیر تغذیه‌ای (مکیدن انگشت شست، پستانک و ...) دارد؟

این سؤال را در کودکان ۴ سال و بزرگتر از مادر بپرسید. مکیدنهای غیر تغذیه‌ای مانند مکیدن انگشت شست در کودک کوچکتر از ۲ سال وجود دارد که به طور خود به خود بین ۲ تا ۴ سالگی قطع میشود. در صورت عدم قطع این عادت تا ۴ سالگی، عوارض بسیاری در شکل‌گیری و رشد فکها و فرم صورت ایجاد میشود. بنابراین، اگر پاسخ مادر به این سؤال مثبت است با توجه به جدول طبقه بندی، به دندان پزشک ارجاع شود.

نگاه کنید:

تاخیر رویش دندانها را نگاه کنید:

زمان رویش دندان های شیری و دائمی: هر فردی در طی زندگی خود دو سری دندان شیری و دائمی دارد. زمان رویش اولین دندان شیری، حدود ۶ ماهگی و زمان تکمیل دندانهای شیری، ۲/۵-۲ سالگی است. تعداد کل دندانهای شیری، ۲۰ عدد (در هر نیم فک، ۵ دندان) میباشد. از حدود ۵/۵ تا ۱۲ سالگی، به تدریج دندانهای شیری لق شده و می‌افتند. معمولاً ۲ تا ۶ ماه پس از افتادن هر دندان شیری، دندان دائمی جایگزین، رویش یافته و تا پایان عمر در دهان باقی میماند. با توجه به جدول زیر، اگر از ماکزیمم زمان نهایی مشخص شده برای رویش یک دندان بیش از ۶ ماه بگذرد تأخیر در رویش طبیعی محسوب میشود، کودک را در طبقه بندی مشکل دندانی دارد، قرار دهید..

*جدول زمان رویش دندانهای شیری

دندان شیری	فک بالا	فک پایین
پیش میانی	۸-۱۲ ماهگی	۶-۱۰ ماهگی
پیش طرفی	۹-۱۳ ماهگی	۱۰-۱۶ ماهگی
نیش	۱۶-۲۲ ماهگی	۱۷-۲۳ ماهگی
آسیای اول	۱۳-۱۹ ماهگی	۱۴-۱۸ ماهگی
آسیای دوم	۲۵-۳۳ ماهگی	۲۳-۳۱ ماهگی

تورم صورت کودک را نگاه کنید.

در صورت وجود هرگونه تورم در ناحیه ی صورت، چون احتمال ارتباط بین این تورم و پوسیدگی دندان وجود دارد یا احتمال دارد که این تورم به علت تروما ایجاد شده باشد، باید در اسرع وقت کودک را برای ارزیابی بیشتر به دندانپزشک ارجاع دهید.

"آبسه خارج دهانی در سمت راست"

"آبسه داخل دهانی در سمت راست دهان"



نگاه کنید: نقاط سفید گچی یا دکلسیفیکاسیم مینای دندان راهنمای مهمی برای ریسک پوسیدگی میباشد. با دیدن این نقاط سفید گچی کودک را برای مراقبت و آموزش بیشتر به دندانپزشک ارجاع دهید .

تورم و قرمزی لثه ی کودک را نگاه کنید.

نشانه های لثه ی سالم عبارتند از: رنگ صورتی، قوام سفت و محکم، تبعیت شکل لثه از شکل و طرز قرارگیری دندانها، تیز بودن لبه ی لثه بهطوری که مثل لایه ای روی دندان کشیده شود و عدم وجود هرگونه ناهمواری یا لبه ی پهن بین دندان و لثه، به طوری که فضای بین دندانها توسط لثه پر شود در برخی از آنهايي که رنگ چهره تیره است، ممکن است لکه های قهوه‌ای رنگی روی لثه دیده شود که طبیعی است.

لثه‌ی متورم که با کوچک‌ترین تماس، به شدت دچار خون‌ریزی می‌شود. اگر درمان نشود، باعث تحلیل استخوان و لقی دندان‌ها خواهد شد.

نمای یک لثه‌ی سالم، رنگ صورتی و لبه‌های کاملاً تیز لثه از جمله علامت‌های مشخص‌کننده‌ی سلامت لثه هستند.



در صورت التهاب در لثه، تغییر رنگ مایل به قرمز پیدا کرده، دچار تورم شده و شکل اصلی خود را از دست میدهد. همچنین ممکن است در زمان مسواک زدن، خون ریزی داشته باشد. در صورت بروز این علائم، علاوه بر توصیه های بهداشتی، باید کودک را به دندانپزشک ارجاع داد.

پلاک روی دندان را نگاه میکنیم.

پلاک میکروبی یک لایه ی بیرنگ چسبنده از باکتری و مواد قندی است که به صورت مرتب روی دندانها تشکیل میشود و اصلی ترین دلیل ایجاد پوسیدگی دندانی و بیماری لثه است و در صورتی که برداشته و تمیز نشود به جرم تبدیل میگردد. این پلاک، قابل مشاهده نیست. برای نشان دادن پلاک میکروبی از قرص یا محلولهای رنگی (قرص یا محلول آشکار کننده ی پلاک) استفاده میشود. اگر پلاک میکروبی مدت طولانی

روی دندان باقی مانده و توسط مسواک و نخ دندان از سطح دندانها تمیز نگردد، به لایه ای سخت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل میگردد که جرم دندان نامیده میشود.



تجمع پلاک قابل دیدن

پلاک تجمعی از خرده‌های غذا و باکتری‌ها است که به صورت یک لایه نرم به سطح دندان چسبیده است. کسی که مراقبت بهداشتی را انجام می‌دهد می‌تواند به والدین یاد دهد که چگونه این پلاک را بردارند.

پوسیدگی دندانها را نگاه کنید:

آیا در فواصل مراقبتها بر تعداد پوسیدگیها اضافه شده است؟

ارزیابی کودک از نظر سلامت دهان و دندان (بالای ۲ سال)

ارزیابی سلامت دهان و دندان در کودکان بالای ۲ سال در مراقبت های ۳۶ ماهگی، ۴۸ ماهگی و ۶۰ ماهگی طبق این صفحه انجام شود.

نوشیه	طبقه بندی	نشانه	سوال کنید	نگاه کنید
<ul style="list-style-type: none"> • اگر درد دارد استامینوفن بدهید. • اقدامات مربوط به بیرون افتادن کامل دندان را انجام دهید. • کودک را برای ارزیابی بیشتر به دندانپزشک ارجاع دهید. • ۱ هفته بعد پیگیری شود برای اطمینان از مراجعه به دندانپزشک و ۳ ماه بعد پیگیری برای بررسی رفع مشکل 	مشکل دندانی شدید یا پرخطر	<ul style="list-style-type: none"> • درد یا • بیرون افتادن کامل دندان از دهان یا • تورم و قرمزی لثه ها یا • تورم صورت یا • نشانه های ضربه 	<ol style="list-style-type: none"> ۱. آیا والدین در مسواک زدن به کودک کمک می‌کنند؟ ۲. آیا کودک به تنهایی یا با همکاری والدین مسواک می‌زند؟ ۳. آیا کودک دندان درد دارد؟ ۴. آیا کودک از خمیر دندان فلورایددار یا کودکی فلوراید های مکمل استفاده می‌کند؟ ۵. آیا از قندها یا میان وعده های ایجاد کننده پوسیدگی دندان در فواصل وعده های غذایی (مصرف آب میوه صنعتی، نوشابه، داروهای شیرین و...) استفاده می‌شود؟ ۶. آیا وارنیش فلوراید برای کودک انجام شده است؟ (از ۳ سالگی هر ۶ ماه از وارنیش فلوراید برای کودکان استفاده شود) ۷. آیا کودک عادات غلط دهانی (مثل مکیدن انگشت شست، پستانک و...) دارد؟ (در مراقبت ۴۸ و ۶۰ ماهگی بررسی شده است) 	<ul style="list-style-type: none"> • تاخیر رویش * • تورم صورت • نقاط سفید گچی روی دندان (دکلسفیه شدن) • پوسیدگی زودرس دوران کودکی • تجمع پلاک قابل دیدن • تورم و قرمزی لثه ها • نشانه های ضربه • در فواصل مراقبت ها بر تعداد پوسیدگی ها اضافه شده است.
<ul style="list-style-type: none"> • روش های صحیح مسواک زدن را به مادر آموزش دهید. • توصیه های بهداشت دهان و دندان را به والدین آموزش دهید. • اگر والدین در مسواک زدن برای کودک همکاری نمی‌کنند روش های صحیح مسواک زدن را به مادر آموزش دهید. در مراقبت بعدی اصلاح روش مسواک زدن پیگیری شود. • ارجاع به دندانپزشک برای ارزیابی بیشتر • انجام وارنیش فلوراید ** • پیگیری ۶ ماه بعد 	مشکل دندانی متوسط دارد یا خطر متوسط	<ul style="list-style-type: none"> • پوسیدگی زودرس دوران کودکی یا • تاخیر در رویش یا • وجود پلاک روی دندان ها یا • مکیدن های غیر تغذیه ای (بعد از ۴ سالگی) یا • والدین در مسواک زدن برای کودک همکاری نمی‌کنند یا کودک مسواک نمی‌زند یا • عدم استفاده از خمیر دندان فلورایددار یا فلوراید های مکمل یا • اضافه شدن تعداد پوسیدگی های دندان در فواصل مراقبت ها یا • استفاده از قندها یا میان وعده های ایجاد کننده پوسیدگی دندان در فواصل وعده های غذایی یا • عدم انجام وارنیش فلوراید 	<p>* اگر از ماکزیمم زمان نهایی مشخص شده برای رویش یک دندان (جدول صفحه قبل) بیش از ۶ ماه بگذرد تاخیر در رویش طبیعی محسوب می‌شود.</p> <p>** از ۳ سالگی هر ۶ ماه یکبار یعنی در ۳۶، ۴۲، ۴۸، ۵۴ و ۶۰ ماهگی برای کودک وارنیش فلوراید انجام شود و در سامانه الکترونیک سلامت ثبت شود.</p> <p>*** در ۳۶ ماهگی و ۶۰ ماهگی بعد از مراقبت روتین، کودک به دندانپزشک ارجاع شود و در سامانه الکترونیک سلامت ثبت شود.</p>	طبقه بندی کنید
<ul style="list-style-type: none"> • توصیه های بهداشت دهان و دندان را به والدین آموزش دهید و معاینات دوره ای *** توسط دندانپزشک / بهداشت کار دهان و دندان انجام شود • از ۳ سالگی وارنیش فلوراید هر ۶ ماه یکبار انجام شود • تشویق مادر برای مراجعه در مراقبت های بعدی • مشاوره لازم به مادر ارائه شود. • ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید. 	مشکل دندانی ندارد	<ul style="list-style-type: none"> • هیچ یک از نشانه های فوق را ندارد. 		

چگونه کودک بالای ۲ سال را از نظر وضعیت سلامت دهان و دندان طبقه بندی کنید؟

تمام کودکان را پس از ارزیابی طبقه بندی کنید.

نشانه های کودک را با نشانه های ذکر شده در هر ردیف جدول رنگی طبقه بندی مقایسه نموده و طبقه بندی مناسب را انتخاب کنید . برای وضعیت سلامت دهان و دندان کودک، سه طبقه بندی وجود دارد که عبارتند از:

۱- مشکل دندانی شدید یا پرخطر ۲- مشکل دندانی متوسط یا خطر متوسط ۳- مشکل دندانی ندارد .

۱. مشکل دندانی شدید یا پرخطر :

در صورتیکه کودک دندان درد دارد، یا دندان به طور کامل از دهان بیرون افتاده است، یا تورم و قرمزی لثه، یا تورم صورت یا نشانه های ضربه را دارد، در طبقه بندی "مشکل دندانی شدید یا پرخطر" قرار میگیرد .
توصیه ها :

انجام اقدامات مربوط به بیرون افتادن کامل دندان ، دادن استامینوفن در صورت درد ، ارجاع کودک برای ارزیابی بیشتر به دندانپزشک ، یک هفته بعد برای اطمینان از مراجعه به دندانپزشک پیگیری شود و ۳ ماه بعد برای بررسی رفع مشکل پیگیری شود .

۲. مشکل دندانی متوسط یا خطر متوسط:

در صورت داشتن هر یک از نشانه های : پوسیدگی زودرس دوران کودکی ، وجود پلاک روی دندانها ، مکیدنهای غیر تغذیه ای (بعد از ۴ سالگی) یا الدین در مسواک زدن برای کودک همکاری نمی کنند یا کودک مسواک نمیزند یا عدم استفاده از خمیر دندان فلورایددار یا فلوراید های مکمل یا اضافه شدن تعداد پوسیدگی های دندان در فواصل مراقبت ها یا استفاده از قندها یا میان وعده های ایجاد کننده پوسیدگی دندان در فواصل وعده های غذایی یا عدم انجام وارنیش فلوراید ، در طبقه بندی " مشکل دندانی متوسط یا خطر متوسط" قرار می گیرد :

• آموزش به والدین در مورد روش های صحیح مسواک زدن دندانهای کودک

• آموزش به والدین در مورد توصیه های بهداشت دهان و دندان

• اگر والدین در مسواک زدن برای کودک همکاری نمی کنند روشهای صحیح مسواک زدن را به مادر آموزش دهید. در مراقبت بعدی اصلاح روش مسواک زدن پیگیری شود

• ارجاع به دندانپزشک برای ارزیابی بیشتر

• انجام وارنیش فلوراید*

• پیگیری ۶ ماه بعد برای بررسی رفع مشکل

• نحوه استفاده از مسواک انگشتی توضیح داده شود و مسواک انگشتی** تحویل داده شود.

*از ۳ سالگی هر ۶ ماه یکبار یعنی در ۳۶، ۴۲، ۴۸، ۵۴ و ۶۰ ماهگی برای کودک وارنیش فلوراید انجام شود.

۳. مشکل دندان‌ی ندارد

در صورتیکه کودک هیچیک از نشانه‌های ذکر شده در جدول طبقه بندی وضعیت سلامت دهان و دندان را ندارد، در طبقه بندی "مشکل دندان‌ی ندارد" قرار میگیرد. به مادر این کودک توصیه‌های بهداشت دهان و دندان را آموزش داده، روشهای صحیح مسواک زدن را به مادر آموزش دهید. معاینات دوره ای توسط دندانپزشک/بهداشت کار دهان و دندان انجام شود(۳۶ و ۶۰ ماهگی) و از ۳ سالگی هر ۶ ماه یکبار وارنیش فلوراید انجام شود. مادر را تشویق کنید که در مراقبتهای بعدی مراجعه کند.

اهمیت حفظ دندانهای شیری :

راهنمای رویش صحیح دندانهای دائمی: دندانهای شیری فضای لازم و محیط مناسبی را برای رویش دندانهای دائمی فراهم کرده و به عنوان راهنمایی جهت رویش صحیح دندانهای دائمی محسوب میشوند. بنابراین، اگر زودتر از دست بروند به دلیل کمبود فضا، سبب جابه جایی و نامرتب شدن دندانهای دائمی خواهند شد که درمان آن هزینه ی گزافی را به خانواده ها تحمیل خواهد کرد. هم چنین، در صورتی که دندانهای شیری بیش از زمان لازم در دهان باقی بمانند موجب بروز مشکلات رویش دندانهای دائمی میگردند.

دندانهای شیری به رشد و تکامل صورت کمک می کنند: در صورتی که دندانهای شیری زود کشیده شوند، رشد فکی به درستی انجام نخواهد شد.

همچنین دندانهای شیری در جویدن و هضم غذا نقش دارند. کودک در حال رشد به تغذیه ی مناسب نیاز دارد. تغذیه ی کودک دارای دندانهای پوسیده دچار اشکال شده و سلامت کودک به مخاطره میافتد . دندانهای شیری در تکلم و بیان صحیح حروف مو ثرنند. بنابراین، از لحاظ رفتاری کودک راحتتر با کودکان دیگر ارتباط برقرار میکند.

ضمن اینکه در درس دهان و دندان توضیحات کامل آمده است ، در ضمیمه ۱۴ نیز نکات تکمیلی آورده شده است.

فصل ۱۵: اصول تکامل کودکان ، نحوه غربالگری و پیگیری مشکلات تکاملی و ارزیابی کودکان از نظر وضعیت تکاملی

اهداف آموزشی

انتظار می رود در پایان این درس فراگیر بتواند:

- ۱- روند تکامل در کودکان از بدو تولد تا پایان پنج سالگی شرح دهد .
- ۲- ارزیابی کودک از نظر وضعیت تکامل را توضیح دهد.
- ۳- بتواند به درستی یک پرسشنامه غربالگری تکامل کودکان را تکمیل و تفسیر کند .
- ۴- بتواند براساس پرسشنامه استاندارد ، حیطه های تکاملی کودک را ارزیابی نماید.
- ۵- پیگیری مشکلات تکاملی کودکان را توضیح دهد .
- ۶- با تست تکامل کودکان بیلی آشنایی پیدا کند .

اهداف برنامه تکامل:

تامین، حفظ و ارتقاء سطح تکامل کودکان از طریق آموزش، اقدامات پیشگیرانه، غربالگری، تشخیص، درمان و توانبخشی کودکان

اهمیت غربالگری تکامل کودکان :

وضعیت زندگی در طول دوران شیرخواری و ابتدای کودکی تاثیر قابل توجهی بر تکامل کودکان دارد . کودکانی که دارای مشکلات فیزیکی (جسمانی) یا محیطی هستند ، برای داشتن تکامل مطلوب و مناسب نیاز به توجه ویژه دارند و ممکن است نسبت به سایر کودکان بیشتر دچار اختلالات یا تاخیر در تکامل شوند. که این امر نیز خود زمینه ساز بروز انواع و درجات مختلف مشکلات حرکتی ، ذهنی ، گفتاری ، شنوایی در آنان است. برای پیشگیری از این امر لازم است با تشخیص زودرس مشکلات و انجام مداخلات به موقع از بروز اختلال یا تاخیر در تکامل جلوگیری کرد . لذا هدف از غربالگری تکامل کودکان شناسایی سریع کودکان با روند تکامل غیر طبیعی ، انجام مداخله به موقع و مناسب جهت اصلاح یا کاهش مشکلات و در نهایت پیشگیری از بروز معلولیت است .

رشد و تکامل از بدو تولد تا پایان :

رشد و تکامل واژه هایی مترادف هم نیستند . رشد شامل تغییرات کمی است که سبب افزایش اندازه در تمام ابعاد بدن انسان می شود. اما تکامل تغییرات کیفی که باعث ارتقای عملکرد می گردد. در واقع تکامل فرایندی است که در طی آن مغز و سیستم عصبی کودک، با پیچیده شدن بیشتر ساختار و یا عملکرد دچار تغییرات یکپارچه می شود . کودک در پی آن ظرفیت ها و مهارت های جدیدی به همراه افزایش سازگاری کسب می کند و به بالندگی و بلوغ رفتار و عملکرد می رسد. فرآیندی از تغییرات که کودکان را از لحاظ حرکتی، فکری، احساسی، تعاملی با مردم و عوامل محیطی به سطوح بالاتری از کامل شدن می رساند. تکامل کودکان شامل آشکار شدن ویژگی های بیولوژیکی و رفتارهای نشات گرفته از آموخته های مبتنی بر تجارب می باشد. رشد فیزیکی، ذهنی و هیجانی، نقش حیاتی در تکامل کلی کودکان دارند. رشد و تکامل در انسان مراحل دارد که از زندگی قبل از تولد آغاز می شوند و تا دوره بزرگسالی ادامه دارند.

مراحل رشد و تکامل به ترتیب شامل :

- دوره جنینی (از تشکیل نطفه تا تولد)
- دوره نوزادی (۲۸ روز اول پس از تولد)
- دوره شیرخوارگی (از ۲۹ روزگی تا یک سالگی)
- دوره نوپایی (از ۱ تا ۳ سالگی)
- دوره خردسالی (از ۳ تا ۵ سالگی)
- دوره نوباوگی یا میان کودکی (۶ تا ۱۱ سالگی)
- دوره نوجوانی (۱۲ تا ۱۸ سالگی)
- دوره جوانی (۱۹ تا ۲۹ سالگی)
- دوره میانسالی (۳۰ تا ۵۹ سالگی)
- دوره سالمندی (از ۶۰ سالگی تا پایان عمر)

عوامل مختلفی بر روند رشد و تکامل کودکان تاثیر دارد : عوامل ژنتیکی ، تغذیه ای، سن ، جنس، محیط فیزیکی ، عوامل روانشناختی ، آلودگی به انگل ها ، عوامل اقتصادی و سایر عوامل مانند فاصله بین فرزندان ، مرتبه تولد ، وزن هنگام تولد ، سطح سواد والدین و ...

مراحل تکامل کودک از بدو تولد با رفلکس های طبیعی مانند بلعیدن و مکیدن و عطسه و حرکات غیر ارادی و .. شروع می شود و به تدریج توانایی های وی تکامل پیدا کرده و ارتقاء می یابد . و به طور کلی کودک در سنین مختلف قادر به کارهای زیر است :

۲ ماهگی : لبخند می زند و سرش را به طرف صداهای آشنا می چرخاند. صداهای آرام در می آورند و سرش را برای لحظاتی در حالی که روی شکم خوابیده بالا می آورد .

۳-۴ ماهگی : گردن می گیرد .دستهایش را به هم می رساند . با صدای مادر آرام می شود . صدای او در می آورد . دستهایش را می شناسد و خنده صدا دار می کند .

۴-۶ ماهگی : تلاش می کند اسباب بازی را بگیرد . جیغ می کشد . به طرف صدا بر می گردد . چنگ می زند و اشیای بزرگ مانند جغ جغه را می گیرد . غلت می زند .

۶-۷ ماهگی : می نشیند ، اشیای را از یک دست به دست دیگر می دهد از بازی با کودکان دیگر و حمام کردن لذت می برد.

۸-۱۰ ماهگی : چهار دست و پا می رود، بابا مامان نامفهوم (۹-۱۰ ماهگی) می گوید . مستقل بودن را یاد می گیرد . اشیای کوچک را برمی دارد . بدون کمک می نشیند . با دقت به صداهای آشنا گوش می دهد .

۱۰-۱۳ ماهگی : چند ثانیه می ایستد .به نشانه خداحافظی دست تکان می دهد .به اسمش یا کلمات آشنا پاسخ نشان می دهد . جاگذاری اشیاء در درون هم به او مفهوم کوچک و بزرگتر را می آموزد. بابا مامان مفهوم می گوید .

۱۵ ماهگی : به خوبی راه می رود. توپ بازی می کند . حداقل یک تا دو کلمه می گوید . خط خطی می کند . اشیای را پرتاب می کند . با امتنا از خوردن والدین خود را امتحان می کند .

۱۸-۲۰ ماهگی : می دود. برای خوردن غذا از قاشق استفاده میکند .حداقل ۳ کلمه می گوید .

۲۴ ماهگی : از پله بالا و پایین می رود . اشیای را به هم وصل و از هم جدا میکند. سرگرم شناخت دنیای اطراف است و به کمک پدر و مادر از انجام کارهای خانه لذت می برد . ۶ قسمت از بدنش را نشان می دهد . از ترکیب کلمات استفاده می کند . دکمه لباس هایش را باز می کند و جلیقه لباس را در می آورد .

۳ سالگی : شستن و خشک کردن دست ها ، نیمی از صحبت هایش قابل فهم است ، تقلید خط عمودی ، بالا می پرد .

۴ سالگی : لباس هایش را بدون کمک می پوشد تمام صحبت هایش مفهوم است. شناخت حداقل ۳ شیء ، کشیدن دایره از روی آن و دو ثانیه روی یک پا می ایستد .

۵ سالگی : بدون کمک مسواک می زند . ۴ رنگ را نام می برد . مفهوم بلند و کوتاهی خط ها را می داند . از روی + می کشد و ۴ ثانیه روی یک پایش می ایستد .

ارزیابی کودک از نظر وضعیت تکامل :

ارزیابی تکامل کودک شامل یک فرآیند مداوم و ممتد است که در آن تیم سلامت با استفاده از ابزارهای استاندارد نسبت به بررسی وضعیت تکاملی کودک در طی مراقبتهای روتین اقدام مینماید. تمامی کودکان باید از نظر تکاملی غربالگری شوند. ابزارهای غربالگری برای بررسی و غربال کودکان و رسیدگی به نگرانیهای والدین در زمینه ی وضعیت تکامل کودک و تأیید یا رد نگرانی ایشان مفید است اما به خودی خود برای تشخیص اختلال تکاملی و ماهیت آن مناسب نخواهد بود. به عبارت دیگر، ابزارهای غربالگری تکاملی، کودکان سالم را از کودکان نیازمند بررسی بیشتر از نظر اختلال تکاملی متمایز می سازند. برای تشخیص قطعی اختلال تکاملی نیاز به ابزارهای تشخیصی و بررسی دقیقتری خواهد بود.

برای ارزیابی تکامل کودکان از دو روش RED FLAG و پرسشنامه های ASQ-3 و ASQ:SE-2 استفاده می شود .

RED FLAG شامل چند سوال متناسب با سن کودک است که در سنین ۲ و ۹ و ۱۸ ماهگی و ۴ سالگی توسط مراقب سلامت از مادر سوال شده و کودک ارزیابی می شود .

پرسشنامه کاغذی ASQ نیز در سنین ۶، ۱۲، ۲۴، ۳۶ و ۶۰ ماهگی توسط مادر یا یکی از مراقبین کودک تکمیل شده و بعد توسط بهروز/مراقب بررسی می شود.

ارزیابی کودک از نظر تکامل (در صورت نارسایی (سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته) پرسشنامه ASQ متناسب با سن کودک تکمیل شود)

سن	سوال کنید آیا فرزند شما:
۲ ماهگی	<ul style="list-style-type: none"> با شنیدن صدای بلند در شیر خوردن مکت می کند یا در هنگام خواب از جا می پرد؟ اجسام متحرک را با نگاه دنبال می کند؟ به اشخاص لبخند می زند؟ وقتی روی شکم دراز کشیده، می تواند چانه اش را به مدت کوتاهی از زمین بلند کند؟ در مکتیدن یا بلع شیر مشکل دارد؟
۹ ماهگی	<ul style="list-style-type: none"> در حالی که با گرفتن زیر بغل، کودک را در حالت ایستاده نگاه داشته اید، می تواند حداقل به مدت ۲ ثانیه روی کف پایش بایستد؟ می تواند با تکیه دادن به دست هایش یا پاش بایستد؟ صناهایی بی معنی مانند «ما- ما- ما»، «یا- یا- یا»، «دا- دا» (در می آورد)؟ وقتی با او بازی می کنید، با شما همراهی می کند؟ با شنیدن اسم خودش، واکنش نشان می دهد؟ افراد آشنا را از غریبه تشخیص می دهد؟ به طرفی که شما اشاره می کنید، نگاه می کند؟ اشیا را از یک دست به دست دیگری می دهد؟
۱۸ ماهگی	<ul style="list-style-type: none"> برای نشان دادن اشیا به دیگران، به آن ها اشاره می کند؟ می تواند حداقل ۲ قدم به تنهایی راه برود؟ می داند اشیا معمول اطرافش (مثل قاشق، تلفن) چه کاربردی دارد؟ می تواند کارهای دیگران را تقلید کند؟ کلمه های جدید را یاد می گیرد؟ می تواند حداقل ۶ کلمه را بگوید؟ وقتی مادر یا مراقبش او را ترک می کند یا پیش او برمی گردد، توجه می کند یا اهمیت می دهد؟ آیا کارهایی هست که قبلاً می توانسته انجام دهد ولی الآن نمی تواند؟
۴ سالگی	<ul style="list-style-type: none"> می تواند درجا بالا و پایین برود؟ می تواند کشیدن دایره (گردی) را تقلید کند؟ به کودکان دیگر توجه می کند؟ / به افرادی غیر از اعضای خانواده واکنش نشان می دهد؟ دوست دارد یا کودکان دیگر هم بازی شود و بازی های وانمودی مثل خاله بازی یا درد و پلیس کند؟ می تواند داستان مورد علاقه اش را بازگو کند؟ از دستورات ۳ مرحله ای پیروی می کند؟ (مثل: برو، بگو، نوبت را بدار، بیاور) مفهوم «مثل هم بودن» و «فرق داشتن» را درک می کند؟ از ضمایر «من» و «تو» درست استفاده می کند؟ واضح حرف می زند؟ اغلب در مقابل لباس پوشیدن / خواندن / دستشویی رفتن مقاومت (بلع بازی) می کند؟ آیا کارهایی هست که قبلاً می توانسته انجام دهد ولی الآن نمی تواند؟
۶ ماهگی - ۱۲ ماهگی - ۲۴ ماهگی - ۳ سالگی - ۵ سالگی	پرسشنامه تست غربالگر استاندارد تکمیل شود. در صورت عدم مراجعه کودک طبق این سنین، در اولین مراجعه در هر سنی ASQ همان گروه سنی برای کودک تکمیل شود.

نشانه	طبقه بندی	توصیه
• پاسخ غیر طبیعی در هریک از موارد	نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل	• انجام تست غربالگر استاندارد- ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ۱ هفته بعد پیگیری شود
• عدم وجود مشکل در هریک از موارد	طبیعی	• مشاوره به مادر در خصوص رابطه متقابل کودک و والدین و توصیه هایی برای ارتقای تکامل کودک ارائه شود • ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

نشانه	طبقه بندی	توصیه
• امتیاز تست غربالگر استاندارد مساوی یا کمتر از ۵SD - یا • امتیاز محدود تست برای بار دوم همچنان روی ۵SD - و پایین تر یا • پاسخ یکی از سؤالات مورد کف نشان دهنده مشکلی باشد	نیازمند انجام مجدد ASQ ۲ هفته بعد	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ۱ هفته بعد پیگیری شود
• امتیاز تست غربالگر استاندارد بالای ۵SD -	طبیعی	• مشاوره به مادر در خصوص رابطه متقابل کودک و والدین و توصیه هایی برای ارتقای تکامل و ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

ارزیابی کودک از نظر وضعیت تکاملی (RED FLAG)

سوالات RED FLAG به مفهوم پرچم یا چراغ قرمزی است که به ما هشدار می دهد در روند تکامل کودک اختلال وجود داشته و نیاز به بررسی بیشتر وجود دارد. لذا هنگامی که سوالات مربوطه از مادر پرسیده می شود، در صورت پاسخ منفی به هر یک از سوالات نیاز هست پرسشنامه ASQ-3 و ASQ:SE-2 متناسب با همان سن تکمیل گردد.

در زیر سوالات رد فلگ ۹ ماهگی به عنوان نمونه آورده شده است. که توسط مراقب سلامت هنگام انجام مراقبت های روتین از مادر سوال می شود. گاهی اوقات کودک روند تکامل سریع تری دارد و ممکن است برخی از اقدامات موجود در سوال ها را قبلا انجام داده و اکنون فعالیت پیچیده تر و پیشرفته تری انجام می دهد که در این صورت هم پاسخ آن سوال مثبت در نظر گرفته می شود. مثلا به جای بابا مامان نامفهوم اکنون کلمات بیشتری ادا می کند.

سوالات (رد فلگ) سن ۹ ماهگی

۱. در حالیکه با گرفتن زیر بغل، کودک را در حالت ایستاده نگاه داشته اید، می تواند حداقل به مدت ۲ ثانیه روی کف پایش بایستد؟
۲. می تواند با تکیه دادن به دست هایش یا بالش بنشیند؟
۳. صداهایی بی معنی مانند "ما--ما"، "با--با"، "دا--دا" درمیآورد؟
۴. وقتی با او بازی می کنید، با شما همراهی می کند؟
۵. با شنیدن اسم خودش، واکنش نشان می دهد؟
۶. افراد آشنا را از غریبه تشخیص می دهد؟
۷. به طرفی که شما اشاره می کنید، نگاه می کند؟
۸. اشیا را از یک دست به دست دیگرش می دهد؟

طبقه بندی کودک از نظر وضعیت تکاملی (RED FLAG)

تمام کودکان ۲ ماهه، ۹ ماهه، ۱۸ ماهه و ۴ ساله را پس از ارزیابی طبقه بندی کنید. نشانه های کودک را با نشانه های ذکر شده در هر ردیف جدول رنگی طبقه بندی مقایسه نموده و طبقه بندی مناسب را انتخاب کنید. برای وضعیت تکامل ۲ طبقه بندی وجود دارد:

- ۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل
- ۲- طبیعی.

نشانه	طبقه بندی	توصیه
<ul style="list-style-type: none"> پاسخ غیر طبیعی در هر یک از موارد 	<ul style="list-style-type: none"> نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل 	<ul style="list-style-type: none"> انجام تست غربالگر استاندارد- ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ۱ هفته بعد پیگیری شود
<ul style="list-style-type: none"> عدم وجود مشکل در هر یک از موارد 	<ul style="list-style-type: none"> طبیعی 	<ul style="list-style-type: none"> مشاوره به مادر در خصوص رابطه متقابل کودک و والدین و توصیه هایی برای ارتقای تکامل کودک ارائه شود ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل: در صورت پاسخ غیر طبیعی در هر یک از موارد RED FLAG ها کودک در طبقه بندی نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل قرار میگیرد. در این کودکان تست غربالگر استاندارد را انجام دهید و سپس بر طبق امتیاز کسب شده طبق دستورالعمل ASQ تصمیم گیری نمایید. در صورت نیاز برای ارزیابی بیشتر کودک را به پزشک مرکز جامع سلامت ارجاع دهید و یک هفته بعد پیگیری کنید.

۲- طبیعی: در صورت عدم وجود مشکل در هر یک از موارد RED FLAG ها کودک طبیعی است. در این صورت مشاوره با مادر در خصوص رابطه متقابل کودک و والدین و توصیه هایی برای ارتقای تکامل کودک ارائه شود و مراقبت های روتین کودک را ادامه دهید.

ارزیابی کودک از نظر وضعیت تکاملی مطابق پرسشنامه ASQ

تست غربالگر ASQ (Ages Stages Questionnaires) یا پرسشنامه متناسب با سن):

پرسشنامه ASQ-3 و ASQ:SE-2 در سنین ۶، ۱۲، ۲۴ ماهگی و ۳ و ۵ سالگی و همچنین زمانی که پاسخ به یکی از سوالات RED FLAG منفی (نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل) باشد توسط مادر در منزل تکمیل می گردد. برای کودکانی که زود متولد شده اند (سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته)، پرسشنامه ASQ-3 و ASQ:SE-2 متناسب با سن کودک ۲، ۶، ۹، ۱۲، ۱۸، ۲۴، ۳۶، ۴۸ و ۶۰ ماهگی تکمیل می شود.

پاسخ به سوالات نیازمند داشتن یک محیط آرام، برخی وسایل و اسباب بازی ها و گذاشتن وقت و حوصله است لذا می بایست در منزل تکمیل گردد و بعد توسط بهورز یا مراقب بر مبنای پاسخ هایی که به سوالات این پرسشنامه داده شده، طبق دستورالعمل ASQ-3 و ASQ:SE-2 امتیازدهی شده و مطابق امتیاز کسب شده، طبقه بندی و اقدامات و توصیه ها انجام گیرد.

برای غربالگری کودکان با استفاده از پرسشنامه های ASQ-3 و ASQ:SE-2 به نکات زیر توجه شود:

۱- پرسشنامه ها می توانند توسط والدین، پدربزرگ و مادر بزرگ ها، خواهر و برادرهای بزرگتر، سایر اقوام، پدر و مادرخوانده ها، قیم ها، معلمین؛ و کلا هر کسی که کودک را به خوبی می شناسد و حدود ۱۵-۲۰ ساعت یا بیشتر در هفته با کودک وقت می گذراند، پاسخ داده شوند.

۲- این پرسشنامه برای والدین با تحصیلات پایان ابتدایی طراحی شده است. لذا پدران و مادران بی سواد یا کم سواد که نمی توانند خود آن را تکمیل کنند باید این کار را به کمک یک فرد با سواد دیگر در خانه انجام دهند. در اینصورت فرد باسواد باید سوالات را برای پدر و مادر بخواند و پاسخ مورد نظر آنها را علامت بزند.

۳- در صورتی که به هر علت حدس میزنید والدین در بازگرداندن پرسشنامه همکاری لازم را نخواهند کرد از ایشان بخواهید که در همان محل (مرکز خدمات جامع سلامت / پایگاه سلامت / خانه بهداشت) آن را تکمیل کنند. در اینحالت چنانچه لازم بود و پدر و مادر در تکمیل پرسشنامه به سوال یا مشکلی برخورد کردند. کمک به آنان در فهم بهتر مطالب مجاز است، اما توجه شود که نباید والدین را به سمت پاسخ بخصوصی هدایت کرد. بلکه ابتدا هر سوال را برایشان روخوانی کنید. سپس اگر جمله ای را خوب متوجه نشدند، کلمات تشکیل دهنده آن جمله را با کلمات مشابه دیگری که با ارزش ها و فرهنگ خانواده مورد نظر همخوانی بیشتری داشته باشد، جایگزین کنید. البته حتی الامکان باید از پرس کردن پرسشنامه در محلی خارج از منزل خودداری کرد زیرا ممکن است به وسایلی نیاز داشته باشیم که این وسایل در محل کار موجود نباشد (مانند مداد و کاغذ، آینه، مکعب، اسباب بازی و...) به علاوه خارج از منزل ممکن است پدر و مادر دقت کافی، حوصله و توجه لازم را نداشته باشند. از طرفی کودک نیز ممکن است در محیط بیگانه همکاری لازم را نداشته باشد.

۴- به والدین تاکید شود که حتی الامکان در محیط منزل از اسباب و وسایلی که برای کودک آشنا هستند، در اجرای فعالیت ها و مهارت های مندرج در پرسشنامه استفاده شود.

۵- به والدین تاکید شود که انجام فعالیت ها و مهارت های مندرج در تک تک سوالات را ابتدا با کودکشان تمرین کنند و سپس به سوالات پاسخ دهند.

۶- به پدر و مادر تأکید شود بخش (کلیات) در انتهای هر پرسشنامه را تکمیل کنید.

۷- زمانی که امتیاز کودک را از پرسشنامه تکمیل شده محاسبه کردید، بخصوص اگر امتیاز کودک در منطقه پایش قرار گرفته باشد یا نیاز به ارجاع داشته باشد، این نتایج را به روشی محتاطانه و همدلانه و حمایت گر و

غیر تهدید آمیز با والدین در میان بگذارید، تا هم بیش از اندازه نگران و مضطرب و آشفتنه نشوند و هم اینکه پیگیری ارجاع به متخصص را جدی بگیرند.

۸- زمانی که بروشورهای حاوی تمرینات و فعالیت هایی برای ارتقای تکامل کودک را به والدین تحویل می دهید، تعدادی از این فعالیت ها را به عنوان نمونه برای والدین تشریح کنید و توضیح دهید.

توضیحات لازم در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه برای والدین:

پس از انتخاب پرسشنامه کودک (بر اساس سن مناسب هر پرسشنامه) قدم بعدی این است که والدین را مطلع نمایید که کودک آنها شرایط لازم برای شرکت در برنامه ارزیابی تکاملی را دارد و نیاز به همکاری فعال ایشان دارید. وقتی پدر و مادر آگاهی کافی نسبت به اهمیت تکامل کودک و غربالگری آن پیدا کردند قدم بعدی این است که آنها را با پرسشنامه و چگونگی تکمیل آن آشنا کنید.

ترس و نگرانی والدین را مرتفع سازید: بسیاری از والدین ممکن است از این که به کودکشان برچسب پایین تر از نرمال زده شود، بترسند. با توضیحات زیر سعی کنید ترس و نگرانی آن ها را مرتفع سازید:

- پاسخ های شما به سوالات این پرسشنامه هم نقاط قوت کودکتان را نشان خواهد داد و هم حوزه هایی را که کودکتان در آن نیاز به کمک و تمرین بیشتری دارد، مشخص خواهد ساخت.

- اطلاعاتی که شما در مورد کودکتان می دهید، در تعیین اینکه کودک نیاز به ارزیابی های بیشتر و تکمیلی دارد یا خیر، کمک کننده خواهد بود.

بنابراین این نکات مهم را به خانواده گوشزد کنید:

- اجرای پرسشنامه را به یک بازی جذاب برای خود و کودکتان تبدیل کنید.
- قبل از اجرای پرسشنامه مطمئن شوید که کودکتان سیر است و به اندازه کافی خوابیده است.
- پرسشنامه های ASQ-3 دارای ۵ بخش یا حوزه تکاملی هستند. سوالات در هر یک از بخش ها یا حوزه های پرسشنامه از فعالیت های آسان تر شروع شده و به فعالیت های دشوارتر ختم می شود.
- کودک شما ممکن است فقط بعضی از این فعالیت ها، و نه همه آن ها را، بتواند انجام دهد. به عبارت دیگر ممکن است کودک نتواند همه فعالیت هایی که در پرسشنامه مورد سؤال قرار میگیرد را انجام دهد.
- در واقع این پرسشنامه برای تعیین این موضوع است که کودک چه فعالیت هایی را همیشه انجام می دهد، گاهی انجام می دهد یا هنوز انجام نمی دهد.

- به خانواده ها معنی هر یک از گزینه های پاسخ به سوالات را توضیح دهید:

- در پرسشنامه های « بلی » گزینه ASQ-3 «اغلب یا همیشه» و گزینه در پرسشنامه های ASQ:SE-2 یعنی این که کودکان فعالیت یا مهارت مورد نظر را انجام می دهد.
- گزینه «گاهی» یعنی این که کودکان به تازگی شروع به انجام فعالیت مورد نظر کرده است، یا آن فعالیت را گاه گاهی انجام می دهد، همیشه انجام نمی دهد.
- گزینه «هنوز نه» در پرسشنامه های ASQ-3 و گزینه «به ندرت یا هرگز» در پرسشنامه های ASQ:SE-2 یعنی این که کودکان هنوز فعالیت مورد نظر را انجام نداده است.
- در پرسشنامه های ASQ:SE-2 گزینه دیگری تحت عنوان «اگر در مورد این رفتار کودکان نگرانید، علامت بزنید» هم برای هر یک از سوالات وجود دارد. زمانی که والدین از اینکه کودکان فعالیت مورد پرسش را انجام می دهد یا انجام نمی دهد یا گاهی انجام می دهد، احساس نگرانی می کنند، این گزینه را نیز علامت می زنند.
- در انتهای پرسشنامه بخشی با عنوان «کلیات» قرار دارد که سوالات این قسمت پاسخ "بلی" یا "خیر" دارند ولی فضایی هم در کنار هر سوال وجود دارد که در صورت نیاز والدین بتوانند توضیحات بیشتری را در مورد سوال بنویسند.
- ۶- پس از اینکه مطمئن شدید پدر و مادر در مورد چگونگی تکمیل پرسشنامه کاملاً آگاه شدند پرسشنامه مربوط به گروه سنی کودک را در اختیارشان قرار دهید تا در منزل تکمیل کرده و حداکثر طی یک هفته به شما برگردانند.

ابزار غربالگری تکامل کودکان ASQ-3 چیست؟

آزمون غربالگر تکامل ASQ-3 حاوی ۲۱ پرسشنامه برای ۲۱ گروه سنی مختلف است. (در سال اول در گروههای سنی ۲، ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۲ ماهگی، در سال دوم در گروه های سنی ۲۴، ۲۲، ۲۰، ۱۸، ۱۶، ۱۴ ماهگی، در سال سوم در گروه های سنی ۳۶، ۳۳، ۳۰، ۲۷ ماهگی، و در سال های چهارم و پنجم در گروه های سنی ۶۰، ۵۴، ۴۸، ۴۲ ماهگی). در اغلب موارد این پرسشنامه ها می توانند به خوبی کودکانی را که به ارزیابی های بیشتر یا مداخلات درمانی به هنگام نیاز دارند از کودکان سالم جدا کنند. هر پرسشنامه حاوی ۳۰ سوال در ۵ حیطه تکاملی است که به زبان ساده در مورد تکامل کودک نوشته شده و در آن سوالات هر حیطه به ترتیب از فعالیتهای آسانتر به فعالیتهای سخت تر مرتب شده است. ۵ حیطه تکاملی مورد نظر عبارتند از:

۱-حیطه ارتباطات ۲-حیطه حرکات درشت ۳-حیطه حرکات ظریف ۴-حیطه حل مسئله ۵-حیطه شخصی اجتماعی

۱. حیطه ارتباطات: مربوط است به آنچه کودک از گفتگوی اطرافیان درک می کند و آنچه او می تواند بیان کند، مانند آغون کردن، صدا در آوردن از دهان، گوش کردن و درک معنی گفته ها، و بیان کلمات و جملات

۲. **حیطه حرکات درشت:** به حرکات و هماهنگی های بین عضلات بزرگ بدن مانند حرکات تنه، بازوان و پاهامرتبط است.
۳. **حیطه حرکات ظریف:** مربوط به حرکات و هماهنگی های بین عضلات کوچک بدن مانند حرکات ظریف دست و انگشتان می باشد.
۴. **حیطه حل مسئله:** به یادگیری کودک و بازی با اسباب بازی ها مربوط است.
۵. **حیطه شخصی-اجتماعی:** مربوط به برقراری چگونگی روابط و نوع تعامل کودک با اسباب بازی هایش و با سایر کودکان و نیز با بزرگسالان، مانند بازی های فردی، بازی های جمعی، کارهای مشترک با دیگران (کارهای اجتماعی) می باشد
- در انتهای هر پرسشنامه یک بخش به نام " کلیات " برای درج برخی نگرانی های کلی والدین در مورد کودک خود، در نظر گرفته شده است.

ویژگی سؤالات پرسشنامه: ASQ-3

- ۱- شاخص تکاملی مهمی را مورد سؤال قرار میدهد.
- ۲- رفتار مناسب کودکان آن گروه سنی را مطرح کرده و در مورد کودک مورد نظر سؤال مینماید.
- ۳- سعی شده درک سؤال و امکان مشاهده رفتار مورد نظر در کودک برای والدین راحت باشد.
- ۴- در طراحی متن پرسشنامه از کلماتی استفاده شده که افرادی با سطح سواد پنجم ابتدایی بتوانند متوجه معنی آن شوند. هر جا لازم بوده توضیحات کافی داده شده تا والدین سؤالات را بهتر درک کنند.
- ۵- در هر جا ممکن بوده در کنار هر سؤال تصویر کوچکی هم اضافه شده تا مفهوم سؤال را روشنتر نماید.
- ۶- در جاهایی که لازم و امکان پذیر بوده مثالهایی از رفتار مورد نظر در سؤال گنجانده شده است.

انتخاب پرسشنامه ASQ-3 مناسب سن کودک:

برای دستیابی به نتایج صحیح و دقیق، باید از پرسشنامه های گروه سنی مناسب برای غربالگری هر کودک استفاده کرد.

جدول شماره ۱: تفریق ساده برای محاسبه سن دقیق

روز	ماه	سال	
۱۸	۷	۱۴۰۰	تاریخ اجرا
۹	۴	۱۳۹۷	تاریخ تولد
۹ روز	۳ ماه	۳ سال	سن کودک

سن این کودک ۳ سال و ۳ ماه و ۹ روز یا ۳۹ ماه و ۹ روز است که طبق جدول شماره ۲ پرسشنامه ۴۲ ماهگی برای این کودک تکمیل می شود.

جدول شماره ۲: تعیین پرسشنامه ASQ-3 مناسب سن کودک:

سن کودک	از پرسشنامه ASQ-3 این گروه سنی استفاده کنید
۱ ماه و ۰ روز تا ۲ ماه و ۳۰ روز	۲ ماهگی
۳ ماه و ۰ روز تا ۴ ماه و ۳۰ روز	۴ ماهگی
۵ ماه و ۰ روز تا ۶ ماه و ۳۰ روز	۶ ماهگی
۷ ماه و ۰ روز تا ۸ ماه و ۳۰ روز	۸ ماهگی
۹ ماه و ۰ روز تا ۹ ماه و ۳۰ روز	۹ ماهگی
۱۰ ماه و ۰ روز تا ۱۰ ماه و ۳۰ روز	۱۰ ماهگی
۱۱ ماه و ۰ روز تا ۱۲ ماه و ۳۰ روز	۱۲ ماهگی
۱۳ ماه و ۰ روز تا ۱۴ ماه و ۳۰ روز	۱۴ ماهگی
۱۵ ماه و ۰ روز تا ۱۶ ماه و ۳۰ روز	۱۶ ماهگی
۱۷ ماه و ۰ روز تا ۱۸ ماه و ۳۰ روز	۱۸ ماهگی
۱۹ ماه و ۰ روز تا ۲۰ ماه و ۳۰ روز	۲۰ ماهگی
۲۱ ماه و ۰ روز تا ۲۲ ماه و ۳۰ روز	۲۲ ماهگی
۲۳ ماه و ۰ روز تا ۲۵ ماه و ۱۵ روز	۲۴ ماهگی
۲۵ ماه و ۱۶ روز تا ۲۸ ماه و ۱۵ روز	۲۷ ماهگی
۲۸ ماه و ۱۶ روز تا ۳۱ ماه و ۱۵ روز	۳۰ ماهگی
۳۱ ماه و ۱۶ روز تا ۳۴ ماه و ۱۵ روز	۳۳ ماهگی
۳۴ ماه و ۱۶ روز تا ۳۸ ماه و ۳۰ روز	۳۶ ماهگی
۳۹ ماه و ۰ روز تا ۴۴ ماه و ۳۰ روز	۴۲ ماهگی
۴۵ ماه و ۰ روز تا ۵۰ ماه و ۳۰ روز	۴۸ ماهگی
۵۱ ماه و ۰ روز تا ۵۶ ماه و ۳۰ روز	۵۴ ماهگی
۵۷ ماه و ۰ روز تا ۶۶ ماه و ۰ روز	۶۰ ماهگی

تطبیق دادن سن برای کودکانی که نارس بدنیا آمده اند:

اگر کودک ۳ هفته یا بیشتر از ۳ هفته قبل از تاریخ تعیین شده برای زایمان (۴۰ هفتگی) به دنیا آمده باشد (یعنی gestational age ۳۷ هفته یا کمتر)، و سن تقویمی او کمتر از ۲ سال باشد، توصیه بر آن است که سن تطبیق یافته برای نارسى جهت کودک محاسبه شود. از روش زیر برای این منظور استفاده کنید:

با تفریق تعداد هفته های نارسى (فاصله سن حاملگی از ۴۰ هفته) از سن تقویمی کودک، سنی که حاصل میشود سن اصلاح شده است و مبنای تعیین پرسشنامه از گروه سنی مناسب خواهد بود.

مثال: اگر کودکی با سن بارداری ۲۸ هفته به دنیا آمده باشد (۱۲ هفته = ۲۸ - ۴۰) این کودک ۱۲ هفته یا ۳ ماه زودتر از موعد مقرر به دنیا آمده است بنابراین در ۱۲ ماهگی باید پرسشنامه (ماه ۹ = ماه ۳ - ماه ۱۲) ۹ ماهگی برای این کودک تکمیل شود.

نحوه امتیازدهی نهایی به پرسشنامه های تکمیل شده: ASQ-3

پس از این که والدین به سوالات پرسشنامه پاسخ دادند، یک نفر فرد آموزش دیده باید به روش زیر امتیازدهی را انجام دهد:

۱- ابتدا پرسشنامه را از نظر یافتن سوالات بی پاسخ، مرور کنید: اگر همه سوالات پاسخ داده شده بودند، اقدامات بعدی را انجام دهید. اگر سوالاتی بی پاسخ مانده بودند، سعی کنید که دلیل آن را بفهمید؛ در چنین مواردی معمولاً والدین به پاسخ صحیح اطمینان ندارند یا در مورد اینکه کودک آنها فعالیت مورد نظر را به درستی انجام میدهد یا نه، نگرانی و شک دارند. سعی کنید اطلاعات لازم را از والدین جمع آوری کرده و به سوالات بی پاسخ، پاسخ داده و امتیاز دهید. در صورتی که به هر دلیل نتوانستید پاسخ سوال را دریافت کنید به صورت زیر عمل کنید:

الف) اگر تنها یک سوال در یک حیطه تکاملی بی پاسخ مانده بود، جمع امتیازات سوالاتی که در آن حیطه تکاملی پاسخ داده شده اند را محاسبه کرده و سپس بر تعداد سوالات پاسخ داده شده در آن حیطه تقسیم کنید. به این ترتیب، میانگین امتیاز سوالات دارای پاسخ در آن حیطه تکاملی تعیین می شود. آن گاه این رقم میانگین را به "امتیاز تطبیق یافته" جمع امتیازات سوالاتی که در آن حیطه تکاملی پاسخ داده شده اند، اضافه کنید. عدد حاصله است.

میانگین امتیاز سوالات پاسخ داده شده = تعداد سوالات پاسخ داده شده ÷ جمع امتیازات سوالات پاسخ داده شده
 امتیاز تطبیق یافته = میانگین امتیاز سوالات پاسخ داده شده + جمع امتیازات سوالات پاسخ داده شده

سپس امتیاز تطبیق یافته را مانند موارد دیگر با ((نقطه برش)) آن حیطة تکاملی مقایسه و اقدامات بعدی را انجام دهید. به عنوان مثال اگر پدر و مادری تنها به ۵ سوال از ۶ سوال حیطة تکاملی حرکات درشت در پرسشنامه ۴ ماهگی پاسخ داده باشند، که از آن میان ۳ سوال پاسخ « بلی » (مجموعاً معادل ۳۰ امتیاز)، ۱ سوال پاسخ "گاهی" (۵ امتیاز) و یک سوال "هنوز نه" (۰ امتیاز) داشته باشد نحوه محاسبه به شرح زیر است: جمع امتیازات حیطة تکاملی حرکات درشت کودک آنها ۳۵ امتیاز خواهد بود، که وقتی بر تعداد سوالات پاسخ داده شده ۵ (سوال) تقسیم گردد ۳۵ (تقسیم بر ۵ مساوی ۷)، رقم بدست می آید. این رقم ۷ را با جمع امتیازات حیطة تکاملی حرکات درشت کودک (۳۵) جمع می کنیم (۷ + ۳۵) مساوی ۴۲) عدد ۴۲ امتیاز تطبیق یافته یا همان امتیاز نهایی کودک از حیطة تکاملی حرکات درشت است.

ب) اگر دو سوال در یک حیطة تکاملی بی پاسخ مانده بود، میانگین امتیاز سوالات دارای پاسخ در آن حیطة تکاملی را ابتدا ضرب در عدد ۲ کنید و آن گاه رقم به دست آمده را به جمع امتیازات سوالاتی که در آن حیطة تکاملی پاسخ داده شده اند، اضافه کنید تا به امتیاز تطبیق یافته دست یابید. در واقع به این ترتیب عدد میانگین را برای هر یک از سوالات پاسخ داده نشده منظور می کنیم.

امتیاز تطبیق یافته = ۲ × (میانگین امتیاز سوالات پاسخ داده شده) + جمع امتیازات سوالات پاسخ داده شده

به عنوان مثال اگر پدر و مادری تنها به ۴ سوال از ۶ سوال حیطة تکاملی حرکات درشت در پرسشنامه ۴ ماهگی پاسخ داده باشند، که از آن میان ۲ سوال پاسخ « بلی » (مجموعاً معادل ۲۰ امتیاز)، ۱ سوال پاسخ « گاهی » (۵ امتیاز) و یک سوال پاسخ « هنوز نه » (۰ امتیاز) داشته باشد، نحوه محاسبه به شرح زیر است: جمع امتیازات حیطة تکاملی حرکات درشت این کودک ۲۵ امتیاز خواهد بود، که وقتی بر تعداد سوالات پاسخ داده شده ۴ (سوال) تقسیم گردد ۲۵ (تقسیم بر ۴ مساوی ۶.۲۵)، عدد بدست می آید. عدد ۶.۲۵ را ضرب در دو کنید ۶.۲۵ (ضربدر ۲ مساوی) ۱۲.۵، عدد ۱۲.۵ بدست می آید. عدد ۱۲.۵ را با امتیازات حیطة تکاملی مورد نظر (۲۵) جمع کنید ۱۲.۵ (به اضافه ۲۵ مساوی ۳۷.۵)، امتیاز تطبیق یافته یا امتیاز نهایی کودک مورد نظر ۳۷.۵۰ خواهد بود

ج) اگر سه سوال یا بیشتر در یک حیطة تکاملی بی پاسخ مانده بود، امتیاز آن حیطة تکاملی قابل محاسبه نیست.

۲- در ویرایش سوم ابزار ASQ، در انتهای برخی سوالات از فرد امتیازدهنده خواسته شده که اگر به یکی از سوالات بالاتر یا پایین تر، پاسخ بلی داده شده است، به آن سوال بخصوص نیز حتما باید پاسخ بلی تعلق گیرد. به اینگونه سوالات توجه کنید و هنگام امتیازدهی به آن ها مطابق دستور پرسشنامه عمل کنید.

۳- به هر یک از سوالات پرسشنامه امتیاز دهید. برای هر سوال، فضای خالی برای درج کردن امتیاز کسب شده مربوط به آن سوال، منظور شده است. به پاسخ های بلی، ۱۰ امتیاز، به پاسخ های گاهی، ۵ امتیاز، و به پاسخ های هنوزنه، صفر (۰) امتیاز دهید.

۴- امتیازات هر یک از حیطه های تکاملی را جمع کنید و در فضای خالی که در انتهای هر حیطه قرار داده شده است، درج کنید.

۵- پاسخ هایی که والدین به سوالات بخش «کلیات» داده اند را به دقت بخوانید. به نگرانی های والدین توجه کنید. در غالب موارد باید با والدین در مورد این نگرانی ها صحبت کنید تا مشکلات احتمالی را شناسایی کنید. صرف نظر از امتیازی که کودک در پرسشنامه کسب کرده است، چنانچه والدین در بخش «کلیات» پرسشنامه به یک نگرانی اشاره کرده اند، باید به این نگرانی پاسخ داد. اغلب نگرانی هایی که والدین ابراز می کنند مهم هستند و معمولاً نیاز به ارزیابی های بیشتر یا حتی ارجاع برای دریافت خدمات را مطرح می سازند.

طبقه بندی کودک از نظر وضعیت تکاملی مطابق پرسشنامه ASQ

نیازمند ارجاع از نظر تکامل - نیازمندانجام ASQ مجدد - طبیعی

در اینجا جدول ارزیابی و طبقه بندی کودک از نظر تست تکاملی استاندارد آمده است:

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> • امتیاز تست غربالگر ASQ پایین تر از کمترین نمره منطقه پایش یا • امتیاز تست غربالگر ASQ SE بالاتر از بیشترین نمره منطقه پایش یا • امتیاز مجدد تست برای بار دوم در منطقه پایش یا • پاسخ یکی از سوالات موارد کلی نشان دهنده مشکلی باشد 	نیازمند ارجاع از نظر تکامل	<ul style="list-style-type: none"> ◀ ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ◀ ۱ هفته بعد پیگیری شود
<ul style="list-style-type: none"> • امتیاز تست غربالگر در منطقه پایش 	نیازمند تست مجدد	<ul style="list-style-type: none"> ◀ ۲ هفته بعد پیگیری شود تا از استفاده صحیح پرورشورهای تکامل مطمئن شوید ◀ برای تست ASQ: انجام تست مجدد ۱ ماه بعد ◀ برای تست ASQSE: انجام تست مجدد ۲ ماه بعد
<ul style="list-style-type: none"> • امتیاز تست غربالگر استاندارد ASQ بالاتر از بیشترین نمره منطقه پایش • امتیاز تست غربالگر استاندارد ASQ SE پایین تر از کمترین نمره منطقه پایش 	طبیعی	<ul style="list-style-type: none"> ◀ مشاوره به مادر در خصوص رابطه متقابل کودک و والدین و توصیه هایی برای ارتقای تکامل و ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

نقاط برش ASQ-3 و ملاک های ارجاع:

سیستم ASQ-3 از نقاط برش برای تعیین وضعیت تکاملی کودک بهره می برد و از این طریق معلوم می کند که آیا یک کودک در حال تکامل نرمال است یا این که باید برای ارزیابی های تکمیلی و جامع ارجاع گردد.

تعیین نوع اقدام مورد نیاز برای هر کودک:

۱- **وضعیت تکاملی طبیعی:** کودکانی که امتیازات آن ها در پرسشنامه حکایت از تکامل نرمال دارد (امتیازات بالاتر از نقاط برش است):

کودکانی که امتیاز حیطه های تکاملی آن ها در پرسشنامه بالاتر از بالاترین نمره منطقه پایش است، نرمال قلمداد شده و می توانند در زمان مراقبت های دوره ای بعدی، پرسشنامه متناسب با سن خود را دریافت کنند. به والدین آن ها فعالیت ها و تمرینات تکاملی و ارتقای تکاملی ASQ مناسب با سن کودکشان معرفی و ارائه شود. به والدین خاطر نشان شود که تکامل کودکشان تا این زمان طبیعی و نرمال به نظر می رسد و در حال طی کردن یک روند خوب و طبیعی است. ضمناً باید به ایشان یادآوری نمود که زمان بررسی بعدی کودک چه زمانی است و بر اهمیت تکرار ارزیابی در سنین مختلف تأکید کرد. همچنین لازم است که تمرین های متناسب با سن کودک برای رشد و یادگیری او در سنین مربوطه (فعالیت ها و بازی هایی برای حمایت از تکامل کودکان) را انجام دهند.

۲- **نیازمند انجام ASQ مجدد:** کودکانی که امتیازات آن ها در پرسشنامه حکایت از نیاز به پیگیری و پایش و مانیتورینگ دارد (امتیازات در منطقه پایش)

لازم است برای هر کودکی که امتیازات او در یک یا چند حیطه تکاملی در « منطقه پایش » قرار می گیرد، اقدامات پیگیرانه انجام شود. به این ترتیب که در ابتدا می توان به والدین این کودکان مجموع فعالیت ها و تمرینات تکاملی و ارتقای تکاملی متناسب با گروه سنی کودک و نیز متناسب با حیطه تکاملی که در آن کودک ضعیف بوده است (مدرج در بروشورهای فعالیت هایی برای ارتقای تکامل کودک «ASQ») را همراه با توضیح مختصری در مورد چگونگی استفاده و اجرای آن ها، ارائه کرد تا اجرا نمایند، سپس ۲ هفته بعد مراجعه نماید تا از نحوه درست به کار بردن این فعالیت ها و بازی با کودک مطمئن شویم، مجدداً ۲ هفته بعد پرسشنامه همان سن مراجعه اول کودک (در مجموع ۴ هفته بعد پرسشنامه گروه سنی که کودک امتیاز لازم را نیاورده است) برایش تکمیل شود.

۳- **نیازمند ارجاع از نظر تکامل:** کودکانی که امتیازات آن ها در پرسشنامه حکایت از نیاز به ارجاع به پزشک معین تکامل (به منظور انجام ارزیابی های تشخیصی و تکمیلی) دارد، شامل این کودکان هستند:

- کودکانی که امتیاز آن ها در حداقل یکی از حیطه های تکاملی پایین تر از نقطه برش مربوط به گروه سنی خودش (یعنی پایین تر از $2SD$ -) باشد.

-کودک‌انی که امتیاز آن‌ها در مراجعه اول در منطقه پایش بوده و بعد از انجام فعالیت‌ها و تمرینات تکاملی و ارتقای تکاملی مندرج در بروشورهای ASQ در منزل، (بعد از ۴ هفته) مجدداً تست برای کودک انجام شده و همچنان در منطقه پایش قرار داشته باشند یا مساوی یا پایین‌تر از نقطه برش باشد.

-چنانچه امتیازات یک کودک در کلیه حیطه‌های تکاملی بالاتر از نقطه برش قرار دارد، ولی والدین او در بخش «کلیات» پرسشنامه نگرانی خود را در خصوص یک یا چند سوال ابراز کرده‌اند.

توجه شود که مسؤولیت تفسیر نتیجه تست غربالگر ASQ-3 و تصمیم‌گیری برای ارجاع کودک به پزشک معین، با پزشک مرکز خدمات جامع سلامت است. چنین کودکانی را باید برای ارزیابی‌های بیشتر و تکمیلی ارجاع نمود.

ابزار غربالگری تکامل کودک‌ان ASQ:SE-2 چیست؟

این ابزار را باید در کنار و همراه با ابزار ASQ-3 استفاده کرد. پرسشنامه‌های ASQ: SE-2 شامل سوالاتی است که نسبت به تأخیرهای هیجانی-اجتماعی و اتیسم حساسیت دارد. این سوالات رفتارهای ارتباطی-اجتماعی، تطبیقی و استقلال کودک را مورد هدف قرار می‌دهند. طیف سنی مورد پوشش ابزار با استفاده از ۹ پرسشنامه برای گروه‌های سنی ۲، ۶، ۱۲، ۱۸، ۲۴، ۳۰، ۳۶، ۴۸، و ۶۰ ماهگی است. در واقع کودکان را از ۱ ماهگی تا ۷۲ ماهگی پوشش می‌دهد. در این ابزار نیز مشابه ASQ-3 یک «منطقه پایش» طراحی شده است.

ASQ:SE-2 فواید کلیدی بسیاری دارد: از جمله این فواید داشتن پایه علمی مبتنی بر مطالعات وسیع، درگیرکردن والدین در امر ارزیابی کودک، آسان بودن تکمیل پرسشنامه‌ها، آسان بودن روش امتیازدهی به پرسشنامه‌ها، انعطاف‌پذیری روش اجرای غربالگری و مقرون به صرفه بودن آن است.

محتوای سوالات در پرسشنامه‌های ASQ:SE-2، 7 حوزه رفتاری را مورد توجه و پوشش قرار می‌دهد(اما نه به صورت حیطه‌های مجزا از هم):

۱- **خود-تنظیمی (self-regulation)** به معنی توانایی یا تمایل به آرام و قرار گرفتن یا تطبیق یافتن

با شرایط فیزیولوژیک یا شرایط محیطی یا محرک‌ها است.

۲- **پیروی (compliance)** به معنی توانایی یا تمایل به منطبق شدن با هدایت دیگران یا پیروی از مقررات است.

۳- **عملکرد تطبیق (adaptive functioning)** به توانایی یا موفقیت کودک در کنار آمدن با نیازهای فیزیولوژیک (مانند خوابیدن، خوردن یا ایمنی) اشاره دارد.

۴- استقلال (**autonomy**) توانایی یا تمایل کودک به خودآغازگری یا واکنش بدون هدایت است (یعنی حرکت به سمت استقلال).

۵- عاطفه (**affect**) به توانایی یا تمایل کودک به نشان دادن احساسات خود یا همدلی با دیگران اشاره دارد.

۶- ارتباطات اجتماعی (**social communication**) توانایی یا تمایل کودک به تعامل با دیگران، از طریق پاسخ دادن یا آغاز کردن نشانه هایی دال بر علایق، نیازها و احساسات است.

۷- تعامل با دیگران (**interaction**) به معنی توانایی یا تمایل کودک به پاسخ دادن یا آغاز کردن واکنشهای اجتماعی نسبت به والدین، سایر بزرگسالان یا کودکان هم سن و سال است.

این تقسیم بندی به چند حیطة به متخصصین کمک می کند که ساختار ابزار و نیز هدف تک تک سوالات را بهتر متوجه شوند.

ویژگی های سوالات پرسشنامه 2-ASQ:SE :

- ۱ - قابلیت ها و توانایی های کودک و همچنین مشکلات رفتاری او را تشخیص می دهند.
- ۲ - معیارهای مهم تکامل هیجانی-اجتماعی و نیز رفتارهای مشکل دار (از نظر تکامل هیجانی-اجتماعی) را پوشش میدهند.
- ۳ - برای والدین مشاهده و ارزیابی رفتار مورد نظر، ساده است.
- ۴ - در سطح تحصیلی پایین تر از کلاس ششم ابتدایی نوشته شده است.
- ۵ - تعداد سوالات پرسشنامه ها متفاوت است، پرسشنامه گروه های سنی ۲ ماهگی حاوی ۱۶ سوال، ۶ ماهگی ۲۳ سوال، ۱۲ ماهگی ۲۷ سوال، ۱۸ و ۲۴ ماهگی ۳۱ سوال، ۳۰ ماهگی ۳۳ سوال، ۳۶ ماهگی ۳۵ سوال، ۴۸ و ۶۰ ماهگی ۳۶ سوال می باشند. در هر پرسشنامه ۳ سوال کلی و باز در آخر پرسشنامه قرار دارد که در امتیازدهی شرکت ندارند و صرفاً برای مشخص ساختن نگرانی های کلی والدین بکار می روند.
- ۶ - هر پرسشنامه را می توان در طول یک طیف سنی مورد استفاده قرار داد. به این ترتیب، هیچ فاصله ای بین گروههای سنی مختلف وجود ندارد و برای هر کودکی که سن او در فاصله ۱ ماه و صفر روز تا ۷۲ ماه و صفر روز قرار داشته باشد، یک پرسشنامه مناسب و قابل استفاده وجود دارد.
- ۷ - علاوه بر پاسخ دادن به هر سوال، والدین باید در صورتی که رفتار مورد اشاره در هر کدام از سوال ها موجب نگرانی آن ها بوده است، این موضوع را با علامت زدن در ستون " اگر در مورد این رفتار کودکتان نگرانید، علامت بزنید " مقابل همان سوال، در پرسشنامه درج نمایند.

انتخاب پرسشنامه ASQ: SE-2 مناسب سن کودک:

برای دستیابی به نتایج صحیح و دقیق باید از پرسشنامه های گروه سنی مناسب برای غربالگری هر کودک استفاده کرد. سن دقیق کودک را مشابه جدول شماره 1 (مربوط به ASQ-3) محاسبه کنید و برای کودکانی که نارس به دنیا آمده اند (gestational age کمتر از ۳۷ هفته) و سن تقویمی آن ها کمتر از 2 سال است، سن تطبیق یافته برای نارس (مشابه توضیحات ارائه شده در ارتباط با ASQ-3) جهت کودک محاسبه شود.

جدول شماره ۳: تعیین پرسشنامه ASQ:SE-2 مناسب سن کودک:

سن کودک	از پرسشنامه این گروه سنی استفاده کنید	
۱ ماه و ۰ روز تا ۲ ماه و ۳۰ روز	۲ ماهگی	۲ ماه (از یک ماه قبل تا ۱ ماه بعد)
۳ ماه و ۰ روز تا ۸ ماه و ۳۰ روز	۶ ماهگی	۶ تا ۳۰ ماه (از ۳ ماه قبل تا ۳ ماه بعد)
۹ ماه و ۰ روز تا ۱۴ ماه و ۳۰ روز	۱۲ ماهگی	
۱۵ ماه و ۰ روز تا ۲۰ ماه و ۳۰ روز	۱۸ ماهگی	
۲۱ ماه و ۰ روز تا ۲۶ ماه و ۳۰ روز	۲۴ ماهگی	۳۶ ماه (از ۳ ماه قبل تا ۶ ماه بعد)
۲۷ ماه و ۰ روز تا ۳۲ ماه و ۳۰ روز	۳۰ ماهگی	
۳۳ ماه و ۰ روز تا ۴۱ ماه و ۳۰ روز	۳۶ ماهگی	۴۸ ماه (از ۶ ماه قبل تا ۶ ماه بعد)
۴۲ ماه و ۰ روز تا ۵۳ ماه و ۳۰ روز	۴۸ ماهگی	
۵۴ ماه و ۰ روز تا ۷۲ ماه و ۰ روز	۶۰ ماهگی	۶۰ ماه (از ۶ ماه قبل تا یکسال بعد)

امتیاز دهی به هر سوال پرسشنامه های تکمیل شده ASQ:SE-2 :

گزینه های پاسخ به هر سوال به صورت: «اغلب یا همیشه»؛ «گاهی»؛ «به ندرت یا هرگز» و «نگرانی در مورد این رفتار کودک» می باشد. به گزینه «گاهی» و «نگرانی در مورد این رفتار کودک» همواره امتیاز ۵ تعلق می گیرد که در پرسشنامه با عدد رومی (V) مشخص شده است ولی گزینه «اغلب یا همیشه» در برخی سوالات امتیاز ۱۰ که در پرسشنامه با (X) و در برخی سوالات امتیاز صفر می گیرد که در پرسشنامه با (Z) مشخص شده است. همچنین گزینه «به ندرت یا هرگز» در برخی سوالات امتیاز ۱۰ که در پرسشنامه با (X) و در برخی دیگر امتیاز صفر می گیرد که در پرسشنامه با (Z) مشخص شده است. آوردن اعداد رومی به جای اعداد صفر و ۵ و ۱۰

جلوی پاسخ سوالات برای این است که در پاسخ دهی خانواده ها به سوالات مشکلی ایجاد نکند و همچنین برای محاسبه امتیاز کودک بدانید که: $Z = 0$ ، $V = 5$ و $X = 10$ است.

- نهایتاً امتیازات کسب شده در هر پرسشنامه جمع زده شده و با «نقطه برش» اعلام شده برای هر گروه سنی، مقایسه می شود.

نحوه امتیازدهی نهایی به پرسشنامه های ناقص تکمیل شده: ASQ:SE-2

پس از این که والدین به سوالات پرسشنامه پاسخ دادند، یک فرد آموزش دیده باید به روش زیر امتیازدهی را انجام دهد:

ابتدا پرسشنامه را از نظر یافتن سوالات بی پاسخ بررسی کنید، اگر همه سوالات پاسخ داده شده بود، اقدامات بعدی را انجام دهید. اگر سوالاتی بی پاسخ مانده بودند، سعی کنید دلیل آن را بفهمید، در چنین مواردی معمولاً والدین به پاسخ صحیح اطمینان ندارند یا در مورد این که کودک فعالیت مورد نظر را به درستی انجام می دهد یا نه، نگرانی و شک دارند. سعی کنید اطلاعات لازم را از والدین جمع آوری کرده و به سوالات بی پاسخ، پاسخ داده و امتیاز دهید.

در صورتی که به هر دلیل نتوانستید پاسخ سوال را دریافت کنید به صورت زیر عمل کنید:

- اگر ۱ یا ۲ سوال بی پاسخ مانده است نیاز به انجام کار خاصی نیست و می توانید امتیاز کل دریافتی کودک از پرسشنامه را بدون تطبیق دادن، با نقطه برش مقایسه کنید، زیرا تطبیق دادن امتیاز کل در این حالت تغییر چندانی در وضعیت امتیاز نسبت به نقطه برش ایجاد نکرده و تفسیر امتیاز را تحت تأثیر قرار نمی دهد.

- اگر ۳ سوال بی پاسخ مانده است باید امتیاز کل را تطبیق داد زیرا ممکن است امتیاز از منطقه پایین تر از نقطه برش (طبیعی) به منطقه پایش یا حتی به منطقه بالاتر از نقطه برش (نیازمند ارجاع) تغییر مکان دهد. ، برای بدست آوردن «امتیاز تطبیق یافته» امتیاز کل به دست آمده از سوالات دارای پاسخ در پرسشنامه را بر تعداد سوالات پاسخ داده شده تقسیم کرده و به این ترتیب «میانگین» امتیازات را محاسبه کنید. سپس عدد بدست آمده که میانگین امتیاز سوالات دارای پاسخ است را در عدد (۳ تعداد سوالات بدون پاسخ) ضرب کرده و نتیجه را به امتیاز کل بدست آمده از سوالات دارای پاسخ در پرسشنامه، جمع می کنیم. در واقع به این ترتیب عدد میانگین را برای هر یک از سوالات پاسخ داده نشده منظور می کنیم.

- اگر ۴ سوال یا بیشتر از سوالات پرسشنامه بدون پاسخ مانده بود، دیگر پرسشنامه باطل است و نمی توان امتیاز آن را محاسبه و به آن استناد کرد.

بررسی نقطه نظرات مکتوب والدین در بخش سوالات امتیاز دار و سوالات بدون امتیاز پرسشنامه های 2-ASQ:SE:

الف - در کنار برخی از سوالات امتیازدار پرسشنامه 2-ASQ:SE، فضایی برای نوشتن نقطه نظرات اضافی والدین وجود دارد. به نقطه نظرات مکتوب والدین در این فضاها توجه کنید. اگر والدین در کنار سوالات امتیاز دار پرسشنامه پاسخ مکتوبی درج کرده اند، برای آشنایی با نحوه تفسیر و برخورد با آن، در زیر مثال هایی جهت راهنمایی آمده است. این مثال ها به شما کمک خواهند کرد مواردی که والدین به اشتباه رفتارهای طبیعی کودک را به عنوان مصادیقی از رفتارهای غیرطبیعی تلقی کرده اند، تشخیص دهید.

1-مشکلات غذا خوردن: اگر در این مورد والدین نظراتی بنویسند که نشان دهد در محدوده هنجارهای تکاملی (مناسب سن) کودک است، مثلاً اینکه کودک بد غذا است و فقط غذاهای بخصوصی را دوست دارد، و ضمناً در این مورد ابراز نگرانی خاصی نکرده باشند، در این صورت شما می توانید در مورد رفتارهای طبیعی کودک در زمینه غذا خوردن در این سن خاص، والدین را مطلع گردانید. اما اگر مطالب نوشته شده توسط والدین حکایت از یک رفتار غیرطبیعی و غیر متناسب سن کودک دارند، در آن صورت کودک را می توانید به متخصص مربوطه ارجاع دهید.

2- رفتارهای تکراری و مداوم: هدف از طراحی این سوال پرسشنامه که "آیا کودکتان کارهایی را بارها و بارها تکرار می کند و وقتی سعی می کنید متوقفش کنید، ناراحت می شود؟" به عنوان مثال، بدنش را به جلو و عقب تاب می دهد، دست هایش را به حالت بال بال زدن بالا و پایین می برد، دور خودش می چرخد. شناسایی رفتارهای تکراری و مداوم (استریوتیپیک) است. ممکن است والدین در این بخش به فعالیت های طبیعی که مورد علاقه کودک بوده و او زیاد انجام می دهد (مانند خواندن کتاب، آواز خواندن، خاله بازی) اشاره کنند و در این مورد ابراز نگرانی خاصی هم نکنند. برای افتراق بین رفتارهای هنجار و طبیعی از غیرهنجار و غیرطبیعی، آزمون گران می توانند از قضاوت افراد متخصص استفاده کنند. پرسیدن بعضی سوالات از والدین نیز می تواند موجب افتراق دادن این دو از هم گردد. مثلاً چقدر برای کودک شما دشوار است که آن رفتار تکراری را قطع کند؟ "یا وقتی سعی می کنید کودک خود را از انجام آن رفتار تکراری منع کنید، چه اتفاقی می افتد؟"

ب - سوالات کلی و باز مندرج در انتهای پرسشنامه در امتیازدهی شرکت ندارند ولی باید به عنوان نشانه های عمومی از نگرانی های والدین مورد بهره برداری قرار گیرند. در صورتی که امتیاز کودک در پرسشنامه 2-ASQ:SE طبیعی بوده است، ارجاع کودک برای بررسی های تکمیلی صرفاً بر اساس ابراز نگرانی والدین در پاسخ به یکی از همین سوالات کلی و باز صورت گیرد. لازم است هر گونه ابراز نگرانی والدین در پرسشنامه

ها مورد پیگیری قرار گیرد و اطلاعات لازم در اختیار آن ها قرار گرفته یا ارجاعات لازم متناسب با حیطه مورد نگرانی والدین، صورت گیرد.

ج - آخرین سوال مندرج در همه پرسشنامه ها که از والدین در مورد چیزهای لذت بخش مربوط به کودکشان سوال می کند، به والدین اجازه می دهد که پرسشنامه را به صورت مثبت به پایان رسانده و نیز به متخصصین کمک میکند بتوانند گفتگو با والدین در مورد نتایج پرسشنامه را از یک نقطه مثبت آغاز کنند.

مقایسه امتیاز با نقاط برش 2-ASQ:SE و تصمیم گیری برای کودک:

نقاط برش بومی ابزار 2-ASQ:SE به روش های آماری دقیقی تعیین گردیده است.

منطقه «پایش» نیز با استفاده از همین داده ها تعیین شده است، به طوری که شروع منطقه «پایش» از نقطه صدک ۶۵ است و به نقطه برش ختم می شود.

اگر امتیاز کودک **پایین تر** از نقطه برش باشد، این نشان می دهد که تکامل هیجانی-اجتماعی کودک در زمان اندازه گیری، عادی است و در مسیر طبیعی قرار دارد. در این صورت برای ارتقای تکامل کودک، فعالیت ها و تمرین های تکاملی 2-ASQ:SE را به خانواده ارائه دهید.

توجه کنید اگر نمره کودک در منطقه طبیعی یا در منطقه پایش قرار داشته باشد، چنانچه والدین در مورد هریک از سوالات پرسشنامه، یا در پاسخ به سوالات کلی آخر پرسشنامه، ابراز نگرانی کرده باشند، نتایج را با پزشک مرکز خدمات جامع سلامت در میان بگذارید؛ در صورت لزوم کودک به پزشک معین تکامل ارجاع شود. اگر امتیاز کودک در «**منطقه پایش**» قرار گرفته باشد، کودک باید مورد ارزیابی مجدد قرار گیرد. **این ترتیب** که باید به والدین اطلاعات و منابع لازم (بروشورهای آموزشی فعالیت هایی برای ارتقای تکامل کودک) ارائه شده و به کلیه «نگرانی های» ابراز شده والدین توجه کرده و تمهیداتی برای حل مشکلات و نگرانی ها اتخاذ کرده، ۲ هفته بعد مراجعه کنند تا از انجام صحیح فعالیت های ارتقای تکامل مطمئن شوید و مجدداً کودک ظرف ۲ ماه آینده مورد غربالگری قرار گیرد. توجه داشته باشید که از سن ۱۲ ماهگی به بعد، به طور نرمال امتیاز دخترها در 2-ASQ:SE به طور معنی داری از امتیاز پسرها پایین تر قرار می گیرد (یعنی دخترها در وضعیت تکاملی اجتماعی-هیجانی بهتری قرار دارند)، قرار گیرد، لذا زمانی که امتیاز دخترها در منطقه «پایش» قرار گیرد، جای نگرانی بیشتری دارد و نیاز به توجه ویژه وجود خواهد داشت.

اگر امتیاز کودک **بالتر** از نقطه برش باشد، کودک حتماً باید برای ارزیابی های تکمیلی و تشخیصی به پزشک معین تکامل ارجاع گردد.

تعیین نوع اقدام مورد نیاز برای کودک بر اساس نتایج پرسشنامه ASQ:SE-2

برای کودکانی که امتیازشان در «منطقه پایش» قرار دارد و کودکانی که اگر چه امتیازشان در منطقه طبیعی قرار دارد، ولی والدینشان در بخش «کلیات» پرسشنامه ابراز نگرانی کرده اند، اقدامات زیر را انجام دهید.

۱- فعالیت ها و بازی های تکاملی ASQ-SE را به والدین ارائه دهید و پس از ۲ هفته بررسی کنید که فعالیت ها و بازی ها را به درستی انجام بدهند مجدداً بعد از ۲ ماه غربالگری را تکرار کنید (همان پرسشنامه ای که کودک از آن امتیاز کامل کسب نکرده است) در بروشورهای آموزشی فعالیت ها و بازی های تکاملی ASQ:SE-2، نمونه هایی از فعالیت ها و تمرینات مناسب سن کودک که والدین می توانند با فرزند خود انجام دهند، ارائه شده است.

۲- در صورتی که غربالگری مجدد اجتماعی-هیجانی یا غربالگری عمومی نگران کننده بود، به پزشک معین تکامل ارجاع دهید.

توصیه هایی برای مواردی که نتایج غربالگری نیاز کودک به ارجاع جهت ارزیابی های تکمیلی و تخصصی را نشان می دهد:

بسیار مهم و ضروری است که واکنش های کودکان به سوالات پرسشنامه ابتدا از نظر 1 مورد مختلف (زمان و مکان، سطح تکاملی کودک؛ وضع سلامتی کودک و شرایط خانوادگی /فرهنگی) مورد توجه قرار گیرد. اطلاع دادن نتایج پرسشنامه به خانواده و اعلام به آن ها که کودکشان نیاز به ارزیابی های تکمیلی و تخصصی دارد، گفتگوی حساسی است. افرادی که این وظیفه را بر عهده دارند، باید از قبل برای چنین گفتگویی آماده شده و با احساس همدلی آن را پیش ببرند. در چنین مواردی والدین ممکن است واکنش تدافعی یا خشم نسبت به فرد منتقل کننده اطلاعات از خود نشان دهند. رعایت موارد زیر می تواند به پیشبرد بهتر این گفتگو کمک کند:

- هر چه زودتر، اطلاعات مربوط به غربالگری را در اختیار والدین قرار دهید.
- به والدین اطمینان دهید که گفتگوی شما با آن ها محرمانه باقی خواهد ماند.
- سعی کنید به خوبی متوجه شوند که غربالگری، تشخیص قطعی نیست و صرفاً نیاز به بررسی های تکمیلی را مطرح می سازد.

- آن بخشی از نتایج که نقاط قوت کودک را نشان داده است، را برای والدین مرور کنید و بر نقاط قوت کودک تأکید کنید.

- از بیان کلماتی چون تست، آزمون، نرمال، طبیعی، غیرنرمال و غیر طبیعی خودداری کنید. به جای آن ها از عباراتی مثل بالاتر از نقطه برش، حول و حوش و نزدیک به نقطه برش، و پایین تر از نقطه برش استفاده کنید.
- در مورد وجود فرصت های مساعد برای تمرین کودک، تاریخچه سلامتی کودک و عوامل فرهنگی یا محیطی که ممکن است بر نتایج اثر گذاشته باشد، با والدین گفتگو کنید.

عوامل احتمالی که ممکن است بر عملکرد کودک در ارتباط با سوالات اثر بگذارد عبارتند از:

-فرصت و شرایط مساعد : مهم است که کودک فرصت و شرایط مساعد برای تمرین مهارت های مندرج در سوالات پرسشنامه را داشته باشد . در غیر اینصورت، شاید مناسب باشد که فرصت بیشتری برای تمرین به کودک داده شود. در چنین مواردی به والدین توصیه می گردد که مهارت های مورد نظر را با کودک تمرین کرده و سپس برای غربالگری مجدد به نزدیک ترین مرکز خدمات جامع سلامت /پایگاه سلامت /خانه بهداشت مراجعه نمایند.

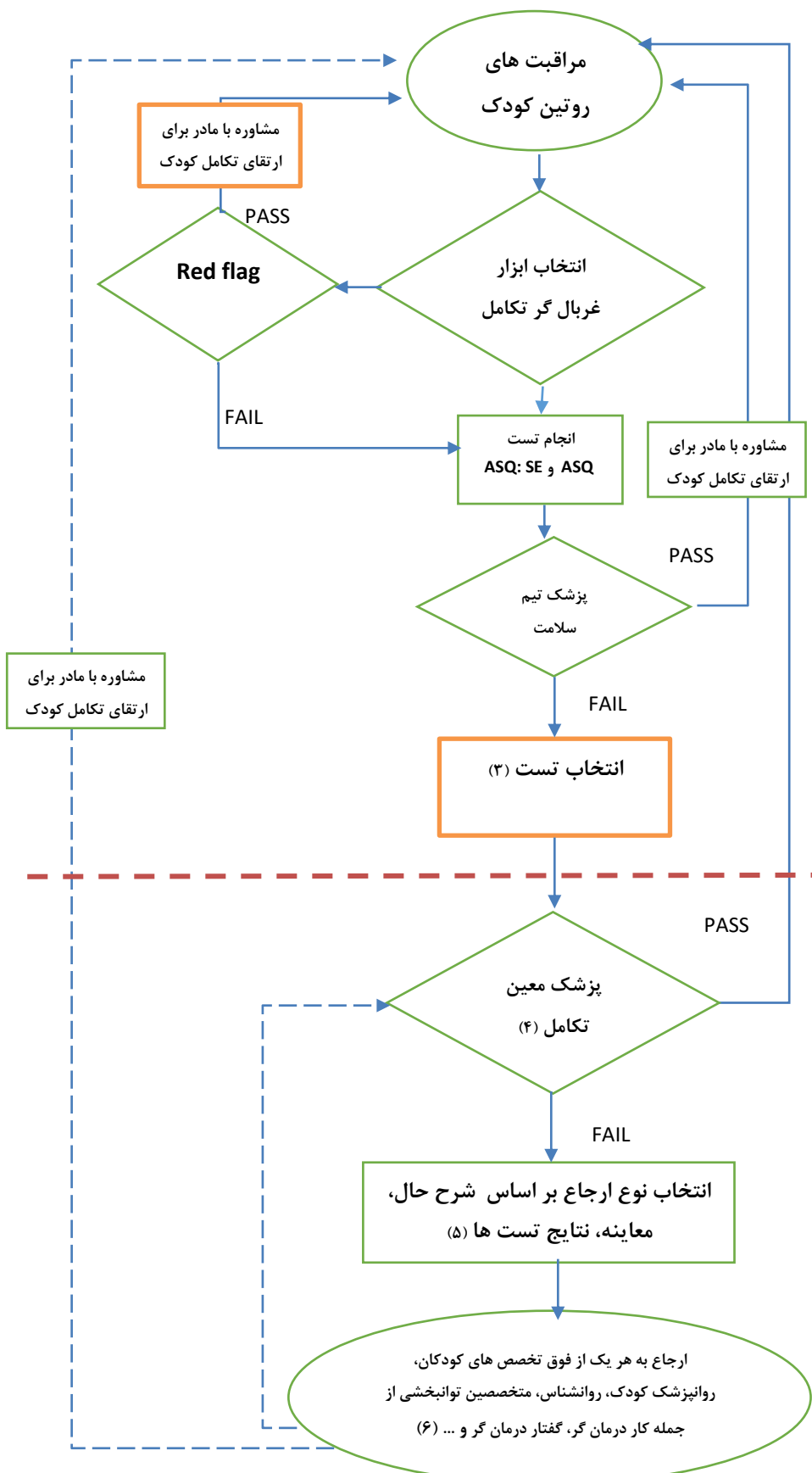
-عوامل سلامت / عوامل بیولوژیک : مهم است که کودک از نظر سلامتی مشکلی نداشته باشد یا اختلالات مربوط به سلامتی بر عملکرد او در ارتباط با سوالات پرسشنامه تأثیر نداشته باشند . ممکن است عواملی مثل کمبود خواب،خستگی، گرسنگی یا داروها یا آلرژی ها بر رفتار کودک تأثیر بگذارند . عواملی مانند وجود یک بیماری مزمن(مثلا عفونت گوش میانی)، به طور شایع بر پاسخ های رفتاری کودک اثر می گذارند . در چنین شرایطی، ارجاع به مراکز بهداشتی - درمانی نیز می تواند در کنار سایر ارجاعات انجام گردد . رفتارها حتی می توانند بین دو جنس هم متفاوت باشند . مثلا، دخترها معمولا از نظر مهارت های گفتاری با سرعت بیشتری از پسرها پیشرفت می کنند.

-عوامل فرهنگی : ممکن است عملکرد نامطلوب کودک در ارتباط با برخی سوالات پرسشنامه، دلایل فرهنگی داشته باشد . توجه کنید که رفتار مشکل ساز کودک در چارچوب رفتارهای طبیعی و هنجار در نزد خانواده اش، قرار نداشته باشد . به عنوان مثال، خانواده به کودک فرصت استفاده از قاشق و چنگال را نمی دهد و خود والدین کودک را تغذیه می کنند (غذا در دهانش می گذارند)یا اینکه برخی خانواده ها بر اساس آموزه ها و ارزش های فرهنگی شان، برای ساکت و کم حرف و کم زحمت بودن کودکان اهمیت زیادی قائل هستند، درحالی که سایر خانواده ها تعاملات گفتاری را در کودکان تشویق می کنند.

عوامل محیطی : ممکن است برخی عوامل محیطی بر عملکرد کودک در ارتباط با سوالات پرسشنامه تاثیر بگذارد. به عنوان مثال ممکن است اخیرا رخداد استرس زایی در زندگی کودک وجود داشته که موجب پسرفت تکاملی اوشده است . مانند شاهد خشونت بودن، مورد غفلت یا سوء رفتار واقع شدن، اخیراً تغییر منزل دادن ، مشکلات سلامت روان پدر یا مادر یا سوء مصرف مواد و الکل پدر یا مادر)قرار داشته است .

روابط والد - فرزندی نامطلوب :ممکن است بر نتایج کسب شده در ابزار ASQ:SE-2 تاثیرگذار باشد .به دیدگاه ها و نظرات والدین در خصوص کودکشان گوش دهید و پذیرای نقطه نظرات و ایده های جدید ایشان باشید. در مورد نگرانی های والدین بحث و گفتگو کنیدو در مورد ارجاع کودک جهت انجام بررسی های تکمیلی به والدین اطلاعات کافی بدهید.

فلوچارت اجرایی مدیریت اختلالات تکاملی کودکان



۱- مراقبت های روتین کودکان بر طبق بسته خدمت سلامت کودکان در گروه های سنی مختلف در مراکز بهداشتی انجام می شود، یکی از این مراقبت ها برای تکامل کودکان است.

۲- انتخاب ابزار غربالگر تکامل: به صورت روتین کودکان در گروه های سنی ۲، ۹، ۱۸ و ۴۸ ماهگی با RED FLAG از نظر تکامل غربال می شوند و در گروه های سنی ۶، ۱۲، ۲۴، ۳۶ و ۶۰ ماهگی با تست غربالگر ASQ و ASQ: SE و در صورتی که در هر گروه سنی پس از انجام تست RED FLAG کودک نیازمند ارجاع بود باید برای کودک تست ASQ و ASQ: SE انجام شود.

۳- پزشک تیم سلامت نتیجه تست ASQ و ASQ: SE را بررسی می کند و بر طبق آن کودک را برای انجام تست MCHAT و BAYLEY یا BAYLEY ارجاع می دهد.

۴- پزشک معین تکامل، پزشک متخصص کودکان دوره دیده است که نتایج تست های انجام شده برای کودک را بررسی کرده و در صورت نیاز تست های تکمیلی برای او درخواست می کند، در صورتی که بر اساس نتایج تست MCHAT کودک نیازمند بررسی بیشتر از نظر اتیسم باشد کودک را برای انجام تست تشخیصی مانند ADIR ارجاع می دهد.

۵- پس از انجام همه آزمایشات و تست های تشخیصی لازم، بر اساس نتایج شرح حال، معاینه، نتایج تستهای تکاملی پزشک معین برای مشاوره با هر یک از فوق تخصص های کودکان، ارجاع به متخصصین توانبخشی از جمله گفتار درمان گر، کار درمان گر، روانشناس و ... بر حسب نیاز کودک تصمیم گیری می کند. تشخیص نهایی اتیسم با روانپزشک کودکان می باشد.

۶- مدیریت کلیه خدمات مورد نیاز کودک با پزشک معین تکامل است. ارجاع برای دریافت خدمات توانبخشی با پزشک معین تکامل می باشد و کودک پس از دریافت مراحل درمانی مجدداً به پزشک معین مراجعه می کند و سایر مراقبت های کودک مطابق بسته خدمت سلامت کودکان انجام خواهد شد.

نقاط برش پرسشنامه ASQ-3 کودکان ایرانی

سن (ماه)	حیطه	طبیعی (بیشتر از)	منطقه پایش	نیازمند ارجاع (کمتر از)	سن (ماه)	حیطه	طبیعی (بیشتر از)	منطقه پایش	نیازمند ارجاع (کمتر از)
۱۴ ماهگی	برقراری ارتباط	۴۲.۱	۳۲.۲-۴۲.۱	۳۲.۲	۱۶ ماهگی	برقراری ارتباط	۴۶.۶	۳۸.۴-۴۶.۶	۳۸.۴
	حرکات درشت	۴۷.۴	۳۸.۶-۴۷.۴	۳۸.۶		حرکات درشت	۴۴.۱	۳۴.۵-۴۴.۱	۳۴.۵
	حرکات ظریف	۴۲.۲	۳۲.۳-۴۲.۲	۳۲.۳		حرکات ظریف	۴۷.۵	۳۹.۵-۴۷.۵	۳۹.۵
	حل مسأله	۴۸.۲	۴۱.۲-۴۸.۲	۴۱.۲		حل مسأله	۴۴.۲	۳۵.۳-۴۴.۲	۳۵.۳
۱۶ ماهگی	شخصی- اجتماعی	۴۶.۶	۳۸.۴-۴۶.۶	۳۸.۴	۱۸ ماهگی	برقراری ارتباط	۴۹.۸	۳۹.۵-۴۹.۸	۳۹.۵
	برقراری ارتباط	۳۸.۵	۲۷.۲-۳۸.۵	۲۷.۲		حرکات درشت	۵۲.۶	۴۷-۵۲.۶	۴۷
	حرکات درشت	۴۸.۶	۴۰.۳-۴۸.۶	۴۰.۳		حرکات ظریف	۴۳.۵	۳۴.۴-۴۳.۵	۳۴.۴
	حرکات ظریف	۴۴.۱	۳۴.۵-۴۴.۱	۳۴.۵		حل مسأله	۴۳	۳۴.۴-۴۳	۳۴.۴
۱۸ ماهگی	شخصی- اجتماعی	۴۴.۲	۳۵.۳-۴۴.۲	۳۵.۳	۲۰ ماهگی	شخصی- اجتماعی	۴۸.۱	۴۱.۷-۴۸.۱	۴۱.۷
	برقراری ارتباط	۳۹.۸	۲۹.۵-۳۹.۸	۲۹.۵		برقراری ارتباط	۴۱	۳۰-۴۱	۳۰
	حرکات درشت	۵۲.۶	۴۷-۵۲.۶	۴۷		حرکات درشت	۴۹.۶	۴۲-۴۹.۶	۴۲
	حرکات ظریف	۴۳.۵	۳۴.۴-۴۳.۵	۳۴.۴		حرکات ظریف	۴۳.۸	۳۴.۷-۴۳.۸	۳۴.۷
۲۰ ماهگی	حل مسأله	۴۳	۳۴.۴-۴۳	۳۴.۴	۲۲ ماهگی	حل مسأله	۴۲.۷	۳۳.۸-۴۲.۷	۳۳.۸
	شخصی- اجتماعی	۴۸.۱	۴۱.۷-۴۸.۱	۴۱.۷		شخصی- اجتماعی	۴۵.۷	۳۷.۶-۴۵.۷	۳۷.۶
	برقراری ارتباط	۴۱	۳۰-۴۱	۳۰		برقراری ارتباط	۳۹.۲	۲۷-۳۹.۲	۲۷
	حرکات درشت	۴۹.۶	۴۲-۴۹.۶	۴۲		حرکات درشت	۴۷.۲	۴۰.۲-۴۷.۲	۴۰.۲
۲۲ ماهگی	حرکات ظریف	۴۳.۸	۳۴.۷-۴۳.۸	۳۴.۷	۲۴ ماهگی	حرکات ظریف	۴۴	۳۵.۸-۴۴	۳۵.۸
	حل مسأله	۴۲.۷	۳۳.۸-۴۲.۷	۳۳.۸		حل مسأله	۴۴	۳۵.۸-۴۴	۳۵.۸
	شخصی- اجتماعی	۴۵.۷	۳۷.۶-۴۵.۷	۳۷.۶		شخصی- اجتماعی	۴۵.۴	۳۷-۴۵.۴	۳۷
	برقراری ارتباط	۳۹.۲	۲۷-۳۹.۲	۲۷		برقراری ارتباط	۴۷	۳۸.۴-۴۷	۳۸.۴
۲۴ ماهگی	حرکات درشت	۴۷.۲	۴۰.۲-۴۷.۲	۴۰.۲	۲۷ ماهگی	حرکات درشت	۴۲.۹	۳۲.۸-۴۲.۹	۳۲.۸
	حرکات ظریف	۴۳.۸	۳۴.۷-۴۳.۸	۳۴.۷		حرکات ظریف	۳۷.۹	۲۶.۵-۳۷.۹	۲۶.۵
	حل مسأله	۴۲.۷	۳۳.۸-۴۲.۷	۳۳.۸		حل مسأله	۴۷.۶	۳۹.۷-۴۷.۶	۳۹.۷
	شخصی- اجتماعی	۴۵.۷	۳۷.۶-۴۵.۷	۳۷.۶		شخصی- اجتماعی	۴۰.۶	۳۰.۵-۴۰.۶	۳۰.۵
۲۷ ماهگی	برقراری ارتباط	۴۳.۴	۳۳.۲-۴۳.۴	۳۳.۲	۲۹ ماهگی	برقراری ارتباط	۴۴.۸	۴۴.۸-۵۱.۱	۴۴.۸
	حرکات درشت	۴۲.۹	۳۲.۸-۴۲.۹	۳۲.۸		حرکات درشت	۴۰.۶	۲۹-۴۰.۶	۲۹
	حرکات ظریف	۳۷.۹	۲۶.۵-۳۷.۹	۲۶.۵		حرکات ظریف	۵۱.۱	۴۴.۸-۵۱.۱	۴۴.۸
	حل مسأله	۴۷.۶	۳۹.۷-۴۷.۶	۳۹.۷		حل مسأله	۴۷.۴	۳۹.۹-۴۷.۴	۳۹.۹
۲۹ ماهگی	شخصی- اجتماعی	۴۰.۶	۳۰.۵-۴۰.۶	۳۰.۵	۱۰ ماهگی	شخصی- اجتماعی	۴۵.۵	۳۷.۱-۴۵.۵	۳۷.۱
	برقراری ارتباط	۴۳.۴	۳۳.۲-۴۳.۴	۳۳.۲		برقراری ارتباط	۴۵.۵	۳۷.۱-۴۵.۵	۳۷.۱
	حرکات درشت	۴۲.۹	۳۲.۸-۴۲.۹	۳۲.۸		حرکات درشت	۴۰.۶	۲۹-۴۰.۶	۲۹
	حرکات ظریف	۳۷.۹	۲۶.۵-۳۷.۹	۲۶.۵		حرکات ظریف	۵۱.۱	۴۴.۸-۵۱.۱	۴۴.۸
۱۲ ماهگی	حل مسأله	۴۷.۶	۳۹.۷-۴۷.۶	۳۹.۷	۱۱ ماهگی	حل مسأله	۴۵.۳	۳۶.۴-۴۵.۳	۳۶.۴
	شخصی- اجتماعی	۴۰.۶	۳۰.۵-۴۰.۶	۳۰.۵		شخصی- اجتماعی	۴۲.۲	۳۲.۸-۴۲.۲	۳۲.۸
	برقراری ارتباط	۴۴.۷	۳۳.۷-۴۴.۷	۳۳.۷		برقراری ارتباط	۴۴.۷	۳۳.۷-۴۴.۷	۳۳.۷
	حرکات درشت	۳۹.۲	۲۷.۵-۳۹.۲	۲۷.۵		حرکات درشت	۳۹.۲	۲۷.۵-۳۹.۲	۲۷.۵
۱۰ ماهگی	حرکات ظریف	۴۶.۱	۳۷.۵-۴۶.۱	۳۷.۵	۱۲ ماهگی	حرکات ظریف	۴۶.۱	۳۷.۵-۴۶.۱	۳۷.۵
	حل مسأله	۴۵.۳	۳۶.۴-۴۵.۳	۳۶.۴		حل مسأله	۴۵.۳	۳۶.۴-۴۵.۳	۳۶.۴
	شخصی- اجتماعی	۴۰.۴	۲۹.۶-۴۰.۴	۲۹.۶		شخصی- اجتماعی	۴۰.۴	۲۹.۶-۴۰.۴	۲۹.۶
	برقراری ارتباط	۴۴.۸	۴۴.۸-۵۱.۱	۴۴.۸		برقراری ارتباط	۴۴.۸	۴۴.۸-۵۱.۱	۴۴.۸

نقاط برش پرسشنامه ASQ:SE-2 کودکان ایرانی

طبیعی (کمتر از)	منطقه پایش	نیازمند ارجاع (بیشتر از)	گروه سنی (ماه)
۳۰	۳۰-۳۵	۳۵	۲
۳۰	۳۰-۳۷.۵	۳۷.۵	۶
۴۰	۴۰-۴۲.۵	۴۲.۵	۱۲
۵۵	۵۵-۶۰	۶۰	۱۸
۵۵	۵۵-۶۰	۶۰	۲۴
۴۵	۴۵-۵۵	۵۵	۳۰
۶۰	۶۰-۶۵	۶۵	۳۶
۶۰	۶۰-۶۷.۵	۶۷.۵	۴۸
۶۰	۶۰-۷۰	۷۰	۶۰

نقاط برش پرسشنامه 3-ASQ کودکان ایرانی

سن (ماه)	حیطه	طبیعی (بیشتر از)	منطقه پایش	نیازمند ارجاع (کمتر از)
۳۰ ماهگی	برقراری ارتباط	۴۶.۳	۳۸-۴۶.۳	۳۸
	حرکات درشت	۴۶.۸	۳۸.۲-۴۶.۸	۳۸.۲
	حرکات ظریف	۳۷.۲	۲۵.۶-۳۷.۲	۲۵.۶
	حل مسأله	۴۸	۴۰.۴-۴۸	۴۰.۴
۳۳ ماهگی	شخصی- اجتماعی	۴۴.۷	۳۶.۳-۴۴.۷	۳۶.۳
	برقراری ارتباط	۴۵.۸	۳۶.۷-۴۵.۸	۳۶.۷
	حرکات درشت	۴۶.۴	۳۷.۱-۴۶.۴	۳۷.۱
	حرکات ظریف	۳۷.۶	۲۵.۵-۳۷.۶	۲۵.۵
۳۶ ماهگی	حل مسأله	۴۶.۵	۳۷.۴-۴۶.۵	۳۷.۴
	شخصی- اجتماعی	۴۱.۵	۳۰.۹-۴۱.۵	۳۰.۹
	برقراری ارتباط	۴۸.۳	۴۱-۴۸.۳	۴۱
	حرکات درشت	۴۵.۸	۳۶.۵-۴۵.۸	۳۶.۵
۴۲ ماهگی	حرکات ظریف	۴۰.۲	۲۹-۴۰.۲	۲۹
	حل مسأله	۴۸.۹	۴۲-۴۸.۹	۴۲
	شخصی- اجتماعی	۴۲.۴	۳۳.۱-۴۲.۴	۳۳.۱
	برقراری ارتباط	۵۰.۴	۴۳.۹-۵۰.۴	۴۳.۹
۴۸ ماهگی	حرکات درشت	۴۸.۳	۴۰.۴-۴۸.۳	۴۰.۴
	حرکات ظریف	۴۱.۲	۳۱.۱-۴۱.۲	۳۱.۱
	حل مسأله	۴۸	۴۰.۷-۴۸	۴۰.۷
	شخصی- اجتماعی	۴۴.۸	۳۶.۲-۴۴.۸	۳۶.۲
۵۴ ماهگی	برقراری ارتباط	۴۸.۴	۴۰.۵-۴۸.۴	۴۰.۵
	حرکات درشت	۴۶.۳	۳۷.۹-۴۶.۳	۳۷.۹
	حرکات ظریف	۳۶	۲۳.۵-۳۶	۲۳.۵
	حل مسأله	۴۴.۴	۳۵.۷-۴۴.۴	۳۵.۷
۶۰ ماهگی	شخصی- اجتماعی	۴۶.۹	۳۹.۶-۴۶.۹	۳۹.۶
	برقراری ارتباط	۵۲.۶	۴۷.۳-۵۲.۶	۴۷.۳
	حرکات درشت	۴۸.۲	۴۰.۶-۴۸.۲	۴۰.۶
	حرکات ظریف	۳۸.۴	۲۶.۸-۳۸.۴	۲۶.۸
۶۰ ماهگی	حل مسأله	۳۷.۸	۲۸.۱-۳۷.۸	۲۸.۱
	شخصی- اجتماعی	۴۸.۲	۴۰.۵-۴۸.۲	۴۰.۵
	برقراری ارتباط	۴۸.۹	۴۱.۶-۴۸.۹	۴۱.۶
	حرکات درشت	۴۶.۵	۳۷.۶-۴۶.۵	۳۷.۶
۶۰ ماهگی	حرکات ظریف	۳۳.۷	۲۰.۵-۳۳.۷	۲۰.۵
	حل مسأله	۳۶.۵	۲۶-۳۶.۵	۲۶
۶۰ ماهگی	شخصی- اجتماعی	۴۸	۴۰.۳-۴۸	۴۰.۳

آشنایی با تست بیلی:

تستی است که بصورت فردی اجرا می شود. ابزاری است که برای شناسایی کودکان خردسال با تاخیر تکامل و نیز کمک به فرد درمانگر در زمینه برنامه ریزی مداخلات درمانی مورد استفاده قرار می گیرد. برای کودکان در سنین پایین و نوزادان، از ۱ ماه تا ۴۲ ماهگی است. کودکانی که در تست ASQ نمره مناسب کسب نمی کنند و به سطح بالاتر ارجاع داده می شوند، احتمالاً این تست که با حضور آزمون گر و به صورت اختصاصی تکمیل می گردد، از کودک بعمل می آید. این تست تکامل کودکان را در سه حیطه شناختی، حرکتی و زبانی و در ۵ سطح (شناختی، ارتباطی درکی، ارتباطی بیانی، حرکات درشت و حرکات ریز) می سنجد. زمان مناسب برای انجام این تست؛ برای کودکان ۱۲ ماهه و کوچکتر، تقریباً ۵۰ دقیقه و برای کودکان ۱۳ ماهه و بزرگتر ۹۰ دقیقه است.

تمرین ها و اقدامات مناسب برای ارتقای تکامل کودکان: کارتهایی با عنوان " توصیه هایی برای تکامل کودک" برای سنین مختلف (نمونه از آن در زیر آمده است) طراحی و جهت آموزش به والدین در واحدهای ارائه خدمت توزیع شده است.

ASQ:SE-2
سن ۲ ماه

سرگرمی و فعالیت های اجتماعی - احساسی
یادگیری فرزندتان را از راه بازی ها تحریک کنید.
انجام این فعالیت ها را برای کودک و خودتان لذت بخش کنید.
تلاش های فرزندتان را تحسین کنید.

به پشت خوابانده آید دستمال کاغذی بردارید، بالای سرش تکان دهید تا ببیند. همچنین می توانید دستمال ها را به پرواز در آورید، قسمت هایی از بدن کودک خود را قلقلک دهید. توجه کنید کودکان چگونه عکس العمل نشان می دهد، اگر ترقی نمی کند، ادامه ندهید.

اگر کودکان گریه می کند، علتش را پیدا کنید. او یا گریه اش می خواهد چیزی را به شما بفهماند وقتی شما پاسخگوی خواسته او هستید یاد می گیرد که به شما اعتماد کند و بداند همیشه در کنارش هستید.

با کودک خود درباره چیزهایی که انجام می دهد، می بیند، می شنود و احساس می کند صحبت کنید. من در حال عوض کردن پوشک تو هستم. تو خشک و تمیز خواهی شد. من عاشقتم.

اشیا جدید و ایمنی جهت کشف کردن به کودک خود نشان دهید. اشیای ساده ای چون فنجان های پلاستیکی و قاشق های چوبی برای او تازگی دارند.

اشیا جذابی در کنار تخت کودکان قرار دهید تا ببیند، آن ها را دور از دسترس او قرار دهید. تصاویر ساده ای از مجلات بر روی دیوار بچسباند.

پشت سر کودک خود طوری بایستید که او شما را ببیند. به آرامی نام او را صدا بزنید، نگاه کنید چه می کند، آیا برای لفظه ای بی حرکت می ماند؟ سعی می کند سرش را به سمت صدای شما برگرداند؟ او را بلند کنید و بگویید من اینجا.

کودک خود را در آغوش بگیرید و صورتتان را به او نزدیک کنید. برای او شکلک در بیاورید. به او بختید. برایش زبان در بیاورید. چند لحظه صبر کنید تا ببینید آیا او سعی می کند کارهای شما را تکرار کند.

برای کودک خود شهربان که از کودکی به یاد دارید بخواهید. هنگامی که او را در آغوش گرفته اید و یا در تخت خوابیده یا او حرف بزنید و برای او شعر بخوانید و به آرامی دستها و بدن خود را حرکت دهید.

راهکارهای ارتقاء تکامل کودکان :

یادگیری نقش بسیار مهمی در تکامل دارد، که خود به عنوان فرآیند اکتساب دانش، مهارت ها، عادات و ارزش ها از طریق تجربه، آزمایش، مشاهده، بازتاب ویا مطالعه و آموزش تعریف می گردد. وضعیت تکاملی موجود هر کودک، می تواند بر یادگیری جاری و آتی او تاثیر گذاشته آن را تسهیل نموده و یا از آن ممانعت به عمل آورد. یادگیری، بخشی کلیدی از فرآیند تکامل و یکی از پیامدهای آن است که به شدت تحت تاثیر کیفیت مراقبت هایی که کودک دریافت می کند، قرار می گیرد. خانواده (مادر ، پدر و سایر اعضاء خانواده) با انجام برخی اقدامات و تمرینها و بازیها با کودکان می توانند موجبات ارتقاء سطح تکامل آنان را فراهم آورند . بعلاوه در این بازیها و تمرینات می توان علائق و استعدادهای کودک را شناسایی نمود و با تشویق و کمک به کودک موجبات شکوفایی این استعداد ها را فراهم نمود .

توصیه‌هایی برای مراقبت از تکامل کودک					
۲ سال و بزرگتر	۱۲ ماه تا ۲ سال	۹ ماه تا ۱۲ ماه	۶ ماه تا ۹ ماه	۱ هفته تا ۶ ماه	نوزاد تولد تا یک هفتهگی
 <p>بازی: به کودک خود کمک کنید تا اشیاء را بشمارد و مقایسه کند. برای او اسباب بازی بسازید مثلاً اشیایی با رنگ ها و برای دسته بندی، بر چسب یا نخه وایت برد و یازل.</p>  <p>ارتباط برقرار کنید او را تشویق کنید تا صحبت کند و به سؤالات او پاسخ دهد. به کودکان داستان، آواز و بازی یاد بدهید. در مورد تصاویر یا کتاب ها با او صحبت کنید.</p> <p>نمونه اسباب بازی: کتاب مصور</p>	 <p>بازی چیزهایی به کودک بدهید تا روی هم بچیند و داخل ظرف بیندازد و در بیرون.</p> <p>نمونه اسباب بازی: اشیایی که داخل هم با روی هم می گذارند، ظرف و گیره های لباس.</p>  <p>ارتباط برقرار کنید سؤالات ساده از کودک بپرسید به تلاش های کودک خود در صحبت کردن جواب بدهید. اشیاء طبیعت و تصاویر را به او نشان دهید و تکرار آن ها با او صحبت کنید.</p>	 <p>بازی اسباببازی مورد علاقه کودک را زیر پارچه یا جعبه پنهان کنید. ببینید آیا کودک می تواند آن را پیدا کند یا کودک خود تالی موشه بازی کنید.</p>  <p>ارتباط برقرار کنید نام اشیاء و افراد را به کودک بگویید به او یاد بدهید که چگونه با دست هایش چیزهایی مثل بازی بازی بگوید.</p> <p>نمونه اسباب بازی: عروسکی یا صورت</p>	 <p>بازی وسایل خانگی تمیز و بی خطری را به کودک خود بدهید تا دستکاری کند. به هم بزند و بیندازد (مانند ظروف درب دار، قلمبه و قفلنج قتری)</p>  <p>ارتباط برقرار کنید به صدا و علائق کودک خود پاسخ دهید. نام کودک را صدا کنید و پاسخ او را ببینید.</p>	 <p>بازی فرصت هایی را برای کودک خود فراهم کنید تا کودک شما ببیند بشنود حس کند. از اشیاء حرکت کند و شما را لمس کند. اشیاء رنگی را به آرامی جلوی او حرکت دهید تا آنها ببیند و بگیرد (مانند یک حلقه بزرگ که یا یک نخ آویزان شده است. حتماً).</p>  <p>ارتباط برقرار کنید به کودک خود لبخند بزنید و بخندید. با کودک خود صحبت کنید. با تقلید صدا یا زمست کودکان با او مکالمه کنید.</p>	 <p>بازی فرصت هایی را برای نوزاد خود فراهم کنید تا کودک شما ببیند، بشنود و پان خود را از اشیاء حرکت دهد.</p>  <p>ارتباط برقرار کنید به چشمان کودک خود نگاه کنید و با او صحبت کنید. زمان تغذیه یا شیر ممان فرصت خوبی است. حتی یک نوزاد هم صورت شما را می بیند و صدایش را می شنود.</p>
* تلاش کودکان را در یادگیری مهارت های جدید تحسین کنید.				* از علائق کودک خود مطلع شوید و به آن ها پاسخ دهید	
				* به کودک خود محبت کنید و عشقتان را به او نشان دهید	

در جدول زیر نکات مهم "توصیه هایی برای رابطه متقابل کودک و والدین" آمده است. در سامانه سیب هم لینک این جدول جهت آموزش در بخش "مشاوره با مادر" موجود است.

مصاحبه و مشاوره با مادر - رابطه متقابل کودک و والدین برای ارتقای تکامل کودکان								
تأ ماهگی	۳-۴ ماهگی	۵-۶ ماهگی	۷-۹ ماهگی	۹-۱۲ ماهگی	۱۲-۱۵ ماهگی	۱۵-۱۸ ماهگی	۱۸-۲۴ ماهگی	
۱	<p>برقراری ارتباط عاطفی</p> <ul style="list-style-type: none"> شماره چشم به چشم ریورس با پوست داشته باشد. به نامار مسافتی از بالینه و با پای کوبن و با حرکت سرین خود پاسخ دهد. در هنگام گریه از طریق کوبن به حرکت رقصی از پاسخ تا شمار دهد. 	<p>پاسخ های اغراق آمیز</p> <ul style="list-style-type: none"> حالت و حرکت در برپور، بالوتک غوری باشد که به راضی نهجی که به زرتجه می کند. کلافه های کونک را به صورت لغوی آسرتیکند. 	<p>تشویق حرکات جدید</p> <ul style="list-style-type: none"> راکتش های مترجمی زوروم کون مسما - نسبت به حرکت روغاروشن دهد. مهمال غرابه از معرف کند ثابۀ ترانویبه غاده کند. 	<p>محبت جسمانی زیاد</p> <ul style="list-style-type: none"> مرفورستی کونک را لمس رادوشن شراشراش کند. مسافتی از تالقه کتک سپس مسای جدید برآورد و مسوکند چاپنج دهد. از راه اندیشی آستسا کند و کس شیا بگراند. 	<p>نشستن داین می خورد های اجتماعی</p> <ul style="list-style-type: none"> از راه حدادگان در هدایت ها شرا کند. معبر دیون تگترین مکن به جمع باشد. موزوبه نه مزل با را جا کانه مسلام را حر ایروسی کیند و هشام خروج از راه مکن با بیگزای غاده دهد. آیزون شگرگین را انقاز کند. 	<p>شرکت در فعالیتهای</p> <ul style="list-style-type: none"> از راه حدادگان در هدایت ها شرا کند. معبر دیون تگترین مکن به جمع باشد. از راه مکن با بیگزای غاده دهد. آیزون شگرگین را انقاز کند. 	<p>تحصین به اظهار محبت</p> <ul style="list-style-type: none"> حسد و زوجه از لرستد نه سگرزایش خواهر و برادر تحسن کند. اعزاز، غاده بعضی از ایلسهالین (عوزاب کنار) را لغویق بیوند کلافه های کونک زوزنه را به ای را نگاه کند. هسگرتزوزر لرستل مسده تگیدور نظر بقصده داشته باشد. 	<p>ابرجای و سایل او تباط و مشارکت</p> <ul style="list-style-type: none"> بازیهای گرونی بکنده در سافل بازی را کینده قسم کند. هسگرتنه مشارکت و کنارهای مسخراشانه انبار مشاری از مستی لغویق را حسن کند. تخصیم های از راه مسافتی و معرف کونکی پانویه و هر وقت برخواست کند کرا کسکن کند. سعی کند با مسود کون حواس او به طریق مقلد از مسکن گاری از بگریزی کند.
۲	<p>تحریک حواس</p> <ul style="list-style-type: none"> بالرمان و پلمسانی با داشت از کورور طرد مورد با کونک مسخت کند. اکای بطولنه زاید بختند. استدیسافت با رتک های روشن در غنشلان راس ناقصه ترابیکایه (۳) صورتش به از شش دهد. 	<p>تحریک کنجکاوگی</p> <ul style="list-style-type: none"> استدیسای ششلسی با سمن را سمن در اضطرار بوزله دهد. از بازیهای مسجلی سادۀ مانند کلکهای مادی بجز کون را ترکتکنن مسد و تکلک کد باغ استاده کند. 	<p>تحریک حس خوراکامی</p> <ul style="list-style-type: none"> مکراورال اسم مساخته تصویر کونکشن را برای نه به لوشن دهد. 	<p>تحریک حس استقلال</p> <ul style="list-style-type: none"> بازغالی که بالکنده می توان خورده او را به ظاهرین مستقل تشویق کند. با سایل بازی های با سما با رسایل می خطر آشخته بازی روزک تشعل رتک لقب مسده رتکتر در سوز آن بگریه کند. زیاده یارال بازی کنبینه از طروفی غده با تها از بر وظی کند. 	<p>تحریک لوه نخلید</p> <ul style="list-style-type: none"> با سمد کونک به استدر فستهای مختلف. سمن استدر کنبه انهار انبار برورد نظر کند. کتابهای کونکده با مسما بر خویش رتک روزک تشعل رتک لقب مسده رتکتر در سوز آن بگریه کند. 	<p>تحریک لوه حافظه</p> <ul style="list-style-type: none"> با مسافتی از طریق شکل تشویق کند. وقتی گاری انجام می دهد برخی مدارک گدایی را با او را برای او تکرار کند. 	<p>تحریک لوه ادراک و هوش</p> <ul style="list-style-type: none"> غشایی که چیزی را به کونک نشان می دهد حواس آن را مستلزم ترس و کنگ مساحتش دهد. با مسافتی طوفانی شریجهه تریشتر بخواند. انبار به بدن که برای قرار رمان شگهای مشد در ششکهای مخصوص طواس می شود غده که مریگ کند در معر در مسد خوشراز دهد. 	
۳	<p>بازتاب جنگ زندگی</p> <ul style="list-style-type: none"> اعزاز، غاده تشکلان شمار انگره. برای تشویق به شسل گویان تشکلان بکنر ایثار کونک. اعزاز غده با نقصه ای دی در مخر آنجا را سمن کند. 	<p>اشیای متناسب</p> <ul style="list-style-type: none"> کنگ جامعنه بر مستلان کونک بکار می جاید از آن تکلان دهد. استدیسای شملاری را به از نشستن دهد. شاسلوق راه طرد آن بوزکد. 	<p>تمرین داین و گرفتار</p> <ul style="list-style-type: none"> بالگایون چیزی در مسد از کورور بارکون تشکلش ریوس گرفتار آن. با بازی کند. به از نشستن غده پتگرنه استدیسای را رتک مسد به مسد در گیش غاده. 	<p>به صدان آوردن اشیاء</p> <ul style="list-style-type: none"> قائمن نابه قائمه با روسته دیگر که بجز از آن مسدای مسخلسی و شرا کیند بر انظار او بکارند. مشکل زنی برای چرخهای کونک بظرف کلسه ای برای فرهم کاب لغا مل و طرح کون استدر استون کند. 	<p>تمرین راه کردن اشیاء</p> <ul style="list-style-type: none"> از تشویق کند که نوب راه خود شما بختند. مشکل زنی برای چرخهای کونک بظرف کلسه ای برای فرهم کاب لغا مل و طرح کون استدر استون کند. 	<p>تمرین حرکات چرخشی</p> <ul style="list-style-type: none"> مساقل مطلق همون مستکوره شملاره کبر به مکه تشکلری در اضطرار از بکار می جاید حرکت چرخشمن. به پان من شملاره کونک و کواکنز را انجام دهد. کتابی خفاهای غده برای که به قاشق می پسند را بکار بند به تهلای مغورده. 	<p>تمرین لباس پوشیدن</p> <ul style="list-style-type: none"> اعزاز، بعضی مکن ایلسهالین را انبار که مسکن استد پیشوند و در آورده از استیال بازی های که غفلتشن چند می شود برای ترمیم او فرهم آورده استقلان سازی 	
۴	<p>تقویت عضلات پشت و گردن</p> <ul style="list-style-type: none"> دودی ۲ تا ۶ بار از فراموری تگه ماری که مسورتن در به پامن با سمد روسته سمد سمر. در حالی که به پشت غولیده استد سنی رنگی را بر ممان د جلی حرکت غده تا به حرکت کون سر غده تشویق شود. 	<p>تقویت عضلات تنه پشت</p> <ul style="list-style-type: none"> به پشت بخوابد و انگرفتن مسد خاطر را از نه مکن تشنه بشکند. طوری تریک طرد کونک بوزل کونک ارمیوی و نشند برای باطن شملاره حوربا بهرختند. 	<p>تمرین تحمل وزن بدن</p> <ul style="list-style-type: none"> کونک را به آرنی و مکن تکلان غده تا موی را قائلان از آنکه ماری داتی مسد لهی ایش را بطرد شملاز سمن کند بکش کند. 	<p>آمادگی برای راه رفتن</p> <ul style="list-style-type: none"> کلسی دور استور کونک پیشساین مسدل خود راه خود از راه کنگ با سمد از سمن و تشکلان مان استدیسای سمر و خالقه اش از تشویق به حرکت کند. وقالی کون مصلهای ایزه کتله ثابۀ سزل از راه استلان تشویق کیند. 	<p>آمادگی برای راه رفتن</p> <ul style="list-style-type: none"> محرله چو ارمی مسد را تشویق کند که مسافتی برای باطنی را بطرد کند. تشکلان طرد راه کونکشان به غده تا بزانشمورده با بختند. در حالی که لغف بک مسد از کونکده انهار ایشانه تمرین قدم زدن بیوند. 	<p>تقویت عضلات باسن و زانو</p> <ul style="list-style-type: none"> از راه ایثار کنگ عطب و لغف را لغویق کند. مشکل مصلی برای تشکلن و باطنی آسن از آن به تهلای برای لوفرم آورده کند. پا برای آرم - تکلان را لغویق کند. 	<p>تمرین تحمل وزن بدن</p> <ul style="list-style-type: none"> اعزاز غده کلافه سق ۷۰ رقتن از به فاشلسن مسورنه و . . . در لغاره شملاجام دهد. انتقال داشته باشند به راضی در کنگجا پاره بختند کند. 	

کارتهایی هم با عنوان " رابطه متقابل کودک و والدین " و "پیشگیری از حوادث و سوانح در کودکان" برای سنین مختلف (نمونه از آن در زیر آمده است) طراحی و جهت آموزش به والدین در واحدهای ارائه خدمت توزیع شده است. (بقیه نمونه کارتها در ضمیمه ۱۵)

رابطه متقابل کودک و والدین		پیشگیری از حوادث و سوانح در کودکان	
<p>تا ۲ ماهگی</p> <p>حالات و حرکات در برخورد با کودک طوری باشد که به راحتی بفهمد که به او توجه می کنید</p>  <p>پاسخ های اغراق آمیز</p>	<p>تا ۴ ماهگی</p> <p>تماس چشم به چشم و پوست به پوست داشته باشید</p>  <p>برقراری ارتباط عاطفی</p>	<p>زیر ۴ ماه</p> <p>کودک را در معرض مایعات داغ و وسایل سوزاننده (از قبیل سماور، بخاری، اجاق، کرسی، منقل، تنور، آتو و...) قرار ندهید.</p>  <p>برقراری ارتباط عاطفی</p>	<p>در زمان بغل کردن کودکان مایعات داغ و سیگار نکشید</p>  <p>سوزندگی</p>
<p>از بازی های جسمانی ساده مانند تکانهای ملایم، خم کردن زانو، کشیدن دست و غلغلک کف پاها استفاده کنید</p>  <p>تحریک کنجکاوی</p>	<p>در هنگام گریه او را بغل کنید و به حرکات و صدای او پاسخ مناسب بدهید</p>  <p>برقراری ارتباط عاطفی</p>	<p>هرگز کودک خود را در جاهای بلند مانند میز، تخت خواب بدون حفاظ، نیمکت و صندلی، تنها رها نکنید</p>  <p>برقراری ارتباط عاطفی</p>	<p>ساک حمل شیر خوار را از زیر بگیرد</p>  <p>سقوط</p>
<p>یک جعبه در دستان کودک بگذارید و چند بار تکان دهید</p>  <p>اشیاء مناسب</p>	<p>با آرامش و با صدای یا آهنگ از هر دو طرف صورت با کودک صحبت کنید</p>  <p>تحریک حواس</p>	<p>محیط زندگی کودکان را عاری از دود (سماور - والر - منقل و...) نگه دارید</p>  <p>تحریک حواس</p>	<p>هرگز کودک خود را در تشت آب یا وان، تنها رها نکنید. همیشه با یک دست از آن حفاظت کنید.</p>  <p>سوزندگی و خفگی</p>
<p>اجازه دهید با اشیاء بازی دما و جنس مختلف را لمس کند</p>  <p>بازتاب چنگ زدن</p>	<p>روزی ۲ تا ۳ بار او را طوری تکه دارید که صورتش رو به پایین باشد (وضعیت دمر)</p>  <p>تقویت عضلات پشت و گردن</p>	<p>صندلی عقب ایمن ترین محل برای کودکان در هنگام رانندگی است</p>  <p>حوادث ترافیکی</p>	<p>بهتر است حمل و نقل کودک با وسیله نقلیه ایمن در بغل مراقبین باشد و مسائل ایمنی از قبیل بستن کمربند ایمنی و پوشش مناسب را رعایت کنید.</p>  <p>حوادث ترافیکی</p>

فصل ۱۶ : آشنایی با نحوه ارزیابی کودک از نظر ژنتیک ، واکسیناسیون ، مصرف مکملها ، بدرفتاری با کودک ، ارزیابی کودک از نظر کم کاری تیروئید ، ارزیابی کودک از نظر فنیل کتون اوری (PKU) ، و غربالگریها

اهداف آموزشی:

انتظار می رود فراگیر در پایان جلسه بتواند:

۱- نحوه ارزیابی کودک از نظر ژنتیک را توضیح دهد.

۲- کودک را از نظر واکسیناسیون و مصرف مکملها ارزیابی کند.

۳- نحوه ارزیابی بدرفتاری با کودک را شرح دهد.

۴- انواع غربالگریها و چگونگی انجام آن را بیان کند.

ارزیابی کودک را از نظر ژنتیکی:

بیماری های ارثی بیماری های متعدد و متنوعی می باشند که به دلیل وجود یک اختلال ژنتیکی در افراد از نسلی به نسل بعد منتقل می شوند. در اکثر موارد والدین بیماران افرادی سالم از نظر ابتلا به آن بیماری بوده و فقط انتقال دهنده این اختلال به فرزند خود هستند. احتمال ابتلای فرزندان به بیماری های ارثی (هموفیلی ، کم خونی داسی شکل (سیکل سل) ، بیماری های متابولیک ارثی مثل فنیل کتونوری ...) بر اساس نحوه توارث بیماری در هر بیماری متفاوت است.

می بایست به این نکته توجه داشت که ارزیابی ژنتیک به جای اینکه فرد محور باشد خانواده محور است یعنی علاوه بر فرد وجود بیماری در خویشاوندان را هم در نظر میگیرد. این موضوع بدین معناست که چنانچه پاسخ هر یک از موارد مورد ارزیابی مثبت باشد حتی زمانی که مشکل عنوان شده مربوط به فرد مورد ارزیابی هم نباشد ارجاع خانواده به پزشک برای تأیید یا رد وجود عامل خطر ژنتیک در خانواده لازم است.

همه کودکان در سنین ۵-۳ روزگی یا ۱۵-۱۴ روزگی و یکسالگی سؤالات کنترل ژنتیکی را از مادر بپرسید .

سؤال کنید:

در مورد هر یک از عوامل خطر زیر از مادر سؤال کنید:

- آیا در کودک یا خویشاوندان کودک (درجه ۱، ۲، ۳) بیماری ارثی / ژنتیکی (تشخیص داده شده) وجود دارد؟
- آیا خویشاوندان کودک اختلال تکرار شونده (اختلال مشابه در بیش از یک نفر با شروع از زمان کودکی) وجود دارد؟
- آیا در کودک یا خویشاوندان کودک اختلال جسمی، ذهنی یا حرکتی با شروع از زمان کودکی وجود دارد؟
- آیا در خویشاوندان، کودک زیر ۱۰ سال بدخیمی وجود دارد؟

چگونه کودک را از نظر وضعیت ژنتیکی طبقه بندی کنید؟

تمام کودکان را پس از ارزیابی طبقه بندی کنید. نشانه های کودک را با نشانه های ذکر شده در هر ردیف جدول رنگی طبقه بندی مقایسه نموده و طبقه بندی مناسب را انتخاب کنید.

برای وضعیت ژنتیکی ۲ طبقه بندی وجود دارد:

۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر ژنتیک ۲ - نیازمند بررسی بیشتر از نظر ژنتیک ندارد.

۱ - نیازمند بررسی بیشتر از نظر ژنتیک: در صورت مثبت بودن هر یک از سؤالات، کودک در طبقه بندی نیازمند بررسی بیشتر از نظر ژنتیک قرار میگیرد. کودک را به پزشک مرکز جامع سلامت ارجاع دهید. یک هفته بعد پیگیری کنید.

۲ - نیازمند بررسی بیشتر از نظر ژنتیک ندارد: در صورت منفی بودن پاسخ هر یک از سؤالات و عدم وجود مشکل در هر مورد، کودک در طبقه بندی نیازمند بررسی بیشتر از نظر ژنتیک ندارد قرار میگیرد. سایر ارزیابیها را انجام دهید.

ارزیابی ژنتیک

ارزیابی ژنتیکی کودک در ۵-۳ روزگی یا ۱۵-۱۴ روزگی و یک سالگی انجام شود. (در صورت عدم مراجعه در این گروه های سنی یکبار در اولین مراجعه ارزیابی شود)

توصیه ها	طبقه بندی	نشانه ها
• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۱ هفته بعد پیگیری شود.	نیازمند بررسی بیشتر از نظر ژنتیک	• مثبت بودن هر یک از سؤالات
• ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.	نیاز به بررسی بیشتر از نظر ژنتیک ندارد	• منفی بودن همه سؤالات



سوال کنید
• آیا در کودک یا خویشاوندان کودک (درجه ۱ و ۲) بیماری ارثی (تشخیص داده شده) وجود دارد؟
• آیا در خویشاوندان کودک اختلال تکرار شونده (اختلال مشابه در بیش از یک نفر با شروع از زمان کودکی) وجود دارد؟
• آیا در کودک یا خویشاوندان کودک اختلال جسمی، ذهنی یا حرکتی با شروع از زمان کودکی وجود دارد؟
• آیا در خویشاوندان، کودک زیر ۱۰ سال مبتلا به بدخیمی وجود دارد؟

ارزیابی کودک از نظر واکسیناسیون:

در همه کودکان وضعیت واکسیناسیون را کنترل کنید. از برنامه واکسیناسیون توصیه شده استفاده کنید. در مورد کودکانی که در موعد مقرر برای ایمنسازی مراجعه نکرده اند، بر اساس برنامه و راهنمای ایمنسازی ۱۳۹۴ اقدام گردد. هنگامیکه وضعیت واکسیناسیون کودک را کنترل می کنید از برنامه توصیه شده کشوری استفاده کنید. به جدول واکسیناسیون در چارت ارزیابی و طبقه بندی نگاه کنید.

وقتی کودک در سن مناسب برای واکسیناسیون است واکسن توصیه شده را به او بخورانید یا تزریق کنید. اگر زودتر از موعد واکسیناسیون او انجام شود در این صورت بدن کودک نمی تواند بخوبی در مقابل بیماری مقابله نماید. همچنین اگر دیرتر از موعد مناسب واکسینه شود احتمال ابتلا به بیماری در او افزایش می یابد. همه کودکان باید واکسن های توصیه شده بدو تولد را دریافت کرده باشند. اگر کودک در سن توصیه شده برای واکسیناسیون نیامد، واکسن مورد نیاز را هر زمانی بعد از آن به او بدهید.

طبقه بندی ها وضعیت واکسیناسیون

واکسیناسیون ناقص: در صورت پاسخ منفی در هر گروه سنی واکسیناسیون در طبقه بندی ناقص قرار می گیرد و توصیه می گردد: کودک را مطابق دستور العمل کشوری ایمن سازی، واکسینه نمایید. پس از انجام واکسیناسیون ۲۰ دقیقه کودک در مرکز واکسیناسیون حضور داشته باشد.

واکسیناسیون کامل: واکسن کودک با جدول واکسیناسیون مطابقت دارد مراقبت ها و مشاوره ها طبق روتین ارائه می گردد.

ارزیابی کودک از نظر واکسیناسیون

جدول واکسیناسیون کارت مراقبت کودک را با جدول واکسیناسیون برای گروه های سنی مقایسه کنید:	
تولد	• ب.ث.ز • فلج اطفال خوراکی • هیپاتیت ب
۲ ماهگی	• فلج اطفال خوراکی • پنج گانه
۴ ماهگی	• فلج اطفال خوراکی • پنج گانه • فلج اطفال تزریقی
۶ ماهگی	• فلج اطفال خوراکی • پنج گانه • فلج اطفال تزریقی
۱۲ ماهگی	• MMR
۱۸ ماهگی	• فلج اطفال خوراکی • MMR • سه گانه
۶ سالگی	• فلج اطفال خوراکی • سه گانه



نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
• در صورت پاسخ منفی در هر گروه سنی	واکسیناسیون ناقص	• کودک را مطابق دستور العمل کشوری ایمن سازی، واکسینه نمایید. • پس از انجام واکسیناسیون ۲۰ دقیقه کودک در مرکز واکسیناسیون حضور داشته باشد. • توصیه های تغذیه ای، پیشگیری از حوادث و سوانح و رابطه متقابل مادر و کودک را به مادر ارائه دهید.
• مطابقت با جدول واکسیناسیون دارد.	واکسیناسیون کامل	• مادر را تشویق کنید که در مراقبت های بعدی مراجعه کند. • مشاوره در خصوص پیشگیری از آسیب های کودکان به مادر ارائه شود. • کارت مراقبت کودک تکمیل شود و آموزش لازم به مادر ارائه شود. • ابزارهای کمک آموزشی هر گروه سنی به مادر داده شود و توضیحات لازم به مادر ارائه شود.

ارزیابی کودک زیر ۲ سال از نظر مصرف مکمل های دارویی:

برای تمام کودکان زیر دو سال ، از ۳-۵ روزگی مکمل ویتامین A+D یا مولتی ویتامین مطابق دستورالعمل (زیر ۶ ماه قطره ویتامین A+D از شروع ماه هفتم تا دو سالگی قطره A+D یا مولتی ویتامین) به میزان ۴۰۰ واحد ویتامین D و ۱۵۰۰ واحد ویتامین A در روز معادل یک سی سی داده می شود.

در کودکان ترم و شیرخوارانی که با وزن تولد بالای ۲۵۰۰ بدنیا آمده اند، مکمل آهن از پایان ۶ ماهگی یا همزمان با شروع تغذیه تکمیلی با دوز 1 mg/kg/day حداکثر ۱۵ میلی گرم آهن المنتال (خالص) در روز تقریباً معادل ۱۵ قطره داده می شود.

در کودکان نارس و شیرخوارانی که با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم متولد شده اند مکمل آهن با دوز 2 mg/kg/day ، حداکثر ۱۵ میلی گرم آهن المنتال (خالص) در روز تقریباً معادل ۱۵ قطره از زمانی که وزن کودک ۲ برابر وزن هنگام تولد شود (حدود ۲ ماهگی) داده می شود. (یا به جای قطره آهن ، مکملهای توصیه شده توسط پزشک (روی ، اسید فولیک ، آهن ، ویتامین E) داده می شود).

در شیرخواران با وزن تولد بسیار کم (با وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم) مکمل آهن با دوز $3-4 \text{ mg/kg/day}$ ، حداکثر ۱۵ میلی گرم آهن المنتال (خالص) در روز تقریباً معادل ۱۵ قطره از زمانی که وزن کودک ۲ برابر وزن هنگام تولد شود (حدود ۲ ماهگی) روزانه داده می شود.

ارزیابی کودک زیر ۲ سال از نظر مصرف مکمل ها

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> عدم مطابقت با دستورعمل مکمل باری / مولتی ویتامین / آهن 	<ul style="list-style-type: none"> مصرف ناقص مکمل های AD / مولتی ویتامین / آهن 	<ul style="list-style-type: none"> طبق دستورعمل به مادر توصیه کنید مکمل ها را به تعداد مناسب تهیه کند و به مقدار لازم به کودک بدهد. ۱ هفته پیگیری شود.
<ul style="list-style-type: none"> مطابقت با دستورعمل مکمل باری 	<ul style="list-style-type: none"> مصرف کامل مکمل 	<ul style="list-style-type: none"> طبق دستورعمل مکمل به تعداد لازم داده شود. طبق دستورعمل نحوه دادن مکمل به مادر آموزش داده شود. ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.



سوال کنید
<ul style="list-style-type: none"> آیا مکمل ویتامین AD / مولتی ویتامین طبق دستورعمل به تعداد کافی به مادر داده شده است؟ آیا کودک مکمل ویتامین AD / مولتی ویتامین را طبق دستورعمل دریافت کرده است؟ آیا مکمل آهن طبق دستورعمل به تعداد کافی به مادر داده شده است؟ (در کودکان نارس یا با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ مکمل آهن در ۲ ماهگی یا ۲ برابر شدن وزن هنگام تولد شروع شود) آیا کودک مکمل آهن را طبق دستورعمل دریافت کرده است؟

ارزیابی بد رفتاری با کودک:

در همه کودکان، کودک را از نظر وضعیت بد رفتاری کنترل کنید .

تعریف کودک آزاری یا بد رفتاری با کودک: کودک آزاری رفتاری است که در آن کودک توسط اطرافیان مورد سوء استفاده های مختلف جسمی، جنسی و عاطفی و یا غفلت قرارا می گیرد.

انواع کودک آزاری یا بد رفتاری با کودک:

۱. **کودک آزاری جسمانی:** هر گونه آزار جسمی که به طور عمد توسط مراقبین کودک و یا والدین بر کودک اعمال شود را کودک آزاری جسمانی گویند.
۲. **غفلت و بی توجهی:** بی توجهی نسبت به نیازهای کودک، ناتوانی در محافظت از کودک در برابر خطرات، سرما و یا گرسنگی و هر گونه نا توانی در مراقبت از کودک به طوری که منجر به بروز اختلال در سلامتی یا رشد وی گردد، به معنای غفلت از کودک است.
۳. **سوء استفاده عاطفی:** رفتارهای خصمانه یا بی تفاوتی والدین نسبت به کودک که منجر به لطمه زدن به اعتماد به نفس وی شده را گویند. این رفتارها شامل طرد کردن، توهین کردن، نادیده گرفتن، منزوی کردن و وادار نمودن کودک به انجام رفتار نامناسب می گردد.
۴. **سوء استفاده جنسی:** بهره کشی جنسی از کودک به منظور کسب رضایت جنسی توسط یک فرد بالغ را می گویند.
۵. **تنبیه بدنی:** استفاده از تنبیه بدنی به منظور تربیت و کنترل کودکان از سالیان خیلی پیش در بسیاری از فرهنگ ها از جمله فرهنگ ما رسوخ کرده و والدین غالباً به منظور تنبیه کودکان خود اقدام به کتک زدن آنها می نمایند. اغلب کتک زدن کودکان به دنبال خشم و عصبانیت والدین صورت می گیرد تا اینکه به عنوان وسیله ای برای کنترل کودکان از آن استفاده می شود. قصد و نیت والدینی که کودکان خود را مورد آزار جسمی قرار می دهند عمدتاً ادب کردن آنهاست، لیکن با از دست دادن کنترل خود موجب ضرب و جرح وی می گردند. شدت کودک آزاری جسمی می تواند از متوسط تا شدید و گشونده متغیر باشد. شدت صدمه بستگی به سن کودک دارد.

چه کسانی بیشتر مرتکب کودک آزاری جسمی می شوند؟

بررسی ها نشان داده اند مرتکبین کودک آزاری جسمی در ۷۵ درصد موارد والدین کودک (بخصوص مادر)، ۱۵ درصد سایر وابستگان بوده اند و در ۱۰ درصد موارد مربوط مرتکبین کودک آزاری جسمی کسانی هستند که از کودک مراقبت می نمایند (مثل پرستار کودک) مهمترین عامل کودک آزاری جسمی توسط والدین این است که احتمالاً دوران کودکی قربانی خشونت والدین خود بوده و تنبیه بدنی می شده اند. لذا این الگوی رفتاری را فرا گرفته و در مورد کودکان خود نیز اعمال می کنند.

ریسک فاکتورهای کودک آزاری:

- وجود سابقه بیماری روانی و یا جسمی در والدین
- اعتیاد و نا توانی در نگهداری و مراقبت از کودکان
- تک سرپرستی
- بارداری نا خواسته

کودکان با ویژگیهای زیر بیشتر در معرض کودک آزاری جسمی قرار می گیرند:

- کودک نارس
- عقب مانده ذهنی
- معلول جسمی
- کودکان پر تحرک و بیش فعال و کودکانی که زیاد از حد گریه می کنند، بهانه گیر و لجباز هستند، بیشتر مورد کودک آزار جسمی واقع می شوند .
- کودکان نامشروع و ناخواسته
- کودکانی که با جنسیت غیر دلخواه خانواده متولد می شوند

چه ویژگی هایی در خانواده، خطر کودک آزاری جسمی را بیشتر می کند؟

- وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین
- شلوغ و پر جمعیت بودن خانواده
- بروز استرس حاد
- وجود سابقه خشونت و کودک آزاری در اعضای خانواده و منزوی بودن خانواده در اجتماع

وجود چه ویژگی هایی در جامعه و اجتماع، کودک آزاری جسمی را بیشتر می کند؟

- عدم وجود قوانین مربوط به مراقبت از کودک
- وجود خشونت های سازمان یافته (مثل جنگ، جرم، جنایت)
- مقبولیت خشونت در سطح جامعه و ارائه آن در وسایل ارتباط جمعی
- کاهش یافتن ارزش کودکان و نا برابری های اجتماعی

نکات زیر می تواند در شناسایی کودک آزاری جسمانی کمک کننده باشند:

- نا متناسب بودن و تغییر یافتن صحبت اطرافیان درباره علت جراحت
- مبهم بودن صحبت اطرافیان
- وجود سابقه جراحت مکرر در گذشته
- عدم تناسب جراحت با شرح حال ارائه شده از سوی اطرافیان بخصوص از نقطه نظر تعداد زخمها، شدت، وسیله مورد استفاده و...
- وجود آثار کبودی در بدن بدون ارائه توضیح منطقی درباره علت ایجاد آن
- سوختگی های ناشی از گذاشتن سیگار روی بدن کودک

- تأخیر بی دلیل در مراجعه جهت دریافت خدمات درمانی بخصوص در مورد شکستگی ها، در رفتگی ها یا سوختگی ها
- انکار یا کوچک جلوه دادن درد و علائم کودک حتی با وجود ضربه مغزی، کودک غالباً زمانی به بیمارستان یا مراکز بهداشتی درمانی آورده می شود که دچار تشنج شده باشد.
- وجود بحران در خانواده، وجود موقعیتهای بحرانی همچون از دست دادن عزیزی در خانواده، جدایی والدین از یکدیگر، بیکاری، ورشکستگی و مقروض بودن خانواده، از جمله عواملی هستند که می توانند قبل از وقوع کودک آزاری در خانواده وجود داشته باشند.
- وجود عوامل محرک، همچون رفتارهای خاص کودکان که فضای خانواده را برای اعمال خشونت آماده می کند نظیر گریه های طولانی مدت در شب، نخوردن غذا، شب ادراری و در کودکان بزرگتر دزدی یا دروغگویی.
- وجود تاریخچه کودک آزاری در والدین: اکثریت والدین کودک آزار در دوره کودکی توسط پدر یا مادر خود در مورد کودک آزاری قرار گرفته و اغلب آن خاطرات فراموش شده یا سرکوب شده اند.
- داشتن انتظارات غیر واقعی از کودک همراه با عدم آگاهی از دوران رشد و تکامل کودک. والدین غالباً از کودکان خود انتظار عشق و محبت را دارند. وقتی کودک گریه می کند یا غذا نمی خورد، آنها احساس می کنند از طرف کودک خود طرد و یا تنبیه می شوند.
- شیوه های فرزند پروری سخت و بدون انعطاف که خود موجب افزایش استرس و تنش در خانواده می گردد.
- انزوای اجتماعی و عدم معاشرت با اقوام و دوستان. در این خانواده وقتی کودک آزاری اتفاق می افتد، والدین معمولاً اجازه کشف این مسائل را به کسی نمی دهند.
- نسبت دادن مسائل به عوامل خارجی، والدین کودک آزاری معمولاً مشکلات خود را به عوامل خارجی نسبت می دهند تا عوامل درونی.
- وجود سطح بالای اضطراب در والدین
- وقوع اتفاقات مکرر برای کودک و سابقه بستری شدن در ماههای اولیه زندگی
- اغلب این اطلاعات از منبع دیگری غیر از والدین کسب می گردد. زیرا بیشتر والدین کودک آزار، مشکل کودک را کوچکتر جلوه داد و خود را مسئول نمی دانند.

مهمترین اقدام در شناسایی کودک آزاری جسمانی، معاینه کودک است. در این معاینه می

باید نکات زیر مدنظر قرار گیرد:

- مشخص کردن محل جراحت، نوع، شکل و اندازه آن
- تعیین علل احتمالی بروز جراحت
- تعیین زمان وقوع جراحت

در موارد کودک آزاری جسمی صدمات و جراحات بیشتر به صورت قرینه ای هستند مثل خراشهای مشابه روی دو طرف صورت، پشت، باسن و رانها. گاهی نوع صدمات، ابزار مورد استفاده را مشخص کند. مثلاً در صورت استفاده از کمر بند یا طناب، آثار آن روی پوست شبیه کمر بند یا طناب باقی می ماند. سوختگی های ناشی از سیگار بصورت گرد و قرینه ای هستند.

- آثار ناشی از فرو بردن دست یا پای کودک در آب جوش شبیه دستکش یا جورابی است که سطح سوختگی با خطی از پوست سالم جدا می شود.
- در کودک آزاری جسمانی انواع علائم به صورت کبودی ها، خراشیدگی ها، پارگی ها، سوختگی ها، تورم بافت های نرم و خونمردگی ها مشاهده می شود.
- جراحات سطحی شامل انواع کبودی هاست. کبودی در بدن کودک الگوهای متفاوتی دارد و شامل موارد زیر می گردد:

- رد یا اثر دست
 - رد یا اثر ابزار مورد استفاده مثل کمر بند، تسمه، چوب، قلاب فلزی
 - کبودی ناشی از پرتاب کردن و هل دادن کودک به طوریکه به شیء سختی برخورد کند.
 - گاز گرفتگی
 - نشانه های مبهم مثل خونریزیهای سطحی زیر پوست
 - علائم لگد زدن به کودک
 - علائم خراشیدگی ناشی از ناخن، فرو بردن سوزن در بدن کودک، چنگ زدن و کشیدن موهای کودک است که غالبه منجر به کچلی موضعی می گردد.
 - والدین کودک آزار در صدمات استخوانی و شکستگی ها، معمولاً تاریخچه سقوط از بلندی یا افتادن از پله ها را ذکر می کنند. در گرفتن شرح حال بایستی به هماهنگی بین موارد زیر توجه شود:
 - هماهنگی صدمه قابل رویت با تاریخچه ایجاد آن
 - شناسایی مکانیسم مشخص برای ایجاد صدمه
- در صورتی که بین موارد ذکر در فوق، هماهنگی وجود نداشته باشد، بایستی مشکوک به کودک آزاری جسمی گردید.

- الگوی صدمات استخوانی بیشتر به صورت شکستگی استخوان جمجمه و یا شکستگی متعدد استخوانهای بلند (دست و پا) و شکستگی دنده ها می باشد.

ویژگی های کودک آزار دیده جسمی

- از نظر رفتاری، کودک آزار دیده منزوی و ترسان بوده یا پرخاشگری میکند
- اغلب کودکان دچار افسردگی، اعتماد بنفوس پایین و اضطراب می باشند و به دلیل ترس از افشای موضوع و جلوگیری از خشم بیشتر والدین نسبت به آنها، در مورد پنهان کردن صدمات با والدین خود همکاری می کنند.

- کودکان آزار دیده در ارتباط با همسالان خود دچار مشکل هستند.
 - رفتارهای خود تخریبی داشته و گاه اقدام به خودکشی نیز می کنند.
- لازم به ذکر است معاینه بدنی می باید در حضور والدین انجام شود و از معاینه بدنی کودک حضور دیگران خودداری گردد.

کودک را از نظر بدرفتاری ارزیابی و طبقه بندی کنید:

در ویژگی های مراقبت سلامت به علائم و نشانه های سوء رفتار با کودک دقت کنید و کودک را طبق جدول ارزیابی و طبقه بندی کنید و توصیه های لازم را ارائه دهید، در صورتی که به بدرفتاری با کودک مشکوک شدید، کودک را با کد ۱۹ ارجاع دهید (به فرهنگ مردم منطقه توجه فرمایید و والدین را با ذکر نام طبقه بندی های این صفحه حساس نکنید).

۵ طبقه بندی برای بدرفتاری با کودک وجود دارد:

- ۱- احتمال بدرفتاری شدید با کودک (کد ۱۹) ۲- احتمال بدرفتاری با کودک. (کد ۱۹) ۳- کودک شاهد خشونت
- ۴- احتمال بدرفتاری با کودک در خانواده آسیب پذیر ۵- احتمال بدرفتاری با کودک وجود ندارد.

۱- احتمال بدرفتاری شدید با کودک: در صورتیکه هر یک از علائم زیر را ببینید کودک در این طبقه بندی قرار میگیرد در این صورت کودک را به مرکز سلامت جامعه ارجاع دهید:

- آثار سوختگی در مان نشده یا
- در رفتگی احتمالی با تورم یک مفصل یا شکستگی احتمالی یک استخوان یا
- کبودی چشمان یا
- پارگی لجام لب یا
- عدم هوشیاری و علائم حیاتی غیر طبیعی

۲- احتمال بدرفتاری با کودک: در صورتیکه یکی از علائم زیر وجود داشته باشد کودک در این طبقه بندی قرار میگیرد و باید کودک برای ارزیابی به کارشناس سلامت روان ارجاع داده شود و ۲۴ ساعت بعد پیگیری گردد:

- علائم سوختگی با آب جوش یا سیگار یا قاشق یا
- اثر گاز گرفتگی روی قسمتهای مختلف بدن یا
- خونمردگی در اعضای مختلف بدن یا
- عدم تناسب توضیحات سرپرست یا همراه کودک با نوع علائم آسیب بدنی یا

- وجود کبودیها و علائمی که مدتها از زمان آنها گذشته باشد یا
- گزارش هر نوع کودک آزاری توسط خود کودک - سرپرستان یا سایر همراهان کودک یا
- گزارش تایید تنبیه بدنی برای تربیت کودک توسط کودک، سرپرست یا همراهان کودک یا
- سابقه بد رفتاری با کودک در خانواده یا
- کبودی شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون یا
- وجود مناطق طاسی در سر ناشی از کشیدن موها یا
- اثر ربات شلاق

۳ - **کودکان شاهد خشونت خانگی:** در صورتیکه مادر کودک قبلاً به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده باشد، کودک در این طبقه بندی قرار میگیرد. در این صورت کودک را به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید.

۴- **احتمال بد رفتاری با کودک در خانواده آسیب پذیر:** در صورتیکه یکی از موارد زیر وجود داشته باشد کودک در این طبقه بندی قرار می گیرد. کودک را به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید:

- فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی در خانواده کودک یا
- فرد مبتلا به بیماری خاص در خانواده کودک یا
- فرد مبتلا به اعتیاد در خانواده کودک یا
- فرد زندانی در خانواده کودک یا
- خانواده کودک دچار فقر می باشد (تحت پوشش سازمانهای حمایتی مثل بهزیستی و کمیته امداد) یا
- سرپرست خانواده در حال حاضر بیکار است یا
- کودک تک سرپرست است (سابقه طلاق، فوت یا جدایی از همسر در خانواده) یا
- کودک با حداقل یک سرپرست غیر بیولوژیک

۵- **احتمال بد رفتاری با کودک وجود ندارد:** اگر هیچ یک از اعلائم و نشانه های بالا وجود نداشته باشد کودک در این طبقه بندی قرار میگیرد والدین را برای آموزش در زمینه فرزند پروری و خودمراقبتی و مهارتهای زندگی و آموزش پیشگیری از آسیبهای کودکان به والدین به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید.

ارزیابی بدرفتاری با کودک

در ویزیت های مراقبت سلامت به علائم و نشانه های سوء رفتار با کودک دقت کنید و کودک را طبق جدول ارزیابی و طبقه بندی کنید و توصیه های لازم را ارائه دهید. در صورتی که به بدرفتاری با کودک مشکوک شدید، کودک را با کد ۱۹ ارجاع دهید (به فرهنگ مردم منطقه توجه فرمایید و والدین را با ذکر نام طبقه بندی های این صفحه حساس نکنید)

نشانه	طبقه بندی	توصیه ها/ اقدام
<ul style="list-style-type: none"> • آثار سوختگی درمان نشده یا • در رفتگی احتمالی یا تورم بگ مفصل یا شکستگی احتمالی یک استخوان یا • گودی چشمان یا • پارگی لب یا • عدم هوشیاری و علائم حیاتی غیر طبیعی 	احتمال بدرفتاری شدید با کودک (کد ۱۹)	<ul style="list-style-type: none"> • به یوکت مانا مراجعه شود. • ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود.
<ul style="list-style-type: none"> • علائم سوختگی با آب جوش یا سیگار یا فاشق و... یا • اثر گاز گرفتگی روی قسمت های مختلف بدن یا • خونریزی در اعضای مختلف بدن یا • عدم تناسب توضیحات سرپرست یا همراه کودک با نوع علائم آسیب بدنی یا • وجود گودی ها و علائمی که مدت ها از زمان آن ها گذشته باشد یا • گزارش هرنوع کودک (آری توسط خود کودک، سرپرستان یا سایر همراهان کودک یا • گزارش تولید نسیه بدنی برای تربیت کودک، توسط کودک، سرپرست یا همراهان کودک یا • سابقه بدرفتاری با کودک در خانواده • گودی های شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون یا • وجود ساطق طلایی در سر رانگی از کشیده شدن موها یا • آثار ضربات شلاق 	احتمال بدرفتاری با کودک (کد ۱۹)	<ul style="list-style-type: none"> • ارجاع به کارشناس سلامت روان • ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• همه کودکانی که مادران آن ها قلیا به علت خشونت خانگی فریب مثبت شده اند	کودک شاهد خشونت	• ارجاع به کارشناس سلامت روان
<ul style="list-style-type: none"> • فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی* در خانواده کودک یا • فرد مبتلا به بیماری خاصی** در خانواده کودک یا • فرد مبتلا به اعتیاد*** در خانواده کودک یا • فرد اندامی در خانواده کودک یا • خانواده کودک دچار فقر می باشد تحت پوشش سازمان های حمایتی مثل بهزیستی و کمیته امداد یا • سرپرست خانواده در حال حاضر بیگانه است یا • کودک تک سرپرست است (سابقه طلاق، فوت یا جدایی از همسر در خانواده) • کودک با حداقل یک سرپرست غیر بیولوژیک 	احتمال بدرفتاری با کودک در خانواده آسیب پذیر	• ارجاع به کارشناس سلامت روان
• هیچ یک از علائم و نشانه ها را ندارد	احتمال بدرفتاری با کودک ندارد	<ul style="list-style-type: none"> • ارجاع والدین به کارشناس سلامت روان برای دریافت آموزش های فرزند پیروی، خود مراقبتی و مهارت های زندگی • آموزش یسگیری از آسیب های کودکان به والدین

فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی، معلولیت عبارتست از محدودیت های دائمی در زمینه های مختلف جسمی، حسی یا ذهنی، روانی که شخص مبتلا به آن را در زندگی روزمره در مقایسه با سایر افراد جامعه دچار مشکل یا محدودیت جدی سازد. انحصاس معلول، افرادی هستند که عملکرد جسمانی، توانایی های ذهنی یا سلامتی روانی آنها به احتمال قریب به یقین به مدت بیش از شش ماه از آنچه استاندارد سن آنهاست انحراف داشته و به همین دلیل برای آنان در زندگی روزمره مشکلاتی را بوجود می آورد.

** بیماری خاصی، به آن دسته از بیماری ها گفته می شود که سبب العلاج بوده و قابل درمان نمی باشند و لازم است بیمار تا آخر عمر تحت مراقبت های خاص قرار گیرد و ضرورت دارد این بیماران به طور مستمر تحت درمان قرار داشته باشند. بیماری هایی نظیر MS، هموفیلی، تالسمی و نارسایی مزمن کلیه از جمله این بیماری ها هستند.

*** اعتیاد: عبارت از تعلق یا تمایل غیر طبیعی و مداومی است که برخی از افراد نسبت به بعضی از مواد مخدر، محرک یا الکل پیدا می کنند. منظور از اعتیاد استفاده غیر طبی و مکرر دارو یا مواد است که به ضرر خود مصرف کننده یا دیگران می باشد.

**** فقر: در اینجا منظور از فقر مبادی است که خانواده تحت پوشش سازمان های حمایتی از قبیل سازمان بهزیستی، کمیته امداد، نهادهای خیریه و... می باشد.

ارزیابی کودک از نظر کم کاری تیروئید:

غربالگری بیماری کم کاری تیروئید نوزادان: هدف اصلی از اجرای برنامه کشوری غربالگری برای بیماری کم کاری تیروئید شناسایی بیماران، درمان مناسب و پیشگیری از بروز عقب ماندگی ذهنی است. از همه نوزادانی که زنده متولد شده اند بدون توجه به ملیت (ایرانی بودن و یا نبودن) باید نمونه گیری انجام شود. بهترین زمان برای نمونه گیری از پاشنه پا روز ۵-۳ تولد است. حتما باید ۷۲ ساعت از تولد نوزاد گذشته باشد. عقب ماندگی ذهنی در نوزادان است. زمانبندی دقیق در اجرای برنامه کشوری غربالگری نوزادان بسیار مهم است. زیرا کلیه فعالیتها باید در زمان مناسب انجام شود که شروع درمان در بیماران در زمان مناسب انجام شده و به تعویق نیفتد. دیر شروع کردن درمان میتواند منجر به از دست دادن نمراتی از ضریب هوشی بیمار شود.

ارزیابی کودک از نظر کم کاری تیروئید

برای همه نوزادان در ۵-۳ روزگی غربالگری نوزادی پاشنه پا انجام شود. جواب آزمایش را طبق جدول زیر بررسی و طبقه بندی کنید و توصیه های لازم را ارائه دهید.

نشانه	طبقه بندی	توصیه ها/ اقدام
<ul style="list-style-type: none"> انجام ندادن آزمایش غربالگری کم کاری تیروئید 	<ul style="list-style-type: none"> نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش کم کاری تیروئید 	<ul style="list-style-type: none"> ارجاع فوری برای انجام نمونه گیری* ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود.
<ul style="list-style-type: none"> نوزاد نارس** نوزاد بسیار کم وزن (وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم) نوزاد کم وزن (وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم) نوزادان با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم دوقلوها و چندقلوها سابقه بستری در بیمارستان سابقه دریافت خون یا تعویض خون نوزادانی که داروهای خاص مصرف کرده اند (توپامین، ترکیبات کورتونی) در جواب اولین نوبت تست غربالگری هیپوتیروئیدی اندازه TSH بر کاشف قبلترین ۵-۹/۶ اعلام نمونه نامناسب از طرف آزمایشگاه غربالگری نوزادان 	<ul style="list-style-type: none"> نیاز به نمونه گیری مجدد کم کاری تیروئید از پاشنه پا 	<ul style="list-style-type: none"> ارجاع برای انجام نمونه گیری مجدد از پاشنه پا در هفته دوم تولد (۲-۸ روزگی) نوزادان نارس در هفته ۲ و ۶ و نیز برای انجام نمونه گیری مجدد از پاشنه پا ارجاع شوند جواب آزمایش TSH نوبت اول پاشنه پا، در سامانه الکترونیک سلامت وارد شود و ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود.
<ul style="list-style-type: none"> دومین بار آزمایش غربالگری کم کاری تیروئید از پاشنه پا مثبت TSH مساوی یا بیشتر از ۵) 	<ul style="list-style-type: none"> احتمال کم کاری تیروئید 	<ul style="list-style-type: none"> ارجاع فوری برای انجام آزمایش ویریدی بر اساس دستور عمل اقدام شود. جواب آزمایش TSH نوبت دوم پاشنه پا، در سامانه الکترونیک سلامت وارد شود و ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود.
<ul style="list-style-type: none"> نتیجه غربالگری نوبت اول کم کاری تیروئید از پاشنه پا TSH ۱۰ و بالاتر 	<ul style="list-style-type: none"> نیازمند بررسی بیشتر از نظر کم کاری تیروئید 	<ul style="list-style-type: none"> ارجاع فوری برای انجام آزمایش ویریدی (تست تأیید تشخیص) در صورتی که TSH بالای ۲۰ باشد فوراً جهت شروع درمان بر اساس دستورالعمل و درخواست آزمایشات تأیید تشخیص به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع شود. ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود.
<ul style="list-style-type: none"> کم کاری تیروئید دارد 	<ul style="list-style-type: none"> کم کاری تیروئید دارد 	<ul style="list-style-type: none"> پیگیری کنید کودک بیمار به پزشک مراجعه کرده باشد. تست فرم مراقبت کم کاری تیروئید در سامانه الکترونیک سلامت توصیه به مصرف صحیح و بموقع دارو (لوتیروکسین) جواب آزمایش در سامانه الکترونیک سلامت وارد شود و پیگیری کنید*** - تا ۶ ماهگی هر ۲ ماه یکبار - ۶ ماه تا ۳ سال هر ۳ ماه یکبار - بعد از ۳ سال بسته به تشخیص پزشک فوکل پوینت هیپوتیروئیدی - زمانی که درمان کودک بنا بر تشخیص پزشک معالج در هر سنی قطع شود ویزیت ها و آزمایش فلظت سرمی TSH و T4 بر اساس تقویم زیر پیگیری شود ۴ هفته بعد از قطع دارو و ۳-۲ ماه بعد از قطع دارو و هر سال بعد از قطع دارو تا ۵ سالگی (در سنلایان به سندروم داون تا ۱۰ سالگی)
<ul style="list-style-type: none"> نتیجه غربالگری اولیه کم کاری تیروئید از پاشنه پا منفی (TSH کمتر از ۱۵) یا نتیجه غربالگری مجدد از پاشنه پا منفی (TSH کمتر از ۵) یا تست ویریدی کم کاری تیروئید منفی (TSH، TTRUP، T4) غیر طبیعی 	<ul style="list-style-type: none"> کم کاری تیروئید ندارد 	<ul style="list-style-type: none"> تست اطلاعات در سامانه الکترونیک سلامت ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

* زیر ۹۰ روزگی انجام آزمایش پاشنه پا در مرکز خدمات جامع سلامت، بالای ۹۰ روزگی انجام آزمایش ویریدی در آزمایشگاه
 ** در نوزادان نارس علاوه بر غربالگری اولیه، غربالگری مجدد از پاشنه پا باید در سن ۱۰، ۲۰، ۴۰ هفتگی انجام شود. در صورت
 متناوب بودن جواب آزمایش در هر مرحله نیاز به انجام آزمایش تأیید تشخیص ویریدی می باشد.
 *** بسته به تشخیص پزشک زمان پیگیری ممکن است تغییر کند.

موارد غربالگری مجدد (نوبت دوم با نمونه گیری از پاشنه پا) در نوزادان :

در بهترین شرایط علمی و اجرایی برنامه غربالگری نوزادان و بدون توجه به آزمون غربالگری اولیه ، حدود ۱۰-۵٪ از نوزادان LBW مبتلا به کم کاری تیروئید، ممکن است شناسایی نشوند. در

بعضی موارد دیگر نیز شانس گم شدن بیماران وجود دارد به همین دلیل انجام "غربالگری مجدد" در موارد زیر ضرورت دارد.

- نوزادان نارس (تکرار غربالگری از پاشنه پا در هفته های ۲ و ۶ و ۱۰ تولد)
- نوزادان بسیار کم وزن (Very Low Birth Weight) (کمتر از ۱۵۰۰ گرم)
- نوزادان کم وزن (Low Birth Weight) (کمتر از ۲۵۰۰ گرم)
- نوزادان با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم
- دو و چندقلوها
- نوزادان بستری و یا با سابقه بستری در بیمارستان
- نوزادان با سابقه دریافت و یا تعویض خون
- نوزادانی که داروهای خاص مصرف کرده‌اند: مثل دوپامین، ترکیبات کورتنی و...
- نوزادانی که نتیجه آزمون غربالگری (نتایج آزمون اولیه TSH بر کاغذ فیلتر) آنان بین ۵-۹/۹ بوده است.
- نوزادانی که نمونه غربالگری آنان (کاغذ فیلتر حاوی لکه خون از پاشنه پا)، توسط آزمایشگاه غربالگری نووزادان، "نمونه نامناسب" ارزیابی شده است.

مطالب بیشتر در ضمیمه ۱۶ آمده است.

ارزیابی کودک از نظر فنیل کتون اوری (PKU):

ارزیابی کودک از نظر فنیل کتونوری (PKU)

برای همه نوزادان در ۵-۳ روزگی غربالگری نوزادی پاشنه پا انجام شود، جواب آزمایش را طبق جدول زیر بررسی و طبقه بندی کنید و توصیه های لازم را ارائه دهید.

نشانه	طبقه بندی	توصیه ها/ اقدام
• انجام ندادن آزمایش (تا ۳ سالگی)	نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش PKU	• ارجاع فوری برای انجام نمونه گیری (توضیحات بیشتر در راهنما) ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• نمونه نامناسب آزمایش	نیاز به نمونه گیری مجدد*	• فراخوان نوزاد جهت اخذ نمونه مجدد برای غربالگری PKU ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• سابقه بستری در بیمارستان	احتمال نیاز به نمونه گیری مجدد* PKU	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• جواب اولین نوبت تست غربالگری PKU فنیل آلانین مساوی یا بیشتر از ۴ میلی گرم بر دسی لیتر	تست غربالگری اولیه PKU مثبت	• نمونه گیری برای آزمایش تأیید و ارجاع فوری به مرکز خدمات جامع سلامت برای درخواست آزمایش تأیید تشخیص توسط پزشک (در صورت عدم مراجعه به صورت کتبی به کارشناس ژنتیک مرکز بهداشت شهرستان اطلاع داده شود). • جواب آزمایش در سامانه الکترونیک سلامت وارد شود و ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• نمونه ارسالی تست تأیید روی کاغذ فیلتر: فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۴/۳ میلی گرم بر دسی لیتر یا • نمونه ارسالی تست تأیید روی نمونه پلاسما: هیپارینه: فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۴ میلی گرم بر دسی لیتر	تست تأیید تشخیص PKU مثبت	• ارجاع فوری به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت پیگیری حداکثر تا ۷۲ ساعت برای اطمینان از مراجعه کودک به بیمارستان منتخب (در صورت مراجعه نکردن، به صورت کتبی به کارشناس ژنتیک مرکز بهداشت شهرستان اطلاع داده شود). • جواب آزمایش در سامانه الکترونیک سلامت وارد شود و ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• بیماری PKU توسط پزشک منتخب PKU (متخصص غدد / کودکان بیمارستان منتخب PKU) تأیید شده است کارشناس ژنتیک مرکز بهداشت شهرستان این موارد را به مراقب سلامت اعلام می کند)	PKU مثبت بیمارستانی	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ثبت فرم ارسال شده از بیمارستان منتخب PKU و ثبت در سامانه الکترونیک سلامت • پیگیری کودکان کمتر از ۳ سال ماهی یکبار برای اطمینان از مراجعه کودک به بیمارستان منتخب • پیگیری کودکان ۳-۶ سال هر ۲ ماه یکبار برای اطمینان از مراجعه کودک به بیمارستان منتخب • پیگیری کودکان ۶-۱۳ سال هر ۶ ماه یکبار برای اطمینان از مراجعه کودک به بیمارستان منتخب • پیگیری کودکان بیشتر از ۱۲ سال، سالی یکبار برای اطمینان از مراجعه کودک به بیمارستان منتخب • پیگیری تلفنی یا حضوری موارد غیبت از درمان و تلاش برای رفع مشکل**
• تست غربالگری اولیه منفی یا • تست تأیید تشخیص منفی	PKU منفی***	• ثبت اطلاعات و اطلاع به والدین • ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

******زمان انجام آزمایش مجدد ۱۴ روزگی است به شرط آنکه نوزاد در آن هنگام شیر کافی به مدت ۳ روز مصرف کرده باشد. در صورت عدم تغذیه کافی با شیر توسط نوزاد باید آموزش به والدین داده شود تا نمونه گیری بلافاصله بعد از مصرف شیر به مدت ۷۲ ساعت لزوماً انجام شود.

*******در مواردی که نتیجه غربالگری منفی است اما نوزاد تأخیر در تکامل دارد نمونه مجدد از کودک گرفته شده و آزمایش تعیین سطح فنیل آلانین خون با روش HPLC انجام گیرد.

ارزیابی کودک از نظر فشار خون: در کودکان کمتر از ۳ سال در صورت وجود هر یک از موارد ذیل نیاز به اندازه گیری فشار خون وجود دارد:

- کودک با شرح حال پره مچوریتی
- وزن تولد بسیار کم (VLBW) یا سایر عوارض نوزادی که به مراقبت در NICU نیاز داشته است.
- بیماری مادرزادی قلب (ترمیم شده یا ترمیم نشده)
- عفونت ادراری مکرر
- هماچوری یا پروتئینوری
- بیماری کلیوی شناخته شده یا ناهنجاری های اورولوژیک
- سابقه خانوادگی بیماری ارثی/ سرشتی کلیه یا بیماریهای ژنتیکی کلیه
- پیوند عضو
- بدخیمی یا پیوند مغز استخوان
- مصرف داروهایی که منجر به افزایش فشار خون می شوند
- سایر بیماری های سیستمیک همراه با هیپرتانسیون (نوروفیبروماتوز، اسکروز توبر ...)،
- افزایش فشار داخل جمجمه (استفراغ مکرر، سردرد صبحگاهی)

در معاینه کودکان ۳۶ ماهه (معاینه پزشک) ، فشارخون توسط پزشک مرکز اندازه گیری و بررسی می شود.

غربالگری های انتخابی:

برای کودکان با شرایط خاص نیاز می باشد:

بینایی: معاینه شبکیه برای تمام کودکان نارس که در بخش مراقبت ویژه نوزادان نگهداری شده و اکسیژن دریافت کرده اند توسط فوق تخصص شبکیه انجام شود. معاینات آتی بر اساس نظر متخصص چشم تنظیم می شود .

ارزیابی کودک از نظر کم خونی: غربالگری کم خونی برای کودکان زیر انجام شود:

- سابقه بستری در NICU
- آلرژی به پروتئین شیر گاو
- سوء تغذیه
- شروع شیر گاو در سن زیر یکسال
- عدم مصرف صحیح قطره آهن (در ۱۲ ماهگی)
- نوزادان نارس و نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم (در ۴ ماهگی)

ارزیابی کودک از نظر چربی خون یا دیس لیپیدمی:

- از مادر یا والدین کودک در خصوص موارد ذیل سوال شده و در صورت پاسخ مثبت به هر یک از موارد جهت کودک آزمایش چربی خون درخواست می گردد :
- والدین یا پدر بزرگ مادر بزرگ آن ها در سن کم تر از ۵۵ سالگی آترواسکلروز کرونر، انفارکتوس میوکارد، آنژین صدری، بیماری عروقی محیطی، بیماری عروقی مغز یا مرگ قلبی ناگهانی داشته باشند
- والدینی که کلسترول خون ۲۴۰ میلی گرم در دسی لیتر یا بیشتر داشتند
- در موارد اضافه وزن کودک یا
- مصرف زیاد چربی های اشباع و کلسترول

فصل ۱۷: نشانه شناسی و علائم شایع در بیماریهای کودکان (با تاکید بر علائم خطر
نیازمند رسیدگی فوری)



اهداف آموزشی:

انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

۱. علائم خطر نیازمند به رسیدگی فوری در کودکان را ارزیابی کند.
۲. کودک ۲ ماه تا ۵ سال را از نظر نشانه های خطر ارزیابی نموده و اقدام لازم را انجام دهد.
۳. سرفه و تنفس مشکل را در کودک ۲ ماه تا ۵ سال ارزیابی نموده و اقدام لازم را انجام دهد.
۴. اسهال و کم آبی را در کودک ۲ ماه تا ۵ سال ارزیابی نموده و اقدام لازم را انجام دهد.
۵. کودک ۲ ماه تا ۵ سال را از نظر تب ارزیابی نموده و اقدام لازم را انجام دهد.
۶. مشکل گوش در کودک ۲ ماه تا ۵ سال را ارزیابی نموده و اقدام لازم را انجام دهد.
۷. گلودرد را در کودک بالای ۲ سال ارزیابی نموده و اقدام لازم را انجام دهد.
۸. شیرخوار زیر ۲ ماه را از نظر احتمال ابتلا به عفونت باکتریال شدید یا بیماری خیلی شدید ارزیابی و اقدام لازم را انجام دهد.
۹. کودک زیر ۲ ماه را از نظر علائم عفونت باکتریال موضعی ارزیابی و اقدام لازم را انجام دهد.
۱۰. کودک ۲ زیر ۲ ماه را از نظر زردی ارزیابی نموده و اقدام لازم را انجام دهد.
۱۱. اسهال و کم آبی را در کودک زیر ۲ ماه ارزیابی نموده و اقدام لازم را انجام دهد.
۱۲. کودک زیر ۲ ماه را از نظر مشکل شیرخوردن و کم وزنی ارزیابی نموده و اقدام مناسب را انجام دهد.

در همه نظام های سلامت در دنیا کودکان زیر 5 سال، در دریافت خدمات بهداشتی و پیشگیرانه دارای اولویت هستند و شاخص مرگ کودکان زیر یکسال و زیر 5 سال از شاخص های مهم توسعه کشورهاست که قطعاً باید با سیاستگذاری کلان و برنامه ریزی های متمرکز بر مداخلات کاهش مرگ و میر، بیماری و حوادث در کودکان در مسیر دستیابی به شاخص های مطلوب گام برداشت.

برنامه مراقبت ادغام یافته ناخوشیهای اطفال (مانا) که بر پایه بسته خدمت استاندارد IMCI و نظرات کمیته علمی کشوری تدوین شده است، با بهبود عملکردهای مراقبت کودک بیمار در سطوح مختلف ارائه خدمت، می تواند در کاهش مرگ و میر، عوارض بیماری ها، بهبود وضعیت تغذیه و اصلاح اختلال رشد در کودکان همراه با مدیریت هزینه و منابع موفق شود.

تعریف واژه ها:

جهت انجام صحیح اقدامات برای کودک بیمار ، دانستن مفهوم واژه های زیر ضروری می باشد.

انتقال دهید(رنگ قرمز): در صورت مشاهده علائم تهدید کننده حیات کودک بیمار و در مواردی که پس از ارزیابی و طبقه بندی ، از اقدامات لازم برای کودک ، "انتقال دهید" باشد همزمان با انجام اقدامات قبل از انتقال ، با مرکز اورژانس برای انتقال بیمار تماس گرفته و بیمار با آمبولانس به بیمارستان منتقل شود. همچنین مرکز خدمات جامع سلامت را در جریان شرایط بیمار و اقدامات انجام شده قرار دهید.

فورا ارجاع دهید(رنگ قرمز): اگر پس از ارزیابی و طبقه بندی ، بیمار باید "فورا ارجاع شود" (مواردی که بیمار بر اساس بوکت نیازمند مداخلات تشخیصی درمانی فوری و یا بستری در بیمارستان است) ، پس از انجام اقدامات لازم بلافاصله با سریعترین وسیله به بیمارستان ارجاع شود. و به پزشک مرکز در خصوص ارجاع بیمار اطلاع دهید.

ارجاع دهید(رنگ زرد) : اگر پس از ارزیابی و طبقه بندی ، از اقدامات لازم برای کودک ، "ارجاع دهید" باشد ، کودک را در اولین زمان ممکن برای ادامه بررسی و سایر اقدامات به پزشک مرکز ارجاع دهید.

مشاوره کنید : در همه مواردی که در بوکت ذکر شده است، در شرایط مناسب با مادر (یا هر فردی که از کودک مراقبت می کند) صحبت کرده و موارد لازم در خصوص نحوه انجام اقدامات، مصرف داروها، اصول تغذیه و ... کاملاً توضیح داده شود.

پیگیری کنید: پس از انجام اقدامات لازم، پزشک/مراقب سلامت باید از انجام اقدامات و توصیه‌ها اطمینان یابد و از همراه بیمار بخواهد تا در زمان تعیین شده، مجدداً بیمار را برای ارزیابی یا اطمینان از بهبودی بیاورد و در صورت عدم مراجعه، مراقب سلامت باید بطور فعال پیگیری کند.

مفهوم رنگ‌ها در چارته‌ها: بر اساس پروتکل کشوری مراقبت‌های ادغام یافته، در چارت‌های ارایه خدمت از سه رنگ قرمز، زرد، سبز استفاده شده است.

الف رنگ قرمز: وجود شرایط خطیری که جان کودک/ شیرخوار را تهدید می‌کند و باید با انجام اقدامات ویژه، بسرعت بیمار را به نزدیک‌ترین بیمارستان با آمبولانس یا هر وسیله نقلیه دیگر انتقال/ارجاع شود.

ب رنگ زرد: نشان دهنده نیاز بیمار به درمان یا اقدام خاصی است. این اقدامات شامل تجویز دارو‌ها یا انجام اقدامات درمانی و تسکینی است که چنانچه به موقع و درست انجام نشود ممکن است وضعیت بیمار بزودی خطیر شود یا اینکه بیمار دچار عوارض بیماری شود.

پ رنگ سبز: نشان دهنده عدم وجود شرایط خطر و بیماری جدی است و اقدامات شامل درمان‌های تسکینی، خانگی و توصیه‌های تغذیه‌ای و بهداشتی است و در شرایطی که این اقدامات ارایه شده منجر به بهبود وضعیت بیمار نشود لازم است بیمار برای بررسی بیشتر مجدداً مراجعه کند.

مراقبت ادغام یافته ناخوشیهای اطفال (مانا):

وقتی مادر، کودک خود را به دلیل وجود یک علامت یا مشکل خاص به خانه بهداشت آورد اگر شما کودک را فقط از نظر آن نشانه یا مشکل خاص ارزیابی کنید، ممکن است نشانه‌های دیگر بیماری نادیده گرفته شود. پس ابتدا شما باید کودک را از نظر علائم خطر فوری بررسی کنید. سپس از مادر در مورد مشکل کودک سوال کنید و کودک را از نظر نشانه‌های خطر ارزیابی و مطابق فرایند برنامه مانا اقدام نمایید و بعد در کودکان ۲ ماه تا ۵ سال، در مورد پنج نشانه اصلی (تب، سرفه یا تنفس مشکل، اسهال، ناراحتی گوش، گلودرد در کودک بالای ۲ سال) و سایر مشکلات سوال و ارزیابی کنید و در کودکان زیر ۲ ماه عفونت‌های موضعی، زردی، کم‌آبی و سایر مشکلات را ارزیابی نمایید.

ممکن است کودک یک یا چند نشانه اصلی را دارا باشد وقتی یک نشانه اصلی وجود دارد، در آن صورت ارزیابی را مطابق چارت مربوطه انجام دهید و در آخر کودک را از نظر کم‌وزنی ارزیابی کنید. همچنین وضعیت واکسیناسیون و مکمل‌های دارویی کودک و سایر مشکلاتی را که مادر به آنها اشاره می‌کند ارزیابی کنید.

ارزیابی کودک بیمار طبق سامانه سیب :

ارزیابی وضعیت اولیه از نظر وجود علائم خطر فوری ، علائم و نشانه های خطر ، اندازه گیری درجه حرارت بدن ، تعداد تنفس در دقیقه ، وزن و قد کودک برای همه کودکان بیمار انجام می شود. سپس با توجه به مشکل کودک ارزیابی کامل می شود.

علائم خطر فوری در کودکان :

اهمیت بررسی علائم خطر نیازمند رسیدگی فوری

مرگ کودکان بدحال اغلب در ۲۴ ساعت اول، به ویژه ساعات اول مراجعه اتفاق می افتد. با تشخیص به موقع و شروع هر چه سریع تر درمان می توان از بسیاری از موارد مرگ پیشگیری نمود. در بدو ورود هر کودک بیمار قبل از هرگونه اقدامی از قبیل توزین و ثبت، ابتدا باید او را از نظر وجود علائم خطر فوری مورد بررسی قرار داد.

علائم خطر فوری در کودکان عبارتند از : قطع تنفس یا تنفس مشکل-کبودی مخاط لب و دهان(سیانوز مرکزی)- رنگ پریدگی شدید -اندام های سرد -بی هوشی یا کاهش شدید سطح هوشیاری -در حال تشنج

بررسی علائم خطر فوری

علائم اورژانس را به محض ورود کودک قبل از توزین و ثبت ارزیابی کنید:

۱. راه هوایی تنفس

- قطع تنفس یا
- سیانوز مرکزی یا
- دیسترس تنفسی شدید

۲. قلب و جریان خون

- انتباه های سرد همراه:
- پرشدگی مویزگی طولانی تر از ۳ ثانیه،
 - و
 - نبض ضعیف و تند)

۳. کاهش سطح هوشیاری (کما) یا تشنج

- کما**
- در حال تشنج

اقدامات لازم	
اسپراسیون جسم خارجی وجود دارد.	• برای باز کردن راه هوایی همانند کودک دچار خفگی اقدام کنید. (جارت شماره ۲)
اسپراسیون جسم خارجی وجود ندارد.	• راه هوایی را باز کنید. (جارت شماره ۱) • در صورت تنفس نامنظم یا وقفه تنفسی تنفس کمکی انجام دهید (جارت شماره ۶) • اکسیژن بدهید. (جارت شماره ۳) • از گرم نگه داشتن کودک اطمینان حاصل کنید.
• هرگونه منبع خونریزی دهنده را متوقف کنید. • اکسیژن بدهید. (جارت شماره ۳) • از گرم نگهداشتن کودک اطمینان حاصل کنید. • اگر بیمار قادر به نوشیدن است با دادن محلول او آژانس شروع کنید هر ساعت ۲۰ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن (مطابق برنامه ج کم ای) از این محلول داده شود.	
	• راه هوایی را باز کنید (جارت شماره ۲) • کودک با عدم هوشیاری را در وضعیت مناسب قرار دهید. (جارت شماره ۴) • اگر کودک در حال تشنج است، دیازپام به صورت رکتال بدهید. (جارت شماره ۵) • برای پیشگیری از پاشن آمدن قندخون اقدام شود.

* قبل از شروع درمان کودک، او را از نظر تروما به سر و گردن کنترل کنید و در صورت وجود احتمال صدمه به نخاع گردنی، گردن کودک را حرکت ندهید.
* در صورت مشاهده هریک از علائم فوق، بعد از انجام اقدامات بالا، کودک را فوراً به بیمارستان انتقال دهید.
** برای تعیین سطح هوشیاری به راهنما مراجعه کنید.

بررسی علائم خطر فوری:

۱. بررسی راه هوایی تنفس: قطع تنفس - سیانوز مرکزی (کبودی مخاط لب و دهان) - دیسترس تنفسی شدید
۲. بررسی قلب و جریان خون: رنگ پریدگی و انتهاهای سرد همراه با پرشدگی مویرگی طولانی تر از ۳ ثانیه و نبض ضعیف و تند (بالای ۱۰۰)
۳. کاهش سطح هوشیاری (کما) یا تشنج

مرحله اول : ارزیابی راه هوایی و تنفس :

- آیا تنفس کودک قطع شده است؟ آیا جریان حرکت هوای تنفسی ضعیف است؟ به تنفس کودک نگاه کنید و گوش کنید .قطع تنفس می تواند به دلیل انسداد راه هوایی به وسیله زبان، جسم خارجی یا التهاب شدید مجاری تنفسی فوقانی باشد.
- آیا مشکل تنفسی وجود دارد؟ آیا کودک به زحمت نفس می کشد؟
- آیا سیانوز مرکزی یا کبودی وجود دارد؟ سیانوز مرکزی با تغییر رنگ آبی یا بنفش لب ها ،زبان و داخل دهان

مرحله دوم : ارزیابی جریان خون (از نظر شوک)

- آیا دست و پای کودک سرد است؟ اگر دست و پای کودک سرد است ، نبض کودک را بگیرید
- آیا نبض، ضعیف و تند است؟ اگر نبض میچ دست یا کشاله ران کودک قوی بوده و به طور محسوس تند یا نامنظم نیست، کودک هنوز وارد مرحله شوک نشده است اما اگر نبض را حس نمی کنید یا بسیار ضعیف است این نشانه خوبی نیست .

مرحله سوم : ارزیابی هوشیاری: هوشیاری کودک را بررسی کنید.

- آیا کودک بیهوش است ؟ سطح هوشیاری کودک را می توان به سرعت براساس یک تقسیم بندی استاندارد به نام (AVPU) تعیین نمود. این تقسیم بندی، سطح هوشیاری و فعالیت مغز را می سنجد و براساس مشاهدات در خصوص سطح هوشیاری نتیجه گیری می کند .

- A – (Alert) - کودک بیدار و هوشیار است و با والدین و اطرافیان ارتباط برقرار می کند.

- (Verbal) V- هوشیاری کودک در سطح تحریک کلامی است تنها در صورتی که والدین یا مراقب کودک اسم وی را صدا بزنند و یا با صدای بلند با او صحبت کنند، پاسخ می دهد.
- (Pain) P- هوشیاری در سطح واکنش به درد است (مثلاً اگر در کودک با نیشگون گرفتن بستر ناخن، انگشت یا دست تحریک دردناک انجام دهید واکنش نشان میدهد)
- (unresponsive) U- بیهوشی یا کما که در این حالت کودک به هیچ محرکی پاسخ نمی دهد.

مرحله چهارم: ارزیابی تشنج

آیا کودک در حال تشنج می باشد؟ تشنج به زمانی گفته می شود که حرکات تکراری اندام ها یا خیره شدن چشم بطور ناگهانی ایجاد می شود که حتی در صورت نگه داشتن اندام این حرکات متوقف نمی شود و اغلب اوقات همراه با خروج کف از دهان یا بی اختیاری ادرار است. کودکی که در حال تشنج است واکنشی از خود نشان نمی دهد .

اگر هر یک از علائم خطر فوری وجود داشت:

اگر در مرکز شما پزشک حضور دارد باید بلافاصله به پزشک برای انجام اقدامات درمانی و احیا کودک خبر دهید و قبل از انجام هرگونه تغییر وضعیت کودک یا حرکت سر یا گردن، از نظر ضربه به سر و گردن، سوال و بررسی کنید.

از سایر همکاران کمک بخواهید و به پزشک برای درمان و احیاء کودک کمک کنید، باید با آرامی و هماهنگی عمل کنید. گاهی اوقات لازم است چند درمان به صورت هم زمان انجام گیرد. اگر دسترسی به پزشک ندارید. برای انتقال کودک با اورژانس تماس بگیرید و اقدامات لازم برای احیاء کودک بد حال را براساس دستورالعمل های کشوری و نمودارهای مربوطه طبق بوکلت ، انجام دهید و پس از انجام درمان های قبل از انتقال کودک را به بیمارستان انتقال دهید.

اقدامات قبل از انتقال :

اگر علائم قطع تنفس یا سیانوز مرکزی یا دیسترس تنفسی شدید وجود داشته باشد :

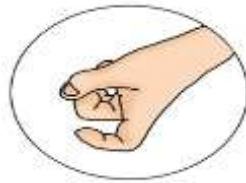
الف- آسپیراسیون جسم خارجی وجود دارد : برای باز کردن راه هوایی همانند کودک دچار خفگی عمل شود.

نحوه بازکردن راه هوایی در کودک دچار آسپیراسیون جسم خارجی با تنفس غیرمؤثر یا دیسترس تنفسی پیش رونده:

• به کودک اجازه دهید در راحت ترین وضعیت قرار گیرد.

• ترشحات ناحیه گلو را پاک کنید.

• داخل دهان را نگاه کنید در صورت رویت جسم خارجی (نه به صورت کورکورانه) از سمتی که جسم خارجی در آن قرار ندارد، انگشت نشانه را وارد دهان کرده به حالت قلاب درآورید و پشت جسم خارجی قرار دهید و جسم را خارج کنید.



در صورت عدم رویت جسم خارجی به صورت زیر عمل کنید:

در شیرخواران زیر یک سال (Back Blow Chest Thrust)

• شیرخوار را روی بازو یا ران خود به گونه ای بخوابانید که سر او به طرف پایین قرار بگیرد

• با برجستگی کف دست 5 ضربه به پشت شیرخوار (بین دو کتف) بزنید.

• اگر انسداد همچنان باقی است، شیرخوار را برگردانید و 5 بار با 2 انگشت، فشردن قفسه سینه

را انجام دهید (از یک انگشت (۲ تا ۲/۵ سانت) پایین تر از وسط خط فرضی که نوک دو پستان را به هم وصل می کند).

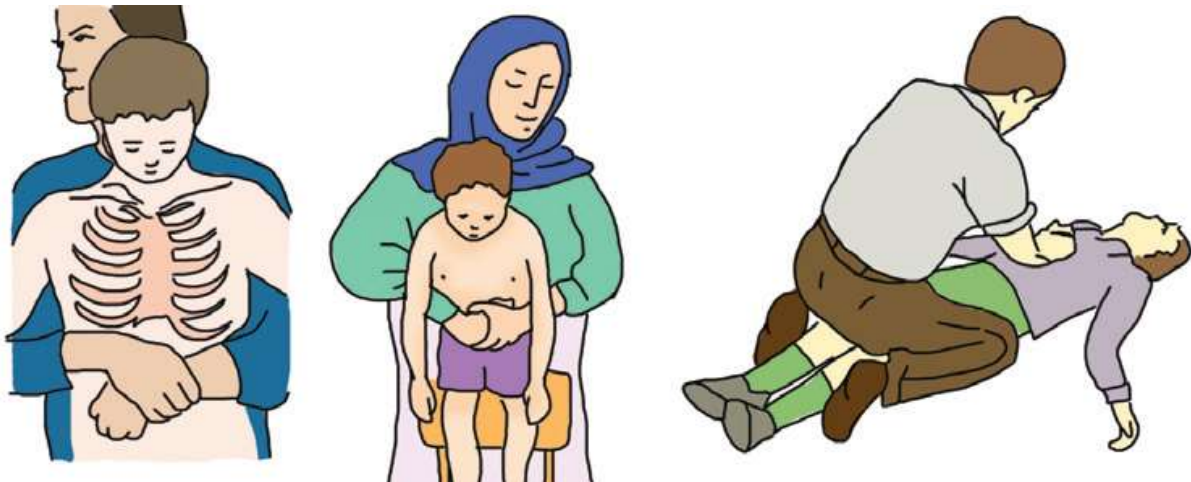


در کودکان بالای یک سال

• در حالی که کودک نشسته یا زانو زده در پشت کودک قرار بگیرید و دستان خود را به دور بدن او حلقه کنید.

یک دست خود را درست در زیر استخوان جناغ سینه کودک مشت کرده و دست دیگر خود را بر روی دست مشت شده گذاشته و به سمت بالا به داخل شکم فشار دهید. این عمل (مانور) Heimlich را 5 بار تکرار کنید. (مطابق شکل).

۱۰ اگر کودک در حالت خوابیده قرار دارد تنها زیر استخوان جناغ سینه را فشار دهید.



نکات:

۱. پس از هر نوبت مانور، مشاهده داخل دهان از نظر وجود جسم خارجی الزامی است. در صورت رویت جسم خارجی، بدون دستکاری زیاد و با احتیاط انگشت نشانه را وارد دهان کرده به حالت قلاب درآورید و پشت جسم خارجی قرار دهید و جسم را خارج کنید.

۲. مانورهای فوق تا زمانی ادامه می یابد که جسم خارجی از دهان کودک خارج و یا کودک دچار عدم هوشیاری یا قطع کامل تنفس شود.

۳. در صورتی که کودک دچار آسپیراسیون جسم خارجی است و توان تولید صدا داشته ولی سیانوتیک نباشد، به وی اجازه سرفه می دهیم و مداخله نمی کنید.

اگر علیرغم انجام اقدامات فوق، بیمار تنفس نداشت یا هوشیار نبود و یا در صورتی که کودک دچار وقفه قلبی تنفسی است و نیاز به احیا دارد، عملیات احیا را شروع کنید. کودک را به پشت بخوابانید و ۳۰ ماساژ قلبی و ۲ تنفس دهان به دهان را شروع کنید. طبق الگوریتم عملیات احیاء پایه ادامه دهید.

ب- آسپیرا یون جسم خارجی وجود ندارد: بنابراین اقدامات زیر انجام شود:

• راه هوایی را باز کنید. (چارت شماره ۱)

• در صورت تنفس نامنظم یا وقفه تنفسی، تنفس کمکی انجام دهید.

• ۱ کسپشن بدهید. (چارت شماره ۳)

• از گرم نگه داشتن کودک اطمینان حاصل کنید.

چارت ۱- نحوه باز کردن راه هوایی در کودک با تنفس منقطع یا وقفه تنفسی

« مشکوک به ترومای گردن نیست.»

• سر را به صورتی که در شکل نشان داده شده است کمی به عقب متمایل کنید. (Head Tilt)

• چانه کودک را بالا بکشید. (Chin Lift)

• داخل دهان کودک را نگاه کنید و در صورت مشاهده جسم خارجی، آن را خارج نمایید.

• ترشحات ناحیه گلو را پاک کنید.

• با نگاه کردن به حرکات قفسه سینه، گوش کردن به صداهای تنفسی و احساس کردن تنفس، وضعیت

راه هوایی را کنترل کنید.



برای بررسی تنفسی، نگاه کنید، گوش کنید، احساس کنید. وضعیت خم کردن سر برای باز کردن راه هوایی در کودکان بزرگ تر

« مشکوک به ترومای گردن (احتمال صدمه به مهره های گردنی)»

• گردن را همانند آن چه که در چارت شماره ۴ نشان داده شده است، ثابت کنید.

• داخل دهان را نگاه کنید و در صورت مشاهده جسم خارجی آن را خارج نمایید.

• ترشحات ناحیه گلو را پاک کنید.

• با نگاه کردن به حرکات قفسه سینه، گوش کردن به صداهای تنفسی و احساس کردن تنفس، وضعیت

راه هوایی را کنترل کنید.



• بدون خم کردن سر، فک را به طرف جلو بیاورید. (Jaw Thrust) به این ترتیب

فک به سمت جلو می آید و با بدن زاویه ۹۰ درجه می سازد.

در دو حالت فوق:

اگر علیرغم انجام اقدامات بالا، کودک تنفس نداشت، تنفس دهان به دهان یا تهویه مصنوعی با بگ و

ماسک را شروع کنید.

در صورتی که کودک دچار وقفه قلبی تنفسی است و نیاز به احیا دارد، به چارت شماره ۳ و دستورالعمل کشوری

احیای پایه کودکان و الگوریتم احیای کودک برای کارکنان بخش سلامت مراجعه نمایید.

چارت ۳ - نحوه دادن اکسیژن

از طریق لوله بینی یا ماسک اکسیژن بدهید:
لوله بینی



- شاخه ها را درست در داخل سوراخ بینی قرار داده و با چسب آن را محکم کنید.
- سرعت جریان اکسیژن را ۱ تا ۲ لیتر در دقیقه قرار دهید.



چارت ۴ - نحوه وضعیت دادن به کودک بیهوش

• اگر مشکوک به تروما گردن نیست:



- کودک را به پهلو قرار دهید تا خطر آسپیراسیون کاهش یابد.

- گردن را کمی به حالت اکستانسیون درآورید و برای ثابت نگه داشتن یک دست او را زیر گونه قرار دهید.
- برای ثابت ماندن وضعیت بدن یک پا را به جلو خم کنید.

• اگر مشکوک به ترومای گردن است:



- کودک را به پشت بخوابانید و گردن او را ثابت کنید.
- پیشانی کودک را از دو طرف به تخته با چسب محکم کنید تا در همین وضعیت باقی بماند.

- برای جلوگیری از حرکت گردن، در طرفین سر کودک، یک سرم یک لیتری قرار دهید.

- اگر کودک استفراغ می کند با نگه داشتن سر در امتداد بدن، کودک را به پهلو بچرخانید.

« تنفس کمکی

تنفس دهان به دهان: برای تنفس دادن به یک شیرخوار تا یک سال از تکنیک دهان به دهان و بینی و در کودکان از تکنیک دهان به دهان استفاده نمایید. مطمئن شوید که تنفس‌ها مؤثرند (قفسه سینه همزمان با تنفس کمکی بالا بیاید). هر تنفس بایستی حدود یک ثانیه طول بکشد. در صورتی که قفسه سینه بالا نیاید، دوباره به سرووضعیت داده، مراقب نشت هوا باشید و دوباره تلاش کنید. از عدم صدمه به نخاع گردنی اطمینان حاصل کنید.

تهویه با بگ و ماسک: با یک دست راه هوایی را باز کرده و ماسک را روی بینی و دهان کودک محکم نگه دارید. (مانور C-E) و با دست دیگر تهویه را انجام دهید. در حین تهویه از بالآمدن قفسه سینه اطمینان حاصل کنید. هر تنفسی باید حدود یک ثانیه طول بکشد.

در صورتی که قفسه سینه بالا نیاید، دوباره به سر، وضعیت مناسب دهید و مراقب نشت هوا از اطراف ماسک باشید (شکل ۱). در صورتی که با وجود تصحیح وضعیت سر، حین تهویه، قفسه سینه بالا نمی‌آید از احیاگر دوم جهت محکم نگه داشتن ماسک روی صورت کمک بگیرید (شکل ۲). تهویه به تعداد ۲۰-۱۲ بار در دقیقه کافی است. از تهویه زیاده از حد اجتناب کنید.



« ماساز قلبی

زیر یک سال: با دو انگشت، روی قسمت تحتانی جناغ، زیر خط فرضی بین دو نیپل، فشرده شود. در صورت وجود دو احیاگر دو دست را دور قفسه سینه شیرخوار حلقه کرده، انگشتان شست روی ثلث تحتانی جناغ قرار گیرد. مراقب باشید بر روی دنده‌ها و یا زائده گزیفویید فشار وارد نکنید. فرد احیاکننده بایستی حداقل به اندازه یک سوم عمق قفسه سینه یا در حدود ۴ سانتیمتر فشردگی ایجاد کند.



بالای یک سال: نیمه تحتانی جناغ را با پاشنه یک یا هر دو دست حداقل به اندازه یک سوم قطر قدامی خلفی قفسه سینه یا تقریباً ۵ سانتیمتر فشار دهید. بر روی گزیفویید و یا دنده ها فشار نیاورید. **در کودکان زیر یک سال و بالای یک سال:** در صورت وجود یک احیاگر نسبت ماساژ قلبی به تنفس ۳۰ به ۲ و در صورت وجود دو احیاگر ۱۵ به ۲ خواهد بود.



چارت ۵- نحوه دادن دیازپام رکتال برای موارد تشنج

دیازپام رکتال بدهید:

- دوز لازم را از آمپول دیازپام به داخل سرنگ انسولین (۱ ml) بکشید.*
- در صورت امکان، دوز دارو را بر اساس وزن کودک تعیین کنید. سپس سوزن را درآورید.
- سرنگ را ۴ تا ۵ سانتیمتر داخل مقعد کودک فرو برده و محلول دیازپام را داخل آن تخلیه کنید.
- برای مدت چند دقیقه هر دو باسن کودک را باهم نگه دارید.

دیازپام رکتال محلول ۱۰mg/۲ml دوز: ۰.۱Kg/ml = ۰.۵Kg/mg	سن / وزن
۰.۵ ml	۲ تا کمتر از ۴ ماه (۴ تا کمتر از ۶ kg)
۱ml	۴ تا کمتر از ۱۲ ماه (۶ تا کمتر از ۱۰kg)
۱/۵ml	۱ تا کمتر از ۳ سال (۱۰ تا کمتر از ۱۴kg)
۲ ml	۳ تا کمتر از ۵ سال (۱۴ تا ۱۹kg)

- اگر تشنج پس از ۱۰ دقیقه ادامه داشت، دوز دوم دیازپام رکتال را بدهید. (یا اگر برای بیمار رگ گرفته اید دیازپام وریدی ۰.۲ mg/kg به آهستگی در عرض ۲ دقیقه بدهید)
- اگر تشنج پس از ۱۰ دقیقه بعدی نیز ادامه داشت، دوز سوم دیازپام رکتال بدهید.
- برای پیشگیری از خطر آسپیراسیون تا زمان کنترل تشنج تغذیه و داروی خوراکی به کودک ندهید.
 - در شیرخوار زیر دو ماه از دیازپام استفاده نکنید.

جارت ۲ - نحوه دادن گلوکز وریدی شیرخوار کمتر از ۲ ماه

- برای بیمار رگ* بگیرید (برای انجام آزمایشات اورزانس خون گیری کنید.)
- ۴ ml/kg محلول گلوکز ۱۰٪ را با سرنگ به داخل ورید تزریق کنید.

وزن (کیلوگرم)	حجم محلول گلوکز ۱۰٪ که باید به صورت بولوس (۴ ml/kg) داده شود
تا ۱/۵ kg	۵ ml
از ۱/۵ تا ۲/۵	۱۰ ml
از ۲/۵ تا ۳/۵	۱۵ ml
از ۳/۵ تا ۴/۵	۲۰ ml
از ۴/۵ تا ۵/۵	۲۵ ml

- درمان با محلول سرم قندی ۱۰٪ به میزان ۸ mg/kg برای مدت ۵ ساعت تا زمان ارجاع ادامه یابد.
- به محض هوشیاری کودک، تغذیه او را شروع کنید.
- در صورتی که خطر آسپیراسیون وجود دارد:
- شیر یا سرم قندی ۵٪ یا ۱۰٪ محلول قندی از طریق لوله معده بدهید.
- اگر نمی توانید برای بیمار رگ بگیرید و کودک تشنج ندارد، شیر از طریق لوله معده (N.G.T) بدهید.
- ** برای تهیه محلول قندی ۴۰ قاشق مرباخوری (۲۰g) شکر را در ۲۰۰ ml آب جوشیده خنک شده حل کنید.

کودک ۲ ماه تا ۵ سال

۵ ml/kg از محلول گلوکز ۱۰٪ را با سرنگ، آهسته داخل ورید تزریق کنید. (جدول زیر)

سن / وزن	حجم محلول گلوکز ۱۰٪ که باید به صورت بولوس داده شود (۵ ml/kg)
۲ تا کمتر از ۴ ماه (۴ تا کمتر از ۶ kg)	۲۵ ml
۴ تا کمتر از ۱۲ ماه (۶ تا کمتر از ۱۰ kg)	۴۰ ml
۱ تا کمتر از ۳ سال (۱۰ تا کمتر از ۱۴ kg)	۶۰ ml
۳ تا کمتر از ۵ سال (۱۴ تا کمتر از ۱۹ kg)	۸۰ ml

- سپس برای بیمار سرم معادل مایع نگهدارنده از دکستروز سالین با غلظت قندی ۱۰-۵٪ تجویز کنید. تا زمان انتقال و در مسیر بیمارستان و یا در صورت عدم امکان انتقال، همین میزان مایع ادامه یابد.
- در صورت امکان هر یک ساعت قند خون را با گلوکومتر کنترل کنید، هرگاه قند خون کمتر از ۵۵ mg/dl بود، حجم یا غلظت قند سرم را افزایش دهید.

اقدامات پیشگیری از پایین آمدن قند خون

- اگر کودک قادر به مکیدن هست، از مادر بخواهید به کودکش شیر مادر بدهد. (اگر کودک شیر مادر خوار نیست شیر معمول او را بدهد) اگر کودک بالای دو سال است و قادر به خوردن می باشد:
- به ازای هر کیلوگرم وزن بدن ۱۰ میلی لیتر از محلول سرم قندی ۵٪ یا آب قند بدهید.
- اگر کودک اختلال هوشیاری دارد، بهتر است هیچ مایعی از راه دهان ندهید.

در صورت مشاهده هر یک از علائم خطر فوری، بعد از انجام اقدامات بالا، کودک را فوراً به بیمارستان انتقال دهید.

در غیر اینصورت نشانه های خطر را ارزیابی نموده و ارزیابی کودک را تکمیل نمایید.

در هنگام ارزیابی کودک بیمار، ترکیبی از نشانه ها منجر به یک یا چند طبقه بندی به جای یک تشخیص می شود. طبقه بندی های موجود در این استراتژی این امکان را به کارمند بهداشتی می دهد که تصمیم بگیرد آیا کودک باید فوراً به سطح بالاتر ارجاع شود یا می توان کودک را در همان سطح اول درمان کرد (مثلاً با آنتی بیوتیک خوراکی، ORS و غیره) و یا می توان کودک را در منزل به راحتی درمان کرد. مراحل تشخیص و درمان مراقبتهای ادغام یافته در یک سری چارت که به ترتیب گامها را نشان داده و دارای اطلاعات لازم جهت برخورد با آنها می باشد آمده است. چارتهای برای کودکان بیمار ۲ ماه تا ۵ ساله و شیرخوار خردسال کمتر از ۲ ماه مجزا می باشند.

ارزیابی، طبقه بندی و درمان کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله

ارزیابی، طبقه بندی کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله طبق برنامه مانا شامل موارد زیر می باشد:

- ارزیابی نشانه های خطر
- ارزیابی از نظر سرفه یا تنفس مشکل
- ارزیابی از نظر اسهال یا کم آبی
- ارزیابی از نظر تب
- ارزیابی از نظر مشکل گوش
- ارزیابی از نظر گلو درد (بالای ۲ سال)
- ارزیابی از نظر وجود سایر مشکلات

کنترل کودک ۲ ماه تا ۵ سال از نظر نشانه های خطر:

جهت ارزیابی کودک بیمار ابتدا او را از نظر نشانه های خطر ارزیابی کنید. سپس با توجه به علت مراجعه و مشکل کودک ارزیابی مربوطه را تکمیل نمایید.

در این مرحله شما برای پیدا کردن نشانه های بیماری خیلی شدید دقت می کنید .

سوال کنید و مشاهده کنید:

- آیا قادر به نوشیدن یا شیر خوردن است؟
- آیا هر چیزی را که میخورد استفراغ میکند؟
- آیا کودک تشنج داشته است؟
- آیا کودک خواب آلودگی غیرعادی یا کاهش سطح هوشیاری دارد؟

نحوه ارزیابی نشانه های خطر قبلا در فصل ۴ توضیح داده شده است.

در صورت مشاهده هر یک از نشانه های خطر، بلافاصله ارزیابی را تکمیل و فوراً اقدامات قبل از ارجاع را انجام داده و سریعاً ارجاع نمایید . این کودک مشکل جدی دارد و نبایستی در درمان او تاخیر نیافتد. اکثر کودکانی که دارای علائم و نشانه های خطر هستند نیازمند خدمات فوری درمانی هستند.

ارزیابی، طبقه بندی و درمان کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله

در مورد مشکل کودک سوال کنید.

مشخص کنید اولین مراجعه کودک است یا برای پیگیری آمده است:

- اگر برای پیگیری آمده به قسمت پیگیری (کودک ۲ ماه تا ۵ سال) مراجعه نمایید.
- اگر اولین مراجعه است کودک را به ترتیب زیر ارزیابی کنید.

ارزیابی کودک از نظر نشانه های خطر

تشخیص نوع درمان	طبقه بندی	ارزیابی
به سرعت ارزیابی را کامل کنید. • اقدامات پیشگیری از پایین آمدن قند خون را انجام دهید. • اقدامات گرم نگه داشتن کودک را انجام دهید. • پس از ارزیابی کامل کودک، اقدامات قبل از ارجاع فوری را انجام داده و فوراً ارجاع دهید.	بیماری خیلی شدید	• در صورت داشتن هر یک از نشانه های خطر

طبقه بندی
کند

سوال کنید:	نگاه کنید:
• آیا کودک قادر به نوشیدن یا شیر خوردن می باشد؟	• خواب آلودگی غیرعادی یا کاهش سطح هوشیاری
• آیا کودک در جریان این بیماری تشنج کرده است؟	• تشنج
• آیا کودک هر چیزی که می خورد استفراغ می کند؟	• هوشیاری

در صورت مشاهده هر یک از نشانه های خطر، ارزیابی را تکمیل و بعد از اقدامات اولیه سریعاً ارجاع نمایید.

ارزیابی کودک از نظر سرفه و تنفس مشکل :

عفونت های تنفسی می توانند در هر قسمت از دستگاه تنفسی مانند بینی، حلق، حنجره، راه های هوایی و ریه ها اتفاق بیفتد . کودک دارای سرفه یا تنفس مشکل می توانند مبتلا به پنومونی یا سایر عفونت های شدید دستگاه تنفسی باشد . پنومونی عفونت ریه ها است . باکتری ها ، ویروس ها و قارچ ها در موارد خاص می توانند ایجاد پنومونی نمایند . کارمند بهداشتی باید تعداد اندک کودکان دارای سرفه یا تنفس مشکل را که مبتلا به یک بیماری خیلی شدید بوده و نیاز به درمان آنتی بیوتیکی دارند، تشخیص دهد . وقتی کودکان مبتلا به پنومونی می شوند، ریه هایشان سفت می شود . یکی از پاسخ های بدن در مقابل سفتی ریه ها و هیپوکسی (اکسیژن رسانی ضعیف) ، تنفس تند است. وقتی پنومونی شدیدتر می شود، ریه ها نیز سفت تر می شوند که در این حالت ممکن است توکشیده شدن قفسه سینه اتفاق بیافتد. اگر در یک شمارش دقیق تنفس کودک بیشتر از ۷۰ تا در دقیقه است به تنهایی یک علامت مهم در تایید عفونت شدید ریه یا پنومونی شدید است و تنفس خیلی تند محسوب می شود و باید بلافاصله کودک را انتقال بدهیم.

"چارت ارزیابی کودک ۲ ماهه تا ۵ سال از نظر سرفه و تنفس مشکل"

سرفه یا تنفس مشکل را ارزیابی کنید.

اقدام لازم	طبقه بندی	علائم و نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون اقدام کنید. اگر فاصله دسترسی به پزشک: کمتر از یک ساعت است کودک را فوراً ارجاع دهید. بیش از یک ساعت است اولین نوبت آنتی بیوتیک عضلانی مناسب را بدهید سپس کودک را فوراً ارجاع دهید. (ص ۱۲) 	پنومونی شدید یا بیماری شدید	<ul style="list-style-type: none"> در صورت وجود هر یک از علائم نشانه های خطر یا تنفس خیلی تند (بیشتر از ۷۰) پالس اکسی متری کمتر از ۹۰ درصد خرخر در کودک آرام
<ul style="list-style-type: none"> طبق جدول آنتی بیوتیک خوراکی (ص ۱۴) به مدت ۵ روز آموکسی سیلین بدهید. اگر خس خس سینه دارد اسپری سالیوتامول بدهید (ص ۱۴) اگر سرفه، خس خس و تنگی نفس بیش از دو هفته طول کشیده است یا حملات تکرار شونده خس خس داشته است، کودک را برای ارزیابی بیشتر از نظر آسم به پزشک ارجاع دهید. به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. ۲ روز بعد پیگیری کنید. 	پنومونی	<ul style="list-style-type: none"> تنفس تند یا توکشیده شدن قفسه سینه
<ul style="list-style-type: none"> اگر خس خس سینه دارد یا سرفه بیش از ۲ هفته ادامه دارد برای ارزیابی بیشتر به پزشک ارجاع دهید. توصیه های تغذیه ای (ص ۱۸)، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل های دارویی (ص ۱۸) انجام شود. سرفه را با اقدامات بی ضرر خانگی تسکین دهید (ص ۱۵) به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. ۲ روز بعد پیگیری کنید. 	سرفه یا سرماخوردگی	<ul style="list-style-type: none"> هیچ یک از نشانه های بالا (پنومونی یا بیماری شدید) را ندارد.

طبقه بندی کنید

معیانه و بررسی کنید: (کودک باید آرام باشد)
<p>سوال کنید:</p> <p>آیا کودک سرفه یا تنفس مشکل دارد؟ اگر بله برای چه مدتی؟</p> <p>مشاهده و بررسی کنید:</p> <p>کودک باید آرام باشد و گرفتگی بینی نداشته باشد. تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل بشمارید و اگر تنفس تند بود دو بار شمارش کنید.</p> <p>• توکشیده شدن قفسه سینه دارد؟</p> <p>• خرخر سینه دارد؟</p> <p>• خس خس سینه دارد؟</p> <p>• اگر دستگاه اکسیژن سنج نبضی (پالس اکسی متر) وجود دارد، اشباع اکسیژن را اندازه گیری کنید.</p> <p>تنفس تند:</p> <p>در کودک ۲ تا ۱۲ ماهه: ۵۰ تا در دقیقه یا بیشتر</p> <p>در کودک ۱۲ ماه تا ۵ ساله: ۴۰ تا در دقیقه یا بیشتر</p> <p>تنفس خیلی تند: تعداد تنفس بیش از ۷۰ تا (در دو بار شمارش)</p>

برای کلیه کودکان بیمار، در مورد سرفه یا تنفس مشکل سوال کنید:

سوال کنید: آیا کودک سرفه یا تنفس مشکل دارد؟

تنفس مشکل، به هر گونه الگوی غیر طبیعی تنفس گفته می شود. مادران آن را به گونه های متفاوتی بیان میکنند. آن ها ممکن است ذکر کنند که تنفس کودکشان تند، صدادار یا منقطع می باشد. گر مادر پاسخ "بله" داد، سوال بعدی را بپرسید.

سوال کنید: برای چه مدت؟

کودکی که به مدت ۲ هفته یا بیشتر دارای سرفه یا تنفس مشکل است مبتلا به سرفه مزمن می باشد. این امر می تواند یکی از نشانه های سل، آسم، سیاه سرفه یا مشکل دیگری باشد.

تعداد تنفس را در یک دقیقه بشمارید.

شما بایستی تعداد تنفس کودک را در مدت یک دقیقه بشمارید تا بدانید آیا کودک تنفس تند دارد یا خیر. در هنگام شمارش تنفس، کودک باید ساکت و آرام باشد. اگر کودک ترسیده باشد و یا در حال گریه کردن باشد شما قادر نخواهید بود که تعداد واقعی تنفس او را بشمارید. به مادر بگویید کودک را آرام نگه دارد. اگر کودک خواب است، او را بیدار نکنید. تعداد تنفس در یک دقیقه بشمارید. از یک ساعت دارای عقربه ثانیه شمار و یا ساعت دیجیتالی (کامپیوتری) استفاده کنید. به حرکات تنفسی کودک در هر قسمتی از قفسه سینه یا شکم نگاه کنید. معمولاً قادر خواهید بود حرکات تنفسی را حتی از روی لباس مشاهده کنید. اگر نمی توانید حرکات تنفسی را به آسانی ببینید، از مادر بخواهید لباس کودک را کنار بزند. اگر کودک شروع به گریه کرد، از مادر بخواهید قبل از آغاز شمارش تنفس کودک را آرام کند اگر تنفس تند بود یا در خصوص تعداد تنفس شمرده شده مطمئن نیستید شمارش تعداد تنفس را تکرار کنید. معیار تشخیص تنفس تند به سن کودک بستگی دارد. سرعت تنفس طبیعی در بچه های ۲ ماهه تا ۱۲ ماهه بیشتر از بچه های ۱۲ ماهه تا ۵ سال است. به همین دلیل معیار تشخیص تنفس تند نیز در این دو گروه متفاوت است.

در کودکان ۲ ماهه تا ۱۲ ماهه تعداد تنفس ۵۰ بار یا بیشتر در دقیقه تنفس تند است و در کودکان ۱۲ ماهه تا ۵ سال تعداد تنفس ۴۰ بار یا بیشتر در دقیقه تنفس تند محسوب می شود (کودکی که دقیقاً ۱۲ ماهه است در صورت وجود تعداد تنفس ۴۰ بار در دقیقه یا بیشتر دارای تنفس تند است).

اگر تعداد تنفس بیش از ۷۰ بار در دقیقه (در دو بار شمارش) باشد **تنفس خیلی تند** است.

برای تو کشیده شدن قفسه سینه نگاه کنید.

اگر در هنگام شمارش تعداد تنفس لباس کودک را کنار زده اید، هم اکنون از مادر بخواهید که این کار را انجام دهد. در هنگام دم به تو کشیده شدن قفسه سینه در قسمت دنده های پایینی کودک نگاه کنید. زمانی کودک دارای تو کشیده شدن قفسه سینه است که در هنگام دم قسمت پایینی قفسه سینه او به داخل کشیده شود. این حالت زمانی اتفاق می افتد که کودک برای انجام عمل دم به تلاشی خیلی بیشتر از معمول نیاز داشته باشد. در حال طبیعی، در هنگام عمل دم، تمامی دیواره قفسه سینه (اعم از قسمت بالایی و پایینی) و شکم به سمت خارج حرکت می کنند. در صورت وجود تو کشیدگی قفسه سینه، قسمت پایینی قفسه سینه در هنگام دم به داخل کشیده می شود. اگر بدن کودک از کمر خم شده باشد، مشاهده حرکت قسمت پایینی قفسه سینه مشکل است. از مادر بخواهید تا وضعیت کودک را تغییر دهد به طوری که کودک بر روی پای وی دراز بکشد. اگر در این شرایط نیز تو کشیده شدن قفسه سینه را در هنگام دم مشاهده نکردید، بنابراین کودک فاقد این نشانه است.

برای خرخر (استریدور) نگاه کنید و گوش کنید.

خرخر ایجاد صدایی خشن در هنگام دم می باشد. خرخر سینه در شرایط وجود تورم در حنجره، تراشه یا اپیگلوت ایجاد می شود. وجود این تورم موجب اختلال در ورود هوا در هنگام دم می شود. اگر این تورم موجب انسداد راه هوایی گردد، می تواند تهدید کننده حیات باشد. وجود خرخر سینه در یک کودک آرام یک شرایط خطرناک است. جهت تشخیص خرخر، در هنگام عمل دم به کودک نگاه کنید و گوش کنید. از آنجاکه شنیدن خرخر سینه مشکل است، گوش خود را به دهان کودک نزدیک کنید. گاهی اوقات اگر انسداد در راه بینی وجود داشته باشد شما صدای مرطوبی را خواهید شنید. بینی را پاک کرده و دوباره گوش کنید. در کودکی که بیماری خیلی شدید ندارد تنها در زمان گریه کردن ممکن است دارای خرخر سینه باشد. از آرام بودن کودک در هنگام نگاه کردن و گوش کردن به خرخر سینه اطمینان حاصل کنید.

برای خس خس سینه (ویزینگ) نگاه کنید و گوش کنید.

در هنگام عمل بازدم ممکن است صدای خس خس سینه (ویزینگ) بشنوید که آن را با استریدور یا خرخر سینه اشتباه نکنید. خس خس سینه صدای بلند و خشک با حالت سوت است و معمولاً در اثر التهاب یا تنگ شدن راههای هوایی ایجاد شده و معمولاً نشان دهنده وجود برخی مشکلات تنفسی از جمله آسم است.

اگر دستگاه اکسیژن سنج نبضی (پالس اکسی متر) وجود دارد، اشباع اکسیژن را اندازه گیری کنید.

اگر میزان اشباع اکسیژن با استفاده از پالس اکسی متری، کمتر از ۹۰ درصد باشد کودک مبتلا به بیماری خیلی شدید یا پنومونی شدید می باشد.

سه نوع طبقه بندی برای کودک با سرفه یا تنفس مشکل وجود دارد:

پنومونی شدید یا بیماری خیلی شدید ، پنومونی ، سرفه یا سرماخوردگی

۱- به نشانه های ردیف بالایی (قرمز) نگاه کنید: اگر کودک دارای یک نشانه خطر است و یا دارای تنفس ۷۰ بار یا بیشتر در یک دقیقه باشد و یا کودک با استفاده از پالس اکسی متری دارای اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰ درصد و یا در هنگام دم خرخر سینه داشته باشد در طبقه بندی "پنومونی شدید یا بیماری خیلی شدید" قرار می گیرد. برای این کودکان جهت پیشگیری از پایین آمدن قند خون اقدام کنید و اگر فاصله دسترسی به پزشک کمتر از یک ساعت است کودک را فوراً ارجاع دهید و اگر بیش از یک ساعت است اولین نوبت آنتی بیوتیک عضلانی مناسب را بدهید و سپس کودک را فوراً ارجاع دهید.

در بیمارانی که در صورت عدم امکان ارجاع یا قبل از ارجاع نیاز به آنتی بیوتیک دارند.

- به مادر توضیح بدهید چرا این دارو را داده اید.
- مقدار مناسب با وزن یا سن کودک را مشخص کنید.
- از سرنگ و سرسوزن استریل استفاده کنید.
- به دقت مقدار دارو را تعیین کنید.

آنتی بیوتیک تزریقی بدهید:

اولین نوبت سفتریاکسون عضلانی را بدهید فوراً کودک را به بیمارستان ارجاع دهید.

سفتریاکسون

سن یا وزن	مقدار: ۵۰ میلی گرم با ازای هر کیلوگرم وزن بدن
۲ ماهه تا ۴ ماهه (۴ تا کمتر از ۶ کیلوگرم)	۱ میلی لیتر = ۱۸۰ میلی گرم
۴ ماهه تا ۹ ماهه (۶ تا کمتر از ۸ کیلوگرم)	۱/۵ میلی لیتر = ۲۷۰ میلی لیتر
۹ ماهه تا ۱۲ ماهه	۲ میلی لیتر = ۳۶۰ میلی گرم
۱۲ ماهه تا ۳ سال (۱۰ تا کمتر از ۱۴ کیلوگرم)	۲/۵ میلی لیتر = ۴۵۰ میلی گرم
۲ ساله تا ۵ ساله (۱۴ تا ۱۹ کیلوگرم)	۳/۵ میلی لیتر = ۶۳۰ میلی گرم

اقدامات پیشگیری از پایین آمدن قند خون

- اگر کودک قادر به مکیدن هست، از مادر بخواهید به کودکش شیر مادر بدهد. (اگر کودک شیر مادر خوار نیست شیر معمول او را بدهد) اگر کودک بالای دو سال است و قادر به خوردن می باشد:
- به ازای هر کیلوگرم وزن بدن ۱۰ میلی لیتر از محلول سرم قندی ۵٪ یا آب قند بدهید.
- اگر کودک اختلال هوشیاری دارد، بهتر است هیچ مایعی از راه دهان ندهید.

۲- اگر کودک در طبقه بندی شدید نیست به ردیف زرد (یا ردیف دوم) نگاه کنید: اگر کودک دارای تنفس تند است و یا توكشیده شدن قفسه سینه دارد در طبقه بندی "پنومونی" قرار می گیرد. توجه شود اگر کودک خس خس سینه همراه با یکی از دو نشانه تنفس تند یا توكشیده شدن قفسه سینه را دارد ، قبل از طبقه بندی پنومونی ، ۲ پاف از افشانه سالبوتامول بدهید و این کار را ۳ بار با فاصله ۱۵ دقیقه تکرار کنید و سپس کودک را مجددا ارزیابی نموده و بیماری او را طبقه بندی کنید.

برای پنومونی طبق جدول آنتی بیوتیک خوراکی به مدت ۵ روز آموکسی سیلین بدهید. اگر کودک خس خس سینه دارد اسپری سالبوتامول بدهید. اگر سرفه ، خس خس و تنگی نفس بیش از ۲ هفته طول کشیده است و یا حملات تکرار شونده خس خس داشته باشد کودک را برای ارزیابی بیشتر از نظر آسم به پزشک ارجاع دهید. به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد و ۲ روز بعد پیگیری کنید.

اقدامات درمانی برای کودک مبتلا به پنومونی:

درمان با آنتی بیوتیک خوراکی

(در صورت عدم امکان ارجاع به پزشک) درمان با آموکسی سیلین خوراکی

- برای پنومونی: ۵ روز
- برای عفونت حاد گوش میانی: ۱۰ روز

سن یا وزن	کپسول ۲۵۰mg	شربت ۲۵۰mg/ml
ماه ۲ تا ۲۳ ماه (۶ تا ۲۹ کیلوگرم)		۵ml
۲ تا ۳ سال (۱۲ تا ۱۶ کیلوگرم)		۷ml
۳ تا ۵ سال (۱۶ تا ۲۹ کیلوگرم)	۲	۱۵ ml

درمان خس خس سینه (احتمال آسم)

افشانه (اسپری) سالبوتامول

پس از ارزیابی سرفه و تنفس مشکل و قبل از طبقه بندی پنومونی، در صورتی که خس خس سینه همراه با یکی از دو نشانه تنفس تند یا توكشیده شدن قفسه سینه وجود دارد، ۲ پاف از افشانه سالبوتامول بدهید این کار را ۳ بار با فواصل ۱۵ دقیقه تکرار کنید.

برای دادن سالبوتامول از آسان نفس (spacer) استفاده کنید

Spacer یا آسان نفس یا دم پار، ابزار موثری است که داروهای گشاد کننده مجاری ریه را بهتر در اختیار ریه ها قرار می دهد. در کودک زیر ۵ سال، داروهای تنفسی را با استفاده از این ابزار بدهید. برای استفاده از اسپری یا آسان نفس:

- در اسپری را برداشته و آن را به خوبی تکان دهید.
- ماسک را روی دهان کودک قرار داده و از راه آن یا دهان تنفس کند.
- سپس اسپری را فشرده و به داخل محافظه آسان نفس اسپری کنید. کودک نیز به طور طبیعی تنفس کند.
- کودک نفس کشیدن و دمیدن را سه تا چهار بار تکرار کند.
- پس از هر بار استفاده از دستگاه، آن را با آب ولرم شستشو دهید.

۳- اگر کودک هیچ یک از نشانه های موجود در ردیف های قرمز یا زرد را نداشت ، طبقه بندی ردیف سبز را انتخاب کنید: "سرفه ، سرماخوردگی"

کودک مبتلا به سرماخوردگی به طور طبیعی در عرض یک تا دو هفته بهبود می یابد . ولی کودک دارای سرفه مزمن (سرفه بیش از ۲ هفته) ممکن است مبتلا به سل ، آسم، سیاه سرفه یا مشکلات دیگری باشد . کودک دارای خس خس سینه یا سرفه بیش از ۲ هفته را برای ارزیابی بیشتر به پزشک ارجاع دهید. سرفه را با اقدامات بی ضرر خانگی تسکین دهید. توصیه های تغذیه ای ، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل های دارویی را انجام دهید و به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. ۲ روز بعد پیگیری کنید.

اقدامات بی ضرر خانگی در سرفه ، سرماخوردگی و گلو درد غیر چرکی :

- شیر مادر را به دفعات بیشتر بدهید.
- به کودک مقادیر بیشتری مایعات بخصوص آب میوه های تازه بدهید.
- قطره کلورسدیم بینی را با احتیاط در سوراخ های بینی بچکانید و بینی کودک را تمیز کنید.
- در کودکان بالای یک سال محلول آبلیمو با عسل و مایعات گرم بدهید.
- کودک را از هرگونه تماس با محرک های تنفسی از جمله دود سیگار، قلیان و غیره دور نگه دارید.

مواردی که توصیه نمی شود:

- استفاده از شربت های ضدسرفه یا ضدحساسیت در کودکان زیر ۲ سال ممنوع است (برای بالای دو سال نیز مراقب سلامت باید توصیه های لازم را به مادر بدهد).
- استفاده از هرگونه دارو های گیاهی یا سنتی به شکل خوراکی یا بخور بدون اجازه پزشک ممنوع است.

ارزیابی کودک از نظر اسهال و کم آبی :

زمانی که حجم مدفوع بیشتر از معمول آبکی است اسهال اتفاق می افتد. اسهال به ویژه در کودکان ۶ ماهه تا ۲ ساله شایع است . همچنین در شیرخواران زیر ۶ ماه که از شیرگاو یا شیرخشک استفاده می کنند شایع تر می باشد . دفع مکرر مدفوع طبیعی اسهال نمی باشد . دفعات مدفوع بطور معمول در هر روز بستگی به رژیم غذایی و سن کودک دارد . در بسیاری از مناطق سه بار یا بیشتر دفع مدفوع آبکی در ۲۴ ساعت را اسهال می نامند. معمولاً مادران می دانند که چه وقت کودکشان اسهال دارد . آنها ممکن است بگویند که مدفوع کودکشان شل یا آبکی می باشد . مادران ممکن است از کلمه دیگری برای اسهال استفاده کنند. کودکانی

که منحصرأ شیرمادر می خورند اغلب مدفوع نرمی دارند که اسهال نمی باشد. مادر کودک شیرمادر خوار می تواند اسهال کودک را تشخیص بدهد چون قوام یا دفعات آن با مدفوع معمولی فرق می کند.

انواع اسهال:

بیشتر اسهال ها که باعث کم آبی می شوند شل یا آبکی هستند. مثال اسهال شل یا آبکی، وباست. اما فقط تعداد کمی از تمام اسهال های شل و آبکی به دلیل وبا می باشد. اگر یک حمله اسهال کمتر از ۱۴ روز طول بکشد. اسهال حاد نامیده می شود. اسهال حاد آبکی، باعث کم آبی و سوء تغذیه می شود. مرگ کودک مبتلا به اسهال حاد معمولاً به دلیل کم آبی اتفاق می افتد. اگر یک حمله اسهال ۱۴ روز یا بیشتر طول بکشد اسهال پایدار می باشد.

وجود خون در مدفوع اسهالی، همراه با مخاط (بلغم) یا بدون آن، اسهال خونی نامیده می شود. یک کودک ممکن است هم اسهال آبکی و هم اسهال خونی داشته باشد. وجود یک رگه خون داخل مدفوع، اسهال خونی نیست.

چگونه کودک مبتلا به اسهال را ارزیابی کنید.

سوال کنید: آیا کودک اسهال دارد؟ اگر بله:

سوال کنید: برای چه مدتی؟

اسهالی که ۱۴ روز یا بیشتر طول بکشد اسهال پایدار می باشد. به مادر وقت بدهید تا به سوال پاسخ بدهد.

سؤال کنید: آیا خون در مدفوع وجود دارد؟

از مادر سؤال کنید آیا در هر زمانی در طول این اسهال در مدفوع کودک، خون دیده است.

سپس، نشانه های کم آبی را کنترل کنید. زمانی که کودک دچار کم آبی می شود، ابتدا بی قرار و تحریک پذیر می شود. اگر کم آبی ادامه پیدا کند کودک خواب آلوده یا دچار عدم هشیاری می شود. اگر کودک مایعات زیادی را دفع کند، چشمان او فرورفته به نظر می رسد. وقتی پوست او را نیشگون می گیرید پوست او خیلی آهسته یا آهسته به حالت اول برمی گردد.

به حال عمومی کودک نگاه کنید:

اگر هنگام کنترل نشانه های خطر کودک خواب آلودگی غیرعادی یا عدم هشیاری داشت از این نشانه خطر در طبقه بندی اسهال کودک استفاده نمایید.

کودکی بی قرار و تحریک پذیر است که هر گاه به او دست می زنید یا او را بغل می کنید بی قرار و تحریک پذیر باشد. اگر شیرخوار یا کودک هنگام شیرخوردن آرام بوده ولی پس از پایان شیرخوردن دوباره بی قرار و تحریک پذیر می شود نشانه بی قراری و تحریک پذیری را دارد. ممکن است کودکان فقط از اینکه در مرکز بهداشتی یا خانه بهداشت هستند ناراحت باشند. معمولاً این کودکان را می توان آرام کرد. آنها نشانه بی قراری و تحریک پذیری ندارند.

به فرورفتگی چشم ها نگاه کنید.

چشم های کودکی که دچار کم آبی است ممکن است فرورفته باشد. اگر فکر می کنید چشم ها فرورفته هستند، تصمیم گیری کنید. سپس از مادر سوال کنید آیا فکر می کند چشم های کودکش فرورفته است یا چشمان او معمولاً همینطور است. نظر او به شما کمک می کند که تا مطمئن شوید چشم های کودک فرو رفته است.

توجه: در کودکان با سوء تغذیه شدید که بطور محسوس لاغر هستند، (کودکانی که ماراسموس دارند)، همیشه چشم فرورفته است، حتی اگر کودک دچار کم آبی نباشد. اگرچه فرورفتگی چشم ها در کودکان لاغر کمتر قابل اعتماد است، اما باز هم به عنوان نشانه ای برای طبقه بندی کم آبی در کودک بکار می رود.

به کودک مایعات بدهید.

از مادر بخواهید مقداری آب با لیوان و قاشق به کودک بدهد. نوشیدن کودک را نگاه کنید. کودکی "قادر به نوشیدن نیست" که وقتی مایعات به او می دهید قادر به مکیدن یا بلعیدن نباشد. کودک ممکن است بدلیل خواب آلودگی غیرعادی یا عدم هشیاری قادر به نوشیدن نباشد. کودکی "ضعیف می نوشد" که ضعیف بوده و بدون کمک قادر به نوشیدن نباشد. او ممکن است فقط وقتی مایعات را به داخل دهان او بریزند بتواند قورت بدهد.

کودکی نشانه "تشنه است و با ولع می نوشد" را دارد که به وضوح درخواست آب کند. نگاه کنید که آیا کودک مشتاقانه لیوان یا قاشق آب را دنبال می کند. وقتی آب را از او دور می کنید آیا کودک ناراضی به نظر می رسد چون بیشتر آب می خواهد. اگر کودک فقط با تشویق می نوشد و بیشتر طلب آب نمی کند، او نشانه "تشنه است و با ولع می نوشد" را ندارد.

پوست شکم او را نیشگون بگیرید:

از مادر بخواهید کودک را روی تخت معاینه بگذارد بطوری که صاف به پشت خوابیده باشد و دست های او کنارش و پاهایش صاف باشد، یا از او بخواهید کودک را صاف در بغل خود نگه دارد. قسمتی از شکم کودک

در فاصله بین ناف و پهلوی او را نیشگون بگیرید برای نیشگون گرفتن، از شست و انگشت اول استفاده کنید. از نوک انگشت استفاده نکنید چون ایجاد درد می کند . هنگام نیشگون گرفتن دست خود را طوری قرار دهید چین پوستی در امتداد بدن کودک باشد نه عمود بر آن . تمام لایه های پوست و بافت زیر آن را کاملاً بکشید . نیشگون پوست را برای یک ثانیه نگه دارید و سپس رها کنید . بعد از رها کردن به پوست نگاه کنید برگشت

پوست به حالت اول چگونه است؟ ۱- خیلی آهسته (بیشتر از ۲ ثانیه) ۲- آهسته ۳- فوراً

اگر پوست حتی برای یک زمان کوتاه بعد از رها کردن به همان حال بماند، در این صورت برگشت پوست به حالت اول آهسته می باشد.

توجه: در یک کودک مبتلا به سوء تغذیه شدید (ماراسموس) حتی اگر دچار کم آبی نباشد برگشت پوست آهسته است . در یک کودک چاق یا کودکی که ورم دارد حتی اگر دچار کم آبی باشد برگشت پوست خیلی سریع است . اگرچه نیشگون پوست در اینگونه کودکان قابل اعتماد نمی باشد، باز هم از این نشانه برای طبقه بندی کم آبی استفاده کنید.

کودک مبتلا به اسهال را طبقه بندی کنید:

بعضی از جداول نشانه های اصلی در چارت ارزیابی و طبقه بندی بیشتر از یک طبقه بندی دارند . برای مثال کودکی که نشانه اصلی اسهال را دارد . کودک می تواند برای کم آبی و اسهال خونی و اسهال پایدار طبقه بندی شود.

در طبقه بندی اسهال:

- تمام کودکان مبتلا به اسهال برای کم آبی طبقه بندی می شوند .
- اگر اسهال کودک 14 روز یا بیشتر طول بکشد در اسهال پایدار طبقه بندی می شود.
- اگر خون در مدفوع کودک وجود داشته باشد برای اسهال خونی طبقه بندی می شود .

اسهال و کم آبی را ارزیابی کنید.

مشاهده و بررسی کنید:
سوال کنید: آیا کودک اسهال دارد؟ اگر بله: چه مدت؟ آیا خون در مدفوع وجود داشته است؟
مشاهده و بررسی کنید: حالت عمومی: • خواب آلودگی غیرعادی، کاهش هوشیاری • بی قراری و تحریک پذیری • فیورفتگی چشم‌ها به کودک مایعات بدهید: - قادر به نوشیدن نیست یا به سختی می‌نوشد • تشنه است و با ولع می‌نوشد. پوست شکم را بین دو انگشت به نرمی بکشاید و رها کنید: • برگشت به حالت طبیعی خیلی آهسته (بیشتر از ۲ ثانیه) است. • برگشت به حالت طبیعی آهسته است.

اسهال خاد کمتر از ۱۴ روز کم آبی

طبقه بندی کید.

اسهال پایدار بیشتر

وجود خون در مدفوع

اقدام لازم	طبقه بندی	علامت و نشانه‌ها
• اگر کودک قادر به نوشیدن هست او را آسان را طبق برنامه درمانی شروع کنید و کودک را با لافاصله انتقال دهید و به مادر توصیه کنید در بین راه به کودک او را آسان و شیر مادر بدهد. • اگر کودک ۲ ماهه یا بزرگتر است و در منطقه، آلودگی و با وجود دارد طبق دستورالعمل کشوری و با اقدام کنید.	کم آبی شدید	۲ نشانه از نشانه‌های زیر را دارا باشد. • خواب آلودگی غیرعادی یا اختلال هوشیاری • فیورفتگی چشم‌ها • عدم توانایی نوشیدن یا سخت نوشیدن • در نیشگون پوستی، پوست خیلی آهسته به حالت طبیعی برمی‌گردد.
• برای درمان کم آبی، طبق برنامه درمانی ب (ص ۱۳)، اقدام کنید. • مکمل روی را طبق برنامه درمانی ب (ص ۱۳) و نحوه تغذیه مناسب در اسهال را آموزش بدهید. • اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری نیز قرار دارد: اقدامات قبل از رجوع فوری (ص ۱۳) را انجام داده و کودک را فوراً رجوع دهید (به مادر بگویید در بین راه به کودک شیر مادر یا محلول او را آسان بدهد). • به مادر توصیه کنید، چه موقع فوراً برگردد. • دو روز بعد پیگیری کنید.	کم آبی نسبی	دو تا از نشانه‌های زیر را دارا باشد. • بی قراری و تحریک پذیری • فیورفتگی چشم‌ها • تشنه است و با ولع می‌نوشد. • در نیشگون پوستی، پوست آهسته به حالت طبیعی برمی‌گردد.
• برای درمان اسهال در منزل مایعات و مکمل روی را طبق برنامه درمانی الف (ص ۱۳) بدهید و توصیه‌های تغذیه ای (ص ۱۸ و ۱۹) را آموزش بدهید. • به مادر بگویید چه موقع فوراً برگردد. • در صورت عدم بهبودی ۵ روز بعد مراجعه کند.	کم آبی ندارد	نشانه‌های کافی برای طبقه بندی به عنوان کم آبی شدید یا نسبی وجود ندارد.
• درمان کم آبی را بر اساس طبقه بندی کم آبی شروع کنید. اگر طبقه بندی شدید دیگری دارد. • اقدامات قبل از رجوع فوری را انجام داده و کودک را فوراً رجوع دهید.	اسهال پایدار شدید	• نشانه‌های کم آبی وجود دارد.
• توصیه‌های تغذیه‌ای در کودک مبتلا به اسهال پایدار (ص ۱۹) را به مادر آموزش بدهید. • ۵ روز بعد پیگیری کنید.	اسهال پایدار	• نشانه‌های کم آبی ندارد.
• درمان کم آبی را بر اساس طبقه بندی شروع کنید. • در صورت وجود تب مساوی یا بالاتر از ۳۸ / ۵ درجه استامپوفن (ص ۲۰) بدهید. • فوراً به پرستک مرکز رجوع دهید. • پس از ۲ روز، پیگیری کنید.	اسهال خونی	• خون در مدفوع

در کودکان مبتلا به اسهال سه طبقه بندی برای کم آبی وجود دارد:

کم آبی شدید ، کم آبی نسبی ، کم آبی ندارد،

اگر کودک ۱۴ روز یا بیشتر دچار اسهال باشد ، دو طبقه بندی برای اسهال پایدار وجود دارد:

اسهال پایدار شدید - اسهال پایدار

اگر خون در مدفوع دیده شود یک طبقه بندی برای **اسهال خونی** وجود دارد.

کم آبی شدید:

اگر کودک دو نشانه یا بیشتر از نشانه‌های «خواب آلودگی غیر عادی یا عدم هوشیاری، عدم توانایی نوشیدن یا سخت نوشیدن، چشمان فرو رفته، در نیشگون پوستی برگشت خیلی آهسته» را دارد در گروه "کم آبی شدید" طبقه بندی می‌شود. کودک با کم آبی نیاز به مایعات بیشتری دارد. کودکی که مبتلا به کم آبی شدید است نیاز فوری به مایعات وریدی دارد:

- اگر کودک قادر به نوشیدن است او . آر . اس را طبق برنامه درمانی (ج) شروع کنید و کودک را بلافاصله انتقال دهد و به مادر توصیه کنید در بین راه جرعه جرعه او . آر . اس به او بدهد و همچنین در کودک شیرمادر خوار مرتباً به کودک شیر بدهد. (در صورت عدم امکان ارجاع ، برنامه درمانی ج را انجام دهید).

- اگر کودک ۲ساله یا بزرگتر است و در منطقه آلودگی وبا وجود دارد طبق دستورالعمل کشوری وبا اقدام کنید.

برنامه درمانی ج: درمان کم آبی شدید

• بی درنگ مایعات وریدی را تزریق کنید. اگر بیمار قادر به نوشیدن است درحین استفاده از مایعات وریدی به او از راه دهان اوآراس بدهید 100ml/kg محلول رینگرلاکتات (یا اگر قابل دسترس نیست، نرمال سالین) طبق جدول زیر تزریق کنید.

سن	اول در 30ml/kg	سپس در 70ml/kg
شیرخوار کمتر از ۱۲ ماه	۱ ساعت*	۵ ساعت
کودکان بیش از ۱۲ ماه	۳۰ دقیقه	۲/۵ ساعت

بلی

آیا می توانید بی درنگ مایعات وریدی تزریق کنید؟

خیر

* اگر نبض محج دست بیمار، هنوز خیلی ضعیف یا غیرقابل لمس باشد یکبار دیگر تکرار کنید.

• بیمار را هر ۱ تا ۲ ساعت مجدداً ارزیابی کنید. اگر وضع آب بدن کودک بهتر نشده است سرعت تزریق وریدی را افزایش دهید.

• به محض اینکه بیمار بتواند بنوشد به او محلول اوآراس (حدود 5ml/kg در ساعت) هم بدهید؛ معمولاً بعد از ۳-۴ ساعت (شیرخواران) یا ۲-۱ ساعت (کودکان بزرگتر).

• بعد از ۶ ساعت (شیرخواران) یا ۴ ساعت (کودکان بزرگتر)، با استفاده از طبقه بندی کم آبی، کودک را دوباره ارزیابی کنید. سپس برای ادامه درمان برنامه مناسب (الف، ب یا ج) را انتخاب کنید.

بلی

آیا درمان وریدی (ظرف ۳۰ دقیقه) قابل دسترس است؟

خیر

• بیمار را بی درنگ برای درمان وریدی ارجاع دهید.
• اگر بیمار قادر به نوشیدن است به مادر نشان دهید چگونه در راه محلول اوآراس را به کودک بدهد.

• درمان کم آبی را با دادن محلول اوآراس از طریق لوله معده (یا دهان) شروع کنید در هر ساعت ۲۰ میلی لیتر محلول اوآراس به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن برای مدت ۶ ساعت بدهید (مجموعاً 120 میلی لیتر به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن)

• بیمار را هر ۱ تا ۲ ساعت مجدداً ارزیابی کنید:
- اگر کودک استفراغ مکرر داشته باشد یا نفخ شکم زیادتر شود، مایعات را آهسته تر (با سرعت کمتری) به او بدهید.

- اگر کم آبی بعد از ۳ ساعت بهتر نشد بیمار را برای تزریق وریدی ارجاع دهید.
• بعد از ۶ ساعت مجدداً بیمار را ارزیابی کرده و برنامه درمانی مناسب را انتخاب کنید.

بلی

آیا می توانید برای درمان کم آبی از لوله معده (N.G.T) استفاده کنید؟

خیر

آیا بیمار قادر به نوشیدن هست؟

خیر

توجه
در صورت امکان حداقل ۶ ساعت پس از جبران کم آبی، بیمار را تحت نظر داشته باشید تا مطمئن شوید که مادر می توانند با دادن محلول اوآراس از طریق دهان، کم آبی را جبران کند.

فوراً بیمار را برای درمان از راه وریدی یا لوله معده ارجاع دهید.

کم آبی نسبی

اگر کودک هیچ نشانه ای از کم آبی شدید را نداشت به ردیف بعدی نگاه کنید. اگر کودک دو نشانه از نشانه های «بی قراری و تحریک پذیری، فرورفتگی چشم ها، با ولع نوشیدن و تشنگی، برگشت پوست به آهستگی» را دارد در "کم آبی نسبی" طبقه بندی کنید. اگر کودکی یک نشانه از ردیف قرمز و یک نشانه از ردیف زرد را داشت کودک در ردیف زرد با کم آبی نسبی طبقه بندی می شود:

- اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری نیز قرار دارد اقدامات قبل از ارجاع فوری را انجام داده و کودک را فوراً ارجاع دهید به مادر بگویید در بین راه به کودک شیر مادر یا محلول او. آر. اس بدهد.

- اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری نیز قرار ندارد برای درمان کم آبی، طبق برنامه درمانی (ب) اقدام نمایید: ۴ ساعت کودک را با او. آر. اس درمان کنید. کودک شیرمادر خوار بایستی شیرمادر را هم ادامه دهد. کودکانی که با شیری غیر از شیرمادر تغذیه می شوند بعد از ۴ ساعت درمان با او. آر. اس بایستی شیر معمولی خود را دریافت نمایند. بعد از ۴ ساعت، برنامه مناسب برای ادامه درمان را انتخاب کنید و تغذیه کودک را آغاز کنید.

- چهار قانون درمان اسهال در منزل را برای مادر شرح دهید. (دادن مایعات اضافی، دادن مکمل روی، ادامه تغذیه مناسب و چه موقع فوراً برگردد).

- دو روز بعد پیگیری کنید.

برنامه ب: درمان کم آبی نسبی با ORS

در داخل مرکز، ظرف ۴ ساعت مقدار توصیه شده ORS را بدهید.

• مقداری ORS را که قرار است ظرف ۴ ساعت داده شود تعیین کنید.

وزن	<math>kg < 6 ></math>	$6 - 10 kg$	$10 - 12 kg$	$12 - 19 kg$
سن*	تا ۴ ماهه	۴ ماهه تا ۱۲ ماهه	۱۲ ماهه تا ۲ ساله	۲ ساله تا ۵ ساله
میلی لیتر	۲۰۰-۴۵۰	۴۵۰-۸۰۰	۸۰۰-۹۰۰	۹۰۰-۱۶۰۰

* از سن کودک تنها زمانی استفاده کنید که وزن او را نمی دانید. مقدار تقریبی ORS لازم (به میلی متر) را با ضرب کردن وزن کودک (به کیلوگرم) در عدد ۷۵ نیز می توان به دست آورد.

- اگر بیشتر از آن چه که در این جدول آمده ORS می خواهد، بیشتر بدهید.
- به کودکان کوچک تر از ۶ ماه که شیر مادر نمی خورند، اگر به مقدار استاندارد ORS می دهید، ۲۰۰ ml - ۱۰۰ آب سالم هم در طول این مدت بدهید.

به مادر نشان دهید محلول ORS را چگونه بدهد:

- مایعات را با فنجان جرعه جرعه به کودک بنوشاند.
- اگر کودک استفراغ کرد، ۱۰ دقیقه صبر کنید. مجدداً ولی آهسته تر ادامه دهید.
- تا زمانی که کودک می خواهد، شیر دادن را ادامه دهید.
- پس از ۴ ساعت: وضعیت کودک را بار دیگر ارزیابی نموده و کودک را از نظر کم آبی طبقه بندی کنید.
- برنامه مناسب برای ادامه درمان را انتخاب کنید.
- تغذیه کودک را در مرکز خدمات جامع سلامت آغاز کنید.
- اگر مادر باید مرکز را قبل از برنامه درمانی ترک کند: نحوه آماده کرده محلول ORS در منزل را به او نشان دهید.

- نشان دهید برای تکمیل یک درمان ۴ ساعته چه مقدار ORS باید به کودک بدهد.
- برای جبران کم آبی به طور کامل، تعداد کافی پودراو.آر.اس به اندازه مصرف دو روز به مادر بدهید.

چهار قانون درمان اسهال در منزل را برای او شرح دهید:

۱. مایعات اضافی بدهید (هر قدر که کودک بخواند)
۲. مکمل روی را روزانه ۱۰ میلی گرم در سن کمتر از ۶ ماه و ۲۰ میلی گرم در سنین بالاتر (به مدت ۱۰ تا ۱۴ روز)
۳. در سن کمتر از ۶ ماه بر تغذیه انحصاری با شیر مادر و در بقیه سنین شیرخوارگی به تداوم شیر مادر و سایر غذاها تاکید کنید.
۴. چه موقع برگردد. چارت مشاوره با مادر را ببینید.

کم آبی ندارد

وقتی نشانه های کافی برای طبقه بندی به عنوان کم آبی شدید یا نسبی وجود ندارد کودک در "کم آبی ندارد" طبقه بندی می شود. این کودکان برای پیشگیری از کم آبی به مایعات اضافی نیاز دارند.

- برای درمان اسهال در منزل طبق برنامه درمانی الف (دادن مایعات اضافی و مکمل روی و توصیه های تغذیه ای) به مادر آموزش بدهید و به مادر بگویید چه موقع فوراً برگردد.

- در صورت عدم بهبودی ۵ روز بعد مراجعه کند.

برنامه الف: درمان کم آبی در منزل: ۴ قانون درمان در منزل را به مادر آموزش دهید:

۱- دادن مایعات اضافی (هر قدر که کودک تمایل دارد)

• مرتباً و هر بار در زمان بیشتری به کودکش شیر بدهد.

• اگر کودک انحصاراً شیر مادر نمی خورد، برحسب سن او محلول ORS، غذاهای آبکی (مانند سوپ، ماست و دوغ)، یا آب سالم داده شود.

• از مایعات شیرین مثل نوشابه و آب میوه های صنعتی استفاده نشود.

تهیه کردن محلول ORS در منزل را به مادر آموزش دهید:

• یک بسته ORS به مادر بدهید.

• به مادر نشان بدهید که او.آر.اس را چگونه و با چه مقدار آب مخلوط کند.

• به مادر نشان بدهید چه مقدار او.آر.اس را پس از هر بار دفع آبکی به او بدهد.

* در شیرخوار زیر ۶ ماه ۱۰ میلی لیتر به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن به ازاء هر بار اجابت مزاج آبکی

* در کودک کمتر از ۲ سال ۵۰ تا ۱۰۰ میلی لیتر پس از هر بار دفع مدفوع

* در کودک ۲ سال یا بیشتر ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلی لیتر پس از هر بار دفع مدفوع

• ORS برای مصرف ۲روز به مادر بدهید

• محلول او.آر.اس را با فنجان یا قاشق مرتباً جرعه جرعه بدهد.

• اگر کودک استفراغ کرد ۱۰ دقیقه صبر کند، سپس محلول را آهسته تر ادامه دهد.

• تا زمان قطع اسهال دادن مایعات اضافه را ادامه دهد.

۲. دادن مکمل «روی» برای مدت ۱۰ تا ۱۴ روز

۳. تغذیه را ادامه دهید (در سن کمتر از ۶ ماه فقط شیر مادر)

۴. به مادر بگویید چه زمانی باید مجدداً برگردد.

مقدار مکمل روی و تغذیه کودک دچار اسهال حاد در زیر آمده است:

۲ ماهگی تا ۶ ماهگی	۱۰ میلی گرم روی روزانه	۱۰ ml از شربت ۵ mg / ۵ cc
۶ ماهگی و بیشتر	۲۰ میلی گرم روی روزانه	۲۰ ml از شربت ۵ mg / ۵ cc

• توجه به تغذیه بعد از بیماری جهت جبران عقب افتادگی های احتمالی رشد

اسهال حاد

• در تغذیه انحصاری با شیر مادر، تغذیه با شیر مادر به دفعات بیشتر و مدت طولانی تر در هر نوبت ادامه یابد.

• در شیرخواران کمتر از ۶ ماه که تغذیه انحصاری ندارند، دفعات تغذیه با شیر مادر افزایش یابد و ترجیحاً شیرخوار به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه شود.

• اگر کودک شیر مادرخوار نیست، علاوه بر شیر مصنوعی به او آب جوشیده خنک یا او.آر.اس هم بدهد.

• در صورت شروع تغذیه کمکی برای کودک، غذاهای آبکی (مانند سوپ و دوغ) داده شود.

• از مایعات خیلی شیرین مثل نوشابه و آب میوه های صنعتی استفاده نشود.

• برحسب سن کودک هر مقدار مایعی که کودک بخواهد تا زمانی که اسهال متوقف گردد، به او بدهد.

• به کودک بیش از معمول مایعات (علاوه بر او.آر.اس مایعاتی نظیر سوپ ساده، دوغ و آب) داده شود.

• در کودکان بالاتر از ۶ ماه مصرف غذاهایی مانند ماست، تخم مرغ، غلات و گوشت و مرغ و همچنین میوه ها و سبزی ها توصیه می شود.

• در صورت مشاهده استفراغ بعد از خوردن او.آر.اس و یا غذاهای مایع، باید به کودک آهسته تر و در حجم کمتر و دفعات بیشتر غذا داد.

اسهال پایدار شدید:

اگر کودک ۱۴ روز یا بیشتر اسهال داشت و همچنین دچار کم آبی نسبی یا شدید بود، اسهال پایدار شدید طبقه بندی می شود. اسهال پایدار شدید معمولاً همراه با علائم سوءتغذیه و اغلب، عفونت های جدی خارج روده ای مانند پنومونی می باشد. در صورت وجود اسهال پایدار شدید، درمان کم آبی کودک را براساس طبقه بندی کم آبی شروع کنید و اگر طبقه بندی شدید دیگری دارد اقدامات قبل از ارجاع فوری را انجام داده و کودک را فوراً ارجاع دهید. این کودکان ممکن است به تغییر رژیم غذایی نیز نیاز داشته باشند.

اسهال پایدار:

کودکی که برای ۱۴ روز یا بیشتر اسهال داشته و هیچ نشانه ای از کم آبی ندارد "اسهال پایدار" طبقه بندی می شود. تغذیه مخصوص مهم ترین درمان برای اسهال پایدار می باشد به مادر آموزش دهید. ۵ روز بعد پیگیری کنید. در مورد تغذیه کودک مبتلا به اسهال پایدار در ذیل آمده است.

مایعات

به مادر توصیه کنید در دوران بیماری مایعات را برای کودک خود افزایش بدهد.

اسهال پایدار

- هدف از تغذیه در اسهال پایدار دریافت حداقل ۱۱۰ کالری به ازای هر کیلوگرم وزن در روز می باشد.
- مصرف ماست افزایش یابد و در کودکان بالای ۲ سال مصرف ماست، جایگزین شیر شود.
- کودکان بالای ۶ ماه روزانه با شش وعده غذا تغذیه شوند و در برنامه غذایی کودک گوشت، ماهی، مرغ و تخم مرغ گنجانده شود.
- برای اطمینان از دریافت ویتامین ها و املاح، توصیه می شود در طبخ سوپ از انواع سبزی ها و صیفی جات زرد و سبز استفاده شود.
- دریافت بیشتر منابع غذایی حاوی اسید فولیک (سبزی های برگ سبز)، آهن و روی (گوشت ها، تخم مرغ و حبوبات) و مکمل روی (۱۰mg در سن کمتر از ۶ ماه و ۲۰mg در سن بیشتر از ۶ ماه) و فولات (۵۰ میکروگرم) روزانه و حداقل به مدت ۲ هفته و تداوم مکمل ویتامین به صورت روتین توصیه می شود.

اگر کودک غیر از شیر مادر، شیر دیگری استفاده می کند:

الف- سن کمتر از ۶ ماه

مشاوره شیردهی و تلاش برای تغذیه انحصاری با شیر مادر

ب- سن بیشتر از ۶ ماه

- مشاوره شیردهی
- جایگزین کردن با فرآورده های شیر مانند ماست (در صورت عدم امکان، حداکثر ۵۰۰ ml/day شیر حیوانی داده شود) یا جایگزین کردن نصف شیر با غذاهای نیمه جامد و غلات غنی شده.
- در صورت استفاده از شیر مصنوعی، شیر با غلظت همیشگی تهیه شود و آب جوشیده خنک یا او.آر.اس هم بدهد. پس از ۵ روز رعایت توصیه های تغذیه ای در صورت وجود علائم کمبود لاکتاز (وجود اسهال حجیم و آبکی، نفخ، تهوع و استفراغ و سوختگی ناحیه کهنه کودک) شیر فاقد لاکتوز تجویز و ۲ روز بعد پیگیری شود. در صورت عدم بهبودی به بیمارستان ارجاع و در صورت بهبودی ۲ هفته دیگر شیر فاقد لاکتوز ادامه یابد.

اسهال خونی

هرگاه رگه هایی از خون در مدفوع دیده شود اسهال خونی وجود دارد در اینصورت :

- درمان کم آبی را براساس طبقه بندی شروع کنید.
- در صورت وجود تب $38/5$ و بالاتر استامینوفن بدهید.
- فوراً به پزشک ارجاع دهید و پس از ۲ روز پیگیری کنید.

ارزیابی کودک از نظر تب :

در کلیه کودکان بیمار در مورد تب سوال کنید و درجه حرارت بدن را اندازه گیری نمایید.

سوال کنید: آیا کودک تب داشته است؟

معیار تشخیص تب: با سوال از مادر در خصوص سابقه گرمای غیر طبیعی بدن یا درجه حرارت مساوی یا بالاتر از $37/5$ درجه سانتیگراد زیر بغلی.

- اگر کودک در طی بیماری اخیر خود تب داشته است، در این صورت تاریخچه تب وجود دارد.
- درجه حرارت کودک را اندازه گیری و ثبت کنید .

اگر کودک تب داشت (از طریق تاریخچه ، احساس داغی یا اندازه گیری درجه حرارت) او را از نظر سایر نشانه های وابسته به تب ارزیابی کنید .

سوال کنید: برای چه مدتی؟

اگر طول مدت تب بیشتر از هفت روز بوده بپرسید آیا هر روز تب وجود داشته است؟

اگر تب بیشتر از هفت روز هر روز ادامه داشته باشد، می تواند به این معنی باشد که کودک مبتلا به بیماری شدیدتری مانند تب تیفوئیدی (حصه) است .چنین کودکی را برای ارزیابی بیشتر ارجاع دهید.

آیا در منطقه مالاریا خیز زندگی می کند؟ در مناطق با خطر بالای مالاریا طبق دستورالعمل مالاریا اقدام کنید.

معاینه و بررسی کنید:

بررسی سفتی گردن: وقتی در زمان ارزیابی با مادر صحبت می کنید، به گردن کودک توجه کنید که آیا هنگام نگاه به اطراف به آسانی گردن خود را حرکت می دهد یا خم می کند . اگر کودک گردن خود را حرکت

می دهد یا خم می کند ، دارای سفتی گردن نیست. اگر شما حرکتی را در گردن کودک مشاهده نکردید و یا اگر مطمئن نیستید، توجه کودک را به قسمت ناف یا شست پایش جلب کنید . برای مثال ، نقطه نورانی را در قسمت ناف یا شست پایش قرار دهید و پایش را قلقلک دهید تا کودک تشویق شود به پایین نگاه کند . سپس توجه کنید آیا کودک هنگام نگاه کردن به پایین گردن خود را خم می کند یا نه.

اگر نتوانستید مشاهده کنید که کودک گردن خودش را خم می کند از مادر بخواهید که کودکش را به پشت بخواباند . بالای سر کودک قرار بگیرید و با یک دست پشت و شانه های او را حمایت کنید با دست دیگر پشت سر او را بگیرید و سرش را به سمت قفسه سینه جلو بیاورید اگر سفتی در ناحیه گردن احساس شد و مقاومتی در برابر خم شدن وجود داشت، در این صورت کودک دارای سفتی گردن است . اغلب کودکی که دارای سفتی گردن است هنگامی که شما سعی می کنید گردنش را خم کند ، گریه می کند.

کودک دارای تب و سفتی گردن و ممکن است مبتلا به مننژیت باشد . کودک مبتلا به مننژیت نیاز به درمان فوری با آنتی بیوتیک تزریقی و ارجاع به نزدیکترین مرکز درمانی دارد.

برای بررسی ملاحظ برآمده معاینه کنید: اگر ملاحظ کودک برآمده باشد، کودک نیاز به درمان فوری با آنتی بیوتیک تزریقی و ارجاع به نزدیکترین مرکز درمانی دارد.

وجود علائم و نشانه های موضعی را بررسی کنید:

علائم و نشانه های موضعی در معاینه: حساسیت موضعی، زخم دهانی ، امتناع از حرکت اندام ، درد استخوان، درد و تورم و قرمزی در مفاصل و اندام ها، درد در سینوس ها، گرمی و تورم پوستی، بثورات پوستی، درد زیر شکم یا درد در هنگام ادرار کردن (در کودکانی که قادر به بیان آن هستند). اغلب کودکی که دارای نشانه های موضعی است هنگامی که شما در آن ناحیه کمی فشار می دهید احساس ناراحتی یا گریه می کند.

بررسی بثورات پوستی: هر نوع ضایعه پوستی که اخیرا در پوست کودک ایجاد شده است.

تب را طبقه بندی کنید:

تب ۳ طبقه بندی دارد: بیماری تب دار خیلی شدید ، بیماری تب دار با علام موضعی ، بیماری تب دار بدون علائم موضعی .

تب را ارزیابی کنید.

اقدامات لازم	طبقه بندی	علائم و نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> • اگر فاصله دسترسی به پزشک - کمتر از یکساعت است کودک را فوراً ارجاع دهید. • بیش از یکساعت است اولین نوبت آنتی بیوتیک عضلانی مناسب را بدهید سپس کودک را فوراً ارجاع دهید. (ص ۱۲) • برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون اقدام کنید. (ص ۱۲) • در صورت تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵، یک نوبت استامینوفن بدهید. (ص ۱۴) • در مناطق با خطر بالای مالاریا طبق دستورالعمل مالاریا اقدام کنید. 	بیماری تب دار خیلی شدید	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود هر یک از علائم یا نشانه های خطر با هر یک از علائم زیر: • سفتی گردن • ملاحظ برآمده • خونریزی نقطه ای زیر پوستی (پتشی)
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵، یک نوبت استامینوفن بدهید. (ص ۱۴) • اقدامات قبل از ارجاع فوری (ص ۱۲) را انجام داده و کودک را برای ارزیابی بیشتر فوراً ارجاع دهید. • یک روز بعد پیگیری کنید. 	بیماری تب دار با علائم موضعی	<ul style="list-style-type: none"> • تب به همراه • نشانه های موضعی یا • تبورات پوستی
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵، استامینوفن بدهید. • اگر تب هر روز، بیشتر از ۲ روز وجود داشته باشد • به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. • ۲ روز بعد پیگیری کنید. • به پزشک مرکز ارجاع دهید. 	بیماری تب دار بدون علائم موضعی	<ul style="list-style-type: none"> • هیچ یک از علائم و نشانه های فوق را ندارد.

طبقه بندی کنید

سوال کنید
<ul style="list-style-type: none"> • آیا کودک تب داشته است؟ • اگر بله: • برای چه مدت؟ • آیا بیشتر از ۲ روز و هر روز تب داشته است؟ • آیا در منطقه مالاریا خیز زندگی می کند؟
<p>معاینه و بررسی کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • درجه حرارت زیر بغلی را اندازه گیری کنید. • سفتی گردن • ملاحظ برآمده • علائم و نشانه های موضعی^۱ • تبورات پوستی^۲

بیماری تب دار خیلی شدید:

اگر تب همراه هر یک از نشانه های خطر یا همراه هر یک از علائم : سفتی گردن یا ملاحظ برآمده و یا خونریزی نقطه ای زیر پوستی (پتشی) باشد ، بیماری تب دار خیلی شدید طبقه بندی نمایید.

- کودک را فوراً ارجاع دهید. (اگر فاصله دسترسی به پزشک بیش از یکساعت است اولین نوبت آنتی بیوتیک عضلانی مناسب را بدهید سپس کودک را فوراً ارجاع دهید) (اگر آنتی بیوتیک عضلانی مناسب در خانه بهداشت دارید.)

- قبل از ارجاع فوری برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون اقدام کنید.

- در صورت وجود تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد استامینوفن بدهید.

- در مناطق با خطر بالای مالاریا طبق دستورالعمل مالاریا اقدام کنید.

بیماری تب دار با علائم موضعی:

اگر تب همراه هر یک از علائم موضعی یا بثورات پوستی باشد در طبقه بندی بیماری تب دار با علائم موضعی قرار می گیرد:

- در صورت تب مساوی یا بالای ۳۸/۵ یک نوبت استامینوفن بدهید.
- اقدامات قبل از ارجاع فوری را انجام داده و کودک را جهت ارزیابی بیشتر فوراً ارجاع دهید
- یک روز بعد پیگیری کنید.

بیماری تب دار بدون علائم موضعی:

اگر کودک فاقد علائم و نشانه های فوق الذکر باشد ، در طبقه بندی بیماری تب دار بدون علائم موضعی قرار می گیرد:

- در صورت تب مساوی یا بالای ۳۸/۵ یک نوبت استامینوفن بدهید.
- اگر تب هر روز، بیشتر از ۷روز وجود داشته باشد به پزشک مرکز ارجاع دهید.
- به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد.
- دو روز بعد پیگیری نمایید.

درمان تب و درد

استامینوفن / ایبوپروفن

برای تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد یا گوش درد، استامینوفن یا ایبوپروفن (در صورت عدم وجود استامینوفن) بدهید. تا زمانی که تب بالا یا گوش درد برطرف نشده، استامینوفن (هر ۴ تا ۶ ساعت) و یا ایبوپروفن را هر ۶ تا ۸ ساعت تکرار کنید.

ایبوپروفن ^۱	استامینوفن		دارو
شربت ۵/۲۰۰mg میلی لیتر	قطره ۲/ kg قطره	شربت ۱۲۰mg در ۵ میلی لیتر	قرص بزرگسال
-	۸ تا ۱۲ قطره	۱٫۵ میلی لیتر	-
۱٫۵ میلی لیتر	۱۲ تا ۲۰ قطره	۲٫۵ میلی لیتر	-
۲٫۵ میلی لیتر	۲۰ تا ۳۰ قطره	۵ میلی لیتر	نصف قرص بزرگسال
۵ میلی لیتر	-	۷٫۵ میلی لیتر	نصف قرص بزرگسال

توجه: بهتر است مقادیر داروهای خوراکی را با استفاده از سرنگ (بدون سوزن) اندازه گیری کنید و سپس با سرنگ یا قاشق مناسب به کودک بدهید.

توصیه های تغذیه ای در تب :

تب با کاهش اشتها و افزایش متابولیسم بدن در روند تغذیه کودک اختلال ایجاد می کند. در این مواقع توصیه های زیر مفید است:

- در شیرخواران کمتر از ۶ ماه، تداوم تغذیه با شیر مادر و یا شیر مصنوعی (در شیرخواران محروم از شیر مادر)
- تداوم تغذیه با شیر مادر همراه با غذاهای مایع در کودکان بالای ۶ ماه
- افزایش تعداد دفعات تغذیه حتی با حجم کم جهت جبران کاهش اشتها کودک
- سعی شود غذادادن به کودک در زمانی انجام شود که تب کودک به واسطه داروهای تب بر کاهش نسبی یافته است.

ارزیابی مشکل گوش:

کودک با ناراحتی گوش ممکن است دچار عفونت گوش باشد. وقتی کودکی عفونت گوش دارد، چرک پشت پرده گوش جمع می شود و تولید درد و اغلب تب می کند. اگر عفونت درمان نشود، ممکن است پرده گوش پاره شود. هر وقت چرک خارج می شود، کودک احساس درد کمتری می کند. تب و سایر نشانه ها ممکن است متوقف شود، اما شنوایی کودک ممکن است به علت وجود سوراخ در پرده گوش ضعیف گردد. معمولاً پارگی پرده گوش خودبخود درمان می شود در صورتی که ترشح ادامه یابد پارگی پرده گوش ترمیم نشده، و کودک دچار ناشنوایی خواهد شد. عفونت های گوش به ندرت باعث مرگ کودک می شوند ولی موجب بیماری کودک به مدت طولانی می شوند. در کشورهای در حال توسعه، عفونت گوش دلیل اصلی ناشنوایی می باشد که این امر سبب مشکلات یادگیری کودکان در مدرسه می شود.

مشکل گوش را در کودک ارزیابی کنید: از کلیه کودکان بیمار درمورد ناراحتی گوش سوال کنید.

سوال کنید : آیا کودک مشکل گوش دارد؟ اگر بله:

سوال کنید : آیا کودک درد گوش دارد؟

درد گوش ممکن است نشانه ابتلا کودک به عفونت گوش باشد. اگر مادر مطمئن نیست که کودک درد گوش دارد، سوال کنید آیا کودک بی قراری دارد و گوشش را می مالد.

سوال کنید: آیا از گوش او ترشح خارج می شود؟ اگر بله، برای چه مدتی؟

اگر به گفته مادر ترشح گوش وجود دارد برای خروج چرک از گوش نگاه کنید:

اگر خروج ترشح چرکی از گوش وجود دارد، مدت آن را سوال کنید:

وقتی در مورد مدت ترشح گوش سوال می کنید، به مادر فرصت دهید که به سوال شما دقیق جواب بدهد.

طول مدت خروج چرک از گوش برای طبقه بندی و درمان مهم است.

- اگر ترشح گوش برای ۲ هفته یا بیشتر وجود دارد به عنوان عفونت مزمن گوش طبقه بندی می شود.

- اگر وجود ترشح گوش کمتر از ۲ هفته باشد به عنوان عفونت حاد گوش طبقه بندی می شود.

به وجود تب در کودک توجه کنید.

مشکل گوش را طبقه بندی کنید:

چهار طبقه بندی برای ناراحتی گوش وجود دارد:

عفونت شدید استخوان گوش، عفونت مزمن گوش، عفونت حاد گوش میانی، عفونت گوش وجود

ندارد.

اقدام لازم	طبقه بندی	علائم و نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> • برای تسکین درد یک نوبت استامینوفن بدهید (ص ۱۴) • اقدامات قبل از ارجاع فوری (ص ۱۲) را انجام داده و کودک را فوراً ارجاع دهید. • اگر فاصله دسترسی به پزشک: <ul style="list-style-type: none"> - کمتر از یک ساعت است کودک را فوراً ارجاع دهید - بیش از یک ساعت است اولین نوبت آنتی بیوتیک عضلانی مناسب را بدهید سپس کودک را فوراً ارجاع دهید. 	<ul style="list-style-type: none"> • عفونت شدید استخوان گوش 	<ul style="list-style-type: none"> • حساسیت، تورم و درد استخوان پشت گوش
<ul style="list-style-type: none"> • برای تسکین درد استامینوفن بدهید (ص ۱۴) • گوش را با قیله گذاری خشک کنید و کودک را ارجاع کنید (ص ۱۴) 	<ul style="list-style-type: none"> • عفونت مزمن گوش 	<ul style="list-style-type: none"> • خروج چرک از گوش برای مدت ۱۴ روز یا بیشتر وجود دارد.
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت درد و تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ یک نوبت استامینوفن بدهید (ص ۱۴) • طبق جدول آنتی بیوتیک خوراکی (ص ۱۴)، به مدت ۱۰ روز آموکسی سیلین بدهید. • پس از دو روز پیگیری کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> • عفونت حاد گوش میانی 	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود هر یک از علائم زیر • ترشح چرکی از گوش به مدت کمتر از ۱۴ روز • درد حاد گوش (کمتر از ۴۸ ساعت) به همراه بی قراری و تب
<ul style="list-style-type: none"> • درمان لازم نیست. 	<ul style="list-style-type: none"> • عفونت گوش وجود ندارد 	<ul style="list-style-type: none"> • درد گوش وجود ندارد و خروج چرک نیز از گوش دیده نمی شود.

مشکل گوش را ارزیابی کنید.

<p>سوال کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آیا کودک مشکل گوش دارد؟ • اگر بله: <ul style="list-style-type: none"> • آیا درد گوش دارد؟ • آیا ترشح گوش دارد؟ • برای چه مدت؟ • آیا کودک تب داشته است؟ • آیا کودک بی قراری دارد؟ • بررسی کنید: <ul style="list-style-type: none"> • خروج چرک از گوش • حساسیت و تورم دردناک در استخوان پشت گوش
--

طبقه بندی کنید

۱. بی قراری، کودک بی قرار در یک محیط آرام، بدون حضور پزشک یا کارمند بهداشتی و حتی در آغوش مادرش آرام نیست و گریه های شدید دارد.

علائم عفونت شدید استخوان (ماستوئیدیت):

عفونت استخوان پشت گوش عارضه ای بسیار خطرناک است که باید بلافاصله کودک بستری شود. در صورتی که در لمس استخوان پشت گوش حساسیت، درد، تورم و قرمزی وجود دارد احتمال عفونت استخوان (ماستوئیدیت) گوش وجود دارد:

در این صورت برای تسکین درد یک نوبت استامینوفن بدهید، اقدامات قبل از ارجاع فوری را انجام داده و کودک را فوراً ارجاع دهید.

اگر فاصله دسترسی به پزشک بیش از یکساعت است اولین نوبت آنتی بیوتیک عضلانی مناسب را بدهید سپس کودک را فوراً ارجاع دهید. (اگر آنتی بیوتیک عضلانی مناسب در خانه بهداشت دارید).

عفونت مزمن گوش

اگر خروج چرک از گوش دارد و ترشح ۲ هفته یا بیشتر طول کشیده باشد عفونت مزمن گوش طبقه بندی می شود:

برای تسکین درد استامینوفن بدهید، گوش را به وسیله فتیله گذاری خشک کنید (به مادر یاد بدهید که چگونه گوش را خشک کند) و کودک را ارجاع دهید.

درمان موضعی عفونت مزمن گوش (فتیله گذاری)

- از یک گاز استریل یا پارچه تمیز و جذب کننده آب استفاده کنید و آن را به صورت فتیله لوله ای درآورید.
- فتیله را در داخل گوش کودک قرار دهید. بطور مرتب آن را کنترل کنید و پس از آن که فتیله خیس شد، آن را از گوش خارج کنید و سپس مجدداً یک فتیله تمیز را در داخل گوش قرار دهید.
- به مادر نحوه فتیله گذاری را آموزش دهید و از او بخواهید لااقل روزی ۳ بار ترشحات گوش را خشک کند. این کار را تا زمانی که ترشحات گوش کاملاً خشک شود، ادامه دهد و در صورتی که پزشک قطره آنتی بیوتیک موضعی تجویز نموده است پس از خشک کردن گوش، روزانه سه بار هر بار ۲ قطره گوشه آنتی بیوتیک را روی فتیله بچکاند.
- به هیچ عنوان چیز دیگری نظیر روغن و یا مایعات دیگر یا دود سیگار و غیره داخل گوش نریزد.
- به مادر توصیه کنید که در طول درمان شنا کردن ممنوع است و در حین استحمام مراقب باشد تا آب وارد گوش کودک نشود.

عفونت حاد گوش میانی

اگر خروج چرک از گوش وجود دارد و کمتر از دو هفته باشد، یا اگر درد حاد گوش (کمتر از ۴۸ ساعت) به همراه بی قراری و تب بود، بیماری کودک در طبقه بندی عفونت حاد گوش میانی قرار می گیرد:

در صورت وجود درد یا تب مساوی یا بالاتر از ۳۸.۵ یک نوبت استامینوفن بدهید و طبق جدول آنتی بیوتیک خوراکی به مدت ۱۰ روز آموکسی سیلین بدهید، ۲ روز بعد پیگیری کنید.

اگر کودک به تنهایی درد حاد گوش بیشتر از ۴۸ ساعت دارد به عنوان سایر مشکلات لحاظ نموده و جهت ارزیابی بیشتر به پزشک ارجاع دهید.

عفونت گوش وجود ندارد

اگر درد گوش وجود ندارد و خروج چرک از گوش دیده نمی شود، بیماری کودک را در طبقه بندی عفونت گوش وجود ندارد، قرار دهید. کودک به درمان نیاز ندارد.

ارزیابی گلودرد:

سؤال کنید: از کلیه کودکان بالای ۲ سال در مورد گلودرد سؤال کنید.

آیا کودک گلودرد دارد؟ یا آیا کودک موقع غذا خوردن مشکل دارد؟

اگر مادر پاسخ بله داد ضمن توجه به وجود تب، کودک را از نظر سایر نشانه های مربوط به گلودرد ارزیابی کنید.

آیا کودک آبریزش بینی، سرفه، عطسه، قرمزی چشم و یا خشونت صدا دارد؟

بسیاری از عفونت های ویروسی ناحیه حلق نیز با درد و سوزش ناحیه گلو همراه می باشند. از آنجا که این دسته از عفونت ها نیاز به درمان آنتی بیوتیکی ندارند، لذا افتراق آنها از عفونت های استرپتوکوکی مهم است. از جمله علائم کمک کننده، آبریزش بینی، سرفه، عطسه، قرمزی چشم و یا خشونت صدا است که معمولاً در عفونت های ویروسی وجود دارند.

معاینه و بررسی کنید :

حلق را از نظر قرمزی و وجود چرک سفید اطراف و روی لوزه ها نگاه کنید (با استفاده از آبنلانگ و چراغ قوه نگاه کنید).

پوست را از نظر بثورات جلدی بررسی کنید.

گردن را از نظر وجود غده لنفاوی بزرگ لمس کنید.

در صورت بزرگی غدد لنفاوی، هنگام لمس ناحیه جلوی گردن توده هایی را در زیر انگشتان خود لمس خواهید کرد که لمس آنها موجب درد در کودک نیز می شود.

گلودرد را طبقه بندی کنید:

دو طبقه بندی برای کودک مبتلا به گلودرد وجود دارد: گلودرد استرپتوکوکی دارد ، گلودرد استرپتوکوکی ندارد.

گلودرد را ارزیابی کنید.

در کودک ۲ سال به بالا گلودرد دارد.
 (کودک در زمان غذاخوردن مشکل دارد)
سوال کنید:
 • آیا کودک تب دارد؟
 • آیا کودک آبریزش بینی دارد؟
 • آیا کودک سرفه می کند؟
 • آیا کودک قرمزی چشم دارد؟
 • آیا کودک عطسه می کند؟
معاینه و بررسی کنید:
 • حلق را از نظر قرمزی و وجود چرک سفید اطراف و روی لوزه ها نگاه کنید.
 • پوست را از نظر بثورات جلدی بررسی کنید.
 • گردن را از نظر وجود غده لنفاوی بزرگ لمس کنید.

طبقه بندی کنید

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	اقدام لازم
اگر گلودرد کودک همراه با تب و یکی از نشانه های زیر باشد: • چرک سفید در حلق یا قرمزی منتشر گلو • بزرگی غده لنفاوی در گردن • بثورات	گلودرد استرپتوکوکی دارد	• برای تجویز پنی سیلین تزریقی فوراً به پزشک مرکز ارجاع دهید. • در تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد، استامینوفن بدهید (ص ۱۴) • ۲ روز بعد پیگیری کنید.
دو تا از نشانه های عفونت ویروسی را داشته باشد: • آبریزش بینی یا عطسه • قرمزی چشم • سرفه	گلودرد استرپتوکوکی ندارد	• اقدامات بی ضرر خانگی در سرماخوردگی را انجام دهید (ص ۱۴) • به مادر توصیه کنید چه زمانی فوراً برگردد. • در صورت عدم بهبودی ۲ روز بعد مراجعه کند.

۱. در صورتی که به هر دلیلی دسترسی به پزشک امکان ندارد، طبق دستورات (ص ۲۱) و با مراجعه به راهنمای بوکلت و دارونامه، شربت پنی سیلین ۷ هر ۸ ساعت ۵ میلی لیتر به مدت ۱۰ روز بدهید.

گلودرد استرپتوکوکی دارد:

عفونت های تنفسی فوقانی و گلودرد یکی از علل عمده مراجعه کودکان به مراکز درمانی سرپایی می باشد . التهاب حلق و لوزه ها به علل مختلف ایجاد می شوند. خطر عمده گلودرد چرکی، تب رماتیسمی است که در زیر ۲ سال نادر است .

اگر گلودرد کودک همراه با تب و یکی از نشانه های : چرک سفید در حلق یا قرمزی منتشر گلو ، بزرگی غده لنفاوی در گردن ، بثورات باشد در طبقه بندی " گلودرد استرپتوکوکی دارد " قرار می گیرد:

برای تجویز پنی سیلین تزریقی فوراً به پزشک مرکز ارجاع دهید ، برای گلودرد و تب بالاتر یا مساوی ۳۸/۵ درجه استامینوفن بدهید. ۲ روز بعد پیگیری کنید. (در صورتی که به هر دلیلی دسترسی به پزشک امکان ندارد، طبق دارونامه، شربت پنی سیلین ۷ (۲۵۰ mg/۵ml) هر ۸ ساعت ۵ میلی لیتر به مدت ۱۰ روز بدهید).

گلودرد استرپتوکوکی ندارد:

اگر کودک دو نشانه یا بیش تر از نشانه های آبریزش بینی، قرمزی چشم، سرفه، خشونت صدا، و یا عطسه را داشت، گلودرد استرپتوکوکی ندارد. چنین کودکانی احتمالاً به یک عفونت ویروسی حلق مبتلا می باشند: اقدامات بی ضرر خانگی در سرفه، سرماخوردگی و گلودرد غیر چرکی را انجام دهید. به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. در صورت عدم بهبودی ۲ روز بعد مراجعه کند.

بررسی کودک از نظر کم وزنی:

وزن و قد تمام کودکان بیمار اندازه گیری و ثبت می شود و با توجه به نمودارها، وضعیت رشد کودک و کم وزنی مشخص می گردد:

اگر کودک کم وزنی شدید داشته باشد:

- در صورتی که بیماری جدی دیگری دارد، فوراً او را همراه مادرش به نزدیکترین بیمارستان ارجاع دهید.

- در غیر این صورت به پزشک مرکز خدمات سلامت ارجاع دهید.

اگر کودک در طبقه بندی کم وزنی شدید قرار نداشت توصیه های لازم تغذیه ای و ... را انجام دهید.

درمان	طبقه بندی	نشانه ها
	کم وزنی شدید	• پایین تر از $-3 Z\text{-score}$
اگر کودک بیماری جدی دیگری دارد، فوراً او را همراه مادرش به نزدیکترین بیمارستان ارجاع دهید در غیر این صورت به پزشک مرکز خدمات سلامت ارجاع دهید.		
• بررسی وضعیت تغذیه و غذای کودک و مشاوره با مادر (طبق چارت تغذیه و مشاوره) اگر مشکل در غذا و نحوه تغذیه دارد ۵ روز بعد پیگیری کنید.	کم وزنی یا کم وزنی نامعلوم	• مساوی و بالای $-3 Z\text{-score}$ تا پایین تر از $-2 Z\text{-score}$
• توصیه به مادر که چه زمانی فوراً برگردد.		• مساوی و بالای $-2 Z\text{-score}$ ولی روند رشد نامعلوم یا روند متوقف شده یا کاهش یافته باشد.
• برای اختلال رشد کودک زیر یکسال ۲ هفته و بالای یکسال یکماه بعد پیگیری کنید.		
• مادر را تشویق کنید که تغذیه کودکش را همچنان ادامه بدهد.	کم وزنی ندارد	• هیچکدام از نشانه های طبقه بندی فوق نداشته باشد.

کنترل کودک از نظر کم وزنی

وزن کودک را اندازه بگیرید.
 • پس از رسم منحنی وزن کودک در کارت رشد، وضعیت وزن کودک را بررسی کنید.

طبقه بندی کنید

کودک بیمار ممکن است سوء تغذیه داشته باشد. کودک مبتلا به سوء تغذیه در معرض خطری بسیاری از بیماری ها و حتی مرگ می باشد. حتی کودکان با سوء تغذیه متوسط خطر مرگ در آنها افزایش می یابد. تشخیص کودکان مبتلا به سوء تغذیه و درمان آنها کمک می کند تا از بسیاری از بیماری ها و مرگ آنها جلوگیری شود.

بررسی کودک از نظر ایمن سازی / مکمل ها / سایر مشکلات:

واکسیناسیون: برای تمام کودکان وضعیت واکسیناسیون بررسی شود.

در گذشته تصور کارکنان بهداشتی بر این بود که بیماریهای خفیف از موارد منع واکسیناسیون می باشد (دلیلی برای عدم واکسیناسیون کودک) آنها کودک بیمار را برمی گردانند و به مادر می گفتند هر وقت حالش بهتر شد او را بیاورد. اینکار با توجه به اینکه موجب تعویق واکسیناسیون کودک می شود نادرست است. مادر ممکن است راه دوری برآوردن کودک بیمار خود به مرکز بهداشتی یا خانه بهداشت را طی کرده باشد و دیگر به آسانی نتواند کودک خود را در زمان دیگری برای واکسیناسیون بیاورد. این کودک در معرض خطر ابتلا به سرخک، فلج، دیفتری، کزاز، سیاه سرفه ... قرار دارد. واکسیناسیون کودکان بیمار و مبتلا به سوء تغذیه در مقابل این بیماریها بسیار حائز اهمیت می باشد.

اگر کودک بیمار اینقدر حالش خوب باشد که بتواند به خانه برگردد باید واکسیناسیون انجام شود. ولی اگر نیاز به ارجاع داشت باید بعد از ارجاع برای واکسیناسیون تصمیم گیری شود.

مکملها: توجه نمایید که مکملها طبق دستورالعمل به کودک داده شود.

سایر مشکلات:

از آنجا که چارت ارزیابی و طبقه بندی، به همه مشکلات کودک بیمار نمی پردازد، شما باید سایر مشکلاتی را که مادر به شما می گوید ارزیابی نمائید. برای مثال، ممکن است مادر بگوید کودک مبتلا به عفونت پوستی یا خارش است و یا ممکن است شما در حین ارزیابی مشکلات دیگری را مشاهده کنید در چنین شرایطی کودک را جهت ارزیابی بیشتر به مرکز خدمات سلامت ارجاع دهید.

چه موقع برگردد

به مادر توصیه کنید چه موقع نزد کارمند بهداشتی برگردد.
به مادر توصیه کنید طبق لیست زیر برای پیگیری کودک بیمار مراجعه نماید.

به مادر توصیه کنید برای هر یک از بیماری ها، بر اساس جدول چه زمانی برای ارزیابی مجدد برگردد:

زمان پیگیری	طبقه بندی
۱ روز بعد	بیماری تب دار با علائم موضعی
۲ روز بعد	پنومونی سرفه یا سرماخوردگی اسهال خونی اسهال حاد (کم آبی نسبی) بیماری تب دار بدون علائم موضعی عفونت حاد گوش میانی گلو درد استرپتوکوکی
در صورت عدم بهبودی، ۲ روز بعد	گلودرد استرپتوکوکی ندارد
۵ روز بعد	اسهال پایدار عفونت مزمن گوش
در صورت عدم بهبودی، ۵ روز بعد	اسهال حاد (کم آبی ندارد)
۱۰ روز بعد (زیر ۲ ماه) ۱۵ روز بعد (۲ ماه تا یک سال) ۳۰ روز بعد (بالای یک سال)	کم وزنی و احتمال مشکل

به مادر توصیه کنید اگر کودک هر کدام از نشانه های زیر را داشت، باید فوراً برگردد:

<ul style="list-style-type: none"> • قادر به نوشیدن یا خوردن شیر مادر نیست. • بیماری او شدیدتر شده است. • تب کند 	<p>به طور کلی هر کودکی که مبتلا به هر بیماری است باید فوراً برگردد اگر:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • تنفس تند دارد • تنفس مشکل دارد 	<p>کودکی که پنومونی ندارد و دچار سرفه یا سرماخوردگی است، باید فوراً برگردد اگر:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • دچار بی حالی، خواب آلودگی، بی قراری یا تحریک پذیری شود. • اسهال کودک شدیدتر شود. • تشنگی زیاد داشته باشد. • قادر به نوشیدن مایعات و یا خوردن غذا نباشد. • تب کند. • خون در مدفوع یا شکم درد شدید ایجاد شود • استفراغ مکرر داشته باشد 	<p>هر کودک مبتلا به اسهال، باید فوراً برگردد اگر:</p>

پیگیری کودکان بیمار :

در مراجعه پیگیری با در نظر گرفتن طبقه بندی قبلی، مجدداً کودک ارزیابی شود و از اجرای اقدامات درمانی و توصیه ها اطمینان یابید. در هر مورد که کودک بیمار، انتقال یا ارجاع فوری داده شده است، پس از ۲۴ ساعت پیگیری شود.

پنومونی : بعد از ۲ روز :

• نشانه های خطر را در کودک بررسی کنید. • کودک را از نظر سرفه یا تنفس ارزیابی کنید.

سوال کنید: آیا تب کمتر شده است؟ آیا تنفس کودک بهتر شده است؟ آیا اشتهای کودک بهتر شده است؟

درمان:

- اگر تو کشیده شدن قفسه سینه وجود دارد، فوری به نزدیکترین بیمارستان ارجاع دهید.
- اگر شمارش تنفس، تب و اشتها فرقی نکرده، به مرکز خدمات سلامت ارجاع دهید.
- اگر شمارش تنفس کمتر، تب کمتر و اشتها بهتر شده، درمان ۵ روز آنتی بیوتیک را کامل کنید.

عفونت گوش: پس از ۲ روز :

مطابق چارت مشکل گوش ارزیابی کنید. درجه حرارت کودک را اندازه گیری کنید.

درمان:

- اگر تورم دردناک در پشت گوش یا تب بالای ۳۸/۵ وجود دارد کودک را فوراً به نزدیکترین مرکز درمانی ارجاع دهید.
- عفونت حاد گوش: اگر درد گوش کمتر شده است درمان را با همان آنتی بیوتیک تا ۱۰ روز ادامه داده و گوش را به وسیله فتیله گذاری خشک کنید در غیر این صورت، به مرکز خدمات سلامت ارجاع نمایید.

تب : بعد از ۲ روز :

- کودک را کامل ارزیابی کنید.
- اگر هنوز تب دارد و در طبقه بندی دیگری قرار می گیرد مطابق درمان توصیه شده عمل کنید.
- اگر تب به تنهایی باقی مانده و در طبقه بندی دیگری قرار نمی گیرد به مرکز خدمات سلامت ارجاع دهید.

اسهال / اسهال پایدار : بعد از ۵ روز:

کودک را از نظر کم آبی ارزیابی کنید.

سوال کنید: آیا اسهال قطع شده است؟ چند بار در روز دفع مدفوع داشته است؟

درمان:

- اگر اسهال هنوز متوقف نشده است (هنوز ۳ بار و بیشتر در روز اسهال دارد) کودک برای ارزیابی بیشتر ارجاع دهید.
- اگر اسهال متوقف شده است (کمتر از ۳ بار اسهال در روز دارد) به مادر بگویید توصیه های تغذیه ای معمول برای سن کودک را ادامه بدهد.

مشکلات غذا و نحوه تغذیه : بعد از ۵ روز :

- وضعیت غذا و نحوه تغذیه را بررسی کنید: به چارت مشاوره نگاه کنید.
- در مورد هر مشکل غذا و نحوه تغذیه که در اولین مراجعه پی برده اید، سوال کنید.
- در مورد هر مشکل غذا و نحوه تغذیه که جدیداً بروز کرده، مشاوره کنید. اگر با مادر در مورد انجام تغییرات خاص در تغذیه کودک مشاوره کرده اید، از او بخواهید که به همراه کودک مجدداً مراجعه نماید

کم وزنی شدید / کم وزنی / کم وزنی نامعلوم : بعد از ۱۵ یا ۳۰ روز :

- کودک را وزن کنید و تعیین کنید که آیا کودک هنوز کم وزنی دارد؟
- وضعیت غذا و نحوه تغذیه را بررسی کنید: به چارت مشاوره نگاه کنید.

درمان:

- اگر کودک کم وزنی ندارد، مادر را به ادامه توصیه ها تشویق کنید.
- اگر کودک هنوز کم وزنی دارد براساس بوکلت کودک سالم، ارزیابی و درمان مناسب را انجام دهید.

مشاوره با مادر : غذا و نحوه تغذیه کودک را بررسی کنید:

- در مورد غذای معمول کودک و نحوه تغذیه در دوران بیماری سوال کنید.

• جواب های مادر را با توصیه های تغذیه ای برای گروه های سنی طبق جدول زیر مقایسه کنید.

سوال کنید:

• آیا کودک شیر خودتان را می خورد؟

اگر بلی: چند بار در روز؟

• آیا در طول شب هم شیر می دهید؟

• آیا کودک غذا یا مایعات دیگر می خورد؟

اگر بلی: چه نوع غذا یا مایعات؟

چند بار در روز؟

• اگر خیلی کم وزن است، چه مقدار غذا برای هر وعده به او می دهید؟

• چه کسی و چگونه او را تغذیه میکنید؟

• به تازگی تغذیه کودک فرق کرده است؟

اگر بلی: چگونه؟

توصیه های تغذیه

توصیه های تغذیه برای تمام کودکان در طول بیماری و سلامت

توزاد تا ۱ هفته	۱ هفته تا ۶ ماه	۶ تا ۹ ماه	۹ تا ۱۳ ماه	۱۳ تا ۲۴ ماه	۲ سال و بزرگتر
					
بلافاصله پس از تولد، نوزادان را در تماس پوست با پوست قرار دهید. اجازه دهید در همان ساعت اول نوزادان پستان بگیرد. به نوزادان ۱۵-۲۰ دقیقه شیر غلیظ و زرد رنگ- بدهید. به این وسیله، از او در برابر بسیاری از بیماری ها محافظت می کنید. شبانه روز و تا آن جا که نوزادان می خواهد - لافل ۸ بار در روز- به او شیر بدهید. شیر دادن مکرر، باعث تولید شیر بیشتر خواهد شد. اگر نوزادان کوچک (کم وزن به هنگام تولد) است، لافل هر ۲ تا ۳ ساعت به او غذا بدهید. اگر بیدار نشد، سه ساعت بعد از هر وعده غذا او را بیدار کنید. غذاها یا مایعات دیگر به او ندهید. تنها چیزی که نوزاد نیاز دارد، شیر مادر است. این به ویژه برای شیرخواران مادران آج ای وی مثبت مهم است. تغذیه مختلط، خطر انتقال آج ای وی از مادر به کودک زود و بلافاصله به شیر مادر افزایش می دهد.	تا هر مقدار که کودک می خواهد، به او شیر دهید. تا هر مقدار که کودک می خواهد، به او شیر دهید. به این نشانه های گرسنگی مانند شروع بی قراری، مگیدن انگشتان، یا حرکت دادن لبها توجه کنید. شبانه روز و هر بار که کودک می خواهد - لافل ۸ بار در ۲۴ ساعت- به او شیر دهید. شیر دادن های مکرر، موجب تولید شیر بیشتر می شود. غذاها یا مایعات دیگر به او ندهید. تنها چیزی که نوزاد نیاز دارد، شیر مادر است.	تا هر مقدار که کودک می خواهد، به او شیر دهید. انواع پوره یا غذاهای له شده غلیظ از منشاء حیوانی و میوه ها و سبزی های سرشار از ویتامین ۸ نیز به او بدهید. هر بار فنجان (۱ فنجان = ۲۵۰ ml) به او غذا دهید. روزانه ۳ تا ۴ وعده غذا به او بدهید. روزانه (۱ تا ۲) میان وعده به او بدهید. اگر کودک گرسنه باشد، آن را می پذیرد. برای میان وعده ها، خوردنی های چوبدنی کوچک که کودک بتواند آن ها را در دست نگاه دارد، بگذارید کودک خودش میان وعده ها را بخورد، ولی اگر لازم بود به وی کمک کنید.	تا هر مقدار که کودک می خواهد، به او شیر دهید. انواع پوره یا غذاهای له شده غلیظ شامل غذاهای از منشاء حیوانی و میوه ها و سبزی های سرشار از ویتامین ۸ نیز به او بدهید. فنجان پر (۱ فنجان = ۲۵۰ ml) در هر وعده، سه چهارم فنجان (۱ فنجان = ۲۵۰ ml) به او غذا دهید. روزانه ۳ تا ۴ وعده غذا به او بدهید. فنجان (۱ فنجان = ۲۵۰ ml) تا ۱ میان وعده به او بدهید. اگر کودک غذاهای جدید را در می کشد، چندین بار به او غذا بدهید. نشان دهید خودتان به آن غذا علاقه دارید. صورت بپاشید. در طول غذا خوردن با کودک تان صحبت و به چشم هایش نگاه کنید.	انواع پوره یا غذاهای له شده غلیظ شامل غذاهای از منشاء حیوانی و میوه ها و سبزی های سرشار از ویتامین ۸ نیز به او بدهید. فنجان پر (۱ فنجان = ۲۵۰ ml) در هر وعده، لافل یک فنجان پر (۱ فنجان = ۲۵۰ ml) به او غذا دهید. در هر وعده، سه چهارم فنجان (۱ فنجان = ۲۵۰ ml) تا ۱ میان وعده به او بدهید. اگر کودک غذاهای جدید را در می کشد، چندین بار به او غذا بدهید. نشان دهید خودتان به آن غذا علاقه دارید. صورت بپاشید. در طول غذا خوردن با کودک تان صحبت و به چشم هایش نگاه کنید.	
• نکته: رژیم غذایی خوب باید روزانه باید حاوی غذاهای پر انرژی (مانند غلات غلیظ به اضافه روغن) گوشت، ماهی، تخم مرغ، یا پنشن و میوه ها و سبزی های کافی باشد.					

اگر کودک طبق توضیحات بالا غذا نخورده است. با مادر مشاوره کنید: اگر مادر مشکل تغذیه با شیرمادر را مطرح کرد. تغذیه با شیرمادر را ارزیابی کنید. همچنین نحوه صحیح بغل کردن و شیردهی را به مادر نشان دهید. اگر کودک زیر ۴ ماه سن دارد و شیر و یا غذای دیگری می خورد :

- به مادر اطمینان بدهید که خود می تواند شیر مورد نیاز کودک را تولید کند.
- توصیه کنید مرتب، روز و شب و با دفعات طولانی کودک را شیر بدهد و به تدریج غذاها و شیرهای دیگر را کم کند.

اگر مادر مجبور است شیرهای دیگر را به کودک بدهد در خصوص موارد زیر با او مشاوره کنید:

- تغذیه با شیر مادر را حتی شب ها ادامه دهد .
- مطمئن شوید جانشین شونده مناسبی انتخاب کرده .
- مطمئن شوید طرز تهیه شیر را می داند و آن را بهداشتی تهیه می کند .
- شیر آماده را بیشتر از یک ساعت نگه ندارد.
- از گول زنک استفاده نکند.

اگر مادر برای تغذیه کودک از بطری استفاده می کند:

- به جای بطری فنجان را توصیه کنید.
- به مادر نشان بدهید که چگونه با فنجان به کودک شیر بدهد.

اگر کودک خوب غذا نمی خورد با مادر مشاوره کنید:

- با کودک بنشینید و او را ترغیب نمایید.
- به کودک در ظرف ها و کاسه های جدا غذا بدهید.

اگر کودک در طول بیماری خوب غذا نمی خورد با مادر مشاوره کنید:

- در صورت امکان مرتب او را با شیر مادر تغذیه کنید.
- از غذاهای نرم، متنوع، اشتها آور و غذاهایی که کودک دوست دارد تا حد امکان به او بدهید.
- اگر بینی کودک مانع تغذیه اوست تمیز کنید.
- انتظار داشته باشید وقتی حال کودک بهتر شود اشتهای او بهتر خواهد شد.

ارزیابی، طبقه بندی و درمان شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه

شیرخواران کم سن دارای خصوصیات خاصی هستند که هنگام طبقه بندی بیماری باید به آنها توجه نمود . آنها ممکن است به علت عفونتهای باکتریال شدید خیلی سریع بیمار شوند و بمیرند . آنها اغلب فقط نشانه های عمومی نظیر تحرک کم، تب و یا دمای پایین بدن را دارند . توکشیده شدن خفیف قفسه سینه در این شیرخواران طبیعی است زیرا دیواره قفسه سینه آنها نرم است . به همین دلایل، ارزیابی، طبقه بندی و درمان شیرخواران کم سن قدری متفاوت از شیرخواران و کودکان بزرگتر می باشد.

ارزیابی و طبقه بندی شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه طبق برنامه مانا عبارتند از:

- ارزیابی از نظر احتمال ابتلا به عفونت باکتریال شدید یا بیماری خیلی شدید و عفونت باکتریال موضعی
- ارزیابی شیرخوار از نظر زردی
- ارزیابی شیرخوار از نظر اسهال و کم آبی
- ارزیابی شیرخوار از نظر مشکل شیرخوردن و یا کم
- ارزیابی از نظر وضعیت واکسیناسیون و مصرف مکملهای دارویی
- ارزیابی سایر مشکلات

ارزیابی شیرخوار از نظر احتمال ابتلا به عفونت باکتریال شدید یا بیماری خیلی شدید و عفونت

باکتریال موضعی

در بدو ورود شیرخوار بیمار، ابتدا باید او را از نظر وجود علایم بیماری خیلی شدید مورد بررسی قرار داد تا در صورت داشتن علائم ، سریعاً تحت درمان قرار گیرد تا از مرگ وی جلوگیری شود. یک شیرخوار کم سن می تواند در اثر عفونتهای باکتریال شدید مثل پنومونی ، سپسیس و مننژیت خیلی سریع بیمار شود و بمیرد.

سپس برای پیدا کردن نشانه های عفونت موضعی، به چشم، پستان، ناف و پوست شیرخوار دقت می کنید این عفونت ها می توانند در شیرخواران کمتر از ۲ ماه خیلی سریع پیشرفت کرده و ممکن است موجب مرگ شیرخوار شود.

بررسی علائم و نشانه های عفونت باکتریال شدید یا بیماری خیلی شدید در کودک زیر دو ماه:

سوال کنید و مشاهده و بررسی کنید :

کاهش قدرت مکیدن (خوب شیرنخوردن) ، تشنج ، تنفس تند (۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) ، توکشیده شدن شدید قفسه سینه ، اندازه گیری درجه حرارت زیر بغلی ، توجه به حرکات شیرخوار (داشتن حرکت خودبخودی یا فقط وقتی که تحریک می شود و یا نداشتن هیچگونه حرکتی) .

برای ارزیابی تنفس شیرخوار کم سن باید آرام باشد او می تواند بخوابد درحالی که شما تعداد تنفس ، میزان توکشیده شدن قفسه سینه را ارزیابی کنید و دمای بدن او را اندازه بگیرید . تا این زمان او ممکن است بیدار شده باشد سپس شما می توانید بیحالی و یا کاهش سطح هوشیاری او را ببینید و حرکات او را نگاه کنید .

(نحوه ارزیابی علائم بیماری خیلی شدید در فصل ۵ (ارزیابی کودک از نظر نشانه های خطر) کامل توضیح داده شده است).

ارزیابی نشانه های عفونت موضعی :

- برای بررسی عفونت چشم ، نوزاد را بلند کرده به آرامی به حالت نشسته و خوابیده حرکت دهید اگر چشم ها را باز کرد به چشم شیرخوار نگاه کنید و از نظر خروج ترشحات چرکی ، قرمزی اطراف چشم و تورم پلکها بررسی کنید.
- در معاینه ناف شیرخوار، وجود ترشحات چرکی و قرمزی اطراف ناف و خونریزی از ناف را بررسی نمایید.
- پوست شیرخوار را از نظر وجود جوشهای چرکی و تاول های بزرگ مشاهده کنید.
- پستان شیرخوار را از نظر قرمزی، گرمی و تورم بررسی کنید.

طبقه بندی شیرخواران کم سن از نظر احتمال ابتلا به عفونت باکتریال شدید، بیماری خیلی شدید یا عفونت باکتریال موضعی :

نشانه های شیرخوار را با نشانه های لیست شده مقایسه کنید و طبقه بندی مناسب را انتخاب کنید .

اگر شیرخوار هر یک از نشانه های : تنفس ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر ، خوب شیر نخوردن ، تشنج ، توکشیده شدن شدید قفسه سینه ، تب (دمای زیر بغلی مساوی یا بالاتر از ۳۷/۵) ، هیپوترمی (دمای زیر بغلی کمتر از ۳۶/۵) ، تحرک کمتر از معمول ، داشتن حرکت فقط وقتی که تحریک می شود و یا نداشتن

هیچگونه حرکتی را دارد در طبقه بندی " احتمال ابتلا به عفونت باکتریال شدید، بیماری خیلی شدید" قرار می گیرد. شیرخوار کم سنی که در این طبقه بندی قرار گیرد .

اگر خروج ترشحات چرکی همراه با تورم پلک ها یا قرمزی اطراف چشم مشاهده شد، و یا در معاینه ناف شیرخوار، خروج بیش از چند قطره خون از ناف یا ترشحات چرکی ناف همراه با قرمزی و انتشار به اطراف دارد و یا جوشهای چرکی منتشر بیشتر از ۱۰ تا یا تاول های بزرگ بر روی پوست شیرخوار قرمزی، گرمی و تورم پستان مشاهده می گردد، شیرخوار کم سن در طبقه بندی "عفونت باکتریال موضعی" قرار می گیرد.

اقدامات لازم در این دو طبقه بندی :

- برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون، اقدام کنید و به مادر توصیه کنید شیرخوار را گرم نگه دارد. شیرخواران کم سن در نگهداری دمای بدنشان مشکل دارند . دمای پایین به تنهایی می تواند موجب مرگ شیرخوار شود).
- شیرخوار نیاز به ارجاع فوری به مرکز درمانی دارد . اگر فاصله دسترسی به پزشک کمتر از یکساعت باشد، شیرخوار را فوراً انتقال دهید . و اگر بیش از یکساعت باشد، اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را به صورت عضلانی تزریق کنید و سپس شیرخوار را فوراً ارجاع دهید.
- اگر شیرخوار علائم دیگری نداشته باشد و فقط جوشهای چرکی بر روی پوست او کمتر از ۱۰ عدد باشد کودک در طبقه بندی "عفونت باکتریال موضعی خفیف" قرار می گیرد ، اقدام لازم شامل:
 - تجویز موپیروسین پوستی و استحمام روزانه با آب و صابون
 - به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد.
 - پس از ۲ روز پیگیری کنید.
- اگر فقط خروج ترشحات چرکی از چشم شیرخوار بدون تورم پلکها وجود دارد ، در طبقه بندی " عفونت خفیف چشم" قرار می گیرد. در این صورت اقدام لازم شامل موارد زیر می باشد:
 - قطره سولفاستامید چشمی ۱۰% به میزان یک قطره هر ۶ ساعت به مدت ۵ روز استفاده کنید.
 - به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد.
 - ۲روز بعد پیگیری کنید. در صورت عدم بهبودی به پزشک مرکز ارجاع دهید.

شیرخوار را از نظر احتمال ابتلا به عفونت باکتریال شدید، بیماری خیلی شدید یا عفونت باکتریال موضعی ارزیابی کنید

اقدام لازم	طبقه بندی	علامت و نشانه ها	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت داشتن هر یک از علائم زیر: • تنفس ≥ 60 بار در دقیقه یا بیشتر • خوب شیر نخوردن • تشنج • توکسیده شدن شدید قفسه سینه • تب (مساوی یا بالاتر از $37.5/5$ درجه سانتیگراد) • پایین بودن درجه حرارت بدن (کمتر از $35.5/5$ درجه سانتیگراد) • تحریک کمتر از معمول • داشتن حرکت قفط وقتی که تحریک می شود و یا نداشتن هیچگونه حرکتی 	احتمال عفونت باکتریال شدید یا بیماری خیلی شدید	<ul style="list-style-type: none"> • ترشحات چرکی ناف همراه با قرمزی و انتشار آن به اطراف • جوش چرکی منتشر در پوست بیشتر از 10 تا • خروج ترشحات چرکی همراه با تورم پلک ها 	<p>سوال کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آیا کاهش قدرت مکیدن دارد؟ • آیا تشنج داشته است؟ <p>مشاهده و بررسی کنید: (شیرخوار باید آرام باشد)</p> <p>تعداد تنفس در شیرخوار را در یک دقیقه بشمارید (اگر ≥ 60 بار در دقیقه یا بیشتر بود، مجدداً بشمارید)</p> <ul style="list-style-type: none"> • تنفس تند ≥ 60 بار یا بیشتر • توکسیده شدن شدید قفسه سینه • درجه حرارت زیر بغلی را اندازه بگیرید. <p>به حرکات شیرخوار توجه کنید:</p> <p>اگر شیرخوار خوابیده است از مادر بخواهید به آرامی او را بیدار کند.</p> <ul style="list-style-type: none"> • آیا شیرخوار حرکت خودبخودی ندارد؟ به آرامی او را تحریک کنید • تحرک کمتر از معمول و بیحالی • آیا شیرخوار کاملاً بی حرکت است؟ • آیا ناف قرمز است و ترشح دارد؟ • آیا جوش پوستی دارد؟ • آیا شیرخوار ترشحات چرکی از چشم یا تورم پلک دارد؟
<ul style="list-style-type: none"> • برای پیشگیری از یابین آمدن قند خون اقدام کنید. • توصیه به مادر که شیرخوار را گرم نگه دارد. • اگر فاصله دسترسی به پزشک: • کمتر از یکساعت است کودک را فوراً رجاع دهید. • بیش از یکساعت است اولین نوبت آنتی بیوتیک عضلانی مناسب را بدهید سپس کودک را فوراً رجاع دهید. 	عفونت باکتریال موضعی	<ul style="list-style-type: none"> • جوش های چرکی پوست کمتر از 10 تا 	
<ul style="list-style-type: none"> • تجویز موپیروسین پوستی و استحمام روزانه با آب و صابون • به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. (ص ۲۷) • پس از ۲ روز پیگیری کنید. 	عفونت باکتریال موضعی		
<ul style="list-style-type: none"> • از قطره سولفاستامید چشمی 1% به میزان یک قطره هر ۶ ساعت به مدت ۵ روز استفاده کنید. • به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. (ص ۲۷) • پس از ۲ روز پیگیری کنید. • در صورت عدم بهبودی، به پزشک مرکز رجاع دهید 	عفونت خفیف چشم	<ul style="list-style-type: none"> • خروج ترشحات چرکی از چشم بدون تورم پلک ها 	

ارزیابی شیرخوار کمتر از ۲ ماه از نظر زردی:

زردی (یرقان، ایکتر) نوزادان به دلیل افزایش رنگدانه بیلی روبین غیرمستقیم در خون و تجمع آن در پوست بدن نوزاد ایجاد می شود. بدلیل تاثیر آن بر روی مغز ممکن است باعث معلولیت یا عقب ماندگی ذهنی و نهایتاً مرگ نوزاد گردد.

بیلی روبین ((Bilirubin (BR)) یکی از پیگمان های زرد رنگ صفراوی است که از شکست و تجزیه طبیعی هموگلوبین حاصل می شود و عامل رنگ زرد ادرار و رنگ قهوه ای مدفوع است. گلبولهای قرمز پس از طی عمر ۱۲۰ روزه خود، در طحال توسط ماکروفاژهای طحالی تخریب می شوند.

بیلی روبین غیر کونژوگه (غیر مستقیم) تقریباً در همه نوزادان نسبت به مقدار طبیعی آن در بالغین (کمتر از $1/5 \text{mg/dl}$) کمی افزایش دارد که ناشی از افزایش تولید بیلی روبین، کاهش برداشت کبدی و کونژوگه شدن بیلی روبین و افزایش باز جذب روده ای بیلی روبین است.

علل زردی:

افزایش تولید بیلی روبین به علت سرعت تخریب گلبولهای قرمز جنینی و کوتاه بودن عمر گلبول قرمز باعث بالا رفتن بیلی روبین غیرمستقیم خون می شود. جهت دفع بیلی روبین از بدن نوزاد، باید بیلی روبین غیرمستقیم به بیلی روبین مستقیم تبدیل گردد که این عمل در سلولهای کبدی و توسط آنزیم و پروتئین

خاصی صورت می پذیرد. هر عاملی که سبب تاخیر یا توقف این عمل گردد موجب افزایش بیشتر بیلی روبین خون می شود از جمله : عدم تکامل سلولهای کبدی - عفونت - نارسای کودک - تاخیر در دفع مکونیوم - هیپرتیروئیدی و...

تشخیص زردی:

مشاهده زردی در سفیدی چشم و نوک بینی که با اندک فشار، زردی بینی مشخص می گردد. با افزایش سطح بیلی روبین زردی به سمت شکم و پاها گسترش می یابد.

انواع زردی : زردی ۲ نوع است ۱-طبیعی: فیزیولوژیک ۲- غیرطبیعی: غیر فیزیولوژیک (یا پاتولوژیک)

اکثریت نوزادان (۶۰٪ نوزادان ترم و ۸۰٪ نوزادان نارس) در هفته اول زندگی به طور طبیعی (فیزیولوژیک) یا بیماری (پاتولوژیک) دچار زردی می شوند. ولی نکته مهم شناخت و درمان زردی غیر فیزیولوژیک (پاتولوژیک) و پیشگیری از عوارض و درمان بموقع بیماریهای احتمالی زمینه ای است.

زردی ابتدا از صورت شروع شده سپس روی قفسه سینه و شکم و در نهایت در دستها و پاها ظاهر می شود.

زردی طبیعی (فیزیولوژیک) : در هفته اول تولد، درصد قابل توجهی از نوزادان به علت افزایش بدون عارضه و

گذرای بیلی روبین خون ، بیلی روبین توتال بالاتر از ۵mg/dl خواهند داشت ، که معمولاً زرد به نظر می رسند . این افزایش طبیعی بیلی روبین غیر کونژوگه (غیرمستقیم) ، زردی فیزیولوژیک نامیده می شود .

ظهور زردی فیزیولوژیک از روز دوم به بعد می باشد و بازگشت به حد طبیعی بیلی روبین در روزهای ۵-۷ ایجاد می گردد. اما در برخی نوزادان و نوزادان نارس ممکن است تا روزهای ۷-۱۰ تولد نیز طول بکشد .

زردی فیزیولوژیک از روز دوم یا سوم تولد شروع و تا روز پنجم افزایش یافته و پس از آن به تدریج در عرض چند روز کاهش می یابد و سپس از بین می رود.

زردی غیر طبیعی (پاتولوژیک) : اگر در ۲۴ ساعت اول زندگی آثار زردی در کودک ظاهر گردد به عنوان

زردی غیر طبیعی بیان می گردد. یکی از شایعترین علتهای ایجاد زردی غیرطبیعی ناسازگاری RH مادر و نوزاد می باشد. ناسازگاری ارهاس زمانی بروز می نماید که از مادر RH منفی و پدر RH مثبت ، نوزاد RH مثبت بدنیا بیاید . حدود ۸۵درصد مردم RH مثبت و ۱۵درصد RH منفی هستند.

معمولاً اگر RH خون مادر و جنین یکسان باشد هیچگونه ناسازگاری خونی ایجاد نمی شود اما در صورتیکه مادر RH منفی و جنین RH مثبت باشد در اثر انتقال خون جنین به مادر از طریق جفت و بندناف ، در خون مادر آنتی کر ضد D تولید و این آنتی کر وارد بدن جنین شده و سبب لیز گلبولی و زردی جنین می گردد.

در شرایط طبیعی این روند در جریان اولین حاملگی کمتر اتفاق می افتد زیرا قبل از شروع زایمان حساسیت اولیه آنتی ژن های RH بندرت بروز می کند. در صورتیکه در موقع قطع بند ناف مقدار زیادی از خون نوزاد RH مثبت وارد گردش خون مادر RH منفی شود تولید آنتی کر بر ضد آنتی ژن در خون مادر تحریک می گردد و در حاملگی های بعدی آنتی کرهای تولید شده در زایمان قبلی که در خون مادر موجود می باشد وارد گردش خون جنین RH مثبت شده و شروع به تخریب گلبولهای قرمز می نماید. بهترین اقدام جهت پیشگیری از حساسیت مادر، تزریق آمپول روگام می باشد.

ارزیابی شیرخوار را از نظر زردی :

از آنجایی که در برخی نوزادان شدت زردی بالا بوده و می تواند به درگیری مغزی منجر شود بنابراین همه شیرخوارانی که در ظاهر زرد هستند، نیاز به بررسی بیشتر دارند.

در کلیه کودکان کمتر از ۲ ماه سفیدی چشم و نوک بینی شیرخوار را از نظر زردی بررسی کنید. به این منظور به نوک بینی شیرخوار (بعد از کمی فشار) یا سفیدی چشم او توجه کنید اگر زردی وجود داشته باشد گسترش زردی را بررسی کرده و سوالات زیر را از مادر پرسید:

- زردی شیرخوار چه زمانی ایجاد شده است؟
- آیا زردی از ۲۴ ساعت اول تولد شروع شده است؟
- آیا نوزاد کم وزنی دارد؟ (وزن تولد کمتر از ۱۸۰۰ گرم)
- آیا ناسازگاری خونی وجود دارد؟ (RH خون مادر منفی و نوزاد مثبت است؟ و یا گروه خون مادر O و نوزاد A یا B یا AB است؟)
- آیا سابقه زردی خطرناک در فرزندان قبلی وجود دارد؟ (زردی منجر به فوت یا عقب ماندگی ذهنی و یا نیاز به تعویض خون).
- زردی از چه زمانی پس از تولد شروع شده است؟

نشانه های زردی خطرناک: بیحالی، خوب شیرنخوردن، تب، کم آبی، تشنج همراه با کمائی شکل شدن بدن، صدای گریه غیرطبیعی، مدفوع سفید رنگ-ادرار تیره

سه طبقه بندی برای زردی وجود دارد: زردی شدید، زردی متوسط، زردی خفیف.

زردی شدید:

اگر شیرخوار زیر ۲ ماه یکی از نشانه های زیر را داشته باشد در طبقه بندی زردی شدید قرار می گیرد :

- زردی در 24 ساعت اول تولد
- زردی کف دست و پا
- نوزاد کم وزن (وزن کمتر از ۱۸۰۰ گرم)
- ناسازگاری خونی (گروه خونی مادر O و نوزاد A یا B یا RH/ AB مادر منفی و ارهش نوزاد مثبت)
- سابقه زردی شدید و خطرناک در فرزندان قبلی (تعویض خون، عقب افتادگی ذهنی، بستری یا مرگ به دلیل زردی در فرزند قبلی)

اقدام لازم :

- برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون اقدام کنید.
- توصیه به مادر که شیرخوار را گرم نگه دارد.
- شیرخوار را فوراً به نزدیکترین مرکز درمانی ارجاع دهید.

زردی متوسط:

اگر زردی پس از 24 ساعت اول تولد ایجاد شده و زردی سر و گردن یا بالاتنه بدون انتشار به دست و پا را دارد و زردی طولانی مدت ، در طبقه بندی "زردی متوسط" قرار دهید.

اقدام لازم :

- شیرخوار را جهت ارزیابی بیشتر به پزشک مرکز ارجاع دهید.
- به مادر توصیه کنید تغذیه با شیرمادر را با دفعات بیشتر ادامه دهد.
- یک روز بعد پیگیری کنید.

زردی خفیف:

در صورتیکه زردی فقط در ناحیه چشم و یا سر و گردن شیر خوار باشد و حال عمومی شیرخوار خوب باشد در طبقه بندی "زردی خفیف" قرار می گیرد :

- به مادر توصیه کنید تغذیه با شیر مادر را بیشتر ادامه دهد و در صورتیکه مشکلی در شیر خوردن دارد مشاهده شیردهی را انجام دهید.
- به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد.
- یک روز بعد پیگیری نمایید

زردی

شیرخوار را از نظر زردی ارزیابی کنید.

اقدام لازم	طبقه بندی	علائم و نشانه‌ها
<ul style="list-style-type: none"> - برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون اقدام کنید. - توصیه به مادر که شیرخوار را گرم نگه دارد. - شیرخوار را فوراً به نزدیکترین مرکز درمانی ارجاع دهید. 	زردی شدید	<ul style="list-style-type: none"> در صورت وجود هر یک از علائم زیر: • زردی در ۲۴ ساعت اول تولد • زردی کف دست و پا • نوزاد کم وزنی (وزن تولد کمتر از ۱۸۰۰ گرم) • ناسازگاری خونی (گروه خونی مادر O و مادر A یا B یا AB / RH مادر منفی و نوزاد مثبت) • سابقه زردی شدید و خطرناک در فرزندان قبلی (تعویض خون، عقب افتادگی ذهنی، بستری یا مرگ به دلیل زردی در فرزند قبلی)
<ul style="list-style-type: none"> • شیرخوار را جهت ارزیابی بیشتر به پزشک مرکز ارجاع دهید. • به مادر توصیه کنید تغذیه با شیر مادر را با دفعات بیشتر ادامه دهد. • یک روز بعد پیگیری کنید. 	زردی متوسط	<ul style="list-style-type: none"> در صورت وجود هر یک از علائم زیر: • زردی که پس از ۲۴ ساعت اول تولد ایجاد شده است • زردی سر و گردن یا بالاتنه بدون انتشار به دست و پا
<ul style="list-style-type: none"> • به مادر توصیه کنید تغذیه با شیر مادر را با دفعات بیشتر ادامه دهد و در صورتی که مشکلی در شیر خوردن دارد مشاوره شیردهی را انجام دهد. • به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. (ص ۲۷) • یک روز بعد پیگیری کنید. 	زردی خفیف	<ul style="list-style-type: none"> • زردی محدود به چشم یا صورت و شیرخوار با حال عمومی خوب

طبقه بندی کنید

سوال کنید:
<ul style="list-style-type: none"> • زردی شیرخوار از چه زمانی ایجاد شده است؟ • آیا زردی از ۲۴ ساعت اول تولد شروع شده است؟ • آیا نوزاد کم وزنی دارد؟ (وزن تولد کمتر از ۱۸۰۰ گرم) • آیا ناسازگاری خونی وجود دارد؟ • آیا سابقه زردی خطرناک در فرزندان قبلی وجود دارد؟
مشاهده و بررسی کنید:
<ul style="list-style-type: none"> • سفیدی چشم را از نظر زردی بررسی کنید. • کف دست ها و پاها و بدن شیرخوار را از نظر وجود زردی بررسی کنید.

Activate W

مشکل اسهال / کم آبی در شیرخوار زیر ۲ ماه:

اگر مادر شیرخوار بیمار را با شکایت بی حالی، شیر نخوردن و یا اسهال می آورد او را برای کم آبی ارزیابی و طبقه بندی کنید. شیرخوار کمتر از ۲ ماه به ندرت به اسهال مبتلا می شود اما اگر واقعا شیرخوار دچار اسهال باشد این مسئله می تواند نشانه بسیار جدی باشد و بخصوص بلافاصله باید از کم آبی در شیرخوار پیشگیری شود و علت اسهال بررسی شود. بطور کلی هرگاه مدفوع بسیار بیشتر از حد معمول باشد یا قوام متفاوتی یافته و مقدار آب مدفوع بیشتر از مواد مدفوعی باشد یا نسبت به معمول خود تغییر کند، شیرخوار دچار اسهال است. نیشگون پوستی نیز اگرچه کمک کننده است اما در شیرخواران احتمال اشتباه در برگشت پوست وجود دارد اما سایر نشانه ها مثل فرورفتگی ملاج یا فرورفتگی چشم ها و کم شدن میزان ادرار واضح تر و مهمتر هستند. مدفوع در شیر مادر خواران در حالت معمول نیمه آبکی است. کم آبی در شیرخواران بخصوص در دوره نوزادی ممکن است بدلیل خوب شیر نخوردن یا گرما زدگی نیز ایجاد گردد.

ارزیابی شیرخوار زیر ۲ ماه از نظر مشکل کم آبی :

وضعیت عمومی شیرخوار را بررسی کنید.

- آیا شیر خوار بی قرار و تحریک پذیر است؟
- آیا شیر خوار فقط در صورت تحریک، حرکت می کند؟

- آیا شیر خوار اصلا حرکت نمی کند؟

مشاهده و بررسی کنید :

- فرورفتگی چشم ها
 - برگشت پوست در نیشگون پوستی
 - آیا برگشت پوستی خیلی آهسته است (بیش از ۲ ثانیه)؟
 - آیا برگشت پوستی آهسته است؟
- تعداد دفعات ادرار شیرخوار در روز و وضعیت وزن نوزاد بررسی کنید.

ارزیابی و طبقه بندی شیرخوار زیر ۲ ماه از نظر اسهال و کم آبی:

در شیر خوار زیر ۲ ماه سه طبقه بندی از نظر کم آبی وجود دارد:

کم آبی شدید- کم آبی نسبی - کم آبی ندارد

کم آبی شدید:

اگر شیرخوار دو نشانه از نشانه های زیر را داشته باشد در طبقه بندی "کم آبی شدید" قرار می گیرد:

- شیرخوار فقط در صورت تحریک، حرکت میکند یا کاملاً بی حرکت است.
- فرورفتگی چشم ها
- برگشت پوستی خیلی آهسته

اقدامات لازم :

- شیرخوار را فوراً به بیمارستان انتقال دهید.
- به مادر توصیه کنید در مسیر انتقال اگر شیرخوار توانایی بلع دارد شیردهی را ادامه دهد.
- تا زمان انتقال، برنامه درمانی ج را انجام دهید.

کم آبی نسبی :

اگر شیرخوار دو نشانه : بی قراری و تحریک پذیری و برگشت پوستی آهسته را داشته باشد در طبقه بندی "کم آبی نسبی" قرار می گیرد.

اقدامات لازم :

- شیرخوار را فوراً به پزشک مرکز ارجاع دهید.
- برنامه درمانی ب را شروع کنید.

کم آبی ندارد:

اگر نشانه های کافی برای کم آبی وجود نداشته باشد در طبقه بندی "کم آبی ندارد" قرار می گیرد.

اقدامات لازم :

- مایعات و شیر مادر را طبق برنامه درمانی الف بدهید.
- به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد.
- دو روز بعد پیگیری کنید.

شیرخوار را از نظر اسهال و کم آبی ارزیابی کنید.

تشخیص نوع درمان	طبقه بندی	علائم و نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> • اقدامات قبل از انتقال (ص ۱۹) را انجام دهید و شیرخوار را به بیمارستان انتقال دهید. • به مادر توصیه کنید در مسیر انتقال اگر شیرخوار توانایی بلع دارد شیردهی را ادامه دهد. • تا زمان انتقال، برنامه درمانی ب (ص ۲۲) را انجام دهید. 	کم آبی شدید	<ul style="list-style-type: none"> • دو نشانه از نشانه های زیر داشته باشد: • شیرخوار فقط در صورت تحریک، حرکت میکند یا کاملاً بی حرکت است. • فورفتگی چشم ها • برگشت پوست خیلی آهسته • سن کمتر از ۷ روز در صورت کاهش وزن بیشتر از ۷ درصد
<ul style="list-style-type: none"> • اقدامات قبل از ارجاع فوری (ص ۱۹) را انجام داده و شیرخوار را فوراً به پزشک مرکز ارجاع دهید. • برنامه درمانی ب (ص ۲۲) را شروع کنید. • دو روز بعد پیگیری کنید. 	کم آبی نسبی	<ul style="list-style-type: none"> • دو نشانه از نشانه های زیر داشته باشد: • بی قراری و تحریک پذیری • برگشت پوست آهسته • تعداد دفعات ادرار شیرخوار کمتر از ۶ بار در روز
<ul style="list-style-type: none"> • مایعات و شیر مادر را طبق برنامه درمانی الف (ص ۳۱) بدهید. • به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. • دو روز بعد پیگیری کنید. 	کم آبی ندارد	<ul style="list-style-type: none"> • نشانه های کافی برای کم آبی وجود ندارد.

طبقه بندی
کند

سوال کنید:
وضعیت عمومی شیرخوار را بررسی کنید.
• آیا شیرخوار بی قرار و تحریک پذیر است؟
• آیا شیرخوار فقط در صورت تحریک، حرکت می کند؟
• آیا شیرخوار اصلاً حرکت نمی کند؟
• شیرخوار را از نظر فورفتگی چشم ها بررسی کنید.
• در نیشگون پوستی برگشت پوست را بررسی کنید:
• آیا برگشت پوستی خیلی آهسته است (بیش از ۲ ثانیه)؟
• آیا برگشت پوستی آهسته است؟
• تعداد دفعات ادرار شیرخوار در روز
وزن نوزاد را اندازه گیری کنید:
۱. در صورتی که نوزاد سن کمتر از ۷ روز دارد، سرعت کاهش وزن نوزاد را محاسبه کنید. ^۱
۲. در صورتی که شیرخوار سن بیشتر از ۷ روز دارد وزن گیری شیرخوار را محاسبه کنید.

۱. معمولاً شیرخواران به اسهال مبتلا نمیشوند و تشخیص اسهال در شیرخواران اهمیت زیادی دارد. اسهال در شیرخوار زیر ۲ ماه: هر گاه مدفوع شیرخوار بسیار بیشتر از حد معمول باشد یا قوام متفاوتی یافته و مقدار آب مدفوع بیشتر از مواد مدفوعی باشد یا نسبت به معمول خود تغییر کند. مدفوع در شیرمادرخواران در حالت معمول نیمه آبکی است.
 ۲. کم آبی در شیرخواران بخصوص در دوره نوزادی ممکن است به دلیل خوب شیرنخوردن یا گرمای زیاد ایجاد شود.
 ۳. بطور معمول نوزادان در ۱۰ روز اول تولد کاهش وزن دارند اگر این کاهش وزن بیشتر از ۷ درصد باشد نشانه کم آبی و خوب شیر نخوردن است (مقدار کاهش وزن « ۱۰۰ » / وزن تولد)

کنترل شیرخوار را از نظر مشکل شیرخوردن یا کم وزنی :

تغذیه کافی برای رشد و تکامل کودک ضروری است . تغذیه ناکافی در دوران شیرخوارگی می تواند اثرات زیانباری را در تمام طول عمر کودک برجای بگذارد . کم وزنی با تعیین وزن برای سن ، ارزیابی می شود .

تغذیه انحصاری با شیرمادر، بهترین تغذیه و حفاظت در برابر بیماریهای احتمالی را برای شیرخوار فراهم می کند. اگر مادران درک کنند که تغذیه انحصاری با شیر مادر، بهترین راه تامین رشد و تکامل مطلوب کودکان است، با علاقه و تمایل بیشتری به شیردهی می پردازند. آنها باید تشویق و تحریک شوند که بوسیله تغذیه شیرخوار با شیرمادر، شروع خوبی را برای زندگی فرزندانشان فراهم کنند علیرغم دلایل فردی یا اجتماعی که ممکن است تغذیه انحصاری با شیرمادر را مشکل یا نامطلوب جلوه دهد.

جهت ارزیابی، شما سوالاتی را از مادر می پرسید و تعیین می کنید که آیا مشکلاتی در شیرخوردن کودک وجود دارد، کودک با چه شیری و چند بار تغذیه می شود. همچنین وزن برای سن او را تعیین می کنید. اگر شیرخوار در تغذیه با شیرمادر مشکلی داشته باشد، یا وزن گیری او کافی نباشد، نحوه تغذیه او را با شیرمادر ارزیابی می کنید.

شیرخوار کم سن را از نظر مشکل شیرخوردن و کم وزنی ارزیابی می کنید:

سؤال کنید:

- آیا مشکل شیر خوردن دارد؟
 - آیا کودک شیرمادر خوار است؟ اگر بله: چندبار در 24 ساعت؟
 - آیا کودک غیر از شیرمادر، غذا یا مایعات دیگری خورد؟ اگر بله، چند بار و با چه چیزی؟
- اگر شیرخوار هیچ نشانه ای برای ارجاع فوری به بیمارستان ندارد و مشکل شیرخوردن یا کم وزنی دارد ارزیابی تغذیه با شیرمادر انجام دهید:

ارزیابی تغذیه با شیر مادر:

- آیا کودک ظرف یکساعت گذشته با شیرمادر تغذیه شده است؟
- اگر شیرخوار تغذیه نشده است، از مادر بخواهید او را شیر بدهد و برای 4 دقیقه او را مشاهده کنید. اگر کودک در ساعت گذشته شیر خورده از مادر بخواهید اگر امکان دارد صبر کند موقع شیرخوردن بعدی به شما اطلاع دهد.
- آیا شیرخوار قادر به گرفتن پستان می باشد؟ نحوه گرفتن پستان: (خوب پستان می گیرد/خوب پستان نمی گیرد/ به هیچ وجه پستان را نمی گیرد).

- آیا شیرخوار می تواند خوب بمکد؟ (خوب می مکد / خوب نمی مکد / نمی تواند بمکد). بینی شیرخوار، اگر مانع تغذیه اوست تمیز کنید.

- از نظر برفک، دهان را نگاه کنید.

مشاهده کنید:

- وزن کودک را اندازه گرفته و منحنی رشد کودک را مشاهده کنید .
- نحوه شیردادن را ارزیابی کنید: چانه به سینه چسبیده/ دهان باز است/ لب پایین به بیرون برگشته است./ نوک و قسمت بیشتری از هاله پستان در دهان شیرخوار می باشد.

شیرخوار از نظر مشکل شیرخوردن یا کم وزنی کنترل کنید.

سوال کنید:	مشاهده کنید:
<ul style="list-style-type: none"> • آیا مشکل شیرخوردن دارد؟ • آیا کودک شیرمادر خوار است؟ اگر بله، چند بار در ۲۴ ساعت؟ • آیا کودک غیر از شیرمادر، غذا یا مایعات دیگری می خورد؟ • اگر بله، چند بار و با چه چیزی؟ • اگر شیرخوار هیچ نشانه ای برای ارجاع فوری به بیمارستان ندارد و مشکل شیرخوردن یا کم وزنی دارد ارزیابی تغذیه با شیرمادر انجام دهید. • ارزیابی تغذیه با شیرمادر: • آیا کودک ظرف یک ساعت گذشته یا شیرمادر تغذیه شده است؟ • اگر شیرخوار تغذیه نشده است، از مادر بخواهید او را شیر بدهد و برای ۴ دقیقه او را مشاهده کنید. • اگر کودک در ساعت گذشته شیرخوره از مادر بخواهید اگر امکان دارد صبر کند موقع شیر خوردن بعدی به شما اطلاع دهد. • آیا شیرخوار قادر به گرفتن پستان می باشد؟ نحوه گرفتن پستان: - خوب پستان می گیرد. - به هیچ وجه پستان را نمی گیرد. • آیا شیرخوار می تواند خوب بمکد؟ • خوب بمکد/ خوب نمی مکد/ نمی تواند بمکد. • بینی شیرخوار، اگر مانع تغذیه اوست تمیز کنید. • ما از نظر برفک، دهان را نگاه کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> • وزن کودک • منحنی رشد کودک
<ul style="list-style-type: none"> • خوب پستان نمی گیرد یا • خوب نمی مکد یا • کمتر از ۸ بار شیرخوردن در ۲۴ ساعت • خوردن غذا یا مایعات دیگری یا • وجود برفک یا • مساوی و بیابانی Z-score -۳ تا • پایین تر از Z-score -۲ • مساوی و بالای -۲ Z-score ولی روند • رشد نامعلوم یا روند متوقف شده یا کاهش یافته باشد. 	<ul style="list-style-type: none"> • طبقه بندی • کم
<ul style="list-style-type: none"> • اگر کودک بیماری جدی دیگری دارد. فوراً او را همراه مادرش به نزدیکترین بیمارستان ارجاع دهید در غیر این صورت به پزشک مرکز خدمات سلامت ارجاع دهید. • مادری که به کودک شیرخودش را می دهد توصیه کنید با دفعات بیشتر و مدت طولانی تر کودک را شیر بدهد. • اگر خوب پستان نمی گیرد یا خوب نمی مکد طرز صحیح آغوش گرفتن و روی پستان قرار دادن را به مادر آموزش دهید. • اگر کمتر از ۸ بار در ۲۴ ساعت شیر می دهد، توصیه کنید دفعات و مدت شیردهی را افزایش دهد. • اگر غذای دیگر غیر از شیرمادر هم به کودک می دهد توصیه کنید غذا و مایعات دیگر را بتدریج قطع و از فنجان یا قاشق استفاده کند. • اگر اصلاً شیرمادر نمی خورد: • برای مشاوره تغذیه با شیرمادر ارجاع دهید. • استفاده صحیح شیر مصنوعی را آموزش دهید. • اگر برفک دارد درمان در منزل را به مادر آموزش دهید. (ص ۲۴) • توصیه های مراقبت در منزل را به مادر آموزش دهید. • هر مشکل در شیرخوردن یا برفک را، بعد از ۲ روز بیگیری کنید و کم وزنی را در ظرف ۱۵ روز بیگیری کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> • پستان ها • نشانه ها • پایین تر از Z-score -۳ • کم وزنی شدید • مشکل شیرخوردن یا کم وزنی
<ul style="list-style-type: none"> • کم وزنی و یا هیچ نشانه ای از شیر خوردن ناکافی ندارد. 	<ul style="list-style-type: none"> • مشکل شیر خوردن ندارد

کودک را از نظر وضعیت واکسیناسیون و مکمل های دارویی کنترل کنید:

اگر کودک مشکل دیگری دارد جهت ارزیابی به مرکز خدمات سلامت ارجاع دهید.

کنترل وضعیت واکسیناسیون و مکمل های دارویی کودک

قطره مولتی ویتامین یا A+D	شروع از ۵-۳ روزگی بعد از تولد تا ۲ سالگی
ب. ث. ز - هپاتیت - قطره فلج	تولد
قطره فلج - پنج گانه	۲ ماهگی

آیا مشکل دیگری دارد: اگر بلی، جهت ارزیابی به مرکز خدمات سلامت ارجاع دهید.

اقدامات قبل از انتقال یا ارجاع فوری

• در تمام شیرخواران بدحال همواره باید مراقب گرم نگه داشته شدن و پیشگیری از پایین آمدن قند خون باشید اگر شیرخوار نیاز به کمک تنفسی دارد طبق دستورالعمل کمک به تنفس نوزاد (ویژه مراقبان^۱) اقدام کنید.

• در شیرخواری که باید فوراً انتقال یا ارجاع فوری داده شود در صورتی که طبق بوکلت و دستورالعمل‌ها، امکان دسترسی به پزشک نیست و تزریق اولین نوبت آنتی بیوتیک ضروری است، طبق جدول زیر میزان آنتی بیوتیک را محاسبه و به شکل عضلانی عمیق تزریق کنید.

« جنتامایسین ۷٫۵-۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم در روز
« آمپی سیلین ۵۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم در روز

وزن	آمپی سیلین	جنتامایسین
۱٫۵ - ۲٫۴	یک ویال ۲۵۰ میلی گرم را در ۱٫۳ میلی لیتر آب مقطر حل کنید	آمپول ۲۰ میلی گرم در ۲ cc
۰٫۸ ml	۰٫۸ ml	۰٫۴ ml
۲٫۵ - ۳٫۹	۱٫۲ ml	۰٫۸ ml
۴٫۰ - ۵٫۹	۱٫۵ ml	۱٫۲ ml

۱. کتابچه دستورالعمل «کمک به تنفس نوزاد ویژه مراقبان» توسط اداره سلامت نوزادان تهیه و دوره های آموزشی آن نیز برای ارائه دهندگان خدمت برگزار می شود.

پیشگیری از پایین آمدن قند خون

• اگر شیرخوار نمی تواند شیر مادر بخورد، ولی قادر به بلع است؛ شیر دوشیده مادر پیش از ترک مرکز به وی داده شود. اگر این کار امکان نداشت، ۲۰ - ۵۰ ml (۱۰ ml/kg) از شیر مادر یا محلول سرم قندی با قاشق به شیرخوار بدهید.

• اگر شیرخوار قادر به بلع نیست، هیچگونه مایعی به او ندهید.

اقدامات گرم نگه داشتن شیرخوار

- گرم نگه داشتن شیرخوار بسیار مهم است و پایین آمدن دمای بدن شیرخوار عوارض جبران ناپذیری دارد.
- در تمام مدت ارزیابی شیرخوار و انجام اقدامات لازم، همواره باید از گرم نگه داشته شدن شیرخوار اطمینان حاصل کنید.
- لباس های خیس شیرخوار را تعویض کرده و او را با حوله گرم بپوشانید.
- بهتر است پوشش شیرخوار یک لایه بیشتر از لباس های مادر و از جنس نخی، همراه با کلاه و جوراب باشد. سپس او را در یک لایه پارچه نرم و خشک قرار داده و با یک پتوی نازک بپوشانید.
- در صورت نداشتن علائم خطر فوری یا بیماری شدید، تغذیه مکرر شیرخوار با شیرمادر یا شیردوشیده شده به حفظ درجه حرارت بدن وی کمک می کند.
- از روش آغوشی و تماس پوست با پوست می توان جهت گرم نگه داشتن شیرخوار استفاده کرد:
- گرمی دست ها و پاها ی شیرخوار را مرتب کنترل نموده و در صورت سرد بودن از روش آغوشی استفاده کنید.
- لباس ها و پوشک های خیس شده را سریعاً تعویض نمایید.
- نوزاد را با یک پیراهن جلو باز گرم، یک پوشک، کلاه و جوراب بپوشانید.
- نوزاد را عمودی بین دو سینه مادر برای ایجاد تماس پوست با پوست قرار دهید. جهت پیشگیری از انسداد راه تنفسی، سر شیرخوار را کمی به یک طرف بچرخانید.
- بدن شیرخوار را با لباس مادر و در هوای سرد با یک پتوی گرم بپوشانید.

درمان برفک و مشاوره با مادر

- مادر باید ابتدا دست هایش را بشوید. سپس پنبه تمیز را به سر چوب کبریت پیچیده و یا یک گوش پاک کن را آغشته به یک میلی لیتر محلول نیستاتین نموده و بر روی لکه های سفید برفک داخل دهان شیرخوار بمالد. این کار را هر ۶ ساعت تکرار نموده و به مدت ۷ روز ادامه دهد.
- بعد از ۷ روز مراجعه کند، در صورتی که بعد از ۷ روز علیرغم درمان با نیستاتین، برفک دهانی شیرخوار بهتر نشد یا شیرخوار در پستان گرفتن مشکل دارد، یک دوره ۷ روزه دیگر نیز درمان با نیستاتین ادامه یابد؛ اگر بعد از این دوره نیز برفک درمان نشد، شیرخوار را به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

به مادر طرز صحیح بغل کردن و پستان گرفتن شیرخوار را آموزش دهید.

نشان بدهید که چگونه کودک را نگه دارد

- بدن و سر کودک در امتداد هم باشد
- صورت کودک مقابل پستان باشد
- بدن کودک نزدیک بدن او باشد
- تمام بدن کودک را با دست حمایت کند نه فقط گردن و شانه او را

به مادر نشان بدهید که چگونه کودک را به پستان بگذارد

- لب کودک با نوک پستان تماس داشته باشد.
- صبر کند تا کودک دهانش را خوب باز کند.
- نوک و قسمت بیشتری از هاله پستان در دهان نوزاد باشد.

توجه داشته باشد که کودک پستان را صحیح گرفته و خوب می مکد، اگر اشکالی در طرز گرفتن پستان و مکیدن دارد، مجدداً اصلاح کند.

توصیه های لازم در منزل را به مادر بگویند

- غذا: تغذیه مکرر با شیرمادر، هر چقدر که کودک میل دارد.
- مایعات: روز و شب، در طی بیماری و سلامت

چه موقع باید فوراً برگردد؟

- به مادر توصیه کنید اگر نوزاد هر کدام از نشانه های زیر را داشت فوراً برگردد.
- خوب شیر نخوردن
- بدتر شدن
- تب دار شدن
- تنفس تند
- تنفس مشکل
- خون در مدفوع

چه موقع برگردد

اگر کودک مبتلا به:	برای پیگیری برگردد:
زردی	۱ روز
اسهال، هر مشکل در شیر خوردن، برفک	۲ روز
کم وزنی	۱۰

اطمینان از مکان گرم برای شیرخوار در همه اوقات

- در هوای سرد، سر و پای شیرخوار را پوشانده و لباس های بیشتری به او بپوشانید.

پیگیری شیرخوار بیمار**مشکلات شیر خوردن****بعد از ۲ روز**

- از نظر تغذیه ارزیابی کنید.
- در مورد هر مشکل تغذیه ای که در اولین ویزیت داشت سوال کنید.
- با مادر در مورد هر گونه مشکلات جدید یا قبلی تغذیه ای مشاوره کنید.
- اگر در مشاوره با مادر، تغییر تغذیه ای قابل ملاحظه ای را توصیه کرده اید از او بخواهید کودک را مجدداً بیاورد.
- اگر شیرخوار وزن گیری ناکافی داشته است از مادر بخواهید بعد از ۱۰ روز از اولین مراجعه مجدداً بیاورد.

اسهال**بعد از ۲ روز**

- برای پیگیری بیمار بعد از ۲ روز چارت پیگیری کودکان ۲ ماهه تا ۵ ساله را نگاه کنید.

کم وزنی**بعد از ۱۰ روز**

- شیرخوار را وزن کنید.
- اگر بیش از ۳۰ گرم در روز وزن اضافه کرده است مادر را تشویق کنید که او ادامه بدهد.
- اگر کمتر از ۲۰ گرم در روز وزن کم کرده است شیرخوار را ارجاع بدهید.

برفک**بعد از ۲ روز**

- برای زخم یا نقاط سفید در دهان نگاه کنید.
- تغذیه را ارزیابی کنید.
- اگر برفک بهتر شده یا اگر کودک در پستان گرفتن یا مکیدن سینه مشکل دارد به مرکز خدمات سلامت ارجاع دهید.
- اگر برفک بهتر شده یا فرقی نکرده و مشکل تغذیه ندارد برای مدت ۷ روز درمان را ادامه دهید.

فصل ۱۸: ارزیابی، طبقه بندی و درمان کودک سانحه دیده و مصدوم (سوختگی، مسمومیت، گزیدگی و ...)

اهداف آموزشی

انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

- ۱- ارزیابی و طبقه بندی و اقدامات لازم برای کودک مصدوم را شرح دهد.
- ۲- ارزیابی و طبقه بندی و اقدامات لازم برای کودک با شرح حال سوختگی را توضیح دهد.
- ۳- ارزیابی و طبقه بندی و اقدامات لازم برای کودک با شرح حال مسمومیت را شرح دهد.
- ۴- ارزیابی و طبقه بندی و اقدامات لازم برای کودک با شرح حال گزش و گزیدگی را توضیح دهد.

وقتی کودک مصدوم مراجعه کند به صورت زیر ارزیابی و اقدام می شود.

ارزیابی، طبقه بندی و درمان کودک مصدوم (ویژه غیر پزشکی)	
تشخیصی نوع درمان	ارزیابی حادثه یا سایر حالات جراحی فوری سوختگی
<ul style="list-style-type: none"> • هرگونه منبع خونریزی دهنده را متوقف کنید. • اگر کودک به علت حادثه مراجعه کرده است اقدامات صفحه ۳۰ را انجام دهید. 	<ul style="list-style-type: none"> • شرح حال اتفاق حادثه یا زخم و خونریزی خارجی یا عدم توانایی در حرکت اندام یا سفتی شکم
<ul style="list-style-type: none"> • هرگز تاویل‌ها را پاره نکنید (نترکانید) • روی سطح سوختگی یخ نگذارید. • از روغن، کره و... برای پوشش زخم استفاده نکنید. • آنتی بیوتیک ندهید و پماد کورتون دار استفاده نشود. • اگر کودک با سوختگی یا سرمازدگی مراجعه کرده است اقدامات صفحه ۳۱ را انجام دهید. 	<ul style="list-style-type: none"> • شرح حال سوختگی یا سرمازدگی یا پوست یا درجات مختلف سوختگی
	مسمومیت
<ul style="list-style-type: none"> • تخلیه سیم از معده در یک ساعت اول بعد از خوردن غیرهوشیار و بلع مواد سوزاننده یا فرآورده های نفتی • ایجاد استفراغ با آبکاف در کودکان زیر ۶ ماه ممنوع است. • هرگز از نمک برای تحریک استفراغ استفاده نکنید زیرا می تواند کشنده باشد. • اگر شرح حال تماس یا بلع مواد سوزاننده یا فرآورده های نفتی را دارد، اقدامات صفحه ۳۲ را انجام دهید. • اگر کودک با شرح حال تماس یا بلع مواد حشره کش و یا سموم گیاهی مراجعه کرده است اقدامات صفحه ۳۳ را انجام دهید. • اگر شرح حال مسمومیت دارویی و مواد مخدر را دارد اقدامات صفحه ۳۴ را انجام دهید. 	<ul style="list-style-type: none"> • ناخوشی ناگهانی غیرقابل توضیح یا شرح حال مسمومیت
	گزش و گزیدگی
<ul style="list-style-type: none"> • اندام دچار گزش یا گزیدگی آگاهی حرکت و جذب سیم را بی حرکت کنید و آن را در سطح پایین تر از قلب نگه دارید. • زخم را تمیز کنید و از تورنیکه استفاده نکنید. • روی محل گزیدگی را بپوشانید و با دهان زهر را مکش نکنید. • اگر با شرح حال گزش حشرات، عقرب و رگیل یا گازگرفتگی مراجعه کرده است اقدامات صفحه ۳۴ را انجام دهید. • اگر کودک با شرح حال گازگرفتگی مراجعه کرده است اقدامات صفحه ۳۴ را انجام دهید. 	<ul style="list-style-type: none"> • شرح حال گزش و گزیدگی • درد شدید، تورم و تغییر رنگ محل زخم • علائم عمومی شامل شوک، استفراغ و سردرد
* قبل از درمان کودک، او را از نظر ضربه به سر و گردن کنترل کنید و در صورت وجود احتمال صدمه به نخاع گردنی، گردن کودک را حرکت ندهید.	

از نظر علائم در معرض خطر کودک را بررسی کنید:

ابتدا بایستی تمام کودکان بیمار را از نظر علائم خطر فوری (انسداد تنفسی، دیسترس شدید تنفسی، سیانوز مرکزی، علائم شوک (مانند تعریق ناگهانی یا اندام های سر)، کما، تشنج بررسی کنید. اگر هریک از این علائم را داشته باشد فوری کودک را ارجاع دهید در غیر اینصورت از مادر در مورد علائمی که کودک را تهدید به مرگ می کند، سوال کنید. مرگ کودکان بدحال اغلب در ۲۴ ساعت اول مراجعه اتفاق می افتد. با تشخیص به موقع و شروع هر چه سریعتر درمان می توان از بسیاری از موارد مرگ حاصل از حادثه پیشگیری نمود.

اقدامات لازم در بیمار مراجعه کننده به علت حادثه، سوختگی، مسمومیت و گزیدگی باید بلافاصله پس از ورود کودک، قبل از انجام هر گونه ثبت و یا اتلاف وقت در محل انتظار صورت گیرد. پرسنل باید به علائم خطر آشنایی داشته باشند. درمان آن ها بر پایه استفاده از تعداد محدودی از داروها و روش هایی است که با آموزش می توان به راحتی و با اطمینان آن ها را انجام داد.

پس از انجام درمان های فوری، باید کودک را به دقت مورد ارزیابی قرار داده و اقدامات مناسب بعدی را برای او انتخاب نمود. از مادر به در مورد کودکش، زمان حادثه، نوع حادثه سوال کنید.

در این بخش چگونگی برخورد با کودک مصدوم شامل: حادثه، سوختگی، مسمومیت، گزش و گزیدگی آمده است.

حادثه:

حوادث از شایعترین مشکلات جراحی در کودکان می باشد. درمان صحیح می تواند از مرگ و ناتوانی طولانی مدت پیشگیری کند. در صورت امکان سعی کنیم که پیشگیری کنیم که حادثه ای اتفاق نیافتد.

چگونه کودک حادثه دیده را ارزیابی کنید:

اگر کودک حادثه دیده نزد شما مراجعه کرده است پس از بررسی علائم خطر فوری، نشانه های خطر، رنگ پریدگی، خونریزی خارجی، علائم عفونت های موضعی، عدم توانایی در حرکت دادن اندام ها، سفتی شکم، درد در لمس اندامها و ستون مهره ها با مشاهده و لمس بررسی نمایید.

پس از کنترل نشانه های خطر، تمام قسمتهای بدن کودک را از نظر خونریزی و رنگ پریدگی نگاه کنید و نیز در مورد علامت عفونت موضعی و علائمی مانند قرمزی، دردموضعی، تورم و گرمی در قسمتهای مختلف بدن بررسی کنید.

معاینه کنید کودک در حرکت دادن دست ها و پاهایش مشکلی ندارد و براحتی اندام هایش را می تواند حرکت دهد. شکم کودک را معاینه کنید در معاینه کودک سالم شکم نرم است و هیچ دردی در معاینه ندارد در صورت سفتی شکم کودک ممکن است مشکل جراحی جدی داشته باشد .

کودک حادثه دیده را طبقه بندی کنید:

طبقه بندی یعنی در مورد شدت بیماری تصمیم بگیرید. طبقه بندی ، تشخیص دقیق بیماری نیست در عوض برای شناخت درمان یا عملکرد مناسب استفاده می شود. برای استفاده از جدول طبقه بندی از بالای سمت راست ستون نشانه ها، شروع کنید و تا انتهای نشانه ها را بخوانید و تعیین کنید آیا کودک نشانه ای را دارد یا خیر؟ چهار طبقه بندی برای کودک حادثه دیده وجود دارد:

صدمه شدید، صدمه متوسط، احتمال صدمه غیر حادثه ای و صدمه خفیف

صدمه شدید : در صورت داشتن هر یک از علائم زیر "صدمه شدید " طبقه بندی می شود:
نشانه های خطر ، خونریزی شدید ، رنگ پریدگی ، عدم توانایی در حرکت دادن اندامها ، سفتی شکم ، درد در لمس اندامها یا ستون فقرات.

اقدامات :

- در صورت وجود خونریزی بایک گاز استریل روی محل خونریزی فشار وارد کنید تا خونریزی کنترل شود(متوقف شود).
- در صورت نیاز بالای محل خونریزی را ببندید و تا حدی فشار داده شود که قسمت انتهایی زخم تیره رنگ نشود.
- با آتل عضو آسیب دیده را بیحرکت نگهدارید.
- به نزدیکترین بیمارستان فوراً ارجاع دهید.

صدمه متوسط: در صورت داشتن هر یک از علائم زیر "صدمه متوسط " طبقه بندی می شود:

- زخم های با علایم عفونت موضعی
- زخم های عمیق و آلوده
- زخم های چرکی

اقدامات :

- زخم را با سرم نرمال سالین بشوئید.
- با دقت زخم را تمیز کنید(اشیاء باقیمانده و لخته های خون در زخم های آلوده را بردارید)

- برای دادن آنتی بیوتیک مناسب کودک را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید.
- تا بهبود زخم ، روزانه پانسمان را تعویض کنید.
- وضعیت واکسیناسیون کزاز را بررسی کنید.
- به مراقب کودک بگویید چه موقع برگردد.

احتمال صدمه غیر حادثه ای: در صورت داشتن هر یک از علائم زیر " احتمال صدمه غیر حادثه ای " طبقه بندی می شود:

- خون مردگی های متعدد در مراحل مختلف بهبود .
- سوختگی در محل های غیر معمول مانند باسن ها .

اقدام: کودک را به مرکز بهداشتی درمانی جهت بررسی بیشتر ارجاع دهید.

صدمه خفیف: اگر کودک حادثه دیده بدون خونریزی یا خونریزی اندک داشته باشد در طبقه بندی "صدمه خفیف" قرار می گیرد .

اقدامات :

- روزانه زخم را برای علائم عفونت کنترل کنید.
- تا بهبود زخم ، روزانه یکبار آن را با آب تمیز شستشو دهید.
- وضعیت واکسیناسیون کزاز را بررسی کنید.
- به مراقب کودک بگویید چه موقع فوری برگردد .

کودک را از نظر حادثه یا احتمال صدمه غیر حادثه ای ارزیابی کنید.

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
<ul style="list-style-type: none"> • نشانه های خطر یا خونریزی شدید یا • عدم توانایی در حرکت دادن اندام ها یا • رنگ پریدگی یا • سفیدی شکم یا • درد در لمس اندام ها یا ستون فقرات یا 	صدمه شدید	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود خونریزی با نیک گاز استریل روی محل خونریزی فشار وارد کنید تا خونریزی کنترل شود (متوقف شود) • در صورت نیاز، بالای محل خونریزی را ببندید و تا حدی فشار داده شود که قسمت انتهایی زخم تیره رنگ نشود. • با آتل ، عضو آسیب دیده را بی حرکت نگاهدارید. • به نزدیک ترین بیمارستان فوری ارجاع دهید.
<ul style="list-style-type: none"> • وجود حداقل یک یافته زیر: • زخم های با علائم عفونت موضعی* • زخم های عمیق و آلوده • زخم های چرکی 	صدمه متوسط	<ul style="list-style-type: none"> • با سرم نرمال سالین زخم را بشوئید. • با دقت زخم را تمیز کنید (باقیمانده اشیاء ، لخته های خون در زخم های آلوده) بردارید. • برای دادن آنتی بیوتیک مناسب کودک را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید. • تا بهبود زخم ، روزانه پانسمان را تعویض کنید. • وضعیت واکسیناسیون کزاز را بررسی کنید. • به مراقب کودک بگویید چه موقع برگردد.
<ul style="list-style-type: none"> • خون مردگی های متعدد در مراحل مختلف بهبود یا • سوختگی در محل های غیر معمول مانند باسن ها 	احتمال صدمه غیر حادثه ای	<ul style="list-style-type: none"> • به مرکز بهداشتی درمانی برای بررسی بیشتر ارجاع دهید.
<ul style="list-style-type: none"> • حوادث بدون خونریزی یا خونریزی اندک 	صدمه خفیف	<ul style="list-style-type: none"> • روزانه زخم را برای علائم عفونت کنترل کنید . • تا بهبود زخم ، روزانه یکبار آن را با آب تمیز شستشو دهید. • وضعیت واکسیناسیون کزاز را بررسی کنید. • به مراقب کودک بگویید چه موقع فوری برگردد.

طبقه بندی کنید

مشاهده کنید:	لمس کنید:
• نشانه های خطر	• سفتی شکم
• رنگ پریدگی	• درد در لمس اندام ها و
• خونریزی خارجی	• ستون مهره ها
• علائم عفونت موضعی*	
• عدم توانایی در حرکت دادن اندام	

*علائم عفونت موضعی شامل قرمزی ، دردموضعی ، تورم و گرمی است.

سوختگی :

سوختگی آسیب بافتی ناشی از تماس مستقیم با شعله آتش یا مایعات داغ با یا بدون آسیب استنشاقی، تماس با مواد شیمیایی ، تشعشع و یا تماس با منبع الکتریکی می باشد .

انواع سوختگی:

سوختگی ناشی از مایعات داغ ۸۵ درصد موارد سوختگی را در کودکان کمتر از ۴ سال ایجاد می کند . سوختگی ناشی از شعله ۱۳ درصد و سوختگی شیمیایی و الکتریکی در مجموع ۲ درصد می باشد .

چرا سوختگی در کودکان کمتر از پنج سال اهمیت دارد؟

- مرگ و میر در سوختگی بیشتر در دو انتهای طیف سنی یعنی کودکان و افراد کهنسال شایع است .
- سطح بدن کودکان متفاوت از سطح بدن بزرگسالان می باشد. به طور مثال سطح سرو گردن در کودکان زیریک سال ۲۱٪ می باشد.
- نسبت سطح بدن به وزن بیشتر است.
- پوست نازک تر است و به خصوص در کودکان کمتر از دو سال به همین علت سوختگی درجه ۳ نسبت به سنین بالاتر ، بیشتر است .
- آسیب های ناشی از مایعات داغ در ظاهر صورتی رنگ هستند و به اشتباه آسیب سطحی به نظر می رسند.
- گاهی سوختگی درجه ۳ به اشتباه درجه ۲ محاسبه می شود.
- در سوختگی بیش از ۱۰٪ نیاز به مایع درمانی دارند.
- کم آبی ناشی از اسهال ، از دست دادن آب نامحسوس و افزایش نیاز به مایعات بیشتر است.
- تنظیم حرارت مشکل تر است .
- کاهش دمای بدن عارضه ی شایع سوختگی و جراحی است.

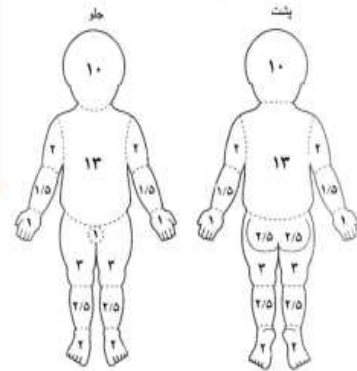
سوختگی

اگر کودک با شرح حال سوختگی مراجعه کرده است.

تشخیص نوع درمان	طبقه بندی	علامت و نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> در صورت نیاز به احیاء، کمک های اولیه (باز کردن راه هوایی-تنفسی) را انجام دهید. برای پیشگیری از یلین آمدن قند خون، اقدامات لازم را انجام دهید. در سوختگی استنشاقی، صورت و سوختگی بیش از ۱۵٪ از راه دهان چیزی نخورد. لباس های فشاری و تنگ خارج شود و مناطقی که لباس به بدن چسبیده از اطراف با آبیچی جدا شود و نباید گنده شود. سطح سوختگی را با آب سرد بشوید. برای اجتناب از کاهش دمای بدن از حوله یا ملحفه تمیز و خشک استفاده کنید و بیمار را با پتو بپوشانید. برای کاهش درد شیاف استامینوفن بدهید. هرگز تاول ها را پاره نکنید (ترکانید) بجز سرمازدگی روی سطح زخم گره بر روغن و حتی پماد سوختگی مالیده نشود. آنتی بیوتیک ندهید. در سوختگی شیمیایی، استنشاقی، یا قیر و سرمازدگی اقدامات اولیه (ص) را در صورت امکان انجام و سپس ارجاع دهید. پس از اقدامات فوق، کودک را به بیمارستان فوری ارجاع دهید. 	سوختگی شدید	<ul style="list-style-type: none"> نشانه های خطر سوختگی با ضخامت نسبی (II درجه) ۱۰٪ و بیشتر سوختگی عمیق (III درجه) ۲٪ و بیشتر سوختگی صورت، دست، سطح مفصل، اندام تناسلی و سوختگی حلقوی سوختگی با برق و تاول بالا سوختگی شیمیایی سوختگی استنشاقی سرمازدگی آسیب های همراه (شکستگی) سابقه بیماری مزمن
<ul style="list-style-type: none"> برای کاهش درد استامینوفن بدهید. محل و اطراف سوختگی را با آب تمیز و نرمال سالین سرد (۱۵-۸ درجه سانتیگراد) شستشو دهید. هرگز تاول ها را پاره نکنید (ترکانید) روی سطح سوختگی یخ نگذارید. از روغن، گره و... برای پوشش زخم استفاده نکنید. آنتی بیوتیک ندهید و پماد گورتون دار استفاده نشود. سطح زخم را با پماد خفیف (باستراسین، نیتروفورازون، جنتامایسین و...) بپوشانید و روی آن گاز استریل بگذارید. به مادر آموزش دهید روزی ۲ بار زخم را با صابون یا شامپوی بچه شستشو دهد و زخم را با همان پماد بپوشاند. به مادر توصیه کنید در صورت بروز تب، بی قراری، استفراغ، تشنج و نخوردن غذا فوری مراجعه نماید. جهت پیگیری زخم سوختگی، دو روز بعد مراجعه کند. وضعیت ایمن سازی کزاز را بررسی کنید. 	سوختگی متوسط	<ul style="list-style-type: none"> سوختگی با ضخامت نسبی (II درجه) کمتر از ۱۰٪ سوختگی عمیق (III درجه) کمتر از ۲٪
<ul style="list-style-type: none"> برای کاهش درد استامینوفن بدهید. مایعات بیشتر به کودک داده شود. به مادر توصیه کنید محل سوختگی را روزانه تمیز کند و جهت مرطوب و چرب نگه داشتن پوست از کرم های مرطوب کننده (وازلین) یا اکسید روی استفاده کند. به مادر توصیه کنید در صورت بروز تب، تشدید درد و یا تغییر رنگ سوختگی مراجعه نماید. 	سوختگی خفیف	سوختگی سطحی (I درجه)، بدون تاول همراه با درد

سؤال کنید	نگاه کنید، معاینه کنید:
<ul style="list-style-type: none"> نشانه های خطر عامل بروز سوختگی - درجه II (سوختگی با ضخامت چپست؟ (شعله، مایعات داغ، شیمیایی، الکتریکی و...)) داغ، شیمیایی، الکتریکی - درجه III (سوختگی عمیق) محل و درصد سوختگی (درجه II III) مطابق جدول زیر مشخص کنید نشانه های عفونت در سطح سوختگی آسیب های همراه (مثل شکستگی) 	<ul style="list-style-type: none"> نوع سوختگی ها (درجه I، II، III) سوختگی با ضخامت نسبی (II درجه) ۱۰٪ و بیشتر سوختگی عمیق (III درجه) ۲٪ و بیشتر سوختگی صورت، دست، سطح مفصل، اندام تناسلی و سوختگی حلقوی سوختگی با برق و تاول بالا سوختگی شیمیایی سوختگی استنشاقی سرمازدگی آسیب های همراه (شکستگی) سابقه بیماری مزمن

طبقه بندی کنید



نشان سوختگی های شدید و متوسط (درجه II و III) را در بزرگنمایی زیر مشخصی ساده پوست صرف نظر کنید

Active Go to S

کف دست کودکان معادل یک درصد سطح بدن آنهاست و در ارزیابی وسعت سوختگی می تواند مورد استفاده قرار گیرد.

سوختگی را در کودکان ارزیابی کنید:

اگر کودک به علت سوختگی مراجعه کرده است پس از کنترل نشانه های خطر، سوال کنید:

عامل بروز سوختگی چیست؟ وقتی از مادر در مورد عامل بروز سوختگی (شعله، مایعات داغ، شیمیایی، الکتریکی، استنشاقی و...) سوال می کنید از کلماتی استفاده کنید که مادر بفهمد به مادر فرصت دهید که به سوال شما جواب بدهد

آیا کودک سابقه بیماری مزمن دارد؟ در مورد شرح حال بیماری های مزمن کودک از مادر او سوال کنید

بیماری های مزمن مثل: دیابت، فشار خون بالا و تالاسمی

برای نوع و تعیین درصد سوختگی نگاه کنید:

نوع سوختگی را (درجه یک، دو یا سه) با توجه به توضیحات زیر تعیین کنید.

سوختگی سطحی یا درجه ۱: سطح سوختگی قرمز رنگ است تورم خفیف دارد و دردناک است ، تاول ندارد . بهبودی طی ۳ تا ۵ روز و بدون تغییر شکل پوست می باشد .



سوختگی با ضخامت نسبی یا درجه ۲:

a سطحی : سطح سوختگی قرمز رنگ است . دردناک و تاول دار است . بهبودی در ۷ تا ۲۱ روز با حداقل تغییر شکل پوست است ولی با تغییر رنگ پوست همراه است .



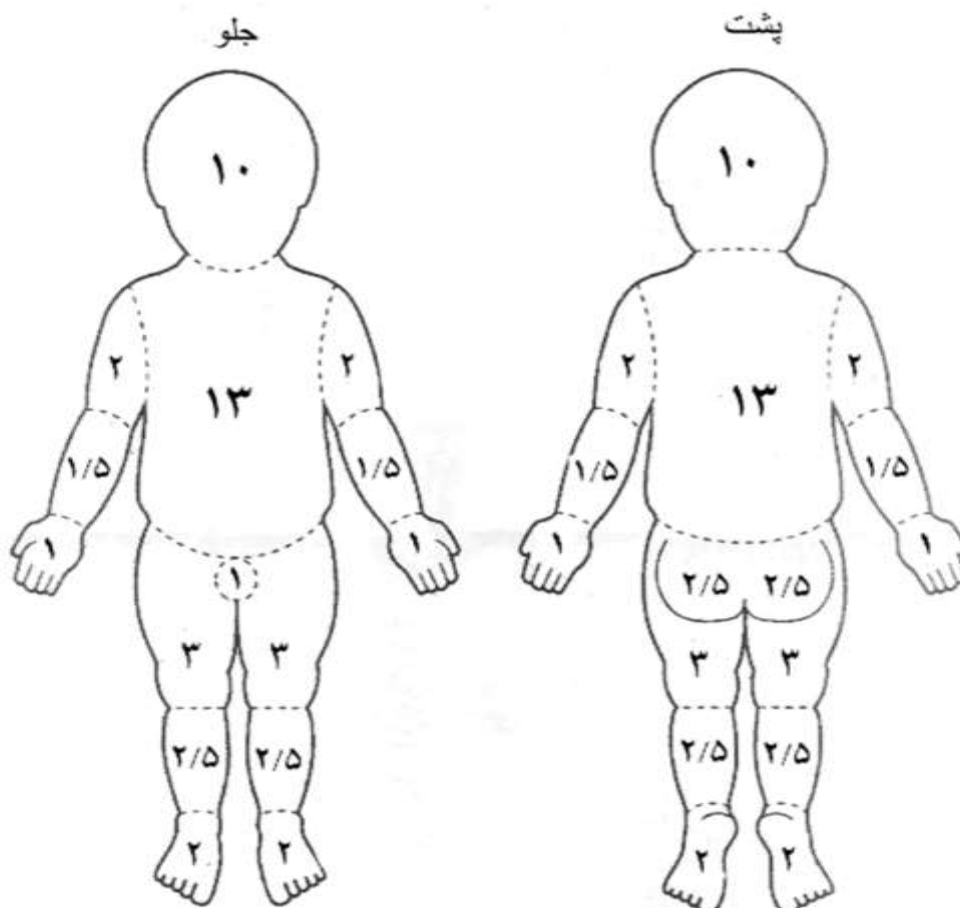
B عمقی : سطح سوختگی ظاهر چرمی سفید و شبیه سفید مرمری است . سطح زخم خشک نیست ممکن است درد وجود داشته باشد، ترمیم به آهستگی است . بهبودی طی ۲۱ روز و همراه با ایجاد تغییر شکل پوست می باشد .

سوختگی عمیق یا درجه ۳ : پوست رنگ پریده است . تاول عمقی ممکن است داشته باشد یا نداشته باشد ، درد ندارد حتما نیاز به گرافت دارد.



"سوختگی ناشی از تماس با اتوی داغ(درجه ۳)" "کودک با ۷۰٪ سوختگی عمیق که نیاز به احیا و مراقبت ویژه دارد"

درصد سوختگی در کودکان: باید توجه داشت سوختگی درجه یک در محاسبه درصد سوختگی به حساب نمی آید.



محل سوختگی را نگاه کنید و مشخص کنید:

سوختگی در مناطق خاص مثل صورت، دست (hand) و پا (foot)، پرینه، سطح مفصل، سوختگی های حلقوی (دورتا دورعضو) ریسک سوختگی را بالا میبرد. آسیب همراه در سوختگی شامل: آسیب های سر شکستگی استخوان های بلند و در آسیب الکتریکی، احتمال شکستگی ستون فقرات وجود دارد.

آسیب های همراه سوختگی را (مثل شکستگی) نگاه کنید، معاینه کنید:

آسیب همراه در سوختگی شامل: آسیب های سر، شکستگی استخوان های بلند و در آسیب الکتریکی، احتمال شکستگی ستون فقرات وجود دارد.

سوختگی را طبقه بندی کنید:

برای استفاده از جدول طبقه بندی از بالای سمت راست ستون نشانه ها شروع کنید و تا انتهای نشانه ها را بخوانید و تعیین کنید آیا کودک نشانه ای را دارد یا خیر؟ زمانی که به نشانه ای رسیدید که در کودک وجود دارد توقف کنید. کودک در آن ردیف طبقه بندی خواهد شد. سه طبقه بندی برای کودک دچار سوختگی وجود دارد: **سوختگی شدید ، سوختگی متوسط ، سوختگی خفیف**

سوختگی شدید:

در صورت وجود هر یک از : نشانه های خطر ، سوختگی درجه دو ۱۰٪ یا بیشتر ، سوختگی عمیق (درجه سه) ۲٪ یا بیشتر ، سوختگی صورت ، دست ، سطح مفصل ، اندام تناسلی و سوختگی حلقوی (دورتادورعضو) ، سوختگی با برق ولتاژ بالا ، سوختگی شیمیایی ، سوختگی استنشاقی ، سرمازدگی ، آسیبهای همراه مثل شکستگی ، سابقه بیماری مزمن ق (دیابت، فشارخون) کودک در طبقه بندی "سوختگی شدید" قرار می گیرد.

اقدامات در طبقه بندی سوختگی شدید:

- در صورت نیاز به احیاء، کمک های اولیه (باز کردن راه هوایی-تنفس) را انجام دهید.
- برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون، اقدامات لازم را انجام دهید.
- در سوختگی استنشاقی، صورت و سوختگی بیش از ۱۵٪ از راه دهان چیزی نخورد.
- لباس های فشاری و تنگ خارج شود و مناطقی که لباس به بدن چسبیده از اطراف باقیچی جدا شود و نباید کنده شود.
- سطح سوختگی را با آب سرد نشوید.
- برای اجتناب از کاهش دمای بدن از حوله یا ملحفه تمیز و خشک استفاده کنید و بیمار را با پتو بپوشانید.
- برای کاهش درد شیاف استامینوفن بدهید.
- هرگز تاول ها را پاره نکنید(نترکانید) بجز سرمازدگی
- روی سطح زخم کره، روغن و حتی پماد سوختگی مالیده نشود.
- آنتی بیوتیک ندهید.
- در سوختگی شیمیایی، استنشاقی، با قیر و سرمازدگی اقدامات اولیه را در صورت امکان انجام و سپس ارجاع دهید.
- پس از اقدامات فوق، کودک را به بیمارستان فوری ارجاع دهید.

سوختگی متوسط :

در صورت وجود هر یک از دو حالت زیر کودک در طبقه بندی "سوختگی متوسط" قرار می گیرد.

- سوختگی با ضخامت نسبی (درجه دو) کمتر از ۱۰٪
- سوختگی عمیق (درجه سه) کمتر از ۲٪

اقدامات در طبقه بندی سوختگی متوسط :

- برای کاهش درد استامینوفن بدهید.
- محل و اطراف سوختگی را با آب تمیز و نرمال سالین سرد (۱۵-۸ درجه سانتیگراد) شستشو دهید.
- هرگز تاول ها را پاره نکنید (نترکانید).
- روی سطح سوختگی یخ نگذارید.
- از روغن ، کره ، ... برای پوشش زخم استفاده نکنید.
- آنتی بیوتیک ندهید و نیز پماد کورتون دار استفاده نشود .
- سطح زخم را با پماد ضعیف (مثل باسیترا سین ، نیتروفورازون ، جنتامایسین و...) بپوشانید و روی آن گاز استریل بگذارید.
- به مادر آموزش دهید روزی دو بار زخم را با صابون یا شامپو بچه شستشو دهد و زخم را با همان پماد بپوشاند و سپس با گاز استریل بپوشانید.
- به مادر توصیه کنید در صورت بروز تب ، بیقراری ، تشنج ، استفراغ و نخوردن غذا فوری مراجعه نماید.
- جهت پیگیری زخم سوختگی ، دو روز بعد مراجعه کند.
- وضعیت ایمن سازی را بررسی کنید.
- در صورتی که واکسیناسیون نامعلوم باشد ، ایمونوگلوبولین کزاز (TIG) + یک دوز واکسن تزریق و توصیه به تکمیل واکسیناسیون می گردد.

سوختگی خفیف:

اگر کودک سوختگی سطحی (درجه یک) بدون تاول دارد در طبقه بندی "سوختگی خفیف" قرار می گیرد.

اقدامات در سوختگی خفیف :

- برای کاهش درد استامینوفن بدهید.
- مایعات بیشتر به کودک خورانده شود.

- به مادر توصیه کنید محل سوختگی را روزانه تمیز کند و جهت مرطوب و چرب نگهداشتن پوست از کرم های مرطوب کننده (وازلین) یا اکسیدروی استفاده کند.
- به مادر توصیه کنید در صورت بروز تب، تشدید درد و یا تغییررنگ سوختگی مراجعه نماید.

پیگیری کودک دچار سوختگی

بعد از ۲ روز • محل سوختگی کودک را نگاه کنید. • درجه حرارت کودک را اندازه گیری کنید.

درمان

• کودک را فوراً به نزدیکترین مرکز درمانی ارجاع دهید اگر:

• احتمال عفونت جدی مانند حال عمومی بد، تب و یا کاهش دمای بدن وجود دارد یا

• علائم زیر در زخم بیمار دیده شود:

۱. تغییر رنگ قهوه ای یا سیاه رنگ به صورت نقطه ای در سطح زخم سوخته وجود دارد
 ۲. اطراف پوست سوخته تغییر رنگ دارد
 ۳. ترشح بدبو دارد.
 ۴. تاخیر در بهبود زخم
 ۵. درجه سوختگی بدتر شده است.
 ۶. ترشح زرد رنگ در سطح زخم
- اگر عفونت وجود ندارد به مادر توصیه کنید ۲ روز بعد مراجعه نماید.

سوختگی های اختصاصی و سرمازدگی

اقدامات اولیه در سوختگی شیمیایی:

- پاک کردن مواد شیمیایی از پوست
- شستشو با مقادیر زیاد آب مقطر یا نرمال سالین یا آب لوله کشی
- ۳۰-۶۰ دقیقه در مورد مواد اسیدی ، ۲-۴ ساعت در مورد مواد قلیایی
- در مورد تماس با چشم حداقل زمان شستشو ۲۰ دقیقه است.
- به هیچ عنوان از ماده دیگری استفاده نشود.
- تاول ها حتما برداشته شود و زیر آنها شستشو داده شود.



"سوختگی شیمیایی ناشی از اسید سولفوریک"

آسیب های ناشی از سرما:

آسیب ناشی از مواجهه بدن با سرما به دو دسته تقسیم می شود:

۱. سرما زدگی که معمولاً در انتهای اندام ها ، گوش و نوک بینی دیده می شود .
 ۲. کاهش شدید درجه حرارت بدن (درجه حرارت مرکزی کمتر از ۳۵ درجه سانتیگراد)
- در سرمازدگی کریستال یخ در داخل یا بین سلول ها ایجاد می شود و منجر به پاره شدن غشاء سلول می گردد.

علائم سرما زدگی: خارش پوست ، وجود مناطق سرد ، سفت ، سفید ، بی حس و کرخت

اقدامات اولیه برای سرمازدگی:

- خارج کردن همه لباس های خیس از بدن
- باز کردن تمام لباس های فشاری مثل دستکش ، پوتین ، کمر بند ، جوراب
- قرار دادن عضو صدمه دیده در آتل با پوشش نرم فراوان
- بالا قرار دادن اندام
- اجتناب از سیگار و دود
- گرم کردن سریع توسط آب با دمای بین ۴۲-۴۰ درجه سانتیگراد (با کنترل دقیق درجه حرارت آن معمولاً بین ۳۰-۱۵ دقیقه کافی است).
- گرم کردن توسط وسایل حرارتی به هر شکل ممنوع است (باعث سوختگی می شود)
- ماساژ دادن عضو به هر دلیل ممنوع است (باعث افزایش صدمه می شود)
- تاول های حاوی مایع روشن باید توسط قیچی دبریدمان شده و مایع داخل آن شستشو داده شود.
- تاول های حاوی مایع خونی نباید دستکاری شود.
- تزریق واکسن کزاز
- پانسمان به صورت روزانه مکرر

اقدامات در سوختگی با قیر :

- به سرعت سطح قیر را با آب خنک، سرد کنید.
- برای حل کردن قیر به تدریج می توان از کره، روغن بچه و پارافین در طی چند پانسمان (چند روز) استفاده نمود.

آسیب های استنشاقی:

آسیب استنشاقی به مواردی گفته می شود که بیمار در صحنه آتش سوزی گرفتار شده باشد ، دود استنشاق کرده باشد ، بی هوش شده باشد و یا آتش سوزی در فضای بسته باشد .آسیب های استنشاقی به سه دسته تقسیم می شوند :

مسمومیت با منوکسید کربن(CO)- تورم و انسداد راه های تنفسی فوقانی -استنشاق دود یا نارسایی تنفسی در اثر استنشاق دود



"ذرات کربنی روی صورت بیمار بعد از سوختگی در فضای بسته که احتمال وقوع آسیب استنشاقی را مطرح می کند."

مسمومیت با منوکسید کربن(CO):

علائم به ترتیب از خفیف به شدید شامل تنفس سخت، کاهش دید ، تحریک پذیری ، تهوع ، استفراغ ، ضعف و سستی، اختلال درک ، عدم توانایی در انجام حرکات ظریف (مثل گرفتن اجسام ریز و یا سوزن نخ کردن) ، سرگیجه ، کاهش سطح هوشیاری ، گونه آلبا لویی رنگ ، توهم ، اختلال تعادل در راه رفتن ، از حال رفتن ، گیجی ، اغماء میباشد.

درمان:دادن اکسیژن است و یا بیمار در هوای آزاد تنفس کند .

تورم و انسداد راه های تنفسی فوقانی:

علائم: تورم سر و صورت ، تنفس صدا دار، به سختی نفس کشیدن، صدای دو رگه و تو کشیدگی بالای جناغ
زمان شروع علائم از ۱۲ ساعت بعد از حادثه تا حداکثر ۲۴-۳۶ ساعت می باشد. هدف از درمان باز نگه
داشتن راه هوایی فوقانی است و باید سر و گردن بیمار را بالا قرار داد.

استنشاق دود یا نارسایی تنفسی در اثر استنشاق دود:

علائم: تنفس سریع ، تنفس سخت ، تنفس صدا دار و سایر علائم درگیری دستگاه تنفسی تحتانی را دارند
ولی تا سه روز اول علائم بالینی ندارند و حداکثر ممکن است تنفس سریع دیده شود ولی از همان ابتدا
درمان شروع می شود.

درمان: این موارد در بیمارستان انجام می شود .

مسمومیت ها

در هر کودک بیمار با علت نامشخص که قبلا سالم بوده است باید مسمومیت را در نظر داشت.
تشخیص بر اساس شرح حال داده شده توسط کودک یا مراقبین وی می باشد.

ارزیابی مسمومیت ها در کودکان :

اطلاعات کامل در مورد عامل مسمومیت ، مقدار سم بلع شده و زمان بلع سم ضروری است. در صورت امکان از
مراقبین کودک می خواهیم که محفظه حاوی سم را نشان دهند. باید کنترل نمود که سایر کودکان در خانه
سم را بلع ننموده باشند. علائم و نشانه ها به نوع سم ارتباط دارد که در نتیجه طیف وسیعی خواهد داشت.
پس از مشخص شدن عامل مسمومیت ، کودک را مطابق چارت مربوطه ارزیابی، طبقه بندی و درمان مناسب
را انجام دهید.

- مسمومیت با مواد نفتی و فراورده های نفتی

- مسمومیت با مواد سوزاننده

- مسمومیت با مواد حشره کش و سموم گیاهی

- مسمومیت دارویی یا مواد مخدر

مسمومیت با مواد نفتی :

اگر کودک با شرح حال تماس یا بلع فراورده های نفتی مراجعه کرده است:

سوال کنید:

- از تماس یا بلع موادنفتی کودک چه مدت می گذرد؟

مشاهده و استشمام کنید:

- نشانه خطر وجود دارد؟

- آیا کودک سرفه یا تنفس مشکل دارد؟

- آیا بویی که احتمال استفاده ازموادنفتی (نفت،بنزین،گازوئیل) راقطعی می کند استشمام می شود؟

طبقه بندی مسمومیت با مواد نفتی :

سه طبقه بندی برای مسمومیت با مواد نفتی وجود دارد:

مسمومیت شدید و حاد نفتی ، مسمومیت حاد نفتی ، مسمومیت نفتی خفیف

اگر کودک دارای سرفه یا تنفس مشکل باشد یا یکی از نشانه های خطر را داشته باشد در طبقه بندی " مسمومیت شدید و حاد نفتی " قرار می گیرد.

اقدام لازم :

- در صورت نیاز، احیاء کمک های اولیه آن را انجام دهید.
- تحریک به استفراغ نکنید و شستشوی معده انجام ندهید، زغال فعال ندهید.
- تعویض لباس کودک، شستشوی بدن و قسمت های که به فرآورده های نفتی آغشته است.
- به نزدیکترین مرکز درمانی (بیمارستان) ارجاع دهید.

اگر از بلع مواد نفتی کمتر از ۶ ساعت می گذرد و هیچیک از علائم بالا را ندارد در طبقه بندی " مسمومیت حاد نفتی " قرار می گیرد .

اقدام لازم در مسمومیت حاد نفتی :

- تحریک به استفراغ نکنید و شستشوی معده انجام ندهید. زغال فعال ندهید.
 - تعویض لباس کودک، شستشوی بدن و قسمتهای که به فرآورده های نفتی آغشته است.
 - برای ۶ ساعت کودک را زیر نظر بگیرید.
 - به مادر بگویید اگر کودک سرفه یا تنفس مشکل پیدا کرد، فوری برگردد.
 - یک روز بعد کودک را پیگیری کنید.
- اگر از بلع مواد نفتی بیش از ۶ ساعت می گذرد و هیچیک از علائم بالا را ندارد در طبقه بندی " مسمومیت نفتی خفیف " قرار می گیرد.

اقدام لازم :

- تحریک به استفراغ نکنید و شستشوی معده انجام ندهید. زغال فعال ندهید.
- به مادر بگویید اگر کودک سرفه یا تنفس مشکل پیدا کرد، فوری برگردد.
- یک روز بعد کودک را پیگیری کنید.

اگر کودک باشرح حال تماس یا بلع فرآورده های نفتی مراجعه کرده است.

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	اقدام لازم
<ul style="list-style-type: none"> • سرفه و تنفس مشکل یا • نشانه های خطر 	<ul style="list-style-type: none"> • مسمومیت شدید و حاد نفتی 	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت نیاز، اعضاء کمک های اولیه آن را انجام دهید. • تحریک به استفراغ نکنید و شستشوی معده انجام ندهید. زغال فعال ندهید. • تعویض لباس کودک، شستشوی بدن و قسمتهای که به فرآورده های نفتی آغشته است. • به نزدیکترین مرکز درمانی (بیمارستان) ارجاع دهید.
<ul style="list-style-type: none"> • خوردن مواد نفتی کمتر از ۶ ساعت و نبودن علائم بالا 	<ul style="list-style-type: none"> • مسمومیت حاد نفتی 	<ul style="list-style-type: none"> • تحریک به استفراغ نکنید و شستشوی معده انجام ندهید. زغال فعال ندهید. • تعویض لباس کودک، شستشوی بدن و قسمتهای که به فرآورده های نفتی آغشته است. • برای ۶ ساعت کودک را زیر نظر بگیرید. • به مادر بگویید اگر کودک سرفه یا تنفس مشکل پیدا کرد، فوری برگردد. • یک روز بعد کودک را پیگیری کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • خوردن مواد نفتی بیشتر از ۶ ساعت و نبودن علائم بالا 	<ul style="list-style-type: none"> • مسمومیت نفتی خفیف 	<ul style="list-style-type: none"> • تحریک به استفراغ نکنید و شستشوی معده انجام ندهید. زغال فعال ندهید. • به مادر بگویید اگر کودک سرفه یا تنفس مشکل پیدا کرد، فوری برگردد. • یک روز بعد کودک را پیگیری کنید.

طبقه بندی کنید

سوال کنید:	مشاهده و استشمام کنید:
<ul style="list-style-type: none"> • زمان تماس یا بلع؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • نشانه های خطر • سرفه و تنفس مشکل • بویی که احتمال استفاده از مواد نفتی (نفت، بنزین، گازوئیل) را قطعی کند.

مسمومیت با مواد سوزاننده:

اگر کودکی با شرح حال تماس یا بلع مواد سوزاننده مراجعه کرد:

سوال کنید: از تماس یا بلع مواد سوزاننده کودک چه مدت می گذرد؟

مشاهده کنید: آیا کودک سوختگی دهان یا مشکل بلع دارد؟

بعد از سوال و مشاهده نشانه های خطر ، کودک را از نظر سوختگی دهان یا مشکل بلع که به علت بلع مواد سوزاننده ایجاد می شود بررسی کنید.

استشمام کنید: آیا بویی که احتمال استفاده از مواد سوزاننده (پاک کننده ها، سفیدکننده ها و غیره) را قطعی کند ، استشمام می کنید ؟

در هر کودک بیمار با علت نامشخص که قبلا سالم بوده است باید مسمومیت را در نظر داشت و یکی از اقداماتی که می توان به عامل مسمومیت پی برد بویی که احتمال استفاده از مواد مسموم کننده را قطعی می کند می تواند خیلی کمک کننده باشد.

طبقه بندی مسمومیت با مواد سوزاننده :

سه طبقه بندی برای مسمومیت با مواد سوزاننده وجود دارد: **مسمومیت شدید و حاد مواد سوزاننده ، مسمومیت حاد مواد سوزاننده ، مسمومیت خفیف مواد سوزاننده**

علائم مسمومیت شدید و حاد مواد سوزاننده :

- مشکل در عمل بلع
 - وجود نشانه خطر
 - درگیری چشم ها یا دهان
- اگر کودکی یکی از علائم بالا را داشت در طبقه بندی " مسمومیت شدید و حاد مواد سوزاننده " قرار می گیرد.

اقدامات لازم :

- در صورت نیاز به احیاء، کمک های اولیه آن را انجام دهید
- تحریک به استفراغ نکنید و شستشوی معده انجام ندهید ، زغال فعال ندهید.
- محل و اطراف تماس بخصوص چشم ها را با آب تمیز و فراوان یا نرمال سالین شستشو دهید.
- به نزدیکترین مرکز درمانی (بیمارستان) ارجاع دهید.

مسمومیت حاد مواد سوزاننده :

اگر از بلع مواد سوزاننده کمتر از ۶ ساعت می گذرد و هیچ یک از نشانه های بالا را ندارد در طبقه بندی "مسمومیت حاد مواد سوزاننده" قرار می گیرد.

اقدامات لازم :

- تحریک به استفراغ نکنید و شستشوی معده انجام ندهید، زغال فعال ندهید و در اولین فرصت ممکن آب و شیر به مقدار کم و دفعات متعدد برای رقیق کردن سم به بیمار بدهید.
- محل و اطراف تماس بخصوص چشم ها را با آب تمیز و فراوان یا نرمال سالین شستشو دهید.
- برای ۶ ساعت کودک را زیر نظر بگیرید.
- به مادر بگویید اگر کودک مشکل تنفسی، بینایی و سختی در بلع پیدا کرد، فوری برگردد.
- یک روز بعد کودک را پیگیری کنید.

مسمومیت خفیف مواد سوزاننده :

اگر کودک از بلع مواد سوزاننده بیش از ۶ ساعت می گذرد و هیچ یک از نشانه های بالا را ندارد در طبقه بندی "مسمومیت خفیف مواد سوزاننده" قرار می گیرد.

اقدامات لازم :

- تحریک به استفراغ نکنید و شستشوی معده انجام ندهید، زغال فعال ندهید و در اولین فرصت ممکن آب و شیر به مقدار کم و دفعات متعدد برای رقیق کردن سم به بیمار بدهید.
- به مادر بگویید اگر کودک مشکل تنفسی، بینایی و سختی در بلع پیدا کرد، فوری برگردد.
- یک روز بعد کودک را پیگیری کنید.

اقدام لازم	طبقه بندی	علائم و نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت نیاز، احیاء کمک های اولیه آن را انجام دهید. • تحریک به استفراغ نکنید و شستشوی معده انجام ندهید زغال فعال ندهید. • محل و اطراف محل تماس بخصوص چشم ها را با آب تمیز و فراوان یا نرمال سالین شستشو دهید. • فوری به نزدیکترین مرکز درمانی (بیمارستان) ارجاع دهید. 	مسمومیت شدید و حاد مواد سوزاننده	<ul style="list-style-type: none"> • مشکل در عمل بلع یا • نشانه های خطر یا • درگیری چشم ها یا دهان
<ul style="list-style-type: none"> • تحریک به استفراغ نکنید. شستشوی معده انجام ندهید، زغال فعال ندهید و در اولین فرصت ممکن آب و شیر به مقدار کم و دفعات متعدد برای رقیق کردن سم به بیمار بدهید. • محل و اطراف محل تماس را با آب تمیز و فراوان یا نرمال سالین شستشو دهید. • برای ۶ ساعت کودک را زیر نظر بگیرید. • به مادر بگویید اگر کودک مشکل تنفسی، بینایی و سختی در بلع پیدا کرد، فوری برگردد. • یک روز بعد کودک را پیگیری کنید. 	مسمومیت حاد مواد سوزاننده	<ul style="list-style-type: none"> • خوردن مواد سوزاننده کمتر از ۶ ساعت و نبودن علائم بالا
<ul style="list-style-type: none"> • تحریک به استفراغ نکنید. شستشوی معده انجام ندهید، زغال فعال ندهید و در اولین فرصت ممکن آب و شیر به مقدار کم و دفعات متعدد برای رقیق کردن سم به بیمار بدهید. • به مادر بگویید اگر کودک مشکل تنفسی، بینایی و سختی در بلع پیدا کرد، فوری برگردد. • یک روز بعد کودک را پیگیری کنید. 	مسمومیت خفیف مواد سوزاننده	<ul style="list-style-type: none"> • خوردن مواد سوزاننده بیشتر از ۶ ساعت و نبودن علائم بالا

اگر کودک با شرح حال تماس یا بلع مواد سوزاننده مراجعه کرده است.

طبقه بندی کنید

سوال کنید:	مشاهده و استعلام کنید:
• زمان تماس یا بلع؟	نشانه های خطر
	• سوختگی دهان و یا مشکل بلع
	• بویی که احتمال استفاده از مواد سوزاننده (یا ککننده ها، سفیدکننده ها و غیره) را قطعی کند.

مسمومیت با مواد ارگانوفسفره (حشره کش و سموم دفع آفات گیاهی):

اگر کودکی با شرح حال تنفسی یا پوستی و یا بلع مواد حشره کش ها و سموم دفع آفات گیاهی مراجعه کرد:

سوال کنید: از تماس یا بلع چه مدت می گذرد؟ با چه سمی مسموم شده است؟

مشاهده کنید: آیا در کودک نشانه های خطر وجود دارد؟ آیا نشانه مردمک تنگ شده سرسنجاقی وجود دارد؟ آیا در کودک نشانه های پاراسمپاتیک (آبریزش زیاد دهان، تعریق، اسهال، افزایش ترشحات راه های تنفسی، اشک ریزش و گرفتگی عضلانی) وجود دارد؟

طبقه بندی مسمومیت ها با بلع مواد ارگانوفسفره:

سه طبقه بندی برای مسمومیت با بلع مواد ارگانوفسفره (حشره کش ها و سموم گیاهی) وجود دارد:

مسمومیت شدید و حاد با حشره کش ، احتمال مسمومیت حاد با حشره کش ، مسمومیت حاد بدون علامت

مسمومیت شدید و حاد با حشره کش

اگر کودک بلع حشره کش یا سموم گیاهی و یکی از علائم زیر را داشته باشد در طبقه بندی "مسمومیت شدید و حاد با حشره کش" قرار می گیرد:

- نشانه های خطر
- مردمک تنگ شده سرسنجاقی
- یکی از نشانه های پاراسمپاتیک

اقدام در مسمومیت شدید و حاد با حشره کش :

- در صورت نیاز به احیاء، کمک های اولیه آن را انجام دهید.
- بیمار را وادار به استفراغ نکنید زیرا اغلب حشره کش ها حلال نفتی دارند.
- اگر به پوست و لباس کودک ریخته است، لباس های او را درآورده و پوست او را با آب و صابون بشوئید.
- فوری به نزدیکترین مرکز درمانی ارجاع دهید

احتمال مسمومیت حاد با حشره کش:

اگر از بلع حشره کش یا سموم گیاهی کمتر از ۶ ساعت می گذرد و هیچ یک از علائم بالا را ندارد در طبقه بندی "احتمال مسمومیت حاد با حشره کش" قرار می گیرد.

اقدام در احتمال مسمومیت حاد با حشره کش :

- اگر به پوست و لباس کودک ریخته است لباس های او را درآورده و پوست او را با آب و صابون بشویید.
- بیمار را وادار به استفراغ نکنید. زیرا اغلب حشره کش ها حلال نفتی دارند.
- کودک را به نزدیکترین مرکز درمانی ارجاع دهید.

مسمومیت حاد بدون علامت

اگر از بلع حشره کش ها یا سموم گیاهی بیش از ۶ ساعت می گذرد و هیچ یک از علائم بالا را ندارد در طبقه بندی " مسمومیت حاد بدون علامت " قرار می گیرد.

اقدام در مسمومیت حاد بدون علامت :

- به مادر اطمینان خاطر دهید.
- به مادر بگویید اگر کودک مشکل پیدا کرد ، فوری برگردد.
- یک روز بعد کودک را پیگیری کنید.

"جدول طبقه بندی کودک با مسمومیت با مواد حشره کش و سموم گیاهی"

مسمومیت با مواد ارگانو فسفره

کودک با شرح حال تماس تنفسی یا پوستی و یا بلع مواد حشره کش و سموم دفع آفات گیاهی را ارزیابی کنید.

اقدام لازم	طبقه بندی	علائم و نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت نیاز به احیاء، کمک های اولیه آن را انجام دهید. • بیمار را وادار به استفراغ نکنید. زیرا اغلب حشره کش ها حلال نفتی دارند. • اگر به پوست و لباس کودک ریخته است، لباس های او را درآورده و پوست او را با آب و صابون بشویید. • فوری به نزدیکترین مرکز درمانی ارجاع دهید. 	مسمومیت حاد یا حشره کش	<ul style="list-style-type: none"> • بلع حشره کش یا سموم گیاهی و یکی از علائم زیر • نشانه های خطر • مردمک تنگ شده سرستجالی • تنگی و تشنه های پاراسمیاتیک*
<ul style="list-style-type: none"> • اگر به پوست و لباس کودک ریخته است، لباس های او را درآورده و پوست او را با آب و صابون بشویید. • بیمار را وادار به استفراغ نکنید زیرا اغلب حشره کش ها حلال نفتی دارند. • کودک را به نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید. 	احتمال مسمومیت حاد یا حشره کش	<ul style="list-style-type: none"> • بلع حشره کش یا سموم گیاهی کمتر از ۶ ساعت و بدون هیچک از نشانه های فوق
<ul style="list-style-type: none"> • اطمینان خاطر دهید. • به مادر بگویید اگر کودک مشکل پیدا کرد، فوری برگردد. • یک روز بعد کودک را پیگیری کنید. 	مسمومیت حاد بدون علامت	<ul style="list-style-type: none"> • بلع حشره کش یا سموم گیاهی بیشتر از ۶ ساعت و عدم وجود علائم بالا

طبقه بندی کنید

سوال کنید:	مشاهده کنید:
<ul style="list-style-type: none"> • از چه زمانی تماس یا بلع داشته است؟ • با چه سمی مسموم شده است؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • نشانه های خطر • مردمک تنگ شده سرستجالی • نشانه های پاراسمیاتیک* • آبریزش زیاد دهان، تعریق، اسهال، افزایش ترشحات راه های تنفسی: اشک ریزش و گرفتگی عضلانی

مسمومیت دارویی یا مواد مخدر:

اگر کودکی با شرح حال مسمومیت دارویی یا مواد مخدر مراجعه کرد:

سوال کنید، مشاهده و بررسی کنید:

- چه دارویی خورده است؟ از بلع دارو چه مدت می گذرد؟ و چقدر از این دارو خورده است؟
- آیا استفراغ، اسهال، درد شکمی دارد؟

• آیا کودک نشانه خطر یا تنفس مشکل دارد؟

• آیا افزایش (۴۲ درجه و بالاتر) یا کاهش (۳۵ درجه یا پایین تر) درجه حرارت دارد؟

طبقه بندی مسمومیت دارویی: یک طبقه بندی برای مسمومیت دارویی وجود دارد.

وجود هر یک از علائم زیر با مصرف دارو "مسمومیت دارویی" طبقه بندی می شود:

• تنفس مشکل

• نشانه های خطر

• افزایش یا کاهش درجه حرارت بدن

• استفراغ، اسهال، درد شکمی

• خوردن نامعلوم ازهر دارو

• خوردن هر مقدار از دارو غیر تجویزی

• مصرف هر مقدار از مواد مخدر

اقدام لازم در مسمومیت دارویی:

• در صورت نیاز به احیاء، کمک های اولیه آن را انجام دهید.

• در صورتی که کودک تا یک ساعت پس از بلع مراجعه کرده اگر کودک هوشیار باشد با تحریک عقب حلق

به وسیله آبسلانگ یا با دسته یک قاشق وی را تحریک به استفراغ کنید. اگر استفراغ نکرد، یک داروی

تحریک کننده استفراغ مانند شربت اپیکا(زیر ۶ ماه استفاده از شربت اپیکا ممنوع است) بدهید. شربت اپیکا

۱۵ ml برای بالای ۲ سال و ۱۰ ml برای ۶ ماه تا ۲ سال داده می شود.

• فوری به نزدیکترین مرکز درمانی ارجاع دهید.

مسمومیت دارویی یا مواد مخدر

اگر کودک با شرح حال مسمومیت دارویی یا مواد مخدر مراجعه کرده است.

اقدام لازم	طبقه بندی	علائم و نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت نیاز به احیاء، کمک های اولیه آن را انجام دهید. • در صورتی که کودک تا یک ساعت پس از بلع مراجعه کرده اگر کودک هوشیار باشد با تحریک عقب حلق به وسیله آبسلانگ یا با دسته یک قاشق وی را تحریک به استفراغ کنید. اگر استفراغ نکرد، یک داروی تحریک کننده استفراغ مانند شربت اپیکا(زیر ۶ ماه استفاده از شربت اپیکا ممنوع است) بدهید. شربت اپیکا ۱۵ml برای بالای ۲ سال داده ۱۰ml برای ۶ ماه تا ۲ سال یا می شود. • فوری به نزدیکترین مرکز درمانی ارجاع دهید. 	مسمومیت دارویی	<ul style="list-style-type: none"> • وجود هر یک از علائم زیر با مصرف دارو: • تنفس مشکل • نشانه های خطر • افزایش یا کاهش درجه حرارت بدن • استفراغ، اسهال، درد شکمی • خوردن نامعلوم ازهر دارو • خوردن هر مقدار از دارو غیر تجویزی • مصرف هر مقدار از مواد مخدر

طبقه بندی کنید

سوال کنید:	مشاهده کنید:
• چه دارویی؟	• نشانه های خطر
• از چه زمانی؟	• تنفس مشکل
• چقدر؟	• افزایش درجه حرارت بدن (۴۲)
• آیا استفراغ، اسهال،	• درجه سانتیگراد یا بالاتر
درد شکمی دارد؟	• کاهش درجه حرارت بدن (۳۵)
	• درجه سانتیگراد یا پایین تر

ارزیابی گزش و گزیدگی:

در صورت مراجعه کودک با شرح حال : درد شدید یا تورم در اندام یا هر بیماری با علت نامشخص و علائم عصبی یا خونریزی ، گزیدگی باید مد نظر گرفته شود .علائم عمومی شامل شوک ، استفراغ و سردرد است. محل گزش را از نظر نکروز موضعی، خونریزی و تورم موضعی و دردناک غدد لنفی بررسی کنید. پس از مشخص شدن نوع گزیدگی ، ارزیابی و طبقه بندی و درمان مناسب را انجام دهید.

مار گزیدگی :

اگر کودک با شرح حال مارگزیدگی مراجعه کند:

سوال کنید: چه موقع کودک گزیده شده و آیا درد موضعی شدید دارد ؟

مشاهده و بررسی کنید: • نشانه های خطر • درد موضعی یا تورم • سیاه شدن موضعی • ادرار قهوه ای تیره تا سیاه رنگ • مشکل در بلعیدن و صحبت کردن • مشکل تنفسی • افتادگی پلک و فلج عضلات • خونریزی از لثه ها، بینی، زخم ها یا نقاط خونریزی زیر پوست • محل گزیدگی

طبقه بندی مارگزیدگی :

دو طبقه بندی برای مارگزیدگی وجود دارد: **مارگزیدگی با مسمومیت ، مارگزیدگی بدون مسمومیت**

مار گزیدگی با مسمومیت :

اگر کودک شرح حال مار گزیدگی و یکی از علایم: نشانه های خطر- تمایل به خونریزی- درد موضعی شدید و تورم - مشکل در بلعیدن یا در تنفس- گزیدگی در سر، گردن و تنه - سیاه شدن موضعی- ادرار قهوه ای تیره تا سیاه- افتادگی پلک و فلج عضلات را داشته باشد طبقه بندی " مارگزیدگی با مسمومیت" را انتخاب کنید.

اقدام در مارگزیدگی با مسمومیت:

- روی محل گزیدگی را برش ندهید و با دهان زهر را مکش نکنید .
- از کمپرس یخ به هیچ عنوان استفاده نکنید .
- اندام آسیب دیده(دست یا پا) را با آتل بی حرکت و در سطح پایین تر از قلب نگه دارید .
- در صورت وجود علائم نورو توکسیک ، از محل انگشتان تا قسمت پروگزیمال محل گزش بانداژ کنید .
- از تورنیکه استفاده نکنید .
- فوری به نزدیکترین بیمارستان ارجاع دهید .

مارگزیدگی بدون مسمومیت :

اگر کودک سابقه مارگزیدگی بیشتر از ۶ ساعت داشته باشد و هیچیک از نشانه های بالا را ندارد طبقه بندی "مارگزیدگی بدون مسمومیت" را انتخاب کنید

اقدام در مارگزیدگی بدون مسمومیت :

- از کمپرس یخ به هیچ عنوان استفاده نکنید .
- زخم را تمیز کنید .
- وضعیت واکسیناسیون را بررسی کنید .
- برای ۱۲-۸ ساعت کودک را زیر نظر بگیرید و دوباره بررسی کنید .
- به مادر آرامش خاطر دهید و بگویید اگر کودک مشکلی پیدا کرد، فوری برگردد .

مارگزیدگی

اگر کودک با شرح حال مارگزیدگی مراجعه کرده است:

تشخیص نوع درمان	طبقه بندی	علامت و نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> • روی محل گزیدگی را برش ندهید و با دهن زهر را مکش نکنید. • از کمپرس یخ به هیچ عنوان استفاده نکنید. • اندام آسیب دیده دست یا پا را با اتل بی حرکت نگهدارید و در سطح پایین تر از قلب نگه دارید. • در صورت وجود علامت نورو توکسیک، از محل انگشتان تا قسمت پروگزیمال محل گزش بانداز کنید. • از تورنیکه استفاده نکنید. • فوری به نزدیکترین بیمارستان ارجاع دهید. 	مارگزیدگی یا مسمومیت	<ul style="list-style-type: none"> • شرح حال مارگزیدگی و یکی از علامت زیر • نشانه های خطر • تمایل به خونریزی** • درد موضعی شدید و تورم • مشکل در بلعیدن یا در تنفس • گزیدگی در سر، گردن و تنه • سیاه شدن موضعی • ادرار قهوه ای تیره تا سیاه • افتادگی پلک و فلج عضلات
<ul style="list-style-type: none"> • از کمپرس یخ به هیچ عنوان استفاده نکنید. • زخم را تمیز کنید. • وضعیت واکسیناسیون گزار را بررسی کنید . • برای ۸ تا ۱۲ ساعت کودک را زیر نظر بگیرید و دوباره بررسی کنید. • به مادر آرامش خاطر دهید و بگویید اگر کودک مشکلی پیدا کرد، فوری برگردد. 	مارگزیدگی بدون مسمومیت	<ul style="list-style-type: none"> • سابقه مارگزیدگی بیشتر از ۶ ساعت و عدم وجود هیچیک از علامت بالا

طبقه بندی
کنید

مشاهده کنید:	سوال کنید:
<ul style="list-style-type: none"> • نشانه های خطر • درد موضعی یا تورم • سیاه شدن موضعی • ادرار قهوه ای تیره تا سیاه رنگ • مشکل در بلعیدن و صحبت کردن • مشکل تنفسی • افتادگی پلک و فلج عضلات • خونریزی از لته ها، بینی، زخم ها • یا نقاط خونریزی زیر پوست** • محل گزیدگی 	<ul style="list-style-type: none"> • چه موقع کودک گزیده شده است؟ • آیا درد موضعی شدیدی دارد؟

گزش حشرات، عقرب یا رطیل:

اگر کودکی با شرح حال گزش حشرات، عقرب یا رطیل مراجعه کرد موارد زیر را بررسی کنید:

- تنفس مشکل یا خرخر • اختلال دید • درد عضلانی متناوب • محل گزیدگی یا وجود نیش

طبقه بندی گزش حشرات :

دو طبقه بندی برای گزش حشرات وجود دارد: **گزش شدید-گزش غیر شدید**

گزش شدید :

اگر کودک شرح حال گزش و یکی از علائم : نشانه های خطر - علائم شوک - تنفس مشکل یا خرخر - اختلال دید - درد عضلانی متناوب را داشته باشد طبقه بندی "گزش شدید" را انتخاب کنید.

اقدام در گزش شدید :

- از کمپرس آب سرد یا یخ برای کاهش درد و تورم استفاده کنید .
- زخم را تمیز کنید .
- روی محل گزیدگی را برش ندهید و با دهان زهر را مکش نکنید .
- از تورنیکه استفاده نکنید .
- فوری به نزدیکترین مرکز درمانی ارجاع دهید.

گزش غیر شدید :

اگر کودک فقط واکنش (تحریک) موضعی دارد و هیچیک از نشانه های بالا را ندارد طبقه بندی "گزش غیر شدید" را انتخاب کنید .

اقدام در گزش غیر شدید:

- زخم را تمیز کنید .
- وضعیت واکسیناسیون کزاز را بررسی کنید .
- شربت دیفن هیدرامین تجویز کنید .
- در صورت نیاز استامینوفن بدهید .
- کودک را به مدت ۶-۱۲ ساعت زیر نظر بگیرید اگر علائم پیدا کرد فوری ارجاع دهید .
- به مادر آرامش خاطر دهید و بگویید اگر کودک مشکلی پیدا کرد فوری برگردد .

گزش حشرات

اگر کودک با سابقه گزش حشرات، عقرب یا رطیل مراجعه کرده است:

علائم و نشانه‌ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
شرح حال گزش و یکی از علائم زیر: • نشانه های خطر یا • تنفس مشکل یا خرخر یا • اختلال دید یا • درد عضلانی متناوب	گزش شدید	• از کمپرس آب سرد یا یخ برای کاهش درد و تورم استفاده کنید. • زخم را تمیز کنید. • روی محل گزیدگی را برش ندهید و با دهان زهر را مکش نکنید. • از تورنیکه استفاده نکنید. • فوری به نزدیکترین مرکز درمانی ارجاع دهید.
• واکنش (تحریک) موضعی	گزش غیر شدید	• زخم را تمیز کنید. • وضعیت واکسیناسیون کزاز را بررسی کنید. • شربت دیفن هیدرامین تجویز کنید. • در صورت نیاز، استامینوفن بدهید. • کودک را به مدت ۶ تا ۱۲ ساعت زیر نظر بگیرید. اگر علائم پیدا کرد فوری ارجاع دهید. • به مادر آرامش خاطر دهید و بگویید اگر کودک مشکلی پیدا کرد، فوری برگردد.

مشاهده کنید:

- تنفس مشکل یا خرخر
- اختلال دید
- درد عضلانی متناوب
- محل گزیدگی یا وجود نیش

طبقه بندی کنید

گاز گرفتگی:

در هر کودکی با شرح حال گازگرفتگی مراجعه کرد درمورد گزیدن یا لیسیدن حیواناتی نظیر گربه ، سگ یا حیوان مشکوک به هاری (شغال ، خفاش ...) سوال کنید .کودک را از نظر نشانه های خطر، علائم تب، ضعف، بی اشتهاپی و ظهور ناگهانی علائم عصبی مانند تحریک پذیری، ترس از آب یا نور، افزایش ترشح بزاق و فلج شل پایین رونده بررسی کنید .

طبقه بندی گازگرفتگی :

دو طبقه بندی برای گازگرفتگی وجود دارد: **مظنون به هاری - محتمل به هاری**

مظنون به هاری:

اگر کودک شرح حال گازگرفتگی و یکی از علائم : نشانه های خطر ، تب ، ضعف ، بی اشتهاپی ، ظهور ناگهانی علائم عصبی ، فلج شل پایین رونده را داشته باشد طبقه بندی "**مظنون به هاری**" را انتخاب کنید.

اقدام در مظنون به هاری:

- اقدامات محتمل به هاری را انجام دهید .
- فوری به نزدیکترین مرکز درمانی ارجاع دهید .
- حیوان مهاجم تحت نظر قرار گیرد و گزارش فوری به مرکز بهداشت شهرستان داده شود.

محتمل به هاری:

اگر کودک فقط شرح حال گازگرفتگی دارد و هیچیک از نشانه های بالا را ندارد طبقه بندی "**محتمل به هاری**" را انتخاب کنید.

اقدام در محتمل به هاری :

- با آب تمیز و صابون لابلای زخم را حداقل بمدت ۱۰ دقیقه شستشو دهید .
- این عمل مهمترین قسمت پیشگیری از هاری به حساب می آید. می توان ادعا کرد درصد بالایی از پیشگیری مربوط به رعایت کامل همین نکته است و اگر بتوان سریعاً و حتی المقدور در ساعات اولیه پس از گزش انجام داد کمک بسیار موثری در دفع و خارج کردن ویروس از زخم خواهد شد.

- کف صابون را با استفاده از فشار آب از لابلای زخم شسته شود. با استفاده از شیلنگ آب یا پیستوله آب پاش باید کف صابونهای باقیمانده در لابلای زخم کاملا شسته شود. زیرا باقیماندن صابون بعضی مواد ضدعفونی کننده را که بدنبال شستشو مورد استفاده قرار خواهد گرفت خنثی می نماید.
- قسمت های له شده و کثیف از زخم جدا شود .
- با محلول بتادین یا الکل اتیلیک (۷۰-۴۰٪) زخم را ضدعفونی کنید .
- کودک را فوراً به مرکز بهداشت شهرستان برای اقدامات تکمیلی ارجاع دهید .
- حیوان مهاجم تحت مراقبت قرار گیرد و گزارش به مرکز بهداشت شهرستان داده شود .

گازگرفتگی

اگر کودک با شرح حال گازگرفتگی مراجعه کرده است .

توصیه ها	طبقه بندی	علائم و نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> • اقدامات محتمل به هاری را انجام دهید. • فوری به نزدیکترین مرکز درمانی ارجاع دهید. • حیوان مهاجم تحت مراقبت قرار گیرد و گزارش فوری به مرکز بهداشت شهرستان داده شود. 	<ul style="list-style-type: none"> • مظنون • به هاری 	<ul style="list-style-type: none"> • سابقه گازگرفتگی و یکی از علائم زیر: • نشانه های خطر • تب، ضعف، بی اشتها • ظهور ناگهانی علائم عصبی • فلج شل پایین رونده
<ul style="list-style-type: none"> • با آب تمیز و صابون لابلای زخم را حداقل بمدت ۱۰ دقیقه شستشو دهید. • کف صابون را با استفاده از فشار آب از لابلای زخم شسته شود. • قسمت های له شده و کثیف از زخم جدا شود. • با محلول بتادین یا الکل اتیلیک (۷۰-۴۰٪) زخم را ضدعفونی کنید. • کودک را فوراً به مرکز بهداشت شهرستان ارجاع دهید. • حیوان مهاجم تحت نظر قرار گیرد و گزارش به مرکز بهداشت شهرستان داده شود. 	<ul style="list-style-type: none"> • محتمل • به هاری 	<ul style="list-style-type: none"> • سابقه گازگرفتگی و عدم وجود هیچیک از علائم بالا



سوال کنید:	مشاهده کنید:
آیا کودک توسط حیواناتی نظیر گربه، سگ یا حیوان مشکوک به هاری (شغال، خفاش...) گزیده یا لیسیده شده است؟	<ul style="list-style-type: none"> • تب، ضعف، بی اشتها • ظهور ناگهانی علائم عصبی • مانند تحریک پذیری، ترس از آب یا نور، افزایش ترشح بزاق • فلج شل پایین رونده

توجه:

کلیه افراد خانواده و کسانی که با بیمارها و بخصوص بزاق و ترشحات وی تماس داشته اند علی الخصوص اگر دارای زخم باز یا ترک خوردگی در پوست باشند باید یک دوره کامل واکسیناسیون هاری (۵ نوبت) تزریق نمایند.

مطالبی که در ادامه آمده است جهت مطالعه توسط فراگیران بهورزی می باشد ، دانستن تمام مطالب ذیل جهت تکمیل اطلاعات فراگیران اهمیت داشته و در ارائه بهتر خدمات بهداشتی به اطفال نیاز می باشد.

آشنایی با پیگیری و بازدید از منزل در مراقبت از کودکان و دادن آموزش های لازم به خانواده

خانه بهداشت محیطی ترین واحد روستائی ارائه خدمت در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور است . هر خانه بهداشت بسته به شرایط جغرافیایی -به ویژه امکانات ارتباطی و جمعیت یک یا چند روستا را تحت پوشش خود دارد. یکی از وظایف مهم بهورز انجام بازدید از منازل و محیط روستا است .بازدید از منازل روستایی به دلایل زیر از اهمیت زیادی برخوردار است:

- دوستی و ارتباط کارکنان بهداشت را با خانواده ها ارتقاء می بخشد.
- موجبات آموزش چهره به چهره با آموزش گیرندگان را فراهم می کند
- واقعیت محیط زیست مردم و شرایط طبیعی زندگی آنان را به کارکنان خانه بهداشت نشان می دهد.
- معلوم می کند که درک افراد مختلف از دستورهای بهداشتی در عمل چگونه است و در چه مواردی و چطور باید این عملکرد ها را تصحیح نمود.
- امکان پیگیری درمانی بیماران مزمن و مراقبت های ویژه را فراهم می سازد.

بنابراین بازدید منزل نباید تنها به پرکدن فرم ها منحصر شود، بلکه باید با استفاده از تمام فنون تربیتی، سنتی، فرهنگی، هوش و ذکاوت فردی عوامل اجرایی، به صورت فعالیتی ثمر بخش و مؤثر در آید.

تعریف بازدید از منزل و اهمیت آن:

بازدید از منزل اهمیت زیادی در ایجاد رابطه صحیح بهورزان و خانواده ها دارد و در موفقیت برنامه های بعدی نقش مهمی خواهد داشت . بازدید از منزل سبب می شود بهورز ضمن ارتباط مؤثر باخانوارها تمامی موارد مورد نیاز قابل پیگیری را از نزدیک و به صورت مستقیم شناسایی کرده و ضمن آموزش در زمینه های لازم ، پیگیری رفع مشکلات بهداشتی خانوار را در بازدید های بعدی انجام دهد .

تعریف : بازدید از منزل به معنی مراجعه حضوری بهورز به منزل خانوارهای تحت پوشش خانه بهداشت خود می باشد .این بازدید با اهداف مختلف منجمله پیگیری مراقبتهای بهداشتی صورت می گیرد .

اهداف بازدید از منزل:گاهی اوقات ممکن است بازدید از منزل برای اولین بار جهت آغاز به کار خانه بهداشت در یک منطقه روستایی صورت گیرد یا اینکه در مراجعات سالیانه و همزمان با سرشماری در ابتدای

سال صورت گیرد. برخی اوقات نیز با ورود یک خانوار جدید به روستا و بمنظور شروع مراقبتهای بهداشتی برای یک خانوار جدید صورت می گیرد.

اهداف بازدید از منزل در مراقبت های کودکان:

بر حسب اینکه بازدید انجام شده، اولین بازدید، بازدید سالیانه و یا سایر بازدید ها باشد، نحوه بازدید متفاوت است:

بازدید اول: هنگام شروع به کار خانه بهداشت بازدید برای شماره گذاری خانوارها، تکمیل اطلاعات خانوار و سرشماری، بازدید سالیانه از منزل، (وضعیت محل زندگی و ساختمان، اتاقها، منبع آب آشامیدنی، حمام و توالت، وضعیت دفع زباله، کارگاه خانگی، نگهداری دام و طیور و ...) صورت می گیرد. پس از پایان اولین بازدید از منزل افراد واجد شرایط (خصوصا مادران و کودکان) دعوت می شوند، تا به خانه بهداشت مراجعه کرده و تحت پوشش قرار گیرند.

بازدید سالیانه: تمام اقدامات بازدید از منزل اول در این بازدید، که به صورت سالیانه و در ابتدای سال همزمان با سرشماری بوده، صورت می گیرد. تنها شماره گذاری ساختمان ها و کد خانوار که در بازدید اول صورت می گیرد در این بازدید انجام نمی شود.

سایر بازدید ها: در صورتی که افراد واجد شرایط (خصوصا مادران و کودکان) جهت انجام مراقبتهای بهداشتی به خانه بهداشت مراجعه نمایند، بهورز با فرمها و دفاتر مربوطه به در منزل فرد مراجعه نموده و افراد را مجدد جهت انجام مراقبت دعوت می کند. در صورتی که علت عدم مراجعه فرد بیماری، مشکل یا عدم توانایی جهت مراجعه به خانه بهداشت باشد، بهورز مراقبتهای مربوطه را در منزل انجام می دهد. بعلاوه افراد واجد شرایط را ترغیب می نماید تا پس از رفع مشکل جهت انجام مراقبت ها به خانه بهداشت مراجعه نمایند.

اصول بازدید از منزل:

زمانی که بهورزی برای بازدید از منزلی مراجعه می کند، بایستی پس از کسب اجازه داخل شود و برای جلب اعتماد و همکاری افراد خانوار به خوشرویی با آنها برخورد کند. بهورز می بایست افراد خانوار را در جریان فعالیت های خود قرار دهد و آنها را با فعالیت های خانه بهداشت آشنا سازد. پس از مرحله مقدماتی و آشنایی و برقراری ارتباط با خانواده، فرم بازدید سالیانه و سایر فرم های مربوطه، با همکاری سرپرست خانواده یا مطلع ترین فرد در خانواده تکمیل می شود. باید سعی شود تا آنجا که ممکن است برای تکمیل فرم ها با زن و شوهر هر دو مصاحبه شود.

پس از تکمیل فرم ها و قبل از خروج از منزل با افراد خانواده خداحافظی کرده و به آنها یادآوری کنید که این آخرین ملاقات با آنها نیست و همیشه برای رسیدگی به مشکلات آنها آماده هستید و مخصوصا به مادران تاکید کنید آنها را در رابطه با سلامتی خود و کودکانشان در خانه بهداشت خواهید دید . در اولین بازدید (در موقع شروع بکار خانه بهداشت) دانش آموز با سرپرستی مربی مربوطه اقدام نماید و مربی می بایست وی را در نحوه بازدید ، موارد مورد بررسی و تکمیل فرم های مربوطه راهنمایی و به صورت عملی به وی آموزش دهد .بعلاوه اطلاع رسانی بزرگان روستا یا اعضای شورای اسلامی می تواند کمک بزرگی در اجرای صحیح این برنامه (بازدید از منزل هنگام شروع بکار خانه بهداشت) و تکمیل اطلاعات می نماید .

نحوه بازدید از منزل

در سال های قبل که پرونده الکترونیک سلامت وجود نداشت ، بهورز در ابتدای هر سال فرم های بازدید از منزل و پرونده خانوار و سرشماری را تکمیل و اطلاعات مربوط به بهداشت محیط را نیز در صفحه پشت جلد ثبت می کردند. در زمان بازدید اگر به عنوان مثال مادر بارداری شناسایی می شد ، مراقبتهای وی انجام و پس از بازگشت از بازدید ، نام مادر در دفتر مراقبت مادران برای ادامه مراقبتها و پیگیری در صورت عدم مراجعات مراقبتهای روتین ثبت می گردید . اما در حال حاضر با وجود پرونده الکترونیک فقط شامل تکمیل فرم سرشماری و ثبت تغییرات جمعیتی در سامانه سبب می باشد . بعلاوه اطلاعات مربوط به بهداشت محیط (وضعیت محل زندگی و ساختمان، اطاقها ، منبع آب آشامیدنی ، حمام و توالت ، وضعیت دفع زباله ، کارگاه خانگی ، نگهداری دام و طیور و ...) نیز در بخشهای مربوطه در سامانه سبب درج می شود . **این سوال وجود دارد که چه نیازی به بازدید منزل سالیانه وجود دارد (خصوصا با وجود پرونده الکترونیک سلامت) ؟**

در واقع اجرای این برنامه در ابتدا هر سال با هدف تکمیل اطلاعات ثبت نشده و شناخت افراد جدیدی که در طول سال بهورز نتوانسته آنها را شناسایی نماید و نیز شناسایی وضعیت های جدید اتفاق افتاده در محیط زیست روستایی صورت می گیرد . با اجرای این فعالیت بهورز اطلاعات مورد نیاز برای شروع فعالیت در سال جدید را تکمیل نموده و نقایص و اشتباهات و کاستی ها را برطرف می کند . در واقع اطلاعات دوبار ثبت نمی شوند ، بلکه اطلاعات تصحیح می شوند. اما اطلاعات سرشماری به کلی تغییر پیدا می کند چرا که زنی که بعنوان مثال سال قبل باردار بوده امسال دیگر باردار نیست .

نکات مورد توجه بازدید از منزل در برنامه کودکان :

در بازدید از منزل سالیانه یکی از مواردی که مورد بررسی قرار می گیرد وضعیت آب آشامیدنی خانوار است . در روستاهایی که آب از یک منبع آشامیدنی کلی در روستا لوله کشی انجام شده است ، با توجه به کلر زنی

توسط آب و فاضلاب روستایی و کلر سنجی توسط بهورز نگرانی در این زمینه وجود ندارد. و تنها به سوال و بررسی در مورد سیستم لوله کشی (لوله کشی سرویس بهداشتی ، حمام و محل طبخ غذا و ...) و شکستگی های احتمالی ، وضعیت چاه فاضلاب و .. بسنده می شود . این بررسی ها اهمیت فراوانی در زمینه بهداشت و سلامت خانوارها و خصوصا اعضاء آسیب پذیر آن مانند کودکان دارد . وجود آب آشامیدنی سالم و لوله کشی شده در منزل نقش مهمی در ارتقاء بهداشت خانوار و پیشگیری از بیماری های اسهالی و عفونی در کودکان دارد . یکی دیگر از مواردی که در بازدید از منزل سالیانه بررسی می شود ، وضعیت ید موجود در نمک مصرفی خانوار است . طی بازدید از منزل بهورز کیت ید سنجی را همراه دارد و وضعیت ید نمک را بررسی می نماید . با توجه به اهمیت مصرف ید در پیشگیری از بروز IDD (طیفی از اختلالات شامل گواتر ، هیپوتیروئیدیسم کربتی نیسم مرگ و میر کودکان تاخیر در رشد و تکامل کودکان)، این بخش از بازدید از منزل ، اهمیت ویژه در برنامه های بهداشتی کودکان دارد . بعلاوه حین بازدید از منزل و انجام ید سنجی آموزش ها به خانوار (خصوصا مادر) در زمینه اهمیت مصرف نمک ید دار ، روشهای نگهداری و مصرف آن ، بیماریهای بوجود آمده در اثر کمبود ید و ... داده می شود .

از دیگر موارد مورد بررسی در بازدید منزل وجود یا عدم وجود کارگاه های خانگی و نظارت بر رعایت بهداشت و اصول بهداشت محیطی (اصول ارگونومی ، نور و گرما و ذرات گرد و غبار و ...) ، همچنین نگهداری از دام و طیور در منزل می باشد . داشتن کارگاه خانگی و نگهداری حیوانات در منزل به شدت نیازمند رعایت اصول بهداشتی است و به نظارت ، آموزش و پیگیری روند اصلاح نواقص بهداشتی توسط بهورز نیاز دارد . عدم رعایت اصول نگهداری از حیوانات با توجه بیماریهای مشترک بین انسان و حیوانات چون تب مالت، آنفولانزای پرندگان و .. اهمیت ویژه ای دارد . لذا در برنامه مراقبت کودکان این بخش از بازدید از منزل اهمیت بخصوصی دارد. بعلاوه در صورت وجود کارگاه های خانگی مانند فرش بافی می بایست اصول بهداشت محیطی رعایت گردد (نور مناسب، تهویه مناسب و ..) و به خانواده ها تاکید گردد حتی الامکان از حضور کودکان در این مکان ها جلوگیری شود .

از دیگر موارد مورد توجه در بازدید منزل بررسی اصول پیشگیری از سوانح و حوادث کودکان در خانه است. بازدید عملی و حضوری از اصولی در منزل مانند : سرپوش پریز های برق ، حفاظ و درب دار بودن چاه های آب ، وجود نرده در پله ها و ابتدا پاگرد ها، پرهیز از نگهداری مواد شیمیایی و سموم کشاورزی و داروها در دسترس کودک و ...

بهورز ضمن بازدید از این اصول می تواند آموزش حضوری به خانواده در خصوص پیشگیری از سوانح و حوادث کودکان ارائه دهد و پیگیری نواقص موجود در این زمینه را در بازدیدهای بعدی بعمل آورد . یکی دیگر از نکات مورد توجه برنامه کودکان هنگام بازدید از منزل، بررسی توالی بهداشتی است . داشتن توالی

بهداشتی و حمام یکی از نکات بهداشتی مهم در سلامت کودکان است. رعایت کلیه موزاین بهداشتی در زمینه توالی بهداشتی (کف قابل شستشو ، آب لوله کشی ، داشتن فاضلاب بهداشتی و ...) نقش مهمی در پیشگیری از بیماری های انگلی ، اسهالی و ... دارد . لذا بهورز هنگام بازدید از منزل وضعیت سرویس بهداشتی و حمام را بررسی و در صورت وجود نواقص بهداشتی در این زمینه ضمن دادن آموزش های لازم تا زمان رفع نواقص پیگیری های لازم را بعمل می آورد .

بازدید از منزل برای پیگیری و دعوت :

ارائه خدمات بهداشتی در روستا به صورت فعال صورت می گیرد . این بدان معناست که چنانچه فردی از گروههای هدف جهت دریافت خدمات به خانه بهداشت مراجعه ننموده ، بهورز باید مطابق دستورالعمل های مشخصی که در هر برنامه بهداشتی وجود دارد ، به منزل آنان مراجعه کرده و از آنان برای دریافت خدمات بهداشتی به خانه بهداشت دعوت بعمل آورد . بعلاوه بهورزان در این بازدید ها به خوبی در جریان زندگی افراد قرار می گیرند و می توانند از نزدیک از وضعیت زندگی مردم اطلاع پیدا کنند . در واقع می توانند دریابند که مردم چگونه آموخته های خود را در زندگی روزمره به کار می بندد ، چه مشکلاتی در اجرای این آموخته ها دارند و دلیل رفتار نامناسب بهداشتی در آنان چیست . بعلاوه توجه به نکات ریز و جزئیات نیز امکان پذیر است . از جمله : وضعیت بهداشت کودک ، ارتباط وی با والدین و سایر اعضای خانواده اش ، فعالیت های کودک طی روز و ...

از دیگر نکات مورد توجه در برنامه کودکان هنگام بازدید از منزل توجه به وضعیت اقتصادی خانوار می باشد . زیرا یکی از برنامه های بهداشتی مراقبت کودکان ، اختصاص جیره غذایی به کودکان اختلال رشد و سوء تغذیه ای است که وضعیت نامناسبی از نظر اقتصادی و تامین غذای کافی جهت رشد و تکامل کودک مشکل دارند . لذا با این بازدید می توان سطح اقتصادی خانوار را برای اختصاص جیره کودکان بررسی نمود. بعلاوه در بازدید میتوان روند تهیه غذای کودک ، مواد مورد استفاده ، نحوه تهیه و رعایت اصول بهداشتی در تهیه و ... را مورد بررسی قرار داد .

آموزش های لازم به مادر حین بازدید از منزل :

آموزش هایی که حین بازدید از منزل به مادر یا سایر اعضای خانواده یک کودک داده می شود، متعدد و بر حسب وضعیت کودک (سن ، وضعیت سلامتی ، وضعیت تکامل و ...) متفاوت و متنوع می باشد . این آموزش ها در ضمن مراقبتهای کودکان در مراقبتهای مربوطه به تفصیل توضیح داده شده است و ما در اینجا تنها عناوین این آموزش ها را بیان می کنیم :

- آموزش به مادر در خصوص تغذیه کودک (نوع غذا ، روش تهیه ، بهداشت موا غذایی ، ارزش غذایی هر مادر و نقش آن در رشد و تکامل کودک ، لزوم استفاده از نمک ید دار و ...)
- اهمیت مراقبتهای بهداشتی ، روند و زمان آنها ، اهمیت واکسیناسیون و زمان آن و ...
- آموزش نحوه برخورد و ارتباط مادر و سایر اعضای خانواده با کودک ، بازی های کودک ، تمرینات مناسب برای ارتقای روند تکامل کودک و ...
- مصرف مکمل ها و اهمیت آن
- پرهیز از ارتباط مستقیم کودک با دام و طیور و بیماری های منتقله از آن به انسان و مخاطرات این بیماریها برای کودک
- آموزش پیشگیری از سوانح و حوادث و راه های محافظت کودک از این حوادث و ...

آشنایی با دفاتر و فرم های مراقبتی ، آماری و گزارش دهی

کلیه دفاتر و فرم های مراقبتی و آماری و گزارش دهی در سامانه سیب موجود و قابل دسترسی می باشد "

نمونه هایی از شاخصهای برنامه کودکان

۱- شاخص درصد مراقبت ۳ تا ۵ روزگی:

۱۰۰ * تعداد نوزادانی که در سن ۳ الی ۵ روزگی در یک فصل مراقبت شده اند: درصد مراقبت ۳ تا ۵ روزگی

تعداد متولدین زنده در همان فصل

نحوه محاسبه شاخص:

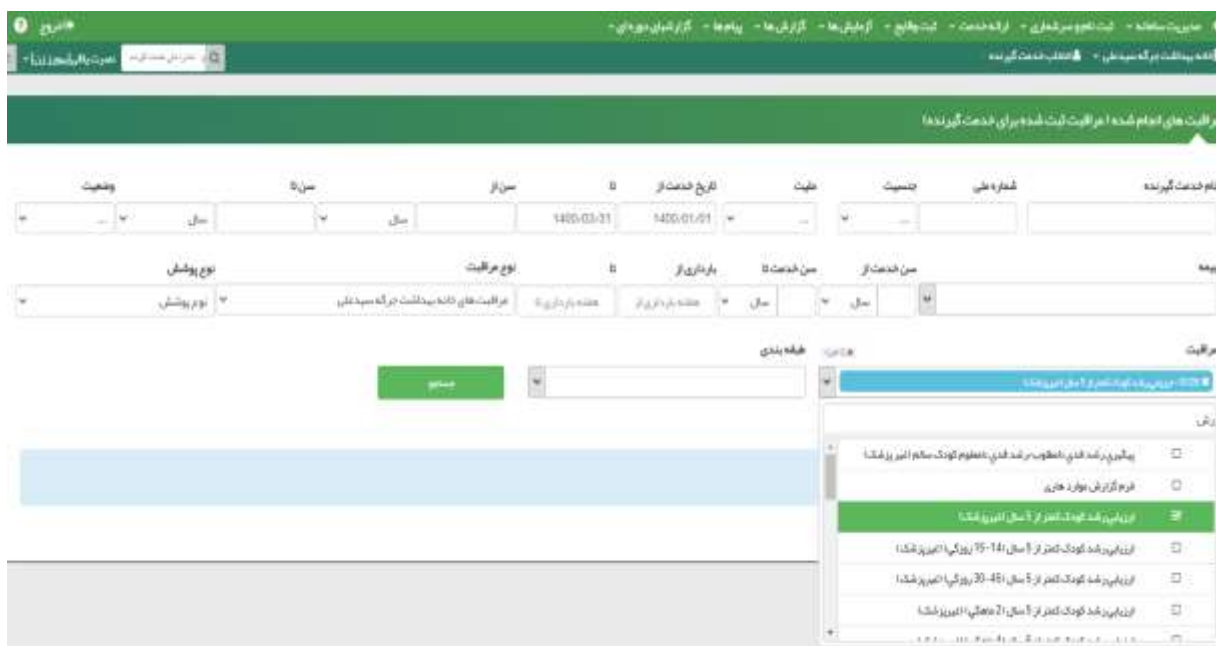
صورت کسر: تعداد نوزادانی که در سن ۳ الی ۵ روزگی در یک فصل مراقبت شده اند

مخرج کسر: تعداد متولدین زنده در همان فصل

شاخص = صورت / مخرج ضربدر ۱۰۰

مسیر استخراج از سامانه سیب با میز کاربری مراقب سلامت :

صورت کسر : گزارش ها / گزارش مراقبت ها / گزارش مراقبت های انجام شده را کلیک کنید. در صفحه ظاهر شده در کادر مراقبت (ارزیابی رشد کودک زیر ۵ سال را انتخاب یا کد ۸۱۲۹) ، در قسمت تاریخ خدمت بازده زمانی یا فصل مورد نظر (و نوع مراقبت (نام واحد یا خانه بهداشت) را انتخاب و بروی جستجو کلیک می کنیم . در بالای صفحه بعدی تعداد نوزادانی که در فصل مورد نظر مشخص کردیم را به ما نشان می دهد (همانند تصویر زیر)



تاریخ خدمت از: 1400-03-01 تا 1400-11-01

تاریخ خدمت تا: 1400-03-01 تا 1400-11-01

شماره ردیف	شماره ملی	تاریخ خدمت	شرح خدمت
1	9901003900	1400-03-27	فرضیه خدمت کودکانه 5 ساله آموزشگاه
2	9901004201	1400-03-28	فرضیه خدمت کودکانه 5 ساله آموزشگاه
3	9901004907	1400-03-27	فرضیه خدمت کودکانه 5 ساله آموزشگاه
4	9901004908	1400-03-28	فرضیه خدمت کودکانه 5 ساله آموزشگاه
5	9901000900	1400-02-13	فرضیه خدمت کودکانه 5 ساله آموزشگاه
6	9901004901	1400-02-01	فرضیه خدمت کودکانه 5 ساله آموزشگاه

مخرج کسر (تعداد موالید همان فصل):

تعداد تولدهای زنده را در یک بازه زمانی مشخص را می توان از مسیر گزارش وقایع انجام شده /زایمانهای انجام شده کلیک کنید در صفحه ظاهر شده ، کد ملی ارائه دهنده خدمت را حذف می کنیم و تاریخ زایمان (فصل یا بازه زمانی مورد نظر)انتخاب می کنیم و جستجو می کنیم. مطابق تصویر مشاهده میکنید، که تعداد موالید در فصل اول ۹، ۱۴۰۰ مورد بوده که ۶ نفر از آنها مراقبت ۳-۵ روزگی را دریافت کردند. حال می توان شاخص را محاسبه کرد . یک مسیر فرعی برای استخراج تعداد تولدهای فصلی در نظر گرفته شده است

با مسیر : تب ثبت و سرشماری / فهرست خدمت گیرندگان / جستجوی پیشرفته / تاریخ تولد (فصل یا بازه زمانی مورد نظر) را جستجو و تعداد موالید در همان بازه زمانی مشخص می شود.

با فرض اینکه ۵ ام اولین ماه از هر فصل زمان گزارش گیری آمارفصل قبل باشد سن کودکان متولد شده در سه ماهه قبل بین ۵ روزگی تا ۹۸ روزگی خواهد بود .

تاریخ زایمان از: 1400-01-01 تا 1400-03-31

شماره ردیف	نام	شماره ملی	تاریخ ثبت	نوع زایمان	هفته بارداری	سن مادر زایمان	وزن نوزاد از
1	وحیده شریفی	1980412227	1400-03-31	تصريف پلني	40	18-10	1800412227
2	مريم سرياني	1900118961	1400-03-24	تصريف پلني	37	11-15	1900118961
3	نوهد برهه آوي	1989766100	1400-03-10	تصريف پلني	39	13-30	1989766100
4	فاطمه جردري	1980499780	1400-03-13	تصريف پلني	38	10-10	1980499780
5	زهنا محمودي	1980360510	1400-02-21	تصريف پلني	38	11-25	1980360510
6	خميده سنگور	1980413134	1400-02-10	تصريف پلني	38	23-55	1980413134
7	زهنا محمودي	1989917079	1400-01-29	تصريف پلني	30	10-20	1989917079

دقت کنید :

مثلا شما در تاریخ ۵ تیر ماه می خواهید تعداد متولدین سه ماهه اول سال (فروردین - اردیبهشت - خرداد) را استخراج کنید. کودک متولد ۹۶/۱/۱ در روز ۵ تیر ماه ۹۸ روزه است و کودک متولد ۳۱ خرداد، ۵ روزه است. بنابراین از مسیر زیر استفاده می کنید. هر مراقب سلامت بعد از ورود به صفحه فهرست خدمت گیرندگان و تعیین گروه سنی برای متولدین سه ماهه قبل با ورود به قسمت "پیشرفته" و ثبت کد ملی خود تعداد متولدین سه ماهه قبل در جمعیت خود رامی تواند استخراج کند. بنابراین در این میز کار با فرض گزارش گیری در ۵ ام ماه تعداد متولدین سه ماهه گذشته، برای این مراقب سلامت ۱۱ مورد بوده است و این مراقب سلامت ۴ مورد مراقبت در سن ۳ تا ۵ روزگی ارائه داده است.

شاخص عملکردی اودر مراقبت ۳ تا ۵ روزگی می شود: ۴ تقسیم بر ۱۱ ضربدر ۱۰۰ = ۳۶.۳٪



نام	نام خانوادگی	شماره ملی	شماره تماس	سن	جنسیت	کد خانوار	وضعیت	وضعیت	تاریخ تولد
سید زینب	سید زینب	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۵ روز	زن	۰۰	روز	روز	۱۳۹۶/۰۱/۰۱
زهرا	زهرا	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۲۳ روز	زن	۰۰	روز	روز	۱۳۹۶/۰۱/۰۱
آرش	آرش	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۲۳ روز	مرد	۰۰	روز	روز	۱۳۹۶/۰۱/۰۱
سید زینب	سید زینب	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۲۵ روز	مرد	۰۰	روز	روز	۱۳۹۶/۰۱/۰۱
آرش	آرش	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱ روز	زن	۰۰	روز	روز	۱۳۹۶/۰۱/۰۱
سید زینب	سید زینب	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱ ماه و ۳ روز	مرد	۰۰	روز	روز	۱۳۹۶/۰۱/۰۱
سید زینب	سید زینب	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱ ماه و ۳ روز	مرد	۰۰	روز	روز	۱۳۹۶/۰۱/۰۱
سید زینب	سید زینب	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱ ماه و ۳ روز	زن	۰۰	روز	روز	۱۳۹۶/۰۱/۰۱
سید زینب	سید زینب	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱ ماه و ۱۵ روز	زن	۰۰	روز	روز	۱۳۹۶/۰۱/۰۱
سید زینب	سید زینب	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱ ماه و ۱۱ روز	مرد	۰۰	روز	روز	۱۳۹۶/۰۱/۰۱
سید زینب	سید زینب	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱ ماه و ۱۱ روز	زن	۰۰	روز	روز	۱۳۹۶/۰۱/۰۱
سید زینب	سید زینب	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱ ماه و ۱۳ روز	زن	۰۰	روز	روز	۱۳۹۶/۰۱/۰۱
سید زینب	سید زینب	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱ ماه و ۱۴ روز	مرد	۰۰	روز	روز	۱۳۹۶/۰۱/۰۱
سید زینب	سید زینب	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱ ماه و ۱۴ روز	زن	۰۰	روز	روز	۱۳۹۶/۰۱/۰۱

۲- شاخص درصد مراقبت ۱۴ تا ۱۵ روزگی

۱۰۰ * تعداد نوزادانی که در سن ۱۴ الی ۱۵ روزگی در یک فصل مراقبت شده اند = درصد مراقبت ۱۴ تا ۱۵ روزگی

تعداد متولدین زنده در همان فصل

نحوه محاسبه شاخص:

صورت کسر: تعداد نوزادانی که در سن ۱۴ الی ۱۵ روزگی در یک فصل مراقبت شده اند

مخرج کسر: تعداد متولدین زنده در همان فصل

شاخص = صورت / مخرج ضربدر ۱۰۰

این شاخص دقیقاً با همان مسیر شبیه شاخص ۳ تا ۵ روزگی قابل استخراج است با این تفاوت که سن زمان ارائه خدمت را ۱۴ الی ۱۵ روزگی انتخاب می کنیم.



نام خانوادگی بیمار	کد ملی بیمار	مراقبت	تاریخ انجام مراقبت	سن	سن هنگام خدمت	وضعیت
سیدمه روحانه		ارزایی از نظر وزن کودک سالم کمتر از 5 سال (تیر -)	1396/06/19	15 روز	15 روز	مراقبت تکمیل شده
آرام پور		ارزایی از نظر وزن کودک سالم کمتر از 5 سال (تیریز شک)	1396/05/31	1 ماه و 2 روز	14 روز	مراقبت تکمیل شده
سیده زینب		ارزایی از نظر وزن کودک سالم کمتر از 5 سال (تیریز شک)	1396/05/24	1 ماه و 10 روز	15 روز	مراقبت تکمیل شده
آرزو		ارزایی از نظر وزن کودک سالم کمتر از 5 سال (تیریز شک)	1396/05/23	1 ماه و 11 روز	15 روز	مراقبت تکمیل شده
سیده یسنا		ارزایی از نظر وزن کودک سالم کمتر از 5 سال (تیریز شک)	1396/05/22	1 ماه و 11 روز	14 روز	مراقبت تکمیل شده
سیده آوا		ارزایی از نظر وزن کودک سالم کمتر از 5 سال (تیریز شک)	1396/05/18	1 ماه و 16 روز	15 روز	مراقبت تکمیل شده
بنیاده		ارزایی از نظر وزن کودک سالم کمتر از 5 سال (تیریز شک)	1396/05/07	1 ماه و 27 روز	15 روز	مراقبت تکمیل شده
رضاد		ارزایی از نظر وزن کودک سالم کمتر از 5 سال (تیریز شک)	1396/04/27	2 ماه و 7 روز	15 روز	مراقبت تکمیل شده

این مراقب سلامت در سه ماهه دوم سال (تیر - مرداد - شهریور) 9 تا مراقبت در سن 14 الی 15 روزگی داشته است. تعداد موالید سه ماهه قبل در جمعیت این مراقب سلامت را هم که برای شاخص قبل محاسبه کرده بودیم = 11 مورد

شاخص عملکردی مراقبت 14 الی 15 روزگی: $9 \div 11 \times 100 = 81.8\%$

۳- شاخص درصد کودکان زیر ۵ سال زیر ۳- انحراف معیار (وزن به سن) کم وزنی شدید:

۱۰۰ تعداد کودکان زیر ۵ سال که نقطه وزنی زیر ۳- انحراف معیار داشته اند (بازه زمانی فصلی) - درصد کم وزنی شدید (کودکان)

تعداد کل کودکان زیر ۵ سال که در طی همان فصل برای مراقبت و کنترل وزن خدمت گرفته اند

نحوه محاسبه شاخص:

صورت کسر: تعداد کودکان زیر ۵ سال که در طی مراقبت سه ماهه نقطه وزنی زیر ۳- انحراف معیار داشته اند

مخرج کسر: تعداد کل کودکان زیر ۵ سال که در طی همان فصل برای مراقبت و کنترل وزن خدمت گرفته

اند شاخص = صورت / مخرج ضربدر ۱۰۰

مجموعه کل اعداد مربوط به ارزیابی وزن کودکان زیر ۵ سال (تعداد کل حالت‌های معرفی شده در طبقه بندی مانند رشد نامعلوم، اختلال رشد ندارد، اختلال رشد دارد، سوء تغذیه شدید، نیاز به مشاهده نمودار رشد ...) نشان دهنده تعداد کل کودکان زیر ۵ سال است که در طی همان فصل برای مراقبت مراجعه کرده اند.

نکته مهم:

این اعداد شاخص کل را در جمعیت تحت پوشش پایگاه و یا خانه بهداشت نشان می دهد. هر مراقب سلامت با ثبت کد ملی خود در کادر «کد ملی خدمت دهنده» شاخص مربوط به جمعیت خود را می تواند

استخراج کند . صورت کسر:



گرارش تشخیص ها

سال: 5 روز: 1

تاریخ خدمت از: 1396-04-01

تاریخ خدمت تا: 1396-06-31

ردیف	کد	عنوان	تعداد
1	5213	رشد نامعلوم	83
2	7079	انتقال رشد ندارد	332
3	7080	انتقال رشد دارد	40
4	7446	سو، اندازه شدید یا کموزن شدید	5
5	31268	تراز به مشاهده نمودار رشد	306

مخرج کسر:

گرارش تشخیص ها

سال: 5 روز: 1

تاریخ خدمت از: 1396-04-01

تاریخ خدمت تا: 1396-06-31

ردیف	کد	عنوان	تعداد
1	5213	رشد نامعلوم	83
2	7079	انتقال رشد ندارد	332
3	7080	انتقال رشد دارد	40
4	7446	سو، اندازه شدید یا کموزن شدید	5
5	31268	تراز به مشاهده نمودار رشد	306

۴- درصد پوشش مراقبت زیر یکسال:

$$100 * \frac{\text{تعداد کودکان زیر یکسال که در طی فصل (بازده زمانی مورد نظر) دریافت کردند}}{\text{جمعیت زیر یکسال (ابتدای سال)} * 2} = \text{درصد پوشش مراقبت زیر یکسال}$$

(برای شاخص سه ماهه)

برای محاسبه این شاخص و استخراج داده های مورد نظر از سامانه سیب می توان از مسیر:

صورت کسر : گزارشها / گزارش مراقبت انجام شده / تاریخ خدمت سه ماهه مربوطه / نوع مراقبت (خانه بهداشت) / مراقبت کدهای ۸۱۲۹+۲۴۰۵۷+۲۴۰۵۸+۲۴۰۵۹+۲۴۰۶۰+۲۴۰۶۱+۲۴۰۶۲+۲۴۰۶۳ / بعد از زدن جستجو تعداد مراقبت هایی که در خط بالا گزارش می دهد را در صورت کسر یادداشت می کنیم و

مخرج کسر : جمعیت زیر یکسال ابتدای سال ضربدر (۲ برای شاخص سه ماهه) و برای محاسبه شاخص کل سال ضربدر ۸ می کنیم.

۵- درصد پوشش مراقبت زیر 5 سال:

$$100 * \frac{\text{تعداد کل کودکان زیر 5 سال که در طی فصل (بازده زمانی مورد نظر) مراقبت شدند}}{\text{جمعیت کودکان زیر 5 سال (ابتدای سال)} * 4} = \text{درصد پوشش مراقبت زیر 5 سال}$$

مسیر استخراج داده ها : صورت کسر : گزارشها / گزارش مراقبت انجام شده / تاریخ خدمت سه ماهه مربوطه / نوع مراقبت (خانه بهداشت) / مراقبت ارزیابی رشد در ۱۶ گروه سنی (۸ تا زیر یکسال + ۸ تا بالای یکسال) / بعد از زدن جستجو تعداد مراقبت هایی که در خط بالا گزارش می دهد . و

مخرج کسر : جمعیت زیر ۵ سال ابتدای سال ضربدر ۴ (برای شاخص سه ماهه) - برای شاخص کل سال ضربدر ۱

دوم) - از ۱۴۰۰/۱/۱ تا ۱۴۰۰/۳/۳۱ (سه ماهه سوم) - از ۱۴۰۰/۴/۱ تا ۱۴۰۰/۶/۳۱ (سه ماهه چهارم)

۶- شاخص درصد کودکان ۱۲ ماهه که برایشان ASQ تکمیل شده است:

۱۰۰ تعداد کودکان ۱۲ ماهه که پرسشنامه ASQ تکمیل شده (فصلی) = درصد تکمیل پرسشنامه ASQ یکسالگی

تعداد کل کودکان ۱۲ ماهه در طی همان فصل

نحوه محاسبه شاخص:

صورت کسر: تعداد کودکان ۱۲ ماهه که پرسشنامه ASQ در طی فصل گذشته برایشان تکمیل شده است .

مخرج کسر: تعداد کل کودکان ۱۲ ماهه که در طی همان فصل برای مراقبت و کنترل وزن خدمت گرفته اند . در واقع مخرج کسر تعداد کودکانی است که در آن سه ماهه برای مراقبت به شما مراجعه نموده اند . از آنجا که حداقل نوع خدمتی که در زمان مراجعه به کودک داده میشود کنترل وزن اوست بنابراین جهت تعداد کودکان ۱۲ ماهه که در فصل گذشته مراجعه کرده اند را از روی مراقبت ارزیابی وزن می توان بدست آورد .

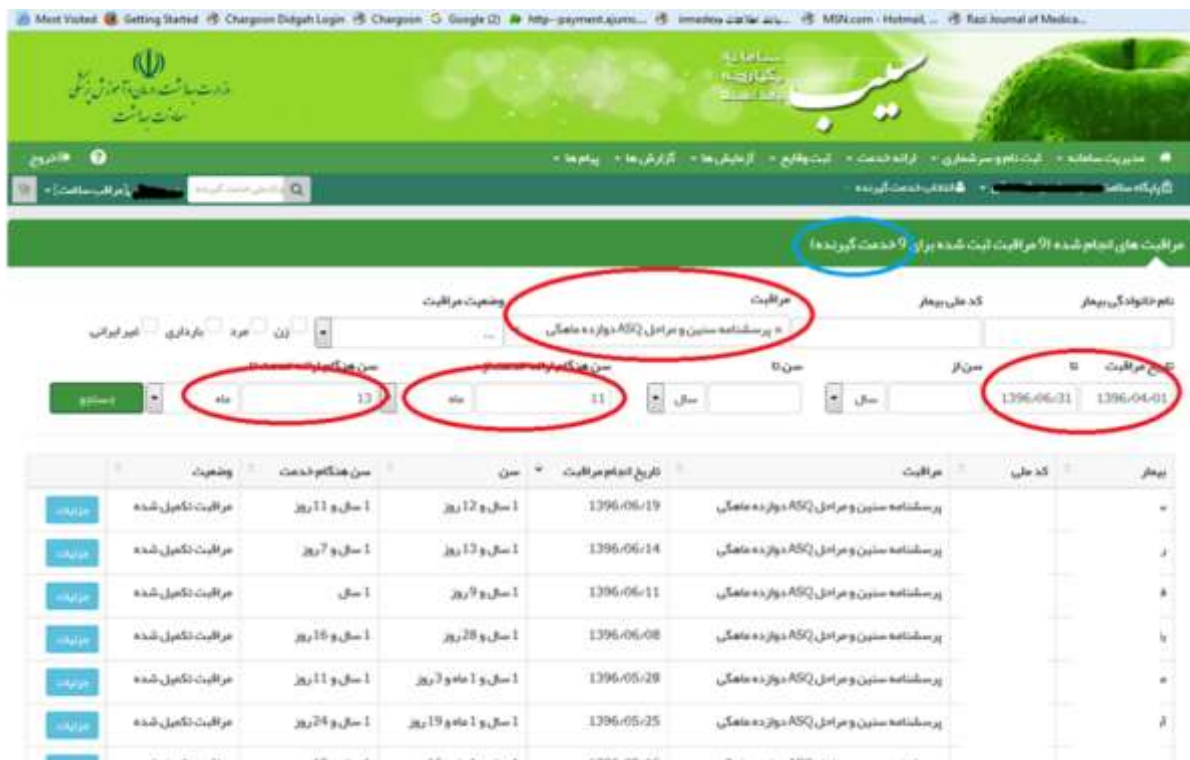
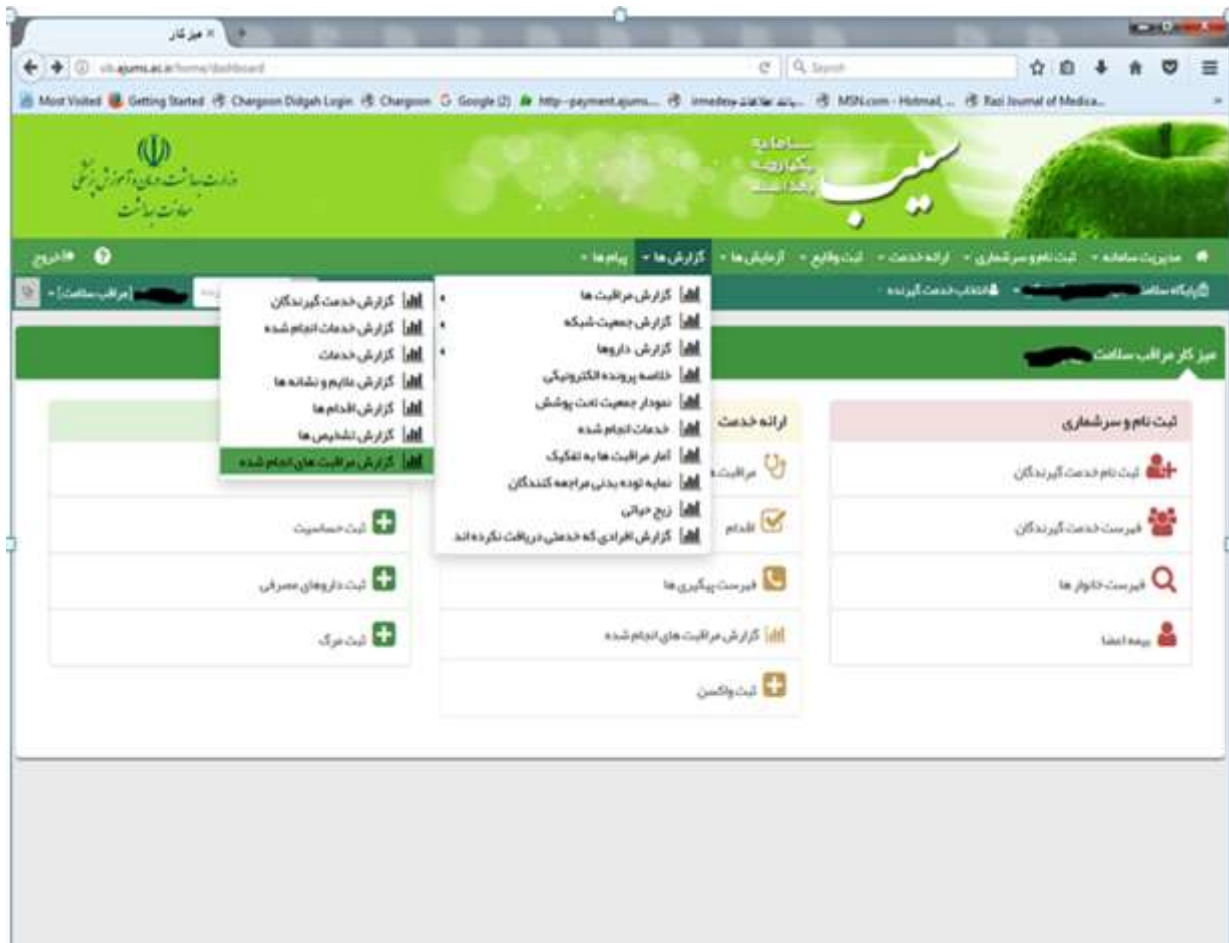
شاخص = صورت تقسیم بر مخرج ضربدر ۱۰۰

نکته مهم : پس از ورود به صفحه گزارش مراقبتهای انجام شده، با تایپ " پرسشنامه ASQ و در سنین ۱۲ " ماهگی تکمیل تاریخ مراقبت در سه ماهه مورد نظر، سن هنگام ارائه خدمت را بین ۱۱ تا ۱۳ ماهگی انتخاب کنید زیرا تعدادی از پرسشنامه ها بعد از سن ۱۲ ماهگی تکمیل و وارد سامانه شده اند . آنچه در کادر آبی مشخص است تعداد کودکانی است که این مراقب سلامت برایشان فرم ASQ تکمیل نموده است .

مسیر استخراج داده ها (صورت کسر) : گزارشها/ گزارش مراقبت انجام شده/ تاریخ خدمت سه ماهه مربوطه/ نوع مراقبت (خانه بهداشت / مراقبت کد ۷۲۴۷ و مخرج کسر : فهرست خدمت گیرندگان / تاریخ تولد بطور مثال برای محاسبه این شاخص در سال ۱۴۰۰ (۱۳۹۹/۱/۱ تا ۱۳۹۹/۳/۳۱ سه ماهه اول) - از ۱۳۹۹/۴/۱ تا ۱۳۹۹/۶/۳۱ (سه ماهه دوم) - از ۱۳۹۹/۷/۱ تا ۱۳۹۹/۹/۳۰ (سه ماهه سوم) - از ۱۳۹۹/۱۰/۱ تا ۱۳۹۹/۱۲/۲۹ (سه ماهه چهارم)

مطابق تصویر : تعداد کودکان ۱۲ ماهه که در فصل مورد نظر برای کنترل وزن آمده اند در کادر آبی مشخص شده است . این مراقب سلامت در سه ماهه دوم سال، ۱۷ کودک ۱۲ ماهه را مراقبت وزنی نموده است، اما برای ۹ کودک پرسشنامه ASQ تکمیل نموده است .

شاخص عملکردی او در این سه ماهه : ۹ تقسیم بر ۱۷ ضربدر ۱۰۰ = ۵۲.۹٪



۷- شاخص های تغذیه با شیر مادر:

شاخص های مربوط به تغذیه با شیر مادر که در پانل تعریف شده است عبارتند از :

- درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول عمر
- درصد تداوم تغذیه با شیر مادر تا ۲۴ ماهگی
- درصد شروع تغذیه تکمیلی بعد از ۱۸۰ روزگی (بعد از پایان ۶ ماهگی)

درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول عمر:

صورت کسر : تعداد کودکان ۶ ماهه ای که در طی دوره زمانی مورد نظر مراقبت شده اند و در ارزیابی فقط با شیر مادر تغذیه شده اند و در شش ماه گذشته هیچ چیز غیر از شیر مادر دریافت نکرده اند .
مخرج کسر : تعداد کودکانی که در همان دوره زمانی برای مراقبت ۶ ماهگی مراجعه کرده اند .

شاخص = صورت تقسیم بر مخرج ضربدر ۱۰۰

درصد تداوم تغذیه با شیر مادر تا ۲۴ ماهگی:

صورت کسر : تعداد کودکانی که در طی دوره زمانی مورد نظر (مثلا سه ماهه) برای مراقبت ۲۴ ماهگی آمده اند و در ارزیابی وضعیت تغذیه هنوز شیر مادر میخورند .
مخرج کسر : تعداد کل کودکانی که در همان دوره زمانی (مثلا فصلی) برای مراقبت ۲۴ ماهگی آمده اند .

شاخص = صورت تقسیم بر مخرج ضربدر ۱۰۰

درصد شروع تغذیه تکمیلی بعد از ۱۸۰ روزگی (بعد از پایان ۶ ماهگی)

صورت کسر : تعداد شیرخوارانی که در دوره زمانی مشخص (مثلا سه ماهه) برای مراقبت ۷ ماهگی آمده اند و در بررسی وضعیت تغذیه معلوم میشود غذای کمکی را بعد از سن ۱۸۰ روزگی (پایان ۶ ماهگی) شروع کرده اند و زودتر شروع نکرده اند .

مخرج کسر : تعداد کل کودکانی که در همان دوره زمانی برای مراقبت ۷ ماهگی آمده اند .

شاخص = صورت تقسیم بر مخرج ضربدر ۱۰۰

کلیه شاخص های مربوط به سلامت کودکان در رده های سنی مختل، ثبت نام کودک تازه متولد شده، مراقبت ها، اقدامات، پیگیری ها، ثبت واکسن، ثبت وقایع، آزمایشات کودکان و ارجاعیات، همچنین کلیه دفاتر و آمارهای مربوطه کودکان و ... از طریق سامانه سیب قابل دسترسی در همه ساعات شبانه روز بصورت آنلاین در دسترس می باشد.

آشنایی با سایر برنامه های مراقبت از کودکان بر اساس دستورالعمل های وزارت بهداشت

- **احیای پایه در شیرخواران و کودکان** (جهت مطالعه این مبحث می توان به کتابچه احیای پایه شیرخواران و کودکان - وزارت بهداشت مراجعه کرد)

- **برنامه بهبود کیفیت مراقبت های نوزادی مبتنی بر شواهد بر اساس ده گام EPIQ** (جهت مطالعه این مبحث می توان به جزوات مربوطه وزارت بهداشت مراجعه کرد).

- **آشنایی با نحوه توانمندسازی والدین جهت مراقبت و نگهداری از نوزاد:**

نوزاد موجودی آسیب پذیر و دوران نوزادی پر مخاطره ترین دوره از دوران زندگی هر فرد به شمار می رود. در کشور عزیز ما ایران با وجود کاهش چشمگیر مرگ و میر کودکان زیر پنج سال وزیر یکسال متاسفانه هنوز مرگ و میر نوزادان (۴ هفته اول زندگی) کاهش چندانی نداشته است. در حالی که می توان با کمی دقت و دلسوزی و توجه عمیق به حفظ سلامت این موجودات کوچک، پاک و بیگناه که هدیه الهی هستند حمایت از آنان را تا ابد و به استحكام و گرمی خانواده ها رونق داد.

خصوصیات نوزاد هنگام تولد:

نوزاد به علت قرار گرفتن در مایع داخل رحمی، هنگام تولد خیس است که باید بلافاصله بعد از تولد جهت گرم نگهداشتن و جلوگیری از سرد شدن بدن وی، او را با حوله تمیز خشک نمود. بعضی از نوزادان خصوصا نوزادانی که قبل از هفته ۴۰ حاملگی بدنیا می آیند و یا وزن زمان تولد آنها کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا بیشتر از ۴۰۰۰ گرم باشد، ممکن است نیازمند مراقبت های حمایتی و درمانی باشند.

بلافاصله پس از تولد، نوزاد سالم، آرام و هوشیار است و چشم های او کاملا باز است و این فرصت بی نظیری برای برقراری ارتباط عاطفی بین والدین و فرزندشان به شمار می رود. اما این هوشیاری پس از حدود ۱۵۰ دقیقه به تدریج کاهش یافته و نوزاد به خواب می رود. ولی اگر مادر در طی زایمان دارو (از قبیل مسکن های حاوی

مخدر) دریافت کرده باشد در مادر به مدت کوتاه و در نوزاد به مدت طولانی تر ایجاد خواب آلودگی میکند که ممکن است تا یک روز هم طول بکشد.

واکنش ها: نوع واکنش نوزاد نسبت به محرک های مختلف بسته به مرحله خواب یا بیداری او تفاوت دارد و اگر عکس العمل های او در شرایط نا مساعد و از جمله در محیط شلوغ و پر نوری بررسی شود، ممکن است حتی این ذهنیت را در انسان ایجاد کند که نوزاد نمی شنود و یا نمی بیند در حالی که این امر ممکن است ناشی از بی تفاوت شدن نوزاد نسبت به محرک های خارجی باشد. بر عکس اگر نوزاد از محرکی خوشش بیاید ممکن است چشم و سر خود را به طرف آن چرخانده و حتی به آن خیره شود.

نوزاد مزه ها را درک می کند: نوزاد نسبت به طعم های مختلف، از جمله شوری، شیرینی و تلخی و حتی مزه شیر گاو و شیر مادر واکنش های متفاوت نشان می دهد.

حس لامسه او هم نسبت به محرک های مختلف واکنش های گوناگون دارد: مثلا ماساژ ملایم بدن برای او آرام بخش و حرکت سریع بیشتر تحریک آمیز است. همچنین تعداد ضربات انگشت بر روی بدن نوزاد در هر ثانیه آثار متفاوتی را در او ایجاد می کند مثلا اگر تعداد ضربات 3 بار در ثانیه باشد، آرامش بخش بوده ولی اگر 5-6 بار در ثانیه باشد، هوشیار کننده است .

نوزاد قادر است بو را خوب تشخیص دهد: نوزاد بین بوی دستمالی که در داخل سینه بند مادرش (که برای جذب شیر اضافی گذاشته میشود) با سایر مادران تفاوت قائل می شود. او می تواند در روز پنجم تولد بوی مادر را تمیز دهد.

نوزاد قادر است صداها را بشنود: در زندگی داخل رحم با صدای قلب مادر آن چنان مانوس می شود که پس از به دنیا آمدن هنوز شنیدن آن صدا برایش آرامش بخش است. نوزاد این توانمندی را دارد افرادی را که از او مراقبت می کنند به خود جلب نماید و آن چنان، آنان را به خود علاقمند سازد که در امر بهبود رشد و تکامل وی از او حمایت کنند.

آموزش والدین در زمینه معاینات دوره ای و غربالگری نوزاد پس از ترخیص:

وقتی نوزاد از بیمارستان مرخص می شود، ویزیت های پس از ترخیص فرصت مناسبی است که مادر سوالات و یا نگرانی هایی را که دارد با پزشک یا پرستار مطرح نموده و در مورد آنها توصیه های لازم را دریافت نماید.

- کلیه نوزادان صرف نظر از مدت حضورشان در بیمارستان، باید روز سوم تا روز پنجم پس از تولد توسط پزشک مورد معاینه قرار گیرند.
- معاینه بعدی در ۱۴ یا ۱۵ روزگی است و معاینه بعدی در یک ماهگی است.

نکات لازم جهت حفظ ایمنی نوزاد:

- محیط زندگی نوزاد باید فاقد هرگونه مواد زیان آور و آلوده کننده باشد.
- از کشیدن سیگار و هرگونه وسایل دودزا حتی دود غلیظ اسپند در خانه و محیط زندگی نوزاد، باید خودداری شود.
- نگهداری حیوانات دست آموز خانگی، می تواند انواع خطرات و عفونت ها را برای نوزاد به وجود آورد.
- با توجه به اینکه سیستم عصبی تکاملی نوزاد، هنوز به رشد کافی نرسیده است برای جلوگیری از هرگونه شوک احتمالی، باید صدای تلفن موبایل، تلویزیون و... را کم نموده و در کنار نوزاد، آرام صحبت نمود. باز وبسته کردن در و پنجره اتاق هم به آرامی انجام شود.
- بهتر است در کنار تخت نوزاد دماسنجی قرار داده شود تا از دمای مناسب اتاق که باید ۲۵ تا ۲۷ درجه سانتیگراد باشد اطمینان حاصل شود.
- قرار دادن نوزاد یا تنها گذاشتن او روی تخت، میز، صندلی، کاناپه و حتی صندلی کودک توصیه نمی شود زیرا خطر افتادن از ارتفاع همواره وجود دارد.
- نوزاد را نباید تنها در منزل رها کرد و یا مراقبت از او را به عهده کودکان یا افراد غیر مسئول گذاشت.
- نوزاد را باید همیشه به پشت یا به پهلوئی راست خواباند.
- خواباندن نوزاد نزدیک وسایل حرارتی و آشپزی احتمال بروز خطر را بیشتر می کند به خصوص زمانی که اطفال دیگری هم در منزل حضور داشته باشند.
- در هنگام در آغوش داشتن نوزاد، به جز حالت مراقبت آغوشی از نوشیدن مایعات داغ یا انجام آشپزی خودداری شود.
- آویزان کردن وسایلی مثل گردنبند، پلاک و... به لباس یا تخت نوزاد به دلیل احتمال صدمه و بلعیدن، می تواند زمینه ساز خطر باشد.
- استفاده از پستانک (گول زنک) و شیشه شیر، به دلیل آلودگی و مضرات بی شمار آن به هیچ عنوان توصیه نمی شود.

- بعد از دوران نوزادی که شیر خوار کم دست هایش را تکان داده و به سمت دهانش می برد، خطر بلعیدن اشیاء، خفگی، چنگ زدن و بریدن همواره او را تهدید می کند. در این دوره زندگی (شیرخواری) والدین باید هوشیار بوده و بدانند که بعضی از بی توجهی ها قابل جبران نیست.

برای جلوگیری از کاهش حرارت بدن نوزاد و سرد شدن وی می بایست:

- تماس پوست با پوست مادر و نوزاد هرچه سریع تر و به مدت طولانی تر، برقرار گردد.
- گرمای اتاق بین ۲۵ تا ۲۷ درجه سانتی گراد باشد.
- از پوشش مناسب فصل برای نوزاد استفاده شود.
- تغذیه از پستان مادر، به طور مکرر انجام شود.
- از گذاردن نوزاد روی سطوح سرد و کنار پنجره و یا در معرض جریان هوا، برای تعویض پوشک و یا لباس خیس نوزاد، خودداری شود. پوشک و لباس خیس نوزاد نیز باید هرچه زودتر تعویض گردد.
- سر نوزاد با کلاه پوشانده شود و در هفته های اول زندگی نیز برای گرم نگهداشتن پاها از جوراب استفاده شود.

ظاهر پوست نوزادان:

می بایست به ظاهر نوزاد کاملا توجه داشت تا در صورت مشاهده مورد مشکوک به پزشک اطلاع داده شود. پوست نوزاد طبیعی، صورتی مایل به قرمز است در صورت کبودی پوست صورت و یارنگ پریدگی وی باید با پزشک مشورت شود. در برخی نوزادان، مویرگ های بعضی از نقاط پوست نظیر وسط پیشانی، پشت گردن و روی پلک فوقانی ممکن است برجسته و صورتی رنگ باشد که به آنها اصطلاحا همانژیوم گفته می شود. این حالت طبیعی بوده و معمولا به تدریج محو میشوند.

در طی ۲ تا ۳ روز اول تولد، بثورات نوزادی به شکل جوش های قرمز رنگ با برجستگی های سفید مایل به زرد در وسط روی پوست نوزادان شایع بوده و در اکثر نقاط بدن به جز کف دست و پا ظاهر می شوند و بتدریج در طی یک هفته خود به خود از بین می روند. در صورتی که این بثورات چرکی شود می بایست به پزشک مراجعه نمود. عرق جوش ها به صورت جوش های برجسته اند که ممکن است شفاف یا شیری رنگ باشند که بر اثر پوشش زیاد و گرمای بیش از حد بوجود می آیند و با استحمام و مراقبت از پوست و پوشش مناسب برطرف می شوند.

علائم هشدار دهنده در دوران نوزادی:

در چه مواردی باید فوراً به پزشک مراجعه کرد؟

- از روز چهارم به بعد اگر نوزاد ۶ پوشک مرطوب که حداقل یک نوبت آن کاملاً خیس باشد نداشته باشد و یا ادرارش تیره باشد و کمتر از ۳ بار دفع مدفوع در ۲۴ ساعت داشته باشد. (بعد از ماه اول این تعداد دفع مدفوع طبیعی است)
- دهان نوزاد خشک است.
- ملاحظه او فرو رفته است یا برجسته است. تشنج می کند.
- تعداد پوشک های خیس او خیلی کم و یا ادرارش زرد پررنگ است.
- استفراغ می کند، یا اسهال و مدفوع خونی دارد.
- نمی تواند پستان را بگیرد و یا آنرا بعد از گرفتن رها می کند مخصوصاً اگر قبلاً پستان را خوب می گرفته است.
- به محض اینکه پستان را می گیرد به خواب می رود و شیر نمی خورد.
- وزن از دست می دهد
- بعد از ۲ هفتگی هنوز به وزن زمان تولدش نرسیده است.
- تب دارد (حرارت زیر بغل بیشتر از ۳۷.۵ سانتی گراد)
- حرارت بدنش کمتر از طبیعی است (حرارت زیر بغل کمتر از ۳۶.۴)
- در هر نفس کشیدن عضلات سمت تحتانی قفسه سینه اش فرو می رود و ناله می کند. (تنفس مشکل)
- خیلی می خوابد و سخت بیدار می شود.
- بدنش شل است و بی حال است.
- همیشه بیقراری می کند حتی اگر بغل شود.
- تعداد تنفسش بیش از ۶۰ بار در دقیقه است.
- مکیدنش ضعیف شده است.
- پوست بدن و چشمهایش زرد است.

لباس، رختخواب و وضعیت خوابیدن نوزاد:

- لباس نوزاد باید از جنس پنبه ای و نرم باشد شامل: زیرپوش، بلوز، شورت، شلوار، کلاه
- ملافه های پتوی نوزاد نیز از جنس کتان یا نخ بوده و تمیز و گرم و خشک باشد.

-پوشش نوزاد مناسب فصل باشد و موقعیت آب و هوایی در نظر گرفته شود. می توان در صورت سردی هوا از چند پوشش نرم از جنس پنبه و در هوای گرم از یک پوشش نخی یا پنبه ای خنک استفاده نمود.

-به مناسب بودن دما و تهویه اتاق نوزاد دقت شود. دمای مناسب ۲۵ تا ۲۷ درجه سانتیگراد است و بهتر است گردش هوا جریان داشته باشد، اما نوزاد در معرض کوران قرار نگیرد.

-پنجره اتاق را باید گاهی باز کرد تا هوای اتاق عوض شود. بهتر است در هنگام باز کردن پنجره نوزاد را به اتاق دیگر منتقل کرد تا در جریان تهویه هوا قرار نگیرد. حتی زمستان هم می توان گاهی لای یک پنجره را باز کرد تا تهویه هوا صورت گیرد.

-جای خواب نوزاد باید خشک، گرم، امن و در محل کم نور و بی سرو صدا و در کنار مادر باشد.

-اگر از تخت استفاده می شود حتما باید لبه داشته و استاندارد باشد تا از افتادن نوزاد جلوگیری شود یا نوزاد سمت دیوار

-تخت خواب نوزاد باید از مواد مناسب و سالم تولید شده باشد. رنگ های سمی در آن بکار نرفته باشد و لبه های فلزی و برنده نداشته باشد، فاصله نرده های تخت بیش از ۶ سانتیمتر نباشد زیرا ممکن است سر نوزاد لای آنها گیر کند.

-تشک نوزاد بیش از حد نرم نباشد و لحاف و پتوی او متناسب با فصل و درجه حرارت محیط زندگی فراهم شود و به طور کلی سبک و گرم باشد ولی نه آنقدر گرم که موجب عرق کردن وی شود.

-بهتر است نوزاد به پهلو خوابانده شود و یا به پشت، و سرش به یک طرف باشد.

-زیر سر نوزاد از بالش استفاده نشود.

-بهتر است برای خوابیدن نوزاد، بستر او زاویه ای حدود ۳۰ درجه با سطح افق داشته باشد، به نحوی که سر بالاتر و پاها پایین تر قرار بگیرد. دقت شود که سر نوزاد خم نشود. نیازی به استفاده از بالش نیست و برای ایجاد این شیب می توان زیر بستر نوزاد در ناحیه سر، یک پتو یا حوله کوچک تا شده قرار داد.

-بهتر است در طول شب برای تغذیه یا تعویض کهنه نوزاد از روشن کردن چراغ یا طول دادن زمان تعویض کهنه، خودداری شود.

-نور زیاد به نوزاد اجازه باز کردن چشم ها و نگاه کردن را نمی دهد، نور مداوم نیز ممکن است سبب ناراحتی او شود. برای برقراری آرامش، نوزاد نیاز به نور ملایم دارد بنا براین بهتر است نور اتاق ملایم و در طی شب نیز از چراغ خواب با نور کم استفاده شود.

-نوزاد به طور متوسط ۱۶ تا ۱۸ ساعت در شبانه روز می خوابد و ممکن است هر بار خوابیدن او بدون توجه به شب یا روز بودن، بین ۲۰ دقیقه تا ۳ ساعت طول بکشد.

-قبل از خواب، کم نور کردن اتاق، ماساژ، استحمام، استفاده از موزیک ملایم یا لالائی و در آغوش گرفتن نوزاد به او کمک میکند تا با آرامش بخوابد و در ماه های بعد نیز آرامش داشته باشد و پیام شب هنگام، برای خوابیدن در وی تقویت شود.

-در سال اول زندگی، تخت یا گهواره و یا رختخواب او باید در اتاق مادر باشد. قرار دادن او در یک اتاق مجزا هنوز زود است.

-از ابتدای تولد نمی توان خوابیدن را به نوزاد آموزش داد، زیرا ۳ تا ۶ ماه طول می کشد تا مغز کودک به اندازه کافی به تکامل برسد و الگوی منظمی برای خوابیدن به ویژه در شب پیدا کند.

نحوه حمام کردن نوزاد:

- در صورتی که بند ناف نیفتاده باشد:

تا زمانی که بند ناف نیفتاده است، نوزاد را می توان با اسفنج یا پارچه نخی نم دار تمیز کرد. نوزاد را باید روی کف اتاق یا تخت خوابانید و زیر او یک پتو یا حوله نرم گذاشت و از عدم افتادن و آسیب رسیدن به او مطمئن شد چرا که نوزاد غلت های ناگهانی می خورد. در صورت ثابت بودن درجه حرارت بدن نوزاد بین ۳۶.۵ تا ۳۶.۸ درجه سانتیگراد بهتر است اولین استحمام نوزاد حداقل ۶ ساعت پس از تولد باشد. دمای محل استحمام نوزاد بهتر است ۲۵ تا ۲۸ درجه سانتی گراد باشد و از آب با دمای ۳۷ تا ۳۸ درجه سانتی گراد برای استحمام نوزاد استفاده نمود.

برای اطمینان از ولرم بودن آب، آرنج را داخل آب فرو کرده آب باید قدری گرم تر از درجه حرارت بدن فرد باشد. از پاک کردن چربی روی پوست نوزاد که به آن ورنیکس گفته می شود خودداری شود. این چربی بزودی جذب پوست بدن نوزاد می شود. قبل از شستشوی نوزاد اسفنج را باید کاملاً تمیز و آب کشید به طوری که صابون در آن نماند بعد با آب ولرم و نه داغ، قسمت به قسمت بدن شیر خوار را از حوله بیرون آورده و به آرامی شستشو داد. نوزاد را باید در یک حوله پیچید فقط قسمتی را که قرار است تمیز شود از حوله بیرون گذاشت.

شستشوی بدن نوزاد را از سروصورت شروع کرده و سپس دست ها و پاها، شکم و پشت وی شسته شود. شستشوی چین های زیر گردن، زیر بغل نوزاد و کشاله ران ها فراموش نشود. (می توان این قسمت ها را هر روز نظافت کرد.) دستگاه تناسلی نوزاد آخراز همه و در نوزاد دختر ناحیه تناسلی از جلو به عقب شسته شود تا آلودگی مدفوع به مجرای ادرار منتقل نشود. در نوزاد پسر نیز کیسه بیضه بایستی کاملاً تمیز شود. برای شستشوی نوزاد از صابون یا شامپوی مخصوص نوزاد (ملایم و غیر قلیایی) استفاده شود.

پس از شستشو، نوزاد را کاملاً خشک کرده و لباس گرم و تمیز به او پوشانده شود. بطور معمول حمام نوزاد را می توان بصورت یک روز در میان یا دو بار در هفته انجام داد. بلافاصله بعد از شیر دادن به علت احتمال برگرداندن شیر از حمام دادن نوزاد خودداری شود.

- در صورتی که بند ناف افتاده باشد:

می توان او را در وان بچه یا لگن شستشو داد، اولین استحمام نوزاد باید با ملایمت و کوتاه مدت باشد تا منجر به نا آرامی نوزاد نشود. اگر نوزاد احساس ناراحتی کرد می توان تا یکی دو هفته دیگر از روش اسفنج برای حمام کردن او استفاده کرد تا کمی بزرگتر شود. نوزاد را نباید زیر دوش برده بلکه از لگن یا وان بچه استفاده شود. رطوبت و بخار به حدی نباشد که تنفس نوزاد را مشکل کند. اگر نوزاد مو دارد می توان از شامپو بچه استفاده کرد. هیچگاه نوزاد را در حمام یک لحظه هم نباید تنها گذاشت و تمام وسایل مورد نیاز برای حمام و خشک کردن او باید از قبل آماده باشد. حمام کردن برای نوزاد باید یک تجربه لذت بخش باشد، و از آب نترسد. با بزرگتر شدن او می توان از اسباب بازی هم در حمام برای سر گرم نمودن او استفاده کرد.

اگر سر نوزاد، پوسته پوسته شده است بهتر است به پوست سر او قبل از استحمام کمی روغن زیتون مالیده و بعد با صابون بچه یا شامپو بچه شستشو شود تا همه پوسته ها از بین برود. در هنگام شستشو، با دو دست زیر بغل های او را گرفته و آرام آرام او را وارد وان یا لگن کرده، دقت شود که از میان دست سر نخورد (می توان از دستکش نخی استفاده کرد) چون بدن نرم و لطیف و لغزنده نوزاد وقتی مرطوب و خیس می شود احتمال سر خوردن زیاد می شود. در صورت عدم وجود وان یا لگن، برای اینکه نوزاد از دست مادر نیفتد: مادر در حمام روی زمین یا چهار پایه خیلی کوتاه بنشیند. سپس حوله ای که با آب گرم خیس شده روی پای خود ببندد و نوزاد را روی آن بخواباند. ابتدا سطح روی بدن او را شسته و آب بکشد بعد سطح رویی دست ها و سپس پاها را بشوید و هر قسمت را که شست آب بکشد. سپس نوزاد را به حالت دمر روی همان حوله بخواباند و قسمت پشت بدن را بشوید و آب بکشد و در آخر در همان حالت دمر سر را شامپو زده، آب کشی نماید. در صورت خشک بودن پوست نوزاد می توان از یک لایه نازک وازلین یا پماد A+D استفاده کرد. از مکیدن گوش نوزاد پس از استحمام خودداری شود و برای خارج کردن آب از گوش نوزاد خم کردن سر او به طرف راست و چپ و خشک کردن گوش ها با دستمال نرم کفایت می کند. بعد از افتادن بند ناف یک روز در میان یا هفته ای دو بار استحمام در سال برای شیر خوار کافی است. و استحمام زیاد سبب خشکی پوست شیر خوار می شود. تعویض سریع کهنه خیس نوزاد و دقت در تمیز کردن جای ادرار و مدفوع نیاز به شستشوی کامل بدن

واستحمام نوزاد را کاهش میدهد. تجربه حمام در صبح برای بعضی شیر خواران دلپذیر تر و در ماههای سوم به بعد در شب آرام بخش تر است.

کوتاه کردن ناخن

کوتاه نگه داشتن ناخن ها برای سلامتی شیر خواران و بخصوص نوزادان مهم است، چرا که آنان در هنگام تکان دادن دست ها و پاهایشان می توانند به پوستشان آسیب برسانند و آن را زخمی کنند. ناخن ها به سرعت رشد می کنند به طوری که ناخن های پا ۱ تا ۲ بار در ماه و ناخن های دست ۱ تا ۲ بار در هفته نیاز به کوتاه کردن دارند. بهترین زمان برای گرفتن ناخن شیر خوار هنگام خواب او است. زمانی که وی خوابیده است با یک دست خود، باید یک دست او را گرفته و انگشتان او را صاف نگه داشت و با دست دیگر ناخن ها را کوتاه کرد. برای گرفتن ناخن شیر خوار، بهتر است از یک قیچی مخصوص که سر آن گرد است استفاده شود. اگر در حین استفاده از ناخن گیر، بریدگی در دست نوزاد پیش آمد و خونریزی اتفاق افتاد، جای نگرانی نیست فقط با یک دستمال تمیز باید محل خونریزی را به آرامی فشار داد تا خونریزی قطع شود. نیاز به پانسمان نمودن و یا چسباندن چسب به محل بریدگی نیست زیرا ممکن است شیر خوار در هنگام مکیدن انگشتانش پانسمان یا چسب را بمکد. باید اجازه داد زخم در معرض هوا خشک شده و بهبود یابد.

ختنه نوزاد پسر: توصیه میشود ختنه نوزاد پسر در ماه اول و ترجیحا قبل از ترخیص نوزاد و توسط

پزشک صورت گیرد. نوزادانی که ختنه می شوند، در سال اول تولد کمتر دچار عفونت ادراری می شوند. برای مراقبت از محل ختنه، از استعمال ترکیبات خانگی و مواد سنتی یا گیاهی و یا هر گونه دارو بدون دستور پزشک خودداری گردد. خشک و تمیز نگه داشتن محل ختنه مهمترین نحوه مراقبت از محل ختنه است. معمولا بین ۷ تا ۱۰ روز زمان لازم است تا زخم آن بهبود یابد و در طی این مدت ممکن است نوک آلت زرد رنگ به نظر برسد که طبیعی است. بنفش بودن سر آلت پس از ختنه نوزاد ناشی از تحریک و پیر خونی سر آلت و کاملا طبیعی است. در صورت بروز مشکلات زیر با پزشک و یا نزدیک ترین مرکز درمانی می توان تماس گرفت:

- خونریزی مداوم از محل ختنه
- قرمزی اطراف نوک آلت بیشتر شود.
- تب نوزاد
- ترشح چرکی سر آلت
- اگر نوزاد ۶ تا ۸ ساعت بعد از ختنه ادرار نکند.

ضمیمه ها :

ضمیمه فصل ۲:

مشاوره و اقدامات مورد نیاز جهت جنین یا نوزاد مادر باردار با مشکل قلبی:

مسایل مرتبط با سلامت جنین : سونوگرافیهای روتین مانند سایر مادران انجام شود. در صورتی مادر در هر زمان طی بارداری وارفارین (با هر مقدار) مصرف کرده، انجام سونوگرافی بین هفته ۱۶ تا ۱۸ و بصورت هدفمند با تاکید بر تشخیص ناهنجاریهای ناشی از وارفارین در جنین ضروری است. در مراقبتهای بارداری به رشد جنین توجه شود و نیاز به سونوگرافی سریال وجود دارد. اگر مادر باردار یا بستگان درجه اول او (همسر، فرزند، پدر، مادر) مبتلا به بیماری مادرزادی قلبی هستند، اکوکاردیوگرافی قلب جنین توسط متخصص قلب کودکان در هفته ۱۷ تا ۱۸ انجام شود. در صورتی که جنین دچار ناهنجاری می باشد که اندیکاسیون سقط ندارد، محل زایمان باید در بیمارستانی باشد که دسترسی به امکانات و تجهیزات برای مراقبت نوزاد فراهم باشد

در صورتی که مادر از برخی داروهای قلبی عروقی مانند بتابلوکرها (از نوع β - selective مانند متورال) استفاده کند ، امکان برخی مشکلات برای نوزاد وی بعد از زایمان وجود دارد . پس توصیه می شود نوزاد به مدت ۲۴ تا ۷۲ ساعت از نظر هیپوتنشن، برادیکاردی و هیپوگلیسمی کنترل و تحت نظر باشد. در مادر مبتلا به بیماری قلبی شیردادن به نوزاد منع ندارد ولی به دلیل تقاضای زیاد متابولیک، خستگی و با خطر کم باکتریی بدنبال ماستیت همراه است. زنان مبتلا به بیماری قلبی علامتدار بهتر است کودک را با شیر مصنوعی تغذیه نمایند . در صورتی که مادر تمایل به شیردهی دارد و همزمان هر نوع دارویی مصرف می کند به جدول مصرف داروها در شیردهی توجه شود.

نکته : مصرف وارفارین که یکی از داروهای مادران باردار با مشکل قلبی (خصوصا در مادران با دریچه قلبی مصنوعی) در دوره شیردهی منعی ندارد.

اثرات ابتلای مادر به MS بر روی سلامت جنین ، نوزاد و کودک :

شواهدی وجود دارد که ابتلای مادر به MS سبب وزن کم هنگام تولد نوزاد می شود . اما در مطالعات جدید اثر معنا داری بین پیامدهای مادری و نوزادی با MS مشاهده نشده است . افزایش احتمال ناهنجاری های جنینی و زایمان زودرس از دیگر پیامدهای مادران مبتلا به MS در بارداری

است. در صورت استفاده از داروهای فینگولیمود (تعدیل کننده سیستم ایمنی) در بارداری احتمال سقط و ناهنجاری جنینی افزایش می یابد و در صورتی که قبل از بارداری از این دارو استفاده شده باشد ، با توجه به نیمه عمر بالای آن ۲ ماه بعد از قطع دارو باید از بارداری جلوگیری نمود .

مشاوره و اقدامات مورد نیاز جهت جنین یا نوزاد مادر باردار مبتلا به MS

برخی زنان مبتلا به MS زودتر از حد معمول خسته می شوند . این زنان به اختلال عملکرد مثانه مستعد ابتلا به عفونتهای ادراری هستند . ممکن است القای لیبر در این زنان بیشتر بوده و مرحله دوم لیبر طولانی تر باشد . بعلاوه ممکن است سزارین الکتیو در این زنان به این خاطر بیشتر شود و به تبع نوزاد دچار عوارض ناخواسته زایمان سزارین (اثرات داروی بیهوشی بر جنین ، مشکلات تنفسی ، میزان مرگ و میر بیشتر و ...) می شود . در صورتی که مادر در دوران بارداری داروهای سرکوب گر سیستم ایمنی را مصرف کرده باشد ، می بایست نوزاد را از نظر ترومبوسیتوپنی و کم خونی پایش شوند .

مشاوره و اقدامات مورد نیاز جهت جنین یا نوزاد مادر باردار مبتلا به صرع:

صرع درمان نشده باعث افزایش ناهنجاری ها در جنین نمی شود . در واقع داروهای مصرفی در صرع هستند که سبب ناهنجاری در جنین می شوند . اما با توجه به خطراتی که عدم مصرف دارو برای مادر دارد ، باید وی را به ادامه درمان متعهد کنیم . نیاز به ارجاع به مادر به متخصص مغز و اعصاب قبل از بارداری وجود دارد .

درمان تک دارویی در مقایسه با درمان چند دارویی ارجحیت دارد و با میزان کمتر ناهنجاری همراه است . در موارد ضرورت نیز افزایش دادن دوز درمان تک دارویی حداقل در ابتدا به افزودن داروهای دیگر ارجحیت دارد . فنوباریتال و فنی توئین میزان ناهنجاری های ماژور را ۲-۳ برابر افزایش می دهند . والپرات نیز یک داروی تراژون قوی است و خطر ناهنجاری ۴-۸ برابر افزایش می دهد .

اپی لپسی افزایش اندکی در میزان خطر برخی عوارض حاملگی چون : سقط خودبخودی ، خون ریزی ، اختلالات هیپرتانسیون ، زایمان پره ترم ، محدودیت رشد داخل رحمی و زایمان سزارین است . افسردگی بعد از زایمان در این زنان بیشتر دیده می شود ، که در صورت بروز آن مشکلات شیردهی و مراقبت از نوزاد نیز پیش خواهد آمد .

اقدامات مورد نیاز جهت زنان مبتلا به صرع قبل و حین بارداری :

- مشاوره با زنان قبل از حاملگی
- تجویز اسید فولیک ۴ میلی گرمی حداقل از یک ماه قبل از بارداری

- داروهای ضد تشنج ارزیابی و تعدیل گردد. ارجاع به متخصص مغز و اعصاب صورت گرفته و داروهایی که کمتر تراتوژن هستند استفاده شود.
- هدف از درمان اپی لپسی درمان تک دارویی با استفاده از داروهایی است که کمترین تراتوژنیسته را دارد.
- در کودکان مادران صرعی احتمال ابتلای کودک ۱۰ درصد می باشد. با مادر در این زمینه مشاوره و صحبت شود و نگرانی های وی رفع شود.

مشاوره و اقدامات مورد نیاز جهت جنین یا نوزاد مادر باردار مبتلا به لوپوس:

بارداری در مادر مبتلا به لوپوس با عوارض جنینی از قبیل: زایمان پره ترم، تاخیر رشد داخل رحمی، عوارض مرتبط با مصرف داروها در جنین، مرگ و میر پری ناتال، سندرم لوپوس نوزادی، بلوک مادرزادی قلبی و ... همراه است.

سندرم لوپوس نوزادی: این سندرم با ضایعات پوستی (درماتیت لوپوسی)، برخی مشکلات خونی، بلوک مادرزادی قلبی، ترومبوسیتوپنی و اختلال عملکرد کبد همراه است و معمولاً ۴ تا ۶ هفته پس از زایمان بروز پیدا می کند. تمامی این موارد بجز بلوک مادرزادی قلبی، گذرا هستند و معمولاً ظرف چند ماه بهبود می یابند. در فرزندان بعدی مادر نیز خطر عود لوپوس نوزادی ۲۵٪ می باشد.

بلوک مادرزادی قلبی: در برخی مادران باردار مبتلا به لوپوس (مادرانی که آنتی بادی ضدآنتی ژن SS-a و SS-b دارند) ممکن است بلوک قلبی مادرزادی در نوزاد بوجود آید. لذا در صورت وجود هر یک از این آنتی بادیها در مادر پایش قلب جنین در هفته های ۲۶-۱۸ بارداری با اکوی قلبی جنین ضروری است.

موارد خفیف لوپوس در مادران باردار مخاطره آمیز نیستند و فقط ممکن است مادران علائمی مانند خستگی، درد و ناتوانی داشته باشند که تجویز و مصرف NSAID ها (ضد التهاب های غیر استروئیدی) علائم برطرف می شوند. اما باید از تجویز طولانی مدت به علت احتمال اولیگوهایدروآمینوس و بسته شدن مجرای شریانی در جنین باید از مصرف جلوگیری شود.

مشاوره و اقدامات مورد نیاز جهت جنین یا نوزاد مادر باردار مبتلا به دیابت

هر نوع اختلال تحمل کربوهیدرات که اولین بار در دوران بارداری بروز پیدا می کند دیابت بارداری نام دارد. در هر صورت گروهی از زنان مبتلا به دیابت بارداری را زنانی تشکیل میدهند که قبل از بارداری مبتلا به دیابت بوده اند و از آن آگاهی نداشته اند. نکته جالب توجه این است که بیش از

نیمی از زنان مبتلا به دیابت بارداری در طی ۲۰ سال آینده به دیابت آشکار مبتلا می شوند. چاقی و دیابت در فرزندان این زنان نیز در آینده افزایش می یابد.

آثار جنینی دیابت بارداری: عواقب نامطلوب دیابت بارداری با عواقب دیابت آشکار متفاوت است. در زنان چاق، زنان با چاقی تنه ای و چربی زیر جلدی شکم مادر احتمال دیابت بارداری بیشتر است. در این زنان بر خلاف دیابت آشکار ظاهراً میزان ناهنجاری های جنینی در مقایسه با جمعیت کلی زنان باردار افزایش پیدا نمی کند. درصد مرده زایی اندکی افزایش می یابد. اثر اصلی قابل انتساب به دیابت حاملگی، ماکروزومی جنین می باشد. دیستوشی شانه، ترومای زایمانی و احتمال افزایش میزان سزارین در اثر آن و افزایش احتمال پره اکلامپسی نیز از دیگر عواقب می باشند. چاقی مادر، افزایش وزن بیش از حد وی در بارداری و دیابت بارداری می توانند از علل ماکروزومی جنین باشند. حضور همه این موارد احتمال ماکروزومی را بسیار بیشتر می کند. به علت هیپرانسولینمی بعد از زایمان هیپوگلیسمی در جنین رخ می دهد (قند خون ۳۵ تا ۴۵ میلی گرم در دسی لیتر در نوزاد). هیپوکلسمی و هیپر بیلی روبینمی می تواند از دیگر عوارض دیابت حاملگی در نوزاد باشد. لذا در مراقبت از کودکان مادران مبتلا به دیابت بارداری چه هنگام تولد و چه در مراقبتهای بهداشتی توجه به این موارد (هیپر بیلی روبینمی و هیپوگلیسمی) ضروری است.

توصیه ها و اقدامات مورد نیاز جهت سلامت جنین مادر مبتلا به دیابت و دیابت بارداری:

- توصیه به مصرف اسید فولیک ۴ میلی گرمی (بجای مصرف اسید فولیک ۱ میلی گرمی)
- توصیه و تاکید بر انجام تست های غربالگری سلامت جنین (بخاطر افزایش میزان اندک ناهنجاری جنینی در این مادران)
- بررسی اندازه جنین طی ویزیت های بارداری و با استفاده سونوگرافی در هفته ۳۶ بارداری جهت تصمیم گیری نوع زایمان (با توجه به سایز و وزن جنین)
- کنترل روزانه حرکات جنین در سه ماهه سوم. در مواردی پیشنهاد می شود از هفته ۳۴ بارداری بستری در بیمارستان و پایش قبل از زایمان هفته ای سه بار صورت گیرد.
- القای لیبر در این زنان سبب افزایش احتمال دیستونی شانه می شود. در صورتی با بررسی های سونوگرافیک وزن جنین بیشتر از ۴۵۰۰ گرم یا بیشتر تخمین زده شود، بمنظور پیشگیری از آسیب شبکه بازویی در نوزاد سزارین پیشنهاد می شود.

مشاوره و اقدامات مورد نیاز در مادر باردار مبتلا به فشار خون مزمن:

- هیپرتانسیون شدید در مادر با ناهنجاری های شدید مادرزادی به خصوص نقایص قلبی در ارتباط است. علاوه بر این هیپرتانسیون شدید و آترزی یا استنوز مری جنین با هم در ارتباط اند.

- شیوع مرده زایی نیز در زنان مبتلا به هیپرتانسیون بالاست .
- محدودیت رشد داخل رحمی جنین و افزایش مدت بستری در بخش مراقبتهای ویژه از دیگر عوارض هیپرتانسیون در مادر است . که این افزایش مدت بستری سبب مشکلات شیرهی و مراقبت از نوزاد می شود .
- توصیه و اقدام مناسب برای مادران مبتلا به فشارخون :
- بررسی نوع داروهای مصرفی و ارجاع سریع مادر مبتلا به فشار خون به متخصص قلب و عروق برای تغییر نوع و دوز مصرفی داروها ضروری است. (بعنوان مثال قطع مصرف مهارکننده های آنزیم مبدل آنژیوتانسین مانند کاپتوپریل به دلیل خطر ناهنجاری های جنینی)

مشاوره و اقدامات مورد نیاز در مادر باردار مبتلا به آسم

اثرات آسم در بارداری :

خطر سقط خودبخودی در زنان مبتلا به آسم افزایش می یابد . در زنان مبتلا به آسم متوسط تا شدید (صرف نظر از درمان) خطر پره اکلامپسی افزایش پیدا می کند . با وقوع پره اکلامپسی هم ، عوارض ناخواسته تحمیلی مانند ختم بارداری زودهنگام ، محدودیت رشد داخل رحمی و .. پیش می آید که بر سلامت جنین تاثیر گذار است . حملات آسم در این زنان ممکن است به خستگی عضلات تنفسی ، ایست تنفسی ، پنوموتراکس و آریتمی های قلبی منجر شود. در صورتی که مادر نیاز به تهویه مکانیکی پیدا کند نیز مرگ و میر پری ناتال افزایش چشمگیری پیدا می کند . محدودیت رشد داخل رحمی جنین مرگ و میر پری ناتال و زایمان زودرس از دیگر عوارض آسم در دوران بارداری اند . یکی دیگر از نگرانی ها در مورد مادران مبتلا به آسم آثار تراژوژن داروهای مورد استفاده در درمان آسم است که خطر ناهنجاری های چون لب شکری و کام شکری و طیف اختلالات اوتیسم اندکی افزایش می یابد

اقدامات مشاوره ای جهت مادر : ارجاع مادر قبل از بارداری به متخصص جهت تعویض ، قطع و یا کاهش دوز داروهای مصرفی در صورت صلاحدید . توجه به حالت ها و موقعیت هایی که در آن احتمال بروز حمله آسم و به تبع آن هیپوکسی افزایش می یابد زیرا در حمله آسم جنین زودتر از مادر دچار هیپوکسی می شود . به همین دلیل پایش جنین شاخص مناسبی از بررسی وضعیت سلامت مادر می باشد.

"سوابق بارداری و زایمان قبلی"

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
۱ آتونی (ایترسی)	احتمال تکرار در بارداری فعلی	تأکید به انجام زایمان در بیمارستان
۲ پرده اکلامپسی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تأکید بر کنترل دقیق و صحیح فشارخون - آموزش علائم خطر (فشارخون بالا، تاری دید، سوزش سر دل، سردرد)
۳ جدا شدن زودرس جفت / جفت سرراهی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- آموزش علائم خطر (درد شکم، خونریزی) - در صورت سابقه دکتلمان: اندازه گیری دقیق فشارخون، تشخیص دقیق بیماری زمینه ای مانند دیابت و فشارخون بالا، تشخیص چندقلویی و پلی هیدرآمنیوس - در صورت سابقه جفت سرراهی: تأکید بر انجام سونوگرافی در هفته ۲۲-۳۱ بارداری و در صورت تایید: ارجاع جهت حتم بارداری در هفته ۳۶-۳۴ بارداری در بیمارستان مجهز
۴ جراحی روی رحم	احتمال چسبندگی جفت	- تأکید به انجام سونوگرافی برای تعیین وضعیت و محل جفت در سه ماهه دوم بارداری - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای تعیین نوع زایمان
۵ چندقلویی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تأکید بر اندازه گیری ارتفاع رحم و تطبیق با سن بارداری - تأکید بر انجام سونوگرافی در هفته ۱۸-۱۶ بارداری برای تعیین تعداد جنین - ارائه توصیه های غذایی طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده
۶ دیابت بارداری	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تأکید به انجام آزمایش و توجه به نتیجه آن
۷ زایمان دیررس	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تعیین تاریخ دقیق اولین روز آخرین قاعدگی - ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان پس از هفته ۴۱ بارداری

۸ زایمان زودرس	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- ارائه توصیه های غذایی و تأکید به رعایت بهداشت دهان و دندان - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در اولین ملاقات
۹ زایمان سخت / زایمان سریع	احتمال تکرار در بارداری فعلی	تأکید به انجام زایمان در بیمارستان به خصوص با شروع اولین علائم زایمانی
۱۰ سزارین تکراری	احتمال جفت سر راهی، جفت اکرتا و پرکرتا، افزایش خونریزی پس از زایمان	- تأکید بر عوارض سزارین تکراری - تأکید بر انجام سونوگرافی در بارداری به منظور تعیین دقیق محل جفت - امکان انجام زایمان واژینال بعد از یک بار سزارین در صورت وجود شرایط مناسب - ارجاع غیرفوری به متخصص در هفته ۳۶ بارداری برای تعیین زمان سزارین
۱۱ مول کمتر از یک سال / دو بار سقط یا بیشتر، نوزاد نامنجان، تاخیر رشد داخل رحمی، مرده زایی، مرگ نوزاد، حاملگی ناپجا	احتمال عود	ارجاع غیر فوری به متخصص
۱۲ نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تعیین دقیق سن بارداری - بررسی مادر از نظر وجود بیماری زمینه ای - توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث سوء تغذیه) - تأکید در مورد علائم خطر زایمان زودرس (دردهای شکم، لکه بینی و خونریزی، آبریزش) - در صورت بیماری زمینه ای و یا اختلال رشد جنین: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان
۱۳ نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تعیین دقیق سن بارداری - تأکید بر انجام زایمان در بیمارستان - در صورت ابتلا به دیابت: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان

سوء مصرف مواد ، سیگار و ...

مصرف مزمن مواد افیونی در دوران بارداری بسته به روش مصرف ، می تواند عوارض مختلفی را به دنبال داشته باشد . برخی از عوارض مربوط به عفونت های مختلف مانند HIV ، هیپاتیت ، عفونت های ناشی از تزریق غیر بهداشتی و ... می باشد . زنان وابسته به مواد معمولاً طیفی از مشکلات تغذیه را نیز دارند . (بدلیل درگیری زیاد برای تهیه مواد و عدم رسیدگی به تغذیه ، کاهش اشتها و ...) در این افراد اختلالات جذب ، کمبود آهن ، اسیدفولیک ، ویتامین B6 و .. نیز مشاهده می شود و به تبع تمام این مشکلات بر روند و رشد و تکامل جنین ودر آینده نوزاد تاثیر گذار است.

به علت کیفیت متغییر مواد مخدر خیابانی زنان باردار مصرف کننده مواد مخدر، دچار دوره های مکرر محرومیت و بیش مصرفی می شوند . محرومیت از مواد در مادر باعث مرده زایی می شود. محرومیت شدید در مادر با افزایش میزان سوخت و سوز و مصرف اکسیژن در جنین همراه است . بعلاوه مواد مخدر باعث منقبض شدن عروق نافی شده و در نتیجه کاهش خون رسانی به جنین ، که این امر نیز محدودیت رشد داخل رحمی را به دنبال خواهد داشت. بسیاری دیگر از عوارض در نوزادان مادران معتاد ناشی از وزن پایین هنگام تولد و نارسی است . نوزادان مادران معتادی که با کم وزنی متولد شده اند باید از نظر مشکلات دیگری مانند آسپکسی ، خون ریزی داخل جمجمه ای ، محرومیت های تغذیه ای هیپوگلیسمی ، هیپوکلسمی ، سپتی سمی و هیپر بیلی روبینمی تحت نظر قرار بگیرند و بررسی شوند .

بعلاوه اکثر مصرف کنندگان مواد سیگاری های قهاری نیز هستند . عوارض سیگار کشیدن در بارداری شامل جفت کوچک و نارسا ، سقط خودبخودی ، تاخیر رشد داخل رحمی و وزن کم هنگام تولد است بعلاوه در سیگاری های قهار سندرم تنباکوی جنینی (مشابه سندرم پرهیز نوزادی) دیده می شود و در آن نوزاد پس از جدایی از خون مادر دچار عوارضی مانند عوارض ترک نیکوتین می شود . علاوه احتمال وقوع بیش فعالی ، کم توجهی و رشد ناکافی در دوران کودکی در فرزندان مادران سیگاری وجود دارد .

سوء مصرف مواد منحصر به مواد افیونی و سیگار نمی شود و ممکن است سوء مصرف مواد مختلفی از جمله : ماری جوانا هروئین ، متادون ، آمفتامین ها ، کوکائین و توهم زا ها هم در مادران باردار وجود داشته باشد که عوارض متعددی را در نوزاد و کودکان در آینده به همراه دارد. این عوارض در جدول اسلاید بعد به اختصار آمده اند .

نوع ماده	عوارض بارداری	عوارض نوزادی	عوارض طولانی مدت
نیکوتین	<ul style="list-style-type: none"> ◀ سقط خودبه خودی ◀ زایمان زودرس ◀ پارگی زودرس پرده‌ها ◀ جفت سرراهی ◀ کندگی جفت ◀ تأخیر رشد داخل رحمی ◀ وزن کم تولد 	<ul style="list-style-type: none"> ◀ افزایش مرگ و میر نوزادی ◀ سندرم مرگ ناگهانی نوزاد 	<ul style="list-style-type: none"> ◀ آسم کودکی ◀ مشکلات رفتاری ◀ اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی
ماری جوانا	<ul style="list-style-type: none"> ◀ اثرات غیریکدست 	<ul style="list-style-type: none"> ◀ اثرات عصبی، رفتاری: کاهش توانایی آرام سازی خود، افزایش لرزش خفیف و واکنش از جا پریدن، افزایش فعالیت دست به دهان، تغییر الگوی خواب 	<ul style="list-style-type: none"> ◀ به هم ریختن خواب شبانه ◀ مشکلات رفتاری: بی‌توجهی، تکانش‌گری و بیش‌فعالی، بزهکاری و مشکلات برون‌سازی، علایم افسردگی و اضطراب

نوع ماده	عوارض بارداری	عوارض نوزادی	عوارض طولانی مدت
هروئین	<ul style="list-style-type: none"> ◀ زایمان زودرس ◀ تأخیر رشد داخل رحمی ◀ وزن کم تولد ◀ توکسمی ◀ خون‌ریزی بارداری و پس از زایمان 	<ul style="list-style-type: none"> ◀ افزایش مرگ و میر حول و حوش تولد ◀ سندرم پرهیز نوزادی 	<ul style="list-style-type: none"> ◀ افزایش بی‌توجهی، بیش‌فعالی و مشکلات رفتاری ◀ دشواری در فرآیندهای جسمی، اجتماعی، سازگارنمودن خود و یادگیری
متادون		<ul style="list-style-type: none"> ◀ سندرم پرهیز نوزادی ◀ استرابیسم 	
آمفتامین‌ها	<ul style="list-style-type: none"> ◀ فشارخون بارداری ◀ تأخیر رشد داخل رحمی ◀ مرگ جنینی 	<ul style="list-style-type: none"> ◀ آنومالی‌های مادرزادی دستگاه اعصاب مرکزی، قلبی، عروقی، شکاف کام و لب، اعضاء ◀ عوارض عصبی رفتاری: کاهش برانگیختگی، افزایش استرس و کیفیت حرکتی پایین (رابطه دوز - پاسخ) 	<ul style="list-style-type: none"> ◀ مشکلات رفتاری
کوکائین	<ul style="list-style-type: none"> ◀ سقط خودبه خودی ◀ پارگی زودرس غشاها ◀ زایمان زودرس ◀ تأخیر رشد داخل رحمی ◀ کنده شدن جفت 	<ul style="list-style-type: none"> ◀ آنومالی‌های مادرزادی، شامل: ناهنجاری‌های تناسلی - ادراری ◀ افزایش گذرا در علایم و نشانه‌های دستگاه اعصاب مرکزی و اتونوم ◀ وزن کم تولد، کاهش قد و دور سر (واپسته به دوز) 	<ul style="list-style-type: none"> ◀ تأخیر زبان
توهم‌زاها		<ul style="list-style-type: none"> ◀ ناهنجاری‌های مادرزادی: نقایص قلبی عروقی، کلیه مدولای اسفنجی 	

مشاوره در مادران مصرف کننده مواد ، سیگار و ...

مهم ترین اقدام برای پیشگیری از عوارض مصرف مواد در بارداری بر روی سلامت جنین ، نوزاد و کودک آینده ، غربالگری و ارزیابی مصرف مواد است . این غربالگری ها باعث کاهش معنادار زایمان زودرس ، مرده زایی و وزن کم هنگام تولد خواهد شد (با توجه به اقداماتی که پس از شناسایی مادران برای آنها انجام می شود) این غربالگری ها در هر ملاقات بارداری و به طور معمول در هر سه ماهه از بارداری می بایست انجام شود. سوال های غربالگری می بایست به صورت منظم از مادران پرسیده شود . در ابتدا مادران ممکن است مصرف مواد را انکار کنند ولی به تدریج و بسته به نحوه برقراری ارتباط مراقبین بهداشتی (بهورز ، ماما ، پزشک و ...) اطلاعاتی در این زمینه بدهند . ابزارهای غربالگری همان پرسش های مادر مورد مصرف انواع مواد است . که باید به نحوی از مادر سوال شود که این سوالات عمومی و ویژه کلیه مادران باردار می باشد . البته بهترین غربالگری در مراقبت های پیش از بارداری و قبل از بارداری می باشد . این کار سبب می شود اقدامات لازم برای ترک مادر صورت گیرد، تا عوارض نوزادی و جنینی به حداقل برسند.

به محض شناسایی زنان مصرف کننده مواد باید ضمن گوش زد کردن خطرات و عوارض مصرف این مواد در بارداری برای سلامت خود و جنینشان ، تاکید شود به علت عوارضی که ترک در بارداری بر روی سلامت جنین به دنبال خواهد داشت ، بارداری زمان مناسبی برای ترک نیست . بلکه می بایست با مشورت پزشک و متخصص مصرف مواد را با داروهای امنی مثل متادون جایگزین کرد . متادون نیز مانند ماده ای اعتیاد آور است اما چرا در بارداری مصرف آن توصیه می شود . علت این است که با مصرف دوز مناسب و تعدیل شده متادون دوره های محرومیت و یا دوز بالا در مادر به حداقل می رسد و از عوارض ترک و محرومیت مواد برای مادر و جنین ، جلوگیری می شود.

به محض شناسایی مادران باردار دچار سوء مصرف مواد می بایست آنان را پزشک و ماما و سپس مرکز معتمد در خصوص ترک مواد و متادون درمانی ارجاع داد . شروع متادون درمانی در مادران از بعد از سه ماهه اول بارداری و با نظر متخصص انجام می باشد . گرچه متادون نیز خود با عوارضی همراه است اما به علت فوائد فراوان برای مادر و جنین در دنیا به عنوان مراقبت استاندارد در درمان وابستگی به مواد افیونی در بارداری شناخته می شود . با توجه کاهش رشد داخل رحمی نیاز هست که اندازه گیری ارتفاع رحم به صورت مداوم صورت گیرد . زنانی که سوء مصرف مواد مخدر دارند اغلب دچار مشکلات دهان و دندان و عفونت لثه هستند. از طرفی ممکن است درد ناشی از این مشکلات را حس نکنند. بعلاوه عفونت های دهان و دندان احتمال زایمان زودرس و زایمان پره ترم را افزایش می دهد . لذا توجه به سلامت دهان و دندان در این افراد و ارجاع آنان به دندانپزشک ضروری است .

متادون منعی برای شیردهی ندارد و به مقدار بسیار ناچیز است، لذا فایده شیر دادن در این مادران بیشتر از شیر ندادن است. در صورت نیاز به مشاوره بیشتر فرد را به پزشک درمانگرش ارجاع دهید. با توجه به اینکه ریسک خطر ابتلا به HIV در مصرف کنندگان مواد بیشتر از سایر زنان است، توجه به غربالگری HIV در بارداری در سه نوبت ضروری است.

ترخیص زودهنگام زنان وابسته به مواد افیونی و خواب آور مناسب نیست و بهتر است نوزادان این مادران حدود ۵ روز یا بیشتر در بیمارستان بمانند تا نوزاد از نظر سندرم محرومیت مورد ارزیابی قرار گیرد. در مراقبت از نوزادان و کودکان مادرانی که متادون مصرف می کنند باید به این نکته توجه داشته باشیم که گاهی اوقات ممکن است این مادران مقداری از این متادون را برای آرام کردن نوزاد به وی بدهند. که متأسفانه عوارض بسیار خطرناکی را به دنبال دارد. همواره باید عوارض ناشی از این کار را به مادر هشدار داد.

زایمان زودرس:

عارضه اصلی اکثر بارداری های پر خطر زایمان زودرس است. و زایمان زودرس نیز یکی از اصلی ترین علل مشکلات دوران نوزادی و مرگ و میر پری ناتال می باشد. لذا بین این دو ارتباط تنگاتنگی وجود دارد. آشنایی با علل زایمان زودرس و راه های پیشگیری از آن (شناسایی بارداری های پرخطر و مدیریت آنها) نقش مهمی در پیشگیری از عوارض ناشی از زایمان زودرس دارد. با کنترل زایمان زودرس و کنترل و مراقبت صحیح نوزاد نارس می توان از بسیاری عوارض و مرگ و میر های پری ناتال کاهش داد. اصول مراقبت از نوزاد نارس در یکی از سرفصل های درس کودکان وجود دارد و جهت آشنایی با این اصول شما را به مطالعه این فصل از درس به همراه مطالعه کتابچه مراقبت و نگهداری از نوزاد نارس ارجاع می دهیم.

مصرف دارو در بارداری:

داروها در بارداری از نظر تاثیری که بر روی جنین و میزان خطر بروز ناهنجاری ها به پنج دسته تقسیم می شوند و طیف وسیعی از اثرات را بروی جنین به وجود می آورند. نوع A کم خطر ترین نوع بوده و مصرف آن هیچ عارضه ای در بارداری ندارد و نوع X پر خطر ترین نوع که مصرف آن در بارداری عوارض قطعی و بسیار شدیدی بر روی جنین خواهد داشت. (A-B-C-D-X) اطلاع از تمام داروهای مجاز و غیر مجاز در بارداری امکان پذیر نیست. اما اطلاع از موارد پر تکرار و پر مصرف و داشتن لیستی از آنها جهت ارائه مشاوره و توصیه و آموزش به مادران باردار مفید می باشد. در اسلاید بعدی جدولی حاوی داروهایی که به طور قطعی تراتوژن اند، آورده شده است.

بارداری همزمان با مصرف دارو :

داروهایی که در بارداری منع مصرف دارد:	
- ACE inhibitors (Angiotensin-converting enzyme inhibitors)	- Kanamycin
- Aminopterin	- Lithium
- Androgens	- Methimazole
- A-II antagonists (Angiotensin II receptor antagonists)	- Methotrexate
- Busulfan	- Misoprostol (به جز در موارد ختم بارداری)
- Carbamazepine	- Penicillamine
- Chlorbiphenyls	- Phenytoin (به جز در موارد تشنج)
- Cocaine	- Radioactive iodine
- Coumarins	- Streptomycin
- Cyclophosphamide	- Tamoxifen
- Danazol	- Tetracycline
- Diethylstilbestrol (DES)	- Thalidomide
- Ethanol	- Tretinoin
- Etretinate	- Trimerthadione
- Isotretinoin	- Valproic acid

معاینه نوزاد :

وضعیت درزها (سچورها) و اندازه فونتanel های قدامی و خلفی را باید لمس کرد . اگر روی درزهای جمجمه لبه سخت و بی حرکتی دیده شود و شکل جمجمه غیر طبیعی باشد ، ممکن است امکان بسته شدن زودهنگام درزها وجود داشته باشد . در این حالت استخوان پیشانی و پس سری رشد کنند و سر طویل و نازک را بوجود آورند که به آن **اسکفوسفالی** می گویند . یا اینکه جمجمه مرتفع شود که به آن **آکروسفالی** می گویند .

کranio سینوسیتوزیس، به گروهی از اختلالات جمجمه و صورت گفته میشود که در اثر بسته شدن زودرس محل تلاقی استخوانهای جمجمه بوجود می آید. در دوران جنینی استخوانهای جمجمه از استخوانهای کوچکی در ناحیه جلو و عقب و در پهلو های سر تشکیل میشود که از هم جدا هستند. به محل تلاقی و کنارهم قرار گرفتن این استخوانها سچور گفته میشود که ابتدا استخوانی نیستند و قابل اتصاع هستند بنابراین قابلیت تطابق با رشد مغز را دارند. وقتی نوزاد متولد میشود مغز رشد کافی می کند سچورها

استخوانی میشوند و استخوان جمجمه که وظیفه نگهداری از مغز را دارد شکل نهایی خود را پیدا می کنند در اغلب موارد این درزها که در ناحیه فونتالها فاصله بیشتری از هم دارند در ۱۸ ماهگی بسته میشوند

آنسفالوسل حالتی از ناهنجاری جمجمه مادرزادی جمجمه میباشد که مغز در جای اصلی خود قرار نمیگیرد و خارج از جمجمه تشکیل میشود. یکی از دلایل اصلی آن این است که سلولهای عصبی ناقص شکل میگیرد که باعث میشود بخشهایی از مغز بصورت برآمدگی از طریق روزنه های جمجمه بیرون بزنند که بسادگی این اختلال قابل رویت است و مغز فقط با یک غشای نازک پوشیده شده است.

. گاهی اوقات در نوزادان نارس و یا مبتلا به تریزومی ۲۱ ملاحظه سوم نیز دیده می شود. بزرگی سر (ماکروسفالی) حاکی از هیدروسفالی، آکندروپلازی، اختلال متابولیک و ... است همچنین میتواند خانوادگی نیز باشد. نواحی نرم در استخوان پس سری ناشی از کلسیفیکاسیون نامنظم و تشکیل استخوان نرم، کرتینیسم و سندرم داون و ... دیده میشود.



تریزومی ۱۳ یا سندرم پاتو: یک بیماری کروموزومی است همراه با ناتوانی ذهنی شدید و آنومالیهای فیزیکی در بسیاری از قسمتهای بدن. افراد مبتلا به این سندرم اغلب دارای نقایص قلبی و آنومالیهای مغزو طناب نخایی، شکاف در لب یا بدون شکاف کام (سقف دهان)، انگشتهای اضافه در دست و پا، چشمهای بسیار کوچک که بطور ضعیف توسعه یافته است، این افراد هیپوتن هستند و تن ماهیچه ای ضعیفی دارند و بعلاوه مشکلات متعدد تهدید کننده زندگی در روزهای اول یا هفته اول زندگی میمیرند و فقط ۵-۱۰ درصد بعد از سال اول زندگی، زنده میمانند.

تریزومی ۱۸ یا سندرم ادوارد: بعلاوه داشتن سه کپی از کروموزوم ۱۸ ایجاد می گردد. از ویژگیهای بالینی این سندرم قبل از تولد عقب ماندگی رشد داخل رحمی، ناهنجاریهای ظاهری از قبیل افزایش شفافیت پشت گردنی، بدشکلیهای مغزی، ناهنجاریهای قلبی می باشد، این افراد وزن هنگام تولد کم و جفت کوچک دارند و بعد از تولد میکروسفال هستند و دارای برجستگی پشت گردن یا دولیکو سفالی می باشند و گوشها غیر

طبیعی پایین تر از حد طبیعی و دهان و چانه کوچک و دارای شکل غیر طبیعی در دست و پا بوده و فتق نافی یا دیاستاز رکتوز و جناق سینه کوتاه و ناهنجاریهای ادرای تناسلی و بدشکلیهای شایع دارند.

اکندروپلازی: نوعی کوتاه قدی مادرزادی است که از مشخصه آن کوتاه بودن طول اندامها می باشد. مشکل اصلی این افراد تبدیل غضروف به استخوان در صفحات رشد بخصوص در استخوانهای بلند اندامها می باشد. قد در مردان ۱۳۰ و در زنان ۱۲۴ است و تنه مشکل خاصی ندارد و کوتاهی بیشتر در اندامهاست و مشخصه عمده این افراد عبارتند از قد کوتاه همراه با اندامهای فوقانی و تحتانی کوتاه بخصوص کوتاهی در بازو و ران و محدودیت حرکتی در آرنج و اشکال در باز کردن آن. انگشتان کوتاه و انگشت وسط از انگشت انگشتی از هم دور هستند. این افراد دارای سر بزرگ با پیشانی برجسته بوده و هوش طبیعی دارند و اما معمولاً چاق هستند و دارای عفونتهای مکرر گوش و تنگی کانال نخایی بوده و دارای پاهای پرنانتری می باشند.

معاینه گردن: گردن نوزاد به نسبت کوتاه است. ناهنجاری های گردن از جمله گواتر چندان شایع نیستند.

گاهی اوقات در اثر ضربه یا وضعیت ثابت جنین در رحم در گردن هماتوم (تجمع خون) یا ضایعه ایجاد می شود که موجب چرخش سر به سمت ضایعه یا خلاف جهت آن می شود. به این حالت تورتیکولی مادرزادی می گویند. اختلالات گردن شامل گواتر، آسیب های عضله ی استرنوکلئیدوماستوئید، گردن پره دار و ... باشد. گردن پره دار در نوزاد دختر، ادم لنفاوی داخل رحمی و سندرم ترنر را مطرح می کند. هر دو استخوان ترقوه باید از نظر شکستگی لمس شوند. ستون فقرات را از نظر شکل غیر طبیعی، توده، سینوس و وجود توده های موب بررسی کنید.

معاینه صورت: صورت باید از نظر وجود ناهنجاریها و تغییر شکل های سندرمیک بررسی شود.

معاینه صورت از نظر ظاهر، فاصله ی چشمها از یکدیگر، میکروفتالمی (کوچکی چشم)، عدم تقارن صورت و پایین قرار گرفتن گوشها که اغلب با سندرمهای مادرزادی همراه هستند و هم چنین، غیر قرینه بودن صورت به علت فلج عصب ۷، هیپوپلازی عضله ی پایین برنده ی گوشه ی دهان (سندرم گریه ی غیر قرینه) و یا وضعیت غیر طبیعی جنین در داخل رحم انجام شود. فلج قرینه ی صورت و انحراف چشمها به داخل، فقدان یا هیپوپلازی هسته ی عصب ششم و هفتم را مطرح میکند.

معاینه چشم: اگر نوزاد در حالت ایستاده نگه داشته شده و سپس به آرامی به عقب و جلو یا طرفین برده شود، چشمها اغلب خودبه خود باز و بسته میشوند. این امر نشان دهنده رفکلس طبیعی بدن و سلامت چشم است. خونریزی های شبکیه و ملتحمه معمولاً خوش خیم هستند و در ۸۵٪ موارد تا سه هفته ی و در همه نوزادان تا ۴ هفته ی برطرف میشوند. رفکلس مردمک بعد از هفته ی ۲۸ حاملگی ظاهر میشود.

عنبریه از نظر هتروکرومی (چند رنگی) بررسی میشود. اگر در نوزاد ترم، قطر قرنیه بیشتر از یک سانتیمتر بوده و با ترس از نور و اشکریزش همراه باشد، گلوکوم یا آب سیاه مادرزادی را مطرح کند، مشاوره ی اورژانس چشم پزشکی ضرورت دارد. در صورتی که لوکو کوریا (تاباندن نور در چشم و سفید بودن مردمک) وجود داشته باشد، نیز احتمال کاتاراکت، تومور، کوریورینیت، رتینوپاتی نوزادان نارس و ... وجود دارد و مشاوره ی اورژانس چشم پزشکی ضروری است.

معاینه گوش ها: گوش از نظر شکل غیرطبیعی، اندازه، محل قرارگیری غیرطبیعی و فیستول بررسی می شوند. در صورت وجود گوش ها پایین تر از حد طبیعی باشند، یا ناهنجاری مشخص در گوش، مشخصه ی بعضی از سندرمها می باشد.

دهان و بینی باید از نظر شکل غیرطبیعی، بسته بودن سوراخ بینی، اندازه غیرطبیعی فک و اندازه غیرطبیعی زبان معاینه شوند. سوراخهای بینی باید متقارن و باز باشند، نامتقارن بودن سوراخ بینی حکایت از دررفتگی غضروف میانی می کند. گاهی اوقات جمع شدن ترشحات در بینی باعث انسداد نسبی بینی می شود. برای برطرف کردن گرفتگی چکاندن ۲-۳ قطره سرم فیزیولوژی در بینی باعث باز شدن سوراخ های بینی می شود. انسداد آناتومیک سوراخهای بینی در اثر آترزی کوآن سبب دیسترس تنفسی در نوزادان می شود.

معاینه قلب: ضربان قلب در حالت طبیعی در نوزادان ۱۱۰-۱۵۰ ضربه در دقیقه و در حالت خواب تا ۸۵ ضربه در دقیقه میباشد. صداهای قلبی در سمت چپ بلندتر شنیده میشوند و سوفلی وجود ندارد. سوفلهای گذرا، معمولاً به علت مجرای شریانی در حال بسته شدن است. هنگامی که نوزاد آرام است، باید نبضهای اندامها لمس شود. در کوآرکتاسیون آئورت (تنگی بخشی از شریان آئورت)، فشار نبض کاهش مییابد، در این صورت باید فشارخون اندام فوقانی و تحتانی چک شود.

معاینه شکم: شکم را از نظر ساختمان عضلانی غیرطبیعی، شکل اسکافوئید (قایقی) و خونریزی ناف بررسی کنید. اتساع شکم ممکن است به علت انسداد گوارشی یا پارگی آن، سپسیس نوزادی یا پریتونیت باشد و شکم اسکافوئید حاکی از هرنی دیافراگماتیک (فتق دیافراگم) است. کبد به طور طبیعی ۱-۲ سانتیمتر زیر لبه ی دنده لمس میشود. ممکن است نوک طحال و کلیه ی چپ لمس گردد. توده های شکمی باید به سرعت بررسی شوند. بیشتر توده های شکمی در نوزادان، کلیوی هستند.

نقص دیواره شکم در ناحیه ی ناف، سبب امفالوسل و نقص در یک طرف خط وسط موجب گاستروشیزی (بیرون زدگی روده کوچک از شکم) میشود. امفالوسل با ناهنجاریهای کروموزومی همراه است. فتق نافی نیاز

به درمان ندارد. بند ناف حاوی دو شریان و یک ورید میباشد. شریان نافی منفرد ناهنجاریهای پنهان کلیوی را مطرح می کند.



آمفالوسل: یک عیب مادرزادی که احشاء شکمی به مقادیر مختلف داخل طناب نافی میشود. بطور معمول روده ها در هفته ۱۱ بارداری به داخل شکم برمیگردد. اگر به هر دلیلی این اتفاق رخ ندهد آمفالوسل رخ میدهد به هر حال نصف نوزادانی که با آمفالوسل دنیا می آیند ممکن است با عیبهای دیگر زمان تولد همراه باشند.

گاستروشیزی: یک نارسایی مادر زادی با بروز نقص دیواره شکمی در نوزاد بوجود می آید و باعث میشود روده های جنین خارج از حفره شکم باقی بماند. گاستروشیزی شایعترین نقص مادر زادی است که با سونوگرافی در هفته ۱۴-۲۴ بارداری قابل تشخیص می باشد. علت دقیق آن مشخص نیست ولی بیشتر در نوزادان متولد شده، از مادران جوانی هستند که برای اولین بار صاحب فرزند شده اند.



امفالوسل



گاستروشیزی

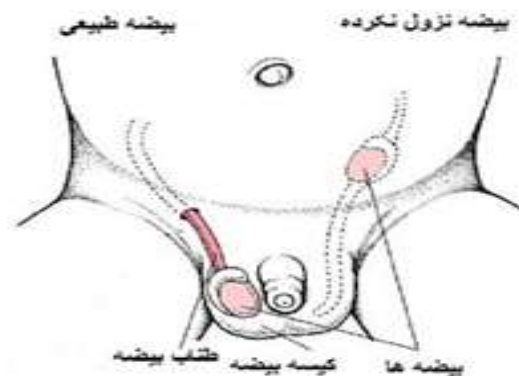
دستگاه تناسلی: در موارد هیپوسپادیا (سوراخ خروجی مجرای ادرار در زیر پنیس) یا اپی‌سپادیا (سوراخ مجرای ادرار انحراف دارد به چپ یا راست) شدید بررسی اختلالات کروموزمهای جنسی ضرورت دارد. ختنه در هیپوسپادیا ممنوع است ترمیم در ۶-۱۲ ماهگی انجام می شود. هیدروسل (تجمع مایع در بیضه ها) در نوزادان پسر نسبتاً شایع است و خودبه خود از بین می رود.

نود و نه درصد نوزادان ترم و ۹۵٪ نوزادان نارس، در طی ۴۸ ساعت پس از تولد مکونیوم دفع میکنند. آنوس بسته را همیشه نمی توان با نگاه تشخیص داد و گاهی لازم است با معاینه دقیق بررسی شود.

فیروزیس و پارافیروزیس: فیروزیس عبارت است از عدم قابلیت رانده شدن پوست ناحیه ختنه گاه به عقب در نوزادان پسر. در تولد فیروزیس طبیعی است و اگر ختنه نشده باشد ۹۰٪ موارد تا ۳ سالگی قابل عقب زدن می باشد. اگر نوع فیزیولوژیک یا پاتولوژیک ادامه یابد استفاده از کرم کورتیکوستروئید به پوست جلو آلت روزی ۳ بار بمدت یک ماه حلقه تنگ را در دو سوم موارد شل می کند. اگر پشت تنگی موقع ادرار کردن متورم و بادکنکی شود ختنه توصیه می شود.

هیدروسل: در ۱-۲٪ نوزادان دیده می شود. تا یکسالگی برطرف می شود. صاف و بدون درد است و نور را از خود عبور می دهد. اگر با فشار کاملاً بر طرف شود هرنی است. هیدروسل بزرگ ندرتاً خودبخود برطرف می شود. اگر بزرگ و تحت فشار است جراحی پیشنهاد می شود چه بسا هرنی هم داشته باشد با لمس می توان هیدروسل را از هرنی افتراق داد. بیضه ها باید در اسکروتوم یا کانالها قابل لمس باشد پرپوس چسبیده و سفت است.

بیضه نزول نیافته: ۵.۴٪ نوزادان در هنگام تولد بیضه پایین نیامده دارند. ۳۰٪ نوزادان نارس این حالت را دارند و در ترم میزان شیوع ۴.۳٪ است. اکثر موارد طی ۳ ماه اول بهبود می یابد. و در ۶ ماهگی این میزان به ۸٪ می شود. اگر تا ۶ ماهگی پایین نیامده محل آن معمولاً در کانال اینگوینال است ولی ممکن است در پرینه و داخل شکم هم واقع شوند. در ۱۰٪ موارد غیر قابل لمس است.



کریپتورکیدیزم. نوع رتراکتایل: این نارسایی به غلط پایین نیامدن بیضه تلقی می شود. باید در حالیکه رانها بحالت قورباغه ای قرار گرفته و ریلکس هستند بتوان بیضه را راحت داخل اسکروتوم آورد. اینها در

خطر عقیمی یا بدخیمی نیستند. سن درمان بیضه پایین نیامده ۹-۱۵ ماهگی است که با جراحی پایین آورده می شود. در نوع غیر قابل لمس سونوگرافی کمک نمی کند.

هرنی اینگوینال: هرنی یا فتق، بیرون زدگی بخشی از احشای داخل شکم از جدار شکم می باشد که بیشتر در ناحیه کشاله ران یا اینگوینال اتفاق می افتد. این نارسایی اکثراً مادرزادی است و تقریباً ۵۰٪ موارد در سال اول و حداکثر ۶ ماه اول خود را نشان می دهند. نوع فمورال کمتر از ۵٪ است. بروز آن در نوزاد رسیده ۵-۵.۳٪ و در نوزادان نارس ۹-۱۱٪ و در نوزادان خیلی کم وزن ۳۰٪ است. در پسرها ۶ برابر دخترها است. ۶۰٪ در طرف راست است. نوع دوطرفه در نارسها، LBW و مؤنث بیشتر است. در دوقلوها نیز بیشتر است. در ۱۱.۵٪ شیوع فامیلی موجود است.

فتق بصورت برجستگی در ناحیه اینگوینال ظاهر شده که به طرف اسکروتوم کشیده میشود و در موقع زور زدن، گریه و سرفه واضح تر می شود ممکن است والدین برجستگی متناوبی در ناحیه کشاله ران، لایبیا یا اسکروتوم ببینند که خود بخود برطرف می شود ولی بتدریج بزرگ یا پایدارتر می شود. در معاینه توده صاف و سفت که از حلقه خارجی اینگوینال در سطح طرفی برجستگی پویس لمس می شود و با فشار داخل شکم بزرگ می شود و یا دربیضه رفت و آمد می کند. احتمال گیرافتادن فتق ۱۷-۱۲٪ است که دو سوم آن مربوط به سال اول با ۳۰-۲۵٪ زیر ۶ ماه است. در نارسها کمتر است. علائمی چون تحریک پذیری، درد کشاله ران و شکم و استفراغ در این صورت خودنمایی می کنند. برای درمان فتق کودک را ارجاع دهید تا برای او عمل الکتیو انجام شود.

آلت کوتاه: آلت در حالت کشیده از قاعده پنیس تا نوک GLANS اندازه گیری می شود. طول متوسط آلت نوزاد ۲/۸ تا ۴/۲ سانتیمتر است. در صورت غیرطبیعی بودن به فوق تخصص غدد ارجاع دهید.

معاینه عصبی: بررسی وضعیت رفلکسهای نوزادی و آنومالیهای مادرزادی سیستم عصبی مرکزی مانند نقایص لوله عصبی و بدشکلی های نخاعی، اختلال در جزئیات ساختمانی مغز، اختلال حفره خلفی، ساقه مغز، مخچه، اختلال در رشد و اندازه مغز و اختلال در رشد و شکل جمجمه را بررسی کنید. نوزاد رسیده سالم در حالیکه به پشت خوابیده است اندام های در حال فلکسیون دارد و در برابر بازکردن مقاومت میکند. این وضعیت در کودکان نارس ضعیف تر است. و هرچه نوزادی نارس تر باشد تونیسیتة عضلانی او کمتر است. نوزاد نارس علاوه بر هیپوتونی ضعیف تر کاهش مقاومت و حرکات خودبخود نشان می دهد و با کشیدن دستها، سرش می افتد و کنترل جبرانی ندارد. نوزادان نارس نیز رفلکسها کاهش بیشتری دارند. بهتر است نوزاد بیدار و هشیار باشد تا این رفلکسها بررسی شوند. یک شیرخوار کمتر از ۲ ماه که کاهش سطح

هوشیاری دارد نمی تواند در تمام مدت معاینه بیدار بماند . وقتی او را لمس می کنید و یا او را تکان می دهید قادر به نشان دادن عکس العمل نیست.

رفلکس های عصبی :

رفلکس مکیدن (Sucking): هنگامی که چیزی داخل دهان نوزاد قرار داده شود (انگشت دست یا پستانک و یا سینه مادر) واکنش مکیدن شروع می شود و نوزاد با قدرت تمام شروع به مکیدن می کند، طوری که مکیدن او با بلعیدن شیر هماهنگ شده است. این واکنش تا ماه سوم و چهارم ادامه پیدا می کند و از آن به بعد، از بین می رود.



رفلکس گالانت: هنگامی که نوزاد را به روی شکم بخوابانید و با استفاده از انگشت دست، به آرامی بر روی پشت کودک (از قسمت سر تا باسن نوزاد) ضربه بزنید، نوزاد باید به سمت محلی که ضربه زده اید، واکنش نشان دهد و خم شود. این واکنش در طی ماه اول تا سوم از بین می رود .



رفلکس در جا قدم زدن یا (stepping): هنگامی که نوزاد را راست نگه دارید، اگر پای نوزاد با سطح صافی (مثل زمین) تماس داشته باشد، او حرکاتی شبیه به گام برداشت ناز خود نشان می دهد. این واکنش در ۳ تا ۴ ماهگی ناپدید می شود، ولی در حدود ۱۰ تا ۱۵ ماهگی به صورت حرکات ارادی در کودک به وجود می آید تا کودک بتواند راه رفتن را آغاز کند .



رفلکس بابینسکی : واکنش بابینسکی یکی از نشانه های مهم سلامت نوزاد می باشد. این واکنش به صورت خم شدن انگشت شست پا به طرف بالا و باز شدن انگشتان از یکدیگر، هنگام تحریک کف پا می باشد. این واکنش از ماه ششم تا نهم از بین می رود. وجود این واکنش بعد از دوسالگی نوعی اختلال محسوب می شود. امروزه پزشکان واکنش بابینسکی را به عنوان حرکت رو به بالای شست پا می دانند .



رفلکس گرسپینگ یا چنگ زدن : هنگامی که شیئی (مثلا انگشت مادر) را در کف دست نوزاد قرار می دهیم، نوزاد شروع به گرفتن آن شی می کند. این واکنش در مورد انگشتان پا هم صدق می کند، طوری که با قرار دادن شیئی روی انگشتان پای نوزاد، انگشتان او به سمت پایین خم می شوند و سعی در گرفتن آن شی دارند. این واکنش برای انگشتان دست در حدود ماه ششم از بین می رود و برای انگشتان پا، در حدود ماه نهم تا دهم از بین می رود .



رفلکس روتینگ یا جستجو کردن : هنگامی که با انگشت گونه نوزاد و یا گوشه دهان او را تحریک می کنیم، پاسخ نوزاد به این تحریک، چرخاندن سر به سمت محرک و باز کردن دهان به دنبال محرک می باشد. این واکنش برای یافتن سینه مادر می باشد و معمولا در ماه سوم و یا چهارم از بین می رود .



واکنش نامتقارن تونیک گردن: هنگامی که سر نوزاد به یک سمت خم می شود دست و پا به سمت مقابل خم می شوند. این وضعیت مانند حرکت شمشیر باز می باشد. این واکنش باید در سن شش ماهگی از بین برود و اگر باقی بماند، نوزاد قادر به کنترل وزن خود نمی باشد و توانایی راست کردن دست خود و کشیدن پاهای خود به حالت خزیدن را ندارد، به عبارت دیگر چنانچه سر نوزادی را که به پشت خوابیده، به طور ناگهانی به یک طرف برگردانیم، نوزاد دست و پای سمت چرخش را کاملاً باز کرده و دست و پای سمت مقابل را جمع می کند. این واکنش در سن ۵ تا ۶ ماهگی از بین می رود.



رفلکس مورو یا از جا پریدن: زمانی اتفاق می افتد که یک نوزاد در وضعیت خوابیده قرار گرفته باشد و یک صدای بلند و ناگهانی شنیده شود. نوزاد در این هنگام، به صدا، واکنش سریع و ناگهانی نشان می دهد و سر خود را به سمت عقب می برد و دست هایش را به دو طرف می کشد. این واکنش حدود ماه سوم تا ششم از بین می رود. هر گونه ناهماهنگی در انجام این واکنش، نوعی اختلال محسوب عدم بروز این واکنش در نوزاد به منزله آسیب های عصبی در او می باشد.



انسداد دستگاه ادراری :

شایعترین علت انسداد ادراری در دوران کودکی ، انسداد مادرزادی است انسداد ادراری ممکن است در هر قسمت از دستگاه ادراری تناسلی پدیدار شود .

علائم : معمولاً بصورت عفونت دستگاه ادراری یا وجود توده در پهلو مشخص می شود . در نوزادان توده های دو طرفه شکمی اغلب نشان دهنده کلیه های بزرگ شده انسداد یافته هستند .

درمان : از طریق جراحی انجام میشود .

هیپوپلازی کلیه :

هیپوپلازی کلیه به مواردی گفته میشود که کلیه ها وجود دارند اما به لحاظ اندازه کوچک هستند و بدلیل کاهش تعداد نفرونها ، با گذشت زمان کودک مستعد نارسایی پیشرونده کلیه میگردد . هیپوپلازی کلیه ممکن است با کندی رشد کودک همراه باشد که در دهه دوم زندگی شایعتر است .

میکروسفالی : میکروسفالی اختلال مادرزادی نسبتاً نادری محسوب میشود ، که اختلالی در رشد مغز به وقوع پیوسته است و در نتیجه اندازه سر زیر استاندارد بوده و وزن مغز یک چهارم حد طبیعی است. این عارضه ممکن است ناشی از وراثت ، سندرم های مادرزادی ، پرتو درمانی ، فنیل کتونوری، سرخجه مادرزادی توکسوپلاسموز ، سیفلیس ، عفونت یا سوء تغذیه شدید پس از تولد باشد .

علائم : شیرخواران اغلب دارای گوش های بزرگ است (بعلت کوچک بودن سر و مغز که اندازه آن یک چهارم مغز نرمال میباشد) ، شیب متمایل به عقب در پیشانی و عقب ماندگی ذهنی هستند .

تشخیص : عکس برداری از جمجمه

تدابیر درمانی : درمانی برای این حالت وجود ندارد ، والدین باید در تلاش برای مراقبت از کودک عقب مانده ذهنی حمایت شوند .

صدمات زایمانی:

آسیب های جمجمه :

شکستگی کاسه سر: فشار استخوانهای لگن مادر میتواند سبب شکستگی کاسه سر نوزاد شود ، اغلب شکستگی خطی است و فاقد علامت است و نیاز به درمان ندارد . شکستگی فرورفته علامت دار است و میتوان به مغز نوزاد آسیب برساند .

خونریزی داخل جمجمه ای : یکی از صدمات زایمانی خونریزی داخل جمجمه ای است ، شایعترین محل خونریزی در نوزاد مغز است و عوامل مستعد کننده آن نارس بودن نوزاد ، سندرم دیسترس تنفسی ، آسیبهای ناشی از هیپوکسی (پایین بودن غلظت اکسیژن شریانی) ، افت فشارخون ، افزایش یا کاهش جریان خون مغزی است . این عارضه در نوزادان بسیار کم وزن بیشتر است .

آسیب احشاء:

کبد نیز مانند مغز عضوی است که در حین زایمان بطور شایع آسیب می بیند عوامل مستعد کننده آسیب کبدی حین زایمان عبارتند از : بزرگی اندازه نوزاد (ماکروزومی)، اختلالات انعقادی ، نارسی نوزاد و بزرگی کبد . پارگی طحال ممکن است بتنهایی و یا توام با پارگی کبد ایجاد شود . خونریزی از غده فوق کلیه بخصوص در نوزادان با وزن بالا که به حالت بریچ از مادران دیابتی متولد شده اند شایع است .

شکستگی ها :

ترقوه : استخوان ترقوه بیش از هر استخوان دیگری در حین مراحل زایمانی در معرض خطر شکستگی قرار دارد . بخصوص در خارج کردن بازو در نمایش بریچ . نوزاد بطور آشکار قادر به حرکت دادن دست مبتلای خود نیست.

درمان : شامل بیحرکت کردن بازو و شانه در سمت مبتلاست .

اندامها :

شکستگی استخوان های دراز مانند استخوان بازو که گاهی اوقات درگیری عصبی نیز وجود دارد . درمان شامل ثابت کردن بازو بمدت ۴-۲ هفته به قفسه سینه است .

ضمیمه فصل ۳:

ویژگی های شرح حال گیری کودکان :

با توجه به تاثیراتی که دوران بارداری، وضعیت زایمان و حوادث دوران نوزادی (از قبیل زردی) بر روی سلامت کودک دارد، قبل از معاینه و ارزیابی وضعیت یک کودک سالم و کودک بیمار نیاز هست که شرح حال دقیقی شامل موارد ذیل از مادر اخذ شود:

۱. اطلاعات اجتماعی و مردم شناسی (وضعیت اجتماعی، اقتصادی، سن، نژاد و ...)
۲. بیماری های گذشته خانواده و نوزاد
۳. مشکلات مادر در طی حاملگی قبلی و زایمان قبلی
۴. مسایل موجود در حاملگی کنونی
۵. شرح زایمان کنونی و وضع حمل

شرح حال دوران بارداری و زایمان: در این شرح حال موارد ذیل بررسی می شود:

-زایمان پره ترم، پارگی زودرس پرده های جنینی PROM عوارض بارداری، یافته های غیرطبیعی اولتراسوند (یافته های غیر طبیعی بر اساس نتایج سونوگرافی)

-بیماریهای مادر که بر سلامت شیرخوار تأثیر میگذارد مانند دیابت دوران بارداری، اختلالات هیپرتانسیو دوران بارداری، محدودیتهای خاص رژیم غذایی مادر، عفونتها از قبیل: استرپتوکوک گروه B، کوریوآمنیونیت (التهاب غشای جنینی در اثر عفونتهای باکتریایی که به نواحی بالاتر نفوذ پیدا می کند ایجاد می شود)، عفونت دستگاه ادراری، HIV، هپاتیت B، عفونتهای جنسی، توکسوپلاسموز، سیتومگالوویروس (عامل اختلالات شدید خونی، میکروسفالی، کاهش شدید شنوایی-عصب و درجاتی از عقب ماندگی ذهنی)

-مصرف دارو داروهای مصرف شده از قبیل: تربوتالین (داروی مهار کننده زایمان پیش از موعد)، سولفات منیزیوم (موثر در پیشگیری از پره اکلامپسی و تشنج در هنگام زایمان زودرس)، آنتی بیوتیکها

-نوع زایمان (واژینال یا سزارین، پرزانتاسیون بریچ، استفاده از فورسپس یا واکيوم)

-نوع بیهوشی به کار رفته (اپی دورال، اسپینال و عمومی)

-استفاده از اپیزوتومی (یک نوع برای تسریع زایمان طبیعی جهت خروج سر جنین از کانال زایمان با ایجاد برش بروی دهانه واژن بکار می رود).

-مدت زایمان، اندیکاسیون زایمان

-عوارض زایمان: تب، عفونت، خونریزی، سندرم HELP (از عوارض شایع حاملگی که با پره اکلامپسی،

-اختلالات کبدی و خون همراه است) و توکسمی

شرح حال شیرخوار در اتاق زایمان: در این شرح حال موارد ذیل بررسی می شود:

- دیسترس جنین (اختلالات ضربان قلب، کاهش حرکات، مایع آغشته به مکونیوم، الیگو یا پلی هیدرآمیوس، نوع زایمان)

- عوارض (تأخیر رشد داخل رحمی، نوزاد بزرگ، بیماری هیپرتانسیو مادر، دیابت، عفونت، قطع سوء مصرف مواد)

- بیحسی / بیهوشی در حین زایمان یا سایر داروهایی که بر جنین یا نوزاد تأثیر میگذارد (مانند تشخیص هیدرونفروز قبل از زایمان)، ترومای زایمانی

- سن حاملگی، وزن تولد و نمره ی آپگار (روش صحیح و مطمئن ارزیابی سلامت نوزاد در بد تولد است که نمره آن در محدوده ۰-۱۲ با استفاده از ۵ معیار رنگ پوست، قوام عضلانی، ضربان قلب یا تنفس، واکنش های بازتابی)

- مشکلات نوزاد مانند دیسترس تنفسی، سیانوز، هیپوگلیسمی، خوب شیر نخوردن، هیپوترمی یا هیپرترمی، لرزش

- تجویز ویتامین K

شرح حال نوزادی: در این شرح حال موارد ذیل بررسی می شود :

- گروه خون و RH مادر

- گروه خون و RH نوزاد

-علائم حیاتی (حرارت، تنفس، ضربان قلب و قند و کلسیم خون اگر در معرض خطر است)

-کاهش وزن / وزن گیری

-شرح حال تغذیه ای (تغذیه با شیر مادر، دفعات و مدت تغذیه)

-الگوی خواب (بیدار شدن، مدت سیکل های خواب)

-الگوی دفع (مکونیوم، تعداد پوشک های خیس)

-شواهدی از زردی (ناسازگاری گروه خونی، نارسی، توصیه های پیگیری پس از ترخیص)

-سابقه خویشاوندی والدین، وجود حداقل ۱ آنومالی ماژور یا ۲ آنومالی مینور

-ترکیبی از آنومالیهای ماژور و مینور یا نوعی خاص از آنومالیها که نیاز به بررسی ژنتیکی دارد.

-غربال گری شنوایی، بینایی و متابولیک نوزاد

ضمیمه فصل ۴:

علل تولد نوزاد نارس:

تولد نوزاد نارس ممکن است به علت مشکلاتی در مادر یا جنین یا هر دو باشد. اغلب دلایل زایمان زودرس مشخص نمی شود اما شایعترین علل تولد نارس شامل موارد زیر است:

- مشکلات جفت
- بارداری دوقلو یا بیشتر
- عفونت مادر
- مشکلات رحم یا گردن رحم
- مصرف الکل یا داروهای روانگردان غیر مجاز در حین بارداری
- شیوه زندگی مدرن، اشتغال، استرس و بیماری

والدین و مدیریت صحیح واکنش به تولد نوزاد نارس:

جدایی از نوزاد برای والدین نگران کننده بوده، بخصوص محیط بخشهای مراقبت ویژه که دارای دستگاه های مختلف، شلوغ و پرتردد میباشد والدین از اینکه نوزاد را در بخش به تنهایی گذاشته و بیمارستان را ترک کنند احساس ناخوشایندی دارند. شیوه واکنش هر فرد در مقابل استرس، مخصوص خود اوست ولی نکته مهم، شناخت نوع واکنش و تشخیص زمانی است که تحت استرس قرار دارد.

انواع مقابله با استرس:

درباره انواع مقابله با استرس، طبقه بندی های گوناگونی ارائه شده است که یکی از معروفترین آنها، تقسیم انواع مقابله به دو دسته اصلی مساله مدار و هیجان مدار است

مقابله های هیجان مدار:

مقابله هایی که هدف آنها آرام سازی خود و دست یافتن به آرامشی است که استرس، آن را برهم زده است نمونه هایی از این نوع مقابله عبارتند از: آرام سازی خود، درد دل کردن با اطرافیان، ابراز محدود عواطف مانند گریه کردن و گفتگوی درونی مثبت با خود.

مقابله های مساله مدار:

فرد سعی میکند با به حداقل رساندن آن کار یا فعالیتی انجام دهد و فعالیت وی معطوف به هدف است. نمونه هایی از این نوع مقابله عبارتند از حل مسئله، فکر کردن درباره استرس، برنامه ریزی، کنار گذاشتن فعالیتهای غیر ضروری و تمرکز بر استرس، راهنمایی و مشورت گرفتن از دیگران و جستجوی اطلاعات توسط به خدا و دعا خواندن

تنش و راهکارهای کاهش تنش و استرس:

معنای تنش شامل دلهره، عدم تعادل، فشار عصبی و محرومیت از نوزاد است غیره منتظره بودن بستری در نزد والدین تنش بالایی ایجاد میکند. از نظر عموم والدین تنش یعنی دلهره و دل آشوب و عدم تعادل است. تنش در بیمارستان برای والدین دوچندان است چرا که در محیط و فضای نا آشنا وارد میشوند پس از روبرو شدن با تنش، عموم والدین علائمی چون نگرانی، ناراحتی، اضطراب و تفکرات غیر منطقی از خود نشان میدهند.

راهکارهایی برای کاهش تنش و استرس:

۱. حذف تفکر (مقصر کیست؟) از ذهن والدین، زیرا تولد نوزاد نارس علل مختلف و خارج از اراده آنان دارد.

۲. کسب اطلاعات و دانش بیشتر در مورد سیر درمان نوزاد و پرسش در مورد معانی واژه های پزشکی و اقدامات درمانی

۳. مشارکت در روند درمان انجام تکنیک های مراقبت آغوشی، مشارکت در تغذیه و تعویض پوشک و... با نظر پزشک و پرستار

مشکلات پس از ترخیص از بیمارستان:

در روزهای اول تولد مشکلات متعددی سبب بد حال شدن نوزادان نارس میگردد که مهمترین این مشکلات عبارتند از:

۱. با توجه به تولد زودتر از موعد ریه های آنها آمادگی کافی برای هواگیری و اکسیژن رسانی ندارد. در روزهای اول تولد جهت تکامل ریه نوزاد نارس از دارویی به نام سورفکتانت استفاده میشود که به داخل لوله نای نوزاد وارد میگردد تا داخل ریه نوزاد شود. ممکن است نوزاد نیاز به تهویه مکانیکی (دستگاه تنفس مصنوعی) داشته باشد که به کمک دستگاههای مخصوص به نام ونتیلاتور این کمک دریافت میشود.

۲. در برخی نوزادان، ممکن است حملات آپنه (دوره هایی از قطع تنفس) مشاهده شود که در اینصورت احتمالاً نیاز به بررسی های خاص دارد و مصرف داروهائی مانند کافئین حتی پس از ترخیص ادامه داشته باشد. بین دو رگ بزرگ قلب در داخل رحم، ممکن است ارتباطی وجود داشته باشد که پس از تولد این ارتباط باید قطع شود. اما در نوزادان نارس ممکن است این ارتباط قطع نشده و مشکلاتی را برای نوزاد شود که به عنوان مجرای شریانی باز خوانده شده که در

مرحله اول پزشک سعی میکند با مصرفی برخی داروها ، این مجرا را ببندد ، در غیر اینصورت جراحی لازم میشود.

۳. بیماری مزمن ریوی که ممکن است با رشد کودک بهبود پیدا کند. در برخی نوزادان لازم است تا مدتی پس از ترخیص از اکسیژن اضافی استفاده کنند. شایعترین علت بستری مجدد نوزادان نارس پس از ترخیص عفونتهای تنفسی است که از اطرافیان به او انتقال میابد.

۴. مشکلات بینایی به علت عدم تکامل کافی عروق شبکیه چشم نوزاد ، که حتما لازم است در یک ماهگی معاینه چشم توسط فوق تخصص رتین یا شبکیه چشم برای نوزادان نارس انجام شود تا از آسیب احتمالی و نابینایی جلوگیری شود.

۵. مشکلات شنوایی که به علت عدم تکامل سیستم شنوایی در داخل رحم یا ناشی از درمانهای انجام شده در بخش میباشد و نیاز به بررسی سیستم شنوایی نوزاد پس از ترخیص از بیمارستان دارد.

۶. ممکن است نوزاد نارس به دلیل رشد ناکافی مغزی در داخل رحم، بعدا نیز دچار تاخیر در تکامل شده و ناتوانی در یادگیری در اثر آسیبهای مغزی ، داشته باشد لذا معاینات تکمیلی و پیگیریهای دوره ای برای کشف این مشکلات و برطرف کردن آنها در سنین پایین لازم است.

درمان های مورد نیاز نوزاد نارس:

نوزادان نارس که به بخش NICU منتقل میشوند ، به دقت از لحاظ عفونت ، تغییرات در تنفس ، ضربان قلب و دمای بدن تحت مراقبت قرار میگیرند و تا زمانیکه علائم حیاتی و سطح اکسیژن خون آنها به ثبات برسد با استفاده از تختهای مخصوص آنها را گرم نگه میدارند. نوزادان کمتر از ۳۰ هفته معمولا از طریق لوله بینی یا تزریق داخل وریدی تغذیه میشوند . تغذیه از راه لوله تا زمانیکه نوزاد بتواند به تکامل و هماهنگی در مکیدن و بلع و تنفس برسد و از راه پستان تغذیه کند ، قبل از مکیدن پستان ،نوزاد از قطره چکان و سرنگ و ترجیحا فنجان تغذیه شود.

نوزادی که زرد به نظر میرسد ، درون انکوباتور و زیر نور ماورای بنفش به منظور فتوتراپی یا نوردرمانی گذاشته میشود .انکوباتور معمولی یا گرم کننده برای تنظیم دمای نوزاد ساخته شده است که توسط سیستم چرخشی هوا ، نوزاد در انکوباتور گرم میشود .اگر مشکل نوزاد حادثر باشد و ضرورت پیدا کند که چند نفر از اعضای تیم درمان با هم برای نوزاد کارهای درمانی را انجام دهند ممکن است جهت گرم کردن نوزاد ، در دستگاهی به نام وارمر یا گرم کننده تابشی قرار داده شود . در وارمر حرارت مستقیم از بالای دستگاه به بدن نوزاد میتابد و او را گرم نگه میدارد.

اگر نوزاد بسیار نارس باشد ، ممکن است به فشار مثبت و مداوم راههای هوایی یا سی پاپ (CPAP) نیاز داشته باشد که باعث تامین فشار اضافی برای هر نفس شود . اگر نوزاد در ساعات اولیه با CPAP به بهبود نسبی نرسد احتمال دارد به تزریق سورفکتانت در ریه نوزاد و یا در نهایت ، دستگاه تنفس مصنوعی (ونتیلاتور) مورد نیاز باشد.

نیازهای نوزاد نارس :

مغز نوزاد در اوایل بارداری تشکیل میشود و در سه ماهه آخر حاملگی بیشترین سرعت رشد را دارد این اتفاق در رحم مادر رخ میدهد و این همان چیزی است که نوزاد از لحاظ طبیعی به آن نیاز دارد در نوزادان نارس تکامل مغز در بخش مراقبتهای ویژه به وقوع می پیوندد و ممکن است به صورت مطلوب نباشد زیرا جایی از مادر مغز نوزاد را از احساساتی که برای رشد طبیعی اش نیاز دارد محروم میکند به همین خاطر باید بخش مراقبتهای ویژه به محیط داخل رحمی شبیه سازی شود تا این خلاء و شوک به نوزاد به حداقل رسانده شود.

مغز و حواس پنج گانه نوزاد از طریق احساسات تحریک میشود . بیان احساسات مادر، نگاه کردن صحبت مادر برای نوزادش مطلوب و اطمینان بخش است و باعث رشد مغزی نوزاد میشود بنابراین مادر باید در کنار مراقبتهای روزانه در کنار نوزاد حضور داشته باشد. شروع مراقبتهای تکاملی ، با جلوگیری از تحریک بیش از حد سیستمهای بینایی و شنوایی و بویایی و کاهش تحریکات نامناسب حسهای مختلف نوزاد نارس است تا شرایط داخل رحمی برای نوزاد تداوم یابد از جمله :

کاهش نور و روشنایی محیط:

اگر شدت نور در بخش زیاد است میتوان با هماهنگی پرسنل پارچه ای را روی انکوباتور نوزاد کشید تا از شدت نور کاسته شود. نورهایی که به صورت نوزاد میتابد باید غیر مستقیم و در حداقل میزان و تنها برای هوشیار نگه داشتن نوزاد باشد.

کاهش صداهای اضافه محیط:

از آنجا که نوزاد در زمان جنینی در داخل رحم به محیط آرام و ساکت عادت کرده است باید با هماهنگی پرسنل بخش ، محیطی آرام و کم صدا برای نوزاد فراهم شود با رعایت نکات ساده مانند : خودداری کردن از صحبت کردن پرسنل در بالای سر نوزاد ، جابجا کردن ملایم وسایل کنار تخت نوزاد ، عدم استفاده از زنگ موبایل و تلفن و جلوگیری از سقوط و افتادن اشیا ر روی زمین و باز بسته کردن درب انکوباتور به آرامی انجام شود.

کاهش محرکهای بویایی :

یکی از قویترین حسهای نوزاد بویایی است. سعی شود تمام بوهای ناخوشایند و نامطلوب مانند (عطر و ادکلن ، اسپریهای خوش بو کننده هوا ، نیکوتین ، صابونهای معطر ، پودر بچه و یا عرق بدن) از محیط مراقبت نوزاد حذف شود نوزاد پستان مادرو شیر را میبوید هر دوی اینها برایش آشنا بوده و به او آرامش میدهد. بوی شیر مادر پیامهایی را به معده نوزاد میفرستد و باعث آزاد شدن آنزیمهای هضم شیر میشود. نوزاد شیر را چشیده و سپس مینوشد و این دقیقا همان حسی است که نوزاد برای رشدش به آن نیاز دارد.

وضعیت دهی (پوزیشن) به نوزاد :

وقتی نوزاد نارس به دنیا می آید قدرت عضلانی زیادی ندارد و به سختی میتواند وضعیت خود را حفظ کند. حرکات نوزادان نارس در بیشتر مواقع کلی ، درشت و ناگهانی هستند و اغلب در حالت دست و پای باز و گردن کشیده شده به عقب است که موجب خستگی نوزاد میگردد و از آرام ماندن و خواب خوب و راحت جلوگیری میکند. هدف از وضعیت دهی به نوزاد ان این است که او بتواند به راحتی وضعیت جمع شدگی دوره جنینی خود را حفظ کند ، اندامها در راستای خط وسط بدن قرار گیرند ، گردن در وضعیت کمی به جلو و در راستای بدن باشد و وضعیت تنفسی او بهبود میابد و استرسهای او کم میشود.

وضعیت دهی نوزاد معمولا هر ۲ تا ۳ ساعت و در هنگام انجام مراقبتهای انجام میگیرد. نوزاد ممکن است سرنخها و علائم رفتاری نشان دهد که نشان دهنده ناراحتی او و نیاز به تغییر وضعیت باشد. توجه به این رفتارها بسیار دارای اهمیت است. جهت حفظ موقعیت جنینی که نوزاد نارس به ان نیازمند است ، میتوان از ملافه های نرم لوله شده یا پتوی لوله و تا شده در اطراف نوزاد و آشیانه یا (nest) مناسب جثه نوزاد ، قنناق کردن بدون بستن بند استفاده نمود و همچنین با گذاشتن دست بر روی نوزاد او را حمایت کرده و از فعالیتهای حرکتی بیهوده پیشگیری نمود.

سر شیرخوار به دلیل ضعیف بودن او تمایل دارد به سمت راست یا چپ بیفتد این امر خود میتواند منجر به کوتاه شدن عضلات گردن شود همچنین وقتی گردن بیش از حد به سمت عقب یا جلو کشیده شود ، می تواند نفس کشیدن ، بلعیدن و تغذیه نوزاد را تحت تاثیر قرار میدهد. قرار دادن عروسکی که نوزاد بتواند به آن نگاه کند و گاهی دردست بگیرد و به نوعی به ان تکیه کند ، بسیار کمک کننده است . البته جنس و الیاف آن باید از پارچه ها و کاموهای بسیار نرم تهیه شده باشد که باعث اذیت پوست نوزاد نشود و حتما از قبل ضدعفونی شود.

وضعیت خوابیده به روی شکم (دمره) :

در این وضعیت نوزاد روی شکم دراز میکشد . این وضعیت تا زمانی استفاده میشود که شیرخوار تحت نظارت با دستگاه مانیتورینگ در بخش NICU باشد. و به هیچ وجه نباید در منزل از این وضعیت

استفاده شود چون خطر سندروم مرگ ناگهانی گهواره ای شیرخوار را افزایش میدهد. در این وضعیت شانه های شیرخوار به سمت جلو چرخانده و آورده میشوند این کار اغلب به کمک ملافه های تا شده و یا پتوی لوله و تا شده و یا آشیانه شیرخوار و یا سایر وسایل کمکی مثل کیسه های لوبیایی شکل متناسب با جثه نوزاد که قابل استفاده در منزل میباشد برای وضعیت دهی انجام میگردد. در صورت امکان دستها به صورت و دهان شیرخوار نزدیک شوند و پاها در زیر بدن به هم نزدیک شوند و با محافظت کننده هایی حمایت شوند . سر و گردن نباید بیش از حد خمیده (flex) یا باز و کشیده (Extend) شود .سر نوزاد هر چند وقت یکبار تغییر وضعیت داده شود.از چرخش مفاصل و رانهای نوزاد به خارج و W شکل شدن آنها جلوگیری شود. قرار دادن یک محافظت کننده کوچک (رول یا ملافه تا شده) در زیر مفصل ران به حفظ وضعیت مناسب مفاصل ران کمک کننده خواهد بود.

"وضعیت خوابیده به روی شکم (دمرو)"



- وضعیت خوابیده به پهلو :

در این وضعیت شانه های شیرخوار به سمت جلو چرخانده میشوند ، ولی نباید زیاد برجسته شده و بالا بیایند.پاهای شیرخوار با استفاده از محافظت کننده هایی (Boundaries) برای حمایت از پاها (Foot Support) خمیده میشوند و سعی میشود هر دو پاشنه پا در تماس باهم قرار بگیرند . پوشکهای بزرگ مانع نزدیکی مفاصل ران و پاها به هم میشود. دستها در خط وسط و نزدیک به دهان شیرخوار قرار میگیرند . پشت شیرخوار و گردن او در وضعیت کمی منحنی به شکل C وضعیت داده و حمایت میشوند. در این وضعیت سر نباید بیش از حد خم شده و به سینه بچسبید تلاش شود شیرخوار هر دو الی سه ساعت با ملایمت و آرامی تغییر وضعیت داده میشود.



- وضعیت خوابیده به پشت یا طاقباز :

شانه های شیرخوار به سمت جلو چرخانده شود و بوسیله رول های محافظ حمایت شود ، دقت شود گردن کمی به سمت جلو خم و در راستای ستون فقرات باشد . در این وضعیت با کمک رولهای پارچه

ای از کشیده شدن گردن و شانه ها به سمت عقب (به دلیل نیروی جاذبه) جلوگیری شود. . پاهای شیرخوار با خم کردن به هم نزدیک شود. به شیرخوار کمک شود که دستهای خود را به سمت صورت و دهان اش بیاورد. روی نوزاد با پتو یا ملافه ای نازک پوشانده شود.



عوارض وضعیت دهی نامناسب :

اگر شیر خواران روی یک سطح صاف بدون حمایت کافی مراقبت شوند ، ممکن است دچار تغییرات شکل نامناسب در ناحیه سر و یا اندام ها شوند ، که این خود می تواند منجر به مشکلاتی در نوزاد شود که اصطلاحاً به آن دست و پای دبلیو (W) شکل و (پاهای قورباغه ای شکل) می گویند و سبب اختلالات حرکتی در آینده میگردد. کودکان با دست و بازوی دبلیو شکل ممکن است مشکلات زیر را تجربه کنند:

- ناتوانی در چرخش شانه ها به سمت جلو و نزدیک کردن دستها به همدیگر در خط وسط
 - ناتوانی در بردن انگشتان و دستهای خود به دهان برای عمل مکیدن و گرفتن دستهای خود (Hand Clasp) و یا لمس کردن دهان و یا ناحیه سر خود.
 - ناتوانی در دراز کشیدن و تحمل وزن خود روی آرنجها در وضعیت خوابیده به شکم ، خزیدن (سینه خیز رفتن) نشستن و حفظ تعادل خود زمانی که بزرگتر میشوند.
- شیرخواران با پاهای قورباغه ای شکل ، مفاصل ران آنها به گونه ای است که نمیتوانند آنها را به خوبی وضعیت داده و تمایل به چرخش به بیرون در طرفین بدن دارند . این کودکان ممکن است بعدها با بزرگتر شدن مشکلات زیر را تجربه کنند:

- مشکل در خزیدن ، ایستادن و راه رفتن
- جابجایی و یا دررفتگی مفصل ران ها

راه کارهای تقویت حواس در نوزاد نارس :

تقویت حس چشایی نوزاد: نوزاد تمایل دارد پستان مادر را جستجو کند بنابراین لازم است در اولین فرصت شیردهی مستقیم از پستان آغاز گردد.

تقویت حس لامسه: برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد برای تمام نوزادان از جمله نوزاد نارس مفید و لازم است و بلافاصله پس از تولد بهتر است برقرار شود. هر زمان که نوزاد از نظر علائم حیاتی به وضعیت مطلوب برسد، پزشک به مادر اجازه میدهد که با برقراری تماس پوست با پوست به تثبیت وضعیت قلبی، تنفسی و دمایی بدن نوزاد کمک کند. بهتر است تا حد امکان پوست نوزاد و مادر برهنه بوده و پوست نوزاد روی پوست مادر قرار گیرد. تماس پوستی بین مادر و نوزاد ضمن افزایش ارتباط عاطفی، آرامش و خواب بیشتر در نوزاد باعث تحریک بیولوژیک مغز شده و بهترین گزینه موجود برای نوزاد است. و راهی است که سیستم اعصاب خودکار مادر به به سیستم اعصاب نوزاد میگوید چگونه خود را تنظیم کند.

نوزادان نارس کمتر از ۲۶ هفته پوست آسیب پذیری دارند و به لمس حساس می باشند. در صورتیکه که پزشکان یا پرستاران بیان کنند که وضعیت نوزاد پایدار است، دستان نوزاد نگه داشته شود یا کمک شود که نوزاد انگشتان مراقب یا والدین را بگیرد. دستهای نوزاد، نرمی پوست مادر را احساس میکند تماس مادر با نوزاد سبب میگردد پیامهایی به مغز مادر برسد که باعث آزاد سازی هورمون اکسی توسین شود. این هورمون عشق است که باعث آزاد شدن شیر و آرامش مادر میشود. مادر همیشه قبل از لمس نوزاد از تمیزی و شستشوی دستان خود مطمئن باشد.

نکات مورد توجه در مراقبت از نوزادان نارس

تسکین درد در شیرخواران: نوزادان نمیتوانند درد خود را بیان کنند و در نتیجه در شناسایی ارزیابی و مدیریت درد خود به دیگران وابسته هستند.

نقش والدین در بررسی و مدیریت درد: والدین ترسها و نگرانیهای زیادی در مورد بروز درد در نوزادشان دارند. والدین و مراقبین سلامت باید به طور صادقانه در مورد درد حاد و مزمن مربوط به بیماری و درد مربوط به روشهای جراحی، تشخیصی و درمانی گفتگو کنند والدین باید اطلاعات درستی در مورد خطرات و فوائد ضد درد و بی حسی دریافت کنند و آگاهانه درمان را انتخاب کنند.

روشهای غیر دارویی مدیریت درد:

تغذیه با شیر مادر: تغذیه با شیر مادر در نوزادانیکه از نظر پزشکی ثبات دارند در هنگام خونگیری، تزریق عضلانی به طور موثر درد را کاهش میدهد. برای اینکه شیردهی در کاهش درد موثر باشد باید حداقل ۵ دقیقه قبل از شروع پروسیجر یک شیردهی موثر، با مکیدن پایدار و بلع داشته باشد. مراقبت کانگورویی باید ۱۰-۱۵ دقیقه قبل از پروسیجر شروع شود تا اطمینان حاصل گردد که والدین و نوزاد کاملاً آرام و راحت هستند.

محلولهای شیرین : سوکروز برای کاهش درد هنگام اقدام مراقبتی دردناک در نوزادان ایمن و موثر است. گلوکز خوراکی و یا سایر محصولات شیرین نیز درد حاد را در نوزادان در طول پروسیجرهای جزئی کاهش میدهد.

مکیدن غیر مغذی : پستانک به نوزادان کمک میکند که درد حاد پروسیجر کاهش یابد. تسکین درد در نوزادانی که هم سوکروز و هم پستانک دریافت میکنند بیشتر است.

قنداق کردن : قنداق کردن با پتو به دنبال یک پروسیجر دردناک ممکن است به کاهش درد و استرس رفتاری و فیزیولوژیک در نوزادان نارس کمک کند.

تحریک چند حسی : این روش شامل ارتباط چشمی با نوزاد، ماساژ صورت و پشت نوزاد، صحبت کردن با نوزاد به آرامی، دادن سوکروز خوراکی و اجازه دادن به نوزاد جهت بوییدن بدن والدین میباشد. انتخاب روشهای غیر دارویی مناسب در نوزاد بستگی به شرایط نوزاد، توانایی مکیدن، حضور مادر یا والدین و در دسترس بودن سایر روشهای تسکین درد بستگی دارد.

خواب نوزاد و گذاشتن نوزاد روی تخت :

برای بیشتر نوزادان نارس (در طی بستری و نظارت با مانیتورینگ) امن تر است که به شکم و پهلو خوابانیده شود. پس از ترخیص، نوزاد نباید در موقع خواب رو به شکم باشد، چون این کار خطر سندروم مرگ ناگهانی نوزاد را افزایش میدهد. نوزادان نارس معمولاً بسیار میخوابند و چرخه خواب و بیداری، برای رشد آنان نیاز است. در نوزادانی که به علت آب دهان یا ریفلاکس یا برگشت شیر به دهان، بیقراری میکنند بهتر است سر نوزاد ۳۰ درجه بالاتر نگه داشته شود، چون در این وضعیت بهتر میخوابند. برای این کار زیر تشک نوزاد حوله یا ملافه تا شده قرار داده و با بالا آوردن کناره های تشک اطمینان حاصل شود که از غلت زدن نوزاد و احتمال خفگی او جلوگیری میشود.

میتوان از حوله های لوله شده و یا پتو برای نگه داشتن دستها و پاهای نوزاد استفاده و از غلت زدن آن به گوشه تخت جلوگیری کرد. نوزاد نباید روی بالش و یا لحاف رو به صورت بخوابد. بعد از تغذیه نوزاد بهتر است او را به طرف راست خواباند، این کار باعث جلوگیری از برگشت شیر خواهد شد. بهتر است برای نوزاد از تشک سفت استفاده شود و تخت خواب نوزاد شل و ول نباشد. نوزادان نارس نسبت به سایر نوزادان نیاز به خواب بیشتری دارند. نوزادانیکه تماس پوستی با مادر داشته و مراقبت کانگورویی دریافت میکنند، بهتر خوابیده و احساس امنیت بیشتری خواهند کرد. زیرا بر روی سینه مادر درجه حرارت نوزاد تنظیم شده و نوزاد صدای ضربان قلب مادر را میشنود بدین ترتیب مغز نوزاد فرصت تکامل صحیح را خواهد داشت.

نوزادان دو نوع خواب دارند:

- نوع اول خواب REM (با حرکات سریع چشم) نامیده میشود. در این حالت نوزاد واقعا خوابیده اما مغزش فعال بوده و چشمهایش در زیر پلکها حرکت میکنند
- خواب Non REM بعد از خواب REM نوزاد به یک خواب آرام نیاز دارد و میتواند آن را از طریق ضربان منظم قلب تشخیص داد در طول این نوع خواب ساختمان مغز کامل میشود. بعد از این مرحله مغز آماده است تا یکدسته از پیامها را رد و بدل کند.
- چرخه خواب REM , Non REM برای رشد و تکامل مغز نوزاد بسیار مهم است.

زردی :

اغلب نوزادان دو تا سه روز اول بعد از تولد تا حدی دچار زردی میشوند و این مساله در نوزادان نارس بیشتر دیده میشود و اگر به موقع و سریع تشخیص داده شود جای نگرانی ندارد. اولین جایی که زردی در آن دیدن میشود چشمها است و پس از بهبودی هم آخرین جایی که از زردی پاک میشود چشمها هستند. اگر نوزاد در ۲۴ ساعت اول تولد زرد شود حتما غیر طبیعی است و باید هرچه سریعتر درمان را شروع کرد. چون ممکن است زردی خیلی سریع افزایش یابد. اهمیت زردی در آن است که ماده بیلی روبین که باعث رنگ زرد پوست میشود ، اگر از حدی بالاتر برود در مغز نوزاد رسوب میکند و باعث صدمات جبران ناپذیری همچون فلج مغزی و عقب ماندگی ذهنی میشود. این مشکل با درمان سریع پزشک و انجام نور درمانی و در موارد بسیار شدید تعویض خون نوزاد به راحتی قابل جلوگیری است. دادن آب و آب قند باعث بدتر شدن زردی میشود و لامپهای مهتابی معمولی خانگی اثری در درمان زردی ندارد و نوردرمانی (فتوتراپی) باید در بیمارستان ویا در شرایط خاصی که پزشک تجویز میکند با دستگاه مخصوص فتوتراپی در منزل انجام گیرد.

استفراغ :

بعضی از شیرخواران با هر بار شیر خوردن ، مقداری شیر بالا می آورند . حتی اگر به نظر برسد که شیرخوار مقدار زیادی شیر بالا آورده است ، در صورتیکه از نظر تنفسی مشکلی نداشته باشد و از اشتهاى خوبی برای خوردن دفعات شیر برخوردار باشد اشکالی ندارد . همچنین افزایش وزن شاخص معتبر دیگری است . چنانچه شیرخوار حداقل ۲۰ تا ۳۰ گرم در هر روز وزن میگیرد ، مادر میتواند مطمئن باشد که فرزندش شیر کافی دریافت میکند.

علل استفراغ :

رفلکس جهش شیر قوی و یا رفلکس گگ (gag) قوی باشد و یا کنترل عضلانی بلوغ نیافته باشد همچنین آلرژی و مصرف زیاد شیر و بیماری نیز میتواند از عوامل استفراغ شیرخوار باشد. تا زمان برطرف شدن به مادر پیشنهاد کنید که شیرخوار را آرام در آغوش بگیرد و بعد از تغذیه او را به حالت

قائم در بغل خود نگه دارد. اگر نوزاد علاوه بر استفراغ ، حال عمومی خوبی نداشته یا شکم متسع شده یا دفع مدفوع ندارد ، مادر پزشک را در جریان قرار دهد. رنگ محتویات استفراغ هم مهم است و استفراغ شیرخوار نباید حاوی خون و یا به رنگ سبز (صفر) باشد.

سکسکه :

پس از تغذیه ، وقتیکه نوزاد سکسکه میکند نباید نگران شد ، ولی در نوزادی که تغذیه نشده است نشانه وجود مشکل است و باید بررسی شود . بیشتر مواقع با تغییر وضعیت نوزاد و جابجایی سکسکه از بین میرود. سعی کنید بعد از هر بار شیر خوردن نوزاد آروغ بزند ، آروغ زدن احتمال ابتلا به سکسکه را کاهش میدهد.

نشانه های تشخیص استرس ، سردرگمی ، اعتراض و یاس نوزاد :

اگر نوزاد در وضعیت نامطلوب قرار گرفته مثلا حین معاینات فیزیکی یا در وضعیتهای خواب نامناسب ، صداهای زیاد و یا روشنایی بیش از حد ، جابجایی های مکرر، نداشتن فرصت مکیدن و تعاملات مراقبتی مثل مراقبت آغوشی و..... دچار درد و استرس شود نشانه های کوچکی از خود نشان میدهد.

نشانه های اعتراض نوزاد به وضعیت موجود:

- گریه
- باز شدن انگشتان دست و پای نوزاد
- افزایش ضربان قلب
- افزایش فشار خون
- قرمزی ، تیرگی یا کبودی پوست
- باز شدن دستها و پاها به طرفین
- سفت شدن قوس پشت نوزاد
- باز شدن و سفت شدن دستها در طرفین
- عطسه و سکسکه
- وجود حرکات تشنجی ، لرزش و پیچ و تاب خوردن و بیقراری
- وقفه تنفسی
- نوزاد خوابیده ر حالیکه پاهایش به بالا بوده و با بدن زاویه قائمه تشکیل میدهند.
- گذاشتن دست جلوی صورت مثل علامت ایست .

نشانه های استرس ، سردرگمی و یاس نوزاد از شرایط موجود:

- نا منظم شدن تنفس نوزاد
- کاهش ضربان قلب
- افت اشباع اکسیژن شریانی
- دزدیدن نگاه از مادر
- خمیازه کشیدن
- اخم کردن
- وجود لرزشهای خفیف در عضلات صورت و انگشتان
- شل به نظر رسیدن نوزاد بخصوص در دست و پاها
- تغییر رنگ چهره ، غیر از صورتی مثلا رنگ پریده ، قرمز یا خاکستری و.....
- کشیدگی یا کشش تنه ، پیچ و تاب خوردن پراکنده یا مکرر ، قوس تنه
- علائم احشایی نظیر تف کردن آب دهان ، اق زدن ، سسکه و...
- بیرون انداختن زبان ، دهان باز مانده شل ، شکک در آوردن چهره
-

چگونگی کاهش استرس ، تنش و اعتراض نوزاد:

اگر نوزاد هر کدام از علائم ذکر شده را داشته باشد ، نشان دهنده استرس و نیاز نوزاد به مادر است . در واقع او میخواهد مادر او را برداشته و تماس پوستی با او برقرار کند . برای هر نوزاد بهترین مکان دستان و سینه مادر است . باید به نوزاد کمک شود تا به آرامش برسد . همچنین نوزاد را نباید به شدت تکان داد یا او را بالا و پایین انداخت و به پشت او ضربه زد بلکه باید به آرامی لمس شود . بهتر است با او حرف زده شود.

مشکل تنفسی : به دو صورت حاد و مزمن دیده میشود:

سندروم زجر تنفسی (حاد) : بیشتر نوزادانیکه پیش از هفته ۳۴ به دنیا میآیند ، دچار این مشکل میشوند . بدن نوزادان مبتلا به این سندروم پروتئینی به نام سورفکتانت را ندارد . در این حالت با تجویز سورفکتانت به داخل ریه نوزاد به عمل تنفس او کمک میشود . مکن است به موازات درمان با سورفکتانت به تجویز اکسیژن یا تهویه با دستگاههای ونتیلاتور هم نیاز باشد .

بیماریهای مزمن تنفسی : این مشکل در نوزادان نارس که به اکسیژن کمکی تا مدت طولنی نیاز دارند ، شناخته میشود . این نوزادان اغلب با ادامه اکسیژن در منزل ترخیص میشوند . دامما به طور معمول تا ۲ سالگی بهبود میابند . اگرچه در بعضی کودکان ممکن است به صورت مشکلات مزمن تنفسی آسم مانند باقی بماند .

کم خونی (آئمی): نوزادان نارس به طور معمول کم خون هستند یعنی بدنشان گلبول قرمز کافی ندارد. نوزادانیکه پیش از موعد به دنیا می آیند ذخایر آهن کافی ندارند. این کودکان در اثر کم کم خونی دچار مشکلات تغذیه ای و رشدی میشوند. نوزادان کم خون با مکملهای آهن ، داروهای محرک تولید گلبول قرمز خون و در موارد شدیدتر تزریق خون تحت درمان قرار میگیرند.

خونریزی داخل بطنهای مغزی: نوزادان نارس با سن کمتر از ۳۴ هفته و وزن کمتر از ۲۰۰۰ گرم در معرض خونریزی داخل بطنهای مغزی هستند ، لذا در روز ۳ تا ۷ بعد از تولد در بخش نوزادان سونوگرافی مغز انجام میشود سونوگرافی بعدی در هفته سوم و حدود ۳۰ تا ۴۰ روزگی انجام میشود. اگر نوزاد به درجات خفیف خونریزی مغزی مبتلا باشد اغلب سیر رو به بهبودی دارد ، ولی خونریزیهای متوسط تا شدید ممکن است سبب هیدروسفالی یا تجمع آب در بطنهای مغزی شود . در این موارد سونوگرافی مغز هر ۷ تا ۱۰ روز تکرار میشود .

عروق مغز نوزادان نارس بسیار ظریف است و امکان خونریزی مغزی در آنها به سن حاملگی نوزاد ارتباط دارد خونریزیهای شدید میتوانند سبب فلج مغزی ، عقب افتادگیهای ذهنی و هیدروسفالی شود. نوزادانیکه زودتر از ۳۲ هفته به دنیا میآیند بیشتر در معرض خطر این مشکل هستند . این خونریزی به طور معمول در ۳ روز اول تولد اتفاق میوفتد و با سونوگرافی تشخیص داده میشود.

عفونت : سیستم ایمنی نوزادان نارس هنوز تکامل نیافته ، بنابراین این کودکان در معرض ابتلا به انواع عفونتهای میکروبی هستند از عفونتهای جدی که ممکن است نوزادان را مبتلا کند میتوان به عفونتهای ریوی ، خونی ، مننژیت اشاره کرد .

ناراحتیهای روده ای (انتروکولیت نکروزان) : دستگاہ گوارش نوزادان نارس هنوز تکامل لازم را ندارد و پس از تولد ممکن است در بخش نوزادان برخی میکروبهای غیر طبیعی در دستگاہ گوارش آنها شود و ممکن است نتوان تا مدتها به آنها شیر داد در نتیجه تکامل روده ها بیشتر به تاخیر میوفتد. وجود عوامل متعدد موجب میشود برخی نوزادان نارس در هفته های دوم تا سوم دچار مشکلات خطرناک روده ای به نام انتروکولیت نکروزان شوند. این نوزادان نمیتوانند شیر راهضم کرده و شکمشان نفخ میکند و در مدفوع خون دفع میکنند . این بیماری با عکسهای رادیولوژی و آزمایشات خون و مدفوع تشخیص داده شده و با آنتی بیوتیک و تزریق سرم درمان میشود. گرچه در برخی موارد شدید ممکن است نوزاد به این درمانها پاسخ نداده و نیاز باشد قسمتهای صدمه دیده روده ها را با جراحی خارج کرد.

آپنه: گاهی تنفس نوزادان نارس به مدت ۲۰ ثانیه یا بیشتر قطع میشود ، این تنفس منقطع " آپنه " نامیده میشود. و ممکن است با ضربان کند قلب نیز همراه باشد در موارد خفیف ممکن است با ضربه آرام به کف پای نوزاد ، تنفسش را از سر بگیرد.

باز ماندن مجرای شریانی نوزاد: پس از تولد که ریه ها باز میشوند و عمل تنفس را به عهده میگیرند، باید مجرای شریانی بسته شود تا همه خون قلب راست مستقیماً وارد ریه ها شود. اگر مجرا بسته نشود، سبب بروز علائم نارسایی قلب و افزایش نیاز به اکسیژن میشود.

نحوه معاینه چشم نوزادان :

چشم پزشک ابتدا با استفاده از قطره های گشاد کننده ، مردمک را باز کرده و سپس با استفاده از آفتالمسکوپ شبکیه را می بیند در حین معاینه پدر یا مادر می تواند کودک را نگه دارند و به معاینه کمک کنند . صرف نظر از اینکه بیمار به درمان نیاز داشته باشد یا خیر باید مجدداً در فواصلی که چشم پزشک مشخص می کند تحت معاینه دوباره قرار گیرد . معاینات دوره ای برای مشخص کردن اینکه پیشرفت بیماری متوقف شده و به درمان نیاز دارد یا خیر. وقتی که عروق چشم کامل شوند و خطر درگیری شبکیه چشم رفع شود ، معاینات متوقف می شوند . حتی در این صورت نوزادان نارس بیش از سایر نوزادان در معرض مشکلات بعدی چشم قرار دارند و لازم است در صورت بروز علائم زیر مجدد معاینه بینایی شوند .

کودکانی که در نوزادی به این بیماری مبتلا شده اند باید از نظر علائم زیر که ممکن است نشانه هایی

از ابتلا باشند مورد توجه قرار گیرند :

* ننگ داشتن اجسام نزدیک چشم

* مشکل در دیدن فاصله دور

* بستن و تنگ کردن یک چشم

* بی میلی نسبت به استفاده از یک چشم

* افت ناگهانی دید

* انحراف چشم

درمان : برخی از نوزادانی که بیماری آنها خفیف یا متوسط است ، بدون نیاز به درمان بهبود می یابند اما در صورتی که بیماری نوزاد شدید باشد درمان لازم است . برای جلوگیری از افزایش غیرطبیعی عروق شبکیه بیشتر از لیزر درمانی استفاده می شود گاهی نیز ممکن است نیاز به تزریق دارو در داخل چشم باشد . این درمانها معمولاً در اتاق عمل انجام شده و ممکن است نیاز به بیهوشی داشته باشند.

پیگیری کاردرمانی: اگر نوزاد نارس به دنیا آمده باید سن تصحیح شده وی در بررسی تکاملی در نظر گرفته شود . مثلاً نوزادی با سابقه نارسی ۲۸ هفته در محاسبه سن تکاملی او باید سه ماه از سن تولد او کم کرد و سپس سن تصحیح شده وی را مد نظر گرفته و از نظر تکاملی با کودکان دیگر

مقایسه کرد. با وجودی که مقداری تاخیر در تکامل نوزادان نارس ممکن است طبیعی باشد اما اگر این تاخیر نادیده گرفته شود می توان به مشکلات واضح و بیشتر در سیر تکامل نوزادان مبدل شود.

توانایی هایی که والدین در ۴ ماه اول زندگی فرزندشان باید مورد توجه قرار دهند عبارتند از:

شیر خوار ۲ ماهه: شروع به لبخند زدن به دیگران می کند. سعی در نگاه کردن و توجه کردن به والدین دارد، می تواند سر را بالا نگه داشته وقتی روی شکم دراز کشیده شروع به بلند کردن سر نماید. حرکتی آرام را با دستها و پاهایش انجام دهد.

شیر خوار ۴ ماهه: میتواند سر را بدون حمایت بالا نگه دارد، به طور متناوب به صورت دیگران لبخند میزند، بازی با دیگران را دوست دارد و از بعضی حرکات مثل خندیدن اخم کردن تقلید میکند.

تکامل شناختی :

همانطور که مغز و سیستم عصبی بالغ تر میشود کودکان شروع به نشان دادن توانایی های اعجاب آور در درک مسائل می کنند و تکامل شناختی آنها هر روز تغییر می کند هر کودک سیر تکاملی مختص به خودش را دارد والدین کودکانشان را بهتر از هر فرد دیگری میشناسند و چنانچه هنوز مرحله حرکتی و و تکاملی مربوط به سن خود را کسب نکرده اند حتما با پزشک خود مشورت کنند.

نکات مهم در مراقبت از نوزادان نارس در منزل:

از آنجایی که نوزاد تنها برای دوره ای کوتاهی بیدار است، ممکن است به نظر رسد که مدت درازی طول میکشد تا به والدین پاسخ دهد. قبل از ترخیص از بیمارستان لازم است مادر ساعات زیادی را با نوزاد خود گذرانده باشد تا با سیکل خواب و بیداری او آشنا شده و فاصله لازم برای بیدار کردن نوزاد و تغذیه او را بشناسد. نوزادان نارس بسیار ساده تر از نوزادان رسیده بیمار می شوند، به همین منظور لازم است تا حد امکان از رفت و آمد زیاد به اتاق نوزاد پرهیز شود و خصوصا افراد بیمار به نوزاد نزدیک نشوند نوزاد باید حتماً مورد معاینات دوره ای و واکسیناسیون منظم برای پیشگیری از بیماری های جدی قرار گیرد. درجه حرارت مناسب اتاق برای نوزاد نارس بین ۲۵ تا ۲۶ درجه سانتی گراد می باشد. از قرار دادن نوزاد در کنار بخاری، رادیاتور شوفاژ، جریان باد کولر یا پنکه و یا تابش مستقیم آفتاب پرهیز شود.

تداوم تغذیه با شیرمادر یا در موارد استثنائی با شیر خشک هر ۲ تا ۲/۵ ساعت لازم است. در صورت خواب بودن نوزاد بیشتر از ۳ تا ۴ ساعت احتمال کاهش قند خون وجود دارد لذا بهتر است تغذیه با شیر قبل از رسیدن به این حد با بیدار کردن شیرخوار از سر گرفته شود. خیس بودن کهنه حداقل ۶ بار در روز و وزنگیری روزانه ۲۰ تا ۳۰ گرم یا هفته ای ۱۵۰ تا ۲۰۰ گرم بهترین معیار برای وزنگیری مناسب است. مادرانیکه شیر کافی ندارند باید از شیرخشکهای مخصوص نوزادان نارس استفاده کنند

. برای افزایش پروتئین و املاح شیر مادر مکمل هایی در بازار وجود دارد که معمولاً یک پیمانه از این مکمل در ۲۵ تا ۵۰ سی سی شیر مادر حل میشود. میتوان همه شیر روزانه یا بخشی از آن را به صورت مخلوط با مکمل به نوزاد داد. در این زمینه با پزشک مشورت کنید. جهت بررسی احتمالی در رفتگی تکاملی مفصل لگن در نوزادان نارس نیاز به انجام سونوگرافی از مفاصل لگن در حدود یک ماهگی پس از تولد دارند. در ۱۰ تا ۲۰ درصد از نوزادان نارس با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم درجات مختلفی از اختلالات تکاملی از اختلالات جزئی در یادگیری تا عقب ماندگیهای شدید ذهنی - حرکتی دیده میشود. شناسایی زود هنگام این مشکلات و شروع به موقع کاردرمانی و اقدامات توانبخشی به کاهش آسیبهای حاصل از این ناتوانی ها کمک میکند. یکی دیگر از مشکلات نوزادان نارس بخصوص نوزادان با سابقه دریافت تهویه مکانیکی و بستری طولانی مدت ، **ریکتز یا نرمی استخوان نرسی** است . استفاده از مکملهای ویتامین (ویتامین دی) و مکملهای شیر مادر که حاوی مقادیر بیشتری از کلسیم و فسفر است در پیشگیری از این بیماری موثر است. در شروع فصل پاییز اگر شیرخوار به شش ماهگی رسیده باشد ، تزریق واکسن آنفلوانزا توصیه میگردد و اگر در شروع پاییز شیرخوار هنوز ۶ ماهه نشده است واکسن آنفلوانزا به سایر افراد خانواده تزریق شود. بهتر است در ماههای اول زندگی نوزاد نارس از مسافرتها طولانی و حضور در مهمانی های و مکانهای شلوغ پرهیز شود. بوسیدن نوزاد ممکن است باعث انتقال بیماریها به نوزاد شود. تمام نوزادان نارس باید از نظر سلامت چشم در هفته چهارم تا ششم توسط متخصص شبکیه معاینه دقیق شوند و تاریخ مراجعه بعدی توسط متخصص به والدین اعلام خواهد شد. لازم است شیرخوار پوشش مناسب داشته باشد. معمولاً پوشاندن کلاه ، جوراب و دستکش در روزها و حتی هفته های اول پس از ترخیص به خصوص در فصول سرد سال توصیه میشود. کنترل درجه حرارت نوزاد با تب سنج در زیر بغل بهترین راه پرهیز از مشکلات گرما و سرمای بدن نوزاد است . در جه حرارت مناسب بدن نوزاد (۳۶ تا ۳۶/۵) درجه سانتی گراد است.

علائم خطر: علائمی که لازم است با پزشک یا بیمارستان محل تولد نوزاد مشاهده شود عبارتند از:

- تنفس مشکل ، فرورفتگی قفسه سینه و ناله کردن
- تنفس خیلی سریع یا خیلی آهسته .
- دوره های مکرر و طولانی قطع تنفس (توقف تنفس به مدت چند ثانیه یا بیشتر و یا کبودی لبها و صورت نوزاد می تواند علائم علامت یک بیماری خطرناک باشد) .
- علیرغم گرم کردن مجدد ، نوزاد احساس سردی می کند و دمای بدن او زیر حد معمول است .

- مشکلاتی در امر تغذیه (نوزاد زیاد برای شیر خوردن بیدار نمی شود ، شیر نمی خورد یا مکرراً استفراغ میکند)
 - تشنج .
 - اسهال (نسبت به همیشه شکم شیرخوار شلتر یا به دفعات بیشتر کار میکند یا مدفوع حاوی خون است) .
 - زردی پوست .
- قبل از ترخیص شیرخوار ، ما در شماره های تماس با پزشک یا بیمارستان در موارد فوری را فرا گرفته تا در صورت ضرورت بداند با چه مرکزی تماس بگیرد.

وضعیت های شیردهی در نوزاد نارس :

وضعیت زیر بغلی: در این وضعیت مادر نشسته و شیرخوار را به یکطرف یا پشت بر روی بالش بین بازو و قفسه سینه خود قرار میدهد . پشت شیرخوار توسط ساعد مادر حمایت شده و کف دست مادر قاعده سر (در نوزادان خیلی نارس پس سر نوزاد) و گردن و شانه های شیرخوار را حمایت میکند.



وضعیت گهواره ای متقابل: در این وضعیت مادر نشسته ، و شیرخوار به پهلو رو به مادر است . قاعده گردن و قسمت بالای شانه شیرخوار با کف دست طرف مقابل مادر حفاظت میشود و پشت شیرخوار را با ساعد همان دست حمایت میکند در این روش مادر میتواند با دست طرفی که از پستان خود به شیرخوار شیر میدهد بدون آنکه دستش مابین خود و شیرخوار باشد پستانش را نگه دارد.



نحوه نگهداشتن پستان :

بهترین روش نگهداشتن پستان که برای بیشتر مادران کاربرد دارد گرفتن آن به شکل C است که مادر انگشت شست خود را در بالای پستان و چهار انگشت دیگر را زیر پستان و کاملاً دور از قسمت هاله قرار میدهد و بیشتر مناسب پستانهایی با اندازه طبیعی است.

در نگه داشتن پستان به روش V- hold انگشت اشاره و انگشت وسط در بالا و پایین پستان و پشت هاله (خارج از هاله) قرار میگیرد . مشکل این روش این است که در صورتیکه مادر نتواند به طور راحت و متداول انگشتانش را باز نماید ، روی قسمت هاله قرار میگیرد و باعث ایجاد اشکال در گرفتن پستان توسط شیر خوار میگردد. این روش مناسب سینه های بزرگ نمیباشد.



اگر مادر نوزاد چند قلو دارد :

امکان شیردهی در موارد دو قلوبی و حتی چند قلوبی هم وجود دارد و پستان مادر میتواند نیازهای تغذیه ای آنان را فراهم نماید. تا زمانیکه مادر مهارت کافی را برای شیردهی به دست آورد هر یک از نوزادان را به طور جداگانه تغذیه نماید سپس سعی شود دو قل را باهم و همزمان از پستانهای خود تغذیه کند. اگر یکی از قلها ضعیف تر بوده و مکیدن ضعیف داشته باشد چون با مکیدن پستان توسط شیرخوار قوی تر بازتاب جهش شیر برای قل ضعیف تر بیشتر شده و دریافت شیر بیشتری خواهد داشت. پستانها رو به صورت روزانه برای هر دو شیرخوار عوض کنید. در صورتیکه دو قلوها وضعیت خوبی داشته باشند، هر دو را به صورت همزمان در وضعیت زیر بغلی از پستان مادر تغذیه کنند.

وضعیتهای شیر دادن دو قلوها:

وضعیتهای مختلفی در تغذیه شیرخواران دو قلو میتواند مورد استفاده قرار بگیرد ، اما وضعیت زیر بغلی همزمان پس از کسب مهارت شیردهی بهترین وضعیت است . در این حالت که بیشتر برای نوزادان و شیرخواران کوچکتر مناسب است باید شیرخواران هر کدام در دو طرف و زیر بغل ، بین بازو و قفسه سینه مادر و بر روی بالش قرار بگیرند و مادر با دست خویش شانه و قاعده گردن شیرخواران را حمایت کند.



ضمیمه فصل ۶:

روش توزین کردن کودکان زیر ۲ سال همراه با مادر :

گاهی کودکان زیر دو سال بی قراری کرده و از مادر خود جدا نمی شوند در این موارد کودک را به همراه مادر بشرح ذیل وزن می کنیم :

ابتدا لباس کودک را بجز زیر پوش در آورده تا وزن صحیح آن بدست بیاید و شیرخواران زیر ۶ ماه تا زمان انجام وزنگیری در پتو قرار داده شود و ترازو باید در یک سطح صاف باشد. اگر از ترازوی دیجیتال نوری استفاده می گردد این ترازو ها پیشرفته تر می باشند، مادر در وسط ترازو و برجای مشخص شده قرار گیرد . به مادر یادآوری کنید که حتی پس از نمایان شدن عدد وزنش بر صفحه نمایشگر ، روی ترازو بایستد تا کودک درآغوش وی وزن شود .

در حالی که هنوز مادر روی ترازو است و وزن وی مشخص شده ، صفحه نوری ترازو را برای مدت یک ثانیه بیوشانید تا صفر شود .ترازو با نشان دادن تصویر کوچک از مادر و کودک و نمایش عدد 0 ، مجددا تنظیم خواهد شد وزن کودک بر صفحه نمایشگر ترازو نمایان خواهد شد. وزن را با صدای بلند اعلام می کنیم و با دقت ۰.۱ کیلوگرم ثبت می کنیم .اگر از ترازوی دیجیتال معمولی برای وزنگیری استفاده میشود ابتدا مادر روی ترازو قرار گرفته و وزن او خوانده و ثبت شده سپس مادر به همراه کودک روی ترازو قرار می گیرد و وزن او خوانده و ثبت می شود .از تفاوت این دو وزن ،وزن کودک بدست می آید.اگر مادر خیلی سنگین وزن (مثلا" بیش از ۱۰۰ کیلو گرم) و وزن شیر خوار کم مثلا کمتر از ۲.۵کیلو گرم ممکن است وزن شیرخوار بر

ترازو درج نشود در این قبیل موارد ، از یک فرد کم وزن تر برای نگهداشتن کودک بر روی ترازو استفاده کنید .

برای ثبت وزن برای سن:

- سن کودک را به ماه حساب کنید. هفته ها، ماهها یا سالها وما ههای کامل طی شده را روی خطوط عمودی و نه بین آنها علامتگذاری کنید.
- وزن را روی خطوط افقی یا در فضای بین خطوط برای نشان دادن اعشارهای وزن (به عنوان مثال ۷.۸ کیلوگرم) علامت گذاری کنید. وقتی نقاط در دو ویزیت یا بیشتر ترسیم شد، برای مشاهده ی بهتر روند رشد، آنها را با یک خط صاف به هم متصل کنید.
- به محور عمودی سمت چپ برای پیدا کردن خطی که وزن کودک را نشان می دهد، نگاه کنید
- از منحنی رشد برای ترسیم منحنی وزنی کودک استفاده کنید.

ضمیمه فصل ۷ :

ادامه قانون ترویج تغذیه با شیر مادر:

ماده ۵- به منظور سیاست گذاری، نظارت و تعیین نحوه آن بر اجرای این قانون کمیته ای با عنوان کمیته سیاستگذاری و نظارت بر ترویج تغذیه با شیرمادر در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل میشود.

اعضای این کمیته که با حکم وزیر بهداشت به عضویت کمیته منصوب می شوند عبارتند از:

الف- معاون امور بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ب- معاون امور دارو و درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ج- رییس سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

د- دو نفر از اعضاء کمیته کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر

ه- یک نفر پزشک متخصص زنان و زایمان

و- یک نفر پزشک متخصص اطفال

ر- یک نفر متخصص علوم تغذیه

ح- یک نفر روحانی آشنا به مبانی اسلام که حداقل ۶ سال دوره خارج از فقه و اصول را طی کرده باشد.

ط- یک نفر به نمایندگی از شورای فرهنگی- اجتماعی زنان شورای عالی انقلاب فرهنگی خدمات کمیته سیاستگذاری و نظارت بر ترویج تغذیه با شیر مادر افتخاری می باشد.

ماده ۶- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می تواند نسبت به تشکیل کمیته های ترویج تغذیه با شیر مادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی در استان ها اقدام نماید. کمیته های موضوع این ماده موظف خواهند بود نتایج اقدامات خود را به کمیته سیاستگذاری و نظارت بر ترویج تغذیه با شیر مادر در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گزارش نمایند.

ماده ۷- شرح وظایف و اختیارات کمیته های موضوع این قانون در حدود صلاحیت و شرایط اجرای تصمیمات آنها و نحوه انتخاب و ترکیب اعضاء کمیته های استانی به موجب آیین نامه ای خواهد بود که بنا به پیشنهاد وزیر بهداشت به تصویب هیات وزیران می رسد.

در هر حال تصمیمات کمیته های موضوع مواد ۵ و ۶ در صورت تایید وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا مقام مجاز از سوی وی قابل ابلاغ خواهد بود.

ماده ۸- اعضاء کمیته های موضوع این قانون و مامورین وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مجازند از مرکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی، داروخانه ها و سایر موسساتی که در ارتباط با تولید و توزیع جانشین شونده های شیر مادر فعالیت می کنند بازدید به عمل آورند. این گونه موسسات مکلف به همکاری می باشند.

ماده ۹- متخلفین از اجرای این قانون با رعایت مراتب و دفعات جرم به تعزیر از قبیل نصب پارچه تخلف برسر در داروخانه، تعطیل موقت آن، قطع موقت بعضی خدمات شهری یا جزای نقدی از ۵۰ تا ۳۰۰ میلیون ریال و در صورت تکرار جرم به حداکثر تعزیر و جزای نقدی در محاکم صالحه محکوم می گردند.

ماده ۱۰- آیین نامه اجرایی این قانون ظرف دو ماه بنا به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

ماده ۱۱- کلیه قوانین مغایر با این قانون لغو می گردد.

قانون فوق مشتمل بر یازده ماده و چهار تبصره در جلسه روز سه شنبه بیست و دوم اسفند ماه یک هزار و سیصد و هفتاد و چهار مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ بیست و هفتم اسفند هرارو سیصد و هفتاد و چهار به تایید شورای نگهبان رسیده است.

ضمیمه فصل ۸ :

برخورداری از مداخله زایمانی مناسب یکی از مراقبت های لازم برای موفقیت تغذیه با شیر مادر است :

الف- مدیریت دردهای زایمانی و زایمان :

کاهش درد حین و پس از زایمان : به منظور تقویت تمایل مادر برای شیردهی، کنترل درد باید به نحوی متعادل انجام گیرد تا صرفاً موجب کاهش درد مادر شود و از مصرف مقادیر زیاد داروها بخصوص مخدرها خودداری شود زیرا اثرات منفی بر توانایی شیرخوار برای شیرخوردن خواهند داشت.

زایمان بصورت سزارین: پس از سزارین ، نگرانی های پرسنل بیمارستان در مورد ریکاوری و بهوش آوردن مادر سبب می شود به تغذیه فوری نوزاد با شیر مادر یا تغذیه مکرر در ۲۱ ساعت اول توجه کمتری شود . در چنین موقعیتهای پر خطر ، مداخله فعال و حمایت از تغذیه با شیر مادر ، شروع و تداوم تغذیه با شیر مادر را حفظ خواهد نمود.

خستگی: زایمان طولانی و سخت، شروع و یادگیری روش های صحیح شیر دهی را برای مادران جوان مشکل ترمی سازد . حمایت های کافی پس از زایمان توسط کارکنان آموزش دیده ، سبب رفع موانع موجود و برقراری یک شیردهی موفق خواهد شد . علاوه بر این، هنگامی که مادر جوان بیمارستان را ترک می کند ، ممکن است با وظایف متعددی روبرو شود . چنانچه اعضاء خانواده در تعویض پوشک شیرخوار ، پخت و پز و نگهداری سایر کودکان و خانه داری به مادر کمک نمایند ، او قادر خواهد بود که انرژی خود را بر تغذیه شیر خوار واستراحت و تجدید قوا پس از زایمان متمرکز نماید.

ب-بیمارستان ها در موفقیت تغذیه با شیر مادر تأثیر گذار می باشند:

هر بیمارستان یا زایشگاه می تواند با اجرای ۱۰ اقدام برای تغذیه با شیرمادر، موفقیت شیردهی را تسهیل نماید.

بلافاصله پس از زایمان تماس پوستی با نوزاد خود داشته و شیر دهی را طی ساعت اول تولد آغاز کرده باشد. ساعت اول ، ساعت استثنائی زندگی محسوب می شود . وقتی بلافاصله بعد از تولد نوزادان سالم در تماس پوست به پوست با شکم و قفسه سینه مادر قرار می گیرند ، توانایی های قابل توجه خود را بروز می دهند . رابطه مادر و شیر خوار به نحو رضایت بخش برقرار شده و وضعیت شیر دهی صحیح داشته باشد. عامل مهم دیگری که می تواند توفیق یا شکست شیردهی را در پی داشته باشد Positioning و Attachment صحیح و از جمله پستان گرفتن (Latch-On) است.

برای رفع مشکلاتی که در خلال شیر دهی رخ می دهند ، از مشاوره های به هنگام و کارآمد برخوردار باشد: مشاوره توسط کارکنان بخش سلامت از جمله متخصص اطفال ، ماما ، بهورز، مراقب سلامت و کارکنان بخش زایشگاه می باشد.

جهت برقراری شیر مادر در ساعات اولیه تولد مادر در هنگام زایمان باید حمایت گردد :

حمایت از تغذیه با شیر مادر در زایمان طبیعی: زمانی که زایمان انجام می شود همه زنان نیاز به موارد زیر دارند:

- یک مراقب ماهر حضور داشته باشد.
- اعمال غیر ضروری، نظیر اپی زیاتومی به حداقل برسد
- زمانی که برای زایمان اقدامی انجام می دهید به خاطر داشته باشید که این اقدامات به همان اندازه که روی مادر اثر می گذارد روی نوزاد او نیز مؤثر است.

حمایت مادر و نوزاد در طول زایمان

- فرد حمایتگر لازم است که به طور مداوم در طول درد و زایمان در کنار مادر بماند
- ایجاد اعتماد به نفس در مادر
- ارائه غذای سبک و مایعات

تسکین درد: قبل از استفاده از داروهای ضددرد، روش های غیردارویی برای تسکین درد را پیشنهاد بدهید. این روش های غیردارویی شامل:

- ماساژ با آب گرم - حمایت از مادر در طول دردهای زایمان - راه رفتن و تحرک داشتن در اتاق زایمان - محیط آرام بدون روشنایی زیاد و تا حد امکان خلوت.

درمان های دارویی ضد درد می تواند خطر موارد ذیل را افزایش دهد:

- طولانی تر شدن مراحل دردزایمانی
- مداخلات جراحی غیر ضروری
- جدایی مادر و نوزاد پس از تولد

۳. غذاهای سبک و مایعات در طول مرحله درد

محدود کردن غذا و مایعات می تواند منجر به کاهش انرژی و افزایش استرس زنان در طول مراحل درد زایمانی بشود. متعاقب زایمان طبیعی، مادر ممکن است گرسنه شود و باید به غذا دسترسی داشته باشد. چنانچه در طول شب زایمان کند باید مقداری غذا در دسترس او باشد و در این صورت نیازی نیست که ساعت ها منتظر بماند تا وعده غذایی دیگری دریافت کند.

۴. چگونگی کمک برای اولین تغذیه با شیر مادر:

به مادر کمک کنید تا بتواند رفتارهای پیش از تغذیه را تشخیص دهد. زمانی که مادر و نوزادش به آرامی در تماس پوست با پوست با یکدیگر هستند نوزاد به طور مشخص یک سری رفتارهای پیش از تغذیه از خود نشان می دهد که ممکن است از چند دقیقه تا یک ساعت یا بیشتر طول بکشد. این رفتارهای نوزاد شامل موارد زیر است:

- یک استراحت کوتاه در وضعیت هوشیاری برای استقرار در محیط جدید
- بردن دست ها به دهان و انجام عمل مکیدن ، ایجاد صدا و لمس نوک پستان با دستها
- خیره شدن به ناحیه تیره پستان که همانند یک هدف عمل می کند.
- یافتن ناحیه نوک پستان و گرفتن آن با دهان کاملاً باز.

۵. هیچ فشاری بر مادر و نوزاد نباید وارد شود که اولین تغذیه زود انجام شود.

در اولین تغذیه اینکه چه مدت اولین تغذیه طول بکشد، یا چگونه نوزاد پستان را گرفته باشد یا چقدر کلستروم دریافت کند. مهم نیست باید در نظر داشت که این اولین تغذیه پستانی، معارفه یا آشنایی با پستان است تا تغذیه

۶. نقش کارکنان بهداشتی در این زمان شامل موارد زیر است:

- محیط آرام و وقت کافی فراهم کنید.
- به مادر برای قرار گرفتن در وضعیت راحت کمک کنید.
- به رفتارهای مثبت شیرخوار نظیر هوشیاری و رفلکس جستجو (روتینگ) اشاره کنید.
- نوزاد را به طرف پستان هل ندهید یا پستان را به زور به داخل دهان نوزاد فشار ندهید.
- در مادر اعتماد به نفس ایجاد کنید.

حمایت از تغذیه با شیر مادر در سزارین: سزارین یک جراحی بزرگ شکمی است. مادر معمولاً مشکلاتی دارد از جمله:

ترسیده و مضطرب است.

سرم به دست او وصل است و سوند ادراری دارد.

تحرک او محدود است و ظاهراً "در تخت محبوس شده است.

هم قبل و هم بعد از ایمان محدودیت مصرف مایعات و غذا داشته است بنابراین دچار کاهش انرژی برای مراقبت از فرزندش می باشد.

برای تسکین درد، داروی های بیحسی و بیهوشی دریافت کرده است که پاسخ گویی مادر و نوزاد را تحت تاثیر قرار می دهد

بیشتر در معرض خطر عفونت و خونریزی است

از نوزادش جدا شده است

همچنین کودکی که از طریق سزارین بدنیا می آید تحت تاثیر موارد ذیل قرار می گیرد.

خطر عدم تغذیه با شیرمادر به مدت کوتاه وجود دارد.

ممکن است مشکلات تنفسی بیشتری داشته باشد.

ممکن است نیاز به ساکشن ترشحات داشته باشد بطوری که به دهان و گلوی او آسیب برساند.

ممکن است در نتیجه درمان های دارویی که به مادر داده شده است خواب آلود باشد.

احتمال تماس پوستی زودرس مادرو نوزاد کمتر است.

احتمال دریافت شیر کمکی بیشتر است.

ممکن است به اتاق مخصوص مراقبت نوزادان برده شود و علاوه بر احتمال ابتلا به بیماری های عفونی از سایرین به محدودیت تغذیه پستانی نیز دچار شود.

اقدامات انجام شده توسط کارمند بهداشتی - درمانی در خصوص حمایت از تغذیه با شیر مادر در مادران سزارینی:

وجود کارمند بهداشتی درمانی حامی برای کمک به اولین شیر دهی مادری که سزارین شده است مفید است و کارمند بهداشتی وظیفه دارد مادر را برای برقراری تماس پوست با پوست پس از تولد در کوتاه ترین زمان تشویق کنند. به طور معمول مادرانی که بیهوشی اسپینال یا اپیدورال دارند هوشیار بوده و همانند مادرانی که زایمان طبیعی داشته اند قادر به پاسخگویی فوری به نوزادشان هستند. به دنبال بیهوشی عمومی در صورت پاسخگویی مادر تماس او با نوزاد ممکن است در اتاق ریکاوری اتفاق افتد. هرچند که ممکن است مادر هنوز خواب آلود بوده و یا تحت تاثیر بیهوشی باشد. پدر یا سایر اعضاء خانواده می توانند تماس پوست با پوست با نوزاد برقرار کنند و او را گرم و در حالت آرامش نگهدارند تا زمانی که مادر به هوش آمده و توانایی پاسخگویی به نوزاد را بدست آورد و از اتاق عمل برگردد. اگر این تماس به تاخیر افتد، نوزاد باید به طریقی پوشا نده شود که امکان تماس پوست با پوست بدون پوشش را بامادر هنگامی که او پاسخگوست، داشته باشد.

هنگامی که مادر و نوزاد علائم آمادگی را نشان می دهند کمک نمائید تا تغذیه با شیر مادر شروع شود.

برای شیردهی لازم نیست که مادر بنشیند. نوزاد را در بغل بگیرد و یا سایر معیارهای حرکتی را رعایت کند. نوزاد خود پستان را پیدا می کند و می مکد. وجود یک همراه و فرد حامی و کمک کننده سبب می شود که چنانچه هنوز مادر خواب آلود بوده و هشیار کامل نیست، نوزاد بتواند پستان مادر را بگیرد و بمکد.

به مادرانی که سزارین شده اند کمک کنید که در وضعیت راحت برای شیر دهی قرار گیرند.

ممکن است محل قرارگرفتن سرم مادر نیاز به تغییر داشته باشد تا نوزاد بتواند در وضعیت صحیح برای شیر خوردن قرارگیرد. مانند دراز کشیدن به پهلو، شیردهی در حالت نشسته یا گذاشتن بالش زیر زانو در هنگامی که مادر نشسته است یا زیر زانوی بالایی و در قسمت پشت کمر مادر وقتی که به پهلو دراز کشیده است. امکان هم اتاقی و حضور همراه رافراهم کنید و کمک های لازم را ارائه کنید تا زمانی که مادر بتواند از کودکش به تنهایی مراقبت کند. چنانچه کارکنان حامی بوده دانش کافی دارند اقامت طولانی تر در بیمارستان بعد از سزارین به برقراری تغذیه پستانی کمک می کند.

موانع احتمالی برقراری زود رس تماس پوست با پوست و تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد:

بسیاری از موانع برقراری تماس پوست با پوست به عملکردهای رایج ونه به دلایل پزشکی مربوط می شوند تغییر در برخی روش ها می تواند تماس پوست با پوست را تسهیل کند. موارد زیر از جمله موانعی است که مطرح می نمایند:

- **نگرانی اینکه نوزاد سرما خواهد خورد:** نوزاد را خشک کنید و با یک حوله کودک را روی قفسه سینه مادر قرار دهید. مادر و نوزاد را با یک پارچه خشک یا پتو بپوشانید. سر کودک را نیز بپوشانید تا احتمال کاهش دمای بدن او را کاهش دهید. تنظیم درجه حرارت در بدن نوزادانی که در تماس پوست با پوست مادر هستند، نسبت به زمانی که زیر دستگاه گرم کننده هستند، بهتر است.
- **نوزاد به معاینه نیاز دارد:** بیشتر معاینات باید در حالتی که نوزاد روی قفسه سینه مادر است و آرام دراز کشیده انجام شود. توزین نوزاد باید به تاخیر افتد.
- **مادر را باید بخیه بزند:** چنانچه مادر اپیزوتومی و یا سزارین شده و نیاز به بخیه دارد، نوزاد می تواند روی قفسه سینه مادر باقی بماند.
- **نوزاد نیاز به حمام دارد:** تاخیر در انجام اولین حمام به نوزاد سبب می شود تا ورنیکس به داخل پوست او نفوذ کرده و پوست را نرم و محافظت نماید. همچنین تاخیر در انجام حمام از کاهش دمای بدن نوزاد پیشگیری می کند. نوزاد را می توان پس از تولد فقط خشک کرد.
- **اتاق زایمان شلوغ است:** چنانچه اتاق زایمان شلوغ است، می توان مادر و نوزاد را در حالت تماس پوست با پوست به بخش منتقل نمود تا تماس مادرو نوزاد در آن بخش تداوم یابد.
- **کارکنان بهداشتی برای مراقبت از مادرو نوزاد در دسترس نیستند:** یکی از اعضاء خانواده می تواند در کنار مادر و نوزاد بماند.
- **کودک هوشیار نیست:** اگر نوزاد از نتیجه اقدامات پزشکی و دارویی که برای مادر استفاده شده، خواب آلوده است، برقراری تماس او با نوزاد حتی مهم تر نیز هست. زیرا برای برقراری ارتباط عاطفی و تغذیه نوزاد حمایت بیشتر لازم است.
- **مادر خسته است:** به ندرت مادر آنقدر خسته است که نوزادش را در بغل نگه دارد. تماس با نوزاد به مادر کمک می کند تا آرام شود. اقداماتی را که در مرحله درد انجام می شود مرور کنید. برخی روش ها نظیر ندادن مایعات و غذا اقداماتی که ممکن است طول مدت درد را افزایش دهند، می توانند سبب خستگی مادر شوند.
- **مادر نمی خواهد نوزادش را در بغل نگه دارد:** چنانچه مادر تمایل ندارد نوزادش را در بغل نگه دارد، ممکن است نشان دهنده افسردگی او باشد و در معرض خطر بیشتری برای ترک نوزاد، غفلت یا کودک آزاری است. تشویق برای برقراری تماس از این نظر بسیار حائز اهمیت است که ممکن است خطر کودک آزاری را کاهش دهد.

نحوه انجام تماس پوست با پوست مادر و تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد:

۱. وظیفه تیم پزشکی در ساعت اول تولد:

الف: در زایمان طبیعی: برای هر مادر از آغاز تا پایان ساعت اول تولد لازم است پرسنل مشاوره شیر دهی که احیای نوزاد را گذارنده باشد مسئول حسن اجرای موارد ذیل باشد:

۱. قبل از زایمان حداقل چند دقیقه در مورد اهمیت و چگونگی تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد و تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد نوزاد با مادر گفتگو کند.
۲. شرایط زیر در اتاق زایمان فراهم باشد: دمای اتاق زایمان ۲۸-۲۹ درجه سانتیگراد و بدون کوران، نور اتاق ملایم، هیچ نوری مانع تماس چشم با چشم مادر و نوزاد نشود، محیط اطراف مادر آرام باشد و سر و صدا و شلوغی آرامش مادر را به هم نزنند.
۳. مادر از لباس جلو باز استفاده کند تا برقراری تماس پوست با پوست و تغذیه نوزاد با شیر مادر براحتی انجام شود.
۴. در اتاق زایمان بر اساس آخرین دستورالعمل‌ها، مادر از آزادی عمل کافی جهت تحرک، خوردن و آشامیدن و حفظ محریمیت و داشتن همراه آموزش دیده برخوردار باشد.
۵. از زمان بستری تا قبل از اولین تغذیه پستانی، از شستشوی پستان اجتناب کنید تا بوی ترشحات غدد اطراف نوک پستان مادر که جلب کننده نوزاد بطرف پستان است حفظ شود.
۶. حتی الامکان از اقدامات تهاجمی مانند 'induction ، stimulation و وصل کردن سرم اجتناب کنید و از انجام اپیزیاتومی و زایمان در وضعیت لیتوتومی به طور روتین پرهیز نمایید. در صورت انجام اپیزیاتومی و یا نیاز به ترمیم پرینه، همزمان با ترمیم آن از برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد اطمینان حاصل نمایید.
۷. در زایمان طبیعی تسریع نشده به شرط آنکه نوزاد رسیده باشد و بخوبی نفس کشیده و گریه نماید، بطور روتین نیازی به ساکشن دهان و بینی نیست (در زایمان تسریع شده ساکشن مورد نیاز است).
۸. بلافاصله پس از خروج نوزاد از رحم او را در ابتدا به صورت دمر به روی شکم مادر قرار داده و ضمن خشک کردن نوزاد، سلامت وی را سریعاً "ارزیابی کرده و نیاز به احیاء را بررسی کنید. چنانچه نوزاد سالم است و نیاز به احیاء ندارد همچنان که روی شکم مادر قرار دارد به خشک کردن او ادامه دهید و سر نوزاد را ترجیحاً با کلاه بیوشانید خشک کردن نوزاد با پارچه گرم و خشک، از سر به طرف تنه و اندام‌ها به استثنای دست‌ها (از مچ به پائین) و بدون صدمه به ورنیکس انجام شود. چنانچه شرایط فوق دقیقاً اجرا شود این نوزادان برای گرم یا خشک کردن نیاز به وارمر ندارند. در صورتی که نوزاد نیازمند احیاء باشد مطابق پروتکل احیاء عملیات احیاء نوزاد را انجام دهید.
۹. از گذاردن لوله در دهان یا بینی نوزاد به منظور تخلیه محتویات معده، بدون اندیکاسیون علمی اجتناب نمایید.
۱۰. بند ناف را یک دقیقه پس از تولد در ۲ و ۵ سانتی متری آن کلامپ بزنید و بین آن دو را با قیچی استریل قطع کنید. نیازی به استفاده از ماده ضد عفونی کننده (الکل، بتادین...) و بانداژ نیست.
۱۱. نوزاد را همچنان که لخت است کمی به طرا بالاتر روی قفسه سینه مادر بین پستان‌هایش قرار دهید بطوری که چشمان او در سطح نوک پستان مادر باشد. مادر و نوزاد را با هم بوسیله پتوی گرم، نرم، تمیز و لطیف بپوشانید تا تماس پوستی آنان ادامه یافته و گرمای بدن مادر و نوزاد حفظ شود. در این حالت اگر مادر احساس سرما می‌کند می‌توانید از وارمر استفاده کنید به شرطی که در فاصله مناسب از مادر و نوزاد و بالای تنه مادر باشد.
۱۲. به منظور تماس چشمی مادر و نوزاد، سر مادر کمی بالاتر قرار گیرد. در این حالت مادر می‌تواند ناظر حرکات و توانائی‌های او هم باشد و به محض آمادگی نوزاد او را شیر بدهد.
۱۳. در تمام طول مدت تماس (به مدت یک ساعت) سلامت نوزاد، تنفس و دمای بدن او را برابر بسته خدمتی کنترل و در فرم مربوطه ثبت کند.
۱۴. بطور معمول نوزادان تازه متولد شده طی ساعت اول تولد پستان مادر را جستجو کرده و به دهان می‌گیرند. چنانچه نوزاد علائم آمادگی شروع تغذیه (حرکات سر به طرفین، باز کردن دهان، دست به دهان بردن، ملچ و ملوچ کردن و خروج بزاق از دهان) را نشان داد او را در گرفتن پستان کمک نمایید و سر وی را به پستان مادر نزدیک کنید.

اگر علیرغم کمک کردن، تغذیه با شیر مادر تا یک ساعت انجام نشد سلامت نوزاد و مشکلات احتمالی پستان مادر بررسی شود.

۱۵. مراقبت هایی مانند تزریق ویتامین K و واکسن، گرفتن اثرکف پا، مراقبت از چشم، توزین و سایر اندازه گیری ها و اقدامات غیر فوری دیگر حد اقل به بعد از اتمام اولین تغذیه با شیر مادر و یا ترجیحا پس از ساعت اول تولد ماکول شود تا تداخلی در اجرای دستورالعمل ایجاد نشود.

۱۶. از استحمام نوزاد در ۱ ساعت اول تولد) ترجیحا" در ۲۱ ساعت) اجتناب کنید.

۱۷. در طول یک ساعت اول پس از زایمان، مادر و نوزاد را در اتاق زایمان یا POST PARTUM نگهداری نمایید سپس همزمان به بخش پس از زایمان منتقل شوند.

ب. در سزارین با بی حسی ناحیه ای (اسپینال یا اپی دورال): پس از ساکشن دهان و بینی و قطع بندناف و خشک کردن نوزاد چنانچه نوزاد و مادر از وضعیت پایداری برخوردار ند به منظور تسهیل در انجام تماس چشم در چشم و پوست با پوست مادر و نوزاد و گرفتن پستان، ضمن ادامه عمل جراحی به یکی از دو روش زیر عمل شود:

- نوزاد را از طرف زیر بغل یا شانه مادر طوری در تماس پوست با پوست مادر قرار دهید که قفسه سینه نوزاد در تماس با زیر بغل و قفسه سینه مادر و دهان نوزاد در تماس با نوک پستان مادر باشد و حتی الامکان تماس چشم در چشم مادر و نوزاد انجام شود.

- نوزاد را مایل و دمر روی سینه مادر بگذارید طوری که ضمن تسهیل تماس چشم در چشم مادر و نوزاد، سرش نزدیک پستان طرف مقابل باشد و دهان نوزاد در تماس با نوک پستان مادر قرار گیرد.

در دو حالت فوق وجود یک ماما که از مادر و نوزاد مراقبت کند الزامی است و مادر و نوزاد نباید تنها باشند. پس از اتمام عمل جراحی، مادر و نوزاد در حالی که هر دو با لباس گرم پوشانیده شده اند به اتاق ریکاوری و سپس بخش پس از زایمان منتقل شوند و ضمن ادامه تماس پوستی، تغذیه با شیر مادر با کمک ماما یا مشاور شیردهی ادامه یابد.

ج: در سزارین با بیهوشی عمومی: در اتاق عمل بلافاصله پس از تولد و انجام ساکشن دهان و بینی و قطع بند ناف نوزاد را خشک نموده و با یک حوله خنک و گرم بپوشانید و به نحوی در پهلوی مادر قرار دهید که بندناف نوزاد جهت کلونیزه شدن با پوست مادر در تماس باشد مدت این تماس تا حد امکان طولانی باشد. پس از اتمام عمل جراحی مادر و نوزاد در حالی که هر دو لباس گرم پوشانیده اند به اتاق ریکاوری منتقل شوند. به محض این که مادر توانایی پاسخگویی پیدا کرد حتی اگر کمی خواب آلود هم باشد ضمن ادامه تماس پوستی اولین تغذیه با شیر مادر شروع شود.

۲. وظیفه تیم پزشکی در بخش پس از زایمان یا POST PARTUM

-هم اتاقی مادر و نوزاد اجرا شود

-پس از ورود به بخش، ضمن تداوم تماس پوستی اگر اولین تغذیه با شیر مادر در ساعت اول انجام نشده به مادر کمک نمایید تا نوزاد هرچه سریعتر با آغوز تغذیه شود.

-در موارد زایمان سزارین با بیهوشی عمومی در صورت توانایی پاسخ گویی مادر (عموما در حوالی ساعت اول) حتی اگر کمی

خواب آلود هم باشد کمک نمایید تغذیه با آغوز انجام شود.

حمایت های بیشتر برای در آغوش گرفتن و به پستان گذاشتن نوزاد باید برای مادرانی که مسکن نارکوتیک گرفته اند یا سزارین شده اند یا اولین تماس شان با نوزاد به تعویق افتاده ارائه شود.

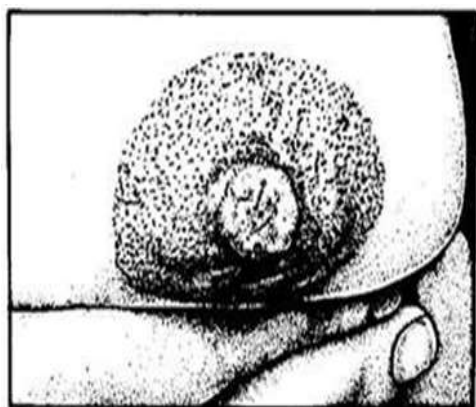
تسهیلات لازم جهت ملاقات پدر و حضور همراه مادر در بخش فراهم شود.

وضعیت نگه داشتن پستان در هنگام شیر دادن:

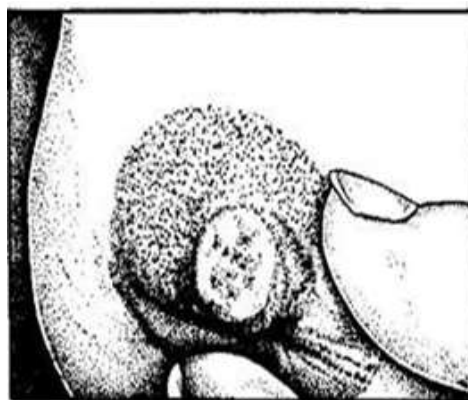
در دوران شیردهی سینه های مادر بزرگ و سنگین می شوند به همین دلیل نگهداشتن پستان به هنگام شیردادن برای مادر سخت می شود پس بهتر است در حین شیردهی به مادر این توصیه را داشته باشیم که بتواند پستانش را نگه دارد به این صورت که:

- انگشتان مادر روی قفسه سینه و زیر پستان قرار می گیرند بنابراین اولین انگشت قاعده پستان را حمایت می کند. انگشتان دست در هنگام شیردهی نباید بروی هاله قهوه ای رنگ پستان مادر قرار گیرند چون باعث بسته شدن مجاری شیر می شوند. لذا انگشتان باید خارج از هاله قهوه ای رنگ قرار گیرند
- انگشت شست در بالای پستان قرار میگیرد. انگشتان مادر نزدیک نوک پستان نباشد(عقب تراز هاله باشد).

"وضعیت درست"



"وضعیت نادرست"



"وضعیت نگه داشتن پستان در هنگام شیر دادن"



c-hold



v-hold



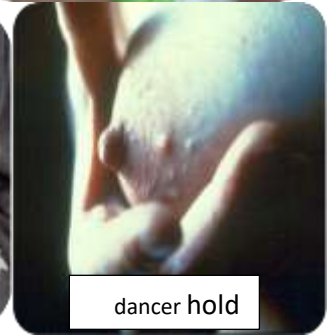
Taco(nipple sandwich hold)



c-hold(with chest wall support)



U-hold(dancer hold)



dancer hold

روش حمایت پستان:

- در پستانهای کوچک : نیاز به حمایت پستان با کف دست به قفسه سینه نیست
- در پستانهای بزرگ: یک حوله لوله شده زیر پستان می گذاریم و دست جلوی حوله لوله شده است



احتیاط های لازم در هنگام نگهداشتن پستان:

- فشار بی مورد انگشت شست به روی پستان به بهانه باز نگه داشتن راه بینی ممکن است سبب اختلال در چسبیدن دهان به پستان، خروج پستان از دهان و تمایل به گرفتن نوک پستان (درد نوک پستان زخم و شقاق) شود و همچنین باعث کاهش جریان شیر و ایجاد بسته شدن مجاری شیرو کاهش تولید شیر می شود.
- پرهیز جدی از گذاشتن سایر انگشتان در زیر پستان بطوریکه نزدیک هاله باشد که سبب گرفتن نوک پستان و یا جدا شدن از پستان میگردد.

چگونگی عرضه پستان (آوردن شیر خوار به پستان):

۱. تماس و یا مالیدن نوک پستان به لبها (ترجیحا لب بالا) :

ابتدا باید منتظر باشیم تا دهان نوزاد باز شود. برای باز شدن دهان شیرخوار باید در مورد عدم تماس انگشتان مادر با دهان شیرخوار دقت کرد زیرا امکان بستن دهان و یا گاز گرفتن شیرخوار وجود دارد.

۲. در ابتدا باید چانه در تماس با پستان و نوک بینی نزدیک و هم سطح با نوک پستان باشد:

-دهان شیرخوار رو به بالا باشد بطوریکه از طرف چانه بخش زیادی از هاله را بپوشاند

-دهان باز همانند اولین گاز زدن به یک ساندویچ بزرگ، کمک کننده است.

۳. هدایت شیرخوار بطرف پستان:

دهان باید کاملا باز و زبان در کف آن باشد. وقتی که کاملا دهان باز شود وی را سریعاً و به آرامی در حالی که لب فوقانی با نوک پستان در تماس است و لب تحتانی او زیر و به دور از نوک پستان است بطرف پستان هدایت کنید. ارتباط کلامی (گفتن باز) و دیدن (باز نمودن دهان مادر) کمک کننده است.

-لمس کردن لب های شیرخوار با نوک پستان و منتظر شدن تا شیرخوار دهانش را باز کند. بردن سریع شیرخوار به طرف پستان بطوری که لب پائینی زیر نوک پستان را هدف گیری کند. نوک پستان در مقابل بینی قرار می گیرد (nose to nipple)



وضعیت پستان گرفتن صحیح شیرخوار:

چفت شدن خوب به پستان قلب موفقیت در تغذیه با شیر مادر است (latch-on well). در واقع خوب گرفتن پستان باعث انتقال خوب شیر به شیر خوار، بدون احساس ناراحتی در مادر میشود

بهترین گرفتن پستان Best Latch-On:

از علائم (خوب پستان گرفتن) Best Latch-On:

- گرفتن غیر قرنیه، عمیق: (قرار گرفتن حدود ۲-۱ اینچ از هاله در دهان) و با دهان کاملاً باز (زاویه گوشه دهان ۱۵۰-۱۳۰ درجه یا بیشتر)
- چانه در پستان اما به دور از قفسه سینه
- بینی به دور از پستان
- سر کمی به طرف عقب
- عدم فرو رفتگی در گونه، برگشته شدن لب‌ها بطرف بیرون و نه مکیدن لب پائینی
- شیرخوار علاوه بر نوک پستان باید تا حد امکان هاله قهوه‌ای پستان را نیز در دهان بگیرد تا بتواند مجاری شیر آن را با مکیدن در دهان خود بدوشد و شیر دریافت نماید.



"بهترین گرفتن پستان Best Latch-On"



"مکیدن لب پائینی"



"برگشته شدن لب‌ها بطرف بیرون"

مواردی که باید در هنگام پستان گرفتن پرهیز کرد:

- بردن پستان به طرف دهان و یا خم شدن مادر به جلو
- خم کردن گردن و یا عقب کشیدن بیش از حد گردن شیرخوار
- فشار به چانه شیرخوار جهت به زور باز کردن دهان
- گرفتن پس سر یا فشار دادن سر شیرخوار به داخل پستان
- احساس ترس و مقاومت در شیرخوار در صورت رفتار سریع و خشن
- پرهیز از هل دادن و به زور بردن شیرخوار بطرف پستان مادر
- پرهیز از شیردادن شیرخوار در حال گریه
- درآوردن پستان از دهان شیرخوار در وقفه‌های شیرخوردن
- چرخش بدن مادر یا شیرخوار و یا تکان دادن سر شیرخوار
- پیشگیری از تحرک بیش از حد شیرخوار (پراندن دست و پا)

توصیه‌های لازم در صورت پستان نگرستن شیر خوار:

۱. در صورت چسبیدن بینی به پستان:

- تغییر وضعیت بدن شیرخوار با فشار آرام آرنج مادر به باسن شیرخوار و راندن مختصر وی بطرف داخل و بالا، مختصر بالا تر کشیدن پستان و حلقه زدن پاهای شیرخوار به دور کمر مادر

۲. در صورت نادرست گرفتن پستان:

جدا نمودن شیرخوار از پستان با خنثی کردن فشار مکیدن شیرخوار بمنظور پیشگیری از آسیب به بافت پستان با وارد نمودن یک انگشت تمیز از گوشه دهان شیرخوار و فشار به روی قسمتی از پستان در نزدیکی دهان شیرخوار و کشیدن چانه شیرخوار به پایین

علائم بلعیدن (انتقال شیر):

- شنیدن صدای فوت بعلت خروج هوا از بینی
- شنیدن صدای "CA" از گلو
- شنیدن صدای بلع با گوشه در روی گلو
- دیدن حرکت فک پائین و هرچه پائین آمدن و توقف چانه شیرخوار قبل از بلع با مکیدن های آرام و عمیق بصورت: باز نمودن کامل دهان - توقف چانه - بستن دهان
- مختصر لرزش یا حرکت ناحیه بناگوش و پس سر بعلت حرکات فک
- فرو رفتن مختصر بالای هاله پستان



"انواع پوزیشنهای شیردهی"

نکات کلیدی در شیردهی برای مادر:

- هم سطح قرار گرفتن پستان مادر با شیرخوار و حمایت وزن او با بالش که سبب خستگی مادر نشود.
 - آوردن شیرخوار بطرف پستان ونه برعکس
 - گذاشتن دست مادر در قاعده سر شیرخوار(شانه و گردن) و نه پشت سر وی (چون این عمل باعث رهاکردن پستان و کشیدن سر به عقب و قوس کردن بدن وی می شود)
 - حمایت سر شیرخوار بطوریکه نه زیاد بطرف عقب ویا جلو باشد.
 - فراهم نمودن وضعیت راحت مادر از نظر فیزیکی و روحی
- آموزش در هر وضعیتی که مادر قرار دارد و راحت است:

۱. اگر مادر روی صندلی و مستقیم نشسته است:

- زانوهایش کمی بالاتر از باسن باشد
 - گذاشتن زیر پائی بمنظور بالابردن زانوها
 - متمایل شدن بدن شیرخوار رو به مادر
 - پیشگیری از کشش پشت مادر
- استفاده از بالش برای راحتی و حمایت شیرخوار
- برای پشت مادر، روی ران ها و پائین شکم مادر (بالش نسبتا محکم ،بالش شیردهی) بمنظور هم سطح نمودن شیرخوار با پستان
- مادر نباید به عقب یا جلو بروی شیرخوار خم شود



۱.۲ اگر مادر روی تخت نشسته است:

- وضعیت خوابیده به پشت
- بالا آوردن پستی تخت بطور قائم (۹۰درجه)
- استفاده از بالش برای پشت مادر(درصورت نیاز)
- گذاشتن بالش برای زیر زانوها و یا بازوی مادر
- گذاشتن بالش روی ران ها و پائین شکم مادر بمنظور هم سطح نمودن شیرخوار با پستان یا حفاظت شکاف سزارین



۱.۳ اگر مادر به پهلو خوابیده است:

- احساس خستگی کمتر در این روش
- کمک به مادر برای خوابیدن به پهلو (در صورت نیاز) به منظور به پستان قرار گرفتن صورت شیرخوار
- گذاشتن بالش بین پاهای مادر بمنظور هم سطح نمودن با باسن و کاهش درد پشت
- استفاده از بالش برای پشت مادر(درصورت نیاز)
- گذاشتن یک حوله یا پتوی لوله شده در شکاف پشت شیرخوار که به پشت نچرخد
- حمایت پشت کودک توسط دست بالائی مادر

۱.۴ اگر مادر به پشت خوابیده است:

وضعیت مناسبی برای شیردهی نیست ولیکن ممکن است نیاز باشد(جراحی، حین و بعد از سزارین، جریان سریع شیر)،وزن شیرخوار به روی پستان مادر ممکن است دردناک باشد.درصورت قرار دادن سینه به سینه شیرخوار با مادر،چانه باید در پستان مادر فرو رفته باشد، سر کمی به عقب و بینی در تماس نزدیک به پستان

باشد. باید شیرخوار را در اصلاح پوزیش و نحوه چفت شدن به پستان کمک کرد و در صورت قراردادن نوزاد از پهلو باید بدن نوزاد را با پستان هم سطح نمود و توسط بازو و آرنج مادر پشت و گردن شیرخوار حمایت شود.

"بهترین وضعیت شیر دهی در ساعات اول پس از سزارین مادر به پشت خوابیده است."



انواع پوزیشن های شیر دهی:

تنها یک وضعیت صحیح شیردهی وجود ندارد بلکه باید خود مادر انتخاب کند که کدامین روش مناسب خود و شیرخوارش است. تشویق مادر به استفاده از وضعیت های مختلف شیردهی تا خودش بتواند روش مناسبش را با شیرخوار پیدا کند لازم است. در صورت اجبار و سخت نمودن وضعیت شیر دهی امکان بروز استرس روحی در مادر و نهایتاً تاخیر در شروع و یا قطع شیر دهی هست.

انواع وضعیت و پوزیشن های شیر دهی :

- بیولوژیک (مایل خوابیده به پشت)
- گهواره ای
- گهواره ای متقابل
- زیر بغلی
- خوابیده به پشت

شیر دهی در وضعیت بیولوژیک Biological nurturing یا مایل خوابیده به پشت:

- روش آسان و سریع و بدون نیاز به آموزش در کسب مهارت های شیر دهی
- شکم به شکم با مادر در وضعیت مایل به خوابیده به روی شکم مادر
- ایجاد واکنش ضد جاذبه و کمک به گرفتن بدون کمک و خود به خود پستان با تماس اولیه چانه و دهان پر از هاله

- روش کمک کننده در مادری که در Latch-on اشکال دارد
- شیردهی در وضعیت بیولوژیک این امکان را می دهد که شیرخوار خودش پستان را بگیرد .
- مادر بطور مایل با زاویه حدود ۳۵ درجه در وضعیت ساکرال به پشت خوابیده است.
- تمام بدن شیرخوار نیز با کمک نیروی جاذبه بطور مایل و خوابیده به شکم در تماس با شکم و قفسه سینه مادر است.
- صورت شیرخوار روی پستان و سرش کمی به طرف عقب متمایل می باشد.
- مادر می تواند پشت ، پهلو و یا زیر با سن شیرخوار را با دستش حمایت کند.



"مایل خوابیده به پشت(روش بیولوژیک)"

وضعیت گهواره ای (معمولی یا سنتی):

یکی از مرسوم ترین طرق نگهداشتن کودک برای شیردهی است سر شیرخوار در خم آرنج مادر قرار می گیرد و بدنش با ساعد مادر حمایت می شود.

وضعیت گهواره ای متقابل :

روشی مفید برای شیرخوارانی است که در پستان گرفتن مشکل دارند. استفاده از این روش در نوزادان نارس و کوچک که عضلات شل دارند و مادرانی که نوک پستان شان آزرده شده بهترین روش شیردادن می باشد. اگر از پستان چپ می خواهید کودک را شیر بدهید، او را با دست راست نگهدارید و بالعکس.

وضعیت زیر بغلی:

در این وضعیت، مادر می نشیند و سر نوزاد به طرف پستان و بدنش زیر بغل مادر در پهلو وی قرار می گیرد. باسن کودک روی بالشی نزدیک آرنج مادر است تا نوزاد را به سطح پستان برساند. در این وضعیت برای راحتی بیشتر، پشت شانه های خودتان هم بالش بگذارید و بعد از پستان گرفتن شیرخوار، تکیه دهید .

در شرایط خاص این روش توصیه می شود:

- مثل بزرگ بودن پستانها یا
- نوک پستان صاف یا فرورفته،
- عمل سزارین، بچه خواب آلود، مشکل یادگیری با تغذیه با شیر مادر،
- کودکان نارس و دوقلو و کودکانی که مکیدن ضعیف دارند



وضعیت گهواره ای متقابل



وضعیت زیر بغلی



وضعیت گهواره ای (معمولی یا سنتی)

وضعیت خوابیده به پهلو:

در این وضعیت مادر و کودک به پهلو روبروی هم میخوابند. میتوانی چند بالش زیر سر، پشت و زیر زانویی که به طرف بالا است بگذارید. بچه به پهلو و روبروی شما طوری قرار می گیرد که پشتش بر بازوی تان تکیه دارد و زانوهایش به طرف شما کشیده شده است. ممکن است لازم باشد که یک بالش کوچک، پتو یا حوله تا شده در پشت شیرخوار هم گذاشته شود. در مادرانی که سزارین شده اند گاهی لازم است برای محافظت بخیه ها، بین مادر و شیرخوار یک بالش کوچک یا یک حوله تا شده کوچکی قرار بگیرد.



وضعیت خوابیده به پشت :

در وضعیت خوابیده به پشت می‌توانید به یک پهلو غلطیده و از یک پستان شیر بدهید، سپس به پهلو دی‌گر غلطیده و از پستان دوم شیر بدهید. توصیه می‌شود راه‌های مختلف را تجربه کرده و آسانترین وضعیت را برای خود و کودک تان پیدا کنید، گذاشتن یک بالش زیر سر معمولاً لازم است. بعضی از مادران ترجیح می‌دهند چندین بالش یا کوسن را زیر بالاتنه و سر خود بگذارند تا این قسمت از بدن آنها بالاتر باشد. یک بالش زیر ران نیز راحتی بیشتری را فراهم می‌کند.



اهم مزایا و معایب پوزیشن های اصلی شیر دهی:

بیولوژیک	مزایا	احتیاط / معایب
	<p>تشویق شیرخوار به طبیعی شیرخوردن غریزی در مادری که در Latch_on اشکال دارد</p> <p>بخوبی موثر است</p> <p>تمامی بدن شیرخوار بدون به مادر چسبیده و نیاز به حمایت وزن وی نیست</p>	<ul style="list-style-type: none"> • مادر نگران افتادن شیرخوار است

گهواره ای	مزایا	احتیاط / معایب
	<ul style="list-style-type: none"> • اغلب استفاده میشود • مناسب در تغذیه طولانی و زمانی که شیرخوار رشد میکند 	<ul style="list-style-type: none"> • سر شیرخوار تکان می خورد و جابجا می شود • کنترل سر شیرخوار خوب نیست • امکان فشار و راندن پستان بطرف پائین و اختلال در Latch_on • امکان بیشتر در مکیدن فقط نوک پستان • توصیه به سوئیچ کردن از روش گهواره ای متقابل

گهواره ای متقابل	مزایا	احتیاط / معایب
	<ul style="list-style-type: none"> • ایده آل برای اوائل شیردهی و آموزش شیردهی (چفت شدن غیرقرینه) • کنترل سر شیرخوار خوب است • آوردن سر شیرخوار به طرف پستان به منظور گرفتن آن (Latch-on) آسان و خوب است 	<ul style="list-style-type: none"> • مادران کمتر با این روش آشنا هستند • اطمینان از سینه به سینه قرارگرفتن شیرخوار

زیر بغلی	مزایا	احتیاط / معایب
	<ul style="list-style-type: none"> • کنترل سر شیرخوار خوب است • آوردن سر شیرخوار به طرف پستان آسان و خوب است • ارجح در مادران با مشکل در (Latch-on) • بهترین روش برای دیده شدن هاله، نیپل و دهان شیرخوار • کمک کننده در جراحی، سزارین و پستان بزرگ 	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت تماس پای شیرخوار به پشتی مادر سرش را به عقب می کشد و ایجاد واکنش قدم زدن می کند

خوابیده به پهلو	مزایا	احتیاط / معایب
	<ul style="list-style-type: none"> • کمترین خستگی مادر • وضعیت خوب پس از جراحی سزارین 	<ul style="list-style-type: none"> • خطر خفگی شیرخوار بعلت نیاز به مصرف بالش زیاد و یا مادر خواب آلودگی مادر صورت مصرف دارو • اشکال (Latch-on) در زاویه ۹۰ درجه مادر با تخت • دیدن چگونگی چفت شدن دهان شیرخوار (Latch-on) به پستان مشکل است • مشکل دید مادر برای کمک به چفت شدن دهان شیرخوار به پستان

خوابیده به پشت	مزایا	احتیاط / معایب
 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت خوب پس از جراحی سزارین مفید در جریان شیرزیاد، گازگرفتن یا بعقب کشیدن یا افتادن زبان، ترکومالاسی و لارنگومالاسی. 	<ul style="list-style-type: none"> • نیاز به نگاهداشتن پیشانی شیرخوار با کف دست مادر به منظور جلوگیری از نیفتادن سر • نیاز به کنترل از تخلیه کامل پستان

نحوه در آغوش گرفتن و شیردادن دو قلوها:

برای برطرف نمودن نگرانی از نظر وقت و تولید شیر بیشتر، توصیه میشود تغذیه دو قلوها همزمان انجام شود. وضعیت شیرخوردن در این شیرخواران معمولا ترکیبی از روش های قبلی است. این روشها عبارتند از:

- روش زیر بغلی همزمان
- یکی زیر بغلی و یکی معمولی
- تغذیه هم زمان در وضعیت V
- روش متقابل و معمول
- روش موازی

روش زیر بغلی همزمان:

مادر نشسته است و هر دو شیرخوار زیر بغل او و روی بالشهای سفت قرار دارند. هر چه بالشها بالاتر باشند مادر راحتتر است. اگر مادر روی بلندی نشسته (صندلی پهن یا نیمکت) استفاده از چهارپایه زیر پایش سبب راحتی او میشود. این وضعیت برای مادر سزارین شده راحت تر است چون به بخیه ها فشار وارد نمی شود.



یکی زیر بغلی و یکی معمولی:

اگر مادر از بالش زیر ساعد خود و زیر شیرخوار استفاده کند، شیردهی آسانتر میشود. مادر با جابجا کردن شیرخواران میتواند با هر دو تماس چشمی داشته باشد. اگر یکی از شیرخواران در گرفتن پستان مشکل داشته باشد این روش یکی از راحت ترین روش ها است.



تغذیه هم زمان در وضعیت V:

مادر به حالت خوابیده یا نشسته طوری بچه ها را بغل می کند که سر بچه ها در سطح پستان است و بدن آنها به شکل V قرار می گیرد. این وضعیت برای تغذیه همزمان شبانه راحت است. مادر میتواند بالشی بشکل V تهیه کند. در جلو قرار میگیرد و تکیه گاه دوقلوها است. دوقلوها روی بالش قرار میگیرند تا به سطح پستان برسند و مادر خسته نشود.



روش متقابل و معمول:

در این روش مادر نشسته و بچه ها به صورت معمول یکی در آغوش مادر و دیگری رو به روی او قرار میگیرند. سر آنها در زاویه آرنج مادر است. یک بالش زیر آرنج مادر قرار میگیرد و شیرخوار روی آن تکیه میکند. این وضعیت در خارج از منزل و بدون بالش هم انجام میشود. چنانچه مادر دستهایش را به هم قفل کند وزن بچه ها را بهتر تحمل میکند.



مادر نشسته و تنه بچه ها در جهت یکدیگر است. یکی در وضعیت معمول شیردهی یعنی سر در زاویه آرنج مادر و تنه اش در عرض بغل مادر قرار دارد و تنه شیرخوار دیگر به موازات و خارج از بدن مادر است و سرش با دست و بازوی او حمایت میشود. قراردادن بالشها زیر آرنج مادر و در آغوش او این وضعیت را راحتتر میکند.

یکی از مهمترین و موثرترین عمل در موفقیت تغذیه با شیرمادر آموزش های وضعیت شیردهی صحیح است (از همان ساعات اولیه پس از تولد). تنها و یک وضعیت صحیح شیردهی وجود ندارد بلکه باید خود مادر انتخاب کند که کدامین روش مناسب خود و شیرخوارش است. تشویق مادر به استفاده از وضعیت های مختلف شیردهی تا خودش بتواند روش مناسبش را با شیرخوار پیدا کند. در صورت اجبار و سخت نمودن وضعیت شیردهی امکان بروز استرس روحی در مادرو نهایتا تاخیر در شروع و یا قطع شیردهی هست.

دفعات ضروری دوشیدن شیر:

دفعات دوشیدن بستگی دارد به اینکه شیر به چه منظوری دوشیده می شود :

۱- برای برقراری شیردهی به منظور تغذیه نوزاد کم وزن یا بیمار و نوزادی که قادر به مکیدن نیست : مادر باید در صورت امکان در روز اول و در اولین فرصت ممکن پس از زایمان (در ۶ ساعت اول)

شیرش را بدوشد در ابتدا ممکن است ۱۰-۵ دقیقه دوشیدن لازم باشد تا یک قاشق مرباخوری آغوز به دست آید. معده نوزاد خیلی کوچک است و هر ۲-۱ ساعت آغوز به مقدار کم تمام نیازهای او را برطرف می کند. سپس به دفعاتی که شیرخوار باید در روز شیر بخورد، مادر هر چقدر می تواند شیرش را بدوشد. حداقل ۳ ساعت یکبارشیرش را در شبانه روز بدوشد.

۲- برای حفظ و افزایش تولید شیر به منظور تغذیه شیرخوار بیمار: مادر باید هر ۳ ساعت یکبار (حداقل ۶بار) و حداقل ۲۰ دقیقه در هر بار شیرش را بدوشد و حداقل یکبار آن در شب باشد.

۳- برای برقراری تولید شیر، اگر بنظر می آید که بعد از چند هفته تولید شیرش کم شده است: چند روز به دفعات مکرر (هر دو ساعت یا هر یک ساعت یکبار) و شب ها نیز حداقل هر ۳ ساعت یکبار مادر شیرش را بدوشد

۴- برای تامین شیر به منظور تغذیه شیرخوار، هنگامی که مادر سر کار است: تا حد امکان قبل از اینکه سر کار برود باید شیرش را بدوشد و برای شیرخوار کنار بگذارد. دوشیدن شیر، هنگام حضور مادر در محل کار هر ۳ ساعت لازم است. این شیر را می تواند ذخیره کرده و برای تغذیه شیرخوار به خانه بیاورد.

۵- برای تسکین و تخفیف علائمی نظیر پری و احتقان پستان ها و نشت شیر از آن ها در محل کار: مادر فقط در حد لزوم و تسکین و تخفیف پستان ها شیرش را بدوشد. اگر می خواهد آرنول را نرم کند که شیرخوار آنرا بگیرد ممکن است نیاز به ۳ یا ۴ بار فشردن داشته باشد، چنانچه مادر در حال بازکردن یک مجرای مسدود است فشردن و ماساژ باید تا برطرف شدن توده انجام شود.

شیر دوش برقی / پمپی:

شیردوش ها همیشه عملی، قابل دسترس و یا قابل استفاده نیستند بنابراین آموختن دوشیدن دستی ارجح است. تحریک بازتاب جهش شیر (رفلکس اکسی توسین) قبل از دوشیدن اهمیت دارد. شیردوش های برقی بزرگ قادرند هر دو پستان را هم زمان بدوشند. این شیردوش ها سطح پرولاکتین را بالا می برند و برای زمانی که شیر زیاد مورد نیاز است یا مادر کمبود وقت دارد مفید هستند. در مواقع احتقان شدید هم استفاده از شیردوش برقی بیشتر کاربرد دارد. از هر نوع شیردوشی که استفاده می کنید باید میزان مکش مناسبی داشته باشد. مکش زیاد نمی تواند شیر بیشتری خارج کند و ممکن است پستان را صدمه بزند.

شیردوش باید مثل مکیدن شیرخوار عمل کند یعنی مکش های اولیه کوتاه و سریع و سپس دوشیدن هایش طولانی تر و آهسته تر شود. اگر شیردوش نوع سیلندری دستی است دسته ی آن را بکشید و مکش ایجاد کنید که ناراحت کننده نباشد و نگهدارید تا شیر به آهستگی جاری شود. اگر شیر جریان دارد لازم نیست پمپ کردن را ادامه دهید. اگر با شیردوش مقدار ناچیزی شیر بدست می آید، شیردوش را کنترل کنید. روش دوشیدن را کنترل کنید و اگر لازم است رفلکس اکسی توسین را تحریک کنید و به مادر نگوئید که او شیر ندارد

مطمئن شوید که مادر می تواند دستگاه را استریل کند. از شیردوش دستی که ته آن بادکنک لاستیکی دارد (و شکل بوق دوچرخه است) استفاده نکنید. چون اولاً "نوک پستان را صدمه می زند، ثانیاً تمیز کردن آن مشکل است و ثالثاً نمی توان شیر آن را برای تغذیه شیرخوار به کاربرد.

شیر دوش برقی



شیر دوش دستی پمپی



"شیر دوش دستی (شبیبه بوق دوچرخه)"



مقدار شیری که باید به شیرخوار بدهید :

- به شیرخوارانی که وزنی کمتر از ۲.۵ کیلوگرم هنگام تولد دارند (LBW) :
 با ۶۰ میلی لیتر شیر برای هر کیلوگرم وزن بدن شروع کنید. حجم کل شیر را به میزان ۲۰ میلی لیتر به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن در روز افزایش دهید تا وقتی که شیرخوار کلاً ۲۰۰ میلی لیتر شیر به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن در روز دریافت کند.

این مقدار شیر را به ۸-۱۲ وعده تقسیم کنید، یعنی هر ۲-۳ ساعت یک بار تغذیه شود. به شیردهی ادامه دهید تا این که وزن شیرخوار به ۱۸۰۰ گرم یا بیشتر برسد و تغذیه با شیرمادر بطور کامل انجام شود. دریافت شیر ۲۴ ساعته شیرخوار را کنترل کنید. میزان تغذیه شیرخوار در هر وعده ممکن است متفاوت باشد. نوزادان *LBW* طی روزهای اول فقط مقدار خیلی کمی شیر نیاز دارند. اگر مادر بتواند حتی مقدار کمی آغوز بدوشتد و به نوزادش بدهد، تقریباً تمامی نیازهای او را برطرف خواهد کرد.

- به شیرخوارانی که وزن ۲.۵ کیلوگرم یا بیشتر دارند:

۱۵۰ میلی لیتر شیر برای هر کیلوگرم وزن بدن در روز بدهید این شیر را به ۸ وعده که هر ۳ ساعت داده میشود، تقسیم کنید.

نکته: میزان شیری که شیرخوار در هر وعده دریافت می کند، بر حسب روش های مختلف تغذیه متفاوت است. به کودک اجازه دهید خودش تعیین کند که دریافت چه مقدار شیر برای او کافی است. اگر شیرخوار مقدار کمی شیر می خورد، در نوبت بعدی تغذیه، شیر بیشتری به او بدهید یا وعده بعدی تغذیه او را زودتر انجام دهید؛ به خصوص اگر علائم گرسنگی را نشان می دهد. اگر مادر مقدار کمی شیر تولید می کند، باید مطمئن شوید که تمام آن را به کودکش می دهد. به مادر کمک کنید که احساس کند همین مقدار کم شیر به خصوص برای پیشگیری از عفونت ها با ارزش است. این کار به اعتماد به نفس وی کمک کرده و در نتیجه شیر بیشتری تولید می کند. بسیاری از مادران، ابزاری برای اندازه گیری حجم شیر ندارند. شما باید به مادر توضیح دهید فنجانی که برای تغذیه نوزاد به کار می برد گنجایش چه میزان شیر را دارد و در هر وعده چقدر شیر باید به او بدهد.

• **مواردی که بطور طبیعی نیاز به افزایش شیر مادر است عبارتند از:**

➤ **در اولین تغذیه با شیرمادر در همان ساعت اول پس از تولد که باعث:**

• تحریک تولید شیر

• رضایت بیشتر نوزاد می گردد

➤ **در روزها و هفته های اول پس از تولد**

• هفته اول ۱۰ برابر افزایش شیرمادر داریم بطوریکه تولید شیر از ۳۰ میلی لیتر در روز اول تا

۳۵۵ میلی لیتر روزانه در روز پنجم (۹۰۰-۲۰۰ گرم در روز) می رسد.

• هفته دوم و سوم تولید شیر به ۷۵۰ میلی لیتر روزانه می رسد

- هفته چهارم حتی تولید شیر به ۱۰۳۰ میلی لیتر روزانه می رسد

➤ در روزهای طغیان اشتها "رشد سریع یا جهش رشد"،

- روزهایی که بیشتر شیر می خورد، در ۲هفتگی-۶هفتگی-۳ ماهگی

هر وقتی که شیر خوار کمتر شیر بخورد باید در مرحله بعدی شیر بیشتری بخورد.

امتناع شیر خوار از گرفتن پستان:

بسته به سن شیر خوار، امتناع شیر خوار از گرفتن پستان وجود دارد که این امر می تواند در :

- روزها و هفته های اول تولد
- گروه سنی ۱-۳ ماهگی
- گروه سنی ۳ ماهگی به بعد، باشد.

علت امتناع شیر خوار از گرفتن پستان در روزها و هفته های اول تولد:

۱. عوامل مربوط به تولد شامل: شروع با تأخیر شیردهی، فشردن سر نوزاد به پستان، ساکشن خشن دهان، لوله گذاری، صدمات زایمانی فورسپس و اکیوم، شکستگی ترقوه، سرسر کردن، تمایل به پهلوی راست شیر خوردن
 ۲. مصرف دارو در زمان زایمان
 ۳. عفونت، آسیب مغز
 ۴. ناهنجاری های دهان و بینی، وضعیت نادرست شیردهی
 ۵. زخم نوک پستان، احتقان و عفونت پستان، برفک دهان،
 ۶. سر درگمی در گرفتن نوک پستان (پستانک و بطری و محافظ نوک پستان)
- اگر نوزاد از روز اول پستان مادر را نگیرد باید از نظر تمام مشکلات پزشکی و بیماریها معاینه شود: مثل شکستگی ها و احساس درد، خواب آلودگی در ابر داروهای تجویز شده برای مادر موقع زایمان و کاهش قدرت مکیدن نوزاد، با خشونت جابه جا کردن یا فشردن نوزاد به پستان در تغذیه های اول و در نتیجه بیزاری وی از پستان، وضعیت نادرست بغل کردن و گرفتن پستان باید مورد توجه قرار گیرند.
- در روزهای دوم تا چهارم، احتقان پستان مادر، بازتاب قوی جهش شیر (رگ کردن شدید پستان) و یا تأخیر یا مهار آن را باید در نظر گرفت.

اگر امتناع در بین هفته های اول تا چهارم عمر باشد، می تواند بععل سردرگمی در گرفتن پستان (بخاطر استفاده از بطری و پستانک)، زخم نوک پستان ناشی از وضعیت نادرست شیردهی، احتقان پستان مادر، برفک دهان، عفونت گوش نوزاد، حساسیت به مواد غذایی یا دارویی خورده شده توسط مادر و تغییر مزه شیر باشد.

علت امتناع شیرخوار از گرفتن پستان در ۱-۳ ماهگی

۱. **امتناع در اول شیردهی** : علت می تواند سردرگمی در گرفتن نوک پستان، نوک پستان صاف یا فرورفته، احتقان و عفونت پستان، مهار یا تاخیر در جهش شیر، وضعیت نادرست شیردهی و دل دردهای قولنجی (کولیکی) در موقع شیرخوردن باشد.
۲. **امتناع در اواسط و یا اواخر شیردهی** : بعلت جهش زیاد شیر یا کاهش آن، گرفتگی بینی، نیاز به آروغ زدن یا دفع گاز و دل درد کولیکی است.

علت امتناع شیرخوار از گرفتن پستان از ۳ ماهگی به بعد می تواند بعلت:

- کاهش تمایل به شیر خوردن در اثر مصرف زودتر از موعد غذای کمکی، آب میوه یا آب و همچنین در شیرخواران بزرگتر به علت مصرف بیش از معمول غذا،
- برآشفستگی و بازیگوشی شیرخوار و توجه بیشتر او به محیط اطراف و یا دندان درآوردن و محیط ناآرام، سروصدا باشد.

دانستن این که شیرخوار در چه مرحله ای، از شیرخوردن امتناع مینماید، به تشخیص علت کمک میکند:

اگر شیرخوار در اول تغذیه (قبل از این که شیرمادر جاری شود) از گرفتن پستان امتناع نماید، ممکن است سر درگمی در گرفتن پستان، وضعیت نادرست شیردهی و به پستان گذاشتن، نوک پستان صاف یا فرو رفته، مهار یا تاخیر جهش شیر، عفونت گوش یا کاهش قدرت مکیدن از علل آن باشند.

اگر شیرخوار، بعد از جاری شدن شیر، پستان را رها کند، جهش زیاد شیر یا کاهش آن و یا بسته بودن سوراخ بینی به علت عفونت تنفسی ممکن است عامل آن باشد. در صورتی که سرعت بازتاب جهش شیر زیاد باشد، شیرخوار احساس خفگی می کند و به سختی قادر به شیرخوردن میباشد.

اگر این امتناع در اواخر هر وعده تغذیه از پستان مادرباشد، احتمال دارد به دلیل نیاز بچه به آروغ زدن یا دفع گاز باشد.

تدابیر لازم برای مقابله امتناع شیر خوار از گرفتن پستان شامل موارد ذیل می باشد:

۱. **تلاش در درمان علت :**

- اصلاح وضعیت شیردهی و صحیح گرفتن پستان
- در موارد جریان شیرزیاد (وضعیت به پشت خوابیده مادر در زمان شیردهی)
- در صورت احتقان (دوشیدن کمی شیر قبل از شیر دادن ، کاهش ادم هاله...)
- درمان درد و مشکلات دهان یا برفک
- کمک به مادر در نگهداشتن شیرخوار آسیب دیده در وضعیت بدون درد
- عدم استفاده از پستانک و سرشیشه (استفاده از فنجان در صورت نیاز)
- اجتناب از تغییر در طعم شیر یا بوی پستان مادر

۲. تماس پوست با پوست بین مادر و شیرخوار را در یک محیط آرام

۳. وقتی شیرخوار در حال گریه است او را به زور به پستان نگذارید

۴. دوشیدن شیرمادر و استفاده موقت از قاشق و فنجان تا گرفتن پستان

۵. شیردادن در وضعیت های مختلف

۶. شیردادن بیشتر در شب و هنگام خواب آلود بودن شیرخوار

۷. نوازش و بغل نمودن ماساژ بدن قبل از شیردادن

۸. گاه شیر دادن در حمام گرم

چگونه شیرخوار را به گرفتن پستان ترغیب نمایید:

قبل از هر اقدام باید اطمینان حاصل کنید که شیرخوار حقیقتاً از گرفتن پستان امتناع میکند. چون گاهی مادران رفتار طبیعی شیرخوار را به امتناع از گرفتن پستان تعبیر می نمایند. به این منظور به نکات زیر توجه کنید:

- دفعات شیرخوردن واقعی شیرخوار در طی ۲۴ ساعت: شیرخوار ممکن است به مقدار کم و دفعات بیشتر یا به مقدار بیشتر و دفعات کمتر شیر بخورد.
- ارزیابی وضعیت شیرخوار از نظر کفایت دریافت شیر: حداقل ۶ کهنه پارچه‌ای خیس شده با ادرار بی بو و روشن در ۲۴ ساعت و داشتن پوستی لطیف و شاداب معمولاً نشانگر دریافت کافی شیر (در صورت تغذیه انحصاری شیرخوار با شیرمادر) میباشد.

▪ توجه به رفتار شیرخوار در فواصل تغذیه: آیا خشنود و راضی است؟ یا به آسانی آشفته میشود و یا بیمار به نظر میرسد.

▪ توجه به وضعیت در آغوش گرفتن و شیرخوردن و مکیدن شیرخوار:

- آیا شیرخوار را در وضعیت مناسبی به پستان گذاشته شده به طوری که سینه و زانوی او روی سینه و شکم مادر، دهان شیرخوار هم سطح نوک پستان و چانه وی روی پستان قرار می گیرد؟

- آیا دهان شیرخوار کاملاً باز میشود تا بتواند پستان را به خوبی بگیرد (به سبب صاف شدن نوک پستان در

احتقان پستان گرفتن برای شیرخوار مشکل میشود).

ضمیمه فصل ۱۲:

جداول ارزیابی تغذیه:

جدول ۱) وضعیت مطلوب تغذیه با شیرمادر در ۳-۵ روزگی:

جریان شیرمادر در ۳-۵ روزگی افزایش یافته است. ضمن برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد، تغذیه با شیرمادر باید طی ساعت اول تولد آغاز گردیده و ادامه یابد. تولید شیر روندی است که در آن غدد پستانی توانایی ترشح شیر پیدا می کنند. به این روند مرحله دوم لاکتوژنز یا ساخت شیر گفته می شود. این مرحله همراه با زایمان آغاز شده و شامل تغییرات بهم پیوسته ای است که به موجب افزایش تولید شیر می شود. اصطلاح آمدن شیر، به افزایش قابل ملاحظه حجم شیر که حدود ۴۰ ساعت پس از زایمان روی می دهد، گفته می شود. احساس مادر از به شیر آمدن با بزرگ شدن پستان، پر شدن و سفت شدن آن و نشت آغوز/ شیر همراه است. تغییرات حجم پستان در اکثر زنان بین دومین تا پنجمین روز بعد از زایمان اتفاق می افتد که در نخست زها دیرتر از چندزها رخ می دهد.

چون عبارت «به شیر آمدن» ممکن است در ذهن مادر مترادف با عدم کفایت شیر در روز اول بعد از زایمان باشد بهتر است از بکار بردن این عبارت خودداری شود. از مادر این طور سوال می کنیم که آیا جریان شیر زیاد شده است؟

اگرچه مقدار شیر در طی دو روز اول بعد از زایمان کم است ولی معمولاً مقدار کلستروم (آغوز) برای تامین نیازهای شیرخوار کافی است. در طول این مرحله و بعد از آن تداوم تولید شیر به برداشت منظم شیر از پستان بستگی خواهد داشت. مادرانی که شیرخوار خود را با پستان تغذیه نمی کنند نیز روند پری پستان را تجربه می کنند.

-در مورد عوامل محدود کننده تخلیه پستان ها مانند پستان به دهان گرفتن نادرست شیرخوار، درد شدید نوک پستان یا فاصله های طولانی بین وعده های شیرخوردن یا دوشیدن شیر، غربالگری و مداخله بموقع داشته باشید تا از کاهش قابل ملاحظه حجم شیر در این مرحله پیشگیری شود.

-عوامل خطر موثر در تاخیر لاکتوژنز ۲ شامل: زایمان اول، سزارین اورژانس، طولانی شدن مرحله ۲ زایمان، دیابت مادر، چاقی مادر، سن بالای مادر و خوب شیر نخوردن شیرخوار است. این مادران نیاز به توجه خاص دارند.

- چنانچه مادر تاخیر در شیرسازی دارد و جریان شیرش برقرار نشده، باید او را به تحریک مکرر پستان و برداشت شیر از پستان ترغیب کنید او قادر خواهد شد طی روزهای ۱۰-۷ بعد از زایمان شیر

- کافی تولید کند. این مادران نیاز به حمایت مداوم داشته و تا زمانی که تغذیه کامل پستانی میسر گردد باید وزن گیری شیرخوارشان پایش شود.

ادامه جدول ۳) کفایت تغذیه با شیر مادر، ناکافی بودن واقعی یا ذهنی شیرمادر

راه های دیگر تشخیص کفایت شیرمادر در شیرخوارانی که فقط شیرمادر می خورند و تا زمانی که بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه می شوند، عبارتند از:

- روز اول حداقل یک کهنه مرطوب با ادرار کم رنگ، یک نوبت مدفوع در ۲۴ ساعت به رنگ سیاه (رنگ مکونیوم)
- روز دوم حداقل ۲ کهنه مرطوب با ادرار کم رنگ، ۲ نوبت مدفوع در ۲۴ ساعت به رنگ سیاه (رنگ مکونیوم)
- روز سوم حداقل ۳ کهنه مرطوب با ادرار کم رنگ، ۳ نوبت مدفوع در ۲۴ ساعت به رنگ بین سیاه و زرد (بینابینی)
- از روز چهارم به بعد ۸-۶ کهنه مرطوب (۶-۵ پوشک) یا بیشتر با ادرار کم رنگ، مدفوع ۸-۳ بار در ۲۴ ساعت (به رنگ زرد و دانه دانه).
- بعد از یک ماهگی دفعات اجابت مزاج کاهش می یابد و ممکن است هرچند روز یک بار، یک اجابت مزاج نرم و حجیم داشته باشد.

اگر با توجه به « نشانه های کفایت شیر » مشخص شده شیرخوار شیر کافی دریافت نمی کند، به مادر کمک کنید:

۱. از مهارت های مشاوره برای گرفتن شرح حال تغذیه ای استفاده کنید. (به مبحث مهارتهای مشاوره در راهنما مراجعه کنید)
۲. یک وعده تغذیه با شیرمادر را برای کنترل وضعیت بغل کردن شیرخوار، نحوه پستان گرفتن او و پی بردن به برقراری تماس عاطفی یا امتناع شیرخوار از شیرخوردن ارزیابی کنید.
۳. از مهارت های مشاوره برای تعیین بیماری یا ناهنجاری جسمی مادر و شیرخوار استفاده کنید.
۴. بر اساس علل نا کافی بودن شیر (عوامل مربوط به مادر، مربوط به شیرخوار، مربوط به تغذیه با شیرمادر با توجه به راهنما) چند پیشنهاد به مادر بدهید.

۵. بطور مداوم ترتیب دیدار مجدد با مادر را بدهید. در صورت امکان تا زمانی که کودک وزن بگیرد و مادر اعتماد به نفس پیدا کند. در صورت امکان هر روز آنها را ببینید. وزن گیری کودک ممکن است ۷-۳ روز طول بکشد.

اگر با توجه به « نشانه های کفایت شیر » مشخص شده شیرخوار شیر کافی دریافت می کند اما مادر تصور می کند که شیر کافی ندارد:

با توجه به ارزیابی شما که شیرخوار خوب رشد کرده از مادر قدردانی کرده، سپس تا کید کنید که رفتارهای مختلف شیرخوار را قبل از بررسی به حساب نا کافی بودن شیر خود نگذارد و سر خود تغذیه کمکی را شروع نکند.

۱. از مهارت های مشاوره برای گرفتن شرح حال تغذیه ای استفاده کنید. سعی کنید علت تردید مادر به کافی نبودن شیرش را دریابید.

۲. یک وعده تغذیه با شیرمادر را برای کنترل وضعیت بغل کردن شیرخوار، نحوه پستان گرفتن او و پی بردن به برقراری تماس عاطفی یا امتناع شیرخوار از شیرخوردن ارزیابی کنید.

۳. مادر را به خاطر موارد درستی که در تکنیک شیردهی و رشد و تکامل کودکش رعایت کرده تایید و تشویق کنید. عقاید اشتباه مادر را هم بدون اینکه انتقاد تندی داشته باشید اصلاح کنید.

۴. شیرخوار در مراحل از رشد (موقع رشد سریع یا جهش رشد؛ حدود ۳-۲ هفتگی، ۶-۴ هفتگی و ۳ ماهگی) تقاضای بیشتری برای شیرخوردن دارد. در این مراحل، شیردهی مکرر منجر به افزایش شیرمادر ظرف ۲ یا ۳ روز خواهد شد.

۵. بطور مداوم ترتیب دیدار مجدد با مادر را بدهید. ممکن است این مادران تغذیه شیرخوار با سایر شیرها، غذاها و مایعات را شروع کنند، لذا نیاز به حمایت زیادی دارند تا اعتماد به نفس خود را مجدداً به دست آورند.

۶. تا کید کنید بهترین راه افزایش شیرمادر، مکیدن موثر و مکرر شیرخوار است و در صورت عدم تغذیه مکرر از پستان بهره ر علت، تخلیه مرتب پستان از طریق دوشیدن شیر است.

۷. بهترین شیر کمکی برای شیرخوار شیردوشیده شده مادر است که در پایان هر وعده تغذیه از پستان دوشیده میشود.

جدول ۲) راههای حفظ و تداوم شیردهی

مادر را برای حفظ و تداوم شیردهی راهنمایی کنید :

رعایت وضعیت صحیح تغذیه با شیر مادر: به راهنمای وضعیت صحیح بغل کردن و پستان گرفتن شیرخوار مراجعه شود. (جدول ۱۵)

تکرر شیردهی: شیردهی باید مکرر و برحسب میل و تقاضای شیرخوار هر زمان و هر چقدر که میل دارد باشد. توصیه میشود دفعات شیر خوردن ۱۰-۱۲ بار در شبانه روز بوده و نباید کمتر از ۸ بار باشد. شیرخوار از هر دو پستان تغذیه شود. در صورت جدایی مادر و نوزاد، با تقلید از رفتار تغذیه ای شیرخوار، شیر مادر باید به تعداد دفعات تغذیه او دوشیده شود. به رفتار تغذیه‌های شیرخواران نیز باید توجه داشت (جدول ۹)

شیردهی در شب: با توجه به بالا بودن سطح هورمون پرولاکتین در خون هنگام شب، توصیه میشود شیرخوار در طول شب نیز با شیرمادر تغذیه شود.

تخلیه کامل پستان: به شیرخوار اجازه دهید مدت شیر خوردن در هر وعده را خودش تنظیم کند و به مکیدن ادامه داده و خود پستان را رها کند تا شیر پسین را که برای رشد او ضروری است دریافت کرده و پستان تخلیه شود. مدت شیر خوردن بستگی به میل شیرخوار دارد، معمولاً شیرخوار هر پستان را ۱۵-۱۰ دقیقه می مکد اما در مورد مدت هر وعده شیردهی نباید محدودیتی قائل شد.

تغذیه از دو پستان و بطور متناوب: از ابتدا نوزاد باید از هر دو پستان تغذیه شود و تا زمان برقراری کامل شیرمادر و اطمینان از کافی بودن حجم شیر و مناسب بودن منحنی رشد، این رویه ادامه یابد. شیرخوار در هر نوبت به تناوب تغذیه از یک پستان را شروع کرده و تا تخلیه کامل ادامه داده و سپس به پستان دیگر گذاشته شود.

بیدار کردن شیرخوار برای تغذیه: اگر شیرخوار بیدار نشود باید بعد از ۳ ساعت او را بیدار کرد و شیر داد تا با تغذیه مکرر وی جریان شیر برقرار شود. روشهای بیدار کردن شیرخوار خواب آلود را به مادر آموزش دهید.

هم اتاقی مادر و شیرخوار و عدم جدایی: هم اتاقی مادر و شیرخوار به صورت تمام وقت و شبانه روزی رعایت گردد که موجب برقراری و بهبود روابط عاطفی و تغذیه مکرر شیرخوار برحسب تقاضای وی می شود. در صورت بستری شدن مادر یا شیرخوار نیز باید امکاناتی فراهم شود که مادر و شیرخوار در کنار هم باشند. جدایی بعلت اشتغال مادر با تمهیدات لازم می تواند با تداوم شیردهی همراه باشد.

عدم شروع زود هنگام تغذیه تکمیلی: اضافه کردن مواد غذایی غیر از شیر به رژیم غذایی شیرخوار باید در موقع مناسب (از پایان ۶ ماهگی یا ۱۸۰ روزگی) با مواد غذایی متناسب و به تدریج انجام گیرد.

جلوگیری از استرس و نگرانی مادر: مشاوره با مادران شیرده جهت مشخص کردن علت استرس و نگرانی از جمله عدم حمایت از مادران شیرده توسط کارکنان بهداشتی و خانواده. عدم اعتماد به نفس مادر برای تغذیه شیرخوار و جدایی مادر و شیرخوار و..... انجام شود و مادر مورد حمایت و کمک قرار گیرد.

جلوگیری از سردرگمی شیرخوار: عدم استفاده از بطری و پستانک، عدم استفاده از مواد غذایی دیگر به جز شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی مگر اندیکاسیون داشته باشد، استفاده از قاشق، فنجان در صورت اجبار به تغذیه شیرخوار با شیر دوشیده شده یا سایر شیرها آموزش داده شود.

عدم استفاده از قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری: به منظور جلوگیری از عدم ترشح شیر از قرص های هورمونی (ترکیبی استروژن و پروژسترون) تا ۶ ماهگی شیرخوار نباید استفاده کرد. به منظور پیشگیری از بارداری در صورت قاعده نشدن مادر شیرده و تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر میتوان از روش شیردهی و قرص لاینسترنول و در غیر این صورت از آمپول دپومدروکسی پروژسترون استات و سایر روشهای غیر هورمونی استفاده کرد .

جلوگیری از کار زیاد و خستگی مادر: برای جلب حمایت همسر از شیردهی، دخالت دادن اعضای خانواده و به خصوص همسر در مراقبت از شیرخوار یا انجام کارهای دیگر برای ادامه شیردهی از پستان مشاوره کنید. مادر باید برای دوشیدن پستانهایش برنامه ریزی نماید تا تولید شیر ادامه یابد و شیر ذخیره شده برای تغذیه شیرخوار در غیاب مادر استفاده گردد .

رژیم غذایی مادر شیرده: مادر باید مواد غذایی و مایعات را به مقدار کافی با رعایت تنوع و تعادل مصرف کند. (طبق جدول نکات مهم در مورد سلامت و شیردهی مادر)

جدول ۴) اگر کودک شیر مادر خوار زیر ۶ ماه شیر کمکی یا مایعات و غذای دیگری هم می خورد:

- به مادر اطمینان دهید که خود می تواند شیر مورد نیاز کودکش را تولید کند.
- شرح دهید بطور مکرر روز و شب و دفعات طولانی کودک را به پستان بگذارد و در کنار کودکش باشد.
- همانطور که تغذیه او با شیرمادر را بیشتر می کند از مقدار شیر کمکی بتدریج کم کند تا هنگامی که فقط و بطور کامل با شیرمادر تغذیه شود.
- برای پایش رشد شیرخوار مراجعه کند.
- به هیچ وجه از بطری استفاده نکند.
- اگر مادر مجبور است علاوه بر شیرمادر، شیر کمکی هم به شیرخوار بدهد موارد زیر را توصیه کنید:
- تغذیه با شیر مادر را حتی شبها ادامه دهد.
- بهترین شیر کمکی شیر دوشیده شده مادر است. آخر هر وعده تغذیه شیرخوار، شیرش را بدوشد و با فنجان به شیرخوار بدهد.
- در صورت استفاده از شیرمصنوعی مطمئن شوید جانشین شونده مناسبی انتخاب کرده و به درستی استفاده می کند.

جدول ۸) امتناع شیرخوار از گرفتن پستان

علت امتناع کودک از شیر خوردن را تشخیص دهید.

انواع مختلف امتناع شیرخوار از گرفتن پستان عبارتند از:

- گاهی اوقات شیرخوار پستان رامیگیرد، اما نمیتواند خوب بمکد یا شیر را قورت دهد یا مکیدن او خیلی ضعیف است.

• گاهی اوقات شیرخوار، هنگامی که مادرش سعی می کند پستانش را در دهان او بگذارد و شیر دهد، گریه می کند و پستان را نمی گیرد.

• گاهی شیرخوار برای یک دقیقه می مکد سپس با احساس خفگی پستان را رها می کند و یا گریه می کند، او ممکن است این عمل را در هر وعده شیر خوردن چندین بار انجام دهد.

• گاهی اوقات شیرخوار یک پستان را می گیرد، ولی از گرفتن پستان دیگر امتناع می کند.

بسیاری از علل امتناع شیرخوار به یکی از موارد زیر مربوط می شود:

• شیرخوار بیمار است، درد دارد یا دچار رخوت ناشی از داروهای مسکن است: (عفونت، آسیب مغزی، درد ناشی از صدمات (وا کیوم، فورسپس)، انسداد بینی، درد یا زخم دهان ناشی از برفک، دندان درآوردن)

• اشکالی در تکنیک شیردهی وجود دارد: (استفاده از بطری، گول زنک، خوب نگرفتن پستان، فشار بر پشت سر شیرخوار هنگام شیردهی، تکان دادن پستان ها توسط مادر، محدود کردن مدت زمان تغذیه، اشکال در هماهنگی مکیدن و بلع)

• تغییراتی منجر به آشفتگی شیرخوار شده است: (جدایی مثل بازگشت مادر به سرکار، مراقبت کننده جدید، تعدد مراقبین، تغییر در وضعیت خانوادگی و رفتارهای روزمره، بیماری مادر، مشکل پستانی مادر مانند ماستیت، قاعدگی مادر، تغییر در بوی مادر)

• امتناع از شیر خوردن، ظاهری و غیر واقعی است: (در دوره نوزادی رفتار جستجوی پستان، در ۸-۴ ماهگی کنجکاو شیرخوارو جلب توجه او به محیط، بعد از یک سالگی خود را از شیر گرفتن)

• عواملی که در بخش گریه شیرخوار ذکر شد می تواند سبب امتناع گردد.

• سرما و گرمای بیش از حد محیط: هیپوترمی و هیپرترمی میتوانند باعث بی حالی و کم شدن فعالیت نوزاد و مکیدن ضعیف شیرخوار شود. از علائم هیپوترمی نوزاد بی حالی و کم شدن فعالیت نوزاد، گریه ضعیف، مکیدن ضعیف، سردی دستها و پاها قبل از سرد شدن بدن می باشد.

توصیه ها بر حسب علت

• هیپوترمی یک علامت خطرناک است لذا ضمن گرم نمودن شیرخوار به بررسی حال عمومی و اندازه گیری درجه حرارت بدن او هر ۱۵ دقیقه یک بار پرداخته و در صورت وجود علائمی نظیر بی حالی، خوب شیر نخوردن و... لازم است سریعاً ارجاع داده شود. قرار دادن نوزاد در آغوش مادر (تماس پوست با پوست) ، تأمین درجه حرارت مناسب

اتاق (برای شیرخواران کمتر از ۲ کیلوگرم ۲۸ درجه سانتی گراد و وزن بیشتر از ۲ کیلوگرم ۲۵ درجه سانتی گراد) ، جلوگیری از کاهش حرارت بدن از طریق تشعشع، تبخیر، تماس و جریان هوا با پوشش گرم و کافی.

• **دندان در آوردن شیرخوار:** شیرخوار برای مدت کوتاهی می مکد، سپس از مکیدن منصرف شده و گریه میکند. مادر را تشویق به صبر و بردباری نمایید.

• **گرفتگی بینی (با ترشحات بینی):** شیرخوار برای مدت کوتاهی می مکد، سپس از مکیدن منصرف شده و گریه میکند. نحوه تمیز کردن بینی را به مادر بیاموزید. در این گونه موارد، دفعات تغذیه بیشتر از معمول اما با زمان کوتاه (برای یکی دو روز) را توصیه کنید. (چنانچه در تغذیه شیرخوار اختلال ایجاد کند و به زودی برطرف نشود، شیرخوار باید ارجاع داده شود)

• **زخم دهان (عفونت کاندیدائی «برفک»):** در این حالت شیرخوار برای مدت کوتاهی پستان را می مکد، سپس از مکیدن منصرف شده و گریه میکند. برای درمان به بخش برفک مراجعه شود.

• **اشکال در روش شیردادن:** دادن شیر با بطری، یا استفاده از پستانک، وضعیت نادرست شیردادن و گرفتن پستان توسط شیرخوار، فشار به پشت سرشیرخوار (این فشار باعث عصبانیت او میشود) و محدود کردن زمان و طول مدت شیردادن و اشکال در هماهنگی مکیدن شیرخوار و تکان دادن پستان یا شیرخوار در هنگام شیر خوردن. با شناسایی و رفع علت میتوان به شیرخوار کمک کرد.

• **جریان سریع شیر:** رفلکس قوی جهش شیر که موجب جریان سریع شیر و ریختن مقدار زیادی شیر در دهان شیرخوار شده و باعث ایجاد ترس و مشکلاتی (مثل سرفه، احساس خفگی) در شیر خوردن، گریه شیرخوار و یا امتناع او می شود. مادر خوابیده به پشت شیر بدهد یا مقداری از شیرش را بدوشد، پس از ۶-۴ هفته رفلکس جهش شیر برطرف میشود.

• **تولید کم (نا کافی) شیر و جریان کم شیر:** تحریک نا کافی پستان یا عدم تخلیه موثر به علت وضعیت نادرست و مکیدن ناموثر، محدود کردن طول مدت و دفعات تغذیه شیرخوار، کاهش اعتماد به نفس مادر، تفسیر غلط گریه گرسنگی و عدم تغذیه شیرخوار در زمانی که باید تغذیه شود، نسج نا کافی پستان (به علت مشکلات مادرزادی یا جراحی های پستان که ممکن است از شیردهی کامل جلوگیری کنند)، سردرگمی شیرخوار در مکیدن پستان بخاطر استفاده از گولزنک و بطری.

توصیه ها: در این مواقع وضعیت و تماس شیرخوار را چک کنید. مادر تعداد دفعات تغذیه شیرخوار را افزایش دهد (به پستان گذاشتن در فواصل معمول تغذیه ها، و به عنوان تسکین دهنده به جای سر پستانک، فشردن پستان در دهان شیرخوار طوری که باعث عصبانیت شیرخوار نشود، بیدار کردن شیرخوار و تشویق به شیردهی در شب (در ساعت ۲ تا ۶ صبح) ، تشویق مادر به تغذیه خوب و استراحت (پیشنهاد یک غذای متعادل سالم، بازداشتن مادر از ورزشهای مفرط و رژیم غذایی الغری، تشویق به خوردن مایعات کافی وقتی تشنه است، تشویق به استراحت و آرامش)

• **برآشفتگی شیرخوار:** شایع ترین زمان بروز این حالت سنین ۱۲-۳ ماهگی است که معمولاً ناگهانی بوده و شیرخوار از شیر خوردن در چند وعده پشت سرهم خودداری میکند که آن را اصطلاحاً «اعتصاب کردن شیرخوار» میگویند. اکثر مواقع علت خاصی وجود ندارد. برخی اوقات ممکن است در پستان مورد نظر مشکلی وجود نداشته باشد و نوزاد از پستان دیگر شیر بخورد.

• با شناسایی و رفع علت به شیرخوار کمک کنید. برآشفتگی شیرخوار میتواند به دلایل زیر باشد:

- **جدایی مادر و شیرخوار:** جدایی به علت بیماری مادر یا شیرخوار یا برگشت مادر به سرکار... در این موارد باید سریعاً درمان انجام شود و با استفاده از تمهیدات بهداشتی، مادر به شیرخوار خود شیر بدهد. بهتر است مادر بیشتر در کنار شیرخوار قرار گرفته و با وی تماس پوست با پوست داشته باشد و اکثر اوقاتی که در منزل است به شیرخوار شیر داده یا وقتی شیرخوار در خواب است او را شیردهد.

- **امتناع ظاهری:** گاهی اوقات رفتار شیرخوار طوری است که مادر فکر میکند شیرخوارش از گرفتن پستان امتناع میکند در حالی که این امتناع واقعی نیست مثل: رفتار جستجو (Rooting) در دوران نوزادی، کنجکاو و حواس پرتی در ۴-۸ ماهگی و از شیر گرفتن خود بعد از یک سالگی.

- **رفتار جستجو:** این رفتار طبیعی است و مادر باید شیرخوارش را به پستان بگذارد تا او بتواند نوک پستان را جستجو کند. کمک کنید تا مادر بتواند شیرخوارش را به خود نزدیک کند تا گرفتن پستان برایش راحت تر باشد.

- **کنجکاو:** به مادر توصیه کنید که سعی کند در محیط آرامتری به کودکش شیر بدهد، این مسئله نیز زودگذر است.

۱- **اگر کودک، خودش را از شیر میگیرد که بعد از یک سالگی است، به مادر توصیه کنید:** مطمئن شود که کودک به اندازه کافی غذا میخورد. از جهات دیگر به او بیشتر توجه نماید. خوابیدن در کنار کودک را ادامه دهد. زیرا تغذیه در شب ادامه مییابد و همین اقدام حداقل تا پایان ۲ سالگی بسیار با ارزش است

جدول ۱۷) سلامت و شیردهی مادر

• توصیه کنید غذاهای متنوع و مایعات کافی بخورد و بیاشامد تا بتواند سلامتی و قدرت خود را باز یابد:

۱. آنچه که در تغذیه صحیح اهمیت دارد رعایت تنوع، تعادل در مصرف مواد غذایی به مقدار کافی است. طوری که باید از تمام گروه های اصلی مواد غذایی استفاده شود. مادر باید در دوران شیردهی به اندازه ۵۰۰ کالری در روز بیشتر از سایر مواقع دریافت کند. (مثالی از ۵۰۰ کالری اضافی عبارتست از: نصف لیوان برنج پخته + نصف لیوان حبوبات پخته + نصف لیوان شیر + یک عدد سیب + یک عدد پرتقال + یک لیوان ماست + یک قوطی کبریت گوشت)

۲. مادر شیرده باید به اندازه کافی مایعات بنوشد. تولید شیر بستگی به مقدار مایعات مصرفی مادر ندارد و نوشیدن مقادیر زیاد که اغلب توصیه می شود، تولید شیر را افزایش نخواهد داد. اما مادر باید برای پیشگیری از کم آبی و در پاسخ به تشنگی خود مایعات کافی بنوشد شامل آب، شیر، دوغ کم نمک و بدون گاز، چای کم رنگ، آب میوه

طبیعی، مواد غذایی آب دار مثل انواع آش و سوپ و خورش ها... (در صورت دریافت مایعات کافی ادرار مادر کم رنگ بوده و یبوست ندارد)

۳. مصرف نوشابه های کافیین دار مثل چای غلیظ، قهوه و نوشابه... باید کاهش یابد زیرا سبب تحریک پذیری، بی اشتها و کم خوابی شیرخوار می شود. از مصرف الکل نیز باید خودداری نمایند.

۴. تا سه ماه پس از زایمان مصرف مکمل مولتی ویتامین مینرال حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید و آهن توصیه میشود.

• **بیماری مادر:** زنان می توانند تقریباً در تمام موارد ابتلا به بیماری به شیردهی ادامه دهند. بر حسب بیماری مادر طبق راهنما اقدام کنید. به توصیه های کلی ذیل برای کمک به شیردهی هنگام بیماری مادر توجه کنید:

- ارزش تداوم شیردهی در طول بیماری را شرح دهید.

- جدایی را به حداقل برسانید و مادر و شیرخوار را در کنار هم نگهدارید.

- مصرف مایعات کافی را به مادر توصیه کنید بویژه اگر تب دارد.

- به مادر کمک کنید تا وضعیت راحتی برای شیردهی پیدا کند یا به شخص همراه او نشان دهید که چگونه به مادر کمک کند تا به راحتی کودکش را در بغل بگیرد.

- چنانچه شیردهی مشکل است یا مادر خیلی بیمار یا ناراحت است ممکن است قادر باشد (یا با کمک گرفتن بتواند) شیرش را بدوشد و تا زمانی که بهتر بشود کودک را از طریق فنجان تغذیه کند.

- توجه کنید درمان ها و داروهایی انتخاب شود که برای شیردهی مضر نباشند.

- چنانچه در طی بیماری مادر، شیردهی قطع شده است. پس از بهبودی مادر به برقراری مجدد شیردهی کمک کنید.

• **مصرف دارو توسط مادر:** مصرف اکثر داروها در دوران شیردهی منعی ندارد ولی اگر منع مصرف برای یک داروی خاص وجود داشته باشد، یک داروی مناسب دیگر توسط پزشک جایگزین آن می گردد. معدودی از داروها به دلیل سمی بودن و ورود مقدار زیاد آن در شیرمادر و آثار بالینی که برای شیرخوار دارد یا نباید در زمان شیردهی مصرف شوند و یا باید با نهایت احتیاط مورد استفاده قرار گیرند. به هر حال در همه شرایط بویژه در بارداری و شیردهی برای مصرف دارو با پزشک باید مشورت شود.

• **بی خوابی و خستگی مفرط:** مادری که خسته است یا کودکش پستان او را نمیگیرد ممکن است دچار مشکل در تأمین نیاز کودک شود. مادر ممکن است کودک را به قدر کافی به خود نزدیک نکند و در نتیجه او نتواند پستان را به خوبی بگیرد و یا شیرخوار را به دفعات کم یا مدت نا کافی شیر بدهد. بی خوابی، خستگی و عدم استراحت از علیم طبیعی استرس در روزهای اول پس از زایمان است که الزم است مادر را حمایت کنید و نیز حمایت همسر او را برای کمک به مادر جلب کنید.

• **سن مادر کمتر از ۱۶ سال است، تنها و بدون کمک است، اعتماد به نفس کافی ندارد، مشکل خانوادگی**

دارد، علایم مشکلات روحی روانی یا افسردگی پس از زایمان دارد:

- مادران جوانی که از طرف خانواده و دوستان حمایت نمیشوند یا تجربه بدی در شیردهی داشته اند و اعتماد به نفس کافی ندارند. مادرانی که شیردهی را دوست ندارند بیشتر دچار تردید نسبت به موفقیت در شیردهی می شوند.

رفتارهای نامناسب پرسنل و عدم مشاوره با مادر نیز میتواند تأثیر منفی داشته باشد. زود شروع کردن تغذیه به دلیل بیداری و هوشیاری نوزاد احتمال موفقیت را بیشتر کرده و اعتماد به نفس مادر را بیشتر میکند.

اگر مادر به علت خستگی فراوان و یا افسردگی شدید از مراقبت شیرخوار خود چشم پوشی کند و یا مراقبتها را بدون علاقه و با خشونت انجام دهد باید ضمن حمایت و برقراری تماس پوست با پوست با نوزاد با او مشاوره شده و به روانپزشک ارجاع داده شود. در مشاوره هرگز نباید از مادر انتقاد شود بلکه با برقراری ارتباط نزدیک و همدلی با او، اعتماد به نفس او را باید افزایش داد.

- اگر مادر بخاطر افسردگی دارو مصرف میکند شیردادن قبل از مصرف دارو صورت گیرد و بهتر است دارو آخر شب و پس از آخرین وعده شیردهی مصرف شود

• مادر تجربه ناموفق شیردهی دارد

- درباره تجربه های قبلی شیردهی مادر سؤال کنید. اگر مادر تجربه موفق از شیردهی داشته باشد، دوست دارد آن را دوباره تکرار کند. اما اگر مشکلاتی در شیردهی داشته و یا فرزندش را با شیر مصنوعی تغذیه کرده باشد به او آموزش دهید که این بار چگونه شیردهی موفقیت آمیزی داشته باشد. به او اطمینان بدهید که به وی کمک خواهید کرد. ممکن است به علت جدایی مادر و نوزاد، باور غلط مادر، شرایط خاص مادر یا شیرخوار در زایمانهای قبلی و... باشد. با دریافت اطلاعات دقیق درباره عواملی که باعث عدم شیردهی در فرزندان قبلی شده است باید مشاوره مناسب با مادر انجام گیرد.

• مادر اعتیاد به مواد مخدر، داروی مخدر، الکل، مصرف سیگار و سایر دخانیات دارد:

- اعتیاد به مواد مخدر، داروی مخدر، مصرف سیگار و سایر دخانیات موجب افزایش احتمال عدم موفقیت شیردهی و کاهش ترشح شیر مادر می شود. در این موارد توصیه ا کید به ترک سیگار در بارداری و شیردهی می شود. در صورت اعتیاد به مواد مخدر الزم است:

- مادر از نظر مواد افیونی و مصرف همزمان سایر مواد و داروها ارزیابی شود.
- علایم ترک، مسمومیت و سایر اختلالات روان پزشکی همزمان بررسی شود.
- عدم اقدام به ترک در سه ماهه اول بارداری: ارجاع به روان پزشک برای درمان جایگزین با متادون
- عدم اقدام به ترک در سه ماهه دوم بارداری: ارجاع به روان پزشک برای اقدام به ترک
- ارجاع به کارشناس ایدز مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری به منظور مشاوره و انجام آزمایش HIV در مادر معتاد تزریقی

• تأکید به مادر در مورد احتمال وابستگی نوزاد به داروهای مخدر بعد از تولد و اعلام این موضوع به بیمارستان.

• مادر سزارین شده است:

سزارین یک عمل جراحی بزرگ است و می تواند علاوه بر خطرات جراحی موجب تاخیر در شروع بموقع شیردهی و برقراری ارتباط با نوزاد شود. اما سزارین فی نفسه مانع موفقیت شیردهی نمی شود. بلکه مشکلات به زمان شروع و دفعات شیردهی مربوط می شود پس شیردهی را باید هرچه زودتر آغاز نموده و بطور مکرر ادامه دهند. با تمهیدات لازم مادر را برای شیردهی باید کمک و حمایت کرد از جمله وضعیت های راحت برای شیردهی را با او تمرین کنید.

• **فرزند بدون برنامه ریزی بوده و یا بخاطر مشکلاتی که دارد ناخواسته است:**

حاملگی ناخواسته سبب تغییر در پیوند عاطفی مادر و شیرخوار میگردد. شیرخواران مبتلا به ناهنجاری و مشکلات مغزی بیشتر به تغذیه از پستان و شیردهی نیاز دارند چرا که شیر مادر و آغوز غذای کامل و سرشار از عوامل ایمنی بخش بوده و در پیشگیری از عفونتها نقش مؤثری دارد لذا تغذیه مکرر از پستان مادر به این گونه کودکان کمک میکند که از بهره هوشی بیشتر و رشد جسمی و روانی بهتری بهرهمند گردند. بر همه اطرافیان و پرسنل بهداشتی درمانی لازم است به چنین مادرانی کمک و از او حمایت کنند تا مادر بتواند تغذیه با شیر خود را آغاز کند و چون این نوزادان خواب آلود بوده و شلی عضلات دارند تغذیه این گروه نیاز به صبر و حوصله دارد. شیردهی به این کودکان باید به صورت زیر بغلی انجام شود.

توجه کنید که برای اصلاح وضعیت پستان گرفتن، باید شیرخوار را از پستان جدا کرده و کمک کنید تا پستان را درست بگیرد. در این گونه موارد، پستان نباید از دهان شیرخوار کشیده شود بلکه باید ابتدا فشار مکیدن شیرخوار را خنثی کرده و بعد او را جدا کنید تا آسیمی به بافت پستان وارد نشود. پس یک انگشت تمیز خود را وارد گوشه دهان شیرخوار کنید یا روی قسمتی از پستان که نزدیک دهان شیرخوار است، فشار بیاورید و یا چانه شیرخوار را پایین بکشید تا پستان را رها کند.

نحوه صحیح بغل کردن و پستان گرفتن شیرخوار را به مادر آموزش دهید: (جدول ۱۵)

اگر نوزاد سالمی که به موقع متولد شده، در آغوش مادر قرار گیرد توانائی جستجوی پستان، مکیدن و بلعیدن شیر (قورت دادن) را دارد ولی باید به او بیاموزید که چگونه پستان را در دهان بگیرد. شیرخوار باید علاوه بر نوک پستان، قسمت بیشتر هاله قهوه ای اطراف نوک پستان که مخازن شیری در زیر آن قرار دارند را در دهان بگیرد. در این صورت نوک بلندی در دهانش ایجاد می شود و او می تواند با آرواره هایش بر مخازن شیر فشار وارد نماید و شیر را در دهان خود دوشیده و بلعد. مسئله مهم در درست به دهان گرفتن پستان، قابلیت کششی بافت آن است و شکل نوک پستان اعم از صاف، کوتاه، بلند یا فرو رفته نقش چندانی در وضعیت شیر خوردن ندارد به شرط آنکه قسمت بیشتری از هاله در دهان شیرخوار قرار گرفته باشد.

جدول ۱۵) نحوه صحیح بغل کردن و پستان گرفتن شیرخوار

به مادر نشان دهید که چگونه کودک را هنگام شیردادن نگه دارد.

- سرگردن و گوشها و تنه کودک در یک امتداد قرار بگیرد.
- بینی کودک به نوک پستان نزدیک شود. صورت و بدن شیرخوار رو به مادر است.
- بدن کودک به بدن مادر نزدیک است.
- مادر تمام بدن نوزاد (درماه اول) و نه فقط گردن و شانه های او را نگه دارد.

به مادر نحوه صحیح پستان به دهان گرفتن شیرخوار را نشان دهید:

- لب فوقانی شیرخوار را بانوک پستانش لمس کند.
- منتظر شود تا شیرخوار دهانش را باز کند.
- شیرخوار را به آرامی بطرف پستان بیاورد بطوری که لب پایینی او زیر هاله پستان قرار گیرد.

چهار نکته کلیدی پستان گرفتن صحیح

- دهان کودک باید کاملاً باز باشد.
 - لب تحتانی کودک به سمت بیرون برگشته باشد.
 - چانه کودک در تماس با پستان مادر باشد.
 - اگر هاله پستان دیده می شود قسمت بیشتری از هاله در بالای لب فوقانی شیرخوار دیده شود (نسبت به لب پایینی).
- به مادر آموزش دهید که مکیدن شیرخوار چگونه باید باشد.

چهار نکته کلیدی مکیدن موثر:

- گونه های شیرخوار باید بر باشد.
- مکیدن آرام و عمیق باشد و با هر مکیدن صدای بلعیدن شنیده شود.
- شیرخوار پس از شیر خوردن خود پستان را رها می کند.
- مادر متوجه علائم بازتاب جهش شیر می شود.

به نشانه های کلیدی پستان گرفتن صحیح و مکیدن موثر توجه کنید. چنانچه گرفتن پستان یا مکیدن خوب نیست، برای اصلاح آن دوباره سعی کنید.

مادر را در مورد وضعیت های مختلف شیردهی مثل: وضعیت گهواره ای، گهواره ای متقاطع، زیر بغلی، خوابیده به پشت و خوابیده به پهلو، مناسب با شرایط مادر و شیرخوار راهنمایی کنید.

جدول ۱۱ تغذیه با شیر مصنوعی:

در مورد مزیای شیر مادر و مضرات تغذیه مصنوعی با مادر مشاوره کنید و مادر را به شیردهی ترغیب نمایید. با توجه به زمان شروع تغذیه مصنوعی در صورت تعارض مادر به برقراری مجدد شیردهی، وی را به پزشک مشاور شیردهی ارجاع دهید.

توجه: اگر نوزاد اصلاً با شیر مادر تغذیه نمی‌شود و چنانچه مشاوره و آموزش مادر موثر نباشد، او را برای پیشگیری از اختلال، پستانها آموزش دهید. مادر هر گاه احساس پر بودن در هر یک از پستانها داشت باید اندکی از شیرش را بدوشت این کار کمک می‌کند که احساس راحتی نماید. برای کاهش التهاب از کمپرس سرد استفاده نماید. برای جلوگیری از احساس ناراحتی پستانها از سینه بند سفت نری استفاده کند.

با مادر کودکی که شیر مصنوعی می‌خورد بطور خصوصی (نه در جمع مادران) مشاوره کنید:

- قبل از تهیه فرمولا دست‌هایش را بشوید
- برای هر وعده (..... میلی لیتر شیر آماده کنید شیرخوار را (.....) بار در هر ۲۴ ساعت تغذیه کنید (به نوبه ها و جدول زیر توجه کنید)
- همیشه از فلجان با لیوان مرص برای تعیین مقدار آب لازم و از پیمانه داخل همان قوطی شیر مصنوعی برای اندازه گیری پودر شیر استفاده کنید
- آب کافی را به مدت ۲ دقیقه لپو با جوشانید و بگذارید خنک شود. اگر ۲۰ دقیقه بماند تقریباً ۷۰ درجه می‌شود سپس پودر شیر مصنوعی را با آب مخلوط کنید تا حل شود و بگذارید ملایم تر و به حدود ۵۰-۴۰ درجه برسد
- مقدار پودر شیر مصنوعی مورد نیاز برای یک وعده را بطور دقیق (با پیمانه سر صاف) اندازه گیری کنید
- فقط مقدار شیر فلورمولای لازم برای یک وعده تغذیه شیرخوار را آماده کنید شیر را در فلاسک نگهداری نکنید چون سرپه‌آلود می‌شود
- شیرخوار را با فلجان تغذیه کنید مقدار استفاده شده را دور بویزد، می‌توانید آن را به کودک بزرگ تر بدهید و یا خوندن نوشتید
- فلجان را با آب داغ و مواد شوینده بشوید
- برای ملاقات بعدی در تاریخ (.....) مراجعه کنید
- برای برآورد مقدار شیر مورد نیاز روزانه کودک به نوبه های زیر توجه کنید:

کمی یک نوزاد رسیده (تراها با وزن ۲۵ کیلوگرم یا بیشتر بطور متوسط باید ۱۵۰ میلی لیتر شیر به ازاء هر کیلوگرم وزن بدنش در روز دریافت کند. این مقدار باید براساس سن کودک به ۷.۶ یا ۸ وعده تقسیم شود. مقدار شیر در یک وعده تغذیه متغیر است

کوزاد به مقدار کم و در دفعات زیاد تغذیه می‌شود. همزمان با رشد او این مقدار را افزایش دهید.

کمی شیرخوار در یک وعده کم تغذیه شود در وعده بعدی مقدار بیشتری شیر به او بدهید یا تغذیه بعدی او را زودتر انجام دهید. بزرگ اگر علامت گرسنگی نشان دهد

کمی اگر کودک به اندازه کافی وزن نمی‌گیرد ممکن است به دفعات بیشتر از معمول یا مقدار بیشتر در هر بار تغذیه (مطلقاً با وزن مورد انتظار برای سن اش) نیاز داشته باشد. جدول زیر به‌منوان راهنماست ممکن است نیاز شیرخوار بیشتر یا کمتر از مقدار مذکور باشد.

کمی اگر شیرخوار در یک وعده کم تغذیه می‌شود در وعده بعدی مقدار بیشتری شیر به او بدهید یا وعده بعدی تغذیه او را زودتر انجام دهید. بزرگ اگر علامت گرسنگی را نشان می‌دهد

اگر کودک به اندازه کافی وزن نمی‌گیرد ممکن است به دفعات تغذیه بیشتر از معمول یا مقدار

بیشتر در هر بار تغذیه (مطلقاً با وزن مورد انتظار برای سن اش) نیاز داشته باشد. جدول زیر به‌منوان راهنماست ممکن است نیاز شیرخوار بیشتر یا کمتر از مقدار مذکور باشد.

برآورد مقدار شیر مورد نیاز یک کودک در روز			
سن کودک	تعداد دفعات تغذیه در روز	مقدار شیر یا فرمولا در هر وعده تغذیه	کل شیر یا فرمولا در روز
تا یک ماهگی	۸	۶۰ میلی لیتر	۴۸۰ میلی لیتر
۱ تا ۲ ماهگی	۷	۹۰ میلی لیتر	۶۳۰ میلی لیتر
۲ تا ۳ ماهگی	۶	۱۲۰ میلی لیتر	۷۲۰ میلی لیتر
۳ تا ۴ ماهگی	۵	۱۵۰ میلی لیتر	۷۵۰ میلی لیتر

جدول ۱۳) اگر مادر برای تغذیه کودک از بطری استفاده می کند :

- ✓ به جای بطری، فنجان را توصیه کنید.
- ✓ به مادر نشان بدهید که چگونه با فنجان به کودکش شیر بدهد.
- ✓ مطمئن شوید که مادر طرز تندیه شیرخوار با فنجان را بخوبی بیاموزد.

اگر کودک فقط با شیر مصنوعی و بطری تغذیه می شود:

- ✓ تستن بطری و سر پستانک آن مشکل تر از فنجان است. به مادر توصیه کنید پس از هر بار استفاده آن را با آب سرد شسته و سپس با برس و مواد شوینده و آب جوش تمیز کند.
- ✓ بطری و سر پستانک آن باید حداقل روزی یک بار استریلیزه شوند. راه های استریلیزه کردن به شرح زیر می باشد :
- جوشاندن : بطری باید کاملاً در آب صوطه ور شود. آب کاملاً به جوش آمده و حداقل به مدت ۱۰ دقیقه سطح آب حرکت فعال داشته باشد .
- بطری را حداقل به مدت ۳-۴ دقیقه در محلول رقیق شده سفید کننده قرار دهید.
- برای تمیز کردن سر پستانک بطری ، آن را پشت و رو کنید و با نمک و برس تمیز کنید. سپس مثل تمیز کردن بطری، آن را نیز بجوشانید یا با خیساندن در محلول بالا استریل کنید.

بخاطر داشته باشید کودکانی که شیر مادر نمی خورند به توجهات و توصیه های ویژه ای نیاز دارند. یک کودک ۲۴-۶ ماهه که شیر مادر نمی خورد در منطقه ای که آب وهوای معمولی دارد، تقریباً به ۳-۲ فنجان آب در روز نیاز دارد و در مناطقی که آب وهوای گرم دارند نیاز کودک به ۴-۶ فنجان می رسد . آب را می توان به حریره یا سوپ او اضافه نمود . اما باید چند بار در روز آب تمیز به کودک بدهید تا مطمئن شوید که تشنگی او برطرف شده باشد .

جدول ۱۴) اگر کودک گول زنگ استفاده می کند :

- ✓ از پستانک (گول زنگ) برای آرام کردن شیرخوار نباید استفاده شود. مضرات گول زنگ را برای مادر بیان کنید و او را برای پرهیز از دادن گول زنگ و آرام کردن شیرخوار با در آغوش گرفتن و برقراری تماس پوستی بیشتر و به پستان گذاشتن راهنمایی کنید.

ارزیابی تغذیه شیر خوار از پایان ۶ ماه تا ۵ سال :

- غذای کمکی را برای شیرخوار شروع کرده اید؟

منظور از غذای کمکی دادن مواد غذایی مایع یا جامد دیگری غیر از شیر مادر به شیرخوار میباشد. شیرخواران در پایان شش ماهگی یا ۱۸۰ روزگی باید غذای کمکی را شروع کنند. زیرا نیازهای تغذیه ای شیرخوار از پایان شش ماهگی به تنهایی از طریق شیر مادر تامین نمی شود. تامین انرژی و مواد مغذی مورد نیاز شیرخوار موجب رشد و فعالیت مطلوب شیرخوار گردیده و مقاومت شیرخوار را در برابر ابتلا به عفونت افزایش می دهد. زود شروع کردن غذای کمکی ممکن است موجب کاهش تمایل شیرخوار به مصرف شیر مادر، کاهش دریافت نیازهای تغذیه ای و افزایش ابتلا به بیماری گردد. دیر شروع کردن غذای کمکی نیز موجب کاهش دریافت نیازهای غذایی، کاهش رشد و تکامل، سوء تغذیه و کم خونی ناشی از فقر آهن گردد. اگر مادر هنوز غذای کمکی را شروع نکرده به او آموزش های لازم داده شود تا بتواند غذای کمکی را برای شیرخوار شروع کند. در صورتی که غذای کمکی به موقع شروع شده مادر را تشویق کنید و اگر زودتر از زمان مناسب نیز غذای کمکی شروع شده دلیل آن را پرسیده و مادر را توجیه نموده و خطرات زود شروع کردن را برای او بگویید.

- غذای کودک را با غلظت مناسب تهیه میکنید؟ (برای تعیین غلظت از عکس راهنما استفاده کنید)

غلظت و قوام غذای کمکی باید متناسب با سن شیرخوار باشد. معده شیرخوار کوچک است. بنابراین مایعات و غذاهای رقیق و آبکی به سرعت معده شیرخوار را پر می کنند. غلظت غذای کمکی شیرخوار نقش مهمی در تامین نیازهای غذایی شیرخوار دارد. غذایی که غلظت مناسب داشته باشد نیازهایی غذایی شیرخوار را که باید از طریق غذای کمکی تامین شود را تأمین می کند. در مورد غلظت غذای شیرخوار حتما با سوال های مناسب و استفاده از عکس راهنما غلظت غذای کمکی را تعیین کنید مثلا پرسید ایا اگر قاشق غذا را در دست دارید غذا به آسانی به پایین می ریزد یا خیر؟ اگر متوجه شدید که مادر غذای رقیق درست می کند حتما به او آموزش در خصوص تهیه غذا با غلظت مناسب بدهید. در صورت مناسب بودن غلظت غذای شیرخوار او را تشویق کنید.

- پوره غلیظ، غذاهای کاملا نرم شده متناسب با سن و شرایط شیرخوار و متنوع از گروه های غذایی (بویژه منابع پروتئین حیوانی مانند گوشت (گوسفند و مرغ) و میوه ها و سبزیهای غنی از ویتامین آ و ویتامین ث) به او داده میشود؟

در برنامه غذایی کودک، تنوع باید بر حسب سن شیرخوار در نظر گرفته شود. به تدریج از گروه های اصلی غذایی شامل نان و غلات، گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزدا نه ها، سبزی ها، میوه ها و لبنیات (ماست و پنیر)، در غذای کمکی استفاده شود. سعی شود در انتخاب جانشین های هر گروه غذایی نیز تنوع در نظر گرفته شود. انواع گوشت ها، تخم مرغ و حبوبات منابع خوب پروتئین هستند که می توان در برنامه غذایی شیرخوار گنجانده شوند. پروتئین برای رشد مطلوب شیرخوار ضروری است. مخلوطی از غلات و حبوبات مانند عدس پلو، ماش پلو موجب بهبود کیفیت پروتئین غذا می شود. استفاده از سبزی های برگ سبز و زرد و میوه های زرد و نارنجی مانند اسفناج، چغندر، بروکلی، هویج، گوجه فرنگی، انبه، مرکبات، کدو حلوایی منابع خوب ویتامین آ هستند. ویتامین آ در رشد، مقاومت به عفونتها و بینائی نقش مهمی دارد. استفاده از مرکبات، گوجه فرنگی، سبزی ها مانند جعفری که منبع خوب ویتامین ث هستند نقش مهمی در جذب آهن دارند. از مادر سوال کنید چه گروه های غذایی را در برنامه غذایی شیرخوار گنجانده و اگر گروهی در برنامه غذایی نبود حتما به مادر تاکید کنید که آن را اضافه کند و از جایگزین های مناسب استفاده شود یا این که به مادر بگویید لزومی ندارد در نهار و شام حتما گوشت قرمز بدهد می تواند از گوشت سفید، تخم مرغ، ماهی یا حبوبات استفاده کند.

- شیرخوار مقدار غذای متناسب با سن خود را در هر وعده می خورد؟ (بتدریج به ۱۲۵ سی سی یا نصف لیوان رسانده اید)

در شروع غذای کمکی باید در هر بار ۲ قاشق مرباخوری به شیرخوار غذا داد. به تدریج میزان غذای دریافتی شیرخوار اضافه شده تا این که به نصف لیوان در هر وعده غذایی افزایش یابد. از مادر دقیقا بپرسید اندازه ظرف غذا و مقدار غذایی که شیرخوار آن را خورده مشخص کند و اگر کمتر از مقدار مورد نیاز میخورد به مادر توصیه کنید تا غذای شیرخوار را به مقدار کافی به او بدهد.

- شیرخوار تعداد وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۳-۲ وعده غذا در روز)

- شیرخوار تعداد میان وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۲-۱ میان وعده در روز)

غذای کودک در ابتدا با 1 وعده غذا شروع و سپس به 2 تا 3 وعده در روز افزایش پیدا می کند. یک تا دو میان وعده غذایی مانند تخم مرغ، سیب زمینی پخته، نان و کره و میوه مانند موز بین وعده های اصلی در روز بر حسب اشتهای شیرخوار به او داده شود. میان وعده غذایی جزئی از نیاز تغذیه ای شیرخوار را تامین میکند و باید از گروه های اصلی غذایی انتخاب شود. از مادر تعداد وعده های اصلی و میان وعده و نوع میان وعده را سوال کنید و آموزش لازم جهت انتخاب میان وعده های غذایی مناسب را به او بدهید. همچنین میان وعده

های غذایی نامناسب را نیز به اومعرفی کنید تا در صورت استفاده از آن، از برنامه غذایی کودک حذف شود .
اگر مادر تعداد وعده های اصلی و میان وعده مناسب به کودک میدهد او را به تداوم این برنامه تشویق کنید .
در غیر اینصورت به او آموزش دهید تا تعداد وعده ها و میان وعده های کافی به کودک بدهد.

- **شیرخوار به ماده غذایی خاصی آلرژی (حساسیت) دارد؟**

- **شما، همسر تان یا سایر فرزندان تان به برخی مواد غذایی آلرژی (حساسیت) دارید؟**

- **مایعات نیز به او می دهید؟**

مایعات مورد نیاز شیرخوار در شش ماه اول از طریق شیر مادر تأمین میشود .اما با شروع غذای کمکی، شیرخوار نیاز به دریافت مایعات اضافی دارد .آب جوشیده سرد شده مناسبترین مایع جهت رفع تشنگی شیرخوار است .آبمیوه طبیعی نیز بر اساس مقدار توصیه شده میتواند به عنوان بخشی از مایعات به شیرخوار داده شود .از دادن انواع نوشیدنیهای شیرین، آب میوههای صنعتی به شیرخوار خودداری شود .از دادن چای و قهوه به شیرخوار تا حد امکان خودداری شود .در صورت مصرف چای یا قهوه حتما دو ساعت قبل یا بعد از غذا به شیرخوار داده شود .در صورتیکه شیرخوار در هنگام غذا خوردن تمایل به نوشیدن آب داشته باشد به دلیل کوچک بودن معده کودک کمی می توان به او داد .کودکان 6 - 24 ماهه که شیر مادر نمیخورند نیازبه نوشیدن 2 - 3 فنجان آب در روز دارند .که در آب و هوای گرم به 4 - 6 فنجان آب در روز میرسد .مایعات هیچوقت جایگزین شیرمادر یا غذای کودک نیستند.

۹ ماهگی تا پایان ۱۱ ماهگی: (مراقبت ۹ ماهگی)

- **غذاهای متنوع نرم و له شده خانواده (غلات، حبوبات، گوشتها، میوه ها و سبزیهای غنی از**

ویتامین آ و ویتامین ث) به او می دهید؟

تنوع غذایی ، استفاده از تمام گروه های غذایی و گنجاندن غذای خانواده در برنامه غذایی شیرخوار در نظر گرفته شود .در ضمن استفاده از غذاهایی که له شده یا به خوبی ریز ریز شده ، تکه تکه شده و غذاهای انگشتی که شیرخوار بتواند با دست بگیرد مانند انواع گوشتهای خوب پخته شده و ریز ریز شده (قرمز ، مرغ ، ماهی و پرندگان) تخم مرغ ، ماست و پنیر، حبوبات مانند عدس و ماش (خیساندن حبوبات قبل مصرف) ،سبزی های برگ سبز تیره و زرد و نارنجی و میوه های زرد، و نارنجی و رسیده مانند اسفناج ، چغندر، بروکلی، هویج ، گوجه فرنگی، انبه، مرکبات و کدو حلوائی در برنامه غذایی شیرخوار اضافه شود .از مادر بپرسید تنوع غذایی ، استفاده از تمام گروه های غذایی ، غذای محلی و غذای خانواده برای تغذیه کودک در

نظر گرفته می شود یا خیر؟ در صورتیکه غذای کودک دارای تنوع نیست به مادر آموزشهای لازم در زمینه استفاده از تمام گروههای غذایی در برنامه غذایی کودک داده شود.

- شیرخوار مقدار غذای متناسب با سن خود را در هر وعده می خورد؟ (۱۲۵ سی سی یا نصف لیوان در هر وعده)

مقدار غذای دریافتی شیرخوار در این دوره سنی در هر وعده باید نصف لیوان باشد تا نیازهای غذایی شیرخوار تامین شود. از مادر مقدار غذای دریافتی شیرخوار بر حسب مقیاس خانگی مورد استفاده شده سوال و محاسبه شود. اگر از پیمانه های محلی استفاده می شود خودتان مقدار آن را بدست آورید تا بتوانید مقدار غذای دریافتی شیرخوار را محاسبه کنید.

- شیرخوار تعداد وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت میکند؟ (۴-۳ وعده غذا در روز)
- شیرخوار تعداد میان وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۲-۱ میان وعده در روز)

از مادر بپرسید شیرخوار چند وعده غذا می خورد و تعداد میان وعده های غذایی را سوال کنید. اگر شیرخوار کمتر از تعداد توصیه شده مصرف می کند به مادر تاکید کنید تا تعداد وعده ها را افزایش دهد. میان وعده مغذی یعنی میان وعده هایی که دارای ارزش غذایی بوده و حاوی پروتئین، ویتامین و املاح می باشند مانند لبنیات، میوه ها و سبزی ها، در ضمن به مادر بگویید از دادن انواع شیرینی ها، دسرهای شیرین و چرب، چیپس و نظایر آن به عنوان میان وعده خودداری کند.

- شیرخوار به ماده غذایی خاصی آلرژی (حساسیت) دارد؟
- مایعات نیز به او می دهید؟
- ۱۲ ماه تا ۶۰ ماه:
- کودک روزانه غذاهای متنوع شامل تمام گروه های غذایی (نان و غلات، گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزدهانه ها، سبزی ها، میوه ها و شیر و لبنیات) مصرف می کند؟

از مادر سوال شود که آیا کودک روزانه از تمام گروههای غذایی می خورد یا خیر؟ گروه گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزدهانه ها علاوه بر این که منبع خوبی از پروتئین بوده و برای رشد کودک ضروری هستند حاوی آهن نیز بوده و از کم خونی فقر آهن در کودک پیشگیری می شود. همچنین این مواد غذایی دارای روی هستند که نقش مهمی در رشد قدی کودک دارد. اگر کودک تمایل به خوردن گوشت نداشت بر اساس توصیه های بخش مشاوره عمل کنید. حبوبات و مغزها در گروه گوشت و جانشین های آن قرار دارند. بنابراین منبع خوبی

از پروتئین، آهن و روی به شمار رفته و با مخلوطی از حبوبات و غلات می توانارزش غذایی آنان را افزایش داد . انواع آش های محلی ، عدسی، عدس پلو، ماش پلو، لوبیا چشم بلبلی پلو و ..از غذاهای با ارزش غذایی مطلوب بوده و حتما در برنامه غذایی خانواده گنجانده شوند.

گروه شیر و لبنیات پاستوریزه (ماست ، پنیر ، کشک و دوغ) حاوی پروتئین ، کلسیم، فسفر، ویتامین B2 - و سایر مواد مغذی می باشند که نقش مهمی در رشد استخوانی و استحکام دندان ها دارند .از مادر سوال شود که آیا کودک لبنیات مصرف می کند یا خیر و در صورت عدم تمایل به مصرف یا زیاده روی در مصرف بر اساس بخش مشاوره عمل کنید.

از گروه نان و غلات مانند انواع نان ها ، برنج ، ماکارونی و رشته استفاده می شود .این گروه در تامین انرژی و بخشی از پروتئین- گیاهی و ویتامین های گروه ب، آهن ، منیزیم و کلسیم نقش مهمی دارند .تنوع غذایی در استفاده از جانشین ها در هر گروه در نظر گرفته شود.

از انواع سبزی ها مانند سبزی های برگ دار، انواع کلم ، هویج ، خیار، کوجه فرنگی و سیب زمینی استفاده می کند .سبزی ها- حاوی ویتامین های گروه ب ، ث و آ بوده و مواد معدنی مانند پتاسیم ، منیزیم و مقدار قابل توجهی فیبر دارند .سبزی ها یکی از مناسب ترین میان وعده های غذایی برای تغذیه کودکان می باشند . مادران می توانند غذای کودک را با استفاده از سبزی های رنگی جذاب نموده و تمایل آنان را به مصرف غذا و سبزی افزایش دهند .اگر کودک تمایل به مصرف سبزی ندارد بر اساس بخش مشاوره عمل کنید.

میوه ، آب میوه طبیعی و میوه های خشک دارای ویتامین ها آ و ث و فیبر و مواد معدنی بوده و یکی از با ارزش ترین میان- وعده غذایی به شمار می روند .از مادر سوال شود آیا کودک میوه می خورد؟ اگر کودک تمایل به مصرف میوه ندارد بر اساس بخش مشاوره عمل کنید.

-کودک تعداد وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟(۴ - ۳ وعده غذا در روز)

تعداد دفعات غذای کودک سوال شود در صورت این که تعداد دفعات کمتر از میزان توصیه شده بود به مادر توصیه کنید تا تعداد دفعات غذا را به حد معمول برساند در صورت این که کودک مقاومت کرد به تدریج عمل کند .در صورتیکه تعداد دفعات غذای کودک بیش از تعداد توصیه شده بود اگر کودک دچار اضافه وزن و چاقی است بر اساس مشاوره اضافه وزن و چاقی عمل کنید.

-کودک تعداد میان وعده های غذایی مغذی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۲ - ۱ میان

وعده در روز)

از مادر راجع به مصرف میان وعده مغذی که دارای ارزش غذایی مناسب بوده مانند شیر و لبنیات، انواع میوه ها ، سبزی ها ، نان و پنیر و ... سوال شود . اگر مادر تنقلات غذایی بی ارزش مانند چیپس ، پفک ، کیک های شکلاتی ، آب میوه صنعتی ، ساندویچ سوسیس و کالباس ، شکلات و آبنبات به کودک می دهد به او بگویند این تنقلات فاقد ارزش غذایی بوده و ضمن این که ذائقه کودک را برای غذاهای شور یا شیرین عادت می دهند خطر ابتلا به اضافه وزن ، چاقی ، فشارخون بالا و بیماری های قلبی عروقی در بزرگسالی را افزایش میدهند . بنابراین این گونه تنقلات غذایی را از برنامه کودک حذف و جایگزین مناسب انتخاب شود . اگر مادر میان وعده غذایی مناسب به کودک میدهد او را به تداوم آن تشویق کنید

- کودک سهیم غذای کافی متناسب با سن در هر وعده میخورد؟ (در کودکان ۲- ۱ سال سه چهارم لیوان، در کودکان ۵- ۲ سال ۱ لیوان)

از مادر مقدار غذای مصرفی کودک در هر وعده سوال شود . اگر کودک 1 تا دو سال در هر وعده سه چهارم لیوان می خورد مقدار مناسب دریافت می کند ولی اگر کمتر می خورد باید مادر آن را به مقدار توصیه شده برساند و از عواقب کاهش دریافت از جمله سوء تغذیه و اختلال رشد و کوتاه قدی مادر را مطلع کنید . برای کودک 2 تا 5 سال نیز در هر وعده یک لیوان غذا باید مصرف شود . در صورتیکه مقدار غذا در هر وعده بیش از مقادیر توصیه شده بود و کودک دچار اضافه وزن و چاقی بود بر اساس بخش مشاوره آموزش دهید .

جدول ۱۲- مشاوره با مادر در مورد از شیر گرفتن:

تصمیم در مورد از شیر گرفتن بستگی به شرایط جسمی روانی مادر و کودک و ویژگی های خانواده دارد:

- بهترین روش از شیر گرفتن، تدریجی است که همراه با عشق و علاقه و در طی چند ماه اتفاق افتد بنابراین بعد از دو سال کامل که کودک از شیر مادر بهره مند شده و ۵ وعده در روز (۳ وعده غذای اصلی و ۲ میان وعده) غذا می خورد و مایعات را هم با لیوان می نوشد می توان ۱-۲ وعده شیر پاستوریزه یا آب میوه را جایگزین شیر مادر نمود که باید با لیوان یا فنجان به شیر خوار داده شود.
- هر ۲-۳ روز یک بار، نباید بیش از یک وعده شیردهی را حذف کنید.
- در این زمان خودتان پیشنهاد شیر دادن نکنید و اگر زمانی هم کودک تمایل به شیر خوردن داشت از او دریغ ننمایید، به ویژه هنگام بیماری کودک که فقط اشتها به خوردن شیر دارد و غذای دیگری را تحمل نمی کند.
- از شیر گرفتن نباید در زمان بیماری و استرس باشد.
- در این روش چون از شیر گرفتن آرام آرام است مشکلات عصبی روانی و تغییرات هورمونی مادر که در بکاره از شیر گرفتن اتفاق می افتد به وجود نمی آید و کودک نیز دچار ضربه روانی نمی شود به این ترتیب کودک کم کم علاقه به شیر خوردن را از دست می دهد و ممکن است خودش یک باره آن را کنار بگذارد.

- رعایت این توصیه ها هنگام از شیر گرفتن کمک کننده است :

۱. نسبت به از شیر گرفتن معطوف بمانید اگر کودک امروز دارد موقع خواب شیر بخورد به او بدهید تا وقتی که کودک آماده از شیر گرفتن شود. قبل از خواب و صبح هنگام بیدار شدن شیر خوردن را به کودک بدهید. به تدریج وعده های شیر قبل و بعد از ظهر را کم کنید. یعنی فاصله شیر دادن ها را بیشتر نمایید تا خود به خود یک وعده شیردهی حذف شود. طول مدت شیر خوردن در یک وعده را می توانید کوتاه کنید، این کار در کودکان بالای ۲ سال موثر است. در مورد کودکانی که سن بیشتری دارند به تعویق افتادن شیردهی راحت تر است و این کار برای کودکی که به نظور نامنظم شیر می خورد مناسب تر است. و بالاخره وعده های شیر خوردن در ساعات شب را به ترتیب یک شب در میان و دو شب در میان کنید تا خود کودک دیگر تقاضای شیر نکند.
۲. اگر در سندی یا مغلل مخصوصی به کودک شیر می دادید دیگر از این مغلل استفاده نکنید تا کودک به یاد شیر خوردن نیفتد و تقاضای شیر خوردن نکند. برنامه غذایی روزانه را عوض کنید مثلاً اگر او را از مهد کودک بر می دارید به جای اینکه منزل بیاید، به فروشگاه یا پارک بروید تا کودک سرگرم شود و هوس شیر خوردن نکند. سرگرمی های جدید برایش پیدا کنید (مثل خواندن کتاب یا قصه گفتن، اسباب بازی جدید، ران بردن، سواری، مشاهده سایر کودکان) و حواس او را پرت کنید. زمان شیر خوردن او را پیش بینی کنید و یک میان وعده یا یک نوشیدنی مورد علاقه او را به همراه داشته باشید. می توانید او را به مغلل مورد علاقه اش ببرید تا شیر خوردن را فراموش کند.
۳. در صورت امکان از سایر افراد خانواده کمک بگیرید. هنگامی که می خواهید شیر دادن وعده صبح را قطع کنید سعی کنید زودتر از او از خواب بیدار شوید تا هنگام بیدار شدن کودک، همسران یا یکی دیگر از اعضای خانواده در کنارش باشد. اگر کودک موقع بیدار شدن شیر می خواهد پدش کمک کند و او را برای صحبت همراه خود برد و غذای مورد علاقه اش را به او بدهد. غذاهایی که به کودک می دهید سالم و از نظر ارزش غذایی کامل باشد.
۴. اجازه ندهید کودک شما را بدون لباس ببیند و هوس شیر خوردن کند.

۵- اگر کودک اشفته است ، گریه می کند و شیر می خواهد و مادر نمی تواند او را به هیچ طریقی آرام کند از شیر گرفتن سریع بوده و یا روش دیگری باید بکار بگیرد.

ضمیمه فصل ۱۳:

فهرست مشکلات تغذیه ای کودکان:

- ۱- مشکلات مربوط به دریافت مواد غذایی شامل: سوء تغذیه پروتئین - انرژی (ماراسموس ، کواشیورکور) - تاخیر رشد (FFT) - چاقی
- ۲- مشکلات مربوط به گوارش و هضم غذا شامل: اسهال - استفراغ - دل درد و نفخ - یبوست
- ۳- مشکلات مربوط به کمبود ریز مغذی هاشامل: راشی تیسم - اسکوروبوت
- ۴- سایر مشکلات تغذیه ای شامل: عفونتهای حاد تنفسی - بیماری های تب دار

سوء تغذیه در کودکان:

کودکی که غذای کافی جهت تامین نیازهای غذایی خود مصرف نمی کند ابتدا به کم غذایی (undernourished) و سپس به تدریج به سوء تغذیه (malnourished) مبتلا می شود. اما سوء تغذیه پروتئین انرژی، حالات متفاوتی ایجاد می کند که علائم و شدت گوناگون دارد. این حالات با تغییر مصرف غذا و ایجاد عفونت تغییر می کند. سوء تغذیه پروتئین انرژی در هر سنی روی می دهد، اما بروز نوع خفیف آن از ۹ ماهگی تا ۳ سالگی شایعتر است. سوء تغذیه پروتئین انرژی می تواند حاد یا مزمن باشد که نوع حاد معمولاً در موارد خفیف روی می دهد. افرادی که نیاز بیشتری به انرژی، پروتئین و بویژه اسیدهای آمینه ضروری دارند در معرض خطر بیشتری برای ابتلای به این نوع سوء تغذیه هستند. مانند شیرخواران، نوجوانان، زنان باردار و شیر و سالمندان.

سوء تغذیه پروتئین انرژی:

عوامل موثر در بروز سوء تغذیه پروتئین - انرژی: ۱- سن ۶ تا ۳۶ ماهگی. ۲- ناآگاهی های تغذیه والدین ۳- ابتلا مکرر به بیماریها مانند اسهال ۴- تغذیه با شیری غیر از شیر مادر و شروع زود یا دیر هنگام غذای کمکی ۵- دسترسی ناکافی به خدمات بهداشتی ۶- رعایت نکردن بهداشت فردی و مواد غذایی.

مهمترین علت شناخته شده مستقیم این نوع سوء تغذیه، ابتلا به بیماریهای عفونی و بی توجهی به کمیت و کیفیت برنامه غذایی است. از دیگر علل غیر مستقیم و فراموش شده، ارزش اجتماعی زنان در بسیاری از فرهنگ هاست که موجب کاهش اعتماد به نفس مادر، کاهش سهمیه غذا در منزل، فقدان فرصتهای

آموزشی ، ازدواج زودرس . بارداری در سنین پایین در دختران و در نهایت تولد نوزاد با وزن کم (زیر ۲۵۰۰ گرم) می شود ، که این امر نیز موجب انتقال سوء تغذیه از نسلی به نسل دیگر می شود .

در تشخیص کودکان مبتلا به سوء تغذیه پروتئین انرژی ، شرح حال ، معاینه فیزیکی و بررسی های پاراکلینیکی کمک کننده است . به طوری کلی در شرح حال عوامل تغذیه ای ، طبی ، اجتماعی و خانوادگی بررسی می گردد . در شرح حال مواردی مانند : زایمان زودرس ، تاخیر رشد داخل رحمی ، مشکلات ژنتیکی ، اختلالات کروموزومی ، سوء تغذیه مادر ، سیگار کشیدن ، مصرف برخی داروها و تماس با برخی سموم ، کاهش یا توقف وزن گیری کودک ، کاهش فعالیت و بازی وی ، تغذیه وی با شیر مادر یا مصنوعی و دفعات آن سن شروع غذای کمکی ، ترتیب شروع این غذاها ، نوع و دفعات استفاده از آن ، روش آماده کردن این غذا ، مصرف کردن یا نکردن ویتامین AD و آهن و... مد نظر قرار گرفته و پرسش و بررسی می شود .

در معاینه فیزیکی این کودکان (توسط پزشک انجام می شود) کم توجهی و بی علاقی به محیط اطرافش بیان می شود . در کودکان مبتلا ، کاهش چربی زیر جلدی ، برآمدگی شکم ، تحلیل عضلانی و کاهش تون عضلات وجود دارد . یکی دیگر از جنبه های معاینه فیزیکی ارزیابی ارتباط متقابل کودک و مادر ، از جمله تماس چشمی و وضعیت بهداشتی کودک است . علاوه بر قد و وزن و دور سر سایر پارامترها مانند دور بازو ، ضخامت چین های پوستی و .. نیز مورد بررسی قرار می گیرد .

Marasmus vs. Kwashiorkor



سوء تغذیه پروتئین انرژی (ماراسموس)

ماراسموس : شدید ترین نوع سوء تغذیه اولیه پروتئین - انرژی است که از کاهش شدید کالری مصرف شده ناشی می شود و اغلب در سال اول زندگی رخ می دهد . عواملی مانند : کمبود مصرف غذا ، عیوب مادرزادی ، بیماری های مختل کننده جذب غذا ، عفونت های کاهش دهنده اشتها و هضم غذا ، حساسیت های غذایی ، اسهال و استفراغ و .. باعث بروز آن می شود .

علائم عبارتند از عدم افزایش وزن و کاهش وزن . رشد استخوان های سروجود دارد و سر نسبت به بدن بزرگتر است . چشم ها گود و چربی زیر جلدی نابود می شود. گونه ها برجسته و چانه باقی می ماند و کودک چهره یک کهنسال را به خود می گیرد .

از دیگر ویژگی های کودکان مبتلا به ماراسموس رنگ خاکستری پوست به علت کم خونی است . کودک فاقد تحرک ، عضلات سست و گریه ضعیف و تیز است . حرارت بدن کمتر از حد و نبض آرام است به دلیل کاهش مقاومت بدن این کودکان به عفونت ها حساس می باشند . و ممکن است در آنها بیماری های اختصاصی ناشی از کمبود تغذیه رخ بدهد.

در این کودکان باید علاوه بر توصیه های تغذیه بلند مدت یک کودک سوء تغذیه ای ، درمان بلافاصله صورت گیرد . درمان با مایعات وریدی ، تامین آب و الکتrolیت های بدن و رفع کم آبی تا برقراری فعالیت کلیه صورت می گیرد . توصیه های تغذیه ای کلی و اختصاصی، با توجه به بیماری های رخ داده (مانند راشیتیسیم و ..) ارائه شده و مکمل های مورد نیاز داده می شود .



سوء تغذیه پروتئین انرژی (کواشیورکور):

کواشیورکور: نوعی سوء تغذیه پروتئین – انرژی است که در اثر مصرف غذاهای محدود از پروتئین و کالری بوجود می آید. علل بروز این مشکل ، جذب مختل یا دفع پروتئین در شیرخواران و کودکان مبتلا به اسهال مزمن ، خون ریزی ، سوختگی ، عفونت و .. می باشد . علائم این اختلال شامل نقص رشد ، از دست دادن تون عضلانی ، ضعف شدید ، حساسیت زیاد در برابر عفونت ها و ادم می باشد . عدم افزایش وزن ممکن است به علت ادم تشخیص داده نشد. درماتیت ممکن است منجر به تغییر رنگ پوست شود . موها باریکتر می شود و ممکن است به رنگ قهوه ای یا قرمز در بیاید . بی اشتهاپی ، اسهال و استفراغ ، ابتلا به عفونت های انگلی و عفونتهای مانند سرخک ممکن است وجود داشته باشد . قلب و کبد بزرگ شده و جریان خون کلیه ها کاهش می یابد و درنهایت ممکن است منجر به بهت و اغما و مرگ شود . درمان شامل رفع کمبودها و اصلاح هر گونه مشکل حاد مانند اسهال ، نارسایی کلیه و شوک است .



تاخیر رشد:

تاخیر رشد یا *failer to thrive* یا به اختصار *FTT* به کاهش تدریجی سرعت رشد گفته می شود .
واقعه ای تدریجی بوده و ناگهانی رخ نمی دهد . بنابراین معمولا توسط والدین تشخیص داده نمی شود .
استفاده از نمودارهای رشد (قد ، وزن و دور سر) هنگام مراقبت از کودک امکان تشخیص زودهنگام مشکل
توسط مراقبین بهداشتی و پزشکان را فراهم می سازد. ابتدا این تاخیر رشد به صورت تاخیر کاهش رشد یا
توقف وزن ، سپس قد و در نهایت دور سر بروز پیدا می کند .

علل تاخیر رشد کودکان

علل تاخیر رشد کودکان به دو دسته کلی عضوی و غیر عضوی (ارگانیک و غیر ارگانیک) تقسیم می شود .
به طور کلی در ۲۸٪ موارد تاخیر رشد به علل عضوی ، ۴۶٪ موارد علل غیر عضوی و ۲۶٪ موارد مختلط (ترکیبی از علل عضوی و غیر عضوی) وجود دارد.

سه نوع *FTT* (*failer to thrive*) وجود دارد :

انواع FFT	وزن	قد	دور سر	علت اصلی بروز
FTT1	کمتر از طبیعی	طبیعی	طبیعی	تغذیه نامناسب و بیماریهای حاد
FTT2	کمتر از طبیعی	کمتر از طبیعی	طبیعی	سرشتی ، فامیلی ، هورمونی
FTT3	کمتر از طبیعی	کمتر از طبیعی	کمتر از طبیعی	علل داخل رحمی

FTT نوع یک شایعترین تاخیر در رشد کودکان می باشد . معمولاً در نوع ۱ ارجاع به پزشک مرکز صورت گرفته و توسط وی اقدامات تشخیصی و درمانی صورت می گیرد . اما در نوع ۲ و ۳ ارجاع به متخصص کودکان صورت می گیرد . در نوع ۱ نیز بسته به شدت بیماری ممکن است ارجاع به متخصص کودکان صورت گیرد . در مورد نوزادان وضعیت متفاوت است و با مشاهده مواردی مانند خوب شیر نخوردن ، بدی حال عمومی ، اسهال و استفراغ و ... ارجاع به متخصص کودکان صورت می گیرد .

مکانیسم هایی که درگیری های عضوی و بیماری ها سبب تاخیر رشد می شوند به طور کلی شامل چهار دسته می باشند:

۱- کاهش دریافت مواد غذایی :

بی اشتهایی ناشی از بیماری مزمن (عفونتها ، بیماری های غددی ، قلبی ، تنفسی ، کلیوی ، کبدی ، عصبی و کانسر)-تهوع و استفراغ ناشی از بیماریهای مزمن -دهیدراتاسیون و اختلالات الکترولیتی -اختلال در بلع یا انسداد معده ، حلق ، مری ، تنگی پیلور ، اختلالات روده ای ، بیماری کرون ، زخم پپتیک و-انگلهای روده ای -رژیم درمانی نامتعارف و محدود

۲- اشکال در هضم و جذب مواد غذایی :

بیماریهای روده کوچک (اسهال مزمن ، سندرم سوء جذب، سندرم روده کوتاه ، لنفوم و...)-بیماری پانکراس -بیماری کبد و مجاری صفراوی -بیماری های انگلی

۳- افزایش اتلاف مواد غذایی :

- سوختگی وسیع -اسهال مزمن -خون ریزی مزمن گوارشی و ...

۴- افزایش نیاز و تغییر متابولیسم مواد غذایی :

بیماری های التهابی - تب-بیماری های همراه با تکثیر سلولی-بیماریهای غدد درون ریز اختلالات متابولیسم ارثی

علل تاخیر رشد غیر عضوی را می توان به پنج دسته تقسیم کرد :

۱- مشکلات مربوط به رابطه شیر خوار و مادر :

- تحریک پذیری شیرخوار (بد خلقی کودک) - آشفته‌گی سر و صورت و لباس کودک - کاهش یا افزایش مدت خواب - کاهش یا فقدان تماس چشمی - درست قرار نگرفتن در آغوش - تاخیر رشد شناختی - امتنا شیرخوار از غذا خوردن - تغذیه اجباری کودک توسط والدین - اضطراب ، افسردگی ، اختلال شخصیت یا سایر مشکلات روانپزشکی والدین

در این موارد با جدا کردن کودک از مادر (مانند بستری در بیمارستان) علائم بهبود تغذیه و اشتها مشاهده می شود .

۲- مشکلات خانوادگی :

- اعتیاد والدین - بیماری های جسمی والدین - بیماری منجر به فوت در خانواده - غفلت و کم توجهی نسبت به شیرخوار - کودک آزاری - بیکاری والدین - مهاجرت / سن کم مادر - خانواده های شلوغ و پر جمعیت / طلاق و جدایی در خانواده

۳- مشکلات اقتصادی ، اجتماعی و تنش ها :

- درآمد کم خانواده - انواع بلایای طبیعی مانند سیل و زلزله و خشکسالی - تصادف یا هر نوع تنش شدید در خانواده

۴- مشکلات تغذیه ای : مشکلات تغذیه ای که کودک را به سمت سوء تغذیه سوق می دهند خود به سه دسته تقسیم می شوند:

الف- ناآگاهی های تغذیه ای خانواده در موارد ذیل :

- چگونگی انتخاب غذا ، تهیه ، طبخ و نگهداری غذا - توزیع غذا در خانواده (تبعیض جنسیتی)
- نیازهای تغذیه ای نوزادان (دوران نوزادی ، دوران شیرخواری) - تغذیه در سنین ۲ تا ۵ سالگی (کمیت و کیفیت غذا) - تغذیه در دوران بیماری - وجود بارورها و عادات غلط غذایی - تبلیغات نادرست در مورد مواد غذایی

ب- دسترسی نداشتن به غذای سالم و کافی :

- محدودیت تنوع مواد غذایی در منطقه

- ترس از مسمومیت های غذایی

ج- نحوه تغذیه : شیوه های غذا دادن به کودک بویژه در مناطق شهری از نکات بسیار مهم و قابل توجه است . برخی از این نکات به شرح ذیل است :

- تغذیه اجباری -تغذیه با پاداش -میل شدید کودک به خوردن ماده غذایی خاص -میل زیاد به خوردن میوه -میل زیاد به خوردن شیرینی و تنقلات کم ارزش -بی میلی یا امتناع از خوردن ماده غذایی خاص مانند شیر ، گوشت ، میوه ، نان و ...

۵- مشکلات مراقبتی :

- بهره مند نبودن از : تغذیه انحصاری با شیر مادر ، شروع بموقع تغذیه تکمیلی -رعایت اصول بهداشت فردی -آب سالم -توالت بهداشتی -واکسیناسیون / کارت پایش رشد کودک -سلامتی جسمی ، روحی و روانی مادر -دسترسی مادر به مراقبت های دوران بارداری -همکاری و حمایت پدر

اسهال:

در هنگام اسهال به دلیل نیاز های متابولیکی همراه با تب ، ترمیم اپی تلیوم آسیب دیده روده و جبران پروتئین از دست رفته نیاز به غذا از نظر کمی افزایش و کیفیت آن تغییر پیدا می کند . اما متأسفانه یک باور غلط در بین عوام وجود دارد و آن اینکه در جریان اسهال باید تغذیه کاهش یابد تا خوردن باعث افزایش مواد دفعی و بدتر شدن اسهال نشود . شیر مادر در جریان اسهال خوب تحمل می شود و حجم مدفوع کودکان شیر مادر خوار نسبت به کودکانی که شیر مادر نمی خورند ، کمتر است . بعلاوه غذا خوردن باعث ترمیم مخاط روده ، بهبود آنزیم های گوارشی ، بازگشت هضم به حالت طبیعی و افزایش جذب غذا می شود .

نکات مورد توجه در تغذیه کودکان مبتلا به اسهال :

الف - **اسهال حاد** : توصیه می شود به کودک بیشتر از حالت معمول غذا داده شود .

به کودک شیرمادر خوار شیر مادر و غیر شیرمادر خوار شیر مصرفی وی در حجم بیشتر همراه با مایعات (در صورت وجود علائم کم آبی) داده شود.

علاوه بر ORS مایعاتی نظیر سوپ ، دوغ و آب داده شود . با اضافه کردن کمی نمک به این مایعات تاثیر آنها در پیشگیری از کم آبی بیشتر می شود . باید تغذیه با این مایعات تا زمان قطع اسهال ادامه یابد.در کودکان

بزرگتر از ۶ ماه میتوان نیمی از انرژی دریافتی روزانه را از غذاهایی مانند ماست، تخم مرغ، غلات و سایر غذاهای نشاسته‌ای، ماهی، حبوبات و سبزیجات تامین کرد. باید به هر وعده غذایی کودک یک قاشق مربا خوری روغن اضافه کرد و کودک به خوردن حداقل ۶ وعده غذا در روز تشویق شود. غذا باید تازه و خوب پخته شده باشد. از دادن نوشیدنی‌های شیرین تجاری خودداری شود چون باعث تشدید اسهال می‌شود. در صورت مشاهده استفراغ در کودک باید ORS و مایعات را آهسته تر و در حجم کم به وی داد. غذاهای مناسب برای اسهال بعد از قطع اسهال نیز توصیه می‌شود و تا ۲ هفته بعد از قطع اسهال روزانه یک وعده غذایی اضافی به کودک داده شود.

ب- تغذیه در اسهال پایدار :

هنگامی که اسهال حاد آبکی بیشتر از ۱۴ روز طول بکشد به آن اسهال پایدار می‌گویند. این نوع اسهال در کودکان مبتلا به سوء تغذیه و کودکانی که از شیر گاو تغذیه می‌کنند بیشتر دیده می‌شود. کودک نصف شیرش را مصرف کند و بقیه آن را به صورت یک فرآورده تخمیری شیر مانند ماست جایگزین شود. روزانه ۶ وعده غذایی حاوی حبوبات، گوشت، ماهی، تخم مرغ مصرف کند. برای اطمینان از دریافت ویتامین و املاح مورد نیاز کودک از سبزیجات زرد و سبز در تهیه سوپ وی استفاده شود. باید مطمئن شد ویتامین و املاحی مانند اسید فولیک، آهن، روی، ویتامین A و ... را دریافت کرده است. از مادر بخواهیم که کودک را پس از ۵ روز مجدد برای مراقبت بیاورد. اگر اسهال کودک متوقف شده بود، حداقل تا یکماه روزانه یک وعده غذایی اضافی داده شود و اگر اسهال قطع نشده باشد، کودک به بیمارستان ارجاع شود.

تهوع و استفراغ:

تعریف استفراغ و توصیه های تغذیه ای برای کودک دچار تهوع و استفراغ :

استفراغ یا بالا آوردن، به خروج محتویات از دهان با فشار گفته می‌شود. شیر خواران اغلب دچار این حالت می‌شوند اما اغلب بدون فشار، که مساله ای متفاوت از استفراغ است. شایع ترین علت استفراغ، بیماری ویروسی است. و معمولاً با سپری شدن دوره بیماری و رعایت برخی توصیه ها و در موارد اندکی مصرف برخی داروها برطرف می‌شود. اگر کودک هنگام ایستادن سرگیجه داشته باشد، دهان خشک و چشم فرورفته داشته باشد، هنگام گریه اشک نداشته باشد و یا بسیار خواب آلوده باشد، نشانه ای از کم آبی است و سریعاً باید کم آبی کودک رفع گردد. (طبق بوکلت چارت مانا)

به مدت ۴ تا ۶ ساعت دادن غذا قطع شود ولی هر ۱۰ دقیقه مقداری (حدود ۱۰ میلی لیتر) مایعات به کودک داده شود. اگر بعد از ۴ تا ۶ ساعت استفراغ کودک متوقف شد، کمی غذا مثلاً ۳۰ میلی لیتر شیر یا

پوره رقیق شده به کودک داده شود . معمولا در صورت قطع استفراغ رژیم غذایی کودک به حالت معمول بر می گردد. اگر کودک ۳۰ سی سی غذا را تحمل کرد مجدد ۲ ساعت بعد همان مقدار غذا به وی داده شود و به تدریج حجم و دفعات و غلظت غذا افزایش پیدا کند . در صورتی که کودک مجدد استفراغ کرد ، تغذیه کودک از ابتدا با ۱۰ میلی لیتر مایعات شروع شود، اگر استفراغ خفیف باشد، شروع تغذیه با دادن مایعاتی مانند آب میوه های طبیعی سیب و گلابی ، بستنی یخی و عرق زنجبیل مناسب است . برای دادن آب میوه ، آن را با حجم برابر آب مخلوط کنید .

در صورتی که کودک بعد از هر بار غذا استفراغ کند و نشانه های کم آبی در وی وجود داشته باشد ، ممکن است نیاز به دریافت سرم داشته باشد . در صورتی که استفراغ کودک ناشی از شدت سرفه باشد بعد از دادن غذا ، کودک مدتی نشسته باشد و در صورت استفراغ مدتی بعد ، مجددا به کودک غذا داده شود .

دل درد و نفخ:

شایع ترین ناخوشی نوزادان دل درد و نفخ شکم است . وقتی شیر خوار دچار دل درد می شود گریه های متوالی ، نق نق و بی قراری می کند کودک در حالت درد پاهای خود را در شکم جمع می کند و از او گاز خارج می شود . دل درد معمولا بعد از خوردن شیر به وجود می آید .

علل بروز: بلعیدن هوا در هنگام شیر خوردن، افراط در شیر دادن به نوزاد ، به زور شیر دادن به نوزاد ، شیر خوردن نوزاد در حالت خوابیده، سوء تغذیه و کم بودن شیر برای کودک ، نارسایی دستگاه گوارش در برخی نوزادان نارس ، مصرف غذاهای نفاخ توسط مادر شیرده و یا غذای کمکی نفاخ کودک و ...

درمان و پیشگیری :

- پرهیز از تمام مواردی که سبب وارد هوا به معده نوزاد می شود .
- گرفتن آروغ شیر خوار بعد از شیر خوردن .
- ماساژشکم نوزاد و قرار دادن وی در حالت خوابیده به شکم روی دست یا پای خود
- پرهیز از دادن پستانک به کودک
- پرهیز از مصرف غذاهای نفاخ توسط مادر و کودک بالای ۶ ماه ...

یبوست:

اگر قوام مدفوع سفت باشد و اجابت مزاج برای کودک یا شیرخوار سخت و همراه با زور زدن های زیاد باشد ، کودک دچار یبوست است . معمولا کودکانی که از شیرگاو تغذیه می کنند ، بیشتر دچار یبوست می شوند. علل مختلف دیگری در کودکان بزرگتر برای بروز یبوست وجود دارد مانند : مصرف کم آب ، مصرف کم فیبر (میوه و سبزی)، مصرف زیاد از حد میوه هایی مانند موز و سیب و ...

درمان و پیشگیری :

- دادن آب و مایعات به کودک در رفع یبوست موثر است .
- گنجانیدن حجم بیشتری از میوه و سبزی ها در غذای روزانه کودک
- پرهیز از انما و استفاده از شیاف یا شربت به صورت مکرر زیرا باعث تنبلی بیشتر روده می شود .
- دادن روغن زیتون همراه غذا و سالاد به کودک
- دادن انجیر خشک و برگه آلو و زرد آلو خیس شده و میوه هایی مانند گلابی و آلو به کودک
- پرهیز از افراط در خوردن میوه هایی مانند سیب و موز و میوه های حاوی فیبر محلول اند .

راشی تبسم:

به نارسایی در آهکی شدن استخوان های در حال رشد یا بافت استئوئید ، راشی تبسم می گویند . که ناشی از کمبود ویتامین D می باشد . (نارسایی در آهکی شدن استخوان بزرگسالان استئومالاسی می گویند). ویتامین D و هورمون پارا تیروئید همزمان با هم میزان کلسیم پلاسما را متعادل میکنند . اگر مصرف ویتامین D کافی نباشد ، برای حفظ سطح یون کلسیم در پلاسما میزان مواد معدنی استخوان کاهش می یابد .

علائم : نشانه های راشی تبسم در انتهای سال اول و در خلال سال دوم زندگی کودک ممکن است بروز پیدا کند . فونتanel های سر ممکن است با تاخیر بسته شوند . استخوان جمجمه نرم است و هنگام فشار دادن مانند توپ پینگ پنگ بالا و پایین می رود (کرانیوتابیس) . این حالت بیشتر در پس سر و آهیانه دیده می شود. طاق سر ممکن است شبیه جعبه شده و بزرگ شود . رویش دندان های شیری ممکن است به تاخیر افتد و دندان های دائمی دچار عیوبی در مینا شوند. در تنه اتصالات غضروفی دنده ای سبب پیدایش برجستگی های کوچکی در دنده به نام تسبیح راشی تبسمی می شود . که ممکن است سبب جلو آمدن سینه یا به اصطلاح سینه کبوتری شود. بعلاوه ممکن است در جایی که دیافراگم به دنده های تحتانی می چسبد فرورفتگی ایجاد شود . ممکن است کیفوز و اسکولیوز یا عیوبی در لگن بروز پیدا کند . نرمی درشت

نی و نازک نی سبب فاصله گرفتن زانوها و کمانی شده آنها شود. صافی کف پا از علائم شایع راشی تیسم است. برجستگی شکم به علت سستی عضلات شکم ممکن است سبب یبوست شود.

در این کودکان نیاز به مصرف روزانه ۲۰۰۰ تا ۶۰۰۰ واحد ویتامین D وجود دارد. به مادر توصیه می شود، دست ها و پاهای کودک روزانه حداقل ۲۰ دقیقه در معرض نور مستقیم خورشید قرار دهد. گاهی ممکن است مشکلات اسکلتی و عضلانی مانند کمانی شدن زانو، کیفوز و ... نیاز به جراحی داشته باشند. به مادر توصیه شود غذاهایی که حاوی ویتامین D اند مانند لبنیات پر چرب، تخم مرغ و ماهی های چرب، روغن کبد ماهی به کودک بدهد. برای پیشگیری از بروز راشی تیسم مصرف روزانه ویتامین D از ۳ تا ۵ روزگی ۴۰۰ واحد در غالب ویتامین AD یا مولتی ویتامین به کودکان تا ۲ سالگی داده می شود.

نواقص ایجاد شده در اثر راشی تیسم:



اسکوربوت: اسکوربوت در اثر کمبود ویتامین C رخ می دهد و بیشتر در کودکان ۶ ماهه تا ۲ ساله اتفاق می افتد. کمبود ویتامین C در رژیم غذایی مادر شیر ده، از شیر گرفتن دیر هنگام شیرخوار موجب این مشکل می شود شیرخوار می شود.

علائم: آهسته بروز پیدا می کنند و پس از محرومیت طولانی مدت ظاهر می شوند. کج خلقی، بی اشتها، تحریک پذیری و توهمات از علائم اسکوربوت اند. شیرخوار از تماس با دیگران بیمناک است که علت آن ترس ناشی از حرکت است. کمبود ویتامین C در این کودکان سبب خون ریزی زیر ضریع خصوصا در ساق ها و درد شدید و حتی فلج کاذب می شود. شیرخوار حالت قورباکه ای به خود می گیرد. جناق سینه ممکن است فرورفتگی پیدا کند. لثه ها رنگ بنفش مایل به آبی پیدا می کنند. خون ریزی ممکن است در بافت نرم اطاف چشم ها دیده شود. و نقاط ریز پتشی در پوست و مخاط ها بوجود می آید. امکان پیدایش خون در ادرار یا سخت شامه وجود دارد. کم خونی در اثر بی اشتها، خون ریزی و یا متابولیسم مختل اسید فولیک رخ می دهد. رنگ کاملا پریده و تاخیر رشد و تاخیر در بهبود زخم ها بروز پیدا می کند.

درمان و پیشگیری: درمان شامل مقادیر زیاد ویتامین C است. روزانه ۹۰-۱۲۰ سی سی آب پرتقال یا اسید اسکوربیک به میزان ۲۰۰-۱۰۰ سی سی یا بیشتر از آن (به صورت خوراکی یا تزریقی) کفایت می کند

در صورت کم خونی شدید تزریق خون ضرورت دارد . برای پیشگیری مصرف مواد غذایی حاوی ویتامین C ضرورت دارد . نیاز روزانه شیرخوار ۳۵ میلی گرم ، کودک ۴۵ میلی گرم و نوجوان ۶۰-۵۰ میلی گرم می باشد . توصیه به مصرف میوه ها و سبزی های تازه و قرمز و سبز رنگ مانند پرتقال ، لیموترش ، فلفل دلمه ای ، گوجه ، خیار ، و .. به صورت روزانه بسیار مفید و مانع از بروز این بیماری است .



تغذیه کودک در بیماری :

تغذیه کودک مبتلا به عفونت های حاد تنفسی :

الف - تغذیه در هنگام بیماری :

برای کودکی که کمتر از ۶ ماه است و تغذیه کمکی وی شروع نشده باید دفعات شیردهی بیشتر شود. به کودکان بزرگتر از ۶ ماه غذایی داده شود که نسبت به حجم آن از بالاترین میزان کالری و مواد غذایی برخوردار باشد. بر اساس سن کودک این غذاها باید مخلوطی از غلات و حبوبات موجود و محلی یا مخلوطی از غلات و گوشت و مرغ باشد. برای مقوی کردن غذای کودک در این دوران می توان کمی روغن یا کره اضافه کرد . لبنیات و تخم مرغ هم مناسب اند و باید کودک را تشویق کرد تا جایی که میل دارد ، غذا بخورد. دادن مایعات غذایی گرم مانند سوپ به کودک در بهبود علائم سرماخوردگی و سرفه و بهبود علائم بالینی و جبران آب از دست رفته از طریق تب کمک کننده است . اگر گرفتگی بینی مانع تغذیه کودک می شود با ریختن چند قطره محلول آب نمک به بینی ترشحات چسبنده رقیق و نرم شده و سپس می توان با یک پارچه تمیز بصورت فتیله ای یا با پوار پلاستیکی ترشحات را خارج کرد . دادن عسل با چای کم رنگ و ولرم به بهبود سرفه و علائم تنفسی کمک می کند . البته دادن عسل به کودکان زیر دو سال توصیه نمی شود .

ب- تغذیه بعد از بیماری :

وقتی کودک بیمار می شود معمولا کمتر غذا می خورد ، بنابراین پس از برطرف شدن عفونت تنفسی باید به مدت دو هفته یا تا وقتی که کودک دوباره به وزن طبیعی برسد یک وعده غذایی اضافی به کودک داده

شود . این کار باعث می شود سلامتی به وی برگردد و از ابتلا او به سوء تغذیه جلوگیری شود . سوء تغذیه احتمال بروز عفونت تنفسی و اسهال را به صورت وخیم تر بیشتر می کند.

تغذیه کودک تب دار :

تب با کاهش اشتها و افزایش متابولیسم بدن در روند تغذیه کودک اختلال ایجاد می کند. در این مواقع توصیه های ذیل مفید است :

- در کودکان زیر ۶ ماه تداوم تغذیه مکرر با شیر مادر
- تداوم تغذیه با شیر مادر همراه با غذاهای مایع در کودکان بالای ۶ ماه
- افزایش تعداد دفعات تغذیه ، حتی با حجم کم جهت برای جبران کاهش اشتهاى کودک .

توصیه های کلی تغذیه ای در بیماری:

با توجه به اهمیت تداوم تغذیه کودک بیمار ، توصیه های ساده و کاربردی برای کودک بیمار به شرح ذیل است :

- قبل از دادن غذا باید حتما دستها و صورت وی شسته شود ، زیرا این کار به وی آرامش می دهد.
- در حالتی که کودک خواب آلود است به وی غذا ندهید.
- با صبر و حوصله بیشتری به کودک بیمار غذا داده شود . تداوم شیردهی مادر ، به کودکان شیرخوار تاکید می شود .
- از غذاهای مورد علاقه کودک در زمان سلامت ، هنگام بیماری بیشتر به کودک داده شود .
- برای نرم کردن غذای کودک کمی کره یا روغن و یا شیر به غذای وی اضافه شود .
- غذا به دفعات بیشتر و حجم کمتر به کودک داده شود .
- کم خوردن بهتر از هیچ نخوردن است .
- در صورت که گرفتگی بینی ابتدا بینی تمیز شده ، سپس به کودک غذا داده شود . در بیماری تب دار بعد از اثر داروی تب بر و کاهش نسبی تب ، به کودک غذا داده شود.

ریز مغذی ها :

ید: به طور عمده بصورت یون یدید و بیشتر در غده تیروئید و مقدار کمی نیز در بزاق و معده وجود دارد .
بعلاوه تمام سلول ها دارای مقداری جزئی ید هستند .

عمل اصلی ید: حضور در دو هورمون T3 و T4 است . این هورمون ها بر تمام بافت های بدن اثر می گذارند و برای تکامل و عملکرد طبیعی بدن ، مغز و دستگاه عصبی ، حفظ گرمای بدن و انرژی ضروری هستند . میزان نیاز روزانه به ید در شیرخواران ۴۰ میکروگرم و در بالغین ۱۵۰ میکروگرم می باشد .

کمبود ید : عوارضی مانند نازایی ، سقط ، مرده زایی ، آنومالی های مادرزادی، عقب ماندگی ذهنی، گواتر و کرتینیسم را بدنبال دارد . عواقب کمبود ید در دوران جنینی بسیار شدید تر است .

منابع غذایی ید: مهمترین منابع غذایی ید ، مواد دریایی مثل ماهی آب های شور ، صدف و جلبک های دریایی هستند . منابع دور از دریا مانند ماهی های آبهای تازه ید کمتری دارند . ید موجود در گیاهان به ید موجود در خاک بستگی دارد . در کشور ما آب و خاک دچار کمبود ید است . و هیچ محصول غذایی قادر به تامین نیاز بدن نمی باشد . در نتیجه مطمئن ترین راه تامین ید کافی در بدن ، مصرف نمک ید دار است . و مصرف نمک ید دار مهمترین مداخله بهداشتی پیشگیری از کمبود ید است . بعضی مواد غذایی گواتروژن اند و در استفاده بدن از ید مداخله می کنند . مواد گواتروژن مانند کلم ، بادام زمینی و برخی دیگر از دانه های روغنی در اثر حرارت از بین می روند ، پس اگر خام و یا به صورت مرتب و روزانه مصرف شوند احتمال گواتر وجود دارد . برخی عناصر دیگر مانند سلنیوم در جذب توسط دستگاه گوارش ، با ید رقابت می کنند .

پیشگیری: راهکار عمده برای پیشگیری از اختلالات ناشی از کمبود ید اضافه کردن ید به یک ماده غذایی مانند نمک، نان، آب و یا استفاده از محلول روغنی ید (تزیقی و خوراکی) است.

نمک ید دار: نمک برای افزودن یک ریز مغذی نظیر ید حامل مطلوبی است. معمولاً هر کس روزانه به مقدار ثابتی از نمک نیاز دارد. یددار کردن نمک با صرفه ترین، مطمئن ترین و سهل الوصول ترین راه پیشگیری از اختلالات ناشی از کمبود ید است. وضع اقتصادی خانواده اثری در میزان مصرف نمک ندارد به علاوه نظارت بر میزان ید نمک در سطح کارخانه ها و مراکز توزیع به راحتی امکان پذیر است. برای یددار کردن نمک، بیشتر از یدات پتاسیم استفاده می شود. یدات پتاسیم از ید پایدارتر بوده و در مقابل عوامل محیطی مقاوم تر است. مقداری یدی که به نمک اضافه می کنند به معدل مصرف سرانه نمک بستگی دارد.

مصرف مطلوب روزانه: حداقل ۱۵۰ میکروگرم ید است. در کشور ما ید به میزان ۴۰ ppm به نمک اضافه می شود و اکنون بیش از ۹۵ درصد مردم در کشور از نمک یددار استفاده می کنند. به منظور جلوگیری از

کاهش میزان ید نمک باید نمک یددار دور از نور و در ظرف در بسته نگهداری شود و برای مدت طولانی (بیش از ۱ سال) ذخیره نشود.

به منظور کنترل کیفیت و همچنین مصرف نمک یددار تصفیه شده باید پایش نمک های خوراکی مصرفی خانوار هرساله توسط کیت یدسنج انجام و پوشش مصرفی نمک یددار تعیین شود. پایش نمک های خوراکی مصرفی خانوار روستایی (توسط بهورز) هرساله در زمان سرشماری و توسط کیت یدسنج انجام و پوشش مصرفی نمک یددار روستا در زیج حیاتی درج می شود. همچنین مسئولیت انجام ید سنجی با کیت یدسنج در مدارس روستایی به عهده بهورز می باشد.

آهن : کل آهن بدن یک بزرگسال در حدود ۲ تا ۴ گرم است که در ساختمان هموگلوبین و میوگلوبین و برخی آنزیم ها مانند کاتالاز و آلدولاز شرکت دارد . کودکان برای خون سازی ، رشد و تکامل و مقابله با عفونت ها به آهن نیاز دارند .

مقدار مورد نیاز : دریافت روزانه آهن باید جایگزین آهن از دست رفته از طریق مدفوع و ادرار و پوست شود . یک نوزاد طبیعی هنگام تولد ۷۵ میلی گرم به ازاء هر کیلو گرم وزن بدن دارد که دو سوم آن در گلبول قرمز متمرکز شده است و بقیه آن ذخیره شده و در مواقع مورد نیاز جایگزین آهن از دست رفته می شود . چون دریافت آهن در ۶ ماهه اول کم است ، پس حدود ۶ ماهگی ذخیره آهن کاهش می یابد و شیر خوار نیاز به دریافت آهن روزانه دارد . میزان آهن موجود در شیر کم (حدود ۵/۵ میلی گرم در لیتر) اما قابلیت جذب بالایی دارد . به دلیل ذخیره آهن دوران جنینی و آهن شیر نیاز به آهن در ۶ ماه اول زندگی وجود ندارد ، اما از ۶ ماهگی نیاز به تجویز مکمل وجود دارد .

منابع غذایی آهن : آهن دو نوع هم و غیر هم دارد . آهن موجود در منابع حیوانی مانند گوشت و ماهی و مرغ و جگر و .. از نوع هم و جذب نسبتا بالایی (۲۰٪ تا ۳۰٪) دارد . آهن موجود در منابع گیاهی مانند غلات و حبوبات و سبزیجات برگ تیره مانند جعفری ، اسفناج و انواع مغزها (پسته ، بادام ، گردو و ..) انواع خشکبار (برگه هلو و زردآلو ، کشمش ، خرما و ...) و زرده تخم مرغ از نوع غیر هم می باشد . جذب آن غیر هم شدیداً تحت تاثیر رژیم غذایی قرار می گیرد و در صورت مصرف مواد کاهش دهنده جذب مانند فیتات ، اگزالات و تانن ها به مقدار زیادی کاهش می یابد . جذب آهن غیر هم در بهترین حالت ۳ تا ۸ درصد است . بعلاوه مصرف مواد غذایی حاوی ویتامین C جذب آهن غیر هم را افزایش می دهد .

علل کمبود آهن : دو علت عمده رژیم غذایی فقیر از آهن و کم بودن زیست فراهمی آهن موجود در رژیم غذایی می باشد . اسید فیتیک در سبوس غلات ، اسید اگزالیك موجود در اسفناج ، تانن موجود در چای و قهوه و املاحی مانند کلسیم ، منیزیم و فسفر کاهش دهنده جذب آهن اند . اختلالات سوء جذب ، مصرف

آنتی اسید و فقدان اسید معده موجب کاهش جذب آهن می شوند. سایر شرایط و اختلالات مانند افزایش نیاز به آهن در دوران کودکی و نوجوانی، از دست دادن خون (مانند عادت ماهیانه)، بارداریهای مکرر با فاصله کم، ابتلا مکرر به بیماریهای عفونی مانند اسهال، محرومیت از شیر مادر، شروع نکردن بموقع تغذیه تکمیلی و یا نامناسب بودن غذای کمکی و کودکان مبتلا به سوء تغذیه پروتئین- انرژی از سایر علل فقر آهن است.

پیشگیری از کمبود آهن: برای تمام شیرخوارانی که با وزن طبیعی (بالای ۲۵۰۰ گرم) متولد شده اند (اعم از شیر مادر خوار یا شیر خشک خوار) دادن قطره آهن از پایان ۶ ماهگی تا پایان ۲۴ ماهگی به میزان روزانه ۱ میلی گرم آهن المنتال به ازاء هر کیلو گرم وزن بدن توصیه می شود.

برای تمام شیرخوارانی که با وزنی کمتر از ۲۵۰۰ گرم متولد شده اند (اعم از شیر مادر خوار یا شیر خشک خوار) دادن قطره آهن از زمان دوبرابر شدن وزن بدن (حدوداً ۲ ماهگی) به میزان روزانه ۲ میلی گرم آهن المنتال به ازاء هر کیلو گرم وزن بدن توصیه می شود.

درمان کمبود آهن: برای درمان کم خونی ناشی از فقر آهن تجویز روزانه ۶-۴ میلی گرم آهن به ازاء هر کیلو گرم وزن بدن کودک توصیه می شود. علاوه بر دارو مصرف مواد حاوی آهن و ویتامین C نیز باید مورد توجه قرار گیرد. در موارد نادر نیز ممکن است نیاز به آهن تزریقی یا ترانسفوزیون خون وجود داشته باشد.

سایر نکات در مورد مکمل آهن:

- ۱- فرآورده های آهن را دور از دسترس کودکان قرار دهید.
- ۲- سولفات آهن، مدفوع را تیره و سیاه رنگ می کند.
- ۳- فرآورده های آهن را نباید به همراه شیر، چای، قهوه، دم کرده های گیاهی و داروهای ضد اسید معده مصرف کرد.
- ۴- داروها را در جای خنک و دور از نور نگهداری کنید.
- ۵- توصیه کنید قطره آهن را ته دهان شیرخوار بچکانند و پس از هر بار مصرف به کودک کمی آب دهند و دندان های شیرخوار را با یک پارچه یا مسواک نرم پاک کنند. در غیر اینصورت دندانهای شیرخوار را جرم تیره رنگی می پوشاند.
- ۶- قطره آهن باید در بین دو وعده شیر به کودک داده شود تا کلسیم موجود در شیر مانع جذب آهن نشود
- ۷- میوه و آب میوه ها سبب افزایش جذب آهن می شوند و می توان آنها را همراه با قطره آهن، بمنظور جذب بیشتر، متناسب با سن کودک به وی داد.

ویتامین A: ویتامین A به دو دسته کلی رتینوئیدها (ویتامین A) و کارتنوئیدها (پیش ساز ویتامین A) تقسیم می شوند. از مهم ترین کارتنوئیدها بتاکاروتن نام دارد. ویتامین A یکی از ریز مغذی هایی است که در رشد کودکان، پیشگیری از عفونت ها (اسهال، دستگاه تنفسی و سرخک)، حفظ قدرت دید در تاریکی، سلامت چشم و پوست را به عهده دارد.

منابع غذایی ویتامین A: رتینوئیدها در مواد حیوانی و کارتنوئیدها در مواد گیاهی وجود دارند. شیر پرچرب، کره، خامه، پنیر پرچرب و زرده تخم مرغ منابع خوب ویتامین A هستند. جگر نیز یک منبع غنی ویتامین A است و مصرف هفتگی تا ۱۰ روز یکبار آن نیاز یک هفته را تامین می کند. سبزی های زرد رنگ (مانند هویج و کدو حلواپی)، میوه های زرد رنگ (مانند زردآلو و انبه و نارنگی و ..) میوه سبزی های قرمز (مانند فلفل دلمه ای قرمز و گوجه فرنگی) از دیگر منابع ویتامین A هستند.

علل کمبود ویتامین A: این علل گسترده اند اما برخی از آنها به شرح ذیل اند:

- دسترسی نداشتن به غذای کافی به علت فقر
- موجود نبودن مواد غذایی حاوی ویتامین A در منطقه
- محدودیت چربی در برنامه غذایی
- کاهش جذب به عللی مانند جراحی روده، انگل و ..
- افزایش نیاز در دوران های مختلف زندگی مانند کودکی
- عدم تغذیه شیرخوار با شیر مادر (رتینول شیر مادر قابل جذب است، کمبود ویتامین A در مادر سبب کمبود در شیرخوار نیز می شود)
- تغذیه نامناسب کودک، ابتلای مکرر به بیماریهای عفونی مانند اسهال، عفونت های انگلی و تنفسی و .. از دیگر علل اند.

پیشگیری: برای پیشگیری از کمبود ویتامین A در مناطقی که کمبود ویتامین A به صورت گسترده مشاهده می شود، برای کودکان ۶ تا ۱۲ ماهه یک دوز ۱۰۰ هزار واحدی و برای کودکان ۱ تا ۵ ساله یک مگادوز ۲۰۰ هزار واحدی هر ۶ ماه یکبار تجویز می گردد. در کشور ما نیز تجویز روزانه ۲۵ قطره ویتامین AD از روز ۳ تا ۵ تولد تا پایان ۲۴ ماهگی صورت می گیرد. بر این اساس کودک روزانه ۱۵۰۰ واحد بین المللی ویتامین A دریافت می نماید. در آموزش ها به مادران نیز توجه به منابع ویتامین A در غذای کودک توصیه می شود.

درمان: در مواردی که علائم کمبود مشاهده نمی شود مصرف روزانه ۵۰۰۰ واحد ویتامین A خوراکی در روز کافی است. در موارد عفونت های ویروسی مانند سرخک ۱۰-۵ هزار واحد ویتامین A حتی در کودکانی که کمبود ویتامین A ندارند، از شدت بیماری و مرگ و میر کودک می کاهد.

روی: بطور گسترده اما نابرابر در گیاهان و حیوانات وجود دارد. بیشترین غلظت آن در بدن در استخوان ها، کبد، مو، پوست و غده پروستات وجود دارد. بدن بطور موثری نیاز به روی را تنظیم میکند. بعلاوه آزمایش دقیقی برای تعیین وضعیت روی در بدن وجود ندارد، لذا تشخیص نیاز واقعی بدن هنوز شناخته شده نیست. میزان توصیه شده روزانه ۱۲ تا ۱۵ میلی گرم می باشد. میزان نیاز کودک به روی به سرعت رشد وی و نوع تغذیه شیرخوار بستگی دارد.

منابع غذایی روی: روی در تمام مواد غذایی گیاهی و حیوانی که منبع خوب پروتئین اند وجود دارد. منابع غنی عبارتند از گوشت قرمز و مرغ، احشاء، تخم مرغ، حبوبات، بادام زمینی، مواد لبنی، غلات سبوس دار، و سبزیجات سبز تیره و زرد تیره. روی موجود در منابع حیوانی جذب بهتری دارد.

علل کمبود روی: کمبود روی در انسان اولین بار در ایران و مصر دیده شد. پسران جوانی که نیمی از کالری روزانه خود را از نان های سبوس دار غیر تخمیری دریافت می کردند خوب رشد نمی کردند و بلوغ جنسی نداشتند. گرچه نان منبع غنی روی است اما چون روی با فیتات ترکیب می شود و نان حاوی فیتات است، پس فیتات موجود در نان موجب کمبود روی در این افراد شده بود. فیبر نیز یکی از علل کاهش جذب روی است.

علل عمده کمبود روی در بدن عبارتند از: دریافت کم روی در برنامه غذایی - زیست فراهمی کم روی به علت فیبر و فیتات بالای رژیم غذایی - افزایش از دست دادن روی بدلیل بیماریهایی مانند اسهال مزمن، سندرم سوءجذب چربی، اختلالات کبدی، دیابت، نفروز، مصرف برخی داروها مانند دیورتیکها، جراحی و سوختگی و کودکان مبتلا به سوء تغذیه پروتئین-انرژی.

علائم کمبود روی: در موارد خفیف تنها علامت کاهش سرعت رشد کودک است. که در نهایت می تواند منجر به مشکلات قد و تاخیر بلوغ گردد. سایر علائم خفیف کمبود روی کاهش اشتها، کاهش حس چشایی و بویایی، اسهال مزمن، تاخیر در ترمیم زخم و مشکلات پوست و مو است. با توجه به عدم امکان شناسایی و اندازه گیری کمبود روی و با توجه به شیوع نسبتا کم آن در عموم کودکان برنامه پیشگیرانه مکمل درمانی در کودکان در ایران وجود ندارد و تجویز مکمل در موارد درمانی صورت می گیرد.

درمان: در موارد خفیف روزانه ۱۰ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن در شیرخواران و در کودکان در سنین بالاتر ۲۰ میلی گرم روزانه به ازای هر کیلوگرم وزن بدن می باشد. در موارد شدید درمان ۲۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در شیرخواران و ۴۰ تا ۵۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در کودکان سنین بالاتر می باشد.

ویتامین D: گروهی از ترکیبات استرولی است و مهم ترین آنها از جمله ویتامین D3 و D2 می باشد. تابش اشعه ماوراء بنفش بر روی پیش سازهای آن (ارگوسترول در گیاهان و ۷-دهیدروکلسترول در پوست) به ترتیب سبب سنتز ویتامین D2 و D3 می شود .

منابع ویتامین D: بیشتر از طریق تابش مستقیم نورخورشید بر روی پوست مقدار کافی ویتامین D بدست می آید . پوشیدن لباس ، گرد و غبار ، دود ، شیشه پنجره هوای ابری و کرم های ضد آفتاب مانع از رسیدن اشعه ماوراءبنفش به پوست و تبدیل پیش سازهای آن به ویتامین D می شود. افراد تیره پوست ، افرادی که شب کار می کنند و روز می خوابند ، ساکنین مناطق سردسیر افراد ناتوان و معلول و افرادی که تمام سطح بدنشان پوشش دارد ، از کسانی هستند که در معرض کمبود ویتامین D می باشند و نیاز بیشتری به منابع غذایی ویتامین D دارند . ماهی های چرب مانند سالمون ، ساردین و روغن کبد ماهی غنی از ویتامین D اند. بسیاری کشور ها تمام انواع شیر و غذاهای آماده کودکان را با ۴۰۰ واحد (۱۰ میکروگرم) ویتامین D در لیتر غنی می کنند . شیر انسان یک دهم این مقدار ویتامین D دارد .

علل کمبود ویتامین D: دریافت ناکافی نورخورشید ، رژیم غذایی حاوی مقادیر اندک ویتامین D رژیم های غذایی بسیار محدود از علل کمبود ویتامین D در بدن اند . کمبود ویتامین D موجب کاهش جذب کلسیم و بروز مشکلات جدی دیگر نیز می شود .

پیشگیری: در شیرخواران میزان دوز مورد نیاز پیشگیرانه ۴۰۰ واحد بین المللی است که بر اساس برنامه کشوری همراه با ویتامین A یا قطره مولتی ویتامین از روز ۳ تا ۵ تولد تا ۲ سالگی به کودکان داده می شود . در معرض نورخورشید مستقیم قرار دادن دست و پاهای کودک روزانه ۱۰ دقیقه جهت پیشگیری از کمبود ویتامین D بسیار مفید است .

درمان: تجویز روزانه ۲۰۰۰ تا ۶۰۰۰ واحد ویتامین D3 خوراکی به مدت ۴ تا ۶ هفته و پس از آن روزانه ۴۰۰ واحد در روز می باشد . لازم به ذکر است در صورت پایین بودن کلسیم قبل از درمان با ویتامین D3 کلسیم خوراکی یا تزریقی جهت اصلاح این کمبود ضروری است .

توصیه های تغذیه ای را بر حسب سن شیرخوار به مادر ارائه دهید:

توصیه های تغذیه ای برای کودکان در سلامت و بیماری

<p>• بلافاصله پس از تولد، نوزادتان را در تماس پوست با پوست قرار دهید. اگر نوزاد با وزن کم به دنیا آمده است یا زودتر از موعد مقرر به دنیا آمده است دستور عمل مراقبت کانگروبی به مادر آموزش داده شود.</p> <p>• طی یک ساعت اول تولد نوزاد به پستان گذاشته شود و زمانی که علائم گرسنگی داشت باید به او کمک کرد تا از پستان شیر بخورد. به شیرخوار آغوز را که اولین شیر غلیظ و زرد رنگ است، بدهید. این شیر، شیرخوار را از بسیاری از بیماری ها محافظت می کند.</p> <p>• استفاده از پستانک (گول رنگ) و شیشه شیر، به دلیل آلودگی و مضرات بی شمار آن به هیچ عنوان توصیه نمی شود.</p> <p>• شیرخوار را شب و روز هر چند روز و هر زمان می خواهد حداقل ۱۲-۱۰ بار در ۲۴ ساعت با شیر خود تغذیه کنید. تغذیه مکرر باعث تولید شیر بیشتر می شود. در هر وعده وقتی از یک پستان تغذیه شد، او را به پستان دیگر بگذارید و در وعده بعد تغذیه را از پستانی که کمتر خورده شروع کنید.</p> <p>• اگر شیرخوار خودش بیدار نشود او را بعد از ۳ ساعت بیدار کنید.</p> <p>• به شیرخوار غذا یا مایعات دیگر حتی آب ندهید. شیر مادر به تنهایی همه نیاز شیرخوار را برآورده می کند.</p> <p>• از روز ۵-۳ تولد قطره D+ را طبق دستور عمل به شیرخوار بدهید.</p>	<p>تولد تا یک هفته</p> 
<p>• هر چند شیرخوار می خواهد او را با شیر خود تغذیه کنید. به نشانه های گرسنگی از جمله نقر زدن، مکیدن انگشتان یا حرکات دهان و اندام و صداهای ظریف توجه کنید.</p> <p>• شیرخوار را شب و روز هر چند روز و هر زمان می خواهد حداقل ۸ بار در ۲۴ ساعت با شیر خود تغذیه کنید. تغذیه مکرر باعث تولید شیر بیشتر می شود.</p> <p>• به شیرخوار غذا یا مایعات دیگر حتی آب ندهید. شیر مادر به تنهایی همه نیاز شیرخوار را برآورده می کند.</p> <p>• قطره D+ را طبق دستور عمل به شیرخوار بدهید.</p> <p>• قطره آهن در شیرخواران بر خطر طبع دستور عمل داده شود.</p>	<p>۱ هفته تا پایان ۶ ماهگی</p> 
<p>• مطابق میل شیرخوار حداقل ۸ بار در ۲۴ ساعت با شیر خود او را تغذیه کنید. قبل از یکسالگی شیر مادر غذای اصلی شیرخوار است.</p> <p>• غذای کمکی را می توان با ۳-۲ قاشق مربا خوری از فرنی یا حریره بادام با غلظت مناسب (غلظت مشابه ماست معمولی) ۳-۲ بار در روز شروع نموده و این میزان را به تدریج افزایش داد. در ضمن می توان از انواع فرنی ها و حریره های محلی یا غلظت مناسب (غلظت کمی بیشتر از شیر مادر مشابه ماست معمولی) نیز در تغذیه شیرخوار استفاده نمود.</p> <p>• پس از معرفی غلات، می توان پوره یا شکل نرم شده انواع گوشت ها (فرمز، مرغ، ماهی و پرندگان) که خوب پخته شده و ریز ریز شده، سبزی ها (هویج، سیب زمینی، گدو حلوائی) و میوه های متنوع کاملاً رسیده و نرم (انبه، سیب، گلابی، موز، طالبی، هلو) و تخم مرغ کاملاً پخته شده (شامل سفیده و زرده) را به شیرخوار داد. سپس می توان ترکیبی از دو یا چند ماده غذایی را به شکل پوره های ترکیبی، سوپ، حلیم یا آش به شیرخوار داد. از حیواناتی مانند عدس و ماش نیز می توان در سوپ و آش استفاده نمود (حیوانات قبل از پخت ابتدا در آب به مدت چند ساعت خیسانده و آب آن دور ریخته شود و سپس بطور کامل بپزد).</p> <p>• ماست پاستوریزه و پتیر کم نمک پاستوریزه در برنامه غذایی کودک اضافه شود.</p> <p>• به کودک هر روز ۳-۲ وعده غذا داده شود.</p> <p>• ۲-۱ میان وعده غذایی مانند پوره سبزی ها (هویج یا سیب زمینی) یا پوره میوه های رسیده نرم شده (موز، گلابی، انبه، طالبی، هلو، زردآلو، سیب، آلو) را می توان بر اساس اشتهای شیرخوار بین وعده های اصلی در روز به او داد. در مورد میوه های هسته دار مانند زردآلو، آلو یا هلو حتما هسته آن ها جدا شده و سپس به کودک داده شود.</p> <p>• میزان غذای شیرخوار را می توان به تدریج تا نصف لیوان (هر لیوان ۲۵۰ سی سی) در هر وعده غذایی افزایش داد. لازم به ذکر است که یک قاشق غذاخوری سرصاف انواع برنج پخته ۱۵ گرم و یک قاشق غذاخوری سر بر انواع برنج پخته ۲۰ گرم است. یک لیوان معادل ۱۶ قاشق غذاخوری سرصاف انواع برنج پخته یا ۱۲ قاشق غذاخوری سر بر انواع برنج پخته است.</p>	<p>۷ ماهگی تا پایان ۸ ماهگی</p> 

<p>• به کودک هر روز ۴-۳ وعده غذا داده شود.</p> <p>• هر روز می توان بر اساس اشتها شیرخوار بین وعده های اصلی، ۲-۱ میان وعده غذایی مانند هویج یا کرفس به صورت قطعات بسیار کوچک پخته شده یا میوه های رسیده نرم شده (موز، گلابی، سیب، هلو، طالبی) به شیرخوار داد.</p> <p>• میزان غذای شیرخوار را می توان به تدریج تا نصف لیوان در هر وعده غذایی افزایش داد.</p> <p>• علاوه بر تمام مواد غذایی معرفی شده در سن ۸-۶ ماهگی، می توان غذاهای انگشتی که شیرخوار بتواند با دست بگیرد مانند تکه های کوچک انواع گوشت های (قرمز، مرغ، ماهی و پرندگان) که خوب پخته شده و ریز ریز شده و تکه های کوچک گوشت بدون چربی یا کوفته فلفلی کاملاً پخته شده یا با پست فاشق له شده، ماکارونی پخته شده یا نان رادر برنامه غذایی کودک گنجانند.</p>	<p>۹ ماهگی تا پایان ۱۱ ماهگی</p> 
<p>• هر چقدر شیرخوار می خواهد او را با شیر خود تغذیه کنید.</p> <p>• تغذیه منظم با شیرمادر در سال دوم زندگی همچنان یک ضرورت است چرا که:</p> <p>• یک منبع خوب تامین پروتئین برای کودک است. حدود یک سوم انرژی مورد نیاز روزانه او را تامین می کند.</p> <p>• به تداوم رشد مناسب کودک کمک می کند. مواد ایمنی بخش موجود در آن برای محافظت کودک در برابر عفونت ها موثر است.</p> <p>• نیازهای عاطفی و روانی شیرخوار را تامین نموده و در تکامل ذهنی و جسمی او نقش بسزایی دارد.</p> <p>• در مواقع ابتلای کودک به بیماری و به دنبال آن بی اشتها، یک منبع مهم تامین کننده انرژی برای کودک است چراکه اغلب کودکان در زمان بی اشتها بی ناشی از بیماری، فقط به شیرمادر تمایل دارند.</p> <p>• در صورت ابتلا به اسهال و استفراغ، هیچ چیزی به اندازه شیرمادر برای شیرخوار قابل تحمل نیست</p> <p>• بر خلاف سال اول زندگی، در کودکان ۱ تا ۲ ساله تغذیه با شیرمادر بهتر است نیم تا ۱ ساعت پس از صرف غذای کودک انجام شود و در حقیقت تغذیه از سقره خانوار بر تغذیه با شیرمادر اولویت دارد.</p> <p>• قطره های A+D و آهن را طبق دستور عمل به شیرخوار بدهید. (این مطلب که قطره آهن موجب سیاهی دندان می شود نباید مانع مصرف آن شود، بلکه باید قطره آهن را با فاشق چایخوری در عقب دهان ریخت و پس از آن به کودک آب داد و با پارچه ای تمیز روی دندان های او را نیز تمیز نمود.)</p> <p>• تنوع غذایی، استفاده از تمام گروه های اصلی غذایی (نان و غلات، شیر و لبنیات، گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغز دانه ها، سبزی ها و میوه ها) و انتخاب مواد غذایی دارای ارزش تغذیه ای مناسب در برنامه غذایی کودک در نظر گرفته شود. ایجاد تنوع غذایی در برنامه غذایی کودک با استفاده از مواد غذایی زیر:</p> <p>• انواع گوشت ها، گوشت قرمز، مرغ، ماهی</p> <p>• تخم مرغ</p> <p>• حبوبات: عدس، ماش، لوبیا چشم بلبل، لوبیا چیتی و...</p> <p>• محصولات لبنی پاستوریزه: شیر، پنیر کم نمک، ماست، کشک کم نمک و دوغ کم نمک و بدون گاز</p> <p>• سبزی های با برگ سبز یا زرد: جعفری، گشنیز، شوید، کدو، هویج و کدو حلوایی</p> <p>• میوه ها: سیب، موز، هلو، آلو، گلابی، زردآلو، طالبی، خرمای (بدون پوست و هسته)، آناناس، هندوانه، انبه، انواع مرکبات و...</p> <p>• غلات: برنج، نان، ماکارونی، رشته فرنگی</p> <p>• هر روز ۳ تا ۴ وعده غذا و در هر وعده به اندازه سه چهارم لیوان، به شیرخوار غذا بدهید.</p>	<p>۱ سالگی تا ۲ سالگی</p> 

<ul style="list-style-type: none"> • هر روز ۱-۲ بار میان وعده مغذی (از گروه های اصلی غذایی) در بین وعده های اصلی غذا، به شیرخوار بدهید. • به عنوان میان وعده در برنامه غذایی کودک ۱ تا ۲ ساله تنقلات بی ارزش نظیر غلات حجیم شده، شکلات، چیپس، آب میوه های تجاری و نظایر آنها جایگاهی نداشته و به جای آن از میان وعده های مغذی نظیر انواع میوه ها، سبزی ها، شیر پاستوریزه، ماست، نان، پنیر کم نمک و خرما استفاده شود. • از دادن انواع نوشیدنی های شیرین به دلیل افزایش خطر اضافه وزن و چاقی، پوسیدگی دندان و کاهش دریافت مواد مغذی تا حد امکان خودداری شود. • در برنامه غذایی کودک فقط از ماست پاستوریزه ساده استفاده شده و از مصرف انواع ماست میوه های صنعتی خودداری شود. در صورت تهیه ماست میوه خانگی فقط میوه به ماست اضافه شده و از اضافه کردن شکر به ماست میوه خودداری شود. • میان وعده را ۱/۵ تا ۲ ساعت قبل از وعده اصلی به کودک بدهید. • اگر برنج به صورت کته یا کاملا نرم شده نیست آن را با پخت قاشق و کمی آب خورش نرم و له کنید. • اگر کودک به ماده غذایی آلرژی دارد، باید از برنامه غذایی کودک حذف و جایگزین مناسب قرار گیرد. • از دادن مغزها، آب نبات، هویج خام، انگورو ذرت به دلیل احتمال خفگی به شیرخوار خودداری شود. (از مغزها می توان به صورت پودر شده برای مقوی کردن غذاها استفاده نمود). • تخم مرغ کاملا پخته شده به کودک داده شود و از دادن تخم مرغ خام یا خوب پخته نشده خودداری شود. • از دادن شیرو لبنیات غیر پاستوریزه خودداری شود. • آب آشامیدنی بهترین نوشیدنی برای رفع تشنگی کودک است. کودک باید روزانه دو فنجان آب بنوشد. • آب میوه طبیعی را می توان روزانه به میزان ۱۲۰ سی سی (نصف لیوان) به کودک داد. • از نمک پد دار تصفیه شده در پخت غذا استفاده شود. • از بشقاب، قاشق و چنگال نشکن استفاده شود. • ظرف غذای کودک مجزا باشد. نکات بهداشتی در مراحل آماده سازی، تهیه و طبع غذا رعایت شود. • غذا خوردن کودک همراه با حواس پرت کردن، تشویق و تنبیه نباشد. در هنگام غذا خوردن کودک، تلویزیون خاموش باشد. به زور به کودک غذا داده نشود. • کودک ۱۸۰ دقیقه در روز فعالیت بدنی انجام دهد. 	<p>۲ سالگی تا ۵ سالگی</p> 
<ul style="list-style-type: none"> • از غذاهای متنوع خانواده شامل گروه های اصلی غذایی به کودک بدهید. • برای تأمین انرژی و مواد مغذی مورد نیاز، برنامه غذایی کودکان باید شامل ترکیبی از غذاهای مختلف متشکل از گروه های اصلی غذایی باشد. گروه های اصلی غذایی برای این سنین عبارتند از: - گروه نان و غلات (شامل نان، برنج، انواع ماکارونی و رشته ها) که تأمین کننده انرژی، ویتامین های گروه B، آهن، فیبر و پروتئین مورد نیاز کودک است و بیشترین سهم غذای روزانه کودک را باید به خود اختصاص دهد. - گروه سبزی ها و گروه میوه ها که تأمین کننده ویتامین ها، املاح و فیبر مورد نیاز کودک است نقش مهمی در افزایش مقاومت بدن در برابر بیماری ها دارد. در برنامه غذایی روزانه کودک از میوه های زرد و سبزی های برگ سبز تیره گنجانده شود. - گروه شیرو لبنیات (شامل شیر، ماست، پنیر، کشک و دوغ) که تأمین کننده کلسیم، فسفر، پروتئین، ویتامین های گروه B و ویتامین های A است. - گروه گوشت و جانشین ها (شامل انواع گوشت ها، تخم مرغ، حبوبات و مغزها) که تأمین کننده پروتئین، آهن و روی مورد نیاز کودک است. 	

<ul style="list-style-type: none"> • از سبزی های سبز تیره و نارنجی و میوه های زرد و نارنجی (هویج، کدو حلوائی، جعفری، گشنیز، اسفناج، انبه، زردآلو، مرکبات) که منابع غذایی ویتامین A و C هستند در برنامه غذایی کودک استفاده شود. • در هر روز ۳ وعده غذا و در هر وعده به اندازه یک لیوان کامل به کودک غذا بدهید. • هر روز ۲ بار میان وعده مغذی (از گروه های اصلی غذایی) در بین وعده های اصلی غذا، به کودک بدهید. • شیر پاستوریزه، ماست، میوه ها، سبزی ها، نان و پنیر کم نمک، نان و پنیر و خیار، نان و نصف تخم مرغ پخته شده، نان یا دو عدد خرما و میوه های خشک انتخاب های بسیار خوبی برای میان وعده غذایی کودکان هستند. مصرف برخی میان وعده ها، مانند چیپس، پفک، غلات حجیم شده و به طور کلی تنقلات بی ارزش علاوه بر تغییر ذائقه کودک و افزایش احتمال ابتلای او به بیماری های غیر واگیر در سنین بزرگسالی مانند چاقی، با تأثیر بر اشتها و کودک و در نهایت تمایل کمتر او به وعده های اصلی می تواند بر سرعت رشد کودک و به خصوص افزایش مطلوب قد تأثیر منفی داشته باشند. • در برنامه غذایی کودک فقط از ماست پاستوریزه ساده استفاده شده و از مصرف انواع ماست میوه های صنعتی خودداری شود. در صورت تهیه ماست میوه خانگی فقط میوه به ماست اضافه شده و از اضافه کردن شکر به ماست میوه خودداری شود. • از دادن انواع نوشیدنی های شیرین به دلیل افزایش خطر اضافه وزن و چاقی، پوسیدگی دندان و کاهش دریافت مواد مغذی تا حد امکان خودداری شود. • میان وعده را ۱/۵ تا ۲ ساعت قبل از وعده اصلی به کودک بدهید. • اگر کودک به ماده غذایی آلرژی دارد، باید از برنامه غذایی کودک حذف و جایگزین مناسب قرار گیرد. • مصرف آب میوه طبیعی برای کودکان ۲ تا ۳ سال ۱۲۰ سی سی و برای کودکان ۴-۵ سال ۱۸۰ سی سی در روز نباشد. کودک را به مصرف آب آشامیدنی در طول روز تشویق کنید. • به کودک در ظرف ها و کاسه های جدا غذا بدهید. • در طول مدت غذا خوردن با کودکان بنشینند و با او صحبت کنید، به چشمان او نگاه کنید و او را ترغیب به غذا خوردن کنید. • غذا خوردن کودک همراه با حواس پرت کردن، تشویق و تنبیه نباشد. در هنگام غذا خوردن کودک، تلویزیون خاموش باشد. • کودک ۱۸۰ دقیقه در روز فعالیت بدنی انجام دهد. 	
--	--

ضمیمه فصل ۱۳:

آنتی بیوتیک اتوتوکسیک: اتو به معنی گوش و توکسیک به معنی سمیت است. مسمومیت گوش بر اثر داروها و مواد شیمیایی ایجاد می شود که به گوش داخلی (عصب حلزونی دهلیزی) آسیب می رساند و باعث کم شنوایی، وزوز گوش و بهم خوردن حس تعادل در کودکان می شود و در واقع هر دارویی که با پتانسیل ایجاد واکنش های سمی در ساختار گوش از جمله حلزون و سیستم تعادل دهلیزی به عنوان داروهای

اتوتوکسیک شناخته می شوند. حالاین داروها می توانند آنتی بیوتیک اتوتوکسیک باشند از قبیل استرپتومایسین ، جنتامایسین ، کانامایسین ، توبرامایسین

لوپ دیورتیک: دیورتیک معنی افزایش حجم ادرار و داروهایی که با اثر بروی کلیه موجب افزایش جریان ادرار می شوند که باتوجه به عمل افزایش حجم ادرار مهمترین کاربرد درمانی داروهای دیورتیک ، کنترل افزایش فشارخون هستند. نوزادان یا کودکانی که سابقه دریافت اینگونه داروهای اتوتوکسیک یا لوپ دیورتیک به دلیل عفونت نوزادی داشته باشند جزء نوزادان دارای عوامل خطر محسوب می شوند و نیازمن غربالگری مجدد شنوایی هستند.

تهویه مکانیکی: تمام سلولهای بدن برای اینکه به فعالیت خود ادامه بدهند نیازمند اکسیژن هستند و این اکسیژن با فعالیت خودبخود سیستم تنفسی در اختیار سلولها قرار می گیرد. لذا نوزادانی که با تنفس خودبه خودی قادر به تامین اکسیژن نباشند و همچنین نوزادانی که نارسایی تنفسی دارند و قادر به بازکردن راه های هایی به دنبال بی هوشی یا کافی نبودن محرک های تنفسی، نیستند. جزء افرادی هستند که نیازمند تهویه مکانیکی با استفاده از دستگاه ونتیلاتور می باشند.

هیپر تانسیون ربوی: یا پرفشاری شش به افزایش فشارخون سرخرگ یا سیاهرگ ریوی و بطور کلی با افزایش فشارخون در عروق شش شناخته شده است. و منجر به تنگی نفس ، سرگیجه و غش کردن ، تورم پا و علائم دیگری شود.

تست TEOAE: در غربالگری شنوایی نوزادان بکاربرده می شود این تست می تواند انسداد کانال شنوایی ، وجود مایع در گوش میانی و آسیب های سلولی های مویی بیرون حلزون شنوایی را آشکار سازد و به منظور تشخیص کم شنوایی مورد استفاده قرار می گیرد.

oAE: اصوات شدت پایینی هستند که توسط گوش داخلی تولید می شوند. این اصوات به منظور بررسی عملکرد حلزون و دیگر بخش های گوش کاربرد دارد.

تست AABR: کاهش شنوایی یطرفه یا دو طرفه را شناسایی می کند.

پوسیدگی:

پوسیدگی، یک بیماری میکروبی عفونی است که با تخریب موضعی عاج و مینا همراه است. میکروبهای موجود در پلاک میکروبی باقیمانده های مواد غذایی را به اسید تبدیل میکنند. این اسید، به مرور مینای

دندان را حل کرده و پوسیدگی ایجاد میکند. پوسیدگی دندان می‌تواند از یک دندان به سایر دندانها سرایت کند. در دهان هر فرد به طور طبیعی انواع و اقسام میکروبها وجود دارد ولی همه ی میکروبهای موجود در دهان پوسیدگی را ایجاد نمیکنند. در واقع، انواع خاصی از میکروبها در پلاک میکروبی وجود دارند که میتوانند پوسیدگی را به وجود آورند. مواد قندی و کربوهیدراتها باعث پوسیدگی دندانها میشوند. شکل و قوام ماده ی غذایی، تعداد دفعات مصرف و نوع قند در ایجاد پوسیدگی نقش دارد. عوامل متعددی همچون وضعیت بزاق دهان، شکل و فرم دندانها، طرز قرارگیری دندان، میزان مقاومت دندان نسبت به اسید تولید شده توسط میکروبها، نوع میکروبهای موجود در حفره ی دهان و سلامت عمومی فرد بر میزان ایجاد پوسیدگی تأثیر دارند. پوسیدگی دندان در یک لحظه و یک روز به وجود نمیآید، بلکه مدتی لازم است تا مینا حل شده و بافت مینا از بین برود. تحقیقات نشان داده که ۲ تا ۵ دقیقه بعد از خوردن غذا و رسیدن مواد قندی به میکروبهای پلاک، اسید ایجاد میشود. در طی مدت ۱۰ دقیقه، میزان اسید به حداکثر مقدار خود رسیده، سپس ۲۰ تا ۶۰ دقیقه در همان حال باقی مانده و بعد از آن به تدریج به حال عادی برمیگردد. با هر بار خوردن، غذای حاوی مواد قندی محیط پلاک میکروبی اسیدی شده و تا این محیط اسیدی به حالت عادی برگردد، با خوردن مجدد آن، محیط دهان دوباره اسیدی میگردد. به این ترتیب، دندانها دچار پوسیدگی میشوند.

علائم پوسیدگی عبارتند از:

- تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه‌ای یا سیاه
- سوراخ شدن دندان
- بوی بد دهان
- حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام خوردن غذاهای سرد، ترش یا شیرین که بسته به شدت پوسیدگی متفاوت است.
- پوسیدگی بین دندانی میتواند باعث گیر کردن مواد غذایی بین دندانها و یا پاره شدن نخ دندان هنگام استفاده شود.

چهار عامل اصلی در ایجاد پوسیدگی دندان نقش دارند:

۱- میکروبها ۲- مواد قندی ۳- مقاومت شخص و دندان ۴- زمان

محل‌های شایع پوسیدگی: شیارهای سطح جونده - سطوح بین دندانی - طوق دندان - یا ناحیه ی اتصال لثه و دندان میباشد .



شیارهای سطح جونده: در سنین اولیه ی رویش دندانهای آسیای دائمی که دارای شیارهای عمیق میباشند، به دلیل تجمع مواد غذایی در داخل شیارها، احتمال ایجاد پوسیدگی خیلی زیاد می باشد.

سطوح بین دندانی: به علت عدم دسترسی موهای مسواک به این منطقه و عدم استفاده از نخ دندان، میزان تجمع مواد غذایی و درنهایت احتمال پوسیدگی در این سطوح بالا است. لازم به ذکر است که این مناطق را تنها با استفاده از نخ دندان میتوان تمیز کرد.

طوق دندان یا ناحیه ی اتصال لثه با دندان: معمولاً میکروبها در ناحیه ی طوق دندان تجمع مییابند. بنابراین، اگر در هنگام مسواک کردن، دقت کافی برای تمیز کردن این ناحیه صورت نگیرد، پوسیدگی طوق دندان ایجاد میگردد، تجمع میکروبها در این ناحیه باعث بروز بیماریهای لثه هم میشود.

افراد در معرض خطر پوسیدگی دندان عبارتند از:

- کودکان (بیش از دیگر گروه های سنی)
 - کودکان دارای رژیم غذایی پرکربوهیدرات
 - افراد دچار سلامت دهانی ضعیف
 - افرادی که فلوراید به میزان مناسب دریافت نمیکنند و یا در مناطقی سکونت دارند که آب آشامیدنی آنجا به میزان مناسب فلوراید ندارد
 - افراد دارای نقص و مشکلات فیزیکی که توانایی رعایت سلامت دهان خود را ندارند
 - کودکان والدینی که خود دارای پوسیدگی های فعال هستند
 - کودکان دچار بیماری خاص که تحت درمانهای ویژه قرار میگیرند.
- جدول ارزیابی ریسک پوسیدگی برای گروه سنی ۶-۰ سال میتواند برای شناخت افراد در معرض خطر پوسیدگی دندان مفید باشد .

جدول ارزیابی ریسک پوسیدگی برای گروه سنی ۶-۰ سال

کم خطر	خطر متوسط	پرخطر	شاخصها
	آری	آری آری آری	(بیولوژیک) - مادر یا والدین پوسیدگی فعال دارند. - کودک بیشتر از ۳ بار بین وعده های غذایی، نوشیدنی های شیرین و گازدارواستفاده می کند. - کودک شب ها با شیشه شیر در داخل دهان می خوابد. - کودک نیاز به مراقبتهای ویژه بهداشتی دارد.
آری آری آری آری			(حفاظتی) - کودک آب فلورااید یا مکمل فلورااید مصرف می کند. - کودک روزانه از خمیر دندان حاوی فلورااید استفاده می کند. - کودک فلورااید موضعی توسط مراقبین بهداشتی دریافت می کند. (مثل وارنیش و دهانشویه) - کودک ملاقاتهای مرتب و منظم دندانپزشکی دارد.
	آری	آری آری	(یافته های کلینیکی) - کودک بیشتر از یک دندان پوسیده/از دست رفته/پر شده دارد. - کودک نقاط سفید یا ضایعات مینایی فعال دارد. - کودک پلاک روی سطح دندان دارد.

پوسیدگی زودرس دوران کودک ECC: Early childhood caries

- حضور بیش از یک سطح دندانی پوسیده (ضایعات حفره دار یا بدون حفره)، از دست رفته به دلیل (پوسیدگی) یا پر شده در هر دندان شیری در کودک ۷۱ ماهه یا کوچکتر است.
 - هرگونه علامتی از پوسیدگی سطوح صاف در کودک کوچکتر از ۳ سال بیانگر ECC شدید است.
 - ویژگی دیگر ECC، پیشرفت سریع پوسیدگی میباشد.
- برای پیشگیری از ECC یا پوسیدگی زودرس دوران کودکی نکات زیر را به مادران گوشزد نمایید:

- کودکان با بطری شیر به خواب نروند
 - والدین باید بعد از ۱ سالگی، کودک خود را به نوشیدن از فنجان ترغیب کنند.
 - ۱۲ تا ۱۴ ماهگی، بطری شیر را کنار بگذارند.
 - شیشه ها یا فنجانهای درپوشدار نباید برای مصرف مکرر مایعات حاوی کربوهیدراتهای قابل تخمیر، استفاده شوند.
- اقدامات بهداشتی دهان باید در زمان رویش اولین دندان انجام شود. اولین مشاوره ی سلامت دهان کودک باید طی ۶ ماه بعد از رویش اولین دندان و نه دیرتر از ۱۲ ماهگی صورت گیرد.

	<p>نقاط سفید گچی روی دندان / دکلسیفیه شده حضور نقاط سفید گچی، کودک را در گروه خطر متوسط قرار می‌دهد.</p>
	<p>پوسیدگی واضح حضور پوسیدگی واضح در دهان، کودک را در گروه خطر متوسط قرار می‌دهد.</p>
	<p>وجود ترمیم دندانی وجود ترمیم دندانی، کودک را در گروه خطر متوسط قرار می‌دهد.</p>
	<p>تجمع پلاک قابل دیدن پلاک تجمعی از خرده‌های غذا و باکتری‌ها است که به صورت یک لایه نرم به سطح دندان چسبیده است. کسی که مراقبت بهداشتی را انجام می‌دهد می‌تواند به والدین یاد دهد که چگونه این پلاک را بردارند.</p>
	<p>ژنژیویت ژنژیویت التهاب لثه است که با بهداشت دهان خوب برطرف می‌شود.</p>
	<p>دندان‌های سالم</p>

بیماریهای لثه در کودکان:

ژنژیویت رویشی یا التهاب لثه به حالتی گفته می‌شود که پلاک های دندانی در خط لثه تجمع پیدا می‌کنند و باعث تحریک لثه و حساس شدن آن می‌شود و گاهی هم خونریزی می‌کند و در زمان رویش دندان در کودکان اتفاق می‌افتد. با اینحال، رویش دندانی به خودی خود موجب ژنژیویت نمی‌شود. این التهاب ناشی از تجمع پلاک اطراف دندانهای در حال رویش است که ناراحتی و درد مانع از مسواک زدن صحیح این نواحی می‌گردد. هر عاملی که مانع تمیز شدن مناسب دندانها شود مانند دندانهای شیری در حال افتادن، نامرتبی دندانها و یا دندانهای دچار پوسیدگی وسیع، منجر به ژنژیویت در کودکان می‌گردد. انسداد بینی به دلیل ایجاد تنفس دهانی، التهاب لثه در کودکان را افزایش میدهد.

پریودنتیت: زمانی که التهاب لثه ادامه یابد، لثه شروع به تحلیل رفتن میکند. به تدریج، بیماری به بافتهای نگهدارنده ی دهان پیشرفت میکند، استخوان تکیه گاه لثه تحلیل میشه که در نهایت باعث لقی دندانها میگردد.

علت ایجاد التهاب لثه: زمانی که پلاک میکروبی اطراف لثه تمیز نشود، مواد ترشح شده توسط باکتریها در پلاک باعث آسیب و التهاب لثه میگردد. سطح ناصاف و خشن جرم دندانی باعث تجمع بیشتر پلاک میکروبی بر روی دندانها شده و التهاب لثه را تشدید مینماید. در صورت تشکیل جرم، باید دندانها با مراجعه به

دندانپزشک جرم گیری شود. در صورت التهاب در لثه، تغییر رنگ مایل به قرمز پیدا کرده، دچار تورم شده و شکل اصلی خود را از دست میدهد. همچنین ممکن است در زمان مسواک زدن، خونریزی داشته باشد. در صورت بروز این علائم علاوه بر توصیه های بهداشتی باید کودک را به دندانپزشک ارجاع داد.

روشها صحیح مسواک زدن:

مسواک زدن برای کودکان ۱ تا ۲ ساله

زمان ایده آل برای مسواک زدن ۳ تا ۴ دقیقه میباشد. زمانهای مناسب برای مسواک زدن بعد از صبحانه، بعد از نهار و قبل از خواب شب هستند. استفاده از خمیردندان برای کودکان مفید است مسواک جزء وسایل شخصی میباشد و هیچکس نباید از مسواک دیگری استفاده نماید. بهترین روش مسواک زدن برای کودکان این گروه سنی، **روش افقی** است. در این روش، مسواک به طور افقی و جداگانه بر روی سطوح داخلی و خارجی و جونده ی دندانها گذاشته شده و با حرکت مالشی، به جلو و عقب حرکت داده میشود. توصیه میشود که در این دوران، کودک حتماً با مسواک آشنا شده و در حدود ۲ سالگی استفاده از خمیردندان را نیز شروع نمود. اگر کودک قادر به نگهداری خمیردندان در دهان است، برای هر بار مسواک کردن تنها به اندازه ی یک نخود، خمیردندان استفاده شود. ولی در کودکانی که خمیردندان را قورت میدهند بهتر است تا رفع این عادت، از خمیردندان استفاده نشده یا از خمیردندان بدون فلوراید استفاده گردد.

مسواک زدن برای کودکان ۳ تا ۵ ساله

والدین احساس میکنند فرزندانشان در این محدوده سنی مهارتهای لازم را برای تمیز نمودن دندانهایشان به دست آورده اند، در صورتی که، نقش اصلی رعایت سلامت دهان و دندان این کودکان به عهده ی والدین است. ایده آل آن است که بعد از هر بار مصرف مواد غذایی دندانها مسواک زده شوند. در هر حال، مسواک کردن دندانها حتماً باید شب قبل از خواب (به دلیل اینکه در زمان خواب، جریان بزاق و حرکات زبان و گونه جهت تمیز کردن محیط دهان کاهش یافته و دندانها مستعد پوسیدگی میشوند) و صبح بعد از صبحانه صورت گیرد. لازم است مسواک کردن حتماً با خمیردندان انجام شود زیرا فلوراید داخل خمیردندان به کنترل پوسیدگیهای دندانی کمک کرده ولی در صورت عدم دسترسی به خمیردندان با آب هم میتوان مسواک نمود. استفاده از نمک خشک، جوش شیرین یا سایر پودرها جهت مسواک کردن درست نیست، زیرا سبب ساییدگی مینای دندان و خراشیده شدن لثه میگردد. استفاده از آب نمک رقیق (نصف قاشق چایخوری در یک لیوان آب جوشیده سرد) به صورت دهانشویه جهت ضد عفونی محیط دهان، کمک کننده است. این سنین معمولاً زمان شروع استفاده از نخ دندان میباشد. استفاده از نخ دندان برای نواحی بین دندانی با تماس

نزدیک ضروری است. البته، در دوران دندانهای شیری، استفاده از نخ دندان تنها برای دندانهای خلفی توصیه میشود.

نحوه ی صحیح برای تمیز کردن دندانهای کودک به این صورت است که والد، درحالتی پشت سر کودک قرار میگیرد که هر دو به یک جهت نگاه میکنند. کودک در این حالت سر خود را به سمت عقب برده و به بازوی چپ پدر یا مادر تکیه میکند. در این زمان، گونه ی کودک با همان دست کنار زده شده و از دست دیگر برای مسواک زدن دندانها استفاده میشود. برای این کار، باید مسواک با ملایمت و به آرامی روی سطح داخلی، خارجی و جونده دندانها به طور افقی به حرکت درآید. این موقعیت برای استفاده از نخ دندان نیز کارآیی دارد.



شکل ۱۱-۵: جهت آموزش نحوه مسواک زدن به کودک، والد پشت سر کودک و هم جهت با او اقدام به مسواک زدن برای او می‌کند. این کار با کنار زدن لب توسط انگشت یک دست و مسواک زدن توسط دست دیگر انجام می‌گردد.

بسیاری از والدین برای مسواک زدن دندانهای فرزندشان، درمقابل وی قرار میگیرند که باعث اضطراب کودک شده و سر او نیز بدون حمایت میماند. بنابراین، باید والدین را از استفاده از این روش منع نمود. در این دوره ی سنی به شرط قورت ندادن خمیردندان، میتوان از خمیردندان حاوی فلوراید استفاده نمود. به هیچ وجه، برای مسواک زدن دندان کودک از خشونت استفاده نکنید. بلکه، باید با آموزش و تشویق مداوم کودک را راضی نمود. برای آموزش کودکان، بهتر است والدین درحضور فرزندانشان دندان های خود را مسواک بزنند. جهت اطمینان از فراگیری صحیح کودک میتوان در پایان، از کودک خواست تا درحضور والد مسواک بزند.

مسواک زدن کودکان ۶ تا ۲۱ ساله

ابتدا دهان را با آب بشویید، سپس به اندازه ی یک نخود خمیردندان روی مسواک قرار داده و خمیردندان را به داخل موهای مسواک ببرید. در این سن، کودک، میتواند خودش مسواک بزند. روش صحیح این است که دندانهای بالا و پایین جداگانه مسواک زده شوند. مسواک کردن از قسمت عقب یک سمت دهان شروع شده و به نحوی که سر مسواک در هر مرحله دو تا سه دندان را تمیز نماید، به ترتیب سطوح داخلی، خارجی و جونده ی کلیه ی دندانها مسواک زده میشود. هنگام مسواک کردن باید موهای مسواک با زاویه ی ۴۵ درجه نسبت به محور طولی دندان در محل اتصال لثه و دندان قرار گیرد. بعد از قرار دادن مسواک روی دندان و

لثه، ابتدا باید حرکت لرزشی (حرکات سریع و کوتاه) در محل صورت گیرد و سپس با حرکت مچ دست، موهای مسواک روی سطح دندان به طرف سطوح جونده چرخانیده شود. این حرکت، باید برای هر دندان، چندین بار انجام گیرد.

برای سطوح داخلی دندانهای جلو، مسواک را باید به صورت عمودی بر روی سطح داخلی دندانها قرار داد و با حرکات بالا و پایین این سطوح را تمیز نمود برای مسواک کردن سطح جونده، موهای مسواک را در تماس با سطوح جونده قرارداده و کمی فشار دهید تا موهای مسواک به خوبی به داخل شیارهای سطح جونده وارد شود. سپس، چند بار مسواک را به جلو و عقب بکشید تا این ناحیه، به خوبی تمیز گردد. مسواک زدن به صورت افقی و با شدت زیاد میتواند منجر به تحلیل لثه و حساسیت در نواحی طوق دندانها گردد. چون خرده های مواد غذایی و میکروبها روی سطح زبان جمع میشوند، بهتر است روی زبان را هم با مسواک تمیز نمود. برای اینکار مسواک در عقب زبان قرار گرفته و به طرف جلو کشیده میشود. تمیز کردن زبان نقش مهمی در ازبین بردن بوی بد دهان دارد. پس از مسواک کردن دندانها و زبان، باید دهان چندین بار با آب شسته شود. وقتی مسواک کردن دندانها تمام شد، مسواک را خوب بشویید و در جایی دور از آلودگی نگهداری کنید. توجه کنید که هیچگاه مسواک خیس را در جعبهی سر بسته نگذارید؛ چون رطوبت هوای داخل جعبه زیاد شده و رشد میکروبها را تسریع میکند.

روشهای صحیح مسواک زدن

<p>۱-۲ سال</p> <p>برای مسواک کردن کودکان 1-2 ساله روش افقی بهترین روش است. در این روش، مسواک بطور افقی بر روی سطح داخلی و خارجی و جونده دندانها گذارده شده و با حرکت مالشی به جلو و عقب حرکت داده می شود.</p>	<p>زیر یکسال:</p> <p>یک تکه گاز تمیز را دور انگشت سیاه پیچیده و لثه بالا و پایین را به آهستگی تمیز نمایید یا در صورت دسترسی به مسواک انگشتی، آنرا روی انگشت اشاره قرار دهید و به آرامی و با حرکات ملایم، دهان کودک را تمیز کنید. اینکار را دو بار در روز بعد از اولین و آخرین وعده غذایی انجام دهید که روی هم رفته 2 دقیقه بیشتر طول نمی کشد.</p>
<p>۶ سال به بالا</p> <p>مسواک با زاویه 45 درجه نسبت به محور طولی دندان در محل اتصال لثه و دندان قرار داده شود. ابتدا با حرکت لرزشی و سپس با حرکت مچ دست موهای مسواک، روی سطح دندان به طرف سطوح جونده چرخانده شود. این حرکت حدود 15 تا 20 بار برای هر دندان باید انجام شود. برای سطح داخلی دندانهای جلو، مسواک را باید به صورت عمودی بر روی سطح داخلی دندانهای جلو قرار داد و با حرکت بالا و پایین این سطوح را تمیز کرد. برای مسواک کردن سطوح جونده، موهای مسواک را باید بر روی سطح جونده قرار داد و با فشار بر روی این سطح و با حرکت جلو و عقب مسواک، سطح جونده را به خوبی تمیز کرد.</p>	<p>۳-۵ سال</p> <p>ولاد پشت سر کودک طوری قرار میگیرد که هر دو به یک جهت نگاه کنند. کودک سر خود را به بازوی چپ ولاد تکیه دهد. مسواک به روش افقی، روی همه سطوح دندانی به حرکت در آید. نباید ولاد جلوی کودک قرار گیرد، چون سر او بدون حمایت می ماند.</p>

"روشهای مسواک زدن"

زیر یکسال

۱-۲ سال

۳-۵ سال



روش استفاده از نخ دندان :

حدود ۳۰ تا ۵۴ سانتیمتر از نخ دندان را ببرید و دو طرف نخ را که بریده اید در هر دو دست به دور انگشت وسط یا انگشتی بیچید. سه انگشت آخر را ببندید و دو دست را از هم دور کنید تا نخ محکم کشیده شود. به این ترتیب، انگشت نشانه و شست هر دست آزاد میماند. قطعه ای از نخ، به طول ۲ تا ۲/۵ سانتیمتر را بین انگشتان شست و اشاره ی دستها نگه دارید برای وارد کردن نخ بین دندانهای فک پایین از دو انگشت اشاره و بین دندانهای فک بالا از دو انگشت شست یا یک شست و یک اشاره استفاده کنید. نخ را با حرکتی شبیه اره کشیدن به آرامی به فضای بین دندانها وارد کنید. پس از اینکه نخ را وارد فضاهای بین دندانی کردید، ابتدا، نخ را به سطح کناری دندان جلویی تکیه داده، با ملایمت به زیر لثه برده، آنرا به دیواره ی دندان چسبانده و چندبار به طرف بالا و پایین حرکت دهید. بعد از آن، نخ را از لای دندانها خارج کنید. آن قسمت از نخ را که استفاده کرده اید، جابه جا کرده و نخ کشیدن دندان بعدی را شروع کنید. اینکار را برای تمام سطوح بین دندانها تکرار کنید.



"مراحل استفاده از نخ دندان"

پشت آخرین دندان هر فک را نیز مانند دندانهای دیگر نخ بکشید. استفاده از نخ دندان برای کودک باید با کمک والدین آموزش دیده، انجام پذیرد. پس از اینکه کودک مهارت کافی را به دست آورد، بهتر است اینکار را تا مدتی با نظارت والدین انجام دهد. بهتر است روزی دوبار (شبها قبل از خواب و صبحها بعد از صبحانه) از نخ دندان استفاده کنید. در غیر اینصورت حداقل شبها قبل از خواب ابتدا از نخ دندان استفاده کرده، سپس دندانها را مسواک کنید. اگر هنگام مسواک زدن و نخ کشیدن دندانها، درد و خونریزی وجود

داشت، جای نگرانی نیست. در اکثر مواقع با ادامه ی اینکار و برطرف شدن التهاب لثه، درد و خونریزی هم از بین می رود. اگر پس از یک هفته علائم برطرف نشد، باید به دندانپزشک مراجعه شود.

کشیدن نخ دندان برای تمام دندانها حدود ۳ تا ۴ دقیقه طول میکشد. برای تمیز کردن سطوح بین دندانها، به جای نخ دندان از هیچ نوع نخ دیگر یا وسایل سخت و نوک تیز مثل سنجاق و چوب کبریت استفاده نکنید. درضمن، توجه داشته باشید که خلال دندان وسیلهای است که به آسانی به لثه آسیب رسانده و معمولاً استفاده از آن توصیه نمیشود. استفاده از نخ دندان در کودکان برای نواحی بین دندانی با تماس نزدیک ضروری است. در دوره ی دندانهای شیری، استفاده از نخ دندان تنها برای دندانهای خلفی توسط والدین توصیه می شود.

مشاوره با مادر برای سلامت دهان و دندان:

والدین باید در هنگام تمیز کردن دندانهای شیرخوار خود، با دقت به دندانها نگاه کرده و در صورت مشاهده ی هرگونه علائم تغییر رنگ و لکه بر روی دندانها، به خصوص طوق دندانهای پیشین که محل شایع پوسیدگی میباشد و باید با بالا زدن لب شیرخوار بررسی گردد، به دندانپزشک مراجعه کنند.

تمیز کردن لثه و دندانهای شیرخوار:

تمیز کردن لثه ها، اهمیت بسیاری دارد. نحوه ی تمیز نمودن لثه ها و دندانهای کودک به شرح زیر است:

ابتدا دستهای خود را بشویید. راحتترین راه جهت تمیز کردن لثه و دندانهای شیرخوار این است که کودک را درحالی که سرش به سمت بدن شما و پاهایش از شما دور باشد در آغوش خود بخوابانید. برای باز کردن دهان کودک، بهتر است انگشت سبابه ی خود را به آهستگی، به گونه ی شیرخوار فشار دهید تا فک پایین باز شود. یک تکه گاز تمیز را دور انگشت سبابه پیچیده و لثه ی بالا و پایین را به آهستگی تمیز نمایید یا در صورت دسترسی به مسواک انگشتی، آن را روی انگشت اشاره قرار دهید و به آرامی و با حرکات ملایم چرخشی، لثه و سطوح دندانی کودک را تمیز کنید. فشار را به اندازه ی کافی وارد کنید تا پلاک میکروبی برداشته شود. این کار را دو بار در روز، بعد از اولین و آخرین وعده ی غذایی انجام دهید که روی هم رفته 2 دقیقه بیش تر طول نمی کشد.

همچنین، در صورت دسترسی به مسواک انگشتی، میتوان با حرکات چرخشی ملایم، از آن برای ماساژ لثه بر روی ناحیه ای که دندان در حال رویش است، استفاده نمود تا از درد و ناراحتی کودک بکاهد. مسواک انگشتی، وسیله ی ساده و موثری جهت کمک به رعایت سلامت دهان و دندان و ماساژ لثه در هنگام رویش دندانها است که از زمان تولد تا ۳ سالگی قابل استفاده میباشد. لازم به ذکر است که مسواک انگشتی برای مدت ۳ تا ۴ ماه قابل استفاده بوده و باید، پس از آن تعویض گردد. مسواک انگشتی را باید بعد از استفاده

شسته و در محلی خشک و به دور از آلودگی قرار داد.



برخی از مزایای مسواک انگشتی عبارتند از:

- پس از استفاده، با مایع ظرفشویی قابل شستشو است.
- در آب جوش، استریل شده و قابل فریز کردن نیز میباشد.
- از حجم کمی برخوردار بوده و به راحتی قابل حمل است.



مسواک انگشتی و نحوه ی استفاده از آن: برای مسواک زدن دندانهای کودک بهتر است پدر یا مادر روی زمین نشسته و پاهای خود را در مقابل کودک دراز نمایند و سر کودک را بین پاهای خود به گونه ای قرار دهند که بازوها و پاهای او توسط والدین کنترل شود و سپس مسواک زدن را آغاز نمایند.

توصیه های سلامت دهان و دندان جهت آموزش والدین :

- در صورت استفاده از قطره آهن، برای جلوگیری از تغییر رنگ دندان ها، قطره آهن را در عقب دهان کودک بچکانید و پس از دادن قطره ، به نوزادان شیرخوار شیر و به کودکان بزرگتر آب بدهید.
- حداقل زمان برای مسواک زدن ۴ دقیقه می باشد.
- زمان های مناسب برای مسواک زدن (۲ بار در روز) صبح ها (بعد از صبحانه) ، شب ها (قبل از خواب)
- سطوح بین دندانی به هیچ وجه با استفاده مسواک تمیز نمی شوند و تنها با استفاده از نخ دندان میتوان این سطوح را تمیز کرد
- می توان پس از سن ۶ سالگی از نخ دندان استفاده کرد
- علاوه بر مسواک و نخ دندان ، استفاده از فلوراید (به صورت دهانشویه ، ژل ، قرص و...) و فیشور سیلانت از مهمترین راههای پیشگیری از پوسیدگی می باشند ، که بایستی با مشاوره دندانپزشک استفاده شود.
- چون دندان های شیری راهنمای مناسب جهت رویش جوانه دندان های دائمی می باشند و فضای لازم برای دندان های دائمی را حفظ می کند ، از کشیدن زود هنگام آنها خودداری کنید.

آسیب دیدگی و شکستگی دندانها

در دوران دبستان، صدمات سر و صورت در کودکان دیده میشود. عواملی نظیر زمین خوردن، ورزش، ضربه هنگام آبخوردن از شیر آب، دعواهای کودکانه و... سبب وارد شدن آسیب به سر و صورت میگردد. ضربه به دندانها، درحین بازی کودکان شایع بوده و میتواند آسیبهایی با شدتهای متفاوت از یک ترک سادهی مینا تا شکستگی استخوان فک ایجاد نماید. در این گونه موارد، چگونگی برخورد با کودک آسیب دیده، بسیار اهمیت دارد و باید به نکات زیر توجه نمود:

- ۱- در هنگام مواجه شدن با چنین آسیب دیدگی هایی، ضمن حفظ خونسردی، شرح حادثه (کی، کجا و چگونه) را جویا شده، به سرعت با والدین کودک تماس گرفته و کودک به طور اورژانس به دندانپزشک ارجاع شود.
- ۲- در آسیبهای دندانهای شیری که بیشتر به صورت لق شدگی دندان مشاهده میگردد در صورتی که جراحی در اطراف دندان باشد، ابتدا محل را با آب شستشو داده و سپس برای توقف خونریزی گاز تمیزی به مدت ۵ دقیقه روی ناحیه آسیب دیده با فشار نگه داشته شود. سپس جهت بررسیهای بیشتر به دندانپزشک ارجاع گردد.
- ۳- در آسیبهایی که به دندانهای دائمی وارد میشود در صورتی که فقط قسمتی از تاج دندان شکسته شده باشد، کودک به همراه تکه ی دندان به دندانپزشک ارجاع داده شود. دندانپزشک معمولاً با استفاده از مواد ترمیمی همرنگ، دندان را بازسازی میکند. تکه ی دندان شکسته باید در محیط مرطوب نگه داشته شود.

اقدامات لازم جهت بیرون افتادن کامل دندان از دهان

الف - دندان شیری:

۴. به دلیل آسیبی که ممکن است به دندان دائمی زیرین برسد، بایستی تلاشی در جهت گذاشتن دندان شیری در محل حفره دندانی مربوطه نمود، ولی بایستی کودک ارجاع فوری به دندانپزشک شود.
۵. در صورتیکه کودک قبلاً به طور کامل واکسینه نشده باشد و زخم آلوده باشد، بایستی یک نوبت واکسن کزاز به کودک تزریق شود.

ب- دندان دائمی:

۱. دندان بیرون افتاده را پیدا کرده و از سمت تاج آن را نگهدارید.
۲. دندان را زیر فشار ملایم آب خنک یا آب جوشیده سرد شده بگیرید. (دندان و بخصوص ریشه آن با پارچه یا دست پاک نشود)
۳. در صورتیکه نیروی ارائه دهنده خدمت و یا والدین آموزشهای لازم را دیده باشند، بایستی سریعاً دندان را

به درستی (سطح بیرونی دندان به سمت خودشان و سطح داخلی دندان به سمت داخل دهان بیمار) در حفره دندانی مربوطه قرار دهند

۴. یک تکه گاز نم دار را روی دندان قرار داده و از بیمار خواسته شود که با فشار دست یا با فشار دندانه‌های خود آن را نگه داشته و سپس بیمار ارجاع فوری به دندانپزشک شود.

۵. در صورتیکه نیروی ارائه دهنده خدمت و والدین آموزشهای لازم را ندیده باشند، یا مهارت لازم را نداشته باشند، پس از انجام اقدامات بند 1 ابتدا دندان را در یک محیط مرطوب مثل سرم شستشو، شیر، بزاق یا آب جوشیده سرد شده قرار داده و بلافاصله در حداقل زمان ممکن، کودک ارجاع فوری به دندانپزشک شود.

۶. اگر ضربه باعث شکستگی تاج دندان شده است، در صورت امکان تکه جدا شده دندان نیز نزد دندانپزشک برده شود

راههای پیشگیری از پوسیدگی دندان

راههای پیشگیری از پوسیدگی را که میتوان به مادر آموزش داد عبارتند از:

۱- مسواک زدن: هدف اصلی از مسواک زدن، پاک نمودن پلاک میکروبی از روی دندانها و لثه میباشد. درست مسواک کردن وقتی است که تمام سطوح دندانها و لثه به خوبی از پلاک میکروبی پاک گردد. بنابراین، بهتر است این کار در فرصتی مناسب، با زمان کافی و با آرامش صورت پذیرد؛ چرا که، کیفیت مسواک کردن بهتر از تعداد دفعات آن میباشد.

۲- استفاده از نخ دندان: سطوح بین دندانی به هیچ وجه با استفاده از مسواک تمیز نمیشوند و تنها به کمک نخ دندان میتوان این سطوح را تمیز کرد. استفاده از نخ دندان، از سن ۳-۴ سالگی برای نواحی بین دندانی آغاز شده و در دوره ی دندانی شیری، تنها در صورت داشتن تماس بین دندانهای خلفی استفاده از آن الزامی است.

۳- فلوراید تراپی: فلوراید یک ماده ی طبیعی است که باعث افزایش مقاومت دندانها در برابر پوسیدگی میشود. این ماده، معمولاً از راه آب آشامیدنی و کمتر از آن با غذاهای دریایی مثل ماهی و میگو، چای و بعضی از میوه ها به بدن انسان میرسد. میزان مناسب فلوراید آب آشامیدنی ۰/۷- ۲/۱ ppm میباشد. حداکثر فواید فلوراید، تنها زمانی حاصل میگردد که فلوراید مورد نیاز بدن از راههای مختلف مانند فلوراید تراپی، مصرف دهانشویه، آب فلورایددار، خمیردندان حاوی فلوراید، قرص و ... تأمین گردد. وارنیش فلوراید در کودکان کوچکتر از ۶ سال به عنوان یک روش ایمن، بیخطر، بدون درد و موثر در کاهش پوسیدگی، دوبار در سال استفاده میگردد.

فلوراید از طرق مختلف بر دندانها تأثیر میگذارد:

۱- مصرف فلوراید سبب ورود آن به عاج و مینای دندانهای رویش نیافته شده و باعث استحکام دندان و افزایش مقاومت آن در برابر پوسیدگی میگردد.

۲- فلوراید مصرفی به داخل بزاق ترشح میشود. اگرچه غلظت بزاقی آن کم است، اما غلظت آن در پلاک میکروبی زیاد بوده و با کاهش تولید اسید باعث کاهش پوسیدگی دندانی میگردد.

۳- مصرف موضعی فلوراید (دهانشویه، خمیردندان، ژل، وارنیش و...) باعث ورود آن به ساختمان دندان شده و در محکم شدن ساختمان دندان موثر است. فلوراید باعث کاهش بروز پوسیدگی در دندانهای شیری به میزان ۰/۵-۰/۴٪ و در دندانهای دائمی به میزان ۰/۶-۰/۵٪ میشود. افزودن فلوراید به آب آشامیدنی جامعه، میتواند موثرترین روش برای پیشگیری از پوسیدگی دندانی باشد

روشهای مختلف استفاده از فلوراید عبارتند از:

الف) روشهای موضعی شامل دهانشویه ی سدیم فلوراید، خمیردندان حاوی فلوراید و ژل و وارنیش فلوراید .
ب) روشهای خوراکی مانند افزودن فلوراید به آب آشامیدنی، افزودن فلوراید به نمک، شیر و ... و استفاده از قرص و قطره ی فلوراید. قرص و قطره ی فلوراید برای کودکان کوچکتر از ۲۱ سال موثر بوده و باید توسط دندانپزشک تجویز گردد. اگر مقدار فلوراید آب آشامیدنی یک منطقه بیش از اندازه باشد (2 mpp و یا بیشتر)، نقاط سفیدرنگ ماتی روی دندانها دیده میشود یا دندانها زرد و قهوه‌ای رنگ میشوند که به اینحالت فلوروزیس میگویند. وقتی فلوروزیس خیلی شدید باشد، مینای دندان نرم و مانند سنگ پا، سوراخ میشود .

نکات قابل توجه در استفاده از وارنیش فلوراید عبارتند از:

- جهت اثر بخشی این ماده باید حداقل دوبار در سال از آن استفاده کرد. دندان پزشک می تواند برحسب وضعیت دهان و دندان کودک فواصل استفاده از وارنیش را تغییر دهد.
- قبل از فلورایدتراپی با وارنیش باید دندانهای کودک به خوبی مسواک زده شود.
- بعد از استفاده از وارنیش باید حداقل ۲ تا ۴ ساعت از خوردن و آشامیدن پرهیز شود.
- کودک نباید تا روز بعد، از مسواک یا نخ دندان استفاده کند تا وارنیش زمان کافی را جهت تماس با دندان داشته باشد.

میزان فلوراید مورد نیاز را تعیین کنید (مقایسه با جدول زیر).

تجویز اشکال مختلف فلوراید به سن کودک، تاریخچه ی پوسیدگی وی، خطر ایجاد پوسیدگی در آینده و این که آیا آب، حاوی فلوراید مینوشد یا خیر، بستگی دارد. برای کودکانی که خطر زیاد یا متوسط برای ایجاد

پوسیدگی دارند، استفاده ی مطلوب از فلوراید موضعی یک ملاحظه ی مهم است که از راه استفاده از خمیر دندان، ژل و دهان شویه به دست می آید. درمورد فلوراید سیستمیک، دوز تجویز شده به سن کودک و غلظت فلوراید آب آشامیدنی بستگی دارد. به این منظور، با آگاهی از فلوراید آب منطقه و جدول برنامه ی دوزاژ مکمل فلوراید، میتوان به نیاز کودک برای فلوراید اضافی پی برد. در صورت کمبود فلوراید، کودک را به دندان پزشک ارجاع دهید.

"برنامه دوزاژ مکمل فلوراید"

{ غلظت فلوراید در آب }

سن	<0/3ppm	0/3-0/6ppm	>0/6ppm
تولد تا ۶ ماهگی			
۶ ماهگی تا ۳ سالگی	۰/۲۵ میلی گرم در روز		
۳ تا ۶ سالگی	۰/۵ میلیگرم در روز	۰/۲۵ میلیگرم در روز	
۶ تا ۱۶ سالگی	۱ میلیگرم در روز	۰/۵ میلیگرم در روز	

با توجه به جدول بالا برحسب سن کودک و میزان فلوراید در آب که کمتر از ۰/۳ ppm باشد یا بین ۰/۳-۰/۶ ppm روزانه مقادیر ذکر شده در جدول فلوراید به آب مصرفی اضافه می گردد.

۴- مسدود کردن شیارهای دندانی توسط مواد شیارپوش (فیشورسیلانت): شیارها و فرورفتگیهای عمیق سطح جونده که با موهای مسواک قابل تمیز کردن نیستند از مناطق مستعد آغاز پوسیدگیهای دندانی شناخته شده اند. جهت جلوگیری از تجمع مواد غذایی در این نواحی و متعاقب آن جلوگیری از پوسیدگی، دندان پزشک با مواد مخصوص شیارپوش (فیشورسیلانت) این شیارها را پر کرده و مسدود میکند که باعث میشود تا مواد غذایی دیگر در این نواحی تجمع نکنند. با این روش راحت و کم هزینه، احتمال پوسیدگی دندانها به طور قابل ملاحظه ای کاهش مییابد.

نکات قابل توجه در مسدود کردن شیارهای دندان :

- به والدین آموزش داده شود که انجام فیشورسیلانت به تنهایی بر روی دندان دلیلی بر عدم پوسیدگی دندانی نمیباشد بلکه به دلیل سهولت در انجام عمل مسواک زدن، کاهش احتمال پوسیدگی را به دنبال دارد.

- باید با تشخیص دندانپزشک انجام درمان فیشورسیلانت برای دندانهای کودکان صورت گیرد.
- پس از فیشورسیلانت دندانها، بررسی ششماهه و یکساله ی دندانهای کودک توصیه میگردد.

۵- رژیم غذایی: تغذیه و رژیم غذایی در رشد و نمو دندان، سلامت مخاط دهان و بافت لثه، استحکام استخوان و پیشگیری و کنترل بیماریهای دهان نقش مهمی دارد. کمبود مواد مغذی مورد نیاز در زمان رشد سلولی، باعث ایجاد عوارض غیرقابل برگشتی در شکل گیری بافتهای دهان خواهد شد. در صورتی که کودک در سالهای اول زندگی، دچار سوءتغذیه گردد، احتمال ابتلا به پوسیدگی دندانهای شیری بیشتر میشود. تغذیه در هر دو مرحله ی پیش از رویش دندانها و پس از آن تأثیرگذار است. البته، تأثیر رژیم غذایی در ایجاد پوسیدگی بعد از رویش دندانها بیشتر بوده و از اهمیت خاصی برخوردار است. عادات غذایی در زمان کودکی شکل میگیرند و بر سلامت عمومی و سلامت دهان بسیار م بر می باشند. مشکل مصرف مواد قندی به میزان زیاد، معمولاً از همان اوایل دوران کودکی با دادن غذاها و نوشیدنیهای حاوی مواد قندی در ماههای اول زندگی شروع میشود. مدارس، از جمله مکانهایی هستند که نقش مهمی را در آموزش سلامت کودکان داشته و در ایجاد عادات غذایی سالم در کودک کمک میکنند. البته، آموزشها باید با عملکرد و فعالیت موثر در مدرسه همراه باشد مانند اجرای برنامه هایی در خصوص عرضه ی میانوعده ها و خوراکیهای سالم در بوفه های مدارس.

به طور کلی پوسیدگی زایی مواد غذایی تحت تأثیر عوامل زیر قرار میگیرد:

۱. شکل ماده ی غذایی:
۲. قوام ماده ی غذایی:
۳. دفعات مصرف مواد غذایی:
۴. ترکیب و ترتیب غذاهای مصرفی:
- ۵.

ضمیمه فصل ۱۶ :

دستور العمل تهیه نمونه از پاشنه پای نوزاد بر کاغذ فیلتر : (این دستورالعمل برای همه غربالگری های پاشنه پا یکسان است)

مهمترین نکته در غربالگری نوزادان رعایت دستورالعمل کشوری است. نگهداری درست کاغذ فیلتر قبل از نمونه گیری بر آن ، نمونه گیری مناسب از پاشنه پا، خشک کردن دقیق نمونه ها و ارسال پاکت حاوی آنان نقش بسیار مهمی در اجرای بهینه برنامه کشوری غربالگری نوزادان دارند . .

محل خونگیری از پاشنه پا :

محل خونگیری از قسمت خارجی پاشنه پا مطابق با تصویر زیر است. در صورتی که به هر علتی امکان نمونه گیری از پاشنه پا وجود نداشت میتوان از نرمة دست (در امتداد انگشت کوچک) نوزاد نمونه گیری نمود.



" محل های نمونه گیری از نوزاد بر کاغذ فیلتر "

روند انجام نمونه گیری از پاشنه پای نوزاد :

۱. تکمیل کردن فرم نمونه گیری
 ۲. برای هر نوزاد باید یک فرم جدید تکمیل شود.
 ۳. آماده کردن نوزاد برای نمونه گیری از پاشنه پا
- هنگام نمونه گیری از پاشنه پا ، نوزاد باید در آغوش مادر و یا فردی که وی را برای غربالگری آورده است قرار گیرد. در آغوش گرفتن نوزاد از احساس درد می کاهد و نوزاد آرامش بیشتری دارد.
 - برای جلوگیری از آلودگی محیط و سرماخوردگی کودک فقط پای نوزاد را لخت نمایید.
 - محل خونگیری (پاشنه پا) باید از سطح قلب نوزاد پایین تر باشد.
 - پاشنه پا را با یک گاز یا حوله ولرم گرم کنید تا جریان خون در محل افزایش یابد
 - در فصل های سرد باید در اطاق نمونه گیری وسیله گرمایشی وجود داشته باشد.
 - دستهایتان را خوب شسته و دستکش دست کنید.
 - پاشنه پا را با الکل ایزوپروپانول ۷۰٪ تمیز و الکل اضافی را با گاز پاک کنید. صبر کنید تا باقیمانده الکل روی پوست خشک شود.
- برای افزایش جریان خون در پا و نمونه گیری آسان تر، پاشنه پا را با یک گاز یا حوله ولرم گرم کنید.

۴. سوراخ کردن پوست با لانس با ایمن :

۵. مراقبت از محل نمونه گیری از پاشنه پا

به خاطر داشته باشید که: جهت نمونه گیری نیازی به ناشتا بودن نوزاد نمی باشد. هیچگونه آمادگی خاصی برای انجام آزمایش لازم نیست.

نکته: زمانبندی در ارسال نمونه ها بسیار حایز اهمیت است تاخیر در این امر یعنی تاخیر در تشخیص و درمان و احتمال بروز عقب ماندگی ذهنی نوزاد .

ارزیابی و روش برخورد با نتایج مختلف غربالگری (نتایج آزمون اولیه TSH بر کاغذ فیلتر) :

پس از انجام آزمون غربالگری (TSH بر کاغذ فیلتر) در آزمایشگاه غربالگری استان، نتایج "موارد مشکوک" به صورت فوری و "موارد طبیعی" به صورت غیرفوری به اطلاع کارشناس برنامه و مرکز نمونه گیری می رسند.

توجه: هدف از انجام نمونه گیری مجدد در نوزادانی که نتیجه آزمون غربالگری (نتایج آزمون اولیه TSH بر کاغذ فیلتر) آنان بین ۹/۹-۵ بوده است، پیشگیری از انجام نمونه گیری وریدی غیر ضروری و همچنین کاهش هزینه ها می باشد.

کم کاری تیروئید نوزادان CH : چگونه کودک را از نظر کم کاری تیروئید طبقه بندی

کنید: برای طبقه بندی کودک از نظر CH، ۶ طبقه وجود دارد:

۱- نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش CH : در صورتی که در اولین ویزیت مشخص شد که آزمایش غربالگری ۳-۵ روزگی برای نوزاد انجام نشده است کودک در این طبقه بندی قرار می گیرد. در این صورت، کودک را برای انجام نمونه گیری ارجاع فوری دهید.

۲-احتمال نیاز به نمونه گیری مجدد CH : در صورتی که نوزاد دارای یکی از شرایط زیر باشد نمونه گیری مجدد در هفته دوم تولد مد نظر قرار گیرد.

- نمونه گرفته شده در روز ۳-۵ از طرف آزمایشگاه به عنوان نمونه نامناسب تشخیص داده شده است.
- TSH گرفته شده در روز ۳-۵ تولد بین ۹/۹-۵ گزارش شده باشد.
- نوزاد نارس باشد یعنی زیر ۳۷ هفته بارداری دنیا آمده باشد.
- وزن نوزاد کمتر از ۲۵۰۰ گرم و بیش از ۴۰۰۰ گرم باشد.

- دو یا چند قلوبی
- سابقه بستری در بیمارستان
- تعویض یا دریافت خون
- سابقه مصرف داروهای خاص

۳- تست غربالگری اولیه CH کمتر از ۵ گزارش شده باشد نوزاد طبیعی تلقی می شود.

۴- تست غربالگری اولیه CH بین ۵ تا ۹/۹ گزارش شده باشد: فراخوان نوزاد و اطلاع به والدین و درخواست از آنان برای انجام غربالگری مجدد. در صورتی که در غربالگری مجدد از پاشنه پای نوزاد جواب TSH کمتر از ۵ باشد نوزاد طبیعی تلقی می شود. و در صورتی که جواب TSH نوبت دوم بالای ۵ گزارش شد همانند طبقه بندی پنجم عمل می کنیم.

۵- تست غربالگری اولیه TSH پاشنه پای نوزاد بین ۱۰ تا ۱۹/۹ گزارش شده باشد: ارجاع فوری نوزاد برای انجام آزمایش تأیید تشخیص وریدی

۶- تست غربالگری اولیه TSH مساوی یا بیش از ۲۰ گزارش شده باشد: ارجاع فوری نوزاد برای انجام آزمایش تأیید تشخیص وریدی سپس درمان جایگزینی بر اساس دستورالعمل کشوری با نظر پزشک مرکز شروع شود و پس از دریافت جواب آزمایشات تأیید تشخیص، در صورت ابتلا به بیماری، ادامه درمان بر اساس دستورالعمل و در صورت عدم ابتلا به بیماری، قطع درمان انجام شود.

نکته مهم: در صورتی که نوزاد در اولین غربالگری از پاشنه پا در سن بیش از ۸ روزگی مراجعه نماید جواب TSH مساوی و بیشتر از ۴ به عنوان نمونه مشکوک در نظر گرفته می شود و همچنین در این نوزاد نیاز به غربالگری مجدد از پاشنه پا نداشته و می بایستی برای انجام آزمایش تأیید تشخیص وریدی مراجعه نماید.

روش برخورد با نتایج مختلف غربالگری نوبت اول (نتایج آزمون اولیه TSH بر کاغذ فیلتر)		
سن نوزاد	غلظت آزمون اولیه TSH	روش برخورد
۳-۷ روز تولد	کمتر از ۵ (mu/L)	طبیعی تلقی شود.
	۵-۹/۹ (mu/L)	<ul style="list-style-type: none"> • فراخوان نوزاد • اطلاع به والدین و درخواست از آنان برای انجام غربالگری مجدد • غربالگری نوبت دوم از پاشنه پا بر کاغذ فیلتر (تا ۴۸ ساعت پس از دریافت جواب) - TSH کمتر از ۵ : طبیعی تلقی شود. - TSH مساوی و یا بیش از ۵ : برای انجام آزمایشهای تایید تشخیص (Free T4 و/یا T4, T3RU, TSH) به آزمایشگاه منتخب شهرستان فرستاده شود. - ویزیت توسط پزشک و در صورت ابتلا به بیماری، شروع درمان بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه
	۱۰-۱۹/۹ (mu/L)	<ul style="list-style-type: none"> • فراخوان نوزاد • انجام آزمایشهای تایید تشخیص (Free T4 و/یا T4, T3RU, TSH) در سن ۲-۳ هفتگی نوزاد • ویزیت توسط پزشک پس از دریافت جواب آزمایشات تایید تشخیص • در صورت ابتلا به بیماری، شروع درمان بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه
	مساوی و یا بیشتر از ۲۰ (mu/L)	<ul style="list-style-type: none"> • فراخوان نوزاد مشکوک • اخذ نمونه وریدی برای انجام آزمایشهای تایید تشخیص • شروع درمان جایگزینی بر اساس دستورالعمل کشوری • پس از دریافت جواب آزمایشات تایید تشخیص: - در صورت ابتلا به بیماری، ادامه درمان بر اساس دستورالعمل - در صورت عدم ابتلا به بیماری، قطع درمان
۸ روزگی و بیشتر	مساوی و بیشتر از ۴	<ul style="list-style-type: none"> • فراخوان نوزاد مشکوک • انجام آزمایشهای تایید تشخیص (Free T4 و/یا T4, T3RU, TSH) در اسرع وقت • ویزیت توسط پزشک پس از دریافت جواب آزمایشات تایید تشخیص • در صورت ابتلا به بیماری، شروع درمان بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه

ارزیابی کودک از نظر فنیل کتونوری PKU: چگونه کودک را از نظر فنیل کتونوری طبقه بندی

کنید: برای طبقه بندی کودک از نظر PKU، ۶ طبقه بندی وجود دارد:

۱. **نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش PKU:** در صورتیکه در اولین ویزیت مشخص شد که آزمایش غربالگری ۳-۵ روزگی برای نوزاد انجام نشده است کودک در این طبقه بندی قرار میگیرد. در این صورت کودک را برای انجام نمونه گیری ارجاع فوری دهید.
 ۲. **احتمال نیاز به نمونه گیری مجدد PKU:** در صورتیکه مادر نوزاد مبتلا به PKU باشد یا نوزاد نارس باشد و یا نوزاد سابقه بستری در بیمارستان داشته باشد، کودک را برای بررسی بیشتر به مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید تا در صورت تشخیص پزشک برای انجام نمونه گیری مجدد ارجاع داده شود. زمان انجام آزمایش مجدد ۱۴ روزگی است به شرط آنکه نوزاد در آن هنگام شیر کافی به مدت ۳ روز مصرف کرده باشد. در صورت عدم تغذیه کافی با شیر توسط نوزاد باید آموزش به والدین داده شود تا نمونه گیری بلافاصله بعد از مصرف شیر به مدت ۷۲ ساعت لزوماً انجام شود.
 ۳. **تست غربالگری اولیه PKU مثبت:** در صورتیکه جواب اولین نوبت تست غربالگری PKU فنیل آلانین مساوی یا بیشتر از ۴ باشد، کودک در این طبقه بندی قرار میگیرد. در این صورت کودک را برای درخواست آزمایش تأیید تشخیص به مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع فوری دهید.
 ۴. **تست تأیید تشخیص PKU مثبت:** در صورتیکه نمونه ارسالی تست تأیید روی کاغذ فیلتر فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۳/۴ باشد و یا فنیل آلانین نمونه ارسالی تأیید روی نمونه سرم مساوی یا بزرگتر از ۴ باشد، کودک در این طبقه بندی قرار می گیرد. در این صورت کودک را فوراً به مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید تا پزشک کودک را فوراً به بیمارستان ارجاع دهد. حداکثر تا ۱ هفته پیگیری کنید تا مطمئن شوید کودک به بیمارستان منتخب مراجعه کرده است.
 ۵. **مثبت بیمارستانی:** مواردی از تست تأیید تشخیص که توسط پزشک خانواده به بیمارستان ارجاع شده است و توسط پزشک بیمارستان منتخب نیز تأیید تشخیص شده است و توسط کارشناس ژنتیک مرکز بهداشت شهرستان به تیم سلامت اعلام شده است در این طبقه بندی قرار می گیرد. در این صورت فرم ۵ ارسال شده از بیمارستان منتخب PKU در پرونده خانوار کودک ثبت شود. کودکان کمتر از ۳ سال ماهی یکبار و کودکان بیشتر از ۳ سال هر ۳ ماه یکبار پیگیری شوند تا مطمئن شوید که کودک به بیمارستان منتخب مراجعه کرده است. موارد غیبت از درمان که به بیمارستان منتخب PKU جهت دریافت خدمات بالینی (ویزیت، تغذیه، شیر رژیمی و...) مراجعه نکرده اند به صورت تلفنی یا حضوری پیگیری شوند و به کارشناس ژنتیک مرکز بهداشت اطلاع داده شود تا برای رفع مشکل آنها اقدام لازم صورت گیرد.
 ۶. **PKU منفی:** در صورتیکه تست غربالگری اولیه منفی و یا تست تأیید تشخیص منفی باشد، کودک در طبقه بندی PKU منفی قرار می گیرد. در این صورت اطلاعات را ثبت کنید و به والدین اطلاع دهید.
- * مواردی که به بیمارستان منتخب PKU جهت دریافت خدمات بالینی (ویزیت، تغذیه، شیر رژیمی و...) مراجعه نکرده اند جهت پیگیری به کارشناس ژنتیک مرکز بهداشت شهرستان اطلاع داده شود.

منابع:

۱. برنامه های دوره آموزشی مشاوره شیر دهی-دکتر محمد راوری
۲. چگینی، ی،/دوره ارتقاء مهارت های آموزشی مربیان آموزشگاههای بهورزی، تهران، به سفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صندوق کودکان سازمان ملل متحد-۱۳۸۱
۳. دستورالعمل کشوری برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول پس از تولد-وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی-معاونت بهداشت -دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، اداره سلامت کودکان و ترویج تغذیه با شیر مادر-۱۳۹۲
۴. راهنمای آموزشی شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد به انضمام دستورالعمل کشوری برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد (برای کارکنان بهداشتی-درمانی)- اداره سلامت کودکان، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی -کمیته کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر -معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی-۱۳۹۲
۵. کانینگهم و دیگران. بارداری و زایمان ویلیامز. ترجمه بهرام قاضی جهانی. تهران، گلبن ۱۳۹۷
۶. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس. مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران ویژه پزشک و ماما. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۹۵
۷. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس. دستور عمل کشوری مراقبت از بیماران قلبی در بارداری، زایمان و پس از زایمان. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۹۴
۸. افجه، ا. و دیگران. مراقبت و نگهداری از نوزادان نارس. تهران، پژوهاک آرمان. ۱۳۹۶
۹. نوروزی، ع. و دیگران. راهنمای مدیریت وابستگی به مواد در بارداری، تولد، شیردهی و نوزادی. تهران، سپید برگ ۱۳۹۱
۱۰. معاونت سلامت با همکاری صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف). بهبود رشد و تغذیه کودکان (مجموعه آموزشی ویژه پزشکان). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تهران، راوی. ۱۳۸۴
۱۱. میورت، ب؛ استوارت، گ؛ ری، ج. ترجمه شریفی، ن؛ کیاسالار، م؛ دانیالی، م. راهنمای خود مراقبتی خانواده. تهران، پارسای سلامت. ۱۳۹۴
۱۲. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس. بسته آموزشی تغذیه ویژه مراقب سلامت/بهورز در برنامه تحول سلامت در حوزه بهداشت. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۹۸
۱۳. رضا سلطانی، پ. پارسای، س. بهداشت مادر و کودک، تهران، انتشارات سنجش، ۱۳۸۸

۱۴. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس. دستورالعمل کشوری مکمل یاری با مگا دور ویتامین D. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. شماره ۱۰۹۵ مورخه ۲۲/۶/۹۶
۱۵. سیاسی، فریدون. پژوهشی در وضعیت ریز مغذی های ایران (پورا ۲). قم، اندیشه ماندگار ۱۳۹۴
۱۶. معاونت سلامت با همکاری صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف). بهبود رشد و تغذیه کودکان (مجموعه آموزشی ویژه پزشکان). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تهران، راوی. ۱۳۸۴
۱۷. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس. راهنمای مشاوره در مورد سلامت و تغذیه کودک. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۹۶
۱۸. نلسون، و. ا. بیماریهای نوزادان نلسون ۲۰۱۵. نوری شادکام، محمود؛ عطایی نخعی، حسین. تهران، انتشارات آثار سبحان ۱۳۹۵.
۱۹. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس. راهنمای مراقبت های ادغام یافته کودک سالم-ویژه پزشک. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۹۷
۲۰. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس. دستورالعمل کشوری اجرایی ابزار غربالگری تکامل ASQ. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۴۰۰
۲۱. رضا سلطانی، پ. پارسای، س. بهداشت مادر و کودک، تهران، انتشارات سنجش، ۱۳۸۸
۲۲. گریفی، ه. رشد کودک از دو تا سه سالگی. محتشمی توتکابنی، ر.؛ خوشخوی نیلاش، م. تهران، آبیژ ۱۳۸۶
۲۳. Zelee, H.; Betty R. K.; Karen, E. Family and community practices that promote child survival, growth and development, A review of the evidence. ISBN: ۹۷۸۹۹۷۵۳۲۵۸۸۸, ۲۰۰۴X.
۲۴. با همکاری (به ترتیب حروف الفبا) افجه، ا. و.....(دیگران)مراقبت و نگهداری از نوزاد نارس/اداره سلامت نوزادان، انجمن پزشکان نوزادان ایران، تهران/۱۳۹۶
۲۵. نوری شادکام، محمود، عطایی نخعی، حسین، و. ا. بیماریهای نوزادان نلسون ۲۰۱۵، انتشارات آثار سبحان ۱۳۹۵
۲۶. طلاچیان، ا. و دیگران. راهنمای جامع مراقبت های ادغام یافته کودک سالم، به سفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره سلامت کودکان.
۲۷. مشاوره در مورد تغذیه شیرخوار و کودک خردسال، وزارت بهداشت، ۱۳۸۹.

۲۸. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، اداره سلامت کودکان، بوکلت (۱۴۰۰) و راهنمای مراقبت های ادغام یافته کودک سالم غیرپزشک، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۴۰۰.

۲۹. آخرین بسته های خدمتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت کودکان (آمادگی و حمایت مادر برای شیردهی)
۳۰. برکاتی سید حامد و دیگران - راهنمای مادران برای تغذیه با شیرمادر - قم - انتشارات اندیشه ماندگار-۱۳۹۵

۳۱. حمایت و ترویج تغذیه با شیرمادر در بیمارستانهای دوستدار کودک، وزارت بهداشت، ۱۳۹۲

۳۲. دستورالعمل قانون ترویج تغذیه با شیرمادر، ۱۳۷۴

۳۳. مرکز گسترش شبکه و توسعه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی کمیته برنامه ریزی آموزش نیروی انسانی با همکاری صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)، مجموعه کتب بهورزی مبانی بهداشت و کار در روستا. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. تهران، آروید ۱۳۸۰.

۳۴. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس. دستورالعمل اجرایی برنامه حمایتی مشارکتی بهبود وضعیت تغذیه ای کودکان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۹۴

۳۵. کلیاتی از برنامه های مراقبتی کودکان (با توجه نداشتن عنوانی مستقل برای این سرفصل درس برداشتی آزاد از کلیه برنامه های مراقبت کودکان عنوان در این بسته گنجانده شده است)

۳۶. دکتر فطورچی، گروه سلامت خانواده، جمعیت و مدارس، سامانه آموزشی سیب، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۶

۳۷. تغذیه تکمیلی کودکان-دفتر بهبود تغذیه جامعه-معاونت بهداشت-بهمن ۱۳۹۶

۳۸. کتاب مشاوره در مورد تغذیه شیر خوار و کودک خردسال-وزارت بهداشت-درمان و آموزش پزشکی-معاونت بهداشت-دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس-اداره سلامت کودکان و ترویج تغذیه با شیر مادر-۱۳۸۹

۳۹. فریور، خ، لرنژاد، ح، حبیب الهی، ع، امینایی، ط

۴۰. لرنژاد، حمیدرضا متخصص کودکان، دفتر سلامت خانواده و جمعیت معاونت سلامت، راهنمای ارزیابی، طبقه بندی و درمان کودک مصدوم، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۷

۴۱. راهنمای مشاوره با مادر در مورد سلامت و تغذیه کودک -وزارت بهداشت -درمان و آموزش پزشکی-معاونت بهداشت-دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس -اداره سلامت کودکان و ترویج تغذیه با شیر مادر-۱۳۹۵
۴۲. بوکلت مراقبتهای ادغام یافته ناخوشیهای اطفال "مانا" ویژه غیر پزشک، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- نوبت چاپ سوم ۱۴۰۰
۴۳. راهنمای ارزیابی ، طبقه بندی و درمان کودک مصدوم، ویژه غیرپزشک،وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ،دفتر سلامت خانواده و جمعیت ،معاونت سلامت ،اداره سلامت کودکان ۱۳۸۷