

به نام خدا

سرشناسه عنوان و نام پدیدآور: مراقبت‌های ادغام‌یافته کودک سالم ویژه پزشک / به سفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، اداره سلامت کودکان.

مشخصات نشر: قم: اندیشه ماندگار، ۱۳۹۹.

مشخصات ظاهری: ۹۵ ص.، مصور، جدول (بخشی رنگی)، نمودار (رنگی)؛ ۲۲×۲۹ س.م.

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۷۰۰۷-۵۳-۴

وضعیت فهرست نویسی: فیپا

موضوع: نوزاد - مراقبت - Infants - Care / نوزاد - رشد - Infants - Development / غربالگری پزشکی Medical screening

شناسه افزوده: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس. اداره سلامت کودکان

رده بندی کنگره: RJ۶۱

رده بندی دیویی: ۱۲۲/۶۴۹

شماره کتابشناسی ملی: ۷۴۱۶۵۵۳

مراقبت‌های ادغام‌یافته کودک سالم

پزشک

به سفارش: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس - اداره سلامت کودکان

ناشر: اندیشه ماندگار

تیراژ: ۶۰۰۰ نسخه

نوبت چاپ: اول - ۱۳۹۹

قطع: رحلی

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۷۰۰۷-۵۳-۴

کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر متعلق به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

انتشارات اندیشه ماندگار



قم. خیابان صفائیه (شهدا). انتهای کوی بیگدلی. نبش کوی شهید گلدوست. پلاک ۲۸۴

تلفن: ۰۲۵/۳۷۷۳۶۱۶۵-۳۷۷۴۲۱۴۲ همراه: ۰۹۱۲۲۵۲۶۲۱۳

فهرست

| | | | | | |
|----------|---|----------|--|----|--|
| ۵۴..... | جدول ۷) گریه زیاد شیرخوار | ۲۸ | ارزیابی کودک از نظر سلامت دهان و دندان (۲ سال و کمتر از ۲ سال) .. | ۳ | مراقبت های دوره ای کودک سالم |
| ۵۵ | جدول ۸) امتناع شیرخوار از گرفتن پستان | ۲۹ | ارزیابی کودک از نظر سلامت دهان و دندان (بالای ۲ سال) | ۴ | غربالگری ها |
| ۵۷ | جدول ۹) رفتارهای تغذیه ای شیرخواران | ۳۰ | ارزیابی کودک از نظر بینایی | ۵ | معاینه شیرخوار کمتر از ۲ ماه |
| ۵۸ | جدول ۱۰) تغذیه با شیرمادر در شرایط خاص شیرخوار | ۳۱ | ارزیابی کودک از نظر شنوایی | ۶ | معاینه کودک ۲ ماه تا ۵ سال |
| ۵۹ | جدول ۱۱) تغذیه با شیر مصنوعی | ۳۲ | ارزیابی کودک از نظر تکامل | ۷ | ارزیابی وزن برای سن |
| ۶۰ | جدول ۱۲) تغذیه با شیردام | ۳۳ | ارزیابی ژنتیکی کودک / ارزیابی کودک از نظر واکسیناسیون | ۸ | ارزیابی قد برای سن |
| ۶۰ | جدول ۱۳) اگر مادر برای تغذیه کودک از بطری استفاده می کند | ۳۴ | ارزیابی کودک زیر ۲ سال از نظر مصرف مکمل ها | ۹ | ارزیابی وزن برای قد |
| ۶۰ | جدول ۱۴) اگر کودک گول زنگ استفاده می کند | ۳۴ | ارزیابی فرزندآوری مادر | ۱۰ | ارزیابی دورس برای سن (تا ۲ سال) |
| ۶۱ | جدول ۱۵) نحوه صحیح بغل کردن و پستان گرفتن شیرخوار | ۳۵ | ارزیابی کودک از نظر کم کاری تیروئید | ۱۱ | شیردهی و مشکلات پستان مادر |
| ۶۲ | جدول ۱۶) فرم مشاهده شیردهی | ۳۶ | ارزیابی کودک از نظر فنیل کتونوری (PKU) | ۱۲ | ارزیابی بینایی |
| ۶۳ | جدول ۱۷) سلامت و شیردهی مادر | ۳۷ | ارزیابی بدرفتاری با کودک | ۱۳ | ارزیابی شنوایی |
| ۶۵ | جدول ۱۸) مشکلات پستانی مادر | | | ۱۴ | ارزیابی تکامل / ارزیابی ژنتیک |
| ۶۷ | جدول ۱۹) باورهای غلط در مورد تغذیه یا شیرمادر | | | ۱۵ | ارزیابی کودک از نظر هیپوتیروئیدی |
| ۶۸ | جدول ۲۰) مشاوره با مادر در مورد از شیر گرفتن | | | ۱۶ | ارزیابی کودک از نظر فنیل کتونوری (PKU) |
| ۶۹ | توصیه هایی برای مراقبت از چشم نوزاد | | | ۱۷ | ارزیابی کودک از نظر فشار خون |
| ۶۹ | توصیه هایی برای مراقبت از گوش نوزاد / کودک | | | ۱۷ | ارزیابی کودک از نظر کم خونی |
| ۷۰ | توصیه هایی برای مراقبت از دهان و دندان کودک | | | | |
| ۷۱ | توصیه هایی برای مراقبت از نوزاد | | | | |
| ۷۲ | توصیه هایی برای مراقبت از کودک در برابر عوامل محیطی موثر بر سلامت | | | | |
| ۷۴ | توصیه هایی برای پیشگیری از آسیب های کودکان | | | | |
| ۷۷ | توصیه هایی برای رابطه متقابل کودک و والدین | | | | |
| ۷۸ | توصیه هایی برای مراقبت از تکامل کودک | | | | |
| ۷۹ | توصیه هایی برای فعالیت بدنی کودک / پیامدها و مشکلات تک فرزندی | | | | |
| ۸۰ | توصیه هایی برای سلامت معنوی کودک | | | | |
| ۸۱ | نمودارها | | | | |
| ۹۳ | منابع | | | | |
| ۹۴ | اسامی گروه تدوین | | | | |
| | | ۳۹..... | توصیه های تغذیه ای را برحسب سن شیرخوار به مادر ارائه دهید | ۱۹ | ارزیابی شیرخوار کمتر از ۲ ماه از نظر علائم و نشانه های خطر |
| | | ۴۳ | اصول کلی تغذیه تکمیلی | ۱۹ | ارزیابی کودک ۲ ماه تا ۶۰ ماه از نظر علائم و نشانه های خطر |
| | | ۴۴ | برخی از مواد غذایی نامناسب یا ممنوع برای تغذیه کودکان زیر یک سال | ۲۰ | ارزیابی کودک از نظر وزن برای سن |
| | | ۴۵ | برخی نکات کلیدی در مورد تغذیه کودک | ۲۱ | ارزیابی کودک از نظر قد برای سن |
| | | | توصیه های تغذیه ای ضروری برای کودک کم وزن، کوتاه قد، لاغر، نیازمند | ۲۲ | ارزیابی کودک از نظر وزن برای قد |
| | | ۴۶..... | بررسی بیشتر از نظر وزن و قد | ۲۳ | ارزیابی کودک از نظر دورس (تا ۲ سالگی) |
| | | | توصیه های تغذیه ای ضروری برای کودک با اضافه وزن، چاق و احتمال | ۲۴ | ارزیابی سلامت مادر و وضعیت شیردهی |
| | | ۴۸..... | اضافه وزن | ۲۵ | ارزیابی تغذیه تا پایان شیردهی |
| | | ۴۹..... | جدول ۱) وضعیت مطلوب تغذیه با شیرمادر در ۳-۵ روزگی | ۲۶ | ارزیابی تغذیه تا پایان یکسالگی |
| | | ۵۰ | جدول ۲) راه های حفظ و تداوم شیردهی | ۲۷ | ارزیابی تغذیه از پایان ۶ ماه تا ۵ سال |
| | | ۵۱ | جدول ۳) کفایت تغذیه با شیرمادر، ناکافی بودن واقعی یا ذهنی شیرمادر | | |
| | | | جدول ۴) اگر کودک شیرمادرخوار زیر ۶ ماه شیر کمکی یا مایعات و غذای | | |
| | | ۵۲ | دیگری هم می خورد | | |
| | | ۵۲ | جدول ۵) دوشیدن شیرمادر | | |
| | | ۵۳ | جدول ۶) نحوه تغذیه شیرخوار با فنجان را به مادر آموزش دهید | | |

آموزش / مشاوره

غیرپزشک

مراقبت های دوره ای کودک سالم

| سن | | اقدامات لازم | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|--------------|-------------|-------------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | ۳-۵ روزگی | ۱۴-۱۵ روزگی | ۳۰-۴۵ روزگی | ۲ ماهگی | ۴ ماهگی | ۶ ماهگی | ۷ ماهگی | ۹ ماهگی | ۱۲ ماهگی | ۱۵ ماهگی | ۱۸ ماهگی | ۲۴ ماهگی | ۳۰ ماهگی | ۴۸ ماهگی | ۶۰ ماهگی | |
| فاصله زمانی انجام مراقبت بر حسب روز و ماه | | تا ۱۰ روز | روز ۱۱-۲۲ | روز ۲۳-۵۲ | تا ۳ ماه | تا ۵ ماه | تا ۶ ماه | تا ۸ ماه | تا ۱۰ ماه | تا ۱۳ ماه | تا ۱۶ ماه | تا ۲۱ ماه | تا ۲۷ ماه | تا ۳۳ ماه | تا ۴۲ ماه | تا ۵۴ ماه | تا ۶۰ ماه |
| معاینه (پزشک) | | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| معاینه (دندانپزشک) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ارزیابی علائم و نشانه های خطر (غیر پزشک) | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| ایمن سازی | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| پایش رشد | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| ارزیابی تغذیه | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| ارزیابی دهان و دندان | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ارزیابی بدرفتاری با کودک | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| تجویز ویتامین A+D | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| تجویز سایر مکمل ها | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| تجویز آهن | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ارزیابی فرزندآوری مادر | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| غریبالگری | شیر مادر | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | بیماری های متابولیک ارثی | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | ژنتیک | ● | ○ | | | | | | | | | | | | | | |
| | بینایی | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | شنوایی | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| | تکامل (RED FLAGS) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | تکامل (تست استاندارد) | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | فشار خون | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | آنمی | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | سلامت و شیردهی مادر | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| راهنمایی های برای والدین | ارتقا تکامل کودک | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | تغذیه کودک | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | پیشگیری از آسیب کودک | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | سلامت دهان و دندان | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | مشکلات تک فرزندی | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | مراقبت نوزادی | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | فعالیت بدنی | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | عوامل محیطی موثر بر سلامت | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | سلامت معنوی | ● | | | | | | | | | | | | | | | |

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

غربالگری‌ها

| سن | همگانی | انتخابی |
|-------------|--|---|
| بدو تولد | • بینایی، شنوایی، کافی بودن شیر مادر | • - |
| ۳-۵ روزگی | • بیماری‌های متابولیک، کافی بودن شیر مادر، شنوایی، ژنتیک • ویزیت پزشک | • - |
| ۱۴-۱۵ روزگی | • بینایی، شنوایی | |
| ۳۰-۴۵ روزگی | • شنوایی | • بینایی (برای تمامی کودکان نارس انجام شود) |
| ۲ ماهگی | • بینایی، شنوایی، تکامل RED FLAGS | • - |
| ۴ ماهگی | • شنوایی | • آنمی* |
| ۶ و ۷ ماهگی | • بینایی (۷ ماهگی)، شنوایی، تکامل (تست استاندارد)، سلامت دهان و دندان (با رویش اولین دندان) و ویزیت دندانپزشک یکبار از رویش اولین دندان تا یکسالگی • ویزیت پزشک | • - |
| ۹ ماهگی | • شنوایی، تکامل RED FLAGS | • - |
| ۱۲ ماهگی | • تکامل (تست استاندارد)، سلامت دهان و دندان • ویزیت پزشک | • آنمی* |
| ۱۵ ماهگی | • - | • - |
| ۱۸ ماهگی | • تکامل RED FLAGS | • - |
| ۲۴ ماهگی | • تکامل (تست استاندارد)، سلامت دهان و دندان • ویزیت پزشک | • - |
| ۲,۵ سالگی | • - | • - |
| ۳-۵ سالگی | • شنوایی، بینایی، سلامت دهان و دندان، تکامل RED FLAGS • ۴ سالگی، تکامل (تست استاندارد) ۳ سالگی و ۵ سالگی • فشار خون** • ویزیت پزشک (۳ سالگی و ۵ سالگی) • ویزیت دندانپزشک (۳ سالگی و ۵ سالگی) | • - |

*غربالگری کم خونی

کودکان با شرایط زیر جهت ارزیابی کم خونی به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع شوند:

۱. سابقه بستری در NICU
۲. آلرژی به پروتئین شیر گاو
۳. سوء تغذیه
۴. شروع شیر گاو در سن زیر یکسال
۵. عدم مصرف صحیح قطره آهن (در ۱۲ ماهگی)
۶. نوزادان نارس و نوزادان با وزن تولد کم تراز ۲۵۰۰ گرم (در ۴ ماهگی)

**غربالگری فشار خون

- در معاینه فیزیکی سالانه تمامی کودکان ۳۶ ماهه فشار خون توسط پزشک اندازه گیری شود.

- در صورت مثبت بودن عوامل خطر فشار خون در کودکان زیر ۳ سال، نیاز است کودک برای ارزیابی بیشتر به متخصص کودکان ارجاع داده شود:

- کودک با شرح حال پره مجوریتی
- وزن تولد بسیار کم (وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم یا VLBW) یا سایر عوارض نوزادی که به مراقبت در بخش ویژه نوزادان NICU نیاز داشته است.
- بیماری‌های ارثی / ژنتیکی قلب (ترمیم شده یا ترمیم نشده)
- عفونت مکرر ادراری
- هماچوری، پروتئینوری
- بیماری‌های کلیوی یا ناهنجاری‌های اورولوژیک
- سابقه خانوادگی بیماری‌های ارثی / ژنتیکی کلیه
- پیوند عضو یا پیوند مغز استخوان
- بدخیمی
- مصرف داروهایی که فشار خون را افزایش می دهند (کورتیکواستروئیدها)
- بیماری‌های سیستمیک همراه با فشار خون (نوروفیروماتوز، اسکروز توبر، ...)
- افزایش فشار داخل جمجمه (استفراغ مکرر، سردرد صبحگاهی)
- موارد فشار خون از قبل تشخیص داده شده یا تحت درمان با داروهای پایین آورنده فشار خون
- ابتلا کودک به دیابت
- ابتلا کودک به چاقی

تاریخ تولد کودک:..... وزن هنگام تولد:..... قد هنگام تولد:..... دورسر هنگام تولد:..... هفته بارداری هنگام تولد:.....
**** در معاینه شیرخوار چنانچه هر یک از علائم خطر شامل تنفس تند، پرش پره های بینی، تو کشیده شدن قفسه سینه یا ناله کردن، وجود عفونت های موضعی پوست، پستان، ناف و چشم، اختلال دمای بدن و کم آبی طبق بوکت مانا عمل کنید.**

| نشانه ها | طبقه بندی | توصیه ها |
|--|------------------------------------|--|
| • یافتن هر گونه علامت یا نشانه غیرطبیعی | احتمال وجود اختلال ژنتیکی / بیماری | • ارجاع به متخصص کودکان • در صورت یافتن هر نوع ناهنجاری / اختلال ژنتیکی در سامانه ثبت شود. • ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود. |
| • زردی پوست | زردی | • به بوکت مانا مراجعه کنید. |
| • هیچ کدام از نشانه های فوق را نداشته باشد | مشکل ندارد | • ارزیابی کودک طبق بوکت انجام شود. |

| | | |
|--|--|--|
| <p>۱. سروگردن</p> <ul style="list-style-type: none"> • شکل و اندازه جمجمه • فونتanel ها / سوچور ها • آنسفالوسل (یکبار) • دورسر: کمتر از $-3Z$ - score یا بیشتر از $+3Z$ score • ظاهر چشم ها (هیپرتلوپسم، شیب چشم) • چانه: (میکروگناتی، میکروگلوپسیا، رتروگناتیا) • زبان (زبان بزرگ و بیرون زده) • صورت: چهره ای غیر معمول، حرکت عضلات صورت (غیرقرینگی هنگام گریه کردن)، فاصله بین دو چشم • لب و دهان: شکاف لب و شکاف کام**، دندان نوزادی • گردن: توریتیکولی (انحراف گردن)، پرده گردنی، توده گردنی | <p>۵. قلب و عروق*</p> <ul style="list-style-type: none"> • سمع قلب (تعداد، ریتم، صدای غیرطبیعی) • نبض اندام ها • سیانوز • تعریق زیاد و خستگی در حین شیر خوردن • فشارخون (عوامل خطر فشارخون بررسی شود، در صورت مثبت بودن، کودک به متخصص کودکان ارجاع شود.) | <p>۹. پشت</p> <ul style="list-style-type: none"> • ستون فقرات: ساکروم، کیفواسکولیوز • توده یا موی غیرطبیعی در محل ستون فقرات • همانژیوم در محل ستون فقرات |
| <p>۲. چشم ها***</p> <ul style="list-style-type: none"> • شکل ظاهری سرو صورت • کره چشم: پروپتوزیس (برجستگی مشخص)، انوفتالموس (فرورفتگی مشخص) • پلک: اندازه شکاف پلک، فاصله دو چشم، پتوزیس (افتادگی)، برجستگی، التهاب، آنومالی، آلبینیسم • سیستم اشکی: اشک ریزش، ترشح مزمن، آبه • قرنیه: اندازه، کدورت، فوتوفوبی (در صورت بزرگی قرنیه یا فوتوفوبی از نظر گلوکوم بررسی شود) • مردمک: شکل، تقارن، بازتاب نوری قرمز (Red reflex) | <p>۶. شکم</p> <ul style="list-style-type: none"> • شکل، نرمی شکم، امفالوسل، گاستروشنزی • ناف (ترشحات، خونریزی) • هرنی ناف • توده شکمی | <p>۱۰. معاینه عصبی</p> <ul style="list-style-type: none"> • سطح هوشیاری، قدرت عضلات • رفلکس های نوزادی |
| <p>۳. گوش، گلو و بینی</p> <ul style="list-style-type: none"> • طبق صفحه ارزیابی شنوایی کودک را بررسی کنید. • کودکان دارای یک یا چند عامل خطر بین سنین ۱ ماهگی تا ۳ سالگی، باید در مقاطع مراقبت های ۶، ۱۲، ۲۴، و ۳۶ ماهگی تحت پایش های ادیولوژیک تشخیصی قرار گیرند. | <p>۷. ژنتیپالای خارجی</p> <ul style="list-style-type: none"> • دختران: توده غیرعادی در لمس لبیا، بزرگی غیرعادی کلیتوریس • پسران: عدم نزول بیضه یک طرفه یا دو طرفه، شکل و اندازه پنیس، محل قرار گرفتن مجرای ادرار (هیپوسپادیازیس، اپیسیپادیازیس)، شکل پره پوس • ابهام تناسلی • هرنی • محل قرار گرفتن و باز بودن آنوس مشاهده شود | <p>۱۱. پوست</p> <ul style="list-style-type: none"> • سیانوز • رنگ پریدگی • زردی • وجود ضایعات پوستی (راش، پتشی، جوش، تاول، اریتم) • همانژیوم • کمبود شدگی و خونمردگی متعدد • خال های غیرطبیعی |
| <p>۴. قفسه سینه</p> <ul style="list-style-type: none"> • شکل قفسه سینه • نیپیل (محل قرار گرفتن، فاصله نیپیل ها، نیپیل اضافه، قرمزی، گرمی و تورم پستان) • تعداد و چگونگی تنفس • صداهای تنفسی (ویز، رال رونکای) | <p>۸. اندام ها</p> <ul style="list-style-type: none"> • غیرقرینگی اندام ها • بررسی ظاهر اندام ها از نظر بدشکلی، ترومای زایمانی، ناهنجاری ها، تقارن، دفورمیتی، ادم • حرکت اندام ها • تعداد انگشت ها و چسبندگی آن ها • بررسی از نظر در رفتگی مادرزادی لگن (تست ارتولانی و بارلو) | <p>۱۱. پوست</p> <p>* کودک زیر یکسال با بیماری قلبی مادرزادی باید از نظر سرخچه مادرزادی (CRS (Congenital Rubella Syndrome) بررسی شود.</p> <p>** بررسی شکاف لب و کام: در اولین معاینه ۵-۳ روزگی لب و سوراخ های بینی، لثه و کام از نظر باز بودن، زبان کوچک از نظر دو شاخه بودن، خروج شیراز بینی و غیرقرینه بودن لب ها معاینه شود.</p> <p>*** توجه کنید: نوزادان نارس از نظر رتینوپاتی نوزادی ارزیابی شوند.</p> |

معاینه کودک ۲ ماه تا ۵ سال

****در شروع معاینه چنانچه شیرخوار هریک از علائم خطر شامل تنفس تند، پرش پره های بینی، تو کشیده شدن قفسه سینه یا ناله کردن مشاهده شود، طبق بوکلت مانا عمل کنید.**

| نشانه ها | طبقه بندی | توصیه ها |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> یافتن هر گونه علامت یا نشانه غیر طبیعی | <ul style="list-style-type: none"> احتمال وجود بیماری / اختلال ژنتیکی | <ul style="list-style-type: none"> ارجاع به متخصص کودکان در صورت یافتن هر نوع ناهنجاری / اختلال ژنتیکی در سامانه ثبت شود. ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود. |
| <ul style="list-style-type: none"> هیچ کدام از نشانه های فوق را نداشته باشد | <ul style="list-style-type: none"> مشکل ندارد | <ul style="list-style-type: none"> ارزیابی کودک طبق بوکلت انجام شود. |

| | | |
|---|---|--|
| <p>۹. پشت</p> <ul style="list-style-type: none"> • ستون فقرات: ساکروم (توده یا موی غیر طبیعی در محل ستون فقرات) (یکبار) • کیفواسکولیوز • همانژیوم در محل ستون فقرات (یکبار) | <p>۵. قلب و عروق*</p> <ul style="list-style-type: none"> • سماع قلب (تعداد، ریتم، صدای غیر طبیعی) • نبض اندام ها • سیانوز • تعریق زیاد و خستگی در حین شیر خوردن • کودک زیر یکسالی که بیماری قلبی مادرزادی دارد باید از نظر سرخچه مادرزادی CRS بررسی شود. • فشار خون (برای کودک ۳۶ ماهه بررسی شود). در کودکان زیر ۳ سال عوامل خطر بررسی شود، در صورت مثبت بودن کودک به متخصص کودکان ارجاع شود. | <p>۱. سروگردن</p> <ul style="list-style-type: none"> • شکل و اندازه جمجمه (تا ۲ سالگی) • فونتanel ها / سچورها (تا ۲ سالگی) • دور سر: کمتر از $-3Z$-score یا بیشتر از $+3Z$-score (تا ۲ سالگی) • چانه و زبان: (میکروگنآسی، رتروگنآسیا، زبان بزرگ و بیرون زده) (یکبار) • صورت: چهره ای غیر معمول، حرکت عضلات صورت (غیرقرینگی هنگام گریه کردن) • لب و دهان: شکاف لب و شکاف کام** • اختلال در رویش یا شکل ظاهری دندان • مخاط دهان، لوزه ها، کام • گردن: پرده گردنی، توده گردنی |
| <p>۱۰. معاینه عصبی</p> <ul style="list-style-type: none"> • سطح هوشیاری، قدرت عضلات • بررسی عملکرد اعصاب مغزی | <p>۶. شکم</p> <ul style="list-style-type: none"> • شکل، نرمی شکم • هرنی ناف • توده شکمی | <p>۲. چشمها***</p> <p>شکل ظاهری سرو صورت</p> <p>کره چشم: پروتوزیس (برجستگی مشخص)، انوفتالموس (فرورفتگی مشخص) پلک: اندازه، شکاف پلک، فاصله دو چشم، پتوزیس (افتادگی)، برجستگی، التهاب، آنومالی، آلبینیسم</p> <p>سیستم اشکی: اشک ریزش، ترشح مزمن، آبسه</p> <p>قرنیه: اندازه، کدورت، فوتوفوبی</p> <p>مردمک: شکل، تقارن، بازتاب نوری قرمز (Red reflex)</p> <p>گلوکوم: بزرگی قرنیه، فوتوفوبی</p> <p>- توجه بینایی (فیکساسیون)</p> <p>- تعقیب و دنبال کردن</p> <p>- قرینگی بازتاب نوری از روی قرنیه دوچشم</p> <p>حرکات چشم ها: انحراف، نیستاگموس</p> <p>از ۴۸ ماهگی: وضعیت بینایی:</p> <p>- حدت بینایی (احراز سلامت در کارت سلامت بینایی)</p> |
| <p>۱۱. پوست</p> <ul style="list-style-type: none"> • سیانوز • رنگ پریدگی • زردی • وجود ضایعات پوستی (راش، پتشی، جوش، تاول، اریتم) • سابقه خونریزی طول کشیده یا کبود شدگی و خونمردگی متعدد و مکرر در زیر پوست دارد • خال های غیر طبیعی | <p>۷. ژنتیلبای خارجی</p> <ul style="list-style-type: none"> • دختران: توده غیرعادی در لمس لبیا، بزرگی غیرعادی کلیتورس • پسران: عدم نزول بیضه یک طرفه یا دو طرفه، شکل و اندازه پنیس، محل قرار گرفتن مجرای ادرار (هیپوسپادیازیس، اپیسیپادیازیس)، شکل پره پوس • ابهام تناسلی (یکبار) • هرنی | <p>۳. گوش، گلو و بینی</p> <p>- طبق صفحه ارزیابی شنوایی کودک را بررسی کنید</p> <p>- کودکان بین سنین ۱ ماهگی تا ۳ سالگی که دارای یک یا چند عامل خطر باشند، در مقاطع مراقبت های ۶، ۱۲، ۲۴ و ۳۶ ماهگی تحت پایش های ادیولوژیک تشخیصی قرار گیرند.</p> |
| <p>۸. اندام ها</p> <ul style="list-style-type: none"> • غیرقرینگی اندام ها • بررسی ظاهر اندام ها از نظر بدشکلی، ترومای زایمانی، ناهنجاری ها، تقارن، دفورمیتی، ادم (یکبار) • حرکت اندام ها • تعداد انگشت ها و چسبندگی آن ها (یکبار) | <p>۴. قفسه سینه</p> <ul style="list-style-type: none"> • شکل قفسه سینه • نیپیل (محل قرار گرفتن، فاصله نیپیل ها، نیپیل اضافه، قرمزی، گرمی و تورم پستان) • تعداد و چگونگی تنفس • صداهای تنفسی (ویز، رال رونکای، قرینگی صداهای تنفسی) | |

| |
|--|
| <p>*کودک زیریکسال که بیماری قلبی مادرزادی دارد از نظر سرخچه مادرزادی (CRS Congenital Rubella Syndrom) بررسی شود.</p> <p>** بررسی شکاف لب و کام: دومین معاینه در ۲ ماهگی لب و سوراخ های بینی، لته و کام از نظر باز بودن، زبان کوچک از نظر دو شاخه بودن، خروج شیر از بینی و غیرقرینه بودن لب ها معاینه شود. سومین معاینه در ۱۸ ماهگی انجام شود به خصوص صحبت کردن کودک بررسی شود، در صورت مشاهده هر گونه مورد مشکوک به شکاف کام و لب، لازم است کودک به نزدیک ترین تیم و مرکز شکاف لب و کام یا در صورت عدم دسترسی به متخصص ارجاع داده شود.</p> |
|--|

ارزیابی وزن برای سن

برای تفسیر کامل وضعیت رشد کودک لازم است هر ۳ منحنی رشد کودک (وزن برای سن، قد برای سن و وزن برای قد) بررسی گردد.

| توصیه‌ها/ اقدام | طبقه بندی | منحنی وزن برای سن |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> در صورت وجود هر یک از وضعیت های زیر پس از اقدامات اولیه و تثبیت وضعیت کودک، به بیمارستان ارجاع دهید. <ul style="list-style-type: none"> - ادم دوطرفه در پاها یا - دورمیانه بازو (MUAC) کمتر از ۱۱۵ میلی متر یا - وجود بیماری همراه * در غیر این صورت، ضمن اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی کامل وضعیت تغذیه ای کودک را ارزیابی نموده و ضمن مشاوره تغذیه آزمایش های اولیه ** را درخواست نمایید. <ul style="list-style-type: none"> - در صورت طبیعی بودن آزمایش ها، به کارشناس تغذیه ارجاع دهید. در صورتی که بعد از ۲ بار پیگیری، کودک افزایش وزن نداشته باشد یا منحنی وزن برای سن روند نزولی داشته باشد در مورد ارجاع کودک به متخصص کودکان تصمیم گیری شود. - در صورت غیر طبیعی بودن آزمایش های اولیه، فقدان امکان تشخیصی درمانی، به مرکز تخصصی ارجاع دهید. ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه کم وزنی اقدام شود. | کم وزنی شدید (Severely underweight) | • پایین تر از $-3z$ score |
| <ul style="list-style-type: none"> ضمن اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی کامل، وضعیت تغذیه کودک را ارزیابی کنید و با مادر در مورد تغذیه کودک مشاوره کنید. <ul style="list-style-type: none"> - در صورت وجود بیماری درمان مناسب انجام شود. - در صورت نبود بیماری آزمایش های اولیه درخواست شود** - در صورت غیر طبیعی بودن آزمایش ها یا فقدان امکان تشخیصی درمانی به مرکز تخصصی ارجاع داده شود. - در صورت طبیعی بودن آزمایش ها، به کارشناس تغذیه ارجاع دهید. در صورتی که بعد از ۲ بار پیگیری کودک افزایش وزن نداشته باشد یا منحنی وزن برای سن روند نزولی داشته باشد در مورد ارجاع کودک به متخصص کودکان تصمیم گیری شود. در صورت وزن گیری مطلوب، توصیه های تغذیه ای ادامه یافته و بر اساس سن کودک پیگیری شود.*** - زیر ۲ ماه: ۱۰ روز بعد، ۲ ماه تا یکسال: ۲ هفته بعد، بالای یک سال: ۱ ماه بعد | کم وزنی (Underweight) | • مساوی $-3z$ score تا پایین تر از $-2z$ score |
| <ul style="list-style-type: none"> • منحنی قد برای سن بررسی شود. • منحنی وزن برای قد بررسی شود. | احتمال اضافه وزن | • بالاتر از $+1z$ score |
| <ul style="list-style-type: none"> • منحنی قد برای سن بررسی شود. • منحنی وزن برای قد بررسی شود. • مراقبت های روتین ادامه یابد. • توصیه های تغذیه ای | نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن | • مساوی $-2z$ score تا مساوی $+1z$ score و - روند رشد نامعلوم یا - روند افزایش وزن متوقف شده یا - کاهش وزن کودک |
| <ul style="list-style-type: none"> • ارزیابی کودک طبق بوکلت انجام شود. | طبیعی | • مساوی $-2z$ score تا مساوی $+1z$ score |

*منظور از بیماری همراه مواردی بجز بیماری های ساده ای از قبیل سرماخوردگی یا فارنژیت ساده ای است که به صورت سرپایی درمان شده و طی چند روز بعدی کودک بهبود می یابد.
** -Ca -CBC -U/C -U/A -S/E x3 -Cr -BUN -FBS -Na -K
(Serum IgA, IgA anti-tTG) بررسی سلیاک
*** کلیه پیگیری ها توسط غیر پزشک تیم سلامت انجام می شود.

ارزیابی قد برای سن

برای تفسیر کامل وضعیت رشد کودک لازم است هر ۳ منحنی رشد کودک (وزن برای سن، قد برای سن و وزن برای قد) بررسی گردد.

| منحنی قد برای سن | طبقه بندی | توصیه‌ها/ اقدام |
|--|--------------------------------------|---|
| • پایین تر از $-3z$ -score | کوتاه قدی شدید (Severely stunted) | • به متخصص کودکان ارجاع شود و برای ارزیابی و مشاوره تغذیه به کارشناس تغذیه ارجاع شود. • ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه کوتاه قدی اقدام شود. |
| • بالاتر از $+3z$ -score | خیلی بلند قد | • در صورت شک به وجود مشکل، ارجاع به متخصص کودکان • ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود. |
| • مساوی $-3z$ -score تا پایین تر از $-2z$ -score | کوتاه قدی (Stunted) | • منحنی وزن برای سن بررسی شود. • منحنی وزن برای قد بررسی شود. • معاینه فیزیکی کامل و بررسی وجود علائم سیستمیک و بررسی های تکمیلی*، در صورت غیر طبیعی بودن معاینه فیزیکی ارجاع به متخصص کودکان ارجاع به کارشناس تغذیه برای مشاوره تغذیه • در صورت طبیعی بودن معاینه فیزیکی و بررسی های تکمیلی، ارائه توصیه های تغذیه ای و پیگیری** طبق توالی: - کوچک تر از ۶ ماه: ۱ ماه بعد - ۶ تا ۱۲ ماه: ۲ ماه بعد - بزرگتر از ۱ سال: ۳ ماه بعد • پس از ۲ پیگیری، در صورتی که کودک افزایش قد نداشته باشد یا روند افزایش قد کند باشد، به متخصص کودکان ارجاع شود. |
| • مساوی $-2z$ -score تا مساوی $+3z$ -score و - روند افزایش قد نامعلوم یا - روند افزایش قد متوقف شده یا - روند افزایش قد کند شده | نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد | • منحنی وزن برای سن بررسی شود. • منحنی وزن برای قد بررسی شود. • توصیه های تغذیه ای |
| • مساوی $-2z$ -score تا مساوی $+3z$ -score | طبیعی | • ارزیابی کودک طبق بولت انجام شود. |

*بررسی های تکمیلی عبارت است از: شرح حال تغذیه ای، توجه به قد و تأخیر در بلوغ والدین، حال عمومی، تکامل، تناسب وزن برای قد، معاینه فیزیکی، بررسی های آزمایشگاهی (CBC، ESR، U/C، U/A، S/E \times 3، Cr، BUN، T3U، TSH، T4، FBS، K، Na، Ca، P، و آلکالن فسفاتاز) و سن استخوانی (رادیوگرافی روبروی مچ، کف و انگشتان دست چپ از نظر سن استخوانی)
** کلیه پی گیری ها توسط غیرپزشک تیم سلامت انجام می شود.

ارزیابی وزن برای قد

برای تفسیر کامل وضعیت رشد کودک لازم است هر ۳ منحنی رشد کودک (وزن برای سن، قد برای سن و وزن برای قد) بررسی گردد.

| منحنی وزن برای قد | طبقه بندی | توصیه‌ها/ اقدام |
|--|---------------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> پایین تر از $-3z$-score - یا ادم دوطرفه گوده گذار یا $MUAC < 115mm$ | لاغری شدید (Severely wasted) | <ul style="list-style-type: none"> پس از معاینه اولیه و تثبیت وضعیت عمومی، به بیمارستان ارجاع شود، ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و پس از ترخیص از بیمارستان مشابه لاغری پیگیری و اقدام شود. |
| <ul style="list-style-type: none"> مساوی $-3z$-score تا پایین تر از $-2z$-score یا $115mm < MUAC < 125mm$ | لاغر (Wasted) | <ul style="list-style-type: none"> در صورت وجود بیماری همراه یا ادم، ارجاع به متخصص کودکان در صورت غیر طبیعی بودن آزمایش‌های اولیه یا نبود امکان تشخیص و درمان به مرکز تخصصی ارجاع دهید. در صورت نبود هر یک از وضعیت‌های فوق، ضمن اخذ شرح حال، معاینه فیزیکی کامل و ارزیابی تغذیه کودک انجام شود، مشاوره تغذیه ارائه شود و آزمایش‌های لازم* درخواست گردد. در صورت طبیعی بودن آزمایش‌ها، ضمن ارائه توصیه‌های تغذیه‌ای برای تکمیل مشاوره و توصیه‌های تغذیه‌ای به کارشناس تغذیه ارجاع دهید. پی‌گیری کودک بر اساس جدول توالی سنی بی‌گیری وزن برای سن انجام شود. در صورتی که پس از ۲ پیگیری منحنی وزن برای قد در همین طبقه بندی قرار گیرد کودک به متخصص کودکان ارجاع شود. |
| <ul style="list-style-type: none"> بالتر از $+3z$-score | چاق (obese) | <ul style="list-style-type: none"> وضعیت تغذیه کودک ارزیابی شود، معاینه فیزیکی کامل انجام شود و کودک از نظر وجود بیماری بررسی شود. - در صورت وجود بیماری، هر گونه مورد غیر طبیعی در شرح حال یا معاینه فیزیکی به متخصص کودکان ارجاع دهید. - در موارد معاینه طبیعی، آزمایش‌های اولیه درخواست شود.** - در صورت غیر طبیعی بودن آزمایش‌های درخواستی، کودک را به پزشک متخصص کودکان ارجاع دهید. - در صورت طبیعی بودن آزمایش‌های درخواستی، کودک را به کارشناس تغذیه ارجاع دهید. پیگیری این کودکان ماهی یکبار توسط مراقب سلامت / بهورز به مدت ۶ ماه برای کودک با اضافه وزن و به مدت ۳ ماه برای کودک چاق جهت اندازه‌گیری قد، وزن انجام شود. مشاوره تغذیه و اصلاح الگوی غذایی در این دوره‌های زمانی توسط کارشناس تغذیه انجام شود. پس از اتمام دوره‌های پیگیری در صورتی که منحنی وزن برای قد در همین طبقه بندی قرار گیرد کارشناس تغذیه کودک را به پزشک ارجاع دهد و سپس پزشک در مورد ارجاع به متخصص کودکان تصمیم‌گیری کند. |
| <ul style="list-style-type: none"> بالتر از $+1z$-score تا مساوی $+2z$-score | احتمال اضافه وزن** | <ul style="list-style-type: none"> بررسی وضعیت تغذیه‌ای کودک، معاینه فیزیکی و توصیه‌های تغذیه‌ای پس از ۳ ماه در صورتی که منحنی وزن برای قد در همین طبقه بندی قرار گیرد به کارشناس تغذیه ارجاع دهید. |
| <ul style="list-style-type: none"> مساوی $-2z$-score تا مساوی $+1z$-score | طبیعی | <ul style="list-style-type: none"> ارزیابی کودک طبق بولت انجام شود. |

Serum IgA, IgA anti-tTG - آلکالن فسفاتاز و در صورت امکان بررسی سلیاک
 P - Ca - CBC - U/C - U/A - S/E x3 - Cr - BUN - FBS - Na - K*
 **آزمایش‌های بیوشیمیایی شامل T4, TSH, T3U و سطح چربی‌های خون (LDL, TG, Cholesterol, HDL)

ارزیابی دور سر برای سن (تا ۲ سالگی)

| توصیه‌ها/ اقدام | طبقه بندی | دور سر برای سن |
|---|--------------------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 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. (زیر ۶ ماه ۲ هفته بعد، بالای ۶ ماه یک ماه بعد) - اگر تکامل کودک غیر طبیعی است به متخصص کودکان ارجاع دهید • اگر دور سر کودک با قد و وزنش هم‌خوانی ندارد و تکامل وی طبیعی است، دور سر پدر و مادر و افراد درجه اول خانواده را ارزیابی کنید: - اگر دور سر پدر و مادر کوچک است، کودک بر اساس توالی مراقبت‌های برنامه‌ی کودک سالم پیگیری شود. (زیر ۶ ماه ۲ هفته بعد، بالای ۶ ماه ۱ ماه بعد) - اگر دور سر پدر و مادر کوچک نیست به متخصص کودکان ارجاع داده شود. | دور سر کوچک (میکروسفالی) | • پایین تر از $-3z$ -score |
| <ul style="list-style-type: none"> • 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. (زیر ۶ ماه ۲ هفته بعد، بالای ۶ ماه یک ماه بعد) - اگر تکامل کودک غیر طبیعی است بررسی گردد. • اگر دور سر کودک با قد و وزنش هم‌خوانی ندارد و تکامل وی طبیعی است، دور سر پدر و مادر و افراد درجه اول خانواده را ارزیابی کنید: - در صورت بزرگ بودن دور سر پدر یا مادر، کودک بر اساس توالی مراقبت‌های برنامه‌ی کودک سالم پیگیری شود. (زیر ۶ ماه ۲ هفته بعد، بالای ۶ ماه ۱ ماه بعد) - اگر دور سر پدر و مادر بزرگ نیست به متخصص ارجاع داده شود. | دور سر بزرگ (ماکروسفالی) | • بالاتر از $+3z$ -score |
| <ul style="list-style-type: none"> • پی‌گیری - زیر ۶ ماه: ۲ هفته بعد - بالای ۶ ماه: ۱ ماه بعد | نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر | • مساوی $-3z$ -score تا مساوی $+3z$ -score و روند افزایش دور سر نامعلوم یا روند افزایش دور سر متوقف شده یا روند افزایش دور سر دور از میانه |
| <ul style="list-style-type: none"> • ارزیابی کودک طبق بوکلت انجام شود. | دور سر طبیعی | • مساوی $-3z$ -score تا مساوی $+3z$ -score |

شیردهی و مشکلات پستان مادر

| نشانه | طبقه بندی | توصیه‌ها/ اقدام |
|---|----------------------------|---|
| • بیحالی، تهوع، خستگی زیاد، درد عضلانی همراه با تورم و قرمزی موضعی | آبسه پستان | • ارجاع فوری به متخصص جهت تخلیه یا جراحی آبسه • ادامه تغذیه با شیرمادر، چنانچه خروج چرک از نوک و اطراف هاله قهوه ای پستان وجود دارد، موقتاً تا بعد از جراحی، شیرخوار از پستان مبتلا تغذیه نشود و این پستان دوشیده شود. • ارجاع به مشاور شیردهی • پیگیری برای مادر شیرخوار زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد- مادر شیرخوار بالای ۲ ماه ۱ هفته بعد توسط غیر پزشک |
| • علائم شبه آنفلوآنزا، گاهی تب ۳۸ درجه، لرز، سردرد، بیحالی عمومی، پوست پستان دچار قرمزی، براقی، تورم و درد قسمتی از پستان | ماستیت | • چنانچه علیرغم توصیه های پیشین مراقب سلامت، درد یا التهاب در مدت ۲۴ ساعت بهبود نیافته: - تجویز مسکن (استامینوفن یا بروفن) - شروع آنتی بیوتیک به مدت ۱۰ الی ۱۴ روز - ادامه توصیه ها جهت ادامه شیردهی از پستان مبتلا، ماساژ پستان، تخلیه پستان ها، کمپرس گرم قبل از شیردهی و کمپرس سرد بعد از شیردادن، جهت تسکین و جاری شدن شیر، تصحیح وضعیت شیردهی، مصرف مایعات، استراحت - ارجاع به مشاور شیردهی - پیگیری برای مادر شیرخوار زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد- مادر شیرخوار بالای ۲ ماه ۱ هفته بعد توسط غیر پزشک |
| • پری پستان، درد بدون ترشحات چرکی و تب | احتقان | • تخلیه مکرر شیر از پستان (مکیدن مکرر شیرخوار، دوشیدن شیر) • قبل از شیردهی یا دوشیدن شیر، دوش آب گرم یا کمپرس گرم روی پستان • کمپرس سرد بعد از تغذیه شیرخوار، ماساژ گردن و پشت و ماساژ ملایم پستان ها • تجویز مسکن • ارجاع به مشاور شیردهی • پیگیری برای مادر شیرخوار زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد- مادر شیرخوار بالای ۲ ماه ۱ هفته بعد توسط غیر پزشک |
| • درد نیپل یا خارش نیپل به همراه مکیدن شیرخوار، آرنج به رنگ صورتی یا قرمز گاهی شبیه یک کاغذ بسیار نازک | کاندیدای پستان | • قطع استفاده از بطری یا گول زنگ (پستانک) • تجویز پماد ضد قارچ (کلوتریمازول) برای مادر بعد از تغذیه از پستان، روزی ۴ بار تا ۷ روز بعد از بهبودی • سوسپانسیون نیستاتین برای شیرخوار (روزی ۴ بار هر بار یک میلی لیتر در دهان شیرخوار مالیده شود. مدت درمان معمولاً ۷ روز یا همزمان با درمان مادر) • درمان عفونت سطحی کاندیدایی نوک پستان باید به صورت همزمان در مادر و شیرخوار انجام شود. • پیگیری برای مادر شیرخوار زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد- مادر شیرخوار بالای ۲ ماه ۱ هفته بعد توسط غیر پزشک |
| • سوزش و درد نوک پستان، ترک خوردگی نوک پستان | درد و زخم و شقاق نوک پستان | • کنترل اصلاح وضعیت شیرخوردن، ماساژ پستان برای تحریک رفلکس اکسی توسین، شروع شیردهی از پستان سالم، امتناع از شستشوی مکرر پستان، گذاشتن یک قطره شیر روی نوک پستان) - در صورت وجود عفونت یا برفک، مادر و شیرخوار را درمان کنید. - در صورت لزوم مسکن و پمادهای موضعی برای مادر تجویز کنید - توصیه به گرم نگه داشتن پستان • ارجاع به مشاور شیردهی • پیگیری برای مادر شیرخوار زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد- مادر شیرخوار بالای ۲ ماه ۱ هفته بعد توسط غیر پزشک |

ارزیابی بینایی

معاینه کنید

• معاینه سرو صورت از نظر:

- حدقه چشم‌ها (تناسب با صورت، تقارن)
- کره چشم: پروپتوزیس، انوفتالموس
- اندازه سر (ماکروسفالی، میکروسفالی)
- نگه داشتن سر در وضعیت غیرعادی (Tilt سر {خم شدن جانبی}، Turn صورت {چرخش} (chin up down))

• معاینه چشم‌ها از نظر:

- پلک: اندازه شکاف پلکی، تقارن، فاصله (تله کانتوس و بلفاروفیموزیس) (تنگ بودن شکاف پلکی)، افتادگی پلک، توده، حرکات، آنومالی (کلوبوم: نقص لبه پلک...)، رنگ (آلبینیسم یا زالی)
- سیستم اشکی: اشک ریزش، ترشح مزمن، التهاب کیسه اشکی (داکریوسیستیت)، آبه و فیستول کیسه اشکی
- ملتحمه: ترشح یا پرخونی
- اسکلرا: رنگ زرد (اسکلرا در شیرخواران رنگ سفید مایل به آبی دارد)
- قرنیه: اندازه، کدورت، فتوفوبی
- مردمک و عنبیه غیرعادی: شکل (از جمله کولوبوم)، تقارن، پاسخ به نور، بازتاب نوری قرمز (Red reflex)
- عدسی: کدورت (کاتاراکت) شک به آب مروارید، غیرعادی بودن بازتاب نوری قرمز
- گلوکوم مادرزادی: بزرگی چشم و قرنیه، فتوفوبی، اشک ریزش، کدر بودن نسبی قرنیه و کاهش بازتاب نوری
- حرکات چشم‌ها: انحراف (عدم تقارن رفلکس نوری قرنیه‌ها)، نیستاگموس {حرکات ریتمیک چشم‌ها} (۲ ماهگی و ۷ ماهگی)
- fixation (کودک به صورت مادر خود یا شما مستقیم و با توجه نگاه می‌کند)
- following (اشیا متحرک را با نگاهش دنبال می‌کند)



| نشانه‌ها | طبقه بندی | توصیه‌ها |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • در صورت عدم تطابق با شرایط مطلوب یا • عدم انجام غربالگری رتینوپاتی نوزادان نارس / کم وزن هنگام تولد | <ul style="list-style-type: none"> نیازمند بررسی بیشتر از نظر بینایی | <ul style="list-style-type: none"> • در صورت تشخیص کنژکتیویت عفونی یا اسکلرای زرد، درمان طبق بسته خدمت کودک بیمار (مانا) انجام شود. • ارجاع به مراکز منتخب رتینوپاتی نوزادان نارس • ۱ هفته بعد پیگیری شود تا از نتیجه ارجاع آگاه شوید |
| <ul style="list-style-type: none"> • هیچ‌کدام از نشانه‌های فوق را ندارد. | <ul style="list-style-type: none"> مشکل چشم / بینایی ندارد | <ul style="list-style-type: none"> • ارزیابی کودک طبق بوکلت انجام شود. |

ارزیابی شنوایی

| توصیه ها | طبقه بندی | نشانه ها | معاینه کنید | بررسی کنید |
|--|-----------------------------------|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ارجاع برای انجام تست های تشخیصی** ۴۸ ساعت بعد پیگیری شود. | نیازمند بررسی بیشتر از نظر شنوایی | <ul style="list-style-type: none"> وجود یکی از عوامل خطریا نتیجه غربالگری شنوایی ارجاع یا عدم تطابق با شرایط مطلوب | <ul style="list-style-type: none"> ناهنجاری در سر، صورت و گردن نوزاد مانند ناهنجاری های لاله گوش یا مجرا، وجود زائده های گوش، وجود سوراخ یا منافذ روی گوش (فیستول) یافته های فیزیکی سندرومی روی موها، سر و صورت و گوش ها که همراه با کم شنوایی مانند وجود دسته موی سفید جلوی پیشانی (سندرم واردنبرگ) و دیگر سندرم های شناخته شده شایع مانند آپورت، پندرد، و ژرول-لانک نیلسون، نوروفیبرماتوز نوع ۲، استئوپتروزیس و سندرم آشر اختلالات نورودژنراتیو مانند سندرم هانتر، یا نوروپاتی های حسی حرکتی مثل آتاکسی فردریش و سندرم شارکوت-ماری-توت. لمس و معاینه اطراف گوش از نظر هر گونه تورم و قرمزی یا وجود توده پرده تمپان غیرطبیعی مخاط دهان، لوزه ها غیرطبیعی وجود شکاف کام و لب عدم وجود واکنش با ایجاد یک صوت بلند در نزدیک کودک (بررسی رفلکس استارتل) | <ul style="list-style-type: none"> عوامل خطر ۵ سابقه ابتلا مادر در دوران بارداری به عفونت های داخل رحمی ۵ نوزاد نارس (کمتر از ۳۷ هفته) یا وزن هنگام تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم ۵ سابقه کم شنوایی حسی عصبی دائمی دوران کودکی در خویشاوندان نزدیک ۵ سابقه بستری بیشتر از ۵ روز در NICU ۵ سابقه دریافت آنتی بیوتیک اتوتوکسیک یا دیورتیک های حلقوی ۵ سابقه زردی بالا (هیپربیلی روبینمی) نیازمند تعویض خون ۵ سابقه بکارگیری سیستم تهویه مکانیکی، دستگاه جایگزین قلب و ریه (ECMO) ۵ سابقه ضربه به سر با از دست دادن هوشیاری یا شکستگی همراه و بستری ۵ سابقه اتیت میانی عود کننده ۵ ابراز نگرانی والدین از کم شنوایی یا تأخیر در تکامل زبانی کودک ۵ نتیجه کشت مثبت عفونت های همراه با کم شنوایی حسی عصبی و سابقه مننژیت یا ابتلا به عفونت های دیگر مثل اوریون، انسفالیت تست غربالگر شنوایی ۵ نتیجه غربالگری شنوایی ارجاع تست تشخیصی شنوایی ۵ نتیجه آزمایش های تشخیصی شنوایی غیر طبیعی |
| <ul style="list-style-type: none"> درمان طبق بوکلت مانا پیگیری ۱ هفته بعد | نیازمند بررسی طبق مانا | <ul style="list-style-type: none"> مجرا و پرده تمپان غیرطبیعی یا ترشح از گوش یا معاینه مخاط دهان، لوزه ها، لب و کام غیرطبیعی یا تورم و قرمزی یا دردناک بودن لاله گوش یا تورم، قرمزی، درد و التهاب روی زائده ماستوئید | طبقه بندی کنید | |
| <ul style="list-style-type: none"> ارزیابی کودک طبق بوکلت انجام شود. | مشکل شنوایی ندارد | <ul style="list-style-type: none"> تطابق با شرایط مطلوب عدم وجود مشکل در هر مورد غربالگری شنوایی طبیعی | | |

نکته: تمامی نوزادان در بدو تولد ابتدا از نظر عوامل خطر ارزیابی می شوند. تست غربالگری به روش OAE انجام شود. در صورتیکه نتیجه تست «ارجاع» یا نوزاد دارای یکی از عوامل خطر باشد، تست غربالگری به روش AABR انجام شود. مواردی که هر یک از عوامل خطر را دارند حتی اگر نتیجه تست غربالگری AABR، گذر باشد، نیاز به انجام تست های تشخیصی اودیولوژیک (ABR) تشخیصی به روش آسانه گیری شنوایی، آزمایش تشخیصی DPOAE، تیمپانومتري فرکانس بالا) در یک سالگی دارند.

* در کودکان با سن بیشتر باید به اصوات آشنا مثل گفتار مادر واکنش نشان دهد. کودکان باید تا ۱۵ ماهگی حداقل یک کلمه و تا ۲ سالگی جملات ۲ کلمه ای را به زبان آورند.
** زمان طلایی برای انجام تست غربالگری نوزادی تا یک ماهگی است. برای کودکان ۳-۵ سال در اولین فرصت در این گروه سنی است. زمان طلایی برای انجام تست تشخیصی تا ۳ ماهگی و برای انجام مداخله تا ۶ ماهگی است. برای کودکان ۳-۵ سال زمان طلایی برای انجام تست تشخیصی تا یک هفته بعد از غربال با پاسخ ارجاع و مداخله در اولین فرصت است.

ارزیابی تکامل

• بررسی پرسشنامه غربالگر تکامل کودک (ASQ)

طبقه بندی کنید

| نشانه ها | طبقه بندی | توصیه ها |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • امتیاز تست غربالگر استاندارد مساوی یا کمتر از ۲SD - یا • امتیاز مجدد تست برای بار دوم مساوی یا کمتر از ۱SD - یا • یکی از سؤالات موارد کلی مشکل داشته باشد یا • یاخته غیرطبیعی در معاینه | <ul style="list-style-type: none"> نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل | <ul style="list-style-type: none"> • ارجاع به پزشک معین • پیگیری ۱ هفته بعد برای اطمینان از انجام ارجاع |
| <ul style="list-style-type: none"> • تست غربالگر استاندارد طبیعی • معاینه فیزیکی طبیعی | طبیعی | <ul style="list-style-type: none"> • ارزیابی کودک طبق بوکلت انجام شود. |

ارزیابی ژنتیک

معاینه کنید

- آیا در کودک یا خویشاوندان کودک (درجه ۱، ۲ و ۳) بیماری ارثی (تشخیص داده شده) وجود دارد؟
- آیا در کودک یا خویشاوندان کودک اختلال غیراكتسابی با شرایط زیر وجود دارد؟
 - اختلال تکرار شونده (وجود بیش از یک مورد مشابه)
 - نسبت خویشاوندی والدین بیمار
 - همراهی با ناهنجاری
 - سابقه سقط مکرر (۲ سقط یا بیشتر)، مرده زایی یا نازایی طولانی مدت (بیشتر از ۲ سال بدون جلوگیری) در مادر کودک
 - سابقه فوت در برادر یا خواهر کودک به دلیل بیماری
 - زمان شروع اختلال قبل از ۲ سالگی
- آیا در خویشاوندان کودک، مبتلا به بدخیمی در کودک زیر ۱۰ سال وجود دارد؟

طبقه بندی کنید

| نشانه ها | طبقه بندی | توصیه ها |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • مثبت بودن پاسخ • هر یک از سؤالات | <ul style="list-style-type: none"> احتمال وجود اختلال ارثی | <ul style="list-style-type: none"> • مشاوره ژنتیک / ارجاع به متخصص کودکان* • پیگیری ۱ هفته بعد برای اطمینان از انجام ارجاع |
| <ul style="list-style-type: none"> • منفی بودن همه • سؤالات | <ul style="list-style-type: none"> احتمال اختلال ارثی کم | <ul style="list-style-type: none"> • ارزیابی کودک طبق بوکلت انجام شود. |

*ارجاع به مشاوره ژنتیک در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از سؤالات فوق ضروری است. (در صورتی که تاکنون برای این اختلال به مشاور ژنتیک مراجعه نداشته اند.)
ارجاع به متخصص کودکان زمانی صورت گیرد که اختلال در کودک وجود دارد.

ارزیابی کودک از نظر هیپوتیروئیدی

| نشانه | طبقه بندی | توصیه‌ها/ اقدام |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • آزمایش سرمی: • غلظت T4 کم (کمتر از ۶/۵) و • غلظت TSH بالا (مساوی یا بیشتر از ۱۰ mU/L) | کم کاری تیروئید | <ul style="list-style-type: none"> • شروع درمان با لوتیروکسین و • ارجاع به پزشک فوکل پوینت هیپوتیروئیدی • پیگیری: - تا ۶ ماهگی هر ۲ ماه یکبار - ۶ ماه تا ۳ سال هر ۳ ماه یکبار - بعد از ۳ سال بسته به تشخیص پزشک فوکل پوینت هیپوتیروئیدی - زمانی که درمان کودک بنا بر تشخیص پزشک معالج در هر سنی قطع شود ویزیت ها و آزمایش غلظت سرمی TSH و T4 بر اساس تقویم زمانی زیر توصیه می-شود: - ۴ هفته بعد از قطع دارو - ۳-۲ ماه بعد از قطع دارو - هر سال بعد از قطع دارو تا ۵ سالگی (در مبتلایان به سندرم داون تا ۱۰ سالگی) |
| <ul style="list-style-type: none"> • غربالگری نوبت اول پاشنه پا: • TSH بالای ۲۰ mU/L | احتمال کم کاری تیروئید | <ul style="list-style-type: none"> • شروع درمان با لوتیروکسین و • ارجاع برای انجام آزمایش وریدی |
| <ul style="list-style-type: none"> • آزمایش سرمی: • قبل از ۱ ماهگی غلظت T4 طبیعی و غلظت TSH مساوی یا بیشتر از ۱۰ باشد: - آزمایشات سرمی ۳-۲ بار دیگر تکرار شود (به فاصله ۲-۴ هفته) - اگر غلظت T4 طبیعی و TSH بالاتر از طبیعی باشد درمان جایگزین با لوتیروکسین شروع شود. پیگیری توسط غیرپزشک انجام شود. • بعد از سن ۱ ماهگی غلظت T4 طبیعی و غلظت TSH بین ۱۰-۶ باشد: - تکرار آزمایش TSH به فاصله ۲-۴ هفته - اگر بالاتر از ۱۰ بود درمان شروع شود. • غلظت T4 کمتر از ۶/۵ و TSH طبیعی: - تکرار آزمایشات سرمی T4 free، T4 و TSH - می‌تواند از علائم ابتلا به بیماری کم کاری تیروئید مرکزی یا نارس بودن باشد، در این صورت به متخصص کودکان ارجاع دهید - در صورت طبیعی بودن غلظت T4 free یا T4 و بالا بودن T4RU کمبود TBG وجود دارد و درمان نیاز نیست. | نیازمند بررسی بیشتر از نظر کم کاری تیروئید | <ul style="list-style-type: none"> • تکرار آزمایشات سرمی و • ارجاع به پزشک فوکل پوینت هیپوتیروئیدی |
| <ul style="list-style-type: none"> • تست غربالگری اولیه پاشنه پا طبیعی یا • تست غربالگری مجدد پاشنه پا طبیعی یا • آزمایش سرمی طبیعی | کم کاری تیروئید ندارد | <ul style="list-style-type: none"> • ثبت اطلاعات و اطلاع به والدین |
| <ul style="list-style-type: none"> • T4RU بیشتر از ۲۶٪ و سایر آزمایشها طبیعی باشند. (مقدار T4RU طبیعی بین ۲۶-۲۶٪ است.) | کمبود TBG (Thyroxin Binding Globulin) | <ul style="list-style-type: none"> • درمان هیپوتیروئیدی نیاز ندارد |

ارزیابی کودک از نظر فنیل کتونوری (PKU)

| نشانه | طبقه بندی | توصیه ها/ اقدام |
|---|----------------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ابتلا به بیماری PKU توسط پزشک منتخب تأیید شده است. | مثبت بیمارستانی | <ul style="list-style-type: none"> والدین بیمار به پزشک ویژه مشاوره ژنتیک ارجاع داده شوند پسخوراند ارجاع به غیر پزشک، برای انجام مراقبت ژنتیک |
| <ul style="list-style-type: none"> نمونه ارسالی تست تأیید روی کاغذ فیلتر: فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۳/۴ میلی گرم بر دسی لیتر نمونه ارسالی تست تأیید روی نمونه سرم: فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۴ میلی گرم بر دسی لیتر | تست تأیید تشخیص مثبت | <ul style="list-style-type: none"> ارجاع فوری به بیمارستان منتخب پیگیری حداکثر تا ۷۲ ساعت برای اطمینان از مراجعه کودک به بیمارستان منتخب* |
| <ul style="list-style-type: none"> سابقه بستری در بیمارستان به علت: تغذیه خوراکی یا وریدی نوزاد با مواد فاقد آمینواسید یا کم پروتئین نوزادان NPO دیالیز نوزاد تعویض خون یا تزریق خون در نوزاد | نیاز به نمونه گیری مجدد** PKU | <ul style="list-style-type: none"> ارجاع برای انجام نمونه گیری مجدد |
| <ul style="list-style-type: none"> جواب اولین نوبت تست غربالگری PKU فنیل آلانین مساوی یا بیشتر از ۴ میلی گرم بر دسی لیتر | تست غربالگری اولیه PKU مثبت | <ul style="list-style-type: none"> درخواست آزمایش میزان فنیل آلانین به روش HPLC و ارجاع به آزمایشگاه منتخب*** |

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

** زمان انجام آزمایش مجدد ۱۴-۸ روزگی است به شرط آنکه نوزاد در آن هنگام شیر کافی (هر روز ۵۰ سی سی به ازای هر کیلوگرم وزن نوزاد شیر مادر یا ۳۰ سی سی شیر مصنوعی به ازای هر کیلوگرم وزن نوزاد) به مدت ۳ روز مصرف کرده باشد و در صورت داشتن تزریق یا تعویض خون، ۷۲ ساعت از آن گذشته باشد. در صورت عدم تغذیه کافی با شیر توسط نوزاد باید آموزش به والدین داده شود تا نمونه گیری بلافاصله بعد از مصرف شیر به مدت ۷۲-۴۸ ساعت لزوماً انجام شود.

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

ارزیابی کودک از نظر فشار خون

- فشار خون همه کودکان در مراقبت ۳۶ ماهگی اندازه گیری و در سامانه الکترونیک سلامت ثبت شود.
- در صورتی که کودک دارای یکی از عوامل خطر فشار خون بالا باشد، جهت ارزیابی فشار خون به متخصص کودکان ارجاع شود.
- فشار خون کودکان طبق استاندارد تعیین شده در راهنمای بوکلت پزشک اندازه گیری شود.
- تعیین فشار خون بالا در کودکان طبق جداول فشار خون که براساس سن، جنس و قد پیشنهاد شده است صورت می گیرد، به منظور سهولت کار مقادیر فشار خون نیازمند ارجاع در جدول زیر آمده است:

| سن کودک | نشانه | طبقه بندی | توصیه |
|----------------|---|------------------------|-----------------------------------|
| کودک ۳۶-۶۰ ماه | <ul style="list-style-type: none"> • فشار خون سیستولی مساوی یا بیشتر از ۱۰۰ یا • فشار خون دیاستولی مساوی یا بیشتر از ۶۰ | فشار خون نیازمند ارجاع | • ارجاع کودک به پزشک متخصص کودکان |

ارزیابی کودک از نظر کم خونی

- ارزیابی کم خونی در کودکانی که در معرض خطر کم خونی فقر آهن هستند با آزمایش CBC انجام شود. به منظور سهولت کار مقادیر Hgb و Mcv نیازمند ارجاع در جدول زیر آمده است:
- در صورت طبیعی بودن Hgb و Mcv برای سن کودک، ادامه مکمل یاری با آهن طبق دستور عمل کشوری انجام شود.

| سن کودک | جواب آزمایش خون | طبقه بندی | توصیه |
|--------------------------|--|---------------------------------|--|
| ۶ ماه تا کمتر از ۲۴ ماه | <ul style="list-style-type: none"> • Hgb کمتر از ۱۱ و • Mcv کمتر از ۷۰ | نیازمند درمان با دوز درمانی آهن | <ul style="list-style-type: none"> • ۴-۶ mg/kg آهن المنتال روزانه تجویز شود • ارزیابی مجدد CBC و فریتین ۱ ماه بعد - در صورت افزایش هموگلوبین به میزان ۱ گرم در دسی لیتر و فریتین بیشتر از ۱۵ میکروگرم در دسی لیتر ادامه درمان با آهن به مدت ۲ ماه بعد - در صورت عدم پاسخ بالینی (هموگلوبین ۱ گرم در دسی لیتر افزایش نیابد یا فریتین کمتر از ۱۵ میکروگرم در دسی لیتر باشد ارجاع به متخصص کودکان برای ارزیابی سایر علل کم خونی و آزمایشات تکمیلی • ارزیابی بار سوم CBC پس از ۳ ماه از ابتدای درمان با دوز درمانی آهن - در صورتی که عدد هموگلوبین به حداقل عدد برای سن (۱۱ برای هر دو گروه سنی) نرسیده باشد ارجاع به متخصص کودکان |
| ۲۴ ماه تا کمتر از ۶۰ ماه | <ul style="list-style-type: none"> • Hgb کمتر از ۱۱ و • Mcv کمتر از ۷۳ | | |

غیرپزشک



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

در صورت داشتن هر یک از علائم و نشانه های خطر سریعاً کودک را خارج از نوبت به پزشک ارجاع دهید. در صورت عدم وجود این علائم مراقبت های ادغام یافته کودک سالم را شروع کنید.

| توصیه ها | طبقه بندی | نشانه ها |
|---|-----------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • به بوکت مانا مراجعه شود. • ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود. | احتمال بیماری خیلی شدید | <ul style="list-style-type: none"> • کاهش قدرت مکیدن • استفراغ مکرر • تشنج • تنفس تند • تو کشیده شدن شدید قفسه سینه • پرش پره های بینی • ناله کردن • برآمدگی ملاحظ • ترشحات چرکی ناف همراه با قرمزی و انتشار آن به اطراف • جوش چرکی پوستی • کاهش سطح هوشیاری • نداشتن هیچگونه حرکت یا داشتن حرکت فقط وقتی که تحریک می شود • درجه حرارت زیر بغلی مساوی یا بالاتر از ۳۷٫۵ • درجه سانتی گراد • درجه حرارت زیر بغلی کمتر از ۳۶٫۵ درجه سانتی گراد |
| <ul style="list-style-type: none"> • ارزیابی طبق بوکت مانا انجام شود. | زردی | <ul style="list-style-type: none"> • زردی |
| <ul style="list-style-type: none"> • ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید. | علائم و نشانه های خطر ندارد | <ul style="list-style-type: none"> • هیچ کدام از نشانه های فوق را ندارد. |



| سوال کنید | مشاهده کنید | حال عمومی |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • آیا کاهش قدرت مکیدن دارد؟ • آیا به طور مکرر استفراغ می کند؟ • آیا تشنج (حرکات غیرعادی) داشته است؟ | <ul style="list-style-type: none"> • تعداد تنفس شیرخوار را در یک دقیقه بشمارید (شیرخوار باید آرام باشد) • تنفس تند (۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) اگر یک نوبت بیش از ۶۰ بار در دقیقه بود، بار دیگر بشمارید. • تو کشیده شدن شدید قفسه سینه • پرش پره های بینی • ناله کردن • برآمدگی ملاحظ • زردی • ترشحات چرکی ناف همراه با قرمزی و انتشار آن به اطراف • جوش چرکی پوستی | <ul style="list-style-type: none"> • کاهش سطح هوشیاری • نداشتن هیچگونه حرکت یا داشتن حرکت فقط وقتی که تحریک می شود • درجه حرارت زیر بغلی را اندازه بگیرید: - درجه حرارت زیر بغلی مساوی یا بالاتر از ۳۷٫۵ درجه سانتی گراد - درجه حرارت زیر بغلی کمتر از ۳۶٫۵ درجه سانتی گراد |

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

| توصیه ها | طبقه بندی | نشانه ها |
|---|-----------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • به بوکت مانا مراجعه شود. • ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود. | بیماری خیلی شدید | <ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود هر یک از علائم و نشانه های خطر: - قادر به نوشیدن یا شیر خوردن نیست. - استفراغ های مکرر دارد. - تشنج داشته است. - خواب آلودگی غیرعادی یا کاهش سطح هوشیاری دارد. |
| <ul style="list-style-type: none"> • ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید. | علائم و نشانه های خطر ندارد | <ul style="list-style-type: none"> • هیچ کدام از نشانه های فوق را نداشته باشد. |



| سوال کنید | نگاه کنید |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • آیا قادر به نوشیدن یا شیر خوردن می باشد؟ • آیا هر چیزی را که می خورد استفراغ می کند؟ • آیا کودک در جریان این بیماری تشنج داشته است؟ | <ul style="list-style-type: none"> • آیا کودک بی حالی یا خواب آلودگی غیرعادی دارد؟ |

ارزیابی کودک از نظر وزن برای سن

تاریخ تولد کودک: وزن هنگام تولد: قد هنگام تولد: دور سر هنگام تولد: هفته بارداری هنگام تولد:

وزن کودک را اندازه بگیرید. منحنی وزن کودک را رسم کنید.

برای تفسیر کامل وضعیت رشد کودک لازم است هر ۳ منحنی رشد کودک (وزن برای سن، قد برای سن و وزن برای قد) رسم شود و بررسی گردد.

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

ارزیابی کودک از نظر قد برای سن

قد کودک را اندازه بگیرید. منحنی قد کودک را رسم کنید.

برای تفسیر کامل وضعیت رشد کودک لازم است هر ۳ منحنی رشد کودک (وزن برای سن، قد برای سن و وزن برای قد) رسم شود و بررسی گردد.

| توصیه‌ها/ اقدام | طبقه بندی | منحنی قد برای سن |
|---|-------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد اقدام شود. | کوتاه قدی شدید | <ul style="list-style-type: none"> پایین تر از $-3z$-score |
| <ul style="list-style-type: none"> ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد اقدام شود. | کوتاه قدی | <ul style="list-style-type: none"> مساوی $-3z$-score تا پایین تر از $-2z$-score |
| <ul style="list-style-type: none"> ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود. | خیلی بلند قد | <ul style="list-style-type: none"> بالتر از $+3z$-score |
| <ul style="list-style-type: none"> منحنی وزن برای سن بررسی شود. منحنی وزن برای قد بررسی شود. توصیه‌های تغذیه‌ای مناسب مراجعه بعدی برای ارزیابی تغذیه کودک زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد و ۲ ماه تا ۵ سال ۱ هفته بعد و مراجعه بعدی برای ارزیابی قد: <ul style="list-style-type: none"> - کوچکتر از ۶ ماه: ۱ ماه بعد - ۶ تا ۱۲ ماه: ۲ ماه بعد - بزرگتر از ۱ سال: ۳ ماه بعد - در صورتی که بعد از ۲ پیگیری قد کودک اضافه نشده باشد یا روند افزایش قد کند باشد به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع شود. | نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد | <ul style="list-style-type: none"> مساوی $-2z$-score تا مساوی $+3z$-score و <ul style="list-style-type: none"> - روند افزایش قد نامعلوم یا - روند افزایش قد متوقف شده یا - روند افزایش قد کند می باشد |
| <ul style="list-style-type: none"> منحنی وزن برای سن بررسی شود. منحنی وزن برای قد بررسی شود. ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید. | طبیعی | <ul style="list-style-type: none"> مساوی $-2z$-score تا مساوی $+3z$-score |

ارزیابی کودک از نظر وزن برای قد

منحنی وزن برای قد کودک را رسم کنید.

برای تفسیر کامل وضعیت رشد کودک لازم است هر ۳ منحنی رشد کودک (وزن برای سن، قد برای سن و وزن برای قد) رسم شود و بررسی گردد.

| توصیه‌ها/ اقدام | طبقه بندی | منحنی وزن برای قد |
|---|------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه کم وزنی اقدام شود. | لاغری شدید | <ul style="list-style-type: none"> پایین تر از $-3z$-score |
| <ul style="list-style-type: none"> ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه کم وزنی اقدام شود. | لاغری | <ul style="list-style-type: none"> مساوی $-3z$-score تا پایین تر از $-2z$-score |
| <ul style="list-style-type: none"> ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ۱ هفته بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس ۱ ماه بعد مشابه در خطر اضافه وزن اقدام شود. | چاقی | <ul style="list-style-type: none"> بالتر از $+3z$-score |
| | اضافه وزن | <ul style="list-style-type: none"> بالتر از $+2z$-score تا مساوی $+3z$-score |
| <ul style="list-style-type: none"> منحنی وزن برای سن بررسی شود. منحنی قد برای سن بررسی شود. کودک را از نظر تغذیه ارزیابی کنید. آموزش تغذیه کودک بر اساس راهنمای مشاوره تغذیه برای کودک با اضافه وزن ۱ ماه بعد پیگیری شود. در صورتی که منحنی وزن برای قد بعد از ۳ ماه در همین طبقه بندی قرار گیرد به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع شود. | در خطر اضافه وزن | <ul style="list-style-type: none"> بالتر از $+1z$-score تا مساوی $+2z$-score |
| <ul style="list-style-type: none"> منحنی وزن برای سن بررسی شود. منحنی قد برای سن بررسی شود. ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید. | طبیعی | <ul style="list-style-type: none"> مساوی $-2z$-score تا مساوی $+1z$-score |

ارزیابی کودک از نظر دور سر (تا ۲ سالگی)

دور سر کودک را اندازه بگیرید. منحنی دور سر کودک را رسم کنید، سپس طبق جدول زیر ارزیابی و طبقه بندی کنید و توصیه های لازم را ارائه دهید.

| دور سر برای سن | طبقه بندی | توصیه ها/ اقدام |
|---|--------------------------------------|--|
| • پایین تر از $-3z$ -score | دور سر کوچک (میکروسفالی) | • ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • یک هفته بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر اقدام شود. |
| • بالاتر از $+3z$ -score | دور سر بزرگ (ماکروسفالی) | • ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۱ هفته بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر اقدام شود. |
| • مساوی $-3z$ -score تا مساوی $+3z$ -score و - روند افزایش دور سر نامعلوم یا - روند افزایش دور سر متوقف شده یا - روند افزایش دور سر دور از میانه | نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر | پیگیری: • زیر ۶ ماه: ۲ هفته بعد • بالای ۶ ماه: ۱ ماه بعد در صورت اصلاح نشدن منحنی دور سر بعد از ۲ بار پیگیری به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع شود. |
| • مساوی $-3z$ -score تا مساوی $+3z$ -score | دور سر طبیعی | • ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید |

ارزیابی سلامت مادر و وضعیت شیردهی

- در ارزیابی وضعیت سلامت و شیردهی مادر حضور مادر ضروری است. این ارزیابی یکبار در اولین مراجعه انجام شود.
- در هر بار مراجعه که ارزیابی وضعیت تغذیه نوزاد/ شیرخوار در طبقه بندی «احتمال مشکل تغذیه با شیر مادر» قرار گیرد لازم است ارزیابی وضعیت سلامت و شیردهی مادر نیز تکمیل گردد.
- فرم مشاهده شیردهی یکبار برای تمام شیرخواران در اولین مراجعه و هر بار که مشکل شیردهی وجود دارد (تا پایان ۶ ماهگی) تکمیل شود.

تاریخ تولد مادر..... سن مادر..... وزن مادر..... قد مادر..... BMI مادر.....

| نشانه ها | طبقه بندی | توصیه ها |
|--|---------------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • سابقه جراحی پستان یا • احتقان، زخم نوک پستان، مجاری بسته / آبنه / عفونت پستان یا • مصرف داروهایی که منع مصرف مطلق دارد یا وجود مشکلات روحی و روانی یا مصرف دارو یا • سوء مصرف مواد | مشکل سلامت و شیردهی مادر | <ul style="list-style-type: none"> • ارجاع به مشاور شیردهی • در صورت عدم دسترسی به مشاور شیردهی طبق جدول مشاوره با مادر و راهنمای مشاوره اقدام شود. • در صورت نیاز به کارشناس سلامت روان ارجاع شود. • پیگیری: مادر نوزاد / شیرخوار زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد / مادر شیرخوار بالای ۲ ماه ۱ هفته بعد |
| <ul style="list-style-type: none"> • نوک پستان صاف و فرو رفته یا • بیان باورهای غلط یا • دیابت در بارداری اخیر یا • زایمان سخت یا • زایمان به طریق سزارین یا • ابتلا به عوارض شدید بارداری و زایمان یا • سن زیر ۱۶ سال یا • سوء تغذیه قبل از بارداری یا • لاغری (توده بدنی کمتر از ۱۸٫۵) یا • تغذیه نامناسب یا ناکافی یا • تجربه عدم موفقیت در شیردهی قبلی یا • حاملگی ناخواسته یا برنامه ریزی نشده یا • مصرف داروهایی که منع مصرف نسبی دارد یا • وجود مشکلات خانوادگی یا • عدم وجود اعتماد به نفس کافی یا • بی خوابی و خستگی مفرط یا • شروع به کار یا تحصیل در شش ماه اول شیردهی یا • استفاده از روش های پیشگیری از بارداری نامناسب | احتمال مشکل سلامت و شیردهی مادر | <ul style="list-style-type: none"> • حمایت، آموزش و مشاوره با مادر برای اصلاح و رفع مشکل سلامت و شیردهی مادر • در صورت مشکلات تغذیه ای یا سوء تغذیه مادر به کارشناس تغذیه ارجاع شود • پیگیری: نوزاد / شیرخوار زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد شیرخوار بالای ۲ ماه ۱ هفته بعد • در صورتی که بعد از ۲ بار پیگیری مشکل شیردهی مادر برطرف نشد، به پزشک / مشاور شیردهی ارجاع شود |
| <ul style="list-style-type: none"> • پاسخ همه سوالات خیر است و وضعیت شیردهی طبیعی است. | مشکل سلامت و شیردهی مادر ندارد | <ul style="list-style-type: none"> • تداوم تغذیه با شیر مادر به طور انحصاری تا شش ماه، همراه با غذای کمکی تا یکسال، بعد از یکسالگی غذای اصلی غذای خانواده باشد و تداوم شیردهی تا دو سال در کنار غذای خانواده |

| سوال کنید / بررسی کنید |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • آیا مادر سابقه جراحی پستان دارد؟ (این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود) • آیا مادر نوک پستان صاف و فرو رفته دارد؟ (این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود) (جدول ۵ و ۱۸) • آیا پستان مادر دچار مشکلاتی نظیر احتقان، زخم نوک پستان، مجاری بسته و آبنه یا عفونت پستان است؟ (جدول ۵ و ۱۸) • آیا در اظهارات مادر در مورد شیردهی باورهای نادرست وجود دارد؟ (جدول ۱۹) (این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود) • آیا مادر در بارداری اخیر دیابت داشته است؟ (از مراقبت ۳ تا ۵ روزگی تا مراقبت ۲ ماهگی یک بار سوال شود) • آیا مادر زایمان سخت داشته است؟ (از مراقبت ۳ تا ۵ روزگی تا مراقبت ۲ ماهگی یک بار سوال شود) • آیا مادر سزارین شده است؟ (از مراقبت ۳ تا ۵ روزگی تا مراقبت ۲ ماهگی یک بار سوال شود) • آیا مادر عوارض شدید بارداری و زایمانی داشته است؟ (مراقبت ۳ تا ۵ روزگی یا مراقبت ۱۵ و ۱۴ روزگی یک بار سوال شود) • آیا سن مادر زیر ۱۶ سال است؟ (تا زمانی که مادر زیر ۱۶ سال است این سوال پرسیده شود) • آیا مادر قبل از بارداری سوء تغذیه کم وزنی داشته است؟ (این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود) • آیا مادر سوء تغذیه کم وزنی دارد؟ (شاخص توده بدنی کمتر از ۱۸٫۵) • آیا مادر تغذیه ناکافی و نامناسب دارد؟ (جدول ۱۷) • آیا مادر برای فرزند قبلی مشکل شیردهی داشته است؟ (جدول ۱۷) (این سوال در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود) • آیا در بارداری اخیر، مادر حاملگی بدون برنامه ریزی (ناخواسته) داشته است؟ (جدول ۱۷) (این سوال در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود) • آیا مادر داروهایی که در شیردهی منع مصرف مطلق یا نسبی دارد، مصرف می کند؟ (جدول ۱۷) • آیا مادر مشکلات روحی / روانی دارد؟ یا دارو مصرف می کند؟ (فرم غربالگری سلامت روان مادر یکبار پس از زایمان طبق دستور عمل اداره سلامت مادران تکمیل شود) • آیا مادر سوء مصرف مواد دارد؟ • آیا مادر مشکل خانوادگی دارد؟ (جدول ۱۷) • آیا در مادر اعتماد به نفس کافی دیده نمی شود؟ (جدول ۱۷) • آیا مادر علائم بی خوابی و خستگی مفرط دارد؟ (جدول ۱۷) • آیا مادر شغل یا در حال تحصیل است و ساعاتی را به دور از فرزندش می گذراند؟ (جدول ۵ و ۶) (این سوال از بدو تولد تا مراقبت ۶ ماهگی پرسیده شود) • آیا روش پیشگیری از بارداری مادر نامتناسب با شیردهی انتخاب شده است؟ (طبق دستور عمل باروری سالم) |

طبقه بندی کنید

ارزیابی تغذیه تا پایان شیردهی

نوع تغذیه را سوال و تعیین کنید: شیر مادر شیر مصنوعی شیر مادر و شیر مصنوعی شیر دام
در صورت مصرف همزمان چند نوع شیر سوالات مربوط به هر بخش پرسیده شود.

شیر مادر / شیر مادر و شیر مصنوعی سوال کنید / بررسی کنید

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



| توصیه‌ها | طبقه بندی | نشانه‌ها |
|--|-------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ارجاع به مشاور شیردهی • در صورت عدم دسترسی به مشاور شیردهی طبق جداول مشاوره با مادر و راهنمای مشاوره اقدام شود. • شیرخوار زیر دو ماه ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود. • شیرخوار بالای دو ماه ۱ هفته بعد پیگیری شود. | مشکل تغذیه با شیر مادر | <ul style="list-style-type: none"> • زیاد نشدن جریان شیر یا دفع مدفوع با رنگ غیرطبیعی یا تغییر وزن غیرطبیعی (کاهش وزن بیشتر از ۷ درصد وزن تولد در روز چهارم) یا نوزاد با شرایط خاص (نارسی، کم وزنی، دو یا چندقلو، شکاف کام و لب، زردی، ...) |
| <ul style="list-style-type: none"> • توصیه‌ها متناسب با مشکل شیرخوار، بر اساس جداول بوکلت انجام شود. • سلامت و شیردهی مادر طبق صفحه قبل مشاهده ارزیابی شود. • پیگیری: - شیرخوار زیر دو ماه ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود. - شیرخوار بالای دو ماه ۱ هفته بعد پیگیری شود. - در صورتی که بعد از پیگیری مشکل شیرخوار بر طرف نشد ارجاع به پزشک / مشاور شیردهی انجام شود. | احتمال مشکل تغذیه با شیر مادر | <ul style="list-style-type: none"> • تعداد دفعات دفع ادرار کم یا تعداد دفعات دفع مدفوع کم یا بدخلقی و نارامی نوزاد پس از تغذیه از پستان یا تا زمان استقرار شیردهی در هر وعده از دو پستان نباشد یا • در هر وعده شیردهی تخلیه کامل پستان انجام نشود یا شیردهی بر حسب نیاز شیرخوار انجام نشود و طبق زمان بندی مادر باشد یا • دفعات شیردهی شب مناسب نیست یا تعداد دفعات شیردهی کمتر از تعداد مناسب یا • مادر و شیرخوار در یک اتاق نمی‌خوابند یا • شیرخوار زیر ۶ ماه در طی ۲۴ ساعت گذشته به جز شیر مادر با چیز دیگری تغذیه شده باشد یا • دادن گول زنگ یا شیشه شیر به شیرخوار • امتناع شیرخوار از گرفتن پستان یا • عدم شروع تغذیه تکمیلی پس از پایان ۶ ماهگی یا • از ۶ ماهگی تا یکسالگی شیر مادر غذای اصلی کودک نیست یا • عدم تداوم تغذیه با شیر مادر تا یکسالگی یا • پس از یکسالگی غذای اصلی شیرخوار غذای خانواده نیست یا • بارداری مادر همزمان با شیردهی |
| <ul style="list-style-type: none"> • تداوم تغذیه انحصاری تا شش ماهگی، تداوم تغذیه با شیر مادربه عنوان غذای اصلی تا یکسالگی و تداوم تغذیه با شیر مادر در کنار غذای خانواده تا ۲ سال • تعیین زمان مراقبت بعدی | مشکل تغذیه با شیر مادر ندارد | <ul style="list-style-type: none"> • پاسخ همه سوالات بلی است و وضعیت شیردهی طبیعی است. |

ارزیابی تغذیه تا پایان یکسالگی

| نشانه | طبقه بندی | توصیه |
|--|---------------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> عدم وجود اندیکاسیون پزشکی برای تغذیه با شیر مصنوعی یا عدم وزن گیری مناسب | مشکل تغذیه با شیر مصنوعی | <ul style="list-style-type: none"> راهنمایی مادر برای تغذیه با شیرمادر و قطع تدریجی شیرمصنوعی ارجاع به مشاور شیردهی شیرخوار زیر دو ماه ۲۴ ساعت بعد و شیرخوار بالای دو ماه ۱ هفته بعد پیگیری شود. |
| <ul style="list-style-type: none"> وجود اندیکاسیون پزشکی برای تغذیه با شیر مصنوعی یا عدم تطابق مقدار و دفعات شیر مصنوعی با سن شیرخوار یا عدم رعایت اصول بهداشتی برای تهیه و آماده سازی صحیح شیر مصنوعی یا عدم رعایت روش پاکیزه سازی شیشه شیر | احتمال مشکل تغذیه با شیر مصنوعی | <ul style="list-style-type: none"> ارجاع برای دریافت کاپس یا شیر مصنوعی یارانه ای آموزش اصول صحیح تغذیه مصنوعی و شستشوی وسایل آن مشاوره برای اصلاح میزان مصرف شیر مصنوعی شیرخوار زیر دو ماه ۲۴ ساعت بعد و شیرخوار بالای دو ماه ۱ هفته بعد پیگیری شود. در صورتی که بعد از پیگیری مشکل شیرخوار برطرف نشد ارجاع به پزشک / مشاور شیردهی انجام شود. |
| <ul style="list-style-type: none"> پاسخ همه سوالات بلی است و وضعیت شیردهی طبیعی است | مشکل تغذیه با شیر مصنوعی ندارد | تداوم مراقبت ها |

طبقه بندی کنید

| شیر مصنوعی * | سوال کنید / بررسی کنید |
|--|------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> آیا دلیل پزشکی مطابق با دستورالعمل برای تغذیه نوزاد با شیر مصنوعی وجود دارد؟ (جدول ۱۱) آیا وزن گیری نوزاد / شیرخوار متناسب با سن او است؟ (جدول ۳) آیا مقدار و دفعات شیر مصنوعی مطابق سن شیرخوار است؟ (جدول ۱۱) آیا مادر روش آماده سازی شیر مصنوعی و رعایت اصول بهداشتی برای تهیه آن را به درستی می داند؟ (جدول ۱۳) در صورت استفاده از شیشه شیر، آیا مادر یا مراقبت کننده روش پاکیزه سازی شیشه شیر را رعایت می کند؟ (جدول ۱۳) | |

| نشانه | طبقه بندی | توصیه |
|---|-----------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> استفاده از شیر دام در شیرخوار کمتر از یکسال | مشکل تغذیه با شیر دام | <ul style="list-style-type: none"> ارجاع به مشاور شیردهی شیرخوار زیر دو ماه ۲۴ ساعت بعد و شیرخوار بالای دو ماه ۱ هفته بعد پیگیری شود. |

طبقه بندی کنید

| شیر دام | سوال کنید / بررسی کنید |
|--|------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> آیا شیرخوار کمتر از یکسال از شیر دام استفاده می کند؟ (جدول ۱۲) | |

* در صورت مصرف شیر مصنوعی موارد زیر تکمیل شود:

• سن شروع مصرف شیر مصنوعی چه سنی است؟ ماه.....روز.....

• نوع شیر مصنوعی: یارانه ای غیر یارانه ای

• در صورتی که شیر مصنوعی یارانه ای تجویز شده، به صورت کامل دریافت می شود یا به صورت کمکی؟ کامل کمکی

• علت تجویز شیر مصنوعی یارانه ای چیست؟

مطلوب نبودن نمودار رشد شیرخوار چندقلویی بیماری مادر داروی مادر و مواد رادیواکتیو جدایی والدین فوت مادر فرزندخواندگی سایر:.....

• در صورتی که شیر مصنوعی غیر یارانه ای مصرف می کند تعیین کنید به توصیه چه کسی بوده است؟ پزشک اطرافیان خودسرانه سایر

ارزیابی تغذیه از پایان ۶ ماه تا ۵ سال

| نشانه | طبقه بندی | توصیه |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> در صورت تطابق نداشتن تغذیه با شرایط مطلوب | <ul style="list-style-type: none"> احتمال مشکل تغذیه دارد | <ul style="list-style-type: none"> مشاوره با مادر برای هر مشکل ۱ هفته بعد پیگیری شود. ارجاع به پزشک / مشاور شیردهی مصرف مکمل ها براساس دستورعمل آموزش داده شود) |
| <ul style="list-style-type: none"> در صورت وضعیت مطلوب و طبیعی تغذیه | <ul style="list-style-type: none"> مشکل تغذیه ندارد | <ul style="list-style-type: none"> مادر را در مورد عملکرد خوب شیردهی و تغذیه مطلوب کودک تشویق کنید. تداوم شیرمادر تا ۲۴ ماهگی را تأکید کنید. بعد از ۲۴ ماهگی از شیرگیری تدریجی را توصیه کنید. (جدول ۲۰) ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید. مصرف مکمل ها براساس دستورعمل آموزش داده شود) |

طبقه بندی کنید

سوال کنید

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

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

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

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

۱۲ ماه تا ۶۰ ماه:

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

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

ارزیابی سلامت دهان و دندان با رویش اولین دندان (۶ ماهگی) و ۱۲ ماهگی و ۲۴ ماهگی انجام شود.

| سوال کنید | نگاه کنید |
|---|--|
| ۱. پدر و مادر یا برادر و خواهر کودک پوسیدگی دندان‌های دارند؟ (در اولین مراقبت پرسیده شود) | رویش دندان‌ها وجود پلاک روی دندان‌ها |
| ۲. مادر در زمان بارداری تحت مراقبت دندانپزشک بوده است؟ (در اولین مراقبت پرسیده شود) | تورم و قرمزی لثه تورم صورت به دلیل مشکل دندان |
| ۳. کودک با شیشه شیر به مدت طولانی یا در طول شب، شیر می‌خورد؟ | نشانه‌های وجود ضربه پوسیدگی زودرس دوران کودکی |
| ۴. کودک سابقه ضربه به دندان‌ها یا صورت دارد؟ | نقاط سفید گچی روی دندان |
| ۵. کودک درد دندان دارد؟ | بیرون افتادن کامل دندان از دهان |
| ۶. کودک در حین دندان درآوردن مشکلی داشته است؟ | |
| ۷. کودک تا قبل از یکسالگی توسط دندانپزشک معاینه شده است؟ (در صورت تأخیر در رویش دندان به دندانپزشک ارجاع شود) | |
| ۸. دندان‌های کودک خود را تمیز می‌کنید؟ | |
| ۹. از قندها یا میان وعده‌های ایجاد کننده پوسیدگی دندان‌های در فواصل وعده‌های غذایی (آب میوه صنعتی، نوشابه و...) استفاده می‌شود؟ | |

طبقه بندی کنید

| نشانه | طبقه بندی | توصیه |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> درد یا بیرون افتادن کامل دندان از دهان یا تورم و قرمزی لثه یا تورم صورت به دلیل مشکل دندان نشانه‌های ضربه | مشکل دندان‌های شدید یا پرخطر | <ul style="list-style-type: none"> انجام اقدامات مربوط به بیرون افتادن کامل دندان دادن استامینوفن در صورت درد ارجاع به دندانپزشک برای ارزیابی بیشتر یک هفته بعد پیگیری شود برای اطمینان از مراجعه به دندانپزشک و ۳ ماه بعد پیگیری برای بررسی رفع مشکل |
| <ul style="list-style-type: none"> پوسیدگی زودرس دوران کودکی یا نقاط سفید گچی یا تأخیر رویش دندان‌ها* یا وجود پلاک روی دندان‌ها یا تمیز نکردن دندان‌های کودک توسط والدین یا سابقه ضربه به دندان‌ها یا صورت یا کودک با شیشه شیر به مدت طولانی یا در طول شب شیر می‌خورد یا از قندها یا میان وعده‌های ایجاد کننده پوسیدگی دندان‌های در فواصل وعده‌های غذایی (آب میوه صنعتی، نوشابه و...) استفاده می‌شود. | مشکل دندان‌های متوسط دارد یا خطر متوسط | <ul style="list-style-type: none"> آموزش به والدین در مورد روش‌های صحیح تمیز کردن دندان‌های کودک آموزش به والدین در مورد توصیه‌های بهداشت دهان و دندان ارجاع به دندانپزشک برای ارزیابی بیشتر پیگیری ۶ ماه بعد برای بررسی رفع مشکل نحوه استفاده از مسواک انگشتی توضیح داده شود و مسواک انگشتی** تحویل داده شود. |
| <ul style="list-style-type: none"> مادر در حین بارداری تحت مراقبت دندان‌پزشکی نبوده است یا مشکل دندان درآوردن یا معاینه نشدن توسط دندانپزشک تا قبل از یکسالگی یا پدر یا مادر یا خواهر یا برادر کودک پوسیدگی دندان‌های دارند. | از نظر مشکل دندان‌های کم خطر | <ul style="list-style-type: none"> آموزش به والدین برای انجام درمان‌های دندان‌پزشکی و رعایت سلامت دهان و دندان و امکان انتقال پوسیدگی از مادر به شیرخوار مسواک انگشتی تحویل داده شود. آموزش به مادر در مورد توصیه‌های سلامت دهان و دندان و چگونگی استفاده از مسواک انگشتی را توضیح دهید. ارجاع به دندانپزشک (از زمان رویش اولین دندان تا یکسالگی لازم است یکبار دندانپزشک دندان‌های کودک را معاینه کند) تشویق مادر برای مراجعه در مراقبت بعدی |
| <ul style="list-style-type: none"> عدم وجود هر یک از نشانه‌های فوق | مشکل دندان‌های ندارد | <ul style="list-style-type: none"> توصیه‌های بهداشت دهان و دندان را به والدین ارائه دهید. معاینات دوره‌ای توسط دندانپزشک/بهداشت‌کار دهان و دندان انجام شود. نحوه استفاده از مسواک انگشتی توضیح داده شود و مسواک انگشتی تحویل داده شود. ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید. |

*جدول زمان رویش دندان‌های شیری و دائمی - اگر از ماکزیمم زمان نهایی مشخص شده برای رویش یک دندان بیش از ۶ ماه بگذرد تأخیر در رویش محسوب می‌شود.

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

** برای کودک در ۳ نوبت، در سن ۶، ۱۲ و ۱۸ ماهگی، مسواک انگشتی به والدین کودک تحویل شود و در

سامانه الکترونیک سلامت ثبت شود.

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

ارزیابی سلامت دهان و دندان در کودکان بالای ۲ سال در مراقبت های ۳۶ ماهگی، ۴۸ ماهگی و ۶۰ ماهگی طبق این صفحه انجام شود.

| توصیه | طبقه بندی | نشانه |
|--|-------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • اگر درد دارد استامینوفن بدهید. • اقدامات مربوط به بیرون افتادن کامل دندان را انجام دهید. • کودک را برای ارزیابی بیشتر به دندانپزشک ارجاع دهید. • ۱ هفته بعد پیگیری شود برای اطمینان از مراجعه به دندانپزشک و ۳ ماه بعد پیگیری برای بررسی رفع مشکل | مشکل دندانی شدید یا پرخطر | <ul style="list-style-type: none"> • درد یا بیرون افتادن کامل دندان از دهان یا تورم و قرمزی لثه ها یا تورم صورت یا نشانه های ضربه |
| <ul style="list-style-type: none"> • روش های صحیح مسواک زدن را به مادر آموزش دهید. • توصیه های بهداشت دهان و دندان را به والدین آموزش دهید. • اگر والدین در مسواک زدن برای کودک همکاری نمی کنند روش های صحیح مسواک زدن را به مادر آموزش دهید. در مراقبت بعدی اصلاح روش مسواک زدن پیگیری شود. • ارجاع به دندانپزشک برای ارزیابی بیشتر • انجام وارنیش فلوراید** • پیگیری ۶ ماه بعد | مشکل دندانی متوسط دارد یا خطر متوسط | <ul style="list-style-type: none"> • پوسیدگی زودرس دوران کودکی یا تاخیر در رویش یا وجود پلاک روی دندان ها یا مکیدن های غیر تغذیه ای (بعد از ۴ سالگی) یا والدین در مسواک زدن برای کودک همکاری نمی کنند یا کودک مسواک نمی زند یا عدم استفاده از خمیر دندان فلوراید دار یا فلوراید های مکمل یا اضافه شدن تعداد پوسیدگی های دندان در فواصل مراقبت ها یا استفاده از قندها یا میان وعده های ایجاد کننده پوسیدگی دندان در فواصل وعده های غذایی یا عدم انجام وارنیش فلوراید |
| <ul style="list-style-type: none"> • توصیه های بهداشت دهان و دندان را به والدین آموزش دهید و معاینات دوره ای*** توسط دندانپزشک/بهداشت کار دهان و دندان انجام شود • از ۳ سالگی وارنیش فلوراید هر ۶ ماه یکبار انجام شود • تشویق مادر برای مراجعه در مراقبت های بعدی • مشاوره لازم به مادر ارائه شود. • ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید. | مشکل دندانی ندارد | هیچ یک از نشانه های فوق را ندارد. |

| سوال کنید | نگاه کنید |
|---|---|
| <p>۱. آیا والدین در مسواک زدن به کودک کمک می کنند؟</p> <p>۲. آیا کودک به تنهایی یا با همکاری والدین مسواک می زند؟</p> <p>۳. آیا کودک دندان درد دارد؟</p> <p>۴. آیا کودک از خمیر دندان فلوراید دار یا فلوراید های مکمل استفاده می کند؟</p> <p>۵. آیا از قندها یا میان وعده های ایجاد کننده پوسیدگی دندان در فواصل وعده های غذایی (مصرف آب میوه صنعتی، نوشابه، داروهای شیرین و...) استفاده می شود؟</p> <p>۶. آیا وارنیش فلوراید برای کودک انجام شده است؟ (از ۳ سالگی هر ۶ ماه از وارنیش فلوراید برای کودکان استفاده شود)</p> <p>۷. آیا کودک عادات غلط دهانی (مثل مکیدن انگشت شست، پستانک و...) دارد؟ (در مراقبت ۴۸ و ۶۰ ماهگی پرسیده شود)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • تاخیر رویش* • تورم صورت • نقاط سفید گچی روی دندان (دکلسفیه شدن) • پوسیدگی زودرس دوران کودکی • تجمع پلاک قابل دیدن • تورم و قرمزی لثه ها • نشانه های ضربه • در فواصل مراقبت ها بر تعداد پوسیدگی ها اضافه شده است. |

طبقه بندی کنید

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

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

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

ارزیابی کودک از نظر بینایی

| نشانه | طبقه بندی | توصیه |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از گزینه ها | <ul style="list-style-type: none"> نیازمند بررسی بیشتر از نظر چشم / بینایی | <ul style="list-style-type: none"> برای نوزاد نارس توصیه به مادر برای اطمینان از معاینه چشم کودک طبق دستورالعمل رتینوپاتی نوزادان نارس توسط فوق تخصص شبکیه در صورت جا ماندن از برنامه غربالگری به مراکز غربالگری بینایی ارجاع شود نتیجه غربالگری بینایی را در سامانه الکترونیک سلامت ثبت کنید** ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ۱ هفته بعد پیگیری شود. |
| <ul style="list-style-type: none"> هیچ یک از نشانه های فوق را ندارد | <ul style="list-style-type: none"> مشکل چشم / بینایی ندارد | <ul style="list-style-type: none"> نتیجه غربالگری تنبلی چشم در سامانه الکترونیک سلامت وزارت بهداشت وارد شود.*** ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید. |

| سوال کنید | نگاه کنید: (۲ ماهگی) |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> آیا نوزاد نارس به دنیا آمده است؟ (وزن کمتر از ۲۰۰۰ گرم یا سن جنینی کمتر از ۳۴ هفته) * (اولین ویزیت) آیا سابقه بیماری ارثی چشم در خانواده وجود دارد؟ (به جز اختلالات انکساری و استفاده از عینک) (اولین ویزیت) آیا کودک به شکل افراطی از نور دوری می کند؟ (۱۵-۱۴ روزگی) آیا چشم ها لرزش دارند؟ (۲ ماهگی) آیا چشم ها اشک ریزش دارند؟ (۲ ماهگی) آیا چشم ها ترشح و قی مزمن دارند؟ (۲ ماهگی) آیا کودک به صورت مادر و اطرافیان، بی توجه است؟ (۷ ماهگی) آیا تاکنون مشکوک به انحرافی در چشم کودک خود شده اید؟ (۷ ماهگی) آیا دید کودک در برنامه ملی غربالگری تنبلی چشم ارزیابی شده است؟ (۴ سالگی) ارزیابی منوط به مشاهده کارت سلامت یا کارت سنجش بینایی است. ** | <ul style="list-style-type: none"> شک به ظاهر غیرعادی سرو صورت ظاهر غیرعادی چشم ها از نظر: <ul style="list-style-type: none"> غیر قرینه بودن ظاهر چشم ها (شکاف پلکی، افتادگی پلک) اشک ریزش و ترشح چشم ها عدم شفافیت قرنیه پرخونی و التهاب سفیدی چشم (صلبیه و ملتحمه) انحراف و لرزش چشم ها تغییر رنگ سیاهی چشم |

طبقه بندی کنید

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

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

تاریخ انجام غربالگری: سال ماه

سن انجام غربالگری سال ماه

محل انجام غربالگری:

نحوه غربالگری: دستگاه چارت

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

اپتومتری یا ویزیت چشم پزشکی انجام شده است؟ بلی خیر

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

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

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

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

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

تاریخ انجام اولین معاینه غربالگری رتینوپاتی نارس:

تاریخ انجام پیگیری فعال:

نتیجه پیگیری فعال:

ارزیابی کودک از نظر شنوایی

| توصیه | طبقه بندی | نشانه |
|--|-----------------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • نتیجه آزمایش های تشخیص شنوایی غیرطبیعی، ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • وجود یکی از عوامل خطر/عدم انجام آزمایش های غربالگری شنوایی، ارجاع به واحد غربالگری شنوایی • ثبت نتیجه تست ها در سامانه • پیگیری یک هفته بعد | نیازمند بررسی بیشتر از نظر شنوایی | <ul style="list-style-type: none"> • نتیجه آزمایش های تشخیص شنوایی «غیرطبیعی» یا • نتیجه آزمایش های غربالگری شنوایی غیرطبیعی یا • وجود یکی از عوامل خطر یا • عدم انجام غربالگری شنوایی نوزادی / ۳-۵ سالگی |
| <ul style="list-style-type: none"> • ثبت نتیجه آزمایش های شنوایی در سامانه الکترونیک سلامت • یادآوری زمان غربالگری بعدی • ارزیابی کودک طبق صفحات بعدی | مشکل شنوایی / مشکل گوش ندارد | <ul style="list-style-type: none"> • تطابق با شرایط مطلوب و نتیجه غربالگری شنوایی نوزادی طبیعی و نتیجه غربالگری شنوایی ۳-۵ سالگی طبیعی (گذر) |

طبقه بندی کنید

| سوال کنید |
|---|
| <p>• عوامل خطر</p> <ul style="list-style-type: none"> o آیا مادر در دوران بارداری به یکی از بیماری های سیفلیس، HIV، توکسوپلاسموز، سرخجه، سایتومگالوویروس و هرپس مبتلا شده است؟ (۳-۵ روزگی) o آیا مادر در دوران بارداری و زایمان مشکلاتی مانند اکلامپسی، پره اکلامپسی و زایمان سخت داشته است؟ (۳-۵ روزگی) o آیا نوزاد نارس یا با وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم به دنیا آمده است؟ (۳-۵ روزگی) o آیا سابقه خانوادگی کم شنوایی دایمی در دوران کودکی در خویشاوندان نزدیک وجود دارد؟ (۳-۵ روزگی) o آیا ناهنجاری در سر، صورت یا گوش وجود دارد؟ (بدشکلی های لاله یا مجرای گوش، زایده گوش، سوراخ یا منافذ روی گوش، دسته موی سفید جلوی پیشانی، شکاف کام، شکاف لب) (۳-۵ روزگی) o آیا سابقه ضربه به سر با از دست دادن هوشیاری دارد؟ (از مراقبت ۱۵-۱۴ روزگی تا مراقبت ۶۰ ماهگی) o آیا سابقه بستری ۴۸ ساعت یا بیشتر در بخش نوزادان یا مراقبت های ویژه نوزادان NICU داشته است؟ (مراقبت ۱۵-۱۴ روزگی) o آیا سابقه دریافت داروهای با عوارض جانبی کم شنوایی مانند استریتومایسین، جنتامایسین در دوران بارداری مادر یا در دوران کودکی وجود دارد؟ (از مراقبت ۳-۵ روزگی تا مراقبت ۶۰ ماهگی). o آیا سابقه زردی شدید نیازمند تعویض خون دارد؟ (مراقبت ۱۵-۱۴ روزگی) o آیا سابقه التهاب مکرر گوش میانی با یا بدون ترشح دارد؟ (از مراقبت ۴۵-۳۰ روزگی تا مراقبت ۶۰ ماهگی) o آیا سابقه ابتلا به مننژیت یا اوربیون دارد؟ (از مراقبت ۴۵-۳۰ روزگی تا مراقبت ۶۰ ماهگی) <p>• تست غربالگر</p> <ul style="list-style-type: none"> o آیا تست غربالگری شنوایی نوزادی (نوبت اول) انجام شده است؟ (۳-۵ روزگی) o آیا تست غربالگری شنوایی نوبت دوم (غربالگری شنوایی ۳-۵ سالگی) انجام شده است؟ (۳-۵ سالگی) <p>• تست تشخیصی</p> <ul style="list-style-type: none"> o نتیجه آزمایش های تشخیص شنوایی غیرطبیعی |

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

ارزیابی کودک از نظر تکامل (در صورت نارسایی (سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته) پرسشنامه ASQ متناسب با سن کودک تکمیل شود)

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

طبقه بندی کنید

| نشانه | طبقه بندی | توصیه |
|--|-----------------------------------|---|
| • امتیاز تست غربالگر استاندارد مساوی یا کمتر از ۲SD - یا • امتیاز مجدد تست برای بار دوم همچنان روی ۱SD - و پایین تر یا • پاسخ یکی از سؤالات موارد کلی نشان دهنده مشکلی باشد. | نیازمند ارجاع از نظر تکامل | • ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۱ هفته بعد پیگیری شود |
| • امتیاز تست غربالگر استاندارد روی ۱SD - یا • بین ۱SD - و ۲SD - | نیازمند انجام ASQ مجدد ۲ هفته بعد | • ۲ هفته بعد پیگیری شود |
| • امتیاز تست غربالگر استاندارد بالای ۱SD - | طبیعی | • مشاوره به مادر در خصوص رابطه متقابل کودک و والدین و توصیه هایی برای ارتقای تکامل و ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید. |

طبقه بندی کنید

| سن | سؤال کنید آیا فرزند شما: |
|---|--|
| ۲ ماهگی | <ul style="list-style-type: none"> • با شنیدن صدای بلند در شیر خوردن مکث می کند یا در هنگام خواب از جا می پرد؟ • اجسام متحرک را با نگاه دنبال می کند؟ • به اشخاص لبخند می زند؟ • وقتی روی شکم دراز کشیده، می تواند چانه اش را به مدت کوتاهی از زمین بلند کند؟ • در مکیدن یا بلع شیر مشکل دارد؟ |
| ۹ ماهگی | <ul style="list-style-type: none"> • در حالی که با گرفتن زیر بغل، کودک را در حالت ایستاده نگاه داشته اید، می تواند حداقل به مدت ۲ ثانیه روی کف پایش بایستد؟ • می تواند با تکیه دادن به دست هایش یا بالش بنشیند؟ • صداهایی بی معنی مانند «ما- - ما»، «با- - با»، «دا- - دا» درمی آورد؟ • وقتی با او بازی می کنید، با شما همراهی می کند؟ • با شنیدن اسم خودش، واکنش نشان می دهد؟ • افراد آشنا را از غریبه تشخیص می دهد؟ • به طرفی که شما اشاره می کنید، نگاه می کند؟ • اشیاء را از یک دست به دست دیگرش می دهد؟ |
| ۱۸ ماهگی | <ul style="list-style-type: none"> • برای نشان دادن اشیاء به دیگران، به آن ها اشاره می کند؟ • می تواند حداقل ۳ قدم به تنهایی راه برود؟ • می داند اشیاء معمول اطرافش (مثل قاشق، تلفن) چه کاربردی دارد؟ • می تواند کارهای دیگران را تقلید کند؟ • کلمه های جدید را یاد می گیرد؟ • می تواند حداقل ۶ کلمه را بگوید؟ • وقتی مادر یا مراقبش او را ترک می کند یا پیش او برمی گردد، توجه می کند یا اهمیت می دهد؟ • آیا کارهایی هست که قبلاً می توانسته انجام دهد ولی الان نمی تواند؟ |
| ۴ سالگی | <ul style="list-style-type: none"> • می تواند درجا بالا و پایین بپرد؟ • می تواند کشیدن دایره (گردی) را تقلید کند؟ • به کودکان دیگر توجه می کند؟ / به افرادی غیر از اعضای خانواده واکنش نشان می دهد؟ • دوست دارد با کودکان دیگر هم بازی شود و بازی های وانمودی مثل خاله بازی یا دزد و پلیس کند؟ • می تواند داستان مورد علاقه اش را بازگو کند؟ • از دستورات ۳ مرحله ای پیروی می کند؟ (مثل: برو، توپت را بردار، بیاور) • مفهوم «مثل هم بودن» و «فرق داشتن» را درک می کند؟ • از ضمائر «من و تو» درست استفاده می کند؟ • واضح حرف می زند؟ • اغلب در مقابل لباس پوشیدن / خوابیدن / دستشویی رفتن مقاومت (لج بازی) می کند؟ • آیا کارهایی هست که قبلاً می توانسته انجام دهد ولی الان نمی تواند؟ |
| ۶ ماهگی - ۱۲ ماهگی - ۲۴ ماهگی - ۳ سالگی - ۵ سالگی | <p>پرسشنامه تست غربالگر استاندارد تکمیل شود. در صورت عدم مراجعه کودک طبق این سنین، در اولین مراجعه در هر سنی ASQ همان گروه سنی برای کودک تکمیل شود.</p> |

ارزیابی ژنتیک

ارزیابی ژنتیکی کودک در ۵-۳ روزگی یا ۱۵-۱۴ روزگی و یک سالگی انجام شود. (در صورت عدم مراجعه در این گروه‌های سنی یکبار در اولین مراجعه ارزیابی شود)

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



| سوال کنید |
|--|
| • آیا در کودک یا خویشاوندان کودک (درجه ۱، ۲ و ۳) بیماری ارثی (تشخیص داده شده) وجود دارد؟ |
| • آیا در خویشاوندان کودک اختلال تکرار شونده (اختلال مشابه در بیش از یک نفر با شروع از زمان کودکی) وجود دارد؟ |
| • آیا در کودک یا خویشاوندان کودک اختلال جسمی، ذهنی یا حرکتی با شروع از زمان کودکی وجود دارد؟ |
| • آیا در خویشاوندان، کودک زیر ۱۰ سال مبتلا به بدخیمی وجود دارد؟ |

ارزیابی کودک از نظر واکسیناسیون

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



| نشانه‌ها | طبقه بندی | توصیه‌ها |
|------------------------------------|------------------|--|
| • در صورت پاسخ منفی در هر گروه سنی | واکسیناسیون ناقص | • کودک را مطابق دستورالعمل کشوری ایمن سازی، واکسینه نمایید. • پس از انجام واکسیناسیون ۲۰ دقیقه کودک در مرکز واکسیناسیون حضور داشته باشد. • توصیه‌های تغذیه‌ای، پیشگیری از حوادث و سوانح و رابطه متقابل مادر و کودک را به مادر ارائه دهید. |
| • مطابقت با جدول واکسیناسیون دارد. | واکسیناسیون کامل | • مادر را تشویق کنید که در مراقبت‌های بعدی مراجعه کند. • مشاوره در خصوص پیشگیری از آسیب‌های کودکان به مادر ارائه شود. • کارت مراقبت کودک تکمیل شود و آموزش لازم به مادر ارائه شود. • ابزارهای کمک آموزشی هر گروه سنی به مادر داده شود و توضیحات لازم به مادر ارائه شود. |

ارزیابی کودک زیر ۲ سال از نظر مصرف مکمل‌ها

| نشانه‌ها | طبقه بندی | توصیه‌ها |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> عدم مطابقت با دستورعمل مکمل یاری | مصرف ناقص مکمل‌های AD / مولتی ویتامین / آهن | <ul style="list-style-type: none"> طبق دستورعمل به مادر توصیه کنید مکمل‌ها را به تعداد مناسب تهیه کند و به مقدار لازم به کودک بدهد. ۱ هفته پیگیری شود. |
| <ul style="list-style-type: none"> مطابقت با دستورعمل مکمل یاری | مصرف کامل مکمل | <ul style="list-style-type: none"> طبق دستورعمل مکمل به تعداد لازم داده شود. طبق دستورعمل نحوه دادن مکمل به مادر آموزش داده شود. ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید. |

طبقه بندی کنید

سوال کنید

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

| نشانه‌ها | طبقه بندی | توصیه‌ها |
|---|------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> مادر تمایل به فرزندآوری ندارد. مادر شرایط دریافت خدمات باروری ویژه دارد. | واجد شرایط خدمات باروری ویژه | <ul style="list-style-type: none"> مشاوره طبق دستور عمل اداره باروری سالم مشاوره در مورد پیامدها و مشکلات تک فرزندی |
| <ul style="list-style-type: none"> مادر تمایل به فرزندآوری دارد. | واجد شرایط فرزندآوری | <ul style="list-style-type: none"> مراقبت‌های قبل از بارداری طبق دستور عمل اداره سلامت مادران ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید. |

طبقه بندی کنید

ارزیابی فرزندآوری مادر

سوال کنید

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

ارزیابی کودک از نظر کم کاری تیروئید

برای همه نوزادان در ۵-۳ روزگی غربالگری نوزادی پاشنه پا انجام شود، جواب آزمایش را طبق جدول زیر بررسی و طبقه بندی کنید و توصیه های لازم را ارائه دهید.

| نشانه | طبقه بندی | توصیه ها/ اقدام |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> انجام ندادن آزمایش غربالگری کم کاری تیروئید | <ul style="list-style-type: none"> نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش کم کاری تیروئید | <ul style="list-style-type: none"> ارجاع فوری برای انجام نمونه گیری* ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود. |
| <ul style="list-style-type: none"> نوزاد نارس** نوزاد بسیار کم وزن (وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم) نوزاد کم وزن (وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم) نوزادان با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم دوقلوها و چندقلوها سابقه بستری در بیمارستان سابقه دریافت خون یا تعویض خون نوزادانی که داروهای خاص مصرف کرده اند (دوپامین، ترکیبات کورتونی) در جواب اولین نوبت تست غربالگری هیپوتیروئیدی اندازه TSH بر کاغذ فیلترین ۹/۹-۵ اعلام نمونه نامناسب از طرف آزمایشگاه غربالگری نوزادان | <ul style="list-style-type: none"> نیاز به نمونه گیری مجدد کم کاری تیروئید از پاشنه پا | <ul style="list-style-type: none"> ارجاع برای انجام نمونه گیری مجدد از پاشنه پا در هفته دوم تولد (۱۴-۸ روزگی) نوزادان نارس در هفته ۲ و ۶ و ۱۰ نیز برای انجام نمونه گیری مجدد از پاشنه پا ارجاع شوند جواب آزمایش (TSH نوبت اول پاشنه پا) در سامانه الکترونیک سلامت وارد شود و ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود. |
| <ul style="list-style-type: none"> دومین بار آزمایش غربالگری کم کاری تیروئید از پاشنه پا مثبت (TSH مساوی یا بیشتر از ۵) | <ul style="list-style-type: none"> احتمال کم کاری تیروئید | <ul style="list-style-type: none"> ارجاع فوری برای انجام آزمایش وریدی بر اساس دستورعمل اقدام شود. جواب آزمایش (TSH نوبت دوم پاشنه پا) در سامانه الکترونیک سلامت وارد شود و ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود |
| <ul style="list-style-type: none"> نتیجه غربالگری نوبت اول کم کاری تیروئید از پاشنه پا TSH ۱۰ و بالاتر از ۱۰ | <ul style="list-style-type: none"> نیازمند بررسی بیشتر از نظر کم کاری تیروئید | <ul style="list-style-type: none"> ارجاع فوری برای انجام آزمایش وریدی (تست تأیید تشخیص) در صورتی که TSH بالای ۲۰ باشد فوراً جهت شروع درمان بر اساس دستورالعمل و درخواست آزمایشات تأیید تشخیص به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع شود. ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود. |
| <ul style="list-style-type: none"> نتیجه آزمایش وریدی کم کاری تیروئید (تست تأیید تشخیص) (T₄, T₃RU₅ یا T₄ free) غیر طبیعی | <ul style="list-style-type: none"> کم کاری تیروئید دارد | <ul style="list-style-type: none"> پیگیری کنید کودک بیمار به پزشک مراجعه کرده باشد. ثبت فرم مراقبت کم کاری تیروئید در سامانه الکترونیک سلامت توصیه به مصرف صحیح و بموقع دارو (لوتیروکسین) جواب آزمایش در سامانه الکترونیک سلامت وارد شود و پیگیری کنید*** - تا ۶ ماهگی هر ۲ ماه یکبار - ۶ ماه تا ۳ سال هر ۳ ماه یکبار - بعد از ۳ سال بسته به تشخیص پزشک فوکل یوبنت هیپوتیروئیدی - زمانی که درمان کودک بنا بر تشخیص پزشک معالج در هر سنی قطع شود ویزیت ها و آزمایش غلظت سرمی TSH و T₄ بر اساس تقویم زیر پیگیری شود: ۴ هفته بعد از قطع دارو و ۳-۲ ماه بعد از قطع دارو و هر سال بعد از قطع دارو تا ۵ سالگی (در مبتلایان به سندروم داون تا ۱۰ سالگی) |
| <ul style="list-style-type: none"> نتیجه غربالگری اولیه کم کاری تیروئید از پاشنه پا منفی (TSH کمتر از ۵) یا نتیجه غربالگری مجدد از پاشنه پا منفی (TSH کمتر از ۵) یا تست وریدی کم کاری تیروئید منفی (T₄, T₃RU₅, THS طبیعی) | <ul style="list-style-type: none"> کم کاری تیروئید ندارد | <ul style="list-style-type: none"> ثبت اطلاعات در سامانه الکترونیک سلامت ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید. |

* زیر ۹۰ روزگی انجام آزمایش پاشنه پا در مرکز خدمات جامع سلامت، بالای ۹۰ روزگی انجام آزمایش وریدی در آزمایشگاه
** در نوزادان نارس علاوه بر غربالگری اولیه، غربالگری مجدد از پاشنه پا باید در سنین ۲، ۶، ۱۰ هفتگی انجام شود. در صورت مشکوک بودن جواب آزمایش در هر مرحله نیاز به انجام آزمایش تأیید تشخیص وریدی می باشد.
*** بسته به تشخیص پزشک زمان پیگیری ممکن است تغییر کند.

ارزیابی کودک از نظر فنیل کتونوری (PKU)

برای همه نوزادان در ۵-۳ روزگی غربالگری نوزادی پاشنه با انجام شود، جواب آزمایش را طبق جدول زیر بررسی و طبقه بندی کنید و توصیه های لازم را ارائه دهید.

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

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

** مواردی که به بیمارستان منتخب PKU جهت دریافت خدمات بالینی (ویزیت، تغذیه، شیررژیمی و...) مراجعه نکرده‌اند جهت پیگیری به کارشناس ژنتیک مرکز بهداشت شهرستان اطلاع داده شود.
*** در مواردی که نتیجه غربالگری منفی است اما نوزاد تأخیر در تکامل دارد نمونه مجدد از کودک گرفته شده و آزمایش تعیین سطح فنیل آلانین خون با روش HPLC انجام گیرد.

ارزیابی بدرفتاری با کودک

در ویزیت های مراقبت سلامت به علائم و نشانه های سوء رفتار با کودک دقت کنید و کودک را طبق جدول ارزیابی و طبقه بندی کنید و توصیه های لازم را ارائه دهید، در صورتی که به بدرفتاری با کودک مشکوک شدید، کودک را با کد ۱۹ ارجاع دهید (به فرهنگ مردم منطقه توجه فرمایید و والدین را با ذکر نام طبقه بندی های این صفحه حساس نکنید)

| نشانه | طبقه بندی | توصیه ها/ اقدام |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • آثار سوختگی درمان نشده یا • در رفتگی احتمالی یا تورم یک مفصل یا شکستگی احتمالی یک استخوان یا • کبودی چشمان یا • پارگی لجام لب یا • عدم هوشیاری و علائم حیاتی غیر طبیعی | احتمال بد رفتاری شدید با کودک (کد ۱۹) | <ul style="list-style-type: none"> • به بوکتل مانا مراجعه شود. • ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود. |
| <ul style="list-style-type: none"> • علایم سوختگی با آب جوش یا سیگار یا قاشق و... یا • اثر گاز گرفتگی روی قسمت های مختلف بدن یا • خونمردگی در اعضای مختلف بدن یا • عدم تناسب توضیحات سرپرست یا همراه کودک با نوع علائم آسیب بدنی یا • وجود کبودی ها و علائمی که مدت ها از زمان آن ها گذشته باشد یا • گزارش هر نوع کودک آزاری توسط خود کودک، سرپرستان یا سایر همراهان کودک یا • گزارش تأیید تنبیه بدنی برای تربیت کودک، توسط کودک، سرپرست یا همراهان کودک یا • سابقه بد رفتاری با کودک در خانواده • کبودی های شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون یا • وجود مناطق طاسی در سر ناشی از کشیده شدن موها یا • آثار ضربات شلاق | احتمال بد رفتاری با کودک (کد ۱۹) | <ul style="list-style-type: none"> • ارجاع به کارشناس سلامت روان • ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود |
| <ul style="list-style-type: none"> • همه کودکانی که مادران آن ها قبلاً به علت خشونت خانگی غریبال مثبت شده اند | کودک شاهد خشونت | <ul style="list-style-type: none"> • ارجاع به کارشناس سلامت روان |
| <ul style="list-style-type: none"> • فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی* در خانواده کودک یا • فرد مبتلا به بیماری خاص** در خانواده کودک یا • فرد مبتلا به اعتیاد*** در خانواده کودک یا • فرد زندانی در خانواده کودک یا • خانواده کودک دچار فقر می باشد (تحت پوشش سازمان های حمایتی مثل بهزیستی و کمیته امداد) یا • سرپرست خانواده در حال حاضر بیکار است یا • کودک تک سرپرست است (سابقه طلاق، فوت یا جدایی از همسر در خانواده) • کودک با حداقل یک سرپرست غیر بیولوژیک | احتمال بد رفتاری با کودک در خانواده آسیب پذیر | <ul style="list-style-type: none"> • ارجاع به کارشناس سلامت روان |
| <ul style="list-style-type: none"> • هیچ یک از علائم و نشانه ها را ندارد | احتمال بد رفتاری با کودک ندارد | <ul style="list-style-type: none"> • ارجاع والدین به کارشناس سلامت روان برای دریافت آموزش های فرزند پروری، خودمراقبتی و مهارت های زندگی • آموزش پیشگیری از آسیب های کودکان به والدین |

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

**بیماری خاص: به آن دسته از بیماری ها گفته می شوند که صعب العلاج بوده و قابل درمان نمی باشند و لازم است بیماران تا آخر عمر تحت مراقبت های خاص قرار گیرند و ضرورت دارد این بیماران به طور مستمر تحت درمان قرار داشته باشند. بیماری هایی نظیر MS، هموفیلی، تالاسمی و نارسایی مزمن کلیه از جمله این بیماری ها هستند.

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

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



توصیه های تغذیه ای را بر حسب سن شیرخوار به مادر ارائه دهید:

توصیه های تغذیه ای برای کودکان در سلامت و بیماری

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • بلافاصله پس از تولد، نوزادتان را در تماس پوست با پوست قرار دهید. اگر نوزاد با وزن کم به دنیا آمده است یا زودتر از موعد مقرر به دنیا آمده است دستورعمل مراقبت کانگروبی به مادر آموزش داده شود. • طی یک ساعت اول تولد نوزاد به پستان گذاشته شود و زمانی که علائم گرسنگی داشت باید به او کمک کرد تا از پستان شیر بخورد. به شیرخوار آغوز را که اولین شیر غلیظ و زرد رنگ است، بدهید. این شیر، شیرخوار را از بسیاری از بیماری ها محافظت می کند. • استفاده از پستانک (گول زنک) و شیشه شیر، به دلیل آلودگی و مضرات بی شمار آن به هیچ عنوان توصیه نمی شود. • شیرخوار را شب و روز هر چقدر و هر زمان می خواهد حداقل ۱۲-۱۰ بار در ۲۴ ساعت با شیر خود تغذیه کنید. تغذیه مکرر باعث تولید شیر بیشتری می شود. در هر وعده وقتی از یک پستان تغذیه شد، او را به پستان دیگر بگذارید و در وعده بعد تغذیه را از پستانی که کمتر خورده شروع کنید. • اگر شیرخوار خودش بیدار نشود او را بعد از ۳ ساعت بیدار کنید. • به شیرخوار غذا یا مایعات دیگر حتی آب ندهید. شیر مادر به تنهایی همه نیاز شیرخوار را برآورده می کند. • از روز ۵-۳ تولد قطره A+D را طبق دستورعمل به شیرخوار بدهید. | <p>تولد تا یک هفتهگی</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> • هر چقدر شیرخوار می خواهد او را با شیر خود تغذیه کنید. به نشانه های گرسنگی از جمله نق زدن، مکیدن انگشتان یا حرکات دهان و اندام و صداهای ظریف توجه کنید. • شیرخوار را شب و روز هر چقدر و هر زمان می خواهد حداقل ۸ بار در ۲۴ ساعت با شیر خود تغذیه کنید. تغذیه مکرر باعث تولید شیر بیشتری می شود. • به شیرخوار غذا یا مایعات دیگر حتی آب ندهید. شیر مادر به تنهایی همه نیاز شیرخوار را برآورده می کند. • قطره A+D را طبق دستورعمل به شیرخوار بدهید. • قطره آهن در شیرخواران پرخطر طبق دستورعمل داده شود. | <p>۱ هفتهگی تا پایان ۶ ماهگی</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> • مطابق میل شیرخوار حداقل ۸ بار در ۲۴ ساعت با شیر خود او را تغذیه کنید. قبل از یکسالگی شیرمادر غذای اصلی شیرخوار است. • غذای کمکی را می توان با ۳-۲ قاشق مربا خوری از فرنی یا حریره بادام با غلظت مناسب (غلظت مشابه ماست معمولی) ۳-۲ بار در روز شروع نموده و این میزان را به تدریج افزایش داد. در ضمن می توان از انواع فرنی ها و حریره های محلی با غلظت مناسب (غلظت کمی بیشتر از شیرمادر مشابه ماست معمولی) نیز در تغذیه شیرخوار استفاده نمود. • پس از معرفی غلات، می توان پوره یا شکل نرم شده انواع گوشت ها (قرمز، مرغ، ماهی و پرندگان) که خوب پخته شده و ریز ریز شده، سبزی ها (هویج، سیب زمینی، کدو حلوائی) و میوه های متنوع کاملاً رسیده و نرم (انبه، سیب، گلابی، موز، طالبی، هلو) و تخم مرغ کاملاً پخته شده (شامل سفیده و زرده) را به شیرخوار داد. سپس می توان ترکیبی از دو یا چند ماده غذایی را به شکل پوره های ترکیبی، سوپ، حلیم یا آش به شیرخوار داد. از حبوباتی مانند عدس و ماش نیز می توان در سوپ و آش استفاده نمود (حبوبات قبل از پخت ابتدا در آب به مدت چند ساعت خیسانده و آب آن دور ریخته شود و سپس بطور کامل بپزد). • ماست پاستوریزه و پنیر کم نمک پاستوریزه در برنامه غذایی کودک اضافه شود. • به کودک هر روز ۳-۲ وعده غذا داده شود. • ۲-۱ میان وعده غذایی مانند پوره سبزی ها (هویج یا سیب زمینی) یا پوره میوه های رسیده نرم شده (موز، گلابی، انبه، طالبی، هلو، زردآلو، سیب، آلو) را می توان براساس اشتیهای شیرخوار بین وعده های اصلی در روز به او داد. در مورد میوه های هسته دار مانند زردآلو، آلو یا هلو حتماً هسته آن ها جدا شده و سپس به کودک داده شود. • میزان غذای شیرخوار را می توان به تدریج تا نصف لیوان (هر لیوان = ۲۵ سی سی) در هر وعده غذایی افزایش داد. لازم به ذکر است که یک قاشق غذاخوری سرصاف انواع برنج پخته ۱۵ گرم و یک قاشق غذاخوری سر پیر انواع برنج پخته ۲۰ گرم است، یک لیوان معادل ۱۶ قاشق غذاخوری سرصاف انواع برنج پخته یا ۱۲ قاشق غذاخوری سر پیر انواع برنج پخته است. | <p>۷ ماهگی تا پایان ۸ ماهگی</p>  |

۹ ماهگی تا پایان ۱۱ ماهگی



- به کودک هر روز ۳-۴ وعده غذا داده شود.
- هر روز می توان بر اساس اشتهاى شیرخوار بین وعده های اصلی، ۲-۱ میان وعده غذایی مانند هویج یا کرفس به صورت قطعات بسیار کوچک پخته شده یا میوه های رسیده نرم شده (موز، گلابی، سیب، هلو، طالبی) به شیرخوار داد.
- میزان غذای شیرخوار را می توان به تدریج تا نصف لیوان در هر وعده غذایی افزایش داد.
- علاوه بر تمام مواد غذایی معرفی شده در سن ۸-۶ ماهگی، می توان غذاهای انگشتی که شیرخوار بتواند با دست بگیرد مانند تکه های کوچک انواع گوشت های (قرمز، مرغ، ماهی و پرندگان) که خوب پخته شده و ریزش شده و تکه های کوچک گوشت بدون چربی یا کوفته قلقلی کاملاً پخته شده یا با پشت قاشق له شده، ماکارونی پخته شده یا نان را در برنامه غذایی کودک گنجانند.

۱ سالگی تا ۲ سالگی



- هر چقدر شیرخوار می خواهد او را با شیر خود تغذیه کنید.
- تغذیه منظم با شیرمادر در سال دوم زندگی همچنان یک ضرورت است چرا که:
- یک منبع خوب تامین پروتئین برای کودک است. حدود یک سوم انرژی مورد نیاز روزانه او را تامین می کند.
- به تداوم رشد مناسب کودک کمک می کند. مواد ایمنی بخش موجود در آن برای محافظت کودک در برابر عفونت ها موثر است.
- نیازهای عاطفی و روانی شیرخوار را تامین نموده و در تکامل ذهنی و جسمی او نقش بسزائی دارد.
- در مواقع ابتلای کودک به بیماری و به دنبال آن بی اشتهاى، یک منبع مهم تامین کننده انرژی برای کودک است چراکه اغلب کودکان در زمان بی اشتهاى ناشی از بیماری، فقط به شیرمادر تمایل دارند.
- در صورت ابتلا به اسهال و استفراغ، هیچ چیز به اندازه شیرمادر برای شیرخوار قابل تحمل نیست
- بر خلاف سال اول زندگی، در کودکان ۱ تا ۲ ساله تغذیه با شیرمادر بهتر است نیم تا ۱ ساعت پس از صرف غذای کودک انجام شود و در حقیقت تغذیه از سفره خانوار بر تغذیه با شیرمادر اولویت دارد.
- قطره های A+D و آهن را طبق دستورعمل به شیرخوار بدهید. (این مطلب که قطره آهن موجب سیاهی دندان می شود نباید مانع مصرف آن شود، بلکه باید قطره آهن را با قاشق چایخوری در عقب دهان ریخت و پس از آن به کودک آب داد و با پارچه ای تمیز روی دندان های او را نیز تمیز نمود.)
- تنوع غذایی، استفاده از تمام گروه های اصلی غذایی (نان و غلات، شیرو لبنیات، گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزدا نه ها، سبزی ها و میوه ها) و انتخاب مواد غذایی دارای ارزش تغذیه ای مناسب در برنامه غذایی کودک در نظر گرفته شود. ایجاد تنوع غذایی در برنامه غذایی کودک با استفاده از مواد غذایی زیر:
- انواع گوشت ها: گوشت قرمز، مرغ، ماهی
- تخم مرغ
- حبوبات: عدس، ماش، لوبیا چشم بلبلی، لوبیا چیتی و ...
- محصولات لبنی پاستوریزه: شیر، پنیر کم نمک، ماست، کشک کم نمک و دوغ کم نمک و بدون گاز
- سبزی های با برگ سبز یا زرد: جعفری، گشنیز، شوید، کدو، هویج و کدو حلوائی
- میوه ها: سیب، موز، هلو، آلو، گلابی، زردآلو، طالبی، خرما (بدون پوست و هسته)، آناناس، هندوانه، انبه، انواع مرکبات و ...
- غلات: برنج، نان، ماکارونی، رشته فرنگی
- هر روز ۳ تا ۴ وعده غذا و در هر وعده به اندازه سه چهارم لیوان، به شیرخوار غذا بدهید.

- هر روز ۲-۱ بار میان وعده مغذی (از گروه های اصلی غذایی) در بین وعده های اصلی غذا، به شیرخوار بدهید.
- به عنوان میان وعده در برنامه غذایی کودک ۱ تا ۲ ساله تنقلات بی ارزش نظیر غلات حجیم شده، شکلات، چپیس، آب میوه های تجاری و نظایر آنها جایگاهی نداشته و به جای آن از میان وعده های مغذی نظیر انواع میوه ها، سبزی ها، شیر پاستوریزه، ماست، نان، پنیر کم نمک و خرما استفاده شود.
- از دادن انواع نوشیدنی های شیرین به دلیل افزایش خطر اضافه وزن و چاقی، پوسیدگی دندان و کاهش دریافت مواد مغذی تا حد امکان خودداری شود.
- در برنامه غذایی کودک فقط از ماست پاستوریزه ساده استفاده شده و از مصرف انواع ماست میوه های صنعتی خودداری شود. در صورت تهیه ماست میوه خانگی فقط میوه به ماست اضافه شده و از اضافه کردن شکر به ماست میوه خودداری شود.
- میان وعده را ۱،۵ تا ۲ ساعت قبل از وعده اصلی به کودک بدهید.
- اگر برنج به صورت کته یا کاملا نرم شده نیست آن را با پشت قاشق و کمی آب خورش نرم و له کنید.
- اگر کودک به ماده غذایی آلرژی دارد، باید از برنامه غذایی کودک حذف و جایگزین مناسب قرار گیرد.
- از دادن مغزها، آب نبات، هویج خام، انگور و ذرت به دلیل احتمال خفگی به شیرخوار خودداری شود. (از مغزها می توان به صورت پودر شده برای مقوی کردن غذاها استفاده نمود).
- تخم مرغ کاملا پخته شده به کودک داده شود و از دادن تخم مرغ خام یا خوب پخته نشده خودداری شود.
- از دادن شیر و لبنیات غیر پاستوریزه خودداری شود.
- آب آشامیدنی بهترین نوشیدنی برای رفع تشنگی کودک است. کودک باید روزانه دو فنجان آب بنوشد.
- آب میوه طبیعی را می توان روزانه به میزان ۱۲۰ سی سی (نصف لیوان) به کودک داد.
- از نمک ید دار تصفیه شده در پخت غذا استفاده شود.
- از بشقاب، قاشق و چنگال نشکن استفاده شود.
- ظرف غذای کودک مجزا باشد. نکات بهداشتی در مراحل آماده سازی، تهیه و طبخ غذا رعایت شود.
- غذا خوردن کودک همراه با حواس پرت کردن، تشویق و تنبیه نباشد. در هنگام غذا خوردن کودک، تلویزیون خاموش باشد. به زور به کودک غذا داده نشود.
- کودک ۱۸۰ دقیقه در روز فعالیت بدنی انجام دهد.

- از غذاهای متنوع خانواده شامل گروه های اصلی غذایی به کودک بدهید.
- برای تامین انرژی و مواد مغذی مورد نیاز، برنامه غذایی کودک باید شامل ترکیبی از غذاهای مختلف متشکل از گروه های اصلی غذایی باشد. گروه های اصلی غذایی برای این سنین عبارتند از:
 - گروه نان و غلات (شامل نان، برنج، انواع ماکارونی و رشته ها) که تامین کننده انرژی، ویتامین های گروه B، آهن، فیبر و پروتئین مورد نیاز کودک است و بیشترین سهم غذای روزانه کودک را باید به خود اختصاص دهد.
 - گروه سبزی ها و گروه میوه ها که تامین کننده ویتامین ها، املاح و فیبر مورد نیاز کودک است نقش مهمی در افزایش مقاومت بدن در برابر بیماری ها دارد. در برنامه غذایی روزانه کودک از میوه های زرد و سبزی های برگ سبز تیره گنجانده شود.
 - گروه شیر و لبنیات (شامل شیر، ماست، پنیر، کشک و دوغ) که تامین کننده کلسیم، فسفر، پروتئین، ویتامین های گروه B و ویتامین های A است.
 - گروه گوشت و جانشین ها (شامل انواع گوشت ها، تخم مرغ، حبوبات و مغزها) که تامین کننده پروتئین، آهن و روی مورد نیاز کودک است.

۲ سالگی تا ۵ سالگی



- از سبزی های سبزی تیره و نارنجی و میوه های زرد و نارنجی (هویج، کدو حلوائی، جعفری، گشنیز، اسفناج، انبه، زردآلو، مرکبات) که منابع غذایی ویتامین A و C هستند در برنامه غذایی کودک استفاده شود.
- در هر روز ۳ وعده غذا و در هر وعده به اندازه یک لیوان کامل به کودک غذا بدهید.
- هر روز ۲ بار میان وعده مغذی (از گروه های اصلی غذایی) در بین وعده های اصلی غذا، به کودک بدهید.
- شیر پاستوریزه، ماست، میوه ها، سبزی ها، نان و پنیر کم نمک، نان و پنیر و خیار، نان و نصف تخم مرغ پخته شده، نان با دو عدد خرما و میوه های خشک انتخاب های بسیار خوبی برای میان وعده غذایی کودکان هستند. مصرف برخی میان وعده ها، مانند چیپس، پفک، غلات حجیم شده و به طور کلی تنقلات بی ارزش علاوه بر تغییر ذائقه کودک و افزایش احتمال ابتلای او به بیماری های غیرواگیر در سنین بزرگسالی مانند چاقی، با تاثیر بر اشتها و در نهایت تمایل کمتر او به وعده های اصلی می تواند بر سرعت رشد کودک و به خصوص افزایش مطلوب قد تاثیر منفی داشته باشند.
- در برنامه غذایی کودک فقط از ماست پاستوریزه ساده استفاده شده و از مصرف انواع ماست میوه های صنعتی خودداری شود. در صورت تهیه ماست میوه خانگی فقط میوه به ماست اضافه شده و از اضافه کردن شکر به ماست میوه خودداری شود.
- از دادن انواع نوشیدنی های شیرین به دلیل افزایش خطر اضافه وزن و چاقی، پوسیدگی دندان و کاهش دریافت مواد مغذی تا حد امکان خودداری شود.
- میان وعده را ۱٫۵ تا ۲ ساعت قبل از وعده اصلی به کودک بدهید.
- اگر کودک به ماده غذایی آلرژی دارد، باید از برنامه غذایی کودک حذف و جایگزین مناسب قرار گیرد.
- مصرف آب میوه طبیعی برای کودکان ۲ تا ۳ سال ۱۲۰ سی سی و برای کودکان ۴-۵ سال بیشتر از ۱۸۰ سی سی در روز نباشد. کودک را به مصرف آب آشامیدنی در طول روز تشویق کنید.
- به کودک در ظرف ها و کاسه های جدا غذا بدهید.
- در طول مدت غذا خوردن با کودکان بنشینید و با او صحبت کنید، به چشمان او نگاه کنید و او را ترغیب به غذا خوردن کنید.
- غذا خوردن کودک همراه با حواس پرت کردن، تشویق و تنبیه نباشد. در هنگام غذا خوردن کودک، تلویزیون خاموش باشد.
- کودک ۱۸۰ دقیقه در روز فعالیت بدنی انجام دهد.

اصول کلی تغذیه تکمیلی

- بعد از تغذیه شیرخوار با شیرمادر، غذای تکمیلی به او داده شود.
- بین اضافه کردن مواد غذایی جدید بین ۵-۳ روز فاصله گذاشته شود تا آلرژی شیرخوار به آن ماده غذایی یا نداشتن تحمل به آن مشخص شود.
- در صورتی که شیرخوار به خوردن غذایی بی میلی نشان داد، مادر یا مراقب کودک پافشاری نکند. بلکه برای ۲ تا ۳ روز آن غذا را حذف و سپس دوباره شروع کند. می توان تا ۱۰ بار مجدداً این کار را تکرار کرد تا شیرخوار آن را بپذیرد.
- در ابتدا مواد غذایی باید به شکل یک جزئی (یک ماده غذایی) یا حداقل اجزا مانند فرنی (آرد برنج، شیر مادر یا شیرپاستوریزه گاو و شکر) به شیرخوار داده شود.
- آرد برنج به عنوان یک ماده غذایی مناسب شناخته شده زیرا در دسترس خانواده بوده و احتمال آلرژی شیرخوار به آن بسیار کم است. فرنی تهیه شده از آرد برنج را می توان با شیر مادر یا مقدار کمی شیرپاستوریزه گاو تهیه نمود.
- غلظت و قوام غذای تکمیلی باید متناسب با سن شیرخوار باشد. به طوری که غلظت اولین غذای تکمیلی مانند فرنی شبیه ماست معمولی بوده اما به تدریج بر حسب سن شیرخوار باید غلظت غذا را افزایش داد، به طوری که غذای کودک از نیمه جامد به جامد تغییر یابد.
- پس از غلات می توان گوشت (گوسفند و مرغ)، سبزی و میوه را در غذای شیرخوار گنجاند. گوشت ها، سبزی ها و میوه ها را می توان به شکل پوره (بدون نمک یا شکر و سپس تخم مرغ (زرده و سفیده) به شیرخوار داد. بنابراین بعد از معرفی فرنی و پوره گوشت می توان پوره سبزی ها و میوه ها (پوره سیب، گلابی، موز رسیده، هویج و سیب زمینی) را به غذای شیرخوار اضافه کرد.
- بعد از تحمل غذاهای یک جزئی یا حداقل اجزا مانند فرنی، پوره گوشت، پوره سبزی ها و میوه ها می توان ترکیبی از دو یا چند ماده غذایی مانند سبزی، میوه، گوشت و غلات را به شکل پوره های ترکیبی، سوپ، حلیم یا آش به شیرخوار داد.
- سپس می توان ترکیبی از انواع مواد غذایی مانند تکه های کوچک ماکارونی، سبزی یا گوشت که بعضی از آن ها بافتی دارند که کودک را به جویدن تشویق می کنند به شیرخوار داد.
- از ۹ ماهگی غذاهای انگشتی مانند تکه های کوچک میوه های نرم و کاملاً رسیده و سبزی های پخته مانند موز، گلابی، هلو، هویج، سیب زمینی، ماکارونی پخته شده، نان، پنیر، تکه های کوچک گوشت پخته شده و ریزش شده یا چرخ کرده بدون چربی یا کوفته قلفلی کاملاً پخته شده یا با پشت قاشق له شده به شیرخوار معرفی می شود. لازم به ذکر است میوه ها باید کاملاً رسیده و نرم باشند و در غیر این صورت ابتدا باید پخته شده و سپس به کودک داده شوند.
- انواع گوشت ها مانند گوشت قرمز، مرغ و ماهی و همچنین تخم مرغ (سفیده و زرده) را پس از شروع بر حسب سن شیرخوار باید به طور روزانه و یا در هر زمان ممکن به او داد. پس از معرفی گوشت، می توان روزانه ۳۰ گرم گوشت در غذای شیرخوار گنجاند.
- ترتیبی که غذاها دارند اهمیت کم تری نسبت به قوام و بافت غذا دارد.
- مواد غذایی چه از نظر نوع و چه از نظر مقدار باید به تدریج به برنامه غذایی شیرخوار اضافه شود.
- در برنامه غذایی کودک، تنوع در نظر گرفته شود. به تدریج از گروه های اصلی غذایی شامل نان و غلات، گوشت و تخم مرغ، حبوبات و مغزدانه ها، سبزی ها، میوه ها و لبنیات (ماست پاستوریزه و پنیر پاستوریزه کم نمک) در غذای کمی استفاده شود. تنوع غذایی و میزان غذا با سن شیرخوار افزایش یابد. معرفی مواد غذایی از هر گروه غذایی باید بر اساس سن شیرخوار انجام شود. تا پایان ماه هفتم تمام گروه های غذایی باید به تدریج به شیرخوار معرفی شوند.
- از سبزی های سبزه تیره و نارنجی و میوه های زرد و نارنجی مانند هویج، جعفری، شوید، کدو حلوايي، طالبی، زردآلو که منابع غذایی ویتامین A و C هستند در غذای کمی استفاده شود.

برخی از مواد غذایی نامناسب یا ممنوع برای تغذیه کودکان زیر یک سال

- از دادن شیرگاو و عسل (به دلیل خطر بوتولیسم) به کودک زیر یک سال خودداری شود.
- تا حد امکان از دادن آب میوه طبیعی به شیرخوار زیر یک سال خودداری شود و برای کودکان ۱۲-۷ ماهه از پوره میوه ها استفاده شود. مصرف آب میوه طبیعی ممکن است منجر به ابتلا شیرخوار به اضافه وزن، چاقی، اسهال، نفخ و فساد دندان شود. در شرایط خاص مانند بیبوست یا کم خونی ناشی از فقر آهن می توان روزانه ۱۲-۶ قاشق مرباخوری (۳۰-۶۰ سی سی) آب میوه طبیعی به کودک داد.
- نمک و ادویه به غذای شیرخوار اضافه نشود.
- از دادن آدامس، آب نبات، تکه های بزرگ سیب، آجیل، ذرت، کشمش، هویج خام، کرفس، انگور و گیلان به دلیل احتمال خفگی به شیرخوار خودداری شود. (از مغزها می توان به صورت پودر شده برای مقوی کردن غذاها استفاده نمود).
- چای، قهوه و دم کرده های گیاهی مانع جذب مواد مغذی مانند آهن می شوند و تا حد امکان نباید مصرف شوند. یا باید مصرف چای و قهوه کاهش یابد (حتی برای نرم کردن غذای شیرخوار از چای استفاده نشود). در صورتی که مادر برای دادن چای به شیرخوار اصرار دارد باید حداقل ۲ ساعت قبل یا بعد غذا به شیرخوار داده شود.
- از دادن لبنیات غیر پاستوریزه (مانند شیر، ماست و پنیر محلی) خودداری گردد.
- از دادن مواد غذایی و نوشیدنی های حاوی قند افزوده مانند آب میوه های صنعتی، چای شیرین، نوشابه ها، کیک ها، انواع شکلات ها و شیرینی ها خودداری شود.
- از دادن مواد غذایی و نوشیدنی های حاوی قند افزوده مانند انواع آب میوه های صنعتی، نوشابه ها، بیسکویت ها و کیک ها، انواع شکلات ها و شیرینی ها خودداری شود.
- مصرف نوشیدنی های شیرین موجب افزایش خطر اضافه وزن و چاقی شده و پوسیدگی دندان را در شیرخواران افزایش می دهد. همچنین موجب عادت کردن ذائقه کودک به طعم شیرین می شود، بنابراین از دادن نوشیدنی های شیرین مانند چای شیرین و آب میوه های صنعتی به شیرخوار خودداری شود.
- از دادن انواع تنقلات کم ارزش مانند شیرینی ها، چیپس، پفک و... به شیرخوار خودداری گردد.
- از اضافه کردن شکر به هر نوع غذای کودک مانند ماست، سوپ، میوه یا سبزی پخته خودداری گردد. شکر دریافتی مهم ترین عامل غذایی اضافه وزن و چاقی و پوسیدگی دندان ها می باشد.
- از مواد غذایی کنسرو شده در تهیه غذای شیرخوار استفاده نشود. زیرا حاوی نمک و شکر زیادی هستند.
- از دادن تخم مرغ خام و تخم مرغ عسلی که خوب پخته نشده خودداری شود.
- نمک به غذای کودک اضافه نشود تا کودک به طعم طبیعی غذاها عادت کند.

برخی نکات کلیدی در مورد تغذیه کودک

شروع تغذیه تکمیلی به همراه تغذیه با شیر مادر بعد از پایان ۶ ماهگی (۱۸۰ روزگی) کمک می‌کند کودک به خوبی رشد کند.

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.
- سطوح و ظرف‌ها را با آب داغ و مایع ظرف‌شویی و با استفاده از یک پارچه‌ی تمیز بشویید و از دسترس حشرات دور نگه‌دارید.
- از اسفنج استفاده نکنید، زیرا اغلب موجب گسترش میکرو ب‌ها 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 ظرف‌شویی بشویید به خصوص اگر برای بریدن گوشت خام از آن‌ها استفاده کرده‌اید.
- فقط از تخته‌هایی استفاده کنید که جنس آن‌ها از مواد غیرمنفذدار است.
- غذاها را خوب بپزید به خصوص اگر حاوی گوشت قرمز، طیور، ماهی یا تخم مرغ باشند. همبرگر، کباب کوبیده، انواع غذاهای گوشتی را آن قدر بپزید 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. تخم مرغ را بپزید که سفت شود. سوپ و خورش‌ها به نقطه جوش برسند.
- غذاها را در ظروف سرپوش‌دار نگهدارید و از تماس غذاهای خام و پخته شده پرهیز کنید.
- غذاهای منجمد را در یخچال یا زیر آب سرد ذوب کنید. هرگز، آن‌ها را روی میز آشپزخانه یا در ظرف آب قرار ندهید. غذاهای پخته شده نگهداری شده را قبل از مصرف مجدداً بجوشانید، غذا را موقع حرارت دادن بهم بزنید.

غذاها را سالم نگه‌دارید

- غذای پخته شده در یخچال را در طی ۲۴ ساعت مصرف کنید.
- مواد غذایی خشک مانند برنج و شکر را در ظروف غیرمنفذ دار یا دارایی 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 باقی مانده‌ای که در یخچال یا فریزر نگه‌داری شده اند 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 درجه سانتی‌گراد گرم کنید.
- مواد شوینده و داروها را دور از غذا و هم‌چنین، دور از دسترس کودکان نگه‌داری کنید.
- میوه و سبزی‌ها را با آب سالم بشویید.
- غذاهایی را که تاریخ مصرف آن‌ها منقضی شده استفاده نکنید. در هنگام خرید و تهیه مواد اولیه غذایی به تاریخ مصرف و تاریخ انقضا توجه کنید که معتبر باشد.

توصیه های تغذیه ای ضروری برای کودک کم وزن، کوتاه قد، لاغر، نیازمند بررسی بیشتر از نظروزن و قد توجه: علاوه بر مشاوره تغذیه در گروه های سنی مختلف موارد زیر تأکید شود.

توصیه های کلی

- در کودکان زیر ۲ سال تداوم تغذیه با شیر مادر و افزایش تعداد دفعات شیردهی
- استفاده صحیح و منظم کودک از قطره مکمل A+D و آهن
- استفاده از گروه های اصلی غذایی و رعایت تنوع غذایی در برنامه غذایی روزانه کودک
- استفاده از میان وعده های غذایی مغذی در برنامه غذایی روزانه کودک
- مقوی و مغذی کردن غذای کودک
- مصرف روزانه گوشت، حبوبات و جایگزین های آن به ویژه برای کودکان کوتاه قد
- رعایت اصول بهداشتی در تهیه و نگهداری و مصرف غذای کودک
- رعایت رفتارهای تغذیه ای مناسب مانند به زور غذا ندادن به کودک
- ترغیب به غذا خوردن با نشستن در کنار کودک
- استفاده از ظرف ها و کاسه های جدا در تغذیه کودک
- استفاده از غذاهای نرم، متنوع، اشتها آور و غذاهای مورد علاقه کودک
- استفاده از مواد غذایی مناسب برای جایگزین نمودن برخی مواد غذایی در صورت داشتن آلرژی به آن

روش های مغذی کردن غذا

- مغذی کردن غذا یعنی اضافه کردن برخی مواد غذایی با هدف افزایش مقدار پروتئین، ویتامین ها و املاح غذا. از آنجایی که این کار می تواند باعث افزایش حجم غذای کودک شود، لازم است حتما مغذی کردن به همراه مقوی سازی غذای کودک انجام گیرد. روش های زیر برای مغذی سازی غذای کودک توصیه می شود:
- پس از معرفی تمام گروه های غذایی می توان، پودر جوانه غلات و حبوبات به برخی غذاها (به ویژه سوپ، فرنی و کته) اضافه نمود.
- کمی گوشت یا مرغ به غذای شیرخوار اضافه شود.
- از انواع حبوبات مانند عدس و ماش که کاملاً پخته شده اند می توان به شیرخوار داد.
- تخم مرغ آب پز را می توان داخل سوپ و یا ماکارونی پس از طبخ رنده کرد.
- میوه ها و سبزی ها از جمله مواد غنی از ویتامین و املاح به شمار می روند بنابراین انواع سبزی های زرد و نارنجی مانند کدو حلوائی و هویج و انواع سبزی های برگ سبز مانند جعفری و شویب به غذای شیرخوار اضافه شود.
- سوپ از جمله غذاهای بسیار مغذی است که البته اگر رقیق تهیه شود مقدار انرژی آن ناکافی خواهد بود. لذا از مادر بخواهید که از دادن سوپ رقیق به کودک خودداری و سعی کند با استفاده از روش های مختلف مانند اضافه کردن کره، روغن یا برنج آن را مقوی کند.

روش های مقوی کردن غذا

- مقوی کردن غذا یعنی اضافه کردن برخی مواد غذایی با هدف افزایش مقدار انرژی غذا. روشهای زیر برای مقوی سازی غذای کودک توصیه می شود:
- غذاها را با آب کم بپزید. بعد از پخت تکه های جامد غذا مانند گوشت، حبوبات، سیب زمینی و سبزی ها، آنها را از آب سوپ جدا کرده و له کنید، سپس کم کم آب سوپ را به آن اضافه کنید تا یک پوره غلیظ درست شود.
- در صورت امکان یک قاشق مرباخوری شیرخشک به حریره یا سوپ کودک اضافه کنید.
- به غذای کودکان مقدار کمی (به اندازه یک قاشق مرباخوری) کره، روغن زیتون یا روغن مایع اضافه کنید. این کار بدون آن که حجم غذای کودک را افزایش دهد مقدار کالری آن را افزایش می دهد، ضمن آنکه بلع غذا برای کودک آسان تر می شود. در ضمن باید توجه داشت اگر مقدار زیادی روغن به غذا اضافه شود ممکن است کودک زودتر احساس سیری کند و نتواند همه غذایش را بخورد. اگر کودک رشد مناسبی دارد، اضافه کردن روغن بیشتر در غذای کودک ضرورت ندارد زیرا باعث افزایش وزن کودک می شود.
- بر روی نان کودک که معمولاً به عنوان میان وعده مصرف می شود کمی کره یا روغن مایع بمالید.
- میزان شکر موجود در غذای کودک در محدوده دستور تهیه غذا باشد. غذاهای شیرین ضمن تغییر ذائقه کودک می تواند جایگزین غذاهای اصلی و حتی شیرمادر شده و به دلیل دارا نبودن ریزمغذی ها می تواند ابتلا کودک را به سوء تغذیه فراهم آورد.
- انواع مغزها مانند گردو، بادام و پسته دارای انرژی و نیز پروتئین و ریزمغذی ها به میزان نسبتاً خوبی هستند. از این مواد غذایی به صورت پودر شده می توان جهت مقوی کردن و مغذی کردن غذای کودک استفاده کرد.

ادامه: توصیه های تغذیه ای ضروری برای کودک کم وزن، کوتاه قد، لاغر، نیازمند بررسی بیشتر از نظروزن و قد

| | |
|--|------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • تغذیه انحصاری با شیر مادر را ادامه دهید. • تعداد دفعات شیر مادر را افزایش دهید. • در کودکانی که از شیر مادر محروم هستند و با شیر مصنوعی تغذیه می شوند، شیر مصنوعی با مقدار آب لازم تهیه شود و به مقدار کافی متناسب با سن به شیرخوار داده شود. • بر مصرف مکمل D + A به طور منظم تأکید شود. | <p>زیر ۶ ماه</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • تعداد دفعات شیر مادر را افزایش دهید. • در کودکانی که با شیر مصنوعی تغذیه می شوند، شیر مصنوعی با مقدار آب لازم تهیه شود و به مقدار کافی متناسب با سن به شیرخوار داده شود. • از مصرف نوشیدنی های شیرین مانند آب میوه صنعتی خودداری شود. • مصرف نوشیدنی های شیرین مانند چای شیرین، نوشابه ها و آب میوه صنعتی کاهش یابد. • سهم هر وعده متناسب با توصیه های آن سن باشد • تعداد وعده های غذایی و تنوع آن (استفاده از ۵ گروه اصلی غذایی) متناسب با توصیه های آن سن باشد. • غلظت غذا مناسب باشد. • تعداد میان وعده ها و نوع آن متناسب با توصیه های آن سن باشد. • بر مصرف مکمل D + A و آهن به طور منظم تأکید شود. | <p>۶ ماه تا ۲ سال</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • نوشیدنی های شیرین مانند چای شیرین، نوشابه ها و آب میوه های صنعتی تا حد امکان مصرف نشود. • سهم هر وعده متناسب با توصیه های آن سن باشد • تعداد وعده های غذایی و تنوع آن (استفاده از ۵ گروه اصلی غذایی) متناسب با توصیه های آن سن باشد. • تعداد میان وعده ها و نوع آن متناسب با توصیه های آن سن باشد. • میان وعده های غذایی کم ارزش مانند پفک، چیپس و مانند آن مصرف نشود. | <p>۲-۵ سال</p> |

توصیه های تغذیه ای ضروری برای کودک با اضافه وزن، چاق و احتمال اضافه وزن
توجه: علاوه بر مشاوره تغذیه در گروه های سنی مختلف موارد زیر به مادر تأکید شود.

توصیه های کلی

- از دادن مواد غذایی چرب و شیرین به کودک خودداری شود.
- از میان وعده غذایی سالم و با ارزش غذایی مانند انواع میوه ها و سبزی های تازه و لبنیات کم چرب استفاده شود.
- به زور به کودک غذا داده نشود.
- از انجام هرگونه فعالیت کم تحرک در روز (تماشای تلویزیون و یا استفاده از کامپیوتر و تبلت) برای کودک زیر دو سال خودداری شود. کودکان بالای دو سال می توانند کمتر از یک ساعت در روز فعالیت های کم تحرک (تماشای تلویزیون و یا استفاده از کامپیوتر و تبلت) داشته باشند.

| | |
|---|------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • تغذیه انحصاری با شیر مادر را ادامه دهید. • در کودکان محروم از شیر مادر، شیر مصنوعی با مقدار آب لازم تهیه شود و به شیر مصنوعی یا شیر دام، شکر، غلات یا سایر شیرین کننده ها یا غلیظ کننده ها اضافه نشود و به مقدار کافی متناسب با سن به شیرخوار داده شود. | <p>زیر ۶ ماه</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • تغذیه با شیر مادر را ادامه دهید. • در کودکان محروم از شیر مادر، شیر مصنوعی با مقدار آب لازم تهیه شود و به مقدار کافی متناسب با سن به شیرخوار داده شود. • به شیر مصنوعی یا شیر دام، شکر، غلات یا سایر شیرین کننده ها یا غلیظ کننده ها اضافه نشود. • کودک از مواد غذایی کم چرب و کم شیرین استفاده کند. • سهم هر وعده بر اساس توصیه های متناسب با سن کودک باشد. • تعداد وعده ها بر اساس توصیه های متناسب با سن کودک باشد. • تعداد میان وعده ها بر اساس توصیه های متناسب با سن کودک باشد. | <p>۶ ماه تا ۲ سال</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • کودک از مواد غذایی کم چرب و کم شیرین استفاده کند. • کودک روزانه می تواند حداکثر تا ۳ وعده اصلی غذا بخورد. • کودک روزانه می تواند دو میان وعده غذایی بخورد. • از دادن فست فودها مثل سوسیس، کالباس، پیتزا، انواع سس ها تا حد امکان خودداری شود. | <p>۲-۵ سال</p> |

جدول ۱) وضعیت مطلوب تغذیه با شیرمادر در ۵-۳ روزگی:

جریان شیرمادر در ۵-۳ روزگی افزایش یافته است. ضمن برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد، تغذیه با شیرمادر باید طی ساعت اول تولد آغاز گردیده و ادامه یابد. تولید شیر روندی است که در آن غدد پستانی توانایی ترشح شیر پیدا می کنند. به این روند مرحله دوم لاکتوژنز یا ساخت شیر گفته می شود. این مرحله همراه با زایمان آغاز شده و شامل تغییرات بهم پیوسته ای است که به موجب افزایش تولید شیر می شود. اصطلاح آمدن شیر، به افزایش قابل ملاحظه حجم شیر که حدود ۴۰ ساعت پس از زایمان روی می دهد، گفته می شود. احساس مادر از به شیر آمدن با بزرگ شدن پستان، پر شدن و سفت شدن آن و نشد آغوز/ شیر همراه است. تغییرات حجم پستان در اکثر زنان بین دومین تا پنجمین روز بعد از زایمان اتفاق می افتد که در نخست زایمان دیرتر از چند زایمان رخ می دهد.

چون عبارت «به شیر آمدن» ممکن است در ذهن مادر مترادف با عدم کفایت شیر در روز اول بعد از زایمان باشد بهتر است از بکار بردن این عبارت خودداری شود. از مادر این طور سوال می کنیم که آیا جریان شیر زیاد شده است؟

اگرچه مقدار شیر در طی دو روز اول بعد از زایمان کم است ولی معمولاً مقدار کلستروم (آغوز) برای تامین نیازهای شیرخوار کافی است. در طول این مرحله و بعد از آن تداوم تولید شیر به برداشت منظم شیر از پستان بستگی خواهد داشت. مادرانی که شیرخوار خود را با پستان تغذیه نمی کنند نیز روند پری پستان را تجربه می کنند.

- در مورد عوامل محدود کننده تخلیه پستان ها مانند پستان به دهان گرفتن نادرست شیرخوار، درد شدید نوک پستان یا فاصله های طولانی بین وعده های شیر خوردن یا دوشیدن شیر، غربالگری و مداخله بموقع داشته باشید تا از کاهش قابل ملاحظه حجم شیر در این مرحله پیشگیری شود.

- عوامل خطر موثر در تاخیر لاکتوژنز ۲ شامل: زایمان اول، سزارین اورژانس، طولانی شدن مرحله ۲ زایمان، دیابت مادر، چاقی مادر، سن بالای مادر و خوب شیر نخوردن شیرخوار است. این مادران نیاز به توجه خاص دارند.

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

جدول ۲) راه‌های حفظ و تداوم شیردهی

مادر را برای حفظ و تداوم شیردهی راهنمایی کنید:

رعایت وضعیت صحیح تغذیه با شیر مادر: به راهنمای وضعیت صحیح بغل کردن و پستان گرفتن شیرخوار مراجعه شود. (جدول ۱۵)

تکرر شیردهی: شیردهی باید مکرر و برحسب میل و تقاضای شیرخوار هر زمان و هر چقدر که میل دارد باشد. توصیه می‌شود دفعات شیر خوردن ۱۲-۱۰ بار در شبانه روز بوده و نباید کمتر از ۸ بار باشد. شیرخوار از هر دو پستان تغذیه شود. در صورت جدایی مادر و نوزاد، با تقلید از رفتار تغذیه‌ای شیرخوار، شیر مادر باید به تعداد دفعات تغذیه او دوشیده شود. به رفتار تغذیه‌ای شیرخواران نیز باید توجه داشت (جدول ۹)

شیردهی در شب: با توجه به بالا بودن سطح هورمون پرولاکتین در خون هنگام شب، توصیه می‌شود شیرخوار در طول شب نیز با شیرمادر تغذیه شود.

تخلیه کامل پستان: به شیرخوار اجازه دهید مدت شیر خوردن در هر وعده را خودش تنظیم کند و به مکیدن ادامه داده و خود پستان را رها کند تا شیر پسین را که برای رشد او ضروری است دریافت کرده و پستان تخلیه شود. مدت شیر خوردن بستگی به میل شیرخوار دارد، معمولاً شیرخوار هر پستان را ۱۵-۱۰ دقیقه می‌مکد اما در مورد مدت هر وعده شیردهی نباید محدودیتی قائل شد.

تغذیه از دو پستان و بطور متناوب: از ابتدا نوزاد باید از هر دو پستان تغذیه شود و تا زمان برقراری کامل شیرمادر و اطمینان از کافی بودن حجم شیر و مناسب بودن منحنی رشد، این رویه ادامه یابد. شیرخوار در هر نوبت به تناوب تغذیه از یک پستان را شروع کرده و تا تخلیه کامل ادامه داده و سپس به پستان دیگر گذاشته شود.

بیدار کردن شیرخوار برای تغذیه: اگر شیرخوار بیدار نشود باید بعد از ۳ ساعت او را بیدار کرد و شیر داد تا با تغذیه مکرر وی، جریان شیر برقرار شود. روش های بیدار کردن شیرخوار خواب آلود را به مادر آموزش دهید.

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

در صورت بستری شدن مادر یا شیرخوار نیز باید امکاناتی فراهم شود که مادر و شیرخوار در کنار هم باشند. جدایی بعلت اشتغال مادر با تمهیدات لازم می‌تواند با تداوم شیردهی همراه باشد.

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

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

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

عدم استفاده از قرص های ترکیبی پیشگیری از بارداری: به منظور جلوگیری از عدم ترشح شیر از قرص های هورمونی (ترکیبی استروژن و پروژسترون) تا ۶ ماهگی شیرخوار نباید استفاده کرد. به منظور پیشگیری از بارداری در صورت قاعده نشدن مادر شیرده و تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر می‌توان از روش شیردهی و قرص لاینسترونول و در غیر این صورت از آمپول دیومدروکسی پروژسترون استات و سایر روش های غیر هورمونی استفاده کرد.

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

رژیم غذایی مادر شیرده: مادر باید مواد غذایی و مایعات را به مقدار کافی با رعایت تنوع و تعادل مصرف کند. (طبق جدول نکات مهم در مورد سلامت و شیردهی مادر)

جدول ۳) کفایت تغذیه با شیر مادر، ناکافی بودن واقعی یا ذهنی شیرمادر

نشانه های سیری و گرسنگی شیرخوار را به مادر آموزش دهید:

- نشانه های گرسنگی: حرکات دهان، مکیدن لب و انگشت، نق زدن و صداهای ظریف، و یا هرچیزی را به دهان می برد. وقتی شیرخوار این علائم را نشان می دهد، اجازه ندهید گریه کند و برافروخته شود.
- گریه، جیغ زدن و کمانه زدن علامت دیررس گرسنگی است و نباید اجازه داد گرسنگی شیرخوار به این مرحله برسد. چنانچه شیرخوار گریه کند و آشفته شود، ابتدا باید او را آرام کرده و سپس به پستان گذاشت تا بتواند آن را درست بگیرد.
- نشانه های سیری: توقف صدای بلع، توقف بیشتر بین دفعات مکیدن، رفع نشانه های گرسنگی، افزایش مکیدن های غیر تغذیه ای پستان، رها کردن پستان و ریلاکس (شل شدن) و به خواب رفتن.
- شیرخوار بعد از شیر خوردن آرام و راحت است.

مادر را در مورد نشانه های کفایت شیرمادر آموزش دهید:

- بهترین راه برای تشخیص کفایت شیرمادر، افزایش وزن شیرخوار و ترسیم منحنی رشد او می باشد.
- معمولاً نوزادان در ۴-۲ روز اول پس از تولد وزن از دست می دهند. کاهش وزن بیشتر از ۷ درصد وزن تولد بیش از اندازه بوده و باید تولید شیر و انتقال آن به شیرخوار ارزیابی شود. شیرخواری که وزن زیادی از دست نداده و بطور موثری تغذیه می شود و شیر کافی دریافت می کند از روز ۴ تا ۵ پس از تولد شروع به افزایش وزن به میزان تقریباً ۱۵ تا ۳۰ گرم در روز می نماید. با این میزان افزایش وزن، بیشتر شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می شوند تا روز ۱۴-۱۰ وزنی بیشتر از وزن تولد خود خواهند داشت و طی ۲ ماه اول ۱۵۰ تا ۲۱۰ گرم در هفته افزایش وزن دارند. چنانچه نوزادی که با شیرمادر تغذیه می شود و وزنش در ۲ هفته کمتر از وزن زمان تولدش باشد نیازمند ارزیابی دقیق و مداخله است. بهر حال حدود حداقل ۶۰۰ گرم (یا بیشتر) افزایش وزن در ماه مطلوب است.

راه های دیگر تشخیص کفایت شیرمادر در شیرخوارانی که فقط شیرمادر می خورند و تا زمانی که بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه می شوند، عبارتند از:

- روز اول حداقل یک کهنه مرطوب با ادرار کم رنگ، یک نوبت مدفوع در ۲۴ ساعت به رنگ سیاه (رنگ مکونیوم)
- روز دوم حداقل ۲ کهنه مرطوب با ادرار کم رنگ، ۲ نوبت مدفوع در ۲۴ ساعت به رنگ سیاه (رنگ مکونیوم)
- روز سوم حداقل ۳ کهنه مرطوب با ادرار کم رنگ، ۳ نوبت مدفوع در ۲۴ ساعت به رنگ بین سیاه و زرد (بینابینی)
- از روز چهارم به بعد ۸-۶ کهنه مرطوب (۶-۵ پوشک) یا بیشتر با ادرار کم رنگ، مدفوع ۸-۳ بار در ۲۴ ساعت (به رنگ زرد و دانه دانه).
- بعد از یک ماهگی دفعات اجابت مزاج کاهش می یابد و ممکن است هرچند روز یک بار، یک اجابت مزاج نرم و حجیم داشته باشد.

اگر با توجه به «نشانه های کفایت شیر» مشخص شده شیرخوار شیر کافی دریافت نمی کند، به مادر کمک کنید:

۱. از مهارت های مشاوره برای گرفتن شرح حال تغذیه ای استفاده کنید. (به مبحث مهارت های مشاوره در راهنما مراجعه کنید)
۲. یک وعده تغذیه با شیرمادر را برای کنترل وضعیت بغل کردن شیرخوار، نحوه پستان گرفتن او و پی بردن به برقراری تماس عاطفی یا امتناع شیرخوار از شیر خوردن ارزیابی کنید.
۳. از مهارت های مشاوره برای تعیین بیماری یا ناهنجاری جسمی مادر و شیرخوار استفاده کنید.
۴. بر اساس علل ناکافی بودن شیر (عوامل مربوط به مادر، مربوط به شیرخوار، مربوط به تغذیه با شیرمادر با توجه به راهنما) چند پیشنهاد به مادر بدهید.
۵. بطور مداوم ترتیب دیدار مجدد با مادر را بدهید. در صورت امکان تا زمانی که کودک وزن بگیرد و مادر اعتماد به نفس پیدا کند. در صورت امکان هر روز آنها را ببینید. وزن گیری کودک ممکن است ۷-۳ روز طول بکشد.

اگر با توجه به «نشانه های کفایت شیر» مشخص شده شیرخوار شیر کافی دریافت می کند اما مادر تصور می کند که شیر کافی ندارد:

- با توجه به ارزیابی شما که شیرخوار خوب رشد کرده از مادر قدردانی کرده، سپس تاکید کنید که رفتارهای مختلف شیرخوار را قبل از بررسی به حساب ناکافی بودن شیر خود نگذارد و سر خود تغذیه کمکی را شروع نکند.
- ۱. از مهارت های مشاوره برای گرفتن شرح حال تغذیه ای استفاده کنید. سعی کنید علت تردید مادر به کافی نبودن شیرش را دریابید.
- ۲. یک وعده تغذیه با شیرمادر را برای کنترل وضعیت بغل کردن شیرخوار، نحوه پستان گرفتن او و پی بردن به برقراری تماس عاطفی یا امتناع شیرخوار از شیر خوردن ارزیابی کنید.
- ۳. مادر را به خاطر موارد درستی که در تکنیک شیردهی و رشد و تکامل کودکش رعایت کرده تایید و تشویق کنید. عقاید اشتباه مادر را هم بدون اینکه انتقاد تندی داشته باشید اصلاح کنید.
- ۴. شیرخوار در مرحله ای از رشد (موقع رشد سریع یا جهش رشد؛ حدود ۲-۳ هفته، ۴-۶ هفته، ۳ ماهگی) تقاضای بیشتری برای شیر خوردن دارد. در این مراحل، شیردهی مکرر منجر به افزایش شیرمادر ظرف ۲ یا ۳ روز خواهد شد.
- ۵. بطور مداوم ترتیب دیدار مجدد با مادر را بدهید. ممکن است این مادران تغذیه شیرخوار با سایر شیرها، غذاها و مایعات را شروع کنند، لذا نیاز به حمایت زیادی دارند تا اعتماد به نفس خود را مجدداً به دست آورند.
- ۶. تاکید کنید بهترین راه افزایش شیرمادر، مکیدن موثر و مکرر شیرخوار است و در صورت عدم تغذیه مکرر از پستان به هر علت، تخلیه مرتب پستان از طریق دوشیدن شیر است.
- ۷. بهترین شیر کمکی برای شیرخوار، شیردوشیده شده مادر است که در پایان هر وعده تغذیه از پستان دوشیده می شود.

جدول ۴) اگر کودک شیرمادر خوار زیر ۶ ماه شیر کمکی یا مایعات و غذای دیگری هم می خورد:

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

جدول ۵) دوشیدن شیرمادر

الف- تحریک کردن بازتاب جریان شیر (رفلکس اکسی توسین) را به مادر آموزش دهید:

- به مادر بگویید قبل از دوشیدن بازتاب جریان شیر (رفلکس اکسی توسین) را بشرح زیر تحریک کند تا در دوشیدن موفق شود:
- از لحاظ روانی به مادر کمک کنید.
- مادر را برای ایجاد اعتماد به نفس کمک کنید.
- سعی کنید که درد و اضطراب او را کاهش دهید.
- کمک کنید که فکر و احساس خوبی نسبت به کودک داشته باشد.

- عملاً به مادر کمک کنید، موارد زیر را توصیه کنید:

- در جایی خلوت و آرام و یا در محلی که توسط نزدیکانش حمایت می شود، بنشیند. بعضی از مادران در بین گروهی از مادران شیرده که شیرشان را می دوشند، بهتر قادر به انجام این امر هستند.
- اگر امکان دارد شیرخوار را بغل کند، بطوری که تماس پوست با پوست با او برقرار نماید. او می تواند شیرخوار را روی دامن خود بگذارد و شیرش را بدوشد. اگر این کار ممکن نیست می تواند به او نگاه کند. اگر این هم غیر ممکن است حتی گاهی نگاه کردن به عکس کودک یا شنیدن صدای او و بوییدن لباسش کمک کننده است.
- پستان هایش را گرم کند. مثلاً از کمپرس گرم، یا آبگرم و یا دوش آبگرم استفاده کند. به او هشدار دهید برای پیشگیری از سوختگی بهتر است ابتدا دمای آب را کنترل نماید.
- نوک پستان هایش را تحریک کند. او به آرامی می تواند نوک پستان هایش را به خارج یا بطور دورانی به بیرون بکشد.
- پستان هایش را ماساژ دهد و یا به آرامی ضربه بزند. برخی زنان لمس ملایم پستان ها را با نوک انگشتان یا شانه مفید می دانند. برخی دیگر با غلتاندن ملایم مشت بسته خود روی پستان شده اند.
- از کسی که به مادر کمک می کند، بخواهید که پشت او را ماساژ دهد.

ادامه جدول ۵) دوشیدن شیر مادر

ب- نحوه دوشیدن شیر را به مادر آموزش دهید:

از مادر بخواهید که:

• بازتاب جریان شیرش را تحریک کند و آماده دوشیدن شود.

• به دقت دست هایش را بشوید.

• در جای راحتی بنشیند.

• ظرف دهان گشادی را زیر نوک پستان و آرئول بگیرد. (برحسب مقدار و زمان می توان ظرف انتخاب کرد)

• انگشت شست خود را بالای پستان و انگشت اشاره را در طرف مقابل آن زیر پستان در لبه خارجی هاله با فاصله ای (حدود ۴ سانتی متر عقب تر از نوک پستان) قرار دهد.

• در این وضعیت پستان را بین دو انگشت شست و اشاره به سمت قفسه سینه فشار دهید و سپس به سمت جلو بیاورید.

• اگر شیر خارج نشود، باید انگشتان را جابجا کند و فشار داده و رها کند و این عمل را دور هاله پستان تکرار کند.

• باید این عمل را در جهات مختلف و با همان فاصله از آرئول تکرار نماید تا مجاری تمام قسمت های پستان دوشیده شود. از فشار دادن نوک پستان بپرهیزد.

• یک پستان را بدوشد تا زمانی که خروج شیر، کند شده و به چکه بیفتد سپس پستان دیگر را تا چکیده شدن شیر بدوشد.

• به همین ترتیب پستان ها را متناوب ۳ بار، برای مدت حداقل ۳۰-۲۰ دقیقه بدوشد.

• دوشیدن را هنگامی که دیگر شیر جریان نداشته باشد و فقط شروع به چکیدن کند، متوقف نماید.

ت- نحوه و مدت ذخیره کردن شیر دوشیده شده را به مادر آموزش دهید:

نحوه ذخیره کردن:

• از ظرف مناسبی از جنس شیشه یا پلاستیک سخت شفاف که بتوانید درب آن را ببوشانید استفاده کنید. با آب داغ و مایع ظرفشویی آن را تمیز کنید و با آب داغ آب بکشید. اگر مادر با دست شیرش را می دوشد مستقیماً آن را در ظرف جمع آوری بدوشد.

• اگر مادر شیرش را در چندین ظرف ذخیره می کند، باید روی هر ظرف تاریخ را بنویسد و ابتدا شیرهای قدیمی تر را استفاده نماید.

• شیر دوشیده شده باید هر چه زودتر مصرف شود و شیر تازه بهتر از شیر منجمد است.

• شیر منجمد شده را در یخچال بگذارید تا به آرامی ذوب شود و طی ۲۴ ساعت استفاده کنید. می توان آن را با قرار دادن در یک ظرف آب ولرم ذوب کرد و طی یک ساعت همچنان که گرم است مصرف کرد. شیر را نجوشانید و در ماکروویو گرم نکنید چون بعضی از عناصر آن نابوده شده و می تواند دهان شیرخوار را نیز بسوزاند.

مدت نگهداری شیر دوشیده شده تازه برای شیرخوار سالم در خانه:

• در دمای اتاق: در درجه حرارت ۳۷-۲۵ درجه سانتی گراد مدت ۴ ساعت، در درجه حرارت ۲۵-۱۵ درجه سانتی گراد مدت ۸ ساعت، در دمای بالای ۳۷ درجه نگه داری نشود.

• در یخچال ۲-۴ درجه سانتیگراد: ظرف شیر را در سردترین قسمت یخچال قرار دهید. بسیاری از یخچال ها درجه حرارت پایدار ندارند. بنابراین بهتر است شیر طی ۴۸ ساعت استفاده شود.

• در فریزر: اگر فریزر درون یخچال است (جایخی یخچال) تا ۲ هفته، در فریزرهای خانگی تا ۳ ماه، و در فریزر مستقل با انجماد عمیق تا ۶ ماه.

مدت نگهداری شیر منجمد و ذوب شده:

• چنانچه در یخچال ذوب شده ۲۴ ساعت، اگر با قرار دادن در ظرف آب ولرم ذوب شده تا یک ساعت مصرف شود. شیر را دوباره منجمد نکنید.

جدول ۶) نحوه تغذیه شیرخوار با فنجان را

به مادر آموزش دهید:

• شیرخوار خواب آلود نباشد. دست های او را در ملافه ای (مثل قنداق) بپیچید تا به فنجان دست نزند.

• پیش بندی روی لباس شیرخوار ببندازید تا لباسش با شیر لکه نشود.

• دست هایتان را بشوئید.

• شیرخوار را به حالت نشسته (کمی متمایل به عقب) روی دامن خود نگه دارید.

• به اندازه محاسبه شده برای هر وعده، شیر به شیرخوار داده شود. (نحوه محاسبه را در راهنما

بینید. نباید بیشتر از دو سوم فنجان، شیر داخل آن ریخته شود.)

• فنجان را به آرامی روی لب پائین شیرخوار در شکاف بین لب پایین و لثه قرار دهید.

• فنجان را کمی کج کنید، شیرخوار هوشیار شده، دهان و چشم های خود را باز می کند، بگذارید

خودش شیر را با زبانش به داخل دهان ببرد و بنوشد.

• شیر را به داخل دهان شیرخوار نریزید. فقط فنجان را در تماس با لب هایش نگه دارید و

بگذارید خود او آن را بنوشد. وقتی به اندازه کافی مصرف کرد دهانش را می بندد و بیشتر نمی خورد.

• چنانچه مقدار محاسبه شده را مصرف نکند ممکن است وعده بعد مصرف کند یا باید دفعات

بیشتری او را تغذیه کنید. به مقدار مصرف یک وعده نگاه نکنید بلکه مقدار ۲۴ ساعته را محاسبه

کنید.

جدول ۷) گریه زیاد شیرخوار

علل زیادی باعث گریه شیرخوار می شود (گرسنگی ناشی از مراحل جهش رشد، قولنج، غذای مادر، شیرخواران با نیازهای زیاد، کهنه کثیف یا زخم بودن باسن شیرخوار، گرم بودن، سرد بودن)، خستگی (ملاقات بیش از اندازه)، بیماری یا درد (الگوی گریه شیرخوار تغییر می کند)، داروهایی که مادر مصرف می کند (کافئین، سیگار، داروهای دیگر) و قرار گرفتن شیرخوار در هوای آلوده به دود سیگار، غذای مادر (هر نوع ماده غذایی که روی مزه شیر تأثیر بگذارد یا ایجاد آلرژی بکند، گاه شیرگاو)، تولید بیش از اندازه شیر و جریان سریع شیر (بازتاب خیلی قوی خروج شیر که موجب جریان سریع شیر می شود)، شیرخواران پرتوقع (تقاضای شیرخوار برای درآغوش گرفته شدن و سرگرم شدن بیشتر است)، تولید کم (ناکافی) شیر و جریان کم شیر، ماستیت، دررفتگی مفاصل، صدمه زایمان، واکنس، پیچش بیضه، ریفلاکس...

- مانند موارد «کافی نبودن شیر» باید علت را پیدا کنید تا بتوانید به مادر کمک کنید. از مهارت های مشاوره برای گرفتن شرح حال تغذیه ای بطور مطلوب استفاده کنید.
- به مادر کمک کنید که احساساتش را بیان کند. ممکن است خسته، ناامید و عصبانی باشد، نظر او را درباره علت مشکل و احساسی که نسبت به کودکش دارد بپذیرید. سعی کنید فشارهایی که از جانب اطرافیانش وارد می شود و همچنین تصور او را درباره علت گریه کودکش بفهمید.
- شیردهی او را ارزیابی کنید و وضعیت مکیدن کودک و طول زمان شیرخوردن او را کنترل نمایید.
- مطمئن شوید که شیرخوار بیمار نیست و درد ندارد. رشد او را کنترل کنید و در صورت لزوم او را ارجاع دهید.
- بر حسب شرایط، مادر را برای رشد خوب کودک تحسین نمایید.
- به او نشان دهید چگونه کودکی که گریه می کند را بغل کند و او را آرام کند. اطلاعات مناسبی به تناسب شرایط به او بدهید، از جمله:

• در مورد تقاضای بیشتر شیرخوار برای شیرخوردن: در سنین **حدود ۲ هفتگی، ۶ هفتگی و ۳ ماهگی شیرخوار** احتمالاً به این دلیل که نسبت به قبل سریع تر رشد می کند، تقاضایش برای شیر خوردن بیشتر است. درباره رفتار و طرز تغذیه شیرخوار سوال کنید. وضعیت پستان گرفتن شیرخوار و مدت یک وعده شیردهی را کنترل کنید. اگر در طی این زمان ها برای چند روزی به دفعات بیشتری پستان مادر را بمکد، شیر بیشتری تولید می شود و سپس شیر خوردن او به روال عادی گذشته بر می گردد.

• غذای مادر: گاهی اوقات مادر متوجه می شود که وقتی غذای خاصی مصرف می کند، کودک او آشفته و بی قرار می شود. معمولاً با هر غذایی ممکن است این حالت ایجاد شود لذا نمی توان اجتناب از غذاهای خاصی را به مادران توصیه کرد، مگر اینکه واقعاً با خوردن غذایی متوجه مشکلی بشوند. بهتر است ماده مورد شک برای یک تا دو هفته از برنامه غذایی مادر حذف شود و نتیجه آن بررسی شود. بیشترین مواد غذایی که بصورت آلرژن عمل می کنند شیرگاو، سویا، تخم مرغ، بادام زمینی، پرتقال و گوجه فرنگی است. حساسیت به مواد غذایی با یک یا چند علامت تظاهر می کند مثل: بی قراری، بد خوابی، از خواب پریدن با علائم درد و ناراحتی، مدفوع سبز دارای موکوس، آگزما، خس خس سینه. این علائم ممکن است فقط مربوط به آلرژی غذایی نباشد. اگر علائم پس از قطع ماده مورد شک کاملاً از بین نرفت باید کودک بیشتر بررسی و لذا ارجاع شود.

• کافئین، سیگار و داروهای مصرفی مادر می توانند شیرخوار را بی قرار کنند. توصیه کنید مادر چای، قهوه، نوشانه گازدار، کمتر بیاشامد. سیگار را ترک کند و یا لااقل بعد از شیردادن بکشد.

• گاهی شیرخوار دچار قولنج است یعنی در ساعات مشخصی از روز و اغلب بعد از ظهرها (غروب) مدام گریه می کند. مثل اینکه درد شکم داشته باشد پاهایش را جمع می کند و ممکن است به نظر بیاید تمایل به مکیدن دارد ولی آرام کردن او مشکل است. شیرخواران قولنجی معمولاً خوب رشد می کنند و گریه هایشان بعد از ۳ ماهگی کم می شود. نحوه بغل کردن شیرخواران قولنجی و آرام کردن او را به مادر آموزش دهید. (به راهنما مراجعه کنید)

• شیرخواران با نیاز زیاد: بسیاری از شیرخواران بیش از دیگران گریه می کنند و نیاز بیشتری به بغل کردن و راه بردن دارند. شیرخوار را بغل کنید و در کنار خود بخوابانید.

جدول ۸) امتناع شیرخوار از گرفتن پستان

علت امتناع کودک از شیرخوردن را تشخیص دهید. انواع مختلف امتناع شیرخوار از گرفتن پستان عبارتند از:

- گاهی اوقات شیرخوار پستان را می‌گیرد، اما نمی‌تواند خوب بمکد یا شیر را قورت دهد یا مکیدن او خیلی ضعیف است.
- گاهی اوقات شیرخوار، هنگامی که مادرش سعی می‌کند پستانش را در دهان او بگذارد و شیر دهد، گریه می‌کند و پستان را نمی‌گیرد.
- گاهی شیرخوار برای یک دقیقه می‌مکد سپس با احساس خفگی پستان را رها می‌کند و یا گریه می‌کند، او ممکن است این عمل را در هر وعده شیر خوردن چندین بار انجام دهد.
- گاهی اوقات شیرخوار یک پستان را می‌گیرد، ولی از گرفتن پستان دیگر امتناع می‌کند.

بسیاری از علل امتناع شیرخوار به یکی از موارد زیر مربوط می‌شود:

- شیرخوار بیمار است، درد دارد یا دچار رخت ناشی از داروهای مسکن است: (عفونت، آسیب مغزی، درد ناشی از صدمات (واکیوم، فورسپس)، انسداد بینی، درد یا زخم دهان ناشی از برفک، دندان درآوردن)
- اشکالی در تکنیک شیردهی وجود دارد: (استفاده از بطری، گول زنگ، خوب نگرفتن پستان، فشار بر پشت سر شیرخوار هنگام شیردهی، تکان دادن پستان ها توسط مادر، محدود کردن مدت زمان تغذیه، اشکال در هماهنگی مکیدن و بلع)
- تغییراتی منجر به آسفتگی شیرخوار شده است: (جدایی مثل بازگشت مادر به سرکار، مراقبت کننده جدید، تعدد مراقبین، تغییر در وضعیت خانوادگی و رفتارهای روزمره، بیماری مادر، مشکل پستانی مادر مانند ماستیت، قاعدگی مادر، تغییر در بوی مادر)
- امتناع از شیرخوردن، ظاهری و غیر واقعی است: (در دوره نوزادی رفتار جستجوی پستان، در ۸-۴ ماهگی کنجکاوای شیرخوار جلب توجه او به محیط، بعد از یک سالگی خود را از شیرگرفتن)
- عواملی که در بخش گریه شیرخوار ذکر شد می‌تواند سبب امتناع گردد.
- سرما و گرمای بیش از حد محیط: هیپوترمی و هیپرترمی می‌تواند باعث بی‌حالی و کم شدن فعالیت نوزاد و مکیدن ضعیف شیرخوار شود. از علائم هیپوترمی نوزاد بی‌حالی و کم شدن فعالیت نوزاد، گریه ضعیف، مکیدن ضعیف، سردی دست‌ها و پاها قبل از سرد شدن بدن می‌باشد.

توصیه‌ها برحسب علت

- **هیپوترمی** یک علامت خطرناک است لذا ضمن گرم نمودن شیرخوار به بررسی حال عمومی و اندازه‌گیری درجه حرارت بدن او هر ۱۵ دقیقه یک بار پرداخته و در صورت وجود علائمی نظیر بی‌حالی، خوب شیر نخوردن و... لازم است سریعاً رجاع داده شود. قرار دادن نوزاد در آغوش مادر (تماس پوست با پوست)، تأمین درجه حرارت مناسب اتاق (برای شیرخواران کمتر از ۲ کیلوگرم ۲۸ درجه سانتی‌گراد و وزن بیشتر از ۲ کیلوگرم ۲۵ درجه سانتی‌گراد)، جلوگیری از کاهش حرارت بدن از طریق تشعشع، تبخیر، تماس و جریان هوا با پوشش گرم و کافی.
- **دندان درآوردن شیرخوار:** شیرخوار برای مدت کوتاهی می‌مکد، سپس از مکیدن منصرف شده و گریه می‌کند. مادر را تشویق به صبر و بردباری نمایید.
- **گرفتگی بینی (با ترشحات بینی):** شیرخوار برای مدت کوتاهی می‌مکد، سپس از مکیدن منصرف شده و گریه می‌کند. نحوه تمیز کردن بینی را به مادر بیاموزید. در این گونه موارد، دفعات تغذیه بیشتر از معمول اما با زمان کوتاه (برای یکی دو روز) را توصیه کنید. (چنانچه در تغذیه شیرخوار اختلال ایجاد کند و به زودی برطرف نشود، شیرخوار باید رجاع داده شود)
- **زخم دهان (عفونت کاندیدائی «برفک»):** در این حالت شیرخوار برای مدت کوتاهی پستان را می‌مکد، سپس از مکیدن منصرف شده و گریه می‌کند. برای درمان به بخش برفک مراجعه شود.
- **اشکال در روش شیردادن:** دادن شیر با بطری، یا استفاده از پستانک، وضعیت نادرست شیردادن و گرفتن پستان توسط شیرخوار، فشار به پشت سر شیرخوار (این فشار باعث عصبانیت او می‌شود) و محدود کردن زمان و طول مدت شیردادن و اشکال در هماهنگی مکیدن شیرخوار و تکان دادن پستان یا شیرخوار در هنگام شیرخوردن. با شناسایی و رفع علت می‌توان به شیرخوار کمک کرد.
- **جریان سریع شیر:** رفلکس قوی جهش شیر که موجب جریان سریع شیر و ریختن مقدار زیادی شیر در دهان شیرخوار شده و باعث ایجاد ترس و مشکلاتی (مثل سرفه، احساس خفگی) در شیرخوردن، گریه شیرخوار و یا امتناع او می‌شود. مادر خوابیده به پشت شیر بدهد یا مقداری از شیرش را بدوشت، پس از ۴-۶ هفته رفلکس جهش شیر برطرف می‌شود.

ادامه جدول ۸) امتناع شیرخوار از گرفتن پستان

• **تولید کم (ناکافی) شیر و جریان کم شیر:** تحریک ناکافی پستان یا عدم تخلیه موثر به علت وضعیت نادرست و مکیدن ناموثر، محدود کردن طول مدت و دفعات تغذیه شیرخوار، کاهش اعتماد به نفس مادر، تفسیر غلط گریه گرسنگی و عدم تغذیه شیرخوار در زمانی که باید تغذیه شود، نسج ناکافی پستان (به علت مشکلات مادرزادی یا جراحی‌های پستان که ممکن است از شیردهی کامل جلوگیری کنند)، سردرگمی شیرخوار در مکیدن پستان بخاطر استفاده از گول‌زنک و بطری. توصیه‌ها: در این مواقع وضعیت و تماس شیرخوار را چک کنید. مادر تعداد دفعات تغذیه شیرخوار را افزایش دهد (به پستان گذاشتن در فواصل معمول تغذیه‌ها، و به عنوان تسکین دهنده به جای سرپستانک، فشردن پستان در دهان شیرخوار طوری که باعث عصبانیت شیرخوار نشود، بیدار کردن شیرخوار و تشویق به شیردهی در شب (در ساعت ۲ تا ۶ صبح)، تشویق مادر به تغذیه خوب و استراحت (پیشنهاد یک غذای متعادل سالم، بازداشتن مادر از ورزش‌های مفرط و رژیم غذائی لاغری، تشویق به خوردن مایعات کافی وقتی تشنه است، تشویق به استراحت و آرامش)

• **برآشفته‌گی شیرخوار:** شایع‌ترین زمان بروز این حالت سنین ۱۲-۳ ماهگی است که معمولاً ناگهانی بوده و شیرخوار از شیر خوردن در چند وعده پشت سرهم خودداری می‌کند که آن را اصطلاحاً «اعتصاب کردن شیرخوار» می‌گویند. اکثر مواقع علت خاصی وجود ندارد. برخی اوقات ممکن است در پستان مورد نظر مشکلی وجود نداشته باشد و نوزاد از پستان دیگر شیر بخورد.

• با شناسایی و رفع علت به شیرخوار کمک کنید. برآشفته‌گی شیرخوار می‌تواند به دلایل زیر باشد:

- **جدایی مادر و شیرخوار:** جدایی به علت بیماری مادر یا شیرخوار یا برگشت مادر به سرکار... در این موارد باید سریعاً درمان انجام شود و با استفاده از تمهیدات بهداشتی، مادر به شیرخوار خود شیر بدهد. بهتر است مادر بیشتر در کنار شیرخوار قرار گرفته و با وی تماس پوست با پوست داشته باشد و اکثر اوقاتی که در منزل است به شیرخوار شیر داده یا وقتی شیرخوار در خواب است او را شیر دهد.

- **امتناع ظاهری:** گاهی اوقات رفتار شیرخوار طوری است که مادر فکر می‌کند شیرخوارش از گرفتن پستان امتناع می‌کند در حالی که این امتناع واقعی نیست مثل: رفتار جستجو (Rooting) در دوران نوزادی، کنجکاو و حواس پرتی در ۸-۴ ماهگی و از شیر گرفتن خود بعد از یک سالگی.

- **رفتار جستجو:** این رفتار طبیعی است و مادر باید شیرخوارش را به پستان بگذارد تا او بتواند نوک پستان را جستجو کند. کمک کنید تا مادر بتواند شیرخوارش را به خود نزدیک کند تا گرفتن پستان برایش راحت تر باشد.

- **کنجکاو:** به مادر توصیه کنید که سعی کند در محیط آرام تری به کودکش شیر بدهد، این مسئله نیز زودگذر است.

- **اگر کودک، خودش را از شیر می‌گیرد که بعد از یک سالگی است، به مادر توصیه کنید:** مطمئن شوید که کودک به اندازه کافی غذا می‌خورد. از جهات دیگر به او بیشتر توجه نماید. خوابیدن در کنار کودک را ادامه دهد. زیرا تغذیه در شب ادامه می‌یابد و همین اقدام حداقل تا پایان ۲ سالگی بسیار با ارزش است.

جدول ۹) رفتارهای تغذیه‌ای شیرخواران

شیرخواران هیجانی: برخی از بچه‌ها هنگام مواجهه با پستان هیجان زده به نظر می‌رسند؛ به طور متناوب پستان را گرفته و ول می‌کنند و سپس شروع به جیغ زدن می‌نمایند. مادر چنین شیرخوارانی ابتدا باید نوزاد را بغل کرده، او را آرام نمایند؛ سپس شیرخوار را زیر پستان بگذارند. پس از چند روز مادر و نوزاد به هم عادت می‌کنند.

شیرخواران عجول: بعضی از شیرخواران به شدت و با عجله و بی‌درنگ پستان را می‌گیرند و برای مدت ۱۰ تا ۲۰ دقیقه، بسیار پرانرژی پستان را می‌مکند. این گروه از شیرخواران بازیگوشی نمی‌کنند و به ندرت به پستان صدمه می‌زنند و اگر هم مشکلی رخ دهد پس از مدتی برطرف خواهد شد.

شیرخواران سخت: این شیرخواران منتظر جریان شیر می‌مانند و در روزهای اول علاقه و توانایی خاصی به مکیدن از خود نشان نمی‌دهند. نکته مهم این است که وقتی تمایل به شیر خوردن ندارند به زور و اجبار به شیر خوردن وادار نشوند زیرا دفعه بعد که به پستان گذاشته می‌شوند شیر خواهند خورد. مادران پس از هر بار تغذیه، شیر را دوشیده و ذخیره نمایند.

شیرخواران وسواسی: این شیرخواران اصرار دارند نیپل را در دهان نگه دارند، کمی شیر بچشند و قبل از این که شروع به شیر خوردن کنند دهانشان را به عقب بکشند. اگر عجله کرده و یا به زور مجبورشان کنیم به شدت عصبانی شده و شروع به جیغ زدن می‌کنند. بعد از چند لحظه آرام شده و به خوبی شیر می‌خورند. این شیرخواران به مزه شیر بسیار حساس هستند و اگر مزه شیر فرق کند شیر نخواهند خورد. مادر باید غذاهای مختلف را کم‌کم به غذای خود اضافه نماید تا شیرخوار به طعم‌های مختلف شیر عادت کند. یعنی مادر هر چند وقت یک بار غذای جدید بخورد.

شیرخواران تنبل (تغذیه کننده در زمان طولانی): ترجیح می‌دهند چند دقیقه شیر بخورند و چند دقیقه استراحت نمایند. این شیرخواران عجله‌ای در شیر خوردن ندارند و اگر به حال خود گذاشته شوند معمولاً خوب شیر می‌خورند گرچه زمان بیشتری برای شیر خوردن صرف می‌کنند. صبر و حوصله مادر در این شیرخواران بسیار حایز اهمیت است.

جدول ۱۰ تغذیه با شیرمادر در شرایط خاص شیرخوار

شیرخوار نارس و کم وزن: نوزادان کم وزن و نارس بطور خاص در معرض خطر عفونت بوده و بیشتر از نوزادان بزرگتر نیاز به تغذیه با شیرمادر دارند. بسیاری از کودکان کم وزن می توانند بدون مشکل از پستان مادر تغذیه شوند. نوزادان ترم (رسیده) که به نسبت سن شان کوچک هستند معمولاً مکیدن مؤثری دارند. آنها اغلب خیلی گرسنه هستند و نسبت به نوزادان بزرگتر نیاز به دفعات بیشتر تغذیه با شیرمادر دارند، لذا رشد آن ها به خوبی جبران می شود. نوزادانی که نارس (پره ترم) هستند، ممکن است ابتدا مشکلاتی در مکیدن مؤثر داشته باشند ولی می توان آنها را با شیرمادر بوسیله فنجان تغذیه کرد و به برقراری تغذیه کامل آن ها از پستان مادر کمک نمود. تغذیه آنها از پستان مادر آسان تر از تغذیه با بطری می باشد. مادران دارای نوزاد کم وزن هنگام تولد (LBW) نیاز به کمک های ماهرانه برای دوشیدن شیر و تغذیه شیرخوار با فنجان دارند.

این مادران در همان روز اول و ظرف ۶ ساعت اول زایمان باید شروع به دوشیدن شیر نمایند. حتی اگر مادری می تواند فقط چند سی سی آموزش را بدوشد، همین مقدار کم برای نوزادش بسیار ارزشمند است کودکانی که با سن حاملگی حدود ۳۲ هفته و بزرگتر متولد می شوند، قادر به شروع مکیدن از پستان هستند. کودکانی که با سن حاملگی بین ۳۲-۳۰ هفته متولد می شوند، می توانند با یک فنجان کوچک و یا قاشق تغذیه شوند.

زردی فیزیولوژیک زودرس: در روز ۵-۲ تولد ظاهر می شود. این زردی گذراست و بیش از ۱۵ روز طول نمی کشد حداکثر بیلی روبین در این ها به ۱۵ میلی گرم در دسی لیتر می رسد که ناشی از تغذیه ناکافی با شیرمادر و اجابت مزاج دیر هنگام و دریافت آب یا آب قند در این نوزادان است. تقریباً نیمی از شیرخواران سالم رسیده با هر نوع تغذیه ای دچار آن می شوند.

شیردهی زودرس اولیه در ساعت اول تولد و شیردهی مکرر بدون محدودیت در پیشگیری و کاهش زردی اثر مثبت دارد. اما اگر شیرمادر کافی مصرف نشود زردی فیزیولوژیک شدت می یابد و تجویز شیر کمکی فایده ای ندارد.

تحریک مکرر روده با تغذیه مکرر با شیرمادر سبب دفع مکنونوم و کاهش زردی می شود، به مادر توصیه کنید از دادن آب قند بپرهیزد و شیردهی مکرر داشته باشد. اگر شیرخوار نیاز به فتوتراپی دارد در بیمارستان شیردهی از پستان را ادامه می دهند و به مادر توصیه می کنند شیرخوار مکرر از زیر فتوتراپی خارج و از پستان مادر تغذیه شود.

تغذیه شیرخواران دو یا چند قلو

هنگامی که بچه ها به طور مکرر از پستان مادر تغذیه می کنند، ترشح و تولید شیر بیشتر شده و باعث تداوم شیردهی می گردد.

برای برطرف نمودن نگرانی از نظر وقت و تولید شیر بیشتر، توصیه می شود تغذیه دوقلوها همزمان انجام شود. وضعیت شیرخوردن در این شیرخواران را به مادر آموزش دهید.

• برای برطرف نمودن نگرانی از نظر وقت و تولید شیر بیشتر، توصیه می شود تغذیه دوقلوها همزمان انجام شود. وضعیت شیرخوردن در این شیرخواران را به مادر آموزش دهید.

• در ۳-۲ ماه اول پس از تولد لازم است دفعات و مدت تغذیه هر شیرخوار را یادداشت و ثبت کنند و نیز تعداد کهنه های خیس هر یک را دقیقاً مورد توجه قرار دهند.

• مادر باید از استراحت و تغذیه مناسبی برخوردار باشد تا ضمن تأمین نیازهای غذایی خود بتواند نیازهای چندقلوها را نیز فراهم نماید.

شکاف لب: در صورتی که شکاف فقط در لب شیرخوار باشد شیردهی امکان پذیر است.

شکاف کام: زمانی که شکاف در کام سخت شیرخوار باشد شیردهی مشکل تراست و نیاز به صبر و تحمل بیشتری دارد. ناحیه بین کام سخت و کام نرم در تحریک رفلکس مکیدن مهم است این رفلکس در شیرخواری که ضایعه در قسمت کام دارد، کاهش می یابد. آموزش مادر بویژه برای پیشگیری از احتقان پستان ضروری است.

• نحوه درآغوش گرفتن و پستان گرفتن شیرخوار در موفقیت شیردهی حیاتی است. وضعیت های مختلف را باید امتحان کرد اما وضعیت های پیشنهادی برای این شیرخواران را به مادر آموزش دهید.

شکاف کام و لب: شیردهی در صورت یک طرفه بودن شکاف کام و شکاف لب می تواند امکان پذیر باشد. وضعیت های ذکر شده برای نگهداری شیرخوار و شیر دادن به او را باید امتحان کرد و وضعیت نگهداری مناسب را پیدا کرد.

• تثبیت تکنیک شیردهی قابل قبول برای مادر و شیرخوار ممکن است چندین روز طول بکشد و حتی احتمال دارد مادر تا زمان انجام عمل جراحی برای بستن شکاف کام و یا لب، مجبور به تکمیل تغذیه شیرخوار خود با روش های تغذیه مکمل شود.

جدول ۱۱) تغذیه با شیر مصنوعی

در مورد مزایای شیرمادر و مضرات تغذیه مصنوعی با مادر مشاوره کنید و مادر را به شیردهی ترغیب نمایید. با توجه به زمان شروع تغذیه مصنوعی در صورت تمایل مادر به برقراری مجدد شیردهی، وی را به پزشک / مشاور شیردهی ارجاع دهید.

- توجه: اگر نوزاد اصلا با شیرمادر تغذیه نمی شود و چنانچه مشاوره و آموزش مادر موثر نیفتد، او را برای پیشگیری از احتقان پستان ها آموزش دهید. مادر هرگاه احساس پر بودن در هریک از پستانها داشت باید اندکی از شیرش را بدوشد این کار کمک می کند که احساس راحتی نماید. برای کاهش التهاب از کمپرس سرد استفاده نماید. برای جلوگیری از احساس ناراحتی پستانها از سینه بند سفت تری استفاده کند.

با مادر کودکی که شیرمصنوعی می خورد بطور خصوصی (نه در جمع مادران) مشاوره کنید:

- قبل از تهیه فرمولا دست های تان را بشوئید.
 - برای هر وعده (.....) میلی لیتر شیر آماده کنید. شیرخوار را (.....) بار در هر ۲۴ ساعت تغذیه کنید. (به توصیه ها و جدول زیر توجه کنید.)*
 - همیشه از فنجان یا لیوان مدرج برای تعیین مقدار آب لازم و از پیمانه داخل همان قوطی شیرمصنوعی برای اندازه گیری پودر شیر استفاده کنید.
 - آب کافی را به مدت ۲ دقیقه قویا بجوشانید و بگذارید خنک شود. اگر ۲۰ دقیقه بماند تقریبا ۷۰ درجه می شود سپس پودر شیرمصنوعی را با آب مخلوط کنید تا حل شود و بگذارید ملایم تر شود.
 - مقدار پودر شیرمصنوعی مورد نیاز برای یک وعده را بطور دقیق (با پیمانه سر صاف) اندازه گیری کنید.
 - فقط مقدار شیر (فورمولا ی) لازم برای یک وعده تغذیه شیرخوار را آماده کنید. شیر را در فلاسک نگهداری نکنید چون سریعآلوده می شود.
 - شیرخوار را با فنجان تغذیه کنید. مقدار استفاده نشده را دور بریزید، می توانید آن را به کودک بزرگ تر بدهید و یا خودتان بنوشید.
 - فنجان را با آب داغ و مواد شوینده بشویید.
 - برای ملاقات بعدی در تاریخ (.....) مراجعه کنید.
 - برای برآورد مقدار شیرمورد نیاز روزانه کودک به توصیه های زیر توجه کنید:
- یک نوزاد رسیده (ترم) با وزن ۲/۵ کیلوگرم یا بیشتر بطور متوسط باید ۱۵۰ میلی لیتر شیر به ازاء هر کیلوگرم وزن بدنش در روز دریافت کند. این مقدار باید براساس سن کودک به ۶،۷ یا ۸ وعده تقسیم شود. مقدار شیر در یک وعده تغذیه متغیر است.
- نوزاد به مقدار کم و در دفعات زیاد تغذیه می شود. همزمان با رشد او این مقدار را افزایش دهید.
- اگر شیرخوار در یک وعده کم تغذیه شود در وعده بعدی مقدار بیشتری شیر به او بدهید یا تغذیه وعده بعدی او را زودتر انجام دهید. بویژه اگر علائم گرسنگی نشان دهد.
- اگر کودک به اندازه کافی وزن نمی گیرد ممکن است به دفعات بیشتر از معمول یا مقدار بیشتر در هر بار تغذیه (مطابق با وزن مورد انتظار برای سن اش) نیاز داشته باشد. جدول زیر بعنوان راهنماست ممکن است نیاز شیرخوار بیشتر یا کمتر از مقدار مذکور باشد.
- اگر کودک به اندازه کافی وزن نمی گیرد، ممکن است به دفعات تغذیه بیشتر از معمول یا مقدار بیشتر در هر بار تغذیه (مطابق با وزن مورد انتظار برای سن اش) نیاز داشته باشد. جدول زیر بعنوان راهنماست ممکن است نیاز شیرخوار بیشتر یا کمتر از مقدار مذکور باشد.

| برآورد مقدار شیرمورد نیاز یک کودک در روز | | | |
|--|--------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| سن کودک | تعداد دفعات تغذیه در روز | مقدار شیر یا فرمولا در هر وعده تغذیه | کل شیر یا فرمولا در روز |
| تولد تا یک ماهگی | ۸ | ۶۰ میلی لیتر | ۴۸۰ میلی لیتر |
| ۱ تا ۲ ماهگی | ۷ | ۹۰ میلی لیتر | ۶۳۰ میلی لیتر |
| ۲ تا ۴ ماهگی | ۶ | ۱۲۰ میلی لیتر | ۷۲۰ میلی لیتر |

جدول ۱۲) تغذیه با شیردام

• تغذیه با شیردام برای تغذیه شیرخوار زیر یکسال اصلاً توصیه نمی شود. در صورت محرومیت شیرخوار از شیرمادر و تغذیه او با شیر دام، با مادر مشاوره کنید که بهترین جایگزین شیرمادر، شیردایه است و در صورت عدم دسترسی به دایه سالم و مطمئن، شیرخوار با شیرمصنوعی تغذیه شود. ضمن مشاوره با مادر اگر وی تمایل به برقراری شیردهی دارد و شرایط مهیا است او را برای مشاوره به پزشک/مشاور شیردهی ارجاع دهید.

جدول ۱۳) اگر مادر برای تغذیه کودک از بطری استفاده می کند.

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

اگر کودک فقط با شیرمصنوعی و بطری تغذیه می شود:

- شستن بطری و سرپستانک آن مشکل تراز فنجان است. به مادر توصیه کنید پس از هر بار استفاده آن را با آب سرد شسته و سپس با برس و مواد شوینده و آب جوش تمیز کند.
 - بطری و سرپستانک آن باید حداقل روزی یک بار استریلیزه شوند. راه های استریلیزه کردن به شرح زیر می باشد:
 - جوشانیدن: بطری باید کاملاً در آب غوطه ور شود. آب کاملاً به جوش آمده و حداقل به مدت ۱۰ دقیقه سطح آب حرکت فعال داشته باشد.
 - بطری را حداقل به مدت ۳۰ دقیقه در محلول رقیق شده سفید کننده قرار دهید.
 - برای تمیز کردن سرپستانک بطری، آن را پشت و رو کنید و با نمک و برس تمیز کنید. سپس مثل تمیز کردن بطری، آن را نیز بجوشانید یا با خیساندن در محلول بالا استریل کنید.
- بخاطر داشته باشید کودکانی که شیرمادر نمی خورند به توجهات و توصیه های ویژه ای نیاز دارند. یک کودک ۲۴-۶ ماهه که شیرمادر نمی خورد در منطقه ای که آب و هوای معمولی دارد، تقریباً به ۳-۲ فنجان آب در روز نیاز دارد و در مناطقی که آب و هوای گرم دارند نیاز کودک به ۶-۴ فنجان می رسد. آب را می توان به حریره یا سوپ او اضافه نمود، اما باید چند بار در روز آب تمیز (آب جوشیده سرد شده) به کودک بدهید تا مطمئن شوید که تشنگی او برطرف شده باشد.

جدول ۱۴) اگر کودک گول زنگ استفاده می کند

- از پستانک (گول زنگ) برای آرام کردن شیرخوار نباید استفاده شود. مضرات گول زنگ را برای مادر بیان کنید و او را برای پرهیز از دادن گول زنگ و آرام کردن شیرخوار با درآغوش گرفتن و برقراری تماس پوستی بیشتر و به پستان گذاشتن راهنمایی کنید.

جدول ۱۵) نحوه صحیح بغل کردن و پستان گرفتن شیرخوار

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

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

به مادر نحوه صحیح پستان به دهان گرفتن شیرخوار را نشان دهید:

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

چهار نکته کلیدی پستان گرفتن صحیح

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

به مادر آموزش دهید که مکیدن شیرخوار چگونه باید باشد.

چهار نکته کلیدی مکیدن موثر:

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

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

مادر را در مورد وضعیت های مختلف شیردهی مثل: وضعیت گهواره ای، گهواره ای متقاطع، زیر بغلی، خوابیده به پشت و خوابیده به پهلو، مناسب با شرایط مادر و شیرخوار راهنمایی کنید.

جدول ۱۶) فرم مشاهده شیردهی

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

جدول ۱۷) سلامت و شیردهی مادر

• توصیه کنید غذاهای متنوع و مایعات کافی بخورد و بیاشامد تا بتواند سلامتی و قدرت خود را باز یابد:

۱. آنچه که در تغذیه صحیح اهمیت دارد رعایت تنوع، تعادل در مصرف مواد غذایی به مقدار کافی است. طوری که باید از تمام گروه های اصلی مواد غذایی استفاده شود. (گروه های غذایی عبارتند از: ۱) نان و غلات (۲) میوه ها (۳) سبزی ها (۴) شیر و لبنیات (۵) گوشت و تخم مرغ، (۶) حبوبات و مغز دانه ها). مادر باید در دوران شیردهی به اندازه ۵۰۰ کالری در روز بیشتر از سایر مواقع دریافت کند. (مثالی از ۵۰۰ کالری اضافی عبارتست از: نصف لیوان برنج پخته + نصف لیوان حبوبات پخته + نصف لیوان شیر + یک عدد سیب + یک عدد پرتقال + یک لیوان ماست + یک قوطی کبریت گوشت)
۲. مادر شیرده باید به اندازه کافی مایعات بنوشد. تولید شیر بستگی به مقدار مایعات مصرفی مادر ندارد و نوشیدن مقادیر زیاد که اغلب توصیه می شود، تولید شیر را افزایش نخواهد داد. اما مادر باید برای پیشگیری از کم آبی و در پاسخ به تشنگی خود مایعات کافی بنوشد شامل آب، شیر، دوغ کم نمک و بدون گاز، چای کم رنگ، آب میوه طبیعی، مواد غذایی آب دار مثل انواع آش و سوپ و خورش ها... (در صورت دریافت مایعات کافی ادرار مادر کم رنگ بوده و بیبوست ندارد)
۳. مصرف نوشابه های کافئین دار مثل چای غلیظ، قهوه و نوشابه... باید کاهش یابد زیرا سبب تحریک پذیری، بی اشتها و کم خوابی شیرخوار می شود. از مصرف الکل نیز باید خودداری نمایند.
۴. تا سه ماه پس از زایمان مصرف مکمل مولتی ویتامین مینرال حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید و آهن توصیه می شود.

- **بیماری مادر:** زنان می توانند تقریباً در تمام موارد ابتلا به بیماری به شیردهی ادامه دهند. برحسب بیماری مادر طبق راهنما اقدام کنید. به توصیه های کلی ذیل برای کمک به شیردهی هنگام بیماری مادر توجه کنید:
 - ارزش تداوم شیردهی در طول بیماری را شرح دهید.
 - جدایی را به حداقل برسانید و مادر و شیرخوار را در کنار هم نگهدارید.
 - مصرف مایعات کافی را به مادر توصیه کنید بویژه اگر تب دارد.
 - به مادر کمک کنید تا وضعیت راحتی برای شیردهی پیدا کند یا به شخص همراه او نشان دهید که چگونه به مادر کمک کند تا به راحتی کودکش را در بغل بگیرد.
 - چنانچه شیردهی مشکل است یا مادر خیلی بیمار یا ناراحت است ممکن است قادر باشد (یا با کمک گرفتن بتواند) شیرش را بدوشتد و تا زمانی که بهتر بشود کودک را از طریق فنجان تغذیه کند.
 - توجه کنید درمان ها و داروهای انتخاب شود که برای شیردهی مضر نباشند.
 - چنانچه در طی بیماری مادر، شیردهی قطع شده است. پس از بهبودی مادر به برقراری مجدد شیردهی کمک کنید.

- **مصرف دارو توسط مادر:** مصرف اکثر داروها در دوران شیردهی منعی ندارد ولی اگر منع مصرف برای یک داروی خاص وجود داشته باشد، یک داروی مناسب دیگر توسط پزشک جایگزین آن می گردد. معدودی از داروها به دلیل سمی بودن و ورود مقدار زیاد آن در شیرمادر و آثار بالینی که برای شیرخوار دارد یا نباید در زمان شیردهی مصرف شوند و یا باید با نهایت احتیاط مورد استفاده قرار گیرند. به هر حال در همه شرایط بویژه در بارداری و شیردهی برای مصرف دارو با پزشک باید مشورت شود. به راهنما مراجعه کنید.

- **بی خوابی و خستگی مفرط:** مادری که خسته است یا کودکش پستان او را نمی گیرد ممکن است دچار مشکل در تأمین نیاز کودک شود. مادر ممکن است کودک را به قدر کافی به خود نزدیک نکند و در نتیجه او نتواند پستان را به خوبی بگیرد و یا شیرخوار را به دفعات کم یا مدت ناکافی شیر بدهد. بی خوابی، خستگی و عدم استراحت از علایم طبیعی استرس در روزهای اول پس از زایمان است که لازم است مادر را حمایت کنید و نیز حمایت همسراو را برای کمک به مادر جلب کنید.

• سن مادر کمتر از ۱۶ سال است، تنها و بدون کمک است، اعتماد به نفس کافی ندارد، مشکل خانوادگی دارد، علایم مشکلات روحی روانی یا افسردگی پس از زایمان دارد

- مادران جوانی که از طرف خانواده و دوستان حمایت نمی شوند یا تجربه بدی در شیردهی داشته اند و اعتماد به نفس کافی ندارند. مادرانی که شیردهی را دوست ندارند بیشتر دچار تردید نسبت به موفقیت در شیردهی می شوند. رفتارهای نامناسب پرسنل و عدم مشاوره با مادر نیز می تواند تأثیر منفی داشته باشد. زود شروع کردن تغذیه به دلیل بیداری و هوشیاری نوزاد احتمال موفقیت را بیشتر کرده و اعتماد به نفس مادر را بیشتر می کند. اگر مادر به علت خستگی فراوان و یا افسردگی شدید از مراقبت شیرخوار خود چشم پوشی کند و یا مراقبت ها را بدون علاقه و با خشونت انجام دهد باید ضمن حمایت و برقراری تماس پوست با پوست با نوزاد با او مشاوره شده و به روانپزشک ارجاع داده شود. در مشاوره هرگز نباید از مادر انتقاد شود بلکه با برقراری ارتباط نزدیک و همدلی با او، اعتماد به نفس او را باید افزایش داد.
- اگر مادر بخاطر افسردگی دارو مصرف می کند شیردادن قبل از مصرف دارو صورت گیرد و بهتر است دارو آخر شب و پس از آخرین وعده شیردهی مصرف شود.

ادامه جدول ۱۷) سلامت و شیردهی مادر

• مادر تجربه ناموفق شیردهی دارد

- درباره تجربه های قبلی شیردهی مادر سؤال کنید. اگر مادر تجربه موفق از شیردهی داشته باشد، دوست دارد آن را دوباره تکرار کند. اما اگر مشکلاتی در شیردهی داشته و یا فرزندش را با شیر مصنوعی تغذیه کرده باشد به او آموزش دهید که این بار چگونه شیردهی موفقیت آمیزی داشته باشد. به او اطمینان بدهید که به وی کمک خواهید کرد. ممکن است به علت جدایی مادر و نوزاد، باور غلط مادر، شرایط خاص مادر یا شیرخوار در زایمان های قبلی و... باشد. با دریافت اطلاعات دقیق درباره عواملی که باعث عدم شیردهی در فرزندان قبلی شده است باید مشاوره مناسب با مادر انجام گیرد.

• مادر اعتیاد به مواد مخدر، داروی مخدر، الکل، مصرف سیگار و سایر دخانیات دارد

- اعتیاد به مواد مخدر، داروی مخدر، مصرف سیگار و سایر دخانیات موجب افزایش احتمال عدم موفقیت شیردهی و کاهش ترشح شیر مادر می شود. در این موارد توصیه اکید به ترک سیگار در بارداری و شیردهی می شود. در صورت اعتیاد به مواد مخدر لازم است:

• مادر از نظر مواد افیونی و مصرف همزمان سایر مواد و داروها ارزیابی شود.

• علایم ترک، مسمومیت و سایر اختلالات روان پزشکی همزمان بررسی شود.

• عدم اقدام به ترک در سه ماهه اول بارداری: ارجاع به روان پزشک برای درمان جایگزین با متادون

• عدم اقدام به ترک در سه ماهه دوم بارداری: ارجاع به روان پزشک برای اقدام به ترک

• ارجاع به کارشناس ایدز مرکز مشاوره بیماری های رفتاری به منظور مشاوره و انجام آزمایش HIV در مادر معتاد تزریقی

• تأکید به مادر در مورد احتمال وابستگی نوزاد به داروهای مخدر بعد از تولد و اعلام این موضوع به بیمارستان.

• مادر سزارین شده است.

سزارین یک عمل جراحی بزرگ است و می تواند علاوه بر خطرات جراحی موجب تاخیر در شروع بموقع شیردهی و برقراری ارتباط با نوزاد شود. اما سزارین فی النفسه مانع موفقیت شیردهی نمی شود. بلکه مشکلات به زمان شروع و دفعات شیردهی مربوط می شود پس شیردهی را باید هرچه زودتر آغاز نموده و بطور مکرر ادامه دهند. با تمهیدات لازم مادر را برای شیردهی باید کمک و حمایت کرد از جمله وضعیت های راحت برای شیردهی را با او تمرین کنید.

• فرزند بدون برنامه ریزی بوده و یا بخاطر مشکلاتی که دارد ناخواسته است.

حاملگی ناخواسته سبب تغییر در پیوند عاطفی مادر و شیرخوار می گردد. شیرخواران مبتلا به ناهنجاری و مشکلات مغزی بیشتر به تغذیه از پستان و شیردهی نیاز دارند چرا که شیر مادر و آغوز غذای کامل و سرشار از عوامل ایمنی بخش بوده و در پیشگیری از عفونت ها نقش مؤثری دارد لذا تغذیه مکرر از پستان مادر به این گونه کودکان کمک می کند که از بهره هوشی بیشتر و رشد جسمی و روانی بهتری بهره مند گردند. بر همه اطرافیان و پرسنل بهداشتی درمانی لازم است به چنین مادرانی کمک و از او حمایت کنند تا مادر بتواند تغذیه با شیر خود را آغاز کند و چون این نوزادان خواب آلود بوده و شلی عضلات دارند تغذیه این گروه نیاز به صبر و حوصله دارد. شیردهی به این کودکان باید به صورت زیر بغلی انجام شود.

• مادر در دوران بارداری شیردهی باردار شده است.

لزومی به قطع شیردهی نیست. ولی چنانچه مادر سابقه زایمان زودرس داشته یا درد رحمی و خونریزی و کاهش وزن در بارداری دارد، دلایل پزشکی برای از شیرگیری در طول بارداری می باشد. انقباضات رحمی معمولاً خطری برای جنین ندارد اما برای مشاوره با پزشک مادر را ارجاع دهید. خانم بارداری که شیر هم می دهد باید به تغذیه و استراحت خود بیشتر توجه کند.

جدول ۱۸) مشکلات پستانی مادر

- **نوک پستان صاف:** معمولاً برای نوک پستان صاف اقدام خاصی لازم نیست. مادر را برای پستان گرفتن صحیح شیرخوار کمک و راهنمایی کنید. در صورت نیاز قبل از گرفتن پستان نوک آن را با تکنیک سرنگ ۲۰ سی سی توسط خود مادر کمی برجسته کنید تا بهتر پستان را بگیرد.
- استفاده از محافظ پستان در فواصل شیردهی به منظور برجسته نمودن بیشتر نوک پستان کمک کننده است
- در نهایت در صورت عدم موفقیت با کمک مشاور شیردهی از محافظ نوک پستان بطور صحیح و در کوتاه مدت استفاده نمائید.
- **نوک پستان فرو رفته:** درمان قبل از زایمان کمک کننده نیست. (ممکن است این حالت کاذب یا واقعی باشد) پس:
 ۱. به مادر اعتماد به نفس بدهید که گرچه ممکن است این مسئله در شروع شیردهی کمی مشکل باشد، ولی با صبر و شکیبایی حتماً موفق می‌شود. پستان‌ها بهبود می‌یابند و در هفته اول یا دوم بعد از زایمان نرم‌تر می‌شوند و مکیدن پستان توسط شیرخوار به بیرون کشیدن نوک پستان‌ها کمک می‌کند. حتی اگر نوک پستان فرورفته باقی بماند ولی مادر آموزش مناسبی ببیند که شیرخوار حداکثر نسج پستان را به دهان بگیرد موثر خواهد بود.
 ۲. مادر را به برقراری تماس زیاد پوست با پوست با شیرخوار و تغذیه مکرر برحسب تقاضای او قبل از اینکه پستان محتنقن و سفت شود ترغیب کنید.
 ۳. قرار گرفتن شیرخوار در یک وضعیت خاص و متفاوت با روش همیشگی، مثلاً بعضی از مادران وضعیت زیربغلی را مفید یافته‌اند و مکیدن شیرخوار راحت تر انجام شده است.
 ۴. تحریک و فشردن لبه هاله ممکن است در بیرون کشیدن نوک پستان قبل از شیردهی در مواردی که نوک پستان فرورفته کاذب باشد، شیرخوار را برای گرفتن پستان کمک کند. روش دیگر برای بیرون کشیدن نوک پستان استفاده از یک پمپ دستی و یا سرنگ است. مکیدن کودک بزرگتر نیز مفید است. در صورت عدم موفقیت بویژه در مورد نوک پستان فرورفته واقعی با کمک مشاور شیردهی بطور کوتاه مدت و طرز صحیح می‌توان از محافظ نوک پستان استفاده کرد.
 ۵. مادر را برای شکل دادن به پستان کمک کنید تا نسج پستانش را از زیر به وسیله انگشتانش و از بالا با انگشت شست به آرامی بگیرد و مواظب باشد که انگشتان را خیلی نزدیک به نوک پستان قرار ندهد.
 ۶. اگر شیرخواری در هفته اول یا دوم نتوانست پستان مادر را بگیرد، به مادر کمک کنید: شیرش را بدوشد و آن را با فنجان به شیرخوارش بدهد.
 ۷. مقدار کمی از شیر را مستقیماً به داخل دهان شیرخوارش بدوشد. شیرخوار را به طور مکرر به پستان بگذارد. در صورت نیاز به مشاور شیردهی مراجعه نماید.

درد و زخم و شقاق نوک پستان

۱. اغلب بعلت پستان گرفتن نادرست است لذا در صورت نیاز وضعیت شیر خوردن شیر خوار را اصلاح کنید.
۲. علاوه بر ماساژ پستان برای تحریک بازتاب اکسی توسین ابتدا شیرخوار را از پستان سالم شیر بدهید. از گرفتن صحیح پستان اطمینان حاصل کنید. احتقان پستان را (با تغذیه مکرر یا دوشیدن) کاهش دهید.
۳. از شستشوی مکرر پستان امتناع نمایید. در پایان تغذیه شیرخوار یک قطره شیر روی پستان قرار دهید و با انگشت آنرا روی نوک و آرنول بمالید.
۴. پستان را در معرض سرما قرار ندهید و آنرا گرم نگه دارید.
۵. از صابون، کرم، لوسیون و پماد روی پستان استفاده نکنید. نوک پستان را با حوله تحریک نکنید.
۶. در صورت وجود عفونت یا پرفک نسبت به درمان مادر و شیرخوار اقدام نمایید.

ادامه جدول ۱۸) مشکلات پستانی مادر

احتقان

۱. برای پیشگیری مادر باید بلافاصله بعد از زایمان، تغذیه با شیر مادر را شروع کند. مطمئن شود که وضعیت گرفتن پستان صحیح است.
۲. زمان و دفعات تغذیه با شیر مادر را محدود نکند. به تخلیه مکرر شیراز پستان توجه نماید و به پستان استراحت ندهد. اگر شیرخوار می تواند بمکد باید مکرر تغذیه شود. اگر نمی تواند بمکد دوشیدن شیر لازم است. ضمناً دوشیدن شیر مادر تا حدی که هاله نرم شود به گرفتن پستان کمک می کند.
۳. پس از تخلیه کامل یک پستان توسط شیرخوار، پستان دیگر را به او عرضه کند و در طی شیردهی پستان خود را بفشارد.
۴. در صورت بروز احتقان، مادر قبل از شیردهی یا دوشیدن شیر، دوش آب گرم گرفته یا از کمپرس گرم روی پستان استفاده کند.
۵. جهت کاهش ورم و کم شدن درد بعد از تغذیه شیرخوار، کمپرس سرد روی پستان ها قرار دهد. ماساژ گردن و پشت و ماساژ ملایم پستان ها کمک کننده است. از کمرست مناسب استفاده نماید.
۶. در صورت شدید بودن درد، مسکن استفاده نماید. به وی آرامش و اطمینان دهید که با تخلیه مرتب پستان ها به زودی می تواند شیرخوارش را به راحتی از پستان تغذیه نماید.

انسداد مجاری شیر

۱. علت را جستجو و رفع کنید. در صورت نیاز وضعیت شیرخوردن شیرخوار را اصلاح کنید. خم شدن به جلو در پستان های سنگین و پاندولی کمک می کند.
۲. تغذیه مکرر شیرخوار از پستان لازم است، شروع شیردهی از پستان مبتلا باشد. در صورت عدم تمایل شیرخوار به مکیدن، دوشیدن مرتب شیر توصیه شود.
۳. حمام کردن و دوش گرفتن و قرار دادن حوله یا پارچه گرم قبل از شیردهی به جریان یافتن شیر کمک می کند.
۴. روی بخش درگیر پستان را بیش از تغذیه و یا دوشیدن شیر به آرامی با نوک انگشتان ماساژ دهید و عقب بخش درگیر را طی تغذیه بفشارید تا جریان شیر بهبود یابد. تا زمان ایجاد احساس راحتی در پستان، ماساژ و دوشیدن به طور متناوب ادامه یابد.

کاندیدیا یا برفک پستان

۱. به کودک بطری و یا گول زنک (پستانک) ندهید.
۲. از کرم ضد قارچ کلوتریمازول برای پستان مادر بعد از تغذیه از پستان روزی ۴ بار تا ۷ روز بعد از بهبودی استفاده کند. از سوسپانسیون نیستاتین برای شیرخوار استفاده شود. (روزی ۴ بار هر بار یک میلی لیتر در دهان شیرخوار مالیده شود. مدت درمان معمولاً ۷ روز یا همزمان با درمان مادر است)

ادامه جدول ۱۸) مشکلات پستانی مادر

ماستیت

۱. در صورت امکان شیردهی را از پستان مبتلا شروع کند مگر آنکه درد زیاد مانع باشد.
 ۲. پستان‌ها را به آرامی در طی شیردهی یا قبل از آن با استفاده از نوک انگشتان به طرف نوک پستان ماساژ دهد.
 ۳. پستان‌ها تخلیه شود (بامکیدن یا دوشیدن). در فواصل شیردهی روی قسمت درگیر کمپرس سرد و یا گرم (هر کدام راحت‌تر است) بگذارد.
 ۴. شیردهی را در وضعیت‌های متفاوت انجام دهد. استراحت مادر و مصرف مایعات توصیه می‌شود.
 ۵. در صورت نیاز، به مادر مسکن (استامینوفن یا بروفن) بدهید.
 ۶. اگر درد یا التهاب علی‌رغم توصیه‌های گفته شده در مدت ۲۴ ساعت بهبود نیافت باید با پزشک متخصص برای شروع آنتی بیوتیک مشورت شود.
- استفاده از آنتی بیوتیک مناسب به مدت ۱۰ الی ۱۴ روز توصیه می‌شود. (آنتی بیوتیک معمولاً به تسکین سریع التهاب پستان کمک کرده و به شیرخوار هم آسیبی نمی‌رساند ولی گاهی ممکن است شیرخوار دچار اسهال شود که بایستی دفعات شیردهی افزایش یابد)

آبسه پستان

۱. مادر به تغذیه شیرخوار از پستان سالم ادامه دهد پستان آبسه دار دوشیده شود.
۲. ادامه تغذیه با شیرمادر چنانچه خروج چرک از نوک و اطراف هاله قهوه ای پستان وجود دارد، موقتاً تا بعد از جراحی، شیرخوار از پستان مبتلا تغذیه نشود و این پستان دوشیده شود. درمان آبسه، تخلیه یا جراحی آبسه است.

جدول ۱۹) باورهای غلط در مورد تغذیه یا شیرمادر

از جمله این باورها که مانع شیردهی می‌گردند: نامناسب بودن آغوز، تصور عدم توانایی در شیردهی به دوقلوها، عدم امکان تغذیه انحصاری با شیرمادر، نوزادان کم وزن و نارس، داشتن پستان کوچک، تغییر شکل پستان در اثر شیردهی، اعتقاد به عدم تولید شیر در نزدیکان، سیر نشدن شیرخوار با شیر مادر، طعم بد شیر مادر و...
ایجاد هرگونه شک و تردید در مادر و عدم حمایت و کمک به او، باورهای غلط را تقویت می‌کند. سخنان و عقاید مادر و اطرافیان وی را با دقت و حوصله کافی گوش کنید. مزایای شیرمادر را بیان کرده و با مشاوره و راهنمایی‌های صحیح، باورهای غلط را از بین ببرید.

جدول ۲۰) مشاوره با مادر در مورد از شیر گرفتن

تصمیم در مورد از شیر گرفتن بستگی به شرایط جسمی روانی مادر و کودک و ویژگی های خانواده دارد:

- بهترین روش از شیر گرفتن، تدریجی است که همراه با عشق و علاقه و در طی چند ماه اتفاق افتد. بنابراین بعد از دو سال کامل که کودک از شیر مادر بهره مند شده و ۵ وعده در روز (۳ وعده غذای اصلی و ۲ میان وعده) غذا می خورد و مایعات را هم با لیوان می نوشد می توان ۲-۱ وعده شیر پاستوریزه یا آب میوه را جایگزین شیر مادر نمود که باید با لیوان یا فنجان به شیرخوار داده شود.
- هر ۳-۲ روز یک بار، نباید بیش از یک وعده شیردهی را حذف کنید.
- در این زمان خودتان پیشنهاد شیر دادن نکنید و اگر زمانی هم کودک تمایل به شیر خوردن داشت از او دریغ ننمایید، به ویژه هنگام بیماری کودک که فقط اشتها به خوردن شیر دارد و غذای دیگری را تحمل نمی کند.
- از شیر گرفتن نباید در زمان بیماری و استرس باشد.
- در این روش چون از شیر گرفتن آرام آرام است مشکلات عصبی روانی و تغییرات هورمونی مادر که در یکباره از شیر گرفتن اتفاق می افتد به وجود نمی آید و کودک نیز دچار ضربه روانی نمی شود. به این ترتیب کودک کم کم علاقه به شیر خوردن را از دست می دهد و ممکن است خودش یک باره آن را کنار بگذارد.

- رعایت این توصیه ها هنگام از شیر گرفتن کمک کننده است:

۱. نسبت به از شیر گرفتن انعطاف پذیر باشید. اگر کودک اصرار دارد موقع خواب شیر بخورد به او بدهید تا وقتی که کودک آماده از شیر گرفتن شود. قبل از خواب و صبح هنگام بیدار شدن شیر خودتان را به کودک بدهید. به تدریج وعده های شیر قبل و بعد از ظهر را کم کنید. یعنی فاصله شیر دادن ها را بیشتر نمایید تا خود به خود یک وعده شیردهی حذف شود. طول مدت شیر خوردن در یک وعده را می توانید کوتاه کنید، این کار در کودکان بالای ۲ سال موثر است. در مورد کودکانی که سن بیشتری دارند به تعویق انداختن شیردهی راحت تر است و این کار برای کودکی که بطور نامنظم شیر می خورد مناسب تر است. و بالاخره وعده های شیر خوردن در ساعات شب را به ترتیب یک شب در میان و دو شب در میان کنید تا خود کودک دیگر تقاضای شیر نکند.
۲. اگر در صندلی یا محل مخصوصی به کودک شیر می دادید دیگر از این محل استفاده نکنید تا کودک به یاد شیر خوردن نیافتد و تقاضای شیر خوردن نکند. برنامه همیشگی روزانه را عوض کنید. مثلاً اگر او را از مهد کودک بر می دارید به جای اینکه منزل بیایید، به فروشگاه یا پارک بروید تا کودک سرگرم شود و هوس شیر خوردن نکند. سرگرمی های جدید برایش پیدا کنید (مثل خواندن کتاب یا قصه گفتن، اسباب بازی جدید، راه بردن، سواری، مشاهده سایر کودکان) و حواس او را پرت کنید. زمان شیر خوردن او را پیش بینی کنید و یک میان وعده یا یک نوشیدنی مورد علاقه او را به همراه داشته باشید. می توانید او را به محل مورد علاقه اش ببرید تا شیر خوردن را فراموش کند.
۳. در صورت امکان از سایر افراد خانواده کمک بگیرید. هنگامی که می خواهید شیر دادن وعده صبح را قطع کنید سعی کنید زودتر از او از خواب بیدار شوید تا هنگام بیدار شدن کودک، همسرتان یا یکی دیگر از اعضای آشنای خانواده در کنارش باشد. اگر کودک موقع بیدار شدن شیر می خواهد پدرش کمک کند و او را برای صبحانه همراه خود ببرد و غذای مورد علاقه اش را به او بدهد. غذاهایی که به کودک می دهید سالم و از نظر ارزش غذایی کامل باشد.
۴. اجازه ندهید کودک شما را بدون لباس ببیند و هوس شیر خوردن کند.
۵. اگر کودک آشفته است، گریه می کند و شیر می خواهد و مادر نمی تواند او را به هیچ طریقی آرام کند از شیر گرفتن سریع بوده و یا روش دیگری باید بکار بگیرید.

توصیه‌هایی برای مراقبت از چشم نوزاد

- همه نوزادانی که با سن حاملگی کمتر از ۳۴ هفته (۳۳ هفته و ۶ روز یا کمتر) یا وزن ۲۰۰۰ گرم یا کمتر متولد شده‌اند، باید از نظر رتینوپاتی نارسی معاینه و غربالگری شوند. زمان بروز رتینوپاتی نارسی با سن نوزاد ارتباط دارد. بر همین اساس:
- نوزادان متولد شده با سن حاملگی ۲۷ هفته یا بیشتر، باید ۴ هفته پس از تولد معاینه و غربالگری شوند.
- در نوزادانی که با سن کمتر از ۲۷ هفته متولد شدند متخصص چشم دوره دیده در تشخیص رتینوپاتی نارسی زمان اولین ویزیت و معاینه‌های پی‌گیری بعدی را تعیین می‌کند.
- صرف نظر از سن حاملگی و وزن تولد، همه نوزادانی که مسیر درمانی پیچیده‌ای را در بخش مراقبت ویژه نوزادان، مانند اکسیژن درمانی و تعویض خون طی کرده یا وضعیت بالینی ناپایدار داشته‌اند یا توسط پزشک معالج در معرض خطر تشخیص داده شوند، می‌بایست از نظر رتینوپاتی معاینه شوند.
- از دست زدن به چشم نوزاد خودداری شود.
- در صورت مشاهده ترشح چرکی یا اشک ریزش به پزشک مراجعه شود.
- تورم پلک نوزاد در هنگام تولد شایع است و ممکن است همراه با ترشحات مخاطی باشد. اگر این حالت در اولین روز زندگی دیده شد، جای نگرانی نیست معمولاً خود به خود بهبود می‌یابد. در صورت تورم و قرمزی پلک‌ها همراه با ترشحات چرکی باید به پزشک مراجعه شود.
- کشیدن سرمه به چشم نوزاد به هیچ عنوان توصیه نمی‌شود.
- از ریختن هرگونه قطره یا مایعاتی نظیر چای، درون چشم نوزاد خودداری شود.
- رگه‌های خونی ملتحمه چشم نوزاد طبیعی است و در عرض ۱ تا ۲ هفته اول بعد از تولد خود به خود بهبود می‌یابد.

توصیه‌هایی برای مراقبت از گوش نوزاد/ کودک

- نوزادان باید قبل از یک ماهگی، از نظر شنوایی غربالگری شوند.
- در بسیاری از بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها که برنامه غربالگری شنوایی انجام می‌شود، این بررسی در روز اول تولد در بالین نوزاد انجام می‌شود.
- سوراخ کردن گوش نوزاد دختر، با وسایل استریل و تمیز در شرایط کاملاً بهداشتی انجام شود اگر چه این امر در دوران نوزادی توصیه نمی‌شود و بهتر است به بعد از ۶ ماهگی موکول گردد.
- به منظور تمیز کردن گوش کودک به هیچ عنوان از گوش پاک کن استفاده نکنید.
- محیط زندگی کودک عاری از هرگونه سرو صدای ناهنجار باشد.
- در حالت بی‌قراری، گریه‌های بی‌دلیل و دست کشیدن مکرر کودک به سمت گوش، حتماً به پزشک مراجعه کنید.
- برای گوش درد از درمان‌های خانگی مانند دود سیگار، ریختن هرگونه مایعات در گوش خودداری کنید.
- از درمان خودسرانه بخصوص با آنتی‌بیوتیک‌ها جداً خودداری نمایید.

توصیه هایی برای مراقبت از دهان و دندان کودک

روش های صحیح مسواک زدن

| زیر ۱ سال | ۱-۲ سال |
|---|---|
| <p>یک تکه گاز تمیز را دور انگشت سبابه پیچیده و لثه بالا و پایین را به آهستگی تمیز نمایید یا در صورت دسترسی به مسواک انگشتی، آن را روی انگشت اشاره قرار دهید و به آرامی و با حرکات ملایم، دهان کودک را تمیز کنید.</p> <p>- این کار را دو بار در روز بعد از اولین و آخرین وعده غذایی انجام دهید که ۲ دقیقه بیشتر طول نمی کشد.</p> | <p>برای مسواک زدن کودکان ۲-۱ ساله روش افقی بهترین روش است.</p> <p>- در این روش، مسواک بطور افقی بر روی سطح داخلی و خارجی و جونده دندان ها گذارده شده و با حرکت مالشی به جلو و عقب حرکت داده می شود.</p> |
| ۳-۵ سال | ۶ سال به بالا |
| <p>- والد پشت سر کودک طوری قرار می گیرد که هر دو به یک جهت نگاه کنند.</p> <p>- کودک سر خود را به بازوی چپ والد تکیه دهد.</p> <p>- مسواک به روش افقی روی همه سطوح دندانی به حرکت در آید.</p> <p>- نباید والد جلوی کودک قرار گیرد، چون سر او بدون حمایت می ماند.</p> | <p>- مسواک با زاویه ۴۵ درجه نسبت به محور طولی دندان در محل اتصال لثه و دندان قرار داده شود.</p> <p>- ابتدا با حرکت لرزشی و سپس با حرکت مچ دست موهای مسواک روی سطح دندان به طرف سطح جونده چرخانده شود.</p> <p>- این حرکت حدود ۱۵ تا ۲۰ بار برای هر دندان انجام شود.</p> <p>- برای سطح داخلی دندان های جلو، مسواک را باید به صورت عمودی بر روی سطح داخلی دندان های جلو قرار داد و با حرکت بالا و پایین این سطوح را تمیز کرد.</p> <p>- برای مسواک کردن سطوح جونده، موهای مسواک را باید بر روی سطح جونده قرار داد و با فشار بر روی این سطح و با حرکت جلو و عقب مسواک سطح جونده را به خوبی تمیز کرد.</p> |

اقدامات لازم جهت بیرون افتادن کامل دندان از دهان

الف - دندان شیری

۱. به دلیل آسیبی که ممکن است به دندان دائمی زیرین برسد، نبایستی تلاشی در جهت گذاشتن دندان شیری در محل حفره دندانی مربوطه نمود، ولی بایستی کودک ارجاع فوری به دندانپزشک شود.

۲. در صورتی که کودک قبلاً به طور کامل واکسینه نشده باشد و زخم آلوده باشد، بایستی یک نوبت واکسن کزاز به کودک تزریق شود.

ب - دندان دائمی

۱. دندان بیرون افتاده را پیدا کرده و از سمت تاج آن را نگهدارید.

۲. دندان را زیر فشار ملایم آب خنک یا آب جوشیده سرد شده بگیرید. (دندان و بخصوص ریشه آن با پارچه یا دست پاک نشود.)

۳. در صورتی که ارائه دهنده خدمت یا والدین آموزش های لازم را دیده باشند، بایستی سریعاً دندان را به درستی (سطح بیرونی دندان به سمت خودشان و سطح داخلی دندان به سمت داخل دهان بیمار) در حفره دندانی مربوطه قرار دهند.

۴. یک تکه گاز نم دار را روی دندان قرار داده و از بیمار خواسته شود که با فشار دست یا با فشار دندان های خود آن را نگه داشته و سپس بیمار ارجاع فوری به دندانپزشک شود.

نکته ۱: در صورتی که ارائه دهنده خدمت و والدین آموزش های لازم را ندیده باشند، یا مهارت لازم را نداشته باشند، پس از انجام اقدامات بند ۱ ابتدا دندان را در یک محیط مرطوب مثل سرم شستشو، شیر، بزاق یا آب جوشیده سرد شده قرار داده و بلافاصله در حداقل زمان ممکن، کودک ارجاع فوری به دندانپزشک شود.

نکته ۲: اگر ضربه باعث شکستگی تاج دندان شده است، در صورت امکان تکه جدا شده دندان نیز نزد دندانپزشک برده شود.

توصیه های بهداشتی دهان و دندان

- در صورت استفاده از قطره آهن، برای جلوگیری از تغییر رنگ دندان ها، قطره آهن را در عقب دهان کودک بچکانید و پس از دادن قطره، به نوزادان شیرخوار شیر و به کودکان بزرگتر آب بدهید.

- حداقل زمان برای مسواک زدن ۴ دقیقه می باشد.

- پس از خوردن مواد قندی و شیرین شستن دهان و دندان کودک توصیه شود.

- زمان های مناسب برای مسواک زدن (۲ بار در روز): صبح ها (بعد از صبحانه)، شب ها (قبل از خواب)

- سطوح بین دندانی به هیچ وجه با استفاده مسواک تمیز نمی شوند و تنها با استفاده از نخ دندان می توان این سطوح را تمیز کرد. می توان پس از سن ۶ سالگی از نخ دندان استفاده کرد.

- علاوه بر مسواک و نخ دندان، استفاده از فلوراید (به صورت دهانشویه، ژل، قرص و...) و فیشور سیلانت از مهمترین راه های پیشگیری از پوسیدگی می باشند، که بایستی با مشاوره دندانپزشک استفاده شود. از سن ۳۶ ماهگی هر ۶ ماه یکبار برای کودک وارنیش فلوراید انجام شود.

- چون دندان های شیری راهنمای مناسب جهت رویش جوانه دندان های دائمی می باشند و فضای لازم برای دندان های دائمی را حفظ می کند، از کشیدن زود هنگام آن ها خودداری کنید.

- استفاده از صندلی مخصوص کودک در اتومبیل

توصیه هایی برای مراقبت از نوزاد

محیط زندگی نوزاد

- محیط زندگی نوزاد فاقد هرگونه مواد زیان آور و آلوده کننده باشد.
- از کشیدن سیگار و هرگونه وسایل دود زا حتی دود غلیظ اسپند در خانه و محیط زندگی نوزاد، خودداری شود.
- نگهداری حیوانات دست آموز خانگی، می تواند انواع خطرات و عفونت ها را برای نوزاد به وجود آورد.
- با توجه به اینکه سیستم عصبی تکاملی نوزاد، هنوز به رشد کافی نرسیده است برای جلوگیری از هرگونه شوک احتمالی، صدای تلفن موبایل، تلویزیون و... را کم نموده و در کنار نوزاد، آرام صحبت کنید. باز و بسته کردن در و پنجره اتاق هم به آرامی انجام شود.
- بهتر است در کنار تخت نوزاد در منزل دماسنجی قرار داده شود تا از دمای مناسب اتاق که باید بین ۲۲ تا ۲۴ درجه سانتیگراد باشد، اطمینان حاصل شود.

مراقبت از محل ناف و بند ناف نوزاد

- بند ناف بتدریج خشک و چروکیده شده، از روز دوم تا سوم شروع به تیره شدن می کند و معمولا طی ۲ هفته اول تولد می افتد.
- لازم است از به کار بردن هرگونه ماده ضد عفونی کننده مانند الکل یا بتادین و مواد سنتی روی بند ناف خودداری گردد، زیرا سبب تازه شدن بند ناف شده و افتادن آن را به تاخیر می اندازد.
- بند ناف باید همیشه خشک، تمیز و باز نگه داشته شود بنابراین نباید از ناف بند استفاده کرد. پوشک را باید طوری بست که بند ناف داخل پوشک قرار نگیرد تا به ادرار آغشته نشود.
- بعضی از مادران تصور می کنند تا بند ناف نیفتاده، نباید نوزاد را استحمام کرد. این باور درست نیست و استحمام نوزاد مخصوصا تمیز کردن اطراف ناف در زودتر افتادن بند ناف موثر است.
- در صورت قرمزی اطراف بند ناف، بوی بد یا ترشح از بند ناف باید فوراً به پزشک مراجعه شود.
- توصیه می شود بند ناف از نظر خونریزی احتمالی حداقل روزی یکبار مشاهده شود.
- فتق نافی (بیرون زدگی ناف) نسبتاً شایع است و نیازی به درمان ندارد که اغلب در سال های اول زندگی خود به خود بهبود می یابد مگر آنکه اندازه آن بزرگتر از حد معمول باشد.

مراقبت از ختنه نوزاد

- توصیه می شود ختنه نوزاد پسر در ماه اول و ترجیحاً قبل از ترخیص نوزاد، توسط پزشک صورت گیرد.
- برای مراقبت از محل ختنه، از استعمال ترکیبات خانگی و مواد سنتی یا گیاهی یا هرگونه دارو بدون دستور پزشک خودداری گردد.
- مهمترین مراقبت از محل ختنه، خشک و تمیز نگه داشتن محل آن است.
- معمولا بین ۷ تا ۱۰ روز زمان لازم است تا زخم آن بهبود یابد و طی این مدت ممکن است نوک آلت زرد رنگ به نظر برسد که طبیعی است.
- بنفش بودن سر آلت پس از ختنه نوزاد ناشی از تحریک و پرخونی سر آلت و کاملاً طبیعی است.

برفک

- یکی از شایع ترین بیماری های دهان نوزاد می باشد. این عارضه به صورت ترشحات سفید و پنییری بر روی زبان، سقف دهان و سطح داخلی گونه ها دیده می شود. در صورت رویت برفک دهان به پزشک مراجعه گردد.

شکاف کام و لب

- در بعضی از نوزادان به طور نادر ممکن است کام نوزاد یا لب او به خوبی تشکیل نشده و دارای شکافی باشد (لب شکری) که اگر این شکاف وسیع نباشد، تغذیه با پستان مادر بهترین روش تغذیه ای خواهد بود و جهت پر کردن شکاف با کمک انگشت شست مادر، نوزاد می تواند به راحتی تغذیه شود در غیر این صورت ممکن است نیاز به گذاشتن پروتزهای مخصوص برای پر کردن شکاف دهان نوزاد و ادامه تغذیه با شیر مادر باشد.

توصیه هایی برای مراقبت از کودک در برابر عوامل محیطی موثر بر سلامت

تماس با آفتاب

- تا حد امکان شیرخوار را دور از آفتاب نگه دارید. زمان تماس با نور خورشید را محدود کنید. برای تأمین ویتامین D ۱۰-۵ دقیقه در روز قرار گرفتن دست و پا و صورت کودک در معرض نور مستقیم آفتاب کافی است.
- در کودکان بالای ۲ سال ضد آفتاب با SPF ۱۵ یا بیش تر، ۱۵ دقیقه قبل از خروج کودک از منزل استفاده کنید و هر ۲ تا ۵ ساعت استفاده از آن تکرار شود.
- ضد آفتاب ها در نواحی محدودی از بدن مانند صورت و پشت دست ها استفاده شود.
- از کلاه های که گوش ها، بینی و لب های کودک در معرض تماس با نور خورشید قرار نگیرد، استفاده کنید.

دخانیات (دود دست دوم)

عوارض مصرف دخانیات توسط مادر بر روی کودک / شیرخوار

- سیگار کشیدن در طول حاملگی موجب عوارض زیادی از جمله مرده زایی، سقط خود بخود، مرگ جنین، مرگ در دوران نوزادی و مرگ ناگهانی نوزاد می شود. وزن نوزادان مادران سیگاری حدود ۲۰۰-۱۷۰ گرم کمتر از نوزادان مادران غیرسیگاری است.
- مصرف مواد دخانی در اطراف شیرخوار، او را در معرض آسم، سندرم مرگ ناگهانی نوزاد، عفونت گوش و عفونت تنفسی و کاهش وزن قرار می دهد.

عوارض مواجهه کودکان با دود دست دوم دخانیات

- مصرف مواد دخانی (سیگار، قلیان و...) در اطراف کودکان موجب افزایش ابتلا به بیماری های قلبی، ریوی و کاهش وزن در کودکان می گردد.
- میزان بروز سرماخوردگی، عفونت گوش میانی، گلودرد، سرفه و گرفتگی صدا در کودکانی که والدین سیگاری دارند بیش از کودکان دارای والدین غیرسیگاری است.

توصیه ها

- از مصرف مواد دخانی در منزل، وسیله نقلیه یا هر جایی که کودک هست خود داری شود. از بردن کودکان خود در اماکن عمومی و مراکزی که مواد دخانی مصرف می کنند، خودداری کنید.
- هیچگونه سطح ایمنی برای مواجهه با دود محیطی دخانیات وجود ندارد. نه سیستم های تهویه و نه فیلتراسیون و نه حتی سیستم های توأم تهویه و فیلتراسیون قادر به کاهش سطح مواجهه دود دست دوم دخانیات در فضاهای بسته به میزان مورد قبول نمی باشند.
- در آغوش کشیدن و بوسیدن کودکان توسط والدین سیگاری به دلیل وجود ذرات مضر دود دست سوم در مو، پوست و لباس خطر انتقال مواد سمی حاصل از مصرف دخانیات را به همراه دارد.
- کودکان با خصوصیت منحصر به فرد خود از جمله سینه خیز و چهار دست پا راه رفتن، بیشتر خود را در معرض سموم پخش شده در سطوح آلوده به ذرات سمی رسوب یافته از مصرف دخانیات قرار می دهند.
- تنفس سریع تر کودکان و در دهان بردن وسایل اطراف با دست آلوده، تماس با مواد سمی به جا مانده از مصرف دخانیات در محیط خطر انتقال و بروز بیماری های کشنده را تشدید می کند.

توصیه های مختصر در مورد ترک دخانیات به والدین کودکی که از مصرف کنندگان دخانیات بوده و مایل به ترک آن هستند:

مشاوره و دارو درمانی می تواند موفقیت ترک را در سیگاری هایی که اقدام به ترک می کنند تا دو برابر افزایش دهد. توصیه های رفتاری ترک دخانیات را آموزش داده و برای دریافت خدمات مشاوره و ترک دخانیات به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید. این توصیه ها عبارتند از: تنفس عمیق، تاخیر، نوشیدن آب و انحراف فکر و یاد آوری، گفتن به دیگری، پاداش دادن و امتناع از سیگار کشیدن. برای اطلاعات بیشتر به راهنمای آموزشی «کنترل دخانیات» ویژه مراقبین سلامت مراجعه کنید.

توصیه هایی برای مراقبت از کودک در برابر عوامل محیطی موثر بر سلامت

تماشای تلویزیون، بازی های کامپیوتری، استفاده از تبلت

- توصیه می شود کودکان زیر ۲ سال تلویزیون تماشا نکنند. در این سن برای مشغولیت کودک بهتراست والد یا مراقب بازی و فعالیت های تعاملی با کودک انجام دهد.
- کودکان بزرگتر از ۲ سال می توانند حداکثر ۱ تا ۲ ساعت در روز تلویزیون تماشا کنند. برنامه های انتخاب شده توسط والدین باید فاقد جنبه های خشونت آمیز باشند. این محدودیت زمانی (۱-۲) ساعت شامل تماشای فیلم از طریق CD، DVD و... نیز می باشد.
- برای بازی های کامپیوتری، استفاده از تبلت و اینترنت بهتراست کودک تا ۷ سالگی صبر کند.
- در سنین زیر ۷ سال در صورتی که کودک تلویزیون یا فیلم تماشا می کند یا مشغول کامپیوتر و اینترنت است، لازم است والدین یا فرد بالغ دیگری با او همراهی کند.
- وسایلی مانند تلویزیون، پخش کننده های CD یا DVD و کامپیوتر را در اطاق کودک قرار ندهید. بهتراست این وسایل در محل بازی و فعالیت کودک نیز نباشد.

آلودگی هوا

۱. عوارض مواجهه با آلاینده های هوا (مانند آلاینده های منتشره ناشی از سوخت های جامدی مثل فضولات دامی، چوب، زغال و ضایعات کشاورزی جهت تامین گرمایش، پخت غذا، پخت نان و تامین آب گرم بهداشتی) در محیط های بسته بر سلامت مادر و کودک:
 - تولد نوزاد کم وزن
 - افزایش ابتلا به عفونت های تنفسی در خانواده و انتقال آن به کودکان
 - افزایش ابتلا به عفونت های تنفسی و آسم در کودکان
 - افزایش احتمال ابتلا به سرطان های ریه، نای، حنجره در مادر
۲. عوارض مواجهه با آلاینده های هوا در محیط های شهری بر سلامت مادران و کودکان:
 - افزایش احتمال سقط جنین در مادر باردار
 - افزایش تولد نوزاد کم وزن
۳. آلاینده های هوای آزاد شامل ذرات معلق (PM_{۱۰} و PM_{۲٫۵})، منوکسید کربن (CO)، دی اکسید گوگرد (SO_۲)، دی اکسید نیتروژن (NO_۲) و ازن (O_۳) هستند.

در صورتی که آلاینده مسئول آلودگی هوا هریک از موارد زیر باشد، برای گروه های حساس (مادران باردار، کودکان زیر ۱۴ سال، نوزادان، افرادی با سابقه مشکلات خاص قلبی، عروقی و تنفسی) دستورالعمل های احتیاطی شامل موارد زیر است:

- آلاینده مسئول ذرات معلق (PM_{۱۰} و PM_{۲٫۵}) باشند: کاهش فعالیت های طولانی و سنگین در خارج از منزل برای افراد در گروه های حساس
- آلاینده مسئول منوکسید کربن (CO) باشد: کاهش فعالیت های شدید و حضور در نقاط پر تردد و ترافیک سنگین برای افراد و گروه های حساس با سابقه مشکلات قلبی و آنژین صدری
- آلاینده مسئول دی اکسید گوگرد (SO_۲) باشد: کاهش فعالیت در فضاهای آزاد برای افراد مبتلا به مشکلات تنفسی نظیر آسم
- آلاینده مسئول دی اکسید نیتروژن (NO_۲) باشد: کاهش مواجهه و فعالیت های طولانی و سنگین در فضاهای آزاد برای گروه های حساس است که دارای مشکلات زمینه ای آسم و آلرژی های تنفسی هستند.
- آلاینده مسئول ازن (O_۳) باشد: کاهش مواجهه و فعالیت های طولانی و سنگین در فضاهای آزاد برای گروه های حساس و با تاکید بر سابقه مشکلات تنفسی نظیر آسم می باشد.

توصیه هایی برای پیشگیری از آسیب های کودکان (موارد گفته شده برای گروه های سنی بعدی نیز رعایت شود)

| نوع آسیب | زیر ۴ ماه | ۴ تا ۶ ماهگی |
|------------------------|---|---|
| سوختگی | <ul style="list-style-type: none"> در هنگام درآغوش داشتن نوزاد/ کودک، (به جز حالت مراقبت آغوشی با رعایت اصول ایمنی) از نوشیدن مایعات داغ یا انجام آشپزی خودداری شود. در زمان بغل کردن کودکان مایعات داغ و چای ننوشید و سیگار نکشید. کودک را در معرض مایعات داغ و وسایل سوزاننده (از قبیل سماور، بخاری، اجاق، کرسی، منقل، تنور، اتو و...) قرار ندهید. خواباندن نوزاد نزدیک وسایل حرارتی و آشپزی احتمال بروز خطر را بیشتر می کند به خصوص زمانی که اطفال دیگری هم در منزل حضور داشته باشند. پیش از حمام کردن کودکان دمای آب را با پشت دست خود امتحان کنید تا مطمئن شوید که آب ولرم باشد. | <ul style="list-style-type: none"> اشیای سنگین یا ظرف های حاوی مایعات داغ را روی میز نگذارید. در پریزهای برق، محافظ پلاستیکی قرار دهید. |
| سقوط | <ul style="list-style-type: none"> هرگز کودکان را وقتی محافظ گهواره یا تخت خواب باز یا پایین است تنها نگذارید. هرگز نوزاد / کودک روی تخت، میز، صندلی، کاناپه و صندلی کودک تنها رها نشود زیرا خطر افتادن از ارتفاع همواره وجود دارد. در صورت استفاده از ساک حمل نوزاد/ کودک، برای ایمنی بیشتر ساک از زیر (و نه از دسته آن) گرفته شود. | <ul style="list-style-type: none"> در هیچ سن و سالی کودک را در روروک نگذارید. محافظ در ابتدا و انتهای راه پله ها قرار دهید. کودک خود را در جاهای بلند، و بدون محافظ تنها رها نکنید |
| غرق شدگی و خفگی | <ul style="list-style-type: none"> هرگز کودک خود را در تشت آب یا وان، تنها رها نکنید. همیشه با یک دست از آنها حفاظت کنید. اشیای کوچک یا ریز را دور از دسترس کودکان قرار دهید. نوزاد/ کودک را به پشت بخوابانید. شیرخوار را قنداق نکنید، شکم کودک را محکم نبندید، از بالش استفاده نکنید. محیط زندگی کودکان را عاری از دود (سماور، والر، منقل و ...) نگه دارید. کمک های اولیه و احیای قلبی عروقی شیرخوار را بیاموزید. وسایلی مثل گردنبند، پلاک و... به لباس یا تخت نوزاد آویزان نشوند زیرا می تواند زمینه ساز خطر احتمال صدمه و بلعیدن آن ها باشد. | <ul style="list-style-type: none"> سطل ها، تشت ها و حوضچه ها را خالی نگهدارید. استخرها را از چهار طرف حفاظ دار کنید و در ورودی آنها را بسته نگهدارید. کیسه های پلاستیکی یا بادکنک ها را نزدیک کودک قرار ندهید سیم تلفن، سیم های الکتریکی، نوارهای پرده و کرکره را از نزدیک تحت خواب کودکان یا محل بازی اودور کنید |
| مسمومیت | <ul style="list-style-type: none"> هرگز از داروهای مخدر برای کودک استفاده نکنید در منزل، وسیله نقلیه یا هر جایی که کودک هست سیگار نکشید. سیگار کشیدن شیرخوار را در معرض آسم، SIDS، عفونت گوش و عفونت تنفسی قرار می دهد. محیط زندگی کودکان را عاری از دود (سماور، والر، منقل و ...) نگه دارید. تماس با دود دست دوم خطر بیماری قلبی و ریوی را در کودک افزایش می دهد. برای سلامت خود و کودکان سیگار نکشید و اصرار داشته باشید که سایرین هم در اطراف کودکان سیگار و قلیان نکشند. قبل از مصرف هر نوع دارو برای کودک از محتوای آن مطمئن شوید. | <ul style="list-style-type: none"> درب کابینت و کمد توسط کودک قابل باز کردن نباشد. مواد شیمیایی (شوینده، پاک کننده، سموم) و داروها را دور از دسترس کودکان قرار دهید. مواد سمی (نفت یا مواد شوینده) را در ظروف مخصوص ریخته و دور از دسترس کودکان قرار دهید. |
| حوادث ترافیکی | <ul style="list-style-type: none"> حمل و نقل کودک با وسیله نقلیه ایمن باشد. صندلی عقب اتومبیل ایمن ترین محل برای کودکان است. از صندلی مخصوص کودک در اتومبیل استفاده کنید. | <ul style="list-style-type: none"> از صندلی مخصوص کودک در اتومبیل استفاده کنید. صندلی عقب اتومبیل ایمن ترین محل برای کودکان است. |
| صدمات بدنی | <ul style="list-style-type: none"> نوزاد را نباید تنها در منزل رها کرد یا مراقبت از او را به عهده کودکان یا افراد غیر مسئول گذاشت. کودکان را با حیوانات خانگی تنها نگذارید. از نگهداری حیوانات در محل زندگی خودداری کنید. هرگز کودک را به هوا پرتاب نکنید و او را شدید تکان ندهید. مکان قرار دادن تلویزیون، کمد و وسایل سنگین دیگر، به نحوی باشد که کودک نتواند آن ها را روی خود بیاندازد. | <ul style="list-style-type: none"> کودکان را با حیوانات خانگی تنها نگذارید. از نگهداری حیوانات در محل زندگی خودداری کنید. مکان قرار دادن تلویزیون، کمد و وسایل سنگین دیگر، به نحوی باشد که کودک نتواند آن ها را روی خود بیاندازد. |
| کودک آزاری | <ul style="list-style-type: none"> در همه حال مراقب کودک باشید. از داد زدن، تنبیه کلامی یا تنبیه بدنی اجتناب کنید. | <ul style="list-style-type: none"> در همه حال مراقب کودک باشید. از داد زدن، تنبیه کلامی و یا تنبیه بدنی اجتناب کنید. |

توصیه هایی برای پیشگیری از آسیب های کودکان (موارد گفته شده برای گروه سنی بعدی نیز رعایت شود)

| نوع آسیب | ۷ تا ۱۱ ماهگی | ۱ سالگی | ۲ سالگی |
|------------------------|--|--|--|
| سوختگی | <ul style="list-style-type: none"> • پیش از حمام کردن کودکان دمای آب را با پشت دست خود امتحان کنید. • در پریشاهای برق، محافظ پلاستیکی قرار دهید. | <ul style="list-style-type: none"> • ظروف خوراکی پزی و مایعات داغ را دور از دسترس کودکان قرار دهید. • با شروع راه رفتن کودک اقدامات ایمنی در منزل را انجام دهید (در اطراف بخاری، شومینه، آبگرمکن، سیم های برق و... مانع قرار دهید) | <ul style="list-style-type: none"> • ظروف خوراکی پزی و مایعات داغ را دور از دسترس کودکان قرار دهید. • کبریت و فندک را از دسترس کودک دور کنید. |
| سقوط | <ul style="list-style-type: none"> • روی پنجره ها محافظ و قفل قرار دهید. • کودک را در جاهای بلند، و بدون محافظ تنها رها نکنید. | <ul style="list-style-type: none"> • در هیچ سن و سالی کودک را در روروک نگذارید. • روی پنجره ها و پله ها حفاظ قرار دهید و صندلی و مبلمان را دور از پنجره قرار دهید. | <ul style="list-style-type: none"> • روی پنجره ها و پله ها حفاظ قرار دهید. |
| غرق شدگی و خفگی | <ul style="list-style-type: none"> • در هنگام خواب کودک را به پشت بخوابانید. • استخرها را از چهار طرف حفاظ دار کنید و در ورودی آنها را بسته نگهدارید. • اشیاء کوچک یا ریز را دور از دسترس کودک قرار دهید. • محیط زندگی کودکان را عاری از دود نکه دارید. | <ul style="list-style-type: none"> • کیسه های پلاستیکی یا بادکنک ها را در اختیار کودک قرار ندهید. • اطراف استخرها و حوض ها حفاظ قرار دهید. • وان یا استخر کوچک را بلافاصله پس از استفاده خالی کنید. • وقتی کودک کنار آب است، مراقب او باشید. | <ul style="list-style-type: none"> • اطراف استخرها و حوضچه ها حفاظ قرار دهید. |
| مسمومیت | <ul style="list-style-type: none"> • اشیاء خطرناک و آلوده را روی سطح زمین و در معرض دید کودک قرار ندهید. • مواد شیمیایی (شوینده، پاک کننده، سموم) و داروها را دور از دسترس کودکان قرار دهید. | <ul style="list-style-type: none"> • درب کابینت و کمد توسط کودک قابل باز کردن نباشد. • مواد مسموم کننده را دور از دید و دسترس کودکان قرار دهید. | <ul style="list-style-type: none"> • مواد مسموم کننده را دور از دید و دسترس کودکان قرار دهید. |
| حوادث ترافیکی | <ul style="list-style-type: none"> • از صندلی مخصوص کودک در اتومبیل استفاده کنید. • صندلی عقب اتومبیل ایمن ترین محل برای کودکان است. | <ul style="list-style-type: none"> • از صندلی مخصوص کودک در اتومبیل استفاده کنید. • صندلی عقب اتومبیل ایمن ترین محل برای کودکان است. • هنگام رانندگی به عقب در پارکینگ، کودک در فاصله امنی نگه داشته شود. | <ul style="list-style-type: none"> • از صندلی مخصوص کودک در اتومبیل استفاده کنید. • صندلی عقب اتومبیل ایمن ترین محل برای کودکان است. |
| صدمات بدنی | <ul style="list-style-type: none"> • کودکان را با حیوانات خانگی تنها نگذارید. • از نگهداری حیوانات در محل زندگی خودداری کنید. • مکان قرار دادن تلویزیون، کمد و وسایل سنگین دیگر، به نحوی باشد که کودک نتواند آن ها را روی خود بیاندازد. | <ul style="list-style-type: none"> • کودکان را با حیوانات خانگی تنها نگذارید. • از نگهداری حیوانات در محل زندگی خودداری کنید. • مکان قرار دادن تلویزیون، کمد و وسایل سنگین دیگر، به نحوی باشد که کودک نتواند آن ها را روی خود بیاندازد. | <ul style="list-style-type: none"> • کودکان را با حیوانات خانگی تنها نگذارید. • از نگهداری حیوانات در محل زندگی خودداری کنید. • مکان قرار دادن تلویزیون، کمد و وسایل سنگین دیگر، به نحوی باشد که کودک نتواند آن ها را روی خود بیاندازد. |
| کودک آزاری | <ul style="list-style-type: none"> • در همه حال مراقب کودک باشید. • در مواقعی که کودک کاری برخلاف میل شما انجام داد، از داد زدن، تنبیه کلامی یا تنبیه بدنی اجتناب کنید. • هیچ وقت به کودک اصرار نکنید که برخلاف میل خودش به کسی محبت کند یا کسی را ببوسد یا به زور در آغوش گرفته شود. | <ul style="list-style-type: none"> • در همه حال مراقب کودک باشید. • در مواقعی که کودک کاری برخلاف میل شما یا اصول تربیت خانواده انجام داد، از داد زدن، تنبیه کلامی یا تنبیه بدنی اجتناب کنید. | <ul style="list-style-type: none"> • در همه حال مراقب کودک باشید. • در مواقعی که کودک کاری برخلاف میل شما یا اصول تربیت خانواده انجام داد، از داد زدن، تنبیه کلامی یا تنبیه بدنی اجتناب کنید. |

توصیه هایی برای پیشگیری از آسیب های کودکان (موارد گفته شده برای گروه سنی بعدی نیز رعایت شود)

| نوع آسیب | ۳ سالگی | ۴ سالگی | ۵ سالگی |
|-----------------|--|--|--|
| سوختگی | • ظروف خوراک پزی و مایعات داغ را دور از دسترس کودکان قرار دهید. | • ظروف خوراک پزی و مایعات داغ را دور از دسترس کودکان قرار دهید. | • ظروف خوراک پزی و مایعات داغ را دور از دسترس کودکان قرار دهید. |
| سقوط | • بالا و پایین رفتن از پله را به کودک بیاموزید. • برای پنجره ها حفاظ قرار دهید. | • کلاه ایمنی در زمان سه چرخه یا دوچرخه رانی به سر کودک بگذارید. • مطمئن شوید محل بازی کودک ایمن است. | • قوانین ایمنی دوچرخه سواری را آموزش دهید. |
| غرق شدگی و خفگی | • اطراف استخرها و حوضچه ها حفاظ قرار دهید. | • شنا و قوانین ایمنی آب را به کودک آموزش دهید. | • شنا و قوانین ایمنی آب را به کودک آموزش دهید. |
| مسمومیت | • مواد مسموم کننده را دور از دید و دسترس کودکان قرار دهید. | • مواد مسموم کننده را دور از دید و دسترس کودکان قرار دهید. | • مواد مسموم کننده را دور از دید و دسترس کودکان قرار دهید. |
| صدمات بدنی | • از محل کودک خود در همه زمان مطلع باشید. • به کودک بیاموزید با افراد غریبه صحبت نکنند. | • چگونگی ارتباط با غریبه ها را آموزش دهید. | • از مراقبت از کودک در یک محیط ایمن در پیش و پس از مدرسه اطمینان یابید. • چگونگی ارتباط با غریبه ها را آموزش دهید. • شماره تلفن فوریت ها را به کودک آموزش دهید. |
| حوادث ترافیکی | • از صندلی مخصوص کودک در اتومبیل استفاده کنید. • صندلی عقب اتومبیل ایمن ترین محل برای کودکان است. | • مهارت های ایمن گذراز پیاده رو را به کودک بیاموزید. • قوانین ایمنی رفت و آمد به مدرسه و مهارت های ایمنی پیاده رو را به کودک بیاموزید. | • برایمنی محیط های بازی تاکید کنید. • صندلی عقب اتومبیل ایمن ترین محل برای کودکان است. |
| کودک آزاری | • در همه حال مراقب کودک باشید. • در مواقعی که کودک کاری برخلاف میل شما یا اصول تربیت خانواده انجام داد، از داد زدن، تنبیه کلامی یا تنبیه بدنی اجتناب کنید. • هیچ وقت به کودک اصرار نکنید که برخلاف میل خودش به کسی محبت کند یا کسی را ببوسد یا به زور در آغوش گرفته شود. • رابطه کلامی خوبی با کودک برقرار کنید. • خصوصی بودن اندام های جنسی شامل پستان ها، باسن و اندام تناسلی را به کودک آموزش دهید. • کودک بداند که هیچ کس نباید به اندام های خصوصی او دست بزند. • والدین فرمول «نه، برو، بگو» را به کودک آموزش دهند. | • در همه حال مراقب کودک باشید. • در مواقعی که کودک کاری برخلاف میل شما یا اصول تربیت خانواده انجام داد، از داد زدن، تنبیه کلامی یا تنبیه بدنی اجتناب کنید. • هیچ وقت به کودک اصرار نکنید که برخلاف میل خودش به کسی محبت کند یا کسی را ببوسد یا به زور در آغوش گرفته شود. • رابطه کلامی خوبی با کودک برقرار کنید. • خصوصی بودن اندام های جنسی شامل پستان ها، باسن و اندام تناسلی را به کودک آموزش دهید. • کودک بداند که هیچ کس نباید به اندام های خصوصی او دست بزند. • والدین فرمول «نه، برو، بگو» را به کودک آموزش دهند. | • در همه حال مراقب کودک باشید. • در مواقعی که کودک کاری برخلاف میل شما یا اصول تربیت خانواده انجام داد، از داد زدن، تنبیه کلامی یا تنبیه بدنی اجتناب کنید. • هیچ وقت به کودک اصرار نکنید که برخلاف میل خودش به کسی محبت کند یا کسی را ببوسد یا به زور در آغوش گرفته شود. • رابطه کلامی خوبی با کودک برقرار کنید. • خصوصی بودن اندام های جنسی شامل پستان ها، باسن و اندام تناسلی را به کودک آموزش دهید. • کودک بداند که هیچ کس نباید به اندام های خصوصی او دست بزند. • والدین فرمول «نه، برو، بگو» را به کودک آموزش دهند. |

توصیه هایی برای رابطه متقابل کودک و والدین

| ۲ ماهگی | ۳-۴ ماهگی | ۵/۶-۶ ماهگی | ۷-۹ ماهگی | ۱۲-۱۵ ماهگی | ۱۵-۱۸ ماهگی | ۱۸-۲۴ ماهگی |
|---|--|--|--|---|---|--|
| <p>برقراری ارتباط عاطفی</p> <ul style="list-style-type: none"> • تماس پوست با پوست و تغذیه با شیر مادر انجام شود. • تماس چشمی و کلامی داشته باشید. • (لالایی خواندن، نوازش کردن، در آغوش گرفتن) • به تمام صداهای او را ببیند یا بغل کردن یا حرکت سرو بدن خود پاسخ دهید. • در هنگام گریه او را بغل کنید و به حرکات و صدای او پاسخ مناسب بدهید. • محیط آرام و عاری از خشونت و تنش و مشاجره ایجاد کنید. • نوزاد/ کودک را با تکنیک آموزشی مناسب ماساژ دهید. | <p>پاسخ های اغراق آمیز</p> <ul style="list-style-type: none"> • حالات و حرکات در برخورد با کودک طوری باشد که به راحتی بفهمد که به او توجه می کنید. • کارهای کودک را به صورت اغراق آمیز تقلید کنید. | <p>تشویق حرکات جدید</p> <ul style="list-style-type: none"> • واکنش های متنوعی (زیر و بم کردن صدا) نسبت به حرکت و رفتار او نشان دهید. • مهمان ها را به او معرفی کنید تا به افراد غریبه عادت کند. | <p>محبت جسمانی زیاد</p> <ul style="list-style-type: none"> • در هر فرصتی کودک را لمس و او نيز شما را لمس کند. • صداهای او را تقلید کنید سپس صدای جدید درآورید و صبر کنید تا پاسخ دهد. | <p>نشان دادن برخوردهای اجتماعی</p> <ul style="list-style-type: none"> • در ورود به منزل با او جداگانه سلام و احوالپرسی کنید و هنگام خروج او را ببوسید و برایش دست تکان دهید. • او را با افراد دیگر آشنا کنید و کمی تنها بگذارید. | <p>تحسین به اظهار محبت</p> <ul style="list-style-type: none"> • محبت و توجه او را نسبت به دیگران (مثل خواهر و برادر) تحسین کنید. • اجازه دهید بعضی از لباس هایش (جوراب، کلاه) را خودش بپوشد. • کارهای کوچک روزانه را به او واگذار کنید. • هرگز از زور استفاده نکنید و رفتار خصمانه نداشته باشید. | <p>ایجاد وسایل ارتباط و مشارکت</p> <ul style="list-style-type: none"> • بازی های گروهی بکنید و وسایل بازی را بین همه تقسیم کنید. • هرگونه مشارکت و کارهای سخاوتمندانه (دادن مقداری از بستنی اش) او را تحسین کنید. • تصمیم های او را به سادگی و بدون نگرانی بپذیرید و هر وقت درخواست کمک کرد کمکش کنید. • سعی کنید با منحرف کردن حواس او به طرق مختلف، از منفی کاری او جلوگیری کنید. |
| <p>تحریک حواس</p> <ul style="list-style-type: none"> • با آزمایش و با صدای با آهنگ از هر دو طرف صورت با کودک صحبت کنید. • لالایی بخوانید، زیاد بخندید. • اشیاء مختلف با رنگ های روشن و درخشان را در فاصله نزدیک (۲۰ Cm) صورتش به او نشان دهید. | <p>تحریک کنجکاوی</p> <ul style="list-style-type: none"> • اشیای متناسب باسن و ایمن در اختیار او قرار دهید. • از بازی های جسمانی ساده مانند تکان های ملایم، خم کردن زانو، کشیدن دست و قفلک کف پاها استفاده کنید. | <p>تحریک حس خودآگاهی</p> <ul style="list-style-type: none"> • مکرر او را به اسم صدا کنید. • تصویر کودکستان را در آینه به او نشان دهید. | <p>تحریک حس استقلال</p> <ul style="list-style-type: none"> • با غذاهایی که با انگشت می توان خورد او را به غذا خوردن مستقل تشویق کنید. • با اسباب بازی های با صدا یا وسایل بی خطر آشپزخانه بازی کند. • زیاد با او آب بازی کنید به او ظروفي بدهید تا آنها را پرو خالی کند. | <p>تحریک قوه تخیل</p> <ul style="list-style-type: none"> • داستان های کوتاه برای او بخوانید. • تکرار کنید. • کتاب های خود را همراه با نشان دادن، به او شرح دهید. | <p>تحریک قوه حافظه</p> <ul style="list-style-type: none"> • یادگیری او را از طریق تکرار تشویق کنید. • وقتی کاری انجام می دهید برخی عبارات کلیدی را بارها برای او تکرار کنید. | <p>تحریک قوه ادراک و هوش</p> <ul style="list-style-type: none"> • هنگامی که چیزی را به کودک نشان می دهید حواس آن را (سفتی، نرمی، رنگ، صدا) شرح دهید. • داستان های طولانی تر و پیچیده تر برایش بخوانید. • اشیاء، سه بعدی که برای قرار دادن شکل های مختلف در شکاف های مخصوص طراحی می شود تهیه کنید و کمک کنید در محل درست خود قرار دهد. |
| <p>بازتاب چنگ زدن</p> <ul style="list-style-type: none"> • اجازه دهید انگشتان شما را بگیرد. • برای تشویق به شل کردن انگشتانش، یکی یکی آنها را باز کنید. • اجازه دهید با اشیاء بازی و دما و جنس آنها را لمس کند. | <p>اشیاء متناسب</p> <ul style="list-style-type: none"> • یک جعبه در دستان کودک بگذارید و چند بار آن را تکان دهید. • اشیاء متفاوتی را به او نشان دهید تا دستش را به طرف آن دراز کند. | <p>تمرین دادن و گرفتن</p> <ul style="list-style-type: none"> • با گذاردن چیزی در دست او و بعد باز کردن انگشتانش و پس گرفتن آن، با او بازی کنید. • به او نشان دهید چگونه اشیاء را از یک دست به دست دیگری بدهد. | <p>به صدا درآوردن اشیاء</p> <ul style="list-style-type: none"> • قاشق، تابه، قابلمه یا وسیله دیگری که بتواند با آن صدای مختلفی را تولید کند، در اختیار او بگذارید. | <p>تمرین روی هم چیدن اشیاء</p> <ul style="list-style-type: none"> • او را برای روی هم چیدن اشیاء تمرین دهید. • یک مداد و کاغذ برای خط خطی کردن در اختیار وی بگذارید. • کتاب با اوراق ضخیم به او بدهید و به او نشان دهید چگونه آنها را ورق بزند. • گاهی غذاهای نیمه مایع که به قاشق می چسبند را بگذارید تا به تنهایی بخورد. | <p>تمرین لباس پوشیدن</p> <ul style="list-style-type: none"> • اجازه دهید کودک کتان لباس هایش را تا آنجا که ممکن است خودش بپوشد و درآورد. • اسباب بازی هایی که قطعانش جفت می شود برای تمرین او فراهم آورید (ساختمان سازی) | |
| <p>تقویت عضلات پشت و گردن</p> <ul style="list-style-type: none"> • روزی ۲ تا ۳ بار او را طوری نگه دارید که صورتش رو به پایین باشد (در وضعیت دمر) • در حالی که به پشت خوابیده است، شی رنگی را در میدان دیدش حرکت دهید تا به حرکت کردن سر خود تشویق شود. | <p>تقویت عضلات تنه و پشت</p> <ul style="list-style-type: none"> • به پشت بخوابانید و با گرفتن دست ها او را آرام به حالت نشسته بلند کنید. • طوری در یک طرف کودک قرار بگیرید که او مجبور باشد برای یافتن شما، تنه خود را بچرخاند. | <p>تمرین تحمل وزن بدن</p> <ul style="list-style-type: none"> • کودک را به آرامی و مکرر تکان دهید تا سرش را کاملاً استوار نگه دارد. • وقتی دست هایش را به طرف شما دراز می کند بلندش کنید. | <p>آمادگی برای حرکت کردن</p> <ul style="list-style-type: none"> • کمی دورتر از کودک بنشینید و دستان خود را به طرف او باز کنید با صدازدن نامش و نشان دادن اشیاء مورد علاقه اش او را تشویق به حرکت کنید. • با قلاب کردن دست های او به اثنایه ثابت منزل او را به ایستادن تشویق کنید. | <p>آمادگی برای راه رفتن</p> <ul style="list-style-type: none"> • در حالت چهار دست و پا تشویق کنید که مسافت های کوتاهی را طی کند. • انگشتان خود را به کودک نشان دهید تا بتواند خود را بالا بکشد. • در حالی که فقط یک دست او را گرفته اید با شما به تمرین قدم زدن بپردازد. | <p>تقویت عضلات باسن و زانو</p> <ul style="list-style-type: none"> • او را وادار کنید عقب عقب رفتن را تمرین کند. • نشان دهید چگونه چمباتمه بزند. • با توپ بازی آرام، لگدزدن را تمرین کند. | <p>تمرین تحمل وزن بدن</p> <ul style="list-style-type: none"> • اجازه دهید کارهایی مثل بالا رفتن از پله ها، شستن صورت و... همراه شما انجام دهد. • انتظار نداشته باشید به راحتی دور کتچ ها بدود یا توقف کند. |

توصیه‌هایی برای مراقبت از تکامل کودک

| ۲ سال و بزرگتر | ۱۲ ماه تا ۲ سال | ۹ ماه تا ۱۲ ماه | ۶ ماه تا ۹ ماه | ۱ هفته تا ۶ ماه | تولد تا ۱ هفته |
|---|---|--|---|---|--|
|  <p>بازی: به کودک کمک کنید تا اشیاء را بشمارد، نام ببرد و مقایسه کند. برای او اسباب بازی‌های ساده بسازید. مثلاً اشیایی با رنگ‌ها و شکل‌های متفاوت برای دسته‌بندی، برجسب یا تخته وایت برد و پازل.</p>  <p>ارتباط برقرار کنید او را تشویق کنید تا صحبت کند و به سوالات او پاسخ دهد. به کودکستان داستان، آواز و بازی یاد بدهید. در مورد تصاویر یا کتاب‌ها با او صحبت کنید. نمونه اسباب بازی: کتاب مصور</p> |  <p>بازی: چیزهایی به کودک بدهید تا روی هم بچیند و داخل ظرف بیاندازد و در بیاورد. نمونه اسباب بازی: اشیایی که داخل هم یا روی هم می‌گذارند، ظرف و گیره‌های لباس.</p>  <p>ارتباط برقرار کنید سوالات ساده از کودک پرسید. به تلاش‌های کودک خود در صحبت کردن جواب بدهید. اشیاء، طبیعت و تصاویر را به او نشان دهید و درباره آن‌ها با او صحبت کنید.</p> |  <p>بازی: اسباب بازی مورد علاقه کودک را زیر پارچه یا جعبه پنهان کنید. ببینید آیا کودک می‌تواند آن را پیدا کند. با کودک خود دالی موشه بازی کنید.</p>  <p>ارتباط برقرار کنید نام اشیاء و افراد را به کودک بگویید. به او یاد بدهید که چگونه با دست‌هایش چیزهایی مثل بای بای بگوید. نمونه اسباب بازی: عروسکی با صورت</p> |  <p>بازی: وسایل خانگی تمیز و بی‌خطری را به کودک خود بدهید تا دستکاری کند، به هم بزند و بیاندازد (مانند ظروف درب دار، قابلمه و قاشق فلزی)</p>  <p>ارتباط برقرار کنید به صدا و علائق کودک خود پاسخ دهید. نام کودک را صدا کنید و پاسخ او را ببینید.</p> |  <p>بازی: فرصت‌هایی را برای کودک خود فراهم کنید تا ببیند، بشنود، حس کند، آزادانه حرکت کند و شما را لمس کند. اشیاء رنگی را به آرامی جلوی او حرکت دهید تا آن را ببیند و بگیرد (مانند یک حلقه بزرگ که با یک نخ آویزان شده است، جفجغه)</p>  <p>ارتباط برقرار کنید به کودک خود لبخند بزنید و بخندید. با کودک خود صحبت کنید. با تقلید صدا یا ژست کودکستان با او مکالمه کنید.</p> |  <p>بازی: فرصت‌هایی را برای نوزاد خود فراهم کنید تا ببیند، بشنود و دست و پای خود را آزادانه حرکت دهد.</p>  <p>ارتباط برقرار کنید به چشمان کودک خود نگاه کنید و با او صحبت کنید. زمان تغذیه با شیر مادر فرصت خوبی است. حتی یک نوزاد هم صورت شما را می‌بیند و صدایتان را می‌شنود.</p> |
| <p>• تلاش کودکستان را در یادگیری مهارت‌های جدید تحسین کنید.</p> | | <p>• از علائق کودک خود مطلع شوید و به آن‌ها پاسخ دهید.</p> | | <p>• به کودک خود محبت کنید و عشقتان را به او نشان دهید.</p> | |

توصیه‌هایی برای فعالیت بدنی کودک

- بازی و فعالیت بدنی از بدو تولد شروع شود.
- کودکان نوپا و پیش دبستان روزانه حداقل ۳ ساعت فعالیت بدنی از جمله فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده و بازی‌های آزادانه داشته باشند. کودکان زیر ۲ سال نباید به تماشای تلویزیون، کامپیوتر و سایر دستگاه‌های الکترونیکی بپردازند. تلویزیون و بازی‌های کامپیوتری در اتاق کودکان قرار داده نشود.
- برای کودکان ۲ تا ۴ ساله، زمان تماشای تلویزیون، کامپیوتر و سایر دستگاه‌های الکترونیکی به یک ساعت در روز محدود شود.
- کودکان زیر ۵ سال ۱۸۰ دقیقه فعالیت بدنی در طول روز، از جمله فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده، سازمان‌یافته و بازی‌های آزاد داشته باشند.
- شدت فعالیت‌ها به صورت تدریجی تا رسیدن به سن ۵ سالگی افزایش پیدا کند به شکلی که در سن ۵ سالگی کودک فعالیت‌های با شدت متوسط را نیز در برنامه فعالیت بدنی روزانه اش داشته باشد.
- فعالیت‌ها سرگرم‌کننده باشند و کودکان را به کشف و امتحان چیزهای جدید تشویق کنند. توسعه مهارت‌های حرکتی بنیادی پیش‌نیاز یادگیری مهارت‌های ورزشی در سنین بالاتر است. به عنوان مثال: پرتاب کردن یک مهارت حرکتی بنیادی است و هر کودکی که این مهارت را به خوبی یاد بگیرد می‌تواند انواع توپ‌ها را با یک دست یا هر دو دست و با سرعت‌های مختلف پرتاب کند. زمانی که کودک پرتاب توپ بسکتبال را یاد می‌گیرد و در زمین بازی از آن برای پاس دادن استفاده می‌کند در واقع از مرحله یادگیری مهارت حرکتی بنیادی به یادگیری مهارت ورزشی رسیده است.
- نمونه‌هایی از این بازی‌ها در کتابچه فعالیت‌ها و بازی‌هایی برای حمایت از تکامل حرکتی، ذهنی، ارتباطی، اجتماعی و هیجانی کودکان آمده است می‌توانید از این کتابچه استفاده کنید.

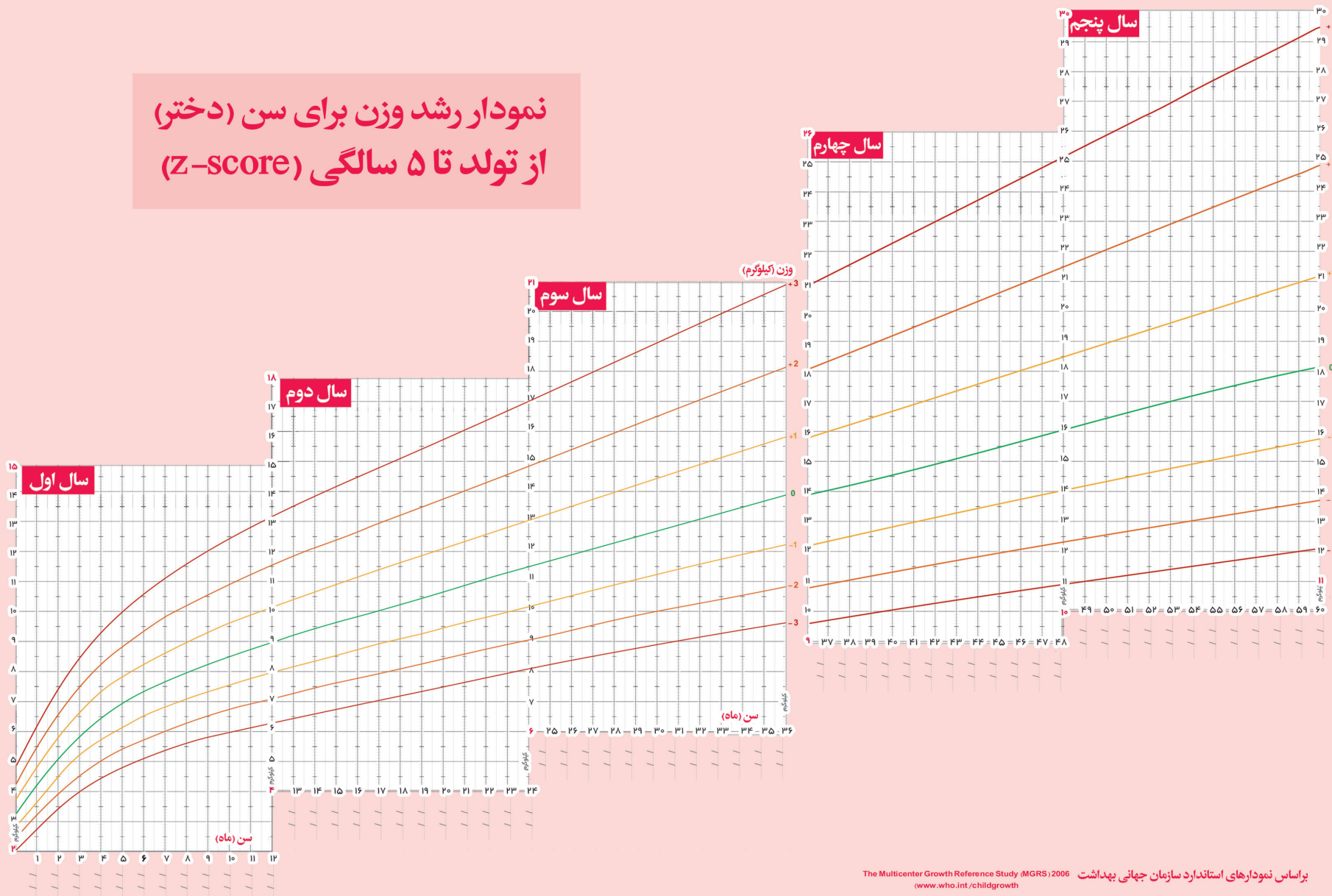
پیامدها و مشکلات تک فرزندی

- مواردی از پیامدهای تک فرزندی را برای والدین تک فرزند بازگو کنید و مادر را برای دریافت مشاوره فرزندآوری ارجاع دهید:
- توجه افراطی و لوس کردن کودک (توجه بیش از اندازه و فراهم کردن همه چیز برای کودک به او آسیب زیادی می‌رساند)
- حفاظت بیش از حد از کودک (والدینی که سعی می‌کنند کودک خود را از همه چیز محافظت کنند و اضطراب او را کم کنند در واقع موجب تشدید استرس کودک می‌شوند)
- کوتاهی در تربیت و آموزش آداب به کودک (تربیت موثر و معنی‌دار شامل استفاده از قواعد روشن و صحبت کردن در مورد آن‌ها است. کودک باید دقیقاً درک کند که چه انتظاری از او داریم؟ قوانین کاملاً واضح و روشن را برای او شرح دهید. عواقب رعایت نکردن آن‌ها را روشن و واضح برای کودک توضیح دهید. به رفتارهای خوب کودک پاداش دهید)
- جبران افراطی ناشی از احساس گناه (اغلب والدینی که به خاطر تک فرزند بودن احساس گناه می‌کنند، این نارضایتی را به کودک خود منتقل می‌کنند. این نارضایتی در مادران شاغل بیشتر است.)
- توقعات غیر منطقی و غیر واقع بینانه (والدین باید بدانند که هر کودکی دارای توانایی‌ها و شخصیت متفاوتی است و از کودک خود توقعات غیر منطقی نداشته باشند)
- برخورد با بچه همانند یک فرد بالغ و ممانعت از کودکی نمودن تک فرزند و دخالت دادن زیادی کودک در بحث‌های بزرگسالان (خلق خانه‌ای کودکانه در جایی که فقط یک کودک وجود دارد تقریباً غیر ممکن است، در حالی که در خانه‌های دارای ۲ یا ۳ کودک هرگز تعداد بالغین از کودکان بیشتر نیست)
- تحسین افراطی و بیش از حد، تحسین مبالغه‌آمیز و فراگیر (بسیاری از والدین تک فرزند از تحسین و تمجید کودک خود سیر نمی‌شوند حتی اگر کودکشان عملکرد متوسطی داشته باشد، اگر این والدین به بزرگ کردن کودک خود به این شیوه ادامه دهند، فردی را بزرگ می‌کنند که انتظار دارد هر گامی که برمی‌دارد، حتی اگر توپ را به دیوار بزند، با همان اشتیاق تحسین و تمجید شود).

توصیه‌هایی برای سلامت معنوی کودک

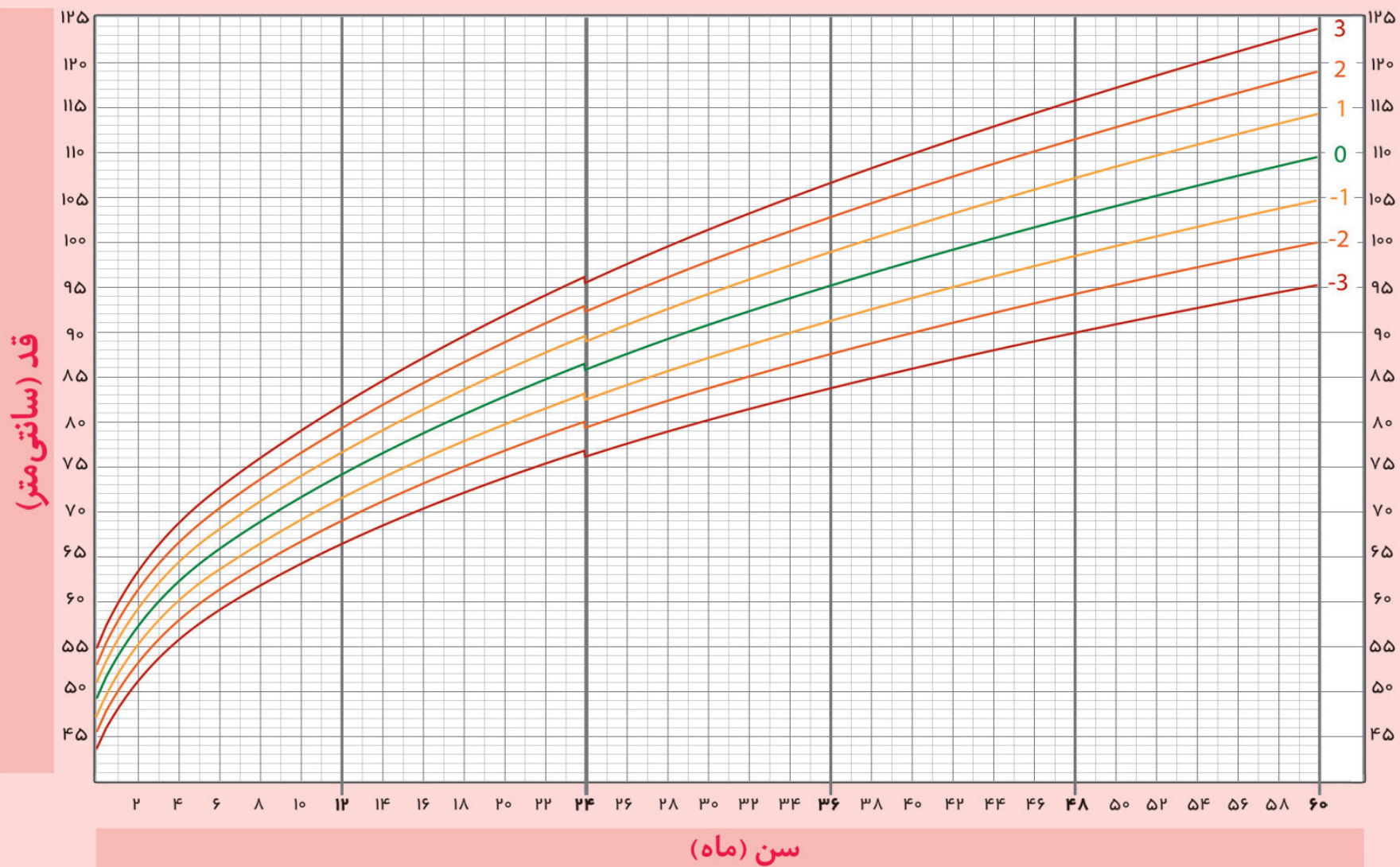
۱. برای کودک نام نیک بگذارید و او را محترمانه صدا بزنید. خواهر، برادر و مخصوصاً همسر خود را با احترام صدا بزنید تا فرزندتان احترام گذاشتن در صدا زدن را بیاموزد.
۲. احترام به کودک را از سال‌های اول زندگی او شروع کنید. محبت به کودک باعث عزت نفس او می‌شود. کودکی که دوست داشته شود می‌آموزد که خود را دوست بدارد.
۳. زمان تغذیه کودک فرصتی مناسب برای ایجاد امنیت و شکل دهی دلبستگی ایمن در کودک است.
۴. هنگام نیاز کودک، بی‌درنگ، با ثبات و مناسب به نیاز او پاسخگو باشید.
۵. رابطه گرم و خوبی با همسران داشته باشید، کودک شما کاملاً صداها را می‌شنود و می‌شناسد، موقعیت‌ها را می‌بیند و امنیت را احساس می‌کند.
۶. هنگام برطرف کردن نیازهای کودک و در آغوش گرفتن او مراقب باشید که آرام و خوش خلق باشد، این مسئله در ایجاد دلبستگی و اعتماد در کودک موثر است.
۷. وقتی کودک نسبت به غریبه‌ها واکنش نشان می‌دهد و بی‌تابی می‌کند او را در آغوش خود ننگه دارید، به فرد دیگر نسیپارید. اگر کودک با محیط سازگار شد و دیگر اضطراب نشان نداد کودک را به دیگری واگذار کنید، در غیر این صورت تا آخر نزد خود ننگه دارید.
۸. یکی از مواقع مضطرب شدن کودک زمان به خواب رفتن است، لالایی خواندن یک ابزار مناسب برای فرآیند به خواب رفتن کودک است. محتوا و معنی لالایی‌ها ضمن کمک به امنیت و آرامش کودک در هنگام به خواب رفتن، به انتقال فضای معنوی به آن‌ها کمک می‌کند.
۹. به خودتان احترام بگذارید تا آمادگی احترام گذاشتن به فرزندتان را داشته باشید. بخشی از وقت خود را به تفریح اختصاص دهید و از انرژی به دست آمده از آن وقتی که برای تفریح گذاشته‌اید برای انجام سایر کارهای روزمره خود کمک بگیرید.
۱۰. به حس مالکیت او احترام بگذارید.
۱۱. به استقلال کودک‌تان احترام بگذارید. اجازه دهید کارهای خودش را انجام دهد و تا از شما کمک نخواست کارش را انجام ندهید، وقتی کمک خواست به اندازه‌ای که نمی‌تواند و کمک می‌خواهد کمکش کنید و بگذارید بقیه کارش را خودش انجام دهد.
۱۲. به کودک مسئولیت بدهید که در بعضی کارهای خانه که در توانش است به شما کمک کند. وقتی کار خوبی انجام می‌دهد او را تشویق و تحسین کنید.
۱۳. قبل از نه گفتن و منع کودک چند لحظه فکر کنید تا مطمئن شوید که می‌خواهید نه بگویید و اینکه آیا این منع کار درستی است و بعد از منع اگر کودک اصرار کرد حواسش را پرت کنید یا چیزی جایگزین بدهید و در هیچ صورتی تسلیم خواسته‌اش نشوید.
۱۴. خودتان الگوی انضباطی خوبی باشید. کودک‌تان با مشاهده شما و الگوگیری از رفتارهای تان بهتر به نظم و انضباط می‌رسد.
۱۵. التزام والدین به باورها، احساسات، رفتارهای دینی و رعایت اخلاق یکی دیگر از شرط‌هایی است که برای تربیت معنوی کودک مهم است. کودک مدت‌ها قبل از اینکه بتواند سخن بگوید یا مفاهیم را کامل درک کند، ارزش‌های والدینش را دریافت می‌کند.
۱۶. جلوی چشمان فرزندتان رفتارهای دینی انجام دهید مانند نماز خواندن، دعا خواندن و... اگر کودک‌تان از شما تقلید کرد، او را تشویق و تحسین کنید.
۱۷. سپاسگزاری از نعمت یکی از مواردی است که کودک باید بیاموزد. سپاسگزاری و تشکر از رفتارهایی که والدین در قبال کودک انجام می‌دهند لازم است. تشکر در ابتدا به وسیله رفتارهای والدین در قبال هم و اعضای خانواده شکل گیرد و سپس به تدریج به صورت کلامی به کودک گوشزد شود تا در کودک نهادینه شود و شکرگزار خداوند باشد.
۱۸. هرگز نسبت به علاقه و کنجکاوای کودک‌تان در باره خدا بی‌تفاوت نباشید. برای پاسخ به سوالات کودک در باره خدا، فکر کنید، مطالعه کنید و زمان مناسبی را برای پاسخ دهی به آن‌ها انتخاب کنید تا کودک‌تان بتواند ایمان، امید و مفهومی متعالی را به درستی دریافت کند.

نمودار رشد وزن برای سن (دختر) از تولد تا ۵ سالگی (z-score)



براساس نمودارهای استاندارد سازمان جهانی بهداشت (The Multicenter Growth Reference Study (MGRS) 2006
www.who.int/childgrowth

نمودار رشد (قد برای سن) دختر از تولد تا ۵ سالگی (Z-Score)



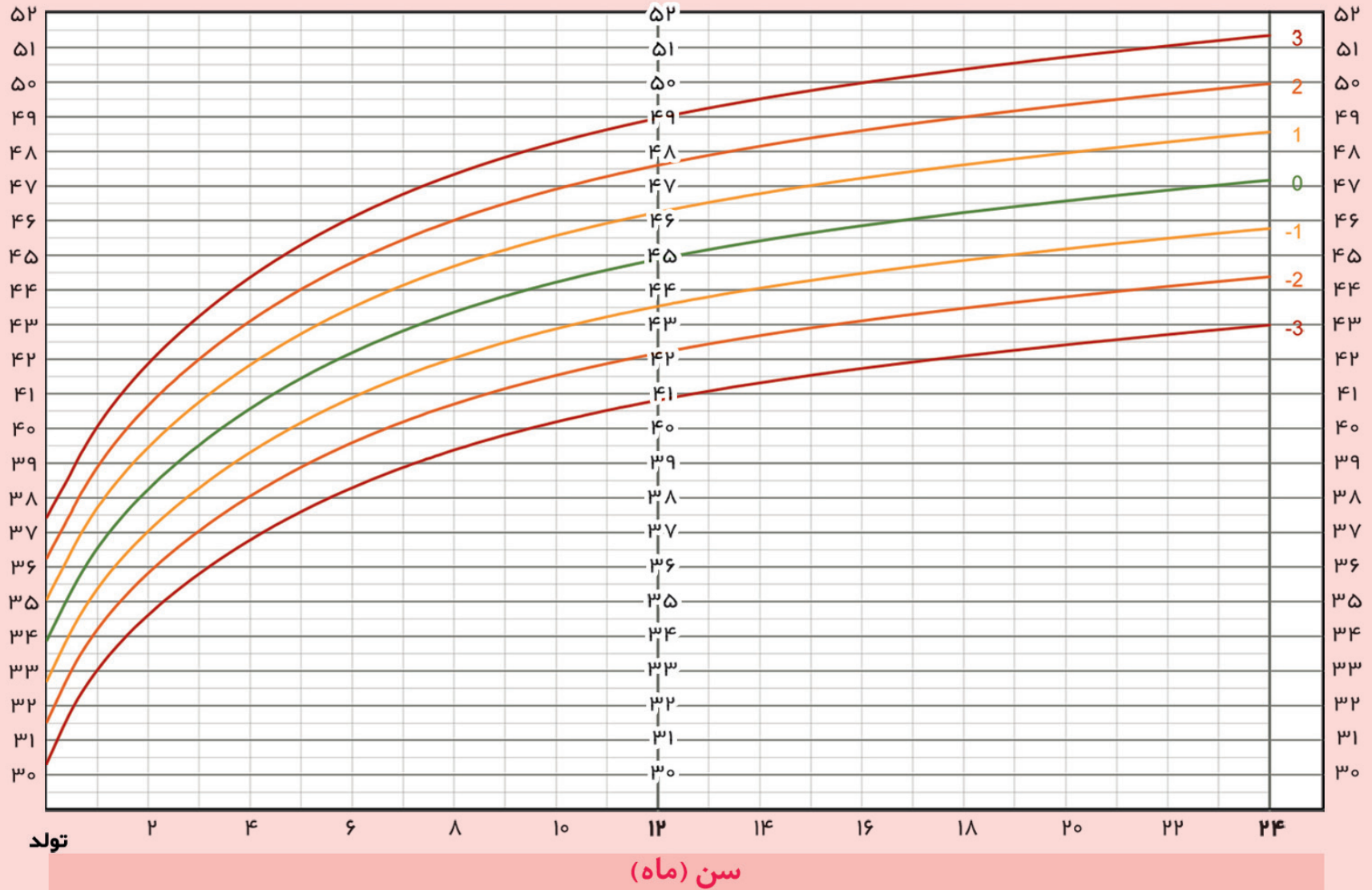
براساس نمودارهای استاندارد سازمان جهانی بهداشت

نمودار رشد (وزن برای قد) دختر از تولد تا ۵ سالگی (Z-Score)

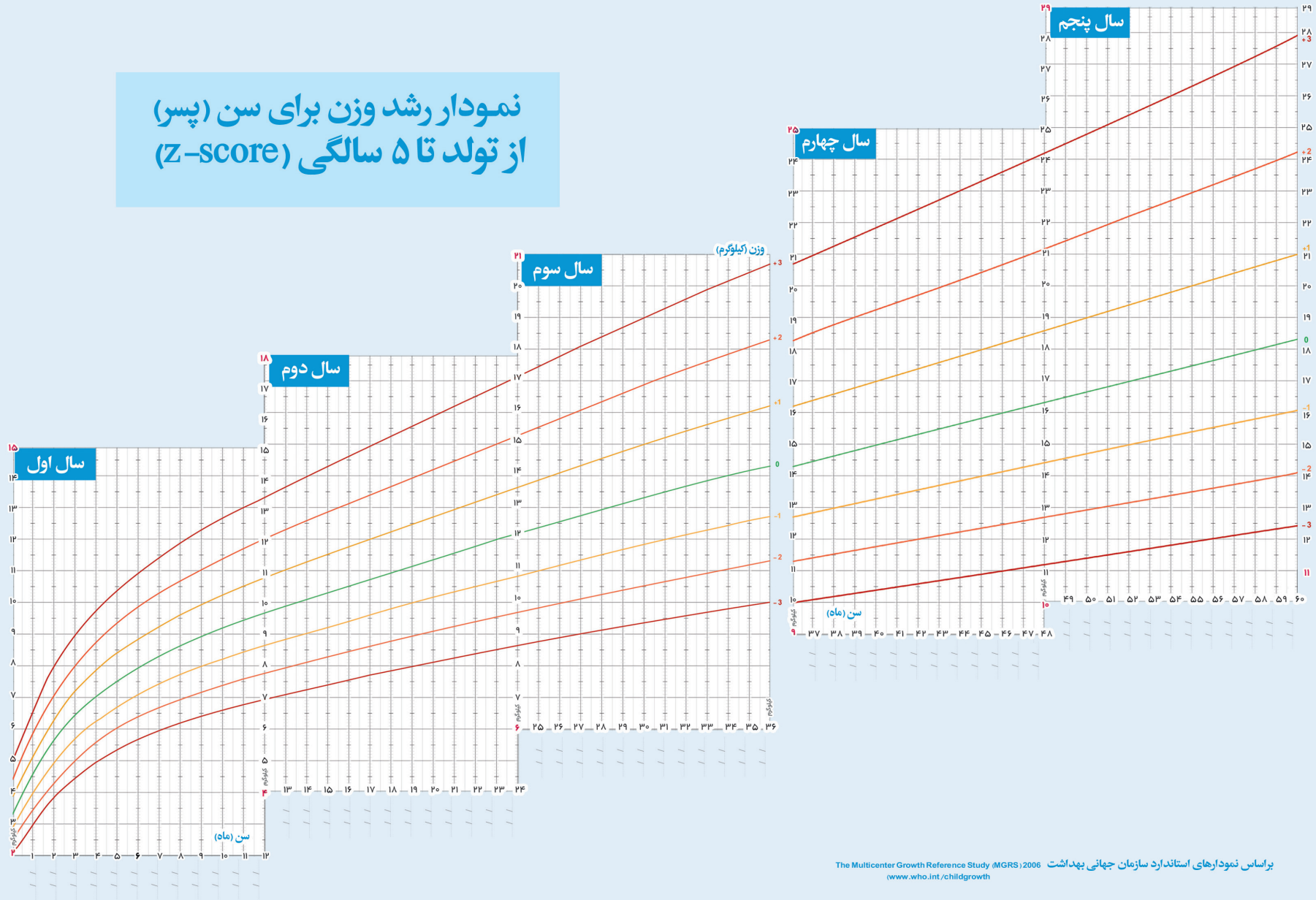


نمودار رشد دور سر برای سن (دختر) از تولد تا ۲ سالگی (z-score)

دور سر (سانتی متر)

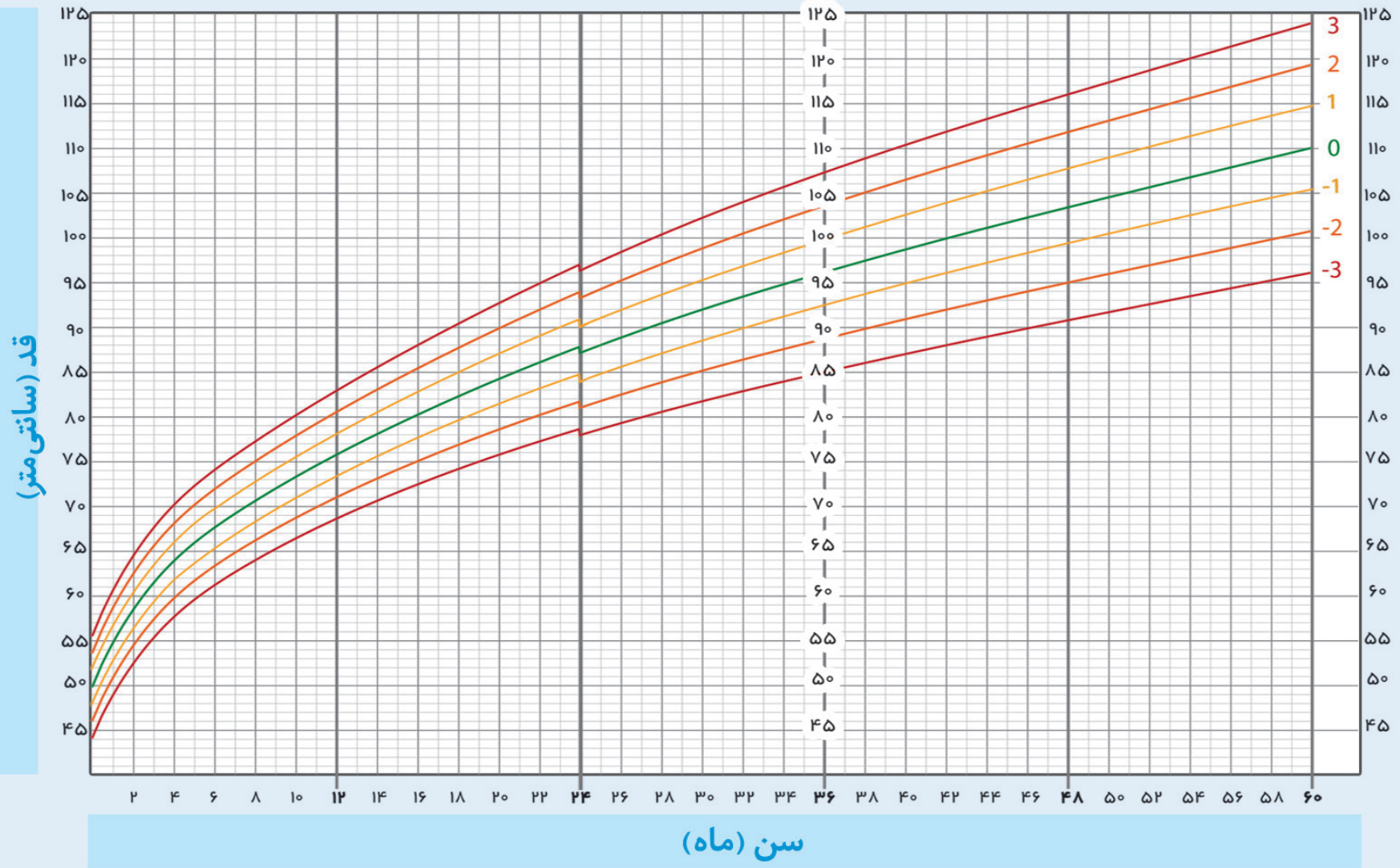


نمودار رشد وزن برای سن (پسر) از تولد تا ۵ سالگی (z-score)



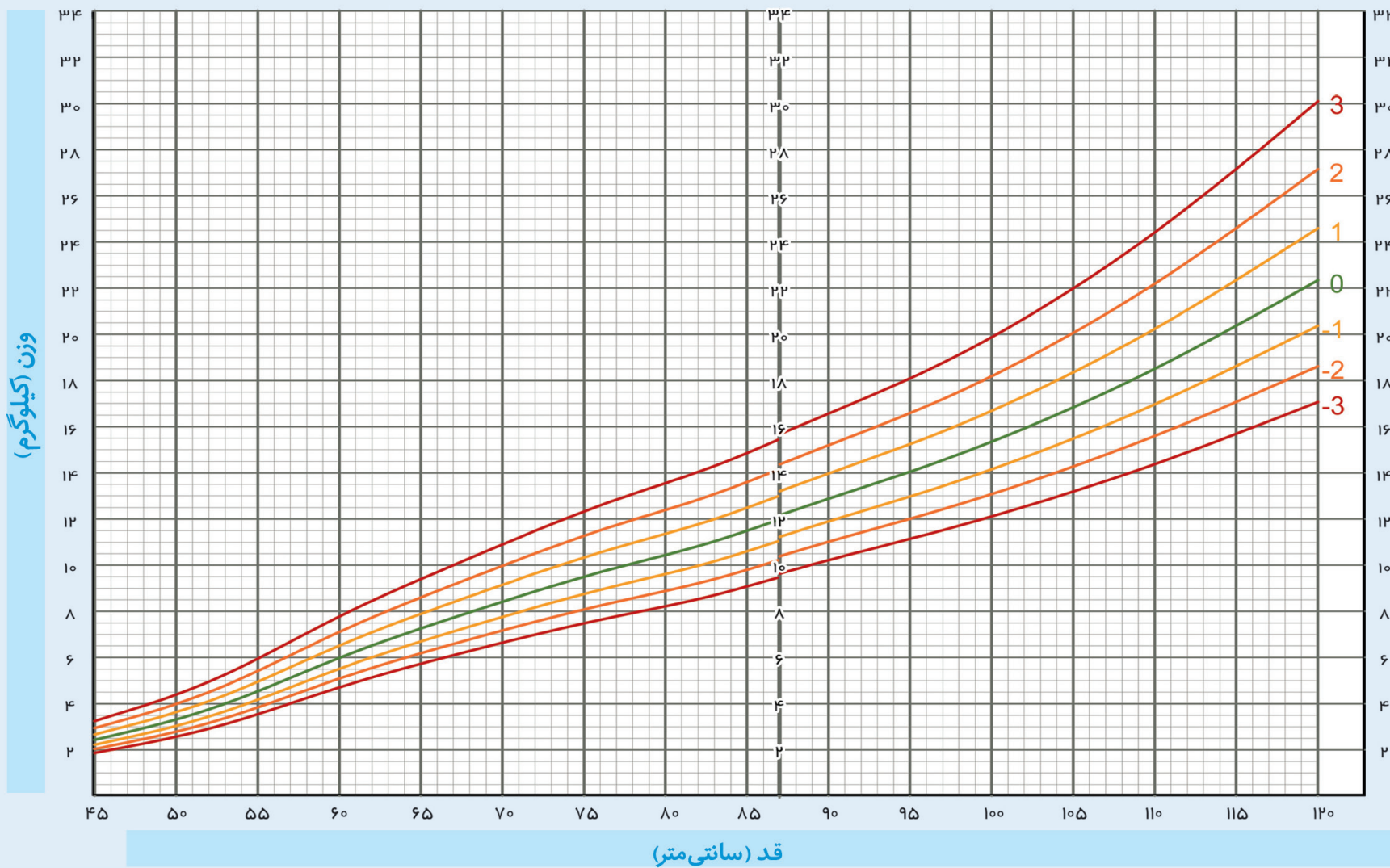
بر اساس نمودارهای استاندارد سازمان جهانی بهداشت (The Multicenter Growth Reference Study (MGRS) 2006
www.who.int/childgrowth)

نمودار رشد (قد برای سن) پسر از تولد تا ۵ سالگی (Z-Score)



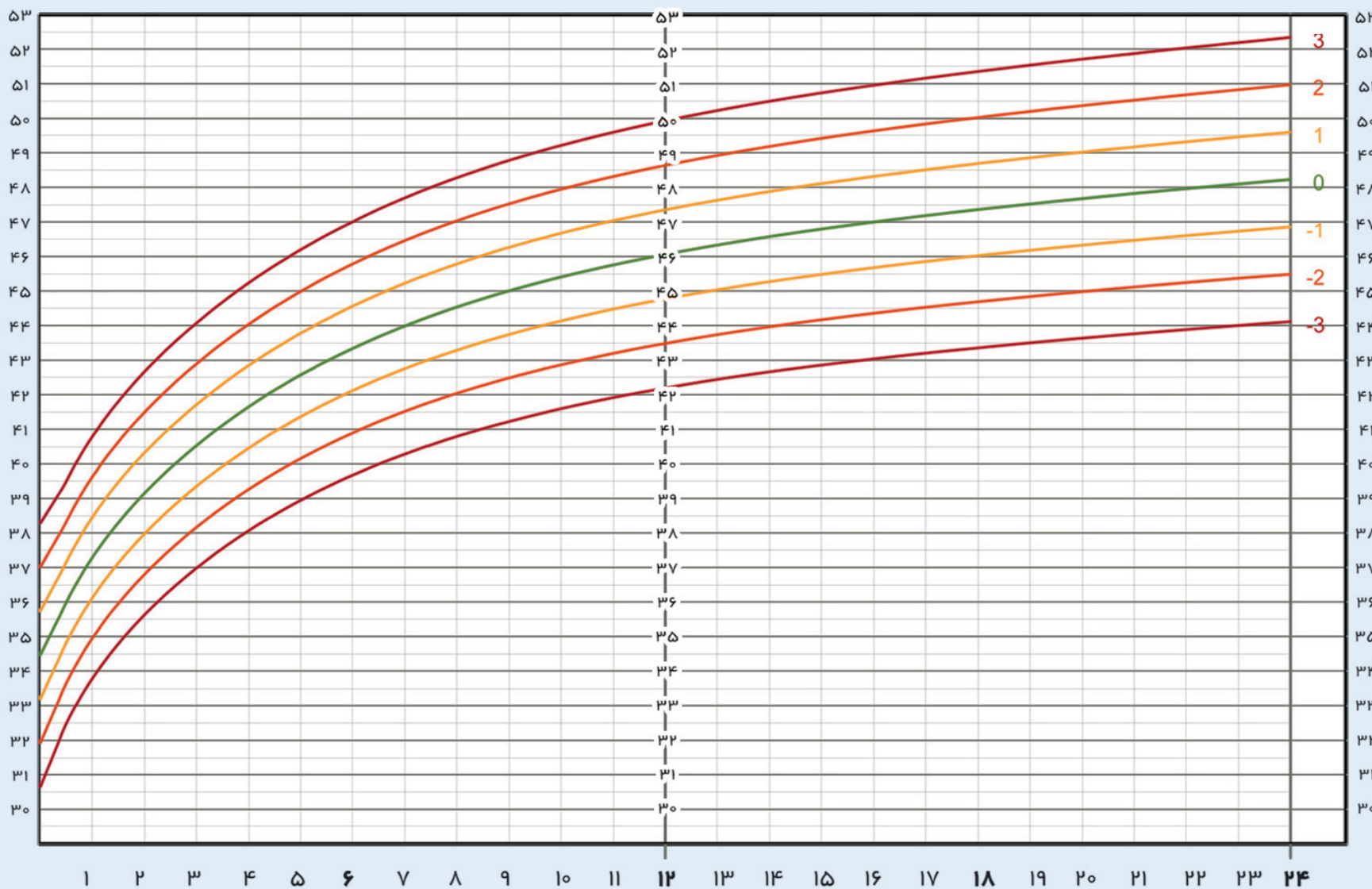
براساس نمودارهای استاندارد سازمان جهانی بهداشت

نمودار رشد (وزن برای قد) پسران ۵ سالگی تا ۱۲ سالگی (Z-Score)

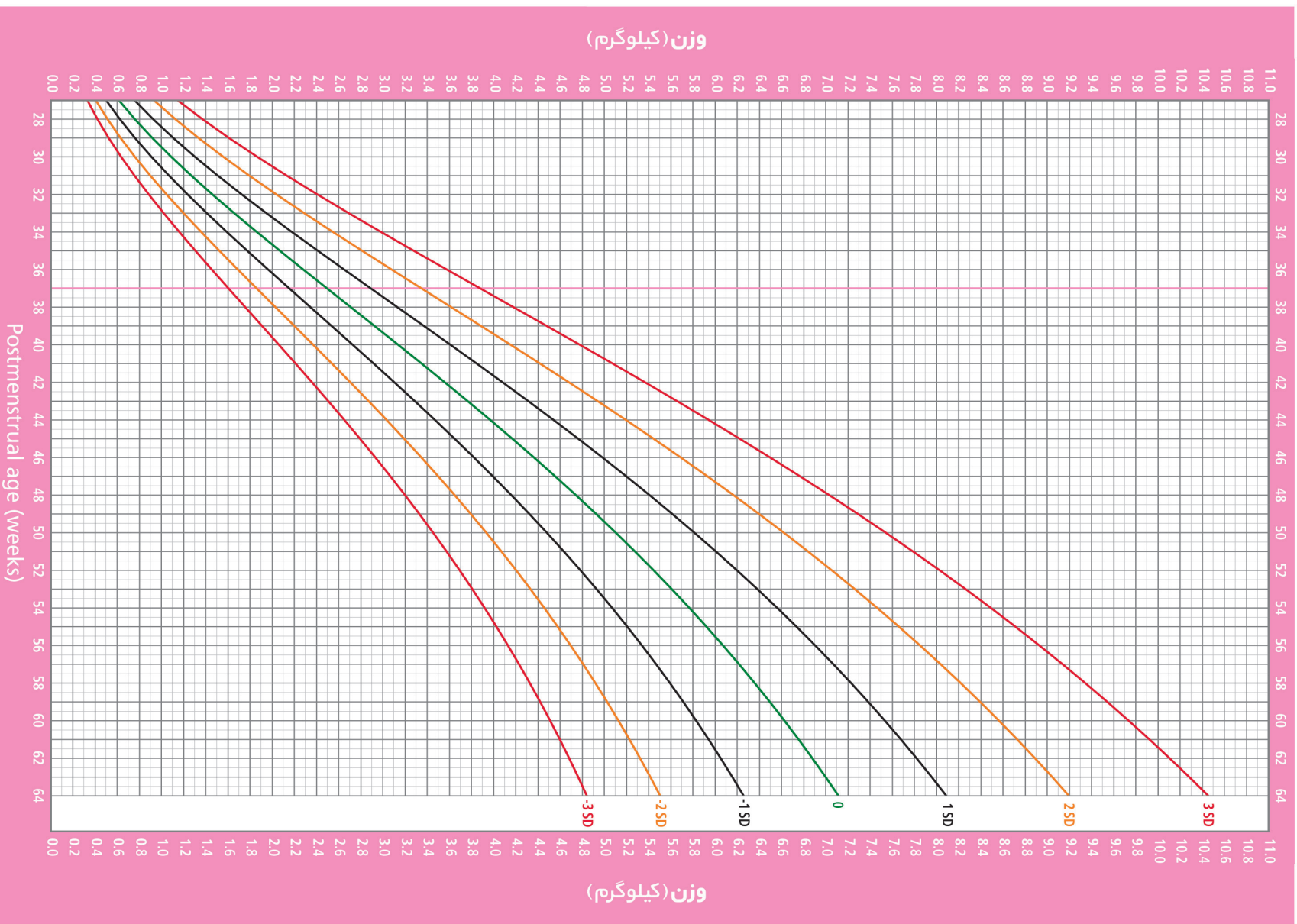


نمودار رشد دور سر برای سن (پسر) از تولد تا ۲ سالگی (z-score)

دور سر (سانتی متر)



نمودار رشد شیرخواران نارس (دختر)

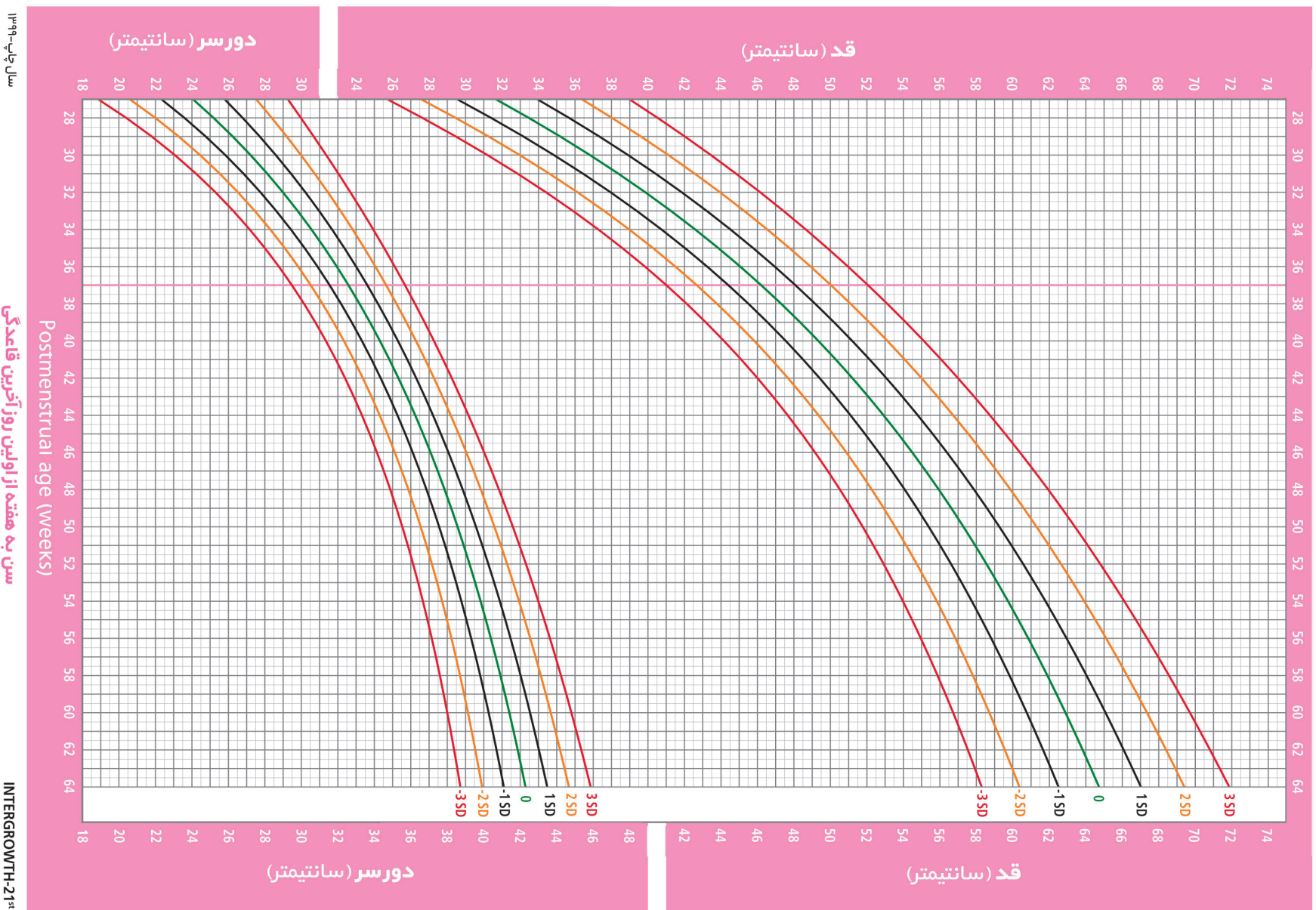


سال چاپ-۱۳۹۹

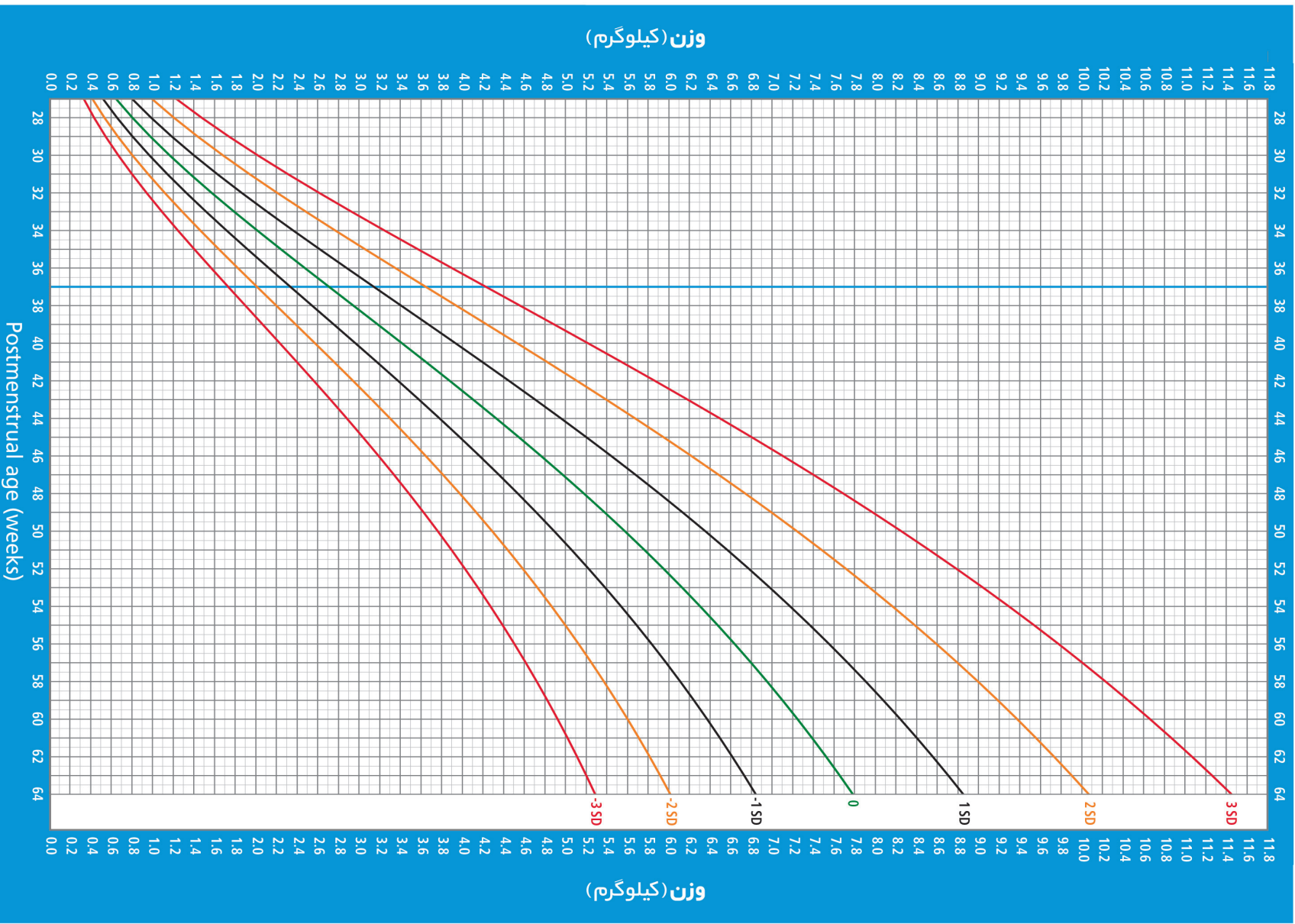
سن به هفته از اولین روز آخرین قاعدگی

INTERGROWTH-21st

نمودار رشد شیرخواران نارس (دختر)



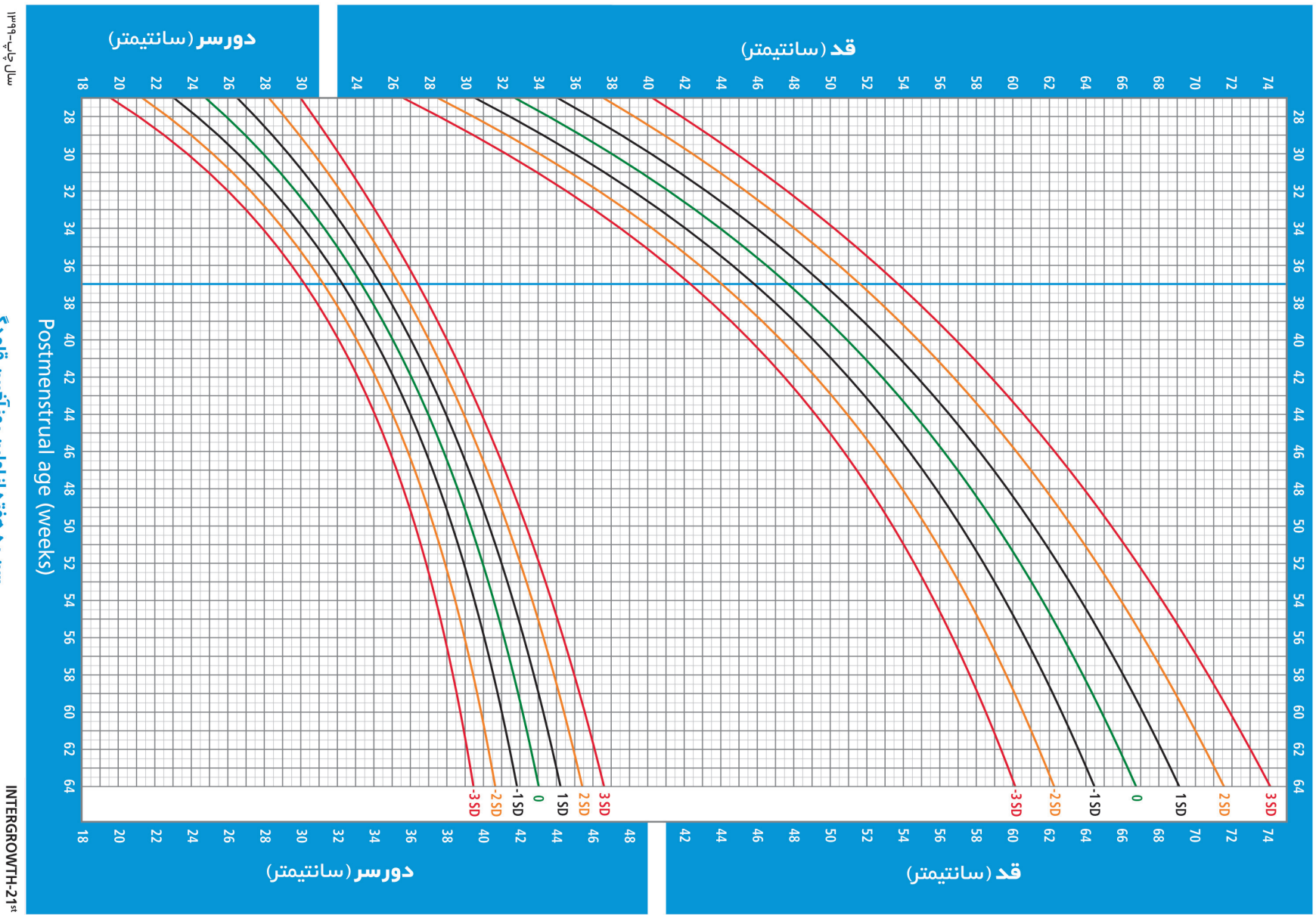
نمودار رشد شیرخواران نارس (پسر)



سال چاپ-۱۳۹۱

سن به هفته از اولین روز آخرین قاعدگی

نمودار رشد شیرخواران نارس (پسر)



سال چاپ-۱۳۹۹

سن به هفته از اولین روز آخرین قاعدگی

INTERGROWTH-21st

منابع:

۱. بوکلت و راهنمای مراقبت های ادغام یافته کودک سالم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، اداره سلامت کودکان، ۱۳۸۵
۲. راهنمای جامع مراقبت های ادغام یافته کودک سالم، گروه مولفین الهام طلاچیان و دیگران به سفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره سلامت کودکان ۱۳۹۳
۳. مشاوره در مورد تغذیه شیرخوار و کودک خردسال، وزارت بهداشت، ۱۳۸۹
۴. حمایت و ترویج تغذیه با شیرمادر در بیمارستان های دوستدار کودک، وزارت بهداشت ۱۳۹۲
۵. دستورالعمل کشوری هیپوتیروئیدی ۱۳۹۳
۶. دستورالعمل کشوری فنیل کتونوری ۱۳۸۹
۷. دستورالعمل کشوری سلامت بینایی
۸. دستورالعمل کشوری سلامت شنوایی
۹. دستورالعمل کشوری سلامت روان
۱۰. دستورالعمل کشوری کودک آزاری
۱۱. دستورالعمل کشوری فرزندآوری
۱۲. راهنمای ملی مدیریت کودکان با سوء تغذیه ۱۳۹۱
۱۳. دستورالعمل کشوری مکمل یاری کودکان
۱۴. برنامه و راهنمای ایمن سازی مصوب کمیته کشوری ایمن سازی ۱۳۹۴
۱۵. دستورالعمل آموزشی برنامه کشوری فعالیت بدنی، دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر، اسفند ۱۳۹۷
۱۶. پیامدها و مشکلات تک فرزندی، گردآوری و تألیف: دکتر نوذر نخعی، ۱۳۹۴
۱۷. بچه های کوچک، آسیب های بزرگ - دکتر سید حامد برکاتی - انتشارات اندیشه ماندگار ۱۳۹۳
۱۸. مراقبت از کسانی که دوستشان دارید - دکتر ناریا ابوالقاسمی - انتشارات اندیشه ماندگار ۱۳۹۳
۱۹. در مسیر آسمان (کتاب تربیت معنوی تولد تا ۱۲ سالگی) علی صادقی سرشت آبان ۱۳۹۷

20. Nelson Textbook of Pediatrics 2Volume Set 20th Edition 2015
21. Massachusetts Health Quality Partners - MHQP 2014
22. IMCI 2014 (INTEGRATED MANAGEMENT OF CHILDHOOD ILLNESS) DISTANCE LEARNING COURSE - Module 9
23. Key national indicators of children's health, development and wellbeing Indicator framework for A picture of Australia's children 2009
24. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline: Examination of the newborn baby
25. Preventive Services for Children and Adolescents Nineteenth Edition /September 2013
26. Developmental delay An information guide for parents - The Royal children's Hospital Melbourne
27. activity learning ASQ Ages & Stages Learning Activities by Elizabeth Twombly, M.S. And Ginger Fink, M.A.
28. ASQ3. User's Guide. Bookmarked
29. Fun first foods - NHS 2014
30. Bright Futures Previsit Questionnaire
31. Essential Nutrition Actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition
32. Early Childhood Obesity Prevention Policies FrontMatter - the national academies press washington, DC
33. Comparison of the WHO Child Growth - Standards and the CDC 2000 Growth Charts
34. Measuring Progress in Obesity Prevention Workshop Report FrontMatter - the national academies press washington, DC
35. Practical Manual of Clinical Obesity 8th Edition Intro
36. Comparison of the World Health Organization (WHO) Child Growth Standards and the National Center for Health Statistics /WHO international growth reference: implications for child health programmes

اسامی گروه تدوین

۱. ابوالقاسمی دکتر ناریا - MD-MPH - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت
۲. ابراهیمی فرزانه - کارشناس ارشد مامایی - معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران
۳. اتوکش دکتر حسن - فوق تخصص نفلولوژی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی ایران
۴. احمد زاد اصل دکتر مسعود - دکترای تخصصی روان پزشکی و روان درمان گر - دانشگاه علوم پزشکی ایران
۵. استوار دکتر افشین - PHD اپیدمیولوژی - مدیر کل دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر - وزارت بهداشت
۶. اصفهانی دکتر سید طاهر - فوق تخصص نفلولوژی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران
۷. اکرمی دکتر فروزان - PHD پژوهشی اخلاق پزشکی - گروه سلامت گوش و شنوایی - دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر - وزارت بهداشت
۸. الله وردی دکتر بهار - فوق تخصص گوارش کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران
۹. امیدوار دکتر نسرين - PHD تغذیه - انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور
۱۰. امیر جباری شیرین - کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت - گروه سلامت گوش و شنوایی - دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر - وزارت بهداشت
۱۱. امیدنیا سهیلا - کارشناس ارشد مشاوره - MPH - گروه سلامت اجتماعی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد - وزارت بهداشت
۱۲. آذری دکتر نادیا - متخصص کودکان - دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۱۳. آژنگ دکتر نسرين - MD - اداره غدد و متابولیک - وزارت بهداشت
۱۴. بابایی عباسعلی - کارشناس ارشد تغذیه - اداره بیماری های قابل پیشگیری با واکسن - وزارت بهداشت
۱۵. باشتی شهناز - کارشناسی ارشد مشاوره روانشناسی بالینی - اداره قلب و عروق - وزارت بهداشت
۱۶. باقرصاد دکتر عاطفه - MD - اداره ژنتیک وزارت بهداشت
۱۷. بخشنده مرضیه - کارشناس ارشد مامایی - MPH - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت
۱۸. بدو دکتر رضا شروین - فوق تخصص اعصاب کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱۹. برزگر دکتر محمد - فوق تخصص اعصاب کودکان - فلوشیپ نورو فیزیولوژی بالینی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۲۰. برکاتی سید حامد - متخصص کودکان - مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس - وزارت بهداشت
۲۱. بناهان منصوره - کارشناس مامایی - معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی قم
۲۲. بهرامی دکتر منصور - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲۳. بی طرف دکتر شیما - دندانپزشک - اداره سلامت دهان و دندان - وزارت بهداشت
۲۴. پارسای دکتر سوسن - PHD تغذیه - کمیته علمی مشورتی کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر
۲۵. تبریزی دکتر جعفر صادق - PHD مدیریت خدمات بهداشتی درمانی - رئیس مرکز مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت - وزارت بهداشت
۲۶. تشکری نغمه - کارشناس علوم تغذیه - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت
۲۷. توکلی زاده دکتر رضا - فوق تخصص غدد و متابولیسم کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲۸. جعفری بیدهندی دکتر ناهید - متخصص پزشکی اجتماعی - دانشگاه علم پزشکی گلستان
۲۹. جنیدی جعفری دکتر احمد - PHD بهداشت محیط - دانشگاه علوم پزشکی ایران
۳۰. حاتمی زاده دکتر نیکتا - متخصص کودکان - دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۳۱. حاجبی دکتر احمد - متخصص روان پزشکی - مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد - وزارت بهداشت
۳۲. حاجی ولیزاده دکتر فاطمه - MD - اداره ژنتیک - وزارت بهداشت
۳۳. حبیب الهی دکتر عباس - فوق تخصص نوزادان - اداره سلامت نوزادان - وزارت بهداشت
۳۴. حجت زاده علییه - کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، MPH - اداره قلب و عروق - وزارت بهداشت
۳۵. حقی دکتر صباحت - فوق تخصص خون و انکولوژی اطفال - دانشگاه علوم پزشکی البرز
۳۶. حکیم شوشتری دکتر میترا - روان پزشک کودکان - دانشگاه علوم پزشکی ایران
۳۷. حیدرآبادی دکتر سیف الله - متخصص کودکان - فلوشیپ تکامل کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۳۸. حیدرزاده دکتر محمد - فوق تخصص نوزادان - اداره سلامت نوزادان - وزارت بهداشت
۳۹. خاتمی دکتر غلامرضا - فوق تخصص گوارش کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴۰. خادم صدیقه - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی - دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد - وزارت بهداشت
۴۱. خسروی دکتر نسرين - فوق تخصص نوزادان - دانشگاه علوم پزشکی ایران
۴۲. خوش نواز عاطفه - کارشناس ارشد مامایی - MPH - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت
۴۳. خوشنویس دکتر نسرين - MD-MPH - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت
۴۴. درستی دکتر احمد رضا - PHD تغذیه - دانشکده علوم تغذیه و رژیم شناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴۵. درمنش دکتر بنفشه - فوق تخصص نفلولوژی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارتش - عضو انجمن نفلولوژی کودکان ایران
۴۶. دلاور دکتر بهرام - متخصص کودکان - بیمارستان بهارلو
۴۷. راوری دکتر محمود - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی ساوه - کمیته علمی مشورتی کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر
۴۸. رجوی دکتر ژاله - جراح و متخصص چشم - فوق تخصص اطفال و استراییسم - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۴۹. رحیمی اعظم دخت - ماما / کارشناس ارشد جمعیت - اداره سلامت باروری و جمعیت - وزارت بهداشت
۵۰. رشیدی جزنی نسرين - کارشناسی مامایی - اداره سلامت نوزادان - وزارت بهداشت
۵۱. رهبر دکتر محمد رضا - MD-MPH - مدیر گروه مدیریت نیروی انسانی سطح ۱ - مرکز مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت - وزارت بهداشت
۵۲. زارع پروین - کارشناس ارشد مامایی - MPH - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت
۵۳. زارعی دکتر مریم - PHD تغذیه - دفتر بهبود تغذیه جامعه - وزارت بهداشت
۵۴. زهرایی دکتر سید محسن - متخصص بیماری های عفونی - رییس اداره بیماری های قابل پیشگیری با واکسن - وزارت بهداشت
۵۵. زینالو دکتر علی اکبر - فوق تخصص قلب کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران
۵۶. ساجدی دکتر فیروزه - متخصص کودکان - دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۵۷. سجادپور آرزو - کارشناسی علوم اجتماعی - دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد - وزارت بهداشت
۵۸. سعدوندیان سوسن - کارشناس ارشد علوم بهداشتی در تغذیه - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت
۵۹. سلیمانی دکتر فرین - متخصص کودکان - دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۶۰. سماوات دکتر اشرف - متخصص کودکان و PHD ژنتیک پزشکی - اداره ژنتیک - وزارت بهداشت
۶۱. سماوات دکتر طاهره - دکترای تخصصی قلب و عروق - MPH - اداره قلب و عروق - وزارت بهداشت
۶۲. سیاری دکتر علی اکبر - فوق تخصص گوارش کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۶۳. شریعت پناهی غزال - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران
۶۴. شریفی یزدی مریم - کارشناس ارشد آموزش پزشکی - گروه مدیریت نیروی انسانی سطح ۱ - مرکز مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت - وزارت بهداشت

۶۵. شریفی ارومی فاطمه - کارشناس ارشد آموزش و ارتقا سلامت - کارشناس مامایی - معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران
۶۶. شکبیا دکتر مرجان - فوق تخصص غدد و متابولیسم کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۶۷. شمس دکتر بهزاد - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۶۸. شهشهانی دکتر سهیلا - متخصص کودکان - هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۶۹. صافی دکتر ساره - دکترای پژوهشی بینایی سنجی - مرکز تحقیقات چشم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - گروه سلامت چشم و پیشگیری از نابینایی - وزارت بهداشت
۷۰. صالحی مازندرانی دکتر فروزان - MD-MPH - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس - وزارت بهداشت
۷۱. صمدزاده دکتر حمید - دندانپزشک - اداره سلامت دهان و دندان - وزارت بهداشت
۷۲. طالبی دکتر سعید - متخصص کودکان و PHD ژنتیک پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی ایران
۷۳. طلاچیان دکتر الهام - فوق تخصص گوارش کودکان - دانشگاه علوم پزشکی ایران
۷۴. طغیانی راهله - کارشناس ارشد مامایی - MPH باروری - معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۷۵. عبداللهی دکتر زهرا - PHD تغذیه - دفتر بهبود تغذیه جامعه - وزارت بهداشت
۷۶. عربگل دکتر فریبا - فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۷۷. عزالدین زنجانی دکتر ناهید - متخصص کودکان - کمیته علمی مشورتی کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر
۷۸. عطایی دکتر نعمت الله - فوق تخصص نفرولوژی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران - انجمن نفرولوژی کودکان ایران
۷۹. علایی دکتر شهناز - MD-MPH - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت
۸۰. علایی دکتر محمد رضا - فوق تخصص غدد و متابولیسم کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۸۱. عندلیب پرنیان - ماما / کارشناس ارشد آموزش پزشکی - اداره سلامت باروری و جمعیت - وزارت بهداشت
۸۲. عیسی تفرشی دکتر رویا - فوق تخصص قلب کودکان - دانشگاه علوم پزشکی ایران
۸۳. فاضل دکتر مجتبی - فوق تخصص نفرولوژی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران - انجمن نفرولوژی کودکان ایران
۸۴. فرانوش دکتر محمد - فوق تخصص خون و انکولوژی اطفال - دانشگاه علوم پزشکی ایران
۸۵. فرسار دکتر احمد رضا - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۸۶. فرهادی مهندس محسن - مرکز سلامت محیط و کار - وزارت بهداشت
۸۷. فریور دکتر خلیل - متخصص کودکان - کمیته علمی مشورتی کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر
۸۸. فقیهی فرشته - کارشناس ارشد پرستاری - MPH - گروه مدیریت برنامه های سلامت - مرکز مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت - وزارت بهداشت
۸۹. فلاح زاده فریبا - کارشناس مامایی - معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران
۹۰. قدمی شیدا - کارشناس مامایی - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت
۹۱. قرائی دکتر بنفشه - دکترای تخصصی روان درمانی و روانشناس بالینی - دانشگاه علوم پزشکی ایران
۹۲. کلانتری دکتر ناصر - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۹۳. گورانی مهندس علی - مرکز سلامت محیط و کار - وزارت بهداشت
۹۴. لرنژاد دکتر حمید رضا - متخصص کودکان - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت
۹۵. مجتهدی دکتر سید یوسف - فوق تخصص نفرولوژی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران - انجمن نفرولوژی کودکان ایران
۹۶. محقق دکتر پریسا - فوق تخصص نوزادان - دانشگاه علوم پزشکی ایران
۹۷. محمدی دکتر سید فرزاد - جراح و متخصص چشم - فوق تخصص قرنیه - مرکز تحقیقات چشم پزشکی ترجمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران - گروه سلامت چشم و پیشگیری از نابینایی - وزارت بهداشت
۹۸. محمودی دکتر سوسن - متخصص کودکان - اداره بیماری های قابل پیشگیری با واکسن - وزارت بهداشت
۹۹. محمودی قرائی دکتر جواد - فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان - دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱۰۰. محمودیان دکتر سعید - PHD شنوایی شناسی - گروه سلامت گوش و شنوایی - وزارت بهداشت
۱۰۱. مرادی دکتر محمد - دکترای آموزش بهداشت - اداره قلب و عروق - وزارت بهداشت
۱۰۲. مرندی دکتر علیرضا - فوق تخصص نوزادان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۱۰۳. مطلق دکتر محمد اسماعیل - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی اهواز - وزارت بهداشت - دفتر مدیریت و کاهش خطر بلایا
۱۰۴. مظهری مهندس مریم - مرکز سلامت محیط و کار - وزارت بهداشت
۱۰۵. معراجی پور طاهره - کارشناس بهداشت عمومی - گروه سلامت چشم و پیشگیری از نابینایی - وزارت بهداشت
۱۰۶. موسوی فاطمی دکتر نادره - PHD سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی - اداره سلامت دهان و دندان - وزارت بهداشت
۱۰۷. مهدوی نیا دکتر سهیلا - فوق تخصص نفرولوژی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی ایران - انجمن نفرولوژی کودکان ایران
۱۰۸. مهدوی هزاهو دکتر علیرضا - MD-MPH - اداره قلب و عروق - وزارت بهداشت
۱۰۹. میرسید علیان منیرالسادات - کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت
۱۱۰. مینایی دکتر مینا - PHD تغذیه - دفتر بهبود تغذیه جامعه - وزارت بهداشت
۱۱۱. وامقی دکتر روشنگر - متخصص کودکان - دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
۱۱۲. وفا دکتر محمد رضا - PHD تغذیه - دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱۱۳. وکیل زاده دکتر شراره - دندانپزشک - اداره سلامت دهان و دندان - وزارت بهداشت
۱۱۴. ولی زاده مهندس بهزاد - کارشناس ارشد بهداشت محیط - مرکز سلامت محیط و کار - وزارت بهداشت
۱۱۵. هومن دکتر نکبسا - فوق تخصص نفرولوژی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی ایران - انجمن نفرولوژی کودکان ایران
۱۱۶. الهی مهندس طیبه - مرکز سلامت محیط و کار - وزارت بهداشت
۱۱۷. یادگاری دکتر فریبا - دکترای تخصصی گفتاردرمانی - دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۱۱۸. یاراحمدی دکتر شهین - متخصص بیماری های غدد درون ریز و متابولیسم - اداره غدد و متابولیک - وزارت بهداشت
۱۱۹. یآوری سمیرا - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی - دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد - وزارت بهداشت
۱۲۰. یزدان پناه راوری دکتر مهدیه - MD-MPH - اداره سلامت باروری و جمعیت - وزارت بهداشت