

بِسْمِ تَعَالَى



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان ایلام

مراقبت های ادغام یافته سلامت کودکان

((از مجموعه کتب آموزش کاردانی بهورزی))

تدوین و گردآوری: فاطمه باپیری، مربی آموزشگاه بهورزی شهرستان دره شهر

زیر نظر:

زهرا حیدریان زاده-مسئول آموزش بهورزی استان

سال 1398

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۳	فصل اول: ارزیابی نوزاد و مراقبتهای پس از تولد.....
۲۳	فصل دوم: پایش رشد کودکان.....
۷۷	فصل سوم: وضعیت دهان و دندان
۹۴	فصل چهارم: تغذیه با شیر مادر.....
۱۱۰	فصل پنجم: تغذیه تکمیلی
۱۲۷	فصل ششم: پیشگیری از سوانح و حوادث در کودکان.....
۱۴۰	فصل هفتم: غربالگری تکامل کودک ASQ.....
۱۵۸	فصل هشتم: رابطه متقابل کودک و والدین.....

فصل اول:

ارزیابی نوزاد و مراقبت های پس از تولد

اهداف آموزشی:

انتظاری رود فراگیران در پایان فصل بتوانند :

* نحوه مراقبتهای کامل نوزادی را توضیح دهند.

* اندازه طبیعی وزن، قد و دورسر نوزادان را در بدو تولد بیان کنند.

* اهمیت انجام مراقبت ۳-۵ روزگی را توضیح دهند.

* انواع آزمایشات غربالگری و زمان انجام آنها را بدانند.

فهرست مطالب

عنوان :

اهمیت مراقبت از نوزادان

اهمیت مراقبت ۵-۳ روزگی

انواع آزمایشات غربالگری نوزادان

معاینه پوست، ناف، پستان، دهان

معاینه سر، چشم، گوش، گردن، بینی

استحمام کردن

تعویض پوشک

تفاوت سوختگی ناشی از کهنه و ادرار با درگیری به عفونت های قارچی

پوشاندن لباس

معاینه دستگاه تناسلی و کنترل دفع ادرار و مدفوع

ختنه

دندان نوزادی

فتق

معاینه پاها، دستها و سرین

معاینه لگن

معاینه پشت نوزاد

علائم حیاتی

زردی یا یرقان

رفلکس های نوزاد

گریه کردن شیرخوار

قولنج

اهمیت مراقبتهای دوران نوزادی:

معاینه ی نوزاد در اتاق مادر در ۲۴ ساعت اول زندگی، فرصت مهمی برای دیدن توانایی های نوزاد و مشاهده ی تعامل والدین با کودک است.

اهمیت انجام مراقبت ۵-۳ روزگی:

مهمترین مزایای انجام این مراقبت به شرح زیر می باشد:

*فرصت مناسبی باری شناسایی یا غربالگری بیماری های مادرزادی از جمله بیماریهای قلب و متابولیکی که بعد از ۳روزگی علامت دار می شوند و برخی ناهنجاریهایی که ممکن است در اولین معاینه در بیمارستان پنهان مانده باشد.

*اطمینان از شرایط سلامتی کودک و کاهش استرس و نگرانی خانواده و افزایش توانمندی در مراقبت از فرزند

*کاهش مرگ های نوزادی

*مشاهده و بررسی نحوه شیردهی مادر و انجام مداخله لازم در زمان مناسب

*ارزیابی زردی و کاهش نگرانی و سردرگمی خانواده در برخورد با این مشکل

*انجام آزمایشات هیپوتیروئیدی-فنیل کتونوری و جلوگیری از عواقب این بیماریها در آینده

انواع آزمایشات غربالگری نوزادان:

پس از تولد نوزاد، یک غربالگری برای سنجش میزان شنوایی نوزاد و یک غربالگری برای بررسی وجود سه بیماری به نام‌های کم کاری مادرزادی تیروئید، فنیل کتونوری و نقص آنزیم PD ۶ G یا فاویسم توسط آزمایشات غربالگری نوزادان بررسی می‌شود. غربالگری شنوایی لازم است قبل از ترخیص نوزاد از بیمارستان انجام شود و آزمایشات غربالگری دیگر بین روز سوم تا پنجم بعد از تولد انجام خواهد شد.

کم کاری مادرزادی تیروئید:

بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید یکی از موارد مهم قابل پیشگیری در نوزادان است که در صورت درمان نشدن منجر به بروز اختلالاتی در سیستم عصبی مرکزی و اسکلتی می‌شود که مهم‌ترین آن عقب‌ماندگی ذهنی است. تشخیص این بیماری به دلیل کم و نامشخص بودن علائم آن معمولاً در روز اول زندگی نوزاد انجام نمی‌شود. برای انجام غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید، بین روز سوم تا پنجم پس از تولد نوزاد، یک نمونه خون از پاشنه پای نوزاد گرفته می‌شود و در صورت تشخیص بیماری، درمان بلافاصله شروع می‌شود.

انجام آزمایش غربالگری مجدد از پاشنه ی پا در هفته ی دوم تولد
درموارد زیر ضروری است:

*نوزادان نارس

*نوزادان کم وزن (کم تر از ۲۵۰۰گرم)

*چندقلوها

*نوزادان بستری و یا با سابقه ی دریافت و یا تعویض خون

*نوزادانی که داروهای خاص مانند دوپامین مصرف می نمایند.

فنیل کتونوری:

بیماری فنیل کتنوری به علت تجمع اسید آمینه فنیل آلانین در بدن ایجاد می‌شود. فنیل آلانین یک اسید آمینه ضروری است که برای ساخت پروتئین در بدن استفاده می‌شود. این اسید آمینه توسط آنزیم فنیل آلانین هیدروکسیلاز تجزیه می‌شود. اگر مقدار این آنزیم در بدن کم باشد، باعث تجمع فنیل آلانین در مایعات بدن و تجزیه آن به موادی مثل فنیل پیرویک اسید و فنیل اتیلین آمین می‌شود. فنیل آلانین اضافی به همراه این مواد در بدن، متابولیزم و سوخت‌وساز طبیعی را مختل می‌کند و باعث صدمات مغزی می‌شود. کودک مبتلا در ابتدای تولد طبیعی است و عقب‌ماندگی ذهنی به تدریج پیشرفت می‌کند و طی چند ماه آشکار می‌شود. فعالیت زیاد همراه با حرکات بی‌هدف و تشنج از دیگر علائم این بیماری است. در صورت تشخیص زودهنگام و درمان مناسب می‌توان از عوارض این بیماری جلوگیری کرد.

فاویسم یا نقص آنزیم G6PD :

فاویسم یک بیماری ارثی است که در ایران شایع است باعث ایمن بودن گلبول قرمز در مقابل مواد اکسیدان می‌شود. کمبود این آنزیم باعث می‌شود گلبول‌های قرمز هنگام مواجهه با مواد اکسیدان مثل بعضی از داروها و برخی مواد خوراکی نظیر باقلا تخریب شود. این امر باعث بروز زردی یا یرقان، مشاهده خون در ادرار و در موارد شدید مرگ می‌شود. نوزادان مبتلا به این بیماری از نظر ظاهری علامت خاصی ندارند و به درمان خاصی نیز نیاز نخواهند داشت، فقط رژیم غذاوداروهایی که مصرف می‌کنند باید تحت کنترل باشد و از مصرف مواد اکسیدان پرهیز کنند. انجام آزمایش غربالگری برای شناسایی این نوزادان و اطلاع خانواده آنها از بیماری کودکان برای رعایت رژیم غذایی و پرهیز دارویی مادر و نوزاد است.

معاینه پوست، ناف، پستان، دهان:

معاینه پوست:

در نوزادان هیچ گاه نباید از پوسته پوسته شدن و خشک شدن پوست نوزادان نگران شد. این مشکل زمانی که کودک شما کمی با تاخیر به دنیا آمده باشد بیشتر دیده مشاهده می شود. پوست جدید به طور حتم سالم و مرطوب می باشد. اگر خشکی پوست شما برای مدت زیادی باقی ماند با پزشک مشورت کنید. نکاتی برای مراقبت از پوست کودک مراقبت از پوست نوزاد و جلوگیری از ایجاد جوش های پوستی باعث می شود که نوزاد شاد و خندان باشد. توجه به نوع مواد شوینده که با آن لباس، ملحفه، پتو و حوله نوزاد شسته می شود حائز اهمیت است. احتمالاً زمانی که پوست کودک شما دچار خارش و تحریک شده می شود رشد نوزاد متوقف می شود. رنگ زرد پوست، می تواند نشانه زردی باشد معمولاً دو تا سه روز پس از تولد بر روی پوست و سفیدی چشم زردی ظاهر می شود، زردی در نوزادانی که نارس هستند بسیار شایع است. زردی ناشی از افزایش بیلی روبین است. این بیماری معمولاً یک تا دو هفته بعد از تولد از بین می رود. درمان زردی با تغذیه امکان پذیر است و یا در برخی موارد شدید نوردرمانی می تواند کمک کند. اگر چهره کودک شما زرد رنگ به نظر می رسد با پزشک مشورت کنید رنگ نوزاد طبیعی صورتی رنگ بوده، رنگ پریدگی یا کبودی از موارد غیرطبیعی هستند که باید سریعاً گزارش گردد در صورت مشاهده پوست و لبهای کبود باید به مشکلات تنفسی یا ناراحتی قلبی در نوزاد شک کرد.

معاینه ناف:

بند ناف نوزاد می تواند راه ورود مستقیم عوامل بیماری زا به بدن نوزاد باشد، به طور معمول بند ناف طی ۷ روز اول خشک شده و جدا می شود و گاهی ممکن است جدا شدن بند ناف تا ۱۵ روز به تأخیر بیفتد که طی این مدت باید بند ناف را تمیز و خشک نگه داشت و از آلوده شدن آن به مدفوع نوزاد جلوگیری کرد. هرگز روی بند ناف الکل، پماد، روغن، پودر و داروهای سنتی ریخته نشود. در صورت مشاهده قرمزی اطراف ناف، ترشحات چرکی، خونریزی بیش از چند قطره طبق برنامه مراقبت ادغام یافته کودک بیمار (مانا) وضعیت کودک را ارزیابی کنید.

معاینه پستان:

قطرسینه نوزاد به طور طبیعی حدود ۱ تا ۲ سانتی متر است که در صورت تورم از این مقدار بیشتر میشود. ورم پستان نوزاد ممکن است در ۷۰ درصد نوزادان رخ دهد، که دلیل آن ورود هورمونهای مادر از طریق جریان خون به بدن نوزاد است. تورم پستان در نوزاد موجب نگرانی در والدین میشود اما در واقع مساله مهمی نیست و این اتفاق در میان نوزادان کاملاً طبیعی است و معمولاً پس از گذشت ۵ هفته ناپدید می شود. از فشردن پستانهای نوزاد جدا باید خود داری شود.

معاینه دهان:

از جمله بیماریهای شایع در دوران نوزادی میتوان به برفک دهان، شکاف کام و لب شکری و آفت دهان اشاره کرد.

۱- برفک دهان: عبارت است از عفونتهای قارچی خفیف دهان است و شبیه ذرات شیردلمه شده است که روی زبان، لثه، گونه ها و سقف دهان چسبیده باشد که باعث درد و ناراحتی دهان طفل به خصوص زمان مکیدن شیر می باشد.

۲- شکاف کام و لب شکری: شکاف کام به علت جوش نخوردن بخشهای سخت کام و لب شکری به علت جوش نخوردن سقف دهان است که باعث میشود بلعیدن شیر و مایعات برای کودکان مشکل باشد.

۳- آفت دهان: بیماری شایعی است که شیر خوردن کودک را مختل میکند و باعث بی قراری نوزاد می شود و در صورت عدم شیر خوردن و وزن نگرفتن کودک به پزشک ارجاع داده شود.

معاینه سر، چشم، گوش، گردن، بینی:

معاینه سر:

شکل سر نوزاد بستگی به نوع زایمان دارد، در زایمان با سر معمولاً سر نوزاد بیضی شکل است که در طی ۱ تا ۲ روز به حالت طبیعی بر می گردد. اما در زایمان با پا یا سزارین معمولاً سر کامل، گرد و قرینه می باشد. در زمان معاینه کودک باید دو ملاحظه را در نظر بگیرید:

کنیم. ملاج بزرگ یا قدامی در محل اتصال دواستخوان آهیانه و پیشانی قرار دارد که به شکل لوزی است و زمانی که زودتر از موعد بسته شود برآمده تر از حد عادی است. این فونتanel حداکثر بین ۹ تا ۱۸ ماهگی بسته می شود. ملاج خلفی یا کوچک مثلثی شکل بوده و در طی ۲ تا ۴ ماهگی بسته می شود. دسته ای از بیماریها با افزایش یا عدم رشد دور سر مشخص می شوند و مهمترین ویژگی آن رشد غیرطبیعی دور سر است. دو مورد از شایع ترین این اختلالات هیدروسفالی و میکروسفالی است. در حالت هیدروسفالی تجمع مایع مغزی-نخاعی در بطن های مغزی و جمجمه ایجاد می شود. در این کودکان دور سر به ویژه در ناحیه پیشانی رشد غیرطبیعی دارد، به طوریکه پیشانی برآمده و برجسته است و از صورت بیرون زده است. از علائم دیگر هیدروسفالی می توان به تاخیر در بسته شدن ملاج، استفراغهای مکرر، اختلالات عصبی شدید و حالت های صرع اشاره کرد. در حالت میکروسفالی اندازه دور سر کمتر از حد طبیعی بوده و رشد چندانی ندارد. عامل آن به طور دقیق شناخته شده نیست ولی به طور کلی عوامل زنتیکی و ابتلا به برخی از بیماریها در دوران بارداری نظیر توکسوپلاسموز، سرخچه، بیماری قند، سیفلیس و همچنین رادیوگرافی را در ایجاد آن موثر می دانند. در این بیماری مغز رشد کافی نکرده و جمجمه نیز به تبعیت از آن رشد کافی نداشته و کوچک می ماند بویژه در ناحیه پیشانی و آهیانه جمجمه رشد کمتری دارد.

معاینه چشم :

سیستم بینایی در بدو تولد تکامل نیافته است و تکامل آن در طول سال اول زندگی رخ می دهد. گاهی ممکن است در اثر فشار زایمانی در سفیدی چشم، خونریزیهای کم، متوسط و یا زیاد دیده شود، به طوری که تمام سفیدی چشم قرمز می گردد و ممکن است ترشح زرد رنگی از چشم خارج شود، به چشم شیرخوار نگاه کنید اگر قرمزی اطراف چشم، خروج ترشحات چرکی، آب ریزش و تورم پلک ها را مشاهده کردید شیرخوار را طبق برنامه مراقبت ادغام یافته کودک بیمار (مانا) ارزیابی نمایید. انحراف چشم در اکثر نوزادان تازه متولد شده وجود دارد که تا ۴ ماهگی برطرف می شود، در غیر این صورت به چشم پزشک ارجاع شود. اگر احساس کردید فرزند شیرخوار شما اجسام را با چشم خود دنبال نمی کند و نسبت به نورهای تند مثل روشن کردن چراغ اتاق واکنش نشان نمی دهد به چشم پزشک مراجعه کنید. چشم های پف کرده و عدم هماهنگی بین دو چشم در چند ماه اول طبیعی است. تعیین قدرت بینایی با استفاده از تابلوی E از مراقبت ۴ سالگی به تناوب سالی یکبار در کودکان باید انجام شود.

نکته:

به مادر و اطرافیان نوزاد توصیه نمائید از کشیدن سرمه و سایر مواد رنگی در چشم نوزادان جدا خودداری نمائید.

معاینه گوش:

حس شنوایی نوزاد بعد از تولد فعال می شود. اگر نوزاد به شدت مشغول گریه کردن باشد و در نزدیکی او زنگی یا چیز دیگری به صدا درآید به گریه خاتمه داده و متوجه صدا می گردد. اختلال شنوایی یک مشکل پنهان است که از طریق ظاهر نوزاد قابل شناسایی نیست، بنابراین تشخیص آن در ابتدای تولد بدون انجام تست غربالگری شنوایی ممکن نیست. کم شنوایی اگر به موقع درمان نشود، توانایی یادگیری زبان و گفتار و مهارت های درکی به خوبی صورت نمی گیرد. غربالگری شنوایی آزمونی سریع و آسان برای تشخیص میزان شنوایی نوزادان است که باید قبل از مرخص شدن مادر و نوزاد از بیمارستان انجام شود. اگر نتیجه آزمایش، سلامت شنوایی را نشان دهد، نوزاد از نظر شنوایی مشکلی ندارد. اما اگر آزمون طبیعی نبود، غربالگری مرحله دوم یک هفته بعد انجام خواهد شد و در صورت غیرطبیعی بودن آزمون دوم، باید نوزاد قبل از سه ماهگی برای تشخیص و تا قبل از شش ماهگی برای درمان به یک پزشک متخصص اطفال مراجعه کند. در هر صورت انجام نشدن این تست در بیمارستان، لازم است والدین برای انجام این آزمایش در اولین فرصت ممکن و حتماً تا قبل از یک ماهگی نوزاد به پزشک کودکان مراجعه کنند در معاینه شکل ظاهری طبیعی گوش چنانچه یک خط فرضی از گوشه چشم امتداد دهیم به بالای چشم (محل اتصال لاله گوش به اسکالپ) ختم می شود و چنانچه گوش در پایین تر از این خط فرضی قرار گرفته باشد می تواند نشانه ناهنجاریهای مادرزادی-مشکلات کلیوی در نوزاد باشد.

معاینه گردن:

به طور طبیعی کوتاه، حجیم و کاملاً متحرک و بدون توده می باشد. وجود توده، انحراف گردن به یک سمت یا کوتاهی غیرطبیعی بایستی بررسی گردد.

معاینه بینی:

سوراخ های بینی باید قریب باشد و دیوار بینی در خط وسط قرار گرفته باشد. معمولاً تمام نوزادان کم و بیش حس بویایی دارند به طوری که بوی سینه و شیرمادر را متوجه شده و سر را بر اثر احساس بو به طرف مواد غذایی بر می گردانند.

استحمام کردن:

استحمام نوزاد، در حفظ سلامتی و رشد او تأثیر بسزایی دارد. کودک پس از هر بار استحمام، نشاط و آرامش خود را به دست می آورد، به خوبی شیر می خورد و به راحتی به خواب می رود. همچنین در هنگام استحمام، مادر می تواند بدن کودک را مشاهده کند و از وجود هر گونه التهاب، ورم و یا حالت غیرعادی آگاه شده و در بهبود آن بکوشد. ۲ تا ۳ بار حمام در هفته برای نوزاد کافی است. زمان مناسب برای حمام کردن نوزاد بین ۵ تا ۱۰ دقیقه است.

طریقه حمام کردن نوزاد:

برای حمام کردن نوزاد به ترتیب زیر عمل کنید:

- * ابتدا سر نوزاد را بر روی دست تان تکیه داده و کتف او را به خوبی بچسبید و خیلی آرام او را از قسمت پاها وارد آب درون تشت کنید. با کمک دست آزادتان، صورت او را با آب بشویید (برای شستن صورت نوزاد، نیازی به صابون نیست).
- * با کمک لیف نرم و صابونی شده، روی سینه، زیر بغل، شکم و دست ها و پاهای کودک را بشویید.
- * برای شستن سر نوزاد، در حالی که پشت سر او را به قسمت ساق دست تان تکیه داده اید، ران او را خوب و مطمئن بچسبید و سپس دست دیگرتان را به شامپوی مخصوص بچه آغشته کرده و با حرکات ملایم و دایره ای شکل سر او را شستشو دهید. برای آبکشی هم، سر نوزاد را کمی به عقب برده و آب را به آرامی از جلوی سر به سمت عقب سر بریزید تا آب وارد چشم ها و بینی و گوش او نشود.
- * برای شستشوی قسمت پشت و کمر، نوزاد را به پشت برگردانید و در حالی که سینه او را به روی ساق دست تان تکیه داده اید، زیر بغل او را بگیرید و با دست دیگر به آرامی لیف را روی پشت و کمرش بکشید.

*همان طور که کودک را به خوبی گرفته اید، او را آبخشی کنید. سپس کودک را بر روی حوله ای که قبلاً به همین منظور پهن کرده اید، قرار داده و حوله را دور بدن او بپیچید.

تعویض پوشک:

باید ابتدا کودک را روی پارچه تمیز و نرم خواباند و کهنه کثیف را درآورده و اعضای تناسلی و سرین کودک را با آب نیمگرم و از جلو به عقب شست و با آب تمیز، آبخشی کرده و خشک نمود. نظافت روزانه و تعویض لباسها و کهنه ها اهمیت زیادی دارد. در نوزادان دختر برای جلوگیری از عفونت تناسلی از بالا به پایین نوزاد را تمیز کنید و در نوزادان پسر قبل از بستن پوشک آلت تناسلی نوزاد را به سمت پائین بیاورید. مراقب باشید که سایز پوشک نوزادان مناسب باشد وگرنه ممکن است باعث اذیت شدن و سوختن پای نوزاد شود.

تفاوت سوختگی ناشی از کهنه و ادرار با درگیری به عفونت های قارچی:

در عفونت قارچی اول قرمزی و درگیری پوست از ناحیه مقعد شروع می شود و بعد کم کم به جلو کشیده می شود و تا عفونت برفکی درمان نشود این درگیری در پوست ادامه دارد. اما در سوختگی ناشی از ادرار قرمزی پوست از جلو شروع می شود، در ناحیه بستن کهنه دیده می شود و نوع کنترل درمان آن با عفونت قارچی متفاوت است.

پوشاندن لباس:

پوشش نوزاد باید مناسب فصل باشد و موقعیت آب و هوایی در نظر گرفته شود. در صورتیکه درجه حرارت محیط بالاتر از ۲۴ سانتیگراد نباشد، نوزاد شما به چند لایه لباس نیاز دارد تا بدنش گرم بماند. معمولاً بهتر است ابتدا یک زیرپوش و پوشک تنش کنید و بعد روی آنها یک بلوز و شلوار راحتی یا لباس خواب به او بپوشانید و سپس پتوی مخصوص نوزاد را دورش بپیچید. اگر شیرخوار نارس است، باید یک لایه لباس دیگر نیز به او بپوشانید. وقتی وزن کودک به حد یک شیرخوار طبیعی برسد، آن وقت بدنش بهتر می تواند خود را با درجه حرارت محیط تطبیق دهد. در هوای گرم می توانید لباس کودک را کم کنید و تنها به یک تکه لباس اکتفا کنید.

*از لباس هایی استفاده کنید که پوشاندن آنها به کودک آسان آستین ها باید آنقدر گشاد باشد که دست مادر بتواند به راحتی داخل آنها شود و دست کودک را از آستین بیرون بیاورد.

*هیچ گونه روبان یا تسمه و یا رشته ای از پارچه، که مستلزم گره زدن از هم باز کردن و یا بستن به دور گردن باشد، در لباس وجود نداشته باشد، چون ممکن است باعث خفگی کودک شود.

*لباس ها باید از جنس پارچه ای نرم و با قابلیت انعطاف باشد؛ از خرید لباس هایی که گردن، بازوها و پاهای شیرخوار را تحت فشار قرار می دهند، خودداری شود.

*شستشوی لباس نوزادان باید با آب ولرم و مواد شوینده ملایم و بدون بو انجام شود.

معاینه دستگاه تناسلی و کنترل دفع ادرار و مدفوع:

در نوزادان پسر باید به وضع قرار گرفتن مجرای ادرار توجه کرد. در بعضی از نوزادان این مجرا در زیر و در بعضی از آنان روی آلت تناسلی قرار دارد. همچنین بیضه ها باید در داخل کیسه بیضه لمس گردد. در برخی نوزادان دختر در چند روز اول ترشحات سفید شیری و ترشحات حاوی خون از واژن خارج می شود که طبیعی است و بعد از چند روز برطرف می گردد. همچنین باید از باز بودن سوراخ مقعد نیز اطمینان حاصل پیدا کرد.

ادرار نوزاد:

نوزاد ممکن است هر ۱ تا ۳ ساعت یک بار و یا ۴ تا ۶ بار در روز ادرار کند اگر نوزاد بیمار باشد و یا تب داشته باشد و یا در هوای خیلی گرم، میزان ادرارش کم می شود. دفع ادرار نباید درد داشته باشد. اگر شما متوجه بیقراری و درد نوزاد خود موقع ادرار کردن شدید، به پزشک متخصص اطفال مراجعه کنید، زیرا ممکن است این درد ناشی از عفونت و یا وجود مشکلی در مجرای ادراری نوزاد باشد. در کودکان سالم، ادرار زرد کم رنگ تا پررنگ متغیر می باشد. پررنگ شدن ادرار ناشی از کم نوشیدن مایعات میباشد.

مدفوع نوزاد :

طی چند روز اول بعد از تولد، مدفوع نوزاد (مکونیوم) شروع می شود مکونیوم به رنگ سیاه و یا سبز پررنگ است . قبل از تولد، روده نوزاد را می پوشاند و هنگامی که مکونیوم تمام شد، رنگ مدفوع به زرد- سبز برمی گردد. زمانی که نوزاد شروع به خوردن غذاهای جامد کند، قوام مدفوع از حالت نرم به شل و آبکی تغییر می یابد اگر نوزاد با شیرخشک تغذیه می شود، معمولاً رنگ مدفوعش قهوه ای مایل به زرد و یا زرد می باشد و سفت تر از مدفوع نوزادی است که از شیرمادر تغذیه می کند. اگر نوزاد قطره آهن دریافت کند، رنگ مدفوع او ممکن است قهوه ای تیره شود. تعداد دفعات اجابت مزاج در نوزادان مختلف، متفاوت می باشد؛ بسیاری از نوزادان بعد از غذا خوردن، مدفوع می کنند که این ناشی از رفلکس معده-روده می باشد که باعث می شود هرگاه معده پر شود، سیستم گوارشی فعال گردد. نوزادان ۳ تا ۶ بار در روز و برخی از نوزادان شیرمادر خوار دارای یک بار اجابت مزاج در هفته هستند که این طبیعی می باشد، به علت آنکه شیر مادر مقدار کمی مواد زائد دارد، بنابراین کاهش دفعات مدفوع کردن، نشانه یبوست نیست و نوزاد به طور ثابت وزنش زیاد می شود. اگر نوزاد شیرخشک خوار است، باید حداقل روزی یک بار اجابت مزاج داشته باشد. اگر نوزاد به علت سفتی مدفوع، زور بزند و تعداد دفعات اجابت مزاج نیز کمتر از حد طبیعی باشد، ممکن است دچار یبوست شده باشد و بهتر است به پزشک متخصص اطفال مراجعه کنید.

ختنه :

ختنه یک عمل جراحی کوچک است که با این عمل پوستی را که سر آلت تناسلی نوزاد را پوشانده است بر می دارند تا سر آلت آزاد گردد. سرطان آلت در مردها در جوامع ختنه شده کمتر از جوامع ختنه نشده است. همچنین میزان عفونت ادراری در افرادی که ختنه شده اند بسیار کم است. بهترین زمان ختنه در ۱۰ روز اول زندگی و ترجیحاً ۴۸ ساعت اول تولد می باشد. فرد انجام دهنده ختنه، باید دوره دیده باشد. زمان مناسب ختنه از حداقل ۶ ساعت پس از تولد، پیش از ترخیص از بیمارستان تا پایان دوره نوزادی است به شرطی که نوزاد سالم بوده و وزن بیش تر از ۲۵۰۰ گرم داشته روش توصیه شده برای ختنه در دوران نوزادی تا ۶ ماهگی روش حلقه پلاستیکی است. نوزاد باید حداقل ۲ ساعت پس از ختنه از نظر خونریزی موضعی تحت نظر باشد و یک بار ادرار کرده باشد تا از بیمارستان ترخیص گردد. روزی ۳ بار یا بیشتر از پماد تتراسایکلین یا وازلین طبی بر روی حلقه و آلت زده شود و در صورت بی قراری از استامینوفن استفاده شود. در صورت خونریزی، خون مردگی وسیع آلت و بیضه تورم شدید، ادرار نکردن

نوزاد ۶-۱۸ ساعت پس از ختنه، افتادن حلقه زودتر از ۳ روز و یا نیفتادن آن بیش از ۱۰ روز، ترشح چرکی و تب ارجاع فوری به پزشک ضروری است.

دندان نوزادی:

ممکن است در هنگام تولد، نوزاد دارای یک یا دو دندان پیشین مرکزی تحتانی باشد، یا اینکه در ماه اول دندان اظاهر شود. داشتن دندان در هنگام تولد معمولاً جنبه ارثی دارد و معمولاً در دخترها بیشتر دیده می شود. این دندان ها دلیل بیماری نیست و اکثراً همان دندان های شیری هستند که زودتر سر زده و ظاهر شده اند.

فتق:

در این بیماری بعضی از اعضا مثلاً قسمتی از روده که به طور عادی باید داخل حفره شکمی باشد از یک سوراخ غیرعادی در یک قسمت بدن بیرون می زند. در پسران شیرخوار ممکن است در نتیجه یک نقص مادرزادی یک حلقه از روده پائین بیاید و داخل کیسه بیضه شود. در این صورت فتق را فتق کیسه بیضه می نامند. در دختران قسمتی از روده ممکن است از مجرای رانی بگذرد و به جلوی ران برسد که آن را فتق رانی می گویند. این حالات به خودی خود خطرناک نیستند مگر اینکه یک حلقه روده یا نسج روده یا قسمتی از روده هنگام عبور از سوراخ غیرعادی، تحت فشار قرار گیرد و عبور خون به آن قسمت قطع گردد. که فوراً باید ارجاع شود. فتق نافی در کودکان و نوزادان کم سال بسیار شایع است که در آن یک قسمت از روده یا اعضا داخل شکم به داخل مجرای ناف کاملاً بسته نشده است بلکه ناف فرو می رود. در این مورد مجرای ناف کاملاً بسته نشده است بلکه ناف به وسیله قشر نازکی از پوست پوشانده شده است.

معاینه پاها، دستها و سرین:

هر موقع کودک زیر دو سال را معاینه می کنید به پاها، دست ها و سرین او توجه کنید. برای جلوگیری از سوختن کشاله ران کودک بعد از هر بار تعویض کهنه محل کشاله ران کودک را با آب بشوئید و هرگز نوزاد را قنناق نکنید. در هنگام معاینه دستها و پاها باید به وضع انگشتان (انگشتان اضافی، فقدان انگشتان، به هم چسبندگی انگشتان) توجه کرد.

معاینه لگن:

یکی از مشکلاتی که به طور مادرزادی ممکن است نوزادان را گرفتار کند، در رفتگی مفصل لگن (محل مفصل شدن استخوان ران با حفره ی استخوان لگن) است. اگر نوزاد شما دچار این مشکل باشد، مهم است که این عارضه را در همان ابتدای زندگی تشخیص داد و درمان کرد علائم در رفتگی مادرزادی سر استخوان ران در بچه ها بسته به سن بچه متفاوت است. این علائم را معمولا در دو محدوده سنی قبل و بعد از سه ماهگی تعریف میکنند. در ناحیه کشاله ران همه نوزادان چین های پوستی بطور طبیعی وجود دارد. در این بیماری این چین ها ممکن است در دو مفصل ران نوزاد دچار محدودیت حرکت شده و بخصوص دو ران بچه خوب از هم باز نمی شوند و مادر ممکن است نتواند ران های نوزاد را برای تعویض پوشک خوب از هم باز کند.

معاینه پشت نوزاد :

به پشت نوزاد و منطقه ستون فقرات نوزاد نگاه کنید. ستون فقرات مستقیم و بدون توده و انعطاف پذیر است وجود هر نوع توده در پشت و با وجود توده ای مو بر روی مهره های خاجی در نوزادان ترم احتمال اسپاینا بیفیدا را مطرح می کند. در این صورت بلافاصله باید نوزاد را ارجاع فوری دهید.

قبل از ارجاع موارد زیر را به مادر آموزش دهید:

۱- کودک روی شکم با پهلو خوابانده شود.

۲- گاز استریل با پارچه تمیز جهت محافظت از غده در اطراف آن قرار داده شود.

۳- هیچ کهنه یا وسیله دیگری به طور مستقیم روی غده قرار داده نشود.

۴- ناحیه سرین و تناسلی تمیز نگه داشته شود.

علائم حیاتی:

تعداد ضربان قلب: به هنگام تواد تعداد ضربان قلب نوزاد طبیعی در حدود ۱۲۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه می باشد که در سن ۶ ماهگی به ۱۱۰ بار در دقیقه و در یکسالگی به ۱۰۰ بار در دقیقه و در سن سه تا چهارسالگی به ۹۵ بار در دقیقه می رسد و در سن ۵ تا ۱۰ سالگی به ۹۰ بار در دقیقه می رسد.

دفعات تنفس: تنفس نوزاد تا ۳۰ ثانیه پس از تولد گویای شروع زندگی است که پس از ۹۰ الی ۱۲۰ ثانیه وضعیت طبیعی خود را با نظم و کیفیت خاصی در حدود ۳۰ تا ۶۰ بار در دقیقه به دست می آورد (متوسط ۴۰ بار در دقیقه) و در سن ۶ ماهگی به ۳۰ بار، در یک سالگی ۲۸ و در سن سه تا چهار سالگی به ۲۵ و در سن پنج تا ۱۰ سالگی به ۲۴ بار در دقیقه می رسد. نوزادان به طور طبیعی تنفس تند دارند

و ممکن است در زمان های کوتاه به مدت ۵ تا ۱۰ ثانیه اصلا نفس نکشند که این مسئله طبیعی است.

در صورت دارا بودن علائم زیر باید نوزاد را سریعاً به پزشک ارجاع داد:

الف) تنفس تندتر شود.

ب) باز و بسته شدن سریع پره های بینی

ج) تو کشیده شدن قفسه سینه

د) ناله کردن نوزاد

فشار خون سیستولیک: میزان آن در نوزاد ۶۰ تا ۸۰ میلی متر جیوه است که در شش ماهگی به ۹۰ و در سن سه تا چهارسالگی به ۱۰۰ و در ۵ تا ۱۰ سالگی به حدود ۱۰۰ تا ۱۱۰ میلی متر جیوه خواهد رسید.

درجه حرارت: درجه حرارت بدن نوزاد حدود ۳۶/۵ تا ۳۷/۵ درجه سانتی گراد است و بستگی به فعالیت، خواب و محیط نوزاد دارد. درجه حرارت در نوزادان بایستی از راه زیر بغل اندازه گیری شود. اگر از طریق رکتوم اندازه گیری شود می تواند سبب پاره شدن مخاط رکتوم گردد برخلاف بزرگسالان، نوزاد در هنگام سرما نه می تواند بلرزد و نه قادر به افزایش ارادی فعالیت عضلانی

خوبش به منظور تولید حرارت می باشد بنابراین جهت افزایش حرارت، فعالیت متابولیکی نوزاد افزایش می یابد لذا نیازهای اکسیژنی او افزایش یافته و انقباض عروق رخ خواهد داد. به ای ترتیب کاهش خورسانی ریوی و اسیدوز تنفسی به وجود خواهد آمد. لذا حفظ درجه حرارت بدن نوزاد حیاتی ترین مسئله در بقا او خواهد بود.

یرقان (زردی) :

زردی نوزادان یا هیپر بیلی روبینمی نوزادی یا ایکتر نوزادی به معنی زرد شدن پوست نوزادان میباشد. نیمی از نوزادان ترم و حدود ۸۰ درصد کل نوزادان نارس دچار زردی می شوند. زردی در نوزادانی که بیماری ندارند نباید بیش از دو هفته در نوزادان ترم (۳۷ هفته و بالاتر) یا بیش از سه هفته در نوزادان زودرس (زیر ۳۷ هفته) طول بکشد.

از انواع یرقان میتوان به یرقان فیزیولوژیک و یرقان غیرفیزیولوژیک اشاره کرد.

۱- یرقان فیزیولوژیک (طبیعی) :

بیش از نیم یا دو سوم نوزادان به طور معمول ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از تولد دچار زردی می شوند و در روزهای سوم تا پنجم به ماکزیمم می رسد این زردی شدید نیست و به سفیدی چشم و صورت محدود می شود و بدون اقدام خاصی پس از چند روز به خودی خود رفع می شود.

۲- یرقان غیرفیزیولوژیک: (غیرطبیعی) :

این زردی در ۲۴ ساعت اول تولد ظاهر می شود و به سرعت شدت می یابد. از علل شایع آن ناسازگاری گروه خون و ارهش مادر و نوزاد است. (گروه خون مادر ارهش منفی و پدر ارهش مثبت است).

ارجاع فوری:

در صورت مشاهده این نوع زردی (زردی غیرفیزیولوژیک) باید بلافاصله نوزاد را به پزشک ارجاع فوری داد.

رفلکس های نوزاد :

نوزادی که به دنیا می آید دارای یک سری از رفلکس ها می باشد. رفلکس ها نشان دهنده کارکرد سیستم عصبی بوده و هر کدام در زمان به خصوصی از بین می روند و یا ارادی می شوند این رفلکس ها عبارتند از:

۱-رفلکس مکیدن وجستجو: در رفلکس جستجو اگر یک طرف صورت نوزاد را لمس کنیم یا به گونه یا گوشه لب شی و یا نوک سینه را تماس دهیم نوزاد سرش را به طرف عامل تحریک بر می گردد.

۲-رفلکس چنگ زدن: اگر چنانچه انگشت خود را در کف دست شیرخوار قرار دهیم شیرخوار برای لحظاتی آن را محکم نگاه می دارد. این رفلکس در پا نیز وجود دارد وقتی کف پای نوزاد را تحریک کنیم نوزاد کف پا را جمع می نماید .

۳-رفلکس مورو: اگر شیرخوار را در وضعیت نیمه قائمه قرار داده و برای لحظه ای کوتاه زیر سر وی را رها کرده و مجددا نگاه داریم شیرخوار دست و پای خود را باز کرده، از بدن دور می کند و انگشت شست و اشاره را به صورت حلقه C در می آورد و مجددا دست و پا را در به بدن نزدیک کرده جمع میکند. این رفلکس دوطرفه بوده و یک طرفه بودن آن دلیل بر وجود مشکلی در شیرخوار است.

گریه کردن شیرخوار:

یکی از علل شایع قطع شیردهی توسط مادران گریه شیرخوار است. گریه زیاد یک شیرخوار می تواند باعث آسفتگی ارتباط او و مادرش و یا سبب اضطراب و بحران روحی سایر افراد خانواده شود.

دلایل گریه کردن شیرخوار:

*راحت نبودن: کثیف بودن، گرم بودن، سرد بودن

*خستگی: ملاقات بیش از حد بستگان

*بیماری یا درد

*گرسنگی ناشی از جهش رشد: شیرخوار ممکن است خیلی گرسنه به نظر برسد. احتمالاً به این دلیل که نسبت به قبل سریع تر رشد می کند و تقاضای او برای شیر خوردن بیشتر شده است. این سرعت رشد در سنین حدود ۲هفتگی، ۶هفتگی و ۲ماهگی شایع تر است.

*غذای مادر

*داروهایی که مادر مصرف می کند: کافئین، سیگار، داروهای دیگر

*اسپاسم و قولنج شیرخوار

*شیرخواران با نیاز زیاد: بسیاری از شیرخواران نیاز بیشتری به بغل کردن و راه بردن دارند. در جوامعی که مادران شیرخوارشان را همراه خود حمل می کنند، نسبت به جوامعی که آنها را ترک می کنند و یا در تخت های جدا می خوابانند، گریه شیرخوار کمتر است.

قولنج :

گاهی اوقات گریه کردن یک الگوی واضح دارد. شیرخوار در ساعات مشخصی از روز و اغلب بعد از ظهرها (غروب)، مدام گریه می کند. شیرخوار مثل اینکه درد شکم داشته باشد پاهایش را جمع می کند. و ممکن است روده پر سر و صدا و یا حاوی گاز داشته باشند که دلیل آن روشن نیست. این مشکل درد "قولنج" نامیده می شود. شیرخواران قولنجی معمولاً خوب رشد می کنند و گریه هایشان بعد از ۳ ماهگی کم می شود.

فصل دوم :

پایش رشد در کودکان

اهداف آموزشی:

انتظار می رود فراگیران در پایان فصل بتوانند :

*نحوه رشد کودک را تعریف کنند.

*نحوه اندازه گیری وزن، قد و دور سر کودک را بدانند.

*نحوه رسم منحنی رشد کودک را بدانند.

*منحنی های رشد کودک را به درستی تفسیر کنند.

فهرست مطالب:

عنوان:

هدف از برنامه کودک سالم.

اهمیت مراقبت از کودکان

پایش رشد کودک

عوامل تعیین کننده رشد و تکامل کودک

وزن

ارزیابی و طبقه بندی کودک از نظر وضعیت وزن

قد.

ارزیابی و طبقه بندی کودک از نظر وضعیت قد

کنترل کودک از نظر محیط میانی دور بازو

نمایه توده بدنی (BMI)

دورسر

جدول ارزیابی کودک از نظر وضعیت دور سر

کارت پایش رشد (کارت مراقبت کودک)

زمانهای مراجعه مراقبت های کودکان

در هر مراقبت چه خدماتی به کودکان ارائه می شود

آمادگی آموزش دفع ادرار و مدفوع

ارزیابی شنوایی کودک

ارزیابی بینایی کودک

برنامه ایمن سازی کودکان

آزمایشات و غربالگری های روتین در کودکان

سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار

خواب کودک

ارزیابی ژنتیکی کودک

ارزیابی و طبقه بندی شیرخوار کمتر از دو ماه و انجام اقدامات لازم

پیگیری کودک

هدف از برنامه کودک سالم :

مهمترین دوران تکامل مغزی کودک در دوسال اول زندگی است که نقش قابل ملاحظه ای بر عملکرد ذهنی، جسمی، روانی، اجتماعی و ایمنی کودک دارد. تجربیاتی که کودک در سالهای سوم تا پنجم زندگی کسب می کند او را برای کسب مهارت‌های اجتماعی و یادگیری در دوران مدرسه آماده می سازد همه ابعاد رشد یک کودک، موقعیت بهداشتی و تغذیه ای، تندرستی و شناختی، رشد اجتماعی و عاطفی او به یکدیگر وابسته اند. برنامه مراقبت کودکان سالم به دنبال جدا کردن کودکان سالم از کودکان به ظاهر سالم یا مستعد به بیماری است که هنوز نشانگان بیماری در آنها مستقر نشده است.

برنامه های سلامت کودکان شامل :

- ۱- برنامه مراقبت کودک سالم
- ۲- برنامه شیر مادر
- ۳- برنامه مراقبت‌های ادغام یافته کودک بیمار (مانا)
- ۴- نظام مرگ کودکان 1 تا 59 ماه

اهمیت مراقبت از کودکان :

یکی از مراقبت های اصلی از کودکان علاوه بر مراقبت از رشد کودک (رسیدن به قد و وزن نرمال) مراقبت از تکامل کودک است. مراقبت از تکامل کودک بدین معنی است که والدین و اشخاص مرتبط با کودک همگی کمک کنند تا کودک مهارت های لازم مانند برقراری ارتباط ، زبان ، حرکات متناسب با سن درپاها و دستها را کسب کند تا در بزرگسالی فردی مفید و مستقل و کارآمد برای خود و جامعه باشد. پایه اساسی برای رسیدن به این نقطه فراهم کردن فرصت های یادگیری برای کودک است که از همان ابتدای تولد توسط والدین صورت می گیرد. و انجام آن مستلزم داشتن آگاهی و اطلاعات کافی والدین است. گاهی به اشتباه چنین تصور می شود که کودکان بخصوص نوزادان و شیرخواران نیاز به یادگیری ندارند. و خودبخود سیر تکامل و کسب مهارت ها را طی خواهند کرد. اما علم پزشکی ثابت کرده است که از همان بدو تولد نوزادان از والدین خود یاد می گیرند و این یادگیری از طریق تقلید ، بازی و تکرار صورت می گیرد.

پایش رشد کودک:

رشد عبارت است از افزایش ابعاد بدن نظیر بزرگ شدن اعضا و افزایش وزن و تکامل به معنای چگونگی سیر فیزیولوژیک اعمال و حرکات و افزایش مهارت ها از حالت ابتدایی تا حالت رسیدگی و انتهای بلوغ است. رشد و تکامل نه تنها حاکی از جنبه های بدنی بلکه شامل جنبه های هوشی، عاطفی و اجتماعی هم هست.

عوامل تعیین کننده رشد و تکامل کودک:

الف) صفات ارثی ژنتیک

ب) تغذیه

ج) سن

د) جنس

ه) محیط فیزیکی

و) عوامل روان شناختی

ز) آلودگی به عفونت ها و انگل ها

ح) عوامل اقتصادی

برای بررسی وضعیت رشد جسمی از پارامترهای مختلف وزن، قد و دور سر استفاده میشود که عبارتند از:

وزن:

اندازه گیری وزن بهترین شاخص رشد جسمی است. وزن طبیعی نوزاد به هنگام تولد بین ۲/۵ تا ۴ کیلوگرم و قد او بین ۴۷-۵۴ سانتیمتر می باشد و دور سر نوزاد بین ۳۳-۳۷ به طور متوسط ۳۵ سانتیمتر است. اندازه گیری و تعیین وزن نوزاد و چگونگی روند افزایش آن یکی از بهترین معیارها برای سنجش وضع تغذیه و رشد جسمی است. که این مسئله به خصوص در دوران شیرخوارگی که رشد بسیار سریع می باشد حائز اهمیت است زیرا با بروز هر بیماری توقف، افزایش یا کاهش وزن پیش می آید و گاه در بیماری های نهفته توقف یا کاهش وزن یکی از علائم خطر محسوب می شود. وزن نوزاد در روزهای اول پس از تولد در حدود ده درصد کاهش

یافته که علت آن ناکافی بودن شیر مادر در روزهای اول، دفع مکنونیوم وادرار می تواند باشد و پس از چند روز اول، رشد سریع می شود. وزن نوزاد در ۵ تا ۶ ماه اول بعد از تولد هفته ای ۱۷۰ تا ۲۲۰ گرم و به طور متوسط ۲۰۰ گرم در هفته افزایش می یابد. به نوعی که در ۶ ماهگی وزن متوسط نوزاد تقریباً دو برابر وزن هنگام تولد یعنی تا ۷ کیلوگرم است. در شش ماه دوم سال اول زندگی، وزن نوزاد هفته ای ۸۵ تا ۱۱۰ گرم و به طور متوسط ۱۰۰ گرم در هفته افزایش می یابد. به نوعی که در یکسالگی وزن متوسط کودک در حدود ۱۰ کیلوگرم یعنی سه برابر هنگام تولد است.

آمادگی برای توزین:

از مادر بخواهید کفش و لباس های کودک یا پوشک او را درآورد. قبل از وزن کردن کودک ترازو را کنترل کنید. وزن کودک را زمانی که شیرخوار آرام است خوانده شود.

ارزیابی و طبقه بندی کودک از نظر وضعیت وزن:

جدول ارزیابی کودک از نظر وضعیت وزن برای سن:

توصیه ها/اقدام	طبقه بندی	وزن برای سن
<p>*در صورت وجود هریک از وضعیت های زیر پس از اقدامات اولیه و تثبیت وضعیت کودک ارجاع دهید.</p> <p>وضعیت وزن برای قد زیر $-3zscore$ (لاغری شدید) باشد.</p> <p>-ادم دو طرفه در پاها وجود داشته باشد.</p> <p>-دور میانه بازو کمتر از ۱۱۵ میلی متر باشد.</p>	<p>کم وزنی شدید</p> <p>(Severelyunderweight)</p>	<p>*پایین $-3z-score$</p>

<p>-بیماری همراه وجود داشته باشد.</p> <p>*در صورت عدم وجود هریک از وضعیت های فوق</p> <p>-ضمن معاینه فیزیکی کامل، شرح حال تغذیه ای کودک و نیز وضعیت تغذیه ای کودک را ارزیابی نموده و آزمایش اولیه را درخواست نمایید.</p> <p>- در صورت غیرطبیعی بودن آزمایش ها، در صورت لزوم به کارشناس تغذیه ارجاع داده، توصیه های تغذیه ای را انجام داده و سپس پیگیری نمایید.</p>		
<p>- شرح حال کامل بویژه شرح حال تغذیه ای، بررسی وضعیت تغذیه ای کودک و خانواده</p> <p>- معاینه فیزیکی کامل:</p> <p>< در صورت وجود بیماری مطابق برنامه مانا عمل شود.</p> <p>< در صورت عدم وجود بیماری آزمایشهای اولیه درخواست شود.</p> <p>-در صورت غیرطبیعی بودن آزمایشها یا عدم امکان تشخیص و درمان به مرکز تخصصی ارجاع داده شود.</p> <p>- در صورت طبیعی بودن آزمایش ها، توصیه های تغذیه ای و سپس پیگیری:</p>	<p>کم وزنی (underweight)</p>	<p>*مساوی 3z-score- تا ۲ z-score</p>

<p>- زیر ۲ ماه تا ۱۰ روز</p> <p>- ۲ ماه تا یکسال دو هفته بعد</p> <p>- بالای یکسال یک ماه بعد</p>		
<p>- ادامه مراقبت‌های روتین</p> <p>- توصیه های تغذیه ای</p> <p>- پیگیری براساس جدول توالی:</p> <p>< زیر دو ماه ۱۰ روز بعد</p> <p>< ۲ ماهه تا یکسال ۲ هفته بعد</p> <p>< بالای یکسال یک ماه بعد</p>	<p>احتمال مشکل وزن</p>	<p>* مساوی $-2z$-score تا مساوی $-z$</p> <p>$+1$score</p> <p>- روند رشد نامعلوم یا</p> <p>- روند رشد متوقف شده یا</p> <p>- روند رشد دوراز میانه</p>
<p>- ادامه مراقبت‌های روتین</p>	<p>طبیعی</p>	<p>$-2z$-score تا مساوی $+1z$-score</p> <p>- روند رشد به موازات یا</p> <p>- روند رشد به سمت میانه</p>

--	--	--

نکته: بالاتراز $Zscore + 1$ احتمال افزایش وزن وجود داشته و باید به منحنی وزن برای قد مراجعه شود.

جدول توالی سنی برای پیگیری کودکان دچار مشکل وزن:

سن	زمان پیگیری
کم تر از ۲ ماه	۱۰ روز بعد
۲ ماه تا یکسال	۲ هفته بعد
بیش تر از ۱ سال	۱ ماه بعد

قد :

معیار دیگر سنجش رشد جسمی، قد می باشد (اندازه گیری قد در کودکان زیر دو سال در حال خوابیده و با استفاده از میزهای مدرج انجام می پذیرد و قد کودکان بالاتر از دو سال در حالت ایستاده اندازه گیری می شود.) قد ایستاده حدود سانتی متر کمتر از قد خوابیده است. افزایش قد فقط در سوء تغذیه های طولانی متوقف می شود. رشد قدی نوزاد در شش ماه اول زندگی هر ماه ۲/۵ سانتی متر و در شش ماه دوم هر ماه ۱/۲۵ سانتی متر است که جمعا در سال اول حدود ۲۵ سانتی متر بر قد کودک افزوده شده و افزایش قد در سال دوم ۱۲ سانتی متر و در سال سوم حدود ۹ سانتی متر و در سال های چهارم و پنجم و ششم به ترتیب ۸-۶ سانتی متر و از آن به بعد در سنین دبستانی تا وقت بلوغ هر سال حدود شش سانتی متر است.

جدول سرعت رشد قد :

سن (سال)	رشد قد بر حسب سانتی متر در سال (متوسط)
۱	۲۴-۹ (۱۴/۵)
۲	۱۲-۶ (۹)
۳	۱۰-۵/۵ (۸)

۴	۴/۵-۹(۷)
۶و۵	۴/۵-۸(۶/۵)
۸و۷	دختر: ۴/۵-۸(۵/۵)
	پسر: ۴/۵-۷(۵/۵)

جدول اختلال رشد قد در کودکان:

سن(سال)	رشد قد برحسب سانتی متر در سال(متوسط)
۲-۳	۸>
۳-۴	۶>
۵-۶	۵/۵>
۷-۸	۵>

ارزیابی و طبقه بندی کودک از نظر وضعیت قد:

جدول ارزیابی کودک از نظر وضعیت قد برای سن

توصیه ها/اقدام	طبقه بندی	قد برای سن
-ارجاع به متخصص کودکان	کوتاه قدی شدید (severely stunted)	* پایینین -3z-score
- معاینه فیزیکی کامل و بررسی از نظر وجود علائم سیستمیک - ارجاع به متخصص کودکان در صورت غیرطبیعی بودن معاینه فیزیکی -توصیه های تغذیه ای و عاطفی روانی -در صورت طبیعی بودن معاینه	(stunted) کوتاه قدی	* مساوی -3z-score تا ۲ z-score

<p>فیزیکی پیگیری طبق توالی:</p> <p><کوچکتر از ۶ ماهه ۱ ماه بعد</p> <p>< ۶ تا ۱۲ ماه هر ۲ ماه</p> <p>< ۱ تا ۲ سال هر ۳ ماه</p> <p><بزرگتر از دو سال هر ۳ تا ۶ ماه</p> <p><پس از پیگیری یک دوره به کودک فرصت داده شود. در کودکان کوچکتر از ۲ سال برای تصمیم گیری حداقل یک دوره ۳ ماهه</p>		
<p>< ادامه مراقبتهای روتین</p> <p>< توصیه های تغذیه ای</p> <p>< پی گیری:</p> <p>< کوچک تر از ۶ ماهه، ۱ ماه بعد</p> <p>< ۶ تا ۱۲ ماه ۲ ماه بعد</p> <p>< ۱ تا ۲ سال ۳ ماه بعد</p> <p><بزرگتر از دو سال ۶ ماه بعد</p>	<p>احتمال مشکل قد</p>	<p>*مساوی $-2z$-score تا مساوی $-3z$ score</p> <p>و</p> <p>- روند رشد نامعلوم یا</p> <p>- روند رشد متوقف شده یا</p> <p>- روند رشد غیر صعودی</p>

<p>< ادامه مراقبتهای روتین</p>	<p>طبیعی</p>	<p>*مساوی $-2z$-score تا مساوی $-3z$ +score</p> <p>و</p>
-----------------------------------	--------------	--

		- روند رشد به موازات میانه یا - روند رشد به سمت میانه
--	--	--

نکته ۱: بالاتراز $+3z$ -score خیلی بلند قد تلقی شده و در صورت شک به وجود مشکل، به متخصص کودکان ارجاع داده شود.

نکته ۲: کلیه پی گیری ها توسط غیرپزشک تیم سلامت انجام می شود.

نکته ۳: ارزیابی بیشتر عبارتست از: شرح حال تغذیه ای، توجه به قد و تاخیر در بلوغ والدین، حال عمومی، تکامل، تناسب وزن برای قد، معاینه ی فیزیکی، بررسی آزمایشگاهی، و سن استخوانی. در شیرخواران کوچک تر از ۳ ماه، رایدوگرافی زانو برای بررسی هیپوتیروئیدی و پس از آن، رایدوگرافی روبروی مچ، کف و انگشتان دست چپ از نظر سن استخوانی درخواست می شود.

جدول توالی سنی برای پی گیری کوتاهی قد و وزن برای قد:

سن	فواصل پی گیری
کوچکتر از ۶ ماه	هر ماه
۱ تا ۲ سال	هر ۳ ماه
بزرگتر از ۲ سال	هر ۳ تا ۶ ماه

نکته: در کوتاه قدی سرشتی وزن و قد در زمان تولد طبیعی است، اما پس از ۴ تا ۱۲ ماهگی سرعت رشد آهسته شده و در نهایت، طبیعی خواهد شد. در اغلب موارد، سابقه ی خانوادگی چنین الگوی رشدی وجود داشته و در بررسی کودک، سن استخوانی و سن قدی از سن تقویمی عقب تر است.

کنترل کودک از نظر محیط میانی دوربازو (MUAC):

روشی است برای تعیین ابتلای کودک ه سوء تغذیه حاد. استفاده از MUAC برای کودکان سنین ۱۲ تا ۵۹ ماه است، اما می تواند برای کودکان بزرگتر از ۶ ماه نیز که قد آن ها بیش تر از ۶۵ سانتی متر است، استفاده شود. MUAC محیط قسمت فوقانی بازوی چپ است و در نقطه میانی بین راس شانه و آرنج و با استفاده از نوار پلاستیکی رنگی اندازه گیری می شود. چنانچه محیط میانی دور

بازو کمتر یا مساوی ۱۲۵ میلی متر باشد طبیعی است. اما MUAC بین ۱۱۵ تا ۱۲۵ سوء تغذیه ی حاد متوسط و کمتر از ۱۱۵ میلی متر سوء تغذیه ی حاد شدید در نظر گرفته می شود.

نمایه ی توده ی بدن (BMI) برای سن:

BMI عددی است که با وزن و قد کودک ارتباط دارد، محاسبه ی آن براساس وزن بر حسب کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد بر حسب متری باشد.

جدول ارزیابی کودک از نظر وضعیت وزن برای قد:

وزن برای قد	طبقه بندی	توصیه ها/اقدام
بالای $+3z$ -score	چاق (Obese)	ارجاع به متخصص کودکان
پایین $-3z$ -score یا ادم دوطرفه گوده گذار یا $MUAC < 115$	لاغری شدید (severely wasted) یا سوء تغذیه حاد شدید	پس از معاینه اولیه و تثبیت وضعیت عمومی، ارجاع به بیمارستان برای تکمیل اقدامات تشخیصی و درمانی
مساوی $-3z$ -score تا $-2z$ -score	لاغر (wasted) یا سوء تغذیه حاد متوسط	<p>در صورت وجود بیماری همراه یا ادم یا دور میانه بازو (MuAC) کمتر از ۱۱۵ میلی متر، ارجاع به متخصص کودکان</p> <p>*در صورت عدم وجود هریک از وضعیت های فوق</p> <p>-ضمن معاینه فیزیکی کامل، شرح حال تغذیه ای کودک و نیز وضعیت تغذیه ای کودک را ارزیابی نموده و آزمایش های اولیه را درخواست نمایید.</p> <p>-در صورت غیرطبیعی بودن آزمایشها اولیه و یا عدم امکان تشخیص و درمان به مرکز تخصصی ارجاع دهید.</p> <p>در صورت طبیعی بودن آزمایش ها، ضمن ارائه توصیه های تغذیه ای به غیرپزشک ارجاع دهید.</p> <p>-پیگیری کودک باید براساس جدول توالی سنی پیگیری انجام شود.</p>

<p>-در صورت عدم بهبود در یک دوره پی گیری انجام شده،ارجاع به متخصص کودکان.</p>		
<p>بررسی وضعیت تغذیه ای کودک و خانواده،معاینه فیزیکی و توصیه های تغذیه ای،براساس جدول توالی سنی پی گیری کنید.</p>	<p>احتمال خطر اضافه وزن</p>	<p>بیشتر از $+1z\text{-score}$ تا $+2z\text{-score}$</p>
<p>-شرح حال کامل به ویژه شرح حال تغذیه ای بگیرید.انجام معاینه فیزیکی کامل و بررسی از نظر وجود بیماری</p> <p>-در صورت وجود بیماری ویا هر گونه مورد غیر طبیعی در معاینه فیزیکی ویا غیر طبیعی بودن هر یک از موارد فوق،ارجاع کودک به متخصص کودکان</p> <p>-در صورت طبیعی بودن معاینه فیزیکی:شرح حال تغذیه ای کامل از کودک گرفته شود.وآزمایش های اولیه ارسال درخواست شود.در صورت غیر طبیعی بودن آزمایش ها به پزشک متخصص کودکان ارجاع دهید.در صورت طبیعی بودن آزمایش ها توصیه ها و برنامه تغذیه ای مناسب را به خانواده آموزش دهید.در صورت لزوم یا کارشناس تغذیه مشاوره نموده و براساس جدول توالی سنی پی گیری کنید.در صورت بهبود،دستورات داده شده ادامه یافته و پی گیری تا زمان رفع مشکل اضافه وزن ادامه یابد.در صورت ادامه روند رشد به سمت افزایش وزن پس از یک دوره پی گیری،برای ارزیابی بیشتر به پزشک متخصص کودکان ارجاع دهید.</p>	<p>افزایش وزن (Overweight)</p>	<p>بیشتر از $+2z\text{-score}$ تا مساوی $+3z\text{-score}$</p>
<p>ادامه مراقبت های روتین</p>	<p>طبیعی</p>	<p>مساوی $-2z\text{-score}$ تا مساوی $+1z\text{-score}$</p>

دور سر :

از آنجا که اندازه گیری دور سر نشانه ای از رشد مغزی در حالات طبیعی می تواند باشد و افزایش بیش از حد یا کم بودن آن، نشانه بیماری های خطرناکی است لذا بایستی اندازه طبیعی دور سر را دانستو مخصوصا در سال اول زندگی در هر بار معاینه آن را اندازه

گرفت. آهنگ سریع رشد افزایش محیط سر در سال دوم زندگی کندتر و معادل ۲ سانتی متر در سال های بعد اندازه دور سر افزایش بسیار مختصری پیدا می کند. به نحوی که در سنین ۱۲-۵ سالگی فقط ۳-۲ سانتی متر به اندازه دور سر اضافه می شود. رشد مغز نیز در سال دوم به بعد آهسته می شود به طوری که اندازه مغز که هنگام تولد ۳۵۰ گرم است در پایان سال اول زندگی به ۸۰۰ گرم یعنی در حدود دو سوم وزن کامل خود در سال دوم به چهار پنجم این مقدار می رسد تا پایان سه ماهگی هر ماه ۲ سانتی متر و از ۴ ماهگی تا پایان ۶ ماهگی هر ماه ۱ سانتی متر و از ۷ ماهگی تا پایان یک سالگی هر ماه نیم سانتی متر به دور سر کودک افزوده می شود. در صورت اضافه نشدن اندازه دور سر یا افزایش غیرطبیعی کودک را ارجاع فوری دهید.

جدول ارزیابی کودک از نظر وضعیت دورسر (شیرخوار زیر ۱۸ ماه) :

توصیه ها	طبقه بندی	دورسر برای سن
<p>< ارزیابی قد و وزن و تکامل کودک:</p> <p>-اگر دور سر کودک با قد و وزنش هم خوانی دارد و تکامل وی طبیعی است براساس توالی مراقبت های برنامه ی کودک سالم پیگیری شود. (در شیرخواران کوچک تر از ۶ ماه ۲ هفته ی بعد و بزرگتر از ۶ ماه یک ماه بعد)</p> <p>-اگر تکامل کودک غیر طبیعی است بررسی شود.</p> <p>-اگر دور سر کودک با قد و وزنش هم خوانی ندارد و تکامل وی طبیعی است، دور سر پدر و مادر و افراد درجه ی اول خانواده را ارزیابی کنید:</p> <p>*اگر دور سر پدر و مادر کوچک است، کودک براساس توالی مراقبت های برنامه کودک سالم پیگیری شود.</p> <p>*اگر دورسر پدر و مادر کوچک نیست به متخصص ارجاع داده شود.</p>	دورسر کوچک (میکروسفالی)	-3z- پایین score
<p>*ارزیابی قد و وزن و تکامل کودک:</p>	دورسر بزرگ (ماکروسفالی)	+3z-

<p>-اگر دورسر کودک باقد ووزنش هم خوانی دارد و تکامل وی طبیعی است براساس توالی مراقبت های برنامه کودک سالم پیگیری شود.(در شیرخواران کوچک تراز ۶ماه یک ماه بعد)</p> <p>-اگر تکامل کودک غیرطبیعی است بررسی شود.</p> <p>-اگر دورسر کودک باقد ووزنش هم خوانی ندارد و تکامل وی طبیعی است، دورسر پدر ومادر وافراد درجه اول خانواده را ارزیابی کنید:</p> <p>*گر دورسر پدر ومادربزرگ است، کودک براساس توالی مراقبت های برنامه کودک سالم پیگیری شود.</p> <p>- اگر دورسر پدر ومادربزرگ نیست به متخصص ارجاع داده شود.</p>		<p>بالای score</p>
<p>پی گیری</p> <p>< زیر ۶ماه ۲هفته بعد</p> <p>< بالای ۶ماه یک ماه بعد</p>	<p>احتمال مشکل دورسر</p>	<p>-3z تا مساوی score zscore +۳ و غیر موازی باخط یا روند افزایش دورسر zscore نامعلوم</p>
<p><تشویق مادر برای انجام مراقبت های بعدی</p>	<p>دورسر طبیعی</p>	<p>-3z تا مساوی score و موازی با خط zscore Zscore+۳</p>

کارت پایش رشد (کارت مراقبت کودک) :

کارت مراقبت کودک برای کودکان صفر تا ۵ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز در نظر گرفته شده است که باید در زایشگاه یا بیمارستان بعد از تولد نوزاد به مادر داده شود. در صورتی که هنگام تولد نوزاد در بیمارستان به مادر این کارت داده نشده است، باید کارت مراقبت برای کودک در خانه بهداشت صادر شود. چنانچه نوزاد دختر است از کارت صورتی و اگر نوزاد پسر است از کارت آبی رنگ استفاده می شود.

دستورالعمل تکمیل کارت پایش رشد:

(الف) - اطلاعات روی جلد را با خودکار تکمیل کنید.

(ب) - جدول واکسیناسیون

(ج) - منحنی ها (نمودارهای رشد)

(الف) اطلاعات روی جلد: اطلاعات روی جلد را با خودکار تکمیل کنید.

شماره پرونده:

این شماره مطابق شمار خانوار و یا پرونده ای است که تشکیل شده و هیچ الزامی ندارد که با شماره ساختمان یکسان باشد چون ممکن است در ساختمانی چند خانوار زندگی کنند و یا چند ساختمان به یک خانوار باشد.

نام و نام خانوادگی کودک:

نام و نام خانوادگی کودک را یادداشت کنید. نام شناسنامه ای کودک کورد نظر است.

نام مادر:

فقط ثبت نام مادر کافی است و لزومی ندارد نام خانوادگی مادر یادداشت شود.

نام پدر:

فقط ثبت نام پدر کافی است و لزومی ندارد نام خانوادگی یادداشت شود.

تاریخ تولد کودک:

تاریخ واقعی تولد کودک بر حسب روز، ماه و سال نوشته شود

کد ملی کودک:

از روی شناسنامه ثبت شود

وزن هنگام تولد:

وزن هنگام تولد نوزاد را از فرمی که کودک از زایشگاه یا بیمارستان آورده بر حسب گرم ثبت کنید. چنانچه مادر فرم را گم کرده یا در فرم وزن هنگام تولد ثبت نشده است از مادر وزن هنگام تولد را سوال کنید و بر اساس خاطر مادر یادداشت کنید و بر اساس خاطر مادر یادداشت کنید. چنانچه مادر اصلا اطلاعی از وزن هنگام تولد ندارد خالی بگذارید.

قد هنگام تولد:

قد هنگام تولد بر حسب سانتی متر است. آن را از فرمی که کودک از زایشگاه یا بیمارستان آورده است ثبت کنید و اگر قد در فرم مشخص نیست خالی بگذارید.

دورسرهنگام تولد:

دورسره بر حسب سانتی متر است. آن را از فرمی که کودک از زایشگاه یا بیمارستان آورده است ثبت کنید و اگر دور سر در فرم مشخص نیست خالی بگذارید.

کودک چندمین فرزند زنده مادر است:

رتبه تولد نوزاد را ثبت کنید. منظور از فرزند زنده به دنیا آمده نوزادی است که پس از خروج از رحم حتی یک نفس کشیده یا پس از تولد حتی برای یک لحظه گریه کرده است.

فاصله کودک با فرزند زنده قبلی مادر:

سن فرزند قبلی مادر را که در حال حاضر زنده است سوال کنید و سپس فاصله فرزند قبلی را با کودک فعلی تعیین کنید. چنانچه مادر دقیقاً به خاطر نمی آورد بر اساس شناسنامه محاسبه کنید و آن را به ماه ثبت کنید.

نوع زایمان:

برحسب نوع زایمان در خانه مقابل طبیعی یا سزارین علامت ضربدر بگذارید. نوع زایمان غیر طبیعی اعم از زایمان با فورسپس نوزاد با نمایش صورت، دست، شانه و زایمان با واکيوم در قسمت سفید در همین خط یادداشت می شود و چنانچه حاصل زایمان بیش از یک نوزاد باشد در خانه زایمان چندقلو علامت ضربدر بگذارید.

هفته بارداری هنگام زایمان:

برای مشخص نمودن ترم یا نارس بودن نوزاد هفته بارداری در زمان زایمان را ثبت کنید

استان:

نام استان را برای همه کودکان اعم از شهری یا روستایی بنویسید.

شهرستان:

نام شهرستان را برای همه کودکان اعم از شهری یا روستایی بنویسید.

روستا:

نام روستای محل سکونت کودک (خانوار) را بنویسید.

مرکز خدمات جامع سلامت:

برای کودکان شهری که تحت پوشش مرکز بهداشت جامع سلامت شهری هستند نام مرکز جامع سلامت شهری را بنویسید ولی مقابل نام خانه بهداشت و تیم سیار را خالی بگذارید و برای کودکان روستایی که تحت پوشش مرکز جامع سلامت روستایی و خانه بهداشت هستند نام مرکز جامع سلامت روستایی را ثبت کنید.

مطب:

این بخش مربوط به کودکانی است که برای مراقبت به بخش خصوصی مراجعه می کنند و یا بنا بر دلیل خاصی تحت نظر پزشک هستند این قسمت را با مداد یادداشت کنید تا چنانچه پزشک کودک عوض شد آدرس مطب جدید نوشته شود.

خانه بهداشت:

برای کودکانی که تحت پوشش خانه بهداشت هستند یا به وسیله تیم های سیار مراقبت می شوند نام خانه بهداشت را بنویسید. ممکن است نام خانه بهداشت با نام روستا یکسان نباشد.

تیم سیار:

برای کودکان که تحت مراقبت تیم های سیار هستند علامت ضربدر بگذارید.

نشانی منزل:

آدرس پستی کامل خانوار را با ذکر نام خیابان اصلی، خیابان فرعی، کوچه و پلاک و کد پستی را بنویسید.

تلفن:

شماره تلفن منزل کودک را (در صورت موجود بودن) ثبت کنید.

تاریخ مراجعه بعدی:

در هر بار مراجعه کودک تاریخ مراجعه بعدی به روز و ماه و سال را بامداد بنویسید.

سایرنکات: چنانچه نیاز به توضیح خاصی در مورد خانوار و یا کودک است در این قسمت به طور خلاصه

بنویسید.

(ب) - جدول واکسیناسیون:

کارت مراقبت کودک را باز کنید تا به اندازه یک کاغذ (A4) شود. در قسمت پائین کارت جدول واکسیناسیون کودک است. در جدول

واکسیناسیون تاریخ تزریق هر یک از واکسنها بایستی نوشته شود. تکمیل این جدول براساس برنامه ایمن سازی است و باید با

خودکار نوشته شود.

ج) - نمودارهای رشد:

کارت مراقبت کودک را به طور کامل باز کنید تا به اندازه یک کاغذ بزرگ شود. داخل کارت چهار نمودار مختلف دیده می شود که به شرح ذیل می باشند:

۱- منحنی رشد وزن برای سن:

این منحنی برای کودکان از بد تولد تا ۲ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز (تا ۳۶ ماهگی) در نظر گرفته شده است و ادامه آن از ۳۶ تا ۶۰ ماهگی است که بزرگ کردن منحنی رشد وزن برای سن به دلیل اهمیت رشد وزنی کودکان است. منحنی رشد وزن برای سن کودک شامل دو محور افقی و عمودی است، که محور افقی نشان دهنده سن کودک و محور عمودی نشان دهنده وزن کودک است. در منحنی های رنگی و اعدادی که روی محور عمودی در ۳۶ ماهگی نوشته شده است به ترتیب از بالا به پائین اعداد ۳-، ۲-، ۱-، ۰، ۱، ۲، ۳+ نوشته شده است. روی محور عمودی در ۶۰ ماهگی نیز این اعداد نوشته شده است. و بالای نمودار نیز ثبت شده است. در کارت رشد قبلی صدک ۹۷، ۹۰، ۷۵، ۵۰، ۲۵، ۱۰، ۳، وجود داشت. برای راهنمایی مادر از چهار حالت منحنی رشد که به صورت نمونه در پایین صفحه ترسیم شده است.

منحنی رشد رو به بالا (رشد مطلوب):

وقتی وزن کودک در مقایسه با وزن مراقبت قبلی او بیشتر شده باشد، از وصل کردن این دو نقطه، خط یا منحنی روبه بالا (صعودی) رسم می شود. در این حالت به مادر بگویید که رشد کودک خوب است، مادر را برای کارهای خوبی که انجام داده است، تشویق کنید واز او بخواهید بگوید چگونه منحنی رشد کودک این موضوع را نشان می دهد.

منحنی رشد رو به بالا با شیب کند (کندی رشد):

چنانچه وزن کودک در مقایسه با وزن مراقبت قبلی او بیشتر شده باشد ولی میزان افزایش وزن او کافی نباشد، از وصل کردن این دو نقطه به هم خط یا منحنی رو به بالایی رسم می شود که موازی با منحنی های مرجع نیست. به این حالت منحنی رو به بالا یا شیب کند گفته می شود و مفهوم آن این است که وزن کودک به میزان کافی اضافه نشده است و رشد او آهسته شده است. این حالت به ویژه در مورد کودکان زیر ۳ سال بسیار مهم است و در صورت ادامه این حالت کودک دچار تاخیر رشد می شود.

منحنی رشد افقی (توقف رشد) :

اگر وزن کودک در مقایسه با وزن او در مراقبت قبلی تغییری نکرده باشد و وزن کودک همان وزن دفعه قبل او باشد، خطی که از وصل کردن این دو نقطه به دست می آید، مستقیم یا صاف و یا افقی خواهد بود، یعنی کودک اصلاً وزن اضافه نکرده است. از مادر بخواهید توضیح دهد که چگونگی افقی شدن منحنی رشد نشان می دهد که کودک رشد نکرده است.

منحنی رشد رو به پایین (افت رشد) :

اگر وزن کودک از دفعه قبل کمتر شده باشد، از وصل کردن این دو نقطه به هم، خط یا منحنی رو به پایین رسم می شود. و نشان می دهد که نه تنها وزن کودک اضافه نشده بلکه کودک وزن نیز از دست داده است. در این شرایط باید کودک را تحت مراقبت ویژه قرار داده و به پزشک ارجاع فوری داد.

۲- نمودار رشد (قد برای سن) :

به منحنی نگاه کنید این منحنی نیز دارای دو محور افقی و عمودی است. روی محور افقی کلمه سن به ماه نوشته شده است و معرف سن کودک است. روی محور عمودی قد (سانتی متر) که معرف قد به سانتی متر است. محور عمودی روی ۶۰ ماهگی را نگاه کنید اعداد -۳، -۲، -۱، ۰، +۱، +۲، +۳ نوشته شده است که Z-score های مختلف رشد قدی کودک است.

۳- منحنی رشد دور سر برای سن :

این منحنی نیز دارای دو محور افقی و عمودی است. روی محور افقی آن کلمه سن به ماه نوشته شده است و از صفر تا ۲۴ ماهگی روی محور افقی نشان داده شده است. طبق دستورالعمل کشوری دور سر کودکان تا دو سالگی اندازه گیری می شود. به محور عمودی این منحنی نگاه کنید کلمه دور سر بر حسب سانتی متر نوشته شده است و روی صفر ماهگی از ۳۰ تا ۵۳ سانتی متر درجه بندی شده است. روی محور عمودی در ۲۴ ماهگی Z-score های -۳، -۲، -۱، ۰، +۱، +۲، +۳ نوشته شده است. دور سر کودک در بدو تولد حدود ۳۴ سانتی متر است و در طی سال اول زندگی حدود ۱۲ سانتی متر دور سر افزایش می یابد و در ۱۲ ماهگی به ۴۶ سانتی متر می رسد. در سال دوم زندگی سرعت افزایش دور سر کمتر می شود و در ۲۴ ماهگی به ۴۸ سانتی متر می رسد.

۴- نمودار رشد وزن برای قد :

این منحنی دارای دور محور افقی و عمودی است روی محور افقی قد بر حسب سانتی متر نوشته شده واز ۴۵ سانتی متر تا ۱۲۰ درجه بندی شده است. و روی محور عمودی وزن بر حسب کیلوگرم نوشته می شود. که از ۲ کیلوگرم تا ۳۴ کیلوگرم ثبت شده است. در سمت راست نمودار روی محور عمودی $Zscore$ های $-۳، -۲، -۱، ۰، +۱، +۲، +۳$ نوشته شده است. برای رسم منحنی در زمان مراجعه کودک روی محور افقی اندازه قد به سانتی متر و روی محور عمودی اندازه وزن را به کیلوگرم تعیین و محل تلاقی آنها را نقطه گذاری کنید. از وصل کردن نقاط در مراجعات مکرر منحنی وزن برای قد کودک ترسیم می گردد.

توجه: برای تفسیر کامل وضعیت رشد کودک لازم است هر ۳ منحنی رشد کودک

(وزن برای سن، قد برای سن و وزن برای قد) رسم شود و بررسی گردد.

عوامل موثر بر توقف رشد کودکان :

۱- عوامل قبل از تولد :

مانند سوء تغذیه مادر، دیابت کنترل نشده مادر، حاملگی در سنین پایین و با فاصله بسیار کم، عفونت مادر، اعتیاد به الکل و سیگار و... که می توان با آموزش جامع خصوصا به دختران و مادران عوامل موثر بر توقف رشد، قبل از تولد کودک را کاهش دهیم.

۲- عوامل بعد از تولد :

عفونت های مکرر از جمله اسهال، بیماریهای دستگاه گوارش، تغذیه، ناهنجاریهای مادرزادی، فاصله کم بین تولدها، کمبود عاطفی، غیبت مادر و مراقبت از کودک توسط فردی غیر از مادر و قطع زود هنگام شیردهی را می توان نام برد.

چه عواملی باعث ایست یا افت وزنی شیرخوار در ۶ ماه اول زندگی می شود؟

در افت یا ایست وزنی شیرخواران، باید در جستجوی عوامل زیربنایی بود. ابتدا به نوع و شخصیت و سلامت جسمانی کودک توجه کرد. برای مثال کودکانی که دچار شکاف کام هستند ممکن است از مکیدن ضعیف تری برخوردار بوده و انرژی بیشتری هم مصرف کنند. این دسته از کودکان حتی اگر نوع و روش تغذیه آنان هم صحیح باشد ممکن است افزایش وزن کند تری داشته باشند. تغذیه مادر نیز مهم است و مادر باید تلاش کند تا پیوسته از یک رژیم غذایی متعادل و مقدار کافی مایعات استفاده نماید. رفتار مادر هم می تواند موجب ایست یا افت وزنی کودک بشود. مادر عصبی، عجول و یا مادرانی که از بچه هایشان انتظار دارند مثل بزرگترها رفتار کنند و نیز مادرانی که از تکامل کودک در ارتباط با رفتارهای غذایی او اطلاع لازم را ندارند و یا نسبت به آن بی توجه هستند می توانند ناخودآگاه موجب کندی و یا افزایش وزن و رشد نامناسب فرزند خود شوند صحبت نکردن و کم توجهی به نیازهای عاطفی کودک به ویژه در حین تغذیه و نیز اعمال دستور العمل های خشک و یا سخت گیری و انعطاف ناپذیری در امر تغذیه، می تواند موجب کاهش اشتها و ناکافی بودن افزایش وزن کودک شود. در مقابل، توجه و محبت به فرزند به خصوص در حین تغذیه، انعطاف پذیری، تغذیه مطابق میل و سلیقه و خواست کودک، تلاش در تنوع بخشیدن به رنگ، بو و مزه غذاها و افزایش دفعات تغذیه به

جای تحمل حجم غذا می تواند در بهبود وضع تغذیه کودک و افزایش وزن مناسب وی موثر باشد. اگر کودکان زیر ۶ ماه دچار انحراف رشد شدند چه باید کرد؟ اصولاً در مورد شیرخوارانی که از افزایش وزن مطلوبی برخوردار نیستند ضمن اینکه باید اطمینان حاصل نمود که کودک بیمار نیست در عین حال باید وضعیت شیر خوردن و تغذیه او را به دقت بررسی کرد. تغذیه مکرر کودک با شیر

مادر باعث افزایش شیرمادر می گردد. به خصوص اگر شیردهی در طول شب انجام شود هم شیر مادر و هم وزن شیرخوار افزایش خواهد یافت. دادن آب یا آب قند موجب کندی رشد می شود. به دلیل اینکه حجم معده شیرخوار بسیار کوچک است و خوردن هر ماده ای او را سیر نگه داشته و تمایل به شیر خوردن را کم می کند. و این امر هم دریافت شیر را توسط کودک کاهش می دهد و هم ترشح شیر مادر را کم می کند. بهتر است مادر قبل از شیر دادن به کودک یک لیوان مایعات بنوشد و آرامش کامل داشته باشد تا بتواند کودک را به خوبی با شیر خود تغذیه نماید.

توصیه های لازم در مورد شیر خواران زیر ۶ ماه که دچار کندی و یا وقفه رشد هستند:

در این شیرخواران دفعات تغذیه با شیر مادر افزایش یابد. از دادن آب و آب قند و گول زنک به شیرخوار پرهیز شود. گاهی شیرنخوردن شیرخوار به دلیل بازیگوشی و کنجکاوی و تلاش او برای شناخت اطرافیان است که در نتیجه موجب می شود شیر کمتری بخورد. در این صورت هر فرصتی که آمادگی دارد، از جمله مواقعی که خواب آلود است باید با او شیر داد. مادران باید مراقب تغذیه کافی و استراحت خود باشند. گاهی گرفتاری ها و مشغله زیاد مادر او را از تغذیه مناسب خود و کودک غافل می کند.

شیرخوار ۶ تا ۱۲ ماه :

بعد از سن ۶ ماهگی نیاز غذای کودک تنها با شیر تامین نمی شود و باید علاوه بر شیر مادر به کودک غذای کمکی داده شود. در غیر این صورت رشد کودک کند یا حتی متوقف شده و منجر به سوءتغذیه می شود. البته این بدان معنی نیست که تعداد دفعات شیردهی به کودک کم شود.

اگر شیرخوار ۶ تا ۱۲ ماه دچار افت یا توقف وزن شود باید چه کار کرد؟

اگر وزن کودک کم است اضافه کردن حبوبات رابه غذای او به تعویق بیاندازد(بعداز ۱۰ماهگی) چون حبوبات حجم زیادی دارند. اضافه کردن آب غلیظ شده ران مرغ پخته شده که له شده است، همچنین جوانه گندم یا پوره بادام خام، کنجد، مغز تخمه آفتابگردان به غذای کودک سبب رشد بهتر او می شود.

زمان های مراجعه مراقبت های کودکان :

یک مراقبت کامل و استاندارد برای داشتن کودک سالم باید قبل از بارداری و با مراقبت های پیش از بارداری شروع شود و بعد از تولد نیز مراقبتهای همه کودکان(چه طبیعی چه سزارین) طی روزهای سوم تا پنجم شروع می شود و تا ۵ سالگی ادامه می یابد. انجام اولین مراقبت در ۳ تا ۵ روزگی از اهمیت زیادی برخوردار است. حداقل دفعات مراقبتی که برای کلیه کودکان باید انجام شود به شرح زیر است:

۳-۵ روزگی، ۱۵-۱۴ روزگی، ۴۵-۳۰ روزگی، ۲ ماهگی، ۴ ماهگی، ۶ ماهگی، ۷ ماهگی، ۹ ماهگی، ۱۲ ماهگی، ۱۵ ماهگی، ۱۸ ماهگی، ۲ سالگی، ۲/۵ سالگی، ۳ سالگی، ۴ سالگی و ۵ سالگی.

در هر مراقبت چه خدماتی به کودکان ارائه می شود؟

* ارزیابی شیرخوار کمتر از دوماه و کودک دوماه تا ۶ماهه از نظر علائم و نشانه های خطر

* ارزیابی وزن، قد و دورسر

* ارزیابی تغذیه کودک و مصرف مکمل ها

* ارزیابی دهان و دندان، شنوایی و بینایی کودک

* ارزیابی تکامل

* ارزیابی واکسیناسیون

* ارزیابی ژنتیکی

* ارزیابی از نظر کم کاری تیروئید و فنیل کتونوری

* ارزیابی روابط متقابل کودک و والدین

* ارزیابی سوانح و حوادث

* تعیین و ثبت مراقبت بعدی

آمادگی آموزش دفع ادرار و مدفوع:

سن متوسط آموزش دفع ادرار و مدفوع ۳۰ ماهگی است. اگر کودک حدود ۲ ساعت خشک است و تفاوت خیس و خشک بودن را می داند، می تواند شلوارش را بالا و پائین بکشد، می خواهد که یاد بگیرد و می تواند زمان دفع خود را بیان کند، می توان آموزش دفع را شروع کرد. می توان کتاب هایی در این باره برایش خواند یا با خواهر و برادر بزرگتر هم جنس خود به دستشویی رفته و برای نشستن سر لگن تشویق شود.

ارزیابی شنوایی کودک:

تشخیص زودرس کاهش شنوایی بسیار مهم است و عدم تشخیص آن در سنین پایین موجب اختلال در تکامل گفتاری، ارتباطی، شناختی، یادگیری و اجتماعی هیجانی فرد می گردد. غربالگری شنوایی نوزاد، باید در زمان تولد و قبل از ترخیص از بیمارستان انجام شود. کاهش شنوایی باید قبل از ۳ ماهگی انجام شود و قبل از ۶ ماهگی مداخلات لازم صورت گیرد. در سن ۷ ماه تا ۳ سال، تمام مواردی را که قبلاً غربالگری نشده را غربالگری کنید.

ارزیابی شنوایی کودک در سنین ۱۵، ۱۲، ۶، ۴ و ۱۸ ماهگی و ۲ و ۵/۲ سالگی:

- نگرانی مراقب کودک در مورد تاخیر تکاملی یا کلامی و زبانی و شنوایی

- سابقه ی خانوادگی ناشنوایی دائمی دوران کودکی

- بیش از ۵ روز سابقه ی بستری در NICU

- عفونت های داخل رحمی مثل سیتو مگالو ویروس، هرپس، روبلا، سفلیس و توکسوپلاسموز

- ناهنجاریهای صورت و جمجمه

- ترومای سر به خصوص شکستگی قاعده ی جمجمه و استخوان گیجگاهی که نیاز به بستری دارد.

-و...

مراحل ارزیابی شنوایی کودک:

۱- اطمینان از انجام غربالگری شنوایی

۲- ارزیابی عوامل خطر: ۱- عوامل خطر همیشگی ۲- عوامل خطر جدید

عوامل خطر همیشگی:

ارزیابی کودک از نظر عوامل خطر همیشگی یک بار پرسیده می شوند و ثبت می شوند:

* آیا عفونت داخل رحمی داشته است؟

* آیا وزن هنگام تولد کم تر از ۱۵۰۰ گرم بوده است؟

* آیا در هنگام تولد، آپگار دقیقه ی اول ۴ یا کم تر یا دقیقه ی پنجم ۶ یا کم تر داشته است؟

* آیا به دلیل عفونت نوزادی، آنتی بیوتیک دریافت کرده است؟

* آیا تهویه ی مکانیکی به مدت ۵ روز یا بیش تر داشته است؟

* آیا هیپرتانسیون ربوی پایدار داشته است؟

عوامل خطر جدید:

در هر ویزیت پرسیده می شوند.

* آیا به نظر والدین یا مراقب، کودک از نظر شنوایی، تکلم، زبان، تکامل و یادگیری مشکلی دارد؟

* آیا کودک سابقه ی مشکل شنوایی داشته است؟

* آیا کودک ناشنوا در خانواده ی نزدیک وجود دارد؟

* آیا سابقه ی شیمی درمانی دارد؟

* آیا کودک آنومالی سروصورت، سندرم یا بیماری خاصی که با اختلال شنوایی همراه باشد دارد؟

* آیا با صداهایی که بالقوه صدمه زا هستند تماس داشته است؟

آیا سابقه ی ضربه به سر دارد (به خصوص مواردی که با ازدست دادن هوشیاری یا شکستگی

همراه بوده و بستری شده است)؟

* آیا سابقه ی مننژیت دارد؟

* آیا به طور مکرر عفونت گوش میانی داشته است؟

‡ آیا اوتیت سروزی که بیش از ۳ ماه طول کشیده، داشته است؟

در صورت مثبت بودن هریک از سوالهای فوق، کودک برای ارزیابی شنوایی ارجاع شود.

جدول شنوایی در سنین مختلف:

سن	وضعیت مورد انتظار	سوال کنید
تولد تا ۳ ماهگی	باصدای بلند، در قسمتی از بدن دچار پرش می شود. با اصوات یا موسیقی نسبتا بلند آرام می شود.	آیا هنگام حرف زدن با او، سرش را به سمت شما می چرخاند؟ آیا وقتی با او صحبت می کنید فلبنخند می زند؟ آیا به نظر می آید که صحبت های شما را می شنود و هنگام گریه کردن، ساکت می شود؟
۳ تا ۶ ماهگی	سرش را به طرف منبع صوتی می چرخاند.	آیا به کلمه ی نه که مادر می گوید پاسخ نشان داده و در تون صدای خود تغییر می دهد؟ آیا صدای خود را تقلید می کند؟ آیا از صدای اسباب بازی های صدا دار لذت می برد؟ آیا سعی در تکرار اصوات می کند؟ آیا از اصوات بلند می ترسد؟
۶-۱۰ ماهگی	سرش را به طرف منبع صدای آرام می چرخاند و ان را مشخص می کند. اصوات صدا دار مانند دادا را ادا می کند.	آیا نسبت به صدا زدن اسمش، زنگ تلفن و صدای تلفن و صدای برخی از افراد، واکنش نشان می دهد؟ آیا لغات عمومی (کفش، لیوان) و بای بای را می شناسد و واکنش دارد؟ آیا حتی وقتی تنها است غان و غون می کند؟ آیا در پاسخ به درخواست هایی مثل (بیا این جا) واکنش دارد؟ آیا وقتی در مورد چیز مشخصی صحبت می شود به آن چیز نگاه می کند؟

<p>آیا از اسباب بازی های صداساز لذت می برد و با آن ها بازی می کند؟</p> <p>آیا وقتی از او خواسته شود، اشیا و افراد آشنا را نگاه می کند و یا نشان می دهد؟</p> <p>آیا دستورات یک مرحله ای را وقتی با حالت چهره نشان داده می شود دنبال می کند؟</p>	<p>اصوات صدادار بیشتری را ادا می کند و اولین کلمه را می گوید.</p>	<p>۱۵-۱۰ ماهگی</p>
<p>آیا دستورات ساده مانند (توپ را بده به من) را بدون آن که آن را نشان دهید، اجرا می کند؟</p>	<p>حداقل ۶ کلمه را می تواند بگوید.</p>	<p>۱۸-۱۵ ماهگی</p>
<p>آیا سوالات ساده ای را که پاسخ (بله یا نه) دارند مانند (گرسنه ای) را می فهمد؟</p> <p>آیا عبارات ساده مانند (توی لیوان) یا (روی میز) را می فهمد؟</p> <p>آیا از خواندن کتاب با آهنگ لذت می برد؟</p> <p>آیا وقتی از او خواسته می شود، تصاویر را نشان می دهد؟</p>	<p>دو کلمه را به یکدیگر وصل می کند.</p>	<p>۲۴-۱۸ ماهگی</p>
<p>آیا مفاهیم (حالا نه) و (بیشتر، نه) را در پاسخ به درخواست هایش می فهمد؟</p> <p>آیا می تواند اشیا را بر اساس اندازه آن ها (بزرگ، کوچک) انتخاب کند؟</p> <p>آیا جملات امری دو قسمتی را می فهمد (کفش را بده، بیا این جا) /</p> <p>آیا بیشتر لغات دستوری مانند (بدو) و (بپر) را می فهمد؟</p>	<p>جمله می گوید و واضح حرف می زند.</p>	<p>۳۶-۲۴ ماهگی</p>
<p>آیا نگرانی در مورد شنوایی کودک خود دارید؟</p> <p>آیا گوش درد دارد؟</p> <p>آیا کودک به طور مکرر گوش خود را می کشد یا می مالد؟</p>		<p>بعد از ۳ سالگی</p>

آیا صدای تلویزیون یا رادیو را بلند می کند؟		
آیا به بحث های معمول توجه دارد؟		

جدول طبقه بندی کودک از نظر شنوایی:

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<p>*در صورت پاسخ منفی در هر گروه سنی یا</p> <p>*ظاهریا معاینه ی غیرطبیعی گوش،</p> <p>*انجام نشدن تست غربالگری در دوران نوزادی و داشتن هریک از علائم خطر</p>	احتمالا مشکل شنوایی دارد.	کودک را برای ارزیابی بیشتر به متخصص گوش و حلق و بینی ارجاع دهید.
هیچ کدام از موارد فوق را ندارد و غربالگری شنوایی در دوران نوزادی انجام شده است.	احتمال مشکل شنوایی ندارد.	

ارزیابی بینایی کودک:

کودکان باید از نظر مشکلات چشمی، در دوران نوزادی و سپس در برخی از ویزیت های روتین افتالموژیست ارجاع شوند. این موارد عبارتند از:

*کودکان بسیار نارس

*سابقه ی خانوادگی کاتاراکت مادرزادی،رتینوبلاستوم و بیماری های متابولیک یا ژنتیک

*تاخیر تکاملی قابل ملاحظه یا مشکلات عصبی

*ابتلا به بیماری های سیستمیک همراه با اختلالات چشمی

ارزیابی بینایی از تولد تا ۳ سالگی:

ارزیابی شامل شرح حال چشمی، ارزیابی بینایی، مشاهده ی خارجی چشم ها و پلک ها، ارزیابی حرکت کره ی چشم، معاینه ی مردمک و معاینه ی رفلکس قرمز است.

شرح حال چشمی: مشاهدات و ا لدین ارز شمند هستند. سوالات زیر را بپرسید.

- آیا به نظر می رسد که کودک شما خوب می بیند.

- آیا کودک شما، اشیا را وقتی می خواهد فوکوس کند به صورت خود نزدیک می کند؟

- آیا چشم های کودک شما به نظر مستقیم می رسد که به هم نزدیک یا دور می شود یا تنبل به نظر می رسد؟

- آیا چشم های کودک غیر معمول به نظر می رسد؟

- آیا پلک های کودک می افتد یا یک پلک تمایل دارد بسته شود؟

- آیا چشم کودک هرگز صدمه دیده است؟

- باید، شرح حال اختلالات چشمی یا استفاده از عینک در سنین پیش دبستانی یا اوایل کودکی در والدین و خواهرها و برادرها نیز پرسیده شود.

پس از ۳ سالگی

معیارهای بالا بعلاوه ی:

-اندازه گیری حدت بینایی متناسب با سن

-انجام افتالموسکوبی

۷سالگی

موارد زیر ممکن است نشانه ی نزدیک بینی باشد.

-شکایت از اشکال در دیدن تخته سیاه کلاس

-اشکال در آزمون غربالگری بینایی در مدرسه

-نگه داشتن کتاب یا اسباب بازی، نزدیک به چشم ها

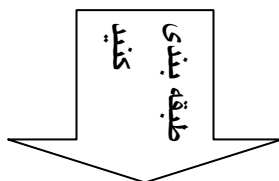
-اشکال در شناخت چهره ها از دور

-تمایل به جمع کردن چشم ها

جدول ارزیابی وضعیت بینایی:

سن	سوال کنید:	نگاه کنید:
اولین ویزیت (زیر ۲ ماه)	<p>* آیا نوزاد نارس به دنیا آمده است؟</p> <p>* آیا سابقه بیماری مادرزادی یا ارثی چشم در خانواده وجود داشته است؟ (به جز اختلالات انکساری و استفاده از عینک)</p> <p>* آیا چشم ها لرزش دارند؟</p> <p>آیا چشم ها ترشح و قی مزمن دارند؟</p> <p>آیا چشم ها اشک ریزش دارد؟</p> <p>آیا به شکل افراطی از نور گریزان است؟</p> <p>(از نور می ترسد یا از نور دوری می کند؟)</p>	<p>* ظاهر چشم ** (پلک ها، قرنیه و مردمک معمولی باشند)</p> <p>* چشم ها هم راستا (صاف) باشند.</p> <p>* اگر از برنامه غربالگری تنبلی چشم، جا مانده است، حدث بینایی را با چارت اسنلن اندازه بگیرید یا به چشم پزشک یا کارشناس بینایی سنجی ارجاع دهید.</p>
۷ ماهگی	<p>* آیا کودک به صورت مادر با توجه نگاه می کند؟</p> <p>* آیا با توجه به اطراف نگاه می کند؟</p> <p>* آیا مادر در مورد انحراف و توجه بینایی نگرانی دارد؟</p>	

	<p>* آیا دید کودک در برنامه ملی غربالگری سالانه تنبلی چشم ارزیابی شده است؟ (سالی یکبار)*</p>	<p>۴ و ۵ سالگی</p>
--	--	--------------------



توصیه ها	طبقه بندی	نشانه ها
<p><ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت < ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود.</p>	<p>نیازمند بررسی بیشتر از نظر چشم/بینایی</p>	<p>* 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 نمی کند (۷ ماهگی) یا * با توجه به اطراف نگاه نمی کند (۷ ماهگی) یا * نگرانی و شک مادر یا * ظاهر چشم غیرطبیعی یا</p>

		<p>هم راستا نبودن چشم ها یا</p> <p>جا ماندن از برنامه غربالگری تنبلی چشم یا</p> <p>حدت بینایی کمتر از هفت دهم یا</p> <p>اختلاف حدت بینایی بین دو چشم به اندازه دو خط یا بیشتر در سنین ۴ و ۵ سالگی</p>
هیچ یک از نشانه های فوق را ندارد	مشکل چشم/بینایی ندارد	< ارزیابی کودک را طبق صفحه بعدی انجام دهید.

در صورتی که دید کودک در برنامه غربالگری ملی تنبلی چشم در سال های ۴ سالگی، ۵ سالگی گرفته شده است، مراقبت بیشتر برای چشم لازم نیست. در صورتی که در ۴ سالگی انجام نشده باشد، ۵ سالگی مراجعه کند و در صورتی که در ۵ 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 حتما برای اندازه گیری حدت بینایی مراجعه کرده باشد.

ظاهر و حرکات چشم را از نظر باز وبسته شدن پلک ها، پرخونی عروق ملتحمه، کدورت و اندازه قرنیه، اندازه و رنگ مردمک و انحراف چشم نگاه کنید.

برنامه ایمن سازی کودکان:

سن	واکسن
بدو تولد	ب.ث.ژ، فلج اطفال

۲ ماهگی	پنج گانه، فلج اطفال
۴ ماهگی	پنج گانه، فلج اطفال
۶ ماهگی	پنج گانه، فلج اطفال
۱۲ ماهگی	ام.ام. آر
۱۸ ماهگی	سه گانه، ام.ام. آر، فلج اطفال
۶ سالگی	سه گانه، فلج اطفال

آزمایشات و غربالگری های روتین در کودکان:

آزمایش آنمی:

اندازه گیری هموگلوبین یا هماتوکریت در شیرخواران ترم در سن ۴ و ۱۸ ماهگی و سپس سالانه پس از ۲ سالگی توصیه می شود.

سن ۴ ماهگی:

در نوزادان نارس، وزن تولد کم و شروع زودرس شیرگاو انجام می شود.

سن ۱۸ ماهگی و ۲، ۳، ۴ و ۵ سالگی:

در کودکان با شرایط زیر:

-در معرض خطر فقر آهن به علت نیازهای بهداشتی خاص

-رژیم کم آهن (برای مثال رژیم فاقد گوشت)

-عوامل محیطی (برای مثال فقر، محدودیت دسترسی به غذا)

-سابقه ی خانوادگی کم خونی ارثی از جمله تالاسمی مینور (پس از ۲ سالگی)

غربالگری اتیسم:

در موارد مشکوک به وجود این اختلال در ۱۸ و ۲۴ ماهگی یا هر زمانی که والدین نگران باشند توصیه می شود.

فشار خون:

جزئی از معاینه ی فیزیکی پس از ۳ سالگی است. در کودکان کمتر از ۳ سال در موارد زیر توصیه می شود:

-شرح حال پره مچوریتی

-وزن تولد بسیار کم یا سایر عوارض نوزادی که به مراقبت در NICU نیاز داشته باشد.

-بیماری مادرزادی قلب

-عفونت های ادراری مکرر

-هماچوری یا پروتئینوری

-بیماری کلیوی شناخته شده یا ناهنجاریهای اورولوژیک

-سابقه ی خانوادگی بیماری مادرزادی کلیه

-پیوند عضو

-بدخیمی یا پیوند مغز استخوان

-مصرف داروهایی که منجر به افزایش فشارخون می شوند.

-سایر بیماریهای سیستمیک همرا با هایپر تانسیون

-شواهد افزایش فشار داخل جمجمه

آزمایش ادرار:

در کودکان ۱۲ ماهه توصیه می شود.

آزمایش دیس لپیدمی (چربی خون) :

*۲،۴،۶ و ۸ سالگی

-غربالگری کودکانی که والدین یا پدر بزرگ و مادر بزرگ آن ها در سن ۵۵ سالگی یا کم تر آرتریوگرافی کرونر یا آنترواسکلروز کرونر داشته اند.

– غربالگری کودکانی که والدین یا پدر بزرگ و مادر بزرگ آن‌ها در سن ۵۵ سالگی یا کم‌تر انفارکتوس میوکارد، آنژین صدری، بیماری عروقی محیطی، بیماری عروقی مغز یا مرگ ناگهانی داشته‌اند

– غربالگری فرزندان والدینی که کلسترول خون 240 mg/dl یا بیش‌تر داشته‌اند.

– در مواردی مثل مصرف زیاد چربی‌های اشباع و کلسترول یا اضافه‌وزن کودک، پزشک می‌تواند تصمیم بگیرد که چه زمانی بررسی را انجام دهد.

سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار (SIDS) :

سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار، مرگ ناگهانی و توجیه‌نشده‌ی شیرخوار کوچک‌تر از یک سال است. اغلب موارد بین ۲ تا ۴ ماهگی روی می‌دهد. عوامل خطر عبارتند از:

۱- سن پایین مادر

۲= سیگار کشیدن مادر در طی بارداری (۵ برابر)

۳- تماس با دود سیگار

۴- مراقبت ناکافی پره‌ناتال

۵- کم‌وزنی و نارسایی

۶- در وضعیت دمر خوابانیدن شیرخوار

۷- خوابانیدن روی سطح نرم

۸- خوابانیدن شیرخوار در تخت والدین یا بزرگسال دیگر

۹- بیش‌از حد گرم کردن شیرخوار

۱۰- شیرخوار پسر

اقداماتی برای کاهش SIDS:

– خوابانیدن به پشت (خوابانیدن به پهلو توصیه نمی‌شود).

– استفاده از سطح خواب سفت

-اجتناب از گذاشتن اشیا و وسایل خواب نرم در گهواره یا تخت کودک

-سیگار نکشیدن در دوران بارداری

-سیگار نکشیدن در محیط شیرخوار

-محیط خواب جداگانه اما نزدیک برای شیرخوار

-اجتناب از بیش از حد گرم کردن شیرخوار(بیش از حد پوشانیده نشده و حرارت اتاق بالا نباشد).

-والدین و مراقبینی که سیگار می کشند یا دارو مصرف می کنند و خواب آلود یا خسته هستند و به

خواب عمیق می روند نباید با شیرخوار در یک تخت بخوابند.

خواب کودک:

به والدین باید درباره ی خواب فعال و آرام توضیح داد. گاه شیرخوار را برای خرید یا مهمانی همراه می برید و تمام روز در صندلی اش جا به جا می کنند. در این مدت، شیرخوار خواب فعال دارد و این برای استراحت او کافی نیست و بدخلق می شود. والدین باید نیازهای شیرخوار را بدانند.

جدول ویژگی های حالات مختلف شیرخوار:

حالت شیرخوار	ویژگی ها
خواب آرام	بسیار سخت بیدار می شود، تنفس منظم دارد، حرکات کمی دیده می شود، ممکن است از جا بپرد.
خواب فعال	ممکن است بیدار شده و دوباره به خواب رود، حرکات بدن و پلک ها را دارد، تنفس نامنظم است.
خواب آلود	افزایش حرکات بدن، باز کردن پلک ها، راحت تر برای تغذیه بیدار می شود، اما دوباره به راحتی به خواب می رود.
هوشیار	چهره ی هوشیار، چشم باز، به اطراف، به خصوص چهره ها نگاه می کند، زمان مطلوب تغذیه است.
هوشیار فعال	شروع به نق نق و نشان دادن نیاز به تعویض میکند، اگر نیازهایش برطرف نشود گریه میکند.
گریه کردن	گریه ی بیش از ۲۰ ثانیه، معمولاً با در آغوش گرفتن، تغذیه کردن یا تعویض پوشک آرام می شود. بررسی مدت، شدت، و دفعات گریه کردن برای تعیین شیوه های لازم جهت مداخله ضروری است.

جدول الگوهای خواب شیرخوار و محل آن :

فعالیتها	تولد تا ۳ ماهگی	۳ تا ۶ ماهگی	۶ تا ۹ ماهگی	۹ تا ۱۲ ماهگی	۱۲ تا ۱۸ ماهگی	۱۸ تا ۴۸ ماهگی
خواب متوسط در ۲۴ ساعت	۱۴ ساعت	۱۳ ساعت	۱۳ ساعت	۱۳ ساعت	۱۳-۱۲ ساعت	۱۳-۱۲ ساعت
محدوده ی خواب در ۲۴ ساعت	۱۲-۱۶ ساعت	۱۵-۱۲ ساعت	۱۴-۱۰ ساعت	۱۴-۱۰ ساعت	۱۴-۱۲ ساعت	۱۴-۱۲ ساعت
بیدار شدن شبانه	به روتین تغذیه بستگی دارد	۲-۳ ساعت	۳-۱ ساعت	۲-۱	۰-۱	۰
تعداد چرت زدن ها	به روتین تغذیه بستگی دارد	۲-۴ چرت در روز (صبح/عصر)	۳ چرت در روز (صبح/عصر)	۲-۱ چرت در روز (صبح/عصر)	۲-۱ چرت در روز	۱ چرت در روز
مدت هر نوبت چرت زدن	۳-۱ ساعت	۳-۲ ساعت	۳-۱ ساعت	۳-۱ ساعت	۳-۱ ساعت	۲-۱ ساعت
محل خواب	گهواره یا تخت کودک در اتاق والدین	گهواره یا تخت کودک	تخت کودک	تخت کودک	تخت کودک	۲-۳ سال در تخت خودش

ارزیابی ژنتیکی کودک :

برای ارزیابی ژنتیکی ابتدا پرسش نامه ای توسط همکاران غیر پزشک تهیه شده و سپس در صورت لزوم کودک به همکار پزشک معرفی می گردد.

پرسشنامه غیرپزشک (پرستار/کارشناس یا کاردان بیماریها) :

در این پرسشنامه همکار غیرپزشک با ۳ سوال کلی و تا حد امکان حساس، وجود اختلال و محل آن را مشخص نموده و سپس همکار پزشک ابتدا با سوالات اختصاصی تر اختلال را تایید کرده و بعد با تعیین ارثی بودن آن فرد را جهت مشاوره معرفی می کند

بررسی اختلالات جسمی/ظاهری در شرح حال :

۱- اختلال جسمی/ظاهری در کدام یک از اعضای بدن وجود داشته است؟

*در صورت (لب، کام، چشم، گوش)، جمجمه یا گردن

*در قفسه ی سینه، ستون فقرات، جدارشکم، مقعد یا اندام تناسلی

*در دست، ساعد، بازو، کف پا، ساق پا یا ران

*در پوست نواحی مختلف بدن، مو یا ناخن

*بیماری شناخته شده ای دارد که باعث ناهنجاری در پوست یا اعضای بدن می شود.

*تومور خوش خیم یا بدخیمی شناخته شده ای داشته است.

*سابقه ی عمل جراحی در اعضای بدن داشته است.

بررسی اختلالات عملکردی در شرح حال:

۲- اختلال عملکردی در کدام یک از سیستم های بدن دارد؟

*اختلال رشد داشته است(در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد).

کوچک تر از ۱۵ سال:

- کوتاهی یا بلندی شدید قد، لاغری یا چاقی شدید، بزرگی یا کوچکی شدید سر داشته است.

-بیماری شناخته شده ای دارد که باعث کوتاهی یا بلندی شدید قد، لاغری یا چاقی شدید، بزرگی یا کوچکی شدید سر داشته است.

*اختلال تکاملی داشته است(در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد).

کوچکتر از ۴ سال:

-۴۸-۳ ماهگی: به موقع گردن نگرفته است.

-۴۸-۸ ماهگی: به موقع ننشسته است یا در حال حاضر نمی تواند بنشیند.

-۴۸-۱۵ ماهگی: به موقع راه نیوفتاده است یا در حال حاضر راه نمی رود.

۴۸-۱۵ ماهگی: به موقع شروع به حرف زدن نکرده است یا در حال حاضر حرف نمی زند.

-بیماری شناخته شده ای دارد که باعث اختلال تکاملی شده است.

* ناتوانی ذهنی داشته است(در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد)

بزرگتر از ۴ سال:

-در صورت شنوا بودن:متوجه صحبت دیگران نمی شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد.

-قادر نیست کارهای شخصی خود مانند غذا خوردن،توالت رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد.

-نمی تواند به طور مناسب و فعال به هم سالان خود ارتباط برقرار کند.

-توانایی یادگیری در حد هم سالان خود را ندارد.

-بیماری شناخته شده ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است.

*اختلال روانی داشته است(در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد).

-سابقه ی افسردگی شدید،گوشه گیری شدید،اضطراب یا وسواس شدید در حدی که باعث اختلال در فعالیت روزانه شود، داشته است.

-بیماری شناخته شده ای دارد که باعث ضعف روحی-روانی شده است.

*اختلال بینایی دارد(در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد).

از ۳ ماهگی:

-نا بینایی یا کاهش بینایی پیش رونده ای که با عینک اصلاح نمی شود، دارد.

-بیماری شناخته شده ای دارد که باعث نابینایی یا کاهش بینایی پیش رونده شده است.

*اختلال شنوایی دارد(در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد).

از ۲ ماهگی:

-در برابر صداهای محیط،عکس العمل نشان نمی دهد.

- بیماری شناخته شده ای دارد که باعث ناشنوایی شده است.

*اختلال حرکتی داشته است(در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد).

بعد از ۱۵ ماهگی:

-نمی تواند به خوبی با حفظ تعادل راه برود.

بعد از ۲۴ ماهگی:

-نمی تواند به راحتی از جایش بلند شده و از پله بالا رود.

تمام سنین:

-سابقه ی لرزش یا حرکات غیر ارادی در استراحت یا شروع فعالیت در اندام ها یا سابقه ی تشنج مکرر دارد.

-بیماری شناخته شده ای دارد که باعث ضعف یا اختلالات حرکتی یا تشنج مکرر شده است.

*اختلال انعقادی داشته است(در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد).

-سابقه ی خونریزی طول کشیده یا کبود شدگی و خون مردگی متعدد و مکرر در زیر پوست دارد.

-اختلال انعقادی شناخته شده ای دارد.

*اختلال ایمنی داشته است(در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد).

کوچک تر از ۲ سال:

-حداقل ۲ بار سابقه ی بستری در بیمارستان به دلیل بیماری تب دار طول کشیده(بیش از ۱ هفته) داشته است.

بیماری شناخته شده ای دارد که باعث نقص ایمنی یا عفونت مکرر شده است.

*اختلال قلب عروقی مادرزادی داشته است(در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد).

کوچک تر از ۲سال:

-حملات کبودی یا سیاه شدن منتشر در لب،ناخن و زبان،یا تعریق زیاد در حین شیر خوردن به همراه

خستگی زودرس داشته است.

-بیماری قلبی عروقی مادرزادی شناخته شده ای دارد.

*اختلال کبدی داشته است(در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد).

کوچک تر از ۲سال:

-سابقه ی زردی طولانی مدت(بیش از یک ماه) داشته است.

- بیماری شناخته شده ای دارد که باعث اختلالات گوارشی یا کبدی یا زردی شده است.

*سابقه ی بیماری شناخته شده ی دیگری دارد؟(در صورت مثبت بودن،نام بیماری و شکایت اصلی ذکر شود).

ارزیابی و طبقه بندی شیرخوار کمتر از دو ماه و انجام اقدامات لازم:

کنترل شیرخوار کمتر از دو ماه از نظر نشانه های خطر

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

شیرخوار را برای نشانه های خطرکنترل کنید:

مشاهده کنید		سوال کنید
حال عمومی	تنفس	آیا توانایی شیرخوردن را دارد؟
کاهش سطح هوشیاری	تنفس تند(۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر)	
تحریک پذیری و بی قراری	باز و بسته شدن سریع پره های(پرش) بینی	
تحرك کمتر از معمول و بی حالی	تو کشیده شدن قفسه سینه ناله کردن	

برآمدگی ملاج		
درجه حرارت پایین (کمتر از ۳۶)		
رنگ پریدگی شدید		
سیانوز مرکزی		
زردی ۲۴ ساعت اول		

*در صورت مشاهده هریک از نشانه های خطر کودک نیاز به توجه فوری داشته، ارزیابی را تکمیل کرده و فوراً (درمان قبل از ارجاع را انجام داده و سریعاً ارجاع نمایید).

از جدول رنگی طبقه بندی برای اقدامات مناسب شیرخوار کمتر از ۲ ماه و نشانه

سپس کودک را از نظر وضعیت زردی-وضعیت تغذیه-وضعیت وزن،قد،دورسر-وضعیت تغذیه،وضعیت دهان و دندان،بینایی،وضعیت تکامل-وضعیت واکسیناسیون و مکمل های دارویی،آزمایشات را ارزیابی کنید و در مورد مشکلات تغذیه ای،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 دو ماه انجام می شود.در این مرحله شما برای پیدا کردن نشانه های عفونت باکتریال دقت می کنید. ارزیابی نشانه ها طبق چارت و آرام نگه داشتن شیرخوار بسیار مهم است.برای ارزیابی تنفس شیرخوار کمتر از دو ماه باید آرام باشد.او می تواند بخوابد در حالی که شما چهار نشانه مربوط به تنفس کودک را ارزیابی می کنید که اینها عبارتنداز: شمارش تنفس-نگاه کردن برای تو کشیده شدن قفسه سینه-پرش پره های بینی و ناله کردن. برای ارزیابی نشانه های بعدی،لباس او را درآورید(اتاق گرم باشد)،به پوست او در سراسر بدنش نگاه کنید و دمای بدن او را اندازه بگیرید. تا این زمان او ممکن است بیدار شده باشد.سپس شما می توانید بیحالی و یا کاهش سطح هوشیاری او را ببینید و حرکات او را نگاه کنید.

کلید شیرخواران کمتر از دو ماه را برای نشانه های خطر کدترل کنید:

سوال کنید: آیا شیرخوار کاهش قدرت مکیدن یا عدم توانایی در شیرخوردن دارد؟

مشاهده کنید: تنفس شیرخوار را در یک دقیقه بشمارید. اگر تنفس تند بود، شمارش را تکرار کنید.

تعداد تنفس شیرخوار را مشابه شیرخواران و کودکان بزرگتر شمارش کنید. شیرخواران کمتر از ۲ ماه معمولاً تندتر از شیرخواران و کودکان بزرگتر تنفس می‌کنند. بنابراین 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 می‌کند. و با یک دوره تنفس تندتر ادامه می‌دهد. اگر شمارش دوم نیز ۶۰ بار یا بیشتر بود، شیرخوار کمتر از ۲ ماه تنفس تند دارد.

مشاهده کنید: برای باز و بسته شدن (پرش) پره‌های بینی نگاه کنید.

پرش پره‌های بینی: عبارت است از گشاد شدن سوراخهای بینی در هنگام تنفس شیرخوار

مشاهده کنید: برای تو کشیده شدن قفسه سینه نگاه کنید.

برای مشاهده تو کشیده شدن قفسه سینه، مشابه شیرخواران و کودکان بزرگتر عمل کنید. تو کشیده شدن قفسه سینه برای 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 می‌باشد. تو کشیده شدن قفسه سینه می‌تواند نشانه‌ای از پنومونی باشد. و در شیرخوار کمتر از دو ماه بسیار جدی و مهم است. مشاهده و گوش کنید: برای ناله کردن شیرخوار مشاهده و گوش کنید.

ناله: صدای نرم کوتاهی است که هنگام تنفس بازدمی شیرخوار به گوش می‌رسد. ناله هنگامی به وجود می‌آید که شیرخوار به زحمت تنفس می‌کند.

مشاهده کنید: آیا شیرخوار بیحال است یا کاهش سطح هوشیاری دارد؟

شیرخواران کمتر از ماه اغلب اوقات خواب هستند و این نشانه بیماری نیست. حتی وقتی که شیرخوار کمتر از دو ماه بیدار است ممکن است مثل شیرخواران و کودکان بزرگتر به مادر و پزشک که در حال صحبت هستند نگاه نکند. اگر شیرخوار کمتر از دو ماه در هنگام ارزیابی نمی‌تواند بیدار شود، او را به ملایمت تکان دهید. با دستهایتان را بهم بزنید و مشاهده کنید که آیا بیدار می‌شود. سپس نگاه کنید که آیا بیدار باقی می‌ماند. یک شیرخوار کمتر از دو ماه که کاهش سطح هوشیاری دارد نمی‌تواند در تمام این

مدت بیدار بماند. وقتی او را لمس می کنید یا او را تکان می دهید قادر به نشان دادن عکس العمل نیست. مشاهده کنید: برآمدگی ملاحظ شیرخوار را مشاهده و لمس کنید.

ملاحظ: محل نرمی روی سر شیرخوار می باشد و محلی است که استخوانهای سر کاملا تشکیل نشده اند.

شیرخوار را به وضعیت ایستاده نگه دارید. شیرخوار باید آرام باشد و گریه نکند. سپس به ملاحظ شیر خوار نگاه کنید و لمس کنید. اگر ملاحظ قدری برآمده است ممکن است بعلت ابتلای شیرخوار به مننژیت باشند.

مشاهده کنید:

دمای بدن شیرخوار را اندازه بگیرید. (یا او را برای تشخیص تب یا پایین بودن دمای بدن لمس کنید). تب (دمای زیر بغل بیش از ۳۷ درجه سانتی گراد) یا هیپوترمی (دمای زیر بغل کمتر از ۳۶ درجه سانتی گراد). در شیرخواران کمتر از ۲ ماه ممکن است به معنی ابتلا به عفونت باکتریال شدید باشد. تب در دو ماه اول تولد شایع نیست. همچنین تب الزاما با عفونت نوزادان همراه نیست.

مشاهده کنید:

برای رنگ پریدگی یا سیانوز مرکزی یا زردی ۲۴ ساعت اول تولد، شیرخوار را نگاه کنید. رنگ پوست نوزاد طبیعی، صورتی است در نوزادی گریه می کند به رنگ قرمز در آید. سیانوز انتهاها (اکرو سیانوزیس) 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 کبودی (سیانوز مرکزی)، بدون سائز نشانه های خطر، لازم است جهت بررسی علت، بدون تزریق آنتی بیوتیک شیرخوار ارجاع فوری داده شود. چگونه شیرخوار زیر ۲ ماه را برای نشانه های خطر طبقه بندی کنید. تمام شیرخواران زیر ۲ ماه را برای نشانه های خطر 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 ابتلا او به عفونت باکتریال شدید وجود دارد.

احتمال عفونت باکتریال شدید:

یک شیرخوار کمتر از ۲ ماه با نشانه های طبقه بندی، مبتلا به یک بیماری شدید است. و در معرض خطر زیادی برای مرگ می باشد. شیرخوار کمتر از ۲ ماه که در طبقه بندی احتمال عفونت باکتریال شدید قرار گیرد، نیاز به ارجاع فوری به بیمارستان دارد. که

مطابق بوکت چارت مانا ارزیابی و درمان مناسب قبل از ارجاع را انجام داده و شیرخوار را فوراً ارجاع داده. اگر شیرخوار هیچکدام از نشانه های خطر را نداشته باشد در طبقه بندی - احتمال عفونت باکتریال شدید ندارد - طبقه بندی می شود و سپس شیرخوار را از نظر وضعیت زردی بررسی می کنیم.

زردی (یرقان) :

زردی یا یرقان از علائم شایع دوران نوزادی است که در هفته های اول زندگی در نوزادان نارس یا طبیعی ممکن است دیده شود. زرد شدن پوست و سفیدی چشم در نتیجه بالا رفتن مواد صفراوی در خون ایجاد می شود. افزایش مواد صفراوی در خون خطر رسوب آنها را در مغز دارد و به همین دلیل تشخیص و اقدام بموقع برای پیشگیری از این عوارض اهمیت خاصی دارد. بیش از نیم تا دو سوم نوزادان به طور معمول پس از روز سوم دچار زردی می شوند و این زردی به سفیدی چشم محدود می شود. ولی چنانچه زردی فیزیولوژیک بیش از یک هفته طول بکشد زردی تا تنه و اندامها گسترش یابد و یا زردی توام با خواب آلودگی و اشکال در شیر خوردن باشد کودک را طبق برنامه مانا ارزیابی کنید.

یرقان غیرفیزیولوژیک (غیرطبیعی یا پاتولوژیک) :

این زردی در ۲۴ ساعت اول تولد ظاهر می شود و به سرعت شدت می یابد. از علل شایع آن ناسازگاری گروه خون و اره اش مادر و نوزاد است. (گروه خون مادر اره اش منفی و پدر اره اش مثبت است).

تشخیص زردی:

با مشاهده سفیدی چشم و پوست صورت به خصوص نوک بینی پس از فشار مختصر بر آن دیده می شود. در صورت شدت یافتن زردی می توان از رنگ زرد کف پای نوزاد کمک گرفت.

کنترل کودک از نظر زردی (شیرخوار زیر دو ماه) :

در کلیه کودکان، از مادر در مورد علت مراجعه سوال کنید، در کودکان کمتر از ۲ ماه بعد از کنترل نشانه های خطر شیرخوار را از نظر زردی بررسی کنید.

سفیدی چشم و نوک بینی شیرخوار را از نظر زردی نگاه کنید:

به سفیدی چشم و نوک بینی شیرخوار نگاه کنید	
اگر شیرخوار زردی دارد:	
سوال کنید:	مشاهده کنید:
- برای چه مدتی؟	- به گسترش زردی در سطح بدن توجه کنید.
- آیا مادر ارهاش منفی است؟	
- آیا سابقه زردی خطرناک در فرزندان قبلی وجود داشته است.	
- آیا سن حاملگی کمتر از ۳۷ هفته می باشد؟	
- آیا وزن زمان تولد او کمتر از ۲۵۰۰ گرم می باشد؟	

چگونه شیرخوار را از نظر زردی ارزیابی کنید:

به این منظور به نوک بینی شیرخوار (بعد از کمی فشار) یا سفیدی چشم او توجه کنید اگر زردی وجود داشته باشد سوالات زیر را از مادر پرسید:

چه مدت است که کودک شما زرد شده است؟

آیا ارهاش خون مادر منفی است؟

آیا سابقه زردی خطرناک در فرزندان قبلی شما وجود داشته است؟

آیا شیرخوار زود تر از ۳۷ هفته به دنیا آمده است؟

آیا وزن کودک شما کمتر از ۲۵۰۰ گرم می باشد؟

(زردی خطرناک: زردی منجر به فوت یا عقب ماندگی ذهنی و یا نیاز به تعویض خون)

سپس سطح پوست بدن را از نظر گسترش زردی بررسی نمائید و بر اساس نشانه زردی را طبقه بندی کنید.

چگونه کودک را از نظر زردی طبقه بندی کنید:

زردی شیرخواران کمتر از ۲ ماه در ۲ قسمت قبل از ۱۴ روزگی و ۱۴ روزگی و بیشتر تقسیم می شود.

زردی قبل از ۱۴ روز:

در این بخش ۳ طبقه بندی وجود دارد که عبارتند از زردی شدید، زردی خفیف، زردی ندارد.

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
سابقه زردی خطرناک در فرزندان قبلی یا گسترش زردی پایین تر از شکم یا وزن تولد او کمتر از ۲۵۰۰ گرم یا سن حاملگی کمتر از ۳۷ هفته یا مادر ارهاس منفی	زردی شدید	شیرخوار را فوراً به نزدیکترین مرکز درمانی ارجاع دهید.
هیچکدام از نشانه های زردی شدید را نداشته باشد.	زردی خفیف	به مادر توصیه کنید به دفعات بیشتر و مدت طولانی تر کودک را شیر بدهد. بعد از یک روز پیگیری کنید. در اولین فرصت به وسیله پزشک معاینه شود.
سفیدی چشم و نوک بینی زرد نباشد.	زردی ندارد	مادر را به شیر دادن مکرر و سایر مراقبت ها تشویق نمایید.

ادامه زردی ۱۴ روزگی و بیشتر	زردی طولانی مدت	شیرخوار را فوراً به نزدیکترین مرکز درمانی ارجاع دهید.
-----------------------------	-----------------	---

اگر زردی تا پایین تر از شکم گسترش یافته و ارهاس خون مادر منفی باشد یا سابقه زردی خطرناک در فرزندان قبلی مادر وجود دارد یا سن حاملگی کمتر از ۳۷ هفته بوده و یا وزن هنگام تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم باشد کودک در طبقه بندی زردی شدید قرار می گیرد. در این صورت شیرخوار را فوراً به نزدیکترین مرکز درمانی ارجاع دهید. اگر کودک هیچکدام از نشانه های زردی شدید را

نداشته باشد در طبقه بندی (زردی خفیف) قرار گرفته، به مادر توصیه کنید به دفعات بیشتر و به مدت طولانی تر کودک را شیر بدهد. و بعد از یک روز پیگیری کنید و در اولین فرصت کودک به وسیله پزشک معاینه شود. و در نهایت اگر زردی در سفیدی چشم یا نوک بینی وجود نداشته باشد در طبقه بندی (زردی ندارد) قرار می گیرد.

زردی ۱۴ روزهگی و بیشتر:

اگر زردی ۱۴ روز و بیشتر ادامه یابد در طبقه بندی زردی طولانی مدت قرار می گیرد. چنین کودکی را برای ارزیابی بیشتر فوراً به مرکز درمانی ارجاع دهید.

پیگیری کودک:

تعدادی از کودکان برای مراقبت ویژه نیاز به پیگیری دارند که دوباره به کارمند بهداشتی مراجعه کنند. چنانچه کودک مشکل تغذیه ای دارد بعد از ۱ و ۵ روز او را پیگیری کنید. چنانچه اختلال رشد یا رشد نامعلوم دارد بعد از ۱۰ روز شیرخوار کمتر از ۲ ماه و بعد از ۱۵ روز شیرخوار بالای دو ماه را برای اندازه گیری وزن پیگیری کنید. این پیگیری شامل: اندازه گیری وزن کودک، ارزیابی مجدد وضعیت شیر دهی و غذا و نحوه خورانش و دادن هر نوع توصیه دیگر است. چنانچه کودک اختلال رشد قد یا رشد قد نامعلوم دارد برای کودکان کوچکتر از ۶ ماه یک ماه بعد و برای کودکان ۱ تا ۲ سال ۳ ماه بعد و برای کودکان بالای ۲ سال هر ۳ تا ۶ ماه او را پیگیری کنید. چنانچه کودک اختلال رشد دور سر یا رشد دور سر نامعلوم دارد برای کودکان زیر یکسال ۱۵ روز بعد و برای کودکان بالای یکسال ۱ ماه بعد او را پیگیری نمایید. کودکانی که به دلیل بیماری نیاز به پیگیری دارند مثل پنومونی، عفونت گوش و تب می بایست پس از ۲ روز و در بیماریهایی مثل اسهال بعد از ۵ روز پیگیری جهت ارزیابی صورت گیرد.

فصل سوم : وضعیت دهان و دندان

اهداف آموزشی:

انتظار می رود فراگیران در پایان فصل بتوانند :

- اهمیت بهداشت دهان و دندان در کودکان را بدانند.
- اهمیت دندانهای شیری و زمان رویش آنها را بیان کنند.
- اهمیت دندان های دائمی و زمان رویش آنها را بیان کنند.
- راههای پیشگیری از پوسیدگی دندان را توضیح دهند.

فهرست مطالب:

عنوان:

بهداشت دهان و دندان

اهمیت رویش دندان های شیری

دندان در آوردن

آسیب دیدگی و شکستگی و بیرون افتادن دندانها

عادات دهانی غلط در کودکان

پوسیدگی دندان

راههای پیشگیری از پوسیدگی دندان

ارزیابی خطر پوسیدگی دندان

زمان رویش دندان های شیری

زمان رویش دندان های دائمی

بهداشت دهان و دندان :

یادگیری اصول بهداشت دهان و دندان در کودکان امری جدی است چون از سنین کودکی باید آموزش بهداشت و عادت آن را در کودکان نهادینه کرد رعایت بهداشت دهان و دندان یکی از مهمترین عوامل سلامت دندان ها طی دوران کودکی است. مسواک زدن درست و منظم نقش بسزایی در پیشگیری از پوسیدگی دندان ها خواهد داشت ولی در برخی از موارد با وجود استفاده از مسواک، دندان ها دچار پوسیدگی می شوند و این مساله باعث تعجب و سردرگمی والدین می شود.

اهمیت رویش دندان های شیری :

دندان های شیری فضای لازم و محیط مناسبی را برای رویش دندان های دائمی فراهم کرده و به عنوان راهنمایی جهت رویش صحیح دندان های دائمی محسوب می شوند. بنابراین اگر زود تر از دست بروند به دلیل کمبود فضا، سبب جابجایی و نامرتب شدن دندان های دائمی خواهند شد. هم چنین در صورتی که دندان های شیری بیش از زمان لازم در دهان باقی بمانند موجب بروز مشکلات رویش دندان های دائمی می گردند. تعداد دندانهای شیری ۲۰ عدد می باشند که تا حدود ۲/۵ سالگی تکمیل می گردند.

نکته : دندان ۶ سالگی (اولین دندان آسیای بزرگ دائمی)، الگوی رویش سایر دندان های دائمی است و محل قرار گرفتن آن پشت آخرین دندان دائمی است که جانشین دندان شیری نشده و بدون افتاده دندان شیری رویش می یابد. اکثر والدین تصور می کنند که این دندان شیری است.

دندان در آوردن:

دندان در آوردن یک امر طبیعی است ولی گاهی ممکن است با ناراحتی هایی همراه باشد مثل:

- زیاد شدن بزاق و ریزش آب از دهان

-خارش لثه

-ناراحتی و گریه زیاد

-بی خوابی

-اسهال (باید همیشه آن را جدی گرفت و درمان کرد).

آسیب دیدگی و شکستگی و بیرون افتادن دندان ها:

در دوران دبستان، صدمات سر و صورت در کودکان دیده می شود. عواملی نظیر زمین خوردن، ورزش، ضربه هنگام شیر خوردن از آب دعواهای کودکانه و... سبب وارد شدن آسیب به سر و صورت می گردد. ضربه به دندان ها، در حین بازی کودکان شایع بوده و می تواند باعث شکستگی دندانها یا حتی فک گردد.

در این زمان باید به نکات زیر توجه نمود:

۱- ضمن حفظ خونسردی، شرح حادثه (کی، کجا و چگونه) را جویا شده، به سرعت با والدین کودک تماس گرفته و کودک به طور اورژانس به دندانپزشک ارجاع شود.

۲- در آسیب دندانهای شیری که بیشتر به شکل لق شدگی مشاهده می شود در صورتی که جراحی در اطراف دندان باشد، ابتدا محل را با آب شستشو داده و سپس برای توقف خونریزی گاز تمیزی به مدت ۵ دقیقه روی ناحیه ی آسیب دیده با فشار نگه داشته شود. سپس به دندانپزشک ارجاع شود.

۳- در آسیب دندانهای دائمی در صورتی که فقط قسمتی از تاج دندان شکسته شده باشد، کودک به همراه تکه ی دندان به دندانپزشک ارجاع شود. تکه دندان شکسته باید در محیط مرطوب نگه داشته شود.

۴- در صورت بیرون افتادن دندان دائمی بهترین کار این است که دندان از سمت تاج نگه داشته شده و زیر جریان ملایم آب یا آب جوشیده ی سرد گرفته شود. در این حالت، به هیچ عنوان دندان و به خصوص ریشه نباید با پارچه یا دست پاک شود. سپس باید دندان در یک محیط مرطوب مثل سرم شستشو، شیر، آب جوشیده ی سرد و یا بزاق فرار گیرد و بلافاصله در حداقل زمان ممکن به دندانپزشک ارجاع شود.

۵- در صورت بیرون افتادن دندان شیری به دلیل آسیبی که ممکن است به دندان دائمی زیرین برسد، نباید تلاشی در جهت گذاشتن دندان شیری در محل حفره ی دندانی مربوطه صورت گیرد، ولی بیمار باید فوراً به دندانپزشک ارجاع شود.

عادات دهانی غلط در کودکان:

عادات دهانی غلط کودک مشکلاتی را ایجاد می کند که تشخیص به موقع این عادات غلط و کمک به رفع آنها باعث پیش گیری از به هم خوردن ترتیب دندان می گردد. از عادات دهانی غلط کودک میتوان به موارد ذیل اشاره کرد:

۱- گاز گرفتن لب: این عادت غلط سبب کج شدن دندانها می گردد. در این حالت لب پایین فرمتر از لب بالا بوده و محل فشار دندانهای بالا بر روی آن قابل تشخیص است. به دلیل این که لب، داخل دهان قرار می گیرد و زبان چربی های نرم کننده ی آن را پاک می کند دچار خشکی می شود. به همین دلیل این کودکان لب خود را به طور مداوم با زبانشان مرطوب می کنند.

۲- قرار دادن زبان بین دندانها : چنانچه این عادت غلط در سنین پایین اصلاح گردد، سبب پیشگیری از مشکلات ارتودنسی در آینده می شود. اگر هنگام بلع، زبان بین دندانها فاصله اندازد یا عضلات چانه و لب پایین زیاد و به صورت غیرعادی منقبض شوند، احتمال ابتلا به این عادت وجود دارد.

۳- جویدن ناخن : ممکن است کودک از دوسالگی به این عادت مبتلا گردد. والدینی که متوجه می شوند کودکشان نیاز به کوتاه کردن ناخن پیدا نمی کند.

۴- جویدن گونه : جویدن گونه عادت غلطی است که معمولاً والدین دیرتر متوجه آن می شوند. هنگام جویدن گونه، قسمت جلوی لب تغییر حالت می یابد.

۵- سائیدن دندانها روی هم (دندان قروچه) : این عادت غلط بیشتر مربوط به عضلات جونده می باشد که با انقباض خود، سبب سائیده شدن دندان می شوند. این عادت به خودی خود نمی تواند سبب نامرتبی دندانها شود ولی هنگامی که در دوره ی دندانهای شیری انجام شود، سبب تاخیر و اشکال در رویش دندانهای دائمی می گردد.

۶- مکیدن انگشت : این عادت معمولاً در کودکانی مشاهده می گردد که از شیرمادر محروم می باشند. متأسفانه این عادت غلط در صورت عدم توجه، بعد از سن چهارسالگی عوارض بسیاری در شکل گیری و رشد دندانها، فک ها و شکل صورت ایجاد میکند.

۷- جویدن اشیاء : کودک ممکن است چیزهایی مانند خودکار، آستین پیراهن یا اسباب بازی خود را جایگزین مکیدن انگشت یا پستانک کند. این اشیاء اگر برای مدت کوتاهی استفاده شوند معمولاً عارضه ای ندارند ولی اگر این عمل به صورت عادت درآید، حتما مشکلاتی را در سیستم دهان و دندان ایجاد می نماید.

۷- پستانک : در صورت ایجاد این عادت، اگر جدا کردن کودک از پستانک با زور صورت گیرد، ممکن است مشکلات دیگری از قبیل شب ادراری را به وجود آورد. بهترین راه برای ترک پستانک یا عادات دیگر بالا بردن سطح آگاهی کودک نسبت مسئله می باشد.

پوسیدگی دندان :

پوسیدگی، یک بیماری میکروبی عفونی است که با تخریب موضعی عاج و مینا همراه است. محل های شایع پوسیدگی شیارهای سطح جونده، سطوح بین دندانی، طوق دندان یا ناحیه ی لثه و دندان می باشد.

علائم پوسیدگی دندان عبارتند از:

-تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه

-سوراخ شدن دندان

-بوی بد دهان

-حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام خوردن غذاهای سرد، ترش یا شیرین که بسته به شدت پوسیدگی متفاوت است.

راههای پیشگیری از پوسیدگی دندان:

۱- مسواک زدن: زمان ایده آل برای مسواک زدن ۳ تا ۴ دقیقه می باشد. بهترین روش مسواک زدن برای کودکان افقی است. از خمیردندان در حدود ۲ سالگی استفاده می شود. مسواک انگشتی، وسیله ی ساده و موثر جهت کمک به رعایت سلامت دهان و دندان و ماساژ لثه در هنگام رویش دندان ها است که از زمان تولد تا ۳ سالگی قابل استفاده می باشد. و برای مدت ۳ تا ۴ ماه قابل استفاده می باشد.

۲- استفاده از نخ دندان: استفاده از نخ دندان از ۳-۴ سالگی برای نواحی بین دندانی آغاز شده و در دوره ی دندان های شیری، تنها در صورت داشتن تماس بین دندانهای خلفی استفاده از آن الزامی است.

۳- فلوراید: فلوراید یک ماده ی طبیعی است که باعث افزایش مقاومت دندانها در برابر پوسیدگی می شود. این ماده، معمولاً از راه آب آشامیدنی و کمتر از آن با غذاهای دریایی مثل ماهی و میگو، چای و بعضی از میوه ها به بدن انسان می رسد. میزان مناسب فلوراید آب آشامیدنی ۱/۲-۰/۷ می باشد. وارنیش فلوراید در کودکان کوچکتر از ۶ سال به عنوان یک روش ایمن، بی خطر، بدون درد و موثر در کاهش پوسیدگی، دوبار در سال استفاده می گردد

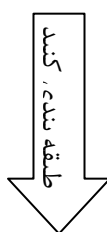
۴- مسدود کردن شیارهای دندانی توسط مواد شیارپوش (فیشرسیلانت)

۵- رژیم غذایی

ارزیابی کودک از نظر سلامت دهان و دندان: (۲سال و کمتر از ۲ سال)

نگاه کنید:	سوال کنید:	مراقبت
*رویش دندان ها	۱- آیا پدر و مادر و یا برادر و خواهر کودک پوسیدگی دندانی دارند؟	۶ ماهگی (رویش اولین دندان)
*وجود پلاک روی دندان ها	۲- آیا مادر در زمان بارداری تحت مراقبت دندانپزشک بوده است؟	۱۲ ماهگی
*تورم و قرمزی لثه	۳- آیا کودک با شیشه شیر به مدت طولانی یا در طول شب، شیر می خورد؟	۱۸ ماهگی
*نشانه های وجود ضربه	۴- آیا کودک سابقه ضربه به دندان ها یا صورت دارد؟	۲۴ ماهگی
*پوسیدگی زودرس دوران کودکی	۵- آیا کودک در حین دندان درآوردن مشکلی داشته است؟	
*نقاط سفید گچی روی دندان	۶- آیا کودک تا قبل از یکسالگی معاینه شده است؟	
*بیرون افتادن کامل دندان از دهان	۷- آیا دندان های کودک خود را تمیز	

	<p>می کند؟</p> <p>۸- آیا از قندها یا میان وعده های ایجاد کننده پوسیدگی دندانی در فواصل وعده های غذایی (آب میوه صنعتی، نوشابه و ...) استفاده می شود؟</p>	
--	---	--



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 یا پر خطر</p>	<p>*درد یا</p> <p>*بیرون افتادن کامل دندان از دهان یا</p> <p>*تورم و قرمزی لثه یا</p> <p>*تورم صورت یا</p> <p>*نشانه های ضربه</p>
<p><آموزش به مادر در مورد روش های صحیح تمیز کردن دندان های کودک</p> <p><آموزش به والدین در مورد توصیه های بهداشت دهان و دندان</p> <p><ارجاع به دندانپزشک در اولین</p>	<p>مشکل دندانی متوسط دارد یا خطر متوسط</p>	<p>*پوسیدگی زودرس دوران کودکی یا</p> <p>*نقاط سفید گچی یا</p> <p>*تاخیر رویش دندان ها* یا</p>

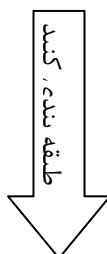
<p>فرصت برای ارزیابی بیشتر <پیگیری ۶ ماه بعد برای بررسی رفع مشکل <نحوه استفاده از مسواک انگشتی توضیح داده شود و مسواک انگشتی** تحویل داده شود.</p>		<p>*وجود پلاک روی دندان ها یا *تمیز نکردن دندان های کوچک توسط والدین یا *سابقه ضربه به صورت یا *خطر پوسیدگی دارد(پاسخ سوال ۳ و ۸ بله باشد)</p>
<p><آموزش به مادر برای انجام درمان های دندان پزشکی و رعایت سلامت دهان و دندان و امکان انتقال پوسیدگی و رعایت سلامت دهان و دندان و اکان انتقال پوسیدگی از مادر به شیرخوار، استفاده از صندلی مخصوص کودک <آموزش به مادر در مورد توصیه های سلامت دهان و دندان و چگونگی استفاده از مسواک انگشتی را توضیح دهید. <تشویق مادر برای مراجعه در مراقبت های بعدی(به فاصله حداقل یکسال بعد)</p>	<p>از نظر مشکل دندانی کم خطر</p>	<p>*مادر در حین بارداری تحت مراقبت دندان پزشکی نبوده است *مشکل دندان در آوردن *معاینه نشدن توسط دندان پزشک تا قبل از یکسالگی</p>
<p><توصیه های بهداشت دهان و دندان را به والدین ارائه دهید <آن ها را برای انجام معاینات دوره ای توسط دندانپزشک /بهداشت کار دهان و دندان الزام نمایید. <ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید. <نحوه استفاده از مسواک انگشتی</p>	<p>مشکل دندانی ندارد</p>	<p>*عدم وجود هریک از نشانه های فوق</p>

توضیح داده شود و مسواک انگشتی تحويل داده شود.		
--	--	--

ارزیابی کودک از نظر سلامت دهان و دندان: (بالای ۲ سال)

مراقبت	سوال کنید:	نگاه کنید:
۳۶ ماهگی	۱- آیا والدین در مسواک زدن به کودک کمک می نمایند؟	* تاخیر رویش *
۴۸ ماهگی	۲- آیا کودک به تنهایی یا با همکاری والدین مسواک می زند؟	* تورم صورت *
۶۰ ماهگی	۳- آیا کودک دندان درد دارد؟	* نقاط سفید گچی روی دندان (د کلسیفه شدن)
(در ۴۲ ماهگی و ۵۴ ماهگی فقط وارنیش فلوراید برای کودک انجام شود.)	۴- آیا کودک از خمیر دندان فلوراید دار ویا فلوراید های مکمل استفاده می کند؟	* پوسیدگی زودرس دوران کودکی *
	۵- آیا از قندها یا میان وعده های ایجاد کننده پوسیدگی دندان در فواصل وعده های غذایی (مصرف آب میوه صنعتی، نوشابه، داروهای شیرین و...) استفاده می شود؟	* تجمع پلاک قابل دیدن *
	۶- آیا وارنیش فلوراید برای کودک انجام شده است؟ (از ۳ سالگی هر ۶ ماه از وارنیش فلوراید برای کودکان	* تورم و قرمزی لثه ها *
		* نشانه های ضربه *
		* در فواصل مراقبت ها بر تعداد پوسیدگی ها اضافه شده است *

	استفاده شود.) ۷- بعد از ۴ سالگی: آیا کودک عادات غلط دهانی (مثل مکیدن انگشت شست، پستانک ...) دارد؟	
--	--	--



توصیه ها	طبقه بندی	نشانه ها
<p><اگر درد دارداستامینوفن بدهید</p> <p><اقدامات مربوط به بیرون افتادن کامل دندان را انجام دهید</p> <p><در اسرع وقت کودک را برای ارزیابی بیشتر به دندانپزشک ارجاع دهید.</p> <p><۲۴ ساعت بعد پیگیری شود برای اطمینان از مراجعه به دندانپزشک و ۳ ماه بعد پیگیری برای بررسی رفع مشکل</p>	مشکل دندانی شدید یا پرخطر	<p>*درد پا</p> <p>*بیرون افتادن کامل دندان از دهان یا</p> <p>*تورم و قرمزی له ها یا</p> <p>*تورم صورت</p> <p>*نشانه های ضربه</p>
<p><روشهای صحیح مسواک زدن را به مادر آموزش دهید</p> <p><توصیه های بهداشت دهان و دندان را به والدین آموزش دهید</p> <p><اگر والدین در مسواک زدن برای کودک همکاری نمی کنند روش های صحیح مسواک زدن را به مادر</p>	مشکل دندانی متوسط دارد یا خطر متوسط	<p>*پوسیدگی زودرس دوران کودکی یا</p> <p>*تاخیر در رویش یا</p> <p>*وجود پلاک روی دندان ها یا</p> <p>*مکیدن های غیر تغذیه ای (بعد از ۴ سالگی) یا</p> <p>*والدین در مسواک زدن برای کودک</p>

<p>آموزش دهید. در مراقبت بعدی اصلاح روش مسواک زدن پیگیری شود.</p> <p><ارجاع به دندانپزشک در اولین فرصت برای ارزیابی بیشتر</p> <p><انجام وارنیش فلوراید**</p> <p><پیگیری ۶ ماه بعد</p>		<p>همکاری نمی کنند یا کودک مسواک نمی زند یا</p> <p>*عدم استفاده از خمیردندان فلوراید دار و یا فلوراید های مکمل</p> <p>*اضافه شدن تعداد پوسیدگی های دندان در فواصل مراقبت ها</p> <p>*استفاده از قندها یا میان وعده های ایجاد کننده پوسیدگی دندان در فواصل وعده های غذایی</p> <p>*عدم انجام وارنیش فلوراید</p>
<p><توصیه های بهداشت دهان و دندان را به والدین آموزش دهید و آن ها را برای انجام معاینات دوره ای**</p> <p>توسط دندانپزشک/بهداشت کار دهان و دندان الزام نمایید.</p> <p><از ۳ سالگی وارنیش فلوراید هر ۶ ماه یکبار انجام شود.</p> <p><والدین را تشویق کنید که سالی یکبار برای مراقبت های دهان و دندان کودک مراجعه کنند.</p> <p><مشاوره لازم به مادر ارائه شود</p> <p><ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.</p>	<p>مشکل دندانی ندارد</p>	<p>*هیچ یک از نشانه های فوق را ندارد</p>

*اگر از ماکزیمم زمان نهایی مشخص شده برای رویش یک دندان (جدول صفحه قبل) بیش از ۶ ماه بگذرد تاخیر در

رویش طبیعی محسوب می شود.

***در ۳۶،۴۲،۴۸،۵۴ و ۶۰ ماهگی برای کودک وارنیش فلوراید انجام شود

***در ۳۶ ماهگی و ۶۰ ماهگی بعد از مراقبت روتین: کودک به دندانپزشک ارجاع شود.

زمان رویش دندان های شیری و دائمی:

هر فردی در طی زندگی خود دو سری دندان شیری و دائمی دارد. زمان رویش اولین دندان شیری، حدود ۶ ماهگی و زمان تکمیل دندانهای شیری، ۲/۵-۲ سالگی است. تعداد کل دندانهای شیری ۲۰ عدد (در هر نیم فک، ۵ دندان) می باشد، که با حروف لاتین (ABCDE) در هر نیم فک نمایش داده می شوند.

زمان رویش اولین دندان دائمی، حدود ۶ سالگی و زمان تکمیل آنها حدود ۱۲ الی ۱۳ سالگی است. تعداد کل دندانهای دائمی ۳۲ عدد (در هر نیم فک ۸ دندان) می باشد، که با عدد از ۱ تا ۸ در هر نیم فک نمایش داده می شوند. از حدود ۵/۵ تا ۱۲ سالگی، به تدریج دندان های شیری لق شده و می افتند. معمولا ۲ تا ۶ ماه پس از افتادن هر دندان شیری، دندان دائمی جایگزین، رویش یافته و تا پایان عمر در دهان باقی می ماند. در صورت وجود تاخیر در رویش دندان در حدود ۹ ماه، کودک را در طبقه بندی مشکل دندانی دارد، قرار دهید.

زمان رویش دندان های شیری:

دندان های پیشین فک پایین:

دو دندان میانی در فک پایین، نخستین دندان هایی هستند که در می آیند. این دندان ها اصولاً بین ۵ تا ۷ ماهگی جوانه می زنند. وقتی این دندان ها در می آیند، چهره کودکان بسیار دیدنی و دوست داشتنی است. وقتی می خندند دو دندان کوچک در میان دهان خالی آنها هیجان خاصی به بیننده می دهد و لبخند را بر لب های آنها می آورد.

دندان های پیشین فک بالا:

دو دندان میانی در فک بالا، پس از دندان های پیشین پایین رشد می کنند. این دندان ها اصولاً بین ۶ تا ۸ ماهگی جوانه می زنند.

دندان های کناری (پیش طرفی) بالا:

در ماه های ۸ تا ۱۱ باید منتظر دندان های کناری بالا باشید که در کنار دندان های جلو در می آیند.

دندان های کناری (پیش طرفی) پایین:

دندان های کناری پایین در سمت چپ و راست دندان های پیشین پایین قرار دارند. این دندان ها بین ماه های ۷ تا ۱۰ ماهگی رشد می کنند. این دندان ها لبخند کودک دلنند شما را بسیار زیباتر می کنند.

دندان های آسیای اول در فک بالا

نخستین دندان آسیای کودکان بین ماه های ۱۰ تا ۱۶ ماهگی رشد می کنند. این دندان در عقب فک رشد می کنند و تا زمانی که جفت آنها در فک پایین رشد نکنند، عملاً هیچ کاربرد و استفاده ای ندارند.

دندان های آسیای اول در فک پایین

این دندان ها در عقب فک پایین رشد می کنند. زمان ظهور آنها عموماً بین ماه های ۱۰ تا ۱۶ ماهگی کودک رشد می کنند و کودک می تواند بیسکوئیت های خود را به راحتی میل کند.

دندان های نیش بالایی

دندان های نیش بالایی زودتر از فک پایین شکل می گیرند. عموماً باید در سن ۱۶ تا ۲۰ ماهگی منتظر این دندان ها باشید.

دندان های نیش پایینی

این دندان ها پس از رشد دندان های نیش بالا و در حدود ماه های ۱۶ تا ۲۰ شکل می گیرند. با این دندان ها، لبخند کودک کامل می شود و جای هیچ دندانی در لبخند او خالی نیست.

دندان های آسیای ثانویه در فک پایین

دندان های آسیای ثانویه در فک پایین در سن ۲۰ تا ۳۰ ماهگی رشد می کنند. رشد این دندان ها درد چندانی برای کودک در پی ندارد. شاید چون پی بازیگوشی و تفریح هستند این درد را حس نمی کنند

دندان های آسیای ثانویه در فک بالا

دندان های آسیای ثانویه در فک بالا در سن ۲۰ تا ۳۰ ماهگی رشد می کنند. در سن سه سالگی همه کودکان تقریباً همه ۲۰ دندان کودکانه خود را دارند.

زمان رویش دندان های دائمی:

- دندان پیش میانی: فک بالا زمان رویش: ۸-۷ سالگی

فک پائین زمان رویش: ۷-۶ سالگی

-دندان پیش طرفی: فک بالا زمان رویش: ۹-۸ سالگی

فک پایین زمان رویش: ۸-۷ سالگی

-دندان نیش فک بالا: ۱۲-۱۱ سالگی

دندان نیش فک پایین: ۱۱-۹ سالگی

-دندان اولین آسیای کوچک: فک بالا زمان رویش: ۱۱-۱۰ سالگی

فک پایین زمان رویش: ۱۲-۱۰ سالگی

-دومین دندان آسیای کوچک: فک بالا زمان رویش: ۱۲-۱۰ سالگی

فک پایین زمان رویش: ۱۳-۱۱ سالگی

-دندان اولین آسیای بزرگ: فک بالا زمان رویش: ۷-۶ سالگی

فک پایین زمان رویش: ۷-۶ سالگی

-دومین دندان آسیای بزرگ: فک بالا زمان رویش: ۱۳-۱۲ سالگی

فک پایین زمان رویش: ۱۳-۱۲ سالگی

فصل چهارم : تغذیه با شیر مادر

اهداف آموزشی:

انتظار می رود فراگیران در پایان فصل بتوانند :

*روش صحیح در آغوش گرفتن کودک توسط مادر و روشهای صحیح شیردهی را شرح دهند.

*مشکلات شایع مربوط به پستان که باعث اختلال در شیردهی می شود را بیان کنند.

*علل ناکافی بودن شیر مادر را بیان کنند.

*روش های دوشیدن شیر و طرز نگهداری شیر دوشیده را توضیح دهند.

*نکات مهم در حفظ و تداوم شیردهی را توضیح دهند.

فهرست:

عنوان:

اهمیت تغذیه با شیر مادر

ترکیبات شیرمادر

مزایای شیر مادر

از چه زمانی باید تغذیه با شیر مادر را شروع کرد

نحوه صحیح در آغوش گرفتن کودک در زمان شیردهی چگونه است؟

نحوه صحیح پستان گرفتن کودک

مشکلات شیردهی

موارد منع شیردهی از پستان

آیا شیرخوار شیر کافی دریافت می کند یا نه

تغذیه شیرخواران دوقلو

روش شیردهی مادران شاغل

شیردهی در مادران دیابتی

تغذیه با شیر مادر از بعد سلامت کودک

شیردهی در مادران مبتلا به هیپاتیت ب

زمان مناسب دوشیدن شیر

از شیر گرفتن کودک و نحوه صحیح جایگزینی غذاهای خانواده

تغذیه مصنوعی شیرخواران

معایب استفاده از شیر خشک و بطری

اهمیت تغذیه با شیر مادر:

کامل ترین و بهترین غذا برای کودک شیر مادر است و مواد غذایی آن به مناسب ترین شکل و قابل هضم ترین فرم برای نوزاد می باشد. یونیسف معتقد است که اگر هم اکنون همه مادران جهان شیر دادن به نوزاد خود را عهده دار شوند حداقل سالانه از یک میلیون مورد مرگ کودکان پیشگیری خواهد شد. به طور کلی مادران شیرخواران، شیرخواران سالم تری هستند و نیاز کمتری به ویزیت های مکرر پزشکی در اثر عفونت های گوش، مسائل گوارش و آلرژی دارند.

ترکیبات شیر مادر:

۱- ترکیبات شیر در ابتدا و انتهای شیردهی متفاوت است که همین امر نقش مهمی در تغذیه نوزاد دارد، ابتدا شیر رقیق تر است اما حاوی مقادیر بالایی پروتئین و ویتامین است در حالی که انتهای شیر چربی و کلسیم بیشتری دارد.

۲- قند شیر: لاکتوز شیر انسان، در مقایسه با سایر پستانداران بیشتر است (لاکتوز موجود در شیر مادر با تبدیل به اسیدلاکتیک و اسید استیک منجر به ایجاد محیطی اسیدی در روده شیرخوار شده و در رشد میکروارگانیسم های بیماری زا اختلال به وجود می آورد، این محیط اسیدی به جذب بهتر کلسیم، فسفر، آهن و دیگر مواد معدنی کمک می کند.

۳- پروتئین شیر: پروتئین شیر انسان حدود $\frac{1}{31}$ شیر گاو است، پروتئین اصلی شیر مادر لاکتوز آلبومین می باشد. در حالی که در شیر گاو پروتئین کازئین به مقدار زیادی وجود دارد که می تواند منجر به واکنش های آلرژیک در نوزاد شود.

۴- چربی: میزان چربی شیر انسان متغیر است به طوری که صبح حداقل و بعدازظهر حداکثر می باشد. در شیر مادر اسیدهای چرب کمتر اشباع شده اند و نیز به دلیل متابولیسم بهتر کلسترول مشکل افزایش کلسترول و بروز بیماری های قلبی و عروقی در بزرگ سالی را کاهش می دهد.

۵- ویتامین‌ها : شیر مادر حاوی ویتامین‌های A, D, E, K (محلول در چربی) می‌باشد. میزان ویتامین A در شیر مادر بیشتر از شیر گاو می‌باشد. کلستروم غنی از ویتامین E است و ویتامین K نیز در شیر انسان به طور مؤثری جذب می‌شود. ویتامین C شیر مادر نیز از شیر گاو بیشتر است ولی مقدار ویتامین بستگی به دریافت غذایی مادر دارد.

۶- مواد معدنی :

آهن: شیر انسان و گاو دارای مقادیر کمی از آهن می‌باشد، ۴۹٪ از آهنی که در شیر انسان موجود است جذب می‌گردد در حالی که تنها ۴٪ از آهن شیر گاو جذب می‌شود. نوزادان رسیده معمولاً با یک سطح هموگلوبین بالا به دنیا می‌آیند که بعد از تولد این میزان به سرعت کاهش می‌یابد. به طوری که این ذخایر تا ۴-۶ ماهگی مصرف می‌شود و نیازی به قطره آهن تا شروع تغذیه کمکی نخواهد بود.

کلسیم و فسفر : نسبت کلسیم به فسفر نیز در شیر مادر دو به یک است، برعکس در شیر گاو مقدار فسفر به کلسیم بیشتر است. سایر مواد معدنی: به طور کلی شیر انسان نسبت به شیر گاو از نظر کلسیم، فسفر، سدیم، پتاسیم، مس در سطح پائین تری قرار دارد.

آب : آب شیر مادر کافی است، تشنگی را برطرف نموده و اشتها را تحریک می‌کند.

لاکتوفرین : در شیر انسان فراوان است ولی در شیر گاو وجود ندارد. این ماده بر جذب آهن در روده اثر گذاشته و موجب جذب آهن از روده می‌شود.

ایمنو گلوبولین ها : در طول ده روز اول زندگی، گلبول‌های سفید بیشتری در هر میلی لیتر شیر انسان نسبت به خون وجود دارد.

لیزوزوم : در شیر انسان با غلظتی معادل ۵۰۰۰ برابر شیر گاو وجود دارد، اثر ضد عفونت این ماده به خوبی شناخته شده و فعالیت آن در دوران شیردهی افزایش می یابد.

مزایای شیر مادر:

-بهترین و اقتصادی ترین شیر برای تغذیه کودک شیر مادر است.

-شیر مادر یک سرمایه ملی برای کشور است.

-سبب برقراری ارتباط عاطفی و روانی بیشتر بین مادر و شیرخوار می شود.

-همیشه در دسترس است.

-ترکیبات آن متناسب با نیاز شیرخوار است به طوری که نه تنها ترکیبات شیر در ابتدا و انتهای شیردهی متفاوت است بلکه ترکیبات شیر مادر دارای نوزاد نارس با نوزاد رسیده هم یکی نیست و در ادامه همزمان با رشد شیرخوار تغییر خواهد داشت.

-به علت اینکه چربی و پروتئین شیر مادر بهتر جذب و هضم می شود دردهای قولنجی، نفخ، استفراغ و حساسیت پروتئین در شیرخواران تغذیه شونده با شیر مادر کمتر است در نتیجه میزان ابتلا به آسم، اگزما و انواع آلرژی ها نیز کمتر خواهد بود. اسهال در شیرخوارانی که از شیر مادر استفاده می کنند به مراتب کمتر بوده و مدفوع تحریک کننده نمی باشد.

-درجه هوشی شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می شوند بالاتر از شیرخوارانی است که به طور مصنوعی تغذیه می شوند.

-شیر مادر به دلیل داشتن مواد ایمنی زا باعث ایجاد مقاومت در برابر عفونت ها می گردد.

-انقباض و برگشت سریع تر رحم به وضع طبیعی و در نتیجه کنترل خونریزی بعد از زایمان از اثرات بسیار مهم شیردهی بر مادر خواهد بود.

-شیردهی به تنهایی تا ۶ ماهگی می تواند یک روش پیشگیری باشد به شرط اینکه کودک شیرخوار فقط از شیر مادر استفاده کند و مادر نیز خونریزی ماهانه نداشته باشد.

-شیردهی ذخایر غذایی مادر را که در دوران بارداری بدین منظور در بدن وی ذخیره شده است، مصرف کرده و مانع از بروز چاقی در مادر می شود.

-آغوز یا شیر مادر در روزهای اول حاوی مواد مفید و مغذی و اولین و بهترین واکسن برانوزاد خواهد بود.

-با مکیدن پستان مادر، همزمان با احساس سیری، مکیدن کودک ارضاء می گردد.

-نیاز به گرم کردن، تهیه و حمل وسایل جانبی مانند شیشه و آب گرم ندارد.

از چه زمانی باید تغذیه با شیر مادر را شروع کرد؟

الف) مادران سزارین شده :

مادر باید در اولین فرصت پس از به هوش آمدن نوزادش را شیر بدهد.

ب) مادران با زایمان طبیعی:

تغذیه با شیر مادر بلافاصله پس از تولد شروع گردد به طوری که اولین غذای نوزاد شیر مادر باشد. بهتر است در اتاق زایمان پس از

خشک کردن نوزاد و پوشاندن، نوزاد را روی سینه مادر قرارداد و تغذیه با شیر مادر آغاز شود.

چند نوبت و به چه میزان در شبانه روز باید به کودک شیر داد؟

شیر دادن به کودک احتیاج به برنامه منظم ندارد و بنا بر میل و تقاضای کودک می باشد. البته بایستی به این نکته نیز توجه کرد که

حداقل ۸ بار در شبانه روز به کودک شیر بدهید. ابتدا باید تغذیه از یک پستان خاتمه یابد سپس شیردهی از پستان دیگر انجام

شود. مدت زمان شیردهی به طور متوسط بین ۲۰ تا ۴۵ دقیقه است. در هفته های اول شیردهی دفعات تغذیه بین ۱۰ تا ۱۲ بار در ۲۴

ساعت است. در ۲ تا ۴ هفته ی اول نباید به شیر خوار اجازه داد که بیش از ۴ ساعت بدون شیرمادر بخوابد. نشانه های

سیری، برگرداندن سر از پستان و بستن دهان است. شیرخواران در ۲ تا ۴ هفتگی جهش رشد دارند و در این مدت شیر بیشتری را

می طلبند. آب ریزش دهان در ۳ تا ۴ ماهگی طبیعی است زیرا غدد بزاقی شیرخوار فعال تر می شود. شیرمادر خواران معمولاً

دفعات زیاد و مدفوع شلی دارند که اسهال نیست.

نحوه صحیح در آغوش گرفتن کودک در زمان شیردهی چگونه است؟

- بدن و سر کودک در امتداد هم باشند.
- صورت کودک مقابل پستان مادر باشد.
- بدن کودک چسبیده به بدن مادر باشد.
- تمام بدن کودک (نه فقط گردن و شانه او) با دست مادر حمایت شود.
- دست نوزاد که در تماس با بدن مادر است در پهلوی مادر قرار گیرد (نه بین مادر و نوزاد)

نحوه صحیح پستان گرفتن کودک:

- لب کودک را با نوک پستان خود تحریک کنید.
- صبر کنید تا کودک دهانش را خوب باز کند.
- نوک و قسمت بیشتری از هاله پستان را در دهان شیرخوار قرار دهید.
- اگر کودک به طور صحیح پستان مادر را گرفته باشد، چانه کودک به پستان چسبیده است، لب پائینی او به طرف بیرون برگشته، مکیدن های او کند و عمیق است، صدای قورت دادن شیر به خوبی شنیده می شود و مادر در هنگام شیر خوردن هیچ گونه دردی حس نمی کند. گونه های شیرخوار گرد و برآمده است نه فرورفته و گود.

مشکلات شیردهی:

- ماستیت:

تخلیه شیر از پستان می باشد. بهتر است تغذیه از پستان سالم شروع شود و پس از اینکه اشیر جریان پیدا کرد از پستان مبتلا ادامه یابد.

- فرورفتگی پستان:

بهترین زمان برای تمرین بیرون آمدن نوک سینه در هفته‌های آخر بارداری است که با دو انگشت سبابه به نوک سینه در هفته‌های آخر بارداری است که با دو انگشت سبابه به نوک سینه و هاله قهوه‌ای‌رنگ اطراف آن فشار بیاورند و روزانه چندین مرتبه این عمل را تکرار کند که نوک سینه بیرون خواهد آمد ولی اگر در دوران بارداری این کار انجام نشد بعد از زایمان باید سعی کرد و مادران باید اطمینان داشته باشند در صورتی که صبور باشند و کوشش نمایند نحوه قرار گرفتن پستان در دهان کودک صحیح باشد شیردهی موفق خواهند داشت.

• احتقان پستان:

به طور طبیعی در چند روز اول پس از زایمان به علت ترشح زیاد شیر و پرخونی پستان‌ها احتقان ایجاد می‌شود که با افزایش دفعات شیردهی برطرف خواهد شد.

• زخم نوک پستان:

زخم نوک پستان در صورتی ایجاد می‌شود که کودک در وضعیت نادرست قرار داشته باشد و در هنگام شیر خوردن فقط نوک پستان را بمکد نه هاله را. کافی است بعد از هر شیردهی یک قطره از شیر مادر روی نوک پستان باقی بماند. از لباس زیر نخی یا کتان استفاده شود و از شستن نوک سینه با آب و صابون خودداری گردد.

موارد منع شیردهی از پستان:

الف) از طرف شیرخوار:

- لب‌شکری، شکاف کام که در این حالت باید شیر دوشیده شود و با استفاده از روش‌های مختلفی آن را به کودک داد تا زمانی که کودک تحت عمل جراحی قرار گیرد و بتواند با سینه مادر تغذیه شود.

- گرفتگی بینی: انسداد توسط موکوس که با نرمال سالین برطرف می‌شود.

- وجود بیماری مثل گالاکتوزومی و ضعف و نارسایی نوزاد به طوری که اشیرخوار قادر به مکیدن، بلعیدن و یا استفاده از شیر مادر نیست.

ب) از طرف شیر:

۱- منع دائم: اکلامپسی، خونریزی‌های شدید، سوء تغذیه مزمن، کم‌خونی، بعضی از عفونت‌های شدید و طولانی مادر، اختلالات روانی و عصبی، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و افسردگی شدید بعد از زایمان، سرطان سینه، سپتی سمی مادر.

۲- منع موقت: مصرف بعضی از داروها مانند مترونیدازول، آبسه پستان، یرقان ناشی از شیر مادر.

علل امتناع شیرخوار از گرفتن پستان مادر:

۱- مربوط به کودک

• در روزهای اول تولید:

- عوامل مربوط به تولد یا تغذیه زودرس: شکستن استخوان ترقوه یا سایر شکستگی‌ها موجب درد در موقع شیر خوردن می‌شود و نیز تجویز دارو در موقع زایمان ممکن است باعث شود که بچه خواب‌آلود گردد و به خوبی مک نزند.

- آنومالی: وجود انحراف تیغه بینی یا شکاف کام ممکن است نوزاد را از خوب مکیدن بازدارد.

* سردرگمی نوک پستان:

- توصیه می‌شود از دادن سر پستانک و شیشه شیر قبل از اینکه تغذیه از پستان مادر به خوبی برقرار گردد، به علت روش متفاوت در مکیدن آن‌ها خصوصاً در روزها و هفته‌های اول تولد اجتناب نموده و در صورت لزوم از فنجان یا قاشق استفاده شود.

• از سن سه‌ماهگی:

- کاهش تمایل به شیر خوردن: به علت خوراندن مواد جامد، آب‌میوه و آب زودتر از موقع.

- آشفته‌گی‌ها: توجه بعضی از بچه‌ها به آسانی به سوی صدا و حرکت جلب می‌شود لذا برای دیدن اشیاء متحرک، پستان را رها می‌سازد.

۲- مربوط به شیر مادر

- عفونت پستان

- تغییرات هورمونی: قرص‌های ترکیبی و به‌ندرت پروژسترونی ضد حاملگی ممکن است تولید

شیر را کاهش و مزه آن را تغییر دهد.

- بو یا ظاهر متفاوت: اگر مادر از عطر، صابون، ادوکلن یا کرم‌های متفاوت استفاده نماید یا به

دلیل طرح جدید موی مادر یا عینک زدن ممکن است کودک پستان را نگیرد.

- مزه متفاوت: بعضی از بچه‌ها به انواعی از غذاها در تغذیه مادر بسیار حساس‌اند.

۳- مربوط به تولید شیر

تولید شیر کم:

- واکنش آهسته جهش شیر، گاهی عوامل مختلفی مثل اضطراب، درد، ترس، عدم اعتماد به در مادر ممکن است واکنش

جهش شیر را کند نماید.

- واکنش سریع جهش شیر، که بچه به علت برنیامدن از عهده آن، پیش‌دستی کرده و از گرفتن پستان خودداری می‌کند.

علل امتناع در هر سن:

الف- بیماری:

۱- عفونت‌های تنفسی سبب کیپ شدن بینی و درد گلو می‌شود و بچه موقع شیر خوردن احساس خفگی و در مواقع بلع

دچار درد می‌شود

۲- برفک، تبخال و آفت

۳- عفونت گوش

۴- درد ناشی از دندان درآوردن یا واکسیناسیون

۵- داروها مثل آنتی‌هیستامین که اشیرخوار را خواب‌آلود یا بی‌قرار می‌سازد.

ب- تمایل بچه به از شیر گرفته شدن:

ج- آب‌وهوای گرم

د- هراس

ه- جدایی

آیا شیرخوار شیر کافی دریافت می‌کند یا نه؟

دو نشانه معتبر وجود دارد که حاکی از ناکافی بودن دریافت شیر مادر توسط شیرخوار است که عبارت‌اند از:

-وزن گیری ناکافی

-دفع مقادیر کم ادرار غلیظ

یک شیرخوار کولیکی معمولاً به‌طور پیوسته در برخی مواقع روز گریه می‌کند. او ممکن است پاهایش را جمع کند چون دل‌درد

دارد. شیرخوار کولیکی به‌خوبی رشد می‌کند و گریه او معمولاً پس از سه‌ماهگی کمتر می‌شود. تکرر دفع مدفوع در شیرخواران

کاملاً متغیر است. برخی شیرخواران چند وز دفع مدفوع ندارند درحالی‌که برخی ۸ بار یا بیشتر در روز مدفوع می‌کنند.

پیگیری:

مادر را روزانه و سپس هفتگی ملاقات کنید، تا شیرخوار وزن اضافه کند و مادر اعتمادبه‌نفس بیابد. ممکن است ۳ تا ۷ روز وقت

برای وزن‌گیری شیرخوار لازم باشد.

تغذیه شیرخواران دوقلو:

در تغذیه دوقلوها، در شرایطی که اشیر مادر کافی باشد می‌توان از دو روش همزمان و متناوب استفاده کرد.

الف- روش همزمان:

در این روش مادر هر دو کودک را با پستان تغذیه می‌کند. مدت هر وعده تغذیه، در این روش تقریباً ۲۰ دقیقه است.

ب- روش متناوب:

در این روش مادر به مدت تقریبی ۲۰ دقیقه یکی از کودکان را با پستان راست و سپس به مدت تقریبی ۲۰ دقیقه کودک دوم را با پستان چپ تغذیه می‌کند. در صورتی که اشیر مادر برای تغذیه دوقلوها کافی نباشد با روش جانشینی می‌توان آنان را تغذیه کرد که به دو حالت جانشینی متناوب و جانشینی کامل امکان‌پذیر است. در جانشینی متناوب به تناوب شیر مصنوعی جانشین شیر مادر می‌گردد. بدین ترتیب که مادر در یک نوبت یکی از دوقلوها را با هر دو پستان تغذیه می‌کند و به دیگری با بطری شیر می‌دهد و نوبت دیگر برعکس. جانشینی کامل زمانی است که مادر اساساً قادر به تغذیه از پستان نبوده و به تغذیه آنان با بطری اقدام می‌نماید.

روش شیردهی مادران شاغل:

در تمام مدت مرخصی زایمان شیرخوار را فقط با شیر خود تغذیه کنند. پس از بازگشت به خانه دفعات شیردهی با شیر خود را در عصر و شب افزایش دهند. روزانه شیر خود را در طول زمان در خانه بودن بدوشند و به روش صحیح نگهداری کنند. شیر دوشیده مادر را با قاشق یا فنجان به کودک بدهند.

شیردهی در مادران دیابتی:

وقتی که یک زن در حال شیر دادن است انرژی و قندخونی که در هنگام تولید شیر مصرف می‌شود نیاز به انسولین را کاهش می‌دهد. در حقیقت بسیاری از مادران دیابتیک بهبود موقتی علائم را گزارش می‌کنند و سلامتی آنها در حین شیردهی افزایش می‌یابد. دیابت، بدن را در شرایط تعادلی حساسی قرار می‌دهد که به راحتی با فاکتورهای استرسی مختل می‌شود. شیردهی یک

فاکتور کلیدی در کاهش استرس است زیرا اکسی توسین، هورمونی که در طی تولید شیر ایجاد می‌شود عامل آرام‌سازی بدن است که خود برای ایجاد رفلکس ضروری است.

تغذیه با شیر مادر از بعد سلامت کودک:

شیرخواران مادران دیابتی بعد از تولد، مستعد ابتلا به بعضی بیماری‌ها و عوارض ناشی از آن هستند ولی شیر انسان در اکثر موارد یک دفاع مهم در برابر بیماری‌ها و مواد غیرطبیعی است.

شیردهی در مادران مبتلا به هیپاتیت ب:

انتقال ویروس هیپاتیت B از مادر به نوزاد در هنگام زایمان و یا بلافاصله بعد از آن به دلیل تماس نوزاد با خون و یا سایر مایعات بدن مادر صورت می‌گیرد و تحقیقات انجام گرفته نشان می‌دهد که انتقال ویروس از طریق مادر نادر است. برای پیشگیری از ابتلا نوزاد، تلقیح واکسن هیپاتیت (ب) در ۴۸ ساعت پس از تولد (ترجیحاً نیم ساعت اول بعد از تولد) و تزریق گاماگلوبولین اختصاصی هیپاتیت در عرض هفته اول تولد توصیه می‌شود. شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه شده‌اند کمتر در معرض خطر مرگ و میر ناشی از هیپاتیت (ب) قرار دارند.

زمان مناسب دوشیدن شیر:

بایستی به مادر توصیه نمود زمانی از روز را برای دوشیدن شیر انتخاب کند که سینه‌ها پر از شیر باشد. در اکثر موارد این زمان صبح‌هاست. بهتر است ۲۰-۱۰ دقیقه قبل از شروع دوشیدن شیر، مادر کمی استراحت کند. بهتر است یک حوله گرم و مرطوب به مدت ۱۰-۵ دقیقه روی سینه قرار داده شود.

نحوه دوشیدن شیر مادر:

(با دست) ابتدا دست‌ها را با آب و صابون باید شست ولی پستان‌ها نیاز به شستشو ندارند فقط استحمام روزانه کافی است، دست را طوری قرار دهید که چهار انگشت زیر پستان، درست در لبه هاله قرار گیرد و شست در بالا و روی هاله قرار گیرد و پستان را به طرف قفسه سینه فشار دهید سپس آن را به طرف جلو بیاورید. شیر دوشیده شده ۶-۸ ساعت در دمای اتاق (محل خنک)، در

یخچال تا ۴۸ ساعت و در فریزر بالای یخچال تا ۲ هفته و در فریزر معمولی ۱۸- درجه تا ۳ ماه و فریزرهای صنعتی ۳۲- درجه تا ۶ ماه قابل نگهداری است

از شیر گرفتن کودک و نحوه صحیح جایگزینی غذاهای خانواده :

از شیر گرفتن کودک معمولاً زمان مشخصی ندارد. دادن شیر مادر تا ۱۸ ماهگی الی ۲ سالگی، همراه با غذاهای موجود توصیه می‌شود. از شیر گرفتن کودک باید به تدریج انجام شود و بهتر است در فصول گرم سال صورت نگیرد. قطع ناگهانی شیر، برای مادر و کودک وی ممکن است مشکلات زیادی ایجاد کند. در مادران جوآن که مقدار ترشح شیر زیاد است، قطع ناگهانی شیردهی، باعث جمع شدن شیر در پستان و عواقب ناشی از آن می‌شود، همچنین سبب ناراحتی و عصبانیت کودک شیرخوار می‌گردد.

تغذیه مصنوعی شیرخواران :

تغذیه مصنوعی به مواردی از تغذیه گفته می‌شود که به دلیلی شیرخوار از تغذیه با شیر مادر یا دایه محروم باشد. بهترین شیر بعد از شیر مادر، شیر دایه است. در صورت عدم امکان استفاده از شیر دایه، شیر خشک مناسب‌ترین جایگزین است.

شیر پاستوریزه :

این شیر مناسب‌تر از شیر تازه دام برای شیرخوار است، در شیر پاستوریزه، ضمن کاهش تعداد میکروب‌های موجود در آن، تغییراتی در شیر داده می‌شود که اشیر برای شیرخوار، گواراتر و سهل‌الهضم‌تر است. شیر پاستوریزه را برای مصرف شیرخواران زیر یک سال باید به مدت ۳۰ دقیقه جوشانید.

شیرهای تازه دام (شیر گاو، بز، گوسفند و گاو میش) :

این شیرها بایستی حتماً جوشانیده شوند تا میکروب‌های بیماری‌زای آن از بین برود. شیر به مدت ۲۰ دقیقه جوشانیده شود و پس از جوشیدن مقدار مناسب آب به آن اضافه گردد. جهت استفاده شیرخواران حتماً باید شیر به نسبت معین رقیق گردد تا ترکیب اجزای شیر برای شیرخوار مناسب‌تر گردد.

شیر خشک

معمولاً پودر همان شیر گاو است که آب آن را گرفته‌اند و به صورت پودر درآمده است. گرفتن آب از شیر که بیشترین بخش ترکیبی آن است موجب می‌شود که به آسانی بتوان مقدار زیادی از شیر را در حجم کم و به طور استریل به مدت نسبتاً طولانی نگهداشت. شیر خشک‌ها در بسته‌بندی مناسب به مدت یک سال قابل نگهداری هستند.

معایب استفاده از شیر خشک و بطری:

- ۱- شیر خوارانی که از تغذیه مصنوعی استفاده می‌کنند از نظر عاطفی مانند شیر مادر خوارها نیستند.
- ۲- استفاده از شیر خشک جهت تغذیه شیر خوار حتی به شکل کمکی خیلی زود شیر خوار را از شیر مادر محروم می‌کند.
- ۳- احتمال ابتلا به عفونت‌ها و سوء تغذیه در این موارد بیشتر است.
- ۴- به علت فقدان مواد ایمنی و ترکیبات خاص موجود در شیر گاو و شیر خشک، احتمال ابتلا به عفونت‌های گوارشی، گوش میانی و اسهال در این کودکان بیشتر است.
- ۵- تظاهرات آلرژی مانند آسم، اگزما در این کودکان بیشتر است.
- ۶- مرگ ناگهانی در شیر خوارانی که با شیر خشک تغذیه می‌شوند شایع‌تر است.
- ۷- شیر موجود در بطری خیلی زود آلوده می‌شود.
- ۸- در تغذیه مصنوعی شیر خوار ممکن است بطری به شکل صحیح تمیز نشود و ایجاد آلودگی میکروبی و بیماری گردد.

فصل پنجم : تغذیه تکمیلی

اهداف آموزشی:

انتظار می رود فراگیران در پایان فصل بتوانند :

*سن شروع تغذیه تکمیلی را بیان کنند.

*خطرات زود شروع کردن و دیر شروع کردن غذای کمکی را شرح دهند..

*خصوصیات غذای کمکی مناسب را توضیح دهند.

نحوه شروع و معرفی غذای تکمیلی را شرح دهند.

نحوه مقوی و مغذی کردن غذای کودک را توضیح دهند.

فهرست:

عنوان:

اهمیت تغذیه تکمیلی

تغذیه تکمیلی

برخی از خطرات شروع زود هنگام غذاهای تکمیلی

برخی از خطرات شروع دیر هنگام غذاهای تکمیلی

خصوصیات غذای کمکی مناسب

نحوه شروع و معرفی غذاهای تکمیلی

نوع غذای تکمیلی

مقدار و تنوع غذای تکمیلی

اصول تغذیه تکمیلی در سنین مختلف

نحوه معرفی غذاهای آلرژن برای کودکان در معرض خطر آلرژی

نقش گروههای غذایی در رشد و سلامت شیرخوار

روش های مغذی کردن غذا

روش مقوی کردن غذای

نحوه مصرف مکمل آهن و مکمل مولتی ویتامین و آ+د

تغذیه در سال دوم زندگی

نکات مهم در مورد تغذیه با شیرمادر برای کودک ۲-۱سال

توصیه تغذیه ای برای کودک ۱ تا ۲ سال

اقدامات والدین جهت کمک به کودکان بدغذا و کم اشتها

توصیه های لازم در خصوص تشویق کودک به مصرف مواد غذایی

اضافه وزن و چاقی در کودکان

مشکلات ناشی از اضافه وزن و چاقی در کودکان

راهکارها و توصیه های تغذیه ای برای پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی

اهمیت تغذیه تکمیلی:

تغذیه با شیر مادر به تنهایی تا پایان شش ماه اول تولد (۱۸۰) روزگی نیازهای تغذیه ای شیرخوار را تأمین می کند. اما پس از پایان شش ماهگی شیر مادر قادر به تأمین انرژی، پروتئین، روی، آهن و برخی از ویتامین های محلول در چربی نیست. به طوری که تغذیه با شیر مادر از ۶-۱۲ ماهگی بیش از نیمی از نیازهای تغذیه ای شیرخوار و از ۲۴-۱۲ ماهگی، حداقل یک سوم آن را تأمین می کند. تغذیه تکمیلی ضمن تأمین مواد مغذی مورد نیاز برای رشد مطلوب شیرخوار به ایجاد عادات غذایی درست در سال های آتی کمک می کند. پس از شروع غذای تکمیلی، باید روند رشد کودک در مراقبت های بهداشتی تعیین و در صورت اختلال رشد شیرخوار در مورد نحوه تغذیه او بررسی های لازم انجام گردد.

تغذیه تکمیلی:

تغذیه تکمیلی به مواد غذایی مایع، نیمه جامد یا جامد حاوی مواد مغذی و انرژی اطلاق می‌شود که علاوه بر شیر مادر یا شیر مصنوعی به شیرخوار داده می‌شود. طی دوره تغذیه تکمیلی، اگرچه تغذیه با شیر مادر همچنان به عنوان منبع مهم تأمین مواد مغذی و عوامل حفاظتی حداقل تا ۲ سالگی ادامه می‌یابد. تغذیه تکمیلی زمان آشنایی با انواع رنگ‌ها، طعم‌ها و بافت‌های مختلف مواد غذایی است

برخی از خطرات شروع زود هنگام غذاهای تکمیلی:

-دریافت ناکافی انرژی یا سایر مواد مغذی از طریق جایگزین شدن غذای تکمیلی با شیر مادر مانند استفاده از حریره و سوپ آبکی و رقیق به عنوان غذای تکمیلی شیرخوار

-افزایش ابتلای شیرخوار به بیماری‌های عفونی مانند اسهال

-افزایش احتمال بروز آلرژی به مواد غذایی

-افزایش خطر آسپیراسیون (ورود غذا یا مایعات به ریه) به دلیل نداشتن توانایی در بلعیدن مواد غذایی

-کاهش مزایای تغذیه با شیر مادر به ویژه کاهش دریافت عوامل حفاظتی شیر مادر

برخی خطرات شروع دیر هنگام غذای تکمیلی:

-اگر غذای کمکی دیرتر از زمان توصیه شده شروع شود آشنا شدن شیرخوار با مزه و قوام انواع غذاها به تأخیر می‌افتد و تمایل شیرخوار برای پذیرش و استفاده از غذاهای جامد را به تأخیر می‌اندازد.

-به دلیل تأمین ناکافی مواد غذایی مورد نیاز شیرخوار، اختلالات در رشد جسمی از جمله کندی یا توقف رشد وزنی، کمبود ویتامین آ و کم‌خونی فقر آهن و آهسته‌تر شدن تکامل شیرخوار مشاهده می‌گردد.

-به تأخیر افتادن عمل جویدن

-خودداری از خوردن غذای جامد توسط شیرخوار و کاهش پذیرش غذای جامد

خصوصیات غذای کمکی مناسب:

- ۱- غذای کمکی باید در حجم کم، دارای کالری مطلوب بوده و حاوی انرژی، پروتئین و سایر مواد مغذی مورد نیاز باشد.
- ۲- قوام آن مناسب برای سن شیرخوار باشد، کاملاً پخته و نرم باشد تا کودک بتواند آن را به راحتی بلعیده و هضم نماید.
- ۳- متناسب با عادات غذایی خانواده و مورد علاقه و میل کودک باشد.
- ۴- با استفاده از مواد غذایی تازه و قابل دسترس برای خانواده به روش سالم و بهداشتی تهیه شود.
- ۵- نمک، شکر و ادویه به آن اضافه نشود.
- ۶- غلظت و قوام غذای کمکی در اولین دفعات باید غلیظتر از شیر و همانند ماست رقیق باشد.
- ۷- افزودن نمک و ادویه در سال اول توصیه نمی‌شود.

نحوه شروع و معرفی غذاهای تکمیلی:

- شیر مادر برحسب تقاضای شیرخوار به او داده شود و بلافاصله بعد از تغذیه شیرخوار با شیر مادر، غذای تکمیلی به او داده شود.
- از یک نوع ماده غذایی ساده شروع شود و کم‌کم به مخلوطی از چند ماده غذایی افزایش یابد.
- بین اضافه کردن مواد غذایی جدید بین ۳-۵ روز فاصله گذاشته شود تا آلرژی شیرخوار به آن ماده غذایی یا نداشتن تحمل به آن مشخص شود.
- در صورتی که اشیرخوار به خوردن غذایی بی‌میلی نشان داد، مادر یا مراقب کودک پافشاری نکند. بلکه برای ۲ تا ۳ روز آن غذا را حذف و سپس دوباره شروع کند. (به دلیل انتقال طعم‌های متنوع از طریق رژیم غذایی مادر به شیر او، پذیرش مواد غذایی در کودکانی که اشیر مادر می‌خورند بیشتر است).
- غلظت و قوام غذای تکمیلی باید متناسب با سن شیرخوار باشد.
- در ابتدا مواد غذایی به شکل پوره باید به شیرخوار داده شود.
- در صورت نداشتن نشانه‌ها و علائم آلرژی به مواد غذایی (مانند کهیر یا ضایعات پوستی، تورم صورت، اسهال، استفراغ، خس‌خس سینه، تنفس مشکل، ضعف یا رنگ‌پریدگی پوست) می‌توان ماده غذایی جدیدی را به غذای کودک اضافه نمود.

نوع غذای تکمیلی:

-غلات مانند آرد برنج به عنوان اولین ماده غذایی به شکل فرنی برنج به شیرخوار داده شود. آرد برنج احتمال آلرژی شیرخوار به آن بسیار کم می‌باشد. فرنی تهیه شده از آرد برنج را می‌توان با شیر مادر یا مقدار کمی شیر پاستوریزه گاو تهیه نمود.

-پس از غلات می‌توان گوشت (مرغ و گوسفند)، سبزی و میوه را در غذای شیرخوار گنجانند. بنابراین بعد از فرنی برنج و پوره گوشت می‌توان پوره سبزی‌ها و میوه‌ها (پوره سیب، گلابی، موز رسیده و هویج) را به غذای شیرخوار اضافه نمود.

-بعد از تحمل غذاهای یک جزئی مانند پوره گوشت (مرغ و گوسفند)، پوره سبزی‌ها و میوه‌ها می‌توان ترکیبی از دو یا چند ماده غذایی مانند سبزی، میوه، گوشت و غلات را به شکل پوره‌های ترکیبی یا سوپ به شیرخوار داد.

-سپس مس توان ترکیبی از انواع مواد غذایی مانند تکه‌های کوچک ماکارونی، سبزی یا گوشت به شیرخوار داد.

-از ۹ ماهگی می‌توان غذاهای انگشتی مانند تکه‌های کوچک میوه‌های نرم و رسیده و سبزی‌های پخته مانند هویج، سیب‌زمینی، موز، گلابی، ماکارونی پخته شده، پنیر، تکه‌های کوچک گوشت پخته شده ریزشده یا چرخ کرده بدون چربی یا کوفته قلقلی کاملاً پخته شده یا با پشت قاشق له شده را به شیرخوار معرفی نمود.

-انواع گوشت مانند گوشت قرمز، مرغ و ماهی و همچنین تخم مرغ (سفیده و زرده) را پس از شروع برحسب سن شیرخوار باید به‌طور روزانه و یا در هر زمان ممکن به او داد.

مقدار و تنوع غذای تکمیلی:

-غذای کمکی با غلا به میزان ۳-۲ قاشق مرباخوری ۳-۲ بار در روز شروع شود.

-مواد غذایی چه از نظر نوع و چه از نظر مقدار باید به تدریج به برنامه غذایی شیرخوار اضافه شود.

-در برنامه غذایی کودک، تنوع در نظر گرفته شود. از گروه‌های غذایی اصلی شامل نان و غلات، گوشت و تخم‌مرغ، حبوبات و مغز دانه‌ها، سبزی‌ها، میوه‌ها و لبنیات (ماست و پنیر پاستوریزه کم‌نمک) در غذای تکمیلی استفاده گردد.

-تا پایان ماه هفتم تمام گروه‌های غذایی باید به شیرخوار معرفی گردند.

-از سبزی‌های سبز تیره و نارنجی و میوه‌های زرد و نارنجی که منبع غذایی ویتامین A و C هستند در غذای تکمیلی استفاده شود.

-پس از معرفی آب‌میوه طبیعی به شیرخوار می‌توان به تدریج میزان آن را به ۶-۱۲ قاشق مرباخوری در روز رساند. آب‌میوه به‌عنوان میان وعده باید در نظر گرفته شود.

-از میوه‌ها و سبزی‌ها می‌توان به‌عنوان میان وعده یا در تهیه غذای تکمیلی به شکل پوره، سوپ و آش استفاده نمود.

-تخم‌مرغ کاملاً پخته‌شده (سفیده و زرده) به شیرخوار داده شود.

-با شروع غذای تکمیلی، دادن آب جوشیده سرد شده به دفعات و حجم موردعلاقه شیرخوار لازم است.

اصول تغذیه تکمیلی در سنین مختلف:

۸-۶ ماهگی:

-هرچقدر شیرخوار می‌خواهد حداقل ۸ بار در ۲ ساعت با شیر مادر تغذیه شود.

-با ۱ وعده غذا شروع شده و به ۳ وعده در روز برسد.

-برای تهیه اولین غذا برای شیرخوار از آرد برنج به شکل فرنی استفاده گردد.

-غذای تکمیلی را با ۲ تا ۳ قاشق مرباخوری از فرنی یا حریره بادام غلیظ ۲ تا ۳ بار در روز شروع نموده و این میزان را به تدریج افزایش داد.

-پس از معرفی غلات، می‌توان پوره یا شکل نرم شده انواع گوشت‌ها، سبزی‌ها و میوه‌های متنوع را به شیرخوار داد.

-حبوبات مانند عدس و ماش (خیساندن حبوبات قبل از مصرف) در سوپ و آش اضافه شود.

-ماست پاستوریزه و پنیر کم‌نمک پاستوریزه در برنامه غذایی کودک اضافه شود.

-یک تا دو میان وعده غذایی مانند پوره سبزی‌ها (هویج یا سیب‌زمینی)، پوره میوه‌ها (موز) بین وعده‌های اصلی در روز برحسب اشتهای شیرخوار به او داده شود.

-اگر کودک شیر مادر نمی‌خورد روزانه ۱ تا ۲ وعده غذایی به او داده شود.

۹-۱۱ ماهگی

-هرچقدر شیرخوار می‌خواهد حداقل ۸ بار در ۲۴ ساعت با شیر مادر تغذیه شود.

-هرروز سه تا چهار وعده غذایی به شیرخوار داده شود.

-تنوع و استفاده از پنج گروه اصلی غذایی همچنان در برنامه غذایی شیرخوار در نظر گرفته شود.

-یک تا دو میان وعده غذایی بین وعده‌های اصلی در روز برحسب اشتهای شیرخوار مانند هویج یا کرفس پخته، میوه رسیده (موز، گلابی، سیب) به شیرخوار داده شود.

-از غذاهایی که له شده یا به خوبی ریزشده، تکه تکه شده و غذاهای انگشتی که اشیرخوار بتواند با دست بگیرد به شیرخوار داده شود.

-حبوبات مانند عدس و ماش (خیساندن حبوبات قبل از مصرف) در سوپ و آش اضافه شود.

-اگر کودک شیر مادر نمی‌خورد روزانه ۱ تا ۲ وعده غذای اضافی به او داده شود.

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

-شیر گاو، تخم‌مرغ، ماهی، گندم، سویا، بادام، گردو، فندق، پسته و بادام‌زمینی از مواد غذایی بسیار حساسیت‌زا هستند.

-در شیرخواران، آلرژی به شیر گاو، بادام‌زمینی و تخم‌مرغ نسبت به سایر مواد غذایی آلرژن بیشتر مشاهده می‌شود. شیرخوار در

معرض خطر آلرژی، شیرخواری است که حداقل یک وابسته درجه اول (پدر، مادر، خواهر یا برادر مبتلا به آلرژی شامل: درماتیت

آتوپیک (اگزما)، رینیت آلرژیک (آبریزش بینی) یا آلرژی غذایی ثابت شده دارد.

برای دادن مواد غذایی حساسیت‌زا برای شیرخوار در معرض خطر آلرژی، باید پس از شروع غذای تکمیلی در پایان شش ماهگی و در صورت تحمل مواد غذایی مانند غلات، گوشت، میوه و سبزی و نداشتن علائم آلرژی (مانند اگزما) به مواد غذایی، مواد غذایی آلرژی‌زا (غیر از شیر گاو) را به مقدار جزئی به او داده شود. مواد غذایی آلرژی‌زا برای اولین بار به شیرخوار باید در منزل باشد نه مهدکودک یا جای دیگر.

نقش گروه‌های غذایی در رشد و سلامت شیرخوار:

در برنامه غذایی شیرخوار باید از پنج گروه اصلی غذایی (نان و غلات، شیر و لبنیات، گوشت، حبوبات، تخم‌مرغ و مغز دانه‌ها، سبزی‌ها و میوه‌ها) استفاده گردد.

گروه نان و غلات:

مواد غذایی این گروه شامل، شامل انواع نان به‌خصوص نان سبوس‌دار (سنگک، بربری، نان جو)، نان‌های سنتی سفید (لواش و تافتون)، برنج، انواع ماکارونی و رشته‌ها، غلات صبحانه و فراورده‌های آن‌ها به‌ویژه محصولات تهیه‌شده از دانه کامل غلات است. گروه نان و غلات منبع کربوهیدرات‌های پیچیده و فیبر (مواد غیرقابل هضم گیاهی)، برخی ویتامین‌های گروه B، آهن، پروتئین، منیزیم و کلسیم می‌باشد.

گروه سبزی‌ها:

این گروه شامل انواع سبزی‌های برگ‌دار، انواع کلم، هویج، بادمجان، نخود سبز، لوبیا سبز، انواع کدو، فلفل، قارچ، خیار، گوجه‌فرنگی، پیاز و سیب‌زمینی می‌باشد. مواد غذایی این گروه نسبت به سایر گروه‌ها انرژی و پروتئین کمتری دارند و در مقایسه با گروه میوه‌ها فیبر بیشتری دارند. گروه سبزی‌ها دارای انواع ویتامین‌های A, B, C، مواد معدنی مانند پتاسیم، منیزیم و مقدار قابل توجهی فیبر است.

گروه میوه‌ها:

این گروه شامل انواع میوه‌ها و آب میوه طبیعی می‌باشد. میوه‌ها منابع غنی از انواع ویتامین‌ها، آنتی‌اکسیدان‌ها، انواع املاح و فیبر می‌باشند. آنتی‌اکسیدان‌ها (ویتامین E, A, C، سلنیوم و بتا کارتن) مواد سلامت بخشی هستند که شادابی و سلامت پوست، کاهش فرایند پیری و مبارزه با عوامل سرطان را از مهم‌ترین خواص آن‌ها می‌باشد. میوه‌های غنی از ویتامین C شامل انواع مرکبات (مانند پرتقال، نارنگی، لیموترش، لیموشیرین) و انواع توت‌ها می‌باشد که در ترمیم زخم‌ها و افزایش جذب آهن نقش مهمی دارند. مصرف این گروه نیز در جلوگیری از خشکی پوست، افزایش مقاومت بدن در برابر عفونت، رشد کودکان و سلامت چشم نقش مهمی دارند.

گروه شیر و لبنیات:

این گروه شامل شیر و فراورده‌های آن (ماست، پنیر، کشک، بستنی و دوغ) می‌باشد. این گروه دارای کلسیم، پروتئین، فسفر، ویتامین B12 و B2 و سایر مواد مغذی می‌باشد و بهترین منبع تأمین‌کننده‌ی کلسیم است که برای رشد و استحکام استخوان و دندان ضروری است. دادن شیر پاستوریزه گاو به کودکان زیر یک سال ممنوع است.

گروه گوشت، تخم‌مرغ، حبوبات و مغز دانه‌ها:

این گروه شامل گوشت‌های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت‌های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان)، تخم‌مرغ، انواع حبوبات مانند نخود، انواع لوبیا، عدس، باقلا، لپه، ماش و مغز دانه‌ها (گردو، بادام، فندق، بادام زمینی و ...) می‌باشند. با توجه به اینکه گوشت‌ها منبع خوبی از آهن و روی هستند در صورت امکان هرروز در برنامه غذایی روزانه کودک گنجانده شود.

گروه متفرقه:

این گروه شامل انواع مواد قندی و چربی‌ها و تنقلات شور است. توصیه می‌شود در برنامه غذایی روزانه از این گروه کمتر استفاده شود.

روش‌های مغذی کردن غذا:

مغذی کردن غذا یعنی اضافه کردن برخی مواد غذایی باهدف افزایش مقدار پروتئین، ویتامین‌ها و انواع املاح مقوی سازی غذای کودک انجام گیرد.

روش‌های زیر برای مغذی سازی غذای کودک توصیه می‌شود:

- پس از معرفی تمام گروه‌های غذایی می‌توان، پودر جوانه غلات و حبوبات به برخی غذاها (به‌ویژه سوپ، فرنی و کته) اضافه نمود.
- کمی گوشت یا مرغ به غذای شیرخوار اضافه شود.
- از انواع حبوبات مانند عدس و ماش کاملاً پخته می‌توان در غذای شیرخوار گنجاند.
- می‌توان انواع سبزی‌های زرد و نارنجی مانند کدو حلوایی و هویج و انواع سبزی‌های برگ سبز مانند جعفری و شوید به غذای شیرخوار اضافه کرد.

روش‌های مقوی کردن غذا

مقوی کردن غذا یعنی اضافه کردن برخی مواد غذایی باهدف افزایش مقدار انرژی غذا.

روش‌های زیر برای مقوی‌سازی غذای کودک توصیه می‌شود:

غذاها با آب کم پخته شوند. بعد از پخت تکه‌های جامد غذا مانند حبوبات، سیب‌زمینی و سبزی‌ها آن‌ها را از سوپ جدا کرده و له نموده و سپس کم‌کم آب سوپ را به آن اضافه کرده تا یک پوره غلیظ درست شود.

* غذای کودکان مقدار کمی کره، روغن‌زیتون یا روغن مایع اضافه شود.

* بر روی نان یا بیسکوئیت کودک که معمولاً به‌عنوان میان وعده استفاده می‌شود کمی کره یا روغن مالیده شود.

* انواع مغزها مانند گردو، بادام و پسته دارای انرژی و ریزمغذی‌ها به میزان نسبتاً خوبی هستند.

نحوه مصرف مکمل آهن و مکمل مولتی‌ویتامین و A+D:

برای شیرخوارانی که با وزن طبیعی متولد می‌شوند (اعم از شیر مادر خوار و شیر مصنوعی خوار) از پایان ماه ششم (۱۸۰ روزگی) و هم‌زمان با تغذیه تکمیلی علاوه بر ارائه مکمل‌های ویتامین‌های A و ویتامین D (۲۵ قطره مولتی‌ویتامین یا قطره ویتامین A+D)، باید مکمل آهن به‌صورت روزانه ۱۲/۵ میلی‌گرم آهن المنتال (معادل ۱۵ قطره آهن) تا پایان ۲۵ ماهگی داده شود. در صورتی که به

دلیل اختلال رشد کودک، تغذیه تکمیلی بین ۴ تا ۶ ماهگی شروع شود، قطره آهن هم زمان با شروع غذای کمکی به میزان ۱۵ قطره در روز باید داده شود. در مورد کودکان نارس و شیرخوارانی که با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم متولد می شوند (اعم از شیر مادر خوار و یا شیر مصنوعی خوار) از زمانی که وزن آن‌ها به دو برابر وزن هنگام تولد می‌رسد روزانه ۲ قطره آهن به ازای هر کیلوگرم وزن بدن شیرخوار و تا پایان ۲۵ ماهگی توصیه می‌شود. مکمل‌های مولتی‌ویتامین و A+D هم از ۵-۳ روزگی تا پایان ۲ سالگی یک روز در میان از هر کدام ۲۵ قطره به شیرخوار داده شود.

تغذیه در سال دوم زندگی:

در سال دوم زندگی، کودکان یاد می‌گیرند که به طور مستقل غذا بخورند و الگوی غذایی در این دوران شکل می‌گیرد. بعد از سال اول تولد میزان رشد و اشتهای کودک کاهش می‌یابد. مقدار غذایی که کودکان در سال دوم می‌خورند ممکن است در هر وعده غذایی نیز متفاوت باشد.

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

- تغذیه منظم با شیر مادر در سال دوم زندگی همچنان یک ضرورت است چراکه:
 - یک منبع خوب تأمین پروتئین برای کودک است. حدود یک سوم انرژی مورد نیاز روزانه او را تأمین می‌کند.
 - به تداوم رشد مناسب کودک کمک می‌کند و مواد ایمنی‌بخش موجود در آن برای محافظت کودک در برابر عفونت‌ها مؤثر است.
 - نیازهای عاطفی و روانی شیرخوار را تأمین نموده و در تکامل ذهنی و جسمی او نقش به‌سزایی دارد.
 - در مواقع ابتلا کودک به بیماری و به دنبال آن بی‌اشتهایی، یک منبع مهم تأمین‌کننده انرژی برای کودک است چراکه اغلب کودکان در زمان بی‌اشتهایی ناشی از بیماری، فقط به شیر مادر تمایل دارند.
 - در صورت ابتلا به اسهال و استفراغ، هیچ چیز به اندازه شیر مادر برای شیرخوار قابل تحمل نیست.
- توصیه‌های تغذیه‌ای برای کودک ۱ تا ۲ سال:
- هر چه قدر شیرخوار می‌خواهد از شیر مادر تغذیه شود.
- برخلاف سال اول زندگی، در کودکان ۱ تا ۲ سال تغذیه با شیر مادر بهتر است نیم تا ۱ ساعت پس از صرف غذای کودک انجام شود.

- تنوع غذایی، استفاده از تمام گروه های اصلی غذایی و انتخاب مواد غذایی دارای ارزش تغذیه ای مناسب در برنامه غذایی کودک در نظر گرفته شود.
- از غذاهای متنوع خانواده شامل پنج گروه اصلی غذایی (نان و غلات، شیر و لبنیات، گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغز دانه ها، سبزی ها و میوه ها به کودک داده شود.
- از سبزی های برگ سبز تیره و نارنجی و میوه های زرد و نارنجی (جعفری، گشنیز، هویج، کدو حلوایی، انبه، زردآلو و مرکبات) که منابع غذایی ویتامین A و C هستند به کودک داده شود.
- هرروز ۳ تا ۴ وعده غذا به کودک داده شود.
- هرروز ۲-۱ بار میان وعده در بین غذاهای اصلی به کودک داده شود.
- میان وعده را باید ۱/۵ تا ۲ ساعت قبل از وعده اصلی به کودک داد.
- در برنامه غذایی کودک فقط از ماست پاستوریزه ساده استفاده شود.
- از دادن آدامس، آب نبات، تکه های بزرگ سیب، آجیل، ذرت، کشمش، هویج خام، کرفس، انگور و گیلان به دلیل احتمال خفگی به کودک خودداری شود.
- تخم مرغ کاملاً پخته شده به کودک داده شود.
- به کودک کمک شود خودش غذا بخورد و اطمینان حاصل گردد که فقط آب خورش و آب گوشت را نخورد.
- از بشقاب، قاشق و چنگال نشکن استفاده شود.
- غذا خوردن کودک همراه با حواس پرت کردن، تشویق و تنبیه نباشد. در هنگام غذا خوردن کودک، تلویزیون خاموش باشد. به زور به کودک غذا داده نشود.
- مصرف مکمل های ویتامین های A و D یا مولتی ویتامین یا قطره آهن در سال دوم نیز باید بر اساس دستور عمل تداوم داشته باشد. (این مطلب که قطره آهن موجب سیاهی دندان می شود نباید مانع مصرف آن شود، بلکه باید قطره آهن را با قاشق چای خوری در عقب دهان ریخت و پس از آن به کودک آب داد و با پارچه ای تمیز روی دندان های او تمیز نمود.
- اقدامات والدین جهت کمک به کودکان بدغذا و کم اشتها

- برای خوردن غذا نیاز به احساس گرسنگی می‌باشد (فعالیت پیش از غذا، عدم مصرف شیرینی و شربت‌ها و مایعات شیرین در بین وعده‌های غذایی، عدم خواب‌آلودگی در کودک)

- در تغذیه کودکان از غذاهای موردعلاقه آن‌ها استفاده شود.

- باید هنگام غذا به کودک با او صحبت کرد و او را به خوردن غذا تشویق نمود.

- زمان خوردن غذا با ابراز محبت، برای کودک لذت‌بخش گردد.

- غذای کودک رنگین و متنوع باشد. (تغییر در ترکیب غذاها، مزه، بافت، نحوه طبخ، تزئین غذاها به شکل حیوانات، گل، عروسک، استفاده از بشقاب‌های رنگین).

- در زمان غذا خوردن کودک خیلی گرسنه یا خیلی خسته نباشد.

- برای خوردن غذا جایزه در نظر گرفته نشود.

- نباید انتظار داشت کودک خیلی تمیز و مرتب مطابق با خواسته مادر غذا بخورد.

توصیه‌های زیر در خصوص تشویق کودک به مصرف مواد غذایی برحسب سن کودک و مواد غذایی توصیه شده برحسب سن او به کار گرفته می‌شود:

اگر شیر نمی‌خورند:

- می‌توان ماست را جایگزین شیر نمود و دوغ و ماست را در وعده‌های غذای کودک قرارداد.

- در بعضی از غذاها از شیر استفاده شود مثلاً آرد و کره و شیر را به سوپ اضافه کرده، یا به کودک شیر برنج یا فرنی داده شود.

اگر سبزی یا میوه نمی‌خورند:

-کودکان ممکن است در این سن یک نوع میوه با سبزی را نخورند هرکدام را که بهتر می‌خورند بیشتر باید در اختیار او قرار داده شود.

-سبزی‌هایی مثل کرفس و هویج را می‌توان پخت و اجازه داد کودک آن را با دست بردارد و بخورد.

-کمی ماست چکیده بر روی سبزی‌های پخته، ریخته شود یا سبزی با نان و پنیر به او داده شود.

-اگر میوه نمی‌خورد آن را رنده یا به تکه‌های کوچک تقسیم کرده و با کمی خامه در اختیار او قرار داده شود.

اگر شیرینی زیاد می‌خورند:

-خرید شیرینی و تهیه غذاهای شیرین کاهش داده شود.

-در تهیه غذاهای شیرین، شکر کمتری استفاده گردد.

-موادی مثل بستنی و شکلات به‌عنوان جایزه یا هدیه به کودک داده نشود.

-مراقب دندان‌های کودک بوده و پس از مصرف مواد شیرین، دندان‌های او مسواک زده شود.

اگر گوشت تکه‌ای نمی‌خورند:

-بهتر است که گوشت را به قطعات بسیار کوچک و ریز تقسیم نمود.

می‌توان گوشت چرخ‌کرده را به‌صورت کوفته‌قلقلی درآورده یا به‌صورت مخلوط با گوجه‌فرنگی به‌جای سس روی ماکارونی ریخت.

-کتلت (گوشت، سیب‌زمینی، تخم‌مرغ به شکل‌های کوچک و زیبا تهیه شود یا به‌صورت مخلوط با آب گوجه‌فرنگی و لوبیا و برنج

(لوبیاپلو) پخته شود.

-از گوشت مرغ یا ماهی استفاده شود.

-اگر کودک هیچ‌یک از انواع گوشت را نمی‌خورد از جانشین‌های آن مثل تخم‌مرغ، عدس، پنیر با بادام یا گردو، لوبیاچیتی پخته،

شیر و ماست استفاده گردد.

اگر تخم مرغ سفت شده نمی‌خورند:

- تخم مرغ سفت شده با کمی کره یا شیر نرم شود.
- زرده و سفیده تخم مرغ را هم زده و داخل سوپ ریخته و گذاشته شود چند جوش بزند.

اضافه وزن و چاقی در کودکان:

رفتارهای غذایی نامناسب مانند عادت به مصرف غذاهای پرکالری، غذاهای آماده و رستورانی، تنقلات کم ارزش، غذاهای پرچرب، در دسترس بودن غذاهای پرکالری در محیط کودک مثل خانه، مهدکودک، محل های بازی و تفریح کودکان، بی تحرکی کودکان مثل کاهش فعالیت بدنی (تماشای تلویزیون به مدت طولانی، استفاده بیش از حد از کامپیوتر و...)، کاهش فرصت های بازی در خارج از منزل از عوامل اضافه وزن و چاقی در کودکان می باشند.

مشکلات ناشی از اضافه وزن و چاقی در کودکان:

- ۱- افزایش میزان ابتلا به بیماری های متعدد شامل: بیماری های قلب و عروق، دیابت، پرفشاری خون، افزایش چربی های خون، بیماری های کبدی و بیماری های تنفسی.
 - ۲- عوارض اجتماعی شامل: اضطراب، افسردگی، اعتماد به نفس پایین و موفقیت های تحصیلی کمتر.
- راهکارها و توصیه های تغذیه ای برای پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی:

- تغذیه انحصاری کودک در شش ماه اول زندگی با شیر مادر و تداوم آن تا دوسالگی
- مصرف روزانه صبحانه به عنوان یکی از سه وعده اصلی غذایی
- صرف غذا به همراه خانواده
- خودداری از دادن غذا یا تنقلات هنگام تماشای تلویزیون
- خودداری از وادار کردن کودک به اتمام غذا
- ندادن شکلات و شیرینی به عنوان پاداش به کودک
- محدود کردن مصرف غذاهای آماده
- محدود کردن مصرف غذاهای چرب، سرخ شده و تنقلات پرکالری و بر چرب مانند سیب زمینی سرخ شده، چیپس، پفک، شکلات، کیک های خامه ای و شکلاتی، بستنی، شیرکاکائو و...
- نوشیدن آب یا دوغ کم نمک به جای نوشابه
- مصرف لبنیات کم چرب برای کودکان بزرگ تر از دو سال
- محدود کردن مصرف کره، سرشیر، خامه و سس مایونز
- مصرف میوه یا آب میوه تازه و طبیعی به جای آب میوه آماده و شربت

- استفاده روزانه از سبزی‌های تازه یا پخته و میوه تازه در برنامه غذایی کودک
- محدود کردن مصرف آجیل و مغزها به جای تنقلات بی‌ارزش

فصل ششم :

پیشگیری از سوانح و حوادث در کودکان

اهداف آموزشی:

انتظار می‌رود فراگیران در پایان فصل بتوانند :

*اهمیت پیشگیری از سوانح و حوادث را شرح دهند.

*حوادث شایع در کشور که سلامت کودکان را تهدید می‌کنند را بدانند.

*روش‌های پیشگیری از انواع حوادث در کودکان را بیان کنند.

فهرست :

عنوان :
صفحه :

مقدمه

اهمیت پیشگیری از سوانح و حوادث در کودکان

نقش والدین در پیشگیری از سوانح و حوادث در کودکان

حوادث ترافیکی

سوختگی

خفگی

غرق شدگی

سقوط

مسمومیت

برق گرفتگی

صدمات بدنی

مقدمه :

آسیب‌های ناشی از حوادث از علل اصلی معلولیت، ناهنجاری‌های دائمی و مرگ در کودکان است. یکی از علل عمده بروز حوادث در کودکان، ناتوانی آن‌ها در شناخت اصول ایمنی و پیشگیری از آسیب‌ها است.

اهمیت پیشگیری از سوانح و حوادث در کودکان:

آسیب‌های کودکان قابل‌پیشگیری هستند، اما در اغلب مناطق دنیا عامه مردم، سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی به آن‌ها کم‌توجه‌اند. همه آحاد جامعه نسبت به پیشگیری از آسیب‌های کودکان مسئول‌اند. پیشگیری از آسیب‌های کودکان مسئولیت بزرگی است که نیازمند تعهد و مشارکت کامل همه مسئولان ادارات و افراد تأثیرگذار بر سلامت کودکان، خانواده‌ها و حتی کودکان است تمام والدین، معلمان و مراقبان کودک در خانه و هر جای دیگر باید با دقت در جزئیات، مانع آسیب‌های کودکان شوند و در پیشگیری از حوادث نقش فعالی داشته باشند.

نقش والدین در پیشگیری از سوانح و حوادث در کودکان:

پیشگیری از سوانح و حوادث بخش مهم و ضروری برنامه مراقبت از کودکان در بخش بهداشت و یکی از مسئولیت‌های اصلی والدین و مراقبان کودک است. حوادث شایع در کشور ما که سلامت کودکان را تهدید می‌نمایند عبارت‌اند از حوادث ترافیکی - سوختگی - خفگی و غرق‌شدگی - سقوط - صدمات بدنی - کودک‌آزاری و مسمومیت‌ها.

آموزش، مهم‌ترین و کلیدی‌ترین نقش را در پیشگیری از ایجاد سوانح و حوادث دارد.

۱- حوادث ترافیکی:

اهمیت:

تصادف کودکان با وسایل نقلیه، حتی در کشورهای پیشرفته نیز رو به افزایش است. بسیاری از تصادفات به این دلیل رخ می دهد که کودک خطر خیابان و جاده را نمی فهمد و به راحتی به داخل خیابان می دود. کودکان زیر ۹ سال بیشتر در معرض خطرند، چون قد کوتاهی دارند، از پشت اتومبیل های پارک شده داخل خیابان را نمی بینند، و راننده ها هم آن ها را به راحتی نمی بینند.

علل حوادث ترافیکی:

-سرعت غیرمجاز وسایل نقلی

-نبود پل عابر پیاده با زیرگذر مخصوص عابران

-نقص در کنترل حرکت و سرعت وسایل نقلیه

-نبود مکان مشخص برای عابر پیاده

-وجود خیابان های باریک، ولی دوطرفه

-سطح ناصاف خیابان و وجود سرعت گیر بدون علامت هشداردهنده

-عدم آموزش صحیح در خصوص مقررات عبور و مرور در شهرها

-عدم رعایت مقررات راهنمایی و رانندگی از طرف رانندگان

-شکل های نادرست و غیراستاندارد محل های تقاطع و خیابان ها

-مطالعه یا استفاده از تلفن همراه حین رانندگی

-عدم استفاده از عینک برای راننده ای که چشم های ضعیف دارد.

-رانندگی بدون داشتن گواهی نامه

-مصرف مواد مخدر، یا داروهای خواب آور حین رانندگی

-سوار کردن سرنشین یا حمل بار بیش از حد مجاز

-عبور کودک کم سن با کودکی که آموزش کافی ندیده است، از خیابان

-بازی کردن کودکان در محل پرتدد، یا محلی که اتومبیل پارک شده است.

-داشتن نقص عضو و معلولیت، یا ابتلای راننده به بیماری هایی مانند صرع و غش یا بیماری روانی و عصبی

-سوارشدن افراد زیاد روی موتورسیکلت، یا سوارشدن کودک در پشت راننده آن

پیشگیری از حوادث ترافیکی:

- مقررات عبور و مرور و امنیت در خیابان را برحسب سن و سال به کودک آموزش دهید.
 - مراقب باشید کودک در کنار خیابان بازی (خصوصاً توپ‌بازی) نکند.
 - در کودکان کوچک‌تر، هرگز از کمربند ایمنی مخصوص بزرگ‌سال استفاده نکنید. کودک باید از کمربند ایمنی مخصوص کودکان استفاده کند.
 - در داخل اتومبیل، از صندلی مخصوص کودک یا سبد نوزاد استفاده کنید.
 - هرگز کودک را در صندلی‌های جلو (صندلی راننده یا کنار راننده) بغل نکنید.
 - از بیرون آوردن سر و دست کودک از پنجره، حتی در شرایط توقف خودرو جلوگیری کنید.
 - در سن ۵ سالگی بر ایمنی محل‌های بازی تأکید کنید.
 - اجازه عبور بچه کوچک از خیابان را ندهید.
 - به کودک خود لباس روشن بپوشانید و اهمیت این موضوع را به او آموزش دهید.
 - از ماندن کودک روی موتورسیکلت یا دوچرخه متوقف‌شده جلوگیری کنید
 - هرگز کودک را بدون کمربند مخصوص کودکان روی صندلی جلو نشانید.
 - دقت کنید درب‌های خودرو خراب نباشد که باعث باز شدن آن در حین حرکت شود.
 - هنگام ورود به خودرو ابتدا کودکان وارد شوند، و هنگام خروج ابتدا بزرگسالان خارج شوند.
 - کودک خود را در خودرو تنها نگذارید.
- ### آسیب‌های دوچرخه‌سواری:

علت آسیب‌های دوچرخه‌سواری، اغلب اجازه پدر و مادر برای دوچرخه‌سواری کودک در خیابان، بدون داشتن مهارت کافی است.

پیشگیری از آسیب‌های دوچرخه‌سواری:

- برای کودک با توجه به سن و جثه‌اش دوچرخه مناسب تهیه کنید.
- اجازه سوارشدن دو کودک روی دوچرخه را ندهید.

-به کودک یاد بدهید موقع حرکت دست‌های خود را رها نکند.

-به کودکان بیاموزید در خیابان پرترافیک با محل باریک در کنار هم به صورت موازی حرکت نکنند.

-مهارت‌های لازم را برای دوچرخه‌سواری به کودک آموزش دهید.

-به بچه‌ها بفهمانید حرکات مارپیچی، و پیچیدن ناگهانی حین حرکت خطرناک است.

-اجازه سرعت گرفتن بیش از حد را به کودک ندهید.

-نقص فنی دوچرخه‌ها، مانند مشکل لاستیک‌ها با مشکل ترمز را بررسی و برطرف کنید.

-کودک از کلاه ایمنی استفاده کند. همچنین استفاده خود شما از کلاه ایمنی برای کودک الگوی مناسبی است.

۱- سوختگی :

-پوست کودک ۱۵ برابر نازک‌تر از بزرگسالان است، و به راحتی می‌سوزد.

-سوختگی درد و سوزش شدیدی ایجاد می‌کند که تحمل آن برای کودک بسیار مشکل است.

-عمده‌ترین نوع سوختگی‌ها در کودکان، سوختگی با مایعات داغ، سوختگی با آب حمام و سوختگی با اشیای داغ می‌باشد.

پیشگیری از سوختگی با مایعات داغ :

-در صورت استفاده از کتری برقی آن را در محل امنی بگذارید.

-دستگیره‌های ظروف حاوی مایع داغ روی اجاق مانند تابه و قابلمه را به طرف بیرون در دسترس کودکان قرار ندهید.

-مایعات داغ را از روی سر کودکان عبور ندهید.

-هنگام نوشیدن چای یا قهوه داغ کودک را بغل نکنید.

-روش‌های پیشگیری از سوختگی را به زبان ساده به کودک بیاموزید.

-ظروف حاوی مایعات داغ و خطرناک را در لبه‌بلندی‌های در دسترس کودکان قرار ندهید.

-مسئولیت حمل ظروف مایعات داغ را به کودک واگذار نکنید.

-چای و سایر نوشیدنی‌های داغ را در وسط اتاق نگذارید.

پیشگیری از سوختگی با آب حمام:

-درجه آب گرم‌کن حمام بهتر است روی حرارت کمتر از ۶۰ درجه تنظیم شود.

-با درجه حرارت آب را قبل از ورود کودک به حمام اندازه‌گیری کنید. مناسب‌ترین حرارت برای حمام کودک بین ۳۶ تا ۳۸ درجه سانتی‌گراد است.

-به کودک اجازه دست زدن به شیرهای آب را ندهید.

-هرگز کودک خود را در حمام با وان یا لگن آب گرم تنها نگذارید.

پیشگیری از سوختگی با اشیاء داغ

-هرگز روی چراغ علاءالدین کتری یا ظرف غذا نگذارید.

-لباس‌های کودک نباید خیلی بلند و گشاد باشد که در اثر گرفتن به وسایل آتش‌زا باعث سوختگی شود.

-اطراف تمام وسایل گرمازا مانند بخاری، اجاق‌گاز، سماور، گاز پیک‌نیک و شومینه خانگی، حفاظ مناسب بگذارید.

-وسایلی مانند اتو را بلافاصله پس از استفاده از دسترس کودک دور کنید.

۳- خفگی

اهمیت:

از مهم‌ترین و سریع‌ترین علت‌های مرگ است. خفگی خیلی ساده و راحت رخ می‌دهد و عوامل آن به‌وفور در محیط زندگی هستند.

علل خفگی:

-بازی کردن کودک با طناب، می‌تواند با پیچیدن دور گردن موجب خفگی کودک یا همبازی او شود.

-کودک می‌تواند با فروکردن سر خود در پاکت موجب خفگی خود شود

-گیرکردن راه تنفسی کودک در لای بالش می‌تواند باعث خفگی شود.

-بندهای بلند پستانک کودک ممکن است دور گردن کودک گیر کرده و باعث خفگی شوند.

- رها کردن کودک در هنگام شیر خوردن از شیشه، در صورت عطسه یا سرفه ممکن است موجب خفگی شود.
- پوشاندن لباس کشی یا بنددار به کودک، در صورت گیر کردن لباس کودک ایجاد خطر می‌کند.
- غذا دادن به کودک در حالت درازکش، ممکن است باعث گیر کردن غذا در گلو شود
- شیر دادن مادر به کودک وقتی مادر خواب آلوده است، ممکن است باعث فرار گرفتن سینه مادر در راه هوایی کودک، و خفگی کودک شود.
- کودکان اشیائی مثل سکه، دکمه یا باتری ساعت را دوست دارند و ممکن است با گذاشتن آن‌ها در دهان ایجاد خطر کنند.
- خوراکی‌های سفت مثل شکلات سفت، یا آجیل با پوست برای کودک خطرناک هستند.
- استفاده از آدامس، شکلات یا هر خوراکی دیگر در هنگام بازی خطرناک است.

پیشگیری از خفگی کودک:

- پاکت‌های پلاستیکی بزرگ را در دسترس کودک قرار ندهید.
- از خواباندن کودک در بالش‌های خیلی نرم و بزرگ خودداری کنید.
- در زمان شیر خوردن کودک با شیشه یا غذا خوردن بچه کوچک، آن‌ها را تنها نگذارید.
- به کودک لباس کشی یا بنددار نپوشانید.
- هرگونه ضاب یا حتی کمر بند لباس دور از دسترس کودک باشد.
- مادران شیرده در حالت خواب‌آلودگی به کودک خود شیر ندهند.
- در حالت خوابیده به کودک خود اجازه غذا خوردن ندهید.
- اشیائی مانند سکه، دکمه و باتری ساعت را در دسترس کودک قرار ندهید.
- هر غذای سفت را فقط در حالت خرد کرده، و آجیل را به صورت مغز شده به کودک بدهید.
- از خندانن کودک در هنگام غذا خوردن بپرهیزید.

۴- غرق‌شدگی:

پیشگیری از غرق‌شدگی کودک

- بازی کردن کودک با تیوب و قایق‌های بادی در کنار دریا خطرناک است.
- طرف حوض و استخر خانه‌ها از حفاظ استفاده کنید.
- به مهارت کودک و خودتان در شنا اعتماد نکنید. بیشتر غرق‌شدگان، شناگران ماهر هستند.
- در هنگام آب‌بازی کودک خود را زیر نظر داشته باشید.
- در مورد خطر فروردن سر در آب استخر، راه رفتن روی دیوار حوض و پریدن از طرفی به طرف دیگر به کودک خود آموزش دهید.
- پیشگیری از غرق‌شدگی کودک در حمام
- بچه کوچک خطرات آب حمام را نمی‌فهمد، و ممکن است به راحتی غلت بخورد و در آب بیفتد.
- دقت کنید که بچه کوچک به راحتی در آبی به ارتفاع ۵ سانتی‌متر (دو بندانگشت) خفه می‌شود!
- هرگز کودک زیر شش سال را در حمام تنها نگذارید.
- عمق آب برای بچه کوچک، کمتر از ۵ سانتی‌متر باشد، و برای کودک بزرگ‌تر نیز تا کمر کودک در حالت نشسته باشد.

۵- سقوط

اهمیت سقوط:

- سقوط از بلندی ممکن است به ایجاد حوادث شدید مثل شکستگی و یا ضربه مغزی منجر شود.
- شکستگی در صورت وقوع در استخوان‌های یک کودک خطرناک‌تر از شکستگی بزرگ‌سالان است و ممکن است منجر به کم شدن رشد کودک شود.

پیشگیری از سقوط و شکستگی:

- زنده‌های حفاظتی باید به صورت ایستاده طراحی شود که کودک نتواند از آن بالا برود.
- برای کودک در گهواره کمر بند ببندید و گهواره او را روی میز یا کابینت نگذارید.
- از بازی کردن کودکان در ساختمان‌های نیمه‌تمام جلوگیری کنید.
- هنگام حفر چاه در معابر بهتر است فردی مراقب نزدیک شدن کودکان به چاه باشد.
- برای محیط اطراف بام و کناره‌های راه‌پله، حفاظ و نرده نصب شود.
- در بام خانه همیشه قفل باشد که کودک به تنهایی آنجا نرود.

- برای محیط اطراف بام و کناره‌های راه‌پله، حفاظ و نرده نصب شود.
- لبه پله‌ها تیز نباشد.
- از راه رفتن کودک روی دیوارها جلوگیری کنید.
- نوزادی را که در سن غلت زدن یا سینه‌خیز رفتن است هرگز روی جای بلند نگذارید.
- هرچند وقت یک‌بار استحکام درود دیوارهای چاه‌های آب و فاضلاب را کنترل کنید.
- بالا و پائین رفتن از پله را از ۳ سالگی به کودک بیاموزید.
- کودک را از بازی روی سرسره‌هایی که حفاظ نامناسب و کم ارتفاع، یا شیب تند دارند منع کنید.
- کودک زیر نه سال را به تنهایی سوار تاب یا سرسره نکنید.
- هنگام گردش، به علت عدم شناخت کافی کودک از محیط، آن‌ها را تنها نگذارید.
- پیشگیری از زمین خوردن در حمام:**
- کف حمام معمولاً لغزنده است و استفاده از مواد شوینده بیشتر آن را لیز می‌کند.
- به کودک یاد دهید در حمام نایستند، ندود و نپرد، زیرا این کارها به آسانی موجب آسیب او می‌شود.
- بدن خود کودک وقتی شسته شده باشد لغزنده است. لذا مراقب باشید از دستتان به زمین نیفتد.
- ایجادکننده بیماری ممکن است از راه غذا، تنفس، یا پوست وارد بدن شود.

۶- مسمومیت

- علائمی مانند تهوع، استفراغ، اسهال، خواب‌آلودگی، رنگ‌پریدگی، و سوختگی روی لب‌ها و دهان می‌تواند نشانه مسمومیت باشد.
- در مورد کودکی که تا چند ساعت قبل حالش خوب بوده و ناگهان بدحال شود، همیشه احتمال مسمومیت هست.
- پیشگیری از مسمومیت غذایی:**
- غذا باید در محلی تمیز و بدون گردوغبار تهیه شود.
- جهت مغزپخت شدن گوشت، خرد کردن گوشت به قطعات کوچک لازم است.

- غذا را به صورت سالم و تازه مصرف کنید. زیرا احتمال رشد میکروب در غذای مانده زیاد است.
- همواره در هنگام خرید مواد غذایی به پروانه ساخت و تاریخ مصرف آن‌ها توجه کنید
- مصرف کردن کنسروهایی که در آن‌ها باد کرده است بسیار خطرناک است. آن‌ها را مصرف نکنید.
- تخم‌مرغ را به صورت تازه مصرف کنید.

- سبزی و میوه را پس از ضدعفونی و شستشوی کامل مصرف کنید.

- قارچ‌ها و گیاهان صحرائی را با دقت زیاد مصرف کنید.

- به کودکان بفهمانید از فروشندگان دوره‌گرد مواد غذایی نخرند.

- به کودکان بیاموزید در پارک‌ها فقط از شیر مخصوص آب آشامیدنی آب بخورد.

مسمومیت شیمیایی:

- اکثراً به علت غفلت والدین و دسترسی آسان کودک به مواد شیمیایی رخ می‌دهد.

- داروها، حشره‌کش‌ها و مواد شوینده از علل مهم این نوع مسمومیت هستند.

پیشگیری از مسمومیت شیمیایی

- برخی از قرص‌ها بسیار شبیه شکلات هستند، پس باید به آن‌ها برچسب مناسب زد و دور از دسترس کودکان از آن‌ها نگهداری کرد.
- سموم شیمیایی مانند حشره‌کش‌ها، مرگ موش، مواد گندزدا، اسیدها و پاک‌کننده‌ها را در جعبه قفل‌دار یا جعبه‌ای که کودک نتواند باز کنی گذاشته شود.
- حتی‌الامکان از خوردن داروهای خود در جلوی بچه‌های کوچک پرهیز کنید.
- کودک را از دسترسی به گیاه، خاک و گلدان ممانعت کنید.
- مواد غذایی و سموم را در ظروف شبیه هم نگذارید. مثلاً نگهداری بنزین در شیشه نوشابه، یا سم مایع در شیشه شربت، ممکن است برای کودک (و حتی بزرگ‌سال)، منجر به اشتباه و مسمومیت شود.
- ظروف نفت و گازوئیل را در دسترس کودک قرار ندهید.

- سموم و مواد شیمیایی را به مقدار زیاد در خانه نگهداری نکنید.
- مواد سفیدکننده (مثل وایتکس) و مواد پاک‌کننده (مثل جوهر نمک) را در یک ظرف روی هم بریزید.
- درب کابینت و کمد توسط کودک قابل باز کردن نباشد.

مسمومیت با گازهای سمی

- بسیاری از گازهای سمی، نامرئی و بدون بو هستند.
- گازهای سمی به راحتی و در اثر کمترین بی احتیاطی ایجاد می‌شوند!
- این گازها در اثر آتش و دود آن، دودکش معیوب خانه‌ها و مواد شیمیایی معمول برای نظافت خانگی ایجاد می‌شوند.

پیشگیری از مسمومیت گازهای سمی:

- ۱- در صورت امکان در هر محیطی که چیزی می‌سوزد، پنجره‌ای را باز بگذارید.
- ۲- مواد شیمیایی و شوینده‌های خطرناک را از دسترس کودکان دور نگاه دارید.

۷- برق‌گرفتگی

اهمیت:

کودکان به دلیل کنجکاوی به تمام نقاط خانه سرکشی می‌کنند. از آنجائی که همه‌ی نقاط خانه دارای پریز، کلید برق و سیم است و این وسایل برای کودکان جذاب است والدین باید همه‌ی جوانب احتیاط را رعایت کنند.

پیشگیری از برق‌گرفتگی در کودکان:

- همیشه پس از استفاده از وسایل برقی مانند: ریش تراش، سشوار، اتو مو و ... آن‌ها را از برق بکشید.
- تمام سیم‌های لوازم برقی را پشت مبلمان پنهان کنید.
- هرگز شارژر تلفن همراه را بدون تلفن همراه به پریز برق متصل نکنید. کودک شما می‌تواند سیم را بجود.
- روی پریزهای برق در پوش پلاستیکی قرار دهید.
- همه‌ی سیم‌های فرسوده و خراب را تعویض کنید.

۸- صدمات بدنی:

اشیا تیز، خلال دندان، چنگال، چاقو، قیچی و غیره نباید در دسترس کودک باشد و از دادن قاشق به دست کودک تا سن ۱۸ ماهگی که توان استفاده از قاشق را پیدا می‌کند اجتناب کنید. جوراب، چنانچه کش نامناسب داشته باشد و مو یا نخ

که اطراف انگشت کودک بپیچد می تواند صدمه برساند. مراقب باشید که سگ و گربه و سایر حیوانات خانگی به شیرخواران حمله نکنند.

فصل هفتم :

غربالگری تکامل کودک ASQ

اهداف آموزشی:

انتظار می رود فراگیران در پایان فصل بتوانند :

• اهمیت غربالگری و پایش تکامل کودک را بیان کنند..

• ابزار غربالگری تکامل کودک را بیان کنند.

• حیطة های مختلف ارزیابی تکامل کودکان را شرح دهند.

نحوه امتیاز دهی نهایی به پرسشنامه های تکمیل شده را توضیح دهند.

اقدامات لازم برای کودک نیازمند ارجاع را بیان کنند.

فهرست:

عنوان:

روند تکاملی کودک

مراحل رشد و نمو کودک

اهمیت غربالگری و پایش تکامل

ابزار غربالگری تکامل کودکان

ویژگی های سوالات هریک از حیطه های پرسشنامه ASQ

تست غربالگری تکامل ASQ برای کدام کودکان انجام می گیرد؟

موارد قابل توجه برای تکمیل پرسشنامه برای والدین

نحوه امتیازدهی نهایی به پرسشنامه های تکمیل شده

نحوه امتیاز دهی نهایی به پرسشنامه هایی که سوالات بی جواب دارند

ثبت اطلاعات

شاخص های برنامه ارتقای تکامل کودکان

روند تکاملی کودک:

رشد و تکامل کودک وابسته به یکدیگرند ما نمی توانیم فقط به بهبود رشد کودک فکر کنیم بدون آن که روند تکامل کودک را پایش کنیم بنابراین همواره باید روند رشد و تکامل کودک را همزمان پایش کنیم.

مراحل رشد و نمو کودک:

هنگام معاینه شما باید بتوانید رشد و نمو کودک را بررسی کنید و ببینید آیا مطابق سن او هست یا خیر؟

نکات مهمی که در سنین مختلف باید مورد توجه قرار گیرد به شرح زیر است:

• بدو تولد

آیا نوزاد بین ۲۵۰۰-۴۰۰۰ گرم وزن دارد؟

آیا قد نوزاد بین ۵۴-۴۷ سانتی متر است؟

آیا دور سر نوزاد بین ۳۷-۳۳ سانتی متر است؟

آیا نوزاد قادر به مکیدن و بلعیدن است؟

آیا نوزاد عطسه و سرفه می کند؟

آیا نوزاد ادرار و مدفوع می کند؟

• یکما هگی

آیا نوزاد نور را تعقیب می کند؟

• دو ما هگی

آیا کودک لبخند می زند؟

آیا کودک از خودصدا درمی آورد؟

آیا سر را ۴۵ درجه بالا می آورد؟

سه ما هگی

آیا وقتی او را روی شکم می گذارید می تواند سرش را نگه دارد؟

آیا با چشم هایش دست های شمارا تعقیب می کند؟

آیا می تواند دست ها را باز و بسته کند؟

توجه: کنترل حس بدن از سر به طرف پا تکامل پیدا می کند یعنی شیرخوار اول کنترل چشم پیدا می کند بعد گردن می گیرد.

• چهار ما هگی

اگر کودک ۴ ماهه ای اعمال زیر را انجام نمی دهد بدون اینکه مادرش را بترسانید او را به پزشک ارجاع دهید.

در پاسخ به خنده دیگران می خندد.

با چشم‌ها شیء متحرک را تعقیب می‌کند.

دست‌ها را بر روی سینه به هم می‌رساند.

سر خود را به طرف صدا می‌چرخاند.

وقتی روی شکم قرار می‌گیرد سر و قسمت بالای بدن خود را روی دست‌ها نگه می‌دارد.

دستش را برای گرفتن اشیا دراز می‌کند.

غلت می‌زند.

• شش‌ما هگی

آیا وزن دو برابر وزن زمان تولد است؟

آیا مادرش را می‌شناسد؟

آیا می‌تواند اشیاء را در دست خود نگه دارد؟

آیا ملاج خلفی او بسته شده است؟

آیا می‌نشیند؟

آیا به طرف صداها بر می‌گردد؟

• هشت‌ما هگی

وقتی کودک ۸ ماهه‌ای را مراقبت می‌کنید موارد زیر را بررسی کنید چنانچه قادر به انجام آنها

نباشد بدون اینکه مادرش را بترسانید ترتیب ارجاع به پزشک را بدهید.

دست‌ها و اشیا که در دست او قرار داده می‌شود را بررسی می‌کند.

زمزمه می‌کند و یا با صدای بلند می‌خندد.

دست به طرف اشیا برده و آن‌ها را می‌گیرد (انگشت شست و سیابه را برای گرفتن اشیا استفاده می‌کند)

به تنهایی و بدون کمک می‌نشیند.

• ده ماهگی

آیا بین ۱ تا ۳ دندان دارد؟

آیا می‌تواند اشیا را از یکدست به دست دیگر بدهد؟

آیا به خوبی می‌خورد؟

آیا می‌تواند به خوبی بنشیند؟

• دوازده ماهگی

وقتی کودک ۱۲ ماهه‌ای را مراقبت می‌کنید موارد زیر را بررسی کنید. در صورتی که کودک قادر به انجام آن‌ها نباشد بدون اینکه

مادرش را بترسانید ترتیب ارجاع به پزشک را بدهید. زمانی که شی را به سرعت به طرف چشمان او می‌برید چشم خود را می‌بندد.

سعی می‌کند خود را بالا بکشد و بایستد اشیا را از یکدست به دست دیگر می‌دهد.

سینه‌خیز رفته و با پا به خوبی می‌خزد.

درخواست‌های ساده بزرگ‌ترها را انجام می‌دهد مثل بیا، نکن، بای بای غذاهای ریز را برداشته می‌خورد.

• ۱۲ تا ۲۶ ماهگی

آیا به خوبی راه می‌رود و حتی می‌دود؟

آیا شروع به صحبت کردن نموده است؟

آیا ملاح قدامی کودک بسته شده است؟

• ۲/۵ سالگی

وقتی کودک ۲/۵ ساله را مراقبت می کنید موارد زیر را بررسی کنید در صورتی که کودک قادر به انجام

آن‌ها نباشد بدون اینکه مادرش را بترسانید ترتیب ارجاع به پزشک را بدهید.

جمله‌هایی را که از ۲ یا ۳ کلمه تشکیل شده‌اند بر زبان می آورد.

با کمک و گرفتن دست بزرگ‌ترها قادر است از پله بالا و پایین برود.

توپ و اشیایی را می تواند پرتاب کند.

احتیاجات و نیازهای خود را بر زبان می آورد.

غذا را می‌جود.

• دو تا چهار سالگی

آیا به ازای هر سال ۷ تا ۸ سانتی‌متر به قد کودک اضافه شده است؟

آیا ادرار و مدفوع خود را خبر می‌کند؟

آیا به خوبی حرف می‌زند؟

آیا در بازی با همسالان شرکت می‌کند؟

آیا نام خود را به طور کامل بیان می‌کند؟

• ۶-۴ سالگی

آیا قدش به ۱۱۰ سانتی‌متر رسیده است؟

آیا کنترل ادرار و مدفوع را دارد؟

آیا علاقه به یادگیری دارد؟

آیا چندرنگ اولیه را می‌شناسد؟

آیا وقتی با او صحبت می‌کنید تماس چشمی برقرار می‌کند؟

لازم به ذکر است در هر سن، کودک از نظر تکامل، مطابق با
بو کلت مراقبت کودک سالم ارزیابی می‌گردد.

اهمیت غربالگری و پایش تکامل :

وضعیت زندگی در طول دوران شیرخواری و ابتدای کودکی تأثیر قابل توجهی بر تکامل کودک دارد. شیرخواران و کودکانی که دارای مشکلات فیزیکی (جسمانی) یا محیطی هستند برای آن که تکامل مطلوب و مناسبی داشته باشند نیازمند توجه ویژه‌ای هستند. این کودکان نسبت به سایر اطفال بیشتر به اختلالات تکامل یا تأخیر تکامل دچار می‌شوند و این امر خود زمینه ساز بروز انواع و درجات مختلفی از معلولیت‌های حرکتی، ذهنی، گفتاری، شنوایی و بینایی در آن‌ها می‌شود. هدف ما این است که با یک برنامه غربالگری مناسب، کودکانی که روند تکاملی غیرطبیعی دارند را سریع تر تشخیص دهیم تا بتوانیم با مداخله به موقع در جهت اصلاح یا کاهش مشکلات این کودکان گام برداریم و نهایتاً از بروز معلولیت پیشگیری کنیم.

ابزار غربالگری تکامل کودکان :

آزمون غربالگری ASQ حاوی ۱۹ پرسشنامه برای ۱۹ گروه سنی مختلف از ۴ تا ۶۰ ماهگی است (در ۲ ماهگی هم اضافه شده است که توسط والدین با مراقب کودک تکمیل می‌شود. فواصل انجام غربالگری با این تست در سال اول و دوم هر ۲ ماه یکبار ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۴ ماهگی، در سال سوم هر ۳ ماه یکبار ۲۴، ۲۷، ۳۰، ۳۳، ۳۶ ماهگی و در سال چهارم و پنجم هر ۶ ماه یکبار ۳۶، ۴۲، ۴۸، ۵۴، ۶۰ ماهگی است. هر پرسشنامه حاوی ۳۰ سؤال در ۵ حیطه است که به زبان ساده در مورد تکامل کودک نوشته شده و در آن سؤالات هر حیطه به ترتیب از فعالیت‌های آسان تر به فعالیت‌های سخت تر مرتب شده است.

سؤالات هر پرسشنامه به ۵ حیطه تکاملی تقسیم شده است که عبارت‌اند
از:

حیطه برقراری ارتباط مانند: آغون کردن، صدا درآوردن از دهان، گوش کردن و درک معنی گفته‌ها

۱. حیطه حرکات درشت مانند: حرکات تنه، بازوان و پاها
۲. حیطه حرکات ظریف مانند: حرکات ظریف دست و انگشتان
۳. حیطه فردی - اجتماعی مانند: بازی‌های فردی، کارهای اجتماعی مثل بازی در جمع، بازی با اسباب‌بازی و ..
۴. حیطه حل مشکل مانند: یادگیری و بازی با اسباب‌بازی‌ها

ویژگی‌های سؤالات هر یک از حیطه‌های پرسشنامه ASQ

- 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 موردنظر سؤال می‌نماید.
- ۳- در طرح هر سؤال، سعی شده درک سؤال و امکان مشاهده رفتار موردنظر در کودک برای والدین راحت باشد.
- ۴- در طراحی متن پرسشنامه از کلماتی استفاده شده که افرادی با سطح سواد پنجم ابتدایی بتوانند متوجه معنی آن شوند. هر جا لازم بوده توضیحات کافی داده شده تا والدین سؤالات را بهتر درک کنند.
- ۵- در هر جا ممکن بوده در کنار هر سؤال تصویر کوچکی هم اضافه شده تا مفهوم سؤال را روشن تر نماید.
- ۶- در جاهایی که لازم و امکان‌پذیر بوده مثال‌هایی از رفتار موردنظر در سؤال گنجانده شده است.

تست غربالگری تکامل ASQ برای کدام کودکان انجام می‌شود:

- ۱- کودکان ۱۲ ماهه (کودکانی که برای دریافت مراقبت‌های روتین ۱۲ ماهگی و یا تزریق واکسیناسیون ۱۲ ماهگی به مرکز بهداشتی درمانی، پایگاه یا خانه بهداشت مراجعه کرده‌اند).
- ۲- برای کلیه کودکانی که در زمان انجام مراقبت‌های روتین تا ۶۰ ماهگی بر اساس بوکلت چارت کودک سالم (بخش ارزیابی کودک از نظر تکامل) نیازمند ارجاع هستند. پرسشنامه ASQ مرتبط با سن کودک تکمیل گردیده و در صورتی که واجد یکی از شرایط مندرج در بخش (کودکانی که نیاز به ارجاع دارند) این دستور عمل باشند ارجاع داده می‌شوند.
- ۳- شیرخواران پرخطر: بر اساس "نظام مراقبت و پیگیری شیرخوار پرخطر اداره سلامت نوزادان" تعیین می‌شوند.

موارد قابل‌توجه برای تکمیل پرسشنامه

۱- هر پرسشنامه را تنها می‌توان از یک ماه قبل تا یک ماه بعد از سن قیدشده بر روی آن استفاده کرد.

۲- برای کلیه شیرخوارانی که پره ترم، ۳۷ هفته و کمتر به دنیا می‌آیند باید تا زمان رسیدن سن کودک به ۲ سالگی، سن اصلاح شده شیرخوار را مطابق دستور زیر محاسبه و پرسشنامه‌ای مطابق با سن اصلاح شده برای شیرخوار تکمیل کرد. برای محاسبه سن اصلاح شده باید کل هفته‌هایی که شیرخوار زودتر از ۴۰ هفته به دنیا آمده از سن مراجعه کودک کم شود.

۳- این پرسشنامه برای والدین با تحصیلات پایان ابتدایی طراحی شده است. لذا پدران و مادران بی‌سواد یا کم‌سواد که نمی‌توانند خود آن را تکمیل کنند، باید این کار را به کمک یک فرد باسواد دیگر در همان خانه انجام دهند.

۴- در صورتی که به هر علت حدس می‌زنید والدین در بازگرداندن پرسشنامه همکاری لازم را نخواهند کرد از ایشان بخواهید که در همان محل آن را تکمیل کنند.

توضیحات لازم در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه برای والدین:

پس از انتخاب کودکان جهت انجام این تست (بر اساس سن مناسب هر پرسشنامه) قدم بعدی این است که والدین را مطلع نمایید که کودک آن‌ها آمادگی شرکت در برنامه ارزیابی تکاملی را دارد و نیاز به همکاری فعال ایشان دارید. وقتی پدر و مادر آگاهی کافی نسبت به اهمیت تکامل کودکان و غربالگری آن پیدا کردند قدم بعدی این است که آن‌ها را با پرسشنامه و چگونگی تکمیل آن آشنا کنید.

توضیحات لازم درباره پرسشنامه شامل موارد زیر است:

- ۱- به پدر و مادر تأکید کنید که تکمیل پرسشنامه را تبدیل به یک بازی خانوادگی کنند تا همگی از آن لذت ببرند.
- ۲- به پدر و مادر توضیح دهید که در صفحه اول هر پرسشنامه علاوه بر اینکه باید به تعدادی سؤالات عمومی در مورد کودک (نام و نام خانوادگی کودک، کد ملی کودک، کد ملی سرپرست خانوار و...) پاسخ دهند باید مشخص کنند که چه کسی در خانه مسئول پر کردن پرسشنامه است.

۳- توضیح دهید که ممکن است کودک نتواند همه فعالیت‌هایی که در پرسشنامه مورد سؤال قرار می‌گیرد را انجام دهد و این پرسشنامه برای تعیین این موضوع است که کودک چه فعالیت‌هایی را همیشه انجام می‌دهد، گاهی انجام می‌دهند و با هنوز انجام نمی‌دهد.

۴- بر اهمیت این نکته تأکید کنید که آن‌ها باید هریک از فعالیت‌های موردنظر را در کودک خود، ارزیابی کرده و سپس به سؤالات پاسخ دهند.

۵- توضیح دهید که سؤالات به ۵ بخش اصلی تقسیم می‌شوند: بخش برقراری ارتباط، حرکات درشت، حرکات ظریف، بخش حل مسئله و بخش فردی اجتماعی. در این بخش هر سؤال ۳ پاسخ دارد که باید تنها یکی از پاسخ‌ها در فضای مربع کوچک کنار آن علامت زده شود:

(بلی) به معنی آن است که کودک در حال حاضر قادر است فعالیت موردنظر را انجام دهد.

(گاهی) به معنی آن است که کودک به تازگی شروع به انجام فعالیت موردنظر کرده است.

(هنوز نه) به معنی آن است که کودک هنوز شروع به انجام آن نکرده است.

۶- توضیح دهید گاهی پیش می‌آید که کودک فعالیت موردنظر را قبلاً انجام می‌داده است ولی در حال حاضر آن را انجام نمی‌دهد با بندرت انجام می‌دهد.

در این صورت باید به سؤال موردنظر پاسخ "بلی" بدهند.

۷- در انتهای پرسشنامه بخشی با عنوان «موارد کلی» قرار دارد. این بخش دارای شش سؤال است که پاسخ "بلی" یا "خیر" دارند و گاهی نیاز است والدین توضیحات لازم را بدهند.

۸- پس از اینکه مطمئن شدید پدر و مادر در مورد چگونگی تکمیل پرسشنامه کاملاً آگاه شدند پرسشنامه مربوط به گروه سنی کودک را در اختیارشان قرار دهید تا در منزل تکمیل کرده و ظرف چند روز آینده به شما برگردانند. به پدر و مادر تأکید

کنید که پرسشنامه را به موقع تکمیل کرده و به شما برگردانند. حتماً روی پرسشنامه در محلی که تعیین شده نام خود، آدرس و شماره تلفنی که والدین در صورت نیاز بتوانند با شما تماس بگیرند را ذکر نمایید تا چنانچه سؤال یا مشکلی در مورد تکمیل پرسشنامه داشته باشند، رفع کنند.

نحوه امتیازدهی نهایی به پرسشنامه های تکمیل شده :

نقاط برش همان طور که قبلاً ذکر شد، آزمون غربالگر ASQ برای تعیین اینکه کودک موردنظر نیاز به پیگیری و ارزیابی های دقیق تر دارد یا نه، از "نقاط برش" استفاده می کند. نقطه برش در واقع امتیازی است که عملکرد متوسط گروه کثیری از کودکان را در یک گروه سنی بخصوص و به تفکیک هر حیطه تکاملی نمایان می سازد. نقاط برش بر روی برگه "نقاط برش پرسشنامه سنین و مراحل در کودکان ایرانی" برای هر سن بخصوص در حیطه تکاملی موردنظر در دو ستون "یک انحراف پایین تر از میانگین" و دو انحراف پایین تر از میانگین " ثبت شده است.

برای این منظور به ترتیب قدم های زیر را برمی داریم :

- ۱- ابتدا پرسشنامه را برای یافتن احتمالی سؤالاتی که پدر و مادر بدون پاسخ گذاشته اند جست و جو کنید. اگر تمام سؤالات دارای پاسخ بودند، قدم دوم را بردارید. ولی اگر سؤالی بی جواب مانده بود، مطابق توضیحاتی که در بخش بعدی، یعنی "نحوه امتیازدهی به پرسشنامه هایی که سؤالات بی جواب دارند" اقدام کنید.
- ۲- به هریک از سؤالات، با در نظر گرفتن ۱۰ امتیاز برای پاسخ (بلی)، ۵ امتیاز برای پاسخ (گاهی) و صفر امتیاز برای پاسخ (هنوز نه)، در قسمت فضای خالی کنار هر سؤال، امتیاز دهید.

۳- گاهی ممکن است پیش بیاید که کودک فعالیتی را که در سؤال مطرح شده است قبلاً انجام می‌داده و هم‌اکنون دیگر انجام نمی‌دهد و به جای آن فعالیت پیشرفته‌تری را (از نظر تکاملی) انجام می‌دهد. در این صورت باید به آن سؤال پاسخ بلی داد.

۴- امتیازات مربوط به هر یک از حیطه‌های تکاملی را جمع‌بندی کنید.

۵- امتیازات مربوط به هر یک از حیطه‌های تکاملی را با (نقطه برش) اعلام شده در برگه (نقاط برش پرسشنامه سنین و مراحل) برای همان حیطه تکاملی در گروه سنی موردنظر، مقایسه کنید.

۶- چنانچه امتیازات در هر یک از حیطه‌های تکاملی بر اساس نقاط برش:

-مساوی یا بیشتر از "(-1SD)" باشد، کودک در حال حاضر مشکلی ندارد و باید به پدر و مادر توصیه شود تا به‌منظور ارتقای تکامل طبیعی کودک، تمرین‌هایی برای رشد و یادگیری کودک در سنین مربوطه (روش‌هایی برای شکوفایی استعداد کودک) انجام دهند.

-مساوی یا کمتر از نقطه برش "(-2SD)" باشد، کودک باید برای پیگیری و ارزیابی‌های دقیق‌تر ارجاع شود.

-بین اعداد "(-1SD)" و "(-2SD)" قرار گیرد، باید پدر و مادر تمرین‌هایی برای رشد و یادگیری کودک در سنین مربوطه (روش‌هایی برای شکوفایی استعداد کودک) انجام دهند و پس از ۲ هفته مجدداً تست برای کودک انجام گیرد. اگر مساوی یا بیشتر از "(-1SD)" قرار نگیرد (همچنان بین اعداد دو ستون (-1SD) و (-2SD) قرار گیرد) کودک برای پیگیری و ارزیابی‌های دقیق‌تر ارجاع می‌شود.

۷- در بخش انتهایی پرسشنامه (قسمت موارد کلی) یک سری سؤالات عمومی مانند (آیا نگرانی بخصوصی در مورد فرزند خود دارید؟)، به چشم می خورد. این بخش در امتیازدهی به کودک گنجانده نمی شود ولی اهمیت آن در این است که ما را با (نگرانی های) احتمالی پدر و مادر در مورد فرزندشان آشنا می سازد.

نحوه امتیازدهی نهایی به پرسشنامه هایی که سؤالات بی جواب دارند

گاهی ممکن است پدر و مادر به یک سؤال پاسخ نداده باشند. در این موارد معمولاً والدین به پاسخ

صحیح اطمینان ندارند یا در مورد این که کودک آن ها فعالیت مورد نظر را به درستی انجام می دهد یا

نه، نگرانی و شک دارند. در هر حال اگر برخی از سؤالات همچنان بدون پاسخ باقی ماند،

باید از روش (امتیازدهی نسبی) استفاده کرد:

۱- اگر فقط به یکی از سؤالات یک حيله تکاملی پاسخ داده نشده بود با تقسیم کردن جمع امتیازات سؤالات پاسخ داده شده همان حیطه (بدون در نظر گرفتن امتیازی برای سؤال بدون پاسخ) بر تعداد سؤالات پاسخ داده شده، رقمی بین ۰ تا ۱۰ به دست می آید. سپس آن رقم را به امتیاز نهایی اضافه می کنیم و مانند موارد دیگر با ((نقطه برش)) آن حیطه تکاملی مقایسه و اقدامات بعدی را مانند گذشته انجام می دهیم.

۲- در صورتی که دو سؤال از سؤالات یک حیطه تکاملی بدون پاسخ باقی مانده بود، همان محاسبات قبلی را انجام دهید با این تفاوت که رقم با دست آمده از تقسیم کردن امتیاز کلی آن حیطه تکاملی (بدون در نظر گرفتن امتیازی برای سؤالات بدون پاسخ) بر تعداد سؤالات پاسخ داده شده را که رقمی بین ۰ تا ۱۰ خواهد بود، ابتدا دو برابر (ضرب در دو) کنید و سپس آن را به امتیاز کلی همان حیطه اضافه نمایید.

۳- گاهی پیش می آید که پدر و مادر به تمام سوالات پرسشنامه پاسخ نمی دهند. باید توجه داشت که اگر بیش از ۲ سؤال از هر یک از حیطه های تکاملی بدون پاسخ باشد، امتیازدهی صحیح به آن حیطه تکاملی ممکن نخواهد بود. اگر چنین وضعیتی پیش آمد، ابتدا باید تلاش کنید با پدر یا مادر صحبت کرده پاسخ سوالات موردنظر را از آنها دریافت کنید. چنانچه پاسخ های موردنظر دریافت شد، مطابق توضیحاتی که در بخش قبلی آمده بود، عمل کنید. در صورتی که به هیچ وجه نتوانستیم پاسخ آن سوالات را با صحبت با پدر یا مادر اخذ نماییم، امتیازدهی به آن حیطه تکاملی ممکن نخواهد بود و باید حذف گردد.

ثبت اطلاعات

- فرم ASQ تکمیل شده باید در پرونده کودک بایگانی شود.
- نتیجه انجام تست ASQ در پرونده خانوار در انتهای ستون فرم مراقبت از کودکان زیر ۸ سال به صورت ASQ طبیعی یا غیرطبیعی ثبت شود.
- در صورت غیرطبیعی بودن تست ASQ در هر یک از حیطه ها (الف) زیر 2SD، (ب) بین 1SD و 2SD- برای بار اول و دوم، (یا ج) در پاسخ به سوالات موارد کلی کودک مشکل دارد) اقدامات و پیگیری های لازم در جدول مراجعات درمانی کودک و مراقبت ویژه پرونده خانوار ثبت شود.
- در دفتر مراقبت کودکان نتیجه تست ASQ اعم از طبیعی یا غیرطبیعی در ستون سن مربوطه به صورت ASQ طبیعی یا ASQ غیرطبیعی ثبت شود.
- در صورت غیرطبیعی بودن تست ASQ و نیاز به ارجاع کودک به پزشک معین فرم ارجاع موجود در شبکه به انضمام پرسشنامه ASQ تکمیل شده به مرکز موردنظر ارجاع شود.
- فرم جمع بندی اطلاعات ASQ که از طرف دانشگاه برای کلیه خانه های بهداشت، پایگاه ها و مراکز بهداشتی درمانی ارسال شده است. توسط بهورز در خانه های بهداشت و توسط غیرپزشک تیم سلامت در مراکز بهداشتی درمانی تکمیل می شود و به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد.

- جمع بندی اطلاعات در شهرستان توسط کارشناس کودکان، در لیستی با نام "گزارش اطلاعات غربالگری تکامل کودکان (ASQ)" که در پورتال اداره سلامت کودکان دفتر سلامت خانواده موجود است ثبت می‌گردد.

با توجه به اهمیت موضوع در کودکان پرخطر پیشنهاد می‌گردد:

- اولین فرم ASQ در زمان ترخیص به همراه آموزش‌های لازم جهت تکمیل آن به والدین تحویل می‌شود تا در طی این مدت که معمولاً هر ۲ ماه است فرم را تکمیل کرده و در زمان مراجعه پیگیری به همراه خود به کلینیک بیاورد.
- در زمان مراجعه مجدد مراقب پس از دریافت فرم، ASQ تکمیل شده فرم بعدی ASQ را به والدین تحویل می‌دهد.

روش ارجاع:

مسئولیت تفسیر نتیجه تست غربالگر ASQ و تصمیم‌گیری برای ارجاع کودک به پزشک معین، با پزشک مرکز بهداشتی درمانی است. بیشتر کودکان مورد ارزیابی، امتیازات بالاتر از نقطه برش 1SD- کسب خواهند کرد. عده ای از کودکان نیز شرایط زیر را دارند که نیازمند ارجاع هستند.

کودکانی که نیاز به ارجاع دارند:

- ۱- کودکانی که امتیاز آن‌ها در حداقل یکی از حیطه‌های تکاملی مساوی با پایین‌تر از نقشه برش 2SD- باشد.
- ۲- در مراجعه اول بین 1SD- و 2SD- بوده و بعد از انجام اقدامات ارتقای تکاملی در منزل، بعد از ۲ هفته مجدد تست برای کودک انجام شده و همچنان کمتر از 1SD- باشد (بین 1SD- و 2SD- بوده و یا مساوی با پایین‌تر از 2SD- باشد).
- ۳- در پاسخ به سؤالات موارد کلی به این جمع‌بندی رسیده‌اید که مشکلی برای کودک وجود دارد و کودک نیازمند ارجاع است.

در صورتی که کودک نیازمند ارجاع بود به طریق زیر عمل نمایید (مهم):

- ۱- در هر حالتی، باید از نگران و آشفته کردن پدر و مادر پرهیز کرد.
- ۲- هر چه زودتر طی تماس تلفنی و یا طی یک ملاقات حضوری که با پدر و مادر ترتیب می‌دهید، به آن‌ها اعلام کنید که نتایج ارزیابی حکایت از این داشته است که بررسی‌های دقیق‌تر و تخصصی‌تر توسط پزشک معین بر روی کودک آن‌ها لازم است.

۳- با پدر و مادر به زبان کاملاً ساده و قابل فهم برای سطح تحصیلی - اجتماعی آن‌ها و ترجیحاً به زبان مادری یا بومی آن‌ها، سخن بگوئید.

۴- از استفاده از کلماتی چون (تست یا آزمون) (رد شدن از تست) (غیرطبیعی) و مانند آن خودداری کنید.

۵- تأکید کنید که بررسی انجام شده و ارجاع کودک به پزشک معین، الزاماً به معنای وجود اختلال تکاملی در کودک نیست و وضعیت کودک با بررسی‌های بعدی معلوم خواهد شد.

۶- نام پزشک معین؛ آدرس، شماره تلفن و خدماتی که توسط ایشان قابل ارائه است را به والدین و کودک معرفی نمایید.

شاخص‌های برنامه ارتقای تکامل کودکان^۱ :

۱- درصد پوشش تکمیل ASQ در کودکان ۱۲ ماهه، مساوی است با: تعداد پرسشنامه ASQ تکمیل شده برای کودکان ۱۲ ماهه تقسیم بر تعداد کل کودکان ۱۲ ماهه ضربدر ۱۰۰.

توجه: با نظر به این که شمارش کودکان ۱۲ ماهه در شهرستان در همراه ممکن نیست و یا بسیار مشکل است، از متوسط تعداد کودکان ۱۲ ماهه بر مبنای متولدین سال گذشته شهرستان استفاده می‌کنیم.

۲- درصد کودکان ۱۲ ماهه با ASQ غیرطبیعی (نیازمند ارجاع)^۲، مساوی است با: تعداد کودکان ۱۲ ماهه ای که برایشان ASQ تکمیل شده است و نیازمند ارجاع هستند، تقسیم بر تعداد کل کودکان ۱۲ ماهه ای که برایشان ASQ تکمیل شده، ضربدر

۱۰۰

^۱ - سه شاخص اول از ابتدای سال ۹۳ هر سه ماه در لیست پورتال اداره سلامت کودکان وارد شوند، برای بدست آوردن پنج شاخص بعدی از سال آینده برنامه ریزی کنید.

^۲ - سه حالتی که ذکر شده است، شامل:

۱- کودکانی که امتیاز آنها در حداقل یکی از حیطه های تکاملی مساوی یا پائین تر از نقطه برش 2SD- باشد.

۲- در مراجعه اول بین 1SD- و 2SD- بوده و بعد از انجام اقدامات ارتقای تکاملی در منزل، بعد از ۲ هفته مجدد تست برای کودک انجام شده و همچنان کمتر از 1SD- باشد (بین 1SD- و 2SD- بوده و یا مساوی یا پائین تر از 2SD- باشد).

۳- در پاسخ به سوالات موارد کلی به این جمع بندی رسیده اید که مشکلی برای کودک وجود دارد و کودک نیازمند ارجاع است.

۳- درصد کودکان ۱۲ ماهه با ASQ غیرطبیعی نیازمند ارجاع در حیطه برقراری ارتباط، مساوی است با: تعداد کودکانی که برایشان ASQ تکمیل شده است و در حیطه برقراری ارتباط نیازمند ارجاع هستند تقسیم بر تعداد کل ASQ تکمیل شده ضربدر ۱۰۰

۴- درصد کودکان ۱۲ ماهه با ASQ غیرطبیعی نیازمند ارجاع در حیطه حرکات درشت، مساوی است با: تعداد کودکانی که برایشان ASQ تکمیل شده است و در حیطه حرکات درشت نیازمند ارجاع هستند تقسیم بر تعداد کل ASQ تکمیل شده ضربدر ۱۰۰

۵- درصد کودکان ۱۲ ماهه با ASQ غیرطبیعی نیازمند ارجاع در حیطه حرکات ظریف، مساوی است با: تعداد کودکانی که برایشان ASQ تکمیل شده است و در حیطه حرکات ظریف نیازمند ارجاع هستند تقسیم بر تعداد کل ASQ تکمیل شده ضربدر ۱۰۰

۶- درصد کودکان ۱۲ ماهه با ASQ غیرطبیعی نیازمند ارجاع در حیطه حل مسئله، مساوی است با: تعداد کودکانی که برایشان ASQ تکمیل شده است و در حیطه حل مسئله نیازمند ارجاع هستند تقسیم بر تعداد کل ASQ تکمیل شده ضربدر ۱۰۰.

۷- درصد کودکان ۱۲ ماهه با ASQ غیرطبیعی نیازمند ارجاع در حیطه شخصی - اجتماعی، مساوی است با: تعداد کودکانی که برایشان ASQ تکمیل شده است و در حیطه شخصی اجتماعی نیازمند ارجاع هستند تقسیم بر تعداد کل ASQ تکمیل شده ضربدر ۱۰۰.

فصل هشتم:

رابطه متقابل کودک و والدین

اهداف آموزشی:

انتظار می رود فراگیران در پایان فصل بتوانند:

• اهمیت غربالگری و پایش تکامل کودک را بیان کنند..

• ابزار غربالگری تکامل کودک را بیان کنند.

• حیطة های مختلف ارزیابی تکامل کودکان را شرح دهند.

• نحوه امتیاز دهی نهایی به پرسشنامه های تکمیل شده را توضیح دهند.

• اقدامات لازم برای کودک نیازمند ارجاع را بیان کنند.

فهرست

عنوان:

مقدمه

توصیه ها برای سن تا ۲ ماهگی

توصیه برای سنین ۳ تا ۴ ماهگی

توصیه برای سنین ۴/۵ تا ۶ ماهگی

توصیه برای سنین ۷ تا ۹ ماهگی

توصیه برای سنین ۹ تا ۱۲ ماهگی

توصیه برای سنین ۱۲ تا ۱۵ ماهگی

توصیه برای سنین ۱۵ تا ۱۸ ماهگی

توصیه برای سنین ۱۸ تا ۲۴ ماهگی

مقدمه :

همگام با افزایش درک عمومی بسیاری از مهارت های مغزی و بدنی به سرعت رشد می کند و توسعه می یابد. عوامل تعیین کننده در این زمینه عبارتند است از اجتماعی بودن و شخصیت کودک و محیطی که شما برای او ایجاد می کنید شما می توانید با فراهم آوردن محرک های بیان شده در هر بخش به رشد و توسعه کودک خود کمک کنید انجام این کار بخصوص در سال اول زندگی، و در سال سوم زندگی که در هر دو مورد مغز جهش های رشدی عمده ای را بعمل می آورد حائز اهمیت است. کلیه کودکانی را که برای وضعیت تکامل کنترل کرده اید و مشکل تکاملی ندارد با توجه به سنشان با مادر در مورد ارتباط با کودک آموزش دهید.

توصیه برای سن تا ۲ ماهگی:

برقراری ارتباط عاطفی

کودک روی شما تمرکز حاصل می کند. بنابراین تا حد ممکن با حالت زنده صورت خود و حفظ تماس چشمی به او کمک کنید (۶هفتگی) برای جلب توجه کودک انگشتان خود یا اسباب بازیها را به حوزه دیدار وارد و خارج کنید بطور متناوب در دو طرف صورت او صحبت کنید (۶هفتگی) حواس او را تحریک کنید. با کودک صحبت کنید، برایش آواز بخوانید، او را در آغوش بگیرید و آرام کنید، لالایی بخوانید، زیاد بخندید و تماس جسمانی داشته باشید.

بازتاب چنگ زدن :

اجازه دهید انگشتان شمار را بگیرد و برای تشویق به شل کردن انگشتان یکی یکی آنها را باز کنید. اجازه دهید با اشیاء بازی، دما و جنس های مختلف را لمس کند.

تقویت عضلات پشت و گردن:

روزی ۲ تا ۳ اورا طوری نگه دارید که صورتش رو به پایین باشد و در حالی که به پشت خوابیده است شی رنگی را در میدان دیدش حرکت دهید تا به حرکت کردن سر خود تشویق شود.

توصیه ها برای سنین ۳ تا ۴ ماهگی

پاسخ های اغراق آمیز:

با واکنشی نمایشی و اغراق آمیز به تمام رفتارهای کودکانه خود پاسخ دهید (۱۲ هفتگی)، شعرهای کودکانه را با ادا و اطوار برای او بخوانید (۱۲ هفتگی). از بازی های جسمانی ساده مانند تکانهای ملایم، خم کردن زانو کشیدن دست و غلطک دادن پاها استفاده کنید تمام رفتارهای کودک خود را اعم از حرکات، ژستها و ابراز احساساتی که نشان می دهد، با حرکاتی اغراق آمیز که نشان دهنده خوشحالی تان باشد پاداش دهید (۱۲ هفتگی).

تحریک کنجکاو ی:

کودک با اسباب بازی های جدید، مکان های جدید، افراد جدید و حس های جدید علاقمند است. او همچنین اشیاء و مکانهای آشنا و کارهای همیشگی را درک می کند او با دیدن سینه مادر هیجان زده می شود. کم کم نوعی حس شوخ طبعی از خود نشان می دهد، دوست دارد در حالت تکیه کرده به اطراف خود نگاه کند (۱۶ هفتگی).

اشیا ی متناسب:

یک جفغه در دستان کودک بگذارید و چند بار آنرا تکان دهید و همچنین اشیاء متفاوتی را به او نشان دهید، بدین ترتیب به او کمک می کنید که مهارت های دست کودک تقویت گردد (۱۶ هفتگی).

تقویت عضلات تنه و پشت:

کودک را به پشت بخوابانید و با گرفتن دست ها او را به حالت نشسته بلند کنید و همچنین طوری در یک طرف کودک قرار گیرید که او مجبور باشد برای یافتن شما تنه، خود را بچرخاند و باعث تقویت عضلات تنه و پشت گردد.

توصیه ها برای سنین ۵/۴ تا ۶ ماهگی

تشویق حرکات جدید :

همه مهمانان را به کودکتان معرفی کنید. برای اینکه کودک بیاموزد که به خواسته‌هایش پاسخ داده می شود شما منبع کمک و آسایش برای او هستید. هنگامی که سعی می کند توجه تان را جلب کند. با صدا، چرخاندن بدن تان ایجاد چشمی و حرکت کردن به طرف او پاسخ دهید (۲۰ هفتگی) دالی کردن بازی است که کودک از آنها لذت می برد تا می توانید همراه با کودکتان بخندید (۲۰ هفتگی)

تحریک حس خود آگاهی:

تا می توانید او را به اسم صدا کنید (۲۸ هفتگی). تصویر کودکان را در آینه به او نشان دهید و اسم او را صدا کنید تا تصویری از خود به دست آورد.

تمرین دادن و گرفتن:

بازی بده بستانی را با او انجام دهید (۲۴ هفتگی). به جلب توجه او پاسخ دهید وقتی کودک شما نشان می دهد که شما را می خواهد با آغوش باز به سوی او برود. اسم او را صدا بزنید .

توصیه برای سنین ۷ تا ۹ ماهگی

محبت جسمانی زیاد :

در هر فرصتی کودک را لمس و او نیز شما را لمس کند. صداهای او را تقلید کنید سپس صدای جدید در آورید و صبر کنید تا پاسخ دهد.

تحریک حس استقلال:

تمام صداهایی که کودک شما در می آورد را تکرار کنید. کودک را تشویق کنید خودش غذا بخورد. تصویر کودک را در آینه به او نشان دهید و به تصویر اشاره کنید و نام او را با صدای بلند تکرار کنید. زیاد با او بازی کنید. به او ظروفي بدهید تا در آنها آب و شی بریزد و آنها را پر و خالی کند.

به صدا درآوردن اشیا :

اسباب بازیهای با صدا تهیه کنید و یا اجازه دهید کودک با وسایل بی خطر آشپزخانه بازی کند.

آمادگی برای حرکت کردن :

کمی دورتر از کودک بنشینید و دستان خود را به طرف او باز کنید با صدا زدن نامش او را تشویق به حرکت کنید.

توصیه برای سنین ۹ تا ۱۲ ماهگی

تحریک قوه تمرکز و تقلید :

کارهای روزمره را برای کودک شرح دهید. مثل غذا خوردن، حمام کردن و خوابیدن. بای بای کردن و نوازش کردن را به کودک یاد دهید. اسباب بازیهای صدا دار مثل بوق و زنگوله به او بدهید بازی قایم باشک و دالی بازی را با او انجام دهید. کم کم او را با کتاب آشنا کنید. کتابهای کودکانه با جلد نرم با تصاویر خوش رنگ و بزرگ را به او نشان دهید (۴۰ هفتهگی). بازی دست دسی را با او انجام دهید و به او یاد دهید دست بزند. روی نام اشیا و قسمت های مختلف بدن تمرکز کنید و آنها را بارها تکرار کنید. اعضای بدنش را به او نشان دهید.

تمرین رها کردن اشیا :

یک عروسک نرم شبیه بچه به او بدهید و نحوه پوشاندن لباس و در آوردن لباس را به او نشان دهید. باریهای بده بستانی را انجام دهید. توپ بازی را به او یاد دهید.

آمادگی برای راه رفتن :

*در حالت چهار دست و پا او را تشویق کنید که مسافتهای کوتاهی را طی کند.

*انگشتان خود را به کودکان بدهید تا بتواند خود را بالا بکشد.

*در حالی که فقط یک دست او را گرفته اید با شما به تمرین قدم زدن بپردازد.

توصیه برای سنین ۱۲ تا ۱۵ ماهگی

شرکت در فعالیتها:

برای او داستانهای ساده بخوانید. با او بازی کنید. صدای جانوران را برای کودک تکرار کنید.

تحریک قوه ی تخیل:

داستانهای کوتاه برای او بخوانید. نوازش کردن را به او یاد دهید. کارهای خود را همراه با نشان دادن به او شرح دهید. روی هم چیدن اشیا را با او تمرین کنید. ورق زدن کتاب را به او بیاموزید. خط خطی کردن کاغذ را به او آموزش دهید.

آمادگی برای بالا رفتن از پله:

سر پا ایستادن را به او تمرین دهید و همچنین صندلی محکمی برای نشستن و پایین آمدن از آن به تنهایی برای او فراهم آورید.

توصیه ها برای سنین ۱۵ تا ۱۸ ماهگی

تحسین به اظهار محبت:

وظایف کوچک و ساده ای را برای تحریک ماجراجویی و حس کامیابی به او محول کنید او را تشویق کنید تا در انجام کارهای کوچک روزانه به شما کمک کند. به او کمک کنید تا با کنار هم گذاشتن ۳ یا ۴ کلمه جملات ساده ای بسازد.

تمرین حرکات چرخشی:

وسایل مختلفی همچون دستگیره، شماره گیر، زیپ، دکمه فشاری دوخته شده در اختیار او بگذارید که حرکات چرخاندن، پیچاندن، شماره گرفتن و لغزاندن را برای توانمندی بیشتر مهارت های دست انجام دهد.

تقویت عضلات باسن و زانو:

*او را وادار کنید عقب عقب رفتن را تمرین کند.(۱۸ ماهگی)

*نشان دهید چگونه چمپاتمه بزند.(۱۸ ماهگی).

*با توپ بازی آرام او را به لگد زدن به توپ تمرین دهید.(۱۸ ماهگی).

توصیه ها برای سنین ۱۸ تا ۲۴ ماهگی

ایجاد زمینه ارتباط و مشارکت:

خصوصیات چیزها را برای او شرح دهید. مثل پرواز کردن هواپیما، چسبندگی چسب، صدای قان قان ماشین، نرمی پنبه، گردی توپ. رنگ اشیا را به او یاد دهید. او را با مفاهیم متضاد مثل سردی و گرمی، سفتی و نرمی آشنا کنید. اعداد را به او از روی نمایش انگشتان آموزش دهید.

تحریک قوه ادراک و هوش:

یادگیری او را از طریق تکرار تشویق کنید. او را با ضمائر ملکی آشنا کنید: دستمو بگیر، دستتو بده هنگامی که چیزی را به کودکستان نشان می دهید اگر صدا دارد صدای آن را درآورید. خواص اشیا را برای او شرح دهید.

تمرین لباس پوشیدن:

اجازه دهید کودکستان لباسهایش را تا آنجا که ممکن است خودش بپوشد و درآورد.(۲۴ ماهگی).

تمرین تحمل وزن بدن:

اجازه دهید کارهایی مثل بالا رفتن از پله ها، شستن صورت و... را همراه شما انجام دهد. انتظار نداشته باشید به راحتی در زاویه ها بدود یا توقف کند.

منابع:

- ۱- راهنمای جامع مراقبت های ادغام یافته کودک سالم، اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول- تابستان ۱۳۹۳
- ۲- بوکلت چارت مراقبت ادغام یافته ی کودک سالم- سال ۱۳۸۶
- ۳- کتاب پیشگیری از سوانح و حوادث در کودکان، وزارت بهداشت و درمان
- ۴- کتاب مشاوره در مورد تغذیه شیرخوار و کودک خردسال (سوسن سعوندیان) اداره سلامت کودکان

وترویج تغذیه با شیر مادر- سال ۱۳۸۹

۵- کتاب راهنمای آموزشی مادران برای شیردهی اداره تغذیه با شیرمادر دفتر سلامت خانواده- سال

۱۳۸۶

۶- راهنمای تغذیه تکمیلی- اداره تغذیه و بهبود سلامت جامعه وزارت بهداشت- بهمن سال ۱۳۹۶

۷- آشپزی آسان برای شیرخواران، انتشارات پژواک آرمان

۸- دستورالعمل کارت مراقبت کودک، فریبا کلاهدوز

۹- تغذیه تکمیلی کودکان، دفتر بهبود تغذیه ی جامعه، معاونت بهداشت، بهمن ۱۳۹۶