

راهنمای بوکلت



مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم



غیرپزشک



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دفتر سلامت خانواده و جمعیت

اداره سلامت کودکان

۱۴۰۰

فهرست:

پیشگفتار

صفحه

۳	فصل ۱ مراقبت های دوره ای کودک سالم
۴	فصل ۲ استفاده از چارت های مراقبت کودک
۹	فصل ۳ زمانی که کودک نزد شما آورده می شود
۱۱	فصل ۴ ارزیابی کودک از نظر نشانه های خطر
۱۳	فصل ۵ ارزیابی کودک از نظر وزن برای سن
۱۸	فصل ۶ ارزیابی کودک از نظر قد برای سن
۱۲۶	فصل ۷ ارزیابی کودک از نظر وزن برای قد
۳۲	فصل ۸ ارزیابی کودک از نظر دور سر
۳۵	فصل ۹ کنترل کودک از نظر وضعیت تغذیه
۳۸	فصل ۱۰ ارزیابی کودک از نظر سلامت دهان و دندان
۶۷	فصل ۱۱ ارزیابی بینایی کودک
۸۳	فصل ۱۲ ارزیابی کودک از نظر وضعیت شنوایی
۸۸	فصل ۱۳ ارزیابی کودک از نظر وضعیت تکامل
۹۱	فصل ۱۴ ارزیابی ژنتیکی کودک
۱۰۸	فصل ۱۵ ارزیابی کودک از نظر کم کاری تیروئید
۱۱۱	فصل ۱۶ ارزیابی کودک از نظر فنیل کتونوری
۱۲۵	فصل ۱۷ ارزیابی بد رفتاری با کودک
۱۲۷	فصل ۱۸ ارزیابی وضعیت فرزندآوری مادر
۱۳۴	فصل ۱۹ ارزیابی وضعیت مکمل های کودک
۱۳۶	فصل ۲۰ ارزیابی کودک از نظر وضعیت واکسیناسیون
۱۳۸	منابع
۱۴۲	اسامی گروه تدوین
۱۴۴	

پیشگفتار:

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

برنامه مراقبت کودک سالم به دنبال یافتن راهی برای جدا کردن کودکان سالم از کودکان به ظاهر سالم یا مستعد به بیماری است که هنوز نشانه های اختلال بیماری در آنها مستقر نشده است . در حقیقت هدف این برنامه طراحی نظام غربالگری استاندارد مراقبت کودکان صفر تا پنج سال و اجرای آن می باشد . به همین منظور مجموعه ای تحت عنوان مراقبت کودک سالم کمتر از پنج سال ، برای پیشگیری از بیماری با استفاده از نشانه های بالینی تهیه شده است . این مجموعه شامل اساسنامه برنامه ، بوکلت و راهنمای پزشک و غیر پزشک ، فرم های ثبت ، جمع بندی ، ابزارهای پایش برنامه و ... است که حاصل تلاش همکاران اداره سلامت کودکان می باشد که با توجه به آخرین منابع علمی و کتابهای مرجع تهیه شده و مورد تأیید کمیته های علمی کشور قرار گرفته است .

فصل ۱

مراقبت های دوره ای کودک سالم

مراقبت های دوره ای کودک سالم

سن	۱۳-۱۵ روزگی	۱۴-۱۵ روزگی	۱۳-۱۴ روزگی	۱۲-۱۳ روزگی	۱۱-۱۲ روزگی	۱۰-۱۱ روزگی	۹-۱۰ روزگی	۸-۹ روزگی	۷-۸ روزگی	۶-۷ روزگی	۵-۶ روزگی	۴-۵ روزگی	۳-۴ روزگی	۲-۳ روزگی	۱-۲ روزگی	۰-۱ روزگی
فواصل زمانی انجام مراقبت بر حسب روز و ماه	۱۳-۱۵ روزگی	۱۴-۱۵ روزگی	۱۳-۱۴ روزگی	۱۲-۱۳ روزگی	۱۱-۱۲ روزگی	۱۰-۱۱ روزگی	۹-۱۰ روزگی	۸-۹ روزگی	۷-۸ روزگی	۶-۷ روزگی	۵-۶ روزگی	۴-۵ روزگی	۳-۴ روزگی	۲-۳ روزگی	۱-۲ روزگی	۰-۱ روزگی
معمول (پزشک)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
معمول (تدفیق پزشکی)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
زیر نظر و نشانه های خطر (مراقبت پزشکی)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
نقص - زردی	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
بافتش رشد	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
آرتیکشن دهانه	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
آرتیکشن دندان و دندانچه	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
آرتیکشن عملکردی کودک	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
تجهیز بهداشت	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
تجهیز سایر مکمل ها	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
تجهیز نوزاد	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
آرتیکشن فرزندآوری مادر	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
شمار مادر	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
معمول (مراقبت پزشکی)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
رتبه بندی	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
معمول	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
نشانه های خطر	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
تدفیق (RED FLAGS)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
تدفیق (نشان استاندارد)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
تدفیق خون	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
تدفیق	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
سند و سایر معاینات	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
زردی (تدفیق کودک)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
تدفیق کودک	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
پشتگیری از آرتیکشن کودک	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
سند و سایر معاینات	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
مشکلات تک فرزندی	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
مراقبت نوزادی	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
مراقبت دندان	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
مراقبت دندان	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
مراقبت دندان	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

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

مراقبت های دوره ای کودک سالم در ۱۶ مراقبت از ۳-۵ روزگی تا ۶۰ ماهگی کودک سالم انجام می شود.

جدول مراقبت های دوره ای کودک سالم

جدول مراقبت های دوره ای کودک سالم دارای ستون ها و ردیف هایی است که نشان می دهد در سیستم بهداشتی یک کودک از بدو تولد تا ۵ سالگی در چه زمان هایی باید برای مراقبت مراجعه نماید. از ۳-۵ روزگی تا ۶۰ ماهگی ۱۶ بار مراقبت برای یک کودک سالم تعریف شده است که در ۳-۵ روزگی، ۱۴-۱۵ روزگی، ۳۰-۴۵ روزگی، ۲، ۴، ۶، ۷، ۹، ۱۲، ۱۵، ۱۸ ماهگی، ۲ سالگی، ۳۰ ماهگی، ۳، ۴ و ۵ سالگی انجام می شود. ردیف دوم نشان دهنده فاصله زمانی انجام مراقبت بر حسب روز و ماه است که نشان می دهد از ۳ روزگی تا ۶۰ ماهگی در هر زمانی کودک مراجعه کند کدام یک از ستون های مراقبت باید برای کودک انجام شود. دایره های تو پر ● نشان دهنده این است که این خدمت باید برای همه کودکان سالم و در معرض خطر انجام شود. دایره توخالی ○ نشان می دهد در صورتی عدم انجام خدمت مورد نظر در مراقبت قبلی یا برای کودکان در معرض خطر مانند کودکانی که زود متولد شده اند، سابقه بستری در NICU دارند انجام می شود.

- **معاینه پزشک** در اولین مراجعه ترجیحا در ۳-۵ روزگی و پس از آن در ۶، ۱۲، ۳۶ و ۶۰ ماهگی انجام شود. کودکانی که زود متولد شده اند (کمتر از ۳۷ هفته بارداری) تا رسیدن به وزن ۲۰۰۰ گرم نیاز است هفتگی مراقبت شوند.
- **معاینه دندانپزشک** یکبار پس از رویش اولین دندان تا ۱۲ ماهگی انجام شود و پس از آن در ۳۶ و ۶۰ ماهگی انجام شود.

- **ارزیابی علائم و نشانه های خطر** توسط غیر پزشک تیم سلامت در همه مراقبت ها انجام می شود. اگر کودکی علائم و نشانه های خطر را داشته باشد، طبق جدول طبقه بندی و توصیه مناسب ارائه شود. در غیر این صورت مراقبت ها طبق صفحات بعدی بوکلت انجام شود.
- **ایمن سازی** در صورتی که نوزاد واکسن های بدو تولد را در بیمارستان دریافت کرده باشد، طبق آخرین دستور العمل ایمن سازی، در سنین ۲، ۴، ۶، ۱۲، ۱۸ ماهگی و ۶ سالگی انجام می شود. نوزادان زود متولد شده واکسن ب ث ژ را پس از رسیدن وزن شیرخوار به ۱۵۰۰ گرم دریافت کنند.
- **پایش رشد** در همه مراقبت ها انجام می شود. برای کودکان زود متولد شده برای ارزیابی دور سر تا ۱۸ ماه، وزن تا ۲۴ ماه و قد تا ۴۰ ماه سن اصلاح شده محاسبه می شود.
- **ارزیابی تغذیه** در همه مراقبت ها انجام می شود.
- **ارزیابی دهان و دندان** توسط غیر پزشک تیم سلامت با رویش اولین دندان که معمولاً در ۶ ماهگی اتفاق می افتد انجام شده و پس از آن سالانه در ۱۲، ۲۴، ۳۶، ۴۸ و ۶۰ ماهگی انجام می شود. مسواک انگشتی در ۶، ۱۲ و ۱۸ ماهگی تحویل داده می شود و از ۳ سالگی هر ۶ ماه یکبار یعنی در ۳۶، ۴۲، ۴۸، ۵۴ و ۶۰ ماهگی برای کودک وارنیش فلوراید انجام می شود.
- **ارزیابی بد رفتاری با کودک** در همه مراقبت ها حین پایش رشد کودک انجام شود و در صورتی که نشانه بد رفتاری با کودک مشاهده شد توصیه مناسب طبق جدول ارائه شود. کودکانی که زود متولد شده اند یا وزن هنگام تولد پایین دارند ممکن است بیشتر در معرض بد رفتاری باشند.
- **تجویز ویتامین A+D** از ۵-۳ روزگی و **تجویز آهن** از شش ماهگی تا ۲ سالگی برای همه کودکان انجام می شود. برای کودکان زود متولد شده سایر مکمل ها مانند روی، اسید فولیک، ویتامین ای و آهن طبق توصیه پزشک تجویز می شود.
- **ارزیابی فرزندآوری مادر** : از زمانی که مادر کودک را برای مراقبت ۶ ماهگی به مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه بهداشتی/ خانه بهداشت می آورد نیاز است توصیه هایی برای فرزندآوری به مادر ارائه شود.
- **غربالگری:**
 - **شیر مادر یکبار** در ۵-۳ روزگی مراجعه انجام می شود. در صورتی که شیردهی با مشکل مواجه باشد تا ۶ ماهگی انجام می شود.
 - **بیماری های متابولیک ارثی** یکبار در ۵-۳ روزگی انجام می شود و در نوزادان زود متولد شده در ۲، ۶ و ۱۰ هفتگی نیز انجام می شود.
 - **ژنتیک** یکبار در ۵-۳ روزگی انجام می شود و در صورت عدم انجام در ۱۵-۱۴ روزگی انجام می شود. همچنین در یکسالگی نیز یکبار انجام می شود. پ
 - **بینایی** در ۱۵-۱۴ روزگی، ۲ ماهگی، ۷ ماهگی انجام می شود. غربالگری رتینوپاتی نارسا برای کودکانی که با وزن تولد ۲۰۰۰ گرم و کمتر یا کودکانی که با سن تولد کمتر از ۳۴ هفته بارداری متولد شده اند توسط یک چشم پزشک ماهر در مشاهده شبکیه نوزادان و تشخیص رتینوپاتی نارسا انجام شود. غربالگری تنبلی چشم در ۴ سالگی برای همه کودکان انجام شود.
 - **شنوایی** غربالگری شنوایی نوبت اول (OAE) برای کودکان متولد شده در بیمارستان انجام می شود، در ۵-۳ روزگی بررسی می شود که این غربالگری برای نوزاد انجام شده باشد. برای کودکانی که یکی از عوامل خطر را داشته باشند مانند کودکانی که زود متولد شده اند AABR نیز انجام شود. در مراقبت های بعدی بر حسب سن کودک، عوامل خطر بررسی می شود. غربالگری شنوایی نوبت دوم در ۵-۳ سالگی کودک انجام می شود.
 - **تکامل** در ۲، ۹، ۱۸ و ۴۸ ماهگی غربالگری تکامل با کمک علائم هشدار دهنده تکامل (RED FLAG) انجام می شود و همچنین در ۶، ۱۲، ۲۴، ۳۶ و ۶۰ ماهگی غربالگری تکامل با کمک پرسشنامه استاندارد، ASQ و ASQ:SE

انجام می شود. در کودکانی که زود متولد شده اند غربالگری تکامل در ۲، ۶، ۹، ۱۲، ۱۸، ۲۴، ۳۶، ۴۸ و ۶۰ ماهگی با کمک پرسشنامه استاندارد ASQ انجام می شود.

○ **فشار خون** یکبار در ۳ سالگی برای همه کودکان انجام می شود. در کودکانی که یکی از عوامل خطر را داشته باشند مانند کودکانی که زود متولد شده اند در سنین زیر ۳ سال اندازه گیری فشار خون با ارجاع به متخصص کودکان انجام شود.

○ **آئمی** برای کودکانی که یکی از عوامل خطر را دارند مانند کودکانی که با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم متولد شده اند یا برای کودکانی که زود متولد شده اند در ۴ ماهگی و ۱۲ ماهگی انجام می شود.

• راهنمایی هایی برای والدین:

○ **سلامت و شیردهی مادر** در مراقبت های ۵-۳ روزگی ارائه می شود. در صورت نیاز تا ۶ ماهگی انجام شود.

○ **ارتقای تکامل کودک** در مراقبت های ۵-۳ روزگی، ۴، ۶، ۹، ۱۲، ۱۸، ۲۴، ۳۶، ۴۸ و ۶۰ ماهگی به والدین ارائه می شود. این توصیه ها در صفحات بوکلت و همچنین در بروشورهای ASQ آمده اند که طبق گروه سنی کودک به والدین ارائه می شود.

○ **تغذیه کودک** در مراقبت های ۵-۳ روزگی، ۱۵-۱۴ روزگی، ۶، ۷، ۹، ۱۲، ۲۴ ماهگی و در سنین دیگر بر حسب نیاز کودک به مادر ارائه می شود.

○ **پیشگیری از آسیب کودک** در مراقبت های ۵-۳ روزگی، ۴، ۷، ۱۲، ۲۴، ۳۶، ۴۸ و ۶۰ ماهگی و در سنین دیگر بر حسب نیاز به والدین ارائه می شود.

○ **سلامت دهان و دندان** در مراقبت های ۶، ۱۲، ۲۴، ۳۶، ۴۸ و ۶۰ ماهگی و در سنین دیگر بر حسب نیاز به والدین ارائه می شود.

○ **مشکلات تک فرزندی** در مراقبت های ۱۲، ۲۴، ۳۰، ۳۶، ۴۸ و ۶۰ ماهگی و در سایر سنین بر حسب نیاز به والدین ارائه می شود.

○ **مراقبت نوزادی:** در مراقبت های ۵-۳ روزگی، ۱۵-۱۴ روزگی، و ۴۵-۳۰ روزگی به والدین ارائه می شود.

○ **فعالیت بدنی:** در مراقبت های ۶ ماهگی و ۲۴ ماهگی و در سایر سنین بر حسب نیاز به والدین ارائه می شود.

○ **عوامل محیطی موثر بر سلامت:** در مراقبت های ۵-۳ روزگی، ۶، ۱۲، و ۲۴ ماهگی و در سایر سنین بر حسب نیاز به والدین ارائه می شود.

○ **سلامت معنوی:** در مراقبت های ۵-۳ روزگی و ۳۶ و ۴۸ ماهگی به والدین ارائه می شود.

روند مراقبت کودک سالم

مراقبت های ادغام یافته کودک سالم به معنی اقداماتی به منظور ارتقای سلامت کودک و پیشگیری از بیماری با استفاده از نشانه های بالینی ساده و درمان تجربی است. از حداقل نشانه های بالینی ممکن استفاده می شود. نشانه های انتخاب شده حاصل استخراج منابع علمی معتبر است که به تأیید کمیته علمی - تخصصی رسیده است. توصیه ها بیشتر براساس طبقه بندی ها بنا شده است تا یک تشخیص دقیق. این توصیه ها اکثر بیماری های موجود در یک طبقه بندی راتحت پوشش قرار می دهد.

درمجموعه های راهنما نحوه ارزیابی کودک از نظر ارزیابی شیرخوار از نظر نشانه های خطر، پایش رشد، وضعیت تغذیه، سلامت دهان و دندان، وضعیت بینایی، وضعیت شنوایی، تکامل، ژنتیک، واکسیناسیون و مکمل های دارویی، غربالگری ها و توصیه های لازم آموزش داده شده است. علاوه بر توصیه ها، مطالبی در خصوص پیشگیری از بروز حوادث و سوانح و رابطه متقابل والد و کودک نیز آمده است. دراین مجموعه، شما نحوه ارزیابی کودک سالم و انتخاب توصیه مناسب، رامشاهده خواهید کرد. روند ویزیت های مراقبت سلامت کودک سالم در بوکلت غیرپزشک شامل قسمت های زیر است:

- ارزیابی کودک از نظر علائم و نشانه های خطر، وضعیت وزن، قد، دورسر، وضعیت تغذیه، وضعیت سلامت و شیردهی مادر، وضعیت کودک با اضافه وزن و چاق، وضعیت دهان و دندان، وضعیت بینایی، وضعیت شنوایی، وضعیت تکامل، ژنتیک، وضعیت واکسیناسیون و مکمل های دارویی، غربالگری ها، مشاوره با مادر و پیگیری می باشد.
- ارزیابی کودک شامل: پرسیدن سوالات و معاینه هایی درمورد نشانه های خطر، وضعیت تغذیه، وضعیت وزن، قد، دورسر، وضعیت دهان و دندان، وضعیت بینایی، شنوایی، تکامل، وضعیت واکسیناسیون، مکمل دارویی و غربالگری ها می باشد.
- طبقه بندی مشکلات کودک با استفاده از سیستم رنگ شده انجام می گیرد. از آنجا که تعدادی از کودکان ممکن است دربیش از یک طبقه بندی قرار گیرند، هرمشکل براساس شرایط زیر طبقه بندی می شود که آیا نیازمند:

-- ارجاع (قرمز) ، یا

-- ارائه اقدامات لازم (زرد) ، یا

-- توصیه های ساده جهت مراقبت درمنزل (سبز) می باشد.

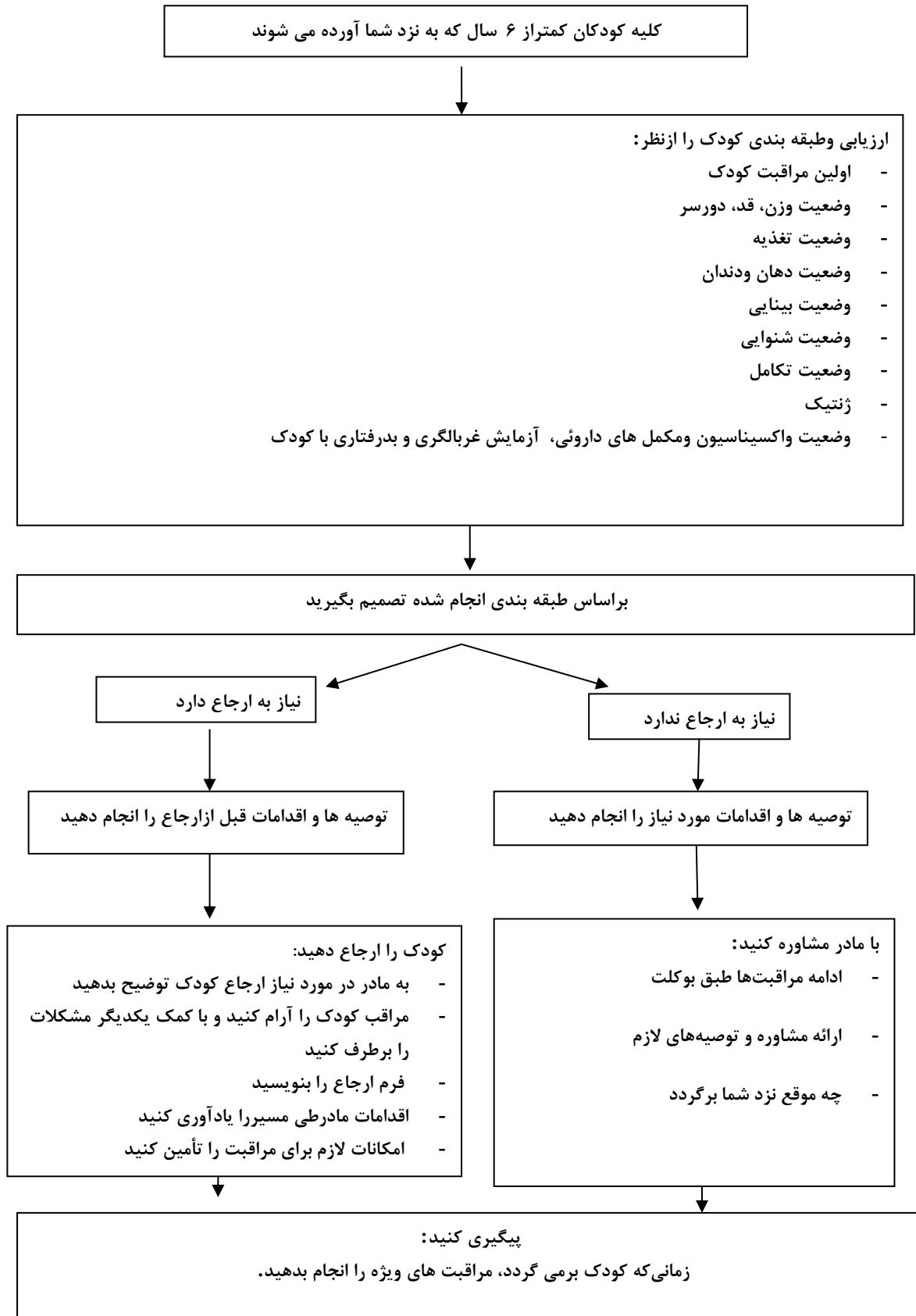
نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
	مشکل جدی	ارجاع به مرکز درمانی (بیمارستان) یا مرکز بهداشتی درمانی
	احتمال مشکل	توصیه، مشاوره و پیگیری برطرف نشدن مشکل، ارجاع
	فاقد مشکل	ادامه مراقبت ها طبق بوکلت

▪ پس از طبقه بندی کلیه علائم، ارائه توصیه ها برای هرکودک میباشد. اگرکودکی نیازمند ارجاع فوری است، قبل از انتقال کودک درمان لازم رابدهید. اگر کودک نیازمند درمان درمنزل است توصیه های لازم را ارائه دهید و اگر کودک نیازمند واکسیناسیون است، واکسن لازم رابه او بدهید و یا اگر نیاز به مراقبت ویژه داشته باشد از مادر بخواهید که درروز خاصی برای پیگیری به مرکز بهداشتی برگردد.

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

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

خلاصه مراحل مراقبت ادغام یافته کودک سالم



فصل ۲

استفاده از چارت های مراقبت کودک

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

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

گام های ارزیابی ، طبقه بندی و توصیه برای تمام کودکان کمتر از ۵ سال یکسان می باشد. در این فصل چارت ها و جداول کودک سالم به طور مختصر توضیح داده می شود.

۱-۲ ارزیابی و طبقه بندی

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

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

۲-۲ توصیه ها

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

۳-۲ مشاوره با مادر

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

۴-۲ پیگیری:

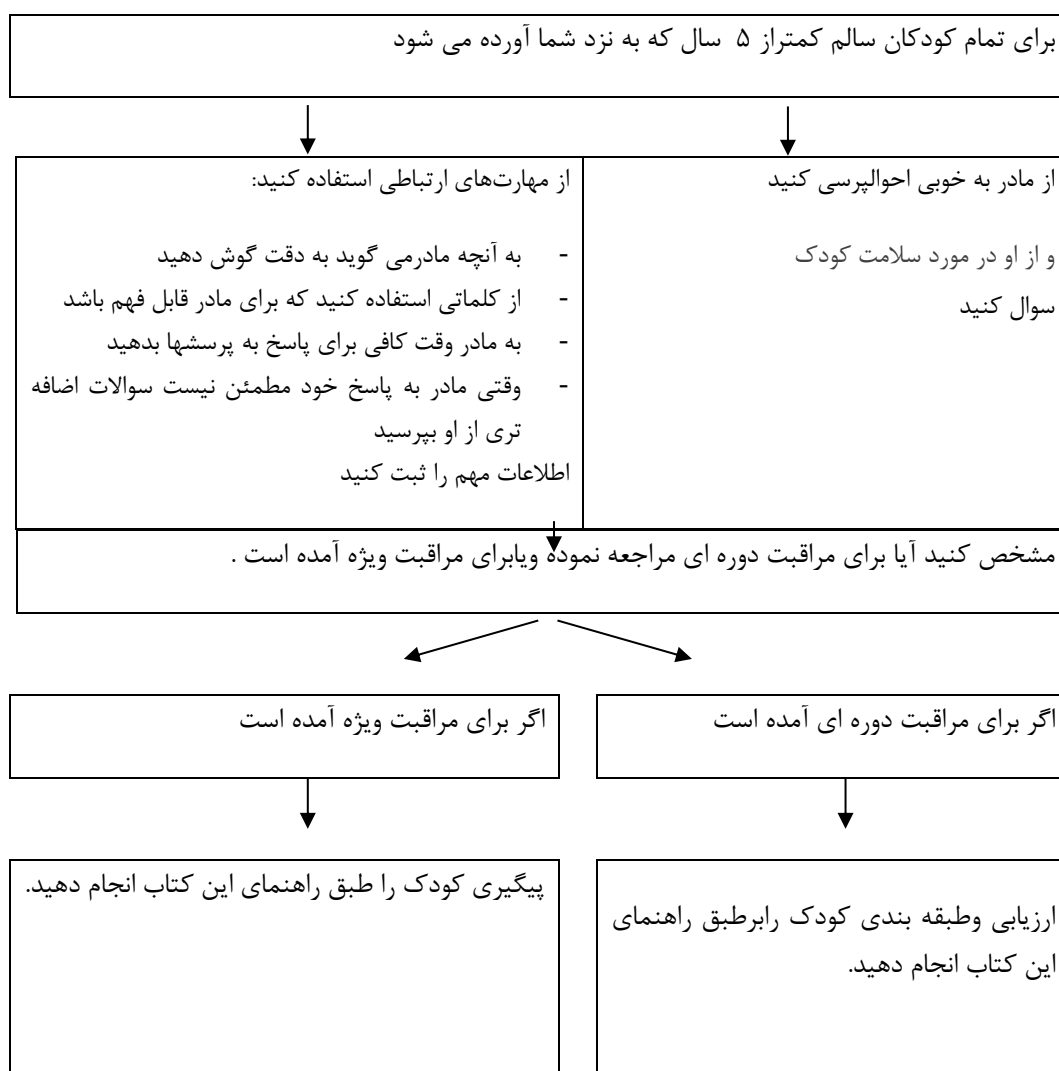
در قسمت پیگیری می توانید ببینید آیا کودک با توصیه های ارائه شده بهتر شده است؟ در بخش پیگیری چارت مراحل انجام پیگیری توضیح داده شده است .

خلاصه ارزیابی و طبقه بندی



فصل ۳

زمانی که کودک به نزد شما آورده می شود



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

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

هنگامی که شما مادر و کودک را ملاقات می کنید:

- از مادر به خوبی احوالپرسی کنید و از او در مورد کودک سوال کنید.

- از مادر درمورد علت مراجعه سوال کنید.

مهمترین دلیل برای این سوال این است که ارتباط خوبی با مادر برقرار کنید. ارتباط خوب با مادر این اطمینان را به مادر می‌دهد که از کودکش مراقبت خوبی به عمل خواهد آمد، وقتی شما به مرحله توصیه‌ها رسیدید لازم است توصیه‌ها و آموزش‌های لازم را به مادر که مراقبت کودک در منزل را برعهده دارد بدهید. بنابراین ایجاد ارتباط درست با مادر از ابتدای ملاقات حائز اهمیت می‌باشد.

-- به آنچه مادر می‌گوید به دقت گوش دهید. این امر موجب می‌شود مادر احساس کند سلامت کودک برای شما مهم است.

-- از کلماتی استفاده کنید که برای مادر قابل فهم باشد. اگر سوالات شما برای او قابل فهم نباشد، نمی‌تواند اطلاعات مورد نیاز برای ارزیابی و طبقه بندی درست کودک را به شما بدهد.

-- به مادر وقت کافی برای پاسخ به پرسش‌ها بدهید. به عنوان مثال مادر نیاز به زمان دارد تا درمورد وجود یافقدان نشانه‌هایی که از او می‌پرسید فکر کند.

-- وقتی مادر به پاسخ خود مطمئن نیست سوالات اضافه تری از او بپرسید. هنگامی که شما درمورد یک نشانه یا نشانه‌های مرتبط با آن از مادر سوال می‌کنید ممکن است مادر از وجود آن نشانه مطمئن نباشد. با پرسیدن سوالات اضافه تر او را در دادن پاسخ روشن و واضح کمک کنید.

- مشخص کنید آیا برای مراقبت دوره ای مراجعه کرده و یا برای مراقبت ویژه آمده است
اگر در دوره زمانبندی مراقبت‌های تعیین شده مراجعه کرده است آن را مراقبت دوره ای گویند.

اگر کودک چند روز قبل برای مراقبت دوره ای آمده است و نیاز دارد برای یک یا چند مراقبت خاص، ارزیابی یا مراقبت ویژه ای شود، آن را مراقبت ویژه گویند. هدف از مراقبت ویژه با مراقبت دوره ای متفاوت است. در طی مراقبت ویژه، مراقب سلامت درمی‌یابند، آیا توصیه‌ها به کودک کمک کرده است یا نه / اگر کودک فرقی نکرده و یا پس از این مدت بدتر شده باشد، مراقب سلامت او را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع می‌دهد. پی بردن به اینکه این مراجعه، مراقبت دوره ای یا مراقبت ویژه است، براساس ثبت علت مراجعه می‌باشد

فصل ۴

ارزیابی کودک از نظر علائم و نشانه های خطر

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

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



شیرخوار را به ترتیب زیر ارزیابی کنید:	
سؤال کنید	مشاهده کنید
• آیا کاهش قدرت مکیدن دارد؟ • آیا به طور مکرر استفراغ می کند؟ • آیا تشنج (حرکات غیرعادی) داشته است؟	• تعداد تنفس شیرخوار را در یک دقیقه بشمارید (شیرخوار باید آرام باشد) • تنفس تند (۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) اگر یک نوبت بیش از ۶۰ بار در دقیقه بود، بار دیگر بشمارید. • توکشیده شدن شدید قفسه سینه • پرش پره های بینی • ناله کردن • برآمدگی ملاج • زردی • ترشحات چرکی ناف همراه با قرمزی و انتشار آن به اطراف • جوش چرکی پوستی



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



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

این مرحله ارزیابی برای تمامی شیرخواران کمتر از ۲ ماه انجام می شود. در این مرحله برای پیدا کردن نشانه های عفونت باکتریال دقت کنید .

در ارزیابی نشانه ها طبق چارت، آرام نگهداشتن شیرخوار بسیار مهم است . برای ارزیابی تنفس، شیرخوار کمتر از ۲ ماه باید آرام باشد. اومی تواند بخوابد در حالیکه شما ۲ نشانه مربوط به تنفس کودک را ارزیابی می کنید که اینها عبارتند از: شمارش تنفس و نگاه کردن برای توکشیده شدن قفسه سینه ، برای ارزیابی نشانه های بعدی ،لباس او را درآورید(اتاق گرم باشد)، به پوست او درسراسر بدنش نگاه کنید و دمای بدن او را اندازه بگیرید. برای بررسی زردی به رنگ پوست نوزاد و سفیدی چشم او دقت کنید. در این مرحله می توانید بی حالی و یا کاهش سطح هوشیاری او را ببینید و حرکات او را نگاه کنید.

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

● سوال کنید:

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

● مشاهده کنید:

- تنفس تند (۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) اگر یک نوبت بیش از ۶۰ بار در دقیقه بود، بار دیگر بشمارید: تنفس شیرخوار رادر یک دقیقه بشمارید. اگر تنفس تند بود، شمارش را تکرار کنید. تعداد تنفس شیرخوار را مشابه شیرخواران و کودکان بزرگتر شمارش کنید. تعداد تنفس شیرخواران کمتر از ۲ ماه معمولاً تندتر از شیرخواران و کودکان بزرگتر است. بنابراین ۶۰ بار تنفس در دقیقه یا بیشتر معیاری برای تشخیص تنفس تند در شیرخواران است. اگر اولین شمارش ۶۰ بار تنفس یا بیشتر بود، شمارش را تکرار کنید. این تکرار بسیار مهم است زیرا تعداد تنفس شیرخوار کمتر از ۲ ماه معمولاً منظم نیست. شیرخوار کمتر از ۲ ماه گهگاه برای چند ثانیه تنفس خود را قطع می کند و با یک دوره تنفس تندتر ادامه می دهد. اگر شمارش دوم نیز ۶۰ بار یا بیشتر بود، تنفس تند دارد.
- برای تو کشیده شدن قفسه سینه نگاه کنید: برای مشاهده تو کشیده شدن قفسه سینه، مشابه شیرخواران و کودکان بزرگتر عمل کنید. بهر حال تو کشیده شدن خفیف قفسه سینه در یک شیرخوار کمتر از ۲ ماه طبیعی است زیرا قفسه سینه هنوز نرم است. تو کشیده شدن شدید قفسه سینه عمیق است و به آسانی قابل رویت می باشد. تو کشیده شدن قفسه سینه می تواند نشانه ای از پنومونی باشد و در شیرخوار کمتر از ۲ ماه بسیار جدی و مهم می باشد.
- آیا شیرخوار بی حال است یا کاهش سطح هوشیاری دارد؟ شیرخواران کمتر از ۲ ماه اغلب خواب هستند و این نشانه بیماری نیست. حتی وقتی که شیرخوار کمتر از ۲ ماه بیدار است، ممکن است مثل شیرخواران و کودکان بزرگتر به مادر و پزشک که در حال صحبت هستند، نگاه نکند. یک شیرخوار کمتر از ۲ ماه بی حال و قتیکه باید بیدار و هوشیار باشد، این حالت را ندارد. او ممکن است خواب آلود باشد و پس از بیدار کردن هم نتواند بیدار بماند. اگر شیرخوار کمتر از ۲ ماه در هنگام ارزیابی نمی تواند بیدار شود، او راه ملایمت تکان دهید یا دستهایتان را بهم بزنید و مشاهده کنید که آیا او بیدار می شود. سپس نگاه کنید که آیا بیدار باقی می ماند. یک شیرخوار کمتر از ۲ ماه که کاهش سطح هوشیاری دارد نمی تواند در تمام این مدت بیدار بماند. وقتی او را لمس می کنید و یا او را تکان می دهید قادر به نشان دادن عکس العمل نیست.
- تحریک پذیری و بی قراری
- تحرک شیرخوار را مشاهده کنید. آیا کمتر از معمول است؟ یک شیرخوار کمتر از ۲ ماه بیدار بطور معمول دستها یا پاهایش را حرکت می دهد و چندین بار در دقیقه سرش را بر می گرداند. ارزیابی تحرک شیرخوار را می توانید در حالیکه او را برای سایر موارد ارزیابی می کنید، انجام دهید.
- برآمدگی ملاج شیرخوار را مشاهده و لمس کنید: ملاج، محل نرمی روی سر شیرخواران می باشد و محلی است که استخوان های سر کاملاً تشکیل نشده اند. شیرخوار را در وضعیت ایستاده نگهدارید شیرخوار باید آرام باشد و گریه نکند. سپس به ملاج شیرخوار نگاه کنید و آنرا لمس نکنید. اگر ملاج قدری برآمده است، ممکن است بعلت ابتلاء شیرخوار به مننژیت باشد.

- دمای بدن شیرخوار را اندازه بگیرید (یا او را برای تشخیص تب یا پائین بودن دمای بدن لمس کنید) تب (دمای زیربغل مساوی یا بالاتر از ۳۷.۵ درجه سانتی گراد)، هیپوترمی (دمای زیربغل کمتر از ۳۶.۵ درجه سانتی گراد) در شیرخوار کمتر از ۲ ماه ممکن است به معنی ابتلاء به عفونت باکتریال شدید باشد . تب در دو ماه اول تولد شایع نیست . همچنین با عفونت نوزادان الزاماً تب همراه نیست.
- برای رنگ پریدگی یا سیانوز یازردی ۲۴ ساعت اول تولد، شیرخوار را نگاه کنید: رنگ پوست نوزاد طبیعی، صورتی است در نوزادی که گریه می کند پوست ممکن است به رنگ قرمز تیره درآید سیانوز انتهاها (اکروسیانوزیس) در روز های 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) آن ها ، بدون سایر نشانه های خطر، لازم است جهت بررسی علت آن، بدون تزریق آنتی بیوتیک ، شیرخوار ارجاع داده شود. زردی در ۲۴ ساعت اول تولد علامت بیماریهای خطیری مثل عفونت و ناسازگاری های خونی است که جهت بررسی علت و درمان مناسب لازم است نوزاد ارجاع فوری داده شود.

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

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

احتمال بیماری خیلی شدید

یک شیرخوار کمتر از ۲ ماه با نشانه های این طبقه بندی ، مبتلا به یک بیماری خیلی شدید است و در معرض خطر زیادی برای مرگ می باشد. شیرخوار کمتر از ۲ ماه که در این طبقه بندی قرار گیرد، نیاز به ارجاع فوری به بیمارستان دارد . مطابق بوکت چارت مانا درمان مناسب قبل از ارجاع را انجام داده و شیرخوار را فوراً ارجاع دهید.

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

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
- کاهش قدرت مکیدن - استفراغ مکرر - تشنج - تنفس تند - تو کشیده شدن شدید قفسه سینه - پرش پره های بینی - ناله کردن - برآمدگی مایع - ترشحات چرکی ناف همراه با قرمزی و انتشار آن به اطراف - جوش چرکی پوستی - کاهش سطح هوشیاری - نداشتن هیچگونه حرکت یا داشتن حرکت فقط وقتی که تحریک می شود - درجه حرارت زیر بغلی مساوی یا بالاتر از ۳۷.۵ درجه سانتی گراد - درجه حرارت زیربغلی کمتر از ۳۶.۵ درجه سانتی گراد	احتمال بیماری خیلی شدید	- به بوکت مانا مراجعه شود. ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
زردی	زردی	ارزیابی طبق بوکت مانا انجام شود
هیچ یک از نشانه های فوق را نداشته باشد	علائم و نشانه های خطر ندارد	ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید

تمامی شیرخواران ۲ ماه تا ۵ سال را برای نشانه های خطر کنترل کنید



کودک را به ترتیب زیر ارزیابی کنید:

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



از جدول طبقه بندی رنگی برای اقدامات مناسب کودک ۲ ماه تا ۵ سال و نشانه های خطر استفاده کنید.



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

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

تمامی کودکان را برای نشانه های خطر کنترل کنید.

● سؤال کنید:

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

● مشاهده کنید:

☐ آیا کودک خواب آلودگی غیرعادی یا کاهش سطح هوشیاری دارد؟ یک کودک بی حال وقتی که باید بیدار و هوشیار باشد، این حالت را ندارد. او ممکن است خواب آلود باشد و پس از بیدار کردن هم نتواند بیدار بماند. اگر کودک در هنگام ارزیابی نمی تواند بیدار شود، او را به ملایمت تکان دهید یا دست هایتان را به هم بزنید و مشاهده کنید که آیا او بیدار می شود. سپس نگاه کنید که آیا بیدار باقی می ماند. کودکی که کاهش سطح هوشیاری دارد نمی تواند در تمام این مدت بیدار بماند. وقتی او را لمس می کنید و یا او را تکان می دهید قادر به نشان دادن عکس العمل نیست.

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

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

احتمال بیماری خیلی شدید

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

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
در صورت وجود هر یک از علائم و نشانه های خطر: - قادر به نوشیدن یا شیر خوردن نیست - استفراغ های مکرر دارد - خواب آلودگی غیر عادی یا کاهش سطح هوشیاری دارد	بیماری خیلی شدید	➤ برای ارزیابی و درمان به چارت مانا مراجعه کنید ➤ ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• هیچ کدام از نشانه های فوق را نداشته باشد	علائم و نشانه های خطر ندارد	➤ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید

ارزیابی کودک از نظر وزن برای سن

ارزیابی رشد کودک شامل اندازه گیری وزن، قد و دور سر و مقایسه ی آن با استانداردهای رشد بر اساس مطالعه چند مرکزی مرجع رشد سازمان جهانی بهداشت (WHO Multicenter Growth Reference Study (MGRS و منحنی های INTERGROWTH-۲۱ برای کودکان زود متولد شده می باشد. هدف از ارزیابی، تعیین روند رشد کودک و انجام مداخلات لازم می باشد. با توجه به این که شیر مادر به دلیل مزایای تغذیه ای، ایمنولوژیک و مزایای بی شمار دیگر، تغذیه ی مطلوب برای شیرخوار می باشد، منحنی های جدید براساس الگوی رشد شیر مادرخواران تهیه شده اند.

ارزیابی کودک از نظر وزن برای سن

برای همه کودکان از مادرشان درمورد علت مراجعه کودک سوال کنید از نظرنشانه های خطر او را ارزیابی کرده سپس:
ازنظروضعیت وزن، کودک را کنترل کنید.



وزن کودک را در پرونده خانوار و کارت مراقبت کودک ثبت کنید



از جدول رنگی طبقه بندی جهت کنترل وضعیت وزن استفاده کنید.



سپس کودک را از نظر وضعیت قد، دورسر- غذا و نحوه تغذیه- وضعیت دهان و دندان - وضعیت بینایی- شنوایی- وضعیت تکامل- وضعیت واکسیناسیون و مکمل های دارویی و غربالگری ها کنترل کنید، در مورد تغذیه کودک، پیشگیری از آسیب های کودکان و رابطه متقابل کودک و والدین برای ارتقای تکامل کودک با مادر مشاوره کنید.

چگونه کودک را از نظر وضعیت وزن ارزیابی کنید

اندازه گیری وزن کودک

توصیه می شود وزن کودکان با استفاده از ابزاری با خصوصیات زیر اندازه گیری شود :

- محکم و با دوام

- الکترونیکی (دیجیتالی)

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

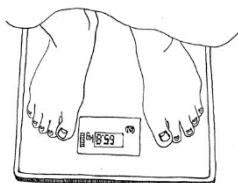
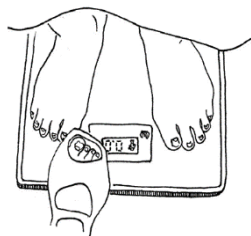
آمادگی برای توزین

- دلایل لزوم توزین کودک را برای مادر توضیح دهید. برای مثال بگویید با اندازه گیری وزن کودک می توان فهمید کودک چگونه رشد می کند، چه طور از بیماری اخیر بهبود یافته یا پاسخ کودک به انجام توصیه های تغذیه ای یا مراقبتی چگونه بوده است و از تغذیه و سلامت او مطلع شد.
- برای مادر توضیح دهید که می خواهید چه کاری انجام دهید.
- از مادر بخواهید کفش و لباس های کودک یا پوشک او را درآورد. توضیح دهید که برای به دست آوردن وزن دقیق کودک، لازم است تا لباس های کودک، به جز زیرپوش وی درآورده شود. شیرخواران، باید برهنه وزن شوند و برای گرم نگه داشتن، تا زمان وزن کردن در پتو پیچیده شوند. برای کودکان بزرگتر، باید تمام لباس ها به جز لباس های زیر، درآورده شوند. اگر از لحاظ اجتماعی درآوردن کامل لباس کودک مورد قبول نیست، تا جایی که ممکن است لباس های او کم شود.
- تا حد امکان، اتاق گرم باشد و اگر هوا سرد است یا کودک در مقابل درآوردن لباس مقاومت می کند، می توان کودک را با لباس وزن کرد اما این موضوع که کودک با لباس وزن شده و چند تکه و چه بوده است در کارت مراقبت کودک ثبت شود یا از مادر خواسته شود در مراجعه ی بعدی آن ها را بیاورد تا آن ها وزن شده و از وزن کودک کم شود.
- از ناراحت شدن، ترسیدن و آن چه باعث گریه ی کودک می شود پرهیز شود، زیرا هنگام گریه نمی توان وزنش را به دقت اندازه گیری کرد و در مرحله ی بعد باید قد او اندازه گیری شود.
- اگر کودک وسایل زینتی مثل تل یا کلیپس بر سر دارد که با اندازه گیری قد او به روش ایستاده یا خوابیده تداخل دارد، برای جلوگیری از تأخیر در اندازه گیری ها، قبل از وزن کردن کودک، در آورده شوند.
- سرعت و دقت در کار به ویژه در کودکان خردسال که قد خوابیده ی آن ها اندازه گیری می شود، برای پیشگیری از گریه ی کودک اهمیت دارد.

توزین کودک زیر ۲ سال

- اندازه گیری وزن کودکان زیر ۲ سال با ترازوی مخصوص کودکان که به آن ترازوی کفه ای گفته می شود، انجام می شود. معمولاً این نوع ترازو روی میز قرار داده می شود و دارای کفه ای است که مخصوص گذاشتن کودک بر روی آن است و بسته به سن، کودک به حالت خوابیده و یا نشسته روی کفه قرار می گیرد. در قسمت جلوی ترازو، میله مدرجی است که وزنه روی آن قابل حرکت است. با حرکت دادن وزنه به طرف چپ و راست تعادل را بدست آورده و وزن کودک را بخوانید.
- ترازویی که برای شیرخوار به کار می بریم، باید برای او راحت بوده و قبل از هر بار وزن کردن تنظیم شود.
- اطمینان حاصل شود که ترازو درست کار می کند. حداقل در ابتدای هر شیفیت و یکبار دیگر در طول روز ترازو با وزنه شاهد ۵۰۰ گرمی کنترل شود. همیشه، قبل از توزین کودک ترازو صفر شود.
- روی ترازوی کفه ای، پارچه ی گرم انداخته شود تا از سرما، گریه و ناراحتی شیرخوار پیشگیری شود.
- از مادر بخواهید تا کودک را به دقت و با ملایمت بر روی ترازو قرار دهد.
- شیرخوار بزرگتر از ۷-۸ ماه را می توان در وضعیت نشسته وزن کرد.

- برای اطمینان از صحت توزین باید در لحظه‌ای که شیرخوار آرام است وزن کودک خوانده شود. برای این کار، می‌توان با اسباب‌بازی یا بازی با وی توجه او را جلب کرد و یا به مادر اجازه داد که وقتی کودک بر روی ترازوی مخصوص توزین شیرخوار (ترازوی کفه‌ای) قرار دارد نزدیک کودک باشد تا کودک آرام و ساکت باشد و شما آماده‌ی خواندن وزن کودک شوید.
- تکرار توزین، ضریب اعتماد را بالا می‌برد.
- عدد درج شده را به درستی و با دقت بخوانید و وزن کودک را ثبت کنید.
- پس از تعیین سن شیرخوار و وزن او، در محل تلاقی وزن و سن کودک در نمودار وزن برای سن در کارت مراقبت کودک نقطه‌ی مربوطه را به دقت ثبت کنید. این کار، باید در حضور مادر انجام شود. عدد را بلند بخوانید تا مادر متوجه شود و روند رشد کودک را برای مادر توضیح دهید.



توزین کودک بزرگ‌تر از ۲ سال

- اندازه‌گیری وزن کودکان بزرگتر از ۲ سال با ترازوی سیار (پرتابل) و یا ترازوی شاهین‌دار انجام می‌شود که باید بر روی سطح صاف گذاشته شود و کودک بدون کفش به حالت ایستاده روی ترازو قرار گیرد. این کودکان می‌توانند بایستند و شما می‌توانید آنها را به تنهایی وزن کنید.
- از مادر بخواهید که در درآوردن کفش و لباس به کودک کمک کند.
- با کودک درمورد ضرورت ایستادن بر روی ترازو صحبت کنید و با او به طریقی ارتباط برقرار کنید که نترسد. هنگام توزین، کودک باید آرام باشد.
- توجه به تنظیم بودن ترازو و دقیق بودن آن ضروری است. در طول روز چندین بار ترازو را با وزنه شاهد ۲۰۰۰ گرمی کنترل کنید.
- از کودک بخواهید در وسط ترازو بایستد.
- عدد درج شده (وزن کودک) را به درستی و بادقت و با صدای بلند بخوانید و آن را ثبت کنید.
- پس از تعیین سن شیرخوار و وزن او، در محل تلاقی وزن و سن کودک در نمودار وزن برای سن در کارت رشد کودک نقطه‌ی مربوطه را به دقت ثبت کنید (این کار باید در حضور مادر انجام شود. روند رشد کودک را برای مادر توضیح دهید).



مراقبت از ابزار اندازه‌گیری

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

وزن برای سن را تعیین کنید:

برای تعیین وزن برای سن هر کودک، وزن هر کودک به ازای مقادیر ثابتی از سن در کودک هم جنس خود مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. به این منظور از منحنی وزن برای سن کودکان استفاده می‌شود. کم‌وزنی معرف آن است که وزن کنونی کودک از وزن مناسب برای سن او کمتر است. از علل کم‌وزنی می‌توان به محرومیت حاد و یا مزمن از غذا و یا به دلیل حمله‌های حاد و یا مزمن بیماری‌ها اشاره نمود. با استفاده از این منحنی، می‌توان روند رشد کودکان را پایش نمود. در این نمودار محور X، سن و محور Y، وزن برحسب کیلوگرم است.

برای تفسیر کامل وضعیت رشد کودک باید هر ۳ منحنی رشد کودک (وزن برای سن، قد برای سن و وزن برای قد) رسم و بررسی شود. کم‌وزنی گاه با لاغری و گاه با کوتاه قدی و یا هر دوی آنها توأم است. کودکی کوتاه قد ممکن است ورزش‌ها را با قد کودک متناسب ولی با سن او نامتناسب باشد. این کودک ممکن است حتی به صورت گمراه کننده ای چاق باشد، در حالی که سوءتغذیه یا بیماری‌های قبلی کودک، قد او را از آنچه انتظار می‌رفته کوتاه تر کرده است. برعکس، در کودکی که قد او مناسب سن اوست، امکان دارد به علت داشتن سوءتغذیه یا بیماری در گذشته ای نزدیک، وزن به حد کمتر از مطلوب رسیده باشد. هیچ یک از این دو کودک نام برده شده وزن مناسب برای سن را ندارند.

نکته: اگر کودکی دچار ورم هر دو پا باشد، احتباس آب سبب افزایش وزن کودک می‌شود و ممکن است کم‌وزنی شدید کودک را مخفی کند. در این حالت، وزن برای سن و وزن برای قد ایستاده/ خوابیده را علامت‌گذاری کنید ولی روی نمودار رشد و نزدیک به نقطه‌ی ترسیم شده، ورم کودک را درج نمایید. این کودک، مبتلا به سوء تغذیه‌ی شدید بوده و باید برای مراقبت‌های تخصصی ارجاع شود.

برای ثبت وزن برای سن در کودکان ترم:

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

۲- اگر کودک امروز وزن نشده است کودک را وزن کنید. وزن را روی خطوط افقی یا در فضای بین خطوط برای نشان دادن اعشارهای وزن (به‌عنوان مثال ۷.۸ کیلوگرم) علامت‌گذاری کنید. وقتی نقاط در دو ویزیت یا بیشتر ترسیم شد، برای مشاهده‌ی بهتر روند رشد، آن‌ها را با یک خط صاف به هم متصل کنید.

۳- از منحنی رشد وزنی کودک استفاده کنید.

- به محور عمودی سمت چپ برای پیدا کردن خطی که وزن کودک را نشان می دهد، نگاه کنید.
 - به محور افقی پائین منحنی رشد برای پیدا کردن خطی که سن کودک را به ماه نشان میدهد، نگاه کنید. نقطه ای که این دو خط یکدیگر را قطع می کنند، مشخص کنید.
- اگر منحنی رشد کودک قبلاً رسم شده است، از نقطه ای که اکنون بدست آورده اید به نقطه قبلی وصل کنید.

برای ثبت وزن برای سن در کودکان زود متولد شده (نوزادانی که با سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته به دنیا آمده اند) پس از ترخیص از بیمارستان از منحنی های Intergrowth-۲۱st استفاده شود:

این منحنی ها برای نوزادانی که با سن بارداری ۲۸ تا ۳۶ هفته به دنیا آمده اند پس از ترخیص مورد استفاده قرار می گیرند. آخرین سن تقویمی که این نمودارها برای شیرخوار استفاده می شوند بر حسب سن بارداری او در جدول زیر نوشته شده است و پس از رسیدن به آخرین سن استفاده از منحنی های Intergrowth-۲۱st برای پایش رشد کودک از منحنی های (MGRS) سازمان جهانی بهداشت استفاده شود.

جدول سن استفاده از منحنی های Intergrowth-۲۱st

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

ارزیابی وزن کودکانی که زود متولد شده اند از ۲۸ هفته بارداری تا ۶۴ هفته بارداری بر روی منحنی Intergrowth-۲۱st انجام شود و بعد از هفته ۶۴ بارداری بر روی منحنی (MGRS) انجام شود. توجه داشته باشید تا ۲۴ ماهگی سن اصلاح شده محاسبه می شود. با کم کردن تعداد هفته های نارس (فاصله سن حاملگی از ۴۰ هفته) از سن تقویمی کودک، سنی که حاصل می شود سن اصلاح شده است.

$$\{ ۴ \div (\text{سن بارداری به هفته} - ۴۰) - \text{سن تقویمی به ماه} = \text{سن اصلاح شده برای ثبت در منحنی MGRS} \}$$

مثال ۱: اگر کودکی با سن بارداری ۲۸ هفته به دنیا آمده باشد ($۴۰ - ۲۸ = ۱۲$) این کودک ۱۲ هفته یا ($۱۲ \div ۴ = ۳$) ۳ ماه زودتر از موعد مقرر به دنیا آمده است. بنابر این از ۲۸ هفته بارداری تا ۶۴ هفته بارداری (سن تقویمی ۹ ماه) بر منحنی Intergrowth-۲۱st ارزیابی می شود و پس از آن تا ۲۴ ماهگی با محاسبه سن اصلاح شده (در ۹ ماهگی سن اصلاح شده او $۹ - ۳ = ۶$ ماه است) و پس از ۲۴ ماهگی مطابق کودکان ترم بر منحنی (MGRS) ارزیابی می شود.

مثال ۲: اگر کودکی با سن بارداری ۳۶ هفته به دنیا آمده باشد ($40 - 36 = 4$) این کودک ۴ هفته یا ($4 \div 4 = 1$) ۱ ماه زودتر از موعد مقرر به دنیا آمده است. بنابر این از ۲۸ هفته بارداری تا ۶۴ هفته بارداری (سن تقویمی ۷ ماه) بر منحنی 21^{st} -Intergrowth ارزیابی می شود و پس از آن تا ۲۴ ماهگی با محاسبه سن اصلاح شده (در ۷ ماهگی سن اصلاح شده او $(6 - 3 = 3)$ ماه است) و پس از ۲۴ ماهگی مطابق کودکان ترم بر منحنی (MGRS) ارزیابی می شود.

چگونه کودک را از نظر وضعیت وزن طبقه بندی کنید

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

کم وزنی شدید

اگر منحنی وزن برای سن زیر منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) قرار گیرد (در هر سه حالت صعودی، افقی و نزولی) کودک در طبقه بندی کم وزنی شدید قرار می گیرد. او را به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید و ۱ روز بعد پی گیری نمایید تا مطمئن شوید کودک به پزشک مراجعه کرده است. برای ارزیابی رشد، کودکان زیر ۲ ماه ۱۰ روز بعد، ۲ ماهه تا یکسال ۲ هفته بعد، بالای یک سال یک ماه بعد پی گیری شود.

کم وزنی

اگر منحنی وزن برای سن کودک مساوی z -score ۳- تا کمتر از z -score ۲- باشد کودک در طبقه بندی کم وزنی قرار می گیرد. در این صورت منحنی وزن برای قد بررسی شود. توصیه های تغذیه ای ارائه شود. سپس کودک را پی گیری کنید: اگر هر نوع مشکل غذا و نحوه تغذیه دارد بعد از ۵ روز پی گیری کنید، تا ببینید مادر به توصیه ها عمل کرده است و نظر او چیست. برای ارزیابی رشد، کودکان زیر ۲ ماه ۱۰ روز بعد، ۲ ماهه تا یکسال ۲ هفته بعد، بالای یک سال یک ماه بعد پی گیری شود. در صورت وزن گیری مطلوب، توصیه های تغذیه ای ارائه شده ادامه یافته و پی گیری کودک تا رفع کم وزنی، ادامه یابد. در صورت وزن گیری نامطلوب در اولین پی گیری به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید.

احتمال اضافه وزن

اگر منحنی رشد کودک بالای منحنی z -score ۱+ باشد در طبقه بندی احتمال اضافه وزن قرار می گیرد. برای بررسی بیشتر به منحنی وزن برای قد مراجعه شود.

نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن

اگر منحنی وزن برای سن کودک مساوی z -score ۲- تا مساوی z -score ۱+ بوده و روند رشد نامعلوم (یعنی منحنی رشد کودک قبلاً رسم نشده باشد یا کارت مراقبت کودک نداشته باشد) یا روند رشد متوقف شده یا روند رشد نزولی باشد کودک در طبقه بندی "نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن" قرار می گیرد. برای بررسی بیشتر به منحنی وزن برای قد مراجعه کنید. تغذیه کودکان در این طبقه بندی را بر اساس چارت تغذیه و مشاوره، ارزیابی کرده و با مادر مشاوره کنید. اگر هر نوع مشکل غذا و نحوه تغذیه دارد بعد از ۵ روز پی گیری کنید، تا ببینید مادر به توصیه ها عمل کرده است و نظر او چیست. برای ارزیابی رشد، کودک زیر ۲

ماه را ۱۰ روز بعد، کودک ۲ ماهه تا یک ساله را بعد از ۲ هفته و بالای یک سال را بعد از یک‌ماه پی‌گیری کنید. در صورت وزن نگرفتن بعد از ۲ مراقبت ارجاع شود. کودکان زیر یک سال در معرض خطر بیشتری برای مشکلات تغذیه‌ای و سوء تغذیه هستند.

طبیعی :

اگر منحنی وزن برای سن کودک مساوی $-2Z$ - SCORE تا مساوی $+1Z$ - SCORE بوده و روند رشد به موازات یا روند رشد به سمت میانه باشد، کودک در طبقه‌بندی طبیعی قرار می‌گیرد. مادر را به ادامه مراقبت‌های روتین تشویق کنید. توصیه‌های تغذیه‌ای گروه سنی کودک را ارائه دهید.

در اینجا جدول ارزیابی و طبقه‌بندی کودک از نظر وزن برای سن آمده است:

توصیه‌ها/ اقدام	طبقه بندی	منحنی وزن برای سن
- ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه کم وزنی اقدام شود	کم‌وزنی شدید	پایین تر از -3 z-score
- منحنی قد برای سن بررسی شود - منحنی وزن برای قد بررسی شود - مشاوره و ارائه توصیه های تغذیه‌ای - مراجعه بعدی برای ارزیابی تغذیه کودک زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد و بالای ۲ ماه ۱ هفته بعد و مراجعه بعدی برای ارزیابی رشد کودک: - زیر ۲ ماه: ۱۰ روز بعد ۲ ماهه تا یکسال: ۲ هفته بعد - بالای یک سال: ۱ ماه بعد - بعد از ۲ پیگیری در صورتی که وزن کودک اضافه نشده باشد یا منحنی وزن برای سن روند نزولی داشته باشد، به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید. در صورت وزن گیری مطلوب، توصیه های تغذیه ای ادامه یافته و بر اساس سن کودک پیگیری شود.	کم‌وزنی	مساوی -3 z-score تا پایین تر از -2 z-score
- منحنی قد برای سن بررسی شود - منحنی وزن برای قد بررسی شود	احتمال اضافه وزن	بالا تر از $+1$ z-score
- منحنی قد برای سن بررسی شود - منحنی وزن برای قد بررسی شود - توصیه‌های تغذیه‌ای متناسب را ارائه دهید - مراجعه بعدی برای ارزیابی تغذیه کودک زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد و بالای ۲ ماه ۱ هفته بعد و مراجعه بعدی برای ارزیابی وزن کودک: ➤ زیر ۲ ماه: ۱۰ روز بعد ➤ ۲ ماهه تا یکسال: ۲ هفته بعد ➤ بالای یک سال: ۱ ماه بعد ➤ بعد از ۲ پیگیری در صورتی که وزن کودک اضافه نشده باشد، به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید	نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن	- مساوی -2 z-score تا مساوی $+1$ z-score و - روند رشد نامعلوم یا - روند افزایش وزن متوقف شده یا - کاهش وزن کودک

• مساوی z -score -۲ تا مساوی z -score +۱	طبیعی	• منحنی قد برای سن بررسی شود • منحنی وزن برای قد بررسی شود • ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید
--	-------	--

فصل ۶

ارزیابی کودک از نظر قد برای سن

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



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



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



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

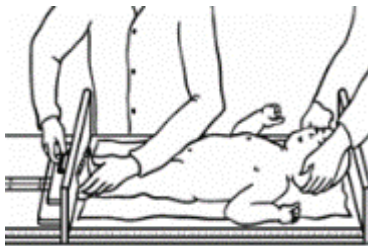
چگونه کودک را از نظر وضعیت قد ارزیابی کنید:

کودکان را از نظر قد آن ها برای سن شان بشرح زیر کنترل کنید، به این منظور از نمودار قد برای سن کودکان استفاده می شود. با استفاده از این منحنی می توان روند قد آنان را پایش نمود.
قد برای سن را تعیین کنید:
۱- سن کودک را به ماه حساب کنید

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

اندازه گیری قد کودک

- بسته به سن و توانایی کودک در ایستادن، قد خوابیده (Length) یا قد ایستاده (Height) کودک را اندازه گیری کنید.
 - اگر کودک کمتر از ۲ سال دارد، قد خوابیده و اگر ۲ سال یا بیشتر دارد و قادر به ایستادن است قد ایستاده اش را اندازه بگیرید.
 - قد ایستاده، حدود ۰.۷ سانتی متر کمتر از قد خوابیده است. اگر کودک کمتر از ۲ سال، برای اندازه گیری قد خوابیده، دراز نمی کشد، قد ایستاده ای او را اندازه گرفته و ۰.۷ سانتی متر به آن اضافه کنید تا قد خوابیده به دست آید و اگر کودک ۲ ساله یا بزرگتر نتوانست بایستد، قد خوابیده ای او را اندازه گیری نموده و برای تبدیل آن به قد ایستاده، ۰.۷ سانتی متر از آن کم کنید.
 - تخت قدسنج برای اندازه گیری قد خوابیده به کار می رود. این وسیله، باید بر روی یک سطح صاف و محکم قرار گیرد.
 - قدسنج برای اندازه گیری قد ایستاده به کار می رود و به طور عمودی روی دیوار نصب می شود.
 - صفحات افقی و عمودی قدسنج ها باید در زوایای صحیح به بدنه متصل شده باشند.
 - قسمت متحرک در تخت قدسنج بخش پایی و در قدسنج ایستاده مربوط به قسمت سر است.
- آمادگی برای اندازه گیری قد خوابیده یا ایستاده**
- پس از اندازه گیری وزن، برای اندازه گیری قد کودک در حالت ایستاده یا خوابیده آماده شوید .
 - کنترل کنید که کفش، جوراب و زینت آلات موی سر کودک قبلاً درآورده شده باشد.
 - برای اندازه گیری قد چه به صورت خوابیده و چه به صورت ایستاده، حضور مادر جهت آرام نگه داشتن کودک ضروری است. بنابراین، به مادر دلایل اندازه گیری قد و مراحل آن را توضیح داده و به سؤالات وی پاسخ دهید. به وی بگویید و نشان دهید که چگونه می تواند به شما کمک کند.

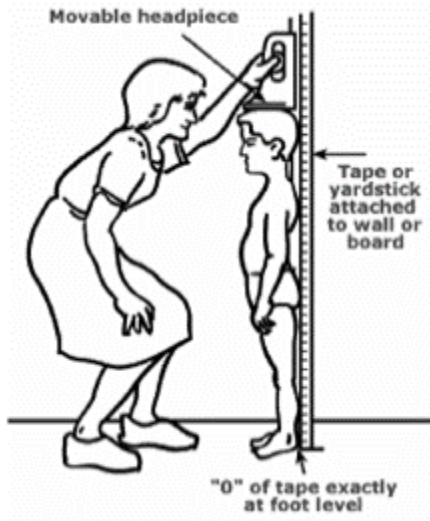


اندازه گیری قد خوابیده

- سطح میز قدسنج را با یک پوشش نازک به منظور رعایت اصول بهداشتی و نیز راحتی کودک بپوشانید.
- به مادر توضیح دهید که چگونه کودک را روی میز قدسنج قرار داده و به نگه داشتن سر کودک هنگامی که شما قد او را اندازه می گیرید، کمک کند.

- به مادر نشان دهید که وقتی کودک را روی میز قرار می‌دهید، کجا بایستد (برای مثال، مقابل شما و دور از محل قرارگیری متر). همچنین، به او نشان دهید که سر کودک را کجا قرار دهد (در مجاورت دیواره‌ی ثابت میز قدسنج)
- در کوتاه‌ترین زمان ممکن، سر کودک را در موقعیت صحیح قرار دهید، طوری که یک خط عمودی فرضی از مجرای گوش به حاشیه‌ی پایینی گودی چشم عمود بر تخت باشد (در این حالت، چشم‌های کودک باید دقیقاً به طور مستقیم به بالا نگاه کند) از مادر بخواهید سر کودک را در این وضعیت ثابت نگه‌دارد. با یک دست پاهای کودک را نگه داشته و با دست دیگر قسمت متحرک انتهایی میز را به سمت کف پای او حرکت دهید. با یک فشار آرام به زانوهای کودک، آن‌ها را صاف کنید. توجه داشته باشید فشاری که برای صاف کردن زانوها در نوزادان اعمال می‌شود با فشار لازم برای صاف کردن زانوهای کودکان بزرگ‌تر متفاوت است. زانوهای نوزادان، شکننده و آسیب‌پذیرند و به‌راحتی صدمه می‌بینند. بنابر این، برای صاف کردن زانوهای نوزادان از حداقل فشار ممکن استفاده کنید.
- در حالی که زانوها را نگه‌داشته‌اید، صفحه‌ی متحرک پایی را به آرامی به سمت کف پاهای کودک حرکت دهید. کف پاها باید دقیقاً بر صفحه تماس داشته و انگشت شست، صاف و به سمت بالا باشد. در غیر این صورت، یعنی در صورت خمیدگی انگشت شست و یا مماس نبودن کف پاها با صفحه‌ی متحرک پایی به آرامی کف پاهای کودک را تحریک کنید و با سرعت و در حالی که کودک انگشت شست پاهایش را صاف کرده، صفحه را نزدیک نموده و به کف پایش بچسبانید. سرعت عمل نکته‌ی مهمی است.
- اندازه را به درستی بخوانید و به سانتی متر و با دقت ۰.۱ سانتی متر بر حسب آخرین خط مدرج اندازه‌گیری که قابل رؤیت می‌باشد در منحنی‌های مربوطه در کارت مراقبت کودک ثبت نمایید.

اندازه‌گیری قد ایستاده



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

قد ایستاده/خوابیده برای سن

قد ایستاده/ خوابیده برای سن نشان دهنده‌ی رشد قدی کسب شده است. قد هر کودک به ازای مقادیر ثابتی از سن در کودک هم جنس خود مورد ارزیابی قرار گرفته و نشان دهنده سوء تغذیه مزمن و طولانی مدت است. از مهم ترین علل کوتاه قدی می توان به دسترسی ناکافی به غذا در طولانی مدت، بروز عفونت های مکرر و دسترسی ناکافی به خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی اشاره نمود. این شاخص، در تشخیص کودکان دچار کوتاهی قد در اثر سوء تغذیه‌ی طولانی مدت یا بیماری مکرر کمک کننده است و کودکانی که برای سن خود، بلند قد هستند نیز شناسایی می‌شوند. (بلندی قد به‌جز در موارد شدید که مطرح کننده‌ی مشکلات نادر غددی است به‌ندرت به‌عنوان یک مشکل تلقی می‌شود).

برای ثبت قد ایستاده/خوابیده برای سن:

- هفته‌ها، ماه‌ها یا سال‌ها و ماه‌های طی شده را روی خطوط عمودی و نه بین آن‌ها، علامت‌گذاری کنید. به‌عنوان مثال، اگر کودکی ۵.۵ ماهه است، روی خط ۵ ماهگی و نه بین ۵ و ۶ ماهگی را علامت‌گذاری کنید.
- قد ایستاده یا خوابیده را روی یا بین خطوط افقی و در حداکثر دقت ممکن علامت‌گذاری کنید. به‌عنوان مثال، اگر اندازه‌ی قد ۶۰.۵ سانتی متر است، نقطه را در وسط فاصله‌ی بین خطوط افقی علامت‌گذاری کنید. وقتی نقاط برای ۲ ویزیت یا بیشتر علامت‌گذاری شده است برای مشاهده‌ی بهتر روند رشد، آن‌ها را با یک خط صاف به یکدیگر متصل کنید.

برای ثبت قد برای سن در کودکان زود متولد شده (نوزادانی که با سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته به دنیا آمده اند) پس از

ترخیص از بیمارستان از منحنی‌های ۲st-Intergrowth استفاده شود:

این منحنی‌ها پس از ترخیص از بیمارستان از هفته ۲۸ بارداری تا هفته ۶۴ بارداری مورد استفاده قرار می‌گیرد. پس از رسیدن به آخرین سن منحنی‌های ۲st-Intergrowth برای پایش رشد کودک از نمودارهای معمول کودک سالم منحنی‌های (MGRS) سازمان جهانی بهداشت استفاده شود. توجه داشته باشید تا ۴۰ ماهگی سن اصلاح شده محاسبه شود.

چگونه کودک را از نظر وضعیت قد طبقه بندی کنید

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

• کوتاه قدی شدید:

اگر منحنی قد کودک زیر منحنی ۳- انحراف معیار باشد در طبقه بندی "کوتاه قدی شدید" قرار می‌گیرد. این کودک را به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید. ۲۴ ساعت بعد پی گیری نمایید تا مطمئن شوید کودک به پزشک مراجعه کرده است. کودکان کوچک‌تر از ۶ ماه ۱ ماه بعد، ۶ ماه تا ۱۲ ماه بعد، بزرگتر از ۱ سال ۳ ماه بعد پیگیری شود.

• کوتاه قدی:

اگر منحنی قد کودک مساوی $z\text{-score} -3$ تا کمتر از $z\text{-score} -2$ باشد کودک در طبقه بندی "کوتاه قدی" قرار می‌گیرد. این کودک را به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید. ۱ روز بعد پی گیری نمایید تا مطمئن شوید کودک به پزشک مراجعه کرده است. کودکان کوچک‌تر از ۶ ماه ۱ ماه بعد، ۶ ماه تا ۱۲ ماه بعد، بزرگتر از ۱ سال ۳ ماه بعد پیگیری شود.

- **خیلی بلند قد:**

اگر منحنی قد کودک بیشتر از $+3 Z\text{-score}$ باشد کودک در طبقه بندی "خیلی بلند قد" قرار می گیرد. این کودک را به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید. ۱ روز بعد پی گیری نمایید تا مطمئن شوید کودک به پزشک مراجعه کرده است. کودکان کوچکتر از ۶ ماه ۱ ماه بعد، ۶ ماه تا ۱۲ ماه ۲ ماه بعد، بزرگتر از ۱ سال ۳ ماه بعد پیگیری شود.

- **نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد:**

اگر منحنی قد کودک مساوی $-2 Z\text{-score}$ تا مساوی $+3 Z\text{-score}$ باشد و روند رشد نامعلوم یا روند رشد متوقف شده یا روند رشد کند شده باشد کودک در طبقه بندی "نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد" قرار می گیرد. توصیه های تغذیه ای لازم ارائه شود. اگر هر نوع مشکل غذا وجود دارد، بعد از ۵ روز پیگیری شود. مراقبت های روتین ادامه داشته باشد. پیگیری طبق توالی جدول پیگیری انجام شود: کودک کوچکتر از ۶ ماه ۱ ماه بعد، ۶ تا ۱۲ ماه ۲ ماه بعد، بزرگتر از ۱ سال ۳ ماه بعد پیگیری شود.

- **رشد قدی طبیعی:**

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

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

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

فصل ۷

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

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

وزن برای قد ایستاده / خوابیده

وزن برای قد بیانگر وزن در مقایسه با رشد قدی است. این شاخص، به خصوص در مواردی که سن کودک مشخص نیست (مثل شرایط پناهندگی، بازمانده‌های بلایای طبیعی و...) استفاده می‌شود. نمودار وزن برای قد، وضعیت وزن کودک به ازای قد او را تعیین می‌کند. لاغری معمولاً الگویی فصلی دارد و از دلایل عمده لاغری کودکان می‌توان اسهال شدید یا مکرر، عفونت‌های حاد تنفسی فوقانی، سایر عفونت‌ها و دسترسی ناکافی به غذا در خانواده را نام برد. این نمودار، برای تشخیص کودکان دچار اضافه وزن برای قد که ممکن است در معرض خطر ابتلا به اضافه وزن یا چاقی باشند نیز مفید است.

برای ثبت وزن برای قد ایستاده / خوابیده:

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

نمایه توده‌ی بدن (BMI) برای سن:

- BMI عددی است که با وزن و قد کودک ارتباط دارد و وقتی بر روی نموداری در مقابل سن کودک ترسیم شود، در پایش رشد کودک مفید می‌باشد. محاسبه‌ی آن براساس وزن بر حسب کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد (ایستاده یا خوابیده) بر حسب متر است.
 - عدد BMI را تا رقم یک دهم اعشار گرد کرده و آن را ثبت کنید.
 - این شاخص، در ۶ ماه اول زندگی افزایش سریع دارد، اما از ۲ تا ۵ سالگی، تقریباً ثابت باقی می‌ماند.
 - شاخص توده‌ی بدن برای سن، معیار خوبی برای غربالگری اضافه وزن و چاقی است. نتایج حاصل از این نمودار و نمودار وزن برای قد نتایج بسیار مشابهی دارند.
 - در این نمودار محور X ، سن و محور Y ، نمایه‌ی توده‌ی بدن کودک است.
- نکته:** در کودکی که دچار ورم هر دو پا است، BMI او را محاسبه نکنید زیرا وزنش در نتیجه‌ی ورم از وزن واقعی وی بیشتر است. در این صورت، کودک را برای مراقبت به پزشک ارجاع دهید.

برای ثبت نمایه توده‌ی بدن برای سن:

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

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

برای کودکان زیر ۵ سال ۶ طبقه‌بندی از نظر وضعیت وزن برای قد وجود دارد: ۱- لاغری شدید یا سوء تغذیه حاد شدید
۲- لاغری یا سوء تغذیه حاد متوسط ۳- چاقی ۴- اضافه وزن ۵- در خطر اضافه وزن و ۶- طبیعی

لاغری شدید یا سوء تغذیه حاد شدید

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

لاغری یا سوء تغذیه حاد متوسط

اگر منحنی وزن برای قد کودک مساوی $-3Z\text{-score}$ تا کمتر از $-2Z\text{-score}$ باشد، کودک در طبقه‌بندی لاغر یا سوء تغذیه حاد متوسط قرار می‌گیرد. کودک را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید. ۱ روز بعد پی‌گیری نمایید تا مطمئن شوید کودک به پزشک مراجعه کرده است. کودکان کوچک‌تر از ۲ ماه را ۱۰ روز بعد، ۲ ماه تا یکسال را ۲ هفته بعد، بزرگتر از ۱ سال را ۱ ماه بعد پیگیری کنید

چاقی

اگر منحنی وزن برای قد کودک بالای $+3 Z\text{-score}$ باشد کودک در طبقه‌بندی چاق قرار می‌گیرد. کودک را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید. ۱ روز بعد پی‌گیری نمایید تا مطمئن شوید کودک به پزشک مراجعه کرده است. کودکان کوچک‌تر از ۲ ماه را ۱۰ روز بعد، ۲ ماه تا یکسال را ۲ هفته بعد، بزرگتر از ۱ سال را ۱ ماه بعد پیگیری کنید. کودک چاق به مدت سه ماه بطور ماهانه پیگیری شود و هر ماه وزن و قد کودک اندازه‌گیری شود.

اضافه وزن

اگر منحنی وزن برای قد کودک بیشتر از $+2 Z\text{-score}$ تا مساوی $+3Z\text{-score}$ باشد کودک در طبقه‌بندی اضافه وزن قرار می‌گیرد. کودک را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید ۱ روز بعد پی‌گیری نمایید تا مطمئن شوید کودک به پزشک مراجعه کرده است. کودکان کوچک‌تر از ۲ ماه را ۱۰ روز بعد، ۲ ماه تا یکسال را ۲ هفته بعد، بزرگتر از ۱ سال را ۱ ماه بعد پیگیری کنید. کودک دارای اضافه وزن به مدت شش ماه بطور ماهانه پیگیری شود و هر ماه وزن و قد کودک اندازه‌گیری شود.

در خطر اضافه وزن

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

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

در صورت اصلاح نشدن وضعیت کودک بعد از ۳ بار پیگیری ارجاع دهید. . کودک دارای احتمال اضافه وزن به مدت سه ماه بطور ماهانه پیگیری شود و هر ماه وزن و قد کودک اندازه گیری شود.

طبیعی

اگر منحنی وزن برای قد کودک مساوی $Z\text{-score} -2$ تا مساوی $+1 Z\text{score}$ باشد کودک در طبقه‌بندی طبیعی قرار می‌گیرد. مادر را به ادامه مراقبت‌های روتین تشویق کنید.

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

منحنی وزن برای قد	طبقه‌بندی	توصیه‌ها/ اقدام
• پایین تر از $Z\text{-score} -3$	لاغری شدید	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه کم وزنی اقدام شود
• مساوی $Z\text{-score} -3$ تا پایین تر از $Z -2$	لاغری	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه کم وزنی اقدام شود
• بالا تر از $Z\text{-score} +3$	چاقی	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۱ هفته بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس ۱ ماه بعد مشابه در خطر اضافه وزن اقدام شود
• بالا تر از $Z\text{-score} +2$ تا مساوی $Z\text{-score} +3$	اضافه وزن	
• بالا تر از $Z\text{-score} +1$ تا مساوی $Z\text{-score} +2$	در خطر اضافه وزن	• منحنی وزن برای سن بررسی شود • منحنی قد برای سن بررسی شود • کودک را از نظر تغذیه ارزیابی کنید • آموزش تغذیه کودک بر اساس راهنمای مشاوره تغذیه برای کودک با اضافه وزن • ۱ ماه بعد پیگیری شود • در صورتی که منحنی وزن برای قد بعد از ۳ ماه در همین طبقه بندی قرار گیرد به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع شود
• مساوی $Z\text{-score} -2$ تا مساوی $Z\text{-score} +1$	طبیعی	• منحنی وزن برای سن بررسی شود • منحنی قد برای سن بررسی شود • ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

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

فصل ۸

ارزیابی کودک از نظر دور سر (تا ۲ سالگی):

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

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

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

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

اندازه گیری دور سر

- باید از متر غیر قابل ارتجاع استفاده شود.
- متر را روی برجسته ترین نقطه ی پس سر، در عقب سر قرار داده و در جلو در بالای ابرو قرار دهید، بدین ترتیب بزرگ ترین محیط پس سری پیشانی اندازه گیری می شود.
- تکرار اندازه گیری، درجه ی اطمینان را بالا می برد.
- اندازه ی دور سر را به درستی خوانده و بر حسب سانتی متر و با دقت ۰.۱ سانتی متر و بر حسب سن کودک بر روی منحنی دور سر برای سن و جنس با دقت ثبت کنید.



چگونه کودک را از نظر وضعیت دورسر ارزیابی کنید

در شیرخواران و کودکان خردسال تا ۲ سالگی، دور سر را کنترل کنید. دور سر در نوزاد ترم ۳۴-۳۵ سانتی متر، در ۶ ماهگی ۴۴ سانتیمتر و در ۱ سالگی ۴۷ سانتی متر است. رشد سر در ۳ ماه اول زندگی ۲ سانتی متر، در ۳ ماهگی تا ۶ ماهگی ۱ سانتی متر و در ۶ تا ۱۲ ماهگی ۰.۵ سانتی متر در ماه است. کودکان را از نظر رشد دور سر برای سن شان بشرح زیر کنترل کنید، به این منظور از منحنی رشد دورسر برای سن استفاده شود. با استفاده از منحنی دورسر می توان روند رشد دور سر آنان را پایش نمود.

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

برای نوزادانی که در کمتر از ۳۷ هفته بارداری به دنیا آمده اند، پس از ترخیص از ۲۸ هفته تا ۶۴ هفته بارداری از منحنی های Intergrowth-۲۱st استفاده می شود. پس از رسیدن به ۶۴ هفته بارداری برای پایش رشد کودک از منحنی های (MGRS) سازمان جهانی بهداشت استفاده شود. توجه داشته باشید تا ۱۸ ماهگی سن اصلاح شده محاسبه شود.

چگونه کودک را از نظر وضعیت دورسر طبقه بندی کنید:

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

دور سر کوچک (میکروسفالی)

اگر دور سر کودک پایین Z-score ۳- برای سن و جنس باشد، کودک در طبقه بندی دور سر کوچک (میکروسفالی) قرار می گیرد، در این صورت کودک را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید. ۱ روز بعد پی گیری نمایید تا مطمئن شوید کودک به پزشک مراجعه کرده است. کودکان کوچکتر از ۶ ماه را ۲ هفته بعد، بزرگتر از ۶ ماه را ۱ ماه بعد پیگیری کنید.

دور سر بزرگ (ماکروسفالی)

اگر دور سر کودک بالای Z-score ۳+ باشد کودک در طبقه بندی دور سر بزرگ (ماکروسفالی) قرار می گیرد، در این صورت کودک را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید. ۱ روز بعد پی گیری نمایید تا مطمئن شوید کودک به پزشک مراجعه کرده است. کودکان کوچکتر از ۶ ماه را ۲ هفته بعد، بزرگتر از ۶ ماه را ۱ ماه بعد پیگیری کنید.

نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر

اگر منحنی دورسر کودک مساوی Z-score ۳- تا مساوی Z-score ۳+ باشد و غیرموازی با خط Zscore (میانگین/ میانه) یا روند افزایش دور سر نامعلوم باشد، احتمال مشکل دور سر وجود دارد. در این صورت، اگر کودک کمتر از ۶ ماه سن داشته باشد، ۲ هفته ای

بعد و اگر بیش‌تر از ۶ ماه داشته باشد، ۱ ماه بعد پیگیری شود. در صورت عدم اصلاح وضعیت کودک بعد از ۲ بار پیگیری مجدداً ارجاع دهید.

طبیعی

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

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

منحنی دور سر برای سن	طبقه‌بندی	توصیه‌ها
• پایین‌تر از $-3 Z\text{-score}$	دور سر کوچک (میکروسفالی)	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • یک هفته بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر اقدام شود
• بالا تر از $+3 Z\text{-score}$	دور سر بزرگ (ماکروسفالی)	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۱ هفته بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر اقدام شود
• مساوی $-3 Z\text{-score}$ تا مساوی $+3 Z\text{-score}$ - روند افزایش دور سر نامعلوم یا - روند افزایش دور سر متوقف شده یا - روند افزایش دور سر دور از میانه	نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر	پیگیری: • زیر ۶ ماه: ۲ هفته بعد • بالای ۶ ماه: ۱ ماه بعد در صورت اصلاح نشدن منحنی دور سر بعد از ۲ بار پیگیری به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع شود
• مساوی $-3 Z\text{-score}$ تا مساوی $+3 Z\text{-score}$	دور سر طبیعی	• ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید

فصل ۹

کنترل کودک از نظر وضعیت تغذیه

برای ارزیابی وضعیت تغذیه شیرخوار ۳ جدول "ارزیابی سلامت مادر و وضعیت شیردهی"، "ارزیابی تغذیه تا پایان یکسالگی" و "ارزیابی تغذیه تا پایان شیردهی" برای ارزیابی وضعیت تغذیه شیرخوار وجود دارد. بخش آموزش و مشاوره شامل جدول توصیه های تغذیه ای برای کودکان در سلامت و بیماری است که برای ارزیابی وضعیت تغذیه شیرخوار برحسب سن باید به این جدول مراجعه کنند. بعلاوه ۲۰ جدول (از ۱-۲۰) برای راهنمایی و کمک به مشاوره با مادر/مراقب کودک در مورد تغذیه با شیرمادر می باشد. برای ارزیابی وضعیت تغذیه شیرخوار با توجه به سن شیرخوار به جدول مربوطه مراجعه کنید.

ارزیابی سلامت مادر و وضعیت شیردهی

تاریخ تولد مادر..... سن مادر وزن مادر..... قد مادر..... BMI (نمایه توده بدنی) مادر.....

سوال کنید / بررسی کنید

- آیا مادر سابقه جراحی پستان (بزرگ کردن و کوچک کردن پستان، برداشت توده از پستان، تروما و سوختگی پستان) دارد؟ (این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود)
- آیا مادر نوک پستان صاف و فرو رفته دارد؟ (معاینه و مشاهده شود) (این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود) (جدول ۵ و ۱۸)
- آیا پستان مادر دچار مشکلاتی نظیر احتقان، زخم نوک پستان، مجاری بسته و آبسه یا عفونت پستان است؟ (معاینه و مشاهده شود) (جدول ۵ و ۱۸)
- آیا در اظهارات مادر در مورد شیردهی باورهای نادرست (نظیر عدم امکان تغذیه انحصاری تا شش ماه و یا تغییر شکل پستانها) وجود دارد؟ (جدول ۱۹)
- (این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود)
- آیا مادر در بارداری اخیر دیابت داشته است؟ (بررسی مستندات)
- (از مراقبت ۳ تا ۵ روزگی تا مراقبت ۲ ماهگی یک بار سوال شود)
- آیا مادر زایمان سخت داشته است؟ (بررسی مستندات) (از مراقبت ۳ تا ۵ روزگی تا مراقبت ۲ ماهگی یک بار سوال شود)
- آیا مادر سزارین شده است؟ (از مراقبت ۳ تا ۵ روزگی تا مراقبت ۲ ماهگی یک بار سوال شود)
- آیا مادر دچار عوارض شدید بارداری و زایمانی داشته است؟ (مراقبت ۳ تا ۵ روزگی یا مراقبت ۱۵ و ۱۴ روزگی یک بار سوال شود)
- آیا سن مادر زیر ۱۶ سال است؟ (تا زمانی که مادر زیر ۱۶ سال است این سوال پرسیده شود)
- آیا مادر قبل از بارداری سوء تغذیه کم وزنی داشته است؟ (بررسی مستندات) (این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود)
- آیا مادر سوء تغذیه کم وزنی دارد؟ (شاخص توده بدنی کمتر از ۱۸.۵) (معاینه و مشاهده شود)
- آیا مادر تغذیه ناکافی و نا مناسب دارد؟ (جدول ۱۷)
- آیا مادر برای فرزند قبلی مشکل شیردهی داشته است؟ (جدول ۱۷) (این سوال در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود)
- آیا در بارداری اخیر، مادر حاملگی بدون برنامه ریزی (ناخواسته) داشته است؟ (جدول ۱۷) (این سوال در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود)
- آیا مادر داروهایی که در شیردهی منع مصرف مطلق یا نسبی دارد، مصرف می کند؟ (جدول ۱۷)
- آیا مادر مشکلات روحی/ روانی دارد؟ یا دارو مصرف می کند؟ (بررسی مستندات) (فرم غربالگری سلامت روان مادر یکبار پس از زایمان طبق دستور عمل اداره سلامت مادران تکمیل شود)
- آیا مادر سوء مصرف مواد دارد؟
- آیا مادر مشکل خانوادگی دارد؟ (جدول ۱۷)
- آیا در مادر اعتماد به نفس کافی دیده نمی شود؟ (جدول ۱۷) (معاینه و مشاهده شود)
- آیا مادر علائم بی خوابی و خستگی مفرط دارد؟ (جدول ۱۷) (معاینه و مشاهده شود)
- آیا مادر شاغل یا در حال تحصیل است و ساعاتی را به دور از فرزندش می گذراند؟ (جدول ۵ و ۶) (این سوال از بدو تولد تا مراقبت ۶ ماهگی پرسیده شود)
- آیا روش پیشگیری از بارداری مادر نامتناسب با شیردهی انتخاب شده است؟ (طبق دستورعمل باروری سالم)

برای تمام شیرخواران در اولین مراجعه، "ارزیابی سلامت مادر و وضعیت شیردهی" انجام و "فرم مشاهده شیردهی" (جدول شماره ۱۶) تکمیل می شود.

برای تمام شیرخواران در هر بار مراجعه برای مراقبت های روتین کودک نیز "ارزیابی سلامت مادر و وضعیت شیردهی" انجام می شود. در صورت احتمال مشکل تغذیه با شیر مادر، "فرم مشاهده شیردهی" تکمیل و در هر بار وجود احتمال مشکل شیردهی، تا سن شش ماهگی تکرار می شود.

نکته: در زمان "ارزیابی سلامت مادر و وضعیت شیردهی" حضور مادر الزامی است.

در ارزیابی سلامت مادر و وضعیت شیردهی، پاسخ برخی از سوالات با پرسش از مادر مشخص می شود. برخی سوالات نیاز به بررسی مستندات و برخی سوالات نیاز به معاینه و مشاهده دارد.

ضمن ارزیابی مادر با سوال، بررسی و مشاهده ضروری است وضعیت شیردهی مادر نیز با مشاهده و تکمیل فرم شیردهی بررسی شود.

نکات قابل توجه:

- برای تایید زایمان سخت: در مادر بایستی به بوکت چارت مراقبت ادغام یافته مادران (تعریف واژه ها) مراجعه شود.
- **بررسی سوء تغذیه مادر قبل از بارداری:** از طریق بررسی مستندات و وضعیت نمایه توده بدنی (زیر ۱۸.۵) مشخص می شود. در این شرایط بررسی کنید مادر تغذیه کافی دارد؟ تمام مادران نیاز دارند که غذاها و مایعات کافی بخورند و بیاشامند تا احساس نمایند که حالشان خوب است و ضمناً "قادر باشند که از خانواده شان مراقبت کنند. اگر مادر غذاهای متنوع به مقدار کافی می خورد، پروتئین ها، ویتامین ها و مواد معدنی مورد نیازش را دریافت خواهد کرد. لازم نیست مادران شیرده غذاهای مخصوص بخورند یا از خوردن غذاهای خاصی اجتناب کنند. بدن زنان در طول حاملگی چربی ذخیره می کند تا به تولید شیر در دوران شیردهی کمک کند. بخشی از شیرمادر از این ذخائر تولید می شود و بخشی دیگر از غذاهایی است که می خورد.
- از مادر در مورد غذاهایی که در طول روز مصرف می کند و میزان فعالیتش پرسید؟ اگر مادر غذاهای با ارزش غذایی نسبتاً متوسط بخورد یا یک وعده غذایی را از دست بدهد تولید شیرش کاهش نخواهد یافت. گرچه مادری که خیلی کار می کند، وقت برای غذا خوردن ندارد یا غذای کافی ندارد و یا از حمایت اجتماعی برخوردار نیست ممکن است از خستگی و کاهش تولید شیر رنج ببرد. مراقبت از مادر و صرف وقت برای تغذیه مکرر کودک، به تولید شیر کافی کمک خواهد کرد.
- به مادران در خصوص موارد زیر توصیه می کنید:
- مادران شیرده اغلب تشویق می شوند که مقادیر زیادی مایعات بنوشند. نوشیدن مایعات بیشتر از آنی که برای رفع تشنگی مورد نیاز است تولید شیر را افزایش نخواهد داد و حتی ممکن است آنرا کاهش دهد. مادر باید تا حد رفع تشنگی (براساس تشنگی) و یا در صورتی که ادرارش کم یا غلیظ شود، مایعات بنوشد.
- مادر نباید اقدام به گرفتن رژیم غذایی بنماید. رژیم گرفتن بلافاصله بعد از زایمان می تواند جریان شیر را کاهش دهد. در افرادی که به طور قابل ملاحظه ای اضافه وزن دارند، کاهش وزن ۱ تا ۲ کیلوگرم در ماه در حجم شیر تأثیری ندارد ولی توصیه می شود در ماه های اول انجام نشود. وزن گیری و نحوه تغذیه شیرخوار مرتب کنترل شود.
- ✓ **بارداری ناخواسته:** با مراجعه به بوکت چارت و دستورعمل های باروری سالم مشخص می شود.
- ✓ **داروهای منع مطلق یا نسبی:** با مراجعه به آخرین دستورعمل های ترویج تغذیه با شیر مادر مشخص می شود.
- تعداد داروهایی که منع شیردهی دارند، زیاد نیستند و اگر جایگزین ایمن تری نداشته باشند و با توصیه پزشک مادر مجبور به استفاده از آن ها باشد باید در طول مدت شیردهی شیر خود را بدوشد و دور بریزد تا ترشح شیر ادامه داشته باشد و پس از قطع دارو به شیردهی ادامه دهد. قبل از شروع مصرف این گونه داروها مادر می تواند چندین نوبت شیرخود را دوشیده و ذخیره کند تا برای تغذیه شیرخوار استفاده گردد.
- به طور کلی توصیه می شود مصرف دارو توسط مادر بلافاصله بعد از اتمام یک وعده شیردادن باشد. در مورد داروهایی که یکبار در شبانه روز مصرف می شوند بهتر است زمان مصرف، قبل از طولانی ترین خواب کودک باشد که معمولاً در شب است.

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

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

دوکسو روبیسین*	احتمال سرکوب ایمنی، اثر نامعلوم روی رشد یا همراهی با سرطان زایی
متو تروکسات	احتمال سرکوب ایمنی، اثر نامعلوم روی رشد یا همراهی با سرطان زایی، نوتروپنی

*دارو در شیر انسان تغلیظ می‌شود.

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

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

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

+دارو در شیر مادر تغلیظ می‌شود.

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

ترکیب	زمان توصیه شده برای توقف شیردهی
مس ۶۴ (CU۶۴)	وجود رادیواکتیویته در شیر تا ۵۰ ساعت
گالیوم ۶۷ (GA۶۷)	وجود رادیواکتیویته در شیر برای ۲ هفته
ایندیوم ۱۱۱ (In۱۱۱)	وجود مقادیر کم رادیواکتیویته در شیر تا ۲۰ ساعت
ید ۱۲۳ (I۱۲۳)	وجود رادیواکتیویته در شیر تا بیش از ۳۶ ساعت
ید ۱۲۵ (I۱۲۵)	وجود رادیواکتیویته در شیر برای ۱۲ روز
ید ۱۳۱ (I۱۳۱)	وجود رادیواکتیویته در شیر دو تا چهارده روز وابسته به مطالعه، اگر در درمان‌کنسر تیروئید استفاده گردد رادیواکتیویته بالا ممکن است زمان در معرض قرار گرفتن کودک را افزایش دهد.
سدیم رادیواکتیو	وجود رادیواکتیویته در شیر ۹۶ ساعت
تکنیتوم ۹۹ (TC۹۹)	وجود رادیواکتیویته در شیر ۱۵ ساعت تا سه روز

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

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

✓ **بی خوابی و خستگی مفرط مادر:** در صورتی که مادر در خصوص بی خوابی و خستگی مفرط جواب مثبت می دهد بایستی وضعیت سلامت مادر بررسی شود. مادری که خسته است یا کودکش پستان او را نمی گیرد ممکن است دچار مشکل در تأمین نیاز کودک شود. مادر ممکن است کودک را به قدر کافی به خود نزدیک نکند و در نتیجه او نتواند پستان را به خوبی بگیرد و یا شیرخوار را به دفعات کم یا مدت ناکافی شیر بدهد. بی خوابی، خستگی و عدم استراحت از علائم طبیعی استرس در روزهای اول پس از زایمان است که لازم است مادر را حمایت کنیم و نیز حمایت همسر او را نیز برای کمک به مادر جلب کنیم.

✓ **مشکلات خانوادگی مادر:** در خصوص اختلاف احتمالی با همسر یا عدم حمایت همسر و سایر اعضا خانواده و... بررسی انجام شود.

✓ **روش پیشگیری از بارداری نامناسب با شیردهی:** مطابق با دستور باروری سالم بررسی و اقدام کنید.

پس از ارزیابی و در صورت بلی بررسی کنید برای بررسی تکنیک شیردهی مادر، حین مشاهده شیردهی فرم مشاهده شیردهی را تکمیل کنید مواردی که نیاز به ارجاع فوری دارد تحت عنوان "مشکل سلامت و شیردهی" عنوان می شود که در این شرایط مادر را به مشاور شیردهی و کارشناس روان در صورت نیاز ارجاع می دهید.

"احتمال مشکل سلامت و شیردهی مادر" به رنگ زرد و به معنی این است که با توجه به شرایط مادر و بررسی وضعیت شیردهی وی باید مادر را حمایت کرده و در هر بار مراجعه به وی آموزش های لازم داده شود. یکی از مشکلاتی که منجر به احتمال مشکل شیردهی می شود لاغری مادر یا سوء تغذیه وی می باشد، در این شرایط با توجه به اندازه گیری وزن، قد و محاسبه توده بدنی لازم است مادر به کارشناس تغذیه ارجاع داده شود. در شرایط احتمال مشکل شیردهی، پیگیری مادر و شیرخوار وی بسیار مهم است اگر زیر دو ماه باشد، ۲۴ ساعت بعد و اگر بالای دو ماه باشد یک هفته بعد باید پیگیری شود.

در صورتی که تمام سوالات جدول بالا خیر باشد یعنی مادر "مشکل شیردهی و سلامتی نداشته" و مراقبت ها برای شیرخوار انجام شده و به مادر آموزش لازم برای تشویق به تغذیه انحصاری با شیرمادر داده می شود، در ویزیت ۴ ماهگی عدم شروع تغذیه تکمیلی تا پایان ۶ ماهگی را به مادر تاکید کنید و تاریخ مراجعه بعدی تاکید می شود.

در اینجا جدول ارزیابی و طبقه بندی سلامت مادر و وضعیت شیردهی آمده است:

نشانه	طبقه بندی	توصیه
• سابقه جراحی یا تروما پستان یا • احتقان، زخم نوک پستان، مجاری بسته/ آبنه/ عفونت پستان یا • مصرف داروهایی که منع مصرف مطلق دارد یا • وجود مشکلات روحی و روانی یا مصرف دارو • سوء مصرف مواد	مشکل سلامت و شیردهی مادر	• ارجاع به پزشک/ مشاور شیردهی • پیگیری: مادر نوزاد/ شیرخوار زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد / مادر شیرخوار بالای ۲ ماه ۱ هفته بعد
• نوک پستان صاف و فرو رفته یا • بیان باورهای غلط یا • دیابت در بارداری اخیر یا • زایمان سخت یا • زایمان به طریق سزارین یا • ابتلا به عوارض شدید بارداری و زایمان یا • سن زیر ۱۶ سال یا • سوئ تغذیه قبل از بارداری یا • لاغری (توده بدنی کمتر از ۱۸.۵) یا • تغذیه نامناسب و یا ناکافی یا • تجربه عدم موفقیت در شیردهی قبلی یا • حاملگی ناخواسته یا برنامه ریزی نشده یا • مصرف داروهایی که منع مصرف نسبی دارد یا • وجود مشکلات خانوادگی یا • عدم وجود اعتماد به نفس کافی یا • بی خوابی و خستگی مفرط یا • شروع به کار یا تحصیل در شش ماه اول شیردهی یا • استفاده از روش های پیشگیری از بارداری نامناسب	احتمال مشکل سلامت و شیردهی مادر	• حمایت، آموزش و مشاوره با مادر برای اصلاح و رفع مشکل سلامت و شیردهی مادر • در صورت مشکلات تغذیه ای یا سوء تغذیه مادر به • کارشناس تغذیه ارجاع شود • پیگیری: • نوزاد/ شیرخوار زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد • شیرخوار بالای ۲ ماه ۱ هفته بعد • در صورتی که بعد از ۲ بار پیگیری مشکل شیردهی مادر بر طرف نشد، به • پزشک/ مشاور شیردهی ارجاع شود
• پاسخ همه سوالات خیر است و وضعیت شیردهی طبیعی است.	مشکل سلامت و شیردهی مادر ندارد	• تداوم تغذیه با شیر مادر به طور انحصاری تا شش ماه، همراه با غذای کمکی تا یکسال، بعد از یکسالگی غذای اصلی غذای خانواده باشد و تداوم شیردهی تا دو سال در کنار غذای خانواده

ارزیابی تغذیه تا پایان شیردهی:

برای تعیین نوع ارزیابی شیرخوار ابتدا باید نوع تغذیه شیر خوار مشخص و جدول زیر تکمیل گردد.

شیر مادر ☐ شیر مصنوعی ☐ شیر مادر و شیر مصنوعی ☐ شیر دام ☐

در صورتی که شیرخوار فقط شیرمادر (تغذیه انحصاری با شیر مادر) یا شیر مادر و شیر مصنوعی را توأم مصرف می کند، طبق جدول زیر ارزیابی کنید و در صورتی که تغذیه فقط با شیر مصنوعی یا با شیر دام می باشد طبق جدول های مربوطه ارزیابی کنید:

شیر مادر / شیر مادر و شیر مصنوعی	سوال کنید / بررسی کنید
برای	• آیا جریان شیر زیاد شده است؟ (جدول ۱ و ۵) (۳ تا ۵ روزگی)
	• آیا تعداد دفعات دفع ادرار بر اساس سن نوزاد مناسب است؟ (جدول ۳) (تا مراقبت ۳۰ تا ۴۵ روزگی)
	• آیا تعداد دفعات دفع مدفوع بر اساس سن نوزاد مناسب است؟ (جدول ۳) (تا مراقبت ۳۰ تا ۴۵ روزگی)
	• آیا مدفوع بر اساس سن نوزاد/شیرخوار رنگ طبیعی دارد؟ (جدول ۳) (از مراقبت ۳-۵ روزگی تا مراقبت ۱۵-۱۴ روزگی)
	• آیا شیرخوار تغییرات وزن طبیعی بر اساس سن دارد؟ (معاینه و مشاهده شود) (جدول ۳)
	• آیا شیرخوار بعد از شیر خوردن آرام و راحت است؟ (جدول ۳ و ۷)
	• آیا شیردهی به نوزاد/شیرخوار در هر وعده بطور متناوب از دو پستان است؟ (جدول ۲) (تا مراقبت ۳۰ تا ۴۵ روزگی)
	• آیا شیردهی تا تخلیه کامل یک پستان و رها کردن آن توسط نوزاد/شیرخوار ادامه می یابد؟ (جدول ۲) (از مراقبت ۲ ماهگی)
	• آیا شیرخوار در شب در فواصل ۳ ساعت برای شیردهی بیدار می شود یا در صورت بیدار نشدن مادر او را بیدار می کند؟ (تا ۶ ماهگی) (جدول ۲)
	• آیا شیردهی برحسب تقاضای نوزاد/شیرخوار انجام می شود؟ (جدول ۲)
	• آیا تعداد دفعات شیردهی مناسب با سن شیرخوار است؟ (جدول ۲)
	• آیا شیرخوار از گول زنک یا شیشه شیر استفاده می کند؟ (تا ۶ ماهگی) (جدول ۱۳ و ۱۴)
	• آیا شیرخوار و مادر در یک اتاق می خوابند؟ (تا ۶ ماهگی) (جدول ۲)
	• آیا شیرخوار زیر شش ماه در طی ۲۴ ساعت گذشته فقط با شیر مادر تغذیه شده است؟ (جدول ۴) (از اولین مراقبت تا ۶ ماهگی پرسیده شود)
	• آیا شیرخوار کاملاً سالم است و شرایط خاصی مثل نارسایی (کمتر از ۳۷ هفته)، کم وزنی، دو یا چندقلویی، شکاف کام و لب، زردی ندارد؟ (معاینه و مشاهده شود) (جدول ۱۰)
	• آیا شیرخوار از گرفتن پستان مادر امتناع می کند؟ (معاینه و مشاهده شود) (جدول ۸)
	• آیا شیرخوار پس از پایان شش ماهگی تغذیه تکمیلی را آغاز کرده است؟ (یکبار از مراقبت ۷ ماهگی سوال شود) (شاخص)
	• آیا از ۶ ماهگی تا یکسالگی شیر مادر غذای اصلی کودک است؟ (از مراقبت ۷ ماهگی تا مراقبت ۱۲ ماهگی سوال شود)
	• آیا تا پایان یکسالگی تغذیه با شیر مادر تداوم داشته است؟ (در مراقبت ۱۲ یا ۱۵ یا ۱۸ ماهگی پرسیده شود) (شاخص)
	• پس از یکسالگی آیا غذای اصلی شیرخوار غذای خانواده است؟ (در مراقبت ۱۲ یا ۱۵ یا ۱۸ ماهگی پرسیده شود)
	• آیا مادر همزمان با شیردهی این کودک مجدداً باردار است؟ (بررسی مستندات) (جدول ۱۷)
	• آیا تا پایان دو سالگی تغذیه با شیر مادر تداوم داشته است؟ ☐ بلی ☐ خیر (در مراقبت ۲۴ یا ۳۰ ماهگی پرسیده شود) (شاخص)

• اگر شیرخوار با شیرمادر تغذیه می شود: در سوالات مربوط به تغذیه با شیرمادر، برخی سوالات خاص مراقبت ۵-۳ روزگی است که برای غربالگری احتمال مشکلات شیردهی و مداخلات بموقع اهمیت خاصی دارد. لذا باید در مراقبت های دوران بارداری و موقع ترخیص پس از زایمان از بیمارستان به مادر تاکید شود که در اولین ویزیت حتماً خودش همراه با نوزاد مراجعه نماید تا بتوان شیردهی او را مشاهده و در صورت لزوم برای استقرار و تداوم شیردهی کمک و راهنمایی نمود.

در صورت مراجعه نکردن مادر و نوزاد برای مراقبت نوبت ۵-۳ روزگی، سوالات آن در اولین ویزیت (تا قبل از ۲ ماهگی) باید سوال شود. لازم به ذکر است که در مراقبت ۵-۳ روزگی سایر سوالات جدول نیز که مربوط به تا پایان ۶ ماهگی است، باید سوال شود.

ارزیابی تغذیه تا پایان شیردهی ، ابتدا از مادر سوال می کنید و در صورت نیاز بررسی و مشاهده را انجام می دهید. سوالات ، بررسی و مشاهده بایستی بر اساس سن شیرخوار انجام شود. لذا سن شیرخوار در جلوی هر سوال، مشخص شده است (مواردی که سن لحاظ نشده است در هر بار مراقبت سوال می شود)

همچنین جدول ۱ تا ۱۷ در بوکلت جارت نیز به عنوان راهنما به ارائه دهنده خدمت کمک می کند برای نحوه ارزیابی مادر به چه مواردی توجه نمایند .

ارزیابی با سوال کردن از مادر و مشاهده شیردهی انجام می شود. تمام سوالات در مراقبت های ۵-۳ روزگی ، ۱۵-۱۴ روزگی، ۴۵-۳۰ روزگی و ۶ ماهگی از مادر سوال می شود.

همانند ارزیابی سلامت مادر و وضعیت شیردهی پاسخ برخی از سوالات این بخش نیز با پرسش از مادر مشخص می شود. برخی سوالات نیاز به بررسی مستندات دارد ، برخی سوالات با معاینه و مشاهده پاسخ داده می شود.

پس از ارزیابی ، براساس نشانه ها طبقه بندی کنید :

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

تولید شیر روندی است که در آن غدد پستانی توانایی ترشح شیر پیدا می کنند. به این روند مرحله دوم لاکتوژن یا ساخت شیر گفته می شود. این مرحله همراه با زایمان آغاز شده و شامل تغییرات بهم پیوسته ای است که طی ۴ روز به تولید کامل شیر می انجامد که مرحله حساس و حیاتی در شیرسازی است که در طی آن با افزایش چشمگیر حجم شیر، غلظت اجزای شیر نیز سریعاً تغییر می کند.

در صورت تاخیر در شیرسازی به مدت ۷۲ ساعت بعد از زایمان موجب کوتاه شدن تداوم شیردهی می گردد. لذا ضمن ارجاع فوری مادر به مشاور شیردهی یا عدم دسترسی به مشاور به مادران توصیه های زیر می شود:

-چنانچه مادر تاخیر در شیرسازی دارد و جریان شیرش برقرار نشده ، باید او را به تحریک مکرر پستان و برداشت شیر از پستان ترغیب کنید او قادر خواهد شد در روز ۱۰-۷ بعد از زایمان شیر کافی تولید کند. این مادران نیاز به حمایت مداوم داشته و تا زمانی که تغذیه کامل پستانی میسر گردد باید وزن گیری شیرخوارشان پیش شود.

- یک هفته بعد پیگیری می شود

• (مراقبت ۵-۳ روزگی تا ۳۰ تا ۴۵ روزگی) آیا دفعات ادرار نوزاد در ۴۸ ساعت اول ۳-۲ کهنه مرطوب در شبانه روز است؟

• (مراقبت ۵-۳ روزگی تا ۳۰ تا ۴۵ روزگی) آیا نوزاد اجابت مزاج زرد و شل دارد؟ (در روز ۱ و ۲ حداقل ۱ بار و سپس حداقل ۲ بار در شبانه روز)؟

مادر را در مورد نشانه های کفایت شیرمادر آموزش دهید . بهترین راه برای ارزیابی کفایت تغذیه با شیرمادر، افزایش وزن شیرخوار و ترسیم منحنی رشد او می باشد(نوزادان در چند روز اول وزن از دست می دهند پس در ویزیت ۵-۳ روزگی باید میزان وزن از دست رفته و وزن گیری او بررسی شود).مراجعه به راهنما

راه های دیگر تشخیص کفایت شیرمادر در شیرخوارانی که فقط شیرمادر می خورند و تا زمانی که بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه می شوند، عبارتند از دفعات دفع ادرار و مدفوع شیرخوار که از طریق جدول زیر مشخص می شود:

روز	دفعات ادرار - رنگ(شبانه روز)	دفعات مدفوع(شبانه روز)	رنگ مدفوع
روز ۱	۱ بار و بیشتر کهنه مرطوب- زرد روشن	۱ بار و بیشتر	مکونیوم
روز ۲	۲-۳ بار	۱-۲ بار	مکونیوم
روز ۳	۴-۶ بار	۳ بار و بیشتر	بینانی(رنگ مدفوع تغییر می کند)
روز ۴	۴-۶ بار	۴ بار و بیشتر	بینانی(رنگ مدفوع تغییر می کند)
روز ۵	۶-۸ بار - بیرنگ	۴ بار و بیشتر	زرد خردلی

روز ۶ بعد	۸-۶ بار	۴ بار یا بیشتر (با استقرار شیردهی ممکن است کاهش یابد)	زرد خردلی
-----------	---------	---	-----------

از روز ۷-۵ به بعد : ۸-۶ کهنه خیس یا ۵-۶ پوشک خیس و ۴-۳ بار مدفوع در شبانه روز مورد انتظار است.

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

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

در صورت عدم دفع ادرار و مدفوع مطابق با جدول توصیه های زیر انجام شود:

مطابق جدول راهنما به مادر آموزش داده شود.

زیر دو ماه ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود

بالای دو ماه یک ماه بعد پیگیری شود

در صورت بر طرف نشدن مشکل به مشاور شیردهی ارجاع شود

در صورت کفایت شیرمادر جواب دو سوال زیر مثبت خواهد بود. در صورت جواب منفی به جداول ۳ و ۷ مراجعه شود:

آیا شیرخوار تغییرات وزن طبیعی بر اساس سن دارد؟

آیا شیرخوار بعد از شیرخوردن آرام و راحت است؟

- (تا مراقبت ۳۰ تا ۴۵ روزگی) آیا شیردهی در هر وعده از دو پستان و بطور متناوب از پستانها می باشد؟
- (تا مراقبت ۳۰ تا ۴۵ روزگی) آیا شیردهی تا تخلیه کامل یک پستان و رها کردن آن توسط شیرخوار ادامه می یابد؟

در هفته های اول و تا زمان برقراری کامل شیرمادر و اطمینان از کافی بودن حجم شیر و مناسب بودن منحنی رشد، در هر وعده باید از هر دو پستان به شیر خوار شیر داد تا سبب تحریک تولید و ترشح شیر شود. یعنی بعد از تخلیه یک پستان، شیرخوار به پستان دیگر گذاشته شود. شیرخوار با رها کردن پستان، به خواب رفتن و یا توقف مکیدن نشان می دهد که تغذیه از پستان اول را تمام کرده است. سپس در صورت تمایل کودک می توانید پستان دوم را به او عرضه کنید در هفته های بعد و پس از به جریان افتادن شیر، بر حسب میل و نیاز شیر خوار می توان در هر وعده از یک یا هر دو پستان استفاده کرد. در این صورت باید در شیر دادن به تناوب از پستان ها استفاده شود. مثلاً اگر شیرخوار در یک وعده از پستان چپ شروع کرده، در وعده بعدی باید از پستان راست شروع کند. در صورت عدم پاسخ مثبت باید توصیه ها به وی داده شود و در صورت عدم حل مشکل موارد زیر انجام شود:

زیر دو ماه ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود

بالای دو ماه یک ماه بعد پیگیری شود

در صورت بر طرف نشدن مشکل به مشاور شیردهی ارجاع شود

نکات کلیدی :

- در تغذیه با شیر مادر مثل دفعات تغذیه، مدت مکیدن در هر وعده را نیز نباید محدود نمود. معمولاً شیرخوار ۱۵-۱۰ دقیقه از هر پستان می مکد اما این مدت در شیرخواران متفاوت است اجازه دهید تا هر مدتی که میل دارد به مکیدن ادامه داده و خود پستان را رها کند تا شیر پسین را دریافت کند .
- شیرخواران از لحاظ مدت تغذیه از پستان در هر وعده بسیار متفاوت هستند. بطوریکه مکیدن بین ۵ تا ۴۰ دقیقه معمول است (اگر تغذیه شیرخوار مرتباً بیش از این طول می کشد، ممکن است نشان دهنده وضعیت نادرست پستان گرفتن او باشد. این وضعیت را کارکنان بهداشتی درمانی باید کنترل کنند).

- ابتدا به شیر خوار فرصت دهید به مدت دلخواه به تغذیه از یک پستان ادامه دهد تا قسمت آخر شیر را که سرشار از چربی است، دریافت کند.
- اگر مایل به گرفتن آن نیست، نگران نباشید. می توانید در نوبت بعدی ابتدا از آن پستان شیر بدهید. به این ترتیب هر دو پستان ها به یک اندازه تحریک خواهند شد.
- اگر در هر وعده شیرخوردن، تغذیه به مدت کوتاه از هر دو پستان باشد این امر ممکن است سبب شود که فقط شیر اولیه که کم چربی (کم انرژی) است دریافت شده و نوزاد از قسمت آخر شیر که چرب است و سبب افزایش وزن می شود محروم گردد.
- آیا شیرخوار مکرر و بر حسب تقاضایش (هر ۲-۱/۵ ساعت یکبار) ۱۰-۱۲ بار یا بیشتر در شبانه روز شیر می خورد؟

- تغذیه شیرخوار نباید برحسب ساعت تنظیم شود بلکه باید بر حسب میل و تقاضایش به پستان گذاشته شود. وقتی جریان شیر برقرار شد، معمولاً نوزادان ۱۰-۱۲ بار در شبانه روز (هر ۲-۱.۵ ساعت) و بعضی روزها بیشتر، و شیرخواران یزرگتر هر ۳-۱.۵ ساعت یکبار در شبانه روز نیاز به شیرخوردن دارند که شامل تغذیه شبانه هم می شود و نباید از حداقل ۸ بار کمتر باشد.

نکات کلیدی:

- شیرخوار را باید برحسب تقاضایش و بطور مکرر شیر بدهید و از تنظیم بر حسب ساعت پرهیز نمایید. معمولاً شیرخواران ۳۰-۲۰ دقیقه را صرف علائمی می کنند که نشان می دهند آماده شیر خوردن هستند و با حرکاتی نشان می دهند که بیدار هستند. با تغذیه مکرر:
 - جریان شیر مادر زودتر و راحت تر برقرار می شود،
 - کودک سریع تر افزایش وزن پیدا می کند،
 - مشکلات کمتری نظیر احتقان پستان ها برای مادر بوجود می آید،
 - مهمترین عامل در افزایش شیر مادر، مکیدن مکرر و تخلیه مرتب پستان ها بر حسب میل و تقاضای شیر خوار در شب و روز می باشد. چون شیر مادر بر اساس عرضه و تقاضا تولید می شود. یعنی هر چقدر شیرخوار پستان ها را بیشتر بمکد، شیر بیشتری در پستان های مادر تولید می شود.
 - اگر مادری دو قلو داشته باشد و هر دو قل را برای مکیدن به پستان بگذارد پستان ها شیر بیشتری تولید می کنند.

• اگر خودش بیدار نشود او را بعد از ۳ ساعت بیدار می کنید؟ آیا شیرخوار در شب شیر می خورد؟

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

شیرخواران به دلایل مختلف شب ها بیدار می شوند و به آغوش و شیر مادر نیاز دارند. تحریک پستان از طریق تغذیه شبانه شیرخوار برای حفظ تولید شیر لازم است. میزان ترشح هورمون در شب بالاتر است. بنابراین با تغذیه شبانه شیرخوار، علاوه بر رفع نیاز او، شیر بیشتری تولید می شود.

پس مادر باید بقدر کافی استراحت کند و کودک را نزدیک خود بخواباند. در این صورت می توان در حال خواب و بیداری شیر داد. چنانچه از کهنه بیشتر و یا ضخیم تر برای کودک استفاده شود لازم نیست پس از هر بار شیردادن کهنه او عوض شود مگر اینکه لباس های شیرخوار خیس شده باشد.

در ادامه سوالات زیر را از مادر بر حسب سن کودک بپرسید و در صورت لازم به جداول مربوطه مراجعه کنید:

- آیا تعداد دفعات شیردهی مناسب با سن شیرخوار است؟ (جدول ۲)
- آیا شیرخوار از گول زنک یا شیشه شیر استفاده می کند؟ (تا ۶ ماهگی) (جدول ۱۳ و ۱۴)
- آیا شیرخوار و مادر در یک اتاق می خوابند؟ (تا ۶ ماهگی) (جدول ۲)
- آیا شیرخوار زیر شش ماه در طی ۲۴ ساعت گذشته فقط با شیر مادر تغذیه شده است؟ (جدول ۴) (از اولین مراقبت تا ۶ ماهگی پرسیده شود)

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

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

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

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

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

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

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

- در صورت عدم حل مشکل موارد زیر انجام شود:
- زیر دو ماه ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
- بالای دو ماه یک ماه بعد پیگیری شود
- در صورت بر طرف نشدن مشکل به مشاور شیردهی ارجاع شود

در اینجا جدول ارزیابی و طبقه بندی تغذیه تا پایان شیردهی آمده است:

نشانه	طبقه بندی	توصیه
• زیاد نشدن جریان شیر یا • دفع مدفوع با رنگ غیر طبیعی یا • تغییر وزن غیرطبیعی (کاهش وزن بیشتر از ۷ درصد وزن تولد در روز چهارم) یا • نوزاد با شرایط خاص (نارسی، کم وزنی، دو یا چندقلو، شکاف کام و لب، زردی ...)	مشکل تغذیه با شیر مادر	• ارجاع به پزشک/ مشاور شیردهی • شیرخوار زیر دو ماه ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود، • شیرخوار بالای دو ماه ۱ هفته بعد پیگیری شود
• تعداد دفعات دفع ادرار کم یا • تعداد دفعات دفع مدفوع کم یا • بدخلقی و ناآرامی نوزاد پس از تغذیه از پستان یا • تا زمان استقرار شیردهی در هر وعده از دو پستان نباشد یا • در هر وعده شیردهی تخلیه کامل پستان انجام نشود یا • شیردهی بر حسب نیاز شیرخوار انجام نشود و طبق زمانبندی مادر باشد یا • دفعات شیردهی شب مناسب نیست یا • تعداد دفعات شیردهی کمتر از تعداد مناسب یا • مادر و شیرخوار در یک اتاق نمی خوابند یا • شیرخوار زیر ۶ ماه در طی ۲۴ ساعت گذشته به جز شیر مادر با چیز دیگری تغذیه شده باشد یا • دادن گول زنک یا شیشه شیر به شیرخوار • امتناع شیرخوار از گرفتن پستان یا • عدم شروع تغذیه تکمیلی پس از پایان شش ماهگی یا • از ۶ ماهگی تا یکسالگی شیر مادر غذای اصلی کودک نیست یا • عدم تداوم تغذیه با شیر مادر تا یکسالگی یا • پس از یکسالگی غذای اصلی شیرخوار غذای خانواده نیست یا • بارداری مادر همزمان با شیردهی	احتمال مشکل تغذیه با شیر مادر	• توصیه ها متناسب با مشکل شیرخوار، بر اساس جداول بوکلت انجام شود • سلامت و شیردهی مادر طبق صفحه قبل مشاهده و ارزیابی شود • پیگیری: • شیرخوار زیر دو ماه ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود • شیرخوار بالای دو ماه ۱ هفته بعد پیگیری شود • در صورتی که بعد از پیگیری مشکل شیرخوار بر طرف نشد ارجاع به پزشک/ مشاور شیردهی انجام شود
• پاسخ همه سوالات بلی است و وضعیت شیردهی طبیعی است.	مشکل تغذیه با شیرمادر ندارد	• تداوم تغذیه انحصاری تا شش ماهگی، تداوم تغذیه با شیر مادربه عنوان غذای اصلی تا یکسالگی و تداوم تغذیه با شیر مادر در کنار غذای خانواده تا ۲ سال • تعیین زمان مراقبت بعدی

ارزیابی تغذیه تا پایان یکسالگی

اگر شیرخوار با شیر مصنوعی تغذیه می شود: شیرخوار بعنوان "تغذیه با شیر مصنوعی دارد" طبقه بندی می شود. برخی از سوالات این بخش نیز با پرسش از مادر مشخص می شود. برخی سوالات نیاز به معاینه و مشاهده دارد.

- آیا دلیل پزشکی مطابق با دستورالعمل برای تغذیه نوزاد با شیر مصنوعی وجود دارد؟ (جدول ۱۱)
- آیا وزن گیری نوزاد/ شیرخوار متناسب با سن او است؟ (معاینه و مشاهده) (جدول ۳)
- آیا مقدار و دفعات شیر مصنوعی مطابق سن شیرخوار است؟ (جدول ۱۱)
- آیا مادر روش آماده سازی شیر مصنوعی و رعایت اصول بهداشتی برای تهیه آن را به درستی می داند؟ (معاینه و مشاهده) (جدول ۱۳)
- در صورت استفاده از شیشه شیر، آیا مادر یا مراقبت کننده روش پاکیزه سازی شیشه شیر را رعایت می کند؟ (جدول ۱۳)

در صورت مصرف شیر مصنوعی موارد زیر از مادر سوال و جدول را تکمیل کنید با توجه به اینکه جدول مذکور فرم آماری بوده و اطلاعات آن برای جمع آوری شاخص ها اهمیت دارد، ضروری است فرم مربوطه تا زمان بازبینی سامانه سیب به صورت دستی تکمیل شود.

* در صورت مصرف شیر مصنوعی موارد زیر تکمیل شود:

- سن شروع مصرف شیر مصنوعی چه سنی است؟ ماه روز.....
- نوع شیر مصنوعی: ☐ یارانه ای ☐ غیر یارانه ای
- در صورتی که شیر مصنوعی یارانه ای تجویز شده، به صورت کامل دریافت می شود یا به صورت کمکی؟ ☐ کامل ☐ کمکی
- علت تجویز شیر مصنوعی یارانه ای چیست؟
- ☐ مطلوب نبودن نمودار رشد شیرخوار ☐ چندقلوبی ☐ بیماری مادر ☐ داروی مادر و مواد رادیواکتیو ☐ جدایی والدین ☐ فوت مادر ☐
- فرزندخواندگی سایر:
- در صورتی که شیر مصنوعی غیر یارانه ای مصرف می کند تعیین کنید به توصیه چه کسی بوده است؟ ☐ پزشک ☐ اطرافیان ☐
- خودسرانه ☐ سایر

در صورتی که شیرخوار شیر مصنوعی خوار است، نشانه های را بررسی کنید در صورت "عدم وجود اندکاسیون پزشکی برای تغذیه با شیر مصنوعی" یا "عدم وزن گیری مناسب"، مشکل تغذیه دارد، در طبقه بندی قرمز قرار می گیرد و بایستی ارجاع فوری جهت مشاوره با مادر به قطع شیر مصنوعی داده شود. و در طبقه بندی قرمز قرار می گیرد و شیر خوار زیر دوماه را ۲۴ ساعت بعد و شیرخوار بالای دوماه را یک هفته بعد پیگیری کنید.

در صورت "وجود دلیل پزشکی" و "عدم تطابق مقدار و دفعات شیر مصنوعی" یا "سن شیرخوار یا عدم رعایت اصول بهداشتی برای تهیه و آماده سازی صحیح شیر مصنوعی" در طبقه بندی زرد و احتمال مشکل تغذیه با شیر مصنوعی قرار می گیرد. به مادر آموزش و مشاوره بدهید. شیر خوار زیر دوماه را ۲۴ ساعت بعد و شیرخوار بالای دوماه را یک هفته بعد پیگیری کنید. در صورتیکه پاسخ همه سوالات بله باشد، مشکل تغذیه ندارد و در طبقه بندی سبز قرار می گیرد. مراقبت ها را به صورت روتین انجام دهید و و تاریخ مراجعه بعدی را به مادر یادآور شوید در صورت وجود مشکل به جداول ۳، ۱۱ و ۱۳ مراجعه کنید).

سوال کنید: اگر شیر مصنوعی داده می شود:

- آیا مادر در ۵-۳ روزگی (در صورت عدم تغذیه با شیرمادر)، تمهیدات لازم برای تسکین پستان ها را انجام می دهد؟
- سن شروع مصرف چه سنی است؟ نوع شیر مصنوعی یارانه ای است / یا غیر یارانه ای است؟ در صورتی که شیر مصنوعی یارانه ای تجویز شده بصورت کامل / یا کمکی است؟ علت تجویز شیر مصنوعی یارانه ای چیست؟ در صورتی که شیر مصنوعی غیر یارانه ای مصرف می کند تعیین کنید به توصیه پزشکی / اطرافیان یا خودسرانه بوده است؟ آیا مقدار و دفعات شیر مصنوعی مطابق سن شیرخوار (طبق جدول ۱۱) به او داده می شود؟ آیا برابر دستورعمل (از لحاظ غلظت و بهداشت) شیر را آماده می کند؟ آیا به شیرخوار شیشه شیر داده می شود؟ آیا به شیرخوار گول زنک داده می شود؟

در اینجا جدول ارزیابی تغذیه تا پایان یکسالگی آمده است:

نشانه	طبقه بندی	توصیه
- عدم وجود اندیکاسیون پزشکی برای تغذیه با شیر مصنوعی یا - عدم وزن گیری مناسب	مشکل تغذیه با شیر مصنوعی	➤ راهنمایی مادر برای تغذیه با شیرمادر و قطع تدریجی شیرمصنوعی ➤ ارجاع به پزشک/ مشاور شیردهی ➤ شیرخوار زیر دو ماه ۲۴ ساعت بعد و شیرخوار بالای دو ماه ۱ هفته بعد پیگیری شود.
- وجود اندیکاسیون پزشکی برای تغذیه با شیر مصنوعی یا - عدم تطابق مقدار و دفعات شیر مصنوعی با سن شیرخوار یا - عدم رعایت اصول بهداشتی برای تهیه و آماده سازی صحیح شیر مصنوعی یا - عدم رعایت روش پاکیزه سازی شیشه شیر	احتمال مشکل تغذیه با شیر مصنوعی	➤ ارجاع برای دریافت کوپن و یا شیر مصنوعی یارانه ای ➤ آموزش اصول صحیح تغذیه مصنوعی و نظافت وسایل آن ➤ مشاوره برای اصلاح میزان مصرف شیر مصنوعی ➤ شیرخوار زیر دو ماه ۲۴ ساعت بعد و شیرخوار بالای دو ماه ۱ هفته بعد پیگیری شود ➤ در صورتی که بعد از پیگیری مشکل شیرخوار بر طرف نشد ارجاع به پزشک/ مشاور شیردهی انجام شود
پاسخ همه سوالات بلی است و وضعیت شیردهی طبیعی است	مشکل تغذیه با شیر مصنوعی ندارد	➤ تداوم مراقبت ها

۱- تکنیک صحیح شیردهی

فرم مشاهده شیردهی را تکمیل نمایید و نحوه صحیح بغل کردن و پستان گرفتن شیرخوار را به مادر آموزش دهید:

اگر نوزاد سالمی که به موقع متولد شده، در آغوش مادر قرار گیرد توانائی جستجوی پستان، مکیدن و بلعیدن شیر (قورت دادن) را دارد ولی باید به او بیاموزید که چگونه پستان را در دهان بگیرد.

شیرخوار باید علاوه بر نوک پستان، قسمت بیشتر هاله قهوه ای اطراف نوک پستان که مخازن شیری در زیر آن قرار دارند را در دهان بگیرد. در این صورت نوک بلندی در دهانش ایجاد می شود و او می تواند با آرواره هایش بر مخازن شیر فشار وارد نماید و شیر را در دهان خود دوشیده و بلعد. مسئله مهم در درست به دهان گرفتن پستان، قابلیت کششی بافت آن است و شکل نوک پستان اعم از صاف، کوتاه، بلند یا فرو رفته نقش چندانی در وضعیت شیر خوردن ندارد به شرط آنکه قسمت بیشتری از هاله در دهان شیرخوار قرار گرفته باشد.

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

- سر، گردن و گوشها و تنه کودک در یک امتداد قرار بگیرد.
- بینی کودک به نوک پستان نزدیک شود. صورت و بدن شیرخوار رو به مادر است.
- بدن کودک به بدن مادر نزدیک است.
- مادر تمام بدن نوزاد (درماه اول) و نه فقط گردن و شانه های او را نگه دارد.

➤ به مادر نشان دهید که چگونه کودک را به پستان بگذارد

- لب فوقانی شیرخوار را با نوک پستانش لمس کند.
- منتظر شود تا شیرخوار دهانش را باز کند.
- شیرخوار را به آرامی بطرف پستان بیاورد بطوری که لب پایینی او زیر هاله پستان قرار گیرد.

➤ چهار نکته کلیدی پستان گرفتن صحیح :

- دهان کودک باید کاملاً باز باشد
- لب تحتانی کودک به سمت بیرون برگشته باشد
- چانه کودک در تماس با پستان مادر باشد
- اگر هاله پستان دیده می شود قسمت بیشتری از هاله در بالای لب فوقانی شیرخوار دیده شود (نسبت به لب پایینی).

➤ به مادر آموزش دهید که مکیدن شیرخوار چگونه باید باشد :

➤ چهار نکته کلیدی مکیدن موثر :

- گونه های شیرخوار باید پر باشد.
- مکیدن آرام و عمیق باشد و با هر مکیدن صدای بلعیدن شنیده شود.
- شیرخوار پس از شیر خوردن خود پستان را رها می کند.
- مادر متوجه علائم بازتاب جهش شیر می شود.

➤ به نشانه های کلیدی پستان گرفتن صحیح و مکیدن موثر توجه کنید. چنانچه گرفتن پستان یا مکیدن خوب نیست، برای اصلاح

آن دوباره سعی کنید.

- مادر را در مورد وضعیت های مختلف شیردهی مثل: وضعیت گهواره ای، گهواره ای متقاطع، زیر بغلی، خوابیده به پشت و خوابیده به پهلو، مناسب با شرایط مادر و شیرخوار مشاوره کنید. به توضیحات فصل "وضعیت صحیح شیردهی" راهنمای مشاوره مراجعه شود..

روش های زیاد کردن تحریکات را به مادر یاد بدهید :

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

• آیا شیرخوار پس از تغذیه علائم سیری را نشان می دهد؟

اگر شیرخوار به کفایت در هر وعده از پستان تغذیه شود خود با رضایت پستان را رها می کند و نشانه های سیری را نشان می دهد : توقف صدای بلع، توقف بیشتر بین دفعات مکیدن، رفع نشانه های گرسنگی، افزایش مکیدن های غیر تغذیه ای پستان، رها کردن پستان و ریلکس (شل شدن) و به خواب رفتن ..

آموزش نشانه های گرسنگی و سیری شیرخوار به مادر می تواند وی را در نحوه تغذیه شیرخوار کمک کند. (نشانه های گرسنگی : حرکات دهان، مکیدن لب و انگشت، نق زدن و صدا های ظریف، و یا هر چیزی را به دهان می برد. وقتی شیرخوار این علائم را نشان می دهد، اجازه ندهید گریه کند و برافروخته شود).

• آیا غذا یا مایعات دیگر بجای شیر مادر به شیرخوار داده می شود؟

اگر بلی : چه چیزی، چرا، چندانبار در شبانه روز و چه مقدار به کودک می دهد؟

شیر خوار تا پایان ۶ ماهگی فقط باید با شیر مادر تغذیه شود و هیچ نوع ماده غذایی و آشامیدنی دیگری حتی آب به او داده نشود که تغذیه انحصاری با شیرمادر نامیده می شود. دادن دارو در صورت لزوم و قطره ویتامین AD یا مولتی ویتامین و مواد معدنی و نیز تغذیه با شیر دوشیده شده مادر اشکالی ندارد. شیرخوار نباید نوشیدنی یا غذایی غیر از شیرمادر دریافت کند، نباید گول زنگ استفاده کند، تغذیه مکرر در روز و شب لازم است پس دفعات و مدت مکیدن او نباید محدود شود. اگر هر یک از این نکات رعایت نشود، دیگر تغذیه انحصاری با شیرمادر محسوب نمی شود و شیرخوار از مزایای کامل این روش تغذیه بهره مند نمی شود.

اگر شیرخوار زیر ۶ ماه غذا یا مایعات دیگری دریافت می کند باید علت آن سوال شود و برای کاهش مصرف آنها و افزایش تغذیه با شیرمادر تلاش شود.

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

- به مادر اطمینان دهید که خود می تواند شیر مورد نیاز کودک را تولید کند.
- توصیه کنید بطور مکرر در روز و شب و دفعات طولانی کودک را به پستان بگذارد و در کنار کودک باشد.
- همانطور که تغذیه او با شیرمادر بیشتر می شود، بتدریج غذاها و شیرهای دیگر را کم کند تا هنگامی که فقط به او شیر خودش را بدهد.

- برای پایش رشد شیرخوار مراجعه کند.
 - به هیچ وجه از بطری استفاده نکند.
 - اگر مادر مجبور است علاوه بر شیرمادر، شیرکمکی هم به شیرخوار بدهد موارد زیر را توصیه کنید:
 - تغذیه با شیرمادر را حتی شب ها ادامه دهد.
 - بهترین شیرکمک شیر دوشیده شده مادر است . آخر هر وعده شیرش را بدوشد و با فنجان به شیرخوار بدهد.
- در صورت استفاده از شیرمصنوعی مطمئن شوید جانشین شونده مناسبی انتخاب کرده و به درستی استفاده می کند.
- در جدول زیر در مقابل علائم خوب، علائمی که حاکی از وجود مشکل است نوشته شده تا شما بخوبی وضعیت شیردهی را ارزیابی کنید :

فرم مشاهده شیردهی:

فرم مشاهده شیردهی یکبار برای تمام شیرخواران در اولین مراجعه و هر موقع که مشکل شیردهی وجود دارد (تا پایان ۶ ماهگی) تکمیل شود.

فرم مشاهده شیردهی برای تمام شیرخواران زیر ۶ ماه یکبار در اولین ویزیت تکمیل شود و در مراجعات بعدی هر موقع که مشکل شیردهی وجود دارد ، تکمیل گردد:

برای مشاهده شیردهی اگر شیرخوار تغذیه نشده از مادر بخواهید او را شیر بدهد و برای ۴ دقیقه او را مشاهده و موارد ذکر شده در جدول را که نشانگر آن است که شیردهی بخوبی پیش می رود بدقت توجه کنید. (اگر شیرخوار در ساعت گذشته شیر خورده از مادر بخواهید اگر امکان دارد صبر کند موقع شیرخوردن بعدی به شما اطلاع دهد) .

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

۲- نشانه های کفایت شیر

- آیا شیرخوار (از روز ۵ به بعد) دفع ادرار رقیق و زرد کم رنگ حداقل ۶ بار در شبانه روز دارد؟

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

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

اگر شیرخوار شیر کافی دریافت کند، از روز ۳ به بعد حداقل ۲ بار در روز اجابت مزاج دارد که باید با حجم کافی و با قوام نرم باشد اما از یک ماهگی به بعد ممکن است چند روز یکبار اجابت مزاج داشته باشد اما مدفوع نرم است و سفت و خشک نیست و برخی شیرخواران با هر بار تغذیه یک بار دفع مدفوع دارند.

۳- جدایی مادر و شیرخوار

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

- به پیوند عاطفی بین آنها و تغذیه با شیرمادر کمک می شود و مادر نسبت به نیازهای شیرخوار هر زمان که گرسنه باشد، پاسخ داده و او را شیر می دهد

- کودک کمتر گریه می کند بنابراین این تمایل کمتری برای تغذیه او با بطری وجود دارد،

- مادران اعتماد به نفس بیشتری برای شیردهی پیدا می کنند، هم اتاقی مادر و نوزاد در بیمارستان انجام می شود و آنها را نباید از هم جدا کنند - مادر پس از ترخیص از بیمارستان نیز باید شیرخوار را در کنار خود بخواباند تا بتواند به موقع به نیازهای او پاسخ دهد.

جدایی بعلت بیماری مادر یا شیرخوار:

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

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

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

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

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

- اگر شیرخوار قادر به تغذیه از راه دهان نیست: مادر را تشویق به دوشیدن شیرش بکنید تا تولید شیرخود را برای زمانی که کودک مجدداً قادر به تغذیه از راه دهان شد، حفظ کند. او باید مکرراً شیر خود را حتی هنگام شب بدوشد و در صورت نیاز می‌تواند آن را ذخیره کند. به محض آن که شیرخوار بهبود یافت، می‌تواند مجدداً از پستان مادر تغذیه شود. اگر در ابتدا امتناع کرد، کمک کنید که مجدداً شروع کند. مادر را تشویق به شیردهی نمایید تا تولید شیر وی افزایش یابد.

جدایی مادر و شیرخوار بعثت اشتغال مادر:

مادران شاغل اغلب به دلیل شاغل بودن نگران نحوه تغذیه شیرخوار با شیر مادر هستند و نیاز به ارتقا اعتماد به نفس شان در مورد توانایی خود برای تداوم شیردهی دارند. یک تا دو هفته قبل از اتمام مرخصی زایمان، مادر را باید با دوشیدن شیر و نحوه تغذیه شیرخوار در زمان غیبت او آشنا کرد. انجام توصیه‌های زیر برای مادر شاغل لازم است: تغذیه انحصاری با شیر مادر برحسب تقاضای طفل در سراسر مدت مرخصی زایمان، عدم شروع زودرس تغذیه تکمیلی و عدم تغذیه با شیرمصنوعی هنگامی که مادر نزد کودک است، تغذیه بیشتر با شیر مادر در شب و تعطیلات، عدم تغذیه با بطری هنگام دور بودن مادر از کودک، دادن شیر دوشیده شده با فنجان به شیرخوار برای وعده‌های تغذیه شیرخوار در غیاب مادر توسط مراقب شیرخوار، عدم استفاده از گول زنک (پستانک)، عدم ترک طفل غیر از ساعات کار و همراه او بودن در همه جا برای تغذیه با شیر مادر، شیردادن به طفل هنگام استراحت و دراز کشیدن مادر، آوردن شیرخوار به محل کار، نگهداری کودک در محلی نزدیک محل کار که مادر بتواند مستقیماً به شیرخوار خود شیر بدهد، دوشیدن شیر در محل کار ۲-۳ بار، تغذیه با شیر دوشیده شده مادر زمان دوری از طفل، صرف غذای کافی، مصرف مایعات کافی، آشنایی با سایر زنان شاغل شیرده و استفاده از تجربیات آنها، استراحت کافی مادر

در صورت جدایی مادر و پدر و نگهداری شیرخوار توسط پدر، توصیه‌های زیر کمک کننده است:

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

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

- وقتی شیرخوار در مرحله خواب سبک است او را بیدار کنید. گرچه چشم‌هایش بسته است ولی به حرکت سریع چشم‌ها در زیر پلک و حرکت دست و پا و لب‌ها و تغییر قیافه او دقت کرد.

-میزان روشنایی را کم کنید چون در نور زیاد ممکن است شیرخوار چشمش را ببندد.

-پتوی روی بچه را شل کنید و یا از روی او بردارید.

-اگر درجه حرارت اتاق اجازه می‌دهد غیر از پوشک همه لباس‌های او را در آورید. توجه داشته باشید که در حرارت بالای ۳۷ درجه تمایل به مکیدن کم می‌شود.

-با او صحبت کنید و سعی کنید تا تماس چشمی برقرار کنید.

-شیرخوار را در وضع ایستاده یا عمودی نگهدارید. در حالی که شیرخوار در دامن مادر است با بلند کردن سر، شانه‌ها و تنه، او را از ناحیه مفاصل ران و نه کمر خم کنید و به ملایمت به صورت نشسته در آورید. خم کردن از ناحیه کمر ممکن است به او آسیب برساند.

-از دادن گول زنک به شیرخوار باید پرهیز شود. هیچ ماده‌ای حتی شیر دوشیده شده مادر را نباید با بطری یا شیشه شیر به شیرخوار بدهند.

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

-رایج ترین و بدترین راه آرام کردن شیرخوار دادن پستانک به اوست. مکیدن از نیازها و غرایز طبیعی کودک است. شیر خوار این نیاز خود را با مکیدن پستان مادر ارضا می کند و اگر انگشتان دستش را بمکد خیلی بهتر از وابسته شدن به پستانک است. پستانک به سهولت آلوده می شود و شیرخوار را بیمار می کند، تمیز کردن و ضدعفونی کردن آن ساده نیست. در بلند مدت به شکل و حالت فک و دهان و دندان های کودک لطمه می زند. برخی از عوارض پستانک و سرشیشه عبارتند از :

-سردر گمی شیرخوار در مکیدن و امتناع او از گرفتن پستان مادر

-بدلیل عدم تمایل به مکیدن و تحریک پستان و کاهش برداشت شیر سبب کوتاه شدن طول مدت مکیدن در شبانه روز، کاهش مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر و کل مدت تغذیه با شیر مادر و قطع شیردهی می گردد

-کاهش دفعات تغذیه با شیرمادر در نتیجه کندی افزایش وزن شیر خوار

-افزایش احتمال حاملگی زود رس مادر و افزایش احتمال ماستیت و آبسه پستان در برخی مادران

-عفونت گوش میانی(گوش درد)، عفونت قارچی دهان و برفک و پوسیدگی دندان و رشد دندانی نامناسب شیرخواران که برخی از این اثرات - نامطلوب دائمی است و اصلاح پیامدهای آن در مراحل بعدی زندگی بی نهایت مشکل است

-آثار زیانبار بر تکامل روانی اجتماعی، تکلم و هوش کودک، اثر سوء بر تمایل کودک برای تقلید صداها و هوشمندی او و همچنین باعث وابستگی طولانی مدت می شود.

اگر مادر برای تغذیه کودک از بطری استفاده می کند :

- مضرات استفاده از بطری را شرح دهید.
- به جای بطری، فنجان را توصیه کنید.
- به مادر نشان بدهید که چگونه با فنجان به کودکش شیر بدهد .
- مطمئن شوید که مادر طرز تغذیه شیرخوار با فنجان را بخوبی بیاموزد.

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

معمولاً نوزادان در ۴-۲ روز اول پس از تولد وزن از دست می دهند. در شیرخوارانی که خوب تغذیه می شوند کاهش وزن پس از مرحله دوم لاکتوژن(که در بالا توضیح داده شد) نباید ادامه یابد. کاهش وزن بیشتر از ۷درصد وزن تولد بیش از اندازه بوده و باید تولید شیر و انتقال آن به شیرخوار ارزیابی شود. پس از تکمیل مرحله دوم لاکتوژن شیرخواری که وزن زیادی از دست نداده و بطور موثری تغذیه می شود و شیر کافی دریافت می کند از روز ۴ تا ۵ پس از تولد شروع به افزایش وزن به میزان تقریباً ۱۵ تا ۳۰ گرم در روز می نماید. با این میزان افزایش وزن، بیشتر شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می شوند تا روز ۱۴-۱۰ وزنی بیشتر از وزن تولد خود خواهند داشت و طی ۲ماه اول ۱۵۰ تا ۲۱۰ گرم در هفته افزایش وزن دارند. چنانچه نوزادی که با شیرمادر تغذیه می شود وزنش در ۲هفتگی کمتر از وزن زمان تولدش باشد نیازمند ارزیابی دقیق و مداخله است

بهر حال حدودحداقل ۶۰۰ گرم(یا بیشتر) افزایش وزن در ماه مطلوب است.

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

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

در ۳-۵ روزگی نوزاد از نظر وجود زردی هم بررسی می شود که در بخش های دیگر بوکلت ذکر شده است.

سایر سوالات برحسب نوع تغذیه شیرخوار تفکیک شده : اگر شیرمادر می خورد سوالات مربوط به این قسمت پرسیده می شود، اگر شیرمصنوعی می خورد سوالات مربوط به آن پرسیده می شود.

اگر مادر شیرخوارش را با شیردام تغذیه می کند چون تغذیه با شیردام توصیه نمی شود ، شیرخوار جزو احتمال مشکل تغذیه ای دارد طبقه بندی شده و مشاوره با مادر و توصیه های لازم برای استفاده از جایگزین مناسب ارائه می شود و در صورت تمایل مادر به برقراری مجدد شیردهی، وی به مشاور شیردهی ارجاع می شود

سوال دیگر مربوط به شیردهی از هردو پستان و بطور متناوب است که در اوایل و تا زمان استقرار شیردهی تغذیه از هر دو پستان تاکید می شود و لذا تا ۶ هفتهگی سوال می شود اما پس از آن همواره شیردهی بطور متناوب از پستانها در دفعات تغذیه باید تاکید شود :

در صورت فوت مادر:

گرفتن دایه و تجویز شیر دایه در صورت امکان مطابق عادات تغذیه شیرخوار، یا تجویز شیرمصنوعی به صورت کامل مطابق دستورعمل. ضمناً در صورت فوت شیرخوار تمهیدات لازم برای قطع شیرمادر باید اندیشیده شود از جمله : استفاده از کمپرس سرد، به پشت خوابیدن مادر، استفاده از کرسر محکم، عدم تخلیه و دوشیدن، استفاده از برخی داروها با تجویز پزشک .

۴- نحوه دوشیدن و ذخیره کردن شیر مادر

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

۵- مصرف شیر مصنوعی :

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

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

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

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

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

اگر کودک فقط با شیرمصنوعی و بطری تغذیه می شود:

✓ شستن بطری و سر پستانک آن مشکل تر از فنجان است. به مادر توصیه کنید پس از هر بار استفاده آن را با آب سرد شسته و سپس با برس و مواد شوینده و آب جوش تمیز کند.

✓ بطری و سر پستانک آن باید حداقل روزی یک بار استریلیزه شوند. راه های استریلیزه کردن به شرح زیر می باشد :

• جوشانیدن : بطری باید کاملاً در آب غوطه ور شود. آب کاملاً به جوش آمده و حداقل به مدت ۱۰ دقیقه سطح آب حرکت فعال داشته باشد .

• بطری را حداقل به مدت ۳۰ دقیقه در محلول رقیق شده سفید کننده قرار دهید.

• برای تمیز کردن سر پستانک بطری ، آن را پشت و رو کنید و با نمک و برس تمیز کنید. سپس مثل تمیز کردن بطری، آن را نیز بجوشانید یا با خیساندن در محلول بالا استریل کنید.

بخاطر داشته باشید کودکانی که شیر مادر نمی خورند به توجهات و توصیه های ویژه ای نیاز دارند. یک کودک ۲۴-۶ ماهه که شیر مادر نمی خورد در منطقه ای که آب وهوای معمولی دارد، تقریباً" به ۳-۲ فنجان آب در روز نیاز دارد ودر مناطقی که آب وهوای گرم دارند نیاز کودک به ۶-۴ فنجان می رسد . آب را می توان به حریره یا سوپ او اضافه نمود ، اما باید چند بار درروز آب تمیز به کودک بدهید تا مطمئن شوید که تشنگی او برطرف شده باشد.

ارزیابی تغذیه تکمیلی شیر خوار از پایان ۶ ماه تا ۱۲ ماه

سوال کنید

پایان ۶ ماهگی تا پایان ۸ ماهگی: (مراقبت ۷ ماهگی)

- غذای کمکی را برای شیرخوار شروع کرده اید؟
- غذای کودک را با غلظت مناسب تهیه می کنید؟ (برای تعیین غلظت از عکس راهنما استفاده کنید)
- پوره غلیظ، غذاهای کاملاً نرم شده متناسب با سن و شرایط شیرخوار و متنوع از گروه های غذایی (بویژه منابع پروتئین حیوانی مانند گوشت (گوسفند و مرغ) و میوه ها و سبزی های غنی از ویتامین آ و ویتامین ث) به او داده می شود؟
- شیرخوار مقدار غذای متناسب با سن خود را در هر وعده می خورد؟ (بتدریج به ۱۲۵ سی سی یا نصف لیوان رسانده اید)
- شیرخوار تعداد وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۲-۳ وعده غذا در روز)
- شیرخوار تعداد میان وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۱-۲ میان وعده در روز)
- شیرخوار به ماده غذایی خاصی آلرژی (حساسیت) دارد؟
- شما، همسران یا سایر فرزندانان به برخی مواد غذایی آلرژی (حساسیت) دارید؟
- مایعات نیز به او می دهید؟

۹ ماهگی تا پایان ۱۱ ماهگی: (مراقبت ۹ ماهگی)

- غذاهای متنوع نرم و له شده خانواده (غلات، حبوبات، گوشت ها، میوه ها و سبزی های غنی از ویتامین آ و ویتامین ث) به او می دهید؟
- شیرخوار مقدار غذای متناسب با سن خود را در هر وعده می خورد؟ (۱۲۵ سی سی یا نصف لیوان در هر وعده)
- شیرخوار تعداد وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۳-۴ وعده غذا در روز)
- شیرخوار تعداد میان وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۱-۲ میان وعده در روز)
- شیرخوار به ماده غذایی خاصی آلرژی (حساسیت) دارد؟
- مایعات نیز به او می دهید؟

۱۲ ماه تا ۶۰ ماه:

- کودک روزانه غذاهای متنوع شامل تمام گروه های غذایی (نان و غلات، گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغز دانه ها، سبزی ها، میوه ها و شیر و لبنیات) مصرف می کند؟
- کودک تعداد وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۳-۴ وعده غذا در روز)
- کودک تعداد میان وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۱-۲ میان وعده در روز)
- کودک سهم غذای کافی متناسب با سن در هر وعده می خورد؟ (در کودکان ۱-۲ سال سه چهارم لیوان، در کودکان ۲-۵ سال ۱ لیوان)
- شیرخوار به ماده غذایی خاصی آلرژی (حساسیت) دارد؟
- مایعات به کودک می دهید؟

غذای کمکی را برای شیرخوار شروع کرده اید؟ منظور از غذای کمکی دادن مواد غذایی مایع، نیمه جامد یا جامد دیگری غیر از شیر مادر به شیرخوار می باشد. شیرخواران در پایان شش ماهگی یا ۱۸۰ روزگی باید غذای کمکی را شروع کنند. زیرا نیازهای تغذیه ای شیرخوار از پایان شش ماهگی به تنهایی از طریق شیر مادر تامین نمی شود. تامین انرژی و مواد مغذی مورد نیاز شیرخوار موجب رشد و فعالیت مطلوب شیرخوار گردیده و مقاومت شیرخوار را در برابر ابتلا به عفونت افزایش می دهد. زود شروع کردن غذای کمکی ممکن است موجب کاهش تمایل شیرخوار به مصرف شیر مادر، دریافت ناکافی یا افزایش در دریافت انرژی یا سایر مواد مغذی از طریق جایگزین شدن غذای کمکی با شیرمادر، افزایش احتمال چاقی و افزایش ابتلا به بیماری گردد. دیر شروع کردن غذای کمکی نیز موجب کاهش دریافت نیازهای غذایی، کاهش رشد و تکامل، سوء تغذیه و کم خونی ناشی از فقر آهن می گردد. اگر مادر هنوز غذای کمکی را شروع نکرده به او آموزش های لازم داده شود تا بتواند غذای کمکی را برای شیرخوار شروع کند. در صورتی که غذای کمکی به موقع شروع شده مادر را تشویق کنید و اگر زودتر از زمان مناسب نیز غذای کمکی شروع شده دلیل آن را پرسیده و مادر را توجیه نموده و خطرات زود شروع کردن را برای او بگویید.

غذای کودک را با غلظت مناسب تهیه می کنید؟ غلظت و قوام غذای کمکی باید متناسب با سن شیر خوار باشد. معده شیرخوار کوچک است. بنابراین مایعات و غذاهای رقیق و آبکی به سرعت معده شیرخوار را پر می کنند. غلظت غذای کمکی شیرخوار نقش مهمی در تأمین نیازهای غذایی شیرخوار دارد. غذایی که با غلظت مناسب تهیه شده باشد بخشی از نیازهای غذایی شیرخوار را تأمین می کند. در مورد غلظت غذای شیرخوار حتماً با سوال های مناسب و استفاده از عکس راهنما غلظت غذای کمکی را تعیین کنید مثلاً بپرسید اگر قاشق غذا را در دست دارید غذا به آسانی به پایین می ریزد یا خیر؟ اگر متوجه شدید که مادر غذای رقیق درست می کند حتماً به او در خصوص تهیه غذا با غلظت مناسب آموزش بدهید. در صورت مناسب بودن غلظت غذای شیرخوار او را تشویق کنید. همچنین برای مادرانی که کودکشان در آستانه شروع غذای کمکی می باشد در کلاس های آموزشی (در صورت امکان عملی) طرز تهیه فرنی ویا سایر غذاها را با غلظت مناسب آموزش دهید .

پوره غلیظ، غذاهای کاملاً نرم شده متناسب با سن و شرایط شیرخوار و متنوع از گروه های غذایی (بوژه منابع پروتئین حیوانی مانند گوشت (گوسفند و مرغ) و میوه ها و سبزی های غنی از ویتامین آ و ویتامین ث) به او داده می شود؟

در برنامه غذایی کودک ، تنوع باید بر حسب سن شیرخواردر نظر گرفته شود. به تدریج از گروه های اصلی غذایی شامل نان و غلات، گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزدا نه ها ، سبزی ها ، میوه ها و لبنیات (ماست و پنیر پاستوریزه کم نمک)، در غذای کمکی استفاده شود. سعی شود در انتخاب جانشین های هر گروه غذایی ، تنوع نیز در نظر گرفته شود . انواع گوشت ها ، تخم مرغ و حبوبات منابع خوب پروتئین هستند را می توان در برنامه غذایی شیرخوار گنجاند. پروتئین برای رشد مطلوب شیرخوار ضروری است. مخلوطی از غلات و حبوبات مانند عدس پلو، ماش پلو موجب بهبود کیفیت پروتئین غذا می شوند. استفاده از سبزی های برگ سبز و میوه های زرد و نارنجی مانند جعفری ، گشنیز، هویج ، کدو حلوائی ، انبه و طالبی که منابع خوب ویتامین آ هستند توصیه می شود.. ویتامین آ در رشد ، مقاومت به عفونت ها و بینائی نقش مهمی دارد. علاوه بر این، استفاده از مرکبات ، گوجه فرنگی ، سبزی ها مانند جعفری که منبع خوب ویتامین ث هستند و نقش مهمی در جذب آهن دارند را در برنامه غذایی کودک سوال کنید.. از مادر سوال کنید کدام گروه های غذایی را در برنامه غذایی شیرخوار گنجانده و اگر گروهی در برنامه غذایی نبود حتماً به مادر تاکید کنید که آن را اضافه کند و از جایگزین های مناسب و متناسب با سن شیرخوار استفاده شود یا این که به مادر بگوئید لزومی ندارد در ناهار و شام حتماً گوشت قرمز بدهد می تواند از گوشت سفید ، تخم مرغ ، ماهی یا حبوبات استفاده کند. در هنگام توصیه استفاده از گروه های غذایی و جانشین های آنها حتماً شرایط اقتصادی – اجتماعی خانواده را در نظر بگیرید و استفاده از مواد غذایی محلی و بومی که دارای ارزش غذایی مناسبی هستند را توصیه کنید.

شیرخوار مقدار غذای متناسب با سن خود را در هر وعده می خورد؟ (بتدریج به ۱۲۵ سی سی یا نصف لیوان رسانده اید) در شروع غذای کمکی باید به میزان ۲ تا ۳ قاشق مرباخوری ۲-۳ بار در روز به شیر خوار غذا داد. به تدریج میزان غذای دریافتی شیرخوار اضافه شده تا این که به نصف لیوان در هر وعده غذایی افزایش یابد. به مادر توضیح دهید که یک قاشق غذا خوری فرنی ۱۲ تا ۱۵ گرم و یک قاشق غذاخوری آش ، ۲۰ گرم است. بنابر این ، نصف لیوان فرنی معادل ۸-۱۰ قاشق غذاخوری فرنی است. از مادر دقیقاً بپرسید اندازه ظرف غذا و مقدار غذایی که شیرخوار آن را خورده مشخص کند و اگر کمتر از مقدار مورد نیاز می خورد به مادر توصیه کنید تا غذای شیرخوار را به مقدار کافی به او بدهد. (از تصاویر کتاب مقیاس خانگی استفاده کنید). اگر از پیمانه های محلی استفاده می شود خودتان مقدار آن را بدست آورید تا بتوانید مقدار غذای دریافتی شیرخوار را محاسبه کنید. در ضمن اگر کودک در هر وعده مقدار کمتری غذا می خورد تعداد وعده ها را بر اساس سن کودک اضافه کنید.

شیرخوار تعداد وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۲-۳ وعده غذا در روز)

تعداد دفعات غذای کودک در این گروه سنی ۲-۳ بار در روز می باشد. از مادر تعداد وعده های اصلی و نوع آن را سوال کنید و آموزش لازم جهت انتخاب وعده های اصلی غذایی مناسب را به او بدهید. اگر مادر تعداد وعده های اصلی مناسب به کودک می دهد او را به تداوم این برنامه تشویق کنید. در غیر اینصورت به او آموزش دهید تا تعداد وعده های اصلی کافی به کودک بدهد. در توصیه ها در دسترس بودن مواد غذایی مناسب در خانواده را مد نظر قرار دهید.

شیرخوار تعداد میان وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ (۲-۱ میان وعده در روز)

در این گروه سنی، باید یک تا دو میان وعده مغذی مانند پوره سبزی ها (هویج یا سیب زمینی) و پوره میوه ها مانند موز بین وعده های اصلی در روز بر حسب اشتها شیرخوار به او داده شود. میان وعده غذایی جزئی از نیاز تغذیه ای شیرخوار را تامین می کند و باید از گروه های اصلی غذایی انتخاب شود. اگر مادر تعداد میان وعده غذایی مناسب به کودک می دهد او را به تداوم این برنامه تشویق کنید. در غیر اینصورت به او آموزش دهید تا تعداد میان وعده های غذایی کودک هم کافی و هم مغذی باشد.

شیرخوار به ماده غذایی خاصی آلرژی (حساسیت) دارد؟ از مادر سوال کنید آیا با خوردن ماده غذایی خاصی، شیرخوار علائم

آلرژی مانند تاول پوستی، جوش پوستی، اسهال، استفراغ، مشکل تنفسی و سرفه نشان می دهد. اگر پاسخ مادر مثبت بود تا تایید پزشک در مورد داشتن آلرژی شیرخوار به آن ماده غذایی، آن ماده غذایی از برنامه غذایی شیرخوار حذف و جایگزین مناسب انتخاب شود. شیرخوار را جهت معاینه به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید.

شما، همسران یا سایر فرزندان به برخی مواد غذایی آلرژی (حساسیت) دارید؟ از مادر سوال کنید آیا خودتان،

همسران یا سایر فرزندان به برخی مواد غذایی حساسیت داشته و با خوردن آن ماده غذایی با علائم آلرژی مانند تاول پوستی، جوش پوستی، اسهال، استفراغ، مشکل تنفسی و سرفه روبه رو می شوند. در شیرخواران، آلرژی به شیرگاو، بادام زمینی و تخم مرغ نسبت به سایر مواد غذایی آلرژن بیشتر مشاهده می شود. اگر سابقه آلرژی مواد غذایی در پدر، مادر، خواهر یا برادر وجود ندارد به مادر بگویید، پس از شروع غذای کمکی و در صورت تحمل مواد غذایی مانند غلات، گوشت، میوه و سبزی و نداشتن هیچگونه علائمی از داشتن آلرژی به مواد غذایی مانند اگرما می تواند مواد غذایی آلرژن (غیر از شیر گاو) را به مقدار جزئی به شیرخوار بدهد و اگر مشکلی از طرف مادر گزارش نشد مقدار آنان را به تدریج در برنامه غذایی شیرخوار اضافه نماید.

مایعات نیز به او می دهید؟ مایعات مورد نیاز شیرخوار در شش ماه اول از طریق شیر مادر تأمین می شود. اما با شروع غذای کمکی، شیرخوار نیاز به دریافت مایعات اضافی دارد. آب جوشیده سرد شده مناسب ترین مایع جهت رفع تشنگی شیرخوار است. از مادر بخواهید از دادن انواع نوشیدنی های شیرین و آب میوه های صنعتی به شیرخوار خودداری کند. همچنین، تا حد امکان از دادن آب میوه طبیعی خودداری و به جای آن پوره میوه به کودک بدهد. از دادن چای و قهوه به شیرخوار تا حد امکان خودداری شود. در صورت مصرف چای یا قهوه حتما دو ساعت قبل یا بعد از غذا به شیرخوار داده شود. در صورتی که شیرخوار در هنگام غذا خوردن تمایل به نوشیدن آب داشته باشد به دلیل کوچک بودن معده کودک می توان کمی به او داد. بین نصف تا یک فنجان می توان در روز به شیرخوار آب جوشیده سرد شده داد.

۹ ماهگی تا پایان ۱۱ ماهگی

غذاهای متنوع نرم و له شده خانواده (غلات، حبوبات، گوشت ها، میوه ها و سبزی های غنی از ویتامین آ و ویتامین ث) به او می دهید؟ در برنامه غذایی کودک، باید تنوع غذایی یا به عبارت دیگر استفاده از تمام گروه های غذایی و غذای خانواده در برنامه غذایی او در نظر گرفته شود. در ضمن، می توان غذاهایی که له شده یا به خوبی ریز ریز شده، تکه تکه شده و غذاهای انگشتی که شیرخوار بتواند با دست بگیرد مانند انواع گوشت ها (قرمز، مرغ، ماهی و پرندگان) که خوب پخته شده و ریز ریز شده مانند کوفته قلقلی کاملاً پخته شده، ماکارونی پخته شده یا نان را در برنامه غذایی روزانه کودک گنجانده. همچنین، حبوبات مانند عدس و ماش (خیساندن حبوبات قبل مصرف)، سبزی های برگ سبز تیره و زرد و نارنجی و میوه های زرد و نارنجی مانند جعفری، گشنیز، شوید، هویج، انبه، کدو حلوائی در برنامه غذایی کودک گنجانده شود. از مادر بپرسید تنوع غذایی، استفاده از تمام گروه های غذایی، غذای محلی و غذای خانواده برای تغذیه کودک در نظر گرفته می شود یا خیر؟ در صورتی که غذای کودک دارای تنوع نیست به مادر آموزش های

لازم در زمینه استفاده از تمام گروه‌های غذایی در برنامه غذایی کودک داده شود. توصیه‌ها تا حد امکان بر اساس شرایط اقتصادی خانواده و مواد غذایی بومی بوده و در خانواده‌های کم درآمد، جایگزین‌های مناسب و متناسب با شرایط اقتصادی خانواده معرفی شوند. **شیرخوار مقدار غذای متناسب با سن خود را در هر وعده می‌خورد؟ (۱۲ سی سی یا نصف لیوان در هر وعده)** مقدار غذای دریافتی شیرخوار در این دوره سنی در هر وعده باید نصف لیوان باشد تا نیازهای غذایی شیرخوار تامین شود. از مادر مقدار غذای دریافتی شیرخوار بر حسب مقیاس خانگی مورد استفاده شده سوال و محاسبه شود (از تصاویر کتاب مقیاس خانگی استفاده کنید). اگر از پیمانه‌های محلی استفاده می‌شود خودتان مقدار آن را بدست آورید تا بتوانید مقدار غذای دریافتی شیرخوار را محاسبه کنید. به مادر توضیح دهید که یک قاشق غذاخوری سرصاف انواع برنج پخته ۱۵ گرم و یک قاشق غذاخوری سر پر انواع برنج پخته ۲۰ گرم است. نصف لیوان از انواع برنج پخته معادل ۸ قاشق غذاخوری سرصاف انواع برنج پخته می‌باشد. در ضمن اگر کودک در هر وعده مقدار کمتری غذا می‌خورد تعداد وعده‌ها را بر اساس سن کودک اضافه کنید.

شیرخوار تعداد وعده‌های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می‌کند؟ (۳-۴ وعده غذا در روز). از مادر تعداد وعده‌های اصلی و نوع آن را سوال کنید و آموزش لازم جهت انتخاب وعده‌های اصلی غذایی مناسب را به او بدهید. اگر مادر تعداد وعده‌های اصلی مناسب به کودک می‌دهد او را به تداوم این برنامه تشویق کنید. در غیر اینصورت به او آموزش دهید تا تعداد وعده‌های اصلی کافی به کودک بدهد. در توصیه‌ها در دسترس بودن مواد غذایی مناسب در خانواده را مد نظر قرار دهید از مادر بپرسید شیرخوار چند وعده غذا می‌خورد و تعداد میان وعده‌های غذایی را سوال کنید. اگر شیرخوار کمتر از تعداد توصیه شده مصرف می‌کند به مادر تاکید کنید تا تعداد وعده‌ها را افزایش دهد. میان وعده مغذی یعنی میان وعده‌هایی که دارای ارزش غذایی هستند مانند انواع میوه‌های رسیده و سبزی‌ها (هویج یا کرفس به صورت قطعات بسیار کوچک پخته شده، موز، گلابی، سیب، هلو، طالبی).

شیرخوار تعداد میان وعده‌های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می‌کند؟ (۲-۱ میان وعده در روز)

در این گروه سنی، باید روزانه یک تا دو میان وعده مغذی مانند میوه‌های رسیده نرم شده (موز، گلابی، سیب، هلو و طالبی) یا هویج و کرفس بصورت قطعات بسیار کوچک پخته شده بین وعده‌های اصلی در روز بر حسب اشتیاق کودک به او داده شود. میان وعده غذایی جزئی از نیاز تغذیه‌ای کودک را تامین می‌کند و باید از گروه‌های اصلی غذایی انتخاب شود. اگر مادر تعداد میان وعده غذایی مناسب به کودک می‌دهد او را به تداوم این برنامه تشویق کنید. در غیر اینصورت به او آموزش دهید تا تعداد میان وعده‌های غذایی کودک هم کافی و هم مغذی باشد.

شیرخوار به ماده غذایی خاصی آلرژی (حساسیت) دارد؟ از مادر سوال کنید آیا با خوردن ماده غذایی خاصی، شیرخوار علائم

آلرژی مانند تاول پوستی، جوش پوستی، اسهال، استفراغ، مشکل تنفسی و سرفه نشان می‌دهد. اگر پاسخ مادر مثبت بود تا تایید پزشک در مورد داشتن آلرژی شیرخوار به آن ماده غذایی، آن ماده غذایی از برنامه غذایی کودک حذف و جایگزین مناسب انتخاب شود. شیرخوار را جهت معاینه به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید.

مایعات نیز به او می‌دهید؟ آب جوشیده سرد شده مناسب‌ترین مایع جهت رفع تشنگی شیرخوار است. از مادر بخواهید از دادن انواع نوشیدنی‌های شیرین و آب میوه‌های صنعتی به شیرخوار خودداری کند. همچنین، تا حد امکان از دادن آب میوه طبیعی خودداری و به جای آن پوره میوه به کودک بدهد. از دادن چای و قهوه به شیرخوار تا حد امکان خودداری شود. در صورت مصرف چای یا قهوه حتما دو ساعت قبل یا بعد از غذا به شیرخوار داده شود. در صورتی که شیرخوار در هنگام غذا خوردن تمایل به نوشیدن آب داشته باشد به دلیل کوچک بودن معده کودک می‌توان کمی به او داد. بین نصف تا یک فنجان می‌توان در روز به شیرخوار آب جوشیده سرد شده داد.

۱۲ ماه تا ۶۰ ماه:

کودک روزانه غذاهای متنوع شامل تمام گروه‌های غذایی (نان و غلات، گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغز دانه‌ها، سبزی‌ها، میوه‌ها و شیر و لبنیات) مصرف می‌کند؟ از مادر سوال شود که آیا کودک روزانه از تمام گروه‌های غذایی می‌خورد یا خیر. در صورت مصرف نکردن یا مصرف کم هر گروه غذایی به مادر بگویید حتماً آن گروه غذایی را در برنامه غذایی کودک بگنجانند و به مقدار کافی بدهد. در صورتی که کودک تمایل به مصرف برخی از گروه‌های غذایی ندارد بر اساس بخش مشاوره اقدام کنید.

گروه گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغز دانه ها: این گروه شامل گوشت های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان) تخم مرغ، حبوبات (نخود، انواع لوبیا، ماش، عدس و لپه) و مغز دانه ها (گردو، پسته، بادام، فندق، بادام زمینی و ...) است. این گروه حاوی پروتئین، آهن، روی و سایر مواد مغذی بوده که برای رشد کودک ضروری هستند. همچنین به دلیل دارا بودن آهن و روی، از کم خونی فقر آهن در کودک پیشگیری نموده و در رشد قدی کودکان نقش مهمی دارند. اگر کودک تمایل به خوردن گوشت نداشت بر اساس توصیه های بخش مشاوره عمل کنید غذاهای حاوی مخلوطی از حبوبات و غلات مانند انواع آش های محلی، عدسی، عدس پلو، ماش پلو، لوبیا چشم بلبلی پلو و... دارای ارزش غذایی مطلوبی هستند و حتما در برنامه غذایی خانواده گنجانده شوند.

گروه شیر و لبنیات: شامل شیر ماست، پنیر، کشک و دوغ بوده که همه آن ها باید پاستوریزه باشند. این گروه دارای پروتئین، کلسیم، فسفر، ویتامین B₂ و سایر مواد مغذی می باشند و بهترین منبع تامین کننده کلسیم بوده که نقش مهمی در رشد استخوانی و استحکام دندان ها دارند.

گروه نان و غلات: شامل انواع نان بخصوص نوع سبوس دار (سنگک و نان جو)، نان های سنتی سفید (لواش و تافتون)، برنج، انواع ماکارونی و رشته ها، غلات صبحانه و فرآورده های آن ها به ویژه محصولات تهیه شده از دانه کامل غلات است. گروه نان و غلات منبع کربوهیدرات های پیچیده و فیبر (مواد غیر قابل هضم گیاهی)، برخی ویتامین های گروه B، آهن، پروتئین، منیزیم و کلسیم می باشد.

گروه سبزی ها: شامل انواع سبزی های برگ دار، انواع کلم، هویج، خیار، گوجه فرنگی، بادمجان، نخود سبز، لوبیا سبز، انواع کدو، فلفل، قارچ، پیاز و سیب زمینی می باشد. سبزی ها حاوی ویتامین های گروه A، B، C و مواد معدنی مانند پتاسیم، منیزیم و مقدار قابل توجهی فیبر دارند. سبزی ها یکی از مناسب ترین میان وعده های غذایی برای تغذیه کودکان می باشند. مادران می توانند غذای کودک را با استفاده از سبزی های رنگی جذاب نموده و تمایل آنان را به مصرف غذا و سبزی افزایش دهند.

گروه میوه ها: شامل انواع میوه، آب میوه طبیعی، کمپوت خانگی میوه ها و میوه های خشک (خشکبار) می باشد. مواد مغذی این گروه شامل ویتامین های A و C، فیبر و مواد معدنی بوده و یکی از با ارزش ترین میان وعده های غذایی به شمار می روند.

گروه متفرقه:

این گروه شامل انواع مواد قندی و چربی ها است. توصیه می شود افراد بزرگسال در برنامه غذایی روزانه از این گروه کمتر مصرف کنند. مصرف روزانه ۲ تا ۳ قاشق مربا خوری روغن مایع یا کره برای کودکان توصیه می شود و مصرف نمک و قندهای ساده (قند و شکر، شیرینی، شکلات، آب نبات، پاستیل و ...) باید محدود باشد.

انواع مواد غذایی این گروه عبارتند از:

- الف- چربی ها (روغن های جامد و روغن های مایع، پیه، دنبه، کره، خامه، سرشیر و سس های چرب مثل مایونز)
- ب- شیرینی ها و مواد قندی (مثل انواع مربا، شربت، قند و شکر، انواع شیرینی های خشک و تر، انواع پیراشکی، آب نبات و شکلات)

- پ- ترشی ها، شورها و چاشنی ها (انواع ترشی و شور، فلفل، نمک، زردچوبه، دارچین و غیره)
- ت- نوشیدنی ها (نوشابه های گازدار، چای، قهوه، انواع آب میوه های صنعتی و پودرهای آماده مثل پودر پرتقال و غیره)

کودک تعداد وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ تعداد دفعات غذای کودک سوال شود در صورتی که تعداد دفعات کمتر از میزان توصیه شده (۳-۴ وعده) بود به مادر توصیه کنید تا تعداد دفعات غذا را به تدریج به حد معمول برساند. در

صورتی که تعداد دفعات غذای کودک بیش از تعداد توصیه شده است و کودک دچار اضافه وزن و چاقی می باشد به مادر تعداد دفعات غذای مورد نیاز کودک را بگویید و بر اساس مشاوره اضافه وزن و چاقی عمل کنید.

کودک تعداد میان وعده های غذایی متناسب با سن خود را دریافت می کند؟ از مادر راجع به مصرف و تعداد دفعات میان وعده مغذی (۱-۲ میان وعده در روز) که دارای ارزش غذایی مناسب هستند مانند شیر و لبنیات، انواع میوه ها ، سبزی ها ، نان و پنیر و... سوال شود. اگر مادر تنقلات غذایی بی ارزش مانند چیپس، پفک، کیک های شکلاتی ، آب میوه صنعتی، شکلات و آبنبات به کودک می دهد به او بگویید این تنقلات فاقد ارزش غذایی بوده و ضمن این که ذائقه کودک را برای غذاهای شور یا شیرین عادت می دهند خطر ابتلا به اضافه وزن ، چاقی ، فشارخون بالا و بیماری های قلبی عروقی در بزرگسالی را افزایش می دهند. در ضمن ، تنقلات غذایی بی ارزش را از برنامه کودک حذف و جایگزین های مناسب را به مادر معرفی کنید. اگر مادر میان وعده غذایی مناسب به کودک می دهد او را به تداوم آن تشویق کنید.

کودک سهم غذای کافی متناسب با سن در هر وعده می خورد؟ از مادر مقدار غذای مصرفی کودک در هر وعده سوال شود کودک یک تا دو سال در هر وعده تا سه چهارم لیوان و کودک ۵-۲ سال در هر وعده تا یک لیوان غذا می خورد. اگر کودک تعداد وعده های غذایی مناسب بوده ولی میزان مصرف غذا در هر وعده کمتر از میزان توصیه شده است به مادر بگویید نیازی به افزایش مقدار در هر وعده نیست می تواند تعداد دفعات را به تدریج افزایش دهد تا کودک به مقدار کافی غذا دریافت کند. در ضمن ، از عواقب کاهش دریافت از جمله سوء تغذیه ، اختلال رشد و کوتاه قدی مادر را مطلع کنید. در صورتی که مقدار غذا در هر وعده بیش از مقادیر توصیه شده است و کودک دچار اضافه وزن و چاقی می باشد به مادر مقدار مورد نیاز در هر وعده را بگویید و بر اساس بخش مشاوره آموزش دهید.

شیرخوار / کودک به ماده غذایی خاصی آلرژی (حساسیت) دارد؟ از مادر سوال کنید آیا با خوردن ماده غذایی خاصی، شیرخوار علائم آلرژی مانند تاول پوستی ، جوش پوستی ، اسهال ، استفراغ ، مشکل تنفسی و سرفه نشان می دهد . اگر پاسخ مادر مثبت بود تا تایید پزشک در مورد داشتن آلرژی شیرخوار به آن ماده غذایی ، آن ماده غذایی از برنامه غذایی کودک حذف و جایگزین مناسب انتخاب شود. شیر خوار را جهت معاینه به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید.

مایعات نیز به او می دهید؟ آب آشامیدنی مناسب ترین مایع جهت رفع تشنگی کودک است. از مادر بخواهید از دادن انواع نوشیدنی های شیرین و آب میوه های صنعتی به کودک خودداری کند. همچنین ، تا حد امکان از دادن آب میوه طبیعی خودداری و به جای آن پوره میوه به کودک بدهد. از دادن چای و قهوه به کودک تا حد امکان خودداری شود. در صورت مصرف چای یا قهوه حتما دو ساعت قبل یا بعد از غذا به او داده شود. برای کودکان یک تا دو سال تا چهار فنجان و برای کودکان دو تا پنج سال تا ۵ فنجان در روز می توان به کودک آب داد.

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

کودکان ۶ ماه تا ۲ سال

آیا شیرخوار شیر مادر می خورد؟ اگر شیرخوار شیر مادر می خورد مادر را به تداوم شیردهی تا دو سالگی تشویق کنید و نقش شیر مادر در پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی کودک را به مادر بگویید.

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

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

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

آیا کودک غذاهای چرب یا شیرین مصرف می‌کند؟ از مادر سوال شود آیا غذاهای اصلی کودک را چرب یا شیرین درست می‌کند؟ اگر مادر غذاها را چرب یا شیرین درست می‌کند به او توصیه کنید که غذاهای کودک را کم چرب درست کرده و از افزودن شکر یا سایر مواد شیرین کننده به غذا خودداری کند و بر اساس مطالب مطرح شده در بخش مشاوره به او آموزش دهید.

آیا کودک زیاد از نوشیدنی‌های شیرین استفاده می‌کند؟ از مادر سوال کنید آیا کودک از نوشیدنی‌های شیرین مانند چای شیرین، آب میوه صنعتی، شیرهای طعم دار و ... زیاد استفاده می‌کند؟ در صورت مثبت بودن پاسخ به مادر بگویید این نوشیدنی‌ها هیچ ارزش غذایی نداشته و فقط چاق کننده هستند. به جای آن از آب و دوغ کم نمک (بر اساس میزان توصیه شده روزانه) استفاده شود.

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

آیا تعداد وعده‌ها بیش از توصیه‌های متناسب با سن کودک است؟ از مادر سوال شود در روز چند وعده غذایی به شیرخوار می‌دهد. اگر تعداد وعده های غذایی شیرخوار بیشتر از میزان توصیه شده بود به مادر آموزش دهید تا تعداد وعده‌های غذایی را متناسب با سن کودک به او بدهد یا مقدار در هر وعده را کاهش داده تا مصرف غذای روزانه کودک به حد مورد نیاز برسد. همچنین در مورد گروه های غذایی از او سوال کنید، اگر برنامه غذایی شیرخوار تنوع نداشت به مادر در خصوص استفاده از تمام گروه های اصلی غذایی از جمله میوه ها و سبزی ها در برنامه غذایی شیرخوار آموزش دهید. اگر تعداد وعده‌های غذایی متناسب با سن کودک است مادر را به تداوم اجرای آن تشویق کنید.

آیا تعداد میان وعده‌ها بیش از توصیه‌های متناسب با سن کودک است؟ از مادر پرسید در روز چند میان وعده به شیرخوار می‌دهد. همچنین نوع میان وعده را پرسید. اگر مادر تنقلات غذایی بی ارزش مانند چیپس، پفک، کیک های شکلاتی، آب میوه صنعتی، شکلات و بستنی به کودک می‌دهد به او بگویید این تنقلات فاقد ارزش غذایی بوده و ضمن این که ذائقه کودک را برای غذاهای شور یا شیرین عادت می‌دهند خطر ابتلا به اضافه وزن، چاقی، فشارخون بالا و بیماری های قلبی عروقی در بزرگسالی را افزایش می‌دهند. به مادر بگویید از تنقلات مناسب دارای ارزش غذایی مطلوب مانند شیر و لبنیات پاستوریزه، انواع میوه ها، سبزی ها، نان و پنیر ... در برنامه غذایی کودک استفاده کند. اگر تعداد میان وعده های غذایی کمتر یا بیشتر از حد توصیه شده است به مادر تأکید کنید، تعداد میان وعده‌ها را بر حسب سن شیرخوار به او بدهد. اگر مادر تعداد میان وعده مناسب به کودک می‌دهد او را تشویق به تداوم آن نمایید.

کودک ۲ تا ۵ سال

آیا کودک غذاهای چرب یا شیرین مصرف می‌کند؟ از مادر سوال شود آیا غذاهای اصلی کودک را چرب یا شیرین درست می‌کند؟ اگر مادر غذاها را چرب یا شیرین در ست می‌کند به او توصیه کنید که غذاهای کودک را کم چرب درست کرده و از افزودن شکر یا سایر مواد شیرین کننده به غذا خودداری کند و بر اساس مطالب مطرح شده در بخش مشاوره به او آموزش دهید.

آیا کودک از نوشیدنی‌های شیرین بیشتر از ۲ بار در هفته استفاده می‌کند؟ از مادر سوال کنید آیا کودک در طول هفته از نوشابه، آب میوه صنعتی، شیرهای طعم دار و ... بیشتر از ۲ بار استفاده می‌کند؟ در صورت مثبت بودن پاسخ به مادر بگویید این نوشیدنی‌ها هیچ ارزش غذایی نداشته و فقط چاق کننده هستند. به جای آن از آب و دوغ کم نمک (بر اساس میزان توصیه شده روزانه) استفاده شود.

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

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

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

فعالیت بدنی

آیا کودک در روز بیشتر از ۱ ساعت برنامه‌های نشسته مثل بازی با رایانه، دیدن تلویزیون یا بازی با موبایل و تبلت دارد؟ از مادر پرسید در روز چند ساعت کودک مشغول بازی ویدئویی یا تماشای تلویزیون است؟ یا چه مدت با موبایل یا تبلت و ... استفاده می‌کند؟ در صورت بیش از یک ساعت در روز به مادر آموزش دهید تا این زمان را محدود کند و به جای آن از سرگرمی‌های مناسب مانند دوچرخه سواری، توپ بازی و ... استفاده کند.

نشانه	طبقه بندی	توصیه
-------	-----------	-------

➤ مشاوره با مادر برای هر مشکل ➤ ۱ هفته بعد پیگیری شود ➤ ارجاع به پزشک/ مشاور شیردهی ➤ مصرف مکمل ها بر اساس دستورعمل آموزش داده شود	احتمال مشکل تغذیه دارد	• در صورت تطابق نداشتن تغذیه با شرایط مطلوب
➤ مادر را در مورد عملکرد خوب شیردهی و تغذیه مطلوب کودک تشویق کنید ➤ تداوم شیر مادر تا ۲۴ ماهگی را تأکید کنید ➤ بعد از ۲۴ ماهگی از شیرگیری تدریجی را توصیه کنید. (جدول ۲۰) ➤ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید. ➤ مصرف مکمل ها بر اساس دستورعمل آموزش داده شود	مشکل تغذیه ندارد	• در صورت وضعیت مطلوب و طبیعی تغذیه

در اینجا جدول ارزیابی تغذیه از پایان ۶ ماه تا ۵ سال آمده است:

فصل ۱۰

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

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

مراقبت	سؤال کنید:	نگاه کنید:
۶ ماهگی (رویش اولین دندان) ۱۲ ماهگی ۲۴ ماهگی	۱. پدر و مادر و یا برادر و خواهر کودک پوسیدگی دندانانی دارند؟ (در اولین مراقبت پرسیده شود) ۲. مادر در زمان بارداری تحت مراقبت دندانپزشک بوده است؟ (در اولین مراقبت پرسیده شود) ۳. کودک با شیشه شیر به مدت طولانی یا در طول شب، شیر می خورد؟ ۴. کودک سابقه ضربه به دندان ها یا صورت دارد؟ ۵. کودک درد دندان دارد؟ ۶. کودک در حین دندان در آوردن مشکلی داشته است؟ ۷. کودک تا قبل از یکسالگی توسط دندانپزشک معاینه شده است؟ (در صورت تأخیر در رویش دندان به دندانپزشک ارجاع شود) ۸. دندان های کودک خود را تمیز می کنید؟ ۹. از قندها یا میان وعده های ایجاد کننده پوسیدگی دندانانی در فواصل وعده های غذایی (آب میوه صنعتی، نوشابه و ...) استفاده می شود؟	● رویش دندان ها ● وجود پلاک روی دندان ها ● تورم و قرمزی لثه ● نشانه های وجود ضربه ● پوسیدگی زودرس دوران کودکی ● نقاط سفید گچی روی دندان ● بیرون افتادن کامل دندان از دهان

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

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

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

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

سؤال کنید:

- ۱- آیا پدر و مادر و یا برادر و خواهر کودک پوسیدگی دندانانی دارند؟
- ۲- آیا مادر در زمان بارداری تحت مراقبت دندان پزشک بوده است؟
براساس تحقیقات اخیر، کودکان به وسیله ی مراقبین و به طور اصلی مادران، با باکتری های آغاز کننده ی پوسیدگی آلوده می شوند. اگر مراقب کودک، میکروب های خطرناک پوسیدگی را داشته باشد، انتقال می تواند از طریق بوسیدن، غذای مشترک یا سایر تماس ها رخ داده و بروز پوسیدگی را آغاز نماید. بنابراین، با بهبود بهداشت مادر، شانس انتقال این میکروب ها به شیرخوار کاهش می یابد.
- ۳- آیا کودک شما تا قبل از یکسالگی توسط دندان پزشک یا پرسنل بهداشتی معاینه شده است؟

ملاقات با دندان‌پزشک برای کودکان بعد از ۶ ماهگی و پس از رویش اولین دندان شیریه توصیه شده است. دندان‌پزشک با گرفتن تاریخچه‌ی دقیق پزشکی و دندان‌پزشکی، معاینه‌ی کودک و استفاده از روش‌های تشخیص پذیرفته شده‌ی کنونی و شروع برنامه‌ی پیش‌گیری و برنامه‌ی فراخوان منظم برای نگهداری وضعیت کنونی و تأکید بر روش‌های پیش‌گیری نقش مؤثری در ارتقای سلامت دهان و دندان کودک دارد.

۴- آیا کودک شما در حین درآوردن دندان مشکل داشته است؟

دندان درآوردن، احتمالاً اولین مسئله‌ی دهانی بعد از تولد است که والدین با آن مواجه می‌شوند. درآمدن دندان‌ها پدیده‌ای طبیعی است که معمولاً با مشکلات مختصر یا بدون مشکل رخ می‌دهد. با این وجود، برخی از شیرخواران علائمی از اختلال سیستمیک از قبیل تب و اسهال را نشان می‌دهند که نیاز به بررسی بیش‌تر و گاهی ارجاع دارد.

۵- آیا دندان‌های کودک خود را تمیز می‌کنید؟

تمیز کردن دهان شیرخوار بعد از رویش اولین دندان شیریه توصیه شده است و این کار را می‌توان با کمک یک حوله یا گاز تمیز یا مسواک انگشتی انجام داد.

۶- آیا در هنگام رانندگی برای کودک خود از صندلی مخصوص استفاده می‌کنید؟

یکی از علل اصلی آسیب‌های دندان در کودکان تصادفات اتومبیل می‌باشد. کودکانی که کمربند ایمنی آن‌ها بسته نشده و در حالت نشسته یا ایستاده‌اند، اغلب زمانی که ماشین به‌طور ناگهانی متوقف می‌شود در اثر برخورد به داشبورد یا شیشه‌ی جلوی اتومبیل دچار ضربه می‌شوند. بنابراین، بستن کمربند ایمنی یا استفاده از صندلی مخصوص کودکان، باعث پیش‌گیری از این حوادث می‌شود.

۷- آیا کودک شما سابقه‌ی ضربه به دندان‌ها یا صورت را دارد؟

ضربه به علل متفاوت می‌تواند سبب آسیب به دندان‌ها، فک و صورت شود، در صورت وجود سابقه‌ی ضربه (شکستگی قسمتی از تاج، فرورفتگی دندان در محل خود، لقی دندان و تغییر رنگ دندان)، با توجه به جدول طبقه‌بندی (جدول ۱-۲-۱۲) کودک را به دندان‌پزشک ارجاع دهید.

۸- آیا کودک با شیشه شیر به مدت طولانی یا در طول شب، شیر می‌خورد؟

۹- آیا در فواصل مراقبت‌ها بر تعداد پوسیدگی‌ها اضافه شده است؟

۱۰- آیا از قندها یا میان‌وعده‌های ایجاد کننده پوسیدگی دندانی در فواصل وعده‌های غذایی (آب میوه صنعتی، نوشابه و داروهای شیرین)

استفاده می‌شود؟

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

جدول ارزیابی ریسک پوسیدگی برای گروه سنی ۶-۰ سال

فاکتورها	پرخطر	خطر متوسط	کم خطر
----------	-------	-----------	--------

		آری	(بیولوژیک) -مادر یا والدین پوسیدگی فعال دارند. -کودک بیشتر از ۳ بار بین وعده های غذایی، نوشیدنی های شیرین و گازدارو - اسنک استفاده می کند. - کودک شب ها با شیشه شیر در داخل دهان می خوابد. - کودک نیاز به مراقبتهای ویژه بهداشتی دارد.
آری آری آری آری		آری	(حفاظتی) - کودک آب فلوراید یا مکمل فلوراید مصرف می کند. - کودک روزانه از خمیر دندان حاوی فلوراید استفاده می کند. - کودک فلوراید موضعی توسط مراقبین بهداشتی دریافت می کند.(مثل وارنیش و دهانشویه) - کودک ملاقاتهای مرتب و منظم دندانپزشکی دارد.
		آری آری	(یافته های کلینیکی) - کودک بیشتر از یک دندان پوسیده/از دست رفته/پر شده دارد. - کودک نقاط سفید یا ضایعات مینایی فعال دارد. - کودک پلاک روی سطح دندان دارد.

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

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

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

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

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

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

می توان در هر محلی که منبع نوری مناسب وجود دارد، معاینه را انجام داد. بیش تر شیرخواران، در طی معاینه به مدت کوتاهی گریه کرده و بدین ترتیب دهان را به خوبی باز می کنند. ممکن است نیاز باشد به والدین اطمینان دهیم که در کودکان طبیعی سالم این پاسخ انتظار می رود. با تکمیل معاینه، کودک به والد باز گردانده می شود تا در صورت نیاز او را در آغوش گرفته و تسلی دهد.

رویش دندان ها را نگاه کنید

معمولاً اولین دندان شیری، در حدود ۶ ماهگی رویش پیدا می کند و زمان تکمیل دندان های شیری حدود ۲ تا ۲/۵ سالگی است. دندان درآوردن یک مرحله ی طبیعی از زندگی شیرخوار است و در اکثر موارد درد و ناراحتی به همراه ندارد.

علائم دندان درآوردن شامل قرمزی و التهاب لثه در ناحیه‌ی محل رویش، برجستگی لثه و خارش در همین ناحیه، افزایش بزاق و جاری شدن آن از دهان شیرخوار، ناراحتی و گریه‌ی زیاد، بی‌خوابی و نوک زدن دندان از لای لثه است. در صورت بروز علائمی مانند تب، درد شکم یا اسهال باید، کودک را از نظر بیماری ارزیابی کنید. هنگام رویش دندان‌ها، معمولاً احساس خارش سبب می‌شود تا کودک هر چیزی را به دهان خود ببرد و در نتیجه، ممکن است به‌علت آلودگی دچار اسهال شود.

وجود پلاک روی دندان‌ها را نگاه کنید.

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

تورم و قرمزی لثه را نگاه کنید.

این تورم و قرمزی می‌تواند مربوط به رویش دندان‌ها یا تورم ناشی از عفونت دندان پوسیده باشد که باید توسط دندان پزشک معاینه شود.

نشانه‌های وجود تروما را نگاه کنید.

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

پوسیدگی دندان‌ها را نگاه کنید

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

علائم پوسیدگی عبارتند از:

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

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

تمام کودکان را پس از ارزیابی طبقه‌بندی کنید.

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

برای وضعیت سلامت دهان و دندان کودک، سه طبقه‌بندی وجود دارد که عبارتند از: ۱- مشکل دندانی شدید یا پرخطر، ۲- مشکل دندانی متوسط یا خطر متوسط و ۳- مشکل دندانی ندارد یا کم‌خطر.

۱- مشکل دندانی شدید یا پرخطر

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

۲- مشکل دندانی متوسط یا خطر متوسط

در صورتی که کودک پوسیدگی دندان‌ها، وجود پلاک روی دندان‌ها، تمیز نکردن دندان‌های کودک توسط والدین یا سابقه ضربه به دندان‌ها دارد و یا در معرض خطر پوسیدگی دندان باشد (کودک با شیشه شیر به مدت طولانی یا در طول شب، شیر می‌خورد، در

فواصل مراقبت‌ها بر تعداد پوسیدگی‌ها اضافه شده باشد، پدر و مادر و یا برادر و خواهر کودک پوسیدگی دندان داشته باشند، از قندها یا میان‌وعده‌های ایجاد کننده پوسیدگی دندانی مانند آب‌میوه صنعتی، نوشابه و داروهای شیرین در فواصل وعده‌های غذایی استفاده کند) در طبقه‌بندی "مشکل دندانی متوسط یا خطر متوسط" قرار می‌گیرد و روش‌های صحیح مسواک زدن و همچنین توصیه‌های بهداشت دهان و دندان را به مادر آموزش دهید و به مادر توصیه کنید که در اولین فرصت برای ارزیابی بیشتر به دندان‌پزشک مراجعه کند.

۳- مشکل دندانی کم خطر

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

۴- مشکل دندانی ندارد

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

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

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
- درد یا - بیرون افتادن کامل دندان از دهان یا - تورم و قرمزی لثه یا - تورم صورت به دلیل مشکل دندان - نشانه‌های ضربه	مشکل دندانی شدید یا پر خطر	- انجام اقدامات مربوط به بیرون افتادن کامل دندان - دادن استامینوفن در صورت درد - ارجاع به دندانپزشک برای ارزیابی بیشتر - یک هفته بعد پیگیری شود برای اطمینان از مراجعه به دندانپزشک و ۳ ماه بعد پیگیری برای بررسی رفع مشکل
- پوسیدگی زودرس دوران کودکی یا - نقاط سفید گچی یا - تأخیر رویش دندان‌ها* - وجود پلاک روی دندان‌ها یا - تمیز نکردن دندان‌های کودک توسط والدین یا - سابقه ضربه به دندان ها یا صورت یا - کودک با شیشه شیر به مدت طولانی یا در طول شب شیر می‌خورد یا - از قندها یا میان وعده‌های ایجاد کننده پوسیدگی دندانی در فواصل وعده‌های غذایی (آب میوه صنعتی، نوشابه و ...) استفاده می‌شود	مشکل دندانی متوسط دارد یا خطر متوسط	- آموزش به والدین در مورد روش های صحیح تمیز کردن دندان‌های کودک - آموزش به والدین در مورد توصیه های بهداشت دهان و دندان - ارجاع به دندانپزشک برای ارزیابی بیشتر - پیگیری ۶ ماه بعد برای بررسی رفع مشکل - نحوه استفاده از مسواک انگشتی توضیح داده شود و مسواک انگشتی* تحویل داده شود
- مادر در حین بارداری تحت مراقبت دندان پزشکی نبوده است یا - مشکل دندان درآوردن یا - معاینه نشدن توسط دندان‌پزشک تا قبل از یک‌سالگی یا - پدر یا مادر یا خواهر یا برادر کودک پوسیدگی دندانی دارند	از نظر مشکل دندانی کم خطر	- آموزش به والدین برای انجام درمان‌های دندان‌پزشکی و رعایت سلامت دهان و دندان و امکان انتقال پوسیدگی از مادر به شیرخوار - مسواک انگشتی تحویل داده شود - آموزش به مادر در مورد توصیه‌های سلامت دهان و دندان و چگونگی استفاده از مسواک انگشتی را توضیح دهید. - ارجاع به دندانپزشک (از زمان رویش اولین دندان تا یکسالگی لازم است یکبار دندانپزشک دندان های کودک را معاینه کند) - تشویق مادر برای مراجعه در مراقبت بعدی
عدم وجود هر یک از نشانه‌های فوق	مشکل دندانی ندارد	- توصیه‌های بهداشت دهان و دندان را به والدین ارائه دهید - معاینات دوره‌ای توسط دندانپزشک/ بهداشت‌کار دهان و دندان انجام شود - نحوه استفاده از مسواک انگشتی توضیح داده شود و مسواک انگشتی تحویل داده شود - ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

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

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

مراقبت	سؤال کنید:	نگاه کنید:
--------	------------	------------

• تاخیر رویش* • تورم صورت • نقاط سفید گچی روی دندان (دکلسفیه شدن) • پوسیدگی زودرس دوران کودکی • تجمع پلاک قابل دیدن • تورم و قرمزی لثه ها • نشانه های ضربه • در فواصل مراقبت ها بر تعداد پوسیدگی ها اضافه شده است	۱. آیا والدین در مسواک زدن به کودک کمک می نمایند؟ ۲. آیا کودک به تنهایی یا با همکاری والدین مسواک می زند؟ ۳. آیا کودک دندان درد دارد؟ ۴. آیا کودک از خمیر دندان فلوراید دار و یا فلوراید های مکمل استفاده می کند؟ 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؟ ۶. آیا وارنیش فلوراید برای کودک انجام شده است؟ (از ۳ سالگی هر ۶ ماه از وارنیش فلوراید برای کودکان استفاده شود). ۷. آیا کودک عادات غلط دهانی (مثل مکیدن انگشت شست، پستانک، ۰۰۰) دارد؟ (در مراقبت ۴۸ و ۶۰ ماهگی پرسیده شود)	۳۶ ماهگی ۴۸ ماهگی ۶۰ ماهگی
--	---	----------------------------------

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



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

* اگر از ماکزیمم زمان نهایی مشخص شده برای رویش یک دندان (جدول صفحه قبل) بیش از ۶ ماه بگذرد تأخیر در رویش طبیعی محسوب می شود.

** از ۳ سالگی هر ۶ ماه یکبار یعنی در ۳۶، ۴۲، ۴۸، ۵۴ و ۶۰ ماهگی برای کودک وارنیش فلوراید انجام شود و در سامانه الکترونیک سلامت ثبت شود.

*** در ۳۶ ماهگی و ۶۰ ماهگی بعد از مراقبت روتین، کودک به دندانپزشک ارجاع شود و در سامانه الکترونیک سلامت ثبت شود.

کودکان تا ۶ سالگی، به تنهایی نمی توانند به طور صحیح مسواک بزنند و برای این کار به کمک والدین نیاز دارند.

۲- آیا کودک به تنهایی یا با همکاری والدین کمتر از دو بار در روز مسواک می کند؟

هدف اصلی از مسواک زدن، پاک نمودن پلاک میکروبی از روی دندان ها و لثه می باشد. درست مسواک کردن وقتی است که تمام سطوح دندان ها و لثه به خوبی از پلاک میکروبی پاک گردد، بنابراین بهتر است این کار در فرصت مناسب و با زمان کافی و آرامش صورت پذیرد، چرا که کیفیت مسواک کردن، بهتر از تعداد دفعات آن می باشد. زمان های توصیه شده برای مسواک زدن شب ها قبل از خواب و صبح ها بعد از صبحانه است. حداقل زمان برای مسواک زدن ۴ دقیقه می باشد.

۳- آیا کودک شما سابقه ی ضربه به دندان ها و صورت را دارد؟

ضربه، به علل متفاوت می‌تواند سبب شکستگی قسمتی از تاج، ریشه و حتی استخوان فک شود. در بعضی از موارد در اثر ضربه، دندان از دهان خارج شده و یا برعکس، در فک فرو می‌رود. صدماتی که به دندان‌های شیری وارد می‌شود ممکن است باعث آسیب به جوانه‌ی دندان‌های دائمی زیرین گردد. در صورت وجود سابقه‌ی ضربه (شکستگی قسمتی از تاج، فرو رفتگی دندان در محل خود، لقی دندان و تغییر رنگ دندان)، با توجه به جدول طبقه‌بندی کودک را به دندان پزشک ارجاع دهید. یکی از علل اصلی آسیب‌های دندانی در کودکان، تصادفات اتومبیل می‌باشد. کودکانی که کمربند ایمنی آن‌ها بسته نشده و در حالت نشسته یا ایستاده‌اند، اغلب زمانی که ماشین به‌طور ناگهانی متوقف می‌شود در اثر برخورد با داشبورد یا شیشه‌ی جلوی اتومبیل دچار ضربه می‌شوند. بنابراین، بستن کمربند ایمنی یا استفاده از صندلی مخصوص کودکان، باعث پیش‌گیری از این صدمات می‌شود. با بستن کمربند ایمنی، از این حوادث پیش‌گیری می‌شود.

۴- آیا کودک دندان درد دارد؟

در صورت وجود درد دندان، کودک با توجه به جدول طبقه‌بندی به دندان پزشک ارجاع داده می‌شود.

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

مکمل‌های خوراکی فلوراید، منبع تغذیه‌ای از فلوراید برای کودکانی که به آب فلورایددار دسترسی ندارند فراهم می‌کند. برخی از کودکان نیز به علت داشتن مشکلات پوسیدگی، تحت نظر دندان پزشک با فلوراید درمان می‌شوند.

دوز فلوراید تجویز شده به سن کودک و غلظت فلوراید آب آشامیدنی بستگی دارد. پس، در صورت استفاده از هرگونه مکمل خوراکی فلوراید با وجود درمان موضعی قبلی با فلوراید، باید سوابق دقیقاً ثبت شده و با میزان فلوراید آب آشامیدنی مقایسه گردد. در صورت عدم تطابق با جدول دوزهاژ مکمل فلوراید، کودک را به دندان پزشک ارجاع دهید. در صورت عدم استفاده از مکمل‌های خوراکی یا درمان‌های موضعی در صورتی که با توجه به آب آشامیدنی کودک نیاز به دوز مکمل دارد، او را به دندان پزشک ارجاع دهید.

۶- آیا در فواصل مراقبت‌ها بر تعداد پوسیدگی‌ها اضافه شده است؟ به جدول ارزیابی ریسک پوسیدگی دندان مراجعه شود.

۷- آیا از قندها یا میان‌وعده‌های ایجاد کننده پوسیدگی دندان در فواصل وعده‌های غذایی (مصرف آب میوه صنعتی، نوشابه، داروهای شیرین و ...) استفاده می‌شود؟ به جدول ارزیابی ریسک پوسیدگی دندان مراجعه شود.

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

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

این سؤال را در کودکان بزرگ‌تر از ۴ سال از مادر بپرسید. مکیدن‌های غیرتغذیه‌ای مانند مکیدن انگشت شست در کودک کوچک‌تر از ۲ سال وجود دارد که به‌طور خود به خود بین ۲ تا ۴ سالگی قطع می‌شود. در صورت عدم قطع این عادت تا ۴ سالگی، عوارض بسیاری در شکل‌گیری و رشد فک‌ها و فرم صورت ایجاد می‌شود. بنابراین، اگر پاسخ مادر به این سؤال مثبت است با توجه به جدول طبقه‌بندی، به دندان پزشک ارجاع شود.

نگاه کنید:

تأخیر رویش دندان‌ها را نگاه کنید:

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

از حدود ۵/۵ تا ۱۲ سالگی، به تدریج دندان‌های شیری لق شده و می‌افتند. معمولاً ۲ تا ۶ ماه پس از افتادن هر دندان شیری، دندان دائمی جایگزین، رویش یافته و تا پایان عمر در دهان باقی می‌ماند. باتوجه به جدول زیر، اگر از ماکزیمم زمان نهایی مشخص شده برای رویش یک دندان بیش از ۶ ماه بگذرد تأخیر در رویش طبیعی محسوب می‌شود، کودک را در طبقه‌بندی مشکل‌دندانی دارد، قرار دهید.

*جدول زمان رویش دندان‌های شیری و دائمی

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

تورم صورت کودک را نگاه کنید

در صورت وجود هرگونه تورم در ناحیه‌ی صورت، چون احتمال ارتباط بین این تورم و پوسیدگی دندان وجود دارد یا احتمال دارد که این تورم به‌علت تروما ایجاد شده باشد، باید در اسرع وقت کودک را برای ارزیابی بیش‌تر به دندان‌پزشک ارجاع دهید.



آبسه داخل دهانی در سمت راست دهان- آبسه خارج دهانی در سمت راست صورت

نقاط سفید گچی را نگاه کنید

نقاط سفید گچی یا دکلسیفیکاسیم مینای دندان راهنمای مهمی برای ریسک پوسیدگی می باشد. با دیدن این نقاط سفید گچی کودک را برای مراقبت و آموزش بیشتر به دندانپزشک ارجاع دهید.



(الف) فلوروزیس خفیف (ب) فلوروزیس متوسط (ج) فلوروزیس شدید

پوسیدگی دندان ها را نگاه کنید

پوسیدگی، یک بیماری میکروبی عفونی است که با تخریب موضعی عاج و مینا همراه است. میکروب های موجود در پلاک میکروبی باقیمانده های مواد غذایی را به اسید تبدیل می کنند. این اسید، به مرور مینای دندان را حل کرده و پوسیدگی ایجاد می کند. پوسیدگی دندانی می تواند از یک دندان به سایر دندان ها سرایت کند. پلاک میکروبی یک لایه ی بی رنگ چسبنده از باکتری و مواد قندی است که به صورت مرتب روی دندان ها تشکیل می شود و اصلی ترین دلیل ایجاد پوسیدگی دندانی و بیماری لثه است و در صورتی که برداشته و تمیز نشود به جرم تبدیل می گردد. این پلاک، قابل مشاهده نیست. برای نشان دادن پلاک میکروبی از قرص یا محلول های رنگی (قرص یا محلول آشکار کننده ی پلاک) استفاده می شود. اگر پلاک میکروبی مدت طولانی روی دندان باقی مانده و توسط مسواک و نخ دندان از سطح دندان ها تمیز نگردد، به لایه ای سخت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل می گردد که جرم دندان نامیده می شود.

چهار عامل اصلی در ایجاد پوسیدگی دندان نقش دارند:

۱- میکروب ها

۲- مواد قندی

۳- مقاومت شخص و دندان

۴- زمان

در دهان هر فرد به طور طبیعی انواع و اقسام میکروب ها وجود دارد ولی همه ی میکروب های موجود در دهان پوسیدگی را نیستند. در واقع، انواع خاصی از میکروب ها در پلاک میکروبی وجود دارند که می توانند پوسیدگی را به وجود آورند. مواد قندی و کربوهیدرات ها باعث پوسیدگی دندان ها می شوند. شکل و قوام ماده ی غذایی، تعداد دفعات مصرف و نوع قند در ایجاد پوسیدگی نقش دارد.

عوامل متعددی هم چون وضعیت بزاق دهان، شکل و فرم دندان ها، طرز قرارگیری دندان، میزان مقاومت دندان نسبت به اسید تولید شده توسط میکروب ها، نوع میکروب های موجود در حفره ی دهان و سلامت عمومی فرد بر میزان ایجاد پوسیدگی تأثیر دارند. پوسیدگی دندان در یک لحظه و یک روز به وجود نمی آید، بلکه مدتی لازم است تا مینا حل شده و بافت مینا از بین برود. تحقیقات نشان داده که ۲ تا ۵ دقیقه بعد از خوردن غذا و رسیدن مواد قندی به میکروب های پلاک، اسید ایجاد می شود. در طی مدت ۱۰ دقیقه، میزان اسید به حداکثر مقدار خود رسیده، سپس ۲۰ تا ۶۰ دقیقه در همان حال باقی مانده و بعد از آن به تدریج به حال عادی برمی گردد. با هر بار خوردن،

غذای حاوی مواد قندی محیط پلاک میکروبی اسیدی شده و تا این محیط اسیدی به حالت عادی برگردد، با خوردن مجدد آن، محیط دهان دوباره اسیدی می‌گردد. به این ترتیب، دندان‌ها دچار پوسیدگی می‌شوند.

شیارهای سطح جونده:

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

محل‌های شایع پوسیدگی شیارهای سطح جونده، سطوح بین‌دندانی، طوق دندان یا ناحیه‌ی اتصال لثه و دندان می‌باشد (شکل ۱-۳۱). از کتاب کودک سالم برداشته شود

سطوح بین‌دندانی: به علت عدم دسترسی موه‌ای مسواک به این منطقه و عدم استفاده از نخ دندان، میزان تجمع مواد غذایی و در نهایت احتمال پوسیدگی در این سطوح بالا است. لازم به ذکر است که این مناطق را تنها با استفاده از نخ دندان می‌توان تمیز کرد.

طوق دندان یا ناحیه‌ی اتصال لثه با دندان: معمولاً میکروب‌ها در ناحیه‌ی طوق دندان تجمع می‌یابند. بنابراین، اگر در هنگام مسواک کردن، دقت کافی برای تمیز کردن این ناحیه صورت نگیرد، پوسیدگی طوق دندان ایجاد می‌گردد، تجمع میکروب‌ها در این ناحیه باعث بروز بیماری‌های لثه هم می‌شود.

افراد در معرض خطر پوسیدگی دندان عبارتند از:

- کودکان (بیش از دیگر گروه‌های سنی)
 - کودکان دارای رژیم غذایی پرکربوهیدرات
 - افراد دچار سلامت دهانی ضعیف
 - افرادی که فلوراید به میزان مناسب دریافت نمی‌کنند و یا در مناطقی سکونت دارند که آب آشامیدنی آن‌جا به میزان مناسب فلوراید ندارد
 - افراد دارای نقص و مشکلات فیزیکی که توانایی رعایت سلامت دهان خود را ندارند
 - کودکان والدینی که خود دارای پوسیدگی‌های فعال هستند
 - کودکان دچار بیماری خاص که تحت درمان‌های ویژه قرار می‌گیرند.
- جدول ارزیابی ریسک پوسیدگی برای گروه سنی ۶-۱۰ سال می‌تواند برای شناخت افراد در معرض خطر پوسیدگی دندان مفید باشد.

تظاهرات پوسیدگی

- تغییر رنگ مینای دندان؛ در محل پوسیدگی مینا، قهوه‌ای یا سیاه‌رنگ می‌شود.
 - سوراخ شدن دندان در محل پوسیدگی؛ گاهی میزان این تخریب کم است و فقط با معاینه‌ی دقیق مشخص می‌گردد و گاه، مقدار زیادی از دندان از بین می‌رود، به طوری که شخص فکر می‌کند دندان او شکسته است.
 - حساس بودن یا درد گرفتن دندان؛ در موقع خوردن غذاهای سرد، گرم، ترش و شیرین یا وقتی که دندان‌ها را روی هم فشار می‌دهیم.
 - بوی بد دهان که می‌تواند به علل مختلف ایجاد شود.
 - پوسیدگی‌های بین‌دندانی می‌تواند باعث گیر کردن مواد غذایی بین دندان‌ها و یا پاره شدن نخ دندان هنگام استفاده شود.
- نکته: هر تغییر رنگی در سطح دندان به معنی پوسیدگی نمی‌باشد.



پوسیدگی دندان

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



پوسیدگی زودرس دوران کودکی

برای پیش‌گیری از ECC یا پوسیدگی زودرس دوران کودکی نکات زیر را به مادران گوشزد نمایید:

- کودکان با بطری شیر به خواب نروند
 - والدین باید بعد از ۱ سالگی، کودک خود را به نوشیدن از فنجان ترغیب کنند.
 - ۱۲ تا ۱۴ ماهگی، بطری شیر را کنار بگذارند.
 - شیشه‌ها یا فنجان‌های درپوش‌دار نباید برای مصرف مکرر مایعات حاوی کربوهیدرات‌های قابل تخمیر، استفاده شوند.
- اقدامات بهداشتی دهان باید در زمان رویش اولین دندان انجام شود. اولین مشاوره‌ی سلامت دهان کودک باید طی ۶ ماه بعد از رویش اولین دندان و نه دیرتر از ۱۲ ماهگی صورت گیرد.

تورم و قرمزی لثه‌ی کودک را نگاه کنید

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

لثه‌ی متورم که با کوچک‌ترین تماسی، به شدت دچار خون‌ریزی می‌شود. اگر درمان نشود، باعث تحلیل استخوان و لقی دندان‌ها خواهد شد.

نمای یک لثه‌ی سالم. رنگ صورتی و لبه‌های کاملاً تیز لثه از جمله علامت‌های مشخص‌کننده‌ی سلامت لثه هستند.



نمای یک لثه سالم. رنگ صورتی و لبه‌های کاملاً تیز لثه از جمله علامت‌های مشخص کننده سلامت لثه هستند.

در صورت التهاب در لثه، تغییر رنگ مایل به قرمز پیدا کرده، دچار تورم شده و شکل اصلی خود را از دست می‌دهد. همچنین ممکن است در زمان مسواک زدن، خون ریزی داشته باشد. در صورت بروز این علائم، علاوه بر توصیه‌های بهداشتی، باید کودک را به دندان‌پزشک ارجاع داد. پرودنتیت: زمانی که التهاب لثه ادامه یابد، لثه شروع به تحلیل رفتن می‌کند. به تدریج، بیماری به بافت‌های نگه‌دارنده‌ی دهان پیشرفت می‌کند که در نهایت باعث لقی دندان‌ها می‌گردد.

علت ایجاد التهاب لثه:

زمانی که پلاک میکروبی اطراف لثه تمیز نشود، مواد ترشح شده توسط باکتری‌ها در پلاک باعث آسیب و التهاب لثه می‌گردد. سطح ناصاف و خشن جرم‌دندانی باعث تجمع بیش‌تر پلاک میکروبی بر روی دندان‌ها شده و التهاب لثه را تشدید می‌نماید. در صورت تشکیل جرم، باید دندان‌ها با مراجعه به دندان‌پزشک جرم‌گیری شود.

بیماری‌های لثه در کودکان: ژن‌یوت رویشی در زمان رویش دندان در کودکان اتفاق می‌افتد. با این حال، رویش‌دندانی به خودی خود موجب ژن‌یوت نمی‌شود. این التهاب ناشی از تجمع پلاک اطراف دندان‌های در حال رویش است که ناراحتی و درد مانع از مسواک زدن صحیح این نواحی می‌گردد. هر عاملی که مانع تمیز شدن مناسب دندان‌ها شود مانند دندان‌های شیری در حال افتادن، نامرتبی دندان‌ها و یا دندان‌های دچار پوسیدگی وسیع، منجر به ژن‌یوت در کودکان می‌گردد. انسداد بینی به دلیل ایجاد تنفس دهانی، التهاب لثه در کودکان را افزایش می‌دهد.

عکس زیر برای درک بیشتر قسمت نگاه کنید است:



نقاط سفید گچی روی دندان / دکلسیفیه شده

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



پوسیدگی واضح

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



Restorations (Fillings) Present

This child is high risk.

Restorations (Fillings) present—Immediately place the child in the high-risk



وجود ترمیم دندانی

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



تجمع پلاک قابل دیدن

پلاک تجمعی از خرده‌های غذا و باکتری‌ها است که به صورت یک لایه نرم به سطح دندان چسبیده است. کسی که مراقبت بهداشتی را انجام می‌دهد می‌تواند به والدین یاد دهد که چگونه این پلاک را بردارند.



ژنژویت

ژنژویت التهاب لثه است که با بهداشت دهان خوب برطرف می‌شود

دندان‌های سالم

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

تجویز اشکال مختلف فلوراید به سن کودک، تاریخچه‌ی پوسیدگی وی، خطر ایجاد پوسیدگی در آینده و این که آیا آب، حاوی فلوراید می‌نوشد یا خیر، بستگی دارد. برای کودکانی که خطر زیاد یا متوسط برای ایجاد پوسیدگی دارند، استفاده‌ی مطلوب از فلوراید موضعی یک ملاحظه‌ی مهم است که از راه استفاده از خمیر دندان، ژل و دهان شویه به دست می‌آید. درمورد فلوراید سیستمیک، دوز تجویز شده به سن کودک و غلظت فلوراید آب آشامیدنی بستگی دارد. به این منظور، با آگاهی از فلوراید آب منطقه و جدول برنامه‌ی دوزاژ مکمل فلوراید، می‌توان به نیاز کودک برای فلوراید اضافی پی‌برد. در صورت کمبود فلوراید، کودک را به دندان پزشک ارجاع دهید.

برنامه‌ی دوزاژ مکمل فلوراید

غلظت فلوراید در آب			سن
$> 0.6 \text{ ppm}$ $0.3 - 0.6 \text{ ppm}$ $< 0.3 \text{ ppm}$			
			تولد تا ۶ ماهگی

۶ ماهگی تا ۳ سالگی	۰/۲۵ میلی گرم		
۳ تا ۶ سالگی	۰/۵ میلی گرم	۰/۲۵ میلی گرم	
۶ تا ۱۶ سالگی	۱ میلی گرم	۰/۵ میلی گرم	

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

تمام کودکان را پس از ارزیابی طبقه‌بندی کنید.

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

۱- مشکل دندانی شدید یا پرخطر

در صورتی که کودک دندان درد دارد، یا دندان به‌طور کامل از دهان بیرون افتاده است، یا تورم و قرمزی لثه، یا تورم صورت، یا پوسیدگی دندان‌ها (بیش از ۱۰ عدد یا سندرم شیشه شیر) دارد، در طبقه‌بندی "مشکل دندانی شدید یا پرخطر" قرار می‌گیرد و باید در اسرع وقت کودک برای ارزیابی بیشتر به دندانپزشک ارجاع داده شود. ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از مراجعه به دندانپزشک پیگیری شود و ۳ ماه بعد برای بررسی رفع مشکل پیگیری شود.

۲- مشکل دندانی متوسط یا خطر متوسط

در صورتی که کودک پوسیدگی دندان‌ها، وجود پلاک روی دندان‌ها، تمیز نکردن دندان‌های کودک توسط والدین یا سابقه ضربه به دندان‌ها دارد و یا در معرض خطر پوسیدگی دندان باشد (کودک با شیشه شیر به مدت طولانی یا در طول شب، شیر می‌خورد، در فواصل مراقبت‌ها بر تعداد پوسیدگی‌ها اضافه شده باشد، پدر و مادر و یا برادر و خواهر کودک پوسیدگی دندان داشته باشند، از قندها یا میان‌وعده‌های ایجاد کننده پوسیدگی دندانی مانند آب‌میوه صنعتی، نوشابه و داروهای شیرین در فواصل وعده‌های غذایی استفاده کند)، در رویش دندان‌ها تأخیر داشته باشد (از ماکزیمم زمان نهایی مشخص شده برای رویش یک دندان بیش از ۶ ماه بگذرد) و یا کودک بعد از ۴ سالگی مکیدن‌های غیر تغذیه‌ای داشته باشد، در طبقه‌بندی "مشکل دندانی متوسط یا خطر متوسط" قرار می‌گیرد. تأخیر در رویش دندان‌ها نیاز به مشاوره ژنتیک دارد. روش‌های صحیح مسواک زدن و همچنین توصیه‌های بهداشت دهان و دندان را به مادر آموزش دهید و به مادر توصیه کنید که در اولین فرصت برای ارزیابی بیشتر به دندانپزشک مراجعه کند. ۶ ماه بعد برای بررسی رفع مشکل پیگیری کنید.

۳- مشکل دندانی ندارد

در صورتی که کودک هیچ‌یک از نشانه‌های ذکر شده در جدول طبقه‌بندی وضعیت سلامت دهان و دندان را ندارد، در طبقه‌بندی "مشکل دندانی ندارد" قرار می‌گیرد. به مادر این کودک توصیه‌های بهداشت دهان و دندان را آموزش داده، روش‌های صحیح مسواک زدن را به مادر آموزش دهید. مادر را تشویق کنید که در مراقبت‌های بعدی مراجعه کند. در اینجا جدول ارزیابی و طبقه‌بندی کودک بالای ۲ سال از نظر وضعیت دهان و دندان آمده است:

نشانه‌ها	طبقه‌بندی	توصیه‌ها
• درد یا • بیرون افتادن کامل دندان از دهان یا	مشکل دندانی شدید	◀ اگر درد دارد استامینوفن بدهید ◀ اقدامات مربوط به بیرون افتادن کامل دندان را انجام دهید

• تورم و قرمزی لثه ها یا • تورم صورت • نشانه های ضربه	یا پر خطر	◀ کودک را برای ارزیابی بیشتر به دندانپزشک ارجاع دهید ◀ ۱ هفته بعد پیگیری شود برای اطمینان از مراجعه به دندانپزشک و ۳ ماه بعد پیگیری برای بررسی رفع مشکل
• پوسیدگی زودرس دوران کودکی یا • تاخیر در رویش یا • وجود پلاک روی دندان ها یا • مکیدن های غیر تغذیه ای (بعد از ۴ سالگی) یا • والدین در مسواک زدن برای کودک همکاری نمی کنند یا کودک مسواک نمی زند یا • عدم استفاده از خمیردندان فلوراید دار و یا فلوراید های مکمل یا • اضافه شدن تعداد پوسیدگی های دندان در فواصل مراقبت ها یا • استفاده از قندها یا میان وعده های ایجاد کننده پوسیدگی دندان در فواصل وعده های غذایی یا • عدم انجام وارنیش فلوراید	مشکل دندانی متوسط دارد یا خطر متوسط	◀ روشهای صحیح مسواک زدن را به مادر آموزش دهید ◀ توصیه های بهداشت دهان و دندان را به والدین آموزش دهید ◀ اگر والدین در مسواک زدن برای کودک همکاری نمی کنند روش های صحیح مسواک زدن را به مادر آموزش دهید. در مراقبت بعدی اصلاح روش مسواک زدن پیگیری شود. ◀ ارجاع به دندانپزشک برای ارزیابی بیشتر ◀ انجام وارنیش فلوراید*** ◀ پیگیری ۶ ماه بعد
• هیچ یک از نشانه های فوق را ندارد	مشکل دندانی ندارد	◀ توصیه های بهداشت دهان و دندان را به والدین آموزش دهید و معاینات دوره ای*** توسط دندانپزشک/بهداشت کار دهان و دندان انجام شود ◀ از ۳ سالگی وارنیش فلوراید هر ۶ ماه یکبار انجام شود ◀ تشویق مادر برای مراجعه در مراقبت های بعدی ◀ مشاوره لازم به مادر ارائه شود ◀ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

✱ اگر از هاکزیمم زمان نهایی مشخص شده برای رویش یک دندان (جدول صفحه قبل) بیش از ۶ ماه بگذرد تاخیر در رویش طبیعی محسوب می شود.

✱✱✱ از ۳ سالگی هر ۶ ماه یکبار یعنی در ۳۶، ۴۲، ۴۸، ۵۴ و ۶۰ ماهگی برای کودک وارنیش فلوراید انجام شود و در سامانه الکترونیک سلامت ثبت شود.

✱✱✱ در ۳۶ ماهگی و ۶۰ ماهگی بعد از مراقبت روتین، کودک به دندانپزشک ارجاع شود و در سامانه الکترونیک سلامت ثبت شود.

ارزیابی بینایی کودک

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



سن	سؤال کنید	نگاه کنید (۲ ماهگی)
اولین ویزیت	• آیا نوزاد نارس به دنیا آمده است؟ (وزن کمتر از ۲۰۰۰ گرم یا سن جنینی کمتر از ۳۴ هفته) * (اولین ویزیت) • آیا سابقه بیماری ارثی چشم در خانواده وجود دارد؟ (به جز اختلالات انکساری و استفاده از عینک) (اولین ویزیت)	• شک به ظاهر غیر عادی سر و صورت • ظاهر غیرعادی چشم ها از نظر: - غیر قرینه بودن ظاهر چشم - ها (شکاف پلکی، افتادگی پلک) - اشک ریزش و ترشح چشم ها - عدم شفافیت قرنيه - پرخونی و التهاب سفیدی چشم (صلبیه و ملتحمه) - انحراف و لرزش چشم ها - تغییر رنگ سیاهی چشم
۱۴-۱۵ روزگی	• آیا کودک به شکل افراطی از نور دوری می کند؟ (۱۵-۱۴ روزگی)	
۲ ماهگی	• آیا چشم ها لرزش دارند؟ (۲ ماهگی) • آیا چشم ها اشک ریزش دارند؟ (۲ ماهگی) • آیا چشم ها ترشح و قی مزمن دارند؟ (۲ ماهگی)	
۷ ماهگی	• آیا کودک به صورت مادر و اطرافیان، بی توجه است؟ (۷ ماهگی) • آیا تاکنون مشکوک به انحرافی در چشم کودک خود شده اید؟ (۷ ماهگی)	
۴ سالگی	آیا دید کودک در برنامه ملی غربالگری تنبلی چشم ارزیابی شده است؟ (۴ سالگی) ارزیابی منوط به مشاهده کارت سلامت یا کارت سنجش بینایی است.***	



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



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

*نوزادان با وزن تولد ۲۰۰۰ گرم و کمتر یا با سن تولد کمتر از ۳۴ هفته مشمول برنامه غربالگری رتینوپاتی نارس هستند موارد زیر برای آن ها ثبت شود:

آیا نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان (NICU) بستری بوده است؟ بله ☐ خیر ☐

آیا در مورد معاینه چشم نوزاد در یک ماهگی به والدین اطلاع رسانی شده است ؟ بله ☐ خیر ☐

آیا به والدین در مورد معاینه چشم نوزاد در یک ماهگی به صورت کتبی اطلاع رسانی شده است ؟ بله ☐ خیر ☐

تاریخ انجام اولین معاینه غربالگری رتینوپاتی نارسى

تاریخ انجام پیگیری فعال

نتیجه پیگیری فعال

چگونه کودک را از نظر سلامت بینایی ارزیابی کنید:

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

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

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

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

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

به چشم های کودک نگاه کنید:

- ظاهر و حرکات چشم را از نظر باز و بسته شدن پلک ها، پرخونی عروق ملتحمه، کدورت و اندازه قرنیه، اندازه و رنگ مردمک و انحراف چشم نگاه کنید.
- حرکات چشم را بررسی کنید
 - داشتن یا نداشتن چشم لرزه را ارزیابی کنید
 - ممکن است در هفته های اول، چشم ها در یک خط نباشند. هماهنگی چشم ها در ۳ تا ۶ ماهگی روی می دهد.
- بینایی کودک را بررسی کنید:
 - تست قدرت بینایی: کودکان ۶-۴ ساله باید سالی یکبار در برنامه ملی غربالگری تنبلی چشم شرکت کنند. در کودکان بزرگ تر از ۴ سال، تست حدت بینایی با استفاده از تابلوی E انجام می شود. حدت بینایی در نوزاد ترم ۲۰/۱۵۰ است و در حوالی ۶ سالگی به حد بزرگسالان (۲۰/۲۰) می رسد. بررسی حدت بینایی در شیرخوار با کیفیت نگاه او و تعقیب وسیله ی مورد نظر بررسی می شود. فاصله ی ایده آل میان کودک و چارت معاینه ۳ متر است (طبق دستورالعمل چارت ها) و یک ردیف از اعداد یا حروف بهتر از یک عدد یا حرف می باشد. در تمام مدت بررسی باید به کودک اطمینان داد و او را تشویق کرد چون ممکن است بترسد یا نگران تنبیه به خاطر اشتباه باشد. تست E با تمرین های قبل از تست در سن ۴ سالگی و چارت حدت اسنلن، چنان چه کودک حروف را بشناسد در ۵ یا ۶ سالگی مقدور است. در سن ۴ سالگی و ۵ یا ۶ سالگی، حدت بینایی به ترتیب در حدود، ۲۰/۴۰، ۲۰/۳۰ و ۲۰/۲۰ است.

وضعیت چشم / بینایی کودک را براساس جدول و بسته به سن او ارزیابی کنید. به برخی از نکات جدول که نیاز به توضیح دارند، به صورت ذیل توجه نمایید. همچنین لطفا تصاویر راهنما را مشاهده نمایید.

اولین ویزیت (زیر ۲ ماه):

- در مواردی که پاسخ مادر (مراقب کودک) در مورد نارس به دنیا آمدن (با سابقه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان) مثبت است، سوال شود که آیا کودک توسط چشم پزشک معاینه شده است یا خیر؟ در صورت عدم معاینه حتما به پزشک مرکز ارجاع دهید.
 - منظور از نسبت خانوادگی نزدیک والدین، ازدواج پسرعمو و دخترعمو، دخترعمه و پسر دایی (و بالعکس)، دختر خاله و پسر خاله است.
 - نوزادان در بدو تولد، کمی دوربین هستند (نمره چشم مثبت دارند) که به تدریج تا ۶ سالگی، مقدار آن کاهش پیدا می کند. نوزاد طبیعی از بدو تولد دارای تمایز (حدت) بینایی است و (لااقل گاهی) با توجه نگاه می کند و در ۲ هفتگی، علاقه به توجه و تعقیب اشیای بزرگ دارد. همچنین نوزاد طبیعی در هنگام شیرخوردن، گهگاه مستقیم به صورت مادر خود نگاه می کند.
 - در هفته‌های اول، چشمها ممکن است گهگاه انحراف پیدا کنند اما هر گونه انحراف دائمی و ثابت در هر سنی غیرعادی است.
- ۲ تا ۷ ماهگی:

- کودک می تواند به صورت مادر و اشیاء به طور مستقیم نگاه کند و حرکت اشیاء را دنبال کند.
 - هم راستایی چشمها در ۳ تا ۶ ماهگی مستقر می شود. در صورت مشاهده هر نوع انحراف مداوم، کودک بایستی به پزشک مرکز ارجاع شود.
- ۴ و ۵ سالگی:

- دید کمتر از ۲۰/۳۰ (۷/۱۰) در هر چشم و یا اختلاف حدت بینایی دو چشم به اندازه دو خط تابلو دید یا بیشتر، مشکوک به تنبلی چشم محسوب می شود.
- برنامه غربالگری تنبلی چشم کشور، برای سنین، ۴ و ۵ و ۶ سالگی (سنین پیش دبستانی) اجرا می شود. تا این سن کودک می بایست در برنامه ملی غربالگری سالانه تنبلی چشم ارزیابی شده باشد و کارت سلامت یا کارت سنجش بینایی را دریافت کرده باشد (سالی یکبار). در صورت عدم ارزیابی در برنامه فوق، کودک را به پزشک مرکز ارجاع دهید.



شکل ۵. افتادگی پلک



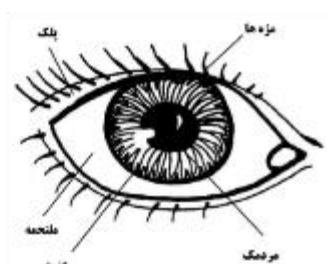
شکل ۴. وضعیت غیرعادی صورت و حدقه



شکل ۳. اندازه غیرعادی سر (سر بزرگ)



شکل ۲. اندازه غیرعادی سر (سر کوچک)



شکل ۱. ساختمان فلهاری چشم

چگونه کودک را از نظر وضعیت بینایی طبقه‌بندی کنید؟

تمام کودکان را پس از ارزیابی طبقه‌بندی کنید.

نشانه‌های کودک را با نشانه‌های ذکر شده در هر ردیف جدول رنگی طبقه‌بندی مقایسه نموده و طبقه‌بندی مناسب را انتخاب کنید. برای وضعیت بینایی دو طبقه‌بندی وجود دارد: ۱- احتمال مشکل چشم / بینایی ۲- مشکل چشم/ بینایی ندارد

۱- **نیازمند بررسی بیشتر از نظر چشم / بینایی:** در صورت عدم تطابق پاسخ مادر یا همراه، به هر سؤال و یا ظاهر یا حرکات غیرطبیعی چشم یا حدت بینایی کمتر از هفت دهم یا اختلاف حدت بینایی بین دو چشم به اندازه دو خط یا بیشتر یا اختلال بینایی مادرزادی یا پیشرونده، کودک در طبقه‌بندی نیازمند بررسی بیشتر از نظر چشم / بینایی قرار می‌گیرد. کودک را برای بررسی بیشتر به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید.

۲- **مشکل چشم/ بینایی ندارد:** در صورتی که هیچ‌یک از نشانه‌های فوق را نداشته باشد کودک در طبقه‌بندی مشکل چشم/ بینایی ندارد قرار می‌گیرد.

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

نشانه‌ها	طبقه‌بندی	توصیه‌ها
----------	-----------	----------

• در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از گزینه ها	نیازمند بررسی بیشتر از نظر چشم / بینایی	◀ برای نوزاد نارس توصیه به مادر برای اطمینان از معاینه چشم کودک طبق دستورالعمل رتینوپاتی نوزادی توسط فوق تخصص شبکیه ◀ در صورت جا ماندن از برنامه غربالگری به مراکز غربالگری بینایی ارجاع شود ◀ نتیجه غربالگری بینایی را در سامانه الکترونیک سلامت ثبت کنید** ◀ ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ◀ ۱ هفته بعد پیگیری شود
• هیچ یک از نشانه های فوق را ندارد	مشکل چشم / بینایی ندارد	◀ نتیجه غربالگری تنبلی چشم در سامانه الکترونیک سلامت وزارت بهداشت وارد شود. *** ◀ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

*** اگر کودک در برنامه ملی غربالگری تنبلی چشم شرکت نکرده است به مراکز دائمی غربالگری تنبلی چشم ارجاع شود.

*** نتیجه غربالگری تنبلی چشم مطابق زیر در سامانه ثبت شود:

تاریخ انجام غربالگری: سال ماه

سن انجام غربالگری: سال ماه

محل انجام غربالگری:

نحوه غربالگری: چارت ☐ دستگاه ☐

نتیجه غربالگری: گذر ☐ ارجاع ☐ چشم راست ☐ چشم چپ ☐ انحراف چشم ☐ عدم همکاری ☐

اپتومتری یا ویزیت چشم پزشکی انجام شده است؟ بلی ☐ خیر ☐

در صورت تأیید تنبلی چشم، درمان و پیگیری برنامه ریزی شده و انجام می شود؟ بلی ☐ خیر ☐

فصل ۱۲

ارزیابی کودک از نظر وضعیت شنوایی

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



سن	سؤال کنید:
۳-۵ روزگی	- آیا مادر در دوران بارداری و زایمان مشکلاتی مانند اکلامپسی، پره اکلامپسی و زایمان سخت داشته است؟ (۳-۵ روزگی) - آیا مادر در دوران بارداری به یکی از بیماری‌های سیفلیس، HIV، توکسوپلاسموز، سرخچه، سائیتومگالوویروس و هرپس مبتلا شده است؟ (۳-۵ روزگی) - آیا نوزاد نارس به دنیا آمده است؟ (کمتر از ۳۷ هفته بارداری) (۳-۵ روزگی) - آیا سابقه خانوادگی کم‌شنوایی دایمی در دوران کودکی در خویشاوندان نزدیک وجود دارد؟ منظور وجود سابقه خانوادگی کم‌شنوایی دایمی در پدر، مادر، خواهر، برادر، پدربزرگ، مادربزرگ، خاله، دایی، عمه، عمو، فرزندان ایشان و یا ثمره ازدواج با خویشاوند نزدیک پسرعمو و دخترعمو، پسرخاله و دخترخاله، پسردایی و دختردایی و پسرعمه، ازدواج با نوه خاله، نوه عمو و نوه دایی) وجود دارد؟ (۳-۵ روزگی) - آیا ناهنجاری در سر، صورت یا گوش وجود دارد؟ (بدشکلی‌های لاله یا مجرای گوش، زائده گوش، سوراخ یا منافذ روی گوش، ناهنجاری‌های استخوان گیجگاهی، دسته موی سفید جلوی پیشانی، شکاف کام، شکاف لب) (۳-۵ روزگی)
۱۴-۱۵ روزگی تا ۶۰ ماهگی	آیا سابقه ضربه به سر (بخصوص مواردی که با از دست دادن هوشیاری باشد) وجود دارد؟ (از مراقبت ۱۵-۱۴ روزگی تا مراقبت ۶۰ ماهگی)
۱۴-۱۵ روزگی	- آیا سابقه بستری ۴۸ ساعت یا بیشتر در بخش نوزادان یا مراقبت‌های ویژه نوزادان NICU داشته است؟ (مراقبت ۱۵-۱۴ روزگی) - آیا سابقه زردی شدید نیازمند تعویض خون دارد؟ (مراقبت ۱۵-۱۴ روزگی)
۳-۵ روزگی تا ۶۰ ماهگی	آیا سابقه دریافت داروهای استروئیدی، آنتی‌بیوتیک، جنتامایسین، توبرامایسین، آمیکاسین و ... و فورسماید (لازیکس) در دوران بارداری مادر و یا پس از تولد نوزاد یا در دوران کودکی وجود دارد؟ (از مراقبت ۳-۵ روزگی تا مراقبت ۶۰ ماهگی).*
۳۰-۴۵ روزگی تا ۶۰ ماهگی	- آیا سابقه التهاب مکرر گوش میانی با یا بدون ترشح دارد؟ (از مراقبت ۳۰-۴۵ روزگی تا مراقبت ۶۰ ماهگی) - آیا سابقه ابتلا به مننژیت یا اوریون دارد؟ (از مراقبت ۳۰-۴۵ روزگی تا مراقبت ۶۰ ماهگی)
تست غربالگر	- آیا تست غربالگری شنوایی نوزادی (نوبت اول) انجام شده است؟ (۳-۵ روزگی) - آیا تست غربالگری شنوایی نوبت دوم (۳-۵ سالگی) انجام شده است؟ (۳-۵ سالگی)
تست تشخیصی	نتیجه آزمایش‌های تشخیصی شنوایی غیر طبیعی است؟



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



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

نکته: تمامی نوزادان در بدو تولد ابتدا از نظر عوامل خطر (مطابق قسمت سوال کنید) ارزیابی می‌شوند. تست غربالگری به روش OAE انجام می‌شود. در صورتیکه نتیجه تست "ارجاع" و یا نوزاد دارای یکی از عوامل خطر باشد، تست غربالگری به روش AABR انجام شود. مواردی که هر یک از عوامل خطر را دارند حتی اگر نتیجه تست غربالگری AABR، گذر باشد، ضمن ثبت نتیجه آزمون، ارجاع به پزشک برای معاینه بیشتر و ارجاع برای انجام تست‌های تشخیصی اودیولوژیک در ۱ سالگی انجام شود.

چگونه کودک را از نظر سلامت شنوایی ارزیابی کنید:

سؤال کنید:

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

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

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

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

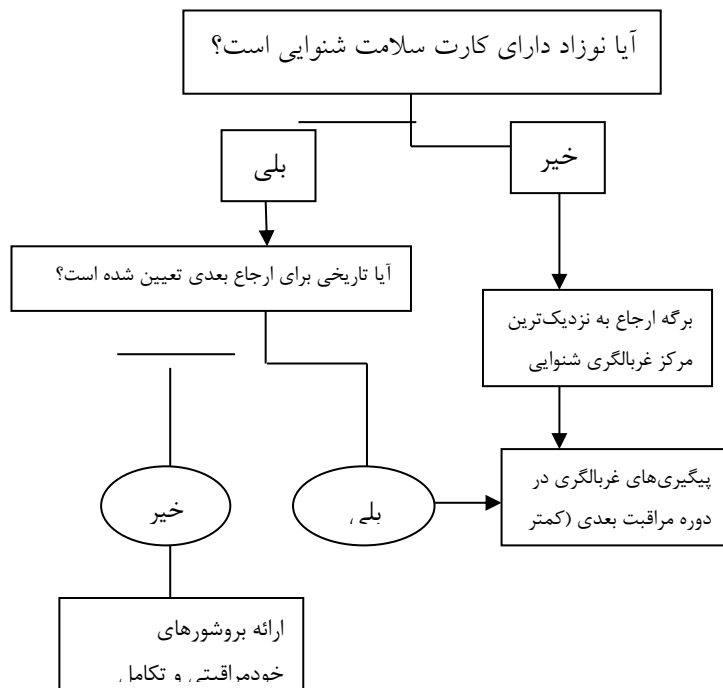
چگونه کودک را از نظر وضعیت شنوایی طبقه‌بندی کنید؟

تمام کودکان را پس از ارزیابی طبقه‌بندی کنید.

- نشانه‌های کودک را با نشانه‌های ذکر شده در هر ردیف جدول رنگی طبقه‌بندی مقایسه نموده و طبقه‌بندی مناسب را انتخاب کنید. برای وضعیت شنوایی ۲ طبقه‌بندی وجود دارد: ۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر شنوایی ۲- مشکل شنوایی / مشکل گوش ندارد
- ۱- **نیازمند بررسی بیشتر از نظر شنوایی:** در صورت عدم تطابق با شرایط مطلوب و وجود مشکل در هر مورد یا عدم انجام تست غربالگری در دوران نوزادی یا در ۳-۵ سالگی کودک نیازمند بررسی بیشتر از نظر گوش است. او را به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید.

الگوریتم زیر مراحل ارجاع کودک را نشان می‌دهد:

الگوریتم نظارتی به‌روز برای پیشگیری از بیماری‌های شنوایی:



۲- **مشکل شنوایی / مشکل گوش ندارد:** در صورتی که همه موارد بررسی شده با شرایط مطلوب تطابق داشته باشد و مشکلی نداشته باشد و غربالگری دوران نوزادی و ۳-۵ سالگی کودک انجام شده باشد کودک در طبقه‌بندی مشکل شنوایی ندارد قرار می‌گیرد. در این صورت زمان مراقبت بعدی را به مادر یادآور شوید و در مورد سلامت کودک با مادر مشاوره نمایید.

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

نشانه‌ها	طبقه‌بندی	توصیه‌ها
- نتیجه آزمایش‌های تشخیص شنوایی "غیر طبیعی" یا - نتیجه آزمایش‌های غربالگری شنوایی "غیر طبیعی" یا - وجود یکی از عوامل خطر یا - عدم انجام غربالگری شنوایی نوزادی / ۳-۵ سالگی	نیازمند بررسی بیشتر از نظر شنوایی	- نتیجه آزمایش‌های تشخیص شنوایی غیر طبیعی، ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت - وجود یکی از عوامل خطر / عدم انجام آزمایش‌های غربالگری شنوایی، ارجاع به واحد غربالگری شنوایی - ثبت نتیجه تست‌ها در سامانه - پیگیری یک هفته بعد
- تطابق با شرایط مطلوب و نتیجه غربالگری شنوایی نوزادی طبیعی و - نتیجه غربالگری شنوایی ۳-۵ سالگی طبیعی (گذر)	مشکل شنوایی / مشکل گوش ندارد	- ثبت نتیجه آزمایش‌های شنوایی در سامانه الکترونیک سلامت - یادآوری زمان غربالگری بعدی - ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی

فصل ۱۳

ارزیابی کودک از نظر وضعیت تکامل

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

با توجه به سن توسط سوالات red flag یا پرسشنامه ASQ مربوط به گروه سنی از نظر اختلال تکاملی غربالگری شود.

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

سپس وضعیت واکسیناسیون و مصرف مکمل‌های دارویی را کنترل کنید. در مورد تغذیه کودک، پیشگیری از آسیب‌های کودکان و با کمک جدول توصیه‌هایی برای تکامل کودکان با مادر مشاوره کنید.

ارزیابی تکامل کودک شامل یک فرآیند مداوم و ممتد است که در آن تیم سلامت با استفاده از ابزارهای استاندارد نسبت به بررسی وضعیت تکاملی کودک در طی مراقبت‌های روتین اقدام می‌نماید. تمامی کودکان باید از نظر تکاملی غربالگری شوند. ابزارهای غربالگری برای بررسی و غربال کودکان و رسیدگی به نگرانی‌های والدین در زمینه‌ی وضعیت تکامل کودک و تأیید یا رد نگرانی ایشان مفید است اما به خودی خود برای تشخیص اختلال تکاملی و ماهیت آن مناسب نخواهد بود. به عبارت دیگر، ابزارهای غربالگری تکاملی، کودکان سالم را از کودکان نیازمند بررسی بیشتر از نظر اختلال تکاملی متمایز می‌سازند. برای تشخیص قطعی اختلال تکاملی نیاز به ابزارهای تشخیصی و بررسی دقیق‌تری خواهد بود.

برای غربالگری کودک از نظر احتمال وجود اختلال تکاملی شما باید با توجه به گروه سنی کودک سؤالات مندرج در بوکلت (برای ۲ ماهگی، ۹ ماهگی، ۱۸ ماهگی و ۴ سالگی) یا پرسشنامه ASQ و ASQ SE برای گروه‌های سنی ۶ ماهگی، ۱۲ ماهگی، ۲۴ ماهگی، ۳ سالگی و ۵ سالگی استفاده کنید. برای کودکانی که زود متولد شده‌اند زمانی که سن اصلاح شده آن‌ها به ۲، ۹، ۱۸ و ۴۸ ماهگی رسید برایشان پرسشنامه ASQ تکمیل شود.

علائم هشدار دهنده (red flags) مشکلات تکاملی

سن	علائم هشدار دهنده (red flags)
۲ ماهگی	۱. به صداهای بلند پاسخ نمی‌دهد

	۲. اجسام متحرک را با نگاه دنبال نمی کند ۳. به اشخاص لبخند نمی زند ۴. دستش را به دهان نمی برد ۵. وقتی روی شکم خوابیده و او را از زمین بلند می کنیم نمی تواند سرش را بالا بیاورد ۶. مکیدن یا بلع او مشکل دارد
۴ ماهگی	۱. اشیای در حال حرکت را با نگاه دنبال نمی کند ۲. به افراد لبخند نمی زند ۳. نمی تواند سرش را ثابت نگه دارد ۴. نمی تواند بغیغو کند یا صداهای دیگری با دهانش تولید کند ۵. اشیا را به دهان نمی برد ۶. وقتی او را بحالت ایستاده روی یک سطح سفت قرار دهیم، نمی تواند با پاهایش به سمت پایین فشار وارد کند ۷. نمی تواند یک یا هر دو چشمش را در همه جهات حرکت دهد
۶ ماهگی	۱. تلاش نمی کند که دستش را به اشیا بی که در دستش قرار دارند برساند ۲. توجهی به مراقب خود نمی کند ۳. به صداهای اطرافش واکنش نشان نمی دهد ۴. اشیا را به دهان نمی برد ۵. از خودش صدا در نمی آورد (آ، اه، اوه) ۶. به هیچ طرف غلت نمی زند ۷. نمی خندد یا جیغ نمی کشد ۸. عضلاتش بنظر سفت خیلی می رسد ۹. عضلاتش بنظر خیلی شل است (مثل یک عروسک پارچه‌ای)
۹ ماهگی	۱. وقتی با گرفتن از زیر بغل، کودک را در حالت ایستاده نگاه داریم، نمی تواند وزن خود را روی پاهایش بیندازد. ۲. نمی تواند با کمک بنشیند. ۳. غان و غون یا هجاگویی (babbling) نمی کند (درآوردن صداهایی مانند "ماما"، "بابا"، "دادا") ۴. در هیچ نوع بازی از جمله بازی تعاملی شرکت نمی کند. ۵. با شنیدن اسم خودش، پاسخی نمی دهد. ۶. بنظ نمی رسد افراد آشنا را از غریبه ها تشخیص دهد ۷. به طرفی که شما اشاره می کنید نگاه نمی کند. ۸. اشیا را دست به دست نمی کند.
۱ سالگی	۱. نمی تواند چهار دست و پا برود ۲. نمی تواند با کمک بایستد ۳. برای پیدا کردن اشیایی که می بیند شما آن ها را پنهان می کنید تلاش نمی کند ۴. کلمه منفرد مثل ماما یا بابا را نمی گوید ۵. بای بای یا سرسری کردن را یاد نمی گیرد ۶. به اشیا اشاره نمی کند ۷. مهارت هایی را که قبلا کسب کرده از دست می دهد

۱۸ ماهگی	۱. برای نشان دادن اشیاء به دیگران، به آن اشیاء اشاره نمی کند. (با اشاره کردن به سمت اشیاء، آن ها را به دیگران نشان نمی دهد). ۲. نمی تواند راه برود ۳. موارد کاربرد اشیای آشنا را نمی داند ۴. نمی تواند کارهای دیگران را تقلید کند ۵. کلمات جدید را یاد نمی گیرد ۶. نمی تواند حداقل ۶ کلمه را بگوید ۷. وقتی مراقب او را ترک می کند و یا پیش او برمی گردد، توجه نمی کند و یا اهمیت نمی دهد ۸. مهارت هایی را که قبلاً به دست آورده بود را از دست می دهد
۲ سالگی	۱. از عبارت های ۲ کلمه ای استفاده نمی کند (مثلاً: شیر می خورم) ۲. کاربرد اشیای معمولی مثل مسواک، تلفن یا قاشق و چنگال را نمی داند ۳. نمی تواند کارها یا کلمات را تقلید کند ۴. قادر به انجام دستورات ساده نیست ۵. درست راه نمی رود (استوار یا مستقل) ۶. مهارت هایی را که قبلاً کسب کرده از دست می دهد کارها یا کلمات را تقلید نمی کند
۳ سالگی	۱. زیاد زمین می خورد یا نمی تواند از پله استفاده کند ۲. آبریزش دهان دارد یا گفتارش خیلی نامفهوم است ۳. نمی تواند با اسباب بازی های ساده مانند peg board یا جورچین ساده، دسته های چرخشی مثل فرمان بازی کند ۴. نمی تواند جمله بگوید ۵. نمی تواند از دستورات ساده پیروی کند ۶. بازی تخیلی نمی کند یا آن ها را باور می کند ۷. نمی خواهد با سایر کودکان یا اسباب بازی بازی کند ۸. تماس چشمی برقرار نمی کند ۹. مهارت هایی را که قبلاً کسب کرده از دست می دهد
۴ سالگی	۱. نمی تواند درجا بپرد ۲. در کپی کردن دایره مشکل دارد ۳. به بازی های تعاملی و یا وانمود کردنی (نقش بازی کردنی) علاقه ای نشان نمی دهد ۴. سایر کودکان را نادیده می گیرد و یا به افرادی غیر از اعضای خانواده، پاسخ نمی دهد. ۵. در مقابل لباس پوشیدن، خوابیدن و یا دستشویی رفتن مقاومت می کند ۶. نمی تواند یک داستان مورد علاقه اش را بازگویی کند ۷. نمی تواند از دستورات ۳ مرحله ای پیروی کند ۸. مفهوم "همان/ مشابه" و "متفاوت" را درک نمی کند ۹. از ضمائر من و تو درست استفاده نمی کند ۱۰. گفتار واضحی ندارد ۱۱. مهارت هایی را که قبلاً به دست آورده بود را از دست می دهد
۵ سالگی	۱. نمی تواند طیف وسیعی از عواطف را نشان دهد ۲. رفتارهای افراطی از خود نشان می دهد مثل حالت های غیرمعمول ترس، خجالت، افسردگی یا رفتار تهاجمی

۳. معمولاً گوشه گیر و غیرفعال است	
۴. براحتی حواسش پرت می شود و نمی تواند بیش از ۵ دقیقه روی یک موضوع تمرکز کند	
۵. به مردم پاسخ نمی دهد یا پاسخ سرسری می دهد.	
۶. نمی تواند بگوید چه چیز واقعی و چه چیز باورکردنی است	
۷. قادر به انجام بسیاری از بازی ها و فعالیت ها نیست	
۸. نمی تواند نام و نام خانوادگی خود را بگوید	
۹. نمی تواند افعال جمع یا گذشته را درست بکار ببرد	
۱۰. نمی تواند راجع به فعالیت های روزانه یا تجاربش صحبت کند	
۱۱. نمی تواند نقاشی بکشد	
۱۲. نمی تواند بدون کمک دندانانش را مسواک کند، دست و صورتش را بشوید و خشک کند و یا لباس بپوشد	
۱۳. مهارت هایی که قبلاً کسب کرده را از دست می دهد	

تست غربالگر ASQ (Age Stages Questionnaires) کودکان را به دفعات و فواصل مناسب مورد ارزیابی تکاملی قرار می دهد، والدین را در انجام پایش تکامل کودکانشان درگیر می نماید. تکمیل پرسش نامه نسبتاً ساده است پس می توان اطمینان داشت که افرادی با تحصیلات ابتدایی نیز می توانند به درستی آن را پر کنند. تعداد کمی از والدین که بی سواد بوده یا دچار مشکل ذهنی هستند برای تکمیل آن نیاز به کمک دارند. از طرفی، می توان ASQ را در منزل، مرکز بهداشتی، مهد کودک، پیش دبستان و مطب پزشک مورد استفاده قرار داد. این تست حاوی ۲۱ پرسش نامه برای ۲۱ گروه سنی مختلف است که توسط والدین یا مراقب کودک کامل می شود. در اغلب موارد، این پرسش نامه ها می توانند به خوبی شیرخوارانی را که به ارزیابی های بیش تر یا مداخلات درمانی زودرس نیاز دارند از کودکان سالم متمایز سازند (۷۰ تا ۹۰٪ در سنین مختلف). هر پرسش نامه حاوی ۳۰ سؤال است که به زبان ساده در مورد تکامل کودک نوشته شده است. سؤالات هر پرسش نامه به ۵ حیطه ی تکاملی تقسیم شده است. سؤالات هر حیطه نیز به ترتیب از فعالیت های آسان تر به فعالیت های سخت تر مرتب شده اند. پنج حیطه ی این تست عبارتند از: حیطه ی برقراری ارتباط، حیطه ی حرکات درشت، حیطه ی حرکات ظریف، حیطه ی فردی-اجتماعی و حیطه ی حل مسئله. علاوه بر این، در هر پرسش نامه، یک "بخش عمومی" یا "ارزیابی کلی" نیز برای کسب نظرات کلی والدین در نظر گرفته شده است. به طور کلی هر یک از سؤالات پرسش نامه ی ASQ واجد ویژگی های زیر است:

- ۱- شاخص تکاملی مهمی را مورد سؤال قرار می دهد.
 - ۲- رفتار مناسب کودکان آن گروه سنی با ضریب تکاملی ۷۵ تا ۱۰۰ (ضریب تکاملی متوسط) را مطرح کرده و در مورد کودک مورد نظر سؤال می نماید.
 - ۳- در طرح هر سؤال سعی شده درک سؤال و امکان مشاهده ی رفتار مورد نظر در کودک برای والدین راحت باشد.
 - ۴- در طراحی متن از کلماتی استفاده شده که افرادی با سطح سواد پنجم ابتدایی بتوانند متوجه معنی آن شوند. هر کجا که لازم بوده توضیحات کافی داده شد تا والدین سؤالات را بهتر درک کنند.
 - ۵- در مورد برخی از سؤالات، در کنار هر سؤال تصویر کوچکی اضافه شد تا مفهوم سؤال را روشن تر نماید.
 - ۵- در جاهایی که لازم و امکان پذیر بوده، مثال هایی از رفتار مورد نظر در سؤال گنجانده شده است.
- پس از تکمیل پرسشنامه توسط والدین، برای نمره دهی به پرسشنامه به این طریق عمل کنید: برای پاسخ "بلی" ۱۰ امتیاز، برای پاسخ "گاهی" ۵ امتیاز، برای پاسخ "هنوز نه" صفر امتیاز در قسمت فضای خالی کنار هر سوال امتیاز بدهید.

در صورتی که والدین به یک سوال از سوالات هر حیطه تکاملی پاسخ نداده بودند، با تقسیم کردن جمع امتیازات سوالات پاسخ داده شده (۵) همان حیطه بر تعداد سوالات پاسخ داده شده میانگین نمرات کسب شده را برای این سوال در نظر می‌گیریم و با امتیاز کسب شده جمع می‌زنیم تا نمره نهایی آن حیطه بدست آید.

در صورتی که والدین به ۲ سوال از سوالات هر حیطه تکاملی پاسخ نداده بودند، با تقسیم کردن جمع امتیازات سوالات پاسخ داده شده همان حیطه بر تعداد سوالات پاسخ داده شده (۴) میانگین نمرات کسب شده را برای هر یک از سوالات پاسخ داده نشده در نظر می‌گیریم و با امتیاز کسب شده جمع می‌زنیم تا نمره نهایی آن حیطه بدست آید.

در صورتی که والدین به بیش از ۲ سوال از هر یک از حیطه‌های تکاملی پاسخ نداده بودند، امتیازدهی صحیح به آن حیطه تکاملی ممکن نخواهد بود.

مسئولیت تفسیر تست غربالگر ASQ و تصمیم‌گیری برای ارجاع کودک به پزشک معین، با پزشک مرکز بهداشتی درمانی است. اکثر کودکان مورد ارزیابی امتیازات بالاتر از نقطه برش ۱SD- کسب خواهند کرد، در این صورت توصیه می‌شود به والدین تأکید شود که تکامل کودک آن‌ها در حال طی کردن یک روند خوب و طبیعی است و توصیه‌های لازم برای ارتقای تکامل کودک در آن سن را به او ارائه دهید و زمان بررسی بعدی کودک را به بگویید.

کودکانی که امتیاز آن‌ها در یکی از حیطه‌های تکاملی پایین‌تر از نقطه برش ۲SD- باشد یا کودکانی که در مراجعه اول امتیاز بین ۱SD و ۲SD- (منطقه پایش) را کسب کنند و بعد از انجام اقدامات ارتقای تکامل در منزل بعد از ۲ هفته مجدد پرسشنامه برای کودک تکمیل شود و همچنان امتیاز منطقه پایش را کسب نمایند (منطقه پایش یا پایین‌تر از ۲SD-) یا در پاسخ به سوالات موارد کلی به این جمع بندی برسید که مشکلی برای کودک وجود دارد، در این صورت کودک را برای بررسی بیشتر به پزشک ارجاع دهید. در این صورت پزشک تیم سلامت بعد از بررسی‌های لازم، در صورت نیاز کودک را به پزشک معین ارجاع خواهد داد. نام پزشک معین، آدرس و شماره تلفن و خدماتی که توسط ایشان قابل ارائه است را به والدین کودک معرفی نمایید. پزشک معین پزشکی است که ترجیحاً متخصص کودکان بوده، به بحث تکامل کودکان علاقمند باشد، وقت و دقت کافی برای آموزش پزشکان داشته باشد، برای کودکان دچار مشکلات تکامل برنامه ریزی کرده و موارد ارجاعی را پذیرش نماید، حتی الامکان از نیروهای ثابت دانشگاه باشد. پزشک معین در شهرستان‌ها بر اساس جمعیت آن شهرستان تعیین می‌شود. بر اساس برآورد تعداد کودکان دچار اختلال تکاملی، در شهرهای زیر ۱۰۰۰۰۰ نفر ۱ نفر، ۱۰۰-۳۰۰ هزار نفر ۲ نفر، ۵۰۰-۳۰۰ هزار نفر ۳ نفر، ۵۰۰ هزار نفر تا یک میلیون نفر ۴ نفر و در شهرهای بیش از یک میلیون نفر، حداقل ۶ پزشک معین نیاز است.

ابزار غربالگری تکامل کودکان ASQ:SE را باید در کنار و همراه با ابزار ASQ استفاده کرد. پرسشنامه‌های ASQ: SE شامل سوالاتی است که نسبت به تأخیرهای هیجانی-اجتماعی و اتیسم حساسیت دارد. این سوالات رفتارهای ارتباطی-اجتماعی، تطبیقی و استقلال کودک را مورد هدف قرار می‌دهند. طیف سنی مورد پوشش ابزار با استفاده از ۹ پرسشنامه برای گروه‌های سنی ۲، ۶، ۱۲، ۱۸، ۲۴، ۳۰، ۳۶، ۴۸، و ۶۰ ماهگی است. در واقع کودکان را از ۱ ماهگی تا ۷۲ ماهگی پوشش می‌دهد. در این ابزار نیز مشابه ASQ یک «منطقه پایش» طراحی شده است.

محتوای سوالات در پرسشنامه‌های ASQ:SE، ۷ حوزه رفتاری را مورد توجه و پوشش قرار می‌دهد (اما نه به صورت حیطه‌های مجزا از هم):

۱- خود-تنظیمی (self-regulation) به معنی توانایی یا تمایل به آرام و قرار گرفتن یا تطبیق یافتن با شرایط فیزیولوژیک یا شرایط محیطی یا محرک‌ها است.

۲- پیروی (compliance) به معنی توانایی یا تمایل به منطبق شدن با هدایت دیگران یا پیروی از مقررات است.

۳- عملکرد تطبیقی (adaptive functioning) به توانایی یا موفقیت کودک در کنار آمدن با نیازهای فیزیولوژیک (مانند خوابیدن، خوردن یا ایمنی) اشاره دارد.

۴- استقلال (autonomy) توانایی یا تمایل کودک به خودآغازگری یا واکنش بدون هدایت است (یعنی حرکت به سمت استقلال).

۵- عاطفه (affect) به توانایی یا تمایل کودک به نشان دادن احساسات خود یا همدلی با دیگران اشاره دارد.

۶- ارتباطات اجتماعی (social communication) توانایی یا تمایل کودک به تعامل با دیگران، از طریق پاسخ دادن یا آغاز کردن نشانه‌هایی دال بر علایق، نیازها و احساسات است.

۷- تعامل با دیگران (interaction) به معنی توانایی یا تمایل کودک به پاسخ دادن یا آغاز کردن واکنش‌های اجتماعی نسبت به والدین، سایر بزرگسالان یا کودکان هم سن و سال است.

ویژگی‌های سؤالات پرسشنامه ASQ:SE:

- ۱- قابلیت‌ها و توانایی‌های کودک و همچنین مشکلات رفتاری او را تشخیص می‌دهند.
- ۲- معیارهای مهم تکامل هیجانی-اجتماعی و نیز رفتارهای مشکل‌دار (از نظر تکامل هیجانی-اجتماعی) را پوشش می‌دهند.
- ۳- برای والدین مشاهده و ارزیابی رفتار مورد نظر، ساده است.
- ۴- در سطح تحصیلی پایین‌تر از کلاس ششم ابتدایی نوشته شده است.
- ۵- تعداد سؤالات پرسشنامه‌ها متفاوت است، پرسشنامه گروه‌های سنی ۲ ماهگی حاوی ۱۶ سوال، ۶ ماهگی ۲۳ سوال، ۱۲ ماهگی ۲۷ سوال، ۱۸ و ۲۴ ماهگی ۳۱ سوال، ۳۰ ماهگی ۳۳ سوال، ۳۶ ماهگی ۳۵ سوال، ۴۸ و ۶۰ ماهگی ۳۶ سوال می‌باشند. در هر پرسشنامه ۳ سوال کلی و باز در آخر پرسشنامه قرار دارد که در امتیازدهی شرکت ندارند و صرفاً برای مشخص ساختن نگرانی‌های کلی والدین بکار می‌روند.
- ۶- هر پرسشنامه را می‌توان در طول یک طیف سنی مورد استفاده قرار داد. به این ترتیب، هیچ فاصله‌ای بین گروه‌های سنی مختلف وجود ندارد و برای هر کودکی که سن او در فاصله ۱ ماه و ۷۲ روز تا ۷۲ ماه و ۷۲ روز قرار داشته باشد، یک پرسشنامه مناسب و قابل استفاده وجود دارد.
- ۷- علاوه بر پاسخ دادن به هر سوال، والدین باید در صورتی که رفتار مورد اشاره در هر کدام از سوال‌ها موجب نگرانی آن‌ها بوده است، این موضوع را با علامت زدن در ستون «اگر در مورد این رفتار کودکان نگرانید، علامت بزنید» مقابل همان سوال، در پرسشنامه درج نمایند.

امتیازدهی به هر سوال پرسشنامه‌های تکمیل شده ۲-ASQ:SE:

گزینه‌های پاسخ به هر سوال به صورت: «اغلب یا همیشه»؛ «گاهی»؛ «به ندرت یا هرگز» و «نگرانی در مورد این رفتار کودک» می‌باشد. به گزینه «گاهی» و «نگرانی در مورد این رفتار کودک» همواره امتیاز ۵ تعلق می‌گیرد که در پرسشنامه با عدد رومی (V) مشخص شده است ولی گزینه «اغلب یا همیشه» در برخی سؤالات امتیاز ۱۰ که در پرسشنامه با (X) و در برخی سؤالات امتیاز صفر می‌گیرد که در پرسشنامه با (Z) مشخص شده است. همچنین گزینه «به ندرت یا هرگز» در برخی سؤالات امتیاز ۱۰ که در پرسشنامه با (X) و در برخی دیگر امتیاز صفر می‌گیرد که در پرسشنامه با (Z) مشخص شده است. آوردن اعداد رومی به جای اعداد صفر و ۵ و ۱۰ جلوی پاسخ سؤالات برای این است که در پاسخ دهی خانواده‌ها به سؤالات مشکلی ایجاد نکند و همچنین برای محاسبه امتیاز کودک بدانید که: $Z \cdot 0 = V \cdot 5$ و $X \cdot 10 =$ است.

-نهایتاً امتیازات کسب شده در هر پرسشنامه جمع زده شده و با «نقطه برش» اعلام شده برای هر گروه سنی، مقایسه می‌شود.

نحوه امتیازدهی نهایی به پرسشنامه‌های ناقص تکمیل شده ۲-ASQ:SE:

پس از این که والدین به سؤالات پرسشنامه پاسخ دادند، یک فرد آموزش دیده باید به روش زیر امتیازدهی را انجام دهد: ابتدا پرسشنامه را از نظر یافتن سؤالات بی پاسخ بررسی کنید، اگر همه سؤالات پاسخ داده شده بود، اقدامات بعدی را انجام دهید. اگر سؤالاتی بی پاسخ مانده بودند، سعی کنید دلیل آن را بفهمید، در چنین مواردی معمولاً والدین به پاسخ صحیح اطمینان ندارند یا در مورد این که کودک فعالیت مورد نظر را به درستی انجام می‌دهد یا نه، نگرانی و شک دارند. سعی کنید اطلاعات لازم را از والدین جمع‌آوری کرده و به سؤالات بی پاسخ، پاسخ داده و امتیاز دهید. در صورتی که به هر دلیل نتوانستید پاسخ سوال را دریافت کنید به صورت زیر عمل کنید:

- اگر ۱ یا ۲ سوال بی پاسخ مانده است نیاز به انجام کار خاصی نیست و می‌توانید امتیاز کل دریافتی کودک از پرسشنامه را بدون تطبیق دادن، با نقطه برش مقایسه کنید، زیرا تطبیق دادن امتیاز کل در این حالت تغییر چندانی در وضعیت امتیاز نسبت به نقطه برش ایجاد نکرده و تفسیر امتیاز را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد.

- اگر ۳ سوال بی پاسخ مانده است باید امتیاز کل را تطبیق داد زیرا ممکن است امتیاز از منطقه پایین تر از نقطه برش (طبیعی) به منطقه پایش یا حتی به منطقه بالاتر از نقطه برش (نیازمند ارجاع) تغییر مکان دهد. برای بدست آوردن «امتیاز تطبیق یافته»، امتیاز کل به دست آمده از سوالات دارای پاسخ در پرسشنامه را بر تعداد سوالات پاسخ داده شده تقسیم کرده و به این ترتیب «میانگین» امتیازات را محاسبه کنید. سپس عدد بدست آمده که میانگین امتیاز سوالات دارای پاسخ است را در عدد ۳ (تعداد سوالات بدون پاسخ) ضرب کرده و نتیجه را به امتیاز کل بدست آمده از سوالات دارای پاسخ در پرسشنامه، جمع می کنیم. در واقع به این ترتیب عدد میانگین را برای هر یک از سوالات پاسخ داده نشده منظور می کنیم.

- اگر ۴ سوال یا بیشتر از سوالات پرسشنامه بدون پاسخ مانده بود، دیگر پرسشنامه باطل است و نمی توان امتیاز آن را محاسبه و به آن استناد کرد.

انتخاب پرسشنامه مناسب سن کودک:

برای دستیابی به نتایج صحیح و دقیق، باید از پرسشنامه های گروه سنی مناسب برای غربالگری هر کودک استفاده کرد. لذا محاسبه سن دقیق کودک مهم است و به این طریق قابل انجام است:

تفریق ساده برای محاسبه سن دقیق

روز	ماه	سال	
۱۸	۷	۱۴۰۰	تاریخ اجرا
۹	۴	۱۳۹۷	تاریخ تولد
۹ روز	۳ ماه	۳ سال	سن کودک

سن این کودک ۳ سال و ۳ ماه و ۹ روز یا ۳۹ ماه و ۹ روز است که طبق جداول زیر پرسشنامه مناسب برای این کودک تکمیل می شود.

در صورتی که روز تاریخ تولد کودک از روز تاریخ اجرا بزرگتر باشد، برای محاسبه روز سن کودک، ۱ ماه از ماه اجرا کم کنید و معادل آن یعنی ۳۰ روز به روز اجرا اضافه نمایید و در صورتی که ماه تاریخ تولد از ماه اجرا بزرگتر باشد ۱ سال از سال اجرا کم کنید و معادل آن یعنی ۱۲ ماه به ماه اجرا اضافه کنید تا بتوانید به راحتی این دو عدد را از هم کم کنید و ماه سن کودک را به دست آورید.

روز	ماه	سال	
۱۸	۷	۱۴۰۰	تاریخ اجرا
۲۳	۹	۱۳۹۷	تاریخ تولد

سن کودک	۲ سال	۹ ماه	۲۵ روز
---------	-------	-------	--------

محاسبه سال سن کودک: ۱ سال از ۱۴۰۰ کم می کنیم می شود سال ۱۳۹۹ تاریخ تولد سال ۱۳۹۷ است از آن کم می کنیم می شود ۲ سال محاسبه ماه سن کودک: ۱ سال معادل ۱۲ ماه به ماه ۷ اضافه می کنیم می شود ۱۹ ماه و بعد ۱ ماه معادل ۳۰ روز از آن کم می کنیم می شود ۱۸ ماه ، تاریخ تولد ماه ۹ است از ۱۸ کم می کنیم می شود ۹ ماه محاسبه روز سن کودک: ۱ ماه معادل ۳۰ روز به روز ۱۸ اضافه می کنیم می شود ۴۸ روز ، ۲۳ را از ۴۸ کم می کنیم می شود ۲۵ روز سن این کودک ۲ سال و ۹ ماه و ۲۵ روز یا ۳۳ ماه و ۲۵ روز است که طبق جداول زیر پرسشنامه مناسب سن کودک انتخاب می شود.

در کودکان زود متولد شده (سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته) پرسشنامه متناسب با سن اصلاح شده کودک تکمیل شود

اگر کودک بیشتر از ۳ هفته قبل از تاریخ تعیین شده برای زایمان (۴۰ هفتگی) به دنیا آمده باشد (یعنی gestational age کمتر از ۳۷ هفته) و سن تقویمی او کمتر از ۲ سال باشد، توصیه بر آن است که سن تطبیق یافته برای نارسای جهت کودک محاسبه شود. از روش زیر برای این منظور استفاده کنید:

با تفریق تعداد هفته های نارسایی (فاصله سن حاملگی از ۴۰ هفته) از سن تقویمی کودک، سنی که حاصل می شود سن اصلاح شده است و مبنای تعیین پرسشنامه از گروه سنی مناسب خواهد بود. مثال: اگر کودکی با سن بارداری ۲۸ هفته به دنیا آمده باشد (۱۲ هفته = ۴۰-۲۸) این کودک ۱۲ هفته یا ۳ ماه زودتر از موعد مقرر به دنیا آمده است بنابر این در ۱۲ ماهگی باید پرسشنامه (ماه=۹-ماه ۳-ماه ۱۲) ۹ ماهگی برای این کودک تکمیل شود.

جدول تعیین پرسشنامه ASQ-۳ مناسب سن کودک:

سن کودک	از پرسشنامه ASQ-۳ این گروه سنی استفاده کنید
---------	---

۱ ماه و ۰ روز تا ۲ ماه و ۳۰ روز	۲ ماهگی
۳ ماه و ۰ روز تا ۴ ماه و ۳۰ روز	۴ ماهگی
۵ ماه و ۰ روز تا ۶ ماه و ۳۰ روز	۶ ماهگی
۷ ماه و ۰ روز تا ۸ ماه و ۳۰ روز	۸ ماهگی
۹ ماه و ۰ روز تا ۹ ماه و ۳۰ روز	۹ ماهگی
۱۰ ماه و ۰ روز تا ۱۰ ماه و ۳۰ روز	۱۰ ماهگی
۱۱ ماه و ۰ روز تا ۱۲ ماه و ۳۰ روز	۱۲ ماهگی
۱۳ ماه و ۰ روز تا ۱۴ ماه و ۳۰ روز	۱۴ ماهگی
۱۵ ماه و ۰ روز تا ۱۶ ماه و ۳۰ روز	۱۶ ماهگی
۱۷ ماه و ۰ روز تا ۱۸ ماه و ۳۰ روز	۱۸ ماهگی
۱۹ ماه و ۰ روز تا ۲۰ ماه و ۳۰ روز	۲۰ ماهگی
۲۱ ماه و ۰ روز تا ۲۲ ماه و ۳۰ روز	۲۲ ماهگی
۲۳ ماه و ۰ روز تا ۲۵ ماه و ۱۵ روز	۲۴ ماهگی
۲۵ ماه و ۱۶ روز تا ۲۸ ماه و ۱۵ روز	۲۷ ماهگی
۲۸ ماه و ۱۶ روز تا ۳۱ ماه و ۱۵ روز	۳۰ ماهگی
۳۱ ماه و ۱۶ روز تا ۳۴ ماه و ۱۵ روز	۳۳ ماهگی
۳۴ ماه و ۱۶ روز تا ۳۸ ماه و ۳۰ روز	۳۶ ماهگی
۳۹ ماه و ۰ روز تا ۴۴ ماه و ۳۰ روز	۴۲ ماهگی
۴۵ ماه و ۰ روز تا ۵۰ ماه و ۳۰ روز	۴۸ ماهگی
۵۱ ماه و ۰ روز تا ۵۶ ماه و ۳۰ روز	۵۴ ماهگی
۵۷ ماه و ۰ روز تا ۶۶ ماه و ۰ روز	۶۰ ماهگی

جدول تعیین پرسشنامه ۲-ASQ:SE مناسب سن کودک:

از پرسشنامه این گروه سنی استفاده کنید	سن کودک
---------------------------------------	---------

۲ ماهگی	۱ ماه و ۰ روز تا ۲ ماه و ۳۰ روز
۶ ماهگی	۳ ماه و ۰ روز تا ۸ ماه و ۳۰ روز
۱۲ ماهگی	۹ ماه و ۰ روز تا ۱۴ ماه و ۳۰ روز
۱۸ ماهگی	۱۵ ماه و ۰ روز تا ۲۰ ماه و ۳۰ روز
۲۴ ماهگی	۲۱ ماه و ۰ روز تا ۲۶ ماه و ۳۰ روز
۳۰ ماهگی	۲۷ ماه و ۰ روز تا ۳۲ ماه و ۳۰ روز
۳۶ ماهگی	۳۳ ماه و ۰ روز تا ۴۱ ماه و ۳۰ روز
۴۸ ماهگی	۴۲ ماه و ۰ روز تا ۵۳ ماه و ۳۰ روز
۶۰ ماهگی	۵۴ ماه و ۰ روز تا ۷۲ ماه و ۰ روز

تعیین نوع اقدام مورد نیاز برای هر کودک طبق امتیاز کسب شده از پرسشنامه ASQ:

۱- کودکانی که امتیازات آن‌ها در پرسشنامه بالاتر از نقاط برش است:

کودکانی که امتیاز حیطه‌های تکاملی آن‌ها در پرسشنامه بالاتر از بالاترین نمره منطقه پایش است، نرمال قلمداد شده و می‌توانند در زمان مراقبت‌های دوره‌ای بعدی، پرسشنامه متناسب با سن خود را دریافت کنند. به والدین آن‌ها فعالیت‌ها و تمرینات تکاملی و ارتقای تکاملی ASQ مناسب با سن کودکشان معرفی و ارائه شود. به والدین خاطر نشان شود که تکامل کودکشان تا این زمان طبیعی و نرمال به نظر می‌رسد و در حال طی کردن یک روند خوب و طبیعی است. ضمناً باید به ایشان یادآوری نمود که زمان بررسی بعدی کودک چه زمانی است و بر اهمیت تکرار ارزیابی در سنین مختلف تأکید کرد. همچنین لازم است که تمرین‌های متناسب با سن کودک برای رشد و یادگیری او در سنین مربوطه (فعالیت‌ها و بازی‌هایی برای حمایت از تکامل کودکان) را انجام دهند.

۲- کودکانی که امتیازات آن‌ها در پرسشنامه در منطقه پایش است:

این کودکان نیاز به پیگیری و پایش و مانیتورینگ دارند، لازم است برای هر کودکی که امتیازات او در یک یا چند حیطه تکاملی د «منطقه پایش» قرار می‌گیرد (یعنی بین ۱ انحراف معیار و ۲ انحراف معیار پایین‌تر از میانگین)، اقدامات پیگیرانه انجام شود. به این ترتیب که در ابتدا می‌توان به والدین این کودکان مجموع فعالیت‌ها و تمرینات تکاملی و ارتقای تکاملی متناسب با گروه سنی کودک و نیز متناسب با حیطه تکاملی که در آن کودک ضعیف بوده است (مدرج در بروشورهای «فعالیت‌هایی برای ارتقای تکامل کودک ASQ») را همراه با توضیح مختصری در مورد چگونگی استفاده و اجرای آن‌ها، ارائه کرد تا اجرا نمایند، سپس ۲ هفته بعد مراجعه نماید تا از نحوه درست به کار بردن این فعالیت‌ها و بازی با کودک مطمئن شویم، مجدداً ۲ هفته بعد پرسشنامه همان سن مراجعه اول کودک (در مجموع ۴ هفته بعد (۱ ماه بعد) پرسشنامه گروه سنی که کودک امتیاز لازم را نیاورده است) برای تکمیل شود.

۳- کودکانی که امتیازات آن‌ها حداقل در یکی از حیطه‌های تکاملی پایین‌تر از کمترین نمره منطقه پایش نقطه برش

مربوط به گروه سنی خودش (یعنی پایین‌تر از $-2SD$) باشد.

این کودکان نیازمند ارجاع به پزشک معین تکامل هستند.

۴- کودکانی که امتیازات آن‌ها در پرسشنامه به منظور انجام ارزیابی‌های تشخیصی و تکمیلی نیاز به ارجاع به پزشک

معین تکامل دارند، شامل این کودکان هستند:

- کودکانی که امتیاز آن‌ها در حداقل یکی از حیطه‌های تکاملی پایین‌تر از کمترین نمره منطقه پایش است نقطه برش مربوط به گروه سنی خودش (یعنی پایین‌تر از $-2SD$) باشد.
- کودکانی که امتیاز آن‌ها در مراجعه اول در منطقه پایش بوده و بعد از انجام فعالیت‌ها و تمرینات تکاملی و ارتقای تکاملی مندرج در بروشورهای ASQ در منزل، (بعد از ۱ ماه) مجدداً تست برای کودک انجام شده و همچنان در منطقه پایش قرار داشته باشند یا پایین‌تر از نقطه برش باشد.
- چنانچه امتیازات یک کودک در کلیه حیطه‌های تکاملی بالاتر از نقطه برش قرار دارد، ولی والدین او در بخش «کلیات پرسشنامه نگرانی خود را در خصوص یک یا چند سوال ابراز کرده اند».

تعیین نوع اقدام مورد نیاز برای هر کودک طبق امتیاز کسب شده از پرسشنامه ASQ SE:

- ۱- اگر امتیاز کودک پایین‌تر از نقطه برش باشد، این نشان می‌دهد که تکامل هیجانی-اجتماعی کودک در زمان اندازه‌گیری، عادی است و در مسیر طبیعی قرار دارد. در این صورت برای ارتقای تکامل کودک، فعالیت‌ها و تمرین‌های تکاملی ASQ:SE-۲ را به خانواده ارائه دهید.
- ۲- اگر امتیاز کودک در «منطقه پایش» قرار گرفته باشد، کودک باید مورد ارزیابی مجدد قرار گیرد. به این ترتیب که باید به والدین اطلاعات و منابع لازم (بروشورهای آموزشی فعالیت‌هایی برای ارتقای تکامل کودک) ارائه شده و به کلیه «نگرانی‌های» ابراز شده والدین توجه کرده و تمهیداتی برای حل مشکلات و نگرانی‌ها اتخاذ کرده ۲ هفته بعد مراجعه کنند تا از انجام صحیح فعالیت‌های ارتقای تکامل مطمئن شوید و مجدداً کودک ظرف ۲ ماه آینده مورد غربالگری قرار گیرد. توجه داشته باشید که از سن ۱۲ ماهگی به بعد، به طور نرمال امتیاز دخترها در ASQ:SE-۲ به طور معنی‌داری از امتیاز پسرها پایین‌تر قرار می‌گیرد (یعنی دخترها در وضعیت تکاملی اجتماعی-هیجانی بهتری قرار دارند)، لذا زمانی که امتیاز دخترها در منطقه «پایش» قرار گیرد، جای نگرانی بیشتری دارد و نیاز به توجه ویژه وجود خواهد داشت.
- ۳- اگر امتیاز کودک بالاتر از نقطه برش باشد، کودک حتماً باید برای ارزیابی‌های تکمیلی و تشخیصی به پزشک معین تکامل ارجاع گردد.
- ۴- توجه کنید اگر نمره کودک در منطقه طبیعی یا در منطقه پایش قرار داشته باشد، چنانچه والدین درمورد هر یک از سوالات پرسشنامه، یا در پاسخ به سوالات کلی آخر پرسشنامه، ابراز نگرانی کرده باشند، نتایج را با پزشک مرکز خدمات جامع سلامت در میان بگذارید؛ در صورت لزوم کودک به پزشک معین تکامل ارجاع شود.

چگونه کودک را از نظر تکاملی ارزیابی کنید:

در بوکلت در گروه سنی ۲ ماهگی، ۹ ماهگی، ۱۸ ماهگی و ۴ سالگی با استفاده از red flag ها در هر گروه سنی سؤالاتی از مادر پرسیده می‌شود و در گروه‌های سنی ۶ ماهگی، ۱۲ ماهگی، ۲۴ ماهگی، ۳ سالگی و ۵ سالگی سؤالات ASQ و ASQ SE توسط خانواده برای کودک تکمیل می‌شود و بر طبق دستورالعمل امتیاز هر کودک مشخص می‌شود. در کودکانی که زود متولد شده اند (با سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته) در سنین ۲، ۹، ۱۸ ماه و ۴ سالگی نیز پرسشنامه ASQ تکمیل می‌شود.

سن	سؤال کنید آیا فرزند شما:
----	--------------------------

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

چگونه کودک را از نظر وضعیت تکاملی طبقه بندی کنید؟

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

نشانه های کودک را با نشانه های ذکر شده در هر ردیف جدول رنگی طبقه بندی مقایسه نموده و طبقه بندی مناسب را انتخاب

کنید. برای وضعیت تکامل ۲ طبقه بندی وجود دارد: ۱ - نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل ۲ - طبیعی

۱- **نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل:** در صورت پاسخ غیر طبیعی در هر یک از موارد RED FLAG ها کودک در طبقه بندی نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل قرار می گیرد. در این کودکان تست غربالگر استاندارد را انجام دهید و سپس طبق امتیاز کسب شده مطابق دستورالعمل ASQ تصمیم گیری نمایید.

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

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

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
پاسخ غیر طبیعی در هر یک از موارد	نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل	➤ انجام تست غربالگر استاندارد- ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ➤ ۱ هفته بعد پیگیری شود
عدم وجود مشکل در هر یک از موارد	طبیعی	➤ مشاوره به مادر در خصوص رابطه متقابل کودک و والدین و توصیه هایی برای ارتقای تکامل کودک ارائه شود ➤ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

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

- ۱- **نیازمند ارجاع از نظر تکامل:** در صورتی که امتیاز تست غربالگر ASQ پایین تر از کمترین نمره منطقه پایش (کمتر از $-2SD$) یا امتیاز تست غربالگر ASQ SE بالاتر از بیشترین نمره منطقه پایش باشد یا امتیاز مجدد کودک برای بار دوم تست ASQ به فاصله ۱ ماه و ASQ SE به فاصله ۲ ماه در منطقه پایش باشد یا یکی از سؤالات موارد کلی نشان دهنده نگرانی والدین باشد، کودک در طبقه بندی نیازمند ارجاع از نظر تکامل قرار می گیرد. یک هفته بعد پیگیری شود تا مطمئن شوید به پزشک مراجعه کرده است.
- ۲- **نیازمند تست مجدد:** در صورتی که امتیاز تست غربالگر استاندارد در منطقه پایش باشد کودک در طبقه بندی نیازمند انجام مجدد تست قرار می گیرد، در این صورت نیاز است بروشورهای ارتقای تکامل کودک به والدین داده شود و ۲ هفته بعد بررسی شود که این بروشورها به درستی استفاده می شوند؟ برای تست ASQ ۱ ماه بعد و برای تست ASQ SE ۲ ماه بعد تست مجدد انجام شود و بر طبق جواب تست تصمیم گیری شود.
- ۳- **طبیعی:** در صورتی که امتیاز تست غربالگر ASQ بالاتر از بیشترین نمره منطقه پایش و امتیاز تست غربالگر ASQ SE پایین تر از کمترین نمره منطقه پایش باشد کودک در طبقه بندی طبیعی قرار می گیرد. در این صورت مراقبت های روتین کودک را ادامه دهید.

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

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
• امتیاز تست غربالگر ASQ پایین تر از کمترین نمره منطقه پایش یا • امتیاز تست غربالگر ASQ SE بالاتر از بیشترین نمره منطقه پایش یا • امتیاز مجدد تست برای بار دوم در منطقه پایش یا • پاسخ یکی از سؤالات موارد کلی نشان دهنده مشکلی باشد	نیازمند ارجاع از نظر تکامل	◀ ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ◀ ۱ هفته بعد پیگیری شود
• امتیاز تست غربالگر در منطقه پایش	نیازمند تست مجدد	◀ ۲ هفته بعد پیگیری شود تا از استفاده صحیح - بروشورهای تکامل مطمئن شوید ◀ برای تست ASQ : انجام تست مجدد ۱ ماه بعد ◀ برای تست ASQSE : انجام تست مجدد ۲ ماه بعد
• امتیاز تست غربالگر استاندارد ASQ بالاتر از بیشترین نمره منطقه پایش • امتیاز تست غربالگر استاندارد ASQ SE پایین تر از کمترین نمره منطقه پایش	طبیعی	◀ مشاوره به مادر در خصوص رابطه متقابل کودک و والدین و توصیه هایی برای ارتقای تکامل و ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

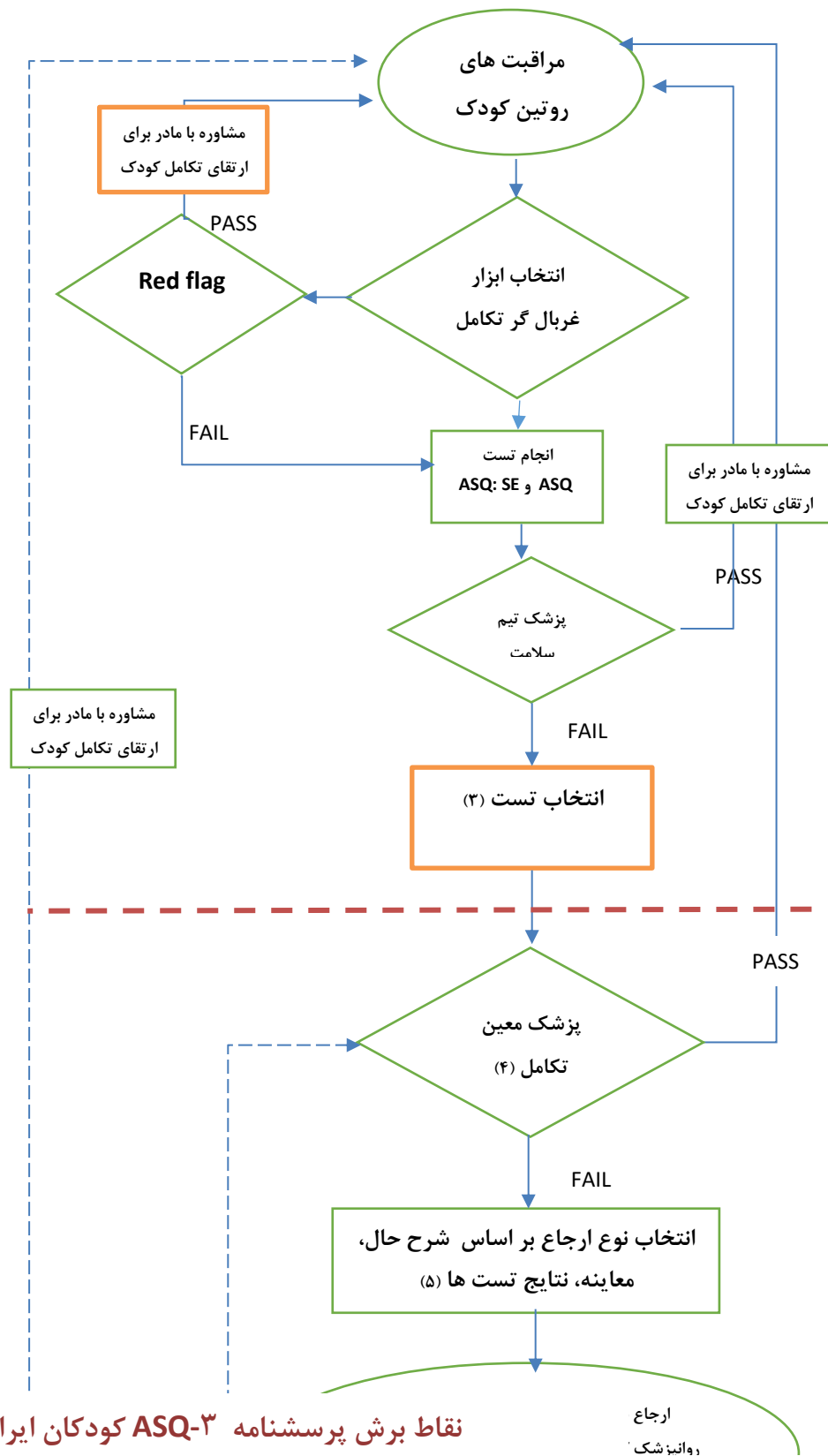
فلوچارت اجرایی مدیریت اختلالات تکاملی کودکان

۱- مراقبت های روتین کودکان بر طبق بسته خدمت سلامت کودکان در گروه های سنی مختلف در مراکز بهداشتی انجام می شود، یکی از این مراقبت ها برای تکامل کودکان است.

۲- اختلال در انداز غربالگر تکاملی به صورت موقت

کودکان در گروه های سنی ۲، ۹، ۱۸ و ۴۸ ماهگی

با RED FLAG از نظر تکامل غربالگری میشوند



نقاط برش پرسشنامه ۳-ASQ کودکان ایرانی

سن (ماه)	حیطه	طبیعی (بیشتر از)	منطقه پایش	نیازمند ارجاع (کمتر از)
۱۴ ماهگی	برقراری ارتباط	۴۲.۱	۴۲.۱-۴۲.۲	۳۲.۲
	حرکات درشت	۴۷.۴	۴۷.۴-۳۸.۶	۳۸.۶
	حرکات ظریف	۴۲.۲	۴۲.۲-۳۲.۳	۳۲.۳
	حل مسأله	۴۸.۲	۴۸.۲-۴۱.۲	۴۱.۲
	شخصی- اجتماعی	۴۶.۶	۴۶.۶-۳۸.۴	۳۸.۴
۱۶ ماهگی	برقراری ارتباط	۳۸.۵	۳۸.۵-۲۷.۲	۲۷.۲
	حرکات درشت	۴۱.۷	۴۱.۷-۳۰.۹	۳۰.۹
	حرکات ظریف	۴۱.۷	۴۱.۷-۳۲.۴	۳۲.۴
	حل مسأله	۳۴.۱	۳۴.۱-۲۰.۹	۲۰.۹
	شخصی- اجتماعی	۳۸.۸	۳۸.۸-۲۸.۳	۲۸.۳

نقاط برش پرسشنامه ASQ-۳ کودکان ایرانی

سن (ماه)	حیطه	طبیعی (بیشتر از)	منطقه پایش	نیازمند ارجاع (کمتر از)
۳۰ ماهگی	برقراری ارتباط	۴۶.۳	۳۸-۴۶.۳	۳۸
	حرکات درشت	۴۶.۸	۳۸.۲-۴۶.۸	۳۸.۲
	حرکات ظریف	۳۷.۲	۲۵.۶-۳۷.۲	۲۵.۶
	حل مسأله	۴۸	۴۰.۴-۴۸	۴۰.۴

۶

نقاط برش پرسشنامه ASQ:SE-۲ کودکان ایرانی

گروه سنی (ماه)	نیازمند ارجاع (بیشتر از)	منطقه پایش	طبیعی (کمتر از)
۲	۳۵	۳۵-۳۰	۳۰
۶	۳۷.۵	۳۷.۵-۳۰	۳۰
۱۲	۴۲.۵	۴۲.۵-۴۰	۴۰

ارزیابی ژنتیکی کودک

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



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



سن	سؤال کنید
۳-۵ روزگی یا ۱۴-۱۵ روزگی و یکسالگی (در صورت عدم مراجعه در این گروه‌های سنی یکبار در اولین مراجعه ارزیابی شود)	• آیا در کودک یا خویشاوندان کودک (درجه ۱، ۲ و ۳) بیماری ارثی (تشخیص داده شده) وجود دارد؟ • آیا در خویشاوندان کودک اختلال تکرار شونده (اختلال مشابه در بیش از یک نفر با شروع از زمان کودکی) وجود دارد؟ • آیا در کودک یا خویشاوندان کودک اختلال جسمی، ذهنی یا حرکتی با شروع از زمان کودکی وجود دارد؟ • آیا در خویشاوندان، کودک زیر ۱۰ سال مبتلا به بدخیمی وجود دارد؟



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

چگونه کودک را از نظر ژنتیکی ارزیابی کنید:

بیماری‌های ارثی بیماری‌های متعدد و متنوعی می‌باشند که به دلیل وجود یک اختلال ژنتیکی در افراد از نسلی به نسل بعد منتقل می‌شوند. در اکثر موارد والدین بیماران افرادی سالم از نظر ابتلا به آن بیماری بوده و فقط انتقال دهنده این اختلال به فرزند خود هستند. احتمال ابتلای فرزندان به بیماری‌های ارثی بر اساس نحوه توارث بیماری در هر بیماری متفاوت بوده و محاسبه این احتمال نیازمند مشاوره ژنتیک است. «مشاوره ژنتیک» فرایندی است که از طریق آن، بیماران و یا خویشاوندان در معرض خطر بیماری ارثی، از پیامدهای احتمالی بیماری، احتمال ابتلا یا انتقال آن به سایر خویشاوندان و راه‌های پیشگیری یا درمان بیماری آگاه می‌شوند.

منظور از خویشاوندان در این ارزیابی افرادی هستند که با هم نسبت نسبی درجه ۱ (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند) درجه ۲ (پدر بزرگ، مادر بزرگ، عمه، خاله، دایی) یا درجه ۳ (فرزندان عمه، عمو، خاله، دایی) دارند.

می‌بایست به این نکته توجه داشت که ارزیابی ژنتیک به جای اینکه فرد محور باشد خانواده محور است یعنی علاوه بر فرد وجود بیماری در خویشاوندان را هم در نظر می‌گیرد. این موضوع بدین معناست که چنانچه پاسخ هر یک از موارد مورد ارزیابی مثبت باشد حتی زمانی که مشکل عنوان شده مربوط به فرد مورد ارزیابی هم نباشد ارجاع خانواده به پزشک برای تأیید یا رد وجود عامل خطر ژنتیک در خانواده لازم است.

سؤال کنید:

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

۱- آیا در کودک یا خویشاوندان* کودک بیماری ارثی (تشخیص داده شده) وجود دارد؟

تعدادی از بیماری های شایع ارثی در زیر به اختصار توضیح داده می شود:

- هموفیلی: شایع ترین بیماری اختلال انعقادی ارثی است. در این بیماری میزان فاکتور های انعقادی خون ناکافی است و بسته به شدت بیماری هنگام خونریزی های معمول هم بند آمدن خون با تاخیر بوده و یا بدون مداخلات درمانی انجام صورت نمی گیرد.
- سندرم دوشن/بکر: سندرم دوشن شایع ترین بیماری ارثی از نوع بیماری هایی است که باعث ضعف عضلانی و در نتیجه اختلال حرکتی و شده و با مشکلاتی در ایستادن و راه رفتن کودک شروع می شود. در این بیماری کودک ابتدا سالم بوده و اختلال در حرکت از سنین ۳ تا ۴ سالگی شروع می شود. نوع خفیف تر این اختلال نیز وجود دارد که "سندرم بکر" نام دارد.
- کم خونی داسی شکل (سیکل سل): نوعی کم خونی ارثی ژنتیکی است که گلبول های قرمز به دلیل اختلال ساختمانی در شرایطی مثل کمبود اکسیژن به شکل داسی در آمده و این تغییر شکل باعث ایجاد اختلال در گردش خون میشود.
- بیماری های متابولیک ارثی: بیماری هایی با تعداد و تنوع زیاد هستند که در آن ها سوخت و ساز یک یا چند ماده در بدن دچار اشکال است. این امر باعث ایجاد اختلالات متفاوتی در رشد و تکامل کودکان می شود. در گروهی از این بیماری ها کودک می بایست رژیم های غذایی خاصی داشته باشد. بعضی از این بیماری ها در غربالگری نوزادی قابل شناسایی هستند مثل فنیل کتونوری و بقیه را می توان در ارزیابی های ژنتیک و بالینی شناسایی کرد مثل انواع MPS.
- ناشنوایی و نابینایی ارثی:

ناشنوایی ها و نابینایی های غیر اکتسابی از جمله اختلالاتی هستند که می بایست از نظر ارثی بودن مورد بررسی قرار گیرند. ناشنوایی ها و نابینایی های غیر اکتسابی که یکی از این شرایط را دارند با احتمال بالاتری ارثی هستند:

- از کودکی آغاز شده است.

- حالت پیشرونده داشته است. یعنی شدت اختلال بینایی یا شنوایی با گذشت زمان بیشتر شده است.

- در خویشاوندان تکرار شده است.

۲- آیا در خویشاوندان کودک اختلال تکرار شونده (اختلال مشابه در بیش از یک نفر) وجود دارد؟

گاهی در خویشاوندان اختلال یا بیماری وجود دارد که نوع آن تشخیص داده نشده ولی بیش از یک مورد از این اختلال (با شروع از زمان کودکی) در خویشاوندان وجود دارد، در این شرایط بررسی بیشتر از نظر احتمال خطر ژنتیک لازم است.

۳- آیا در کودک یا خویشاوندان کودک اختلال جسمی، ذهنی یا حرکتی وجود دارد؟

این اختلالات در سایر ارزیابی ها (تکامل، بینایی، شنوایی و ...) تشخیص داده می شوند. در بعضی از موارد، علت ناتوانی های ذهنی و حرکتی بیماری های ارثی هستند. بنابراین در مواردی که فردی که از زمان کودکی دارای ناتوانی ذهنی و یا ناتوانی حرکتی باشد در خویشاوندان وجود دارد بررسی از نظر احتمال وجود عامل خطر ژنتیک لازم است.

۴- آیا در خویشاوندان، کودک زیر ۱۰ سال مبتلا به بدخیمی وجود دارد؟

گاهی ممکن است در استعداد به ابتلا به بیماری های غیر واگیری نظیر بعضی از انواع سرطان ها و یا سکت های قلبی زمینه ژنتیک فرد موثر باشد، در این صورت این بیماری ها در سنین پایین تری نسبت به محدوده سنی ابتلا در افراد جامعه و با شدت بیشتری فرد را مبتلا خواهند کرد. با شناخت این افراد و انجام اقدامات پیشگیرانه به موقع می توان این خطر را تا حدود زیادی در این افراد کاهش داد.

چگونه کودک را از نظر وضعیت ژنتیکی طبقه‌بندی کنید؟

تمام کودکان را پس از ارزیابی طبقه‌بندی کنید.

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

وضعیت ژنتیکی ۲ طبقه‌بندی وجود دارد: ۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر ژنتیک ۲- عدم نیاز به بررسی بیشتر از نظر ژنتیک

- **نیازمند بررسی بیشتر از نظر ژنتیک:** در صورت مثبت بودن هر یک از سؤالات، کودک در طبقه‌بندی نیازمند بررسی بیشتر از نظر ژنتیک قرار می‌گیرد. کودک را به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید.
- **نیاز به بررسی بیشتر از نظر ژنتیک ندارد:** در صورت منفی بودن پاسخ هر یک از سؤالات و عدم وجود مشکل در هر مورد، کودک در طبقه‌بندی طبیعی قرار می‌گیرد.

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

نشانه‌ها	طبقه‌بندی	توصیه‌ها
➤ مثبت بودن هر یک از سؤالات	➤ نیازمند بررسی بیشتر از نظر ژنتیک	➤ ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ➤ ۱ هفته بعد پیگیری شود
➤ منفی بودن همه سؤالات	➤ نیاز به بررسی بیشتر از نظر ژنتیک ندارد	➤ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

فصل ۱۵

ارزیابی کودک از نظر کم کاری تیروئید:

هدف اصلی از اجرای برنامه کشوری غربالگری برای بیماری کم کاری تیروئید شناسایی بیماران، درمان مناسب و پیشگیری از بروز عقب ماندگی ذهنی است. از همه نوزادانی که زنده متولد شده‌اند بدون توجه به ملیت (ایرانی بودن و یا نبودن) باید نمونه‌گیری انجام شود. بهترین زمان برای نمونه‌گیری از پاشنه پا روز ۵-۳ تولد است. حتما باید ۷۲ ساعت از تولد نوزاد گذشته باشد. عقب‌ماندگی ذهنی در نوزادان است. زمان‌بندی دقیق در اجرای برنامه کشوری غربالگری نوزادان بسیار مهم است. زیرا کلیه فعالیت‌ها باید در زمان مناسب انجام شود که شروع درمان در بیماران در زمان مناسب انجام شده و به تعویق نیفتد. دیر شروع کردن درمان می‌تواند منجر به از دست دادن نمراتی از ضریب‌هوشی بیمار شود.

دستور العمل تهیه نمونه از پاشنه پای نوزاد بر کاغذ فیلتر

(این دستور العمل برای همه غربالگری‌های پاشنه پا یکسان است)

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

چگونگی شماره گذاری کاغذ فیلتر در نمونه‌گیری‌ها:

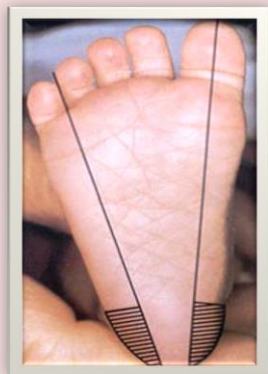
شماره ای که بر روی فرم ۱ ثبت شده است را به عنوان شماره کاغذ فیلتر نمونه خون پاشنه پای هر نوزادی در نظر می‌گیریم، و اگر به هر دلیل از نوزاد، نمونه‌گیری مجدد از پاشنه پا انجام شود، شماره‌ای جدید به وی تعلق نمی‌گیرد، بلکه شماره قبلی نوزاد با رقم ۲، ۳ و ۴ مشخص می‌شود. به عنوان مثال:

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

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

محل خون‌گیری از پاشنه پا

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



محل‌های ماشورزده را باید لایست زد و نمونه تهیه نمود.



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

محل‌های نمونه‌گیری از نوزاد بر کاغذ فیلتر

روند انجام نمونه‌گیری از پاشنه پای نوزاد

تکمیل کردن فرم شماره ۱ (فرم نمونه گیری)

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

فرم شماره ۱ : نمونه گیری (برنامه کشوری غربالگری نوزادان)		شماره کاغذ فیلتر:
دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی:	شبکه بهداشت و درمان شهرستان:	مرکز بهداشت شهرستان:
محل نمونه گیری: مرکز بهداشتی درمانی شهری..... مرکز بهداشتی درمانی روستایی..... پایگاه بهداشتی..... خانه بهداشت..... سایر.....		
شماره خانوار:	نمونه گیری: نوبت اول ☐ نوبت دوم ☐	آدرس محل سکونت والدین:
جنس: دختر ☐ پسر ☐	تاریخ تولد نوزاد: / / ۱۳....	
نام و نام خانوادگی: نوزاد پدر مادر		
زمان نمونه گیری بر حسب سن نوزاد به روز=		
آیا نوزاد نیاز به نمونه گیری مجدد دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر		
نوع بیماری: ☐ CH ☐ PKU ☐ G۶PD ☐ S.C ☐ همه موارد ☐ علت نمونه گیری مجدد: نمونه نامناسب ☐ ، TSH = ۵-۹/۹ ☐ ، نوزاد نارس ☐ ، نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، ☐ نوزاد ماکروزوم ☐ ، دو یا چندقلویی ☐ بستری در بیمارستان و یا سابقه آن ☐ ، تعویض ویادریافت خون ☐ ، سابقه مصرف داروهای خاص ☐ نام و نام خانوادگی نمونه گیر: ☐ شماره تلفن محل نمونه گیری: ☐ نسبت فامیلی والدین: غیر فامیل ☐ فامیل درجه ۳ ☐ فامیل درجه ۴ و بیشتر ☐ نوع زایمان: طبیعی ☐ سزارین ☐ شماره تلفن ستاد پیگیری بیماریهی شهرستان: ☐ تاریخ: ۱۳ / / امضا:		

فرم شماره ۱- نمونه گیری (برنامه کشوری غربالگری نوزادان)

برای هر نوزاد باید یک فرم جدید تکمیل شود.

- برای نوشتن مشخصات بر فرم شماره ۱ باید از خودکار استفاده کرد (خودکار آبی بهتر است).
- فرم نمونه‌گیری را روی سطح صاف تکمیل کنید.
- هرگز به کاغذ فیلتر دست نزنید و یا آن را لمس نکنید، زیرا چربی پوست دست باعث آلودگی کاغذ می‌شود.

- آب، الکل، مواد شیمیایی، کرم و پودر دستکش باعث آلودگی کاغذ نمونه‌گیری شده و موجب نتیجه غلط آزمایش می‌گردد.
- قبل از شروع نمونه‌گیری شماره کاغذ فیلتر را به طور دقیق و خوانا روی فرم بنویسید.
- مشخصات نوزاد را دقیق و خوانا روی فرم بنویسید.

آماده کردن نوزاد برای نمونه‌گیری از پاشنه پا

- هنگام نمونه‌گیری از پاشنه پا، نوزاد باید در آغوش مادر و یا فردی که وی را برای غربالگری آورده است قرار گیرد • تصویر شماره ۱۵). در آغوش گرفتن نوزاد از احساس درد می‌کاهد و نوزاد آرامش بیشتری دارد.
- برای جلوگیری از آلودگی محیط و سرماخوردگی کودک فقط پای نوزاد را لخت نمایید.
- محل خون‌گیری (پاشنه پا) باید از سطح قلب نوزاد پایین‌تر باشد.
- پاشنه پا را با یک گاز یا حوله ولرم گرم کنید تا جریان خون در محل افزایش یابد (حرارت حدود ۴۲ درجه سانتیگراد باعث افزایش جریان خون در موضع می‌شود) (تصویر شماره ۱۶). اگر گاز یا حوله گرم نبود، مادر می‌تواند پای نوزاد را در دستش گرفته تا کمی گرم‌تر شود.
- در فصل‌های سرد باید در اطاق نمونه‌گیری وسیله گرمایشی وجود داشته باشد.
- دست‌هایتان را خوب شسته و دستکش دست کنید.
- پاشنه پا را با الکل ایزوپروپانول ۷۰٪ تمیز و الکل اضافی را با گاز پاک کنید. صبر کنید تا باقیمانده الکل روی پوست خشک شود. باقی ماندن الکل روی پوست روی نمونه خون گرفته شده بر کاغذ فیلتر و در نتیجه جواب آزمایش غربالگری اثر منفی می‌گذارد. گاه وجود الکل در نمونه اخذ شده به صورت حلقه سرمی در اطراف نمونه ظاهر می‌شود.



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

سوراخ کردن پوست با لانست ایمن

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

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



روش زدن لانست به پاشنه پا

قرار دادن خون روی کاغذ فیلتر

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



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

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

مراقبت از محل نمونه‌گیری از پاشنه پا

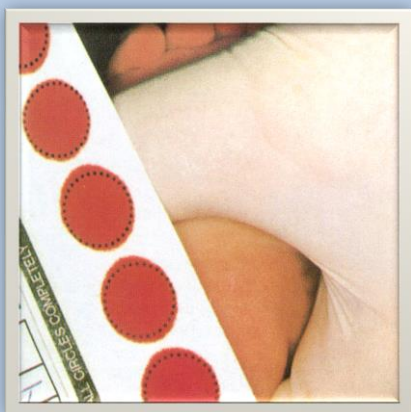
- بعد از نمونه‌گیری پا را بالای سطح بدن نگه دارید. به مدت ۵ دقیقه گاز استریل روی محل خون‌گیری گذاشته شده و با دست فشار دهید.
- می‌توان از چسب ضد حساسیت استفاده کرد، وگرنه از زدن چسب در محل خون‌گیری، بدلیل احتمال بروز حساسیت پوستی خودداری نمایید
- پس از نمونه‌گیری، لانسست و تمام وسایل استفاده شده در فرآیند نمونه‌گیری باید به روش بهداشتی معدوم شود... به خاطر داشته باشید که:
- جهت نمونه‌گیری نیازی به ناشتا بودن نوزاد نمی‌باشد. هیچ‌گونه آمادگی خاصی برای انجام آزمایش لازم نیست).
- اگر نوزاد واکسن زده یا مختصری تب و سرماخوردگی داشته باشد، می‌توان نمونه‌گیری از پاشنه پا انجام داد.
- باید از خودکار برای نوشتن مشخصات بر کاغذ فیلتر استفاده کرد. استفاده از روان‌نویس، خودنویس، مداد و ... ممنوع است.

- نمونه ها باید توسط نمونه گیرهای برنامه اخذ شود و باید از پذیرش نمونه های تهیه شده در خارج از سیستم برنامه غربالگری، خودداری کرد.
- کاغذ فیلتر و نمونه های اخذ شده نباید به هیچ عنوان آغشته به مواد خارجی شوند.
- از تماس دست با دایره خونی کاغذ فیلتر، خودداری گردد.
- نمونه های اخذ شده را باید حداکثر ظرف ۲۴ ساعت به آزمایشگاه غربالگری نوزادان ارسال شوند.

ویژگی های نمونه مناسب از پاشنه پا بر کاغذ فیلتر

تصویر زیر یک نمونه مناسب بر کاغذ فیلتر را نشان می دهد.

ویژگی های یک نمونه مناسب از پاشنه پا بر کاغذ فیلتر



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

نمونه مناسب بر کاغذ فیلتر

نمونه های نامناسب

نمونه های اخذ شده از پاشنه پا که ویژگی های تصویر زیر را نداشته باشند نمونه های نامناسب محسوب می شوند و در این موارد نمونه گیری مجدد از پاشنه پا الزامی است. این امر باید در اسرع وقت انجام شده و نمونه جدید به آزمایشگاه غربالگری نوزادان ارسال گردد.

در تصویر زیر در سمت راست تصویر نمونه ای مناسب نشان داده شده است و در سمت چپ تصویر نمونه های نامناسب دیده می شوند.

لکه های خونی کوچک و متعدد در یک حلقه از کاغذ

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

لکه های خونی با محیط نامرتب و نداشتن شکل مدور

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

لکه‌های خونی با رنگ قرمز روشن بر کاغذ فیلتر

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

لکه‌های خونی چند لایه روی هم بر کاغذ فیلتر

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

لکه‌های خونی آلوده و رقیق شده

در این حالت حلقه خونی به نظر رقیق شده و لکه لکه می‌آید و ضخامت لکه خونی و غلظت گلبول‌های خونی در کل حلقه مشابه نیست. این حالت به علت‌های زیر بوجود می‌آید:

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

لکه‌های خونی با حلقه‌های سرمی

در این نمونه نامناسب، حلقه‌های روشن سرمی در اطراف لکه‌های خونی دیده می‌شوند. این حالت به علت‌های زیر بوجود می‌آید:

- پای نوزاد چلانده شود.
- لکه‌خونی روی کاغذ فیلتر لمس شده باشد و یا با سطحی تماس پیدا کرده باشد.
- نمونه‌گیری قبل از خشک شدن کامل الکل روی پوست گرفته شده است.
- خشک کردن نمونه بطور دقیق و در سطح صاف انجام نشده است.
- لکه‌خونی روی کاغذ فیلتر با چکاندن خون از سرنگ و یا لوله موئین بوجود آمده است.

لکه‌های خونی نقطه نقطه و لایه لایه

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

کاغذ فیلتر ارسالی بدون لکه‌های خونی

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



ارزیابی نمونه پاشنه پا بر روی کاغذ فیلتر

نمونه مناسب

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

لکه های خونی کوچک و متعدد در یک حلقه از کاغذ

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

لکه های خونی با محیط نامرتب و نداشتن شکل مدور

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

لکه های خونی با رنگ قرمز روشن بر کاغذ فیلتر

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

لکه های خونی چند لایه روی هم بر کاغذ فیلتر

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

لکه های خونی آلوده و رقیق شده

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

لکه های خونی با حلقه های سرمی

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

لکه های خونی نقطه نقطه و لایه لایه

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

کاغذ فیلتر ارسالی بدون لکه های خونی

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

شرایط خشک کردن نمونه‌ها

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

شرایط ارسال نمونه

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

- کارت های حاوی لکه های خون در پاکت های پلاستیکی زیپ دار و حاوی سیلیکاژن در حرارت ۴ درجه یخچال و میزان رطوبت کمتر از ۳۰ درصد تا ۲ سال و در فریزر ۲۰- درجه سانتی گراد به مدت طولانی بیش از ۲ سال پایدار می ماند.
- نکته: زمان بندی در ارسال نمونه ها بسیار حایز اهمیت است تاخیر در این امر یعنی تاخیر در تشخیص و درمان و احتمال بروز عقب ماندگی ذهنی نوزاد

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

ارزیابی و روش برخورد با نتایج مختلف غربالگری (نتایج آزمون اولیه TSH بر کاغذ فیلتر)

پس از انجام آزمون غربالگری (TSH بر کاغذ فیلتر) در آزمایشگاه غربالگری استان، نتایج "موارد مشکوک" به صورت فوری و "موارد طبیعی" به صورت غیرفوری به اطلاع کارشناس برنامه و مرکز نمونه گیری می رسند (جدول شماره ۴).

توجه: هدف از انجام نمونه گیری مجدد در نوزادانی که نتیجه آزمون غربالگری (نتایج آزمون اولیه TSH بر کاغذ فیلتر) آنان بین ۵-۹/۹ بوده است، پیشگیری از انجام نمونه گیری وریدی غیر ضروری و همچنین کاهش هزینه ها می باشد.

موارد غربالگری مجدد (نوبت دوم با نمونه گیری از پاشنه پا) در نوزادان

در بهترین شرایط علمی و اجرایی برنامه غربالگری نوزادان و بدون توجه به آزمون غربالگری اولیه (T_4 , TSH, T_4 +TSH) حدود ۱۰٪- ۵٪ از نوزادان LBW مبتلا به کم کاری تیروئید، ممکن است شناسایی نشوند. در بعضی دیگر از موارد، نیز، شانس گم شدن بیماران وجود دارد. به همین دلیل انجام "غربالگری مجدد" در موارد زیر ضرورت دارد.

- نوزادان نارس (تکرار غربالگری از پاشنه پا در هفته های ۲ و ۶ و ۱۰ تولد)
- نوزادان بسیار کم وزن (Very Low Birth Weight) (کمتر از ۱۵۰۰ گرم)
- نوزادان کم وزن (Low Birth Weight) (کمتر از ۲۵۰۰ گرم)
- نوزادان با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم
- دو و چندقلوها
- نوزادان بستری و یا با سابقه بستری در بیمارستان (هر بخش از بیمارستان از جمله NICU)

- نوزادان با سابقه دریافت و یا تعویض خون
- نوزادانی که داروهای خاص مصرف کرده‌اند: مثل دوپامین، ترکیبات کورتونی و ...
- نوزادانی که نتیجه آزمون غربالگری (نتایج آزمون اولیه TSH بر کاغذ فیلتر) آنان بین ۵-۹/۹ بوده است.
- نوزادانی که نمونه غربالگری آنان (کاغذ فیلتر حاوی لکه خون از پاشنه پا)، توسط آزمایشگاه غربالگری نوزادان، "نمونه نامناسب" ارزیابی شده است.

کم کاری تیروئید نوزادان CH

چگونه کودک را از نظر کم کاری تیروئید طبقه بندی کنید:

برای طبقه بندی کودک از نظر CH، ۶ طبقه وجود دارد:

- ۱- نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش CH: در صورتی که در اولین ویزیت مشخص شد که آزمایش غربالگری ۵-۳ روزگی برای نوزاد انجام نشده است کودک در این طبقه بندی قرار می گیرد. در این صورت، کودک را برای انجام نمونه گیری ارجاع فوری دهید.
 - ۲- احتمال نیاز به نمونه گیری مجدد CH: در صورتی که نوزاد دارای یکی از شرایط زیر باشد نمونه گیری مجدد در هفته دوم تولد مد نظر قرار گیرد.
 - نمونه گرفته شده در روز ۵-۳ از طرف آزمایشگاه به عنوان نمونه نامناسب تشخیص داده شده است.
 - TSH گرفته شده در روز ۵-۳ تولد بین ۵-۹/۹ گزارش شده باشد.
 - نوزاد نارس باشد یعنی زیر ۳۷ هفته بارداری بدنیا آمده باشد.
 - وزن نوزاد کمتر از ۲۵۰۰ گرم و بیش از ۴۰۰۰ گرم باشد.
 - دو یا چند قلوبی
 - سابقه بستری در بیمارستان
 - تعویض یا دریافت خون
 - سابقه مصرف داروهای خاص
 - ۳- تست غربالگری اولیه CH کمتر از ۵ گزارش شده باشد نوزاد طبیعی تلقی می شود.
 - ۴- تست غربالگری اولیه CH بین ۵ تا ۹/۹ گزارش شده باشد: فراخوان نوزاد و اطلاع به والدین و درخواست از آنان برای انجام غربالگری مجدد. در صورتی که در غربالگری مجدد از پاشنه پای نوزاد جواب TSH کمتر از ۵ باشد نوزاد طبیعی تلقی می شود. و در صورتی که جواب TSH نوبت دوم بالای ۵ گزارش شد همانند طبقه بندی پنجم عمل می کنیم.
 - ۵- تست غربالگری اولیه TSH پاشنه پای نوزاد بین ۱۰ تا ۱۹/۹ گزارش شده باشد: ارجاع فوری نوزاد برای انجام آزمایش تأیید تشخیص ویریدی
 - ۶- تست غربالگری اولیه TSH مساوی یا بیش از ۲۰ گزارش شده باشد: ارجاع فوری نوزاد برای انجام آزمایش تأیید تشخیص ویریدی سپس درمان جایگزینی بر اساس دستورالعمل کشوری با نظر پزشک مرکز شروع شود و پس از دریافت جواب آزمایشات تأیید تشخیص، در صورت ابتلا به بیماری، ادامه درمان بر اساس دستورالعمل و در صورت عدم ابتلا به بیماری، قطع درمان انجام شود
- نکته مهم: در صورتی که نوزاد در اولین غربالگری از پاشنه پا در سن بیش از ۸ روزگی مراجعه نماید جواب TSH مساوی و بیشتر از ۴ به عنوان نمونه مشکوک در نظر گرفته می شود و همچنین در این نوزاد نیاز به غربالگری مجدد از پاشنه پا نداشته و می بایستی برای انجام آزمایش تأیید تشخیص ویریدی مراجعه نماید.

نشانه	طبقه بندی	توصیه
انجام ندادن آزمایش غربالگری کم کاری تیروئید	نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش کم کاری تیروئید	- ارجاع فوری برای انجام نمونه‌گیری* ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
- نوزاد نارس** - نوزاد بسیار کم وزن (وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم) - نوزاد کم وزن (وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم) - نوزادان با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم - دوقلوها و چندقلوها - سابقه بستری در بیمارستان - سابقه دریافت خون یا تعویض خون - نوزادانی که داروهای خاص مصرف کرده‌اند (دوپامین، ترکیبات کورتونی) - در جواب اولین نوبت تست غربالگری هیپوتیروئیدی اندازه TSH بر کاغذ فیلتر بین ۹/۹-۵ - اعلام نمونه نامناسب از طرف آزمایشگاه غربالگری نوزادان	نیاز به نمونه‌گیری مجدد کم کاری تیروئید از پاشنه پا	- ارجاع برای انجام نمونه‌گیری مجدد از پاشنه پا در هفته دوم تولد (۱۴-۸ روزگی) - نوزادان نارس در هفته ۲ و ۶ و ۱۰ نیز برای انجام نمونه گیری مجدد از پاشنه پا ارجاع شوند - جواب آزمایش (TSH نوبت اول پاشنه پا) در سامانه الکترونیک سلامت وارد شود و ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
دومین بار آزمایش غربالگری کم کاری تیروئید از پاشنه پا مثبت (TSH مساوی یا بیشتر از ۵)	احتمال کم کاری تیروئید	- ارجاع فوری برای انجام آزمایش وریدی - بر اساس دستورعمل اقدام شود - جواب آزمایش (TSH نوبت دوم پاشنه پا) در سامانه الکترونیک سلامت وارد شود و ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
نتیجه غربالگری نوبت اول کم کاری تیروئید از پاشنه پا TSH ۱۰ و بالاتر از ۱۰	نیازمند بررسی بیشتر از نظر کم کاری تیروئید	- ارجاع فوری برای انجام آزمایش وریدی (تست تأیید تشخیص) - در صورتی که TSH بالای ۲۰ باشد فوراً جهت شروع درمان بر اساس دستورالعمل و درخواست آزمایشات تأیید تشخیص به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع شود ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
نتیجه آزمایش وریدی کم کاری تیروئید (تست تأیید تشخیص) (T₄ free, TSH, T₃TRUP) غیر طبیعی	کم کاری تیروئید دارد	- پیگیری کنید کودک بیمار به پزشک مراجعه کرده باشد - ثبت فرم مراقبت کم کاری تیروئید در سامانه الکترونیک سلامت - توصیه به مصرف صحیح و بموقع دارو (لوتیروکسین) - جواب آزمایش در سامانه الکترونیک سلامت وارد شود و پیگیری کنید*** - تا ۶ ماهگی هر ۲ ماه یکبار ۶ ماه تا ۳ سال هر ۳ ماه یکبار - بعد از ۳ سال بسته به تشخیص پزشک فوکل پوینت هیپوتیروئیدی - زمانی که درمان کودک بنا بر تشخیص پزشک معالج در هر سنی قطع شود ویزیت ها و آزمایش غلظت سرمی TSH و T₄ بر اساس تقویم زیر پیگیری شود: ۴ هفته بعد از قطع دارو و ۳-۲ ماه بعد از قطع دارو و هر سال بعد از قطع دارو تا ۵ سالگی (در مبتلایان به سندروم داون تا ۱۰ سالگی)
- نتیجه غربالگری اولیه کم کاری تیروئید از پاشنه پا منفی (TSH کمتر از ۵) - نتیجه غربالگری مجدد از پاشنه پا منفی (TSH کمتر از ۵) یا - تست وریدی کم کاری تیروئید منفی (T₄ , TSH, T₃TRUP طبیعی)	کم کاری تیروئید ندارد	- ثبت اطلاعات در سامانه الکترونیک سلامت - ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید. * زیر ۹۰ روزگی انجام آزمایش پاشنه پا در مرکز خدمات جامع سلامت ، بالای ۹۰ روزگی انجام آزمایش وریدی در آزمایشگاه ** در نوزادان نارس علاوه بر غربالگری اولیه، غربالگری مجدد از پاشنه پا باید در سنین ۶، ۲، ۱۰ هفتگی انجام شود. در صورت مشکوک بودن جواب آزمایش در هر مرحله نیاز به انجام آزمایش تأیید تشخیص وریدی می باشد. *** بسته به تشخیص پزشک زمان پیگیری ممکن است تغییر کند.

روش برخورد با نتایج مختلف غربالگری نوبت اول (نتایج آزمون اولیه TSH بر کاغذ فیلتر)		
سن نوزاد	غلظت آزمون اولیه TSH	روش برخورد
۳-۷ روز تولد	کمتر از ۵ (mu/L)	طبیعی تلقی شود.
	۵-۹/۹ (mu/L)	- فراخوان نوزاد - اطلاع به والدین و درخواست از آنان برای انجام غربالگری مجدد - غربالگری نوبت دوم از پاشنه پا بر کاغذ فیلتر (تا ۴۸ ساعت پس از دریافت جواب) - TSH کمتر از ۵: طبیعی تلقی شود. - TSH مساوی و یا بیش از ۵: برای انجام آزمایش‌های تایید تشخیص (Free T₄ و/یا T₄, T₃RU و TSH) به آزمایشگاه منتخب شهرستان فرستاده شود. - ویزیت توسط پزشک و در صورت ابتلا به بیماری، شروع درمان بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه
	۱۰-۱۹/۹ (mu/L)	- فراخوان نوزاد - انجام آزمایش‌های تایید تشخیص (Free T₄ و/یا T₄, T₃RU و TSH) در سن ۳-۲ هفتگی نوزاد - ویزیت توسط پزشک پس از دریافت جواب آزمایشات تایید تشخیص - در صورت ابتلا به بیماری، شروع درمان بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه
	مساوی و یا بیشتر از ۲۰ (mu/L)	- فراخوان نوزاد مشکوک - اخذ نمونه وریدی برای انجام آزمایش‌های تایید تشخیص - شروع درمان جایگزینی بر اساس دستورالعمل کشوری - پس از دریافت جواب آزمایشات تایید تشخیص: - در صورت ابتلا به بیماری، ادامه درمان بر اساس دستورالعمل - در صورت عدم ابتلا به بیماری، قطع درمان
۸ روزگی و بیشتر	مساوی و بیشتر از ۴	- فراخوان نوزاد مشکوک - انجام آزمایش‌های تایید تشخیص (Free T₄ و/یا T₄, T₃RU و TSH) در اسرع وقت - ویزیت توسط پزشک پس از دریافت جواب آزمایشات تایید تشخیص - در صورت ابتلا به بیماری، شروع درمان بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه

ارزیابی کودک از نظر فنیل کتونوری PKU :

چگونه کودک را از نظر فنیل کتونوری طبقه‌بندی کنید:

برای همه نوزادان باید در ۳-۵ روزگی غربالگری نوزادی پاشنه پا انجام شود، جواب آزمایش را طبق جدول زیر بررسی و طبقه‌بندی کنید و توصیه‌های لازم را ارائه دهید

برای طبقه‌بندی کودک از نظر PKU، ۷ طبقه‌بندی وجود دارد:

۱- **نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش PKU :** در صورتی که در اولین ویزیت مشخص شد که آزمایش غربالگری ۳-۵ روزگی برای نوزاد انجام نشده است کودک در این طبقه‌بندی قرار می‌گیرد. در این صورت کودک را برای انجام نمونه‌گیری ارجاع فوری دهید.

۲- **نیاز به نمونه‌گیری مجدد:** فراخوان نوزاد جهت اخذ نمونه مجدد برای غربالگری PKU ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود

۳- **احتمال نیاز به نمونه‌گیری مجدد PKU :** در صورتی که مادر نوزاد مبتلا به PKU باشد یا نوزاد نارس باشد و یا نوزاد سابقه بستری در بیمارستان داشته باشد، کودک را برای بررسی بیشتر به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید تا در صورت تشخیص پزشک برای انجام نمونه‌گیری مجدد ارجاع داده شود. زمان انجام آزمایش مجدد ۱۴ روزگی است به شرط آن که نوزاد در آن هنگام شیر کافی به مدت ۳ روز مصرف کرده باشد. در صورت عدم تغذیه کافی با شیر توسط نوزاد باید آموزش به والدین داده شود تا نمونه‌گیری بلافاصله بعد از مصرف شیر به مدت ۷۲ ساعت لزوماً انجام شود.

۴- **تست غربالگری اولیه PKU مثبت:** در صورتی که جواب اولین نوبت تست غربالگری PKU فنیل آلانین مساوی یا بیشتر از ۴ باشد، کودک در این طبقه‌بندی قرار می‌گیرد. در این صورت کودک را برای درخواست آزمایش تأیید تشخیص به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع فوری دهید.

۵- **تست تأیید تشخیص PKU مثبت:** در صورتی که نمونه ارسالی تست تأیید روی کاغذ فیلتر فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۳/۴ باشد و یا فنیل آلانین نمونه ارسالی تأیید روی نمونه سرم مساوی یا بزرگتر از ۴ باشد، کودک در این طبقه‌بندی قرار می‌گیرد. در این صورت کودک را فوراً به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید تا پزشک کودک را فوراً به بیمارستان ارجاع دهد. حداکثر تا ۱ هفته پیگیری کنید تا مطمئن شوید کودک به بیمارستان منتخب مراجعه کرده است.

۶- **PKU مثبت بیمارستانی:** مواردی از تست تأیید تشخیص که توسط پزشک خانواده به بیمارستان ارجاع شده است و توسط پزشک بیمارستان منتخب نیز تأیید تشخیص شده است و توسط کارشناس ژنتیک مرکز بهداشت شهرستان به تیم سلامت اعلام شده است در این طبقه‌بندی قرار می‌گیرد. در این صورت فرم ۵ ارسال شده از بیمارستان منتخب PKU در پرونده خانوار کودک ثبت شود. کودکان کمتر از ۳ سال ماهی یکبار و کودکان بیشتر از ۳ سال هر ۳ ماه یکبار پیگیری شوند تا مطمئن شوید که کودک به بیمارستان منتخب مراجعه کرده است. موارد غیبت از درمان که به بیمارستان منتخب PKU جهت دریافت خدمات بالینی (ویزیت، تغذیه، شیر رژیمی و ...) مراجعه نکرده‌اند به صورت تلفنی یا حضوری پیگیری شوند و به کارشناس ژنتیک مرکز بهداشت اطلاع داده شود تا برای رفع مشکل آن‌ها اقدام لازم صورت گیرد.

۷- PKU منفی: در صورتی که تست غربالگری اولیه منفی و یا تست تأیید تشخیص منفی باشد، کودک در طبقه بندی PKU

منفی قرار می‌گیرد. در این صورت اطلاعات را ثبت کنید و به والدین اطلاع دهید.

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

نشانه	طبقه بندی	توصیه
• انجام ندادن آزمایش (تا ۳ سالگی)	نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش PKU	◀ ارجاع فوری برای انجام نمونه‌گیری (توضیحات بیشتر در راهنما) ◀ ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• نمونه نامناسب آزمایش	نیاز به نمونه‌گیری مجدد*	◀ فراخوان نوزاد جهت اخذ نمونه مجدد برای غربالگری PKU ◀ ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• سابقه بستری در بیمارستان	احتمال نیاز به نمونه‌گیری مجدد* PKU	◀ ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ◀ ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• جواب اولین نوبت تست غربالگری PKU فنیل آلانین مساوی یا بیشتر ۴ میلی گرم بر دسی لیتر	تست غربالگری اولیه PKU مثبت	◀ نمونه‌گیری برای آزمایش تأیید و ارجاع فوری به مرکز خدمات جامع سلامت برای درخواست آزمایش تأیید تشخیص توسط پزشک (در صورت عدم مراجعه به صورت کتبی به کارشناس ژنتیک مرکز بهداشت شهرستان اطلاع داده شود). ◀ جواب آزمایش در سامانه الکترونیک سلامت وارد شود و ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• نمونه ارسالی تست تأیید روی کاغذ فیلتر: فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۳/۴ میلی گرم بر دسی لیتر • نمونه ارسالی تست تأیید روی نمونه پلاسمای هپارینه: فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۴ میلی گرم بر دسی لیتر	تست تأیید تشخیص PKU مثبت	◀ ارجاع فوری به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ◀ پیگیری حداکثر تا ۷۲ ساعت برای اطمینان از مراجعه کودک به بیمارستان منتخب (در صورت مراجعه نکردن، به صورت کتبی به کارشناس ژنتیک مرکز بهداشت شهرستان اطلاع داده شود). ◀ جواب آزمایش در سامانه الکترونیک سلامت وارد شود و ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• بیماری PKU توسط پزشک منتخب PKU (متخصص غدد / کودکان بیمارستان منتخب PKU) تأیید شده است (کارشناس ژنتیک مرکز بهداشت شهرستان این موارد را به مراقب سلامت اعلام می‌کند)	PKU مثبت بیمارستانی	◀ ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ◀ ثبت فرم ارسال شده از بیمارستان منتخب PKU و ثبت در سامانه الکترونیک سلامت ◀ پیگیری کودکان کمتر از ۳ سال ماهی یکبار برای اطمینان از مراجعه کودک به بیمارستان منتخب ◀ پیگیری کودکان ۳-۶ سال هر ۳ ماه یکبار برای اطمینان از مراجعه کودک به بیمارستان منتخب ◀ پیگیری کودکان ۶-۱۲ سال هر ۶ ماه یکبار برای اطمینان از مراجعه کودک به بیمارستان منتخب ◀ پیگیری کودکان بیشتر از ۱۲ سال، سالی یکبار برای اطمینان از مراجعه کودک به بیمارستان منتخب ◀ پیگیری تلفنی یا حضوری موارد غیبت از درمان و تلاش برای رفع مشکل **
• تست غربالگری اولیه منفی یا • تست تأیید تشخیص منفی	PKU منفی***	◀ ثبت اطلاعات و اطلاع به والدین ◀ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

زمان انجام آزمایش مجدد ۱۴-۸ روزگی است به شرط آن‌که نوزاد در آن هنگام شیر کافی به مدت ۳ روز مصرف کرده باشد و در صورت داشتن تزریق یا تعویض خون، ۷۲ ساعت از آن گذشته باشد. در صورتی که نوزاد تغذیه کافی با شیر نداشته باشد، باید به والدین آموزش داده شود تا نمونه‌گیری بلافاصله بعد از مصرف شیر، به مدت ۷۲ ساعت لزوماً انجام شود.

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

*** در مواردی که نتیجه غربالگری منفی است اما نوزاد تأخیر در تکامل دارد نمونه مجدد از کودک گرفته شده و آزمایش تعیین سطح فنیل آلانین خون با روش HPLC انجام گیرد.

فصل ۱۷

ارزیابی بدرفتاری با کودک

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

ارزیابی کنید

- خونریزی غیر قابل کنترل
- آثار سوختگی درمان نشده
- دررفتگی احتمالی یا تورم یک مفصل یا شکستگی احتمالی یک استخوان
- کبودی چشمان
- پارگی لجام لب
- عدم هوشیاری و علائم حیاتی غیر طبیعی
- علائم سوختگی با آب جوش یا سیگار یا قاشق و ...
- اثر گاز گرفتگی روی قسمت‌های مختلف بدن
- خونمردگی در اعضای مختلف بدن
- عدم تناسب توضیحات سرپرست یا همراه کودک با نوع علائم آسیب بدنی
- وجود کبودی‌ها و علائمی که مدت‌ها از زمان آن‌ها گذشته باشد
- گزارش هر نوع کودک آزاری توسط خود کودک، سرپرستان یا سایر همراهان کودک
- گزارش تأیید تنبیه بدنی برای تربیت کودک، توسط کودک، سرپرست یا همراهان کودک
- سابقه بد رفتاری با کودک در خانواده
- کبودی‌های شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون
- وجود مناطق طاسی در سر ناشی از کشیده شدن موها
- آثار ضربات شلاق
- همه کودکانی که مادران آن‌ها قبلاً به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده‌اند
- فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی* در خانواده کودک
- فرد مبتلا به بیماری خاص** در خانواده کودک
- فرد مبتلا به اعتیاد*** در خانواده کودک
- فرد زندانی در خانواده کودک
- خانواده کودک دچار فقر می‌باشد (تحت پوشش سازمان‌های حمایتی مثل بهزیستی و کمیته امداد)
- سرپرست خانواده در حال حاضر بیکار است
- کودک تک سرپرست است (سابقه طلاق، فوت یا جدایی از همسر در خانواده)
- کودک با حداقل یک سرپرست غیر بیولوژیک

تعریف کودک آزاری یا بدرفتاری با کودک: کودک آزاری رفتاری است که در آن کودک توسط اطرافیان مورد سوء استفاده های مختلف جسمی، جنسی و عاطفی و یا غفلت قرار می گیرد. انواع کودک آزاری یا بدرفتاری با کودک:

- کودک آزاری جسمانی: هر گونه آزار جسمی که به طور عمد توسط مراقبین کودک و یا والدین بر کودک اعمال شود را کودک آزاری جسمانی گویند.
- غفلت و بی توجهی: بی توجهی نسبت به نیازهای کودک، ناتوانی در محافظت از کودک در برابر خطرات، سرما و یا گرسنگی و هر گونه نا توانی در مراقبت از کودک به طوری که منجر به بروز اختلال در سلامتی یا رشد وی گردد، به معنای غفلت از کودک است.
- سوء استفاده عاطفی: رفتارهای خصمانه یا بی تفاوتی والدین نسبت به کودک که منجر به لطمه زدن به اعتماد به نفس وی شده را گویند. این رفتارها شامل طرد کردن، توهین کردن، نادیده گرفتن، منزوی کردن و وادار نمودن کودک به انجام رفتار نامناسب می گردد.
- سوء استفاده جنسی: بهره کشی جنسی از کودک به منظور کسب رضایت جنسی توسط یک فرد بالغ را می گویند.
- تنبیه بدنی: استفاده از تنبیه بدنی به منظور تربیت و کنترل کودکان از سالیان خیلی پیش در بسیاری از فرهنگ ها از جمله فرهنگ ما رسوخ کرده و والدین غالباً به منظور تنبیه کودکان خود اقدام به کتک زدن آنها می نمایند. اغلب کتک زدن کودکان به دنبال خشم و عصبانیت والدین صورت می گیرد تا اینکه به عنوان وسیله ای برای کنترل کودکان از آن استفاده می شود. قصد و نیت والدینی که کودکان خود را مورد آزار جسمی قرار می دهند عمدتاً ادب کردن آنهاست، لیکن با از دست دادن کنترل خود موجب ضرب و جرح وی می گردند. شدت کودک آزاری جسمی می تواند از متوسط تا شدید و گشوده متغیر باشد. شدت صدمه بستگی به سن کودک دارد.

چه کسانی بیشتر مرتکب کودک آزاری جسمی می شوند؟

بررسی ها نشان داده اند مرتکبین کودک آزاری جسمی در ۷۵ درصد موارد والدین کودک (بخصوص مادر)، ۱۵ درصد سایر وابستگان بوده اند و در ۱۰ درصد موارد مربوط مرتکبین کودک آزاری جسمی کسانی هستند که از کودک مراقبت می نمایند (مثل پرستار کودک) مهم ترین عامل کودک آزاری جسمی توسط والدین این است که احتمالاً دوران کودکی قربانی خشونت والدین خود بوده و تنبیه بدنی می شده اند. لذا این الگوی رفتاری را فرا گرفته و در مورد کودکان خود نیز اعمال می کنند.

ریسک فاکتورهای کودک آزاری:

با استفاده از جدول رنگی، وضعیت بدرفتاری با کودک را طبقه بندی کنید و توصیه های لازم را ارائه دهید.

- تک سرپرستی
- بارداری نا خواسته

کودکان با ویژگی های زیر بیشتر در معرض کودک آزاری جسمی قرار می گیرند:

- کودک نارس
- عقب مانده ذهنی
- معلول جسمی

- کودکان پر تحرک و بیش فعال و کودکانی که زیاد از حد گریه می کنند، بهانه گیر و لجباز هستند، بیشتر مورد کودک آزار جسمی واقع می شوند.
- کودکان نامشروع و ناخواسته
- کودکانی که با جنسیت غیر دلخواه خانواده متولد می شوند

چه ویژگی هایی در خانواده، خطر کودک آزاری جسمی را بیشتر می کند؟

- وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین
- شلوغ و پر جمعیت بودن خانواده
- بروز استرس حاد
- وجود سابقه خشونت و کودک آزاری در اعضای خانواده و منزوی بودن خانواده در اجتماع

وجود چه ویژگی هایی در جامعه و اجتماع، کودک آزاری جسمی را بیشتر می کند؟

- عدم وجود قوانین مربوط به مراقبت از کودک
- وجود خشونت های سازمان یافته (مثل جنگ، جرم، جنایت)
- مقبولیت خشونت در سطح جامعه و ارائه آن در وسایل ارتباط جمعی
- کاهش یافتن ارزش کودکان و نا برابری های اجتماعی

نکات زیر می تواند در شناسایی کودک آزاری جسمانی کمک کننده باشند:

- نا متناسب بودن و تغییر یافتن صحبت اطرافیان درباره علت جراحت
- مبهم بودن صحبت اطرافیان
- وجود سابقه جراحت مکرر در گذشته
- عدم تناسب جراحت با شرح حال ارائه شده از سوی اطرافیان بخصوص از نقطه نظر تعداد زخمها، شدت، وسیله مورد استفاده و...
- وجود آثار کبودی در بدن بدون ارائه توضیح منطقی درباره علت ایجاد آن
- سوختگی های ناشی از گذاشتن سیگار روی بدن کودک
- تأخیر بی دلیل در مراجعه جهت دریافت خدمات درمانی بخصوص در مورد شکستگی ها، در رفتگی هاو یا سوختگی ها
- انکار یا کوچک جلوه دادن درد و علائم کودک حتی با وجود ضربه مغزی، کودک غالباً زمانی به بیمارستان یا مراکز بهداشتی درمانی آورده می شود که دچار تشنج شده باشد.
- وجود بحران در خانواده، وجود موقعیتهای بحرانی همچون از دست دادن عزیزی در خانواده، جدایی والدین از یکدیگر، بیکاری، ورشکستگی و مقروض بودن خانواده، از جمله عواملی هستند که می توانند قبل از وقوع کودک آزاری در خانواده وجود داشته باشند.
- وجود عوامل محرک، همچون رفتارهای خاص کودکان که فضای خانواده را برای اعمال خشونت آماده می کند نظیر گریه های طولانی مدت در شب، نخوردن غذا، شب ادراری و در کودکان بزرگتر دزدی یا دروغگویی.
- وجود تاریخچه کودک آزاری در والدین: اکثریت والدین کودک آزار در دوره کودکی توسط پدر یا مادر خود در مورد کودک آزاری قرار گرفته و اغلب آن خاطرات فراموش شده یا سرکوب شده اند.

- داشتن انتظارات غیر واقعی از کودک همراه با عدم آگاهی از دوران رشد و تکامل کودک. والدین غالباً از کودکان خود انتظار عشق و محبت را دارند. وقتی کودک گریه می کند یا غذا نمی خورد، آنها احساس می کنند از طرف کودک خود طرد و یا تنبیه می شوند.
- شیوه های فرزند پروری سخت و بدون انعطاف که خود موجب افزایش استرس و تنش در خانواده می گردد.
- انزوای اجتماعی و عدم معاشرت با اقوام و دوستان. در این خانواده وقتی کودک آزاری اتفاق می افتد، والدین معمولاً اجازه کشف این مسایل را به کسی نمی دهند.
- نسبت دادن مسائل به عوامل خارجی، والدین کودک آزاری معمولاً مشکلات خود را به عوامل خارجی نسبت می دهند تا عوامل درونی.
- وجود سطح بالای اضطراب در والدین
- وقوع اتفاقات مکرر برای کودک و سابقه بستری شدن در ماههای اولیه زندگی
- اغلب این اطلاعات از منبع دیگری غیر از والدین کسب می گردد. زیرا بیشتر والدین کودک آزار، مشکل کودک را کوچکتر جلوه داد و خود را مسئول نمی دانند.

مهمترین اقدام در شناسایی کودک آزاری جسمانی، معاینه کودک است. در این معاینه می باید نکات زیر مدنظر قرار گیرد:

- مشخص کردن محل جراحت، نوع، شکل و اندازه آن
- تعیین علل احتمالی بروز جراحت
- تعیین زمان وقوع جراحت
- در موارد کودک آزاری جسمی صدمات و جراحات بیشتر به صورت قرینه ای هستند مثل خراش های مشابه روی دو طرف صورت، پشت، باسن و رانها. گاهی نوع صدمات، ابزار مورد استفاده را مشخص کند. مثلاً در صورت استفاده از کمر بند یا طناب، آثار آن روی پوست شبیه کمر بند یا طناب باقی می ماند. سوختگی های ناشی از سیگار بصورت گرد و قرینه ای هستند.
- آثار ناشی از فرو بردن دست یا پای کودک در آب جوش شبیه دستکش یا جورابی است که سطح سوختگی با خطی از پوست سالم جدا می شود.
- در کودک آزاری جسمانی انواع علائم به صورت کبودی ها، خراشیدگی ها، پارگی ها، سوختگی ها، تورم بافت های نرم و خونمردگی ها مشاهده می شود.
- جراحات سطحی شامل انواع کبودی هاست. کبودی در بدن کودک الگوهای متفاوتی دارد و شامل موارد زیر می گردد:
- رد یا اثر دست
- رد یا اثر ابزار مورد استفاده مثل کمر بند، تسمه، چوب، قلاب فلزی
- کبودی ناشی از پرتاب کردن و هل دادن کودک به طوریکه به شیء سختی برخورد کند.
- گاز گرفتگی
- نشانه های مبهم مثل خونریزیهای سطحی زیر پوست
- علائم لگد زدن به کودک
- علائم خراشیدگی ناشی از ناخن، فرو بردن سوزن در بدن کودک، چنگ زدن و کشیدن موهای کودک است که غالباً منجر به کچلی موضعی می گردد.
- والدین کودک آزار در صدمات استخوانی و شکستگی ها، معمولاً تاریخچه سقوط از بلندی یا افتادن از پله ها را ذکر می کنند. در گرفتن شرح حال بایستی به هماهنگی بین موارد زیر توجه شود:
- هماهنگی صدمه قابل رویت با تاریخچه ایجاد آن
- شناسایی مکانیسم مشخص برای ایجاد صدمه
- در صورتی که بین موارد ذکر در فوق، هماهنگی وجود نداشته باشد، بایستی مشکوک به کودک آزاری جسمی گردید.

- الگوی صدمات استخوانی بیشتر به صورت شکستگی استخوان جمجمه و یا شکستگی متعدد استخوانهای بلند (دست و پا) و شکستگی دنده ها می باشد.

ویژگی های کودک آزار دیده جسمی

- از نظر رفتاری، کودک آزار دیده منزوی و ترسان بوده یا پرخاشگری می کند
 - اغلب کودکان دچار افسردگی، اعتماد بنفس پایین و اضطراب می باشند و به دلیل ترس از افشای موضوع و جلوگیری از خشم بیشتر والدین نسبت به آنها، در مورد پنهان کردن صدمات با والدین خود همکاری می کنند.
 - کودکان آزار دیده در ارتباط با همسالان خود دچار مشکل هستند.
 - رفتارهای خود تخریبی داشته و گاه اقدام به خودکشی نیز می کنند.
 - این کودکان همچنین از نظر رشد جسمی نسبت به همسالان خود عقب تر هستند.
- لازم به ذکر است معاینه بدنی می باید در حضور والدین انجام شود و از معاینه بدنی کودک تر حضور دیگران خودداری گردد.

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

برای بد رفتاری با کودک ۵ طبقه بندی وجود دارد:

- ۱- احتمال بد رفتاری شدید با کودک (کد ۱۹)
- ۲- احتمال بد رفتاری با کودک (کد ۱۹)
- ۳- کودک شاهد خشونت
- ۴- احتمال بد رفتاری با کودک در خانواده آسیب پذیر
- ۵- احتمال بد رفتاری با کودک ندارد

-در صورتی که هر یک از علائم زیر را ببینید کودک در طبقه بندی احتمال بد رفتاری شدید با کودک قرار می گیرد در این صورت کودک را به مرکز سلامت جامعه ارجاع دهید و علت ارجاع را کد ۱۹ بنویسید:

- آثار سوختگی درمان نشده
 - در رفتگی احتمالی یا تورم یک مفصل یا شکستگی احتمالی یک استخوان
 - کبودی چشمان
 - پارگی لجام لب
 - عدم هوشیاری و علائم حیاتی غیر طبیعی
- وجود علائم زیر می تواند نشان دهنده احتمال بد رفتاری با کودک باشد، کدک را به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید و پیگیری کنید که ارجاع انجام شده باشد:

- علائم سوختگی با آب جوش یا سیگار یا قاشق و ...
- اثر گاز گرفتگی روی قسمت های مختلف بدن
- خونمردگی در اعضای مختلف بدن
- عدم تناسب توضیحات سرپرست یا همراه کودک با نوع علائم آسیب بدنی
- وجود کبودی ها و علائمی که مدت ها از زمان آن ها گذشته باشد
- گزارش هر نوع کودک آزاری توسط خود کودک، سرپرستان یا سایر همراهان کودک
- گزارش تأیید تنبیه بدنی برای تربیت کودک، توسط کودک، سرپرست یا همراهان کودک
- سابقه بد رفتاری با کودک در خانواده

- کبودی های شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون
- وجود مناطق طاسی در سر ناشی از کشیده شدن موها
- آثار ضربات شلاق

-کودکانی که مادران آن ها قبلاً به دلیل خشونت خانگی غربال مثبت شده اند در طبقه بندی کودک شاهد خشونت خانگی قرار می گیرند. این کودکان به کارشناس سلامت روان ارجاع شوند.

نشانه	طبقه بندی	توصیه / اقدام
• آثار سوختگی درمان نشده • دررفتگی احتمالی یا تورم یک مفصل یا شکستگی احتمالی یک استخوان • کبودی چشمان • پارگی لجام لب • عدم هوشیاری و علائم حیاتی غیر طبیعی	احتمال بد رفتاری با کودک (کد ۱۹)	➤ به بوکلت مانا مراجعه شود ➤ ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• علائم سوختگی یا آب جوش یا سیگار یا قاشق و ... • اثر گاز گرفتگی روی قسمت های مختلف بدن • خونمردگی در اعضای مختلف بدن • عدم تناسب توضیحات سرپرست یا همراه کودک با نوع علائم آسیب بدنی • وجود کبودی ها و علائمی که مدت ها از زمان آن ها گذشته باشد • گزارش هر نوع کودک آزاری توسط خود کودک، سرپرستان یا سایر همراهان کودک • گزارش تأیید تنبیه بدنی برای تربیت کودک، توسط کودک، سرپرست یا همراهان کودک • سابقه بد رفتاری با کودک در خانواده • کبودی های شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون • وجود مناطق طاسی در سر ناشی از کشیده شدن موها • آثار ضربات شلاق	احتمال بد رفتاری با کودک (کد ۱۹)	➤ ارجاع به کارشناس سلامت روان ➤ ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• همه کودکانی که مادران آن ها قبلاً به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده اند	کودک شاهد خشونت	➤ ارجاع به کارشناس سلامت روان
• فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی* در خانواده کودک یا • فرد مبتلا به بیماری خاص** در خانواده کودک یا • فرد مبتلا به اعتیاد*** در خانواده کودک یا • فرد زندانی در خانواده کودک یا • خانواده کودک دچار فقر می باشد (تحت پوشش سازمان های حمایتی مثل بهزیستی و کمیته امداد) یا • سرپرست خانواده در حال حاضر بیکار است یا • کودک تک سرپرست است (سابقه طلاق، فوت یا جدایی از همسر در خانواده) • کودک با حداقل یک سرپرست غیر بیولوژیک	احتمال بد رفتاری با کودک در خانواده آسیب پذیر	➤ ارجاع به کارشناس سلامت روان
• هیچ یک از علائم و نشانه ها را ندارد	احتمال بد رفتاری با کودک ندارد	➤ ارجاع والدین به کارشناس سلامت روان برای دریافت آموزش های فرزند پروری، خود مراقبتی و مهارت های زندگی ➤ آموزش پیشگیری از آسیب های کودکان به والدین

-کودکانی که در خانواده های با شرایط زیر باشند در طبقه بندی احتمال بدرفتاری با کودک در خانواده آسیب پذیر قرار می گیرند این کودکان را به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید:

- فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی در خانواده کودک (فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی: معلولیت عبارتست از محدودیت های دائمی در زمینه های مختلف جسمی، حسی یا ذهنی _ روانی که شخص مبتلا به آن را در زندگی روزمره در مقایسه با سایر افراد جامعه دچار مشکل یا محدودیت جدی سازد. اشخاص معلول، افرادی هستند که عملکرد جسمانی، توانایی های ذهنی و یا

سلامتی روانی آنها به احتمال قریب به یقین به مدت بیش از شش ماه از آنچه استاندارد سن آنهاست انحراف داشته و به همین دلیل برای آنان در زندگی روزمره مشکلاتی را بوجود می‌آورد.

- فرد مبتلا به بیماری خاص در خانواده کودک (بیماری خاص: به آن دسته از بیماری‌ها گفته می‌شوند که صعب‌العلاج بوده و قابل درمان نمی‌باشند و لازم است بیماران تا آخر عمر تحت مراقبت‌های خاص قرار گیرند و ضرورت دارد این بیماران به طور مستمر تحت درمان قرار داشته باشند. بیماری‌هایی نظیر MS، هموفیلی، تالاسمی و نارسایی مزمن کلیه از جمله این بیماری‌ها هستند.)
- فرد مبتلا به اعتیاد در خانواده کودک (*** اعتیاد: عبارت از تعلق یا تمایل غیر طبیعی و مداومی است که برخی از افراد نسبت به بعضی از مواد مخدر، محرک یا الکل پیدا می‌کنند. منظور از اعتیاد استفاده غیر طبی و مکرر دارو یا مواد است که به ضرر خود مصرف‌کننده با دیگران می‌باشد).
- فرد زندانی در خانواده کودک
- خانواده کودک دچار فقر می‌باشد (فقر: در اینجا منظور از فقر مواردی است که خانواده تحت پوشش سازمان‌های حمایتی از قبیل سازمان بهزیستی، کمیته امداد، نهادهای خیریه و... می‌باشند).
- سرپرست خانواده در حال حاضر بیکار است
- کودک تک سرپرست است (سابقه طلاق، فوت یا جدایی از همسر در خانواده)
- کودک با حداقل یک سرپرست غیر بیولوژیک

در ویزیت‌های مراقبت سلامت به علائم و نشانه‌های سوء رفتار با کودک دقت کنید و کودک را طبق جدول ارزیابی و طبقه‌بندی کنید و توصیه‌های لازم را ارائه دهید، در صورتی که به بدرفتاری با کودک مشکوک شدید، کودک را با کد ۱۹ ارجاع دهید (به فرهنگ مردم منطقه توجه فرمایید و والدین را با ذکر نام طبقه‌بندی‌های این صفحه حساس نکنید)

*فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی: معلولیت عبارتست از محدودیت‌های دائمی در زمینه‌های مختلف جسمی، حسی یا ذهنی _ روانی که شخص مبتلا به آن را در زندگی روزمره در مقایسه با سایر افراد جامعه دچار مشکل یا محدودیت جدی سازد. اشخاص معلول، افرادی هستند که عملکرد جسمانی، توانایی‌های ذهنی و یا سلامتی روانی آنها به احتمال قریب به یقین به مدت بیش از شش ماه از آنچه استاندارد سن آنهاست انحراف داشته و به همین دلیل برای آنان در زندگی روزمره مشکلاتی را بوجود می‌آورد.

** بیماری خاص: به آن دسته از بیماری‌ها گفته می‌شوند که صعب‌العلاج بوده و قابل درمان نمی‌باشند و لازم است بیماران تا آخر عمر تحت مراقبت‌های خاص قرار گیرند و ضرورت دارد این بیماران به طور مستمر تحت درمان قرار داشته باشند. بیماری‌هایی نظیر MS، هموفیلی، تالاسمی و نارسایی مزمن کلیه از جمله این بیماری‌ها هستند.

*** اعتیاد: عبارت از تعلق یا تمایل غیر طبیعی و مداومی است که برخی از افراد نسبت به بعضی از مواد مخدر، محرک یا الکل پیدا می‌کنند. منظور از اعتیاد استفاده غیر طبی و مکرر دارو یا مواد است که به ضرر خود مصرف‌کننده با دیگران می‌باشد.

**** فقر: در اینجا منظور از فقر مواردی است که خانواده تحت پوشش سازمان‌های حمایتی از قبیل سازمان بهزیستی، کمیته امداد، نهادهای خیریه و... می‌باشند.

فصل ۱۸

ارزیابی وضعیت فرزندآوری مادر:

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



سوال کنید

- آیا مادر فرزند /فرزندان بیشتری می خواهد؟
- آیا مادر شرایط دریافت خدمات باروری ویژه را دارد؟



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



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

از مادر سؤال کنید:

- آیا مادر فرزند یا فرزندان بیشتری می خواهد؟
 - آیا مادر شرایط دریافت خدمات باروری ویژه را دارد؟
- چگونه مادر را از نظر وضعیت فرزندآوری طبقه بندی کنید؟**
برای وضعیت فرزندآوری مادر ۲ طبقه بندی وجود دارد:

۱- واجد شرایط خدمات باروری ویژه : در صورتی که مادر تمایل به فرزندآوری ندارد یا مادر شرایط دریافت خدمات باروری ویژه را دارد، در این صورت مادر در طبقه بندی "واجد شرایط دریافت خدمات باروری ویژه" قرار می گیرد، طبق

دستور عمل اداره باروری سالم مشاوره دریافت کند و در مورد پیامدها و مشکلات تک فرزندی طبق بخش مشاوره بوکلت به او توصیه های لازم ارائه شود.

۲- واجد شرایط فرزندآوری: در صورتی که والدین تمایل به فرزندآوری دارند در این صورت مادر در طبقه بندی " **واجد شرایط فرزندآوری** " قرار می گیرد، در این صورت برای مادر مراقبت های قبل از بارداری طبق دستور عمل اداره سلامت مادران ارائه شود.

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

نشانه	طبقه بندی	توصیه
• مادر تمایل به فرزندآوری ندارد. • مادر شرایط دریافت خدمات باروری ویژه دارد	واجد شرایط خدمات باروری ویژه	➤ مشاوره طبق دستور عمل اداره باروری سالم ➤ مشاوره در مورد پیامدها و مشکلات تک فرزندی
• مادر تمایل به فرزندآوری دارد	واجد شرایط فرزندآوری	➤ مراقبت های قبل از بارداری طبق دستور عمل اداره سلامت مادران ➤ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

فصل ۱۹

کنترل وضعیت مکمل های کودک

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

سوال کنید

- آیا مکمل ویتامین AD / مولتی ویتامین طبق دستورعمل به تعداد کافی به مادر داده شده است؟
- آیا کودک مکمل ویتامین AD / مولتی ویتامین را طبق دستورعمل دریافت کرده است؟
- آیا مکمل آهن طبق دستورعمل به تعداد کافی به مادر داده شده است؟ (در کودکان نارس یا با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ مکمل آهن در ۲ ماهگی یا ۲ برابر شدن وزن هنگام تولد شروع شود)
- آیا کودک مکمل آهن را طبق دستورعمل دریافت کرده است؟

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

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

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

❖ در کودکان ترم و شیرخوارانی که با وزن تولد بالای ۲۵۰۰ بدنیا آمده اند، مکمل ویتامین A+D را از ۳-۵ روزگی به میزان ۴۰۰ واحد ویتامین D و ۱۵۰۰ واحد ویتامین A در روز معادل یک سی سی داده می شود. مکمل آهن از پایان ۶ ماهگی یا همزمان با شروع تغذیه تکمیلی با دوز 1 mg/kg/day حداکثر ۱۵ میلی گرم آهن المنتال (خالص) در روز تقریباً معادل ۱۵ قطره داده می شود.

❖ در کودکان نارس و شیرخوارانی که با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم متولد شده اند، مکمل A+D از ۳-۵ روزگی به میزان ۴۰۰ واحد ویتامین D و ۱۵۰۰ واحد ویتامین A در روز معادل یک سی سی قطره داده می شود. مکمل آهن با دوز 2 mg/day حداکثر ۱۵ میلی گرم آهن المنتال (خالص) در روز تقریباً معادل ۱۵ قطره از زمانی که وزن کودک ۲ برابر وزن هنگام تولد شود (حدود ۲ ماهگی) داده می شود.

❖ در شیرخواران با وزن تولد بسیار کم (کمتر از ۱۵۰۰ گرم) مکمل A+D از ۳-۵ روزگی به میزان ۴۰۰ واحد ویتامین D و ۱۵۰۰ واحد ویتامین A در روز معادل یک سی سی قطره داده می شود. مکمل آهن با دوز $3-4 \text{ mg / kg / day}$ حداکثر ۱۵ میلی گرم آهن المنتال (خالص) در روز تقریباً معادل ۱۵ قطره از زمانی که وزن کودک ۲ برابر وزن هنگام تولد شود (حدود ۲ ماهگی) روزانه داده می شود.

نشانه	طبقه بندی	توصیه ها
• عدم مطابقت با دستورعمل مکمل یاری	مصرف ناقص مکمل های AD / مولتی ویتامین / آهن	⚡ طبق دستورعمل به مادر توصیه کنید مکمل ها را به تعداد مناسب تهیه کند و به مقدار لازم به کودک بدهد ⚡ ۱ هفته پیگیری شود
• مطابقت با دستورعمل مکمل یاری	مصرف کامل مکمل	⚡ طبق دستورعمل مکمل به تعداد لازم داده شود ⚡ طبق دستورعمل نحوه دادن مکمل به مادر آموزش داده شود ⚡ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

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

فصل ۲۰

ارزیابی کودک از نظر وضعیت واکسیناسیون

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

جدول واکسیناسیون کارت مراقبت کودک را با جدول واکسیناسیون برای گروه های سنی مقایسه کنید:	
تولد	• ب.ث.ژ • فلج اطفال خوراکی • هپاتیت ب
۲ ماهگی	• فلج اطفال خوراکی • پنج گانه
۴ ماهگی	• فلج اطفال خوراکی • پنج گانه • فلج اطفال تزریقی
۶ ماهگی	• فلج اطفال خوراکی • پنج گانه • فلج اطفال تزریقی
۱۲ ماهگی	• MMR
۱۸ ماهگی	• فلج اطفال خوراکی • MMR • سه گانه
۶ سالگی	• فلج اطفال خوراکی • سه گانه

تصمیم بگیرید آیا کودک امروز به واکسن نیاز دارد یا باستانی به مادر بگویید چه زمانی برای واکسیناسیون کودکش برگردد. سپس در مورد تغذیه مناسب، پیشگیری از حوادث و سوانح در کودکان و رابطه متقابل کودک و والدین، با مادر مشاوره کنید. توجه: اگر کودک آنقدر حالش خوب است که می تواند به منزل برود، هیچ موردی برای منع واکسیناسیون وجود ندارد.

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

از برنامه واکسیناسیون توصیه شده استفاده کنید.

در مورد کودکانی که در موعد مقرر برای ایمن‌سازی مراجعه نکرده‌اند، بر اساس برنامه و راهنمای ایمن‌سازی ۱۳۹۴ اقدام گردد.

هنگامی که وضعیت واکسیناسیون کودک را کنترل می‌کنید از برنامه توصیه شده کشوری استفاده کنید. به جدول واکسیناسیون در چارت ارزیابی و طبقه‌بندی نگاه کنید.

وقتی کودک در سن مناسب برای واکسیناسیون است واکسن توصیه شده را به او بخورانید یا تزریق کنید. اگر زودتر از موعد واکسیناسیون او انجام شود در این صورت بدن کودک نمی‌تواند بخوبی در مقابل بیماری مقابله نماید. همچنین اگر دیرتر از موعد مناسب واکسینه شود احتمال ابتلا به بیماری در او افزایش می‌یابد. همه کودکان باید واکسن‌های توصیه شده بدو تولد را دریافت کرده باشند. اگر کودک در سن توصیه شده برای واکسیناسیون نیامد، واکسن مورد نیاز را هر زمانی بعد از آن به او بدهید.

موارد منع واکسیناسیون را مشاهده کنید:

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

- تجویز قطره خوراکی فلج اطفال در صورت حضور فردی با نقص سیستم ایمنی اولیه یا اکتسابی در منزل، ممنوع است و باید از IPV استفاده کرد.

- تزریق واکسن MMR در بیماران مبتلا به نقص ایمنی (مانند مبتلایان به بدخیمی، نقص ایمنی مادرزادی، درمان طولانی مدت با داروهای سرکوبگر سیستم ایمنی و دریافت شیمی درمانی) و افراد با سابقه واکنش حساسیتی شدید (مانند آنافیلاکسی) بعد از در قبلی این واکسن، ممنوع است.

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

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

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

از مادر بپرسید آیا کودک کارت واکسیناسیون دارد.

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

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

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

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

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

▪ یک کارت مراقبت به مادر بدهید و از او بخواهید تا هربار که کودکش را به مرکز بهداشتی یا خانه بهداشت می‌آورد آن را همراه داشته باشد.

▪ همانطور که شما وضعیت واکسیناسیون کودک را کنترل کردید، در فرم ثبت واکسن‌هایی را که قبلاً دریافت کرده علامت بزنید و واکسن‌ها و مکمل‌های دارویی را که امروز نیاز دارد در قسمت درمان بنویسید. اگر کودک باید برای واکسیناسیون برگردد، تاریخ مراجعه بعدی را بنویسید.

▪ کودکان با وزن تولد کمتر از ۲ کیلوگرم نیاز به دریافت نوبت اضافی واکسن هپاتیت ب در سن ۱ ماهگی ندارند.

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

نشانه	طبقه‌بندی	توصیه‌ها
• در صورت پاسخ منفی در هر گروه سنی	واکسیناسیون ناقص	◀ کودک را مطابق دستورالعمل کشوری ایمن سازی، واکسینه نمایید. ◀ پس از انجام واکسیناسیون ۲۰ دقیقه کودک در مرکز واکسیناسیون حضور داشته باشد. ◀ توصیه‌های تغذیه‌ای، پیشگیری از حوادث و سوانح و رابطه متقابل مادر و کودک را به مادر ارائه دهید
• مطابقت با جدول واکسیناسیون دارد	واکسیناسیون کامل	◀ مادر را تشویق کنید که در مراقبت‌های بعدی مراجعه کند ◀ مشاوره در خصوص پیشگیری از آسیب‌های کودکان به مادر ارائه شود ◀ کارت مراقبت کودک تکمیل شود و آموزش لازم به مادر ارائه شود ◀ ابزارهای کمکی هر گروه سنی به مادر داده شود و توضیحات لازم به مادر ارائه شود.

١. Nelson Textbook of Pediatrics ١Volume Set ٢٠th Edition ٢٠١٥
٢. Massachusetts Health Quality Partners - MHQP ٢٠١٤
٣. IMCI (INTEGRATED MANAGEMENT OF CHILDHOOD ILLNESS) DISTANCE LEARNING COURSE - Module ٩
٤. Well Child Health Care - Standards in Turkey
٥. A Guide for Monitoring and Evaluating- Child Health Programs
٦. Recommendations for Preventive Pediatric Health Care
٧. A PARENT'S GUIDE TO CHILD CARE
٨. Key national indicators of children's health, development and wellbeing *Indicator framework for A picture of Australia's children 2009*
٩. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline: Examination of the newborn baby
١٠. A Guide for Monitoring and Evaluating Child Health Programs
١١. *Preventive Services for Children and Adolescents Nineteenth Edition/September 2013*
١٢. Developmental delay An information guide for parents – The Royal children's Hospital Melbourne
١٣. activity learning ASQ Ages & Stages Learning Activities by Elizabeth Twombly, M.S. And Ginger Fink, M.A.
١٤. ASQ٣.User`s Guide. Bookmarked
١٥. FENICHEL'S CLINICAL PEDIATRIC NEUROLOGY – ٢٠١٣
١٦. Bayley Scales of Infant and Toddler Development.٣rd Ed.Administration Manual
١٧. Bayley – Scales of infant and Toddler Development Third edition Nancy Bayley
١٨. Fun first foods- NHS ٢٠١٤
١٩. Bright Futures Previsit Questionnaire
٢٠. Essential Nutrition Actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition
٢١. PEDIATRIC NUTRITION
٢٢. Early Childhood_Obesity_Prevention_Policies_FrontMatter – the national academies press washington, DC
٢٣. Comparison of the WHO Child Growth - Standards and the CDC ٢٠٠٠ Growth Charts١
٢٤. Measuring_Progress_in_Obesity_Prevention_Workshop_Report_FrontMatter- – the national academies press washington, DC
٢٥. Practical_Manual_of_Clinical_Obesity_٨th_Edition_Intro
٢٦. Comparison of the World Health Organization (WHO) Child Growth Standards and the National Center for Health Statistics/WHO international growth reference: implications for child health programmes
٢٧. Fun first foods- NHS ٢٠١٤
٢٨. Bright Futures Previsit Questionnaire
٢٩. Essential Nutrition Actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition
٣٠. PEDIATRIC NUTRITION
٣١. Early Childhood_Obesity_Prevention_Policies_FrontMatter – the national academies press washington, DC

۳۲. Comparison of the WHO Child Growth - Standards and the CDC ۲۰۰۰ Growth Charts^۱

۳۳. Measuring_Progress_in_Obesity_Prevention_Workshop_Report_FrontMatter- – the national academies press washington, DC

۳۴. Practical_Manual_of_Clinical_Obesity_^th_Edition_Intro

۳۵. Comparison of the World Health Organization (WHO) Child Growth Standards and the National Center for Health Statistics/WHO international growth reference: implications for child health programmes

۳۶- راهنمای جامع مراقبت های ادغام یافته کودک سالم، گروه مولفین الهام طلاچیان و دیگران به سفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره سلامت کودکان

۳۷- بوکلت و راهنمای مراقبت های ادغام یافته کودک سالم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، اداره سلامت کودکان، ۱۳۸۵

۳۸- مشاوره در مورد تغذیه شیرخوار و کودک خردسال، وزارت بهداشت، ۱۳۸۹

۳۹- حمایت و ترویج تغذیه باشیرمادر در بیمارستان های دوستدار کودک، وزارت بهداشت ۱۳۹۲

۴۰- دستورالعمل کشوری هیپوتیروئیدی

۴۱- دستورالعمل کشوری فنیل کتونوری

۴۲- دستورالعمل کشوری سلامت بینایی

۴۳- دستورالعمل کشوری سلامت شنوایی

۴۴- دستورالعمل کشوری سلامت روان

۴۵- دستورالعمل کشوری کودک آزاری

۴۶- دستورالعمل کشوری فرزندآوری

۴۷- راهنمای ملی مدیریت کودکان با سوء تغذیه

۴۸- دستورالعمل کشوری مکمل یاری کودکان

۴۹- برنامه و راهنمای ایمن سازی مصوب کمیته کشوری ایمن سازی ۱۳۹۴

۵۰- دستورعمل آموزشی برنامه کشوری فعالیت بدنی، دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر، اسفند ۱۳۹۷

۵۱- پیامدها و مشکلات تک فرزندی، گردآوری و تألیف: دکتر نوذر نخعی ، ۱۳۹۴

اسامی گروه تدوین:

۱. ابوالقاسمی دکتر ناریا - MD- MPH - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲. ابراهیمی فرزانه - کارشناس ارشد مامایی - کارشناس کودکان معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۳. اتوکش دکتر حسن - فوق تخصص نفلولوژی کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۴. احمد زاد اصل دکتر مسعود - دکترای تخصصی روان پزشکی و روان درمان گر - عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۵. استوار دکتر افشین - PHD اپیدمیولوژی - مدیر کل دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶. اصفهانی دکتر سید طاهر - فوق تخصص نفلولوژی کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۷. اکرمی دکتر فروزان - PHD پژوهشی اخلاق پزشکی - کارشناس گروه سلامت گوش و شنوایی - دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۸. امیدوار دکتر نسرين - PHD تغذیه - عضو محترم هیئت علمی انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور
۹. امیر جباری شیرین - کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت - کارشناس گروه سلامت گوش و شنوایی - دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۰. امیدنیا سهیلا - کارشناس ارشد مشاوره - MPH - رئیس گروه سلامت اجتماعی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۱. آذری دکتر نادیا - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۱۲. آژنگ دکتر نسرين - MD - کارشناس اداره غدد و متابولیک، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۳. بابایی عباسعلی - کارشناس ارشد تغذیه - کارشناس اداره بیماری های قابل پیشگیری با واکسن - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۴. باشتی شهناز - کارشناسی ارشد مشاوره روانشناسی بالینی - کارشناس اداره قلب و عروق، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۵. باقرصاد دکتر عاطفه - MD - کارشناس اداره ژنتیک، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۶. بخشنده مرضیه - کارشناس ارشد مامایی - MPH - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۷. بدو دکتر رضا شروین - فوق تخصص اعصاب کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱۸. بزرگر دکتر محمد - فوق تخصص اعصاب کودکان - فلوشیپ نورو فیزیولوژی بالینی کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
۱۹. برکاتی سید حامد - متخصص کودکان - مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۰. بناهان منصوره - کارشناس مامایی - کارشناس کودکان معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم
۲۱. بهرامی دکتر منصور - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۲۲. بی طرف دکتر شیما - دندانپزشک
۲۳. پارسای دکتر سوسن - PHD تغذیه - عضو کمیته علمی مشورتی کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر
۲۴. تبریزی دکتر جعفر صادق - PHD مدیریت خدمات بهداشتی درمانی - رئیس مرکز مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۵. تشکری نغمه - کارشناس علوم تغذیه - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۶. توکلی زاده دکتر رضا - فوق تخصص غدد و متابولیسم کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۲۷. جعفری بیدهندی دکتر ناهید - متخصص پزشکی اجتماعی - مدیر گروه مدیریت برنامه های سلامت مرکز مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۸. جنیدی جعفری دکتر احمد - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران - PHD بهداشت محیط - رئیس مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۹. حاتمی زاده دکتر نیکنّا - متخصص کودکان - عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۳۰. حاجبی دکتر احمد - متخصص روان پزشکی - مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۳۱. حاجی ولیزاده دکتر فاطمه - MD - کارشناس برنامه فنیل کتونوری اداره ژنتیک، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۲. حبیب الهی دکتر عباس - فوق تخصص نوزادان - کارشناس اداره سلامت نوزادان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۳. حجت زاده علیه - کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، MPH - کارشناس مسئول اداره قلب و عروق، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۴. حقی دکتر صباحت - فوق تخصص خون و انکولوژی اطفال - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
۳۵. حکیم شوشتری دکتر میترا - روان پزشک کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

۳۶. حیدرآبادی دکتر سیف الله - متخصص کودکان - فلو شیپ تکامل کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
۳۷. حیدرزاده دکتر محمد- فوق تخصص نوزادان- رئیس اداره سلامت نوزادان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۸. خاتمی دکتر غلامرضا - فوق تخصص گوارش کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۳۹. خادم صدیقه - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی - کارشناس دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۴۰. خسروی دکتر نسرین - فوق تخصص نوزادان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۴۱. خوش نواز عاطفه - کارشناس ارشد مامایی - MPH - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۴۲. خوشنویس دکتر نسرین - MD- MPH - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۴۳. درستی دکتر احمدرضا - PHD تغذیه - عضو هیئت علمی دانشکده علوم تغذیه و رژیم شناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴۴. درمنش دکتر بنفشه - فوق تخصص نفرولوژی کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارتش و عضو انجمن نفرولوژی کودکان ایران
۴۵. دلاور دکتر بهرام - متخصص کودکان - بیمارستان بهارلو
۴۶. راوری دکتر محمود - متخصص کودکان - عضو کمیته علمی مشورتی کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر
۴۷. رجوی دکتر ژاله - جراح و متخصص چشم - فوق تخصص اطفال و استرابیسم - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۴۸. رحیمی اعظم دخت - ماما / کارشناس ارشد جمعیت - کارشناس اداره سلامت باروری و جمعیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۴۹. رشیدی جزنی نسرین - کارشناسی مامایی - کارشناس اداره سلامت نوزادان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۰. رهبر دکتر محمد رضا - MD- MPH - مدیر گروه مدیریت نیروی انسانی سطح ۱ مرکز مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۱. زارع پروین - کارشناس ارشد مامایی - MPH - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۲. زارعی دکتر مریم - PHD تغذیه - کارشناس دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۳. زهرایی دکتر سید محسن - متخصص بیماری های عفونی - رئیس اداره بیماری های قابل پیشگیری با واکسن - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۴. زینالو دکتر علی اکبر - فوق تخصص قلب کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۵۵. ساجدی دکتر فیروزه - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۵۶. سجادیپور آرزو - کارشناسی علوم اجتماعی - کارشناس دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۷. سعدوندیان سوسن - کارشناس ارشد علوم بهداشتی در تغذیه - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۸. سلیمانی دکتر فرین - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۵۹. سماوات دکتر اشرف - متخصص کودکان و PHD ژنتیک پزشکی - رئیس اداره ژنتیک، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶۰. سموات دکتر طاهره - دکترای تخصصی قلب و عروق - MPH - کارشناس مسئول اداره قلب و عروق، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶۱. سیاری دکتر علی اکبر - فوق تخصص گوارش کودکان - عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۶۲. شریعت پناهی غزال - متخصص کودکان - دارای برد تخصصی کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران - رئیس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶۳. شریفی یزدی مریم - کارشناس ارشد آموزش پزشکی - کارشناس گروه مدیریت نیروی انسانی سطح ۱ مرکز مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶۴. شریفی فاطمه - کارشناس ارشد آموزش و ارتقا سلامت - کارشناس مامایی - کارشناس کودکان معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۶۵. شکبیا دکتر مرجان - فوق تخصص غدد و متابولیسم کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۶۶. شمس دکتر بهزاد - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
۶۷. شهشهانی دکتر سهیلا - متخصص کودکان - عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۶۸. صافی دکتر ساره - دکترای پژوهشی بینایی سنجی مرکز تحقیقات چشم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی - کارشناس گروه سلامت چشم و پیشگیری از نابینایی - دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶۹. صالحی مازندرانی دکتر فروزان - MD- MPH - معاون دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۷۰. صمد زاده دکتر حمید - دندانپزشک - مشاور معاون بهداشت و رئیس اداره سلامت دهان و دندان - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۷۱. طالبی دکتر سعید - متخصص کودکان و PHD ژنتیک پزشکی - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۷۲. طلاچیان دکتر الهام - فوق تخصص گوارش کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

۷۳. طغیانی راهله - کارشناس ارشد مامایی - MPH باروری- رئیس گروه سلامت کودکان و نوجوانان معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
۷۴. عبداللهی دکتر زهرا - PHD تغذیه - مدیر دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۷۵. عرب گل دکتر فریبا - فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۷۶. عزالدین زنجانی دکتر ناهید - متخصص کودکان- مدیر عامل انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر - عضو کمیته علمی مشورتی کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر
۷۷. عطایی دکتر نعمت الله - فوق تخصص نفرولوژی کودکان- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و عضو انجمن نفرولوژی کودکان ایران
۷۸. علایی دکتر شهناز - MD- MPH - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۷۹. علایی دکتر محمد رضا - فوق تخصص غدد و متابولیسم کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۸۰. عنصلیب پرنیان - ماما / کارشناس ارشد آموزش پزشکی - کارشناس اداره سلامت باروری و جمعیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۸۱. عیسی تفرشی دکتر رویا - فوق تخصص قلب کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۸۲. فاضل دکتر مجتبی- فوق تخصص نفرولوژی کودکان- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و عضو انجمن نفرولوژی کودکان ایران
۸۳. فرانوش دکتر محمد - فوق تخصص خون و انکولوژی اطفال - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۸۴. فرسار دکتر احمد رضا - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۸۵. فراهادی مهندس محسن - معاون فنی بهداشت محیط - مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۸۶. فریور دکتر خلیل - متخصص کودکان - عضو کمیته علمی مشورتی کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر
۸۷. فقیهی فرشته - کارشناس ارشد پرستاری - MPH - کارشناس گروه مدیریت برنامه های سلامت مرکز مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۸۸. قدیمی شیدا - کارشناس مامایی - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۸۹. قرائی دکتر بنفشه - دکترای تخصصی روان درمانی و روانشناس بالینی - عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۹۰. کلاتری دکتر ناصر - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۹۱. گورانی مهندس علی - کارشناس مسئول بهداشت محیط - مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۹۲. لرنژاد دکتر حمید رضا - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۹۳. الله وردی دکتر بهار - فوق تخصص گوارش کودکان - عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۹۴. مجتهدی دکتر سید یوسف - فوق تخصص نفرولوژی کودکان- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و رئیس انجمن نفرولوژی کودکان ایران - سرپرست کار گروه تدوین راهنمای غربالگری فشار خون در کودکان
۹۵. محقق دکتر پریرسا - فوق تخصص نوزادان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۹۶. محمدی دکتر سید فرزاد - جراح و متخصص چشم - فوق تخصص قرنیه - عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات چشم پزشکی ترجمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران - رئیس گروه سلامت چشم و پیشگیری از نابینایی دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۹۷. محمودی دکتر سوسن - متخصص کودکان- کارشناس اداره بیماری های قابل پیشگیری با واکسن - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۹۸. محمودی قرائی دکتر جواد - فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان - عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۹۹. محمودیان دکتر سعید - PHD شنوایی شناسی - رییس گروه سلامت گوش و شنوایی دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رئیس مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت در تحقیق و آموزش کم شنوایی و ناشنوایی
۱۰۰. مرادی دکتر محمد - دکترای آموزش بهداشت - کارشناس اداره قلب و عروق ، مدیر برنامه فعالیت بدنی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۰۱. مرنندی دکتر علیرضا - فوق تخصص نوزادان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۱۰۲. مطلق دکتر محمد اسماعیل - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز - مشاور معاون بهداشت و سرپرست دفتر مدیریت و کاهش خطر بلایا
۱۰۳. مظهری مهندس مریم- کارشناس بهداشت محیط - مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۰۴. معراجی پور طاهره- کارشناس بهداشت عمومی- کارشناس گروه سلامت چشم و پیشگیری از نابینایی -دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر -وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۰۵. موسوی فاطمی دکتر نادره - PHD سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی- کارشناس اداره سلامت دهان و دندان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۰۶. مهدوی نیا دکتر سهیلا- فوق تخصص نفرولوژی کودکان- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و عضو انجمن نفرولوژی کودکان ایران

۱۰۷. مهدوی هزاوه دکتر علیرضا - MD- MPH - رئیس اداره قلب و عروق، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۰۸. میرسید علیان منیرالسادات - کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۰۹. مینایی دکتر مینا - PHD تغذیه - کارشناس دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۱۰. وامقی دکتر روشنگر - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
۱۱۱. وفا دکتر محمد رضا - PHD تغذیه - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۱۱۲. وکیل زاده دکتر شراره - دندانپزشک - کارشناس اداره سلامت دهان و دندان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۱۳. ولیزاده مهندس بهزاد - کارشناس ارشد بهداشت محیط - مسئول دبیرخانه کاهش و کنترل دخانیات - مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۱۴. هومن دکتر نکیسا - فوق تخصص نفرولوژی کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و دبیر انجمن نفرولوژی کودکان ایران
۱۱۵. الهی مهندس طویه - کارشناس مسئول بهداشت محیط - مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۱۶. یادگاری دکتر فریبا - دکترای تخصصی گفتاردرمانی - عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۱۱۷. یار احمدی دکتر شهین - متخصص بیماری های غدد درون ریز و متابولیسم - رئیس اداره غدد و متابولیک، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۱۸. یآوری سمیرا - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی - کارشناس دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۱۹. یزدان پناه راوری دکتر مهدیه - MD- MPH - کارشناس اداره سلامت باروری و جمعیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



