

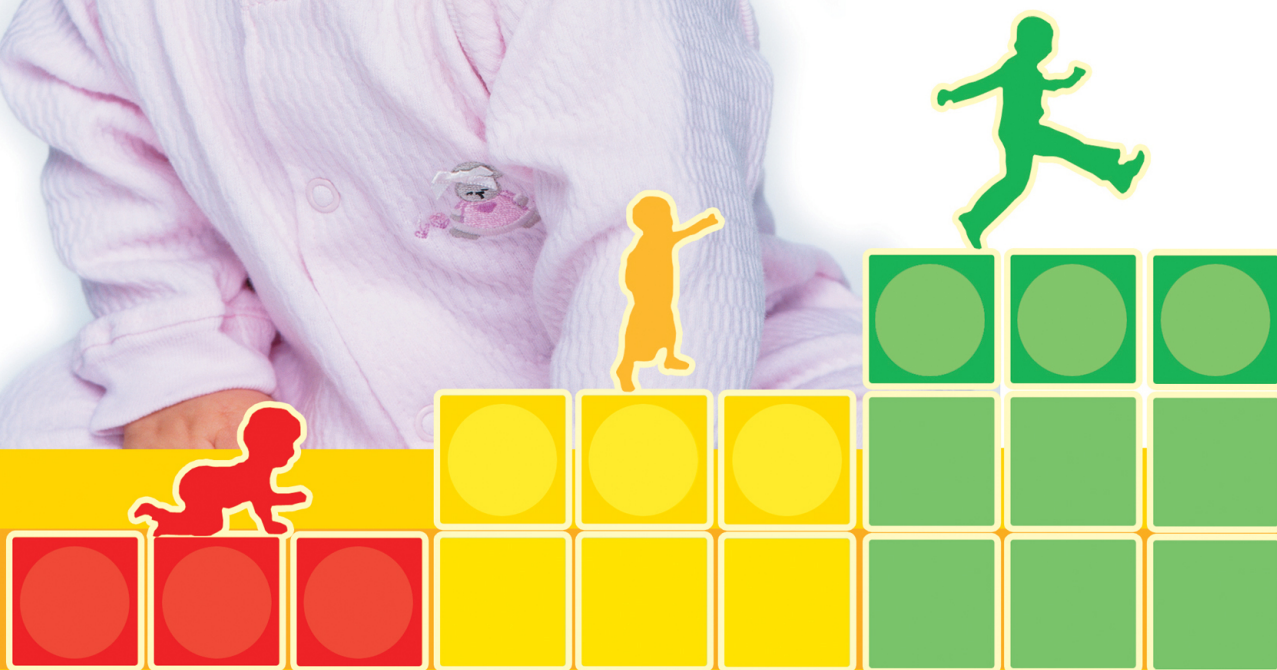


وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
اداره سلامت کودکان

راهنمای جامع

مراقبت‌های
ادغام‌یافته

کودک سالم



مجموعه‌ای از اصول، راهکارها و اقداماتی برای ارتقای سلامت کودکان ایرانی

ارزیابی کودک . غربالگری‌ها . اصول رژیم غذایی سالم . مراقبت و ارتقای سلامت

مراقبت تغذیه‌ای . ارتقای ایمنی و پیشگیری از آسیب‌ها



راهنمای جامع مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم / مولف گروه مولفین الهام طلاچیان...[و دیگران]. [به سفارش] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره سلامت کودکان.
قم: اندیشه ماندگار، ۱۳۹۳. مشخصات ظاهری: ۳۹۲ص: مصور(رنگی)، جدول(رنگی)، نمودار(رنگی)؛ ۲۲ × ۳۹سم.
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۷۸۲-۱۵-۷
وضعیت فهرست نویسی: فیپا
یادداشت: مولفین الهام طلاچیان، علی بیداری، سید حامد برکاتی، عباس حبیب‌الهی، حمیدرضا لرنژاد و ...
موضوع: کودکان -- بهداشت
شناسه افزوده: طلاچیان، الهام، ۱۳۴۵ -
رده بندی کنگره: ۱۳۹۳ ۱۷/۱۰ RJ
رده بندی دیویی: ۶۱۳/۰۴۳۲
شماره کتابشناسی ملی: ۳۴۶۱۶۲۰

راهنمای جامع مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم

طراحی: خانه چاپ و گرافیک سحر

ناشر: اندیشه ماندگار

چاپ: اول - تابستان ۱۳۹۳

تیراژ: ۲۰۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۷۸۲-۱۵-۷

گروه مولفین: (دکتر الهام طلاچیان، دکتر علی بیداری

دکتر سید حامد برکاتی، دکتر عباس حبیب‌الهی، دکتر حمیدرضا لرنژاد و ...)



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

کلیه حقوق مادی و معنوی این کتاب متعلق به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - اداره سلامت کودکان می‌باشد. استفاده از مطالب کتاب با ذکر منبع بلامانع است.

راهنمای جامع
مراقبت‌های ادغام یافته
کودک سالم

گروه مؤلفین (به ترتیب حروف الفبا):

- ابوالقاسمی دکتر ناریا، پزشک، MPH، اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- اصغری دکتر علی محمد، متخصص گوش، حلق و بینی، فلوشیپ گوش، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- افشار خاص دکتر لادن، فوق تخصص اعصاب کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- برکاتی دکتر سید حامد، متخصص کودکان، رئیس اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- بیداری دکتر علی، فوق تخصص روماتولوژی، دانشیار طب اورژانس دانشگاه علوم پزشکی ایران
- بی طرف دکتر شیما، دندان پزشک
- تشکری نغمه، کارشناس علوم تغذیه، اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- توسلی دکتر آریتا، فوق تخصص اعصاب کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- جالسی دکتر مریم، متخصص گوش، حلق و بینی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- حبیب الهی دکتر عباس، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی وزارت بهداشت و کارشناس اداره سلامت نوزادان
- حکیم شوشتری دکتر میترا، روان پزشک کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- خسروی دکتر نسترن، فوق تخصص نوزادان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- سماوات دکتر اشرف، متخصص کودکان، PHD ژنتیک، رئیس اداره ژنتیک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- سلطان سنجر دکتر مصطفی، چشم پزشک، فلوشیپ نوروفتالمولوژی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- شهشهانی دکتر سهیلا، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- طاهری دکتر مجذوبه، متخصص کودکان، کارشناس اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس
- طلاچیان دکتر الهام، فوق تخصص گوارش کودکان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- فرهادی دکتر محمد، متخصص گوش، حلق و بینی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- فریور دکتر خلیل، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی و مشاور مدیر کل دفتر سلامت خانواده
- لرنژاد دکتر حمیدرضا، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی وزارت بهداشت و کارشناس اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- محمودیان سعید، متخصص ادیولوژی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- مطلق دکتر محمد اسماعیل، متخصص کودکان، مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اعضای کمیته‌ی مشورتی علمی، اجرایی (به ترتیب حروف الفبا):

- اتوکش دکتر حسن، فوق تخصص کلیه کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- احمد آبادی دکتر فرزاد، فوق تخصص اعصاب کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
- اشرفی دکتر محمود رضا، فوق تخصص اعصاب کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- افسری معصومه، کارشناس و روانشناسی بالینی، اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- اکرمی فروزان، کارشناس ارشد مامایی، اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- امیدوار دکتر نسرين، PHD تغذیه، عضو هیأت علمی انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور
- امین پور دکتر آزاده، PHD تغذیه، عضو هیأت علمی انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور
- انتظاری دکتر عباس، متخصص پزشکی اجتماعی، عضو هیأت علمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاون

مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

- انصاری دکتر شهلا، فوق تخصص خون کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- اهدائی وند دکتر فرناز، متخصص زنان و زایمان، مدیر گروه سلامت خانواده دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- ایمان زاده دکتر فرید، فوق تخصص گوارش کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- باستانی دکتر پروین، دندان پزشک، کارشناس بهداشت دهان و دندان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- بدو دکتر رضا شروین، فوق تخصص اعصاب کودکان، معاون آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان
- بهرامی دکتر منصور، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- پولادفر دکتر غلامرضا، فوق تخصص عفونی کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی فارس
- حاتمی زاده دکتر نیکتا، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- حاتمی دکتر گیسو، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
- حاجبی دکتر احمد، متخصص روان پزشکی، رئیس اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- حیدر زاده دکتر محمد، فوق تخصص نوزادان، رئیس اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- خاتمی دکتر غلامرضا، فوق تخصص گوارش کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- خادمیان دکتر مجید، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- خاکشور دکتر علی، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
- خزاعی دکتر سیهلا، فوق تخصص عفونی کودکان، عضو هیأت علمی وزارت بهداشت و کارشناس اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- خواجه دکتر علی، فوق تخصص اعصاب کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی سیستان و بلوچستان
- خوارزمی دکتر عبدالعلی، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان رضوی
- خوشنواز عاطفه، کارشناس ارشد مامایی، اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- خوشنویسان دکتر محمد حسین، متخصص دندان پزشکی اجتماعی، رئیس اداره سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دانایی دکتر نوید، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان
- دلبرپور احمدی شهناز، کارشناس ارشد مدیریت دولتی، کارشناس مسئول برنامه کودکان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- راوری دکتر محمود، متخصص کودکان، عضو کمیته کشوری شیر مادر
- ربانی دکتر علی، فوق تخصص غدد کودکان، دبیر کمیته سیاست گذاری و ارزشیابی رشته تخصصی کودکان و ریاست مرکز طبی کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران
- رزاقی آذر دکتر مریم، فوق تخصص غدد کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- رضایی دکتر مرتضی، فوق تخصص عفونی کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان
- ریاضی دوست آذر، کارشناس ارشد مامایی، مدیر گروه سلامت خانواده دانشگاه علوم پزشکی سمنان
- زارع پروین، کارشناس ارشد مامایی، کارشناس مسئول برنامه کودکان دانشگاه علوم پزشکی فارس
- زارعی مریم، کارشناس ارشد تغذیه، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- زهرایی دکتر سید محسن، متخصص عفونی، رئیس اداره مبارزه با بیماری های قابل پیشگیری با واکسن و قرنطینه
- زیادلو طاهره، کارشناس روان شناسی بالینی، اداره ژنتیک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ساجدی نژاد دکتر سیما، متخصص اپیدمیولوژی، دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران

- ساکت دکتر ساسان، فوق تخصص مغز و اعصاب کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان
- سعدوندیان سوسن، کارشناس ارشد تغذیه، اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- سلطانی شیرین، کارشناس مامایی، کارشناس مسئول برنامه کودکان دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان
- سیاری دکتر علی اکبر، فوق تخصص گوارش کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مدیر گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- شریعتی دکتر محمد، متخصص پزشکی اجتماعی، قائم مقام معاون بهداشتی وزارت بهداشت و رئیس مرکز مدیریت توسعه شبکه
- شکبیا دکتر علی محمد، فلوشیپ قلب کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی فسا
- شمس دکتر بهزاد، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- شهیدی دکتر محسن، فوق تخصص قلب کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان
- شیبانی دکتر مریم، پزشک عمومی، کارشناس مسئول برنامه کودکان دانشگاه علوم پزشکی سمنان
- صحافی دکتر فرزانه، پزشک عمومی، کارشناس مسئول برنامه کودکان دانشگاه علوم پزشکی مشهد
- صفائی اصل دکتر افشین، فوق تخصص نفرولوژی کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان
- صفری دکتر مژگان، فوق تخصص آلرژی و ایمونولوژی بالینی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان
- صمدزاده دکتر حمید، دندان پزشک، کارشناس اداره سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- طغیانی راهله، کارشناس ارشد مامایی، کارشناس مسئول برنامه کودکان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- عبداللهی دکتر زهرا، PHD تغذیه، سرپرست دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- عزالدین زنجانلی دکتر ناهید، متخصص کودکان، مدیر عامل انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر
- عصایی مهندس سید عنایت الله، کارشناس ارشد بهداشت محیط، مدیر بهداشت و تغذیه دفتر نمایندگی یونسف در جمهوری اسلامی ایران

- عقدک دکتر پژمان، پزشک - MPH، مدیر گروه سلامت خانواده دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- علایی دکتر شهناز، پزشک عمومی، اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- علیزاده طاهری دکتر پیمان، فوق تخصص نوزادان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- فتاحی بیات دکتر غلامعلی، فوق تخصص نوزادان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مرکزی
- فرسار دکتر احمدرضا، متخصص کودکان، معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- فرهمند دکتر فاطمه، فوق تخصص گوارش کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- فریور مریم، کارشناس ارشد جمعیت شناسی، اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- فلاحی دکتر غلامحسین، فوق تخصص گوارش کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- فولادی نژاد دکتر مهناز، فوق تخصص نوزادان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- قدس دکتر الهه، PHD تغذیه، کارشناس مادر و کودک دانشگاه علوم پزشکی سمنان
- قدمی شیلا، کارشناس مامایی، اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- کارگر دکتر محمدحسن، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- کرمی یار دکتر محمد، فوق تخصص عفونی کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
- کلانتری دکتر ناصر، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی انیستیتو علوم تغذیه و صنایع غذایی کشور
- کیخسروی دکتر عقیل اله، فلوشیپ نفرولوژی کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار
- کیهانی دوست دکتر زرین تاج، فوق تخصص اعصاب کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

- لباف قاسمی دکتر محمدرضا، متخصص بیماری‌های عفونی و گرمسیری، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و قائم مقام دبیر شورای آموزش پزشکی عمومی
- محمد پورمیر دکتر علی، فوق تخصص عفونی کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل
- محمودی دکتر سوسن، متخصص کودکان، کارشناس اداره مبارزه با بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن و قرنطینه
- مرادی سهیلا، کارشناس مامایی، مدیر گروه سلامت خانواده دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان
- مرادی دکتر فریبا، متخصص پزشکی اجتماعی، مدیر گروه سلامت خانواده دانشگاه علوم پزشکی فارس
- مرنندی دکتر علیرضا، فوق تخصص نوزادان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، رئیس فرهنگستان علوم پزشکی ایران
- مشاری دکتر جلیل، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- مظفری دکتر رامین، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات رشد و سلامت کودک
- معصومی اصل دکتر حسین، فوق تخصص عفونی کودکان، رئیس اداره بیماری‌های منتقله از آب و مواد غذایی و عفونت‌های بیمارستانی
- ممتاز منش دکتر نادر، فوق تخصص خون و انکولوژی کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و رئیس مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی
- موحیدیان دکتر امیرحسین، فوق تخصص قلب کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان
- موسوی فاطمی دکتر نادره، دندان‌پزشک، کارشناس اداره سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- موحیدی عباس، کارشناس ارشد مدیریت خدمات بیمارستانی، کارشناس مسئول برنامه کودکان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- مؤمن زاده دکتر عباس، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- مؤمن دکتر علی‌اکبر، فوق تخصص اعصاب کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی خوزستان
- مهربان دکتر علیرضا، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
- میرسید علیان منیر السادات، کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- مینایی مینا، کارشناس ارشد تغذیه، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- نکویی دکتر بابک، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کهکیلویه و بویراحمد
- نمکین دکتر کوکب، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند
- نیکفر دکتر قاسم، فوق تخصص غدد کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی فسا
- نیلفروشان دکتر محمدعلی، متخصص کودکان عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- وامقی دکتر روشنگر، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- وحیدی دکتر علی‌اصغر، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- وزیریان دکتر شمس، فوق تخصص بیماری‌های کلیوی و مجاری ادرار کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
- وفا دکتر محمدرضا، PHD تغذیه، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- وکیل‌زاده دکتر شراره، دندان‌پزشک، کارشناس مسئول بهداشت دهان و دندان دانشگاه علوم پزشکی تهران
- هراتی‌پور دکتر حسین، متخصص کودکان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
- همایون‌نفر نسرین، کارشناس ارشد مامایی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
- یارپرور مهندس امیرحسین، کارشناس ارشد تغذیه کودک، دفتر نمایندگی یونسف در جمهوری اسلامی ایران

مقدمه	۱۳
بخش اول - مراقبت سلامت	
فصل اول - ویزیت‌های مراقبت سلامت	۱۷
ویزیت قبل از تولد	۲۱
شیرخواری: ویزیت نوزادی	۲۸
شیرخواری: ویزیت روز سوم تا پنجم و روز پانزدهم	۴۳
شیرخواری: ویزیت ۱ ماهگی	۴۹
شیرخواری: ویزیت ۲ ماهگی	۵۴
شیرخواری: ویزیت ۴ ماهگی	۵۹
شیرخواری: ویزیت ۶ و ۷ ماهگی	۶۴
شیرخواری: ویزیت ۹ ماهگی	۷۰
اوایل کودکی: ویزیت ۱۲ ماهگی	۷۵
اوایل کودکی: ویزیت ۱۵ ماهگی	۸۰
اوایل کودکی: ویزیت ۱۸ ماهگی	۸۴
اوایل کودکی: ویزیت ۲ سالگی	۸۹
اوایل کودکی: ویزیت ۲/۵ سالگی	۹۴
اوایل کودکی: ویزیت ۳ سالگی	۹۸
اوایل کودکی: ویزیت ۴ سالگی	۱۰۲
اواسط کودکی: ویزیت ۵ و ۶ سالگی	۱۰۷
اواسط کودکی: ویزیت ۷ و ۸ سالگی	۱۱۵
فصل دوم - ارزیابی‌های کودک	
ارزیابی رشد و تکامل کودک	۱۲۳
کنترل کودک از نظر وزن	۱۲۵
کنترل کودک از نظر قد	۱۲۸
کنترل کودک از نظر محیط میانی دور بازو	۱۳۲
تفسیر شاخص‌های رشد	۱۳۶
مشاهده‌ی کودک و ثبت علائم بالینی ماراسموس و کواشیورکور	۱۳۶
کنترل کودک از نظر دور سر	۱۴۰
ارزیابی تکامل (ASQ)	۱۳۹
ارزیابی شنوایی کودک	۱۴۱
مراحل ارزیابی کودک	۱۴۶
ارزیابی بینایی کودک	۱۴۶
معاینه‌ی خارجی	۱۵۲
اختلالات انکساری	۱۵۴
اشک‌ریزش	۱۵۴
آسیب‌های چشم ناشی از ضربه	۱۵۶
قرنیه	۱۵۶

مردمک	۱۵۶
طبقه‌بندی وضعیت بینایی	۱۵۶
ارزیابی دهان و دندان کودک	۱۵۸
کنترل و طبقه‌بندی کودکان کوچک‌تر از ۲ سال از نظر وضعیت دهان و دندان	۱۵۸
کنترل و طبقه‌بندی کودکان بزرگ‌تر از ۲ سال از نظر وضعیت دهان و دندان	۱۶۳
مشاوره با مادر در مورد سلامت دهان و دندان	۱۷۰
ارزیابی ژنتیکی کودک	۱۸۴
پرسش‌نامه‌ی غیرپزشک (پرستار/کارشناس یا کاردان بیماری‌ها)	۱۸۴
پرسش‌نامه‌ی پزشک	۱۸۶

فصل سوم- غربالگری‌ها	۱۸۹
غربالگری‌های همگانی	۱۹۱
غربالگری‌های انتخابی	۱۹۲
ضمائم	۱۹۹
ضمیمه‌ی ۱- رویدادهای مهم تکاملی	۲۰۱
ضمیمه‌ی ۲- تعامل	۲۰۴
ضمیمه‌ی ۳- تکنیک‌های آرام کردن کودکان	۲۰۵
ضمیمه‌ی ۴- غربالگری‌ها	۲۰۶
ضمیمه‌ی ۵- منحنی‌های رشد	۲۰۸
ضمیمه‌ی ۶- برنامه‌ی ایمن‌سازی کودکان	۲۲۷
ضمیمه‌ی ۷- فرم مشاهده‌ی شیردهی	۲۲۷
ضمیمه‌ی ۸- فرم غربالگری زودرس تغذیه با شیر مادر	۲۲۸

بخش دوم - تغذیه

فصل اول - مقدمه	۲۴۵
اصول رژیم غذایی سالم	۲۴۸
مشاوره‌ی تغذیه	۲۵۴

فصل دوم- مراقبت تغذیه‌ای	۲۵۷
شیرخواری	۲۵۹
اوایل کودکی (۴-۱ سالگی)	۲۶۷
اواسط کودکی	۲۷۲

فصل سوم- مباحث تغذیه‌ای	۲۷۷
هیپرلیپیدمی	۲۷۹
هیپرتانسیون	۲۸۱
آنمی فقر آهن	۲۸۳
ضمائم	۲۸۷
ضمیمه‌ی ۱- شاخص‌های کلیدی مخاطرات تغذیه‌ای	۲۸۹

ضمیمه ی ۲- راهنمایی هایی برای ارتقای ایمنی غذا ۲۹۱

بخش سوم- ارتقای سلامت

فصل اول- ارتقای تکامل کودک ۲۹۳

ارتقای تکامل کودک: شیرخواری- تولد تا ۱۱ ماهگی ۲۹۵

ارتقای تکامل کودک: اوایل کودکی - ۱ تا ۴ سالگی ۲۹۹

ارتقای تکامل کودک: اواسط کودکی - ۵ تا ۱۰ سالگی ۳۰۴

فصل دوم- ارتقای سلامت روان ۳۰۵

ارتقای سلامت روانی و هیجانی: شیرخواری- تولد تا ۱۱ ماهگی ۳۰۷

ارتقای سلامت روانی و هیجانی: اوایل کودکی - ۱ تا ۴ سالگی ۳۱۱

ارتقای سلامت روانی و هیجانی: اواسط کودکی - ۵ تا ۱۰ سالگی ۳۱۳

فصل سوم- ارتقای وزن سالم ۳۱۷

اضافه وزن و چاقی ۳۱۹

ارتقای وزن سالم: شیرخواری- تولد تا ۱۱ ماهگی ۳۲۴

ارتقای وزن سالم: اوایل کودکی - ۱ تا ۴ سالگی ۳۲۴

ارتقای وزن سالم: اواسط کودکی - ۵ تا ۱۰ سالگی ۳۲۴

فصل چهارم- ارتقای تغذیه ی سالم ۳۲۵

اجزای ضروری تغذیه ۳۲۷

ارتقای تغذیه ی سالم: قبل از بارداری و دوران قبل از تولد ۳۲۷

ارتقای تغذیه ی سالم: شیرخواری- تولد تا ۱۱ ماهگی ۳۲۸

ارتقای تغذیه ی سالم: اوایل کودکی - ۱ تا ۴ سالگی ۳۳۳

ارتقای تغذیه ی سالم: اواسط کودکی - ۵ تا ۱۰ سالگی ۳۳۴

فصل پنجم- ارتقای فعالیت جسمی ۳۳۷

ارتقای فعالیت جسمی: شیرخواری - تولد تا ۱۱ ماهگی ۳۳۹

ارتقای فعالیت جسمی: اوایل کودکی - ۱ تا ۴ سالگی ۳۴۰

ارتقای فعالیت جسمی: اواسط کودکی - ۵ تا ۱۰ سالگی ۳۴۰

فصل ششم- ارتقای سلامت دهان ۳۴۳

ارتقای سلامت دهان: شیرخواری - تولد تا ۱۱ ماهگی ۳۴۶

ارتقای سلامت دهان: اوایل کودکی - ۱ تا ۴ سالگی ۳۴۷

ارتقای سلامت دهان: اواسط کودکی - ۵ تا ۱۰ سالگی ۳۴۸

فصل هفتم - ارتقای ایمنی و پیش گیری از آسیب ها ۳۵۱

تکامل و ایمنی کودک ۳۵۳

مشاوره ی ایمنی و پیش گیری از آسیب ها ۳۵۳

۳۵۳	ارتقای ایمنی و پیش‌گیری از آسیب‌ها: شیرخواری _ تولد تا ۱۱ ماهگی
۳۵۴	ارتقای ایمنی و پیش‌گیری از آسیب‌ها: اوایل کودکی _ ۱ تا ۴ سالگی
۳۵۴	ارتقای ایمنی و پیش‌گیری از آسیب‌ها: اواسط کودکی _ ۵ تا ۱۰ سالگی
۳۵۷	منابع انگلیسی
۳۸۱	منابع فارسی
۳۸۳	آلبوم تصاویر

هر کودکی، ...

هر کودکی، شایسته‌ی آن است که خوب متولد شود.

هر کودکی، شایسته‌ی آن است که در خانه‌ی امنی از نظر جسمی و روانی، رشد و تکامل یابد و محیط مدرسه‌ی او، عاری از خطرات، آسیب‌ها و تماس با سموم محیطی باشد.

هر کودکی، شایسته‌ی آن است که در خانواده‌ای پرورش یابد و حامیانی داشته باشد که امنیت را برایش به ارمغان آورند؛ الگوی مثبتی برایش باشند؛ با گرمی و عشق با او برخورد کنند و پذیرش بی‌قید و شرط او را داشته باشند. سلامت والدین، آغازگر سلامت کودک است.

هر کودکی، شایسته‌ی آن است که شاد زندگی کند؛ اعتماد به نفس داشته باشد؛ دوستانی داشته باشد؛ احساس مفید بودن داشته باشد و باور کند که می‌تواند در زندگی به موفقیت دست یابد.

هر کودکی، نیازمند خانه، تغذیه‌ی خوب، آموزش همراه با کیفیت قابل قبول، درمان مناسب خانواده، شبکه‌ی اجتماعی حمایت‌گر و دستیابی به منابع اجتماع است.

هر کودکی، شایسته‌ی آن است که دستیابی به مراقبت‌های پیش‌گیری، ارتقای سلامت و درمان طبی، سلامت روان و سلامت دهان را داشته باشد. چنین مراقبتی، از طریق ارتباط مداوم با مراقبین بهداشتی اولیه و دستیابی به مراقبت ثانویه تأمین می‌شود.

هو الحکیم

کودکان، سرمایه‌های اصلی و آینده سازان کشور عزیز ما هستند. تأمین، حفظ و ارتقای سلامت کودکان، مسئولیت دولت، سازمان‌ها، اجتماع، والدین و البته خود کودکان است. برای بسیاری از خانواده‌ها و کودکانشان هر روز جدید، فرصتی برای خودباوری بیش‌تر، تقویت سلامت و ارتقای اعتماد به نفس است. برخی دیگر از کودکان، علیرغم این که سالم به دنیا آمده‌اند و سالم هستند، در وضعیت بهداشتی خوبی نیستند، خطرات بالقوه زیادی تهدیدشان می‌کند و دانش و امکانات والدین آن‌ها برای مواجهه با این مشکلات محدود است. کودکان این خانواده‌ها، نیاز به توجه، تشویق و مداخله‌ی به موقع توسط نظام سلامت و مراقبین بهداشتی را از بسیاری جهات دارند تا جسم، روان، احساسات و نگرش سالمی داشته باشند و به بزرگسالانی توانمند و با صلاحیت تبدیل شوند. هدف از برنامه ملی "مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم"، حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مطلوب و پاسخ به بخش عمده‌ای از نیازهای پیش‌گیری شیرخواران و کودکان است. کودکان، گروه حساس و آسیب‌پذیری بوده و نیاز به خدمات با کیفیت سلامت دارند و شایسته بالاترین کیفیت مراقبت‌های بهداشتی می‌باشند. البته برای رسیدن به این هدف، در کنار دانش پزشکی و تخصصی، همکاری کارمندان بهداشتی، مراقبین و خانواده‌ها ضرورت دارد. تمام کسانی که از کودکان مراقبت می‌کنند در اجرای این برنامه نقش دارند تا در تمام کشور مراقبت یکسان، قابل قبول و با کیفیت بالا ارائه شود.

کتاب مراقبت کودک سالم به عنوان بخشی از "برنامه مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم" مجموعه‌ای از اصول، راه‌کارها و اقدامات برای حفظ و ارتقای سلامت کودکان ایرانی است که مؤثرترین روش‌های پیشگیری برای سلامت کودک را نیز در نظر گرفته است. این کتاب به همت اداره سلامت کودکان معاونت بهداشت و با مدیریت سرکار خانم دکتر الهام طلاچیان عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران و همکاری بیش از ۱۰۰ نفر از اعضای هیئت علمی، اساتید فرهیخته و صاحب نام طب کودکان و کارشناسان سلامت کودکان ستاد وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور تدوین گردیده است. با توجه به کمبود منابع معتبر ملی، این کتاب فرصت مغتنمی را برای دانشجویان و دستیاران بخش‌های اطفال فراهم می‌سازد تا در کنار توجه به درمان کودکان بیمار و مطالعه بر روی بیماری‌ها و سندروم‌های شایع و نادر، مراقبت صحیح از کودکان سالم را نیز بیاموزند. این کتاب در حقیقت بخش آموزش دانشگاهی "برنامه ملی مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم" است که در کوریکولوم آموزشی کارآموزان و کارورزان دوره پزشکی عمومی و دوره تخصصی کودکان پیش‌بینی گردیده است. از آن جایی که هر اثر علمی نیازمند بازنگری و ارتقا می‌باشد؛ از معاونت محترم بهداشتی انتظار داریم، در برنامه‌ای مدون، طی هر ۳ تا ۵ سال ارتقای محتوای این کتاب را بر اساس آخرین دست‌آوردهای علمی و با مشارکت اعضای هیأت علمی گروه‌های کودکان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور پی‌گیری نمایند تا در کنار منابع مربوط به بیماری‌های کودکان، مرجع ملی مراقبت از کودک سالم نیز همواره به روز و در دسترس دانشجویان و دستیاران گروه‌های مرتبط باشد.

دکتر سید حسن هاشمی
وزیر

رویکرد به کودک و سلامتی او، اولویتی همیشگی است. توجه به کودکان در واقع ارزشمندترین سرمایه هر کشوری در جهت نیل به توسعه پایدار است. این توجه باید عادلانه باشد و به آن‌ها که نیازمندترند، توجه بیشتری شود. سلامت جزئی از حقوق اولیه هر یک از کودکان است. کودکانی که اگر امروز به توانمندی‌های جسمی و ذهنی خود نرسند فردا برایشان دیر است. تلاش برای ارتقاء سلامت کودکان از سال‌ها پیش در کشور آغاز شد. خدمات سلامت و بهداشت کودکان در کنار خدمات سلامت مادران از حدود ۷۵ سال قبل در کشور ما شروع شد. این خدمات با راه‌اندازی شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در سال ۱۳۶۳ و قرار گرفتن مراقبت‌های بهداشتی مادر و کودک به عنوان یکی از اجزای اصلی آن از چارچوب و ساز و کار مشخص برخوردار شد. تا سال ۱۳۷۹ کنترل بیماری‌های اسهالی، کنترل عفونت‌های تنفسی، ترویج تغذیه با شیر مادر و راه‌اندازی بیمارستان‌های دوستدار کودک، احیای نوزادان، آموزش کارکنان بهداشتی برای مراقبت از کودکان، شناخت کودکان بیمار و در معرض خطر و ارجاع آنان به سطوح بالاتر، اجزای اصلی مراقبت‌های بهداشتی کودکان را تشکیل می‌داد. در سال‌های اخیر پوشش خوب مراقبت‌های بهداشتی اولیه، دستاوردهای قابل توجهی در زمینه سلامت کودکان به همراه داشته است. از سال ۱۳۷۹ تا به امروز تغییراتی در سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت کودکان کشور رخ داد و برنامه‌هایی به آن اضافه شد. تغییرات عمده در فرآیند ارائه خدمات به کودکان از اوایل دهه ۸۰ با مراقبت‌های ادغام‌یافته ناخوشی‌های اطفال و بعد از آن با اجرای مراقبت‌های ادغام‌یافته کودک سالم و نظام مراقبت مرگ کودکان ادامه یافت. همچنین ترویج تغذیه با شیر مادر؛ احیای کودکان و برنامه جامع خدمات تکاملی کودکان از برنامه‌های مهم سلامت کودکان می‌باشند. برای استانداردسازی ارائه خدمات مراقبتی کودکان بوکلت چارت‌های ویژه پزشک و غیر پزشک و راهنماهای مربوطه تهیه شد و منابع و متون آموزشی مختلف به ارائه‌دهندگان خدمت با خصوصیات تحصیلی و شغلی متفاوت ارائه گردید.

کتاب حاضر در برنامه‌ای است که با توجه به کمبود منابع معتبر آموزش دانشجویان و دستیاران در حوزه کودکان سالم، با استفاده از آخرین منابع علمی و کتاب‌های مرجع و بر اساس بسته خدمتی مراقبت‌های ادغام‌یافته کودک سالم و منطبق با سرفصل کوریکولوم دوره‌های کارآموزی و کارورزی پزشکی عمومی و نیز دستیاری کودکان و پزشکی اجتماعی تدوین گردید و مورد تأیید کمیته علمی مشورتی کودک سالم وزارت بهداشت قرار گرفت. در خاتمه ضمن اعلام مراتب قدردانی و تشکر از کلیه همکاران و اساتید محترمی که در تدوین و نهایی‌سازی این مجموعه ما را یاری کردند، امیدوارم با پرورش نسلی سالم‌تر، بانشاط‌تر و فرهیخته‌تر، آینده درخشانی در انتظار فرزندانمان باشد.

دکتر علی اکبر سیاری
معاون بهداشت
دبیر هیأت‌بورد تخصصی کودکان

برنامه مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم، زیر مجموعه برنامه ملی سلامت کودکان است؛ این برنامه به دنبال یافتن راهی برای جداکردن کودکان سالم از کودکان به ظاهر سالم یا مستعد بیماری و ارائه خدمات مراقبتی به این کودکان است. کودکانی که هنوز نشانه‌های بیماری در آن‌ها مستقر نشده است و در صورت برخورداری از یک مراقبت استاندارد، کودکی‌ای همراه با سلامت را طی خواهند نمود. درحقیقت این برنامه سه هدف عمده را دنبال می‌کند. هدف اول پیشگیری اولیه است؛ بخش عمده‌ای از این هدف از طریق توانمندسازی مادر و پدر در مراقبت از نوزاد، شیرخوار و کودک زیر ۸ سال تحقق می‌یابد. هدف دوم این برنامه طراحی نظام غربالگری استاندارد مراقبت کودکان صفر تا هشت سال و اجرای آن است و هدف سوم طراحی و ارائه خدمات رشد و تکامل استاندارد دوران کودکی و اقدامات اساسی پیشگیری از بیماری‌ها برای کودکان کشور می‌باشد. در حقیقت این برنامه بدنبال ایجاد فرصت‌های برابر برای رشد و تکامل کودکان است.

در برنامه کودک سالم، مراقبت کلیه کودکان زیر ۸ سال کشور در ۱۸ ویزیت برنامه‌ریزی شده است. این ویزیت‌ها پس از ترخیص از بیمارستان با ویزیت در روزهای ۳ تا ۵ آغاز شده و سپس تا یکماهگی ۲ ویزیت ۱۴ تا ۱۵ روزگی و ۳۰ تا ۴۵ روزگی انجام می‌شود. همچنین در ادامه تا یکسالگی کودکان در دو، چهار، شش، هفت، نه و دوازده ماهگی با مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی، توسط کارمندان بهداشتی (غیر پزشک و پزشک) ویزیت شده و مراقبت‌های لازم برای آن‌ها انجام می‌شود. پس از آن مراقبت برای ۱۵، ۱۸، ۲۴، ۳۰ و ۳۶ ماهگی و سپس سالی یکبار برنامه‌ریزی شده است.

در هر ویزیت کودک از نظر رشد، تکامل، تغذیه با شیر مادر، تغذیه کمکی و تغذیه در سنین بعد از یکسالگی بررسی می‌شود. همچنین بررسی تعامل والد و کودک و غربالگری‌های عمومی و اختصاصی خاص دوره سنی کودک از جمله غربالگری وضعیت بینایی، شنوایی و سلامت دهان و دندان در کنار برخی آزمایشات مورد لزوم مورد توجه و بررسی قرار می‌گیرد. نهایتاً واکسیناسیون و تجوز مکمل‌های مورد نیاز انجام شده و مشاوره‌های لازم به والدین برای مراقبت از کودک ارائه می‌شود و نیز زمان مراجعه بعدی اعلام می‌گردد.

برنامه مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم، اول بار در سال ۱۳۸۳ در اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت تدوین و از سال ۱۳۸۴ در شبکه‌های بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت کشور اجرایی گردید. این برنامه از سال ۱۳۸۸ در کوریکولوم آموزشی دوره پزشکی عمومی و تخصصی کودکان ادغام شد و با توجه به کمبود منابع مستند برای استفاده دانشجویان و دستیاران از همان هنگام تدوین این مجموعه در دستور کار قرار گرفت. که پس از ۳ سال کار مداوم و آماده شدن متن اولیه، جلسات نهایی‌سازی با حضور کارشناسان و اساتید دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و سایر صاحب‌نظران برگزار شد و در نهایت کتاب جهت استفاده عموم آماده گردید.

اداره سلامت کودکان

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



بخش ۱ مراقبت سلامت

فصل ۱

ویزیت‌های مراقبت سلامت

راهنمای جامع مراقبت‌های ادغام یافته
کودک سالم



برنامه و چهارچوب ویزیت

ویزیت‌های مراقبت سلامت فرصت مناسبی برای ارزیابی سلامت و عملکرد خانواده و کودک است. این ویزیت‌ها شامل ۱۷ بار مراقبت از کودک در سنین ۵-۳ روزگی، ۱۵-۱۴ روزگی، ۴۵-۳۰ روزگی، ۲ ماهگی، ۴ ماهگی، ۶ ماهگی، ۷ ماهگی، ۹ ماهگی، ۱۲ ماهگی، ۱۵ ماهگی، ۱۸ ماهگی، ۲۴ ماهگی، ۳ سالگی، ۴ سالگی، ۵ سالگی، ۶ سالگی و ۷ سالگی است. در این ویزیت‌ها آنچه که باید انجام شود و این که چگونه باید آن را انجام داد مورد توجه قرار می‌گیرد. در هر ویزیت با اندازه‌گیری و ترسیم قد، وزن و دور سر، با مرور منحنی رشد، والدین از اهمیت رشد و تغذیه کودک آگاه می‌شوند، به نگرانی‌های والدین توجه می‌شود، تعامل والد-کودک مشاهده شده، تکامل کودک پایش می‌شود، غربالگری همگانی برای تمام کودکان در گروه سنی خاص انجام می‌گردد، در صورتی که ارزیابی خطر مثبت باشد اقدام لازم انجام می‌شود، ایمن‌سازی برای کودک انجام شده و راهنمایی‌هایی برای والدین و کودک ارائه می‌شود.

در ویزیت نوزادی وضعیت تغذیه کودک از جمله شروع تغذیه با شیرمادر، نشانه‌های سیری یا گرسنگی کودک، هیدراتاسیون، زردی، شیوه‌های تغذیه بررسی می‌شود. در ویزیت روز سوم تا پنجم و روز پانزدهم شیرخواری، کفایت تغذیه کودک بررسی می‌شود. وزن‌گیری، شیوه‌های تغذیه، هیدراتاسیون، زردی، نشانه‌های گرسنگی، نشانه‌های سیری و راهنمایی‌های تغذیه‌ای برای شیرمادر یا شیر مصنوعی به مادر ارائه می‌شود. در ویزیت یک ماهگی دفعات تغذیه، جهش‌های رشد بین هفته ۶ تا ۸ و افزایش نیاز نوزاد به شیر خوردن، شیوه‌های تغذیه کودک، شروع ویتامین D از ۲ هفتگی آموزش داده می‌شود. در ویزیت ۲ ماهگی مادر به تغذیه انحصاری با شیر مادر تشویق می‌شود و عدم استفاده از آب اضافی یا آب میوه تأکید می‌شود، دفعات شیردهی بررسی می‌شود و زمان‌های جهش رشد شیرخوار مثل ۳ ماهگی به مادر یادآوری می‌شود. در ویزیت ۴ ماهگی موقعیت تغذیه و وزن‌گیری کودک بررسی می‌شود. در ویزیت ۶ و ۷ ماهگی به مادر یادآوری می‌شود شروع تغذیه تکمیلی از ۶ ماهگی و شروع غذای سفره از ۱۲ ماهگی است، برای انتخاب تغذیه تکمیلی و مایعات و تعداد دفعات آن‌ها راهنمایی‌هایی به مادر ارائه می‌شود. در ویزیت ۹ ماهگی برای غذا خوردن کودک، زمان‌های تغذیه کودک، شروع جامدات، نوشیدن از فنجان راهنمایی‌هایی به مادر ارائه می‌شود. در ویزیت ۱۲ ماهگی توصیه‌هایی در رابطه با غذا خوردن بطور مستقل، غذاهای مغذی، انتخاب غذای مناسب و میان‌وعده‌های سالم به مادر ارائه می‌شود. در ویزیت ۱۵ ماهگی، ۱۸ ماهگی، ۲ سالگی، ۳ سالگی، ۴ سالگی، ۵ سالگی نیز وضعیت تغذیه کودک بررسی شده و راهنمای‌های لازم ارائه می‌شود.

الف - کلیات

ب - اولویت‌های ویزیت

- اولین اولویت، توجه به نگرانی‌های والدین است.
- پنج اولویت دیگر برای هر ویزیت در نظر گرفته شده‌اند.

ج - نظارت سلامت

- ۱- شرح حال
- ۲- مشاهده‌ی تعامل والد- کودک (Parent –child interaction)
- ۳- پایش تکامل
- ۴- معاینه‌ی فیزیکی
- ارزیابی رشد
- وزن، قد و دور سر در کودکان کوچک‌تر از ۲ سال؛
- وزن و قد در کودکان بزرگ‌تر از ۲ سال؛
- معاینه‌ای که برای کودک در آن ویزیت مهم است.
- ۵- غربالگری
- همگانی (برای تمام کودکان آن گروه سنی)
- انتخابی
- ارزیابی خطر؛
- اقدام در صورتی که ارزیابی خطر مثبت باشد.
- ۶- ایمن سازی
- د- راهنمایی‌های فراراه (Anticipatory Guidance)
- آگاه‌سازی مراقبین بهداشتی
- راهنمایی‌هایی برای والدین و کودک

ویزیت قبل از تولد (Prenatal Visit)

ویزیت قبل از تولد برای تمام خانواده‌هایی که در انتظار کودکی هستند اهمیت دارد. در واقع، فرصتی برای جمع‌آوری اطلاعات، به دست آوردن راهنمایی، تشخیص شرایط پرخطر و ارتقای مهارت‌های فرزندپروری (Parenting) است. این ویزیت، به خصوص برای بارداری اول، بارداری‌های پرخطر، عوارض بارداری، بارداری چند قلو، خانواده‌هایی که سابقه‌ی مرگ شیرخوار یا حوالی تولد دارند و فرزند خواندگی با ارزش است.

اولویت‌های ویزیت

اولویت اصلی، توجه به نگرانی‌های والدین است. سایر اولویت‌ها عبارتند از:

- ۱- منابع خانواده
- ۲- سلامت والدین (مادر)
- ۳- تصمیم به شیردهی
- ۴- ایمنی
- ۵- مراقبت از نوزاد

مشاهده‌ی تعامل والد- کودک

در طی ویزیت مشاهده کنید:

- چه کسی سؤال می‌کند و چه کسی به سؤال‌ها پاسخ می‌دهد؟ (مادر و پدر، کودکان دیگر و سایر اعضای خانواده را مشاهده کنید).
- رفتارهای کلامی و غیر کلامی و ارتباط میان اعضای خانواده، نشانه‌ی حمایت و درک یا تفاوت عقیده و چالش‌ها است.

پایش تکامل

❖ اجتماعی- هیجانی

- ◆ نوزاد، قادر به بو کردن به خصوص بو کردن شیر مادر است؛ صدای والدین خود را می‌شنود؛ ۲۰-۱۷/۵ سانتی‌متری را می‌بیند و به انواع مختلف لمس‌ها مانند لمس برای آرام کردنش پاسخ می‌دهد.

❖ ارتباطی

- ◆ با گریه و رفتارهایی مثل حالت‌های صورت، حرکات بدن و حرکت بازوها و ساق پاها ارتباط برقرار می‌کند؛ در ابتدا، این رفتارها اتفاقی به نظر می‌رسد اما به تدریج به زبان غیر کلامی او تبدیل می‌شود.

❖ شناختی

- ◆ نوزاد یاد می‌گیرد که با حضور والدین و مراقبت‌های قابل پیش‌بینی و ثابت آن‌ها مثل شیر دادن و خوابانیدن به دنیای خارج اعتماد پیدا کند.

❖ تکامل جسمی

- ❖ در ماه اول مکیدن، بلعیدن و تنفس در حین تغذیه، الگوهای خواب و کنترل حرکات را یاد می‌گیرد و از محیط تاریک داخل رحمی و صدای جفت و ضربان قلب مادر با فضای کم آن به محیط خارج راه می‌یابد.

غربالگری

باید، اهمیت آزمون‌های غربالگری متابولیک و شنوایی را به والدین بیان کرد.

ایمن سازی

والدین باید از برنامه‌ی ایمن‌سازی بدو تولد آگاه شوند.

❖ راهنمایی‌های فراراه

منابع خانواده

سیستم‌های حمایت از خانواده، منزل پس از ترخیص از بیمارستان، منابع خانواده، استفاده از منابع اجتماع

- ❖ ارزش‌ها، باورها و عادات خانوادگی شما برای سلامت نوزاد شما اهمیت دارد.
- ❖ چالش‌های پیش رو در مورد مراقبت از نوزاد را پیش‌بینی کنید.
- ❖ سیستم حمایتی در منزل تدارک ببینید (دوستان و خویشاوندان).
- ❖ گرفتن شرح حال از سه نسل مهم است. باید در مورد سابقه‌ی ناتوانی در یادگیری، کاهش شنوایی، بیماری‌های ارثی، بیماری‌های جسمی یا ذهنی و عقب‌ماندگی ذهنی در خانواده سؤال شود.

سلامت والدین (مادر)

سلامت جسمی / روانی / دهان، وضعیت تغذیه‌ای، مصرف دارو، خطرات بارداری

- ❖ سلامت خود را حفظ کنید (معاینات پزشکی، ویتامین‌ها، رژیم غذایی، خواب، ورزش و ایمنی فردی).
- ❖ احساس خود درباره‌ی بارداری را در نظر داشته باشید.

برنامه‌ی شیردهی، نگرانی‌های شیردهی (تجارب قبلی، مصرف داروها، حمایت خانواده برای شیردهی)، سیستم‌های حمایت از شیردهی، شناسایی موارد پرخطر شیردهی

- ◆ مادرانی که سابقه‌ی خانوادگی آلرژی دارند باید بدانند که شیرخوار آن‌ها از تغذیه با شیر مادر، سود خواهد برد.
- ◆ شیردهی موفق با دانش و اطلاعات کافی شروع می‌شود. کلاس‌های قبل از تولد در بیمارستان‌ها می‌توانند بسیار مفید باشند. به علاوه، نقش مشاورین شیردهی نیز بسیار با اهمیت است.
- ◆ آموزش‌های دوران بارداری برای شیردهی عبارتند از: آگاهی از مزایای تغذیه با شیر مادر برای مادر و شیرخوار، معایب تغذیه‌ی مصنوعی و استفاده از بطری یا گول‌زنک، آموزش روش شیردهی و وضعیت صحیح شیردهی، تغذیه در ساعت اول زندگی، تماس پوستی و هم‌اتاقی مادر و نوزاد، اهمیت تغذیه‌ی انحصاری، تغذیه براساس تقاضای شیرخوار، نشانه‌های کافی بودن شیر مادر و ادامه‌ی شیردهی تا ۲ سال.
- ◆ مادر باید از شروع شیردهی بلافاصله پس از تولد و حتی در اتاق زایمان اطلاع داشته باشد.
- ◆ مادر بداند که تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر تا پایان ۶ ماهگی و سپس، شروع تغذیه‌ی تکمیلی بهترین تغذیه است که رشد و تکامل مطلوب را فراهم می‌سازد.
- ◆ شیر مادر منبع با ارزش و آماده‌ی تغذیه‌ی شیرخوار با مزایای بی‌شمار کوتاه مدت و بلند مدت برای مادر و شیرخوار است. برای شروع موفق تغذیه با شیر مادر و تداوم آن، ضروری است که تمام مراقبین بهداشتی و والدین از مزایای بی‌شمار تغذیه با شیر مادر آگاه باشند و بدانند که چگونه می‌توانند به شیردهی مادر کمک کنند. تحقیقات ۲۰ سال گذشته، به طور مکرر اهمیت تغذیه با شیر مادر را از نظر مزایای اجتماعی، روانی، ایمنولوژیک، تغذیه‌ای و سلامت شیر مادر در مقایسه با سایر جایگزین‌های آن نشان داده است. تغذیه با شیر مادر موجب بهبود سلامت و تکامل شیرخواران، کودکان و نوجوانان می‌گردد.

مزایای تغذیه با شیر مادر

تغذیه با شیر مادر، محافظت چشمگیری بر علیه بیماری‌های عفونی به خصوص در مناطقی که بهداشت نامناسب و منابع غذا و آب آلوده وجود دارد فراهم می‌سازد. شیر مادرخواران، کم‌تر دچار بیماری‌های شدید باکتریایی و ویروسی از جمله مننژیت، گاستروآنتریت، اوتیت میانی، پنومونی، بوتولیسم، عفونت دستگاه ادراری و انتروکولیت نکروزان می‌شوند. بر اساس مطالعات، شیر مادر از بعضی بیماری‌های مزمن از جمله دیابت ملیتوس نوع I، بیماری کرون، کولیت اولسرو، لنفوم و آسم و سایر بیماری‌های آلرژیک پیش‌گیری می‌کند. بعضی از تأثیرات شیر مادر مانند پیش‌گیری از اوتیت میانی و آسم پس از دوران شیردهی نیز ادامه یافته و نشان می‌دهد که تغذیه با شیر مادر پاسخ ایمنولوژیک بلند مدت را تقویت می‌کند. به علاوه، الگوهای رشد مشاهده شده در سال اول زندگی بیانگر آن هستند که تغذیه با شیر مادر از چاقی پیش‌گیری می‌کند. مطالعات متعدد، ارتباط میان تغذیه با شیر مادر و بهبود رفتار شناختی از جمله IQ بالاتر و بهبود عملکرد تحصیلی تا نوجوانی را نشان می‌دهند.

در روزهای پس از زایمان، شیردهی مادر، خون‌ریزی پس از زایمان و اندازه‌ی رحم را تحت تأثیر اکسی‌توسین کم می‌کند. فقدان خون‌ریزی در طی شیردهی، از دست دادن آهن می‌کاهد و شروع تخمک‌گذاری را به تعویق می‌اندازد. در نتیجه، زمان میان بارداری‌ها افزایش یافته، خطر نارسایی در زایمان‌های بعدی کم شده و عواقب زیان‌بار بارداری یا شیرخواری کاهش می‌یابد. در خانم‌های شیرده میزان کانسر تخمدان، کانسر پستان قبل از یائسگی، شکستگی لگن و استئوپروز کم‌تر است.

بستری شدن، ویزیت‌های پزشکی و استفاده از دارو در شیر مادرخواران به طور چشمگیری کم‌تر است. بهبود سلامت شیرخوار از اتلاف هزینه برای غیبت والدین از کار برای مراقبت از شیرخوار می‌کاهد. هم‌چنین، از اتلاف هزینه برای تهیه شیر مصنوعی نیز جلوگیری می‌شود.

ترکیب شیر مادر

علی‌رغم تلاش‌های انجام شده برای همانندسازی شیرهای مصنوعی تهیه شده برای شیرخواران با شیر مادر، شیر مادر اساساً از شیر گاو و شیرهای مصنوعی، متفاوت است. پروتئین شیر مادر در حدود $100\text{mL}/9\text{g}$ است و پروتئین شیر گاو، تقریباً ۴ برابر آن می‌باشد. پروتئین شیر مادر تمام نیازهای شیرخوار را برآورده ساخته و متناسب با نیاز شیرخوار و فیزیولوژی بدن او است. شیر مصنوعی، پروتئین کم‌تری از شیر گاو دارد اما ساختار پروتئین که هضم مشکل‌تری برای شیرخوار دارد مشابه شیر گاو است. در بعضی از شیرهای مصنوعی، نسبت Whey به Casein را مشابه شیر مادر تغییر داده‌اند. کازئین شیر گاو ۸۰٪ و شیر مادر ۴۰٪ است. چون غلظت پروتئین شیر مادر کم و هضم آن آسان است، شیر مادرخواران نیاز به تغذیه‌ی مکرر دارند. پروتئین شیر مادر، حاوی آنتی‌بادی IgA ترشحی است.

کیفیت چربی شیر مادر بسیار متفاوت از شیر مصنوعی است و بهتر از چربی‌های حیوانی یا گیاهی جذب می‌شود. علاوه‌بر تفاوت میزان چربی در ساعات مختلف شبانه‌روز، مقدار چربی در طی یک نوبت شیردهی نیز متفاوت بوده و حاوی اسیدهای چرب غیر اشباع و مفیدی است. لاکتوز شیر مادر، بسیار بیش‌تر از شیر گاو است و موجب تسهیل جذب کلسیم و آهن و رشد لاکتوباسیل می‌شود. شیر مادر هم‌چنین، حاوی صدها ریزمغذی، اسیدهای آمینه‌ی آزاد، اسیدهای چرب ضروری، مواد معدنی، فاکتورهای رشد، سیتوکین‌ها، هورمون‌ها، آنتی‌بادی‌ها و سایر مواد شیمیایی است که بر جنبه‌های مختلف رشد و تکامل نقش دارند. بسیاری از این‌ها، هم جنبه‌ی مغذی داشته و هم عوامل بیواکتیوی هستند که موجب افزایش تکامل شیرخوار می‌گردند.

ترکیب شیر مادر در طی شیردهی تغییر می‌یابد. شیر اولیه یا آغوز (Colostrum) پروتئین، ویتامین‌های محلول در چربی و مواد معدنی بیش‌تر و لاکتوز، کالری و چربی کم‌تری نسبت به شیر رسیده (Mature milk) دارد. در طی شیردهی، غلظت IgA ترشحی به تدریج کم شده و به این ترتیب، سیستم ایمنی شیرخوار فرصت تکامل یافته و از وابستگی به منابع مادر کاسته می‌شود. چون مادر و شیرخوار در یک محیط زندگی می‌کنند، مادر آنتی‌بادی‌های اختصاصی بر علیه ویروس‌ها و باکتری‌هایی که شیرخوار در معرض آن‌ها قرار دارد را تولید و ترشح می‌کند. این پاسخ، سریع است و فقط چند روز طول می‌کشد. این تغییرات دینامیک در ترکیب شیر مادر نشان می‌دهد که چگونه جهت برآورده ساختن نیازهای شیرخوار سازگاری می‌یابد. به علاوه، شیر مادر حاوی هر چیزی از جمله آب و اغلب ویتامین‌ها و مواد معدنی است که شیرخوار ترم و سالم برای ۶ ماه اول زندگی نیاز دارد.

شروع تغذیه با شیر مادر

موفقیت شیردهی به شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول پس از تولد بستگی دارد. شیرخوار و مادر باید در تمام مدت پس از زایمان بدون هیچ وقفه‌ای در کنار یکدیگر باقی بمانند. مادر را باید تشویق کرد که با زودرس‌ترین نشانه‌های گرسنگی برای مثال حرکات دهان، بردن دست به دهان، غان و غون کردن و باز کردن چشم‌ها، به نوزاد شیر دهد. گریه کردن، از نشانه‌های دیررس گرسنگی است که اغلب مانع خوب تغذیه شدن است. شیرخواری که گریه می‌کند معمولاً باید قبل از شروع شیردهی آرام شود. برای وضعیت صحیح شیردهی و شیر خوردن نوزاد کمک لازم است. احساس جاری شدن شیر (سوزش در پستان) همراه با درد کرامپی خفیف رحم به علت آزاد شدن اکسی‌توسین از غده‌ی هیپوفیز، از علائم شیردهی

صحیح هستند. وضعیت صحیح شیردهی از ایجاد درد و صدمه‌ی نوک پستان جلوگیری می‌کند.

در هفته‌های اول شیردهی حداقل ۱۰ تا ۱۲ نوبت شیردهی در ۲۴ ساعت توصیه می‌شود و به شیرخوار باید اجازه داد هر مدت که می‌خواهد از شیر مادر تغذیه کند. تغذیه‌ی مکرر با شیر مادر و تخلیه‌ی کامل هر دو پستان از احتقان پستان جلوگیری می‌کند. شیر پسین یا انتهایی (Hindmilk) یا شیری که در پایان تخلیه‌ی پستان ترشح می‌شود چربی بیش‌تری دارد که کالری لازم را فراهم نموده و نشانه‌ی پایان شیردهی از آن پستان است. از مصرف آب و شیر مصنوعی باید پرهیز شود زیرا با شیردهی تداخل می‌کنند. هم‌چنین، دادن آب مانع دریافت کالری کافی و در نتیجه زردی و هیپربیلی‌روبینمی شدید می‌شود. استفاده از گول‌زنک (پستانک) نیز می‌تواند در شروع شیردهی اختلال ایجاد کرده و موجب قطع زودرس شیر مادر گردد. پنج پوشک خیس یا بیش‌تر و سه یا چهار دفع مدفوع روزانه در روز ۵ تا ۷ از نشانه‌های کافی بودن شیر مادر هستند. در روزهای اول باید وضعیت شیردهی، شیرخوردن نوزاد و مکیدن و قورت دادن او مورد ارزیابی قرار گیرد. در طی ۲ تا ۳ روز پس از ترخیص از بیمارستان باید ارزیابی شیردهی انجام شود. در این زمان، شیرخوار باید توزین شود و اگر بیش از ۷ درصد وزن تولد را از دست داده باشد شیردهی مادر مورد ارزیابی قرار گرفته و در صورت لزوم برای افزایش تولید شیر اقدام شود. درد و شقاق نوک پستان، احتقان پستان و سایر مشکلات از قبیل کم آبی، بی‌حالی، گریه، زردی و ... باید بررسی شده و رفع گردد. اگر به این مسائل توجه نشده و اصلاح نشوند، ممکن است نتیجه‌ی آن قطع شیردهی باشد. مادرها باید بدانند که پس از ترخیص، جهت مشاوره‌ی تلفنی با چه کسی صحبت کنند. ویزیت در منزل می‌تواند در ارزیابی و اصلاح مشکلات شیردهی بسیار مفید باشد. گروه‌های حمایت از مادر شیرده نیز به خصوص در شروع شیردهی و سازگاری با شیرخوار جدید نقش مهمی بر عهده دارند.

■ رژیم غذایی مادر

در هفته‌های اول شیردهی، مادر نیاز به دریافت غذای بیش‌تری نسبت به قبل از بارداری ندارد. مادر را تشویق کنید که مایعات بیش‌تری شامل شیر، آب میوه‌ی طبیعی و آب مصرف کند تا احساس تشنگی نکند. شیردهی، برگشت وزن مادر را به وزن قبل از بارداری تسریع می‌کند. با این حال، پس از ۶ هفتگی، مادر شیرده نیاز دارد که برای رفع گرسنگی‌اش بیش‌تر میل کند. معمولاً روزانه حدود ۶۰۰ کالری اضافی و یک لیتر آب، کافی است. رژیم غذایی متعادل، کافی است و توصیه‌ی غذای خاصی ضرورت ندارد. گرچه اغلب غذاها از جمله غذاهای ادویه‌دار، خوب تحمل می‌شوند اما گاه نشانه‌های آلرژی یا عدم تحمل بروز می‌کند. برای مثال، حدود ۸٪ موارد، پروتئین شیر گاو وارد شیر مادر شده و موجب بروز حساسیت و نشانه‌های آلرژیک می‌شود. در این موارد، لازم است که غذای آلرژیک از برنامه‌ی غذای مادر حذف گردد. مصرف کافئین توسط مادر باید کم یا حذف شود زیرا ممکن است موجب طولانی شدن دوره‌های بیداری یا بی‌قراری شیرخوار گردد.

■ تداوم شیردهی

شیر مادر تغذیه‌ی کافی برای ۶ ماه اول زندگی است و باید شیردهی را تشویق نمود. در ۶ ماه اول زندگی، نیازی به دادن آب نیست. شیردهی باید تا سال دوم و حتی پس از آن، تا زمانی که مادر و شیرخوار می‌خواهند ادامه یابد. مزایای شیردهی برای مادر و شیرخوار تا زمانی که شیردهی ادامه دارد تداوم می‌یابد. پس از ۶ ماهگی، شیرخوارانی که در نواحی زندگی می‌کنند که فلوراید آب بسیار کم ($<0.3\text{ppm}$) است، باید مکمل خوراکی فلوراید دریافت کنند. از تغذیه‌ی توأم شیر مادر و شیر مصنوعی در هفته‌های اول باید ممانعت نمود زیرا اغلب با برقراری جریان شیر تداخل کرده و باعث قطع زودرس شیر مادر می‌شود. برای پیش‌گیری از احتقان پستان و حفظ جریان شیر، مادر باید به طور مکرر و منظم شیر دهد.

مادر شاغل می‌تواند شیر خود را دوشیده و در یخچال تا ۴۸ ساعت و در درجه‌ی حرارت ۱۷/۸- درجه‌ی سانتی‌گراد برای ۳ تا ۶ ماه، در فریزر قرار دهند. برای ذخیره‌سازی شیر، ظرف‌های شیشه‌ای یا پلاستیک تمیز یا استریل مناسب هستند. شیر فریز شده را باید به آهستگی در حرارت اتاق، یخچال یا ظرف آب گرم، ذوب کرد. شیر مادر هرگز نباید در میکروفر گرم شود زیرا می‌تواند بیش از حد گرم شده و دهان شیرخوار را بسوزاند و از کیفیت شیر کاسته شود. مادران شاغل پس از برگشت به کار، نیاز به محلی جهت دوشیدن شیر دارند.

از شیر گرفتن به طور طبیعی یا به تدریج، زمانی که مادر و شیرخوار آماده هستند روی می‌دهد. بهترین راه، کاهش تدریجی دفعات شیردهی و جایگزینی شیر مادر با سایر غذاها و شیرها در طی چند هفته است.

■ موارد منع شیردهی

در برخی از موارد، قطع دائمی یا گذرای شیر مادر لازم است. مهم‌ترین مورد قطع شیر مادر اختلالات ارثی متابولیسم مانند گالاکتوزمی است که شیرخوار نمی‌تواند گالاکتوز موجود در قند شیر که لاکتوز است را متابولیزه کند. در نتیجه، حذف لاکتوز لازم است. شیرخواران مبتلا به فنیل‌کتونوری می‌توانند از شیر مادر و همراه با آن، از شیرهای رژیمی مخصوص تغذیه شوند، زیرا غلظت پروتئین کمی دارد اما باید سطح فنیل‌آلانین خون آن‌ها به دقت اندازه‌گیری شود.

هپاتیت A، B و C در مادر، از راه شیردهی منتقل نمی‌شود. سیتومگالوویروس از راه شیر مادر منتقل می‌شود اما، فقط برای نوزادان نارس خطرناک است. مادر شیردهی که دچار تب یا سایر علائم عفونت ویروسی یا باکتریایی می‌شود، شیرخوارش را در معرض عفونت قرار داده و باید تشویق به ادامه‌ی شیردهی شود تا آنتی‌بادی‌های اختصاصی و سایر عوامل غیر اختصاصی برعلیه عفونت به شیرخوار رسیده و از او محافظت کند. در واقع، قطع شیر مادر خطر عفونت در شیرخوار را بیش‌تر می‌کند. ماستیت مشکلی برای شیرخوار ایجاد نمی‌کند و ادامه‌ی شیردهی برای تسریع بهبودی مادر ضرورت دارد. حتی با وجود آبسه‌ی پستان، تا زمانی که برش و لوله‌ی درناژ جراحی دور از آرئول است و با تغذیه تداخل نمی‌کند، می‌توان شیردهی را ادامه داد.

مادران شیرده می‌توانند اغلب داروها را استفاده کنند. در صورت امکان، باید از تجویز داروی بی‌ضرر یا تداوم شیردهی با دوشیدن شیر در زمان مصرف دارو و منع موقت شیردهی مادر کمک گرفت. مصرف قرص‌های ضد بارداری که دوز کم پروژسترون دارند بی‌ضرر هستند و منعی برای شیردهی مادر نیستند. اما مصرف قرص‌های حاوی استروژن به علت مهار تولید شیر توصیه نمی‌شود.

در صورت استفاده از داروهای زیر باید شیردهی قطع گردد:

- داروهای سیتوتوکسیک مانند سیکلوفسفامید، سیکلوسپورین، دوکسوروبیسین و متوترکسات
- داروهای مخدر و محرک مانند آمفتامین، کوکائین، هروئین تزریقی و فن‌سیکلیدین
- ایزوتوپ‌های رادیواکتیو
- داروهایی از قبیل ارگوتامین، فنیدین، فنوباریتال، پریمیدون، سولفاسالازین، ایندومتاسین، فنی‌توئین، آسپیرین، کلماستین، آنتولول و ۵-آمینوسالسیلیک اسید به دلیل گزارش عوارض جانبی بر شیرخوار باید با احتیاط مصرف شوند.

■ موارد پرخطر شیردهی

■ عوامل خطر در مادر شامل شرح حال قبلی مانند شکست در شیردهی قبل یا خوب وزن نگرفتن شیرخوار قبلی در تغذیه با شیر مادر، توجه زودرس مادر به تغذیه‌ی مصنوعی، نازایی وابسته به هورمون، هیپوتیروئیدی درمان نشده، دیابت درمان نشده، سن نوجوانی یا بالای مادر، عوامل روانی به‌خصوص افسردگی، عوارض حوالی زایمان مانند خون‌ریزی، افزایش

فشارخون و عفونت، مصرف قرص ضد بارداری مختلط قبل از خوب برقرار شدن جریان شیر، بزرگ نشدن قابل ملاحظه‌ای پستان در طی بارداری، نوک پستان صاف یا فرورفته، عدم تقارن قابل ملاحظه‌ای پستان، هیپوپلازی و توبولار بودن پستان، جراحی قبلی پستان همراه با صدمه‌ای مجرای شیر یا اعصاب و ابران نوک پستان، جراحی قبلی برای اصلاح ظاهر یا تفاوت‌های تکاملی پستان و آبنه‌ی پستان، درد یا زخم مداوم یا شدید نوک پستان یا خون‌ریزی از آن، تداوم احتقان یا پری پستان، درد مداوم پستان، احساس کم شیری، بیماری حاد یا مزمن، استفاده از دارو، بیماری هورمونی مانند سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، مداخله برای زایمان، به شیرنیامدن (در مرحله‌ی دوم لاکتوژنر بایستی پستان به‌طور قابل ملاحظه پرشیر شود)، جاری نشدن شیر و ترخیص مادر، جدا کردن مادر و نوزاد از یکدیگر، نیاز مکرر به استفاده از شیردوش یا تخلیه‌ی پستان است.

عوامل خطر در شیرخوار عبارتند از: شیرخوار کم وزن، دارای وزن زیاد، دچار تأخیر رشد داخل رحمی یا نارس کم‌تر از ۷۳ هفته، چندقلویی، مشکل درگرفتن یک یا هردو پستان، مکیدن نامؤثر یا غیرمداوم، مشکل آناتومی دهان از قبیل شکاف کام، لب شکری، فک کوچک و زبان بزرگ یا گره‌خورده، مشکلات طبی مانند زردی، هیپوگلیسمی، دیسترس تنفسی و عفونت، مشکل عصبی، سندرم‌های ژنتیکی، هیپوتونی یا هیپرتونی، خواب آلودگی و یا تحریک-پذیری مداوم شیرخوار، بیماری حاد یا مزمن، اختلال کروموزومی، کاهش زیاد وزن درنوزاد، فاصله‌ی زیاد بین شیر خوردن‌ها، دادن شیر مصنوعی، شروع گول‌زنک و یا بطری.

برای مطالعه بیشتر می‌توانید به کتاب‌های: راهنمای تغذیه با شیرمادر پزشکان (Breast feeding for physicians) نوشته گروه مؤلفین آکادمی کودکان آمریکا و کالج زنان و مامایی آمریکا ترجمه مریم جلالی و همکاران و کتاب مجموعه آموزشی ترویج تغذیه با شیرمادر تهیه شده توسط انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر با همکاری دفتر یونسف در ایران رجوع نمایید.

ایمنی

صندلی ماشین، مصرف مواد (تأثیر آن بر جنین)، خطرات سلامت محیطی (سیگار کشیدن، سرب)، سوختگی/آتش‌سوزی

محیط فاقد دود سیگار در ماشین، منزل و سایر جاهایی که شیرخوار است اهمیت دارد. سیگار کشیدن بر شیرخوار تأثیر گذاشته و خطر سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار (SIDS)، آسم، عفونت‌های گوش و عفونت‌های تنفسی را افزایش می‌دهد. توضیح دهید که تماس طولانی مدت با دود سیگار، شیرخوار را در معرض خطر بیماری تنفسی و قلبی قرار می‌دهد. توصیه کنید که والدین سیگار نکشند و اجازه‌ی سیگار کشیدن را در منزل به دیگران نیز ندهید. والدین سیگاری نباید در منزل، ماشین یا در نزدیکی شیرخوار سیگار بکشند.

مراقبت از نوزاد

پیش‌گیری از بیماری، خواب (به پشت خوابانیدن، ایمنی گهواره، محل خواب)، خطرات سلامت نوزاد (شستشوی دست، بیرون بردن)

در ۲ ماه اول کودک را زیاد بیرون نبرید و در جاهای شلوغ نباشد.

شستشوی دست‌ها را پس از تعویض پوشک و قبل از شیردادن به او فراموش نکنید.

کودک تا حد امکان از افراد سرماخورده یا بیمار دور نگه داشته شود.

شیرخواری: ویزیت نوزادی

معاینه‌ی نوزاد در اتاق مادر در ۲۴ ساعت اول زندگی، فرصت مهمی برای دیدن توانایی‌های نوزاد و مشاهده‌ی تعامل والدین با کودک است.

اولویت‌های ویزیت

اولویت اصلی، توجه به نگرانی‌های والدین است. سایر اولویت‌ها عبارتند از:

- ۱- آمادگی خانواده
- ۲- رفتارهای شیرخوار
- ۳- تغذیه
- ۴- ایمنی
- ۵- مراقبت روتین نوزاد

شرح حال

شرح حال دوران بارداری و زایمان

- زایمان پره‌ترم، پارگی زودرس پرده‌های جنینی (PROM)، عوارض بارداری، یافته‌های غیرطبیعی اولتراسوند
- بیماری‌های مادر که بر سلامت شیرخوار تأثیر می‌گذارد مانند دیابت دوران بارداری، اختلالات هیپرتانسیو دوران بارداری، محدودیت‌های خاص رژیم غذایی مادر، عفونت‌ها (استرپتوکوک گروه B، کوریوآمنیونیت، عفونت دستگاه ادراری، HIV، هپاتیت B، عفونت‌های جنسی، توکسوپلاسموز، سیتومگالوویروس)
- مصرف دارو
- نوع زایمان (واژینال یا سزارین، پرزانتاسیون بریچ، استفاده از فورسپس یا وکیوم)
- داروهای مصرف شده (تربوتالین، سولفات منیزیم، آنتی بیوتیک‌ها)
- نوع بی‌هوشی به کار رفته (ایپ‌دورال، اسپینال و عمومی)
- استفاده از اپی‌زیوتومی
- مدت زایمان، اندیکاسیون زایمان
- عوارض زایمان (تب، عفونت، خون‌ریزی، سندرم HELLP و توکسمی)

شرح حال شیرخوار در اتاق زایمان

- دیسترس جنین (اختلالات ضربان قلب، کاهش حرکات، مایع آغشته به مکنونیوم، الیگو یا پلی هیدرآمنیوس، نوع زایمان)
- عوارض (تأخیر رشد داخل رحمی، نوزاد بزرگ، بیماری هیپرتانسیو مادر، دیابت، عفونت، قطع سوء مصرف مواد، بی‌حسی / بی‌هوشی در حین زایمان یا سایر داروهایی که بر جنین یا نوزاد تأثیر می‌گذارد (مانند تشخیص هیدرونفروز قبل از زایمان)، ترومای زایمانی)
- سن حاملگی، وزن تولد و نمره‌ی آپگار
- مشکلات نوزاد مانند دیسترس تنفسی، سیانوز، هیپوگلیسمی، خوب شیر نخوردن، هیپوترمی یا هیپرترمی، لرزش
- تجویز ویتامین K

شرح حال نوزادی

- گروه خون و Rh مادر
- گروه خون و Rh نوزاد
- علائم حیاتی (حرارت، تنفس، ضربان قلب و قند و کلسیم خون اگر در معرض خطر است)
- کاهش وزن/ وزن‌گیری
- شرح حال تغذیه‌ای (تغذیه با شیر مادر، دفعات و مدت تغذیه)
- الگوی خواب (بیدار شدن، مدت سیکل‌های خواب)
- الگوی دفع (مکونیوم، تعداد پوشک‌های خیس)
- شواهدی از زردی (ناسازگاری گروه خونی، نارسی، توصیه‌های پی‌گیری پس از ترخیص)
- وجود سه آنومالی ماژور یا تعداد بیش‌تری آنومالی‌های مینور، ترکیبی از آنومالی‌های ماژور و مینور یا نوعی خاص از آنومالی‌ها که نیاز به بررسی ژنتیکی دارد
- غربال‌گری شنوایی و متابولیک نوزاد

مشاهده‌ی تعامل والد - کودک

- آیا والدین نیازهای نوزاد را شناخته و به آن‌ها پاسخ می‌دهند؟
- آیا در زمان تغذیه، در آغوش گرفتن یا مراقبت از او احساس راحتی می‌کنند؟
- آیا از آن‌ها حمایت می‌شود؟

پایش تکامل

اجتماعی - هیجانی

- ◆ پاسخ به صدا و لمس والدین
- ◆ وجود دوره‌هایی از بیداری

ارتباطی

- ◆ توانایی آرام شدن با در آغوش گرفتن نوزاد

شناختی

- ◆ در بیداری به والدین نگاه می‌کند.

تکامل جسمی

- ◆ در پاسخ به تحریک بینایی یا شنوایی پاسخ می‌دهد.

معاینه‌ی فیزیکی

یک معاینه‌ی فیزیکی کامل، بخشی از هر ویزیت مراقبت سلامت است. برای نوزاد، موارد زیر اهمیت دارد:

■ اندازه‌گیری و ترسیم (سن بارداری را در نظر بگیرید)

■ قد

■ وزن

■ دور سر

■ مشاهدات کلی

■ ارزیابی هوشیاری یا هر نوع دیسترس آشکار

■ مشاهده‌ی ناهنجاری‌های مادرزادی

■ پوست

■ زردی، سیانوز (کبودی)، پرخونی (Plethora)، رنگ پریدگی

■ ضایعات پوستی

■ سر

■ مشاهده‌ی شکل (سوچورها، بوس)، اندازه و ملاحظه‌ها

■ توجه به هر علامتی از ترومای زایمانی

■ چشم‌ها

■ مشاهده‌ی چشم‌ها و پلک‌ها

■ ارزیابی حرکت چشم‌ها

■ معاینه‌ی مردمک‌ها برای کدورت و رفلکس قرمز

■ قطر قرنیه

■ گوش‌ها

■ مشاهده‌ی شکل و وضعیت لاله‌ی گوش، باز بودن کانال گوش و وجود فرورفتگی یا منگوله‌ی پوستی

■ بینی

■ مشاهده‌ی باز بودن یا انحراف تیغه‌ی بینی

■ دهان

■ توجه به شکاف کام یا لب، مشاهده‌ی زبان کوچک از نظر وجود ناهنجاری

■ مشاهده‌ی فک فوقانی و تحتانی و چانه از نظر شکل و وجود آنومالی، وجود دندان

■ فرنولوم کوتاه

■ قلب و ریه

■ مشاهده‌ی تعداد، ریتم، صدای قلبی و سوفل، تعداد و الگوی تنفس، توکشیده شدن بین دنده‌ای، ناله، حرکت پره‌های بینی، سمع ریه

■ لمس نبض‌های فمورال

■ شکم

- معاینه‌ی بند ناف و عروق ناف
- بررسی از نظر فتق، امفالوسل، گاستروشیزی
- شکم اسکافوئید، اتساع شکم
- بزرگی کبد و طحال، توده‌ی شکمی و آسیت

■ ژنیتالیا/ رکتوم

- تعیین نزول بیضه، مشاهده‌ی ناهنجاری‌های دستگاه تناسلی
- تعیین باز بودن مقعد

■ اسکلتی عضلانی

- تغییر شکل پشت و مهره‌ها
- ناهنجاری‌های اندام

■ دیس‌پلازی تکاملی مفصل لگن (DDH)

- انجام مانورهای ارتولانی و بارلو

■ عصبی

- بررسی رفلکس‌های اولیه
- مشاهده‌ی تقارن حرکت اندام
- مشاهده‌ی تون عضلانی

معاینه‌ی نوزاد سالم در کنار مادر انجام می‌شود. نوزاد باید در ۲۴ ساعت اول زندگی، ترجیحاً در ۶ ساعت اول، معاینه شود. در هنگام معاینه، باید اتاق گرم (۲۸-۲۵ درجه‌ی سانتی‌گراد) باشد. درجه‌ی حرارت بدن نوزاد را اندازه بگیرید. درجه‌ی حرارت زیر بغلی 37°C - $36/4^{\circ}\text{C}$ در محدوده‌ی طبیعی است، درجه‌ی حرارت بیش‌تر از 37°C تب و کم‌تر از $36/4^{\circ}\text{C}$ هیپوترمی تلقی می‌شود. تب در دوران نوزادی شایع نبوده و همیشه با عفونت همراه نیست.

اندازه‌گیری قد، وزن، دور سر، تعیین سن جنینی و تعیین جنسیت نیز باید انجام شود. رنگ نوزاد را مشاهده کنید. رنگ نوزاد طبیعی صورتی است. در نوزادی که گریه می‌کند، پوست ممکن است به رنگ قرمز تیره در آید. سیانوز انتهاها (آکروسیانوز) در روزهای اول تولد طبیعی است. نوزاد، ممکن است به علت پلی سیتمی، پر خون و یا به دلیل آنمی، رنگ پریده باشد. در این موارد، باید هموگلوبین و هماتوکریت درخواست شود.

وجود زردی در ۲۴ ساعت اول تولد، پاتولوژیک بوده و نیاز به بررسی دارد. سیانوز مرکزی، در زبان و مخاط بهتر مشاهده شده و به مداخله‌ی اورژانس نیاز دارد. معاینه‌ی صورت، از نظر وجود ناهنجاری‌ها و تغییر شکل‌های سندرمیک انجام می‌شود. مشاهده‌ی تون و پوسچور نوزاد نیز اهمیت دارد. هر ۴ اندام نوزاد ترم به طور کامل در وضعیت فلکسیون هستند و در برابر باز کردن مقاومت دارند. هر چه نوزاد نارس‌تر باشد، تونیسیتی عضلانی او کم‌تر است.

در معاینه‌ی سر، لمس فونتanel‌ها و سوچورها انجام می‌شود. اندازه‌ی فونتanel‌ها در زمان تولد متغیر است. پس از زایمان، سوچور ساژیتال اغلب باز و سوچور کروئال **Overriding** دارد. فونتanel خلفی اغلب باز ولی کوچک است. لمس فونتanel برآمده و **Tense** زمانی که نوزاد گریه نمی‌کند ممکن است به علت افزایش فشار داخل جمجمه و یا از علائم دیررس مننژیت باشد. بزرگی سر (ماکروسفالی) حاکی از هیدروسفالی، هیدرانانسفالی، بیماری ذخیره‌ای، آکندروپلازی، ژینگانتیسم مغزی یا اختلال

متابولیک است اما می‌تواند خانوادگی نیز باشد. نواحی نرم در استخوان پس سری ناشی از کالسیفیکاسیون نامنظم و تشکیل استخوان Wormian است که در استئوژنز ایمپرکتا، دیس استوز کلئیدوکرانیال، جمجمه‌ی لاکونار، کرتینیس و سندرم داون دیده می‌شود. وجود فونتanel های کوچک در مواردی مانند میکروسفالی، کرانیوسینستوز و هیپرتیروئیدی وجود دارد.

معاینه‌ی صورت از نظر ظاهر، فاصله‌ی چشم‌ها از یکدیگر، میکروفتالمی، عدم تقارن صورت و پایین قرار گرفتن گوش‌ها که اغلب با سندرم‌های مادرزادی همراه هستند و هم‌چنین، غیر قرینه بودن صورت به علت فلج عصب ۷، هیپوپلازی عضله‌ی پایین برنده‌ی گوشه‌ی دهان (سندرم گریه‌ی غیر قرینه) و یا وضعیت غیر طبیعی جنین در داخل رحم انجام می‌شود. فلج قرینه‌ی صورت و انحراف چشم‌ها به داخل، فقدان یا هیپوپلازی هسته‌ی عصب ششم و هفتم را مطرح می‌کند.

اگر نوزاد در حالت ایستاده نگه داشته شده و سپس به آرامی به عقب و جلو یا طرفین برده شود، چشم‌ها اغلب خودبه‌خود باز می‌شوند. خون‌ریزی‌های شبکیه و ملتحمه معمولاً خوش‌خیم هستند و در ۸۵٪ موارد تا سه هفته‌ی و در همه‌ی نوزادان تا ۴ هفته‌ی برطرف می‌شوند. رفلکس مردمک بعد از هفته‌ی ۲۸ حاملگی ظاهر می‌شود. عنبیه از نظر کلوبوم و هتروکرومی (چند رنگی) بررسی می‌شود. اگر در نوزاد ترم، قطر قرینه بیش‌تر از یک سانتی‌متر بوده و با فتوفوبی و اشک‌ریزش همراه باشد گلوکوم مادرزادی را مطرح کرده و مشاوره‌ی اورژانس چشم‌پزشکی ضرورت دارد. در صورتی که رفلکس قرمز رتین دیده نشود نیز احتمال کاتاراکت، تومور، کوریوریتینیت، رتینوپاتی نوزادان نارس یا زجاجیه‌ی هیپرپلاستیک اولیه‌ی پایدار وجود دارد و مشاوره‌ی اورژانس چشم‌پزشکی ضروری است.

اندازه و موقعیت گوش‌ها در صورت وجود Low set ear یا ناهنجاری مشخص در گوش، مشخصه‌ی بعضی از سندرم‌ها می‌باشد. سوراخ‌های بینی باید متقارن و باز باشند، انسداد آناتومیک سوراخ‌های بینی در اثر آترزی کوآن سبب دیسترس تنفسی می‌شود. دررفتگی غضروف بینی منجر به نامتقارن شدن سوراخ‌های بینی می‌گردد.

وجود دندان در دهان نوزاد برخی از سندرم‌ها را مطرح می‌کند و کشیدن این دندان‌ها معمولاً لازم نیست. بررسی لب و کام نرم و سخت از نظر شکاف لب و کام (شکاف کامل یا زیرمخاطی) انجام می‌شود. کیست‌های احتباسی اپستین در کام طبیعی است و پس از چند هفته ناپدید می‌شود. کوتاهی فرنولوم یا زبان گره خورده به ندرت نیاز به جراحی دارد. در صورت وجود مشکلات تغذیه‌ای ممکن است فرنولوتومی اندیکاسیون داشته باشد.

گردن نوزاد به نسبت کوتاه است. اختلالات گردن شامل گواتر، هیگروم کیستیک، بقایای شکاف برونشی و تورتیکولی مادرزادی به علت آسیب‌های عضله‌ی استرنوکلئیدوماستوئید در اثر تروما، هماتوم و فیروز می‌باشد. گردن پره‌دار در نوزاد دختر، ادم لنفاوی داخل رحمی و سندرم ترنر را مطرح می‌کند.

هر دو استخوان ترقوه باید از نظر شکستگی لمس شوند. ستون فقرات را از نظر شکل غیر طبیعی، توده، سینوس و وجود توده‌ی مو بررسی کنید.

هیپرتروفی پستان شایع است و ممکن است در پستان‌ها شیر وجود داشته باشد اما نباید دست‌کاری شوند. در صورت وجود عدم تقارن، اریتم، سفتی و حساسیت، احتمال ماستیت یا آبسه‌ی پستان مطرح می‌شود. اگر نیپل اضافی وجود داشته باشد بررسی کلیه‌ها لازم است.

تعداد تنفس باید به مدت یک دقیقه، در هنگام استراحت نوزاد و ترجیحاً در زمان خواب شمرده شود. در این شرایط، تعداد تنفس در نوزاد ترم ۳۰-۴۰ بار در دقیقه و در نوزاد نارس بیش‌تر است. تعداد تنفس بیش‌تر از ۶۰ بار در دقیقه بیماری ریوی، قلبی یا اسیدوز متابولیک را مطرح می‌کند. در مواردی که تنفس‌های منقطع و نامنظم و گاه همراه با حرکات اسپاسمودیک دهان و چانه وجود دارد اختلالات جدی مرکز تنفس را در نظر داشته باشید. تنفس نوزادان تقریباً به طور کامل دیافراگمی است و در هنگام دم، قسمت قدامی قفسه‌ی سینه به سمت داخل کشیده شده و شکم برآمده می‌شود. اگر نوزاد آرام و ساکت باشد این حرکات، پارادوکس یا ناکافی بودن تهویه را نشان نمی‌دهد. تنفس دشوار همراه با تورفتگی قفسه‌ی

سینه نشانه‌ی مهمی از سندرم دیسترس تنفسی، پنومونی، ناهنجاری یا اختلال مکانیکی ریه‌ها است. ناله‌ی ضعیف دائمی یا متناوب و گریه‌ی همراه با ناله در هنگام بازدم دال بر بیماری قلبی ریوی وخیم یا سپسیس می‌باشد. لرزش پره‌های بینی و تورفتگی عضلات بین دنده‌ای و جناغ از نشانه‌های شایع اختلالات ریوی هستند.

ضربان قلب در حالت طبیعی ۱۵۰ - ۱۱۰ ضربه در دقیقه و در حالت خواب تا ۸۵ ضربه در دقیقه می‌باشد. صداهای قلبی در سمت چپ بلندتر شنیده می‌شوند و سوفلی وجود ندارد. سوفل‌های گذرا، معمولاً به علت مجرای شریانی در حال بسته شدن است.

کبد به طور طبیعی ۲-۱ سانتی‌متر زیر لبه‌ی دنده لمس می‌شود. ممکن است نوک طحال و کلیه‌ی چپ لمس گردد. توده‌های شکمی باید به سرعت بررسی شوند. بیش‌تر توده‌های شکمی در نوزادان، کلیوی هستند. شکم اسکافوئید در نوزادان، فتق دیافراگم را مطرح می‌کند. نقص دیواره‌ی شکم در ناحیه‌ی ناف، سبب امفالوسل و نقص در یک طرف خط وسط موجب گاستروشیزی می‌شود. امفالوسل با ناهنجاری‌های کروموزمی همراه است فتق نافی نیاز به درمان ندارد. بند ناف حاوی دو شریان و یک ورید می‌باشد. شریان نافی منفرد ناهنجاری‌های پنهان کلیوی را مطرح می‌کند. هنگامی که نوزاد آرام است، باید نبض‌های اندام‌ها لمس شود. در کوآرکتاسیون آئورت، فشار نبض کاهش می‌یابد، در این صورت باید فشارخون اندام فوقانی و تحتانی چک شود.

در پسرها، بیضه‌ها باید در اسکروتوم قرار داشته و یا در کانال قابل لمس باشند. در موارد هیپوسپادیاس یا اپی‌سپادیاس شدید بررسی اختلالات کروموزم‌های جنسی ضرورت دارد. در نوزادان دختر نارس، کلیتوریس و لایبیا برجسته هستند ولی در نوزادان ترم کلیتوریس به وسیله‌ی لایبیا مازور پوشانده می‌شود.

اکثر نوزادان در ۱۲ ساعت اول تولد ادرار می‌کنند و تقریباً در ۹۵٪ نوزادان نارس و ترم، دفع ادرار در طی ۲۴ ساعت روی می‌دهد. در نوزادان دختری که کلیتوریس بزرگ دارند باید به اختلالات کروموزمی شک کرد. هیدروسل در نوزادان پسر نسبتاً شایع است و خودبه‌خود از بین می‌رود. ترشحات سفید یا خونی از واژن به دلیل هورمون‌های مادر است. موقعیت و ظاهر آنوس باید چک شود. نود و نه درصد نوزادان ترم و ۹۵٪ نوزادان نارس، در طی ۴۸ ساعت پس از تولد مکونیوم دفع می‌کنند.

اندام‌های فوقانی و تحتانی باید از نظر ناهنجاری‌هایی از قبیل وجود انگشتان اضافی یا چسبیدن انگشتان به یکدیگر (پلی‌داکتیلی و سین‌داکتیلی) و پا چنبری (Club foot) بررسی شوند. در تمام نوزادان مفصل هیپ باید از نظر دررفتگی مادرزادی معاینه گردد. رفلکس مورو بهترین تست برای بررسی تون نوزاد است.

پوست خشک و پوسته پوسته به خصوص در نوزادان پست ترم شایع است. همانژیوم‌های مویرگی، ماکول‌های صورتی رنگ روی پلک‌های فوقانی، وسط پیشانی و گردن هستند که در طی ۱ سال به تدریج کم‌رنگ می‌شوند. ارتیم توکسیکوم، راش‌های شایعی است که معمولاً از روز دوم تا سوم تولد دیده شده و پاپول‌های ریزی در زمینه‌ی اریتماتو است که در بررسی میکروسکوپیک حاوی اتوزینوفیل می‌باشد. میلیا (Milia) کیست‌های خوش‌خیم سفید در بینی و چانه است. مرواریدهای اپشتین (Epstein pearls) کیست‌های کوچک احتباسی در خط وسط کام هستند که نیاز به درمان ندارند. در تغییر رنگ Harlequin یک نیمه‌ی طولی بدن تغییر رنگ قرمز دارد و نیمه‌ی دیگر رنگ پریده است، چند دقیقه طول می‌کشد و در اثر ناپایداری وازوموتور ایجاد می‌شود. لکه‌ی مغولی (Mongolian spot) ماکول‌هایی با تغییر رنگ آبی مایل به سیاه است که در انتهای تحتانی مهره‌ها و یا روی باسن دیده می‌شود اما ممکن است روی پاها و یا تنه نیز باشد. این لکه‌ها در طی چند سال اول زندگی کم‌رنگ می‌شوند.

۱- غربالگری همگانی

این غربالگری شامل غربالگری کافی بودن شیر مادر، بررسی کمبود آنزیم G6PD، بیماری فنیل کتونوری و کم کاری تیروئید است که روز سوم تا پنجم پس از تولد انجام می شود.

در مواردی که کمبود آنزیم G6PD تشخیص داده می شود، راهنمایی و آموزش والدین؛ ارائه ی برگه ی آموزشی به والدین شامل لزوم توجه به افزایش بیلی روبین، حمله های لیز و پرهیز از مواجهه با مواد اکسیدان؛ نصب برگه ی نوع داروهای که لازم است از آن ها پرهیز صورت گیرد در دفترچه ی بیمه ی نوزاد و بررسی مجدد در ۱۲۰ روزگی از نظر کمبود آنزیم توصیه می شود.

برای بررسی بیماری فنیل کتونوری، نوزاد باید به اندازه ی کافی با شیر تغذیه شده باشد. قطره ای از پاشنه ی پای نوزاد بر روی کاغذ فیلتر گرفته شده و به روش کالری متریک مقدار کمی فنیل آلانین تعیین می گردد. نتایج منفی کاذب شامل انجام تست قبل از سه روز اول زندگی، دیالیز، تزریق خون، اشکالات تکنیکی، تغذیه ی خوراکی یا وریدی با مواد فاقد پروتئین و ناشتا بودن نوزاد می باشد. در این صورت، باید تست پس از ۷۲ ساعت تغذیه با شیر و رفع علت منفی کاذب تکرار گردد. در صورتی که به علت زود مرخص شدن نوزاد، خون گیری قبل از ۴۸ ساعت انجام شده باشد، باید مجدداً در هفته ی دوم زندگی تکرار شود. نتایج مثبت کاذب شامل بیماری های کبد، نارسای نوزاد، بیماری مادر، تغذیه ی تزریقی و اشکالات تکنیکی است. اگر تست مثبت شود (مقدار برابر یا بالاتر از ۴۰ mg/dL)، باید به روش HPLC تکرار گردد.

کم کاری مادرزادی تیروئید یکی از علل مهم قابل پیش گیری عقب افتادگی ذهنی در نوزادان است. با توجه به پژوهش های انجام شده در اصفهان، تهران و شیراز، میانگین بروز کم کاری مادرزادی تیروئید در کشور، ۱/۱۰۰۰ تخمین زده شده است.

با توجه به شیوع بالای بیماری در کشور و عوارض جبران ناپذیر مغزی بیماری در صورت عدم تشخیص و درمان به موقع که جز با غربالگری بیماری قابل پیش گیری نمی باشد، اهمیت این برنامه ی غربالگری، محرز می گردد. زیرا، درمان تأخیری بیماری با عوارض جبران ناپذیر مغزی، به ویژه کاهش ضریب هوشی در مبتلایان همراه است. در صورت شناسایی و درمان به موقع بیماری که در برنامه های غربالگری کاملاً ممکن بوده است، از عوارض بیماری پیش گیری به عمل می آید. در موارد ذیل، انجام آزمایش غربالگری مجدد از پاشنه ی پا در هفته ی دوم تولد ضروری است:

■ نوزادان نارس،

■ نوزادان کم وزن (کم تر از ۲۵۰۰ گرم)،

■ چند قلوها،

■ نوزادان بستری و یا با سابقه ی بستری در بیمارستان،

■ نوزادان با سابقه ی دریافت و یا تعویض خون،

■ نوزادانی که داروهای خاص مانند دوپامین مصرف می نمایند.

نتایج مثبت آزمون اولیه، TSH ۷-۳ روزگی برابر و یا بیش از ۱۰ mU/L، ۸ روزگی تا ۵ ماهگی برابر و یا بیش از ۴ mU/L و پس از ۵ ماهگی برابر و یا بیش از ۳ mU/L است.

■ تمام نوزادان باید قبل از ترخیص از بیمارستان، اولین بررسی شنوایی را انجام داده باشند. در غیر این صورت، باید بررسی شنوایی در ماه اول زندگی انجام شود.

۲- غربالگری انتخابی

- فشار خون در موارد خاصی اندازه‌گیری می‌شود.
- در مواردی که معاینه‌ی چشم، غیر طبیعی است ارجاع به چشم‌پزشک ضرورت دارد.

ایمن‌سازی

- واکسیناسیون بدو تولد شامل ب.ث.ژ (BCG)، قطره‌ی خوراکی فلج اطفال (OPV) و هپاتیت ب (HepB) است.
- واکسن پولیوی صفر باید در زمان خروج از زایشگاه تجویز شود. در غیر این صورت، در اولین فرصت ممکن تا روز ۳۰ تولد تجویز شده و پس از آن تجویز واکسن ضرورتی ندارد.
- در کودکان کوچک‌تر از یک‌سال، مقدار واکسن ب.ث.ژ ۰/۰۵ میلی‌لیتر و معادل نصف دوز بالغین است.
- واکسیناسیون هپاتیت ب در کودکانی که وزن تولد کم‌تر از ۲۰۰۰ گرم داشته‌اند در ۴ نوبت (بدو تولد، یک ماهگی، دو ماهگی و شش ماهگی) انجام می‌شود.
- برنامه‌ی ایمن‌سازی نوزادان نارس مانند سایر نوزادان است.
- در صورت اسهال شدید در زمان خوراندن قطره‌ی فلج، حداقل به فاصله‌ی یک ماه دوز اضافی واکسن توصیه می‌شود.
- تغذیه‌ی شیرخوار مغایرتی با تجویز قطره‌ی فلج ندارد اما در صورت بروز استفراغ ۱۰ دقیقه پس از تجویز آن، تکرار ش ضرورت دارد.
- شل بودن مدفوع، سرماخوردگی یا تب خفیف مانع ایمن‌سازی نیست.
- واکسن BCG، در حد فاصل یک سوم فوقانی و دو سوم تحتانی بازو تزریق می‌شود.
- تا ۲ سالگی تزریق واکسن‌ها در ناحیه‌ی قدامی خارجی ران صورت می‌گیرد.

راهنمایی‌های فراراه

آمادگی خانواده

حمایت خانواده، سلامت مادر، انتقال، ارتباط خواهر و برادرها، منابع خانواده

- دوران نوزادی زمان تطابق و تغییر والدین است. والدین نیاز به حمایت و کمک خانواده، دوستان و اجتماع دارند. علاوه بر وضعیت نوزاد، باید به نگرانی‌های والدین نیز توجه شود. حداقل ۸۰-۶۰٪ از مادران دچار اندوه پس از زایمان (Baby blues) می‌شوند که نوعی افسردگی خفیف است. معمولاً شروع علائم پس از روز سوم زایمان است، در روز پنجم به اوج خود رسیده و تا روز دهم بهبود می‌یابد. مادرانی که دچار این مشکل می‌شوند ممکن است زیاد گریه کنند و مضطرب به نظر برسند یا حتی قادر به خوابیدن نباشند. استراحت و کمک اطرافیان برای رفع آن مفید است. این حالت در حدود ۲۰٪ موارد به سمت افسردگی پس از زایمان سیر می‌کند.
- ◆ کمک دوستان و آشنایان برای شما اهمیت دارد. بنابراین، با آن‌ها صحبت کنید و از ایشان کمک بگیرید.
 - ◆ تمام والدین گاه خسته و ناراحت می‌شوند. اگر چنین احساسی کردید کودک را در جای امنی مانند گهواره قرار دهید تا آرام شوید.
 - ◆ هرگز به کودک آزاری نرسانید، فریاد نزنید یا او را محکم تکان ندهید.
 - ◆ احتمالاً وقت زیادی را به کودک اختصاص می‌دهید اما خود را نیز فراموش نکنید. توجه به خود و سلامتی شما اهمیت دارد.

♦ برای این که کودک بزرگ‌تر به فرزند جدید عادت کرده و علاقه پیدا کند از او در حد توانایی‌اش برای مراقبت نوزاد کمک بگیرید.

♦ هرگز نوزاد را بدون نظارت، با خواهر و برادر دیگرش تنها نگذارید.

♦ مدتی از وقت خود را فقط برای خواهر و برادر دیگر و خواسته‌هایی که دارد اختصاص دهید.

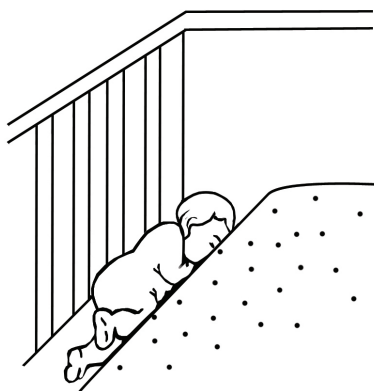
رفتارهای شیرخوار

توانایی‌های شیرخوار، ارتباط والد-کودک، خواب (محل، وضعیت، ایمنی گهواره و تخت کودک)، حالات خواب/بیداری، آرام کردن

♦ کودک خود را لمس کنید و در آغوش بگیرید. تماس جسمی به او احساس امنیت داده و می‌فهمد که مورد علاقه است و از او مراقبت می‌شود. به این ترتیب، دلبستگی ایجاد شده و به رشد خانواده کمک می‌شود.

♦ تماس جسمی باعث افزایش خواب، تنظیم زمان خواب و بیداری و تسهیل دلبستگی می‌گردد.

♦ همیشه کودک خود را به پشت بخوابانید نه به شکم یا پهلو. کودک را در اتاق خود اما، در تخت خودش و نه در تخت خودتان بخوابانید.



♦ از وسایل خواب شل و نرم (پتو، بالش و...) استفاده نکنید یا اسباب بازی‌های نرم در تخت او قرار ندهید. زیرا، با افزایش خطر SIDS همراه است. می‌توان پتوی نازکی را دور کودک پیچاند یا زیر تشک برد.

♦ حرارت اتاق مناسب باشد تا کودک در زمان خواب، بسیار گرم یا سرد نشود.

♦ مطمئن باشید که تخت بچه ایمن است. فاصله‌ی نرده‌های تخت از یکدیگر نباید بیش از ۶۰ mm باشد. تشک باید سفت باشد و کاملاً مناسب اندازه‌ی تخت انتخاب شود. زمانی که کودک خوابیده است پهلوهایی تخت را بالا آورید.

تغذیه

شروع تغذیه، نشانه‌های سیری/گرسنگی، هیدراتاسیون/زردی، شیوه‌های تغذیه (نگه‌داشتن، آروغ زدن)، راهنمایی تغذیه (شیر مادر، شیر مصنوعی)

والدین از تغذیه‌ی نوزاد لذت برده و احساس رضایت می‌کنند. اغلب والدین توانایی فرزند پروری خود را با موفقیت در تغذیه‌ی شیرخوار احساس می‌کنند. بنابراین، راهنمایی، اطمینان و کمک به والدین در زمینه‌ی تغذیه بسیار مهم است. مشاهده‌ی تغذیه با شیر مادر، توانایی‌های عصبی حرکتی نوزاد و تعامل والد-نوزاد را نشان می‌دهد. به این ترتیب، راحتی مادر در حین تغذیه‌ی نوزاد، تماس چشمی بین مادر و نوزاد، تعامل مادر با نوزاد، پاسخ مادر و نوزاد به وقایع محیط و توانایی مکیدن نوزاد ارزیابی می‌شود.

♦ بلافاصله پس از تولد، نوزاد هوشیار است و رفلکس مکیدن نوزادان طبیعی و ترم در ۲۰ تا ۳۰ دقیقه‌ی اول زندگی حداکثر می‌باشد. بنابراین، باید در صورتی که طبیعی و فعال است، پس از خشک کردن کامل، در طی ۱ تا ۵ دقیقه پس از تولد روی شکم و بین پستان‌های مادر قرار گیرد. نوزادان نارس یا دارای وزن ۱۵۰۰ تا ۲۵۰۰ را نیز می‌توان در صورت فقدان

مشکلات تنفسی درکنار مادر قرار داده و از یک وسیله‌ی گرم کننده استفاده نمود. تماس زودرس مادر و نوزاد بلافاصله بعد از تولد موجب برقراری و استحکام پیوند عاطفی بین آن‌ها، کاهش خون‌ریزی مادر، شروع موفق تغذیه با شیر مادر، استفاده از کلوستروم، تداوم شیردهی به مدت طولانی‌تر و کاهش عفونت و مرگ و میر می‌شود. هم‌چنین، نوزاد بهتر خوابیده و کم‌تر گریه می‌کند؛ بهتر رشد می‌کند؛ شیردادن به او با اولین نشانه‌ی گرسنگی انجام شده و تولید شیر بهتر می‌شود و مادر در مورد مراقبت از کودک اعتماد به نفس پیدا می‌کند.

♦ مادری که به روش بی‌حسی موضعی (نخاعی یا اپی‌دورال) تحت عمل سزارین قرار گرفته می‌تواند بلافاصله پس از تولد نوزاد را درآغوش گرفته و شیردهی را آغاز نماید. اما در صورت بی‌هوشی عمومی شروع شیردهی تا رفع خواب آلودگی به تعویق افتاده و پس از آن در اسرع وقت شروع می‌شود.

♦ اگر نوزاد به هر دلیلی به بخش نوزادان انتقال یابد باید امکان دیدار مکرر مادر با نوزاد فراهم شده و مادر پستان‌های خود را از ۲۴ ساعت اول هر ۳ ساعت دوشیده و شیر دوشیده شده را هر چند هم که اندک باشد در یخچال یا فریزر نگاه‌داری نماید تا در اولین زمان ممکن از آن استفاده نماید.

♦ تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی تغذیه‌ی مطلوب است که باعث بهترین رشد و تکامل می‌گردد.

♦ تغذیه باید هر زمان که شیرخوار گرسنه است انجام شود. نشانه‌های گرسنگی شامل افزایش حرکات چشم شیرخوار، باز کردن



دهان و بیرون آوردن زبان، گذاشتن دست در دهان، مکیدن دست و انگشتان، برگرداندن سر به سمت پستان، حالت‌های خاص صورت قبل از گریه کردن و نق‌نق کردن است. گریه، علامت دیررس گرسنگی است. باید قبل از گریه به سایر نشانه‌ها توجه کرد. در شیرخواری که گریه می‌کند تغذیه مشکل‌تر است زیرا گریه با تغذیه با شیر مادر تداخل می‌کند.

♦ در حدود یک هفتگی، شیرخوار باید ۸-۱۲ بار در روز تغذیه شود.

♦ در ۳-۴ روز اول پس از تولد، شیرخوار هر ۲-۱ ساعت طلب شیر می‌کند تا جریان شیر مادر برقرار گردد.

♦ معمولاً نوزاد در یک هفتگی، روزها هر ۲-۳ ساعت و شب‌ها هر ۳ ساعت با یک وقفه‌ی ۴-۵ ساعته بین تغذیه‌ها شیر می‌خورد. در این زمان، شیرخوار ۸-۱۲ بار در ۲۴ ساعت تغذیه می‌شود.

♦ شیردهی باید تا زمان سیر شدن شیرخوار ادامه یابد. نشانه‌های سیری شامل چرخش سر دور از پستان مادر، بستن دهان و شل شدن بدن و دست‌ها است. اگر شیرخوار در ۲ هفته‌ی اول عمر، بیش‌تر از ۳-۴ ساعت ممتد خوابید باید بیدار شود. هم‌اتاقی مادر و نوزاد، تشخیص زودرس نشانه‌های گرسنگی را راحت‌تر می‌کند.

♦ شیر خوار سالم نیاز به آب اضافی ندارد. زیرا، شیر مادر یا شیر مصنوعی که درست تهیه شده نیاز نوزاد به مایعات را برآورده می‌سازد. از سوی دیگر، دادن آب یا آب قند موجب می‌شود تا نوزاد آغوز کم‌تری خورده و با دفع کم‌تر مکنونیوم زردی تشدید شود.

♦ پس از برقراری جریان شیر مادر، شیرخوار ۶-۸ پوشک خیس در ۲۴ ساعت دارد. در شیر مادرخواران مدفوع شل است که طبیعی بوده و اسهال تلقی نمی‌شود.

♦ آروغ زدن شیرخوار در وسط شیر خوردن یا پس از آن با مالش ملایم پشت در حالی که روی شانه و قفسه‌ی سینه‌ی شما قرار گرفته یا در وضعیت نشسته در آغوش گرفته شده است صورت می‌گیرد.

در مورد مزایای تغذیه با آغوز (Colostrum) با والدین صحبت کنید. آغوز شیر روزهای اول زندگی است که غلیظ بوده و حاوی مقادیر زیادی مواد ایمنی بخش و مغذی است. آغوز با وجود حجم کم می‌تواند تمام نیازهای تغذیه‌ای نوزاد را برآورده ساخته و با کمک به دفع مکنونیوم به کاهش زردی کمک نماید. موارد منع مصرف شیر مادر عبارتند از: گالاکتوزمی،

مادر HIV مثبت، سوء مصرف مواد، TB (تا زمانی که مادر عفونی است)، ضایعات هرپتیک پستان و شیمی‌درمانی و مصرف سایر داروهایی که در دوران شیردهی مصرف آن‌ها قدغن است.

◆ وضعیت مادر در هنگام شیر دادن:

مادر در هر وضعیتی که احساس می‌کند راحت است می‌تواند شیر بدهد. معمولاً راحت‌ترین وضعیت نشسته، وضعیتی است که مادر بر روی یک صندلی با پشت صاف بنشیند و زیر بازو، پشت و زیر پایش تکیه‌گاهی داشته باشد. در صورتی که مادر به عقب خم شود، پستان از شیرخوار دور شده و پستان گرفتن برای او مشکل می‌شود و اگر مادر به جلو خم شود به عضلات گردن و پشت او فشار وارد خواهد شد.

در حالت نشسته بهتر است مادر زیر آرنج دستی که با آن کودک را نگاه داشته و نیز روی ران خود بالشی بگذارد تا کودک را بالا نگاه دارد. مادر، نوزاد را طوری در آغوش می‌گیرد که سر کودک روی بازوی مادر یا در فرورفتگی داخل آرنج قرار گیرد. نوزاد به پهلوی می‌خوابد و رویش به طرف مادر است. پشت کودک به وسیله‌ی ساعد مادر نگه داشته شده و باسن و ران او با دست مادر حمایت می‌شود. در این حالت، در صورتی که بدن شیرخوار عریان باشد، نباید ناف او دیده شود. گوش، شانه و مفصل ران او باید در یک امتداد بوده و آن دست شیرخوار که پایین است باید زیر پستان مادر یا زیر کمر او قرار گیرد.

در وضعیتی که مادر و کودک به پهلوی و روبروی هم می‌خوابند باید نوزاد به پهلوی و روبروی مادر قرار گیرد و زانوهایش به طرف مادر کشیده شده باشد. در مادرانی که سزارین شده‌اند، گاه لازم است تا یک بالش بین مادر و شیرخوار قرارداد و بهتر است که چند بالش زیر سر، پشت و زیر زانوی مادر نیز قرار گیرد. وضعیت شیردهی در مادر سزارین شده از روز دوم که می‌نشیند، وضعیت زیربغلی است تا به بخیه‌ها فشار نیاید. برای نوزاد نارس علاوه بر روش زیربغلی می‌توان از مراقبت آغوشی نیز کمک گرفت.

◆ در وضعیت صحیح شیرخوار در هنگام شیر خوردن:

- صورتش مقابل پستان مادر است؛ شانه‌هایش از پشت نگه داشته شده؛ بازویش در تماس با مادر؛ چانه در تماس با پستان و باسن او در بغل مادر است.

- مادر از رفلکس جست‌وجو (Rooting) کمک می‌گیرد.

- تماس بدن شیرخوار با مادر برقرار است.

- سر و گردن شیرخوار راحت و سر و بدن او در یک امتداد است.

◆ نشانه‌های وضعیت صحیح شیرخوردن عبارتند از:

- مادر در هر وضعیتی که راحت است می‌تواند شیر دهد.

تمام بدن شیرخوار رو به روی مادر و در تماس نزدیک با بدن او است؛ صورت و چانه‌ی شیرخوار روبروی پستان مادر است.

- دهان شیرخوار کاملاً باز است و لب پایین او به طرف خارج برگشته است.

- قسمتی از هاله‌ی پستان مادر در بالای لب فوقانی و قسمت بسیار کمی از آن در زیر لب تحتانی دیده می‌شود.

- زبان به حالت مقعر دور تا دور پستان را فرا می‌گیرد.

- مکیدن‌های شیرخوار آرام و عمیق است.

- صدای قورت دادن شیر به خوبی شنیده می‌شود.

- گونه‌هایش گرد و برآمده است.

- شیرخوار آسوده و آرام است.

- خودش پستان را رها می‌کند و نوک پستان در این حالت کشیده‌تر از معمول است (Teat).

- مادر در هنگام شیر دادن دردی احساس نمی‌کند.

◆ نحوه‌ی نگاه‌داشتن پستان:

هنگامی که نوزاد به اندازه‌ی کافی به سینه‌ی مادر نزدیک شد، مادر باید چهار انگشت خود را زیر پستان و شست را بالای آن نگاه دارد و سپس نوک پستان را به لب بالای نوزاد بمالد و صبر کند تا نوزاد دهان خود را باز کند. آن‌گاه نوزاد را به نحوی به طرف پستان بیاورد (نه پستان را به طرف نوزاد) که نوک پستان و هاله‌ی آن از قسمت بالای مرکز دهان وارد محوطه‌ی دهان نوزاد گردد و وقتی که نوزاد دهان خود را می‌بندد قسمت عمده‌ی هاله‌ی پستان را به دهان گرفته باشد.

◆ تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر از ابتدا به دیابت نوع I، اضافه وزن یا چاقی، سپسیس نوزادی، عفونت‌های مکرر گوش، لوسمی، اسهال و عفونت‌های تنفسی می‌کاهد. هم‌چنین، در فاصله گذاری میان فرزندان نقش مؤثری دارد و تکامل روانی اجتماعی را بهبود می‌بخشد.

◆ تغذیه‌ی نوزاد با سایر مایعات قبل از شروع تغذیه با شیر مادر (Prelacteal feeding) مانع تغذیه‌ی نوزاد با کلوستروم و منجر به افزایش احتمال ابتلا به عفونت و آلرژی، تداخل با اشتهای شیرخوار و اشکال در برقراری جریان شیر مادر و قصد شیردهی می‌گردد.

◆ شیردهی مطلوب (Optimal) شیردهی بر حسب تقاضای شیرخوار (On demand) است که باعث ایمنی نوزاد به علت مصرف کلوستروم، افزایش سریع شیر مادر، وزن‌گیری سریع‌تر، کاهش زردی، احتقان کم‌تر پستان، شیردهی طولانی‌تر، گریه‌ی کم‌تر شیرخوار و یادگیری مادر برای پاسخ به شیرخوار می‌گردد.

◆ مادر باید اجازه دهد تا شیرخوار ابتدا یک پستان را رها کرده و سپس پستان دیگر را به او بدهد تا شیرخوار بتواند شیر انتهایی (Hindmilk) را که مغذی است دریافت نموده و شیر بیشتری تولید گردد. شیردادن برای مادر لذت‌بخش است و درد که علامتی از وجود مشکل زمینه‌ای است باید ارزیابی شود. فقط حساسیت خفیف نوک پستان در روزهای اول قابل قبول است.

◆ رژیم غذایی متعادل و بر اساس نیاز مادر توصیه می‌شود.

◆ مصرف اغلب داروها در شیردهی مجاز است.

◆ شرایط تغذیه با شیر مصنوعی

به طور کلی تصمیم‌گیری درمورد نوع تغذیه‌ی شیرخوار باید مبتنی بر اصل "شیر مادر برای فرزند خودش" استوار باشد اما چون بهترین جایگزین، شیر انسان است در درجه‌ی اول از دایه‌ی سالم استفاده شود و تنها در شرایط خاصی نوزاد و یا شیرخوار باید از شیر مصنوعی استفاده کند.

شرایط دریافت کامل شیر مصنوعی (محرومیت کامل از شیر مادر) عبارتند از:

۱. بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج مادر (با تشخیص و تأیید پزشک) که منجر به معلولیت، از کار افتادگی و عدم توانایی در شیردهی او می‌شود مانند: نارسایی قلبی که به درمان پاسخ ندهد، نارسایی شدید کبد یا کلیه.
۲. نداشتن پستان یا عدم رشد پستان در بارداری یا سایر موارد مانند سندرم شیهان، سوختگی شدید هر دو پستان به ویژه در ناحیه‌ی آرنول و نوک آن و ماستکتومی دوطرفه که منجر به عدم تولید شیر شود.
۳. مادر مبتلا به HIV (ایدز) چنان‌چه شیر جایگزین سالم و قابل قبول، به طور مستمر در دسترس بوده و تهیه‌ی آن برای مادر عملی و ایمن باشد. چنان‌چه بخواهد شیر دهد یا مرگ شیرخواران در منطقه به دلیل بیماری‌های عفونی یا تغذیه‌ای بیش‌تر باشد در حالی که درمان ضد رتروویروس انجام می‌شود مادر می‌تواند تا ۱ سالگی فرزندش را شیر دهد.
۴. اعتیاد مادر به مواد اعتیادآور مانند آمفتامین، هروئین، کوکائین، اکستازی، کراک و شیشه، با تأیید روان‌پزشک معتمد (آموزش مادر، ارجاع و پی‌گیری او جهت ترک اعتیاد توصیه می‌شود). مادر باید در دوران بارداری برای ترک مواد کمک و حمایت شود.

۵. جدا شدن شیرخوار از مادر که پدر طبق حکم دادگاه عهده‌دار نگهداری او شده و امکان تغذیه‌ی شیرخوار با شیر مادر وجود نداشته باشد.
 ۶. مادر فوت شده باشد.
 ۷. فرزندخواندگی و فرزندان حاصل از رحم اجاره‌ای، با ارائه‌ی مدارک لازم و معتبر (آموزش‌های لازم به مادر برای القای شیردهی ارائه شود).
- در شرایط زیر نیز شیرخواران باید به‌طور کامل اما به صورت موقت از شیر مصنوعی (با استفاده از فنجان) تغذیه شوند:
۱. شیمی‌درمانی و استفاده‌ی طولانی مدت از آنتی‌متابولیت‌ها مانند: بوسولفان، کلرامبوسیل، سیس‌پلاتین، سیکلوفسفامید، سیتارابین، دوکسوروبیسین، فلوروآراسیل، مرکاپتوپورین، تاموکسیفن و متوترکسات.
 ۲. استفاده از داروهای فنین‌دیون و لیتیم (توصیه می‌شود در صورت امکان از داروهای جایگزین که ایمن‌تر هستند استفاده شود).
 ۳. استفاده از مواد رادیواکتیو (ید رادیواکتیو ۱۳۱) برای درمان بیماری‌ها. مادرانی که از ید رادیواکتیو استفاده می‌کنند، می‌توانند دو ماه بعد از قطع درمان، شیردهی خود را شروع کنند.
- در کلیه‌ی مواردی که تغذیه‌ی کامل و موقت با شیر مصنوعی توصیه می‌شود، باید به مادرآموزش داد تا به منظور تداوم شیردهی، مکرراً شیرش را دوشیده و دور بریزد. در طی این مدت، می‌توان از شیر مصنوعی برای تغذیه‌ی شیرخوار استفاده نمود که با قاشق و فنجان به او داده می‌شود.
- هم‌چنین در شرایط زیر شیرخوار نیازمند تغذیه‌ی کمکی با شیرمصنوعی به همراه تغذیه با شیر مادر است، در این شرایط، شیر مادر غذای اصلی شیرخوار است و شیر مصنوعی به عنوان کمک و همراه با شیر مادر تجویز می‌شود (استفاده از شیر دوشیده شده‌ی مادر به عنوان شیر کمکی برای تغذیه‌ی شیرخوار در صورت دسترسی ارجح است).
- ۱- وزن‌گیری نامطلوب شیرخوار (توقف یا کندی یا افت منحنی وزن برای سن شیرخوار) که در این شرایط به ترتیب زیر عمل شود:
- ضمن مشاوره با مادر و آموزش او در مورد وضعیت صحیح شیردادن و گرفتن صحیح پستان، مکیدن صحیح و تغذیه‌ی مکرر از پستان و یا دوشیدن شیر مادر به منظور تخلیه‌ی کامل پستان، باید بر تغذیه‌ی متعادل و آرامش مادر نیز تأکید نموده و از بیمار نبودن شیرخوار و سلامت مادر اطمینان حاصل شود. (ارزیابی پستان گرفتن، به شیر آمدن و انتقال شیر)
- ۲- شیرخواران چند قلو
- چنان‌چه علی‌رغم ارائه‌ی آموزش‌های لازم و تلاش برای تغذیه‌ی چند قلوها با شیر مادر، رشد کودکان مطلوب نباشد، لازم است با هر شیرخوار به عنوان یک قل برخورد کرده و شیر مصنوعی مورد نیاز را به مادر داد.
- ۳- ابتلای مادر به جنون (پسیکوز):
- چون این بیماری قابل درمان و کنترل است، تغذیه‌ی شیرخوار با شیر مصنوعی به طور موقت تا زمان رفع مشکل مادر (در صورت تأیید روان‌پزشک معتمد) به صورت کامل یا کمکی توصیه می‌شود.

ایمنی

ایمنی صندلی ماشین، دود سیگار، پرت شدن، ایمنی منزل

- ◆ همیشه در ماشین، شیرخوار در صندلی ماشین رو به عقب و در صندلی عقب باشد.
- ◆ اگر شیرخوار نیاز به تغذیه داشت، ماشین را متوقف کرده و پس از برآورده کردن نیازش،



دوباره حرکت کنند.

- ◆ هرگز در وسیله‌ی نقلیه در حال حرکت او را از صندلی ماشین خارج نکنید.
- ◆ همیشه از کمربند ایمنی استفاده کنید و پس از مصرف دارو رانندگی نکنید.
- ◆ همیشه در حین تعویض پوشک یا لباس یک دست خود را روی کودک قرار دهید تا از روی تخت یا میز سقوط نکند.
- ◆ در منزل، وسیله‌ی نقلیه یا هر جایی که کودک هست سیگار نکشید.

مراقبت روتین نوزاد

مراقبت پوست، پیش‌گیری از بیماری، معرفی برای ارجاع زودرس، ختنه

- ◆ اغلب شیرخواران ۸ تا ۱۲ پوشک در روز یا یکی قبل و یکی بعد از هر نوبت تغذیه نیاز دارند.
- ◆ شستشوی مکرر و صحیح پوست سر در پیش‌گیری از شوره‌ی سر مفید است.
- ◆ احتمال خون‌ریزی واژن در شیرخوار دختر به علت هورمون‌های مادری است.
- ◆ پوست نوزاد حساس است. استفاده از صابون‌های غیر معطر و لوسیون‌های حمام و مواد شوینده‌ی غیر معطر برای شستشوی لباس‌ها احتمال راش را کم می‌کند. به علاوه، روغن‌ها و لوسیون‌های غلیظ موجب انسداد منافذ پوست و افزایش احتمال راش می‌شوند. برای نواحی از پوست که خشک هستند مثل چین‌ها و پا لوسیون‌های مرطوب‌کننده توصیه می‌شوند. به دلیل خطر استنشاق و مشکلات تنفسی پودرها توصیه نشده‌اند.
- ◆ به علت حساسیت، پوست نباید در تماس مستقیم با نور خورشید باشد. ضد آفتاب‌ها توصیه نمی‌شوند. تا حد امکان، شیرخوار باید دور از نور خورشید نگه داشته شود. برای شیرخواران کوچک‌تر از ۶ ماه، ضد آفتاب برای نواحی محدودی از پوست مثل صورت و پشت دست اگر پوشش مناسب مقدور نیست به کار می‌رود.
- ◆ پوست نوزاد نیاز به شستشوی روزانه با آب و صابون ندارد.
- ◆ برای پیش‌گیری از راش پوشک، کودک را پس از دفع یا خیس شدن پوشک با آب ساده شسته و پوشک را مکرر عوض کنید. برای بعضی از شیرخواران، می‌توان از کرم یا پماد تعویض پوشک استفاده کرد اما خوب پاک کردن و خشک کردن قبل از تعویض پوشک مناسب‌تر است.
- ◆ مراقبت بند ناف شامل خشک شدن در معرض هوا و نگه داشتن پوشک زیر بند ناف تا زمان افتادن آن (حدود ۱۴-۱۰ روزگی) است. ممکن است خون‌ریزی مختصری برای ۱ یا ۲ روز پس از افتادن بند ناف دیده شود. بستن بند ناف و استفاده از الکحل توصیه نمی‌شود. استشمام بوی بد و مشاهده‌ی قرمزی یا وجود مایع در ناحیه‌ی بند ناف غیر طبیعی است و نیاز به مراجعه دارد.
- ◆ یکی از مهم‌ترین اقدامات برای سالم نگه داشتن نوزاد، شستشوی مکرر دست‌ها با آب و صابون یا محلول ضد عفونی‌کننده‌ی بدون آب همیشه پس از تعویض پوشک و قبل از تغذیه‌ی او است. هم‌چنین، تمام اعضای خانواده و مهمانان باید قبل از در آغوش گرفتن نوزاد دست‌های خود را بشویند.
- ◆ شیرخواران، در ماه‌های اول زندگی مستعد ابتلا به بیماری هستند و باید از هر فرد بیمار یا سرما خورده دور نگه داشته شوند. از رفتن به رستوران، سینما و جاهای شلوغ به خصوص در فصول شیوع انفلوآنزا و سرماخوردگی تا حد امکان پرهیز شود.
- ◆ تا زمانی که دست‌های مادر قبل از شیردهی شسته شود می‌تواند در اغلب بیماری‌های مادر یا شیرخوار شیردهی را ادامه دهد.

◆ بهترین زمان ختنه در ۱۰ روز اول زندگی و ترجیحاً ۴۸ ساعت اول تولد می‌باشد. در بعضی از موارد، ممکن است پزشک انجام ختنه را به تعویق اندازد. فرد انجام دهنده‌ی ختنه، باید دوره دیده باشد. زمان مناسب ختنه از حداقل ۶ ساعت پس از تولد، پس از معاینه‌ی اول نوزاد و پیش از ترخیص از بیمارستان تا پایان دوره‌ی نوزادی است به شرطی که نوزاد سالم بوده و وزن بیش‌تر از ۲۵۰۰ گرم داشته باشد و هم‌چنین کنترااندیکاسیون‌های ختنه از قبیل ناهنجاری‌های مجرا مانند هیپوسپادیس و اپی‌سپادیس و دوگانه بودن مجرا و انحراف محور آن و سایر بیماری‌های خون‌ریزی دهنده در خانواده وجود نداشته باشد. روش توصیه شده برای ختنه در دوران نوزادی تا ۶ ماهگی روش حلقه‌ی پلاستیکی (Plasti bell) است. نوزاد باید حداقل ۲ ساعت پس از انجام ختنه از نظر خون‌ریزی موضعی تحت نظر باشد و یک‌بار ادرار کرده باشد تا از بیمارستان ترخیص گردد. رعایت موارد زیر پس از ختنه ضرورت دارد:

۱- پانسمان با گاز وازلین ارجح است و در صورت امکان بهتر است حدود ۴۸ ساعت حفظ گردد. پس از آن شستشوی کودک بلامانع است.

۲- دور محل ختنه در چند روز اول از مدفوع و آلودگی دور نگه داشته شده و در صورت آلودگی با مدفوع با آب و صابون شسته شود.

۳- روزی ۳ بار یا بیش‌تر از پماد تتراسیکلین یا وازلین طبی بر روی حلقه و آلت زده شود.

۴- حداکثر ۷ روز پس از ختنه ویزیت مجدد گردد.

۵- در صورت بی‌قراری از استامینوفن استفاده شود.

۶- پوشک نوزاد تا حد امکان باز بوده و در صورت بستن، سفت نباشد.

در موارد زیر مراجعه‌ی فوری ضرورت دارد:

۱- خون‌ریزی یا تغییر رنگ و تیره شدن نوک آلت و خون‌مردگی وسیع آلت و بیضه،

۲- تورم شدید آلت و بیضه،

۳- ادرار نکردن نوزاد ۱۸-۶ ساعت پس از ختنه،

۴- افتادن حلقه زودتر از ۳ روز یا نیفتادن آن بیش‌تر از ۱۰ روز،

۵- عفونت محل ختنه (قرمزی موضعی و ترشح چرکی)،

۶- بدتر شدن قرمزی نوک آلت پس از ۳ روز،

۷- تب نوزاد،

۸- سایر موارد غیر طبیعی به نظر والدین.

معمولاً ۷-۱۰ روز بعد آلت بهبود می‌یابد و در طی این مدت ممکن است زرد رنگ به نظر برسد که طبیعی است. بنفش بودن سر آلت پس از ختنه، ناشی از تحریک و پرخونی آن است که طبیعی می‌باشد.

شیرخواری: ویزیت روز سوم تا پنجم و روز پانزدهم

در نوزاد ترم، ترخیص زودرس قبل از ۴۸ ساعت انجام می‌شود. مهم‌ترین معیار ترخیص کم‌تر از ۴۸ ساعت از تولد، شیرخوار یک قلو با سن حاملگی ۳۸ تا ۴۲ هفته است. اما، پره‌ترم‌های ۳۵ تا ۳۷ هفته نیز ممکن است قبل از ۴۸ ساعت ترخیص شوند. به علت خطرات هفته‌ی اول و دوم از جمله زردی، مشکلات تغذیه، مشکلات هیدراتاسیون، کاهش وزن بیش از حد، سپسیس یا تشخیص ناهنجاری‌های مادرزادی که در معاینه‌ی اولیه آشکار نیستند اما در هفته‌های اول خود را نشان می‌دهند این ویزیت‌ها توصیه می‌شود. ویزیت پی‌گیری، ۳ تا ۵ روز پس از تولد یا ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از ترخیص توصیه می‌شود. در موارد سزارین یا آن‌هایی که ۹۶ ساعت یا بیش‌تر در بیمارستان بوده‌اند، اولین ویزیت تا یک هفته پس از ترخیص توصیه می‌شود که زمان دقیق آن به مسائل خاص و نیازهای مادر و شیرخوار بستگی دارد. خطرات بالقوه‌ی ویزیت هفته‌ی اول و دوم شامل نارس، هیپربیلیروبینمی، سفال‌هماتوم، کبودی، مشکلات تغذیه با شیر مادر یا نقایص دهانی است که بر تغذیه تأثیر دارد.

اولویت‌های ویزیت

اولویت اصلی، توجه به نگرانی‌های والدین است. سایر اولویت‌ها عبارتند از:

۱- سلامت والدین (مادر)

۲- تحول نوزاد

۳- کفایت تغذیه‌ای

۴- ایمنی

۵- مراقبت از نوزاد

مشاهده‌ی تعامل والد - کودک

- آیا والدین و نوزاد به یکدیگر پاسخ می‌دهند؟
- آیا والدین راضی، افسرده، خشمگین یا خسته به نظر می‌رسند؟
- آیا والدین در مراقبت از نوزاد اعتماد به نفس دارند؟
- تعامل نوزاد و والدین درباره‌ی رضایت، تغذیه و تعویض پوشک چیست؟
- آیا والدین از یکدیگر حمایت می‌کنند؟

پایش تکامل

♦♦ اجتماعی - هیجانی

- ♦ قادر به تداوم دوره‌هایی از بیداری برای تغذیه است.
- ♦ به تدریج می‌تواند مدت طولانی‌تری بخوابد (۴ تا ۵ ساعت در شب).

♦♦ ارتباطی

- ♦ با صدای والدین آرام می‌شود و به سمت آن برمی‌گردد.
- ♦ با رفتارهایش نیازهای خود را می‌فهماند.
- ♦ گریه‌ی تمایز نیافته (گریه‌ای که برحسب نیازهای خاص تفاوتی نداشته و یکسان است) دارد.

❖ شناختی

- ❖ می‌تواند مدت کوتاهی به اشیا یا صورت‌ها نگاه کند.
- ❖ صورت انسان را تا خط وسط دنبال می‌کند.

❖ تکامل جسمی

- ❖ می‌تواند بمکد، ببلعد و تنفس کند.
- ❖ رفلکس‌های اولیه‌ی مکیدن، برگرداندن سر به سمت تحریک (Rooting)، چنگ زدن (Palmar grasp)، مورو و تونیک گردن را نشان می‌دهد.
- ❖ در وضعیت دمر می‌تواند مدت کوتاهی سر را بالا آورد.

معاینه‌ی فیزیکی

معاینه‌ی فیزیکی کامل، بخشی از هر ویزیت مراقبت سلامت است. برای این ویزیت، موارد زیر اهمیت دارد:

■ اندازه‌گیری و ترسیم

- قد
- وزن
- دور سر

■ پوست

- مشاهده‌ی راش یا زردی

■ سر

- تظاهرات دیس مورفیک

■ چشم‌ها

- مشاهده‌ی چشم‌ها و پلک‌ها
- ارزیابی حرکت چشم‌ها
- معاینه‌ی مردمک‌ها برای کدورت و رفلکس قرمز
- ارزیابی داکریوسیستیت

■ قلب

- سمع سوفل
- لمس نبض‌های فمورال

■ شکم

- مشاهده‌ی بند ناف

■ عضلانی اسکلتی

- مانور ارتولانی و بارلو

■ عصبی

- توجه به وضعیت، تون، میزان فعالیت و قرینه بودن حرکات

۱- غربالگری همگانی

■ غربالگری کافی بودن شیر مادر و غربالگری متابولیک روز ۵-۳ پس از تولد (G6PP، بیماری فنیل کتونوری و کم کاری تیروئید)
■ اگر غربالگری شنوایی در زمان تولد انجام نشده باید در ماه اول انجام شود. بدون توجه به نتایج غربالگری باید از سابقه ی خانوادگی اختلال شنوایی یا ناشنوایی و هم چنین، هر عامل خطرزایی که برای کاهش شنوایی پیش رونده وجود دارد سؤال شود تا نظارت ممتد بر شنوایی و تکامل مهارت ارتباطی ادامه یابد.

۲- غربالگری انتخابی

■ فشار خون در موارد خاصی اندازه گیری می شود.
■ معاینه ی چشم غیر طبیعی یا نارسی با موارد خطر باید به چشم پزشک ارجاع شود.

راهنمایی های فراراه

سلامت والدین (مادر)

سلامت و افسردگی، استرس خانوادگی، توصیه های ناخوانده، نقش والدین

هفته های اول با نوزاد جدید زمان پر استرسی است که والدین و سایر اعضای خانواده باید یاد بگیرند چگونه از کودک مراقبت کرده و با نقش جدید خود تطابق پیدا کنند. مادر نیز باید دوران نقاهت پس از زایمان را سپری کند. افتراق بین حالات روحی طبیعی پس از زایمان (حزن و غم) از افسردگی پس از زایمان اهمیت داشته و در صورت نیاز، مشاوره یا ارجاع لازم است.

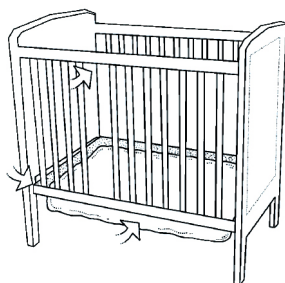
- ◆ در هفته ی اول زندگی، مادر احساس خستگی و غمگینی می کند و باید اطمینان داد که این حالت تداوم نمی یابد.
- ◆ باید برای نگهداری شیرخوار، از اطرافیان درخواست کمک کرد تا مادر استراحت کند.
- ◆ این احساس خستگی و کسالت مادر (Baby blues) پس از یک تا دو هفته از بین می رود. اگر این احساس به مدت طولانی تری ادامه یابد، می تواند علامتی از مشکل جدی تری باشد.
- ◆ در زمان خواب نوزاد، مادر نیز باید استراحت کند و سایر کارهای نوزاد مانند تعویض پوشک، حمام کردن و... را سایرین بر عهده گیرند.
- ◆ برای کودکان بزرگ تر خانواده، وقت اختصاصی در نظر بگیرید و با آنها بازی کنید یا برایشان کتاب بخوانید. از آنها برای نگهداری فرزند جدید کمک بخواهید.
- ◆ حفظ روتین های خانواده تا حد امکان به کاهش استرس کمک می کند.

تحول نوزاد

روتین های روزانه، خواب (محل، وضعیت، ایمنی گهواره)، تنظیم حالت (آرام کردن)، ارتباط والد-کودک، ارجاع تکاملی زودرس

اگر والدین تمایلی برای برنامه یا روتین معمول ندارند، برنامه‌ی خیلی سختی در پیش گرفته‌اند، نوزاد همیشه می‌خوابد یا هرگز نمی‌خوابد، نوزاد بی‌قرار است، به سختی آرام می‌شود، به سختی تغذیه می‌شود یا کم‌تر از ۱۲-۸ تغذیه در ۲۴ ساعت دارد مشاوره‌ی بیش‌تر ضروری است. نوزادانی که وضعیت آن‌ها به سرعت از حالت خواب یا خواب‌آلودگی به گریه تغییر می‌یابد یا آن‌هایی که والدین ایشان نگران گریه‌های بیش از حد آن‌ها هستند نیز به بررسی و مشاوره‌ی بیش‌تر نیاز دارند.

- ◆ در این سن، نوزادان معمولاً برنامه‌ی روز و شب ندارند و بیش‌تر روزها می‌خوابند. قرار دادن شیرخوار برای خوابیدن همیشه در یک‌جا و برقراری یک روتین منظم برای تغذیه و خواب به برنامه‌دار شدن و خواب شب او کمک می‌کند.
- ◆ خوابانیدن شیرخوار به پشت مناسب‌تر است. هم‌چنین، از پتو و بالش و تشک نرم استفاده نشود که خطر SIDS را بیش‌تر می‌کند.



- ◆ کودک در اتاق والدین باشد اما در تخت آن‌ها نباشد زیرا والدین خسته ممکن است وجود کودک را در تخت خود فراموش کنند.
- ◆ فاصله‌ی نرده‌های تخت نباید بیش از ۶۰ mm از یکدیگر باشد، تشک سفت و کاملاً اندازه‌ی تخت باشد و وقتی شیرخوار می‌خوابد کناره‌های تخت بالا باشد.
- ◆ حرارت اتاق باید مناسب باشد و شیرخوار موقع خواب زیاد سرد یا گرم نشود.
- ◆ برای هوشیار کردن شیرخوار جهت تغذیه می‌توان از تعویض پوشک، در آوردن لباس و ماساژ دادن او کمک گرفت.

کفایت تغذیه‌ای

موقعیت تغذیه (وزن‌گیری)، شیوه‌های تغذیه (در آغوش نگه‌داشتن، آروغ زدن)، هیدراتاسیون/ زردی، نشانه‌های گرسنگی/ سیری، راهنمایی تغذیه‌ای (شیر مادر، شیر مصنوعی)

- ویزیت هفته‌ی اول و دوم، به والدین اطمینان می‌دهد که شیرخوار به وزن تولد برگشته یا وزن‌گیری می‌کند. بنابراین، تغذیه‌ی کافی دریافت کرده است.
- ◆ اگر وزن نوزاد بیش از ۱۰-۷٪ وزن زمان تولد کاهش یافته، در طی ۲ هفته به وزن زمان تولد برنگشته یا از روز پنجم تولد روزانه ۳۰-۱۵ گرم افزایش وزن نداشته باشد به بررسی بیش‌تر نیاز دارد.
 - ◆ از نشانه‌های دریافت کافی شیر ۶ تا ۸ کهنه یا ۵ تا ۶ پوشک مرطوب تا خیس و ۳ یا ۴ دفع مدفوع روزانه و وزن‌گیری مناسب است.
 - ◆ شیر مادرخواران معمولاً دفع مدفوع نرم و مکرر دارند. پس از چند هفته، ممکن است تعداد دفع کاهش یابد. شیر مادرخوارانی که ۶ هفته یا بیش‌تر سن دارند ممکن است هر ۷-۳ روز یک بار، دفع مدفوع داشته باشند.
 - ◆ شیرخوار سالم به آب اضافی نیاز ندارد. زیرا، شیر مادر و شیر مصنوعی که صحیح تهیه شده، نیاز به مایعات را برآورده می‌سازد.
 - ◆ تغذیه باید هر زمان که شیرخوار گرسنه است انجام شود. نشانه‌های گرسنگی شامل افزایش حرکات چشم شیرخوار، باز کردن دهان و بیرون آوردن زبان، گذاشتن دست در دهان، مکیدن دست و انگشتان، برگرداندن سر به سمت پستان، حالت‌های خاص صورت قبل از گریه کردن و نق نق کردن است. گریه، علامت دیررس گرسنگی است. باید قبل از گریه به سایر نشانه‌ها توجه کرد. در شیرخواری که گریه می‌کند تغذیه مشکل‌تر است زیرا گریه با تغذیه با شیر مادر تداخل می‌کند.
 - ◆ شیردهی باید تا زمان سیر شدن شیرخوار ادامه یابد. نشانه‌های سیری شامل چرخش سر دور از پستان مادر، بستن دهان

و شل شدن بدن و دست‌ها است. اگر شیرخوار در ۲ هفته‌ی اول عمر، بیش‌تر از ۴ ساعت ممتد خوابید باید بیدار شود. نگه داشتن او در اتاق مادر، تشخیص نشانه‌های زودرس گرسنگی را راحت‌تر می‌کند.

مادر باید رژیم غذایی مناسب و مایعات را مطابق نیاز خود دریافت کرده و به اندازه‌ی کافی استراحت کند. افزودن روزانه ۵۰۰ کیلو کالری به رژیم غذایی مادر کافی است. حمایت خانواده، از اهمیت خاصی برخوردار است. وضعیت صحیح شیردهی برای پیش‌گیری یا کاهش زخم نوک پستان و عفونت پستان مهم است. اگر شیرخوار وزن‌گیری خوبی ندارد یا روزانه کم‌تر از ۶ تا ۸ پوشک خیس دارد در مورد دفعات و مدت شیردهی سؤال کرده و تغذیه‌ی نوزاد و وزن‌گیری او را تا زمانی که به وزن‌گیری مطلوب برسد دنبال کنید.

چنان‌چه تغییر مطلوبی در نمودار رشد نوزاد حاصل نشده باشد، شیر مصنوعی به عنوان کمک به شیر مادر و برای جبران کمبود رشد، تجویز شده و به مادر گفته شود که در ابتدا شیر را به مقدار ۰۵ میلی‌لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن و منقسم به ۶-۸ بار در روز تهیه کرده و آن را با قاشق و فنجان و پس از تغذیه با شیر مادر به نوزاد بدهد. توجه کنید که در صورت تغذیه با بطری، خطر قطع شیر مادر افزایش خواهد یافت. سپس، از مادر خواسته شود که هر ۲-۳ روز یک‌بار به تولید و افزایش شیرش توجه کرده و با افزایش شیر خود، شیر کمکی را کاهش دهد. هم چنین، هر ۱۰ روز یک‌بار به مرکز بهداشتی‌درمانی مراجعه کند تا چنان‌چه کودک از رشد کافی برخوردار نشده باشد، ضمن تداوم تغذیه با شیر مادر، نسبت به تنظیم (افزایش یا کاهش) دفعات و مقدار تغذیه با شیر مصنوعی تا حد مورد نیاز و رفع علت اقدام گردد.

♦ می‌توان با تعویض پوشک و بیدار کردن شیرخوار هر ۲ تا ۳ ساعت جهت شیردادن به تنظیم سیکل‌های خواب در روز کمک کرد. این کار را تنظیم حالت (State modulation) می‌گویند.

ایمنی

صندلی ماشین، دود سیگار، مایعات داغ (حرارت آب)

- ♦ همیشه در ماشین، شیرخوار در صندلی ماشین رو به عقب و در صندلی عقب باشد.
- ♦ اگر نیاز به تغذیه داشت ماشین را متوقف کرده و پس از برآورده کردن نیازش، دوباره، حرکت کنند.
- ♦ هرگز، در وسیله‌ی نقلیه در حال حرکت او را از صندلی ماشین خارج نکنید.
- ♦ همیشه از کمربند ایمنی استفاده کنید و پس از مصرف دارو رانندگی نکنید.
- ♦ همیشه در حین تعویض پوشک یا لباس یک دست خود را روی کودک قرار دهید تا از روی تخت یا میز سقوط نکند.
- ♦ در منزل، وسیله‌ی نقلیه یا هر جایی که کودک هست سیگار نکشید.
- ♦ زمانی که کودک را در آغوش گرفته‌اید مایعات داغ ننوشید.
- ♦ قبل از استحمام کودک درجه‌ی حرارت آب را با ریختن آن روی مچ دست امتحان کنید، درجه‌ی حرارت آب منزل بالاتر از $48/9^{\circ}\text{C}$ درجه نباشد.

مراقبت از نوزاد

آمادگی برای اورژانس‌ها (CPR)، پیش‌گیری از بیماری (شستشوی دست، بیرون بردن)، مراقبت پوست (تماس با نور خورشید)

- ♦ اجازه ندهید که نوزاد در ماه اول زندگی توسط افراد زیادی نگه‌داری شود. از جاهای شلوغ، پوشاندن بیش از حد و تماس

با حرارت‌های خیلی گرم یا سرد پرهیز کنید.

♦ دست‌های خود را به‌خصوص پس از تعویض پوشک و قبل از تغذیه‌ی شیرخوار بشویید.

♦ راش‌های جلدی می‌توانند بین ۴ تا ۸ هفتگی طبیعی باشند.

♦ تا حد امکان، نوزاد را دور از آفتاب نگه دارید. ضد آفتاب‌ها در کودکان کوچک‌تر از ۶ ماه فقط باید در نواحی محدودی

از بدن مانند صورت و پشت دست‌ها استفاده شوند.

شیرخواری: ویزیت ۱ ماهگی

تعداد ویزیت‌های ۲ ماه اول زندگی به وضعیت سلامت شیرخوار و نیازهای خانواده بستگی دارد. نوزادان نارس یا بیمار موقع تولد و آن‌هایی که نیازهای تکاملی یا بهداشتی خاصی دارند، فرزندان اول یا والدین مضطرب به ویزیت‌های بیش‌تر نیاز دارند. ویزیت ماه اول شامل مراقبت‌های بهداشتی روتین، پاسخ به نگرانی‌های والدین و تشویق، حمایت و راهنمایی‌های رشد و تغذیه‌ی شیرخوار، تکامل و تغییر الگوی خواب و بیداری است. نتایج تست‌های غربالگری نوزادی مرور شده و در صورت لزوم تکرار می‌شود.

اولویت‌های ویزیت

اولویت اصلی، توجه به نگرانی‌های والدین است. سایر اولویت‌ها عبارتند از:

۱- سلامت والدین (مادر)

۲- تطابق خانواده

۳- تطابق شیرخوار

۴- روتین‌های تغذیه

۵- ایمنی

مشاهده‌ی تعامل والد - کودک

■ آیا والدین راضی، افسرده، خشمگین یا خسته به‌نظر می‌رسند؟

■ آیا والدین عصبی یا متزلزل هستند؟

■ به نشانه‌های شیرخوار چگونه پاسخ می‌دهند؟

■ آیا با یکدیگر و با نوزاد راحت هستند؟

پایش تکامل

❖ اجتماعی - هیجانی

◆ به آرام کردن پاسخ می‌دهد.

❖ ارتباطی

◆ والدین را با چشمان خود تعقیب می‌کند.

◆ صدای والدین را می‌شناسد.

❖ شناختی

◆ می‌خندد (خنده‌های زمان خواب، ارزش تکاملی ندارند).

❖ تکامل جسمی

◆ در حالت خوابیده به شکم، سرش را لحظه‌ای بالا می‌آورد.

♦ اگر با کشیدن دست‌های شیرخوار، از حالت خوابیده به پشت به حالت نشسته درآورده شود، برای لحظه‌ای گردن را نگه می‌دارد.

معاینه‌ی فیزیکی

معاینه‌ی فیزیکی کامل، بخشی از هر ویزیت مراقبت سلامت است. برای این ویزیت موارد زیر اهمیت دارد:

■ اندازه‌گیری و ترسیم

■ قد

■ وزن

■ دور سر

■ سر

■ توجه به تغییر شکل‌های وضعیتی جمجمه

■ چشم‌ها

■ اطمینان از شفافیت و یک‌رنگ بودن چشم‌ها

■ مشاهده‌ی کدورت قرنیه و معاینه‌ی رفلکس قرمز

■ قلب

■ سمع سوفل قلبی

■ لمس نبض‌های فمورال

■ شکم

■ بررسی توده‌های شکمی

■ توجه به ترمیم ناف

■ عضلانی اسکلتی

■ انجام مانور ارتولانی و بارلو

■ عصبی

■ ارزیابی تون و وضعیت عصبی تکاملی شامل توجه به محرک‌های بینایی و شنوایی

غربالگری

۱- غربالگری همگانی

■ غربالگری متابولیک: اگر تا به حال انجام نشده است.

■ غربالگری شنوایی: موارد مثبت باید با ارزیابی ادیولوژیک پی‌گیری شده و در صورت تشخیص قطعی ارجاع شود.

۲- غربالگری انتخابی

■ فشار خون: در موارد خاص اندازه‌گیری شود.

■ غربالگری بینایی: در موارد نگرانی والدین، معاینه‌ی چشم غیرطبیعی یا نوزاد نارس با شرایط خطر به چشم‌پزشک ارجاع شود.

سلامت والدین (مادر)

سلامت (مراقبت پس از زایمان مادر، افسردگی)، برنامه‌ی شیردهی، مراقبت از کودک

پیرامون سلامت جسمی و هیجانی پس از زایمان صحبت کرده و اطلاعاتی درباره‌ی نیازهای این دوران به مادر بدهید.

- ♦ مراقبت پس از زایمان داشته باشید.
- ♦ احساس خستگی و کسلی پس از زایمان را بشناسید.
- ♦ لاینسترنول (Lynestrenol)، قرص خوراکی پروژسترونی پیش‌گیری از بارداری است که فقط مادران شیرده تا ۶ ماه پس از زایمان می‌توانند از آن استفاده کنند. این قرص باید هر روز در ساعت معینی استفاده شود. اثربخشی این قرص هم‌زمان با شیردهی شیرخوار کوچک‌تر از ۶ ماه، ۹۹٪ است. مزایای آن شامل نداشتن اثر منفی بر کیفیت و کمیت شیر مادر، افزایش مدت‌زمان شیردهی و بازگشت باروری بلافاصله پس از قطع مصرف قرص، نداشتن فاصله‌ی ۷ روزه بین بسته‌ها و کاهش احتمال مصرف نادرست و عدم نیاز به قطع مصرف آن قبل از عمل جراحی است. شروع مصرف قرص در صورت قاعده نشدن مادر شیرده و تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر ۶ هفته پس از زایمان و در صورت بازگشت قاعدگی و تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر در ۵ روز اول قاعدگی و ترجیحاً روز اول می‌باشد.
- تزریق آمپول دیومدروکسی پروژسترون استات (DMPA) به مادر غیرشیرده تا ۳ هفته پس از زایمان امکان‌پذیر است و نیازی به برگشت قاعدگی نمی‌باشد. در موارد تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر باید تزریق آن در صورت قاعده نشدن مادر تا ۶ هفته پس از زایمان آغاز شده و در صورت قاعده شدن مادر، باید تزریق در طی ۵ روز اول قاعدگی انجام شده و تا ۱ هفته نیز از کاندوم استفاده گردد. کوتاه‌ترین فاصله‌ی زمانی برای گذاشتن IUD، ۶ هفته پس از زایمان طبیعی یا سزارین است.

تطابق خانواده

منابع خانواده، حمایت خانواده، نقش والدین، منابع اجتماع

مادر جهت انجام مسئولیت‌های متعدد خویش به کمک نیاز دارد و باید توسط همسر و سایر اعضای خانواده حمایت شود تا بتواند به خوبی از خود و شیرخوارش مراقبت کند.

- ♦ برای خودتان نیز زمانی را در نظر بگیرید.
- ♦ کمک‌های اولیه/ CPR را یاد بگیرید و شماره‌ی تلفن اورژانس (۱۱۵) را بدانید.
- ♦ دست‌های خود را به‌خصوص پس از تعویض پوشک و قبل از تغذیه‌ی شیرخوار بشوید.

تطابق شیرخوار

برنامه‌ی خواب/ بیداری، وضعیت خواب (به پشت خواباندن، محل، ایمنی تخت)، تنظیم حالت (گریه کردن، آرام کردن، تکان محکم دادن)، تغییرات تکاملی (کودک کسل کننده، زمان خواباندن به شکم)، ارجاع تکاملی زودرس

درباره‌ی نشانه‌های خواب‌آلودگی و راه‌های ایجاد الگوی تنظیم خواب صحبت کنید. توجه داشته باشید که بی‌قراری

شیرخوار می‌تواند به علت نخوابیدن باشد. اگر شیرخوار همیشه می‌خوابد، هرگز نمی‌خوابد، تحریک‌پذیر است، به سختی آرام می‌شود یا به سختی تغذیه می‌شود نیاز به بررسی بیش‌تر دارد.

◆ بسیاری از شیرخواران برای برقراری الگوی منظم خواب/ بیداری نیاز به کمک دارند. برقراری روتین قابل پیش‌بینی و ثابت کمک‌کننده است.

◆ قرار دادن کودک در تخت خودش در حالت بیداری یا خواب آلودگی و نه خواب عمیق در تغییر وضعیت از بیداری به خواب کمک‌کننده است و مانع مشکلات بعدی بیدار شدن از خواب می‌شود زیرا در صورتی که بیدار شود در یک جای آشنا خواهد بود. ◆ از وسایل خواب نرم و شل (پتو، بالش، لحاف، رو تختی و...) یا اسباب‌بازی‌های نرم در تخت کودک استفاده نکنید زیرا خطر SIDS را زیاد می‌کند.

◆ حرارت اتاق مناسب باشد و شیرخوار موقع خواب خیلی سرد یا خیلی گرم نشود.

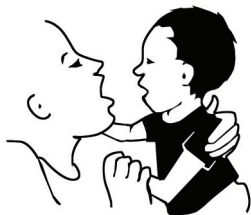
◆ همیشه کودک را به پشت بخوابانید.

◆ پس از شیردادن شبانه در گهواره یا تخت خودش قرار دهید.

◆ مطمئن باشید که تخت کودک ایمن است.

اگر شدت، دفعات و مدت گریه شدید است باید ارزیابی شود. درباره‌ی راه‌های کنترل شیرخوار و پاسخ‌های او صحبت کنید. در صورت نگرانی درباره‌ی دلبستگی شیرخوار، تعامل والد- شیرخوار یا نگرانی درباره‌ی تکامل شیرخوار ارجاع کنید.

◆ شیرخوار با در آغوش گرفتن، نوازش کردن، صحبت کردن و آواز خواندن لوس نمی‌شود. پاسخ سریع به گریه‌ی کودک او را لوس نمی‌کند بلکه، یاد می‌گیرد که از او مراقبت می‌شود.



◆ بسیاری از شیرخواران، عصر و شب دوره‌هایی از بی‌قراری دارند. شیوه‌های آرام کردن شیرخوار کج خلق عبارتند از: کنار او بودن، صحبت کردن، تکان ملایم دادن و ننو کردن او. گاه آرام کردن این شیرخواران مشکل است.

◆ از پیشرفت‌های تکاملی شیرخوار درمورد آرام کردن خودش گذاشتن دست‌ها در دهان یا مکیدن انگشتان است.

◆ تمام والدین گاه احساس ناامیدی، خستگی و عصبانیت می‌کنند. اگر چنین موردی پیش

آمد، می‌توان کودک را در تخت خودش قرار داد، مطمئن بود که در جای امنی است، در را بست و هر چند دقیقه او را چک کرد. هرگز کودک خود را محکم تکان ندهید، زیرا صدمه‌ی پایدار مغزی ایجاد می‌کند.

◆ گذراندن زمانی برای بازی و صحبت کردن در طی حالت هوشیاری آرام به ایجاد دلبستگی میان والد- کودک کمک کرده و ارتباط مطمئنی را به‌وجود می‌آورد.

◆ کودک را باید برای ایجاد کنترل سر، باید مدتی از روز در زمان بیداری در وضعیت دمر قرار دارد. این زمان، تکامل عضلات را تقویت کرده و از ایجاد یک ناحیه‌ی مسطح و صاف در پشت سر جلوگیری می‌کند. در این مدت، کودک را در وضعیتی قرار دهید که بتواند اطراف اتاق را ببیند و شما بتوانید با او صحبت کنید.

روتین‌های تغذیه

دفعات تغذیه (جهش رشد)، انتخاب تغذیه (انواع مایعات/ غذاها)، نشانه‌های گرسنگی، شیوه‌های تغذیه‌ای (نگه‌داشتن، آروغ زدن)، راهنمایی‌های تغذیه‌ای

شیرخواری که چند ساعت در روز گریه‌ی تسلی‌ناپذیر کرده و گاز زیادی را دفع می‌کند ممکن است کولیک یا ریفلاکس داشته باشد.

- ◆ تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی تغذیه‌ی مطلوب است که باعث بهترین رشد و تکامل می‌گردد.
- ◆ زمانی که کودک نشانه‌های گرسنگی را نشان می‌دهد او را تغذیه کنند (معمولاً ۸ تا ۱۲ بار در ۲۴ ساعت). کودک نباید بیش از حد تغذیه شود.
- ◆ تغذیه‌ی تکمیلی را زودتر از ۶ ماهگی شروع نکنید.
- ◆ شیرخوار سالم نیاز به آب اضافی ندارد. زیرا، شیر مادر یا شیر خشک، نیاز نوزاد به مایعات را برآورده می‌سازد.
- ◆ شیرخواران، بین هفته‌ی ۶ تا ۸ جهش رشد دارند و نیاز آن‌ها برای شیر خوردن به‌طور قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌یابد.
- ◆ در زمان شیر دادن شیرخوار را در آغوش خود بگیرید. هم‌چنین، به چشم‌هایش نگاه کنید. شیر دادن، زمان خوبی برای تعامل با شیرخوار است.
- ◆ با رشد شیرخوار، حواس او راحت‌تر در طی تغذیه پرت می‌شود.
- ◆ آروغ زدن شیرخوار در وسط شیر خوردن یا پس از آن با مالش ملایم پشت در حالی که روی شانه و قفسه‌ی سینه‌ی شما قرار گرفته یا در وضعیت نشسته در آغوش گرفته شده است صورت می‌گیرد.
- ◆ مادری که شیر می‌دهد روزانه $400 \mu\text{g}$ فولات یا اسید فولیک و رژیم مغذی نیاز دارد.
- ◆ ویتامین D به میزان ۴۰۰ واحد روزانه در شیر مادرخواران از ۲ هفتگی شروع می‌شود اما شیرخشک‌خوارانی که شیر خشک غنی‌شده با آهن را با حجم کافی دریافت می‌کنند به مکمل ویتامین نیاز ندارند.
- ◆ در شیرخواران نارس و دارای وزن تولد کم که شیر مادرخوار هستند، مکمل آهن با دوز 2 mg/kg/d (حداکثر 15 mg) از ۲ هفتگی تا ۲ ماهگی شروع می‌شود که زمان شروع آن به میزان نارسی نوزاد بستگی دارد. در شیرخوارانی که وزن تولد بسیار کم ($<1500 \text{ g}$) داشته‌اند، $3-4 \text{ mg/kg/d}$ (حداکثر 15 mg) توصیه می‌شود.

ایمنی

ایمنی صندلی ماشین، اسباب بازی‌هایی که حلقه یا بند دارند، پرت شدن، مصرف سیگار

- ◆ همیشه در ماشین، شیرخوار در صندلی ماشین رو به عقب و در صندلی عقب باشد.
- ◆ همیشه از کمربند ایمنی استفاده کرده و پس از مصرف دارو رانندگی نکنید.
- ◆ اگر شیرخوار نیاز به تغذیه داشت، ماشین را متوقف کرده و پس از برآورده کردن نیازش مجدد حرکت کنند.
- ◆ همیشه، در حین تعویض پوشک یا لباس یک دست خود را روی کودک قرار دهید تا از روی تخت یا میز سقوط نکند.
- ◆ از زنجیر و گردن‌بند استفاده نکنید. اسباب‌بازی‌های دارای حلقه یا بند استفاده نشود. سیم‌های تلفن و وسایل الکتریکی دور از دسترس باشد.
- ◆ از سیگار کشیدن که شیرخوار را در معرض آسم، SIDS، عفونت گوش و عفونت تنفسی قرار می‌دهد پرهیز کنید.

شیرخواری: ویزیت ۲ ماهگی

در ۲ ماهگی، والدین و شیرخوار با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند. شیرخوار به چشم‌های والدین نگاه می‌کند، می‌خندد و به صدای آن‌ها توجه می‌کند. فیدبک‌های کودک به والدین منجر به احساس خوشایندی در ایشان می‌شود. از طرف دیگر، پاسخ والدین به گریه‌ی شیرخوار، موجب اطمینان و اعتماد می‌گردد. شیرخوار سرش را مدت کوتاهی در آغوش والدین در حالت عمودی نگه می‌دارد. رفلکس‌های مورو، چنگ زدن و تونیک گردن از بین رفته و سپس مهارت‌های حرکتی هدفمند آشکار می‌شود. در این سن، تغذیه‌ی مکرر طبیعی است اما سیکل‌های خواب ۴-۵ ساعت در شب انتظار می‌رود. تغذیه‌ی تکمیلی نباید شروع شود و برخلاف باور غلط، افزودن غذای کمکی به رژیم شیرخوار، ساعات خواب شبانه را زیاد نمی‌کند.

اولویت‌های ویزیت

اولویت اصلی، توجه به نگرانی‌های والدین است. سایر اولویت‌ها عبارتند از:

- ۱- سلامت والدین (مادر)
- ۲- رفتار شیرخوار
- ۳- هماهنگی شیرخوار - خانواده
- ۴- کفایت تغذیه‌ای
- ۵- ایمنی

مشاهده‌ی تعامل والد - کودک

- والدین و کودک چگونه به یکدیگر پاسخ می‌دهند؟
- آیا والدین راضی، افسرده، خشمگین، خسته یا از پا درآمده به نظر می‌رسند؟
- آیا والدین با شیرخوار راحت هستند و اعتماد به نفس دارند؟
- تعامل والد - شیرخوار درمورد تغذیه، آرام کردن و پاسخ به نشانه‌های شیرخوار چیست؟
- آیا والدین از یکدیگر حمایت می‌کنند؟

پایش تکامل

❖ اجتماعی - هیجانی

- ◆ به والدین نگاه می‌کند.
- ◆ می‌خندد.
- ◆ می‌تواند خود را آرام کند (دست‌ها را به سمت خط وسط و دهان می‌آورد).

❖ ارتباطی

- ◆ انواع مختلف گریه (گرسنگی، خستگی و ناراحتی) را نشان می‌دهد.
- ◆ غان و غون می‌کند.
- ◆ رفتارهای واضح‌تری برای نشان دادن نیاز به غذا، خواب، بازی و استراحت دارد.

❖ شناختی

♦ ناراحتی‌اش را با گریه و نق‌نق نشان می‌دهد.

♦♦ تکامل جسمی

- ♦ در وضعیت دمر می‌تواند سر را برای لحظاتی بالا آورده و نگه‌دارد.
- ♦ اگر در وضعیت نشسته نگه داشته شود، کنترل سر را دارد.
- ♦ حرکات قرینه‌ی سر، بازوها و ساق پاها را نشان می‌دهد.
- ♦ رفلکس‌های نوزادی کاهش می‌یابد.

معاینه‌ی فیزیکی

معاینه‌ی فیزیکی کامل، بخشی از هر ویزیت مراقبت سلامت است. برای این ویزیت موارد زیر اهمیت دارد:

■ اندازه‌گیری و ترسیم

قد

وزن

دور سر

■ پوست

مشاهده‌ی راش و کبودی

■ سر

لمس ملاحظه‌ها

■ قلب

سمع سوفل

لمس نبض‌های فمورال

■ عضلانی اسکلتی

انجام مانور ارتولانی و بارلو

■ عصبی

ارزیابی تون، قدرت و تقارن حرکات

غربالگری

۱- غربالگری همگانی

- غربالگری متابولیک: در صورتی که انجام نشده صورت گیرد یا در صورت لزوم تکرار یا پی‌گیری شود.
- غربالگری شنوایی: اگر تاکنون انجام نشده انجام دهید یا در صورت لزوم مجدد غربالگری کنید.

۲- غربالگری انتخابی

- فشار خون: در موارد خطر خاص اندازه‌گیری شود.
- غربالگری بینایی: در صورت نگرانی والدین، معاینه‌ی چشم غیرطبیعی یا نوزاد نارس با موارد خطر را به چشم‌پزشک ارجاع دهید.

ایمن‌سازی

- برنامه‌ی ایمن‌سازی شیرخواران در ۲ ماهگی شامل واکسن سه‌گانه (DTP)، قطره‌ی خوراکی فلج اطفال (OPV) و هپاتیت ب (Hep.B) است.
- اگر پس از تزریق DTP، درجه‌ی حرارت زیر بغلی کودک به بالاتر از 40°C برسد، گریه‌ی مداوم بیش از ۳ ساعت که غیرقابل آرام کردن است یا تشنج در طی ۷۲ ساعت روی دهد در نوبت‌های بعدی باید به جای واکسن سه‌گانه، واکسن دو گانه‌ی خردسالان (DT) تزریق شود.
- تزریق DTP در کودکان دارای ضایعات مغزی پیش‌رونده، ممنوع است.

راهنمایی‌های فراراه

سلامت والدین (مادر)

سلامت (معاینه‌ی پس از زایمان مادر، افسردگی)، مسئولیت‌ها و نقش والدین، حمایت خانواده، ارتباط خواهر و برادرها

- با مادر درباره‌ی سلامت خودش و مراقبت شیرخوار صحبت کنید. مادران در این مرحله ممکن است خسته یا ناامید باشند.
- ◆ معاینه‌ی پس از زایمان داشته باشید، با همسر خود درباره‌ی تنظیم خانواده صحبت کنید.
- ◆ توصیه به مراقبت والدین از خودشان تا بتوانند بهتر از کودک مراقبت کنند.
- ◆ برنامه‌ریزی زمانی تا علاوه بر مراقبت از کودک مادر بتواند به فعالیت‌های قبلی خود و توجه به همسر نیز بپردازد.
- ◆ از کودکان بزرگ‌تر کمک بخواهید و آن‌ها را در فعالیت‌ها مشغول کنید تا وسایل را برایتان بیاورند، دست کودک را نگه دارند یا عروسکشان را به آن‌ها بدهید تا به او غذا دهند، تعویض پوشک کنند یا از او نگهداری کنند.

رفتار شیرخوار

ارتباط والد-کودک، روتین‌های روزانه، خواب (محل، وضعیت، ایمنی تخت کودک)، تغییرات تکاملی، فعالیت جسمی (زمان به شکم گذاشتن، غلت زدن، کاهش رفلکس‌های نوزادی)، ارتباط برقرار کردن و آرام شدن

- ◆ در ۲ ماهگی شیرخوار به مدت بیش‌تری هوشیار و بیدار است. هم چنین، پاسخ فعال‌تری با خندیدن می‌دهد. با صحبت کردن، در آغوش گرفتن و بازی کردن با کودک به این تکامل کمک کنید.
- ◆ مهم است بدانید که شیرخوار با در آغوش گرفتن، صحبت کردن یا آواز خواندن، لوس نمی‌شود. گذراندن زمانی برای بازی و صحبت در حالت آرامش و هوشیاری او ارتباط والد - کودک را تقویت کرده و موجب اعتماد بین او و شما می‌شود.
- الگوی خواب/بیداری قابل پیش‌بینی و ثابتی را باید در پیش گرفت تا شیرخوار برنامه‌ی خواب را انتظار داشته باشد و یاد بگیرد که خودش بخوابد یعنی زمانی که در حالت خواب‌آلودگی در تخت خود گذاشته می‌شود به خواب رود. اگر والدین

تمایلی برای برنامه‌ریزی نداشته، روتین معمولی ندارند یا برنامه‌ی غذایی بسیار دقیق و دست و پا گیری در پیش گرفته‌اند بررسی بیش‌تر لازم است. والدینی که الگوی خواب غیرثابت و غیرمعمول دارند و والدینی که شیرخوار آن‌ها به سختی از الگوی خواب ثابتی تبعیت می‌کند، تحریک‌پذیر است، به سختی آرام می‌شود یا مشکلات تغذیه دارد ممکن است به مشاوره‌ی بیش‌تر نیاز داشته باشند زیرا این مشکلات می‌تواند به دلیل الگوی نامناسب خواب باشد.

♦ کودک شما در حال تکمیل الگوی خواب منظم خود است. به او کمک کنید و به نشانه‌های خوابش توجه کنید.
برنامه‌ریزی منظمی برای خواب شب و خواب‌های کوتاه‌مدت او داشته باشید. بی‌قراری شیرخوار معمولاً به علت نخوابیدن است.

♦ یک نوبت خواب ۴-۵ ساعته در ۲۴ ساعت وجود دارد که اگر در روز باشد، می‌توان با تغذیه‌ی مکرر در طی روز آن را به شب منتقل کرد.

♦ هرگز فراموش نکنید که برای کاهش خطر SIDS شیرخوار را به پشت بخوابانید و در حالت دمر با او بازی کنید.

♦ شیرخوار خواب‌آلود را باید در تخت یا گهواره قرار داد. بی‌قراری شیرخوار معمولاً به علت نخوابیدن است.

♦ حرارت اتاق مناسب باشد و شیرخوار موقع خواب خیلی سرد یا خیلی گرم نشود.

♦ تشک به اندازه‌ی گهواره باشد و فواصل نرده‌ها بیش‌تر از ۶۰ mm نباشد.

♦ شیرخوار بیدار علاقه به نگاه کردن به محیط و حرکت بدن خود دارد. از اولین مهارت‌های او بالا نگه داشتن سر است. یکی از راه‌های این یادگیری قرار دادن به شکم است. قرار دادن کودک روی قفسه‌ی سینه پدر و نگاه کردن به صورت او فعالیت خوبی در ماه اول زندگی است. قرار دادن به شکم و بازی در پیش‌گیری از ایجاد یک ناحیه‌ی مسطح در پشت سر جلوگیری می‌کند.

♦ به صداهای کودک با ایجاد صدا پاسخ دهید. آواز خواندن و صحبت کردن در طی فعالیت‌های روتین روزانه هم‌چنین، بلند خواندن، نگاه کردن به کتاب و صحبت درباره‌ی تصاویر باعث تشویق و تقویت زبان می‌شود. به تدریج، تنوع و فرکانس صداهای کودک افزایش یافته و پاسخ به صداها به خصوص صدای والدین افزایش می‌یابد.

♦ شناخت خلق کودک در چگونه بر آورده کردن نیازهایش مؤثر است.

♦ آگاهی از علائق و موارد عدم تمایل و علاقه‌ی کودک احساس راحتی و اعتماد به نفس به والدین می‌دهد.

♦ گذراندن زمانی با بازی و صحبت با کودک در طی مرحله‌ی آرامش و هوشیاری به تکامل مغزی وی کمک می‌کند.

♦ در این سن، شیرخوار دست خود را در دهانش می‌گذارد و انگشتان خود را می‌مکد تا خود را آرام کند. این یک رفتار طبیعی و متناسب با سن است.

♦ هیچ گاه کودک را محکم تکان ندهید. زیرا، ایجاد ضایعه‌ی پایدار مغزی می‌کند.

هماهنگی شیرخوار – خانواده

برنامه‌ریزی برای جدایی والدین – شیرخوار (برگشت به کار مادر)، مراقبت کودک

♦ برای برگشت به کار از ۶ ماهگی شیرخوار برنامه‌ریزی کنید.

♦ مراقب خوبی برای کودک انتخاب کنید، بدانید که جدا شدن مشکل است.

کفایت تغذیه‌ای

روتین تغذیه، انتخاب تغذیه (شروع به موقع تغذیه ی تکمیلی، ویتامین‌ها و مکمل‌ها)، نشانه‌های سیری / گرسنگی، شیوه‌های تغذیه‌ای (نگه داشتن، آروغ زدن)، راهنمایی‌های تغذیه‌ای

- ❖ تشویق مادر به تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی و تقدیر از چنین مادرانی توصیه می‌شود.
- ❖ عدم استفاده از آب اضافی را تأکید کنید.
- ❖ شیر دادن در حالی که سایر افراد حضور نداشته باشند و با نور ملایم توصیه می‌شود تا باعث حواس‌پرتی شیرخوار و قطع مکرر شیر خوردن او نشود. زمان شیردهی فرصت خاصی برای تعامل اجتماعی بین مادر و شیرخوار است.
- ❖ حدود ۸-۱۲ بار تغذیه در ۲۴ ساعت لازم است. در زمان‌های جهش رشد مثل ۳ ماهگی، شیرخوار هر ۳-۲ ساعت شیر می‌خورد.
- ❖ آموزش نحوه‌ی ذخیره سازی شیر به مادر مهم است.

ایمنی

ایمنی صندلی ماشین، حرارت آب (مایعات داغ)، خفگی، دود سیگار، خستگی، پرت شدن (غلت زدن)

- ❖ استفاده از صندلی ماشین رو به عقب که در صندلی عقب قرار دارد در تمام وسایل نقلیه توصیه می‌شود.
- ❖ صندلی ماشین را هرگز در صندلی جلوی ماشین قرار ندهید.
- ❖ به خوبی و به‌دقت رانندگی کنید و دارو مصرف نکرده باشید.
- ❖ از مصرف مایعات داغ در زمان در آغوش گرفتن کودک بپرهیزید.
- ❖ درجه‌ی حرارت آب منزل بیش‌تر از $48/9^{\circ}\text{C}$ نباشد. ابتدا آب را روی مچ دست بریزید و حرارت آن را امتحان کنید.
- ❖ هرگز کودک را در آب تنها نگذارید. صندلی حمام یا حلقه‌ی حمام وسیله‌ی مطمئنی نیست و جایگزین نظارت بالغین نمی‌شود.
- ❖ شیرخوار را تنها، روی میز یا تخت قرار ندهید زیرا، خطر غلت زدن و سقوط وجود دارد. همیشه، در حین تعویض پوشک یا لباس یک دست خود را روی بدن او قرار دهید.
- ❖ همیشه اشیای کوچک مثل اسباب‌بازی خواهر و برادرها را دور از دسترس شیرخوار نگه دارید تا در دهان خود نگذارد. کیسه‌های پلاستیکی که ممکن است انسداد راه هوایی دهد و بادکنک‌های لاتکس را که خطر خفگی دارد از کودک دور نگه دارید.

شیرخواری: ویزیت ۴ ماهگی

ارتباط والدین و شیرخوار ۴ ماهه خوشایند و مطلوب است. توانایی شیرخوار در خندیدن، غان و غون کردن و به صدای بلند خندیدن والدین را تشویق به صحبت و بازی با او می‌کند. نیازهای کودک برآورده شده و پاسخ‌های مناسب و قابل پیش‌بینی از سوی والدین ایجاد اعتماد می‌کند. تق و نوق شیرخوار کم شده و یاد می‌گیرد که مهارت‌هایی برای آرام کردن خود و تنظیم خود داشته باشد. شیرخوار ۴ ماهه، بدن خود را در وضعیت دمر با کمک بازوها به بالا کشیده و سر را نگه می‌دارد. پس از ۱ تا ۲ دقیقه، شیر خوردن را قطع می‌کند تا ببیند چه اتفاقی در اتاق می‌افتد. ممکن است لازم باشد در هفته‌های آینده در اتاق کم نور و آرام او را شیر دهند. تغذیه‌ی کمکی تا ۶ ماهگی شروع نمی‌شود تا تکامل عصبی حرکتی مناسب ایجاد شده و از خطر بروز عفونت‌ها به‌خصوص اسهال و عفونت گوش کاسته شود، آلرژی کم‌تر بروز کند و خطرات ناشی از غذاهای آلوده نیز کاهش یابد. تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر در جلوگیری از بارداری و کاهش وزن مادر و تداوم شیردهی نقش دارد.

اولویت‌های ویزیت

اولویت اصلی، توجه به نگرانی‌های والدین است. سایر اولویت‌ها عبارتند از:

- ۱- عملکرد خانواده
- ۲- تکامل شیرخوار
- ۳- رشد و کفایت تغذیه‌ای
- ۴- سلامت دهان
- ۵- ایمنی

مشاهده‌ی تعامل والد - کودک

- آیا والدین و کودک به یکدیگر پاسخ می‌دهند؟
- آیا والدین وقتی شیرخوار گریه می‌کند او را آرام می‌کنند؟
- آیا به شیرخوار توجه می‌کنند؟
- آیا والدین و شیرخوار درمورد تغذیه عملکرد متقابل دارند؟
- آیا والدین به نشانه‌های کودک پاسخ می‌دهند و چگونه پاسخ می‌دهند؟

پایش تکامل

اجتماعی - هیجانی

- ◆ خودبه‌خود و با صدای بلند می‌خندد.
- ◆ تعامل اجتماعی دارد.
- ◆ مهارت‌های آرام کردن خود را نشان می‌دهد.

ارتباطی

- ◆ گریه‌ی متفاوتی برای نشان دادن گرسنگی، خستگی و درد دارد.
- ◆ غان و غون می‌کند.

❖ شناختی

- ◆ به تغییرات محیط پاسخ می‌دهد.
- ◆ علاقه و عدم علاقه‌ی خود را نشان می‌دهد.

❖ تکامل جسمی

- ◆ قفسه‌ی سینه را تا آرنج‌ها بالا می‌آورد.
- ◆ کنترل سر را به خوبی دارد.
- ◆ حرکات قرینه‌ی بازوها و ساق پاها را نشان می‌دهد.
- ◆ شروع به غلت زدن و رسیدن به اشیاء می‌کند.

معاینه‌ی فیزیکی

معاینه‌ی فیزیکی کامل، بخشی از هر ویزیت مراقبت سلامت است. برای این ویزیت موارد زیر اهمیت دارد:

■ اندازه‌گیری و ترسیم

- قد
- وزن
- دور سر

■ پوست

- مشاهده‌ی راش و کبودی

■ سر

- لمس تغییر شکل‌های وضعیتی جمجمه

■ چشم‌ها

- ارزیابی حرکت چشم‌ها برای نگاه به جوانب
- معاینه‌ی مردمک‌ها از نظر کدورت و رفلکس قرمز

■ قلب

- سمع سوفل
- لمس نبض‌های فمورال

■ عضلانی اسکلتی

- ارزیابی دیس‌پلازی تکاملی مفصل لگن با معاینه‌ی ابداکسیون

■ عصبی

- ارزیابی تون، قدرت و تقارن حرکات

غربالگری

۱- غربالگری همگانی ندارد.

۲- غربالگری انتخابی

- فشار خون در موارد خاص اندازه‌گیری می‌شود.
- غربالگری بینایی: در موارد نگرانی والدین، معاینه‌ی چشم غیرطبیعی یا قرارگیری غیرطبیعی چشم‌ها، ارجاع به چشم پزشک توصیه می‌شود.
- غربالگری شنوایی: براساس سؤالات غربالگری خطر، ارزیابی تشخیصی ادیولوژیک انجام می‌شود.
- آنمی: در شیرخوار پره‌ترم و دارای وزن کم زمان تولد (LBW) و شیر خشک خوارانی که شیر خشک غنی‌شده با آهن دریافت نکرده‌اند، می‌توان، هموگلوبین یا هماتوکریت را درخواست کرد.

ایمن سازی

- برنامه‌ی ایمن‌سازی شیرخواران ۴ ماهه شامل واکسن سه‌گانه (DTP) و قطره‌ی خوراکی فلج اطفال (OPV) است.
- توصیه می‌شود هم‌زمان با تزریق واکسن سه‌گانه، یک دوز استامینوفن تجویز شده و در صورت تب یا بی‌قراری هر ۴ ساعت تکرار شود.

راهنمایی‌های فراراه

عملکرد خانواده

نقش والدین و مسئولیت‌های آن‌ها، پاسخ والدین به شیرخوار، مراقبین کودک (تعداد و کیفیت)

- معمولاً در ۴ ماهگی، والدین از نقش خود به‌عنوان والد لذت می‌برند و درمورد توانایی مراقبت شیرخوار اعتماد به نفس پیدا می‌کنند.
- به علائق و مواردی که دوست ندارد توجه کنید تا راحت‌تر از شیرخوار نگهداری کنید.
- شیرخوار با در آغوش گرفتن، بغلی و لوس نمی‌شود.
- مطمئن باشید که نیازهای سایر کودکان نیز با گذراندن زمانی با آن‌ها جهت انجام کارهایی که دوست دارند برآورده می‌شود.

تکامل شیرخوار

روتین‌های ثابت روزانه، خواب (ایمنی تخت کودک، محل مناسب)، ارتباط والد - کودک (بازی، زمان به شکم گذاشتن)، خود تنظیمی شیرخوار (تکامل اجتماعی، خودآرام شدن شیرخوار)

- روتین مشخص روزانه برای تغذیه و خواب و روتین موقع خواب به تنظیم برنامه و خواب طولانی‌تر شب کمک می‌کند.
- شیرخوار خواب‌آلود را در تخت خودش قرار دهید، با او آرام صحبت کنید، لالایی بگویید و آهسته به پشت او بزنید.
- روتین منظم کودک به او احساس امنیت می‌دهد.

- ♦ برای کاهش خطر SIDS او را به پشت بخوابانید.
- ♦ برای پیش‌گیری از خطر خفگی از وسایل خواب نرم یا اسباب بازی نرم استفاده نکنید.
- ♦ فاصله‌ی نرده‌های تخت بیش از ۶۰ mm نباشد و پهلوهایی تخت بالا باشد.
- ♦ والدین را به بازی‌های آرام و فعال مثل کتاب خواندن یا آواز خواندن برای شیرخوار و نشستن با کودک در پارک تشویق کنید.
- ♦ دیدن تلویزیون یا ویدئو را در کودکان کوچک‌تر از ۲ سال ترویج نکنید.
- ♦ برای بازی‌های فعال، اسباب‌بازی‌های مناسب سن او را در نظر بگیرید مثل پتوی رنگی، آینه یا اسباب‌بازی که وقتی روی شکم است به آن نگاه کند. شیرخوارانی که بیش از حد فعال یا آرام هستند باید کنترل شوند. کمک به والدینی که غمگین یا افسرده هستند یا به‌ندرت می‌خوانند نیز اهمیت دارد. ارجاع والدین را برای ارزیابی و سلامت بهداشت روان در نظر داشته باشید.
- ♦ فعالیت مورد علاقه‌ی شیرخوار ۴ ماهه، تعامل با والدین است.

کفایت تغذیه‌ای و رشد

موفقیت تغذیه، وزن‌گیری، انتخاب تغذیه (تغذیه‌ی تکمیلی، آلرژی‌های غذایی)، راهنمایی‌های تغذیه‌ای

- ممکن است تغذیه‌ی شیرخوار کم‌تر شده و برحسب میل او به ۱۰-۶ بار در ۲۴ ساعت برسد. وقتی شیرخوار یاد می‌گیرد دستش را برای مکیدن در دهان قرار دهد تا خود را آرام کند والدین به اشتباه تصور می‌کنند که او گرسنه است.
- ♦ وزن‌گیری توده‌ی چربی در شیرخوار بیش از هر سن دیگری است و شیرخوار سالم ممکن است حتی وقتی رشد طبیعی دارد چاق به‌نظر برسد. این وزن‌گیری، ذخیره‌ی کافی انرژی برای بیماری را فراهم می‌سازد. بهترین شاخص رشد، منحنی‌های رشد هستند.
 - ♦ قطره‌ی آهن را ۱ mg/kg/d (حداکثر ۱۵ mg) شروع کنید.

سلامت دهان

مراقبت سلامت دهان مادر، آبریزش دهان و دندان درآوردن، اجتناب از دادن بطری شیر در تختخواب

- ♦ شیرخواری را که با شیر مصنوعی تغذیه می‌شود با بطری شیر در تختخواب رها نکنید تا خطر ایجاد پوسیدگی دندان کم شود.
- ♦ از قاشق‌های مشترک بین مادر و شیرخوار استفاده نشود زیرا موجب افزایش رشد باکتری در دهان شیرخوار شده و خطر پوسیدگی دندان را زیاد می‌کند.
- ♦ برای سلامت دندان کودک، حفظ سلامت مناسب دندان والدین اهمیت دارد زیرا والدین می‌توانند منبع باکتری‌های مولد پوسیدگی برای شیرخوار باشند. معاینه‌ی دندان‌پزشکی، کاهش مصرف نوشابه‌های شیرین در رژیم غذایی شما، مراقبت دقیق دندان‌ها با استفاده از مسواک، نخ دندان و خمیردندان یا شوینده‌های حاوی فلوراید اهمیت دارد.
- ♦ اگر شیرخوار دندان درمی‌آورد ممکن است آبریزش از دهان، کج خلقی یا تمایل به بردن چیزها را به‌سمت دهان خود داشته باشد. برای کمک به رویش دندان‌ها و تمیز نگه‌داشتن لثه و همچنین برطرف کردن حس خارش، مسواک انگشتی یا دندانک نرم، تمیز و سرد (Teething ring) برای گاز گرفتن به او بدهید. در صورت عدم دسترسی به مسواک انگشتی، می‌توانید با حرکات ملایم چرخشی پارچه یا گاز تمیز و مرطوب، لثه را ماساژ دهید.

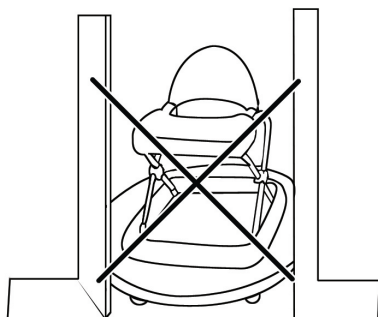


- ♦ برای پیش گیری از خرابی دندان او را با بطری شیر، آب میوه یا سایر مایعات شیرین در تخت قرار ندهید.
- ♦ در صورت بروز تب بالای ۳۸ درجه ی سانتی گراد، درد شکم و اسهال در زمان رویش دندان ها، شیرخوار باید تحت معاینه ی پزشک قرار گیرد، زیرا به طور معمول، احساس خارش در هنگام رویش دندان ها سبب می شود که او هر چیز آلوده ای را به دهان خود وارد کند.

ایمنی

صندلی ایمنی ماشین، پرت شدن، روروک، غرق شدگی، حرارت آب (مایعات داغ)، سوختگی، خفگی

- ♦ شیرخوار را هرگز در صندلی جلو نگذارید، زیرا باز شدن کیسه ی هوا به طور ناگهانی می تواند موجب صدمه ی جدی و مرگ شیرخوار شود.
- ♦ حداقل تا یک سالگی و وزن ۹ کیلوگرم صندلی ماشین رو به عقب در صندلی عقب به کار می رود. حتی، بیش تر از این زمان نیز توصیه می شود.
- ♦ شیرخوار را تنها، روی میز یا تخت قرار ندهید زیرا، خطر غلت زدن و سقوط وجود دارد. همیشه، در حین تعویض پوشک یا لباس یک دست خود را روی بدن او قرار دهید.
- ♦ سقوط، شایع ترین علت مراجعه به اورژانس به علت آسیب ها است.
- ♦ شیرخوار نباید حتی با صندلی یا حلقه ی حمام نیز برای یک ثانیه، در وان تنها باشد و یا در ارتفاع مثل میز تعویض، تخت، صندلی یا نیمکت تنها بماند.
- ♦ از روروک استفاده نکنید زیرا خطر سقوط داشته و تکامل مهارت حرکتی را نیز به تعویق می اندازد.
- ♦ آشپزخانه، خطرناک ترین جا برای کودکان است. در موقع آشپزی کودک را در محل امنی قرار دهید.
- ♦ بیش ترین درجه ی حرارت آب منزل $48/9^{\circ}\text{C}$ باشد.
- ♦ نوشیدن مایعات داغ، آشپزی، اتو کردن یا سیگار کشیدن در حالی که کودک را بغل کرده اید توصیه نمی شود.
- ♦ برای پیش گیری از خفگی اشیای کوچک، اسباب بازی های خواهر و برادرها، قطعات پلاستیکی و بادکنک های لاتکس را دور از دسترس شیرخوار قرار دهید.



شیرخواری: ویزیت ۶ و ۷ ماهگی

شاخص‌های تکاملی شیرخوار ۶ ماهه، اجتماعی و هیجانی هستند. شیرخوار، با مردم تعامل نشان داده، احساس اعتماد در او شکل می‌گیرد و ناراحتی‌اش کم‌تر از هفته‌های قبل است. به تدریج، غریبه‌ها را تشخیص داده و معمولاً افراد آشنا را ترجیح می‌دهد. در ۷ یا ۸ ماهگی ممکن است از غریبه‌ها بترسد.

کودک ۶ ماهه، با کمک می‌نشیند و به افراد آشنا می‌خندد یا غان و غون می‌کند. ممکن است اسباب‌بازی در دست داشته باشد، به دست‌هایش نگاه می‌کند، دست خود را به اشیایی مانند مکعب می‌رساند و آن‌ها را بین شست و انگشتان نگه می‌دارد. اشیاء را بین دست‌هایش جابه‌جا می‌کند و اشیای کوچک را با تمام انگشتان می‌گیرد. اسم خود را می‌شناسد و با کمک می‌ایستد. ویزیت ۷ ماهگی، ویزیت ۱ ماه پس از شروع تغذیه‌ی تکمیلی است و توجه به مسائل خاص در ارتباط با آن، از اهمیت ویژه‌ای در این سن، برخوردار است.

اولویت‌های ویزیت

اولویت اصلی، توجه به نگرانی‌های والدین است. سایر اولویت‌ها عبارتند از:

۱- عملکرد خانواده

۲- تکامل شیرخوار

۳- تغذیه: کفایت/ رشد

۴- سلامت دهان

۵- ایمنی

مشاهده‌ی تعامل والد - کودک

- آیا والدین و شیرخوار به یکدیگر پاسخ می‌دهند؟
- آیا والدین با شیرخوار احساس آرامش دارند؟
- آیا در ارتباط والد - شیرخوار رضایت، تغذیه‌ی کافی و پاسخ به نشانه‌های شیرخوار دیده می‌شود؟
- آیا والدین از یکدیگر حمایت می‌کنند؟

پایش تکامل

❖ اجتماعی - هیجانی

- ◆ با والدین تعامل دارد.
- ◆ چهره‌های آشنا را می‌شناسد و شروع به شناخت غریبه می‌کند.

❖ ارتباطی

- ◆ غان و غون می‌کند (آه، اه، اُه).
- ◆ شروع به شناخت نام خود می‌کند.
- ◆ شروع به استفاده از حروف بی‌صدا مانند "م، ب" کرده و بعد با هم ترکیب می‌کند "آه، با"

❖ شناختی

- ❖ یادگیری درباره‌ی محیط را با دیدن اطراف ادامه داده و شروع به یادگیری با بردن به سمت دهان می‌کند.

❖ تکامل جسمی

- ❖ غلت می‌زند، می‌نشیند، می‌ایستد و در وضعیت دمر به تدریج با چهار دست و پا راه رفتن حرکت می‌کند.
- ❖ ابتدا به عقب سینه‌خیز می‌رود و سپس به جلو می‌رود.
- ❖ چرخیدن در حالت نشسته و سپس حرکت از حالت نشسته به چهار دست و پا راه رفتن را یاد می‌گیرد.
- ❖ با تحمل وزن روی پاها، با کمک می‌ایستد.

معاینه‌ی فیزیکی

معاینه‌ی فیزیکی کامل، بخشی از هر ویزیت مراقبت سلامت است. برای این ویزیت موارد زیر اهمیت دارد:

■ اندازه‌گیری و ترسیم

- قد
- وزن
- دور سر

■ پوست

- راش و کبودی

■ چشم‌ها

- ارزیابی حرکت چشم برای نگاه کردن جانبی و افقی
- ارزیابی محور چشم‌ها
- معاینه‌ی مردمک‌ها برای کدورت و رفلکس قرمز

■ قلب

- سمع سوفل
- لمس نبض‌های فمورال

■ عضلانی اسکلتی

- ارزیابی دیس‌پلازی تکاملی مفصل لگن با معاینه‌ی ابداسیون

■ عصبی

- ارزیابی تون، قدرت و تقارن حرکات

غربالگری

۱- غربالگری همگانی

- سلامت دهان، ارزیابی خطر سلامت دهان را انجام دهید.

۲- غربالگری انتخابی

- فشار خون شیرخواران در معرض خطر خاص یا تغییر خطر را اندازه‌گیری کنید.
- بینایی: در موارد نگرانی والدین، معاینه‌ی چشم غیرطبیعی یا محور غیرطبیعی چشم‌ها به چشم‌پزشک ارجاع شود.
- شنوایی: در موارد خطر برای ارزیابی ادیولوژیک تشخیصی ارجاع کنید.
- در موارد خطر، سطح سرب را اندازه‌گیری کنید.

ایمن‌سازی

برنامه‌ی ایمن‌سازی شیرخواران ۶ ماهه شامل واکسن سه‌گانه (DTP)، قطره‌ی خوراکی فلج اطفال (OPV) و هپاتیت ب (Hep.B) است.

راهنمایی‌های فراراه

عملکرد خانواده

تعادل در نقش والدین (تصمیم‌گیری مراقبت سلامت، سیستم‌های حمایت از والدین)، مراقبت از کودک

- پدر و مادر جوانی که با بزرگ‌ترها مثل مادر بزرگ و پدر بزرگ زندگی می‌کنند ممکن است کنترل کمی بر محیط و نقش مراقب در مسئولیت‌های خود داشته باشند.
- ♦ مراقبی برای کودک تعیین کنید که دوستش دارید و به او اعتماد می‌کنید، می‌تواند به کودک شما یک روتین روزانه‌ی سالم و قابل پیش‌بینی ارائه دهد و مشابه شما عمل کند.
- ♦ اگر شاغل نیستید، می‌توانید با سایر مادران و کودکان برای بازی کودک برنامه بگذارید.

تکامل شیرخوار

توقعات والدین (والدین معلم هستند)، تغییرات تکاملی شیرخوار (تکامل شناختی / یادگیری، زمان بازی)، ارتباط (غان و غون کردن، فعالیت‌های متقابل، مداخلات زودرس)، استقلال شیرخوار (خودتنظیمی شیرخوار / تدابیر رفتاری)، روتین خواب (خود آرام کردن / به خواب رفتن، ایمنی تخت کودک)

- والدین نیاز دارند تا مراحل تکاملی بعدی شیرخوار را بدانند و از نقش خود به عنوان معلم آگاه باشند. شیرخوار با جست‌وجو و نگاه کردن، بردن اسباب‌بازی به دهان و تقلید یاد می‌گیرد.
- ♦ بینایی شیرخوار، به تدریج در سال اول زندگی بهتر می‌شود. در ۶ ماهگی می‌تواند شما را در اتاق با چشمان خود دنبال کند. قرار دادن شیرخوار در یک صندلی بلند در زمان بیداری به او اجازه می‌دهد تا با چشمان خود تجسس کرده و با شما و افراد خانواده تعامل کلامی داشته باشد.
- ♦ خلق شیرخوار در ۶ ماهگی آشکارتر می‌شود. با شناخت خلق کودک، می‌توان به نیازها و رفتارهای کج خلقی او به‌طور مناسب پاسخ داد.
- شیرخواری که با انگشت نشانه‌ی خود اشاره نکرده و ارتباط چشمی خوبی برقرار نمی‌کند باید پی‌گیری شود. والدین را تشویق کنید تا بازی تعاملی و متقابل با شیرخوارشان انجام دهند تا امنیت هیجانی و تکامل زبان را ارتقا بخشد. زمان بازی جلسه‌ی درس نیست بلکه، زمان پی‌گیری علائق شیرخوار و بازی با کلمات ساده است.

کودکان یاد می‌گیرند تا در طی فعالیت‌های روتین روزانه مانند زمان خوابیدن، تعویض لباس و پوشک ارتباط برقرار کنند. شیرخوارانی که روتین‌های روزانه‌ی قابل پیش‌بینی و ثابت دارند می‌توانند در سال اول زندگی به خودتنظیمی (Self-regulation) دست یابند که موجب خودتنظیمی بهتر در آینده است. والدینی که نمی‌توانند چنین محیطی را فراهم سازند نیاز به مشاوره، پایش و مداخله‌ی بیش‌تری دارند.

شیرخوارانی را که بسیار فعال یا بیش از حد آرام هستند کنترل کنید. مشاوره‌ی بیش‌تر و کمک به والدینی که غمگین و ناراحت هستند یا به‌ندرت می‌خوابند یا بیش از حد انتظار می‌خوابند بسیار مهم است. والدین بیش از حد مضطرب یا برعکس بی‌توجه به خطرات احتمالی نیاز به کمک بیش‌تری دارند.

♦ تا حد امکان یک روتین روزانه‌ی قابل پیش‌بینی و ثابت داشته باشید تا شیرخوار یاد بگیرد چطور رفتار خود را به‌طور مناسب انجام دهد و این مسئله را، تا بزرگی بیاموزد.

♦ قرار دادن شیرخوار در تخت خودش در حالت خواب آلودگی و نه خواب، به او آموزش می‌دهد که خودش بخوابد. بنابراین، اگر در شب هم بیدار شود یاد می‌گیرد که بدون کمک بخوابد. به این ترتیب، والدین و شیرخوار خواب شبانه‌ی خوبی خواهند داشت.

♦ همیشه شیرخوار را به پشت بخوابانید نه به پهلو و شکم. شیرخوار در تخت خودش بخوابد نه در تخت شما و پس از هر بار شیر دادن، دوباره در تخت خود قرار گیرد.

♦ تخت او ایمن باشد. فاصله‌ی نرده‌ها بیش از ۶۰ mm نباشد. تشک سفت باشد و به خوبی در داخل تخت یا گهواره قرار گیرد. پهلوهایی تخت نیز همیشه بالا باشد.

حتی در ۶ ماهگی، شیرخواران ممکن است دوره‌هایی از کج‌خلقی و بی‌قراری داشته باشند. گاه لازم است از فرد دیگری برای نگهداری کودک کمک گرفت تا والدین استراحت کنند. حتی با وجود کنترل سر، هنوز محکم تکان دادن شیرخوار یا زدن او توصیه نمی‌شود زیرا می‌تواند صدمه‌ی مغزی ایجاد کند.

♦ در ۶ ماهگی، هنوز دوره‌هایی از کج‌خلقی هست. اگر شیرخوار تمیز، خشک و سیر است ممکن است خسته یا کسل باشد. دو شیوه‌ی خوب، خواب‌های کوتاه مدت روز و بازی‌های کوتاه مدت هستند.

♦ در ۶ ماهگی، شیرخوار راه‌های متفاوتی مانند به دست گرفتن اسباب‌بازی‌های ایمن و مناسب و جست‌وجو با دهان و چشم برای آرام کردن خود دارد.

تغذیه: کفایت / رشد

تدابیر تغذیه‌ای (مقدار، محدودیت‌ها، محل، مسئولیت‌ها)، انتخاب تغذیه (تغذیه‌ی تکمیلی، انتخاب مایعات / آب‌میوه)، راهنمایی‌های تغذیه‌ای

با مرور منحنی رشد در هر ویزیت، والدین از اهمیت رشد و تغذیه آگاه می‌شوند. اگر مدت تغذیه‌ی شیرخوار بیش‌تر از ۴۵-۳۵ دقیقه باشد باید به‌دقت از نظر تکاملی و تغذیه‌ای مورد ارزیابی قرار گیرد. باید، برنامه‌ی غذایی ماه‌های بعد به والدین گفته شود.

♦ شروع تغذیه‌ی تکمیلی از ۶ ماهگی و شروع غذای سرفه از ۱۲ ماهگی است.

♦ یکی از علائم آمادگی کودک برای شروع غذای کمکی از بین رفتن رفلکس Tongue-thrust (بیرون راندن غذا از دهان) است.

♦ علامت دیگر، بالا بردن زبان برای حرکت غذای نرم به پشت دهان است و وقتی قاشق را می‌بیند، دهان خود را باز می‌کند تا دوباره به او غذا داده شود. در این مرحله، کودک با حمایت بازو می‌نشیند و کنترل سر و گردن خوبی دارد بنابراین، می‌تواند تمایل خود را برای غذا خوردن با باز کردن دهان و به سمت جلو خم شدن نشان دهد. می‌تواند سیر شدن خود را یا نخواستن غذا را با رفتن به سمت عقب و برگرداندن سر خود نشان دهد.

- ♦ یک ترکیب غذایی را در هر نوبت به غذای او اضافه کنید و چند روز تا یک هفته منتظر بروز واکنش‌های نامطلوب باشید.
- ♦ یکی از منابع خوب آهن، گوشت به‌خصوص گوشت قرمز است.
- ♦ پس از دادن گوشت نرم به تدریج میوه و سبزی‌های نرم یا پوره را اضافه کنید.
- ♦ غذای کمکی را ۲ تا ۳ بار در روز داده و اجازه دهید هر چقدر که میل دارد بخورد.
- ♦ به نشانه‌های کلامی و غیرکلامی کودک در حین تغذیه توجه کرده و پاسخ مناسب بدهید. اگر غذا پس زده می‌شود دیگر ندهید و بعداً دوباره امتحان کنید.
- ♦ از ۶ ماهگی به بعد، همان‌طور که در منحنی رشد دیده می‌شود، رشد شیرخوار آهسته‌تر می‌شود.
- ♦ بهترین تغذیه و بهترین راه رشد و تکامل، ادامه‌ی تغذیه با شیر مادر و تغذیه‌ی تکمیلی از ۶ تا ۱۲ ماهگی است.
- ♦ با شروع غذای جامد بهتر است شیرخوار در وضعیت نشسته روی یک صندلی بلند مخصوص باشد. بازوی شیرخوار باید آزاد باشد تا بتواند با شما ارتباط برقرار کند.
- ♦ پاسخ مناسب به رفتار شیرخوار در طی تغذیه، به او اجازه می‌دهد تا نیازهایش را بداند و غذا را، به‌مقدار مناسب به او بدهید.
- ♦ به‌یاد داشته باشید، شما مسئول تهیه‌ی غذاهای مغذی برای شیرخوار هستید و او مسئول این که چه‌قدر میل دارد بخورد.
- ♦ به کودک برای خوردن یا تمام کردن غذا فشار نیاورید.
- ♦ مصرف عسل، سفیده‌ی تخم مرغ، شکلات، بادام‌زمینی، خربزه، کیوی، آلبالو، گیلان و انواع توت در شیرخواران ممنوع است. مصرف شیر گاو در این دوران فقط برای تهیه‌ی فرنی و حریره‌ی بادام توصیه می‌شود.
- ♦ برای پذیرش یک غذا، ممکن است ۱۱ الی ۱۵ بار تجربه‌ی آن لازم باشد.
- ♦ مصرف آب میوه، به حدود ۶۰ میلی‌لیتر در روز محدود شده و به‌عنوان غذا یا میان‌وعده محسوب نشود. آب میوه باید با فنجان و در زمان میان‌وعده وقتی شیرخوار بیش از ۳ بار در روز (تقریباً ۸ ماهگی)، جامدات را می‌خورد و از نظر تکاملی آماده است، داده شود.

سلامت دهان

فلوراید، سلامت دهان / مسواک نرم، اجتناب از استفاده از بطری شیر در تخت‌خواب

- ♦ ارزیابی خطر سلامت دهان در ۶ ماهگی توصیه می‌شود.
- ♦ با رویش اولین دندان، با استفاده از یک پارچه یا مسواک و آب، دندان را پاک کنید.
- ♦ قرار دادن شیرخوار در تخت با بطری شیر، آب میوه یا مایعات شیرین برای دندان مضر است. بطری که در زمان خواب داده می‌شود، فقط می‌تواند حاوی آب باشد.

ایمنی

ایمنی صندلی ماشین، سوختگی (آب داغ/ سطوح داغ)، پرت شدن (در ورودی راه پله‌ها و عدم استفاده از روروک)، خفگی، مسمومیت، غرق شدن

- ♦ شیرخوار را هرگز در صندلی جلو نگذارید، زیرا باز شدن کیسه‌ی هوا به‌طور ناگهانی می‌تواند موجب صدمه‌ی جدی و مرگ شیرخوار شود.

♦ حداقل تا یک سالگی و وزن ۹ کیلوگرم صندلی ماشین رو به عقب در صندلی عقب به کار می رود. حتی، بیش تر از این زمان نیز توصیه می شود.

♦ شیرخوار را تنها، روی میز یا تخت قرار ندهید زیرا، خطر غلت زدن و سقوط وجود دارد. همیشه، در حین تعویض پوشک یا لباس یک دست خود را روی بدن او قرار دهید.

♦ سقوط، شایع ترین علت مراجعه به اورژانس به علت آسیب ها است.

♦ شیرخوار نباید حتی با صندلی یا حلقه ی حمام نیز برای یک ثانیه، در وان تنها باشد و یا در ارتفاع مثل میز تعویض، تخت، صندلی یا نیمکت تنها بماند.

♦ از روروک استفاده نکنید زیرا خطر سقوط داشته و تکامل مهارت حرکتی را نیز به تعویق می اندازد.

♦ آشپزخانه، خطرناک ترین جا برای کودکان است. در موقع آشپزی، کودک را در محل امنی قرار دهید.

♦ بیش ترین درجه ی حرارت آب منزل $48/9^{\circ}\text{C}$ باشد.

♦ با شروع خزیدن او، از ایمنی منزل مطمئن شوید.

♦ در اطراف بخاری، شومینه و... مانع مناسب قرار دهید.

♦ در این سن، شیرخواران با قرار دادن هر چیز در دهان به کنجکاو می پردازند. هرگز اشیای کوچک یا کیسه های پلاستیکی را در دسترس آنها قرار ندهید.

♦ برای پیش گیری از خفگی، غذاهای انگشتی را به قطعات نرم کوچک محدود کنید.

♦ کودکان کوچک تر از ۴ سال نباید غذاهای سفت مثل مغزها یا پاپ کورن یا تکه ی بزرگ سبزی و میوه ی خام و آب نبات بزرگ بخورند.

♦ مطمئن باشید که محصولات خانگی مثل پاک کننده ها، مواد شیمیایی و داروها در یک جای قفل شده و دور از دید و دسترس کودک باشد. اگر کودک ماده ی سمی خورد، او را وادار به استفراغ نکنید.

♦ مانع یا نرده های مناسب برای رسیدن به راه پله قرار دهید و درها را ببندید تا کودک صدمه نبیند.

♦ از روروک استفاده نکنید زیرا ممکن است از آن پرت شود یا از پله پایین رفته و دچار صدمه ی سر شود. روروک، امکان دسترسی کودک به جایی که می تواند اجسام سنگین را کشیده یا غذای داغ روی خود بریزد را فراهم می سازد.



شیرخواری: ویزیت ۹ ماهگی

شیرخوار ۹ ماهه، استقلال تدریجی خود را نشان می‌دهد. ممکن است به شیوه‌ی خود مثل بستن دهان و برگرداندن سر در حین تغذیه «نه» بگوید یا وقتی که تنها است جیغ بزند. هم‌چنین، می‌فهمد که اگر فرد یا شیئی را در یک لحظه نمی‌بیند به معنای نبود آن نیست بلکه وجود دارد.

اگر از خواب بیدار شود تصور می‌کند که در اتاق تاریکی بدون والدین است. این باور موجب گریه و ناراحتی و منجر به بروز مشکل برای والدین می‌شود. والدین باید بدانند که چه زمانی «نه» بگویند. لازمه‌ی آن اعتماد به نفس و اطمینان از نقش آن‌ها به‌عنوان والد مسئول و داشتن انرژی زیاد است.

در ۹ ماهگی، شیرخوار در اوج شناخت غریبه‌ها است و در برابر معاینه‌ی فیزیکی واکنش نشان می‌دهد. برای معاینه، بهتر است در آغوش والدین باشد و ابتدا با لمس ساق پا و کفش شیرخوار شروع کرده و سپس به سمت قفسه‌ی سینه حرکت کرد. هم‌چنین، حواس او را با یک گوشی یا اسباب‌بازی پرت کنید.

سن مناسبی برای شروع انضباط است. انضباط یعنی والدین رفتارهای مناسب را آموزش دهند و این با تنبیه یعنی فقط تأکید بر رفتارهای منفی فرق دارد. تأکید کنید که رفتارهایی مثل داد زدن، به باسن شیرخوار زدن و زدن او تنبیه‌های غیر مؤثری در تغییر رفتار هستند. هم‌چنین، تأکید کنید در این سن، شیرخوار توانایی یادگیری یا به یاد آوردن قوانین را ندارد.

اولویت‌های ویزیت

اولویت اصلی، توجه به نگرانی‌های والدین است. سایر اولویت‌ها عبارتند از:

- ۱- سازگاری‌های خانواده
- ۲- استقلال شیرخوار
- ۳- روتین تغذیه
- ۴- ایمنی

پایش تکامل

❖ اجتماعی-هیجانی

♦ درک غریبه‌ها؛ برای بازی و آرامش، دنبال والدین می‌گردد.

❖ ارتباطی

- ♦ انواعی از حروف بی‌صدا و صدا دار را تکرار می‌کند.
- ♦ اشیا را نشان می‌دهند.

❖ شناختی

- ♦ به پایداری اشیا پی می‌برد.
- ♦ بازی‌های تعاملی مثل دالی بازی یاد می‌گیرد.
- ♦ به کتاب‌ها نگاه می‌کند و محیط را از نظر فیزیکی و بینایی جست‌وجو می‌کند.

❖ تکامل جسمی

❖ مهارت‌های حرکتی‌اش به سرعت زیاد می‌شود؛ می‌خزد، می‌نشیند و می‌گیرد تا بایستد.

مشاهده‌ی تعامل والد - کودک

- آیا والدین با زبان یا بازی با شیرخوار او را به شوق می‌آورند؟
- آیا والدین و شیرخوار درمورد تغذیه به‌طور متقابل درگیر هستند؟
- آیا شیرخوار می‌تواند از والدین دور شود تا جست و جو کند؟
- آیا توقعات تکاملی والدین متناسب هستند؟
- والدین به رفتار استقلال طلبانه‌ی کودک در محیط ایمن چگونه پاسخ می‌دهند؟

معاینه‌ی فیزیکی

■ اندازه‌گیری و ترسیم

- قد
- وزن
- دور سر

■ سر

- لمس سر برای بررسی تغییر شکل وضعیتی جمجمه

■ چشم‌ها

- ارزیابی حرکت چشم برای نگاه کردن جانبی و افقی
- ارزیابی محور چشم‌ها
- معاینه‌ی مردمک برای کدورت و رفلکس قرمز

■ قلب

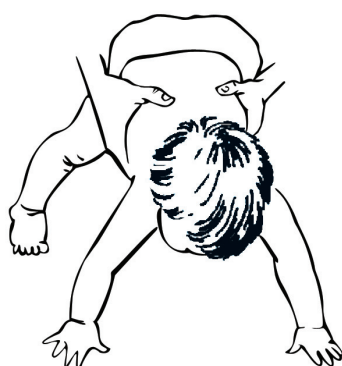
- سمع سوفل
- لمس نبض‌های فمورال

■ عضلانی اسکلتی

- ارزیابی دیس‌پلازی تکاملی مفصل لگن با معاینه‌ی ابداکسیون

■ عصبی

- ارزیابی تون، قدرت و تقارن حرکات
- گرفتن رفلکس پاراشوت (Parachutte)، شیرخوار را در حالی که صورتش به‌سمت پایین است و تنه‌ی او را گرفته‌ایم بغل کرده و به‌صورت ناگهانی به جلو و پایین به گونه‌ای حرکت می‌دهیم که در حال افتادن است، در این حالت، از سن ۸-۹ ماهگی با اکستند کردن بازوها خود را نگه می‌دارد تا مانع افتادن شود. این رفلکس پیش‌نیاز ایستادن است.



رفلکس پاراشوت

۱- غربالگری همگانی

- تکاملی: بررسی غربالگری تکامل
- سلامت دهان: ارزیابی خطر سلامت دهان

۲- غربالگری انتخابی

- فشار خون: در مواردی که در معرض خطر هستند یا در صورت تغییر خطر، اندازه‌گیری شود.
- بینایی: در صورت نگرانی والدین، معاینه‌ی فوندوسکوپي غیرطبیعی یا تست Cover/ uncover غیرطبیعی به چشم پزشک ارجاع شود.
- شنوایی: سؤالات غربالگری خطر انجام شده و برای ارزیابی ادیولوژیک تشخیصی ارجاع شود.
- سرب: سؤالات غربالگری خطر انجام شده و میزان سرب اندازه‌گیری شود.

راهنمایی‌های فراراه

سازگاری‌های خانواده

انضباط (انتظارات والدین، ثبات، تدابیر رفتاری)، باورهای فرهنگی درباره‌ی پرورش کودک، عملکرد خانواده

- هرچه والدین ثبات بیشتری در ایجاد و تقویت رفتار مناسب داشته باشند برای شیرخوار راحت‌تر خواهد بود که یاد بگیرد چه چیزی اجازه داده شده یا نشده است. والدین باید همیشه به یکدیگر احترام گذاشته و در حضور شیرخوار از بی‌احترامی و خشونت پرهیز نمایند.
- ◆ یک جنبه‌ی مهم انضباط این است که به شیرخوار یاد دهید انتظار چه رفتارهایی دارید. در سال اول زندگی، نقش اصلی والدین محافظت شیرخوار با توجه به کنجکاوی طبیعی است که دارد. در این زمان، شیرخوار بیش‌تر از مشاهدات خود یاد می‌گیرد تا آن چه والدین به او می‌گویند.
 - ◆ رفتار مطلوب و مورد نظر را از او بخواهید مثلاً "وقت نشستن است" به جای "بلند نشو".
 - ◆ یک مرحله‌ی مهم در ایجاد انضباط محدود کردن "نه" به مهم‌ترین مسائل است. یک راه برای این کار، حذف سایر دلایل نه گفتن است مثل قرار دادن اشیای خطرناک دور از دسترس کودک. بنابراین، اگر کودک به سمت شوفاژ می‌رود حالا بگویید "نه داغ است، دست زن" و کودک را بغل کنید تا معنای "نه" مشخص شود.
 - ◆ یک جنبه‌ی دیگر انضباط توافق والدین و سایر اعضای خانواده و مراقبین کودک است. بهتر است مشخص شود چه رفتارهایی مجاز و چه رفتارهایی غیرمجاز هستند.
 - ◆ از خواهر و برادرها در حد توان آن‌ها برای برآورده کردن نیازهای کودک کمک بخواهید تا احساس کنند فرد مهمی در خانواده هستند.
 - ◆ تمام والدین به زمانی که فقط برای خود یا همراه با همسر خود بگذرانند نیاز دارند.
 - ◆ مراقب کودک باید بالغ، تعلیم دیده، مسئول و قابل اعتماد باشد.

استقلال شیرخوار

تغییر الگوی خواب (برنامه‌ی خواب)، حرکت تکاملی (کنجکاو، ایمنی، بازی)، تکامل شناختی (ماندگاری اشیا، اضطراب جدایی، رفتار و یادگیری، خلق و خودتنظیمی، کنجکاو، بینایی، علت و معلول)، ارتباط

- ◆ در این سن، روتین‌های خواب مهم هستند. ساعت قبل از خواب باید آرام‌بخش باشد. قطع این روتین مثل مهمانی و رفتن به مسافرت می‌تواند الگوی خواب را به هم بزند. تا حد امکان از آن پرهیز کنید.
- ◆ اگر شیرخوار شب بیدار شد او را چک کرده و دوباره بگذارید بخوابد تا بار دیگر خودش به خواب رود.
- ◆ مهارت‌های حرکتی شیرخوار (کنترل سر و اعضای بدن) به سرعت در طی ۳ ماه بعد تکامل می‌یابد.
- ◆ در کنار کودک باشید و به او اجازه ی کنجکاو را بدهید.
- ◆ کودکان کوچک‌تر از ۲ سال نباید تلویزیون، DVD یا ویدئو ببینند یا بازی‌های کامپیوتری انجام دهند.
- ◆ الگوسازی، نشان دادن و توضیحات ساده ی رفتارهایی که مورد نظر شما است و از کودک انتظار دارید بهتر از جمله‌های طولانی یا صدای بلند است.

روتین تغذیه

غذا خوردن کودک، روتین‌های زمان تغذیه، شروع جامدات، نوشیدن از فنجان

در طی ۳ ماه بعد، شیرخوار به تدریج یاد می‌گیرد که خودش غذا بخورد. از آن جایی که شیرخوار شروع به استقلال در تغذیه می‌کند، اهمیت دارد که والدین به این خواسته توجه کنند. فاصله‌ی میان شروع تغذیه ی تکمیلی و ۹ ماهگی دوران حساس یادگیری جویدن است. در این دوران، شروع تدریجی غذاهایی که قوام سفت دارند از خطر مشکلات تغذیه‌ای مانند امتناع از بعضی غذاها و امتناع از جویدن یا استفراغ می‌کاهد.



- ◆ با صبر و حوصله اجازه دهید تا یاد بگیرد خودش غذا بخورد. حذف چیزهایی که حواس او را پرت می‌کند مثل تلویزیون موجب تداوم توجه وی به تغذیه می‌شود. به یاد داشته باشید ممکن است ۱۰ تا ۱۵ بار تلاش لازم باشد تا غذای جدید را بپذیرد.
- ◆ شما مسئول تهیه‌ی غذاهای مغذی و کودک مسئول تصمیم‌گیری مقدار غذایی است که می‌خورد. سه وعده غذای اصلی و ۲ تا ۳ میان وعده (وسط صبح، بعدازظهر، موقع خواب) در نظر گرفته می‌شود. میان‌وعده‌ها فرصت خوبی برای شروع غذاهای جدید هستند.

- ◆ با تغییر شکل غذا از پوره به شکل مخلوط شده و تکه‌های نرم، به تکامل تغذیه‌ای و در نهایت جویدن غذا کمک می‌شود. به این روش خطر مشکلات تغذیه‌ای، امتناع از جویدن یا استفراغ کم می‌شود.
- ◆ از دادن آب میوه‌ی تجارتي پرهیز کنید چون منجر به دریافت کالری بدون مواد مغذی می‌گردد.

صندلی ایمنی ماشین، سوختگی (اجاق گاز، بخاری)، محافظ پنجره، غرق شدگی، مسمومیت (قفل ایمنی)



◆ اشیای سنگین یا ظروف حاوی مایعات داغ را روی میز دارای رومیزی قرار ندهید.
 کودک ممکن است رومیزی را بکشد. دسته‌ی ظروف و قابلمه‌ها را روی گاز یا میز
 طوری بچرخانید که نتواند آن را بکشد.

◆ مانع مناسب در اطراف بخاری، شومینه، گرم‌کن و ... قرار دهید.
 ◆ آشپزخانه، خطرناک‌ترین جا است. در حین آشپزی کودک را در جای امنی قرار دهید.
 ◆ سیم‌وسایل الکتریکی را دور از دسترس کودک قرار دهید.
 ◆ سوختگی‌های دهان به علت جویدن انتهای سیم یا سیم خوب عایق نشده روی
 می‌دهد.

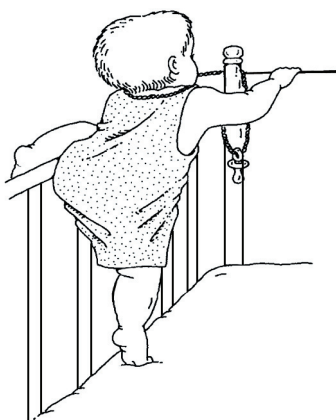
◆ برای پیش‌گیری از سقوط از پنجره، مبلمان را دور از پنجره قرار داده و حفاظ پنجره
 بگذارید. در ابتدا و انتهای راه پله‌ها، مانع قرار دهید.



◆ در نزدیکی آب، مراقب کودک باشید. کودک می‌تواند حتی در چند
 سانتی‌متر آب مثل سطل آب، وان، استخر بازی، یا توالت خفه شود.
 ◆ اجازه ندهید خواهر و برادر بزرگ‌تر، مراقب کودک نوپا در منزل، حیاط
 یا زمین بازی باشد.

◆ بلافاصله وان یا استخر کوچک را پس از استفاده خالی کنید.
 ◆ برای پیش‌گیری از مسمومیت، مواد شوینده، شیمیایی و داروها را در
 کشوی در بسته بگذارید.

◆ قبل از آن‌که کودک یاد بگیرد که در تخت خود بایستد، تشک را در
 پایین‌ترین حد ممکن داخل تخت قرار دهید.



اوایل کودکی: ویزیت ۱۲ ماهگی

شیرخوار ۱۲ ماهه می‌ایستد، تا حدی قوس پا (Bow leg) دارد و شکم او برجسته است. راه رفتن که از مهیج‌ترین معیارهای تکاملی است حدود اولین جشن تولد روی می‌دهد. در سال اول زندگی، شیرخوار که به‌ندرت با محیط خود تضاد داشته است به تدریج با دنیای اطراف خود ارتباط برقرار کرده و استقلال می‌یابد.

اتونومی و استقلال از معیارهای تکاملی است و والدین و نوپا از آن راضی هستند. نوپا در معرض صدمات بیش‌تری است. خطرات جدید مثل دستیابی به مایعات داغ و پله‌ها او را تهدید می‌کند. در این دوران، میزان فعالیت نوپا به‌طور چشمگیری افزایش یافته، وزن‌گیری کم شده و تلاش برای تغذیه‌ی شیرخوار در بسیاری از والدین دیده می‌شود. اغلب نوپایان، در یک نوبت غذای زیادی خورده و در نوبت بعدی کم می‌خورند. نکته‌ی مهم دادن غذاهای مغذی در نوبت‌های غذایی است و نباید نگران تمام کردن غذا در هر نوبت تغذیه بود. والدین باید از نظر جسمی مثل خوردن غذاهای مغذی و بستن کمربند در ماشین و هم چنین از جنبه‌ی هیجانی مانند آرام و صبور بودن در طی خشم و عصبانیت الگوی نوپا باشند. برای افزایش استقلال نوپا در منزل باید شرایط جست‌وجو، کنجکاوی و حرکت او را فراهم نمود.

کودکان این سن از این که در حین فعالیت جلویشان گرفته شود ناراحت می‌شوند. معاینه‌ی فیزیکی در آغوش والدین یا ایستاده موفقیت‌آمیزتر است. صحبت کردن با کودک و ایجاد شرایط مشابه بازی، همکاری او را راحت‌تر فراهم می‌سازد. اگر کودک ناراحت است، باید به والدین گوشزد کرد که این یک واکنش قابل انتظار در این سن است. برای معاینه‌ی فیزیکی کارهای غیرتهاجمی را اول انجام دهید و در پایان چشم، گوش، بینی و دهان را معاینه کنید.

اولویت‌های ویزیت

اولویت اصلی، توجه به نگرانی‌های والدین است. سایر اولویت‌ها عبارتند از:

- ۱- حمایت خانواده
- ۲- برقراری روتین‌ها
- ۳- تغییر تغذیه
- ۴- اقدامات دندان‌پزشکی
- ۵- ایمنی

مشاهده‌ی تعامل والد - کودک

- والدین با نوپا چگونه تعامل دارند؟
- آیا سر را به عقب بر می‌گرداند تا والدین را نگاه کند؟
- آیا نوپا شیء را می‌آورد تا به والدین نشان دهد؟
- والدین به تحسین کودک یا خودشان توسط مراقب بهداشتی چگونه واکنش نشان می‌دهند؟
- خواهر و برادرها با نوپا چگونه تعامل دارند؟
- آیا والدین درباره‌ی کودک مثبت هستند؟

پایش تکامل

❖ اجتماعی - هیجانی

- ♦ بازی‌های تعاملی؛ تقلید فعالیت‌ها؛ وقتی می‌خواهد قصه بشنود کتاب را به دست شما می‌دهد.
- ♦ بای بای می‌کند.
- ♦ در جدا شدن از والدین ناراحتی می‌کند.

❖ ارتباطی

- ♦ به شیء مطلوب اشاره کرده و می‌بیند که آیا والدین به او نگاه می‌کنند.
- ♦ صداها را تقلید می‌کند.
- ♦ علاوه بر «ماما» و «دادا» چند کلمه می‌گوید.

❖ شناختی

- ♦ دستورات ساده را دنبال می‌کند.
- ♦ افراد را می‌شناسد.

❖ تکامل جسمی

- ♦ به تنهایی می‌ایستد.
- ♦ دو مکعب را که در دستش است به یکدیگر می‌کوبد.

معاینه‌ی فیزیکی

معاینه‌ی فیزیکی کامل، بخشی از هر ویزیت مراقبت سلامت است. برای این ویزیت موارد زیر اهمیت دارد:

■ اندازه‌گیری و ترسیم

- قد
- وزن
- دور سر

■ چشم‌ها

- معاینه‌ی مردمک برای رفلکس قرمز
- انجام تست Cover/ uncover برای بررسی حرکت کونژوگه‌ی چشم‌ها

■ دهان

- مشاهده‌ی پوسیدگی، پلاک، دمنیرالیزاسیون (نقاط سفید) و لکه‌ها

■ عصبی

- مشاهده‌ی راه رفتن

■ بیضه‌ها

- مشاهده‌ی نزول کامل بیضه‌ها

غربالگری

۱- غربالگری همگانی ندارد.

۲- غربالگری انتخابی

- سلامت دهان: اگر آب آشامیدنی، فاقد فلوراید است، مکمل فلوراید خوراکی داده شود. معاینه‌ی اولیه‌ی دندان‌ها و ارزیابی خطر سلامت دهان.
- فشار خون: در شیرخواران در معرض خطر یا در موارد تغییر خطر اندازه‌گیری شود.
- بینایی: در موارد نگرانی والدین، معاینه‌ی فوندوسکوپي غیر طبیعی یا تست Cover/ uncover غیرطبیعی به چشم پزشک ارجاع شود.
- شنوایی: سؤال‌های غربالگری خطر انجام شده و برای ارزیابی ادیولوژیک تشخیصی ارجاع شود.
- سرب: در مناطقی که شیوع کم دارد با سؤالات ارزیابی خطر سطح سرب اندازه‌گیری شود.
- آنمی: هموگلوبین یا هماتوکریت

ایمن سازی

برنامه‌ی ایمن‌سازی در سن ۱۲ ماهگی شامل تزریق واکسن سرخک، سرخجه و اوریون (MMR) است.

راهنمایی‌های فراراه

حمایت خانواده

تطابق با تغییرات تکاملی و رفتار، تعادل میان خانواده و کار، توافق و عدم توافق والدین درباره‌ی مسائل کودک

درمورد انضباط صحبت شود. درمورد محروم‌سازی (Time-outs) برای آرام کردن شرایط خاص و Time ins در زمان قطع رفتار نامطلوب بحث کنید. در این سن، می‌توان کودک را در زمان خشم به مدت ۱-۲ دقیقه، در تخت یا گهواره قرار داد تا از صدمه‌زدن به او پیش‌گیری شود. تشویق والدین برای تقویت رفتارهای خوب را توصیه کنید. کودک در این سن تشخیص می‌دهد که چه چیز اجازه داده می‌شود و دست زدن به چه چیزهایی ممنوع است. در این سن، کودک برای دیدن واکنش والدین به عمل خود، به آن‌ها نگاه می‌کند. طغیان‌های خشم نیز شایع‌تر می‌شود.

♦ کودک را تنبیه نکنید. یک "نه" محکم بهترین راه و "بله" راه خوبی برای پاداش به رفتار خوب است. برای محروم‌سازی می‌توان فقط ۱-۲ دقیقه او را در تخت قرار داد تا رفتار نامطلوب متوقف گردد.

♦ حواس کودک را با چیز جدیدی پرت کنید تا باعث توجه او به فعالیت جدید شده و رفتار نامطلوب کم شود. کودک می‌خواهد با شما باشد و صدای شما را بشنود پس بلند خواندن برایش می‌تواند راهکار خوبی باشد.

♦ زمانی را با افراد خانواده و مراقبین کودک بگذرانید.

برقراری روتین‌ها

زمان حضور در کنار افراد خانواده، زمان خواب، مسواک زدن دندان، زمان چرت زدن (خواب وسط روز)

- ◆ از تماشای تلویزیون در زمانی که با خانواده هستید اجتناب کرده و به جای آن با کودک و سایر خواهر و برادرها بازی کنید. بلند بخوانید، چیزهای مختلف را نشان دهید و اسم آن‌ها را بگویید. موسیقی گوش کنید، بخندید و ورزش کنید.
- ◆ در این سن، کودک ممکن است در حضور افراد ناآشنا مضطرب شود. در برخورد با افراد ناآشنا اجازه دهید که به تدریج، به آن‌ها عادت کند. سعی کنید که مراقب کودک باشید.
- ◆ سه وعده غذای اصلی و ۲ تا ۳ میان‌وعده در فواصل منظم در نظر بگیرید. دادن مواد مغذی به کودک، امکان فعالیت را فراهم آورده و نوپا را از ایجاد گرسنگی شدید و طغیان خشم متعاقب آن حفظ می‌کند.
- ◆ شیرخوار ۱ ساله، ۱۲ تا ۱۴ ساعت در روز می‌خوابد.



- ◆ ساعت خواب هر شب باید ثابت باشد. خواندن و آواز خواندن قبل از خواب نمونه‌هایی از کارهایی است که به خوابیدن نوپا کمک می‌کند. یک شیء یا اسباب‌بازی مورد علاقه‌ی کودک باعث آرام شدن او می‌گردد. چراغ خواب نیز مفید است. برای خوابانیدن در شب و روز باید در حالی که کودک بیدار است در تخت قرار گیرد تا خودش به خواب رود. یک روتین دیگر در این سن، مسواک زدن منظم دندان به محض رویش دندان است.

تغییر اشتها و تغذیه

مستقل غذا خوردن کودک، غذاهای مغذی، انتخاب‌ها، تمایل به خوردن یک نوع غذا و مقدار متغیر در روزهای مختلف

- ◆ زمان صرف غذا باید زمانی لذت بخش، امن و آرام‌بخش باشد. باید مهارت‌های حرکتی ظریف مثل برداشتن فنجان و قاشق یا خوردن غذاهای انگشتی را تقویت کرد.
- ◆ از دادن غذاهای سفت و کوچک مثل پاپ کورن و بادام‌زمینی که احتمال خفگی دارد پرهیز کنید و غذاهای گرد و سفت مثل هویج خام و انگور را به برش‌های نازک ببرید.
- ◆ نوپا را در کنار خانواده در صندلی غذاخوری خودش قرار دهید. زمان صرف غذا را خوشایند و مطلوب سازید.
- ◆ کف زمین را بپوشانید و اجازه دهید خودش غذا بخورد.
- ◆ یک قاشق برای خوردن و یک فنجان برای نوشیدن به او بدهید که بتواند در دست‌های کوچک خود بگیرد. نوپا، یاد می‌گیرد که با لمس کردن، بو کردن و در دهان بردن مکرر غذاها را دوست داشته باشد.
- ◆ سرعت وزن‌گیری نوپا کم‌تر از سال اول است و ممکن است کم‌تر از ماه‌های قبل بخورد.
- ◆ اشتهاى او بسیار متغیر است. ممکن است زمانی زیاد بخورد و در نوبت بعدی نخورد.
- ◆ شما غذای مغذی تهیه کنید و اجازه دهید هرچقدر که می‌خواهد بخورد. اجازه دهید سیری و گرسنگی خود را به شما نشان دهد. اگر بیش‌تر می‌خواهد، مقدار کمی بیش‌تر به او بدهید و اگر خوردن را قطع کرد، بپذیرید.
- ◆ میان‌وعده‌های سالم مانند میوه‌های تازه (سیب، پرتقال و موز) که به قطعات کوچک بریده شده‌اند و پنیر، قطعات کوچک نان سبوس دار و آب میوه‌ی طبیعی به او بدهید. بسیاری از غذاهای تازه به سادگی تهیه شده و ارزان‌تر از غذاهای آماده هستند.

اقدامات دندان پزشکی

اولین معاینه‌ی دندان، سلامت دندان

- ◆ معاینه‌ی دندان در ۱۲ ماهگی یا پس از رویش اولین دندان توصیه می‌شود.
- ◆ دو بار در روز با مسواک نرم و آب ساده، مسواک بزنید.
- ◆ اگر هنوز شب‌ها بطری شیر می‌خورد، فقط حاوی آب ساده باشد.

ایمنی

ایمنی منزل، صندلی ایمنی ماشین، غرق شدگی

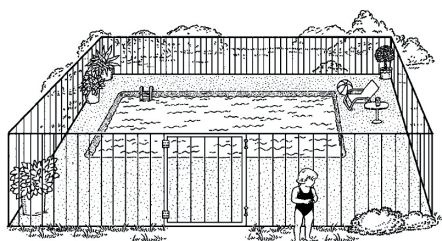
نوپا چون حرکت می‌کند باید مراقبت بیش تری شود.

- ◆ داروها و تمام مواد شوینده‌ی منزل را دور از دسترس و دید نوپا قرار دهید. مراقب باشید که گاه به قفسه‌های بالا نیز دسترسی پیدا می‌کند

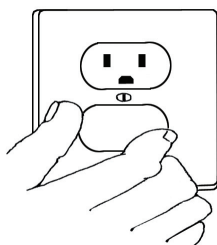
- ◆ نوپا را خارج از اتاق‌های دارای اشیای گرم مثل آب گرم‌کن نگه دارید یا مانعی در اطراف آن‌ها بگذارید.



- ◆ کف اتاق‌ها را طوری آماده کنید که اگر کودک بیفتد، مشکلی پیش نیاید.
- ◆ کیسه‌های پلاستیکی، بادکنک‌های لاتکس یا اشیای کوچک را دور از دسترس او قرار دهید.
- ◆ مطمئن باشید که سیم برق یا سیم تلفن و نخ پرده در دسترس نباشد.
- ◆ مطمئن باشید که تلویزیون، مبل یا اشیای سنگین دیگری که بتواند روی خود بیندازد، وجود نداشته باشد.



- ◆ آباژورها و چراغ‌های خواب را پشت مبلمان قرار دهید.
- ◆ اشیای تیز مثل چاقو و قیچی را دور از دسترس نوپا قرار دهید.
- ◆ هرگز نوپا را با خواهر و برادرش تنها نگذارید. اجازه دهید که آن‌ها در کارهای روزانه مثل تغذیه کمک کنند اما تحت نظارت یک فرد بالغ باشند.
- ◆ کناره‌های تخت را بالا نگه‌دارید تا نتواند از آن بالا رفته و بیفتد.
- ◆ نرده یا مانع در ابتدا و انتهای پله‌ها قرار دهید؛ مبلمان را دور از پنجره گذاشته و محافظ پنجره نصب کنید تا کودک از پنجره سقوط نکند.



- ◆ وقتی کودک کنار آب است، مراقب او باشید.
- ◆ استخر، در ورودی و دور تا دور آن، نرده داشته باشد.
- ◆ هر زمانی که کودک در قایق است، جلیقه‌ی نجات داشته باشد.
- ◆ وسایلی از قبیل وان کودک، حوضچه‌ی آب و تشت و سطل را پس از استفاده خالی کنید.
- ◆ بر روی پریزهای برق درپوش پلاستیکی قرار دهید.

- ◆ تا زمانی که شیرخوار حداقل به ۱ سالگی رسیده و ۹ کیلوگرم وزن داشته باشد، او را در صندلی ماشین رو به عقب قرار دهید، زیرا بهترین وضعیت برای محافظت سر و گردن شیرخوار است.

اوایل کودکی: ویزیت ۱۵ ماهگی

کودکان این سن به توجه ممتد و راهنمایی والدین و مراقبین نیاز دارند. در این سن مقاومت در برابر تعویض پوشک، لباس پوشانیدن و در تخت گذاشتن و تمایل به کنجکاوی و انجام دادن کارها توسط خود کودک بیشتر می‌شود. اگر این انتظارات، بیش از حد توانایی کودک باشد موجب ناامیدی‌اش می‌گردد. سپس گریه کرده و جیغ می‌زند و اگر پاسخ مناسب را نبیند، طغیان خشم و حتی ریشه رفتن روی می‌دهد. با افزایش حرکت کودک، خطر آسیب‌ها مثل پریدن در خیابان و پرت شدن از پله‌ها دیده می‌شود. فقدان احساس خطر یا ترس از پرت شدن در کودک ۱۵ تا ۱۸ ماهه موجب حوادثی مانند فرو بردن انگشت در پریز برق می‌گردد. بهتر است که معاینه در آغوش والدین انجام شود و برای کاهش نگرانی استفاده از وسایل معاینه، برای مثال اول دور سر خود را بگیرید یا گوش والدین را معاینه کنید.

اولویت‌های ویزیت

اولویت اصلی، توجه به نگرانی‌های والدین است. سایر اولویت‌ها عبارتند از:

- ۱- تکامل هیجانی و ارتباطی
- ۲- روتین‌های خواب
- ۳- طغیان‌های خشم و انضباط
- ۴- دندان‌های سالم
- ۵- ایمنی

مشاهده‌ی تعامل والد - کودک

- حالت هیجانی میان والد و کودک چگونه است؟
- والدین احساس امنیت و اعتماد کودک را در زمان معاینه چگونه تقویت می‌کنند؟
- آیا نوپا والدین را با نگاه کنترل می‌کند؟
- والدین به تشویق مراقب بهداشتی چگونه پاسخ می‌دهند؟
- خواهر و برادرها با نوپا چگونه رفتار می‌کنند؟

پایش تکامل

❖ اجتماعی - هیجانی

- ◆ فعالیت‌ها را تقلید می‌کند.
- ◆ در منزل کمک می‌کند.

❖ ارتباطی

- ◆ خواسته‌ی خود را با اشاره کردن و کشیدن تفهیم می‌کند.
- ◆ اشیا را می‌آورد تا به شما نشان دهد.
- ◆ کتاب را به دست شما می‌دهد تا برایش قصه بخوانید.
- ◆ به جز ماما و بابا ۴-۶ کلمه‌ی بامعنی می‌گوید.

❖ شناختی

- ❖ دستورات ساده را درک کرده و انجام می‌دهد.
- ❖ خط خطی می‌کند.

❖ تکامل جسمی

- ❖ خوب راه می‌رود.
- ❖ خم می‌شود و پیدا می‌کند.
- ❖ به عقب قدم برمی‌دارد.
- ❖ از فنجان می‌نوشد.
- ❖ مکعب را در ظرف می‌اندازد.

معاینه‌ی فیزیکی

معاینه‌ی فیزیکی کامل، بخشی از هر ویزیت مراقبت سلامت است. برای این ویزیت موارد زیر اهمیت دارد:

■ اندازه‌گیری و ترسیم

- قد
- وزن
- دور سر

■ چشم‌ها

- معاینه‌ی مردمک‌ها برای رفلکس قرمز
- انجام تست Cover/ uncover برای بررسی حرکت کونژوگه‌ی چشم‌ها

■ دهان

- مشاهده‌ی پوسیدگی، پلاک، دمنرالیزاسیون (نقاط سفید) و لکه‌ها

■ عصبی

- مشاهده‌ی تعامل مراقبین بهداشتی و اجتناب از غریبه‌ها

غربالگری

۱- غربالگری همگانی ندارد

۲- غربالگری انتخابی

- فشار خون: در کودکان دارای خطر یا تغییر خطر اندازه‌گیری می‌شود.
- بینایی: در موارد نگرانی والدین، معاینه‌ی چشم غیرطبیعی یا تست Cover/ uncover به چشم پزشک ارجاع داده شود.
- شنوایی: سؤال‌های غربالگری خطر انجام شده و برای ارزیابی ادیولوژیک تشخیصی ارجاع شود.

تکامل هیجانی و ارتباطی

هویت یافتن، جدا شدن، توجه به چگونگی برقراری ارتباط برای خواسته‌ها و علاقه‌هایش، علائم توجه مشترک شیرخوار و والد به یک چیز

- والدین باید رفتار استقلال طلبانه، کنجکاری و احساس صلاحیت و توانمندی را در کودک تقویت کنند.
- در صورت امکان، اجازه دهید کودک بین دو حالت که هر دو مورد قبول شما است مانند انتخاب یکی از دو کتاب تصمیم بگیرد. اجازه‌ی انتخاب برای بعضی از موارد، از مقاومت او در سایر موارد می‌کاهد.
- اضطراب غریبه‌ها و اضطراب ناشی از جدا شدن از اعضای خانواده در این سن، شایع است.
- ترس او را مسخره نکنید، بپذیرید و با اطمینان دادن با او صحبت کنید.
- بعضی از کودکان زودجوش و برخی دیرجوش هستند.
- با صحبت کردن با کودک، آواز خواندن، بازی‌های کلامی و خواندن کتاب یا حتی اشاره به عکس‌های کتاب و توضیح آن، درک کودک از کلمات و مفهوم آن را افزایش دهید.
- به سؤالات کودک گوش داده و به آن‌ها پاسخ دهید. او را به تکرار لغات تشویق کنید.

روتین‌های خواب

روتین منظم زمان خواب، بیدار شدن شبانه، بطری شیر

- بعضی از کودکان در این سن، مدتی شب بیداری را تجربه می‌کنند. اگر کودک بیدار شد، توجه زیادی به او نکنید، یک دیدار کوتاه‌مدت و اطمینان دادن از جانب شما کافی است. شیئی آرام‌بخش مثل حیوان، پتو و اسباب‌بازی مورد علاقه‌اش را در کنارش قرار دهید.

طغیان‌های خشم و انضباط

پیش بینی تضادهای، پرت کردن حواس، تشویق کارهای موفق، ثبات

- او را برای انجام کارهای مناسب تشویق کنید.
- انضباط را به عنوان راهی برای آموزش و حفاظت به کار گیرید نه “تنبيه”.
- بگذارید کودک به شما کمک کند برای مثال کتاب انتخاب کند یا صفحه‌ی کتاب را عوض کند تا طغیان خشم کم‌تر شود.
- به نوپا یاد دهید گاز نگیرد. نزنند و سایر رفتارهای تهاجمی را نداشته باشد. خودتان الگوی او باشید.

دندان‌های سالم

مسواک زدن دندان‌ها، استفاده از بطری شیر

- اولین معاینه‌ی دندان را اگر هنوز نشده است انجام دهید.

- ♦ دو بار در روز، پس از صبحانه و قبل از خواب، خودتان دندان کودک را با آب ساده و مسواک نرم مسواک بزنید. زمانی کودک مهارت مسواک زدن را خودش دارد که بتواند بند کفش خود را ببندد.
- ♦ انتقال باکتری از والدین به کودک، مکانیسم اصلی رسیدن باکتری‌های مولد پوسیدگی به دهان کودکان است. تماس طولانی مدت با شیرگاو یا آب میوه، به دندان ضرر می‌رساند چون باکتری‌های دهان، قندها را به اسید تبدیل می‌کنند که به مینای دندان صدمه زده و پوسیدگی دندان ایجاد می‌کند.
- ♦ بسیاری از نوپایان، پوسیدگی دندان پیدا می‌کنند (Early childhood caries) زیرا از بزاق مراقبین کودک در حین بوسیدن یا استفاده از قاشق و فنجان مشترک، باکتری‌های مخرب دندان به کودک می‌رسد. برای محافظت دندان کودک، دندان‌های خود را مسواک زده و نخ دندان بیندازید و از ظروف غذای مشترک استفاده نکنید.

ایمنی

ایمنی صندلی ماشین، استفاده‌ی والدین از کمربند ایمنی، سموم، ایمنی از آتش

- ♦ داروها و تمام مواد شوینده ی منزل را دور از دسترس و دید نوپا قرار دهید. مراقب باشید که گاه به قفسه‌های بالا نیز دسترسی پیدا می‌کند.
- ♦ نوپا را خارج از اتاق‌های دارای اشیای گرم مثل آب گرم‌کن نگه دارید یا مانعی در اطراف آن‌ها بگذارید.
- ♦ کف اتاق‌ها را طوری آماده کنید که اگر کودک بیفتد، مشکلی پیش نیاید.
- ♦ کیسه‌های پلاستیکی، بادکنک‌های لاتکس یا اشیای کوچک را دور از دسترس او قرار دهید.
- ♦ مطمئن باشید که سیم برق یا سیم تلفن و نخ پرده در دسترس نباشد.
- ♦ مطمئن باشید که تلویزیون، مبل یا اشیای سنگین دیگری که بتواند روی خود بیندازد، وجود نداشته باشد.
- ♦ آباژورها و چراغ‌های خواب را پشت مبلمان قرار دهید.
- ♦ اشیای تیز مثل چاقو و قیچی را دور از دسترس نوپا قرار دهید.
- ♦ هرگز نوپا را با خواهر و برادرش تنها نگذارید. اجازه دهید که آن‌ها در کارهای روزانه مثل تغذیه کمک کنند اما تحت نظارت یک فرد بالغ باشند.
- ♦ کناره‌های تخت را بالا نگه‌دارید تا نتواند از آن بالا رفته و بیفتد.
- ♦ نرده یا مانع در ابتدا و انتهای پله‌ها قرار دهید؛ مبلمان را دور از پنجره گذاشته و محافظ پنجره نصب کنید تا کودک از پنجره سقوط نکند.
- ♦ وقتی کودک کنار آب است، مراقب او باشید.
- ♦ استخر، در ورودی و دور تا دور آن، نرده داشته باشد.
- ♦ هر زمانی که کودک در قایق است، جلیقه‌ی نجات داشته باشد.
- ♦ وسایلی از قبیل وان کودک، حوضچه‌ی آب و تشت و سطل را پس از استفاده خالی کنید.
- ♦ بر روی پریش‌های برق درپوش پلاستیکی قرار دهید.



اوایل کودکی: ویزیت ۱۸ ماهگی

کودکان این سن، در زمان معاینه مخالفت می کنند. از این رو، معاینه‌ی یک عروسک یا حیوان اسباب‌بازی قبل از معاینه‌ی کودک اثر آرام‌بخشی دارد. برای راحتی کودک ابتدا کارهای کم‌تر تهاجمی را انجام دهید. ابتدا، مشاهده کنید و سپس کودک را لمس کنید. به کودک اجازه دهید اتوسکوپ یا استتوسکوپ را قبل از استفاده‌ی شما از آن، در دست خود نگاه دارد. به کودک اجازه‌ی انتخاب دهید که کجا و چه‌طور معاینه انجام شود. برای مثال، آغوش والدین یا تخت معاینه را ترجیح می‌دهد یا دوست دارد که کدام چشم اول معاینه شود.

اولویت‌های ویزیت

اولویت اصلی، توجه به نگرانی‌های والدین است. سایر اولویت‌ها عبارتند از:

- ۱- حمایت خانواده
- ۲- رفتار و تکامل کودک
- ۳- ارتقای زبان/ شنوایی
- ۴- آمادگی آموزش دفع ادرار و مدفوع
- ۵- ایمنی

مشاهده‌ی تعامل والد - کودک

- کودک و والدین چگونه ارتباط برقرار می‌کنند؟
- آیا والدین از کودک سؤالات زیادی می‌کنند یا دستورات زیادی می‌دهند؟
- وضعیت تعامل والد- کودک چگونه است؟
- والدین کودک را چگونه به حدود ایمن راهنمایی می‌کنند؟

پایش تکامل

❖ اجتماعی - هیجانی

- ◆ در منزل کمک می‌کند.
- ◆ به تنهایی، اما درحالی که والدین در کنارش هستند کنجکاو می‌کند.
- ◆ در پاسخ به دیگران می‌خندد.
- ◆ تعامل دوستانه یا تهاجمی (مانند زدن) دارد.

❖ ارتباطی

- ◆ ۶ کلمه صحبت می‌کند.
- ◆ با نشان دادن، خواسته‌ی خود را تفهیم می‌کند.



❖ شناختی

- ❖ به یکی از اعضای بدن اشاره می‌کند.
- ❖ دستورات ساده بدون ایما و اشاره مانند "بنشین" را انجام می‌دهد.
- ❖ به عروسک یا اسباب‌بازی علاقه نشان می‌دهد.
- ❖ نام کتاب‌های مورد علاقه‌اش را می‌داند.

❖ تکامل جسمی

- ❖ با کمک یک دست ناشیانه از پله بالا می‌رود، می‌دود.
- ❖ از قاشق و فنجان استفاده می‌کند.
- ❖ ۲ تا ۳ مکعب را روی هم می‌چیند.
- ❖ ناخوانا می‌نویسد.

معاینه‌ی فیزیکی

■ اندازه‌گیری و ترسیم

- قد خوابیده
- وزن
- دور سر

■ عصبی

- مشاهده‌ی راه رفتن و دویدن
- کنترل دست، حرکت بازو و ستون مهره

■ چشم‌ها

- معاینه‌ی مردمک برای رفلکس قرمز
- انجام تست Cover/ uncover برای بررسی حرکت کونژوگه‌ی چشم‌ها

■ پوست

- مشاهده‌ی خال، لکه‌های کافئوله (شیرقهوه)، کبودی

■ دهان

- مشاهده‌ی پوسیدگی، پلاک، دمینرالیزاسیون (نقاط سفید)، لکه‌ها و آسیب

غربالگری

۱- غربالگری همگانی

- تکامل: غربالگری تکاملی

۲- غربالگری انتخابی

- سلامت دهان: معاینه‌ی دهان و ارزیابی خطر سلامت دهان انجام شود. اگر آب فاقد فلوراید است مکمل خوراکی فلوراید داده شود.
- فشار خون: در کودکان دارای خطر خاص یا تغییر خطر فشار خون گرفته شود.
- بینایی: در موارد نگرانی والدین یا معاینه‌ی چشم غیرطبیعی یا تست Cover/ uncover غیرطبیعی به چشم پزشک ارجاع شود.
- شنوایی: سؤالات غربالگری خطر برای ارزیابی ادیولوژیک تشخیصی ارجاع شود.
- آنمی: با سؤالات غربالگری خطر، هموگلوبین یا همانوکریت چک شود.
- سرب: اگر غربالگری قبلی نشده یا در صورت تغییر خطر، غربالگری سرب انجام شود.
- اتیسم: با سؤالات غربالگری خطر، بررسی شود.

ایمن سازی

برنامه‌ی ایمن‌سازی کودکان ۱۸ ماهه شامل واکسن سه‌گانه (DTP)، قطره‌ی خوراکی فلج اطفال (OPV) و سرخک، سرخجه و اوریون (MMR) است.

راهنمایی‌های فراراه

حمایت خانواده

سلامت والدین، تطابق با استقلال نوپا و گاه منفی‌گرایی، سؤال درمورد برنامه‌ی داشتن فرزند جدید یا بارداری مادر

- ◆ فرصت‌هایی در خانواده فراهم سازید یا وقت را با یکدیگر بگذرانید و با افراد خانواده صحبت کنید و با نوپای خود صحبت و بازی کنید. زمان صرف غذا و تعطیلات فرصت‌های خوبی هستند.
- ◆ بیرون بردن از منزل را ساده و کوتاه انجام دهید. فعالیت‌های طولانی، نوپا را خسته و در نتیجه بی‌قرار کرده و در وضعیت طغیان خشم قرار می‌دهد.
- ◆ برای هر یک از کودکان خانواده، فرصتی خاص را فقط برای او در نظر بگیرید.
- ◆ تضادهای بین خواهر و برادرها را بدانید و در صورت امکان بدون دفاع از هیچ یک از آن‌ها درصدد حل آن برآیید.
- ◆ برای مثال، اگر اختلاف آن‌ها درمورد یک اسباب‌بازی است آن را کنار بگذارید. از کودک خود توقع نداشته باشید که اسباب‌بازی‌هایش را به دیگران نیز بدهد.
- ◆ به کودکان بزرگ‌تر اجازه دهید در صورت تمایل، اسباب‌بازی‌ها و وسایلشان را به نوپا ندهند. یک جای دور از دسترس نوپا برای آن‌ها در نظر بگیرید.
- ◆ اجازه‌ی رفتارهای تهاجمی مثل زدن و گاز گرفتن را ندهید.
- ◆ اگر در انتظار فرزندی جدیدی هستید کودک را با خواندن داستان‌هایی در این زمینه آماده کنید و درمورد این که چه کسی در غیاب شما زمانی که در بیمارستان هستید از او نگهداری می‌کند برایش بگویید. علاقه و توجه خود را به او نشان دهید.
- ◆ نزدیک به زمان زایمان فرزند جدید از او تقاضایی نداشته باشید. آمادگی برخی از پسرقت‌ها مانند سر توال و لگن نرفتن

و درخواست بطری شیر باشید.

- ♦ رفتار مناسب داشته باشید. توقعات شما و انضباط باید ثابت باشد.
- ♦ در این سن، اغلب کودکان دوباره به والدین می چسبند.
- ♦ ممکن است برای دادن یک غذای جدید چند بار امتحان آن لازم باشد.

رفتار و تکامل کودک

سازگاری با مراقبت غیروالد و پیش بینی وابستگی مجدد، سایر تغییرات مرتبط با توانایی های شناختی جدید

- ♦ کودک ممکن است در شرایط جدید مضطرب شود. اگر به شما بچسبد، نشانه‌ی تمایلش به بودن با شما است.
- ♦ مدتی از وقت روزانه را برای بازی با کودکان در نظر بگیرید.
- ♦ به کودک، اشتباهاتش را بگویید.
- ♦ به یاد داشته باشید که هدف، آموزش و نه "تنبیه" است.

ارتقای زبان / شنوایی

تقویت زبان، کاربرد کلمات/ عبارات ساده، خواندن/ آواز خواندن/ صحبت کردن

- ♦ با خواندن و آواز خواندن به تکامل زبان او کمک کنید. اگر بارها شنیدن یک کتاب را دوست دارد، تعجب نکنید.
- ♦ سؤالات ساده از کودک خود کرده و با توضیحات ساده ادامه دهید.

آمادگی آموزش دفع ادرار و مدفوع

شناخت علائم آمادگی، انتظارات والدین

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

ایمنی

ایمنی صندلی ماشین، استفاده ی والدین از کمر بند ایمنی، سقوط، آتش سوزی و سوختگی، سموم

- ♦ داروها و تمام مواد شوینده ی منزل را دور از دسترس و دید نوپا قرار دهید. مراقب باشید که گاه به قفسه های بالا نیز دسترسی پیدا می کند.
- ♦ نوپا را خارج از اتاق های دارای اشیای گرم مثل آب گرم کن نگه دارید یا مانعی در اطراف آنها بگذارید.
- ♦ کف اتاق ها را طوری آماده کنید که اگر کودک بیفتد، مشکلی پیش نیاید.

- ◆ کیسه‌های پلاستیکی، بادکنک‌های لاتکس یا اشیای کوچک را دور از دسترس او قرار دهید.
- ◆ مطمئن باشید که سیم برق یا سیم تلفن و نخ پرده در دسترس نباشد.
- ◆ مطمئن باشید که تلویزیون، مبل یا اشیای سنگین دیگری که بتواند روی خود بیندازد، وجود نداشته باشد.
- ◆ آباژورها و چراغ‌های خواب را پشت مبلمان قرار دهید.
- ◆ اشیای تیز مثل چاقو و قیچی را دور از دسترس نوپا قرار دهید.
- ◆ هرگز نوپا را با خواهر و برادرش تنها نگذارید. اجازه دهید که آن‌ها در کارهای روزانه مثل تغذیه کمک کنند اما تحت نظارت یک فرد بالغ باشند.
- ◆ نرده یا مانع در ابتدا و انتهای پله‌ها قرار دهید؛ مبلمان را دور از پنجره گذاشته و محافظ پنجره نصب کنید تا کودک از پنجره سقوط نکند.
- ◆ وقتی کودک کنار آب است، مراقب او باشید؛ استخر، در ورودی و دور تا دور آن، نرده داشته باشد.
- ◆ هر زمانی که کودک در قایق است، جلیقه ی نجات داشته باشد.
- ◆ بر روی پریشهای برق درپوش پلاستیکی قرار دهید.
- ◆ وقتی شما یا هر شخص دیگری در حال رانندگی در پارکینگ هستید، فرد دیگری کودک را به فاصله‌ای امن، نگه‌دارد، زیرا راننده ممکن است او را نبیند.
- ◆ از صندلی ماشین رو به جلو استفاده کنید.



اوایل کودکی: ویزیت ۲ سالگی

از کودک ۲ ساله نباید توقع نشستن با کودکان بزرگ‌تر و گوش دادن به یک داستان طولانی داشت. این توانایی‌ها، بین ۲ و ۳ سالگی ایجاد می‌شود. علی‌رغم استقلال، کودک ۲ ساله اغلب وقتی غریبه‌ای را می‌بیند پشت پای والدین قایم می‌شود. ترس، در این سن شکل می‌گیرد. برای اولین بار صداهای بلند، حیوانات، چیزهای بزرگ در حال حرکت و سایر اشیا که غیرقابل پیش‌بینی و خارج از کنترل کودک هستند به‌نظر تهدیدآمیز می‌رسند. مراقبین بهداشتی در این سن باید به گونه‌ای سؤال کنند که جواب "نه" نداشته باشد مانند "حالا وقت آن است که من به صدای قلب شما گوش دهم" و بهتر است که این کار در آغوش مادر انجام شود.

اولویت‌های ویزیت

اولویت اصلی، توجه به نگرانی‌های والدین است. سایر اولویت‌ها عبارتند از:

- ۱- ارزیابی تکامل زبان
- ۲- خلق و رفتار
- ۳- آموزش دفع ادرار و مدفوع
- ۴- دیدن تلویزیون
- ۵- ایمنی

مشاهده‌ی تعامل والد - کودک

- کودک و والدین چگونه ارتباط برقرار می‌کنند؟
- این تعامل چگونه است و احساسات چگونه بیان می‌شوند؟
- آیا کودک احساس آزادی در جست‌وجوی محیط دارد؟
- والدین چه محدودیت‌هایی قائل می‌شوند؟

پایش تکامل

♦ اجتماعی - هیجانی

- ♦ از بزرگسالان تقلید می‌کند.
- ♦ با کودکان بزرگ‌تر بازی می‌کند.
- ♦ به قصه گوش می‌دهد.
- ♦ ممکن است وابستگی خاصی به اشیا داشته باشد.

♦ ارتباطی

- ♦ حداقل ۵۰ کلمه می‌گوید.
- ♦ عبارات دو کلمه‌ای به کار می‌برد.
- ♦ از والدین می‌خواهد که کتاب بخوانند.

❖ شناختی

- ♦ دستورات ۲ مرحله‌ای را انجام می‌دهد.
- ♦ اسم یک تصویر مثل گربه یا اسب را می‌گوید.
- ♦ جمله‌های کتاب آشنا را کامل می‌کند.
- ♦ اگر کلمه‌ی کتابی را که می‌شناسد تغییر دهید آن را اصلاح می‌کند. در پاسخ به “کجا است؟” به شیء یا حیوان مورد نظر در کتاب اشاره می‌کند.

❖ تکامل جسمی

- ♦ ۵ یا ۶ مکعب را به هم می‌چسباند.
- ♦ خط افقی یا دایره می‌کشد.
- ♦ صفحات کتاب را ورق می‌زند.
- ♦ از پله‌ها بالا و پایین می‌رود.
- ♦ می‌پرد.
- ♦ آماده کردن غذا را تقلید می‌کند.
- ♦ توپ را با دست پرت می‌کند.
- ♦ به توپ لگد می‌زند.

معاینه‌ی فیزیکی

معاینه‌ی فیزیکی کامل، بخشی از هر ویزیت مراقبت سلامت است. برای این ویزیت موارد زیر اهمیت دارد:

■ اندازه‌گیری و ترسیم

- قد ایستاده
- وزن
- دور سر

■ چشم‌ها

- معاینه‌ی مردمک‌ها برای رفلکس قرمز
- انجام تست Cover/ uncover برای بررسی حرکت کونژوگه‌ی چشم‌ها

■ دهان

- مشاهده‌ی پوسیدگی، پلاک، دمنرالیزاسیون (نقاط سفید)، لکه‌ها، آسیب‌ها و ژنژیویت

■ عصبی

- مشاهده‌ی دویدن، ناخوانا نوشتن، توانایی پی‌گیری دستورات، اجتماعی شدن
- ارزیابی زبان و وضوح آن

غربالگری

۱- غربالگری همگانی ندارد.

۲- غربالگری انتخابی

- سلامت دهان: اگر معاینه نشده برای معاینه یا ارزیابی خطر سلامت دهان ارجاع شود؛ اگر آب آشامیدنی فاقد فلوراید است مکمل فلوراید خوراکی داده شود.
- فشار خون: در کودکان در معرض خطر یا تغییر خطر، فشار خون اندازه گیری شود.
- بینایی: در موارد نگرانی والدین یا معاینه ی فوندوسکوپي غیرطبیعی یا تست Cover/ uncover غیرطبیعی به چشم پزشک ارجاع شود.
- شنوایی: سؤالات غربالگری خطر برای ارزیابی ادیولوژیک تشخیصی ارجاع شود.
- آنمی: با سؤالات غربالگری خطر، هموگلوبین یا هماتوکریت چک شود.
- سرب
- دیس لیپیدمی: با سؤالات غربالگری خطر، پروفایل لیپید در حالت ناشتایی درخواست شود.
- اتیسم: با سؤالات غربالگری خطر، بررسی شود.

راهنمایی های فراراه

ارزیابی تکامل زبان

کودک چگونه ارتباط برقرار می کند، انتظارات

- ◆ کودکان ۲ ساله، جملات ۲ کلمه ای به کار می برند.
- ◆ از دستورات ساده ی ۱ یا ۲ مرحله ای اطاعت می کنند.
- ◆ هر روز، برای کودکان بخوانید. بسیاری از آنها، دوست دارند یک قصه را بارها و بارها بشنوند. از کودک بخواهید به تصاویر اشیاء، مردم و حیوانات اشاره کند. اگر قصه آشنا است، گاه به او فرصت دهید که ادامه دهد.
- ◆ صحبت با کودک و سؤال کردن از او را به آهستگی انجام دهید تا فرصت دادن پاسخ توأم با آرامش را داشته باشد.

خلق و رفتار

حساسیت، سازگاری، هیجان، نحوه ی برخورد

- ◆ کودک را برای رفتار و کارخوب تشویق کنید.
- ◆ برای کودک خود وقت بگذارید؛ با او بازی کنید؛ در آغوش بگیرید؛ راه بروید؛ نقاشی کنید و پازل درست کنید. به فعالیت هایی که دوست دارد و از آنها لذت می برد توجه کنید.
- ◆ به صحبت های کودک خود گوش داده و به او احترام بگذارید.
- ◆ از محدود کردن بیش از حد کنجکاوی او بپرهیزید؛ درکسب تجارب به او کمک کنید.

- ♦ اعتماد به نفس او را تقویت کنید.
- ♦ اجازه دهید احساساتی مثل خشم، نفرت، ناراحتی، ترس و ناامیدی را نشان دهد.
- ♦ احساس صلاحیت و کنترل او را با درخواست برای دو انتخاب قابل قبول از دیدگاه خود مانند انتخاب دو نوع میوه برای میان‌وعده تقویت کنید.
- ♦ افراد خانواده باید با کودک محکم، قاطع، صبور و با احترام برخورد کنند.
- ♦ کودک را تشویق به بازی با سایر کودکان کنید، اما توقع دادن اسباب‌بازی‌هایش را نداشته باشید یا مشارکت در بازی را نخواهید.

آموزش دفع ادرار و مدفوع

والدین چه تلاشی کرده‌اند، شیوه‌ها، بهداشت فردی

- ♦ اگر کودک حدود ۲ ساعت خشک است، تفاوت خیس و خشک بودن را می‌داند، می‌تواند شلوارش را بالا و پایین بکشد، می‌خواهد که یاد بگیرد و می‌تواند زمان دفع خود را بیان کند می‌توان آموزش دفع را شروع کرد.
- ♦ راه‌هایی که برای کمک به کودک دارید عبارتند از: برقراری روتین روزانه، هر ۱-۲ ساعت روی لگن گذاشتن و فراهم‌سازی محیطی آرام با خواندن یا آواز خواندن وقتی او را روی لگن گذاشته‌اید.
- ♦ کودکان تا ۱۰ بار در روز از لگن استفاده می‌کنند. به این نکته در زمان خروج از منزل و مسافرت توجه کنید.
- ♦ کمک کنید تا پس از تعویض پوشک یا توالت رفتن و قبل از غذا دستش را بشوید. از شستشوی دست خود نیز مطمئن باشید.
- ♦ لگن را پس از هر بار مصرف بشویید.
- ♦ به کودک یاد دهید که سرفه یا عطسه را در شانه‌ی خود بکند. یاد دهید که بینی خود را با دستمال کاغذی بگیرد و بعد دستش را بشوید.
- ♦ آب و صابون برای شستشوی اسباب‌بازی کودکان کافی است.
- ♦ اگر از کودک در مهد کودک نگهداری می‌شود پتو، فنجان، شانه و مسواک شخصی داشته باشد.

دیدن تلویزیون

محدود کنید، ترویج مطالعه، تشویق فعالیت جسمی و بازی ایمن

- ♦ بیش از ۱-۲ ساعت در روز برنامه‌ی مفید نبیند. اجازه ندهید که برنامه‌هایی از جمله کارتون توأم با خشونت را ببیند.
- ♦ اگر اجازه می‌دهید تلویزیون ببیند آن را به اتفاق ببینید و در این باره با او صحبت کنید.
- ♦ مطمئن باشید که برنامه‌ی تلویزیون برای کودک شما مناسب است.
- ♦ مدت دیدن تلویزیون به ۱ تا ۲ ساعت در روز محدود شود. برای کودک، خواندن، گوش دادن به موسیقی و بازی را انتخاب کنید.
- ♦ از نظر فیزیکی، فعال بودن او در یک محیط ایمن اهمیت دارد و افراد خانواده هم باید فعال باشند.

ایمنی صندلی ماشین، استفاده از کمربند ایمنی توسط والدین، کلاه ایمنی، ایمنی در خارج از منزل

- ◆ کودکان کوچک هرگز در داخل یا اطراف وسایل نقلیه‌ی موتوری تنها گذاشته نشوند.
- ◆ اگر کودک بیرون از منزل بازی می‌کند مطمئن باشید که نرده و حفاظ هست و از او به‌دقت مراقبت کنید.
- ◆ وقتی شما یا هر شخص دیگری در حال رانندگی در پارکینگ هستید، فرد دیگری کودک را به فاصله‌ای امن نگاه‌دارد، زیرا راننده ممکن است او را نبیند.
- ◆ مطمئن باشید که وقتی روی سه‌چرخه یا دوچرخه است از کلاه و وسایل ایمنی استفاده می‌کند. خودتان هم حضور داشته باشید.

اوایل کودکی ویزیت ۲/۵ سالگی

در مقایسه با کودک ۲ ساله هماهنگی حرکتی بهتر شده است. کودک روی نوک پا راه می‌رود و با هر دو پا می‌پرد.

اولویت‌های ویزیت

اولویت اصلی، توجه به نگرانی‌های والدین است. سایر اولویت‌ها عبارتند از:

- ۱- روتین‌های خانواده
- ۲- بهبود زبان و ارتباط
- ۳- ارتقای تکامل اجتماعی
- ۴- ملاحظات پیش‌دبستانی
- ۵- ایمنی

مشاهده‌ی تعامل والد - کودک

- کودک و والدین چگونه تعامل فعال دارند؟
- آیا کودک سؤالات و عبارات متناسب با سن خود را به کار می‌برد؟
- آیا والدین و کودک به کتاب نگاه می‌کنند، بحث می‌کنند و تعامل دارند؟
- چگونه والدین، کودک را آرام می‌کنند؟

پایش تکامل

❖ اجتماعی - هیجانی

- ◆ به خودش به عنوان "من" اشاره می‌کند.
- ◆ بازی‌های ذهنی با اسباب‌بازی و عروسک بیش‌تر می‌شود.
- ◆ بازی با کودکان بزرگ‌تر افزایش می‌یابد.
- ◆ از تغییرات غیرقابل توجه در محیط فیزیکی و وقایع غیرقابل انتظار ترس دارد.

❖ ارتباطی

- ◆ جمله‌ی ۳ تا ۴ کلمه‌ای می‌گوید.
- ◆ صحبت‌هایش، نیمی از موارد برای افراد غریبه غیرقابل درک است.

❖ شناختی

- ◆ عمل صحیح یک حیوان یا شخص را می‌داند مانند "پرنده پرواز می‌کند".
- ◆ دوستانی دارد.
- ◆ به ۶ عضو بدن خود اشاره می‌کند.

❖ تکامل جسمی

- ♦ بالا و پایین می‌پرد.
- ♦ توپ را از بالای سرش پرتاب می‌کند.
- ♦ یک پا در میان از پله بالا می‌رود.
- ♦ با کمک، دندان‌ش را مسواک می‌زند.
- ♦ با کمک، لباس می‌پوشد.
- ♦ خط عمودی را کپی می‌کند.

معاینه‌ی فیزیکی

یک معاینه‌ی فیزیکی کامل، بخشی از هر ویزیت مراقبت سلامت است. در این ویزیت، به موارد زیر توجه می‌شود:

■ اندازه‌گیری و ترسیم

■ قد ایستاده

■ وزن

■ چشم‌ها

■ معاینه‌ی مردمک‌ها برای رفلکس قرمز

■ انجام تست Cover/ uncover برای بررسی حرکت کونژوگه‌ی چشم‌ها

■ عصبی

■ مشاهده‌ی هماهنگی، زبان و اجتماعی شدن

■ ارزیابی آواسازی

غربالگری

۱- غربالگری همگانی

■ تکامل: غربالگری تکاملی ساختار یافته

۲- غربالگری انتخابی

■ سلامت دهان: اگر آب آشامیدنی، فاقد فلوراید است، مکمل فلوراید خوراکی داده شود. معاینه‌ی اولیه‌ی دندان‌ها و ارزیابی خطر سلامت دهان.

■ فشار خون: در شیرخواران در معرض خطر یا در موارد تغییر خطر اندازه‌گیری شود.

■ بینایی: در موارد نگرانی والدین، معاینه‌ی چشم غیرطبیعی یا تست Cover/ uncover غیرطبیعی به چشم پزشک ارجاع شود.

■ شنوایی: سؤال‌های غربالگری خطر انجام شده و برای ارزیابی ادیولوژیک تشخیصی ارجاع شود.

■ سرب: در مناطقی که شیوع کم دارد با سؤالات ارزیابی خطر سطح سرب اندازه‌گیری شود.

روتین‌های خانواده

ثبات والدین، روتین‌های روز و شب، فعالیت‌های لذت بخش خانواده

- ♦ خواندن کتاب و داستان‌های متناسب با فرهنگ و تکامل، حداقل یک بار در روز عادت خوبی است.
- ♦ برخی از فعالیت‌هایی را که موجب کاهش استرس، احساس خوشایند و تشویق به کار در شما می‌شوند انتخاب کنید.
- ♦ با تمام افراد خانواده به توافقی برسید که بهترین پشتوانه برای ایجاد استقلال کودک در عین حفظ محدودیت‌ها کدام است.
- ♦ ورزش‌های خانوادگی مثل راه رفتن، شنا و دوچرخه‌سواری را تشویق کنید.
- ♦ تجارب کودک را با دیدن موزه، باغ‌وحش و سایر مراکز آموزشی افزایش دهید.
- ♦ زمان صرف غذا با خانواده، فرصت خوبی برای بهبود زبان و تکامل اجتماعی است.
- ♦ حداقل ۴ تا ۵ بار در هفته با یکدیگر غذا بخورید.
- ♦ انجام بازی خشن یا دیدن برنامه‌ی محرک تلویزیونی یا ویدئویی عصرها را حذف کنید. فعالیت‌های آرام عصر بیانگر رسیدن وقت خواب شبانه است. خواب شبانه‌ی راحت برای رفتار خوب روز بعد و پیش‌گیری از خشم ضروری است.

بهبود زبان و ارتباط

ارتباط تعاملی با آواز خواندن، بازی کردن، کتاب خواندن

- در ۲/۵ سالگی کودکان می‌توانند جملات کوتاه و کامل بیان کنند. جملات آن‌ها شامل ۳-۴ کلمه است که اغلب آن برای اعضای خانواده قابل فهم است.
- ♦ هر روز با یکدیگر کتاب بخوانید. بلند خواندن، کودک را برای پیش‌دبستان آماده می‌سازد. در این سن، کودکان می‌توانند خط داستان کتاب‌های ساده را دنبال کنند و ممکن است بارها و بارها یک کتاب را بخوانند.
 - ♦ بیش از ۱-۲ ساعت در روز برنامه‌ی مفید نبیند. اجازه ندهید که برنامه‌هایی از جمله کارتون توأم با خشونت را ببیند.
 - ♦ اگر اجازه می‌دهید تلویزیون ببیند آن را به اتفاق ببیند و در این باره با او صحبت کنید.
 - ♦ انواع برنامه‌هایی را که کودک نگاه می‌کند کنترل کنید.
 - ♦ مدت دیدن تلویزیون به ۱ تا ۲ ساعت در روز محدود شود. برای کودک، خواندن، گوش دادن به موسیقی و بازی را انتخاب کنید.
 - ♦ کودک را مرتب به کتاب‌خانه ببرید و زمان خاصی را برای خواندن داستان در نظر بگیرید.
 - ♦ برای پاسخ دهی، به کودک زمان کافی دهید.
 - ♦ اگر کودک صحبت می‌کند، با توجه گوش کنید، آنچه را که می‌گوید به وضوح تکرار کنید و دستور زبان صحیح را به کار ببرید.

ارتقای تکامل اجتماعی

بازی با سایر کودکان، بازی متقابل محدود، تقلید دیگران، انتخاب‌ها

- ♦ فرصت‌هایی برای بازی با هم‌سن و سالانش فراهم کنید و در این زمان‌ها، به دقت مراقب کودک باشید.

- ♦ داشتن ۲ اسباب بازی مشابه شیوهی خوبی است. اگر فرزندتان، با کودک دوست صمیمی شما بازی می کند همان اسباب بازی را برایش تهیه کنید.
- ♦ دو انتخاب قابل قبول به کودکان پیشنهاد کنید تا استقلال او شکل گیرد. اما، مطرح کردن بیش از ۲ مورد، کودک را نگران و ناامید می کند. آنچه را تصمیم گرفت انجام دهید.
- ♦ روتین های روزانه ی خوردن، خواب و بازی را ادامه دهید.

ملاحظات پیش دبستانی

آمادگی برای برنامه های اوایل کودکی، گروه های بازی یا زمان های بازی

- ♦ حضور در مهد کودک، فرصتی برای تکامل مهارت های اجتماعی است.
- ♦ در صورتی که کودک را در مهد کودک نگذاشته اید، کتاب هایی برای آمادگی او فراهم سازید.
- ♦ راه هایی که برای کمک موفقیت آمیز به کودک دارید عبارتند از: برقراری روتین روزانه، هر ۱-۲ ساعت روی لگن گذاشتن و فراهم سازی محیطی آرام با خواندن یا آواز خواندن وقتی او را روی لگن گذاشته اید.
- ♦ او را "تنبيه یا شرمگین" از نشستن سر لگن نکنید. بلکه، به جای آن تشویق را فراموش نکنید.

ایمنی

ایمنی آب، ایمنی صندلی ماشین، ایمنی و سلامت خارج از منزل (استخر، جای بازی، تماس با نور خورشید)، سوختگی و آتش سوزی

- آسیب های تصادفی، علت اصلی مرگ در کودکان کوچک است. زیرا، احساس کنجکاوی و علاقه به یادگیری در آنها زیاد است اما کودک هنوز قضاوت خوبی ندارد. به همین دلیل، والدین باید مراقب کودک بوده و ایمنی محیط را به طور مکرر کنترل کنند.
- ♦ همیشه وقتی کودک نزدیک آب است مراقب او باشید.
 - ♦ او را به امید خواهر و برادر بزرگ تر تنها نگذارید.
 - ♦ پس از استفاده از لگن، آن را خالی کنید.
 - ♦ دور تا دور استخر، نرده و حفاظ داشته باشد.
 - ♦ اگر کودک، بیرون از منزل بازی می کند مطمئن باشید نرده و حفاظ دور او است.
 - ♦ محل بازی را کنترل کنید و مطمئن باشید زمین بازی نرم است.
 - ♦ مطمئن باشید که وقتی روی سه چرخه یا دوچرخه است از کلاه و وسایل ایمنی استفاده می کند.
 - ♦ خودتان هم حضور داشته باشید.
 - ♦ زمان تماس با نور خورشید را محدود سازید. ضد آفتاب با SPF 15 یا بیش تر، استفاده کنید. از کلاهی استفاده کنید که گوش ها، بینی و لب های کودک در معرض تماس با نور خورشید قرار نگیرد.
 - ♦ کبریت را در کشوی بسته بگذارید.
 - ♦ مراقب باشید که نزدیک اجاق، شومینه و ... نرود.



اوایل کودکی: ویزیت ۳ سالگی

کودک ۳ ساله، تکلم قابل درک دارد و می‌تواند با والدین بحث کند. برای مثال، می‌گوید: "اول داستان گوش می‌کنم و بعد می‌خوابم". همچنین، انتخاب می‌کند مثلاً بین دو رنگ جوراب، یکی را می‌پوشد. آگاهی از تفاوت‌های جنسی از دیدگاه تفاوت‌های جسمی و توقعات اجتماعی شروع به شکل‌گیری می‌کند. کودک ۳ ساله به تدریج علائق، خواسته‌ها و ترجیح‌های خود را بیان می‌کند و فعالیت‌هایی مثل غذا خوردن، حمام کردن و لباس پوشیدن را به‌طور مستقل انجام می‌دهد. این فعالیت‌ها هنوز به نظارت نیاز دارند اگرچه کودک می‌خواهد تمام آن‌ها را "خودش" انجام دهد. تصمیم انتخاب غذا هنوز با والدین است.

سؤال از کودک درمورد عقایدش و اجازه‌ی شرکت او در بحث‌های خانوادگی موجب تقویت اعتماد به نفس و جایگاه خاص او در خانواده می‌شود. بسیاری از تغییرات جدید مثل تولد فرزند بعدی و رفتن به مهد کودک در این سن روی می‌دهد و نیاز به توجه خاص دارد.

اولویت‌های ویزیت

اولویت اصلی، توجه به نگرانی‌های والدین است. سایر اولویت‌ها عبارتند از:

۱- حمایت خانواده

۲- تشویق فعالیت‌ها و خواندن و نوشتن

۳- بازی با هم‌سن‌وسالان

۴- تشویق فعالیت جسمی

۵- ایمنی

مشاهده‌ی تعامل والد - کودک

- والدین و کودک چگونه ارتباط برقرار می‌کنند؟
- آیا والدین انتخاب‌هایی را در اختیار کودک قرار می‌دهند؟
- آیا والدین همکاری کودک را تشویق می‌کنند؟
- آیا رفتار غیرقابل قبول با پاسخ مناسب مواجه می‌شود؟

پایش تکامل

♦♦ اجتماعی - هیجانی

- ♦ مهارت‌های مراقبت از خود، مانند غذا خوردن و لباس پوشیدن را دارد.
- ♦ بازی‌های تخیلی؛ از بازی تعاملی لذت می‌برد.

♦♦ ارتباطی

- ♦ مکالمه‌ای با ۲ تا ۳ جمله انجام می‌دهد.
- ♦ در ۷۵٪ موارد برای دیگران غیرقابل درک است.

♦ نام دوستش را می‌گوید.

♦ شناختی

- ♦ اسم و کاربرد فنجان، توپ، قاشق و مداد شمعی را می‌داند.
- ♦ خود را به‌عنوان دختر یا پسر می‌شناسد.

♦ تکامل جسمی

- ♦ دست‌هایش را می‌شوید و خشک می‌کند.
- ♦ برجی با ۶ تا ۸ مکعب می‌سازد.
- ♦ توپ را از بالای سر پرت می‌کند.
- ♦ سه‌چرخه می‌راند.
- ♦ برای ۱ ثانیه، روی یک پا تعادل خود را حفظ می‌کند.
- ♦ در طی روز کنترل ادرار و مدفوع را دارد.

معاینه‌ی فیزیکی

یک معاینه‌ی فیزیکی کامل، بخشی از هر ویزیت مراقبت سلامت است. در این ویزیت، به موارد زیر توجه می‌شود:

■ اندازه‌گیری فشار خون

■ اندازه‌گیری و ترسیم

■ قد

■ وزن

■ چشم‌ها

■ معاینه‌ی عصب بینایی و عروق شبکیه با افتالموسکوپ

■ دهان

■ مشاهده‌ی پوسیدگی، پلاک، دمنیرالیزاسیون (نقاط سفید)، لکه‌ها، آسیب‌ها و ژنژیویت

■ عصبی

■ ارزیابی زبان و وضوح تکلم

■ توجه به تعامل بزرگسال - کودک

غربالگری

۱- غربالگری همگانی ندارد.

۲- غربالگری انتخابی

■ سلامت دهان: اگر آب آشامیدنی، فاقد فلوراید است، مکمل فلوراید خوراکی داده شود. معاینه‌ی اولیه‌ی دندان‌ها اگر

تا به حال انجام نشده است و ارزیابی خطر سلامت دهان.

■ شنوایی: سؤال‌های غربالگری خطر انجام شده و برای ارزیابی ادیولوژیک تشخیصی ارجاع شود.

■ آنمی: با سؤالات غربالگری خطر، هموگلوبین یا هماتوکریت چک شود.

■ سرب: اگر غربالگری قبلی نشده یا در صورت تغییر خطر، غربالگری سرب انجام شود.

راهنمایی‌های فراراه

حمایت خانواده

تعلیم‌های خانواده، رقابت خواهر و برادرها، تعادل کار

◆ به کودک خود اجازه‌ی رفتارهای تهاجمی را ندهید و به او توضیح دهید که دیگران درمورد این کار او چه احساسی خواهند داشت.

◆ فرصت‌هایی برای انتخاب، به کودک خود بدهید مثل این که چه بپوشد و چه کتابی برایش خوانده شود.

◆ کمک کنید که کودک با خواهر و برادرش رابطه‌ی خوبی داشته باشد. سعی کنید تضادهای میان آنها را بدون جانب‌داری حل کنید.

◆ مدتی را منحصرأ با هر یک از کودکان خانواده بگذرانید.

◆ فرصتی را در نظر بگیرید که با خانواده باشید، با اعضای خانواده صحبت کرده و با کودک بازی کنید.

تشویق فعالیت‌های خواندن و نوشتن

آواز خواندن، صحبت کردن، توضیح دادن، مشاهده، خواندن

کودکان در این سن جمع‌ها، ضمیرها، جملات ۴ تا ۵ کلمه‌ای و پاراگراف‌های کوتاه را به کار می‌برند. تکلم آنها در ۷۵٪ موارد برای سایرین قابل فهم است. همچنین، باید نام اشیای شایع را ببرند، تفاوت‌های جنسی را بدانند و دستورالعمل‌های ۲ مرحله‌ای مانند «عروسکت را بردار و روی صندلی بگذار» را بفهمند.

◆ با خواندن کتاب و آواز خواندن، به تکامل زبان کودک کمک کنید.

◆ درمورد داستان یا تصاویر از کودک سؤال کنید و اجازه دهید قسمتی از داستان را او بگوید.

◆ کودک را تشویق کنید که با شما درباره‌ی دوستان، تجارب و مشاهداتش صحبت کند.

بازی با هم‌سن‌وسالان

بازی‌های تعاملی، فرصت‌های بازی

◆ کودک را به بازی با اسباب‌بازی‌های مورد علاقه‌اش که متناسب با سن او هستند تشویق کنید.

◆ زمانی را به تنهایی با کودک بگذرانید و کارهایی انجام دهید که هر دو لذت می‌برید.

◆ فرصت‌هایی برای جست‌وجوی دنیای اطراف کودک برایش فراهم سازید.

◆ امکان بازی با هم‌سن‌وسالان را در مهدکودک یا سایر جاها به وجود آورید.

♦ بازی‌های تعاملی با هم‌سن‌وسالان را تشویق نموده و کمک کنید تا اهمیت حفظ نوبت را درک کند.

تشویق فعالیت جسمی

محدود کردن بی‌حرکی

- ♦ کودکان باید هر روز بازی کنند؛ زیرا این شغل آنان است. کودکان به‌جز در زمان خواب نباید بیش از ۶۰ دقیقه غیرفعال باشند.
- ♦ فعالیت جسمی در یک محیط امن را تشویق کنید.
- ♦ فرصت‌هایی برای بازی و ورزش با افراد خانواده فراهم سازید.
- ♦ تلویزیون، ویدئو و نمایشگر DVD در اتاق خواب کودک قرار ندهید و زمان دیدن تلویزیون را به ۱ تا ۲ ساعت در روز محدود کنید.
- ♦ برنامه‌هایی را که کودک می‌بیند کنترل کنید.

ایمنی

ایمنی صندلی ماشین، ایمنی عابر پیاده، سقوط از پنجره

- ♦ مرگ ناشی از آسیب‌های تصادفی، علت اصلی مرگ کودکان کوچک است. چون کودکان علاقه‌ی زیادی به یادگیری و کنجکاوی دارند اما قضاوت آن‌ها چندان خوب نیست مراقبت شدید از ایشان توسط والدین لازم است.
- ♦ هرگز کودک خود را در ماشین، منزل یا حیاط تنها نگذارید.
- ♦ از خواهر و برادر کوچک توقع مراقبت از او را نداشته باشید.
- ♦ مراقب بازی در نزدیکی خیابان یا بزرگ راه‌ها باشید. کودک شما نمی‌تواند به‌تنهایی از خیابان عبور کند.
- ♦ برای پیش‌گیری از سقوط از پنجره، مبلمان را دور از پنجره قرار داده و حفاظ پنجره نصب کنید.
- ♦ از صندلی ماشین رو به جلو استفاده کنید.

اوایل کودکی: ویزیت ۴ سالگی

با پیشرفت سریع مهارت‌های صحبت کردن و کنجکاوی غیرقابل ارضا، کودک ۴ ساله احساس استقلال می‌کند. می‌تواند لباس خود را پوشیده و درآورد و کنترل ادرار و مدفوع را داشته باشد (گرچه ممکن است شب‌ها خشک نباشد). به احساس دیگران حساس است و هیجاناتی مثل شادی، غم، خشم، اضطراب و ترس را در خود و دیگران تشخیص می‌دهد. دوستی با هم‌سن‌وسالان به تدریج در او شکل می‌گیرد. اغلب می‌خواهد بداند چرا، برای چه، چه زمانی و چه طور. کودک ۴ ساله درباره‌ی بدن خود و جنس مخالف کنجکاو است و کاوش جنسی در این سن معمول است.

اولویت‌های ویزیت

اولویت اصلی، توجه به نگرانی‌های والدین است. سایر اولویت‌ها عبارتند از:

- ۱- آمادگی مدرسه
- ۲- ایجاد عادات فردی سالم
- ۳- تلویزیون و سایر رسانه‌ها
- ۴- مشغولیت‌های کودک و خانواده و ایمنی در اجتماع
- ۵- ایمنی

مشاهده‌ی تعامل والد - کودک

- والدین و کودک چگونه ارتباط برقرار می‌کنند؟
- آیا والدین اجازه می‌دهند که کودک به سؤالات پاسخ دهد؟
- آیا کودک در طی معاینه از والدین جدا می‌شود؟
- آیا کودک لباس خود را می‌پوشد و در می‌آورد؟
- والدین، کودک و خواهر و برادرها چگونه تعامل دارند؟
- آیا والدین به کودک اجازه‌ی انتخاب کتاب را می‌دهند؟

پایش تکامل

♦ اجتماعی - هیجانی

- ♦ ویژگی‌هایی از خود مثل جنس، سن، علاقه‌ها و توانایی‌ها را بیان می‌کند.
- ♦ متناسب با ارزش‌های فرهنگی خانواده یا اجتماع رفتار می‌کند.
- ♦ با اسباب بازی‌های مورد علاقه‌اش بازی می‌کند.
- ♦ به قصه گوش می‌دهد.
- ♦ بازی‌های تخیلی می‌کند.

❖ ارتباطی

- ♦ نام و نام خانوادگی خود را می‌گوید.
- ♦ یک شعر می‌خواند.
- ♦ می‌داند اگر سردش باشد و خسته یا گرسنه باشد چه کند.
- ♦ تکلم او قابل درک است.

❖ شناختی

- ♦ ۴ رنگ را نام می‌برد.
- ♦ جنس خود و دیگران را می‌داند.
- ♦ بازی‌های کارتی انجام می‌دهد.
- ♦ فردی را با ۳ قسمت بدنش نقاشی کند.

❖ تکامل جسمی

- ♦ روی یک پا لی‌لی می‌کند.
- ♦ برای ۲ ثانیه روی یک پا تعادل را حفظ می‌کند.
- ♦ برجی با ۸ مکعب می‌سازد.
- ♦ ضربدر را تقلید می‌کند.
- ♦ غذای خود را می‌کشد، می‌برد و له می‌کند.
- ♦ دندان‌ش را مسواک می‌زند.
- ♦ لباس خود را می‌پوشد و دکمه‌هایش را می‌بندد.

معاینه‌ی فیزیکی

یک معاینه‌ی فیزیکی کامل، بخشی از هر ویزیت مراقبت سلامت است. در این ویزیت، به موارد زیر توجه می‌شود:

■ اندازه‌گیری فشار خون

■ اندازه‌گیری و ترسیم

■ قد

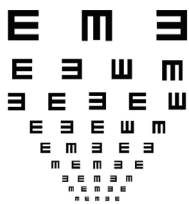
■ وزن

■ عصبی

■ مشاهده‌ی مهارت‌های حرکتی ظریف و آشکار

■ ارزیابی زبان، روانی و وضوح تکلم، محتوای فکر و انتزاعی بودن آن

۱- غربالگری همگانی



■ بینایی: اندازه‌گیری حدت بینایی با روش‌های متناسب با سن (Tumbling E test)

■ شنوایی: ادیومتری

۲- غربالگری انتخابی

■ آنمی: با سؤالات غربالگری خطر، هموگلوبین یا هماتوکریت چک شود.

■ سرب: اگر غربالگری قبلی نشده یا در صورت تغییر خطر، غربالگری سرب انجام شود.

■ دیس لیپیدمی: با سؤالات غربالگری خطر و اگر قبلاً غربالگری نشده است، پروفایل لیپید در حالت ناشتایی درخواست شود.

راهنمایی‌های فراراه

آمادگی مدرسه

تجارب یادگیری ساختاریافته، فرصت برای اجتماعی شدن با سایر کودکان، ترس‌ها، دوستان، شیوایی

- ◆ کودکان در این سن، زیاد سؤال می‌کنند و می‌توان اطلاعات زیادی به آن‌ها داد. بهتر است پاسخ‌ها کوتاه، ساده و واقعی باشد.
- ◆ مشاهده‌ی تعامل کودک با کودکان دیگر، راه باارزشی برای بررسی مهارت‌ها و درک اجتماعی او است.
- ◆ گوش کنید و مثل یک فرد بزرگسال به کودک خود احترام بگذارید. در عین حال، اصرار داشته باشید که تمام اعضای خانواده، با احترام با یکدیگر رفتار کنند.
- ◆ اگر کودک به احساسات دیگران توجه کرد او را تشویق کنید.
- ◆ اگر اشتباه کردید یا به احساس کسی صدمه زدید، عذرخواهی کنید و از کودک خود نیز چنین بخواهید.
- ◆ کودک را برای همکاری و کمکش تشویق کنید.
- ◆ اجازه دهید احساساتش مثل خشم، ناراحتی، ترس و ناامیدی را نشان دهد.
- ◆ وقتی را فقط برای او بگذارید تا کاری را که مورد علاقه‌ی هر دوی شما است انجام دهد.
- ◆ فرصتی برای بازی او با سایر کودکان در زمین بازی، پیش‌دبستانی یا سایر فعالیت‌های اجتماعی فراهم سازید.
- ◆ برای کودک بخوانید.
- ◆ اگر کودک به لغات علاقه نشان داد به آن لغات اشاره کنید.
- ◆ تجربارب کودک را با بردن به مسافرت، مهمانی، پارک و سایر جاهای مورد علاقه‌اش بیفزایید.
- ◆ او را اغلب به کتاب‌خانه ببرید. اگر ممکن است، کارت عضویت کتاب‌خانه برایش بگیرید و اجازه دهید کتاب‌های مورد علاقه‌اش را بگیرد.
- ◆ اگر در مهد کودک است وسایل شخصی مانند پتو، شانه، مسواک و... داشته باشد.
- ◆ برنامه‌ی مهد کودک یا پیش‌دبستانی را ببینید.
- ◆ به فعالیت‌های مهد کودک یا پیش‌دبستانی علاقه نشان دهید.
- ◆ با تشویق کودک خود به صحبت کردن با شما درباره‌ی پیش‌دبستانی، دوستان، تجربارب و مشاهداتش به پیشرفت مهارت‌های حرکتی او کمک کنید.
- ◆ هر روز برایش بخوانید و سؤالاتی درباره‌ی داستان از او پرسید. زمانی کافی از روز را برای خواندن داستان و پاسخ به

سؤالات او صرف کنید. کودک را هل نکنید تا موجب لکنت زبان نشود.

♦ اجازه ی تکمیل جملات و عقاید کودک را بدهید. وقفه نیندازید، با یک صدای آرامش بخش صحبت کنید و قبل از پاسخ دادن مکث کنید.

با پیشرفت تکلم و مهارت های زبان، اغلب کودکان دوره هایی از لکنت را تجربه می کنند. اندیکاسیون های ارزیابی تکلم شامل لکنت زبان به مدت بیش تر از ۶ ماه و عدم بهبودی در طی این مدت است. اگر کودک برای یافتن کلمات تلاش می کند و در این باره ناراحت می شود، می توان او را ارجاع داد.

ایجاد عادات فردی سالم

روتین های روزانه که موجب ارتقای سلامت می شود.

کودک ۴ ساله دوست دارد آن قدر بزرگ تصور شود که در کارهای روزانه ی خود استقلال داشته باشد. کابوس شبانه و وحشت شبانه در این سن شایع است. در کودکان دچار اختلالات خواب، باید استرس های خانوادگی و عادت دیدن تلویزیون را بررسی کرد.

- ♦ زمان خواب آرامی، شامل خواندن و گفتن داستان برای ترویج زبان و مهارت های قبل از خواندن، برای کودک فراهم سازید.
- ♦ بی اشتهایی یا تمایل به کم غذا خوردن، اگر سرعت رشد کودک طبیعی است مشکلی ندارد و نگران کننده نیست. جو آرامی در زمان غذا خوردن ایجاد کنید؛ تلویزیون را خاموش کنید، با یکدیگر صحبت کنید و کودک را هم در نظر داشته باشید.
- ♦ دوبار در روز با خمیردندان حاوی فلوراید (به اندازه ی نخود)، مسواک بزنند. کودک باید خمیردندان را پس از مسواک زدن از دهان بیرون بریزد اما دهانش را با آب نشوید. هر بار مسواک زدن را نظارت کنید.

تلویزیون و سایر رسانه ها

محدودیت تماشا، ترویج فعالیت جسمی و بازی ایمن

- ♦ مشاهده ی تلویزیون و ویدئو به خصوص که در اتاق کودک باشد، موجب اضافه وزن او می گردد. هم چنین، موجب افزایش خسونت، ایجاد تضاد و کشمکش و کاهش زمان بازی فعال می شود. از سوی دیگر، استفاده ی منطقی از برنامه های آموزشی موجب آمادگی کودک برای مدرسه است.
- ♦ دیدن تلویزیون و ویدئو به حداکثر ۲ ساعت در روز محدود شود. مطمئن باشید که برنامه ها مناسب هستند. اگر تلویزیون می بیند، با یکدیگر ببینید و درباره ی آن صحبت کنید.
- ♦ به جز موارد تأخیر تکامل، کودک در این سن می دود و می پرد.
- ♦ کودک را برای دویدن و پریدن تشویق کنید.
- ♦ خانواده ای فعال باشید؛ راه بروید و به پارک بروید.
- ♦ مطمئن باشید که که کودک فرصت کافی برای بازی فعال را داشته باشد.

مشغولیت های کودک و خانواده و ایمنی در اجتماع

فعالیت های خارج از منزل، برنامه های اجتماعی، برنامه های آموزشی، ارتباط با هم سن و سالان و بزرگسالان

- ♦ در برنامه های اجتماعی مثل روز درخت کاری شرکت کنید. والدین باید بزرگسالانی را که کودک با آنها ارتباط دارد بشناسد. آنها باید از تماس با هر کودک بزرگتر یا بزرگسالی که ممکن است خطرناک باشد دور بمانند.
- ♦ کنجکاوای کودک در مورد بدن خود و تفاوت بین دختر و پسر را در نظر داشته باشید.
- ♦ اسامی صحیح اعضای بدن از جمله دستگاه تناسلی را به کار برید و توضیح دهید که برخی از قسمت های بدن خصوصی هستند و نباید دیگران به آنها دست بزنند.

ایمنی

صندلی ماشین، نظارت، ایمنی خارج از منزل

- ♦ کودکان کوچک تکامل عصبی، مهارت ها و آگاهی لازم برای عبور از خط عابر پیاده را ندارند. آنها نمی توانند ماشین های موجود در دید محیطی خود را ببینند، منشأ صدا را بفهمند یا در مورد سرعت و فاصله ی وسایل نقلیه قضاوت صحیح داشته باشند. به طور کلی، کودکان نمی توانند تا ۱۰ سالگی یا بیش تر به تنهایی از عرض خیابان عبور کنند.
- ♦ هیچگاه، کودک خود را تنها نگذارید.
- ♦ مراقب بازی او در نزدیکی خیابان باشید. کودک نمی تواند از عرض خیابان عبور کند.

اواسط کودکی: ویزیت ۵ و ۶ سالگی

با شروع اواسط دوران کودکی، رشد کودکان و توانمندی جسمی آنها افزایش می‌یابد. شروع مدرسه یک اتفاق مهم برای کودک ۵ یا ۶ ساله و خانواده‌اش است. با ورود به دبستان، ابعاد تکاملی مهم مانند آماده شدن برای مدرسه و توانایی جدا شدن از والدین بروز می‌کند. کودک ۵ ساله‌ای که در مهد کودک بوده، راحت‌تر می‌تواند از والدین جدا شود. اغلب ۶ ساله‌ها در پیش‌دبستانی بوده‌اند و با کسب مهارت‌های اجتماعی لازم برای یادگیری در یک روز درسی و نشستن سر کلاس اول آماده‌اند. ویزیت ۵ و ۶ سالگی، فرصتی برای مشاهده‌ی توانایی اطاعت دستورات، مهارت‌های کلامی و توانایی حرکتی کودک است.

حضور در مدرسه فرصت‌ها، چالش‌ها و قوانین جدیدی برای کودک به وجود می‌آورد. فعالیت‌های مدرسه به افزایش کنترل تکانه (Impulse) نیاز دارد. از کودکان، پیروی از قوانین، بودن با دیگران و اجتناب از رفتارهای مختل کننده انتظار می‌رود. کسب مهارت‌های گوش دادن، خواندن و ریاضیات برای برخی از آنها هیجان آور و برای برخی دیگر چالش آور است. کودکانی که به مهد کودک می‌روند فرصت‌های زیادی برای پیدا کردن دوست و ملاقات سایر خانواده‌ها دارند. برخی از کودکان با غذا خوردن در مدرسه و استفاده از میان وعده‌ها مشکل دارند. برخی به راحتی آن را حل می‌کنند و دیگران برای یادگیری رفتارهای متناسب تلاش زیادی می‌کنند. والدین باید به احساسات کودک گوش کنند، به او اطمینان خاطر دهند و برای تلاش هایش، او را تشویق کرده و برایش جایزه در نظر بگیرند.

پیشرفت کودک در مدرسه، عامل مهم تکامل او در این سن است. در این دوران، باید به مشکلات تطابقی یا استرس‌ورهای روانی اجتماعی توجه شود. اختلالات توجه و یادگیری به‌طور معمول تا زمان ورود به مدرسه تشخیص داده نمی‌شود. اگر کودک احساس کند بین توقعات مدرسه و خانواده‌اش درمورد عملکرد آموزش و رفتار در مدرسه روند مشابه و ثباتی وجود دارد عملکرد بهتری خواهد داشت.

مدت زمان بیش‌تری با دوستان می‌گذرد به همین دلیل والدین باید این دوستان جدید و خانواده‌هایشان را ملاقات کنند. با کسب تجارب جدید، باید قوانین به‌خصوص در رابطه با رفتار مناسب، تأمین امنیت هیجانی و ایمنی شخصی تغییر یابد. بعضی از آنها، باید کم‌رنگ‌تر شده و برخی دیگر، تقویت شود.

خطرات خاصی مثل سیگار، فندک و اجاق گاز کودک ۵ و ۶ ساله را تهدید می‌کند. بنابراین، والدین باید کبریت و فندک را دور از دسترس نگاه دارند و یادآوری کنند که این‌ها اسباب‌بازی نیستند. تصادف رانندگی و بازی در اطراف ماشین‌ها خطرانی است که کودک را تهدید می‌کند. کودکان فقیر، ممکن است به مکان‌های بازی دسترسی محدودی داشته باشند و در نزدیکی منزل، خیابان‌ها و جاهای غیرایمن مشغول بازی شوند.

در ۶ سالگی، کودک دوست دارد که به‌طور مستقل عمل کند اما توانایی این که همیشه تصمیم‌های درستی بگیرد را ندارد. دوست دارد که از درخت بالا رود و در حیاط بازی کند. اما، هنوز درباره‌ی ایمنی اطلاعات کاملی ندارد. کودکان باید ایمنی در منزل، مدرسه و زمین‌بازی را یاد بگیرند. خانواده باید محدودیت‌هایی برای کودک ایجاد کند که درعین حال مانع ترویج و تشویق استقلال تدریجی وی نگردد. قوانین خاصی درمورد صحبت و برقراری ارتباط با افراد غریبه لازم است. دوچرخه‌ی کودک باید با میزان توانایی و اندازه‌ی وی مطابق باشد. باید درحین دوچرخه‌سواری و اسکیت، از کلاه ایمنی و وسایل محافظتی استفاده شود.

در این سن می‌توان با خود کودک درمورد خانواده، دوستان، ترس‌ها و هیجانات مرتبط با مدرسه و مستقل شدن صحبت کرد. به این ترتیب با دوستی با کودک، می‌توان او را تشویق کرد تا خودش مسئولیت لباس‌ها، اسباب‌بازی و متعلقاتش را به عهده گرفته و عادات خوبی کسب کند. این مسئولیت‌ها موجب اتونومی، استقلال و احساس توانمندی او می‌شود.

اولویت‌های ویزیت

اولویت اصلی، توجه به نگرانی‌های والدین است. سایر اولویت‌ها عبارتند از:

- ۱- آمادگی مدرسه
- ۲- سلامت روان
- ۳- تغذیه و فعالیت جسمی
- ۴- سلامت دندان
- ۵- ایمنی

شرح حال

سؤال کنید:

- آیا نگرانی درمورد سلامت جسمی کودک خود دارید؟
- آیا درباره‌ی شروع مدرسه یا عملکرد تحصیلی کودک‌تان نگران هستید؟
- آیا درمورد تکامل کودک نگران هستید؟
- آیا در ارتباط با خلق یا رفتار او مانند توجه، زدن، خشم، نگرانی‌ها، بازی نکردن با دیگران، تحریک‌پذیری یا میزان فعالیت، نگرانی دارید؟

مشاهده‌ی تعامل والد - کودک

در طی ویزیت مشاهده کنید:

- آیا والدین و کودک سؤال کرده یا صحبت می‌کنند یا بیش‌تر والدین صحبت می‌کنند؟
- آیا والدین و کودک با یکدیگر و مراقب بهداشتی تماس چشمی برقرار می‌کنند؟
- آیا والدین به کودک توجه کرده یا به آن چه کودک می‌گوید گوش می‌کنند؟
- آیا والدین به توانایی‌های کودک و اعمال او پاداش می‌دهند یا بی‌صبر و حوصله و انتقادگر هستند؟
- آیا والدین انتظارات واقعی متناسب با سن و توانایی تکاملی کودک دارند؟
- آیا کودک با والدین با احترام و دوستانه ارتباط برقرار می‌کند؟

مشاهده‌ی توانایی کودک برای تعامل با سایر افراد:

- آیا کودک در صحبت با سایرین دوستانه و راحت است؟
- آیا کودک تمایل به صحبت نداشته یا بسیار خجالتی است؟
- میزان توجه، تمرکز و فعالیت او چقدر است؟
- آیا زبان او قابل فهم است؟
- آیا نوع تکلم برای سن او متناسب است؟

شروع مدرسه یکی از معیارهای تکاملی مهم برای کودک و خانواده است. والدین، ممکن است در این باره نگرانی‌هایی داشته باشند. اگرچه والدین دانستن الفبا، اعداد و مهارت‌های نقاشی را به عنوان آمادگی حضور در مدرسه می‌دانند، آموزگاران مهارت‌های زبان و آمادگی اجتماعی برای آسان جدا شدن از والدین و بودن با سایر کودکان را مهم می‌دانند. برای کودکانی که آمادگی کمی برای حضور در مدرسه دارند، مفیدتر است که با حمایت‌های خاص و بیش‌تری در مدرسه بمانند تا این که به منزل، برگردانده شوند. کودکان بزرگ‌تر که از مدرسه برگردانده می‌شوند، ممکن است کسل‌تر شده و از دیدگاه رفتاری و علائق، با هم سن و سالان خود دچار عدم هماهنگی گردند.

کودک ۵ یا ۶ ساله

- تعادل خود را روی یک پا حفظ کرده؛ لی‌لی و جست و خیز می‌کند.
- می‌تواند گره بزند؛ مداد را در دست بگیرد؛ انسانی با حداقل ۶ قسمت بدن نقاشی کند؛ برخی اعداد و حروف را بکشد و توانایی کپی مثلث و مربع را دارد.
- آواسازی خوبی دارد؛ قصه‌ی ساده‌ای با جملات کامل می‌گوید؛ از جملات و تلفظ‌های مناسب استفاده می‌کند؛ تا ۱۰ می‌شمارد و حداقل ۴ رنگ را نام می‌برد.
- دستورات ساده را دنبال می‌کند؛ قادر به گوش دادن و توجه کردن است؛ با حداقل کمک لباس می‌پوشد و درمی‌آورد.

معاینه‌ی فیزیکی

یک معاینه‌ی فیزیکی کامل، بخشی از هر ویزیت مراقبت سلامت است. در این ویزیت، به موارد زیر توجه می‌شود:

■ اندازه‌گیری فشار خون

■ اندازه‌گیری و ترسیم

■ وزن

■ قد

■ دهان

■ مشاهده‌ی پوسیدگی دندان، التهاب لثه و ناهنجاری اکلوزیون (Malocclusion)

■ عصبی

- مشاهده‌ی مهارت‌های حرکتی ظریف و آشکار شامل راه رفتن
- ارزیابی مهارت کلامی، وضوح و روانی تکلم، محتوای فکر، توانایی درک تفکر انتزاعی

غربالگری - ۵ سالگی

۱- غربالگری همگانی ندارد.

۲- غربالگری انتخابی

■ آنمی: با سؤالات غربالگری خطر، هموگلوبین و هماتوکریت درخواست شود.

■ سرب: اگر قبلاً غربالگری نشده یا با سؤالات غربالگری خطر یا تغییر خطر، سطح سرب اندازه‌گیری شود.

غربالگری - ۶ سالگی

۱- غربالگری همگانی

■ شنوایی

■ بینایی

■ سلامت دهان: اگر قبلاً معاینه نشده است ارجاع شود. در صورتی که آب منطقه فاقد فلوراید است، مکمل فلوراید داده شود.

۲- غربالگری انتخابی

■ آنمی: با سؤالات غربالگری خطر، هموگلوبین و هماتوکریت درخواست شود.

■ سرب: اگر قبلاً غربالگری نشده یا با سؤالات غربالگری خطر یا تغییر خطر، سطح سرب اندازه‌گیری شود.

■ دیس‌لیپیدمی: با سؤالات غربالگری خطر و اگر قبلاً غربالگری نشده است، پروفایل لیپید در حالت ناشتایی درخواست شود.

ایمن‌سازی

برنامه‌ی ایمن‌سازی کودکان ۶ ساله شامل واکسن سه‌گانه (DTP) و قطره‌ی خوراکی فلج اطفال (OPV) است. ■ پس از این نوبت تزریق واکسن سه‌گانه، باید واکسن دوگانه‌ی ویژه‌ی بزرگسالان (dT) هر ۱۰ سال یک بار تزریق شود.

راهنمایی‌های فراراه

آمادگی مدرسه

روتین‌های ایجاد شده، فعالیت‌ها و مراقبت‌های پس از دبستان، ارتباط والدین و معلم، دوستان، زورگویی، بلوغ، ترس‌ها و برخورد با ناامیدی‌ها

- ◆ کودک را برای مدرسه آماده کنید. درباره‌ی فرصت‌های جدید، دوستان و فعالیت‌های مدرسه صحبت کنید. همراه با کودک خود با معلم ملاقات کنید و مدرسه را ببینید.
- ◆ به کودک بگویید اگر چیزی هست که نمی‌داند، به معلم بگوید تا برایش توضیح دهد.
- ◆ در فعالیت‌های مدرسه و دیدارهای معلم با والدین شرکت کنید، زیرا فرصت مناسبی برای شناخت معلم کودک و آشنایی با مدرسه است. بنابراین، با آگاهی بیش‌تر می‌توانید درباره‌ی تجارب مدرسه با کودک صحبت کنید.
- ◆ اگر کودک در برنامه‌ی پس از ساعات مدرسه شرکت می‌کند از ایمنی محیط مطمئن باشید.

برای کودک

◆ هر روز با والدین خود درباره‌ی چیزهایی که دوست داری و آنچه شما را در مدرسه نگران می‌کند صحبت کن.

◆ اگر کسی شما را اذیت کرد، به معلم و والدین خود بگو تا دراین باره، کمک کنند.

سلامت روان

روتین ها، زمان حضور در کنار افراد خانواده، مشکلات خلق، تعاملات اجتماعی

- ◆ روتین های خانواده احساس ایمنی و امنیت به کودک می دهد. درنظر گرفتن برخی از کارهای منزل برای کودک، برایش حس مسئولیت ایجاد کرده و احساس مفید بودن در خانواده را به او می دهد. والدین باید انضباط و کنترل تکانه را تشویق کنند.
- ◆ با همسر خود درباره ی روتین های مهمی که شما و همسرتان در کودکی دوست داشتید صحبت کنید. تصمیم بگیرید که کدام یک از آن ها یا مورد جدیدتری را به عنوان روتین خانواده می پذیرید.
- ◆ گوش داده و به کودک و همسر خود احترام بگذارید. یک الگوی رفتاری و اخلاقی مثبت باشید.
- ◆ تفاوت صحیح و غلط را به کودک خود بگویید. هدف از انضباط، آموزش رفتار مناسب است نه "تنبيه".
- ◆ احساس مسئولیت در کودک را با درنظر گرفتن کار مشخصی و انجام آن ترویج کنید. این کار باید با توانایی کودک متناسب باشد.
- ◆ کنترل خشم را با صحبت کردن درباره ی خشم خود و راه کنترل آن به شیوه ی مثبت بگویید.
- ◆ به کنترل خشم کودک کمک کرده و تضادها را بدون خشونت حل کنید. به او اجازه ی کتک زدن، گاز گرفتن و سایر رفتارهای خشن را ندهید.
- ◆ با تشویق کودک و این که خود الگوی او باشید انضباط و کنترل تکانه را تشویق کنید. به کودک بگویید که کارها و وظایف تعیین شده اش قسمت مهمی از حضور در خانواده است و اگر از کاری که به عهده اش سپرده شده خسته شده است، با والدین خود صحبت کند.

برای کودک

- ◆ هرکس خشمگین و عصبانی می شود اما هرگز لگد زدن، کتک زدن، گاز گرفتن و کوبیدن قابل قبول نیست. بهترین راه، صحبت با کسی که ناراحت کرده درباره ی آن چیزی است که تو را ناراحت کرده است. راه های دیگر عبارتند از: بیرون رفتن، بازی کردن و دویدن، راه رفتن و دور شدن از کسی که شما را عصبانی کرده است.

تغذیه و فعالیت جسمی

وزن سالم، رژیم غذایی متناسب و متعادل، افزایش مصرف میوه و سبزی و غلات سبوس دار، دریافت کافی کلسیم، ۶۰ دقیقه ورزش روزانه

- درمورد وزن مناسب با نشان دادن منحنی BMI برای سن و وزن به قد به والدین توضیح دهید. اگر BMI بیش از ۸۵٪ است درمورد استفاده از مواد مغذی و فعالیت فیزیکی صحبت کنید. کودک ۵ یا ۶ ساله با حضور در خارج از منزل می تواند خودش چیزهایی برای خوردن انتخاب کند. با خانواده درمورد غذاهای مناسب و مغذی و عادات غذایی مناسب مشاوره کنید.
- ◆ صبحانه یک وعده ی غذایی مهم است. براساس تحقیقات، خوردن صبحانه موجب یادگیری و رفتار بهتر کودک در مدرسه می گردد.
- ◆ به کودک کمک کنید تا غذای مناسب از جمله میوه و سبزی را حداقل ۵ نوبت در روز (۳ وعده غذا و ۲ میان وعده) مصرف کند.
- ◆ نوشابه ها و غذاهای دارای ارزش غذایی کم و پرچرب از جمله شیرینی، میان وعده های شور، غذاهای آماده و نوشابه را محدود کنید.

♦ مطمئن باشید دریافت روزانه‌ی کلسیم، کافی است. کودکان ۴ تا ۸ ساله، باید ۲ لیوان شیر کم‌چرب در روز مصرف کنند. پنیر و ماست کم‌چرب جایگزین‌های خوبی برای شیر هستند. مصرف آب میوه را به ۱۲۰ تا ۱۸۰ میلی‌لیتر در روز از آب میوه‌ی تازه محدود کنید. از مصرف آب میوه‌های تجارتي پرهیز کنید.

برای کودک

- ♦ خوردن صبحانه کمک می‌کند تا بهتر یاد بگیرید و احساس بهتری در مدرسه داشته باشید؛ بنابراین، همیشه غذای سالم برای صبحانه مصرف کنید.
- ♦ میوه و سبزی قسمت مهمی از تغذیه‌ی سالم است. از والدین بخواهید تا در انتخاب میوه و سبزی به شما کمک کنند.
- ♦ حداقل ۲ لیوان شیر کم‌چرب یا پنیر و ماست بخورید زیرا برای تقویت استخوان و دندان مهم است.
- ♦ والدین را تشویق کنید تا کودک را در جهت فعالیت جسمی حمایت کرده و خود نیز در این فعالیت مشارکت کنند.
- ♦ کودک را تشویق کنید که حداقل ۶۰ دقیقه در روز فعالیت جسمی داشته باشد. این مدت را می‌توان در طی روز تقسیم نمود.
- ♦ فعالیت جسمی که خانواده‌ی شما دوست دارد و لذت می‌برد در فعالیت‌های روزانه بگنجانید.
- ♦ کل مدت تماشای تلویزیون، بازی‌های ویدئویی یا کامپیوتری را به حداکثر ۲ ساعت در روز محدود کنید. تلویزیون را در اتاق خواب کودک قرار ندهید.
- ♦ برای به حداقل رسانیدن این که کودک در معرض خشونت قرار بگیرد از موسیقی که کودک می‌شنود و بازی ویدئویی و برنامه‌ی تلویزیونی که می‌بیند آگاه باشد.

برای کودک

- ♦ یک کار خوب این است که بیرون بروی و چند بار در روز بازی بکنی.
- ♦ تلویزیون را خاموش کن، پاشو و بازی کن. به ازای هر نیم ساعتی که تلویزیون می‌بینی یا بازی ویدئویی می‌کنی نیم ساعت بازی فعال را در نظر بگیر.
- ♦ اگر در تلویزیون یا بازی ویدئویی چیزی دیدی که ناراحت یا وحشت‌زده ات کرد آن را خاموش کن و درباره‌اش با خانواده صحبت کن.

سلامت دندان

ویزیت منظم دندان‌پزشکی، استفاده‌ی روزانه از مسواک و نخ دندان، فلوراید کافی

در ۵ سالگی کودک باید معاینه‌ی دندان‌پزشکی شده باشد و حداقل ۲ بار در سال، ویزیت‌های منظم دندان‌پزشکی داشته باشد. همچنین، اگر مقدار فلوراید آب مدرسه و منزل کم است باید مکمل فلوراید بگیرد. ♦ کودک باید دوبار در روز با خمیردندان حاوی فلوراید به اندازه‌ی یک نخود دندان‌ش را مسواک زده و یک‌بار در روز با کمک شما از نخ دندان استفاده کند. بر این کارها، نظارت داشته باشید و در صورت نیاز به او کمک کنید.

برای کودک

- ♦ مسواک زدن دندان دوبار در روز و استفاده از نخ دندان حداقل یک‌بار در روز به‌خصوص وقتی دندان جدید درمی‌آید اهمیت دارد زیرا "دندان‌ت برای همیشه است".

ایمنی ماشین اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا بسیاری از مرگ‌ومیرهای این سن به علت تصادف وسیله‌ی نقلیه‌ی موتوری است. ایمنی عابر پیاده و دوچرخه‌سواری نیز مهم است. کودکان کوچک بلوغ عصبی، مهارت‌ها و آگاهی لازم برای عبور از خیابان را ندارند. از نظر عصبی مهارت دیدن ماشین در دید محیطی آن‌ها، تعیین محل صوت و قضاوت فاصله‌ی وسیله‌ی نقلیه و سرعت آن، تکامل نیافته است و به‌طور کلی، آماده‌ی عبور از خیابان تا ۱۰ سالگی یا پس از آن نیستند. برای محافظت کودک از خطر، والدین باید بر آن‌ها نظارت داشته و ایمنی محیط را کنترل کنند. والدین اغلب شناخت و حس کودک کوچک را بیش از حد دانسته و نیاز به راهنمایی برای پیش‌گیری از آسیب‌ها را دارند.

♦ به کودک راه عبور از خیابان را یاد دهید.

♦ کودکان باید یاد بگیرند که کجا منتظر اتوبوس مدرسه باشند و برای پیاده و سوار شدن، نظارت یک بزرگسال لازم است.

♦ صندلی عقب تا ۱۳ سالگی مناسب‌ترین جا برای کودکان است و همیشه باید از کمربند ایمنی مناسب استفاده کنند.

♦ در زمان دوچرخه‌سواری و اسکیت حتماً وسایل ایمنی مناسب داشته باشند.

♦ هرگز در خیابان دوچرخه‌سواری نکنند.

♦ به کودک نیز توصیه کنید که فعالیت، خوب است اما رعایت اصول ایمنی در زمان فعالیت نیز به همان اندازه مهم هستند. پس، "از کلاه ایمنی استفاده کن".

♦ زمان آموزش شنا به کودک است.

♦ اجازه ندهید که حتی اگر کودک می‌داند که چه‌طور شنا کند، در اطراف آب (رودخانه، استخر و...) بازی کند مگر آن‌که، یک بزرگسال مراقب او باشد.

♦ هیچ‌گاه، اجازه‌ی تنها شنا کردن به او ندهید. هرگز، اجازه‌ی شنا در آبی که سرعت زیاد دارد ندهید.

♦ هرگز، اجازه‌ی پریدن در آب به او ندهید مگر آن‌که، یک بزرگسال عمق آب را کنترل کرده باشد.

♦ باید در حین قایق‌سواری، جلیقه‌ی نجات مطمئن پوشیده باشد.

♦ تمام استخرها از چهار طرف محصور باشد.

♦ از ضد آفتاب با SPF 15 یا بیش‌تر، ۱۵ دقیقه قبل از خروج کودک از منزل برای بازی یا شنا استفاده کرده و هر ۲ تا ۵ ساعت استفاده از آن را تکرار کنید.

برای کودک

♦ هرگز بدون حضور فرد بزرگسال شنا نکن.

♦ همیشه موقع سوار شدن در قایق، جلیقه‌ی نجات بپوش.

♦ به کودک آموزش دهید که اگر فرد بزرگسالی از او خواست تا رازی را از والدین پنهان نگه‌دارد یا به قسمت‌های خصوصی او علاقه دارد، هرگز درست نمی‌گوید.

♦ به قسمت‌هایی از بدن که زیر لباس شما است، قسمت‌های خصوصی می‌گوییم چون آن‌ها را پوشانیده‌ای و تنها کسی هستی که می‌توانی آن‌ها را ببینی.

♦ این هرگز درست نیست که کودک بزرگ‌تر یا بزرگسالی قسمت‌های خصوصی بدنش را به شما نشان دهد، از شما

بخواهد که قسمت‌های خصوصی بدن خودت را به او نشان دهی، شما آن‌ها را دست بزنی، شما را بترساند یا بخواهد که در این باره با والدین خود صحبت نکنی. همیشه به سرعت از چنین فردی دور شو و به والدین یا بزرگسال دیگری، بگو که چه اتفاقی افتاده است.

◆ هیچ وقت با کبریت و فندک بازی نکن.

◆ اگر لباس آتش گرفت، ندو، توقف کن و روی زمین غلت بزن.

اواسط کودکی: ویزیت ۷ و ۸ سالگی

کودک ۷ و ۸ ساله که مرحله‌ی قبل از بلوغ را می‌گذراند تعامل بیش‌تری داشته و دوستانی نیز دارد. توانایی شناختی و مهارت‌های ارتباطی‌اش به‌کار گرفته شده و به سمت استقلال و اتونومی پیش می‌رود. کودک ۷ یا ۸ ساله تضادهایی بین باورها و ارزش‌های موجود در منزل و ارزش‌های هم‌سن‌وسالان خود تجربه می‌کند. او با هم‌سن‌وسالان هم‌جنس خود که علائق و توانایی‌های مشابهی دارند دوست می‌شود. ممکن است یک دوست صمیمی داشته باشد که از شاخص‌های تکاملی بین فردی است.

کودک ۷ یا ۸ ساله ممکن است مسئولیت‌های جدیدی از قبیل درست کردن تخت خود، جمع کردن لباس‌هایش و چیدن میز غذا در خانواده داشته باشد. این مسئولیت‌ها احساس توانمندی و اعتماد به نفس به او می‌دهد. در ۸ سالگی کودک می‌تواند به جنبه‌های متفاوت یک مشکل توجه کند. سؤالات زیادی از دنیای اطراف خود دارد و به تدریج می‌فهمد که ممکن است دیدگاه‌های دیگران با دیدگاه او متفاوت باشد. عملکرد تحصیلی، شاخص عملکردی تکامل کودک در حیطه‌های تکامل (اجتماعی - هیجانی، ارتباطی، شناختی و جسمی) است. در این سن، کلاس درس را پذیرفته و رفتارهای لازم برای یادگیری از قبیل همکاری و توجه شکل گرفته‌اند.

اولویت‌های ویزیت

اولویت اصلی توجه به نگرانی‌های والدین است. سایر اولویت‌ها عبارتند از:

- ۱- مدرسه
- ۲- تکامل و سلامت روان
- ۳- تغذیه و فعالیت جسمی
- ۴- سلامت دهان
- ۵- ایمنی

شرح حال

از والدین سؤال کنید:

- نگرانی شما درباره‌ی سلامت جسمی کودک چیست؟
- آیا درمورد تکامل یا یادگیری کودک نگرانی دارید؟
- آیا درمورد خلق یا رفتار او مانند توجه، زدن، خشم، نگرانی، بازی نکردن با دیگران، تحریک‌پذیری و میزان فعالیت نگران هستید؟
- آیا در مقایسه با سال گذشته تغییری در منزل روی داده است؟

از کودک سؤال کنید:

- چه‌طور هستید؟
- در مدرسه چه خبر است؟
- امروز دوست دارید راجع به چه موضوعی صحبت کنیم؟

مشاهده‌ی تعامل والد - کودک

در طی ویزیت مشاهده کنید:

- آیا والدین و کودک به سؤالات پاسخ می‌دهند؟
- آیا والدین اجازه‌ی ارتباط کودک با مراقب بهداشتی را می‌دهند یا مداخله می‌کنند؟
- آیا انتظارات والدین واقعی و متناسب با سن و توانایی‌های تکاملی کودک است؟
- آیا کودک با والدین خود با احترام و دوستانه ارتباط برقرار می‌کند؟
- آیا والدین و کودک با یکدیگر و با مراقب بهداشتی ارتباط چشمی برقرار می‌کنند؟

مشاهده‌ی تعامل کودک با سایرین:

- آیا کودک دوستانه است؟
- آیا کودک تمایل به صحبت نداشته یا بیش از حد خجالتی است؟
- آیا زبان کودک قابل فهم و متناسب با سن او است؟
- آیا کودک عصبانی یا افسرده است؟
- آیا از دستورات تبعیت می‌کند؟
- میزان توجه، تمرکز یا فعالیت او چه قدر است؟
- آیا با خشنودی از دوستان، فعالیت‌ها و مهارت‌هایش صحبت می‌کند؟

پایش تکامل

در کلاس دوم و سوم دبستان مسائلی از جمله بی‌توجهی و بیش‌فعالی با یادگیری مفاهیم پیچیده و هم‌خوانی با اغلب محیط‌های مدرسه تداخل می‌کند. رفتارهای تهاجمی و مخالف به‌عنوان رفتارهای همراه با اختلال در سازگاری، جایگزین رفتارهای تطابق با توقعات و نیازهای مدرسه می‌شود. با افزایش نیاز به یادگیری، ناتوانی‌های یادگیری خود را نشان می‌دهند. شکست تحصیلی تأثیر منفی چشم‌گیری بر اعتماد به نفس کودک دارد. به همین جهت، مشکلاتی که با عملکرد تحصیلی ضعیف تظاهر می‌کنند باید به محض امکان تشخیص داده شوند. ناتوانی‌های یادگیری و اختلالات ذهنی باید به سرعت تشخیص داده شده و درمان شود.

کودک ۷ یا ۸ ساله

- شایستگی‌های جسمی، شناختی، هیجانی، اجتماعی و اخلاقی نشان می‌دهد.
- مشغول رفتارهایی است که موجب تقویت خوب بودن شده و منجر به شیوه‌ی زندگی سالم می‌شود.
- رابطه‌ی توأم با شوق و علاقه با خانواده، سایر بزرگسالان و هم‌سن‌وسالان دارد.

معاینه‌ی فیزیکی

- اندازه‌گیری فشار خون
- اندازه‌گیری و ترسیم
■ قد

■ وزن

■ عضلانی اسکلتی

■ مشاهده‌ی عملکرد مفصل لگن، زانو و مچ پا

■ دهان

■ مشاهده‌ی پوسیدگی، التهاب لثه و ناهنجاری اکلوژیون (Malocclusion)

■ پستان‌ها و دستگاه تناسلی

■ ارزیابی مرحله‌ی بلوغ (SMR) Sexual maturity rating

غربالگری ۷ سالگی

۱- غربالگری همگانی ندارد.

۲- غربالگری انتخابی

■ بینایی: با سؤالات در معرض خطر، تست Snellen

■ شنوایی: با سؤالات در معرض خطر، اُدیومتری

■ آنمی: با سؤالات در معرض خطر، اندازه‌گیری هموگلوبین یا هماتوکریت درخواست شود.

غربالگری ۸ سالگی

۱- غربالگری همگانی ندارد.

۲- غربالگری انتخابی

■ شنوایی و بینایی (تست Snellen)

■ آنمی: با سؤالات در معرض خطر، اندازه‌گیری هموگلوبین یا هماتوکریت درخواست شود.

■ دیس‌لیپیدمی: با سؤالات در معرض خطر و اگر غربالگری قبلی نشده پروفایل چربی در حالت ناشتایی درخواست شود.

راهنمایی‌های فراراه

مدرسه

سازگاری با مدرسه، مشکلات مدرسه (موضوعات رفتاری یا یادگیری)، عملکرد و پیشرفت تحصیلی، شرکت در فعالیت‌های مدرسه یا برنامه‌های پس از مدرسه، زورگویی، مشغولیت والدین

مدرسه قابل مشاهده‌ترین شاخص تکامل شناختی، کلامی و اجتماعی کودک است. والدین را باید تشویق نمود تا حمایت‌گر، مشاهده‌گر و درگیر بخش‌های اصلی زندگی کودک باشند.

◆ اگر کودک در مدرسه خوب عمل نمی‌کند، از معلم درباره‌ی کمک‌های خاصی که ممکن است دردسترس باشد سؤال کنید.

◆ اگر کودک از رفتن به مدرسه مضطرب است، درمورد این که کودک دیگری به او زور گفته باشد بپرسید. سعی کنید از

آنچه که روی داده و این که چگونه اتفاق افتاده آگاه شوید. معلم را مطلع سازید و از او کمک بخواهید.

برای کودک

- ♦ خوب کار کردن در مدرسه، از این نظر که درمورد خود چه احساسی دارید اهمیت دارد. به هر حال، خوب بودن برای افراد مختلف، متفاوت است. مسئله‌ی مهم آن است که شما بهترین کاری که برایتان ممکن است انجام دهید و زمانی که به کمک احتیاج دارید، کمک بگیرید.
- ♦ اگر کسی شما را زد یا صدمه‌ای به شما وارد کرد با صدای محکم به او بگویید که دیگر شما را اذیت نکند و بروید اتفاقی را که افتاده به فرد بزرگسالی مثل معلم یا والدین خود که به آن‌ها اطمینان دارید، بگویید و برای اجتناب از موقعیت‌های مشابه و توقف رفتار دیگران از آن‌ها کمک بگیرید.

تکامل و سلامت روان

استقلال، اعتماد به نفس، برقراری قوانین و عواقب آن‌ها، مشکلات خلق، حل کشمکش‌ها، تکامل بلوغ

- اعتماد به نفس، تأثیر مهمی بر سلامت روان دارد. اگر کودکان مشارکتی داشته باشند، احساس مثبتی از خود در آن‌ها شکل می‌گیرد. کلمات تشویق‌کننده مهم هستند و به آن‌ها انرژی می‌دهند. با شرکت کودکان در فعالیت‌ها و صحبت کردن با آن‌ها احساس امنیت به کودک دست می‌دهد. کودکانی که والدین پرورش دهنده و با محبت دارند اعتماد به نفس بیشتری خواهند داشت. والدین انتقادگری که توقعات غیرواقعی دارند و والدینی که کودک خود را تشویق نمی‌کنند تا تجارب جدید پیدا کند، می‌توانند به اعتماد به نفس او صدمه بزنند.
- ♦ شایستگی، استقلال و مسئولیت‌پذیری او را تقویت کنید. کارها را برای کودکان انجام ندهید. کمک کنید که خودش کارها را به خوبی انجام دهد و در کمک به دیگران از او حمایت کنید.
 - ♦ از نظر فعالیت، ارزش‌ها، رفتار و اخلاق الگوی مثبتی برای فرزند خود باشید.
- کودک خود را نزنید و به دیگران نیز اجازه‌ی این کار را ندهید. به جای آن، با کودک خود درمورد عواقب منطقی شکستن قوانین صحبت کنید.
- ♦ به کودک بگویید که هر کس عقاید و افکاری دارد که او را خشمگین می‌کند. بهترین راه برخورد با این‌ها، صحبت با کسی است که خوب گوش می‌کند و به شما کمک می‌کند تا یاد بگیرید با چه راه حل خوبی با آن‌ها برخورد کنید. اغلب، فقط صحبت درباره‌ی احساسات ناخوشایند موجب رفع آن‌ها می‌شود.
 - ♦ به سؤالات کودک درباره‌ی بلوغ، صداقانه، ساده و متناسب با درک کودک توضیح دهید. اگر این آموزش‌ها را در مدرسه می‌بیند درباره‌ی آن‌ها با او صحبت کنید.

برای کودک

- ♦ تغییرات زیادی برای شما و بدنتان در طی بلوغ ایجاد می‌شود که بعضی از آن‌ها می‌تواند شگفت‌انگیز یا فهمیدن آن، سخت باشد. اگر، هر سؤال یا نگرانی داری می‌توانی از والدین یا بزرگسالی که به او اطمینان داری بپرسی.

تغذیه و فعالیت جسمی

وزن سالم، دریافت مناسب غذا، کلسیم کافی، مصرف آب به جای نوشابه، فعالیت جسمی مناسب در یک برنامه‌ی ورزشی مشخص، محدودیت تماشای تلویزیون و ویدئو

- ♦ اگر BMI بالای ۸۵٪ است درباره‌ی غذاهای مغذی و فعالیت جسمی مشاوره کنید.
- ♦ صبحانه، یک وعده‌ی غذایی مهم است. براساس تحقیقات، خوردن صبحانه موجب یادگیری و رفتار بهتر کودک در مدرسه می‌گردد.
- ♦ به کودک کمک کنید تا غذای مناسب از جمله میوه و سبزی را حداقل ۵ نوبت در روز مصرف کند.
- ♦ نوشابه‌ها و غذاهای دارای ارزش غذایی کم و پرچرب از جمله شیرینی، میان وعده‌های شور، غذاهای آماده و نوشابه را محدود کنید.
- ♦ مطمئن باشید دریافت روزانه‌ی کلسیم، کافی است. کودکان ۴ تا ۸ ساله، باید ۲ لیوان شیر کم‌چرب در روز مصرف کنند. پنیر و ماست کم‌چرب جایگزین‌های خوبی برای شیر هستند. مصرف آب میوه را به ۱۲۰ تا ۱۸۰ میلی‌لیتر در روز از آب میوه‌ی تازه محدود کنید. از مصرف آب میوه‌های تجارتي پرهیز کنید.

برای کودک

- ♦ خوردن صبحانه کمک می‌کند تا بهتر یاد بگیرید و احساس بهتری در مدرسه داشته باشید؛ بنابراین، همیشه غذای سالم برای صبحانه مصرف کنید.
- ♦ میوه و سبزی قسمت مهمی از تغذیه‌ی سالم است. از والدین بخواهید تا در انتخاب میوه و سبزی به شما کمک کنند.
- ♦ حداقل ۲ لیوان شیر کم‌چرب یا پنیر و ماست بخورید زیرا برای تقویت استخوان و دندان مهم است.
- ♦ والدین را تشویق کنید تا کودک را در جهت فعالیت جسمی حمایت کرده و خود نیز در این فعالیت مشارکت کنند.
- ♦ کودک را تشویق کنید که حداقل ۶۰ دقیقه در روز فعالیت جسمی داشته باشد. این مدت را می‌توان در طی روز تقسیم نمود.
- ♦ فعالیت جسمی که خانواده‌ی شما دوست دارد و لذت می‌برد در فعالیت‌های روزانه بگنجانید.
- ♦ کل مدت تماشای تلویزیون، بازی‌های ویدئویی یا کامپیوتری را به حداکثر ۲ ساعت در روز محدود کنید. تلویزیون را در اتاق خواب کودک قرار ندهید.
- ♦ برای به حداقل رساندن این که کودک در معرض خشونت قرار بگیرد از موسیقی که کودک می‌شنود و بازی ویدئویی و برنامه‌ی تلویزیونی که می‌بیند آگاه باشد.

برای کودک

- ♦ یک کار خوب این است که بیرون بروی و چند بار در روز بازی بکنی.
- ♦ تلویزیون را خاموش کن، پاشو و بازی کن. به ازای هر نیم ساعتی که تلویزیون می‌بینی یا بازی ویدئویی می‌کنی نیم ساعت بازی فعال را در نظر بگیر.

سلامت دهان

ویزیت منظم دندان پزشکی، استفاده‌ی روزانه از مسواک و نخ دندان، فلوراید کافی

- ❖ کودکان باید معاینه‌ی دندان پزشکی شده باشند و حداقل دوبار در سال ویزیت شوند. اگر آب مصرفی، فلوراید کافی ندارد، فلوراید تکمیلی بدهید.
- ❖ اولین ویزیت ارتودنسی و نیاز به ارزیابی بیش‌تر، در این سن توصیه می‌شود.
- ❖ کودک باید دوبار در روز با خمیردندان حاوی فلوراید به اندازه‌ی یک نخود، دندانش را مسواک بزند و یک‌بار در روز با کمک شما از نخ دندان استفاده کند. بر این کارها نظارت داشته باشید و در صورت نیاز به او کمک کنید.
- ❖ اگر دندان‌پزشک شما توصیه کرد مکمل فلوراید به کودک بدهید.

برای کودک

- ❖ مسواک زدن دندان حداقل دوبار در روز و استفاده از نخ دندان حداقل یک‌بار در روز دندان شما را حفظ می‌کند.
- ❖ اگر ورزش می‌کنید همیشه محافظ دهان را برای حفظ دندان‌ها استفاده کنید.

ایمنی

دوستان کودک خود و خانواده‌ی آن‌ها را بشناسید، مراقب دوستان باشید، کمر بند ایمنی، وسایل ایمنی، ایمنی زمین بازی، ایمنی ورزشی، ایمنی شنا، ضد آفتاب، کنترل دقیق استفاده از کامپیوتر (بازی‌ها، اینترنت، پست الکترونیک)

- ❖ والدین باید کودک را به انجام بازی‌های ایمن سوق دهند. بازی باید به وسیله‌ی یک مراقب بزرگسال نظارت شود. والدین باید از ایمنی شخصی به گونه‌ای صحبت کنند که اضطراب بی‌مورد ایجاد نکنند.
- ❖ پیش‌گیری از سوءاستفاده‌ی جنسی، نیاز به آگاهی و مهارت‌های مناسب سن دارد تا کودکان خود را مصون دارند.
- ❖ به کودک یاد دهید که قوانین ایمنی در منزل، در سایر خانه‌ها نیز توصیه می‌شود.
- ❖ مطمئن باشید که کودک شما قبل و بعد از مدرسه و در زمان‌هایی که خارج از مدرسه است در یک محیط امن می‌باشد.
- ❖ با بلوغ کودک، نظارت مستقیم خود را کم کنید.
- ❖ مطمئن باشید که کودک قوانین ایمنی در منزل شامل تلفن‌های ضروری مانند آتش‌نشانی (۱۲۵) و اورژانس (۱۱۵) را می‌داند.
- ❖ کودک باید بداند که همیشه می‌تواند از شما بخواهد تا به منزل برگردید یا اگر در منزل دیگری احساس ناراحتی کرد با شما تماس بگیرد.

برای کودک

- ❖ در را برای کسی که نمی‌شناسی، باز نکن. فقط به دوستانی که والدین شما اجازه می‌دهند امکان ورود به منزل را بده.
- ❖ از ایمنی جایی که بازی می‌کنی، مطمئن باش.
- ❖ صندلی عقب ایمن‌ترین جا برای کودکان کم‌تر از ۱۳ سال است و همیشه باید از کمر بند ایمنی مناسب استفاده کنند.
- ❖ کودک ۸ ساله نباید در تاریکی دوچرخه سواری کند و باید قبل از غروب آفتاب به منزل برگردد.
- ❖ به کودک نیز توصیه کنید که فعالیت خوب است اما رعایت اصول ایمنی در زمان فعالیت نیز به همان اندازه مهم است. پس، "از کلاه ایمنی استفاده کن."

- ♦ زمان آموزش شنا به کودک است.
- ♦ اجازه ندهید که حتی اگر کودک می‌داند که چه‌طور شنا کند، در اطراف آب (رودخانه، استخر و...) بازی کند. مگر آن‌که، یک بزرگسال مراقب او باشد.
- ♦ هیچ‌گاه، اجازه‌ی تنها شنا کردن به او ندهید. هرگز، اجازه‌ی شنا در آبی که سرعت زیاد دارد ندهید.
- ♦ هرگز، اجازه‌ی پریدن در آب به او ندهید مگر آن‌که یک بزرگسال عمق آب را کنترل کرده باشد.
- ♦ باید در حین قایق‌سواری، جلیقه‌ی نجات مطمئن پوشیده باشد.
- ♦ تمام استخرها از چهارطرف محصور باشد.
- ♦ از ضد آفتاب با SPF 15 یا بیش‌تر، ۱۵ دقیقه قبل از خروج کودک از منزل برای بازی یا شنا استفاده کرده و هر ۲ تا ۵ ساعت استفاده از آن را تکرار کنید.

برای کودک

- ♦ هرگز بدون حضور فرد بزرگسال شنا نکن.
- ♦ همیشه موقع سوار شدن در قایق، جلیقه‌ی نجات بپوش.
- ♦ به کودک آموزش دهید که اگر فرد بزرگسالی از او خواست تا رازی را از والدین پنهان نگه‌دارد یا به قسمت‌های خصوصی او علاقه دارد، هرگز درست نمی‌گوید.
- ♦ به قسمت‌هایی از بدن که زیر لباس شما است، قسمت‌های خصوصی می‌گوییم چون آن‌ها را پوشانیده‌ای و تنها کسی هستی که می‌توانی آن‌ها را ببینی.
- ♦ این هرگز درست نیست که کودک بزرگ‌تر یا بزرگسالی قسمت‌های خصوصی بدنش را به شما نشان دهد، از شما بخواهد که قسمت‌های خصوصی بدن خود را به او نشان دهی، شما آن‌ها را دست بزنی، شما را بترساند یا بخواهد که در این باره با والدین خود صحبت نکند. همیشه به سرعت از چنین فردی دور شو و به والدین یا بزرگسال دیگری، بگو که چه اتفاقی افتاده است.
- ♦ هیچ وقت با کبریت و فندک بازی نکن.
- ♦ اگر لباس آتش گرفت، ندو، توقف کن و روی زمین غلت بزن.
- ♦ تماس با دود دست دوم، خطر بیماری قلبی و ریوی را در کودک افزایش می‌دهد. برای سلامت خود و کودکان، سیگار نکشید و اصرار داشته باشید که سایرین هم در اطراف کودک شما سیگار نکشند.
- ♦ کامپیوتر منزل را در جایی که می‌توانید مشاهده کنید قرار دهید.
- ♦ مکرر کنترل کنید یا موارد استفاده‌ی قبلی از اینترنت توسط کودک را بدانید. در صورت لزوم، از فیلتر مخصوص استفاده کنید.

برای کودک

- ♦ فقط وقتی از اینترنت استفاده کن که والدین اجازه می‌دهند و هیچ‌گاه، وارد سایت‌هایی که انتخاب خوبی نیستند نشو.
- ♦ اطلاعات شخصی خود مانند اسم کامل، آدرس یا تلفن را نده، مگر آن‌که، والدین این کار را تأیید کنند.

بخش ۱ مراقبت سلامت

فصل ۲

ارزیابی‌های کودک

راهنمای جامع مراقبت‌های ادغام یافته
کودک سالم

ارزیابی رشد و تکامل کودک

ارزیابی رشد کودک شامل اندازه‌گیری وزن، قد و دور سر و مقایسه‌ی آن با استانداردهای رشد WHO Multicenter Growth Reference Study (MGRS) (ضمیمه‌ی ۵) است. هدف از ارزیابی، تعیین روند رشد می‌باشد. با توجه به این‌که شیر مادر به دلیل مزایای تغذیه‌ای، ایمنولوژیک و بی‌شمار دیگر، تغذیه‌ی مطلوب برای شیرخوار می‌باشد، منحنی‌های جدید براساس الگوی رشد شیر مادرخواران تهیه شده‌اند.

کنترل کودک از نظر وزن

کودک را از نظر وضعیت وزن، کنترل کنید.

اندازه‌گیری وزن کودک

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

- محکم و بادوام
- الکترونیکی (دیجیتالی)
- دارای دقت اندازه‌گیری در حد ۰/۱ کیلوگرم (۱۰۰ گرم)

آمادگی برای توزین

- دلایل لزوم توزین کودک را برای مادر توضیح دهید. برای مثال: با اندازه‌گیری وزن کودک می‌توانیم بفهمیم کودک شما چگونه رشد می‌کند، چه‌طور از بیماری اخیر بهبود یافته یا پاسخ کودک به تغییرات تغذیه‌ای یا مراقبتی چگونه بوده است و از تغذیه و سلامت او مطلع می‌شویم.
- برای مادر توضیح دهید که می‌خواهید چه کاری انجام دهید.

- از مادر بخواهید کفش و لباس‌های کودک یا پوشک او را در آورد. توضیح دهید که برای به دست آوردن وزن صحیح کودک، لازم است تا لباس‌های کودک، به‌جز زیرپوش وی درآورده شود. شیرخواران، باید برهنه وزن شوند و برای گرم نگه‌داشتن، آنان را تا زمان وزن کردن در پتو بپیچید. برای کودکان بزرگ‌تر، باید تمام لباس‌ها به‌جز لباس‌های زیر، درآورده شوند. اگر از لحاظ اجتماعی درآوردن کامل لباس کودک مورد قبول نیست، تا جایی که ممکن است لباس‌های او را کم کنید.
- حتی‌الامکان، اتاق گرم باشد و اگر هوا سرد است یا کودک در مقابل درآوردن لباس مقاومت می‌کند، می‌توانید کودک را با لباس وزن کنید اما این موضوع را که کودک با لباس وزن شده و چند تکه و چه بوده است در کارت رشد کودک ثبت نمایید یا از مادر بخواهید در مراجعه‌ی بعدی آن‌ها را بیاورد تا آن‌ها را وزن کرده و از وزن کودک کم کنید.
- از ناراحت شدن و ترسیدن و آنچه باعث گریه‌ی کودک می‌شود بپرهیزید، زیرا در مرحله‌ی بعد باید قد او را اندازه‌گیری نمایید و از طرفی در هنگام گریه نمی‌توانید وزنش را به‌دقت اندازه‌گیری کنید.
- اگر کودک وسایل زینتی مثل تِل بر سر دارد که با اندازه‌گیری قد او به روش ایستاده یا خوابیده تداخل دارد، برای جلوگیری از تأخیر در اندازه‌گیری‌ها، قبل از وزن کردن کودک، آن‌ها را درآورید.
- سرعت و دقت در کار به ویژه در کودکان خردسال که قد خوابیده‌ی آن‌ها اندازه‌گیری می‌شود، برای پیش‌گیری از گریه‌ی کودک اهمیت دارد.

♦♦ توزین کودک کوچک‌تر از ۲ سال

- ♦ ترازویی که برای شیرخوار به کار می‌بریم، باید برای شیرخوار راحت بوده و قبل از هر بار وزن کردن تنظیم شود.
- ♦ اطمینان حاصل کنید که ترازو درست کار می‌کند. شما باید به‌طور منظم ترازو را کنترل کنید. همیشه، قبل از توزین کودک ترازوی خود را صفر کنید.
- ♦ روی ترازوی کفه‌ای، پارچه‌ی گرم بیندازید تا از سرما، گریه و ناراحتی شیرخوار پیش‌گیری شود.
- ♦ از مادر بخواهید تا کودک را به‌دقت و با ملایمت بر روی ترازو قرار دهد.
- ♦ شیرخوار بزرگ‌تر از ۸-۷ ماه را می‌توانید در وضعیت نشسته وزن کنید.
- ♦ 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 به‌درستی 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 رشد کودک نقطه‌ی مربوطه را به‌دقت ثبت کنید. این کار، باید در حضور مادر انجام شود. عدد را بلند بخوانید تا مادر متوجه شود و روند رشد کودک را برای مادر توضیح دهید.

♦♦ توزین کودک بزرگ‌تر از ۲ سال

- ♦ در صورتی که کودک ۲ سال یا بیش‌تر دارد، می‌تواند بایستد و شما می‌توانید او 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.
- ♦ از کودک بخواهید در وسط ترازو بایستد.
- ♦ عدد درج شده (وزن کودک) را به‌درستی و با دقت و با صدای بلند بخوانید و آن را ثبت کنید.
- ♦ پس از تعیین سن شیرخوار و وزن او، در محل تلاقی وزن و سن کودک در نمودار وزن برای سن در کارت رشد کودک نقطه‌ی مربوطه را به‌دقت ثبت کنید (این کار باید در حضور مادر انجام شود. روند رشد کودک را برای مادر توضیح دهید).

♦♦ مراقبت از ابزار اندازه‌گیری

- ♦ انجام مراقبت صحیح از ابزارهای اندازه‌گیری قد، وزن و دور سر به منظور افزایش ضریب اطمینان و صحت اندازه‌گیری، مسئله‌ی مهمی است. باید، وسایل اندازه‌گیری را تمیز و در دمای معمول اتاق و دور از گرما و رطوبت نگهداری کرد.
- ♦ هنگام خرید باید به سالم بودن ترازو توجه کرد و پس از آن نیز سالم بودن ترازو، هفتگی کنترل شود.

♦♦ وزن برای سن

- ♦ وزن برای سن، بیانگر وزن کودک برای سن وی در یک روز مشخص می‌باشد. این شاخص، برای تعیین ابتلای کودک به کم‌وزنی یا کم‌وزنی شدید است ولی برای طبقه‌بندی کودک از نظر افزایش وزن یا چاقی به کار نمی‌رود.
- ♦ در این نمودار محور X، سن و محور Y، وزن برحسب کیلوگرم است.

نکته: اگر کودکی دچار ورم هر دو پا باشد، احتباس آب سبب افزایش وزن کودک می شود و ممکن است کاهش وزن شدید کودک را مخفی کند. در این حالت، وزن برای سن و وزن برای قد ایستاده/ خوابیده را علامت گذاری کنید ولی روی نمودار رشد و نزدیک به نقطه ی ترسیم شده، ورم کودک را درج نمایید. این کودک، مبتلا به سوء تغذیه ی شدید تلقی شده و باید برای مراقبت های تخصصی ارجاع شود.

♦ برای ثبت وزن برای سن:

- هفته ها، ماه ها یا سال ها و ماه های کامل طی شده را روی خطوط عمودی و نه بین آن ها علامت گذاری کنید.
- وزن را روی خطوط افقی یا در فضای بین خطوط برای نشان دادن اعشارهای وزن (به عنوان مثال ۷/۸ کیلو گرم) علامت گذاری کنید.
- وقتی نقاط در دو ویزیت یا بیش تر ترسیم شد، برای مشاهده ی بهتر روند رشد، آن ها را با یک خط صاف به هم متصل کنید.

♦ ارزیابی و طبقه‌بندی کودک از نظر وضعیت وزن

از جدول طبقه‌بندی ۱-۲-۱ جهت کنترل وضعیت وزن استفاده کنید.

جدول ۱-۲-۱- ارزیابی کودک از نظر وضعیت وزن برای سن

وزن برای سن	طبقه‌بندی	توصیه‌ها/ اقدام
• پایین $-3z$ -score	کم‌وزنی شدید (Severely underweight)	❖ در صورت وجود هریک از وضعیت‌های زیر پس از اقدامات اولیه و تثبیت وضعیت کودک ارجاع دهید - وضعیت وزن برای قد زیر $-3z$ score - (لاغری شدید) باشد. - ادم دوطرفه در پاها وجود داشته باشد. - دور میانه بازو (MUAC) کمتر از ۱۱۵ میلی‌متر باشد. - بیماری همراه ** وجود داشته باشد. ❖ در صورت عدم وجود هریک از وضعیت‌های فوق - ضمن معاینه فیزیکی کامل، شرح حال تغذیه‌ای کودک و نیز وضعیت تغذیه‌ای کودک را ارزیابی نموده و اولیه را درخواست نمایید. - در صورت غیرطبیعی بودن آزمایش‌ها اولیه و یا عدم امکان تشخیص و درمان به مرکز تخصصی ارجاع دهید. - در صورت طبیعی بودن آزمایش‌ها، در صورت لزوم به کارشناس تغذیه ارجاع داده، توصیه‌های تغذیه‌ای را انجام داده و سپس پیگیری نمایید.
• مساوی $-3z$ -score تا $-2z$ -score	کم‌وزنی (Underweight)	- شرح حال کامل بویژه شرح حال تغذیه‌ای، بررسی وضعیت تغذیه‌ای کودک و خانواده - معاینه فیزیکی کامل: - در صورت وجود بیماری مطابق برنامه مانا عمل شود. - در صورت عدم وجود بیماری آزمایش‌های اولیه درخواست شود***، - در صورت غیرطبیعی بودن آزمایشات یا عدم امکان تشخیص و درمان به مرکز تخصصی ارجاع داده شود. - در صورت طبیعی بودن آزمایش‌ها، توصیه‌های تغذیه‌ای و سپس پیگیری***: - زیر ۲ ماه ۱۰ روز بعد ۲ ماهه تا یکسال ۲ هفته بعد - بالای یک سال یک ماه بعد
• مساوی $-2z$ -score تا $+1z$ -score و - روند رشد نامعلوم یا - روند رشد متوقف شده یا - روند رشد دور از میانه	احتمال مشکل وزن*	- ادامه مراقبت‌های روتین - توصیه‌های تغذیه‌ای - پی‌گیری بر اساس جدول توالی***: - زیر ۲ ماه ۱۰ روز بعد ۲ ماهه تا یکسال ۲ هفته بعد - بالای یک سال یک ماه بعد
• مساوی $-2z$ -score تا $+1z$ -score و - روند رشد به موازات یا - روند رشد به سمت میانه	طبیعی*	ادامه مراقبت‌های روتین

* این طبقه‌بندی‌ها مواردی است که در بسته خدمت غیر پزشک آمده است. پزشک فقط در مواردی که ویزیت کودک به هر دلیل از چرخه ارجاع تبعیت نمی‌کند باید به این طبقه‌بندی‌ها و اقدامات مرتبط مراجعه کند. **منظور از بیماری همراه مواردی بجز بیماری‌های ساده‌ای از قبیل سرماخوردگی یا فارنژیت ساده‌ای است که به صورت سرپایی درمان شده و طی چند روز بعدی کودک بهبود می‌یابد. ***P - Ca - CBC - U/C - U/A - S/E x Cr - BUN - FBS - Na - K - (Serum IgA, IgA anti-tTG)، کلیه پیگیری‌ها توسط غیر پزشک تیم سلامت انجام می‌شود. در صورت اختلال در وزن گیری پس از ۱ دوره پی‌گیری، در صورت لزوم با کارشناس تغذیه مشاوری شود و جهت ارجاع کودک به مرکز تخصصی تصمیم گیری کنید. اما در صورت وزن‌گیری مطلوب، توصیه‌های تغذیه‌ای ارائه شده ادامه یافته و براساس جدول توالی پی‌گیری، پی‌گیری کودک تا رفع کم‌وزنی، ادامه یابد.

نکته: بالاتر از $+1z$ -score احتمال افزایش وزن وجود داشته و باید به منحنی وزن برای قد مراجعه شود.

جدول ۱-۲-۲- توالی سنی برای پی گیری کودکان دچار مشکل وزن

سن	زمان پی گیری
کمتر از ۲ ماه	۱۰ روز بعد
۲ ماه تا ۱ سال	۲ هفته ی بعد
بیشتر از ۱ سال	۱ ماه بعد

کنترل کودک از نظر قد

سرعت رشد قد بر حسب سن متفاوت است (جدول ۱-۲-۳) و چنانچه از حد مورد انتظار کم تر باشد اختلال رشد قد مطرح می گردد (جدول ۱-۲-۴). کودک را از نظر قد کنترل کرده و پس از کنترل وضعیت قد، طبقه بندی کنید.

جدول ۱-۲-۳ - سرعت رشد قد

سن (سال)	رشد قد بر حسب سانتی متر در سال (متوسط)
۱	۹-۲۴ (۱۴/۵)
۲	۶-۱۲ (۹)
۳	۵/۵-۱۰ (۸)
۴	۴/۵-۹ (۷)
۵ و ۶	۴/۵-۸ (۶/۵)
۷ و ۸	دختر: ۴/۵-۸ (۵/۵) پسر: ۴-۷/۵ (۵/۵)

جدول ۱-۲-۴ - اختلال رشد قد در کودکان

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

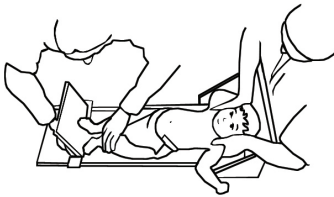
اندازه گیری قد کودک

- بسته به سن و توانایی کودک در ایستادن، قد خوابیده (Length) یا قد ایستاده ی (Height) کودک را اندازه گیری کنید.
- اگر کودک کم تر از ۲ سال دارد، قد خوابیده و اگر ۲ سال یا بیش تر دارد و قادر به ایستادن است قد ایستاده اش را اندازه بگیرید.
- قد ایستاده، حدود ۰/۷ سانتی متر کم تر از قد خوابیده است. اگر کودک کم تر از ۲ سال، برای اندازه گیری قد خوابیده، دراز نمی کشد، قد ایستاده ی او را اندازه گرفته و ۰/۷ سانتی متر به آن اضافه کنید تا قد خوابیده به دست آید و اگر کودک ۲ ساله یا

- بزرگ‌تر نتوانست بایستد، قد خوابیده‌ی او را اندازه‌گیری نموده و برای تبدیل آن به قد ایستاده، 0.7 سانتی‌متر از آن کم کنید.
- تخت قدسنج برای اندازه‌گیری قد خوابیده به کار می‌رود. این وسیله، باید بر روی یک سطح صاف و محکم مانند یک میز قرار گیرد. در صورت نداشتن این نوع قدسنج، می‌توان یک متر پلاستیکی را کنار سطح صاف میزی که کنار دیوار است به گونه‌ای که درجه‌ی صفر متر مماس با سطح دیوار قرار گیرد چسباند. هنگام اندازه‌گیری، سر کودک را درحالی که با دیوار مماس است در محل صفر قرار داده و با گذاشتن دست‌ها روی زانوی کودک، قد او را با دقت خوانده و ثبت نمایید.
- قدسنج برای اندازه‌گیری قد ایستاده به کار می‌رود و به‌طور عمودی روی دیوار یا ستون نصب می‌شود.
- صفحات افقی و عمودی قدسنج‌ها 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 اندازه‌گیری قد خوابیده یا ایستاده

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



◆◆ اندازه‌گیری قد خوابیده

- سطح میز قدسنج را با یک پوشش نازک به منظور رعایت اصول بهداشتی و نیز راحتی کودک بپوشانید.
- به مادر توضیح دهید که چگونه کودک را روی میز قدسنج قرار داده و به نگه‌داشتن سر کودک هنگامی که شما قد او را اندازه می‌گیرید، کمک کند.
- به مادر نشان دهید که وقتی کودک را روی میز قرار می‌دهید کجا بایستد (برای مثال، مقابل شما و دور از محل قرارگیری متر). هم‌چنین، به او نشان دهید که سر کودک را کجا قرار دهد (در مجاورت دیواره‌ی ثابت میز قدسنج).
- به سرعت، 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 به‌طور مستقیم به بالا نگاه کند). از مادر بخواهید سر کودک را در این وضعیت ثابت نگه‌دارد.
- با یک دست پاهای کودک را نگه‌داشته 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.

نکته: فشاری که برای صاف کردن زانوها در نوزادان اعمال می‌شود با فشار لازم برای صاف کردن زانوهای کودکان بزرگ‌تر متفاوت است. زانوهای نوزادان، شکننده و آسیب‌پذیرند و به راحتی صدمه می‌بینند. بنابراین، برای صاف کردن زانوهای نوزادان از حداقل فشار ممکن استفاده کنید.

- ◆ اگر کودک شدیداً بی قرار است و نمی توان هر دو پای او را در این موقعیت نگه داشت، اندازه گیری را با یک پا انجام دهید.
- ◆ در حالی که زانو ها را نگه داشته اید، صفحه ی متحرک پایی را به آرامی به سمت کف پاهای کودک حرکت دهید. کف پاها باید دقیقاً بر صفحه تماس داشته و انگشت شست، صاف و به سمت بالا باشد. در غیر این صورت، یعنی در صورت خمیدگی انگشت شست و یا تماس نبودن کف پاها با صفحه ی 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 نکته ی مهمی است.
- ◆ اندازه را به درستی بخوانید و به سانتی متر و با دقت ۰/۱ سانتی متر بر حسب آخرین خط مدرج اندازه گیری که قابل رؤیت می باشد در منحنی های مربوطه در کارت پایش رشد کودک ثبت نمایید.

◆ اندازه گیری قد استاندارد

- ◆ از صحیح بودن محل قرارگیری قدسنج بر روی سطح زمین مطمئن شوید.
- ◆ کنترل کنید که کفش، جوراب ها 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، شانه ها، برآمدگی باسن، ماهیچه ی ساق پا و پاشنه ها به صفحه ی عمودی مماس باشند.
- ◆ از مادر بخواهید که زانو ها و قوزک پای کودک را نگه دارد تا صاف بایستد و ساق پا و پاشنه هایش بر صفحه ی عمودی پشتی مماس باشد.
- ◆ سر کودک را در موقعیت صحیح قرار دهید طوری که یک خط افقی از مجرای گوش به حاشیه ی پایینی گودی چشم، موازی صفحه ی اصلی باشد. در این حالت، سر کودک به طرف روبه رو است. برای نگه داشتن سر در این موقعیت، چانه ی کودک را با فضای میان انگشت شست و چهار انگشت دیگر خود به طور ثابت نگه دارید.
- ◆ در صورت لزوم، کمی شکم کودک را به داخل فشار دهید تا قد کامل او را اندازه گیری کنید.
- ◆ در صورتی که هنوز سر کودک در این موقعیت قرار دارد، از دست دیگران جهت حرکت صفحه ی متحرک فوقانی برای تماس کردن آن با سر کودک استفاده کنید.

◆ قد استاندارد/خوابیده برای سن

- ◆ قد استاندارد/خوابیده برای سن نشان دهنده ی رشد قدی کسب شده است. این شاخص، در تشخیص کودکان دچار کوتاهی قد در اثر سوء تغذیه ی طولانی مدت یا بیماری مکرر کمک کننده است و کودکانی که برای سن خود، بلند قد هستند نیز شناسایی می شوند (بلندی قد به جز در موارد شدید که مطرح کننده ی مشکلات نادر غددی است به ندرت به عنوان یک مشکل تلقی می شود).
- ◆ برای ثبت قد استاندارد/خوابیده برای سن:
- هفته ها، ماه ها یا سال ها و ماه های طی شده را روی خطوط عمودی و نه بین آن ها، علامت گذاری کنید. به عنوان مثال، اگر کودکی ۵/۵ ماهه است، روی خط ۵ ماهگی و نه بین ۵ و ۶ ماهگی را علامت گذاری کنید.
- قد استاندارد یا خوابیده را روی یا بین خطوط افقی و در حداکثر دقت ممکن علامت گذاری کنید. به عنوان مثال، اگر اندازه ی قد ۶۰/۵ سانتی متر است، نقطه را در وسط فاصله ی بین خطوط افقی علامت گذاری کنید.
- وقتی نقاط برای ۲ ویزیت یا بیش تر علامت گذاری شده است برای مشاهده ی بهتر روند رشد، آن ها را با یک خط صاف به یکدیگر متصل کنید.

♦ ارزیابی و طبقه‌بندی کودک از نظر وضعیت قد

از جدول طبقه‌بندی ۱-۲-۵ جهت کنترل وضعیت قد استفاده کنید.

جدول ۱-۲-۵- ارزیابی کودک از نظر وضعیت قد برای سن

توصیه‌ها/اقدام	طبقه‌بندی	قد برای سن
↖ ارجاع به متخصص کودکان	کوتاه قدی شدید (Severely stunted)	پایین $-3Z$ -score
↖ معاینه فیزیکی کامل و بررسی از نظر وجود علائم سیستمیک ↖ ارجاع به متخصص کودکان در صورت غیر طبیعی بودن معاینه فیزیکی ↖ توصیه‌های تغذیه‌ای و عاطفی روانی ↖ در صورت طبیعی بودن معاینه فیزیکی پیگیری* طبق توالی: ↖ کوچک‌تر از ۶ ماه هر ماه ↖ ۶ تا ۱۲ ماه هر ۲ ماه ↖ ۱ تا ۲ سال هر ۳ ماه ↖ بزرگتر از ۲ سال هر ۳ تا ۶ ماه ↖ پس از پیگیری یک دوره به کودک فرصت داده شود. در کودکان کوچک‌تر از ۲ سال برای تصمیم‌گیری حداقل یک دوره‌ی ۳ ماهه و برای کودکان بزرگتر از ۲ سال حداقل یک دوره‌ی ۶ ماهه زمان لازم است.	کوتاه قدی (Stunted)	مساوی $-3Z$ -score تا $-2Z$ -score
↖ ادامه مراقبت‌های روتین ↖ توصیه‌های تغذیه‌ای ↖ پی‌گیری: ↖ کوچک‌تر از ۶ ماه ۱ ماه بعد ↖ ۶ تا ۱۲ ماه ۲ ماه بعد ↖ ۱ تا ۲ سال ۳ ماه بعد ↖ بزرگتر از ۲ سال ۶ ماه بعد	احتمال مشکل قد	• مساوی $-2Z$ -score تا مساوی $+3Z$ -score و - روند رشد نامعلوم یا - روند رشد متوقف شده یا - روند رشد غیرصعودی
↖ ادامه مراقبت‌های روتین	طبیعی	• مساوی $-2Z$ -score تا مساوی $+3Z$ -score و - روند رشد به موازات میانه یا - روند رشد به سمت میانه
نکته: بالاتر از $+3Z$ -score خیلی بلند قد تلقی شده و در صورت شک به وجود مشکل، به متخصص کودکان ارجاع داده شود.		

* کلیه پی‌گیری‌ها توسط غیرپزشک تیم سلامت انجام می‌شود.

♦ ارزیابی بیش‌تر عبارت است از: شرح حال تغذیه‌ای، توجه به قد و تأخیر در بلوغ والدین، حال عمومی، تکامل، تناسب وزن برای قد، معاینه فیزیکی، بررسی‌های آزمایشگاهی (K,Na, FBS, T_4 , TSH, T_3 U, BUN, Cr, S/E (3), U/A, U/C, ESR, CBC, Ca, P, و آلکالین فسفاتاز) و سن استخوانی (در صورت عدم دسترسی به انجام تست‌های تیروئید). در شیرخواران کوچک‌تر از ۳ ماه، رادیوگرافی زانو برای بررسی هیپوتیروئیدی و پس از آن، رادیوگرافی روبروی مچ، کف و انگشتان دست چپ از نظر سن استخوانی درخواست می‌شود.

- ♦ بررسی علائم سیستمیک شامل تعیین سن شروع کوتاه قدی، وزن و قد تولد، سابقه ی بستری های قبلی کودک در بیمارستان، سابقه ی فوت نامعلوم در خواهر یا برادر کودک در سنین پایین، تعیین قد هدف (Mid-parental height) از ۲ سالگی $(\frac{2}{2} \text{ [قد پدر} + 13 \text{ + قد مادر]})$: پسر و $\frac{2}{2} \text{ [(13- قد پدر) + قد مادر]}$: دختر، توجه به قد خواهران و برادران، مسائل و مشکلات عاطفی و خانوادگی کودک است.
- ♦ اگر پس از یک دوره ی پی گیری، سیر صعودی در منحنی مشاهده نشد (عدم افزایش قد) جهت بررسی کامل به پزشک متخصص کودکان ارجاع دهید.
- ♦ اگر پس از یک دوره ی پی گیری، سیر صعودی (افزایش قد) در منحنی مشاهده شد، توصیه ها و دستورات ادامه یافته و پی گیری کودک تا رفع کوتاه قدی، براساس جدول توالی پی گیری ادامه یابد.
- ♦ ۶ تا ۱۲ ماه، فواصل پیگیری هر ۲ ماه؛ قد بلند، به ندرت مشکل تلقی می گردد مگر در موارد بسیار شدید که مشکلات غددی مانند تومور مترشحی هورمون رشد، بلوغ زودرس، اختلالات متابولیک یا برخی از سندرم ها را مطرح می کند.

جدول ۱-۲-۶ - توالی سنی برای پی گیری کوتاهی قد و وزن برای قد

سن	فواصل پی گیری
کوچک تر از ۶ ماه	هر ماه
۱ تا ۲ سال	هر ۳ ماه
بزرگ تر از ۲ سال	هر ۳ تا ۶ ماه

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

در کوتاه قدی ژنتیکی، سن قدی از سن استخوانی و سن تقویمی عقب تر است. در اختلالات اندوکراین، سن استخوانی از سن قدی و سن قدی از سن تقویمی عقب تر می باشد. در اختلالات اندوکراین، منحنی وزن بهتر از قد است.

♦ کنترل کودک از نظر وزن برای قد ایستاده | خوابیده و نمایه ی توده ی بدن برای سن

♦ وزن برای قد ایستاده / خوابیده

وزن برای قد ایستاده / خوابیده بیانگر وزن در مقایسه با رشد قدی است. این شاخص، به خصوص در مواردی که سن کودک مشخص نیست (مثل شرایط پناهندگی) مفید است. نمودار وزن برای قد در تشخیص کودکان دچار کاهش وزن نسبت به قد که ممکن است لاغر یا شدیداً لاغر باشند، کمک کننده است. لاغری، ناشی از یک واقعه ی اخیر مانند کاهش دریافت غذا و یا بیماری است که موجب کاهش وزن شدید می گردد.

این نمودار، برای تشخیص کودکان دچار افزایش وزن برای قد که ممکن است در معرض خطر ابتلا به افزایش 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 سانتی‌متر 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.

❖ نمایه‌ی 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.

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 متخصص ارجاع دهید.

❖ نمایه‌ی توده‌ی بدن برای سن، معیار خوبی برای غربالگری افزایش وزن و چاقی (شکل ۱-۲-۱)

است. نتایج حاصل از این نمودار و نمودار وزن برای قد ایستاده / خوابیده نتایج بسیار مشابهی دارند.

❖ در این نمودار محور X، سن و محور Y، نمایه‌ی توده‌ی بدن کودک است.



شکل ۱-۲-۱- شیرخوار مبتلا به چاقی

❖ برای ثبت نمایه‌ی توده‌ی بدن برای سن:

❖ سن را بر حسب هفته، ماه یا سال و ماه طی شده، روی خط عمودی و نه بین آن‌ها علامت‌گذاری کنید.

❖ نمایه‌ی توده‌ی بدن را روی خط افقی (۱۴، ۱۴/۲) یا در فضای بین خطوط (۱۴/۵) علامت‌گذاری کنید.

❖ پس از ترسیم نقاط در دو ویزیت یا بیش‌تر، با وصل کردن نقاط با یک خط صاف می‌توان روند را بهتر مشاهده کرد.

❖ ارزیابی و طبقه‌بندی کودک از نظر وضعیت وزن برای قد ایستاده | خوابیده و نمایه‌ی توده‌ی بدن برای سن

از جدول طبقه‌بندی ۱-۲-۷ جهت کنترل وضعیت وزن برای قد ایستاده | خوابیده و نمایه‌ی توده‌ی بدن برای سن استفاده کنید.

(این عکس در فصل آخر کتاب به صورت رنگی آورده شده است)

جدول ۱-۲-۷- ارزیابی کودک از نظر وضعیت وزن برای قد

وزن برای قد	طبقه بندی	توصیه ها/اقدام
بالای +۳z-score	چاق (obese)	ارجاع به متخصص کودکان
پایین -۳z-score یا ادم دوطرفه گوده گذار پا یا MUAC < ۱۱۵ mm	لاغری شدید (Severely wasted) یا سوء تغذیه حاد شدید	پس از معاینه اولیه و تثبیت وضعیت عمومی، ارجاع به بیمارستان برای تکمیل اقدامات تشخیصی و درمانی
مساوی -۳z-score تا -۲z-score یا ۱۱۵mm ≤ MUAC < ۱۲۵mm	لاغری (Wasted) یا سوء تغذیه حاد متوسط	در صورت وجود بیماری همراه یا ادم یا دور میانه بازو (MUAC) کمتر از ۱۱۵ میلی متر، ارجاع به متخصص کودکان در صورت عدم وجود هریک از وضعیت های فوق ضمن معاینه فیزیکی کامل، شرح حال تغذیه ای کودک و نیز وضعیت تغذیه ای کودک را ارزیابی نموده و آزمایش های اولیه را درخواست نمایید.* در صورت غیر طبیعی بودن آزمایش ها اولیه و یا عدم امکان تشخیص و درمان به مرکز تخصصی ارجاع دهید. در صورت طبیعی بودن آزمایش ها، ضمن ارائه توصیه های تغذیه ای برای تکمیل مشاوره و توصیه های تغذیه ای به غیر پزشک ارجاع دهید. پیگیری کودک باید براساس جدول توالی سنی پیگیری*** انجام شود. در صورت عدم بهبود در یک دوره پی گیری انجام شده، ارجاع به متخصص کودکان.
بیشتر از +۱z-score تا مساوی +۲z-score	احتمال خطر اضافه وزن**	بررسی وضعیت تغذیه ای کودک و خانواده، معاینه فیزیکی و توصیه های تغذیه ای، براساس جدول توالی سنی پی گیری*** کنید.
بیشتر از +۲z-score تا مساوی +۳z-score	افزایش وزن (Overweight)	شرح حال کامل به ویژه شرح حال تغذیه ای بگیریید. انجام معاینه فیزیکی کامل و بررسی از نظر وجود بیماری در صورت وجود بیماری و یا هرگونه مورد غیرطبیعی در معاینه فیزیکی و یا غیرطبیعی بودن هر یک از موارد فوق، ارجاع کودک به متخصص کودکان در صورت طبیعی بودن معاینه فیزیکی: شرح حال تغذیه ای کامل از کودک گرفته شود و آزمایش های اولیه ارسال درخواست شود. در صورت غیرطبیعی بودن آزمایش ها به پزشک متخصص کودکان ارجاع دهید. در صورت طبیعی بودن آزمایش ها توصیه ها و برنامه تغذیه ای مناسب را به خانواده آموزش دهید. در صورت لزوم با کارشناس تغذیه مشاوره نموده و براساس جدول توالی سنی پی گیری*** کنید. در صورت بهبود، دستورات داده شده ادامه یافته و پی گیری تا زمان رفع مشکل اضافه وزن ادامه یابد. در صورت ادامه روند رشد به سمت افزایش وزن پس از یک دوره پی گیری، برای ارزیابی بیشتر به پزشک متخصص کودکان ارجاع دهید.
مساوی -۲z-score تا مساوی +۱z-score	طبیعی	ادامه مراقبت های روتین

* Serum IgA, IgA anti-tTG, P-alkaline phosphatase, Ca, CBC, U/C, U/A, S/E, Cr, BUN, FBS, Na, K

** اگر نقطه ی ترسیم شده بالای +۱ z-score باشد و روند آن موازی منحنی باشد احتمال خطر وجود دارد. در صورتی که نقطه ترسیم شده بالای +۱ z-score باشد و روند آن صعودی باشد خطر قطعی اضافه وزن وجود دارد.

*** کلیه پیگیری ها توسط غیرپزشک تیم سلامت انجام می شود. در صورت اختلال در وضعیت وزن برای قد پس از ۱ دوره پی گیری، در صورت لزوم با کارشناس تغذیه مشاوره شود و جهت ارجاع کودک به مرکز تخصصی تصمیم گیری کنید. اما در صورت مطلوب شدن وضعیت وزن برای قد، توصیه های تغذیه ای ارائه شده ادامه یافته و براساس جدول توالی پی گیری، پی گیری کودک تا اصلاح وضعیت وزن برای قد ادامه یابد.

♦ در معاینه‌ی فیزیکی به موارد زیر بیش‌تر توجه کنید: فشار خون بیمار، آکانتوز نیگریکان گردنی یا چین‌های پوستی، استریایهای قرمز رنگ روی شکم، سینه و ران، وضعیت بلوغ، اختلال تکاملی و یا کندذهنی، مشکل بینایی، کوتاهی قد و وجود آنومالی در انگشتان دست و پا)

♦ بررسی آزمایشگاهی اضافه وزن شامل: $P - Ca - CBC - Cr - BUN - T_3U - TSH - T_4 - FBS - Na - K$ - آلكالنه فسفاتاز و سطح چربی‌های خون در حالت ناشتایی است.

♦ کنترل کودک از نظر محیط میانی دور بازو (Mid Upper Arm Circumference, MUAC)

MUAC روشی است که برای تعیین ابتلای کودک به سوءتغذیه‌ی حاد به کار می‌رود. استفاده از MUAC برای کودکان سنین ۱۲ تا ۵۹ ماه مناسب است، اما می‌تواند برای کودکان بزرگ‌تر از ۶ ماه نیز که قد آن‌ها بیش‌تر از ۶۵ سانتی‌متر است، استفاده شود.

♦ اندازه‌گیری

MUAC محیط قسمت فوقانی بازوی چپ است و در نقطه‌ی میانی بین رأس شانه و آرنج و با استفاده از نوار پلاستیکی رنگی اندازه‌گیری می‌شود. برای اندازه‌گیری باید مراحل زیر در نظر گرفته شود:

- ۱- بازوی چپ را خم کنید و پس از پیدا کردن رأس آرنج و شانه، نقاط مذکور را با خودکار علامت بزنید.
 - ۲- نقطه‌ی وسط بین نقاط علامت زده شده را مشخص کنید.
 - ۳- سپس درحالی‌که دست کودک به موازات بدن وی به حالت رها قرار گرفته، میانه‌ی دور بازو را از روی نقطه‌ی علامت‌زده اندازه‌گیری کنید.
 - ۴- دقت کنید که نوار کاملاً مماس بر بازوی کودک باشد (نه آزاد و نه بیش از اندازه کشیده شده باشد).
 - ۵- دقت کنید که پوست و عضلات کودکان دچار سوء تغذیه بسیار شل بوده و کوچک‌ترین فشار اضافی می‌تواند باعث گردد تا محیط میانه‌ی بازو کم‌تر از حد واقعی اندازه‌گیری شود.
 - ۶- بلافاصله عدد را خوانده و برحسب میلی‌متر ثبت کنید.
 - ۷- اندازه‌گیری را دوبار انجام دهید تا از صحت عدد قرائت شده اطمینان حاصل کنید. برای قرائت عدد مشاهده شده، عددی که به‌طور کامل در وسط مستطیل واقع شده است را در نظر می‌گیریم.
- چنانچه محیط میانی دور بازو $(MUAC) \leq 125$ میلی‌متر باشد طبیعی است. اما MUAC بین ۱۱۵ و ۱۲۵ سوءتغذیه‌ی حاد متوسط و کم‌تر از ۱۱۵ میلی‌متر سوءتغذیه‌ی حاد شدید در نظر گرفته می‌شود. اغلب کودکان دچار سوءتغذیه‌ی حاد شدید به این ترتیب تشخیص داده می‌شوند که در گروه سنی ۶۰-۶ ماه بیش از ۹۹٪ اختصاصی است.

♦ تفسیر شاخص‌های رشد

در نظر داشتن هم زمان تمام نمودارهای رشد کودک، به‌خصوص در مواردی که فقط یکی از این نمودارها نشان دهنده‌ی مشکل است حائز اهمیت می‌باشد. برای مثال، کودک کوتاه‌قد ممکن است وزن برای قد طبیعی داشته اما وزن برای سن او کاهش یافته باشد.

پس از بررسی تمام نمودارهای رشد کودک نتایج جدول ۱-۲-۸ حاصل می‌گردد. در تفسیر تمام منحنی‌ها، اگر نقطه‌ی مورد نظر، دقیقاً روی یک خط z-score باشد در گروه کم‌خطرتر قرار می‌گیرد. مثلاً اگر روی خط ۳- در منحنی وزن به سن باشد، به‌جای شدیداً کم‌وزن در گروه کم‌وزن قرار می‌گیرد.

جدول ۸-۲-۱ - تفسیر شاخص‌های رشد

z-score	قد برای سن	وزن برای سن	وزن برای قد	شاخص توده‌ی بدن برای سن
بالای ۳	(۱)	(۲)	چاق (Obese)	چاق (Obese)
بالای ۲	طبیعی	(۲)	افزایش وزن (Overweight)	افزایش وزن (Overweight)
بالای ۱	طبیعی	(۲)	خطر احتمالی افزایش وزن ^(۳)	خطر احتمالی افزایش وزن ^(۳)
میانگین (۰)	طبیعی	طبیعی	طبیعی	طبیعی
پایین ۱-	طبیعی	طبیعی	طبیعی	طبیعی
پایین ۲-	کوتاه‌قد ^(۴) (Stunted)	کم‌وزن (Underweight)	لاغر (Wasted)	لاغر (Wasted)
پایین ۳-	خیلی کوتاه‌قد ^(۴) (Severely stunted)	خیلی کم‌وزن (Severely underweight)	خیلی لاغر (Severely wasted)	خیلی لاغر (Severely wasted)

۱- قد بلند، به‌ندرت مشکل تلقی می‌گردد مگر در موارد بسیار شدید که مشکلات غددی مانند تومور مترشحه‌ی هورمون رشد، اختلالات متابولیک و برخی از سندرم‌ها را مطرح می‌کند. کودکی که در این محدوده قرار می‌گیرد، باید برای ارزیابی ارجاع داده شود. در صورت شک به وجود مشکل زمینه‌ای، به‌عنوان مثال اگر والدینی با قد طبیعی، کودکی با قد بسیار بلند برای سن دارند، کودک را برای ارزیابی ارجاع دهید.

۲- این کودک ممکن است دچار مشکل رشد باشد. وزن برای قد و شاخص توده‌ی بدن برای سن را بررسی کنید.

۳- اگر نقطه‌ی ترسیم شده، بالای z-score ۱ باشد احتمال خطر وجود دارد. روند رشد به سمت خط z-score ۲ خطر قطعی را مطرح می‌کند.

۴- احتمال ابتلا به افزایش وزن در کودک کوتاه‌قد یا خیلی کوتاه‌قد وجود دارد.

به‌طور طبیعی، روند رشد کودک با میانگین و خطوط z-score موازی است. در حین تفسیر نمودار رشد، مراقب هر یک از وضعیت‌های زیر که ممکن است مشکل یا خطری را مطرح کنند باشید:

- ♦ خط رشد کودک یک خط z-score را قطع کند. توجه داشته باشید. که اگر این تغییر به سمت میانگین باشد احتمالاً یک تغییر خوب و اگر در جهت دور شدن از میانگین باشد، نشانه‌ی بروز مشکل یا خطر است.
 - ♦ صعود یا نزول شدید در خط رشد کودک رخ دهد. در کودک دچار بیماری یا سوءتغذیه‌ی شدید، افزایش وزن جبرانی به‌صورت صعود سریع مشاهده می‌شود اما در یک مورد دیگر، صعود سریع ممکن است نشانه‌ی روند متمایل به افزایش وزن باشد. در این موارد، به قد کودک توجه کنید. اگر افزایش وزن همراه با افزایش قد روی داده احتمالاً یک رشد جبرانی پس از رفع مشکل قبلی او است.
 - ♦ خط رشد کودک افقی بماند (توقف رشد). استثنای این مورد، کودکی است که به‌علت افزایش وزن یا چاقی، وزن خود را ثابت نگه داشته، اما قدش افزایش می‌یابد.
- این که وضعیت‌های فوق حقیقتاً بیانگر مشکل و یا خطر باشند، بستگی به زمان شروع تغییرات در روند رشد و سمت و سوی آن دارد. به‌عنوان مثال، اگر کودکی بیمار شود و وزن از دست دهد، وزن‌گیری سریع که روی منحنی به‌صورت صعود ناگهانی نمایش داده می‌شود، خوب بوده و نشان دهنده‌ی رشد جبرانی سریع است. در نظر گرفتن تمام منحنی‌های رشد کودک هنگام تفسیر روند نمودار رشد، حائز اهمیت است.

❖ مشاهده‌ی کودک و ثبت علائم بالینی ماراسموس و کواشیورکور

- ❖ با نگاه کردن به کودک، او را ارزیابی کنید. برای مثال، آیا کودک لاغر، چاق، فعال و یا بی‌حال است.
- ❖ زمان توزین کودک که لباس به تن ندارد علائم بالینی ویژه‌ای از سوءتغذیه قابل مشاهده است. بدون در نظر گرفتن وزن، کودکانی که این علائم را نشان می‌دهند، باید برای مراقبت فوری ارجاع شوند.
- ❖ **ماراسموس (شکل ۱-۲-۲):** در این نوع شدید سوءتغذیه، کودک شدیداً لاغر است و ظاهر وی در اثر از دست دادن



بافت چربی و عضله، به صورت "پوست و استخوان" درآمده است. چهره‌ی کودک شبیه یک مرد سالخورده به نظر می‌رسد که در نتیجه‌ی از دست دادن چربی زیر پوست صورت است اما چشم‌ها ممکن است هوشیار به نظر آید. دنده‌ها به سهولت قابل مشاهده هستند. شاخص وزن برای سن و وزن برای قد (ایستاده/ خوابیده) بسیار پایین است.



شکل ۱-۲-۲- کودک مبتلا به سوءتغذیه

- ❖ **کواشیورکور (شکل ۱-۲-۳):** در این نوع از سوءتغذیه‌ی شدید، عضلات کودک تحلیل رفته اما ممکن است از دست دادن وزن در نتیجه‌ی ادم واضح نباشد. کودک تحریک‌پذیر و درخود فرو رفته است و به طور قابل ملاحظه‌ای بیمار به نظر می‌رسد و چیزی نمی‌خورد. صورت به علت ورم، گرد و موها باریک، کم پشت و گاهی کم رنگ است. ضایعات جلدی دیده می‌شود. کودک مبتلا به کواشیورکور، معمولاً کم وزن است اما ورم ایجاد شده ممکن است وزن واقعی را پنهان کند.



شکل ۱-۲-۳- دو کودک مبتلا به کواشیورکور و ادم

- ❖ **ماراسمیک - کواشیورکور:** کواشیورکور و ماراسموس تظاهرات بالینی مشخصی دارند اما یک کودک، ممکن است کاهش وزن ماراسموس را همراه با تغییرات مو و پوست یا ورم کواشیورکور داشته باشد.

- ❖ **ادم پاها:** در صورت وجود ورم هر دو پا، کودک نیاز به ارجاع دارد. این ورم، باید در هر دو پا مشاهده شود.

توجه: کودک دارای شرایط زیر را برای درمان ویژه ارجاع فوری دهید:

- ۱- شدیداً لاغر شده {پایین $z\text{-score} - 3$ - وزن برای قد/ یا نمایه‌ی توده‌ی بدن (BMI) برای سن}
- ۲- وجود علائم بالینی ماراسموس یا کواشیورکور
- ۳- ورم هر دو پا

❖ کنترل کودک از نظر دور سر

دور سر در نوزاد ترم ۳۵-۳۴ سانتی متر، در ۶ ماهگی ۴۴ سانتی متر و در ۱ سالگی ۴۷ سانتی متر می باشد. رشد سر در ۳ ماه اول زندگی ۲ سانتی متر، ۳ تا ۶ ماهگی ۱ سانتی متر و ۶ تا ۱۲ ماهگی ۰/۵ سانتی متر در ماه است. متوسط رشد سر در نوزاد نارس سالم، ۰/۵ سانتی متر در ۲ هفته اول، ۰/۷۵ سانتی متر در هفته سوم و ۱ سانتی متر در هفته چهارم و پس از آن تا رسیدن به سن حاملگی ۴۰ هفتگی است.

در شیرخواران و کودکان خردسال تا ۲ سالگی، دور سر را کنترل کنید. بپرسید که آیا منحنی رشد دور سر کودک قبلاً رسم شده است؟ سپس، با استفاده از جدول طبقه بندی، وضعیت دور سر را طبقه بندی کنید.

❖ اندازه گیری دور سر کودک

- ❖ 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.

❖ ارزیابی دور سر

برای ارزیابی از منحنی دور سر برای سن و جنس استفاده می شود. با استفاده از این منحنی، می توان روند رشد دور سر را پایش نمود. ابتدا، سن کودک را به ماه حساب کرده و پس از اندازه گیری دقیق دور سر، از منحنی استفاده کنید. اگر منحنی دور سر قبلاً رسم شده، نقطه ای را که اکنون به دست آورده اید به نقطه ی قبلی وصل کنید. پس از رسم، دور سر کودک را با دور سر قبلی او مقایسه کنید.

❖ طبقه بندی وضعیت دور سر

برای کودکانی که قبلاً منحنی رشد دور سر آنها رسم شده، سه طبقه بندی وجود دارد: دور سر غیر طبیعی، دور سر نامطلوب و دور سر طبیعی (جدول ۱-۲-۹). اما، برای کودکانی که قبلاً منحنی رشد دور سر آنها رسم نشده، دو طبقه بندی وجود دارد: دور سر غیر طبیعی و دور سر با روند نامشخص (جدول ۱-۲-۱۰).

اگر دور سر کودک پایین $z\text{-score}$ -۳ یا بالای $z\text{-score}$ ۳ باشد، دور سر غیر طبیعی است و به بررسی بیش تر نیاز دارد. اگر دور سر کودک بین $z\text{-score}$ -۳ و $z\text{-score}$ ۳ قرار داشته اما موازی با خط $z\text{-score}$ نباشد، در طبقه بندی «رشد دور سر نامطلوب» قرار می گیرد. در این صورت، اگر کم تر از ۶ ماه سن داشته باشد، ۲ هفته ی بعد و اگر بیش تر از ۶ ماه داشته باشد، ۱ ماه بعد پی گیری می شود.

اگر دور سر کودک بین $z\text{-score}$ -۳ و $z\text{-score}$ ۳ قرار داشته و موازی با خط $z\text{-score}$ باشد در طبقه بندی «دور سر طبیعی» قرار می گیرد؛ در این صورت، مادر را تشویق کنید که مراقبت های بعدی را انجام دهد.

جدول ۱-۲-۹- ارزیابی کودک از نظر وضعیت دور سر (شیرخوار زیر ۱۸ ماه)

دور سر برای سن	طبقه‌بندی	توصیه‌ها
پایین $-3Z\text{-score}$	دور سر کوچک (میکروسفالی)	➤ ارزیابی قد و وزن و تکامل کودک: - اگر دور سر کودک با قد و وزنش همخوانی دارد و تکامل وی طبیعی است بر اساس توالی مراقبت‌های برنامه‌ی کودک سالم پیگیری* شود. (در شیرخواران کوچک‌تر از ۶ ماه ۲ هفته‌ی بعد و بزرگتر از ۶ ماه یک ماه بعد) - اگر تکامل کودک غیرطبیعی است بررسی شود. - اگر دور سر کودک با قد و وزنش همخوانی ندارد و تکامل وی طبیعی است، دور سر پدر و مادر و افراد درجه‌ی اول خانواده را ارزیابی کنید: * اگر دور سر پدر و مادر کوچک است، کودک بر اساس توالی مراقبت‌های برنامه کودک سالم پیگیری شود. * اگر دور سر پدر و مادر کوچک نیست به متخصص ارجاع داده شود.
بالای $+3Z\text{-score}$	دور سر بزرگ (ماکروسفالی)	➤ ارزیابی قد و وزن و تکامل کودک: - اگر دور سر کودک با قد و وزنش همخوانی دارد و تکامل وی طبیعی است بر اساس توالی مراقبت‌های برنامه‌ی کودک سالم پیگیری* شود. (در شیرخواران کوچک‌تر از ۶ ماه ۲ هفته‌ی بعد و بزرگتر از ۶ ماه یک ماه بعد) - اگر تکامل کودک غیرطبیعی است بررسی شود. - اگر دور سر کودک با قد و وزنش همخوانی ندارد و تکامل وی طبیعی است، دور سر پدر و مادر و افراد درجه‌ی اول خانواده را ارزیابی کنید: * اگر دور سر پدر و مادر بزرگ است، کودک بر اساس توالی مراقبت‌های برنامه کودک سالم پیگیری شود. * اگر دور سر پدر و مادر بزرگ نیست به متخصص ارجاع داده شود.
مساوی $-3Z\text{-score}$ تا $+3Z\text{-score}$ و غیرموازی با خط $Z\text{-score}$ یا روند افزایش دور سر نامعلوم	احتمال مشکل دور سر	➤ پیگیری ➤ زیر ۶ ماه ۲ هفته بعد ➤ بالای ۶ ماه یک ماه بعد .
مساوی $-3Z\text{-score}$ تا $+3Z\text{-score}$ و موازی با خط $Z\text{-score}$	دور سر طبیعی	➤ تشویق مادر برای انجام مراقبت‌های بعدی

* کلیه پیگیری‌ها توسط غیر پزشک تیم سلامت انجام می‌شود.

اگر منحنی رشد دور سر کودک قبلاً رسم نشده است آن را روی نمودار رسم کنید. اگر، دور سر کودک بین $-3Z\text{-score}$ و $+3Z\text{-score}$ باشد کودک در طبقه‌بندی «دور سر با روند نامشخص» قرار گرفته و در این صورت، اگر کم‌تر از ۶ ماه سن داشته باشد ۲ هفته‌ی بعد و اگر بیش‌تر از ۶ ماه داشته باشد ۱ ماه بعد پی‌گیری شود.

اگر دور سر پایین $-3Z\text{-score}$ برای سن و جنس باشد، میکروسفالی مطرح است. در این صورت، باید شرح حال خانوادگی از نظر میکروسفالی یا مشکلات سیستم عصبی گرفته شود. دور سر خیلی کوچک در بدو تولد حاکی از مشکلاتی است که از اوایل دوران جنینی آغاز شده است. اندازه‌گیری سریال دور سر ارزش دارد. باید دور سر والدین و سایر کودکان نیز تعیین شده و اگر علتی شناخته نشد فنیل‌آلانین سرم مادر اندازه‌گیری شود. در صورت کوتاهی قد، چهره‌ی غیر طبیعی و ناهنجاری‌های مادرزادی بررسی کروموزومی توصیه می‌شود. سایر اقدامات تشخیصی شامل بررسی ادرار از نظر CMV، CT اسکن یا MRI مغز، اندازه‌گیری اسیدآمینوهای سرم و ادرار و تیترا TORCH است. پس از تعیین علت میکروسفالی، مشاوره‌ی ژنتیک توصیه می‌شود، زیرا در اغلب موارد با عقب‌ماندگی ذهنی همراه است.

در ماکروسفالی، دور سر بالای $+3Z\text{-score}$ برای سن و جنس است. علل آن شامل هیدروسفالی، تجمع مایع یا خون در فضای

ساب دورال، تومور کاذب مغزی (افزایش خوش خیم فشار داخل جمجمه به دلیل مصرف آنتی بیوتیک، کمبود یا ازدیاد ویتامین A، اختلالات اندوکراین، تغذیه ی مجدد در سوء تغذیه ی شدید، تجویز و قطع ناگهانی کورتیکواستروئیدها، مصرف قرص های ضد بارداری، گالاکتوزمی و آنمی)، دیس پلازی جمجمه (مانند آکندروپلازی، استئوزن امپرکتا و دیس پلازی متافیز)، بیماری ذخیره ای و دژنراتیو و افزایش ضخامت استخوان های جمجمه مانند آنمی های همولیتیک یا تالاسمی است. هم چنین، ممکن است دور سر در ریکتز و هیپوتیروئیدی نیز بزرگ باشد. ماکروسفالی ممکن است خانوادگی باشد که در این صورت، دور سر پس از ۱۸ ماهگی به موازات Z-score ۳- رشد کرده و معاینه ی عصبی و تکامل کودک نیز طبیعی هستند.

♦ توالی مراقبت های برنامه ی کودک سالم در شیرخواران کوچک تر از ۶ ماه، ۲ هفته ی بعد و بزرگ تر از ۶ ماه، یک ماه بعد است. اگر دور سر کودک بین Z-score ۲- و Z-score ۳- بوده و از نظر تکاملی طبیعی است براساس توالی مراقبت های برنامه ی کودک سالم پی گیری شود اما در صورتی که از نظر تکامل، مشکلی وجود داشته باشد باید مانند موارد دچار میکروسفالی بررسی گردد.

❖ ارزیابی تکامل

از آن جا که شناسایی سریع مسائل و مشکلات مرتبط با تکامل کودک اهمیت ویژه ای در آینده ی کودک، خانواده و جامعه دارد، ارزیابی تکاملی بخشی مهم و اساسی از مراقبت روتین کودکان است. این ارزیابی 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 مراقبت های روتین اقدام می نماید. ارزیابی تکاملی باید قسمتی از معاینه ی روتین هر کودک سالم باشد. به عبارت دیگر، تمامی کودکان باید از نظر تکاملی غربالگری شوند. ابزارهای غربالگری برای بررسی و غربال کودکان و رسیدگی به نگرانی های والدین در زمینه ی توسعه ی وضعیت تکامل کودک و تأیید یا رد نگرانی ایشان مفید است اما به خودی خود برای تشخیص اختلال تکاملی و ماهیت آن مناسب نخواهد بود. به عبارت دیگر، ابزارهای غربالگری تکاملی، کودکان سالم را از کودکان مشکوک به اختلال تکاملی متمایز می سازند. برای تشخیص قطعی اختلال تکاملی نیاز به ابزارهای تشخیصی و بررسی دقیق تری خواهد بود. به طور کلی ابزارهای ارزیابی (غربالگری) تکامل به دو دسته ی بزرگ تقسیم می شوند: ۱) ابزارهای تکاملی که پرسش نامه توسط والدین تکمیل شده و سپس نتیجه ی آن توسط یکی از اعضای تیم سلامت که آموزش های لازم را دیده است، ارزیابی می شود. ۲) ابزارهای تکاملی که فقط توسط فرد ماهر قابل تکمیل و ارزیابی است.

کمیته ی علمی و اجرایی تکامل کودکان (کمیته ی کشوری) به منظور بهره مندی کودکان کشور از مراقبت تکاملی مؤثر، به موقع و مفید، اقدام به بررسی کلیه ی تست های تکاملی در دسترس نمود (ضمیمه ی ۱) با توجه به وضعیت ارائه ی خدمات سلامت کودکان در کشور دو تست ASQ و دنور (با ارجحیت ASQ) انتخاب شدند. از آن جا که در شبکه های بهداشتی درمانی کشور به طور خاص و در عرصه ی ارائه ی خدمات بهداشتی - درمانی کشور در بخش های خصوصی و دولتی به طور عام امکان انجام یک تست خانواده محور بیش تر از یک تست پزشک محور وجود دارد، لذا برابر مصوبه ی کمیته، تست ASQ به عنوان ابزار استاندارد ملی برای کل کودکان کشور برگزیده شد و از سال ۱۳۹۲ در مراکز بهداشتی - درمانی برای کودکان ۱۲ ماهه انجام می شود. در سال های آتی سنین ۱۸ و ۳۰ ماهگی نیز افزوده خواهد شد.

آزمون غربالگری تکامل (Age Stages Questionnaires (ASQ

تست غربالگری ASQ II خصوصیات یک تست غربالگر مناسب را دارا است. اولاً کودکان را به دفعات زیاد و فواصل مناسب مورد ارزیابی تکاملی قرار می دهد. ثانیاً والدین را در انجام پایش تکامل کودکان شان درگیر می نماید. تکمیل پرسش نامه

نسبتاً ساده است پس می‌توان اطمینان داشت که افرادی با تحصیلات ابتدایی نیز می‌توانند به درستی آن را پر کنند. تعداد کمی از والدین که بی‌سواد بوده یا دچار مشکل ذهنی هستند برای تکمیل آن نیاز به کمک دارند. از طرفی، می‌توان ASQ را در منزل، مرکز بهداشتی، مهد کودک، پیش‌دبستان و مطب پزشک مورد استفاده قرار داد. تحقیقات فراوان درباره‌ی ASQ، دقت و صحت تشخیص آن را تأیید کرده است (ویژگی ۹۱-۷۶٪ و حساسیت ۹۰-۷۰٪). در یک بررسی ملی، این ابزار در بیش از ده هزار کودک ایرانی در مناطق مختلف کشور استفاده شده و نقاط برش کودکان ایرانی استخراج شده است. این تست حاوی ۱۹ پرسش‌نامه برای ۱۹ گروه سنی مختلف است که توسط والدین یا مراقب کودک کامل می‌شود. سنین انجام غربالگری با این تست عبارتند از: از ۴ ماهگی تا ۲ سالگی، هر ۲ ماه؛ از ۲ تا ۳ سالگی هر ۳ ماه (۲۷، ۳۰، ۳۳ و ۳۶) و از ۳ تا ۵ سالگی هر ۶ ماه (۴۲، ۴۸، ۵۴ و ۶۰ ماهگی). پرسش‌نامه ASQ (برای ۱۲ ماهگی)، دستورالعمل استفاده از آن‌ها، نحوه‌ی امتیازدهی نهایی به پرسش‌نامه‌ها، نقاط برش، روش ثبت اطلاعات و روش ارجاع کودکان در ضمیمه‌ی ۱ آمده است.

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

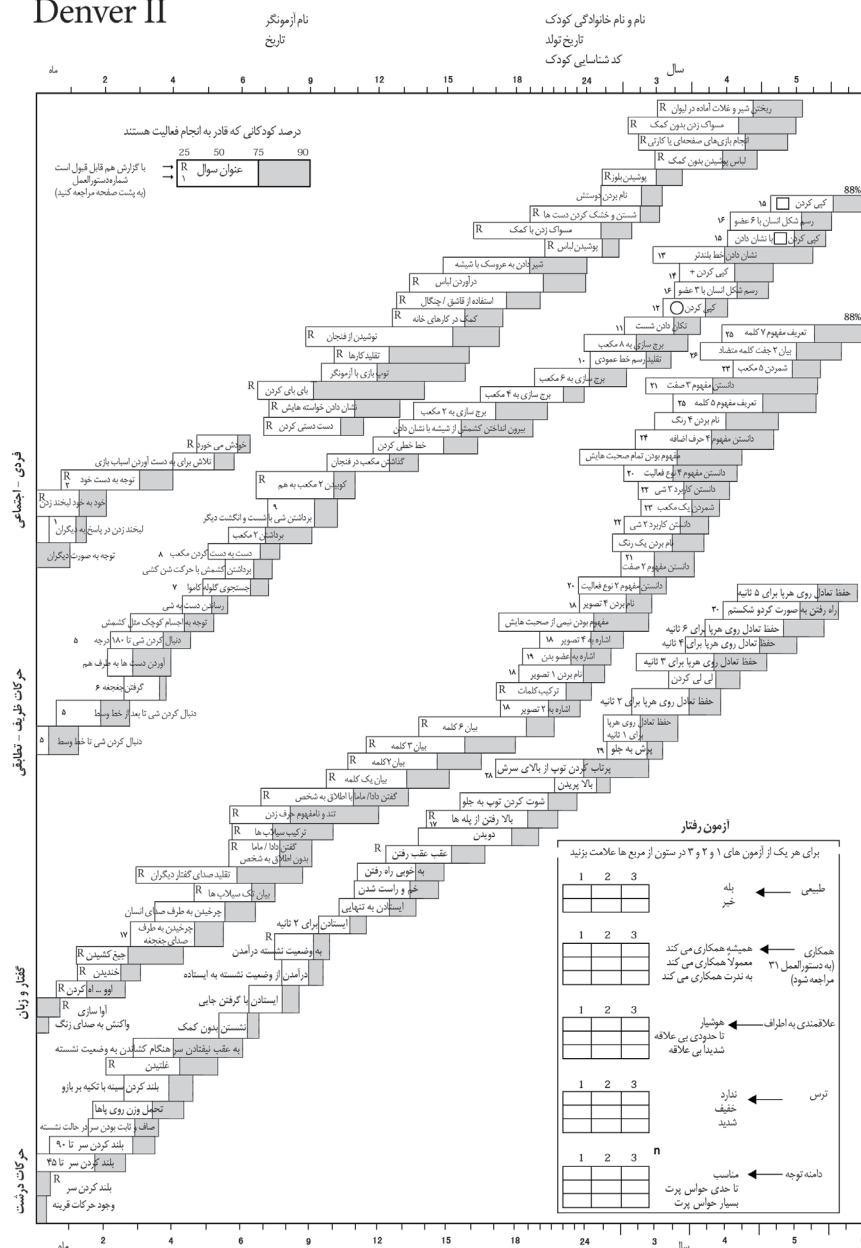
به‌طور کلی هر یک از سؤالات پرسش‌نامه‌ی ASQ واجد ویژگی‌های زیر است:

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

آزمون غربالگری تکاملی دنور (Denver Developmental Screening Test)

این آزمون تکاملی از هنگام تولد تا ۷۲ ماهگی (۶ سالگی) قابل استفاده است و می‌تواند در تشخیص تأخیر تکاملی کمک نماید (شکل ۱-۲-۴ و ضمیمه‌ی ۱). آزمون تکاملی دنور چهار جنبه‌ی تکاملی حرکت درشت (Gross motor)، حرکت ظریف (Fine motor)، فردی-اجتماعی (Personal-Social) و گفتار و زبان (language) را بررسی می‌کند. هر مهارت تکاملی به ۴ گونه تفسیر می‌شود: قبول (Pass)، رد (Fail)، امتناع از همکاری (Refuse) و نبود فرصت (No opportunity). هر مهارت تکاملی که طبق گزارش والدین و یا مراقبین کودک بایستی انجام شود، با حرف R نمایش داده شده و مهارت تکاملی که در خط سن و یا نزدیک آن است، بررسی می‌گردد. در شیرخوار نارس با سن کم‌تر از ۳۸ هفته‌ی بارداری تا سن ۲ سالگی اصلاح سن اعمال می‌گردد.

Denver II



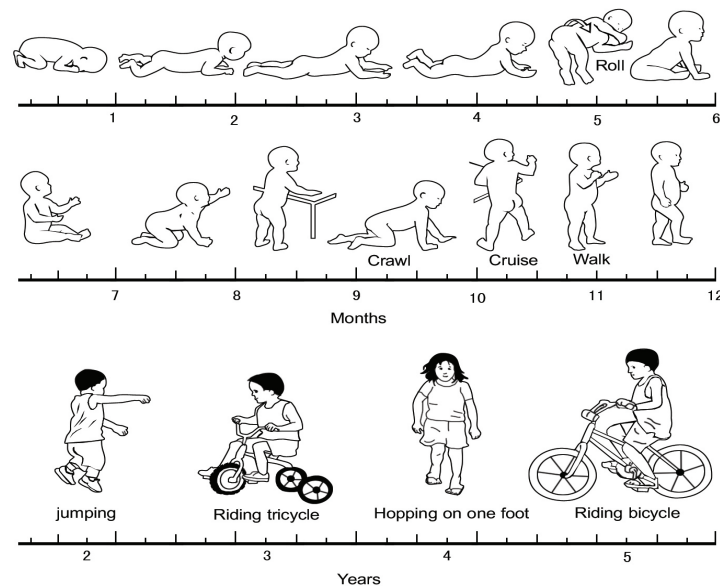
ثبت ارزیابی مهارت های تکاملی

- ۱- پیشرفته (Advanced): در این حالت کودک تمام مهارت های سمت راست خط سنی را انجام می دهد (P).
- ۲- طبیعی (Normal): در این حالت کودک مهارت های بین صدک های ۷۵-۲۵ را انجام داده (P)، رد کرده (F) و یا امتناع می کند (R).
- ۳- احتیاط (Caution): در این حالت کودک مهارت های بین صدک های ۹۰-۷۵ را رد کرده (F) و یا امتناع می کند (R).
- ۴- تأخیر (Delay): در این حالت کودک تمام مهارت های سمت چپ خط سنی را رد کرده (F) و یا امتناع می کند (R).

تفسیر آزمون غربالگری دنور

اگر کودکی ۲ یا بیش از ۲ تأخیر داشته باشد، از آزمون غربالگری دنور رد (F) می شود. اگر یک تأخیر و/یا ۲ یا بیش از ۲ احتیاط

وجود داشته باشد، ارزیابی مجدد کودک در طی ۳ ماه الزامی می‌باشد. کودکی که هیچ تأخیری نداشته و حداکثر یک اختار دارد، در آزمون با موفقیت قبول می‌گردد (P). اگر تعداد موارد امتناع یا نبود فرصت، قابل ملاحظه باشد، کودک غیرقابل تست تلقی می‌گردد. هم‌چنین تصویر مهارت‌های تکاملی حرکتی آشکار و ظریف در شکل ۱-۲-۵ ملاحظه شده و علائم هشداردهنده‌ی (Red flags) مشکلات تکاملی در جدول ۱-۲-۱۰ ملاحظه می‌گردد.



شکل ۱-۲-۵- تکامل طبیعی - حرکتی آشکار
جدول ۱-۲-۱۰ علائم هشداردهنده‌ی (Red flags) مشکلات تکاملی

رفلکس‌های ابتدایی / پاسخ‌های وضعیتی

- رفلکس‌های ابتدایی و پاسخ‌های وضعیتی غیرطبیعی ممکن است بیانگر اختلالات تکامل حرکتی باشند. فقدان رفلکس‌های ابتدایی در زمان تولد، تداوم یا ظهور مجدد آن‌ها مانند تداوم مشت کردن دست در ۳ ماهگی و ظهور مجدد رفلکس مورو در ۹ ماهگی متعاقب آسیب مغزی نیز اهمیت دارد.
- رفلکس‌های غیرقرینه (به جز، رفلکس غیرقرینه‌ی تونیک گردن)
- رفلکس اجباری (Obligatory) غیرقرینه‌ی تونیک گردن
- فقدان پاسخ‌های محافظتی (فقدان پاسخ پاراشوت در ۱۰ ماهگی)

حرکتی آشکار

- معیارهای بسیار زودرس مانند توانایی غلت زدن یا اکستانسیون سر و گردن در وضعیت تعلیق شکمی قبل از ۳ ماهگی که بیانگر افزایش تون اکستانسور است.
- معیارهای بسیار دیررس
- در سن ۴ تا ۵ ماهگی، با گرفتن دست نمی‌نشیند.
- در سن ۷ تا ۸ ماهگی، بدون کمک نمی‌نشیند.
- در سن ۱۸ ماهگی، راه نمی‌رود.
- در سن ۲ سالگی، از پله، بالا و پایین نمی‌رود.
- در سن ۳ سالگی، برای لحظه‌ای روی یک پا نمی‌ایستد.
- در سن ۴ سالگی، لی‌لی نمی‌کند.
- راه رفتن با نوک پا؛ قیچی کردن؛ در حالتی که می‌خواهیم او را بنشانیم، یکباره می‌ایستد و تعویض پوشک شیرخوار به سختی، بیانگر اسپاستیسیتیه هستند.

حرکتی ظریف

- در سن ۴ تا ۵ ماهگی، نمی تواند جفجغه را در دست بگیرد.
- در سن ۱۰ تا ۱۱ ماهگی، نمی تواند چیزی را بین شست و سایر انگشتان در دست بگیرد.
- دست غالب، قبل از سن ۱۸ ماهگی مشخص است (همی پلژی و آسیب شبکه ی بازویی سمت مقابل را در نظر داشته باشید).
- در سن ۳ سالگی، نمی تواند ۸ مکعب را روی یکدیگر گذاشته یا یک خط مستقیم بکشد.
- در سن ۵ سالگی، نمی تواند با مکعب ها، پلکان بسازد یا یک ضربدر را تقلید کند.

زبان

- در هر سنی، به صدا پاسخ نمی دهد.
- در سن ۹ ماهگی، استفاده از حروف صدادار و بی صدا با یکدیگر (Babbling) مانند "بابا" ندارد.
- در سن ۱۱ تا ۱۲ ماهگی، چیزی را نمی دهد، نشان نمی دهد و اشاره نمی کند.
- در سن ۱۸ ماهگی، دستورات ساده را درک نمی کند.
- در سن ۱۸ تا ۲۱ ماهگی، هیچ کلمه ای را به کار نمی برد.
- در سن ۲۴ ماهگی، عبارات ۲ کلمه ای به کار نمی برد و به دستورات ساده، پاسخ نمی دهد.
- در سن ۲۴ تا ۳۶ ماهگی، تکلم او به سختی توسط والدین درک می شود.
- در سن ۳۶ تا ۴۸ ماهگی، تکلم او به سختی توسط افراد غریبه درک می شود.
- کودکی که از صحبت در مورد موقعیت ها و مسائل مختلف اجتناب می کند.
- هرگونه پسرفت در زبان یا مهارت های اجتماعی در هر سنی مشاهده می شود.
- لکنت در شرایط بدون استرس، تکرار تمام کلمه وجود دارد.

شناختی

- در سن ۲ تا ۳ ماهگی، مادر خود را با علاقه ی خاصی نمی شناسد.
- در سن ۱۲ ماهگی، دنبال اشیای مخفی شده نمی گردد.
- در سن ۲ سالگی، تشابه ها را گروه بندی نمی کند.
- در سن ۳ سالگی، نام کامل خود را نمی داند.
- در سن ۴/۵ سالگی، به طور متوالی نمی شمارد.
- در سن ۵ سالگی، هیچ رنگ یا حرفی را نمی شناسد.

رفتاری، اجتماعی / هیجانی

- در هر سنی، تماس چشمی ضعیف؛ عدم توانایی در آرام شدن توسط والدین؛ فقدان علاقه به مردم؛ تهاجم بیش از حد و حرکات تکراری داشته باشد (اختلالات نافذ تکاملی، PDD را در نظر داشته باشید).
- در ۳ ماهگی، فقدان لبخند اجتماعی داشته باشد (PDD، غفلت و اختلال بینایی را در نظر داشته باشید).
- در سن ۶ تا ۸ ماهگی، در حین بازی نمی خندد.
- در سن ۲ سالگی، با کودکان و بزرگسالان مشغول نمی شود. (PDD، غفلت و اختلال بینایی را در نظر داشته باشید).
- در سن ۳ تا ۵ سالگی، ارتباط اجتماعی ندارد.

ارزیابی شنوایی کودک

تشخیص زودرس کاهش شنوایی بسیار مهم است و عدم تشخیص آن در سنین پایین موجب اختلال در تکامل گفتاری، ارتباطی، شناختی، یادگیری و اجتماعی هیجانی فرد می‌گردد. غربالگری شنوایی نوزادان در برخی از کشورها اجباری می‌باشد، زیرا کنترل کودک از نظر تکامل شنوایی با در نظر گرفتن علائم خطر به تنهایی فقط قادر به تشخیص ۵۰٪ از موارد کاهش شنوایی می‌باشد. غربالگری شنوایی نوزاد، باید در زمان تولد و قبل از ترخیص از بیمارستان انجام شود و اگر چنانچه مقدور نبود، در ماه اول زندگی صورت گیرد. کاهش شنوایی باید قبل از ۳ ماهگی تشخیص داده شده و قبل از ۶ ماهگی مداخلات لازم صورت گیرد. دو تستی که به کار می‌روند (ABR) Auditory brainstem response و Transient evoked otoacoustic emissions (EOAE) هستند. امواج مغزی تولید شده توسط کلیک‌های الکترودهای روی پوست سر نوزاد را اندازه می‌گیرد. EAOE، از راه میکروفون‌های ظریفی که در مجرای گوش خارجی نوزاد قرار گرفته، امواج صوتی گوش داخلی در پاسخ به یک سری از کلیک‌ها یا تون‌ها را اندازه‌گیری نموده و ثبت می‌کند. در سن ۷ ماه تا ۳ سال، تمام مواردی را که قبلاً غربالگری نشده یا موردی از عوامل خطر دارند را غربالگری کنید. روش‌های غربالگری در این سن شامل Visual reinforcement audiometry (VRA) برای ۶ ماه تا ۲ سالگی و Conditional play audiometry (CPA) برای کودکان بزرگ‌تر از ۲ سال است. تمام کودکان ۴ تا ۸ سال را اگر موردی از عوامل خطر دارند غربالگری نمایید. روش‌های غربالگری در این سن، CPA و ادیومتری متداول است.

❖ مراحل ارزیابی کودک

مراحل ارزیابی کودک از نظر شنوایی عبارتند از:

- ۱- اطمینان از انجام غربالگری شنوایی
 - ۲- ارزیابی عوامل خطر: درمورد وجود هر یک از عوامل خطر زیر از مادر سؤال کنید.
- ❖ عوامل خطر همیشگی، یک بار پرسیده شده و ثبت می‌شوند (جدول ۱-۲-۱۱):

جدول ۱-۲-۱۱ عوامل خطر همیشگی

آیا عفونت داخل رحمی داشته است؟
آیا وزن هنگام تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم بوده است؟
آیا در هنگام تولد، آپگار دقیقه‌ی اول ۴ یا کمتر یا دقیقه‌ی پنجم ۶ یا کمتر داشته است؟
آیا به دلیل زردی، تعویض خون شده است؟
آیا به دلیل عفونت نوزادی، آنتی بیوتیک اتوتوکسیک یا لوپ دیورتیک دریافت کرده است؟
آیا تهویه مکانیکی به مدت ۵ روز یا بیش‌تر داشته است؟
آیا هیپرتانسیون ریوی پایدار داشته است؟

♦ عوامل خطر جدید، در هر ویزیت پرسیده می شوند (جدول ۱-۲-۱۲):

جدول ۱-۲-۱۲ - عوامل خطر جدید

آیا به نظر والدین یا مراقب، کودک از نظر شنوایی، تکلم، زبان، تکامل و یادگیری مشکلی دارد؟
آیا کودک سابقه‌ی مشکل شنوایی داشته است؟
آیا کودکی ناشنوا در خانواده‌ی نزدیک وجود دارد؟
آیا سابقه‌ی شیمی درمانی دارد؟*
آیا کودک آنومالی سر و صورت، سندرم یا بیماری خاصی که با اختلال شنوایی همراه باشد دارد؟*
آیا با صداهایی که بالقوه صدمه‌زا هستند تماس داشته است؟
آیا سابقه‌ی ضربه به سر دارد (به‌خصوص مواردی که با از دست دادن هوشیاری یا شکستگی همراه بوده و بستری شده است)؟
آیا سابقه‌ی مننژیت دارد؟*
آیا به‌طور مکرر عفونت گوش میانی داشته است؟
آیا اوتیت سروزی که بیش از ۳ ماه طول کشیده، داشته است؟

✓ در صورت مثبت بودن هر یک از سؤال‌های فوق، کودک برای ارزیابی شنوایی ارجاع شود.

✓ در صورتی که جواب سؤالات ستاره دار، مثبت باشد، کودک باید علاوه بر ارجاع در آن نوبت، تا ۳ سالگی، هر ۶ ماه یکبار برای بررسی شنوایی ارجاع شود.

۳- جواب‌های مادر را با جدول ۱-۲-۱۳ مقایسه کرده و در صورت عدم تطابق، کودک را برای ارزیابی شنوایی ارجاع نمایید.

جدول ۱-۲-۱۳ - شنوایی در سنین مختلف

سن	وضعیت مورد انتظار	سؤال کنید
تولد تا ۳ ماهگی	با صدای بلند، در قسمتی از بدن دچار پرش می شود. با اصوات یا موسیقی نسبتاً بلند آرام می شود.	آیا هنگام حرف زدن با او، سرش را به سمت شما می چرخاند؟ آیا با اصوات بلند، بیدار می شود؟ آیا وقتی با او صحبت می کنید، لبخند می زند؟ آیا به نظر می آید که صحبت‌های شما را می شنود و هنگام گریه کردن، ساکت می شود؟
۳ تا ۶ ماهگی	سرش را به طرف منبع صوتی می چرخاند.	- آیا به کلمه‌ی «نه» که مادر می گوید پاسخ نشان داده و در تون صدای خود تغییر می دهد؟ آیا صدای خود را تقلید می کند؟ آیا از صدای اسباب بازی‌های صدا دار لذت می برد؟ آیا سعی در تکرار اصوات می کند (مثل اُ، آ، بابا)؟ آیا از اصوات بلند می ترسد؟

سن	وضعیت مورد انتظار	سؤال کنید
۶ تا ۱۰ ماهگی	سرش را به طرف منبع صدای آرام می‌چرخاند و آن را مشخص می‌کند. اصوات صدادار مانند "دادا" را ادا می‌کند.	آیا نسبت به صدا زدن اسمش، زنگ تلفن و صدای برخی از افراد، واکنش نشان می‌دهد؟ آیا لغات عمومی (کفش، لیوان) و "بای بای" را می‌شناسد و واکنش دارد؟ آیا حتی وقتی تنها است غان و غون می‌کند؟ آیا در پاسخ به درخواست‌هایی مثل "بیا این‌جا" واکنش دارد؟ آیا وقتی درمورد چیز مشخصی صحبت می‌شود به آن چیز نگاه می‌کند؟
۱۰ تا ۱۵ ماهگی	اصوات صدادار بیش‌تری را ادا می‌کند و اولین کلمه را می‌گوید.	آیا از اسباب‌بازی‌های صداساز لذت می‌برد و با آن‌ها بازی می‌کند؟ آیا وقتی از او خواسته شود، اشیا و افراد آشنا را نگاه می‌کند و یا نشان می‌دهد؟ آیا دستورات یک مرحله‌ای را وقتی با حالت چهره نشان داده می‌شود دنبال می‌کند؟
۱۵ تا ۱۸ ماهگی	حداقل ۶ کلمه را می‌تواند بگوید.	آیا دستورات ساده مانند «توپ را بده به من» را بدون آن‌که آن را نشان دهید، اجرا می‌کند؟
۱۸ تا ۲۴ ماهگی	دو کلمه را به یکدیگر وصل می‌کند.	آیا سؤالات ساده‌ای را که پاسخ «بله یا نه» دارند مانند «گرسنه‌ای» را می‌فهمد؟ آیا عبارات ساده مانند «توی لیوان» یا «روی میز» را می‌فهمد؟ آیا از خواندن کتاب با آهنگ لذت می‌برد؟ آیا وقتی از او خواسته می‌شود، تصاویر را نشان می‌دهد؟
۲۴ تا ۳۶ ماهگی	جمله می‌گوید و واضح حرف می‌زند.	آیا مفاهیم «حالا، نه» و «بیش‌تر، نه» را در پاسخ به درخواست‌هایش می‌فهمد؟ آیا می‌تواند اشیا را براساس اندازه آن‌ها (بزرگ، کوچک) انتخاب کند؟ آیا جملات امری دو قسمتی را می‌فهمد (کفشت را بده، بیا این‌جا)؟ آیا بیش‌تر لغات دستوری مانند «بدو» و «بیر» را می‌فهمد؟
بعد از ۳ سالگی		آیا نگرانی درمورد شنوایی کودک خود دارید؟ آیا گوش درد دارد؟ آیا کودک به‌طور مکرر گوش خود را می‌کشد یا می‌مالد؟ آیا صدای تلویزیون یا رادیو را بلند می‌کند؟ آیا به بحث‌های معمول توجه دارد؟

۴- به ظاهر گوش نگاه کنید. معاینه ی گوش شامل معاینه ی لاله ی گوش و اطراف آن، اتوسکوپی برای بررسی مجرا و پرده ی صماخ، معاینه ی وضعیت تعادلی و عصب صورت است. درد گوش اغلب به دلیل عفونت حاد یا بدتر شدن یک عفونت مزمن است. اگر اتوسکوپی طبیعی بود، باید درد ارجاعی از سایر قسمت های سر و گردن را در نظر داشت. باید معاینه ی دهان، دندان ها، لثه، لوزه ها برای التهاب، گردن، فک و مفصل تمپورومانندیبولار (درد در هنگام جویدن) و پشت گوش (از نظر وجود تورم در ماستوئیدیت حاد و یا التهاب تاندون عضله ی استرنوکلئیدوماستوئید) انجام شود. درد عمقی ناگهانی و کوتاه مدت می تواند نورالژی نیز باشد. در صورت مشاهده ی موارد زیر، کودک به پزشک متخصص ارجاع شود.

۴-۱ - لاله ی گوش و اطراف آن

- ◆ از بین رفتن شیار پشت گوش در موارد ماستوئیدیت حاد، به دلیل تورم روی استخوان ماستوئید به وجود می آید.
- ◆ حفره یا سوراخ ریز یا زائده ی پوستی در جلوی گوش می تواند با نقص داخلی گوش همراه باشد.
- ◆ لمس توده در جلوی گوش، در عفونت های گوش خارجی دیده می شود اما اگر به مدت طولانی باقی بماند، باید تومور پاروتید را نیز مدنظر داشت.
- ◆ وجود تاول در پشت گوش در زونای گوشی رخ می دهد و می تواند با فلج عصب صورت و کاهش شنوایی همراه شود.
- ◆ شکل غیر طبیعی لاله ی گوش (کوچک بودن یا نقص در برخی قسمت ها یا برجسته بودن) می تواند با نقایصی در گوش میانی یا داخلی همراه باشد.
- ◆ تورم یا قرمزی لاله گوش در موارد پری کندریت و کندریت رخ می دهد.
- ◆ دردناک بودن لاله ی گوش در لمس یا کشیدن، در موارد اوتیت خارجی و یا پری کندریت دیده می شود.

۴-۲ - مجرای گوش

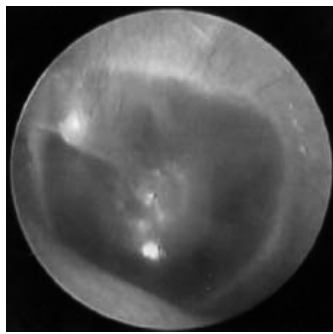
- سرومن طبیعی گوش دارای رنگ زرد مایل به قهوه ای، قوام نرم و معمولاً غیر مایع و تقریباً بدون بو می باشد. البته، در نوزادان به طور طبیعی مجرای گوش با ماده ی نرمی به رنگ زرد کم رنگ (ورنیکس کازنوزا) پر شده که بعد از مدت کوتاهی برطرف می شود. کشیدن، مالیدن یا گرفتن گوش به طور مکرر توسط کودک می تواند در موارد اوتیت رخ دهد ولی قابل اطمینان نیست. این علامت، در دردهای ارجاعی مانند دندان درد نیز روی می دهد.
- ◆ فقدان مجرای گوش علاوه بر این که خود باعث کاهش شنوایی می شود، می تواند با نقایص بیش تری در گوش میانی یا داخلی همراه باشد.
 - ◆ ترشح از گوش در موارد اوتیت خارجی (شکل ۱-۲-۴) و یا میانی دیده می شود. ترشحات باید تمیز شود تا پرده ی صماخ به طور کامل دیده شود.
 - ◆ تنگی مجرا در موارد اگزما، عفونت مزمن و تومورهای استخوانی مجرا دیده می شود و معاینه ی کامل را دشوار می سازد.
 - ◆ ذرات سیاه یا سفید در داخل مجرا در عفونت های قارچی دیده می شود.
 - ◆ جسم خارجی در مجرا باید خارج شود.
 - ◆ بوی بد ترشحات گوش نشانه ی عفونت مزمن یا کلستاتوم است.



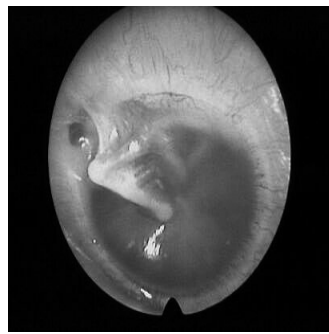
شکل ۱-۲-۴- اوتیت خارجی

۳-۴ - پرده‌ی صماخ

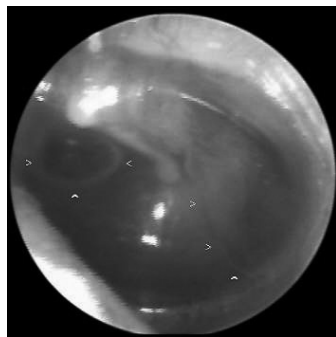
برای دیدن پرده‌ی صماخ نیاز به اتوسکوپ می‌باشد. نور اتوسکوپ باید کافی باشد در غیر این صورت، پرده کدر به نظر می‌رسد. کودک باید در بغل مادر بنشیند به طوری که دستان وی توسط بازوی مادر و پاهایش در بین پاهای مادر نگه داشته شود. دست دیگر مادر، سر کودک را نگه می‌دارد. بزرگ‌ترین اسپکولومی که در مجرا جا می‌گیرد را انتخاب کنید. اتوسکوپ مانند مداد در دست راست گرفته شده و لاله‌ی گوش کودک به سمت پایین کشیده می‌شود. پرده‌ی صماخ، مقعر است (شکل ۵-۲-۱). بیرون‌زدگی (برجسته شدن) یا به‌داخل کشیده شدن (رتراکسیون) پرده به‌خصوص در قسمت فوقانی یا قسمت شل پرده، غیر طبیعی می‌باشد (شکل ۶-۲-۱). پرده، به‌طور معمول رنگ نقره‌ای-خاکستری دارد و مانند کاغذ روغنی، براق می‌باشد. رنگ قرمز، زرد یا سفید پرده می‌تواند نشان دهنده‌ی مشکل در گوش میانی باشد (شکل ۷-۲-۱). قرمز بودن پرده می‌تواند در اثر گریه، عطسه یا فین‌کردن نیز ایجاد شود که در این موارد باید به حرکت پرده توجه نمود. پرده‌ی صماخ به‌طور معمول نیمه شفاف است و ساختمان‌های پشت آن تاحدی قابل رؤیت است (شکل ۵-۲-۱). پرده‌ی طبیعی در صورتی که بینی با دست بسته شده باشد، با قورت دادن آب دهان یا فوت کردن کودک به‌داخل بینی و یا با اتوسکوپ پنوماتیک حرکت می‌کند. وجود یا فقدان رفلکس نوری همیشه کمک کننده نیست.



شکل ۵-۲-۱ - پرده‌ی صماخ طبیعی

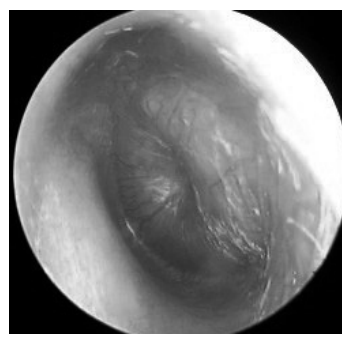


شکل ۶-۲-۱ - پرده‌ی صماخ به داخل کشیده شده



شکل ۷-۲-۱ - تجمع مایع سرروز

(این عکس در فصل آخر کتاب به صورت رنگی آورده شده است)



شکل ۸-۲-۱ - اوتیت میانی

- ◆ مشاهده‌ی حباب یا مایع از ورای پرده، غیرطبیعی بوده و در اوتیت میانی سرروز با تجمع مایع دیده می‌شود (شکل ۸-۲-۱).
- ◆ وجود توده در مجرای گوش

۴-۴ - عصب صورت

♦ ضعف یا فلج نیمه‌ی صورت، نشانه‌ی فلج عصب صورت است که با عدم توانایی در بستن ارادی چشم‌ها، بالابردن ابروها و یا نشان دادن دندان‌ها مشخص می‌شود. این مشکل، در فلج بل، هرپس گوشی، تومورها و بیماری‌های نورولوژیک دیده می‌شود.

۴-۵ - سایر موارد

- ♦ وجود یک دسته موی سفید در جلوی سر کودک می‌تواند با کاهش شنوایی همراه باشد.
- ♦ تب می‌تواند در اوتیت میانی دیده شود. کودکی که تب و درد شکم در اطراف ناف دارد، باید اتوسکوپی شود.
- ♦ عدم تعادل و تلوتلو خوردن در راه رفتن که اخیراً ایجاد شده، می‌تواند به دلایل گوشی، مغزی با اختلالات داخلی باشد. در نهایت، براساس جدول ۱-۲-۱۴ کودک را از نظرشنوایی طبقه‌بندی کنید.

جدول ۱-۲-۱۴ - طبقه‌بندی کنید.

نشانه‌ها	طبقه‌بندی	توصیه‌ها
• در صورت پاسخ منفی در هر گروه سنی یا ظاهر یا معاینه‌ی غیرطبیعی گوش، • انجام نشدن تست غربالگری در دوران نوزادی و داشتن هر یک از علائم خطر	احتمالاً مشکل شنوایی دارد.	کودک را برای ارزیابی بیش‌تر به متخصص گوش و حلق و بینی ارجاع دهید.
هیچ‌کدام از موارد فوق را ندارد و غربالگری شنوایی در دوران نوزادی انجام شده است.	احتمالاً مشکل شنوایی ندارد.	

ارزیابی بینایی کودک

کودک را از نظر وضعیت بینایی ارزیابی کنید (جدول ۱-۲-۱۵). ابتدا، از مراقب یا مادر کودک موارد زیر را بپرسید و بعد، به چشم‌های کودک نگاه کنید.

کنترل رفلکس قرمز (Red reflex)، اهمیت دارد. این رفلکس، به دلیل عبور نور افتالموسکوپ از لایه‌های طبیعی و شفاف چشم شامل لایه‌ی اشکی، قرنیه، زلالیه، عدسی و زجاجیه است. انعکاس نور، از فوندوس چشم برگشته و پس از عبور از سوراخ افتالموسکوپ، در چشم معاینه کننده تصویر می‌سازد. هر عاملی که این مسیر بینایی را به مخاطره اندازد، در رفلکس قرمز اختلال ایجاد می‌نماید.

جدول ۱-۲-۱۵- ارزیابی وضعیت بینایی

سن	سؤال کنید.	نگاه کنید.
تا ۲ ماهگی	آیا به صورت شما نگاه می‌کند؟ آیا چشم‌هایش را در مقابل نور می‌بندد؟ آیا چشم‌هایش را به شدت می‌مالد؟ آیا ترشح از چشم‌ها وجود دارد؟	ظاهر چشم (سفیدی مردمک‌ها) رفلکس قرمز حرکات چشم
۲ تا ۶ ماهگی	آیا به اطراف با توجه نگاه می‌کند؟ آیا می‌تواند چیزی را تعقیب کند؟ آیا برای گرفتن اشیاء، واکنش نشان می‌دهد؟ آیا چشم‌ها با هم دیگر هماهنگ حرکت می‌کنند؟ آیا در زمان شیر خوردن، به چشم‌های شما نگاه می‌کند؟ آیا چشم‌ها لرزش دارند؟	ظاهر چشم (سفیدی مردمک‌ها) رفلکس قرمز حرکات چشم آیا رفلکس نوری قرنیه در مرکز قرار دارد؟
۶ تا ۹ ماهگی	آیا اسباب‌بازی‌های خیلی کوچک را می‌بیند که حرکت دهد؟ آیا در زمان دقت کردن سر خود را می‌چرخاند یا کج می‌کند؟	ظاهر چشم (سفیدی مردمک‌ها) رفلکس قرمز حرکات چشم آیا رفلکس نوری قرنیه در مرکز قرار دارد؟
۹ تا ۱۲ ماهگی	آیا در زمان دقت کردن سر خود را می‌چرخاند یا کج می‌کند؟ آیا به اشیای مورد نظر خود اشاره می‌کند؟ آیا افراد را قبل از صحبت کردن در موقع داخل شدن به اتاق می‌شناسد؟	ظاهر چشم (سفیدی مردمک‌ها) رفلکس قرمز حرکات چشم آیا رفلکس نوری قرنیه در مرکز قرار دارد؟
۱ تا ۸ سالگی	آیا هیچ نگرانی درباره‌ی نحوه‌ی دیدن کودک خود دارید؟ آیا در زمان نگاه کردن به تلویزیون چشم‌های خود را ریز می‌کند (عیب انکساری)؟ آیا در مقابل نور شدید، یکی از چشم‌های خود را می‌بندد (استرابیسم متناوب)؟	ظاهر چشم (سفیدی مردمک‌ها) حرکات چشم تست حدت بینایی بعد از ۴ سالگی

در کودکان بزرگتر از ۴ سال، تست حدت بینایی را با استفاده از تابلوی E انجام دهید. حدت بینایی در نوزاد ترم ۲۰/۱۵۰ است و در حوالی ۶ سالگی به حد بزرگسالان (۲۰/۲۰) می رسد. معاینه ی مردمک ها در نوزادان نارس مشکل است زیرا در برابر بازکردن چشم ها مقاوم هستند و ایریس خوب پیگمانته نشده است. از هفته ی ۲۹ تا ۳۲، مردمک ها به نور واکنش نشان می دهند. اندازه ی مردمک ها و واکنش به نور تحت تأثیر داروها، ضایعات فضاگیر مغز، بیماری های متابولیک و اختلالات مغز میانی و عصب بینایی قرار می گیرد.

اسکلرا در شیرخوار رنگ مایل به آبی دارد. قطر قرنیه در نوزادان، ۱۰ میلی متر است و در ۲ سالگی به اندازه ی بالغین (۱۲ میلی متر) می رسد. قرنیه ی نوزاد نارس ممکن است به طور گذرا کدر باشد. ایریس آبی روشن یا خاکستری است ولی در طی ۶ ماه اول زندگی تغییر رنگ می دهد. مردمک نوزاد، کوچک و متسع کردن آن مشکل است. خونریزی سطحی در رتین نوزادان شایع است. ممکن است در زمان تولد، در ملتحمه نیز خونریزی روی دهد اما خود به خود برطرف می شود. 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، به تغییرات ایلومیناسیون پاسخ دهد و به نقاط کنتراست فیکس کند. نوزاد، در هنگام تغذیه به طور مستقیم به صورت مادر توجه می کند. در ۲ هفته ی، علاقه ی مداوم تری به اشیای بزرگ دارد و در ۸ تا ۱۰ هفته ی اشیای را تا ۱۸۰ درجه تعقیب می کند. ممکن است در هفته های اول، چشم ها در یک خط نباشند. هماهنگی چشم ها در ۳ تا ۶ ماهگی روی می دهد. انحراف مداوم چشم ها نیاز به ارزیابی دارد.

در مراجعات دوره ای باید ارزیابی چشم توسط پزشک صورت گیرد (جدول ۱-۲-۱۶).

جدول ۱-۲-۱۶- غربالگری های بینایی

سن	نوع غربالگری	یافته ها برای ارجاع به متخصص چشم ♦
۲ تا ماهگی	رفلکس قرمز رفلکس قرنیه معاینه ی خارجی	کدورت قرنیه، کاتاراکت، مشکلات رتین مشکلات ساختاری
۲ تا ۶ ماهگی	رفلکس قرمز رفلکس قرنیه توانایی نگاه کردن به صورت معاینه کننده یا مادر	کدورت قرنیه، کاتاراکت، مشکلات رتین استرابیسم مشکلات ساختاری
۶ تا ۱۲ ماهگی	رفلکس قرمز رفلکس قرنیه توانایی تعقیب شیء مورد توجه	کدورت قرنیه، کاتاراکت، مشکلات رتین استرابیسم آمبلیوپی، اگر به مسدود کردن هر چشم، مقاومت غیر یکسان نشان می دهد.
۱ تا ۳ سالگی	رفلکس قرمز رفلکس قرنیه تست حدت بینایی دید سه بعدی (Stereoaucuity)	کدورت قرنیه، کاتاراکت، مشکلات رتین استرابیسم مشکل بینایی، آمبلیوپی
۳ تا ۵ سالگی	رفلکس قرمز رفلکس قرنیه تست حدت بینایی دید سه بعدی	کدورت قرنیه، کاتاراکت، مشکلات رتین استرابیسم مشکل بینایی، آمبلیوپی

♦ آن هایی که استعداد ژنتیکی یا مشکل سیستمیک دارند نیز ارجاع شوند.

بررسی حدت بینایی در شیرخوار با کیفیت نگاه او و تعقیب وسیله‌ی مورد نظر بررسی می‌شود. اگر ابزار مناسب وجود داشته باشد می‌توان این بررسی را، از ۶ هفتگی انجام داد. برای این کار، زمانی که شیرخوار در آغوش والدین است یک اسباب‌بازی با رنگ روشن را به آهستگی به سمت چپ و راست حرکت داده و بررسی کنید که آیا چشمان شیرخوار شیء را تعقیب می‌کند یا نه؟ این آزمون را برای هر یک از چشم‌ها به‌طور جداگانه انجام دهید و با دست خود چشم دیگر را بپوشانید. لازم نیست که دست شما به چشم شیرخوار بچسبد. اگر اسباب‌بازی صدا دار باشد دقت تست کم می‌شود. صورت انسان بهتر از یک شیء است لذا معاینه کننده می‌تواند صورتش را، جلوی صورت شیرخوار حرکت دهد و اگر پاسخی ندید از مادر یا مراقب کودک بخواهد تا این کار را انجام دهد.

Cover/ Uncover test برای تشخیص استرابیسم کمک کننده است. در این تست، در حالتی که یک چشم را پوشانیده‌ایم، توجه کودک برای نگاه به یک شیء کوچک در فاصله‌ی حدود ۳ متری جلب می‌شود. پس از چند ثانیه، پوشش چشم برداشته شده و اگر حرکت این چشم برای دیدن شیء مشاهده شود، استرابیسم وجود داشته و بررسی بیش‌تر ضرورت دارد. اندازه گیری عینی، در ۲/۵ تا ۳ سالگی قابل انجام است. هر چشم، جداگانه بررسی شده و چشم مقابل بسته می‌شود. فاصله‌ی ایده‌آل میان کودک و چارت معاینه ۳ متر است و یک ردیف از اعداد یا حروف بهتر از یک عدد یا حرف می‌باشد. در تمام مدت بررسی باید به کودک اطمینان داد و او را تشویق کرد چون ممکن است بترسد یا نگران تنبیه به خاطر اشتباه باشد. تست E با تمرین‌های قبل از تست در سن ۳ تا ۴ سالگی و چارت حدت اسنلن، چنان چه کودک حروف را بشناسد در ۵ یا ۶ سالگی مقدور است. در سن ۳ سالگی، ۴ سالگی و ۵ یا ۶ سالگی، حدت بینایی به ترتیب در حدود، ۲۰/۴۰، ۲۰/۳۰ و ۲۰/۲۰ است.

❖ معاینه‌ی خارجی

در نور کافی به اندازه، شکل و تقارن کاسه‌ی چشم، محل و حرکت پلک‌ها، وضعیت و تقارن چشم‌ها توجه شود. نگاه به چشم و پلک‌ها از سمت بالا به تشخیص عدم تقارن کاسه‌ی چشم، توده‌های پلک، اگزوفتالمی و طپش غیرعادی کمک می‌کند. لمس نیز در تعیین توده‌ها کمک کننده است. به فقدان اشک، زیادی اشک، اریتم و تورم کیسه یا غدد اشکی توجه نمایید. با ماساژ کیسه‌ی اشکی به برگشت مایع از پونکتوم‌ها توجه کنید.

ضایعات موضعی، جسم خارجی، علائم التهابی، فقدان یا تغییر جهت مژه‌ها نیز مورد نظر قرار گیرد. جسم خارجی، بیش‌تر در سطح داخلی پلک فوقانی دیده می‌شود و با برگرداندن پلک قابل مشاهده است. بررسی سگمان قدامی با تاباندن نور Slit افتالموسکوپ به‌طور مایل برای معاینه‌ی قرنیه، عمق و شفاف بودن حفره‌ی قدامی و وضع ایریس انجام می‌شود. برای بررسی خراش، زخم و جسم خارجی می‌توان از رنگ فلورسئین استفاده کرد.

❖ اختلالات انکساری

در دوربینی (Hyperopia) تصویر، پشت رتین تشکیل می‌شود و باید، برای دید دور و نزدیک تطابق انجام شود. اگر شدید باشد خستگی، سردرد و تاری دید احساس می‌شود. استرابیسم، مالش چشم و فقدان علاقه به مطالعه از تظاهرات شایع است. ممکن است آمبلیوپی یک یا دو طرفه ایجاد نماید.

در نزدیک بینی (Myopia)، کودک اشیای دور را تار می‌بیند، به فعالیت‌های دور علاقه ندارد و اشیای و مطالب خواندنی را نزدیک می‌آورد. اخم کردن و جمع کردن چشم‌ها شایع است. نزدیک‌بینی، در شیرخواران و سنین پیش‌دبستانی شایع نیست اما ممکن است روی دهد. این اختلال بینایی، زمینه‌ی ارثی نیز دارد و لذا کودکان چنین والدینی باید در سنین پایین بررسی شوند. آستیگماتیسم، نوعی اختلال انکساری است که در یک محور با محور دیگر، تفاوت وجود دارد. تظاهرات آن مشابه سایر

عیوب انکساری است. علائمی چون فشار به چشم (Eye strain)، سردرد و خستگی دیده می شود. مالش چشم، بی تفاوتی نسبت به درس و نزدیک نگه داشتن مطالب خواندنی از تظاهرات شایع دوران کودکی است. شیرخواران دچار نامنظمی قرنیه، به دلیل آسیب ها، همانژیوم پلک و اطراف اربیت و پتوز پلک در معرض خطر آستیگماتیسم و آمبلیوپی هستند.

اگر عیب انکساری یک چشم به طور قابل توجهی متفاوت از چشم دیگر باشد، آنیزومتروپی (Anisometropia) نامیده می شود که سبب ایجاد آمبلیوپی دوچشمی گشته و با عیب انکساری بیش تری همراه است.

آمبلیوپی، کاهش حدت بینایی یک یا دوطرفه است که با اختلال ارگانیک موجود قابل توجیه نباشد. عدم تشکیل تصویر روی رتین ممکن است به دلیل انحراف چشم (استرابیسم)، عیوب انکساری قابل ملاحظه ای دو چشم (آمبلیوپی رفراکتیو)، عیوب انکساری متفاوت بین دو چشم (آمبلیوپی آنیزومتروپی) یا کدورت در محور دید (آمبلیوپی محرومیت) باشد (شکل ۱-۲-۹). در شرایط طبیعی، حدت بینایی در کودکان به سرعت تکامل می یابد ولی هر چیزی که اجازه ندهد تصویر واضحی در دهه ای اول عمر روی رتین تشکیل شود، مولد آمبلیوپی است. هرچه، سن پایین تر باشد، احتمال ایجاد آمبلیوپی بیش تر است.



(این عکس در فصل آخر کتاب به صورت رنگی آورده شده است)

شکل ۱-۲-۹- دو کودک مبتلا به استرابیسم

تشخیص بر پایه ی معاینه ی کامل چشم می باشد که کاهش حدت بینایی بدون هیچ مشکل عضوی وجود دارد. آمبلیوپی در بیش تر موارد بدون علامت است و با غربالگری تشخیص داده می شود. هرچه، سن کودک پایین تر باشد، شانس بهبودی بیش تر است زیرا سیستم بینایی هنوز تکامل نیافته است. در طی مدت درمان، نظارت دقیق لازم است تا چشم سالم دچار آمبلیوپی محرومیت نشود.

دوبینی بیش تر به دلیل انحراف محور دید ناشی از انحراف چشم ها است و در اکثر کودکان، با مهار نمودن تصویر چشم سالم، برطرف می شود. دوبینی ممکن است یک یا دوچشمی باشد. اگر بستن هر یک از چشم ها سبب دوبینی شود، دوبینی از نوع دوچشمی است. دوبینی یکچشمی به علت اختلالات انکساری و کدورت قرنیه یا عدسی ایجاد می شود. دوبینی دوچشمی ناشی از بیماری های عصبی عضلانی یا مشکلات داخل مغزی است و نیاز به بررسی های تکمیلی و ارجاع دارد. نیستاگموس نیز که حرکات ریتمیک یک یا هر دو چشم است نیاز به ارجاع دارد.

❖ اشک ریزش



تنگی مجرای اشکی، شایع‌ترین اختلال سیستم اشکی است که در ۶٪ نوزادان اتفاق افتاده و موجب اشک ریزش می‌گردد. این اشک ریزش، گاه با ترشحات چرکی همراه است و منجر به تحریک پوست پلک می‌شود. اشک ریزش ناشی از تنگی مجرای اشکی، می‌تواند با وزش باد، سرما و سرماخوردگی بیش‌تر شود.

در صورت بروز داکریوسیستیت (التهاب کیسه‌ی اشکی)، تورم و قرمزی در قسمت داخلی چشم و روی بینی دیده می‌شود و نیاز به ارجاع دارد (شکل ۱-۲-۱۰). انسداد ساده‌ی مجرای اشکی در اکثر موارد با ماساژ دادن و تمیز کردن اطراف چشم بهبود می‌یابد. در مواردی که تا ۹ ماهگی بهبودی روی ندهد ارجاع بیمار جهت میل زدن مجرای اشکی توصیه می‌شود. اشک ریزش چشم ممکن است به‌علت گلوکوم، بیماری‌های قرنیه، بیماری‌های شبکیه یا جسم خارجی روی دهد.

❖ آسیب‌های چشم ناشی از ضربه

ممکن است خون‌ریزی زیر ملتحمه و شبکیه در زمان زایمان روی دهد اما در اغلب موارد خوش‌خیم است و در طی چند هفته بهبود می‌یابد. در مواردی که پارگی پلک یا ملتحمه یا شک به پارگی قرنیه وجود دارد، بیمار باید ارجاع گردد.

❖ قرنیه

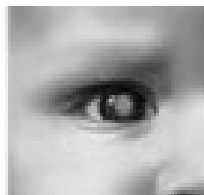
بزرگی قرنیه ممکن است به‌علت گلوکوم مادرزادی (شکل ۱-۲-۱۱) باشد که در این صورت با اشک ریزش و فتوفوبی همراه است. بزرگی قرنیه، نیاز به ارجاع دارد.



شکل ۱-۲-۱۱- کودک مبتلا به گلوکوم مادرزادی
(این عکس در فصل آخر کتاب به صورت رنگی آورده شده است)

❖ مردمک

رفلکس سفید مردمک (Leukocoria) به‌جای رفلکس قرمز، (شکل ۱-۲-۱۲) ممکن است در رتینوبلاستوم، کاتاراکت، کوریوریتینیت و جداشدگی شبکیه دیده شود و نیاز به ارجاع فوری دارد.



شکل ۱-۲-۱۲- رفلکس سفید (سمت چپ) و رفلکس قرمز مردمک (سمت راست)
(این عکس در فصل آخر کتاب به صورت رنگی آورده شده است)

❖ طبقه‌بندی وضعیت بینایی

نشانه‌های کودک را با نشانه‌های ذکر شده در هر ردیف جدول طبقه‌بندی مقایسه کرده و طبقه‌بندی مناسب را انتخاب کنید (جدول ۱-۲-۱۷). برای وضعیت بینایی دو طبقه‌بندی وجود دارد. مشکل بینایی دارد و مشکل بینایی ندارد.

جدول ۱-۲-۱۷- طبقه‌بندی وضعیت بینایی

نشانه‌ها	طبقه‌بندی	توصیه‌ها
پاسخ غیرطبیعی در هر گروه سنی ظاهر یا حرکات غیرطبیعی چشم‌ها فقدان رفلکس قرمز حدت بینایی کم‌تر از ۷/۱۰ اختلاف حدت بینایی دو چشم به اندازه‌ی دو خط	مشکل بینایی دارد.	کودک را برای ارزیابی بیش‌تر به متخصص چشم ارجاع دهید.
هیچ‌یک از نشانه‌های فوق را ندارد.	مشکل بینایی ندارد.	درمورد رابطه‌ی متقابل کودک و والدین مشاوره کنید.

در کودکان کوچک‌تر از ۴ سال، در صورت پاسخ غیرطبیعی مادر یا مراقب کودک به هر سؤال، ظاهر و حرکات غیرطبیعی چشم‌ها یا فقدان رفلکس قرمز، کودک در طبقه‌بندی «مشکل بینایی دارد» قرار می‌گیرد. این کودک، باید هر چه سریع‌تر برای ارزیابی بیش‌تر به متخصص چشم ارجاع داده شود.

در کودکان بزرگ‌تر از ۴ سال، در صورت پاسخ غیرطبیعی مادر یا مراقب کودک به هر سؤال، ظاهر و حرکات غیرطبیعی چشم‌ها، فقدان رفلکس قرمز، حدت بینایی کم‌تر از ۷/۱۰ یا اختلاف حدت بینایی دو چشم به اندازه‌ی دو خط در طبقه‌بندی «مشکل بینایی دارد» قرار می‌گیرد. این کودک نیز باید هرچه سریع‌تر برای ارزیابی بیش‌تر به متخصص چشم ارجاع داده شود. در صورتی که پاسخ سؤالات قابل قبول بوده و ظاهر و حرکات چشم طبیعی باشد، کودک در طبقه‌بندی «مشکل بینایی ندارد» قرار می‌گیرد. در این صورت، زمان مراقبت بعدی را به مادر بگویید.

ارزیابی دهان و دندان کودک

کلیه‌ی کودکان را از نظر وضعیت سلامت دهان و دندان کنترل کنید.

❖ کنترل و طبقه‌بندی کودکان کوچک‌تر از ۲ سال از نظر وضعیت دهان و دندان

❖ کنترل سلامت دهان و دندان

جدول ۱-۲-۱۸- کنترل کودکان کوچک‌تر از ۲ سال از نظر وضعیت دهان و دندان

سؤال کنید.	نگاه کنید.
آیا مادر در زمان بارداری تحت مراقبت دندان‌پزشک بوده است؟	■ رویش دندان‌ها
آیا کودک شما تا قبل از یک‌سالگی توسط دندان‌پزشک یا پرسنل بهداشتی معاینه شده است؟	■ وجود پلاک روی دندان‌ها
آیا کودک شما در حین دندان درآوردن مشکلی داشته است؟	■ تورم و قرمزی لثه
آیا دندان‌های کودک خود را تمیز می‌کنید؟	■ نشانه‌های وجود تروما
آیا در هنگام رانندگی برای کودک خود از صندلی مخصوص استفاده می‌کنید؟	■ پوسیدگی دندان‌ها
آیا کودک شما سابقه‌ی ضربه به دندان‌ها یا صورت دارد؟	■ یا پوسیدگی زودرس
فرم ارزیابی خطر پوسیدگی را از والدین بپرسید.	♦ دوران کودکی

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

- ۱- 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 است.
- ۲- هرگونه علامتی از پوسیدگی سطوح صاف در کودک کوچک‌تر از ۳ سال بیانگر ECC شدید است.
- ۳- ویژگی دیگر ECC، پیشرفت سریع پوسیدگی می‌باشد.

سؤال کنید (جدول ۱-۲-۱۸): آیا مادر در زمان بارداری تحت مراقبت دندان‌پزشک بوده است؟

براساس تحقیقات اخیر، کودکان به‌وسیله‌ی مراقبین و به‌طور اصلی مادران، با باکتری‌های آغازکننده‌ی پوسیدگی آلوده می‌شوند. اگر مراقب کودک، میکروب‌های خطرناک پوسیدگی را داشته باشد، انتقال می‌تواند از طریق بوسیدن، غذای مشترک یا سایر تماس‌ها رخ داده و بروز پوسیدگی را آغاز نماید. بنابراین، با بهبود بهداشت مادر، شانس انتقال این میکروب‌ها به شیرخوار کاهش می‌یابد.

سؤال کنید: آیا کودک شما تا قبل از یک‌سالگی توسط دندان‌پزشک یا پرسنل بهداشتی معاینه شده است؟

ملاقات با دندان‌پزشک برای کودکان بعد از ۶ ماهگی و پس از رویش اولین دندان شیری توصیه شده است. دندان‌پزشک با گرفتن 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.

سؤال کنید: 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.

سؤال کنید: آیا دندان‌های کودک خود را تمیز می‌کنید؟

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

سؤال کنید: 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.

سؤال کنید: 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 ۱-۲-۲۱) کودک را به دندان‌پزشک ارجاع دهید.

سؤال کنید: فرم ارزیابی خطر پوسیدگی (جدول ۱-۲-۱۹) را از والدین بپرسید.

ارزیابی خطر، وسیله‌ای (پرسش‌نامه‌ای) است که بیانگر وجود خطر در کودک، حتی در غیاب بیماری آشکار می‌باشد. با حذف عوامل خطر قبل از رخ دادن بیماری، می‌توان از وقوع بیماری در آینده نزدیک و هم چنین، طولانی مدت جلوگیری کرد. مداخله، در حذف این عوامل خطر و کاهش خطر پوسیدگی زودرس در دوران کودکی متمرکز است. فرم ارزیابی خطر باید با پرسیدن سؤالاتی از والدین کامل شده و کودک، طبقه‌بندی شود.

جدول ۱-۲-۱۹- ابزار ارزیابی خطر پوسیدگی دندان

Caries Risk Assessment Tool (CA)

شاخص‌های خطر			عوامل خطری که در نظر گرفته می‌شود
کم	متوسط	زیاد	برای هر یک از موارد، دور دقیق‌ترین پاسخ را دایره بکشید.
			قسمت اول- شرح حال (در مصاحبه با والد یا مراقب تعیین می‌شود).
خیر		بله	کودک دارای نیازهای مراقبتی خاص سلامت به‌خصوص موارد مؤثر بر هماهنگی حرکتی*

شاخص‌های خطر ^۵			عوامل خطری که در نظر گرفته می‌شود
خیر		بله	کودک دارای بیماری که بر بزاق تأثیر دارد (خشکی دهان)
منظم	نامنظم	ندارد	دفعات معاینه‌ی دندان پزشکی روتین
خیر		بله	پوسیدگی دندان
بیش‌تر از ۲۴ ماه	۱۲ تا ۲۴ ماه	کم‌تر از ۱۲ ماه	زمانی که از آخرین حفره‌ی کودک گذشته است.
خیر		بله	کودکی که از وسایل ارتودنسی یا دهانی استفاده می‌کند.
خیر		بله	پوسیدگی دندان در والدین یا خواهر و برادرها
بالا	متوسط	پایین	وضعیت اجتماعی اقتصادی والدین
فقط با غذا	۱ تا ۲	بیش از ۳	تماس با قندها یا غذاهای مولد حفره در فواصل وعده‌های غذا (مصرف آب‌میوه، نوشابه و داروهای شیرین)
خمیردندان حاوی فلوراید استفاده نمی‌کند، آب حاوی فلوراید می‌خورد و مکمل نمی‌گیرد.	خمیردندان حاوی فلوراید استفاده می‌کند، معمولاً آب حاوی فلوراید نمی‌خورد و مکمل نمی‌گیرد.	خمیردندان حاوی فلوراید استفاده نمی‌کند، آب آشامیدنی حاوی فلوراید نیست و مکمل نمی‌گیرد.	تماس با فلوراید
۲-۳	۱	کم‌تر از ۱	دفعات مسواک زدن روزانه
			قسمت دوم- ارزیابی بالینی (با معاینه‌ی دهان کودک مشخص می‌شود).
ندارد		دارد	پلاک قابل مشاهده (سفید - گچی)
ندارد		دارد	ژنژیویت (لته‌های قرمز و پف کرده)
ندارد	۱	بیش از ۱	نواحی از دمنیرالیزاسیون مینا (نقاط سفید گچی روی دندان)
ندارد		دارد	نقص مینا، گودی یا شکاف عمیق
			قسمت سوم- ارزیابی حرفه‌ای تکمیلی (انتخابی)
ندارد		دارد	پوسیدگی مینا در رادیوگرافی
کم	متوسط	زیاد	مقدار لاکتوباسیل یا استرپتوکوک موتان

◇ خطر ارزیابی شده‌ی کلی در هر کودک، بالاترین سطح شاخص خطری است که دور آن دایره کشیده شده است. برای مثال، شاخص خطر در گروه پرخطر، کودک را در همان گروه قرار می‌دهد.

■ کودکان دارای نیازهای مراقبتی خاص عبارتند از: کودکانی که اختلال هیجانی، شناختی، رفتاری، حسی، ذهنی، تکاملی

یا فیزیکی دارند و آنهایی که حالت محدود کننده ای دارند که به تدابیر درمانی، مداخلات مراقبت سلامت و یا استفاده از سرویس های تخصصی نیاز دارند. این حالت ممکن است اکتسابی یا تکاملی بوده و منجر به محدودیت هایی در انجام فعالیت های روزانه یا محدودیت های دیگر در فعالیت اصلی زندگی شود.

قبل از تکمیل قسمت نگاه کنید توسط معاینه گر، لازم است به نکاتی چند در مورد معاینه ی دهان شیرخوار توجه شود. معاینه ی دهان شیرخوار، یک روند سریع است ولی از جهات مختلفی، با معاینه ی معمول، متفاوت می باشد:

- استفاده از صندلی، ضروری نبوده و کمترین ترجیح را دارد.
- 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 دامن ارائه کننده ی خدمات دندان پزشکی یا دندان پزشک 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 یا دندان پزشک 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 ناحیه ی محل رویش، برجستگی لثه و خارش در همین ناحیه، افزایش بزاق و جاری شدن آن از دهان شیرخوار، ناراحتی و گریه ی زیاد، بی خوابی و نوک زدن دندان از لای لثه است. در صورت بروز علائمی مانند تب، درد شکم یا اسهال باید، کودک را از نظر بیماری ارزیابی کنید. هنگام رویش دندان ها، معمولاً احساس خارش سبب می شود تا کودک هر چیزی را به دهان خود ببرد و در نتیجه، ممکن است به علت آلودگی دچار اسهال شود. وجود پلاک روی دندان ها را نگاه کنید.

پلاک روی دندان های شیری، پیش گوئی کننده ی قوی پوسیدگی های دندان در آینده است. بنابراین، بعد از آموزش سلامت دهان، والدین می توانند موفقیت را با مشاهده ی وجود پلاک کنترل نمایند. تورم و قرمزی لثه را نگاه کنید.

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

نشانه های وجود تروما را نگاه کنید.

نشانه های تروما روی صورت یا در داخل حفره ی دهان یا دندان ها باید به دقت بررسی شده و برای معاینات کامل تر به دندان پزشک ارجاع شود.

پوسیدگی دندان ها را نگاه کنید.

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

علائم پوسیدگی عبارتند از:

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

◆ طبقه بندی سلامت دهان و دندان

تمام کودکان را پس از ارزیابی طبقه بندی کنید (جدول ۱-۲-۲۰). نشانه های کودک را با نشانه های ذکر شده در هر ردیف جدول رنگی طبقه بندی مقایسه نموده و طبقه بندی مناسب را انتخاب کنید. برای وضعیت سلامت دهان و دندان کودک کوچک تر از ۲ سال، سه طبقه بندی وجود دارد که عبارتند از: مشکل شدید یا پرخطر، مشکل متوسط یا خطر متوسط و مشکل ندارد یا کم خطر.

جدول ۱-۲-۲۰ - طبقه بندی کودک از نظر وضعیت دهان و دندان (کوچک تر از ۲ سال)

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
- درد یا - بیرون افتادن کامل دندان از دهان - تورم و قرمزی لثه - تورم صورت - نشانه های تروما - پوسیدگی زودرس دوران کودکی - امتیاز خطر زیاد از پرسش نامه ی ارزیابی خطر	مشکل شدید یا پرخطر	- اقدامات مربوط به بیرون افتادن کامل دندان را انجام دهید. - اگر درد دارد، ضد درد مناسب تجویز شود. - در اسرع وقت، کودک را برای ارزیابی بیش تر به دندان پزشک ارجاع دهید.
- پوسیدگی - وجود پلاک روی دندان ها - تمیز نکردن دندان های کودک توسط والدین - سابقه ی ضربه به صورت - امتیاز خطر متوسط از پرسش نامه ی ارزیابی - خطر پوسیدگی	مشکل متوسط یا خطر متوسط	- روش های صحیح تمیز کردن دندان های کودک را به مادر آموزش دهید. - توصیه های سلامت دهان و دندان را به مادر آموزش دهید. - در اولین فرصت برای ارزیابی بیش تر به دندان پزشک مراجعه کند.
- مادر درحین بارداری، تحت مراقبت دندان پزشکی نبوده است. - مشکل دندان درآوردن - معاینه نشدن توسط دندان پزشک تا قبل از یک سالگی - عدم استفاده از صندلی مخصوص درحین رانندگی - امتیاز خطر کم از پرسش نامه ی ارزیابی خطر پوسیدگی	مشکل ندارد یا کم خطر	- مادر را برای انجام درمان های دندان پزشکی و رعایت سلامت دهان و دندان و امکان انتقال پوسیدگی از مادر به شیرخوار آموزش دهید. - توصیه های سلامت دهان و دندان برای نوزاد را به مادر آموزش دهید. - مادر را تشویق کنید که در مراقبت های بعدی مراجعه کند.

❖ کنترل و طبقه بندی کودکان بزرگتر از ۲ سال از نظر وضعیت دهان و دندان

❖ کنترل سلامت دهان و دندان

جدول ۱-۲-۲۱ - کنترل کودکان بزرگتر از ۲ سال از نظر وضعیت دهان و دندان

سؤال کنید..	نگاه کنید..
۱- آیا والدین در مسواک زدن به کودک کمک می کنند؟	پوسیدگی دندانها
۲- آیا کودک به تنهایی یا با کمک والدین کم تر از ۲ بار مسواک می زند؟	ECC
۳- آیا کودک تاکنون توسط دندان پزشک معاینه شده است؟	تأخیر رویش
۴- آیا کودک از مکمل های فلوراید استفاده می کند یا تحت درمان با فلوراید است؟	تورم و قرمزی لثه
۵- آیا کودک شما دندان درد دارد؟	تورم صورت ناشی از عفونت دندانی
۶- آیا کودکان سابقه ی ضربه به دندانها یا صورت دارد؟	نشانه ی تروما (تورم صورت ، کبودی، ...)
۷- آیا در هنگام سوار شدن در ماشین برای کودک خود از صندلی مخصوص یا کمر بند ایمنی استفاده می کنید؟	مقایسه ی فلوراید آب با جدول ۱-۲-۲۴
۸- بعد از ۴ سالگی: آیا کودک شما مکیدن های غیر تغذیه ای (انگشت و...) دارد؟	
۹- بعد از ۶ سالگی: آیا از خدمات فیشور سیلانت بهره مند شده است؟	
۱۰- فرم ارزیابی خطر پوسیدگی را بپرسید.	

سؤال کنید (جدول ۱-۲-۲۱): آیا والدین در مسواک زدن دندان و تمیز کردن لثه ها به کودکشان کمک می کنند؟

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

سؤال کنید: آیا کودک شما به تنهایی یا با کمک شما کم تر از دو بار در روز مسواک می زند؟

هدف اصلی از مسواک زدن، پاک نمودن پلاک میکروبی از روی دندانها و لثه می باشد. درست مسواک کردن وقتی است که تمام سطوح دندانها و لثه به خوبی از پلاک میکروبی پاک گردد، بنابراین بهتر است این کار در فرصت مناسب و با زمان کافی و آرامش صورت پذیرد، چرا که کیفیت مسواک کردن، بهتر از تعداد دفعات آن 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.

سؤال کنید: آیا کودک تاکنون توسط دندان پزشک معاینه شده است؟

ملاقات با دندان پزشک برای کودکان، بعد از ۶ ماهگی و پس از رویش اولین دندان شیری توصیه شده است. دندان پزشک، با گرفتن تاریخچه ی دقیق پزشکی و دندان پزشکی، معاینه ی کودک، استفاده از روش های تشخیصی پذیرفته شده ی کنونی، شروع برنامه ی پیش گیری، برنامه ی فراخوان منظم برای نگهداری وضعیت کنونی و تأکید دوباره بر روش های پیش گیری نقش مؤثری در ارتقای سلامت دهان و دندان کودک دارد.

سؤال کنید: آیا کودک از مکمل های خوراکی فلوراید استفاده می کند؟ آیا کودک تحت درمان با فلوراید های موضعی مثل

وارنیش فلوراید، دهان شویه و ... بوده است؟

مکمل های خوراکی فلوراید، منبع تغذیه ای از فلوراید برای کودکانی که به آب فلورایددار دسترسی ندارند فراهم می کند. برخی از کودکان نیز به علت داشتن مشکلات پوسیدگی، تحت نظر دندان پزشک با فلوراید درمان می شوند. دوز فلوراید تجویز شده به سن کودک و غلظت فلوراید آب آشامیدنی بستگی دارد. پس، در صورت استفاده از هرگونه مکمل خوراکی فلوراید با وجود درمان موضعی قبلی با فلوراید، باید سوابق دقیقاً ثبت شده و با میزان فلوراید آب آشامیدنی مقایسه گردد. در صورت عدم تطابق با جدول دوزاژ مکمل فلوراید، کودک را به دندان پزشک ارجاع دهید. در صورت عدم استفاده از مکمل های خوراکی یا درمان های موضعی در صورتی که با توجه به آب آشامیدنی کودک نیاز به دوز مکمل دارد، او را به دندان پزشک ارجاع دهید.

سؤال کنید: آیا کودک شما دندان درد دارد؟

در صورت وجود درد دندان، کودک با توجه به جدول طبقه بندی به دندان پزشک ارجاع داده می شود. سؤال کنید: آیا کودک شما سابقه ی ضربه ی دندان ها و صورت را دارد؟ آیا در هنگام سوار شدن در اتومبیل، برای کودک خود از صندلی مخصوص یا کمربند ایمنی استفاده می کنید؟ ضربه، به علل متفاوت می تواند 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 می رود. صدماتی که به دندان های شیری وارد می شود ممکن است باعث آسیب به جوانه ی دندان های دائمی زیرین گردد. در صورت وجود سابقه ی ضربه (شکستگی قسمتی از تاج، فرو رفتگی دندان در محل خود، لقی دندان و تغییر رنگ دندان)، با توجه به جدول طبقه بندی کودک را به دندان پزشک ارجاع دهید. یکی از علل اصلی آسیب های دندان در کودکان، تصادفات اتومبیل می باشد. کودکانی که کمربند ایمنی آن ها بسته نشده و در حالت نشسته یا ایستاده اند، اغلب زمانی که ماشین به طور ناگهانی متوقف می شود در اثر برخورد با داشبورد یا شیشه ی جلوی اتومبیل دچار ضربه می شوند. بنابراین، بستن کمربند ایمنی یا استفاده از صندلی مخصوص کودکان، باعث پیش گیری از این صدمات می شود. با بستن کمربند ایمنی، از این حوادث پیش گیری می شود. سؤال کنید: در کودک بزرگتر از ۴ سال از مادر پرسید که آیا کودک مکیدن های غیر تغذیه ای (مکیدن انگشت شست، پستانک و ...) دارد؟

مکیدن های غیر تغذیه ای مانند مکیدن انگشت شست در کودک کوچکتر از ۲ سال وجود دارد که به طور خود به خود بین ۲ تا ۴ سالگی قطع می شود. در صورت عدم قطع این عادت تا ۴ سالگی، عوارض بسیاری در شکل گیری و رشد فک ها و فرم صورت ایجاد می شود. بنابراین، اگر پاسخ مادر به این سؤال مثبت است با توجه به جدول طبقه بندی، به دندان پزشک ارجاع شود. سؤال کنید: آیا کودک بزرگتر از ۶ سال از خدمات فیشور سیلانت بهره مند شده است؟ مسدود کردن شیارهای دندان های جوانه توسط مواد شیارپوش (مواد ترمیمی مخصوص) مانع از پوسیدگی این دندان ها در آینده شده و یک کار پیش گیری محسوب می گردد. چون اولین آسیای دائمی، معمولاً بعد از ۶ سالگی رویش می یابد بهتر است انجام این خدمات بعد از این سن صورت گیرد.

سؤال کنید: فرم ارزیابی خطر پوسیدگی (جدول ۱-۲-۲۰) را از والدین پرسید.

ارزیابی خطر، وسیله ای (پرسش نامه ای) است که بیانگر وجود خطر در کودک، حتی در غیاب بیماری آشکار می باشد. با حذف عوامل خطر قبل از رخ دادن بیماری، می توان از وقوع بیماری در آینده ی نزدیک و هم چنین، طولانی مدت جلوگیری کرد. مداخله، در حذف این عوامل خطر و کاهش خطر پوسیدگی زودرس در دوران کودکی متمرکز است. فرم ارزیابی خطر باید با پرسیدن سؤالاتی از والدین کامل شده و پس از امتیاز بندی، کودک، طبقه بندی شود. 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 هربار 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 می گردد. به این ترتیب، دندان ها دچار پوسیدگی می شوند. شیارهای سطح جونده:

در سنین اولیه ی رویش دندان های آسیای دائمی که دارای شیارهای عمیق می باشند، به دلیل تجمع مواد غذایی در داخل شیارها، احتمال ایجاد پوسیدگی خیلی زیاد می باشد.

محل های شایع پوسیدگی شیارهای سطح جونده، سطوح بین دندانی، طوق دندان یا ناحیه ی اتصال لثه و دندان می باشد (شکل ۱-۲-۱۳).

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

افراد در معرض خطر پوسیدگی دندان عبارتند از:

• کودکان (بیش از دیگر گروه های سنی)،

• کودکان دارای رژیم غذایی پرکربوهیدرات،

• افراد دچار سلامت دهانی ضعیف،
 • افرادی که فلوراید به میزان مناسب دریافت نمی کنند و یا در مناطقی سکونت دارند که آب آشامیدنی آنجا به میزان مناسب فلوراید ندارد،

• افراد دارای نقص و مشکلات فیزیکی که توانایی رعایت سلامت دهان خود را ندارند،

• کودکان والدینی که خود دارای پوسیدگی های فعال هستند و

• کودکان دچار بیماری خاص که تحت درمان های ویژه قرار می گیرند.

تظاهرات پوسیدگی

• تغییر رنگ مینای دندان؛ در محل پوسیدگی مینا، قهوه ای یا سیاه رنگ می شود.

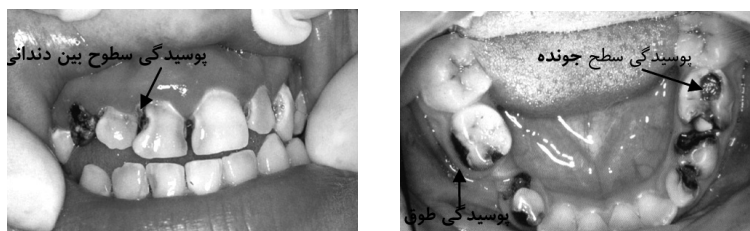
• سوراخ شدن دندان در محل پوسیدگی؛ گاهی میزان این تخریب کم است و فقط با معاینه ی دقیق مشخص می گردد و گاه، مقدار زیادی از دندان از بین می رود، به طوری که شخص فکر می کند دندان او شکسته است.

• حساس بودن یا درد گرفتن دندان؛ در موقع خوردن غذاهای سرد، گرم، ترش و شیرین یا وقتی که دندان ها را روی هم فشار می دهیم.

• بوی بد دهان که می تواند به علل مختلف ایجاد شود.

• پوسیدگی های بین دندانی می تواند باعث گیر کردن مواد غذایی بین دندان ها و یا پاره شدن نخ دندان هنگام استفاده شود.

نکته: هر تغییر رنگی در سطح دندان به معنی پوسیدگی نمی باشد.



(این عکس در فصل آخر کتاب به صورت رنگی آورده شده است)

شکل ۱-۲-۱۳- پوسیدگی دندان

پوسیدگی زودرس دوران کودکی (Early Childhood Caries, ECC) عبارت است از: حضور بیش از یک سطح دندانی پوسیده (ضایعات حفره دار یا بدون حفره)، از دست رفته (به دلیل پوسیدگی) یا پر شده در هر دندان شیری در کودک ۷۱ ماهه یا کوچک تر. هرگونه علامتی از پوسیدگی سطوح صاف در کودک کوچک تر از ۳ سال نشانگر ECC شدید است. ویژگی دیگر ECC، پیشرفت سریع پوسیدگی می باشد (شکل ۱-۲-۱۴).



(این عکس در فصل آخر کتاب به صورت رنگی آورده شده است)

شکل ۱-۲-۱۴- پوسیدگی زودرس دوران کودکی

برای پیش گیری از ECC یا پوسیدگی زودرس دوران کودکی نکات ذیل را به مادران گوشزد نماییم:

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

تأخیر رویش دندان ها 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 دندان های شیری، ۲/۵-۲ سالگی است. تعداد کل دندان های شیری، ۲۰ عدد (در هر نیم فک، ۵ دندان) می باشد. زمان رویش اولین دندان دائمی، حدود ۶ سالگی (دندان آسیای اول دائمی یا دندان ۶ سالگی) و زمان تکمیل دندان های دائمی (به جز عقل)، حدود ۱۲ الی ۱۳ سالگی است. تعداد کل دندان های دائمی (بدرنظر گرفتن دندان عقل)، ۳۲ عدد (در هر نیم فک ۸ دندان) می باشد. از حدود ۵/۵ تا ۱۲ سالگی، به تدریج دندان های شیری لق شده و می افتند. معمولاً ۲ تا ۶ ماه پس از افتادن هر دندان شیری، دندان دائمی جایگزین، رویش یافته و تا پایان عمر در دهان باقی می ماند. باتوجه به جدول ۱-۲-۲۲، در صورت وجود تأخیر در رویش دندان در حدود ۹ ماه، کودک را در طبقه بندی مشکل دندانی دارد، قرار دهید.

جدول ۱-۲-۲۲- زمان رویش دندان ها

دندان شیری	فک بالا	فک پایین
پیش میانی	۶-۸ ماهگی	۵-۷ ماهگی
پیش طرفی	۸-۱۱ ماهگی	۷-۱۰ ماهگی
نیش	۱۶-۲۰ ماهگی	۱۶-۲۰ ماهگی
آسیای اول	۱۰-۱۶ ماهگی	۱۰-۱۶ ماهگی
آسیای دوم	۲۰-۳۰ ماهگی	۲۰-۳۰ ماهگی
دندان دائمی	فک بالا	فک پایین
پیش میانی	۷-۸ سالگی	۶-۷ سالگی
پیش طرفی	۸-۹ سالگی	۷-۸ سالگی
نیش	۱۱-۱۲ سالگی	۹-۱۱ سالگی
اولین آسیای کوچک	۱۰-۱۱ سالگی	۱۰-۱۲ سالگی
دومین آسیای کوچک	۱۰-۱۲ سالگی	۱۱-۱۳ سالگی
اولین آسیای بزرگ	۶-۷ سالگی	۶-۷ سالگی
دومین آسیای بزرگ	۱۲-۱۳ سالگی	۱۲-۱۳ سالگی

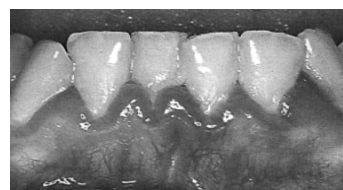
تورم و قرمزی لثه ی کودک را نگاه کنید.

نشانه های لثه ی سالم عبارتند از: رنگ صورتی، قوام سفت و محکم، تبعیت شکل لثه از شکل و طرز قرارگیری دندان ها، تیز بودن لبه ی لثه به طوری که مثل لایه ای روی دندان کشیده شود و عدم وجود هرگونه ناهمواری یا لبه ی پهن بین دندان و لثه، به طوری که فضای بین دندان ها توسط لثه پر شود (شکل ۱-۲-۱۵). در برخی از آن هایی که رنگ چهره تیره است، ممکن است لکه های قهوه ای رنگی روی لثه دیده شود که طبیعی است.



شکل ۱-۲-۱۵- نمای یک لثه ی سالم. رنگ صورتی و لبه های کاملاً تیز لثه از جمله علامت های مشخص کننده ی سلامت لثه هستند.

شکل ۱-۲-۱۶- لثه ی متورم که با کوچک ترین تماسی، به شدت دچار خونریزی می شود. اگر درمان نشود، باعث تحلیل استخوان و لق شدن دندان ها خواهد شد.



در صورت التهاب در لثه، تغییر رنگ مایل به قرمز پیدا کرده، دچار تورم شده و شکل اصلی خود را از دست می‌دهد (شکل ۱-۲-۱۶). 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.

پریودنتیت: زمانی که التهاب لثه ادامه یابد، لثه شروع به تحلیل رفتن می‌کند. به تدریج، بیماری به بافت‌های نگه‌دارنده‌ی دهان پیشرفت می‌کند که در نهایت باعث لقی دندان‌ها می‌گردد.

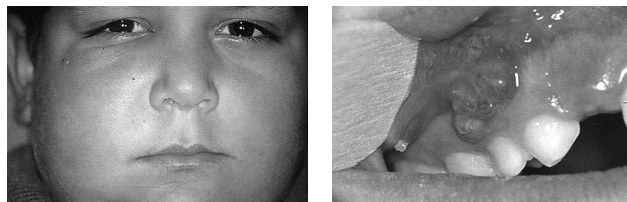
علت ایجاد التهاب لثه:

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

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

تورم صورت کودک را نگاه کنید.

در صورت وجود هرگونه تورم در ناحیه‌ی صورت (شکل ۱-۲-۱۷)، چون احتمال ارتباط بین این تورم و پوسیدگی دندان وجود دارد یا احتمال دارد که این تورم به علت تروما ایجاد شده باشد، باید در اسرع وقت کودک را برای ارزیابی بیش‌تر به دندان‌پزشک ارجاع دهید. میزان فلوراید مورد نیاز را تعیین کنید (مقایسه با جدول ۱-۲-۲۳).



(این عکس در فصل آخر کتاب به صورت رنگی آورده شده است)

شکل ۱-۲-۱۷- آبسه‌ی دهانی، راست) آبسه‌ی داخل دهانی در سمت راست دهان؛ چپ) آبسه‌ی خارج دهانی در سمت راست صورت

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

جدول ۱-۲-۲۳ - برنامه ی دوزاژ مکمل فلوراید

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

◆ طبقه بندی سلامت دهان و دندان

تمام کودکان را پس از ارزیابی، طبقه بندی کنید (جدول ۱-۲-۲۴). نشانه های کودک را با نشانه های ذکر شده در هر ردیف جدول رنگی طبقه بندی مقایسه نموده و طبقه بندی مناسب را انتخاب کنید. برای وضعیت سلامت دهان و دندان، سه طبقه بندی وجود دارد که عبارتند از: مشکل شدید یا پرخطر، مشکل متوسط یا خطر متوسط و مشکل ندارد یا کم خطر.

۱- مشکل شدید یا پرخطر

در صورتی که کودک دندان درد دارد؛ دندان به طور کامل از دهان بیرون افتاده است؛ تورم و قرمزی لثه یا تورم صورت ناشی از عفونت یا تروما دیده می شود؛ پوسیدگی زودرس دوران کودکی دارد؛ یا امتیاز خطر زیاد از پرسش نامه ی ارزیابی خطر پوسیدگی گرفته است، در این طبقه بندی قرار می گیرد. باید در اسرع وقت، کودک برای ارزیابی بیش تر به دندان پزشک ارجاع داده شود. در صورتی که دندان به طور کامل بیرون افتاده است، اقدامات مربوط به بیرون افتادن کامل دندان را انجام دهید. اگر، کودک درد دارد، استامینوفن تجویز کنید.

۲- مشکل متوسط یا خطر متوسط

در صورتی که، کودک پوسیدگی دندان ها؛ تأخیر در رویش؛ مکیدن های غیر تغذیه ای (بعد از ۴ سالگی)؛ سابقه ی ضربه به دندان ها؛ یا امتیاز خطر متوسط از پرسش نامه ی ارزیابی خطر پوسیدگی گرفته است، در طبقه بندی مشکل متوسط یا خطر متوسط قرار می گیرد. روش های صحیح مسواک زدن و هم چنین، توصیه های بهداشت دندان را به مادر آموزش داده و به او توصیه کنید که در اولین فرصت، برای ارزیابی بیش تر به دندان پزشک مراجعه نماید.

۳- مشکل ندارد یا کم خطر

در صورتی که کودک هیچ یک از نشانه های ذکر شده در جدول طبقه بندی وضعیت سلامت دهان و دندان را ندارد؛ والدین در مسواک زدن برای کودک هم کاری نمی کنند؛ کم تر از ۲ بار در روز مسواک می زند؛ عدم معاینه توسط دندان پزشک تا یک سالگی دارد؛ از صندلی مخصوص در وسایل نقلیه استفاده نمی کند؛ بعد از رویش اولین مولرهای دائمی (۶ تا ۷ سالگی) از فیشور سیلانت بهره مند نشده است؛ امتیاز خطر کم در پرسش نامه یا نیاز به مکمل فلوراید براساس جدول آن دارد، در طبقه بندی مشکل ندارد یا کم خطر قرار می گیرد. به مادر این کودک توصیه های سلامت دهان و دندان را آموزش داده و اگر کم تر از دو بار در روز مسواک می زند یا والدین در مسواک زدن برای کودک هم کاری نمی کنند، روش های صحیح مسواک زدن را به مادر آموزش دهید. در غیر این صورت، مادر را تشویق کنید در مراقبت های بعدی مراجعه کند.

جدول ۱-۲-۲۴ - طبقه‌بندی کودک از نظر وضعیت دهان و دندان (بزرگ‌تر از ۲ سال)

نشانه‌ها	طبقه‌بندی	توصیه‌ها
درد بیرون افتادن کامل دندان از دهان تورم یا قرمزی لثه تورم صورت ناشی از عفونت یا تروما پوسیدگی ECC امتیاز خطر زیاد از پرسش‌نامه	مشکل شدید یا پرخطر	- اقدامات مربوط به بیرون افتادن کامل دندان را انجام دهید. - اگر درد دارد، استامینوفن بدهید. - در اسرع وقت کودک را برای ارزیابی بیش‌تر به دندان‌پزشک ارجاع دهید.
پوسیدگی دندان‌ها تأخیر در رویش مکیدن‌های غیر تغذیه‌ای (بعد از ۴ سالگی) سابقه‌ی ضربه به دندان‌ها امتیاز خطر متوسط از پرسش‌نامه	مشکل متوسط یا خطر متوسط	- روش‌های صحیح مسواک‌زدن و نخ دندان کشیدن را به مادر آموزش دهید. - توصیه‌های سلامت دهان و دندان را به مادر آموزش دهید. - در اولین فرصت برای ارزیابی بیش‌تر به دندان‌پزشک مراجعه کند.
عدم همکاری والدین در مسواک زدن برای کودک یا کم‌تر از ۲ بار مسواک زدن عدم معاینه توسط دندان‌پزشک عدم استفاده از صندلی مخصوص در حین رانندگی عدم استفاده از فیشور سیلانت بعد از رویش اولین مولرهای دائمی (بین ۶ تا ۷ سالگی) امتیاز خطر کم در پرسش‌نامه نیاز به مکمل فلوراید براساس جدول آب	مشکل ندارد یا کم‌خطر	- توصیه‌های سلامت دهان و دندان را به مادر آموزش دهید. - اگر کم‌تر از ۲ بار مسواک می‌زند یا والدین در مسواک زدن برای کودک همکاری نمی‌کنند روش‌های صحیح مسواک زدن را به مادر آموزش دهید. - اگر تا به حال به دندان‌پزشک مراجعه نکرده است والدین را همراه با کودک به دندان‌پزشک ارجاع دهید. - مادر را تشویق کنید که در مراقبت‌های بعدی مراجعه کند.

مشاوره با مادر در مورد سلامت دهان و دندان

والدین باید در هنگام تمیز کردن دندان‌های شیرخوار خود، با دقت به دندان‌ها نگاه کرده و در صورت مشاهده‌ی هرگونه علائم تغییر رنگ و لکه بر روی دندان‌ها، به‌خصوص طوق دندان‌های پیشین که محل شایع پوسیدگی می‌باشد و باید با بالا زدن لب شیرخوار بررسی گردد، به دندان‌پزشک مراجعه کنند.

تمیز کردن لثه و دندان‌های شیرخوار

تمیز کردن لثه‌ها، اهمیت بسیاری دارد. نحوه‌ی تمیز نمودن لثه‌ها و دندان‌های کودک به شرح زیر است:

- ابتدا دست‌های خود را بشویید.
- راحت‌ترین راه جهت تمیز کردن لثه و دندان‌های شیرخوار این است که کودک را درحالی که سرش به سمت بدن شما و پاهایش از شما دور باشد در آغوش خود بخوابانید.
- برای بازکردن دهان کودک، بهتر است انگشت سبابه‌ی خود را به آهستگی، به گونه‌ی شیرخوار فشار دهید تا فک پایین باز شود.
- یک تکه گاز تمیز را دور انگشت سبابه پیچیده و لثه‌ی بالا و پایین را به آهستگی تمیز نمایید (شکل ۱-۲-۱۸) یا در صورت دسترسی به مسواک انگشتی، آن را روی انگشت اشاره قرار دهید و به آرامی و با حرکات ملایم چرخشی، لثه

و سطوح دندانانی کودک را تمیز کنید.

◆ فشار را به اندازه‌ی کافی وارد کنید تا پلاک میکروبی برداشته شود.

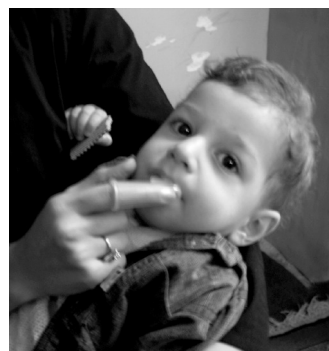
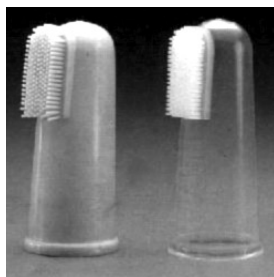
◆ این کار را دو بار در روز، بعد از اولین و آخرین وعده‌ی غذایی انجام دهید که روی هم رفته ۲ دقیقه بیش تر طول نمی‌کشد. هم‌چنین، در صورت دسترسی به مسواک انگشتی، می‌توان با حرکات چرخشی ملایم، از آن برای ماساژ لثه بر روی ناحیه‌ای که دندان در حال رویش است، استفاده نمود تا از درد و ناراحتی کودک بکاهد (شکل ۱-۲-۱۹). مسواک انگشتی، وسیله‌ی ساده و مؤثری جهت کمک به رعایت سلامت دهان و دندان و ماساژ لثه در هنگام رویش دندان‌ها است که از زمان تولد تا ۳ سالگی قابل استفاده می‌باشد. لازم به ذکر است که مسواک انگشتی برای مدت ۳ تا ۴ ماه قابل استفاده بوده و باید، پس از آن تعویض گردد. مسواک انگشتی را باید بعد از استفاده شسته و در محلی خشک و به دور از آلودگی قرار داد.

برخی از مزایای مسواک انگشتی عبارتند از:

- پس از استفاده، با مایع ظرفشویی قابل شستشو است.
- در آب جوش، استریل شده و قابل فریز کردن نیز می‌باشد.
- از حجم کمی برخوردار بوده و به راحتی قابل حمل است.



شکل ۱-۲-۱۸- تمیز نگاه داشتن لثه‌ی شیرخوار با گاز مرطوب



شکل ۱-۲-۱۹- مسواک انگشتی و نحوه‌ی استفاده از آن

(این عکس‌ها در فصل آخر کتاب به صورت رنگی آورده شده است)

برای مسواک زدن دندان‌های کودک بهتر است پدر یا مادر روی زمین نشسته و پاهای خود را در مقابل کودک دراز نمایند و سر کودک را بین پاهای خود به گونه‌ای قرار دهند که بازوها و پاهای او توسط والدین کنترل شود و سپس مسواک زدن را آغاز نمایند.

◆ مسواک زدن برای کودکان ۱ تا ۲ ساله

زمان ایده‌آل برای مسواک زدن ۳ تا ۴ دقیقه می‌باشد. زمان‌های مناسب برای مسواک زدن بعد از صبحانه، بعد از ناهار و قبل از خواب شب هستند. استفاده از خمیردندان برای کودکان مفید است مسواک جزء وسایل شخصی می‌باشد و هیچ‌کس نباید از مسواک دیگری استفاده نماید.

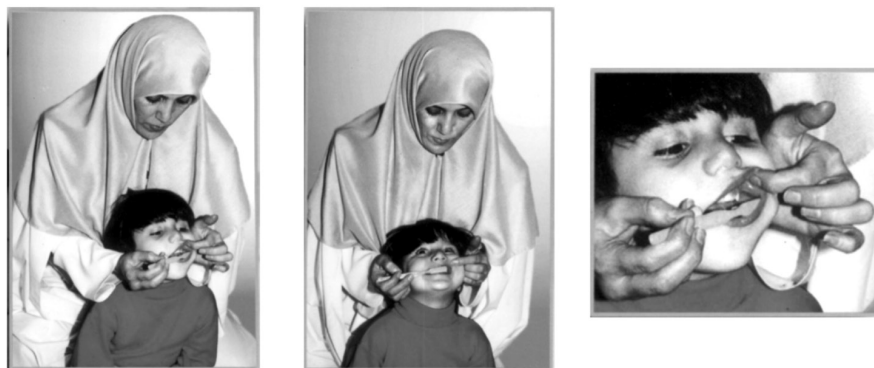
بهترین روش مسواک زدن برای کودکان این گروه سنی، روش افقی است. در این روش، مسواک به‌طور افقی و جداگانه بر روی سطوح داخلی و خارجی و جونده‌ی دندان‌ها گذاشته شده و با حرکت مالشی، به جلو و عقب حرکت داده می‌شود. توصیه می‌شود که در این دوران، کودک حتماً با مسواک آشنا شده و در حدود ۲ سالگی استفاده از خمیردندان را نیز شروع نمود. اگر کودک قادر به نگهداری خمیردندان در دهان است، برای هربار مسواک کردن تنها به اندازه‌ی یک نخود، خمیردندان استفاده شود. ولی در کودکانی که خمیردندان را قورت می‌دهند بهتر است تا رفع این عادت، از خمیردندان استفاده نشده یا از خمیردندان بدون فلوراید استفاده گردد.

◆ مسواک زدن برای کودکان ۳ تا ۵ ساله

والدین احساس می‌کنند فرزندانشان در این محدوده‌ی سنی مهارت‌های لازم را برای تمیز نمودن دندان‌هایشان به دست آورده‌اند، در صورتی که، نقش اصلی رعایت سلامت دهان و دندان این کودکان به عهده‌ی والدین است. ایده‌آل آن است که بعد از هر بار مصرف مواد غذایی دندان‌ها مسواک زده شوند. در هر حال، مسواک کردن دندان‌ها حتماً باید شب قبل از خواب (به دلیل این که در زمان خواب، جریان بزاق و حرکات زبان و گونه جهت تمیز کردن محیط دهان کاهش یافته و دندان‌ها مستعد پوسیدگی می‌شوند) و صبح بعد از صبحانه صورت گیرد.

لازم است مسواک کردن حتماً با خمیردندان انجام شود زیرا فلوراید داخل خمیردندان به کنترل پوسیدگی‌های دندان‌ها کمک کرده ولی در صورت عدم دسترسی به خمیردندان با آب هم می‌توان مسواک نمود. استفاده از نمک خشک، جوش شیرین یا سایر پودرها جهت مسواک کردن درست نیست، زیرا سبب ساییدگی مینای دندان و خراشیده شدن لثه می‌گردد. استفاده از آب نمک رقیق (نصف قاشق چای‌خوری در یک لیوان آب جوشیده‌ی سرد) به صورت دهان‌شویه جهت ضد عفونی محیط دهان، کمک کننده است. این سنین معمولاً زمان شروع استفاده از نخ دندان می‌باشد. استفاده از نخ دندان برای نواحی بین دندان‌ها با تماس نزدیک ضروری است. البته، در دوران دندان‌های شیری، استفاده از نخ دندان تنها برای دندان‌های خلفی توصیه می‌شود.

نحوه‌ی صحیح برای تمیز کردن دندان‌های کودک به این صورت است که والد، درحالتی پشت سر کودک قرار می‌گیرد که هر دو به یک جهت نگاه می‌کنند (شکل ۱-۲-۲۰). کودک در این حالت سر خود را به سمت عقب برده و به بازوی چپ پدر یا مادر تکیه می‌کند. در این زمان، گونه‌ی کودک با همان دست کنار زده شده و از دست دیگر برای مسواک زدن دندان‌ها استفاده می‌شود. برای این کار، باید مسواک با ملایمت و به آرامی روی سطح داخلی، خارجی و جونده‌ی دندان‌ها به طور افقی به حرکت درآید. این موقعیت برای استفاده از نخ دندان نیز کارآیی دارد.

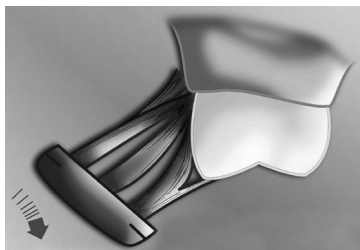


شکل ۱-۲-۲۰- جهت آموزش نحوه‌ی مسواک زدن به کودک، والد، پشت سر کودک و هم جهت با او اقدام به مسواک

زدن می‌کند. این کار، با کنار زدن لب توسط انگشت یک دست و مسواک زدن توسط دست دیگر انجام می‌گیرد.

بسیاری از والدین برای مسواک زدن دندان‌های فرزندانشان، درمقابل وی قرار می‌گیرند که باعث اضطراب کودک شده و سر او نیز بدون حمایت می‌ماند. بنابراین، باید والدین را از استفاده از این روش منع نمود. در این دوره‌ی سنی به شرط قورت ندادن خمیردندان، می‌توان از خمیردندان حاوی فلوراید استفاده نمود.

به هیچ وجه، برای مسواک زدن دندان کودک از خشونت استفاده نکنید. بلکه، باید با آموزش و تشویق مداوم کودک را راضی نمود. برای آموزش کودکان، بهتر است والدین در حضور فرزندانشان دندان‌های خود را مسواک بزنند. جهت اطمینان از فراگیری صحیح کودک می‌توان در پایان، از کودک خواست تا در حضور والد مسواک بزند.



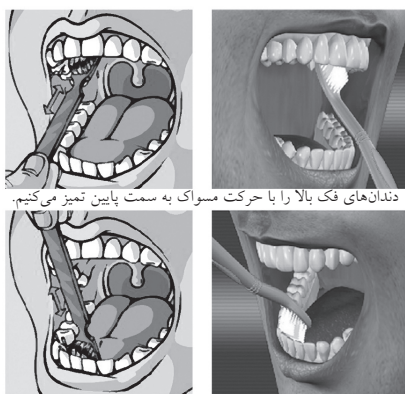
(این عکس در فصل آخر کتاب به صورت رنگی آورده شده است)

شکل ۲۱-۲-۱- مسواک را باید طوری روی دندان و لثه قرار داد که با زاویه‌ی ۴۵ درجه نسبت به محور طولی دندان و به سمت لثه باشد.

◆ مسواک زدن کودکان ۶ تا ۱۲ ساله

ابتدا دهان را با آب بشویید، سپس به اندازه‌ی یک نخود خمیردندان روی مسواک قرار داده و خمیردندان را به داخل موهای مسواک ببرید. در این سن، کودک، می‌تواند خودش مسواک بزند. روش صحیح این است که دندان‌های بالا و پایین جداگانه مسواک زده شوند. مسواک کردن از قسمت عقب یک سمت دهان شروع شده و به نحوی که سر مسواک در هر مرحله دو تا سه دندان را تمیز نماید، به ترتیب سطوح داخلی، خارجی و جونده‌ی کلیه‌ی دندان‌ها مسواک زده می‌شود. هنگام مسواک کردن باید موهای مسواک با زاویه‌ی ۴۵ درجه نسبت به محور طولی دندان در محل اتصال لثه و دندان قرار گیرد (شکل ۲۱-۲-۱).

بعد از قرار دادن مسواک روی دندان و لثه، ابتدا باید حرکت لرزشی (حرکات سریع و کوتاه) در محل صورت گیرد و سپس با حرکت میج دست، موهای مسواک روی سطح دندان به طرف سطوح جونده چرخانیده شود. این حرکت، باید برای هر دندان، چندین بار انجام گیرد (شکل ۲۲-۲-۱).

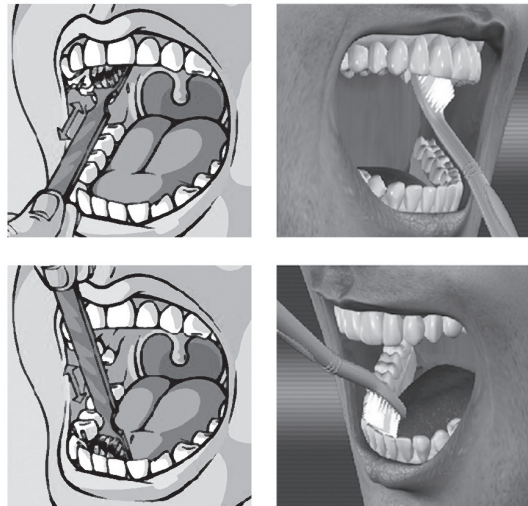


دندان‌های فک بالا را با حرکت مسواک به سمت پایین تمیز می‌کنیم.

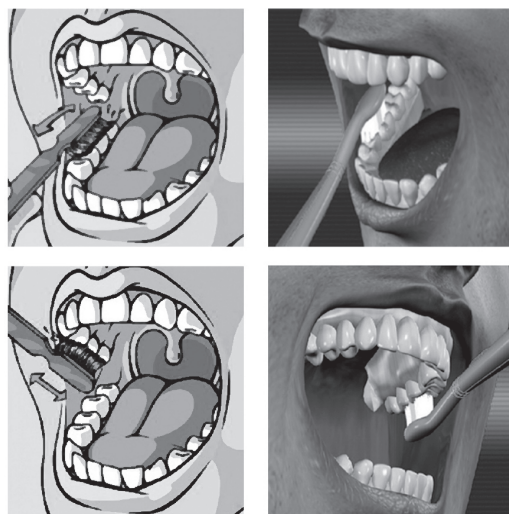
دندان‌های فک پایین را با حرکت مسواک به سمت بالا تمیز می‌کنیم.
شکل ۲۲-۲-۱- روش مسواک زدن فک بالا و پایین

برای سطوح داخلی دندان‌های جلو، مسواک را باید به صورت عمودی بر روی سطح داخلی دندان‌ها قرار داد و با حرکات بالا و پایین این سطوح را تمیز نمود (شکل ۲۳-۲-۱).

برای مسواک کردن سطوح جونده، موهای مسواک را در تماس با سطوح جونده قرار داده و کمی فشار دهید تا موهای مسواک به خوبی به داخل شیارهای سطح جونده وارد شود. سپس، چند بار مسواک را به جلو و عقب بکشید تا این ناحیه، به خوبی تمیز گردد (شکل ۲۴-۲-۱). مسواک زدن به صورت افقی و با شدت زیاد می‌تواند منجر به تحلیل لثه و حساسیت در نواحی طوق دندان‌ها گردد. چون خرده‌های مواد غذایی و میکروب‌ها روی سطح زبان جمع می‌شوند، بهتر است روی زبان را هم با مسواک تمیز نمود. برای این کار مسواک در عقب زبان قرار گرفته و به طرف جلو کشیده می‌شود. تمیز کردن زبان نقش مهمی در از بین بردن بوی بد دهان دارد. پس از مسواک کردن دندان‌ها و زبان، باید دهان چندین بار با آب شسته شود. وقتی مسواک کردن دندان‌ها تمام شد، مسواک را خوب بشویید و در جایی دور از آلودگی نگه‌داری کنید. توجه کنید که هیچ‌گاه مسواک خیس را در جعبه‌ی سر بسته نگذارید؛ چون رطوبت هوای داخل جعبه زیاد شده و رشد میکروب‌ها را تسریع می‌کند.



شکل ۱-۲-۲۳- با عمود گرفتن مسواک و بالا و پایین بردن آن، سطح داخلی دندان‌های جلوی فک بالا و پایین را مسواک می‌کنیم.

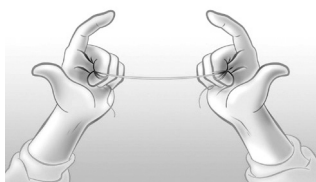


(این عکس‌ها در فصل آخر کتاب به صورت رنگی آورده شده است)

شکل ۱-۲-۲۴- سطح جونده‌ی دندان‌های فک بالا و پایین را با عقب و جلو بردن مسواک تمیز می‌کنیم.

♦ روش استفاده از نخ دندان

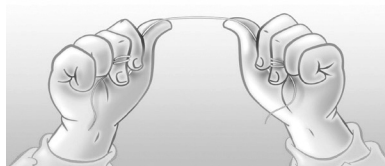
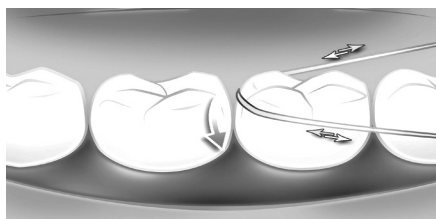
♦ حدود ۳۰ تا ۴۵ سانتی متر از نخ دندان را بُرید و دو طرف نخ را که بریده اید در هر دو دست به دور انگشت وسط یا انگشتی بیچید. سه انگشت آخر را ببندید و دو دست را از هم دور کنید تا نخ محکم کشیده شود. به این ترتیب، انگشت نشانه و شست هر دست آزاد می ماند (شکل ۱-۲-۲۵).



(این عکس در فصل آخر کتاب به صورت رنگی آورده شده است)

شکل ۱-۲-۲۵- با بستن سه انگشت آخر، نشانه و شست، دو دست آزاد مانده و قدرت مانور بالایی به شما می دهد.

♦ قطعه ای از نخ، به طول ۲ تا ۲/۵ سانتی متر را بین انگشتان شست و اشاره ی دست ها نگه دارید برای وارد کردن نخ بین دندان های فک پایین از دو انگشت اشاره و بین دندان های فک بالا از دو انگشت شست و اشاره استفاده کنید. نخ را با حرکتی شبیه اهر کشیدن به آرامی به فضای بین دندان ها وارد کنید (شکل ۱-۲-۲۶).



(این عکس در فصل آخر کتاب به صورت رنگی آورده شده است)

شکل ۱-۲-۲۶- طول نخ که بین انگشتان دست آزاد می ماند، کافی است که ۲ تا ۲/۵ سانتی متر باشد.

♦ پس از این که نخ را وارد فضاهای بین دندانی کردید، ابتدا، نخ را به سطح کناری دندان جلویی تکیه داده، با ملایمت به زیر لثه برده، آن را به دیواره ی دندان چسبانده و چندبار به طرف بالا و پایین حرکت دهید (شکل ۱-۲-۲۷). بعد از آن، نخ را از لای دندان ها خارج کنید. آن قسمت از نخ را که استفاده کرده اید، جابه جا کرده و نخ کشیدن دندان بعدی را شروع کنید. این کار را برای تمام سطوح بین دندان ها تکرار کنید.



(این عکس در فصل آخر کتاب به صورت رنگی آورده شده است)

شکل ۱-۲-۲۷- نخ را به کناره ی یکی از دندان ها تکیه داده و به زیر لبه ی لثه ببرید و سپس به دیواره ی دندان کناری بچسبانید و چند بار به طرف بالا و پایین حرکت دهید. مواظب باشید که فشاری به لثه وارد نشود.

توجه کنید:

- پشت آخرین دندان هر فک را نیز مانند دندان های دیگر نخ بکشید.
- استفاده از نخ دندان برای کودک باید با کمک والدین آموزش دیده، انجام پذیرد. پس از این که کودک مهارت کافی را به دست آورد، بهتر است این کار را تا مدتی با نظارت والدین انجام دهد.

- بهتر است روزی دوبار (شب‌ها قبل از خواب و صبح‌ها بعد از صبحانه) از نخ دندان استفاده کنید. در غیر این صورت حداقل شب‌ها قبل از خواب ابتدا از نخ دندان استفاده کرده، سپس دندان‌ها را مسواک کنید.
- اگر هنگام مسواک زدن و نخ کشیدن دندان‌ها، درد و خونریزی وجود داشت، جای نگرانی نیست. در اکثر مواقع با ادامه‌ی این کار و برطرف شدن التهاب لثه، درد و خونریزی هم از بین می‌رود. اگر پس از یک‌هفته علائم برطرف نشد، باید به دندان‌پزشک مراجعه شود.
- کشیدن نخ دندان برای تمام دندان‌ها حدود ۳ تا ۴ دقیقه طول می‌کشد.
- برای تمیز کردن سطوح بین دندان‌ها، به‌جای نخ دندان از هیچ نوع نخ دیگر یا وسایل سخت و نوک‌تیز مثل سنجاق و چوب کبریت استفاده نکنید. درضمن، توجه داشته باشید که خلال دندان وسیله‌ای است که به آسانی به لثه آسیب رسانده و معمولاً استفاده از آن توصیه نمی‌شود.
- استفاده از نخ دندان در کودکان برای نواحی بین‌دندانی با تماس نزدیک ضروری است. در دوره‌ی دندان‌های شیری، استفاده از نخ دندان تنها برای دندان‌های خلفی توسط والدین توصیه می‌شود.

♦ آسیب دیدگی و شکستگی دندان‌ها

- در دوران دبستان، صدمات سر و صورت در کودکان دیده می‌شود. عواملی نظیر زمین‌خوردن، ورزش، ضربه هنگام آب‌خوردن از شیر آب، دعوای کودکان و... سبب وارد شدن آسیب به سر و صورت می‌گردد. ضربه به دندان‌ها، درحین بازی کودکان شایع بوده و می‌تواند آسیب‌هایی با شدت‌های متفاوت از یک ترک ساده‌ی مینا تا شکستگی استخوان فک ایجاد نماید. در این گونه موارد، چگونگی برخورد با کودک آسیب دیده، بسیار اهمیت دارد و باید به نکات زیر توجه نمود:
- ۱- در هنگام مواجه شدن با چنین آسیب دیدگی‌هایی، ضمن حفظ خونسردی، شرح حادثه (کی، کجا و چگونه) را جویا شده، به‌سرعت با والدین کودک تماس گرفته و کودک به‌طور اورژانس به دندان‌پزشک ارجاع شود.
 - ۲- در آسیب‌های دندان‌های شیری که بیش‌تر به‌صورت لق‌شدگی دندان مشاهده می‌گردد در صورتی که جراحی در اطراف دندان باشد، ابتدا محل را با آب شستشو داده و سپس برای توقف خونریزی گاز تمیزی به‌مدت ۵ دقیقه روی ناحیه‌ی آسیب دیده با فشار نگه داشته شود. سپس جهت بررسی‌های بیش‌تر به دندان‌پزشک ارجاع گردد.
 - ۳- در آسیب‌هایی که به دندان‌های دائمی وارد می‌شود در صورتی که فقط قسمتی از تاج دندان شکسته شده باشد، کودک به همراه تکه‌ی دندان به دندان‌پزشک ارجاع داده شود. دندان‌پزشک معمولاً با استفاده از مواد ترمیمی هم‌رنگ، دندان را بازسازی می‌کند. تکه‌ی دندان شکسته باید در محیط مرطوب نگه داشته شود.

♦ بیرون افتادن دندان از دهان

- الف. دندان دائمی: بعضی از اوقات ضربه به دندان‌های قدامی باعث بیرون افتادن کامل دندان می‌شود. در مورد دندان‌های دائمی، بهترین کار این است که دندان از سمت تاج نگه داشته شده و زیر جریان ملایم آب یا آب جوشیده‌ی سرد گرفته شود. در این حالت، به‌هیچ وجه دندان و به‌خصوص ریشه نباید با پارچه یا دست پاک شود. سپس باید دندان در یک محیط مرطوب مثل سرم شستشو، شیر، آب جوشیده‌ی سرد و یا بزاق قرار گیرد و بلافاصله در حداقل زمان ممکن به دندان‌پزشک ارجاع شود.
- ب. دندان شیری: به‌دلیل آسیبی که ممکن است به دندان دائمی زیرین برسد، نباید تلاشی در جهت گذاشتن دندان شیری در محل حفره‌ی دندانی مربوطه صورت گیرد، ولی بیمار باید فوراً به دندان‌پزشک ارجاع شود. در صورتی که کودک قبلاً به‌طور کامل واکسینه نشده و زخم آلوده باشد، لازم است یک نوبت واکسن کزاز به وی تزریق گردد.
- توصیه می‌گردد در صورت وارد آمدن هرگونه ضربه به دندان‌ها، در صورتی که در ظاهر هم شکستگی دیده نشود، دندان‌های کودک توسط دندان‌پزشک معاینه شده و راهنمایی‌های بعدی صورت گیرد.

توصیه های سلامت دهان و دندان جهت آموزش والدین

قطره ی آهن

- برای جلوگیری از تغییر رنگ دندان ها، قطره ی آهن را در عقب دهان کودک بچکانید و پس از دادن قطره، به شیر مادرخواران، شیر و به کودکان بزرگ تر آب بدهید.

راه های پیش گیری از پوسیدگی دندان

راه های پیش گیری از پوسیدگی را که می توان به مادر آموزش داد به شرح زیر است:

۱- مسواک زدن

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 فرصتی مناسب، با زمان کافی و با آرامش صورت پذیرد؛ چرا که، کیفیت مسواک کردن بهتر از تعداد دفعات آن می باشد. البته، ایده آل آن است که بعد از هربار مصرف مواد غذایی و به ویژه مواد قندی، دندان ها مسواک شود، ولی اگر مقدور نبود، مسواک کردن دندان ها حتماً باید صبح ها بعد از صبحانه و شب ها قبل از خواب صورت گیرد. حداقل زمان برای مسواک زدن، ۴ دقیقه می باشد.

۲- استفاده از نخ دندان

سطوح بین دندانی به هیچ وجه با استفاده از مسواک تمیز نمی شوند و تنها به کمک نخ دندان می توان این سطوح را تمیز کرد. استفاده از نخ دندان، از سن ۳-۴ سالگی برای نواحی بین دندانی آغاز شده و در دوره ی دندانی شیری، تنها در صورت داشتن تماس بین دندان های خلفی استفاده از آن الزامی است.

۳- فلوراید

فلوراید یک ماده ی طبیعی است که باعث افزایش مقاومت دندان ها در برابر پوسیدگی می شود. این ماده، معمولاً از راه آب آشامیدنی و کم تر از آن با غذاهای دریایی مثل ماهی و میگو، چای و بعضی از میوه ها به بدن انسان می رسد. میزان مناسب فلوراید آب آشامیدنی ppm ۰/۷-۱/۲ می باشد. حداکثر فواید فلوراید، تنها زمانی حاصل می گردد که فلوراید مورد نیاز بدن از راه های مختلف مانند فلوراید تراپی، مصرف دهان شویه، آب فلورایددار، خمیردندان حاوی فلوراید، قرص و ... تأمین گردد. واریش فلوراید در کودکان کوچک تر از ۶ سال به عنوان یک روش ایمن، بی خطر، بدون درد و مؤثر در کاهش پوسیدگی، دوبار در سال استفاده می گردد.

فلوراید از طرق مختلف بر دندان ها تأثیر می گذارد:

۱- مصرف فلوراید سبب ورود آن به عاج و مینای دندان های رویش نیافته شده و باعث استحکام دندان و افزایش مقاومت آن در برابر پوسیدگی می گردد.

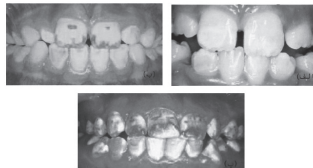
۲- فلوراید مصرفی به داخل بزاق ترشح می شود. اگرچه غلظت بزاقی آن کم است، اما غلظت آن در پلاک میکروبی زیاد بوده و با کاهش تولید اسید باعث کاهش پوسیدگی دندان می گردد.

۳- مصرف موضعی فلوراید (دهان شویه، خمیردندان، ژل، واریش و ...) باعث ورود آن به ساختمان دندان شده و در محکم شدن ساختمان دندان مؤثر است. فلوراید باعث کاهش بروز پوسیدگی در دندان های شیری به میزان ۴۰-۵۰٪ و در دندان های دائمی به میزان ۵۰-۶۰٪ می شود. افزودن فلوراید به آب آشامیدنی جامعه، می تواند مؤثرترین روش برای پیش گیری از پوسیدگی دندان باشد. روش های مختلف استفاده از فلوراید عبارتند از:

الف) روش های موضعی شامل دهان شویه ی سدیم فلوراید، خمیردندان حاوی فلوراید و ژل و واریش فلوراید.

ب) روش‌های خوراکی مانند افزودن فلوراید به آب آشامیدنی، افزودن فلوراید به نمک، شیر و ... و استفاده از قرص و قطره‌ی فلوراید. قرص و قطره‌ی فلوراید برای کودکان کوچک‌تر از ۱۲ سال مؤثر بوده و باید توسط دندان‌پزشک تجویز گردد. اگر مقدار فلوراید آب آشامیدنی یک منطقه بیش از اندازه باشد (۲ ppm و یا بیش‌تر)، نقاط سفیدرنگ ماتی روی دندان‌ها دیده می‌شود یا دندان‌ها زرد و قهوه‌ای رنگ می‌شوند که به این حالت فلوروزیس می‌گویند. وقتی فلوروزیس خیلی شدید باشد، مینای دندان نرم و مانند سنگ پا، سوراخ می‌شود (شکل ۲۸-۲-۱).

(این عکس در فصل آخر کتاب به صورت رنگی آورده شده است)



شکل ۲۸-۲-۱- الف) فلوروزیس خفیف،
ب) فلوروزیس متوسط، پ) فلوروزیس شدید.

نحوه‌ی استفاده از دهان‌شویه‌ی سدیم فلوراید:

- ◆ حدود ۵ میلی‌لیتر از دهان‌شویه برای هر دانش‌آموز در درب بطری بریزید.
- ◆ برای پیش‌گیری از قورت دادن دهان‌شویه از دانش‌آموزان بخواهید که دهان‌شویه را به داخل دهان بریزند و سرشان را کمی به طرف جلو خم کنند. سپس باید به مدت ۱ دقیقه دهان‌شویه را داخل دهان به گونه‌ای بچرخانند که تمام سطوح دندان‌ها با آن تماس پیدا کرده و سپس آن را بیرون بریزند.
- ◆ باید به دانش‌آموزان یادآوری گردد که پس از مصرف دهان‌شویه، تا مدت نیم‌ساعت چیزی نخورند و نیشامند.
- ◆ اگر مقدار کمی از دهان‌شویه قورت داده شود نگران نشوید، چون مقدار فلوراید آن ناچیز است؛ ولی اگر مقدار زیادی از آن قورت داده شود، باید:
- ◆ مقداری شیر یا داروی ضد اسید معده (مثل شیر منیزی یا آلومینیوم ام جی اس) که از جذب فلوراید جلوگیری می‌کند، به او بخورانید.
- ◆ دانش‌آموز را به مرکز بهداشتی‌درمانی ارجاع دهید.
- ◆ نکات لازم در استفاده از دهان‌شویه‌ی سدیم فلوراید ۰/۲ درصد در مدارس عبارتند از:
- ◆ بطری ۲۵۰ میلی‌لیتر دهان‌شویه برای مصرف یک‌سال هر دانش‌آموز کافی است.
- ◆ هفته‌ای یک‌بار حدود ۵ میلی‌لیتر (به اندازه‌ی درب بطری) از دهان‌شویه در هر بار، مصرف می‌شود.
- ◆ هر دانش‌آموز باید یک بطری مجزا داشته و نام و نام خانوادگی او بر روی آن درج گردد.
- ◆ پس از هر بار استفاده از دهان‌شویه، درب بطری محکم بسته شود.
- ◆ دانش‌آموزان اول ابتدایی بهتر است مراحل استفاده را چندبار با آب خالی تمرین کنند تا مطمئن شوید دهان‌شویه را قورت نمی‌دهند.
- ◆ دهان‌شویه در طی سال تحصیلی حتماً در مدرسه استفاده شده و پس از آموزش لازم به والدین در طی تعطیلات تابستانی به ایشان تحویل گردد تا دانش‌آموز به‌طور مرتب در منزل با نظارت والدین از دهان‌شویه استفاده نماید.
- ◆ در جلسات اولیا و مربیان جهت آگاهی والدین در رابطه با نقش فلوراید در تقویت دندان‌ها و نحوه‌ی استفاده از دهان‌شویه صحبت شود.
- ◆ محل نگهداری دهان‌شویه باید دور از نور شدید و حرارت باشد.
- ◆ برای جذب بهتر و بیش‌تر فلوراید بهتر است دانش‌آموزان قبل از استفاده از دهان‌شویه دندان‌های خود را مسواک کنند و تا نیم‌ساعت پس از استفاده چیزی نخورند و نیشامند و حتی دهان خود را با آب نشویند.
- ◆ بهتر است روز معینی در هفته جهت استفاده‌ی دانش‌آموزان تعیین گردد و اگر دانش‌آموزی در آن روز غایب بود، حتماً روز بعد از دهان‌شویه استفاده کند.
- ◆ استفاده از دهان‌شویه از سنین ۷-۶ سالگی زمانی که دندان‌های دائمی شروع به رویش می‌کنند توصیه می‌شود. استفاده از دهان‌شویه می‌تواند تا سنین بالا ادامه پیدا کند. استفاده‌ی هم‌زمان از خمیردندان و دهان‌شویه‌های حاوی فلوراید اثر پیش‌گیری‌کننده‌ی بهتری دارد.

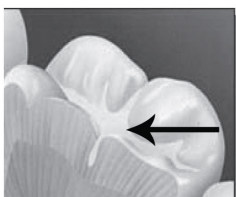
ماده‌ی وارنیش فلوراید به‌طور گسترده در جهان برای بیش از ۳۰ سال به‌عنوان یک ماده‌ی مؤثر جهت پیش‌گیری از پوسیدگی دندان استفاده شده است. در کودکان کوچک‌تر از ۶ سال، استفاده از وارنیش فلوراید دوبار در سال روش ایمن، بی‌خطر، بدون درد و مؤثر کاهش پوسیدگی است.

وارنیش فلوراید توسط دندان‌پزشک یا بهداشت‌کار دهان و دندان به‌راحتی به‌وسیله‌ی برس‌های یک‌بار مصرف بر روی دندان‌های کودک مالیده می‌شود. وارنیش‌های فلوراید غالباً باعث تغییر رنگ دندان، به‌رنگ زرد می‌گردد که موقتی بوده و با پاک شدن وارنیش از سطح دندان این تغییر رنگ از بین می‌رود.

نکات قابل توجه در استفاده از وارنیش فلوراید عبارتند از:

- ♦ جهت اثر بخشی این ماده باید حداقل دوبار در سال از آن استفاده کرد. دندان‌پزشک می‌تواند برحسب وضعیت دهان و دندان کودک فواصل استفاده از وارنیش را تغییر دهد.
- ♦ قبل از فلورایدتراپی با وارنیش باید دندان‌های کودک به‌خوبی مسواک زده شود.
- ♦ بعد از استفاده از وارنیش باید حداقل ۲ تا ۴ ساعت از خوردن و آشامیدن پرهیز شود.
- ♦ کودک نباید تا روز بعد، از مسواک یا نخ دندان استفاده کند تا وارنیش زمان کافی را جهت تماس با دندان داشته باشد.

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



شیارها و فرورفتگی‌های عمیق سطح جونده که با موهای مسواک قابل تمیز کردن نیستند از مناطق مستعد آغاز پوسیدگی‌های دندانی شناخته شده‌اند. جهت جلوگیری از تجمع مواد غذایی در این نواحی و متعاقب آن جلوگیری از پوسیدگی، دندان‌پزشک با مواد مخصوص شیارپوش (فیثورسیلانت) این شیارها را پر کرده و مسدود می‌کند که باعث می‌شود تا مواد غذایی دیگر در این نواحی تجمع نکنند (شکل ۱-۲-۲۹). با این روش راحت و کم‌هزینه، احتمال پوسیدگی دندان‌ها به‌طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد.

شکل ۱-۲-۲۹- مسدود کردن شیارهای دندان

نکات قابل توجه:

- ♦ به‌والدین آموزش داده شود که انجام فیثورسیلانت به‌تنهایی بر روی دندان دلیلی بر عدم پوسیدگی دندانی نمی‌باشد بلکه به‌دلیل سهولت در انجام عمل مسواک زدن، کاهش احتمال پوسیدگی را به‌دنبال دارد.
- ♦ باید با تشخیص دندان‌پزشک انجام درمان فیثورسیلانت برای دندان‌های کودکان صورت گیرد.
- ♦ پس از فیثورسیلانت دندان‌ها، بررسی شش ماهه و یک‌ساله‌ی دندان‌های کودک توصیه می‌گردد.

۵- رژیم غذایی

تغذیه و رژیم غذایی در رشد و نمو دندان، سلامت مخاط دهان و بافت لثه، استحکام استخوان و پیش‌گیری و کنترل بیماری‌های دهان نقش مهمی دارد. کمبود مواد مغذی مورد نیاز در زمان رشد سلولی، باعث ایجاد عوارض غیرقابل برگشتی در شکل‌گیری بافت‌های دهان خواهد شد. در صورتی که کودک در سال‌های اول زندگی، دچار سوءتغذیه گردد، احتمال ابتلا به پوسیدگی دندان‌های شیری بیش‌تر می‌شود. تغذیه در هر دو مرحله‌ی پیش از رویش دندان‌ها و پس از آن تأثیرگذار است. البته، تأثیر رژیم غذایی در ایجاد پوسیدگی بعد از رویش دندان‌ها بیش‌تر بوده و از اهمیت خاصی برخوردار است.

عادات غذایی در زمان کودکی شکل می‌گیرند و بر سلامت عمومی و سلامت دهان بسیار مؤثر می‌باشند. مشکل مصرف

مواد قندی به میزان زیاد، معمولاً از همان اوایل دوران کودکی با دادن غذاها و نوشیدنی‌های حاوی مواد قندی در ماه‌های اول زندگی شروع می‌شود. مدارس، از جمله مکان‌هایی هستند که نقش مهمی را در آموزش سلامت کودکان داشته و در ایجاد عادات غذایی سالم در کودک کمک می‌کنند. البته، آموزش‌ها باید با عملکرد و فعالیت مؤثر در مدرسه همراه باشد مانند اجرای برنامه‌هایی درخصوص عرضه‌ی میان‌وعده‌ها و خوراکی‌های سالم در بوفه‌های مدارس.

پس از خوردن غذا و رسیدن مواد قندی به میکروب‌های پلاک میکروبی، حدود ۲ تا ۵ دقیقه‌ی بعد، اسید تولید شده، در طی ۱۰ دقیقه، میزان این اسید به حداکثر رسیده و تا حدود یک ساعت، محیط دهان در حالت اسیدی باقی می‌ماند تا به حال عادی برگردد. به همین علت، بسیار تأکید می‌شود که در صورت همراه نداشتن مسواک، حداقل دهان خود را پس از مصرف مواد غذایی با آب شستشو دهید. کربوهیدرات‌های قابل تخمیر (قندها یا نشاسته‌های پخته)، از عوامل مهم ایجادکننده‌ی پوسیدگی هستند. قندهای موجود در مواد غذایی مختلف یا نوشیدنی‌ها دارای خاصیت پوسیدگی‌زایی متفاوتی می‌باشند. قندهای موجود در میوه‌ها و سبزی‌ها و غذاهای حاوی نشاسته‌ی پخته مثل برنج و سیب‌زمینی دارای خاصیت پوسیدگی‌زایی پایین می‌باشند. قندهای موجود در فرآورده‌های لبنی (شیر و مشتقات آن) غیر پوسیدگی‌زا هستند. قندهای موجود در مواد غذایی مانند عسل، آب میوه، شکر، شیرینی، نوشابه و بیسکویت بسیار پوسیدگی‌زا می‌باشند.

به‌طور کلی پوسیدگی‌زایی مواد غذایی تحت تأثیر عوامل زیر قرار می‌گیرد:

۱- شکل ماده‌ی غذایی: شکل ماده‌ی غذایی (جامد یا مایع)، مدت زمان تماس دندان با ماده‌ی غذایی را مشخص می‌کند. در مقایسه با غذاهای جامد مانند بیسکویت و کیک، مایعات به‌سرعت از محیط دهان پاک می‌شوند، لذا خاصیت پوسیدگی‌زایی کم‌تری دارند. مواد قندی مانند آب‌نبات و خوشبوکننده‌های نعنائی دهان که به آهستگی در دهان حل می‌شوند دارای خاصیت پوسیدگی‌زایی بیش‌تری می‌باشند.

۲- قوام ماده‌ی غذایی: تنقلاتی که قدرت چسبندگی بیش‌تری بر سطح دندان‌ها دارند (از قبیل چیپس، گز، سوهان و شکلات) مدت زمان طولانی‌تری در تماس با دندان می‌باشند. بنابراین، میزان پوسیدگی‌زایی آن‌ها بیش‌تر خواهد بود.

۳- دفعات مصرف مواد غذایی: با هر بار مصرف مواد قندی، محیط پلاک میکروبی، اسیدی شده و منجر به پوسیدگی می‌شود. بنابراین، هرچه دفعات مصرف این مواد کم‌تر باشد، احتمال ابتلا به پوسیدگی کاهش می‌یابد. باید از استفاده‌ی مکرر از خوردنی‌ها و تنقلات شیرین در فواصل وعده‌های غذایی اصلی خودداری شود.

۴- ترکیب و ترتیب غذاهای مصرفی: مصرف غذاها با هم می‌تواند اثرات پوسیدگی‌زایی را کاهش یا افزایش دهند. برای مثال، استفاده از نوشابه‌ها و غذاهای حاوی مواد قندی همراه با سایر مواد غذایی دیگر، فرصت مناسبی برای تولید اسید فراهم می‌کند. درحالی‌که استفاده از غذاهای حاوی کلسیم (مثل ماست بدون چربی و پنیر) یا فلوراید (از قبیل اسفناج پخته شده، پنیر و ذرت کنسرو شده) و نیز غذاهای سفت و حاوی فیبر (مثل میوه و سبزی‌های خام و مرکبات) هم‌زمان با سایر مواد غذایی تأثیر مثبتی در کاهش پوسیدگی‌زایی دارد.

◆ توصیه‌های تغذیه‌ای:

◆ بهتر است به‌عنوان میان‌وعده به‌جای شیرینی از میوه‌های تازه و سبزی‌ها، ماست ساده و مغزها (بادام، گردو و ...) استفاده شود.

◆ مصرف مواد قندی محدود به وعده‌های غذایی اصلی (صبحانه، نهار و شام) گردد که پس از آن‌ها مسواک زده شود.

◆ در صورت مصرف هر نوع ماده‌ی قندی، لازم است بلافاصله دندان‌ها را مسواک زد و در صورت عدم دسترسی چند مرتبه دهان و دندان را با آب شستشو داد.

◆ غذاهای آماده، نوشابه‌ها و تنقلات شیرین نایستی به‌صورت روزمره به کودکان داده شود.

- ◆ استفاده از محصولات لبنی مثل پنیر در پایان وعده غذایی باعث کاهش میزان اسید در دهان می گردد. شاید خوردن لقمه ای نان و پنیر در آخر هر وعده غذایی مانند گذشتگان، عادت غذایی مناسبی باشد.
- ◆ در صورت مصرف شیرینی جهت کاهش اثر پوسیدگی زایی آن، استفاده ی هم زمان با شیر به دلیل داشتن فسفر و کلسیم که یون های لازم را برای آهکی شدن مجدد مینا در اختیار دندان قرار می دهد، توصیه می گردد.
- ◆ استفاده از آب بین وعده های غذایی اصلی توصیه می گردد.
- ◆ بهتر است کودک پس از وعده ی غذایی شام و قبل از خوابیدن از میان وعده های حاوی کربوهیدرات استفاده نکند.
- ◆ بلافاصله پس از مصرف نوشیدنی های اسیدی مثل آب پرتقال نباید دندان ها را مسواک کرد زیرا می تواند باعث سایش بر روی دندان ها گردد.
- ◆ از مصرف غذاهای پرکربوهیدرات و غذاهایی که به دندان ها چسبیده یا به کندی حل می شوند پرهیز شود.
- ◆ خوردن غذاهای سفت و حاوی فیبر مانند سیب، هویج، کرفس و ... به علت تحریک غدد بزاقی و کمک به پاک شدن مواد غذایی از سطح دندان ها برای کودک مفید است.
- ◆ آب میوه ها قبل از ۶ ماهگی به رژیم غذایی شیرخوار افزوده نشود.
- ◆ آب میوه های طبیعی یا صنعتی با شیشه، فنجان های سرپوشیده یا در زمان خواب مصرف نشود.
- ◆ بهتر است به جای آب میوه، از میوه های تازه استفاده شود.
- ◆ جهت پاک شدن سطح دندان ها بعد از هر بار مصرف شربت های دارویی و تقویتی شیرین، آب کافی داده شود.
- ◆ در صورت تمایل کودک به مصرف آدامس، استفاده از آدامس های بدون قند توصیه می گردد.

◆ اهمیت حفظ دندان های شیری

- ◆ دندان های شیری فضای لازم و محیط مناسبی را برای رویش دندان های دائمی فراهم کرده و به عنوان راهنمایی جهت رویش صحیح دندان های دائمی محسوب می شوند. بنابراین، اگر زودتر از دست برونند به دلیل کمبود فضا، سبب جابه جایی و نامرتب شدن دندان های دائمی خواهند شد که درمان آن هزینه ی گزافی را به خانواده ها تحمیل خواهد کرد. هم چنین، در صورتی که دندان های شیری بیش از زمان لازم در دهان باقی بمانند موجب بروز مشکلات رویش دندان های دائمی می گردند.
- ◆ دندان های شیری به رشد و تکامل صورت کمک می کنند. در صورتی که دندان های شیری زود کشیده شوند، رشد فکی به درستی انجام نخواهد شد.
- ◆ دندان های شیری در جویدن و هضم غذا نقش دارند. کودک در حال رشد به تغذیه ی مناسب نیاز دارد. تغذیه ی کودک دارای دندان های پوسیده دچار اشکال شده و سلامت کودک به مخاطره می افتد.
- ◆ دندان های شیری در تکلم و بیان صحیح حروف مؤثرند. بنابراین، از لحاظ رفتاری کودک راحت تر با کودکان دیگر ارتباط برقرار می کند.
- ◆ آسیب هایی که به دندان های قدامی شیری وارد می شود، ممکن است سبب عفونی شدن آن ها شده و باعث تغییراتی از قبیل تغییر رنگ، نقص در شکل و کج شدن جوانه ی دندان های دائمی زیرین در دندان های دائمی گردد. لازم به ذکر است که پوسیدگی دندان شیری نیز می تواند موجب آسیب به جوانه ی دندان های دائمی زیرین خود گردد.
- ◆ باید توجه نمود که دندان ۶ سالگی (اولین دندان آسیای بزرگ دائمی)، الگوی رویش سایر دندان های دائمی است و اگر در جای صحیح خود در زمان مناسب رویش یابد، تقریباً می توان انتظار داشت که سایر دندان های دائمی هم صحیح و

مرتب رویش یابند. محل رویش آن، پشت آخرین دندان شیری (دندان آسیای دوم شیری) است. چون این دندان، اولین دندان دائمی است که جانشین دندان شیری نشده و بدون افتادن دندان شیری، رویش می‌یابد، اکثر والدین تصور می‌کنند که این دندان، شیری است و با این باور غلط که اگر دندان شیری بیافتد، دندان دیگری بدون هیچ مشکلی به جای آن می‌روید، تلاشی برای تمیز نگاه داشتن آن نمی‌شود و این درحالی است که دندان ۶ با تمام اهمیتی که برای آن ذکر شد، باید تا پایان عمر در دهان باقی بماند، اما ممکن است به این ترتیب، زودتر پوسیده شده و از بین برود و در نتیجه، مشکلات متعدد دهان و دندانی بعد را در آینده ایجاد نماید. با صلاحدید دندان‌پزشک باید آن را فیشورسیلانت نمود.

◆ عادات دهانی غلط در کودکان

رویش دندان‌ها فرآیند بسیار پیچیده‌ای است و از نظم خاصی پیروی می‌نماید. محل قرارگیری دندان‌ها توسط چندین عامل کنترل می‌شود:

- ۱- نیروی ناشی از زبان که به دندان فشار می‌آورد.
- ۲- نیروی عضلات لب که دندان را سرجایش نگاه می‌دارد.
- ۳- حرکت عضلات گونه و فشار دندان مقابل.

به‌طور طبیعی تعادل نیروهای فوق باعث ردیف شدن دندان‌ها می‌شود ولی در بعضی موارد عادات دهانی غلط کودک تعادل نیروهای فوق را برهم زده و مشکلاتی را ایجاد می‌نماید که تشخیص به‌موقع این عادات غلط و کمک به رفع آن‌ها باعث پیش‌گیری از به‌هم خوردن ترتیب دندان‌ها می‌گردد. از عادات دهانی غلط کودک موارد زیر حائز اهمیت می‌باشد.

◆ گاز گرفتن لب: این عادت غلط سبب کج شدن دندان‌ها می‌شود. اکثر والدین متوجه این عادت غلط نمی‌شوند. در مدرسه هم گاز گرفتن لب پایین را معمولاً به حساب تمرکز و توجه بیش‌تر دانش‌آموز می‌گذارند. برای تشخیص، باید به‌دقت به لب پایین نگاه کرد. معمولاً حاشیه‌ی لب مشخص نمی‌باشد و لب پایین قرمزتر از لب بالا بوده و محل فشار دندان‌های بالا بر روی آن قابل تشخیص است. به‌دلیل این که لب، داخل دهان قرار می‌گیرد و زبان چربی‌های نرم کننده‌ی آن را پاک می‌کند دچار خشکی می‌شود. به‌همین دلیل، این کودکان لب خود را به‌طور مداوم با زبانشان مرطوب می‌کنند. استفاده از کرم‌های مرطوب کننده‌ی لب به ترک این عادت کمک می‌کند.

◆ قرار دادن زبان بین دندان‌ها: این مسئله نیاز به توجه و دقت فراوان دارد. چنانچه این عادت غلط در سنین پایین اصلاح گردد، سبب پیش‌گیری از مشکلات ارتودنسی در آینده می‌شود. برای تشخیص این مشکل، هنگام بلع به‌دقت به زبان و عضلات لب پایین و چانه توجه کنید. اگر هنگام بلع، زبان بین دندان‌ها فاصله اندازد یا عضلات چانه و لب پایین زیاد و به‌صورت غیر عادی منقبض شوند، احتمال ابتلا به این عادت وجود دارد. برای کمک به ترک این عادت بهتر است کودک در مقابل یک آینه قرار گرفته و سعی کند در هنگام بلع، زبان او از لای دندان‌هایش بیرون نرود.

◆ جویدن ناخن: ممکن است کودک از ۲ سالگی به این عادت مبتلا گردد. والدینی که متوجه می‌شوند کودکشان نیاز به کوتاه کردن ناخن پیدا نمی‌فکند باید به این مسئله توجه بیش‌تری نمایند. آگاه کردن کودک، یادآوری، تشویق و استفاده از دوستان و معلمین برای رفع این عادت مفید می‌باشد.

◆ جویدن گونه: جویدن گونه عادت غلطی است که معمولاً والدین دیرتر متوجه آن می‌شوند. هنگام جویدن گونه، قسمت جلوی لب تغییر حالت می‌یابد. برای تشخیص آن باید به‌داخل دهان و قسمت داخل گونه توجه نمود. معمولاً یک خط برجسته و برافروخته در آن ناحیه دیده می‌شود. آگاه کردن کودک، یادآوری و تشویق برای رفع این عادت مفید می‌باشد.

◆ سائیدن دندان‌ها روی هم (دندان قروچه): این عادت غلط بیش‌تر مربوط به عضلات جونده می‌باشد که با انقباض خود، سبب سائیده شدن دندان‌ها می‌شوند. کودک ممکن است از صدای آن خوشش بیاید و برایش یک عادت شود. این عادت

به خودی خود نمی تواند سبب نامرتبی دندان ها شود ولی هنگامی که در دوره ی دندان های شیری انجام شود، سبب تأخیر و اشکال در رویش دندان های دائمی می گردد.

♦ مکیدن انگشت: این عادت معمولاً در کودکانی مشاهده می گردد که از شیر مادر محروم می باشند. متأسفانه این عادت غلط در صورت عدم توجه، بعد از سن چهار سالگی عوارض بسیاری در شکل گیری و رشد دندان ها، فک ها و شکل صورت ایجاد می کند. برای تشخیص آن می توان به تمیز بودن انگشت مکیده شده و وضعیت کودک هنگام خواب دقت نمود.

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

♦ پستانک: یکی دیگر از عادات غلط استفاده از پستانک می باشد. باید در نظر داشت که در صورت ایجاد این عادت، اگر جدا کردن کودک از پستانک با زور صورت گیرد، ممکن است مشکلات دیگری از قبیل شب ادراری را به وجود آورد. بهترین راه برای ترک پستانک یا عادات دیگر، بالا بردن سطح آگاهی کودک نسبت به مسئله می باشد. نباید یادآوری به کودک بیش از حد باشد.



ارزیابی ژنتیکی کودک

برای ارزیابی ژنتیکی، ابتدا پرسش‌نامه‌ای توسط همکاران غیرپزشک تهیه شده و سپس در صورت لزوم، کودک به همکار پزشک معرفی می‌گردد.

❖ پرسش‌نامه‌ی غیر پزشک (پرستار/کارشناس یا کاردان بیماری‌ها)

در این پرسش‌نامه، همکار غیر پزشک با ۳ سؤال کلی و تا حد امکان حساس، وجود اختلال و محل آن را مشخص نموده و سپس همکار پزشک ابتدا با سؤالات اختصاصی‌تر اختلال را تأیید کرده و بعد با تعیین ارثی بودن، فرد را جهت مشاوره معرفی می‌کند.

❖ بررسی اختلالات جسمی/ظاهری در شرح حال

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

- ✓ در صورت (لب، کام، چشم، گوش)، جمجمه یا گردن
- ✓ در قفسه‌ی سینه، ستون فقرات، جدار شکم، مقعد یا اندام تناسلی
- ✓ در دست، ساعد، بازو، کف پا، ساق پا یا ران
- ✓ در پوست نواحی مختلف بدن، مو یا ناخن
- ✓ بیماری شناخته شده‌ای دارد که باعث ناهنجاری در پوست یا اعضای بدن می‌شود.
- ✓ تومور خوش خیم یا بدخیمی شناخته شده‌ای داشته است.
- ✓ سابقه‌ی عمل جراحی در اعضای بدن داشته است.

❖ بررسی اختلالات عملکردی در شرح حال

❖ ۲- اختلال عملکردی در کدام یک از سیستم‌های بدن دارد؟

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

➤ کوچک‌تر از ۱۵ سال:

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

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

➤ کوچک‌تر از ۴ سال:

- ✓ ۴۸-۳ ماهگی: به موقع گردن نگرفته است.
- ✓ ۴۸-۸ ماهگی: به موقع ننشسته است یا در حال حاضر نمی‌تواند بنشیند.
- ✓ ۴۸-۱۵ ماهگی: به موقع راه نیفتاده است یا در حال حاضر راه نمی‌رود.
- ✓ ۴۸-۱۵ ماهگی: به موقع شروع به حرف زدن نکرده است یا در حال حاضر حرف نمی‌زند.

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

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

➤ بزرگ تر از ۴ سال:

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

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

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

✓ توانایی یادگیری در حد هم سالان خود ندارد.

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

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

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

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

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

➤ از ۳ ماهگی:

✓ نابینایی یا کاهش بینایی پیش رونده ای که با عینک اصلاح نمی شود، دارد.

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

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

➤ از ۲ ماهگی:

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

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

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

➤ بعد از ۱۵ ماهگی:

✓ نمی تواند به خوبی با حفظ تعادل راه برود.

➤ بعد از ۲۴ ماهگی:

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

➤ تمام سنین:

✓ سابقه ای لرزش یا حرکات غیرارادی در استراحت یا شروع فعالیت در اندام ها یا سابقه ای تشنج مکرر دارد.

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

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

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

✓ اختلال انعقادی شناخته شده ای دارد

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

➤ کوچک تر از ۲ سال:

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

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

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

➤ کوچک‌تر از ۲ سال:

✓ حملات کبودی یا سیاه شدن منتشر در لب، ناخن و زبان، یا تعریق زیاد در حین شیر خوردن به همراه خستگی زودرس داشته است.

✓ بیماری قلبی عروقی مادرزادی شناخته شده‌ای دارد.

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

➤ کوچک‌تر از ۲ سال:

✓ سابقه‌ی زردی طولانی مدت (بیش از یک ماه) داشته است.

✓ بیماری شناخته شده‌ای دارد که باعث اختلالات گوارشی یا کبدی یا زردی شده است.

❖ سابقه‌ی بیماری شناخته شده‌ی دیگری داشته است؟ (در صورت مثبت بودن، نام بیماری و شکایت اصلی ذکر شود).

❖ پرسش‌نامه‌ی پزشک

همکار پزشک بعد از تأیید ناهنجاری در ارگان مربوطه، احتمال ژنتیکی بودن و لزوم ارجاع به مشاور ژنتیک را تعیین می‌کند.

❖ آیا ناهنجاری مطرح شده، غیر اکتسابی است؟

❖ آیا کودک، یک اختلال مادرزادی مهم از نظر ژنتیکی داشته است؟ (یکی از موارد زیر).

❖ سر و گردن:

➤ صورت: کودک، چهره‌ای غیر معمول همراه با اختلال در محل قرار گیری یا ظاهر گوش و یا چشم، دارد.

➤ دهان: شکاف لب، شکاف کام یا اختلال در رویش یا مینای دندان‌ها داشته است.

➤ جمجمه: کرانیوسینوستوز، آنسفالوسل، Z-score دور سر کم‌تر از -۳ یا بیش‌تر از ۳ بوده است.

❖ تنه:

➤ ستون فقرات: اسپینا بیفیدا داشته است.

➤ جدار شکم: امفالوسل یا گاستروشیزی داشته است.

➤ ژنیتالیا: ابهام تناسلی داشته است.

❖ اندام‌ها:

➤ سین داکتیلی، اکتروداکتیلی و پلی داکتیلی در اندام فوقانی یا تحتانی داشته است.

➤ Z-score قد پایین‌تر از -۳ یا بالاتر از ۳ می‌باشد.

❖ پوست:

➤ پوسته‌ریزی منتشر، تاول متشر، اریتم منتشر یا تغییر پیگمانتاسیون منتشر داشته است.

❖ اعضای داخلی:

➤ آنومالی مادرزادی قلبی، انسدادهای گوارشی (آنوس بسته، هیرشپرونگ، آترزی ها) یا آنومالی کلیوی (کلیه پلی کیستیک یا مولتی کیستیک) داشته است.

❖ ۶- آیا فرد نیاز به مشاوره ی ژنتیک دارد (در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد زیر)؟

➤ حداقل ۱ نوع ناهنجاری مادرزادی ژنتیکی مهم دارد.

➤ در صورت وجود بدخیمی:

✓ بیش از ۱ نوع بدخیمی دارد.

✓ در خانواده، فرد دیگری با بدخیمی مشابه وجود داشته است.

➤ در خانواده، فرد دیگری با ناهنجاری مادرزادی، اختلال عملکردی یا بیماری شناخته شده ی مشابه، وجود داشته است.

➤ علاوه بر اختلال عملکردی، یک ناهنجاری غیراکتسابی نیز دارد.

➤ علاوه بر اختلال عملکردی، حداقل ۲ مورد از موارد ذیل را دارد:

✓ مادر، سابقه ی ۲ یا بیش از ۲ مورد سقط؛ مرده زایی یا نازایی طولانی مدت (بیش تر از ۲ سال بدون جلوگیری) داشته است.

✓ سابقه ی فوت در برادر یا خواهر کودک به دلیل بیماری وجود دارد.

✓ والدین، نسبت خانوادگی دارند.

✓ زمان شروع اختلال قبل از ۲ سالگی بوده است.

بخش ۱ مراقبت سلامت



فصل ۳

غربالگری‌ها

راهنمای جامع مراقبت‌های ادغام یافته
کودک سالم

متابولیک نوزادی

نوزادی، هفته‌ی اول

غربالگری همگانی نوزادان یکی از ضرورت‌های سلامت عمومی است که برای بهبود پیش‌آگهی کودکان مبتلا، حیاتی است. این غربالگری شامل غربالگری کافی بودن شیر، بررسی کمبود آنزیم G6PD، هیپوتیروئیدی و بیماری فنیل‌کتونوری است.

تکامل

۹ و ۱۸ ماهگی؛ ۲/۵ سالگی

غربالگری کلی تکامل، در ۹ و ۱۸ ماهگی و ۲/۵ سالگی توصیه می‌شود. سن‌های توصیه شده ی غربالگری تکامل، برای کودکانی است که تکامل طبیعی دارند. این کنترل، در دوران کودکی ادامه یافته و باید، در هر زمانی که والدین، مراقبین کودک و مراقبین بهداشتی، نگران هستند نیز صورت گیرد.

سلامت دهان

۶ و ۹ ماهگی و ۶ سالگی

ممکن است پزشک مراقبت‌های اولیه یا مراقب بهداشتی براساس ارزیابی خطر، حتی شیرخوار ۶ ماهه را ارجاع دهد یا او را ۶ ماه پس از رویش اولین دندان، ارجاع کند. اما، هیچ‌وقت دیرتر از ۱۲ ماهگی توصیه نمی‌شود.

بینایی

۴ سالگی

غربالگری آمبلیوپ، استرایسم و اختلالات حدت بینایی در کودکان کم‌تر از ۵ سال توصیه می‌شود. آزمون‌های متداول بینایی به کودک همکار و دارای تکلم نیاز داشته و تا ۳-۴ سالگی مقدور نیست.

۶ سالگی

اندازه‌گیری حدت بینایی متناسب با سن و انجام افتالموسکوپی

❖ نوزادی، هفته ی اول، ۱ و ۲ ماهگی؛ ۴ و ۶ سالگی

تشخیص ناشنوایی قبل از ۳ ماهگی و مداخله ی مناسب قبل از ۶ ماهگی توصیه می شود. برای تشخیص مشکلات شنوایی، غربالگری تمام شیرخواران ضروری است. غربالگری شنوایی باید در زمان تولد و قبل از ترخیص از بیمارستان انجام شود و اگر چنانچه مقدور نبود، در ماه اول زندگی صورت گیرد.

❖ ۱۲ ماهگی

اولین اندازه گیری هموگلوبین یا هماتوکریت در شیرخواران ترم، بین ۹ و ۱۲ ماهگی توصیه می شود (در موارد دارای خطر زیاد).

❖ غربالگری های انتخابی

سلامت دهان (معاینه ی دندان پزشکی)

❖ ۱۲ و ۱۸ ماهگی؛ ۲، ۲/۵، ۳ و ۶ سالگی

ارجاع توسط پزشک مراقبت های اولیه یا مراقب بهداشتی توصیه شده است که براساس ارزیابی خطر، ممکن است ۶ ماهگی، ۶ ماه پس از رویش اولین دندان و حداکثر تا ۱۲ ماهگی باشد.

❖ ۱۸ و ۲۴ ماهگی

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

سلامت دهان (فلوراید)

❖ ۱۲ و ۱۸ ماهگی؛ ۲، ۲/۵ و ۳ سالگی

اگر منابع آب مصرفی فاقد فلوراید هستند، پزشک مراقبت‌های اولیه، پس از سن ۶ ماهگی، مکمل خوراکی فلوراید را در دوزهای مشخص توصیه شده به کودکان پیش‌دبستانی تجویز کند. دریافت سیستمیک فلوراید از طریق فلوریده کردن آب آشامیدنی یا مکمل‌ها، تا ۱۶ سالگی یا رویش دومین دندان آسیای دائمی (هر کدام که زودتر باشد) توصیه می‌شود.

سرب

❖ ۱۲ ماهگی، ۲ سالگی (نواحی دارای شیوع زیاد)

غربالگری برای کودکان ۹ تا ۷۲ ماهه توصیه می‌شود. مگر آن‌که، کودکان در معرض تماس نباشند. برای پیش‌گیری از مسمومیت با سرب، غربالگری سرب در ۹ تا ۱۲ ماهگی و مجدداً در ۲۴ ماهگی که حداکثر میزان خونی آن است توصیه می‌شود. در سایر موارد، متخصص کودکان تصمیم می‌گیرد که آیا غربالگری لازم است یا خیر.

فشار خون

❖ جزئی از معاینه‌ی فیزیکی سالانه پس از ۳ سالگی است. در کودکان کم‌تر از ۳ سال در موارد زیر توصیه می‌شود:

- ✓ شرح حال پره‌مچوریتی
- ✓ وزن تولد بسیار کم (VLBW) یا سایر عوارض نوزادی که به مراقبت در NICU نیاز داشته است
- ✓ بیماری مادرزادی قلب (ترمیم شده یا ترمیم نشده)
- ✓ عفونت ادراری مکرر
- ✓ هماچوری یا پروتئینوری
- ✓ بیماری کلیوی شناخته شده یا ناهنجاری‌های اورولوژیک
- ✓ سابقه‌ی خانوادگی بیماری مادرزادی کلیه
- ✓ پیوند عضو
- ✓ بدخیمی یا پیوند مغز استخوان
- ✓ مصرف داروهایی که منجر به افزایش فشار خون می‌شوند
- ✓ سایر بیماری‌های سیستمیک همراه با هیپرتانسیون (نوروفیبروماتوز، اسکروز توبر،...)
- ✓ شواهد افزایش فشار داخل جمجمه

❖ نوزادی، هفته‌ی اول؛ ۴ و ۱۲ ماهگی؛ ۳ و ۷ سالگی

کودکان باید از نظر مشکلات چشمی، در دوران نوزادی و سپس در برخی از ویزیت‌های روتین بررسی شوند. ارزیابی‌ها باید متناسب با سن باشد. شیرخواران و کودکان در معرض خطر زیاد مشکلات چشمی باید برای معاینه‌ی تخصصی چشم به افتالموژیست با تجربه‌ی کودکان ارجاع شوند. این موارد عبارتند از:

- ✓ کودکان بسیار نارس
- ✓ سابقه‌ی خانوادگی کاتاراکت مادرزادی، رتینوبلاستوم و بیماری‌های متابولیک یا ژنتیک
- ✓ تأخیر تکاملی قابل ملاحظه یا مشکلات عصبی
- ✓ ابتلا به بیماری‌های سیستمیک همراه با اختلالات چشمی

❖ تولد تا ۳ سالگی

ارزیابی شامل شرح حال چشمی، ارزیابی بینایی، مشاهده‌ی خارجی چشم‌ها و پلک‌ها، ارزیابی حرکت کره‌ی چشم، معاینه‌ی مردمک و معاینه‌ی رفلکس قرمز است.

شرح حال چشمی: مشاهدات والدین ارزشمند هستند. سؤالات زیر را بپرسید.

- آیا به‌نظر می‌رسد که کودک شما خوب می‌بیند؟
 - آیا کودک شما، اشیاء را وقتی می‌خواهد فوکوس کند به‌صورت خود نزدیک می‌کند؟
 - آیا چشم‌های کودک شما به‌نظر مستقیم می‌رسد، به‌نظر می‌رسد که به هم نزدیک یا دور می‌شود یا تنبل به‌نظر می‌رسد؟
 - آیا چشم‌های کودک غیرمعمول به نظر می‌رسد؟
 - آیا پلک‌های کودک می‌افتد یا یک پلک تمایل دارد بسته شود؟
 - آیا چشم کودک هرگز صدمه دیده است؟
- باید، شرح حال اختلالات چشمی یا استفاده از عینک در سنین پیش‌دبستانی یا اوایل کودکی در والدین و خواهرها و برادرها نیز پرسیده شود.

❖ پس از ۳ سالگی

معیارهای بالا به‌علاوه‌ی:

- اندازه‌گیری حدت بینایی متناسب با سن
- انجام افتالموسکوپی

❖ ۷ سالگی

به‌علاوه، موارد زیر ممکن است نشانه‌ی نزدیک‌بینی (Myopia) باشد.

- شکایت از اشکال در دیدن تخته سیاه کلاس
- اشکال در آزمون غربالگری بینایی در مدرسه
- نگه داشتن کتاب یا اسباب‌بازی، نزدیک به چشم‌ها
- اشکال در شناخت چهره‌ها از دور
- تمایل به جمع کردن چشم‌ها

❖ ۴، ۶، ۱۲، ۱۵ و ۱۸ ماهگی؛ ۲ و ۲/۵ سالگی

- ✓ نگرانی مراقب کودک در مورد تأخیر تکاملی یا کلامی، زبانی و شنوایی*
- ✓ سابقه‌ی خانوادگی ناشنوایی دائمی دوران کودکی*
- ✓ بیش از ۵ روز سابقه‌ی بستری در NICU که ممکن است شامل اکسیژناسیون غشایی خارج بدنی (ECMO)، مصرف داروهای اتوتوکسیک مانند جنتامایسین و توبرامایسین یا دیورتیک‌های قوس هنله از جمله لازیکس و هیپرپیلی رویبیمی در حد تعویض خون باشد.*
- ✓ عفونت‌های داخل رحمی مثل سیتومگالوویروس، هرپس، روبلا، سیفلیس و توکسوپلاسموز*
- ✓ ناهنجاری‌های صورت و جمجمه شامل گرفتاری‌های لاله‌ی گوش، کانال گوش، منگوله‌ی پوستی یا گودی جلوی گوش و ناهنجاری‌های استخوانی گیجگاهی
- ✓ یافته‌ی فیزیکی مانند موی سر (کاکل) سفید همراه با سندرم دارای اختلال شنوایی حسی عصبی انتقالی دائمی
- ✓ سندرم‌های همراه با اختلال شنوایی یا اختلال شنوایی پیش‌رونده یا شروع دیررس مانند نوروفیبروماتوز، استئوپتروزوسندرم Usher's، سایر سندرم‌های شناخته شده شامل Pendred، Alport، Waardenburg و Lange-Nielson Jervell است.*
- ✓ اختلالات نورودژنراتیو از قبیل سندرم Hunter یا نوروپاتی‌های حسی حرکتی از قبیل آتاکسی Friedrich's و سندرم Charcot-Marie-Tooth*
- ✓ عفونت‌های پس از تولد با کشت مثبت همراه با اختلالات شنوایی حسی عصبی شامل مننژیت‌های باکتریال یا ویروسی (به‌خصوص ویروس‌های هرپس و روبلا)*
- ✓ ترومای سر به‌خصوص شکستگی قاعده‌ی جمجمه و استخوان گیجگاهی که نیاز به بستری دارد.*
- ✓ شیمی‌درمانی*
- ❖ معیارهای خطری که با ستاره مشخص شده‌اند اهمیت بیش‌تری از نظر اختلال شنوایی با شروع دیررس دارند. برای نظارت مطلوب و برنامه‌ی غربال‌گری در مرکز بهداشت باید موارد زیر را در نظر داشت:
 - در هر ویزیت، شیرخواران باید از نظر مهارت‌های شنوایی، وضعیت گوش میانی و معیارهای تکاملی کنترل شوند.
 - شیرخوارانی که مرکز بهداشت نمی‌تواند از عهده‌ی غربال‌گری تکلم - زبان آن‌ها برآید یا مراقب ایشان، نگران تکامل تکلم و زبان یا شنوایی آن‌ها است، باید بلافاصله برای ارزیابی تکلم و زبان با وسایل دقیق، به ادیولوژیست و گفتار درمان ارجاع شوند.
 - ارزیابی دقیق گوش میانی (اتوسکوپی پنوماتیک و یا تمپانومتري) باید در تمام ویزیت‌های کودک سالم تکمیل شود و کودکانی که تجمع مایع در گوش میانی آن‌ها ۳ ماه یا بیش‌تر ادامه یافته برای ارزیابی ادیولوژیک ارجاع شوند.

❖ ۴ و ۱۸ ماهگی؛ سالانه پس از ۲ سالگی

❖ ویزیت ۴ ماهگی

✓ ناری

✓ وزن تولد کم (LBW)

✓ شروع زودرس شیرگاو

❖ ویزیت ۱۸ ماهگی؛ ۲، ۳، ۴ و ۵ سالگی

✓ در معرض خطر فقر آهن به علت نیازهای بهداشتی خاص

✓ رژیم کم آهن (برای مثال رژیم فاقد گوشت قرمز)

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

✓ سابقه‌ی خانوادگی کم‌خونی ارثی از جمله تالاسمی مینور (پس از ۲ سالگی)

دیس لیپیدمی

❖ ۲، ۴، ۶ و ۸ سالگی

❖ غربالگری کودکانی که والدین یا پدربزرگ و مادربزرگ آنها در سن ۵۵ سالگی یا کم‌تر آرتروگرافی کرونر انجام داده و آترواسکلروز کرونر داشته‌اند که شامل آن‌هایی که بالون آنژیوپلاستی یا عمل جراحی بای‌پس شریان کرونر نیز انجام داده‌اند می‌شود.

❖ غربالگری کودکانی که والدین یا پدربزرگ و مادربزرگ آنها در سن ۵۵ سالگی یا کم‌تر انفارکتوس میوکارد، آنژین صدری، بیماری عروقی محیطی، بیماری عروقی مغز یا مرگ قلبی ناگهانی داشته‌اند.

❖ غربالگری فرزندان والدینی که کلسترول خون 240 mg/dL یا بیش‌تر داشته‌اند.

❖ در کودکانی که شرح حال والدین را نمی‌توان داشت، به‌خصوص اگر عامل خطر دیگری وجود داشته باشد، پزشک تصمیم می‌گیرد که چه زمانی بهتر است تا بررسی انجام شود.

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

عوامل خطرزای همراه با شروع زودرس بیماری کرونر قلب عبارتند از:

✓ سابقه‌ی خانوادگی بیماری کرونر قلب، بیماری عروقی مغز یا بیماری انسدادی عروق محیطی در ۵۵ سالگی یا زودتر

در خواهر و برادرها، والدین یا خواهر و برادر والدین

✓ افزایش فشار خون

✓ دیابت ملیتوس

✓ بی‌حرکی جسمی

◆ تست‌های آزمایشگاهی زیر در ارزیابی کودک چاق یا دارای اضافه‌وزن توصیه می‌شود.

✓ اگر BMI برای سن و جنس ۸۵ تا ۹۴٪ است (اضافه‌وزن) و عامل خطر وجود ندارد، پروفایل چربی در حالت ناشتایی، درخواست شود.

✓ اگر BMI برای سن و جنس ۸۵ تا ۹۴٪ و همراه با عامل خطر در شرح حال یا معاینه‌ی فیزیکی است، AST و ALT و گلوکز ناشتا را نیز علاوه‌بر پروفایل چربی در حالت ناشتایی درخواست کنید.

✓ اگر BMI برای سن و جنس بیش از ۹۵٪ است (چاق)، حتی بدون عامل خطر AST، ALT و BUN و کراتینین، گلوکز ناشتا و پروفایل چربی در حالت ناشتایی را درخواست کنید.

✓ پروفایل چربی در حالت ناشتایی (Fasting lipid profile) شامل کلسترول توتال، کلسترول LDL، کلسترول HDL و تری‌گلیسرید است.

بخش ۱ مراقبت سلامت

ضمائم

راهنمای جامع مراقبت‌های ادغام یافته
کودک سالم

ضمیمه‌ی ۱ = رویدادهای مهم تکاملی

الف - رویدادهای مهم تکاملی در شیرخواری (براساس DENVER II) *

سن	حرکتی آشکار	حرکتی ظریف	شناختی، زبانی و ارتباطی	اجتماعی - هیجانی
۲ ماهگی	- سر را ۴۵° بالا می‌آورد. - سر را بالا می‌آورد.	- پس از عبور از خط وسط نیز دنبال می‌کند. - تا خط وسط دنبال می‌کند.	- می‌خندد. - آواسازی می‌کند.	- خود به خود می‌خندد. - در پاسخ می‌خندد.
۴ ماهگی	- غلت می‌زند. - می‌نشیند - سر را ثابت نگه می‌دارد.	- تا ۱۸۰° دنبال می‌کند. - جفجغه را می‌گیرد.	- به صدای جفجغه برمی‌گردد. - می‌خندد.	به دست‌های خودش خیره می‌شود.
۶ ماهگی	- می‌نشیند - بدون کمک - غلت می‌زند.	- جسمی را که از دیدرس او خارج شده جستجو می‌کند. - دست را به اشیا می‌رساند.	- به سمت صدا برمی‌گردد. - به سمت صدای جفجغه برمی‌گردد.	- خودش غذا می‌خورد. - برای دست‌یابی به اسباب‌بازی که دور است تلاش می‌کند.
۹ ماهگی	- می‌کشد تا بلند شود. - با اتکا به دست‌آویز وضعیت ایستاده را حفظ می‌کند.	۲ مکعب برمی‌دارد. - مکعب را جابه‌جا می‌کند. - اشیا را دست به دست می‌کند.	- ماما/دَد، غیراختصاصی - یک‌بخشی (یک‌سیلابه)	- بای‌بای می‌کند. - خودش غذا می‌خورد.

سیاه: ۵۰ تا ۹۰ درصد شیرخواران این مورد را دارند. سبز: بیش از ۹۰ درصد شیرخواران این مورد را دارند.

* در شیرخواران نارس، اصلاح سن آن‌ها تا ۲ سالگی ضرورت دارد.

ب - رویدادهای مهم تکاملی در اوایل کودکی (براساس DENVER II) *

سن	حرکتی آشکار	حرکتی ظریف	شناختی، زبانی و ارتباطی	اجتماعی - هیجانی
۱۲ ماهگی	- به تنهایی می‌ایستد. - می‌کشد تا بلند شود.	- مکعب را در فنجان می‌اندازد. - دو مکعبی را که در دستش است، به هم دیگر می‌کوبد.	- آواها/صداهای تقلید می‌کند. - غان و غون می‌کند.* ۱ کلمه می‌گوید.	- جهت جلب توجه فرد دیگر به یک شیء، به آن اشاره می‌کند (خواسته‌هایش را نشان می‌دهد).* - بای‌بای می‌کند. - کارها را تقلید می‌کند. - بازی می‌کند (pat-a-cake یا تاپ‌تاپ خمیر).
۱۵ ماهگی	- به عقب راه می‌رود. - خم می‌شود تا از روی زمین بردارد. - خوب راه می‌رود.	- خط‌خطی می‌کند. - مکعب را در فنجان می‌اندازد.	۱ کلمه می‌گوید.* ۳ کلمه می‌گوید.	- از فنجان می‌نوشد. - بای‌بای می‌کند.
۱۸ ماهگی	- از پله‌ها بالا می‌رود. - می‌دود. - به عقب راه می‌رود.	- برداشتن کشمش با حرکت شن‌کشی یا چنگ زدن پس از آن‌که به او نشان داده شده است. - برجی با ۲ مکعب می‌سازد. - خط‌خطی می‌کند.	- حداقل به یک قسمت از بدن اشاره می‌کند. ۶ کلمه می‌گوید. ۳ کلمه می‌گوید.	- لباسش را درمی‌آورد. - در منزل کمک می‌کند.

سن	حرکتی آشکار	حرکتی ظریف	شناختی، زبانی و ارتباطی	اجتماعی - هیجانی
۲ سالگی	- توپ را از بالای سر، پرت می‌کند. - بالا می‌پرد. - به سمت جلو، به توپ لگد می‌زند. - از پله‌ها بالا می‌رود.	- برجی با ۶ مکعب می‌سازد. - برجی با ۴ مکعب می‌سازد.	- نام یک تصویر را می‌داند. - کلمات را ترکیب می‌کند. - به دو تصویر اشاره می‌کند.	- لباس خود را می‌پوشد. - لباسش را درمی‌آورد.
۲/۵ سالگی	- توپ را از بالای سر پرت می‌کند. - بالا می‌پرد.	- خط عمودی را تقلید می‌کند. - برجی با ۸ مکعب می‌سازد. - برجی با ۶ مکعب می‌سازد.	- دو کار را می‌داند. - نیمی از تکلم او قابل فهم است. - به ۶ قسمت بدن، اشاره می‌کند. - نام یک تصویر را می‌داند.	- دست‌هایش را شسته و خشک می‌کند. - لباس خود را می‌پوشد.
۳ سالگی	- برای ۱ ثانیه، روی یک پا تعادلش را حفظ می‌کند. - بلند می‌پرد. - توپ را از بالای سر پرت می‌کند.	- خط عمودی را تقلید می‌کند. - برجی با ۸ مکعب می‌سازد. - انگشت شست را روبه بالا با دست بسته و مستقل از سایر انگشتان تکان می‌دهد. - برجی با ۶ مکعب می‌سازد.	- تمام تکلم او قابل فهم است. - یک رنگ را نام می‌برد. - دو صفت را می‌داند. - چهار تصویر را نام می‌برد.	- نام دوستش را می‌داند. - با کمک، مسواک می‌زند.
۴ سالگی	- لی‌لی می‌کند. - برای ۲ ثانیه، روی یک پا تعادلش را حفظ می‌کند.	- فردی را با سه قسمت از بدنش می‌کشد. - برجی با ۸ مکعب می‌سازد.	۵ کلمه را معنی می‌کند. - چهار رنگ را نام می‌برد. - تمام تکلم او قابل فهم است.	+ را می‌کشد. ○ را می‌کشد.

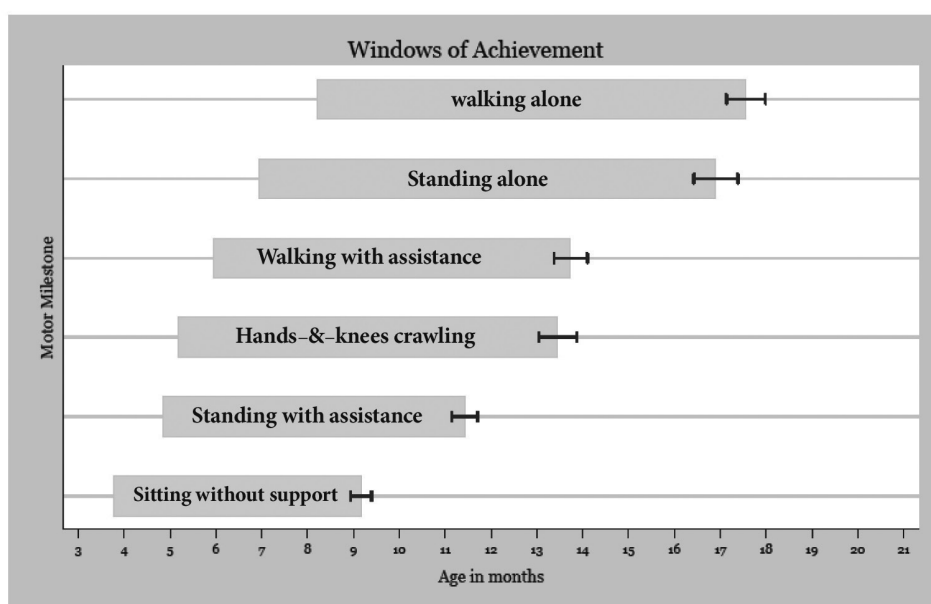
❖ در صورت فقدان این رویدادها، غربالگری برای اُتیسم ضروری است.

ج- تکامل اجتماعی و هیجانی در اواسط کودکی

موضوع	حوزه‌های کلیدی
خود	- اعتماد به نفس: - تجارب موفقیت - رفتارهای منطقی توأم با خطر - توانایی مواجهه با شکست - خانواده‌ی حامی و ارتباطات با هم‌سن‌وسالان - تصویر از خود - تصویر از بدن - تغییرات قبل از بلوغ

موضوع	حوزه‌های کلیدی
خانواده	موارد منزل: - توقعات و محدودیت‌ها - زمان با هم بودن خانواده - ارتباط - مسئولیت‌های خانواده - ارتباط خواهر و برادرها - ارتباط با مراقبین
دوستان	دوستی: - دوست‌یابی، دوستی با هم‌سن‌وسالان - حمایت خانوادگی برای دوست‌یابی
مدرسه	مدرسه: - توقعات عملکرد تحصیلی - کار منزل - کشمکش‌های کودک و آموزگار، ایجاد ارتباط با معلمین - ارتباط والدین با آموزگار - توانایی مدرسه برای برآوردن نیازهای مختلف کودکان - آگاهی از تهاجم، زورگویی - غیبت از مدرسه

منحنی ۱- محدوده‌ی طبیعی تکامل کودکان شیرمادرخوار که توسط سازمان جهانی بهداشت ارائه شده است



ضمیمه‌ی ۲ = تعامل

الف - تعامل طبیعی کودک با مادر

سن	تعامل
تولد تا ۱ ماهگی	پاسخ دادن و توجه به صدا، چشم‌ها و چهره‌ی مادر
۱ تا ۳ ماهگی	خیره شدن به مادر و غان و غون کردن، بیش‌تر با مادر تا افراد غریبه؛ خنده‌ی اجتماعی
۴ تا ۶ ماهگی	آرام شدن با صدای مادر؛ رساندن خود به مادر؛ گرفتن وضعیتی که تمایل به آغوش گرفته شدن را دارد؛ ترجیح دادن مادر
۷ تا ۹ ماهگی	مادر از دیگران به راحتی افتراق داده می‌شود؛ اضطراب غریبه و ناراحتی در محل غریبه
۱۰ تا ۱۵ ماهگی	خزیدن یا راه رفتن به‌سوی مادر؛ پاسخ دادن به کلام مادر؛ تقلید صدای مادر؛ پس از جدایی از مادر در هنگام بازگشت به آغوش او خوش حالی نشان می‌دهد.
۱۶ تا ۲۴ ماهگی	صحبت کردن با مادر با زبان مخصوص به خود؛ استفاده از شیء Transitional در غیاب مادر؛ کاهش اضطراب جدایی؛ تحمل موقعیت‌ها و افراد غریبه در حضور مادر
۲۵ تا ۳۶ ماهگی	راحت جدا شدن از مادر در حضور افراد آشنا و وقتی اطمینان داده شود که مادر برمی‌گردد؛ کاهش شدید اضطراب غریبه

ب - ارزیابی روش فرزندپروری

- ۱- آیا در برخورد با کودک در موقعیت‌های مختلف رفتار ثابتی دارید؟
☐ به‌ندرت ☐ گاهی ☐ اکثراً
- ۲- آیا عواطف مثبت به کودک نشان می‌دهید؟
☐ به‌ندرت ☐ گاهی ☐ اکثراً
- ۳- آیا به رفتارهای مثبت کودک توجه دارید؟
☐ به‌ندرت ☐ گاهی ☐ اکثراً
- ۴- آیا روش درست درخواست کردن از کودک را می‌دانید؟
☐ به‌ندرت ☐ گاهی ☐ اکثراً
- ۵- آیا از روش‌های تشویقی در پرورش کودک استفاده می‌کنید؟
☐ به‌ندرت ☐ گاهی ☐ اکثراً
- ۶- آیا از روش‌های مناسب تنبیه استفاده می‌کنید؟
☐ به‌ندرت ☐ گاهی ☐ اکثراً
- ۷- آیا کودک را تنبیه بدنی می‌کنید؟
☐ به‌ندرت ☐ گاهی ☐ اکثراً
- ۸- آیا کودک را مورد سرزنش، تحقیر و تمسخر قرار می‌دهید؟
☐ به‌ندرت ☐ گاهی ☐ اکثراً
- ۹- آیا در برخورد با کودک قاطع هستید؟
☐ به‌ندرت ☐ گاهی ☐ اکثراً
- ۱۰- آیا والدین به بیماری روان‌پریشی مبتلا هستند؟
☐ به‌ندرت ☐ گاهی ☐ اکثراً

ضمیمه‌ی ۳- تکنیک‌های آرام کردن کودکان ۱ تا ۴ ساله برای افزایش

دقت معاینه‌ی فیزیکی

* آمادگی

قبل از ملاقات کودک، درباره‌ی معاینات سلامت یا ویزیت‌های سلامت برایش داستان بخوانید.

* در زمان معاینه

کودک، در آغوش والدین بنشیند یا بخوابد یا سینه به سینه توسط والدین نگه داشته شود.

* پرت کردن حواس

* شنوایی

صحبت و شوخی ملایم، از طرف والدین یا معاینه کننده، آواز خواندن یا موسیقی شنیدن.

* دستی

کودک، آبسلانگ را در دست‌هایش نگه‌دارد یا سر استتوسکوپ را لمس کند؛ اسباب‌بازی داشته باشد.

* بینایی

انداختن نور اتوسکوپ روی کف دست معاینه‌کننده و نشان دادن آن به کودک، پزشک سؤالاتی از قبیل « تا حالا چراغ قوه دیده‌ای؟ » یا « در منزل چراغ قوه داری؟ » را از کودک بپرسد.

* نشان دادن

عروسک یا اسباب‌بازی نرمی، قبل از کودک معاینه شود.

* مشارکت

از کودک بخواهید که سر استتوسکوپ یا آبسلانگ را بگیرد، چراغ اتوسکوپ را خاموش کند یا در زمان سمع قفسه‌ی سینه چیزی را که جلوی دهانش گرفته‌اید، فوت کند تا نفس عمیق بکشد.

* اقداماتی که موجب آرامش می‌شود

اجتناب از کارهای ایجاد کننده‌ی ترس: پرهیز از نگاه کردن مستقیم به چشم نوپایان تا زمان معاینه‌ی چشم؛ به تعویق انداختن صحبت‌های تهاجمی معاینه مانند اتوسکوپی تا آخر یا معاینه‌ی انگشتان دست و پا در ابتدا. اتاق معاینه‌ی خوشایند: کتاب، اسباب‌بازی، تصاویر و نقاشی‌هایی روی دیوار باشد.

ضمیمه ۴ = غربالگری‌ها

الف - غربالگری طبی توصیه شده در شیرخواری

همگانی	اقدام		نوزادی	هفته‌ی اول	۱ ماهگی	۲ ماهگی	۳ ماهگی	۶ ماهگی	۹ ماهگی
کافی بودن شیر مادر	پرسش‌نامه		✓	✓					
متابولیک			✓	✓	✓	✓			
تکامل	غربالگری تکاملی ساختار یافته								✓
سلامت دهان	ارزیابی خطر سلامت دهان							✓	✓
شنوایی	تمام نوزادان قبل از ترخیص، در غیر این صورت در ماه اول، نتیجه‌ی غربالگری بررسی شده و در صورت لزوم تا ۲ ماهگی تکرار شود.		✓	✓	✓	✓			
انتخابی	ارزیابی خطر	اقدام در موارد خطر	نوزادی	هفته‌ی اول	۱ ماهگی	۲ ماهگی	۴ ماهگی	۶ ماهگی	۹ ماهگی
فشارخون	موارد خطر خاص یا تغییر خطر	اندازه‌گیری فشار خون	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
بینایی	نارسی با موارد خطر، معاینه‌ی فوندوسکوپی غیرطبیعی، نگرانی والدین در تمام ویزیت‌ها، محور غیرطبیعی چشم‌ها (در ۴ و ۶ ماهگی)، آزمون Cover / uncover غیرطبیعی (۹ ماهگی)	ارجاع به چشم پزشک	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
شنوایی	با سؤالات غربالگری خطر	ارجاع برای ارزیابی ادیولوژیک تشخیصی					✓	✓	✓
آهن	پره‌ترم/وزن تولد کم، شیر مصنوعی فاقد آهن	هموگلوبین یا هماتوکریت					✓		
سرب	با سؤالات غربالگری خطر	غربالگری سرب						✓	✓

■ ب- غربالگری طبی توصیه شده در اوایل کودکی

همگانی	اقدام		۱۲ ماهگی	۱۵ ماهگی	۱۸ ماهگی	۲ سالگی	۲/۵ سالگی	۳ سالگی	۴ سالگی
تکاملی	غربالگری تکاملی ساختار یافته				✓		✓		
اتیسم	غربالگری اختصاصی اتیسم				✓	✓			
بینایی									✓
شنوایی									✓
انتخابی	ارزیابی خطر	اقدام در موارد خطر	۱۲ ماهگی	۱۵ ماهگی	۱۸ ماهگی	۲ سالگی	۲/۵ سالگی	۳ سالگی	۴ سالگی
سلامت دهان	ویزیت دندان پزشکی نشده است.	ارجاع برای ویزیت، اگر مقدور نیست ارزیابی خطر سلامت دهان (۱۲ ماهگی، ۱۸ ماهگی، ۲ سالگی و ۲/۵ سالگی)، ارجاع به دندان پزشک (۳ سالگی)	✓		✓	✓	✓	✓	
	آب مصرفی فاقد فلوراید است	مکمل خوراکی فلوراید	✓		✓	✓	✓	✓	
فشار خون ■	موارد خطر خاص یا تغییر خطر	فشار خون	✓	✓	✓	✓	✓		
بینایی	نگرانی والدین یا معاینه‌ی فوندوسکوپ یا آزمون Cover / uncover غیر طبیعی	ارجاع به چشم پزشک	✓	✓	✓	✓	✓		
شنوایی	با سؤالات غربالگری خطر	ارجاع برای ارزیابی ادیولوژیک تشخیصی	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
آنمی	با سؤالات غربالگری خطر	هماتوکریت یا هموگلوبین			✓	✓		✓	✓
سرب ♦			✓			✓			
سرب ▲	با سؤالات غربالگری خطر	غربالگری سرب							
سرب	غربالگری قبلی نشده یا تغییر خطر	غربالگری سرب			✓				
	غربالگری قبلی نشده و با سؤالات غربالگری خطر یا تغییر خطر	غربالگری سرب						✓	✓
دیس لیپیدمی	با سؤالات غربالگری خطر، قبل از غربالگری با نتایج طبیعی نداشته است (۴ سالگی)	پرو فایل چربی در حالت ناشتایی				✓			✓

♦ مناطق با شیوع بالا، ■ از ۳ سالگی فشار خون بخشی از معاینه‌ی فیزیکی است. ▲ مناطق با شیوع کم

ج- غربالگری طبی توصیه شده در اواسط کودکی

همگانی	اقدام				۵ سالگی	۶ سالگی	۷ سالگی	۸ سالگی
بینایی	آزمون Snellen					✓		
						✓		
شنوایی	ادیومتري					✓		
سلامت دهان	معاینه‌ی دندان‌پزشکی					✓		
انتخابی	ارزیابی خطر		اقدام در موارد خطر		۵ سالگی	۶ سالگی	۷ سالگی	۸ سالگی
بینایی	با سؤالات غربالگری خطر		آزمون Snellen		✓		✓	✓
شنوایی	با سؤالات غربالگری خطر		ادیومتري		✓		✓	✓
آنمی	با سؤالات غربالگری خطر		هموگلوبین یا همانوکریت		✓	✓	✓	✓
سرب	غربالگری قبلی نشده و با سؤالات غربالگری خطر یا تغییر خطر		غربالگری سرب		✓	✓		
دیس لیپیدمی	با سؤالات غربالگری خطر و قبلاً غربالگری یا نتایج طبیعی نداشته		پروفايل چربی در حالت ناشتایی			✓		✓

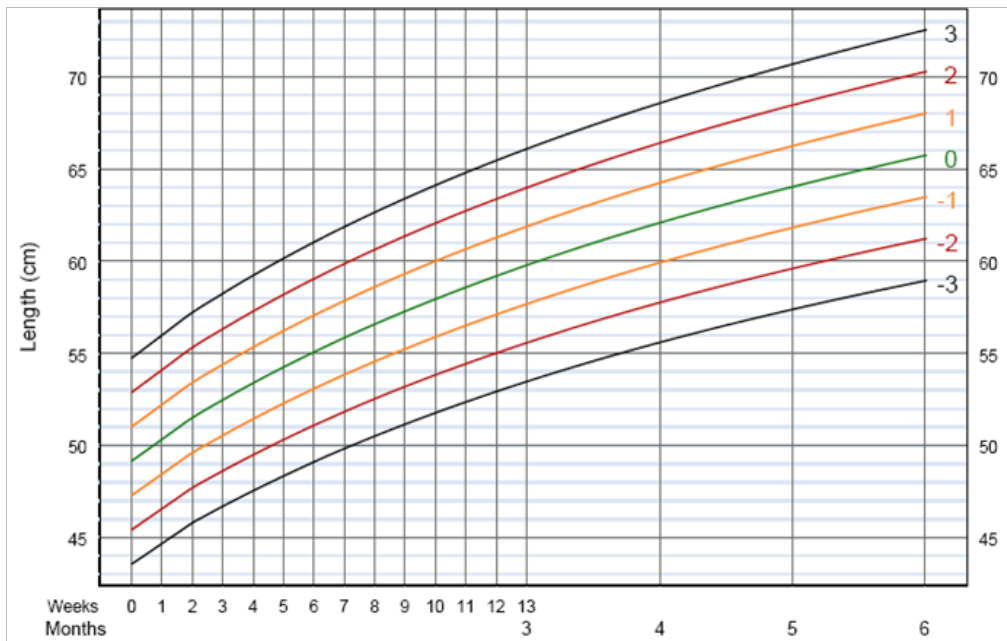
ضمیمه ی ۵- منحنی های رشد

جدول ۱- تبدیل z-scores به صدک‌ها

صدک‌ها	z-scores
۹۹/۹	+۳
۹۷/۷	+۲
۸۴	+۱
۵۰	۰
۱۵/۹	-۱
۲/۳	-۲
۰/۱۳	-۳

منحنی ۱- قد برای سن در دخترها

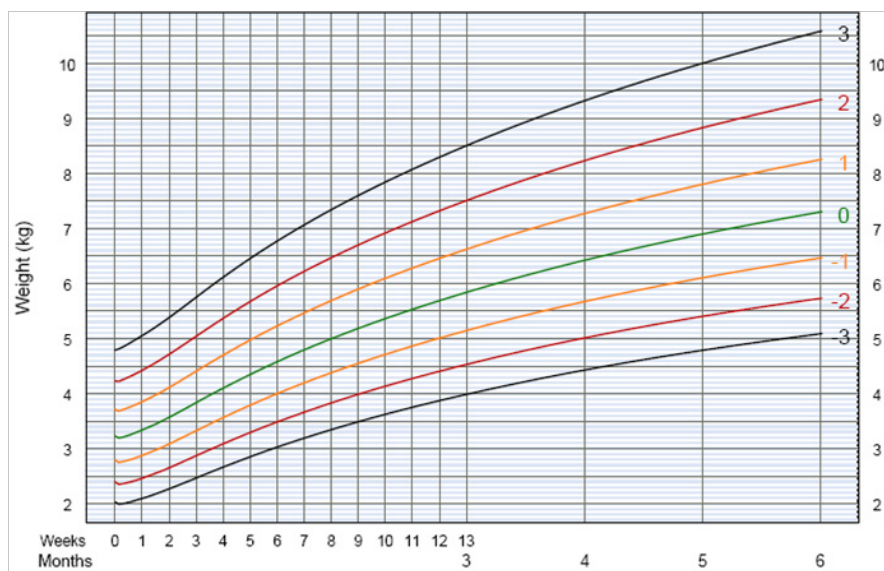
تولد تا ۶ ماهگی (z-scores)



سن (هفته ها یا ماه های پایان یافته)

منحنی ۲- وزن برای سن در دخترها

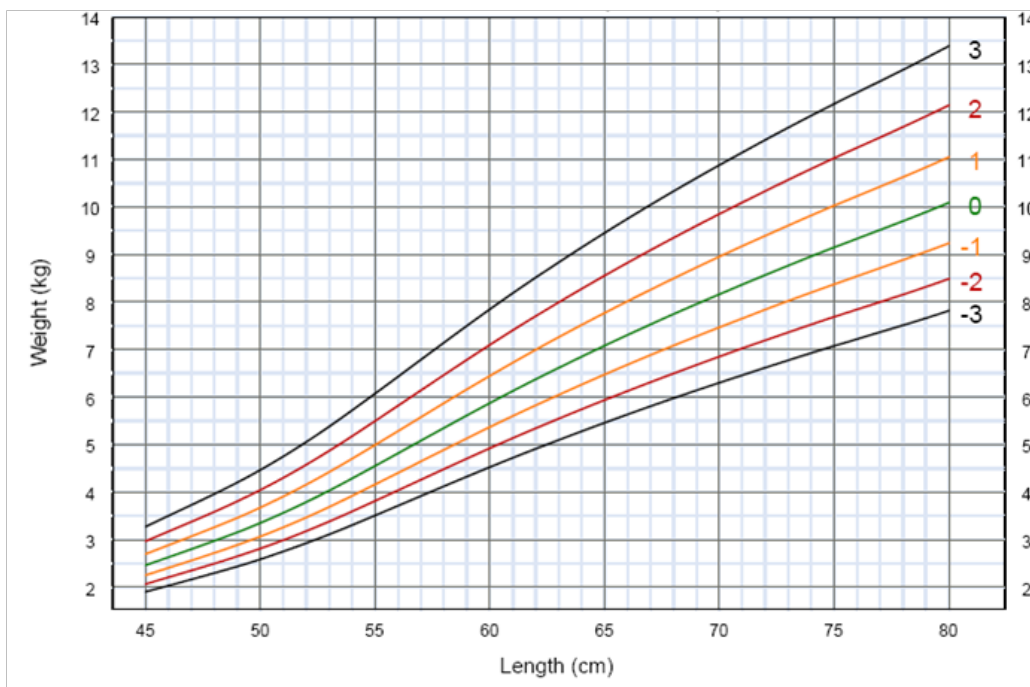
تولد تا ۶ ماهگی (z-scores)



سن (هفته ها یا ماه های پایان یافته)

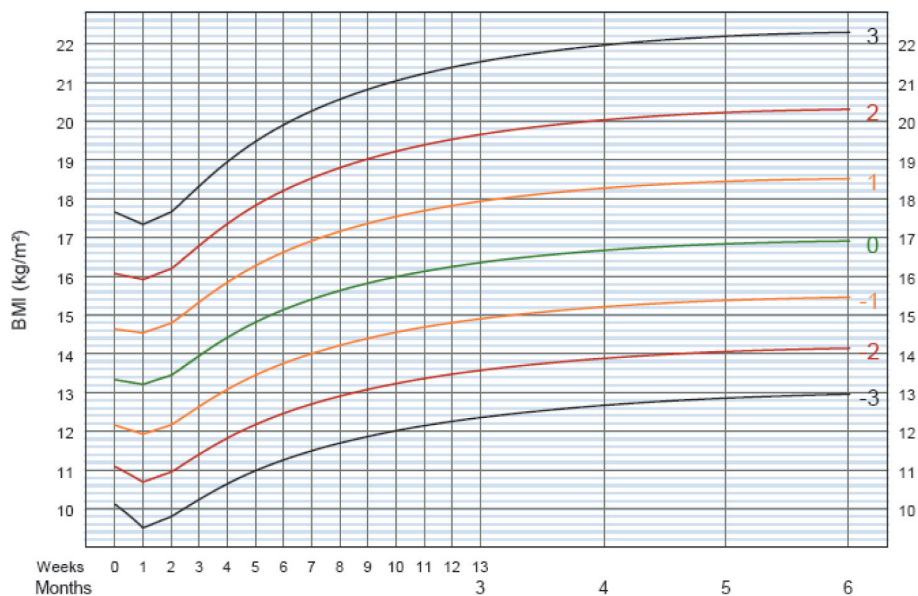
منحنی ۳- وزن برای قد در دخترها

تولد تا ۶ ماهگی (z-scores)



منحنی ۴- BMI برای سن در دخترها

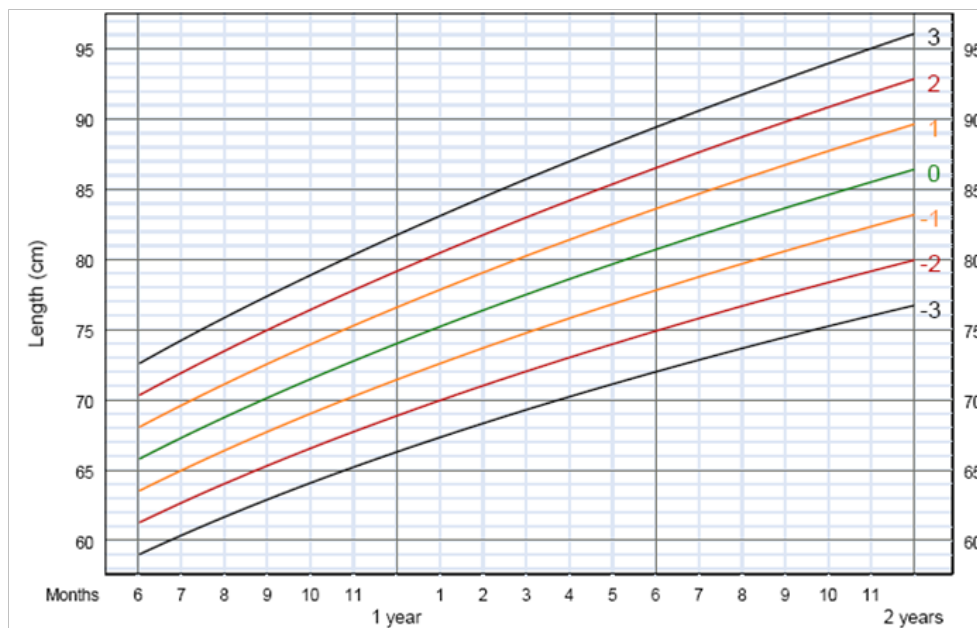
تولد تا ۶ ماهگی (z-scores)



سن (هفته ها یا ماه های پایان یافته)

منحنی ۵- قد برای سن در دخترها

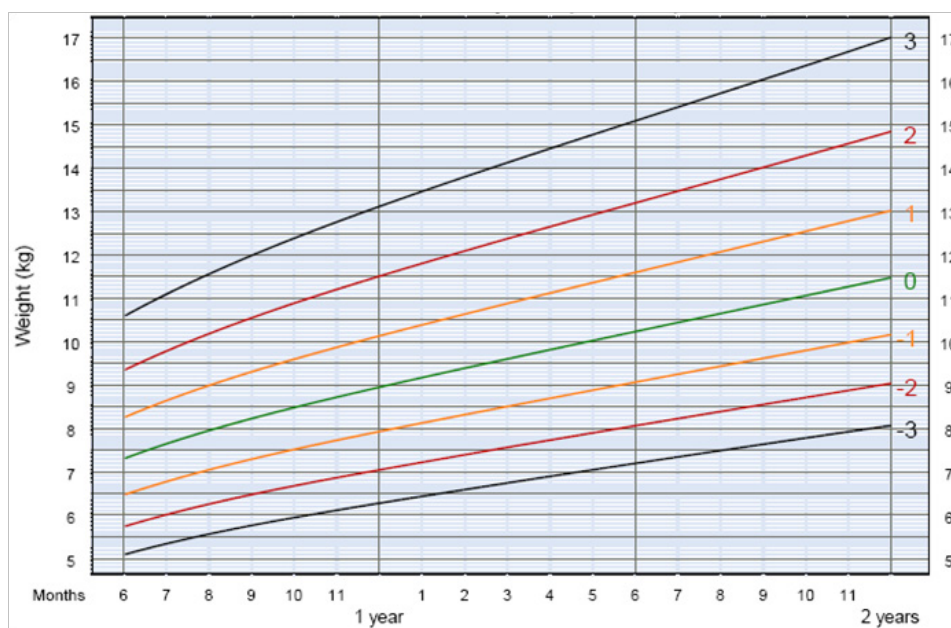
۶ ماهگی تا ۲ سالگی (z-scores)



سن (ماه ها و سال های پایان یافته)

منحنی ۶- وزن برای سن در دخترها

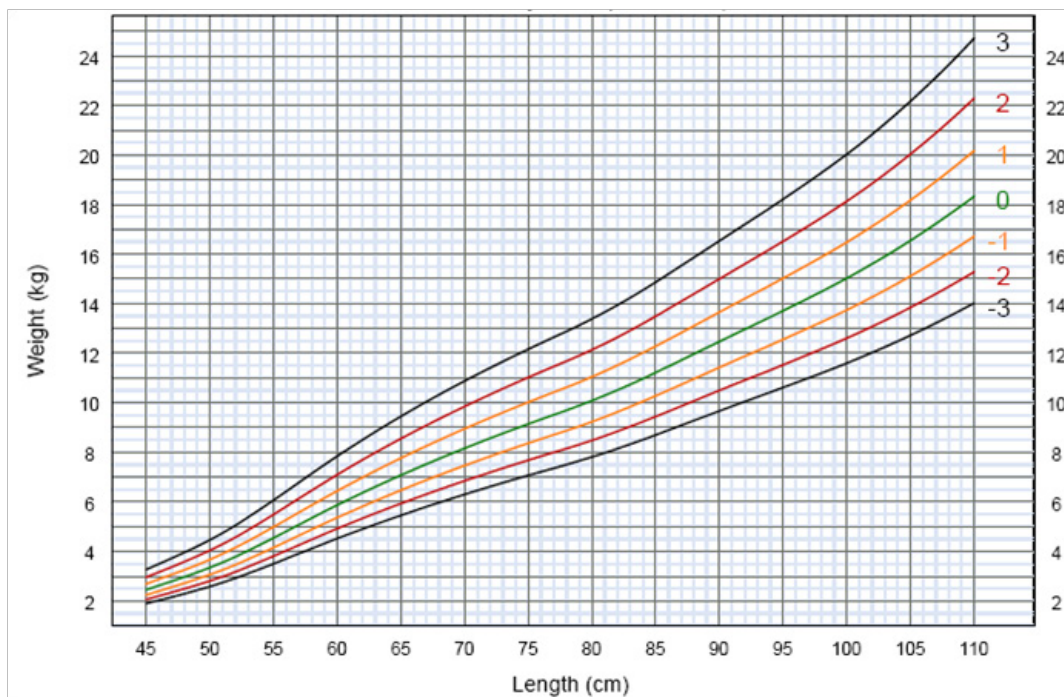
۶ ماهگی تا ۲ سالگی (z-scores)



سن (ماه ها و سال های پایان یافته)

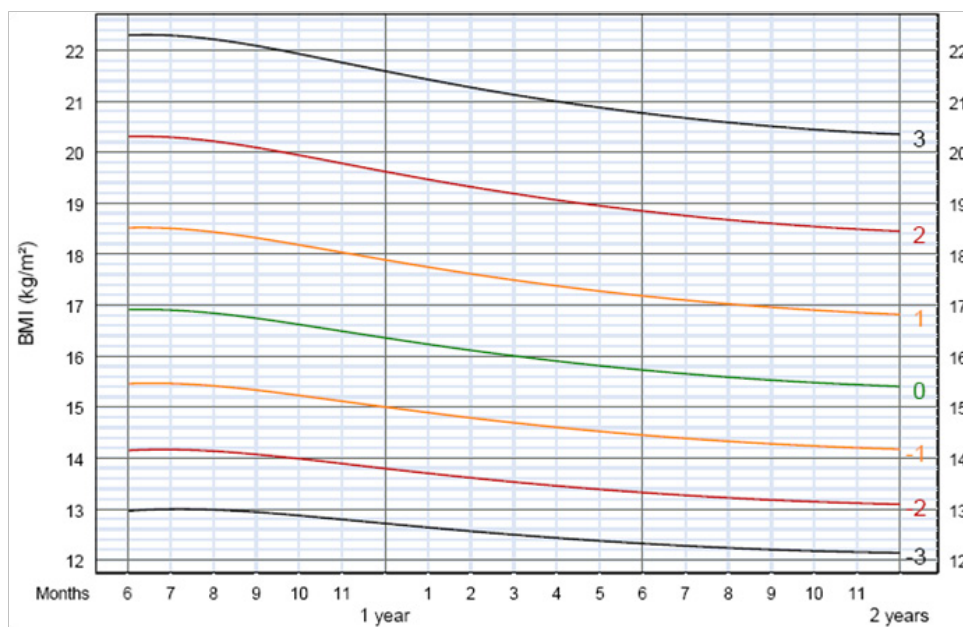
منحنی ۷- وزن برای قد در دخترها

۶ ماهگی تا ۲ سالگی (z-scores)



منحنی ۸- BMI برای سن در دخترها

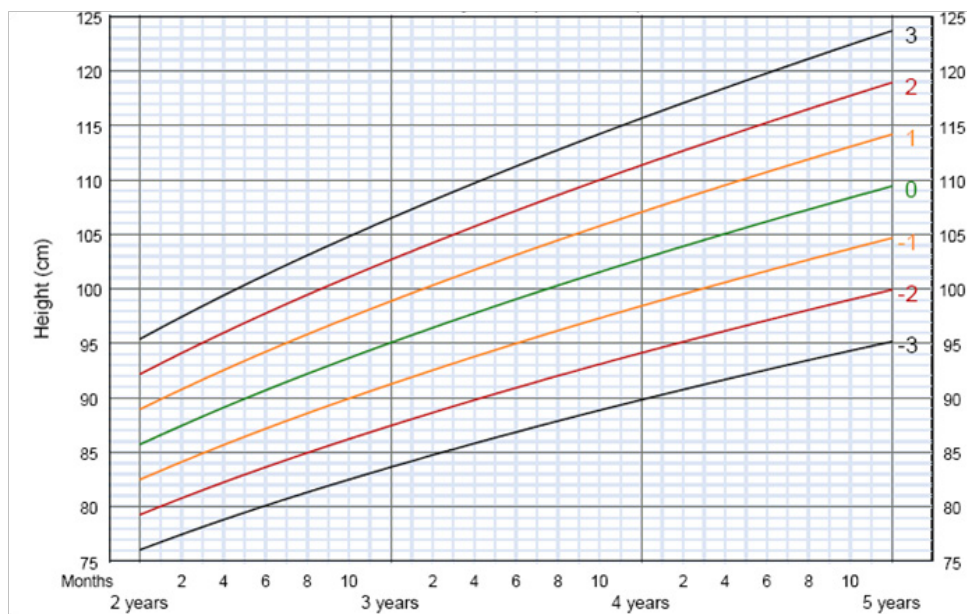
۶ ماهگی تا ۲ سالگی (z-scores)



سن (ماه ها و سال های پایان یافته)

منحنی ۹- قد برای سن در دخترها

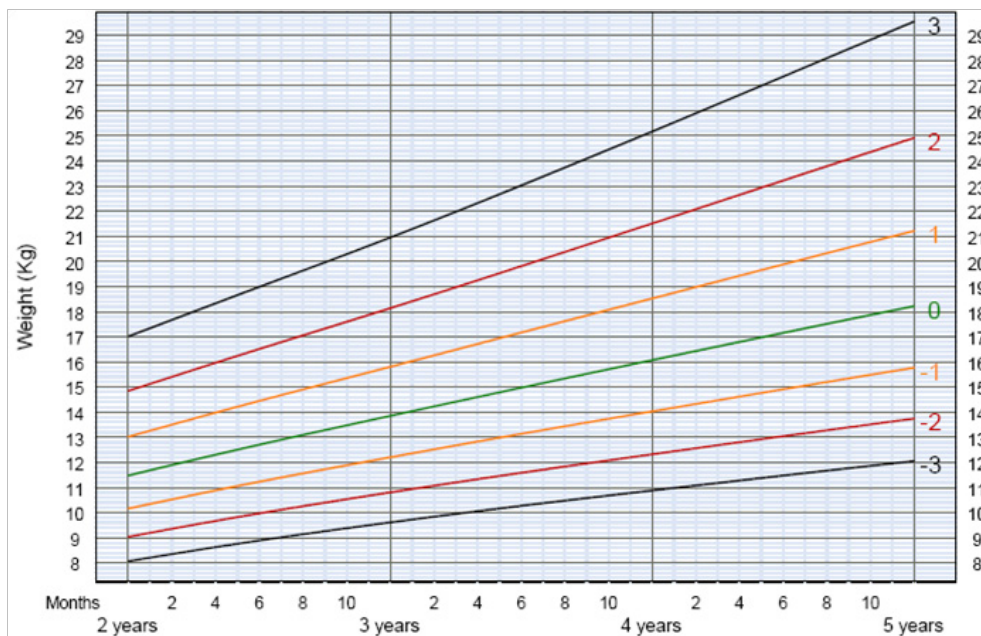
۲ تا ۵ سالگی (z-scores)



سن (ماه ها و سال های پایان یافته)

منحنی ۱۰- وزن برای سن در دخترها

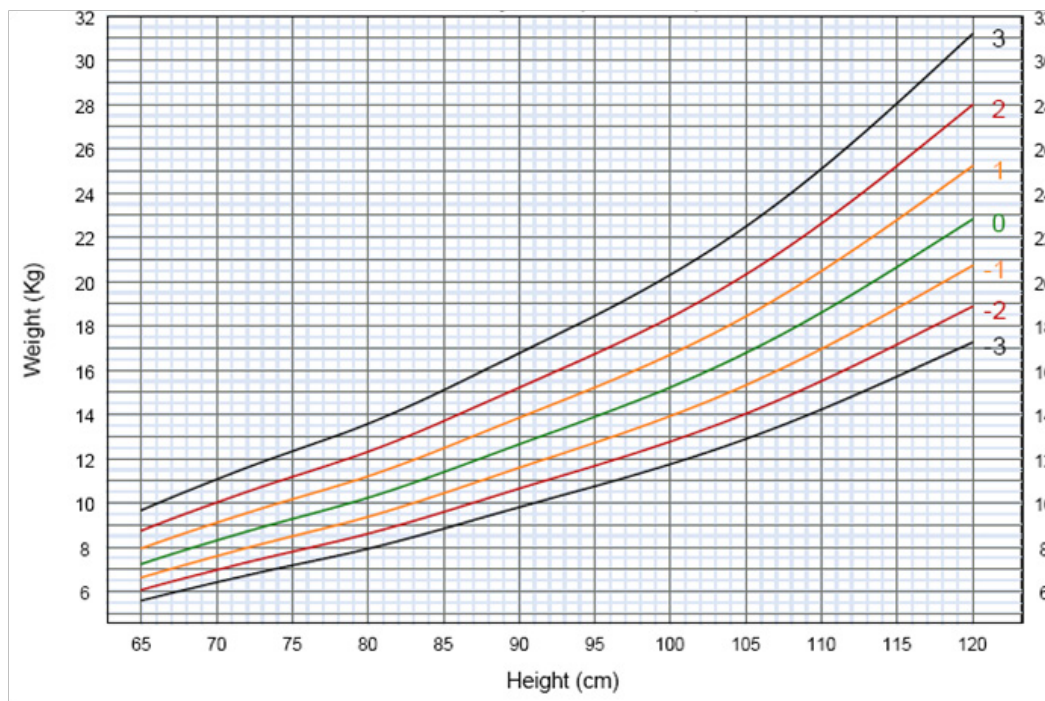
۲ تا ۵ سالگی (z-scores)



سن (ماه ها و سال های پایان یافته)

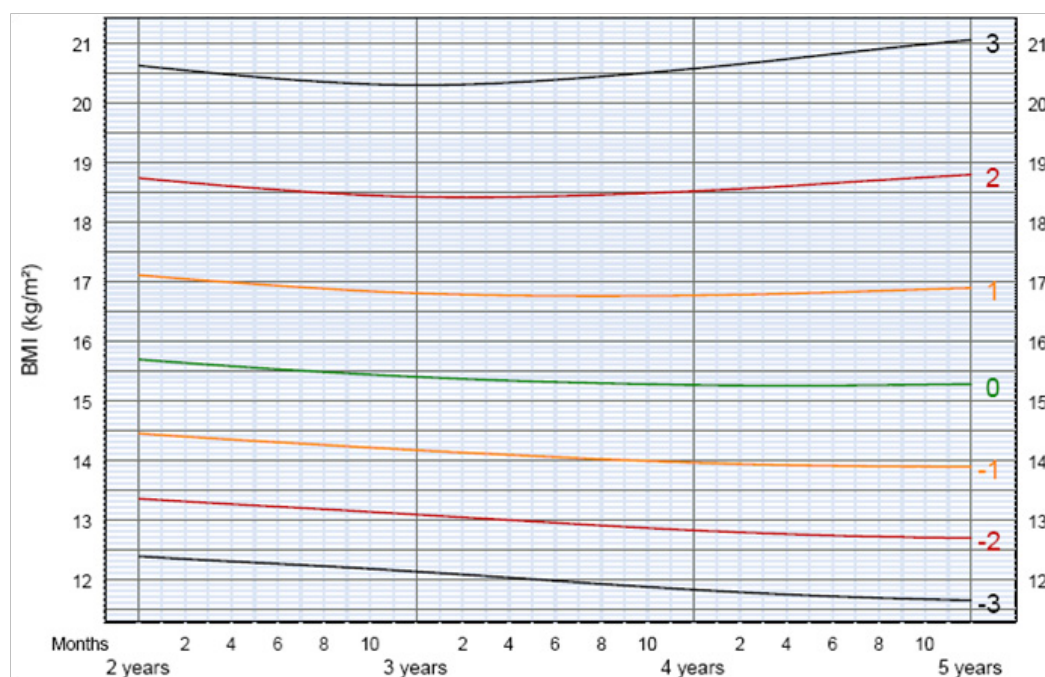
منحنی ۱۱- وزن برای قد در دخترها

۲ تا ۵ سالگی (z-scores)



منحنی ۱۲- BMI برای سن در دخترها

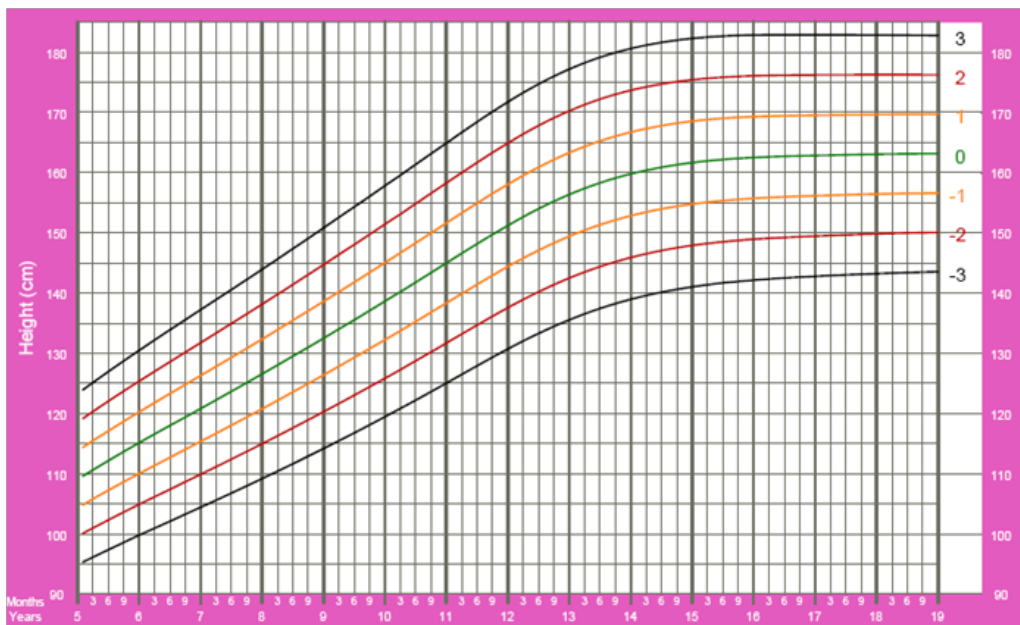
۲ تا ۵ سالگی (z-scores)



سن (ماه ها و سال های پایان یافته)

منحنی ۱۳- قد برای سن در دخترها

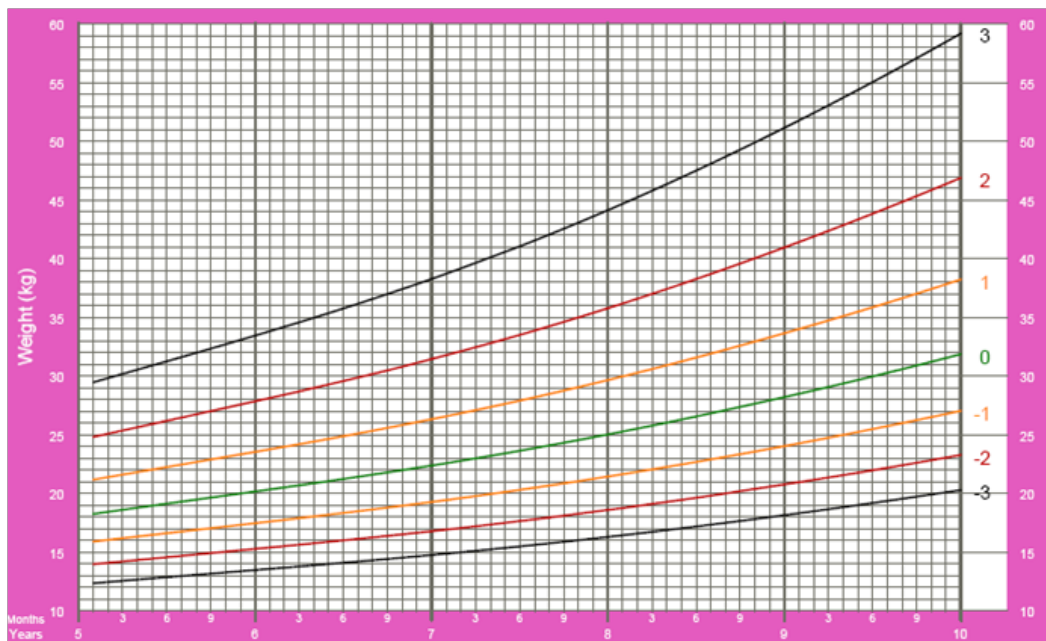
۵ تا ۱۹ سالگی (z-scores)



سن (ماه ها و سال های پایان یافته)

منحنی ۱۴- وزن برای سن در دخترها

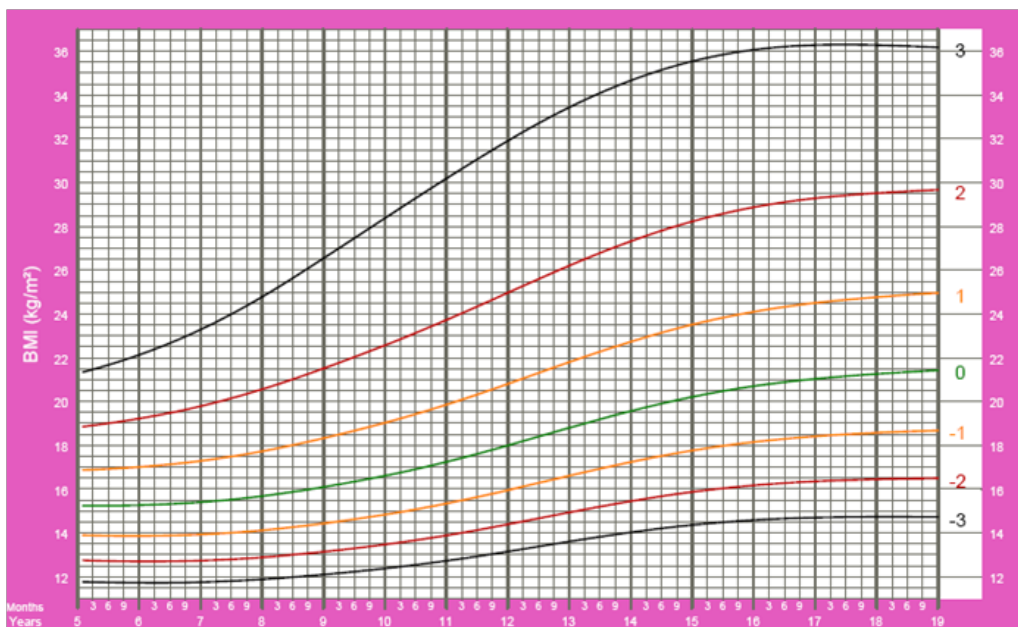
۵ تا ۱۰ سالگی (z-scores)



سن (ماه ها و سال های پایان یافته)

منحنی ۱۵- BMI برای سن در دخترها

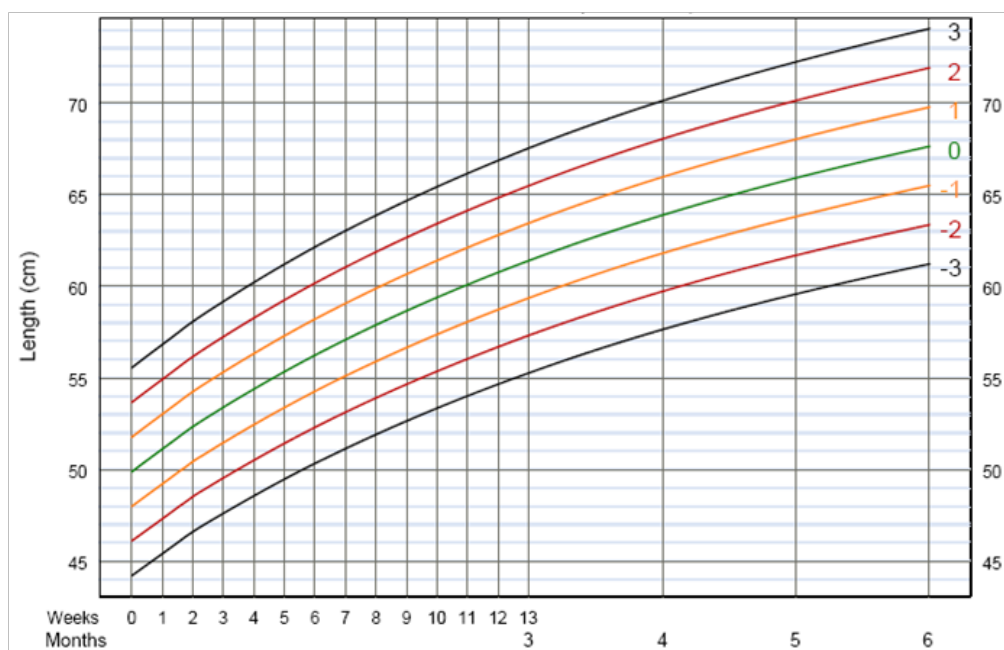
۵ تا ۱۹ سالگی (z-scores)



سن (ماه ها و سال های پایان یافته)

منحنی ۱۶- قد برای سن در پسرها

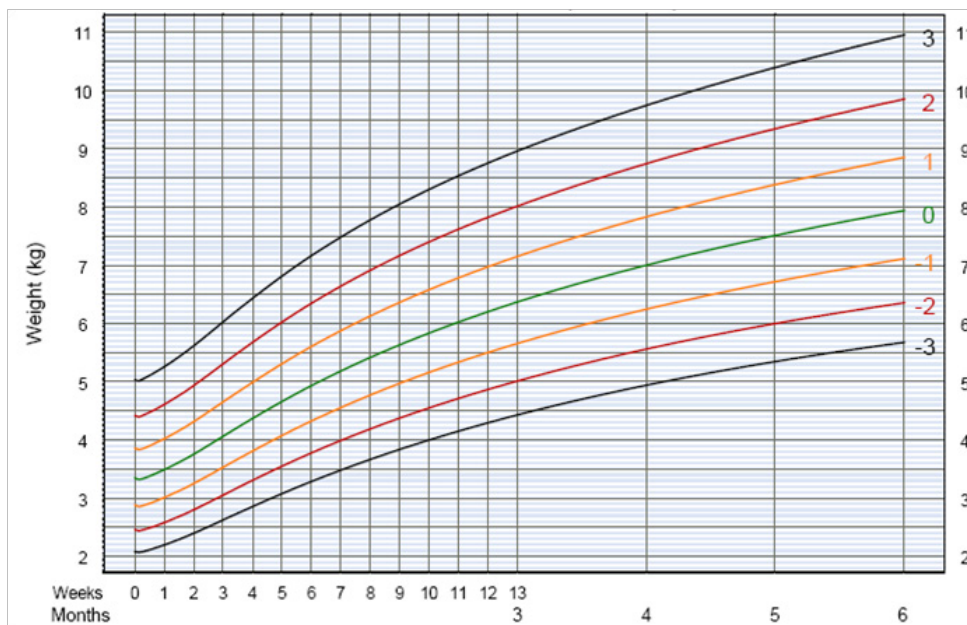
تولد تا ۶ ماهگی (z-scores)



سن (هفته ها یا ماه های پایان یافته)

منحنی ۱۷- وزن برای سن در پسرها

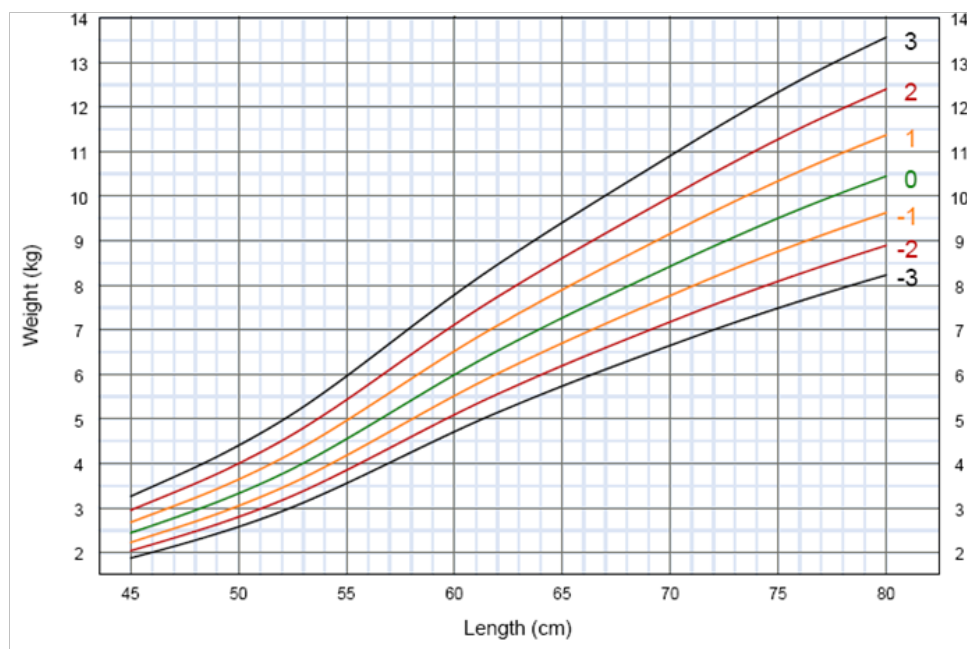
تولد تا ۶ ماهگی (z-scores)



سن (هفته ها یا ماه های پایان یافته)

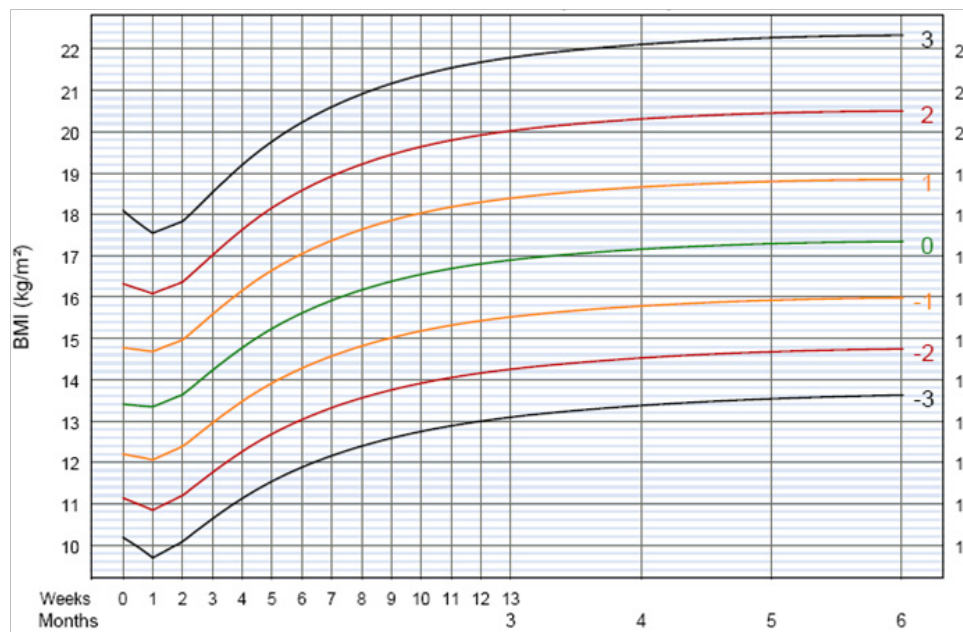
منحنی ۱۸- وزن برای قد در پسرها

تولد تا ۶ ماهگی (z-scores)



منحنی ۱۹- BMI برای سن در پسرها

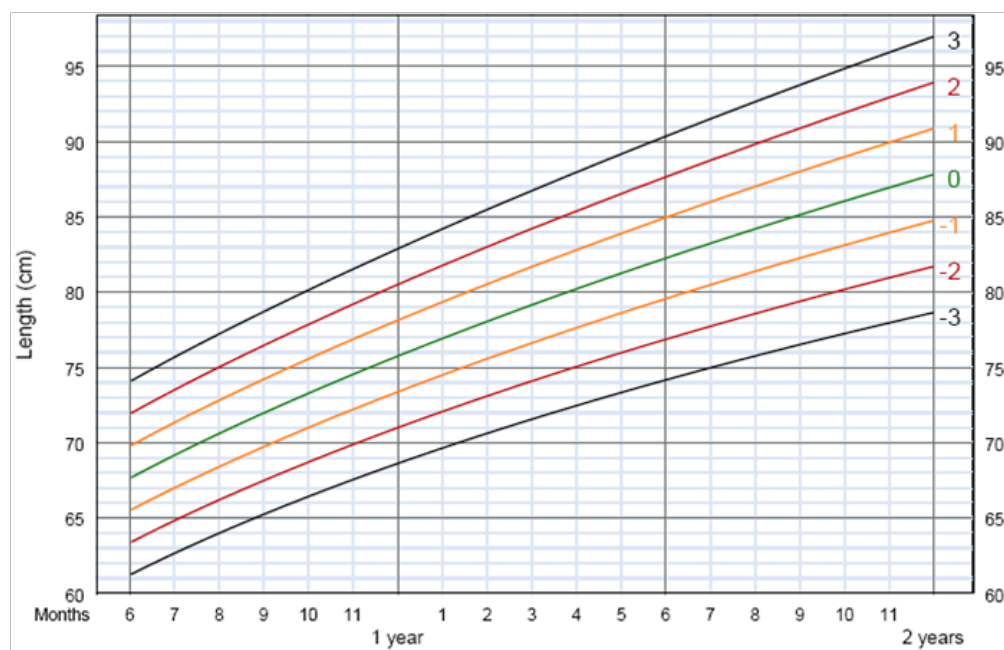
تولد تا ۶ ماهگی (z-scores)



سن (هفته‌ها یا ماه‌های پایان یافته)

منحنی ۲۰- قد برای سن در پسرها

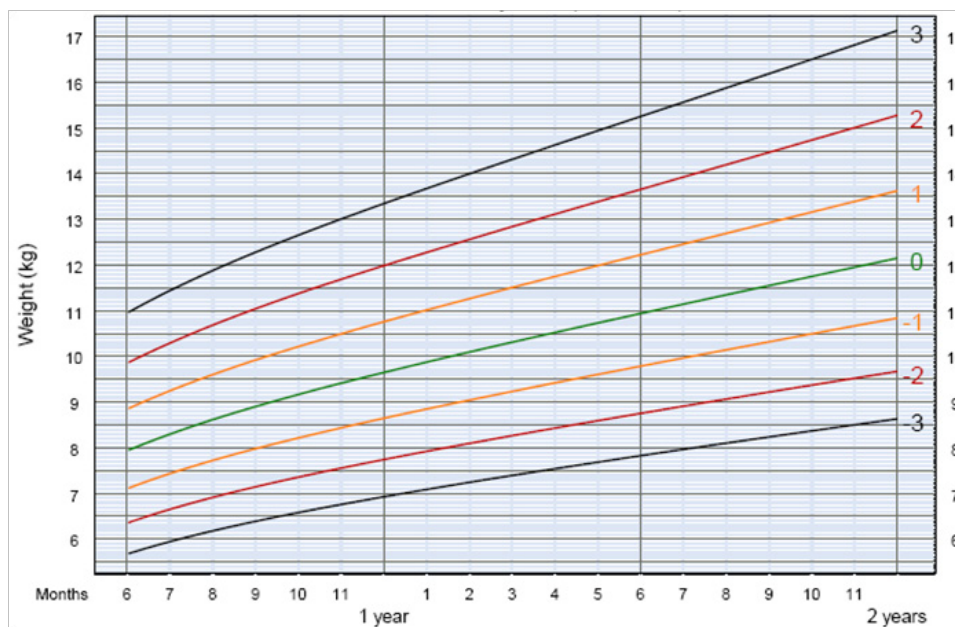
۶ ماهگی تا ۲ سالگی (z-scores)



سن (ماه‌ها یا سال‌های پایان یافته)

منحنی ۲۱- وزن برای سن در پسرها

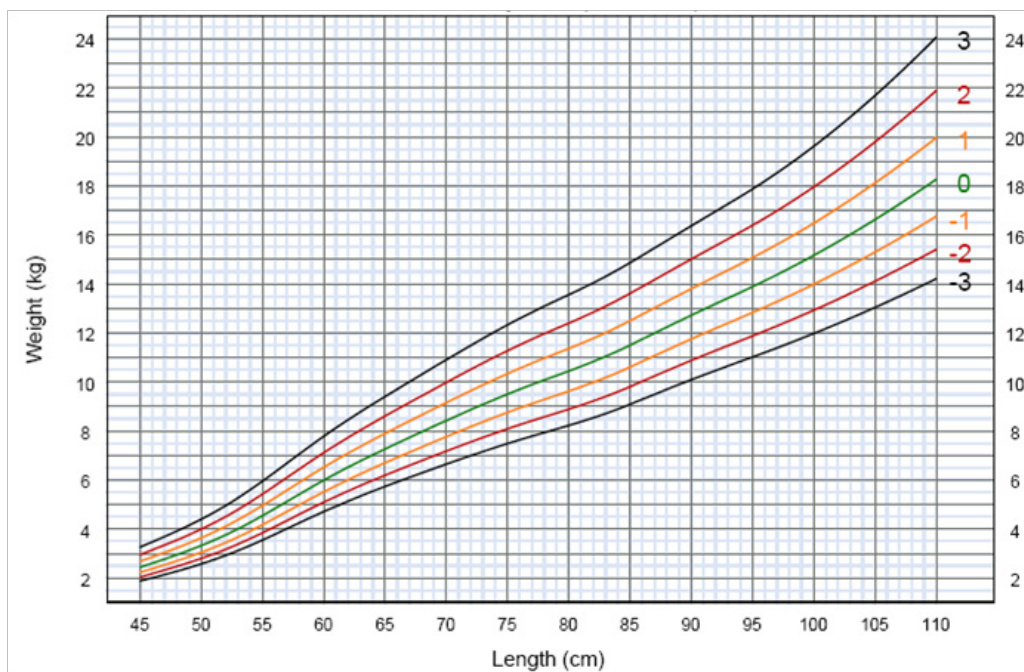
۶ ماهگی تا ۲ سالگی (z-scores)



سن (ماه ها و سال های پایان یافته)

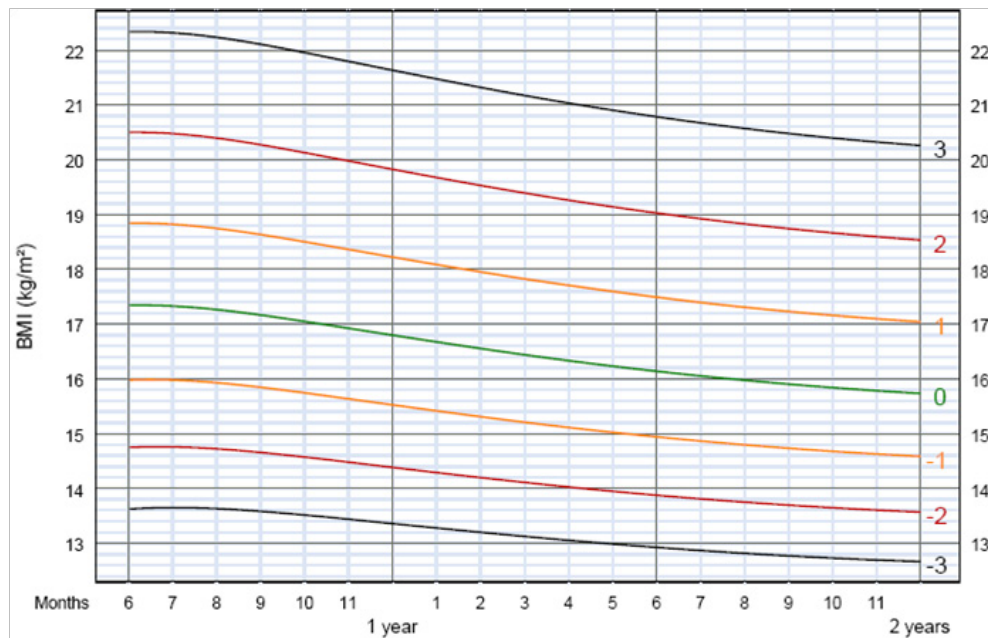
منحنی ۲۲- وزن برای قد در پسرها

۶ ماهگی تا ۲ سالگی (z-scores)



منحنی ۲۳- BMI برای سن در پسرها

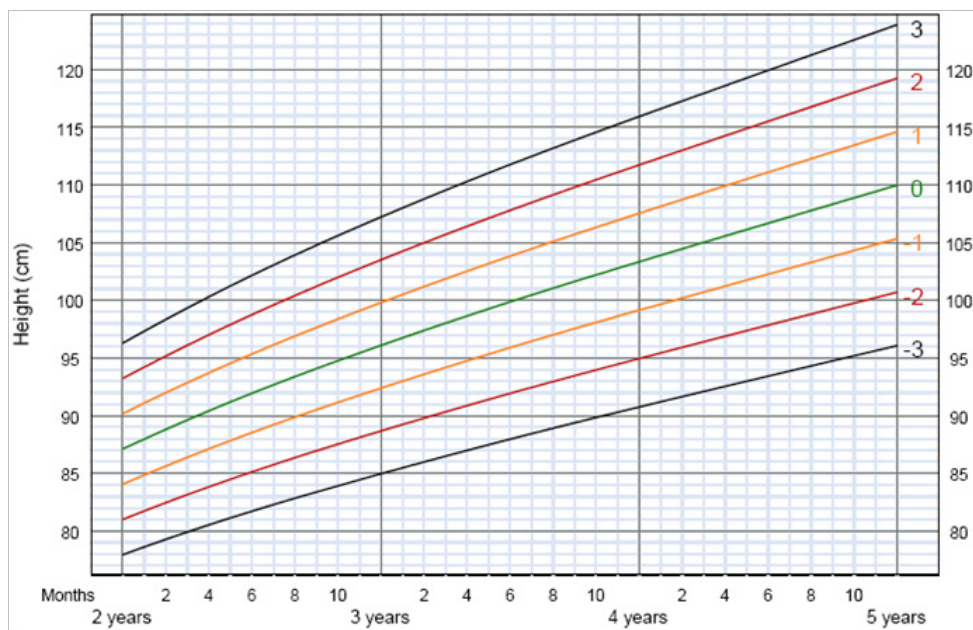
۶ ماهگی تا ۲ سالگی (z-scores)



سن (ماه ها و سال های پایان یافته)

منحنی ۲۴- قد برای سن در پسرها

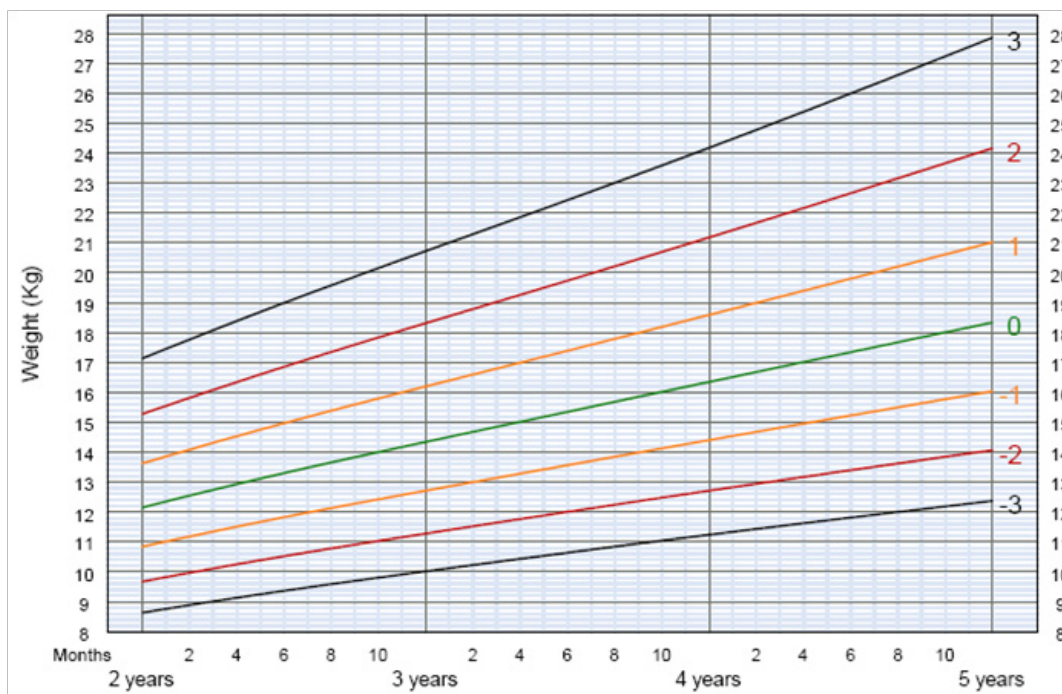
۲ تا ۵ سالگی (z-scores)



سن (ماه ها و سال های پایان یافته)

منحنی ۲۵- وزن برای سن در پسرها

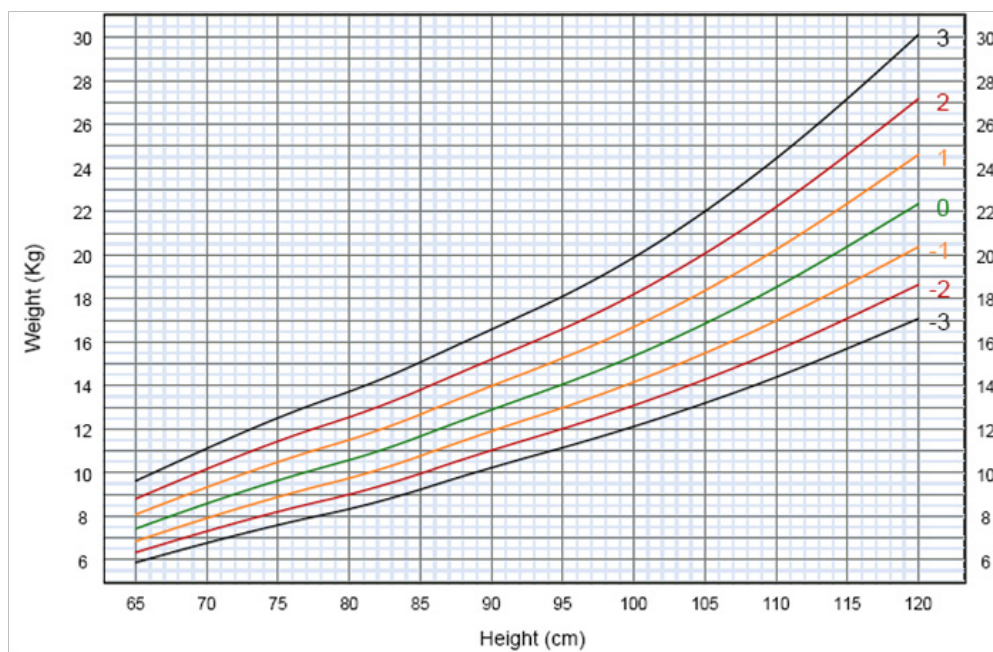
۲ تا ۵ سالگی (z-scores)



سن (ماه ها و سال های پایان یافته)

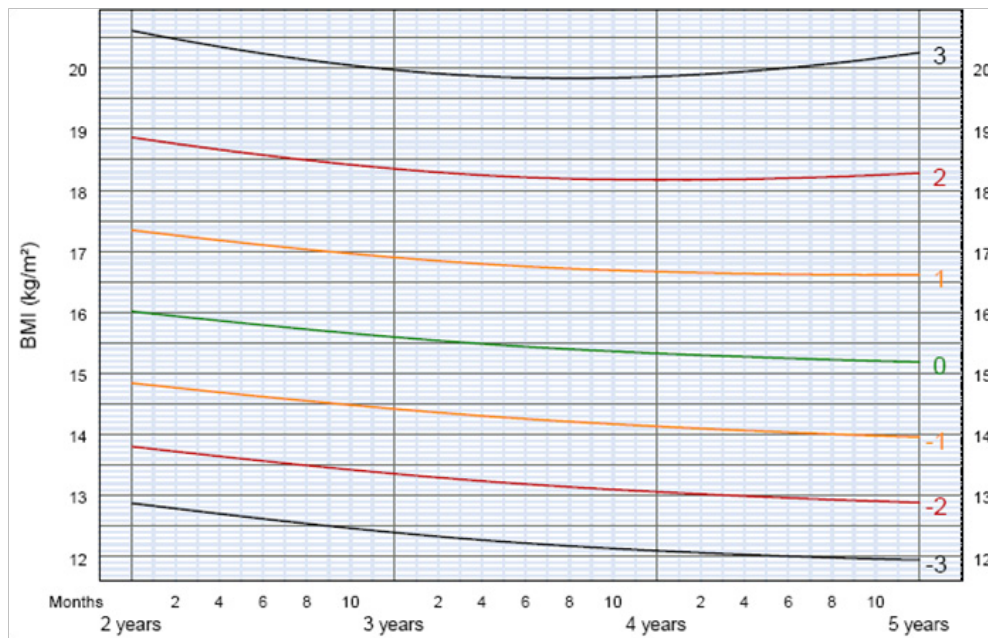
منحنی ۲۶- وزن برای قد در پسرها

۲ تا ۵ سالگی (z-scores)



منحنی ۲۷- BMI برای سن در پسرها

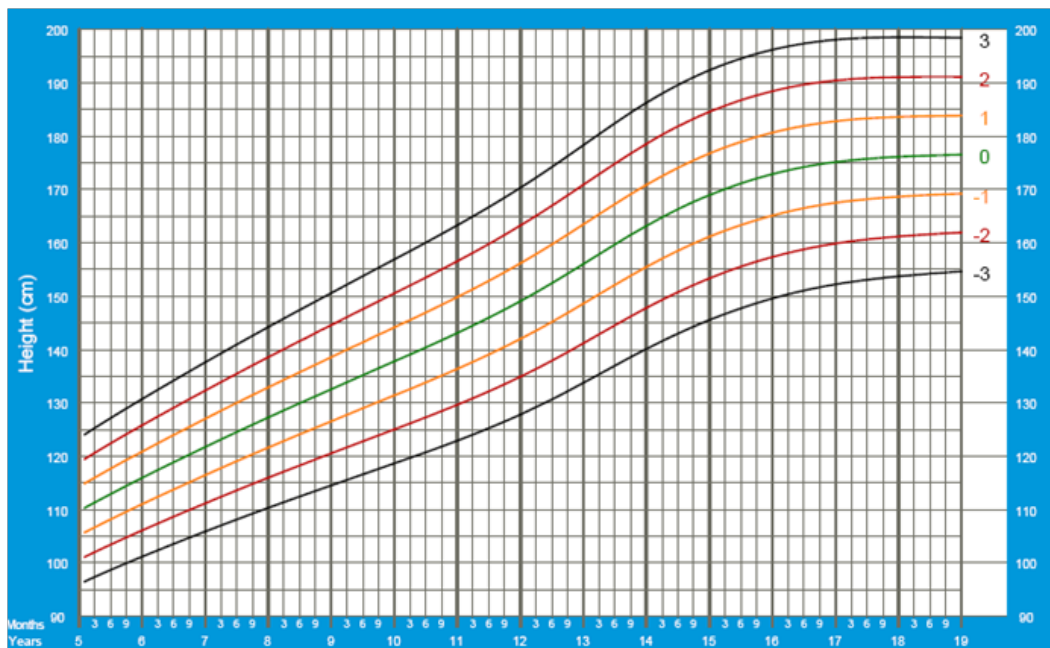
۲ تا ۵ سالگی (z-scores)



سن (ماه ها و سال های پایان یافته)

منحنی ۲۸- قد برای سن در پسرها

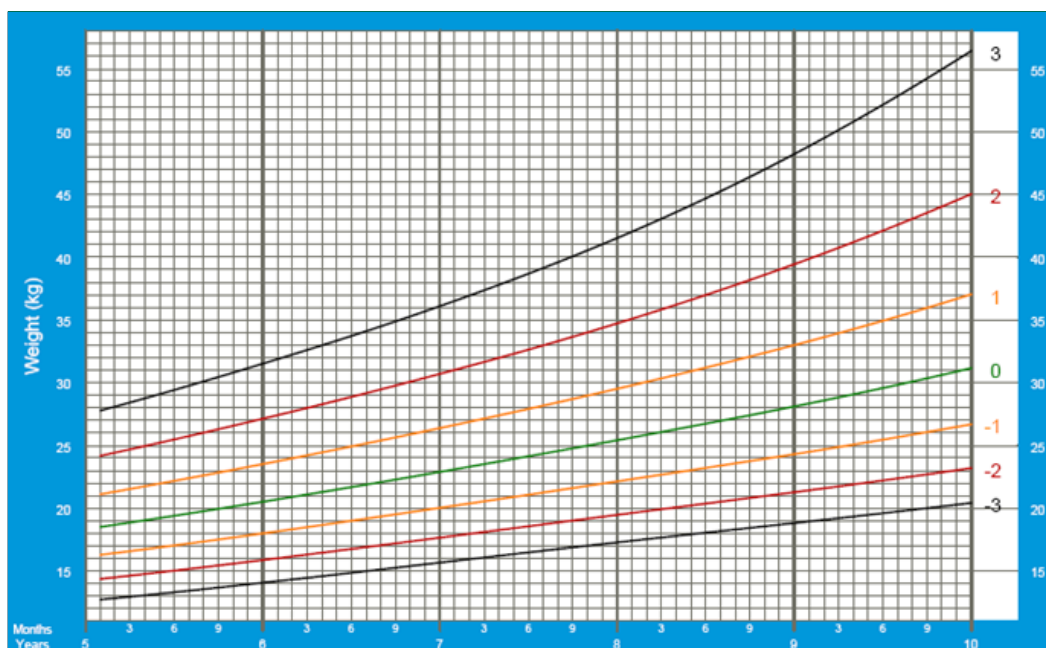
۵ تا ۱۹ سالگی (z-scores)



سن (ماه ها و سال های پایان یافته)

منحنی ۲۹- وزن برای سن در پسرها

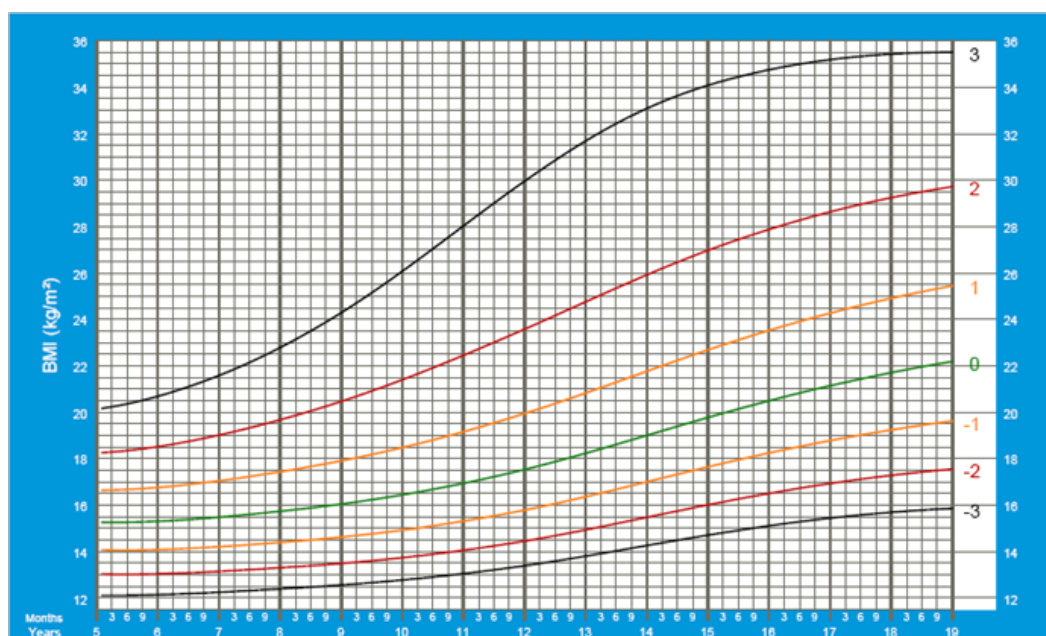
۵ تا ۱۰ سالگی (z-scores)



سن (ماه ها و سال های پایان یافته)

منحنی ۳۰- BMI برای سن در پسرها

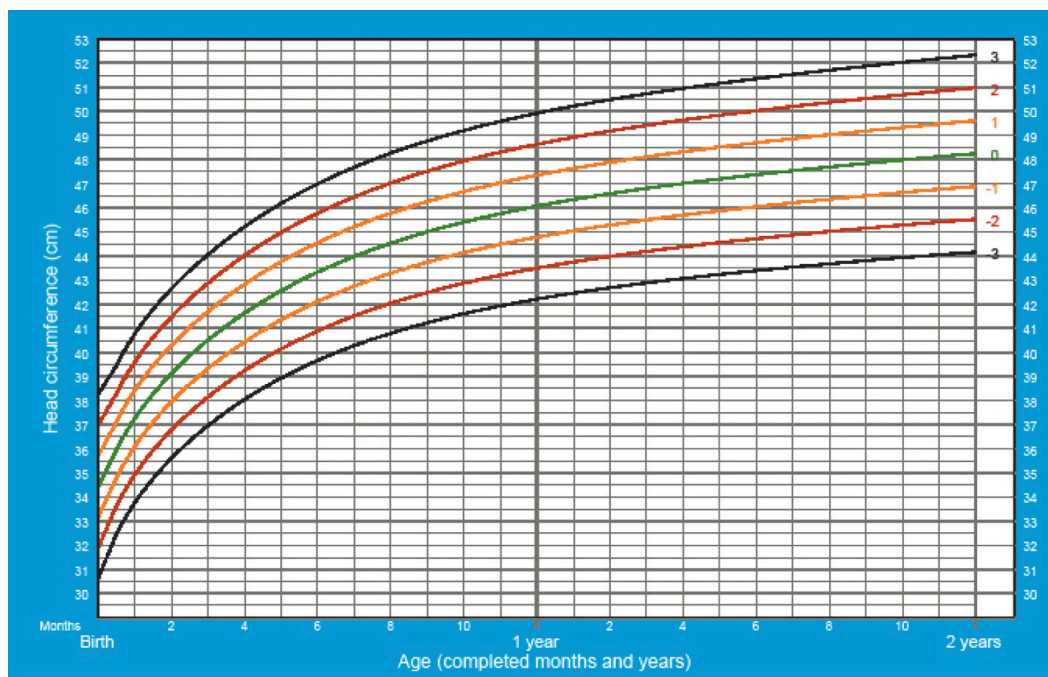
۵ تا ۱۹ سالگی (z-scores)



سن (ماه ها و سال های پایان یافته)

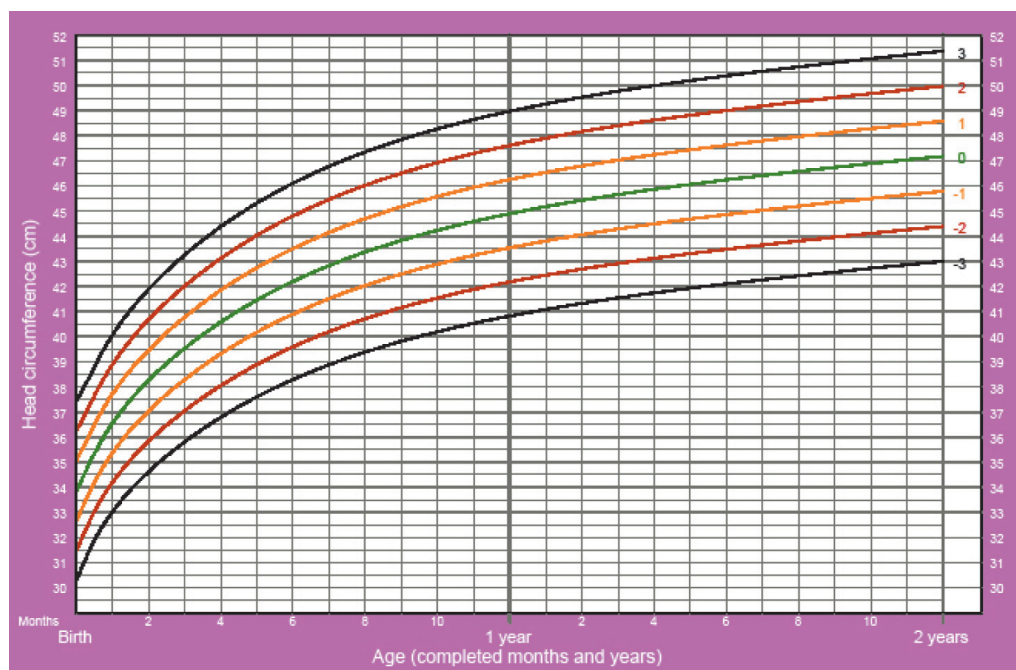
منحنی ۳۱- دور سر برای سن در پسرها

تولد تا ۲ سالگی (z-scores)



منحنی ۳۲- دور سر برای سن در دخترها

تولد تا ۲ سالگی (z-scores)



جدول ۱- محاسبه‌ی BMI براساس وزن و قد

L or H (cm)	Body Mass Index (BMI)																			L or H (cm)
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
42	1.4	1.6	1.8	1.9	2.1	2.3	2.5	2.6	2.8	3.0	3.2	3.4	3.5	3.7	3.9	4.1	4.2	4.4	4.6	42
43	1.5	1.7	1.8	2.0	2.2	2.4	2.6	2.8	3.0	3.1	3.3	3.5	3.7	3.9	4.1	4.3	4.4	4.6	4.8	43
44	1.5	1.7	1.9	2.1	2.3	2.5	2.7	2.9	3.1	3.3	3.5	3.7	3.9	4.1	4.3	4.5	4.6	4.8	5.0	44
45	1.6	1.8	2.0	2.2	2.4	2.6	2.8	3.0	3.2	3.4	3.6	3.8	4.1	4.3	4.5	4.7	4.9	5.1	5.3	45
46	1.7	1.9	2.1	2.3	2.5	2.8	3.0	3.2	3.4	3.6	3.8	4.0	4.2	4.4	4.7	4.9	5.1	5.3	5.5	46
47	1.8	2.0	2.2	2.4	2.7	2.9	3.1	3.3	3.5	3.8	4.0	4.2	4.4	4.6	4.9	5.1	5.3	5.5	5.7	47
48	1.8	2.1	2.3	2.5	2.8	3.0	3.2	3.5	3.7	3.9	4.1	4.4	4.6	4.8	5.1	5.3	5.5	5.8	6.0	48
49	1.9	2.2	2.4	2.6	2.9	3.1	3.4	3.6	3.8	4.1	4.3	4.6	4.8	5.0	5.3	5.5	5.8	6.0	6.2	49
50	2.0	2.3	2.5	2.8	3.0	3.3	3.5	3.8	4.0	4.3	4.5	4.8	5.0	5.3	5.5	5.8	6.0	6.3	6.5	50
51	2.1	2.3	2.6	2.9	3.1	3.4	3.6	3.9	4.2	4.4	4.7	4.9	5.2	5.5	5.7	6.0	6.2	6.5	6.8	51
52	2.2	2.4	2.7	3.0	3.2	3.5	3.8	4.1	4.3	4.6	4.9	5.1	5.4	5.7	5.9	6.2	6.5	6.8	7.0	52
53	2.2	2.5	2.8	3.1	3.4	3.7	3.9	4.2	4.5	4.8	5.1	5.3	5.6	5.9	6.2	6.5	6.7	7.0	7.3	53
54	2.3	2.6	2.9	3.2	3.5	3.8	4.1	4.4	4.7	5.0	5.2	5.5	5.8	6.1	6.4	6.7	7.0	7.3	7.6	54
55	2.4	2.7	3.0	3.3	3.6	3.9	4.2	4.5	4.8	5.1	5.4	5.7	6.1	6.4	6.7	7.0	7.3	7.6	7.9	55
56	2.5	2.8	3.1	3.4	3.8	4.1	4.4	4.7	5.0	5.3	5.6	6.0	6.3	6.6	6.9	7.2	7.5	7.8	8.2	56
57	2.6	2.9	3.2	3.6	3.9	4.2	4.5	4.9	5.2	5.5	5.8	6.2	6.5	6.8	7.1	7.5	7.8	8.1	8.4	57
58	2.7	3.0	3.4	3.7	4.0	4.4	4.7	5.0	5.4	5.7	6.1	6.4	6.7	7.1	7.4	7.7	8.1	8.4	8.7	58
59	2.8	3.1	3.5	3.8	4.2	4.5	4.9	5.2	5.6	5.9	6.3	6.6	7.0	7.3	7.7	8.0	8.4	8.7	9.1	59
60	2.9	3.2	3.6	4.0	4.3	4.7	5.0	5.4	5.8	6.1	6.5	6.8	7.2	7.6	7.9	8.3	8.6	9.0	9.4	60
61	3.0	3.3	3.7	4.1	4.5	4.8	5.2	5.6	6.0	6.3	6.7	7.1	7.4	7.8	8.2	8.6	8.9	9.3	9.7	61
62	3.1	3.5	3.8	4.2	4.6	5.0	5.4	5.8	6.2	6.5	6.9	7.3	7.7	8.1	8.5	8.8	9.2	9.6	10.0	62
63	3.2	3.6	4.0	4.4	4.8	5.2	5.6	6.0	6.4	6.7	7.1	7.5	7.9	8.3	8.7	9.1	9.5	9.9	10.3	63
64	3.3	3.7	4.1	4.5	4.9	5.3	5.7	6.1	6.6	7.0	7.4	7.8	8.2	8.6	9.0	9.4	9.8	10.2	10.6	64
65	3.4	3.8	4.2	4.6	5.1	5.5	5.9	6.3	6.8	7.2	7.6	8.0	8.5	8.9	9.3	9.7	10.1	10.6	11.0	65
66	3.5	3.9	4.4	4.8	5.2	5.7	6.1	6.5	7.0	7.4	7.8	8.3	8.7	9.1	9.6	10.0	10.5	10.9	11.3	66
67	3.6	4.0	4.5	4.9	5.4	5.8	6.3	6.7	7.2	7.6	8.1	8.5	9.0	9.4	9.9	10.3	10.8	11.2	11.7	67
68	3.7	4.2	4.6	5.1	5.5	6.0	6.5	6.9	7.4	7.9	8.3	8.8	9.2	9.7	10.2	10.6	11.1	11.6	12.0	68
69	3.8	4.3	4.8	5.2	5.7	6.2	6.7	7.1	7.6	8.1	8.6	9.0	9.5	10.0	10.5	11.0	11.4	11.9	12.4	69
70	3.9	4.4	4.9	5.4	5.9	6.4	6.9	7.4	7.8	8.3	8.8	9.3	9.8	10.3	10.8	11.3	11.8	12.3	12.7	70
71	4.0	4.5	5.0	5.5	6.0	6.6	7.1	7.6	8.1	8.6	9.1	9.6	10.1	10.6	11.1	11.6	12.1	12.6	13.1	71
72	4.1	4.7	5.2	5.7	6.2	6.7	7.3	7.8	8.3	8.8	9.3	9.8	10.4	10.9	11.4	11.9	12.4	13.0	13.5	72
73	4.3	4.8	5.3	5.9	6.4	6.9	7.5	8.0	8.5	9.1	9.6	10.1	10.7	11.2	11.7	12.3	12.8	13.3	13.9	73
74	4.4	4.9	5.5	6.0	6.6	7.1	7.7	8.2	8.8	9.3	9.9	10.4	11.0	11.5	12.0	12.6	13.1	13.7	14.2	74
75	4.5	5.1	5.6	6.2	6.8	7.3	7.9	8.4	9.0	9.6	10.1	10.7	11.3	11.8	12.4	12.9	13.5	14.1	14.6	75
76	4.6	5.2	5.8	6.4	6.9	7.5	8.1	8.7	9.2	9.8	10.4	11.0	11.6	12.1	12.7	13.3	13.9	14.4	15.0	76
77	4.7	5.3	5.9	6.5	7.1	7.7	8.3	8.9	9.5	10.1	10.7	11.3	11.9	12.5	13.0	13.6	14.2	14.8	15.4	77
78	4.9	5.5	6.1	6.7	7.3	7.9	8.5	9.1	9.7	10.3	11.0	11.6	12.2	12.8	13.4	14.0	14.6	15.2	15.8	78
79	5.0	5.6	6.2	6.9	7.5	8.1	8.7	9.4	10.0	10.6	11.2	11.9	12.5	13.1	13.7	14.4	15.0	15.6	16.2	79
80	5.1	5.8	6.4	7.0	7.7	8.3	9.0	9.6	10.2	10.9	11.5	12.2	12.8	13.4	14.1	14.7	15.4	16.0	16.6	80
81	5.2	5.9	6.6	7.2	7.9	8.5	9.2	9.8	10.5	11.2	11.8	12.5	13.1	13.8	14.4	15.1	15.7	16.4	17.1	81
82	5.4	6.1	6.7	7.4	8.1	8.7	9.4	10.1	10.8	11.4	12.1	12.8	13.4	14.1	14.8	15.5	16.1	16.8	17.5	82
83	5.5	6.2	6.9	7.6	8.3	9.0	9.6	10.3	11.0	11.7	12.4	13.1	13.8	14.5	15.2	15.8	16.5	17.2	17.9	83
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	

L or H (cm)	Body Mass Index (BMI)																			L or H (cm)
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
84	5.6	6.4	7.1	7.8	8.5	9.2	9.9	10.6	11.3	12.0	12.7	13.4	14.1	14.8	15.5	16.2	16.9	17.6	18.3	84
85	5.8	6.5	7.2	7.9	8.7	9.4	10.1	10.8	11.6	12.3	13.0	13.7	14.5	15.2	15.9	16.6	17.3	18.1	18.8	85
86	5.9	6.7	7.4	8.1	8.9	9.6	10.4	11.1	11.8	12.6	13.3	14.1	14.8	15.5	16.3	17.0	17.8	18.5	19.2	86
87	6.1	6.8	7.6	8.3	9.1	9.8	10.6	11.4	12.1	12.9	13.6	14.4	15.1	15.9	16.7	17.4	18.2	18.9	19.7	87
88	6.2	7.0	7.7	8.5	9.3	10.1	10.8	11.6	12.4	13.2	13.9	14.7	15.5	16.3	17.0	17.8	18.6	19.4	20.1	88
89	6.3	7.1	7.9	8.7	9.5	10.3	11.1	11.9	12.7	13.5	14.3	15.0	15.8	16.6	17.4	18.2	19.0	19.8	20.6	89
90	6.5	7.3	8.1	8.9	9.7	10.5	11.3	12.2	13.0	13.8	14.6	15.4	16.2	17.0	17.8	18.6	19.4	20.3	21.1	90
91	6.6	7.5	8.3	9.1	9.9	10.8	11.6	12.4	13.2	14.1	14.9	15.7	16.6	17.4	18.2	19.0	19.9	20.7	21.5	91
92	6.8	7.6	8.5	9.3	10.2	11.0	11.8	12.7	13.5	14.4	15.2	16.1	16.9	17.8	18.6	19.5	20.3	21.2	22.0	92
93	6.9	7.8	8.6	9.5	10.4	11.2	12.1	13.0	13.8	14.7	15.6	16.4	17.3	18.2	19.0	19.9	20.8	21.6	22.5	93
94	7.1	8.0	8.8	9.7	10.6	11.5	12.4	13.3	14.1	15.0	15.9	16.8	17.7	18.6	19.4	20.3	21.2	22.1	23.0	94
95	7.2	8.1	9.0	9.9	10.8	11.7	12.6	13.5	14.4	15.3	16.2	17.1	18.1	19.0	19.9	20.8	21.7	22.6	23.5	95
96	7.4	8.3	9.2	10.1	11.1	12.0	12.9	13.8	14.7	15.7	16.6	17.5	18.4	19.4	20.3	21.2	22.1	23.0	24.0	96
97	7.5	8.5	9.4	10.3	11.3	12.2	13.2	14.1	15.1	16.0	16.9	17.9	18.8	19.8	20.7	21.6	22.6	23.5	24.5	97
98	7.7	8.6	9.6	10.6	11.5	12.5	13.4	14.4	15.4	16.3	17.3	18.2	19.2	20.2	21.1	22.1	23.0	24.0	25.0	98
99	7.8	8.8	9.8	10.8	11.8	12.7	13.7	14.7	15.7	16.7	17.6	18.6	19.6	20.6	21.6	22.5	23.5	24.5	25.5	99
100	8.0	9.0	10.0	11.0	12.0	13.0	14.0	15.0	16.0	17.0	18.0	19.0	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0	100
101	8.2	9.2	10.2	11.2	12.2	13.3	14.3	15.3	16.3	17.3	18.4	19.4	20.4	21.4	22.4	23.5	24.5	25.5	26.5	101
102	8.3	9.4	10.4	11.4	12.5	13.5	14.6	15.6	16.6	17.7	18.7	19.8	20.8	21.8	22.9	23.9	25.0	26.0	27.1	102
103	8.5	9.5	10.6	11.7	12.7	13.8	14.9	15.9	17.0	18.0	19.1	20.2	21.2	22.3	23.3	24.4	25.5	26.5	27.6	103
104	8.7	9.7	10.8	11.9	13.0	14.1	15.1	16.2	17.3	18.4	19.5	20.6	21.6	22.7	23.8	24.9	26.0	27.0	28.1	104
105	8.8	9.9	11.0	12.1	13.2	14.3	15.4	16.5	17.6	18.7	19.8	20.9	22.1	23.2	24.3	25.4	26.5	27.6	28.7	105
106	9.0	10.1	11.2	12.4	13.5	14.6	15.7	16.9	18.0	19.1	20.2	21.3	22.5	23.6	24.7	25.8	27.0	28.1	29.2	106
107	9.2	10.3	11.4	12.6	13.7	14.9	16.0	17.2	18.3	19.5	20.6	21.8	22.9	24.0	25.2	26.3	27.5	28.6	29.8	107
108	9.3	10.5	11.7	12.8	14.0	15.2	16.3	17.5	18.7	19.8	21.0	22.2	23.3	24.5	25.7	26.8	28.0	29.2	30.3	108
109	9.5	10.7	11.9	13.1	14.3	15.4	16.6	17.8	19.0	20.2	21.4	22.6	23.8	25.0	26.1	27.3	28.5	29.7	30.9	109
110	9.7	10.9	12.1	13.3	14.5	15.7	16.9	18.2	19.4	20.6	21.8	23.0	24.2	25.4	26.6	27.8	29.0	30.3	31.5	110
111	9.9	11.1	12.3	13.6	14.8	16.0	17.2	18.5	19.7	20.9	22.2	23.4	24.6	25.9	27.1	28.3	29.6	30.8	32.0	111
112	10.0	11.3	12.5	13.8	15.1	16.3	17.6	18.8	20.1	21.3	22.6	23.8	25.1	26.3	27.6	28.9	30.1	31.4	32.6	112
113	10.2	11.5	12.8	14.0	15.3	16.6	17.9	19.2	20.4	21.7	23.0	24.3	25.5	26.8	28.1	29.4	30.6	31.9	33.2	113
114	10.4	11.7	13.0	14.3	15.6	16.9	18.2	19.5	20.8	22.1	23.4	24.7	26.0	27.3	28.6	29.9	31.2	32.5	33.8	114
115	10.6	11.9	13.2	14.5	15.9	17.2	18.5	19.8	21.2	22.5	23.8	25.1	26.5	27.8	29.1	30.4	31.7	33.1	34.4	115
116	10.8	12.1	13.5	14.8	16.1	17.5	18.8	20.2	21.5	22.9	24.2	25.6	26.9	28.3	29.6	30.9	32.3	33.6	35.0	116
117	11.0	12.3	13.7	15.1	16.4	17.8	19.2	20.5	21.9	23.3	24.6	26.0	27.4	28.7	30.1	31.5	32.9	34.2	35.6	117
118	11.1	12.5	13.9	15.3	16.7	18.1	19.5	20.9	22.3	23.7	25.1	26.5	27.8	29.2	30.6	32.0	33.4	34.8	36.2	118
119	11.3	12.7	14.2	15.6	17.0	18.4	19.8	21.2	22.7	24.1	25.5	26.9	28.3	29.7	31.2	32.6	34.0	35.4	36.8	119
120	11.5	13.0	14.4	15.8	17.3	18.7	20.2	21.6	23.0	24.5	25.9	27.4	28.8	30.2	31.7	33.1	34.6	36.0	37.4	120
121	11.7	13.2	14.6	16.1	17.6	19.0	20.5	22.0	23.4	24.9	26.4	27.8	29.3	30.7	32.2	33.7	35.1	36.6	38.1	121
122	11.9	13.4	14.9	16.4	17.9	19.3	20.8	22.3	23.8	25.3	26.8	28.3	29.8	31.3	32.7	34.2	35.7	37.2	38.7	122
123	12.1	13.6	15.1	16.6	18.2	19.7	21.2	22.7	24.2	25.7	27.2	28.7	30.3	31.8	33.3	34.8	36.3	37.8	39.3	123
124	12.3	13.8	15.4	16.9	18.5	20.0	21.5	23.1	24.6	26.1	27.7	29.2	30.8	32.3	33.8	35.4	36.9	38.4	40.0	124
125	12.5	14.1	15.6	17.2	18.8	20.3	21.9	23.4	25.0	26.6	28.1	29.7	31.3	32.8	34.4	35.9	37.5	39.1	40.6	125
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	

ضمیمه ۶ = برنامه ایمن سازی کودکان

سن	واکسن
بدو تولد	ب.ث. ژ (BCG)، فلج اطفال (OPV)، هپاتیت ب (Hep.B)
۲ ماهگی	سه گانه (DTP)، فلج اطفال (OPV)، هپاتیت ب (Hep.B)
۴ ماهگی	سه گانه (DTP)، فلج اطفال (OPV)
۶ ماهگی	سه گانه (DTP)، فلج اطفال (OPV)، هپاتیت ب (Hep.B)
۱۲ ماهگی	سرخک، سرخچه، اوریون (MMR)
۱۸ ماهگی	سه گانه (DTP)، فلج اطفال (OPV)، سرخک، سرخچه، اوریون (MMR)
۶ سالگی	سه گانه (DTP)، فلج اطفال (OPV)

ضمیمه ۷ - فرم مشاهده شیردهی

نام مرکز بهداشتی درمانی یا بیمارستان: نام و نام خانوادگی:
 شماره ی پرونده یا خانوار: سن شیرخوار:

علائمی که نشان می دهد شیردهی خوب پیش می رود	علائم حاکی از احتمال وجود مشکل
مادر: - سالم به نظر می رسد. - راحت و آرام است. - علائم پیوند عاطفی بین مادر و شیرخوار وجود دارد.	مادر: - بیمار یا افسرده به نظر می رسد. - عصبی و ناراحت به نظر می رسد. - تماس چشمی بین مادر و شیرخوار وجود ندارد.
شیرخوار: - سالم به نظر می رسد. - آرام و راحت است. - در صورت گرسنگی پستان را جستجو نموده یامی گیرد.	شیرخوار: - خواب آلود یا بیمار به نظر می رسد. - بی قرار است یا گریه می کند. - در صورت گرسنگی پستان را جستجو ننموده یا نمی گیرد.
- سالم به نظر می رسد. - درد یا ناراحتی ندارد. - به خوبی با انگشتان به دور از هاله نگه داشته شده است. - نوک پستان قابل ارتجاع است.	- قرمز و متورم به نظر رسیده یا نوک آن زخمی است. - پستان یا نوک آن دردناک است. - انگشتان مادر روی آرئول قرار دارد. - نوک پستان صاف و غیرقابل ارتجاع است.
- سر، گردن و تنه ی شیرخوار در یک امتداد قرار دارد. - بدن شیرخوار، نزدیک بدن مادر است. - تمام بدن شیرخوار حمایت شده است. - شیرخوار به نحوی نزدیک پستان می شود که بینی او در مقابل نوک پستان قرار دارد.	- گردن و سر شیرخوار موقع شیرخوردن چرخیده است. - بدن شیرخوار، نزدیک بدن مادر قرار ندارد. - فقط سر و گردن شیرخوار حمایت شده است. - شیرخوار به نحوی نزدیک پستان می شود که لب تحتانی و چانه ی او در مقابل نوک پستان قرار دارد.
- قسمت بیش تری از هاله ی پستان در بالای لب فوقانی شیرخوار دیده می شود. - دهان شیرخوار کاملاً باز است. - لب تحتانی به بیرون برگشته است. - چانه ی شیرخوار در تماس با پستان است.	- قسمت بیش تری از آرئول در پایین لب تحتانی دیده می شود. - دهان شیرخوار کاملاً باز نیست. - لب ها به طرف جلوی نوک پستان غنچه شده یا به داخل برگشته است. - چانه ی شیرخوار در تماس با پستان نیست.
- مکیدن ها آهسته، عمیق و با مکث هستند. - گونه ها موقع مکیدن برآمده اند. - شیرخوار پس از شیر خوردن، پستان را رها می کند. - مادر متوجه علائم بازتاب جهش شیر می شود.	- مکیدن ها سریع و سطحی هستند. - گونه ها موقع مکیدن به داخل کشیده می شوند. - پس از شیر خوردن، مادر شیرخوار را از پستان جدا می کند. - علائم بازتاب جهش شیر ملاحظه نمی شود.

ضمیمه‌ی ۸- فرم غربالگری زودرس تغذیه با شیرمادر (روز ۶-۴ تولد)

سؤال*	بله	خیر
آیا احساس می‌کنید شیردهی تا به حال خوب بوده است؟	☐	☐
آیا شیرخوار هر دو پستان را بدون مشکل می‌گیرد؟	☐	☐
آیا جریان شیر برقرار شده است؟ (بین روز ۲ و ۴، پستان سفت و پر شده است؟)	☐	☐
آیا شیرخوار می‌تواند در هر بار شیر خوردن در مجموع حداقل به مدت ۱۰ دقیقه مکیدن منظم داشته باشد؟	☐	☐
آیا نوزاد تقاضای شیر می‌کند یا خواب‌آلود است و اغلب لازم است از خواب بیدارش کنید؟	☐	☐
آیا شیرخوار معمولاً در هر بار از هر دو پستان شیر می‌خورد؟	☐	☐
آیا تقریباً هر ۲-۳ ساعت یک‌بار شیر می‌خورد و فقط یکبار در طی شب و یک خواب حداکثر ۵ ساعته دارد؟ (نباید دفعات شیر خوردن در شبانه‌روز کم‌تر از ۸ بار باشد)	☐	☐
آیا قبل از شیر دادن در پستان‌ها احساس پری می‌کنید؟	☐	☐
آیا پس از شیر دادن احساس می‌کنید پستان‌ها نرم‌تر شده‌اند؟	☐	☐
آیا نوک پستان‌ها سالم هستند یا درد شدیدی دارند که از شیر دادن بترسید؟	☐	☐
آیا نوزاد حداقل ۴ بار در روز اجابت مزاج با حجم کافی (بیش از لکه) دارد؟	☐	☐
آیا نوزاد اجابت مزاج زرد و دانه‌دانه دارد؟	☐	☐
آیا نوزاد حداقل ۶ بار در شبانه‌روز ادرار می‌کند؟	☐	☐
آیا شیرخوار بعد از اکثر دفعات شیر خوردن سیر به‌نظر می‌رسد؟	☐	☐
آیا زمانی که شیرخوار پستان رامی‌مکد صدای مکش منظم و بلع او را می‌شنوید؟	☐	☐

* چنانچه پاسخ هر یک از سؤالات "خیر" باشد، مادر باید به پزشک یا مشاور شیردهی مراجعه کند.

هر پرسشنامه یک "بخش عمومی" یا "ارزیابی کلی" برای کسب نظرات کلی والدین دارد.

هر یک از سوالات پرسشنامه واجد چند ویژگی است:

۱. شاخص تکاملی مهمی را مورد سوال قرار می دهد.

۲. رفتار مناسب کودکان آن گروه سنی با ضریب تکاملی ۷۵ تا ۱۰۰ (ضریب تکاملی متوسط) را مطرح کرده است و در مورد کودک مورد نظر سوال می نماید.

۳- در طرح هر سوال سعی شده درک سوال و امکان مشاهده رفتار مورد نظر در کودک برای والدین راحت باشد.

۴- در طراحی متن از کلماتی استفاده شده که افرادی با سطح سواد پنجم ابتدایی نیز بتوانند متوجه معنی آن شوند. هر کجا که لازم بوده توضیحات کافی داده شده تا والدین سوالات را بهتر درک کنند.

۵- در هر کجا ممکن بوده در کنار هر سوال تصویر کوچکی اضافه شده تا مفهوم سوال را روشن تر نماید.

۶- در جاهایی که لازم و امکان پذیر بوده مثال هایی از رفتار مورد نظر در سوال گنجانده شده است.

پس از انتخاب کودکان جهت انجام این تست (براساس سن مناسب هر پرسشنامه) قدم بعدی این است که والدین را مطلع نماییم که کودک آنها آمادگی شرکت در برنامه ارزیابی تکاملی را دارد و نیاز به همکاری فعال ایشان داریم.

وقتی پدر و مادر آگاهی کافی نسبت به برنامه پیدا کردند آنها را با پرسشنامه و چگونگی تکمیل آن آشنا کنیم. توضیحات ما درباره پرسشنامه باید شامل موارد زیر باشد:

۱- پرسشنامه برای تعیین کارهایی که هر کودک می تواند یا نمی تواند انجام دهد طراحی شده است. مطمئن شوید که پدر و مادر به خوبی متوجه شده اند که کودک آنها ممکن است نتواند همه فعالیت های مورد اشاره در پرسشنامه را انجام دهد.

۲- بر اهمیت این نکته تأکید کنید که آنها باید هر یک از فعالیت های مورد نظر را در کودک خود بررسی کرده و سپس به سوالات پاسخ دهند.

۳- توضیح دهید که سوالات به ۵ بخش اصلی تقسیم می شوند: بخش برقراری ارتباط، حرکات درشت، حرکات ظریف، بخش حل مسئله و بخش فردی-اجتماعی. در این بخش هر سوال ۳ پاسخ دارد که باید تنها یکی از پاسخ ها در فضای مربع کوچک کنار آن علامت زده شود. «بلی» به معنی آن است که کودک در حال حاضر قادر است فعالیت مورد نظر را انجام دهد. «گاهی» به معنی آن است که فعالیت مورد اشاره بصورت گه گاه یا به تازگی از کودک سرزده باشد. «هنوز نه» به معنی آن است که کودک هنوز شروع به انجام آن نکرده است. توضیح دهید گاهی پیش می آید که کودک فعالیت مورد نظر را قبلاً انجام می داده است ولی در حال حاضر آن را انجام نمی دهد یا بندرت انجام می دهد. مثلاً اگر سوال پرسشنامه درباره چهار دست و پا رفتن پرسیده باشد، که کودک قبلاً آن را انجام می داده ولی دیگر انجام نمی دهد و به جای آن راه می رود؛ یا مثلاً درباره نشستن همراه با تکیه دادن به دست ها سوال شده و اینک کودک بدون کمک و تکیه دادن به دستش می تواند بنشیند، در این صورت باید به سوال مورد نظر هم پاسخ «بلی» بدهند. (گاهی پدر و مادر به خوبی متوجه موضوع نمی شوند یا اینکه فراموش کرده اند که آیا چند وقت پیش کودک آنها فعالیت مورد نظر را انجام می داده است یا خیر، در این صورت شما می توانید کمکشان کنید و پاسخ آنها را اصلاح کنید).

در بخش چهارم یا «بخش عمومی» یا ارزیابی کلی معمولاً شش سوال وجود دارد که پاسخ «بلی» یا «خیر» دارند و گاهی در صورتی که قید شده باشد باید پاسخ را شرح داد.

به پدر و مادر تأکید کنید که پرسشنامه را به موقع تکمیل کرده و به شما برگردانند. حتماً روی پرسشنامه در محلی که تعیین شده نام خود، آدرس و شماره تلفنی که والدین در صورت نیاز بتوانند با شما تماس بگیرند را ذکر نمایید تا چنانچه

سوال یا مشکلی در مورد تکمیل پرسشنامه پیدا می‌کنند، رفع کنند.

۶- برای کودکانی که بیشتر از ۳ هفته زودتر از موعد مقرر به دنیا آمده‌اند (کودکان نارس) باید تا رسیدن به سن ۲ سالگی، «سن اصلاح شده» آن‌ها را حساب کرد و پرسشنامه‌ای را که مطابق سن اصلاح شده است در اختیار آن‌ها گذاشت. برای محاسبه سن اصلاح شده باید هر چند هفته را که کودک از ۹ ماه زودتر به دنیا آمده باشد (۴۰ هفته) از سن کنونی او کم کرد. مثلاً اگر شیرخوار ۶ ماهه‌ای مراجعه کرد که ۸ هفته زودتر از موعد مقرر به دنیا آمده بود، برای محاسبه پس از اصلاح، ۸ هفته (یعنی تقریباً ۲ ماه) را از سن تقویمی کنونی او کم می‌کنیم و لذا برای او پرسشنامه ۴ ماهگی باید تکمیل شود.

۷- به پدر و مادر تاکید کنید که تکمیل پرسشنامه را تبدیل به یک بازی خانوادگی کنند تا همگی از آن لذت ببرند.

۸- به پدر و مادر توضیح دهید که در صفحه اول هر پرسشنامه علاوه بر اینکه باید به تعدادی سوالات عمومی در مورد کودک پاسخ دهند باید مشخص و معلوم کنند که چه کسی در خانه مسئول پر کردن پرسشنامه است. پس از این که مطمئن شدید پدر و مادر در مورد چگونگی تکمیل پرسشنامه کاملاً آگاه شدند پرسشنامه مربوط به گروه سنی کودک را در اختیارشان قرار دهید تا در منزل تکمیل کرده و ظرف چند روز آینده به شما برگردانند.

نکات قابل توجه

۱- هر پرسشنامه را تنها می‌توان از یک ماه قبل تا ماه بعد از گروه سنی قید شده بر روی آن استفاده کرد. پس استفاده از هر پرسشنامه یک «محدوده» دارد. به عنوان مثال پرسشنامه مخصوص ۱۲ ماهگی را تنها می‌توان برای کودکان ۱۱ تا ۱۳ ماهه استفاده کرد.

۲- اگر به هر علتی ناچار هستیم پرسشنامه را برای کودکی خارج از محدوده سنی مورد نظر تکمیل کنیم به طریق زیر عمل می‌نماییم:

مثلاً کودکی ۴۴ ماهه به ما مراجعه کرده ولی ما پرسشنامه‌های ۴۲ ماهگی و ۴۸ ماهگی را در اختیار داریم و همانطور که قبلاً گفتیم هر پرسشنامه را تنها می‌توان از یک ماه قبل تا یک ماه بعد از گروه سنی مورد نظر استفاده کرد. یعنی پرسشنامه ۴۲ ماهگی برای کودکان ۴۱ تا ۴۳ ماهه و پرسشنامه ۴۸ ماهگی برای کودکان ۴۷ تا ۴۹ ماهه قابل استفاده است. در این صورت ابتدا از پرسشنامه مربوط به سن کمتر (در اینجا ۴۲ ماهگی) استفاده می‌کنیم. اگر موفق شدیم برای تمام سوالات پرسشنامه از کودک پاسخ "بلی" بگیریم. پرسشنامه سن بالاتر را برای او امتحان می‌کنیم. اگر باز هم همه پاسخ ما بلی بود که هیچ (یعنی نتیجه بسیار خوب و مطلوب است) در این صورت هر دو پرسشنامه به نام این کودک ثبت می‌شود. اگر نتوانستیم برای تمام سوالات پرسشنامه دوم پاسخ بلی بگیریم باید پرسشنامه سن بالاتر را به پدر و مادر بدهیم که به خانه ببرند و هر گاه سن کودک به سن مورد نظر برای سوالات آن پرسشنامه رسید آن را تکمیل کرده و بازگردانند. اما اگر در پرسشنامه سن پایین‌تر (در اینجا ۴۲ ماهگی) پاسخ بیش از نیمی از سوال‌ها (بیشتر از ۱۵ سوال) خیر بود، در اینصورت باید این نکته را با قلم قرمز و خط درشت روی پرسشنامه یادداشت کرده و علامت زد و کودک را به همراه برگه ارجاع مخصوص (که حاوی شماره تماس و آدرس است) برای ارزیابی بیشتر نزد متخصص امر بفرستیم. حتی در این حالت هم وقتی کودک به سن مناسب پرسشنامه بعدی (۴۸ ماهگی) رسید برای اطمینان بیشتر باز هم او را با آن پرسشنامه مورد ارزیابی قرار می‌دهیم.

۳- این پرسشنامه برای والدین با حداقل تحصیلات پایان ابتدایی طراحی شده است. لذا پدران و مادران بی‌سواد یا کم‌سواد که نمی‌توانند خود آن را تکمیل کنند باید این کار را به کمک یک فرد با سواد دیگر در همان خانه انجام دهند. در این صورت فرد باسواد باید سوالات را برای پدر و مادر بخواند و پاسخ مورد نظر آن‌ها را علامت بزند.

۴- در صورتی که به هر علت حدس می‌زنیم والدین در بازگرداندن پرسشنامه همکاری لازم را نخواهد کرد از ایشان می‌خواهیم که در همان محل (مرکز بهداشت یا مهد کودک) آن را تکمیل کنند. در این حالت چنانچه لازم بود و پدر و مادر

در تکمیل پرسشنامه به سوال یا مشکلی برخورد کردند کمک به آنان در فهم بهتر مطالب مجاز است. البته حتی الامکان باید از پرسیدن پرسشنامه در محلی خارج از منزل خودداری کرد زیرا ممکن است به وسایلی نیاز داشته باشیم که این وسایل در محل موجود نباشد (مانند مداد و کاغذ، آینه، مکعب، اسباب بازی و...) به علاوه خارج از منزل ممکن است پدر و مادر دقت کافی حوصله و توجه لازم را نداشته باشد. از طرفی کودک نیز ممکن است در محیط بیگانه همکاری لازم را نداشته باشد.

نحوه امتیاز دهی نهایی به پرسشنامه های کامل

نقاط برش

همانطور که قبلاً ذکر شد، آزمون ASQ برای تعیین این که کودک مورد نظر نیاز به پیگیری و ارزیابی های دقیق تر دارد یا نه، از «نقاط برش» استفاده می کند. نقطه برش در واقع امتیازی است که عملکرد متوسط گروه کثیری از کودکان را در یک گروه سنی بخصوص و به تفکیک هر حیطه تکاملی نمایان می سازد. این نقاط برش بعد از مطالعات گسترده و بررسی های آماری بر روی تعداد زیادی از کودکان تعیین می گردد. نقاط برش بر روی برگه «نقاط برش پرسشنامه سنین و مراحل در کودکان ایرانی» برای هر سن بخصوص در حیطه تکاملی مورد نظر در دو ستون «یک انحراف پایین تر از میانگین» و «دو انحراف پایین تر از میانگین» ثبت شده اند. برای این منظور به ترتیب قدم های زیر را برمی داریم:

۱- ابتدا پرسشنامه را برای یافتن احتمالی سوالاتی که پدر و مادر بدون پاسخ گذاشته اند جست و جو می کنیم. اگر تمام سوالات دارای پاسخ بودند، قدم دوم را برمی داریم. ولی اگر سوالی بی جواب مانده بود، مطابق توضیحاتی که در بخش بعدی، یعنی «نحوه امتیاز دهی به پرسشنامه هایی که سوالات بی جواب دارند» داده خواهد شد، اقدام می کنیم.

۲- گاهی ممکن است پیش بیاید که کودک فعالیتی را که در سوال مطرح شده است قبلاً انجام می داده و هم اکنون دیگر انجام نمی دهد و به جای آن فعالیت پیشرفته تری را (از نظر تکاملی) انجام می دهد. در این صورت باید به آن سوال پاسخ بلی داد. اما بهر حال احتمال دارد که پدر و مادر کودک علیرغم توضیحات کافی در این خصوص بازهم به اشتباه در چنین پاسخ «هنوز نه» یا «گاهی» را علامت زده باشند. در این صورت باید هنگام امتیاز دهی باز هم همان ۱۰، امتیاز را برای آن سوال بخصوص قائل شد، نه ۵ یا صفر امتیاز را. برای این منظور در پرسشنامه هر جا که لازم بوده این موضوع یادآوری شده است.

۳- به هریک از سوالات، با در نظر گرفتن ۱۰ امتیاز برای پاسخ «بلی»، ۵ امتیاز برای پاسخ «گاهی» و صفر امتیاز برای پاسخ «هنوز نه»، در قسمت فضای خالی کنار هر سوال، امتیاز دهید.

۴- امتیازات مربوط به هر یک از حیطه های تکاملی را جمع بندی کنید.

۵- امتیازات مربوط به هر یک از حیطه های تکاملی را با «نقطه برش» اعلام شده در برگه «نقاط برش پرسشنامه سنین و مراحل» برای همان حیطه تکاملی در گروه سنی مورد نظر، مقایسه کنید.

۶- چنانچه امتیازات در هر یک از حیطه های تکاملی از نقطه برش اعلام شده در ستون «دو انحراف پایین تر از میانگین» کمتر یا بر آن منطبق بود کودک باید برای پیگیری و ارزیابی های دقیق تر ارجاع شود. در صورتی که بین اعداد دو ستون «یک انحراف پایین تر از میانگین» و «دو انحراف پایین تر از میانگین» قرارگیرد باید پدر و مادر تمرین هایی برای رشد یادگیری کودک در سنین مربوطه (روش هایی برای شکوفایی استعداد کودکان) انجام دهد و مجدداً تست برای کودک انجام گیرد اگر بالاتر از ستون «یک انحراف پایین تر از میانگین» قرارنگیرد کودک برای پیگیری و ارزیابی های دقیق تر ارجاع شود.

۷- در این بخش از پرسشنامه یک سری سوالات عمومی مانند «آیا نگرانی بخصوصی در مورد فرزند خود دارید؟»، به چشم می خورد. این بخش در امتیازدهی به کودک گنجانده نمی شود ولی اهمیت آن در آن است که ما را با «نگرانی های» احتمالی پدر و مادر در مورد فرزند خود آشنا می سازد، هرگاه با چنین نگرانی هایی از سوی پدر و مادر مواجه می شویم، صرف نظر از امتیاز اخذ شده توسط کودک، باز هم توصیه می شود موضوع را جدی تلقی کرده، برای ارزیابی های دقیق تر

کودک ارجاع شود.

نحوه امتیازدهی نهایی به پرسشنامه‌هایی که سوالات بی جواب دارند:

گاهی پیش می‌آید که پدر و مادر به تمام سوالات پرسشنامه پاسخ نمی‌دهند. باید توجه داشت که اگر بیش از ۲ سوال از هر یک از حیطه‌های تکاملی بدون پاسخ باشد، امتیازدهی صحیح به آن حیطه تکاملی ممکن نخواهد بود. اگر چنین وضعیتی پیش آمد ابتدا باید تلاش کنید با پدر یا مادر صحبت کرده پاسخ سوالات مورد نظر را از آنها دریافت کنید. چنانچه پاسخ‌های مورد نظر دریافت شد، مطابق توضیحاتی که در بخش قبلی آمده بود، عمل کنید.

گاهی پدر و مادر به این علت به یک سوال پاسخ نمی‌دهند که در مورد پاسخ صحیح اطمینان ندارند یا در مورد اینکه کودک آنها فعالیت مورد نظر را به درستی انجام می‌دهد یا نه، نگرانی و شک دارند. در هر حال اگر برخی از سوالات همچنان بدون پاسخ باقی ماند، باید از روش «امتیازدهی نسبی» استفاده کرد. در این روش کودک به خاطر سوالاتی که پدر و مادر به آن‌ها پاسخ نداده اند، متضرر نمی‌شود. ابتدا اگر فقط به یکی از سوالات یک حیطه تکاملی پاسخ داده نشده بود با تقسیم کردن امتیاز کلی آن حیطه تکاملی (بدون در نظر گرفتن امتیازی برای سوال بدون پاسخ) بر تعداد سوالات پاسخ داده شده، رقمی بین ۰ تا ۱۰ بدست می‌آید. سپس آن رقم را به امتیاز نهایی را می‌توان مانند موارد دیگر با «نقطه برش» آن حیطه تکاملی مقایسه و اقدامات بعدی را مانند گذشته انجام داد.

در صورتی که دو سوال از سوالات یک حیطه تکاملی بدون پاسخ باقی مانده بود، همان محاسبات قبلی را انجام می‌دهیم با این تفاوت که رقم بدست آمده از تقسیم کردن امتیاز کلی آن حیطه تکاملی (بدون در نظر گرفتن امتیازی برای سوالات بدون پاسخ) بر تعداد سوالات پاسخ داده شده را که رقمی بین ۰ تا ۱۰ خواهد بود، ابتدا دو برابر (ضرب در دو) می‌کنیم و سپس آن را به امتیاز کلی همان حیطه اضافه می‌نماییم.

به عنوان مثال اگر پدر و مادری تنها به ۵ سوال از ۶ سوال حیطه تکاملی حرکات درشت در پرسشنامه ۴ ماهگی پاسخ داده باشند، که از آن میان ۳ سوال پاسخ «بلی» (مجموعاً معادل ۳۰ امتیاز)، ۱ سوال پاسخ «گاهی» (۵ امتیاز) و یک سوال پاسخ «هنور نه» (۰ امتیاز) داشته باشد، جمع امتیازات حیطه تکاملی حرکات درشت کودک آنها ۳۵ امتیاز خواهد بود، که وقتی بر تعداد سوالات پاسخ داده شده (۵ سوال) تقسیم گر دد، رقم ۷ بدست می‌آید این رقم ۷ را با جمع امتیازات حیطه تکاملی حرکات درشت کودک (۳۵) جمع می‌کنیم و نهایتاً عدد ۴۲، «امتیاز نهایی» کودک از حیطه تکاملی حرکات درشت است که در مقایسه با نقطه برش مربوط به آن سن (که ۳۸،۱ می‌باشد) حکایت از آن دارد که تکامل کودک در حیطه تکاملی حرکات درشت بطور طبیعی پیش می‌رود و نیاز به ارجاع برای بررسی و ارزیابی‌های دقیق‌تر ندارد و اگر در مورد همان کودک مثال زده شده در بالا، تنها به ۴ سوال از ۶ سوال پاسخ داده شده بود که از آن میان ۲ سوال پاسخ «بلی» و بقیه مانند قبل بود، جمع امتیازات آن حیطه ۲۵ خواهد بود، که وقتی بر تعداد سوالات پاسخ داده شده (۴ سوال) تقسیم شود، عدد ۶،۲۵ بدست می‌آید. عدد ۶،۲۵ را ضرب در دو می‌کنیم، عدد ۱۲،۵ بدست می‌آید که وقتی با جمع امتیازات حیطه تکاملی مورد نظر (۲۵) جمع شود. امتیاز نهایی ۳۷،۵۰ حاصل می‌شود. با توجه به نقطه برش مربوط به آن سن که (۳۸،۱) است، دو هفته دیگر با تلاش مجدد تست کرد.

توجه:

اگر در هر حیطه تکاملی بیش از ۲ سوال بدون پاسخ باقی مانده بود و به هیچ وجه نتوانستیم پاسخ آن سوالات را با صحبت با پدر یا مادر اخذ نماییم، امتیازدهی به آن حیطه تکاملی ممکن نخواهد بود و باید حذف گردد.

روش ثبت اطلاعات

اکنون این به مرحله‌ای رسیده‌ایم که خلاصه اطلاعات پرسشنامه کودک، پس از جمع‌بندی امتیازات هر حیطه تکاملی با توجه توضیحات داده شده در بخش قبلی، باید در فرم «خلاصه نتایج تکامل کودک» ثبت شود. در این فرم، امتیاز هر حیطه تکاملی به تفکیک، به دو صورت «عددی» و پر کردن، دایره توخالی ثبت می‌شود. بدین صورت که ابتدا جلوی عنوان هر حیطه تکاملی جمع امتیاز آن حیطه در جدول مربوطه وارد شده و سپس در قسمت دایره برحسب نوع جواب (بلی، گاهی، هنوز نه) به هر یک از سوالات مربوط به هر حیطه تکاملی، دایره مربوطه پر می‌شود. در همین برگه، بخشی نیز برای وارد کردن گروه سن کودک وجود دارد که باید تکمیل گردد. فرم تکمیل شده باید در پرونده خانوار کودک نگهداری شود، توجه شود که در هر بار مراجعه کودک برای ارزیابی تکاملی، باید پرسشنامه مناسب سن او تکمیل و سپس خلاصه نتایج آن در این فرم کودک اضافه گردد.

روش ارجاع

بیشتر کودکان مورد ارزیابی، امتیازات بالاتر از نقطه برش کسب خواهند کرد. در این صورت توصیه می‌شود برای پس‌خوراند به پدر و مادر، به ایشان اعلام شود که تکامل کودک آنها 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 نمود. این تاریخ را جهت یادآوری پدر و مادر در کارت رشد کودک نیز وارد نمایید.

در مورد کودکانی که امتیاز آنها در حداقل یکی از حیطه‌های تکاملی پایین‌تر از نقطه برش "دو انحراف پایین‌تر از میانگین" شده است به طریق زیر عمل می‌کنیم:

- ۱- در هر حالتی، باید از نگران و آشفته کردن پدر و مادر پرهیز کرد.
- ۲- هر چه زودتر یا طی تماس تلفنی و یا طی یک ملاقات حضوری که با پدر و مادر ترتیب می‌دهید، به آنها اعلام کنید که نتایج ارزیابی حکایت از این داشته است که بررسی‌های دقیق‌تر و تخصصی‌تر بر روی کودک آنها لازم است.
- ۳- با پدر و مادر به زبان کاملاً ساده و قابل فهم برای سطح تحصیلی- اجتماعی آنها و ترجیحاً به زبان مادری یا بومی آنها، سخن بگوئید.
- ۴- تأکید کنید که نتایج این مرحله از ارزیابی ممکن است صحیح و دقیق نباشد و صحت و سقم آن با بررسی‌های بعدی معلوم خواهد شد.
- ۵- از استفاده از کلماتی چون «تست یا آزمون» «رد شدن از تست» «غیرطبیعی» و امثالهم خودداری کنید.
- ۶- در مورد امتیازات اخذ شده توسط کودک و مقایسه آن با نقطه برش به پدر و مادر توضیح دهید و سپس حتماً بر مهارت‌های کنونی کودک تأکید نمایید.
- ۷- به پدر و مادر متخصصینی را که می‌توانند جهت ارزیابی‌های دقیق‌تر و تخصصی‌تر به آنها مراجعه کنند، با اعلام نام، آدرس، شماره تلفن و خدماتی که توسط ایشان قابل ارائه است، معرفی نمایید.

نام کودک :	نام خانوادگی کودک :	جنس :
تاریخ تولد : / /	سن اصلاح شده ماه	نام تکمیل کننده :
نسبت تکمیل کننده با کودک :	تاریخ تکمیل :	تلفن تماس تکمیل کننده :
استان :	شهرستان :	روستا :
نام مرکز :	نام پرسشگر :	شماره تلفن مرکز :

پدر و مادر گرامی، اکنون که امکان ارزیابی کودک شما با این آزمون مهم فراهم شده است برای پاسخ دادن به سوالات پرسشنامه ASQ به چند نکته مهم زیر توجه فرمایید :

۱- پرسشنامه طوری طراحی شده است که کودک ممکن است نتواند تمام فعالیت های مورد اشاره در آن را انجام دهد. از این موضوع متعجب یا ناراحت نشوید.

۲- سوالات برای هر سن در ۵ بخش اصلی طراحی شده اند: (۱) بخش برقراری ارتباط (که عمدتاً مربوط به سخن گفتن و شنوایی است) (۲) بخش حرکات درشت (که عمدتاً مربوط به حرکات پاها و بازوها است) (۳) بخش حرکات ظریف (که عمدتاً مربوط به حرکات دست ها و انگشتان است) (۴) بخش حل مسئله (که عمدتاً مربوط به درک مفاهیم است) و (۵) بخش شخصی - اجتماعی (که عمدتاً مربوط به رفتارهای فردی و رفتارهای اجتماعی کودک است). یک «بخش کلی» هم در پایان ۵ بخش اصلی وجود دارد که سوالات آن عمومی هستند.

۳- در مورد پاسخ هر کدام از سوالات اگر شک دارید، حتماً باید فعالیت مورد اشاره در آن سوال را با کودک خود امتحان کنید و سپس به سوال پاسخ دهید.

۴- در ۵ بخش اصلی، هر سوال سه پاسخ «بلی»، «گاهی» و «هنوز نه» دارد. توجه داشته باشید که بایستی فقط یکی از پاسخ ها علامت زده شود. و در «بخش کلی»، پاسخ ها «بله» یا «خیر» است و گاهی هم باید توضیح کوتاهی در پاسخ به سوالات نوشته شود.

- پاسخ «بلی» به معنی این است که کودک در حال حاضر قادر است فعالیت مورد نظر را انجام دهد.

- پاسخ «گاهی» به معنی این است که کودک به تازگی شروع به انجام فعالیت مورد نظر کرده است.

- پاسخ «هنوز نه» به معنی این است که کودک هنوز شروع به فعالیت مورد نظر نکرده است.

۵- توجه داشته باشید گاهی پیش می آید که کودک فعالیت مورد نظر را قبلاً انجام می داده است ولی حالا به دلیل اینکه فعالیت پیشرفته تری را یاد گرفته است، دیگر آن فعالیت قبلی را انجام نمی دهد یا بندرت انجام می دهد. مثلاً اگر سوال شده است «آیا کودک چهار دست و پا می رود؟» اگر کودک شما قبلاً چهار دست و پا می رفته ولی حالا دیگر راه می رود، در این صورت باز هم باید پاسخ «بلی» را علامت بزنید.

۶- پر کردن و برگرداندن سریع پرسشنامه بسیار اهمیت دارد، تا اولاً سن کودک از سن مناسب برای پاسخ دادن به سوالات پرسشنامه نگذرد و ثانیاً در صورت وجود کوچکترین اشکال در تکامل او اقدام به موقع انجام شود. پس پرسشنامه را به موقع تکمیل فرمایید و هر چه زودتر به محلی که از آن تحویل گرفته اید، برگردانید.

۷- پاسخ به سوالات پرسشنامه را به یک بازی خانوادگی تبدیل نمایید، تا هم شما و هم کودکان از آن لذت ببرید. بهتر است کودک هنگام تکمیل پرسشنامه آماده بازی باشد.

۸- توجه کنید که بایستی مشخص فرمایید که چه کسی پرسشنامه را تکمیل می نماید. منظور کسی است که در مورد کودک اطلاعات بیشتری دارد و او است که به سوالات پاسخ می دهد. به این منظور نام و نسبت او با کودک را در قسمت بالا در پرسشنامه بنویسید.

۹- در صورت بروز هر گونه مشکل در پاسخ دادن به سوالات پرسشنامه با شماره تلفن مرکزی که پرسشنامه را از آنجا دریافت کرده اید، تماس بگیرید.

۱۰- یادآوری می کنیم که پرسشنامه بعدی را باید ۲ ماه بعد از مرکز دریافت کرده، تکمیل نمایید.

حیطه برقراری ارتباط

پیش از پاسخ دادن مطمئن شوید که هر فعالیت را درمورد فرزندتان مشاهده یا تجربه کرده اید.

بله	گاهی	هنوز نه
☐	☐	☐
۱- اگر از کودک بخواهید تا یک بازی کودکانه (مانند دست دستی کردن، بای بای کردن، سرسری کردن و دالی کردن) را انجام دهد، آیا حداقل یکی از این بازی ها را بدون اینکه خودتان آن را به وی نشان دهید، انجام می دهد؟		
☐	☐	☐
۲- آیا کودک می تواند یک دستور ساده مانند «بیا اینجا»، «اونو بده به من»، یا «اونو سر جایش بگذار»، را انجام دهد؟ منظور از «اونو» هر چیزی است که در دست کودک باشد.		
☐	☐	☐
۳- آیا کودک علاوه بر «ماما» و «بابا» یک کلمه دیگر را می گوید؟ (یک کلمه عبارت است از صدا یا صداهایی که کودک همواره بطور ثابت برای اطلاق به چیز یا شخص به کار می برد، به عنوان مثال «دادا» برای «دادش»).		
☐	☐	☐
۴- زمانی که می پرسید «توپ، کلاه، کفش و غیره کجاست؟» آیا کودک به آن نگاه می کند؟ دقت داشته باشید که شیء مورد سوال در آنجا وجود داشته باشد. اگر کودک حتی فقط یک شیء را می شناسد پاسخ «بله» را علامت بزنید.		
☐	☐	☐
۵- زمانی که کودک چیزی را می خواهد، درخواست خود را با اشاره به آن بیان می کند؟		
☐	☐	☐
۶- آیا کودک سرش را به معنی «بله» یا «خیر» تکان می دهد؟		
جمع کل		

حیطه حرکات درشت

پیش از پاسخ دادن مطمئن شوید که هر فعالیت را درمورد فرزندتان مشاهده یا تجربه کرده اید.

بله	گاهی	هنوز نه
☐	☐	☐
۱- درحالی که کودک دستش را به وسیله ای مانند چهار پایه، صندلی، نرده تختش، یا پشتی گرفته است، آیا می تواند خم شود، چیزی را از زمین بردارد و دوباره بایستد؟		
		
☐	☐	☐
۲- درحالی که کودک دست خود را به وسیله ای مانند چهار پایه، صندلی، نرده تختش، یا پشتی گرفته است، آیا با حفظ تعادل (بدون اینکه بیفتد) خودش پایین می رود؟		
☐	☐	☐
۳- آیا کودک در حالی که فقط یک دست خود را به وسیله ای مانند چهار پایه، صندلی نرده تختش یا پشتی گرفته است، در امتداد آنها راه می رود؟		
☐	☐	☐
۴- اگر دست های کودک را صرفاً برای کمک به حفظ تعادل وی بگیرید، آیا بدون از دست دادن تعادل یا افتادن، چند قدم بر می دارد؟ (اگر کودک پیش از این نیز خودش راه می رفته، پاسخ «بله» را علامت بزنید).		
		
☐	☐	☐
۵- اگر یک دست کودک را بگیرید، آیا می تواند چند قدم به جلو بردارد؟ (اگر پیش از این نیز خودش بدون کمک راه می رفته است، پاسخ «بله» را علامت بزنید).		
		
☐	☐	☐
۶- آیا کودک می تواند وسط اتاق بدون تکیه به چیزی، بلند شده، بایستد و چند قدم به جلو بردارد؟		
جمع کل		

حیطه حرکات ظریف

پیش از پاسخ دادن مطمئن شوید که هر فعالیت را درمورد فرزندتان مشاهده یا تجربه کرده اید.

بله گاهی هنوز نه

- ۱- آیا کودک بعد از کمی تلاش، یک تکه نخ یا ریسمان را با انگشت اشاره و انگشت شست خود بر میدارد؟ (به عنوان مثال نخ به یک اسباب بازی وصل است).



- ۲- آیا کودک چیزی به اندازه نخود یا لوبیا را با نوک انگشت شست و نوک انگشت دیگر بر می دارد؟ (ممکن است دست خود را موقع انجام این کار به سطحی که شی را می خواهد از روی آن بردارد، تکیه دهد).



- ۳- آیا کودک اسباب بازی کوچکی را بدون اینکه آن را بیندازد، روی زمین می گذارد و سپس دستش را از روی آن بر می دارد؟
۴- آیا کودک چیزی به اندازه نخود یا لوبیا با نوک انگشت شست و نوک انگشت دیگر، بدون تکیه دادن دست خود به سطحی که شیء روی آن است، بر می دارد؟



- ۵- آیا کودک توپ کوچکی را که در دست دارد، با حرکت دادن دستش به سمت جلو، پرتاب می کند؟ (اگر توپ را فقط پایین می اندازد، پاسخ "خیر" را علامت بزنید).



- ۶- آیا کودک همراه با شما صفحات کتاب را ورق می زند؟ (برای انجام این کار می توانید یک ورق را بلند کنید تا او آن را بگیرد).

جمع کل

توجه: اگر سوال شماره ۴ را «بله» یا «گاهی» علامت زده اید سوال شماره ۲ را نیز «بله» علامت بزنید.

حیطه حل مسئله

پیش از پاسخ دادن مطمئن شوید که هر فعالیت را درمورد فرزندتان مشاهده یا تجربه کرده اید.

بله گاهی هنوز نه

- ۱- درحالی که کودک در هر دستش یک اسباب بازی کوچک دارد، آیا آن دو اسباب بازی را به همدیگر می زند (مانند دست دستی کردن)؟
۲- آیا کودک به چیزی به اندازه نخود یا لوبیا که در داخل بطری شفاف (مانند پلاستیکی یا شیشه یا شیشه شیر) است، دهان می زند یا سعی می کند آن را بیرون بیاورد؟
۳- بعد از اینکه کودک می بیند که شما اسباب بازی کوچکی را زیر یک تکه کاغذ یا پارچه پنهان کنید، آیا او آن را پیدا می کند؟ (اسباب بازی باید کاملاً پنهان شده باشد).
۴- اگر اسباب بازی کوچکی را داخل یک کاسه یا جعبه بگذارید، آیا کودک نیز از کار شما تقلید کرده و اسباب بازی را داخل کاسه یا جعبه می اندازد، هر چند که ممکن است اسباب بازی را از دستش رها نکند؟ (اگر پیش از این نیز خودش اسباب بازی را داخل کاسه یا جعبه می انداخته پاسخ "بله" را علامت بزنید).
۵- آیا کودک دو اسباب بازی کوچک را، یکی یکی، داخل ظرفی مثل کاسه یا جعبه می اندازد؟ (می توانید نحوه انجام این کار را به او نشان دهید).



- ۶- پس از اینکه بامداد یا خودکار روی کاغذ خط خطی کردید، آیا کودک از کار شما تقلید کرده و خط خطی میکند؟ (اگر پیش از این نیز خودش خط خطی می کرده، پاسخ "بله" را علامت بزنید).

جمع کل

توجه: اگر سوال شماره ۵ را «بله» یا «گاهی» علامت زده اید سوال شماره ۴ را نیز «بله» علامت بزنید.

حیطه شخصی-اجتماعی پیش از پاسخ دادن مطمئن شوید که هر فعالیت را درمورد فرزندان مشاهده یا تجربه کرده اید.

بله گاهی هنوز نه

- ۱- زمانی که دست خود را دراز می‌کنید و از کودک می‌خواهید تا اسباب بازی اش را به شما بدهد، آیا کودک آن را به سوی شما دراز می‌کند؟ هرچند ممکن است آن را به شما ندهد (اگر هم اسباب بازی اش را به شما می‌دهد پاسخ "بله" را علامت بزنید).
- ۲- زمانی که لباس هایش را تنش می‌کنید، تا دستش در حلقه آستین قرار می‌گیرد آیا آن را به داخل آستین می‌برد؟
- ۳- زمانی که دست خود را دراز می‌کنید و از کودک می‌خواهید تا اسباب بازی اش را به شما بدهد، آیا آنرا در دست شما رها می‌کند؟
- ۴- زمانی که لباس کودک را تنش می‌کنید، آیا برای پوشیدن کفش، جوراب یا شلوارش، پایش را بلند می‌کند؟
- ۵- آیا کودک تویی را که برایش انداخته اید به طرف شما می‌غلطاند یا پرتاب می‌کند، طوری که شما بتوانید دوباره آنرا برایش ببندازید؟
- ۶- آیا کودک در بازی با عروسک یا هرگونه حیوان پارچه ای، آن را بغل می‌کند؟

جمع کل

موارد کلی

بله خیر

- ۱- بنظر شما آیا کودکان خوب می‌شنود؟ اگر نه توضیح دهید.....
- ۲- آیا کودک از دو دست خود در یک حد استفاده می‌کند؟ اگر نه توضیح دهید.....
- ۳- زمانی که به کودکان کمک می‌کنید تا در حالت ایستاده قرار گیرد، آیا در اکثر مواقع روی کف پاهایش می‌ایستد؟ اگر نه توضیح دهید.....
- ۴- آیا سابقه ناشنوایی و یا مشکلات شنوایی در دوران کودکی اعضای خانواده ی هر یک از والدین وجود دارد؟ اگر بله توضیح دهید.....
- ۵- آیا به نظر شما، کودکان از نظر بینایی مشکلی دارد؟ اگر بله توضیح دهید.....
- ۶- آیا در مورد کودک خود نگرانی خاصی دارید؟ اگر بله توضیح دهید.....

نقاط برش ASQ در کودکان ایرانی

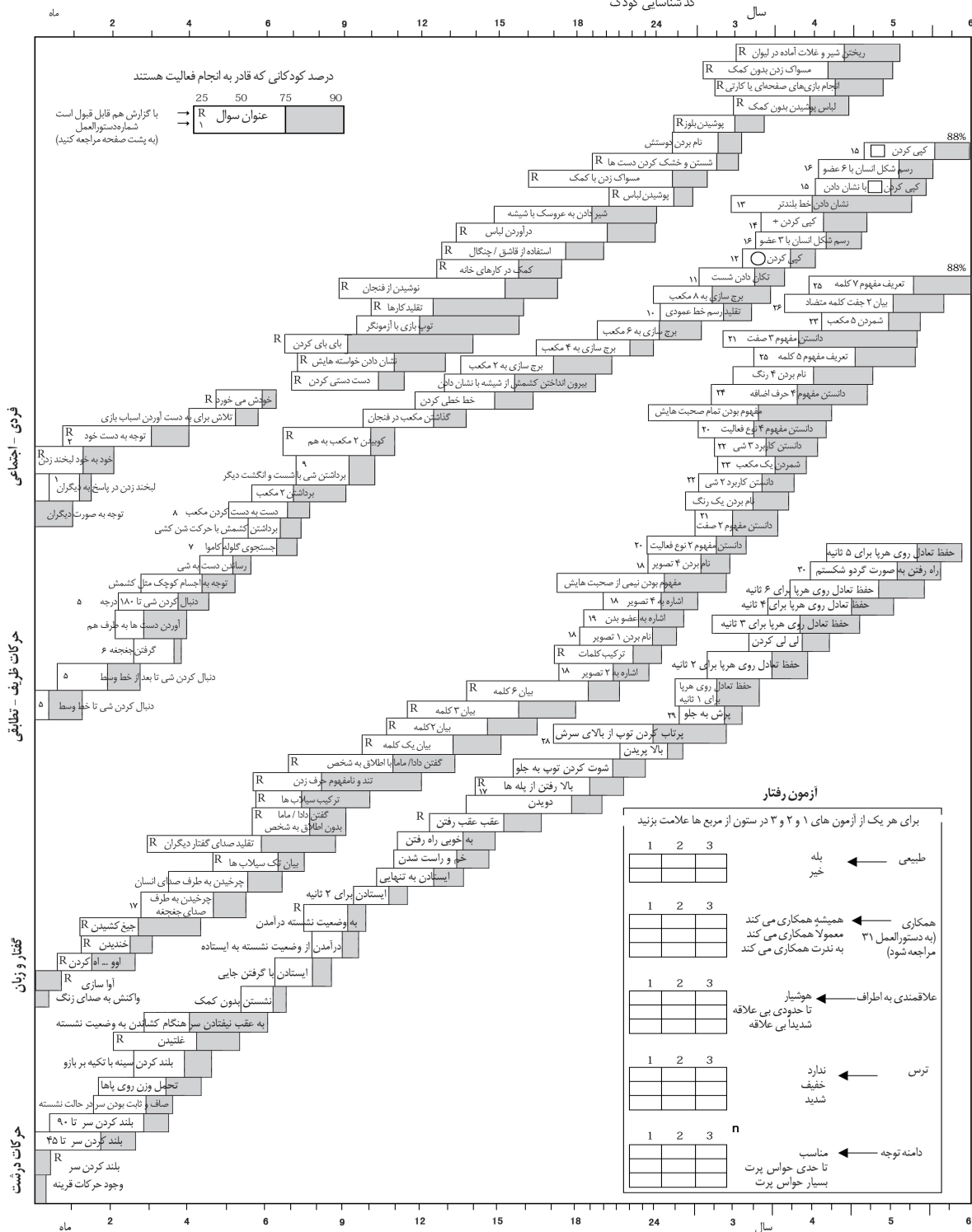
	حیطه	یک انحراف پایین تر از میانگین	دو انحراف پایین تر از میانگین		حیطه	یک انحراف پایین تر از میانگین	دو انحراف پایین تر از میانگین
چهار ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۳۸,۷	۲۷,۹	شش ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۳۵,۲	۲۲,۲
	حیطه حرکات درشت	۳۸,۱	۲۵,۲		حیطه حرکات درشت	۴۲,۱	۲۹,۵
	حیطه حرکات ظریف	۳۵,۸	۲۲,۹		حیطه حرکات ظریف	۳۹,۵	۲۸,۵
	حیطه حل مساله	۴۱,۶	۳۰,۵		حیطه حل مساله	۴۴,۵	۳۴,۹
	حیطه شخصی - اجتماعی	۳۹,۱	۲۶,۶		حیطه شخصی - اجتماعی	۳۷,۷	۲۵,۳
شش ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۳۸,۹	۲۷,۹	هشتم ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۳۵,۴	۲۲,۲
	حیطه حرکات درشت	۲۷,۳	۱۰,۴		حیطه حرکات درشت	۴۵,۲	۳۴,۵
	حیطه حرکات ظریف	۴۱,۴	۳۰,۷		حیطه حرکات ظریف	۳۷,۷	۲۶,۲
	حیطه حل مساله	۴۱,۷	۳۱,۳		حیطه حل مساله	۳۹,۲	۲۸,۳
	حیطه شخصی - اجتماعی	۳۴,۲	۲۰,۸		حیطه شخصی - اجتماعی	۴۲,۹	۳۱,۹
هشت ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۴۰	۲۸,۸	نهم ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۳۷,۸	۲۴,۸
	حیطه حرکات درشت	۳۷,۱	۲۴,۲		حیطه حرکات درشت	۴۳,۷	۳۲,۵
	حیطه حرکات ظریف	۴۶,۷	۳۷,۳		حیطه حرکات ظریف	۳۸,۳	۲۷,۲
	حیطه حل مساله	۴۵,۸	۳۶,۵		حیطه حل مساله	۴۲	۳۲,۶
	حیطه شخصی - اجتماعی	۴۱,۱	۲۹,۲		حیطه شخصی - اجتماعی	۴۰,۹	۲۹,۷
ده ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۳۴,۳	۲۰,۷	یازده ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۳۸,۷	۲۵,۷
	حیطه حرکات درشت	۳۲,۳	۱۷,۲		حیطه حرکات درشت	۴۱,۴	۳۰,۸
	حیطه حرکات ظریف	۴۵,۴	۳۶,۱		حیطه حرکات ظریف	۳۶,۱	۲۵,۸
	حیطه حل مساله	۴۵	۳۵,۸		حیطه حل مساله	۴۱,۳	۳۲,۱
	حیطه شخصی - اجتماعی	۳۳,۸	۲۰,۲		حیطه شخصی - اجتماعی	۴۳	۳۳
دوازده ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۳۴,۴	۲۰,۴	پنج سالگی	حیطه برقراری ارتباط	۴۱,۸	۲۹,۶
	حیطه حرکات درشت	۳۵,۶	۲۱,۵		حیطه حرکات درشت	۴۱,۲	۳۰
	حیطه حرکات ظریف	۴۳,۸	۳۴,۶		حیطه حرکات ظریف	۳۷,۱	۲۶,۸
	حیطه حل مساله	۴۳,۳	۳۳,۷		حیطه حل مساله	۳۹,۹	۲۹,۴
	حیطه شخصی - اجتماعی	۳۲,۴	۱۸,۳		حیطه شخصی - اجتماعی	۳۸,۵	۲۶,۱

چهارده ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۳۷,۹	۲۵,۹	پنست و هفت ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۴۳,۶	۳۲,۳
	حیطه حرکات درشت	۴۱,۲	۲۸,۱		حیطه حرکات درشت	۳۵,۱	۲۱,۲
	حیطه حرکات ظریف	۳۶,۵	۲۴,۴		حیطه حرکات ظریف	۳۳,۴	۲۰,۱
	حیطه حل مساله	۴۳,۵	۳۳,۴		حیطه حل مساله	۴۲	۳۱,۲
	حیطه شخصی - اجتماعی	۳۸	۲۴,۹		حیطه شخصی - اجتماعی	۳۳,۸	۲۰,۸
	حیطه	یک انحراف پایین تر از میانگین	دو انحراف پایین تر از میانگین		حیطه	یک انحراف پایین تر از میانگین	دو انحراف پایین تر از میانگین
سی ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۴۵,۴	۳۵,۵	چهل و هشت ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۴۲,۵	۳۱,۱
	حیطه حرکات درشت	۴۲,۱	۳۱,۱		حیطه حرکات درشت	۳۸,۱	۲۵,۱
	حیطه حرکات ظریف	۳۵,۶	۲۳,۲		حیطه حرکات ظریف	۳۲,۴	۱۸,۴
	حیطه حل مساله	۴۳,۹	۳۴,۱		حیطه حل مساله	۳۱,۴	۲۰,۲
	حیطه شخصی - اجتماعی	۴۲	۳۱,۸		حیطه شخصی - اجتماعی	۳۹,۶	۲۷,۳
سی و سه ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۴۳,۲	۳۲,۲	پنجاه و چهار ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۴۶	۳۶
	حیطه حرکات درشت	۴۱,۷	۳۰,۳		حیطه حرکات درشت	۳۹,۵	۲۶,۴
	حیطه حرکات ظریف	۳۳,۵	۱۹,۳		حیطه حرکات ظریف	۳۵,۶	۲۲,۱
	حیطه حل مساله	۴۵,۷	۳۶,۴		حیطه حل مساله	۳۶,۱	۲۵,۸
	حیطه شخصی - اجتماعی	۴۱,۲	۳۰,۵		حیطه شخصی - اجتماعی	۴۱,۲	۲۹,۴
سی و شش ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۴۴,۱	۳۳,۳	نصبت ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۴۵,۷	۳۶,۹
	حیطه حرکات درشت	۴۰,۵	۲۸		حیطه حرکات درشت	۴۳,۱	۳۲,۴
	حیطه حرکات ظریف	۳۵,۲	۲۱,۳		حیطه حرکات ظریف	۲۹,۵	۱۵,۳
	حیطه حل مساله	۴۴,۶	۳۵,۵		حیطه حل مساله	۳۵,۱	۲۴,۲
	حیطه شخصی - اجتماعی	۳۷,۷	۲۵,۸		حیطه شخصی - اجتماعی	۴۲,۹	۳۲,۲
چهل و دو ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۴۵,۱	۳۵,۴				
	حیطه حرکات درشت	۴۰,۲	۲۸,۳				
	حیطه حرکات ظریف	۳۴,۷	۲۱,۳				
	حیطه حل مساله	۴۱,۷	۳۰,۹				
	حیطه شخصی - اجتماعی	۳۸,۱	۲۶,۲				

جدول د- انواع تست‌های تکاملی در دسترس بررسی شده

عنوان تست	توسط چه کسی انجام می‌شود	محدوده سنی	ویژگی	حساسیت (%)	مدت زمان انجام (دقیقه)	فارسی شده	استاندارد شده
Denver II	پزشک	۰-۶ سال		۶۰-۷۰	۴۵	✓	✓
ASQ	خانواده	۱-۶۶ ماه	۷۶-۹۱	۷۰-۹۰	۱۵	✓	✓
PEDS	خانواده	۰-۹ سال	>۷۰-۸۰	۷۴-۷۹	۱۰	✓	✓
ASQ - SE	خانواده	۶-۶۰ ماه	>۹۰	>۷۰	۱۰-۱۵	پیش‌نویس	-
P.S.C	خانواده	۲-۱۶ ماه			۵-۱۰	✓	
CBCL	خانواده	۱/۵-۵ سال			۳۰	✓	✓
MCHAT patism			۹۹	۹۰	۵	✓	✓
ECBI conduct	خانواده				۷	✓	✓
Bayley	پزشک	۳-۲۴ ماه	۷۵-۸۶	۷۵-۸۶	۱۰		-
Gudinough	پزشک				۲۵	✓	-
PDD screening test	خانواده	۰-۶ سال			۱۵	-	-
ELM						✓	-
child.Dev.Inv						-	-
Brigance						-	-

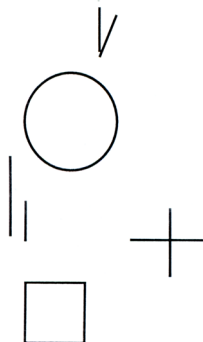
Denver II

نام آزمونگر
تاریخنام و نام خانوادگی کودک
تاریخ تولد
کد شناسایی کودک

آزمون دنور

دستورالعمل انجام آزمون

۱. سعی کنید با لبخند زدن، صحبت کردن یا حرکات دست کودک را بخندانید. به او دست نزنید.
۲. کودک باید برای چند ثانیه به دستش خیره شود.
۳. والدین می توانند با راهنمایی کودک را برای مسواک زدن یا گذاشتن خمیردندان روی مسواک کمک کنند.
۴. لازم نیست کودک بتواند بند کفش یا دکمه یا زیپ پشت لباسش را ببندد.
۵. کاموا را به آهستگی و دود ۲۰ سانتی متر بالاتر از صورت کودک و به صورت یک نیم دایره از یک طرف به طرف دیگر حرکت دهید.
۶. در صورتی که کودک بتواند پس از تماس جغجغه به نوک یا پشت انگشتانش آنرا بگیرد مثبت تلقی می شود.
۷. اگر کودک سعی کند بنید گلوله کاموا کجا رفته است، مثبت است. آزمونگر باید بدون حرکت دادن بازوی خود کاموا را سریعاً بیندازد تا از دید کودک خارج شود.
۸. کودک باید بدون کمک گرفتن از بدن، دهان یا میز مکعب را از یک دست به دست دیگر دهد.
۹. در صورتی که کودک بتواند با هر قسمتی از شست یا انگشت دیگرش کشمش را بردارد مثبت تلقی می شود.
۱۰. جهت خط می تواند فقط ۳۰ درجه یا کمتر با خط آزمونگر فرق داشته باشد.
۱۱. دست خود را مشت کنید و شست را به طرف بالا بگیرید و فقط شست خود را تکان دهید. در صورتی که کودک بتواند تقلید کرده و غیر از شست بقیه انگشتانش را حرکت ندهد مثبت تلقی می شود.
۱۲. هر گونه شکل بسته قابل قبول است. حرکات مدور و ممتد قابل قبول نیست.
۱۳. کدام خط بلندتر است (نه بزرگتر) کاغذ را وارونه کرده و سوال را تکرار کنید (پاسخ درست ۳ بار از ۳ بار یا ۵ بار از ۶ بار مثبت است).
۱۴. هر دو خطی که حدوداً در وسط یکدیگر را قطع کنند قابل قبول است.
۱۵. اول اجازه دهید کودک از روی شکل کپی کند اگر نتوانست شما انجام دهید تا ببیند. وقتی عناوین ۱۲ و ۱۴ و ۱۵ را انجام می دهید نام شکل ها را نبرید. کشیدن ۱۲ و ۱۴ را نشان ندهید.
۱۶. هنگام شمردن اعضا هر جفت عضو (۲ دست، ۲ پا و غیره) را یکی حساب کنید.
۱۷. یک مکعب را در فنجان گذاشته و فنجان را به آرامی نزدیک گوش کودک ولی خارج از دید او تکان دهید. برای گوش دیگر تکرار کنید.



۱۸. به تصویر اشاره کنید و از کودک بخواهید نام آن را ببرد (فقط صدای آن را درآورد قابل قبول نیست) اگر کمتر از ۴ تصویر را نام برد بخواهید تصاویری را که شما نام می برید نشان دهید.
۱۹. عروسک را بردارید به کودک بگویید بینی، چشم ها، گوش ها، دهان، دست ها، پاها و شکم و موی آن را به شما نشان دهد. باید ۶ مورد از ۸ مورد را نشان دهد.

۲۰. با استفاده از تصاویر از کودک پرسید کدام پرواز می‌کند؟ کدام میو می‌کند؟ کدام حرف می‌زند؟ کدام پارس می‌کند؟ کدام چهار نعل می‌رود؟ ۲ تا از ۵ تا یا ۴ تا از ۵ تا را باید بگوید تا مثبت تلقی شود.

۲۱. از کودک پرسید وقتی سردت است چکار می‌کنی، وقتی خسته‌ای چکار می‌کنی، وقتی گرسنه می‌شوی چکار می‌کنی، ۲ تا از ۳ یا ۳ تا از ۳ مثبت است.

۲۲. از کودک پرسید با فنجان چکار می‌کنی، از صندلی چه استفاده‌ای می‌کنند، از مداد چه استفاده‌ای می‌کنند؟ کلماتی که دلالت بر انجام کار دارند باید در پاسخ‌ها وجود داشته باشد.

۲۳. اگر کودک بتواند مکعب‌ها را درست روی کاغذ بگذارد و بگوید چند تا است مثبت خواهد بود (۱ و ۵)

۲۴. به کودک بگویید مکعب را روی میز زیر میز، جلوی من و پشت من بگذار (۴ از ۴ مثبت است) (با اشاره و یا حرکت سر یا چشم به او کمک نکنید)

۲۵. از کودک پرسید (توپ چیست، دریا چیست، میز چیست، خانه چیست، موز چیست، پرده چیست، نرده چیست، سقف چیست؟ اگر بتواند موارد مصرف، شکل، جنس یا دسته بندی کلی آن را بگوید مثبت است (مثلاً بگوید موز میوه است نه اینکه فقط بگوید زرد است) ۵ از ۸ یا ۷ از ۸ مثبت تلقی می‌شود.

۲۶. از کودک پرسید اگر اسب بزرگ باشد موش ... است؟ اگر آتش داغ باشد، یخ است؟ اگر خورشید در روز می‌تابد ماه در می‌درخشد؟ ۲ تا از ۳ مثبت است.

۲۷. کودک ممکن است فقط از دیوار یا نرده کمک بگیرد نه افراد. ممکن است چهار دست پا نرود.

۲۸. کودک باید بتواند توپ را حداقل ۹۰ سانتی متر به طرف آزمونگر پرت کند به طوری که در دسترس او قرار گیرد (۳ فوت).

۲۹. کودک باید بتواند از روی عرض برکه آزمون (۲۰ سانتی متر) در حالت ایستاده بپرد.

۳۰. به کودک بگویید به طرف جلو راه برود به طوری که پاشنه یک پای خود را حدود ۲/۵ سانت جلوتر از شست پای دیگر قرار دهد، آزمونگر می‌تواند نحوه انجام کار را به او نشان دهد.

کودک باید ۴ گام پشت سر هم بردارد.

۳۱. در سال دوم زندگی نیمی از کودکان طبیعی همکاری کافی ندارند.





بخش ۲ تغذیه

فصل ۱



مقدمه

راهنمای جامع مراقبت‌های ادغام یافته
کودک سالم





تغذیه‌ی مطلوب برای سلامت در تمام دوران زندگی اهمیت دارد. هرچه، ارتباط میان رژیم غذایی، سلامت و پیش‌گیری از بیماری روشن‌تر می‌شود، تغذیه و ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای سالم بیش‌تر مورد توجه قرار می‌گیرد. وضعیت تغذیه‌ای شیرخواران و کودکان بر رشد و تکامل آن‌ها و مقاومت در برابر بیماری تأثیر دارد. رفتارهای تغذیه‌ای در تمام دوران زندگی و الگوهای فعالیت جسمی اغلب در اوایل کودکی شکل می‌گیرد. بنابراین، پایه‌گذاری سلامت با انتخاب شیوه‌ی سالم زندگی شامل رفتارهای تغذیه‌ای سالم و شرکت در فعالیت جسمی منظم اهمیت دارد.

سالم خوردن و فعالیت جسمی برای تمام مراحل زندگی ضرورت دارد. اما به خصوص برای رشد و تکامل شیرخواران و کودکان مهم است. تغذیه‌ی مطلوب و فعالیت جسمی منظم از مشکلات سلامت مانند آنمی فقر آهن، چاقی، اختلالات تغذیه‌ای، کم‌غذایی و پوسیدگی دندان پیش‌گیری می‌کند. هم‌چنین، با گذشت زمان، از خطر ایجاد بیماری مزمن (برای مثال بیماری قلبی، برخی کانسرها، دیابت ملیتوس، سکته‌ی قلبی و استئوپوروز) و عوامل بیماری‌زا (مانند چاقی، افزایش فشار خون و افزایش کلسترول خون) می‌کاهد.

تنوع: چون هیچ غذایی به تنهایی تمام مواد مغذی را تأمین نمی‌کند، باید تنوع غذایی در برنامه‌ی غذایی رعایت شود. برای برآورده شدن نیازهای غذایی باید غلات (مانند نان، برنج) همراه با سبزی، میوه و سایر مواد غذایی کم‌چربی از هرم غذایی مصرف شود (شکل ۱-۱-۲ و ۱-۲).



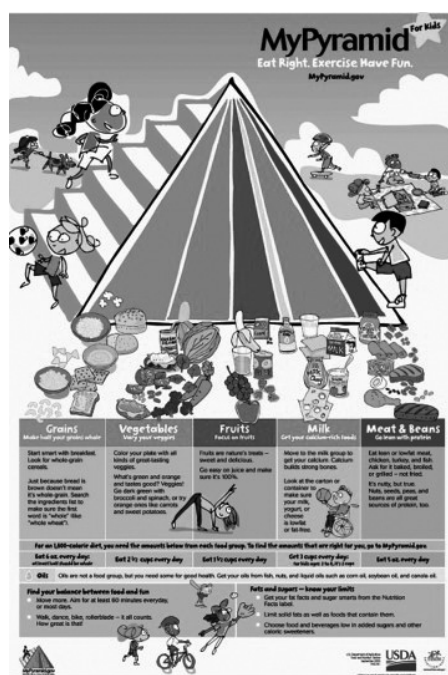
شکل ۱-۱-۲- هرم غذایی

گروه نان، غلات، برنج و ماکارونی
۶ تا ۱۱ سهم

توجه: تعداد کم‌تر سهم‌های توصیه شده برای افرادی است که روزانه، ۱۶۰۰ کالری و عدد بیش‌تر برای آن‌هایی است که ۲۸۰۰ کالری مصرف می‌کنند.

تعادل: در یک رژیم متعادل، مقادیر مناسبی از غذاهای ۵ گروه اصلی در برنامه‌ی غذایی روزانه وجود دارد. سن، جنس و میزان فعالیت جسمی بر تعداد سهم‌های مصرفی تأثیر دارد.

مصرف به اندازه: مصرف غذاهای سالم باعث ارتقای وضعیت تغذیه‌ای و دریافت کالری، چربی، چربی اشباع، کلسترول، نمک و قند می‌شود. با مصرف به اندازه‌ی غذا، امکان استفاده از مواد غذایی مختلف فراهم می‌شود (جدول ۱-۱-۲).



شکل ۲-۱-۲- هرم غذایی در کودکان

(این عکس در فصل آخر کتاب به صورت رنگی آورده شده است)

جدول ۲-۱-۱- اندازهی سهم مواد مغذی در کودکان

گروه غذایی	اندازهی سهم*
نان، غلات، برنج و ماکارونی	یک برش نان** یک لیوان (۳۰ گرم) غلات آماده‌ی مصرف (صبحانه) نصف لیوان غلات پخته شده نصف لیوان برنج یا ماکارونی (درحدود ۵ قاشق غذاخوری)
سبزی‌ها	یک لیوان سبزی خام، برگ‌دار یا سالاد نصف لیوان سبزی پخته شده سه‌چهارم لیوان آب سبزی
میوه‌ها	یک پرتقال، موز، سیب متوسط نصف لیوان میوه‌ی کنسرو شده، پخته شده یا خرد شده سه‌چهارم لیوان آب میوه یک‌چهارم لیوان میوه‌ی خشک شده
شیر، ماست و پنیر	یک لیوان شیر یا ماست یا نصف لیوان دسر لبنی چهل و دو گرم (۱/۵ قوطی کبریت) پنیر طبیعی پنجاه و هفت گرم (۲ قوطی کبریت) پنیر فرآوری شده
گوشت، طیور، ماهی، حبوبات، تخم مرغ و مغزها	پنجاه و هفت تا ۸۵ گرم ماهی، طیور، یا گوشت کم‌چرب پخته شده نصف لیوان حبوبات پخته شده یا ۱ تخم مرغ، حدود ۲۸ گرم (یک قوطی کبریت) گوشت کم‌چرب است. دو قاشق غذاخوری (۳۰ میلی‌لیتر) کره‌ی بادام‌زمینی یا یک‌سوم لیوان از مغزها، حدود ۲۸ گرم گوشت کم‌چرب است.

- به کودکان ۲ تا ۳ ساله، حدود دوسوم اندازهی سهم مواد مغذی به جز شیر را بدهید. کودکان بزرگ‌تر، می‌توانند این اندازه‌ها را کامل مصرف کنند. کودکان ۲ تا ۶ سال روزانه به ۲ اندازه‌ی سهم گروه شیر نیاز دارند. هر لیوان، معادل ۲۵۰ میلی‌لیتر می‌باشد.
- ۳۰ گرم معادل یک کف دست نان سنگک، بربری یا نان‌های تنوری یا ۴ کف دست (۱۰*۱۰ سانتی‌متر) نان لواش.
- وعده‌ی چربی‌ها و روغن = ۱ قاشق چای‌خوری روغن یا مارگارین، ۱ قاشق غذاخوری سس سالاد
- وعده‌ی شیرینی = ۱ برش کیک، ۱/۵ قاشق غذاخوری مربا/ژله

کاهش مصرف چربی

مصرف چربی باید ۳۰٪ یا کم‌تر از ۳۰٪ کل کالری را شامل شود (جدول ۲-۱-۲). رعایت موارد زیر مفید است:

■ کاهش مصرف سس‌های چرب و کره و مارگارین،

- برداشتن چربی قابل مشاهده از گوشت،
- کاهش مصرف غذاهای سرخ شده،
- انتخاب غذاهای کم چرب در رستوران،
- مصرف میوه و سبزی به جای چیپس و پفک برای میان وعده‌ها و
- استفاده از روش‌های پخت کم روغن مانند بخارپز به جای سرخ کردن.

جدول ۲-۱-۲- دریافت چربی برحسب مقادیر متفاوت کالری

دریافت کالری روزانه	۱۶۰۰	۲۲۰۰	۲۸۰۰
دریافت چربی (گرم)	۵۳	۷۳	۹۳

کاهش مصرف قند

- رعایت موارد زیر مفید است:
- مصرف غذاهایی که به طور طبیعی شیرین هستند مانند میوه‌ی تازه،
 - برداشتن ظرف شکر از میز غذا،
 - کاهش مصرف غذاهای شیرین،
 - نوشیدن آب به جای نوشابه،
 - کاهش مصرف شکر در زمان آشپزی و
 - مصرف میان وعده‌هایی که شیرینی کمی دارد.

روش‌های مقوی کردن غذای کودک (جدول ۳-۱-۲):

- سعی کنید غذاها را با آب کم بپزید. بعد از پخت تکه‌های جامد غذا مانند گوشت، حبوبات، سیب‌زمینی و سبزی‌ها را از آب سوپ جدا کرده و له کرده و سپس کم‌کم آب سوپ را اضافه کنید تا یک پوره‌ی غلیظ درست شود.
- در صورت امکان یک قاشق مرباخوری ماست چکیده یا پودر مغزها را متناسب با سن شیرخوار به حریره یا سوپ کودک اضافه کنید.
- به غذای کودکان بزرگ‌تر از ۸ ماه، مقدار کمی (به اندازه‌ی یک قاشق مرباخوری) کره یا روغن اضافه کنید. این کار بدون آن‌که حجم غذای کودک را افزایش دهد، مقدار کالری آن‌را زیاد کرده و بلع غذا برای کودک را آسان‌تر می‌سازد. البته اگر مقدار زیادی روغن به غذا اضافه شود، ممکن است کودک زودتر احساس سیری کرده و نتواند همه‌ی غذایش را بخورد. این بدان معنی است که کودک از روغن غذا انرژی گرفته اما سایر مواد مغذی را کم دریافت نموده است.
- بر روی نان یا بیسکویت کودک که معمولاً به‌عنوان میان‌وعده مصرف می‌شود کمی کره یا روغن بمالید.
- میزان شکر موجود در غذای کودک در محدوده‌ی دستور تهیه‌ی غذا باشد. غذاهای شیرین ضمن تغییر ذائقه‌ی کودک می‌تواند جایگزین غذاهای اصلی و حتی شیر مادر شده و به دلیل فقدان ریزمغذی‌ها امکان ابتلای کودک را به سوء تغذیه فراهم آورد.
- زرده‌ی تخم‌مرغ پخته علاوه بر داشتن انرژی، ویتامین و آهن نیز دارد. در کودکان بزرگ‌تر از ۸ ماه، برخی از غذاها (مانند

پوره‌ی سیب‌زمینی، پوره‌ی هویج، ماکارونی، سوپ، کته) را می‌توان با زرده‌ی تخم‌مرغ مقوی و مغذی نمود.  انواع مغزها مانند گردو، بادام و پسته (به استثنای بادام‌زمینی) دارای انرژی و نیز پروتئین و ریزمغذی‌ها به میزان نسبتاً خوبی هستند. از پودر این مواد غذایی می‌توان جهت مقوی کردن غذای کودک بزرگ‌تر از ۹ ماه استفاده کرد.

روش‌های مغذی کردن غذای کودک:

مغذی کردن غذا، اضافه کردن برخی مواد غذایی با هدف افزایش مقدار ویتامین‌ها و املاح غذا است. از آن‌جایی که احتمال دارد این کار باعث افزایش حجم غذای کودک شود، لازم است حتماً مغذی کردن به همراه مقوی سازی غذای کودک انجام گیرد. روش‌های زیر برای مغذی سازی غذای کودک توصیه می‌شود:

 بعد از ۹ ماهگی، پودر جوانه‌ی غلات و حبوبات به برخی از غذاها (به‌ویژه سوپ، فرنی با شیر مادر و کته) اضافه شود.  میوه‌ها و سبزی‌ها از جمله مواد غنی از ویتامین و املاح به‌شمار می‌روند که می‌توانند در مغذی سازی غذای کودک مورد استفاده قرار گیرند.

جدول ۲-۱-۳- مقدار انرژی برخی از مواد غذایی

انرژی	مقدار	ماده‌ی غذایی
هر یک معادل ۴۰ کیلوکالری	۲ قاشق غذاخوری	برنج پخته
	۱۵ گرم معادل یک هشتم نان	نان لواش
	۱۵ گرم معادل نصف یک کف دست	نان بربری یا سنگک
	نصف عدد متوسط	سیبزمینی پخته
	۲ قاشق غذاخوری	حبوبات پخته
	۱/۵ عدد معادل ۱۵ گرم	بیسکویت ساده
هر یک معادل ۶۰ کیلوکالری	نصف لیوان	شیر
	نصف لیوان	ماست
هر یک معادل ۷۰ کیلوکالری	نصف عدد متوسط	تخم مرغ آبپز
	۳۰ گرم معادل ۱ قوطی کبریت	پنیر
	۳۰ گرم معادل ۱ قوطی کبریت	گوشت قرمز
	۳۰ گرم معادل ۲ قاشق غذاخوری	گوشت چرخشده
	حدود یک چهارم ران کامل مرغ	گوشت مرغ (ران)
	حدود یک سوم یک طرف سینه‌ی مرغ	گوشت مرغ (سینه)
	یک تکه‌ی متوسط	گوشت مرغ (جوجه کباب)
۶۰ کیلوکالری	در حدود ۱۰۰ تا ۱۵۰ گرم	میوه‌ها
۴۵ کیلوکالری	۵ گرم معادل ۱ قاشق مرباخوری	روغن یا کره
۶۰ کیلوکالری	۱۵ گرم معادل ۱ قاشق غذاخوری	عسل
۴۵ کیلوکالری	۱ قاشق غذاخوری	پودر مغزها و دانه‌ها (پودر گردو، بادام و ...)

سوپ از جمله غذاهای بسیار مغذی است که البته اگر رقیق تهیه شود مقدار انرژی آن در حد کافی نخواهد بود. لذا از مادر بخواهید که از دادن سوپ رقیق به کودک خودداری نموده و سعی کند با استفاده از روش‌های مختلف مانند اضافه کردن کره، روغن یا برنج آن را مقوی کند.

در کودکان بزرگ‌تر از یک سال نکات زیر را توصیه کنید:

۱- اهمیت استفاده از غذاهای کم حجم و پرا انرژی با استفاده از اصول مقوی کردن غذای کودک. اضافه کردن کره، روغن، زرده‌ی تخم مرغ و گوشت به غذای این کودکان راهکار مناسبی جهت افزایش کالری دریافتی است.

استفاده از میان وعده‌هایی نظیر کمپوت میوه، شیربرنج، پوره‌ی سیبزمینی، فرنی، حلیم، حبوبات، شیر پرچربی با عسل

یا شکر، بستنی، کیک، نان و پنیر می‌توانند در افزایش کالری دریافتی کودک مؤثر باشند. بنابراین، استفاده از آن‌ها را به مادر تأکید کنید. همچنین، غذاهایی که کودک به آن‌ها تمایل بیش‌تری نشان می‌دهد نیز می‌توانند به عنوان میان‌وعده استفاده شوند.

۲- صرف غذای کودکان به ساعات صرف غذای خانواده محدود نشود. مثلاً ممکن است ساعت شام خانواده برای کودک خیلی دیر باشد و او قبل از غذا خوابش ببرد. این کودکان، باید هر ۲ تا ۳ ساعت یک‌بار تغذیه شوند. حجم غذای دریافتی آن‌ها نیز با درنظر گرفتن تمایل آن‌ها باشد.

۳- درخصوص کودکان ۱ تا ۲ ساله، هر ۳ تا ۴ ساعت یک‌بار کودک با شیر مادر و یا در صورت محروم بودن از شیر مادر با شیرمصنوعی یا شیر گاو تغذیه شود. میزان تغذیه با شیر، بسته به تمایل کودک است و باید پس از صرف غذای اصلی ارائه شود.

۴- حمایت دیگر اعضای خانواده به خصوص پدر و مشارکت آن‌ها در تغذیه‌ی کودک اهمیت دارد.

۵- شیوه‌های رفتاری مادر در زمان تغذیه‌ی کودک را آموزش دهید.

۶- مراحل تکامل رفتارهای غذا خوردن کودک را آموزش دهید و تأکید کنید که مادر به حفظ استقلال کودک در زمان غذا دادن توجه کند.

۷- توصیه‌های زیر برای کودکان کم‌اشتها مفید است، به مادر بگویید:

❑ در هنگام دادن غذا به کودک صبور باشید، به زور ندهید و تهدید نکنید.

❑ هنگام غذا دادن به کودک با او صحبت کنید و او را به خوردن غذا تشویق نمایید.

❑ زمان خوردن غذا را با ابراز محبت برای کودک لذت بخش کنید.

❑ در زمانی که کودک با علاقه غذا می‌خورد او را تعریف و تمجید کنید.

❑ غذای کودک را رنگین و متنوع کنید (تغییر در ترکیب غذاها، مزه، بافت، نحوه‌ی طبخ، تزئین غذاها به شکل حیوانات، گل، عروسک، استفاده از بشقاب‌های رنگین).

❑ در صورت امتناع کودک از یک غذا می‌توانید کمی طعم آن را با یک چاشنی مورد علاقه‌ی کودک تغییر دهید و یا در فرصتی دیگر امتحان کنید.

❑ سفره‌ی غذای کودک را در محیطی تمیز، آرام، دوستانه، راحت، مطمئن و همراه با دیگران قرار دهید.

❑ انتظار نداشته باشید کودک خیلی تمیز و مرتب مطابق با خواسته‌ی شما غذا بخورد. ریخت و پاش غذا و پرت کردن غذا را می‌توان با ملایمت و به‌تدریج محدود کرد.

❑ داروهای مصرفی به‌هیچ وجه با شیر یا غذای کودک مخلوط نشود.

❑ موقع غذا دادن به ارتقای تکامل او باگفتن رنگ طعم ترکیب و غیره کمک کنید.

۸- در برخی از کودکان بی‌اشتها احتمال دارد که بد غذایی‌هایی مشاهده شود، بدین جهت می‌توانید از توصیه‌های زیر کمک بگیرید:

در صورت تمایل نداشتن به مصرف شیر:

❑ ماست را جانشین شیر کنید و آن را در وعده‌های غذای کودک بگنجانید.

❑ در بعضی غذاها از شیر استفاده کنید، برای مثال، آرد، کره و شیر را به سوپ اضافه کنید یا به کودک شیربرنج، فرنی یا شیرموز تهیه شده به‌طریقه‌ی بهداشتی بدهید.

با شیر، کره و کمی آرد، سس درست کرده و روی ماکارونی یا سبزی‌های پخته شده بریزید.

تمایل نداشتن به برخی میوه‌ها و سبزی‌ها:

- کودکان ممکن است یک نوع میوه یا سبزی خاص را نخورند، شما هر کدام را که بهتر می‌خورند بیش‌تر بدهید. اما گاه آن‌هایی را که نمی‌خورند دوباره امتحان نموده و به کودک پیشنهاد نمایید.
- سبزی‌هایی مانند کرفس، هویج، نخودفرنگی و سیب‌زمینی را کاملاً بپزید (له نشود بلکه کمی ترد باشد) و بگذارید کودک آن‌را با دست برداشته و بخورد.
- کمی ماست چکیده بر روی سبزی‌های پخته بریزید یا سبزی را با نان و پنیر به او بدهید.
- اگر میوه نمی‌خورد، آن را رنده کرده یا به تکه‌های کوچک تقسیم کنید و با کمی خامه‌ی پاستوریزه یا به صورت پوره یا کمپوت کم شیرینی بدهید.

نخوردن گوشت:

- بهتر است گوشت را به قطعات بسیار کوچک و ریز تقسیم کنید تا مثل حلیم گندم به‌خوبی پخته شود.
- قطعات بسیار ریز گوشت را مخلوط با حبوبات کاملاً بپزید و نرم کنید و همراه با یک قاشق غذاخوری روغن زیتون و یک قاشق مربا خوری آب لیمو ترش یا آب نارنج تازه به کودک بدهید.
- گوشت چرخ کرده را به صورت کوفته قلقلی درآورید یا به صورت مخلوط با گوجه‌فرنگی به جای سس روی ماکارونی بریزید یا به کودک اجازه دهید تا با دست آن را بخورد.
- کتلت (مخلوط گوشت، سیب‌زمینی و تخم‌مرغ) را به شکل‌های کوچک و زیبا تهیه کنید یا به صورت مخلوط با آب گوجه‌فرنگی و لوبیا و برنج (لوبیا پلو) بپزید.
- از گوشت مرغ یا ماهی استفاده کنید.
- برنج را با آب گوشت یا مرغ به صورت کته‌ی نرم با انواع سبزی‌ها یا عدس یا ماش تهیه کنید.
- گوشت را به صورت قلقلی درآورده و به کودک اجازه دهید تا با دست آن را بخورد.
- اگر کودک هیچ یک از انواع گوشت را نمی‌خورد از جانشین‌های آن مانند تخم‌مرغ، پنیر با بادام یا گردو، انواع حبوبات مانند لوبیاچیتی پخته و عدس، شیر و ماست استفاده کنید.

نخوردن تخم‌مرغ:

- تخم‌مرغ سفت‌شده را با کمی کره یا شیر، نرم کرده و به صورت پوره دریاورید.
- زرده و سفیدی تخم‌مرغ را هم بزنید و داخل سوپ بریزید و بگذارید چند جوش بزند.
- زرده و سفیده‌ی تخم‌مرغ را با کمی شیر (۲ قاشق غذاخوری) مخلوط کرده و در روغن بپزید (خاگینه).
- سیب‌زمینی پخته شده و تخم‌مرغ سفت شده را رنده کرده و به آن کمی کره یا روغن زیتون، یا ماست و روغن زیتون و یا کمی شیر اضافه نمایید.
- تخم‌مرغ را هم بزنید و با نصف استکان ماست در ته قابلمه‌ای که برای او کته‌ی درست می‌کنید بریزید.

آگاهی به خانواده در ارتقای رفتارهای صحیح تغذیه‌ای مفید است.

■ شیرخواری

- شیرخواران، به علت رشد و تکامل سریع نیازهای غذایی خاصی دارند.
- شیر مادر غذای مطلوب شیرخوار است. حتی اگر شیردهی فقط برای چند هفته یا چند ماه ادامه یابد، مزایای آن غیر قابل شمارش هستند.
- تا ۱۲ ماهگی نباید شیر گاو مصرف شود. در ۲ سال اول زندگی، مصرف شیرهای کم چرب یا بدون چربی توصیه نمی‌شود.
- در پایان ۶ ماهگی که شیرخوار از نظر تکاملی آماده است (می‌تواند با کمک بنشیند یا کنترل سر و گردن خوب است) غذای کمکی شروع شده و به فواصل هر ۵ روز به تدریج مواد غذایی دیگر افزوده می‌شود.
- میوه‌ها و سبزی‌های غنی از ویتامین C به جذب آهن کمک می‌کنند.

■ اوایل کودکی

- مصرف کالری، چربی و کلسترول نباید در کودکان کم‌تر از ۲ سال محدود شود زیرا دوران رشد و تکامل سریع با نیازهای تغذیه‌ای و انرژی زیاد است.
- پس از ۲ سالگی، رژیم غذایی کودک باید به تدریج تغییر کند. در ۵ سالگی، بیش از ۳۰٪ کالری روزانه نباید از چربی تأمین شود.
- با کاهش دریافت کالری از چربی باید مصرف غلات، میوه، سبزی، محصولات لبنی کم چرب و سایر غذاهای غنی از کلسیم، گوشت کم چرب، طیور، ماهی و سایر غذاهای غنی از پروتئین افزایش یابد.
- کودکان ۲ تا ۳ ساله نیاز به مصرف تعداد مشابه وعده‌های غذایی کودکان ۴ تا ۶ سال دارند اما باید به مقدار کم‌تر (دو سوم مقدار آن‌ها) میل کنند.
- کودکان معمولاً سه وعده‌ی غذایی با میان وعده‌ها را نیاز دارند.
- چون کودکان خردسال، مقادیر کم‌تری از غذا را در هر وعده مصرف می‌کنند غذاهای سالم مانند شیر، میوه، سبزی، گوشت یا مرغ پخته به آن‌ها بدهید.

■ اواسط کودکی

- نیاز کالری در این دوران متفاوت است. در این مرحله‌ی تکاملی، کودکان باید تشویق شوند تا حداقل تعداد توصیه شده‌ی روزانه از پنج گروه اصلی هرم غذایی را دریافت کنند.
- باید، مصرف غذاهای شیرین و چرب مانند کره، سس سالاد و نوشابه که در رأس هرم غذایی است محدود شود.



بخش ۲ تغذیه



فصل ۲

مراقبت تغذیه‌ای

راهنمای جامع مراقبت‌های ادغام یافته
کودک سالم



در دوران شیرخواری تکامل و رشد جسمی بسیار سریع است. سریع‌ترین تغییرات، در اوایل شیرخواری بین تولد و ۶ ماهگی روی می‌دهد. در اواسط شیرخواری (۶ تا ۹ ماهگی) و اواخر شیرخواری (۹ تا ۱۲ ماهگی) رشد آهسته‌تر شده اما هنوز سریع است. در اواخر شیرخواری رشد جسمی شیرخوار، فعالیت‌های هدفمند او و از بین رفتن رفلکس‌های نوزادی امکان خوردن غذاهای متنوع را فراهم می‌سازد.

سرزندگی شیرخوار و تکامل موفق او به تغذیه‌ی خوب در سال اول زندگی بستگی دارد. نوزادان ترم که برحسب نیاز خود تغذیه می‌شوند، غذای کافی برای رشد مطلوب را به دست می‌آورند. شیرخوردن فرصتی برای برقراری ارتباط عاطفی میان والدین و شیرخوار به وجود می‌آورد. در زمان تغذیه‌ی شیرخوار، احساس والدین درباره‌ی فرزند پروری تقویت می‌شود. به دلیل وجود احساس مسئولیت برای مراقبت از شیرخوار، وقتی نمی‌توانند نشانه‌های شیرخوار را بفهمند احساس ناامیدی می‌کنند. راهنمایی‌های فراراه والدین، توانایی‌های آن‌ها را تقویت کرده و موجب فرزند پروری قابل قبولی می‌شود.

رشد و تکامل جسمی

روزهای اول پس از تولد، شیرخواران تقریباً ۶٪ وزن بدن خود را به علت از دست دادن مایع و تخریب بافتی از دست می‌دهند. معمولاً ۱۰ تا ۱۴ روز پس از تولد، وزن تولد به دست آمده و پس از آن افزایش وزن ادامه می‌یابد. معمولاً شیرخوار در ۵ ماهگی، دو برابر وزن تولد و در ۱ سالگی، سه برابر وزن تولد را خواهد داشت.

وزن‌گیری متوسط شیرخواران در ۳ ماه اول ۹۰۰، ۶-۳ ماهگی ۵۷۰، ۹-۶ ماهگی ۴۵۰ و ۱۲-۹ ماهگی ۳۷۰ گرم در ماه است. قد شیرخواران در سال اول، ۵۰٪ افزایش می‌یابد اما سرعت افزایش قد در نیمه‌ی دوم سال اول زندگی کند می‌شود. از تولد تا ۶ ماهگی، تقریباً ۲/۵ سانتی‌متر در ماه و از ۶ تا ۱۲ ماهگی، ۱/۲۵ سانتی‌متر در ماه افزایش قد خواهند داشت.

سرعت رشد شیر مادرخواران و شیر مصنوعی‌خواران متفاوت است. شیر مادرخواران در ۶ ماه اول سریع‌تر اما از ۶ تا ۱۲ ماهگی کندتر رشد می‌کنند. شیرخوارانی که از نظر ژنتیکی قد بلند خواهند بود اما کوتاه به دنیا آمده‌اند ممکن است در ۳ تا ۶ ماه اول زندگی جهش رشد داشته باشند. اما شیرخوارانی که از نظر ژنتیکی کوتاه خواهند بود در زمان تولد بلندتر بوده‌اند، آهنگ رشد مشابهی برای چند ماه دارند و سپس کاهش رشد را تجربه خواهند کرد.

برای برآورده کردن نیاز رشد، شیرخواران به دریافت زیاد کالری و هم‌چنین، دریافت کافی چربی، پروتئین، ویتامین و مواد مصرفی نیاز دارند. از تولد تا ۶ ماهگی، شیرخواران به ۱۱۰ کیلو کالری به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز نیاز دارند. در ۱۲ ماهگی، این نیاز به ۱۰۰ کیلو کالری به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز کاهش می‌یابد. سی درصد کالری، باید از چربی تأمین شود.

تغییرات تکاملی چشمگیری که در سال اول زندگی روی می‌دهند تأثیر مهمی بر نحوه‌ی تغذیه‌ی شیرخوار دارند. نوزادان می‌توانند از شیر مادر تغذیه شوند و با مکیدن در وضعیت صحیح، کلاستروم و سپس شیر را دریافت کنند. در حدود ۶ ماهگی، شیرخواران از نظر تکاملی آماده‌ی دریافت تغذیه‌ی تکمیلی هستند. در ماه‌های بعد، جویدن و بلعیدن، خوردن غذاهای انگشتی، نوشیدن از فنجان و غذا خوردن را یاد می‌گیرد. با رشد شیرخوار، توانایی هضم غذای حجیم و متنوع بیش‌تر می‌شود. به همین جهت، نوزاد به تغذیه‌ی مکرر و کم حجم نیاز دارد اما، شیرخوار بزرگ‌تر می‌تواند غذای بیش‌تری را در یک وعده مصرف کند و به دفعات کم‌تر تغذیه نیاز دارد. دستگاه گوارش نیز می‌تواند شیر مادر را به خوبی هضم کند. در ۶ ماهگی، دستگاه گوارش شیرخوار امکان جذب غذاهای پیچیده را دارد.

در اغلب شیرخواران، اولین دندان شیری در حدود ۶ ماهگی ظاهر می‌شود. هر چند ماه، یک دندان معمولاً به طور متناوب

در سمت راست و چپ بین فک فوقانی و تحتانی و از جلوی دهان به سمت عقب می‌روید. شیرخواران ۶ ماهه یا بزرگ‌تر برای محافظت دندان به فلوراید نیاز دارند. خطر پوسیدگی اوایل کودکی با مصرف آب حاوی فلوراید یا مصرف مکمل فلوراید کاهش می‌یابد و به خصوص در مواردی که فلوراید آب کم‌تر از ۰/۳ ppm است اهمیت دارد.

تکامل اجتماعی و هیجانی

تغذیه برای ایجاد تعامل سالم بین والدین و شیرخوار اهمیت دارد. پاسخ والدین به نشانه‌های سیری و گرسنگی شیرخوار و تماس جسمی نزدیک در طی تغذیه، تکامل اجتماعی و هیجانی سالم را تسهیل می‌کند. در سال اول زندگی، تغذیه نمودن شیرخوار در زمان گرسنگی به او اطمینان می‌دهد که نیازهایش برآورده خواهد شد. برای تکامل مطلوب، نوزادان باید به محض ابراز گرسنگی تغذیه شوند. با بزرگ شدن شیرخوار و ایجاد احساس اعتماد و امنیت، شیرخوار می‌تواند بیش‌تر صبر کند. پاسخ سریع به نشانه‌های شیرخوار احساس توانمندی را در والدین تقویت می‌کند. والدین با تغذیه‌ی شیرخوار، یاد می‌گیرند که کارهایشان چگونه موجب راحتی و رضایت شیرخوار می‌شود. تماس جسمی در طی تغذیه، ارتباط میان والد و شیرخوار را می‌افزاید زیرا موجب تحریکات حسی مانند تماس پوست و چشم شده و ارتباط عاطفی بین والد و شیرخوار را تقویت می‌کند. به این ترتیب، احساس مراقبت و اعتماد به وجود آمده و پایه‌ی الگوهای ارتباطی برای تمام زندگی خواهد بود.

ایجاد همکاری

همکاری میان مراقبین بهداشتی، خانواده و اجتماع برای راهنمایی والدین درباره‌ی تغذیه‌ی شیرخوار ضروری است. مراقبین بهداشتی می‌توانند بهترین شیوه‌ی تغذیه را آموزش دهند. بسیاری از بیمارستان‌ها از جنبش بیمارستان‌های دوستدار کودک تبعیت کرده و ۱۰ اقدام برای موفقیت شیردهی را اجرا می‌کنند. سازمان جهانی و یونسف به منظور تجدید نظر در کیفیت ارائه‌ی خدمات بهداشتی زایشگاه‌ها و بخش‌های زایمان بیمارستان‌ها، در سال ۱۹۸۹ بیانیه‌ی مشترکی با عنوان اقدامات ده‌گانه برای تغذیه‌ی موفقیت‌آمیز کودک با شیر مادر منتشر کردند. در این بیانیه، بر مراقبت قبل از تولد، زایمان و بعد از زایمان که نقش کلیدی در شروع و تداوم موفق تغذیه با شیر مادر دارد تأکید شده است. معیار ارزیابی بیمارستان‌های دوستدار کودک (Baby friendly hospital) اجرای کامل اقدامات ده‌گانه است. اقدامات ده‌گانه برای نیل به تغذیه‌ی موفقیت‌آمیز کودک با شیر مادر در هر مرکزی است که مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان مادران و مراقبت از نوزادان را بر عهده دارد. این اقدامات عبارتند از:

۱. سیاست مدون ترویج تغذیه با شیر مادر در معرض دید کلیه‌ی کارکنان نصب شده باشد و برای اطمینان از ارتقای کیفیت خدمات، پایش شود.
۲. کلیه‌ی کارکنان به منظور کسب مهارت‌های لازم برای اجرای این سیاست آموزش ببینند.
۳. مادران باردار را در مورد مزایای تغذیه با شیر مادر و چگونگی شیردهی آموزش دهند.
۴. به مادران کمک کنند تا طی نیم ساعت اول تولد، تماس پوست با پوست و طی یک ساعت، تغذیه‌ی نوزاد با شیر مادر را شروع کنند و در بخش‌های کودکان، برنامه‌ی تجویز دارو و انجام آزمایشات و اعمال جراحی به گونه‌ای طراحی گردد که کم‌ترین اختلال را در تغذیه از پستان مادر ایجاد نماید.
۵. به مادران روش تغذیه با شیر مادر و چگونگی حفظ و تداوم شیردهی راحتی هنگام جدا شدن از شیرخوار آموزش دهند و برای حل مشکلات شیردهی کمک و حمایت کنند.
۶. به شیرخواران سالم کم‌تر از ۶ ماه به جز شیر مادر، غذا یا مایعات دیگر (آب، آب‌قند، ...) ندهند.
۷. برنامه‌ی هم‌اتاقی مادر و نوزاد را در تمام شبانه‌روز اجرا کنند و در بخش‌های کودکان تسهیلات لازم برای اقدامات

شبهانه‌روزی و نیازهای جسمی و عاطفی مادران را تأمین نمایند.

۸. مادران را برای تغذیه با شیر مادر برحسب میل و تقاضای شیرخوار تشویق کنند و امکان دوشیدن مکرر شیر و ذخیره‌ی آن وجود داشته باشد.

۹. مطلقاً از بطری شیر و پستانک استفاده نکنند.

۱۰. تشکیل گروه‌های حمایت از مادران شیرده را پی‌گیری نمایند و اطلاعاتی درمورد گروه‌های حامی و مراکز مشاوره‌ی شیردهی در اختیار والدین قرار دهند.

مراقبین بهداشتی باید تأکید کنند که شیر مادر غذای ایده‌آل برای شیرخوار است و تغذیه با شیر مادر را ترویج کنند. حتی اگر شیرخوار، برای چند هفته یا چند ماه، از شیر مادر تغذیه شود مزایای آن بی‌شمار است. مراقبین بهداشتی می‌توانند موانع تغذیه با شیر مادر را تشخیص داده و جهت رفع آن‌ها کمک کنند. هم‌چنین، در مورد رفع مشکلات مادر، برگشت مادر به کار و بیماری شیرخوار یا مادر به مادر کمک کنند.

مشاوره

به والدین باید آگاهی داد که شیرخوار برای رشد و تأمین انرژی، به دریافت چربی نیاز دارد و نباید مصرف چربی او محدود شود. بین ۲ تا ۶ ماهگی، چربی بدن دو برابر عضلات افزایش می‌یابد و به همین دلیل، بسیاری از شیرخواران در ۶ ماهگی چاق به نظر می‌رسند. میزان چربی در دخترها بیش‌تر از پسرها است. بین ۶ تا ۱۲ ماهگی، شیرخواران عضله‌ی بیش‌تری از چربی خواهند داشت و چاقی آن‌ها اغلب از بین می‌رود.

به والدین اطمینان دهید که شیرخوار مهارت‌های خوردن را به موقع یاد می‌گیرد. شیرخوار باید قبل از شروع غذاها و طعم‌های جدید آماده باشد. اگر شیرخوار تأخیر چشمگیری در مهارت‌های خوردن داشته باشد ارزیابی بیش‌تر ضروری است.

به والدین شیرخواران دچار یبوست (دفع مدفوع سفت و خشک که با ناراحتی دفع می‌شود) آگاهی دهید که ممکن است شیرخوار دریافت کافی شیر نداشته، شیر مصنوعی او به روش صحیح تهیه نشده یا غذاهای دیگر زود شروع شده‌اند. یبوست در شیر مادرخواران شایع نیست گرچه ممکن است شیرخوارانی که ۶ هفته یا بیش‌تر سن دارند، چند روز نیز دفع نداشته باشند.

آب میوه نباید قبل از ۶ ماهگی داده شود و پس از شروع در زمان مناسب، در فنجان ریخته شده و حداکثر ۱۲۰ میلی‌لیتر در روز مصرف شود.

ایمنی غذا

شیر مصنوعی تهیه شده پس از ۲۴ ساعت و شیر مادر و غذاهای آماده بعد از باز شدن پس از ۴۸ ساعت باید از یخچال خارج شده و دور ریخته شود.

والدین نباید شیر دوشیده شده‌ی مادر، شیرخشک یا غذاها را در میکروفر داغ کنند. ظرف آن‌ها ممکن است سرد به نظر برسد اما محتوی ظرف بسیار داغ بوده و منجر به سوختگی شود. برای گرم کردن بطری شیر، آن را زیر آب گرم بگیرید یا در ظرف محتوی آب داغ برای چند دقیقه قرار دهید. برای اطمینان از داغ نبودن مایع، والدین باید چند قطره از آن را روی مچ دست خود بریزند (باید ولرم باشد). اگر لازم باشد صبر کرده و دوباره امتحان کنند.

تأکید بر خطر خفگی، به علت عدم کنترل کافی جویدن و بلعیدن مناسب غذا لازم است. غذاهای کوچک یا لیز مانند دانه‌ی انگور و غذاهای خشک که جویدن آن‌ها مشکل است مانند مغزها و هویج خام، خطر خفگی دارند. غذاهای

چسبناک یا سفت مانند کره‌ی بادام زمینی و تکه‌های بزرگ گوشت ممکن است در حلق گیر کنند. والدین عسل را به آب، غذا یا شیر مصنوعی اضافه نکنند زیرا می‌تواند حاوی اسپورهایی باشد که مسمومیت بوتولیسم را در شیرخوار ایجاد کند. غذاهای آماده که دارای عسل هستند را نباید به شیرخوار داد. والدین باید از خطر بیماری‌های ناشی از آلودگی غذا آگاه باشند زیرا دستگاه ایمنی و گوارش شیرخوار خوب تکامل نیافته است (اقدامات تهیه‌ی غذای سالم را مرور کنید).

■ مکمل‌ها

■ ویتامین D به میزان ۴۰۰ واحد روزانه در شیر مادرخواران از ۲ هفته‌گی شروع شده و تا پایان ۲ سالگی ادامه می‌یابد. شیر خشک‌خوارانی که شیر خشک غنی شده با آهن را با حجم کافی دریافت می‌کنند به مکمل، نیاز ندارند. ■ در شیرخواران نارس و دارای وزن تولد کم که شیر مادرخوار هستند، مکمل آهن با دوز 2 mg/kg/d (حداکثر 15 mg) از ۲ هفته‌گی تا ۲ ماهگی شروع می‌شود که زمان شروع آن به میزان نارس‌ی نوزاد بستگی دارد. در شیرخوارانی که وزن تولد بسیار کم (1500 g) داشته‌اند، $4-3 \text{ mg/kg/d}$ (حداکثر 15 mg) توصیه می‌شود. ■ قطره‌ی آهن در شیرخواران ترم سالم از ۴ ماهگی با دوز 1 mg/kg/d (حداکثر 15 mg) شروع شده و تا پایان ۲ سالگی ادامه می‌یابد.

■ نگرانی‌های تغذیه‌ای شایع

■ به والدین اطمینان دهید که بالا آوردن کمی شیر پس از تغذیه طبیعی است. آروغ زدن شیرخوار و اجتناب از حرکت بیش از حد بلافاصله پس از تغذیه، برای حل این مشکل کمک می‌کند. ■ شیرخوار مبتلا به تب، اسهال و سایر بیماری‌ها، مایع یا آب اضافی نیاز دارد که باید توسط مراقبین بهداشتی تجویز شود.

■ سلامت دهان

■ والدین باید دو بار در روز، لثه و دندان‌های شیرخوار را تمیز کنند. پارچه‌ی تمیز مرطوب برای پاک کردن لثه به کار می‌رود و از مسواک نرم کوچک و آب می‌توان برای پاک کردن دندان‌ها استفاده کرد. ■ برای پیش‌گیری از پوسیدگی زودرس دندان‌ها، تغذیه‌ی مکرر و طولانی مدت با بطری یا میان وعده‌های شیرین و پرکربوهیدرات نداشته باشید. والدین باید از ۶ ماهگی نوشیدن با فنجان را به شیرخوار یاد داده و از ۱۲ تا ۱۴ ماهگی بطری شیر را کنار بگذارند. ■ مصرف آب حاوی فلوراید یا آب معدنی حاوی فلوراید به میزان $1-0.8 \text{ mg/L (ppm)}$ توصیه می‌شود. ■ شیرخواران ۶ ماهه و بزرگ‌تر با مصرف آب حاوی کم‌تر از 0.3 ppm فلوراید به مکمل فلوراید نیاز دارند.

■ تغذیه با شیر مادر

■ تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی تغذیه‌ی ایده‌آل است و بهترین رشد و تکامل را تأمین می‌کند. در طی این مدت باید از مصرف آب و آب قند پرهیز شود. ■ تغذیه با شیر مادر را تا پایان ۲ سالگی یا بیش‌تر ادامه دهید. ■ تغذیه با شیر مادر به محض امکان و در ساعت اول زندگی انجام شود.

- تغذیه با شیر مادر در محیط ساکت برای مادر آرام‌بخش است. مادر و شیرخوار باید در وضعیت راحت باشند.
- مکیدن بیش‌تر شیرخوار تولید شیر را بیش‌تر می‌کند. بهترین راه تحریک روند شیردهی، تغذیه‌ی شیرخوار مطابق میل او است. در مواقعی که مادر از شیرخوار دور است، دوشیدن شیر مادر با دست یا پمپ برای افزایش یا تداوم شیردهی توصیه می‌شود.
- با بروز نشانه‌های گرسنگی (افزایش هوشیاری و فعالیت، بردن دست به دهان، برگرداندن سر و نقر) شیردهی شروع شده و منتظر گریه نباشید. زیرا، گریه آخرین علامت گرسنگی است.
- ابتدا، باید تغذیه از یک پستان خاتمه یابد سپس شیردهی از پستان دیگر انجام شود. مدت تغذیه نباید محدود شود. گرچه معمولاً در طی ۲۰ تا ۴۵ دقیقه، دریافت شیر کافی است و به مادر اجازه‌ی استراحت بین نوبت‌های تغذیه را می‌دهد.
- در هفته‌های اول شیردهی، دفعات تغذیه ۱۰ تا ۱۲ بار در ۲۴ ساعت است. در ۲ تا ۴ هفته‌ی اول نباید به شیرخوار اجازه داد که بیش از ۴ ساعت بدون تغذیه با شیر مادر بخوابد.
- تا زمان سیر شدن شیرخوار، تغذیه را ادامه دهید. نشانه‌های سیری، برگرداندن سر از پستان و بستن دهان است.
- در بعضی از دوران‌ها، رشد شیرخوار بسیار سریع است. در این زمان‌ها، باید شیرخوار بیش‌تر تغذیه شود تا تولید شیر مادر نیز بیش‌تر شده و با نیازهای شیرخوار تطابق یابد. تغذیه‌ی مکرر به تداوم شیردهی و پیش‌گیری از احتقان پستان کمک می‌کند.
- تغذیه‌ی تکمیلی را از پایان ۶ ماهگی شروع کنید (زمانی که شیرخوار با کمک می‌نشیند و کنترل سر و گردن خود را دارد).
- شیر دوشیده شده را تا ۴۸ ساعت می‌توان در یخچال نگه داشت. شیر فریز شده بسته به درجه‌ی حرارت فریزر از ۲ هفته تا ۶ ماه قابل نگهداری است.
- مادر، باید غذاهای سالم و متنوع دریافت کند. در زمان تشنگی و برحسب نیاز، شیر یا سایر مایعات بنوشد.
- مصرف نوشابه‌های کافئین دار مانند قهوه، چای و نوشابه را به دو بار در روز محدود کنید.
- پدرها را به مراقبت از شیرخوار تشویق کنید.

تغذیه با شیر مصنوعی

- والدین را تشویق کنید تا شیرخوار را نزدیک به خود و در وضعیت نیمه نشسته تغذیه کنند و به چشمان او نگاه کنند.
- با افزایش اشتهای شیرخوار، شیر بیش‌تری به او بدهند.
- شیرخواران معمولاً به آب اضافی نیاز ندارند. اما، در روزهای گرم می‌توان در فواصل تغذیه به آن‌ها آب داد.
- برای تهیه‌ی شیر مصنوعی قبل از آماده کردن آن دست‌های خود را بشویند، محل تهیه‌ی شیر مصنوعی را تمیز کنند، قبل از هر بار استفاده بطری شیر و سر شیشه را تمیز و ضدعفونی کنند، درپوش قوطی شیر مصنوعی را قبل از بازکردن شسته و خشک کنند.
- به شیر مصنوعی، غلات یا چیز دیگری اضافه نکنند.
- پس از اتمام تغذیه، شیر مصنوعی باقی‌مانده را دور بریزند. شیری که مصرف شده نباید برای استفاده‌ی مجدد به کار رود.
- پودر شیر مصنوعی را می‌توان در حرارت اتاق نگهداری کرد.

■ مراقبت تغذیه‌ای در ویزیت‌ها

■ قبل از تولد

■ در ویزیت قبل از تولد، باید در مورد تغذیه با شیر مادر، مزایای تغذیه با شیر مادر برای مادر و نوزاد، رژیم غذایی مادر در دوران شیردهی، مصرف دارو و مکمل توسط مادر، تجارب قبلی مادر در شیردهی و عقیده‌ی خانواده و همسر در مورد شیردهی مادر با مادر صحبت کرد.

■ نوزادی

■ والدین، با ماساژ پشت نوزاد در حالی که او را روی شانه و سینه‌ی خود قرار داده‌اند آروغ او را بگیرند.
■ اطمینان دهید که در صورت وزن‌گیری مناسب، شنیدن صدای قورت دادن شیر و ۱ تا ۲ نوبت دفع ادرار یا مدفوع در روز اول و ۶ تا ۸ کهنه‌ی خیس یا ۵ یا ۶ پوشک خیس و ۳ یا ۴ دفع مدفوع در ۲۴ ساعت از روز ۵ تا ۷ به بعد، نوزاد دریافت کافی شیر داشته است (ادرار باید زرد روشن بوده و مدفوع در روز چهارم خردلی رنگ شده باشد).
■ شیرخواران در ۶ ماه اول زندگی، به مصرف آب حاوی فلوراید یا مکمل فلوراید نیاز ندارد.

■ هفته‌ی اول

■ در مورد رفلکس جهش شیر، مشکلات شیردهی و پستان، وضعیت شیردهی و کافی بودن شیر با مادر صحبت شود. در صورت امکان، شیردادن مادر را مشاهده کنید (آرامش مادر در حین شیردادن، تماس چشمی میان مادر و شیرخوار، تعامل مادر با شیرخوار، پاسخ مادر و شیرخوار به آشفته‌گی‌های محیط و توانایی شیرخوار در مکیدن).
■ اگر شیرخوار مکیدن ضعیفی دارد، بررسی کنید که علت آن نارسایی یا مشکل عصبی است. مکیدن خیلی ضعیف، مانع دریافت کافی شیر و اختلال در وزن‌گیری می‌شود.
■ والدین را آگاه سازید که هرگونه سر و صدای محیط یا نور محیط می‌تواند در تغذیه‌ی شیرخوار اختلال ایجاد کند.

■ دوهفتگی تا دو ماهگی

■ شیردهی را مشاهده کنید.
■ روزانه، ۴۰۰ واحد ویتامین D تجویز کنید.
■ شیرخواران، در ۲ تا ۴ هفتگی جهش رشد دارند و در این مدت شیر بیش‌تری را می‌طلبند.
■ توضیح دهید که اگر شیرخوار چند ساعت در روز گریه‌ی تسلی‌ناپذیر دارد و گاز زیادی دفع می‌کند دچار کولیک است.
■ به والدین اطمینان دهید که شیر مادرخواران معمولاً دفعات دفع زیاد و مدفوع شلی دارند که اسهال نیست. پس از چند هفته، دفعات دفع کاهش می‌یابد. شیر مادرخوارانی که ۶ هفته یا بیش‌تر سن دارند ممکن است هر ۳ روز یک بار دفع نرم داشته باشند.
■ با رشد شیرخوار، به راحتی درطی تغذیه حواس او پرت می‌شود.
■ والدین را به بازی با شیرخوار و کودک را به تعقیب اشیاء با چشم‌هایش تشویق کنید. بازی، دستگاه عصبی را تحریک کرده به شیرخوار کمک می‌کند تا کنترل سر و گردن خود را به دست بیاورد و مهارت‌های حرکتی‌اش تکامل یابد.

۴ ماهگی

به والدین اطمینان دهید که آب ریزش دهان در ۳ تا ۴ ماهگی طبیعی است، زیرا غدد بزاقی شیرخوار فعال‌تر می‌شود. والدین را تشویق کنید تا در حین تغذیه با شیرخوار صحبت کنند. با تکامل شیرخوار، او به طور افزایشده‌ای به تعامل اجتماعی پاسخ می‌دهد.

اسباب‌بازی‌های شیرخوار می‌تواند فعالیت جسمی را ترغیب کند. بازی با اسباب‌بازی‌های ایمن و مناسب سن (مانند اسباب‌بازی‌های پلاستیکی، حیوانات پارچه‌ای) و حرکت آن‌ها از دست به دهان و مکیدن آن‌ها کمک می‌کند تا شیرخوار مهارت کسب کرده و بعداً در تغذیه‌ی خودش از آن استفاده کند.

۶ ماهگی

تغذیه‌ی تکمیلی را شروع کنید. هر بار یک ماده‌ی غذایی جدید به برنامه‌ی غذایی کودک بیفزایید و حدود ۵ روز پس از شروع غذای جدید، شیرخوار را از نظر واکنش‌های آلرژیک مانند راش، کنترل کنید.

برنج را به عنوان اولین ماده‌ی غذایی انتخاب کنید زیرا احتمال بروز واکنش آلرژیک با مصرف آن حداقل است. به تدریج گوشت، سبزی و میوه به برنامه‌ی غذایی بیفزایید.

گوشت قرمز، منبع غنی آهن است.

میوه‌ها و سبزی‌های غنی از ویتامین C به جذب آهن کمک می‌کنند.

افزودن تدریجی غذاهای مختلف، موجب رژیم غذایی متوازن شده و رفتارهای تغذیه‌ای سالم را ارتقا می‌بخشد.

غذای جدید را با قاشق بدهید.

اگر شیرخوار غذای جدید را دوست ندارد، او را مجبور نکنید تا آن را بخورد. غذا را بعداً دوباره به او بدهید. ممکن است ۱۵ تا ۲۰ بار لازم باشد این کار تکرار شود تا شیرخوار غذای خاصی را بپذیرد.

نمک، شکر و ادویه به غذای شیرخوار اضافه نشود.

اگر توانست غذای جامد بخورد، به او غذاهای انگشتی بدهید (حدود ۸ ماهگی).

صندلی بلند به کودک اجازه می‌دهد که در زمان غذاخوردن خانواده در کنار آن‌ها باشد، اما باید کمر بند او را بست.

شیرخوار ۶ ماهه بسیار فعال است و از بازی با اسباب‌بازی‌ها و بازی با دیگران سود می‌برد. والدین را تشویق کنید تا در زمان بازی خانواده، شیرخوار را نیز در نظر داشته باشند.



۹ ماهگی

از نظر آنمی فقر آهن اگر عامل خطرزایی دارد بررسی کنید (نوزاد کم وزن یا نارس، تغذیه با شیر گاو، شیر مادرخواری که آهن کافی دریافت نکرده، خانواده‌ی کم درآمد، مصرف دارویی که مانع جذب آهن است، عفونت مزمن یا بیماری التهابی، خون‌ریزی شدید).

اگر شیرخوار در طی تغذیه خود را سفت می‌کند، رفلکس‌های دهانی مانند **Rooting** یا تأخیر در یادگیری مهارت‌های تغذیه‌ای دارد یا زمانی که از نظر تکاملی آماده است از خوردن غذای سفت امتناع می‌کند، نیاز به بررسی عصبی دارد.

والدین غذاهای نرم مثل ماکارونی، سبزی‌های پخته و برنج به شیرخوار بدهند تا جویدن را تمرین کند.

زمانی که شیرخوار می‌تواند غذا را بردارد و نگه دارد قطعات کوچک غذای نرم به او داده شود.

به والدین توصیه شود که صبور باشند و درک کنند که شیرخوار غذاهای جدید را امتحان کرده و یاد می‌گیرد که خودش غذا بخورد.

تمام عواملی را که باعث پرت شدن حواس شیرخوار می‌شود حذف کنند تا به غذا خوردن خود، تمرکز داشته باشد. صندلی بلند اجازه می‌دهد تا شیرخوار در زمان غذا خوردن، در کنار سایر افراد خانواده باشد اما بستن کمربند فراموش نشود. شیرخوار تشویق شود تا با فنجان بنوشد. اغلب ۹ ماهه‌ها با برنامه‌ی غذایی خانواده هماهنگ می‌شوند: صبحانه، نهار و شام. میان وعده‌های شیرخوار وسط صبح، بعد از ظهر و موقع خواب باشد.

اگر شیرخوار در منزل تغذیه نشده، والدین باید بدانند که چه چیزی و چه مقدار خورده است. مصرف آب میوه را به ۱۲۰ میلی‌لیتر در روز محدود کنید. مقادیر زیاد (بیش از ۲۴۰ میلی‌لیتر در روز)، اشتهای شیرخوار را کم کرده و خطر مدفوع شل و اسهال را می‌افزاید. آب میوه را با بطری ندهید زیرا موجب می‌شود تا دندان‌های کودک به مدت بیش‌تری با قند تماس داشته و پوسیدگی ایجاد شود. در سال اول زندگی شیرینی، کیک و کلوچه به شیرخوار ندهید. شیرخوار را با صحبت کردن و در آغوش گرفتن آرام کنید نه تغذیه کردن او. زیرا، دادن غذا برای آرام کردن شیرخوار به او یاد خواهد داد که در سنین بعد نیز برای کسب آرامش غذا بخورد. هیچ‌گاه، اصرار نکنید که غذایش را به زور تمام کند.

از زمان تولد تا ۱ ماهگی، کودک توانایی شروع و خاتمه‌ی مکیدن را دارد، بیدار شده و به راحتی به خواب می‌رود. در حدود ۳ تا ۴ ماهگی، آب ریزش از دهان بیش‌تر است و دست خود را خیلی زیاد در دهان می‌برد. در ۴ تا ۶ ماهگی، اشیاء را به سمت دهان می‌برد، خوردن غذای جامد را شروع می‌کند و غذا را در دهان خود کشف می‌کند. در ۷ تا ۹ ماهگی، سعی می‌کند که غذاهایی مانند نان یا بیسکویت را با تمام انگشتان بگیرد، آن‌ها را به سمت کف دست بکشد و غذا را از یک دست به دست دیگر بدهد. در ۹ تا ۱۱ ماهگی، قطعه‌های غذا را بین انگشت شست و سایر انگشتان بلند می‌کند، سعی می‌کند فنجان را بگیرد و قطعات نرم غذا را برداشته و می‌جود.

جدول ۱-۲-۲- نتایج مطلوب برای شیرخوار و نقش خانواده

شیرخوار

آموزشی/نگرشی	رفتاری	سلامت
✓ احساس اعتماد دارد.	✓ با شیر مادر با موفقیت تغذیه می‌شود.	✓ رفلکس‌های Rooting، مکیدن و بلعیدن طبیعی دارد.
✓ با والدین ارتباط عاطفی دارد.	✓ در غیر این صورت، از شیر مصنوعی تغذیه می‌شود.	✓ مهارت‌های حرکتی ظریف و آشکار دارد.
✓ از خوردن لذت می‌برد.	✓ غذای کمکی برای تأمین رشد و تکامل مناسب دریافت می‌کند.	✓ رشد و تکامل قابل قبول دارد.
		✓ از سلامت خوبی برخوردار است.

خانواده

آموزشی / نگرشی	رفتاری	سلامت
✓ با شیرخوار ارتباط عاطفی دارند. ✓ از تغذیه‌ی شیرخوار لذت می‌برند. ✓ نیازهای غذایی شیرخوار را می‌دانند. ✓ در برآورده کردن نیازهای او احساس صلاحیت می‌کنند. ✓ اهمیت شیوه‌های زندگی سالم را که شامل رفتارهای تغذیه‌ای سالم و فعالیت جسمی منظم برای ارتقای سلامت کوتاه مدت و بلند مدت است، درک می‌کنند.	✓ نیازهای تغذیه‌ای شیرخوار را برآورده می‌کنند. ✓ به نشانه‌های سیری و گرسنگی شیرخوار پاسخ می‌دهند. ✓ شیرخوار را در زمان تغذیه در آغوش می‌گیرند و تماس چشمی برقرار می‌کنند. ✓ در طی تغذیه با شیرخوار صحبت می‌کنند. ✓ محیط تغذیه‌ای خوشایندی فراهم می‌کنند. ✓ در صورت نیاز از برنامه‌های تغذیه‌ای و منابع غذایی استفاده می‌کنند. ✓ در صورت بروز مشکل کمک می‌طلبند.	✓ سلامت را حفظ می‌کنند.

اوایل کودکی (۴-۱ سالگی)

این دوران دو مرحله دارد: مرحله‌ی نوپایی (۱ تا ۲ سالگی) و مرحله‌ی کودک خردسال (۳ تا ۴ سالگی). مرحله‌ی نوپایی برای والدین، توأم با استرس است زیرا، نوپا احساس استقلال پیدا می‌کند. به علاوه، نوپا ممکن است، با والدین خود در مورد غذا جدال کند. در ۳ سالگی، کودکان توانایی بیش‌تری برای تغذیه‌ی خودشان به دست آورده‌اند. کودکان هر چه بزرگ‌تر می‌شوند، بیش‌تر به امتحان غذاهای جدید علاقه‌مند شده و از شرکت در وعده‌های غذایی خانواده لذت می‌برند.

رفتارهای تغذیه‌ای سالم در اوایل کودکی برای موارد زیر اهمیت دارد:

□ ارتقای رشد و تکامل مناسب و سلامت،

□ پیش‌گیری از مشکلات زودرس سلامت (مانند آنمی فقر آهن، کم‌غذایی، چاقی، پوسیدگی

زودرس دندان)،

□ پایه‌گذاری سلامت برای تمام عمر و کاهش خطر بیماری مزمن (مانند بیماری قلبی عروقی،

دیابت ملیتوس نوع ۲، هیپرتانسیون، برخی از انواع کانسر و استئوپوروز)



■ رشد و تکامل جسمی

در ۳-۱ سالگی، وزن کودک ۲۳۰ گرم و قد او ۱ سانتی‌متر در ماه افزایش می‌یابد. با کاهش سرعت رشد در اوایل کودکی، از اشتهاى کودک کاسته شده و مقدار غذای مصرف شده ممکن است غیر قابل پیش‌بینی گردد.

در این دوران، کودکان اغلب از گونه‌های خود به جای زبان بلع کمک می‌گیرند. با ایجاد مهارت‌های غذا خوردن، از خوردن قطعات نرم غذا به غذاهای سفت‌تر و ترکیبی پیشرفت می‌کنند. در ۳ یا ۴ سالگی، می‌توانند از انگشتان خود استفاده کنند تا غذا را در قاشق بریزند، با چنگال بردارند و از فنجان بنوشند. اما، هنوز کنترل عضلانی برای بریدن غذا یا خوردن منظم و مرتب همه‌ی غذاها را ندارند.

■ تکامل هیجانی و اجتماعی

نوپایان: نوپایان مواظب غذاهای جدید هستند و ممکن است از خوردن آن‌ها امتناع کنند. آن‌ها نیاز دارند که به غذاهای جدید

نگاه کنند و آن‌ها را لمس کرده، بو کرده، احساس کنند و بچشند. شاید ۱۵ تا ۲۰ بار قبل از پذیرش غذای جدید توسط نوپا، این کار انجام شود. نوپایان غیرقابل پیش‌بینی هستند. غذایی که یک روز آن را دوست دارند ممکن است روز بعد نپذیرند. یک روز ممکن است زیاد بخورند و روز بعد خیلی کم بخورند. برخلاف بزرگسالان، معمولاً به یک یا دو نوع غذا در یک نوبت تغذیه میل دارند. والدین، اغلب وقتی رفتارهای تغذیه‌ای به این شدت و ناگهانی تغییر می‌کند نگران می‌شوند.



(این عکس در فصل آخر کتاب به صورت رنگی آورده شده است)

والدین نباید نگران کافی غذا نخوردن نوپا باشند. سرعت رشد نوپایان کم می‌شود، بنابراین نیاز به انرژی نیز کاهش می‌یابد. علی‌رغم این تغییرات، اگر والدین غذاها و میان‌وعده‌های سالم متناسب با تکامل کودک را در اختیار او قرار دهند انواع مختلفی از غذا را مصرف می‌کند. برای تشویق نوپا جهت رفتارهای تغذیه‌ای سالم، والدین باید محیط خوشایندی در زمان غذاخوردن فراهم کرده و خودشان الگوی خوردن انواع مختلف غذا باشند. والدین مسئول این که ”نوپا چه، کی و کجا غذا می‌خورد“ هستند و نوپایان مسئول این که ”آیا بخورند و چه مقدار بخورند“.

کودک ۳ تا ۴ ساله: در این سن، کودکان درباره‌ی غذا کنجکاو تر می‌شوند. گرچه، هنوز ممکن است از تجربه‌ی غذاهای جدید امتناع داشته باشند. اگر والدین درباره‌ی غذاهای جدید صحبت کرده و اجازه دهند که کودک در تهیه‌ی این غذاها، به ایشان کمک کند، امتناع کودک از بین می‌رود.

با رشد کودکان، تبعیت آن‌ها از دستورات بیش‌تر می‌شود. می‌توانند در زمان گرسنگی آرام بمانند، در طی وعده‌های غذا در صحبت‌ها شرکت کنند، از خودشان پذیرایی کنند و غذا را به دیگران بدهند. کودکان خردسال، راحت‌تر از نوپایان در جاهای ناآشنا غذا می‌خورند. کودکان خردسال را باید به خوردن غذاهای جدید تشویق نمود. هدف، پذیرش انواع غذاهای سالم است.

■ شیوه‌های زندگی سالم

اوایل کودکی، زمانی کلیدی برای ارتقای مهارت‌های حرکتی و عادات خوب فعالیت جسمی است که برای تمام دوران زندگی باقی می‌ماند.

■ نگرانی‌های تغذیه‌ای شایع

مهم‌ترین پیام تغذیه‌ای برای والدین در این دوران، اطمینان آن‌ها از دریافت کافی کالری و مواد مغذی کودک برای تأمین رشد و تکامل مناسب است. قبل از ۲ سالگی، نباید دریافت چربی محدود شود. پس از آن، باید غذاهای پرچرب، کم‌تر مصرف شده و در ۵ سالگی بیش از ۳۰ درصد کالری دریافتی روزانه از چربی نباشد (۳۳ گرم به ازای ۱۰۰۰ کیلو کالری). با کاهش مصرف چربی، نیاز به غلات، میوه، سبزی، محصولات لبنی کم‌چرب و سایر غذاهای غنی از کلسیم، گوشت کم‌چرب، طیور، ماهی، حبوبات و سایر غذاهای غنی از پروتئین بیش‌تر می‌شود.

آنمی فقر آهن ممکن است تأثیرات زیان‌باری بر رشد و تکامل داشته باشد. شیوع آن را می‌توان با رعایت این اصول کاهش داد: مصرف شیر گاو پس از ۱۲ ماهگی، مصرف حداکثر ۴۵۰ میلی‌لیتر شیر گاو در روز، تشویق خوردن غذاهای غنی از آهن

مانند گوشت، ماهی، طیور و غذاهای غنی از ویتامین C از قبیل میوه، سبزی و آب‌میوه که جذب آهن را زیاد می‌کند.

■ مراقبت تغذیه‌ای

■ اندازه‌گیری وزن و قد نشان دهنده‌ی وضعیت رشد و تغذیه است. تغییر وزن، نشانه‌ی دریافت کوتاه مدت مواد مغذی است و وضعیت تغذیه‌ای و سلامت کلی را نشان می‌دهد. کاهش قد برای سن، بیانگر مشکلات سلامت یا تغذیه‌ای بلند مدت است. ■ والدین را آگاه کنید که مسئول چه، کجا و چه زمانی غذا خوردن کودک هستند. برای اطمینان از برآورده شدن نیازهای غذایی کودک والدین نیاز دارند که: غذا را تهیه کنند، غذای سالم و متناسب با تکامل کودک را در زمان برنامه‌ریزی شده در اختیار او قرار دهند، زمان وعده‌ی غذا و میان‌وعده‌ها را خوشایند سازند و مطمئن باشند که کودک مهارت‌های غذا خوردن را کسب کرده باشد (برای مثال از غذا خوردن با دست به استفاده از قاشق برسد).

■ کودکان مسئول این هستند که اگر میل داشتند بخورند و چه قدر بخورند. ■ به والدین بگویید که کودکان از نظر مقدار و نوع غذایی که می‌خورند، از یک وعده‌ی غذا تا وعده‌ی دیگر و از یک روز به روز دیگر متفاوت هستند. به والدین، اطمینان خاطر دهید که کودک آن‌قدر که نیازهای تغذیه‌ای خود را برآورده سازد غذا می‌خورد. ■ غذاها را به شیوه‌ای تهیه کنند که خوردن آن برای کودک ساده‌تر و بی‌خطرتر باشد.

■ از سن ۲ تا ۵ سال، نیاز کودکان به دریافت چربی به تدریج کم‌تر می‌شود. در سن ۵ سالگی، دریافت چربی نباید بیش از ۳۰٪ کالری روزانه باشد.

■ کودکان ۲ تا ۳ ساله، به تعداد وعده‌های غذایی مانند کودکان ۴ تا ۶ ساله اما در حجم کم‌تر (حدود ۲/۳) نیاز دارند. ■ در کودکان ۴ ساله، تعداد وعده‌های غذا مشابه سایر اعضای خانواده و به همان اندازه است (مانند نصف لیوان میوه یا سبزی، ۳/۴ لیوان آب‌میوه، ۱ برش نان، ۵۵ تا ۸۵ گرم گوشت کم‌چرب پخته شده، طیور یا ماهی). ■ کودکان ۱ تا ۲ ساله باید شیر معمولی استفاده کنند. در کودکان بزرگ‌تر، مصرف شیر کم چرب یا بدون چربی قابل قبول است.

■ کودکان ۲ تا ۶ ساله، به دو سهم شیر در روز نیاز دارند. مصرف بیش از حد شیر، از اشتهای کودک برای سایر غذاها می‌کاهد.

■ در ۱۲ تا ۱۴ ماهگی، استفاده از بطری شیر کنار گذاشته شود. ■ استفاده‌ی بیش از حد از غذاها و نوشیدنی‌های پرکربوهیدرات مانند شیرینی، مانع مصرف غذاهای سالم می‌شود. ■ والدین، کودک را تشویق کنند تا مقادیر کافی آب را در روز مصرف کند. ■ به والدین توضیح دهید که زمان صرف غذا و میان‌وعده‌ها زمان‌های مهمی برای کودک هستند. باید تلویزیون را خاموش کرده و زمان میل غذا را به تجربه‌ی خوشایندی تبدیل کنند. ■ کودکان وقتی که یک فرد بزرگسال نزدیک آن‌ها است بهتر می‌خورند به خصوص اگر آن فرد با آن‌ها غذا یا میان‌وعده بخورد.

■ والدین می‌توانند به کودک یاد دهند که از خودش پذیرایی کند. ■ انواعی از غذاهای سالم برای کودک عرضه شود تا بتواند آن را که می‌خواهد انتخاب کند. ■ کودک را می‌توان با دادن مقدار کم، در حد ۱ تا ۲ قاشق بهتر به مصرف غذای جدید تشویق کرد. ■ والدین، الگوی مثبتی برای کودک باشند و غذای جدید عرضه شده را خود نیز میل کنند. ■ به والدین هشدار دهید تا کودک را وادار به خوردن غذای خاصی یا خوردن بیش از آنچه که میل دارد نکنند. ■ والدین، دسر را به عنوان بخشی از غذا در نظر بگیرند. بعضی از دسرها مانند میوه، ماست و پودینگ سالم هستند.

❑ کودکان، در معرض خطر بیماری‌های ناشی از آلودگی غذا هستند زیرا دستگاه ایمنی و گوارش آن‌ها خوب تکامل نیافته است.

❑ از صندلی بلند استفاده کنید.

❑ به والدین، توصیه کنید با اقدامات زیر از خفگی کودکان پیش‌گیری کنند: در زمان خوردن در کنار کودک باشید؛ در زمان غذا خوردن کودک را بنشانید زیرا، خوردن در زمان راه رفتن یا دویدن موجب خفگی می‌شود؛ در کودکان کم‌تر از ۳ سال از دادن غذاهایی که موجب خفگی می‌شوند اجتناب شود (مغزها، هویج خام، انگور، میوه‌های خشک، کشمش)؛ کودکان ۳ تا ۵ ساله، می‌توانند این غذاها را به شیوه‌ی ایمن‌تر مصرف کنند مانند بریدن انگور درشت به دو قسمت یا باریک بریدن هویج خام. ❑ کودک هرگز در ماشین چیزی نخورد. زیرا در زمان رانندگی کمک به کودک در حال خفگی، مشکل است.

❑ والدین را تشویق کنید تا کودک را در خرید و تهیه‌ی غذا مشارکت دهند.

❑ والدین به کودک آموزش دهند که غذاها از کجا می‌آیند و رشد می‌کنند (مانند کاشتن سبزی در باغچه‌ی منزل)

❑ مراقبت تغذیه‌ای در ویزیت‌ها

❑ ۱۲ ماهگی

❑ کودک را از نظر آنمی فقر آهن اگر هر یک از عوامل خطر وجود دارد بررسی کنید.

❑ پیشرفت کودک در کسب مهارت‌های خوردن را ارزیابی کنید. مطمئن باشید که کودک می‌تواند قطعات کوچک غذا را تکه کند، غذا را در دهان خود بگذارد، رفلکس اُغ زدن (Gag) کافی دارد، می‌تواند غذا را در دهان خود نگه دارد (بلافاصله قورت نمی‌دهد)، غذا را با حرکت چرخشی یا بالا و پایین می‌جوَد، قطعات کوچک غذا را برمی‌دارد و از فنجان می‌نوشد. ❑ والدین باید در نظر داشته باشند که ظرفیت غذا خوردن او در هر نوبت محدود است.

❑ ۱۵ ماهگی

❑ کودک را از نظر آنمی فقر آهن اگر هر یک از عوامل خطر وجود دارد بررسی کنید.

❑ هر ۲ تا ۳ ساعت به کودک غذا دهید.

❑ در طی وعده‌های غذا و میان وعده‌ها جو آرامش برقرار باشد.

❑ از قاشق‌ها و ظرف‌های گود استفاده کنید تا خوردن برای کودک ساده‌تر شود.

❑ ۱۸ ماهگی

❑ هر ۲ تا ۳ ساعت به کودک غذا دهید.

❑ به کودک فرصت دهید تا در سفره‌ی خانواده، خودش غذا بخورد.

❑ با دادن غذاهای متنوع، فرصت تکامل مهارت‌های خوردن مانند جویدن و قورت دادن را به کودک بدهید.

❑ کودکان به قاشق و چنگال‌های مخصوص خودشان که کوچک‌تر هستند و استفاده از آن‌ها آسان‌تر است نیاز دارند.

❑ ۲ سالگی

❑ اگر هر یک از عوامل خطر وجود داشت، کودک را از نظر آنمی فقر آهن بررسی کنید. این عوامل عبارتند از: مصرف رژیم غذایی کم آهن، دسترسی محدود به غذا به علت فقر یا بی‌توجهی و نیاز به مراقبت بهداشتی خاص.

خطر هیپرلیپیدمی خانوادگی را ارزیابی کنید.

با دادن غذاهای متنوع، فرصت تکامل مهارت‌های خوردن را به کودک بدهید.

به والدین اطمینان دهید که تمایل کودکان برای خوردن یک غذای خاص شایع است. مقدار کم‌تر غذای خواسته شده در کنار سایر غذاها که به کودک داده می‌شود، منجر به دریافت غذاهای سالم متنوع می‌شود.

۳ تا ۴ سالگی

کودک را از نظر آنمی فقر آهن اگر هر یک از عوامل خطر وجود دارد بررسی کنید.

فشار خون کودک را اندازه بگیرید.

خطر هیپرلیپیدمی خانوادگی را ارزیابی کنید.

با خوردن غذاهای جدید برای کودک و لذت بردن از آن‌ها الگوی کودک باشید.

در مورد غذاهای جدید و تهیه‌ی آن با کودک صحبت کنید. خواندن داستان، کشیدن تصاویر و آواز خواندن درباره‌ی غذا کمک می‌کند تا کودک با آن‌ها آشنا شود.

غذای جدید را بدون جانب‌داری از آن معرفی کنید. درباره‌ی رنگ، شکل، بو و ترکیب آن صحبت کنید اما درباره‌ی مزه‌ی خوب آن چیزی نگویید. کودک را در خرید و تهیه‌ی غذای جدید مشارکت دهید. خلاقیت داشته باشد. برای مثال، غذا را به شکل‌های مختلف ببرید و برای آن، اسامی جالب بگذارید. از وسایل غذاخوری مورد علاقه‌ی کودک و مخصوص او استفاده کنید.

برای دریافت کافی کلسیم از محصولات لبنی، کلم بروکلی و کلم برگ استفاده کنید. می‌توانید شیر طعم‌دار (شکلاتی یا توت‌فرنگی) یا محصولات لبنی در دسر، پودینگ، سوپ و ... را به کودک بدهید. از محصولات لبنی غیر معمول مانند ماست طعم‌دار جدید استفاده کنید. در موارد عدم تحمل لاکتوز، از محصولات بدون لاکتوز مانند ماست و پنیرهایی مانند چدار و پارامسان که کم لاکتوز هستند به کودک بدهید.

اگر کودک خوب رشد کرده و غذاهای سالم متنوع را دریافت می‌کند، نیاز به دریافت مکمل ویتامین و مواد معدنی ندارد. اگر از این مکمل‌ها در منزل دارید، آن را دور از دسترس کودک قرار دهید زیرا به علت طعم خوب آن ممکن است مقدار زیادی را یک‌جا مصرف کند.

برای کودکانی که اضافه وزن دارند نگران نباشید و هرگز کودک را مورد انتقاد قرار ندهید. تغییر عادات غذایی خانواده و انجام فعالیت جسمی منظم خانوادگی مفید هستند. مصرف دسر و شیرینی را قدغن نکنید بلکه آن‌ها را به اندازه مصرف کنید. به ازای هر یک ساعت که کودک می‌خواند، تلویزیون و ویدئو می‌بیند یا بازی کامپیوتری انجام می‌دهد، ۱۰ دقیقه زمان فعالیت جسمی در نظر بگیرید.

در ۱ تا ۱/۵ سالگی، کودک می‌تواند با انگشتان خود غذاها را در دست گرفته و رها کند؛ قاشق را در دست بگیرد اما خیلی خوب از آن استفاده نمی‌کند؛ فنجان را به کار برد اما نه خیلی خوب و غذاهایی را که دیگران می‌خورند، بخواند. در ۱/۵ تا ۲ سالگی، کودک کم‌تر از کودکان ۲ سال یا بزرگ‌تر از ۲ سال می‌خورد؛ دوست دارد که با دستش بخورد؛ غذاهای مورد علاقه دارد و به راحتی حواسش پرت می‌شود.

در ۲ تا ۳ سالگی، کودک می‌تواند فنجان در دست بگیرد؛ غذاهای بیش‌تری را بجود و علاقه یا بی‌میلی به بعضی از غذاها دارد.

در ۳ تا ۴ سالگی، کودک می‌تواند از چنگال استفاده کند؛ فنجان را با دسته‌اش بگیرد؛ مایعات را از یک پارچ کوچک بریزد و غذای مورد علاقه‌اش را بخواند. او غذاها را با شکل‌ها و رنگ‌های متنوع و هم‌چنین، تقلید آشپزی را دوست دارد؛

علاقه‌ی بیش‌تری به غذا پیدا کرده است و تحت تأثیر تلویزیون قرار می‌گیرد. در ۴ تا ۵ سالگی، کودک می‌تواند از چاقوی غیر نوک تیز و چنگال استفاده کند؛ فنجان را به خوبی به کار برد و خودش غذا بخورد. او به صحبت کردن بیش از خوردن علاقه دارد؛ بعضی از اوقات فقط به یک غذا علاقه نشان می‌دهد و تحت تأثیر هم‌سن و سالان خود قرار می‌گیرد.

جدول ۲-۲-۲- نتایج مطلوب برای کودک و نقش خانواده

کودک

آموزشی / نگرشی	رفتاری	سلامت
✓ غذاهای جدید را امتحان می‌کند. ✓ از بسیاری از غذاهای سالم لذت می‌برد. ✓ از بازی کردن فعال لذت می‌برد.	✓ به تدریج، تنوع غذاهای مصرف شده بیش‌تر می‌شود. ✓ غذاهای سالم می‌خورد. ✓ در بازی فعال شرکت می‌کند.	✓ مهارت‌های حرکتی، هماهنگی و تون عضلات بهتر می‌شود. ✓ با سرعت مناسب، رشد و تکامل می‌یابد. ✓ سلامت خود را حفظ می‌کند.

خانواده

آموزشی / نگرشی	رفتاری	سلامت
✓ درک می‌کنند که رشد و تکامل هر کودکی منحصر به فرد است. ✓ نگرش مثبتی به غذا دارند. ✓ نیازهای تغذیه‌ای کودک در حال رشد و اهمیت وعده‌های غذایی و میان‌وعده‌های سالم را می‌دانند. ✓ کودک را تشویق به امتحان غذاهای سالم متنوع می‌کنند. ✓ اهمیت تبدیل غذا را به شکل ساده‌تر و بی‌خطرتر برای کودک می‌دانند. ✓ اهمیت شیوه‌ی زندگی سالم، شامل خوردن غذاهای سالم و شرکت در فعالیت جسمی منظم را می‌دانند.	✓ می‌دانند که والدین، مسئول «چه، کی و کجا غذا خوردن» کودک هستند و کودک، مسئول این که «بخورد یا چه قدر بخورد» است. ✓ غذاهایی که از نظر تکاملی برای کودک مناسب هستند، در اختیار او قرار می‌دهند. ✓ میان‌وعده‌ها و وعده‌های غذایی سالم تهیه می‌کنند. ✓ غذا را با یکدیگر میل می‌کنند تا از تغذیه‌ی مطلوب و تسهیل ارتباط خانواده مطمئن باشند. ✓ با خوردن غذای سالم و شرکت در فعالیت جسمی منظم، الگوی مثبتی می‌شوند. ✓ در صورت نیاز، از برنامه‌های تغذیه‌ای و منابع غذایی استفاده می‌کنند. ✓ امکانات بازی فعال را فراهم می‌کنند.	✓ سلامت را حفظ می‌کنند.

اواسط کودکی

اواسط کودکی (سن ۵ تا ۱۰ سال)، با رشد جسمی آهسته و پیوسته مشخص می‌شود. اما تکامل اجتماعی، هیجانی و شناختی با سرعت فوق‌العاده‌ای روی می‌دهد. برای کسب رشد و تکامل مطلوب، کودکان به انواع غذاهای سالم که انرژی، پروتئین، کربوهیدرات، چربی، ویتامین و مواد معدنی کافی برای آن‌ها فراهم می‌کند نیاز دارند. آن‌ها به سه وعده‌ی غذای روزانه و میان وعده‌های مغذی احتیاج دارند. کودکان از رفتارهای تغذیه‌ای سالم سود می‌برند. این رفتارها برای موارد زیر ضروری هستند:

□ ارتقای سلامت و رشد و تکامل مطلوب

□ پیش‌گیری از مشکلات زودرس سلامت (مانند آنمی فقر آهن، کم‌غذایی، چاقی، اختلالات تغذیه‌ای و پوسیدگی دندان)

□ پایه‌گذاری سلامت برای تمام عمر و کاهش خطر بیماری‌های مزمن (مانند بیماری قلبی عروقی، دیابت ملیتوس نوع ۲،

هیپرتانسیون، برخی از انواع کانسر و استئوپوروز)

■ رشد و تکامل جسمی

به طور متوسط وزن، قد و دور سر کودکان ۴ تا ۶ ساله به ترتیب ۲ کیلوگرم، ۳ سانتی متر و ۱ سانتی متر در سال افزایش می‌یابد. پس از آن، کودکان به طور متوسط سالانه ۳ کیلوگرم وزن گرفته و ۶ سانتی متر قد می‌کشند. هم‌چنین، دوره‌هایی از جهش رشد دارند که با افزایش اشتها و دریافت غذا همراه است. برعکس، اشتهای کودک و دریافت غذا در طی دوره‌های رشد آهسته، کم می‌شود.

در این دوران، ترکیب و شکل بدن تقریباً ثابت باقی می‌ماند. کودکان به طور واضح نگران ظاهر جسمی خود می‌شوند. به خصوص، دخترها ممکن است تصور کنند که اضافه وزن دارند و شروع به کم خوردن بکنند. والدین، باید افزایش چربی بدن به دلیل رشد و تکامل و گذرا بودن آن را به کودکان یادآوری کنند. پسرها ممکن است نگران قد و قدرت و مقدار عضلات خود باشند. والدین باید بدانند که فعالیت‌های بدن‌سازی در این دوران می‌تواند مضر باشد و پسرها تا اواسط دوران بلوغ نمی‌توانند توده‌ی عضلانی خود را افزایش دهند. گرچه با فعالیت جسمی مناسب، قدرت عضلانی بهتر می‌شود. در این دوران، کودکان دندان‌های شیری خود را از دست می‌دهند و رویش دندان‌های دائمی آغاز می‌شود. زمانی که کودکان چند دندان از دست داده‌اند یا تحت درمان ارتودنسی هستند، جویدن بعضی از غذاها مانند گوشت برای آن‌ها مشکل است. بنابراین، تهیه‌ی غذاهایی که راحت‌تر خورده می‌شوند مانند گوشت چرخ‌کرده این مشکل را حل می‌کند.

■ تکامل هیجانی و اجتماعی

از ۵ تا ۷ سالگی، کودکان غذاها را با در نظر گرفتن رنگ، شکل و مقدار توصیف کرده و آن‌ها را براساس علاقه داشتن و نداشتن خود طبقه‌بندی می‌کنند. می‌توانند غذاهای سالم را تشخیص دهند اما علت سالم بودن آن‌ها را نمی‌دانند. از ۷ تا ۱۲ سالگی، می‌دانند که غذای سالم تأثیر مثبتی بر رشد و سلامت دارد.

در این سن، احساس «خود» شکل می‌گیرد و یاد می‌گیرند که نقش آن‌ها در خانواده، مدرسه و اجتماع چیست. توانایی تغذیه‌ی خودشان بیش‌تر می‌شود، می‌توانند در برنامه‌ریزی غذایی و تهیه‌ی غذا کمک کنند و کارهای مربوط به زمان غذا خوردن مانند چیدن میز را انجام دهند. انجام این کارها، کودکان را قادر به مشارکت در خانواده کرده و احساس اعتماد به نفس آن‌ها را تقویت می‌کند.

در این دوران، وعده‌های غذایی اهمیت اجتماعی بیش‌تری پیدا کرده و کودکان از دیدگاه نگرش‌های غذایی و رفتارهای تغذیه‌ای بیش‌تر تحت تأثیر منابع خارجی مانند هم‌سن و سالان و رسانه‌ها قرار می‌گیرند. به علاوه، غذای بیش‌تری را خارج از منزل مانند مهدکودک، مدرسه و خانه‌ی دوستان و اقوام میل می‌کنند. تنفر آن‌ها از بعضی غذاها ممکن است به دوستانشان بستگی داشته باشد. والدین و سایر اعضای خانواده بیش‌ترین تأثیر را بر رفتارهای تغذیه‌ای و نگرش‌های غذایی کودک دارند. والدین باید غذای سالم را تهیه کرده و تصمیم بگیرند که چه زمانی آن را عرضه کنند. بسیار مهم است که خانواده با یکدیگر و در محیطی خوشایند غذا بخورند تا فرصتی برای تعامل اجتماعی فراهم آید. والدین می‌توانند با رفتارهای تغذیه‌ای سالم الگوی مثبتی برای کودک باشند.

بعضی از کودکان به مغازه‌ها یا رستوران‌های نزدیک می‌روند و با پول خود غذا تهیه می‌کنند. والدین باید آن‌ها را راهنمایی کنند که انتخاب غذایی سالمی داشته باشند.

■ مراقبت تغذیه‌ای

کوتاه قدی (Stunting)، نشانه‌ی اختلال در کسب قد مطلوب است. کوتاه قدی در کودکانی که منابع غذایی ناکافی دارند، رژیم‌های غذایی بسیار محدود مانند بسیار کم چرب دریافت می‌کنند و مشکلات تغذیه‌ای یا بیماری مزمن دارند روی می‌دهد. باید، کودکان کوتاه قدی را که از بهبود تغذیه یا درمان سایر مشکلات زمینه‌ای سود می‌برند، تشخیص داد. در کودکانی که نیاز به مراقبت‌های بهداشتی خاص دارند ممکن است قد برای سن کم باشد، زیرا در این موارد، اختلال ژنتیکی،

مشکلات تغذیه‌ای مزمن، تغییر در میزان متابولیسم، سندرم سوء جذب یا سایر مشکلات نیز مطرح است. تمام این‌ها باید ارزیابی شده و مداخلات لازم انجام شود تا کودک، به قد بالقوه‌ی خود برسد.

کودکانی که سابقه‌ی آنمی فقر آهن، نیاز به مراقبت‌های بهداشتی خاص یا کاهش دریافت آهن دارند باید از نظر آنمی فقر آهن بررسی شوند.

■ مشاوره

■ به کودکان بفهمانید که هر فردی، اندازه و شکل منحصر به خود را دارند و طیفی از وزن سالم وجود دارد. تمام کودکان باید بدانند که مورد علاقه هستند و بدون در نظر گرفتن اندازه و شکل آن‌ها مورد پذیرش خانواده‌ی خود می‌باشند.

■ به کودکان بزرگ‌تر بگویید که برخی از هم‌سن و سالان آن‌ها زودتر بالغ می‌شوند اما آن‌ها نیز طبیعی هستند.

■ اهمیت خوردن غذاهای سالم برای به دست آوردن یا حفظ وزن متناسب برای قد کودک و فعالیت جسمی را تأکید کنید.

■ توضیح دهید که در اواسط کودکی، نباید کاهش وزن روی دهد (به استثنای BMI صدک ۹۵ یا بالاتر).

■ کودکان را تشویق به خوردن غذاها و میان وعده‌های سالم بکنید. درباره‌ی اهمیت خوردن صبحانه، نهار و شام بحث کنید. درباره‌ی تهیه‌ی غذا جهت مصرف در خارج از منزل و مدرسه، آن‌ها را راهنمایی کنید.

■ توضیح دهید که نیاز انرژی در این دوران تقریباً ثابت باقی مانده و تحت تأثیر رشد، میزان فعالیت جسمی و ترکیب بدن است. نیاز روزانه‌ی کیلوکالری در پسرها و دخترها تقریباً یکسان است. اما پس از شروع جهش رشد آن‌ها، نیاز کالری افزایش می‌یابد. به علاوه، روزانه ۲۰۰ تا ۳۰۰ کیلو کالری اضافی، برای کودکانی که بسیار فعال هستند، لازم است.

■ کودکان را تشویق به استفاده از میان وعده‌های غنی از کربوهیدرات‌های کمپلکس مانند میوه‌های تازه کنید. خانواده را نیز تشویق کنید تا غذاهای پر چرب و خیلی شیرین مانند نوشابه و چیپس را محدود کنند. کودکان این سن نمی‌توانند مقادیر زیادی غذا را در یک نوبت مصرف کنند. بنابراین، به میان‌وعده‌هایی برای دست یابی به رژیم غذایی سالم نیاز دارند.

■ مصرف آب حاوی فلوراید یا آب بطری که فلوراید با غلظت $0.7 - 1 \text{ mg/L (ppm)}$ دارد توصیه می‌شود. اگر میزان فلوراید آب کم‌تر از 0.6 ppm باشد باید مکمل فلوراید به کودک داده شود.

چه کنیم تا کودک صبحانه بخورد؟

■ غذاهایی که سریع خورده می‌شود مانند میوه، آب میوه‌ی تازه و ماست تهیه شود.

■ غذاهایی غیر از صبحانه‌ی معمول مانند ساندویچ و سیب‌زمینی آماده شود.

■ کودک را به موقع بیدار کنید تا فرصت کافی برای صرف صبحانه داشته باشد.

■ صبحانه را شب قبل آماده کنید.

■ اگر کودک عجله دارد، غذاها را آماده کنید تا در مدرسه میل کند.

چه کنیم که کودک سبزی و میوه‌ی بیش‌تری مصرف کند؟

■ میوه و سبزی‌های متنوع در منزل باشد.

■ آب میوه‌ی تازه در یخچال، آماده باشد.

■ میوه و سبزی را شسته و بریده و در یخچال نگهداری کنید. از یک ظرف شفاف که بتوان آن‌ها را به راحتی دید برای نگهداری میوه و سبزی استفاده کنید.

■ دو تا چند سبزی که شامل حداقل یک سبزی مورد علاقه‌ی کودک است همراه با شام وجود داشته باشد. از سالاد با سس کم‌چرب نیز می‌توان استفاده کرد.

- میوه و سبزی را در ظرفی قرار داده و در کیف مدرسه‌ی کودک بگذارید.
- خودتان الگوی کودک باشید و میوه و سبزی را بیش‌تر میل کنید.
- ظرف میوه را روی میز آشپزخانه قرار دهید.

جدول ۲-۳. نتایج مطلوب برای کودک و نقش خانواده

کودک

آموزشی / نگرشی	رفتاری	سلامت
✓ می‌داند که رفتارهای تغذیه‌ای سالم و فعالیت جسمی منظم برای رشد، تکامل و سلامت ضروری هستند.	✓ انواع مختلفی از غذاهای سالم را مصرف می‌کند.	✓ تغذیه‌ی مطلوب برای ارتقای رشد و تکامل را حفظ می‌کند.
✓ اهمیت خوردن غذاهای سالم متنوع و نحوه‌ی افزایش تنوع غذایی را می‌داند.	✓ در منزل و خارج از منزل غذای سالم انتخاب می‌کند.	✓ به سلامت جسمی و تغذیه‌ای، بدون علائم آنمی فقر آهن، کم غذایی، چاقی، اختلالات غذا خوردن، پوسیدگی دندان، یا سایر مشکلات تغذیه‌ای دست می‌یابد.
✓ اهمیت رژیم غذایی سالم شامل ۳ وعده‌غذای روزانه و میان‌وعده‌ها را می‌داند.	✓ در اغلب روزهای هفته یا حتی تمام روزهای هفته در فعالیتهای جسمی شرکت می‌کند.	✓ به وزن سالم بدن دست یافته و آن را حفظ می‌کند.
✓ مزایای جسمی، هیجانی و اجتماعی فعالیت جسمی منظم و نحوه‌ی افزایش میزان فعالیت جسمی را می‌داند.		
✓ می‌داند که هر شخص اندازه و شکل منحصر به خود را دارد و در طیف وزن سالم قرار می‌گیرد.		

خانواده

آموزشی / نگرشی	رفتاری	سلامت
✓ تغییرات جسمی را که با رشد و تکامل روی می‌دهد درک می‌کنند.	✓ الگوی مثبتی را فراهم می‌سازند که شامل رفتارهای خوردن سالم، شرکت در فعالیتهای جسمی منظم و ترویج تصویر ذهنی مثبت از بدن است.	✓ غذاهای سالمی که از نظر تکامل متناسب هستند تهیه کرده و برحسب نیاز آن‌ها را تغییر می‌دهند.
✓ ارتباط بین تغذیه و سلامت کوتاه مدت و بلند مدت را درک می‌کنند.	✓ غذاهای متنوع سالمی را در منزل فراهم می‌کنند. دسترسی به غذاهای پرچرب و خیلی شیرین را محدود می‌کنند.	✓ به کودک در به دست آوردن و حفظ وزن سالم کمک می‌کنند.
✓ رفتارهای تغذیه‌ای کودک و نحوه‌ی افزایش غذاهای متنوعی را که می‌خورد می‌دانند.	✓ غذا را به‌طور منظم با هم دیگر میل می‌کنند تا تغذیه‌ی مطلوب تأمین شده و ارتباط خانوادگی تسهیل گردد.	✓ فرصت‌ها و جاهای امنی برای کودک مهیا می‌کنند تا در فعالیتهای جسمی شرکت کند.
✓ اهمیت رژیم غذایی سالم شامل سه وعده‌غذای روزانه و میان‌وعده‌ها را برحسب نیاز درک می‌کنند.	✓ فرصت‌هایی برای شرکت کودک در برنامه‌ریزی وعده‌های غذا و آماده‌سازی غذا فراهم می‌کنند.	
✓ آگاهند که هر شخصی با اندازه و شکل خاص خود به دنیا آمده و در طیف وزن سالم قرار می‌گیرد.	✓ در فعالیت جسمی منظم با کودک شرکت می‌کنند.	
✓ خطر روش‌های غیرایمن کاهش وزن و راه‌های بی‌ضرر برای کسب و حفظ وزن سالم را می‌دانند.		

بخش ۲ تغذیه

فصل ۳

مباحث تغذیه‌ای

راهنمای جامع مراقبت‌های ادغام یافته
کودک سالم

هیپرلیپیدمی یا هیپرلیپوپروتئینمی، افزایش مقدار هر یک از چربی‌های خون (کلسترول توتال، تری‌گلسیرید یا لیپوپروتئین‌ها) است. هیپرکلسترولمی، افزایش کلسترول خون و دیس‌لیپوپروتئینمی یا دیس‌لیپیدمی، مقدار غیر طبیعی لیپوپروتئین‌های خون (کاهش کلسترول HDL، افزایش کلسترول LDL یا VLDL) است. جدول ۲-۳-۱ مقادیر کلسترول برای کودکان در معرض خطر را نشان داده است.

اهمیت: حداقل در $\frac{1}{4}$ کودکان و نوجوانان، مقدار کلسترول مرزی یا افزایش یافته است. روند آترواسکلروز از دوران کودکی آغاز شده و مداخلات غذایی می‌تواند کلسترول توتال و LDL را کم کند.

پیش‌گیری: توصیه‌های تغذیه‌ای زیر برای پیش‌گیری از آترواسکلروز در کودکان ۲ ساله و بزرگ‌تر مطرح شده است: در کودکان کم‌تر از ۲ سال، نباید دریافت چربی و کلسترول رژیم غذایی را محدود کرد زیرا در این دوران، به علت رشد و تکامل سریع به انرژی زیادی نیاز دارند.

کودکان ۱ ساله و بزرگ‌تر، باید تنوع غذایی لازم جهت تأمین تغذیه‌ی کافی را داشته باشند. از ۲ سالگی، به تدریج غذاهای پرچرب، کم‌تر مصرف شده و در ۵ سالگی، نباید بیش از ۳۰٪ کالری از چربی تأمین شود. کودکان را باید تشویق به فعالیت جسمی منظم روزانه و حتی افزایش مقدار فعالیت روزانه نمود.

برای کاهش کلسترول سرم در کودکان سالم بزرگ‌تر از ۲ سال، دریافت مواد مغذی به شیوه‌ی زیر توصیه شده است: دریافت چربی اشباع شده کم‌تر از ۱۰٪ کل کالری مصرفی باشد.

در طی چند روز، متوسط مصرف چربی بیش از ۳۰٪ و کم‌تر از ۲۰٪ کالری نباشد.

کلسترول رژیم غذایی بیش از ۳۰۰ mg در روز نباشد.

غربالگری: تشخیص و درمان به موقع کودکانی که مقدار چربی خون آن‌ها افزایش یافته، از خطر ابتلای زودرس به بیماری کرونر قلب می‌کاهد.

جدول ۲-۳-۱- طبقه‌بندی مقدار کلسترول در کودکان در معرض خطر *

کلسترول LDL (mg/dL)	کلسترول توتال (mg/dL)	
< ۱۱۰	< ۱۷۰	قابل قبول
۱۱۰ - ۱۲۹	۱۷۰ - ۱۹۹	مرزی
≥ ۱۳۰	≥ ۲۰۰	بالا

* کودکانی که در خانواده‌ی آن‌ها هیپرکلسترولمی یا بیماری قلبی عروقی زودرس وجود دارد.

سابقه‌ی خانوادگی بیماری قلبی عروقی زودرس و یا کلسترول خون بالا مهم‌ترین شاخص‌های خطر برای غربالگری مقدار چربی خون در کودکان هستند. غربالگری مقدار کلسترول کودکان در موارد زیر توصیه شده است:

پدر و مادر یا پدربزرگ و مادربزرگ دارای ۵۵ سال یا کم‌تر که براساس آرتیوگرافی کرونر، تشخیص آترواسکلروز کرونر برایش مطرح شده یا بالون آنژیوپلاستی یا عمل جراحی بای‌پس شریان کرونر داشته است.

پدر و مادر یا پدربزرگ و مادربزرگ دارای ۵۵ سال یا کم‌تر با انفارکتوس میوکارد، آنژین قفسه‌ی صدری، بیماری عروقی

محیطی، بیماری عروقی مغزی یا مرگ ناگهانی قلبی.

کلیستروول خون والدین آن‌ها 240 mg/dL یا بیش‌تر بوده است.

اگر نمی‌توان سابقه‌ی خانوادگی کودک را دانست و به خصوص که عامل خطر دیگری وجود داشته باشد نیز باید

غربالگری انجام شود. سایر عوامل خطری که منجر به بیماری قلبی کرونر در سنین پایین می‌شود عبارتند از:

سابقه‌ی خانوادگی بیماری کرونر قلب در سنین پایین، بیماری عروقی مغز، یا بیماری انسدادی عروقی محیطی

افزایش فشار خون

کاهش غلظت کلیستروول HDL (کم‌تر از 40 mg/dL)

چاقی شدید ($\text{BMI} \geq 95\%$)

دیابت ملیتوس

بی‌حرکتی جسمی

غربالگری طبی

علل ثانویه‌ی هیپرلیپیدمی (کورتیکواستروئید، استروئیدهای آنابولیک، بی‌اشتهایی عصبی، هیپوتیروئیدی و دیابت ملیتوس) را بررسی کنید.

از نظر اختلالات خانوادگی چربی‌ها و علائم بالینی هیپرلیپیدمی ارزیابی کنید.

سایر عوامل خطر را تعیین کنید.

تمام اعضای خانواده را غربالگری نمایید.

غربالگری تغذیه‌ای

با کودک و والدین مصاحبه کرده و از نحوه‌ی خرید و تهیه‌ی غذا و الگوهای غذا خوردن سؤال کنید.

از والدین و کودک بخواهید تا گزارش برنامه‌ی غذایی سه روز را به شما بدهند.

پایش: کودکان دچار هیپرلیپیدمی باید به طور منظم، از نظر کلیستروول خون، رفتارهای خوردن و سایر عوامل خطر تحت نظر باشند. اگر مقدار کلیستروول خون در حد مرزی باشد باید سال بعد دوباره چک شود.

اما در مواردی که کلیستروول LDL یا توتال بالا است باید ۱ تا ۲ ماه پس از مشاوره‌ی تغذیه‌ی اولیه وضعیت آن‌ها دوباره ارزیابی شود. برنامه‌ی غذایی سه روز متوالی باید حداقل ۲ بار در سال کنترل شود. اگر مقدار چربی خون بهتر نشد یا به اهداف غذایی دست نیافتیم، مشاوره‌ی جدی‌تری لازم است. در انواع خانوادگی اختلال چربی‌ها، رژیم غذایی (جدول ۲-۳) به تنهایی کافی نیست و درمان دارویی نیز ضرورت دارد. کودکانی که کلیستروول LDL آن‌ها بیش از 130 mg/dL است باید به متخصص تغذیه ارجاع شوند.

جدول ۲-۳-۲- راهنمای برنامه‌ی غذایی روزانه در کودکان دچار هیپرلیپیدمی

گروه غذایی	سن کودک (سال)		
	۷-۱۰	۴-۶	۲-۳
گوشت، طیور، ماهی (گرم)	۱۷۰	۱۴۰	۵۷
تخم‌مرغ (در هفته)	۳	۳	۳
محصولات لبنی (سهم)*	۴	۳	۳
میوه‌ها (سهم)*	۳	۳	۲
سبزی‌ها (سهم)*	۳	۳	۳
نان و غلات (سهم)*	۷	۶	۵
چربی‌ها و روغن (سهم)*	۵	۵	۴
شیرینی و دسرها (سهم)*	۲	۲	۱

* سهم‌های مواد غذایی در جدول ۲-۱-۱ آمده است.

هیپرتانسیون

اگر میانگین فشار خون سیستولیک و یا دیاستولیک کودکان حداقل در سه نوبت مجزا ۹۵٪ یا بالاتر (براساس سن، جنس و قد) باشد، هیپرتانسیو محسوب می‌شوند. تعاریف فشار خون طبیعی و هیپرتانسیون عبارتند از:

فشار خون طبیعی: $\leq 90\%$

فشار خون بالاتر از طبیعی: $90\% < \leq 95\%$

هیپرتانسیون: $\leq 95\%$ (در سه نوبت مجزا)

جداول ۲-۳-۲ و ۲-۳-۳ استانداردهای فشار خون را نشان می‌دهد. کودکانی که فشار خون بالاتر از طبیعی دارند، باید به طور منظم پی‌گیری شوند.

اهمیت: هیپرتانسیون اولیه عامل خطر مستقلی برای بیماری قلبی عروقی محسوب می‌شود. به اثبات رسیده که فشار خون بالا از دوران کودکی منشأ گرفته و اگر درمان نشود تا بزرگسالی ادامه می‌یابد.

جدول ۲-۳-۳ مقدار فشار خون صدک‌های ۹۰ و ۹۵ در پسرهای ۱ تا ۸ سال

سن صدک فشار خون		فشار خون سیستولیک (mmHg) بر مبنای قد												فشار خون دیاستولیک (mmHg) بر مبنای قد					
		%۵	%۱۰	%۲۵	%۵۰	%۷۵	%۹۰	%۹۵	%۵	%۱۰	%۲۵	%۵۰	%۷۵	%۹۰	%۹۵	%۵	%۱۰	%۲۵	%۵۰
۱	۹۰	۹۴	۹۵	۹۷	۹۸	۱۰۰	۱۰۲	۱۰۲	۵۰	۵۱	۵۲	۵۳	۵۴	۵۴	۵۵	۵۰	۵۱	۵۲	۵۳
	۹۵	۹۸	۹۹	۱۰۱	۱۰۲	۱۰۴	۱۰۶	۱۰۶	۵۵	۵۵	۵۶	۵۷	۵۸	۵۹	۵۹	۵۵	۵۵	۵۶	۵۷
۲	۹۰	۹۸	۹۹	۱۰۰	۱۰۲	۱۰۴	۱۰۵	۱۰۶	۵۵	۵۵	۵۶	۵۷	۵۸	۵۹	۶۳	۵۵	۵۵	۵۶	۵۷
	۹۵	۱۰۱	۱۰۲	۱۰۴	۱۰۶	۱۰۸	۱۰۹	۱۱۰	۵۹	۵۹	۶۰	۶۱	۶۲	۶۳	۶۳	۵۹	۵۹	۶۰	۶۱
۳	۹۰	۱۰۰	۱۰۱	۱۰۳	۱۰۵	۱۰۷	۱۰۸	۱۰۹	۵۹	۵۹	۶۰	۶۱	۶۲	۶۳	۶۷	۵۹	۵۹	۶۰	۶۱
	۹۵	۱۰۴	۱۰۵	۱۰۷	۱۰۹	۱۱۱	۱۱۲	۱۱۳	۶۳	۶۳	۶۴	۶۵	۶۶	۶۷	۶۷	۶۳	۶۳	۶۴	۶۵
۴	۹۰	۱۰۲	۱۰۳	۱۰۵	۱۰۷	۱۰۹	۱۱۰	۱۱۱	۶۲	۶۲	۶۳	۶۴	۶۵	۶۶	۷۱	۶۲	۶۲	۶۳	۶۴
	۹۵	۱۰۶	۱۰۷	۱۰۹	۱۱۱	۱۱۳	۱۱۴	۱۱۵	۶۶	۶۷	۶۷	۶۸	۶۹	۷۰	۷۱	۶۶	۶۷	۶۷	۶۸
۵	۹۰	۱۰۴	۱۰۵	۱۰۶	۱۰۸	۱۱۰	۱۱۲	۱۱۲	۶۵	۶۵	۶۶	۶۷	۶۸	۶۹	۷۴	۶۵	۶۵	۶۶	۶۷
	۹۵	۱۰۸	۱۰۹	۱۱۰	۱۱۲	۱۱۴	۱۱۵	۱۱۶	۶۹	۷۰	۷۰	۷۱	۷۲	۷۳	۷۴	۶۹	۷۰	۷۰	۷۱
۶	۹۰	۱۰۵	۱۰۶	۱۰۸	۱۱۰	۱۱۱	۱۱۳	۱۱۴	۶۷	۶۷	۶۸	۶۹	۷۰	۷۱	۷۶	۶۷	۶۷	۶۸	۶۹
	۹۵	۱۰۹	۱۱۰	۱۱۲	۱۱۴	۱۱۵	۱۱۷	۱۱۷	۷۲	۷۲	۷۳	۷۴	۷۵	۷۶	۷۷	۷۲	۷۲	۷۳	۷۴
۷	۹۰	۱۰۶	۱۰۷	۱۰۹	۱۱۱	۱۱۳	۱۱۴	۱۱۵	۶۹	۶۹	۷۰	۷۱	۷۲	۷۳	۷۸	۶۹	۶۹	۷۰	۷۱
	۹۵	۱۱۰	۱۱۱	۱۱۳	۱۱۵	۱۱۶	۱۱۸	۱۱۹	۷۴	۷۴	۷۵	۷۶	۷۷	۷۸	۷۹	۷۴	۷۴	۷۵	۷۶
۸	۹۰	۱۰۷	۱۰۸	۱۱۰	۱۱۲	۱۱۴	۱۱۵	۱۱۶	۷۱	۷۱	۷۲	۷۳	۷۴	۷۵	۸۰	۷۱	۷۱	۷۲	۷۳
	۹۵	۱۱۱	۱۱۲	۱۱۴	۱۱۶	۱۱۸	۱۱۹	۱۲۰	۷۵	۷۶	۷۶	۷۷	۷۸	۷۹	۸۰	۷۶	۷۶	۷۷	۷۸

جدول ۲-۳-۴ مقدار فشار خون صدک‌های ۹۰ و ۹۵ در دخترهای ۱ تا ۸ سال

سن صدک فشار خون		فشار خون سیستولیک (mmHg) بر مبنای قد												فشار خون دیاستولیک (mmHg) بر مبنای قد					
		%۵	%۱۰	%۲۵	%۵۰	%۷۵	%۹۰	%۹۵	%۵	%۱۰	%۲۵	%۵۰	%۷۵	%۹۰	%۹۵	%۵	%۱۰	%۲۵	%۵۰
۱	۹۰	۹۷	۹۸	۹۹	۱۰۰	۱۰۲	۱۰۳	۱۰۴	۵۳	۵۳	۵۳	۵۴	۵۵	۵۶	۶۰	۵۳	۵۳	۵۳	۵۴
	۹۵	۱۰۱	۱۰۲	۱۰۳	۱۰۴	۱۰۵	۱۰۷	۱۰۷	۵۷	۵۷	۵۷	۵۸	۵۹	۶۰	۶۰	۵۷	۵۷	۵۷	۵۸
۲	۹۰	۹۹	۹۹	۱۰۰	۱۰۲	۱۰۳	۱۰۴	۱۰۵	۵۷	۵۷	۵۷	۵۸	۵۹	۶۰	۶۵	۵۷	۵۷	۵۷	۵۸
	۹۵	۱۰۲	۱۰۳	۱۰۴	۱۰۵	۱۰۷	۱۰۸	۱۰۹	۶۱	۶۱	۶۱	۶۲	۶۳	۶۴	۶۵	۶۱	۶۱	۶۱	۶۲
۳	۹۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۲	۱۰۳	۱۰۴	۱۰۵	۱۰۶	۶۱	۶۱	۶۱	۶۲	۶۳	۶۴	۶۸	۶۱	۶۱	۶۱	۶۲
	۹۵	۱۰۴	۱۰۴	۱۰۵	۱۰۷	۱۰۸	۱۰۹	۱۱۰	۶۵	۶۵	۶۵	۶۶	۶۷	۶۷	۶۸	۶۵	۶۵	۶۵	۶۶
۴	۹۰	۱۰۱	۱۰۲	۱۰۳	۱۰۴	۱۰۶	۱۰۷	۱۰۸	۶۳	۶۳	۶۳	۶۴	۶۵	۶۶	۷۱	۶۳	۶۳	۶۳	۶۴
	۹۵	۱۰۵	۱۰۶	۱۰۷	۱۰۸	۱۰۹	۱۱۱	۱۱۱	۶۷	۶۷	۶۷	۶۸	۶۹	۷۰	۷۱	۶۷	۶۷	۶۷	۶۸
۵	۹۰	۱۰۳	۱۰۳	۱۰۴	۱۰۶	۱۰۷	۱۰۸	۱۰۹	۶۵	۶۵	۶۶	۶۶	۶۷	۶۸	۷۳	۶۶	۶۶	۶۶	۶۷
	۹۵	۱۰۷	۱۰۷	۱۰۸	۱۱۰	۱۱۱	۱۱۲	۱۱۳	۶۹	۶۹	۷۰	۷۰	۷۱	۷۲	۷۳	۶۹	۶۹	۶۹	۷۰
۶	۹۰	۱۰۴	۱۰۵	۱۰۶	۱۰۷	۱۰۹	۱۱۰	۱۱۱	۶۷	۶۷	۶۷	۶۸	۶۹	۷۰	۷۵	۶۷	۶۷	۶۷	۶۸
	۹۵	۱۰۸	۱۰۹	۱۱۰	۱۱۱	۱۱۲	۱۱۴	۱۱۴	۷۱	۷۱	۷۱	۷۲	۷۳	۷۴	۷۵	۷۱	۷۱	۷۱	۷۲
۷	۹۰	۱۰۶	۱۰۷	۱۰۸	۱۰۹	۱۱۰	۱۱۲	۱۱۲	۶۹	۶۹	۶۹	۷۰	۷۱	۷۲	۷۶	۶۹	۶۹	۶۹	۷۰
	۹۵	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۲	۱۱۳	۱۱۴	۱۱۵	۱۱۶	۷۳	۷۳	۷۳	۷۴	۷۵	۷۶	۷۷	۷۴	۷۴	۷۴	۷۵
۸	۹۰	۱۰۸	۱۰۹	۱۱۰	۱۱۱	۱۱۲	۱۱۳	۱۱۴	۷۰	۷۰	۷۰	۷۱	۷۲	۷۳	۷۸	۷۰	۷۰	۷۰	۷۱
	۹۵	۱۱۲	۱۱۲	۱۱۳	۱۱۵	۱۱۶	۱۱۷	۱۱۸	۷۴	۷۴	۷۴	۷۵	۷۶	۷۷	۷۸	۷۴	۷۴	۷۴	۷۵

غربالگری و ارزیابی: غربالگری فشار خون در معاینات فیزیکی دوره‌ای از سه سالگی شروع می‌شود. برای اندازه‌گیری صحیح فشارخون کودکان، باید اندازه‌ی کاف مناسب باشد. اندازه‌گیری فشار خون بازوی راست توصیه می‌شود. اگر فشار سیستولیک یا دیاستولیک بالا باشد، باید اندازه‌گیری دو بار یا بیش از دو بار تکرار شود تا تشخیص هیپرتانسیون تأیید گردد.

انجام فعالیت‌های ورزشی در کاهش فشار خون مؤثر است. تنظیم رفتارهای فعالیت جسمی و رژیم غذایی در درمان هیپرتانسیون اولیه مفید است. کودکانی که اضافه وزن دارند از بهبود وزن خود سود می‌برند. اگر این توصیه‌ها، پس از ۶ تا ۱۲ ماه مفید واقع نشد، درمان دارویی به توصیه‌های قبلی افزوده می‌شود. مصرف سدیم باید به $2500-1500$ mg در روز، محدود باشد. برای مصرف این مقدار، اقدامات زیر توصیه شده است:

❑ نمکدان را از روی میز غذاخوری بردارید.

❑ در طی آشپزی، نمک اضافه استفاده نکنید.

❑ مصرف غذاهای بسته‌بندی شده‌ی پر نمک یا میان وعده‌های حاوی نمک (مانند چیپس)، سس گوجه‌فرنگی و خردل، سوسیس، هات داگ، سوپ‌های آماده یا کنسروها را محدود کنید.

❑ مصرف غذاهای آماده (Fast food) در رستوران را محدود کنید.

آنمی فقر آهن

اهمیت: آنمی فقر آهن، شایع‌ترین آنمی تغذیه‌ای است. خطر آنمی فقر آهن در شیرخواران زیاد است، زیرا برای رشد سریع به آهن بیش‌تری نیاز دارند. در شیرخوار ترم سالم، ذخایر آهن برای ۴ تا ۶ ماه کافی است. آنمی فقر آهن با تأخیر در تکامل روانی حرکتی، نقایص شناختی و اختلالات رفتاری در کودکان خردسال همراه است. هم‌چنین، اختلال رشد و تکامل، تضعیف دستگاه ایمنی، خستگی، افزایش حساسیت به مسمومیت با سرب و کاهش مقاومت در برابر عفونت، عملکرد جسمی، تحمل، توجه و عملکرد تحصیلی نیز دیده می‌شود.

غربالگری: مراقبین بهداشتی باید تمام شیرخواران و کودکانی را که در معرض خطر آنمی فقر آهن هستند ارزیابی کنند. غربالگری همگانی (برای آن‌هایی که در معرض خطر زیاد هستند) - در ۹ تا ۱۲ ماهگی، ۶ ماه بعد (۱۵ تا ۱۸ ماهگی) و سالانه از سن ۲ تا ۵ سالگی در شیرخواران و کودکان خانواده‌های کم درآمد که در معرض خطر آنمی فقر آهن هستند. غربالگری انتخابی (آن‌هایی که عامل خطر شناخته شده دارند) - نوزادان پره‌ترم و دارای وزن تولد کم که شیر مصنوعی غنی نشده با آهن دریافت کرده‌اند را قبل از ۶ ماهگی غربالگری کنید. در ۹ تا ۱۲ ماهگی و ۶ ماه بعد (۱۵ تا ۱۸ ماهگی) موارد زیر را غربالگری کنید:

❑ شیرخوارانی که پره‌ترم یا با وزن تولد کم به دنیا آمده‌اند.

❑ شیرخوارانی که برای بیش از ۲ ماه شیر مصنوعی غنی نشده با آهن دریافت کرده‌اند.

❑ شیرخوارانی که قبل از ۱۲ ماهگی از شیر گاو تغذیه شده‌اند.

❑ شیر مادرخوارانی که پس از ۶ ماهگی مکمل آهن کافی دریافت نکرده‌اند.

❑ شیرخوارانی که بیش از ۷۰۰ میلی‌لیتر شیر گاو در روز مصرف می‌کنند.

❑ کودکان دارای نیازهای مراقبت بهداشتی خاص که داروهایی مصرف کنند که با جذب آهن تداخل دارد (مانند آنتی‌اسیدها، کلسیم، سفر و منیزیم) یا آن‌هایی که بیماری‌های التهابی، عفونت مزمن، رژیم‌های محدود یا خون‌ریزی بیش از حد از یک زخم، تصادف یا جراحی دارند.

در سن ۲ تا ۵ سالگی در موارد زیر غربالگری سالانه انجام دهید:

❑ کودکانی که رژیم غذایی کم آهن دریافت می‌کنند.

❑ کودکانی که به علت فقر یا غفلت، دسترسی کمی به غذا دارند.

❑ کودکانی که نیازهای مراقبت بهداشتی خاص دارند.

در کودکان ۵ تا ۸ سال، آن‌هایی که عوامل خطر شناخته شده دارند (مانند دریافت کم آهن، نیازهای مراقبت بهداشتی خاص، تشخیص قبلی آنمی فقر آهن) غربالگری می‌شوند.

❑ ارزیابی و درمان

مقادیر کم هموگلوبین (جدول ۲-۳-۵) باید با تکرار هموگلوبین و هماتوکریت تأیید شود. به خصوص، اگر نمونه‌ی اول از مویرگ بوده باشد. درمان فقر آهن شامل درمان با آهن و بهبود رفتارهای تغذیه‌ای است. پس از آن‌که آنمی با منشأ تغذیه‌ای درمان شد، با بهبود رژیم غذایی می‌توان از عود آن جلوگیری کرد. در هموگلوبین پایین درمان زیر توصیه می‌شود: ❑ شیرخواران و کودکان کم‌تر از ۵ سال: تجویز قطره‌ی آهن با دوز 3 mg/kg آهن المانتال

جدول ۲-۳-۵- غلظت هموگلوبین و مقدار هماتوکریت در آنمی

سن (سال)	حداقل طبیعی هموگلوبین (g/dL)	حداقل طبیعی هماتوکریت (%)
۱ تا ۲	۱۱	۳۳
۲ تا ۵	۱۱	۳۴
۵ تا ۸	۱۱/۵	۳۵

ترکیبات آهن زمانی که بین وعده‌های غذایی یا زمان خواب مصرف شوند بهتر جذب می‌گردند. اگر عدم تحمل گوارشی (مانند تهوع، کرامپ، اسهال و یبوست) روی داد، می‌توان آهن را با غذا مصرف نمود. هم‌چنین، با مصرف دوز کم در شروع درمان و افزایش تدریجی آن یا استفاده از فرم دیگر دارو (مانند گلوکونات آهن)، تحمل آهن بهتر می‌شود. ترکیبات آهن نباید به فاصله‌ی ۱ ساعت از موادی که جذب آهن را مهار می‌کنند (مانند محصولات لبنی، کازئین، آنتی اسیدها، مکمل‌های کلسیم، قهوه، چای، غلات کامل و سبوس‌دار) مصرف شود. برای پیش‌گیری از مسمومیت، ترکیبات آهن باید دور از دسترس شیرخواران و کودکان نگهداری شوند.

آنمی فقر آهن در طی ۶ تا ۸ هفته درمان با فروس سولفات بهبود می‌یابد. اگر هموگلوبین، در پاسخ به تجویز آهن، 1 g در ماه افزایش نیابد، فقر آهن باید با اندازه‌گیری فریتین تأیید شود. مقادیر $15 \mu \text{g/L}$ یا کم‌تر در شیرخواران بزرگ‌تر از ۶ ماه و کودکان، نشانه‌ی کاهش ذخایر آهن است. در جریان عفونت یا التهاب، مقدار آن ممکن است به طور کاذب بالا باشد. برای جایگزینی کامل ذخایر آهن، درمان با آهن باید حداقل ۳ ماه پس از آن‌که هموگلوبین طبیعی شد و فریتین بیش از $15 \mu \text{g/L}$ بود، ادامه یابد.

تدابیر تغذیه‌ای می‌توانند وضعیت آهن را بهبود بخشیده و از عود آنمی فقر آهن پیش‌گیری کنند. وضعیت آهن با افزایش مصرف گوشت کم چرب، ماهی و طیور که حاوی هم (آهن هموگلوبین و میوگلوبین که قابلیت جذب زیادی دارد) است بهتر می‌شود. هم‌چنین گوشت، ماهی و طیور، جذب آهن منابع گیاهی (مانند اسفناج، نخود، غلات و حبوبات) را که زیست دسترسی کم‌تری دارد بهبود می‌بخشد.

منابع ویتامین C مانند آب میوه، توت فرنگی، فلفل سبز و بروکلی اگر با غذا مصرف شوند جذب منابع آهن را بهبود می‌بخشند، زیرا، آهن را به شکل احیا شده و قابل حل آن نگه می‌دارند. مصرف جگر، به علت مقدار کلسترول زیادی که دارد و احتمال مقادیر زیاد سموم محیطی توصیه نمی‌شود.

■ مشاوره

پیش‌گیری اولیه از آنمی فقر آهن با رژیم غذایی است. موارد زیر برای پیش‌گیری از آنمی فقر آهن در شیرخواران، کودکان و نوجوانان توصیه می‌شود:

■ شیرخواری

تغذیه با شیر مادر در سال اول زندگی و تغذیه‌ی انحصاری از شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی (بدون دریافت شیر مصنوعی، غذاها یا مایعات اضافی)،

تجویز 1 mg/kg/d (حداکثر 15 mg) آهن المانتال پس از ۴ ماهگی،

در شیرخواران نارس و دارای وزن تولد کم که شیر مادرخوار هستند، مکمل آهن با دوز 2 mg/kg/d (حداکثر 15 mg)

از ۲ هفتگی تا ۲ ماهگی شروع می‌شود که زمان شروع آن به میزان نارسی نوزاد بستگی دارد. در شیرخوارانی که وزن

تولد بسیار کم ($<1500 \text{ g}$) داشته‌اند، $3\text{--}4 \text{ mg/kg/d}$ (حداکثر 15 mg) توصیه می‌شود.

از شیر گاو، بز یا سویا برای شیرخواران استفاده نشود.

مصرف غذاهای غنی از آهن،

مصرف روزانه‌ی یک نوبت غذاهای غنی از ویتامین C،

مصرف پوره، میوه، سبزی و گوشت در زمانی که شیرخوار از نظر تکاملی آماده‌ی خوردن این غذاها است.

■ اوایل کودکی و اواسط کودکی

کودکان ۱ تا ۵ ساله، نباید روزانه بیش از ۷۰۰ میلی‌لیتر شیر گاو، بز یا سویا مصرف کنند.

منابع غذایی غنی از آهن (مانند گوشت، ماهی و طیور) و غنی از ویتامین C (مانند آب میوه، توت‌فرنگی، فلفل سبز،

طالبی، گرمک، بروکلی و کلم) را برای افزایش جذب آهن استفاده کنید.

میان وعده‌های کم ارزش را محدود کنید.

از رعایت رژیم‌های غذایی مزمن، پرهیز کنید.

مصرف قهوه، چای و کولا را محدود کنید.

بخش ۲ تغذیه

ضمائم

راهنمای جامع مراقبت‌های ادغام یافته
کودک سالم

ضمیمه‌ی ۱- شاخص‌های کلیدی مخاطرات تغذیه‌ای

شاخص‌های مخاطرات تغذیه‌ای	ارتباط	معیارهای غربالگری و ارزیابی بیشتر
انتخاب‌های غذا		
کم‌تر از ۲ وعده میوه یا آب میوه در روز مصرف می‌کند.	میوه‌ها و سبزی‌ها فیبر، ویتامین‌ها مانند A و C و مواد معدنی رژیم غذایی را تأمین می‌کنند. کاهش مصرف میوه و سبزی با افزایش خطر بسیاری از انواع سرطان همراه است.	کودکی را که کم‌تر از ۱ وعده در روز میوه یا آب میوه مصرف می‌کند، ارزیابی کنید.
کم‌تر از ۳ وعده سبزی در روز مصرف می‌کند.		کودکی را که کم‌تر از ۲ وعده سبزی در روز مصرف می‌کند، ارزیابی کنید.
کم‌تر از ۶ وعده نان، غلات، برنج و ماکارونی در روز مصرف می‌کند.	محصولات غلات کربوهیدرات‌های کمپلکس، فیبر رژیم غذایی، ویتامین‌ها و مواد معدنی را تأمین می‌کنند. کاهش مصرف فیبر رژیم غذایی با بیوست و افزایش خطر کانسر کولون همراه است.	کودکی را که کم‌تر از ۳ وعده نان، غلات، ماکارونی و برنج مصرف می‌کند، بررسی کنید.
کم‌تر از ۲ وعده محصولات لبنی در روز مصرف می‌کند.	محصولات لبنی منبع خوب پروتئین، ویتامین‌ها و کلسیم و سایر مواد معدنی هستند. کاهش مصرف آن‌ها منجر به کم شدن توده‌ی استخوان و افزایش خطر استئوپوروز می‌شود.	کودکی را که کم‌تر از ۱ وعده در روز از محصولات لبنی استفاده می‌کند، ارزیابی کنید.
		کودکی را که آلرژی به شیر یا عدم تحمل لاکتوز دارد، ارزیابی کنید.
		کودکی را که بیش از ۲ بار در روز، نوشابه مصرف می‌کند ارزیابی کنید.
کم‌تر از ۲ وعده گوشت یا جایگزین‌های آن را در روز مصرف می‌کند.	غذاهای غنی از پروتئین (مانند گوشت قرمز، حبوبات، محصولات لبنی) منابع خوب ویتامین‌های گروه B، آهن و روی هستند. کاهش مصرف آن‌ها خطر آنمی فقر آهن را افزوده و رشد و بلوغ جنسی را به تعویق می‌اندازد. کاهش مصرف گوشت و جایگزین‌های آن می‌تواند نشانه‌ی عدم دسترسی کافی به آن‌ها در منزل باشد.	کودکی را که کم‌تر از ۱ وعده در روز گوشت یا جایگزین‌های آن را مصرف می‌کند، بررسی کنید.
مصرف چربی بیش از حد در کودک ۵ ساله یا بزرگ‌تر	مصرف بیش از حد چربی در رژیم غذایی منجر به خطرات بیماری قلبی عروقی و چاقی شده و با برخی از سرطان‌ها همراه است.	کودکی را که سابقه‌ی خانوادگی بیماری قلبی عروقی زودرس دارد، ارزیابی کنید.
		کودکی که BMI صدک ۸۵ یا بالاتر دارد ارزیابی کنید.

رفتارهای خوردن		
اشهای خوبی ندارد	بی‌اشتهایی ممکن است در کودکان خردسال وجود داشته باشد، اما در کودکان بزرگ‌تر می‌تواند نشانه‌ی افسردگی یا بیماری مزمن و سایر استرس‌های هیجانی باشد.	اگر BMI کم‌تر از صدک ۱۵ است یا کاهش وزن روی داده، ارزیابی کنید. از نظر بیماری عضوی و روان پزشکی ارزیابی کنید.
سه بار در هفته یا بیش‌تر از غذاهای رستوران که سریع آماده می‌گردد مانند پیتزا و همبرگر می‌خورد.	مصرف بیش از حد غذاهای آماده با افزایش دریافت چربی، کالری و سدیم همراه است و موجب کاهش دریافت برخی از ویتامین‌ها و مواد معدنی می‌شود.	کودکی را که اضافه‌وزن داشته یا چاق است یا به دیابت ملیتوس، هیپرلیپیدمی یا سایر بیماری‌هایی که نیاز به کاهش چربی رژیم غذایی دارند مبتلا است را ارزیابی کنید.
صبحانه، ناهار و شام را سه بار در هفته یا بیش‌تر نمی‌خورد.	نخوردن غذا با کاهش دریافت انرژی و مواد مغذی همراه است و می‌تواند رشد و تکامل جنسی را مختل کند. حذف مکرر وعده‌های غذایی کفایت تغذیه‌ای رژیم غذایی را کاهش می‌دهد.	کودک را ارزیابی کنید تا حذف غذای او به‌علت منابع ناکافی غذایی با برنامه‌های نامناسب کاهش وزن نباشد.
فقط یک غذای خاص را می‌خورد (Food jags).	مصرف یک غذای خاص، تنوع غذاهای مصرف شده را کم کرده و از کفایت تغذیه‌ای رژیم غذایی می‌کاهد.	برنامه‌ی غذایی کودک را در طی چند روز بررسی کنید.
منابع غذا		
منابع مالی کافی برای خرید غذا ندارد، دسترسی کافی به غذا ندارد، امکانات پختن غذا را ندارد.	فقر، موجب گرسنگی و به مخاطره افتادن کیفیت و وضعیت تغذیه‌ای می‌شود. دریافت ناکافی غذا بر یادگیری تأثیر دارد.	کودکی را که در خانواده‌ی کم درآمد است ارزیابی کنید.
آنمی فقر آهن دارد.	فقر آهن موجب تأخیر تکاملی و اختلالات رفتاری می‌شود. پیامد دیگر آن افزایش جذب سرب است. مسمومیت با سرب در دوران کودکی سبب نقایص عصبی و تکاملی خواهد شد.	کودکان خانواده‌های کم درآمد را غربالگری کنید. کودکانی که دریافت کم آهن دارند، سابقه‌ی آنمی فقر آهن دارند، به علت فقر یا غفلت دسترسی محدود به غذا دارند یا نیاز به مراقبت بهداشتی خاص دارند را غربالگری کنید.
پوسیدگی دندان دارد.	غذا، علاوه بر سلامت کلی بدن بر سلامت دهان نیز تأثیر می‌گذارد. کلسیم و ویتامین D برای تقویت استخوان‌ها و دندان‌ها و ویتامین C برای سلامت لثه‌ها لازم است. عادات خوردن تأثیر مستقیم بر سلامت دهان دارند. مصرف مکرر غذاهای غنی از کربوهیدرات مانند آب نبات که مدت بیش‌تری در دهان باقی می‌ماند، سبب پوسیدگی دندان می‌شود. فلوراید در آب آشامیدنی یا آبی که برای پخت و پز استفاده می‌شود و فلوراید خمیردندان از شیوع پوسیدگی دندان می‌کاهد.	مصرف میان‌وعده‌ها و نوشیدنی‌های شیرین و الگوی میان‌وعده‌ها را ارزیابی کنید. دست‌یابی کودک به فلوراید (مانند قرص فلوراید یا آب حاوی فلوراید) را ارزیابی کنید.

فعالیت جسمی

از زیبایی کنید که کودک چه مدت را با تماشای تلویزیون، ویدئو و بازی‌های کامپیوتری سپری می‌کند. آگاهی او از فعالیت جسمی چیست.	فقدان فعالیت جسمی با اضافه‌وزن، خستگی، کاهش تون عضلات در کوتاه مدت و افزایش خطر بیماری قلبی عروقی در درازمدت همراه است. فعالیت جسمی منظم، خطر بیماری قلبی عروقی، هیپرتانسیون، کانسروکولون و دیابت ملیتوس نوع ۲ را کم می‌کند. فعالیت‌های جسمی متحمل وزن مانند راه رفتن برای تکامل طبیعی اسکلتی در دوران کودکی ضروری است. فعالیت جسمی منظم برای حفظ قدرت طبیعی عضلات، ساختار مفصل و عملکرد مفصل لازم است، موجب سلامت جسمی و روانی می‌گردد و کاهش وزن و ثابت نگه داشتن وزن را در تمام دوران زندگی تسهیل می‌سازد.	از نظر جسمی فعال نیست، کم‌تر از ۵ بار در هفته در فعالیت جسمی شرکت می‌کند.
--	---	---

ضمیمه ۲- راهنمایی‌هایی برای ارتقای ایمنی غذا

همه چیز را پاکیزه نگه دارید

- دست‌ها را قبل از تهیه یا خوردن غذا و پس از انجام هر کاری در طی تهیه یا خوردن غذا بشویید.
- میوه و سبزی تازه را قبل از پختن یا خام خوردن به دقت بشویید.
- ظرف‌ها را در یک ظرف شویی با آب داغ و مایع ظرف شویی و با استفاده از یک پارچه‌ی ظرف‌شویی تمیز بشویید.
- از اسفنج استفاده نکنید، زیرا اغلب موجب گسترش میکروب‌ها می‌شود. ظرف‌ها را بشویید و اجازه دهید که در هوا خشک شوند.
- تخته‌های خرد کردن مواد غذایی را در فواصل مصرف مواد غذایی مختلف با آب داغ و مایع ظرف شویی بشویید به خصوص اگر برای بریدن گوشت خام از آن‌ها استفاده کرده‌اید.
- فقط از تخته‌هایی استفاده کنید که جنس آن‌ها از مواد غیرمفددار است.
- غذاها را درست تهیه کنید
- غذاها را خوب بپزید به خصوص اگر حاوی گوشت قرمز، طیور، ماهی یا تخم‌مرغ باشند. همبرگر، کباب کوبیده، انواع غذاهای گوشتی را آن قدر بپزد که داخل آن قهوه‌ای یا خاکستری شود. جوجه را آن قدر بپزید تا آب آن وقتی چاقو یا چنگالی در آن فرو می‌کنید، شفاف باشد. ماهی را آن قدر بپزید که مات شده و با یک چنگال، لایه لایه شود. تخم‌مرغ را آن قدر بپزید که سفید شود.
- غذاهای منجمد را در یخچال یا زیر آب سرد ذوب کنید. هرگز، آن‌ها را روی میز آشپزخانه یا در ظرف آب قرار ندهید. در زمان دادن غذا، مطمئن باشید که غذاهای داغ بالاتر از ۴۱ درجه و غذاهای سرد کم‌تر از ۴/۴ درجه‌ی سانتی‌گراد داشته باشند.

غذاها را سالم نگه دارید.

- غذای پخته شده در یخچال را در طی ۲۴ ساعت مصرف کنید.
- غذاهای خام را زیر غذاهای پخته شده و آماده در یخچال نگه‌داری کنید.
- مواد غذایی خشک مانند برنج و شکر را در ظروف غیرمنفذدار یا دارای در محکم نگه‌داری کنید.
- اگر غذاهای پخته شده فوراً مصرف نمی‌شود آن‌ها را در ظرف درپوش‌داری گذاشته و در یخچال یا فریزر نگه‌داری کنید.
- غذاهای باقی‌مانده‌ای که در یخچال یا فریزر نگه‌داری شده‌اند را فقط یک بار می‌توان دوباره حرارت داد.
- برای گرم کردن مواد غذایی مایع مانند سوپ آن‌ها را بجوشانید.
- غذاهای جامد را دوباره، تا ۷۴ درجه‌ی سانتی‌گراد گرم کنید.
- مواد شوینده و داروها را دور از غذا و همچنین، دور از دسترس کودکان نگه‌داری کنید.



بخش ۳ ارتقای سلامت



فصل ۱

ارتقای تکامل کودک

راهنمای جامع مراقبت‌های ادغام یافته
کودک سالم



هر نوع برنامه‌ی بهداشتی کودکان، ارتقای تکامل کودک سالم را نیز دربر می‌گیرد. درک تکامل کودکان و اصول آن، مراقبت کودک را از بزرگسال متمایز می‌سازد. ارتقای تکامل برای کسب سلامت اجتماعی هیجانی، شناختی و جسمی و محافظت او در برابر بیماری‌های عفونی و آسیب‌های اتفاقی و عمدی، سلامت کودک را تأمین می‌کند.

ارتقای تکامل کودک: شیرخواری - تولد تا ۱۱ ماهگی

سال اول زندگی، دورانی از تطابق سریع به تحریکات است که امکان تکامل مغز شیرخوار به پتانسیل حداکثر آن وجود دارد. نتیجه‌ی بلندمدت در تمام شیرخواران را می‌توان با تأکید بر توانایی‌های شیرخوار و فراهم ساختن فرصت‌هایی برای والدین جهت تماس جسمی زودرس از راه تغذیه با شیر مادر، هم‌اتاقی مادر و نوزاد، برقراری تماس پوست با پوست و در آغوش گرفتن شیرخوار بهبود بخشید.

راهنمایی‌های این سن شامل دادن اطلاعاتی در مورد رشد و تکامل، بلند صحبت کردن و خواندن، ایمنی‌های مرتبط با توانایی‌های تکاملی و توانمندی‌های جسمی، سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار (SIDS)، مواجهه‌ی صحیح با استرسورهایی که شیرخوار را مستعد سوءرفتار می‌سازد (مانند گریه‌ی شیرخوار و افسردگی پس از زایمان مادر) و مراقبت از شیرخوار دارای نیازهای بهداشتی خاص است. مراقب بهداشتی باید مجموعه‌ی ارتباطاتی که شامل رفتارها، ارزش‌ها و عقاید خانواده است به نحوه‌ی نگهداری، آموزش و اجتماعی کردن شیرخوار تأثیر دارد را بداند.

اگر هر علامتی از تأخیر تکامل وجود داشته باشد، والدین نگران باشند یا سؤالاتی در مورد تکامل کودک داشته باشند یا کودک در معرض خطر چالش‌های تکاملی به علت عواملی مثل نارسایی یا تماس قبل از تولد با الکل، داروها یا سموم باشد، ارزیابی تکاملی اندیکاسیون دارد. مراقبین بهداشتی نقش مهمی در تشخیص شرایطی که شیرخوار را در معرض ناتوانی قرار می‌دهد دارند و باید او را به سرعت ارجاع دهند.

در دوران زندگی کودک چشمگیرترین رشد (جسمی، حرکتی، شناختی، ارتباطی و اجتماعی - هیجانی) در سال اول زندگی روی می‌دهد. در یک‌سالگی، وزن تقریباً سه برابر شده، ۵۰٪ به قد افزوده شده و بیش‌تر وزن مغز به دست آمده است. در ۸ ماهگی، سیناپس‌های مغزی از ۵۰ تریلیون به ۱۰۰۰ تریلیون افزایش یافته‌اند. در بقیه‌ی دوران کودکی و نوجوانی، مغز درگیر تکامل و غربال‌سازی کارایی شبکه‌های عصبی به‌خصوص در کورتکس جلوی فرونتال (ناحیه‌ی مهمی از مغز و مسئول تصمیم‌گیری، قضاوت و کنترل تکانه) است. روند دینامیک بلوغ عصبی تا اوایل بزرگسالی ادامه می‌یابد. مطالعات انجام شده در تکامل زودرس مغز، اهمیت تجارب زودرس مثبت در تشکیل ارتباطات سلول‌های مغزی را نشان می‌دهد. این تجارب زودرس، به‌خصوص تعامل والد - کودک، تأثیر مهمی بر تکامل هیجانی کودک و توانایی یادگیری او دارد.

حوزه‌های تکامل

مهارت‌های حرکتی آشکار

از تولد تا یک‌سالگی، تغییرات مهمی در مهارت‌های حرکتی آشکار روی می‌دهد. چون تون، قدرت و هماهنگی از سمت سر به پاشنه افزایش می‌یابد، شیرخوار کنترل سر، غلتیدن، نشستن، چهار دست و پا راه رفتن، ایستادن و راه رفتن را یاد می‌گیرد. تأخیر در رویدادهای حرکتی آشکار، غیرقرینه بودن حرکت، هیپوتونی یا هیپرتونی عضله باید تشخیص داده شده و جهت ارزیابی ارجاع شود. با در نظر گرفتن توصیه به خوابانیدن به پشت، زمان‌هایی را نیز باید در نظر گرفت که او را به شکم گذاشته و فرصت کسب مهارت‌های حرکتی را فراهم نمود.

هماهنگی دست و چشم و مهارت‌های حرکتی ظریف نیز در سال اول زندگی تغییر می‌کند. این مهارت‌ها، از رفلکس جنگ زدن یا گرفتن و آزاد کردن ارادی، بازی در خط وسط، جابه‌جایی شیء از دستی به دست دیگر، تغییر شکل دست متناسب با شیء، گرفتن اشیاء ابتدا با کف دست و سپس با انگشت شست و نشانه، با انگشت اشاره کردن، مستقل غذا خوردن و حتی استفاده از مداد شمعی در ۱ سالگی پیشرفت می‌کند. به شیرخوار باید فرصت داد تا با اسباب‌بازی و غذا بازی کند و مهارت حرکتی‌اش را افزایش دهد.

مهارت‌های ارتباطی، کلامی و شناختی

عوامل محیطی در سال اول زندگی تأثیر چشمگیری بر مغز در حال تکامل شیرخوار دارد. زمانی که والدین روتین‌های روزانه‌ی قابل پیش‌بینی و ثابتی برقرار می‌کنند، شیرخوار یاد می‌گیرد انتظار چه چیزی را داشته باشد و به محیط اطراف خود اعتماد پیدا کند. تکامل مغز شیرخوار، تحت تأثیر تجارب روزانه با والدین و سایر مراقبین در طی روتین‌های خواب، تغذیه، بازی و آرام کردن قرار می‌گیرد.

در زمان تولد، نوزادان به اندازه‌ی بزرگسالان می‌شنوند. اما، درک پاسخ آن‌ها برای والدین مشکل است. آزمون غربالگری شنوایی قبل از ترخیص از بیمارستان و در غیر این صورت، باید قبل از یک ماهگی انجام شود. پس از آن، غربالگری شنوایی باید به‌طور منظم و یا هر زمانی که والدین در مورد تکامل شنوایی و یا زبان نگران بودند صورت گیرد. نوزادان، می‌توانند صدای والدین خود را در زمان تولد بشناسند و در ۳ روزگی، صدای مادر خود را افتراق دهند.

نوزادان دید رنگ‌ها را دارند، در ۳ بعد می‌بینند و با چشم خود دنبال می‌کنند. هم‌چنین، تمایل به چهره‌ی انسان دارند. حدت بینایی از دوربینی دوران نوزادی، در ۵ تا ۶ سالگی به بینایی ۲۰/۲۰ بالغین می‌رسد. نوزاد از زمان تولد حالات چهره را به ذهن می‌سپارد و در ۸ ماهگی، حالات هیجانی چهره‌ی دیگران را برای تفسیر حوادث و درک و استفاده از ژست‌ها به کار می‌برد. در ۸ هفتگی، غان و غون می‌کند و در ۶ تا ۸ ماهگی شروع به غان و غون با حروف صدادار و بی‌صدا کرده و در یک‌سالگی چند کلمه صحبت می‌کند. محدوده‌ی طبیعی کسب این مهارت‌ها وسیع است. پس از غان و غون، قسمتی از پیشرفت، به تحریک زبانی که کودک دریافت می‌کند بستگی دارد.

کودکانی که با آن‌ها صحبت شده و برایشان، زیاد کتاب خوانده شده است در ۲ سالگی تقریباً ۳۰۰ کلمه می‌گویند که بیش‌تر از آن‌هایی است که این شانس را نداشته‌اند. خواندن، برای تمام شیرخواران و کودکان، از ۶ ماهگی تا ۵ سالگی اهمیت دارد.

مراقبین بهداشتی باید به والدین آموزش دهند که چه طور برای شیرخوار بخوانند و اهمیت راه‌های پیشرفت زبان شامل خواندن آواز برای شیرخوار و کودک، کتاب خواندن و صحبت کردن را مطرح کنند. هم‌چنین، اهمیت صحبت کردن درباره‌ی تصاویر کتاب و سپس درخواست صحبت از کودک و نشان دادن تصاویر کتاب را بیان کنند. باید، از تأثیر معکوس دیدن تلویزیون در این مورد صحبت شود. هم‌چنین، باید مسائل تغذیه‌ای در ارتباط با هماهنگی و عملکرد دهانی حرکتی مطرح شود، زیرا جزئی از مهارت‌های قبل از زبان و کلام و سپس مهارت‌های ارتباطی هستند.

کتاب و خواندن موجب بهبود تکامل شده و به‌خصوص، در تکامل شناختی و زبانی اهمیت دارد. مهارت به دست گرفتن کتاب بیانگر مهارت حرکتی ظریف است و خواندن کتاب، تکامل هیجانی و اجتماعی را ارتقا می‌بخشد.

هم زمان با یادگیری، شناخت ایما و اشاره‌های رفتاری شیرخوار برای قبول و رد یا ناراحتی و پاسخ ثابت مناسب به نیازهای شیرخوار مانند غذا دادن در زمان گرسنگی یا آرام کردن در حین گریه، شیرخوار یاد می‌گیرد که به والدین اعتماد پیدا کرده و آن‌ها را دوست داشته باشد.

در ۳ ماهگی، شیرخوار با افراد گوناگون واکنش متفاوتی نشان می‌دهد. در ۸ ماهگی، در موقعیت‌های ناآشنا یا مبهم به والدین خود نگاه می‌کند تا چگونه پاسخ دهد. در همین سن، توانایی افتراق بین افراد آشنا و ناآشنا به صورت اضطراب غریبه بروز می‌کند. در ۱۴ ماهگی، توانایی ارتباطی و اعتماد کافی پیدا می‌کند تا بتواند با فرد جدید با موفقیت برخورد کند. در سال اول زندگی، آگاهی اجتماعی او از تمایل به گریه کردن در زمان شنیدن گریه، به تلاش برای دادن غذا و شروع بازی در یک سالگی پیشرفت می‌کند. با شروع خودمختاری (اتونومی)، کودک شروع به گاز گرفتن، نیشگون گرفتن و به زور گرفتن آنچه که می‌خواهد می‌کند. باید به والدین آگاهی‌های لازم در مورد این رفتارها را داد و توصیه به یک پاسخ ثابت، مناسب و قاطع، اما ملایم برای رفع این رفتار نمود.

اضطراب جدایی

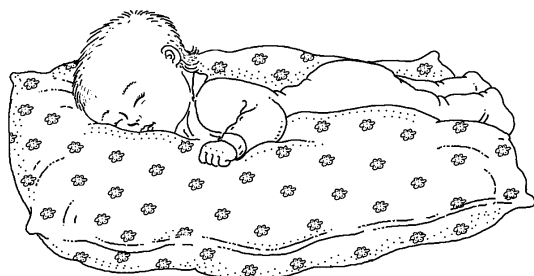
حتی شیرخواران ۴ تا ۵ ماهه نیز ممکن است در زمان جدایی از والدین یا ملاقات افراد غریبه و خانواده مضطرب شوند. حتی پدربزرگ و مادر بزرگ‌ها باید اجازه دهند، شیرخوار قبل از این که او را از مادر بگیرند، آماده شود. این اضطراب در ۸ ماهگی به اوج خود می‌رسد و یک مرحله‌ی تکاملی طبیعی است. دادن فرصتی به شیرخوار تا مراقب جدید را در حضور مادر و قبل از جدا شدن بشناسد اهمیت دارد. اگر کودک چیزی مثل اسباب‌بازی یا پتو را که دوست دارد، در دست داشته باشد، این کار راحت‌تر انجام می‌شود. کمک به والدین برای درک خلق شیرخوار و خودشان به آن‌ها کمک می‌کند تا پاسخ مؤثری به شیرخوار خود داشته باشند.

سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار

سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار، مرگ ناگهانی و توجیه نشده‌ی شیرخوار کوچک‌تر از یک سال است. اغلب موارد بین ۲

تا ۴ ماهگی روی می‌دهد. عوامل خطر عبارتند از:

- ۱- سن پایین مادر
- ۲- سیگار کشیدن مادر در طی بارداری (۵ برابر)
- ۳- تماس با دود سیگار
- ۴- مراقبت ناکافی پره‌ناتال
- ۵- کم‌وزنی و نارسایی
- ۶- در وضعیت دمر خوابانیدن شیرخوار
- ۷- خوابانیدن روی سطح نرم
- ۸- خوابانیدن شیرخوار در تخت والدین یا بزرگسال دیگر
- ۹- بیش از حد گرم کردن شیرخوار
- ۱۰- شیرخوار پسر



به والدین باید درباره ی خواب فعال و آرام توضیح داد. گاه شیرخوار را برای خرید یا مهمانی همراه می‌برید و تمام روز در صندلی‌اش جابه‌جا می‌کنند. در این مدت، شیرخوار، خواب فعال دارد و این برای استراحت او کافی نیست و بد خلق می‌شود. والدین باید نیازهای شیرخوار را بدانند (جدول ۱-۱-۳ و ۱-۳-۲).

جدول ۱-۱-۳ ویژگی‌های حالات مختلف شیرخوار

ویژگی‌ها	حالت شیرخوار
بسیار سخت بیدار می‌شود؛ تنفس منظم دارد؛ حرکات کمی دیده می‌شود؛ ممکن است از جا بپرد.	خواب آرام
ممکن است بیدار شده و دوباره به خواب رود؛ حرکات بدن و پلک‌ها را دارد؛ تنفس نامنظم است.	خواب فعال
افزایش حرکات بدن؛ باز کردن پلک‌ها؛ راحت‌تر برای تغذیه بیدار می‌شود، اما دوباره به راحتی به خواب می‌رود.	خواب آلود
چهره‌ی هوشیار؛ چشم باز؛ به اطراف، به خصوص چهره‌ها نگاه می‌کند؛ زمان مطلوب تغذیه است.	هوشیار
شروع به نق‌نق و نشان دادن نیاز به تعویض می‌کند؛ اگر نیازهایش برطرف نشود گریه می‌کند.	هوشیار فعال
گریه‌ی بیش از ۲۰ ثانیه؛ معمولاً با در آغوش گرفتن، تغذیه کردن یا تعویض پوشک آرام می‌شود. بررسی مدت، شدت و دفعات گریه کردن برای تعیین شیوه‌های لازم جهت مداخله ضروری است.	گریه کردن

جدول ۲-۱-۳ الگوهای خواب شیرخوار و محل آن

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

خواب‌آلودی به پشت توصیه می‌شود. به پهلوی خواب‌آلودی، خطر SIDS را ۲ برابر می‌کند. در شیرخوارانی که به طور معمول

به خوابیدن به پشت عادت کرده‌اند خطر SIDS در وضعیت خوابانیدن به پهلو یا دمر، ۸-۷ برابر افزایش می‌یابد. شیرخوار نباید در تخت پدر و مادر خوابانیده شود.

اقداماتی برای کاهش خطر SIDS:



➤ خوابانیدن به پشت (خوابانیدن به پهلو توصیه نمی‌شود)،

➤ استفاده از سطح خواب سفت،

➤ اجتناب از گذاشتن اشیاء و وسایل خواب نرم در گهواره یا تخت کودک،

➤ سیگار نکشیدن در دوران بارداری،

➤ سیگار نکشیدن در محیط شیرخوار،

➤ محیط خواب جداگانه اما نزدیک برای شیرخوار،

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

➤ والدین و مراقبینی که سیگار می‌کشند یا دارو مصرف می‌کنند و خواب‌آلود یا خسته هستند و به خواب عمیق می‌روند نباید با شیرخوار در یک تخت بخوابند.

انضباط، راهنمایی‌های رفتاری و آموزش

والدین باید تفاوت میان انضباط، آموزش و تنبیه را بدانند تا اقدامات مناسبی برای اصلاح و راهنمایی رفتار شیرخوار انجام دهند. نگرانی والدین، از شاخص‌های دقیق اختلال تکاملی است و باید، حتماً جدی گرفته شود (ضمیمه‌ی ۱).

ارتقای تکامل کودک: اوایل کودکی - ۱ تا ۴ سالگی

در شروع این دوره‌ی تکاملی، درک کودک از دنیا، مردم و اشیاء به آنچه می‌بیند، می‌شنود، احساس می‌کند و دست می‌زند، محدود می‌شود. در پایان این دوره، روند تفکر فراتر از "این‌جا و حالا" و به سمت استفاده از نمادهای ذهنی و ایجاد رویا سوق می‌کند. راه افتادن کودک، مکانیسم جست‌وجو و افزایش استقلال است. کودک ۱ ساله، صداهای آشنا و حالات جسمی را تقلید می‌کند. کودک ۴ ساله، اغلب قوانین پیچیده‌ی زبان مادری را فهمیده و می‌تواند به طور مؤثری در افکار و عقاید مشارکت داشته باشد.

نویا، احساس خودش به عنوان فرد مستقلی از والدین و مراقبین را درک کرده است. در پایان این دوران، کودک خوب تطابق یافته، ارتباطات عاطفی اولیه را درونی کرده و در جست و جوی ارتباطاتی خارج از خانواده است. درک و احترام گذاشتن به این استقلال اهمیت دارد.

حوزه‌های تکامل

مهارت‌های حرکتی ظریف و آشکار

توانایی‌های جسمی کودکان ۱ تا ۴ ساله بسیار متفاوت هستند. نوپایان، بسیار مستعد آسیب هستند و باید از آن‌ها مراقبت شود.

کودکان کوچک از راه بازی یاد می‌گیرند. اگر نوپا، در شیرخواری، والدین با محبت و پرورش دهنده‌ای داشته، حالا در جست‌وجوی دنیا برمی‌آید. رشد کودک در درک دنیای اطراف با تکامل زبانی (برای مثال، توانایی نام بردن و به خاطر سپردن اشیای اطرافش و توانایی ارتباط خواسته‌ها و احساسات او با افراد دیگر) مشخص می‌شود. کودکان کوچک در دنیای خیال زندگی می‌کنند. این خیالات و رویاها باید در این مرحله از تکامل تقویت شود. بعضی از کودکان، دوستان خیالی دارند. یاد گرفتن تشخیص مرز بین رویا و واقعیت و ایجاد توانایی ابتدایی برای تفکر منطقی، دو مرحله‌ی مهم تکامل در این سن است. والدین و مراقبین باید محیط ایمنی برای تجسس کودک فراهم سازند. کودکان، مجموعه‌ای از سؤالات تکراری را پیش روی والدین قرار می‌دهند که باید پاسخ داده شود، به گونه‌ای که نه فقط جواب بگیرند بلکه به کنجکاوی کودک ارزش داده شده و تقویت گردد.

تکامل زبانی و ارتباطی در سال‌های اول کودکی، اهمیت در رشد اجتماعی، شناختی و تحصیلی بعدی دارد. ارتباطات بر مبنای تعاملات و روابط شکل می‌گیرد. هرچه ارتباط بین والدین و کودک قوی‌تر و پرورش‌دهنده‌تر باشد، انگیزش او و ارتباطش بیش‌تر خواهد بود. بازی تعاملی و خواندن در تقویت زبان او بسیار مفید هستند.

تکامل زبان در سه بخش جداگانه بحث می‌شود که عبارتند از:

- ۱- تکلم، توانایی تولید صدا، مفهومی که ریتم را در برمی‌گیرد، روانی و وضوح،
- ۲- زبان بیانی (Expressive)، توانایی هدایت اطلاعات، احساسات، عقاید و افکار از راه صحبت و سایر راه‌ها مثل حالت چهره، حالت دست و نوشتن.

- ۳- زبان دریافتی (Receptive)، برای مثال توانایی درک آن چه کسی می‌بیند یا می‌شنود.



کودکان ممکن است فقط در یک مورد مشکل داشته باشند. دسترسی به کتاب و بلند خواندن قبل از آموزش رسمی و یادگیری نوشتن در تکامل زبان نقش دارد. زبان بیانی و دریافتی سال‌های مختلف به این قرار است:

بین ۱۲ و ۱۸ ماهگی، گفتن چند لغت معنی دار (ماما، بابا، کفش، من)؛

دستورات ساده مثل "بگو بای‌بای" و نام چند فرد یا شیء آشنا را می‌فهمد؛ یاد می‌گیرد که به شیء مورد نظرش اشاره کند. فقدان اشاره کردن و برقراری توجه از علائمی است که نیاز به غربالگری از نظر رفتار اتیستیک دارد. در حدود ۱۸ ماهگی، اغلب نوپایان به مرحله‌ای می‌رسند که تقریباً روزانه ۹ کلمه‌ی جدید یاد می‌گیرند. این روند در تمام سال‌های قبل از مدرسه ادامه می‌یابد.

بین ۱۸ ماهگی و ۲ سالگی، خیلی از اسامی را می‌شناسد و سؤالات ساده را درک می‌کند. در پایان ۲ سالگی زبان بیانی اغلب کودکان شامل عبارات دو کلمه‌ای است به خصوص ترکیب اسم-فعل مثل "آب میوه بخور"، "بده مامان".

بین ۲ و ۳ سالگی، جملات حداقل ۴ تا ۵ کلمه‌ای را به کار می‌برد. قادر به قصه گفتن و کاربرد سؤالاتی با "چرا" و "کجا" است. قوانین جمع‌بندی کلمات و استفاده از زمان گذشته را فهمیده‌است. تکلمش هنوز برای افراد غیر آشنا، سخت درک می‌شود. اما، پس از ۳ سالگی به تدریج واضح‌تر می‌گردد. به طور کلی، باید ۷۵ تا ۸۵ درصد تکلم کودک ۳ ساله برای غریبه‌ها قابل فهم باشد.

بین ۳ و ۴ سالگی، قوانین اصلی دستور زبان را یاد گرفته‌اند. بیش از ۱۰۰۰ لغت را می‌دانند و صحبت آن‌ها قابل درک است. اغلب سؤال می‌کنند "چرا" و "چطور". در خانه‌هایی که دو زبان استفاده می‌شود کودک می‌تواند هر دو را به طور هم زمان مانند زبان مادری یاد بگیرد و مشکلی نیست. اما، اگر کودک تأخیر زبانی نشان می‌دهد، ممکن است زبانی که به وسیله‌ی تمام مراقبین کودک استفاده می‌شود، ارجح باشد.

اغلب اختلالات شنوایی با تأخیر زبان مشخص می‌شوند. اگر اختلال شنوایی یا تأخیر زبان موجب نگرانی است ارزیابی اُدیولوژیک و ارجاع برای انجام مداخلات مناسب جهت بهبود تکامل زبان توصیه می‌شود.

مهارت‌های اجتماعی - هیجانی

طیف رفتار طبیعی وسیع است. تفاوت‌های خلقی که در تغذیه، خوابیدن و رفتارهای خود تنظیمی شیرخوار دیده می‌شد حالا به راه‌های متفاوت انجام کارها و سازگاری کودک کوچک تغییر یافته است. صحبت با والدین در مورد این که رفتار کودک چگونه در خانواده تفسیر شده است و مشاوره درباره‌ی نگرانی‌ها یا تضادها بین خُلق کودک و شیوه‌های مشخص مراقبین کودک از مشکلات قابل ملاحظه‌ی جدی جلوگیری می‌کند.

تکامل هیجانی و اجتماعی سالم به این که کودک خود را چگونه می‌بیند و میزانی که احساس می‌کند دیگران به او بها می‌دهند بستگی دارد. کیفیت ارتباط والد-کودک، مبنای سلامت هیجانی و احساس اعتماد به نفس است.

فعالیت‌های روزانه و خود تنظیمی

کودکانی که کنترل بر خود آن‌ها کافی نیست، تکانه‌ای یا هیپراکتیو (بیش فعال) می‌شوند و برعکس، در مواردی که کنترل بر خود بیش از حد می‌باشد، اضطراب یا رفتارهای ثابت شکل می‌گیرد. البته، یک کودک ممکن است در هر زمان، رفتارهای متفاوتی در پاسخ به شرایط خارجی مشابه نشان دهد.

خواب: در اواخر سال اول زندگی، اغلب کودکان می‌توانند تمام شب را بخوابند و اغلب والدین باید اجازه دهند که کودک خواب شب خود را تنظیم کند. یک روتین ثابت موقع خواب مثل حمام، کتاب یا آواز و استفاده از یک اسباب بازی مفید است. نوپایان و کودکان پیش دبستانی، ۸ تا ۱۲ ساعت در شب می‌خوابند. مدت و زمان چرت‌های روز بر خواب شب تأثیر دارد. والدین مضطرب، افسرده یا وحشت زده، اجازه‌ی کنترل الگوی خواب کودک را توسط خودش نمی‌دهند. کودکان ۱ تا ۴ ساله، باید بدون تغذیه‌ی زمان خواب خوابابانیده شوند.

رویاه‌ها و کابوس شبانه در مراحل فعال خواب، از این سن شروع می‌شود. اختلالاتی از قبیل آپنه‌ی انسدادی زمان خواب و راه رفتن در خواب نیز از این سال‌ها شروع می‌شود.

اگر والدین در مورد خواب کودک نگران هستند، باید درباره‌ی رفتارهای روز و خُلق و خو و هم چنین تجارب، حوادث، بیماری‌ها و احساسات اعضای خانواده صحبت شود. کشمکش‌های حل نشدنی ممکن است به مداخله‌ی رفتار درمان‌گر یا روان‌شناس نیاز داشته باشد.

آموزش دفع ادرار و مدفوع: اولین زمان صحبت درباره‌ی آموزش دفع ادرار و مدفوع، حدود ۱۸ ماهگی است تا از کشمکش‌های مضر میان والدین و کودکی که از نظر جسمی و شناختی هنوز آماده نیست، جلوگیری شود. بحث عمیق‌تر، معمولاً در ۲ سالگی مطرح می‌شود. کنترل ادرار و مدفوع مرحله‌ی تکاملی مهمی است. کنترل روزانه، معمولاً قبل از خشک بودن شب‌ها به دست می‌آید. شب ادراری از مشکلات شایع است که در پسرها و آن‌هایی که خواب عمیق دارند بیش‌تر روی می‌دهد. اگر شب ادراری، پس از ۷ سالگی ادامه یابد منجر به بروز مشکلاتی در خانواده گردد یا اختلالات آناتومیک و عفونت مد نظر باشد، باید مورد بررسی قرار گیرد. خوشبختانه با گذشت زمان، عده‌ی زیادی از کودکان، کنترل شبانه‌ی ادرار را به دست می‌آورند. کنترل مدفوع معمولاً در ۳ سالگی به دست می‌آید.

انضباط، راهنمایی‌های رفتاری و آموزش

انضباط راهی است که والدین می‌توانند به کمک آن رفتار کودک را ساخته و تغییر دهند. انضباط شامل تقویت مثبت رفتار

مطلوب (برای مثال، جایزه دادن برای جمع کردن اسباب‌بازی‌ها) و تقویت منفی رفتار نامطلوب (برای مثال، محروم‌سازی موقت و گذاشتن در اتاق برای دعوا با خواهر و برادر) است. انضباط خوب، کودک را با برنامه‌ی روزانه‌ی خانواده هماهنگ نموده و کودکی و فرزندپروری را خوشایند می‌سازد.

مراقبین بهداشتی نقش مهمی در کمک به والدین برای درک مفهوم رفتار کودک و ارزیابی آمادگی تکاملی او جهت یادگیری درس‌های جدید درباره‌ی توقعات رفتاری دارند. برای مثال، ممکن است والدین پاسخ‌های واکنشی و شدید کودک ۲ ساله را به عنوان مخالفت ارادی تلقی کنند درحالی که جزئی از شیوه‌ی رفتاری او است.

بحث انضباط در ۱۵ و ۱۸ ماهگی اهمیت دارد. زیرا، برای تکامل اواخر کودکی، تثبیت بنای موفق از تعامل والد - کودک در ارتباط با رفتار مهم است. رفتارهای منفی ایجاد شده، بسیار مشکل تغییر می‌یابند و بسیاری از والدین بدون کمک، قادر به توجه به عواقب دراز مدت رفتار کودک و شیوه‌های خود در راهنمایی آن‌ها نیستند.

اجزای مهم راهنمایی‌های رفتاری مؤثر عبارتند از:

- ارتباط مثبت، حمایت‌گر و عاشقانه بین والدین و کودک،
 - بیان شفاف انتظارات به کودک، اما متناسب با تکامل او،
 - راهبردهای تقویت مثبت برای افزایش رفتارهای مطلوب (برای مثال، تفریح با کودک و سایر اعضای خانواده و تشویق و تقویت رفتارهای خوب در زمان با هم بودن در فعالیت‌های لذت‌بخش)،
 - حذف تشویق‌ها یا کاربرد روش‌های منطقی برای کاهش یا حذف رفتارهای نامطلوب.
- استفاده از روتین‌های روزانه‌ی قابل پیش‌بینی و پاسخ‌های ثابت و محکم به رفتار کودک توصیه می‌شود. به‌خصوص، در اوایل دوران کودکی، شیوه‌های تربیتی باید در ارتباط زمانی نزدیک با رفتار مورد نظر انجام شود. مثلاً، "بردن کودک از زمین بازی وقتی به او گفته شده که خاک را پرت نکند".

روش‌های زیر برای تقویت رفتار خوب در کودک توصیه می‌شود:

- به کودک، برای رفتار خوبش مکرر جایزه دهید. آگاهی دادن به کودک، به آموزش رفتارهای مناسب کمک می‌کند. برای مثال، "کار خوبی انجام دادی، آن اسباب‌بازی را کنار گذاشتی." به جای "آفرین". گذاشتن وقت برای انجام فعالیت مورد علاقه‌ی کودک، جایزه‌ی با ارزشی برای رفتار مطلوب است.
 - توقعات خود را به شکل مثبت بیان کنید. وقتی کودک کار خوبی انجام می‌دهد نشان دهید که چه چیزی را دوست دارید و چه انتظاری دارید. برای مثال، "دوست دارم که با خواهرت آرام بازی کنی." یا "دوست دارم که وقتی می‌گویم، در صندلی ماشین خود بنشینی."
 - خودتان الگوی آن رفتار مطلوب باشید. به شیوه‌ی متناسب با تکامل او انتظارات رفتاری و محدودیت‌هایش را بیان کنید. این‌ها، باید کم باشند و مورد تأکید قرار گیرند.
 - به‌خصوص، به عنوان پاداش رفتار مثبت، فرصت بازی به کودک دهید.
 - وسایل و اشیایی را که موجب رفتار ناخواسته می‌شود، بردارید.
 - برای رفتار نامطلوب، یک پیامد منطقی یا محروم‌سازی موقت در نظر بگیرید.
 - ترویج یک اقدام انضباطی ثابت در همه‌ی مراقبین کودک توصیه می‌شود.
 - اجتناب از پاسخ به خشم کودک با خشم؛ خشم شما، درس اشتباهی داده و ممکن است پاسخ کودک را تشدید کند.
 - تنبیه بدنی ممنوع است.
- ارجاع برای مشاوره و برنامه‌های فرزندپروری در کودکانی که مشکلات رفتاری دارند توصیه می‌شود (جدول ۳-۱-۳).

خواندن و نوشتن از دوران شیرخواری که والدین و سایر مراقبین با کودک صحبت می‌کنند و اوایل کودکی که نوپا یاد می‌گیرد از راه زبان ارتباط برقرار کند، دنیای خود را از راه بازی خیالی تجسس کند و به قصه‌ای که از روی کتاب برایش می‌خوانند یا به زبان متداول می‌گویند گوش کند، آغاز می‌شود.

جدول ۳-۱-۳- توصیه‌های انضباطی

برای والدین
✓ انضباط، به معنای آموزش است نه تنبیه.
✓ تمام کودکان به راهنمایی نیاز دارند و اغلب کودکان، گاه به انضباط نیاز دارند.
✓ انضباط، زمانی مؤثر است که ثابت باشد. اگر ثابت نباشد، غیر مؤثر خواهد بود.
✓ انضباط والدین باید متناسب با تکامل کودک باشد. انضباط، زمانی مؤثرتر است که والدین دیدگاه کودک را درک کنند.
✓ انضباط کمک می‌کند تا کودک از اشتباه خود یاد بگیرد. کودک باید بداند که چرا، مورد انضباطی برایش در نظر گرفته شده است.
✓ روش‌های انضباطی نباید به گونه‌ای باشد که کودک از والدین خود بترسد. والدین نباید کودک را مورد انضباط جسمی قرار دهند.

بازی

شاخص گذر از اوایل دوران کودکی، شروع و افزایش تدریجی بازی است. در نوپای کوچک، محور بازی، تجسس دنیای اطراف است مثل انداختن چیزی در ظرف آب و شنیدن صدای آن. با تکامل زبان از حدود ۱۸ ماهگی، بازی بیانگر تجارب به یاد مانده‌ی کودک و تخیلات اوست. بنابراین یک عروسک، فردی تخیلی است که درست مثل یک زندگی واقعی، می‌توان به او غذا داد و او را حمام کرد. در بازی نمادی که در ۲ سالگی دیده می‌شود کودک راه جدیدی برای بازی مجدد حوادث زندگی‌اش دارد. برخلاف زندگی واقعی، بازی به او اجازه می‌دهد که به حوادث و پیامدهای آن‌ها کنترل داشته باشد. تجارب چالش‌آور او را می‌توان در بازی‌هایش درک کرد.

در این سن، بسیاری از کودکان به بعضی از اشیاء وابسته شده و برای به خواب رفتن و یا آرام شدن از آن‌ها استفاده می‌کنند.



در ۳-۵ سالگی، به تدریج با کسب مهارت‌ها، بازی کودک پیچیده‌تر می‌شود. بازی، راه مهمی برای تمرین و افزایش طیفی از مهارت‌ها می‌گردد، مانند خانه‌سازی یا کار با پازل. بازی، بخش اساسی از تکامل و اسباب‌بازی‌ها قسمت مهمی از بازی هستند. بازی‌ها باید آموزشی بوده و خلاقیت را بیفزایند. اسباب‌بازی‌هایی که صدای بلند ایجاد می‌کنند، قطعات کوچک دارند و طناب و نخ، لبه‌ی تیز و مواد بالقوه سمی دارند نباید مورد استفاده قرار گیرند. بازی‌های ویدئویی برای کودکان کوچک توصیه نمی‌شوند، اما اگر خواستند مورد استفاده قرار گیرند باید محتوای آن‌ها بررسی شود.

بازی، پنجره‌ای به بسیاری از جنبه‌های پیشرفت تکامل کودک و این که چه طور وقایع و استرس‌های روزانه‌ی زندگی را درک می‌کند است. بازی کودک و والدین که در آن کودک، رهبری را به عهده گرفته و والد، پاسخگوی اوست و جزئیات

بازی را نشان داده اما آن‌ها را کنترل نمی‌کند، روش عالی برای تقویت ارتباط کودک و والدین و تکامل زبان است. در مواردی که سیر معمول بازی‌ها طی نمی‌شود، احتمال اختلال هیجانی یا تکاملی، استرس‌های قابل ملاحظه در محیط کودک یا هر دو مطرح است (ضمیمه ی ۱).

مواردی که برای یادگیری ضروری هستند و به تکامل هیجانی و اجتماعی اولیه بستگی دارند شامل اعتماد به نفس، کنجکاوی، کنترل هیجانات قوی، انگیزش یادگیری، توانایی دوست‌یابی و حضور در یک گروه اجتماعی است.

ارتقای تکامل کودک: اواسط کودکی - ۵ تا ۱۰ سالگی

در این دوران تغییرات چشمگیر اجتماعی، شناختی و جسمی که در سایر مراحل تکاملی روی می‌دهد دیده نمی‌شود. این دوران، زمان مهمی برای خانواده‌ها است تا به کودکان برای تقویت خصوصیات شناختی و هیجانی مانند مهارت‌های ارتباطی، حساسیت به دیگران، توانایی برقراری ارتباطات مثبت با هم‌سن‌وسالان، اعتماد به نفس و استقلال کمک کنند. به این ترتیب، از عهده‌ی استرس‌ها و خطرات بالقوه‌ی نوجوانی بهتر برآیند.

افزایش قدرت و بهبود هماهنگی حرکتی در اواسط کودکی روی می‌دهد. در این دوران، تفکر رویایی به روند تفکر منطقی‌تری سیر می‌کند. با رشد مهارت‌های شناختی، توانایی کودک برای درک دنیا و مردم اطرافش و مستقل عمل کردن، تکامل می‌یابد. گاه، تأخیر تکامل به علت مشکلات یادگیری، رفتاری یا هر دو است. موفقیت تحصیلی، عامل مهمی در تکامل اعتماد به نفس کودک است. در خانواده‌هایی که تجارب آموزشی ناموفق در والدین وجود داشته و آموزش محدود بوده، حمایت کودکان لازم است (ضمیمه ی ۱).



بخش ۳ ارتقای سلامت



فصل ۲

ارتقای سلامت روان

راهنمای جامع مراقبت‌های ادغام یافته
کودک سالم



کودکی که از سلامت روان برخوردار است، توانایی تجربه‌ی هیجانات متفاوتی شامل شادی، غم و خشم را به راه‌های مناسب و سازنده پیدا می‌کند، اعتماد به نفس مثبت و احترام به دیگران و احساس عمیقی از امنیت و اعتماد به خود و دنیا را در دل دارد. این کودک، توانایی عملکرد به راه‌های متناسب با تکامل خود را در مورد خود، خانواده، هم سن و سالان، مدرسه و اجتماع دارا است. این کودکان، بر پایه‌ی حمایت و تعامل شخصی، توانایی شروع و حفظ دوستی‌ها و علائق و یاد گرفتن انجام کار را پیدا می‌کنند.

برای ارتقای سلامت روان، پیش‌گیری، ارزیابی خطر، تشخیص و مجموعه‌ای از مداخلات مناسب لازم است. عوامل خطر شایع برای مشکلات سلامت روانی و رفتاری کودک شامل موارد زیر است:

■ عوامل خطر ژنتیکی (برای مثال، ناتوانی تکاملی مادرزادی)،

■ بیماری طبی مزمن،

■ عوامل خطر اجتماعی از قبیل فقر یا بی‌خانمان بودن یا در معرض خشونت خانگی بودن،

■ عوامل خطر خانوادگی مانند افسردگی مادر، جدا شدن یا طلاق، بیماری مزمن جسمی یا ذهنی در اعضای خانواده و سوء مصرف مواد توسط یکی از افراد خانواده و

■ کمبود مهارت‌ها از جمله فقدان دانش والدگری یا نقص عملکرد، نقص مهارت‌های اجتماعی در کودک و شکست تحصیلی و ناتوانی یادگیری پنهان.

غربالگری، تشخیص اختلال سلامت روان را مطرح نمی‌کند، بلکه بیانگر شدت نشانه‌ها است، وخامت را در طی یک زمان مشخص ارزیابی می‌کند و راهی برای شروع صحبت درباره‌ی مباحث سلامت روان است. بسیاری از سندرم‌هایی که اساساً عصبی، ژنتیکی یا تکاملی هستند، بیماری‌ها و نشانه‌های سلامت روان را دارا می‌باشند.

ارتقای سلامت روانی و هیجانی: شیرخواری - تولد تا ۱۱ ماهگی

ارتقای سلامت روان شیرخوار، به توانایی او برای برقراری ارتباطی گرم با والدین بستگی دارد. تعامل والد و کودک برای تکامل جسمی، شناختی، اجتماعی و هیجانی و همچنین، توانایی‌های خودتنظیمی اهمیت دارد. شیرخوار با خلق خود، جذابیت جسمی و سلامت در این راستا تلاش کرده و توانایی والدین برای پاسخ روانی مناسب به استرس‌های زندگی، تجارب کودکان قبلی، دانش آن‌ها و تجارب خودشان در دوران کودکی بستگی دارد. درک آن‌ها از شیرخوار نیز بر این تعامل تأثیر دارد. این درک از توقعات، نیازها و علائق آن‌ها منشأ می‌گیرد.

هیجانات کودک تحت تأثیر سلامت جسمی و هیجانی مراقب او قرار می‌گیرد. افسردگی مادران می‌تواند در سلامت جسمی و هیجانی شیرخوار اختلال جدی ایجاد نماید که به دلیل بی‌توجهی به نیازهای شیرخوار و فقدان تشویق کارهای خوب اوست. سوء مصرف مواد توسط والدین نیز همین تأثیر را دارد. پس، باید سلامت روان والدین یا مراقبین اصلی کودک نیز مورد بررسی قرار گیرد.

الگوهای دلبستگی

دلبستگی (Attachment) روند ارتباط میان کودک و والد او است و برای تکامل هیجانی و سلامت روان اهمیت دارد (جدول ۱-۲-۳). دلبستگی، تحت تأثیر عوامل محیطی مربوط به کودک و والدین قرار می‌گیرد. مراقبین بهداشتی باید اهمیت کیفیت تعامل با شیرخوار و تأثیر دلبستگی را بر تکامل احساس اعتماد، راحتی و ارزشمند بودن شیرخوار به والدین آموزش دهند.

مراقبین بهداشتی باید در طی ویزیت‌ها شیوه‌ی دلبستگی را مشاهده کرده و در راستای افزایش تکامل امن، راهنمایی‌های فراراه برای کمک به خانواده را در نظر داشته باشند. سه الگوی دلبستگی در شیرخواران و کودکان خردسال وجود دارد که عبارتند از :

دلبستگی امن، دلبستگی غیر امن و اجتنابی، دلبستگی غیرامن که با دوگانگی و مقاومت مشخص می‌شود (جدول ۳-۲-۲).

جدول ۳-۲-۱- رفتارهای ایجاد دلبستگی میان والد و کودک

دوران تکاملی	تعاملات حمایتی والدین	پاسخ‌های مثبت شیرخوار
نوزادی	✓ مکرر به شیرخوار نگاه می‌کنند. ✓ مشاهدات و سؤالات خاصی درباره‌ی ویژگی‌های شیرخوارشان دارند. ✓ شیرخوار را لمس کرده و ماساژ می‌دهند. ✓ زمانی که ناآرام می‌شود سعی در آرام کردن شیرخوار می‌کنند.	✓ راضی به نظر می‌رسد. ✓ نیازهایش را نشان می‌دهد. ✓ خوب شیر می‌خورد. ✓ به تلاش والدین برای آرام کردنش پاسخ می‌دهد.
۱ ماهگی	✓ در طی معاینه، با شیرخوار صحبت می‌کنند و به او لبخند می‌زنند. ✓ در بیش‌تر مدت ویزیت، شیرخوار را در آغوش می‌گیرند. ✓ در طی قسمت‌های استرس‌دار معاینه، شیرخوار را به‌خوبی آرام می‌کنند. ✓ انواع مختلف گریه را افتراق می‌دهند. ✓ روتین‌های شیرخوار را شرح می‌دهند.	✓ سر را به سمت صدای والدین برمی‌گرداند. ✓ نشان می‌دهد که خوب، مراقبت شده است. ✓ آرام به نظر می‌رسد. ✓ به تلاش والدین برای آرام کردنش پاسخ می‌دهد. ✓ خوب تغذیه شده، به نظر می‌رسد. ✓ به‌صورت‌ها نگاه می‌کند و به‌طور فعال به محیط اطراف توجه دارد.
۲ ماهگی	✓ احساس اعتماد به نفس بیش‌تر در ارتباط با شیرخوار را توصیف می‌کنند. ✓ روتین‌های شیرخوار را شرح می‌دهند. ✓ با شیرخوار صحبت کرده و به او نگاه می‌کنند. ✓ مواردی را که دوست داشته و ندارد بیان می‌کنند.	✓ روند وزن‌گیری مطلوب است. ✓ می‌خندد.
۴ ماهگی	✓ با شیرخوار خود، شاد هستند. ✓ فکر می‌کنند که شیرخوار از بعضی جهات یا همه‌ی جهات بسیار خوب است. ✓ اسباب‌بازی یا وسایلی که شیرخوار را سرگرم می‌کند می‌آورند. ✓ بعضی از بازی‌هایی که با او انجام می‌دهند، نام می‌برند. ✓ رفتارهای تعجب‌آور یا شادی‌آور شیرخوار را توضیح می‌دهند. ✓ شخصیت شیرخوار را توصیف می‌کنند. ✓ پاسخ شیرخوار به یک کار خاص مانند درآوردن لباس را پیش‌بینی می‌کنند.	✓ والدین را می‌شناسد. ✓ در مقایسه با موارد صاف شدن پشت سر، شکل سر خوب است. ✓ شادی خود را در بازی‌های اجتماعی با حرکت، خنده و آواسازی نشان می‌دهد. ✓ خوب تغذیه شده، به نظر می‌رسد.

دوران تکاملی	تعاملات حمایتی والدین	پاسخ‌های مثبت شیرخوار
۶ ماهگی	✓ در بیش‌تر مدت معاینه، شیرخوار را در آغوش می‌گیرند. ✓ پس از نشان دادن ناراحتی، او را آرام می‌کنند. ✓ اسباب‌بازی یا اشیای مناسبی برایش آورده و به او می‌دهند. ✓ به درخواست شیرخوار برای توجه، پاسخ می‌دهند. ✓ اجازه می‌دهند که چیزهایی را به دهانش ببرد. ✓ تحمل دست‌زدن و بازی شیرخوار با صورت و موی والدین از سوی آنان دیده می‌شود، اما، با شیوه‌های مثبت محدودیت‌هایی نیز قائل می‌شوند.	✓ آگاهی از حضور غریبه‌ها را نشان می‌دهد. ✓ برای آرامش، به والدین نگاه می‌کند. ✓ در انتظار در آغوش گرفتن است و با آن تطابق می‌یابد. ✓ غان‌وغون می‌کند.
۹ ماهگی	✓ اجازه‌ی کنجکاو و جست‌وجو در محیط امن را می‌دهند. ✓ از خطرات ایمنی در مطب آگاه هستند (برای مثال شیرخوار را روی تخت معاینه رها نمی‌کنند). ✓ روتین خواب راحت و روتین بیدار شدن شبانه را شرح می‌دهند. ✓ به شیوه‌ی صحیح از کودک جدا می‌شوند. ✓ می‌گذارند که شیرخوار بای‌بای کند و بازی انجام دهد. ✓ به راحتی محدودیت‌هایی برایش قائل می‌شوند.	✓ آگاهی از حضور غریبه‌ها را نشان می‌دهد. ✓ برای آرامش، به والدین نگاه می‌کند. ✓ به جدا شدن از والدین واکنش نشان می‌دهد. ✓ ماما، دَد می‌گوید. ✓ به تصویر خود در آینه می‌خندد. ✓ به اسم خود پاسخ می‌دهد. ✓ به اشیاء اشاره می‌کند.
۱ سالگی	✓ برای کودک کتاب می‌خوانند. ✓ اسباب‌بازی‌های متناسب با سن او می‌آورند. ✓ از اقدامات ایمنی که در منزل انجام داده‌اند صحبت می‌کنند. ✓ از ایجاد محدودیت‌های مناسب مانند حواس‌پرت کردن کودک با فعالیت دیگر استفاده می‌کنند. ✓ انتظارات رفتاری مناسبی دارند. ✓ رفتار یا حرف کودک را تفسیر می‌کنند.	✓ به جست و جو در محیط می‌پردازد. ✓ می‌تواند خود را آرام کند. ✓ به اسم خود پاسخ می‌دهد. ✓ در تعامل با بالغین، از اسباب‌بازی‌ها استفاده می‌کند. ✓ خوب مراقبت شده، به نظر می‌رسد.

جدول ۲-۲-۳- انواع الگوهای دلبستگی

- **دلبستگی امن**
والد: حساس، پاسخگو و در دسترس است.
کودک: احساس می‌کند که ارزش دارد، در محیط امنی است، احساس مفید بودن می‌کند، احساس می‌کند که قادر به تجسس و حکمرانی است، می‌داند که والدین در دسترس هستند و خودمختار می‌شود.
- **دلبستگی غیرامن و اجتنابی**
والد: به خواسته‌های کودک حساسیت ندارد، از تماس اجتناب کرده و پس می‌زند.
کودک: احساس می‌کند که هیچ‌کس را ندارد، نمی‌تواند برای برآورده شدن نیازهایش به والدینش اتکا کند و احساس می‌کند که اگر نیازهای دلبستگی و نزدیک بودن را نشان بدهد پس زده می‌شود. بنابراین، برای حفظ ارتباط میل چندانی ندارد و یاد می‌گیرد که نیازهای خود، برای نزدیک بودن و وابستگی خویشاوندی را نادیده بگیرد.
- **دلبستگی غیرامن که با دوگانگی و مقاومت مشخص می‌شود.**
والدین: الگوهای متغیری از مراقبت را نشان می‌دهند، غیرقابل پیش‌بینی هستند، ممکن است رفتار بیش از حد نزدیک یا مداخله جویانه داشته باشند و گاه، کناره‌گیری کنند و اغلب در موارد افسردگی مراقب دیده می‌شود.
کودک: احساس می‌کند بزرگسالان را باید به سمت خود جلب کند زیرا هیچ‌گاه نمی‌داند که چه زمانی توجه او برمی‌گردد، مضطرب است، وابسته است و می‌چسبد.

سلامت شیرخوار - علائم مشکلات احتمالی در سلامت هیجانی شیرخوار عبارتند از:

- اختلال در برقراری تماس چشمی،
- فقدان شاد شدن چهره در حین نگاه کردن به والدین،
- فقدان خنده با والدین،
- فقدان آواسازی،
- آرام نشدن با صدای والدین،
- تون یا سطح فعالیت بسیار پایین،
- فقدان به دهان بردن اشیاء برای کنجکاوی،
- بی‌قراری بیش از حد و مشکل در آرام شدن،
- چهره‌ی غمگین و محزون. (در ۳ ماهگی دیده می‌شود)،
- احتیاط (در ۴ ماهگی دیده می‌شود، مرحله‌ی قبل از ترس که در ۹ ماهگی روی می‌دهد)،
- اختلال در خواب،
- اختلال جسمی مانند استفراغ یا اسهال،
- خوب وزن‌نگرفتن.

اگر شیرخوار در تکامل هیجانی مشکل داشته باشد، مراقب بهداشتی باید درصدد جست و جوی مشکل والدین مثل افسردگی باشد. بعد از آن، باید تعامل والد - کودک توسط فرد ماهری مورد ارزیابی قرار گیرد.

سوءرفتار و غفلت از کودک - سوء رفتار و غفلت می‌تواند در هر خانواده‌ای روی دهد و استرس‌ورهای حاد و مزمن در منزل می‌تواند علت آن باشد.

- عواملی که می‌توانند با سوء رفتار همراه باشند شامل موارد زیر است:
 - کودکی که والدین او فکر می‌کنند به سختی راضی می‌شود و تقاضا دارد،
 - شیرخوار مبتلا به ناتوانی یا بیماری مزمن تشخیص داده شده،
 - خانواده‌ای که از نظر اجتماعی طرد شده و حمایت اجتماعی ندارد،
 - مشکلات سلامت روان در یک یا دو والد که تشخیص داده نشده و درمان نشده است،
 - والدی که مشکلاتی در مورد مراقب بودن دارد برای مثال نوزاد را بار غصه و مسئولیت می‌داند.
- خطر سوءرفتار و غفلت در دوران شیرخواری و نوپایی بیش‌تر از کودکان بزرگ‌تر است. بیش از یک سوم موارد سوءرفتار در کودکان کم‌تر از ۳ سال و ۴۱٪ موارد کشنده‌ی سوءرفتار در کودکان کم‌تر از یک‌سال روی می‌دهد.
- مراقبین بهداشتی باید شیرخوارانی را که در معرض خطر هستند یا والدین و مراقبینی که ممکن است شیرخوار را مورد سوءرفتار قرار دهند، بشناسند. اگر به سوءرفتار شک داشته باشید باید سؤالات مستقیم به شیوه‌ای احترام‌آمیز پرسیده شود تا مشخص شود که آیا سوءرفتار روی داده است یا خیر.

سوءرفتار و غفلت در این مرحله، عواقب بلندمدتی بر تکامل مغز به‌دنبال خواهد داشت و احتمال اختلالات رفتاری در کودک را می‌افزاید. هرچه، این موارد زودتر روی دهد یا طولانی‌تر ادامه یابد، خطر بروز اختلال در تکامل رفتاری و هیجانی بیش‌تر خواهد بود. بنابراین، تشخیص آن به اندازه‌ی تشخیص کمبود تغذیه‌ای یا تماس با سموم اهمیت دارد. در شیرخواری که در معرض استرس مزمن است آپاتی، خوب نخوردن، واپس زدن و تأخیر رشد دیده می‌شود. در موارد خطر حاد، پاسخ

به استرس از گریه به طغیان خشم، رفتارهای تهاجمی یا بی‌توجهی و واپس زدن تغییر می‌یابد. آپاتی، به توانایی کودک برای ایجاد ارتباط سالم توأم با اعتماد با بالغین و هم‌سن‌وسالان تأثیر می‌گذارد. در این موارد با افزایش سن، مشکلات تحصیلی، مشکلات هیجانی، مشکلات جنسی، بزهکاری و سوء مصرف مواد دیده می‌شود.

SBS – Shaken baby syndrome (SBS) یا Shaken impact syndrome ضایعه‌ی تروماتیک عمدی ناشی

از تکان دادن خشونت‌آمیز شیرخوار یا کودک است. تکان دادن شیرخواران می‌تواند موجب نابینایی یا سایر آسیب‌های چشم، آسیب مغزی، تشنج، آسیب نخاعی یا مرگ گردد. آسیب سر، علت اصلی مرگ و ناتوانی طولانی مدت در کودکانی است که مورد سوء رفتار جسمی قرار گرفته‌اند. قربانیان آن معمولاً شیرخواران کم‌تر از ۱ سال و اغلب کم‌تر از ۶ ماه هستند. شیرخوارانی که بیش از حد گریه می‌کنند، کولیکی هستند یا مراقبین آن‌ها فکر می‌کنند که نیاز به توجه بیش از حد دارند در معرض خطرند. پسرها، نوزادان با وزن تولد بسیار کم، نوزادان نارس و کودکان دچار ناتوانی در معرض خطر بیش‌تر SBS یا خشونت جسمی هستند. علت آن فقدان درک تکامل کودک است که موج ناامیدی، استرس و کم‌تحمیلی والدین می‌شود. والدین کودکانی که بیماری مزمن دارند یا در بیمارستان بستری شده‌اند استرس، اضطراب، خستگی، افسردگی، کاهش کنترل، خشم، گناه و اختلال در تطابق را بیش‌تر تجربه می‌کنند. رفتارهای طبیعی شیرخوار مثل گریه نیز می‌تواند در والدینی که محرومیت از خواب دارند، افسرده هستند یا استرس‌های دیگری دارند ناراحت‌کننده باشد. اگر شیرخوار هر یک از موارد زیر را نشان دهد می‌تواند موجب ناامیدی والدین شود.

■ گریه می‌کند و فقط با در آغوش گرفتن یا تکان دادن آرام است.

■ گریه‌ی او به هیچ شیوه‌ای آرام نمی‌شود.

■ راحت نمی‌خوابد، با کوچک‌ترین صدا بیدار می‌شود و دیگر به خواب نمی‌رود.

■ به مدت طولانی بیدار می‌ماند یا به توجه دائمی نیاز دارد.

■ مشکلات تغذیه‌ای مثل بالا آوردن پس از هر تغذیه، اختلال در مهارت‌های دهانی حرکتی، مکیدن ضعیف، امتناع از تغذیه، زمان تغذیه‌ی بیش از ۳۰ تا ۴۰ دقیقه دارد.

■ همیشه گرسنه است یا مقدار زیادی می‌خورد و سپس بالا می‌آورد.

■ در طی روز، فقط چرت‌های کوچک می‌زند و سپس عصرها نلنق می‌کند.

مراقبین بهداشتی باید بدانند که خانواده با این رفتارهای طبیعی اما تحریک‌کننده چگونه برخورد می‌کند و متوجه احتمال سوء رفتار یا آسیب شیرخوار باشد. در این صورت، باید در مورد خطرات SBS به والدین آموزش دهد و راهکارهایی برای کمک به قطع گریه‌ی شیرخوار، خوابانیدن او یا تغذیه‌اش مطرح کند.

ارتقای سلامت روانی و هیجانی: اوایل کودکی - ۱ تا ۴ سالگی

سلامت روان در اوایل کودکی ارتباط تنگاتنگی با تکامل سالم کودک، ارتباطات سالم در خانواده و حمایت قوی کودک و خانواده در اجتماع دارد. بین ۱ تا ۴ سالگی، کودک پیشرفت‌های چشم‌گیری در توانایی‌هایش برای مستقل شدن و تعامل با دیگران پیدا می‌کند. با وجود اعتماد و امنیت در خانواده، خود مختاری او موجب تجسس‌های جدید و شروع به تشخیص هویت خود به عنوان یک فرد توانمند و مجزا می‌گردد. در زمینه‌ای مثبت و حمایت‌گر از ارتباط والد-کودک، رشد خود مختاری و خود، پایه‌ی اعتماد به نفس و کنجکاوی درباره‌ی دنیا می‌شود. توانایی تنظیم مؤثر هیجانات قوی مثل خشم، ناراحتی و ناامیدی نیز به وجود می‌آید. بلوغ تکامل هیجانی همراه با مهارت‌های ارتباطی جدید منجر به رشد رفتار و درک اجتماعی می‌گردد.

طیف رفتار طبیعی وسیع است و به هماهنگی میان روش‌های مراقب و کودک بستگی دارد. تهاجمی بودن، خطرپذیر بودن و رفتارهای ضد اجتماعی می‌تواند در این مرحله بروز کند. تکامل اجتماعی و هیجانی سالم به این که کودکان چه دیدگاهی درباره‌ی خود دارند و چه قدر توسط دیگران ارزش داده می‌شوند، بستگی دارد. جنبه‌های اجتماعی، روانی و جسمی والد، بر احساس خود در ارتباط با دیگران در کودک نقش دارد. موضوعات مهمی که باید در مورد والدین مد نظر قرار گیرد سلامت جسمی و روانی، خُلق آن‌ها، استرس‌ورهای گذشته و حال و تجارب کودکی آن‌ها در ارتباط با والدین می‌باشد.

الگوهای دلبستگی

الگوهای دلبستگی بین کودک و والد را می‌توان در اوایل کودکی مشاهده نمود که در پیش‌بینی تکامل سالم و اختلالات و مشکلات رفتاری در کودک مفید هستند. با خودمختاری و استقلال کودک مسائل مراقبتی، راهنمایی و اعتماد در خانواده اهمیت پیدا می‌کند.

با بزرگ شدن دنیای کودک در این مرحله، شروع به تعامل با سایر بالغین مثل عمه، مادربزرگ و معلم می‌کند و الگوهایی از دلبستگی با این‌ها را پیدا می‌کند. دلبستگی امن و با علاقه در این ارتباطات، موجب تکامل سالم می‌گردد.

الگوهای رفتاری

درک کامل رفتار کودک به سه مرحله (ABC) بستگی دارد که شامل مقدمات (Antecedents)، رفتارها (Behaviors) و پیامدها (Consequences) است. مقدمات، حالات و شرایطی هستند که رفتار در آن روی داده و پیامدها، عواقب رفتار برای کودک یا سایرین، شامل نتایج زودرس و دیررس آن رفتار است.

توضیح والدین برای این که چرا کودک این گونه رفتار می‌کند، راه قطعی برای درک واکنش آن‌ها به مشکلات کودک است. در موارد نگرانی‌های رفتاری، باید پرسید که چه کسی مراقب کودک است؟ ممکن است، علت رفتارهای تهاجمی یا زدن دیگران، مراقبی باشد که مستقیماً نظارت نمی‌کند یا انضباط ندارد یا مراقب کودک ممکن است برای خُلق یا شخصیت او مناسب نباشد.

تشخیص زودرس اختلالات اُتِستیک

بروز این اختلالات ۱ در ۱۶۶ مورد است. اُتِسم و انواع خفیف‌تر آن، گروهی از اختلالات نوروبیولوژیک هستند که با نقایص اساسی در تعامل اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی مشخص می‌شوند. تقریباً ۷۰٪ کودکان مبتلا، عقب‌ماندگی ذهنی نیز دارند. تظاهرات رفتاری شایع شامل اختلال جدی در سازگاری با تغییرات، افزایش حساسیت به محرک‌های حسی مثل صدا و لمس، چرخیدن، پس و پیش رفتن، جنبیدن و تکان دادن دست‌ها است. با درمان به موقع و مناسب پیش‌آگهی بهتر می‌شود. به همین جهت، تشخیص زودرس اهمیت دارد.

باید در سال اول زندگی نیز آن را در نظر داشت. شیرخواران مبتلا تمایل کمی به در آغوش گرفته شدن دارند و ممکن است در کنار والدین احساس آرامش نکنند. محدودیت‌های چشمگیری در خنده‌های اجتماعی، تماس چشمی، آواسازی و بازی اجتماعی دارند. در نیمه‌ی اول سال دوم زندگی، نقایص اختصاصی‌تری دیده می‌شود. علائم خطر شامل موارد زیر است:

■ عدم توجه به نام خود،

■ اختلال در مهارت‌های مرتبط با توجه مثل فقدان نشان دادن و اشاره کردن،

■ عدم توجه به ورود و خروج والدین یا خواهر و برادرها در اتاق،

■ فقدان تماس چشمی و غرق در دنیای خود بودن،

■ شکایت والدین از مشکل شنوایی (به صحبتی که به او می‌شود پاسخ نمی‌دهد)،

■ اختلال در تکلم.

ویزیت ۱۵ و ۱۸ ماهگی، زمان مهمی برای در نظر داشتن اختلالات اُتِستیک در کنترل روتین تکامل است. در هر یک از موارد فوق، باید بررسی اختصاصی‌تری انجام شود.

ارتقای سلامت روانی و هیجانی: اواسط کودکی - ۵ تا ۱۰ سالگی

یک باور صحیح در طب کودکان، آن است که سلامت عمومی تحت تأثیر عوامل روانی اجتماعی قرار دارد. این دوران، زمان تکامل شناختی اصلی و مجموعه‌ای از مهارت‌های اجتماعی، جسمی و شناختی است. کودکان این گروه سنی، از وابستگی به والدین و مراقبین به افزایش استقلال و علاقه به ایجاد دوستی در دنیای اطراف خود سیر می‌کنند.

این دوران، زمان مهمی برای تداوم تکامل اعتماد به نفس و روند دلبستگی است. موفقیت تحصیلی به تجارب قبلی، توانایی بودن با دیگران، کیفیت مدرسه و انتظارات آموزش‌دهندگان بستگی دارد. برخی، خشونت و زورگویی در مدرسه یا منزل دارند. این تجارب، از توانایی کودک برای شکل‌گیری اعتماد به نفس می‌کاهد.

الگوهای دلبستگی

دلبستگی در این سن به وابستگی "Connectedness" تغییر می‌یابد. یعنی، ارتباط قوی و مثبت با والدین یا سرپرست که لازمه‌ی سلامتی هیجانی است. حضور فیزیکی یک والد در زمان‌های مهم و زمان گذاشتن برای او با کاهش خطر مشکلات رفتاری همراه است. حتی مهم‌تر از آن احساس گرمی، علاقه و مراقبت توسط والدین می‌باشد.

چالش‌های تکامل سلامت روان

اواسط کودکی، اغلب زمانی است که مشکلات سلامت روان تظاهر کرده و باید والدین تمام تلاش خود را برای ترویج مهارت‌های اجتماعی مثبت و تقویت رفتار مطلوب انجام دهند.

عوامل محافظتی

وجود این عوامل در زندگی کودک بر مثبت و موفق بودن تکامل روانی و هیجانی او نقش دارد. هرچه، این‌ها بیش‌تر باشند، رفتارهای مخاطره‌آمیز کم‌تر خواهند بود. این عوامل عبارتند از:

■ ارتباط گرم و حمایتی بین والدین و کودک،

- اعتماد به نفس مثبت،
- مهارت خوب از عهده برآمدن،
- ارتباطات مثبت با هم سن و سالان،
- علاقه و موفقیت در مدرسه،
- ارتباط سالم با بزرگسالان خارج از منزل،
- توانایی بیان احساسات و
- والدین شاغلی که در منزل، محل کار و روابط اجتماعی خوب عمل می‌کنند.

در سال‌های اول مدرسه، بزرگسالان باید برای حفظ اعتماد به نفس به کودک کمک کنند تا دچار نشانه‌های افسردگی نشود. در بسیاری از موارد، ایجاد اعتماد به نفس به تکامل مهارت‌های اجتماعی نیاز دارد. والدین باید به کودک یاد دهند که شکست و اشتباه، جزء لاینفک اما مفیدی برای زندگی است. اضطراب و افسردگی در اواسط کودکی شکل می‌گیرد اما شیوع آن به طور چشمگیری در اوایل نوجوانی افزایش می‌یابد. علائم هشداردهنده‌ی اولیه، گاه در دبستان تشخیص داده شده و در نتیجه، از اختلال روان‌پزشکی بارز پیش‌گیری می‌کند.

ناتوانی‌های یادگیری و اختلال کمبود توجه/پیش‌فعالی (ADHD)

ناتوانی‌های یادگیری و ADHD، در سال‌های اول دبستان تظاهر می‌کند. ناتوانی در یادگیری، تفاوت میان موفقیت‌های تحصیلی واقعی دانش‌آموز و پتانسیل هوشی او است که تشخیص آن قبل از ۷ سالگی داده نمی‌شود. علائم رفتاری، اختلال عصبی تکاملی زمینه‌ای را می‌پوشاند. باید علائم و نشانه‌های بی‌توجهی، تکانش‌گری (Impulsivity)، فقدان تمرکز و عملکرد تحصیلی ضعیف را ارزیابی کرد. تشخیص و مداخله‌ی به موقع در این کودکان اهمیت دارد.

ADHD یکی از شایع‌ترین اختلالات روان در کودکان است که در ۳ تا ۶٪ کودکان مدرسه‌ای دیده می‌شود. کودک دارای فعالیت بیش از حد، تکانش‌گری و بی‌توجهی که مانع یادگیری، تفریح یا روابط او می‌شود باید از نظر ADHD بررسی شود. مهارت‌های خانواده و مدرسه باید با تأکید ایجاد اعتماد به نفس، اکتساب مهارت‌های انجام کارها و ایجاد مهارت‌های اجتماعی باشد.

اختلالات اضطرابی

اضطراب دوران کودکی می‌تواند طبیعی باشد. اما، ممکن است نشانه‌های مشابه ADHD و افسردگی را نیز ایجاد کند. اگر اختلال اضطرابی موجب بروز مشکل در مدرسه یا روابط اجتماعی کودک شود، نیاز به ارزیابی دارد. دختران خجالتی، در معرض خطر بیشتری هستند.

اختلال خلق

اختلال خلق مانند افسردگی منجر به اختلال عملکرد تکامل شناختی، اجتماعی و هیجانی کودک می‌شود. در این موارد، نشانه‌های تحریک‌پذیری و از دست دادن علاقه به فعالیت‌های معمول وجود دارد و می‌تواند با رفتارهای مخرب،

شکایت‌های جسمی و عملکرد تحصیلی و اجتماعی ضعیف همراه باشند. بخشی از مشکلات توأم با اختلالات خلقی قبل از دوران بلوغ، به علت شروع اختلال دو قطبی در دوران کودکی است. در این کودکان، تشخیص دوم دیگری مانند ADHD (۹۰٪ کودکان)، اختلالات اضطرابی (۳۳٪ کودکان) و اختلال سلوک (۲۲٪ کودکان) نیز مطرح است.

مراقب بهداشتی باید افسردگی خفیف تا متوسط را در نظر داشته باشد. از تمام کودکان و خانواده‌هایشان باید در مورد احساس غمگینی، مشکلات خواب و بی‌علاقگی به فعالیت‌ها سؤال شود. برای مثال، "آخرین باری که زمان خوبی را گذرانده‌اید، کی بوده است؟"

زورگویی

نیمی از کودکان، در دوران مدرسه مورد زورگویی قرار می‌گیرند و حداقل ۱۰٪ به طور مکرر دچار این مشکل می‌شوند. اگر کودکان به دلایلی ناراحت باشند یا ندانند با کودکان دیگر چگونه کنار بیایند، زورگو می‌شوند. اغلب، کودکان زورگو، در بزرگسالی نیز زورگویی می‌کنند. در اغلب موارد، زورگویی در حضور سایر کودکان روی می‌دهد.

بخش ۳ ارتقای سلامت

فصل ۳

ارتقای وزن سالم

راهنمای جامع مراقبت‌های ادغام یافته
کودک سالم

وزن سالم، به علت اهمیت آن در دوران کودکی و سلامت بزرگسالی در آینده؛ ارتباط آن با شیوه‌ی زندگی، رفتار، محیط و زندگی خانوادگی و افزایش شیوع اضافه وزن و چاقی اهمیت خاصی دارد. وضعیت وزن کودک نتیجه‌ی تعدادی از عوامل (ژن، متابولیسم، قد، رفتار و محیط) است. دو مورد از عوامل مهم، تغذیه و فعالیت جسمی است. رژیم غذایی متعادل و مغذی و فعالیت جسمی منظم، عوامل کلیدی ارتقای وزن سالم در کودکی و سرتاسر زندگی است.

اضافه وزن و چاقی

چاقی یک بیماری مزمن کمپلکس است که شامل ژنتیک، متابولیسم و فیزیولوژی و همچنین عوامل روانی اجتماعی و محیطی می‌شود. رفتارهای تغذیه‌ای و نامتناسب و کاهش فعالیت جسمی موجب افزایش شیوع چاقی در کودکان می‌گردد.

تعریف

کودک دارای اضافه وزن (Overweight)، وزن بیش از حد سالم برای سن یا قد خود را کسب کرده است. چاقی (Obesity)، چیزی فراتر از این است. کودکی که اضافه وزن دارد در معرض خطر چاقی دوران نوجوانی است. چاقی، کودک و نوجوان را در معرض خطراتی قرار می‌دهد. نمایه‌ی توده‌ی بدن (Body mass index, BMI)، وزن به کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد به متر مربع است. از آن جایی که چربی بدن با رشد تغییر می‌کند و در دخترها و پسرها، چربی بدن با بلوغ آن‌ها متفاوت است منحنی BMI برای سن در دخترها و پسرها یکسان نیست. صدک‌های BMI برای وزن طبیعی، اضافه وزن و چاقی کودکان در جدول (۱-۳-۳) ملاحظه می‌شود.

جدول ۱-۳-۳ - صدک‌های ارزیابی اضافه وزن و چاقی

وضعیت	صدک
طبیعی یا وزن سالم	< ۸۵
اضافه وزن	۸۵ - < ۹۵
چاقی	≥ ۹۵

چاقی کودکان در سن پایین اهمیت دارد. زیرا، درمان چاقی که در اوایل زندگی روی داده و در دوران کودکی باقی می‌ماند، مشکل‌تر از چاقی است که در سنین بالاتر دیده می‌شود. از سوی دیگر، تداوم چاقی تا نوجوانی نیز او را در معرض مشکلاتی برای سلامتی‌اش قرار می‌دهد. کودک مدرسه‌ای که در معرض خطر اضافه وزن است به احتمال بیشتر نوجوان یا بزرگسال چاقی خواهد بود. بعید است که نوجوان چاقی، به وزن بزرگسالی طبیعی برسد.

نوع تغذیه و فعالیت جسمی که منجر به چاقی می‌شود تحت تأثیر بسیاری از عوامل از جمله فقدان دست‌یابی به غذاهای مغذی، شیوه‌های زندگی فردی، تبلیغات غذایی و فرهنگ حاکم که موجب زیاد خوردن و زندگی بی‌تحرک می‌گردد است. مشکلات طبی در کودکان چاق شایع است و می‌تواند بر سلامت قلبی عروقی (هیپرکلسترولمی، دیس‌لیپیدمی و هیپرتانسیون)، دستگاه تنفسی (آسم، آپنه‌ی انسدادی زمان خواب)، سیستم غددی (هیپرانسولینسم، مقاومت به انسولین، اختلال در تحمل گلوکز، دیابت ملیتوس نوع ۲ و اختلال قاعدگی)، دستگاه عضلانی اسکلتی (استئوآرتریت) و سلامت روان (افسردگی و کاهش اعتماد به نفس) تأثیر بگذارد.

غربال‌گری و ارزیابی

در هر یک از موارد زیر، باید شیرخوار و کودک را در معرض خطر اضافه وزن یا چاقی در نظر گرفت:

- یک یا هر دو والد چاق،
- یک یا بیش از یک خواهر و برادر چاق،
- خانواده‌های کم درآمد،

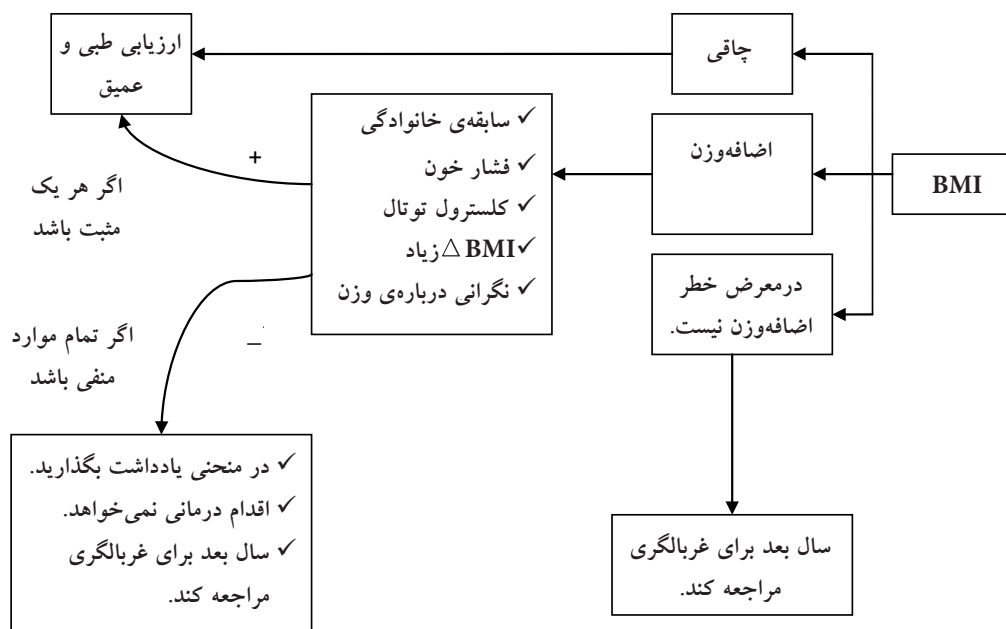
■ وجود بیماری مزمن یا ناتوان‌کننده، که تحرک را کم می‌کند.

BMI، بیانگر توده‌ی بدن و نه چربی بدن است اما با چربی کل بدن و چربی زیرجلدی در کودکان ارتباط دارد. در بعضی از کودکان، BMI بالا ناشی از توده‌ی بدنی بزرگ به علت فعالیت جسمی و عضلانی بودن است. راهنمایی‌های غربالگری زیر توصیه شده است (شکل ۳-۳-۱):

کودکان بزرگ‌تر از ۲ سال که BMI آن‌ها صدک ۹۵ یا بالاتر برای سن و جنس است چاق بوده و باید مورد ارزیابی کامل قرار گیرند.

کودکان بزرگ‌تر از ۲ سال که BMI آن‌ها بین صدک ۸۵ و ۹۵ برای سن و جنس است اضافه وزن داشته و باید غربالگری و ارزیابی شوند. هم‌چنین، توجه خاص به شرح حال خانوادگی و عوارض ثانویه‌ی چاقی از جمله هیپرتانسیون و دیس‌لیپیدمی ضرورت دارد.

شکل ۳-۳-۱ غربالگری اضافه وزن و چاقی



Δ کودکان بزرگ‌تر از ۲ سال با روند صعودی (افزایش سالانه‌ی ۳ یا ۴ واحد BMI) باید ارزیابی شوند.

ارزیابی طبی و عمیق

شرح حال طبی کامل برای تشخیص سندرم‌های زمینه‌ای یا عوارض ثانویه لازم است. شرح حال خانوادگی از نظر خطرات خانوادگی چاقی ضرورت دارد و شامل وجود چاقی، اختلالات خوردن، دیابت ملیتوس نوع ۲، بیماری قلبی عروقی، هیپرتانسیون، دیس‌لیپیدمی و بیماری کیسه‌ی صفرا در خواهر و برادرها، والدین، عمو و دایی، عمه و خاله و مادر بزرگ و پدر بزرگ‌ها است. ارزیابی برنامه‌ی غذایی کودک (کیفیت، کمیت و زمان)، غذاها و الگوهای تغذیه‌ای را که موجب دریافت بیش از حد کالری می‌شود مشخص می‌کند. شرح حال دقیق فعالیت جسمی برای تعیین میزان فعالیت و مدتی که با بی‌تحرکی می‌گذرد لازم است. هر شرح حالی از موارد منع طبی فعالیت جسمی مانند آسم و بیماری مفصلی، اهمیت دارد. معاینه‌ی فیزیکی، اطلاعاتی درباره‌ی میزان اضافه وزن و سندرم‌های زمینه‌ای یا عوارض چاقی فراهم می‌سازد. باید وزن،

قد و BMI روی منحنی‌های استاندارد ترسیم شود. میزان اضافه وزن، شرح حال خانوادگی و معاینه‌ی فیزیکی در انتخاب تست‌های آزمایشگاهی نقش دارد.

کودکان بزرگ‌تر از ۲ سال که صدک BMI آن‌ها بین ۸۵ و ۹۵ است باید برای موارد زیر غربالگری شوند:
سابقه‌ی خانوادگی: آیا سابقه‌ی بیماری قلبی عروقی زودرس، هیپرکلسترولمی والدین، چاقی والدین یا خویشاوند درجه‌ی اول یا دوم مبتلا به دیابت نوع ۲ وجود دارد یا سابقه‌ی خانوادگی این موارد مشخص نیست؟
فشار خون: فشار خون کودک چه قدر است؟ فشار خون بالاتر از ۹۰٪ برای سن، جنس و قد، پره-هیپرتانسیو و فشار خون بیش‌تر از صدک ۹۵، بالا در نظر گرفته می‌شود.
آزمایش‌های چربی خون ناشتا: آیا کلسترول ناشتای خون 200 mg/dL یا بالاتر است؟ آیا کلسترول HDL کاهش یافته است؟ آیا تری‌گلیسرید افزایش یافته است؟

تغییر قابل ملاحظه‌ی BMI: آیا در طی سال گذشته، افزایش بیش از ۲ تا ۳ عدد در BMI وجود داشته است؟
نگرانی درباره‌ی وزن: آیا کودک یا خانواده، نگرانی درباره‌ی وزن کودک ابراز می‌کنند؟
پس از ۱ سالگی، BMI برای سن، شروع به کاهش کرده و این کاهش، در طی سال‌های قبل از مدرسه ادامه می‌یابد. پس از آن که در ۶-۴ سالگی به حداقل رسید، شروع به افزایش تدریجی در نوجوانی می‌کند. افزایش BMI قبل از ۴ تا ۶ سالگی، با چاقی بزرگسالی همراه است.

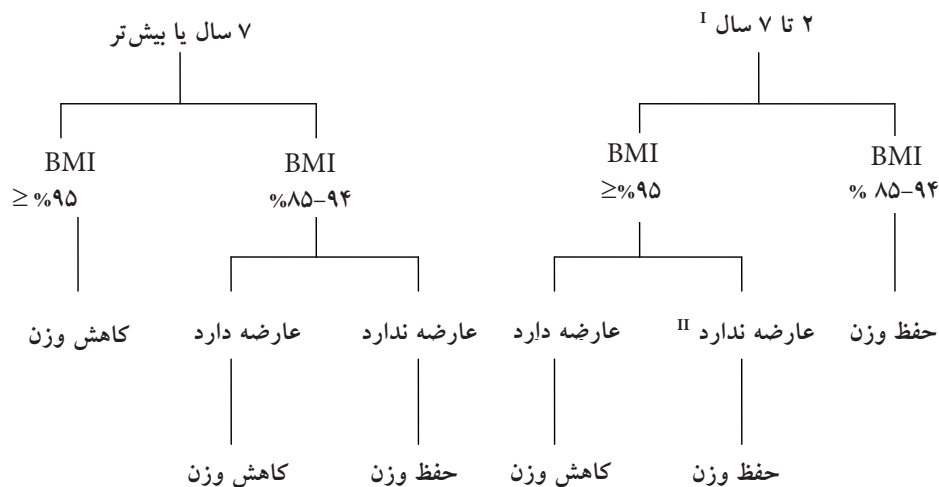
درمان

ایجاد و تداوم اضافه وزن و چاقی به عواملی از جمله سن، جنس، سابقه‌ی خانوادگی، مرحله‌ی تکاملی، نژاد و محیط اجتماعی بستگی دارد. هر یک از این‌ها بر اهداف درمانی، نوع درمان و سیر درمان تأثیر دارد. چاقی، وضعیت پیچیده‌ای است که حتی با رعایت توصیه‌های درمانی، کاهش وزن می‌تواند آهسته باشد. باید الگوهای زندگی خانوادگی و محیط اجتماعی کودک شناخته شود. هدف اصلی درمان، تغییر عادات غذایی و فعالیت جسمی و رفع مشکلات همراه است.
هدف اصلی در برنامه‌ی درمانی چاقی غیر عارضه‌دار، کسب رفتارهای تغذیه‌ای سالم و فعالیت جسمی است نه رسیدن به وزن ایده‌آل بدن. در مواردی که کاهش وزن مد نظر است، باید حدود نیم کیلوگرم در ماه باشد (شکل ۳-۳-۲). روش‌های زیر برای درمان توصیه می‌شود:

- مداخله زود شروع شود.
- تمام اعضای خانواده را شامل شود تا همگی به رفتارهای سالم دست یابند.
- آهسته شروع شود. از خانواده بخواهید که در ابتدا یک یا دو تغییر انجام دهند.
- خانواده باید پایش فعالیت جسمی و غذا خوردن را یاد بگیرد.
- در مرحله‌ی اول، حفظ وزن اهمیت دارد. پس، در ازای این موفقیت باید خانواده و کودک را تشویق نمود.
- خانواده نیز باید اصول زیر را رعایت کند:
- به کودک در ازای رفتارهای خوب جایزه دهد.
- هرگز از غذا به عنوان جایزه استفاده نکند.
- فعالیت‌ها و زمان‌های خاصی را برای دادن جایزه به رفتار مطلوب برنامه‌ریزی کند.
- ثبات داشته باشد.
- زمان‌هایی از روز را برای صرف غذا و میان وعده‌ها تعیین کند.
- مشخص کند که چه نوع غذایی در چه زمانی عرضه می‌شود و اجازه دهد تا کودک تصمیم بگیرد که چه چیزی را بخورد.
- غذاهای سالم تهیه کند.
- الگوی رفتاری فعالیت جسمی و تغذیه‌ی سالم باشد.
- فعالیت جسمی منظم را تشویق کند.

مدت زمان تماشای تلویزیون و ویدئو و بازی‌های کامپیوتری را به ۱ تا ۲ ساعت در روز محدود کند.

شکل ۳-۳-۲- توصیه‌هایی برای کنترل وزن



I - کودکان کم‌تر از ۲ سال، باید جهت درمان به مرکز چاقی کودکان ارجاع شوند.
 II - عوارض شامل هیپرتانسیون خفیف، دیس‌لیپیدمی و مقاومت به انسولین است. بیمارانی که عوارض حاد مانند تومور کاذب مغزی، آپنه‌ی خواب، سندرم هیپوونتیلاسیون چاقی یا مشکلات ارتوپدی دارند باید به مرکز چاقی کودکان ارجاع شوند. کودک دچار چاقی شدید ($> ۹۹\%$) نیز باید ارجاع شود.

پیش‌گیری

از آن جایی که هزینه‌ی درمان زیاد است و برنامه‌های درمانی محدود هستند، موفق‌ترین مداخله برای ارتقای وزن سالم، پیش‌گیری است. کودکان در معرض خطر اضافه وزن هستند اگر: ۱) یک یا هر دو والد آن‌ها اضافه وزن داشته باشد، ۲) در خانواده‌های کم درآمد زندگی کنند یا ۳) ناتوانی یا بیماری مزمنی که حرکت آن‌ها را محدود می‌کند داشته باشند. گرچه به طور عمده، عوامل ژنتیکی تعیین می‌کند که فردی ممکن است دچار اضافه وزن گردد اما تأثیرات محیطی (مانند رفتارهای تغذیه‌ای و بی‌حرکتی جسمی)، تظاهرات و شدت چاقی را تعیین می‌کند. مهم‌ترین تدابیر پیش‌گیری از چاقی شامل رفتارهای خوردن سالم، فعالیت جسمی منظم و کاهش کم تحرکی (مانند تماشای تلویزیون و ویدئو، بازی‌های کامپیوتری) است. این‌ها جزئی از شیوه‌ی زندگی سالم هستند که باید در اوایل کودکی شکل گیرد. هدف، آموزش و الگوسازی نگرش‌های مثبت و سالم به غذا و فعالیت جسمی بدون تأکید بر وزن بدن است. شیوه‌های رفتاری برای تشویق رفتارهای تغذیه‌ای سالم و فعالیت جسمی ضروری است. والدین باید از زمانی که کودک خردسال است، شروع به تشویق او برای خوردن غذای سالم بکنند. برنامه‌های پیش‌گیری که با موفقیت همراه هستند عبارتند از:

- تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی و ادامه‌ی تغذیه با شیر مادر تا ۲ سالگی.
- کاهش مدت استفاده از بطری شیر،
- مصرف شیر کم چرب یا بدون چربی پس از ۲ سالگی،
- محدودیت مصرف غذاهای شیرین شامل آب میوه و توجه به مقدار غذا به خصوص غذاهای پرچرب و شیرین،
- محدود کردن مصرف غذاهای آماده و تشویق اعضای خانواده به نوشیدن آب،
- کاهش نسبی چربی در برنامه‌ی غذایی خانواده، چربی نباید در کودکان کم‌تر از ۲ سال محدود شود، اما پس از ۲ سالگی،

از مصرف آن به تدریج کاسته شده و در ۵ سالگی نباید بیش از ۳۰ درصد کل کالری را شامل شود. فعالیت جسمی به مدت ۳۰ دقیقه در تمام یا اغلب روزهای هفته برای تمام سنین مناسب است.

- راهنمایی و آموزش والدین و کودکان برای تغییر رفتار،
- تأکید بر نقش پدر و مادر برای تأثیرگذاری بر رفتارهای کودکان خردسال،
- افزایش فعالیت جسمی که برای حفظ طولانی مدت کنترل وزن در کودکان لازم است،
- کاهش فعالیت‌های کم تحرک و افزایش فعالیت جسمی برنامه‌ریزی شده و
- حفظ برنامه‌ی درمانی برای مدت طولانی.

نتیجه‌ی موفقیت‌آمیز به عملکرد و راهنمایی کلیه‌ی افرادی که به نوعی با کودک سر و کار دارند از جمله والدین، مراقبین بهداشتی، مسئولین دبستان و اجتماع بستگی دارد (جدول ۳-۳-۲).

جدول ۳-۳-۲- اقداماتی برای کاهش اضافه وزن و چاقی در کودکان

برای مراقبین بهداشتی

- به‌طور روتین BMI را کنترل کنید تا اضافه وزن و چاقی را به موقع تشخیص دهید.
- به افزایش صدک BMI قبل از آن‌که به ۹۵ یا بیش‌تر برسد توجه کنید.
- کودکان در معرض خطر را مشخص کنید:
- کودکانی که والدین چاق دارند،
- کودکانی که خواهر و برادر چاق دارند،
- کودکان خانواده‌های کم درآمد و
- کودکان مبتلا به بیماری مزمن یا ناتوانی که فعالیت آن‌ها را محدود می‌سازد.
- راهنمایی‌های فراراه برای تغذیه و فعالیت جسمی را به آن‌ها بگویید.

برای والدین

- به‌عنوان الگویی برای فعالیت جسمی و تغذیه باشید.
- از شیوه‌ای به جز دادن غذا یا دیدن تلویزیون برای تشویق استفاده کنید. زمان فعالیت جسمی فعال در خانواده را افزایش دهید (برای مثال، بازی کردن در خارج از منزل).
- با هم دیگر غذا بخورید.
- زمان دیدن تلویزیون، کامپیوتر و بازی ویدئویی را به ۱ تا ۲ ساعت در روز محدود کنید.
- تلویزیون را در اتاق خواب کودک قرار ندهید.
- در زمان صرف وعده‌های غذایی تلویزیون را خاموش کنید.
- آب و شیر کم چرب به جای آب میوه و نوشابه میل کنید.
- نوبت‌های صرف غذا را در خارج از منزل محدود کنید.

برای مدارس

- در برنامه‌ی درسی مدارس، آموزش فعالیت جسمی و تغذیه گنجانیده شود.
- افزایش فعالیت جسمی،
- تشویق کودکان برای راه رفتن تا مدرسه، اگر این کار ایمن است.
- تهیه‌ی غذاهای مغذی،
- بوفه‌ی مدرسه را کنترل کرده و فروش غذاهای سالم را ترغیب کنید.

برای اجتماع

- زمین‌های بازی برای راه رفتن، دوچرخه‌سواری و سایر فعالیت‌های جسمی فراهم سازید.
- فعالیت جسمی خارج از منزل را تشویق کنید.
- پیام‌های فرهنگی درباره‌ی وزن و تغذیه‌ی سالم تهیه کرده و ارائه دهید.

عوامل خطر زیادی با اضافه وزن و چاقی دوران کودکی همراه هستند. تماس داخل رحمی، زمینه‌ی ژنتیکی و عوامل محیطی، اجتماعی فرهنگی، روان پزشکی و بیولوژیک همگی بر وزن کودک تأثیر دارند. چاقی والدین و دیابت دوران بارداری در مادر با اضافه وزن کودکی ارتباط دارد.

تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر و پرهیز از زیاد خوردن در شیر خشک‌خواران برای تأمین رشد مناسب توصیه می‌شود. تغذیه‌ی تکمیلی پس از ۶ ماهگی شروع می‌شود. کودک بیدار را باید به طور مکرر روی شکم قرار داد تا به جست‌وجوی محیط بپردازد و به فعالیت جسمی مناسب سن خود تشویق شود.

توجه به وزن‌گیری سریع، به خانواده‌ها کمک می‌کند که تغییراتی در شیوه‌ی زندگی خود ایجاد کنند (جدول ۳-۳-۳). احتمال آن که یک کودک ۴ ساله‌ی دچار اضافه وزن، یک بزرگسال چاق گردد حدود ۲۰٪ است. برخی از والدین، متوجه نمی‌شوند یا تشخیص نمی‌دهند که کودک آن‌ها سریع وزن گرفته، اضافه وزن دارد یا ممکن است از دست این اضافه وزن، رهایی نیابد.

در بعضی از فرهنگ‌ها، کودک درشت، کودک سالم در نظر گرفته می‌شود. اگر خانواده اضافه وزن کودک را باور نکنند، تغییر رفتارهای موجود را نخواهند پذیرفت. از سوی دیگر، اگر مادر به کودک رژیم غذایی داده یا دریافت غذایی او را محدود کند نتیجه، کاهش توانایی کودک برای خود تنظیمی دریافت غذایی و هم چنین، افزایش تمایل برای غذاهای محدود شده خواهد بود. بنابراین، هر دو منجر به اضافه وزن بیش از حد خواهد شد.

جدول ۳-۳-۳- شیوه‌های سلامت محوری

- به جای توجه به وزن، بهتر است سلامت کودک مد نظر قرار گیرد و به همه‌ی جنبه‌های او از جمله جسمی، ذهنی و اجتماعی توجه شود.
- تأکید بر زندگی فعال، سالم خوردن و محیطی پرورش‌دهنده که کودک ارزش خویش و آداب و رسوم خانواده و فرهنگ غذایی خود را بشناسد توصیه شده است. باید درباره‌ی اضافه وزن، اختلالات غذا خوردن، کاهش وزن شدید و کمبود مواد مغذی به طور کامل صحبت شود.

این دوران، زمان برقراری عادات غذایی و الگوهای فعالیت سالم برای کودک و والدین است. تهیه و مصرف غذای مغذی و سالم، فعالیت جسمی منظم و کاهش زمان بی‌حرکتی توصیه شده است. توصیه شده که کودکان کم‌تر از ۲ سال تلویزیون نبینند و کودکان بزرگ‌تر، روزانه حداکثر ۱ تا ۲ ساعت تلویزیون تماشا کنند.

در این سال‌ها، می‌توان عادات خانواده را که در سال‌های قبل ایجاد شده و ادامه یافته‌اند، تغییر داد. والدین، الگوی مهمی برای ایجاد شیوه‌های زندگی سالم از نظر تغذیه و فعالیت برای خانواده هستند. تأثیر فعالیت‌های خارج از منزل در روتین‌های مدرسه و رفتار هم‌سن و سالان ممکن است عادات کودک و خانواده‌اش را تغییر داده یا غنی سازد. محیط نیز تأثیر مهمی بر انتخاب غذا دارد.

بخش ۳ ارتقای سلامت

فصل ۴

ارتقای تغذیه سالم

راهنمای جامع مراقبت‌های ادغام یافته
کودک سالم

شیرخواری و کودکی با تکامل و رشد جسمی سریع مشخص می‌شود. هر گونه اختلال در دریافت مواد مغذی مناسب، می‌تواند سبب عواقب طولانی مدت بر پتانسیل رشد و کسب تکامل گردد. رشد جسمی، نیازهای تکاملی، نیازهای تغذیه‌ای و الگوهای تغذیه‌ای در هر مرحله از رشد و تکامل، متفاوت است.

افزایش چشم‌گیر اضافه وزن و چاقی کودکان در سال‌های اخیر، توجه مراقبین بهداشتی را به تغذیه‌ی کودکان معطوف کرده است. فعالیت جسمی منظم و رژیم غذایی مغذی و متعادل برای پیش‌گیری از اضافه وزن ضروری است. محیط و فرهنگ بر رفتارهای تغذیه‌ای تأثیر می‌گذارد.

اجزای ضروری تغذیه

تغذیه برای رشد مناسب،

■ دستیابی به انرژی و مواد مغذی ضروری برای تأمین رشد مناسب و پیش‌گیری از اضافه وزن یا چاقی.

تغذیه و تکامل تغذیه‌ای و مهارت‌های خوردن،

■ غذاهایی که مواد مغذی ضروری را فراهم می‌سازد انتخاب کرده و تکامل تغذیه‌ای مناسب و مهارت‌های خوردن را تشویق کنید.

تغذیه‌ی سالم و عادات تغذیه‌ای،

■ محیط پرورش‌دهنده و مثبتی ایجاد کنید و الگوهای سالم تغذیه‌ای و خوردن داشته باشید تا عادات خوردن سالم را ترویج نمایید که براساس تنوع، تعادل و به اندازه بودن است.

ارتباطات تغذیه‌ای سالم،

■ تکامل هیجانی و اجتماعی و ارتباط تغذیه‌ای سالم میان بالغ- کودک برقرار کنید.

ارتقای تغذیه‌ی سالم: قبل از بارداری و دوران قبل از تولد

همسرانی که تصمیم به داشتن فرزند دارند، باید به شیوه‌ی زندگی و سلامت خود توجه کنند زیرا تغذیه، فعالیت جسمی و عادات آن‌ها نه فقط بر سلامت خودشان، بلکه بر سلامت خانواده و کودک آن‌ها نیز تأثیر دارد. چاقی، سیگار کشیدن و سوء مصرف مواد می‌تواند بر خانواده تأثیر بگذارد. خانم باردار باید رژیم غذایی مغذی داشته باشد. مصرف کافی برخی مکمل‌ها مثل اسیدفولیک، حتی قبل از بارداری توصیه می‌شود.

نقایص لوله‌ی عصبی از شایع‌ترین نقایص نوزادان است و موجب مرگ و میر شیرخوار و ناتوانی جدی می‌شود. مصرف مقادیر مناسب اسید فولیک قبل از و در طی بارداری می‌تواند به طور قابل ملاحظه‌ای خطر داشتن نوزاد دچار ناهنجاری‌های مادرزادی از قبیل *Spina bifida* را بکاهد. خانم‌هایی که در بارداری قبلی سابقه‌ی کودک مبتلا به نقص لوله عصبی داشته‌اند یا آن‌هایی که سابقه‌ی دیابت وابسته به انسولین یا اختلال تشنجی دارند و داروهای آنتی‌متابولیت یا ضد صرع (برای مثال کاربامازپین یا اسید والپروئیک) مصرف می‌کنند به دوزهای بیش‌تر فولات نیاز دارند.

رشد جسمی، کسب تکامل، نیازهای تغذیه‌ای و الگوهای تغذیه‌ای در هر یک از مراحل شیرخواری متفاوت است. در ۲ تا ۶ هفته‌ی اول، شیرخوار تغذیه می‌کند، می‌خوابد و رشد می‌کند. سریع‌ترین رشد در اوایل شیرخواری، از زمان تولد تا ۶ ماهگی روی می‌دهد. در اواسط شیرخواری (۶ تا ۹ ماهگی) و اواخر شیرخواری (۹ تا ۱۲ ماهگی)، رشد سریع با سرعت کم‌تری ادامه می‌یابد.

در اواخر شیرخواری، مجموعه‌ی فعالیت‌های هدفمند، بلوغ جسمی را تکمیل کرده و از دست دادن رفلکس‌های نوزادی، امکان پیشرفت از رژیم شیر مادر یا شیر مصنوعی به تغذیه با مجموعه‌ی متنوعی از طعم‌ها، مزه‌ها و غذاها را فراهم می‌سازد. اقدامات تغذیه‌ای و روتین‌ها، بنای تکامل کودک و خانواده را می‌سازد. والدین، مهارت‌های زیادی را از قبیل تشخیص، ارزیابی و پاسخ به نیازهای شیرخوار کسب می‌کنند. در زمان تغذیه، احساس فرزندپروری در آن‌ها شکل گرفته و تقویت می‌شود. آن‌ها، احساس مسئولیت برای مراقبت از شیرخوار را به دست می‌آورند و اگر نتوانند متوجه خواسته‌های او شوند، احساس ناامیدی می‌کنند.

رژیم غذایی شیرخوار باید انرژی و مواد مغذی ضروری برای رشد مناسب را فراهم سازد. از سوی دیگر، رشد، شاخص مهم کفایت تغذیه است. شیرخوارانی که بر حسب نیاز (On demand) شیر می‌خورند، رشد خوبی می‌کنند. تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی، موجب رشد بیش‌تر از سایر شیرخواران می‌شود، اما شیر خشک‌خواران، در بقیه‌ی سال اول زندگی سریع‌تر رشد می‌کنند. رشد شیرخواران به تغذیه، شرح حال حوالی نوزادی و عوامل ژنتیکی (از قبیل قد والدین، سندرم‌های ژنتیکی یا بیماری‌ها) و سایر عوامل جسمی بستگی دارد.

رشد دور سر تا ۲ سالگی با رشد قدی مرتبط است و دور سر اطلاعات بیش‌تری درباره‌ی وضعیت تغذیه‌ای نسبت به قد فراهم نمی‌کند. پس از ۲ سالگی، رشد سر آهسته شده و اندازه‌گیری آن در بررسی سوء تغذیه کمک کننده نیست. در کودک بزرگ‌تر، دور سر شاخص خوبی از سوء تغذیه‌ای است که در ۲ سال اول زندگی روی داده است. دور سر از نظر غربالگری میکروسفالی و ماکروسفالی اهمیت دارد زیرا این‌ها منشأ تغذیه‌ای ندارند.

نیاز کالری: برای برآورده شدن رشد، تمام شیرخواران به دریافت زیاد کالری و دریافت کافی چربی، پروتئین، ویتامین و مواد معدنی نیاز دارند. شیر مادر و شیر مصنوعی، ۴۰ تا ۵۰٪ انرژی را از چربی فراهم می‌سازد. چربی نباید در ۲ سال اول زندگی محدود شود. نیاز ویتامین و مواد معدنی به‌جز ویتامین D، با شیر مادر تأمین می‌شود. پس از ۶ ماهگی، تغذیه‌ی تکمیلی نیاز غذایی را تأمین کرده و مهارت‌های خوردن و تغذیه کسب می‌شود.

مکمل‌ها، ویتامین‌ها و مواد معدنی: یکی از نگرانی‌های دوران شیرخواری، عوارض فقر آهن بر تکامل روانی حرکتی است. فقر آهن موجب نقایص شناختی و حرکتی که برخی از آن‌ها با درمان قابل برگشت است، می‌گردد. براساس مطالعات اخیر، درمان ممکن است موجب برگشت این مشکلات نگردد، لذا پیش‌گیری بسیار اهمیت دارد. خطر فقر آهن در سال اول زندگی در آن‌هایی که نارس متولد شده‌اند، شیر خشک فاقد آهن دریافت کرده‌اند و تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر بدون دریافت مکمل آهن داشته‌اند، بیش‌تر می‌باشد. شیرخواری که شیر مادر دریافت کرده، در معرض فقر آهن در ۶ ماهگی و سپس خطر آنمی فقر آهن است. منطقی است که مکمل آهن 1 mg/kg/d پس از ۴ ماهگی شروع شود. در شیرخواران بزرگ‌تر، گوشت قرمز منبع بهتری از آهن نسبت به غذاهای تکمیلی غنی شده با آهن است. اگر شیرخوار، روزانه حداقل 500 mL شیر خشک غنی شده با آهن دریافت کند، به مکمل آهن اضافی نیاز ندارد. مکمل ویتامین D (400 IU/d) نیز باید برای شیر مادرخواران از ۱۵ روزگی شروع شود.

تجویز مکمل فلوراید قبل از رویش دندان که معمولاً در ۶ ماهگی است اندیکاسیون ندارد. پس از آن تجویز فلوراید بستگی به نظر مراقبین بهداشتی یا دندان‌پزشک دارد. تجویز کلسیم در شیرخواران لازم نیست.

تکامل مهارت‌های تغذیه‌ای و خوردن

تغذیه باید طوری برنامه‌ریزی شود که تمام نیازهای مغذی را تأمین کرده و به تکامل مهارت‌های تغذیه‌ای و خوردن کمک کند.

شیر مادر

تغذیه با شیر مادر برای تمام شیرخواران، توصیه شده است و مزایایی برای تغذیه‌ی شیرخوار، سلامت روانی، عملکرد گوارشی، دفاع میزبان و تکامل عصبی دارد (جدول ۳-۴-۱). در شیرخوارانی که سابقه‌ی خانوادگی قوی از بیماری آتوپیک مانند آلرژی یا اگزما دارند، تغذیه با شیر مادر موجب کاهش بروز این بیماری‌ها می‌شود. بلافاصله پس از زایمان، تماس جسمی نزدیک و مکرر، هم‌اتاقی مادر و نوزاد و حذف نمونه‌های شیر مصنوعی تجارتي موجب افزایش مدت تغذیه با شیر مادر می‌شود. تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی، برای به حداکثر رسانیدن مزایای تغذیه با شیر مادر توصیه می‌شود.

جدول ۳-۴-۱- مزایای تغذیه با شیر مادر

شیر مادر از نظر برآورده ساختن نیازهای تغذیه‌ای نوزاد و شیرخوار منحصر به فرد است و مزایای زیادی برای سلامت، رشد و تکامل دارد. مزایای تغذیه با شیر مادر برای شیرخوار

- تغذیه با شیر مادر، تغذیه‌ای ایده‌آل است و بهترین رشد و تکامل ممکن را فراهم می‌سازد.
- تغذیه با شیر مادر، به طور قابل ملاحظه‌ای از بروز اسهال، عفونت دستگاه تنفسی تحتانی، اوتیت مدیا، باکتری، مننژیت باکتریال، پوتولیس و عفونت دستگاه ادراری می‌کاهد.
- تغذیه با شیر مادر، بر علیه بیماری کرون، لثوم و بعضی ژنوتیپ‌های دیابت ملیتوس نوع ۱، محافظت نموده و شروع برخی آلرژی‌ها را به تعویق می‌اندازد.
- تغذیه با شیر مادر، از خطر چاقی می‌کاهد.
- تغذیه با شیر مادر، موجب ارتقای تکامل عصبی سالم می‌گردد.
- تغذیه با شیر مادر، بروز بیماری آتوپیک، مانند اگزما یا آلرژی را کم کند.
- تغذیه با شیر مادر، موجب ارتباط نزدیک مادر - شیرخوار می‌شود.

مزایای تغذیه با شیر مادر برای مادر

- تغذیه با شیر مادر، سطح اکسی‌توسین را زیاد کرده و موجب کاهش خون‌ریزی پس از زایمان و جمع شدن سریع‌تر رحم می‌شود.
- خانم شیرده سریع‌تر به وزن قبل از بارداری می‌رسد، تخمک‌گذاری دیرتر شروع شده و در فاصله‌گذاری فرزندان مؤثر است، باعث بهبود میترالیواسیون مجدد استخوان پس از زایمان شده و خطر کانسر تخمدان و کانسر پستان قبل از یائسگی کم می‌شود.
- آم‌نوره‌ی شیردهی موجب قطع خون‌ریزی قاعدگی در طی ماه‌های اول پس از زایمان می‌شود.

مزایای تغذیه با شیر مادر برای خانواده

- تغذیه با شیر مادر، نیاز به هزینه‌ی اضافی ندارد و تجهیزات و وسایل نمی‌خواهد.
- مسافرت با شیر مادرخواران راحت است.

مزایای تغذیه با شیر مادر برای اجتماع

- شیر مادر از هزینه‌های بهداشتی و مرخصی مادر شاغل به علت بیماری کودک می‌کاهد.
- تغذیه با شیر مادر، از غیبت والدین در محل کار کاسته و درآمد آن‌ها کم نمی‌شود.

از آن جایی که تصمیم شیردهی مادر اغلب قبل از دوران بارداری یا در اوایل آن گرفته می‌شود، ویزیت‌های قبل از تولد فرصت مهمی برای ارتقای تغذیه با شیر مادر است. والدین، اغلب از مزایای تغذیه با شیر مادر آگاه هستند، اما ممکن است اعتماد به نفس کافی در توانایی خود برای شیردهی موفق را نداشته باشند. مادر، ممکن است درباره‌ی تغذیه با شیر مادر و کفایت تغذیه‌ای آن، دریافت کافی شیر، توانایی خود برای تولید شیر و رفع گرسنگی شیرخوار و این که آیا در صورت وجود بیماری زمینه‌ای توانایی شیر دادن را دارد، سؤالاتی داشته باشد. مادران شاغل ممکن است در مورد سر کار رفتن خود یا برآوردن نیازهای سایر اعضای خانواده و کودکان دیگر، نگران باشند. مشاوره‌ی قبل و بعد از زایمان جهت بحث درباره‌ی این موضوعات و افزایش مدت شیردهی است.

والدین ممکن است در مورد مصرف دارو توسط مادر و بیماری مادر و شیرخوار نیز سؤالاتی داشته باشند. در اغلب شرایط، مادر می‌تواند به شیردهی ادامه دهد.

شیر گاو، شیر بز و شیر خشک‌های کم آهن نباید در سال اول زندگی مصرف شود. مصرف شیر سویا، شیر بدون چربی، کم‌چرب (۱٪) و با چربی کاهش یافته (۲٪) در ۲ سال اول زندگی توصیه نمی‌شود. شیر خشک‌خوار را نباید برای تغذیه تنها گذاشت یا بطری شیر را در دهانش رها کرد. با این توصیه خطر خفگی، عفونت‌های گوش، پوسیدگی زودرس دندان در دوران کودکی، دریافت ناکافی و فرصت از دست رفته برای افزایش ارتباط والد - شیرخوار کم می‌شود.

عدم تحمل شیر خشک‌هایی که از شیر گاو تهیه شده‌اند با مدفوع شل، استفراغ، یا بالا آوردن تظاهر کرده و لازم است که به شیر خشک سویا تبدیل شود. شیر خشک سویا ممکن است برای رژیم غذایی گیاه خواری، کمبود گذرای لاکتاز و گالاکتوزمی توصیه شود. شیر خشک سویا برای شیرخوار نارس، اتروکولیت ناشی از پروتئین شیر گاو یا پیش‌گیری از کولیک یا آلرژی استفاده نمی‌شود.

دفعات و مقدار تغذیه: در ماه‌های اول زندگی، شیر مادرخواران معمولاً ۸ تا ۱۲ بار در ۲۴ ساعت (تقریباً هر ۲ تا ۳ ساعت) تغذیه می‌شوند. والدین، باید نشانه‌های گرسنگی را شناخته و به سرعت به آن‌ها پاسخ دهند. با رشد شیرخوار، دفعات تغذیه کم‌تر و حجم تغذیه بیش‌تر می‌شود. نشانه‌های سیری شامل برگرداندن سر دور از نوک پستان، به خواب رفتن و بیرون ریختن شیر است.

در نوزادان، نشانه‌های گرسنگی شامل برگرداندن سر، مکیدن و حرکات دست و در شیرخواران کوچک، بردن دست به دهان و مکیدن لب‌ها است. خندیدن، غان‌وغون کردن و نگاه کردن به والدین در زمان تغذیه، می‌تواند نشانه‌ی این باشد که شیرخوار، غذای بیش‌تری می‌خواهد. در شیرخواران بزرگ‌تر، نشانه‌های گرسنگی شامل گریه کردن، حرکات بازو و ساق پا، باز کردن دهان و حرکت به سمت جلو با نزدیک شدن قاشق و بردن غذا به سمت دهان است. گریه، از نشانه‌های دیررس است و معمولاً مانع خوردن است زیرا شیرخوار ناراحت شده و کم‌تر احتمال دارد که خوب بخورد.

شیرخوار، سیر شدن خود را با بهانه‌گیری و بدخلقی موقع تغذیه، آهسته کردن سرعت خوردن، برگرداندن سر، توقف مکیدن یا بیرون ریختن و امتناع از نوک پستان، نشان می‌دهد. سایر نشانه‌ها شامل امتناع از قاشق، قاشق را کنار زدن و بستن دهان با نزدیک شدن قاشق است. والدین، باید به نشانه‌های کلامی و غیرکلامی در زمان تغذیه توجه کرده و به آن‌ها پاسخ دهند. اگر غذا پس زده می‌شود، والدین به جای فشار به شیرخوار برای خوردن یا تمام کردن غذا، باید بعداً برای دوباره دادن آن تلاش کنند.

تغذیه‌ی تکمیلی شامل مصرف هر نوع غذا یا نوشیدنی دیگر در کنار شیر مادر یا شیر مصنوعی است. تغذیه‌ی تکمیلی باید از پایان ۶ ماهگی که شیرخوار از نظر تکاملی آماده است، شروع شود. در ۶ ماهگی دوم زندگی، غذای کمکی علاوه بر شیر و نه جایگزین آن داده می‌شود. در این زمان، والدین به راهنمایی‌های عملی نیاز دارند. آمادگی شیرخواران برای پذیرش غذای کمکی، متفاوت است. مشاوره با والدین در این زمان، برای کسب موفقیت در این تجربه‌ی جدید مؤثر است.

شروع تغذیه‌ی تکمیلی در زمانی که شیرخوار آماده است، این روند و مرحله‌ی بعد (شروع غذای سفره) را آسان‌تر می‌سازد. علائمی که آمادگی شیرخوار برای شروع غذای نیمه جامد (پوره) را نشان می‌دهد شامل از بین رفتن رفلکس تف کردن (Extrusion reflex) و بالا آوردن زبان برای حرکت پوره به سمت جلو و عقب در دهان است. در این مرحله، شیرخوار با کمک می‌نشیند و کنترل سر و گردن را به خوبی دارد. می‌تواند علاقه‌ی خود به غذا را با باز کردن دهان و خم شدن به جلو و هم چنین بی‌علاقگی یا سیری را با عقب رفتن و برگرداندن سر نشان دهد.

زمانی که شیرخوار می‌تواند خودش بنشیند و غذا را با کف دست می‌گیرد، زمان غلیظ‌تر کردن پوره‌ها و استفاده از غذای نرم و له شده است. هم چنین، می‌تواند از فنجان کوچک نیز بنوشد. زمانی که چهار دست و پا راه می‌رود و با کمک می‌ایستد می‌تواند از فک و زبان خود استفاده کرده و غذاها را له کند، با قاشق در زمان غذا خوردن بازی کند (اما نه برای این که خودش غذا بخورد) و یک فنجان را خودش در دست بگیرد. در این مرحله می‌تواند غذاهای له شده، نرم یا خرد شده با تکه‌های نرم و کوچک (مانند قطعات کوچک گوشت یا مرغ) را بخورد. در حدود ۷ تا ۹ ماهگی، شیرخوار یاد می‌گیرد اشیاء را داخل دهان ببرد و سعی می‌کند که خودش غذا بخورد. در این سن، شیرخوار می‌تواند اشیاء را بین انگشت شست و چهار انگشت دیگر گرفته و بردارد. هر غذایی که شیرخوار بتواند در دست گیرد، غذای انگشتی (Finger food) گفته می‌شود. غذاهایی مثل بیسکویت و نان که راحت حل می‌شوند، انتخاب خوبی هستند. اما، غذاهایی که خطر خفگی دارند مثل انگور، ذرت، هویج خام و مغزها نباید مصرف شود.

توصیه‌ی کلی آن است که اولین غذای جامد باید یک ماده داشته باشد و سپس هر ۳ تا ۵ روز یک ماده‌ی غذایی جدید به آن افزوده شود. پوره‌ی گوشت، آهن و مواد مغذی را تأمین می‌کند. پس از پذیرش غذاهای جدید توسط شیرخوار، والدین باید به تدریج سایر غذاهای پوره یا سبزی و میوه‌ی نرم را ۲ تا ۳ بار در روز مصرف کنند و اجازه دهند که شیرخوار خودش مقدار مصرف را تعیین کند. می‌توان موز یا سیب زمینی نرم شده داد. چون شیر مادرخواران از طریق شیر مادر در معرض طعم‌ها قرار می‌گیرند، تنوع غذایی نه فقط برای شیرخوار بلکه برای مادر نیز اهمیت دارد. مخلوط کردن غلات با شیر مادر و مصرف مکرر غذا، پذیرش شیرخوار را تسهیل می‌کند.

غذای مغذی و متعادل برای شیرخوار بزرگ‌تر شامل مقدار مناسب شیر و غذای کمکی است تا دریافت تمام مواد مغذی لازم برای رشد مناسب فراهم شود. در آخر سال اول زندگی، باید غذاهای سالم مانند میوه، سبزی، غلات و گوشت کم چربی در برنامه‌ی غذایی شیرخوار باشد. غذاهای پرکالری، چرب، شیرین و دارای مواد مغذی کم مانند نوشابه‌های شیرین، چیپس و پفک نباید مصرف شوند. مصرف آب میوه نباید بیش از ۱۲۰ تا ۱۸۰ میلی‌لیتر در روز برای سن ۶-۱ سال باشد. به علت این باور غلط که آب میوه، مغذی است والدین ممکن است ندانند که مصرف آن باید محدود شود.

به هر حال، آب میوه کالری و قند زیادی دارد. مصرف بیش از حد آن منجر به چاقی و اضافه‌وزن، اسهال و پوسیدگی زودرس دندان می‌شود.

برای برقرار شدن عادت به اندازه غذا خوردن، به شیرخوار باید اجازه داد که با اولین علائم بی‌علاقگی، دیگر غذا

نخورده و به او برای مصرف بیش‌تر، اصرار نشود. شیرخوار باید آزاد باشد تا بر حسب سیری و گرسنگی خود شیر و غذا بخورد. تغذیه با شیر مادر می‌تواند در برقراری عادت به اندازه خوردن کمک کند، زیرا شیر مادرخواران مقدار مصرف شیر را خودشان تعیین می‌کنند. والدینی که شیرخوارشان را با شیر مصنوعی تغذیه می‌کنند باید بدانند که هیچ‌گاه شیرخوار سیر را برای تمام کردن شیر، تشویق نکنند.

تغذیه با غذاهای مغذی و اجتناب از غذاهایی که کالری بدون مواد مغذی دارد، به عادت به اندازه خوردن کمک می‌کند. علاوه بر این، ثابت بودن زمان غذا و میان وعده و پرهیز از تغذیه‌ی ممتد در پیش‌گیری از اضافه وزن و کم وزنی مفید است.

مشکلات تغذیه‌ای

به والدین باید کمک کرد تا رفتارهای تغذیه‌ای طبیعی شیرخوار را از مشکلات تغذیه‌ای افتراق دهند.

حساسیت و آلرژی غذایی: نوعی از عدم تحمل غذا است که با نشانه‌هایی پس از هر بار مصرف غذا و واکنش ایمنولوژیک غیرطبیعی به آن غذا مشخص می‌شود.

نشانه‌هایی از قبیل بی‌قراری، بیش‌فعالی، ناراحتی گوارشی و آسم به آلرژی غذایی نسبت داده شده، اما آلرژی غذایی واقعی نادر است. حساسیت غذایی در ۲ تا ۸٪ شیرخواران و کودکان کم‌تر از ۳ سال روی می‌دهد. آلرژی غذایی منجر به نشانه‌های دستگاه گوارش (استفراغ، کرامپ یا اسهال)، پوست (اگزما یا کهیر) و دستگاه تنفس (آسم) شده یا واکنش آلرژیک ژنرالیزه‌ی تهدید کننده‌ی حیات (آنافیلاکسی) بروز می‌کند. بیش‌فعالی به عنوان تظاهر آلرژی غذایی در نظر گرفته نمی‌شود.

تقریباً ۲/۵٪ شیرخواران، واکنش آلرژیک به شیر گاو را در سه سال اول زندگی تجربه کرده و ۱/۵٪ واکنش به تخم‌مرغ و ۶٪ واکنش به بادام زمینی دارند. در کودکان کوچک، شایع‌ترین غذاهایی که موجب واکنش‌های آلرژیک می‌شوند عبارتند از: شیر گاو، تخم‌مرغ، بادام زمینی، سویا و گندم. شیرخوارانی که منحصراً با شیر مادر تغذیه می‌شوند ممکن است به این مواد یا سایر پروتئین‌های غذایی که از رژیم غذایی مادر به شیر مادر می‌رسند واکنش نشان دهند. شیرخوارانی که سابقه‌ی خانوادگی آلرژی دارند (برای مثال، والدین یا خواهر و برادر) از تغذیه با شیر مادر سود می‌برند.

رگورژیتاسیون، بالا آوردن و بیماری ریفلاکس گاستروازوفازیال: بالا آوردن و استفراغ، از نگرانی‌های شایع والدین است. شیرخواران در سال اول زندگی، به خصوص چند ماه اول، ۱ تا ۲ ساعت اول پس از تغذیه استفراغ می‌کنند. استفراغ به علت اپیزودهای کاهش تون اسفنکتر تحتانی مری و رسیدن محتویات معده به مری است. بیرون ریختن شیر اغلب به علت تند خوردن یا زیاد خوردن شیر، آروغ زدن یا شیوه‌ی نامناسب تغذیه است. تقریباً نیمی از شیرخواران کم‌تر از ۳ ماه، یک یا ۲ بار در روز، شیر بالا می‌آورند و بروز آن بین ۲ تا ۴ ماهگی به حداکثر می‌رسد. شیوع آن ممکن است مجدداً با شروع غذاهای جامد بیش‌تر شود. در اغلب موارد، در ۱۲ تا ۲۴ ماهگی بهبود می‌یابد.

بالا آوردن مکرر یا استفراغ قابل ملاحظه، ریفلاکس گاستروازوفازیال (GER) است که معمولاً برای شیرخوار ضرری ندارد. تظاهرات بالینی بیماری ریفلاکس گاستروازوفازیال (GERD) شامل استفراغ، اختلال در وزن‌گیری، ناراحتی واضح در حین شیر خوردن، ازوفازیت و اختلالات تنفسی است. در نوزادان، باید از استنوز پیلور افتراق داده شود.

شیرخواران به شرایط خوب و الگوهای مثبتی برای تغذیه نیاز دارند تا عادات تغذیه‌ای سالم و متنوع، تعادل و مصرف به اندازه را یاد بگیرند. در اوایل شیرخواری، والدین باید دادن پاسخ به نشانه‌های سیری یا گرسنگی شیرخوار را یاد بگیرند. تماس جسمی نزدیک در زمان تغذیه، تکامل هیجانی و اجتماعی سالم را تسهیل می‌کند.

در سال اول زندگی، تغذیه‌ی شیرخوار گرسنه احساس اعتماد از برآورده شدن نیازهایش را به او می‌دهد. برای تکامل مطلوب، نوزاد باید به محض بروز گرسنگی، تغذیه شود. هرچه اعتماد، بیش‌تر در شیرخوار شکل گیرد، می‌تواند به مدت طولانی‌تری برای تغذیه منتظر بماند.

رفتارهایی از قبیل تماس چشمی، دهان باز، برگشتن به سمت والدین یا حتی دور شدن از آن‌ها بنای اولین ارتباط بین شیرخوار و والدین را فراهم می‌کند. مشکلات زودرس تغذیه موجب هیجان قوی برای والدین شده و اعتماد به نفس و احساس توانمندی آن‌ها را تضعیف می‌کند. بنابراین، مشکلات فوق باید به موقع حل شود.

در یک ارتباط تغذیه‌ای سالم، مسئولیت، بین والدین و شیرخوار تقسیم شده است. والدین محیط تغذیه‌ای سالم، مناسب و پرورش‌دهنده‌ای را فراهم کرده و غذای سالم و مناسب در اختیار شیرخوار می‌گذارند و از سوی دیگر، شیرخوار تصمیم می‌گیرد که "چه زمانی" و "چه اندازه" بخورد. در یک ارتباط تغذیه‌ای سالم شیرخوار- والد، والد پاسخ‌گو به نشانه‌های سیری و گرسنگی به موقع و زود پاسخ می‌دهد؛ مهارت‌های تغذیه‌ای و توانایی تکاملی شیرخوار را می‌شناسد؛ علاوه بر کمک به شیرخوار، مستقل غذا خوردن او را نیز تشویق می‌کند؛ به شیرخوار اجازه می‌دهد تا تغذیه را شروع کرده و تعاملات تغذیه‌ای را هدایت کند.

ارتقای تغذیه‌ی سالم: اوایل کودکی - ۱ تا ۴ سالگی

تغذیه‌ی مناسب در اوایل کودکی موجب ارتقای رشد طبیعی می‌شود. انتخاب مقادیر مناسب غذا و غذاهای متنوع و فراهم کردن محیطی که امکان خود تنظیمی دریافت غذا را به کودک می‌دهد اهمیت دارد. کودکان، غذاهای جدید با طعم و مزه‌های متنوع مصرف می‌کنند.

سرعت وزن‌گیری پس از سال اول آهسته‌تر شده و در نتیجه، منجر به کاهش چشمگیر اشتها و دریافت غذا می‌شود. این کاهش دریافت با مصرف غذاهای پرکالری (مثل غذاهایی که آب کم‌تری دارد) جبران می‌گردد. پایش رشد، کودک امکان تشخیص اختلال رشد را مقدور می‌کند. رشد قدی به تشخیص سوء تغذیه‌ی مزمن و وزن به قد و BMI برای سن به تشخیص کم وزنی و اضافه وزن یا چاقی کمک می‌کند. اگر کودک ۲ صدک بالاتر یا پایین‌تر از ویزیت قبلی باشد باید از والدین درباره‌ی مقدار غذا، نوع غذای مصرف شده و دفعات تغذیه سؤال شود. به نیاز روزانه‌ی کلسیم باید دقت کرد که در کودکان ۱ تا ۳ سال، ۵۰۰ mg و در کودکان ۳ تا ۸ سال، ۸۰۰ mg در روز است.

نگرانی مهم تغذیه‌ی کودکان پیش‌دبستانی، خفگی یا آسپیره کردن غذا است. در این سن، نباید از بادام زمینی، آدامس، پاپ‌کورن، چیپس، برش‌های گرد سوسیس، قطعات هویج، انگور درسته، شیرینی سفت، قطعات بزرگ میوه یا سبزی خام و گوشت سفت استفاده شود.

برای کاهش خطر خفگی در کودک نوپا، باید در زمان تغذیه، او را نشانند. نباید، کودک در ماشین تغذیه شود زیرا اگر خفگی پیش آید، کنار کشیدن ماشین در ترافیک برای درآوردن غذا، مشکل است. به علاوه، برخلاف توصیه‌ی تغذیه‌ی

کودکان در مکان مناسب است.

مصرف سه وعده‌ی غذای اصلی با ۲ تا ۳ میان وعده در روز توصیه می‌شود. رژیم غذایی باید حاوی نوشیدنی‌ها و غذاهای مغذی از گروه‌های اصلی غذایی باشد و مصرف چربی‌های اشباع و ترانس، کلسترول، شکر اضافی و نمک، محدود شود. نیازهای تغذیه‌ای باید با مصرف انواعی از غذا که تأثیر مثبت بر سلامتی دارند، برآورده شود. مکمل ویتامین و مواد معدنی در کودکانی که مقادیر توصیه شده از غذاهای سالم را دریافت می‌کنند لازم نیست.

دوست داشتن فقط ۱ یا ۲ غذا و امتناع از بعضی از غذاها از رفتارهای طبیعی در کودکان کوچک است. در اغلب کودکان، این رفتارها قبل از سن مدرسه از بین می‌رود به شرط آن که والدین صبور بوده و به عرضه‌ی غذاهای جدید و آشنا ادامه دهند. کودکان پیش‌دبستانی می‌توانند در تهیه‌ی غذا همکاری نمایند که به پذیرش غذاهای جدید کمک می‌کند.

متأسفانه، بعضی از والدین و مراقبین، وقتی نوپا بیش از خوردن غذا به بررسی آن می‌پردازد، ناراحت و آشفتگی می‌شوند. این رفتار، نشانه‌ی کنجکاوی و استقلال اوایل کودکی و طبیعی است. باید، مجموعه‌ی متوازی از غذاهای مغذی در اختیار کودک قرار داد تا مقدار و نوع غذایی را که می‌خواهد انتخاب کند.

زمان صرف غذا فرصت خوبی برای تعامل والد - کودک است. در نوپایان، زمان تغذیه می‌تواند قبل از غذای خانواده و برای کودکان بزرگ‌تر و پیش‌دبستانی همراه با سایر افراد خانواده باشد. غذاهای انگشتی، توانمندی و اعتماد به نفس کودک را تقویت می‌کند. حتی وقتی والدین به کودک غذا می‌دهند باید یک قاشق نیز به کودک داده شود. نوپای ۱۲ تا ۱۵ ماهه را باید تشویق کرد که قاشق به دست گیرد. وقتی غذای کودک تمام شد، می‌توان به او اجازه داد تا میز را ترک کرده و در جایی که می‌توان بر او نظارت داشت، باشد تا والدین نیز غذای خود را تمام کنند.

ارتقای تغذیه‌ی سالم: اوایل کودکی - ۵ تا ۱۰ سالگی

برای دستیابی به رشد و تکامل طبیعی، کودکان به انواع غذاهای مغذی که کالری، پروتئین، کربوهیدرات، چربی، ویتامین و مواد مغذی کافی را فراهم سازد نیاز دارند. در این دوران، کودک سه وعده‌ی غذا و ۲ تا ۳ میان وعده در روز مصرف می‌کند. با افزایش توانایی کودک برای مستقل غذا خوردن، می‌تواند در برنامه‌ریزی غذایی و آماده کردن غذا کمک کرده و وظایفی را در ارتباط با زمان صرف غذا به عهده گیرد. انجام این کارها، کودک را قادر می‌کند تا با خانواده مشارکت داشته و اعتماد به نفس خود را تقویت کند.

در این دوران، رشد جسمی روند آهسته و ثابتی دارد. بررسی BMI برای سن، امکان مداخله‌ی زودرس برای پیش‌گیری از چاقی دوران کودکی را مقدور می‌سازد. به نظر می‌رسد که دریافت کلسیم در کودکان سن مدرسه‌ای کافی نیست. کلسیم، ماده‌ی مغذی مهمی برای استخوان است و در کودکانی که دریافت کافی کلسیم ندارند، بروز شکستگی بیش‌تر است. مصرف مقادیر زیاد آب میوه و نوشابه، نشانه‌ی دریافت ناکافی کلسیم است.

کودکان، نیاز به دریافت ۳ تا ۴ نوبت غذاهای غنی از کلسیم در روز دارند. اگر ۲۴۰ میلی‌لیتر شیر مصرف شود تقریباً ۳۰۰ mg کلسیم تأمین می‌شود. بنابراین توصیه می‌شود که والدین آب، شیر کم چرب و کم‌تر از ۱۸۰-۱۲۰ میلی‌لیتر آب میوه‌ی ۱۰۰٪ طبیعی در روز برای نوشیدن در اختیار کودک قرار دهند. نیاز روزانه‌ی کلسیم در کودکان ۴ تا ۸ سال، ۸۰۰ mg است. والدین و سایر اعضای خانواده مهم‌ترین تأثیر را بر رفتارهای تغذیه‌ای کودک و نگرش او به غذا دارند. والدین، باید

مطمئن باشند که غذاهای مغذی در دسترس است و تصمیم بگیرند که چه زمانی آن‌ها را در اختیار کودک بگذارند. اما، این کودکان هستند که تصمیم می‌گیرند به چه اندازه بخورند. در این دوران که کودکان ممکن است دندان‌هایشان را از دست دهند ممکن است جویدن بعضی از غذاها مانند گوشت برایشان مشکل باشد. باید غذاهایی به آن‌ها داده شود که خوردنشان راحت است.

خانواده، باید غذا را با یکدیگر و در محیط مطلوب و بدون تماشای تلویزیون میل کنند تا زمانی برای تعامل اجتماعی فراهم شود. شرکت در برنامه‌ی غذایی خانواده موجب دریافت مناسب انرژی، پروتئین، کلسیم و بسیاری از ریزمغذی‌ها شده و می‌تواند تکامل الگوهای تغذیه‌ای سالم را تقویت کند.

در اواسط کودکی، زمان صرف غذا اهمیت اجتماعی دارد و کودکان به طور افزایشده‌ای تحت تأثیر خارج از منزل مانند هم سن و سالان قرار می‌گیرند. هم چنین، ممکن است وعده‌هایی از غذا را خارج از منزل میل کنند و نوبت‌هایی از تغذیه‌ی آن‌ها با غذاهای غیر مغذی باشد.

جدول ۳-۴-۲- فعالیت‌های مناسب سن		
سن	مهارت‌های حرکتی تکامل یافته	فعالیت ورزشی مناسب
۵-۶ سال	دویدن، با شتاب رفتن، پریدن، لی‌لی کردن، جست و خیز کردن، پرت کردن، گرفتن، لگد زدن	✓ فعالیت‌هایی که جنبه‌ی تفریحی داشته و به جای رقابت، تکامل مهارت‌های حرکتی را در نظر دارد. ✓ فعالیت‌های ساده‌ای که به راهنمایی کمی نیاز دارد. ✓ فعالیت‌های تکراری که به مهارت‌های شناختی و حرکتی پیچیده نیاز ندارد (برای مثال دویدن، شنا کردن، پرت کردن و گرفتن توپ)
۷-۸ سال	دور پرت کردن یا به دقت پرت کردن	✓ فعالیت‌هایی که جنبه‌ی تفریحی داشته و به جای رقابت، تکامل مهارت‌های حرکتی را در نظر دارد. ✓ فعالیت‌هایی که دارای قوانین انعطاف‌پذیرند. ✓ فعالیت‌هایی که نیاز به راهنمایی کمی دارد. ✓ فعالیت‌هایی که به مهارت‌های شناختی و حرکتی پیچیده نیاز ندارد (مانند فوتبال)

جدول ۳-۴-۳- فعالیت‌های مناسب سن		
سن	مهارت‌های حرکتی تکامل یافته	فعالیت ورزشی مناسب
۵-۶ سال	دویدن، با شتاب رفتن، پریدن، لی‌لی کردن، جست و خیز کردن، پرت کردن، گرفتن، لگد زدن	✓ فعالیت‌هایی که جنبه‌ی تفریحی داشته و به جای رقابت، تکامل مهارت‌های حرکتی را در نظر دارد. ✓ فعالیت‌های ساده‌ای که به راهنمایی کمی نیاز دارد. ✓ فعالیت‌های تکراری که به مهارت‌های شناختی و حرکتی پیچیده نیاز ندارد (برای مثال دویدن، شنا کردن، پرت کردن و گرفتن توپ)
۷-۸ سال	دور پرت کردن یا به‌دقت پرت کردن	✓ فعالیت‌هایی که جنبه‌ی تفریحی داشته و به جای رقابت، تکامل مهارت‌های حرکتی را در نظر دارد. ✓ فعالیت‌هایی که دارای قوانین انعطاف‌پذیرند. ✓ فعالیت‌هایی که نیاز به راهنمایی کمی دارد. ✓ فعالیت‌هایی که به مهارت‌های شناختی و حرکتی پیچیده نیاز ندارد (مانند فوتبال)



بخش ۳ ارتقای سلامت



فصل ۵

ارتقای فعالیت جسمی

راهنمای جامع مراقبت‌های ادغام یافته
کودک سالم



فعالیت جسمی از اجزای ضروری شیوه‌ی زندگی صحیح است و باید از شیرخواری آغاز گردد. فعالیت جسمی منظم موجب افزایش توده‌ی بدون چربی بدن، عضله و قدرت استخوان شده و سلامت جسمی خوب را مقدور می‌سازد. از دیدگاه سلامت روانی نیز موجب افزایش اعتماد به نفس و توانایی یادگیری شده و به مواجهه با استرس در کودکان کمک می‌کند. فعالیت جسمی شدید مانند ورزش‌های هوازی معمولاً مفیدتر از فعالیت‌های جسمی با شدت کم‌تر است. خانواده، باید از اوایل کودکی بر فعالیت‌های جسمی تأکید کند.

حداقل ۶۰ دقیقه فعالیت جسمی متوسط تا شدید در اغلب روزهای هفته و ترجیحاً، هر روز توصیه می‌شود. این روزها، کودکان در محیط‌هایی زندگی می‌کنند که شانس بی‌حرکی رو به افزایش است. کودکان، با ماشین به مدرسه می‌روند؛ بعضی از مدارس، کلاس ورزش را کم یا حذف کرده‌اند و والدین نگران بازی کودکان خارج از منزل هستند. از طرفی تلویزیون، ویدئو و بازی‌های ویدئویی و کامپیوتر که در دسترس کودکان هستند موجب بی‌حرکی آن‌ها شده‌اند. رفتار بی‌حرک اصلی در کودکان پیش‌دبستانی، تماشای تلویزیون است. کودکان ۶ ساله یا کوچک‌تر، به‌طور متوسط ۲ ساعت از روز را جلوی تلویزیون می‌گذرانند. بنابراین، کاهش این زمان و تبدیل آن به زمان فعالیت جسمی اهمیت دارد.

ارتقای فعالیت جسمی: شیرخواری - تولد تا ۱۱ ماهگی

سال اول زندگی با تغییرات چشمگیری در مقدار و نوع فعالیت جسمی شیرخوار مشخص می‌شود. در هر ویزیت، باید درمورد مرحله تکاملی بعدی صحبت کرد تا والدین بتوانند برنامه‌ریزی برای فعالیت جسمی مناسب و بی‌خطر کودک داشته باشند (جدول ۳-۵-۱). لازم است که والدین و مراقبین کودک فعالیت جسمی ثابت، مناسب مرحله‌ی تکامل و زنده‌ای را برای او فراهم کنند. بدون تحرک جسمی کافی، شیرخوار، بیش‌تر، رفتارهای کم‌تحرک را انتخاب کرده و دیرتر از آن‌هایی که فعالیت‌های جسمی داشته‌اند غلت می‌زند، چهار دست و پا می‌رود یا راه می‌افتد.

قسمتی از روز شیرخوار باید با مراقبی بگذرد که فرصت فعالیت جسمی و بازی فعال را برای شیرخوار فراهم می‌کند. مراقبین کودک می‌توانند کمک کنند تا در زمین بازی، زمان خوابانیدن به شکم، و در حین تمام فعالیت‌های روزانه مثل تعویض پوشک، حمام کردن، لباس پوشاندن، نشان دادن، غلت زدن، بردن دست بالای سر، ایستادن و کمک به بالا آوردن پا برای جوراب پوشاندن فعال باشد. بعضی بازی‌ها مثل دالی بازی و قائم موشک می‌تواند حرکات فعال شیرخوار را تقویت کند. دادن آزادی به شیرخوار برای حرکت، او را تشویق به تجسس محیط اطراف و یادگیری درباره‌ی آن می‌کند. صندلی شیرخوار، فقط برای استفاده در زمان‌های مشخصی است و پس از آن، باید تحت نظر مراقب، آزاد باشد. در این سن، نباید برای آموزش از تلویزیون یا ویدئو استفاده کرد، بلکه بازی آرام مانند خواندن، صحبت کردن و آواز خواندن به درک کودک درمورد فعالیت جسمی و تعامل کمک می‌کند.

جدول ۳-۵-۱- راهنمای فعالیت جسمی برای شیرخواران

۱ شیرخوار، باید در محیط امنی قرار داده شود تا امکان فعالیت جسمی باشد و حرکت او به مدت طولانی محدود نشود.
۲ شیرخوار، باید در محیطی باشد که استانداردهای ایمنی در آن رعایت شده تا بتواند فعالیت‌هایی با عضلات بزرگ خود انجام دهد.

دلیل اصلی ارتقای فعالیت جسمی در این گروه، کمک به کودکان کوچک برای دستیابی به مهارت‌های حرکتی اصلی است. با افزایش سن، قدرت و انعطاف‌پذیری افزایش یافته و کودک، بهتر می‌تواند سر و گردن خود را کنترل کند. اغلب کودکان، اما نه همه‌ی آن‌ها می‌توانند مهارت‌های حرکتی را در یک توالی مشخص (راه رفتن، قدم رو کردن، با شتاب رفتن، لی‌لی کردن، دویدن، مانع را رد کردن و جست و خیز کردن) طی کنند. اغلب کودکان، مهارت‌های حرکتی ظریف و ارتباطات فضایی را در نوپایی و سنین پیش‌دبستانی کسب می‌کنند. هماهنگی چشم - دست و چشم - پا، تعادل و درک عمق در سنین پیش‌دبستانی به دست می‌آید. فعالیت جسمی، این مهارت‌ها را تقویت می‌کند و هر یک از این‌ها، از رویدادهای مهم تکامل کودک هستند. به علاوه، فعالیت جسمی موجب بهبود سلامت جسمی و ذهنی شده و تفریح کودک است.

شایع‌ترین شکل فعالیت جسمی در اوایل کودکی، بازی فعال است. بازی خارج از منزل مانند راه رفتن، دویدن و جست‌وجوی محیط خارج، فرصت مهمی برای فعالیت جسمی است. بازی‌های تعاملی با مراقب، امکان کسب مهارت‌های حرکتی ظریف را به گونه‌ای امن فراهم می‌کند. فعالیت جسمی موجب تکامل مطلوب استخوان می‌شود. نوجوانانی که در دوران پیش‌دبستانی فعالیت زیاد داشته‌اند، تجمع چربی در بدنشان کم‌تر است. بازی فعال و بازی تعاملی در سنین پایین، از اضافه وزن و چاقی دوران کودکی جلوگیری کرده و موجب افزایش اعتماد به نفس و کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب در اوایل کودکی می‌شود.

با رشد و تکامل کودک، مهارت‌های حرکتی افزایش یافته و فرصتی برای شرکت در فعالیت‌های جسمی متعدد فراهم می‌شود. در این دوران، والدین باید کودک را به فعالیت جسمی فعال، تشویق کرده و خود نیز با کودک همراه شوند (جدول ۳-۵-۲). احساس شکست، آشفتگی، رقابت، آزدگی و سخت‌گیری مانع از شرکت در فعالیت‌های ورزشی می‌شود. دریافت کافی مایع در طی فعالیت جسمی از دهیدراتاسیون پیش‌گیری می‌کند (جدول ۳-۵-۳). خطر کم آبی به گرما، رطوبت، شدت و مدت فعالیت، سطح بدن و تعریق بستگی دارد.

جدول ۳-۵-۲- فعالیت‌های مناسب سن		
سن	مهارت‌های حرکتی تکامل یافته	فعالیت ورزشی مناسب
۵-۶ سال	دویدن، با شتاب رفتن، پریدن، لی‌لی کردن، جست و خیز کردن، پرت کردن، گرفتن، لگد زدن	✓ فعالیت‌هایی که جنبه‌ی تفریحی داشته و به جای رقابت، تکامل مهارت‌های حرکتی را در نظر دارد. ✓ فعالیت‌های ساده‌ای که به راهنمایی کمی نیاز دارد. ✓ فعالیت‌های تکراری که به مهارت‌های شناختی و حرکتی پیچیده نیاز ندارد (برای مثال دویدن، شنا کردن، پرت کردن و گرفتن توپ)
۷-۸ سال	دور پرت کردن یا به دقت پرت کردن	✓ فعالیت‌هایی که جنبه‌ی تفریحی داشته و به جای رقابت، تکامل مهارت‌های حرکتی را در نظر دارد. ✓ فعالیت‌هایی که دارای قوانین انعطاف‌پذیرند. ✓ فعالیت‌هایی که نیاز به راهنمایی کمی دارد. ✓ فعالیت‌هایی که به مهارت‌های شناختی و حرکتی پیچیده نیاز ندارد (مانند فوتبال)

جدول ۳-۵-۳- دریافت مایع در طی فعالیت جسمی

✓ نوشابه‌های ورزشی معمولاً ۶ تا ۸٪ قند و الکترولیت نیز دارند. آنها، برای فعالیت‌های جسمی بیش‌تر از ۶۰ دقیقه مفید هستند. در فعالیت‌های جسمی کوتاه‌مدت، در نظر داشتن کالری این نوشابه‌ها مهم‌تر از جایگزینی مایع و الکترولیت توسط آنها است.

✓ در گرمای زیاد، بهتر است فعالیت‌های جسمی خارج از منزل در ساعات خنک‌تر روز (قبل از ۱۰ صبح و پس از ۶ بعد از ظهر) انجام شود.

برای پرهیز از دهیدراتاسیون باید:

- ✓ قبل از آن‌که احساس تشنگی به وجود آید، بنوشید؛ زیرا، کم‌آبی خفیف، قبل از بروز احساس تشنگی وجود دارد.
- ✓ قبل از، در طی و پس از فعالیت جسمی آب $15-20^{\circ}\text{C}$ بنوشید.
- ✓ ۱ تا ۲ ساعت قبل از فعالیت جسمی، ۱۲۰ تا ۲۴۰ میلی‌لیتر، آب بنوشید.
- ✓ در طی فعالیت جسمی که بیش از ۱ ساعت طول می‌کشد، هر ۱۵ تا ۲۰ دقیقه، ۱۲۰ تا ۲۴۰ میلی‌لیتر، بنوشید.

بخش ۳ ارتقای سلامت

فصل ۶

ارتقای سلامت دهان

راهنمای جامع مراقبت‌های ادغام یافته
کودک سالم

سلامت دهان برای سلامت کودک اهمیت دارد و طیف پیش‌گیری از بیماری و ترویج سلامت شامل پوسیدگی دندان، بهداشت اطراف دندان، قرارگیری (Alignment) و تکامل مناسب استخوان‌های صورت، فک و دندان، بیماری‌های دهان و تروما یا آسیب دهان و دندان را دربر می‌گیرد.

پوسیدگی دندان در دوران کودکی، بیماری عفونی قابل پیش‌گیری و قابل سرایتی است و به علت باکتری‌هایی (مثل استرپتوکوک موتانس یا استرپتوکوک Sobrinus) ایجاد می‌شود که پلاکی را در سطح دندان تشکیل می‌دهند. باکتری، قند موجود در غذا یا نوشیدنی‌ها را به اسیدی تبدیل می‌کند که مینای دندان را حل کرده و موجب پوسیدگی می‌شود. پوسیدگی دندان، شایع‌ترین بیماری مزمن کودکان است که ۵ برابر آسم روی می‌دهد. اگر درمان نشود، درد و عفونت ناشی از آن موجب اشکال در غذا خوردن، صحبت کردن و یادگیری می‌شود. چهل درصد کودکان در زمان ورود به مهدکودک دچار پوسیدگی دندان هستند و بسیاری از ساعات مدرسه در سال، به علت مشکلات دندان که ناشی از پوسیدگی است از دست می‌رود.

در خانواده‌هایی با درآمد کم و متوسط احتمال پوسیدگی دندان، بیش‌تر است. آموزش کودک و خانواده درباره‌ی سلامت دهان، رژیم غذایی سالم و برنامه‌های غذایی، تماس مطلوب با فلوراید و ارجاع به موقع به دندان‌پزشک اهمیت دارد. مراقبین بهداشتی همیشه باید توجه کنند که تشخیص افتراقی ترومای دهان، صدمه‌ی عمدی است.

اولین معاینه‌ی دندان‌پزشکی در ۱ سالگی توصیه می‌شود. این معاینه، برای پیش‌گیری به موقع است و هزینه‌ها و بیماری‌های دندان را کم می‌کند. برای مثال در بررسی Savage و همکاران، هزینه‌ها برای کودکانی که ویزیت دندان آن‌ها بین ۱ تا ۲ سالگی شروع شده بود، تقریباً ۶۰٪ هزینه‌ی کودکانی بود که ویزیت آن‌ها بین ۴ تا ۵ سالگی آغاز شده بود. آموزش سلامت دهان/ مشاوره، اقدامات مداخله‌ی زودرس و پیش‌گیری و درمان از جمله درمان اطراف دندان، اقدامات ارتودنسی، تروما و سایر بیماری‌ها نیز انجام می‌شود.

مکمل فلوراید: فلوراید در پیش‌گیری و کنترل پوسیدگی، نقش کلیدی دارد. فلوراید از دست دادن مواد معدنی از مینای دندان (دمینرالیزاسیون) را کم کرده و موجب افزایش جایگزینی این مواد (رمینرالیزاسیون) در مینای دندان که به وسیله‌ی اسید تولید شده از باکتری‌ها در پلاک، تخریب شده، می‌گردد. تماس مکرر و منظم با مقادیر کم فلوراید بهترین راه محافظت دندان بر علیه پوسیدگی است. این کار، با نوشیدن آب حاوی فلوراید و مسواک زدن با خمیر دندان حاوی فلوراید دوبار در روز مقدور است. مکمل فلوراید در ۶ ماه اول زندگی لازم نیست. از ۶ ماهگی، باید آب فلوریده‌ی اجتماع یا مکمل، به شکل قطره یا قرص جویدنی مصرف شود. راه دیگر مصرف بطری‌های آب حاوی فلوراید است. بر اساس تحقیقات، تأثیر پیش‌گیری از پوسیدگی فلوراید به علت تماس موضعی با مینای دندان و عمل ضد باکتریال آن است. بنابراین، شکل‌های موضعی (مثل ژل غلیظ شده‌ی فلوراید، کف و براق کننده)، به عنوان راهکاری برای کودکانی که در معرض خطر پوسیدگی دندان هستند به کار می‌رود.

حتی در مواردی که اندیکاسیون دارد، فلوراید اضافی باید در کودکان کم‌تر از ۶ سال جهت کاهش خطر فلوروز (Fluorosis) یا تماس بیش از حد با فلوراید، با احتیاط مصرف شود. فلوروز می‌تواند ناشی از مصرف بیش از حد خمیردندان حاوی فلوراید، نوشیدن آبی که بیش از مقدار توصیه شده فلوراید دارد و مصرف مکمل فلوراید وقتی نیاز نیست، روی دهد. برای پیش‌گیری، آب باید از نظر میزان فلوراید بررسی شده و سپس مصرف فلوراید به والدین توصیه گردد.

گرچه رشد دندان‌ها تا اواسط این مرحله‌ی تکاملی روی نمی‌دهد، اما سلامت دهان در این دوران نیز اهمیت دارد زیرا، خطر بالقوه‌ی پوسیدگی در سال اول زندگی وجود دارد.

پاکیزگی دهان و برنامه‌های غذایی

حتی قبل از تولد نوزاد، والدین و مراقبین باید مطمئن باشند که دهان آن‌ها سالم است تا خطر انتقال باکتری‌های مضر مولد پوسیدگی از بزاق آن‌ها به دهان نوزاد کاهش یابد. مراقب بهداشتی باید موارد زیر را به والدین توصیه کند:

- رعایت پاکیزگی دهان و مراقبت دندان‌پزشکی؛
- عدم استفاده از قاشق، فنجان، ظرف یا مسواک مشترک با شیرخوار؛
- مصرف آدامس‌های Xylitol که می‌تواند تأثیر مثبتی بر سلامت دهان با کاهش حجم باکتری در دهان فرد بزرگسال داشته باشد.
- رویش اولین دندان در در ماه‌های متفاوت سال اول زندگی است. شیرخوار به محض رویش اولین دندان، مستعد پوسیدگی است زیرا باکتری‌ها در دهانش هستند و تماس طولانی‌مدت با کربوهیدرات نیز وجود دارد. نواحی سفید گچ مانند روی دندان، اولین علامت پوسیدگی آن هستند. پاکیزگی ناکافی دهان و برنامه‌های تغذیه‌ای نامناسب که دندان را به مدت طولانی در معرض قند قرار می‌دهند، موجب پوسیدگی اوایل دوران کودکی می‌شوند. موارد زیر را باید جهت پاک کردن دندان و برداشتن پلاک به والدین توصیه کرد:
- کاهش تماس با قندها در دهان شیرخوار،
- پرهیز از دادن مکرر غذا که موجب پوسیدگی زودرس دندان می‌شود،
- در آغوش نگه داشتن شیرخوار در زمان تغذیه،
- هرگز بطری شیر را در داخل دهان کودک رها نکنند،
- هرگز اجازه ندهند با بطری به خواب رود که دارای شیر، آب میوه یا مایع شیرین دیگری است،
- هرگز پستانک را شیرین نکنند و
- با رویش دندان دو بار در روز مسواک بزنند. در کودکان کم‌تر از ۲ سال، دندان باید دو بار در روز (پس از صبحانه و قبل از خواب)، با آب ساده مسواک زده شود.

ارزیابی خطر سلامت دهان (Oral Health Risk Assessment)

این ارزیابی، شامل پرسش از والدین درباره‌ی پاکیزگی دهان والدین و کودک و مشاهده‌ی دهان کودک برای ارزیابی خطر پوسیدگی است (جدول ۳-۶-۱). این ارزیابی، امکان ارجاع کودکی که در معرض خطر مشکلات سلامت دهان است را فراهم می‌کند.

جدول ۳-۶-۱- ارزیابی خطر سلامت دهان در کودکان

از ۶ ماهگی توصیه می‌شود. اگر شیرخوار در یکی از گروه‌های خطر زیر باشد ممکن است به مراقبت چشم‌گیر و جراحی تهاجمی نیاز باشد. بنابراین، حتی در ۶ ماهگی و نه دیرتر از ۶ ماه، پس از رویش اولین دندان یا ۱۲ ماهگی (هرکدام که زودتر است) باید به دندان‌پزشک ارجاع شود.

- کودکان دارای نیازهای مراقبتی بهداشتی خاص،
- کودکان مادرانی که میزان پوسیدگی در آن‌ها زیاد است،
- کودکان دارای پوسیدگی، پلاک، دمنرالیزاسیون و یا لکه (Staining)،
- کودکانی که با بطری شیر می‌خوابند یا در تمام شب با شیر مادر تغذیه می‌شوند و
- کودکان خانواده‌هایی با وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین.

ارتقای سلامت دهان: اوایل کودکی ۱ تا ۴ سالگی

اولویت‌های سلامت دهان در این مرحله‌ی تکاملی مشابه شیرخواری است و شامل پیش‌گیری از پوسیدگی و ایجاد عادات سالم سلامت دهان می‌باشد. در این دوران، عادات غذایی مثبت در رابطه با غذاهای جدید و طعم‌ها شکل می‌گیرد.

پاکیزگی دهان، فلوراید و برنامه‌های غذایی

آموزش موارد زیر به خانواده و مراقبین برای کاهش انتقال باکتری از آن‌ها به کودک توصیه می‌شود:

- رعایت پاکیزگی دهان و مراقبت دندان‌پزشکی؛
- عدم استفاده از قاشق، فنجان، ظرف یا مسواک مشترک با شیرخوار و
- مصرف آدامس‌های Xylitol که می‌تواند تأثیر مثبتی بر سلامت دهان با کاهش حجم باکتری در دهان فرد بزرگسال داشته باشد. هم چنین، پاک نگه داشتن دندان‌های کودک و مصرف کافی فلوراید توصیه می‌شود.
- به محض رویش دندان، روزی ۲ بار دندان کودک را مسواک بزنید. در کودکان پیش‌دستانی، این کار باید توسط فرد بزرگسالی انجام شود. زمانی که والدین احساس کردند کودک می‌تواند این کار را به خوبی انجام دهد به تدریج به او اجازه دهند تا استقلال یابد.
- در کودکان کم‌تر از ۲ سال، پس از صبحانه و قبل از خواب، دندان‌ها را با آب ساده مسواک بزنید مگر آن که به علت خطر زیاد پوسیدگی دندان، مصرف خمیر دندان حاوی فلوراید توسط دندان‌پزشک توصیه شود.
- برای کودکان ۲ ساله و بزرگ‌تر، دندان را با خمیر دندان حاوی فلوراید به اندازه‌ی یک نخود دو بار در روز پس از صبحانه و قبل از خواب مسواک بزنید. کودک، بهتر است که پس از مسواک زدن، خمیردندان را از دهان بیرون بریزد اما دهانش را با آب نشوید. مقدار کمی از خمیردندان که در دهان باقی می‌ماند از پوسیدگی دندان پیش‌گیری می‌کند. در صورتی که توسط دندان‌پزشک توصیه شود، می‌توانند از نخ دندان نیز استفاده کنند.
- مطمئن باشید کودک آب حاوی فلوراید یا مکمل فلوراید تجویز شده را مصرف می‌کند.

اوایل کودکی زمانی است که کودک در معرض تجارب تغذیه‌ای، شکل و طعم جدید غذا قرار می‌گیرد. به همین جهت، فرصت مهمی برای ایجاد الگوهای تغذیه‌ای سالم برای کودک و خانواده است. تأکید بر مصرف میوه، سبزی، غلات کامل، گوشت کم چرب و محصولات لبنی و کاهش مصرف غذاها و مایعات شیرین توصیه می‌شود.

ارزیابی خطر سلامت دهان

پس از ۱۲ ماهگی، کودک باید هر ۶ ماه یا براساس برنامه‌ی توصیه شده توسط دندان‌پزشک بر مبنای نیاز کودک و استعداد ابتلا به بیماری ویزیت شود. مراقبین بهداشتی باید استفاده از ابزار ارزیابی خطر پوسیدگی دندان (CAT) که از ۱ سالگی شروع می‌شود را قسمتی از ارزیابی خطر سلامت دهان قرار دهند (جدول ۱-۲-۲۰).

سایر موضوعات مربوط به سلامت دهان

مکیدن انگشتان اغلب یک نیاز هیجانی را برآورده می‌سازد اما می‌تواند موجب ناهنجاری اکلوزیون (Malocclusion) از جمله Anterior open bite (دندان بالا، دندان پایین را نمی‌پوشاند) و Excess overjet (دندان بالا، در مقایسه با دندان پایین به سمت جلو آمده است) شود. شدت، مدت و نوع عادت مکیدن بر نتیجه‌ی زیان‌باری که روی می‌دهد، تأثیر دارد. تشویق مثبت شامل دادن جایزه با استفاده از یادآور، مؤثرترین راه کنار گذاشتن مکیدن انگشتان است.

ارتقای سلامت دهان: اواسط کودکی - ۵ تا ۱۰ سالگی

در اوایل این دوران، کودک، اولین دندان خود را از دست داده و اولین دندان دائمی‌اش (دندان نیش فک فوقانی و فک تحتانی و اولین آسیا) شروع به رویش می‌کند. در اواخر این دوران، اغلب دندان‌های دائمی رویده‌اند. برای کودک، این‌ها علائم هیجان‌آوری از بزرگ شدن هستند. در این دوران، والدین و مراقبین باید سلامت دهان، تماس مطلوب با فلوراید و عادات غذایی مثبت را تقویت کنند.

شرح حال و معاینه‌ی فیزیکی مراقب بهداشتی باید شامل سلامت دهان نیز باشد. معاینه‌ی دندان‌پزشکی هر ۶ ماه یا برحسب برنامه‌ی توصیه شده توسط دندان‌پزشک بر حسب نیاز کودک و استعداد ابتلا به بیماری انجام می‌شود. با رویش دندان‌های آسیای دائمی، دندان‌پزشک، کودک را از نظر نیاز به شیارپوش (Sealants) که دندان‌ها را از پوسیدگی محافظت می‌کند ارزیابی می‌نماید.

مباحث اصلی سلامت دهان در این مرحله‌ی تکاملی شامل پیش‌گیری از پوسیدگی و ژنژیویت و تکامل مناسب دهان و فک است. کاهش خطر آسیب یا ضربه به دهان و دندان‌ها و اجتناب از رفتارهای پرخطری که تأثیر منفی بر سلامت دهان دارند، مهم هستند.

پاکیزگی دهان، فلوراید و اقدامات تغذیه‌ای

باید به والدین آموزش داد که به راه‌های زیر به کودک خود برای تمیز نگه داشتن دندان‌ها و برداشتن پلاک‌ها کمک کنند:

■ کمک به کودک و نظارت بر مسواک زدن دندان‌ها حداقل ۲ بار در روز و استفاده از نخ دندان اگر توسط دندان‌پزشک یا مراقبین بهداشتی توصیه شود؛

■ استفاده از خمیر دندان حاوی فلوراید به اندازه‌ی نخود برای پاک کردن دندان‌ها؛ کودک باید پس از مسواک زدن خمیر دندان را تف کرده و دهان را با آب نشوید. مقدار کم خمیر دندان که می‌ماند از پوسیدگی دندان پیش‌گیری می‌کند.

■ اطمینان از مصرف آب حاوی فلوراید یا مصرف مکمل فلوراید در صورتی که تجویز شده است.

با شروع مدرسه، کودک در معرض عادات تغذیه‌ای و غذاهایی قرار می‌گیرد که خطر پوسیدگی دندان را زیاد می‌کنند. تبلیغات تلویزیون نیز در این میان نقش مهمی برعهده دارد اگرچه، بیش‌ترین تأثیر را والدین خواهند داشت. بنابراین، باید غذاهای مغذی در اختیار کودکان قرار دهند و به الگوهای تغذیه‌ای سالم تأکید کنند.

سایر موضوعات سلامت دهان

بعضی از اوقات، عادت مکیدن انگشتان یا چیز دیگر تا این دوران باقی می‌ماند. با رویش دندان دائمی، این عادات باید متوقف شوند. با رشد کودک، دهان رشد کرده و کودک باید توسط دندان‌پزشک از نظر ناهنجاری اکلوزیون ویزیت شود.

هم‌زمان با بازی کودک، خطر آسیب دهان افزایش می‌یابد. کودک و والدین باید بدانند در شرایط اورژانس به‌خصوص، جابه‌جایی یا شکستگی دندان باید چه کاری انجام دهند. در این موارد، باید کودک را فوراً به دندان‌پزشک ارجاع نمود.

محافظ دهان که در طی فعالیت‌های ورزشی استفاده می‌شود از شدت تروما به دندان می‌کاهد زیرا نیروی ضربه را در تمام دندان‌ها و فک منتشر می‌کند.



بخش ۳ ارتقای سلامت



فصل ۷

ارتقای ایمنی و پیشگیری از آسیب‌ها

راهنمای جامع مراقبت‌های ادغام یافته
کودک سالم



برای تأمین سلامت کودک از شیرخواری به بعد، مشارکت والدین و سایر افرادی که در مراقبت و پرورش او نقش دارند و همچنین، خود کودکان اهمیت دارد. مراقبین بهداشتی، اهمیت مشاوره‌ی سلامت و پیش‌گیری از آسیب‌ها را، راهی برای کمک به آموزش و ایجاد انگیزه در والدین برای سالم بودن کودک می‌دانند. حفظ سلامت و پیش‌گیری از آسیب‌ها در شیرخواران و کودکان در دو گروه کلی طبقه‌بندی می‌شود:

۱- آسیب‌های تصادفی که علت اصلی مرگ و میر و ابتلا در کودکان بزرگ‌تر از یک سال است و شامل تصادف با وسایل نقلیه‌ی موتوری، سقوط، سوختگی، آتش‌سوزی، ورزش و... است. این آسیب‌ها، بار مالی، هیجانی و اجتماعی بر کودک، خانواده و اجتماع تحمیل می‌کند. این‌ها، قابل پیش‌بینی و پیش‌گویی هستند. کودکان کوچک، پسرها، نوجوانان و کودکان در معرض خطر بیش‌تر می‌باشند.

۲- آسیب‌های عمدی، ناشی از رفتارهایی هستند که فرد یا دیگران را در معرض خطر قرار می‌دهند. ارتباط تماس زودرس کودک با خشونت و رفتارهای خشن بعدی در کودک به اثبات رسیده است. بنابراین، پیش‌گیری از خشم و تمام انواع آن از شیرخواری شروع می‌شود. برای راهنمایی و مشاوره‌ی مناسب، مراقبین بهداشتی باید به احتمال خشونت در خانواده و تأثیر محیط خشن بر کودک توجه کنند.

راهنمایی‌ها و راهکارهای ایمنی و پیش‌گیری از آسیب‌ها با سه مورد زیر در ارتباط است:

۱- تکامل و سن کودک،

۲- محیطی که در آن ایمنی ایجاد می‌شود یا صدمه روی می‌دهد و

۳- شرایط پیرامون حادثه.

برای ارتقای ایمنی باید ارزیابی راهکارهای فعلی والدین و کودک، تشویق رفتارهای مثبت، راهنمایی درباره‌ی خطرات بالقوه و توصیه به شرکت در برنامه‌های اجتماعی برای تأمین ایمنی توسط مراقبین بهداشتی انجام شود.

تکامل و ایمنی کودک

ارتقای ایمنی و پیش‌گیری از آسیب‌ها باید یکی از موارد اولویت والدین برای کودکان از دوران شیرخواری تا نوجوانی باشد. ایمنی در شیرخواری به محیط شیرخوار و تعاملات با والدین بستگی دارد. والدین باید محیط را طوری تغییر دهند که از خفگی، آسیب ناشی از وسایل نقلیه‌ی موتوری، سقوط، سوختگی و... پیش‌گیری شود. هم‌زمان با استقلال طلبی و راه افتادن کودک، باید تدابیر جدیدی به کار رود. والدین کودک کوچک اغلب سطح تکامل حرکتی کودک (برای مثال، سن توانایی بلند شدن) و مهارت‌های شناختی و حسی (مانند ارزیابی سرعت ماشینی که به سمت آن‌ها حرکت می‌کند) را درست ارزیابی نمی‌کنند. مشاوره، جهت پیش‌گیری از آسیب‌ها و بحث در مورد تکامل و رفتار با خانواده می‌تواند روش مؤثری برای این اطلاع‌رسانی مهم باشد.

مشاوره‌ی ایمنی و پیش‌گیری از آسیب‌ها

راهنمایی پیش‌گیری از آسیب‌ها، جزء مهمی از مراقبت پزشکی در تمام کودکان است. این مشاوره، به سن و تکامل کودک ارتباط دارد. مطالعات، تأثیر مثبت این مشاوره‌ها را نشان داده است. بر اساس مطالعات انجام شده مشاوره، موجب افزایش آگاهی، بهبود رفتارهای ایمنی و کاهش تعداد آسیب‌ها از جمله با وسایل نقلیه‌ی موتوری و غیر موتوری می‌شود. به خصوص، راهنمایی مواردی از جمله استفاده از صندلی ماشین، بستن کمربند ایمنی و تنظیم درجه‌ی حرارت آب گرم منزل بسیار مؤثر بوده است.

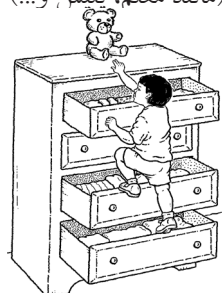
ارتقای ایمنی و پیش‌گیری از آسیب‌ها: شیرخواری - تولد تا ۱۱ ماهگی

تهیه‌ی صندلی ماشین و گهواره‌ای که استانداردهای تأیید شده‌ی ایمنی را داشته باشد توصیه می‌شود. آگاهی کامل از مهارت‌های تکاملی و مراقبت‌ها و مداخلات لازم برای ارتقای ایمنی شیرخوار ضروری است. اغلب والدین مهارت‌های حرکتی شیرخوار را کم‌تر و مهارت‌های شناختی و قضاوت وی را بیش‌تر از میزان واقعی ارزیابی می‌کنند. باید، زمان صحیح تکامل این مهارت‌ها را به والدین آموزش داد، تا بیش‌تر توجه کنند.

اگرچه خفگی و آسیب وسایل نقلیه‌ی موتوری شایع‌ترین علل آسیب تصادفی و مرگ در این گروه سنی است، اما خود شیرخوار نیز در معرض خطرات دیگری از جمله سقوط، آتش‌سوزی، سوختگی، مسمومیت، خفگی و غرق‌شدگی است. هر یک از این موارد، قابل پیش‌گیری هستند و مشاوره‌ی مناسب جهت اطلاع‌رسانی به والدین و راهکارهایی برای کاهش احتمال وقوع این آسیب‌ها توصیه می‌شود. شیرخواران آسیب‌پذیر مانند آن‌هایی که مادر معتاد دارند، در معرض دود سیگار هستند، سوء تغذیه دارند، مراقب مناسب ندارند یا مورد غفلت قرار گرفته‌اند، در معرض خطر بیش‌تر ابتلا به مرگ و میر می‌باشند. ایجاد رفتارهای خوب از دوران شیرخواری شروع می‌شود و باید والدین را به اهمیت رفتارهایشان، به عنوان الگویی برای شیرخوار آگاه کرد. سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار (SIDS) علت مهم مرگ در شیرخواران پس از دوران نوزادی است. این خطر با خوابانیدن شیرخوار به پشت و در اتاق والدین (نه در تخت والدین) کاهش می‌یابد.

ارتقای ایمنی و پیش‌گیری از آسیب‌ها: اوایل کودکی - ۱ تا ۴ سالگی

کودکان کوچک، به خصوص مستعد آسیب‌های قابل پیش‌گیری هستند زیرا، توانایی جسمی کودکان بیش‌از ظرفیت آن‌ها برای درک عواقب کارهایشان است. کودکان، بیش از اندازه تقلید می‌کنند اما درک ایشان از علت و معلول به اندازه‌ی توانایی حرکتی آن‌ها تکامل نیافته است. به تدریج، بین ۱ تا ۴ سالگی، کودکان درباره‌ی خودشان احساس شخصی که می‌تواند چیزهایی را که روی می‌دهد انجام دهد پیدا می‌کنند. اما، در این سن، کودکان خردسال می‌توانند فقط قسمتی از کار خود را ببینند. کودک ۲ ساله‌ای که تویش وسط خیابان افتاده، فقط به برگرداندن توپ فکر می‌کند نه به خطر تصادف با یک ماشین. مراقبین کودکان خردسال، باید پیوسته بر آن‌ها نظارت داشته باشند. والدین و مراقبین باید از وجود خطرات بالقوه در منزل آگاه باشند و محیط امنی فراهم کنند تا کودک بتواند به جست‌وجو در محیط خویش بپردازد. والدین، می‌توانند از سنین کودکی به کودکشان درباره‌ی ایمنی شخصی آموزش دهند. باید، کودک بدانند که در مواقع خطر یا بروز حادثه به چه کسانی (مانند معلم، پلیس، و...) مراجعه کرده و کمک بخواهد. کودک ۱ تا ۴ ساله نمی‌داند و درک نمی‌کند که کار او، چه عواقب زیان‌باری برای خودش یا دیگران به دنبال خواهد داشت و بنابراین، راهنمایی والدین برای پیش‌گیری از رفتارهای پرخطر ضروری است. مطالعات نشان داده که تهاجم در ۱۷ ماهگی به اوج خود می‌رسد و اغلب کودکان، با راهنمایی بالغین یاد می‌گیرند که چگونه آن را قبل از سن مدرسه تعدیل کنند.



ارتقای ایمنی و پیش‌گیری از آسیب‌ها: اواسط کودکی - ۵ تا ۱۰ سالگی

اواسط کودکی، زمان رشد و تکامل جسمی و ذهنی است که کودکان مستقل‌تر می‌شوند. کنترل و نظارت والدین از اوایل کودکی تغییر می‌کند. با رفتن به مدرسه، کودک در فعالیت‌های خارج از منزل شرکت کرده، مشغول فعالیت‌های اجتماعی و جسمی خطرناک‌تر و پیچیده‌تر می‌گردد و با کودکان و بزرگسالانی که اعضای خانواده‌اش نیستند، مواجه می‌شود. بنابراین، لازم است که قضاوت خوب و مهارت‌های دیگری برای عملکرد ایمنی در محیط را کسب کنند. ارتقای ایمنی و پیش‌گیری از آسیب‌ها از جنبه‌های مهم آموزشی کودک هستند. پیش‌گیری یا کاهش خشونت نیز از جنبه‌های مهم این سال‌ها به خصوص در آن‌هایی که در خانواده‌ها یا اجتماعات توأم با خشونت زندگی می‌کنند است. در این دوران، برنامه‌های تلویزیونی نیز تأثیرات مهمی دارد. مراقبین بهداشتی باید والدین را تشویق کنند تا فعالیت‌های کودک، دوستان و کارهای روزانه‌اش را بدانند. ارتباط خوب میان والد و کودک برای ارتقای ایمنی ضرورت دارد. والدین باید محافظ کودک باشند اما نباید ترس بیش از حد داشته یا فعالیت، آزادی و استقلال او را محدود سازند. تأمین محیط ایمن و نظارت مناسب برای کودکانی که در منزل تنها می‌مانند لازم است. والدین باید مطمئن باشند که کودک اطلاعات منزل از جمله آدرس، شماره‌ی تلفن، کلید منزل و فردی که در موارد ضروری بتواند با او تماس بگیرد را می‌داند. فعالیت‌های جسمی بخش مهمی از زندگی در این گروه سنی را تشکیل می‌دهند. شرکت در تیم و ورزش‌های انفرادی، زمان قابل ملاحظه‌ای را تشکیل می‌دهد. کودکان باید قوانین ایمنی برای محافظت خودشان و دیگران را یاد بگیرند. والدین نیز باید خودشان الگوی رفتارهای ایمنی باشند مانند بستن کمربند و استفاده از کلاه ایمنی در زمان دوچرخه سواری. کودکان، باید از قوانین ایمنی در مورد دوچرخه سواری، اسکیت و اسکی و سایر فعالیت‌های مشابه تبعیت کنند.

The page features a minimalist design with two overlapping rounded rectangles: a light gray one in the background and a bright orange one in the foreground. A vertical dotted line of orange dots runs through the top of the orange rectangle, and another vertical dotted line of gray dots runs through the bottom of the gray rectangle. The word 'منابع' is centered in the orange rectangle, with a short dotted line above it.

منابع

راهنمای جامع مراقبت‌های ادغام یافته
کودک سالم

References:

1. Shahshahani S, Vameghi R, Azari N, et al. Validity and Reliability Determination of Denver Developmental Screening Test-II in 6-0 year-olds in Tehran. *Iranian Journal of Pediatrics* 322-313 :(3)20 ;2010.
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The prenatal visit. *Pediatrics* 1458-107:1456 ;2001.
3. National Society of Genetic Counselors. Your Family History—Your Future. Available at: <http://www.nsgc.org/consumer/family tree/>. Accessed May 2007 ,22.
4. American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn. Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics* 1436-113:1434 ;2004.
5. Braveman P, Egerter S, Pearl M, et al. Problems associated with early discharge of newborn infants. Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature. *Pediatrics* 726-96:716 ;1995.
6. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care. 5th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; and Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2002.
7. Kaplan M, Hammerman C. Glucose-6-phosphate dehydrogenase-deficient neonates: a potential cause for concern in North America. *Pediatrics* 1479-106:1478 ;2000
8. Galbraith AA, Egerter SA, Marchi KS, et al. Newborn early discharge revisited: are California newborns receiving recommended postnatal services? *Pediatrics* 371-111:364 ;2003.
9. Maisels J, Kring E. Early discharge from the newborn nursery: effect on scheduling of follow-up visits by pediatricians. *Pediatrics* 74-100:72 ;1997.
10. Gardner HG, and American Academy of Pediatrics, Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Office-based counseling for unintentional injury prevention. *Pediatrics* 206-119:202 ;2007.
11. Rickert VI, Johnson CM. Reducing nocturnal awakening and crying episodes in infants and young children: a comparison between scheduled awakening and systematic ignoring. *Pediatrics* 212-81:203 ;1988.
12. Farhat AS, Parizadeh MJ, Balali M, Khademi GR. Comparison of blood lead level in 7-1 year old children with and without seizure. *Neurosciences* 212-210 :(3) 10 ;2005.
13. Farhat AS, Parizadeh MJ, Balali M, Khademi GR. Blood lead concentrations in one- to seven-year-old children in Mashhad, Iran. *Clinical Toxicology* 813-812 :45 ;2007.
14. American Academy of Pediatrics. Committee on Genetics. Issues in newborn screening (RE9243). *Pediatrics* 9-89:345 ;1992.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States, 1998, April 3. *MMWR* 47(No. RR3-)
16. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. *Pediatric Nutrition Handbook* (4th ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1998.
17. Centers for Disease Control and Prevention. *Screening Young Children for Lead Poisoning: Guidance for State and Local Public Health Officials*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 1997.

18. American Academy of Pediatrics. Screening for elevated blood lead levels. *Pediatrics* –1072:(6)101 ;1998 1078.
19. National Heart, Lung, and Blood Institute, National High Blood Pressure Education Program Working Group on Hypertension Control in Children and Adolescents. 1997. Update on the Task Force Report (1987) on High Blood Pressure in Children and Adolescents: A Working Group Report from the National High Blood Pressure Education Program. Bethesda, MD: National Heart, Lung, and Blood Institute, National High Blood Pressure Education Program. NIH Publication No. 3790-97. *Pediatrics* 658–649:(4)98 ;1996.

Infancy

20. Allaire AD, Cefalo RC. Preconceptional health care model. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 168–163:(2)78 ;1998.
21. American Academy of Pediatrics. Fun in the Sun: Keep Your Baby Safe [Web site]. Cited May 1999 ,25; available at <http://www.aap.org/family/mnbroc.cfm>.
22. American Academy of Pediatrics, Committee on Environmental Health. Ultraviolet light: A hazard to children. *Pediatrics* 333–328:(2)104 ;1999.
23. American Academy of Pediatrics, Committee on Environmental Health. Noise: A hazard to fetus and newborn. *Pediatrics* 727–724:(4)100 ;1998.
24. American Academy of Pediatrics, Committee on Environmental Health. Screening for elevated blood lead levels. *Pediatrics* 1078–1072:(6)101 ;1998.
25. American Academy of Pediatrics, Committee on Environmental Health. Environmental tobacco smoke: A hazard to children. *Pediatrics* 642–639:(4)99 ;1997.
26. American Academy of Pediatrics, Committee on Genetics. Newborn screening fact sheets. *Pediatrics* ;1996 501–473:(3)98.
27. American Academy of Pediatrics, Committee on Genetics. Issues in newborn screening. *Pediatrics* ;1992 349–345:(2)89.
28. American Academy of Pediatrics, Committee on Substance Abuse. Tobacco-free environment: An imperative for the health of children and adolescents. *Pediatrics* 870–866:(5)93 ;1994.
29. American Academy of Pediatrics, Task Force on Circumcision. Circumcision [policy statement]. *Pediatrics* 693–686:(3)103 ;1999.
30. American Academy of Pediatrics, Task Force on Infant Positioning and SIDS. Positioning and sudden infant death syndrome (SIDS): Update. *Pediatrics* 1218–1216:(6)98 ;1996.
31. American Academy of Pediatrics, Task Force on Newborn and Infant Hearing. Newborn and infant hearing loss: Detection and intervention. *Pediatrics* 530–527:(2)103 ;1999.
32. American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1039–1035:(6)100 ;1997.
33. Bagheri MM, Burd L, Martsolf JT, Klug MG. Fetal alcohol syndrome: Maternal and neonatal characteristics. *Journal of Perinatal Medicine* 269–263:(4)26 ;1998.

34. Beaudry M, Dufour R, Marcoux S. Relation between infant feeding and infections during the first six months of life. *Journal of Pediatrics* 197–191:(2)126 ;1995.
35. Bell TA, Grayston T, Krohn MA, Kronmal RA. Randomized trial of silver nitrate, erythromycin, and no eye prophylaxis for the prevention of conjunctivitis among newborns not at risk for gonococcal ophthalmitis. *Pediatrics* 760–755:(6)92 ;1993.
36. Birch LL, Gunder L, Grimm-Thomas K, Laing DG. Infants' consumption of a new food enhances acceptance of similar foods. *Appetite* 295–283:(3)30 ;1998.
37. Brambilla E, Felloni A, Gagliani M, Malerba A, Garcia-Godoy F, Strohmenger L. Caries prevention during pregnancy: Results of a -30month study. *Journal of the American Dental Association* 877–871:(7)129 ;1998.
38. Brazelton TB. Working with families: Opportunities for early intervention. *Pediatric Clinics of North America* 9–1:(1)42 ;1995.
39. Brazelton TB. 1969. Infants and Mothers: Differences in Development. New York, NY: Dell Publishing. Butterworth CE, Bendich A. Folic acid and the prevention of birth defects. *Annual Review of Nutrition* 97–16:73 ;1996.
40. Carey WB. Teaching parents about infant temperament. *Pediatrics* 1316–1311:(5)102;1998.
41. Carleton JN, Donoghue AM, Porter WK. Mechanical model testing of rebreathing potential in infant bedding materials. *Archives of Disease in Childhood* 328–323:(4)78 ;1998.
42. Centers for Disease Control and Prevention. Knowledge and use of folic acid by women of childbearing age—United States, 1997. *Journal of the American Medical Association* 498–479:(11)278 ;1997.
43. Centers for Disease Control and Prevention. Screening Young Children for Lead Poisoning: Guidance for State and Local Health Officials. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 1997.
44. Cheng TL, Perrin EC, DeWitt TG, O'Connor KG. Use of checklists in pediatric practice. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 769–768:(7)150 ;1996.
45. Churchill RB, Pickering LK. Infection control challenges in childcare centers. *Infectious Disease Clinics of North America* 365–347:(2)11 ;1997.
46. Clayton EW. What should be the role of public health in newborn screening and prenatal diagnosis? *American Journal of Preventive Medicine* 115–111:(2)16 ;1999.
47. Consumer Product Safety Commission. Recommendations Revised to Prevent Infant Deaths from Soft Bedding [Web site]. Cited May 1999 ,25; available at www.cpsc.gov/cpscpub/prerel/prhtml99091/99.html.
48. Consumer Product Safety Commission. Tips for Your Baby's Safety. In Consumer Product Safety Commission [Web site]. Cited June 1999 ,4; available at: www.cpsc.gov/cpscpub/pubs/4200.html.
49. Dejin-Karlsson E, Hanson BS, Ostergren PO, et al. Does passive smoking in early pregnancy increase the risk of small-for gestational-age infants? *American Journal of Public Health* 1527–1523:(10)88 ;1998.
50. Dixon SD. Setting the stage: Theories and concepts of child development. In Dixon SD, Stein MT, eds., *Encounters with Children: Pediatric Behavior and Development*. St. Louis, MO: Mosby Yearbook, 1992.
51. Fishbein EG, Burggraf E. Early postpartum discharge: How are mothers managing? *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 148–142:(2)27 ;1998.

52. Fomon SJ, ed. Nutrition of Normal Infants. St. Louis, MO: Mosby Yearbook. Fox NA. 1998. Temperament and regulation of emotion in the first years of life. *Pediatrics* 1235–1230:(5)102 ;1993.
53. Frankowski BL, Weaver SO, Secker-Walker RH. Advising parents to stop smoking: Pediatricians' and parents' attitudes. *Pediatrics* 300–296:(2)91 ;1993.
54. Green M. Maternal depression: Bad for children's health. *Contemporary Pediatrics* 36–10:28 ;1993.
55. Groff JY, Mullen PD, Mongoven M, Burau K. Prenatal weight gain patterns and infant birthweight associated with maternal smoking. *Birth* 239–234:(4)24 ;1997.
56. Hall JG, Solehdin F. Folic acid: It's good preventive medicine. *Contemporary Pediatrics* –119:(7)15 ;1998 136.
57. Hayes D. State programs for universal newborn hearing screening. *Pediatric Clinics of North America* ;1999 94–89:(1)46.
58. Kemp JS, Livne M, White DK, Arfken CL. Softness and potential to cause rebreathing: Differences in bedding used by infants at high and low risk for sudden infant death syndrome. *Journal of Pediatrics* ;1998 239–234:(2)132.
59. Kennell JH, Klaus MH. Bonding: Recent observations that alter perinatal care. *Pediatrics in Review* ;1998 433:(1)19.
60. Kirby RS, Swanson ME, Kelleher KJ, et al. Identifying at-risk children for early intervention services: Lessons from the infant health and development program. *Journal of Pediatrics* 686–680:(5)122 ;1993.
61. Kitzman H, Olds DL, Henderson CR, et al. Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 652–278:644 ;1997.
62. Kogan MD, Alexander GR, Jack BW, Allen MC. The association between adequacy of prenatal care utilization and subsequent pediatric care utilization in the United States. *Pediatrics* 1)102 ;1998 Pt 30–25:(1.
63. Lester BM, Boukydis CF, Garcia-Coll CT, et al. Developmental outcome as a function of the goodness of fit between the infant's cry characteristics and the mother's perception of her infant's cry. *Pediatrics* ;1995 521–516:(4)95.
64. Leventhal JM, Pew MC, Berg AT, Garber RB. Use of health services by children who were identified during the postpartum period as being at high risk of child abuse or neglect. *Pediatrics* 335–331:(3)97 ;1996.
65. Lieu TA, Wikler C, Capra AM, et al. Clinical outcomes and maternal perceptions of an updated model of perinatal care. *Pediatrics* 1444–1437:(6)102 ;1998.
66. Margolis LH, Kotelchuck M, Chang HY. Factors associated with early maternal postpartum discharge from the hospital. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 472–466:(5)151 ;1997.
67. Mehl AL, Thompson V. Newborn hearing screening: The great omission. *Pediatrics* 1)101 ;1998):e4.
68. Miller AR, Barr RG, Eaton WO. Crying and motor behavior of six week-old infants and postpartum maternal mood. *Pediatrics* 558–551:(4)92 ;1993.
69. National Institutes of Health. Early identification of hearing impairment in infants and young children. NIH Consensus Statement 1:(1)11 ;1993.

70. Nowak A. What pediatricians can do to promote oral health. *Contemporary Pediatrics* 106–10:90 ;1993.
71. Nowak AJ, Casamassimo PS. Using anticipatory guidance to provide early dental intervention. *Journal of the American Dental Association* 1163–1156:(8)126 ;1995.
72. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association* 643–637:(8)278 ;1997.
73. Olsen RD, Barbaresi WJ, Olsen GP. Development in the first year of life. *Contemporary Pediatrics* ;1998 116–81:(7)15.
74. Paavilainen R, Astedt-Kurki P. Self-reported family health and wellbeing after early discharge from maternity hospital: A phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing* 272–266:(2)26 ;1997.
75. Papousek M, von Hofacker N. Persistent crying in early infancy: A non-trivial condition of risk for the developing mother-infant relationship. *Child Care Health Development* 424–395:(2)24 ;1998.
76. Peterson-Sweeney K, Stevens J. Educating child care providers in child health. *Pediatric Nursing* ;1992 38–37:(1)18.
77. Scholl TO, Hediger ML, Schall JI, et al. Dietary and serum folate: Their influence on the outcome of pregnancy. *American Journal of Clinical Nutrition* 525–63:520 ;1996.
78. Schuman AJ. Universal newborn hearing screening: The time is right. *Contemporary Pediatrics* ;1998 60–49:(7)15.
79. Schuster MA, Wood DL, Duan N, et al. Utilization of well-child care services for African-American infants in a low-income community: Results of a randomized, controlled case management/home visitation intervention. *Pediatrics* 1005–101:999 ;1998.
80. Secker-Walker RH, Vacek PM, Flynn SB, Mead PB. Estimated gains in birth weight associated with reductions in smoking during pregnancy. *Journal of Reproductive Medicine* 974–967:(11)43 ;1998.
81. Serwint JR, Wilson ME, Vogelhut JW, et al. A randomized controlled trial of prenatal pediatric visits for urban, low income families. *Pediatrics* 6)98 ;1996 Pt 1075–1069:(1).
82. Shu XO, Hatch MC, Mills J, et al. Maternal smoking, alcohol drinking, caffeine consumption, and fetal growth: Results from a prospective study. *Epidemiology* 120–115:(2)6 ;1995.
83. Sininger YS, Doyle KJ, Moore JK. The case for early identification of hearing loss in children: Auditory system development, experimental auditory deprivation, and development of speech perception and hearing. *Pediatric Clinics of North America* 14–1:(1)46 ;1999.
84. Skinner JD, Carruth BR, Houck K, et al. Transitions in infant feeding during the first year of life. *Journal of the American College of Nutrition* 215–209:(3)16 ;1997.
85. Smith G, Bowen M, Luria J, Shields B. Babywalker related injuries continue despite warning labels and public education. *Pediatrics* 100 ;1997:e1.
86. Sullivan SA, Birch LL. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics* –271:(2)93 ;1994 277.
87. Wachtel RC, Shapiro BK, Palmer FB, Allen MC, Capute AJ. CAT/CLAMS: A tool for the pediatric evaluation

of infants and young children with developmental delay. Clinical Adaptive Test/Clinical Linguistic and Auditory Milestone Scale. Clinical Pediatrics 415–410:(7)33 ;1994.

Early Childhood

88. Bloom L. Language development and emotional expression. Pediatrics 1277–1272:(5)102 ;1998.
89. Brazelton TB. Touchpoints: Your Child's Emotional and Behavioral Development. New York, NY: Addison-Wesley, 1992.
90. Casey PH, Evans LD. School readiness: An overview for pediatricians. Pediatrics in Review –4:(1)14 ;1993 10.
91. Churchill RB, Pickering LK. Infection control challenges in childcare centers. Infectious Disease Clinics of North America 365–347:(2)11 ;1997.
92. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. Developmental Psychology 300–283:(2)10 ;1998.
93. Clark M, Holt K, eds. Early Childhood Caries Resource Guide. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health, 1998.
94. Colson ER, Dworkin PH. Toddler development. Pediatrics in Review 259–18:255 ;1997.
95. Cunningham CE, Bremner R, Boyle M. Large group community based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: Utilization, cost effectiveness, and outcome. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 1159–36:1141 ;1995.
96. Deal LV, Haas WH. Hearing and the development of language and speech. Folia Phoniatica et Logopedica 116–111:(3)48 ;1996.
97. Dodds M, Nicholson L, Muse B, Osborn LM. Group health supervision visits more effective than individual visits in delivering health care information. Pediatrics 670–668:(3)91 ;1993.
98. Fitch J, Garcia RE, Moodie DS, Secic M. Influence of cholesterol screening and nutritional counseling in reducing cholesterol levels in children. Clinical Pediatrics 272–267:(5)36 ;1997.
99. Fox NA. Temperament and regulation of emotion in the first years of life. Pediatrics –1230:(5)102 ;1998 1235.
100. Gomby DS, Larner MB, Stevenson CS, et al. Longterm outcomes of early childhood programs: Analysis and recommendations. Future Child 24–6:(3)5 ;1995.
101. Hamburg DA. A Decent Start: Promoting Healthy Child Development in the First Three Years of Life. New York, NY: Carnegie Corporation of New York, 1990.
102. Huttenlocher J. Language input and language growth. Preventive Medicine 199–195:(2)27 ;1998.
103. National Academy of Sciences, Institute of Medicine, Food and Nutrition Board, Committee on Nutritional Status During Pregnancy and Lactation, Subcommittee for a Clinical Application Guide, 1992.
104. Niffenegger JP. Proper handwashing promotes wellness in child care. Journal of Pediatric Health Care 31–26:(1)11 ;1997.

105. O'Donnell GW, Mickalide AD. SAFE KIDS At Home, At Play and On the Way: A Report to the Nation on Unintentional Childhood Injury. Washington, DC: National SAFE KIDS Campaign, 1998.
 106. Peterson-Sweeney K, Stevens J. Educating child care providers in child health. *Pediatric Nursing* ;1992 38–37:(1)18.
 107. Richman JM, Chapman MV, Bowen GL. Recognizing the impact of marital discord and parental depression on children: A family-centered approach. *Pediatric Clinics of North America* 180–167:(1)42 ;1995.
 108. Sege RD, Perry C, Stigol L, et al. Short-term effectiveness of anticipatory guidance to reduce early childhood rates of subsequent violence. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* –151:392 ;1997 397.
 109. Tinanoff N, ed. Proceedings: Conference on Early Childhood Caries—Bethesda, Maryland, USA, October 1997. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1)26 ;1998, Suppl.).
 110. Tinanoff N, O'Sullivan DM. Early childhood caries: Overview and recent findings. *Pediatric Dentistry* 16–12:(1)19 ;1997.
 111. Wasserman RC. Screening for vision problems in pediatric practice. *Pediatrics in Review* 5–4:(1)13 ;1992.
 112. Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs. Heart Start: The Emotional Foundations of School Readiness. Arlington, VA: Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs, 1992.
- Middle Childhood**
113. American Academy of Pediatrics, Committee on School Health. The role of the physician in school [policy statement]. *AAP News* (February 1992).
 114. Center for the Future of Children. School linked services. *The Future of Children* 144–1:(1)2 ;1992. Los Altos, CA: David and Lucille Packard Foundation.
 115. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for school and community programs to promote lifelong physical activity among young people. 1997, March 7. *MMWR* 46(RR36–1:(6-.
 116. Centers for Disease Control and Prevention. Update: Prevalence of overweight among children, adolescents and adults—United States, 1997 .1994–1988. *MMWR* 202–199:(9)46.
 117. Fergusson DM, Horwood J, Lynskey MT. Maternal smoking before and after pregnancy: Effects on behavioral outcomes in middle childhood. *Pediatrics* 822–815:(6)92 ;1993.
 118. Frankowski BL, Weaver SO, Secker-Walker RH. Advising parents to stop smoking: Pediatricians' and parents' attitudes. *Pediatrics* 300–296:(2)91 ;1993.
 119. Palfrey JS, McDowell M, Ciborowski J. Children's services in health and education. *Current Opinion in Pediatrics* 769–763:(5)4 ;1992.
 120. Palfrey JS, Rappaport L, DeGraw C. The school-age child: Putting it all together. *Current Problems in Pediatrics* 322–290:(6)19 ;1989.
 121. Rouzier P, Alto WA. Evolution of a successful community bicycle helmet campaign. *Journal of the American Board of Family Practice* 287–283:(4)8 ;1995.
 122. Schor EL. Guiding the family of the school-age child. *Contemporary Pediatrics* 94–75:(3)15 ;1998.

123. Schor EL. The influence of families on child health. Family behaviors and child outcomes. *Pediatric Clinics of North America* 102–89:(1)42 ;1995.
124. Schreiber GB, Robins M, Streigel-Moore R, et al. Weight modification efforts reported by black and white preadolescent girls: National Heart, Lung, and Blood Institute Growth and Health Study. *Pediatrics* ;1996 70–63:(1)98.
125. Barlow SE, Dietz WH. Obesity evaluation and treatment: Expert Committee recommendations. *Pediatrics* 3)102 ;1998):e29.

General

126. American Academy of Ophthalmology. Infants' and Children's Vision Screening: Policy Statement. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology, 1996.
127. American Academy of Pediatric Dentistry. Reference manual 99–1998 [Special issue]. *Pediatric Dentistry* 6)20 ;1998).
128. American Academy of Pediatrics. Air Bag Safety Information [Web site]. Cited November 1999 ,16.
129. American Academy of Pediatrics. Family Shopping Guide to Car Seats [Web site]. Cited May 1999 ,25.
130. American Academy of Pediatrics. Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care: Child and Adolescent Version (DSM-PC). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics 1996.
131. American Academy of Pediatrics. TIPP: The Injury Prevention Program. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1994.
132. American Academy of Pediatrics, Committee on Child Health Financing. Scope of health care benefits for newborns, infants, children, adolescents, and young adults through age 21 years. *Pediatrics* ;1997 1041–1040:(6)100.
133. American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. Recommended childhood immunization schedule: United States, January–December 2000. *Pediatrics* 151–148:(1)105 ;2000.
134. American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. Recommended timing of routine measles immunization for children who have recently received immune globulin preparations. *Pediatrics* 685–682:(4)93 ;1994.
135. American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. Update on timing of hepatitis B vaccination for premature infants and for children with lapsed immunization. *Pediatrics* —403:(3)94 ;1994 404
136. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Cholesterol in childhood. *Pediatrics* ;1998 147–141:(1)101.
137. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. *Pediatric Nutrition Handbook* (4th ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1998.
138. American Academy of Pediatrics, Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Recommendations for preventive pediatric health care. *Pediatrics* 373:(2)96 ;1995.

139. American Academy of Pediatrics, Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Section on Ophthalmology. Eye examination and vision screening in infants, children, and young adults. *Pediatrics* 157–153:(1)98 ;1996.
140. American Dental Association. Caries diagnosis and risk assessment: A review of preventive strategies and management. *Journal of the American Dental Association* 126 ;1995(Suppl.):1S24-S.
141. American Public Health Association and American Academy of Pediatrics. *Caring for Our Children: National Health and Safety Performance Standards: Guidelines for Out of Home Child Care Programs*. Washington, DC: American Public Health Association, 1992.
142. Bass JL, Christoffel KK, Widome M, et al. Childhood injury prevention counseling in primary care settings: A critical review of the literature. *Pediatrics* 550–544:(4)92 ;1993.
143. Bauchner H. The pediatric report card for preventive services. *Pediatrics* 934–930:(6)95.
144. Bauchner H, Homer C, Salem-Schatz SR, Adams W. The status of pediatric practice guidelines. *Pediatrics* 881–876:(6)99 ;1997.
145. Bernard B. Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school, and community. *Prevention Forum* 16–1:(3)12 ;1992.
146. Brazelton TB. *Touchpoints: Your Child's Emotional and Behavioral Development*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1992.
147. Byrd RS. School readiness: More than a summer's work. *Contemporary Pediatrics* 53–39:(5)15 ;1998.
148. Byrd RS, Weitzman M, Auinger P. Increased behavior problems associated with delayed school entry and delayed school programs. *Pediatrics* 661–654:(4)100 ;1997.
149. Casamassimo P, ed. *Bright Futures in Practice: Oral Health*. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health. Centers for Disease Control and Prevention. 1998, April 3.
150. Christoffel K, Naureckas S. Firearm injuries in children and adolescents: Epidemiology and preventive approaches. *Current Opinion in Pediatrics* 524–519:(5)6 ;1994.
151. Cohen L, Runyan C. Pediatric injury prevention counseling priorities. *Pediatrics* 710–704:(5)99 ;1997.
152. Cohen L, Runyan C, Bowling M. Social determinants of pediatric residents' injury prevention counseling. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 175–169:(2)152 ;1998.
153. Cullen KJ, Cullen AM. Long-term follow-up of the Busselton six-year controlled trial of prevention of children's behavior disorders. *Journal of Pediatrics* 139–129:136 ;1996.
154. Dixon SD, Stein MT. *Encounters with Children: Pediatric Behavior and Development* (2nd ed.). St. Louis, MO: Mosby Yearbook, 1992.
155. Dolins JC, Christoffel KK. Reducing violent injuries: Priorities for pediatrician advocacy. *Pediatrics* ;1994 4)94, Pt. 651–638:(2).
156. Dworkin PH. Detection of behavioral, developmental, and psychosocial problems in pediatric primary care practice. *Current Opinion in Pediatrics* 536–5:531 ;1993.
157. Dworkin PH. Ready to learn: A mandate for pediatrics. *Journal of Developmental and Behavioral*

- Pediatrics 196–14:192 ;1993.
158. Dworkin PH, Glascoe FP. Early detection of developmental delays: How do you measure up? Contemporary Pediatrics 168–158:(4)14 ;1997.
159. Edelstein BL. The medical management of dental caries. Journal of the American Dental Association 125 ;1994(Suppl.):S31–S39.
160. Ferris TG, Saglam D, Stafford RS, et al. Changes in the daily practice of primary care for children. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 233–152:227 ;1998.
161. Fleming JW. Bright Futures: Guidelines for health supervision of children. MCN: American Journal of Maternal Child Nursing 270–21:269 ;1996.
162. Frankenburg WK. Preventing developmental delays: Is developmental screening sufficient? Pediatrics 589–586:(4)93 ;1994.
163. Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, et al. Denver II. Denver, CO: Denver Developmental Materials, 1990.
164. Gielen AC, Joffe A, Dannenberg AL, et al. Psychosocial factors associated with the use of bicycle helmets among children in counties with and without helmet use laws. Journal of Pediatrics 210–204:(2)124 ;1994.
165. Gielen AC, McDonald EM, Forrest CB, et al. Injury prevention counseling in an urban pediatric clinic. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 151–146:(2)151 ;1997.
166. Glascoe FP, Dworkin PH. The role of parents in the detection of
167. developmental and behavioral problems. Pediatrics 836–95:829 ;1995.
168. Glascoe FP, Oberklaid F, Dworkin PH, Trimm F. Brief approaches to educating patients and parents in primary care. Pediatrics 101 ;1998:e10.
169. Gracey M. The pediatrician's role in the twenty-first century. Acta Paediatrica Japonica –393:(5)40 ;1998 399.
170. Green M. Twenty interview questions that work. Contemporary Pediatrics 71–47:(11)9 ;1992.
171. Greenspan SI, Greenspan NT. First Feelings: Milestones in the Emotional Development of Your Baby and Child. New York, NY: Viking Penguin, 1985.
172. Horwitz SM, Leaf PJ, Leventhal JM, et al. Identification and management of psychosocial and developmental problems in community-based, primary care pediatric practices. Pediatrics 485–480:(3)89 ;1992.
173. Hostler SL. Family Centered Care: An Approach to Implementation. Charlottesville, VA: University of Virginia Children's Medical Center, Kluge Children's Rehabilitation Center, 1994.
174. Jellinek MS, Murphy JM. The recognition of psychosocial disorders in pediatric office practice: The current status of the pediatric symptom checklist. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics 278–11:273 ;1990.
175. Jordan EA, Duggan AK, Hardy JB. Injuries in children of adolescent mothers: Home safety education associated with decreased injury risk. Pediatrics 487–481:(2)91 ;1993.

176. Kahn RS, Wise PH, Finkelstein JA, et al. The scope of unmet maternal health needs in pediatric settings. *Pediatrics* 581–576:(3)103 ;1999.
177. Kaplan-Sanoff M. Pediatric pathways to success: The power of pediatric practice to support families. *Zero to Three* 17–12:(1)16 ;1995.
178. Kaplan-Sanoff M, Brown TW, Zuckerman BS. Enhancing pediatric primary care for low income families: Cost lessons learned from pediatric pathways to success. *Zero to Three* 36–34:(6)17 ;1997.
179. Kelleher K, Wolraich M. Diagnosing psychosocial problems. *Pediatrics* 901–97:899 ;1996.
180. Kemper KJ. Self-administered questionnaire for structured psychosocial screening in pediatrics. *Pediatrics* 433:(3)89 ;1992.
181. Kemper KJ, Kelleher KJ. Family psychosocial screening: Instruments and techniques. *Ambulatory Child Health* 329–1:325 ;1996.
182. Kemper KJ, Kelleher KJ. Rationale for family psychosocial screening. *Ambulatory Child Health* ;1996 324–1:311.
183. Klein J. Incorporating effective smoking prevention and cessation counseling into practice. *Pediatric Annals* 652–24:646 ;1995.
184. Kleinman RE, ed. *Pediatric Nutrition Handbook* (4th ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition, 1993.
185. Klerman LV, Reynolds DW. Interconception care: A new role for the pediatrician. *Pediatrics* ;1994 329–327:(2)93.
186. Leaf A. Preventive medicine for our ailing health care system. *Journal of the American Medical Association* 618–616:(5)269 ;1993.
187. Lewit EM, Baker LS. School readiness. *Future Child* 139–128:(2)5 ;1995.
188. Madlon-Kay DJ. Use of a structured encounter form to improve well child care documentation. *Archives of Family Medicine* 483–480:(5)7 ;1998.
189. Murray RB, Zentner JP. *Nursing Assessment and Health Promotion: Strategies Through the Life Span*. Norwalk, CT: Appleton and Lange, 1993.
190. Nader PR. School health and primary care: An idea whose time has come. *Pediatric Annals* –26:729 ,1997 732.
191. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents, 1992.
192. Highlights of the report of the Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents. *Pediatrics* 500–495:(3)89.
193. National Highway Transportation Safety Administration. *Child Transportation Safety Tips*. In National Highway Transportation Safety Administration [Web site]. Cited June 1999 ,4.
194. National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Cholesterol Education Program. *Report of the Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents*, 1991.

195. National Program for Playground Safety. Handbook for Public Playground Safety. Cedar Falls, IA: University of Northern Iowa, 1998. Needleman R, Zuckerman B. 1992. Contemporary Pediatrics 60–9:41.
196. Osborn LM, Woolley FR. Use of groups in well child care. Pediatrics 706–701:(5)67 ;1981.
197. Pachter LM, Dworkin PH. Maternal expectations about normal child development in four cultural groups. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 1150–1144:(11)151 ;1997.
198. Palfrey JS. Keeping children and families in the center of our concern: Ambulatory Pediatric Association presidential address. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 340–337:(4)151 ;1997.
199. Dunn AM. Nutrition. In Burns CE, Brady MA, Dunn AM, Starr NB. Pediatric Primary Care: A Handbook for Nurse Practitioners (2nd ed.). Philadelphia, PA: WB Saunders, 2000.
200. Palfrey JS. Community Child Health: An Action Plan for Today. Hartford, CT: Praeger, 1994.
201. Palfrey J, Mangu P, McCoy-Thompson M. Building Bright Futures. Zero to Three 50–48:(6)17 ;1997.
202. Perry CL, Sellers DE, Johnson C, et al. The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (CATCH): Intervention, implementation, and feasibility for elementary schools in the United States. Health Education and Behavior 735–716:(6)24 ;1997.
203. Pipes P. Nutrition in Infancy and Childhood (5th ed.). St. Louis, MO: CV Mosby Company, 1993.
204. Reece RM. Child Abuse: Medical Diagnosis and Management. Baltimore, MD: Williams and Wilkins, 1994.
205. Schauffler HH, Rodriguez T. Exercising purchasing power for preventive care. Health Affairs ;1996 85–73:(1)15.
206. Schmitt BD. Your Child's Health: The Parents' Guide to Symptoms, Emergencies, Common Illnesses, Behavior, and School Problems. New York, NY: Bantam Books, 1991.
207. Scholle SH, Bernier J, Starfield B, et al. Quality assessment: Is the focus on providers or on patients? International Journal for Quality in Health Care 241–8:231 ;1996.
208. Sharp L, Pantell RH, Murphy LO, Lewis CC. Psychosocial problems during child health supervision visits: Eliciting, then what? Pediatrics 623–619:(4)89 ;1992.
209. Stanitski CL, Delee JC, Drez DM. Pediatric and Adolescent Sports Medicine. Philadelphia, PA: WB Saunders, 1994.
210. Starfield B. A framework for primary care research. Journal of Family Practice 185–42:181 ;1996.
211. Starfield B, Cassady C, Nanda J, et al. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: Implications for managed care. Journal of Family Practice 226–46:216 ;1998.
212. Story M, Holt KA, Sofka D, eds. Bright Futures in Practice: Nutrition. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health, 2000.
213. Taylor JA, Davis RL, Kemper K. Health care utilization and health status in high-risk children randomized to receive group or individual well child care. Pediatrics 3)100 ;1997):e1.
214. Taylor JA, Davis RL, Kemper K. A randomized controlled trial of group versus individual well child care

- for high-risk children: Maternal-child interaction and developmental outcomes. *Pediatrics* 6)99 ;1997):e9.
215. Trahms CM, Pipes PL, eds. *Nutrition in Infancy and Childhood* (6th ed.). Dubuque, IA: Brown and Benchmark 1997.
216. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Public Health and Science, Office of Disease Prevention and Health Promotion. *Put Prevention in Practice: Clinician Handbook of Preventive Services* (2nd ed.), 1998.
217. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*, 1991.
218. U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services* (2nd ed.). Alexandria, VA: International Medical Publishing. Vernon ME, Wooley SF. 1996. Comprehensive school health. *Adolescent Medicine* 271–7:261.
219. Williams CL, Bollella M. Guidelines for screening, evaluating, and treating children with hypercholesterolemia. *Journal of Pediatric Health Care* 161–9:153 ;1995.
220. Wissow LS, Roter DL, Wilson MEH. Pediatrician interview style and mothers' disclosure of psychosocial issues. *Pediatrics* 295–289:(2)93 ;1994.
221. Zuckerman B, Parker S. Preventive pediatrics—New models of providing needed health services. *Pediatrics* 762–758:(5)95 ;1995.
222. Centers for Disease Control and Prevention. *Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States*, 1998.
223. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychological Aspects of Child and Family Health. *Guidelines for Health Supervision III*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1997.
224. Centers for Disease Control and Prevention. *Screening Young Children for Lead Poisoning: Guidance for State and Local Public Health Officials*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 1997.
225. American Academy of Pediatrics. Screening for elevated blood lead levels. *Pediatrics* –1072:(6)101 ;1998 1078.
226. American Academy of Pediatrics. *Recommendations for Preventive Pediatric Health Care 2000*; (RE9939).
227. Berenson GS, Srinivasan SR, Bao W, et al. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. *New England Journal of Medicine* 1656–1650:(23)338 ;1998.
228. U.S. Department of Agriculture; U.S. Department of Health and Human Services. *Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans* (5th ed.), 2000.
229. Alanen P, Hurskainen K, Isokangas K, et al J. Clinicians' ability to identify caries risk subjects. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 89–86:(2)22 ;1994.
230. American Academy of Pediatric Dentistry. *Special issue: Reference manual 1995–1994*. *Pediatric Dentistry* 96–1:(7)16 ;1994.
231. American Academy of Pediatric Dentistry. *Recommendations for preventive pediatric dental care*. *Pediatric Dentistry* 159–15:158 ;1993.

232. American Academy of Pediatric Dentistry. Special issue: Reference manual 1994–1993. *Pediatric Dentistry* 7(15);1993).
233. Becker DB, Needleman HL, Kotelchuck M. Child abuse and dentistry: Orofacial trauma and its recognition by dentists. *Journal of the American Dental Association* 28–24:(1)97;1978.
234. Fitzsimons D, Dwyer JT, Palmer C, Boyd LD. Nutrition and oral health guidelines for pregnant women, infants, and children. *Journal of the American Dietetic Association* 189–182:(2)98;1998.
235. Brown LJ, Kaste LM, Selwitz RH, Furman LJ. Dental caries and sealant usages in U.S. children, –1988 1991. *Journal of the American Dental Association* 343–127:335;1996.
236. Casamassimo P, Griffiths P, Nowak AJ. Anticipatory guidance in dentistry. *Dental Hygienists News* 21–5:19;1992.
237. DeYoung AK, Robinson E, Godwin WC. Comparing comfort and wearability: Custom-made vs. self-adapted mouthguards. *Journal of the American Dental Association* 1118–1112:(8)125;1994.
238. Edelstein BL, Douglass CW. Dispelling the myth that 50 percent of U.S. schoolchildren have never had a cavity. *Public Health Reports* 530–110:522;1995.
239. Eliades DC, Suitor CW. *Celebrating Diversity: Approaching Families Through Their Food*. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health, 1994.
240. Green M, ed. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health, 1994.
241. Healthy Mothers, Healthy Babies Coalition. *Unity Through Diversity: A Report on the Healthy Mothers, Healthy Babies Coalition—Communities of Color Leadership Roundtable*. Washington, DC: Healthy Mothers, Healthy Babies Coalition, 1993.
242. Herrmann HJ, Roberts MW. Preventive dental care: The role of the pediatrician. *Pediatrics* ,1987 110–107:(1)80.
243. Johnson ED, Larson BE. Thumb-sucking: Classification and treatment. *Journal of Dentistry for Children* 398–392:(4)60;1993.
244. Johnson ED, Larson BE. Thumb-sucking: Literature review. *Journal of Dentistry for Children* ;1993 391–385:(4)60.
245. Johnsen DC, Winters JE. Prevention of intraoral trauma in sports. *Dental Clinics of North America* ;1991 666–657:(4)35.
246. Mouden LD, Bross DC. Legal issues affecting dentistry’s role in preventing child abuse and neglect. *Journal of the American Dental Association* 1180–1173:(8)126;1995.
247. Mueller W. When baby teeth decay. *Contemporary Pediatrics* 1993, September; 78–10:75.
248. National Center on Child Abuse Prevention Research. *Current Trends in Child Abuse Reporting and Fatalities: The Results of the Annual Fifty State Survey*. Chicago, IL: National Committee for the Prevention of Child Abuse, 1992.
249. National Institute of Dental Research. *Oral Health of United States Children: National and Regional Findings, 1987–1986*. (NIH Publication No. 2247-89). Bethesda, MD: National Institutes of Health, 1989.

250. National Research Council. Recommended Dietary Allowances (10th ed., pp. 42–40). Washington, DC: National Academy Press, 1989.
251. O'Sullivan DM, Douglass JM, Champany R, et al. Dental caries prevalence and treatment among Navajo preschool children. *Journal of Public Health Dentistry* 144–139:(3)54 ;1994.
252. O'Sullivan DM, Tinanoff N. Maxillary anterior caries associated with increased caries risk in other primary teeth. *Journal of Dental Research* 1580–1577:(12)72 ;1993.
253. Ranalli DN. Prevention of craniofacial injuries in football. *Dental Clinics of North America* ;1991 645–627:(4)35.
254. Ripa LW. Nursing caries: A comprehensive review. *Pediatric Dentistry* 282–268:(4)10 ;1988.
255. Simonsen RJ. Retention and effectiveness of dental sealant after 15 years. *Journal of the American Dental Association* 42–34:(11)122 ;1991.
256. Solloway MR, Budetti PP, eds. *Child Health Supervision: Analytical Studies in the Financing, Delivery, and Cost-Effectiveness of Preventive and Health Promotion Services for Infants, Children, and Adolescents*. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health, 1995.
257. Summers CJ, Gooch BF, Marianos DW, et al. Practical infection control in oral health surveys and screenings. *Journal of the American Dental Association* 1217–1213:(9)125 ;1994.
258. Tinanoff N. Dental caries risk assessment and prevention. *Dental Clinics of North America* ;1995 719–709:(4)39.
259. U.S. Department of Agriculture, Human Nutrition Information Service. 1992. *The Food Guide Pyramid. Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans* (4th ed.), 1995.
260. Wendt LK. On oral health in infants and toddlers. *Swedish Dental Journal* 1995; (Suppl. 62–106:1).
261. Workshop on guidelines for sealant use. In press. *Journal of Public Health Dentistry*.
262. King DL. Teething revisited. *Pediatric Dentistry* 1994, May/June; 182–179:(3)16.
263. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. *Pediatric Nutrition Handbook* (2nd ed., p. 167). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1985.
264. American Association for World Health. *World Health Day Resource Booklet: Oral Health for a Healthy Life*. Washington, DC: American Association for World Health, 1994.
265. Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals, World Health Organization (WHO) Library Cataloguing-in-Publication Data, ISBN 92 978 4 159749 4 (NLM classification: WS 125 World Health Organization 2009).
266. World Health Organization, Division of Child Health and Development. 1998. *Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Division of Child Health and Development.
267. Kleinman RE, ed *Pediatric Nutrition Handbook* (4th ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1999.
268. American Academy of Pediatrics. The use and misuse of fruit juice in pediatrics. *Pediatrics* :(5)107 ;2001

1213–1210.

269. Dietz WH, Stern L, eds. American Academy of Pediatrics Guide to Your Child's Nutrition: Making Peace at the Table and Building Healthy Eating Habits for Life. New York, NY: Villard Books, 1999.
270. National Academy of Sciences, Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. Nutrition During Pregnancy and Lactation: An Implementation Guide. Washington, DC: National Academy Press, 1992.
271. National Academy of Sciences, Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. Dietary Reference Intakes for Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B6, Folate, Vitamin B12, Pantothenic Acid, Biotin, and Choline. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
272. U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. Infant Nutrition and Feeding: A Reference Handbook for Nutrition and Health Counselors in the WIC and CSF Programs. Alexandria, VA: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, 1993.
273. Olson LM, Inkelas M, Halfon N, et al. Overview of the content of health supervision for young children: reports from parents and pediatricians. *Pediatrics* 6)113;2004 suppl):1916–1907.
274. Green M, Palfrey JS, eds. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents (2nd ed., rev.). Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health, 2002.
275. Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatric Clinics of North America* –273:(2)48 ;2001 297.
276. Patrick K, Spear B, Holt K, Sofka D, eds. Bright Futures in Practice: Physical Activity. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health, 2001.
277. Tsang TC, Zlotkin SH, Nichols BL, Hansen JW. Nutrition During Infancy: Principles and Practice (2nd ed.). Cincinnati, OH: Digital Educational Publishers, 1997.
278. Walker WA, Watkins JB. Nutrition in Pediatrics. Hamilton, Ontario, Canada: BC Decker, 1997.
279. Worthington-Roberts BS, Williams SR. Nutrition in Pregnancy and Lactation (6th ed.). Madison, WI: Brown and Benchmark Publishers, 1997.
280. Birch LL, Fisher JA. Appetite and eating behavior in children. *Pediatric Clinics of North America* ;1995 953–931:(4)42.
281. Satter EM. The feeding relationship: Problems and interventions. *Journal of Pediatrics* 2)117 ;1990, Pt. 2): S181–S189.
282. Satter EM. Secrets of Raising a Healthy Eater. Chelsea, MI: Kelcy Press, 1998.
283. U.S. Department of Agriculture, Center for Nutrition Policy and Promotion. Tips for Using the Food Guide Pyramid for Young Children 2 to 6 Years Old. Washington, DC: U.S. Department of Agriculture, Center for Nutrition Policy and Promotion, 1999.
284. American Dental Association. ADA Guide to Dental Therapeutics (2nd ed.). Chicago, IL: ADA Publishing Company, 2000.
285. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 50 ;2001(RR42–1:(14-

286. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Dietary guidance for healthy children aged 2 to 11 years. *Journal of the American Dietetic Association* 101–93:(1)99 ;1999.
287. Graves DE, Sutor CW, Holt KA, eds. *Making Food Healthy and Safe for Children: How to Meet the National Health and Safety Performance Standards—Guidelines for Out-of-Home Child Care Programs*. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health, 1997.
288. Network of the Federal/Provincial/Territorial Group on Nutrition; National Institute of Nutrition. *Promoting Nutritional Health During the Preschool Years: Canadian Guidelines*. Ottawa, Ontario, Canada: Network of the Federal/Provincial/Territorial Group on Nutrition; National Institute of Nutrition, 1989.
289. U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. *Fun Tips: Using the Dietary Guidelines at Home*. Alexandria, VA: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, 1997.
290. U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. *Families Who Eat Together . . . Grow Together. Parent Workshop TEAM Nutrition*. Washington, DC: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, 1999.
291. Epstein LH. Treatment of childhood obesity. In Brownell KD, Foreyt JP, eds., *Handbook of Eating Disorders: Physiology, Psychology, and Treatment of Obesity, Anorexia, and Bulimia*. New York, NY: Basic Books, 1986.
292. Kohl HW, Hobbs KE. Development of physical activity behaviors among children and adolescents. *Pediatrics* 554–549:(3)101 ;1998.
293. U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service. *Food and Nutrition Intakes by Children 1998 ,96–1994*. Beltsville, MD: U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service, 1999.
294. Kennedy E, Powell R. Changing eating patterns of American children: A view from 1996. *Journal of the American College of Nutrition* 529–524:(6)16 ;1997.
295. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics* ;1998 549–539:(3)101.
296. World Health Organization. *Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee*. World Health Organization Technical Report Series 452–854:1 ;1995.
297. *The Yale Guide to Children's Nutrition*. New Haven, CT: Yale University Press.
298. U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives* (2nd ed.). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2000.
299. Lawrence RA. *A Review of the Medical Benefits and Contraindications to Breastfeeding in the United States*. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health, 1997.
300. Horwood LJ, Fergusson DM. Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. *Pediatrics* ;1998 1)101):e9.
301. Montgomery DL, Splett PL. Economic benefit of breast-feeding in infants enrolled in WIC. *Journal of the American Dietetic Association* 385–379:(4)97 ;1997.
302. Lawrence RA. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby-Year

Book, 2011.

303. Torgus J, Gotsch G, eds. *The Womanly Art of Breastfeeding* (6th ed.). Schaumburg, IL: La Leche League International, 1997.
304. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. *Drugs in Pregnancy and Lactation* (5th ed.). Baltimore, MD: Williams and Wilkins, 1998.
305. Hale TW. *Medications and Mothers' Milk* (8th ed.). Amarillo, TX: Pharmasoft Medical Publishing, 1999.
306. Gartner LM, Newton ER. Breastfeeding: Role of the obstetrician. *ACOG Clinical Review* 15–3:1 ;1998.
307. American Academy of Pediatrics, Task Force on Breast feeding. *Breastfeeding Health Supervision*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1999.
308. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Breaking the barriers to breastfeeding. *Journal of the American Dietetic Association* 1220–1213:(10)101 ;2001.
309. Riordan JM, Auerbach, KG. *Breastfeeding and Human Lactation* (2nd ed.). Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers, 1999.
310. Riordan JM, Auerbach KG. *Pocket Guide to Breast feeding and Human Lactation* (2nd ed.). Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2000.
311. Levine GN, Keaney JF Jr, Vita JA. Cholesterol reduction in cardiovascular disease. Clinical benefits and possible mechanisms. *New England Journal of Medicine* 521–512:(8)332 ;1995.
312. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. *Journal of the American Medical Association* 2497–2486 :(19)285.
313. American Medical Association, Department of Adolescent Health. *Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS): Recommendations Monograph* (2nd ed.). Chicago, IL: American Medical Association, 1995.
314. Arden MR, Schebendach JE. Disease prevention among youth: Atherosclerosis and hyperlipidemia. In Rickert VI, ed., *Adolescent Nutrition: Assessment and Management* (pp. 106–89). New York, NY:Chapman and Hall, 1996.
315. Frank GC. Nutritional therapy for hyperlipidemia and obesity: Office treatment integrating the roles of the physician and the registered dietitian. *Journal of the American College of Cardiology* :(4)12 ;1988 1101–1098.
316. Kottke TE, Brekke ML, Solberg LI. Making “time” for preventive services. *Mayo Clinic Proceedings* 791–785:(8)68 ;1993.
317. National Heart, Lung, and Blood Institute, Task Force on Blood Pressure Control in Children. Report of the Task Force on Blood Pressure Control in Children. *Pediatrics* 52)59 ;1977 Suppl.):I–II, 820–797.
318. National Heart, Lung, and Blood Institute, Task Force on Blood Pressure Control in Children. Report of the Second Task Force on Blood Pressure Control in Children. *Pediatrics* 25–1:(1)79 ;1987.
319. National Heart, Lung, and Blood Institute, National High Blood Pressure Education Program Working Group on Hypertension Control in Children and Adolescents. *Pediatrics*,658–649:(4)98 ,1996.

320. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Archives of Internal Medicine* 2446–2413:(21)157 ;1997.
321. Kirk S, Loggie JMH. Hypertension. In Rickert VI, ed., *Adolescent Nutrition: Assessment and Management*. New York, NY: Chapman and Hall (Aspen Publishers), 1996.
322. Cook JD. Iron-deficiency anaemia. *Bailliere's Clinical Haematology* 804–787:(4)7 ;1994.
323. Christoffel KK, Ariza A. The epidemiology of overweight in children: Relevance for clinical care. *Pediatrics* 1)101 ;1998 Pt. 105–103:(1).
324. Troiano RP, Flegal KM, Kuczmarski RJ, et al. Overweight prevalence and trends for children and adolescents. The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1963 to 1991. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 1091–1085:(10)149 ;1995.
325. Troiano RP, Flegal KM. Overweight children and adolescents: Description, epidemiology, and demographics. *Pediatrics* 3)101 ;1998, Part 504–497:(2).
326. Serdula MK, Ivery D, Coates RJ, Freedman DS, Williamson DF, et al. Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Preventive Medicine* 177–167:(2)22 ;1993.
327. Guo SS, Roche AF, Chumlea WC, et al. The predictive value of childhood body mass index values for overweight at age 35 y. *American Journal of Clinical Nutrition* 819–810:(4)59 ;1994.
328. Braddon FE, Rodgers B, Wadsworth ME, Davies JM. Onset of obesity in a 36 year birth cohort study. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)* 303–299:(6542)293 ;1986.
329. Gidding SS, Leibel RL, Daniels S, et al. Understanding obesity in youth. *Circulation* –3383:(12)94 ;1996 3387.
330. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: Childhood predictors of adult disease. *Pediatrics* 3)101 ;1998, Part 525–518:(2).
331. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; President's Council on Physical Fitness and Sports. *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*, 1996.
332. Himes JH, Dietz WH. Guidelines for overweight in adolescent preventive services: Recommendations from an expert committee. *American Journal of Clinical Nutrition* 316–59:307 ;1994.
333. Nizel AE, Pappas AS. *Nutrition in Clinical Dentistry* (3rd ed.). Philadelphia, PA: WB Saunders Company, 1989.
334. Burt BA. Relative consumption of sucrose and other sugars: Has it been a factor in reduced caries experience? *Caries Research* 27 ;1993(Suppl. 63–56:(1).
335. Brambilla E, Felloni A, Gagliani M, et al. Caries prevention during pregnancy: Results of a -30month study. *Journal of the American Dental Association* 877–871:(7)129 ;1998.
336. Ruff JC, Koch MO, Perkins S. Bulimia: Dentomedical complications. *General Dentistry* –22:(1)40 ;1992 25.
337. de Onis M, a Onyango AW, Borghi E, et al. Development of a WHO growth reference for school-aged

- children and adolescents, *Bulletin of the World Health Organization* 667–85:660 ;2007.
338. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data: World report on child injury prevention/edited by Margie Peden ... [et al]. ISBN 4 156357 4 92 978 (NLM classification: WA 2008 ,(250.
 339. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The Impact of Primary Healthcare on Population Health in Low- and Middle-Income Countries. *J Ambul Care Manage* 2009 Apr/Jun; 171-150:(2)32.
 340. Waters E, Davis E, Nicolas C, et al. The impact of childhood conditions and concurrent morbidities on child health and well-being. *Child Care Health Dev* 2008 Jul; 29-418:(4)34.
 341. Schonwald A, Huntington N, Chan E, et al. Routine developmental screening implemented in urban primary care settings: more evidence of feasibility and effectiveness. *Pediatrics* 2009 Feb; 8-660:(2)123.
 342. Grasso DL, Hatzopoulos S, Cossu P, et al. Role of the «rooming-in» on efficacy of universal neonatal hearing screening programmes, *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2008 Oct; 6-243:(5)28.
 343. Sakai VT, Oliveira TM, Silva TC, et al. Knowledge and attitude of parents or caretakers regarding transmissibility of caries disease. *J Appl Oral Sci* 2008 Apr; 4-150:(2)16.
 344. Spooner SA, Classen DC. Data standards and improvement of quality and safety in child health care. *Pediatrics* 2009 Jan; 123 Suppl 2:S9-74.
 345. Gavidia TG, Pronczuk de Garbino J, Sly PD, Children»s environmental health: an under-recognised area in paediatric health care, *BMC Pediatr*. 2009 Feb 9:10 ;6.
 346. Knevel RJ, Neupane S, Shressta B, de Mey L. Buddhi Bangara Project on oral health promotion: a -3 to -5year collaborative programme combining support, education and research in Nepal, *Int J Dent Hyg* 2008 Nov; 46-337:(4)6.
 347. Kagihara LE, Niederhauser VP, Stark M. Assessment, management, and prevention of early childhood caries. *J Am Acad Nurse Pract* 2009 Jan; 10-1:(1)21.
 348. Uilenburg N, Kauffman-de Boer M, van der Ploeg K, et al. An implementation study of neonatal hearing screening in the Netherlands. *Int J Audiol* 2009 Mar; 16-108:(3)48.
 349. Halloran DR, Hardin JM, Wall TC. Validity of pure-tone hearing screening at well-child visits. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009 Feb; 63-158:(2)163.
 350. Marsh-Tootle WL, Wall TC, Tootle JS, et al. Quantitative pediatric vision screening in primary care settings in Alabama, *Optom Vis Sci* 2008 Sep; 56-849:(9)85.
 351. Shannon P, Anderson PR. Developmental screening in community health care centers and pediatric practices: an evaluation of the Baby Steps Program, *Intellect Dev Disabi* 2008 Aug; 9-281:(4)46.
 352. Flores AI, Bilker WB, Alessandrini EA. Effects of continuity of care in infancy on receipt of lead, anemia, and tuberculosis screening. *Pediatrics* 2008 Mar; 3)121):e406-399.
 353. Branner CM, Koyama T, Jensen GL. Racial and ethnic differences in pediatric obesity-prevention counseling: national prevalence of clinician practices, *Obesity (Silver Spring)*. 2008 Mar; 4-690:(3)16. Epub 2008 Jan 17.
 354. Quiñonez RB, Pahel BT, Rozier RG, Stearns SC. Follow-up preventive dental visits for Medicaid-enrolled children in the medical office. *J Public Health Dent* 2008 Summer; 8-131:(3)68.

355. Wilson P, Barbour RS, Graham C, et al. Health visitors' assessments of parent-child relationships: a focus group study. *Int J Nurs Stud* 2008 Aug; 47-1137:(8)45. Epub 2007 Aug 29.
356. Hansen ML, Gunn PW, Kaelber DC. Underdiagnosis of hypertension in children and adolescents. *JAMA* 2007 Aug 9-874:(8)298 ;22.
357. Schulpen TW, Lombarts KM. Quality improvement of paediatric care in the Netherlands. *Arch Dis Child*. 2007 Jul; 6-633:(7)92.
358. Woolford SJ, Clark SJ, Lumeng JC, et al. Maternal perspectives on growth and nutrition counseling provided at preschool well-child visits. *J Natl Med Assoc* 2007 Feb; 8-153:(2)99.
359. Magar NA, Dabova-Missova S, Gjerdingen DK. Effectiveness of targeted anticipatory guidance during well-child visits: a pilot trial. *J Am Board Fam Med*. 2006 Sep-Oct; 8-450:(5)19.
360. Madlon-Kay DJ, Asche SE. Factors that influence the receipt of well baby care in the first 2 weeks of life. *J Am Board Fam Med* 2006 May-Jun;64-258:(3)19.
361. Quiñonez RB, Stearns SC, Talekar BS, et al. Simulating cost-effectiveness of fluoride varnish during well-child visits for Medicaid-enrolled children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006 Feb; 70-164:(2)160.
362. Halloran DR, Wall TC, Evans HH, et al. Hearing screening at well-child visits. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005 Oct; 55-949:(10)159.
363. Young R, Boltri J. How do family physicians provide anticipatory guidance during well-child visits? *J Am Board Fam Pract* 2005 Sep-Oct; 4-440:(5)18.
364. Ottar-Pfeifer W. When should children have their eyes checked? *Insight* 2005 Apr-Jun; 20-17:(2)30.
365. Cook S, Weitzman M, Auinger P, Barlow SE. Screening and counseling associated with obesity diagnosis in a national survey of ambulatory pediatric visits. *Pediatrics* 2005 Jul; 6-112:(1)116.
366. O'Brien SH, Holubkov R, Reis EC. Identification, evaluation, and management of obesity in an academic primary care center. *Pediatrics* 2004 Aug; 2)114):e9-154.
367. Halfon N, Regalado M, Sareen H, et al. Assessing development in the pediatric office. *Pediatrics* 2004 Jun; 6)113 Suppl):33-1926.
368. Nelson CS, Wissow LS, Cheng TL. Effectiveness of anticipatory guidance: recent developments. *Curr Opin Pediatr* 2003 Dec; 5-630:(6)15.
369. Etelson D, Brand DA, Patrick PA, Shirali A. Childhood obesity: do parents recognize this health risk? *Obes Res* 2003 Nov; 8-1362:(11)11.
370. Callaghan P, Greenberg L, Brasseux C, Ottolini M. Postpartum counseling perceptions and practices: what's new? *Ambul Pediatr* 2003 Nov-Dec; 7-284:(6)3.
371. Moran CM, Panzarino VM, Darden PM, Reigart JR. Preventive services: blood pressure checks at well child visits. *Clin Pediatr* 2003 Sep; 34-627:(7)42.
372. Borowsky IW, Mozayeny S, Ireland M. Brief psychosocial screening at health supervision and acute care visits. *Pediatrics* 2003 Jul; 1)112 Pt 33-129:(1.
373. Committee on Practice and Ambulatory Medicine Section on Ophthalmology; American Association

of Certified Orthoptists; American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus; American Academy of Ophthalmology. Eye examination in infants, children, and young adults by pediatricians: organizational principles to guide and define the child health care system and/or improve the health of all children. *Ophthalmology* 2003 Apr; 5-860:(4)110.

374. Nevin JE, Witt DK. Well child and preventive care. *Prim Care* 2002 Sep; 55-543:(3)29.
375. Dinkevich E, Ozuah PO. Well-child care: effectiveness of current recommendations. *Clin Pediatr* 2002 May; 7-211:(4)41.
376. Barrios LC, Runyan CW, Downs SM, Bowling JM. Pediatric injury prevention counseling: an observational study of process and content. *Patient Educ Couns* 2001 Aug; 9-141:(2)44.
377. Kohn M, Chausmer K, Flood MH. Anticipatory guidance about child safety seat misuse: lessons from safety seat «checkups». *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000 Jun;9-606:(6)154.
378. Fagan EB, Rodman E, Sorensen EA, et al. A survey of mothers' comfort discussing contraception with infant providers at well-child visits. *South Med J*. 2009 Mar; 4-260:(3)102.
379. Bethell C, Reuland CH, Halfon N, Schor EL. Measuring the quality of preventive and developmental services for young children: national estimates and patterns of clinicians' performance. *Pediatrics* ;2004 6)113 suppl):1983–1973.
380. Cheng TL, DeWitt TG, Savageau JA, O'Connor KG. Determinants of counseling in primary care pediatric practice: physician attitudes about time, money, and health issues. *Arch Pediatr Adolesc Med* ;1999 635–629:(6)153.
381. Kogan MD, Schuster MA, Yu SM, et al. Routine assessment of family and community health risks: parent views and what they receive. *Pediatrics* 6)113 ;2004 suppl):1943–1934.
382. Sand N, Silverstein M, Glascoe FP, et al. Pediatricians' reported practices regarding developmental screening: do guidelines work? Do they help? *Pediatrics* 179–174:(1)116 ;2005.
383. Schuster MA, Duan N, Regalado M, Klein DJ. Anticipatory guidance: what information do parents receive? What information do they want? *Arch Pediatr Adolesc Med* 1198–1191 :(12)154 ;2000.
384. Margolis PA, Lannon CM, Stuart JM, et al. Practice based education to improve delivery systems for prevention in primary care: randomized trial. *BMJ* 388:(7436)328 ;2004.
385. Rosenthal MS, Lannon CM, Stuart JM, et al. A randomized trial of practice-based education to improve delivery systems for anticipatory guidance. *Arch Pediatr Adolesc Med* 463–456:(5)159 ;2005.
386. Minkovitz CS, Hughart N, Strobino D, et al. A practice-based intervention to enhance quality of care in the first 3 years of life: the Healthy Steps for Young Children Program. *JAMA* 3091–3081:(23)290 ;2003.
387. Young PC, Glade GB, Stoddard GJ, Norlin C. Evaluation of a learning collaborative to improve the delivery of preventive services by pediatric practices. *Pediatrics* 1476–1469 :(5)117 ;2006.
388. Glascoe FP. Parent's Evaluation of Developmental Status (PEDS). Nashville, TN: Ellsworth & Vandemeer Press LLC. Available at: www.pedstest.com/index.php. Accessed August 2006 ,1.
389. Bricker D, Squires J. Ages and Stages Questionnaires: A Parent-Completed, Child-Monitoring System. 2nd ed. Baltimore, MD: Paul H. Brookes; 1999.

390. Center for Children's Healthcare Improvement, Vermont Child Health Improvement Program. A practical guide for healthy development. Available at: www.commonwealthfund.org/publications/publications. Accessed September 2007 ,3.
391. American Academy of Pediatrics, Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee and Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics* 420–405:(1)118 ;2006.
392. Kliegman, Stanton, St.Geme, Schor, Behrman. Nelson Textbook of pediatrics. 19th edition. Elsevier, 2011.
393. Evaluation of hearing impairment in children. Betsy Sanford. UpToDate version 17.2: May 2009.
394. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM. Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents: American Academy of Pediatrics Elk Grove Village, IL, 2008.
395. Organization WH. Primary ear and hearing care training resource: Advanced level. Geneva, WHO 4-2006:12.
396. 396. Panagiotou L, Rourke LL, Rourke J, et al. Evidence-based well-baby care. Part 1: Overview of the next generation of the Rourke Baby Record. *Canadian Family Physician* 44:558 ;1998.
397. Strategic Plan; National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD) FY -2006 2008.
398. Feldman W. Evidence-Based Pediatrics. B.C. Decker Inc, 25-24 :2000
399. The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care, 1994
400. Developing an Evidence-Based Guide to Community Preventive Services—Methods. Briss PA , Zaza S, Pappaioanou M, et al. The Task Force on Community Preventive Services. *Am J Prev Med* 1)18 ;2000S).
401. Prevention of hearing impairment from chronic otitis media. Report of a WHO/CIBA Foundation Workshop held at The CIBA Foundation, London, U.K. 21-19 November 1996.
402. Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. CASLPA Position Paper on Universal Newborn Hearing Screening in Canada. 1 Nicholas St., Suite 1000, Ottawa, Ontario K1N 7B7 2010 ©, CASLPA.
403. Yoshinaga-Itano C. Levels of evidence: universal newborn hearing screening (UNHS) and early hearing detection and intervention systems (EHDI). *J Commun Disord* 2004 Sep-Oct; 65-451:(5)37.
404. Alabama's Listening! Universal Newborn Hearing Screening, program guideline.
405. Joint Committee in Infant Hearing Screening Position Statement (2000).
406. American Academy of Pediatrics. Newborn and infant hearing loss: Detection and intervention. *Pediatrics* 530–527:(2)103 ;1999.
407. Joint Committee on Infant Hearing 1994 Position Statement. ASHA 41–36:38; also available in *Pediatrics* 156–152:(1)95.

408. American Academy of Family Physicians (AAFP) Policy Action, November 1996. Summary of Recommendations for Periodic Health Examinations. Printed September 2002 ,17. Revision 5.3, August 2002.
409. American Speech-Language-Hearing Association (1997). Guidelines for Audiologic Screening [Guidelines]. Available from www.asha.org/policy. DOI: 10.1044/policy.GL00199-1997. © Copyright 1997 American Speech-Language-Hearing Association Guidelines for the Audiologic Assessment of Children From Birth to 5 Years of Age developed by an American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) working group and adopted by the ASHA Legislative Council (LC) in November 2004.
410. Community ear and hearing health: 16-1 :3 ;2006.
411. Schor EL. Rethinking Well Child Care, Pediatrics 216-210 (1)114 ;2004.
412. Weaver LT. Rapid growth in infancy: Balancing the interest of the child. JPGN 432-428 :43 ;2006.
413. Wijnhoven TM, et al. Assessment of gross motor development in the WHO multicentre growth reference study. Food nutr bull 1) 25 ;2004): S45-37.
414. Department of nutrition, WHO and members of the WHO Multicentre Growth reference study group. WHO motor development study: windows of achievement for six gross motor development milestones. Acta paediatrica Suppl 95-86 :450 ;2006.
415. WHO Multicentre Growth reference study group. WHO child growth standards based on length/height, weight and age. Acta paediatrica Suppl 85-76 :450 ;2006.
416. Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR. Manual of neonatal care. 6th edition. pp: 41-34.
417. Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC. Neonatal-perinatal medicine disease of the fetus and infants. 8th edition. vol 527-513 :1.
418. Kuczmarski RJ, Ogden CL, Grammer-Strawn LM, et al. CDC growth charts: United States. Advance data from vital and health statistics. No. 314. Hyattsville, Md.: National Center for Health Statistics, 2000. (DHHS publication no. (PHS) 0431-0 1250-2000.)
419. Angus C. Cameron, Richard pwidmer , and Mosby ELESVIER. Hand book of Pediatric Dentistry 2008.
420. Aubrey Sheiham and Marcelo Bonecker Promoting Children's Oral Health – Theory and Practice. 2006.
421. Norman o . Harris , franKlin Garcia – Godoy , and Christine Nielsen - Primary Preventive Dentistry. 2009.
422. Blanaid Daly , et al., Essential Dental Public Health. 2007.
423. carole A, palmer, and - Diet and Nutrition in Oral Health. 2003.
424. Judi Ratliff Pavis Cynthia A . stegeman, The Dental Hygienist's Guide to Nutritional Care 1998.
425. Lippincott Williams and Wilkins, Nutrition for Healthy Mouth , Rebecca suoda. 2006.
426. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), Guideline on Perinatal and Health care. revised 2011.
427. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), Guidline on fluoride therapy 2008.

428. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), Policy on early childhood caries (ECC): Classification, consequences & preventive strategies, revised 2011.

منابع فارسی

۱. عزیزی فریدون، اولادی بلقیس، نفرآبادی ماه طلعت، حاجی پور رامبد. غربالگری برای شناسایی کم کاری مادرزادی تیروئید در تهران: اثر کمبود ید در افزایش گذرای TSH در نوزادان. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۱۸، شماره ۱، صفحات ۳۸-۴۴، ۱۳۷۳.
۲. اردوخانی آرش، میرمیران پروین، هدایتی مهدی، حاجی پور رامبد، عزیزی فریدون. غربالگری کم-کاری مادرزادی تیروئید در تهران و دماوند: گزارشی از یافته‌های توصیفی و اتیولوژیک. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، سال چهارم، شماره ۳، صفحات ۱۶۰-۱۵۳، ۱۳۸۱.
۳. اردوخانی آرش، مهدوی هزوه علیرضا، نوروزی نژاد عباس، دلاوری علیرضا، عزیزی فریدون. برآورد هزینه غربالگری و درمان هیپوتیروئیدی نوزادان و بار مالی کودکان کم توان ذهنی در تهران به مدت ۲۰ سال (تخمین نسبت سود به هزینه). گزارش داخلی مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم و مرکز مدیریت بیماری‌ها. تابستان ۱۳۸۲.
۴. اردوخانی آرش، میرسعید قاضی علی اصغر، حاجی پور رامبد، میرمیران پروین، هدایتی مهدی، عزیزی فریدون. غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید: مقایسه نتایج قبل و پس از اصلاح کمبود ید. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران. سال دوم، شماره ۲، صفحات ۹۸-۹۳، ۱۳۷۹.
۵. اردوخانی آرش، میرمیران پروین، محرم زاده مسعود، هدایتی مهدی، محرابی یدا...، عزیزی فریدون. بررسی تغییرات فصلی هیپوتیروئیدی و میزان فراخوان در نوزادان. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران. سال چهارم، شماره ۴، صفحات ۲۴۷-۲۴۳، ۱۳۸۱.
۶. جعفری، حیدرزاده و حبیب‌الهی. بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در بیمارستان، چاپ اول، ۱۳۹۰، تهران: شرکت ایده پردازان فن و هنر.
۷. محآوری مصطفی و برگریزان مجید، راهنمای فوری درمان صدمات وارده به دندان‌های شیری و دائمی ۱۳۸۸ زمستان شایان نمودار.
۸. مرکز مدیریت بیماری‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برنامه و راهنمای ایمن‌سازی مصوب کمیته کشوری ایمن‌سازی، ویرایش هفتم، ۱۳۸۸.
۹. اداره غدد، مرکز مدیریت بیماری‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برنامه‌ی کشوری غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید و افزایش گذرای TSH در نوزادان، مهر ۱۳۸۳.
۱۰. اداره ژنتیک، مرکز مدیریت بیماری‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استانداردهای بالینی پیشگیری و کنترل PKU ویژه‌ی متخصصین، تجدید نظر سال ۱۳۸۹.
۱۱. اداره ژنتیک، مرکز مدیریت بیماری‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تشخیص ناقلین و تشخیص قبل از تولد بیماری فنیل کتونوری (PKU)، تجدید نظر سال ۱۳۸۹.
۱۲. اداره ژنتیک، مرکز مدیریت بیماری‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دستورالعمل مراقبت، پیش گیری و کنترل بیماری PKU، تجدید نظر سال ۱۳۸۹.
۱۳. اداره تنظیم خانواده و جمعیت- دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش

- پزشکی، روش‌های پیش‌گیری از بارداری در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۸۸.
۱۴. اداره سلامت کودکان و ترویج تغذیه با شیر مادر، استانداردهای سازمان جهانی بهداشت برای رشد و نمو کودکان دوره آموزش مهارت در ارزیابی رشد کودک. ۱۳۸۷، تهران: مهروارش.
۱۵. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)، بهبود رشد و تغذیه کودکان (مجموعه آموزشی ویژه پزشکان). ۱۳۸۳، تهران: سینا.
۱۶. اداره سلامت نوجوانان و جوانان، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، راهنمای بالینی و برنامه اجرایی تیم سلامت برای ارائه خدمات رده سنی ۶ تا ۲۵ سال ویژه غیرپزشک و پزشک، سال ۱۳۹۰.
۱۷. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجموعه کتب آموزش بهورزی - ویژه بهداشت دهان و دندان ۱۳۸۴.
۱۸. اداره سلامت کودکان، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بوکلت چارت راهنمای مراقبت ادغام یافته کودک سالم (ویژه پزشک) ۱۳۸۳.



آلبوم تصاویر

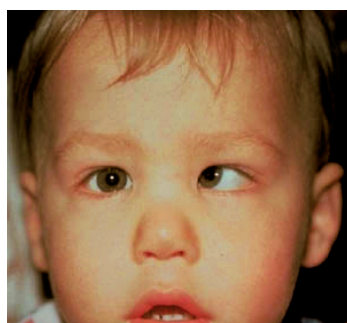


راهنمای جامع مراقبت‌های ادغام یافته
کودک سالم

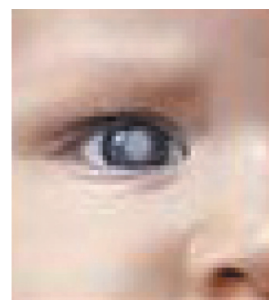
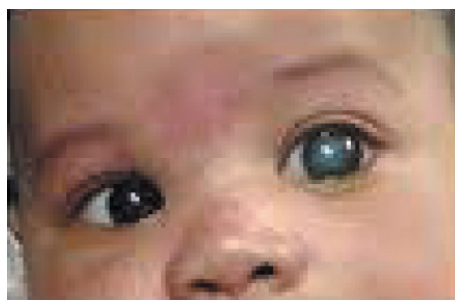




شکل ۱-۲-۲- کودک مبتلا به سوء تغذیه



شکل ۱-۲-۹- دو کودک مبتلا به استراییسم



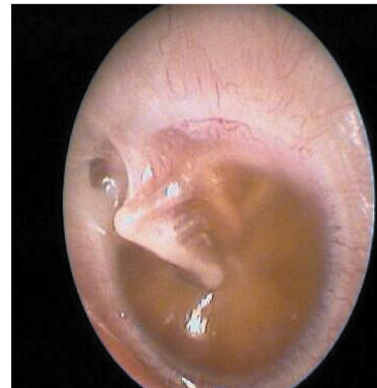
شکل ۱-۲-۱۲- رفلکس سفید (سمت چپ) و رفلکس قرمز مردمک (سمت راست)



شکل ۱-۲-۴- اوتیت خارجی



شکل ۱-۲-۵- پرده‌ی صماخ طبیعی



شکل ۱-۲-۸- تجمع مایع سرروز



شکل ۱-۲-۷- اوتیت میانی



شکل ۱-۲-۱۹- مسواک انگشتی و نحوه‌ی استفاده از آن



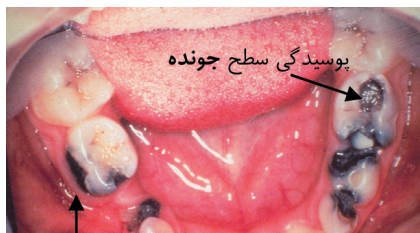
شکل ۱-۲-۱۸- تمیز نگاه داشتن لثه‌ی شیرخوار با گاز مرطوب



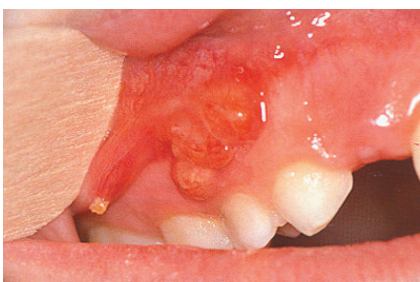
شکل ۱-۲-۱۵- نمای یک لثه‌ی سالم. رنگ صورتی و لبه‌های کاملاً
تیز لثه از جمله علامت‌های مشخص کننده‌ی سلامت لثه هستند.



شکل ۱-۲-۱۶- لثه‌ی متورم که با کوچک‌ترین تماسی، به شدت
دچار خونریزی می‌شود. اگر درمان نشود، باعث تحلیل استخوان
و لقی دندان‌ها خواهد شد.



شکل ۱-۲-۱۴- پوسیدگی زودرس دوران
کودکی



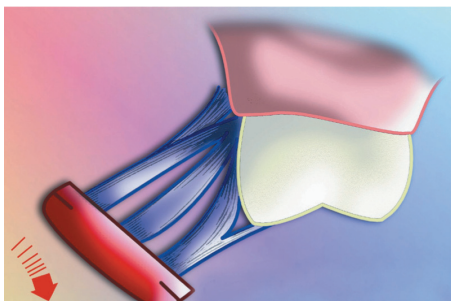
شکل ۱-۲-۱۷- آبسه‌ی دهانی، راست) آبسه‌ی داخل دهانی در سمت راست دهان؛ چپ)
آبسه‌ی خارج دهانی در سمت راست صورت



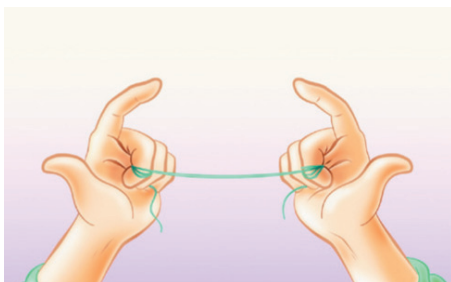
شکل ۱-۲-۲۸- الف) فلوروزیس خفیف ب) فلوروزیس متوسط پ) فلوروزیس شدید.



شکل ۲۰-۲-۱- جهت آموزش نحوه ی مسواک زدن به کودک، والد، پشت سر کودک و هم جهت با او اقدام به مسواک زدن می کند. این کار، با کنار زدن لب توسط انگشت یک دست و مسواک زدن توسط دست دیگر انجام می گیرد.

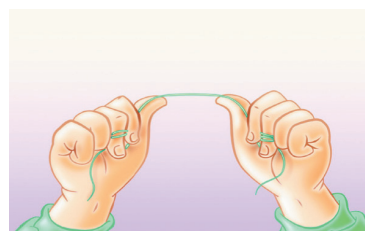
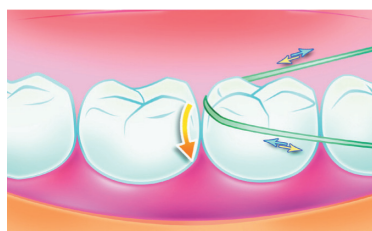
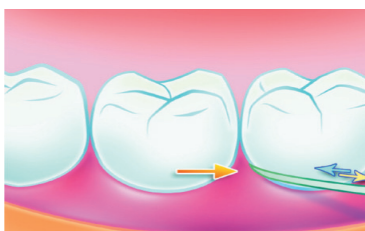


شکل ۲۱-۲-۱- مسواک را باید طوری روی دندان و لثه قرار داد که با زاویه ی ۴۵ درجه نسبت به محور طولی دندان و به سمت لثه باشد.



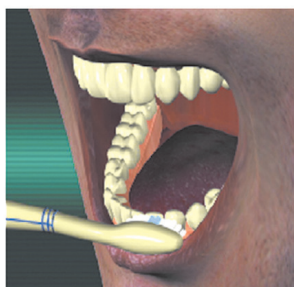
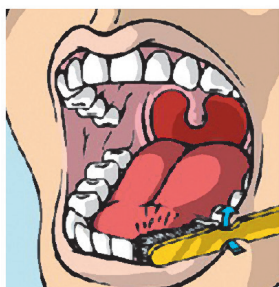
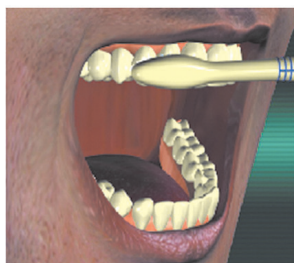
روش استفاده از نخ دندان

شکل ۲۵-۲-۱- با بستن سه انگشت آخر، نشانه و شست، دو دست آزاد مانده و قدرت مانور بالایی به شما می دهد.

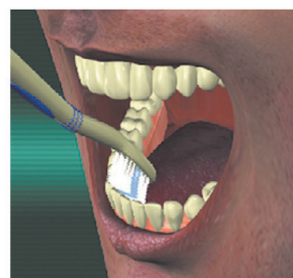
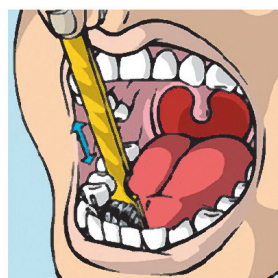
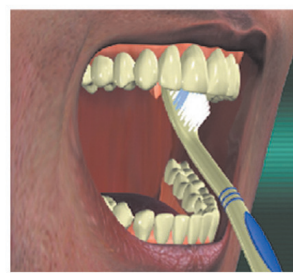


شکل ۲۶-۲-۱- طول نخ که بین انگشتان دست آزاد می ماند، کافی است که ۲ تا ۲/۵ سانتی متر باشد.

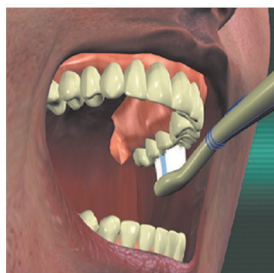
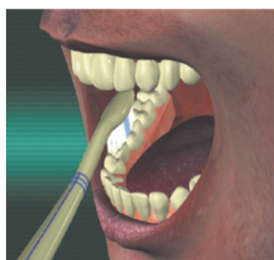
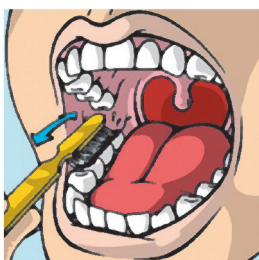
شکل ۲۷-۲-۱- نخ را به کناره ی یکی از دندان ها تکیه داده و به زیر لبه ی لثه ببرید و سپس به دیواره ی دندان کناری بچسبانید و چند بار به طرف بالا و پایین حرکت دهید. مواظب باشید که فشاری به لثه وارد نشود.



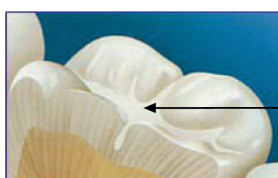
شکل ۱-۲۲-۲۲- روش مسواک زدن فک بالا و پایین دندان‌های فک بالا را با حرکت مسواک به سمت پایین تمیز می‌کنیم.



شکل ۱-۲۳-۲۳- با عمود گرفتن مسواک و بالا و پایین بردن آن، سطح داخلی دندان‌های جلوی فک بالا و پایین را مسواک می‌کنیم.



شکل ۱-۲۴-۲۴- سطح جونده دندان‌های فک بالا و پایین را با عقب و جلو بردن مسواک تمیز می‌کنیم.



شکل ۱-۲۹-۲۹- مسدود کردن شیارهای دندان

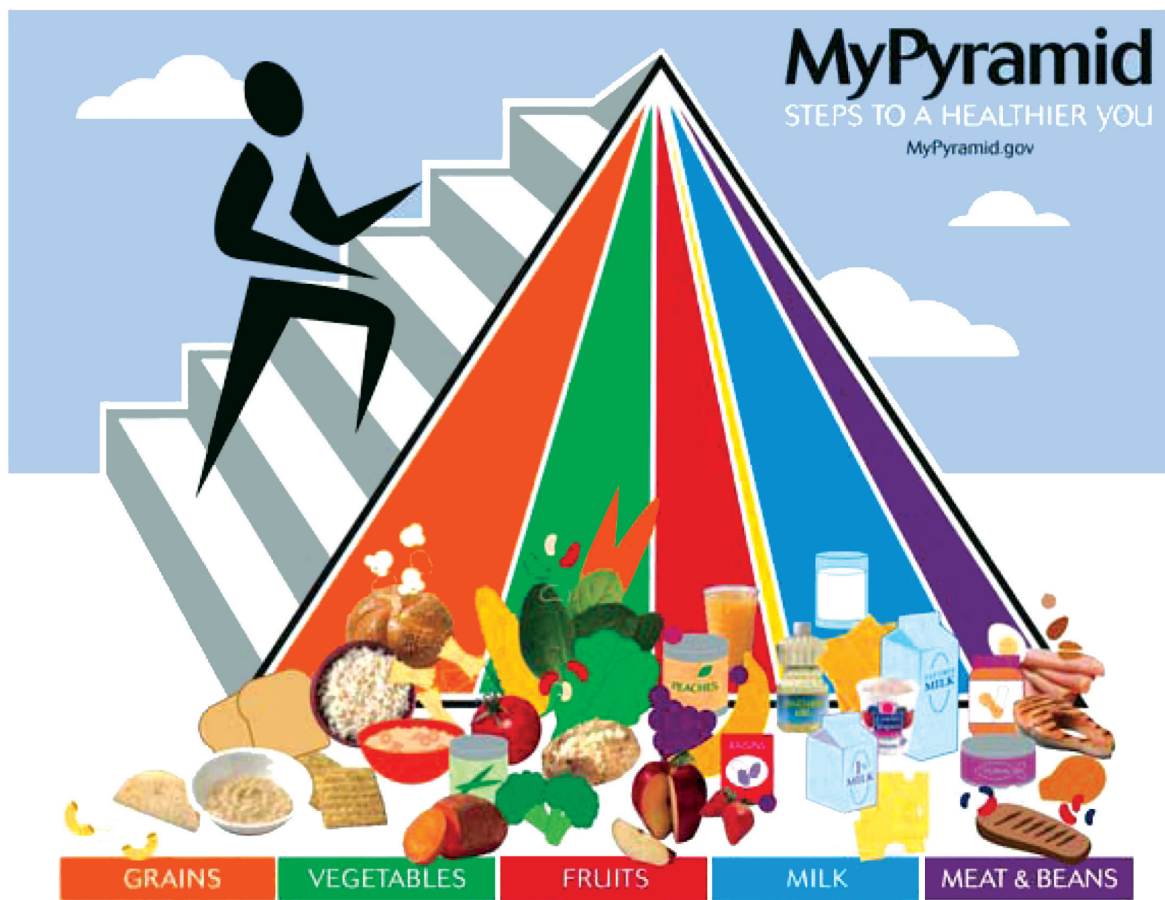


شکل ۲-۱-۲- هرم غذایی در کودکان

شکل ۲-۱-۱- هرم غذایی









هر کودکی، ...

هر کودکی؛ شایسته‌ی آن است که خوب متولد شود.

هر کودکی؛ شایسته‌ی آن است که در خانه‌ای امن از نظر جسمی و روانی، رشد و تکامل یابد و محیط مدرسه‌ی او، عاری از خطرات، آسیب‌ها و تماس با سموم محیطی باشد.

هر کودکی؛ شایسته‌ی آن است که در خانواده‌ای پرورش یابد و حامیانی داشته باشد که امنیت را برایش به ارمغان آورند، الگوی مثبتی برایش باشند؛ با گرمی و عشق با او برخورد کنند و پذیرش بی قید و شرط او را داشته باشند.

هر کودکی؛ شایسته‌ی آن است که شاد زندگی کند؛ اعتماد به نفس داشته باشد؛ دوستانی داشته باشد؛ احساس مفید بودن داشته باشد و باور کند که می‌تواند در زندگی به موفقیت دست یابد.



انتشارات اندیشه ماندگار

۰۲۵-۳۷۷۳۶۱۶۵ / ۳۷۷۳۴۲۱۴۲

همراه: ۰۹۱۲۲۵۲۶۲۱۳