

متن آموزشی تیم سلامت

برنامه کودکان

آبان ۱۳۹۷

مقدمه :

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 است که نقش قابل ملاحظه ای بر عملکرد ذهنی ، جسمی ، روانی، اجتماعی و ایمنی کودک دارد. تجربیاتی که کودک در سال های سوم تا پنجم زندگی کسب می کند او را برای کسب مهارت های اجتماعی و یادگیری در دوران مدرسه آماده می سازد . تجربیات و مهارت های کودک در 6 سال اول برای موفقیت او در دوران تحصیل حیاتی است . مراقبت از کودک، حمایت ،آموزش و رشد و تکامل مطلوب ، از دوره لقاح آغاز می شود و نه تنها مراقبت کودک بلکه مراقبت از مادر نیز برای بقاء، رشد و تکامل کودک حائز اهمیت است .کودکانی که از مراقبت مطلوب برخوردارند در آموزش و سایر جنبه های اجتماعی از بقیه جلوتر هستند. توان تولید بیشتری دارند و به قانون بیشتر احترام می گذارند، لذا در صورتیکه در 6 سال اول خدمات و مراقبتهای با کیفیتی در دسترس باشند، هزینه های آینده برای آموزش ، بهداشت و هزینه های اجتماعی کاهش خواهد یافت و سرمایه های اجتماعی فزونی می یابد.

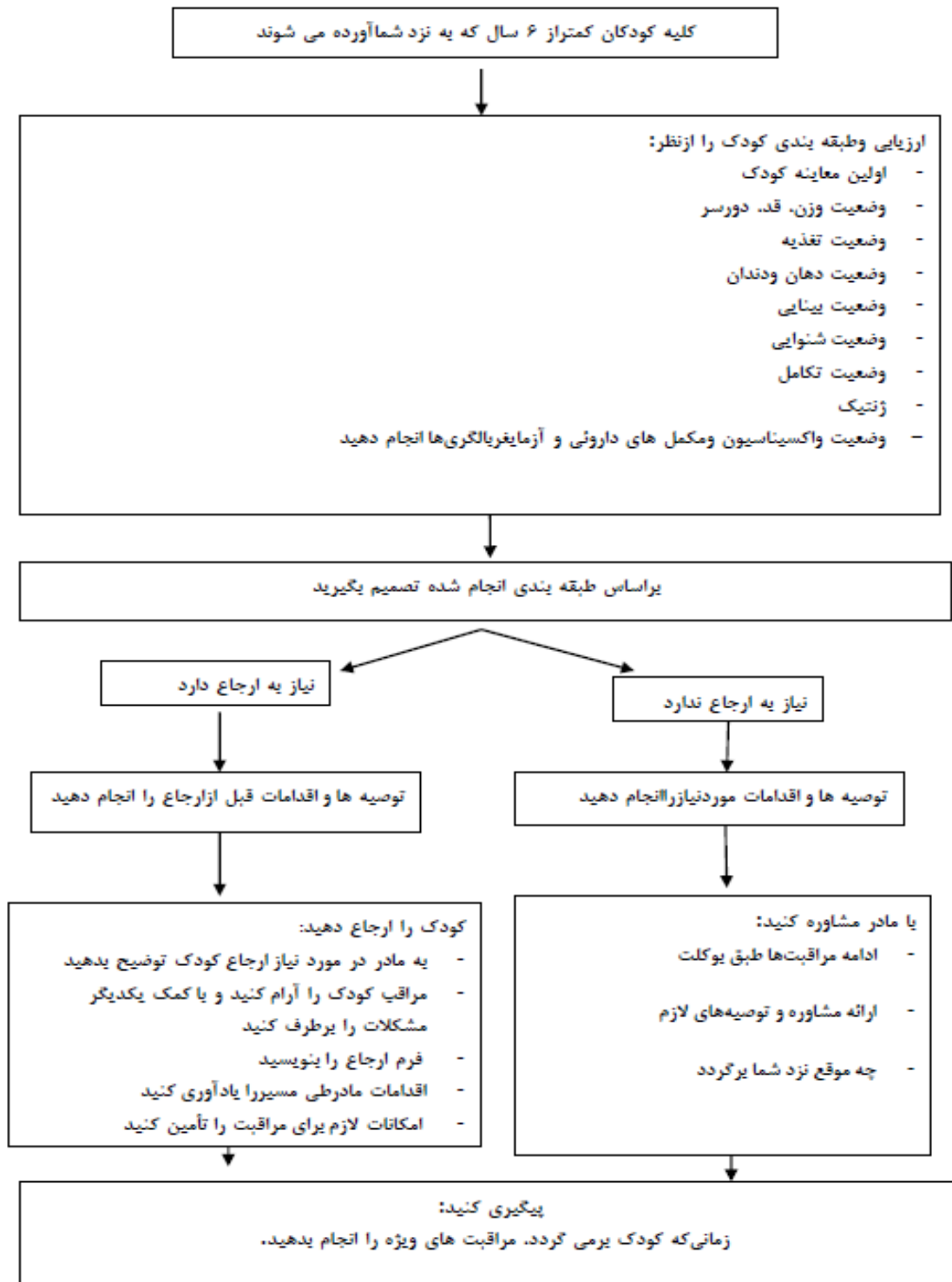
برنامه مراقبت کودک سالم به دنبال یافتن راهی برای جداکردن کودکان سالم از کودکان به ظاهر سالم یا مستعد به بیماری است که هنوز نشانه های اختلال بیماری در آنها مستقر نشده است . درحقیقت هدف این برنامه طراحی نظام غربالگری استاندارد مراقبت کودکان صفر تا شش سال و اجرای آن می باشد .به همین منظور مجموعه ای تحت عنوان مراقبت کودک سالم کمتر از شش سال، برای پیشگیری از بیماری با استفاده از نشانه های بالینی تهیه شده است .

فهرست :

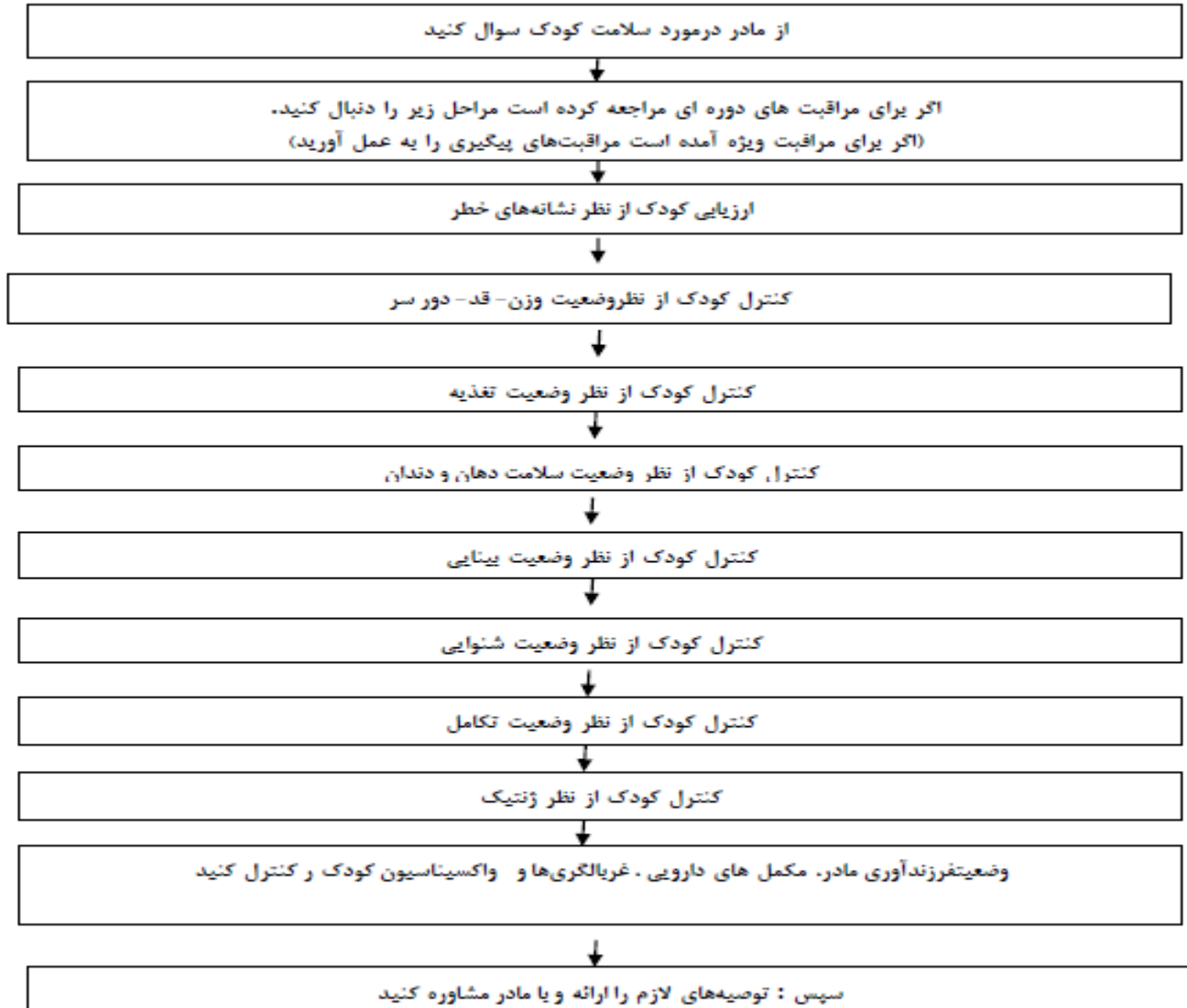
- ویزیت های مراقبت سلامت کودکان
- خلاصه مراحل مراقبت ادغام یافته کودک سالم
- ارزیابی علائم و نشانه های خطر در کودکان
- تن سنجی در کودکان
- ارزیابی وضعیت تغذیه در کودکان
- ارزیابی کودک از نظر سلامت دهان و دندان
- ارزیابی کودک از نظر بینایی
- ارزیابی کودک از نظر شنوایی
- ارزیابی کودک از نظر تکامل
- ارزیابی ژنتیکی کودک
- ارزیابی کودک از نظر واکسیناسیون
- ارزیابی کودک زیر دو سال از نظر مکمل های دارویی
- ارزیابی وضعیت فرزند آوری مادر
- ارزیابی کودک از نظر کم کاری تیروئید و فنیل کتونوری
- ارزیابی بد رفتاری با کودک
- مشاوره با مادر
- غربالگری ها
- مراقبت ادغام یافته ناخوشیهای اطفال
- نظام مراقبت مرگ نوزادان و کودکان یک تا ۵۹ ماهه

ویزیت های مراقبت سلامت کودکان

سن		۵	۴	۳	۲.۵	۲	۱۸	۱۵	۱۲	۹	۷	۶	۴	۲	۳۰-۴۵	۱۴-۱۵	۲-۵ روزگی	اقدامات لازم		
		سالگی	سالگی	سالگی	سالگی	سالگی	ماهگی	ماهگی	ماهگی	ماهگی	ماهگی	ماهگی	ماهگی	ماهگی	روزگی	روزگی	روزگی			
ساینه پرشک		●		●		●			●			●					●			
ایمن سازی							●		●			●	●	●			●	بدو تولد		
پایش رشد		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
ارزیابی نبتینه		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
ارزیابی دندان و دندان		●	●	●		●			●			● (رویش اولین دندان)								
ارزیابی مدفوعی با کودک		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
تجویز ویتامین A+D						●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
تجویز آهن						●	●	●	●	●	●	●								
غذائتگی												0	0	0	0	0	●	شیر مادر		
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	●	متابولیک	
									●							0	●	زنتیک		
		●	●								●				0		● (اولین ویزیت)	بینایی		
		0	0	● (۳-۶ سال یکبار)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	● (توراد تارس)	شنوایی		
			●			●			●					●				تکامل (RED FLAGS)		
		●		●		●			●			●						تکامل (تست استاندارد)		
		0	0	●	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	فشار خون		
		0	0	0			0	0	0				0					آئمی		
		0	0	0		0												دیس لیپدمی		
راهنمایی‌هایی برای والدین												0	0	0	0	0	●	سلامت مادر		
		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	ارتقا تکامل کودک	
		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	تغذیه کودک	
		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	پیشگیری از آسیب کودک
		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	سلامت دهان و دندان
		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	عوامل مخربی موثر بر سلامت



خلاصه ارزیابی و طبقه بندی



ارزیابی علائم و نشانه های خطر در کودکان

ارزیابی شیرخوار کمتر از دوماه از نظر نشانه های خطر - (غیر پزشک) غیر پابلوت	ارزیابی شیرخوار کمتر از دوماه از نظر علائم و نشانه های خطر (غیر پزشک) پابلوت
تعداد تنفس	تعداد تنفس
توکشیده شدن قفسه سینه	توکشیده شدن قفسه سینه
درجه حرارت بدن	درجه حرارت بدن
عدم توانایی در شیر خوردن	کاهش قدرت مکیدن یا خوب شیر نخوردن
کاهش سطح هوشیاری	استفراغ
بیقراری و تحریک پذیری	تشنج (حرکان غیر ارادی) اختلال در هوشیاری
رنگ پریدگی شدید	بیقراری و تحریک پذیری
سیانوز	پرش پره های بینی
ناله کردن	ناله کردن
تحرک کمتر از معمول و بیحالی (داشتن حرکت فقط وقتی تحریک می شود)	تحرک کمتر از معمول و بیحالی
برآمدگی ملاج	برآمدگی ملاج
زردی ۲۴ ساعت اول	زردی

ارزیابی از نظر وضعیت عمومی کودک سالم ۲ ماه تا ۵ سال (غیر پزشک) غیر پابلوت	ارزیابی کودک ۲ ماه تا ۶۰ ماه از نظر علائم و نشانه های خطر (غیر پزشک) پابلوت
رنگ پریدگی	قادر به نوشیدن یا شیرخوردن نیست
سیانوز لبها	هر چیزی که می خورد استفراغ می کند
ادم (تورم)	تشنج داشته است
بی حالی	خواب آلودگی غیر عادی یا کاهش سطح هوشیاری

اندازه گیری وزن

- ۱- حتی الامکان، اتاق گرم باشد.
- ۲- دمای مناسب برای پایگاه های سلامت جامعه ، خانه های بهداشت و محل مراقبت از نوزاد ۲۲-۲۴ درجه سانتی گراد می باشد
- ۳- دلایل توزین را برای مادر توضیح دهید (با اندازه گیری وزن کودک می توانیم بفهمیم کودک شما چگونه رشد می کند - با اندازه گیری وزن کودک می توانیم بفهمیم چطور از بیماری اخیر بهبود یافته - با اندازه گیری وزن کودک می توانیم بفهمیم تغییرات تغذیه ای یا مراقبتی چگونه بوده است).
- ۴- از مادر بخواهید کفش و لباس های کودک را در آورد. در صورتی که پوشک کودک خیس است آن را عوض کند. توضیح دهید که برای به دست آوردن وزن صحیح کودک، لازم است تا لباس های کودک، به جز زیرپوش وی درآورده شود. شیرخواران، باید برهنه وزن شوند و برای گرم نگه داشتن، آنان را تا زمان وزن کردن در پتو بپیچید. برای کودکان بزرگتر، باید تمام لباس ها به جز لباس های زیر، درآورده شوند .
- ۵- از مادر بخواهید کودکش را روی ترازو قرار دهد.
- ۶- از مادر بخواهید نزدیک کودک خود بایستد.
- ۷- از ناراحت شدن و ترسیدن و آن چه باعث گریه ی کودک می شود بپرهیزید، زیرا در مرحله ی بعد باید قد او را اندازه گیری نمایید و از طرفی در هنگام گریه نمی توانید وزنش را به دقت اندازه گیری کنید.
- ۸- وزن کودک کمتر از ۷-۸ ماه خوابیده و بیشتر از ۸-۷ ماه نشسته و کودک بالای ۲ سال ایستاده باید اندازه گیر شود.
- ۹- پس از وزن کردن کودک ترازو صفر و قفل گردد

وزن ایستاده	وزن نشسته یا خوابیده
	کودک کمتر از ۷-۸ ماه خوابیده و بعد از آن نشسته
۱- با کودک درمورد ضرورت ایستادن روی ترازو صحبت کرده و با او ارتباط برقرار کنید که نترسد	از مادر بخواهید کودک را به آرامی روی ترازو قرار دهد
۲- از کودک بخواهید در قسمت وسط ترازو (جایی که مشخص شده) بایستد .	

وزن را با دقت اندازه گیری کنید و عدد وزنی را با صدای بلند بخوانید

بلافاصله بعد از اندازه گیری وزن به سراغ اندازه گیری قد بروید

اندازه گیری قد

- ۱- حتی الامکان، اتاق گرم باشد.
- ۲- دمای مناسب برای پایگاه های سلامت جامعه ، خانه های بهداشت و محل مراقبت از نوزاد ۲۲-۲۴ درجه سانتی گراد می باشد
- ۳- دلایل اندازه گیری قد را برای مادر توضیح دهید (با اندازه گیری قد کودک می توانیم بفهمیم کودک شما چگونه رشد می کند
- ۴- بلافاصله بعد از اندازه گیری وزن به طوری که هنوز پوشش کودک کم است قد وی را اندازه بگیرید
- ۵- اگر کودک وسایل زینتی مثل تل بر سر دارد که با اندازه گیری قد او به روش ایستاده یا خوابیده تداخل دارد، برای جلوگیری از تأخیر در اندازه گیری ها، قبل از وزن کردن کودک، آن ها را درآورید.

قد خوابیده	قد ایستاده
<ul style="list-style-type: none"> ● به مادر نشان دهید که وقتی کودک را روی میز قرار می دهید کجا بایستد (بتواند سر کودک را ثابت نگه دارد). ● مراقب 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، آن ها را صاف کنید. ● در حالی که زانوها را نگه داشته اید، صفحه ای متحرک پایی را به آرامی به سمت کف هر دو پاهای کودک حرکت دهید. کف هر دو پا 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 صفحه ای متحرک پایی به آرامی کف هر دو 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 هر دو پایش بچسبانید. سرعت عمل نکته ی مهمی است. ● فشاری که برای صاف کردن زانوها در نوزادان اعمال می شود با فشاری که برای صاف کردن زانوهای کودکان بزرگتر لازم می باشد متفاوت است. زانوهای نوزادان شکننده و آسیب پذیرند بنابراین از حداقل فشار ممکن برای صاف کردن زانوهای نوزادان استفاده شود. 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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، شانه ها، برآمدگی باسن، ماهیچه ی ساق پا و پاشنه ها به صفحه ی عمودی مماس باشند. ● از مادر بخواهید که زانوها و قوزک پای کودک را نگه دارد تا صاف بایستد و ساق پا و پاشنه هایش بر صفحه ی عمودی پشتی مماس باشد. ● سر کودک را در موقعیت صحیح قرار دهید. ● برای نگه داشتن سر در این موقعیت، چانه ی کودک را با فضای میان انگشت شست و چهار انگشت دیگر خود به طور ثابت نگه دارید. ● در صورت لزوم، کمی شکم کودک را به داخل فشار دهید تا قد کامل او را اندازه گیری کنید. ● در صورتی که هنوز سر کودک در این موقعیت قرار دارد، از دست دیگران جهت حرکت صفحه ای متحرک فوقانی برای مماس کردن آن با سر کودک استفاده کنید.

طول قد با دقت میلیمتری اندازه گیری شود و عدد قد با صدای بلند خوانده شود

بلافاصله بعد از اندازه گیری قد به سراغ اندازه گیری دور سر بروید

اگر کودک کم تر از ۲ سال دارد، قد خوابیده و اگر ۲ سال یا بیش تر دارد قد به صورت ایستاده اندازه گیری می شود

- قد ایستاده، حدود ۰/۷ سانتی متر کم تر از قد خوابیده است.

اگر کودک کم تر از ۲ سال، برای اندازه گیری قد خوابیده، دراز نمی کشد، قد ایستاده ی او را اندازه گرفته و ۰/۷ سانتی متر به آن اضافه کنید تا قد خوابیده به دست آید.

اگر کودک ۲ ساله یا بزرگ تر نتوانست بایستد، قد خوابیده ی او را اندازه گیری نموده و برای تبدیل آن به قد ایستاده، ۰/۷ سانتی متر از آن کم کنید.

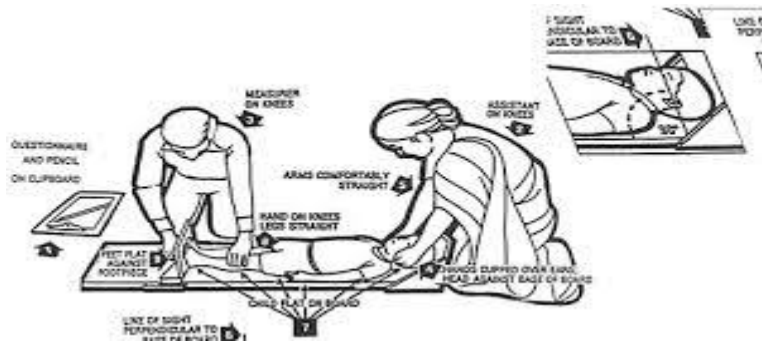
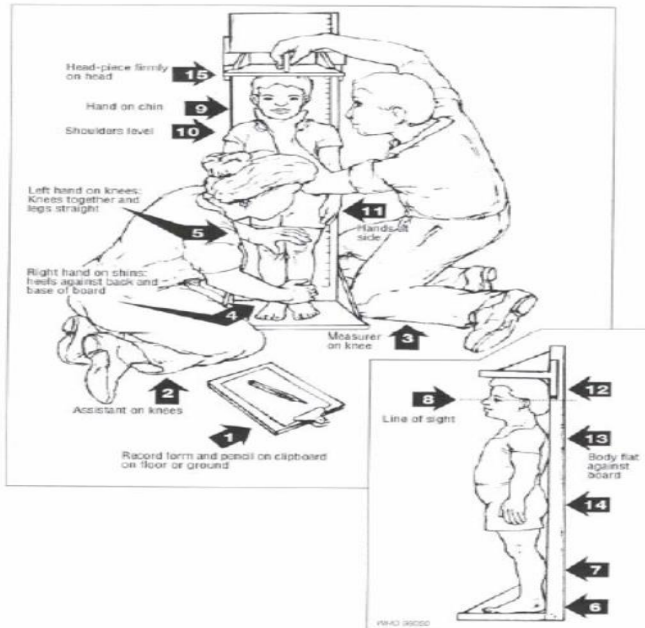


Fig. A3.3 Measuring a child's height¹



¹ Adapted, with permission, from *Assessing the nutritional status of young children: preliminary version*. New York, United Nations Department of Technical Co-operation for Development and Statistical Office, 1990.

اندازه گیری دور سر

- دلایل اندازه گیری دور سر را برای مادر توضیح دهید .
- دور سر را بدون هیچ گونه پوشش اندازه بگیرید.
- دور سر کودک را از برجسته ترین نقطه پشت سر تا بر جسته ترین نقطه روی پیشانی اندازه می گیریم.
- متر تقریباً دو انگشت بالای ابرو .
- اندازه گیری دور سر به صورت خوابیده .
- در شرایطی که کودک نارام بود در بغل مادر به صورت نشسته دور سر می گیریم .
- قدرت هر فرد در کشیدن متر دور سر با فرد دیگری متفاوت است.

بعد از اندازه گیری عدد دورسر با دقت میلیمتری آن را با صدای بلند بخوانید

پایلوت	غیر پایلوت
۱- فرم مشاهده شیردهی	۱- سن زیر دوماه
۲- ارزیابی وضعیت سلامت و شیردهی مادر	۲- سن دوماه تا ۶ماه
۳- ارزیابی وضعیت شیرخوار کمتر از ۶ماه	۳- سن ۶ماه تا ۱۲ ماه
۴- ارزیابی وضعیت شیرخوار بیشتر از ۶ماه	۴- سن یک تا دوسال
	۵- سن بالای دو سال

شیردهی همانند رشد و تکامل یک پروسه دینامیک و پویا است. در هر بار مراقبت ، ارزیابی تغذیه با شیرمادر، همراه با تشویق و آموزش به موقع و مشاوره می‌تواند نتایج شیردهی موفق را افزایش دهد.

اهمیت تغذیه با شیرمادر:

تغذیه انحصاری شیرخواران با شیر مادر در 6 ماه اول عمر توصیه می شود. برای این که بتوانید به مادرانی که در مورد ارزش شیر مادر تردید دارند کمک کرده و آنان را حمایت کنید، باید بدانید چرا تغذیه با شیر مادر اهمیت دارد . هم چنین لازم است تفاوت های بین شیر مادر و شیر مصنوعی را بدانید.

مزایای شیر مادر:

- موادمغذی کامل را داراست.
- سهل الهضم بوده و با کفایت به مصرف می رسد.
- شیرخوار را در مقابل ابتلا به عفونت ها، بیماریهای دوران کودکی و پس از آن محافظت می کند
- بسیار ارزان تر از شیر مصنوعی است
- به پیوند عاطفی مادر و کودک و تکامل وی کمک می کند.
- حاملگی مجدد را به تاخیر می اندازد.
- از سلامت مادر محافظت می کند.
- بهترین الگوی رشد و تکامل را برای کودکان فراهم می کند.
- سبب افزایش ضریب هوشی کودکان می شود.

مضرات تغذیه مصنوعی:

- اختلال در پیوند عاطفی مادر و کودک
- ابتلا بیشتر به اسهال و اسهال پایدار
- ابتلا بیشتر به عفونت های تنفسی
- سوء تغذیه و کمبود ویتامین A
- افزایش آلرژی و عدم تحمل به غذا
- افزایش خطر ابتلاء به برخی بیماری های مزمن
- چاقی
- ضریب هوشی کمتر
- احتمال حاملگی زودرس مادر
- افزایش خطر کم خونی ، سرطان پستان و تخمدان در مادر

تغییرات در ترکیب شیر مادر

- **کلستروم (آغوز)** : شیری است که پستان ها در روزهای اول پس از زایمان تولید می کنند که غلیظ، زرد رنگ و یا به رنگ روشن است . آغوز حاوی پروتئین بیشتری نسبت به شیر رسیده است.
- **شیر رسیده** : شیری است که بعد از روزهای اول تولید می شود . سپس میزان آن زیادتر می شود و پستان ها پر ، سفت و سنگین می شوند و اصطلاحاً بعضی از مادران می گویند که به شیر آمده اند.
- **شیر پیشین یا : foremilk** شیری است که در ابتدای هر وعده شیردهی از پستان ها خارج میشود.
- **شیر پسین یا : hindmilk** شیری است که در انتهای هر وعده شیردهی از پستان ها خارج می شود.

▶ **ارایه آموزش های لازم در ویزیت ۳ تا ۵ روزگی :**

- در خصوص اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی بحث کنید.
- تغذیه بر اساس میل و تقاضای شیرخوار را تشویق کنید.
- الگوهای طبیعی تغذیه از پستان را مرور کنید.
- استفاده از پستانک و بطری را منع کنید و در ارتباط با خطرات بالقوه آن بحث کنید.
- به مادر توصیه کنید در نزدیکی و مجاورت شیرخوار بخوابد اما از خوابیدن در یک بستر مشترک اجتناب کنند.
- فاصله دفعات شیردهی شبانه طولانی نشود.
- الگوهای طبیعی دفع را مرور کنید.
- بر اهمیت مصرف مکمل ویتامین AD تاکید کنید.

▶ **مداخلات در تغذیه با شیر مادر:**

- تلاش برای تشخیص و درمان علت تولید ناکافی شیرمادر قبل از اینکه چیز دیگری غیر از شیرمادر شروع شود
- ارجاع به مشاور شیردهی در صورت ادامه مشکل را در نظر داشته باشید.
- مادر را به گروه های حامی موجود شیرمادر ارجاع دهید.

▶ **پایان ویزیت:**

- به والدین بخاطر تصمیم شان برای تغذیه با شیر مادر تبریک بگویید.
- برخی فواید تغذیه با شیر مادر را مرور کنید.
- به مادر یادآوری کنید برای رفع نیازهایش، غذا و مایعات کافی مصرف نماید.
- ▶ **برنامه پیگیری مناسبی را تا زمان وزن گیری کافی و پیشرفت خوب در تغذیه با شیر مادر تنظیم نمایید.**
- ▶ **کاهش وزن طبیعی نوزاد در روزهای اول (دیورز فیزیولوژیک):**

- بهترین راه تشخیص کفایت شیرمادر، افزایش وزن و ترسیم منحنی رشد کودک است

- معمولا نوزادان در ۲ تا ۴ روز اول تولد وزن از دست می دهند: کاهش بیش از ۷٪ بیش از اندازه بوده و باید تولید شیر و انتقال آن به شیرخوار ارزیابی شود
- شیرخواری که وزن زیادی از دست نداده ، موثر تغذیه می شود و شیر کافی دریافت می کند : از روز ۴ تا ۵ تولد شروع به افزایش وزن به میزان ۱۵ تا ۳۰ گرم در روز می کند
- و تا روز ۱۰ الی ۱۴ تولد وزنی بیشتر از وزن تولد خواهد داشت
- طی ۲ ماه اول ۱۵۰ تا ۲۱۰ گرم در هفته افزایش وزن دارد
- اگر وزن در ۲ هفته کمتر از وزن تولد باشد : ارزیابی و مداخله بموقع انجام می شود .

فرم مشاهده شیردهی

	علائمی که نشان می دهد شیردهی خوب پیش می رود	علائم حاکی از احتمال وجود مشکل
وضعیت عمومی	<p>مادر:</p> <p>مادر سالم به نظر می رسد <input type="checkbox"/></p> <p>مادر راحت و آرام است <input type="checkbox"/></p> <p>علائم پیوند عاطفی بین مادر و شیرخوار وجود دارد <input type="checkbox"/></p>	<p>مادر:</p> <p>مادر بیمار یا انسرده به نظر میرسد <input type="checkbox"/></p> <p>مادر عصبی و ناراحت به نظر می رسد <input type="checkbox"/></p> <p>تماس چشمی مادر و شیرخوار وجود ندارد <input type="checkbox"/></p>
پستان مادر	<p>شیرخوار:</p> <p>شیرخوار سالم به نظر می رسد <input type="checkbox"/></p> <p>شیرخوار آرام و راحت است <input type="checkbox"/></p> <p>شیرخوار در صورت گرسنگی پستان را جستجو نموده یا می گیرد <input type="checkbox"/></p>	<p>شیرخوار:</p> <p>شیرخوار خواب آلود یا بیمار به نظر می رسد <input type="checkbox"/></p> <p>شیرخوار بیقرار است یا گریه می کند <input type="checkbox"/></p> <p>شیرخوار در صورت گرسنگی پستان را جستجو نمی کند یا نمی گیرد <input type="checkbox"/></p>
وضعیت پستان گرفتن	<p>پستانها سالم به نظر می رسند <input type="checkbox"/></p> <p>مادر احساس درد یا ناراحتی ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>پستان را بخوبی با انگشتان دور از هاله نگهداشته شده <input type="checkbox"/></p>	<p>پستانها قرمز، متورم یا نوک زخمی دارد <input type="checkbox"/></p> <p>پستان یا نوک آن دردناک است <input type="checkbox"/></p> <p>انگشتان مادر روی هاله قرار دارد <input type="checkbox"/></p>
وضعیت پستان گرفتن	<p>سرو گوش و گردن و تته شیرخوار در یک امتداد قرار دارد <input type="checkbox"/></p> <p>بدن شیرخوار نزدیک بدن مادرا ست <input type="checkbox"/></p> <p>تمام بدن شیرخوار با دست مادر حمایت شده (بویژه در نوزادان) <input type="checkbox"/></p> <p>شیرخوار بنحوی به پستان نزدیک میشود که بینی او مقابل نوک پستان قرار میگیرد <input type="checkbox"/></p>	<p>گردن و سرشیرخوار موقع شیرخوردن چرخیده است <input type="checkbox"/></p> <p>بدن شیرخوار نزدیک بدن مادر نیست <input type="checkbox"/></p> <p>فقط سرو گردن شیرخوار حمایت شده است <input type="checkbox"/></p> <p>شیرخوار بنحوی به پستان نزدیک میشود که لب تحتانی یا چانه او مقابل نوک پستان قرار میگیرد <input type="checkbox"/></p>
وضعیت پستان گرفتن	<p>قسمت بیشتری از هاله بالای لب فوقانی دیده میشود <input type="checkbox"/></p> <p>دهان کاملاً باز است <input type="checkbox"/></p> <p>لب تحتانی به بیرون برگشته <input type="checkbox"/></p> <p>چانه او با پستان تماس دارد <input type="checkbox"/></p>	<p>قسمت بیشتری از هاله در پایین لب تحتانی دیده میشود <input type="checkbox"/></p> <p>دهان کاملاً باز نیست <input type="checkbox"/></p> <p>لبها غنچه شده یا به داخل برگشته <input type="checkbox"/></p> <p>چانه در تماس با پستان نیست <input type="checkbox"/></p>
نحوه مکیدن	<p>آهسته، عمیق و گاه با مکث است <input type="checkbox"/></p> <p>گونه ها موقع مکیدن برجسته است <input type="checkbox"/></p> <p>صدای بلع به گوش میرسد (پس از آمدن شیر) <input type="checkbox"/></p> <p>شیرخوار پس از شیرخوردن، خود پستان را رها می کند <input type="checkbox"/></p> <p>مادر علائم بازتاب جهش شیر را حس می کند <input type="checkbox"/></p>	<p>مکیدن های سریع و سطحی است <input type="checkbox"/></p> <p>گونه ها موقع مکیدن بداخل کشیده می شود <input type="checkbox"/></p> <p>صدای ملج ملج به گوش میرسد <input type="checkbox"/></p> <p>مادر شیرخوار را از پستان جدا می کند <input type="checkbox"/></p> <p>علائمی از بازتاب جهش شیر دیده نمی شود <input type="checkbox"/></p>

نکات مهم برای مشاوره با مادر در حفظ و تداوم شیردهی

رعایت وضعیت صحیح تغذیه با شیر مادر : در مورد وضعیت صحیح تغذیه با شیرمادر پس از مشاهده شیردهی با مادر مشاوره کنید.

تکرار شیردهی : شیردهی مکرر و برحسب میل و تقاضای شیرخوار باشد. در دفعات و مدت هر وعده شیردهی نباید محدودیتی قائل شد که بسته به رفتار تغذیه ای شیرخواران متفاوت است. توصیه می شود دفعات شیر خوردن ۱۰ تا ۱۲ بار در شبانه روز بوده و نباید کمتر از ۸ بار باشد. شیرخوار از هر دو پستان تغذیه شود. مدت شیر خوردن بستگی به میل شیرخوار دارد (۵ تا ۳۰ دقیقه) ولی معمولاً هر پستان را ۱۰ تا ۱۵ دقیقه می مکد. در صورت جدایی مادر و نوزاد، با تقلید از رفتار تغذیه ای شیرخوار، شیر مادر باید دوشیده شود.

شیردهی در شب : با توجه به بالا بودن سطح هورمون پرولاکتین در خون هنگام شب، توصیه میشود مادر شیرخوار را در طول شب نیز تغذیه نماید. در صورت خواب بودن شیرخوار باید او را در خواب به پستان گذاشت.

تخلیه کامل پستان : به شیرخوار اجازه دهید مدت شیر خوردن را خودش تنظیم کند، مطمئن شوید که شیر پسین را دریافت کرده و پستان کاملاً تخلیه شده است. به مادر آموزش دهید شیردادن با عجله میتواند از نظر روانی تأثیر منفی بر ترشح شیر بگذارد.

هم اتاقی مادر و شیرخوار : هم اتاقی مادر و شیرخوار به صورت تمام وقت و شبانه روزی رعایت گردد که موجب برقراری و بهبود روابط عاطفی، تغذیه مکرر شیرخوار برحسب تقاضای وی می شود.

عدم شروع زود هنگام تغذیه تکمیلی : اضافه کردن مواد غذایی غیر از شیر به رژیم غذایی شیرخوار باید در موقع مناسب ۶ ماهگی یا ۱۸۰ روزگی و با مواد غذایی متناسب و به تدریج انجام گیرد.

جلوگیری از استرس و نگرانی مادر : انجام مشاوره با مادران شیرده جهت مشخص کردن علت استرس و نگرانی از جمله عدم حمایت از مادران شیرده توسط کارکنان بهداشتی و خانواده، عدم اعتماد به نفس مادر برای تغذیه شیرخوار و جدایی مادر و شیرخوار و.....

جلوگیری از سردرگمی شیرخوار : آموزش عدم استفاده از شیشه و پستانک در هر شرایط، آموزش عدم استفاده از مواد غذایی دیگر به جز شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی، مگر اندیکاسیون داشته باشد. در صورت اجبار به تغذیه شیرخوار با شیر دوشیده شده یا سایر شیرها، باید از قاشق، فنجان یا سرنگ استفاده نمود.

عدم استفاده از قرص پیشگیری از بارداری : به منظور جلوگیری از عدم ترشح شیر از قرصهای هورمونی تا ۶ ماهگی شیرخوار نباید استفاده کرد. به منظور پیشگیری از بارداری در صورت قاعده نشدن مادر شیرده و تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر میتوان از روش شیردهی و قرص لاینسترنول و در غیر این صورت از آمپول دپومدروکسی پروژسترون استات و سایر روشهای غیر هورمونی استفاده کرد.

جلوگیری از کار زیاد و خستگی مادر : حمایت همسر از شیردهی، دخالت دادن اعضای خانواده و به خصوص همسر در مراقبت از شیرخوار یا انجام کارهای دیگر، برای ادامه شیردهی از پستان، مادر باید برای دوشیدن پستانهایش برنامه ریزی نماید تا تولید شیر ادامه یابد و شیر ذخیره شده برای تغذیه شیرخوار در غیاب مادر استفاده گردد.

رژیم غذایی مادر شیرده : مادر باید مواد غذایی و مایعات را به مقدار کافی با رعایت تنوع و تعادل مصرف کند

مصرف مایعات : مصرف مایعات تأثیری بر حجم شیر مادر ندارد. میزان مصرف را تشنگی مادر تعیین می کند. نوشیدن شیر تأثیری در تولید شیرمادر ندارد و آب نوشیدنی مجانی بسیار خوبی است. مصرف زیاد مایعات لازم نیست ولی اگر شک دارید که مادر چقدر بنوشد باید مقداری بنوشد که ادرار او بی رنگ باشد. برای کمک به تولید شیر، مادر باید به تخلیه پستان ها با شیر دادن مکرر یا دوشیدن شیر بپردازد.

غذای مادر : تولید شیرمادر به رژیم غذایی مادر بستگی ندارد مگر اینکه دچار بیماری مزمن بوده و شدیداً دچار سوء تغذیه باشد. اگر رژیم غذایی او برای مدتی کوتاه مناسب نباشد کیفیت شیرمادر تغییر نمی کند ولی ممکن است ذخیره های بدن او تخلیه شود. مادر می تواند هر چه می خواهد بخورد مگر غذای خاصی که شواهد عدم تحمل یا تأثیر بر رشد شیرخوار را نشان می دهد. مادر نباید مجبور به خوردن غذا یا نوشیدنی خاصی شود که دوست ندارد. او می تواند یک جایگزین سالم را انتخاب کند. مادر نباید به این دلیل تحت استرس قرار گیرد.

مادران با شرایط زیر نیاز به مراقبت ویژه دارند :

• مادر برای فرزند قبلی مشکل شیردهی داشته و از شیردهی منصرف شده و شیر مصنوعی را زود شروع کرده و گول زنک یا بطری به شیرخوار داده است.

• مادر اصلاً به فرزند خود شیر نداده است.

• مادر شاغل بوده و ساعاتی از روز را از فرزندش دور باشد.

• مادر مشکل خانوادگی داشته باشد.

- مادر افسرده است.
- مادر ایزوله بوده و حمایت اجتماعی نداشته باشد.
- مادر جوان، تنها و مسن باشد.
- مادر قصد دارد فرزندش را به فرزند خواندگی بسپارد (چنانچه بارداری ناخواسته باشد، باید مادر را حمایت و امیدوار کرد تا بتواند بارداری و شیردهی را به سلامتی به پایان برساند)
- نازایی با علت هورمونی داشته باشد.
- هیپوتیروئیدی درمان نشده داشته باشد.
- دیابت درمان نشده داشته باشد.
- دچار بیماری مزمن است و یا نیاز به دارو دارد و یا کم خون است.
- مادر قبلاً جراحی پستان یا تروما داشته که مجرای شیر یا اعصاب نوک پستان او طوری صدمه دیده که در تولید شیر اختلال بوجود آمده باشد.
- عدم تقارن قابل ملاحظه پستان در طول دوره بارداری
- بزرگ نشدن قابل ملاحظه پستان در طول بارداری
- نوک پستان صاف یا فرورفته
- پیش بینی اینکه نوزاد بعد از زایمان نیاز به مراقبت ویژه داشته باشد.
- مادر دارای فرزند دوقلو یا چند قلو باشد
- مادر سوء تغذیه داشته باشد.
- مادر دچار عوارض حوالی زایمان گردد (فشار خون، خونریزی و عفونت)
- مادر HIV-1 یا HIV مثبت باشد.
- مادر در بارداری به فرزند قبلی خود شیر میدهد.
- عدم توجه مادر شیرده به تغذیه و استراحت خود.

شیر مادر در سال دوم زندگی

در ۶ ماه اول زندگی، تغذیه انحصاری با شیر مادر تمام مواد غذایی و آب مورد نیاز شیرخوار را تامین می کند ولی از ۶ ماهگی به بعد شیر مادر به تنهایی برای تأمین نیازهای شیرخوار کفایت نمی کند. شیرخوار از 6 ماهگی به بعد، علاوه بر شیر مادر به تغذیه کمکی نیز نیاز دارد اما تداوم تغذیه با شیر مادر همچنان منبع مهم انرژی و مواد مغذی با کیفیت محسوب می شود. در سال دوم عمر شیرخوار باید همراه با تداوم شیرمادر با غذاهای خانواده هم تغذیه شود و شیرمادر تا یک سوم نیاز انرژی و اکثر مواد مغذی مورد نیاز او را تامین می کند و حفاظت شیرخوار در برابر بیماریها نیز تداوم دارد

آماده نمودن مادر در دوران بارداری برای شیردهی:

صحبت کردن درباره تغذیه با شیر مادر با تمام زنانی که برای مراقبت های دوران بارداری مراجعه می کنند، اهمیت دارد. به مادران نشان دهید که از تغذیه با شیر مادر حمایت می کنید و می خواهید به آن ها کمک کنید. صحبت کردن با مادرانی که برای اولین بار باردار شده اند، اهمیت خاصی دارد. و این گروه بیش از همه به کمک شما نیاز دارند. برخی مطالب را در کلاس های دوران بارداری می توانید به صورت بحث گروهی با مادران مطرح نمایید. بعضی مطالب را هم بهتر است به صورت انفرادی با تک تک مادران درمیان بگذارید.

آموزش گروهی مادران:

- مزایای تغذیه با شیر مادر بخصوص تغذیه انحصاری با شیرمادر را شرح دهید.
- بیشتر مادران خیلی زودتر از اینکه بچه دار شوند و حتی قبل از حاملگی در مورد تغذیه کودکان شان تصمیم می گیرند. اگر مادری تصمیم به تغذیه مصنوعی فرزندش گرفته است، احتمال دارد با آموزش های شما نظرش را عوض کند، می توانید به مادرانی که هنوز تصمیم نگرفته اند کمک کنید و به آنها هم که قصد شیردهی دارند اعتماد به نفس بدهید. می توانید مادر را تشویق نمایید به تغذیه انحصاری فرزندش با شیرمادر بپردازد.

• درباره شروع زودرس تغذیه نوزاد با شیر مادر پس از تولد و اتفاقات پس از زایمان با مادر صحبت کنید و در مورد اولین شیردهی، روش ها یا مراقبت های بیمارستانی توضیح دهید تا مادران بدانند که چه انتظاراتی داشته باشند.

• اطلاعات ساده و مناسبی در باره نحوه تغذیه با شیر مادر در اختیار مادران قرار دهید مانند: تغذیه شیرخوار بر اساس تقاضای وی و وضعیت صحیح شیرخوار هنگام شیردهی.

• درباره سوالات مادران بحث کنید.

اجازه بدهید مادر تصمیم بگیرد که مایل به دانستن چه چیزهایی است. مثلاً "برخی مادران در مورد اثرات شیردهی روی اندام شان نگران هستند. این فرصت به آن ها کمک می کند که در مورد نگرانی های خود بحث کنند."

آموزش انفرادی مادران:

• درباره تجربه های قبلی شیردهی مادر سوال کنید.

اگر مادر تجربه موفقی از شیردهی داشته باشد، دوست دارد آنرا دوباره تکرار کند. اما اگر مشکلاتی در شیردهی داشته و یا فرزندش را با شیر مصنوعی تغذیه کرده باشد به او آموزش دهید که این بار چگونه شیردهی موفقیت آمیزی داشته باشد. به او اطمینان بدهید که به وی کمک خواهید کرد.

• از او بپرسید: آیا هیچ سوال یا نگرانی ندارد.

• پستان هایش را فقط در صورتی معاینه کنید که او نگران آن ها باشد.

ممکن است مادر نگران اندازه پستان ها و یا شکل نوک آن ها باشد. اما اگر نگران نیست ضرورتی ندارد بطور معمول پستان های او را معاینه کنید.

• به مادر اعتماد به نفس و توضیح دهید که شما به او کمک می کنید.

غالباً می توانید به وی اطمینان خاطر بدهید که پستان هایش مشکلی ندارند و تغذیه شیرخوار نیز با مشکلی مواجه نخواهد شد.

توضیح دهید که شما یا مشاور دیگری به او کمک خواهید کرد.

توجه: آموزش های دوران بارداری نباید شامل آموزش گروهی تهیه شیرمصنوعی شود.

برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد شروع تغذیه با شیر مادر:

تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد به استحکام پیوند عاطفی میان مادر و کودک و شروع موفق تغذیه با شیر مادر طی ساعت اول تولد کمک می کند.

مادر باید نوزادش را بلافاصله پس از زایمان بغل کرده و تماس پوست با پوست بین آن ها برقرار شود و تا حد امکان در یک ساعت اول ادامه یابد. نوزاد را خشک کرده و مادر و نوزاد را با یک پتو می پوشانند.

هرگاه نوزاد آماده به نظر آید به مادر کمک می کنند او را به پستان بگذارد. بطور طبیعی، نوزادان در ۱ تا ۲ ساعت اول تولد بسیار هشیار بوده و عکس العمل نشان می دهند. اکثر نوزادان در فاصله نیم تا یک ساعت اول تولد تمایل به شیرخوردن دارند ولی زمان دقیقی برای شروع شیرخوردن وجود ندارد.

اقدامات پزشکی روتین و غیر اورژانس را حداقل به مدت یک ساعت به تاخیر می اندازند. اگر اولین نوبت تغذیه با شیر مادر بیش از یک ساعت به تاخیر بیافتد، احتمال موفقیت شیردهی کمتر می شود و احتمال قطع زودرس شیردهی بیشتر خواهد بود.

تعریف تغذیه تکمیلی

تغذیه شیرخوار با غذاهای دیگر علاوه بر شیرمادر را تغذیه تکمیلی می نامند. به این غذاها اصطلاحاً "غذاهای کمکی اطلاق می شود. از آنجا که برای تأمین نیازهای تغذیه ای شیرخوار علاوه بر شیر مادر نیاز به غذاها و مایعات اضافی است به آن ها غذاهای کمکی میگویند. غذاهای تکمیلی، باید مغذی باشند و از لحاظ مقدار نیز باید برای کمک به رشد کودک کافی باشند. طی دوره تغذیه تکمیلی، شیرخوار به تدریج به خوردن غذاهای خانواده عادت می کند، اگرچه تغذیه با شیرمادر همچنان بعنوان منبع مهم تأمین مواد مغذی و عوامل حفاظتی حداقل تا ۲ سالگی ادامه می یابد.

از ۶ ماهگی به بعد بین کل انرژی مورد نیاز شیرخوار و مقدار انرژی که توسط شیر مادر تأمین می شود، خلاء (کمبودی) وجود دارد و هر چه سن کودک بزرگتر می شود، این فاصله نیز افزایش می یابد. بنابراین، برای اغلب شیرخواران، پایان ۶ ماهگی زمان مناسبی برای شروع غذاهای کمکی است. تغذیه تکمیلی از پایان ۶ ماهگی به رشد مطلوب شیرخوار کمک نموده و همچنین در فعال بودن شیرخوار و سیر بودن او کمک میکند.

ارزیابی کودک از نظر وضعیت دهان و دندان

گروه های سنی ارزیابی کودک ۲ سال و کمتر از ۲ سال از نظر سلامت دهان و دندان غیر پزشک :

۱. ۶ ماهگی (رویش اولین دندان)

۲. ۱۲ ماهگی

۳. ۲۴ ماهگی

گروه های سنی ارزیابی وضعیت کودک بالای ۲ سال از نظر سلامت دهان و دندان غیر پزشک :

۱. ۳۶ ماهگی

۲. ۴۸ ماهگی

۳. ۶۰ ماهگی

مسواک انگشتی : در ۳ نوبت ، در سنین ۶ ، ۱۲ و ۱۸ ماهگی مسواک انگشتی به والدین کودک تحویل می شود

وارنیش فلوراید : از ۳۶ ماهگی به فاصله هر ۶ ماه یکبار وارنیش فلوراید برای کودکان انجام می شود

ارزیابی کودک ۲ سال و کمتر از ۲ سال از نظر سلامت دهان و دندان غیر پزشک :

درد دندان ، بیرون افتادن کامل دندان از دهان ، تورم و قرمزی لثه ها ، تورم صورت ، نشانه های ضربه به صورت ، نقاط سفید گچی ، پوسیدگی زودرس دوران کودکی ، تاخیر در رویش دندانها ، وجود پلاک روی دندانها ، سابقه ضربه به صورت ، مصرف قندها یا میان وعده های شیرین در فواصل وعده های غذایی ، تمیز کردن دندانهای کودک توسط والدین ، مادر در حین بارداری تحت مراقبت دندان پزشکی بوده است ، مشکل در دندان درآوردن ، کودک توسط دندانپزشک تا یک سالگی معاینه شده است ، پدر مادر برادر و خواهر کودک پوسیدگی دندانانی دارد ، کودک با شیشه شیر به صورت طولانی یا در طول شب شیر می خورد ، مسواک انگشتی برای کودک به والدین تحویل داده شده است ، نحوه استفاده از مسواک انگشتی به والدین آموزش داده شده است .

ارزیابی وضعیت کودک بالای ۲ سال از نظر سلامت دهان و دندان غیر پزشک

درد دندان ، بیرون افتادن کامل دندان از دهان ، تورم و قرمزی لثه ها ، تورم صورت ، نشانه های ضربه به صورت ، نقاط سفید گچی ، پوسیدگی زودرس دوران کودکی ، تاخیر در رویش دندانها ، وجود پلاک روی دندانها ، مصرف قندها یا میان وعده های شیرین در فواصل وعده های غذایی ، والدین در مسواک زدن برای کودک همکاری می کنند یا کودک مسواک می زند ، اضافه شدن بر تعداد پوسیدگی ها در فواصل مراقبتها ، استفاده از خمیر دندان فلوراید دار و یا فلوراید های مکمل ، انجام وارنیش فلوراید تراپی

ارزیابی کودک از نظر سلامت بینایی :

اهمیت بررسی بینایی :

بینایی عاملی حیاتی در رشد فیزیکی ، مغزی واجتماعی است . کودکان باید از بینایی مناسب برخوردار باشند تا بتوانند محیط اطراف را جست و جو کنند. بیشترین روند یادگیری از طریق بینایی است. مشکلات بینایی باعث اختلال در رشد و تکامل در نتیجه: مشکل در یادگیری و انجام فعالیت های روزمره می شود

ارزیابی بینایی در گروه های سنی زیر انجام می شود :

- اولین ویزیت (زیر ۶ ماه ترجیحاً زیر ۲ ماه)
- ۷ ماهگی
- ۴ و ۵ سالگی

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 مییابد . چشم نوزاد، اغلب بسته است ولی نوزاد طبیعی میتواند ببیند، نوزاد، در هنگام تغذیه به طور مستقیم به صورت مادر توجه می کند . در ۲ هفتگی، 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 میتواند چیزی را با نگاه تعقیب کند؟ نوزاد در ۸ تا ۱۰ هفتگی اشیا را تا ۱۸۰ درجه تعقیب میکند.

• 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 میدهد . انحراف مداوم چشمها نیاز به بررسی دارد.

• آیا چشمها لرزش دارند؟

۴ و ۵ سالگی:

آیا در برنامه ملی غربالگری تنبلی چشم ارزیابی دید شده است؟ (سالی یکبار)

در صورتیکه دید کودک در برنامه غربالگری ملی تنبلی چشم در سالهای ۴ سالگی، ۵ سالگی گرفته شده است، ارزیابی بیشتر لازم نیست . در صورتیکه در ۴ سالگی انجام نشده باشد، ۵ سالگی در برنامه ملی غربالگری تنبلی چشم مراجعه کند و در صورتی که در ۵ سالگی انجام نشده باشد حدت بینایی کودک را با (چارت E) 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 میدهد.
- انحراف مداوم چشمها نیاز به ارزیابی دارد.

کیفیت نگاه او و تعقیب وسیله ی مورد نظر بررسی میشود. فاصله ی ایده آل میان کودک و چارت معاینه ۳ متر است (طبق دستورالعمل چارتهای) 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.

- در قسمت ارزیابی کودک از نظر بینایی در بوکلت کودک سالم در صورت مواجه شدن با نشانه " کودک نارس به دنیا آمده است " نوزاد، نیازمند بررسی مطابق فلوجارت بررسی نوزاد از نظر رتینوپاتی نرسی می باشد. بر اساس آخرین شواهد ملی، نوزادان با سن بارداری کمتر از ۳۴ هفته (۳۳ هفته و ۶ روز یا کمتر) و یا وزن تولد ۲۰۰۰ گرم یا کمتر، در معرض خطر رتینوپاتی نرسی می باشند و می بایست از نظر رتینوپاتی نرسی غربالگری شوند. انجام غربالگری در صورت مراجعه والدین به مراکز رتینوپاتی نرسی منوط به داشتن معرفی نامه پزشک است.

نوزادان متولد شده با سن بارداری ۲۷ هفته یا بیشتر، باید ۴ هفته پس از تولد معاینه و غربالگری شوند. زمان اولین معاینه در نوزادان متولد شده با سن بارداری کمتر از ۲۷ هفته نیز در جدول زیر آمده است.

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

ارزیابی کودک از نظر شنوایی

اهمیت بررسی شنوایی :

کاهش بار ناشی از معلولیت کم شنوایی و ناشنوایی از طریق تشخیص بهنگام و ارتقاء خدمات درمانی-توانبخشی

ارزیابی شنوایی در گروه های سنی زیر انجام می شود :

- اولین ویزیت : ۳ تا ۵ روزگی (در صورت عدم انجام تا ۳ سال باید انجام شود)
- دومین ویزیت : ۳ تا ۵ سالگی

ارزیابی کودک از نظر تکامل

اهداف برنامه تکامل :

- ارتقا آگاهی خانواده‌ها و مراقبان از اهمیت تکامل طبیعی کودک و روش‌های ارتقاء آن و مداخله به موقع
- استفاده درست و به موقع از آزمون‌های ارزیابی تکاملی کودکان
- تشخیص به موقع و درست تأخیر تکامل در کودکان
- مشاوره مناسب به والدین کودکان نرمال به منظور ارتقای تکامل کودکان
- مشاوره مناسب به والدین دارای کودکان با تأخیر تکاملی (توانمند سازی)
- مداخلات مناسب و بموقع برای جلوگیری از پیشرفت تأخیر تکاملی کودکان

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 می نماید. 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 به خودی 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 می سازند. برای تشخیص قطعی اختلال تکاملی نیاز به ابزارهای تشخیصی و بررسی دقیق تری خواهد بود.

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

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

هر پرسشنامه ۵ حیطة تكاملی را در بر می گیرند :

- ۱- حیطة برقراری ارتباط
- ۲- حیطة حرکات درشت
- ۳- حیطة حرکات ظریف
- ۴- حیطة حل مسئله
- ۵- حیطة شخصی - اجتماعی

حیطة برقراری ارتباط : آغون کردن ، صدادر آوردن از دهان، گوش کردن و درک معنی گفته ها

حیطة حرکات درشت : یعنی حرکات تنه ، بازوان و پاها

حیطة حرکات ظریف : که مربوط به حرکات ظریف دست و انگشتان آن می شود

حیطة فردی- اجتماعی : که بر بازی های فردی ، کارهای اجتماعی مثل بازی در جمع ، بازی با

اسباب بازی و ... تمرکز دارد

حیطة حل مشکل : که شامل یادگیری و بازی با اسباب بازی های است

هر پرسشنامه حاوی ۳۰ سوال شامل ۶ سوال برای هر یک از حیطة های پنجگانه طراحی شده است: در پایان هر پرسشنامه یک مورد کلی نیز برای درج نظرات کلی والدین در نظر گرفته شده و هر کجا الزم بوده از آنان خواسته شده در مورد مسئله مورد نظر توضیح بدهند.

برای هر سوال ۳ گزینه پاسخ در نظر گرفته شده است " بله " برای موقعی که کودک قادر به انجام آن کار هست " گاهی " فعالیت مورد اشاره بصورت گهگاه یا به تازگی از کودک سر زده باشد ؛ " هنوزنه " برای موقعی که هنوز این رفتار یا فعالیت بخصوص را انجام نداده است،

ارزیابی ژنتیکی کودک

اهمیت ارزیابی ژنتیکی کودک :

حدود ۵ درصد تمام حاملگی ها منجر به تولد یک نوزاد با اختلال ژنتیکی قابل توجه یا ناتوانی مادرزادی می شود ۳۵ تا ۵۵ درصد از موارد بستری در بیمارستان کودکان کشورهای توسعه یافته مربوط به بیماری های وراثتی می باشد. در کشورهای در حال توسعه ۲۵-۱۵ درصد مرگ و میر پری ناتال و نوزادان از بیماری های وراثتی می باشد. این افراد هزینه قابل توجهی برای خانواده و جامعه جهت خدمات اجتماعی- پزشکی -آموزشی و اقدامات سرپایی دارند. بنابراین تلاش برای پیشگیری، توسعه درمانهای موثر و در دسترس قرار دادن آنها برای سلامتی جوامع افراد و خانواده مهم است. غربالگری یک خدمت عمومی برای شناسایی افرادی است که نمی دانند مبتلا به بیماری خاصی هستند تا قبل از اینکه مشکلاتی رخ دهد درمان یا پیشگیری کنند.

سن ارزیابی ژنتیکی کودک :

- ۳ تا ۵ روزگی یا ۱۴ تا ۱۵ روزگی
- ۱۲ ماهگی

در صورت عدم مراجعه در این گروه های سنی ، در اولین مراجعه پرسیده شود

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

<ul style="list-style-type: none"> • ب.ث.ژ • فلج اطفال • هیپاتیت ب 	تولد
<ul style="list-style-type: none"> • فلج اطفال خوراکی • پنج گانه 	۲ ماهگی
<ul style="list-style-type: none"> • فلج اطفال خوراکی • پنج گانه • فلج اطفال تزریقی 	۴ ماهگی
<ul style="list-style-type: none"> • فلج اطفال خوراکی • پنج گانه 	۶ ماهگی
<ul style="list-style-type: none"> • MMR 	۱۲ ماهگی
<ul style="list-style-type: none"> • فلج اطفال خوراکی • MMR • سه گانه 	۱۸ ماهگی
<ul style="list-style-type: none"> • فلج اطفال خوراکی • سه گانه 	۶ سالگی

ارزیابی کودک زیر دو سال از نظر مصرف مکمل های دارویی

خلاصه بخشنامه مکمل های کودکان

قطره آهن		مولتی ویتامین /آ+د		
مقدار	زمان	مقدار	زمان	
۱۵ قطره موارد تجویز بیشتر توسط پزشک	شروع از پایان ۶ ماهگی یا همزمان با شروع غذای تکمیلی	قطره آ+د ۴۰۰ واحد ویتامین D ۱۵۰۰ واحد ویتامین A <u>یک سی سی</u> (با توجه به انواع مختلف قطره چکان)	شروع از ۳- ۵ روزگی تا پایان شش ماهگی	شیرخواران ترم وسالم با وزن طبیعی (اعم از شیرمادر وشیرمصنوعی)
۱۵ قطره موارد تجویز بیشتر توسط پزشک	شروع از پایان ۶ ماهگی یا همزمان با شروع غذای تکمیلی	قطره مولتی ویتامین ۴۰۰ واحد ویتامین D ۱۵۰۰ واحد ویتامین A <u>یک سی سی</u> (با توجه به انواع مختلف قطره چکان)	شروع از ۶ ماهگی تا پایان ۲سالگی	شیرخواران ترم وسالم با وزن طبیعی (اعم از شیرمادر وشیرمصنوعی)
<u>دو میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن</u> (وزن کودک * ۲=تعداد قطره تجویزی) بعد از محاسبه مقدار آهن تجویزی از ۱۵ قطره بیشتر نشود موارد تجویز بیشتر توسط پزشک	شروع از زمانی که وزن کودک دو برابر وزن زمان تولد شد	قطره مولتی ویتامین ۴۰۰ واحد ویتامین D 1500 واحد ویتامین A <u>یک سی سی</u> (با توجه به انواع مختلف قطره چکان)	شروع از ۳- ۵ روزگی تا پایان دو سالگی	کودکان نارس وشیرخواران با وزن کمتر از ۲۵۰۰ (اعم از شیر مادر وشیرمصنوعی)
<u>۳ تا ۴ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن</u> (وزن کودک * ۳ یا ۴=تعداد قطره تجویزی) بعد از محاسبه مقدار آهن تجویزی از ۱۵ قطره بیشتر نشود موارد تجویز بیشتر توسط پزشک	شروع از زمانی که وزن کودک دو برابر وزن زمان تولد شد	قطره مولتی ویتامین ۴۰۰ واحد ویتامین D 1500 واحد ویتامین A <u>یک سی سی</u> (با توجه به انواع مختلف قطره چکان)	شروع از ۳- ۵ روزگی تا پایان دو سالگی	کودکان نارس وشیرخواران با وزن کمتر از ۱۵۰۰ (اعم از شیر مادر وشیرمصنوعی)

ارزیابی کودک از نظر کم کاری تیروئید و pku

غربالگری بیماری کم کاری تیروئید نوزادان و فنیل کتونوری :

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 شده اند بدون توجه به ملیت (ایرانی بودن و یا نبودن) باید نمونه گیری انجام شود. بهترین زمان برای نمونه گیری از پاشنه پا روز ۳ تا ۵ تولد است. حتما باید ۷۲ ساعت از تولد نوزاد گذشته باشد. زمان بندی دقیق در اجرای برنامه کشوری غربالگری نوزادان بسیار مهم است. زیرا کلیه فعالیتهای باید در زمان مناسب انجام شود که شروع درمان در بیماران در زمان مناسب انجام شده و به تعویق نیفتد. دیر شروع کردن درمان میتواند منجر به از دست دادن نمراتی از ضریب هوشی بیمار شود.

ارزیابی بد رفتاری با کودک

بد رفتاری : سوء رفتار با کودکان ، که گاهی آن را کودک آزاری و یا بد رفتاری می نامیم

در صورتیکه هر یک از علائم زیر را ببینید در این صورت کودک را به مرکز سلامت جامعه ارجاع دهید (کد ۱۶)

۱ - گریه های طولانی و ممتد نوزاد

۲ - علائم 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 آنها گذشته باشد.

در ویژگی های مراقبت سلامت به علائم و نشانه های سوء رفتار با کودکان باید دقت شود

مشاوره با مادر

در تمامی مراقبتهای گروه سنی کودکان در خصوص موارد زیر باید آموزش داده شود :

۱- آموزش در خصوص عوامل محیطی موثر بر سلامت کودک

۲- آموزش در خصوص پیشگیری از حوادث و سوانح در کودکان

۳- آموزش در خصوص سلامت چشم

۴- آموزش در خصوص سلامت گوش

۵- آموزش در خصوص سلامت دهان و دندان

۶- آموزش در خصوص رابطه متقابل کودک و والدین

۷- آموزش و مشاوره در مورد تغذیه کودک

ارزیابی وضعیت فرزندآوری مادر:

این ارزیابی برای مادر دارای کودک دوسال و بالاتر انجام می شود

غربالگری

سن	همگانی	انتخابی
بدو تولد	• بینایی، شنوایی، کافی بودن شیر مادر، ژنتیک	• -
۳-۵ روزگی	• کافی بودن شیر مادر، متابولیک (G6PD، فنیل کتوزی، هیپوتیروئیدی)، شنوایی (اگر در زمان تولد انجام نشده باشد)، ژنتیک، بینایی (اگر در بدو تولد انجام نشده باشد)، ویزیت پزشک	• فشار خون (در موارد خاص)
۱۴-۱۵ روزگی	• ژنتیک	• -
۳۰-۴۵ روزگی	• متابولیک (G6PD، فنیل کتوزی، هیپوتیروئیدی) (اگر تا بحال انجام نشده است)، شنوایی (اگر تاکنون انجام نشده باشد)	• فشار خون (در موارد خاص) • بینایی (برای تمامی کودکان نرس انجام شود)
۲ ماهگی	• متابولیک (G6PD، فنیل کتوزی، 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 نرس 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 شیرمصنوعی خورالی که شیر مصنوعی غنی شده با آهن دریافت نکرده‌اند) * .
۶ و ۷ ماهگی	• سلامت دهان • تکامل (تست استاندارد) • بینایی (۷ ماهگی) • ویزیت پزشک	• فشار خون
۹ ماهگی	• سلامت دهان • تکامل ERD FLAGS	• فشار خون
۱۲ ماهگی	• تکامل (تست استاندارد) • ویزیت پزشک	• 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) • ویزیت پزشک	• 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 ۵ و سالگی تکامل (تست استاندارد) • ۳ سالگی و ۵ سالگی - ویزیت پزشک	• سلامت دهان، کم خونی، دیس لیپیدمی (چربی خون)

مراقبت های ادغام یافته ناخوشیهای اطفال

هر ساله چندین میلیون کودک زیر ۵ سال در کشورهای در حال توسعه به علت بیماری های شایع دوران کودکی می میرند که بخش عمده ای از این مرگ ها در اولین سال تولد رخ می دهد و به علت عفونت های حاد تنفسی، اسهال، سوءتغذیه و یا ترکیبی از آن ها می باشد که با تشخیص و درمان صحیح و مناسب قابل پیشگیری است. در این میان مطالعات متعددی نشان می دهد که سوءتغذیه به طور مستقیم یا غیرمستقیم، مسئول حدود نیمی از مرگ های کودکان زیر ۵ سال در جهان است. این نقش در کشورهای کمتر توسعه یافته بخش بیشتری از علل زمینه ساز مرگ و میر کودکان را شامل می شود. قطع زودرس تغذیه انحصاری با شیر مادر، استفاده از مواد غذایی نامناسب بدون توجه به ارزش غذایی آن ها، روش های نادرست تغذیه کودک به خصوص در جریان بیماری و بی اشتها، عدم توانایی بلع و یا استفراغ در دوران بیماری از علل عمده ای هستند که تغذیه کودک در این دوران را مختل ساخته و زمینه ساز تشدید بیماری و یا تأخیر در بهبود می شوند.

راهکارهای زیادی برای پیشگیری و درمان نجات جان کودکان در طی سالهای گذشته موثر بوده اند، هر یک از این مداخلات موفقیت بزرگی را در کشورهای در حال توسعه در پی داشته است؛ اما در بسیاری از موارد، و به ویژه در مورد بیماری های واگیر کودکان خردسال نشانه ها و علائم مشترک چند بیماری را دارا هستند که تصمیم گیری برای درمان را دشوار می سازد. در این حالت که به ترکیب چند درمان نیاز است، تشخیص و درمان تک موردی ممکن است مشکل باشد، یا عملی و مناسب نباشد. این موضوع برای سطح اول خدمات که امکانات آزمایشگاهی و رادیوگرافی به راحتی در دسترس نیست، اهمیت بیشتری دارد. برای مثال علت احتمالی سرفه یا تنفس مشکل ممکن است پنومونی، کم خونی شدید یا مالاریا باشد یا بثورات پوستی ممکن است علاوه بر علل شایع، به دلیل پنومونی، اسهال یا عفونت گوش باشد

تعریف مانا

مانا راهبردی است ادغام یافته برای تشخیص و درمان عمده ترین بیماری های دوران کودکی که بیشترین میزان ابتلا و مرگ و میر را سبب می شوند.

اهداف مانا

اهداف اصلی مانا عبارت است از:

- ۱- کاهش موارد مرگ، دفعات و شدت بیماری و ناتوانی (پیشگیری و کاهش بروز بیماری یا مرگ ناشی از شایع ترین بیماری های کودکان)
- ۲- بهبود رشد و تکامل در کودک (ارتقاء سلامت کودک)

گروه هدف مانا

گروه هدف مانا کودکان زیر ۵ سال است که بیشترین بار مرگ بیماری های دوران کودکی را در برمی گیرد.

مانا در یک کودک بیمار مشکلات زیر را در کودک ارزیابی و طبقه بندی کرده و اقدام مناسب را پیشنهاد می کند.

✓علائم خطر فوری تهدید کننده حیات

✓علائم و نشانه های خطر

✓عفونت های دستگاه تنفس

✓اسهال

✓اختلال رشد و تغذیه

✓تب، مشکل گوش، گلودرد

✓زردی و عفونت های موضعی در زیر دو ماه

✓واکسیناسیون، مکمل های دارویی

✓سایر مشکلات

در استراتژی مانا مراقبت از کودک بیمار در دو بخش کودکان کمتر از ۲ ماه و کودکان ۲ ماهه تا ۵ ساله آمده است

ارزیابی کودک بیمار:

شامل بررسی علائم خطر فوری، علائم و نشانه های خطر، بیماریهای شایع، بررسی از نظر سوانح و حوادث پرسیدن سوالاتی در مورد وضعیت عمومی، معاینه کودک، کنترل وضعیت تغذیه و واکسیناسیون و مکمل دارویی و سایر مشکلات می باشد.

ارزیابی نحوه تغذیه کودک:

شامل ارزیابی نحوه تغذیه با شیر مادر، تغذیه کمکی و مشکلات موجود در حین بیماری و مشاوره در خصوص نحوه تغذیه، مغذی سازی، مقوی سازی و... است. سپس در مورد سلامت خود مادر با او مشاوره می شود این بخش از ارزیابی ها برای پرهیز از تکرار مطالب و به دلیل اشتراک آن با ارزیابی تغذیه در کودک سالم، در بسته خدمتی سلامت کودک به تفصیل توضیح داده شده است. و کارمند بهداشتی باید با مطالعه بوکت مشاوره سلامت کودک در زمان ارائه خدمت به کودک بیمار با استفاده از این بوکت و راهنمای آن توصیه های لازم تغذیه ای و بهداشتی را برای بیمار و مادر یا مراقب وی انجام دهد و موارد لازم را ثبت نماید.

طبقه بندی بیماری:

همه طبقه بندی ها در بوکت با استفاده از یک سیستم رنگ بندی انجام می گیرد و از این طریق رویه یکسان و هشداردهنده ایی برای تشخیص سریعتر و تصمیم گیری دقیقتر در استفاده از بوکت ها فراهم می شود و احتمال خطا یا تصمیمات سلیقه ای کاهش می یابد. از آن جا که بسیاری از کودکان ممکن است در بیش از یک طبقه بندی قرار گیرند، هر بیماری بر اساس شرایط زیر در یک طبقه بندی قرار می گیرد:

قرمز: انجام درمان های فوری و مراقبت های ضروری قبل از انتقال و سپس انتقال کودک بیمار در سریعترین زمان ممکن و تا حد امکان با آمبولانس و یا تحت مراقبت فرد برای پیشگیری از تشدید علائم

زرد: انجام درمان های دارویی اختصاصی طبق بوکت و ارائه توصیه های لازم درمانی برای مراقبت از کودک و پیشگیری از ایجاد عوارض بیماری یا تشدید علائم و سپس تعیین زمان مراجعه مجدد و پیگیری در زمان مناسب

سبز: انجام آموزش ها و ارائه توصیه های ساده درمانی یا بهداشتی و هشدارهای لازم به مادر برای مراقبت از کودک بیمار در منزل. سپس در صورت نیاز تعیین زمان مراجعه مجدد و پیگیری در زمان مناسب.

اقدام مناسب درمانی (تشخیص نوع درمان):

پس از طبقه بندی کلیه علائم، اقدام لازم برای کودک تعیین می گردد. اگر کودکی نیازمند انتقال فوری است، قبل از انتقال کودک اقدامات درمانی لازم را انجام و سپس انتقال داده می شود و اگر کودکی نیازمند درمان در منزل است برنامه درمانی ادغام یافته برای کودک توصیه می شود و داروهای لازم در اختیار مادر قرار داده شده و نحوه و مقدار مصرف آن تعیین می شود. اگر کودکی نیازمند واکسیناسیون است یا مکمل خاصی باید به بیمار داده شود اقدام لازم انجام خواهد شد.

• ارائه آموزش های لازم برای درمان کودک:

شامل آموزش به مادر در مورد نحوه دادن داروهای خوراکی و نحوه دادن غذا و مایعات در زمان بیماری و نحوه درمان نشانه های موضعی در منزل می باشد. براساس دستورالعمل و جداول مربوطه از مادر خواسته می شود که در روز خاصی برای پیگیری به مرکز برگردد و علائمی را که در صورت بروز یا مشاهده آن ها احتمال شدید شدن بیماری وجود دارد و باید کودک را فوراً برگرداند، به او آموزش داده می شود.

• پیگیری:

زمانی که کودک مجدداً برمی گردد، مراقبت پیگیری را انجام و کودک برای مشکلات جدید دوباره ارزیابی می شود. این گونه نحوه برخورد با کودک بیمار، تنها در شرایطی مفید و موثر است که خانواده ها کودک بیمار خود را در زمان مناسب نزد شما بیاورند. اگر خانواده ها منتظر باشند تا کودک شدیداً بدحال شده و سپس او را به مرکز بیاورند و یا کودک را نزد پرسنل آموزش ندیده ببرند، احتمال ایجاد عوارض یا مرگ کودک در اثر بیماری زیاد است. بنابراین آموزش به خانواده ها در مورد این که چه وقت کودک بیمار خود را جهت مراقبت بیاورند بخش مهمی از این استراتژی می باشد. چنانچه مادر، کودک بیمار را در زمان بیماری برای کنترل مجدد علائم و اطمینان از بهبودی و عدم ایجاد عوارض در زمان مقرر به مرکز بهداشت نیاورد کارمند بهداشتی موظف است طی ۲۴ ساعت بعد از زمان پیگیری، مجدداً به هر شکل ممکن به مادر یاد آوری کرده و موضوع را پیگیری و ثبت نماید.

نظام مراقبت مرگ نوزادی

بر اساس محاسبه و تخمین سازمان جهانی بهداشت میزان مرگ نوزاد در ایران بالغ بر ۹,۶ در هر هزار تولد زنده است. در کل به این نتیجه می رسیم که میزان مرگ نوزاد کمتر از ۱۰ و به احتمال بسیار قوی هنوز بالای ۹ قرار دارد.

زمان مرگ نوزاد

نزدیک به نیمی از نوزادان در روز اول حیات فوت می کنند. به نظر می رسد اقداماتی باید انجام شود که تمرکز اصلی آنها در حول وحوش زایمان و روز اول حیات باید باشد.

علت اصلی فوت نوزاد

علت اصلی فوت نوزاد بر اساس داده های سامانه ایمان در سال ۱۳۹۶ بیشترین میزان متعلق به سندرم دیسترس تنفسی ۳۵ درصد و بعد از آن نارسی باسن بارداری کمتر از ۲۶ هفته ۲۵ درصد و سپس ناهنجاری مادرزادی با میزان ۱۴ درصد است. با توجه به آن که تنها دو بیماری نارسی و سندرم دیسترس تنفسی بیشتر از ۶۰ درصد از علل مرگ در کشور را شامل می شود تمرکز مدیریتی کلان کشور در حوزه سلامت نوزادان باید متمرکز بر موضوعات مرتبط با این دو بیماری خطیر برنامه ریزی شود.

مکان مرگ نوزاد

مرگ نوزاد در ۲۷ درصد از موارد در اتاق زایمان صورت گرفته و تعداد آن نزدیک به ۲۰۰۰ مورد می شود. این مهم نشان دهنده اهمیت حوادث پیرامون تولد و نقش مهارت و سرعت عمل ارائه دهندگان مراقبت از مادر و نوزاد در بیمارستان می باشد.

وزن تولد نوزادان

تنها ۱ درصد از موالید سال ۱۳۹۶ وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم داشته اند و ۶ درصد وزن بین ۱۵۰۰ گرم تا ۲۴۹۹ گرم. در حالی که این ۱ درصد بیشتر از ۵۵ درصد از موارد مرگ نوزاد را شامل می شده است. میزان مرگ نوزاد در گروه وزنی کمتر از ۱۵۰۰ گرم ۲۰۰ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده است. در حالی که این میزان در گروه های وزنی بالاتر به مراتب پایین تر است.

پراکندگی استانی مرگ نوزاد

این شاخص در استان های با وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایینتر، بیشتر و در استان های برخوردارتر پایینتر به نظر می رسد.

نتیجه گیری

بر اساس اطلاعات به نمایش در آمده به نظر می رسد حوزه سیاست گذاری و مدیریت کلان کشور در زمینه سلامت نوزادان ناچار است برای کاهش میزان مرگ نوزاد و البته بهبود کیفیت زندگی نسل آینده به نکته اساسی توجه اساسی داشته باشد:

۱- اتفاقات حول و حوش تولد، ۲- متولدین با وزن تولد کم، نارسی و مشکل تنفسی ناشی از نارسی ۳- مناطق محروم و عدالت در سلامت

مقایسه آمار مرگ کودکان زیر ۵ سال بر اساس گزارش منتشر شده در سال ۲۰۱۷ سازمان جهانی بهداشت

مرگ نوزادی	مرگ زیر یکسال	مرگ زیر ۵ سال	مرگ ۱-۵۹ ماهه	سهم مرگ نوزادی
۱۹	۳۰,۵	۴۱	۲۲	۴۶,۳
۱۰	۱۳	۱۵,۱	۵,۱	۶۶,۲
۷,۰۵	۹,۵	۱۱,۹	۴,۹۸	۵۹,۱

هر چند کشور ما در دستیابی به اهداف هزاره سوم توفیق زیادی داشته است اما متأسفانه بر اساس دسته بندی سازمان جهانی بهداشت رتبه کشور ما در بین ۱۹۵ کشور ۸۷ است و بر اساس اطلاعات منتشر شده از سازمان بهداشت جهانی شاخص مرگ و میر کودکان هر چند در مقایسه با برخی کشورهای منطقه نظیر افغانستان وضعیت بسیار خوبی دارد اما در مقایسه با دیگر کشورهای منطقه EMRO نظیر بحرین و کویت وضعیت مطلوبی نداشته است. همچنین سهم مرگ نوزادی از کل مرگهای زیر ۵ سال بیانگر بهبود مراقبتهای حین بارداری، حین تولد و دوران نوزادی است که در کشور ما این سهم از متوسط جهانی بسیار بالاتر است.

اهمیت شاخص مرگ کودکان یک تا ۵۹ ماهه :

نسبت مرگ و میر کودکان زیر پنجسال (U5MR) یکی از مهمترین شاخصهایی است که به عنوان توسعه پایدار کشورها به کار برده می شود. به همین دلیل براساس برنامه ششم توسعه، مرگ و میر در کودکان زیر پنج سال باید با کاهش سالانه حدود یک در هزار تولد زنده تا سال ۱۴۰۰ به ۱۱,۳ برسد.

در طی چهار دهه گذشته مرگ و میر کودکان در دنیا از حدود ۹۴ در هزار تولد زنده به حدود ۴۱ رسیده است. در همین مدت مرگ و میر نوزادی از ۳۷ به ۱۹ و مرگ و میر زیر یکسال از ۶۵ به ۴۰ کاهش یافته است.

در ایران نیز طی مدت مشابه مرگ و میر کودک زیر پنجسال از ۵۸ در هزار تولد زنده به حدود ۱۵ رسیده است اما برای دستیابی به اهداف برنامه ششم توسعه هنوز راه زیادی در پیش است.

جدول ۱: مقایسه آمار مرگ کودکان زیر ۵ سال سال ۲۰۱۶ بر اساس گزارش منتشر شده در سال ۲۰۱۷ سازمان جهانی بهداشت

منطقه	میزان				سهم مرگ نوزادی
	مرگ نوزادان	مرگ کودکان زیر یک سال	مرگ کودکان زیر ۵ سال	مرگ کودک یک تا ۵۹ ماهه	
ایران	۱۰	۱۳	۱۵,۱	۵,۱	۶۶,۲
متوسط جهانی	۱۹	۳۰,۵	۴۱	۲۲	۴۶,۳
مناطق توسعه نیافته	۲۶		۶۸	۴۰	۳۸,۲
مناطق در حال توسعه	۲۶		۶۳	۳۷	۴۱,۳
آمریکای شمالی و اروپا	۳		۶	۳	۵۰,۰
آمریکای لاتین و کارائیب	۹		۱۸	۹	۵۰,۰
آسیای مرکزی و جنوب شرق آسیا	۲۷		۴۶	۱۹	۵۸,۷
منطقه آسیای غربی و شمال آفریقا	۱۵		۲۸	۱۳	۵۳,۶
صحرای آفریقا	۲۸		۷۹	۵۱	۳۵,۴
اقیانوسیه	۱۰		۲۳	۱۳	۴۳,۵

نمودار ۴- مقایسه میزان مرگ و میر کودک زیر ۵ سال و نوزادی با چند از کشور از منطقه EMRO

نام کشور	بحرین	کویت	ایران	عربستان سعودی	سوریه	اردن	مصر	عراق	افغانستان
میزان مرگ کودک زیر ۵ سال	۸	۸	۱۰	۱۳	۱۸	۱۸	۲۳	۳۱	۷۰
میزان مرگ نوزاد	۳	۴	۱۵	۷	۹	۱۱	۱۳	۱۸	۴۰

لازم به ذکر است که دستیابی به اهداف توسعه هزاره در کاهش مرگ و میر کودکان نیازمند پوشش جهانی مداخلات موثر و کارآمد نظیر مراقبت از نوزادان متولد شده و مادرانشان ، تغذیه شیرخواران با شیر مادر ، واکسیناسیون و مدیریت صحیح بیماریهای دوران کودکی است . سازمان جهانی بهداشت در حال حاضر برای نیل به اهداف توسعه هزاره سه استراتژی عمده را دنبال می کند

۱. مراقبتهای ادغام یافته ناخوشیهای اطفال (IMCI)

۲. برنامه ایمن سازی

۳. تغذیه شیرخواران با شیر مادر

قابل ذکر است علیرغم تمامی تلاشهای صورت گرفته در سطح جهانی ، پیشرفت در کاهش مرگ و میر کودکان اندک بوده است . در بین کشورها، تنها در ۹۳ کشور (حدود ۴۰ درصد از جمعیت دنیا) پیشرفت مناسبی را در کاهش مرگ و میر کودکان شاهد بودیم ، این درحالی است که ۵۴ کشور (۴۸ درصد جمعیت) پیشرفت کند و حتی ۴۳ کشور روند معکوسی را نشان می دهند و مهمترین دلیلش آن

است که هنوز تعداد زیادی از کودکان به مراقبت‌های لازم دسترسی ندارند. به عنوان مثال کمتر از ۴۰ درصد کودکان دنیا منحصرًا با شیر مادر تغذیه می‌شوند، ۲۰ درصد کودکان اسهالی مایع درمانی خوراکی مناسب را دریافت می‌کنند.

از سوی دیگر مرگ کودکان از مجموعه عوامل وابسته به هم تشکیل شده است که مداخله در هر مرحله می‌تواند از بروز مرگ‌های بعدی جلوگیری کند. با مطالعه تاریخچه هر مورد مرگ کودک از زمان دریافت مراقبت‌های دوران کودکی و سپس شرایط و زمان بیماری می‌توان:

- مراقبت‌های کودکی
- خدمات اورژانس بین راهی و پیش بیمارستانی
- خدمات اورژانس بیمارستانی
- خدمات بیمارستانی

را از نظر کیفیت و کمیت و سهولت دسترسی بررسی کرد. با توجه به مطالب ذکر شده، بررسی مرگ کودک باید در قالب یک نظام مراقبت انجام پذیرد. با انجام نظام مراقبت مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه می‌توان عوامل موثر در مرگ و میر کودکان را شناخت و مداخله مناسب را طراحی کرد تا با توجه به علت فوت، راهکارهای مناسب برای پیشگیری از بروز موارد مشابه در سطوح مختلف انجام داد

چرا مرگ کودکان باید بررسی شود؟

مهمترین کاربرد جمع آوری، ثبت و طبقه بندی علل مرگ، تعیین توزیع علل و میزان مرگ و مشخص نمودن سیمای اپیدمیولوژیک استان و شهرستان است تفاوت‌های مذکور وظایف بسیار مهمی را در مقابل سلیستگزاران بخش سلامت در شهرستانها و استانها قرار می‌دهد.

سیاستها، استراتژی‌ها و راهکارهای منطقه ای براساس این داده‌ها باید اتخاذ گردد و به عنوان یکی از مهمترین محورهای مداخله های ملی و منطقه ای قرارگیرد

شرح مراحل گردش کار بررسی مرگ کودک در پایگاه های مرکز سلامت جامعه

۱. هر کودک ۱ تا ۵۹ ماهه که به هر علتی فوت شده باشد بلافاصله مشخصات کودک به همراه نشانی کودک توسط مراقب سلامت به مسئول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه شهرستان تلفنی گزارش می‌شود و سپس مشخصات در فرم گزارش تلفنی وارد و فرم گزارش تلفنی به مرکز بهداشت شهرستان تحویل داده شود.

۲. مسئول بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه شهرستان به مراقبین سلامت اعلام می‌کند که مراقب سلامت به همراه تیم پرستگری به منزل متوفی در زمان حیات مراجعه و ضمن مصاحبه با بستگان وی، پرسشنامه های مربوطه را تکمیل کند. تیم پرستگری شهرستان باید پرسشنامه های ب، ج و ه را مطابق با دستورالعمل نحوه تکمیل آن برای هر کودک متوفی حداکثر طی مدت یک هفته تکمیل کند.

۳. مسئول تیم پرستگری در شهرستان، مسوول بهداشت خانواده شهرستان می‌باشد و اعضای مناسب برای تیم پرستگری را او انتخاب می‌کند.

سرعت تشکیل و رسیدگی تیم پرستگری اهمیت دارد تا از هرگونه مخدوش شدن داده های لازم جلوگیری شود و به اعتبار نتایج کمک کند. اعضای تیم پرستگری علاوه بر توانمندی های علمی، بایستی قدرت ارتباطات برای پرس و جوی لازم و بررسی همه جانبه داشته باشند.

۴. بعد از انجام پرستگری و تکمیل پرسشنامه های مربوطه، اطلاعات جمع آوری شده توسط مسوول بررسی مرگ کودکان در شهرستان وارد سایت می‌شود و مداخلات پیشنهادی از هر یک از پرسشنامه ها استخراج می‌شود سپس گروه کاری در شهرستان با مسوولیت بهداشت خانواده شهرستان تشکیل می‌شود و مداخلات استخراج شده از اطلاعات بدست آمده از پرسشنامه ها را بررسی کرده و لیست پیشنهادی مداخلات مرگ کودکان و همچنین لیست مشکلات بدست آمده را برای دستور جلسه در کمیته آماده می‌کنند.

مسوول تشکیل کمیته در شهرستان، رییس شبکه بهداشت و درمان شهرستان می‌باشد که اعضای که مناسب برای کمیته می‌باشد انتخاب و ابلاغ آن را صادر می‌کند. حداقل زمان برای برگزاری کمیته های مرگ و میر کودکان در شهرستان هر ۲ ماه یکبار می‌باشد:

داده های مربوط به هر مورد مرگ کودک ۱ تا ۵۹ ماهه توسط ۴ پرسشنامه زیرجمع آوری می شود. تکمیل این پرسشنامه ها با توجه به سیر بیماری تا فوت کودک متفاوت است.

پرسشنامه ب:

این پرسشنامه از طریق پرسشگری از خانواده کودکان متوفی تکمیل می شود و هدف آن بررسی مشخصات کلی خانواده و سوابق سلامت و بیماری متوفی ۱ تا ۵۹ ماهه است. این پرسشنامه برای همه موارد تکمیل می شود.

پرسشنامه ج:

این پرسشنامه مخصوص بررسی کلی سوابق رسیدگی (اقدامات پزشکی) سرپایی به بیماری متوفی است. این اقدامات شامل تمامی فعالیتها، مداخلات و توصیه های تشخیصی، مراقبتی و درمانی است که قبل از فوت کودک و به صورت سرپایی انجام شده و کودک در طی دریافت این خدمات (یا برای این خدمات) در بیمارستان بستری نبوده است. کلیه مراکز تشخیصی، درمانی و بهداشتی و همچنین اورژانس های بیمارستانها از جمله محل های مورد نظر برای ارائه این خدمات هستند)

پرسشنامه د:

این پرسشنامه مخصوص بررسی کلی سوابق رسیدگی (اقدامات پزشکی بستری متوفی ۱ تا ۵۹ ماهه است و به منظور ثبت اطلاعات مربوط به بستری کودک در بیمارستان تهیه شده و مرجع این پرسشگری استخراج اطلاعات دفتر و پرونده های ثبت، گزارشات و نسخ موجود و در دسترس است.

پرسشنامه ه:

این پرسشنامه در اصل چک لیست تخصصی بررسی علل مرگ کودک ۱ تا ۵۹ ماهه است که سوالات آن حداقل از یکی از پزشکان متخصص منتخب پرسیده میشود. این پزشک پس از بررسی پرسشنامه های تکمیل شده ب، ج، د و پرونده کامل پزشکی موجود کودک متوفی در مورد علت فوت و روند مراقبت و درمان متوفی نظر میدهد.

➤ بررسی موارد مرگ کودکان در کارگروه ها و کمیته های بیمارستانی، شهرستانی و دانشگاهی

پس از مطالعه و بررسی پرسشنامه های تکمیل شده، گروه های کاری، مداخلاتی را به کمیته های مربوط پیشنهاد می کند. این پیشنهادها توسط اعضای کمیته مورد بحث و بررسی قرار گرفته و مصوب میگردد.

➤ اجرای مداخلات برای جلوگیری از بروز موارد مشابه در سطح بیمارستان، شهرستان و دانشگاه

➤ مداخلات انجام و گزارش اجرا و یا موانع احتمالی در کمیته ارائه می شود.

➤ پایش و ارزیابی نتایج فعالیتها و مداخلات در نظام مراقبت

در پایش برنامه در دو سطح برون بخشی و درون بخشی به موقع و صحیح انجام شدن فرآیند های نظام مراقبت مرگ کودک بررسی می گردد و بر اساس مداخلات انجام گرفته میزان تاثیرگذاری آن بر شاخص ها سنجیده می شود.

فرم گزارش تلفنی مرگ نوزادی :

تاریخ تکمیل فرم :

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده:

نام و نام خانوادگی مادر	سال تولد مادر	تحصیلات مادر	تعداد بارداری مادر	سن حاملگی	نام و نام خانوادگی نوزاد	جنس نوزاد	تعداد قل	تاریخ زایمان	تاریخ فوت نوزاد	مکان فوت	علت فوت	آدرس و شماره تماس

فرم گزارش تلفنی مرگ کودک یک تا ۵۹ ماهه :

تاریخ تکمیل فرم :

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده:

نام و نام خانوادگی کودک متوفی	تاریخ تولد کودک متوفی	تاریخ فوت کودک متوفی	محل فوت کودک متوفی	محل سکونت کودک متوفی	علت فوت کودک متوفی	توضیحات

کمیته ارتقاء سلامت نوزاد (هر شش ماه یکبار در شهرستان)

۱. تحلیل گزارشات آماری مربوط به سلامت نوزادان منطقه تحت پوشش و تعیین مداخله برای ارتقای سلامت نوزادان
۲. تهیه گزارش تحلیلی وضعیت سلامت نوزادان و تعیین چالش ها و گلوگاه های مداخله های اجرایی
۳. برنامه ریزی جهت کاهش مرگ و میر نوزادان در منطقه تحت پوشش بر حسب علل مرگ نوزادان با رویکرد بهبود و ارتقای مراقبت های پریناتال
۴. نظارت بر کمیت و کیفیت مراقبت های دوره نوزادی
۵. بررسی پیشنهادات، برنامه جدید منطقه ای برای عملیاتی نمودن دستور العمل های کشوری سلامت نوزاد
۶. تعیین استراتژی های و مداخلات منطقه ای با جلب مشارکت شرکای سلامت (برون بخشی)

کمیته کاهش مرگ و میر کودکان 1 تا 59 ماهه (هر سه ماه یکبار در شهرستان)

۱. بحث و بررسی لیست پیشنهادهای مداخلات مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه شهرستان که بر اساس پرسشنامه های تکمیل شده و نتایج
۲. پایش و ارزشیابی برنامه های سلامت کودکان و پرونده های بهداشتی مراقبت از کودک فوت شده استخراج شده و ارائه پیشنهاد ها و گزارشات ارسال شده از بیمارستان ها.
۳. مصوب کردن مداخلات بر اساس اطلاعات بدست آمده.
۴. تعیین بخش یا سطح مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله.
۵. ابلاغ اجرای مداخله به سطح تعیین شده.
۶. تعیین مسئول پیگیری و نظارت بر نحوه اجرای مداخلات تصویب شده در شهرستان.
۷. ارائه پیشنهاد به کمیته معاونت بهداشتی بررسی مرگ و میر کودکان برای پیگیری مداخلات شهرستانی در سطح معاونت و در صورت- نیاز ارائه در کمیته دانشگاه
۸. نظارت بر تشکیل و حسن اجرای وظایف کمیته های بیمارستانی بررسی مرگ و میر کودکان 1 تا 59 ماهه.
۹. جلب همکاری های بین بخشی