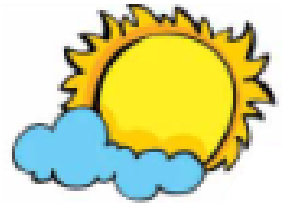




وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر سلامت جمعیت خانواده و جمعیت
اداره سلامت کودکان

راهنمای بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته کودک سالم - غیر پزشک

۱۳۹۵



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دفتر سلامت خانواده و جمعیت

اداره سلامت کودکان

۱۳۹۵

صفحه	فهرست:
۳	پیشگفتار
۴	فصل ۱ روند مراقبت کودک سالم
۷	فصل ۲ استفاده از چارت‌های مراقبت کودک
۹	فصل ۳ زمانی که کودک نزد شما آورده می‌شود
۱۱	فصل ۴ کنترل کودک کمتر از ۲ ماه و ۲ ماه تا ۵ سال از نظر نشانه‌های خطر
۱۶	فصل ۵ کنترل کودک از نظر وضعیت وزن
۲۴	فصل ۶ کنترل کودک از نظر قد
۲۹	فصل ۷ کنترل کودک از نظر وزن برای قد ایستاده/ خوابیده و نمایه توده‌ی بدن برای سن
۳۲	فصل ۸ کنترل کودک از نظر وضعیت دور سر
۳۵	فصل ۹ کنترل کودک از نظر وضعیت تغذیه
۶۴	فصل ۱۰ ارزیابی کودک زیر ۲ سال از نظر وضعیت دهان و دندان
۸۰	فصل ۱۱ ارزیابی بینایی کودک
۸۳	فصل ۱۲ ارزیابی کودک از نظر وضعیت شنوایی
۸۶	فصل ۱۳ ارزیابی کودک از نظر وضعیت تکامل
۹۱	فصل ۱۴ ارزیابی ژنتیکی کودک
۹۳	فصل ۱۵ ارزیابی کودک از نظر کم کاری تیروئید
۱۰۸	فصل ۱۶ ارزیابی کودک از نظر فنیل کتونوری
۱۱۰	فصل ۱۷ ارزیابی بدرفتاری با کودک
۱۱۶	فصل ۱۸ ارزیابی کودک از نظر غربالگری‌ها
۱۱۹	فصل ۱۹ ارزیابی وضعیت فرزندآوری مادر
۱۲۱	فصل ۲۰ کنترل وضعیت مکمل‌های دارویی کودک
۱۲۳	فصل ۲۱ ارزیابی کودک از نظر وضعیت واکسیناسیون
۱۲۷	فصل ۲۲ تشخیص نوع توصیه‌ها
۱۲۹	فصل ۲۳ برای کودکانی که نیاز به ارجاع ندارند توصیه‌ها را مشخص کنید
۱۳۰	فصل ۲۴ پیگیری کودک

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 ۶ 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 صورتی که در ۶ 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 جدا کردن 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 شش سال و اجرای آن می باشد . به همین منظور مجموعه ای تحت عنوان مراقبت کودک سالم کمتر از هشت سال ، برای پیشگیری از بیماری با استفاده از نشانه های بالینی تهیه شده است . این مجموعه شامل اساسنامه برنامه ، بوکلت و راهنمای پزشک و غیر پزشک ، فرم های ثبت ، جمع بندی ، ابزارهای پایش برنامه و ... است که حاصل تلاش همکاران اداره سلامت کودکان می باشد که با توجه به آخرین منابع علمی و کتابهای مرجع تهیه شده و مورد تأیید کمیته های علمی کشور قرار گرفته است .

به امید این که با تهیه این مجموعه گامی کوچک در تامین سلامت کودکان کشور برداشته و رضای حق تعالی را جلب کرده باشیم .

فصل ۱

روند مراقبت 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. توصیه ها بیشتر براساس طبقه بندی ها بنا شده است تا یک تشخیص دقیق. این توصیه ها اکثر بیماری های موجود در یک طبقه بندی راتحت پوشش قرار می دهد. در مجموعه های راهنما نحوه ارزیابی کودک از نظر ارزیابی شیرخوار از نظر نشانه های خطر، پایش رشد، وضعیت تغذیه، سلامت دهان و دندان، وضعیت بینایی، وضعیت شنوایی، تکامل، ژنتیک، واکسیناسیون و مکمل های دارویی، غربالگری ها و توصیه های لازم آموزش داده شده است. علاوه بر توصیه ها، مطالبی در خصوص پیشگیری از بروز حوادث و سوانح و رابطه متقابل والد و کودک نیز آمده است.

در این مجموعه، شما نحوه ارزیابی کودک سالم و انتخاب توصیه مناسب، رامشاهده خواهید کرد. روند ویزیت های مراقبت سلامت کودک سالم در بوکلت غیرپزشک شامل قسمت های زیر است:

- ارزیابی کودک از نظر علائم و نشانه های خطر، وضعیت وزن، قد، دورسر، وضعیت تغذیه، وضعیت سلامت و شیردهی مادر، وضعیت کودک با اضافه وزن و چاق، وضعیت دهان و دندان، وضعیت بینایی، وضعیت شنوایی، وضعیت تکامل، ژنتیک، وضعیت واکسیناسیون و مکمل های دارویی، غربالگری ها، مشاوره با مادر و پیگیری می باشد.
- ارزیابی کودک شامل: پرسیدن سوالات و معاینه هایی در مورد نشانه های خطر، وضعیت تغذیه، وضعیت وزن، قد، دورسر، وضعیت دهان و دندان، وضعیت بینایی، شنوایی، تکامل، وضعیت واکسیناسیون، مکمل دارویی و غربالگری ها می باشد.
- طبقه بندی 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.

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
	مشکل جدی	ارجاع به مرکز درمانی (بیمارستان) یا مرکز بهداشتی درمانی
	احتمال مشکل	توصیه، مشاوره و پیگیری برطرف نشدن مشکل، ارجاع
	فاقد مشکل	ادامه مراقبت ها 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 مرکز بهداشتی برگردد.

- ارائه آموزش های لازم برای مشاوره بامادر، شامل آموزش مادرجهت رفع مشکلات تغذیه ای ، پیشگیری ازسوانح وحوادث وارتباط والدین وکودک می باشد.
- زمانی که کودک مجدداً به نزد شما برمی گردد، دربخش پیگیری، مراقبت ها را انجام دهید و درصورت لزوم کودک رابرای مراقبت ویژه دوباره ارزیابی کنید.

خلاصه مراحل مراقبت ادغام یافته کودک سالم

کلیه کودکان کمتر از ۶ سال که به نزد شما آورده می شوند

ارزیابی و طبقه بندی کودک را از نظر:

- اولین معاینه کودک
- وضعیت وزن، قد، دورسر
- وضعیت تغذیه
- وضعیت دهان و دندان
- وضعیت بینایی
- وضعیت شنوایی
- وضعیت تکامل
- ژنتیک
- وضعیت واکسیناسیون و مکمل های دارویی و آزمایش‌های بالینی را انجام دهید

براساس طبقه بندی انجام شده تصمیم بگیرید

نیاز به ارجاع دارد

توصیه ها و اقدامات قبل از ارجاع را انجام دهید

کودک را ارجاع دهید:

- به مادر در مورد نیاز ارجاع کودک توضیح دهید
- مراقب کودک را آرام کنید و با کمک یکدیگر مشکلات را برطرف کنید
- فرم ارجاع را بنویسید
- اقدامات مادر طی مسیر را یادآوری کنید
- امکانات لازم برای مراقبت را تأمین کنید

نیاز به ارجاع ندارد

توصیه ها و اقدامات مورد نیاز را انجام دهید

با مادر مشاوره کنید:

- ادامه مراقبت‌ها طبق بوکلت
- ارائه مشاوره و توصیه‌های لازم
- چه موقع نزد شما برگردد

پیگیری کنید:

زمانی که کودک برمی گردد، مراقبت های ویژه را انجام دهید.

فصل ۲

استفاده از چارت های مراقبت کودک

چارت های ارزیابی ، طبقه بندی و توصیه های کودک سالم شما را جهت گام های زیر راهنمایی می کند:

- ارزیابی کودک سالم
- طبقه بندی
- توصیه های مورد نیاز به کودک
- مشاوره با مادر
- پیگیری

گام های ارزیابی ، طبقه بندی و توصیه برای تمام کودکان کمتر از ۶ سال یکسان می باشد. در این فصل چارت ها و جداول کودک سالم به طور مختصر توضیح داده می شود.

۲-۱ ارزیابی و طبقه بندی

در چارت ارزیابی و طبقه بندی، نحوه ارزیابی، طبقه بندی کودک و توصیه ها توضیح داده شده. ستونهای ارزیابی در سمت راست چارت، نحوه گرفتن تاریخچه و معاینه را توضیح می دهد.

ستون طبقه بندی در بین ستونهای ارزیابی و توصیه هادربخش ارزیابی و طبقه بندی قرار دارد. طبقه بندی یعنی درمورد کودک تصمیم بگیرید. برای هر وضعیت، شما یک طبقه بندی را انتخاب خواهید کرد که با نحوه اقدام و توصیه برای کودک مطابقت دارد.

۲-۲ توصیه ها

ستون توصیه ها در سمت چپ چارت ارزیابی و طبقه بندی قرار دارد و به شما کمک می کند خیلی سریع اقدامات و توصیه های مناسب برای هر طبقه بندی را مشخص کنید. زمانیکه کودکی در بیش از یک طبقه بندی قرار می گیرد، بایستی به بیش از یک جدول برای توصیه مناسب توجه کرد.

۲-۳ مشاوره با مادر

توصیه برای رفع مشکلات تغذیه ای ، ارتباط والدین و کودک و پیشگیری از حوادث و سوانح در چارت مشاوره با مادر آمده است. برای کودکان ، براساس ارزیابی وضعیت تغذیه ، با مادر در مورد توصیه های تغذیه ای مشاوره خواهید کرد و برای کلیه کودکان که به منزل می روند، به مادر در مورد توصیه های پیشگیری از حوادث ، ارتباط باوالدین و اینکه چه موقع برگردد توصیه خواهید کرد.

۲-۴ پیگیری:

در قسمت پیگیری می توانید ببینید آیا کودک با توصیه های ارائه شده بهتر شده است؟ در بخش پیگیری چارت مراحل انجام پیگیری توضیح داده شده است .

خلاصه ارزیابی و طبقه بندی

از مادر درمورد سلامت کودک سوال کنید

اگر برای مراقبت های دوره ای مراجعه کرده است مراحل زیر را دنبال کنید.
(اگر برای مراقبت ویژه آمده است مراقبت های پیگیری را به عمل آورید)

ارزیابی کودک از نظر نشانه های خطر

کنترل کودک از نظر وضعیت وزن - قد - دور سر

کنترل کودک از نظر وضعیت تغذیه

کنترل کودک از نظر وضعیت سلامت دهان و دندان

کنترل کودک از نظر وضعیت بینایی

کنترل کودک از نظر وضعیت شنوایی

کنترل کودک از نظر وضعیت تکامل

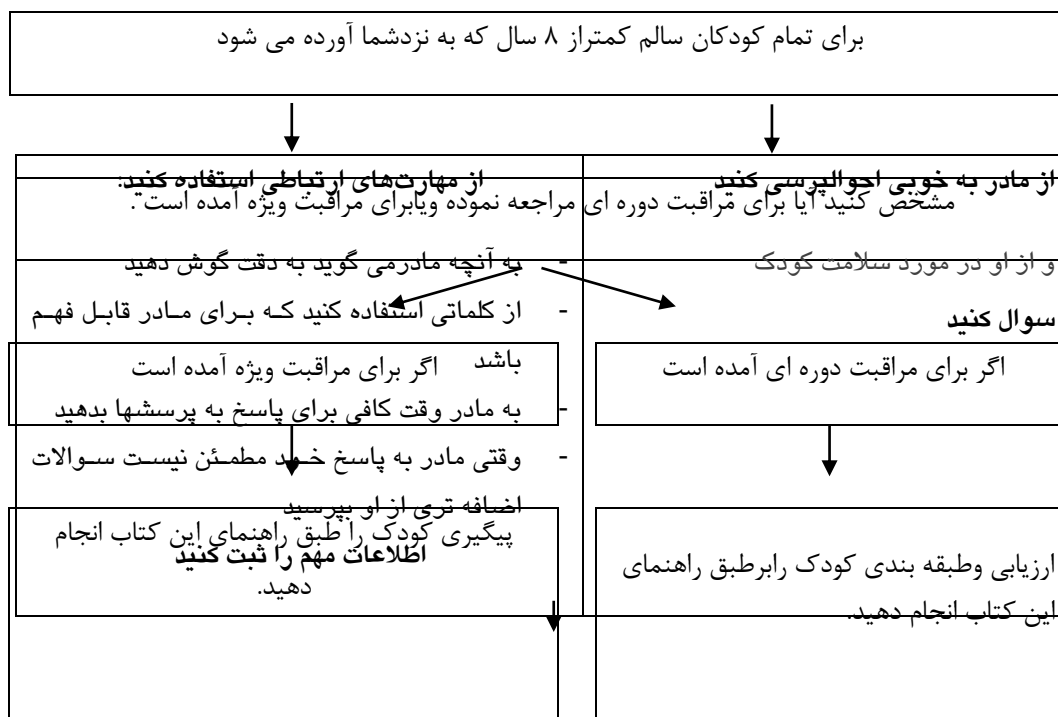
کنترل کودک از نظر ژنتیک

وضعیت فرزندآوری مادر، مکمل های دارویی، غربالگری ها و واکسیناسیون کودک را کنترل کنید

سپس : توصیه های لازم را ارائه و با مادر مشاوره کنید

فصل ۳

زمانی که کودک به نزد شما آورده می شود



مراحل ارزیابی و طبقه بندی کودک سالم در چارت به شما توضیح می دهد زمانی که مادری کودکش را برای مراقبت می آورد چه بایستی انجام دهید: زمانی که کودک سالمی وارد می شود، کارکنان بهداشتی دلیل مراجعه کودک را مشخص می کنند و مشخصات او را در فرم ثبت کودک سالم یادداشت می کنند.

چارت ارزیابی و طبقه بندی چگونگی ارزیابی و طبقه بندی کودک و توصیه های او را خلاصه کرده است. درستون ارزیابی درست است چارت چگونگی گرفتن سابقه و معاینه کودک را توضیح داده است.

هنگامی که شما مادر و کودکش را ملاقات می کنید:

- از مادر به خوبی احوالپرسی کنید و از او در مورد کودکش 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 مادری دهد که از کودکش مراقبت خوبی به عمل خواهد آمد، وقتی شما به مرحله توصیه ها رسیدید لازم است توصیه ها و آموزش های 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 مادری گوید به دقت گوش دهید. این امر موجب می شود مادر احساس کند سلامت 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 در مورد 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 در مورد 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 زمان بندی 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 یابند، 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 بهداشتی درمانی ارجاع می دهد. پی بردن به اینکه این مراجعه ، مراقبت دوره ای یا مراقبت ویژه است ، بر اساس ثبت علت مراجعه می باشد

فصل ۴

کنترل شیرخوار کمتر از ۲ ماه و ۲ ماه تا ۵ سال از نظر نشانه های خطر کنترل شیرخوار کمتر از ۲ ماه از نظر نشانه های خطر

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



شیرخوار را به ترتیب زیر ارزیابی کنید:

مشاهده کنید	سؤال کنید
<ul style="list-style-type: none">• تنفس تند (۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) اگر یک نوبت بیش از ۶۰ بار در دقیقه بود، بار دیگر بشمارید.• توکشیده شدن قفسه سینه• اختلال هوشیاری• درجه حرارت بالا (۳۷/۵ درجه سانتی گراد یا بالاتر زیربغلی)• درجه حرارت پایین (کمتر از ۳۵/۵ درجه سانتی گراد زیربغلی)• زردی	<ul style="list-style-type: none">• آیا کاهش قدرت مکیدن دارد؟• آیا به طور مکرر استفراغ می کند؟• آیا تشنج (حرکات غیرعادی) داشته است؟

از جدول طبقه بندی رنگی برای اقدامات مناسب شیرخوار کمتر از ۲ ماه و نشانه های خطر استفاده کنید.



سپس شیرخوار را برای وضعیت وزن و قد و دورسر، وضعیت تغذیه، دهان و دندان، بینائی، شنوایی، تکامل، وضعیت واکسیناسیون و مصرف مکمل های دارویی و غربالگری ها را ارزیابی کنید و درمورد تغذیه، پیشگیری از حوادث و سوانح در کودکان و رابطه متقابل کودک و والدین، با مادر مشاوره کنید.

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. اومی تواند بخوابد درحالیکه شما ۲ نشانه مربوط به تنفس کودک را ارزیابی می کنید که اینها عبارتند از: شمارش تنفس و نگاه کردن برای توکشیده شدن قفسه سینه ، برای ارزیابی نشانه های بعدی ،لباس او را درآورد(اتاق گرم باشد)، به پوست او

در سراسر بدنش 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 بی حالی 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 می کند؟

○ آیا تشنج (حرکات غیرعادی) داشته است؟

● مشاهده کنید:

○ تنفس تند (۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) اگر یک نوبت بیش از ۶۰ بار در دقیقه بود، بار دیگر بشمارید: 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 شیرخواران کمتر از ۲ ماه معمولاً تندتر از شیرخواران و کودکان بزرگتر است . بنابراین ۶۰ بار تنفس 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 برای چند ثانیه تنفس خود را قطع می کند و با یک دوره تنفس تندتر ادامه می دهد. اگر شمارش دوم نیز ۶۰ بار یا بیشتر بود، تنفس تند دارد.

○ برای تو کشیده شدن قفسه سینه نگاه کنید: برای مشاهده تو کشیده شدن قفسه سینه، مشابه شیرخواران و

کودکان بزرگتر عمل کنید. بهر حال تو کشیده شدن خفیف قفسه سینه در یک شیرخوار کمتر از ۲ ماه طبیعی است زیرا قفسه سینه هنوز نرم است. تو کشیده شدن شدید قفسه سینه عمیق است و به آسانی قابل رویت می باشد. تو کشیده شدن قفسه سینه می تواند نشانه ای از پنومونی باشد و در شیرخوار کمتر از ۲ ماه بسیار جدی و مهم می باشد.

○ آیا شیرخوار بی حال 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 پزشک که در حال صحبت هستند ، نگاه نکند. یک شیرخوار کمتر از ۲ ماه بی حال و قتی 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 رابه 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. 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.

○ تحریک پذیری و بی قراری

○ تحرک شیرخوار را مشاهده کنید . آیا 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 تحرک شیرخوار را می توانید در حالیکه او را برای سایر موارد ارزیابی می کنید، انجام دهید.

- 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 نگهدارید شیرخوار باید آرام باشد و گریه نکند. سپس به ملاج شیرخوار نگاه کنید و آنرا لمس نمائید. اگر ملاج قدری برآمده است، ممکن است بعلت ابتلاء شیرخوار به مننژیت باشد.
- دمای بدن شیرخوار را اندازه بگیرید (یا او را برای تشخیص تب یا پائین بودن دمای بدن لمس کنید) تب (دمای زیربغل بیش از ۳۷ درجه سانتی گراد)، هیپوترمی (دمای زیربغل کمتر از ۳۶ 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 درآید سیانوز انتهاها (اکروسیانوزیس) در روزهای اول تولد مسئله ای طبیعی است. به لبها و مخاط های شیرخوار کمتر از ۲ ماه نگاه کنید در صورت رنگ پریدگی یا کیودی (سیانوز) آن ها، بدون سایر نشانه های خطر، لازم است جهت بررسی علت آن، بدون تزریق آنتی بیوتیک، 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.

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.

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
در صورت داشتن هر یک از علائم زیر: <ul style="list-style-type: none"> • اختلال هوشیاری • خوب شیر نخوردن • تشنج • تنفس تند • توکشیده شدن قفسه سینه • تب • درجه حرارت پایین 	احتمال بیماری خیلی شدید	در صورت مشاهده هر یک از نشانه های خطر شیرخوار نیاز به توجه فوری دارد، به چارت مانا مراجعه شود <ul style="list-style-type: none"> ➤ ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
<ul style="list-style-type: none"> • زردی پوست 	زردی	<ul style="list-style-type: none"> ➤ به بوکلت مانا مراجعه شود
<ul style="list-style-type: none"> • هیچ کدام از نشانه های فوق را نداشته باشد 	علائم و نشانه های خطر ندارد	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید

احتمال بیماری خیلی شدید

یک شیرخوار کمتر از ۲ 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 ۲ 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.

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

تمامی شیرخواران ۲ ماه تا ۵ سال را برای نشانه های خطر کنترل کنید	
↓	
کودک را به ترتیب زیر ارزیابی کنید:	
مشاهده کنید	سؤال کنید
• آیا کودک خواب آلودگی غیرعادی یا کاهش سطح هوشیاری دارد؟	• آیا قادر به نوشیدن یا شیر خوردن است؟ • آیا هر چیزی را که می خورد استفراغ می کند؟ • آیا کودک تشنج داشته است؟
↓	
از جدول طبقه بندی رنگی برای اقدامات مناسب کودک ۲ ماه تا ۵ سال و نشانه های خطر استفاده کنید.	
↓	
سپس کودک را برای وضعیت وزن و قد و دورسر، وضعیت تغذیه، دهان و دندان، بینائی، شنوایی، تکامل، وضعیت واکسیناسیون و مصرف مکمل های دارویی و غربالگری ها ارزیابی کنید و در مورد تغذیه مناسب، پیشگیری از حوادث و سوانح در کودکان و رابطه متقابل کودک و والدین، با مادر مشاوره کنید.	

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

تمامی کودکان را برای نشانه های خطر کنترل کنید.

● سوال کنید:

- آیا قادر به نوشیدن یا شیر خوردن است؟
- آیا هر چیزی را که می خورد استفراغ می کند؟
- آیا کودک تشنج داشته است؟

● مشاهده کنید:

○ آیا کودک خواب‌آلودگی غیرعادی یا کاهش سطح هوشیاری دارد؟ یک کودک بی‌حال وقتی که باید بیدار و هوشیار باشد، این حالت را ندارد. او ممکن است خواب‌آلود باشد و پس از بیدار کردن هم نتواند بیدار بماند. اگر کودک در هنگام ارزیابی نمی‌تواند بیدار شود، او را به ملایمت تکان دهید یا دست‌هایتان را بهم بزنید و مشاهده کنید که آیا او بیدار می‌شود. سپس نگاه کنید که آیا بیدار باقی می‌ماند. کودکی که کاهش سطح هوشیاری دارد نمی‌تواند در تمام این مدت بیدار بماند. وقتی او را لمس می‌کنید و یا او را تکان می‌دهید قادر به نشان دادن عکس العمل نیست.

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

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

نشانه‌ها	طبقه بندی	توصیه‌ها
در صورت وجود هر یک از علائم و نشانه‌های خطر: - قادر به نوشیدن یا شیر خوردن نیست - استفراغ‌های مکرر دارد - خواب‌آلودگی غیر عادی یا کاهش سطح هوشیاری دارد	بیماری خیلی شدید	➤ برای ارزیابی و درمان به چارت ما نا مراجعه کنید ➤ ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
● هیچ‌کدام از نشانه‌های فوق را نداشته باشد	علائم و نشانه‌های خطر ندارد	➤ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید

احتمال بیماری خیلی شدید

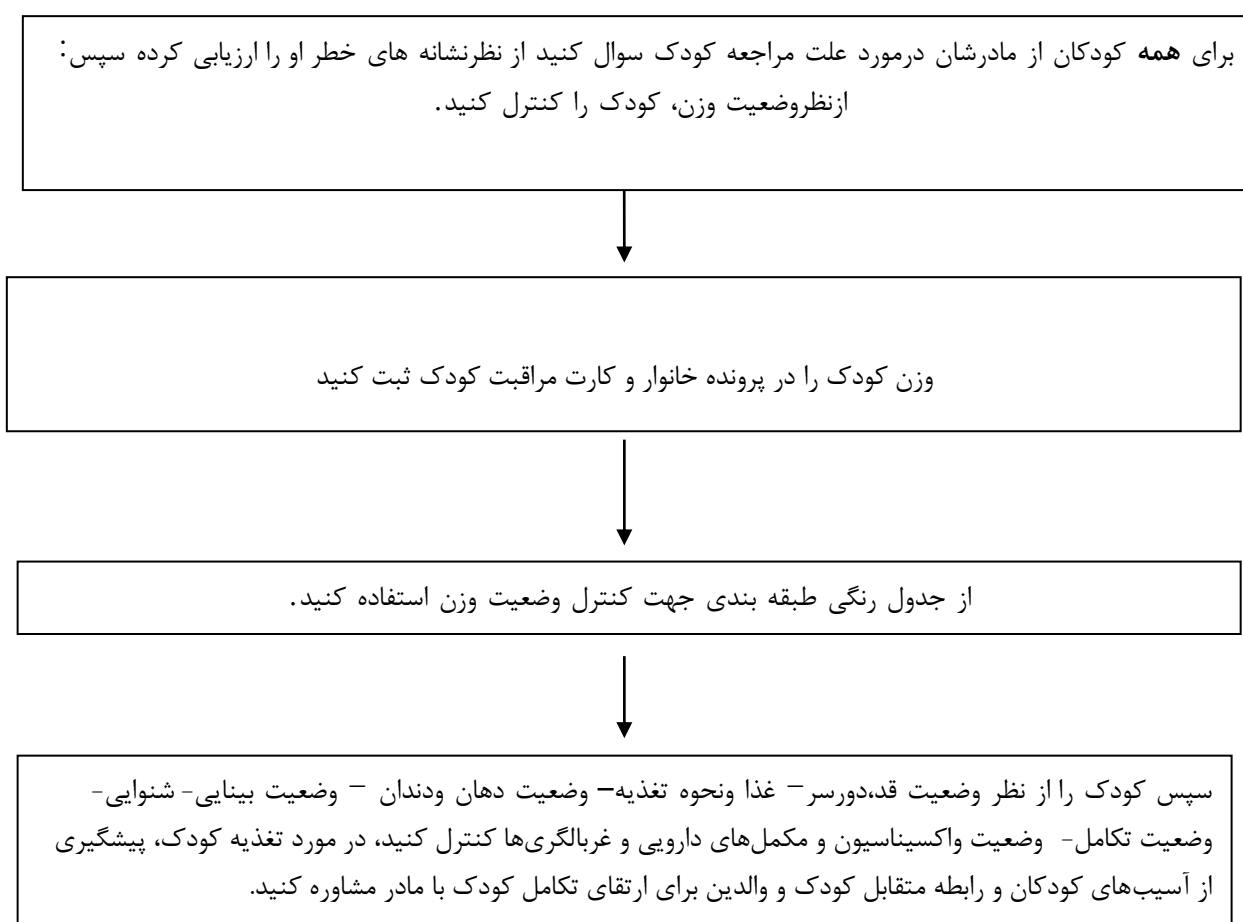
کودک ۲ ماه تا ۵ سال با نشانه‌های این طبقه بندی، مبتلا به یک بیماری خیلی شدید است. در این صورت نیاز به ارجاع فوری به بیمارستان دارد که مطابق بوکلت چارت ما نا درمان مناسب قبل از ارجاع را انجام داده و شیرخوار را فوراً ارجاع دهید.

فصل ۵

کنترل کودک از نظر وضعیت وزن

ارزیابی رشد کودک شامل اندازه‌گیری وزن، قد و دور سر و مقایسه‌ی آن با استانداردهای رشد WHO Multicenter Growth Reference Study (MGRS) است. هدف از ارزیابی، تعیین روند رشد می باشد. با توجه به این‌که شیر مادر به دلیل مزایای تغذیه‌ای، ایمنولوژیک و مزایای بی شمار دیگر، تغذیه‌ی مطلوب برای شیرخوار می باشد، منحنی‌های جدید براساس الگوی رشد شیر مادرخواران تهیه شده‌اند.

کنترل کودک از نظر وضعیت وزن



چگونه کودک را از نظر وضعیت وزن ارزیابی کنید

اندازه‌گیری وزن کودک

توصیه می‌شود وزن کودکان با استفاده از ابزاری با خصوصیات زیر اندازه‌گیری شود :

- محکم و با دوام
- الکترونیکی (دیجیتالی)

دارای دقت اندازه‌گیری در حد ۰/۱ کیلو گرم (۱۰۰ گرم)

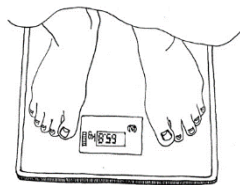
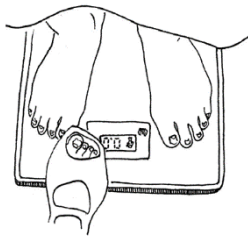
آمادگی برای توزین

- دلایل لزوم توزین کودک را برای مادر توضیح دهید. برای مثال بگویید با اندازه‌گیری وزن کودک می‌توان فهمید کودک چگونه رشد می‌کند، چه طور از بیماری اخیر بهبود یافته یا پاسخ کودک به تغییرات تغذیه‌ای یا مراقبتی چگونه بوده است و از تغذیه و سلامت او مطلع شد.
 - برای مادر توضیح دهید که می‌خواهید چه کاری انجام دهید.
 - از مادر بخواهید کفش و لباس‌های کودک یا پوشک او را درآورد. توضیح دهید که برای به دست آوردن وزن دقیق کودک، لازم است تا لباس‌های کودک، به‌جز زیرپوش وی درآورده شود. شیرخواران، باید برهنه وزن شوند و برای گرم نگه‌داشتن، تا زمان وزن کردن در پتو پیچیده شوند. برای کودکان بزرگتر، باید تمام لباس‌ها به‌جز لباس‌های زیر، درآورده شوند. اگر از لحاظ اجتماعی درآوردن کامل لباس کودک مورد قبول نیست، تا جایی که ممکن است لباس‌های او کم شود.
 - حتی الامکان، اتاق گرم باشد و اگر هوا سرد است یا کودک در مقابل درآوردن لباس مقاومت می‌کند، می‌توان کودک را با لباس وزن کرد اما این موضوع که کودک با لباس وزن شده و چند تکه و چه بوده است در کارت مراقبت کودک ثبت شود یا از مادر خواسته شود در مراجعه‌ی بعدی آن‌ها را بیاورد تا آن‌ها وزن شده و از وزن کودک کم شود.
 - از ناراحت شدن و ترسیدن و آنچه باعث گریه‌ی کودک می‌شود پرهیز شود، زیرا هنگام گریه نمی‌توان وزنش را به دقت اندازه‌گیری کرد و در مرحله‌ی بعد باید قد او اندازه‌گیری شود.
 - اگر کودک وسایل زینتی مثل تلیا کلیپس بر سر دارد که با اندازه‌گیری قد او به روش ایستاده یا خوابیده تداخل دارد، برای جلوگیری از تأخیر در اندازه‌گیری‌ها، قبل از وزن کردن کودک، در آورده شوند.
- سرعت و دقت در کار به ویژه در کودکان خردسال که قد خوابیده‌ی آن‌ها اندازه‌گیری می‌شود، برای پیشگیری از گریه‌ی کودک اهمیت دارد.

توزین کودک کوچکتر از ۲ سال

- اندازه‌گیری وزن کودکان زیر ۲ سال با ترازوی مخصوص کودکان که به آن ترازوی کفه‌ای گفته می‌شود، انجام می‌شود. معمولاً این نوع ترازو روی میز قرار داده می‌شود و دارای کفه‌ای است که مخصوص گذاشتن کودک بر روی آن است و بسته به سن، کودک به حالت خوابیده و یا نشسته روی کفه قرار می‌گیرد. در قسمت جلوی ترازو، میله مدرجی است که وزنه روی آن قابل حرکت است. با حرکت دادن وزنه به طرف چپ و راست تعادل را بدست آورده و وزن کودک را بخوانید.

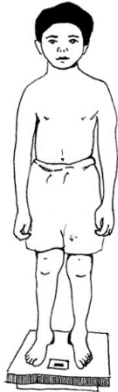
- ترازویی که برای شیرخوار به کار می‌بریم، باید برای او راحت بوده و قبل از هر بار وزن کردن تنظیم شود.
- اطمینان حاصل شود که ترازو درست کار می‌کند. حداقل در ابتدای هر شیفت و یکبار دیگر در طول روز ترازو با وزنه شاهد ۵۰۰ گرمی کنترل شود. همیشه، قبل از توزین کودک ترازو صفر شود.
- روی ترازوی کفه‌ای، پارچه‌ی گرم انداخته شود تا از سرما، گریه و ناراحتی شیرخوار پیشگیری شود.
- از مادر بخواهید تا کودک را به‌دقت و با ملایمت بر روی ترازو قرار دهد.
- شیرخوار بزرگ‌تر از ۷-۸ ماه را می‌توان در وضعیت نشسته وزن کرد.
- برای اطمینان از صحت توزین باید در لحظه‌ای که شیرخوار آرام است وزن کودک خوانده شود. برای این کار، می‌توان با اسباب‌بازی یا بازی با وی توجه او را جلب کرد و یا به مادر اجازه داد که وقتی کودک بر روی ترازوی مخصوص توزین شیرخوار (ترازوی کفه‌ای) قرار دارد نزدیک کودک باشد تا کودک آرام و ساکت باشد و شما آماده‌ی خواندن وزن کودک شوید.
- تکرار توزین، ضریب اعتماد را بالا می‌برد.
- عدد درج شده را به درستی و با دقت بخوانید و وزن کودک را ثبت کنید.
- پس از تعیین سن شیرخوار و وزن او، در محل تلاقی وزن و سن کودک در نمودار وزن برای سن در کارت مراقبت کودک نقطه‌ی مربوطه را به‌دقت ثبت کنید. این کار، باید در حضور مادر انجام شود. عدد را بلند بخوانید تا مادر متوجه شود و روند رشد کودک را برای مادر توضیح دهید.



توزین کودک بزرگ‌تر از ۲ سال

- اندازه‌گیری وزن کودکان بزرگتر از ۲ سال با ترازوی سیار (پرتابل) و یا ترازوی شاهین‌دار انجام می‌شود که باید بر روی سطح صاف گذاشته شود و کودک بدون کفش به حالت ایستاده روی ترازو قرار گیرد. این کودکان می‌توانند بایستند و شما می‌توانید آنها را به تنهایی وزن کنید.
- از مادر بخواهید که در درآوردن کفش و لباس به کودک کمک کند.
- با کودک درمورد ضرورت ایستادن بر روی ترازو صحبت کنید و با او به طریقی ارتباط برقرار کنید که نترسد. هنگام توزین، کودک باید آرام باشد.

- توجه به تنظیم بودن ترازو و دقیق بودن آن ضروری است. در طول روز چندین بار ترازو را با وزنه شاهد ۲۰۰۰ گرمی کنترل کنید.
- از کودک بخواهید در وسط ترازو بایستد.
- عدد درج شده (وزن کودک) را به درستی و با دقت و با صدای بلند بخوانید و آن را ثبت کنید.
- پس از تعیین سن شیرخوار و وزن او، در محل تلاقی وزن و سن کودک در نمودار وزن برای سن در کارت رشد کودک نقطه‌ی مربوطه را به دقت ثبت کنید (این کار باید در حضور مادر انجام شود. روند رشد کودک را برای مادر توضیح دهید)



مراقبت از ابزار اندازه‌گیری

- مراقبت صحیح ابزارهای اندازه‌گیری قد، وزن و دور سر به منظور افزایش ضریب اطمینان و صحت اندازه‌گیری، مسئله‌ی مهمی است.
 - وسایل اندازه‌گیری باید تمیز باشند و در دمای معمول اتاق و دور از گرما و رطوبت نگهداری شوند.
 - هنگام خرید باید به سالم بودن ترازو توجه کرد و پس از آن نیز سالم بودن ترازو، هفتگی کنترل شود.
 - هر روز ابتدا ترازو را با وزنه شاهد کنترل کنید. برای کنترل ترازوهای کفه‌ای از وزنه شاهد ۵۰۰ گرمی و برای کنترل ترازوهای بزرگسال از وزنه شاهد ۲۰۰۰ گرمی استفاده کنید و در صورت امکان حداقل ۲ بار (قبل از اولین توزین و حداقل یکبار دیگر در طی روز) ترازو را با وزنه شاهد کنترل کنید.
 - از تعادل ترازو مطمئن شوید. وزنه باید روی عدد صفر قرار گرفته باشد.
- پس از اندازه‌گیری وزن کودک میله مدرج روی صفر قرار گیرد و ترازو قفل شود.

وزن برای سن را تعیین کنید:

وزن برای سن، بیان‌گر وزن کودک برای سن وی در یک روز مشخص است. به این منظور از منحنی وزن به سن کودکان استفاده می‌شود. با استفاده از این منحنی، می‌توان روند رشد آنان را پایش نمود. در این نمودار محور X، سن و محور Y، وزن برحسب کیلوگرم است.

نکته: 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 ایستاده / خوابیده را علامت‌گذاری کنید ولی روی نمودار رشد و نزدیک به نقطه‌ی ترسیم شده، ورم کودک را درج نمایید. این کودک، مبتلا به سوء تغذیه‌ی شدید تلقی شده و باید برای مراقبت‌های تخصصی ارجاع شود.

برای ثبت وزن برای سن:

۱- سن کودک را به ماه حساب کنید. هفته‌ها، ماه‌ها یا سال‌ها و ماه‌های کامل طی شده را روی خطوط عمودی و نه بین آن‌ها علامت‌گذاری کنید.

۲- اگر کودک امروز وزن نشده است کودک را وزن کنید. وزن را روی خطوط افقی یا در فضای بین خطوط برای نشان دادن اعشارهای وزن (به‌عنوان مثال ۷٫۸ کیلوگرم) علامت‌گذاری کنید. وقتی نقاط در دو ویزیت یا بیشتر ترسیم شد، برای مشاهده‌ی بهتر روند رشد، آن‌ها را با یک خط صاف به هم متصل کنید.

۳- از منحنی رشد وزنی کودک استفاده کنید.

○ به محور عمودی سمت چپ برای پیدا کردن خطی که وزن کودک را نشان می‌دهد، نگاه کنید.

○ به محور افقی پائین منحنی رشد برای پیدا کردن خطی که سن کودک را به ماه نشان می‌دهد، نگاه کنید.

نقطه‌ای که این دو خط یکدیگر را قطع می‌کنند، مشخص کنید.

اگر منحنی رشد کودک قبلاً رسم شده است، از نقطه‌ای که اکنون بدست آورده‌اید به نقطه قبلی وصل کنید.

چگونه کودک را از نظر وضعیت وزن طبقه بندی کنید

برای کودکان ۵ طبقه بندی از نظر وزن وجود دارد: ۱- کم وزنی شدید (severely underweight)، ۲- کم وزنی (underweight) ۳- احتمال اضافه وزن، ۴- احتمال کم وزنی 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 طبقه‌بندی کم وزنی شدید قرار می‌گیرد. پس از اقدامات اولیه و تثبیت وضعیت کودک، او را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید. ۱ روز بعد پی‌گیری نمایید تا مطمئن شوید کودک به پزشک مراجعه کرده است. کودکان زیر ۲ ماه ۱۰ روز بعد، ۲ ماهه تا یکسال ۲ هفته بعد، بالای یک سال یک ماه بعد باید پیگیری شوند.

کم وزنی

اگر منحنی وزن برای سن کودک مساوی $Z\text{-score} -3$ تا کمتر از $Z\text{-score} -2$ باشد کودک در طبقه‌بندی کم وزنی قرار می‌گیرد. در این صورت به منحنی وزن برای قد مراجعه شود. توصیه‌های تغذیه‌ای ارائه شود. سپس کودک را پیگیری کنید: کودکان زیر ۲ ماه ۱۰ روز بعد، ۲ ماهه تا یکسال ۲ هفته بعد، بالای یک سال یک ماه بعد پیگیری شود. در صورت وزن‌گیری مطلوب، توصیه‌های تغذیه‌ای ارائه شده ادامه یافته و پیگیری کودک تا رفع کم وزنی، ادامه یابد. به شاخص‌های بهبودی کودک در طی مراقبت توجه کنید. در صورتی که شاخص‌های بهبودی را در کودک مشاهده کردید به توصیه‌های تغذیه‌ای ادامه دهید.

شاخص‌های بهبودی کودک برای کم وزنی عبارتند از:

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

در صورتی که در کودک شاخص‌های بهبودی را مشاهده نکردید و یا هر یک از موارد زیر را مشاهده کردید کودک را به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید:

شاخص های ارجاع به پزشک مرکز بهداشتی، درمانی در طول پیگیری:

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

احتمال اضافه وزن

اگر منحنی رشد کودک بالای منحنی $Z - \text{score} + 1$ باشد در طبقه بندی احتمال اضافه وزن قرار می گیرد . برای بررسی بیشتر به منحنی وزن برای قد مراجعه شود.

احتمال مشکل وزن

اگر منحنی وزن برای سن کودک مساوی $Z - \text{score} - 2$ تا مساوی $Z - \text{score} + 1$ بوده، ولی صعودی و موازی با منحنی رشد نباشد، یا روند رشد نامعلوم باشد یعنی منحنی رشد کودک قبلاً رسم نشده باشد یا کارت مراقبت کودک نداشته باشد، یا روند رشد متوقف شده باشد، کودک در طبقه بندی "احتمال مشکل وزن" قرار می گیرد. برای بررسی بیشتر به منحنی وزن برای قد مراجعه کنید. تغذیه کودکان در این طبقه بندی را بر اساس چارت تغذیه و مشاوره، ارزیابی کرده و با مادر مشاوره کنید. اگر هر نوع مشکل غذا و نحوه تغذیه دارد بعد از ۵ روز پیگیری کنید، تا ببینید مادر به توصیه ها عمل کرده است و نظر او چیست. کودک زیر ۲ ماه را ۱۰ روز بعد، کودک ۲ ماهه تا یک ساله را بعد از ۲ هفته و بالای یک سال را بعد از یک ماه پی گیری کنید. کودکان زیر یک سال در معرض خطر بیشتری برای مشکلات تغذیه ای و سوء تغذیه هستند.

طبیعی:

اگر منحنی وزن برای سن کودک مساوی $Z - \text{score} - 2$ تا مساوی $Z - \text{score} + 1$ بوده و روند رشد به موازات یا روند رشد به سمت میانه باشد، کودک در طبقه بندی طبیعی قرار می گیرد. مادر را به ادامه مراقبت های روتین تشویق کنید. توصیه های تغذیه ای گروه سنی کودک را ارائه دهید. در اینجا جدول ارزیابی و طبقه بندی کودک از نظر وزن برای سن آمده است:

توصیه‌ها / اقدام	طبقه بندی	منحنی وزن برای سن
<ul style="list-style-type: none"> ➤ ارجاع به مرکز سلامت جامعه/پزشک ➤ ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود 	کم‌وزنی شدید	<ul style="list-style-type: none"> • پایین $-3 z\text{-score}$
<ul style="list-style-type: none"> ➤ به منحنی وزن برای قد مراجعه شود ➤ مشاوره و ارائه توصیه های تغذیه‌ای ➤ پیگیری: ➤ زیر ۲ ماه ۱۰ روز بعد ➤ ۲ ماهه تا یکسال ۲ هفته بعد ➤ بالای یک سال یک ماه بعد ➤ در پیگیری‌ها، شاخص‌های بهبودی کودک بررسی شود. در صورت عدم دستیابی به شاخص‌های بهبودی به مرکز سلامت جامعه(پزشک، کارشناس تغذیه) ارجاع شود 	کم‌وزنی	<ul style="list-style-type: none"> • مساوی $-3 z\text{-score}$ تا کمتر از $-2 z\text{-score}$
<ul style="list-style-type: none"> ➤ به منحنی وزن برای قد مراجعه شود 	احتمال اضافه وزن	<ul style="list-style-type: none"> • بیشتر از $+1 z\text{-score}$
<ul style="list-style-type: none"> ➤ به منحنی وزن برای قد مراجعه شود ➤ ادامه مراقبت‌های روتین ➤ توصیه‌های تغذیه‌ای و پی‌گیری: ➤ زیر ۲ ماه ۱۰ روز بعد ➤ ۲ ماهه تا یکسال ۲ هفته بعد ➤ بالای یک سال یک ماه بعد 	احتمال مشکل وزن	<ul style="list-style-type: none"> • مساوی $-2 z\text{-score}$ تا مساوی $-1 z\text{-score}$ و $+score$ • روند رشد نامعلوم یا • روند رشد متوقف شده یا • روند رشد دور از میانه / میانگین
<ul style="list-style-type: none"> ➤ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید 	طبیعی	<ul style="list-style-type: none"> • مساوی $-2 z\text{-score}$ تا مساوی $-1 z\text{-score}$ و $+score$ • روند رشد به موازات یا • روند رشد به سمت میانه

شاخص‌های بهبودی کودک با کم‌وزنی:

- افزایش وزن با شیب مناسب در دو مراقبت پیاپی
- امتیاز Z وزن برای سن مساوی یا بیشتر از -2 در دو مراقبت پیاپی

شاخص‌های ارجاع به پزشک مرکز بهداشتی، درمانی در طول پیگیری کودک با کم‌وزنی:

- توقف یا آفت رشد در هر زمان از دوره مراقبت، و/ یا
- بروز علائم کم‌وزنی شدید در هر زمان از دوره مراقبت، و/ یا
- بروز علائم سوء تغذیه حاد شدید(امتیاز Z وزن برای قد کمتر از -3 یا
- ادم گوده گذار در هر دوپا

جدول توالی سنی برای پیگیری کودکان دچار مشکل وزن

سن	زمان پیگیری
کمتر از ۲ ماه	۱۰ روز بعد
۲ ماه تا ۱ سال	۲ هفته‌ی بعد
بیشتر از ۱ سال	۱ ماه بعد

فصل ۶ کنترل کودک از نظر قد

در همه کودکان، از مادر در مورد علت مراجعه کودک سوال کنید، نشانه های خطر، وضعیت وزن را کنترل کنید. سپس کودک را از نظر قد کنترل کنید.



قد کودک را اندازه گیری کنید و در پرونده خانوار و کارت مراقبت کودک ثبت کنید



با استفاده از جدول رنگی طبقه بندی جهت کنترل وضعیت قد طبقه بندی کنید.



سپس وضعیت دورسر، بینایی، شنوایی، تکامل، واکسیناسیون و مصرف مکمل های دارویی را کنترل کنید. در مورد تغذیه کودک، پیشگیری از آسیب های کودکان و رابطه متقابل کودک و والدین برای ارتقای تکامل کودک با مادر مشاوره کنید.

چگونه کودک را از نظر وضعیت قد ارزیابی کنید:

کودکان را از نظر قد آن ها برای سن شان شرح زیر کنترل کنید، به این منظور از نمودار قد برای سن کودکان استفاده می شود. با استفاده از این منحنی می توان روند قد آنان را پیش نمود.

قد برای سن را تعیین کنید:

- ۱- سن کودک را به ماه حساب کنید
- ۲- قد را اندازه گیری کنید (تا ۲ سالگی قد را خوابیده اندازه گیری کنید و بعد از ۲ سالگی اندازه گیری قد را به حالت ایستاده انجام دهید)
- ۳- از منحنی رشد قدی کودک استفاده کنید
 - به محور عمودی سمت چپ برای پیدا کردن خطی که قد کودک را نشان می دهد نگاه کنید
 - به محور افقی پایین منحنی قد برای پیدا کردن خطی که سن کودک را به ماه نشان می دهد نگاه کنید
 - نقطه ای که این دو خط یکدیگر را قطع می کنند، مشخص کنید.
- ۴- اگر قد کودک قبلاً رسم شده است، نقطه ای که اکنون بدست آورده اید را به نقطه قبلی وصل کنید.

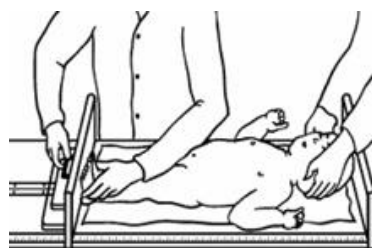
اندازه‌گیری قد کودک

- بسته به سن و توانایی کودک در ایستادن، قد خوابیده (Length) یا قد ایستاده‌ی (Height) کودک را اندازه‌گیری کنید.
- اگر کودک کمتر از ۲ سال دارد، قد خوابیده و اگر ۲ سال یا بیشتر دارد و قادر به ایستادن است قد ایستاده‌اش را اندازه بگیرید.
- قد ایستاده، حدود ۰,۷ سانتی‌متر کمتر از قد خوابیده است. اگر کودک کمتر از ۲ سال، برای اندازه‌گیری قد خوابیده، دراز نمی‌کشد، قد ایستاده‌ی 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 خوابیده‌ی او را اندازه‌گیری نموده و برای تبدیل آن به قد ایستاده، ۰,۷ سانتی‌متر از آن کم کنید.
- تخت قدسنج برای اندازه‌گیری قد خوابیده به کار می‌رود. این وسیله، باید بر روی یک سطح صاف و محکم قرار گیرد.
- قدسنج برای اندازه‌گیری قد ایستاده به کار می‌رود و به طور عمودی روی دیوار نصب می‌شود.
- صفحات افقی و عمودی قدسنج‌ها باید در زوایای صحیح به بدنه متصل شده باشند.
- قسمت متحرک در تخت قدسنج بخش پایینی و در قدسنج ایستاده مربوط به قسمت سر است.

آمادگی برای اندازه‌گیری قد خوابیده یا ایستاده

- پس از اندازه‌گیری وزن، برای اندازه‌گیری قد کودک در حالت ایستاده یا خوابیده آماده شوید.
- کنترل کنید که کفش، جوراب و زینت آلات موی سر کودک قبلاً درآورده شده باشد.
- برای اندازه‌گیری قد چه به صورت خوابیده و چه به صورت ایستاده، حضور مادر جهت آرام نگه داشتن کودک ضروری است. بنابراین، به مادر دلایل اندازه‌گیری قد و مراحل آن را توضیح داده و به سؤالات وی پاسخ دهید. به وی بگویید و نشان دهید که چگونه می‌تواند به شما کمک کند.

اندازه‌گیری قد خوابیده

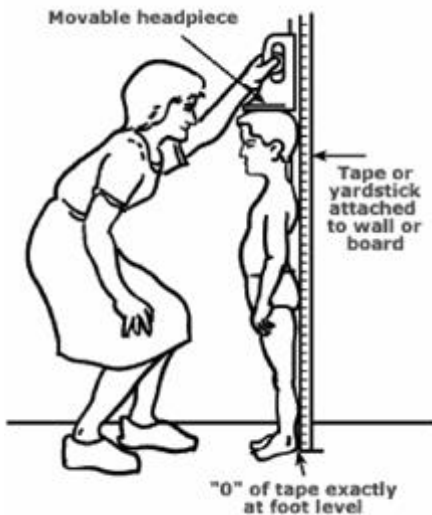


- سطح میز قدسنج را با یک پوشش نازک به منظور رعایت اصول بهداشتی و نیز راحتی کودک بپوشانید.
- به مادر توضیح دهید که چگونه کودک را روی میز قدسنج قرار داده و به نگرش داشتن سر کودک هنگامی که شما قد او را اندازه می‌گیرید، کمک کند.
- به مادر نشان دهید که وقتی کودک را روی میز قرار می‌دهید، کجا بایستد (برای مثال، مقابل شما و دور از محل قرارگیری متر) همچنین، به او نشان دهید که سر کودک را کجا قرار دهد (در مجاورت دیواره‌ی ثابت میز قدسنج)
- در کوتاه‌ترین زمان ممکن، سر کودک را در موقعیت صحیح قرار دهید، طوری که یک خط عمودی فرضی از مجرای گوش به حاشیه‌ی پایینی گودی چشم عمود بر تخت باشد (در این حالت، چشم‌های کودک باید دقیقاً به طور مستقیم به بالا نگاه کنند) از مادر بخواهید سر کودک را در این وضعیت ثابت نگاه دارد. با یک دست پاهای کودک را نگه داشته و

با دست دیگر قسمت متحرک انتهایی میز را به سمت کف پای او حرکت دهید. با یک فشار آرام به زانوهای کودک، آن‌ها را صاف کنید. توجه داشته باشید فشاری که برای صاف کردن زانوها در نوزادان اعمال می‌شود با فشار لازم برای صاف کردن زانوهای کودکان بزرگ‌تر متفاوت است. زانوهای نوزادان، شکننده و آسیب‌پذیرند و به راحتی صدمه می‌بینند. بنابراین، برای صاف کردن زانوهای نوزادان از حداقل فشار ممکن استفاده کنید.

- در حالی که زانوها را نگاه داشته‌اید، صفحه‌ی متحرک پایی را به آرامی به سمت کف پاهای کودک حرکت دهید. کف پاها باید دقیقاً بر صفحه تماس داشته و انگشت شست، صاف و به سمت بالا باشد. در غیر این صورت، یعنی در صورت خمیدگی انگشت شست و یا تماس نبودن کف پاها با صفحه‌ی متحرک پایی به آرامی کف پاهای کودک را تحریک کنید و با سرعت و در حالی که کودک انگشت شست پاهایش را صاف کرده، صفحه را نزدیک نموده و به کف پایش بچسبانید. سرعت عمل نکته‌ی مهمی است.
- اندازه را به درستی بخوانید و به سانتی‌متر و با دقت ۰٫۱ سانتی‌متر بر حسب آخرین خط مدرج اندازه‌گیری که قابل رؤیت می‌باشد در منحنی‌های مربوطه در کارت مراقبت کودک ثبت نمایید.

اندازه‌گیری قد ایستاده



- از صحیح بودن محل قرارگیری قدسنج بر روی سطح زمین مطمئن شوید.
- کنترل کنید که کفش، جوراب‌ها و تزئینات موی سر کودک درآورده شده باشند.
- با جلب همکاری مادر، بر روی زمین زانو بزنید تا قد شما هم تراز قد کودک شود.
- به کودک کمک کنید صحیح بایستد و پشت سر، شانه‌ها، برآمدگی باسن، ماهیچه‌ی ساق پا و پاشنه‌ها به صفحه‌ی عمودی مماس باشند.
- سر کودک را در موقعیت صحیح قرار دهید طوری که یک خط افقی از مجرای گوش به حاشیه‌ی پایینی گودی چشم، موازی صفحه‌ی اصلی باشد. در این حالت، سر کودک به طرف روبه‌رو است. برای نگه داشتن سر در این موقعیت، چانه‌ی کودک را با فضای میان انگشت شست و چهار انگشت دیگر خود به‌طور ثابت نگاه دارید.
- در صورت لزوم، کمی شکم کودک را به داخل فشار دهید تا قد کامل او را اندازه‌گیری کنید.
- در صورتی که هنوز سر کودک در این موقعیت قرار دارد، از دست دیگران جهت حرکت صفحه‌ی متحرک فوقانی برای مماس کردن آن با سر کودک استفاده کنید.

قد ایستاده/خوابیده برای سن

قد ایستاده/خوابیده برای سن نشان‌دهنده‌ی رشد قدی کسب شده است. این شاخص، در تشخیص کودکان دچار کوتاهی قد در اثر سوء تغذیه‌ی طولانی مدت یا بیماری مکرر کمک‌کننده است و کودکانی که برای سن خود، بلند قد هستند نیز شناسایی

می‌شوند. (بلندی قد به‌جز در موارد شدید که مطرح‌کننده‌ی مشکلات نادر غددی است به‌ندرت به‌عنوان یک مشکل تلقی می‌شود).

برای ثبت قد ایستاده/خوابیده برای سن:

- هفته‌ها، ماه‌ها یا سال‌ها و ماه‌های طی شده را روی خطوط عمودی و نه بین آن‌ها، علامت‌گذاری کنید. به‌عنوان مثال، اگر کودکی ۵،۵ ماهه است، روی خط ۵ ماهگی و نه بین ۵ و ۶ ماهگی را علامت‌گذاری کنید.
- قد ایستاده یا خوابیده را روی یا بین خطوط افقی و در حداکثر دقت ممکن علامت‌گذاری کنید. به‌عنوان مثال، اگر اندازه‌ی قد ۶۰،۵ سانتی‌متر است، نقطه را در وسط فاصله‌ی بین خطوط افقی علامت‌گذاری کنید. وقتی نقاط برای ۲ ویژگی یا بیشتر علامت‌گذاری شده است برای مشاهده‌ی بهتر روند رشد، آن‌ها را با یک خط صاف به یکدیگر متصل کنید.

چگونه کودک را از نظر وضعیت قد طبقه‌بندی کنید

برای کودکان ۵ طبقه‌بندی از نظر وضعیت قد وجود دارد، ۱- کوتاه‌قدی شدید (severely stunted)، ۲- خیلی بلند قد ۳- کوتاه‌قدی، ۳- احتمال مشکل قد و ۵- طبیعی

• کوتاه‌قدی شدید:

- اگر منحنی قد کودک زیر منحنی ۳- انحراف معیار باشد در طبقه‌بندی "کوتاه‌قدی شدید" severely stunted قرار می‌گیرد. این کودک را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید. ۱ روز بعد پی‌گیری نمایید تا مطمئن شوید کودک به پزشک مراجعه کرده است. 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.

• کوتاه‌قدی:

- اگر منحنی قد کودک مساوی $-3 Z - score$ تا کمتر از $-2 Z - score$ باشد کودک در طبقه‌بندی "کوتاه‌قدی stunted" قرار می‌گیرد. این کودک را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید. ۱ روز بعد پی‌گیری نمایید تا مطمئن شوید کودک به پزشک مراجعه کرده است. 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 $+3 Z - score$ باشد کودک در طبقه‌بندی "خیلی بلند قد" قرار می‌گیرد. این کودک را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید. ۱ روز بعد پی‌گیری نمایید تا مطمئن شوید کودک به پزشک مراجعه کرده است. 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.

• احتمال مشکل قد:

- اگر منحنی قد کودک مساوی $-2 Z - score$ تا مساوی $+3 Z score$ باشد و روند رشد نامعلوم یا روند رشد متوقف شده یا روند رشد غیر صعودی باشد کودک در طبقه‌بندی "احتمال مشکل قد" قرار می‌گیرد. توصیه‌های تغذیه‌ای لازم ارائه شود. اگر هر نوع مشکل غذا وجود دارد، بعد از ۵ روز پیگیری شود. مراقبت‌های روتین ادامه داشته باشد. پیگیری طبق توالی جدول پیگیری انجام شود: کودکان کوچک‌تر از ۶ ماه ۱ ماه بعد، ۶ تا ۱۲ ماه ۲ ماه بعد، بزرگتر از ۱ سال ۶ ماه بعد پیگیری شود.

• رشد قدی طبیعی:

- اگر منحنی قد کودک مساوی $-2 z\text{-score}$ تا مساوی $+3z\text{score}$ باشد و روند رشد به موازات میانه یا روند رشد به سمت میانه باشد، کودک در طبقه بندی "طبیعی" قرار می‌گیرد.

در اینجا جدول ارزیابی و طبقه بندی کودک از نظر قد برای سن آمده است:

توصیه‌ها / اقدام	طبقه بندی	منحنی وزن برای قد
<ul style="list-style-type: none"> ➤ ارجاع به مرکز سلامت جامعه / پزشک ➤ ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود 	کوتاه قدی شدید	<ul style="list-style-type: none"> • پایین $-3 z\text{-score}$
<ul style="list-style-type: none"> ➤ ارجاع به مرکز سلامت جامعه / پزشک ➤ ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود 	کوتاه قدی	<ul style="list-style-type: none"> • مساوی $-3 z\text{-score}$ تا کمتر از $-2 z\text{-score}$
<ul style="list-style-type: none"> ➤ ارجاع به مرکز سلامت جامعه / پزشک ➤ ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود 	خیلی بلند قد	<ul style="list-style-type: none"> • بیشتر از $+3z\text{-score}$
<ul style="list-style-type: none"> ➤ ادامه مراقبت‌های روتین ➤ توصیه‌های تغذیه‌ای ➤ پی‌گیری بر اساس جدول توالی ➤ کوچکتر از ۶ ماه ۱ ماه بعد ➤ ۶ تا ۱۲ ماه ۲ ماه بعد ➤ بزرگتر از ۱ سال ۳ ماه بعد 	احتمال مشکل قد	<p>مساوی $-2 z\text{-score}$ تا مساوی $+3z\text{score}$</p> <p>و</p> <ul style="list-style-type: none"> - روند رشد نامعلوم یا - روند رشد متوقف شده یا - روند رشد غیر صعودی
<ul style="list-style-type: none"> ➤ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید 	طبیعی	<p>مساوی $-2 z\text{-score}$ تا مساوی $+3 z\text{-score}$ و</p> <ul style="list-style-type: none"> - روند رشد به موازات منحنی یا - روند رشد به سمت میانه

جدول توالی سنی برای پیگیری کوتاهی قد و وزن برای قد

سن	فواصل پیگیری
کوچکتر از ۶ ماه	هر ماه
۶ تا ۱۲ ماه	هر ۲ ماه
بزرگتر از ۱ سال	هر ۳ ماه

فصل ۷

کنترل کودک از نظر وزن برای قد ایستاده/ خوابیده و نمایه توده‌ی بدن برای سن

چگونه کودک را از نظر وضعیت وزن برای قد ارزیابی کنید:

وزن برای قد ایستاده/ خوابیده

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، بازمانده‌های بلایای طبیعی و...) مفید است. نمودار وزن برای قد در تشخیص کودکان دچار کاهش وزن نسبت به قد که ممکن است لاغری یا لاغری شدید داشته باشند، کمک کننده است. لاغری، ناشی از یک واقعه‌ی اخیر مانند کاهش دریافت غذا و یا بیماری است که موجب کاهش وزن شدید شده باشد. 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.

برای ثبت وزن برای قد ایستاده/ خوابیده:

- در این نمودار محور X، قد بر حسب سانتی متر و محور Y، وزن بر حسب کیلوگرم است.
- قد ایستاده یا خوابیده را روی خطوط عمودی علامت بگذارید. ممکن است، گرد کردن به نزدیک ترین عدد به یک سانتی متر کامل مورد نیاز باشد.
- وزن را در حداکثر دقت ممکن با در نظر گرفتن فضای بین خطوط نمودار علامت گذاری کنید.
- نقاط ترسیم شده در ۲ ویزیت یا بیشتر را برای مشاهده‌ی بهتر روند با یک خط مستقیم به هم وصل کنید.

نمایه توده‌ی بدن (BMI) برای سن:

- BMI عددی است که با وزن و قد کودک ارتباط دارد و وقتی بر روی نموداری در مقابل سن کودک ترسیم شود، در پایش رشد کودک مفید می‌باشد. محاسبه‌ی آن براساس وزن بر حسب کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد (ایستاده یا خوابیده) بر حسب متر است.
- عدد BMI را تا رقم یک دهم اعشار گرد کرده و آن را ثبت کنید.
- این شاخص، در ۶ ماه اول زندگی افزایش سریع دارد، اما از ۲ تا ۵ سالگی، تقریباً ثابت باقی می‌ماند.
- شاخص توده‌ی بدن برای سن، معیار خوبی برای غربالگری اضافه وزن و چاقی است. نتایج حاصل از این نمودار و نمودار وزن برای قد نتایج بسیار مشابهی دارند.
- در این نمودار محور X، سن و محور Y، نمایه‌ی توده‌ی بدن کودک است.

نکته: در کودکی که دچار ورم هر دو پا است، BMI او را محاسبه نکنید زیرا وزنش در نتیجه‌ی ورم از وزن واقعی وی بیشتر است. در این صورت، کودک را برای مراقبت به پزشک ارجاع دهید.

برای ثبت نمایه توده‌ی بدن برای سن:

- سن را بر حسب هفته، ماه یا سال و ماه طی شده، روی خط عمودی و نه بین خطوط علامت گذاری کنید.
- شاخص توده‌ی بدنی از طریق وزن و قد کودک با استفاده از جدول مرجع یا ماشین حساب (وزن بر حسب کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد بر حسب متر) اندازه‌گیری می‌شود.
- نمایه‌ی توده‌ی بدن را روی خط افقی یا در فضای بین خطوط علامت گذاری کنید.
- پس از ترسیم نقاط در دو مراقبت یا بیشتر، با وصل کردن نقاط با یک خط صاف می‌توان روند را بهتر مشاهده کرد.

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- چاق، ۲- لاغری شدید یا سوء تغذیه حاد شدید، ۳- لاغری یا سوء تغذیه حاد متوسط ۴- احتمال خطر اضافه وزن، ۵- اضافه وزن و ۶- طبیعی

چاق

اگر منحنی وزن برای قد کودک بالای $Z\text{-score} +3$ باشد کودک در طبقه بندی چاق قرار می گیرد. کودک را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید. ۱ روز بعد پی گیری نمایید تا مطمئن شوید کودک به پزشک مراجعه کرده است. کودکان کوچکتر از ۲ ماه را ۱۰ روز بعد، ۲ ماه تا یکسال را ۲ هفته بعد، بزرگتر از ۱ سال را ۱ ماه بعد پیگیری کنید.

لاغری شدید یا سوء تغذیه حاد شدید

اگر منحنی وزن برای قد کودک پایین $Z\text{-score} -3$ باشد کودک در طبقه بندی لاغری شدید یا سوء تغذیه حاد شدید قرار می گیرد. کودک را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید ۱ روز بعد پی گیری نمایید تا مطمئن شوید کودک به پزشک مراجعه کرده است. کودکان کوچکتر از ۲ ماه را ۱۰ روز بعد، ۲ ماه تا یکسال را ۲ هفته بعد، بزرگتر از ۱ سال را ۱ ماه بعد پیگیری کنید

لاغر یا سوء تغذیه حاد متوسط

اگر منحنی وزن برای قد کودک مساوی $Z\text{-score} -2$ تا کمتر از $Z\text{-score} -2$ باشد، کودک در طبقه بندی لاغر یا سوء تغذیه حاد متوسط قرار می گیرد. کودک را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید. ۱ روز بعد پی گیری نمایید تا مطمئن شوید کودک به پزشک مراجعه کرده است. کودکان کوچکتر از ۲ ماه را ۱۰ روز بعد، ۲ ماه تا یکسال را ۲ هفته بعد، بزرگتر از ۱ سال را ۱ ماه بعد پیگیری کنید

اضافه وزن

اگر منحنی وزن برای قد کودک بیشتر از $Z\text{-score} +2$ تا مساوی $Z\text{-score} +3$ باشد کودک در طبقه بندی اضافه وزن قرار می گیرد. کودک را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید ۱ روز بعد پی گیری نمایید تا مطمئن شوید کودک به پزشک مراجعه کرده است. کودکان کوچکتر از ۲ ماه را ۱۰ روز بعد، ۲ ماه تا یکسال را ۲ هفته بعد، بزرگتر از ۱ سال را ۱ ماه بعد پیگیری کنید.

احتمال خطر اضافه وزن

اگر منحنی وزن برای قد کودک بیشتر از $Z\text{-score} +1$ تا مساوی $Z\text{-score} +2$ باشد کودک در طبقه بندی احتمال خطر اضافه وزن قرار می گیرد. قد کودک و وضعیت تغذیه کودک و خانواده را بررسی کنید و توصیه های تغذیه ای مناسب گروه سنی کودک را ارائه دهید، سپس بر اساس جدول توالی سنی پیگیری کنید:

- زیر ۲ ماه ۱۰ روز بعد
- ۲ ماه تا یکسال ۲ هفته بعد
- بالای یکسال ۱ ماه بعد

در صورت عدم اصلاح وضعیت کودک بعد از ۲ بار پیگیری ارجاع دهید.

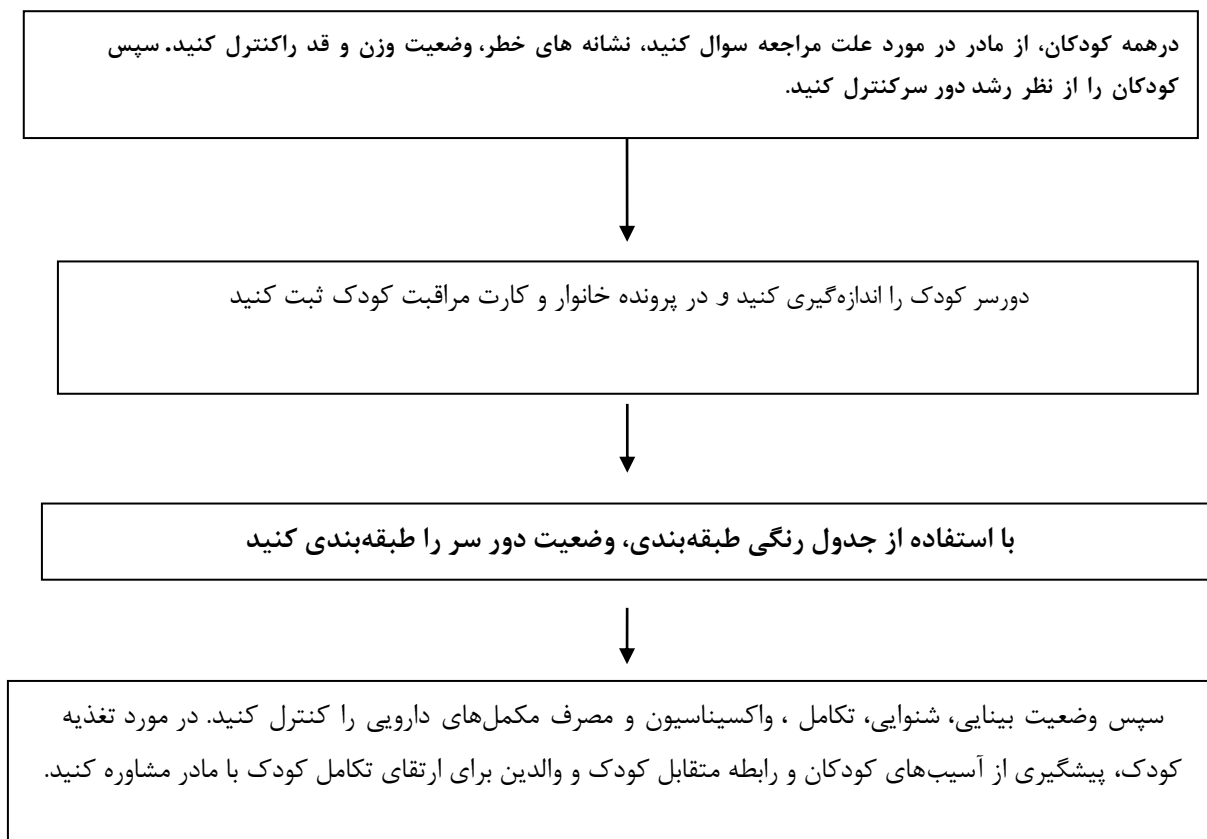
طبیعی

اگر منحنی وزن برای قد کودک مساوی $Z\text{-score} -2$ تا مساوی $Z\text{-score} +1$ باشد کودک در طبقه بندی طبیعی قرار می گیرد. مادر را به ادامه مراقبت های روتین تشویق کنید.

در اینجا جدول ارزیابی و طبقه بندی کودک از نظر وزن برای قد ایستاده/ خوابیده و نمایه توده‌ی بدن برای سن آمده است:

منحنی وزن برای قد	طبقه بندی	توصیه‌ها / اقدام
پایین $-3 z\text{-score}$	لاغری شدید	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ارجاع به مرکز سلامت جامعه (پزشک، کارشناس تغذیه) ➤ ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از مراجعه کودک پیگیری شود
مساوی $-3 z\text{-score}$ تا کمتر از $-2 z\text{-score}$	لاغر	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ارجاع به مرکز سلامت جامعه (پزشک، کارشناس تغذیه) ➤ ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
بالای $+3 z\text{-score}$	چاق	<ul style="list-style-type: none"> ➤ کودک را از نظر تغذیه ارزیابی کنید ➤ آموزش تغذیه کودک بر اساس راهنمای مشاوره تغذیه برای کودک با اضافه وزن ➤ پیگیری بعد از ۳ ماه
بیشتر از $+2 z\text{-score}$ تا مساوی $+3 z\text{-score}$	اضافه وزن	<ul style="list-style-type: none"> ➤ کودک را از نظر تغذیه ارزیابی کنید ➤ آموزش تغذیه کودک بر اساس راهنمای مشاوره تغذیه برای کودک با اضافه وزن ➤ پیگیری بعد از ۳ ماه
بیشتر از $+1 z\text{-score}$ تا مساوی $+2 z\text{-score}$	احتمال خطر اضافه وزن*	<ul style="list-style-type: none"> ➤ بررسی قد و وضعیت تغذیه‌ای کودک و خانواده ➤ توصیه‌های تغذیه‌ای ➤ براساس جدول توالی سنی پیگیری کنید. <ul style="list-style-type: none"> ○ زیر ۲ ماه: ۱۰ روز بعد ○ ۲ ماه تا یکسال: ۲ هفته بعد ○ بالای یکسال: ۱ ماه بعد ➤ در صورت عدم اصلاح وضعیت کودک بعد از ۲ بار پی گیری ارجاع دهید.
مساوی $-2 z\text{-score}$ تا مساوی $+1 z\text{-score}$	طبیعی	ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید

* اگر نقطه‌ی ترسیم شده، بالای $+1 z\text{-score}$ باشد و روند آن موازی منحنی باشد احتمال خطر اضافه وزن وجود دارد. در صورتی که نقطه ترسیم شده بالای $+1 z\text{-score}$ باشد و روند آن صعودی باشد خطر قطعی اضافه وزن وجود دارد.



اندازه گیری دور سر

- باید از متر غیر قابل ارتجاع استفاده شود.
- متر را روی برجسته ترین نقطه ی پس سر، در عقب سر قرار داده و در جلو در بالای ابرو قرار دهید، بدین ترتیب بزرگ ترین محیط پس سر را پیشانی اندازه گیری می شود.
- تکرار اندازه گیری، درجه ی اطمینان را بالا می برد.
- اندازه ی دور سر را به درستی خوانده و بر حسب سانتی متر 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.



چگونه کودک را از نظر وضعیت دورسر ارزیابی کنید

در شیرخواران و کودکان خردسال تا ۲ سالگی، دور سر را کنترل کنید. دور سر در نوزاد ترم ۳۵-۳۴ سانتی متر، در ۶ ماهگی ۴۴ سانتیمتر و در ۱ سالگی ۴۷ سانتی متر است. رشد سر در ۳ ماه اول زندگی ۲ سانتی متر، در ۳ ماهگی تا ۶

ماهگی ۱ سانتی متر و در ۶ تا ۱۲ ماهگی ۰,۵ سانتی متر در ماه است . کودکان را از نظر رشد دور سر برای سن شان بشرح زیر کنترل کنید، به این منظور از منحنی رشد دور سر برای سن استفاده شود. با استفاده از منحنی دور سر می توان روند رشد دور سر آنان را پایش نمود.

۱. سن کودک را به ماه حساب کنید.
 ۲. دور سر را دقیق اندازه گیری کنید (در جلوی سر وسط پیشانی و در عقب بزرگترین برجستگی پس سر پیشانی) .
 ۳. از منحنی دور سر کودک استفاده کنید
- به محور عمودی سمت چپ برای پیدا کردن خطی که دور سر کودک را نشان می دهد نگاه کنید
- به محور افقی پایین منحنی دور سر برای پیدا کردن خطی که سن کودک را به ماه نشان می دهد نگاه کنید.
- نقطه ای که این دو خط یکدیگر را قطع می کنند مشخص کنید.

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- احتمال مشکل دور سر و ۴- دور سر طبیعی.

دور سر کوچک (میکروسفالی)

اگر دور سر کودک پایین $Z\text{-score} -3$ برای سن و جنس باشد، کودک در طبقه بندی دور سر کوچک (میکروسفالی) قرار می گیرد، در این صورت کودک را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید. ۱ روز بعد پی گیری نمایید تا مطمئن شوید کودک به پزشک مراجعه کرده است. کودکان کوچکتر از ۶ ماه را ۲ هفته بعد ، بزرگتر از ۶ ماه را ۱ ماه بعد پیگیری کنید.

دور سر بزرگ (ماکروسفالی)

اگر دور سر کودک بالای $Z\text{-score} +3$ باشد کودک در طبقه بندی دور سر بزرگ (ماکروسفالی) قرار می گیرد، در این صورت کودک را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید. ۱ روز بعد پی گیری نمایید تا مطمئن شوید کودک به پزشک مراجعه کرده است. کودکان کوچکتر از ۶ ماه را ۲ هفته بعد ، بزرگتر از ۶ ماه را ۱ ماه بعد پیگیری کنید.

احتمال مشکل دور سر

اگر منحنی دور سر کودک مساوی $Z\text{-score} -3$ تا مساوی $Z\text{-score} +3$ باشد و غیر موازی با خط $Z\text{score}$ (میانگین/ میانه) یا روند افزایش دور سر نامعلوم باشد، احتمال مشکل دور سر وجود دارد. در این صورت، اگر کودک کمتر از ۶ ماه سن داشته باشد، ۲ هفته ی بعد و اگر بیش تر از ۶ ماه داشته باشد، ۱ ماه بعد پیگیری شود. در صورت عدم اصلاح وضعیت کودک بعد از ۲ بار پی گیری مجدداً ارجاع دهید.

طبیعی

اگر منحنی دور سر کودک مساوی $Z\text{-score} -3$ تا مساوی $Z\text{-score} +3$ و موازی با منحنی $Z\text{-score}$ (میانگین/ میانه) باشد دور سر طبیعی است، در این صورت، مادر را تشویق کنید که مراقبت های بعدی را انجام دهد.

در اینجا جدول ارزیابی و طبقه بندی کودک از نظر دور سر برای سن آمده است:

دور سر برای سن	طبقه بندی	اقدام
پایین $-3 z\text{-score}$	دور سر کوچک میکروسفالی	- ارجاع به مرکز سلامت جامعه / پزشک - ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
بالای $+3 z\text{-score}$	دور سر بزرگ ماکروسفالی	- ارجاع به مرکز سلامت جامعه / پزشک - ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
مساوی $-3 z\text{-score}$ تا مساوی $+3 z\text{-score}$ یا $z\text{-score}$ روند افزایش دور سر نامعلوم	احتمال مشکل دور سر	➤ پی گیری ○ زیر ۶ ماه ۲ هفته بعد ○ بالای ۶ ماه ۱ ماه بعد
مساوی $-3 z\text{-score}$ تا مساوی $+3 z\text{-score}$ و موازی با منحنی $z\text{-score}$	دور سر طبیعی	➤ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید

جدول توالی سنی برای پیگیری دور سر

سن	فواصل پیگیری
کوچکتر از ۶ ماه	۲ هفته
بزرگتر از ۶ ماه	۱ ماه

فصل ۹

کنترل کودک از نظر وضعیت تغذیه

برای ارزیابی وضعیت تغذیه شیرخوار ۲ جدول برحسب سن شیرخوار (زیر ۶ ماه و بالای ۶ ماه) وجود دارد. با توجه به سن شیرخوار به جدول مربوطه مراجعه کنید.

ارزیابی وضعیت تغذیه شیرخوار زیر ۶ ماه

این ارزیابی با گوش دادن به مادر و مشاهده شیردادن او انجام می شود و جدول ارزیابی به ۲ بخش شامل جدول سوال کنید و جدول مشاهده کنید، تقسیم شده است.

با توجه به سوالات و مشاهدات، 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:

در صورتی که نشانه های ارزیابی شده حاکی از "عدم تطابق یا شرایط مطلوب و وجود مشکل در هر مورد" باشد که از سوالات یا مشاهده متوجه می شوید، شیرخوار در طبقه بندی "احتمال مشکل تغذیه ای" قرار می گیرد و مشاوره با مادر بشرحی که در ذیل ذکر شده است، انجام می شود. لازم است در طبقه بندی "احتمال مشکل تغذیه ای" پیگیری کودک را طبق جدول پیگیری انجام دهید (که در مورد اکثر مشکلات تغذیه ای برای کودک کمتر از ۲ ماه پیگیری بعد از ۱ روز و برای کودک بالای ۲ ماه پیگیری بعد از ۵ روز انجام می شود. در صورت لزوم کودک را به پزشک / یا مشاور شیردهی ارجاع دهید.

اگر نشانه ها حاکی از "وضعیت مطلوب و طبیعی" است، شیرخوار در طبقه بندی "مشکل تغذیه ای ندارد" واقع شده و مادر را برای تغذیه انحصاری با شیرمادر تشویق کنید. در ویزیت ۴ ماهگی عدم شروع تغذیه تکمیلی تا پایان ۶ ماهگی را به مادر تاکید کنید.

سوال کنید	مشاهده کنید (هنگام شیرخوردن):
<ul style="list-style-type: none"> • کودک با شیر مادر تغذیه می شود؟ • کودک با شیر مصنوعی تغذیه می شود؟ (جدول ۱۱) • کودک با شیر جام تغذیه می شود؟ (جدول ۱۲) • آیا به کودک شیشه شیر داده می شود؟ (جدول ۱۳) • آیا به کودک گولونک داده می شود؟ (جدول ۱۴) 	<p>وضعیت عمومی</p> <ul style="list-style-type: none"> • شیرخوار سالم به نظر می رسد • شیرخوار آرام و راحت است • شیرخوار در صورت گرسنگی پستان را جستجو نموده یا می گیرد (به ویژه در نوزادان) • دهان شیرخوار برفک ندارد <p>توجه: وضعیت عمومی مادر مطابق جدول ارزیابی سلامت مادر بررسی شود.</p>
<p>اگر شیرمادر می خورد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (ویزیت ۳-۵ روزگی) آیا جریان شیر زیاد شده است؟ (جدول ۱ و ۲) • (ویزیت ۳-۵ روزگی) آیا نوزاد موشیار است و تقاضای شیر می کند؟ (جدول ۱ و ۲) • (ویزیت ۳-۵ روزگی) آیا دفعات ادرار نوزاد در ۲۸ ساعت اول ۳-۴ کفه سرطوب در شبانه روز است؟ (جدول ۱) • (ویزیت ۳-۵ روزگی) آیا نوزاد اجابت مزاج زرد و شل دارد؟ (در روز ۲ او حداقل ۱ بار و سپس حداقل ۲ بار در شبانه روز) (جدول ۱) • آیا شیرخوار سکرز و بر حسب تقابلیش ۱۲-۱۰ بار در شبانه روز (هر ۲-۱.۵ ساعت یکبار) شیر می خورد؟ (جدول ۲) • اگر خودش بیدار نشود او را بعد از ۳ ساعت بیدار می کنید؟ (جدول ۲) • آیا شیرخوار در شب شیر می خورد؟ (جدول ۲) • آیا شیرخوار پس از تغذیه حلالیم سیری را نشان می دهد؟ (جدول ۳) • آیا شیردهی تا تخلیه کامل یک پستان و رها کردن آن توسط شیرخوار ادامه می یابد؟ (جدول ۲) • آیا شیردهی به شیرخوار در هر وعده از دو پستان و بطور متناوب از پستانها می باشد؟ (جدول ۲) • آیا غذا و مایعات دیگر به جز شیرمادر به شیرخوار داده می شود؟ (جدول ۲) <p>اگر بلی: چه چیزی؟ چرا؟ چند بار در شبانه روز؟ چه مقدار؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • آیا شیرخوار از روز ۵ به بعد دفع ادرار رقیق و زرد کم رنگ حداقل ۶ بار در شبانه روز دارد؟ (جدول ۳) • آیا شیرخوار از روز ۲ به بعد و در هفته های اول حداقل ۲ بار در روز اجابت مزاج یا حجم کافی (بزرگتر از اندازه سکه) و با قوام نرم دارد؟ (جدول ۳) • آیا اختلال شیردهی به خاطر جدایی مادر و شیرخوار بوجود آمده است؟ (مادر شاغل، بستری شدن...) (جدول ۴ و ۵) • آیا شیرخوار گریه زیاد و بیقراری دارد؟ (جدول ۷) • آیا شیرخوار از گرفتن پستان مادر و شیرخوردن امتناع می ورزد؟ (جدول ۸) • آیا مادر نگرانی یا مشکلی در تغذیه شیرخوار با شیر مادر بیان می کند؟ (شیرخوار نارس، کموزنه، زردی...) (جدول ۹ و ۱۰) 	<p>وضعیت پستان گرفتن</p> <ul style="list-style-type: none"> • قسمت بیشتری از آرنول بالای لب فوقانی دیده می شود • دهان شیرخوار کاملاً باز است • لب تحتانی شیرخوار به بیرون برگشته • چانه شیرخوار با پستان مادر در تماس است
<p>اگر شیر مصنوعی داده می شود: (جدول ۵ و ۱۱ و ۶)</p> <ul style="list-style-type: none"> • (۳-۵ روزگی) آیا مادر در صورت عدم شیردهی، تمهیدات لازم برای تسکین پستانها را انجام می دهد؟ (جدول ۱۱) • آیا شیر مصنوعی بازمانده ای دریافت می کند؟ • آیا شیر مصنوعی را بعد از ۶ ماهگی شروع کرده است؟ • آیا غذا و دفعات شیر مصنوعی طبق جدول ۱۱ به کودک داده می شود؟ • آیا برابر دستورعمل (از لحاظ حفظ و بهداشت) شیر را آماده می کند؟ 	<p>نحوه مکیدن</p> <ul style="list-style-type: none"> • مکیدن شیرخوار آهسته، حین و گاه با مکث است • گونه ها موقع مکیدن برجسته است • صدای بلع به گوش می رسد (پس از آمدن شیر) • شیرخوار پس از اتمام شیرخوردن خود پستان را رها می کند • مادر حلالیم بازتاب جهش شیر را احساس می کند <p>توجه: وضعیت پستان مادر مطابق جدول ارزیابی سلامت مادر بررسی شود.</p>

ارزیابی وضعیت تغذیه شیرخواران زیر ۶ ماه، سوال کنید:

در جدول گروه سنی زیر ۶ ماه تمام سوالات در ویزیت های ۳-۵ روزگی، ۱۴-۱۵ روزگی، ۳۰-۴۵ روزگی و ۶ ماهگی از مادر سوال می شود. سوالاتی که مقابل آنها داخل پرانتز (ویزیت ۳-۵ روزگی) نوشته شده مربوط به غربالگری ۳-۵ روزگی است که همراه با سایر سوالات در این سن سوال می شود.

لازم به ذکر است که در صورت عدم مراجعه در ۳-۵ روزگی، سوالات آن در اولین ویزیت (تا قبل از ۲ ماهگی) سوال شود.

سوال کنید:

مقابل هر سوال، شماره جدولی که برای توصیه و اقدام لازم باید به آن مراجعه کنید نوشته شده است. با ۳ سوال اول ابتدا نوع تغذیه شیرخوار را سوال می کنید. سپس استفاده از شیشه شیر و گول زنک سوال می شود. سایر سوالات برحسب نوع تغذیه شیرخوار تفکیک شده: اگر شیرمادر می خورد سوالات مربوط به این قسمت پرسیده می شود، اگر شیرمصنوعی می خورد سوالات مربوط به آن پرسیده می شود. اگر مادر شیرخوارش را با شیردام تغذیه می کند چون تغذیه با شیردام توصیه نمی شود، شیرخوار جزو احتمال مشکل تغذیه ای دارد طبقه بندی شده و مشاوره با مادر و توصیه های لازم برای استفاده از جایگزین مناسب ارائه می شود و در صورت تمایل مادر به برقراری مجدد شیردهی، وی به مشاور شیردهی ارجاع می شود

• آیا به کودک شیشه شیر داده می شود؟

• آیا به کودک گول زنک داده می شود؟

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. مضرات استفاده از دادن گول زنک را برای مادر بیان کنید. بغل کردن و به پستان گذاشتن بیشتر شیرخوار و راههای آرام کردن او را برای پرهیز از دادن گول زنک توصیه کنید:

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 بکشد خیلی بهتر از وابسته شدن به پستانک است. پستانک به سهولت آلوده می شود 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:

- سردرد 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.

اگر مادر برای تغذیه کودک از بطری استفاده می کند:

- مضرات استفاده از بطری را شرح دهید.

- به جای بطری، فنجان را توصیه کنید.

- به مادر نشان بدهید که چگونه با فنجان به کودک شیر بدهد.

- مطمئن شوید که مادر طرز تغذیه شیرخوار با فنجان را بخوبی بیاموزد.

در مورد چگونگی تغذیه شیرخوار با فنجان به توضیحات فصل تغذیه با فنجان راهنمای مشاوره مراجعه شود.

اگر شیرمادر می خورد:

• (۳-۵ روزگی) آیا جریان شیرزیاد شده است؟

تولید شیر روندی است که در آن غدد پستانی توانایی ترشح شیر پیدا می کنند. به این روند مرحله دوم لاکتوژن یا ساخت شیر گفته می شود. این مرحله 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. اصطلاح آمدن شیر به افزایش قابل ملاحظه حجم شیر که حدود ۴۰ ساعت پس از زایمان روی می دهد، گفته می شود. این تغییرات حجم پستان در اکثر زنان بین دومین تا پنجمین روز بعد از زایمان اتفاق می افتد که در نخست زایمان دیرتر از چندزایا رخ می دهد. چون عبارت "به شیرآمدن" 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. (لذا 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.

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). شما باید در مورد عوامل محدود کننده برداشت شیر (مانند برداشت غیرموثر شیر، درد شدید نوک پستان که مهار کننده بازتاب جهش شیر است و یا فاصله های طولانی بین وعده های شیرخوردن یا دوشیدن شیر)، غربالگری و مداخله بموقع داشته باشید تا در مرحله لاکتوژن ۲ از کاهش قابل ملاحظه حجم شیر پیشگیری شود.

عوامل خطر در تاخیر لاکتوژن ۲ عبارتند از: اول زایی، سزارین های اورژانس، طولانی شدن مرحله ۲ زایمان، دیابت مادر، چاقی مادر، سن بالای مادر و خوب شیر نخوردن شیرخوار. این مادران نیاز به توجه خاص دارند.

تأخیر در شیرسازی به مدت ۷۲ ساعت بعد از زایمان موجب کوتاه شدن تداوم شیردهی می گردد. چنانچه مادر تأخیر 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 در روز 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.

• (ویزیت ۳-۵ روزگی) آیا نوزاد هوشیار است و تقاضای شیر می کند؟

نوزاد سالم باید هوشیار بوده و خود علائم گرسنگی را نشان داده و بدین وسیله تقاضای شیر نماید. نشانه های سیری و گرسنگی شیرخوار را به مادر آموزش دهید:

نشانه های گرسنگی عبارتند از: 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، جیغ 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. در صورت عدم تمایل نوزاد به شیرخوردن باید سلامت او ارزیابی شود.

• (ویزیت ۳-۵ روزگی) آیا دفعات ادرار نوزاد در ۴۸ ساعت اول ۳-۲ کهنه مرطوب در شبانه روز است؟

• (ویزیت ۳-۵ روزگی) آیا نوزاد اجابت مزاج زرد و شل دارد؟ (در روز او ۲ حداقل ابار و سپس حداقل ۲ بار در شبانه روز)؟

شما باید مادر را در مورد نشانه های کفایت شیرمادر آموزش دهید تا نسبت به توانایی شیردهی خود اعتماد پیدا کند. دفعات ادرار و مدفوع نوزاد و شیرخوار برای تشخیص دریافت کافی شیرمادر بررسی می شود. البته بهترین راه برای ارزیابی کفایت تغذیه با شیرمادر، افزایش وزن شیرخوار و ترسیم منحنی رشد او می باشد. از آنجا که وزن گیری شیرخوار در بوکت در بخش ارزیابی وزن بررسی می شود، در سوالات این بخش ذکر نشده اما به توضیح مختصری در ذیل توجه کنید:

معمولا نوزادان در ۴-۲ روز اول پس از تولد وزن از دست می دهند. در شیرخوارانی که خوب تغذیه می شوند کاهش وزن پس از مرحله دوم لاکتوژنز (که در بالا توضیح داده شد) نباید ادامه یابد. کاهش وزن بیشتر از ۷ درصد وزن تولد بیش از اندازه بوده و باید تولید شیر و انتقال آن به شیرخوار ارزیابی شود. پس از تکمیل مرحله دوم لاکتوژنز 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 هفتهگی 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.

روز	کاهش وزن معمول	کاهش وزن افراطی
۱	وزن تولد	-
۲	مساوی یا کمتر از ۳٪	بیش از ۵٪
۳	مساوی یا کمتر از ۶٪	بیش از ۸٪
۴	(احتمال وزن گیری) مساوی یا کمتر از ۸٪	بیش از ۱۰٪
۵	افزایش وزن	بیش از ۱۰٪

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 دفعات دفع ادرار و مدفوع شیرخوار:

روز	دفعات ادرار - رنگ (شبهانه روز)	دفعات مدفوع (شبهانه روز)	رنگ مدفوع
روز ۱	۱ بار و بیشتر کهنه مرطوب - زرد روشن	۱ بار و بیشتر	مکونیوم
روز ۲	۲-۳ بار	۱-۲ بار	مکونیوم
روز ۳	۴-۶ بار	۳ بار و بیشتر	بینابینی (رنگ مدفوع تغییر می کند)
روز ۴	۴-۶ بار	۴ بار و بیشتر	بینابینی (رنگ مدفوع تغییر می کند)
روز ۵	۶-۸ بار - بیرنگ	۴ بار و بیشتر	زرد خردلی
روز ۶ بعد	۸-۶ بار	۴ بار یا بیشتر (با استقرار شیردهی ممکن است کاهش یابد)	زرد خردلی

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.

رنگ ادرار باید زرد روشن یا بیرنگ و مدفوع زرد و شل و دانه دانه باشد. بعد از یک ماهگی ممکن است دفعات مدفوع کاهش یابد و حتی هرچند روز یک بار، یک اجابت مزاج نرم و حجیم داشته باشد بدون اینکه شیرخوار بیمار باشد.

لازم به ذکر است که یک حساب سرانگشتی خوب برای درک تغذیه کافی، هرچند که راهنمای دقیقی هم نیست در هفته اول، این است که به ازاء هر روز هفته حداقل همان تعداد دفع ادرار و مدفوع وجود داشته باشد مثلاً در روز دوم حداقل ۲ بار ادرار و ۲ بار مدفوع و در روز پنجم حداقل ۵ بار ادرار و ۵ بار مدفوع داشته باشد.

بعلاوه هوشیار بودن، قدرت عضلانی مناسب و پوست شاداب نیز از نشانه های کفایت شیرمادر می باشد که می بایست مورد توجه قرار گیرد.

• آیا شیرخوار مکرر و بر حسب تقاضایش (هر ۲-۱/۵ ساعت یکبار) ۱۰-۱۲ بار یا بیشتر در شبانه روز شیر می خورد؟

شیرخوار را باید برحسب تقاضایش و بطور مکرر شیر بدهید و از تنظیم بر حسب ساعت پرهیز نمایید. معمولاً شیرخواران ۳۰-۲۰ دقیقه را صرف علائمی می کنند که نشان می دهند آماده شیر خوردن هستند و با حرکتی نشان می دهند که بیدار هستند. با تغذیه مکرر:

- جریان شیر مادر زودتر و راحت تر برقرار می شود،
- کودک سریع تر افزایش وزن پیدا می کند،
- مشکلات کمتری نظیر احتقان پستان ها برای مادر بوجود می آید،
- مهمترین عامل در افزایش شیر مادر، مکیدن مکرر و تخلیه مرتب پستان ها بر حسب میل و تقاضای شیر خوار در شب و روز می باشد. چون شیر مادر بر اساس عرضه و تقاضا تولید می شود. یعنی هر چقدر شیرخوار پستان ها را بیشتر بمکد، شیر بیشتری در پستان های مادر تولید می شود.
- اگر مادری دو قلو داشته باشد و هر دو قل را برای مکیدن به پستان بگذارد پستان ها شیر بیشتری تولید می کنند.
- تغذیه شیرخوار نباید برحسب ساعت تنظیم شود بلکه باید بر حسب میل و تقاضایش به پستان گذاشته شود. وقتی جریان شیر برقرار شد، معمولاً نوزادان ۱۰-۱۲ بار در شبانه روز (هر ۲-۱،۵ ساعت) و بعضی روزها بیشتر، و شیرخواران یزرگتر هر ۳-۱،۵ ساعت یکبار در شبانه روز نیاز به شیر خوردن دارند که شامل تغذیه شبانه هم می شود و نباید از حداقل ۸ بار کمتر باشد.

• اگر خودش بیدار نشود او را بعد از ۳ ساعت بیدار می کنید؟

شیرخوار بطور مکرر ۱۰-۱۲ بار تقریباً هر ۲-۱/۵ ساعت یکبار شیر می خورد و فاصله دفعات نباید بیش از ۳ ساعت باشد. در طی شب نیز شیر می خورد و یک خواب حداکثر ۵ ساعته دارد. شیرخواری که خواب آلود بوده و خود تقاضای شیر نمی کند مادر باید او را بیدار کرده و تشویق به شیر خوردن نماید.

روش های 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 چشم هایش بسته است ولی به حرکت سریع چشم ها 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 می دهد غیر از پوشک همه لباس های او را در آورید. توجه داشته باشید که در حرارت بالای ۳۷ درجه تمایل به مکیدن کم می شود.
- 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 دهید :

- آهسته به پشت شیرخوار ضربه زده یا او را ماساژ دهید یا انگشتان را روی ستون مهره‌های 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 شیه بازی (پشت دستی) ضربه‌های بسیار آرام و ملایم بزنید.
- پیشانی و گونه‌های 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.

• آیا شیرخوار در شب شیر می‌خورد؟

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 بالاتر است. بنابراین با تغذیه شبانه شیرخوار، علاوه بر رفع نیاز او، شیر بیشتری تولید می‌شود.

پس مادر باید بقدر کافی استراحت کند و کودک را نزدیک خود بخواباند. در این صورت می‌توان 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.

• آیا شیردهی تا تخلیه کامل یک پستان و رها کردن آن توسط شیرخوار ادامه می‌یابد؟

• آیا شیردهی به شیرخوار در هر وعده از هر دو پستان و شروع متناوب می‌باشد؟

در تغذیه با شیر مادر مثل دفعات تغذیه، مدت مکیدن در هر وعده را نیز نباید محدود نمود. معمولاً شیرخوار ۱۵-۱۰ دقیقه از هر پستان می‌مکد اما این مدت در شیرخواران متفاوت است اجازه دهید تا هر مدتی که میل دارد به مکیدن ادامه داده و خود پستان را رها کند تا شیر پسین را دریافت کند مشروط بر آن که پستان را خوب گرفته باشد، در این صورت تولید شیر هم بیشتر می‌شود.

همانطور که گفته شد 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).**

در هفته های اول و تا زمان برقراری کامل شیرمادر و اطمینان از کافی بودن حجم شیر و مناسب بودن منحنی رشد، در هر وعده باید از هر دو پستان به شیر خوار شیر داد تا سبب تحریک تولید و ترشح شیر شود. یعنی بعد از تخلیه یک پستان، شیرخوار به پستان دیگر گذاشته شود.

در هفته های بعد و پس از به جریان افتادن شیر، بر حسب میل و نیاز شیر خوار می‌توان در هر وعده از یک یا هر دو پستان استفاده کرد. در این صورت باید در شیر دادن به تناوب از پستان ها استفاده شود. مثلاً اگر شیرخوار در یک وعده از پستان چپ شروع کرده، در وعده بعدی باید از پستان راست شروع کند.

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 پستان ها 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 از روز ۵ به بعد دفع ادرار رقیق و زرد کم رنگ حداقل ۶ بار در شبانه روز دارد؟

از روز ۴ تا ۵ تولد به بعد (معمولاً یک تا دو روز پس از اینکه مرحله دوم لاکتوژنز کامل شد) و در صورت تغذیه انحصاری با شیرمادر که شیرخوار هیچ مایع دیگری دریافت نمی کند باید ۶ بار در روز یا بیشتر ادرار بیرنگ و رقیق داشته باشد. دفعات ادرار در صورت تغذیه انحصاری با شیرمادر برای نشان دادن کفایت تغذیه شیرخوار ارزش دارد و می تواند نمایانگر دریافت کافی شیرمادر باشد.

• آیا نوزاد از روز ۴ به بعد و در هفته های اول حداقل ۲ بار در روز اجابت مزاج با حجم کافی (بزرگتر از اندازه سکه) و با قوام نرم دارد؟

اگر شیرخوار شیر کافی 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.

• آیا از دادن غذا و مایعات دیگر بجز شیر مادر به شیرخوار پرهیز می شود؟ اگر خیر: چرا؟

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 غیر از 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.

اگر کودک شیرمادر خوار زیر ۶ ماه سن دارد و شیر یا غذای دیگری می خورد :

- به مادر اطمینان دهید که خود می تواند شیر مورد نیاز کودکش را تولید کند.
 - توصیه کنید بطور مکرر در روز و شب و دفعات طولانی کودک را به پستان بگذارد و در کنار کودکش باشد.
 - همانطور که تغذیه او با شیرمادر بیشتر می شود، بتدریج غذاها و شیرهای دیگر را کم کند تا هنگامی که فقط به او شیر خودش را بدهد.
 - برای پایش رشد شیرخوار مراجعه کند.
 - به هیچ وجه از بطری استفاده نکند.
 - اگر مادر مجبور است علاوه بر شیرمادر، شیرکمی هم به شیرخوار بدهد موارد زیر را توصیه کنید:
 - تغذیه با شیرمادر را حتی شب ها ادامه دهد.
 - بهترین شیرکمی شیر دوشیده شده مادر است. آخر هر وعده شیرش را بدوشد و با فنجان به شیرخوار بدهد.
- در صورت استفاده از شیر مصنوعی مطمئن شوید جانشین شونده مناسبی انتخاب کرده و به درستی استفاده می کند.

• آیا اختلال شیردهی بخاطر جدایی مادر و شیرخوار بوجود آمده است ؟

جدایی بخاطر هم اتاق نبودن مادر و شیرخوار: 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 و شیرخوار مزایای آنرا برای مادر بیان کنید:

- به پیوند عاطفی بین آنها و تغذیه با شیرمادر کمک می شود و مادر نسبت به نیازهای شیرخوار هر زمان که گرسنه باشد، پاسخ داده و او را شیر می دهد،
- کودک کمتر گریه می کند بنابر این تمایل کمتری برای تغذیه او با بطری وجود دارد،
- مادران اعتماد به نفس بیشتری برای شیردهی پیدا می کنند،
- هم اتاقی مادر و نوزاد در بیمارستان انجام می شود و آنها را نباید از هم جدا کنند. مادر پس از ترخیص از بیمارستان نیز باید شیرخوار را در کنار خود بخواباند تا بتواند به موقع به نیازهای او پاسخ دهد.

جدایی بعلت بیماری مادر یا شیرخوار:

جدایی مادر و شیرخوار به دلیل بستری شدن یکی از آنها در بیمارستان بدون تمهیدات لازم برای تداوم تغذیه با شیرمادر، موجب عدم تخلیه پستان، کاهش و قطع شیردهی می گردد و مادر با موانع فیزیولوژیک و عاطفی زیادی برای برقراری و تداوم شیردهی مواجه می شود. چه مادر بستری باشد و چه شیرخوار در هر دو حالت باید امکان همراهی مادر و شیرخوار و تغذیه از پستان یا با شیر دوشیده شده مادر در بیمارستان فراهم شود.

- اگر مکیدن نوزاد خوب است: مادر را برای شیر دادن به دفعات بیشتر تشویق کنید. او می تواند دفعات تغذیه را به بیش از ۱۲ مرتبه در روز در زمان بیماری کودک افزایش دهد. گاهی کودک اشتهايش را برای سایر غذاها از دست می دهد ولی به خوردن شیرمادر ادامه می دهد. این امر بیشتر در کودکانی که اسهال دارند، معمول است. گاهی کودک بیمار دوست دارد بیشتر از قبل شیر بخورد، این امر باعث افزایش تولید شیر مادر می گردد.

- در صورتی که نوزاد پستان را می مکد، ولی مکیدن او کمتر از قبل است: پیشنهاد کنید که مادر دفعات تغذیه را بیشتر نماید، حتی اگر مدت هر وعده کوتاه تر باشد.

- اگر نوزاد قادر به مکیدن پستان نیست یا امتناع می کند و یا به قدر کافی نمی مکد: کمک کنید تا مادر شیرخود را بدوشد و آن را با فنجان یا قاشق به شیرخوار بدهید و هر زمان که نوزاد تمایل داشت به مکیدن ادامه دهد، او را به پستان بگذارد.

- اگر شیرخوار قادر به خوردن شیر دوشیده شده مادر از طریق فنجان نباشد: لازم است که در وعده های تغذیه او، شیر دوشیده شده را در بیمارستان از طریق لوله معدی به او بدهند لذا مادر باید شیرش را بدوشد.

- اگر شیرخوار قادر به تغذیه از راه دهان نیست: مادر را تشویق به دوشیدن شیرش بکنید تا تولید شیرخود را برای زمانی که کودک مجدداً قادر به تغذیه از راه دهان شد، حفظ کند. او باید مکرراً شیر خود را حتی هنگام شب بدوشد و در صورت نیاز می تواند آن را ذخیره کند.

به محض آن که شیرخوار بهبود یافت، می تواند مجدداً از پستان مادر تغذیه شود. اگر در ابتدا امتناع کرد، کمک کنید که مجدداً شروع کند. مادر را تشویق به شیردهی نمایید تا تولید شیر وی افزایش یابد.

جدایی مادر و شیرخوار بعلت اشتغال مادر:

مادران شاغل اغلب به دلیل شاغل بودن نگران نحوه تغذیه شیرخوار با شیر مادر هستند و نیاز به ارتقا اعتماد به نفس شان در مورد توانایی خود برای تداوم شیردهی دارند. یک تا دو هفته قبل از اتمام مرخصی زایمان، مادر را باید با دوشیدن شیر و نحوه تغذیه شیرخوار در زمان غیبت او آشنا کرد.

انجام توصیه های زیر برای مادر شاغل لازم است: تغذیه انحصاری با شیر مادر برحسب تقاضای طفل در سراسر مدت مرخصی زایمان، عدم شروع زودرس تغذیه تکمیلی و عدم تغذیه با شیرمصنوعی هنگامی که مادر نزد کودک است، تغذیه بیشتر با شیر مادر در شب و تعطیلات، عدم تغذیه با بطری هنگام دور بودن مادر از کودک، دادن شیر دوشیده شده با فنجان به شیرخوار برای وعده های تغذیه شیرخوار در غیاب مادر توسط مراقب شیرخوار، عدم استفاده از گول زنک (پستانک)، عدم ترک طفل غیر از ساعات کار و همراه او بودن در همه جا برای تغذیه با شیر مادر، شیردادن به طفل هنگام استراحت و دراز کشیدن مادر، آوردن شیرخوار به محل کار، نگهداری کودک در محلی نزدیک محل کار که مادر بتواند مستقیماً به شیرخوار خود شیر بدهد، دوشیدن شیر در محل کار ۲-۳ بار، تغذیه با شیر دوشیده شده مادر زمان دوری از طفل، صرف غذای کافی، مصرف مایعات کافی، آشنایی با سایر زنان شاغل شیرده و استفاده از تجربیات آنها، استراحت کافی مادر

در صورت جدایی مادر و پدر و نگهداری شیرخوار توسط پدر، توصیه های زیر کمک کننده است :
گرفتن دایه و تجویز شیر دایه در صورت امکان مطابق عادات تغذیه شیرخوار و در صورت عدم امکان تجویز شیرمصنوعی به صورت کامل مطابق دستورعمل .

در صورت نگهداری شیرخوار توسط مادر (که حق شرعی و قانونی مادر است): آموزش مزایای استفاده از شیر مادر و ترغیب مادر به شیر دادن شیرخوار .

در صورت فوت مادر:

گرفتن دایه و تجویز شیر دایه در صورت امکان مطابق عادات تغذیه شیرخوار، یا تجویز شیرمصنوعی به صورت کامل مطابق دستورعمل.

ضمناً در صورت فوت شیرخوار تمهیدات لازم برای قطع شیرمادر باید اندیشیده شود از جمله : استفاده از کمپرس سرد، به پشت خوابیدن مادر، استفاده از کرسر محکم، عدم تخلیه و دوشیدن، استفاده از برخی داروها با تجویز پزشک .

- آیا شیرخوار گریه زیاد و بیقراری دارد؟ به توضیحات فصل مشکلات شایع شیردهی راهنمای مشاوره مراجعه شود..
- آیا شیرخوار از گرفتن پستان مادر و شیرخوردن امتناع می ورزد؟ به توضیحات فصل مشکلات شایع شیردهی راهنمای مشاوره مراجعه شود..

- آیا مادر نگرانی یا مشکلی در تغذیه شیرخوار با شیر مادر بیان می کند ؟
- پس از بررسی های لازم ، نظر مادر را در مورد تغذیه شیرخوار سوال کنید و به او فرصت دهید نگرانی ها و سوالاتش را مطرح کند(مثل تصور ناکافی بودن شیرمادر، دو و چندقلویی ، یا شرایط خاص شیرخوار مثل رفتارهای خاص شیرخوردن ، نارسایی و کم وزنی ، شکاف کام و لب زردی....). به نظر و احساس مادر توجه کنید تا بتوانید اعتماد او را جلب کرده و کمک کنید. آیا مشکلی بنظر مادر می رسد که بخواهد با شما درمیان بگذارد. مشکلی که مطرح می کند را بررسی و او را راهنمایی کنید. به توضیحات فصل "تغذیه با شیر مادر در نوزادان با شرایط خاص " راهنمای مشاوره مراجعه شود.

جدول مشاهده کنید برای تمامی شیرخواران زیر ۶ماه:

در ارزیابی وضعیت تغذیه شیرخوار زیر ۶ ماه جدول مشاهده کنید در واقع همان فرم مشاهده شیردهی است که با آن آشنایی دارید . برای تمام شیرخواران زیر ۶ ماه یکبار در اولین ویزیت تکمیل شود و در مراجعات بعدی اگر شیرخوار مشکل تغذیه ای داشته باشد 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 می رود بدقت توجه کنید. (اگر شیرخوار در ساعت گذشته شیر خورده از مادر بخواهید اگر امکان دارد صبر کند موقع شیرخوردن بعدی به شما اطلاع دهد) .

لازم به ذکر است که مشاهده شیردهی شامل ۶ قسمت است. ۴ قسمت وضعیت عمومی شیرخوار، وضعیت بغل کردن شیرخوار، وضعیت پستان گرفتن و نحوه مکیدن در جدول فوق بررسی می شود و قسمت مربوط به "وضعیت عمومی مادر" و "وضعیت پستان مادر" که حین مشاهده شیردهی انجام می شود در جدول ارزیابی وضعیت سلامت و شیردهی مادر ذکر شده است. در جدول زیر در مقابل علائم خوب، علائمی که حاکی از وجود مشکل است نوشته شده تا شما بخوبی وضعیت شیردهی را ارزیابی کنید :

علائمی که نشان می دهد شیردهی خوب پیش میرود(شیرخوار)	علائم حاکی از احتمال وجود مشکل (شیرخوار)
<p><u>وضعیت عمومی شیرخوار:</u></p> <p><input type="checkbox"/> شیرخوار سالم به نظر می رسد</p> <p><input type="checkbox"/> شیرخوار آرام و راحت است</p> <p><input type="checkbox"/> شیرخوار در صورت گرسنگی پستان را جستجو نموده یا می گیرد(بویژه نوزادان)</p>	<p><u>وضعیت عمومی شیرخوار:</u></p> <p><input type="checkbox"/> شیرخوار خواب آلود یا بیمار به نظر می رسد</p> <p><input type="checkbox"/> شیرخوار بیقرار است یا گریه می کند</p> <p><input type="checkbox"/> شیرخوار در صورت گرسنگی پستان را جستجو ننموده یا نمی گیرد</p>
<p><u>وضعیت پستان گرفتن:</u></p> <p><input type="checkbox"/> پستان ها سالم به نظر می رسد</p> <p><input type="checkbox"/> درد یا ناراحتی ندارد</p> <p><input type="checkbox"/> پستان بخوبی با انگشتان به دور از هاله نگهداشته شده است</p> <p><input type="checkbox"/> نوک پستان قابل ارتجاع</p>	<p><u>وضعیت پستان گرفتن:</u></p> <p><input type="checkbox"/> پستان ها قرمز ، متورم به نظر رسیده یا نوک آن زخمی است</p> <p><input type="checkbox"/> پستان یا نوک آن دردناک است</p> <p><input type="checkbox"/> انگشتان مادر روی آرنج قرار دارد</p> <p><input type="checkbox"/> نوک پستان صاف ، غیرقابل ارتجاع</p>
<p><u>وضعیت بغل کردن شیرخوار:</u></p> <p><input type="checkbox"/> سر، گردن ، گوشو تنه شیرخوار دریک امتداد قرار دارد</p> <p><input type="checkbox"/> بدن شیرخوار نزدیک بدن مادر است</p> <p><input type="checkbox"/> تمام بدن (نوزاد)شیرخوار حمایت شده است</p> <p><input type="checkbox"/> شیرخوار بنحوی نزدیک پستان می شود که بینی او رو به نوک پستان قرار دارد</p>	<p><u>وضعیت بغل کردن شیرخوار:</u></p> <p><input type="checkbox"/> سر، گردن و گوشو سرشیرخوار موقع شیر خوردن چرخیده است</p> <p><input type="checkbox"/> بدن شیرخوار نزدیک بدن مادر قرار ندارد</p> <p><input type="checkbox"/> فقط سر و گردن شیرخوار حمایت شده است</p> <p><input type="checkbox"/> شیرخوار بنحوی نزدیک پستان می شود که لب تحتانی و چانه او رو به نوک پستان قرار دارد</p>
<p><u>نحوه مکیدن:</u></p> <p><input type="checkbox"/> مکیدن های عمیق با مکث ه</p> <p><input type="checkbox"/> گونه ها موقع مکیدن بر آمده است</p> <p><input type="checkbox"/> شیرخوار پس از شیر خوردن ، خود پستان را رها می کند</p> <p><input type="checkbox"/> مادر متوجه علائم بازتاب جهش شیر می شود</p>	<p><u>نحوه مکیدن:</u></p> <p><input type="checkbox"/> مکیدن های سریع و سطحی</p> <p><input type="checkbox"/> گونه ها موقع مکیدن بداخل کشیده می شود</p> <p><input type="checkbox"/> پس از شیر خوردن ، مادر شیرخوار را از پستان جدا می کند</p> <p><input type="checkbox"/> علائم بازتاب جهش شیر ملاحظه نمی شود</p>

- اگر مشکلی در نحوه شیردادن مشاهده گردید مادر را برای اصلاح وضعیت شیردهی به شیرخوار کمک و راهنمایی کنید: 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 نباد 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:

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 ببلعد.

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.

➤ به مادر نشان دهید که چگونه کودک را هنگام شیردادن نگه دارد

- سر، گردن 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 نشان دهید که چگونه کودک را به پستان بگذارد

- لب فوقانی شیرخوار را با نوک 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 پر 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 مشاوره کنید. به توضیحات فصل "وضعیت صحیح شیردهی" راهنمای مشاوره مراجعه شود.

سوال کنید: اگر شیرمصنوعی داده می شود:

(۵-۳ روزگی) آیا مادر در صورت عدم تغذیه با شیرمادر، تمهیدات لازم برای تسکین پستانها را انجام می دهد؟
آیا شیرمصنوعی یارانه ای دریافت می کند؟ آیا مقدار و دفعات شیرمصنوعی طبق جدول ۱۱ به کودک داده می شود؟ آیا برابر دستورعمل (از لحاظ غلظت و بهداشت) شیر را آماده می کند؟

پاسخ مادر را با توصیه های خاص سن شیرخوار در جدول شماره ۱۱ در بوکلت مطابقت دهید.

وقتی شیرخوار با شیرمصنوعی تغذیه می شود باید با مادر مشاوره کرده و سعی کنید بر حسب شرایط تا حد امکان، مادر را برای برقراری شیردهی و کاهش تدریجی تغذیه مصنوعی کمک کنید. مضرات تغذیه مصنوعی و مزایای شیرمادر را شرح دهید. به مادر اعتماد بنفس دهید که اگر اراده کند می تواند با تلاش و انگیزه قوی و به کمک شما و ارجاع به مشاور شیردهی موفق شود. هر چه سن شیرخوار کمتر و فاصله قطع شیردهی مادر کوتاه تر باشد، برقراری مجدد شیردهی سهل تر انجام می شود. در صورت علاقمندی مادر به برقراری شیردهی مجدد او را تشویق کنید و وی را به مشاور شیردهی ارجاع دهید.

اما گاه تغذیه شیرخوار با شیرمصنوعی اجتناب ناپذیر است و مادر باید برای انجام صحیح آن آموزش ببیند.

توجه: اگر نوزاد اصلا با شیرمادر تغذیه نمی شود مادر را به شیردهی ترغیب نمایید و چنانچه مشاوره و آموزش مادر موثر نیفتد و وی تمایل به شیردهی نداشته باشد، چون فرآیند تولید شیر شروع شده، او را برای پیشگیری از احتقان پستانها آموزش دهید. مادر هر گاه احساس پر بودن در هریک از پستانها داشت باید اندکی از شیرش را بدو شد این کار کمک می کند که احساس راحتی نماید. برای کاهش التهاب از کمپرس سرد استفاده نماید. برای جلوگیری از احساس ناراحتی پستانها از سینه بند سفت تری استفاده کند.

منظور از سوال " آیا شیرمصنوعی یارانه ای دریافت می کند؟ " آن است که انتظار می رود شیرمصنوعی یارانه ای مطابق دستورعمل کشوری توصیه شده باشد.

تذکر مهم: با مادر کودکی که شیرمصنوعی می خورد بطور خصوصی (نه در جمع مادران) مشاوره کنید: به توضیحات جدول شماره ۱۱ بوکلت و فصل "تغذیه جایگزین شیرخوار" راهنمای مشاوره مراجعه شود.

اگر کودک فقط با شیرمصنوعی و بطری تغذیه می شود:

✓ شستن 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:

• جوشانیدن: بطری باید کاملا در آب غوطه ور شود. آب کاملا 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 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 ۶-۴ 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.

ارزیابی وضعیت تغذیه شیرخوار ۶ تا ۲۴ ماه:

سوالات برای شیرخوران ۶ تا ۲۴ ماه در جدول ارزیابی تقریباً مشابه زیر ۶ ماه است. پس از پرسیدن سوالات از مادر، برحسب نشانه ها طبقه بندی کرده و توصیه های لازم مشابه آنچه که برای شیرخوران کوچکتر در فوق ارائه گردید بر حسب سن شیرخوار و با توجه به جداول راهنما در بوکلت با مادر مشاوره می کنید.

ارزیابی وضعیت تغذیه کودک ۶ ماه تا ۵ سال

ارزیابی تغذیه شیرخوار ۲۴-۶ ماه		
سؤال کتید		
<p>اگر شیر مصنوعی داده می شود: (جدول A و B)</p> <p>- آیا شیر مصنوعی پاره ای دریافت می کند؟</p> <p>- آیا شیر مصنوعی را بعد از ۴ ماهگی شروع کرده است؟</p> <p>- آیا مقدار و دفعات شیر مصنوعی طبق جدول ۱۱ به کودک داده می شود؟</p> <p>- آیا برابر دستورعمل (از لحاظ غلظت و بهداشت) شیر را آماده می کند؟</p>	<p>اگر شیرمادر می خورد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آیا شیرخوار مکرر و بر حسب تقاضایش (هر زمان و هر چند میل دارد) شیر می خورد؟ (جدول ۲) • آیا شیرخوار در شب شیر می خورد؟ (جدول ۲) • آیا شیردهی تا تخلیه کامل یک پستان و رها کردن آن توسط شیرخوار ادامه می یابد؟ (جدول ۲) • آیا اختلال شیردهی به خاطر چنابن مادر و شیرخوار بوجود آمده است؟ (اختلال مادر بستری شدن...) (جدول ۲) • آیا شیرخوار گریه زیاد و بیقراری دارد؟ (جدول ۲) • آیا شیرخوار از گرفتن پستان مادر و شیرخوردن امتناع می ورزد؟ (جدول ۸) • آیا مادر نگرانی یا مشکلی در تغذیه شیرخوار با شیر مادر بیان می کند؟ (جدول ۱۰ و ۹) 	<p>- کودک با شیرمادر تغذیه می شود؟</p> <p>- کودک با شیر مصنوعی تغذیه می شود؟ (جدول ۱۱)</p> <p>- کودک با شیرمادر تغذیه می شود؟ (جدول ۱۲)</p> <p>- آیا به کودک شیشه شیر داده می شود؟ (جدول ۱۳)</p> <p>- آیا به کودک گول رنگ داده می شود؟ (جدول ۱۴)</p>
ارزیابی تغذیه کودک ۱ سال تا ۵ سال - سؤال کتید:		
<p>کودک ۱-۲ ساله:</p> <p>- آیا هر چند و هر زمان که مایل است با شیرمادر تغذیه می شود؟</p> <p>- آیا قهقهه های A+D و آهن را طبق دستورعمل یوشیرخوار می دهد؟</p> <p>تغذیه کودکان:</p> <p>- آیا کودک گوشت، ماهی و مرغ، تخم مرغ می خورد؟</p> <p>- آیا کودک شیر و لبنیات (ماست، پنیر، کشک و دوغ) می خورد؟</p> <p>- آیا کودک میوه ها و مغزها (گردو، پسته و بیابام) را می خورد؟</p> <p>- غذای کودک را با چغره غلظت تهیه می کند؟ (برای تعیین غلظت از عکس راهنما استفاده کنید)</p> <p>- آیا کودک غلات (نان، برنج، ماکارونی، رشته...) می خورد؟</p> <p>- آیا کودک سبزی می خورد؟</p> <p>- آیا کودک میوه می خورد؟</p> <p>- کودک در روز گذشته چند بار از هر یک از گروه های غذایی خورده است؟</p> <p>- آیا کودک غذای اصلی با غلظت مناسب می خورد؟</p> <p>- آیا غذاهایی هست که کودک بی آن ها آرزوی داشته باشد یا آن ها را مصرف نکند؟</p> <p>- آیا کودک ۲-۳ وعده در روز غذای خانواده را می خورد؟</p> <p>- آیا کودک سبب غذای کافی متناسب با وزن در هر وعده می خورد؟ (در کودکان ۱-۲ سال ۲۴ لیوان، در کودکان ۳-۵ سال ۱ لیوان)</p> <p>- آیا کودک بین وعده های غذا ۱-۲ بار میان وعده غذای متناسب با وزن مصرف می کند؟</p> <p>- آیا مادر یا مراقب کودک در کنار او می نشیند و او را برای خوردن تشویق می کند؟</p> <p>- آیا مادر بیوزر بود کودک غذا می دهد؟</p> <p>- آیا برای تغذیه کودک از نیشاب یا کاسه فلانق و لیوان چنانکه استفاده می شود؟</p> <p>- آیا کودک مستقل غذا می خورد؟</p> <p>- آیا آشنایی کودک خوب است؟</p>	<p>ارزیابی تغذیه تکمیلی شیرخوار ۱۲-۶ ماه - سؤال کتید:</p> <p>پایان تا ۶ ماهگی:</p> <p>- آیا غذای کمکی را شروع کرده اید؟ اگر بله، از چه سنی؟</p> <p>- اولین غذای کمکی که به شیرخوار داده اید چه بوده است؟</p> <p>- چه نوع غذای کمکی به شیرخوار می دهید؟ (نانگ، تجاری؟)</p> <p>- غذای کودک را با چه غلظتی تهیه می کنید؟ (برای تعیین غلظت از عکس راهنما استفاده کنید)</p> <p>- آیا پوره غلیظ، غذاهای کاملاً نرم شده متناسب با سن و شرایط شیرخوار و متنوع از گروه های غذایی (بویژه منابع پروتئین حیوانی مانند گوشت و میوه ها و سبزی های غنی از ویتامین A و ویتامین B) به او داده می شود؟</p> <p>- آیا شیرخوار مقدار غذای متناسب با سن خود را در هر وعده می خورد؟ (بیشتر به ۱۲۵ سی سی یا نصف لیوان رسانده اید)</p> <p>- آیا به شیرخوار ۲-۳ وعده غذا در روز در ۲-۱۰ میان وعده غذای می دهید؟</p> <p>پایان تا ۹ ماهگی:</p> <p>- آیا غذاهای متنوع نرم و له شده خانواده (غلات، حبوبات، گوشت ها، میوه ها و سبزی های غنی از ویتامین A و ویتامین B) به او می دهید؟</p> <p>- آیا در هر وعده نصف لیوان (۱۲۵ سی سی) غذا به او می دهید؟</p> <p>- آیا به شیرخوار ۳-۴ وعده غذا و ۲-۱ میان وعده (مغزی و به قطعات کوچک که با انگشت بردارد) می دهید؟</p> <p>برای تمام شیرخواران ۱۲-۶ ماه سؤال شود:</p> <p>- آیا مایعات نیز به او می دهید؟ چه مایعاتی؟ چه مقدار؟</p> <p>- آیا قهقهه های A+D و آهن را طبق دستورعمل به شیرخوار می دهید؟</p> <p>- آیا برای تغذیه کودک از بشقاب یا کاسه فلانق و لیوان چنانکه استفاده می شود؟</p> <p>- سبب یا مراقب کودک او را به صورت فعال و نشسته (تغذیه می کند؟)</p> <p>- آیا مادر به زور به کودک غذا می دهد؟</p> <p>- آیا مادر بهداشت را در تهیه و نگهداری غذا، و شستن دست خود و کودکش را قبل از تغذیه وی رعایت می کند؟</p>	

ارزیابی وضعیت سلامت و شیردهی مادر

مشاهده کنید	سوال کنید / بررسی کنید
<p>مشاهده کنید: وضعیت عمومی مادر (هنگام شیردهی):</p> <ul style="list-style-type: none"> • مادر سالم بنظر می رسد • مادر آرام و راحت است • علائم پیوند عاطفی بین مادر و شیرخوار وجود دارد <p>مشاهده کنید: وضعیت پستان مادر (هنگام شیردهی):</p> <ul style="list-style-type: none"> • پستان ها سالم بنظر می رسد (بدون زخم و شقاق، نوک، احتقان، ماسیته، اسداد مجرا، آبه، توده، قوام و ظاهر غیرطبیعی ...) • مادر احساس درد و ناراحتی نمی کند • پستان بخوبی با انگشتان به دور از هاله نگه داشته شده است • نوک پستان بخوبی بیرون آمده (پس از شیردانه، قابلیت کشش و ارتجاع) • قبل از شیردانه در پستان ها احساس پری و پس از آن احساس راحتی می کند 	<ul style="list-style-type: none"> • سن مادر کمتر از ۱۸ سال است؟ (جدول ۱۶) • تنها و بدون کمک است؟ (جدول ۱۶) • مشکل خوابدگی دارد؟ (جدول ۱۶) • اعتماد به نفس کافی ندارد؟ (جدول ۱۶) • علائم مشکلات روحی روانی یا افسردگی پس از زایمان دارد؟ (اضطراب، ترس، بیبهبودی، اختلال خواب و اشتها، احساس کم انرژی بودن، عصبانیت و ناامید و احساس گناه) (جدول ۱۶) • آیا مادر علائم بی خوابی و خستگی مفرط دارد؟ (جدول ۱۶) • اعتیاد دارد؟ (جدول ۱۶) • سوزاین شده است؟ (جدول ۱۶) • برای فرزند قبلی مشکل شیردهی داشته؟ (جدول ۱۶) • شاغل یا در حال تحصیل و ساعاتی دور از فرزندش است؟ (جدول ۱۶) • قبلاً جراحی پستان یا تروما داشته که تولید شیرش مختل شده، یا دچار عدم تعلقن و یا بزرگ نشدن قایل ملاحظه پستان در بارداری، نوک پستان صاف و فرو رفته دارد؟ (جدول ۱۶) • آیا پستان مادر با شیردهی دچار مشکل شده؟ (تغییر احتقان، زخم نوک، مجاری بسته آبه، عفونت...) (جدول ۱۷) • مادر بیماری دارد؟ (جدول ۱۶) • دارو مصرف می کند؟ (جدول ۱۶) • شیرخوار وی در شرایط خاصی است؟ (دو یا چندقلو، نارس و کم وزن، شکاف کام و لب...) (جدول ۱۰) • در دوران شیردهی، باردار هم هست؟ (جدول ۱۶) • مادر تغذیه کافی و مناسب دارد؟ (استفاده از کلیه گروههای غذایی؟ به مقدار کافی؟ مایعات؟ مکمل؟) (جدول ۱۶) • BMI زیر ۱۸.۵ قبل از بارداری یا در حال حاضر (جدول ۱۶) • آیا فرزند ناخواسته (بدون برنامه ریزی) بوده است؟ (جدول ۱۶) • آیا در اظهارات مادر در مورد شیردهی باور غلط وجود دارد؟ (باور عدم امکان تغذیه انحصاری، تغییر وضعیت ظاهری یا خاطر شیردهی...) (جدول ۱۸) • در صورت استفاده از روش پیشگیری از بارداری آیا این روش متناسب با شیردهی است؟ (جدول ۱۹)

طبقه بندی کنید

توجه: ارزیابی وضعیت سلامت و شیردهی مادر در اولین مراجعه انجام شود و چنانچه در طبقه بندی سلامت و شیردهی مادر مشکل ندارد قرار گیرد نیاز به ارزیابی مجدد مادر در مراجعات بعدی نیست بشرط آنکه در بخش ارزیابی تغذیه شیرخوار مشکل تغذیه ای ندارد طبقه بندی شده باشد. هر بار مراجعه که طبقه بندی ارزیابی وضعیت تغذیه کودک در طبقه بندی احتمال مشکل تغذیه ای دارد قرار گیرد لازم است ارزیابی وضعیت سلامت و شیردهی مادر نیز تکمیل گردد.

جدول ارزیابی وضعیت سلامت و شیردهی مادر به ۲ بخش سوال کنید و مشاهده کنید تقسیم شده است:

مشاهده کنید:

در بخش مشاهده کنید همانطور که در فوق ذکر گردید ۲ قسمت از فرم مشاهده شیردهی که مربوط به مادر است شامل وضعیت عمومی مادر و وضعیت پستان مادر در این جدول ذکر شده است. به جدول زیر بعنوان راهنما توجه کنید. در این جدول علائم حاکی از مشکل در مقابل هر علامت ذکر شده است. در صورت مشاهده مشکل برای رفع آن، آموزش و کمک به مادر اقدام کنید.

علائم حاکی از احتمال وجود مشکل (مادر)	علائمی که نشان می دهد شیردهی خوب پیش می رود (مادر)
<p>وضعیت عمومی مادر:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> مادر بیمار یا افسرده به نظر میرسد <input type="checkbox"/> مادر عصبی و ناراحت به نظر می رسد <input type="checkbox"/> تماس چشمی بین مادر و شیرخوار وجود ندارد 	<p>وضعیت عمومی مادر:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> مادر سالم به نظر می رسد <input type="checkbox"/> مادر راحت و آرام است <input type="checkbox"/> علائم پیوند عاطفی بین مادر و شیرخوار وجود دارد
<p>پستان مادر:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> پستان ها قرمز، متورم به نظر رسیده یا نوک آن زخمی است <input type="checkbox"/> پستان یا نوک آن دردناک است <input type="checkbox"/> انگشتان مادر روی آرنج قرار دارد <input type="checkbox"/> نوک پستان صاف، غیرقابل ارتجاع 	<p>پستان مادر:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> پستان ها سالم به نظر می رسد <input type="checkbox"/> درد یا ناراحتی ندارد <input type="checkbox"/> پستان بخوبی با انگشتان به دور از هاله نگهداشته شده است <input checked="" type="checkbox"/> نوک پستان قابل ارتجاع

سوال کنید:

آیا مادر بیماری دارد؟

زنان می توانند تقریباً در تمام موارد ابتلا به بیماری به شیردهی ادامه دهند. فواید زیادی برای تداوم شیردهی طی بیماری وجود دارد:

- بدن مادر در برابر عفونت تولید آنتی کر می کند که وارد شیرمادر می شود و به محافظت شیرخوار در برابر عفونت کمک می کند.
- توقف ناگهانی شیردهی می تواند منجر به پستان دردناک شود و مادر ممکن است تب کند.
- چنانچه شیردهی به طور ناگهانی قطع شود، کودک ممکن است علائم پریشانی واضطراب (دیسترس) نظیر گریه زیاد را نشان دهد.
- ممکن است پس از بهبودی مادر از سرگیری شیردهی مشکل باشد بدلیل اینکه تولید شیر او کاهش یافته است.
- توقف شیردهی کودک را در معرض خطرات و صدمات ناشی از تغذیه مصنوعی قرار می دهد.
- شیردهی وقت و کار کمتری را نسبت به آماده کردن شیرمصنوعی، تغذیه کردن کودک و جوشاندن شیشه و سرشیشه نیاز دارد. در تغذیه از پستان کودک می تواند در کنار مادر دراز بکشد و هر قدر نیاز دارد تغذیه شود بدون اینکه لازم باشد حرکت کند.
- مادر و شیرخوار می توانند با هم باشند بنابراین او می داند که کودکش سالم و خوشحال است.
- کودک به دریافت منافع ناشی از تغذیه با شیرمادر ادامه می دهد. از جمله: حفظ سلامت، بهترین تغذیه، رشد و تکامل مطلوب، خطر کمتر چاقی و مشکلات بعدی در سلامتی
- مادرانی که بیماری مزمن دارند ممکن است نیاز به کمک بیشتری برای شیردهی داشته باشند. برای مثال مادری که دیابت دارد ممکن است مشکلاتی را طی زایمان داشته باشد که می تواند با شیردهی تداخل نماید. اما با کمک مناسب می تواند به طور طبیعی شیردهی را انجام دهد.
- زمانی که مادر بیمار است برای کمک به شیردهی به موارد زیر 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.
 - مایعات کافی به مادر بدهید 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 ناخوش یا ناراحت است ممکن است قادر باشد (یا با کمک گرفتن بتواند) شیرش را بدوشت و تا زمانی که بهتر بشود کودک را از طریق فنجان تغذیه کند.
 - درمان ها و داروهایی را انتخاب کنید که برای شیردهی مضر نباشند.
 - چنانچه در طی بیماری مادر، شیردهی قطع شده است. پس از بهبودی مادر به برقراری مجدد شیردهی کمک کنید.

- شرایط بسیار معدود نادرى مربوط به سلامت مادر وجود دارد که نیاز به استفاده تغذیه مصنوعی می باشد. تشخیص این نکته بسیار حائز اهمیت است که آیا بیماری مادر منع شیردهی دارد و یا شرایط آن بیماری، شیردهی را مشکل کرده است،
- بستری شدن به خودی خود جزو موارد منع شیردهی نیست. چنانچه مادر بستری شود، کودک باید در کنار مادر نگهداری شود. زیرا جدایی مادر از شیرخوار و عدم تخلیه پستان، سبب قطع شیر و عدم موفقیت در شیردهی می شود. چنانچه مادر قادر نباشد که از شیرخوارش مراقبت کند، می توان از یکی از اعضاء خانواده درخواست نمود که در کنار مادر بماند و برای مراقبت از کودکش به او کمک کند. در این موارد توصیه می شود در صورت امکان شیرخوار به همراه مادر در بیمارستان اقامت داشته باشد. امکان تغذیه شیرخوار با شیر مادر در بیمارستان فراهم شود (با مراجعه شیرخوار به بیمارستان به دفعات عادات تغذیه ای شیرخوار) در صورت عدم امکان

مراجعه یا اقامت شیرخوار در بیمارستان: ایجاد امکان شیردوشی مادر در بیمارستان و تغذیه شیرخوار با شیر دوشیده شده با انجام تمهیداتی از قبیل فراهم کردن مکان دوشیدن، وسیله دوشیدن، ذخیره کردن و ارسال شیر دوشیده شده به منزل با حمایت کارکنان بیمارستان. توصیه به تغذیه شیرخوار بدون استفاده از شیشه شیر و پستانک و با استفاده از قاشق و فنجان انجام شود.

- چنانچه مادری بیماری مسری شایعی نظیر عفونت ریه، گلودرد، یا عفونت دستگاه گوارش دارد این خطر برای شیرخوار وجود دارد که به واسطه نزدیکی با مادر و از طریق تماس با او سرفه و نظایر آن در معرض عفونت قرار گیرد. وقتی که مادر به شیردهی ادامه می دهد کودک تا حدی در برابر عفونت مادر محافظت می شود. چنانچه مادر شیردهی را در این زمان قطع کند، شیرخوار در خطر بیشتری برای مبتلا شدن به عفونت مادر قرار می گیرد. در مورد اکثر عفونت های مادر شامل سل، هیپاتیت B، و ماستیت منع شیردهی وجود ندارد.
- چنانچه مادری قادر به شیردهی نباشد باید تلاش شود که از دایه (با وضعیت مشخص شده HIV منفی) استفاده شود و یا از شیر انسان که حرارت دیده و در بانک شیر مادر موجود است استفاده نمایند.

مادرانی که ممکن است اجتناب موقت از شیردهی داشته باشند:

مادری که بدلیل بیماری شدید قادر به مراقبت از فرزند خود نمی باشد مثلاً دچار سپسیس است. در هرپس سیمپلکس نوع ۱ تا رفع ضایعات فعال توصیه می شود تماس مستقیم بین ضایعه فعال پستان مادر و دهان شیرخوار انجام نشود. در این گروه داروهای که مادر مصرف می کند شامل:

- داروهای تخدیرکننده چون داروهای سایکوتراپاتیک، ضدصرع و اپیوئیدها و ترکیبات آنها ممکن است عوارضی چون خواب آلودگی و تخدیرتنفس ایجاد کنند و بهتر است در صورت وجود داروهای ایمن تر اجتناب شوند.

- بهتر است ید ۱۳۱ رادیواکتیو اجتناب و بجای آن از ترکیب ایمن تری استفاده شود. اگر استفاده می کند ۲ ماه بعد از مصرف شیردهی از سرگرفته شود.

- مصرف زیاد ید موضعی یا یدوفورها (مثلاً بتادین) بخصوص روی زخم باز و مخاط ها می تواند منجر به سرکوب تیروئید یا اختلال الکترولیت در شیرخوار شده و باید اجتناب شود.

- داروهای شیمی درمانی سیتوتوکسیک نیاز به قطع شیردهی در خلال درمان دارند.

مادرانی که قادر به ادامه شیردهی هستند گرچه مسائل بهداشتی نگران کننده ممکن است موجود باشد:

- آبسه پستان: شیردهی از پستان سالم انجام و با شروع درمان شیردهی از این پستان نیز آغاز شود
- هیپاتیت B: طی ۴۸ ساعت اول زندگی یا به مجرد امکان به شیرخوار اکسن مربوطه تزریق شود.
- هیپاتیت C: بر اساس CDC آمریکا ابتلا به هیپاتیت C مانعی برای تغذیه با شیرمادر نیست مگر اینکه مادر نارسایی شدید کبد و یا عفونت همزمان با HIV داشته باشد.
- ماستیت: چنانچه تغذیه پستانی خیلی دردناک است باید شیر را دوشید که وضع بدتر نشود.
- سل: بر اساس برنامه کشوری مادر و شیرخوار درمان شوند.

آیا مادر دارو مصرف می کند؟

- 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. بهر حال در همه شرایط بویژه در بارداری و شیردهی برای مصرف دارو با پزشک مشورت نمایید.
- داروهایی مثل استامینوفن، آسپرین 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 نمایید.
- تعداد داروهایی که منع شیردهی دارند، زیاد نیستند و اگر جایگزین ایمن تری نداشته باشند و با توصیه پزشک مادر مجبور

به استفاده از آن‌ها 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 می‌تواند 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 بهتراست زمان مصرف، قبل از طولانی‌ترین خواب کودک باشد که معمولاً در شب است.

داروهای سایتو توکسیک که ممکن است در مادران شیرده با متابولیسم سلولی تداخل نمایند

دارو	اثر در شیردهی
سیکلو فسفاماید	احتمال سرکوب ایمنی، اثر نامعلوم روی رشد یا همراهی با سرطان زایی، نوتروپنی
سیکلوسپورین	احتمال سرکوب ایمنی، اثر نامعلوم روی رشد یا همراهی با سرطان زایی
دوکسو رویسین*	احتمال سرکوب ایمنی، اثر نامعلوم روی رشد یا همراهی با سرطان زایی
متو تروکسات	احتمال سرکوب ایمنی، اثر نامعلوم روی رشد یا همراهی با سرطان زایی، نوتروپنی

*دارو در شیر انسان تغلیظ می‌شود.

سوء مصرف مواد و داروهایی که اثر نامطلوب روی کودک در حین تغذیه از پستان دارند*

دارو	اثر در شیردهی
آمفتامین+	تحریک پذیری، خواب سبک (بد خوابی)
کوکائین	مسمومیت با کوکائین، تحریک پذیری، استفراغ اسهال، لرزش، تشنج
هروئین	ترمور، بی قراری، استفراغ، سوء تغذیه* و سبب اعتیاد و علائم <i>withdrawal</i> (محرومیت) در شیرخوار می‌شود *
ماری جوانا	تنها یک بار گزارش شده و اثر قابل توجهی ندارد، نیمه عمر طولانی برخی از اجزای آن
فن سیکلیدین	توهم زائی قوی

* قویاً توصیه می‌شود که مادران شیرده نباید سوء مصرف مواد داشته باشند.

+دارو در شیر مادر تغلیظ می‌شود.

ترکیبات رادیواکتیو که توقف موقت در تغذیه با شیر مادر نیاز است*

ترکیب	زمان توصیه شده برای توقف شیردهی
مس ۶۴ (CU64)	وجود رادیواکتیویته در شیر تا ۵۰ ساعت
گالیوم ۶۷ (GA67)	وجود رادیواکتیویته در شیر برای ۲ هفته
ایندیوم ۱۱۱ (In111)	وجود مقادیر کم رادیواکتیویته در شیر تا ۲۰ ساعت
ید ۱۲۳ (I123)	وجود رادیواکتیویته در شیر تا بیش از ۳۶ ساعت
ید ۱۲۵ (I125)	وجود رادیواکتیویته در شیر برای ۱۲ روز
ید ۱۳۱ (I131)	وجود رادیواکتیویته در شیر دو تا چهارده روز وابسته به مطالعه، اگر در درمانکنسر تیروئید استفاده گردد رادیواکتیویته بالا ممکن است زمان در معرض قرار گرفتن کودک را افزایش دهد.
سدیم رادیواکتیو	وجود رادیواکتیویته در شیر ۹۶ ساعت
تکنیتوم ۹۹ (TC99)	وجود رادیواکتیویته در شیر ۱۵ ساعت تا سه روز

* قبل از شروع درمان، مادر باید پستان خود را بدوشد و شیر کافی برای تغذیه کودک آماده و فریز نماید. مادر باید شیرش را برای تداوم شیردهی بدوشد و تا زمانی که رادیواکتیویته در شیر وجود دارد شیر دوشیده شده باید دور ریخته شود. رادیواکتیویته نمونه شیر قبل از این که جهت مصرف شیرخوار استفاده شود باید توسط بخش رادیولوژی، سنجیده شود.

آیا پستان مادر مشکلی دارد؟

در مورد پستان های کوچک و بزرگ ، انواع نوک پستان ها و مشکلاتی مثل زخم شقاق، احتقان ، مجرای بسته، ماستیت و آبسه ..

به توضیحات فصل " وضعیت های پستان و مشکلات شایع پستانی " راهنمای مشاوره مراجعه شود.

آیا مادر تغذیه کافی و مناسب دارد؟

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 را دریافت 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 شیر در 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 یا در صورتی که ادرارش کم یا غلیظ شود، مایعات بنوشد.
- مادر نباید اقدام به گرفتن رژیم غذایی بنماید. رژیم گرفتن بلافاصله بعد از زایمان می تواند 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 می شود در ماه های اول انجام نشود. وزن گیری 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 علائم بی خوابی و خستگی مفرط دارد؟

- مادری که خسته است یا کودکش پستان او را نمی گیرد 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 ناکافی شیر بدهد. بی خوابی، خستگی و عدم استراحت از علائم طبیعی استرس در روزهای اول پس از زایمان است که لازم است مادر را حمایت کنیم و نیز حمایت همسر او را نیز برای کمک به مادر جلب کنیم.

آیا مادر افسردگی پس از زایمان دارد؟

- منع شیردهی ندارد. احتمال عدم موفقیت در شیردهی به دلیل عدم رضایت و تمایل به شیردهی در مادر وجود دارد. تغذیه شیرخوار با شیر مادر مشروط به تمایل مادر و تحت مراقبت بودن توسط اطرافیان می باشد. شیردادن باید قبل از مصرف دارو صورت پذیرد بهتر است دارو آخر شب و پس از آخرین وعده شیردهی مصرف شود.

• آیا در اظهارات مادر در مورد شیردهی باور غلط وجود دارد؟

از جمله این باورها که مانع شیردهی می گردند: تصور عدم توانایی مادر در دادن شیر به فرزندان دوقلو، کم وزن و نارس، داشتن پستان کوچک، تغییر شکل و بد فرم شدن پستان در اثر شیردهی، اعتقاد به عدم تولید شیر در نزدیکان، سیر نشدن شیرخوار با شیر مادر، طعم بد شیر مادر، داشتن شیر بد و....

ایجاد هرگونه شک و تردید در مادر و عدم حمایت و کمک به او، باورهای غلط را در او تقویت می کند. باید به مادر اطمینان داد که هر چه مکیدن پستان توسط شیرخوار بیشتر و مکررتر باشد تولید و ترشح شیر نیز بیشتر خواهد شد لذا باید دوقلوها را مرتباً و به دفعات مکرر و بخصوص، همزمان، به پستان مادر گذاشت تا با تولید و ترشح بیشتر شیر، هر دو کودک تغذیه خوبی داشته باشند. باید اطمینان داد که پستان های کوچک هم می توانند شیر کافی تولید کنند و شیردهی باعث تغییر شکل و بد فرم شدن پستان نمی شود.

سخنان و عقاید مادر را بایستی با دقت و حوصله کافی گوش کرد و با مشاوره و راهنمایی های صحیح، باورهای غلط را از بین برد. در مورد برخی باورهای غلط شایع و واقعیاتی که لازم است برای اصلاح باور غلط به مادر آموزش بدهید به توضیحات فصل "باورهای غلط در مورد تغذیه با شیر مادر" راهنمای مشاوره مراجعه شود..

- در صورت استفاده از روش پیشگیری از بارداری آیا این روش متناسب با شیردهی است؟

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) و 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 قرص های پیشگیری حاوی استروژن با شیردهی سازگار هستند.

● آیا مادر جزو موارد ویژه در شیردهی است؟

● برای مثال مادر بیمار است، جوان یا تنها و بدون حمایت است، یا مادر شاغل است یا در شیردهی قبلی خود مشکل داشته است، اعتمادبنفس ندارد و... به توضیحات فصل "روش های حفظ و تداوم شیردهی" راهنمای مشاوره مراجعه شود.

● نحوه دوشیدن و ذخیره کردن شیر مادر:

همه مادران را باید در مورد دوشیدن و ذخیره کردن شیرمادر برای تغذیه شیرخوار آموزش دهید و مطمئن شوید که مهارت کافی را کسب کنند. به توضیحات فصل "دوشیدن شیر مادر" راهنمای مشاوره مراجعه شود.

ارزیابی تغذیه تکمیلی شیر خوار ۶ تا ۱۲ ماهه پایان ۶ ماهگی تا ۸ ماهگی (مراقبت‌های ۶ ماهگی و ۷ ماهگی)

آیا غذای کمکی را شروع کرده اید؟ منظور از غذای کمکی دادن مواد غذایی مایع یا جامد دیگری غیر از شیر مادر به شیرخوار می باشد. 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.

آیا غذای کمکی با غلظت مناسب به کودک داده می شود؟ غلظت و قوام غذای کمکی باید متناسب با سن شیر خوار 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 بپرسید آیا 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.

آیا پوره غلیظ، غذاهای کاملا نرم شده متناسب با سن و شرایط شیرخوار و متنوع از گروه های غذایی (به ویژه منابع پروتئین حیوانی مانند گوشت، میوه ها و سبزی های غنی از ویتامین آ و ویتامین ث) به او داده می شود؟ 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 حلواپی منابع خوب ویتامین آ هستند. ویتامین آ در رشد، مقاومت به عفونت ها 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 ناهار و شام حتما گوشت قرمز بدهد می تواند از گوشت سفید، تخم مرغ، ماهی یا حبوبات استفاده کند.

آیا شیرخوار مقدار غذای متناسب با سن خود را در هر وعده می خورد؟ در شروع غذای کمکی باید در هر بار ۲ قاشق مربا خوری 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 دقیقاً بپرسید اندازه ظرف غذا و مقدار غذایی که شیرخوار آن را خورده مشخص کند و اگر کمتر از مقدار مورد نیاز می خورد به مادر توصیه کنید تا غذای شیرخوار را به مقدار کافی به او بدهد.

آیا به شیرخوار ۲-۳ وعده غذا در روز و ۲-۱ میان وعده مغذی می دهید؟ غذای کودک در ابتدا با ۱ وعده غذا شروع و سپس به ۲ تا ۳ 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 اشتها شیرخوار به او داده شود. میان وعده غذایی جزئی از نیاز تغذیه ای شیرخوار را تامین می کند 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 او معرفی 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 می دهد او را به تداوم این برنامه تشویق کنید. در غیر این صورت به او آموزش دهید تا تعداد وعده ها و میان وعده های کافی به کودک بدهد.

آیا مایعات نیز به او می دهید؟ مایعات مورد نیاز شیرخوار در شش ماه اول از طریق شیر مادر تأمین می شود. اما با شروع غذای کمکی، شیرخوار نیاز به دریافت مایعات اضافی دارد. آب جوشیده سرد شده مناسب ترین مایع جهت رفع تشنگی شیرخوار است. آب میوه طبیعی نیز بر اساس مقدار توصیه شده می تواند به عنوان بخشی از مایعات به شیرخوار داده شود. از دادن انواع نوشیدنی های شیرین، آب میوه های صنعتی به شیرخوار خودداری شود. از دادن چای و قهوه به شیرخوار تا حد امکان خودداری شود. در صورت مصرف چای یا قهوه حتماً دو ساعت قبل یا بعد از غذا به شیرخوار داده شود. در صورتی که شیرخوار در هنگام غذا خوردن تمایل به نوشیدن آب داشته باشد به دلیل کوچک بودن معده کودک کمی می تواند به او داد. کودکان ۲۴-۶ ماهه که شیر مادر نمی خورند نیاز به نوشیدن ۲-۳ فنجان آب در روز دارند. که در آب و هوای گرم به ۶-۴ فنجان آب در روز می رسد. مایعات هیچوقت جایگزین شیر مادر یا غذای کودک نیستند.

پایان ۹ ماهگی تا پایان ۱۱ ماهگی

آیا غذاهای متنوع نرم و له شده خانواده (غلات، حبوبات، گوشت ها، میوه ها و سبزی های غنی از ویتامین آ و ویتامین ث) به شیرخوار 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 گوشت های 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 صورتی که غذای کودک دارای تنوع نیست به مادر آموزش های لازم در زمینه استفاده از تمام گروه های غذایی در برنامه غذایی کودک داده شود.

- آیا در هر وعده نصف لیوان (۱۲۵ سی سی) غذا به او می دهید؟ 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 پیمانانه های محلی استفاده می شود خودتان مقدار آن را بدست آورید تا بتوانید مقدار غذای دریافتی شیرخوار را محاسبه کنید.

- آیا به شیرخوار ۳-۴ وعده غذا و ۱-۲ میان وعده (مغذی و به قطعات کوچک که با انگشت بردارد) می دهید؟ 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.

کودکان ۱ تا ۵ سال:

آیا کودک روزانه غذاهای متنوع شامل تمام گروه های غذایی (گروه گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزدا نه ها) می خورد؟ از مادر سوال شود که آیا کودک روزانه از تمام گروه های غذایی می خورد یا خیر؟ گروه گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزدا نه 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 توان ارزش 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.

آیا کودک ۳-۴ وعده در روز غذای خانواده را می خورد؟ 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 صورتی که 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.

آیا کودک سهم غذای کافی متناسب با سن در هر وعده می خورد؟ (در کودکان ۲-۱ سال ۳/۴ لیوان، در کودکان ۵-۲ سال ۱ لیوان)

از مادر مقدار غذای مصرفی کودک در هر وعده سوال شود. اگر کودک ۱ 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 ۲ تا ۵ سال نیز در هر وعده یک لیوان غذا باید مصرف شود. در صورتی که 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.

آیا کودک بین وعده های غذا ۲-۱ بار میان وعده مغذی متناسب با سن مصرف می کند؟ 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 بگویید 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 می دهند. بنابراین این گونه تنقلات غذایی را از برنامه کودک حذف و جایگزین مناسب انتخاب شود. اگر مادر میان وعده غذایی مناسب به کودک می دهد او را به تداوم آن تشویق کنید.

ارزیابی وضعیت کودک از پایان شش ماه تا پنج سال با اضافه وزن و چاق

کودکان ۶ ماه تا ۲ سال

آیا شیر مصنوعی با مقدار آب لازم تهیه می‌شود؟ اگر شیر خوار با شیر مصنوعی تغذیه می‌شود از مادر سوال شود مقدار آب مصرفی برای تهیه آن چقدر می‌باشد. در صورت درست تهیه نشدن شیر مصنوعی (غلیظ یا رقیق) به مادر آموزش لازم داده شود.

آیا شیر مصنوعی به مقدار کافی متناسب با سن شیرخوار داده می‌شود؟ از مادر سوال شود که چقدر به کودک شیر مصنوعی می‌دهد، اگر میزان شیر مصنوعی داده شده متناسب با سن شیرخوار بود مادر را به تداوم آن تشویق کنید. اگر میزان شیر داده شده کمتر یا بیشتر بود میزان مورد نیاز را به مادر بگویید تا بر حسب آن تهیه کند.

آیا به شیر مصنوعی یا شیر دام، شکر، غلات یا سایر شیرین‌کننده‌ها یا غلیظ‌کننده‌ها اضافه می‌شود؟ این سوال از مادرانی سوال شود که شیرخوارشان با شیر مصنوعی یا شیر دام تغذیه می‌شوند. از مادر سوال کنید در هنگام تهیه شیر مصنوعی یا شیر دام به آن شیرین‌کننده مانند شکر، قند، نبات یا هرگونه شیرین‌کننده دیگر اضافه می‌کند یا خیر. در صورت مثبت بودن پاسخ به مادر توصیه کنید که این مواد را به شیر اضافه نکند و از عواقب آن از جمله اضافه وزن و چاقی و تغییر ذائقه شیرخوار و تمایل او به مصرف غذاهای شیرین اشاره کنید.

آیا سهم هر وعده بیش از توصیه‌های متناسب با سن کودک است؟ از مادر سوال کنید که در هر وعده غذایی چه مقدار به شیرخوار می‌دهد. اگر مادر بیشتر از مقدار توصیه شده به شیرخوار غذا می‌دهد به او عواقب مصرف بیش از حد از جمله اضافه وزن و چاقی را بیان کنید. در ضمن میزان مورد نیاز در هر وعده را به مادر بگویید و تأکید کنید تا بر حسب میزان توصیه شده به کودک غذا بدهد.

آیا تعداد وعده‌ها بیش از توصیه‌های متناسب با سن کودک است؟ از مادر سوال شود در روز چند وعده غذایی به شیرخوار می‌دهد. همچنین در مورد گروه‌های غذایی از او سوال کنید. اگر مادر تعداد وعده‌های غذایی شیرخوار بیشتر از میزان توصیه شده بود به مادر آموزش دهید تا تعداد وعده‌های غذایی متناسب با سن کودک به او بدهد. همچنین اگر تنوع در برنامه غذایی شیرخوار نیست به او در خصوص استفاده از گروه‌های اصلی غذایی در برنامه غذایی شیرخوار آموزش دهید. اگر تعداد وعده‌های غذایی متناسب با سن کودک است مادر را به تداوم اجرای آن تشویق کنید. در مورد کودکانی که تعداد وعده‌های بیشتر از میزان توصیه شده مصرف می‌کنند به مادر بگویید حجم هر وعده را کمتر کرده تا در مجموع همان میزان توصیه شده مصرف شود.

آیا تعداد میان وعده‌ها بیش از توصیه‌های متناسب با سن کودک است؟ از مادر بپرسید در روز چند میان وعده به شیرخوار می‌دهد. همچنین راجع به مصرف میان وعده مغزی که دارای ارزش غذایی مناسب بوده مانند شیر و لبنیات، انواع میوه‌ها، سبزی‌ها، نان و پنیر و... سوال شود. اگر مادر تنقلات غذایی بی ارزش مانند چیپس، پفک، کیک‌های شکلاتی، آب میوه صنعتی، ساندویچ سوسیس و کالباس، شکلات و آبنبات به کودک می‌دهد به او بگویید این تنقلات فاقد ارزش غذایی بوده و ضمن این که ذائقه کودک را برای غذاهای شور یا شیرین عادت می‌دهند خطر ابتلا به اضافه وزن، چاقی، فشارخون بالا و بیماری‌های قلبی عروقی در بزرگسالی را افزایش می‌دهند. اگر تعداد میان وعده‌های غذایی کمتر یا بیشتر از حد توصیه شده است به مادر تأکید کنید، تعداد میان وعده‌ها را بر حسب سن شیرخوار به او بدهد. اگر مادر تعداد میان وعده مناسب به کودک می‌دهد او را تشویق به تداوم آن نمایید.

کودک ۲ تا ۵ سال

آیا کودک غذاهای چرب، شیرین یا کربوهیدرات تصفیه شده مصرف می‌کند؟ از مادر سوال شود آیا غذاهای اصلی کودک را چرب یا شیرین درست می‌کند؟ اگر مادر غذاها را چرب یا شیرین در ست می‌کند به او توصیه کنید که غذاهای کودک را کم چرب درست کرده و از افزودن شکر یا سایر مواد شیرین کننده به غذا خودداری کند و بر اساس مطالب مطرح شده در بخش مشاوره به او آموزش دهید همچنین از مادر سوال شود آیا در تهیه غذای کودک بیشتر از برنج، شکر و آرد سفید استفاده می‌شود؟ اگر مادر در تهیه غذاها بیشتر از برنج و آرد سفید و شکر استفاده می‌کند به او آموزش دهید تا از این مواد غذایی کمتر استفاده کرده و بر اساس مطالب مطرح شده در بخش مشاوره به او آموزش دهید.

آیا کودک از نوشیدنی‌های شیرین بیشتر از ۲ بار در هفته استفاده می‌کند؟ از مادر سوال کنید آیا کودک در طول هفته از نوشابه، آب میوه صنعتی و مانند آنها بیشتر از ۲ بار استفاده می‌کند؟ در صورت مثبت بودن پاسخ به مادر بگویید این نوشیدنی‌ها هیچ ارزش غذایی نداشته و فقط چاق کننده هستند. به جای آن از آب، دوغ کم نمک و آب میوه طبیعی استفاده شود.

آیا کودک میان وعده‌های پر انرژی (مثل چیپس، کیک، شیرینی) را بیشتر از دو بار در هفته استفاده می‌کند؟ از مادر بپرسید در طول هفته چند بار کودک میان وعده‌های پر انرژی مانند کیک، شیرینی و سیب زمینی سرخ کرده می‌خورد. اگر بیشتر از ۲ بار در هفته مصرف می‌شود به او بگویید این تنقلات بیشتر چاق کننده هستند و باید از تنقلات مناسب دارای ارزش غذایی مناسب مانند شیر و لبنیات، انواع میوه‌ها، سبزی‌ها، نان و پنیر... استفاده شود. همچنین به او بگویید این تنقلات مانند چیپس و پفک فاقد ارزش غذایی بوده و ضمن این که ذائقه کودک را برای غذاهای شور یا شیرین عادت می‌دهند خطر ابتلا به اضافه وزن، چاقی، فشارخون بالا و بیماری‌های قلبی عروقی در بزرگسالی را افزایش می‌دهند.

آیا کودک در روز بیشتر از ۳ وعده اصلی غذا می‌خورد؟ از مادر تعداد وعده‌های غذایی کودک را بپرسید. اگر کودک بیشتر از سه وعده غذایی مصرف می‌کند به مادر بگویید تا در صورت امکان و با انتخاب مواد غذایی مناسب تعداد وعده‌های اصلی را به ۳ وعده در روز برساند. همچنین مادر می‌تواند تعداد وعده‌ها را تغییر نداده بلکه حجم یا میزان وعده‌ها را کم کند به طوری که در مجموع میزان دریافت غذای کودک بر اساس مقادیر توصیه شده باشد.

آیا کودک در روز بیشتر از ۲ میان وعده می‌خورد؟ از مادر بپرسید کودک در روز چند میان وعده می‌خورد. اگر بیشتر از ۲ میان وعده می‌خورد به مادر بگویید سعی کند تعداد میان وعده‌ها را به ۲ بار در روز رسانده و در انتخاب میان وعده‌ها به ارزش غذایی آنان توجه داشته و از گروه‌های اصلی غذایی مانند شیر و لبنیات، انواع میوه‌ها، سبزی‌ها، نان و پنیر... استفاده شود. اگر مادر تنقلات غذایی بی ارزش مانند چیپس، پفک، کیک‌های شکلاتی، آب میوه صنعتی، ساندویچ سوسیس و کالباس، شکلات و آبنبات به کودک می‌دهد به او بگویید این تنقلات فاقد ارزش غذایی بوده و ضمن این که ذائقه کودک را برای غذاهای شور یا شیرین عادت می‌دهند خطر ابتلا به اضافه وزن، چاقی، فشارخون بالا و بیماری‌های قلبی عروقی در بزرگسالی را افزایش می‌دهند. در کودکانی که تعداد میان وعده‌ها بیش از حد توصیه شده است مادر می‌تواند حجم آن میان وعده را کمتر کرده تا در نهایت میزان میان وعده در حد مطلوب باشد.

مراقبت‌های تغذیه‌ای کودکان مبتلا به اضافه وزن و چاقی :

اقدامات لازم برای کودک با قد طبیعی و وزن برای قد طبیعی:

در صورتی که حداقل دو عامل خطر را داشت ضمن آموزش مادر مراقبت‌های کودک هر ۳ ماه یکبار انجام شود. در صورت نبود عامل خطر مادر و خانواده را برای ادامه الگوهای صحیح تغذیه‌ای و فعالیت بدنی بیشتر کودک تشویق کنید. مراقبت‌های کودک هر ۶ ماه یکبار انجام شود.

اقدامات لازم برای کودک با قد طبیعی و در معرض خطر اضافه وزن یا مبتلا به اضافه وزن:

ضمن بررسی عوامل خطر و عادات غذایی کودک به مادر در زمینه تغذیه صحیح آموزش داده و بر روی عادات غذایی نادرست کودک و روش‌های اصلاح آن تاکید کنید.

از مادر بخواهید یک ماه دیگر مراجعه کند و مجدداً با مادر مشاوره کرده و با استفاده از موارد مطرح شده در بخش مشاوره به او آموزش دهید. به مدت ۳ ماه، همراه به مادر آموزش‌های لازم را ارائه دهید. در هر مراجعه بر روی مشکلات تغذیه‌ای کودک و روش‌های حل آن تأکید نمایید و در آموزش‌ها بر تحرک بدنی کودک نیز تأکید کرده و آموزش‌های لازم برای افزایش تحرک بدنی را به مادر ارائه دهید.

اقدامات لازم برای کودک با قد طبیعی و مبتلا به چاقی یا کوتاه قد و در معرض خطر اضافه وزن یا مبتلا به اضافه وزن یا کوتاه قد و چاقی:

باتوجه به این که چاقی در این سن ممکن است با بیماری‌های زمینه‌ای همراه باشد به مادر توضیح دهید که برای بررسی علل چاقی کودک به پزشک مراجعه نماید. بنابراین، کودک را به صورت غیرفوری به پزشک ارجاع دهید هم زمان با ارجاع غیر فوری به پزشک اقدامات زیر را جهت کنترل وزن کودک انجام دهید:

عادات غذایی کودک را بررسی نموده و به مادر در زمینه تغذیه صحیح آموزش داده و بر روی عادات غذایی نادرست کودک و روش‌های اصلاح آن تأکید کنید. از مادر بخواهید یک ماه دیگر مراجعه کند و مجدداً با مادر مشاوره کرده و با استفاده از موارد مطرح شده در بخش مشاوره به مادر آموزش دهید. به مدت ۳ ماه، همراه به مادر آموزش‌های لازم را ارائه کنید. در هر مراجعه بر روی مشکلات تغذیه‌ای کودک و روش‌های حل آن تأکید نمایید و در آموزش‌ها بر تحرک بدنی کودک نیز تأکید کرده و آموزش‌های لازم برای افزایش تحرک بدنی را به مادر ارائه دهید.

اقدامات لازم برای کودک مبتلا به کوتاه قدی با وزن برای قد طبیعی:

در این موارد، کودک علاوه بر کوتاه قدی مبتلا به کم وزنی هم هست. عوامل خطر را بررسی نموده و در صورتی که حداقل دو عامل خطر باشد، به مادر آموزش‌های لازم در زمینه عوامل خطر، تغذیه مناسب کودک و فعالیت بدنی بیشتر ارائه شده و کودک تحت مراقبت شود. در صورت نبود عامل خطر نیز به مادر آموزش‌های لازم در زمینه تغذیه مناسب کودک و فعالیت بدنی بیشتر ارائه شده و کودک براساس برنامه کودک سالم مراقبت شود.

پیگیری اول پس از ۳ ماه از اولین مراجعه برای اندازه گیری مجدد قد و وزن:

غیراز کودکانی که در مراجعه اول از نظر قد طبیعی و وزن برای قد طبیعی داشته‌اند، کلیه کودکان در سایر طبقه بندی‌های ذکر شده بعد از سه ماه از اولین مراجعه، مجدداً مراقبت خواهند شد. در این مراقبت قد و وزن کودک را مجدداً اندازه گیری نموده و نقطه وزن برای قد کودک را بر روی نمودار وزن برای سن و جنس پیدا کنید. سپس نمودار وزن برای قد کودک را با اتصال این نقطه به نقطه‌ای که در مراجعه اول بر روی منحنی وزن برای قد کودک رسم کرده‌اید، وصل نموده و وضعیت نمودار وزن برای قد کودک را با منحنی‌های استاندارد مقایسه کنید. در این صورت ممکن است یکی از حالات زیر ایجاد شود:

شرایط مطلوب شامل:

- وزن برای قد طبیعی یا مساوی منحنی $Z\text{-score} - 2$ تا مساوی منحنی $Z\text{-score} + 1$
- نمودار وزن برای قد افزایش یافته زیرا وزن و قد افزایش داشته اما سرعت افزایش وزن کودک زیاد نیست.

- مقدار قد افزایش داشته و وزن برای قد روند نزولی نسبی پیدا کرده است.

- نمودار وزن برای قد ثابت، وزن اندکی کاهش و قد افزایش یافته است.

نکته ۱: چنانچه وزن برای قد کودک ثابت مانده باشد در صورت افزایش قد مشکلی وجود ندارد.

نکته ۲: به خاطر داشته باشیم در برخورد با کودک مبتلا به اضافه وزن راهکار اساسی حفظ وزن و کاهش سرعت افزایش وزن می‌باشد برای تداوم این روند ضمن تشویق مادر به او توصیه کنید که برنامه غذایی کودک را مطابق با آموزش‌های داده شده ادامه دهد و یک ماه دیگر مجدداً برای آموزش مراجعه کند.

در هر کدام از شرایط فوق مادر و خانواده را برای ادامه الگوهای صحیح تغذیه‌ای و فعالیت بدنی بیشتر کودک تشویق کنید.

پیگیری پس از ۳ ماه برای اندازه‌گیری مجدد قد و وزن:

پس از ۶ ماه از اولین مراقبت مجدداً قد و وزن کودک را اندازه‌گیری و وزن برای قد وی را محاسبه کنید. نمودار وزن برای قد را رسم نمایید و آن را با منحنی‌های استاندارد مقایسه نمایید. هم‌زمان وزن برای سن و قد برای سن کودک را نیز بر روی منحنی‌های استاندارد مورد بررسی قرار دهید. وضعیت رشد کودک را تفسیر و اقدامات لازم را انجام دهید.

شرایط نامطلوب شامل:

- نمودار وزن برای قد ثابت و زیاد مانده است. اگر منحنی وزن برای قد به صورت خط ثابت باشد:

اگر در فاصله این دو مراقبت قد و وزن کودک ثابت مانده باشد. منحنی وزن برای قد ثابت و وضعیت رشد کودک نامطلوب است. در این صورت او را به پزشک ارجاع غیر فوری بدهید.

- نمودار وزن برای قد افزایش و قد کودک افزایش نداشته است.

در چنین شرایطی فقط وزن کودک افزایش داشته که منجر به افزایش وزن برای قد شده است. لازم است علت توقف رشد قد او توسط پزشک بررسی شود.

- نمودار وزن برای قد به سمت پایین تر از میانه رفته است. اگر منحنی وزن برای قد برای سن روند نزولی به سمت پایین تر از میانه داشته باشد:

هم‌زمان قد برای سن کودک را نیز بر روی منحنی‌های استاندارد، مورد بررسی قرار دهید.

در این حالت وزن کودک کاهش شدید پیدا کرده (ممکن است قد کودک ثابت و یا حتی افزایش یافته باشد)، کودک در شرایط نامطلوب قرار دارد. او را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

فعالیت بدنی

آیا کودک در روز بیشتر از ۲ ساعت برنامه‌های نشسته مثل بازی با رایانه، دیدن تلویزیون یا بازی با موبایل و تبلت دارد؟ از مادر پرسید در روز چند ساعت کودک مشغول بازی ویدئویی یا تماشای تلویزیون است؟ یا چه مدت با موبایل یا تبلت و ... استفاده می‌کند؟ در صورت بیش از دو ساعت در روز به مادر آموزش دهید تا این زمان را محدود کند و به جای آن از سرگرمی‌های مناسب مانند دوچرخه سواری، توپ بازی و ... استفاده کند.

فصل ۱۰

ارزیابی کودک از نظر وضعیت دهان و دندان

ارزیابی کودک زیر ۲ سال از نظر وضعیت دهان و دندان

در همه کودکان از مادر در مورد علت مراجعه سؤال کنید. نشانه‌های خطر، وزن، قد، دور سر و تغذیه کنترل کنید. سپس کودک را از نظر وضعیت سلامت دهان و دندان کنترل کنید.



نگاه کنید	سؤال کنید
<ul style="list-style-type: none"> ● رویش دندان‌ها ● وجود پلاک روی دندان‌ها ● تورم و قرمزی لثه ● نشانه‌های وجود ضربه ● پوسیدگی دندان‌ها ● پوسیدگی زودرس دوران کودکی* ● نقاط سفید گچی روی دندان (دمینرالیزاسیون مینا) ● بیرون افتادن کامل دندان از دهان 	<ul style="list-style-type: none"> ● آیا پدر و مادر و یا برادر و خواهر کودک پوسیدگی دندان‌های دارند؟ ● آیا مادر در زمان بارداری تحت مراقبت دندانپزشک بوده است؟ ● آیا کودک تا قبل از یکسالگی توسط دندانپزشک یا پرسنل بهداشتی معاینه شده است؟ ● آیا کودک در حین دندان در آوردن مشکلی داشته است؟ ● آیا دندان‌های کودک خود را تمیز می‌کنید؟ ● آیا کودک سابقه ضربه به دندان‌ها یا صورت دارد؟ ● آیا کودک بی‌قراری که نشان دهنده دندان درد باشد دارد؟ ● آیا کودک با شیشه شیر به مدت طولانی یا در طول شب، شیر می‌خورد؟ ● آیا در فواصل مراقبت‌ها بر تعداد پوسیدگی‌ها اضافه شده است؟ ● آیا از قندها یا میان‌وعده‌های ایجاد کننده پوسیدگی دندان‌ها در فواصل وعده‌های غذایی (آب میوه صنعتی، نوشابه و داروهای شیرین) استفاده می‌شود؟



با استفاده از جدول رنگی طبقه‌بندی، وضعیت دهان و دندان کودک را طبقه‌بندی کنید



سپس وضعیت بینایی، شنوایی، تکامل، واکسیناسیون و مصرف مکمل‌های دارویی را کنترل کنید. در مورد تغذیه کودک، پیشگیری از آسیب‌های کودکان و رابطه متقابل کودک و والدین برای ارتقای تکامل کودک با مادر مشاوره کنید.

*پوسیدگی زودرس دوران کودکی (Early Childhood Caries, ECC)

- ۱- حضور بیش از یک سطح دندان‌های پوسیده (ضایعات حفره‌دار یا بدون حفره)، از دست رفته (به دلیل پوسیدگی) یا پر شده در هر دندان شیری در کودک ۷۱ ماهه یا کوچک‌تر است.
- ۲- هرگونه علامتی از پوسیدگی سطوح صاف در کودک کوچک‌تر از ۳ سال بیانگر ECC شدید است.
- ۳- ویژگی دیگر ECC، پیشرفت سریع پوسیدگی می‌باشد.

سؤال کنید:

- ۱- آیا پدر و مادر و یا برادر و خواهر کودک پوسیدگی دندان دارند؟
- ۲- آیا مادر در زمان بارداری تحت مراقبت دندان پزشک بوده است؟
براساس تحقیقات اخیر، کودکان به وسیله‌ی مراقبین و به‌طور اصلی مادران، با باکتری‌های آغاز کننده‌ی پوسیدگی آلوده می‌شوند. اگر مراقب کودک، میکروب‌های 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 میکروب‌ها به شیرخوار کاهش می‌یابد.
- ۳- آیا کودک شما تا قبل از یک‌سالگی توسط دندان پزشک یا پرسنل بهداشتی معاینه شده است؟
ملاقات با دندان پزشک برای کودکان بعد از ۶ ماهگی و پس از رویش اولین دندان شیری توصیه شده است. دندان پزشک با گرفتن تاریخچه‌ی دقیق پزشکی و دندان پزشکی، معاینه‌ی کودک و استفاده از روش‌های تشخیص پذیرفته شده‌ی کنونی و شروع برنامه‌ی پیش‌گیری و برنامه‌ی 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 مسئله‌ی دهانی بعد از تولد است که والدین با آن مواجه می‌شوند. درآمدن دندان‌ها پدیده‌ای 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 می‌کنید؟
تمیز کردن دهان شیرخوار بعد از رویش اولین دندان شیری توصیه شده است و این کار را می‌توان با کمک یک حوله یا گاز تمیز یا مسواک انگشتی انجام داد.
- ۶- آیا در هنگام رانندگی برای کودک خود از صندلی مخصوص استفاده می‌کنید؟
یکی از علل اصلی آسیب‌های دندان در کودکان تصادفات اتومبیل می‌باشد. کودکانی که کمربند ایمنی آن‌ها بسته نشده و در حالت نشسته یا ایستاده‌اند، اغلب زمانی که ماشین به‌طور ناگهانی متوقف می‌شود در اثر برخورد به داشبورد یا شیشه‌ی جلوی اتومبیل دچار ضربه می‌شوند. بنابراین، بستن کمربند ایمنی یا استفاده از صندلی مخصوص کودکان، باعث پیش‌گیری از این حوادث می‌شود.
- ۷- آیا کودک شما سابقه‌ی ضربه به دندان‌ها یا صورت را دارد؟
ضربه به علل متفاوت می‌تواند سبب آسیب به دندان‌ها، فک و صورت شود، در صورت وجود سابقه‌ی ضربه (شکستگی قسمتی از تاج، فرورفتگی دندان در محل خود، لقی دندان و تغییر رنگ دندان)، با توجه به جدول طبقه‌بندی (جدول ۱-۲-۱۲) کودک را به دندان پزشک ارجاع دهید.
- ۸- آیا کودک با شیشه شیر به مدت طولانی یا در طول شب، شیر می‌خورد؟
- ۹- آیا در فواصل مراقبت‌ها بر تعداد پوسیدگی‌ها اضافه شده است؟
- ۱۰- آیا از قندها یا میان‌وعده‌های ایجاد کننده پوسیدگی دندان در فواصل وعده‌های غذایی (آب میوه صنعتی، نوشابه و داروهای شیرین) استفاده می‌شود؟

برای سوال‌های شماره ۱۰-۸ از جدول زیر که جدولی استاندارد برای ارزیابی پوسیدگی می‌باشد، استفاده شود:

جدول ارزیابی ریسک پوسیدگی برای گروه سنی ۶-۰ سال

فاکتورها	پر خطر	خطر متوسط	کم خطر
(بیولوژیک) -مادر یا والدین پوسیدگی فعال دارند. -کودک بیشتر از ۳ بار بین وعده های غذایی، نوشیدنی های شیرین و گازدارو - اسنک استفاده 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 فلوراید یا مکمل فلوراید مصرف می کند. - کودک روزانه از خمیر دندان حاوی فلوراید استفاده می کند. - کودک فلوراید موضعی توسط مراقبین بهداشتی دریافت می کند.(مثل وارنیش و دهانشویه) - کودک ملاقاتهای مرتب و منظم دندانپزشکی دارد.			آری آری آری آری
(یافته های کلینیکی) - کودک بیشتر از یک دندان پوسیده/از دست رفته/پرسده دارد. - کودک نقاط سفید یا ضایعات مینایی فعال دارد. - کودک پلاک روی سطح دندان دارد.	آری آری		آری

در مورد ارزیابی کلی، قضاوت کلینیکی مهم است؛ چون بعضی موارد مثل خوردن نوشیدنیهای شیرین مهم تر از یک مورد dmft است ولی اگر تعداد موارد پر خطر بیشتر بود، کودک نیاز به مراقبت و پیگیری بیشتری دارد.

قبل از تکمیل قسمت نگاه کنید، لازم است به نکاتی چند در مورد معاینه ی دهان شیرخوار توجه شود:

معاینه ی دهان شیرخوار، یک روند سریع است ولی از جهات مختلفی، با معاینه ی معمول، متفاوت می باشد.

- والد به عنوان فردی که استرس و ترس کودک را رفع کرده و به باز کردن دهان او کمک می کند، در معاینه شرکت می کند.
- ممکن است، شیرخوار گریه کند که مطلوب و کمک کننده است.

روش ترجیحی معاینه ی شیرخوار، وضعیت زانو به زانو است که در آن، والد و ارائه کننده ی خدمات دندان پزشکی روبه روی یکدیگر می نشینند. در حالت ایده آل، باید زانوهای آن ها هم دیگر را لمس کرده و کمی در هم گیر کنند تا یک سطح مسطح ایجاد شده و کودک بتواند روی این سطح بخوابد.

ابتدا، شیرخوار به سمت والد نگه داشته شده و سپس در دامان ارائه کننده ی خدمات دندان پزشکی خوابانده می شود. والد، پاهای کودک را در دو طرف بدنش قرار داده و با آرنج، پاها را نگه می دارد. والد، دستهای کودک را نگاه داشته و ارائه کننده ی خدمات دندان پزشکی درحالی که به پایین نگاه می کند سر کودک را ثابت می نماید. این وضعیت، ممکن است بعضی از والدین را نگران کند. بنابراین، باید قبل از شروع کار، به آن ها توضیح داد.

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 به‌خوبی 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 ۶ ماهگی رویش پیدا می‌کند و زمان تکمیل دندان‌های شیری حدود ۲ تا ۲/۵ سالگی است. دندان درآوردن یک مرحله‌ی طبیعی از زندگی شیرخوار است و در اکثر موارد درد و ناراحتی به همراه ندارد. علائم دندان درآوردن شامل قرمزی و التهاب لثه در ناحیه‌ی محل رویش، برجستگی لثه و خارش در همین ناحیه، افزایش بزاق و جاری شدن آن از دهان شیرخوار، ناراحتی و گریه‌ی زیاد، بی‌خوابی 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 می‌شود تا کودک هر چیزی را به دهان خود ببرد و در نتیجه، ممکن است به‌علت آلودگی دچار اسهال شود. وجود پلاک روی دندان‌ها را نگاه کنید.

پلاک روی دندان‌های شیری، پیش‌گویی کننده‌ی قوی پوسیدگی‌های دندان در آینده است. بنابراین، بعد از آموزش سلامت دهان، والدین می‌توانند موفقیت را با مشاهده‌ی 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.

نشانه‌های وجود تروما را نگاه کنید.

نشانه‌های تروما روی صورت یا در داخل حفره‌ی دهان یا دندان‌ها باید به‌دقت بررسی شده و برای معاینات کامل‌تر به دندان پزشک ارجاع شود.

پوسیدگی دندان‌ها را نگاه کنید.

پوسیدگی، یک بیماری میکروبی عفونی است که با تخریب موضعی عاج و مینا همراه است. محل‌های شایع پوسیدگی شیارهای سطح جونده، سطوح بین‌دندانی، طوق دندان یا ناحیه‌ی اتصال لثه و دندان می‌باشد.

علائم پوسیدگی عبارتند از:

- تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه‌ای یا سیاه
- سوراخ شدن دندان
- بوی بد دهان
- حساس بودن یا دردگرفتن دندان هنگام خوردن غذاهای سرد، ترش یا شیرین که بسته به شدت پوسیدگی متفاوت است.
- پوسیدگی بین‌دندانی می‌تواند باعث گیر کردن مواد غذایی بین دندان‌ها و یا پاره شدن نخ دندان هنگام استفاده شود.

چگونه کودک زیر ۲ سال را از نظر وضعیت سلامت دهان و دندان طبقه‌بندی کنید؟

تمام کودکان را پس از ارزیابی طبقه‌بندی کنید.

نشانه‌های کودک را با نشانه‌های ذکر شده در هر ردیف جدول رنگی طبقه‌بندی مقایسه نموده و طبقه‌بندی مناسب را انتخاب کنید. برای وضعیت سلامت دهان و دندان کودک، سه طبقه‌بندی وجود دارد که عبارتند از: ۱- مشکل دندانی شدید یا پرخطر، ۲- مشکل دندانی متوسط یا خطر متوسط و ۳- مشکل دندانی ندارد یا کم‌خطر.

۱- مشکل دندان‌های شدید یا پرخطر

در صورتی که کودک دندان درد دارد، یا دندان به‌طور کامل از دهان بیرون افتاده است، یا تورم و قرمزی لثه، یا تورم صورت، یا پوسیدگی دندان‌ها (بیش از ۱۰ عدد یا سندرم شیشه شیر) دارد، در طبقه‌بندی "مشکل دندان‌های شدید یا پرخطر" قرار می‌گیرد و باید در اسرع وقت کودک برای ارزیابی بیشتر به دندانپزشک ارجاع داده شود.

۲- مشکل دندان‌های متوسط یا خطر متوسط

در صورتی که کودک پوسیدگی دندان‌ها، وجود پلاک روی دندان‌ها، تمیز نکردن دندان‌های کودک توسط والدین یا سابقه ضربه به دندان‌ها دارد و یا در معرض خطر پوسیدگی دندان باشد (کودک با شیشه شیر به مدت طولانی یا در طول شب، شیر می‌خورد، در فواصل مراقبت‌ها بر تعداد پوسیدگی‌ها اضافه شده باشد، پدر و مادر و یا برادر و خواهر کودک پوسیدگی دندان داشته باشند، از قندها یا میان‌وعده‌های ایجادکننده پوسیدگی دندان‌مانند آب‌میوه صنعتی، نوشابه و داروهای شیرین در فواصل وعده‌های غذایی استفاده کند) در طبقه‌بندی "مشکل دندان‌های متوسط یا خطر متوسط" قرار می‌گیرد و روش‌های صحیح مسواک زدن و همچنین توصیه‌های بهداشت دهان و دندان را به مادر آموزش دهید و به مادر توصیه کنید که در اولین فرصت برای ارزیابی بیشتر به دندان‌پزشک مراجعه کند.

۳- مشکل دندان‌های کم خطر

در صورتی که کودک هیچ‌یک از نشانه‌های ذکر شده در جدول طبقه‌بندی وضعیت سلامت دهان و دندان را ندارد ولی مادر در حین بارداری تحت مراقبت دندان‌پزشک نبوده است یا کودک مشکل دندان درآوردن دارد یا کودک تا قبل از یکسالگی توسط دندان‌پزشک معاینه نشده باشد یا از صندلی مخصوص کودک در حین رانندگی استفاده نشود، یا کمتر از ۲ بار مسواک می‌زند یا والدین در مسواک زدن برای کودک همکاری نمی‌کنند، در طبقه‌بندی "کم‌خطر از نظر مشکل دندان‌های" قرار می‌گیرد. به مادر این کودک توصیه‌های بهداشت دهان و دندان را آموزش داده، روش‌های صحیح مسواک زدن را به مادر آموزش دهید. در غیر این صورت مادر را تشویق کنید که در مراقبت‌های بعدی مراجعه کند.

۴- مشکل دندان‌های ندارد

در صورتی که کودک هیچ‌یک از نشانه‌های ذکر شده در جدول طبقه‌بندی وضعیت سلامت دهان و دندان را ندارد در این طبقه‌بندی قرار می‌گیرد.

در اینجا جدول ارزیابی و طبقه بندی کودک زیر ۲ سال از نظر وضعیت دهان و دندان آمده است:

توصیه ها	طبقه بندی	نشانه ها
<p>انجام اقدامات مربوط به بیرون افتادن کامل دندان</p> <p>دادن استامینوفن در صورت درد</p> <p>ارجاع به دندانپزشک در اسرع وقت برای ارزیابی بیشتر</p> <p>۲۴ ساعت بعد پیگیری شود برای اطمینان از مراجعه به دندانپزشک و ۳ ماه بعد پیگیری برای بررسی رفع مشکل</p>	<p>مشکل دندانی شدید</p> <p>یا</p> <p>پر خطر</p>	<ul style="list-style-type: none"> درد یا بیرون افتادن کامل دندان از دهان یا تورم و قرمزی لثه یا تورم صورت یا نشانه‌های ضربه یا پوسیدگی زودرس دوران کودکی
<p>آموزش به مادر در مورد روش های صحیح تمیز کردن دندان‌های کودک</p> <p>آموزش به والدین در مورد توصیه های بهداشت دهان و دندان</p> <p>توصیه به مراجعه به دندانپزشک در اولین فرصت برای ارزیابی بیشتر</p> <p>پیگیری ۶ ماه بعد برای بررسی رفع مشکل</p>	<p>مشکل دندانی</p> <p>متوسط دارد</p> <p>یا</p> <p>خطر متوسط</p>	<ul style="list-style-type: none"> پوسیدگی یا نقاط سفید گچی یا تأخیر رویش دندان‌ها یا وجود پلاک روی دندان‌ها یا تمیز نکردن دندان‌های کودک توسط والدین یا سابقه ضربه به صورت یا خطر پوسیدگی دارد (پاسخ سؤال ۸ تا ۹ بله باشد)
<p>آموزش به مادر برای انجام درمان‌های دندان‌پزشکی و رعایت سلامت دهان و دندان و امکان انتقال پوسیدگی از مادر به شیرخوار، استفاده از صندلی مخصوص کودک</p> <p>آموزش به مادر در مورد توصیه‌های سلامت دهان و دندان و تهیه مسواک انگشتی</p> <p>تشویق مادر برای مراجعه در مراقبت‌های بعدی (به فاصله حداقل یکسال بعد)</p>	<p>از نظر مشکل دندانی</p> <p>کم خطر</p>	<ul style="list-style-type: none"> مادر در حین بارداری تحت مراقبت دندان‌پزشکی نبوده است مشکل دندان درآوردن معاینه نشدن توسط دندان‌پزشک تا قبل از یکسالگی
<p>توصیه‌های بهداشت دهان و دندان را به والدین ارائه دهید</p> <p>آن‌ها را برای انجام معاینات دوره‌ای توسط دندانپزشک/بهداشت‌کار دهان و دندان الزام نمایید.</p> <p>ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید</p>	<p>مشکل دندانی ندارد</p>	<ul style="list-style-type: none"> عدم وجود هر یک از نشانه‌های فوق

ارزیابی کودک بالای ۲ سال از نظر وضعیت دهان و دندان

در همه کودکان از مادر در مورد علت مراجعه سؤال کنید. نشانه‌های خطر، وزن، قد، دور سر و تغذیه کنترل کنید. سپس کودک را از نظر وضعیت سلامت دهان و دندان کنترل کنید.

نگاه کنید	سؤال کنید
<ul style="list-style-type: none"> ● تاخیر رویش* ● تورم صورت ● نقاط سفید گچی روی دندان (دکلسفیه شدن) ● پوسیدگی دندان‌ها یا سندرم شیشه شیر ● تجمع پلاک قابل دیدن ● تورم و قرمزی لثه‌ها 	<p>۱- آیا والدین در مسواک زدن به کودک کمک می‌نمایند؟</p> <p>۲- آیا کودک به تنهایی یا با همکاری والدین کمتر از ۲ بار در روز مسواک می‌کند؟</p> <p>۳- آیا کودک شما سابقه ضربه به دندان‌ها را دارد؟</p> <p>۴- آیا کودک دندان درد دارد؟</p> <p>۵- آیا کودک از خمیردندان فلوراید دار و یا فلوراید های مکمل استفاده می‌کند؟ (از ۳ سالگی از وارنیش فلوراید برای کودکان استفاده شود).</p> <p>۶- آیا در فواصل مراقبت‌ها بر تعداد پوسیدگی‌ها اضافه شده است؟</p> <p>۷- آیا از قندها یا میان‌وعده‌های ایجاد کننده پوسیدگی دندان در فواصل وعده‌های غذایی (مصرف آب میوه صنعتی، نوشابه، داروهای شیرین و ...) استفاده می‌شود؟</p> <p>۸- بعد از ۴ سالگی: آیا کودک شمعادات غلط دهانی (مثل مکیدن انگشت شست، پستانک، ۰۰۰) دارد؟</p>

مشکل کودک را با استفاده از جدول رنگی طبقه‌بندی، برای کنترل وضعیت دهان و دندان طبقه‌بندی کنید

سپس وضعیت بینایی، شنوایی، تکامل، واکسیناسیون و مصرف مکمل‌های دارویی را کنترل کنید. در مورد تغذیه کودک، پیشگیری از آسیب‌های کودکان و رابطه متقابل کودک و والدین برای ارتقای تکامل کودک با مادر مشاوره کنید.

سؤال کنید:

- ۱- آیا والدین در مسواک زدن دندان و تمیز کردن لثه‌ها به کودکشان کمک می‌نمایند؟
کودکان تا ۶ سالگی، به تنهایی نمی‌توانند به‌طور 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 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 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 سابقه‌ی 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 جوانه‌ی دندان‌های دائمی زیرین گردد. در صورت وجود سابقه‌ی ضربه (شکستگی قسمتی از تاج، فرو رفتگی دندان در محل خود، لقی دندان و تغییر رنگ دندان)، با توجه به جدول طبقه‌بندی 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 ایستاده‌اند، اغلب زمانی که ماشین به‌طور ناگهانی متوقف می‌شود در اثر برخورد با داشبورد یا شیشه‌ی 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 طبقه‌بندی به دندان پزشک ارجاع داده می‌شود.

۵- آیا کودک از خمیردندان فلوراید و یا فلوراید‌های مکمل استفاده می‌کند؟ (از ۳ سالگی از وارنیش فلوراید برای کودکان استفاده شود)

مکمل‌های خوراکی فلوراید، منبع تغذیه‌ای از فلوراید برای کودکانی که به آب فلورایددار دسترسی ندارند فراهم می‌کند. برخی از کودکان نیز به‌علت 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 در فواصل مراقبت‌ها بر تعداد پوسیدگی‌ها اضافه شده است؟ به جدول ارزیابی ریسک پوسیدگی دندان مراجعه شود.

۷- آیا از قندها یا میان‌وعده‌های 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.

برای سؤالی‌های شماره ۶ و ۷ از جدول ارزیابی ریسک پوسیدگی برای گروه سنی ۶-۱۰ سال (جدول شماره) که جدولی استاندارد برای ارزیابی پوسیدگی می‌باشد و در قسمت کودک زیر ۲ سال آمده است استفاده شود.

۸- آیا کودک مکیدن‌های غیرتغذیه‌ای (مکیدن انگشت شست، پستانک و ...) دارد؟

این سؤال را در کودکان بزرگ‌تر از ۴ سال از مادر بپرسید. مکیدن‌های غیرتغذیه‌ای مانند مکیدن انگشت شست در کودک کوچک‌تر از ۲ سال وجود دارد که به‌طور 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 طبقه‌بندی، به دندان پزشک ارجاع شود.

نگاه کنید:.

تأخیر رویش دندان‌ها را نگاه کنید:

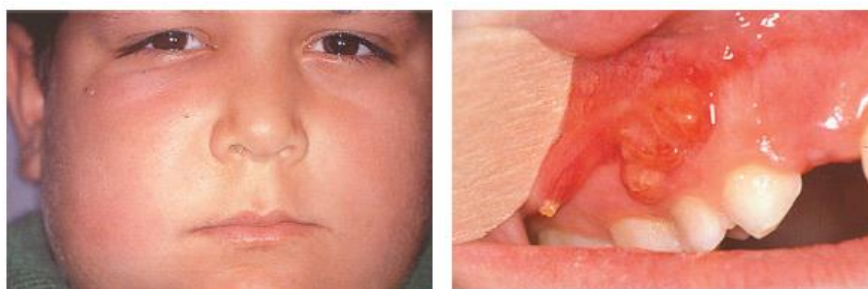
هر فردی در طی زندگی خود دو سری دندان شیری و دائمی دارد. زمان رویش اولین دندان شیری، حدود ۶ ماهگی و زمان تکمیل دندان‌های شیری، ۲/۵-۲ سالگی است. تعداد کل دندان‌های شیری، ۲۰ عدد (در هر نیم فک، ۵ دندان) می‌باشد. زمان رویش اولین دندان دائمی، حدود ۶ سالگی (دندان آسیای اول دائمی یا دندان ۶ سالگی) و زمان تکمیل دندان‌های دائمی (به جز عقل)، حدود ۱۲ الی ۱۳ سالگی است. تعداد کل دندان‌های دائمی (بدر نظر گرفتن دندان عقل)، ۳۲ عدد (در هر نیم فک ۸ 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. باتوجه 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 طبقه‌بندی مشکل‌دندانی دارد، قرار دهید..

*جدول زمان رویش دندان‌های شیری و دائمی

دندان شیری	فک بالا	فک پایین	دندان دائمی	فک بالا	فک پایین
پیش میانی	۸-۱۲ ماهگی	۶-۱۰ ماهگی	پیش میانی	۷-۸ سالگی	۶-۷ سالگی
پیش طرفی	۹-۱۳ ماهگی	۱۰-۱۶ ماهگی	پیش طرفی	۸-۹ سالگی	۷-۸ سالگی
نیش	۱۶-۲۲ ماهگی	۱۷-۲۳ ماهگی	نیش	۱۱-۱۲ سالگی	۹-۱۰ سالگی
آسیای اول	۱۳-۱۹ ماهگی	۱۴-۱۸ ماهگی	اولین آسیای کوچک	۱۰-۱۱ سالگی	۱۰-۱۲ سالگی
آسیای دوم	۲۵-۳۳ ماهگی	۲۳-۳۱ ماهگی	دومین آسیای کوچک	۱۰-۱۲ سالگی	۱۱-۱۲ سالگی
			اولین آسیای بزرگ	۶-۷ سالگی	۶-۷ سالگی
			دومین آسیای بزرگ	۱۲-۱۳ سالگی	۱۱-۱۳ سالگی

تورم صورت کودک را نگاه کنید.

در صورت وجود هرگونه تورم در ناحیه‌ی 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 داخل دهانی در سمت راست دهان- آبسه خارج دهانی در سمت راست صورت

نقاط سفید گچی را 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.



الف) فلوروزیس خفیف ب) فلوروزیس متوسط پ) فلوروزیس شدید.

پوسیدگی دندان‌ها را نگاه کنید.

پوسیدگی، یک بیماری میکروبی عفونی است که با تخریب موضعی عاج و مینا همراه است. میکروبهای موجود در پلاک میکروبی باقیمانده‌های 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. پلاک میکروبی یک لایه بی‌رنگ چسبنده از باکتری و مواد قندی است که به صورت مرتب روی دندان‌ها تشکیل می‌شود و اصلی‌ترین دلیل ایجاد پوسیدگی دندان 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 کننده‌ی پلاک) استفاده می‌شود. اگر پلاک میکروبی مدت طولانی روی دندان باقی مانده و توسط مسواک و نخ دندان از سطح دندان‌ها تمیز نگردد، به لایه‌ای سخت به رنگ زرد یا قهوه‌ای تبدیل می‌گردد که جرم دندان نامیده می‌شود.

چهار عامل اصلی در ایجاد پوسیدگی دندان نقش دارند:

۱- میکروب‌ها

۲- مواد قندی

۳- مقاومت شخص و دندان

۴- زمان

در دهان هر فرد به طور طبیعی انواع و اقسام میکروب‌ها وجود دارد ولی همه‌ی میکروب‌های موجود در دهان پوسیدگی‌زا نیستند. 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 ماده‌ی 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 حفره‌ی 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.

شیارهای سطح جونده:

در سنین اولیه‌ی رویش دندان‌های آسیای دائمی که دارای شیارهای عمیق می‌باشند، به دلیل تجمع مواد غذایی در داخل شیارها، احتمال ایجاد پوسیدگی خیلی زیاد می‌باشد.

محل های شایع پوسیدگی شیارهای سطح جونده، سطوح بین دندانی، طوق دندان یا ناحیه ی اتصال لثه و دندان می باشد (شکل ۱-۲). از کتاب کودک سالم برداشته شود

سطوح بین دندانی: به علت عدم دسترسی موهای مسواک به این منطقه و عدم استفاده از نخ دندان، میزان تجمع مواد غذایی و در نهایت احتمال پوسیدگی در این سطوح بالا است. لازم به ذکر است که این مناطق را تنها با استفاده از نخ دندان می توان تمیز کرد. طوق دندان یا ناحیه ی اتصال لثه با دندان: معمولاً میکروبها در ناحیه ی طوق دندان تجمع می یابند. بنابراین، اگر در هنگام مسواک کردن، دقت کافی برای تمیز کردن این ناحیه صورت نگیرد، پوسیدگی طوق دندان ایجاد می گردد، تجمع میکروبها در این ناحیه باعث بروز بیماری های لثه هم می شود.

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 نمی کنند 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 درمان های ویژه قرار می گیرند.
- جدول ارزیابی ریسک پوسیدگی برای گروه سنی ۶-۰ سال می تواند برای شناخت افراد در معرض خطر پوسیدگی دندان مفید باشد.

تظاهرات پوسیدگی

- تغییر رنگ مینای دندان؛ در محل پوسیدگی مینا، قهوه ای یا سیاه رنگ می شود.
 - سوراخ شدن دندان در محل پوسیدگی؛ گاهی میزان این تخریب کم است و فقط با معاینه ی دقیق مشخص می گردد و گاه، مقدار زیادی از دندان از بین می رود، به طوری که شخص فکر می کند دندان او شکسته است.
 - حساس بودن یا دردگرفتن دندان؛ در موقع خوردن غذاهای سرد، گرم، ترش و شیرین یا وقتی که دندانها را روی هم فشار می دهیم.
 - بوی بد دهان که می تواند به علل مختلف ایجاد شود.
 - پوسیدگی های بین دندانی می تواند باعث گیر کردن مواد غذایی بین دندانها و یا پاره شدن نخ دندان هنگام استفاده شود.
- نکته:** هر تغییر رنگی در سطح دندان به معنی پوسیدگی نمی باشد.



پوسیدگی زودرس دوران کودکی (Early Childhood Caries, ECC) عبارت است از: حضور بیش از یک سطح دندانی پوسیده (ضایعات حفره‌دار یا بدون حفره)، از دست رفته (به دلیل پوسیدگی) یا پر شده در هر دندان شیری در کودک ۷۱ ماهه یا کوچک‌تر. هرگونه علامتی از پوسیدگی سطوح صاف در کودک کوچک‌تر از ۳ سال نشانگر ECC شدید است. ویژگی دیگر ECC، پیشرفت سریع پوسیدگی می‌باشد.



پوسیدگی زودرس دوران کودکی

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.
 - شیشه‌ها 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 مشاوره‌ی سلامت دهان کودک باید طی ۶ ماه بعد از رویش اولین دندان و نه دیرتر از ۱۲ ماهگی صورت گیرد.

تورم و قرمزی لثه‌ی کودک را نگاه کنید.

نشانه‌های لثه‌ی سالم عبارتند از: رنگ صورتی، قوام سفت و محکم، تبعیت شکل لثه از شکل و طرز قرارگیری دندان‌ها، تیز بودن لبه‌ی لثه به طوری که مثل لایه‌ای روی دندان کشیده شود و عدم وجود هرگونه ناهمواری یا لبه‌ی پهن بین دندان و لثه، به طوری که فضای بین دندان‌ها توسط لثه پر شود در برخی از آن‌هایی که رنگ چهره تیره است، ممکن است لکه‌های قهوه‌ای رنگی روی لثه دیده شود که طبیعی است.

لثه‌ی متورم که با کوچک‌ترین تماسی، 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.



نمای یک لثه 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، خون‌ریزی داشته باشد. در صورت بروز این علائم، علاوه بر توصیه‌های بهداشتی، باید کودک را به دندان‌پزشک ارجاع داد. پریودنتیت: زمانی که التهاب لثه ادامه یابد، لثه شروع به تحلیل رفتن می‌کند. به تدریج، بیماری به بافت‌های نگه‌دارنده‌ی دهان پیشرفت می‌کند 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 جرم‌دندانی 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 جرم‌گیری شود.

بیماری‌های لثه در کودکان: ژنژیویت رویشی در زمان رویش دندان در کودکان اتفاق می‌افتد. با این حال، رویش‌دندانی به خودی خود موجب ژنژیویت نمی‌شود. این التهاب ناشی از تجمع پلاک اطراف دندان‌های درحال 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 درحال 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.

عکس زیر برای درک بیشتر قسمت نگاه کنید است:



▲ نقاط سفید گچی روی دندان / دکلسیفیه شده

حضور نقاط سفید گچی، کودک را در گروه خطر متوسط قرار می دهد.



▲ پوسیدگی واضح

حضور پوسیدگی واضح در دهان، کودک را در گروه خطر متوسط قرار می دهد.



▲ وجود ترمیم دندانی

وجود ترمیم دندانی، کودک را در گروه خطر متوسط قرار می دهد.



▲ تجمع پلاک قابل دیدن

پلاک تجمعی از خرده های غذا و باکتری ها است که به صورت یک لایه نرم به سطح دندان چسبیده است. کسی که مراقبت بهداشتی را انجام می دهد می تواند به والدین یاد دهد که چگونه این پلاک را بردارند.



▲ ژنژویت

ژنژویت التهاب لثه است که با بهداشت دهان خوب برطرف می شود



دندان های سالم

میزان فلوراید مورد نیاز را تعیین کنید (مقایسه با جدول زیر).

تجویز اشکال مختلف فلوراید به سن کودک، تاریخچه‌ی 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، استفاده‌ی مطلوب از فلوراید موضعی یک ملاحظه‌ی مهم است که از راه استفاده از خمیر دندان، ژل و دهان شویه به دست می‌آید. در مورد 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 برنامه‌ی دوزاژ مکمل فلوراید، می‌توان به نیاز کودک برای فلوراید اضافی پی‌برد. در صورت کمبود فلوراید، کودک را به دندان پزشک ارجاع دهید.

برنامه‌ی دوزاژ مکمل فلوراید

غلظت فلوراید در آب			سن
> ۰/۱ppm	۰/۳ – ۰/۱ppm	< ۰/۳ ppm	
			تولد تا ۶ ماهگی
		۰/۲۵ میلی‌گرم	۶ ماهگی تا ۳ سالگی
	۰/۲۵ میلی‌گرم	۰/۵ میلی‌گرم	۳ تا ۶ سالگی
	۰/۵ میلی‌گرم	۱ میلی‌گرم	۶ تا ۱۶ سالگی

چگونه کودک بالای ۲ سال را از نظر وضعیت سلامت دهان و دندان طبقه‌بندی کنید؟

تمام کودکان را پس از ارزیابی طبقه‌بندی کنید.

نشانه‌های کودک را با نشانه‌های ذکر شده در هر ردیف جدول رنگی طبقه‌بندی مقایسه نموده و طبقه‌بندی مناسب را انتخاب کنید. برای وضعیت سلامت دهان و دندان کودک، سه طبقه‌بندی وجود دارد که عبارتند از: ۱- مشکل دندانی شدید یا پرخطر، ۲- مشکل دندانی متوسط یا خطر متوسط و ۳- مشکل دندانی ندارد.

۱- مشکل دندانی شدید یا پرخطر

در صورتی که کودک دندان درد دارد، یا دندان به‌طور کامل از دهان بیرون افتاده است، یا تورم و قرمزی لثه، یا تورم صورت، یا پوسیدگی دندان‌ها (بیش از ۱۰ عدد یا سندرم شیشه شیر) دارد، در طبقه‌بندی "مشکل دندانی شدید یا پرخطر" قرار می‌گیرد و باید در اسرع وقت کودک برای ارزیابی بیشتر به دندانپزشک ارجاع داده شود. ۲۴ ساعت 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 صورتی که کودک پوسیدگی دندان‌ها، وجود پلاک روی دندان‌ها، تمیز نکردن دندان‌های کودک توسط والدین یا سابقه ضربه به دندان‌ها دارد و یا در معرض خطر پوسیدگی دندان باشد (کودک با شیشه شیر به مدت طولانی یا در طول شب، شیر می‌خورد، در فواصل مراقبت‌ها بر تعداد پوسیدگی‌ها اضافه شده باشد، پدر و مادر و یا برادر و خواهر کودک پوسیدگی دندان داشته باشند، از

قندها یا میان‌وعده‌های ایجاد کننده پوسیدگی دندان‌ی مانند آبمیوه صنعتی، نوشابه و داروهای شیرین در فواصل وعده‌های غذایی استفاده کند)، در رویش دندان‌ها تأخیر داشته باشد (از ماکزیمم زمان نهایی مشخص شده برای رویش یک دندان بیش از ۶ ماه بگذرد) و یا کودک بعد از ۴ سالگی مکیدن‌های غیر تغذیه‌ای داشته باشد، در طبقه‌بندی " مشکل دندان‌ی متوسط یا خطر متوسط" قرار می‌گیرد. تأخیر در رویش دندان‌ها نیاز به مشاوره ژنتیک دارد. روش‌های صحیح مسواک زدن و همچنین توصیه‌های بهداشت دهان و دندان را به مادر آموزش دهید و به مادر توصیه کنید که در اولین فرصت برای ارزیابی بیشتر به دندان‌پزشک مراجعه کند. ۶ ماه بعد برای بررسی رفع مشکل پیگیری کنید.

۵- مشکل دندان‌ی ندارد

در صورتی که کودک هیچ‌یک از نشانه‌های ذکر شده در جدول طبقه‌بندی وضعیت سلامت دهان و دندان را ندارد، در طبقه‌بندی " 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. مادر را تشویق کنید که در مراقبت‌های بعدی مراجعه کند. در اینجا جدول ارزیابی و طبقه‌بندی کودک بالای ۲ سال از نظر وضعیت دهان و دندان آمده است:

نشانه‌ها	طبقه‌بندی	توصیه‌ها
<ul style="list-style-type: none"> درد یا بیرون افتادن کامل دندان از دهان یا تورم و قرمزی لثه‌ها یا ورم صورت یا پوسیدگی دندان‌ها (بیش از ۱۰ دندان یا سندرم شیشه شیر) 	<p>مشکل دندان‌ی شدید یا پرخطر</p>	<ul style="list-style-type: none"> اقدامات مربوط به بیرون افتادن کامل دندان را انجام دهید اگر درد دارد استامینوفن بدهید در اسرع وقت کودک را برای ارزیابی بیشتر به دندان‌پزشک ارجاع دهید ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود برای اطمینان از مراجعه به دندان‌پزشک و ۳ ماه بعد پیگیری برای بررسی رفع مشکل
<ul style="list-style-type: none"> پوسیدگی دندان‌ها (کمتر از ۱۰ دندان) یا تأخیر در رویش یا وجود پلاک روی دندان‌ها یا مکیدن‌های غیر تغذیه‌ای (بعد از ۴ سالگی) یا اگر والدین در مسواک زدن برای کودک همکاری نمی‌کنند یا کودک کمتر از دو بار مسواک می‌زند یا سابقه ضربه به دندان یا عدم استفاده از خمیردندان فلورایددار و یا فلوراید‌های مکمل اضافه شدن تعداد پوسیدگی‌های دندان در فواصل مراقبت‌ها استفاده از قندها یا میان‌وعده‌های ایجاد کننده پوسیدگی دندان در فواصل وعده‌های غذایی 	<p>مشکل دندان‌ی متوسط یا خطر متوسط</p>	<ul style="list-style-type: none"> روش‌های صحیح مسواک زدن را به مادر آموزش دهید توصیه‌های بهداشت دهان و دندان را به والدین آموزش دهید اگر کمتر از ۲ بار مسواک می‌زند یا والدین در مسواک زدن برای کودک همکاری نمی‌کنند روش‌های صحیح مسواک زدن را به مادر آموزش دهید. در مراقبت بعدی اصلاح روش مسواک زدن پیگیری شود در اولین فرصت برای ارزیابی بیشتر به دندان‌پزشک مراجعه کند (مخصوصاً تأخیر رویش) پیگیری ۶ ماه بعد برای بررسی رفع مشکل
<ul style="list-style-type: none"> عدم وجود هر یک از نشانه‌های فوق 	<p>مشکل دندان‌ی ندارد</p>	<ul style="list-style-type: none"> توصیه‌های بهداشت دهان و دندان را به والدین آموزش دهید و آن‌ها را برای انجام معاینات دوره‌ای* توسط دندان‌پزشک/بهداشت کاردهان و دندان‌الزام نمایید. از ۳ سالگی برای دریافت خدمات و آرنیش فلوراید ارجاع داده شود والدین را تشویق کنید که سالی یکبار برای مراقبت‌های دهان و دندان کودک مراجعه کنند مشاوره لازم به مادر ارائه شود ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید

فصل ۱۱

ارزیابی بینایی کودک

در همه کودکان از مادر در مورد علت مراجعه سؤال کنید. نشانه‌های خطر یا وضعیت عمومی، زردی، وزن، قد، دور سر، تغذیه و وضعیت سلامت دهان و دندان کنترل کنید. سپس کودک را از نظر وضعیت سلامت بینایی کنترل کنید.



نگاه کنید	سؤال کنید	سن
<ul style="list-style-type: none"> • ظاهر چشم ** (پلک‌ها، قرنیه و مردمک معمولی باشند) • چشم‌ها هم راستا (صاف) باشند. • اگر از برنامه غربالگری تنبلی چشم، جا مانده است، حدت بینایی را با چارت اسنلن اندازه بگیرید یا به چشم پزشک یا کارشناس بینایی سنجی ارجاع دهید. 	<ul style="list-style-type: none"> • آیا نوزاد نارس به دنیا آمده است؟ • آیا سابقه بیماری مادرزادی یا ارثی چشم در خانواده وجود داشته است؟ (به جز اختلالات انکساری و استفاده از عینک) • آیا چشم‌ها لرزش دارند؟ • آیا چشم‌ها اشک ریزش دارد؟ • آیا چشم‌ها ترشح و قی مزمن دارند؟ • آیا به شکل افراطی از نور گریزان است؟ (از نور می‌ترسد یا از نور دوری می‌کند؟) 	اولین ویزیت (زیر ۲ ماه)
	<ul style="list-style-type: none"> • آیا کودک به صورت مادر با توجه نگاه می‌کند؟ • آیا با توجه به اطراف نگاه می‌کند؟ • آیا مادر در مورد انحراف و توجه بینایی نگرانی دارد؟ 	۷ ماهگی
	<ul style="list-style-type: none"> • آیا دید کودک در برنامه ملی غربالگری سالانه تنبلی چشم ارزیابی شده است؟ (سالی یکبار) * 	۴ و ۵ و ۶ سالگی



با استفاده از جدول رنگی طبقه‌بندی، کودک را از نظر وضعیت بینایی طبقه‌بندی کنید.



سپس وضعیت شنوایی، تکامل، واکسیناسیون و مصرف مکمل‌های دارویی را کنترل کنید. در مورد تغذیه کودک، پیشگیری از آسیب‌های کودکان و رابطه متقابل کودک و والدین برای ارتقای تکامل کودک با مادر مشاوره کنید.

چگونه کودک را از نظر سلامت بینایی ارزیابی کنید:

کودک را از نظر وضعیت بینایی ارزیابی کنید. ابتدا، از مراقب یا مادر کودک موارد زیر را بپرسید: هر یک از سؤالات زیر نیاز به توضیح دارد

اولین ویزیت (زیر ۶ ماه ترجیحاً زیر ۲ ماه):

- آیا کودک به صورت شما نگاه می کند؟ نوزادان، کمی دوربین هستند که مقدار آن به تدریج تا ۲ 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 ۲هفتگی، علاقه ی بیشتری به اشیای بزرگ دارد.
 - آیا به شکل افراطی از نور گریزان است؟ (از نور می ترسد یا از نور دوری می کند؟)
 - آیا چشمها اشک ریزش دارد؟
 - آیا باتوجه به اطراف نگاه می کند؟
 - آیا می تواند چیزی را با نگاه تعقیب کند؟ نوزاد در ۸ تا ۱۰ هفتگی اشیا را تا ۱۸۰ درجه تعقیب می کند.
 - آیا چشمها با هم در مرکز قرار دارند؟ ممکن است در هفته های اول، چشمها در یک خط نباشند. هماهنگی چشمها در ۳ تا ۶ ماهگی روی می دهد. انحراف مداوم چشمها نیاز به بررسی دارد.
 - آیا چشمها لرزش دارند؟
- ۴ و ۵ و ۶ سالگی:

آیا در برنامه ملی غربالگری تنبلی چشم ارزیابی دید شده است؟ (سالی یکبار)
در صورتی که دید کودک در برنامه غربالگری ملی تنبلی چشم در سالهای ۴ سالگی، ۵ سالگی و ۶ سالگی گرفته شده است، ارزیابی بیشتر لازم نیست. در صورتی که در ۴ سالگی انجام نشده باشد، ۵ سالگی در برنامه ملی غربالگری تنبلی چشم مراجعه کند و در صورتی که در ۵ سالگی انجام نشده باشد، ۶ سالگی مراجعه کند و اگر در ۶ سالگی انجام نشده باشد، حدت بینایی کودک را با چارت اسنلن بگیرید یا او را به چشم پزشک و یا بینایی سنج ارجاع دهید و پیگیری کنید که حتماً برای اندازه گیری حدت بینایی مراجعه کرده باشد.

به چشمهای 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، چشمها در یک خط نباشند. هماهنگی چشمها در ۳ تا ۶ ماهگی روی می دهد.
 - انحراف مداوم چشمها نیاز به ارزیابی دارد.
- بینایی کودک را بررسی کنید:
 - تست قدرت بینایی: کودکان ۶-۴ 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. حدت بینایی در نوزاد ترم ۲۰/۱۵۰ است و در حوالی ۶ سالگی به حد بزرگسالان (۲۰/۲۰) می رسد. بررسی حدت بینایی در شیرخوار با

کیفیت نگاه او و تعقیب وسیله‌ی مورد نظر بررسی می‌شود. فاصله‌ی ایده‌آل میان کودک و چارت معاینه ۳ متر است (طبق دستورالعمل چارت‌ها) و یک ردیف از اعداد یا حروف بهتر از یک عدد یا حرف می‌باشد. 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. تست E با تمرین‌های قبل از تست در سن ۴ سالگی و چارت حدت اسنلن، چنان چه کودک حروف را بشناسد در ۵ یا ۶ سالگی مقدور است. در سن ۴ سالگی و ۵ یا ۶ سالگی، حدت بینایی به ترتیب در حدود، ۲۰/۴۰، ۲۰/۳۰ و ۲۰/۲۰ است.

چگونه کودک را از نظر وضعیت بینایی طبقه‌بندی کنید؟

تمام کودکان را پس از ارزیابی طبقه‌بندی کنید.

- نشانه‌های کودک را با نشانه‌های ذکر شده در هر ردیف جدول رنگی طبقه‌بندی مقایسه نموده و طبقه‌بندی مناسب را انتخاب کنید. برای وضعیت بینایی دو طبقه‌بندی وجود دارد: ۱- احتمال مشکل چشم / بینایی ۲- مشکل چشم/ بینایی ندارد
- ۱- **نیازمند بررسی بیشتر از نظر چشم / بینایی:** در صورت عدم تطابق پاسخ مادر یا همراه، به هر سؤال و یا ظاهر یا حرکات غیرطبیعی چشم یا حدت بینایی کمتر از هفت دهم یا اختلاف حدت بینایی بین دو چشم به اندازه دو خط یا بیشتر یا اختلال بینایی مادرزادی یا پیشرونده، کودک در طبقه‌بندی نیازمند بررسی بیشتر از نظر چشم / بینایی قرار می‌گیرد. کودک را برای بررسی بیشتر به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید.
- ۲- **مشکل چشم/ بینایی ندارد:** در صورتی که هیچ‌یک از نشانه‌های فوق را نداشته باشد کودک در طبقه‌بندی مشکل چشم/ بینایی ندارد قرار می‌گیرد.

در اینجا جدول ارزیابی و طبقه بندی کودک از نظر بینایی آمده است:

توصیه ها	طبقه بندی	نشانه ها
<p>◀ کودک را برای ارزیابی بیشتر به مرکز سلامت جامعه / پزشک ارجاع دهید</p> <p>◀ ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود</p>	نیازمند بررسی بیشتر از نظر چشم / بینایی	<ul style="list-style-type: none"> • کودک نارس بدنیا آمده است یا • سابقه بیماری مادرزادی یا ارثی چشم در خانواده وجود داشته باشد یا • چشم لرزه یا • اشک ریزش یا • ترشح و قی مزمن یا • نورگریزی یا • به صورت مادر با توجه نگاه نمی‌کند (۷ ماهگی) یا • با توجه به اطراف نگاه نمی‌کند (۷ ماهگی) یا • نگرانی و شک مادر یا • ظاهر چشم غیر طبیعی یا • هم راستا نبودن چشم‌ها یا • جا ماندن از برنامه غربالگری تنبلی چشم یا • حدت بینایی کمتر از هفت دهم یا • اختلاف حدت بینایی بین دو چشم به اندازه دو خط یا بیشتر در سنین ۴ و ۵ و ۶ سالگی
<p>◀ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.</p>	مشکل چشم / بینایی ندارد	هیچ‌یک از نشانه‌های فوق را ندارد

ارزیابی کودک از نظر وضعیت شنوایی

در همه کودکان از مادر در مورد علت مراجعه سؤال کنید. نشانه‌های خطر، وزن، قد، دور سر، تغذیه، وضعیت سلامت دهان و دندان و بینایی را کنترل کنید. سپس کودک را از نظر وضعیت سلامت شنوایی کنترل کنید.



سن	سؤال کنید
اولین ویزیت	<ul style="list-style-type: none"> • آیا تست غربالگری شنوایی در دوران نوزادی انجام شده است؟ • در دوران بارداری مادر مبتلا به عفونت‌های داخل رحمی (سیفلیس، HIV، TORCH) بوده است؟ • وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم داشته است؟ • سابقه تعویض خون در دوره نوزادی داشته است؟ • سابقه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان NICU بیشتر از ۵ روز داشته است؟ • سابقه خانوادگی وجود کم شنوایی دائمی در دوره کودکی در خویشاوندان نزدیک دارد؟
۳-۶ سالگی	<ul style="list-style-type: none"> • آیا تست غربالگری شنوایی نوبت دوم (۳-۵ سالگی) انجام شده است؟ • آیا صدای تلویزیون یا رادیو را بلند می‌کند؟ (دیگران نسبت به حجم صدا اعتراض دارند)

با استفاده از جدول رنگی طبقه‌بندی، وضعیت شنوایی کودک را طبقه‌بندی کنید.



سپس وضعیت تکامل، واکسیناسیون و مصرف مکمل‌های دارویی را کنترل کنید. در مورد تغذیه کودک، پیشگیری از آسیب‌های کودکان و رابطه متقابل کودک و والدین برای ارتقای تکامل کودک با مادر مشاوره کنید.



چگونه کودک را از نظر سلامت شنوایی ارزیابی کنید:

سؤال کنید:

در مورد هر یک از عوامل خطر زیر از مادر سؤال کنید: به نظر می‌رسد برخی از این موارد نیاز به توضیح دارند

۱. آیا تست غربالگری شنوایی در دوران نوزادی انجام شده است؟ تمامی نوزادان در بدو تولد باید غربالگری شنوایی شوند. در صورتی که 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.
۲. در دوران بارداری مادر مبتلا به عفونت‌های داخل رحمی (سیفلیس، HIV، TORCH) بوده است؟ برخی از عفونت‌های داخل رحمی نوزاد را در معرض خطر کم شنوایی قرار می‌دهد.
۳. وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم داشته است؟
۴. سابقه تعویض خون در دوره نوزادی داشته است؟
۵. سابقه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان NICU بیشتر از ۵ روز داشته است؟
۶. سابقه خانوادگی وجود کم شنوایی دائمی در دوره کودکی در خویشاوندان نزدیک دارد؟

در صورتی که در هر یک از ویزیت‌ها والدین اظهار دارند که کودک یکی از موارد زیر را دارد، او را برای ارزیابی بیشتر به مرکز سلامت جامعه / پزشک ارجاع دهید:

- ۱- سابقه تماس با صداهای بالقوه صدمه‌زا مانند اصوات ناشی از انکوباتور و ونتیلاسیون (تهویه مکانیکی) و هرگونه اصوات انفجاری و بلند پیرامون کودک مانند موزیک‌های بلند.
- ۲- سابقه ضربه به سر (بخصوص مواردی که با از دست دادن هوشیاری یا شکستگی جمجمه همراه باشد و بستری شده باشد)
- ۳- نگرانی والدین یا مراقب کودک در مورد شنوایی، تکلم، زبان، تکامل و یادگیری کودک.

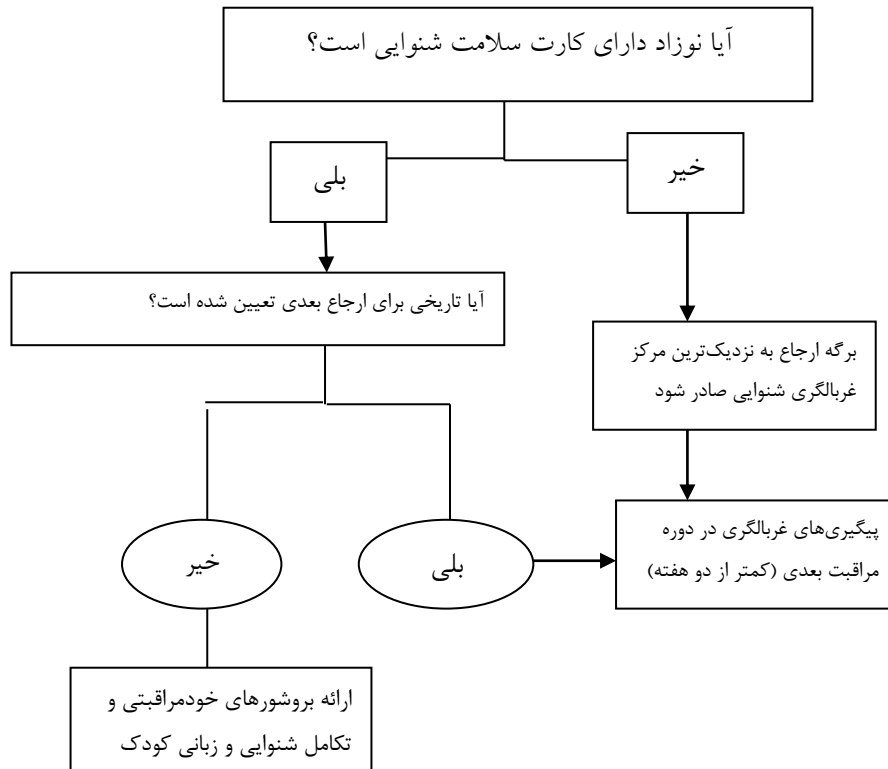
چگونه کودک را از نظر وضعیت شنوایی طبقه‌بندی کنید؟

تمام کودکان را پس از ارزیابی طبقه‌بندی کنید.

- نشانه‌های کودک را با نشانه‌های ذکر شده در هر ردیف جدول رنگی طبقه‌بندی مقایسه نموده و طبقه‌بندی مناسب را انتخاب کنید. برای وضعیت شنوایی ۲ طبقه‌بندی وجود دارد: ۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر گوش ۲- مشکل شنوایی ندارد
- ۱- **نیازمند بررسی بیشتر از نظر گوش:** در صورت عدم تطابق با شرایط مطلوب و وجود مشکل در هر مورد یا عدم انجام تست غربالگری در دوران نوزادی یا در ۶-۳ سالگی کودک نیازمند بررسی بیشتر از نظر گوش است. او را به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید.

الگوریتم زیر مراحل ارجاع کودک را نشان می‌دهد:

الگوریتم نظارتی به‌روز برای پیشگیری از بیماری‌های شنوایی:



۲- **مشکل شنوایی ندارد:** در صورتی که همه موارد بررسی شده با شرایط مطلوب تطابق داشته باشد و مشکلی نداشته باشد و غربالگری دوران نوزادی و ۳-۶ سالگی کودک انجام شده باشد کودک در طبقه‌بندی مشکل شنوایی ندارد قرار می‌گیرد. در این صورت زمان مراقبت بعدی را به مادر یادآور شوید و در مورد سلامت کودک با مادر مشاوره نمایید.

در اینجا جدول ارزیابی و طبقه‌بندی کودک از نظر شنوایی آمده است:

نشانه‌ها	طبقه‌بندی	توصیه‌ها
<ul style="list-style-type: none"> در صورت عدم تطابق با شرایط مطلوب یا انجام نشدن تست غربالگری در دوران نوزادی یا ۳-۶ سالگی 	نیازمند بررسی بیشتر از نظر گوش	<ul style="list-style-type: none"> ارجاع به مرکز سلامت جامعه/پزشک برای ارزیابی بیشتر ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
تطابق با شرایط مطلوب و غربالگری شنوایی در دوران نوزادی و ۳-۶ سالگی انجام شده است	مشکل شنوایی ندارد	<ul style="list-style-type: none"> یادآوری زمان غربالگری بعدی ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

ارزیابی کودک از نظر وضعیت تکامل

در همه کودکان از مادر در مورد علت مراجعه سؤال کنید. نشانه‌های خطر، وزن، قد، دور سر، تغذیه، وضعیت سلامت دهان و دندان، بینایی، شنوایی را کنترل کنید. سپس کودک را از نظر وضعیت تکامل کنترل کنید.



با توجه به سن توسط پرسشنامه ASQ یا سؤالات استاندارد مربوط به گروه سنی از نظر اختلال تکاملی غربالگری شود.



با استفاده از جدول رنگی، وضعیت تکاملی کودک را طبقه‌بندی کنید.



سپس وضعیت واکسیناسیون و مصرف مکمل‌های دارویی را کنترل کنید. در مورد تغذیه کودک، پیشگیری از آسیب‌های کودکان و رابطه متقابل کودک و والدین برای ارتقای تکامل کودک با مادر مشاوره کنید.

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 زمینه‌ی وضعیت تکامل کودک و تأیید یا رد نگرانی ایشان مفید است اما به‌خودی خود برای تشخیص اختلال تکاملی و ماهیت آن مناسب نخواهد بود. به عبارت دیگر، ابزارهای غربالگری تکاملی، کودکان سالم را از کودکان مشکوک به اختلال تکاملی متمایز می‌سازند. برای تشخیص قطعی اختلال تکاملی نیاز به ابزارهای تشخیصی و بررسی دقیق‌تری خواهد بود.

برای غربالگری کودک از نظر احتمال وجود اختلال تکاملی شما باید با توجه به گروه سنی کودک سؤالات مندرج در بوکلت (برای ۲ ماهگی، ۹ ماهگی، ۱۸ ماهگی و ۴ سالگی) یا پرسشنامه ASQ برای گروه‌های سنی ۶ ماهگی، ۱۲ ماهگی، ۲۴ ماهگی، ۳ سالگی و ۵ سالگی استفاده کنید. در سایر گروه‌های سنی در صورتی که کودک قبل از این تحت مراقبت بهداشتی بوده است نیازی به ارزیابی وی از نظر تکامل نیست.

تست غربالگر ASQ II (Age Stages Questionnaires) کودکان را به‌دفعات زیاد و فواصل مناسب مورد ارزیابی تکاملی قرار می‌دهد، والدین را در انجام پایش تکامل کودکانشان درگیر می‌نماید. تکمیل پرسش‌نامه نسبتاً ساده است پس می‌توان اطمینان داشت که افرادی با تحصیلات ابتدایی نیز می‌توانند به‌درستی آن‌را پر کنند. تعداد کمی از والدین که بی‌سواد بوده یا دچار مشکل ذهنی هستند برای تکمیل آن نیاز به کمک دارند. از طرفی، می‌توان ASQ را در منزل، مرکز بهداشتی، مهد کودک، پیش‌دبستان و مطب پزشک مورد استفاده قرار داد. این تست حاوی ۱۹ پرسش‌نامه برای ۱۹ گروه سنی مختلف است که توسط والدین یا مراقب کودک کامل می‌شود. پرسشنامه‌های موجود برای غربالگری با این تست عبارتند از: از ۴ ماهگی تا ۲ سالگی، هر ۲ ماه؛ از ۲ تا ۳ سالگی هر ۳ ماه (۲۷، ۳۰، ۳۳ و ۳۶) و از ۳ تا ۵ سالگی هر ۶ ماه (۴۲، ۴۸، ۵۴ و ۶۰ ماهگی).

در اغلب موارد، این پرسش‌نامه‌ها می‌توانند به خوبی شیرخوارانی را که به ارزیابی‌های بیش‌تر یا مداخلات درمانی زودرس نیاز دارند از کودکان سالم متمایز سازند (۷۰ تا ۹۰٪ در سنین مختلف). هر پرسش‌نامه حاوی ۳۰ سؤال است که به زبان ساده در مورد تکامل کودک نوشته شده است. سؤالات هر پرسش‌نامه به ۵ حیطه‌ی تکاملی تقسیم شده است. سؤالات هر حیطه نیز به ترتیب از فعالیت‌های آسان‌تر به فعالیت‌های سخت‌تر مرتب شده‌اند. پنج حیطه‌ی این تست عبارتند از: حیطه‌ی برقراری ارتباط، حیطه‌ی حرکات درشت، حیطه‌ی حرکات ظریف، حیطه‌ی فردی-اجتماعی و حیطه‌ی حل مسئله. علاوه بر این، در هر پرسش‌نامه، یک "بخش عمومی" یا "ارزیابی کلی" نیز برای کسب نظرات کلی والدین در نظر گرفته شده است. به‌طور کلی هر یک از سؤالات پرسش‌نامه‌ی ASQ واجد ویژگی‌های زیر است:

- ۱- شاخص تکاملی مهمی را مورد سؤال قرار می‌دهد.
- ۲- رفتار مناسب کودکان آن گروه سنی با ضریب تکاملی ۷۵ تا ۱۰۰ (ضریب تکاملی متوسط) را مطرح کرده و در مورد کودک مورد نظر سؤال می‌نماید.
- ۳- در طرح هر سؤال سعی شده درک سؤال و امکان مشاهده‌ی رفتار مورد نظر در کودک برای والدین راحت باشد.
- ۴- در طراحی متن از کلماتی استفاده شده که افرادی با سطح سواد پنجم ابتدایی بتوانند متوجه معنی آن شوند. هر کجا که لازم بوده توضیحات کافی داده شد تا والدین سؤالات را بهتر درک کنند.
- ۵- در مورد برخی از سؤالات، در کنار هر سؤال تصویر کوچکی اضافه شد تا مفهوم سؤال را روشن‌تر نماید.
- ۶- در جاهایی که لازم و امکان‌پذیر بوده، مثال‌هایی از رفتار مورد نظر در سؤال گنجانده شده است.

چگونه کودک را از نظر تکاملی ارزیابی کنید:

در بوکلت در گروه سنی ۲ ماهگی، ۹ ماهگی، ۱۸ ماهگی و ۴ سالگی با استفاده از red flag ها در هر گروه سنی سؤالاتی از مادر پرسیده می‌شود و در گروه‌های سنی ۶ ماهگی، ۱۲ ماهگی، ۲۴ ماهگی و ۳ سالگی سؤالات ASQ توسط خانواده برای کودک تکمیل می‌شود و بر طبق دستورالعمل ASQ امتیاز هر کودک مشخص می‌شود.

سن	سؤال کنید آیا فرزند شما:
۲ ماهگی	۱. با شنیدن صدای بلند در شیرخوردن مکث می‌کند یا در هنگام خواب از جا می‌پرد؟ ۲. اجسام متحرک را با نگاه دنبال می‌کند؟ ۳. به اشخاص لبخند می‌زند؟ ۴. وقتی روی شکم دراز کشیده، می‌تواند چانه‌اش را به مدت کوتاهی از زمین بلند کند؟ ۵. در مکیدن یا بلع شیر مشکل دارد؟
۹ ماهگی	۶. در حالی که با گرفتن زیر بغل، کودک را در حالت ایستاده نگاه داشته‌اید، می‌تواند حداقل به مدت ۲ ثانیه روی کف پایش بایستد؟ ۷. می‌تواند با تکیه دادن به دست‌هایش یا بالش بنشیند؟ ۸. صداهایی بی‌معنی مانند "ما--ما"، "با--با"، "دا--دا" درمی‌آورد؟ ۹. وقتی با او بازی می‌کنید، با شما همراهی می‌کند؟ ۱۰. با شنیدن اسم خودش، واکنش نشان می‌دهد؟ ۱۱. افراد آشنا را از غریبه تشخیص می‌دهد؟ ۱۲. به طرفی که شما اشاره می‌کنید، نگاه می‌کند؟ ۱۳. اشیاء را از یک دست به دست دیگری می‌دهد؟
۱۸ ماهگی	۱۴. برای نشان دادن اشیاء به دیگران، به آن‌ها اشاره می‌کند؟ ۱۵. می‌تواند حداقل ۳ قدم به تنهایی راه برود؟ ۱۶. می‌داند اشیاء معمول اطرافش (مثل قاشق، تلفن) چه کاربردی دارد؟ ۱۷. می‌تواند کارهای دیگران را تقلید کند؟ ۱۸. کلمه‌های جدید را یاد می‌گیرد؟ ۱۹. می‌تواند حداقل ۶ کلمه را بگوید؟ ۲۰. وقتی مادر یا مراقبش او را ترک می‌کند و یا پیش او برمی‌گردد، توجه می‌کند و یا اهمیت می‌دهد؟ ۲۱. آیا کارهایی هست که قبلاً می‌توانسته انجام دهد ولی الان نمی‌تواند؟
۴ سالگی	۲۲. می‌تواند درجا بالا و پایین بپرد؟ ۲۳. می‌تواند کشیدن دایره (گردی) را تقلید کند؟ ۲۴. به کودکان دیگر توجه می‌کند؟ / به افرادی غیر از اعضای خانواده واکنش نشان می‌دهد؟ ۲۵. دوست دارد با کودکان دیگر هم بازی شود و بازی‌های وانمودی مثل خاله بازی یا دزد و پلیس کند؟ ۲۶. می‌تواند داستان مورد علاقه اش را بازگو کند؟ ۲۷. از دستورات ۳ مرحله ای پیروی می‌کند؟ (مثل: برو ، توپت را بردار ، بیاور) ۲۸. مفهوم "مثل هم بودن" و "فرق داشتن" را درک می‌کند؟ ۲۹. از ضمائر "من و تو" درست استفاده می‌کند؟ ۳۰. واضح حرف می‌زند؟ ۳۱. اغلب در مقابل لباس پوشیدن/ خوابیدن / دستشویی رفتن مقاومت (لج‌بازی) می‌کند؟ ۳۲. آیا کارهایی هست که قبلاً می‌توانسته انجام دهد ولی الان نمی‌تواند؟

چگونه کودک را از نظر وضعیت تکاملی طبقه‌بندی کنید؟

- تمام کودکان ۲ ماهه، ۹ ماهه، ۱۸ ماهه و ۴ ساله را پس از ارزیابی طبقه‌بندی کنید.

نشانه‌های کودک را با نشانه‌های ذکر شده در هر ردیف جدول رنگی طبقه‌بندی مقایسه نموده و طبقه‌بندی مناسب را انتخاب کنید. برای وضعیت تکامل ۳ طبقه‌بندی وجود دارد: ۱- نیازمند ارجاع از نظر تکامل ۲- نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل ۳- طبیعی

۱- **نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل:** در صورت پاسخ غیر طبیعی در هر یک از موارد RED FLAG ها کودک در طبقه‌بندی 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 تصمیم‌گیری نمایید.

۲- **طبیعی:** در صورت عدم وجود مشکل در هر یک از موارد RED FLAG ها کودک طبیعی است. در این صورت مراقبت‌های روتین کودک را ادامه دهید.

در اینجا جدول ارزیابی و طبقه‌بندی کودک از نظر تکاملی آمده است:

نشانه‌ها	طبقه‌بندی	توصیه‌ها
پاسخ غیرطبیعی در هر یک از موارد	نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل	انجام تست غربالگر استاندارد پیگیری بر اساس جواب تست
عدم وجود مشکل در هر یک از موارد	طبیعی	<ul style="list-style-type: none"> مشاوره با مادر در خصوص رابطه متقابل کودک و والدین ارائه شود ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید

- برای تمام کودکان ۶ ماهه، ۱۲ ماهه، ۲۴ ماهه، ۳ ساله (۳۶ ماهگی) و ۵ ساله (۶۰ ماهگی) پرسشنامه ASQ توسط خانواده تکمیل شود و بر طبق دستورالعمل ASQ امتیازدهی انجام شود و بر طبق امتیاز کسب شده کودک در ۳ طبقه‌بندی قرار می‌گیرد:

۱- **نیازمند ارجاع از نظر تکامل:** در صورتی که امتیاز تست غربالگر استاندارد کمتر از 2SD- یا امتیاز کودک در طی ۲ بار انجام تست ASQ به فاصله ۲ هفته بین 1SD- و 2SD- باشد یا یکی از سؤالات موارد کلی بلی باشد کودک در طبقه‌بندی نیازمند ارجاع از نظر تکامل قرار می‌گیرد. یک روز بعد پیگیری شود تا مطمئن شوید به پزشک مراجعه کرده است.

۲- **نیازمند انجام مجدد ASQ:** در صورتی که امتیاز تست غربالگر استاندارد بین 1SD- و 2SD- باشد کودک در طبقه‌بندی نیازمند انجام ASQ مجدد قرار می‌گیرد، در این صورت نیاز است ۲ هفته بعد برای کودک مجدداً تست ASQ انجام شود و بر طبق جواب تست تصمیم‌گیری شود.

۳- **طبیعی:** در صورتی که امتیاز تست غربالگر استاندارد مساوی یا بالای 1SD- باشد کودک در طبقه‌بندی طبیعی قرار می‌گیرد. در این صورت مراقبت‌های روتین کودک را ادامه دهید.

در اینجا جدول ارزیابی و طبقه بندی کودک از نظر تست تکاملی استاندارد آمده است:

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
امتیاز تست غربالگر استاندارد مساوی یا کمتر از -2SD یا امتیاز مجدد تست برای بار دوم همچنان کمتر از -1SD یا یکی از سؤالات موارد کلی بلی باشد	نیازمند ارجاع از نظر تکامل	ارجاع به مرکز سلامت جامعه/پزشک ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
امتیاز تست غربالگر استاندارد بین -1SD و -2SD	نیازمند انجام ASQ مجدد ۲ هفته بعد	تصمیم گیری بر اساس جواب تست پیگیری ۲ هفته بعد
امتیاز تست غربالگر استاندارد -1SD و بالاتر	طبیعی	ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

فصل ۱۴

ارزیابی ژنتیکی کودک

در همه کودکان از مادر در مورد علت مراجعه سؤال کنید. نشانه‌های خطر، وزن، قد، دور سر، تغذیه، وضعیت سلامت دهان و دندان، بینایی، شنوایی، تکامل را کنترل کنید. سپس کودک را از نظر وضعیت ژنتیکی در همه کودکان در سنین ۳-۵ روزگی، ۱۴-۱۵ روزگی و یکسالگی سؤالات کنترل ژنتیکی را از مادر بپرسید.

با استفاده از جدول رنگی، وضعیت تکاملی کودک را طبقه‌بندی کنید.

سن	سؤال کنید
۳-۵ روزگی و ۱۴-۱۵ روزگی و یکسالگی	<ul style="list-style-type: none">• آیا در کودک یا خانواده* کودک بیماری ارثی / ژنتیکی (تشخیص داده شده) وجود دارد؟• آیا در خانواده کودک اختلال تکرار شونده (اختلال مشابه در بیش از یک نفر) وجود دارد؟• آیا در کودک یا در خانواده کودک اختلال جسمی، ذهنی یا حرکتی وجود دارد؟• آیا در کودک یا خانواده کودک بدخیمی وجود دارد؟

سپس وضعیت واکسیناسیون و مصرف مکمل‌های دارویی را کنترل کنید. در مورد تغذیه کودک، پیشگیری از آسیب‌های کودکان و رابطه متقابل کودک و والدین برای ارتقای تکامل کودک با مادر مشاوره کنید.

چگونه کودک را از نظر ژنتیکی ارزیابی کنید:

سؤال کنید:

در مورد هر یک از عوامل خطر زیر از مادر سؤال کنید:

• آیا در کودک یا خانواده کودک (خانواده به معنی پدر، مادر، خواهر یا برادر است) بیماری ارثی / ژنتیکی (تشخیص داده شده) وجود دارد؟

• آیا در خانواده کودک اختلال تکرار شونده (اختلال مشابه در بیش از یک نفر) وجود دارد؟ ممکن است بیماری یا اختلالی در کودک وجود داشته ولی نوع بیماری تشخیص داده نشده باشد. تکرار این بیماری در خانواده اگر عامل محیطی در ایجاد آن دخیل نباشد، احتمال بالای ارثی / ژنتیکی بودن بیماری را مطرح می‌کند و مشاوره ژنتیک در چنین مواردی مورد نیاز است.

• آیا در کودک یا در خانواده کودک اختلال جسمی، ذهنی یا حرکتی وجود دارد؟

• آیا در کودک یا خانواده کودک بدخیمی وجود دارد؟

چگونه کودک را از نظر وضعیت ژنتیکی طبقه‌بندی کنید؟

تمام کودکان را پس از ارزیابی طبقه‌بندی کنید.

نشانه‌های کودک را با نشانه‌های ذکر شده در هر ردیف جدول رنگی طبقه‌بندی مقایسه نموده و طبقه‌بندی مناسب را انتخاب کنید. برای

وضعیت ژنتیکی ۲ طبقه‌بندی وجود دارد: ۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر ژنتیک ۲- طبیعی

۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر ژنتیک: در صورت مثبت بودن هر یک از سؤالات، کودک در طبقه‌بندی نیازمند بررسی

بیشتر از نظر ژنتیک قرار می‌گیرد. کودک را به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید.

۲- طبیعی: در صورت منفی بودن پاسخ هر یک از سؤالات و عدم وجود مشکل در هر مورد، کودک در طبقه‌بندی طبیعی قرار

می‌گیرد.

در اینجا جدول ارزیابی و طبقه‌بندی کودک از نظر تکاملی آمده است:

نشانه‌ها	طبقه‌بندی	توصیه‌ها
• مثبت بودن هر یک از سؤالات	نیازمند بررسی بیشتر از نظر ژنتیک	ارجاع به مرکز سلامت جامعه/ پزشک ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• منفی بودن همه سؤالات	طبیعی	ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید

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 از همه نوزادانی که زنده متولد شده‌اند بدون توجه به ملیت (ایرانی بودن و یا نبودن) باید نمونه‌گیری انجام شود. بهترین زمان برای نمونه‌گیری از پاشنه پا روز ۳-۵ تولد است. حتما باید ۷۲ ساعت از تولد نوزاد گذشته باشد. عقب‌ماندگی 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 ضریب‌هوشی بیمار شود.

دستور العمل تهیه نمونه از پاشنه پای نوزاد بر کاغذ فیلتر

(این دستورالعمل برای همه غربالگری‌های پاشنه پا یکسان است)

مهم‌ترین نکته در غربالگری نوزادان رعایت دستورالعمل کشوری است. نگهداری درست کاغذ فیلتر قبل از نمونه‌گیری بر آن، نمونه‌گیری مناسب از پاشنه پا، خشک کردن دقیق نمونه‌ها و ارسال پاکت حاوی آنان نقش بسیار مهمی در اجرای بهینه برنامه کشوری غربالگری نوزادان دارند.

چگونگی شماره گذاری کاغذ فیلتر در نمونه‌گیری‌ها:

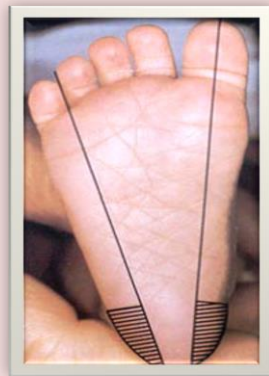
شماره ای که بر روی فرم ۱ ثبت شده است را به عنوان شماره کاغذ فیلتر نمونه خون پاشنه پای هر نوزادی در نظر می‌گیریم، و اگر به هر دلیل از نوزاد، نمونه‌گیری مجدد از پاشنه پا انجام شود، شماره‌ای جدید به وی تعلق نمی‌گیرد، بلکه شماره قبلی نوزاد با رقم ۲، ۳ و ۴ مشخص می‌شود. به‌عنوان مثال:

✓ چنانچه یک بار نوزاد با کاغذ فیلتر شماره ۱۱۰ آزمایش شده و نیاز به آزمایش مجدد داشته باشد، شماره کاغذ فیلتر جدید ۱۱۰-۲ خواهد شد.

✓ اگر همین نوزاد به علت نارس بودن نیاز به نمونه‌گیری‌های بعدی (در هفته‌های ۶ و ۱۰ تولد) داشته باشد، شماره کاغذ فیلترهای بعدی به ترتیب ۳-۱۱۰ و ۴-۱۱۰ خواهند بود. (جهت انجام این امر تعدادی کاغذ فیلتر سفید (بدون شماره)، در اختیار مراکز نمونه‌گیری قرار خواهد گرفت).

محل خون‌گیری از پاشنه پا

محل خون‌گیری از قسمت خارجی پاشنه پا مطابق با تصویر زیر است. در صورتی که به هر علتی امکان نمونه‌گیری از پاشنه پا وجود نداشت می‌توان از نرمه دست (در امتداد انگشت کوچک) نوزاد نمونه‌گیری نمود.



محل‌های هاشورزده را باید لاتست زد و نمونه تهیه نمود.



در صورتی که به هر علتی امکان نمونه‌گیری از پاشنه پا وجود نداشت می‌توان از نرمه دست (در امتداد انگشت کوچک) نوزاد نمونه‌گیری نمود.

محل‌های نمونه‌گیری از نوزاد بر کاغذ فیلتر

روند انجام نمونه‌گیری از پاشنه پای نوزاد

تکمیل کردن فرم شماره ۱ (فرم نمونه‌گیری)

در زیر فرم شماره ۱- نمونه‌گیری (برنامه کشوری غربالگری نوزادان) نشان داده شده است.

شماره کاغذ فیلتر:	فرم شماره ۱: نمونه‌گیری (برنامه کشوری غربالگری نوزادان)	
مرکز بهداشت شهرستان:	شبکه بهداشت و درمان شهرستان:	دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی:
محل نمونه‌گیری: مرکز بهداشتی درمانی شهری..... مرکز بهداشتی درمانی روستایی..... پایگاه بهداشتی..... خانه بهداشت..... سایر.....		
آدرس محل سکونت والدین:	نمونه‌گیری: نوبت اول <input type="checkbox"/> نوبت دوم <input type="checkbox"/>	شماره خانوار:
	تاریخ تولد نوزاد: / / ۱۳....	جنس: دختر <input type="checkbox"/> پسر <input type="checkbox"/>
	مادر	پدر
	نام و نام خانوادگی: نوزاد	
	زمان نمونه‌گیری برحسب سن نوزاد به روز =	
آیا نوزاد نیاز به نمونه‌گیری مجدد دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
شماره تلفن تماس والدین:	نوع بیماری: <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> PKU <input type="checkbox"/> G6PD <input type="checkbox"/> S.C <input type="checkbox"/> همه موارد <input type="checkbox"/>	
(۱)	علت نمونه‌گیری مجدد: نمونه نامناسب <input type="checkbox"/> ، TSH = 5-9/9 <input type="checkbox"/> ، نوزاد نارس <input type="checkbox"/> ، نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، <input type="checkbox"/> نوزاد ماکروزوم <input type="checkbox"/> ، دو یا چندقلویی <input type="checkbox"/>	
(۲)	بستری در بیمارستان و یا سابقه آن <input type="checkbox"/> ، تعویض و یادریافت خون <input type="checkbox"/> ، سابقه مصرف داروهای خاص <input type="checkbox"/>	
نام و نام خانوادگی نمونه‌گیر: شماره تلفن محل نمونه‌گیری	نسبت فامیلی والدین: غیر فامیل <input type="checkbox"/> فامیل درجه ۳ <input type="checkbox"/> فامیل درجه ۴ و بیشتر <input type="checkbox"/>	
شماره تلفن ستاد پیگیری بیماریهای شهرستان:	نوع زایمان: طبیعی <input type="checkbox"/> سزارین <input type="checkbox"/>	
امضا:	تاریخ: ۱۳ / /	

فرم شماره ۱- نمونه‌گیری (برنامه کشوری غربالگری نوزادان)

برای هر نوزاد باید یک فرم جدید تکمیل شود.

• برای نوشتن مشخصات بر فرم شماره ۱ باید از **خودکار** استفاده کرد (خودکار آبی بهتر است).

• فرم نمونه‌گیری را روی سطح صاف تکمیل کنید.

- هرگز به کاغذ فیلتر دست نزنید و یا آن را لمس نکنید، زیرا چربی پوست دست باعث آلودگی کاغذ می‌شود.
- آب، الکل، مواد شیمیایی، کرم و پودر دستکش باعث آلودگی کاغذ نمونه‌گیری شده و موجب نتیجه غلط آزمایش می‌گردد.
- قبل از شروع نمونه‌گیری شماره کاغذ فیلتر را به طور دقیق و خوانا روی فرم بنویسید.
- مشخصات نوزاد را دقیق و خوانا روی فرم بنویسید.

آماده کردن نوزاد برای نمونه‌گیری از پاشنه پا

- هنگام نمونه‌گیری از پاشنه پا، نوزاد باید در آغوش مادر و یا فردی که وی را برای غربالگری آورده است قرار گیرد • تصویر شماره ۱۵). در آغوش گرفتن نوزاد از احساس درد می‌کاهد 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 پایین‌تر باشد.
- پاشنه پا را با یک گاز یا حوله ولرم گرم کنید تا جریان خون در محل افزایش یابد (حرارت حدود ۴۲ درجه سانتیگراد باعث افزایش جریان خون در موضع می‌شود) (تصویر شماره ۱۶). اگر گاز یا حوله گرم نبود، مادر می‌تواند پای نوزاد را در دستش گرفته تا کمی گرم‌تر شود.
- در فصل‌های سرد باید در اطاق نمونه‌گیری 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. باقی ماندن الکل روی پوست روی نمونه خون گرفته شده بر کاغذ فیلتر و در نتیجه جواب آزمایش غربالگری اثر منفی می‌گذارد. گاه وجود الکل در نمونه اخذ شده به صورت حلقه سرمی در اطراف نمونه ظاهر می‌شود.



برای افزایش جریان خون در پا و نمونه‌گیری آسان‌تر، پاشنه پا را با یک گاز یا حوله ولرم گرم کنید.

سوراخ کردن پوست با لانسست ایمن

محل ضربه لانسست: حاشیه کناری پاشنه پا مطمئن‌ترین محل است (تصویر شماره ۱۷). به بخش خلفی پاشنه پا ضربه نزنید، زیرا در این قسمت استخوان خیلی به پوست نزدیک است و امکان صدمه زدن به استخوان، ایجاد درد و احتمالاً "عفونت وجود دارد".

- با لانسست یک‌بار مصرف، ضربه ای یکنواخت و آرام به محل خونگیری در پاشنه پا وارد نمایید (تصویر شماره ۱۷).
- پا را پایین‌تر از بدن نوزاد قرار داده و آرام از قسمت نزدیک انگشتان به طرف پاشنه پا مالش دهید تا خون هدایت شده و به‌صورت قطره خارج شود.



روش زدن لانسست به پاشنه پا

قرار دادن خون روی کاغذ فیلتر

- به دلیل این که قطره اول حاوی مایعات داخل نسجی است، آن را با گاز استریل و تمیزی پاک کنید. از قطره اول خون نباید در دایره‌های کاغذ فیلتر استفاده شود. این قطره باید دور ریخته شود. در صورت تمایل می‌توان در ناحیه‌ای غیر از دایره‌های کاغذ فیلتر، در حاشیه کاغذ، گذاشته شود.
- سپس با ماساژ آرامی که به پاشنه پا می‌دهید قطره خون بزرگ‌تری ایجاد کنید.
- به موضع زخم فشار وارد نکنید.
- کاغذ فیلتر را به قطره خون پاشنه پا نزدیک کرده تا خون جذب کاغذ شده و پشت و روی آنرا بپوشاند و آنرا اشباع کند (تصویر شماره ۱۸).
- همه دایره‌ها را به این ترتیب آغشته به خون پاشنه پا نمایید.



باید به آرامی کاغذ فیلتر را با قطره خون خارج شده تماس داد. خون باید داخل حلقه‌های کاغذ فیلتر را پر نماید.

تذکر بسیار مهم: در صورتی که نمونه‌گیری از یک محل موفقیت آمیز نبود، از زدن لانسست مجدد در همان محل بشدت خودداری و محل مناسب دیگری جهت خون‌گیری انتخاب کنید. در این صورت باید از یک ست جدید شامل: لانسست استریل، پنبه الکل و گاز استریل استفاده گردد.

مراقبت از محل نمونه‌گیری از پاشنه پا

- بعد از نمونه‌گیری پا را بالای سطح بدن نگه دارید. به مدت ۵ دقیقه گاز استریل روی محل خون‌گیری گذاشته شده و با دست فشار دهید.
- می‌توان از چسب ضد حساسیت استفاده کرد، وگرنه از زدن چسب در محل خون‌گیری، بدلیل احتمال بروز حساسیت پوستی خودداری نمایید
- پس از نمونه‌گیری، لانسست و تمام وسایل استفاده شده در فرآیند نمونه‌گیری باید به روش بهداشتی معدوم شود..

به خاطر داشته باشید که:

- جهت نمونه‌گیری نیازی به ناشتا بودن نوزاد نمی‌باشد. هیچ‌گونه آمادگی خاصی برای انجام آزمایش لازم نیست).
- اگر نوزاد واکسن زده یا مختصری تب و سرماخوردگی داشته باشد، می‌توان نمونه‌گیری از پاشنه پا انجام داد.
- باید از خودکار برای نوشتن مشخصات بر کاغذ فیلتر استفاده کرد. استفاده از روان‌نویس، خودنویس، مداد و ... ممنوع است.
- نمونه‌ها باید توسط نمونه‌گیرهای برنامه‌آخذ شود و باید از پذیرش نمونه‌های تهیه شده در خارج از سیستم برنامه

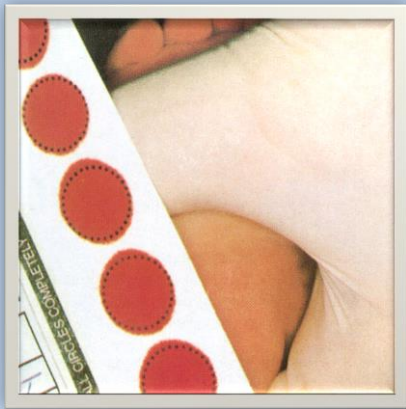
غربالگری، خودداری کرد.

- کاغذ فیلتر و نمونه‌های اخذ شده نباید به هیچ عنوان آغشته به مواد خارجی شوند.
- از تماس دست با دایره خونی کاغذ فیلتر، خودداری گردد.
- نمونه‌های اخذ شده را باید حداکثر ظرف ۲۴ ساعت به آزمایشگاه غربالگری نوزادان ارسال شوند.

ویژگی‌های نمونه مناسب از پاشنه پا بر کاغذ فیلتر

تصویر زیر یک نمونه مناسب بر کاغذ فیلتر را نشان می‌دهد.

ویژگی‌های یک نمونه مناسب از پاشنه پا بر کاغذ فیلتر



- شکل نمونه باید دایره باشد.
- قطر لکه خون بیش از ۵ میلی‌متر باشد.
- لکه خون از دو طرف همسان دیده شود.
- دو لکه روی هم قرار نگیرند.
- در یک دایره بیش از یک لکه قرار نگیرد.
- کاغذ فیلتر آغشته به مواد خارجی نباشد.
- لکه‌های خون بدون اثر انگشت باشند.
- سه یا چهار لکه خون روی کاغذ فیلتر گرفته شود.

نمونه مناسب بر کاغذ فیلتر

نمونه‌های نامناسب

نمونه‌های اخذ شده از پاشنه پا که ویژگی‌های تصویر زیر را نداشته باشند **نمونه‌های نامناسب** محسوب می‌شوند و در این موارد نمونه‌گیری مجدد از پاشنه پا الزامی است. این امر باید در اسرع وقت انجام شده و نمونه جدید به آزمایشگاه غربالگری نوزادان ارسال گردد.

در تصویر زیر در سمت راست تصویر نمونه‌ای مناسب نشان داده شده است و در سمت چپ تصویر نمونه‌های نامناسب دیده می‌شوند.

لکه‌های خونی کوچک و متعدد در یک حلقه از کاغذ

در این مورد، نمونه تهیه شده لکه های خونی قطر کافی برای پانچ کردن و انجام آزمایش غربالگری را ندارند.

لکه‌های خونی با محیط نامرتب و نداشتن شکل مدور

این نمونه معمولاً از پاشنه پا گرفته نشده و با سرنگ و یا لوله موئین بر کاغذ گذاشته شده است.

لکه‌های خونی با رنگ قرمز روشن بر کاغذ فیلتر

این نمونه به‌طور استاندارد خشک نشده و قبل از خشک شدن کامل (۳-۴ ساعت در دمای اتاق) در داخل پاکت گذاشته شده است.

لکه‌های خونی چند لایه روی هم بر کاغذ فیلتر

این حالت با قراردادن چند لایه خون در یک حلقه کاغذ فیلتر به منظور پرکردن حلقه و یا چکاندن خون از سرنگ و یا لوله موئین بوجود آمده است. گاهی این حالت به دلیل گذاشتن خون از پاشنه پا بر روی کاغذ فیلتر و همچنین پشت آن پدید می آید.

لکه‌های خونی آلوده و رقیق شده

در این حالت حلقه خونی به نظر رقیق شده و لکه لکه می آید و ضخامت لکه خونی و غلظت گلبول‌های خونی در کل حلقه مشابه نیست. این حالت به علت های زیر بوجود می آید:

- پای نوزاد چلانده شود.
- لکه خونی روی کاغذ فیلتر لمس شده باشد و یا با سطحی تماس پیدا کرده باشد.
- نمونه‌گیری قبل از خشک شدن کامل الکل روی پوست گرفته شده است.
- نمونه رطوبت گرفته و یا با کرم دست و یا پودر دستکش آلوده شده است.
- نمونه با استفاده از بخاری و یا سشوار (حرارت مستقیم) خشک شده است.

لکه‌های خونی با حلقه های سرمی

در این نمونه نامناسب، حلقه‌های روشن سرمی در اطراف لکه‌های خونی دیده می شوند. این حالت به علت‌های زیر بوجود می آید:

- پای نوزاد چلانده شود.
- لکه‌خونی روی کاغذ فیلتر لمس شده باشد و یا با سطحی تماس پیدا کرده باشد.

- نمونه‌گیری قبل از خشک شدن کامل الکل روی پوست گرفته شده است.
- خشک کردن نمونه بطور دقیق و در سطح صاف انجام نشده است.
- لکه‌خونی روی کاغذ فیلتر با چکاندن خون از سرنگ و یا لوله مویین بوجود آمده است.

لکه‌های خونی نقطه نقطه و لایه لایه

این حالت به علت قراردادن چند قطره خون در یک حلقه بوجود می‌آید و یا حاصل قرار دادن قطرات خون در روی کاغذ فیلتر و پشت آن است.

کاغذ فیلتر ارسالی بدون لکه‌های خونی

نمونه‌گیری از پاشنه پا انجام نشده است و یا نتوانسته‌اند قطره مناسب خونی تهیه نموده و بر کاغذ بگذارند.

ارزیابی نمونه پاشنه پا بر روی کاغذ فیلتر

نمونه مناسب



نمونه مناسب

شکل نمونه دایره باشد، قطر لکه خون بیش از ۵ میلی متر باشد، لکه خون از دو طرف همسان دیده شود، دو لکه روی هم قرار نگیرد، در یک دایره بیش از یک لکه قرار نگیرد. کاغذ فیلتر آغشته به مواد خارجی نباشد، لکه های خون بدون اثر انگشت باشد، ۳ یا ۴ لکه خون روی کاغذ فیلتر گرفته شود.

نمونه های نامناسب



لکه های خونی کوچک و متعدد در یک حلقه از کاغذ

در این مورد، نمونه تهیه شده لکه های خونی قطر کافی برای پانچ کردن و انجام آزمایش غربالگری را ندارند.

لکه های خونی با محیط نامرتب و نداشتن شکل مدور

این نمونه معمولاً از پاشنه پا گرفته نشده و با سرنگ و یا لوله مویین بر کاغذ گذاشته شده است.

لکه های خونی با رنگ قرمز روشن بر کاغذ فیلتر

این نمونه به طور استاندارد خشک نشده و قبل از خشک شدن کامل (۳-۴ ساعت در دمای اتاق) در داخل پاکت گذاشته شده است.

لکه های خونی چند لایه روی هم بر کاغذ فیلتر

این حالت با قراردادن چند لایه خون در یک حلقه کاغذ فیلتر به منظور پرکردن حلقه و یا چکاندن خون از سرنگ و یا لوله مویین بوجود آمده است. گاهی این حالت به دلیل گذاشتن خون از پاشنه پا بر روی کاغذ فیلتر و همچنین پشت آن پدید می آید.

لکه های خونی آلوده و رقیق شده

در این حالت حلقه خونی به نظر رقیق شده و لکه لکه می آید و ضخامت لکه خونی و غلظت گلبول های خونی در کل حلقه مشابه نیست. این حالت به علت های زیر بوجود می آید: پای نوزاد چلانده شود، لکه خونی روی کاغذ فیلتر لمس شده باشد و یا با سطحی تماس پیدا کرده باشد، نمونه گیری قبل از خشک شدن کامل الکل روی پوست گرفته شده است. نمونه رطوبت گرفته و یا با کرم دست و یا پودر دستکش آلوده شده است. نمونه با استفاده از بخاری و یا سشوار (حرارت مستقیم) خشک شده است.

لکه های خونی با حلقه های سرمی

در این نمونه نامناسب، حلقه های روشن سرمی در اطراف لکه های خونی دیده می شوند. این حالت به علت های زیر بوجود می آید: پای نوزاد چلانده شود، لکه خونی روی کاغذ فیلتر لمس شده باشد و یا با سطحی تماس پیدا کرده باشد، نمونه گیری قبل از خشک شدن کامل الکل روی پوست گرفته شده است. خشک کردن نمونه بطور دقیق و در سطح صاف انجام نشده است.

لکه های خونی نقطه نقطه و لایه لایه

این حالت به علت قراردادن چند قطره خون در یک حلقه بوجود می آید و یا حاصل قرار دادن قطرات خون در روی کاغذ فیلتر و پشت آن است.

کاغذ فیلتر ارسالی بدون لکه های خونی

نمونه گیری از پاشنه پا انجام نشده است و یا نتوانسته اند قطره مناسب خونی تهیه نموده و بر کاغذ بگذارند.

شرایط خشک کردن نمونه‌ها

- نمونه تهیه شده (کاغذ فیلتر حاوی لکه های خون پاشنه پای نوزاد) باید به صورت **افقی** روی پایه مسطح (راک) قرار دهید. به طوری که لکه‌های خون با جایی تماس پیدا نکنند.
- حداقل ۳ ساعت وقت لازم است تا این نمونه‌ها در دمای اطاق (۲۵ تا ۱۵ درجه) کاملاً خشک شوند.
- در زمان خشک شدن، نباید کاغذهای فیلتر را در جریان هوای آلوده به دود و گرد و غبار و معرض حرارت بخاری و تابش مستقیم خورشید قرار داد.
- پس از خشک شدن نمونه‌ها را در پاکت‌های مخصوص پست (غیرقابل نفوذ رطوبت) قرار دهید.
- نمونه‌های اخذ شده را باید در اسرع وقت (حداکثر ۲۴ ساعت از اخذ نمونه) به مقصد آزمایشگاه غربالگری واقع در مرکز استان ارسال نمود.
- به دلیل اثرات منفی رطوبت بر پایداری نمونه ها و احتمال اختلال در نتیجه آزمون غربالگری، در استان های مرطوب کشور (با رطوبت بیشتر از ۳۰ درصد) باید در نگهداری کاغذ فیلترها و همچنین کاغذ فیلتر حاوی خون پاشنه پا کمال دقت را نمود. در انتقال نمونه ها و نگهداری آنها باید رطوبت محیط توسط کارت های معرف کنترل گردد.
- در صورت عدم امکان ارسال سریع نمونه (مثلاً به علت تعطیلات رسمی) باید آن را در کیسه پلاستیکی غیر قابل نفوذ رطوبت گذاشته و در یخچال نگهداری کنید و در اولین فرصت به آزمایشگاه غربالگری نوزادان ارسال نمایید.

شرایط ارسال نمونه

- ارسال نمونه‌های اخذ شده از پاشنه پای نوزادان باید در اسرع وقت (حداکثر ۲۴ ساعت از اخذ نمونه) ارسال گردد. لازم است از قبل برای این کار هماهنگی شود.
- نمونه‌های تهیه شده در مراکز نمونه‌گیری، با رعایت شرایط ارسال (دوری از نور و گرمای شدید و رطوبت و بدون ایجاد چروک در کاغذ فیلتر)، در اسرع وقت به پست پیشتاز (با هر روشی دیگر که معاونت بهداشتی دانشگاه برای انتقال نمونه ها انتخاب کرده است) تحویل داده شود.
- مقصد کلیه نمونه‌های تهیه شده **آزمایشگاه غربالگری نوزادان** واقع در مرکز استان است (در استان‌هایی که آزمایشگاه غربالگری نوزادان ندارند نمونه‌ها باید به آزمایشگاه استان هم‌جوار (که معاونت بهداشتی، اعلام کرده‌است) ارسال گردد.
- به‌منظور جلوگیری از چروک شدن کاغذهای فیلتر، آنها را در محل مخصوص فرم شماره ۱ گذاشته و با چسب نواری لبه آن ثابت نموده و در پاکت پستی قرار داده شود.
- کارت های خونی را می توان به مدت یک هفته در پاکت های مقاوم به رطوبت در درجه حرارت اطاق نگهداری نمود.

- کارت های حاوی لکه های خون در پاکت های پلاستیکی زیپ دار و حاوی سیلیکاژن در حرارت ۴ درجه یخچال و میزان رطوبت کمتر از ۳۰ درصد تا ۲ سال و در فریزر ۲۰- درجه سانتی گراد به مدت طولانی بیش از ۲ سال پایدار می ماند.

نکته: زمان بندی 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

مستندسازی دقیق اطلاعات مربوط به نوزادان مهم ترین مسئله در غربالگری نوزادان است، سعی کنید تمام نتایج آزمایشگاهی را با سیستم زمان بندی شده دریافت کنید به خصوص از نوزادانی که به صورت تکراری نمونه گیری می کنید. چنانچه نتیجه برگشت داده نشده باشد، با آزمایشگاه غربالگری تماس بگیرید. اگر آزمایشگاه نمونه مجدد درخواست کرد باید به سرعت نمونه جدید تهیه و ارسال گردد. این اطلاعات حداقل تا ۳ سال باید در مرکز نمونه گیری نگهداری شود و بعد از آن تا حداقل ۱۰ سال در جای امنی بایگانی گردند.

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 (جدول شماره ۴).

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.

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 (T4, TSH, T4+TSH) حدود ۱۰٪- ۵٪ از نوزادان LBW مبتلا به کم کاری تیروئید، ممکن است شناسایی نشوند. در بعضی دیگر از موارد، 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 (هر بخش از بیمارستان از جمله NICU)
- 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 ۹/۹-۵ بوده است.
- نوزادانی که نمونه غربالگری آنان (کاغذ فیلتر حاوی لکه خون از پاشنه پا)، توسط آزمایشگاه غربالگری نوزادان، "نمونه نامناسب" ارزیابی شده است.

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 ۵-۹/۹ گزارش شده باشد.
 - نوزاد نارس باشد یعنی زیر ۳۷ هفته بارداری بدینا آمده باشد.
 - وزن نوزاد کمتر از ۲۵۰۰ گرم و بیش از ۴۰۰۰ گرم باشد.
 - دو یا چند قلبی
 - 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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) <ul style="list-style-type: none"> - 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 و 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 و TSH) در سن ۳-۲ 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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 و 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 طبقه‌بندی کنید:

برای طبقه‌بندی کودک از نظر PKU، ۶ طبقه‌بندی وجود دارد:

- ۱- نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش PKU : در صورتی که در اولین ویزیت مشخص شد که آزمایش غربالگری ۵-۳ روزگی برای نوزاد انجام نشده است کودک در این طبقه‌بندی قرار می‌گیرد. در این صورت کودک را برای انجام نمونه‌گیری ارجاع فوری دهید.
- ۲- احتمال نیاز به نمونه‌گیری مجدد PKU : در صورتی که 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 بهداشتی‌درمانی ارجاع دهید تا در صورت تشخیص پزشک برای انجام نمونه‌گیری 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 نمونه‌گیری بلافاصله بعد از مصرف شیر به مدت ۷۲ ساعت لزوماً انجام شود.
- ۳- تست غربالگری اولیه PKU مثبت: در صورتی که جواب اولین نوبت تست غربالگری PKU فنیل آلانین مساوی یا بیشتر از ۴ باشد، کودک در این طبقه‌بندی قرار می‌گیرد. در این صورت کودک را برای درخواست آزمایش تأیید تشخیص به مرکز بهداشتی‌درمانی ارجاع فوری دهید.
- ۴- تست تأیید تشخیص PKU مثبت: در صورتی که 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 طبقه‌بندی قرار می‌گیرد. در این صورت کودک را فوراً به مرکز بهداشتی‌درمانی 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- PKU 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 طبقه‌بندی قرار می‌گیرد. 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 نکرده‌اند 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 صورتی که تست غربالگری اولیه منفی و یا تست تأیید تشخیص منفی باشد، کودک در طبقه بندی PKU منفی قرار می‌گیرد. در این صورت اطلاعات را ثبت کنید و به والدین اطلاع دهید.

در اینجا جدول ارزیابی و طبقه‌بندی کودک از نظر فنیل کتونوری آمده است:

نشانه	طبقه بندی	توصیه ها
• عدم انجام آزمایش	نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش PKU	◀ ارجاع فوری برای انجام نمونه‌گیری
• مادر نوزاد مبتلا به PKU • نوزاد نارس • سابقه بستری در بیمارستان	احتمال نیاز به نمونه‌گیری مجدد* PKU	◀ ارجاع به مرکز بهداشتی درمانی
• جواب اولین نوبت تست غربالگری PKU فنیل آلانین مساوی یا بیشتر از ۴	تست غربالگری اولیه PKU مثبت	◀ ارجاع فوری به مرکز بهداشتی درمانی
• نمونه ارسالی تست تأیید روی کاغذ فیلتر: فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۳/۴ • نمونه ارسالی تست تأیید روی نمونه سرم: فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۴	تست تأیید تشخیص PKU مثبت	◀ ارجاع فوری به مرکز بهداشتی درمانی ◀ پیگیری حداکثر تا ۱ هفته برای اطمینان از مراجعه کودک به بیمارستان منتخب
• تأیید تشخیص بیماری PKU مثبت توسط پزشک منتخب در بیمارستان منتخب PKU که توسط کارشناس ژنتیک مرکز بهداشت شهرستان اعلام شد است	PKU مثبت بیمارستانی	◀ ثبت فرم ۵ ارسال شده از بیمارستان منتخب PKU در پرونده خانوار ◀ پیگیری کودکان کمتر از ۳ سال ماهی یکبار برای اطمینان از مراجعه کودک به بیمارستان منتخب ◀ پیگیری کودکان بیشتر از ۳ سال هر ۳ ماه 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 • تست تأیید تشخیص منفی	PKU منفی	◀ ثبت اطلاعات و اطلاع به والدین

* مواردی که به بیمارستان منتخب PKU جهت دریافت خدمات بالینی (ویزیت، تغذیه، شیر رژیمی و ...) مراجعه نکرده‌اند جهت پیگیری به کارشناس ژنتیک مرکز بهداشت شهرستان اطلاع داده شود.

** زمان انجام آزمایش مجدد ۱۴ روزگی است به شرط آن که 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 نمونه‌گیری بلافاصله بعد از مصرف شیر به مدت ۷۲ ساعت لزوماً انجام شود.

فصل ۱۷

ارزیابی بدرفتاری با کودک



تعریف کودک آزاری یا بدرفتاری با کودک: کودک آزاری رفتاری است که در آن کودک توسط اطرافیان مورد سوء استفاده‌های مختلف جسمی، جنسی و عاطفی و یا غفلت قرار می‌گیرد.

انواع کودک آزاری یا بدرفتاری با کودک:

- 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.
- 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 ناتوانی در مراقبت از کودک به طوری که منجر به بروز اختلال در سلامتی یا رشد وی گردد، به معنای غفلت از کودک است.

- 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.
- سوء استفاده جنسی: بهره کشی جنسی از کودک به منظور کسب رضایت جنسی توسط یک فرد بالغ را می گویند.
- 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 گشوده 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) مهم ترین 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 ویژگی های 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 هاو 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 مسایل 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 علایم 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
- علایم لگد زدن به کودک
- علایم 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 می کند

- اغلب کودکان دچار افسردگی، اعتماد بنفس 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.
- این کودکان همچنین از نظر رشد جسمی نسبت به همسالان خود عقب تر هستند.

لازم به ذکر است معاینه بدنی می باید در حضور والدین انجام شود و از معاینه بدنی کودک تر حضور دیگران خودداری گردد.

چگونه کودک را از نظر بدر رفتاری ارزیابی و طبقه بندی کنید:

برای بد رفتاری با کودک ۲ طبقه بندی وجود دارد: ۱- احتمال بدر رفتاری با کودک: در صورتی که هر یک از علائم زیر را ببینید کودک در طبقه بندی احتمال بدر رفتاری با کودک قرار می گیرد در این صورت کودک را به مرکز سلامت جامعه ارجاع دهید و علت ارجاع را کد ۱۶ بنویسید:

- ۱- گریه های طولانی و ممتد نوزاد
- ۲- علایم سوختگی با آب جوش یا سیگار
- ۳- کبودی یا اثر گاز گرفتگی روی قسمت های مختلف بدن
- ۴- خونمردگی یا شکستگی در اعضای مختلف بدن
- ۵- عدم تناسب توضیحات مادر با نوع علائم بدنی
- ۶- وجود کبودی و علائمی که مدت ها از زمان آن ها گذشته باشد.

وجود علایم زیر می تواند نشان دهنده سوء رفتار جسمانی با کودک باشد:

- وجود هرگونه خونمردگی و شکستگی در کودک زیر یک سال
- وجود کبودی هایی شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون
- سوختگی هایی شبیه آتش سیگار
- ضایعاتی شبیه سوختگی با آب جوش
- علائم گاز گرفتن
- تورم و دررفتگی مفاصل
- وجود مناطق طاسی در سر ناشی از کشیده شدن موها
- آثار ضربات شلاق
- پارگی لجام لب
- کبودی چشمان
- مشاهده صدمات متعدد در مراحل مختلف بهبود

۳- **کودکان شاهد خشونت خانگی:** در صورتی که ماد کودک قبلاً به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده باشد، کودک در طبقه بندی "کودکان شاهد خشونت خانگی" قرار می گیرد. در این صورت کودک را به مرکز سلامت جامعه ارجاع دهید و علت ارجاع را کد ۱۷ بنویسید.

در اینجا جدول ارزیابی و طبقه‌بندی نظر بدرفتاری با کودک آمده است

توصیه	طبقه‌بندی	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> ارجاع به مرکز سلامت جامعه 	<p>احتمال بد رفتاری با کودک</p> <p>(۱۶)</p>	<ul style="list-style-type: none"> عدم تناسب توضیحات مادر با نوع علائم بدنی* گریه‌های طولانی و ممتد نوزاد وجود کبودی و علائمی که مدت‌ها از زمان آن‌ها گذشته باشد خونمردگی یا شکستگی در اعضای مختلف بدن علائم سوختگی با آب جوش یا سیگار کبودی یا اثر گاز گرفتگی روی قسمت‌های مختلف بدن
<ul style="list-style-type: none"> ارجاع به مرکز سلامت جامعه / پزشک ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود 	<p>کودکان شاهد خشونت خانگی</p> <p>(۱۷)</p>	<ul style="list-style-type: none"> همه کودکانی که مادران آن‌ها قبلاً به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده‌اند

فصل ۱۸

ارزیابی کودک از نظر غربالگری‌ها

در همه کودکان از مادر در مورد علت مراجعه سوال کنید. در مورد نشانه های خطر، وزن، قد، دورسر، تغذیه، بینایی و تکامل او را کنترل کنید، سپس غربالگری‌های کودک را بررسی کنید.



سن	همگانی	انتخابی
بدو تولد	• بینایی، شنوایی ، کافی بودن شیر مادر ، ژنتیک	• -
۳-۵ روزگی	• کافی بودن شیر مادر ، متابولیک (G6PD ، فنیل کتنوری، هیپوتیروئیدی) ، شنوایی (اگر در زمان تولد انجام نشده باشد) ، ژنتیک، بینایی (اگر در بدو تولد انجام نشده باشد)	• فشار خون (در موارد خاص)
۱۴-۱۵ روزگی	• ژنتیک	• -
۳۰-۴۵ روزگی	• متابولیک (G6PD ، فنیل کتنوری، هیپوتیروئیدی) (اگر تا بحال انجام نشده است)، شنوایی (اگر تاکنون انجام نشده باشد)	• فشار خون (در موارد خاص) • بینایی (برای تمامی کودکان نارس انجام شود)
۲ ماهگی	• متابولیک (G6PD ، فنیل کتنوری، هیپوتیروئیدی) (اگر تا بحال انجام نشده است)، شنوایی (اگر تاکنون انجام نشده باشد) بینایی (اگر تاکنون انجام نشده باشد) • تکامل ERD FLAGS	• فشار خون (در موارد خاص) • بینایی (برای تمامی کودکان نارس اگر انجام نشده است انجام شود)
۴ ماهگی	• ندارد	• فشار خون (در موارد خاص) • کم خونی (در شیرخواران پره ترم و دارای وزن کم زمان تولد(LBW) و شیر مصنوعی خوارانی که شیر مصنوعی غنی شده با آهن دریافت نکرده‌اند). *
۷ ماهگی	• سلامت دهان • تکامل (تست استاندارد) • بینایی (۷ ماهگی)	• فشار خون
۹ ماهگی	• سلامت دهان • تکامل ERD FLAGS	• فشار خون
۱۲ ماهگی	• تکامل (تست استاندارد)	• سلامت دهان • فشار خون • کم خونی کم خونی (۹-۱۲ ماهگی یا CBC، فریتین غربالگر انجام شود و دوباره در ۱۸-۱۵ ماهگی چک شود)
۱۵ ماهگی	• ندارد	• فشار خون
۱۸ ماهگی	• ندارد • تکامل ERD FLAGS	• سلامت دهان ، فشار خون
۲۴ ماهگی	• سلامت دهان • تکامل (تست استاندارد)	• دهان و دندان ، فشار خون ، آنمی ، دیس لیپیدمی (چربی خون)
۲،۵ سالگی	• ندارد	• سلامت دهان
۳-۵ سالگی	• فشار خون ، شنوایی ، بینایی، دهان و دندان ، ۴ سالگی تکامل ERD FLAGS - ۳ سالگی و ۵ سالگی تکامل (تست استاندارد)	• سلامت دهان ، کم خونی ، دیس لیپیدمی (چربی خون)



با استفاده از جدول رنگی طبقه‌بندی کنید



سپس وضعیت مصرف مکمل‌های دارویی و واکسیناسیون را کنترل کنید. در مورد تغذیه کودک، پیشگیری از آسیب‌های کودکان و رابطه متقابل کودک و والدین برای ارتقای تکامل کودک با مادر مشاوره کنید.

غربالگری‌های کودکان یکی از ضرورت‌های سلامت عمومی است که برای بهبود پیش‌آگهی کودکان مبتلا، حیاتی است. این غربالگری‌ها شامل دو نوع غربالگری همگانی و غربالگری انتخابی است.

غربالگری‌های همگانی:

- **بدو تولد:** غربالگری بینایی، شنوایی، کافی بودن شیر مادر، ژنتیک. در مورد کودکانی که در بیمارستان بدنیا می‌آیند اطمینان از انجام غربالگری در بیمارستان ضروری است. در مورد کودکانی که در تسهیلات و یا در منزل بدنیا می‌آیند باید نوزاد را برای انجام غربالگری بدو تولد به نزدیک‌ترین محل انجام آن‌ها ارجاع دهید.
- **۳-۵ روزگی:** کافی بودن شیر مادر، غربالگری متابولیک شامل هیپوتیروئیدی، فنیل‌کتوروری، G6PD، غربالگری شنوایی (اگر در زمان تولد انجام نشده باشد)، بینایی (اگر در زمان تولد انجام نشده باشد)، ژنتیک
- **۱۴-۱۵ روزگی:** ژنتیک
- **۳۰-۴۵ روزگی:** غربالگری متابولیک (اگر تا کنون انجام نشده است) غربالگری شنوایی (اگر تاکنون انجام نشده است)، بینایی (اگر در زمان تولد انجام نشده باشد)
- **۲ ماهگی:** غربالگری متابولیک اگر تاکنون انجام نشده است، غربالگری شنوایی اگر تاکنون انجام نشده است، بینایی (اگر در زمان تولد انجام نشده باشد)، غربالگری تکامل با استفاده از RED FLAGS.
- **۴ ماهگی:** ندارد
- **۶ و ۷ ماهگی:** سلامت دهان، غربالگری تکامل با استفاده از تست استاندارد تکامل، بینایی (۷ ماهگی)
- **۹ ماهگی:** سلامت دهان، غربالگری تکامل با استفاده از RED FLAGS.
- **۱۲ ماهگی:** غربالگری تکامل با استفاده از تست استاندارد تکامل.
- **۱۵ ماهگی:** ندارد
- **۱۸ ماهگی:** غربالگری تکامل با استفاده از RED FLAGS.
- **۲۴ ماهگی:** سلامت دهان، غربالگری تکامل با استفاده از تست استاندارد تکامل.
- **۲،۵ سالگی:** ندارد
- **۳ سالگی:** غربالگری فشار خون، سلامت دهان، غربالگری تکامل با استفاده از تست استاندارد تکامل، شنوایی، بینایی
- **۴ سالگی:** غربالگری فشار خون، غربالگری سلامت دهان، غربالگری تکامل با استفاده از RED FLAGS، بینایی
- **۵ سالگی:** غربالگری فشار خون، سلامت دهان، غربالگری تکامل با استفاده از تست استاندارد تکامل، بینایی

غربالگری‌های انتخابی:

- **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 می‌شود.
- **شنوایی:** بر اساس ارزیابی شنوایی کودکان غربالگری شنوایی انجام شود.

• **فشار خون:** در کودکان کمتر از ۳ سال در موارد زیر توصیه می شود:

- 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 بیماری های 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)

• **کم خونی:** غربالگری کم خونی برای همه کودکان ترم در معرض خطر فقر آهن (کودکی که غذایشان آهن کم دارد مثل

غذای فاقد گوشت قرمز، عوامل محیطی مثل فقر دارند و یا محدودیت دسترسی به غذا دارند) در ۱۲ ماهگی، ۲، ۳، ۴ و ۵ سالگی انجام شود. در نوزادان نارس، نوزادان با وزن تولد کم، کودکانی که شیر گاو برایشان زود شروع شده است، غربالگری کم خونی در ۴ ماهگی انجام شود.

• **چربی خون:** غربالگری چربی خون برای کودکان زیر انجام شود:

- 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
- اضافه وزن کودک یا
- مصرف زیاد چربی های اشباع و کلسترول

در اینجا جدول ارزیابی و طبقه بندی غربالگری های کودک آمده است:

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
عدم انجام غربالگری	نیازمند ارجاع برای انجام غربالگری	ارجاع به مرکز سلامت جامعه/پزشک برای درخواست آزمایش ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
نتیجه غربالگری غیر طبیعی	نتیجه غربالگری غیر طبیعی	ارجاع به مرکز سلامت جامعه/پزشک برای ارزیابی بیشتر یا درخواست آزمایش ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
غربالگری مطابق با جدول و طبیعی	طبیعی	اطمینان دادن به مادر که در این موارد مشکلی ندارد

ارزیابی وضعیت فرزندآوری مادر:

در همه کودکان از مادر در مورد علت مراجعه سوال کنید. در مورد نشانه های خطر، وزن، قد، دورسر، تغذیه، بینایی و تکامل، غربالگری ها او را کنترل کنید، سپس وضعیت فرزندآوری مادر کودک را کنترل کنید.

سوال کنید

- آیا کمتر از ۳ فرزند دارید؟
- آیا سن کوچکترین فرزندتان بیشتر از ۳۰ ماه است؟
- آیا شما و همسرتان فرزند/فرزندتان بیشتری می خواهید؟
- آیا شرایط خاصی برای دریافت خدمات فاصله گذاری دارید؟ (بر اساس موارد اعلام شده توسط اداره باروری سالم واجد شرایط دریافت خدمات فاصله گذاری باشد)

با استفاده از جدول رنگی طبقه بندی، وضعیت دور سر را طبقه بندی کنید

سپس وضعیت مصرف مکمل های دارویی واکسیناسیون را کنترل کنید. در مورد تغذیه کودک، پیشگیری از آسیب های کودکان و رابطه متقابل کودک و والدین برای ارتقای تکامل کودک با مادر مشاوره کنید.

از مادر سؤال کنید:

- آیا کمتر از سه فرزند دارد؟
- آیا سن کوچکترین فرزند بیشتر از ۳۰ ماه است؟
- آیا شما و همسرتان فرزند یا فرزندتان بیشتری می خواهید؟
- آیا شرایط خاصی برای دریافت خدمات فاصله گذاری دارید؟ (بر اساس موارد اعلام شده توسط اداره باروری سالم واجد شرایط دریافت خدمات فاصله گذاری میباشد؟)

چگونه مادر را از نظر وضعیت فرزندآوری طبقه بندی کنید؟

برای وضعیت فرزندآوری مادر ۳ طبقه بندی وجود دارد:

۱- **واجد شرایط دریافت خدمات مشاوره باروری سالم:** در صورتی که مادر ۳ فرزند یا بیشتر داشته باشد و مایل به دریافت خدمات فاصله‌گذاری باشد یا سن کوچکترین فرزند کمتر از ۳۰ ماه باشد یا بارداری برای مادر و نوزاد خطرناک باشند، در این صورت مادر در طبقه‌بندی "واجد شرایط دریافت خدمات مشاوره باروری سالم" قرار می‌گیرد، او را به واحد باروری سالم ارجاع دهید تا بر اساس اصول فاصله‌گذاری حداقل سه سال، خدمت مناسب دریافت نماید.

۲- **واجد شرایط مشاوره برای فرزندآوری:** در صورتی که مادر کمتر از ۳ فرزند داشته باشد یا سن کوچکترین فرزند بیشتر از ۳۰ ماه باشد یا والدین شرایط فرزندآوری را داشته باشند ولی تمایلی به بارداری نداشته باشند، در این صورت در طبقه‌بندی واجد شرایط مشاوره برای فرزندآوری قرار می‌گیرند، در این صورت بر اساس پاسخ دریافت شده یا برای مادر اقدامات و توصیه‌های فرزندآوری و مراقبت‌های قبل از بارداری انجام شود و یا برای تشویق و مذاکره با همسر برای داشتن فرزند و تأمین خدمت فاصله‌گذاری تا مراجعه بعدی برای وی خدمات باروری سالم ارائه شود.

۳- **واجد شرایط فرزندآوری:** در صورتی که والدین تمایل به فرزندآوری دارند و بارداری برای مادر و نوزاد خطری ندارد در این صورت در طبقه‌بندی "واجد شرایط فرزندآوری" قرار می‌گیرد، در این صورت برای مادر اقدامات و توصیه‌های فرزندآوری و مراقبت‌های قبل از بارداری انجام شود.

در اینجا جدول ارزیابی و طبقه‌بندی مادر از نظر وضعیت فرزندآوری آمده است:

نشانه‌ها	طبقه بندی	توصیه‌ها
<ul style="list-style-type: none"> • ۳ فرزند یا بیشتر داشته باشد و مایل به دریافت خدمات فاصله‌گذاری باشد یا • سن کوچکترین فرزند کمتر از ۳۰ ماه باشد یا • مادر و نوزاد در معرض خطر باشند 	واجد شرایط دریافت خدمات مشاوره باروری سالم	دریافت خدمات باروری سالم بر اساس اصول فاصله‌گذاری حداقل ۳ سال
<ul style="list-style-type: none"> • کمتر از ۳ فرزند داشته باشد یا • سن کوچکترین فرزند بیشتر از ۳۰ ماه باشد • والدین شرایط فرزندآوری را دارند ولی تمایلی به بارداری ندارند 	واجد شرایط مشاوره برای فرزندآوری	مشاوره فرزندآوری
<ul style="list-style-type: none"> • والدین تمایل به فرزندآوری دارند و بارداری برای مادر و نوزاد خطری ندارد 	واجد شرایط فرزندآوری	مشاوره فرزندآوری و مراقبت‌های قبل از بارداری ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید

فصل ۲۰

کنترل وضعیت مکمل های دارویی کودک

در همه کودکان از مادر در مورد علت مراجعه سوال کنید. در مورد نشانه های خطر، وزن، قد، دورسر، تغذیه، بینایی و تکامل او را کنترل کنید، سپس وضعیت مکمل های دارویی و واکسیناسیون کودک را کنترل کنید.

وضعیت کودک	سوال کنید
کودکان ترم و شیرخوارانی که با وزن تولد بالای ۲۵۰۰ بدنیا آمده است	<ul style="list-style-type: none"> • آیا مکمل *A+D از ۳-۵ روزگی به میزان ۴۰۰ واحد ویتامین D و ۱۵۰۰ واحد ویتامین A در روز معادل یک سی سی سی داده می شود؟ • آیا مکمل آهن از پایان ۶ ماهگی یا همزمان با شروع تغذیه تکمیلی با دوز ۱ mg/ kg/ day حداکثر ۱۵ میلی گرم آهن المنتال (خالص) در روز تقریباً معادل ۱۵ قطره داده می شود؟
کودکان نارس و شیرخوارانی که با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم متولد شده اند	<ul style="list-style-type: none"> • آیا مکمل A+D از ۳-۵ روزگی به میزان ۴۰۰ واحد ویتامین D و ۱۵۰۰ واحد ویتامین A در روز معادل یک سی سی سی قطره داده می شود؟ • آیا مکمل آهن با دوز ۲ 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؟
شیرخواران با وزن تولد بسیار کم (کمتر از ۱۵۰۰ گرم)	<ul style="list-style-type: none"> • آیا مکمل A+D از ۳-۵ روزگی به میزان ۴۰۰ واحد ویتامین D و ۱۵۰۰ واحد ویتامین A در روز معادل یک سی سی سی قطره داده می شود؟ • آیا مکمل آهن با دوز ۳-۴ 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؟

تصمیم بگیرید آیا کودک نیاز به مکمل های دارویی دارد، در صورت نیاز به تعداد مورد نیاز به او داده شود.

سپس در مورد تغذیه مناسب، پیشگیری از حوادث و سوانح در کودکان و رابطه متقابل کودک و والدین، با مادر مشاوره کنید.

جهت کنترل وضعیت مکمل های دارویی به جدول آن در چارت ارزیابی و طبقه بندی نگاه کنید.

در کودکان ترم و شیرخوارانی که با وزن تولد بالای ۲۵۰۰ بدنیا آمده اند، مکمل ویتامین A+D را از ۳-۵ روزگی به میزان ۴۰۰ واحد ویتامین D و ۱۵۰۰ واحد ویتامین A در روز معادل یک سی سی سی داده می شود. 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 A+D از ۳-۵ روزگی به میزان ۴۰۰ واحد ویتامین D و ۱۵۰۰ واحد ویتامین A در روز معادل یک سی سی سی قطره داده می شود. 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.

در شیرخواران با وزن تولد بسیار کم (کمتر از ۱۵۰۰ گرم) مکمل A+D از ۳-۵ روزگی به میزان ۴۰۰ واحد ویتامین D و ۱۵۰۰ واحد ویتامین A در روز معادل یک سی سی سی قطره داده می شود. 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.

در اینجا جدول طبقه بندی کودک از نظر مکمل های دارویی آمده است:

نشانه	طبقه بندی	توصیه ها
• عدم مطابقت با دستورالعمل	مصرف ناقص مکمل دارویی	◀ به مادر توصیه کنید مکمل های دارویی را صحیح مصرف نماید.
• مطابقت با دستورالعمل	مصرف کامل مکمل دارویی	◀ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

فصل ۲۱

ارزیابی کودک از نظر وضعیت واکسیناسیون

در همه کودکان از مادر در مورد علت مراجعه سوال کنید. در مورد نشانه های خطر، وزن، قد، دورسر، تغذیه، بینایی، شنوایی، تکامل، ژنتیک، غربالگری ها، مکمل های دارویی را کنترل کنید، سپس وضعیت واکسیناسیون کودک را کنترل کنید.

جدول واکسیناسیون کارت مراقبت کودک را با جدول واکسیناسیون برای گروه های سنی مقایسه کنید:

• ب.ث.ژ • فلج اطفال • هپاتیت ب	تولد
• فلج اطفال خوراکی • پنج گانه	۲ ماهگی
• فلج اطفال خوراکی • پنج گانه • فلج اطفال تزریقی	۴ ماهگی
• فلج اطفال خوراکی • پنج گانه	۶ ماهگی
• MMR	۱۲ ماهگی
• فلج اطفال خوراکی • MMR • سه گانه	۱۸ ماهگی
• فلج اطفال خوراکی • سه گانه	۶ سالگی

تصمیم بگیرید آیا کودک امروز به واکسن نیاز دارد یا بایستی به مادر بگویید چه زمانی برای واکسیناسیون کودکش برگردد. توجه: اگر کودک آنقدر حالش خوب است که می تواند به منزل برود، هیچ موردی برای منع واکسیناسیون وجود ندارد.

سپس در مورد تغذیه مناسب، پیشگیری از حوادث و سوانح در کودکان و رابطه متقابل کودک و والدین، با مادر مشاوره کنید.

در همه کودکان وضعیت واکسیناسیون و مکمل های دارویی را کنترل کنید.

از برنامه واکسیناسیون توصیه شده استفاده کنید.

در مورد کودکانی که در موعد مقرر برای ایمن سازی مراجعه نکرده اند، بر اساس برنامه و راهنمای ایمن سازی ۱۳۹۴ اقدام گردد.

هنگامی که 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.

موارد منع واکسیناسیون را مشاهده کنید:

- در صورتی که کودک پس از دریافت یک واکسن، دچار واکنش حساسیتی شدید (مانند آنافیلاکسی) شده باشد، نباید در دفعات بعدی واکسیناسیون، آن واکسن را دریافت کند.
- تلقیح واکسن ب. ث. ژ در موارد نقایص سیستم ایمنی ارثی یا اکتسابی ممنوع است.
- در صورت سابقه نقایص سیستم ایمنی و یا ابتلا به عفونت منتشر ب. ث. ژ در فرزندان قبلی خانواده، لازم است تجویز واکسن های زنده بدو تولد (ب. ث. ژ و فلج اطفال خوراکی) تا زمان بررسی شیرخوار و رد نقایص سیستم ایمنی به تعویق افتد.
- تجویز واکسن های ترکیبی حاوی واکسن سياه سرفه (سه گانه و پنج گانه) در کودکانی که سابقه کما و کاهش سطح هشیاری طی ۷ روز پس از دریافت دز قبلی این واکسن ها را ذکر می کنند (در صورتی که علت مشخص دیگری برای آن یافت نشود)، ممنوع است. در این کودکان واکسن دو گانه و هیپاتیت ب و هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ ب بایستی طبق برنامه کشوری تزریق گردد. در صورت ایجاد علائمی مانند تب بالای ۴۰ درجه طی ۴۸ ساعت، واکنش کلاپس هیپوتونیک (hypotonic- hyporesponsive episodes) طی ۴۸ ساعت، تشنج طی ۷۲ ساعت و گریه مداوم بیش از ۳ ساعت که قابل آرام کردن نباشد طی ۴۸ ساعت، تجویز واکسن های ترکیبی حاوی سياه سرفه بلامانع است ولی لازم است اقدامات حمایتی و درمانی مانند دادن مایعات به مقدار لازم، دادن استامینوفن و پایین آوردن تب و درمان دارویی مناسب در صورت بروز تشنج صورت بگیرد.
- تجویز قطره خوراکی فلج اطفال در کودکان مبتلا به عفونت HIV فاقد علامت بلامانع است ولی در کودکان مبتلا به عفونت HIV با علامت یا نقص ایمنی شدید (CD4 پایین) ممنوع بوده و باید IPV تجویز شود.
- در کودکان دچار نقص اولیه سیستم ایمنی، کودکان تحت درمان با داروهای پایین آورنده قدرت دفاعی بدن نظیر داروهای شیمی درمانی یا کورتیکواستروئیدها (در کودکان با وزن کمتر از ۱۰ کیلوگرم، دریافت روزانه مساوی یا بیش از ۲ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن از پردنیزون یا معادل آن برای ۱۴ روز یا بیشتر و در کودکان با وزن بیش از ۱۰ کیلوگرم، دریافت روزانه مساوی یا بیش از ۲۰ میلی گرم از پردنیزون یا معادل آن برای ۱۴ روز یا بیشتر) و یا کودکان تحت درمان با

اشعه و مبتلایان به لوسمی، لنفوم و سایر سرطان‌ها، استفاده از قطره خوراکی فلج اطفال ممنوع بوده و به جای آن باید IPV تجویز شود.

- تجویز قطره خوراکی فلج اطفال در صورت حضور فردی با نقص سیستم ایمنی اولیه یا اکتسابی در منزل، ممنوع است و باید از IPV استفاده کرد.
- تزریق واکسن MMR در بیماران مبتلا به نقص ایمنی (مانند مبتلایان به بدخیمی، نقص ایمنی مادرزادی، درمان طولانی مدت با داروهای سرکوبگر سیستم ایمنی و دریافت شیمی درمانی) و افراد با سابقه واکنش حساسیتی شدید (مانند آنافیلاکسی) بعد از در قبلی این واکسن، ممنوع است.

در تمام مواقع، این قانون خوبی است که: اگر کودک بیمار آنقدر سر حال است که می تواند به خانه برود هیچ موردی برای منع واکسیناسیون وجود ندارد.

اگر باید کودک را ارجاع دهید، قبل از ارجاع به او واکسن نزنید. پزشکان محل ارجاع پس از پذیرش کودک درمورد واکسیناسیون او تصمیم گیری خواهند کرد این امر از به تاخیر افتادن ارجاع پیشگیری می کند. به مادر توصیه کنید که درمورد واکسیناسیون سایر کودکان خانواده اطمینان حاصل کند. در صورت لزوم، واکسن کزاز یا توام به مادر تزریق کنید.

چگونگی تصمیم گیری درمورد این که آیا کودک در روز مراجعه نیاز به واکسیناسیون دارد یا خیر؟

کودک ممکن است در روز مراجعه واکسن های لازم را دریافت کند و یا مادر کودک درخواست کند که یک روز دیگر کودک را بیاورد، یا ممکن است یادداشتی که نیاز به واکسن دارد به او بدهید و او را ارجاع دهید. تصمیم بگیرید اگر کودک نیاز به واکسن دارد. به سن کودک نگاه کنید. اگر سن دقیق کودک را نمی دانید، درمورد سن او سؤال کنید.

از مادر بپرسید آیا کودک کارت واکسیناسیون دارد.

به مادر توصیه کنید در هر نوبت مراجعه کارت مراقبت کودک را به همراه داشته باشد و از آن به خوبی مراقبت کند.

اگر مادر پاسخ بلی داد، از او بپرسید آیا کارت واکسیناسیون کودک را به همراه دارد.

- اگر کارت واکسیناسیون را به همراه دارد، از او بخواهید تا کارت را به شما نشان دهد.
- واکسن های ثبت شده کودک را مطابق جدول واکسیناسیون توصیه شده مقایسه کنید. ببینید آیا کودک تمام واکسن های توصیه شده برای سن خود را دریافت کرده است .
- تمام واکسن هایی را که کودک دریافت کرده است، کنترل کنید. تاریخ آخرین واکسن های دریافتی را بنویسید. اگر واکسیناسیون کودک در زمان مراجعه ناقص بود کنار وضعیت واکسیناسیون ناقص علامت (x) بزنید
- اگر کودک نیاز به ارجاع ندارد، برای مادر شرح دهید که کودکش امروز نیاز به انجام واکسیناسیون دارد.

اگر مادر اظهار می دارد که کارت واکسیناسیون کودک را به همراه ندارد:

- از مادر سؤال شود آیا امکان مراجعه مجدد و ارائه کارت را دارد؟ در صورت پاسخ منفی (به عللی مانند مفقود شدن کارت، مسافرت طولانی، سفر یا سایر علل) بر اساس برنامه و راهنمای ایمن سازی ۱۳۹۴ اقدام شود.
 - از مادر بپرسید، کودک چه واکسن هایی را دریافت کرده است .
 - درمورد میزان اعتبار گفته های مادر قضاوت کنید. اگر هر گونه شکی دارید، کودک را واکسن بزنید .
- بر اساس سن کودک، واکسن های فلج اطفال، سه گانه، هیپاتیت و سرخک را بدهید.

- یک کارت مراقبت به مادر بدهید و از او بخواهید تا هربار که کودکش را به مرکز بهداشتی یا خانه بهداشت می‌آورد آن را همراه داشته باشد.
- همانطور که شما وضعیت واکسیناسیون کودک را کنترل کردید، در فرم ثبت واکسن‌هایی را که قبلاً دریافت کرده علامت بزنید و واکسن‌ها و مکمل‌های دارویی را که امروز نیاز دارد در قسمت درمان بنویسید. اگر کودک باید برای واکسیناسیون برگردد، تاریخ مراجعه بعدی را بنویسید.
- کودکان با وزن کمتر از ۲ کیلوگرم نیاز به دریافت نوبت اضافی واکسن هپاتیت ب در سن ۱ ماهگی ندارند.

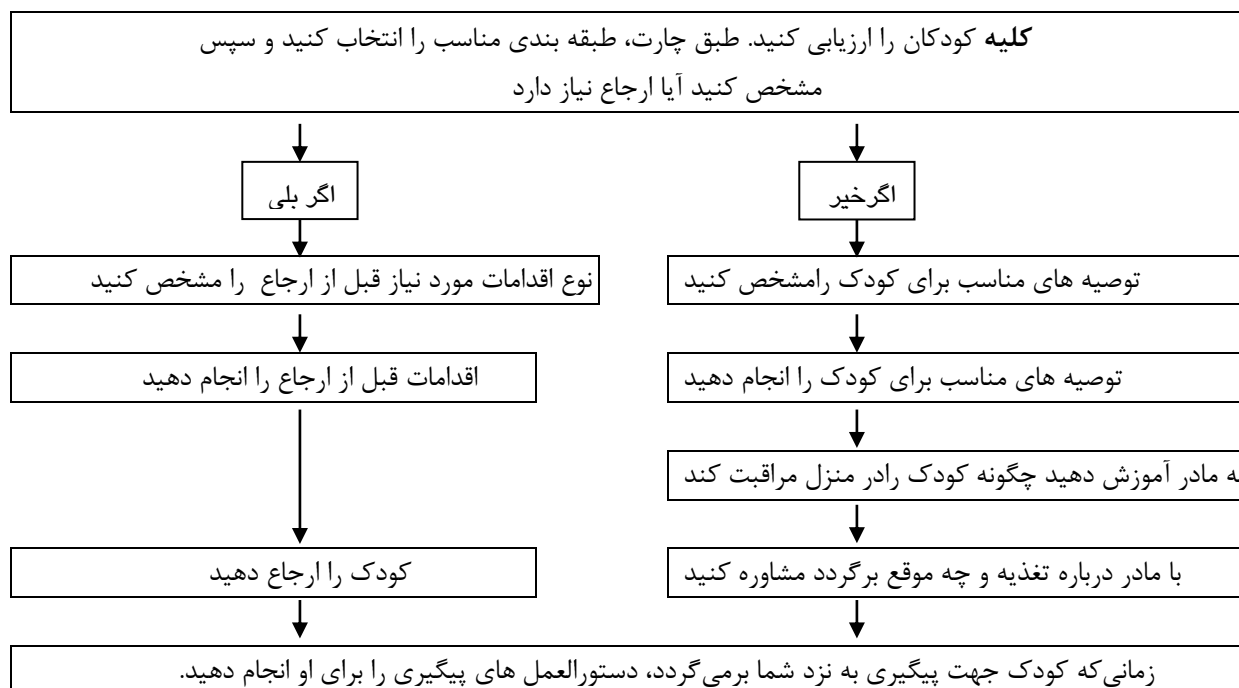
در اینجا جدول ارزیابی و طبقه بندی کودک از نظر واکسیناسیون آمده است:

نشانه	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت پاسخ منفی در هر گروه سنی 	واکسیناسیون ناقص	<ul style="list-style-type: none"> ◀ کودک را مطابق دستورالعمل کشوری ایمن سازی ، واکسینه نمایید. ◀ توصیه های پیشگیری از حوادث و سوانح در منزل را به مادر بگویید.
<ul style="list-style-type: none"> • مطابقت با جدول واکسیناسیون دارد 	واکسیناسیون کامل	<ul style="list-style-type: none"> ◀ مادر را تشویق کنید که در مراقبت‌های بعدی مراجعه کند ◀ توصیه های پیشگیری از حوادث و سوانح در منزل را به مادر بگویید.

فصل ۲۲

تشخیص نوع توصیه‌ها

اقدامات اولویت دار را انتخاب کنید



در فصل های قبلی شما یاد گرفتید که چگونه کودک سالم را ارزیابی و طبقه بندی نمایید. قدم بعدی این است که اقدامات لازم را مشخص کنید. در بعضی مواقع کودک، برای مراقبت های بیشتر نیازمند ارجاع به مرکز درمانی است. در چنین مواردی، شما باید قبل از فرستادن کودک، اقدامات قبل از ارجاع را انجام دهید.

ضمن مطالعه این بخش شما بایستی به ستون توصیه ها در چارت ارزیابی و طبقه بندی مراجعه کنید. ستونهای رنگی توصیه ها به آسانی به شما کمک می کنند که چه کاری برای کودک باید انجام دهید.

◀ طبقه بندی در ردیف قرمز احتیاج به توجه فوری و ارجاع دارد. این طبقه بندی شدید می باشد.

◀ طبقه بندی در ردیف زرد یعنی کودک احتیاج به توصیه های مناسب در منزل دارد. توصیه ها شامل آموزش به مادر در مورد مراقبت کودک در منزل، تغذیه کودک و این که چه موقع برگردد، می باشد.

◀ طبقه بندی در ردیف سبز یعنی کودک به مراقبت ویژه نیاز ندارد. به مادر در مورد نگهداری کودک در منزل آموزش دهید، برای مثال در مورد پیشگیری از حوادث و چگونگی ارتباط کودک با والدین توصیه های لازم را ارائه دهید.

◀ اگر کودک بایستی فوراً ارجاع شود، لازم است تصمیم بگیرید که قبل از ارجاع چه اقداماتی را باید انجام دهید. بعضی از توصیه ها مانند مشاوره با مادر در مورد پیشگیری قبل از ارجاع لازم نیست.

تمام طبقه بندی های شدید در چارت ارزیابی و طبقه بندی به رنگ قرمز است که این کودکان نیازمند ارجاع هستند

- احتمال بیماری خیلی شدید
- بیماری خیلی شدید
- کم وزنی شدید
- کوتاه قدی شدید
- کوتاه قدی
- خیلی بلندقد
- دورسر کوچک
- دور سر بزرگ
- لاغری شدید
- لاغر
- مشکل سلامت و شیردهی مادر
- مشکل دندانی شدید/ پر خطر
- نیازمند بررسی بیشتر از نظر چشم/ بینایی
- نیازمند بررسی بیشتر از نظر گوش
- نیازمند ارجاع از نظر تکامل
- نیازمند بررسی بیشتر از نظر ژنتیک
- نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش کم کاری تیروئید
- نیاز به نمونه گیری مجدد کم کاری تیروئید از پاشنه پا
- احتمال کم کاری تیروئید
- نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش PKU
- احتمال نیاز به نمونه گیری مجدد PKU
- تست غربالگری اولیه PKU مثبت
- تست تأیید تشخیص PKU مثبت
- احتمال بدرفتاری با کودک
- کودکان شاهد خشونت خانگی
- نیازمند ارجاع برای انجام غربالگری
- نتیجه غربالگری غیر طبیعی

در موارد فوق باید کودک ارجاع شود. از توصیه های غیر ضروری که ارجاع را به تأخیر می اندازد، خودداری کنید.

فصل ۲۳

برای کودکانی که نیاز به ارجاع ندارند توصیه‌ها را مشخص کنید

برای کودکانی که نیاز به ارجاع ندارد، برای هر طبقه بندی، توصیه مناسب را (در ستون سمت چپ چارت) به مادر بگویید همچنین به او بگویید چه موقع برای پیگیری برگردد.

مشاوره با مادر

شما یاد خواهید گرفت که چگونه با مادر مشاوره کنید. (به کتاب راهنمای مشاوره بسته خدمت کودک سالم مراجعه شود).

پیگیری

مطمئن شوید که شامل مواردی باشد که با لغت پیگیری شروع شده باشد. این بدین معنی است که به مادر بگویید دقیقاً چه روزی برگردد. پیگیری خیلی مهم است چون مشخص می شود که توصیه ها مؤثر بوده است یا اقدام دیگری نیاز دارد. اگر چندین زمان مختلف برای پیگیری مشخص شده باشد بهتر است زودترین زمان را تعیین کنید. زودترین زمان معین برای پیگیری در فاصله مناسب را در ستون « زمان پیگیری » بنویسید. این همان زمان پیگیری است که باید به مادر بگویید.

پیگیری کودک

تعدادی از کودکان برای مراقبت ویژه نیاز به پیگیری دارند که دوباره به کارمند بهداشتی مراجعه کنند. به مادر گفته می‌شود چه وقت برای پیگیری بیاید. (پس از ۱۰، ۱۰، ۱۰، ۱۰ روز، یکماه، سه ماه) در پیگیری کارمند بهداشتی می‌تواند ببیند آیا کودک با توصیه های داده شده بهبود پیدا کرده یا خیر. پیگیری به خصوص برای کودکی که مشکل تغذیه دارد خیلی مهم است که مطمئن شویم آنها به میزان کافی تغذیه می‌شوند و اضافه وزن پیدا کرده اند.

با توجه به اهمیت زیاد پیگیری، مرکز شما بایستی ترتیبی بدهد که زمان پیگیری برای مادر مناسب باشد. در صورت امکان مادر بایستی برای پیگیری منتظر بماند.

توصیه کنید چه موقع برای پیگیری برگردد

مشکلات خاصی نیازمند پیگیری در زمان‌های معینی می‌باشد.

در پایان معاینه کودک سالم، به مادر بگوئید چه زمانی برای پیگیری برگردد. گاهی اوقات کودک ممکن است نیازمند پیگیری برای چندین مشکل باشد. در چنین مواردی به مادر بگوئید در زودترین زمان تعیین شده برگردد.

دقت کنید که زمان‌های مختلفی برای پیگیری مربوط به تغذیه وجود دارد:

- چنانچه کودک مشکل تغذیه‌ای دارد و شما در مورد انجام تغییراتی در تغذیه کودک پیشنهاداتی داده‌اید بعد از ۱ و ۵ روز پیگیری کنید که آیا مادر تغییرات را انجام داده است. در صورت نیاز بیشتر مشاوره کنید.
- چنانچه کم وزنی یا احنمال کم وزنی دارد بعد از ۱۰ روز شیرخوار کمتر از ۲ ماهه را پیگیری کنید. این پیگیری شامل اندازه گیری وزن کودک و انجام توصیه های مربوط در این زمینه است.
- چنانچه کودک ۲ ماهه تا یکساله کم وزنی یا احنمال کم وزنی دارد بعد از ۱۵ روز پیگیری نیاز است و چنانچه کودک بالای یکسال کم وزنی یا احنمال کم وزنی دارد بعد از ۳۰ روز پیگیری کنید. این پیگیری شامل اندازه گیری وزن کودک، ارزیابی مجدد وضعیت غذا و نحوه خورانش و دادن هر نوع توصیه بیشتری در صورت نیاز بر اساس آنچه در چارت مشاوره آمده است. ملاقات خاصی برای یک مشاوره تغذیه ای در زمانی که کارمند بهداشتی برای بحث با مادر در مورد غذا و نحوه تغذیه کودک در دسترس باشد را ترتیب دهید. لازم است این کارمند بهداشتی مطالبی را در مورد مشکلات تغذیه ای، پیشنهاد تغییرات و وزن کودک بداند.

در پیگیری مراحلی که بایستی شما در پیگیری انجام دهید نسبت به اولین مراقبت کودک تفاوت‌هایی دارد توصیه هایی که شما در پیگیری می‌دهید اغلب با توصیه‌هایی که در اولین مراقبت می‌دهید تفاوت دارد.

در کدام قسمت از چارت تشخیص و درمان «پیگیری» توضیح داده شده؟

در ستون «توصیه ها» از چارت ارزیابی و طبقه بندی، در بعضی از طبقه بندی‌ها توصیه هایی دارد که به مادر گفته می‌شود چه زمانی برای پیگیری مراجعه کند.

آموزش بخصوصی برای انجام پیگیری در بخش « پیگیری » وجود دارد. هر جدول تیتری دارد که با طبقه بندی چارت ارزیابی و طبقه بندی مطابقت دارد. هر جدول چگونگی ارزیابی و اقدامات مناسب درمان را به شما می گوید.

با کودکی که برای پیگیری آمده چگونه برخورد کنید

مثل همیشه از مادر در مورد علت مراجعه سوال کنید. شما باید بدانید این مراجعه برای مراقبت های دوره ای کودک است یا برای پیگیری آمده است.

برای مثال، مادر ممکن است به شما یا پرسنل دیگر مرکز بگوید به او گفته شده است که برای مراقبت کودکش جهت پیگیری مراجعه کند. اگر در مرکز شما فرم مخصوص پیگیری به مادران داده می شود آن فرم را از مادر بخواهید یا اگر در مرکز شما از هر کودک فرمی را در پرونده وی بایگانی می کنند شما ممکن است ببینید که کودک چند روز پیش نیز برای همین مراقبت مراجعه کرده است، سپس دستورات در جدول پیگیری را انجام دهید.

کودک را طبق دستورات در جدول پیگیری ارزیابی کنید.

مهم: اگر کودکی که برای پیگیری آمده مشکلاتی دارد و حال او بدتر شده و یا اگر در مورد کودک ناراحت هستید و نمی دانید برای او چه کاری انجام دهید کودک را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید.