

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

بهداشت مادر و کودک

رشته کودکیاری

گروه تحصیلی بهداشت

زمینه خدمات

شاخه آموزش فنی و حرفه‌ای

شماره درس ۴۱۴۵

زمانی، احمد رضا

۶۴۹

بهداشت مادر و کودک / مؤلفان : احمد رضا زمانی، عزیزالله باطی . - تهران : شرکت چاپ و نشر کتاب‌های درسی ایران، ۱۳۹۳ .

ب ۵۲ ز

۱۳۹۳

۱۵۲ ص. : مصور . - (آموزش فنی و حرفه‌ای؛ شماره درس ۴۱۴۵)

متون درسی رشته کودکیاری گروه تحصیلی بهداشت، زمینه خدمات.

برنامه‌ریزی و نظارت، بررسی و تصویب محتوا : کمیسیون برنامه‌ریزی و تالیف کتاب‌های درسی

رشته کودکیاری دفتر تالیف کتاب‌های درسی فنی و حرفه‌ای و کاردانش وزارت آموزش و پرورش .

۱. مادر - خدمات پزشکی . ۲. کودکان - بهداشت . الف. باطی، عزیزالله . ب. ایران .

وزارت آموزش و پرورش . دفتر تالیف کتاب‌های درسی فنی و حرفه‌ای و کاردانش . ج. عنوان .

د. فروست .

همکاران محترم و دانش آموزان عزیز :

پیشنهادات و نظرات خود را درباره محتوای این کتاب به نشانی تهران-
صندوق پستی شماره ۴۸۷۴/۱۵ دفتر تألیف کتاب‌های درسی فنی و حرفه‌ای و
کارداش، ارسال فرمایند.

info@tvoccd.sch.ir

پیام نگار (ایمیل)

www.tvoccd.sch.ir

وب‌گاه (وب سایت)

این کتاب در کارگاه ارزشیابی محتوای کتاب‌های درسی تابستان ۷۵ توسط هنرآموزان و دبیران منتخب سراسر کشور و اعضای کمیسیون تخصصی برنامه‌ریزی و تألیف کتاب‌های درسی رشته کودک‌کاری براساس نتایج ارزشیابی تکوینی مورد بررسی و تجدید نظر قرار گرفته است و مجددًا محتوای آن از دیدگاه حوزه علوم و استانداردهای بهداشتی، ملی و بین‌المللی توسط اعضای کمیسیون تخصصی در سال‌های ۱۳۸۷، ۱۳۹۲ و ۱۳۹۰ بررسی و بهروزرسانی شد.

وزارت آموزش و پرورش سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی

برنامه‌ریزی محتوا و نظارت بر تألیف : دفتر تألیف کتاب‌های درسی فنی و حرفه‌ای و کارداش

نام کتاب : بهداشت مادر و کودک - ۴۵۸-

مؤلفان : احمد رضا زمانی، عزیز الله باطی

اعضای کمیسیون تخصصی : عزیز الله باطی، شهرزاد سعادت قرین، سارا فرجاد، شهربانو سرداری و معصومه صادق آماده‌سازی و نظارت بر چاپ و توزیع : اداره کل نظارت بر نشر و توزیع مواد آموزشی

تهران : خیابان ایرانشهر شمالی - ساختمان شماره ۴ آموزش و پرورش (شهید موسوی)

تلفن : ۰۹۲۶۶، ۰۹۲۳۰۸۸۳۳، دورنگار : ۰۹۲۶۶، ۰۹۲۳۰۸۸۳۳

وب‌سایت : www.chap.sch.ir

مدیر امور فنی و چاپ : سید احمد حسینی

طرح جلد : محمدقاسم علیمردانی

صفحه آر : غزاله نجمی

حروفچیان : فاطمه باقری مهر

مصحح : پری ایلخانی زاده، شهرلا دلایی

امور آماده‌سازی خبر : فاطمه پزشکی

امور فنی رایانه‌ای : حمید ثابت کلاچاهی، مریم دهقان‌زاده

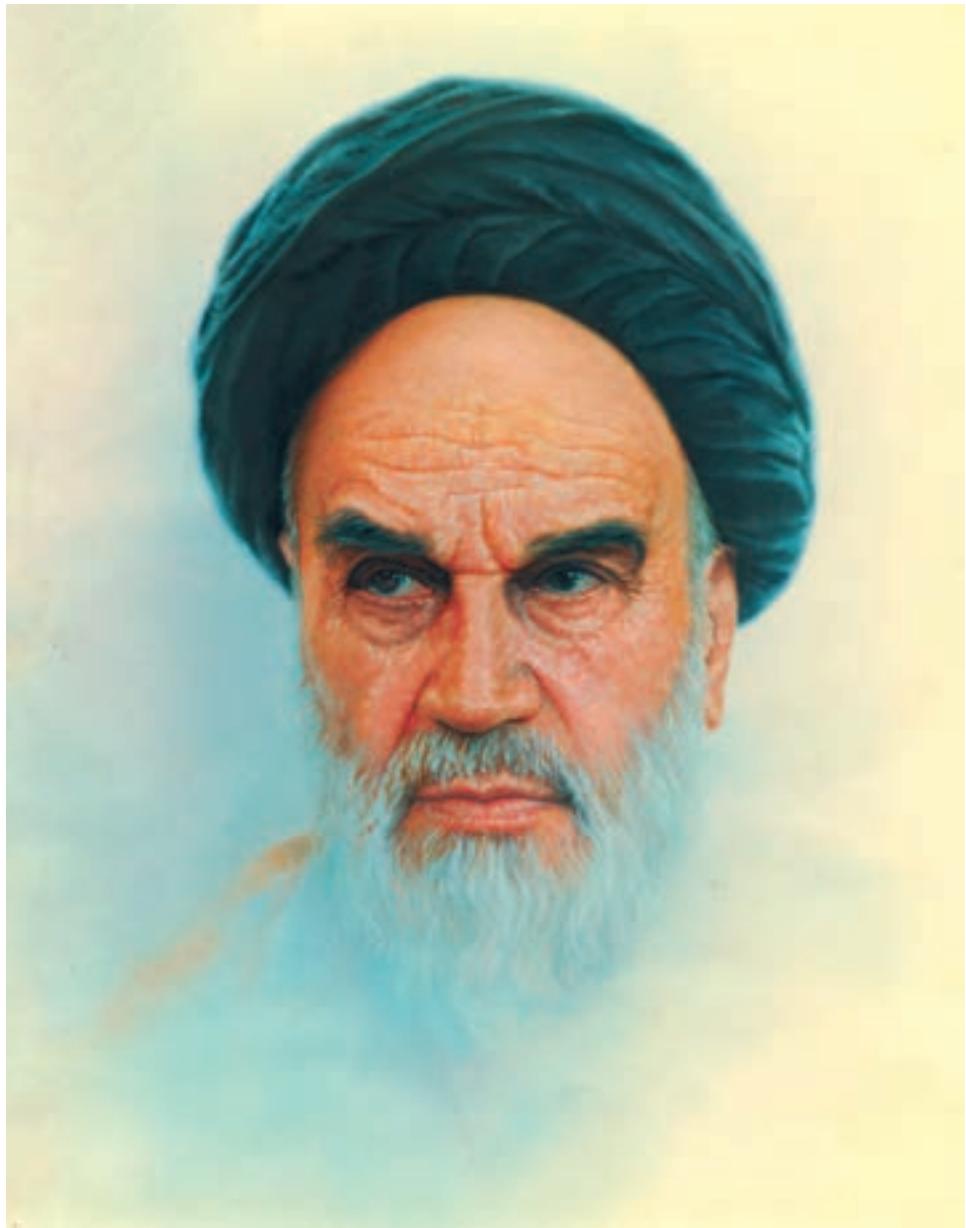
ناشر : شرکت چاپ و نشر کتاب‌های درسی ایران : تهران - کیلومتر ۱۷ جاده مخصوص کرج - خیابان ۶۱ (دارو پخش)

تلفن : ۰۹۱۵-۳۷۵۱۵، ۰۹۱۶-۴۴۹۸۵۱۶، دورنگار : ۰۹۱۶-۴۴۹۸۵۱۶، صندوق پستی : ۰۹۱۵-۱۳۹

چاپخانه : راوی

سال انتشار : ۱۳۹۳

حق چاپ محفوظ است.



از شماست که مردان و زنان بزرگ تربیت می شود. شما ناد تحیل کوشش کنید که برای فضایل اخلاقی،
فضایل اعمالی مجذب شوید. شماره ای آئینه مملکت را جوانان نیز و مند تربیت کنید. دامان شما یکت مدسه ای است که
در آن جوانان بزرگ تربیت بشود. شما فضایل تحیل کنید تا کوکان شماد دامان شما فضیلت برند.

امام خمینی (ره)

برای رعایت موازین شرعی و اخلاقی از راهنمایی‌های حضرت آیت‌الله ابراهیم
امینی، استاد محترم حوزه علمیه قم استفاده شده است.

فهرست مطالب

بخش ۱ : بهداشت مادران

۳	فصل ۱ : آشنایی با ساختمان دستگاه تناسلی و کار دستگاه تولید مثل در زن
۷	فصل ۲ : بهداشت دوران بلوغ
۱۳	فصل ۳ : بهداشت قبل از ازدواج
۱۶	فصل ۴ : بهداشت دوران بارداری
۲۵	فصل ۵ : بهداشت پس از زایمان
۴۳	فصل ۶ : سلامت باروری

بخش ۲ : بهداشت کودکان

۵۶	فصل ۷ : بهداشت دوران نوزادی
۶۵	فصل ۸ : تغذیه در دوران نوزادی و شیرخوارگی
۸۵	فصل ۹ : رشد و نمو کودک (پایش رشد)
۱۱۷	فصل ۱۰ : ایمن‌سازی
۱۲۲	فصل ۱۱ : بهداشت دوران شیرخوارگی و پیش از دبستان
۱۴۳	فصل ۱۲ : بهداشت و پیشگیری از معلولیت کودکان

مقدمه

بیش از $\frac{2}{3}$ جمعیت کشور را مادران و کودکان تشکیل می‌دهند که جزء آسیب‌پذیرترین اقسام جمعیت نیز می‌باشند. آسیب‌پذیری مادران، ناشی از بارداری و زایمان است و آسیب‌پذیری کودکان به روند رشد، تکامل و بقای آنها مربوط است. از طرف دیگر، مادر و کودک را باید به صورت یک واحد مورد مطالعه قرار داد؛ زیرا کودک در دوران زندگی رحمی، کاملاً و پس از آن نیز، حداقل به مدت نزدیک به ۲ سال از نظر تغذیه‌ای به مادر وابسته است. بنابراین مراقبت‌های مربوط به مادر و کودک اغلب در یک قالب و به صورت یک جزء ارائه می‌شوند.

استراتژی کنونی ارائه خدمات بهداشتی در کشور، در قالب «مراقبت‌های اولیه بهداشتی»^۱ است که بر پایه اصول برابری، هماهنگی بین بخشی و مشارکت جامعه استوار است. مراقبت‌های مادر و کودک از اجزای اصلی مراقبت‌های بهداشتی در کشور ماست که توسط مراکز بهداشتی درمانی، کلینیک‌های خانواده و خانه‌های بهداشت ارائه می‌شود. به موازات این مراقبت‌ها، بر کودکیاران عزیز – که وظیفه مراقبت از کودکان در حالت سلامتی و بیماری را برعهده دارند – لازم است تا ضمن شناخت اصولی از نحوه انجام این واقعیت‌ها، دیدگاه خود را در مورد مسائل بهداشتی توسعه بخشنند.

این کتاب به منظور آشنایی کودکیاران با اصول بهداشت مادر و کودک تدوین شده است. در تدوین کتاب سعی شده است طرح مباحث به صورتی باشد که جنبه عملی و کاربردی داشته باشد. البته، جایی که بیان مفاهیم پایه برای درک جنبه‌های کاربردی ضرورت داشته، از ذکر آن در غیرنشده است.

به علت محدودیت زمان تدریس این درس سعی شده است حجم مطالب، متناسب با ساعات مقرر تنظیم شود؛ به همین علت، بعضی مطالب به صورت خلاصه و گاه به طور گذرا مورد توجه قرار گرفته است. بنابراین از مرتباً عزیز تقاضا می‌شود در صورت لزوم، با توضیحات بیشتر، مطالب را مشروح‌تر، برای دانش‌آموزان تفهیم کنند.

از آنجا که درس بهداشت مادر و کودک، جنبه نظری و عملی ۲ واحد نظری به ارزش ۲ ساعت و یک واحد عملی به ارزش ۳ ساعت جماعتاً ۵ ساعت در هفته) دارد، در پایان هر فصل با توجه به

اهداف تدوین (نحوه، زمان و مکان) راهنمای کار عملی پیشنهاد شده است که دبیران و هنرآموزان محترم با توجه به مفاهیم مربوطه و روش‌های ارائه شده، لازم است در مراکز بهداشتی درمانی برای دانش آموزان کارورزی در نظر گرفته و در ارزشیابی پایانی ۴۰٪ نمره را به کارورزی در مراکز بهداشتی درمانی، اختصاص دهند. ارزشیابی این درس بر اساس ۱۲ نمره نظری و ۸ نمره عملی می‌باشد.

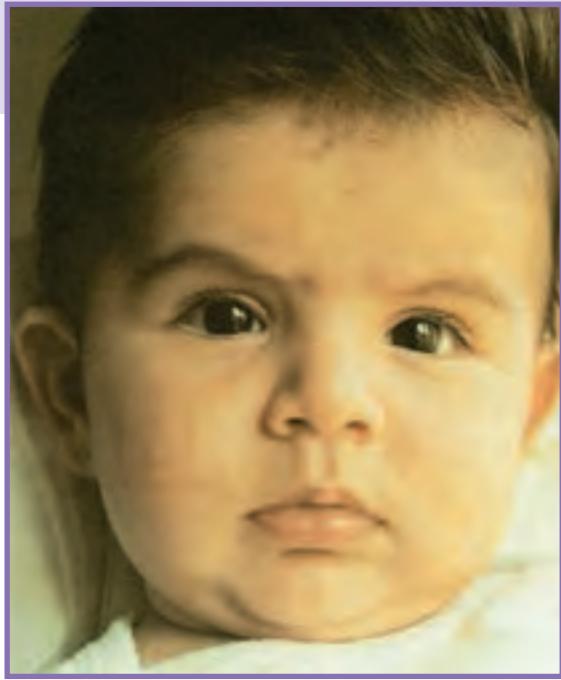
دبیران محترم توجه داشته باشند که روش‌های ارائه شده در مبحث کار عملی پیشنهادی است و آنان در هر مورد با توجه به شرایط زمانی و مکانی خاص می‌توانند از ابتکارات سازنده خویش سود جویند.

در خاتمه لازم می‌دانیم از زحمات آقای دکتر حامد قضاوی که در بهروزرسانی کتاب ما را باری نموده اند تشکر و قدردانی نماییم.

مؤلفان

هدف کلی

آشنایی با اصول و مفاهیم بهداشت مادر و کودک



نگاه نگران یک کودک معصوم، سخت تکان دهنده است. امتداد خط این نگاه نگران، به آینده ختم می شود. هیچ انسانی از کنار این نگاه نگران نمی تواند بی تفاوت بگذرد. هیچ انسان مسئولی نمی تواند و نباید بی تفاوت، ساكت و بی تکاپو باشد. بسیاری از کسانی را که به ما نیازمندند، می توان منتظر گذاشت؛ اما کودک را نمی توان.

همین حالا، زمانی است که

استخوان‌های او درحال شکل گرفتن،
خون او درحال ساخته شدن
و حواس او درحال تکمیل شدن است.

به او نمی توانیم بگوییم «فردا»
«نام او امروز است»

۱

بخش

بهداشت مادران

فصل

آشنایی با ساختمان دستگاه تناسلی و کار دستگاه تولید مثل در زن

هدفهای رفتاری: در پایان این فصل، فرآگیر باید بتواند :

- ۱- اجزای مختلف دستگاه تناسلی زن را نام ببرد.
- ۲- ساختمان هر یک از اجزای تناسلی زن را توضیح دهد.
- ۳- فیزیولوژی دستگاه تولیدمثل را شرح دهد.
- ۴- مکانیسم هایی را که به عادت ماهانه منجر می شوند بیان کند.

مقدمه

برای درک و شناخت مشکلات بهداشتی مادران، ابتدا باید روندهای طبیعی و فیزیولوژیک را در وجود آنان مورد شناسایی قرار دهیم. آگاهی از آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تولید مثل، این امکان را فراهم می کند که با آگاهی بیشتری با مسایل و مشکلات مربوط به آن روپردازیم. در این فصل سعی شده است که حتی امکان به مسایلی که در عمل جنبه کاربردی داشته باشند اشاره شود.

دستگاه تناسلي زن به دو قسمت خارجي و داخلی تقسيم می شود :

۱- اندام تناسلي خارجي زن، عبارت اند از : لب های بزرگ، لب های کوچک، کلیتوریس، دهلیز و دهانه خارجي پیشابر، غدد فرجي - مهبلی، پرده بکارت و شکاف ادراري تناسلي. مجموع اندام تناسلي خارجي را فرج یا شرمگاه می نامند.

۲- اندام تناسلي داخلی، شامل : مهبل، رحم، لوله های رحم و تخدمان ها می باشد. در اینجا تنها به شرح دستگاه تناسلي داخلی که شناخت نسبت به اعمال آن، از نظر آشنایی با بارداری و مراقبت مربوط ضروري است، می بردازیم.

دستگاه تناسلی داخلی

این قسمت از دستگاه تناسلي، توسط پرده بکارت از دستگاه تناسلی خارجي جدا می شود.

مهبل: مهبل مجرای عضلانی باریکی به طول $10 - 8$ سانتی متر و قطر 4 سانتی متر است که از لایه مخاطی چین داري از نوع ابی تلیوم سنگفرشی پوشیده شده است و داراي عروق و اعصاب فراوان می باشد. دیواره مهبل مانند آستین گردن رحم را دربرمی گيرد. بافت های مهبل در حالت عادي داراي ترشح کمي هستند که دیواره مهبل را مرتقب نگه می دارد ولی در اثر اختلالات موضعی یا عمومی، ترشحات آن زياد می شوند که در اين حالت «لوکوره» نامیده می شوند.

رحم: اندامی است عضلانی به شکل گلابی وارونه که در داخل حفره لگن جای گرفته است.

طول رحم (در زنان غیرباردار) حدود $7 - 8$ سانتی متر، عرض آن $5 - 4$ سانتی متر و ضخامت آن $2 - 4$ سانتی متر و وزن آن حدود $70 - 50$ گرم است. رحم داراي سه قسمت است: جسم رحم، تنگه (ایسم) و گردن رحم. گردن رحم که پايان ترين قسمت رحم است، عضوي مخروطي و نيمه سفت به طول $2 - 4$ سانتی متر است. حدود نصف طول گردن رحم در مهبل جای دارد و داراي سوراخ کوچکی است که رحم را به داخل مهبل مربوط می سازد. رحم در جلو با مثانه و در پشت با انتهای روده بزرگ مجاور است. انتهای رحم به طرف بالاست از دو طرف لوله های رحمی به آن متصل می شوند. رحم، از سه لایه تشکيل شده است: لایه خارجي؛ که از جنس پرده صفاق است. لایه ميانی؛ که از بافت عضلانی است و در دوران بارداري که حجم رحم زياد می شود به طور قابل ملاحظه ای رشد و افزایش می يابد و پس از زایمان دوباره منقبض شده، به حال اول بر می گردد. لایه داخلی؛ که مخاطی است و آندومتر نامیده می شود، از بافت همبند با غدد لوله ای شکل طويل تشکيل یافته است. اين غدد از ابی تلیوم ستونی شکل مفروش شده اند و داراي ترشحات مخاطی هستند. اين لایه در جايگزيني چين داراي اهميت است که بعداً توضيح داده خواهد شد.

لوله های رحمی: لوله های رحمی در طرفین و بالای رحم قرار دارند. طول اين لوله ها حدود 12 سانتی متر است. سر لوله ها به رحم اتصال دارد، انتهای آزاد لوله ها مانند شپبور، باز و به رشته های بسياری تقسيم می شود. يكی از رشته ها که به تخدمان متصل است، تحمل رسيده را که از تخدمان خارج شده به طرف لوله رحم می کشاند.

لوله رحم محل عبور تحمل رسيده (اول) و بخورد آن با سلول جنسی مرد (اسپرماتوزوئيد) است.

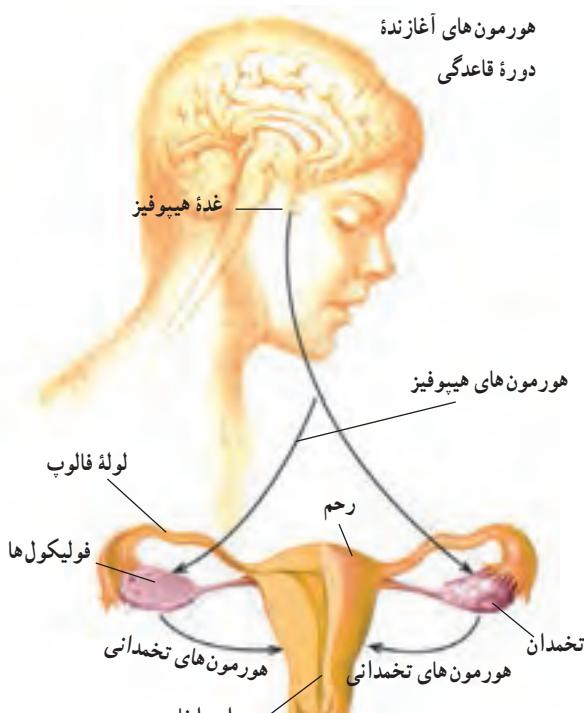
تخدمان ها: تخدمان ها، دو عضو بادامي شکل به طول تقربي 4 و عرض 2 سانتی متر هستند که

در طرفين رحم جای دارند.

تخدمان‌ها علاوه بر تولید تخمک و فرستادن آن به داخل لوله‌های رحمی، سه نوع هورمون را نیز به داخل خون ترشح می‌کنند به نام‌های استروژن و پروژسترون و تستوسترون که فقط دو هورمون استروژن و پروژسترون، باعث عمل تخمک‌گذاری و آماده شدن رحم برای جایگزینی جنین می‌شود و هورمون تستوسترون در این میان نقشی ندارد.

فیزیولوژی تولید مثل زن

پس از بلوغ، تحت تأثیر مکانیسم‌های مغزی—که اصطلاحاً ساعت‌های بیولوژیک نامیده می‌شوند—هورمون‌هایی از هیپوتالاموس تراوش می‌کنند. این هورمون‌ها بر غده هیپوفیز اثر کرده سبب آزاد شدن هورمون‌های^۱ FSH و^۲ LH از این غده می‌گردند. FSH و LH نیز روی تخدمان اثر گذاشته، اولاً سبب آزاد شدن هورمون‌های تخدمان یعنی استروژن و پروژسترون، در ثانی باعث آزاد شدن تخمک می‌گردند.



شکل ۱-۱- چرخه فیزیولوژیک دستگاه تولید مثل

هورمون‌های تخدمان نیز به نوبه خود با تأثیر بر جدار داخلی رحم (آندومنتر)^۳ آن را برای ورود و جایگزینی جنین آماده می‌سازند. اگر لقاح صورت نگیرد تخمک بدون جایگزینی دفع می‌شود و تخریب آندومتر آغاز می‌گردد. از آنجا که در بافت این جدار، مقدار زیادی رگ‌های خونی وجود دارد، هنگام تخریب و ریزش آن، مقداری خون نیز همراه بافت‌های خراب شده از بدن دفع می‌شود. این پدیده که تقریباً هر ۲۸ روز یک بار اتفاق می‌افتد «عادت ماهانه» نامیده می‌شود و مهمترین شاخص کار دستگاه تناسلی در زنان است (شکل ۱-۱).

۱_(FSH) Folicular Stimulating Hormon

هورمون تحریک‌کننده فولیکول

۲_(LH) Leutemizing Hormon

هورمون تحریک‌کننده جسم زرد

۳_Endometrium

راهنمای کار عملی

برای کار عملی این فصل از مولاز و فیلم استفاده می شود. مولاز باید شامل قطعات جداسونده باشد و مرتبی ضمن توضیح مختصر هر عضو، محل قرار گرفتن در بدن را به هنرجویان نشان دهد و آنان با مولاز تمرین کنند.

برای نشان دادن فیزیولوژی دستگاه تولید مثل در زن بهتر است از فیلم های استفاده شود که به صورت انیمیشن باشند و توضیحات روی فیلم ساده و بدون به کار بردن عبارات تخصصی باشد.

آزمایشگاه محل کار عملی برای این فصل و همچنین محل مناسب برای نمایش فیلم است.



آزمون نظری

- ۱- اجزای مختلف دستگاه تناسلی داخلی زن را نام ببرید.
- ۲- اندام های مجاور رحم را نام ببرید.
- ۳- عمل لایه داخلی رحم را توضیح دهید.
- ۴- اعمال تخمدان ها را توضیح دهید.
- ۵- هورمون های تخمدان را نام ببرید.
- ۶- فیزیولوژی عادت ماهانه را به اختصار شرح دهید.



فصل

بهداشت دوران بلوغ

هدف‌های رفتاری: در پایان این فصل، فرآگیر باید بتواند :

- ۱- بلوغ را تعریف کند.
- ۲- نشانه‌های بلوغ را شرح دهد.
- ۳- ویژگی‌های عادت ماهانه را توضیح دهد.
- ۴- دیسمبره را توضیح دهد.
- ۵- دگرگونی‌های طبیعی بلوغ جنسی را بیان کند.
- ۶- بهداشت دوران قاعدگی را بیان کند.
- ۷- یائسگی را توضیح دهد.
- ۸- نیازهای تغذیه‌ای دوران بلوغ را شرح دهد.
- ۹- اهمیت بهداشت روانی بلوغ را توضیح دهد.

تعريف و علایم بلوغ^۱

دوران بلوغ، به دوران گذر از مرحله کودکی و رسیدن به مرحله جوانی دلالت می‌کند، در حالی که بلوغ جنسی نماینده تغییرات بیولوژیکی است که موجب توانایی تولید مثل می‌گردد. مدت کوتاهی پس از تجمع چربی و عریض شدن لگن استخوانی، اولین نشانه‌های بلوغ یعنی جوانه زدن پستان‌ها و ظاهر شدن موهای زهار آشکار می‌شوند. به همراه این تغییرات، دختران متوجه افزایش رشد سریع در قد خود می‌گردند. مدتی پس از آن، عادت ماهانه یا قاعدگی شروع می‌شود که مهم‌ترین علامت بلوغ در نزد دختران است.

۱- منظور از این بلوغ، بلوغ طبیعی می‌باشد. برای فهم و درک بلوغ شرعی و علایم آن به رساله‌های عملیه مراجعه شود.

ویژگی‌های عادت ماهانه

– سن شروع قاعده‌گی: اولین دوره قاعده‌گی، معمولاً در سن ۱۲ سالگی اتفاق می‌افتد، ولی قاعده‌گی ممکن است در سن ۱۰ سالگی نیز حادث شود یا تا سن ۱۶ سالگی به تأخیر بیفتد. بدون آنکه غیرطبیعی تلقی شود. عوامل متعددی در این امر دخیل اند که مهم‌ترین آنها عبارت اند از: خصوصیات ارثی، نژاد، وضعیت عمومی و سلامت فرد، تغذیه و بزرگی اندام هر دختر.

اگر قاعده‌گی پیش از ۱۰ سالگی شروع شود، «قاعده‌گی زودرس» نام دارد و اگر تا بعد از ۱۶ سالگی به تأخیر افتد، «قاعده‌گی دیررس» یا «آمنوره اولیه» نامیده می‌شود.

– تناوب قاعده‌گی: فاصله بین دو قاعده‌گی، به طور متوسط ۲۸ روز است، اما این زمان در اشخاص مختلف متفاوت است و بین ۲۱–۳۵ روز متغیر می‌باشد. حتی در یک فرد نیز ممکن است فاصله یک قاعده‌گی با قاعده‌گی بعدی اندکی تفاوت داشته باشد که طبیعی تلقی می‌شود. با این حال دوره‌های کمتر از ۲۱ روز یا بیش از ۳۵ روز غیرطبیعی است و نشانه وجود اختلال در تخمک گذاری می‌باشد.

– طول مدت خونریزی: طول مدت خونریزی، در اشخاص مختلف متفاوت است ولی به طور متوسط ۳–۷ روز می‌باشد. دوره‌های کوتاه‌تر یا بلندتر از این مدت غیرطبیعی تلقی می‌شود.

– مشخصات خونریزی: ترشحات قاعده‌گی شامل خون، ترشحات مخاطی، ذرات کنده شده از آندومتر می‌باشد. رنگ آن معمولاً قرمز تیره و بوی مشخص کپک می‌دهد. از خصوصیات خون قاعده‌گی آن است که تحت شرایط طبیعی لخته نمی‌شود.

– شکایات همراه قاعده‌گی: از چند روز قبل از قاعده‌گی، اکثر زنان علایمی نظیر افزایش وزن، احساس سنگینی و ناراحتی پستان‌ها، سنگینی پاها و تحریک پذیری یا افسردگی را تجربه می‌کنند. در هنگام خونریزی نیز ناراحتی‌هایی نظیر سنگینی در ناحیه لگنی، کمردرد خفیف و گرفتگی عضلات به وجود می‌آید. چنان‌که درد شدّت یابد، می‌گویند فرد گرفتار دیسمنوره^۱ شده است.

دیسمنوره (قاعده‌گی دردناک)

دیسمنوره، قاعده‌گی دردناکی است که به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم می‌شود: دیسمنوره اولیه معمولاً در چند سال اول شروع قاعده‌گی بروز می‌کند و عارضه شایعی است که تقریباً در ۳۰٪ تمام دختران نوجوان دیده می‌شود.

۱- قاعده‌گی در اسلام احکام ویژه‌ای دارد. برای آشنایی به وظائف به رساله‌های عملیه مراجعه نمایید.

علايم اين عارضه، شامل کرامپ‌های^۱ خفيفی است که ممکن است ۱۲–۲۴ ساعت پيش از شروع خونریزی ايجاد شود، با خونریزی شدّت بيشتری يابد و ۱۲–۲۴ ساعت ديگر نيز ادامه داشته باشد. درد، به شکل کرامپ در قسمت پاين و سطح شکم ايجاد می‌شود که ممکن است به قسمت تحتاني پشت و بالاي ران‌ها انتشار پيدا کند و در مواردي نيز بالرزا، تهوع، استفراغ، سردرد، تحريك پذيری همراه است. در ديسمنوره اوليه، عموماً علت مرضي خاصی يافت نمي‌شود و به نظر مى‌رسد عوامل روانی مثل اضطراب، تنش‌های عصبي و حالات وابستگی فردی در اين امر دخيل باشند.

در ديسمنوره ثانويه، فرد در سال‌های ابتدائي قاعده‌گي مشکلي ندارد و پس از چند سال که فرد قاعده‌گي طبيعی داشته دچار قاعده‌گي دردناک می‌شود.

ديسمنوره ثانويه، عللي مانند بيماري‌های التهابي لگن، تومورها يا بيماري‌های ديگر دارد و به علاوه در ديسمنوره ثانويه عموماً سن بيمار بالاست و درد به زمان قاعده‌گي و روز اول قاعده‌گي محدود نمي‌شود. **مراقبت‌های لازم در مورد فرد مبتلا به ديسمنوره (اوليه):** درک صحیح از فيزيولوژي و روند قاعده‌گي و برطرف کردن نگرانی‌های فرد مبتلا در اين مورد تا حد زيادي می‌تواند به برطرف شدن اين عارضه کمک کند. در اين موارد، يابد به فرد تذکر داده شود که قاعده‌گي، بخشی از روند رشد و تکامل فرد است و يابد طبيعی تلقی شود.

برای تسکين درد، فرد نباید فعالیت‌های عادي خود را متوقف کند زира مشغله ذهنی و ورزش بدني، زمينه فيزيولوژيک عصبي را برای تسکين درد فراهم می‌کند. در صورت لزوم داروهای مسكن توسط پزشك تجويز می‌گردد که لازم است قبل از شروع کرامپ‌ها و زمان احتمالي دردها استفاده شوند. با گذشت زمان و بعد از ازدواج در صورت حاملگي و زایمان امکان دارد دردهای قاعده‌گي برطرف شود. در مورد ديسمنوره ثانويه لازم است علت زمينه‌اي که سبب عارضه شده است برطرف گردد.

دگرگونی‌های طبيعی بلوغ جنسی

در دختران طبيعی يك پستان ممکن است قدری سريع تر از پستان ديگر رشد کند که عموماً منجر به عدم تقارن خفيفی در اندازه پستان‌ها می‌شود. در اين صورت يابد به فرد اطمینان داد که با پيشرفت بلوغ، اين عدم تقارن خفيف‌تر خواهد شد. اغلب قاعده‌گي‌هایي که طی سال اول پس از شروع قاعده‌گي رخ می‌دهد نامنظم است. در اين مدت، فواصل بين دو قاعده‌گي و نيز مدت و ميزان خونریزی متغير است و با پيشرفت بلوغ اين مشکل نيز بتدریج حل خواهد شد.

۱- گرفتگی عضلانی (Cramps)

بهداشت دوران قاعدگی

در این دوران، رعایت بهداشت فردی بی نهایت مهم است زیرا در سلامت زن تأثیر بسزایی دارد. خون، به مرور زمان متعفن می شود، لذا رعایت نظافت و استحمام و تعویض نوار بهداشتی ضروری است. شستشوی بدن (دوش گرفتن) در دوران قاعدگی امری است لازم و برخلاف اعتقاد عوام که حمام کردن و شستشو در این دوران را خطرناک می دانند نه تنها ضرری ندارد بلکه برای ازین بردن آلوگی بسیار مؤثر است، باید توجه داشت که در این ایام، استفاده از وان حمام صحیح نیست.

هیچ نوع رژیم غذایی خاصی در این دوره توصیه نمی شود جز اینکه مانند همیشه مواد غذایی باید دارای مقدار کافی پروتئین، مواد قندی، چربی، املاح معدنی و ویتامین ها باشد.

در این دوران، استراحت مطلق ضروری نیست و فرد می تواند به فعالیت های روزانه و اجتماعی خود ادامه دهد و حتی به ورزش های سبک پردازد.

در صورت وجود بوی غیرعادی یا ترشحات غیرمعمول، فرد باید توسط پزشک مورد معاینه قرار گیرد تا وجود یا عدم وجود عفونت مشخص گردد.

یائسگی

معمولًا در زن های سالم، عادت ماهانه بین ۴۵ تا ۵۰ سالگی متوقف می شود که این پدیده را «یائسگی» می نامند. علت این امر، از کار افتادن تخدمان هاست که در اثر پیری زودرس این غده، نسبت به سایر نقاط بدن پیش می آید. دوره باروری زنان از ۱۵ تا ۴۵ سالگی و حدود ۳۰ سال است. در دوران یائسگی بعضی از زنان ممکن است به علت کاهش هورمون های زنانه دچار عوارض جسمی و روانی شوند. این عوارض عبارت اند از: احساس داغ شدن ناگهانی، گرگften، کم حوصلگی، کم خوابی و دردهای عضلانی و استخوانی و پوکی استخوان. زایمان های متعدد و پیش سر هم سبب تشدید علایم در دوران یائسگی می گردد. ابتدا به کار بردن این داروها و هورمون های جدید سبب به عقب انداختن و تخفیف علایم یائسگی می گردد. البته به دستور پزشک بوده و باید از مصرف بی رویه آن خودداری شود. تغذیه بد، کار زیاد و پرمشقت، فشار زندگی و رنج روحی به طور چشمگیری از طول این مدت می کاهد. این چنین زنای دیرتر بالغ و زودتر یائسه می شوند.

تغذیه و نیازهای تغذیه ای دوران بلوغ

نوجوانان به علت رشد سریع بدن و تغییر و تحولات شخصیتی ناشی از بلوغ، از نظر تغذیه ای

آسیب‌پذیر و در معرض خطر تلقی می‌شوند. میزان نیاز به انرژی و مواد مغذی در این دوران افزایش می‌یابد به ویژه نیاز به پروتئین، آهن، کلسیم، روی و ویتامین‌هایی مانند ویتامین A، C، B، اسید فولیک و ویتامین B₁₂ بیشتر می‌شود.

از سوی دیگر، تغییرات و تحولات شخصیتی دوران نوجوانی موجب تغییرات محسوس در رفتارها و عادات غذایی آنان می‌شود. افزایش فعالیت‌های اجتماعی و گذراندن بخش عمده‌ای از ساعت‌های روز در مدرسه و خارج از منزل، بر شدت این تغییرات الگوی غذایی نوجوان می‌افزاید. دیده شده است که بخش عمده‌ای از غذاهای نوجوانان کشورهای مختلف را میان وعده‌ها تشکیل می‌دهند که بیشتر به صورت غذاهای آماده و تنقلات مصرف می‌شود. لذا توجه به برنامه غذایی نوجوانان و ارائه الگوها و راهنمایی‌های صحیح و هدایت آنها در این دوران نقش مهمی در تصحیح الگوی مصرف غذایی و سلامتی آنان در سنین بعد خواهد داشت.

توجه: چون در دوران بلوغ، دختران به علت قاعدگی، هر ماhe مقداری خون از دست می‌دهند و از طرفی، بدن برای ساختن گلبول‌های قرمز نیازمند به آهن است، اگر رژیم غذایی فرد، مقدار آهن لازم را فراهم نسازد، بتدریج وی مبتلا به کم‌خونی خواهد شد. این نوع کم‌خونی را اصطلاحاً «کم‌خونی فقر آهن» می‌نامند.

علایم این بیماری، عبارت‌اند از: رنگ پریدگی، خستگی، ضعف، بی‌حوالگی، تپش قلب، میل به خوردن چیزهای غیرمعمول (پیکا) و در مواردی اشکال در بلع، تورم زبان و قاشقی شکل شدن ناخن‌ها.

بنابراین لازم است دختران در سنین بلوغ، از غذاهای آهن دار به مقدار بیشتری استفاده نمایند. مواد غذایی نظری: گوشت قرمز، جگر، تخم مرغ، شیر، حبوبات، برگه زردالو، کشمش، انجد، خشک و گردو دارای ذخیره آهن خوبی هستند. گاه لازم است که آهن از دست رفته را با فرصه‌های خوراکی آهن، جبران کرد که باید توسط پزشک تجویز شود.

بهداشت روانی بلوغ

دگرگونی‌های ناشی از بلوغ در دخترها به سرعت ظهرور می‌کند، از این رو پدر و مادر باید حالات فرزند خود را زیر نظر داشته باشند و در زمان مناسب از ارائه آموزش‌های لازم به او دریغ نورزند. در این میان نقش مریبان بهداشت اهمیت ویژه‌ای دارد.

تذکر این نکته که دوران بلوغ و تغییرات همراه آن جزئی از روند رشد و تکامل می‌باشند ضروری است تا وی بتواند به ترتیج تصویر درستی از خویش به عنوان یک انسان کامل به دست آورد. در این دوران فرد باید از حمایت روحی و روانی کافی برخوردار باشد تا بتواند این مرحله از زندگی را با موفقیّت پشت سر بگذارد.

راهنمای کار عملی

کار عملی در این فصل با استفاده از فیلم‌های مناسب ارائه می‌شود.

آزمون نظری



- ۱- دوران بلوغ را تعریف کنید.
- ۲- علایم بلوغ جنسی در دختران را نام ببرید.
- ۳- سن شروع عادت ماهانه را توضیح دهید.
- ۴- عوامل مؤثر در شروع قاعدگی را نام ببرید.
- ۵- قاعدگی زودرس و دیررس را توضیح دهید.
- ۶- تناوب قاعدگی را توضیح دهید.
- ۷- مشخصات خونریزی قاعدگی را توضیح دهید.
- ۸- دیسمنوره را توضیح دهید.
- ۹- عوامل مؤثر در دیسمنوره اولیه را نام ببرید.
- ۱۰- عوامل مؤثر در دیسمنوره ثانویه را نام ببرید.
- ۱۱- علت یائسگی را توضیح دهید.
- ۱۲- عوامل مؤثر بر یائسگی را توضیح دهید.
- ۱۳- علت به وجود آمدن کم خونی فقر آهن را در دوران بلوغ توضیح دهید.
- ۱۴- علایم کم خونی فقر آهن در دوران بلوغ را نام ببرید.
- ۱۵- مواد غذایی مناسب برای دوران بلوغ دختران را نام ببرید.

۳

فصل

بهداشت قبل از ازدواج

هدف‌های رفتاری: در پایان این فصل، فرآگیر باید بتواند :

- ۱- اهمیت بهداشت قبل از ازدواج را توضیح دهد.
- ۲- ضرورت مشاوره ژنتیک قبل از ازدواج را شرح دهد.
- ۳- آزمایش‌های ضروری قبل از ازدواج را توضیح دهد.

اهمیت ازدواج

ازدواج سنت پسندیده‌ای است که در شرع مقدس اسلام راجع به آن سفارش‌های بسیاری شده است. بقا و تداوم نسل بشر در گرو این سنت است. گذشته از سفارش‌هایی که در مورد هم‌کفو^۱ بودن دختر و پسر و همسانی فرهنگی و اجتماعی زوجین شده است، توجه و رعایت نکات بهداشتی و اخلاقی موجب تضمین سلامتی فرزندان و استحکام و سعادت خانواده خواهد بود.

– نکته‌ای که امروزه همه علمای بهداشت و طب بر آن اتفاق نظر دارند پرهیز از ازدواج فامیلی است. ثابت شده است که ازدواج‌های فامیلی می‌تواند احتمال بروز بیماری‌های ارثی و نهفته را در فرزندان والدینی که دارای زن مغلوب آن بیماری هستند، افزایش دهد.

احتمال ابتلا به بیماری‌هایی نظیر تالاسمی ماذور و کم خونی داسی شکل در ازدواج‌های غیرفامیلی هم وجود دارد اما ازدواج‌های فامیلی میزان این احتمال را افزایش می‌دهد. لذا در صورتی که امکانات و مراکز تشخیصی و آزمایشگاهی برای شناخت افراد ناقل بیماری‌های نهفته ارثی وجود داشته باشد زوجین قبل از ازدواج باید به این مراکز مراجعه نموده تا مورد آزمایش‌های لازم قرار گیرند. بیماری‌های ارثی می‌توانند مشکلات دیر پا و پرhzینه‌ای را برای فرد و خانواده به وجود آورند.

۱- هم‌شأن از نظر مذهبی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و ...

مشاورهٔ ژنتیک

مشاورهٔ ژنتیک روندی است که طی آن آموزش‌هایی راجع به موقعیت‌های موروثی و بیماری‌هایی که ممکن است بر فرزندان آینده اثر بگذارد به خانواده داده می‌شود.

– لازم است هر زوج قبل از آنکه تصمیم قطعی به ازدواج بگیرند، مشاورهٔ ژنتیک انجام دهند. این امر به آنها امکان خواهد داد تا در صورتی که این ازدواج باعث متولد شدن کودک بیماری می‌شود از آن صرف نظر کرده و از احساس گناهی که یک عمر دامنگیر آنها خواهد شد رهایی یابند.

– ضروری است هر زوج قبل از اسلامت جسمی خویش اطمینان حاصل کند. این امر با انجام چند آزمایش مبیّن شده است که مهم‌ترین آنها عبارت اند از: آزمایش خون از نظر گروه خونی و عدم وجود کم خونی و آزمایش عدم ابتلا به بیماری‌های مقاربی و نیز عدم اعتیاد. به علت خسارات هنگفتی که بیماری تالاسمی مازور به خانواده‌ها و جامعه وارد می‌کند و نیز عوارض روانی و اجتماعی ناشی از ابتلاء فرزندان به یک بیماری مزمن و تقریباً لاعلاج سبب شده است که تشخیص زن بیماری تالاسمی در زوجین قبل از ازدواج به‌طور اجباری از سال ۱۳۷۸ در کشور انجام شود.

لازم است همهٔ دختران قبل از ازدواج بر علیه بیماری کراز ایمن شده باشند. این امر، با واکسیناسیون کراز حاصل می‌شود.

– اما به‌طوری که آمار نشان می‌دهد تنها انجام آزمایش و اطلاع یافتن زوجین از وجود زن بیماری در خود، سبب انصراف آنها از ازدواج نمی‌گردد. مسائل مهمی مانند: محدودرات اخلاقی، فرهنگی، تعصبات قومی و طایفه‌ای سبب می‌شود که زوجین با وجود اطلاع از عوارض ازدواج و تولد فرزندان بیمار حاضر به انصراف از ازدواج نمی‌شوند.

به نظر می‌رسد انجام اقدامات فرهنگی و ایجاد آمادگی ذهنی طولانی مدت برای افراد جامعه برای ایجاد انصراف ازدواج‌های پرخطر بهداشتی کارسازتر باشد. امروزه مرکز بهداشتی – درمانی کشور این امکان را فراهم کرده‌اند که زوج‌های در شرف ازدواج، مسائل اساسی زناشویی خود را با حضور در کلاس‌های آموزشی، بیاموزند. باید زوج‌های جوان را تشویق کرد تا با شرکت در این کلاس‌ها، با آگاهی بیشتری زندگی مشترک خویش را آغاز کنند.

راهنمای کار عملی

کار عملی این فصل در مراکز بهداشتی – درمانی انجام می شود که در آنها کلاس های آموزشی برای زوج های در حال ازدواج دایر می شود. هنرجویان می توانند ضمن بازدید از این کلاس ها در جریان مسائلی که به زوج های جوان آموزش داده می شود، قرار گیرند.

هنرجویان ضمن هماهنگی با کارдан بهداشت خانواده در مرکز بهداشتی – درمانی، نحوه انجام واکسیناسیون کزان دختران قبل از ازدواج و نیز آزمایش هایی را که برای زوجین داده می شود، مشاهده خواهند کرد.

در مراکزی که مشاوره ژنتیک انجام می شود در جریان مصاحبه با زوجی که برای مشاوره مراجعه کرده است یک یا دو هنرجو می توانند حضور داشته باشند و در پایان، سوال های خود را در این زمینه با مسئول قسمت، مطرح نمایند.

تحقیق عملی : از هنرجویان خواسته شود یک نمونه از ازدواج های فامیلی را که منجر به تولد کودکی با بیماری ژنتیکی یا فامیلی در اقوام یا همسایگان آنها شده است، در کلاس بیان نمایند.

آزمون نظری

- ۱- دلیل پیشگیری از ازدواج فامیلی را توضیح دهد.
- ۲- مشاوره ژنتیک را تعریف کنید.
- ۳- فواید مشاوره ژنتیکی را توضیح دهد.
- ۴- واکسن ضروری قبل از ازدواج را نام ببرید.

۴

فصل

بهداشت دوران بارداری

هدف‌های رفتاری: در پایان این فصل، فرآگیر باید بتواند :

- ۱- بارداری را تعریف کند.
- ۲- علایم بارداری را توضیح دهد.
- ۳- تغییرات طبیعی بدن را در دوران بارداری شرح دهد.
- ۴- تاریخ احتمالی زایمان را با استفاده از تاریخ آخرین قاعدگی محاسبه کند.
- ۵- علایم غیرطبیعی دوران بارداری را شرح دهد.
- ۶- اهمیت بهداشت دوران بارداری را توضیح دهد.
- ۷- اهداف مراقبت‌های دوران بارداری را بیان کند.
- ۸- نکات مهم بهداشتی دوران بارداری را توضیح دهد.
- ۹- نیازهای تقدیه‌ای زن باردار را شرح دهد.
- ۱۰- منابع مواد غذایی دوران بارداری را توضیح دهد.
- ۱۱- نحوه مراجعات زن باردار را به پزشک توضیح دهد.
- ۱۲- اهمیت بهداشت روانی را در دوران بارداری شرح دهد.

تعريف بارداری

ترکیب سلول جنسی مرد^۱ با سلول جنسی زن^۲ و تشکیل تخم و جایگزین شدن تخم در داخل رحم را «آستنی» یا «بارداری» می‌نامند.

۱—Spermatozoid

۲—Ovum

عاليٰم حاملگی

برای تشخیص حاملگی سه دسته از علایم درنظر گرفته شده است.

- ## ١) عالیم قطعی ٢) عالیم احتمالی ٣) عالیم مشکوک

۱- علایم قطعی حاملگی: علایم قطعی حاملگی آنهایی هستند که مشاهده آنها دلیل حاملگی صد درصد یک زن است. این علایم عبارت اند از :

الف - شنیده شدن صدای قلب جنین (این کار توسط پزشک یا فرد دوره دیده انجام می‌شود.)

ب - حس کردن حرکات جنین (این کار نیز، توسط پزشک یا فرد دوره دیده - نه اظهار مادر - صورت می بذرد.)

ج - اثبات حاملگی با روش های تشخیص مطمئن نظری سونوگرافی

۲- علایم احتمالی حاملگی: علایمی هستند که در صورت مشاهده آنها در فرد، باید به حاملگی

وی فکر کرد. این علایم عبارت اند از:

الف) بزرگ شدن شکم

ب) تغییر در اندازه و قوام رحم و دهانه رحم: که توسط پزشک معاینه کننده تشخیص داده می‌شود.

ج) علایم آزمایشگاهی: در بعضی از موارد به سبب عدم حساسیت و ویرگی کامل تست

آزمایشگاهی، ممکن است وضعیت خانم غیرباردار توسط آزمایشگاه از نظر حاملگی مثبت گزارش شود یا آزمایش خانم بارداری به علت اشتباه احتمالی آزمایشگاه در جواب آزمایش به صورت غیرواقعی و غلط منفی گزارش گردد و به همین علت عالیم آزمایشگاهی جزء عالیم احتمالی محسوب می‌شوند.

عبارت‌اند از:

الف) قطع قاعده‌گي: اولين علامت حاملگي قطع عادت ماهانه است ولی به صرف بروز اين امر نمي‌توان مطمئن بود که زن حامله است. جون ممکن است اين مسئله علل ديگري داشته باشد.

ب) بزرگ شدن پستان‌ها: در زن حامله پستان‌ها شروع به بزرگ شدن می‌کند یا ممکن است سوزش یا ناراحتی در پستان‌ها احساس شود. این حالات قبل از وقوع قاعده‌گی نیز ممکن است برای فرد اتفاق بفتد.

ج) تهوع و استفراغ صبحگاهی (ویار حاملگی): زن حامله بخصوص در هفته‌های اول حاملگی،

بعد از بیدار شدن از خواب احساس دل به هم خوردگی می کند. این حالت به تدریج با پیشرفت حاملگی مرتفع می گردد.

۵) احساس حرکت جنین از جانب مادر: مادران معمولاً از حدود هفته بیستم حاملگی می توانند حرکات جنین را احساس کنند.

۶) نقاب یا ماسک حاملگی: در برخی از زن های باردار لکه هایی با حدود غیر منظم، به رنگ قهوه ای و اندازه های مختلف در ناحیه صورت و گردن ظاهر می شود که به آن «نقاب حاملگی» می گویند، این لکه ها خوشبختانه بعد از زایمان محو می گردند.

۷) ترک های آبستنی: عبارت اند از خطوط بلند و کوتاه قرمزرنگ که در ناحیه پوست شکم و گاهی پوست ران ها و پستان ها به وجود می آید و اغلب با خارش همراه است. این ترک ها در نیمی از زنان حامله دیده می شود، که بعدها به رنگ سفید نقره ای درمی آیند.



شکل ۱-۴- حاملگی - هفته چهاردهم



شکل ۲-۴—بیست و چهارمین هفتة حاملگی



شکل ۳-۴—جنین رسیده

تغییرات طبیعی بدن در دوران بارداری

علاوه بر تغییرات مذکور که اختصاصاً در تشخیص حاملگی مورد استفاده قرار می‌گیرند دگرگونی‌های زیر نیز در دوران بارداری دیده می‌شود که در مراقبت از زنان باردار باید به آنها توجه نمود و در موارد ضروری به پزشک ارجاع شوند.

ترش کردن یا سوزش معده: این وضعیت، با احساس سوزش در بالای شکم که دراثر اختلال دستگاه گوارش و برگشت اسید معده به لوله مری به وجود می‌آید، همراه است. در این موارد باید از پرخوری، تن خوردن غذا و مصرف غذاهای دیرهضم خودداری کرد.

نفخ: اتساع معده و روده‌ها و در نتیجه بزرگ شدن شکم را دراثر جمع شدن گاز «نفخ» می‌گویند. از دلایل این امر، فشار رحم بر روده‌هاست. در این مورد زن باردار باید از خوردن غذاهایی که سبب نفخ می‌شود (مثل حبوبات، پیاز، سیر، کلم و ...) خودداری کند.

بیوست: بسیاری از زن‌هایی که در حالت عادی، اجابت مزاج طبیعی دارند، در دوران حاملگی به علت تغییرات هورمونی و فشار رحم بر روده‌ها، دچار بیوست می‌شوند. به کار بردن دستورات زیر تا حدودی به رفع بیوست کمک می‌کند :

– نوشیدن یک لیوان آب سرد به طور ناشتا

– مصرف بیشتر مایعات در طول روز مخصوصاً در هوای گرم

– اضافه کردن روغن زیتون به غذای روزانه

– مصرف روزانه سبزیجات خام

افزایش وزن: میزان افزایش وزن مطلوب در دوران بارداری ارتباط مستقیمی با وزن پیش از بارداری زن یا به عبارتی ذخائر چربی بدن او دارد. امروزه میزان افزایش وزن مطلوب با توجه به نمایه توده بدن (B.M.I)^۱ توصیه می‌شود که در جدول ۱-۴ این میزان برای زنان با وزن‌های مختلف آورده شده است.

جدول ۱-۴- میزان افزایش وزن در طی دوران بارداری

وضعیت ذخایر چربی بدن پیش از بارداری	نمایه توده بدن	میزان توصیه شده افزایش وزن در طی دوران بارداری (کیلوگرم)
لاغر	کمتر از ۱۸/۵	۱۲/۵-۱۸
طبیعی	۱۸/۵-۲۴/۹	۱۱/۵-۱۶
اضافه وزن	۲۵-۲۹/۹	۷-۱۱/۵
چاق	بیشتر از ۳۰	کمتر یا مساوی ۷

۱- Body Mass Index (B.M.I)
$$B.M.I = \frac{\text{ وزن (کیلوگرم)}}{\text{ مترمربع (قد) }^2}$$

گرفتگی عضلات: در روزهای آخر حاملگی، گرفتگی عضلات پشت و ران‌ها شایع است. این ناراحتی در اثر بزرگ شدن رحم و به عقب برگشتن ستون فقرات کمر ایجاد می‌شود و در حالت ایستاده فشار بیشتری به عضلات پشت و ران‌ها وارد می‌آید. بهترین راه درمان، استراحت است. پوشیدن کفش پاشنه کوتاه و ماساژ عضلات در کم کردن درد و گرفتگی عضلات مؤثر است.

تنگی نفس: نیاز شدید بدن به اکسیژن و فشار رحم بر ریه‌ها و قلب، در دوران حاملگی، خصوصاً در ماه‌های آخر آن، باعث بروز «تنگی نفس» در زن حامله می‌شود که در صورت شدت بیش از حد، مراجعه به پزشک الزامی است.

بی خوابی: گرچه در اوایل حاملگی خواب آلودگی شایع تر است ولی در اواخر حاملگی بی خوابی بیشتر دیده می‌شود. حرکات جنبینی، تنگی نفس، دردهای عضلانی و فکر و خیال و نگرانی مادر برای زایمان، ممکن است دلایل این بی خوابی باشند. قدم زدن در هوای آزاد، گرفتن دوش آب گرم، نوشیدن شیر گرم قبل از خواب به برطرف کردن بی خوابی کمک می‌کند.

همورئید: به علت فشار رحم بر وریدهای لگنی و توقف خون در آنها، بخصوص در ماه‌های آخر حاملگی، وریدهای انتهای راست روده متسع شده، ممکن است از مقعد بیرون بزند که به آن همورئید (بواسیر) گفته می‌شود.

واریس: این عارضه، به علت اختلال در بازگشت خون از اندام‌های پایین به وجود می‌آید و در این حالت وریدهای پا دچار پیچ خوردگی شده، ایجاد ناراحتی می‌نماید. استراحت و قرار دادن پا در سطحی بالاتر از سطح بدن و پوشیدن جوراب‌های مخصوص، به برطرف شدن درد کمک می‌کند.

تکرر ادرار: این امر، به علت فشار رحم بر مثانه و به دلیل کم شدن حجم مثانه، ایجاد می‌شود. چنانچه تکرر ادرار با سوزش، خارش، تب یا درد همراه باشد احتمال ابتلا به عفونت مجرای ادراری وجود دارد که در این صورت، باید به پزشک مراجعه نمود.

زیاد شدن ترشحات واژن: در اوایل دوران بارداری و پس از آن، میزان ترشحات واژن افزایش می‌یابد. این ترشحات معمولاً سفید رنگ یا بی رنگ و بدون بو است. در صورتی که ترشحات زرد یا مایل به سبز باشد و ایجاد سوزش و خارش ننماید مراجعه به پزشک ضروری است.

خستگی و خواب آلودگی: معمولاً در اوایل دوران حاملگی، عده‌ای از زنان دچار حالت خستگی زیاد و خواب آلودگی می‌گردند. در این حالت، افزودن بر ساعت استراحت زنان باردار، بسیار مفید است.

افزایش بzac: درگروهی از زنان باردار ترشح بzac به مقدار زیاد ایجاد می‌شود که سبب ناراحتی آنان می‌گردد. این حالت بعد از مدتی، خود به خود بهبود می‌یابد.

علایم غیرطبیعی دوران بارداری

استفراغ شدید: چنانچه حالت ویار بسیار شدید باشد و حتی خوردن مایعات سبب استفراغ گردد، باید به پزشک مراجعه نمود. در بعضی از حالات ممکن است نیاز به استری کردن فرد در بیمارستان باشد.

لکه‌بینی: خونریزی - چه به صورت لکه، چه بیشتر از آن - در هر دوره از دوران حاملگی غیرطبیعی است و مراجعه به پزشک یا مرکز بهداشتی ضروری است.

ورم: اگر ورم در بدن، خصوصاً در صورت وپا، رو به افزایش باشد باید حتماً به پزشک مراجعه نمود. ورم ممکن است نشانه‌ای از «سمومیت حاملگی^۱» باشد.

افزایش قند خون (دیابت حاملگی): در بعضی از زنان حامله که زمینه ابتلا به دیابت در آنها وجود دارد، ممکن است قند خون افزایش یافته و سبب بروز علائم دیابت در وی گردد. این عارضه اغلب بعد از زایمان بهبود یافته و یا به ندرت باقی می‌ماند.

درد: در صورت بروز سردرد یا درد شکم بخصوص اگر مداوم یا شدید باشد، باید فوراً به پزشک مراجعه نمود.

- در موارد زیر بهتر است زن باردار هرچه سریعتر به پزشک مراجعه نماید :
- کم شدن مقدار ادرار
- بروز بیماری‌های تبدیل
- تار شدن چشم و حالات جرقه‌زدن جلوی چشم
- پاره شدن کیسه آب زودتر از موعد زایمان
- قطع شدن حرکات جنبی و متوقف شدن سیر حاملگی (عدم تغییر اندازه شکم، قطع حالات طبیعی حاملگی)
- عفونت و درد شدید دندان
- ورم یک طرفه ران یا ساق پا

۱- مسمومیت حاملگی(Eclampsia) در زنان باردار بخصوص در زایمان اوک، شایع است و حدود ۵-۸ درصد زنان حامله را مبتلا می‌کند و سبب افزایش فشارخون، ورم اندام‌ها، دفع آلبومین از ادرار و تشنج می‌شود. این عارضه از هفتنه ۲۰ حاملگی به بعد شروع شده و حتی ممکن است تا ۴۸ ساعت بعد از زایمان دیده شود.

تعیین تاریخ زایمان: از زمانی که لقاح انجام می‌گیرد، حاملگی شروع شده، تقریباً ۲۶۶ روز ادامه می‌یابد. اگر مبنا را بر تاریخ آخرین قاعده‌گی بگذاریم از اولین روز آخرین قاعده‌گی تا تولد بچه، حدود ۲۸۰ روز طول می‌کشد.

ساده‌ترین روش تعیین تاریخ زایمان این است که تاریخ اولین روز آخرین قاعده‌گی یعنی روز شروع خونریزی را در نظر گرفته، ۷ روز به آن اضافه کنیم و ۳ ماه به عقب برگردیم و یک سال اضافه نماییم. به عنوان مثال اگر اولین روز آخرین قاعده‌گی، ششم تیرماه ۹۰ باشد، تاریخ احتمالی زایمان سیزدهم فروردین ۹۱ خواهد بود.



مراقبت و بهداشت دوران بارداری

۱- اهمیت بهداشت دوران بارداری

اگرچه حاملگی امری طبیعی است، ولی چنانچه تغییراتی را که در اثر حاملگی در اغلب دستگاه‌های بدن زن به وجود می‌آید در نظر بگیریم ملاحظه می‌شود که فاصله بین سلامتی و بیماری او چندان مشخص نیست. بنابراین لازم است زن باردار به طور منظم به مراکز بهداشتی - درمانی مراجعه نماید و تحت نظر پزشک یا ماما قرار گیرد. این امر باعث می‌شود که با مشاهده اولین علامت غیرطبیعی اقدامات لازم برای حفظ سلامت مادر و جنین به عمل آید.

۲- اهداف مراقبت‌های دوران بارداری

الف) از نظر سلامت مادر

- حفظ سلامت و آرامش روحی زن حامله
- پیشگیری از سوء تغذیه مادر و جنین
- کاهش خطرات و عوارض دوران بارداری
- آماده کردن مادر برای انجام زایمان طبیعی و ایمن
- کاهش خطرات و عوارض هنگام زایمان
- کاهش مرگ و میر در زنان باردار

ب) از نظر سلامت جنین و نوزاد

- پیشگیری و کاهش سقط جنین^۱
- کاهش تعداد نوزادان نارس و یا مرده به دنیا آمده
- کاهش مرگ و میر نوزادان
- تأمین شرایط مناسب و طبیعی برای رشد در دوران جنینی، نوزادی و کودکی با توجه به اهداف فوق و اهمیت بهداشت دوران بارداری، ضرورت مراجعت منظم به پزشک و کلینیک‌های بهداشتی مورد تأکید قرار می‌گیرد.

۳- بهداشت دوران بارداری

استراحت: لازم است زن باردار ۸ تا ۱۰ ساعت در شب‌انه روز بخوابد. بعد از صرف ناهار می‌تواند یک تا دو ساعت استراحت نماید. دیر خوابیدن و کم خوابیدن برای سلامت زنان باردار زیان‌آور است. در ماه‌های آخر بارداری، باید از خوابیدن روی شکم اجتناب شود. بهترین وضعیت خواب در این موقعیت، خوابیدن به پهلوی چپ است چون در این حالت بازگشت خون از رحم و اندام تحتانی راحت‌تر انجام می‌شود.

ورزش: عده‌ای از مردم براین عقیده‌اند که در ایام بارداری حرکات بدنه باید محدود باشد و زنان باردار، باید از ورزش خودداری کنند. این عقیده نادرست است. حرکات بدنه جریان خون را تحریک و ریه‌ها را بیشتر باز می‌کند و در نتیجه تبادل اکسیژن بیشتر شده، مقدار اکسیژن خون افزایش می‌باید. همچنین حرکات بدنه از افزایش بیش از حد وزن بدن جلوگیری می‌کند و به عضلات بدن قدرت بیشتری می‌بخشد. ورزش‌های سخت بدنه به هیچ وجه مجاز نیست. پیاده‌روی بهترین ورزش برای بانوان باردار است. و این پیاده‌روی باید هر روزه انجام شود. در ماه‌های آخر بارداری ممکن است راه‌پیمایی‌های طولانی خسته کننده باشد. در این ایام از راه‌پیمایی و حرکات بدنه قدری باید کاسته شود.

کار: اگر بارداری طبیعی باشد و محیط کار و فعالیت بدنه خطری برای جنین نداشته باشد زن باردار می‌تواند به کار خود ادامه دهد.

زنانی که دچار عوارضی هستند یا آنها بی که جنین‌های چند قلو دارند باید کار کردن را متوقف کنند. به زنان شاغل در حرفه‌هایی که نیازمند سریا ایستادن طولانی، خم و راست شدن‌های مکرر، بالا

۱- سقط جنین (Abortion): سقط جنین به پایان یافتن حاملگی قبل از ۲۰ هفتگی گفته می‌شود که این مسئله می‌تواند خود به دلیل نقص سیستم تولید مثل مادر یا بیماری‌های عقونی و کروموزومی جنین اتفاق بیفتد. سقط یک مشکل شایع در کل بارداری‌هاست، به طوری که ۱۲ درصد کل بارداری‌هادر نهایت سقط می‌شوند که البته موارد خود خواسته سقط (عمدی) جدا از این آمار است.

رفتن از پله و نردهان و بلند کردن وزنه‌های سنگین است توصیه می‌شود در ماه‌های آخر حاملگی کار خود را متوقف سازند. همچنین زنان باردار باید از کار ایستاده بیش از ۳ ساعت خودداری نمایند.

استحمام: استحمام سبب باز شدن منافذ پوست و تسريع جریان خون شده، به سلامتی و شادابی انسان کمک می‌کند. در دوران حاملگی استحمام مرتب امری ضروری است ولی در موقع حاملگی از مصرف آب بسیار سرد یا آب بسیار داغ باید پرهیز شود.

در ماه‌های آخر حاملگی از استحمام در وان، به علت احتمال لغزنده‌گی و زمین خوردن باید خودداری شود، اما دوش گرفتن بسیار مفید است و سبب آرامش و رفع خستگی و راحتی خواب مادر می‌گردد.

لباس زن باردار: با توجه به فصل و وضعیت هوا هرچه لباس زن باردار سبک‌تر باشد بهتر است. لباس باید گشاد و راحت باشد و از شانه آویزان گردد.

از بستن کمریند، بند جوراب و غیره خودداری شود چون باعث رکود جریان خون می‌گردد و در نتیجه در پaha ایجاد ورم کرده، به بروز واریس کمک می‌کند.

در دوران بارداری باید از سینه‌بند راحت و با اندازه مناسب استفاده شود. این امر بخصوص در ماه‌های آخر حاملگی مهم است چون در ماه‌های آخر، سنگینی پستان‌ها باعث ناراحتی و سوزش و همچنین افتادگی پستان‌ها می‌شود.

زن باردار بهتر است از کفش پاشنه کوتاه و راحت استفاده کنند. زیرا هم رفتن با آن آسان‌تر است و هم از کمردرد و گرفتگی عضلات ساق پaha جلوگیری می‌شود.

مسافرت: زن باردار می‌تواند با قطار، هوایپما و اتومبیل مسافرت نماید ولی از مسافرت با اتومبیل در جاده‌های ناهموار باید پرهیز شود.

هرچند ثابت شده است که تعییرات فشار و ارتفاع در مسافرت‌های هوایی تأثیر زیانباری بر جنین داشته باشد، با این همه شرکت‌های هوایپما از ارائه بلیط به خانم‌هایی که بیشتر از هفت ماه از حاملگی شان می‌گذرد خودداری می‌کنند.

خطری که زن باردار را در حین مسافرت تهدید می‌کند این است که وی ممکن است دور از منزل و امکانات پزشکی دچار عارضه‌ای شده یا زایمان نماید. مادرانی که سابقاً سقط یا زایمان غیرطبیعی دارند باید در طی بارداری به مسافرت بروند.

مراقبت از پستان‌ها: در دو ماه آخر بارداری باید از نوک پستان‌ها مراقبت لازم بعمل آید و اگر نوک پستان کوچک یا فرورفته است آن را با روغن بadam چرب کرده، به آرامی ماساژ داد. باید توجه

داشت که این عمل، بخصوص در هفته‌های آخر بارداری با ملایمت انجام شود زیرا تحریک نوک پستان‌ها ممکن است سبب اتفاقات رحمی شود.

در صورت خروج شیر از پستان باید سینه را با آب گرم و تمیز شست و شو نموده، خشک کرد.

بعداًشت دهان و دندان: در دوران بارداری، به علت مصرف کلسیم برای ساختن

استخوان بندی جنین و نیز عوامل دیگر، خطر پوسیدگی دندان‌ها بیشتر می‌شود. بنابراین لازم است در این ایام به بعداًشت دهان و دندان توجه بیشتری نمود و دندان‌ها را مرتبًا پس از صرف هر غذا به طور صحیح مسواک کرد. مصرف شیر و غذاهای حاوی کلسیم نیز برای سلامتی دندان‌ها لازم است. همانطور که در قسمت قبل گفته شد در صورت بروز هرگونه درد و ناراحتی دندان‌ها و عفونت لثه‌ها لازم است زن باردار فوراً به دندان‌پزشک مراجعه نماید. در عین حال لازم است در هفته‌های ۶ تا ۱۰ و ۲۰ تا ۲۶ بارداری جهت معاینه دهان و دندان مراجعه نماید و اعمال دندان‌پزشکی باید در سه ماهه دوم بارداری به بعد انجام شود.

داروهای و مواد شیمیایی: در طی ماه‌های بارداری خصوصاً سه ماهه اول بارداری مصرف هیچ

دارویی مجاز نمی‌باشد. در صورت ابتلا به بیماری تنها از داروهای مجاز تحت نظر پزشک و با تجویز وی می‌توان استفاده نمود.

صرف خودسرانه دارو می‌تواند عواقب جبران‌ناپذیری برای جنین به همراه داشته باشد، حتی قرص‌های ویتامین و آهن نیز باید با دستور پزشک مصرف گردد. مصرف رنگ‌های شیمیایی و لوازم آرایشی نیز می‌تواند خطراتی برای جنین دربی داشته باشد؛ از این رو، بهتر است مادران باردار در دوران حاملگی، در مصرف این گونه مواد احتیاط کنند.

عکس‌برداری: در دوران بارداری از هر نوع عکس‌برداری با اشعه ایکس باید خودداری کرد.

چنانچه رادیوگرافی خیلی ضرورت داشته باشد زن حامله باید حاملگی خود را به پزشک رادیولوژی اطلاع دهد تا با گذاشتن پوشش مخصوص روی شکم مانع از رسیدن اشعه به جنین شود. باید توجه داشت که عکس‌برداری از شکم و لگن به هر صورت مجاز نیست. عدم رعایت نکات فوق می‌تواند سبب ایجاد ناهنجاری‌ها و اشکالات غیرقابل برگشت در جنین گردد.

دخانیات: استعمال سیگار توسط زن باردار منجر به کاهش وزن نوزاد می‌شود. گذشته از این

مرگ و میر کوکان در حوالی تولد نیز در بین زنان سیگاری بالاتر است. مصرف سیگار همچنین باعث کاهش استهای مادر شده، در نتیجه مواد غذایی لازم به بدن جنین نمی‌رسد و نوزادان چنین مادرانی اغلب از رشد جسمانی و عصبی خوبی برخوردار نیستند.

واکسیناسیون: لازم است همه مادران در هنگام بارداری برعلیه بیماری کراز این شوند. این امر از ابتلای نوزاد به بیماری کراز که یکی از علل مهم مرگ و میر نوزادان به شمار می‌رفته است پیشگیری می‌نماید. بدین منظور لازم است در اولین مراجعته به مرکز بهداشتی و نیز یک ماه بعد، به زن باردار واکسن دیفتری – کراز نوع بالغین Td^1 تزریق شود. در دوران بارداری تزریق واکسن‌های زنده ویروسی منعو است.

تغذیه و نیازهای تغذیه‌ای زن باردار

توجه به تغذیه در هنگام بارداری، یکی از مهم‌ترین اصول بهداشتی پیش از زایمان است. مواد غذایی مصرفی در این دوران باید احتیاجات مادر و جنین در حال رشد را تأمین کند. رعایت یک برنامه غذایی صحیح در این دوره کمک فراوانی به سلامت مادر و کودک آینده او خواهد کرد. کمبودهای غذایی (و گاه افراط در خوردن بعضی از مواد غذایی) باعث بسیاری از ناراحتی‌های مادر در زمان بارداری، هنگام زایمان و پس از آن می‌شوند. از طرف دیگر تغذیه جنین در دوران حاملگی کاملاً وابسته به مادر است و هرگونه کمبود باعث ایجاد اختلال در رشد وی می‌گردد که اثرات آن سال‌ها پس از تولد کودک نیز مشهود است. افزایش وزن مادر و سرعت آن، بهترین معیار قضاوت در مورد نحوه تغذیه وی می‌باشد. در طی سه ماهه اول بارداری معمولاً بین ۱ تا ۲ کیلوگرم به وزن مادر افزوده می‌شود. در طی سه ماهه دوم و سوم افزایش وزن، معمولاً به طور نسبتاً کم در هفتة است در مجموع بین ۴۵° تا ۳۵° میزان افزایش وزن مطلوب در طی بارداری طبیعی حدود $۱۱-۱۶$ کیلوگرم می‌باشد.

البته باید توجه داشت این مقدار با شرایط فردی تغییرپذیر است. زنان جوان نسبت به مسن ترها، زنان یک‌زا نسبت به چندزاها و زنان لاغر نسبت به زنان چاق، اضافه وزن بیشتری در هنگام بارداری پیدا می‌کنند.

نیازهای تغذیه‌ای زن باردار

(الف) انرژی مورد نیاز: انرژی مورد نیاز بدن در طول حاملگی افزایش می‌باید. زن حامله نسبت به زمان قبل از بارداری به ۳۰° کیلو کالری انرژی اضافی نیاز دارد.

پروتئین: به علت رشد جنین و تشکیل بافت‌های جنینی، در این مرحله احتیاج بدن به پروتئین

۱- در سال‌های اخیر در مراکز بهداشت به دلیل بی خطر بودن واکسن دیفتری، در دوران حاملگی به جای استفاده از واکسن کراز تنها، از واکسن دیفتری – کراز نوع بالغین Td^1 استفاده می‌شود.

افزایش می‌یابد. یک زن حامله روزانه به 30 گرم پروتئین اضافی نیاز دارد. این پروتئین را می‌توان از منابع حیوانی یا گیاهی تأمین کرد. $\frac{2}{3}$ این مقدار باید از منبع حیوانی (گوشت، مرغ، ماهی یا تخم مرغ) باشد، زیرا این مواد کلیه اسیدهای آمینه موردنیاز را به نحو احسن تأمین می‌کنند. $\frac{1}{3}$ بقیه پروتئین را می‌توان از منابع گیاهی مانند حبوبات تأمین کرد. منابع گیاهی نظیر: نخود، لپه، عدس، لوبیا و ماش دارای مقادیر متناسبی از پروتئین‌های خوب و کامل می‌باشند. لوبیا چیتی در بین دانه‌های گیاهی منبع پرارزش از حیث پروتئین است. به علاوه نوع پروتئین آن مرغوب بوده، می‌تواند مکمل خوبی برای پروتئین غلات که غذای اصلی بعضی از خانواده‌های است باشد.

آهن موردنیاز در حاملگی: نیاز مادر به آهن در حاملگی افزایش می‌یابد. این افزایش نیاز، ناشی از افزوده شدن گلبول‌های قرمز مادر در این دوران و نیز نیازهای جنین است. از آنجا که رژیم‌های غذایی معمولی آهن موردنیاز زن باردار را تأمین نمی‌کند، لازم است برای پیشگیری از کمبود آهن و کم خونی فقر آهن، مقدار موردنیاز را با قرص‌های مکمل جبران کرد. تجویز از ابتدای هفته ۱۶ بارداری تا سه ماه بعد از زایمان ضروری است. لازم به ذکر است این قرص‌ها توسط پزشک و با صلاح‌حید وی تجویز می‌شوند.

کلسیم و فسفر موردنیاز در حاملگی: با توجه به این که در دوران بارداری استخوان‌های جنین در حال شکل‌گیری است نیاز مادر به کلسیم و فسفر بیشتر می‌شود. زن باردار روزانه به 400 میلی‌گرم کلسیم و فسفر اضافی نسبت به قبل از بارداری نیازمند است. رژیم‌های حاوی مقادیر کافی شیر، لبنیات و کلسیم را برای این دوران فراهم می‌کند اما در صورت مصرف نکردن لبنیات، لازم است این مقدار توسط قرص‌های کلسیم که توسط پزشک تجویز می‌شود تأمین گردد.

ویتامین‌ها: نیاز بدن در هنگام بارداری به تمام ویتامین‌ها افزایش می‌یابد. مقادیر اضافی لازم ویتامین‌ها و سایر مواد در جدول ۴-۲ نشان داده شده است.

صرف شیر، میوه‌ها و سبزیجات در مقادیر کافی می‌تواند ویتامین‌های لازم را تأمین کند.

جدول ۲-۴- جیره سفارش شده روزانه برای یک خانم به وزن ۵۵ کیلوگرم و قد ۱۶۳ سانتی‌متر

مواد مغذی	نیاز زن غیرباردار	نیاز زن باردار	نیاز اضافی زن شیرده
انرژی (کیلوکالری)	۲۱۰۰	۳۰۰	۵۰۰
پروتئین (گرم)	۴۴	۳۰	۲۰
ویتامین A (میکروگرم رتینول)	۸۰۰	۲۰۰	۴۰۰
ویتامین D (میکروگرم)	۷/۵	۵	۵
ویتامین E (میلی گرم)	۱۰	۲	۳
اسید آسکوربیک (میلی گرم)	۶۰	۲۰	۴۰
اسیدفولیک ^۱ (میلی گرم)	۰/۴	۰/۴	۰/۱
نیاسین (میلی گرم)	۱۴	۲	۵
ربیوفلاوین (میلی گرم)	۱/۳	۰/۳	۰/۵
تیامین (میلی گرم)	۱/۱	۰/۴	۰/۵
ویتامین B _۶ (میلی گرم)	۲/۰	۰/۶	۰/۵
ویتامین B _{۱۲} (میکروگرم)	۲/۰	۱/۰	۱/۰
کلسیم (میلی گرم)	۸۰۰	۴۰۰	۴۰۰
فسفر (میلی گرم)	۸۰۰	۴۰۰	۴۰۰
ید (میکروگرم)	۱۵۰	۲۵	۵۰
آهن (میلی گرم)	۱۸	مکمل	۰
منیریم (میلی گرم)	۳۰۰	۱۵۰	۱۵۰
روی (میلی گرم)	۱۵	۵	۱۰

۱- مصرف اسیدفولیک در دوران بارداری اهمیت زیادی دارد و تجویز آن از سه ماه قبل از بارداری تا پایان بارداری لازم است.

منابع مواد غذایی

برای تأمین مواد غذایی ذکر شده، لازم است زن باردار از چهار گروه مواد غذایی به میزان کافی استفاده نماید. چهار گروه اصلی مواد غذایی عبارت اند از : ۱) شیر و لبنیات مانند ماست، کشک، پنیر و دوغ (لازم به ذکر است که کره جزء این گروه مواد غذایی نمی باشد) ۲) گوشت و پروتئین ها مانند گوشت گوسفند، ماهی، مرغ و تخم مرغ و منابع گیاهی مانند نخود، لوبيا، ماش، عدس ۳) غلات و فرآورده های آن مانند نان، برنج، ماکارونی ۴) سبزیجات و میوه های.

گروه های مواد غذایی و نمونه هایی از آنها و مواد مغذی که با آنها تأمین می شود، در جدول ۴-۳ آورده شده است :

جدول ۴-۳— گروه های مواد غذایی، نمونه های مواد غذایی و مواد مغذی که توسط آنها تأمین می گردد.

گروه های مواد غذایی	نمونه های مواد غذایی	مواد مغذی
غلات و فرآورده های آن	نان، برنج، ماکارونی	ویتامین های : B _۱ , B _۶ , نیاسین، املاح آهن، فسفر، روی و منیزیوم (دانه های کامل روی، منیزیوم و فیبر بیشتری دارند)
شیر و لبنیات	شیر، ماست، پنیر، کشک	املاح : کلسیم، فسفر، منیزیوم و روی ویتامین ها : B _{۱۲} , B _۶ , B _۷ , A, E , D بروتئین
گوشت ها، تخم مرغ و حبوبات :	گوشت، ماهی، مرغ تخم مرغ	املاح : آهن، فسفر، روی و ید ویتامین ها : B _۶ , نیاسین، B _{۱۲} بروتئین
منابع حیوانی	نخود، لوبيا، ماش، عدس	املاح : آهن، فسفر و روی ویتامین ها : B _۶ , اسیدفولیک، B _۶ و E ویتامین ها : A گروه C,B و E
سبزیجات و میوه های	کاهو، کلم، اسفناج، هویج، گوجه فرنگی، جعفری هلو، زرد آلو پرتقال، لیمو، خربزه	املاح : آهن، منیزیوم، روی الیاف (فیبر)



شکل ۴-۴- چهار گروه اصلی مواد غذایی

لازم به ذکر است که بدن زنان باردار، به غیر از گروه‌های ذکر شده در تأمین انرژی، به چربی و مواد قندی نیز نیاز دارد که به میزان کمتری مصرف می‌شود. از چربی‌ها می‌توان به انواع روغن‌های گیاهی، حیوانی و کره اشاره کرد که در تهیه غذاهای روزانه استفاده می‌شوند. مواد قندی شامل شکر، قند، عسل، مریبا و نظایر آن می‌باشد.

بسته به شرایط اقتصادی و عادات غذایی زنان باردار ممکن است رژیم‌های غذایی متفاوتی داشته باشند اما در هر صورت همان‌طور که قبلاً نیز ذکر شد رژیم غذایی باید تأمین کننده احتیاجات زن باردار باشد. یک نمونه از برنامه غذایی زنان باردار در جدول ۴-۴ آورده شده است.

جدول ۴-۴- یک نمونه برنامه غذایی زن باردار

چای کم رنگ - شیر پاستوریزه (یک لیوان) پنیر (۴۰ گرم) یا تخم مرغ آب پز (یک عدد) - کره (۲۵ گرم) مربا یا عسل (یک قاشق غذاخوری سرخالی) میوه یا آب میوه مانند پرتقال، سیب، انار، گریپ فورت، انگور	صبحانه
شیر (یک لیوان) + بیسکویت ساده (۲ عدد)	ساعت ۱۰ صبح
گوشت پخته گوسفند یا مرغ یا جگر یا ماهی تن (۱۲۰ گرم) یا ماهی (۱۵۰ گرم) برنج بخته ۶-۷ قاشق غذاخوری با کره ۲۵ گرمی یا نان (۱۵۰ گرم) یا سبیزه مینی متوسط (۳ عدد)، سبزیجات پخته مانند اسفناج + لوبيا سبز + نخودفرنگی + آب هویج ($\frac{1}{2}$ لیوان)، سوپ یا آش ساده (یک لیوان)، سالاد مانند کاهو، خیار، گوجه فرنگی با روغن زیتون و آبلیمو و میوه	ناهار
شیر (یک لیوان) + بیسکویت ساده (۲ عدد)	ساعت ۴ بعداز ظهر
گوشت پخته یا کبابی (۱۲۰ گرم)، معادل ۲ عدد تخم مرغ یا میگو (۱۵۰ گرم) عدس پخته یا لوبيا (یک لیوان) سبزیجات پخته (یک لیوان) ماست (یک لیوان) سوپ و یا آش ساده (یک لیوان) نان (۱۰۰ گرم) میوه کره (۲۰ گرم)	شام
۱۰- لیوان در شبانه روز	آب و مایعات

مراجعات زن باردار به پزشک یا کلینیک بهداشت خانواده

همان طور که قبلًا ذکر شد، لازم است زن باردار به طور منظم به مراکز بهداشتی - درمانی مراجعه نماید و در طی بارداری تحت نظر پزشک یا ماما باشد. اولین مراجعه، بلا فاصله پس از آگاهی از بارداری است. به طور کلی زن باردار در طول بارداری طبیعی به ۸ بار مراقبت کلینیکی نیاز دارد.^۱ به علاوه، لازم است در صورتی که هرگونه علایم غیرطبیعی مشاهده شود فوراً به کلینیک یا پزشک مراجعه نماید.

۱- این مراقبت‌ها در هفتنه‌های ۶ تا ۱۰، ۱۶، ۲۰ تا ۲۶، ۳۰ تا ۳۶، ۳۴ تا ۳۸ و ۴۰ انجام می‌شود.

در مراجعه اول که در هفته ۶ تا ۱۰ است آزمایش‌های لازم و معاینات بالینی مورد نیاز انجام می‌شود. این آزمایش‌ها شامل: آزمایش ادرار از نظر وجود عفونت و آلبومین، آزمایش خون از نظر میزان هموگلوبین، گروه خون، RH و نیز آزمایشاتی که به صلاح‌حید پزشک انجام می‌گیرد. معاینات بالینی شامل وزن کردن، تعیین فشار خون، معاینه قلب و ریه‌ها، معاینه دندان‌ها و گلو و معاینه پستان‌ها و نوک آنها می‌باشد. در هر مراجعه، شکم بیمار معاینه خواهد شد و در معاینه شکم، رشد رحم و مناسب بودن آن با تاریخ بارداری و وضعیت جنین تعیین خواهد شد. گاهی لازم است برای تعیین وضعیت مادر و جنین از سونوگرافی^۱ استفاده شود. معاینه مهبلی در ماه آخر، اطلاعات لازم را درباره نرم و باز شدن گردن رحم و وضعیت جنین به دست می‌دهد. این اطلاعات از نظر پیش‌بینی زمان زایمان و نیز نوع زایمان مفید خواهد بود.

در هر مراجعه، از خانم باردار پیرامون نشانه‌های نامطلوب مانند تورم دست‌ها و صورت، خونریزی و سردرد سؤال می‌شود.

پس از انجام معاینات ذکر شده، پزشک دستورات لازم را در مورد تغذیه، استراحت، خواب، ورزش‌های مناسب، شست و شو، نوع لباس، مواظبت از دندان‌ها و ... به خانم باردار خواهد داد.

بهداشت روانی دوران حاملگی

آبستنی، تنها با تغییرات جسمی در زن همراه نیست، بلکه از نظر روحی نیز دگرگونی‌هایی در زن باردار رخ می‌دهد. این تغییرات روحی با احساسات مادر سبب به خود، شوهر و نوزادش مربوط است. وضع مالی خانواده، مسایل خانوادگی و ترس از زایمان نیز ممکن است باعث تغییرات روحی شدید در زن باردار شود. به علاوه تغییرات هورمونی در این دوران نیز باعث بروز حالات روحی خاصی در زنان باردار می‌شوند. زن حامله ممکن است زودرنج باشد، دچار بی‌حوصلگی شود یا به راحتی عصبانی گردد. اضطراب و انواع ناخودآگاه نیز از مشکلاتی است که گاهی اتفاق می‌افتد.

همان طور که بهداشت جسمی در دوران حاملگی ضروری و مهم است، بهداشت روانی نیز اهمیت خاصی دارد. در این دوران وظیفه اطراحیان و مخصوصاً شوهر است که وضع همسرش را در نظر داشته باشد و با همدلی و صمیمیت، محیط و شرایطی فراهم نماید تا مادر این دوران را با آرامش طی کند.

۱-Sonography اساس سونوگرافی که توسط دستگاه سونوگراف انجام می‌گیرد بر مبنای انعکاس صوت و برخورد آن با اعضای مختلف بدن و تغییر شدت و کیفیت برگشت صوت انجام می‌گیرد.

راهنمای کار عملی

کار عملی این فصل در مرکز بهداشتی درمانی انجام می‌شود.

هرجویان با حضور در واحد مراقبت‌های مادران مرکز، موارد زیر را مشاهده خواهند کرد:

– آزمایش‌هایی که برای تشخیص بارداری زنان داده می‌شود.

– شکایت‌هایی که زنان باردار با آن مراجعه می‌کنند.

– آموزش‌هایی که به زنان باردار داده می‌شود. (شامل آموزش‌های تغذیه، شیردهی و ...)

– معاینه‌هایی که از زنان باردار می‌شود. (شامل وزن کردن، گرفتن فشار خون، گوش کردن

به صدای جنین و ...)

– تعیین تاریخ زایمان

– تعیین تاریخ مراجعة بعدی

هرجویان در مرکز بهداشتی – درمانی، هماهنگی با کارдан بهداشت خانواده در آموزش به

زنان باردار، تعیین تاریخ مراجعة بعدی و در معاینه‌ها مشارکت خواهند کرد.



آزمون نظری •••••

۱– بارداری را تعریف کنید.

۲– علایم بارداری را توضیح دهید.

۳– علایم گوارشی دوران بارداری را توضیح دهید.

۴– بهترین راه درمان اسپاسم‌های عضلانی در دوران حاملگی را شرح دهید.

۵– علت تنگی نفس در حاملگی را شرح دهید.

۶– علایم غیرطبیعی تکرر ادرار در حاملگی را نام ببرید.

۷– علایم غیرطبیعی در دوران بارداری را توضیح دهید.

۸– روش محاسبه تاریخ تقریبی زایمان را بیان کنید.

۹– بهترین وضعیت خوابیدن زن حامله را توضیح دهید.

۱۰– چگونگی مصرف داروها در سه ماهه اول بارداری را توضیح دهید.

۱۱– مضرات مصرف سیگار بر مادر و جنین را توضیح دهید.

۱۲– واکسیناسیون مجاز و ضروری در دوران بارداری را ذکر کنید.

۱۳– نیازهای تغذیه‌ای در دوران حاملگی را توضیح دهید.

۱۴– برنامه مراجعات زن باردار به پزشک یا ماما را توضیح دهید.

۱۵– آزمایش‌های ضروری دوران بارداری را نام ببرید.

بهداشت پس از زایمان

هدفهای رفتاری: در پایان این فصل، فرآگیر باید بتواند :

- ۱- زایمان را تعریف کند.
- ۲- مراحل مختلف زایمان را شرح دهد.
- ۳- سزارین را توضیح دهد.
- ۴- مراقبت‌های پس از زایمان را تعریف کند.
- ۵- بهداشت فردی پس از زایمان را توضیح دهد.
- ۶- بهداشت روانی پس از زایمان را توضیح دهد.
- ۷- نحوه مراجعات پزشکی پس از زایمان را شرح دهد.
- ۸- بازگشت قاعده‌گی پس از زایمان را توضیح دهد.

زایمان

زایمان به مجموعه مراحلی گفته می‌شود که در طی آن نوزاد، جفت و پرده‌های جنبینی از کanal زایمانی خارج می‌شوند.

زایمان با دردهای زایمانی شروع می‌شود. با ولادت نوزاد ادامه می‌یابد و با خروج جفت پایان می‌پذیرد و سه مرحله مختلف دارد.

مرحله اول زایمان: مرحله اول، بازشدن دهانه رحم است که ممکن است از چند ساعت تا دو روز طول بکشد. علت بازشدن دهانه رحم انقباضات رحمی است. این انقباضات سبب دردهای زایمانی می‌شوند. در آغاز مرحله اول، فاصله دردهای زایمانی در حدود ۱۵ دقیقه و مدت هر درد چند ثانیه است، اما به تدریج فاصله دردها کمتر شده، مدت دردها بیشتر می‌شود. به طوری که در آخر این مرحله، فاصله بین دو درد به دو تا سه دقیقه و هر درد در حدود یک تا یک و نیم دقیقه طول می‌کشد. به تدریج با انقباضات رحمی سریچه به دهانه رحم فشار می‌آورد تا آن را باز کند. در این مرحله کیسه جنبینی که محتوی مایع آبکی است خود به خود یا توسط پزشک یا ماما پاره می‌شود و

مایعی که جنین در آن شناور بوده جاری می‌گردد.

مرحله دوم زایمان: مرحله دوم زایمان جریان واقعی تولد است که ممکن است از ده دقیقه تا یک ساعت و نیم طول بکشد. در این مرحله است که نوزاد از بدن مادر خارج می‌شود و زندگی مستقل خود را آغاز می‌کند.

در مرحله دوم زایمان مادر می‌تواند با زور زدن در موقع درد به خروج نوزاد کمک کند. به این ترتیب که در موقع درد نفس عمیق بکشد و درست مانند حالتی که اجابت مزاج دارد به ناحیه پایین شکم خود فشار بیاورد. زور زدن در فاصله بین دردها بی فایده است و کمکی به خروج نوزاد نمی‌کند.

در بعضی زایمان‌ها به علت اینکه عضلات اطراف مهبل سفت هستند، مرحله دوم زایمان طولانی می‌شود. در این صورت پزشک برای جلوگیری از وارد آمدن فشار بر سر جنین و تسريع زایمان، مجرای زایمانی را با قیچی می‌برد تا مجرای زایمانی وسیع تر شده، سرکودک به راحتی خارج شود. بعد از خروج نوزاد محل بریده شده را به وسیله نخی که خود به خود جذب می‌شود می‌دوزند^۱. برای جلوگیری از درد و ناراحتی مادر در موقع بریدن و دوختن بخیه‌ها از بی‌حسی موضعی استفاده می‌شود.

لازم است به مادران یادآوری شود که از این بریدگی و بخیه خوردن در موقع زایمان ترسی نداشته باشند، چون اگر پزشک مجرای زایمانی را نبرد، مجرای زایمانی در موقع خروج نوزاد خود به خود و به طور نامنظمی پاره می‌شود و گاه با اینکه مخاط و قسمت‌های سطحی سالم هستند عضلات زیر مخاط پاره شده، موجب شل شدن مجرای زایمانی و عوارض دیگر می‌شود.

مرحله سوم زایمان: پس از به دنیا آمدن نوزاد در مرحله دوم، انقباضات رحمی خفیف‌تر می‌شود و مادر احساس کاهش درد و آرامش می‌کند. این انقباضات خفیف تا خروج جفت ادامه پیدا می‌کند. جفت معمولاً به طور خود به خود از جدار رحم جدا شده، تا نیم ساعت بعد از تولد نوزاد خارج می‌شود. گاه لازم است که جفت را با ماساژ روی شکم یا دست، خارج کرد (این کار توسط پزشک زنان یا ماما انجام می‌شود).

بعد از خروج جفت، پزشک دهانه رحم و مهبل را در صورت وجود پارگی بخیه می‌زند. پس از پایان مرحله سوم، مادر به مدت ۲–۴ ساعت تحت کنتل قرار می‌گیرد و در این مدت از نظر وجود خونریزی مورد مراقبت قرار می‌گیرد و علایم حیاتی و فشارخون وی ثبت می‌شود تا از ثابت شدن علایم حیاتی و رضایت‌بخش بودن حال عمومی وی اطمینان حاصل شود.

۱- این عمل را ابی‌زیوتومی (Episiotomy) می‌گویند.



شكل ۱-۵ - نخستین مرحله زایمان



شكل ۲-۵ - آغاز مرحله دوم زایمان



شكل ۳-۵ - مرحله دوم زایمان ادامه دارد



شكل ۴-۵ - بیرون آوردن سرو شانه ها

سزارین

گاهی پزشک متخصص زنان مجبور می‌شود برای حفظ جان مادر و کودک زایمان را با روش سزارین انجام دهد. سزارین نوعی عمل جراحی است که طی آن با بریدن جدار شکم و رحم، نوزاد بیرون آورده می‌شود. عوارض سزارین از زایمان طبیعی بیشتر است ولی در مواردی سزارین بر زایمان طبیعی ترجیح دارد. به طور مثال هنگامی که اندازه سر نوزاد بالکن مادر هماهنگ نباشد یا لگن مادر در قسمتی بیش از حد تنگ باشد، همچنین در مواقعي که جنین وضعیت غیرطبیعی داشته باشد^۱ لازم است زایمان با روش سزارین انجام شود. تشخیص این موارد و موارد دیگری که منجر به سزارین می‌شود به عهده پزشک متخصص زنان است.

مراقبت‌های پس از زایمان

مراقبت‌های پس از زایمان شامل دو بخش مراقبت از نوزاد و مراقبت از مادر می‌باشد، مراقبت‌های مربوط به نوزاد در فصل مربوط به آن خواهد آمد. در اینجا به شرح مراقبت‌های مربوط به مادر می‌پردازیم :

دوران نقاوت بعد از زایمان : دوران نقاوت بعد از زایمان، به ۶ تا ۸ هفته اول بعد از زایمان گفته می‌شود که در طی آن تغیرات فیزیکی و فیزیولوژیک ایجاد شده براثر بارداری، برگشت می‌کند. تغیرات طبیعی بعد از زایمان عبارتند از :

– کاهش حجم رحم

– کاهش وزن به میزان تقریباً ۸ کیلوگرم

– ترشح شیر از پستانها : که در ابتدا به صورت آغوز بوده، با گذشت سه تا چهار روز ترشح شیر آغاز می‌شود.

– ترشحات رحم : که در ابتدا به صورت خونی است ولی به‌زودی از قرمزی آن کاسته می‌شود و به صورت ترشحات بعد از زایمان درمی‌آید. ترشحات معمولاً به مدت دو هفته پس از زایمان ادامه می‌یابد و به تدریج رنگ آن سفید می‌شود. این ترشحات محیط مناسبی برای رشد میکروب‌ها می‌باشد و به همین دلیل نظافت و بهداشت ناحیه تناسلی، بعد از زایمان، بسیار قابل اهمیت است. باید به مادر آموزش داده شود که به رنگ و بوی ترشحات طبیعی توجه کند و در صورت مشاهده رنگ و بوی غیرطبیعی به پزشک مراجعه نماید.

۱- در حدود ۹۶٪ موارد وضعیت جنین طوری است که سر در پایین قرار می‌گیرد. مواردی که سر بالا باشد یا جنین به طور عرضی قرار گیرد را وضعیت غیرطبیعی می‌گویند.

بهداشت فردی پس از زایمان

در دوران نقاوت پس از زایمان، رعایت بهداشت فردی اهمیت ویژه‌ای دارد که به مواردی از مهم‌ترین آنها، اشاره می‌شود:

راه افتادن: بعد از زایمان طبیعی مادر به محض این که قادر به راه رفتن باشد می‌تواند از بستر خارج شده و حرکت کند.

استحمام: بعد از زایمان هر وقت که مادر به اندازه کافی احساس قدرت بنماید می‌تواند دوش بگیرد. بهتر است در خلال روزهای اول پس از زایمان از رفتن به وان خودداری کند.

تعذیب مادر: مادر در هر زمان که میل به غذا داشته باشد، می‌تواند غذای مایع یا جامد صرف کند، رژیم غذایی مادر با رژیم دوران بارداری کمی متفاوت است به‌طوری که خانم‌های شیرده باید حداقل ۵۰۰ کالری بیش از دوران بارداری مصرف کنند. در دوران شیردهی میزان نیاز به آهن و اسید فولیک از دوران بارداری کمتر است ولی به بعضی از ویتامین‌ها مانند ویتامین C و نیاسین نیاز بیشتری است و به میزان روی دریافتی هم باید توجه شود. مصرف بیشتر مایعات مانند شیر اهمیت زیادی دارد.

با تولد نوزاد وظیفه بدن مادر در تأمین تعذیب او خاتمه نمی‌یابد و باید از غذای‌های پرکالری و پروتئین‌دار و نیز میوه بین غذاها استفاده نماید.

مراقبت از دستگاه تناسلی: مادر بعد از هر بار دفع ادرار و مدفوع، باید ناحیه تناسلی را با استفاده از آب و صابون تمیز کند. هیچ نیازی به استفاده از ضدعفونی کننده نیست. ناحیه تناسلی باید در جهت جلو به عقب با دستمال کاغذی پاک شود و هر دستمالی باید فقط یک مرتبه مورد استفاده قرار گیرد. اگر محل ابی‌زیوتومی حساس باشد با استفاده از گرمای یک لامپ، به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه، سه بار در روز یا استفاده از مسکن‌های معمولی می‌توان این ناراحتی را تخفیف بخشد.

اجابت مزاج: بیوست در هفته‌های اول پس از زایمان شایع است ولی بعد از طبیعی شدن فعالیت روزانه، تدریجاً کار روده‌ها نیز مرتب می‌شود. رژیم غذایی شامل سبزیجات و مواد سلولزدار به رفع بیوست کمک می‌کند. در صورت لزوم داروهای ملین توسط پزشک تجویز می‌گردد.

ورزش: برای اینکه عضلات شکم، پشت و لگن و سایر اعضای بدن که در دوران حاملگی و زایمان دچار تغییراتی شده‌اند هرچه زودتر به حالت طبیعی برگردند، شروع تمرین‌های ورزشی دو هفته پس از زایمان توصیه می‌گردد (مطابق شکل ۵-۵).

عضلات عانه‌ای - دنبالچه‌ای باید ۱۰ بار در روز و هر بار به تعداد ۸ مرتبه به طور قرینه و آهسته منقبض شوند (مانند حالتی که در انتهای اجابت مزاج دارند) این کار به جلوگیری از شل شدن لگن و بی اختیاری ادراری کمک خواهد کرد.



(۱)

۱) به پشت، روی زمین صاف
بخوابد، نفس های عمیق و آهسته بکشد
عضلات شکم را شل و سفت کند.



(۲)

۲) به پشت، روی زمین صاف
بخوابد دست ها در طرفین قرار دهد،
دست هارا بدون خم شدن به بالای سر بیاورد
تا بهم برستند سپس به آهستگی آنها را به
حالت اول برگرداند.



(۳)

۳) به پشت، روی زمین خوابیده،
ابتدا پای راست و سپس پای چپ را تا حد
امکان بالا ببرد، انگشتان و زانورا خم نکند،
پارا تدریجیاً پایین بیاورد در این حالت بدون
استفاده از دست ها از عضلات شکم کمک
بگیرید.



(۴)

۴) به پشت، روی زمین خوابیده، دست ها را در طرفین قرار دهد، زانوها را کمی بلند کرده
و با گرفتن بسن و پشت خود مطابق شکل قوس
ایجاد کند.



(۵)

۵) به پشت، روی زمین خوابیده،
دست هارا زیر سر قرار دهد، بدون بلند کردن پا
بنشینید پس از چند لحظه مجدداً دراز بکشد.

شکل ۵ — نرمش های لازم جهت بازیابی تonus عضلانی بعد از زایمان

بهداشت روانی پس از زایمان

در چند روز اول پس از زایمان، خلق و خوی همه مادران کم و بیش تغییر می کند. بعضی از مادران دچار افسردگی های خفیف می شوند و کلاً در این روزها روحیه حساسی دارند. اطرافیان و مخصوصاً شوهر باید به این نکته توجه داشته باشند و محیط مناسبی برای استراحت مادر فراهم نمایند.

مراجعت پزشکی پس از زایمان

لازم است مادران پس از زایمان برای معاینه به پزشک یا کلینیک بهداشت خانواده مراجعه نمایند.^۱ در نخستین معاینه وزن مادر تعیین می شود. فشار خون وی ثبت می گردد و پستانها، شکم و لگش مورد معاینه قرار می گیرد. همچنین لازم است از نظر وجود کم خونی مورد معاینه قرار گیرد. در مراجعه بعدی ضمن انجام معاینات لازم، آموزش های لازم در مورد تنظیم خانواده به مادر داده خواهد شد و در صورت لزوم جهت انجام آزمایش پاپ اسمیر^۲ نمونه برداری به عمل می آید.

بازگشت قاعده‌گی پس از زایمان

برگشت قاعده‌گی در زنان مختلف متفاوت است. این زمان ممکن است از ۶ هفته تا یک سال پس از زایمان باشد. مادرانی که نوزاد خود را شیر می دهند دیرتر قاعده می شوند ولی اکثر مادران در ماه پنجم یا ششم بعد از زایمان قاعده خواهند شد. معمولاً خونریزی اولین قاعده‌گی کمی زیاد است ولی قاعده‌گی مانع برای شیردادن نخواهد بود و عارضه‌ای برای نوزاد نخواهد داشت. بعضی از مادران فکر می کنند تا زمانی که نوزاد خود را شیر می دهند حامله نخواهند شد. هر چند شیردهی تا حدودی مانع حاملگی می شود ولی بسیار اتفاق افتاده است که مادران در همین دوران بدون اینکه حتی اولین قاعده‌گی پس از زایمان اتفاق افتداده باشد باردار شده‌اند. بنابراین لازم است به مادران در مورد تنظیم خانواده آگاهی‌های لازم داده شود.

۱- ایام مراجعه عبارت است از روزهای ۱ تا ۳، ۱۰ تا ۱۵ و ۴۲ تا ۶۰ پس از زایمان

۲- پاپ اسمیر(نوعی آزمایش سلول شناسی است که از تمام زنان در سنین باروری انجام می شود. برای انجام این آزمایش، با روش ساده‌ای از دهانه رحم نمونه برداری می شود و نمونه با میکروسکوپ مورد مطالعه قرار می گیرد. این آزمایش علاوه بر نشان دادن غنونت، روش مناسبی جهت تشخیص زودرس و به موقع سرطان‌های دهانه رحم می باشد).

راهنمای کار عملی

کار عملی این فصل شامل دو قسمت است :

قسمت اول : مشاهده مراحل زایمان از طریق فیلم، که مراحل زایمان را به سادگی

تشریح می کند.

قسمت دوم : حضور در مرکز بهداشتی – درمانی و مشارکت در آموزش و مراقبت‌های

مادرانی است که پس از زایمان مراجعة می نمایند.

این آموزش‌ها شامل : تغذیه، بهداشت فردی، تنظیم خانواده و ورزش‌های پس از

زایمان است.

آزمون نظری

- ۱- زایمان را توضیح دهید.
- ۲- مراحل زایمان را توضیح دهید.
- ۳- دلیل انجام ابی‌زیوتومی را توضیح دهید.
- ۴- سزارین را تعریف کنید.
- ۵- موارد اولویت سزارین بر زایمان طبیعی را توضیح دهید.
- ۶- دوران نقاہت بعد از زایمان را توضیح دهید.
- ۷- تغییرات طبیعی بعد از زایمان را توضیح دهید.
- ۸- بهداشت فردی بعد از زایمان را توضیح دهید.
- ۹- مراجعات پزشکی پس از زایمان را توضیح دهید.
- ۱۰- برگشت قاعده‌گی پس از زایمان را توضیح دهید.

۶ فصل

سلامت باروری

هدفهای رفتاری: در پایان این فصل، فرآگیر باید بتواند :

- ۱- سلامت باروری را تعریف کند.
- ۲- هدفهای سلامت باروری را نام ببرد.
- ۳- اهمیت سلامت باروری را توضیح دهد.
- ۴- دیدگاه اسلام را در زمینه سلامت باروری توضیح دهد.
- ۵- مراحل ارائه برنامه سلامت باروری را توضیح دهد.
- ۶- برنامه‌های غربالگری را توضیح دهد.
- ۷- بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی را توضیح دهد.
- ۸- روش‌های پیشگیری از بارداری‌های پرخطر را نام ببرد.

مقدمه

برنامه‌ریزی برای سلامت خانواده از مسئولیت‌های مهم هر زوج پس از ازدواج می‌باشد. در این راستا تأمین سلامت باروری ابزاری برای توانمندسازی خانواده‌ها است تا بتوانند مسئولانه، آگاهانه و آزادانه در مورد زمان و چگونگی فرزندآوری خود تصمیم‌گیری نمایند. همچنین برنامه سلامت باروری، ارائه خدمات مراقبتی بهداشتی مناسب برای زنان حامله و زایمان این را تأمین می‌نماید به‌گونه‌ای که سبب ارتقای سلامت مادر، کودک و خانواده شود.

برنامه سلامت باروری مترادف با کاهش موالید نیست، بلکه به این معنی است که زوجین با در نظر گرفتن کلیه جوانب و پس از کسب آمادگی‌های لازم جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و... در مورد زاد و ولد تصمیم‌گیری نمایند، تا به این وسیله علاوه بر تولد نوزاد سالم و تأمین سلامتی مادر، شرایط مناسبی در آینده برای پرورش کودک فراهم گردد.

تعريف

سلامت باروری عبارت است از : سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی مرتبط با سیستم تولید مثل و چگونگی عملکرد آن در طول دوران باروری.

اهداف سلامت باروری

برنامه سلامت باروری برای داشتن افرادی سالم، بانشاط، مفید و کارآمد در جامعه اهداف زیر را دنبال می کند :

- ۱- آموزش و مشاوره در زمینه سلامت باروری
- ۲- جلوگیری از حاملگی ناخواسته
- ۳- کاستن میزان حاملگی های پرخطر
- ۴- کاهش سقط جنین و عوارض ناشی از آن
- ۵- کاهش بیماری های ژنتیکی در نوزادان و کودکان
- ۶- کاهش مرگ و میر بهدلیل عوارض ناشی از حاملگی های پر خطر و زایمان های غیر بهداشتی
- ۷- کاهش مرگ و میر نوزادان و کودکان زیر یک سال
- ۸- جلوگیری از سوء تغذیه در کودکان زیر یک سال
- ۹- جلوگیری از سوء تغذیه مادران و تجویز داروهای کمکی در دوران حاملگی
- ۱۰- فراهم ساختن زمینه مساعد برای تأمین سلامت جسمانی و روانی خانواده
- ۱۱- جلوگیری از زایمان های زودهنگام و دیرهنگام
- ۱۲- انجام واکسیناسیون مادر قبل و بعد از حاملگی
- ۱۳- پیشگیری و درمان بیماری های ناشی از حاملگی و یا بیماری های همراه با آن مانند دیابت و فشار خون
- ۱۴- انجام غربالگری برای تشخیص انواع سرطان های شایع زنان (آزمایش پاپ اسمیر و انجام ماموگرافی)

اهمیّت سلامت باروری

همانگونه که گفته شد برنامه سلامت باروری با هدف تأمین ابعاد مختلف سلامت، نقش اساسی در اعتلای سلامت مادران، کودکان، خانواده ها، تحکیم بنیان خانواده و ارتقای شاخص های سلامت جامعه به عهده دارد.

بهره‌مندی از برنامه سلامت باروری موجب کاستن از میزان حاملگی‌های پرخطر می‌شود. بردارشدن زنان در سنین کمتر از ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال و یا با فاصله کمتر از ۳ سال و نیز حاملگی پنجم به بعد همواره با خطرات بیشتری آمیخته است. علاوه بر این وجود برخی بیماری‌های زمینه‌ای مانند مشکلات دستگاه قلبی – عروقی، بیماری دیابت در مادران می‌تواند سلامت آنها و جنین را به مخاطره اندازد.

همچنین برنامه سلامت باروری به زوجین این امکان را می‌دهد که در صورت احتمال وقوع اختلالات رثیکی و ارشی نظری تالاسمی، هموفیلی از برداری پیشگیری نمایند. بدیهی است به دنبال اجرای برنامه‌های سلامت باروری که با هدف تأمین سلامت مادر و کودک و فرزندآوری مسئولانه، آگاهانه و آزادانه صورت می‌گیرد، شاهد تولد کودکانی سالم و با شساط در جامعه خواهیم شد.

دیدگاه اسلام در زمینه سلامت باروری

اسلام افزایش نسل، اعم از دختر و پسر را ستایش نموده و مبارک دانسته است. همچنین هنگامی که انگیزه‌های معقول و ضرورت‌های معتبری در مورد تنظیم نسل سالم وجود داشته باشد، آن را برای مسلمانان جایز دانسته است. دین مبین اسلام ضمن اینکه به گونه‌ای کلی به زناشویی و فرزندآوری و نگهداری فرزند سفارش می‌کند، منعی برای فاصله‌گذاری بین فرزندان قائل نشده است. در سوره بقره خداوند رحمان از زمان دو سال برای شیر دادن مادر به کودکش سخن گفته و نیز می‌فرماید: «نباید مادر در نگهداری فرزند به زیان افتاد»^۱ این امر می‌تواند نشانه توجه اسلام به بهداشت و سلامتی مادر و توانایی او در بارور شدن و زایمان باشد.

مراحل ارائه برنامه سلامت باروری

خدمات برنامه سلامت باروری در سه مرحله اجرا می‌شود:

- **خدمات پیش از ازدواج:** این مرحله در بردارنده همه آموزش‌هایی است که در دوران پیش از ازدواج در اختیار گروه‌های مختلف سنی قرار می‌گیرد. انتظار می‌رود این گروه‌ها اطلاعات لازم در زمینه بهداشت باروری را به منظور برنامه‌ریزی جهت شروع زندگی موفق و با کمترین عوارض ناشی از مشکلات بهداشتی کسب نمایند.

۱- سوره بقره آیه ۲۳۳

● خدمات حین ازدواج: خدمات حین ازدواج شامل آموزش‌هایی است که به همه زوجین در حال ازدواج ارائه می‌شود، شرکت در این کلاس‌ها برای همه افراد در آستانه ازدواج اجباری است و به آنان آگاهی‌های لازم در زمینه بارداری سالم و زایمان ایمن، شیردهی، تالاسمی، بیماری‌های قابل انتقال از طریق تماس جنسی، ایدز (HIV) و سرطان‌های رایج دستگاه تناسلی زنان را ارائه می‌نماید. در ضمن برخی از آزمایشات قبل از ازدواج مانند آزمایش تعیین زن تالاسمی ابتدا در مردان و در صورت لزوم در زنان، آزمایش سرولوزی بیماری سیفلیس و اعتیاد برای زوجین در این مرحله صورت می‌گیرد.

● خدمات پس از ازدواج: این مرحله در دو بخش عمده «خدمات مشاوره‌ای سلامت باروری» و «روش‌های پیشگیری از بارداری‌های پر خطر» ارائه می‌شود.

(الف) خدمات مشاوره‌ای سلامت باروری

این خدمات شامل باروری سالم و زایمان ایمن، انجام برنامه‌های غربالگری، پیشگیری و درمان بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی می‌باشد.

در زمینه باروری سالم و زایمان ایمن در فصول گذشته توضیحاتی ارائه شد در این قسمت به بحث درباره برنامه‌های غربالگری و بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی پرداخته می‌شود.

۱— برنامه‌های غربالگری

در علم پزشکی، غربالگری به مجموعه اقداماتی اطلاق می‌شود که سعی در کشف و درمان زودرس بیماری‌ها در مراحل ابتدایی دارد.

متخصصان هرجامعه، بیماری‌هایی را که می‌توان با غربالگری به کشف و درمان زودرس آن پرداخت مشخص می‌کنند. درکشور ما با انجام آزمایش «پاپ اسمیر» و «ماموگرافی» به تشخیص زودرس سرطان‌های شایع در زنان از جمله سرطان دهانه رحم و پستان پرداخته می‌شود.

۱—۱— پاپ / اسمیر^۱: سرطان دهانه رحم از شایع‌ترین سرطان‌ها در زنان می‌باشد. از آنجایی که سرطان دهانه رحم به آهستگی پیشرفت می‌کند چنانچه خانم‌ها تحت مراقبت‌های منظم و معاینات برنامه‌ریزی شده قرار گیرند می‌توان از این سرطان پیشگیری کرد. آزمایش «پاپ اسمیر» بهترین وسیله برای شناسایی عوارض پیش سرطانی و مخفی تومورهای کوچکی است که به سرطان دهانه رحم متنه می‌شوند اگر این نوع سرطان زود شناسایی شود، می‌توان آن را به طور کامل درمان کرد.

¹— Papanicolaou test (Pap Smear)

آزمایش پاپ اسمیر : آزمایش ترشحات و نمونه های سلولی برداشته شده از قسمت گردن رحم در زنان می باشد.



هدف اصلی آزمایش پاپ اسمیر و پیگیری هایی که بدنبال آن انجام می شود، پیشگیری از تغییرات غیر طبیعی سلول های دهانه رحم است که در صورت عدم توجه ممکن است به سرطان دهانه رحم منجر شود.

زمان انجام آزمایش پاپ اسمیر در خانم های زیر ۳۰ سال هر دو سال یک بار و در خانم های ۳۰ سال به بالا، هر سه سال یک بار، می باشد. همچنین توصیه می شود نخستین بار برای غربالگری سرطان دهانه رحم، سه سال بعد از ازدواج آزمایش «پاپ اسمیر» انجام شود.

۱-۱- ماموگرافی^۱ : بهدلیل کاهش سن ابتلا به سرطان پستان در کشور، انجام ماموگرافی برای همه زنان ۳۵ سال به بالا، بهخصوص افرادی که سابقه بیماری های پستان در خانواده دارند، ضروری است.

ماموگرافی می تواند سرطان پستان را چندین سال قبل از آن که قابل لمس شود، شناسایی کند. در بسیاری از کشورها، ماموگرافی به عنوان روش غربالگری و بیماریابی برای کلیه زنان سالم اجرا می شود ولایش پزشکان این است که با دست یافتن به آمار صحیح برای تخمین میزان و سن شیوع سرطان پستان، بیماری های بد خیم پستان را در مراحل اولیه و قابل علاج شناسایی کنند.

هدف اصلی ماموگرافی، شناسایی زودهنگام سرطان پستان است. ماموگرافی رادیوگرافی ساده اختصاصی از پستان و ابزاری برای کشف زودرس توده های سرطان پستان در زنانی است که هیچ گونه علامتی نداشته و یا اینکه دچار توده پستانی، درد یا ترشح از نوک پستان هستند.

زمان انجام ماموگرافی برای همه زنان چهل ساله و بیشتر هر دو سال یک بار می باشد. زنانی که افراد فامیل درجه یک آنها (یعنی مادر یا خواهرشان) مبتلا به سرطان پستان شده باشند باید از ۲۵ سالگی ماموگرافی سالانه انجام دهند. بهترین زمان انجام ماموگرافی هفته اول قاعده‌گی است چون در این زمان پستان ها حساس و دردناک نیستند.

۳- بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی: بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی، از بیماری‌های نسبتاً شایعی هستند که از شخصی به شخص دیگر به دنبال تماس جنسی منتقل می‌شوند. علت ایجاد این بیماری‌ها، باکتری‌هایا ویروس‌هایی هستند که از طریق مایعات بدن از فردی به فرد دیگر در طی فعالیت جنسی منتقل می‌شوند. این باکتری‌ها یا ویروس‌ها در محیط گرم و مرطوب بدن در ناحیه تناسلی رشد کرده و ایجاد علائم می‌کنند.

بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی دو دسته هستند: دسته‌ای که تنها راه انتقال آنها تماس جنسی است مانند سیفلیس و سوزاک و دسته‌ای که یکی از راه‌های انتقال آنها تماس جنسی می‌باشد (مانند هپاتیت و ایدز).

بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی در هر دو جنس مذکور و مؤنث ایجاد می‌شوند ولی علائم و عوارض آنها در دو جنس متفاوت است. علائم این بیماری‌ها در خانم‌ها عبارتند از: ترشحات بدبو و غیرمعمول از دستگاه تناسلی، سوزش و خارش و ضایعات زخمی در ناحیه تناسلی، درد کشاله ران و اطراف دستگاه تناسلی و... . این علائم در مردان شامل ترشح از مجرای ادرار، بزرگ شدن عقده‌های لنفاوی کشاله ران، زخم ناحیه تناسلی، درد و سوزش هنگام دفع ادرار و... می‌باشد. لازم به ذکر است در صورت بروز هرگونه علائم غیرطبیعی در پوست ناحیه تناسلی، اطراف مجرای ناحیه تناسلی و یا ترشح از مجرای ادراری باید فوراً به پزشک مراجعه شود. راه تشخیصی این بیماران معاینه توسط پزشک، آزمایش ترشحات و در صورت لزوم آزمایش خون و ادرار می‌باشد.

شایع‌ترین بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی عبارتند از: سیفلیس، سوزاک، تبخال دستگاه تناسلی، زگیل تناسلی. برخی از بیماری‌های مهم مانند هپاتیت ب و ایدز علاوه بر انتقال از راه خون، از طریق جنسی نیز می‌توانند منتقل شوند که در این قسمت چند بیماری مهم که در جامعه شیوع پیشتری دارد به طور خلاصه توضیح داده می‌شود.

۱- سیفلیس: سیفلیس یک بیماری باکتریایی^۱ منتقله از راه جنسی است. در بیماری سیفلیس زخم‌ها اغلب در ناحیه تناسلی خارجی، واژن، مقعد یا در داخل مجرای مقعدی ایجاد می‌شوند. زخم‌ها ممکن است در داخل دهان یا روی لب‌ها هم ایجاد شود. بیماری سیفلیس در خیلی از افراد تا سال‌ها بدون علامت باقی می‌ماند، در اکثر موارد بیماری از اشخاصی به دیگران منتقل می‌شود که از عفونت خود آگاه نیستند. راه‌های انتقال این بیماری در اثر تماس مستقیم با پوست، تماس جنسی، استفاده از سرنگ و سوزن آلووده به طور مشترک، انتقال خون و از مادر حامله به جنین

۱- عامل بیماری سیفلیس باکتری تزویونما پالیدوم (Treponema pallidum) است.

می باشد. این بیماری در صورت درمان نشدن می تواند سبب مرگ شود. برای پیشگیری از بیماری سیفلیس استفاده از کاندوم در ارتباط جنسی ضروری است.

همان گونه که گفته شد باکتری مولد سیفلیس در طی دوران حاملگی می تواند مادر و جنین او را آلوده کند. براساس مدت زمان ابتلاء به عفونت زن حامله، ممکن است نوزاد مرده به دنیا آمده و یا طی مدت کوتاهی بعد از تولد فوت کند. همچنین نوزاد مبتلا می تواند بدون علامت باشد. اگر نوزاد بلا فاصله درمان نشود، طی چند هفته دچار اختلالات جدی می شود. نوزاد درمان نشده ممکن است دچار تأخیر رشد و نمو، تشنج و یا حتی مرگ شود.

۲-۲- سوزاک : سوزاک یک بیماری شایع باکتریایی^۱ منتقله از طریق تماس جنسی است. عالیم شایع در مردان شامل سوزش ادرار و خروج ترشحات چرکی از آلت تناسلی است. اما در زنان معمولاً^۲ علامت است و یا ممکن است خود را به صورت ترشحات واژنی یا دردهای لگن نشان دهد. جهت پیشگیری از ابتلا به بیماری سوزاک در اشخاصی که مشکوک به این بیماری می باشند حتماً باستی از رابطه جنسی سالم (به کار بردن کاندوم) استفاده شود. اقدامات دیگری که خاص پیشگیری از ابتلا به سوزاک است مثل پیشگیری دارویی برای چشم نوزادان، گندزدایی ترشحات بیمار و اشیایی که آلوده شده اند و همچنین توجه به تماس های بیماران مبتلا به سایر بیماری های عفونی نیز باید اجرا شود.

۲-۳- هپاتیت : هپاتیت عبارت است از التهاب بافت کبد در اثر عوامل مختلف دارویی، سمی و عفونی. ویروس های مختلفی در انسان سبب هپاتیت می شوند از جمله نوع A، B و C. هپاتیت ویروسی نوع A یکی از شایع ترین نوع هپاتیت ها است که به اشکال مختلف کلینیکی پنهان، خفیف و ندرتاً شدید دیده می شود. هپاتیت ویروسی نوع B به اندازه نوع A شایع نیست ولی به دلیل عوارض شدید و نامطلوب از جمله سیروز و سرطان کبد از اهمیت بیشتری برخوردار است. در سال های اخیر انواع دیگری از هپاتیت ویروسی به نام های C، D(Dلتا)، E و G شناخته شده اند که انتقال آنها مانند هپاتیت A مدفعی - دهانی و یا مانند هپاتیت B از راه انتقال خون و تماس جنسی است که از بین آنها هپاتیت C اهمیت زیادی پیدا کرده است و مانند هپاتیت B ممکن است به سرطان یا سیروز کبدی منجر شود. با توجه به شیوع و عوارض شدید و نامطلوب نوع B و C در ذیل به شرح مختصر آنها پرداخته می شود.

۲-۳-۱- هپاتیت B : هپاتیت ویروسی B (هپاتیت سرمی) یک بیماری ویروسی است که

۱- عامل سوزاک باکتری نیسرا گونورآ (Neisseria gonorrhoeae) یا گنوكوک می باشد.

به اندازه هپاتیت A شایع نیست ولی به دلیل عوارض شدید و نامطلوبی که دارد از اهمیت بیشتری برخوردار است.

ویروس هپاتیت B از راه انتقال خون و فراورده‌های خونی، سرنگ‌های آلوده و تماس جنسی از فرد بیمار به افراد سالم سرایت می‌کند و بعد از ورود به بدن در کبد مستقر شده، در آنجا شروع به تکثیر می‌نماید و سبب التهاب کبد می‌گردد و با علائمی مانند تب، بی‌اشتهاای، حالت تهوع و استفراغ شروع شده و بعد از ۲ تا ۳ روز قسمت بالا و راست شکم به علت بزرگ شدن کبد در موقع لمس حساس و دردناک می‌شود. با پیشرفت بیماری و در صورت عدم درمان به نارسایی کبدی سیروز و سرطان کبد منجر می‌گردد. بعضی از مبتلایان به این بیماری ممکن است بدون علائم بیماری باشند و به صورت حاملین آتنی‌زن هپاتیت B درآیند و ویروس را از راه‌هایی که گفته شد، به دیگران منتقل نمایند. این حاملین ضمن انتقال بیماری، خودشان نیز در معرض عوارض شدید بیماری هستند. مادران مبتلا به هپاتیت B نیز از طریق جفت و یا در حین زایمان و یا شیردادن، فرزندان خود را مبتلا می‌کنند.

خوشبختانه برای هپاتیت B واکسن وجود دارد که برای ایجاد اینمی از بدو تولد به نوزادان در سه نوبت تزریق می‌گردد. همچنین افرادی که جزء گروه‌های پرخطر هستند و با خون و ترشحات بدن بیماران تماس دارند مانند پزشکان، پرستاران، کارکنان آزمایشگاه و... نیز باید بر علیه این بیماری واکسینه شوند.

۲-۳-۲ - هپاتیت C : هپاتیت C یک بیماری ویروسی است که معمولاً از طریق خون آلوده، رابطه جنسی و از مادر به نوزاد منتقل می‌شود. اغلب افرادی که به ویروس هپاتیت C مبتلا می‌شوند، برای سال‌ها علامتی ندارند. آزمایش خون می‌تواند ابتلا به این ویروس را نشان دهد.

هپاتیت C برخلاف سایر اشکال آن، خود به خود بهبود پیدا نمی‌کند. این عفونت برای تمام عمر در کبد باقی می‌ماند و ممکن است به سرطان کبد ختم شود. داروهایی برای کمک به بیماران مبتلا به این ویروس وجود دارد، اما عوارض جانبی آنها مشکل‌آفرین است. در موارد وخیم بیماری باید پیوند کبد انجام شود. برای هپاتیت C واکسنی وجود ندارد.

۲-۳-۳ /ایدز (AIDS) : ایدز (AIDS) یا سندرم نقص اینمی اکتسایی، نوعی بیماری است که دستگاه اینمی فرد را مبتلا و توسط ویروس نقص اینمی (HIV) ایجاد می‌شود. در مرحله اول (عفونت حاد)، فرد بیمار ممکن است برای مدت کوتاهی بیماری شبیه آنفلوآنزاگی را تجربه کند. به همین دلیل معمولاً

این بیماری تا یک دوره طولانی بدون هیچ علائمی دنبال می‌شود که به این مرحله از بیماری، دوره نهفتگی گفته می‌شود.

هر چقدر که بیماری ایدز پیشرفت نماید، تداخل بیشتری با دستگاه ایمنی بدن پیدا می‌کند و باعث می‌شود که افراد مبتلا به تومورها و عفونت‌های فرست طلب چار شوند. وقتی سیستم ایمنی آسیب بینند، نه تنها در برابر ویروس HIV بلکه نسبت به بقیه عفونت‌ها هم آسیب‌پذیر می‌شود و دیگر قادر به از بین بدن میکربهای و ویروس‌هایی که قبلاً برایش مشکلی ایجاد نمی‌کردند نیست و لذا با گذشت زمان، افراد آلوده به HIV به شدت بیماری آن‌ها افزوده می‌شود و معمولاً سال‌ها پس از آلودگی به تعدادی از بیماری‌های خاص مبتلا می‌شوند و در این زمان گفته می‌شود که آنها به ایدز مبتلا شده‌اند. بنابراین زمانی که فرد آلوده به ویروس HIV برای اولین بار به یک بیماری جدی مبتلا شود و یا وقتی که تعداد سلول‌های ایمنی باقی‌مانده در بدن او از حد معینی کمتر شود، در واقع به بیماری ایدز مبتلا شده است. این مدت زمان برای بیماران ممکن است از ۱ تا ۱۴ سال به طول آنجامد.

HIV عمده‌تاً از طریق آمیزش جنسی محافظت نشده، انتقال خون آلوده و سوزن آلوده و از مادر به فرزند در زمان زایمان یا شیردهی منتقل می‌گردد. بعضی از مایعات بدن مانند بزاق و اشک قادر به انتقال HIV نیستند. آمیزش جنسی ایمن و استفاده از سرنگ یکبار مصرف، راه حل‌هایی برای جلوگیری از گسترش این بیماری محسوب می‌شوند. اکنون هیچ‌گونه درمان قطعی و یا واکسن وجود ندارد. اگر چه درمان ضدویروسی می‌تواند باعث کاهش خطر مرگ، دوران بیماری، عوارض ناشی از آن گردد و امید به زندگی نزدیک به طبیعی شود، اما ممکن است با عوارض جانی زیادی همراه باشد. در واقع هر فرد آلوده به ویروس HIV، الزاماً مبتلا به ایدز نمی‌باشد اما در طول مدت آلودگی خود، می‌تواند دیگران را آلوده کند.

ب) روش‌های پیشگیری از بارداری‌های پرخطر

در مواردی که حاملگی برای مادر و جنین خطرناک باشد توصیه می‌شود زوجین از روش‌های پیشگیری از بارداری با رعایت موازن شرعی و اخلاقی استفاده نمایند. روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری از نظر مدت اثر به دو دسته موقتی و دائمی تقسیم می‌شوند :

۱—روش‌های موقتی:

این روش‌ها شامل روش‌های هورمونی و مکانیکی می‌باشند.

۱—۱—روش‌های هورمونی: روش‌های هورمونی جلوگیری از بارداری با استفاده از قرص و آمپول می‌باشد.

۱-۱-۱- قرص‌های پیشگیری از بارداری :

- قرص‌های ترکیبی: این قرص‌ها با ترکیبات استروژن و پروژسترون و در اشکال گوناگون ال دی (LD) و اچ دی (HD) و تری فازیک (TPH) ساخته شده‌اند. اساس عملکرد همه این قرص‌ها جلوگیری از عمل تخمک‌گذاری است. این قرص‌ها اگر به طور مرتب و طبق دستورالعمل مورد استفاده قرار گیرند حدود ۹۹٪ در جلوگیری از بارداری مؤثرند. اما اگر قرص‌ها نامرتب مصرف شوند از میزان اثربخشی آنها کاسته خواهد شد. قرص‌ها هیچ‌گونه اثری در باروری مجدد ندارند و زنان پس از قطع مصرف می‌توانند باردار شوند.

- قرص‌های پروژسترونی دوران شیردهی: در ترکیب این قرص‌ها فقط هورمون پروژسترون جهت پیشگیری از بارداری به کار رفته است و مخصوص دوران شیردهی است.

۱-۱-۲- آمپول‌های پیشگیری از بارداری :

- آمپول‌های پروژسترونی: در ترکیب این آمپول‌ها فقط هورمون پروژسترون جهت پیشگیری از بارداری به کار رفته است و سه ماهه یک‌بار تزریق می‌شوند.

- آمپول‌های ترکیبی: این آمپول‌ها با ترکیبات استروژن و پروژستین ساخته شده‌اند. ماهی یک‌بار تزریق می‌شود و اثربخشی آن بیش از ۹۹٪ است.

۳-۱- روش‌های مکانیکی: مکانیسم اساسی این روش‌ها استفاده از یک جسم فیزیکی (به جای دارو و مواد شیمیایی) است که به دو دسته کلی روش‌های پوششی و وسائل داخل رحمی تقسیم می‌شود.

۱-۲-۱- روش‌های پوششی: اساس عمل این روش‌ها ممانعت از ورود اسپرم و رسیدن آن به تخمک است و شامل پوشش برای مرد، پوشش برای زن می‌باشند که امروزه کاربرد زیادی دارند.

- پوشش برای مرد (کاندوم^۱) - پوشش برای زن (دیافراگم^۲): امروزه کاندوم و دیافراگم کاربرد زیادی دارند. استفاده از کاندوم آسان‌تر و ارزان‌تر است و در پیشگیری از بیماری‌های مقاربی نقش اساسی دارد.

۱-۲-۲- وسیله داخل رحمی (آی یو دی^۳): IUD از جنس مس یا پلاستیک در اشکال گوناگون ساخته شده است و توسط پزشک یا ماما در رحم گذاشته می‌شود. اساس عمل این دستگاه جلوگیری

۱- Condom

۲- diaphragm

۳- IUD

از لانه‌گزینی تخم در رحم است. این روش یکی از مؤثرترین روش‌های پیشگیری از بارداری می‌باشد. استفاده از این روش برای زوج‌های مناسب است که دارای فرزند هستند و تا چند سال نباید حامله شوند. بسته به نوع IUD لازم است هرچند سال یک بار آن را عوض کرد. اخیراً نوع جدیدی از IUD با ماندگاری یک ساله وارد بازار شده است که به تدریج از خود هورمون ترشیح می‌کند و حدود ۹۹٪ در پیشگیری از بارداری مؤثر است.

۳—روش‌های دائمی (جراحی) :

روش‌های دائمی برای زوج‌های مناسب است که به دلایل پزشکی و غیره به هیچ وجه نمی‌خواهند صاحب فرزند دیگری باشند. این روش شامل دو قسمت می‌باشد که عبارتند از بستن لوله‌های رحمی در زنان و بستن لوله‌های اسپرم بر در مردان.

۱—۲—**بستن لوله‌های رحمی در زنان**^۱ : در روش بستن لوله‌های رحمی در زنان با بیهوشی لوله‌های رحم را از دو طرف چیده و سپس گره زده می‌شوند بنابراین دیگر تخمک نمی‌تواند از تخدمان به رحم برسد.

۲—۲—**بستن لوله‌های اسپرم بر در مردان**^۲ : بستن لوله‌های مرد عمل ساده‌تری است با بی‌حسی موضعی در عرض چند دقیقه انجام می‌شود. در این حال ترشحات فاقد اسپرم می‌باشند.

راهنمای کار عملی

برای کار عملی این فصل هنرجو در مرکز بهداشتی-درمانی حاضر شود و ضمن بازدید از برنامه‌های سلامت باروری در مرکز، اقدام به تهیه گزارش نماید.

..... آزمون نظری

- ۱—سلامت باروری را تعریف کنید.
- ۲—هدف‌های سلامت باروری را نام ببرید.
- ۳—اهمیت سلامت باروری را توضیح دهید.
- ۴—وجود کدام بیماری در زوجین سلامت باروری را بیشتر به خطر می‌اندازد؟

۱—(توبکتومی)

۲—(وازکتومی)

- ۱۵- هر کدام از روش‌های پیشگیری از بارداری‌های پر خطر را توضیح دهد.
 - ۱۶- هر کدام از روش‌های پیشگیری از بارداری‌های پر خطر را توضیح دهد.
 - ۱۷- ابتلای مادر به کدام بیماری بیشتر موجب مرگ جنین می‌شود؟
 - ۱۸- بیماری‌های شایع منتقله از راه تماس جنسی را توضیح دهد.
 - ۱۹- شایع‌ترین بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی را نام ببرید.
 - ۲۰- هدف اصلی آزمایش پاپ‌اسمیر را بیان کنید.
 - ۲۱- هدف اصلی ماموگرافی، را بیان کنید.
 - ۲۲- شایع‌ترین بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی را نام ببرید.
 - ۲۳- بیماری‌های شایع منتقله از راه تماس جنسی را توضیح دهد.
 - ۲۴- ابتلای مادر به کدام بیماری بیشتر موجب مرگ جنین می‌شود؟
 - ۲۵- دیدگاه اسلام را در زمینه سلامت باروری توضیح دهد.
 - ۲۶- مراحل ارائه برنامه سلامت باروری را توضیح دهد.
 - ۲۷- خدمات برنامه سلامت باروری پس از ازدواج را نام ببرید.
 - ۲۸- برنامه‌های غربالگری را نام ببرید.
 - ۲۹- مهم‌ترین هدف برنامه‌های غربالگری در پزشکی را توضیح دهد.
 - ۳۰- هدف اصلی آزمایش پاپ‌اسمیر را بیان کنید.

۲

بخش

بهداشت کودکان



فصل

بهداشت دوران نوزادی

هدف‌های رفتاری: در پایان این فصل، فرآگیر باید بتواند :

- ۱- واژه‌های مربوط به دوران نوزادی را تعریف کند.
- ۲- مراقبت‌های نوزاد در اتاق زایمان را توضیح دهد.
- ۳- مشخصات نوزاد طبیعی را شرح دهد.
- ۴- اهمیت هم‌اتاقی مادر و نوزاد را بلافارسله پس از تولد شرح دهد.
- ۵- نکات قابل توجه را در دوران نوزادی توضیح دهد.

تعاریف: واژه‌ها

دوران نوزادی به ۲۸ روز اول پس از تولد اطلاق می‌شود. مراقبت‌های بهداشتی در این دوران، سهم بسزایی در کاهش مرگ و نیز حفظ سلامت کودکان دارد. این دوران زمانی است که جنین پس از ماه‌ها زندگی در داخل بدن مادر پا به دنیای خارج گذاشته، باید خود را با شرایط جدید زندگی یعنی زندگی خارج رحمی تطبیق دهد. نوزادان بر حسب زمان تولد به سه دسته تقسیم می‌شوند.

نوزاد نارس^۱ : نوزادی است که قبل از ۲۸ هفتگی متولد شده است.

نوزاد رسیده^۲ : نوزادی است که در موعد مقرر یعنی ۴۲-۳۸ هفتگی بارداری متولد شده است.

نوزاد بیشرس^۳ : نوزادی است که پس از ۴۲ هفتگی بارداری متولد شده است.

به نوزادانی که وزن آنها به هنگام تولد کمتر از ۲۵۰ گرم باشد، نوزاد با وزن کم یا LBW^۴ گفته می‌شود.

نوزادان نارس، بیشرس و نیز نوزادان LBW نیاز به مراقبت ویژه دارند.

۱—Preterm (premature)

۲—Fullterm

۳—Postterm

۴—Low Birth Weight

مراقبت از نوزاد در آناق زایمان

بلافاصله پس از تولد دهان و حلق نوزاد به وسیله مکنده دستی (پوار) پاک و تمیز می شود و پس از اولین تنفس نوزاد که معمولاً^۱ به صورت گریه است بند ناف نوزاد در دو محل توسط گیره های مخصوص بسته شده و مایین آن دو بریده می شود. سپس نوزاد را با پوشش مناسب پوشانده او را در جای گرم یا در آغوش مادر قرار می دهند. در همین حال ضمن رعایت موارد بالا، باید به عالیم آپگار^۱ نوزاد توجه کرده و طبق جدول ۷-۱ نمره داده شود.

جدول ۷-۱- تعیین نمره آپگار

نمره			علائم
۲	۱	۰	
بیشتر از ۱۰۰	کمتر از ۱۰۰	ندارد	ضریبان قلب
گریه شدید - خوب	گریه ضعیف	ندارد	تنفس
حرکات فعال	خمیدگی در اندام	سست و شل	انقباض عضلات
شدیداً گریه می کند	عکس العمل ضعیف	ندارد	عکس العمل به تحریک
تمام بدن صورتی است	بدن صورتی	رنگ پریده	رنگ بدن
	اندام کبود	یا کبود	

با استفاده از روش فوق به نوزاد نمره آپگار صفر تا ۱۰ داده می شود.

استفاده از این روش به ما کمک می کند تا نوزادانی را که نیاز به کمک ویژه دارند شناسایی کنیم. نمره آپگار باید بین ۱-۸ باشد. اگر این نمره، بین ۴-۷ باشد کوشش در جهت ایجاد ثبات در نوزاد ضروری است و باید علت ایجاد کاهش آپگار مشخص گردد. نوزاد با آپگار ۳-۰ نیاز به احیای قلبی ریوی دارد.

پس از انجام مراحل فوق دستیندی که مشخصات مادر طفل روی آن نوشته شده است به دست نوزاد بسته می شود تا از دیگر نوزادان بازشنخته شود و احیاناً در زایشگاه تعویض نشود.



شكل ۷-۱

مرحله بعدی شامل ثبت مشخصات فیزیکی نوزاد (وزن،

قد، دور سر و دور سینه) می باشد (شکل ۷-۱).

^۱- Apgar test

مشخصات نوزاد طبیعی

وزن نوزاد: وزن نوزاد طبیعی بین ۴۰۰۰ گرم تا ۲۵۰۰ گرم می‌باشد. وزن نوزادان پسر هنگام تولد به طور متوسط کمی بیشتر از نوزادان دختر است. همان‌طور که قبلاً ذکر شد وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، غیرطبیعی و چنین نوزادی LBW نامیده می‌شود. اگر وزن نوزادی هنگام تولد بیش از ۴ کیلوگرم باشد نیاز به بررسی دارد. در هفته اول معمولاً نوزادان تا ۱۰٪ کاهش وزن دارند که طبیعی است.

قد نوزاد: قد نوزاد طبیعی بین ۴۸ تا ۵۲ سانتی‌متر و به طور متوسط ۵ سانتی‌متر است. قد نوزادان پسر معمولاً اندکی بلندتر از نوزادان دختر می‌باشد.

سر نوزاد: اندازه دور سر نوزاد هنگام تولد ۳۷ تا ۳۴ سانتی‌متر است. اگر اندازه سر، کمتر از ۳۴ یا بیش از ۳۷ سانتی‌متر باشد، نوزاد باید از نظر عصبی مورد معاینه قرار گیرد. استخوان‌های سر در بعضی از نوزادان هنگام عبور از کانال زایمانی در ناحیه شیارها روی هم لغزیده و یک حالت کشیدگی و خربزه شکل به خود می‌گیرد و معمولاً چند روز بعد از تولد حالت طبیعی خود را باز می‌یابد.

دور سینه نوزاد: اندازه دور سینه معمولاً ۲ سانتی‌متر کمتر از دور سر می‌باشد. برای اندازه گیری دور سینه باید وسیله اندازه گیری را که معمولاً متر پارچه‌ای است از نوک سینه‌ها عبور داد.

جنسیت نوزاد: پس از ثبت اندازه‌های ذکر شده جنسیت نوزاد مشخص می‌شود. این کار باید به دقت انجام شود تا از بروز هرگونه اشتباه در گزارش این مورد و مشکلات قانونی مربوط به آن پیشگیری شود.

معاینه نوزاد: لازم است همه نوزادان به طور کامل از سرتا پا مورد معاینه قرار گیرند، تا در صورت وجود هرگونه ناهنجاری، بتوان آن را در مراحل اولیه، کشف و چاره‌جویی نمود. از مهم‌ترین این معاینات، معاینه نوزاد از نظر دررفتگی مادرزادی ران می‌باشد که اگر در مراحل اولیه تشخیص داده نشود در آینده منجر به ناتوانی فرد خواهد شد. نوزادان پسر باید از نظر پایین آمدن بیضه‌ها مورد معاینه قرار گیرند. آلت تناسلی نیز باید از نظر قرار گرفتن سوراخ آن در جای طبیعی معاینه شود.

حوالس پنجگانه نوزاد نیز باید مورد معاینه قرار گیرد. حواس شنوایی، بینایی، لامسه، چشایی و بویایی در نوزاد فعل است و به آسانی می‌توان حواس شنوایی، بینایی و لامسه را معاینه کرد. نوزاد نسبت به صدای بلند واکنش نشان می‌دهد و نیز می‌توان واکنش مردمک‌های چشم را نسبت به نور مشاهده کرد.

رفلکس‌های طبیعی نوزاد نیز باید مورد معاینه قرار گیرد. رفلکس مکیدن از این میان اهمیت بیشتری دارد.

مطالعه آزاد



بازتاب‌های نوزاد (Reflexes)

بازتاب‌های عصبی در نوزادان طبیعی عبارت اند از :

بازتاب پلک زدن (Blink Reflex) :

نوزادک شود با پلک زدن، چشم‌ها را می‌بندد؛ همچنان نور شدید اگر به چشم او بخورد کند، یا چراغ قوه‌ای را جلوی چشم‌های او روشن کنند باز هم همین بازتاب را نشان خواهد داد.

بازتاب ریشه‌ای (Rooting Reflex) :

نوزاد سرش را مستقیماً به آن طرف برمی‌گرداند؛ این بازتاب جست و جویی است برای غذا. همچنان که مادر وقتی نوزادش را به آغوش می‌گیرد و نوک سینهٔ خود را به گونه‌ای او می‌مالد نوزاد به طرف سینهٔ مادر متوجه می‌گردد، این بازتاب شش هفته بعد از تولد ازین می‌رود ولی در همین زمان منبع غذایی برای نوزاد از طریق دید قابل تشخیص است و دید چشم‌ها کاملاً تکامل یافته است.

بازتاب مکیدن (Sucking Reflex) :

مکیدن را انجام می‌دهد درست مثل این که نوک سینهٔ مادر یا سرپستانک در دهانش است. بازتاب مکیدن تا شش ماه ادامه دارد. اگر هرگز تحریک مکیدن در نوزاد ایجاد نگردد بزودی بازتاب مکیدن در او از بین می‌رود.

بازتاب بلعیدن (Swallowing Reflex) :

مانند بزرگسالان است؛ وقتی که مواد غذایی به قسمت عقب زبان نوزاد می‌رسد به طور اتوماتیک بلعیده می‌شود.

بازتاب بیرون‌اندازی (Extrusion Reflex) :

نوزاد قرار گیرد، آن را به بیرون تف می‌کند؛ این یک عکس العمل حفاظتی در وجود نوزاد است که از فرو بردن ماده نامناسب پیشگیری می‌کند. این بازتاب در چهارماهگی از بین می‌رود تا قبل از پایان چهارماهگی هر مواد سفتی را که در دهان نوزاد بگذارند ممکن است رد کرده، به بیرون دفع نماید (تف کند).

بازتاب گرفتن با دست (Palmar Grasp Reflex) :

در این بازتاب، نوزاد

پس از قرار گرفتن شیئی در کف دست او، انگشتان خود را بسته، شیء را محکم نگه می دارد؛ این بازتاب بسیار قوی است؛ به طوری که اگر انگشتان دست خود را در دست نوزاد قرار دهید به سختی می توانید آنها را رهاسازید. این بازتاب تا حدود سه ماهگی ادامه دارد. از سن سه ماهگی به بعد اگر نوزاد چیزی را به دست می گیرد معنی دار است.

بازتاب گرفتن پا (Planter Grasp Reflex) : در این بازتاب وقتی یک

شیء با سطح انگشتان پای نوزاد تماس داده شود انگشتان پا همانند انگشتان دست بسته می شود و شیء را در خود نگه می دارد. این بازتاب تقریباً در سن ۹ - ۸ ماهگی زمانی که بچه آماده راه رفتن می شود از بین می رود اگرچه ممکن است برای مدتی در خواب باز این عکس العمل مشاهده گردد.

بازتاب راه رفتن (Step (walk) in Place Reflex) : در این بازتاب وقتی

نوزاد را به حالت عمودی طوری نگه دارند که کف پای او با سطح سفتی برخورد نماید به سرعت پای خود را بالا می کشد (حالت قدم برداشتن سریع)؛ این بازتاب تا سن سه ماهگی ادامه دارد. در سن چهار ماهگی نوزاد می تواند وزن بدن خود را روی پاهایش تحمل نماید.

بازتاب تونیک گردن (Tonic Neck Reflex) : وقتی نوزاد به پشت خوابیده

معمولاً سرشن به یک طرف قرار می گیرد و دست و پای طرفی که برخلاف صورت بچه قرار دارد حالت خمیدگی به خود می گیرد؛ حال اگر سر بچه را ناگهان به طرف دیگر برگردانیم دست و پای طرف مقابل، حالت خمیدگی به خود می گیرند.

بازتاب مورو (Moro Reflex) : وقتی که نوزاد به پشت خوابیده اگر با گرفتن

دست ها سرو تنہ اورا به اندازه ۲-۱/۵ سانتی متر از سطح تشک بالا آورده، ناگهان رهایش کیم یا اگر با دست، محکم روی تختن بکوییم با یک تکان ناگهانی از جا بر می جهد، ابتدا دست و پایش را دراز نموده، فوراً جمع می کند و انگشتان دست او حالت چنگ زدن به خود می گیرد. این حرکت دلیل بر طبیعی بودن قدرت عضلانی نوزاد است.

بازتاب بابینسکی (Babinski Reflex) : در این بازتاب، وقتی کنار خارجی

کف پای نوزاد را تحریک کنند (قلقلک دهن) شست و سایر انگشتان پای نوزاد باز می شوند؛ (مانند بادیزن).

این بازتاب تا سن سه ماهگی وجود دارد و بعد از آن مانند انگشتان پای بزرگسالان حالت خمیدگی به خود می گیرد.

هم اتفاقی مادر و نوزاد^۱

امروزه این امر ثابت شده است که هرچه زودتر مادر و نوزاد در کنار هم قرار گیرند ارتباط عاطفی بهتر و بیشتری بین آن دو برقرار می‌شود. این امر، اولًاً باعث موقیت بیشتر در شیردهی می‌شود و در ثانی نوزادانی که در لحظات اولیه پس از تولد در کنار مادر قرار گرفته‌اند احساس امنیت بیشتری کرده، در آینده از ثبات روانی بهتری برخوردار خواهد بود. بهترین زمان برای شروع شیردهی نوزادان سالم و طبیعی بلا فاصله بعد از تولد و آماده‌شدن مادر برای شیردادن و پس از انجام مراقبت‌های لازم و اولیه است. این زمان، به هیچ وجه نباید بیش از ۴ ساعت به طول انجامد. امروزه بیمارستان‌ها و زایشگاه‌های کشور اعم از دولتی و خصوصی ملزم به رعایت برنامه هم اتفاقی نوزاد و مادر و حتی در شرایط مطلوب‌تر برنامه هم تختی^۲ (یعنی نگاهداری و بسترهای نمودن مادر و نوزاد روی یک تخت برای نزدیکی و هم جواری بیشتر مادر و کودک) هستند. در گذشته در زایشگاه‌ها بخشی به نام شیرخوارگاه^۳ وجود داشت که نوزاد را جدا از مادر در آن نگاهداری می‌کردند و طی این چند روز اغلب نوزاد با شیر خشک تغذیه می‌شد. در حال حاضر این بخش‌ها برچیده شده و به جای آن بخش نوزادان برای بسترهای کردن نوزادان بدحال و بیمار جایگزین آن شده است. بیمارستان‌هایی را که دارای برنامه هم اتفاقی یا هم تختی مادر و نوزاد هستند به نام بیمارستان‌های (دوستدار کودک)^۴ می‌نامند. در مورد نحوه تغذیه نوزاد و شیردهی در فصل تغذیه مفصلًاً توضیح داده خواهد شد.

نکات مورد توجه در دوران نوزادی

اجابت مزاج در نوزادان: مدفوع نوزاد در ۲۴ ساعت اول سیاه متمایل به سبزرنگ لزج چسبنده و بدون بو است و اصطلاحاً مکونیوم^۵ نامیده می‌شود. اگر در ۲۴ ساعت اول نوزاد اجابت مزاج نداشته باشد، امکان باز نبودن مقدع یا مشکلات دیگر وجود دارد که باید توسط پزشک مورد بررسی قرار گیرد. بعد از ۲۴ ساعت اول به تدریج مدفوع تغییر رنگ داده، بعد از چند روز زرد رنگ می‌شود. تعداد دفعات دفع در نوزادان مختلف، متفاوت و از دو روز یک بار تا ۱۲ بار در روز به طور طبیعی می‌باشد.

دفع ادرار در نوزادان: هر نوزادی باید در ۲۴ ساعت اول تولد، ادرار نماید. اگر نوزادی در ۲۴ ساعت اول ادرار نکند، باید حتماً توسط پزشک مورد معاینه قرار گیرد.

۱— Rooming in

۲— Bedding in

۳— Nursery

۴— Baby Friendly hospitals

۵— Meconium

زدی نوزادی: معمولاً بیشتر نوزادان ۳۶ ساعت پس از تولد، اندکی زرد می‌شوند که این امر طبیعی است و تا روز دهم بعد از تولد، ازین خواهد رفت. این زرد شدن پوست در نوزادان را یرقان فیزیولوژیک می‌گویند.

اگر نوزادی قبل از ۳۶ ساعت پس از تولد زرد شود یا این که زردی او شدیدتر گردد باید حتماً توسط پزشک معاینه شود. به طور کلی باید در نظر داشت که در صورت مشاهده هر گونه تغییر رنگ پوست نوزاد (کبودی، زردی، رنگ پریدگی و ...) فوراً باید به پزشک مراجعه شود.

ترشحات دستگاه تناسلی در نوزادان دختر: گاه در بعضی از نوزادان دختر در روزهای اولیه پس از تولد ترشحاتی از دستگاه تناسلی خارج می‌شود که حتی ممکن است به صورت خونریزی‌های مختصر ظاهر شود. به علت قطع هورمون‌های مادری این امر غیرطبیعی نیست و نباید باعث وحشت والدین بشود.

همچنین در بعضی از نوزادان دختر پستان‌ها کمی متورم و برجسته می‌گردد و ترشحاتی از آنها خارج می‌شود؛ باید به والدین تذکر داد که از هر گونه دستکاری و دوشیدن پستان‌های نوزاد جداً خودداری کنند زیرا ممکن است باعث عفونت شده و مشکلات زیادی برای نوزاد بوجود آورد. لازم به ذکر است که علت این ترشحات نیز قطع هورمون‌هایی است که از مادر به نوزاد می‌رسیده است و به‌زودی در خلال چند روز قطع خواهد شد.

مراقبت از بندناf نوزاد: معمولاً بند ناف تا یک هفته و حداقل دو هفته بعد از تولد خود به خود می‌افتد. در پانسمان بندناf می‌توان از الکل سفید برای ضد عفونی آن استفاده کرد. بهتر است بند ناف را با گاز استریل پوشاند تا در اثر برخورد با لباس سبب کشیدگی، درد و آلودگی نگردد، در صورتی که اطراف بندناf چار عفونت شود و مایع چرکی یا خون از آن خارج گردید، باید سریعاً به پزشک مراجعه شود.

جوش‌های صورت: در نوزادان و گاهی تا سن ۲ ماهگی جوش‌های ریزی روی صورت و گردن دیده می‌شود که این جوش‌ها چرکی نیستند، رنگ سفید دارند و موقتی هستند. اگر این جوش‌ها کمتر از ۱۰ عدد و غیر چرکی باشند نیاز به درمان خاصی ندارند و در غیر این صورت نیاز به درمان دارند.

خواب نوزادان: نوزادان معمولاً بیشتر شبانه روز را در خواب به سر می‌برند و جز برای تغذیه از خواب بیدار نمی‌شوند. به تدریج زمان بیداری آنها اندکی بیشتر می‌شود.

لباس نوزاد: لباس نوزاد باید از پارچه نخی با اندازه مناسب تهیه شود و بسته به فصل و حرارت محیط نوزاد، به طور مناسب پوشانده شود. پوشاندن زیاد طفل نه تنها سودی ندارد بلکه باعث عرق کردن، از دست رفتن آب بدن و بالا رفتن دمای بدن^۱ طفل خواهد شد.

نکته مهم دیگر در این مورد، مسأله قنداق کردن طفل است که هنوز در بعضی از خانواده‌ها مرسوم است. قنداق کردن نوزاد امری غیربهداشتی و نادرست است؛ زیرا اولاً حرکات طبیعی طفل را محدود کرده و رشد او را به تعویق می‌اندازد؛ درثانی، در صورت دررفتگی خفيف مادرزادی ران، آن را تشديد می‌کند و یا حتی خود باعث دررفتگی مفصل ران خواهد شد. بنابراین باید به والدین متذکر شد که از قنداق کردن نوزاد جداً خودداری کنند.

گریه نوزاد: گریه در نوزادان امری طبیعی است ولی چنان‌چه نوزاد بی قراری زیادی می‌کند باید

به مسایل زیر توجه شود :

– گرسنگی نوزاد

– خیس بودن لباس‌ها و کنه‌ها

– تنگ بودن و نامناسب بودن لباس

– سرد یا گرم بودن بیش از اندازه هوای اتاق

– بیمار بودن طفل

حمام کردن نوزاد: تا زمانی که بند ناف نوزاد از وی جدا نشده است می‌توان برای تمیز کردن نوزاد از پارچه نرم و مرطوب استفاده نمود. ولی بعد از افتادن بندناف می‌توان نوزاد را در داخل وان بچه یا لگن حمام قرار داده، او را حمام کرد.

راهنمای کار عملی

مراقبت‌های انجام شده در اتاق زایمان برای نوزاد، از قبیل : اندازه‌گیری، آپگار، وزن کردن و

معاینه نوزاد را می‌توان به کمک فیلم آموزش داد.

در صورت وجود امکانات بیمارستانی و انجام هماهنگی‌های لازم، هنرجویان می‌توانند با

حضور در اتاق زایمان و بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد (Rooming in) بیمارستان در انجام این مراقبت‌ها

به پرستار مربوطه کمک نمایند.

مریبان با هماهنگی با بخش نوزادان بیمارستان می‌تواند یک نوزاد طبیعی را در حضور هنرجویان

معاینه نمایند. عکس‌العمل‌های نوزادی را به هنرجویان نشان دهند و موارد طبیعی و غیرطبیعی معاینه

نوزاد را شرح دهند.

مراقبت از بند ناف و پانسمان آن را می‌توان در بخش نوزادان به هنرجویان آموزش داد.

آزمون نظری



- ۱- تقسیم‌بندی نوزادان از نظر زمان تولد را تعریف کنید.
- ۲- اصطلاح «LBW» را توضیح دهید.
- ۳- هدف از تست آپگار را توضیح دهید.
- ۴- برای نوزادی با مشخصات زیر:
ضربان قلب کمتر از ۱۰۰، تنفس خوب، خمیدگی در اندام، گریه شدید، رنگ بدن صورتی با
اندامی کبود
- الف) نمره آپگار را تعیین کنید.
- ب) اقدامات ضروری را توضیح دهید.
- ۵- وزن نوزاد طبیعی را بیان کنید.
- ۶- معاینه نوزاد را توضیح دهید.
- ۷- بهترین زمان شروع شیردهی نوزاد سالم را توضیح دهید.
- ۸- دفع ادرار در نوزادان را توضیح دهید.
- ۹- زردی فیزیولوژیک را توضیح دهید.
- ۱۰- مراقبت از بندناف نوزاد را توضیح دهید.
- ۱۱- عوارض قنداق کردن نوزاد را توضیح دهید.

تغذیه در دوران نوزادی و شیرخوارگی

هدف‌های رفتاری: در پایان این فصل، فرآگیر باید بتواند :

- ۱- اهمیت تغذیه در دوران نوزادی و شیرخوارگی را توضیح دهد.
- ۲- زمان شروع تغذیه نوزاد را توضیح دهد.
- ۳- اهمیت تغذیه با شیر مادر را توضیح دهد.
- ۴- مزایای تغذیه با شیر مادر را توضیح دهد.
- ۵- مراحل ساخته شدن شیر مادر را توضیح دهد.
- ۶- نقش هورمون‌ها در ترشح شیر مادر را توضیح دهد.
- ۷- بهداشت دوران شیردهی را شرح دهد.
- ۸- نحوه تغذیه با شیر مادر را توضیح دهد.
- ۹- مشکلات مربوط به تغذیه با شیر مادر را شرح دهد.
- ۱۰- موارد منع استفاده از شیر مادر را توضیح دهد.
- ۱۱- تغذیه مصنوعی را توضیح دهد.
- ۱۲- تغذیه تكمیلی شیرخواران را توضیح دهد.
- ۱۳- نحوه از شیر گرفتن شیرخوار را توضیح دهد.

اهمیت تغذیه ساله

تغذیه مناسب رکن اساسی سلامت روحی و جسمی کودک در سال‌های آینده را تشکیل می‌دهد. تغذیه بر روی رشد و نمو کودک اثرات بسیار زیادی دارد و رشد کودکانی که تغذیه ناصحیح و ناکافی دارند از کودکانی که خوب تغذیه می‌شوند کمتر است. توقف رشد، عقب‌ماندگی ذهنی و مغزی و کاهش رشد عصبی ممکن است بسیاری از اوقات به علت سوء تغذیه – چه در دوران جنبی، چه در دوران نوزادی

و شیرخوارگی – باشد. گذشته از این کودکانی که تغذیه مناسب ندارند مستعد ابتلا به انواع بیماری‌های عفونی هستند که خود این بیماری‌ها به نوبه خود وضعیت جسمی کودک را بدتر می‌سازند.

علل سوء تغذیه در کودکان فراوان است ولی علتی که بیش از همه اهمیت دارد و در غالب اوقات علت اصلی سوء تغذیه طفل است ناآگاهی والدین از احتیاجات تغذیه‌ای طفل می‌باشد. بنابراین با آگاهی از احتیاجات تغذیه‌ای کودک در مورد مواد مغذی می‌توان برنامه غذایی مناسب باسن و احتیاجات کودک بر حسب بودجه غذایی و دسترسی به مواد غذایی قابل استفاده و عادات غذایی خانواده تنظیم کرد.

در این فصل، سعی خواهیم کرد ضمن میان احتیاجات تغذیه‌ای نوزاد و شیرخوار، نکات لازم در این مورد را با تکیه بر استفاده از شیر مادر به عنوان بهترین منبع غذایی در دسترس، بیان کنیم.

با این حال به داشن آموزان عزیز توصیه می‌شود که به مطالب عنوان شده در اینجا بسنده نکرده، سعی نمایند آگاهی‌های خود را در زمینه مسایل تغذیه‌ای با مطالعه بیشتر در این زمینه هرچه ممکن است بالا ببرند. علت تأکید در این مورد از این روست که تغذیه، مهم‌ترین جزء مراقبت‌های بهداشتی مادر و کودک است و عواقب سوء تغذیه در دوران نوزادی و شیرخوارگی به هیچ وجه قابل برگشت نیست.

زمان شروع تغذیه

تحقیقات سال‌های اخیر نشان داده است که بهترین زمان برای شروع تغذیه نوزاد، بلافصله تا نیم ساعت پس از تولد و بر روی همان تخت زایمان است. شروع به موقع شیردهی، سبب می‌شود که نوزاد، از کلستروم (آغوز، ماک) با تمام مزایایش بهره‌مند شود. به علاوه خوردن کلستروم، سبب تحریک در تولید شیر خواهد شد. این عقیده غلط که قسمت اول شیر در روزهای اول باید به دور ریخته شود و به جای آن آب قند به طفل داده شود، امروزه از نظر علمی به طور کلی رد شده است. اولین شیردهی، به ویژه در مادرانی که سابقه قبلی نداشته‌اند، بهتر است تحت نظر فرد آموزش دیده و وارد انجام شود تا مادر بتواند در حضور فردی وارد از قدرت شیردهی خود اطمینان یابد و مشکلات احتمالی شیردهی را برطرف نماید.

اهمیت تغذیه با شیر مادر

تنها غذایی که مواد مغذی مورد نیاز طفل را تأمین می‌کند شیر است و شیر مادر بهترین غذا برای طفل می‌باشد. ترکیب شیر هرگونه از پستانداران مطابق با نیاز نوزاد همان گونه بوده و بنابراین برای نوزاد انسان نیز مناسب‌ترین ترکیب شیر همانا ترکیب شیر مادر است.

سال‌ها است که پژوهشکاران از مزایای شیر مادر نسبت به سایر شیرها آگاه هستند. آن‌چه باعث روی

آوردن مادران به شیر خشک شده ناشی از باورهای غلطی است که در اثر تبلیغات کمپانی‌های سازنده این شیرها به وجود آمده است؛ جالب اینجاست که حتی خود این کمپانی‌های تهیه‌کننده شیر خشک برای فروش بیشتر، مدعی می‌شوند که «شیر آنها مشابه شیر مادر است».

گذشته از این، شیر مادر مزایای فراوانی نسبت به دیگر شیرها دارد که به برخی از آنها اشاره می‌شود.

مزایای شیر مادر

پژوهش‌های اخیر، مزایای بی‌شماری برای شیر مادر ذکر کرده‌اند. به‌طور خلاصه می‌توان این مزایا را در چند گروه زیر دسته‌بندی کرد :

- ۱ - ترکیب مناسب شیر مادر
- ۲ - خواص ایمنی بخش شیر مادر
- ۳ - خواص بهداشتی شیر مادر
- ۴ - خواص روانی شیر مادر
- ۵ - خواص اجتماعی - اقتصادی شیر مادر
- ۶ - آثار شیردادن بر روی مادر

ترکیب مناسب شیر مادر : شیر مادر دارای مناسب‌ترین ترکیب شیمیایی از پروتئین، چربی، کربوهیدرات، ویتامین‌ها و املاح لازم برای تأمین نیازهای نوزاد می‌باشد. مطالعات اخیر ترکیب پیچیده و روابط ناپذیر شیر مادر را تأیید نموده و نشان داده‌اند که شیر مادر دارای بیش از ۱۰۰ ترکیب شیمیایی مختلف با نسبت‌های مناسب می‌باشد. نکته مهم دیگر این که هضم و جذب مواد موجود در شیر مادر توسط نوزاد راحت‌تر انجام می‌شود. برای مثال جذب و متابولیسم کلسیم در کودکی که با شیر مادر تغذیه می‌شود خیلی بهتر از کودکی است که با شیر گاو تغذیه می‌شود. گذشته از این ترکیب شیر مادر هم‌زمان با رشد کودک تغییر می‌کند.

خواص ضد میکروبی و ایمنی بخش شیر مادر : کودکانی که با شیر مادر تغذیه می‌شوند در مقایسه با آنها بی‌که با سایر شیرها تغذیه می‌شوند کمتر مبتلا به بیماری‌های عفونی می‌گردند، مرگ و میر کمتری دارند و مقاومت بیشتری در مقابل بسیاری از عفونت‌های حاد و مزمن از خود نشان می‌دهند. علت این امر، وجود عوامل ضد میکروبی و پادتن‌هایی (ایمونوگلوبولین) است که در شیر مادر و به خصوص در ترکیب شیر چند روز اول یعنی کلستروم یا آگوز وجود دارد. به همین علت تأکید فراوان شده است که آگوز به طور کامل به طفل داده شود و حتی یک قطره‌آن هدر نزود. متأسفانه گاه در بعضی از خانواده‌ها

مشاهده می شود که کودک را از این نعمت خدادادی محروم کرده و آغوز را به دور می ریند در حالی که تقدیه طفل با آغوز نه تنها باعث این شدن کودک در مقابل بسیاری بیماری های عفونی می شود بلکه خود این امر باعث یک شیردهی موفق نیز خواهد شد.

خواص بهداشتی شیر مادر: شیر مادر تمیز، بهداشتی و عاری از هرگونه میکروب می باشد؛ گذشته

از این همیشه در دسترس است. دمای شیر مادر مناسب است. شیرهای دیگر ممکن است به آسانی آلوده شوند. این آلودگی ها امکان دارد از ظرف، از دست، شخص، قاشق، پستانک و غیره منتقل شود درحالی که شیر مادر مستقیماً از سینه وی وارد دهان طفل شده، امکان آلودگی ندارد و بروز بیماری اسهال در تقدیه با شیر مادر بسیار کمتر است.

مشکلات دندانی و پوسیدگی دندان ناشی از تقدیه مصنوعی و پستانک در کودکانی که از شیر مادر تغذیه می کنند، به مرتب کمتر است.

خواص روانی شیر مادر: تغذیه نوزاد با شیر مادر نه تنها یک روش طبیعی و فیزیولوژیک تغذیه

شیرخوار می باشد بلکه راه برقراری ارتباط عاطفی و روانی بین مادر و طفل نیز هست.

تغذیه نوزاد با شیر مادر سبب برقراری ارتباط تزدیک، صمیمانه تر و مطلوب تر بین مادر و طفل نسبت به سایر روش های تغذیه است. تحقیقات علمی، نشان داده اند اطفالی که با شیر مادر تغذیه شده اند در آینده زندگی خود از احساس امنیت روانی بیشتری برخوردار بوده اند.

خواص اجتماعی – اقتصادی شیر مادر: شیر مادر خردمنی نیست و بسیار ارزان تر از شیرهای دیگر است. درحالی که شیرهای دیگر را باید با قیمت های بالا خریداری کرد. به علاوه وقتی کودکی شیر غیرمادر مصرف می کند بیشتر بیمار می شود و باید بول بیشتری برای دارو و درمان او خرج کرد. هزینه های خرید شیر خشک و هزینه های جانبی یعنی خرید شیشه و پستانک و نظافت آن و هزینه های پزشکی مانند هزینه درمان اسهال و استفراغ و سوء تغذیه ناشی از خوردن شیرهای دیگر و تقاضای بیشتر خدمات درمانی گذشته از فشاری که بر اقتصاد خانواده وارد می آورد در سطح کشور نیز باعث ضرر های اقتصادی جبران ناپذیر خواهد شد.

مزایای شیردادن برای مادر

شیردهی گذشته از آثار بسیار مثبت برای نوزاد دارای اثرات مثبت و مفیدی برای مادر نیز هست. پاره ای از این اثرات عبارت اند از :

– انقباض رحم: شیردادن، سبب انقباض و برگشت سرعت رحم، به وضع طبیعی می گردد.

برگشت رحم به حالت اول در زنان شیرده سبب می‌شود که مادر خون کمتری از دست بدهد.

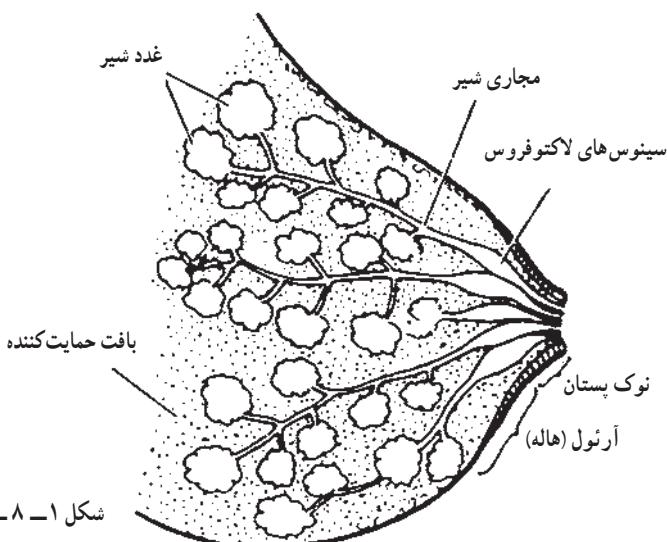
در جلوگیری از بارداری: تغذیه کودک اگر به طور کامل انجام شود می‌تواند اثر جلوگیری کننده از بارداری داشته باشد. به طور کلی زنانی که کودکانشان را با شیر خود تغذیه می‌کنند کمتر در معرض بارداری می‌باشند ولی ذکر این نکته نیز ضروری است که شیردادن روش مطمئنی جهت پیشگیری از بارداری و تنظیم خانواده نمی‌باشد.

رابطه شیردادن و سرطان پستان: شیردادن یک عمل طبیعی در تعقیب زایمان می‌باشد. اگر پستان‌ها این عمل فیزیولوژیک خود را انجام ندهند احتمال پیدایش سرطان در آنها زیاد می‌شود. امروزه حاصل تمام تحقیقات به نفع این نکته است که سرطان پستان در زنانی که فرزندان خود را شیر داده‌اند به مراتب کمتر است.

اثر شیردادن بر سلامت عمومی مادر: تولید شیر سبب می‌شود ذخایر غذایی که در دوران بارداری به همین منظور در بدن مادر ذخیره شده مصرف گردیده، مانع بروز چاقی در مادر شود. گذشته از آن شیردهی باعث ترشح هورمون‌هایی در بدن مادر می‌شود که از طریق دیگر به تأمین سلامت عمومی مادر کمک می‌کند.

فیزیولوژی و مراحل ساخته شدن شیر در انسان

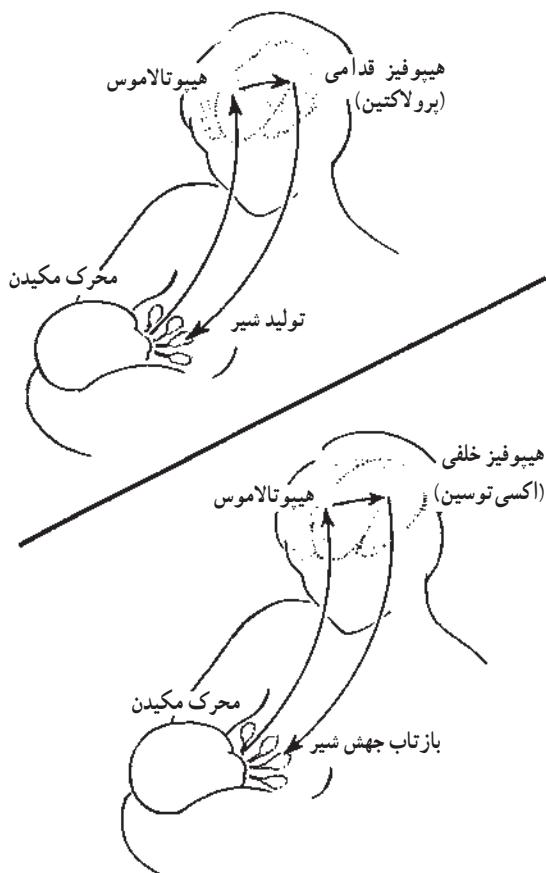
در دوران بارداری تغییراتی در غدد پستانی پیش می‌آید تا تولید کافی شیر را ممکن سازد. هورمون‌هایی که از جفت ترشح می‌شود نیز نقش مهمی در رشد پستان در دوران بارداری دارد (شکل ۱-۸).



شکل ۱-۸ - آناتومی پستان

شیردهی کامل بالا فاصله پس از تولد نوزاد شروع نمی‌شود. مدتی پس از تولد و بعضاً حدود ۴-۲ روز پس از تولد مقدار کمی آغز ترشح می‌شود که البته برای تأمین نیازهای نوزاد کافی می‌باشد. در روزهای بعد، افزایش سریعی در ترشح شیر صورت می‌گیرد و در موارد معمولی ترشح شیر به خوبی در آخر هفته اول برقرار می‌شود.

در زنان اول زا، این برقراری کامل شیر ممکن است تا هفته سوم و حتی دیرتر صورت گیرد. شیردهی، عموماً در طی ۲ تا ۳ هفته اول آغاز می‌شود و به دنبال آن به مدت طولانی برقرار خواهد بود. شروع و برقراری شیر تحت تأثیر فرآیند پیچیده اعصاب و غدد داخلی است. فرآیند تولید شیر در دو مرحله، ترشح و جهش شیر، صورت می‌گیرد. این دو پدیده بسیار بهم مربوط هستند و اغلب هردو هم زمان در زن شیرده اتفاق می‌افتد (شکل ۲-۸).



شکل ۲-۸ - عوامل عصبی - هورمونی مؤثر در تولید و ترشح شیر

ترشح شیر شامل ساخته شدن (سترز) اجزای تشکیل دهنده و عبور شیر به داخل حبابچه های شیری است. کمی قبل از زایمان، مواد ترشحی جمع شده ورود خود را به داخل حبابچه آغاز می کند و پس از تولد نوزاد، ترشح شیر تحت تأثیر مکیدن پستان صورت می گیرد.

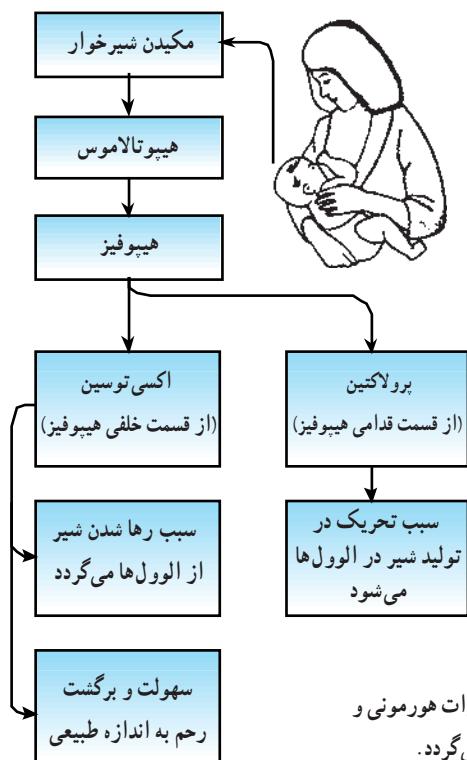
فعال ترین دوره ساخته شدن شیر، به هنگام مکیدن است ولی در زمان های دیگر نیز به میزان کمی انجام می شود. توجه به این نکته بسیار مهم است که مهم ترین عامل ترشح شیر مکیدن سینه مادر توسط نوزاد می باشد و هرچه این مکیدن بیشتر انجام شود شیر پیشتری ساخته و ترشح می شود.

نقش هورمون ها در ترشح شیر

مکیده شدن پستان توسط نوزاد، سبب تولید و ترشح شیر تحت تأثیر هورمون پرولاکتین و اکسی توسمین می گردد. این هورمون ها بر روی سلول های حبابچه ای عمل کرده، سبب تولید و ترشح مداوم شیر می گردد. در صورتی که مکیدن نوزاد در دوران شیردهی قطع شود، غده هیپوفیز این هورمون های لازم را برای تداوم در تولید و ترشح شیر ترشح نمی کند و درنتیجه چندین روز بعد ترشح

شیر قطع می شود. از آنجا که ترشح هورمون های هیپوفیز خود تحت اثر هورمون های ترشح شده از هیپوتالاموس می باشد تأثیرات روانی می تواند روی تولید شیر اثر بگذارد.

بنابراین در برخی از زنان ممکن است حتی هیجان کم یا ناراحتی ناچیز و جزئی روانی سبب کاهش تولید شیر گردد. به همین لحاظ توصیه می شود که مادران در مدت شیردهی تا آن جا که ممکن است کمتر با عوامل ناراحت کننده برخورد نمایند.



شکل ۳-۸ - مکیدن شیرخوار که باعث شروع تغییرات هورمونی و سبب تولید شیر و بازتاب جهش شیر و رهاشدن شیر می گردد.

بهداشت دوران شیردهی

مادر شیرده قبل از هر بار شیرده باید دسته هارا با آب و صابون شسته، خشک نماید. اما در هر شیردهی نیازی به شستن نوک سینه با آب و صابون نیست برای تمیز کردن آنها می باید فقط از آب استفاده شود. در دوران شیردهی مصرف بعضی مواد و داروها، موجب پیدا شدن آنها در شیر می شود لذا در هنگام بیماری یا نیاز به مصرف دارو، باید به پژوهش اطلاع داده شود و مصرف دارو فقط با تجویز و صلاح دید پژوهش صورت گیرد. مصرف سرخود بعضی از داروها، گاه سبب بروز عواقب جبران ناپذیری برای کودک شیرخوار خواهد شد. همچنین مادر شیرده به عنوان یک وظیفه انسانی برای سلامتی خود و کودکش باید از استعمال دخانیات به شدت اجتناب کند.

تعداد دفعات شیردهی: اطفالی که سالم هستند و به موقع به دنیا آمده اند، در هفتة اول زندگی روزی ۶ تا ۱۰ بار شیر می خورند. زمانی که شیر مادر فراوان و کافی باشد اکثر اطفالی که از شیر مادر تغذیه می شوند در هر وعده آن اندازه شیر می خورند که برای ۳ تا ۴ ساعت آنها را سیر نگه دارد با این همه ممکن است کودکی زودتر طلب شیر کند، بنابراین شیردهی باید بر حسب میل و تقاضای نوزاد باشد. بعد از هفتة ششم، بعضی از اطفال در نیمه شب برای شیر خوردن بیدار نمی شوند اما ذکر این نکته ضروری است که اگر طفلی در شب برای خوردن شیر بیدار شود نباید از دادن شیر به او دریغ کرد زیرا تولید هورمون ها در شیردهی شباهن به مراتب پیشتر است.

مراقبت از پستان ها: به طور کلی مراقبت از پستان ها و آماده کردن آن برای شیردهی، بهتر است از دوران بارداری شروع شود بدین صورت که ابتدا باید دید که نوک پستان طبیعی، کوتاه یا بلند یا «به داخل فرو رفته»^۱ است پستان هایی که نوک آنها به طرف داخل فرو رفتگی دارد ممکن است سبب اشکال در شیر خوردن نوزاد شود. خوشبختانه این موارد بسیار کم است و اگر باشد می توان در دوران بارداری با ماساز^۲ آن را درمان کرد.

زنان شیرده باید از سینه بندهای مخصوص شیردهی که به اندازه کافی راحت و گشاد است و می تواند افزایش اندازه پستان ها در دوران شیردهی را تحمل کند، استفاده کنند. برای نرم کردن نوک پستان معمولاً^۳ به پماد یا مواد ویژه ای نیاز نیست. در صورت نیاز می توان از روغن بادام استفاده کرد. بهتر است از موادی که دارای الكل یا مواد نفتی هستند استفاده نشود چون این مواد سبب از بین رفتن نرم کننده های طبیعی که توسط بافت نوک پستان ترشح شده، می گردند.

۱- Inverted nipple

۲- بدین ترتیب که مادر انگشت نشانه هر دو دست را در دو طرف نوک پستان قرار داده و نوک پستان را به طرف خارج می کنند. سپس دو انگشت را بالا و یاین نوک پستان قرار داده و آن را در مسیر بالا و یاین حرکت می دهد. چنان چه، ماساز نوک پستان، سبب انقباض رحم در مادر شد باید ماساز قطع شود.

روش تغذیه نوزاد از پستان مادر

تغذیه از پستان مادر نیاز به توجه فراوان دارد. در هنگام تغذیه با شیر مادر، طفل باید گرسنه و جایش خشک باشد. به علاوه محیط اطراف او نه زیاد گرم و نه زیاد سرد باشد. طفل را باید در وضع نیمه نشسته و راحت قرار داد تا بتواند بدون استفراغ به آسانی آروغ بزند. مادر هم باید کاملاً راحت باشد. اگر مادر بتواند از رختخواب خارج شود در این صورت بهتر است روی صندلی کوتاه دسته دار نشسته و پای طرفی را که طفل در آن قسمت شیر می خورد، روی یک چهار پایه قرار دهد. لازم است مادر با یک دست طفل را نگه دارد—در این موقع صورت طفل با پستان مادر در تماس است—و با دست دیگر پستان را می گیرد تا نوک آن به آسانی در دسترس طفل قرار گیرد. باید مواظب بود که در عین حال، راه تنفس از بینی طفل مسدود نگردد. لب های طفل باید کاملاً خارج و روی هاله پستان باشد. موقفيت در تغذیه شیرخواران تا حد زیادی با سازش در چند روز اول عمر بستگی دارد. مشکلات مربوط به عادت دادن طفل به تغذیه از پستان، بیشتر از مشکلات حاصل از ارضای تمایلات طبیعی او می باشد. اگر در موقع گرسنگی، که با گرده تظاهر می کند، طفل را به پستان بگذارند و اشتهاش خوب باشد احتیاجات اساسی او تأمین می گردد.



الف) نوک پستان و آرئول کش آمده و در
دهان بچه قرار گرفته است (وضعیت خوب)



ب) نوک پستان و آرئول کش نیامده
(وضعیت بد)

شکل ۴—۸— وضعیت خوب و بد قرار گرفتن نوک پستان در دهان شیرخوار

به طور کلی، برای یک شیردهی موفقیت آمیز و پیشگیری از کاهش شیر به نکات زیر باید توجه شود:

۱- مادر و نوزاد بلا فاصله پس از زایمان هم اتفاق شوند.

۲- نوزاد بلا فاصله، یا نیم ساعت پس از زایمان بر روی پستان مادر قرار داده شود. چون در

این لحظه نوزاد کاملاً هوشیار است و قدرت مکیدن بسیار قوی و خوبی دارد و با مکیدن پستان رابطه عاطفی بین مادر و شیرخوار برقرار می شود و نوزاد در عین حال آغوز را با مزایای فراوانش از پستان مادر دریافت می کند.

۳- حجم شیر مادر در روزهای اول (آغوز- ماک) محدود است و در هر نوبت ممکن است یک یا دو قاشق مریخوری باشد؛ نیاز نوزاد نیز در همین حدود است. مکیدن های مکرر شیرخوار مقدار شیر را مطابق نیاز رشد وی افزایش می دهد.

۴- در آغاز شیردهی، در روزهای اول بهتر است گونه نوزاد را که نزدیک سینه مادر قرار دارد به ملایمت با نوک پستان ماساژ داد؛ بدین ترتیب شیرخوار اگر گرسنه باشد دهان خود را باز می کند (رفلکس روتینگ Rooting Reflex) و با قراردادن نوک پستان و هاله اطراف آن در دهان، پستان را می گیرد و شروع به مکیدن می کند.

۵- در روزها و هفته اول بهتر است از هردو پستان به شیرخوار شیر داده شود تا سبب تحریک و ترشح شیر شود. در هفته های بعد می توان بر حسب نیاز و میل شیرخوار از یک یا هردو پستان برای شیردهی استفاده کرد. به طور کلی در هر وعده شیردهی بهتر است از هردو پستان شیر به شیرخوار داده شود و در صورتی که از یک پستان شیر داده می شود تناوب در ارائه پستان باید رعایت شود. بدین ترتیب که اگر در یک وعده به شیرخوار از پستان چپ شیر داده شده، در وعده بعدی از پستان راست شیر داده شود.

۶- شیردهی باید مکرر و در شب و روز، بر اساس تقاضای شیرخوار، صورت گیرد در ضمن باید توجه داشت که به دلیل هضم آسان شیر مادر، شیرخوار گرسنه می شود.

۷- شیردهی باید مطابق میل و دلخواه شیرخوار باشد و محدودیتی از نظر طول مدت یا فواصل بین شیردهی نباشد.

۸- در زمان شیردهی، مادر و شیرخوار باید احساس راحتی نمایند. مادر می تواند بنشیند و یا دراز بکشد، سر کودک نخرد و کاملاً در امتداد محور بدن و یا کمی به عقب متایل باشد. صورت و بدن شیرخوار باید کاملاً روبروی پستان و شکم مادر قرار گیرد. نوک پستان و هاله اطراف آن در دهان شیرخوار باشد زیرا گذاشتن نوک پستان به تنها بی دردهان شیرخوار، سبب ایجاد درد و ترک در نوک

پستان و عدم دریافت شیر از مادر می‌شود. به علاوه، به دلیل عدم فشار بر روی سینوس‌های شیر، (که در زیر هاله پستان قرار دارد) شیر تخلیه نمی‌شود و شیرخوار از دریافت آن محروم می‌ماند.

۹- تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر تا پایان ۶ ماهگی باید ادامه یابد و در طی این مدت هیچ‌گونه مواد دیگری اعم از آب (حتی در درجه حرارت بالای محیط تا ۴۵ درجه)، آب قند، شیر خشک و... نباید به شیرخوار داده شود. دادن هر ماده دیگر، سبب پرشدن معدة کوچک شیرخوار، امتناع از مکیدن و درنتیجه عدم تحریک پستان‌ها می‌شود و کاهش تولید و ترشح شیر را به همراه دارد. با مکیدن بیشتر، شیرخوار تقاضای شیر بیشتری از مادر می‌کند و درنتیجه، مادر (تحت تأثیر هورمون‌های پرولاکتین و اکسی‌توسین) شیر بیشتری را عرضه می‌کند بنابراین در این جا نیز قانون عرضه و تقاضا صادق است و عملی می‌شود.

۱۰- جامعه به طور اعم و همسر، اطرافیان و کادر بهداشتی و کارفرما به طور اخص، باید از شیردهی مادر پشتیبانی و حمایت کنند. این امر مادر شیرده را در تصمیم به شیردهی راسخ‌تر می‌نماید و بر اعتماد به نفس او می‌افزاید زیرا آن‌چه را که انجام می‌دهد مورد تأیید همگان می‌یابد.

۱۱- مادر باید تغذیه مناسب داشته باشد؛ هر چند مادرانی که از تغذیه مناسبی هم برخوردار نیستند قادر به شیردهی می‌باشند ولی برای افزایش سطح سلامت خود مادر، و همچنین ساخته شدن شیر (که نیاز به مواد مغذی مختلف دارد و این مواد باید توسط غذای مصرفی زن شیرده تأمین شود و در غیر این صورت از ذخیره بدن مادر برداشت خواهد شد) بهتر است زن شیرده از یک تغذیه صحیح، متنوع و متعادل برخوردار باشد.

۱۲- ذکر این نکات لازم است که سینه‌های کوچک، صاف بودن، ترک نوک پستان، ورم پستان، بیهوشی هنگام زایمان، تعجیز دارو، عمل سزارین، بارداری مجدد مادر، سن مادر و یا سن شیرخوار هیچ‌کدام مانع شیردهی موافقیت آمیز نیستند.

آروغ زدن: در موقع شیرخوردن، مقداری هوا نیز همراه شیر وارد معدة شیرخوار می‌شود. وجود این هوا در معده نوزاد می‌تواند باعث بروز دل درد در نوزاد شود. لازم است پس از هر بار شیردهی کودک را در بغل گرفته، چند بار آهسته به پشت او زد یا پشت او را مالش داد تا هوای خورده شده را برگرداند. گاهی همراه آروغ زدن مقداری شیر نیز برگردانده می‌شود که این امری طبیعی است و جای نگرانی نیست.

حل مشکلات مربوط به تغذیه با شیر مادر

نست شیر از پستان: در تعداد زیادی از زنان شیرده، در چند هفته اول شیردهی، شیر از پستان

نشت می‌کند؛ این موضوع که معمولاً در نتیجه پری پستان‌ها و یا جهش شیر است امری است طبیعی و اغلب زنان هم آن را تجربه می‌کنند. نشت شیر ممکن است در زمانی که شیرخوار از یک پستان شیر می‌خورد در پستان دیگر اتفاق بیفتد، ممکن است قبل از شیردهی یعنی زمانی که پستان پر است و یا وقتی به دلایلی مادر شیر نداده است، پیش آید. بعضی اوقات این نشت ممکن است به دلایل روانی باشد مثلاً مادر ممکن است با شنیدن صدای گریه یک کودک و یا بلند کردن شیرخوار خود برای شیردهی و یا حتی با فکر کردن به شیردهی شیرخوار، دچار نشت شیر گردد. مادر و شیرخوار نیاز به زمان دارند تا بتوانند خود را با برنامه جدید شیردهی و شیرخوری سازش دهند و یک هماهنگی بین عرضه و تقاضا شکل گیرد و در این زمان است که نشت شیر خود به خود برطرف می‌شود.

ترک و زخم نوک پستان: ترک نوک پستان – با خونریزی یا بی خونریزی – و زخم نوک پستان از مشکلاتی است که بسیاری از زنان شیرده ممکن است با آن مواجه شوند. این زنان در موقع شیردهی در نوک پستان احساس ناراحتی می‌کنند. این احساس ناراحتی در چند ثانیه اول شیردهی و سپس برطرف شدن آن طبیعی است و درنتیجه تحریک بافت پستان، تحت تأثیر هورمون اکسی توسمین در زمان جهش شیر پیش می‌آید. زخم واقعی نوک پستان همراه با حساس شدن و قرمزی هاله اطراف نوک پستان است و بهتر است از آن پیشگیری شود. برای پیشگیری و درمان زخم نوک پستان موارد زیر می‌باید رعایت شود :

– شیر به موقع داده شود نه در زمانی که شیرخوار فوق العاده گرسنه شده است، چه گرسنگی زیاد سبب مکیدن شدیدتر و درنتیجه بدتر شدن زخم نوک پستان می‌گردد.

– در موقع شیردهی، نه تنها پستان، بلکه مقداری از هاله اطراف نوک پستان نیز باید در دهان کودک قرار گیرد. در ضمن باید سعی شود تا در هر وعده شیردهی، فشار کمتری بر محل زخم وارد شود، بدین ترتیب که وضعیت شیردهی به شیرخوار را باید تغییر داد طوری که مادر احساس فشار کمتری در موقع شیردهی نماید.

– شیردهی نیز می‌باید از پستانی شروع شود که کمتر زخم است و سپس از پستان حساس شیر داده شود. در صورت حساس بودن نوک پستان، ۷ تا ۱۰ دقیقه شیرخوردن از هر پستان کافی است.

– با تخلیه پستان از شیر، شیرخوار را باید از پستان برداشت، چون مکیدن پستان خالی تخریب بافت را بیشتر می‌کند.

– پس از اتمام شیردهی باید نوک پستان را با شیر مادر آغسته کرد و به مدت ۱۰ دقیقه در معرض هوا قرار داد تا کاملاً خشک شود.

– استفاده از صابون، الکل و موادی که با مواد نفتی ساخته شده اند سبب تحریک بیشتر نوک پستان می‌گردد.

ورم دردناک پستان: گاهی، به خصوص در هفته‌های اول پس از تولد، شیر پستان بیشتر از حد احتیاج نوزاد است و کودک نمی‌تواند تمامی آن را خالی کند. در این صورت، پستان متورم و دردناک می‌گردد، به طوری که هنگام مک زدن نیز درد می‌گیرد. راه پیشگیری و درمان این ناراحتی خالی کردن منظم پستان‌ها بعد از تغذیه نوزاد و در فاصله دو و عده شیردادن است. قراردادن کمپرس آب سرد بر روی پستان‌ها، به تخفیف درد مادر و تورم پستان کمک می‌کند. هرگاه پستان از پرشدن شیر درد بگیرد می‌توان با دست‌های تمیز به ملایمت آن را فشار داد و مقداری از شیر آن را خارج کرده، در فنجان تمیزی نگهداری نمود. این شیر را می‌توان با قاشق چای خوری تمیز و یا قطره چکان به کودک خوراند، در هر حال فراموش نشود که اگر پستان پر و خالی نشود بهزودی ترشح شیر کم خواهد شد ضمناً پستان خالی شده باید کاملاً نرم و بدون برآمدگی باشد.

عفونت پستان (ماستیت): علایم عفونت پستان یا ماستیت، مشابه ورم پستان است. یعنی پستان، قرمز، حساس، دردناک و پراز شیر است. علاوه بر این‌ها تب و لرز و علایم دیگر نیز وجود دارد. در این حالت نباید شیردهی قطع شود و مراجعته به پزشک ضروری است.

آبسه پستان: در صورتی که عفونت پستان، به خوبی درمان نشود ممکن است به آبسه کردن بینجامد که عارضه‌ای جدی و دردناک است و سریعاً باید توجهات پزشکی اعمال شود. با دستور پزشک ممکن است قطع موقتی شیردهی از پستان مبتلا، لازم باشد.

موارد منع استفاده از شیر مادر

در یک نوزاد سالم و رسیده که مادری سالم و با شیر کافی دارد معمولاً دلیلی برای محروم کردن کودک از شیر مادر وجود ندارد ولی گاهی ممکن است علی از طرف مادر یا کودک، قطع شیر مادر را به طور موقت یا دائم ایجاب نماید. در این شرایط خاص، باید از شیر دیگری که معمولاً شیر خشک است استفاده نمود.

علل مربوط به نوزاد:

– ناهنجاری‌های مادرزادی لب و دهان از قبیل لب شکری، باز بودن کام و کوچک بودن چانه به طور مادرزادی که در این موارد نوزاد نمی‌تواند نوک پستان و تمام هاله پستان را در دهان بگیرد و

در مکیدن شیر دچار اشکال می‌شود.

– در زمان ابتلای کودک به بیماری‌های حاد و شدید ممکن است تغذیه از پستان برای کودک مشکل باشد که در این صورت باید به طور موقت شیر را دوشید و به کودک داد.

علل مربوط به مادر:

– آبسه چرکی پستان

– سل فعال ریوی

– بیماری‌های عفونی حاد و شدید از قبیل حصبه

– بیماری‌های عمومی و ضعیف کننده مانند کم خونی شدید، سرطان پیشرفته، نارسایی قلبی، ناراحتی‌های مزمن کلیه، عفونت خونی و

– بیماری‌های مغز و اعصاب به خصوص صرع

– اختلالات روانی شدید و رفتار غیر طبیعی مادر

– مصرف برخی از داروها توسط مادر

ذکر این نکته لازم است که کسب نظر و تأیید پژوهش در کلیه موارد منع شیر مادر به طور موقت یا دائم، ضروری است.

تغذیه مصنوعی

تغذیه شیرخوار با شیری غیر از شیر مادر را «تغذیه مصنوعی» گویند.

در گذشته، از انواع شیرها برای تغذیه مصنوعی طفل استفاده می‌شد اما امروزه تقریباً در بیشتر موارد از شیر خشک استفاده می‌شود. اساس تولید شیر خشک، استفاده از شیر گاو و کم کردن بعضی ترکیبات و اضافه کردن بعضی ترکیبات دیگر به آن است به طوری که در حد امکان آن را به ترکیب شیر مادر نزدیک کنند. سپس آب شیر را تبخیر کرده، آنرا به صورت پودر درمی‌آورند.

طرز تهیه شیر خشک:

۱- ابتدا باید دست‌ها به خوبی با آب و صابون شسته شوند.

۲- شیشه و سر پستانک به مدت ۵ دقیقه در آب، جوشانده شوند.

۳- آب جوشیده سرد شده در داخل شیشه ریخته شود. معمولاً بدن‌های شیشه شیر بر حسب سانتی‌متر مکعب (سی سی) درجه‌بندی شده است و بر حسب نیاز طفل که در جدول (۱۱-۸) آورده شده است باید در شیشه آب جوشیده سرد شده ریخته شود (باید توجه داشت که برای تهیه شیر خشک همیشه

از آب جوشیده استفاده شود).

۴- به ازای هر اونس یا ۳۰ سی سی آب جوشیده یک پیمانه شیر خشک در شیشه ریخته می شود (این پیمانه ها معمولاً در قوطی های شیر خشک موجود است و برای تهیه شیر حتماً باید از همان پیمانه استفاده شود). سپس باید شیشه شیر را تکان داد تا حل شود.

۵- با چکاندن چند قطره شیر در قسمت پایین پشت مچ دست می توان حرارت شیر آماده شده را امتحان کرد چون این قسمت از حساسیت نسبتاً خوبی برخوردار است.

جدول ۱-۸- میزان تقریبی نیاز کودک به شیر خشک بر حسب سن کودک

سن کودک	مقدار آب جوشیده سرد شده	تعداد پیمانه شیر	تعداد دفعات تغذیه در شبانه روز	مجموع
هفته اول و دوم	۹۰	۳	۶	۵۴۰
هفته سوم و چهارم	۱۲۰	۴	۵	۶۰۰
ماه دوم	۱۵۰	۵	۵	۷۵۰
ماه سوم و چهارم	۱۸۰	۶	۵	۹۰۰
ماه پنجم و ششم	۲۱۰	۷	۴	۸۴۰
از هفت ماهگی به بعد	۲۱۰	۷	۳	۶۳۰
شروع تغذیه تکمیلی				

اصول کلی تغذیه با شیر خشک، مشابه تغذیه با شیر مادر می باشد. طفل باید گرسنه، بیدار، گرم و خشک باشد. مادر باید در وضع راحتی قرار داشته باشد و طفل را در بغل بگیرد. بطی شیر را همیشه باید در دست نگه داشت و هرگز نباید از وسیله ای برای نگهداری آن استفاده کرد یا طفل را با بطی تنها گذاشت چون خطر خنگی طفل را در بی خواهد داشت.

- هر بار باید به اندازه لازم برای کودک شیر خشک تهیه نمود و با قیمانده شیر شیشه را دور ریخت.
- پس از هر بار شیردهی، باید شیشه و پستانک را با برس و آب گرم شست و سپس داخل شیشه را با آب جوشیده چندین بار شست و شو داد.

- اندازه سوراخ پستانک باید زیاد گشاد باشد چون ممکن است سبب خفگی کودک شود و همچنین باید زیاد تنگ باشد چون شیرخوار با مکیدن زیاد خسته می شود و به اندازه کافی شیر نمی خورد و درنتیجه دچار سوء تغذیه می شود. اگر شیشه شیر وارونه نگه داشته شود، در هر ثانیه باید یک قطره شیر بچکد. البته این

کار ادامه نمی‌باید و پس از چکیدن چند قطره، چکیدن شیر متوقف می‌شود.

در موقع شیردادن، شیشه طوری در دهان کودک قرار گیرد که حباب هوا وارد دهان کودک نشود. ضمناً پس از هر مرتبه شیردادن، طفل باید در وضعیت مناسب برای آروغ زدن قرار گیرد.

در موقع شیردادن، شیرخوار را در وضعیت آرام و فاقد سرو صدای مختلف که توجه او را جلب کند قرار داد و همان‌گونه که گفته شد حتماً باید شیرخوار در این لحظات آغوش پر محبت مادر را احساس کند.

شیر مایع گاو: همان‌طور که اشاره شد بهترین شیر برای تغذیه مصنوعی کودک شیر خشک است. در جایی که شیر خشک در دسترس نباشد می‌توان از شیر گاو برای تغذیه طفل استفاده نمود. توصیه می‌شود تا قبل از یک سالگی برای تغذیه شیرخوار از شیر گاو استفاده نشود چرا که تا این زمان پروتئین‌های درشت موجود در شیر برای شیرخوار قابل هضم نیستند و می‌توانند موجب حساسیت مخاط لوله گوارش و اختلال جذب کلسیم و فسفر در بدن آنان شود. برای استفاده از شیر گاو لازم است قبل از مصرف به مدت کافی (حتی شیر پاستوریزه) جوشیده شود و سرشیر آن جدا شود.

تغذیه تكمیلی

تا قبل از سن ۶ ماهگی، غیر از شیر مادر هیچ غذایی نباید به نوزاد داده شود. ولی چون ویتامین D و شیر مادر به اندازه نیاز روزانه طفل نمی‌باشد لازم است از پانزده روزگی تا پایان یک سالگی قطره ویتامین D به کودک طبق دستور پزشک یا مرکز بهداشتی داده شود. ادامه مصرف قطره ویتامین D و تا پایان دو سالگی با تشخیص پزشک است. پس از سن ۶ ماهگی، دیگر شیر مادر به تنها جواب گوی نیازمندی‌های غذایی طفل نمی‌باشد و باید از این سنین تغذیه کمکی برای طفل شروع شود.

چون اطفال معمولاً پس از ۶ ماهگی، در معرض کم خونی فقر آهن قرار دارد، لازم است بعد از ۶ ماهگی با تجویز پزشک به کودک قطره آهن داده شود. میزان لازم توسط پزشک مشخص می‌شود. قطره آهن باید حتماً در انتهای سطح زبان کودک چکانده شود چون در صورت تماس با دندان‌ها قطره آهن می‌تواند باعث سیاه شدن دندان‌ها گردد. معمولاً قطره آهن از پایان ۶ ماهگی تا پایان دو سالگی برای کودکان تجویز می‌شود.

نحوه شروع تغذیه تكمیلی: همه غذاي کمکی را نباید به یکباره شروع کرد. همواره باید به یاد داشته باشیم که غذاي اصلی طفل در این زمان هنوز شیر مادر است و در هر حال، ابتدا شیر و سپس غذا داده می‌شود (برای از بین نرفتن عادت مکیدن پستان مادر، لازم است کلیه مواد غذایی با قاشق یا فنجان به کودک داده شود).

نحوه شروع گروه‌های مختلف غذایی، به صورت زیر پیشنهاد می‌شود :

غلات: در هفته اول ۷ ماهگی می‌توان تغذیه کمکی را با لاعب برنج، روزانه یک تا ۱۰ قاشق مریاخوری شروع کرد. هفته دوم می‌توان از حریره بادام، شیربرنج و یا فرنی به میزان یک تا ۱۰ قاشق مریاخوری استفاده کرد.

سبزیجات: در هفته چهارم ۷ ماهگی بعد از شروع غذاهای کمکی می‌توان به تدریج از یک تا ده قاشق مریاخوری آش با سوب سبزیجات (به صورت نرم و صاف شده) استفاده کرد.

میوه‌جات: در ماه هشتم از یک قاشق مریاخوری آب میوه شروع نموده به تدریج آن را به ده قاشق مریاخوری رسانیده بهتر است فقط از یک نوع آب میوه استفاده شود. دادن آب مرکبات به کودکان کمتر از یک سال به دلیل امکان ایجاد آلرژی در کودکان توصیه نمی‌شود.

گوشت و غذاهای پروتئینی: از سن ۸ ماهگی، از غذاهای پروتئینی در هر وعده می‌توان نصف قاشق چایخوری زرد تخم مرغ مخلوط با کمی آب جوشیده یا شیر مادر یا از سن ۹ ماهگی یک قاشق غذاخوری گوشت پخته و نرم شده بدون چربی یا یک قاشق غذاخوری حبوبات پخته و نرم شده استفاده کرد.

از سن ۸ ماهگی می‌توان مقدار غذاهای ذکر شده را افزایش داد و غذاهایی را که کودک بتواند با دست بگیرد مانند بیسکویت یا نان برشته، در اختیار او گذاشت.

در سن ۱۱ تا ۲۴ ماهگی باز مقدار غذا افزوده می‌شود. در این زمان دیگر نیازی به صاف کردن غذا نیست و کم می‌توان از غذای سفره که خوب پخته شده باشد به طفل داد.

نکات مورد توجه تغذیه تکمیلی

در مورد غذای کمکی شیرخواران رعایت موارد زیر ضروری است :

۱- غذاها باید به دقت و از میوه‌جات و سبزیجات و گوشت تازه انتخاب شوند و طوری تهیه گردد که مواد مغذی آنها باقی بماند.

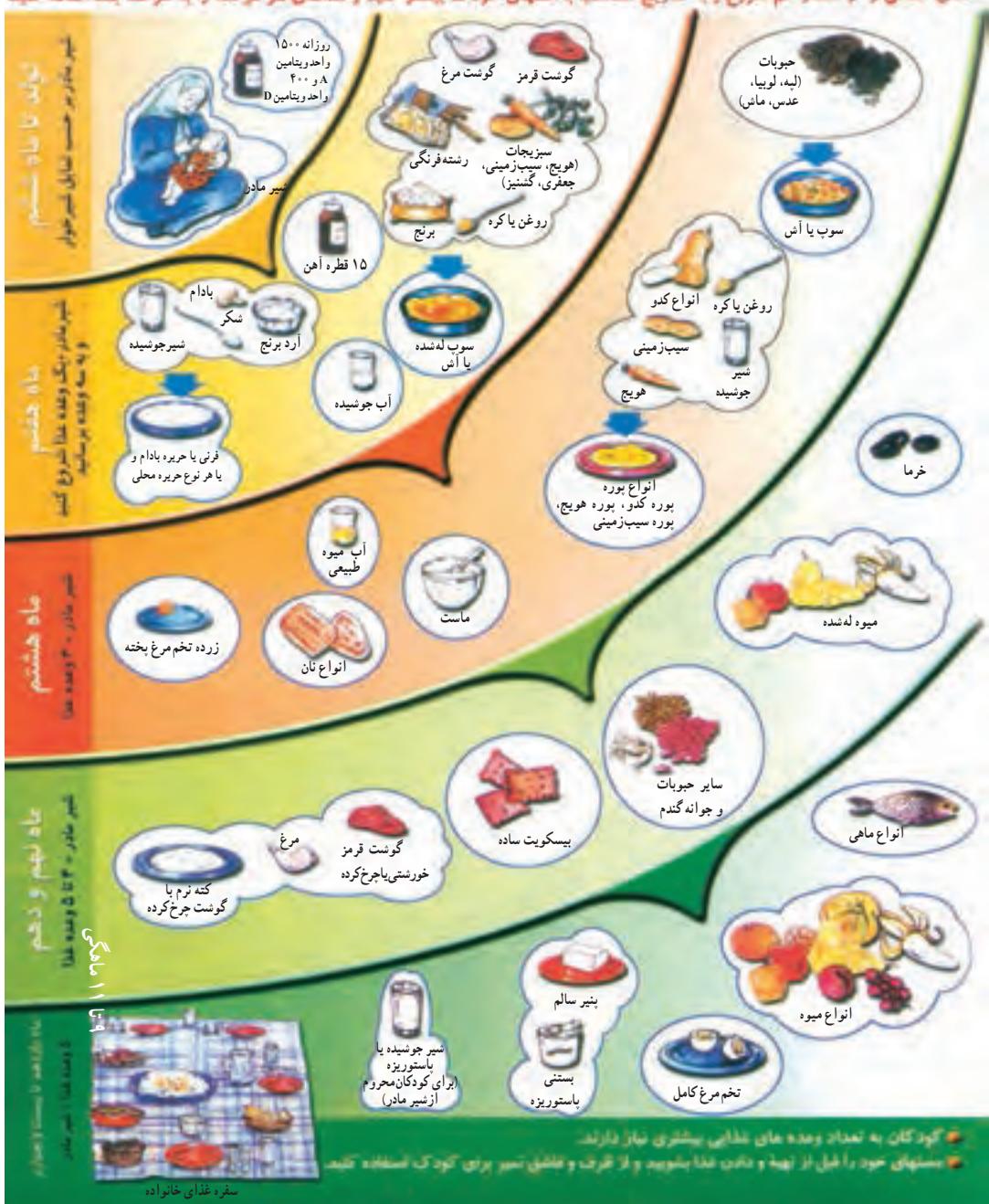
۲- در تهیه غذا برای کودک حتی الامکان از نمک استفاده نشود و از شکر نیز به مقدار بسیار کم استفاده شود.

۳- تا قبل از یک سالگی نباید عسل و سفیده تخم مرغ به کودک داده شود، چون عسل می‌تواند باعث بوتولیسم^۱ در طفل شود و همچنین مصرف این مواد قبل از یک سالگی باعث بروز حساسیت و آلرژی در طفل می‌گردد.

۱- نوعی مسمومیت ناشی از سم کلستریدیوم بوتولین است که امکان دارد این باکتری در عسل وجود داشته باشد و با علاجی دوینی، اختلال بلع، ضعف عضلات و یوست تظاهر پیدا می‌کند. این بیماری بسیار کشنده است.

تغذیه شیرخوار و شروع غذای کمکی

غذایی کمکی را از مقدار کم شروع و به تدریج مناسب با استهای کودک بینشید کهیه و غذاهای هر مرحله را به مرحله بعد اضافه کنید



شکل ۵ - ۸ - تغذیه شیرخوار و شروع غذاي کمکي

- ۴- هر بار به میزان کمی غذا برای یک یا دو وعده تهیه شود و با قیماندهٔ غذا در ظرف سرپوشیده در یخچال یا فریزر نگهداری گردد.
- ۵- همهٔ وسایل مورد نیاز باید کاملاً تمیز باشد و دست‌ها نیز قبل از تهیه غذا و هم‌چنین در موقع غذا دادن به طفل کاملاً با آب و صابون شسته شوند.
- ۶- برای غذا دادن به کودک، از قاشق استفاده شود، چون تمیز کردن آن خیلی راحت‌تر و سالم‌تر از غذا دادن با دست است.
- ۷- بار دیگر ذکر این نکته ضروری است که از سن ۱۸ ماهگی تا ۲ سالگی که زمان از شیر گرفتن نوزاد است باید به قدر تمایل به شیرخوار شیر داده شود.

از شیر گرفتن شیرخوار

از شیر گرفتن شیرخوار به معنی حذف شیر از برنامهٔ غذایی کودک نمی‌باشد. شیر تا هر زمان و بخصوص زمان رشد تا بلوغ جزء برنامهٔ غذایی کودک است. اما از سن ۱۸ ماهگی به بعد و تا ۲۴ ماهگی کم کم باید شیر مادر قطع شود. برای انجام این کار باید با برنامهٔ منظم تعداد و عده‌های شیردادن به تدریج کاهش یابد و سپس حذف گردد.

راهنمای کار عملی

برای کار عملی این فصل مریبان محترم می‌توانند با هماهنگی با مراکز بهداشت استان و مسئولان کارگاه‌های ترویج تغذیه با شیر مادر فیلم‌های آموزشی شیردهی را برای هنرجویان نمایش دهند.
همچنین در مراکز بهداشتی - درمانی ضمن هماهنگی با کارдан بهداشت خانواده در جریان آموزش به مادرانی که به تازگی صاحب فرزند شده‌اند، مشارکت نمایند.
مشکلات همراه شیردهی ترک و زخم نوک پستان، ورم پستان و این گونه موارد را می‌توان به وسیلهٔ فیلم به هنرجویان نشان داد. با حضور در مراکز بهداشتی - درمانی می‌توان در مادران مراجعه کننده‌ای که این ناراحتی‌ها را دارند این موارد عینی را دید و در آموزش رفع این مشکلات مشارکت نمایند.
مریبان طرز تهیه شیرخشک در شرایط مختلف و با توجه به سن نوزاد و شیرخوار را به هنرجویان آموزش دهند.

آزمون نظری



- ۱- اهمیت تغذیه در دوران شیرخوارگی را توضیح دهید.
- ۲- اهمیت تغذیه با شیر مادر را توضیح دهید.
- ۳- مزایای شیر مادر را نام ببرید.
- ۴- خواص روانی شیر مادر را توضیح دهید.
- ۵- مزایای شیردهی برای مادر را توضیح دهید.
- ۶- فعال ترین زمان تولید شیر مادر را توضیح دهید.
- ۷- نقش هیجان در ترشح شیر را شرح دهید.
- ۸- تعداد دفعات شیردهی را توضیح دهید.
- ۹- نکات مورد توجه به هنگام شیرخوردن نوزاد را توضیح دهید.
- ۱۰- مشکلات مربوط به تغذیه با شیر مادر را نام ببرید.
- ۱۱- پیشگیری از زخم نوک پستان را توضیح دهید.
- ۱۲- علت ورم دردناک پستان را بیان کنید.
- ۱۳- موارد منع استفاده از شیر مادر را توضیح دهید.
- ۱۴- روش تعیین حرارت مناسب شیر مصنوعی را توضیح دهید.
- ۱۵- مناسب ترین سن شروع غذای کمکی برای شیرخواران را بیان کنید.
- ۱۶- غذاهای منع شده قبل از یکسالگی برای شیرخوار را نام ببرید.



۹

فصل

رشد و نمو کودک (پایش رشد)

هدف‌های رفتاری: در پایان این فصل، فرآگیر باید بتواند :

- ۱- رشد و نمو را تعریف کند.
- ۲- عوامل مؤثر بر رشد و نمو را توضیح دهد.
- ۳- شاخص‌های پایش رشد کودک را توضیح دهد.
- ۴- نحوه ثبت و تفسیر منحنی رشد را به‌طور عملی انجام دهد.
- ۵- دوره‌های مختلف رشد و نمو کودک را بیان کند.
- ۶- معیارهای نمو کودک را توضیح دهد.

اهمیّت رشد و نمو

شناخت رشد و نمو طبیعی، برای تمام افرادی که از کودکان مراقبت می‌کنند، ضروری است. با توجه به این شناخت، این امکان به وجود می‌آید تا هرگونه انحراف از الگوی طبیعی سریع‌تر تشخیص داده شده و از عوارض آن پیشگیری گردد.

اگر این تعریف را پذیریم که کودک، انسان در حال رشد است و کودک در حال رشد کودکی سالم است، به این نکته بی خواهیم برد که آگاهی از نکاتی مانند : رشد مطلوب چیست؟ چگونه می‌توان مراقب آن بود؟ و چطور می‌توان انحراف از آن را به موقع تشخیص داد، در مراقبت از کودک بی‌نهایت مفید است.

در حالی که روندهای رشد و نمورا نمی‌توان به طور کامل از یکدیگر تفکیک نمود اما بهتر است که رشد را افزایش اندازه کل بدن یا قسمت‌های مختلف بدن بدانیم و نمو را به عنوان تعییرات عملکرد فرد که تحت تأثیر محیط عاطفی و اجتماعی قرار می‌گیرد تعریف نماییم.

مسیر رشد و نمو هر کس در طول زندگی منحصر به فرد است ولی می‌توان با مقایسه الگوی رشد هر فرد با گروه نمونه‌ای از همسالان که در یک کشور زندگی می‌کنند به وضعیت رشد فرد پی برد.

عوامل مؤثر بر رشد

اندازه کودک در زمان تولد، نتیجه رشد او در دوران زندگی داخل رحمی است. پس از آن زمان تا زمان بلوغ، پیشرفت فراینده در اندازه به وجود می آید. رشد هر فرد تحت تأثیر دو دسته عوامل است :

۱- عوامل ژنتیکی یا وراثتی

۲- عوامل محیطی یا خارجی

عوامل ژنتیکی تحت تأثیر مشخصات قومی و جنّه والدین به ویژه جنّه مادر می باشد؛ این عوامل ثابت هستند و نمی توان آنها را تغییر داد و رشد را از زمان آبستنی تا بلوغ تنظیم می کنند.

عوامل محیطی متعددی بر رشد فرد تأثیر می گذاردند که از جمله آنها می توان به وضعیت تغذیه و سلامت مادر در دوران حاملگی، نحوه تغذیه اولیه کودک و بیماری های کودک، اشاره کرد.

همان طور که ذکر شد اثر عوامل محیطی، ممکن است از زمان زندگی داخل رحمی شروع شود.

برای نمونه سوء تغذیه شدید مادر یا سیگار کشیدن او در دوران بارداری (در مقایسه با شرایطی که مادر دچار سوء تغذیه نیست یا سیگار نمی کشد) باعث به دنیا آمدن نوزادی با وزن کمتر می شود.

بعد از تولد، تأثیر عوامل خارجی بر روی رشد اهمیت بیشتری می باید زیرا کودک بیشتر در تماس مستقیم با آنهاست.

مهم ترین عامل خارجی مؤثر بر رشد، وضعیت تغذیه ای شیرخوار و کودک است. فقر مواد غذایی و سوء تغذیه، هر چند خفیف، می تواند بر رشد فرد تأثیر بگذارد. به دلیل حساس بودن رشد در مقابل تأثیرات خارجی، توجه دقیق و دائمی به آن وسیله ای با ارزش برای پایش^۱ سلامت کودک است. کندی یا توقف رشد کودک ممکن است مدت ها قبل از بروز اولین علائم یا نشانه های سوء تغذیه در او آشکار شود. همچنین کندی رشد، گاه اولین علامت یک عفونت یا بیماری دیگر است. بنابراین پایش رشد قادر است ما را در تشخیص سریع مسایل بهداشتی و در به کارگیری به موقع روش های اصلاحی باری دهد. شدت مشکلات بهداشتی را نیز می توان با تأثیر آنها بر روی رشد ارزیابی کرد تا زمانی که کودک دارای رشدی مطلوب است، وجود اختلال مزمن یا نامشخص در او نباید نگرانی زیادی ایجاد کند.

شاخص های پایش رشد

به طور معمول، به عنوان شاخص های رشد از سه مقیاس که بر روی افراد اندازه گیری می گردد،

۱- پایش اسم مصدر است از مصدر پاییدن.

استفاده می‌شود: طول یا قد، وزن و محیط قسمت‌های مختلف بدن^۱. هر یک از این‌ها مزايا و معابي دارند که به طرز استفاده از وسائل اندازه‌گيری و امكانيات و روش‌های موجود بستگی دارد.

طول یا قد: اندازه طول یا قد، معيارى است که افزایش کلى در جهه کودک را تازمان اندازه‌گيرى نشان می‌دهد و بنابراین كل تاریخچه بهداشتی او را منعکس می‌کند. با وجود اين، تغييرات قد به قدرى کند است که از آن نمی‌توان در پايش رشد استفاده کرد. همچنان اندازه‌گيرى قد در شيرخواران و کودکان که در آنها پايش رشد بيشترین اهميت را دارد، تا حدی دشوار است. اندازه‌گيرى های غيردقيق همراه با دشواری‌های سنجش قد، استفاده از آن را برای تشخيص اختلافی که ممکن است در فاصله زمانی بين دو بار اندازه‌گيرى قد وجود داشته باشد، مشکل می‌کند. شکل ۱-۹ نمودار قد برای سن از صفر تا ۶ سالگی و پژوه دختران و شکل ۲-۹ نمودار قد برای سن از صفر تا ۶ سالگی و پژوه پسران را نشان می‌دهد.

به علاوه طول یا قد کودک کاهش نمی‌يابد و از اين رو برای سنجش اختلال سلامت شاخص خوبی نیست.

وزن برای سن: تغيير نسبی وزن به سن، بسيار سريع تراز تغييرات قد نسبت به سن می‌باشد و در مقابل هرگونه اختلال در سلامت و يا بهبود آن حساس تراست. تغييرات قابل ملاحظه در وزن کودک را حتى در فاصله چند روز نيز می‌توان مشاهده کرد. اندازه‌گيرى وزن آسان است؛ بنابراین دقيق بودن هر چه بيشتر آن ميسر می‌باشد. به اين دلائل است که وزن برای سن معمولاً به عنوان بهترین شاخص کاربردي در پايش رشد کودکان به کار می‌رود.

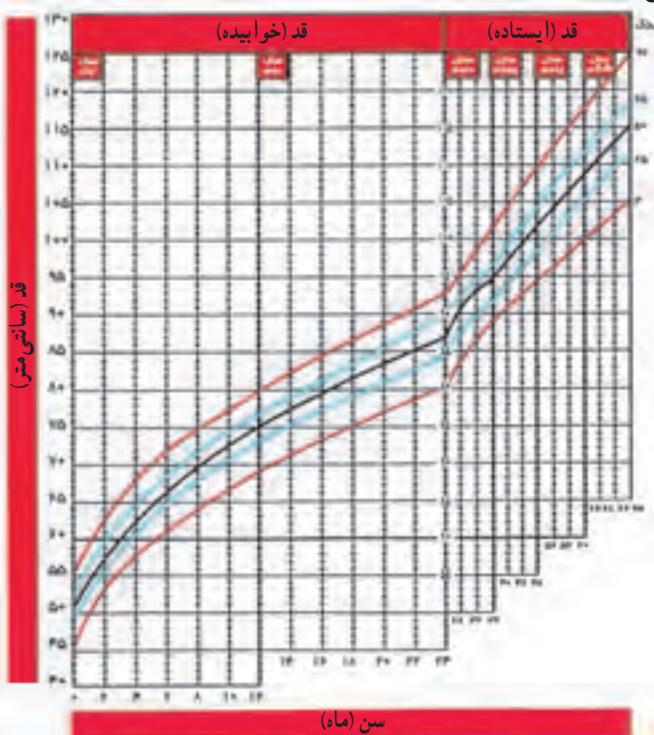
همان طور که قبل‌اً ذکر شد، وزن نوزادان طبیعی در هنگام تولد بین ۴۰۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم می‌باشد. نوزادان در ده روز اول تولد، مقداری وزن خود را از دست می‌دهند که اين يک امر طبیعی است و به علت از دست دادن مقداری از آب بدن رخ می‌دهد. پس از آن، هرگونه کاهش وزن و حتى ثابت بودن آن غيرطبیعی است و نشانگر کافی نبودن تغذیه یا اختلال در رشد می‌باشد.

به طور متوسط به وزن کودکان در ۴ ماهه اول زندگی، روزانه ۲۰ تا ۲۵ گرم و در ۸ ماهه بعدی روزانه ۱۵ گرم اضافه می‌شود که در اين صورت، وزن کودک در ۵ ماهگی تقریباً به دو برابر و در يك سالگی تقریباً به سه برابر وزن هنگام تولد خواهد رسید.

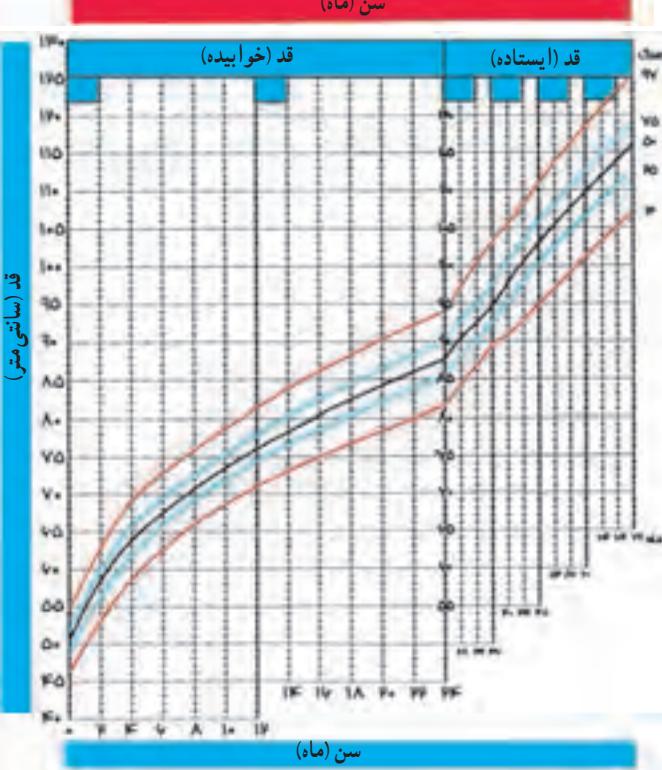
در دو سالگی وزن کودک به چهار برابر زمان تولد می‌رسد و پس از آن تا هنگام بلوغ، وزن کودک به آرامی زياد شده، سالانه بین ۱/۷ تا ۲/۸ کيلوگرم به آن اضافه می‌گردد.

۱- اين شاخص‌ها و شاخص‌های ديگر قابل اندازه‌گيرى در افراد را شاخص‌های آنتروپومetric می‌گويند.

*صدک



شکل ۱-۹- نمودار قد
برای سن (دختران)



شکل ۲-۹- نمودار قد
برای سن (پسران)

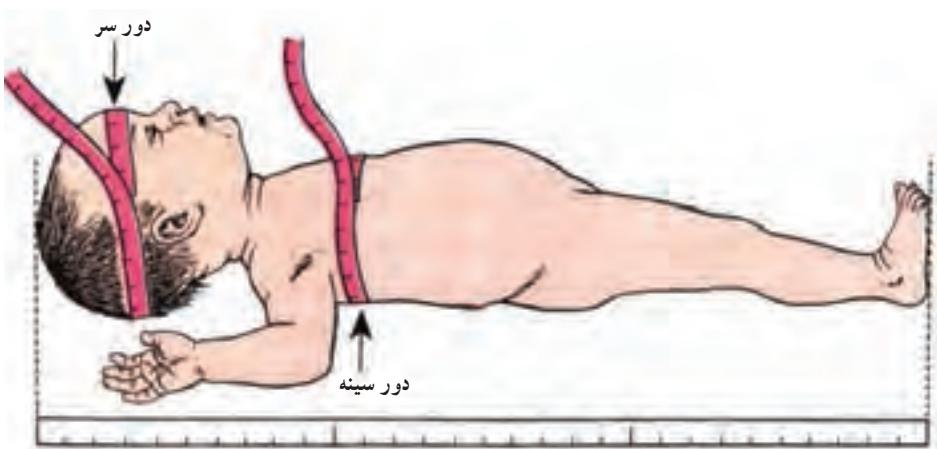
* صدک (percentile) : هنگامی که افراد جامعه مرجع را به صد گروه مساوی تقسیم کنیم، هر یک از این گروه‌ها یک صدک خواهد بود. به طور مثال، فرار گرفتن روی صدک ۹۷ یعنی مقداری که ۹۷ درصد جامعه مرجع پایین آن و فقط ۳ درصد بالاتر از آن فرار می‌گیرند.

محیط‌های بدن: شاخص‌های دیگری که در پایش سلامتی کودک مورد ارزیابی قرار می‌گیرند،

عبارت اند از: اندازه دور سر، دور سینه و دور بازو (شکل ۹-۳).

اندازه دور سر در موقع تولد بین ۳۴ تا ۳۷ سانتی‌متر است که در سه ماهه اول زندگی، هر ماه ۲ سانتی‌متر به آن اضافه می‌شود و پس از آن تا دو سالگی به تدریج ۱۰ سانتی‌متر دیگر به دور سر افزوده خواهد شد. پس از دو سالگی، اندازه دور سر تا پایان عمر تغییر چندانی نخواهد کرد و اصطلاحاً می‌گویند کودک ۲ ساله می‌تواند کلاه پدرش را بر سر بگذارد. اندازه دور سر نمایانگر رشد مغز است و اندازه‌گیری آن در ۲ ساله اول عمر فوق العاده اهمیت دارد و با این کار می‌توان از هرگونه اختلال در رشد مغز مطلع شد و اقدامات اصلاحی انجام داد.

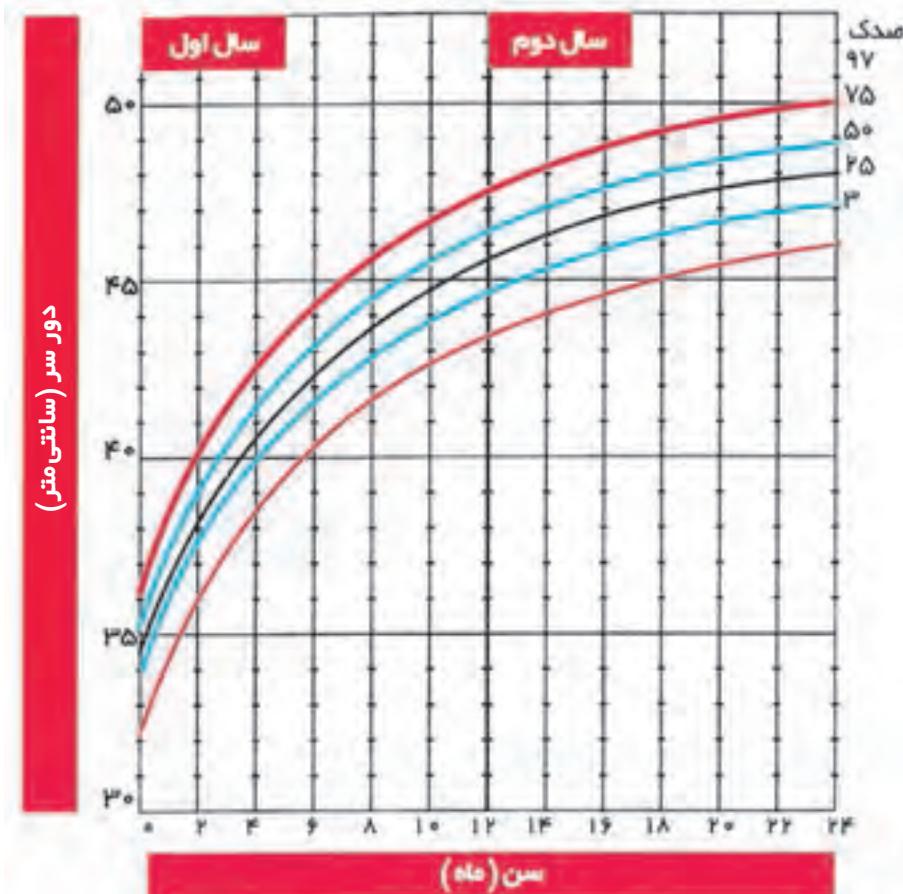
شکل ۹-۴ نمودار دور سر بر حسب سن برای دختران و شکل ۵-۹ نمودار دور سر بر حسب سن برای پسران را نشان می‌دهد.



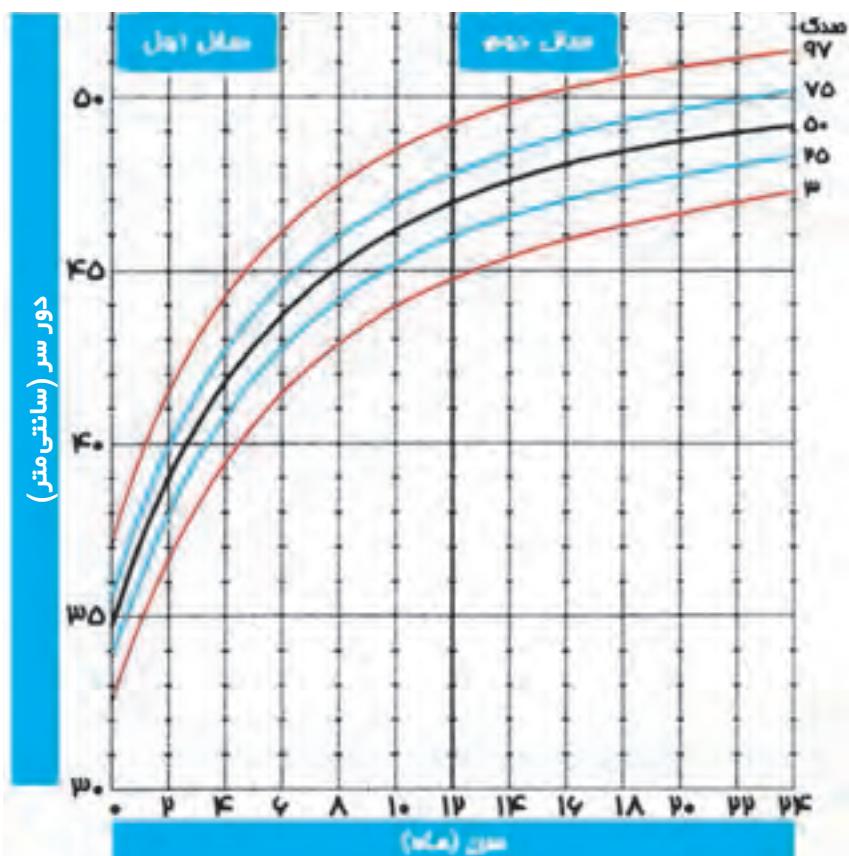
شکل ۹-۳- نحوه اندازه‌گیری دور سر، سینه و قد کودک

اندازه‌گیری دور سینه و مقایسه آن با دور سر نیز می‌تواند اطلاعات مهمی در مورد وضعیت تغذیه فرد در اختیار ما بگذارد. اندازه سر و سینه تا سن ۶ ماهگی مساوی است. بعد از ۶ ماهگی جمجمه به آهستگی و سینه با سرعت بیشتری رشد می‌کند. بنابراین در صورتی که در سن ۵ یا ۶ ماهگی نسبت دور سینه به سر کمتر از یک باشد احتمالاً اشکالی در رشد وجود دارد که یکی از دلایل آن می‌تواند سوء تغذیه طفل باشد.

اندازه دور بازو نیز یکی دیگر از نشانگرهای رشد است، که از آن در بررسی های جمعی هنگامی که وزن کردن میسر نباشد استفاده می شود. از این شاخص برای ارزیابی لاغری و در واقع سوء تغذیه پیشرفتی استفاده می شود و برای پایش رشد شاخص حساس و مناسبی نیست.



شکل ۴-۹- نمودار دور سر بر حسب سن (دختران)

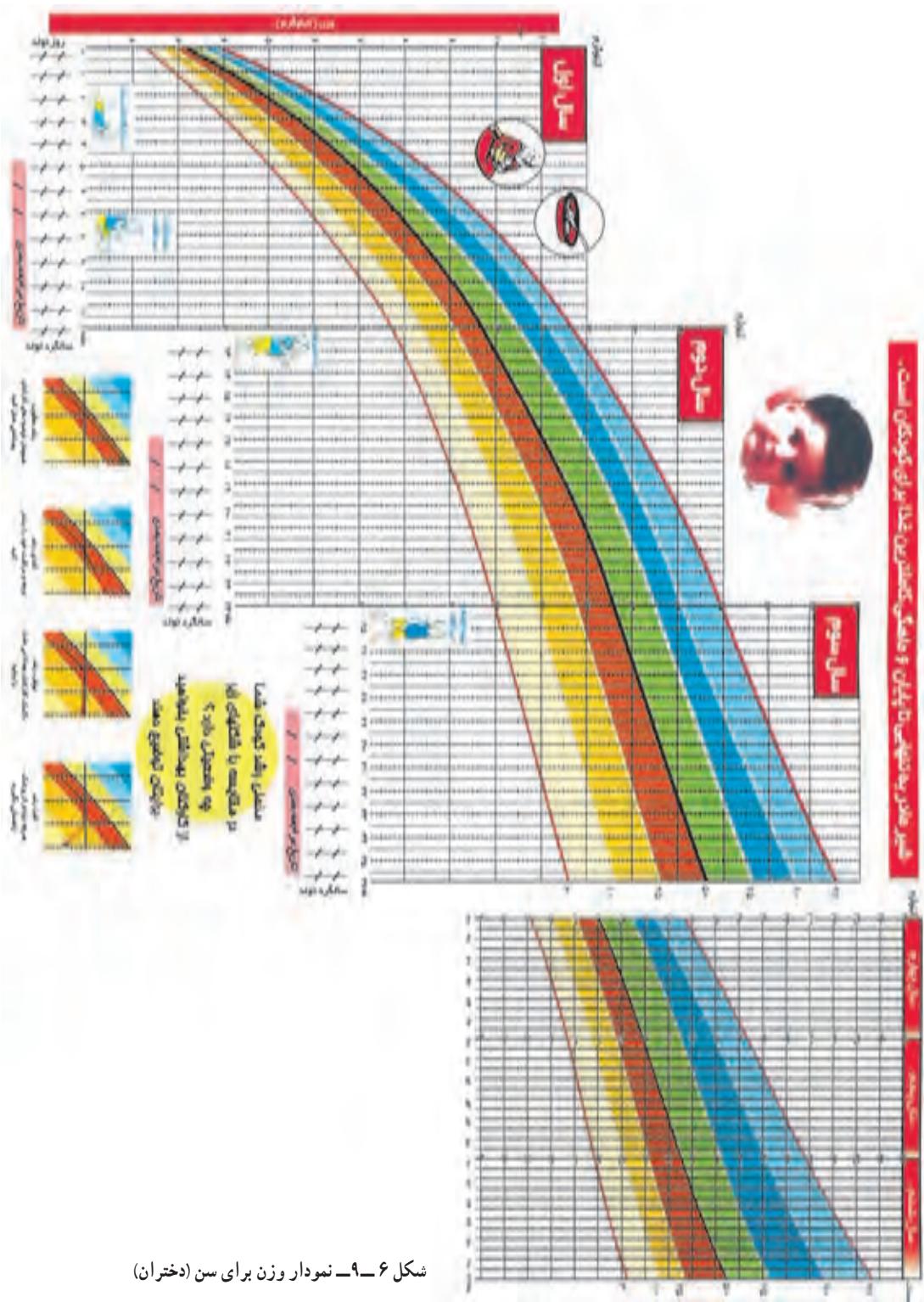


شکل ۵-۹—نمودار دور سر بر حسب سن (پسران)

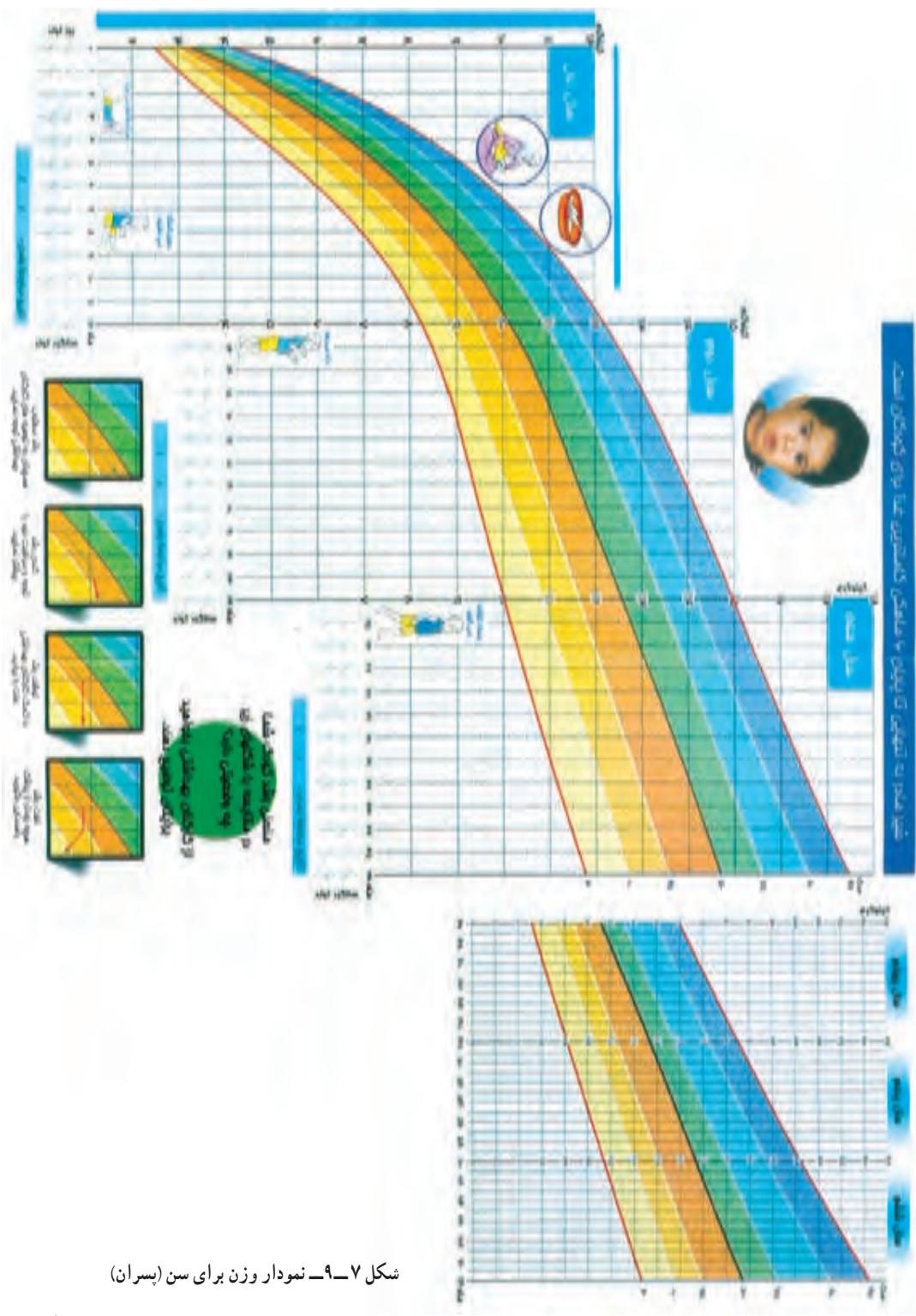
منحنی رشد

منحنی رشد برای پیگیری وضعیت رشد کودکان در طول زمان طراحی شده است به نوعی که تغییرات وزن در زمان‌های مختلف قابل تفسیر باشد (شکل‌های ۹-۶ و ۹-۷).

این منحنی با استفاده از وزن کردن گروهی از کودکان سالم (سنین مثلاً ۶-۱۶ سال) تهیه شده است و دارای دو حد بالا و پایین است که برای دختران و پسران حد بالا و پایین آن اندکی متفاوت است.



شکل ۶-۹- نمودار وزن برای سن (دختران)



زمان اندازه‌گیری وزن: اولین توزین باید در وقت تولد یا در اولین فرصت بعد از تولد صورت گیرد. وزن هنگام تولد در تشخیص و پیش‌بینی وضع آینده اهمیت بسیار دارد و از نظر پایش رشد و تفسیر روند رشد در آینده بسیار مفید است.^۱ علاوه بر این برنامه، هر بار که کودکی به واحد بهداشتی درمانی مراجعه می‌کند باید توزین شود و وزن در منحنی رشد ثبت گردد، به خصوص اگر کودک بیمار باشد (شکل‌های ۹-۸ و ۹-۹).



شکل ۹-۸

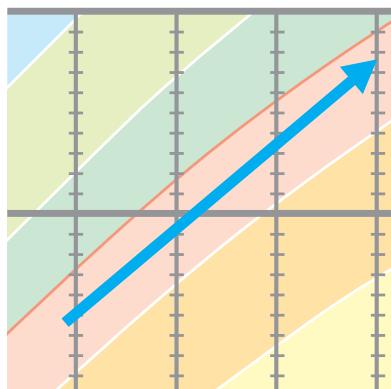


شکل ۹-۹

۱- توزین کودکان از بدو تولد تا پایان ۸ سالگی بسیار مفید است.

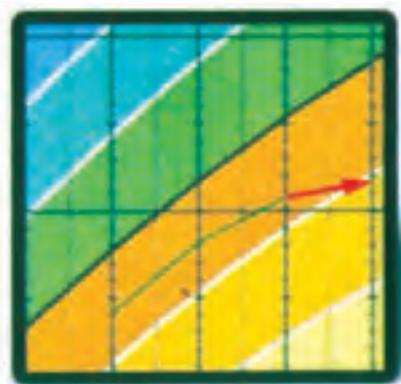
نحوه ثبت و تفسیر منحنی رشد: در هر بار اندازه گیری، اندازه وزن کودک بر حسب سن به وسیله نقاطی روی منحنی علامت گذاری می شود و از وصل کردن این نقاط به یک دیگر یک منحنی به دست خواهد آمد. این منحنی چهار حالت می تواند داشته باشد.

الف) اگر منحنی رشد کودک رو به بالا و در همان سمت حرکت منحنی استاندارد پیش رود، بسیار خوب تلقی می شود و نشان دهنده این نکته که رشد کودک به قدر کفایت است و همچنان به توصیه های کارکنان بهداشتی توجه نمود (شکل ۹-۱۰).



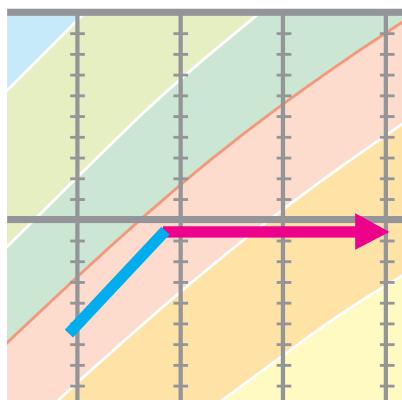
شکل ۹-۱۰- رشد مطلوب

ب) اگر منحنی رشد رو به بالا بوده ولی مسیر طبیعی خود را طی نکند نشانه کندی رشد کودک بوده و به توجه و مراقبت بیشتری نیاز دارد (شکل ۹-۱۱).



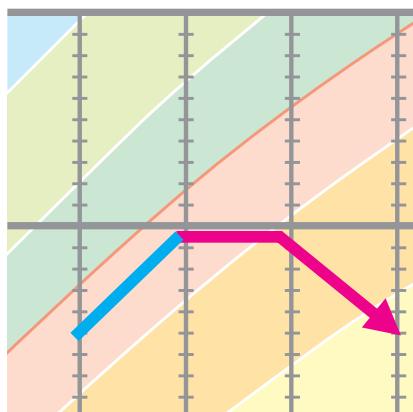
شکل ۹-۱۱- کندی رشد

ج) اگر منحنی رشد، افقی باشد به این معنی است که وزن کودک زیاد نمی‌شود. رشد کودک متوقف شده است و چون وزن تمام کودکان سالم همپای سن آنان زیاد می‌شود توقف رشد علامت هشدار دهنده‌ای است که با کمک کارکنان بهداشتی باید علت یابی شود (شکل ۹-۱۲).



شکل ۹-۱۲- توقف رشد

د) اگر منحنی رشد رو به پایین باشد نشان دهنده کاسته شدن وزن کودک است. این حالت بسیار خطرناک می‌باشد. کودک به کمک فوری احتیاج دارد و باید هر چه سریع‌تر از بیشک راهنمایی گرفته شود (شکل ۹-۱۳).



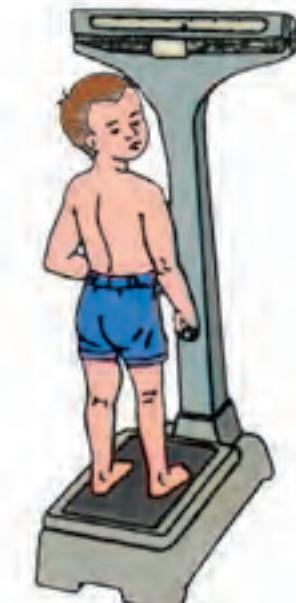
شکل ۹-۱۳- افت رشد

لازم به ذکر است که رشد هر کودک باید با اندازه‌گیری قبلی خود وی سنجیده شود و ملاک در این مورد، صعودی بودن منحنی رشد کودک و قرار گرفتن آن در جاده سلامتی است. این، به آن معنی است که منحنی رشد دو کودک سالم الزاماً منطبق بر هم نیست و در صورتی که جهت رشد منحنی هر یک همگام با رشد منحنی استاندارد رو به بالا باشد، رشد هر دو کودک طبیعی تلقی می‌شود.

شکل‌های ۹-۱۴ تا ۹-۱۸ انواع مختلف ترازو را نشان می‌دهد:



شکل ۹-۱۴- ترازوی شاهین‌دار برای توزین کودکان کمتر از پنج سال



شکل ۹-۱۵- ترازوی شاهین‌دار برای توزین کودکان در سن قبل از مدرسه یا بزرگتر



شکل ۹-۱۷- ترازوی فنری عقربه‌دار



شکل ۹-۱۶- ترازوی شاهین‌دار آویز



شکل ۹-۱۸- ترازوی فنری استوانه‌ای برای توزین نوزادان و شیرخواران

دوره‌های رشد و نمو کودک

همان طور که قبلاً ذکر شد، رشد به بزرگ شدن ابعاد بدن و نمو و تکامل به تغییر عملکرد فرد اطلاق می‌شود؛ به طور مثال بلند شدن قد به عنوان شاخص رشد محسوب می‌شود ولی انداختن توب در سبد بسکتبال (به عنوان مثال) نمودی از نمو و تکامل سیستم عصبی ماهیچه‌ای فرد می‌باشد. به بیان دیگر، رشد در اثر خاصیت ذاتی و فیزیولوژیک فرد به وجود می‌آید در حالی که نمو و تکامل، تابع یادگیری و مهارت‌هایی است که فرد کسب می‌کند و تغییرات رفتاری روانی فرد را دربر می‌گیرد. از نظر رشد و تکامل، دوران کودکی را می‌توان به چند دوره کوتاه‌تر تقسیم نمود:

۱—دوران نوزادی: دوران نوزادی از هنگام تولد تا ۲۸ روزگی می‌باشد. دوران نوزادی مرحله تطابق از زندگی داخل رحمی به زندگی خارج رحمی است. بسیاری از اعضاء و دستگاه‌های بدن از جمله دستگاه گردش خون، دستگاه عصبی، دستگاه گوارش و کلیه‌ها چهار تغییرات و تحولاتی می‌گردند که مناسب شرایط جدید زندگی کودک باشد.

۲—دوران شیرخوارگی: دوران شیرخوارگی از حدود یک ماهگی تا ۱ سالگی می‌باشد. دوران شیرخوارگی مرحله رشد و نمو سریع بدن و تکامل دستگاه‌ها و اعضاء مختلف بدن است و به خصوص دستگاه عصبی مرکزی تکامل سریعی پیدا می‌کند. در این دوران، کودک شدیداً وابسته به مادر است و به علت رشد زیاد، تغذیه کامل و کافی در این دوران اهمیت زیادی دارد.

۳—دوران خردسالی یا سال‌های قبل از مدرسه: این دوران از ۱ سالگی شروع می‌شود و تا پایان ۵ سالگی ادامه می‌یابد. در این دوران، تکامل بیشتری در اعصاب مرکزی و محیطی پیش می‌آید و کودک بسیار متحرک و دارای تکلم است و وابستگی وی به مادر به خصوص از نظر تغذیه کمتر می‌شود. دوران خردسالی از نظر ثبتی رفتار شخصی کودک دوران پراهمیتی می‌باشد.

۴—دوران پیش دبستانی و دبستانی: این دوران از ۶ سالگی تا حدود ۱۱–۱۲ سالگی را شامل می‌شود. در این دوران، کودک معمولاً^۱ به مدرسه رفته، آموزش‌های مختلف را فرامی‌گیرد. در اثر تماس بیشتر با اجتماع و برخوردهای اجتماعی، فرد از نظر اجتماعی رشد بیشتری کرده و به تدریج الگوی شخصیتی خاصی پیدا می‌کند.

۵—دوران نوجوانی و جوانی: این دوران از ۱۱–۱۲ سالگی شروع شده و تا شروع دوران بزرگسالی ادامه می‌یابد. در این دوران، تغییرات مربوط به بلوغ جنسی شروع می‌شود و کودک از نظر جنسی بالغ می‌گردد.

معیارهای نمو کودک

تعیین میزان نمو کودک، به سادگی آن‌چه در مورد رشد بیان شد میسر نیست. از این‌گذشته، نمو و تکامل کودکان علاوه بر مسایلی که بر رشد کودک اثر می‌گذارد تابع شرایط و علل گوناگون دیگری نیز هست که تعیین و تشخیص خود این عوامل نیز به آسانی میسر نمی‌باشد. عواملی نظری زنیک و توارث، خصوصیات قومی و فرهنگی، علل اقتصادی و اجتماعی، مشخصات خانواده و بعد خانوار، رتبه کودک در خانواده و بسیاری از علل دیگر بر نمو و تکامل کودک مؤثرند.

شاخص‌های مختلفی برای تشخیص نمو و تکامل کودک در نظر گرفته شده است ولی میزان نمو و تکامل در ۵ شاخص زیر می‌تواند نمایانگر وضعیت تکاملی کودک باشد :

- ۱- ادرارک پستانی
- ۲- حرکت دست‌ها
- ۳- حرکت اعضای بدن
- ۴- گفتار
- ۵- شناوری و ادرارک

جداول گوناگونی برای مشخص کردن نمو و تکامل کودک طراحی شده است. جدول ۹-۱ یک نمونه از این جداول است که سیر تکامل کودک از تولد تا ۴ سالگی را دربر می‌گیرد. این جدول از پایین به بالا برای سن کودک مرتب شده است و ردیف‌ها نشان‌دهنده سن کودک می‌باشد. لازم به ذکر است که جدول حداقل توانایی عملی در هر سن را نشان می‌دهد و معمولاً کودک طبیعی می‌تواند فعالیت‌های یک یا دو ردیف بالاتر از سن خود را نیز انجام دهد.

از آن‌جا که به خاطر سپردن این جداول کار ساده‌ای نیست نکات مهمی که در سنین مختلف باید مورد توجه و دقت شما قرار گیرد، در این‌جا به‌طور خلاصه آورده شده است.

۳ ماهگی

- وقتی او را روی شکم می‌گذارید می‌تواند سرش را نگه‌دارد.
- با چشم‌هایش دست‌های شما را دنبال می‌کند.
- لبخند می‌زند.

۴ ماهگی

- مادرش را می‌شناسد.
- می‌تواند اشیا را در دست خود نگه‌دارد.

– از خود صدای شبهه غان و غون درمی آورد.

۹ ماهگی

– می تواند بنشینند.

– می تواند اشیا را از یک دست به دست دیگر بدهد.

۱۲ ماهگی

– می تواند چهار دست و پا راه برود.

– می تواند بایستد.

– سعی می کند راه برود.

۱۲-۱۸ ماهگی

– به خوبی راه می رود.

– چند کلمه ساده را ادا می کند.

۱۸-۲۴ ماهگی

– به خوبی راه می رود حتی می دود.

– چند جمله ساده را بیان می کند.

۲-۴ سالگی

– احساس دفع ادرار و مدفع خود را خبر می دهد.

– به خوبی حرف می زند.

– در بازی با کودک هم سال خود شرکت می کند.

۶-۴ سالگی

– دفع ادرار و مدفع خود را کنترل می کند.

– به یادگیری علاقه مند است.

با توجه به مطالب ذکر شده اگر کودکیار متوجه شد که رشد و نمو طفل مطابق سنی نیست باید ضمن توجیه والدین و بدون نگران کردن آنان کودک را به پزشک معرفی نماید.



جدول ۱— جدول سنجش نمو کودک از تولد تا چهار سالگی

A— ادراک پیشی		B— محکت دسته ها		C— حرکات اعصابی پیش		D— گفتار		E— شنوایی و ادراک شنوایی	
۱. بینال کردند شنی، متخرک گاه با خصم		۱. جمع کردن یگانه ای گرفن جزئی		۱. بالا گرفن سر و واکنش با در مقابل فشار		۱. مکینهن، فورت دادن، گرده کردن		۱. واکنش در مقابل صدای پیش	
۲. کاکاه کردن به جای گره		۲. خم کردن بازد حركت مقابله		۲. قطاعل سر و حركت پایه های روزان		۲. میخ کردن به جای گره		۲. واکنش در مقابل صدای خواب	
۳. تعقیب چیزی که از دور می شود		۳. صدای های قرقه، قورقور و شغره		۳. گوش دادن به صدای کوته		۳. گوش دادن به جای گره		۳. گوش دادن به جای گره	
۴. توجه به شیوه که در دست می گرد		۴. راست کردن کمر و حرکات شنا مانند		۴. نگاه کردن به کمک زرده کردن		۴. بیانی با دستها		۴. نگاه کردن به کمک زرده کردن	
۵. دیندن کشمکش روی میز		۵. سنتون کردن سنت ها و غایضه های پیش		۵. واکنش در مقابل موسیقی و آواز		۵. دیاز کردن سنت ها به طرف اشیا		۵. واکنش در مقابل صدای خواب	
۶. نگاه کردن سرو و کشمکش خود روی نشستن		۶. بلند کردن سرو و کشمکش خود روی نشستن		۶. دیبال کردن صداها بر حکم سر		۶. دیاز کردن سرو و کشمکش خود روی نشستن		۶. دیبال کردن صداها بر حکم سر	
۷. گرفتن و رها کردن اشیا		۷. لیسینن قاشق فرنی		۷. موقوف کردن گرمه با صحبت کردن پاروی		۷. لیسینن قاشق فرنی		۷. موقوف کردن گرمه با صحبت کردن پاروی	
۸. دنبل کردند شنی در حال سقوط با گاه		۸. راگشت در حالت چهار دست و پا و غایضه های روی شکم		۸. واکنش در مقابل صدای پاروی		۸. واکنش در مقابل صدای پاروی		۸. واکنش در مقابل صدای پاروی	
۹. توجه به ضمیر خود در آینه (۱)		۹. دادند شنی از دستی به دست دیگر		۹. نف کردن باونو زبان		۹. نف کردن باونو زبان		۹. نف کردن باونو زبان	
۱۰. یکاه به دسته ها		۱۰. لمس و آزمایش		۱۰. واکشن با صدای دار از دندان		۱۰. واکشن با صدای دار از دندان		۱۰. واکشن با صدای دار از دندان	
۱۱. شناختن روی صدایی با زمین بدن فلان		۱۱. ایجاد دان شنی		۱۱. تقدیل صدایها		۱۱. ایجاد دان شنی		۱۱. تقدیل صدایها	
۱۲. پیدا کردن شنی بوسیله شده		۱۲. گرفت اشیا با او ایگست		۱۲. ادا نمودن چهار صدای متفاوت		۱۲. ادا نمودن چهار صدای متفاوت		۱۲. ادا نمودن چهار صدای متفاوت	
۱۳. توجه به شیوه بوسیله شده		۱۳. بهم زدن دوشی		۱۳. نگاه به طرف صدای نام برده شده		۱۳. نگاه به طرف صدای نام برده شده		۱۳. نگاه به طرف صدای نام برده شده	
۱۴. شناختن شیشه شیر خود		۱۴. توجه به تصویر خود در آینه (۲)		۱۴. حركت همان باشندگان (آ) «به به»		۱۴. حركت همان باشندگان (آ) «به به»		۱۴. حركت همان باشندگان (آ) «به به»	
۱۵. نگاه به توب در حال غایضه		۱۵. ایجاد دان شنی		۱۵. ایجاد دان شنی		۱۵. ایجاد دان شنی		۱۵. ایجاد دان شنی	
۱۶. توجه به تصویر خود در آینه		۱۶. توجه به تصویر خود در آینه		۱۶. ایجاد دان شنی با از زنین		۱۶. ایجاد دان شنی با از زنین		۱۶. ایجاد دان شنی با از زنین	
۱۷. ورق زدن کتاب مصور		۱۷. شناختن اشیاها از دور		۱۷. ایجاد دان شنی با فوجان به تهمی		۱۷. ایجاد دان شنی با فوجان به تهمی		۱۷. ایجاد دان شنی با فوجان به تهمی	
۱۸. شناختن اشیاها از دور		۱۸. باز کردن سیمه های		۱۸. باز کردن سیمه های		۱۸. باز کردن سیمه های		۱۸. باز کردن سیمه های	
۱۹. جذب اشیا مشابه کار هم		۱۹. به نفع کشیدن اشیاها با صفحه ها		۱۹. خشم شدید برای بلند کردن اشیا		۱۹. خشم شدید برای بلند کردن اشیا		۱۹. خشم شدید برای بلند کردن اشیا	
۲۰. تکان دادن سر برای گرفتن		۲۰. روی هم گذاشتن مهره ها		۲۰. دویند سمات پیچ شر بدن افان		۲۰. دویند سمات پیچ شر بدن افان		۲۰. دویند سمات پیچ شر بدن افان	
۲۱. یگاه به دست کردن برج		۲۱. باز کردن زرب		۲۱. باز کردن زرب		۲۱. باز کردن زرب		۲۱. باز کردن زرب	
۲۲. فهمیدن عرض کردن جای قوطی ها		۲۲. انداختن کشمش در شیشه		۲۲. انداختن کشمش در شیشه		۲۲. انداختن کشمش در شیشه		۲۲. انداختن کشمش در شیشه	
۲۳. چیدن اشیاء مطابق تصاویر آنها		۲۳. درآوردن لیاس		۲۳. درآوردن لیاس		۲۳. درآوردن لیاس		۲۳. درآوردن لیاس	
۲۴. زدن توپ با پایه دن زمین خود رون		۲۴. ادای دفعی		۲۴. ادای دفعی		۲۴. ادای دفعی		۲۴. ادای دفعی	
۲۵. فهمیدن ناز و للا		۲۵. زدن توپ با پایه دن زمین خود رون		۲۵. زدن توپ با پایه دن زمین خود رون		۲۵. زدن توپ با پایه دن زمین خود رون		۲۵. زدن توپ با پایه دن زمین خود رون	
۲۶. نشان دادن اعصابی پیش بازدنه		۲۶. حروف : آ، ئ، د، ؤ، و		۲۶. نشان دادن چیز شنی نام آنها		۲۶. نشان دادن چیز شنی نام آنها		۲۶. نشان دادن چیز شنی نام آنها	
۲۷. نشان دادن چیز شنی نام آنها		۲۷. واکشن بازد		۲۷. واکشن بازد		۲۷. واکشن بازد		۲۷. واکشن بازد	
۲۸. واکشن بازد		۲۸. نگاه کردن پیش		۲۸. نگاه کردن پیش		۲۸. نگاه کردن پیش		۲۸. نگاه کردن پیش	
۲۹. نگاه کردن پیش		۲۹. توجه به شیوه		۲۹. توجه به شیوه		۲۹. توجه به شیوه		۲۹. توجه به شیوه	
۳۰. نگاه کردن پیش		۳۰. ایجاد دان شنی		۳۰. ایجاد دان شنی		۳۰. ایجاد دان شنی		۳۰. ایجاد دان شنی	

پایان مطالعه آزاد

۱۰۱. پایین آمدن از زیله با عرض کردن پاها	۴۸. به کار بردن حداقل دو کلمه مضاف
۱۰۲. پایین آمدن خودش با اسم کوچک	۴۹. نامیدن خودش با اسم کوچک
۱۰۳. شناختن معنی ۵۰ لغت	۵۰. به کار بردن ۱۰ لغت
۱۰۴. شناختن نام ۷۸ شنی	۵۱. بازی در حال نشستن
۱۰۵. شناختن سریا	۵۲. بازی در حال نشستن
۱۰۶. کار هم قراردادن دور بیگ	۵۳. داخل کردن میله در لوله
۱۰۷. شخص دو فرم از یکدیگر	۵۴. ورق زدن صفحات کتاب
۱۰۸. شناختن همسایه و همچنان	۵۵. تشخص نیزگ و کوچک
۱۰۹. جدا کردن قاشق ها از چکل ها	۵۶. کار هم قراردادن دور بیگ
۱۱۰. جدا کردن تصویرها از یکدیگر	۵۷. بازی در حال نشستن
۱۱۱. رفتن به حالت الاست	۵۸. به کار بردن حداقل دو صفت اشیا
۱۱۲. رفتن به زین	۵۹. به کار بردن چجهله دو کلمه ای
۱۱۳. خودن غذا باقیت	۶۰. به کار بردن «این» و «آن» همراه
۱۱۴. خودن حادل چهار سیلا	۶۱. استفاده از کلکات هونز، دواره، زاد
۱۱۵. خودن غذا باقیت	۶۲. نامیدن خودش با این معنی
۱۱۶. در یک خط قر از دادن پا با چشم بسده	۶۳. در یک خط قر از دادن پا با چشم بسده
۱۱۷. درین مسافت ۱۵ متر بیرون از خاندان	۶۴. نامیدن کاری خودر از سوب خدری
۱۱۸. درین مسافت ۱۵ متر بیرون از خاندان	۶۵. بخت کنیدن میوه ها
۱۱۹. درین مسافت از روی مانع	۶۶. بخت کنیدن شکلات
۱۲۰. درین مسافت از روی مانع	۶۷. بخت کنیدن شکلات
۱۲۱. درین مسافت از روی مانع	۶۸. بخت کنیدن هندسی
۱۲۲. درین مسافت از روی مانع	۶۹. شناختن هندسی
۱۲۳. درین مسافت از روی مانع	۷۰. ریختن آب از یک لوان در لوان دیگر
۱۲۴. درین مسافت از روی مانع	۷۱. ریختن آب از یک لوان در لوان دیگر
۱۲۵. درین مسافت از روی مانع	۷۲. راندن سه چشم ماشین بدلی
۱۲۶. درین مسافت از روی مانع	۷۳. راندن از روی پله در حال بجت پا
۱۲۷. درین مسافت از روی مانع	۷۴. راندن از روی پله در حال بجت پا
۱۲۸. درین بادکش با پا	۷۵. شناختن انجام کاری از روی تصادر
۱۲۹. درین بادکش با پا	۷۶. شناختن دو شیء مخفی شده
۱۳۰. درین بادکش با پا	۷۷. شناختن محیط اطراف
۱۳۱. درین بادکش با پا	۷۸. شناختن بین بیک و چندنا
۱۳۲. درین بادکش با پا	۷۹. دریف کردن رنگ های اصلی
۱۳۳. درین بادکش با پا	۸۰. دریف کردن رنگ های اصلی
۱۳۴. درین بادکش با پا	۸۱. باز کردن طبلی حداقل سه شیء
۱۳۵. درین بادکش با پا	۸۲. باز کردن طبلی حداقل سه شیء
۱۳۶. درین بادکش با پا	۸۳. مرت کردن ۵ حفت تصویر
۱۳۷. درین بادکش با پا	۸۴. دخل هم فوار دادن قوطی های توخالی
۱۳۸. درین بادکش با پا	۸۵. دخل هم قوطی های توخالی
۱۳۹. درین بادکش با پا	۸۶. دست کردن برج با ۸ مکعب
۱۴۰. درین بادکش با پا	۸۷. دست کردن برج با ۸ مکعب
۱۴۱. درین بادکش با پا	۸۸. دست کردن برج با ۸ مکعب
۱۴۲. درین بادکش با پا	۸۹. شرس آن چه بدهیده با نفع داده
۱۴۳. درین بادکش با پا	۹۰. شرس آن چه بدهیده با نفع داده
۱۴۴. درین بادکش با پا	۹۱. شستن ایستادن با علاقه
۱۴۵. درین بادکش با پا	۹۲. شستن ایستادن با علاقه
۱۴۶. درین بادکش با پا	۹۳. شستن ایستادن با علاقه
۱۴۷. درین بادکش با پا	۹۴. شستن ایستادن با علاقه
۱۴۸. درین بادکش با پا	۹۵. توضیح بازی که اینام می دهد
۱۴۹. درین بادکش با پا	۹۶. شرس ایستادن کوکا کی که شنیده
۱۵۰. درین بادکش با پا	۹۷. شرس ایستادن کوکا کی که شنیده
۱۵۱. درین بادکش با پا	۹۸. شرس ایستادن کوکا کی که دواز نظر پنهانی
۱۵۲. درین بادکش با پا	۹۹. تشخص کیسته های یک و دواز نظر پنهانی
۱۵۳. درین بادکش با پا	۱۰۰. پیدا کردن سه شیء مخفی شده
۱۵۴. درین بادکش با پا	۱۰۱. درست کردن گلوله و مادر با خضر
۱۵۵. درین بادکش با پا	۱۰۲. درست کردن چهاردان کلید در قفل
۱۵۶. درین بادکش با پا	۱۰۳. درست کردن چهاردان هاستها
۱۵۷. درین بادکش با پا	۱۰۴. پیدا کردن چهاردان هاستها
۱۵۸. درین بادکش با پا	۱۰۵. پیدا کردن سه شیء مخفی شده
۱۵۹. درین بادکش با پا	۱۰۶. شناسایی دستتر و پسر
۱۶۰. درین بادکش با پا	۱۰۷. کشیدن خطیز بن و نطفه
۱۶۱. درین بادکش با پا	۱۰۸. بازو و سینه دگمه ها
۱۶۲. درین بادکش با پا	۱۰۹. مرت کردن تصادر ناقص
۱۶۳. درین بادکش با پا	۱۱۰. مرت کردن تصادر ناقص



از یک روزه تا یک ماهه



وضعیت نوزاد همان است که در دوره قبل از تولدش بوده، اگر دست‌ها و پاها را صاف کنید، مثل فنر به حالت اولشان برمی‌گردند. وقتی به نوزاد لباس می‌پوشانید باید به این حالت او احترام بگذارید.



اگر با انگشت سبابه خود کف دست نوزاد را لمس کنید او دستش را می‌بندد، و انگشت شما را آن قدر محکم می‌فشارد که انگشت‌های خودش سفید می‌شوند. پاها نیز همین واکنش را نشان می‌دهند. نوزاد واکنش‌های دیگری نیز دارد؛ اگر او را روی پاهاش نگاهدارید، راه می‌رود. اگر لب‌هایش را لمس کنید، مک می‌زند. پژشک برای این که مطمئن شود نوزاد طبیعی است تمام این واکنش‌های را می‌آزماید.



عضلات گردن نوزاد محکم نیستند و اگر نوزاد را بلند کنید، نمی‌تواند گردنش را نگه دارد.



۱ تا ۴ ماهگی

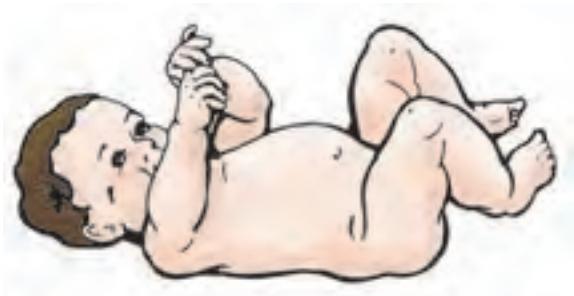
نوزاد با نگاهش شخصی را که جایه جا می شود، دنبال می کند. شروع به خنده‌یدن واقعی می کند. صورتش حالت معنی داری به خود می گیرد.



اگر نوزاد را به شکم بخوابانید، سرش را با قدرت بلند می کند. عضلات گردنش محکم شده است و وقتی که به پشت خواهد بود، اگر دست هایش را بگیرید و او را بلند کنید، سرش را محکم نگاه می دارد.



منش هایش را باز کرده است. دست هایش به فرمان او هستند. آنها را جلوی چشم هایش می گیرد. انگشت هایش را تکان می دهد و با آنها لمس می کند. اگر شیئی را به طرف او دراز کنید از هیجان می لرزد.





۴ تا ۸ ماهگی



از نشستن لذت می‌برد. در ابتدا اجازه دهید برای مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه بنشینند. البته او را به بالشتی تکیه دهید. وقتی خوابیده سرش را بلند می‌کند، گویی می‌خواهد به تنها بنشینند. برای عادت دادن نوزاد به نشستن از چهار ماهگی به بعد می‌توانید او را در صندلی‌های کوچک تاشویی قرار دهید که زاویه پشت آنها قابل تنظیم است. می‌توانید در روز یک یا دو بار طفل را در این صندلی‌ها بنشانید ولی روی هم رفته نباید مدت آن از نیم ساعت تجاوز کند.



با دست راست یا چپ، شیئی را که به طرف او بیرید می‌گیرد و با چهار انگشت‌ش فشار می‌دهد. اگر شیء دیگری را به او نشان دهید اولی را از یاد می‌برد.



دستش را دراز می‌کند و با انگشتانش شیء مورد نظر را می‌گیرد. آن را دست به دست می‌کند. اغلب با حرص آن را می‌قاید.

مطالعه آزاد



وقتی که جورابش را درمی‌آورید، پایش را به دهانش می‌برد. چون عاشق مکیدن است، از این که چیز تازه‌ای برای مکیدن پیدا کرده، خوشحال است و می‌خندد. او دست‌ها، موها، گوش‌ها و تمام بدنش را هم به تدریج کشف می‌کند.



اگر دستش را بگیرید درست راه می‌رود، ولی مایل است سر و تنہ‌اش را به سمت جلو دهد.



از پرت کردن اشیا لذت می‌برد؛ وقتی چیزی را می‌گیرد، هنوز محکم آن را نمی‌چسبد، زیرا نمی‌تواند اندازه اشیا را درست بسنجد؛ انگشت سبابه‌اش قدرت بیشتری دارد و هر چیز کوچکی، حتی خرده نان را نیز می‌تواند از روی زمین بردارد.



۱۲ تا ماهگی

طفل نخستین کوشش‌ها را برای ایستادن به عمل می‌آورد. در حدود ۱۰ ماهگی وقتی ایستادن را یاد گرفت، می‌کوشد دست‌هایش را از نرده‌های پارکش رها کند، اما از افتادن می‌ترسد. برای دست یافتن به شیء مورد نظر چهار دست و پاراه می‌رود، به طور نشسته خود را می‌کشاند، و یا روی سینه، مثل خرچنگ، می‌خزد.



هر طفلي به طريقي خود را جابه جا می‌کند،
 كه حالت او در اين هنگام معمولاً انعکاسي از
 شخصيت اوست.



حال که می‌تواند تنها بنشيند، مدتی طولاني در پارکش می‌نشيند. او هم چنین قادر است خم شود، بگردد و بدون اين که بيفتد چيزی را بردارد.





۱۸ تا ۱۲ ماهگی



او در حالی که پاهاش را از هم دور نگه می دارد؛ بالاتنه اش را جلو می دهد و دست هایش را برای حفظ تعادل در دو طرف به صورت افقی در می آورد راه می رود. هنوز چهار دست و پا از پله ها بالا می رود. روی صندلیش می ایستد و می کوشد از سایر صندلی ها بالا برود.



در حالی که قبلاً دست ها برای گرفتن اشیا به یک دیگر کمک می کردند، حالا می کوشد از هر یک از دست هایش به تنها بی استفاده کند.



می تواند مکعبی را به شما بدهد؛ هنوز نمی تواند توپش را پرت کند؛ می تواند یک شیء کوچک را در داخل یک شیء بزرگتر قرار دهد؛ می کوشد با مکعب هایش یک برج بسازد ولی نمی تواند.

مطالعه آزاد



می تواند کتاب را ورق بزند، اما چند برگ را باهم می گرداند؛ تصاویر را نشان می دهد؛ وقتی خسته می شود کتاب را به کناری می اندازد.



۱۸ تا ۲۴ ماهگی

از کشف کردن و جایه جا کردن لذت می برد. او حالا آن قدر از دست ها و پاهاش مطمئن شده است که بتواند با اشتیاق کامل برای اکتشافش از آنها استفاده کند.



او مداد را در دستش می گیرد، ولی خطهایی که می کشد کج و معوج است و راست درنمی آید. از طرفی بچه توجهی هم به این موضوع ندارد و بیشتر مایل است کاغذ را خط خطی کند، بعد هم با همان اشتیاق آن را مچاله و پاره کند.



ضربه وارد کردن به توپ با پا، عقب عقب راه
رفتن، بالا رفتن از پله درحالی که دستش را به نرده
گرفته است و یا پایین آمدن از آن اگر شما دستش را
بگیرید، از فتوحات این سن بهشمار می‌روند.



او می‌تواند قائمهش را به دست بگیرد ولی وقت
غذا خوردن خیلی خودش را کثیف می‌کند. در عین
حال، به هنگام غذا خوردن سر و صدای زیادی راه
می‌اندازد و به هنگام آب خوردن گلویش صدا می‌دهد.



دویدن برایش بسیار لذت‌بخش است. دوست
دارد که دنبالش کنید، ولی اغلب به در و دیوار یا مبل
و صندلی می‌خورد؛ او با داد و فرباد اشیا را می‌کشد،
هُل می‌دهد و می‌زند.



۲ تا $\frac{1}{3}$ سالگی

او می‌دود و قادر است به هنگام دویدن به چپ و راستش نگاه کند. او می‌تواند با یک دست توپش را پرتاب کند و با پایش به آن ضربه‌ای وارد آورد. اگر دستش را بگیرید دوست دارد از روی یک نیمکت و یا پله بپرد.



با یک دستش کاغذ را نگاه می‌دارد و با دست دیگرش مداد را و می‌کوشد روی کاغذ یک دایره بکشد.



با تقلید از مادرش به عروسک یا خرسش غذا می‌دهد. آن قدر در این کار دقّت به خرج می‌دهد که خرس یا عروسک از خودش تمیزتر باقی می‌ماند. انجام تمام کارهای روزانه برای او جالب است و چنان‌چه بتواند دستگیره در را بپیچاند احساس غرور خواهد کرد.



در کتاب تصاویر فنجان، خرس و توب را تشخیص می‌دهد و آنها را با احساس پیروزی نشان می‌دهد. صفحات کتاب را یک به یک ورق می‌زنند.



او قادر است ۷ عدد از مکعب‌هایش را روی هم بگذارد. مداد را دیگر در مشتیش نمی‌گیرد، بلکه با انگشت‌هایش مداد را گرفته و روی کاغذ خط می‌کشد.



او بی‌کمک روی سه چرخه‌اش می‌نشیند، و می‌تواند پا برزند و سه چرخه را به جلو براند.





۲ تا ۳ سالگی

تا به حال به هنگام بالا رفتن از پله هر دو پایش را روی یکایک پله ها می گذاشت، ولی از این پس با هر پا یک پله را بالا می رود. هم چنین قادر است پاهایش را جفت کند و به جلو بیرد.



در این سن کودک زیاد می گرید، زیرا هنوز به حرکات خود کاملاً مسلط نشده است و بسیار اتفاق می افتد که به در و دیوار یا زمین می خورد.



بی کمک، کفش هایش را می پوشد، ولی اغلب آنها را چپ و راست به پا می کند.



۳ سالگی

او تعادل پیدا کرده است و مثل بزرگسالان راه می‌رود و به هنگام پایین آمدن از پله‌های نزدیک را می‌گیرد، ولی هنوز موقع پایین آمدن روی هر پله هر دو پا را می‌گذارد.



دلیل دیگری که او مهارت کامل را در حرکاتش پیدا کرده، این است که می‌تواند آب در لیوانی بربزند بی‌آن که سر برود. هم‌چنین می‌تواند روی کاغذ علامت به علاوه را بکشد.



از مسواک کردن دندان‌ها یش احساس غرور می‌کند.

راهنمای کار عملی

هنرآموز در مرکز بهداشتی-درمانی حضور می‌یابد و در واحد مراقبت از کودکان زیر ۶ سال طرز استفاده از ترازووهای مختلف را فرا می‌گیرد و در انجام این مراقبت‌ها مشارکت می‌کند. این مراقبت‌ها شامل اندازه‌گیری وزن، قد، دور سر، ارزیابی رشد کودک و واکسیناسیون او می‌باشد.

همچنین هنرآموز در آموزش‌های موردنیاز مادران در زمینه تعذیه و بهداشت فردی، به کار دان مربوطه کمک می‌نماید.

••••• آزمون نظری •••••

- ۱- رشد و نمو را تعریف کنید.
- ۲- عوامل مؤثر بر رشد کودک را توضیح دهید.
- ۳- شاخص‌های پایش رشد را توضیح دهید.
- ۴- مؤثرترین و دقیق‌ترین شاخص پایش رشد را نام ببرید.
- ۵- هدف از اندازه‌گیری دور سر را توضیح دهید.
- ۶- منحنی رشد و کاربرد آن را توضیح دهید.
- ۷- برنامه زمانی اندازه‌گیری وزن کودکان را شرح دهید.
- ۸- عوامل مؤثر در نمو کودک را نام ببرید.
- ۹- شاخص‌های تعیین میزان نمو کودک را نام ببرید.
- ۱۰- برای موارد زیر سن کودک را تعیین کنید :
 - الف) شناختن مادر
 - ب) نشستن کودک
 - ج) کنترل دفع ادرار و مدفوع
 - د) بیان کلمات ساده



ایمن سازی

هدفهای رفتاری: در پایان این فصل، فرآگیر باید بتواند :

- ۱- اهمیت واکسیناسیون را در دوران کودکی بیان کند.
- ۲- شش بیماری مهم را که در کشور ما کودکان علیه آنها واکسینه می شوند نام ببرد.
- ۳- زمان تلقیح هر واکسن را به کودک بیان کند.
- ۴- عوارض واکسیناسیون را توضیح دهد.
- ۵- راه های برخورد با عوارض ساده واکسیناسیون را شرح دهد.
- ۶- بیام های اساسی برنامه ایمن سازی را توضیح دهد.

مقدمه

از سال ها پیش دانشمندان متوجه شده بودند که وقتی افراد به بیماری های نظری آبله یا سرخک و غیره مبتلا شوند چنانچه از بیماری جان سالم بدر ببرند دیگر تا آخر عمر به آن بیماری دچار نخواهند شد. این حالت که به آن «مصلوبیت» یا «ایمنی» می گویند سال ها فکر اندیشمندان را به خود مشغول ساخته بود. بزرگ مردانی چون ادوارد جنر^۱ و لوئی پاستور^۲ از پیشگامان این تفکر بوده اند. ادوارد جنر کشف کرد که شیردوشانی که در نتیجه تماس با گاو های مبتلا به آبله، به آبله گاوی مبتلا شده اند دیگر به آبله انسانی مبتلا نمی شوند. این کشف و پیشرفت های پس از آن در علم بیوشکی و پیشگیری از بیماری ها منجر به پدید آمدن برنامه های «ایمن سازی» و «واکسیناسیون» گردید.

۱— Edward Jenner

۲— Louis Pasteur

واکسن چیست؟ واکسن، میکروب یا ویروس ضعیف یا کشته شده و یا سم ضعیف شده میکروب و یا قسمتی از جسم عامل بیماری زا^۱ است.

واکسیناسیون چیست؟ وارد کردن ویروس یا میکروب ضعیف یا کشته شده و یا سم ضعیف شده به بدن را به طبق مناسب «واکسیناسیون» می‌گویند. این عمل سبب بیماری فرد نمی‌شود ولی باعث می‌گردد تا سیستم دفاعی بدن با شناخت عامل بوجود آورنده بیماری علیه آن موادی بسازد که به آنها «پادتن» می‌گویند. حال، در صورت ورود میکروب یا عامل بیماری زا به بدن فرد، وی می‌تواند با استفاده از این پادتن‌ها به مقابله با بیماری بپردازد. این‌منی که به این طریق به دست می‌آید را «ایمنی فعال» می‌گویند.

اهمیّت واکسیناسیون

تا قبل از انجام برنامه‌های واکسیناسیون، سالانه میلیون‌ها کودک در اثر ابتلا به بیماری‌های قابل پیشگیری جان خود را از دست می‌دادند و یا چار معلولیت‌هایی نظیر فلج، کوری و عقب‌افتادگی ذهنی می‌گردیدند. امروزه نیز علیرغم کوشش‌های بین‌المللی در اجرای این برنامه و افزایش پوشش واکسیناسیون، برنامه هنوز به سطح کاملاً مطلوب نرسیده است و پوشش واکسیناسیون در بعضی از کشورهای درحال توسعه تزدیک به $\frac{2}{3}$ است؛ با این حال این میزان از پوشش برنامه واکسیناسیون سبب شده است که از مرگ و میر دو میلیون کودک به علت سرخک، سیاه‌سرفه و کراز نوزادان جلوگیری به عمل آید اما متأسفانه هنوز در کشورهای جهان سوم هر ساله بیش از ۳ میلیون کودک به علت عدم دریافت واکسن‌های ضروری تلف می‌شوند.

برنامه ایمن‌سازی، یکی از مؤثرترین سلاح‌های مبارزه و پیشگیری از بیماری‌ها است و انجام واکسیناسیون به موقع یکی از اجزای مهم مراقبت‌های بهداشت خانواده می‌باشد. به همین دلیل، لازم است تا کودکیاران عزیز ضرورت و اهمیت واکسیناسیون را درک کرده و پدران و مادران را تشویق نمایند کوکان خود را در وقت مقرر واکسینه کنند. برنامه گسترش ایمن‌سازی که اصطلاحاً EPI^۲ نامیده می‌شود، مبارزه با بیماری‌های سرخک، سیاه‌سرفه، سل، پولیو میلیت (فلج اطفال)، دیفتری و کراز را در سرلوحه کار خود قرار داده است.

۱- در سال‌های اخیر داشمندان متوجه شده‌اند که قسمتی از میکروب یا ویروس (subunit) ایجاد کننده بیماری مهم می‌تواند در بدن یک نوع ایمنی ایجاد نماید که در این حالت نیز فرد واکسینه به بیماری ناشی از آن میکروب یا ویروس مبتلا نمی‌گردد.

۲- Expanded Program on Immunization

از سال ۱۳۸۳ به بعد به علت افزایش پوشش شش بیماری فوق الذکر و رسیدن آن به میزان بالای ۹۸٪ نیز با توجه به وضعیت ایدمیولوژیک بیماری‌ها در کشور واکسن‌های سرخچه و اوریون به مجموعه واکسن‌های توصیه شده از طرف کمیته کشوری واکسیناسیون اضافه شده است. واکسن MMR که ترکیبی از سه واکسن سرخک، اوریون و سرخچه است به جای واکسن سرخک در یک سالگی و ۱۸ ماهگی تجویز می‌شود.

برای درک بهتر اهمیت و ضرورت واکسیناسیون خصوصیات بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن که در برنامه واکسیناسیون کشوری وجود دارد به طور خلاصه ذکر می‌شود.

سرخک: یک بیماری حاد ویروسی است که با بثورات پوستی، تب و سرفه مشخص می‌شود و یکی از شایع‌ترین بیماری‌های دوران کودکی است که تقریباً صدرصد بچه‌های واکسینه نشده قبل از دو سالگی به آن مبتلا می‌شوند.

سرخک عوارض گوناگونی دارد که مهمترین آنها پنومونی (سینه‌پهلو)، کوری و کری است. این عوارض در کودکانی که دچار سوء‌تغذیه هستند به مراتب بیشتر و شدیدتر بروز می‌کند. میزان تلفات سرخک در کشورهای در حال توسعه ۲٪ است که در صورت وجود سوء‌تغذیه این میزان به بیش از ۱۰٪ می‌رسد. سرخک در میان این بیماری‌ها، بیشترین میزان مرگ و میر را دارد.

اوریون: بیماری ویروسی حادی است که بیشتر در سنین مدرسه شایع است. دوره نهفتگی آن ۲ تا ۳ روز است انتقال از راه تماس مستقیم عطسه و سرفه است. بیماری با تب، سردرد، تورم غدد بزاوی و بنگوشی و یا زیرزبانی فکی شروع می‌شود. درد و تورم غدد بزاوی در عرض چند روز کاهش می‌یابد. عوارض اوریون شامل تورم یضه، تخدمان، لوزالمعده و انسفالیت (ورم مغزی) است که غالباً در هفته دوم بیماری اتفاق می‌افتد.

سرخچه: یک بیماری خفیف ویروسی است که در کودکان شایع می‌باشد. دوره نهفتگی بیماری ۲۱-۱۴ روز است. علایم بیماری عبارت است از تب خفیف و عطسه و آبریزش بینی در شروع و سپس دانه‌های ریز صورتی متمایل به قرمز پراکنده در گونه و اندام‌ها و تنه ظاهر می‌شود که بعد از ۲-۳ روز بر طرف می‌شود. گره‌های لنفاوی در پس گردن بزرگ شده و ممکن است تا ۳ هفته باقی بمانند. سرخچه در کودکان و زنان حامله بسیار خفیف است اما اهمیت سرخچه به دلیل ایجاد بیماری سرخچه مادرزادی است. زنان حامله اگر مصون نباشند در صورت ابتلا ممکن است جنین آنها سقط شده و یا در صورت زنده به دنیا آمدن دچار عوارض متعددی مانند کری، کوری، بزرگی کبد و طحال، بیماری مادرزادی قلبی و کند ذهنی گردد.

سیاه سرفه: بیماری حاد دستگاه تنفسی است که عامل آن نوعی باکتری است. این بیماری مانند سرخک مسری است و بسیار شایع است. سرفه‌های خاص این بیماری خیلی راحت قابل تشخیص هستند و در حدود یک تا دو ماه ادامه دارند. این بیماری برای کودکان، خصوصاً اطفال زیر ۶ ماه بسیار خطرناک و کشنده است. عوارض مهم این بیماری شامل پنومونی و عوارض عصبی است. این بیماری ۰٪ از مبتلایان را می‌کشد و کسانی هم که بهبود پیدا می‌کنند به علت ضعف دوران نقاوت، در معرض حمله بیماری‌های عفونی دیگر قرار می‌گیرند.

دیفتری و کراز: در کل، اگرچه چندان شایع نیستند اما میزان کشنده‌گی آنها حتی با وجود درمان بسیار بالاست. درمانشان مشکل و پرهزینه است.

دیفتری: میکروب دیفتری غالباً در گلو و بینی جایگزین می‌شود و به طور معمول، انتشار بیماری از طریق مستقیم و به وسیله ترشحات گلو، بینی و پوست انجام می‌شود. این میکروب در حلق تکثیر می‌شود و با ایجاد غشای کاذب و ضایعات موضعی در حلق با ترشح سم که به وسیله خون در تمام بدن منتشر می‌شود سبب مسمومیت و خفگی می‌گردد. این سم با تأثیر روی اعصاب و کلیه‌ها و دیگر ارگان‌های بدن سبب مرگ فرد مبتلا می‌شود. دیفتری درگذشته یکی از علل اصلی مرگ و میر کودکان به شمار می‌رفته است ولی امروزه با وجود اینکه شیوع کمتری دارد به علت کشنده‌گی بالای آن واکسیناسیون علیه آن اهمیت فوق العاده دارد.

کراز: یک بیماری عفونی است ولی از طریق مستقیم یعنی فرد به فرد منتقل نمی‌شود. یعنی تماس با فرد بیمار بی خطر است. میکروب آن همه جا به ویژه در خاک یافت می‌شود. این میکروب می‌تواند از راه زخم الوده به بدن وارد شود و پس از تکثیر، شروع به ترشح زهی کند که یکی از کشنده‌ترین زهرهای شناخته شده است. سم این میکروب، روی دستگاه عصبی اثر کرده، باعث پیدایش انقباضات در دنک عضلانی و اسپاسم‌های عمومی می‌شود. در صورتی که این انقباضات عضلات تنفسی فرد را گرفتار کند، منجر به خفگی فرد می‌شود.

ابتلای به این بیماری در هر سی امکان پذیر است ولی در دوران نوزادی بسیار خطرناک می‌باشد. کراز نوزادان یکی از علل مهم مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه است. بنابر باورهای غلط در بعضی از جاها پس از زایمان ناف نوزاد را با گل یا کود گاوی می‌بندند که در اثر این عمل غیربهداشتی نوزاد مبتلا به کراز می‌گردد و در بسیاری از اوقات تلف می‌شود. برای پیشگیری از کراز نوزاد، مادر نیز باید علیه کراز مصنون گردد. برای پیشگیری از کراز نوزاد مادر باید بر علیه کراز مصنون گردد. با توجه به کوشش‌های انجام شده در کشورمان و واکسیناسیون وسیع مادران باردار، در سال‌های اخیر

میزان کزان نوزادی به حداقل میزان خود رسیده است، اما واکسیناسیون مادران باردار برعلیه دیفتری و کزان همچنان توصیه می‌گردد.

فلج اطفال: فلچ اطفال (پولیومیلیت)^۱ بیماری حاد ویروسی است. سرایت ویروس از راه دهان و تماس با اشیا، غذا و آب آلوده است. علایم این بیماری، تب، سردرد، سفتی گردن و عضلات، درد عضلانی و فلچ می‌باشد.

بیشتر از ۷۰٪ بیمارانی که دچار فلچ اطفال از نوع فلچی شوند آثار این فلچ شُل را به صورت ناتوانی تا آخر عمر همراه خواهند داشت. در ۲۰ سال گذشته، استفاده از واکسن پولیو کاهش چشمگیری در میزان بروز فلچ اطفال، به همراه داشته است و خوشبختانه این بیماری از سال ۱۳۸۰ به بعد در ایران گزارش نشده و در آستانه ریشه‌کنی قرار دارد. با این وجود واکسیناسیون این بیماری، تا زمانی که مقامات بهداشتی صلاح بدانند ضروری است.

سل: سل بیماری واگیردار و مزمنی است که در بسیاری از نقاط جهان یکی از علل معلولیت و مرگ است. میکروب سل از طریق خلط فرد مبتلا و هوای آلوده شده و از طریق گرد و خاک موجود در هوای اتاق، کلاس‌ها و مکان‌های عمومی پراکنده و وارد مجاری تنفسی افراد سالم می‌شود و آنها را مبتلا می‌سازد. تشخیص و درمان سل، مستلزم لوازم تشخیصی و درمان طولانی است. سل در مکان‌های شلوغ و پرجمعیت شایع‌تر است. میلیون‌ها نفر در جهان هم‌اکنون به این بیماری مبتلا هستند که اکثر آنها در کشورهای در حال توسعه می‌باشند. بهبود وضعیت بهداشتی خانه، تغذیه خوب، بیماریابی در مراحل اولیه و کاهش مشکلات بهداشتی همگی در کنترل بیماری سل مؤثر هستند.

هپاتیت ب: نوعی بیماری ویروسی است که علایم آن شامل تهوع، استفراغ، تب، بی‌اشتهاای شدید، کهیر و نارسایی کبد می‌باشد. نارسایی کبد مشکلات عدیده‌ای برای فرد به وجود آورده، در نهایت منجر به مرگ فرد می‌گردد.

طریقه انتقال آن از راه تزریق خون، استفاده از سرنگ آلوده، تماس جنسی و از طریق جفت از مادر به نوزاد است. ترشحات فرد مبتلا نیز می‌توانند بیماری را باشند. افراد پرخطر شامل پرسنل پزشکی، افراد بی‌بندوبار، نوزادان و مادران مبتلا می‌باشند که باید علیه این بیماری واکسینه شوند (جدول ۱-۱).

جدول ۱۰-۱- برنامه ایمن‌سازی هپاتیت ب برای افراد پرخطر

ایمن‌سازی علیه بیماری «هپاتیت ب»	
برای گروه‌های پرخطر	
زمان تزریق	نوبت
در اولین مراجعته	اول
یک ماه بعد از نوبت اول	دوم
شش ماه بعد از نوبت اول	سوم

از سال ۱۳۷۲ واکسیناسیون علیه بیماری هپاتیت ب در برنامه ایمن‌سازی کشور جمهوری اسلامی ایران (جدول ۱۰-۲) وارد شده است.

راهنمایی : واکسن بیماری‌های دیفتری، کزان و سیاه‌سرفه به طور همراه و تحت عنوان واکسن سه‌گانه یا ثلاث تلقیح می‌شود. واکسن بث‌ژ واکسن ضدسل می‌باشد. تجویز واکسن سه‌گانه به اطفال بیش از ۶ سال ممنوع است و به جای آن از واکسن دوگانه خردسالان (دیفتری و کزان DT) استفاده می‌شود. واکسن بیماری‌های سرخچه، سرخک و اوریون با نام MMR می‌باشد.

جدول ۱۰-۲ به معرفی علائم اختصاری واکسن‌های برنامه گسترش ایمن‌سازی کشورها اشاره

کرده است.

جدول ۱۰-۲- علائم اختصاری واکسن‌ها

بیماری‌ها و علائم اختصاری واکسن‌های برنامه گسترش ایمن‌سازی		
علائم اختصاری	واکسن مربوط	نام بیماری
BCG	ب. ث. ژ	سل
DTP	سه‌گانه (ثلاث)	دیفتری، کزان، سیاه‌سرفه
DT	دوگانه خردسالان	دیفتری، کزان
Td	دوگانه بزرگ‌سالان	
OPV	پولیو خوارکی	فلج اطفال
IPV	بولیو تزریقی	
MMR	سرخک، سرخچه، اوریون	سرخک، سرخچه، اوریون
TT	توکسوئید کزان	کزان
Hep.B	«ب» هپاتیت	هپاتیت ب

برنامه زمانی واکسیناسیون

جدول ۳-۱۰ برنامه واکسیناسیون کودکان را که طبق برنامه ایمن سازی همگانی کودکان با توجه به شرایط اپیدمیولوژیک بیماری ها در کشور جمهوری اسلامی ایران از ابتدای سال ۱۳۸۳ اجرا می شود را نشان می دهد.

جدول ۳-۱۰- برنامه ایمن سازی کودکان

برنامه ایمن سازی کودکان با توجه به شرایط اپیدمیولوژیک کشور		
توضیحات	نوع واکسن	سن
در کودکان زیر یک سال، مقدار واکسن «ب.ث.ر.» (۵٪) میلی لیتر معادل نصف دوز بالغین است.	ب.ث.ر، فلج اطفال *	بدو تولد
	هپاتیت ب*	۲ ماهگی
	سه گانه، فلح اطفال، هپاتیت ب	۴ ماهگی
	سه گانه، فلح اطفال	۶ ماهگی
این واکسن شامل واکسن های سرخک، سرخچه و اوریون می باشد.	MMR	۱۲ ماهگی
	سه گانه، فلح اطفال، MMR	۱۸ ماهگی
	سه گانه، فلح اطفال، **	۶ سالگی

* منظور از فلح اطفال، قطره خوراکی فلح اطفال است.

** واکسن هپاتیت ب کودکان نارس با وزن کمتر از ۲۰۰۰ گرم چنانچه در وقت مقرر مراجعه نموده باشند در ۴ نوبت (بدو تولد، یک ماهگی، دو ماهگی و شش ماهگی) انجام می شود.

*** پس از آخرین نوبت واکسن سه گانه، هر ده سال یک بار، واکسن دو گانه و پریز بزرگسالان بایستی تزریق شود.

عوارض واکسیناسیون

تلقیح واکسن بسته به نوع آن، دارای عوارضی است که خوشبختانه اکثر این عوارض خفیف و گذرا هستند.

عوارض واکسن سرخک:

یک تا دو هفته پس از تزریق واکسن، علامی نظری تب، سرفه تک تک، آبرینش از چشم و بینی و حالتی شبیه سرماخوردگی در کودک ایجاد می شود که نشانگر مؤثر بودن و به اصطلاح عوام، گرفن واکسن است. این عوارض نیاز به درمان خاصی ندارد و خود به خود بهبود پیدا می کند، تنها در صورت تب شدید باید تب کودک را به وسیله پاشویه یا تب بر که توسط پزشک تجویز می شود پایین آورد.

عوارض واکسن سه گانه:

عوارض شایع این واکسن، شامل تب خفیف و سفتی، تورم و قرمزی و درد موضعی در محل تزریق واکسن است که در صورت شدیدتر شدن تب، مشابه حالت بالا عمل کرده، درد و تورم موضعی را می توان با کمپرس سرد تخفیف داد.

عوارض واکسن سل:

محل تزریق به شکل دانه ای به اندازه عدس، قرمز ارغوانی می شود که در عرض ۳ ماه از بین می رود و ممکن است زخمی شود و اثر کوچکی از خود به جای بگذارد. محل تزریق، پاسمن لازم ندارد و از دستکاری آن باید خودداری کرد. در مواردی نادر، مدتی پس از تزریق واکسن غدد لنفاوی زیر بغل متورم می شوند که در این صورت نیز باید آن را دستکاری نمود. این عارضه نیز اغلب خود به خود بهبود می باید و در صورت لزوم توسط پزشک متخصص درمان خواهد شد.

مطالعه آزاد



نکات مهم

۱- شروع برنامه ایمن سازی کودکان نارس همانند جدول ایمن سازی عادی است.

۲- نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲۰۰۰ گرم باستی چهار نوبت واکسن هپاتیت ب

در زمان های بدو تولد، یک، دو و شش ماهگی دریافت کنند. ولی چنانچه این نوزادان بعد از یک ماهگی برای دریافت اولین نوبت واکسن مراجعه نمایند بدون توجه به وزن تولد برنامه ایمن سازی همانند سایر کودکان خواهد بود.

۳- واکسیناسیون شیرخوارانی که در نوزادی تعویض خون شده اند یا خون و

فرآورده های خونی دریافت کرده اند، باید مطابق جدول ایمن سازی انجام شود.

- ۴- واکسیناسیون شیرخوارانی که در نوزادی به هر علت دچار زردی شده‌اند، باید مطابق جدول ایمن‌سازی انجام شود.
- ۵- در افراد مبتلا به هموفیلی و بیماری‌های خونریزی دهنده، همه واکسن‌های تزریقی بایستی زیر نظر پزشک انجام گیرد.
- ۶- سوءِ تغذیه نه تنها مانعی برای ایمن‌سازی نیست، بلکه ایمن‌سازی به موقع کودکان مبتلا به سوءِ تغذیه لازم است.
- ۷- شل بودن مدفوع و یا سرماخوردگی و تب مختصر مانع ایمن‌سازی نیست.
- ۸- برنامه زمان‌بندی دریافت واکسن در افرادی که نیاز به تزریق مکرر خون دارند (مانند بیماران مبتلا به تالاسمی)، مطابق جدول روتین می‌باشد.
- ۹- در صورتی که واکسن‌های زنده ویروسی تزریقی به طور هم‌زمان مورد استفاده قرار نگیرند، باید بین آنها حداقل یک ماه فاصله باشد.
- ۱۰- در صورت تزریق گاماگلوبولین عضلانی به کودکان، فاصله تجویز واکسن‌های ویروسی زنده ضعیف شده (به جز واکسن پولیو خوراکی و تب زرد)، با گاماگلوبولین و فرآورده‌های خونی حداقل ۳ ماه و در مورد گاماگلوبولین وریدی حداقل ۶ ماه خواهد بود.
- ۱۱- چنان‌چه طی دو هفته بعد از تجویز واکسن‌های زنده ویروسی (به جز واکسن بولیو خوراکی و تب زرد) به هر علت گاماگلوبولین عضلانی و فرآورده‌های خونی تزریق شود، باید پس از سه ماه و در صورت گاماگلوبولین وریدی پس از شش ماه این واکسن‌ها تکرار شود (در مورد تزریق حجم‌های زیاد گاماگلوبولین ممکن است با نظر پزشک این حداقل زمان افزایش یابد).
- ۱۲- برای گروه‌های سیار در مناطق کوهستانی و یا صعب العبور، فاصله واکسیناسیون سه گانه، فلجه اطفال و نوبت‌های اول و دوم «هپاتیت ب» را به یک ماه می‌توان تقلیل داد.
- ۱۳- در صورت فقدان کارت ایمن‌سازی یا سابقه معتبر ایمن‌سازی، پس از بررسی کامل و دقیق از جمله حافظه مادر در صورت نیاز ایمن‌سازی ادامه یابد.
- ۱۴- ملاک سابقه معتبر واکسیناسیون سند مکتوبی است که نشان دهنده واکسیناسیون فرد باشد از قبیل کارت واکسیناسیون، ثبت در دفاتر مراکز بهداشتی درمانی، خانه‌های بهداشت، تیم‌های سیار و گواهی پزشک.

- ۱۵- در زنان باردار استفاده از واکسن‌های ویروسی زنده (به جز تب زرد) ممنوع است به جز مواردی که خطر ابتلا به بیماری بر عارض آن غالب باشد.
- ۱۶- در صورتی که مایین دُزهای یک واکسن فاصله‌ای بیش از مقدار توصیه شده باشد نیازی به شروع مجدد سری واکسیناسیون از ابتدا یا تجویز دُز اضافی نیست و باستی برنامه ایمن‌سازی را در هر زمان ادامه داد.
- ۱۷- از تزریق واکسن‌ها در ناحیه سرین به دلیل احتمال آسیب به عصب سیاتیک و یا کاهش اثر بخشی واکسن به علت بافت چربی زیاد آن ناحیه باستی خودداری نمود.
- ۱۸- در کودکان کوچکتر از دو سال تزریق واکسن در ناحیه قدامی خارجی ران و در افراد بالاتر از دو سال تزریق در عضله دلتوئید، صورت می‌گیرد.
- ۱۹- در افراد بالای دو سال نیز چنانچه حجم عضله دلتوئید کم باشد تزریق در ناحیه قدامی خارجی ران صورت می‌گیرد.
- ۲۰- اگر لازم باشد در یک جلسه واکسیناسیون بیش از یک نوع واکسن تزریق شود باید در محل‌های جداگانه (حداقل به فاصله $2/5$ سانتی‌متر) و یا در دو سمت انجام شود.
- ۲۱- محل تزریق زیرجلدی واکسن‌ها همان محل‌هایی است که تزریق عضلانی انجام می‌گیرد.
- ۲۲- واکسن ب.ث.ژ باید در حدفاصل یک سوم فوکانی و دو سوم تحتانی بازو تزریق گردد.
- ۲۳- برای تلقیح واکسن ب.ث.ژ تا ۶ سالگی نیازی به انجام تست مانتو نمی‌باشد، ضمناً تلقیح این واکسن پس از پایان ۶ سالگی ضرورتی ندارد.
- ۲۴- کسانی که در سن سه‌ماهگی و بالاتر واکسن ب.ث.ژ دریافت نموده‌اند و در مدت ۷۲ ساعت در محل تزریق واکنش نشان داده‌اند باستی توسط پزشک از نظر سل بررسی گردند.
- ۲۵- در افراد مبتلا به علائم ایدز فقط واکسن ب.ث.ژ منع استفاده دارد و استفاده از سایر واکسن‌های برنامه گسترش ایمن‌سازی بلامانع می‌باشد. در مورد واکسن فلج اطفال توصیه می‌شود از نوع تزریقی (IPV) استفاده شود.
- ۲۶- واکسیناسیون کودکان HIV مثبت فاقد علامت کاملاً ضروری است و طبق برنامه جاری ایمن‌سازی باستی انجام شود. لیکن بهتر است در صورت در دسترس بودن

به جای OPV از IPV استفاده شود.

۲۷—اگر کودکی در هنگام دریافت قطره فلچ اطفال مبتلا به اسهال شدید باشد و هم زمان قطره به او خورانده شود بایستی یک دز اضافی واکسن با فاصله حداقل یک ماه دریافت دارد.

۲۸—تغذیه با هر نوع شیر، از جمله شیر مادر، با خوراندن فلچ اطفال مغایرتی ندارد و لازم نیست که قبل و یا بعد از خوراندن قطره شیر قطع شود. در صورت استفراغ در کمتر از ۱۰ دقیقه پس از دریافت قطره فلچ اطفال بایستی تجویز قطره تکرار شود.

۲۹—واکسن پولیو صفر باید در بدو تولد و هنگام خروج از زایشگاه تجویز شود اما اگر به هر دلیل، تجویز واکسن در آن زمان مقدور نباشد، در اولین فرصت ممکن تا روز سی ام تولد بایستی تجویز شود و بعد از آن تجویز پولیو صفر ضرورتی ندارد.

۳۰—واکسن فلچ اطفال برای افراد بالای ۱۸ سال بلامانع است ولی در خانم‌های باردار در صورت ضرورت استفاده، نوع تزریقی آن (IPV) توصیه می‌شود.

۳۱—در بیماران دچار آتزی مری (Esophagial Atresia) که دارای گاستروستومی می‌باشند بهتر است، به جای OPV از واکسن تزریقی فلچ اطفال (IPV) استفاده گردد.

۳۲—در کودکان دارای نقص اولیه سیستم ایمنی و کودکان تحت درمان با داروهای پاپیون آورنده قدرت دفاعی بدن نظیر کورتیکواستروئیدها و یا کودکان تحت درمان با اشعه و مبتلایان به لوسمی، لنفوم و سرطان‌ها، استفاده از واکسن پولیو زنده خوراکی ممنوع است و به جای آن باید از واکسن کشته تزریقی (IPV) استفاده کرد.

۳۳—توصیه می‌شود هم زمان با تزریق واکسن سه گانه یک دز قطره استامینوفن تجویز و به والدین آموزش داد تا در صورت تب یا بی قراری هر چهار ساعت آن را تکرار کنند.

۳۴—اگر پس از تزریق واکسن سه گانه، درجه حرارت بدن کودک بالاتر از ۴° درجه سانتی گراد (زیریغ)، گریه مداوم بیش از سه ساعت که قابل آرام کردن نباشد و یا تشنج ظرف ۷۲ ساعت رخ دهد در نوبت‌های بعدی به جای واکسن سه گانه باید واکسن دو گانه خردسالان تزریق گردد.

۳۵—تزریق واکسن سه گانه در کودکان دارای ضایعات مغزی پیشرونده ممنوع

است و باید به آنها واکسن دوگانه خردسال تزریق کرد.

۳۶— فاصله بین نوبت سوم و چهارم واکسن سه گانه باید از ۶ ماه کمتر باشد.

۳۷— پس از پایان سن ۶ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز تلقیح واکسن سه گانه مجاز نیست و باید به جای آن، واکسن دوگانه بزرگسالان را تزریق کرد.

۳۸— در مورد کسانی که سابقه تشنج دارند و با مصرف دارو تحت کنترل هستند تزریق واکسن DTP بلامانع است.

۳۹— برای حفظ اینمی پس از چهار نوبت تلقیح واکسن سه گانه یا دوگانه، واکسن دوگانه ویژه بزرگسالان باید هر ده سال یک بار تکرار شود.

۴۰— جهت بالا بردن سطح اینمی بزرگسالان در مقابل دیفتری توصیه می شود در کلیه مواردی که باید در بالغین واکسن کراز تزریق شود، منجمله در زنان باردار و زنان سنین باروری (۱۵-۴۹ ساله) واکسن دوگانه ویژه بزرگسالان تلقیح شود.

۴۱— واکسن های سه گانه، دوگانه، بزرگسالان و خردسالان را باید حتماً به شکل داخل عضلانی و عمیق تزریق کرد (تزریق این نوع واکسن ها در زیر جلد یا داخل جلد می تواند موجب تحریک موضعی، تشکیل گرانولوم، نکروز بافتی و بروز آبسه استریل شود).

۴۲— در حال حاضر دُز یادآور واکسیناسیون «هپاتیت ب» توصیه نمی شود.

۴۳— در صورتی که نوبت های قبلی واکسیناسیون «هپاتیت ب» با استفاده یکی از دو نوع واکسن پلاسمایی یا نوترکیبی (Recombinant) باشد، ادامه واکسیناسیون با نوع دیگر در نوبت های بعدی بلامانع است.

۴۴— در صورتی که نوزاد از مادر + HBsAg متولد شده باشد، باید به طور هم زمان نیم میلی لیتر «ایمونو گلوبولین» اختصاصی «هپاتیت ب» در عضله یک ران و واکسن «هپاتیت ب» در عضله ران دیگر در اسرع وقت و ترجیحاً در ظرف ۱۲ ساعت پس از تولد تزریق شود. در صورت عدم دسترسی به ایمونو گلوبولین اختصاصی، تزریق واکسن «هپاتیت ب» به تنها یک نیز در ساعات اولیه پس از تولد حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد اینمی ایجاد می کند.

۴۵— اگر پس از تولد و تزریق واکسن هپاتیت ب مشخص شود که نوزاد از مادر + HBsAg به دنیا آمده است حداکثر زمان دریافت ایمونو گلوبولین اختصاصی هپاتیت ب

یک هفته بعد از تولد می‌باشد.

۴۶— نوزادانی که از مادران +HBsAg متولد شده‌اند و علاوه بر دریافت نوبت اول واکسن، ایمونوگلوبولین نیز دریافت داشته‌اند در سن ۹—۱۵ ماهگی باید از نظر HBsAg و HBsAb کنترل شوند و در صورت لزوم مورد پیگیری قرار گیرند.

۴۷— در افراد مبتلا به هموفیلی، واکسن «هپاتیت ب» باید زیرجلد تزریق شود.

۴۸— واکسیناسیون «هپاتیت ب» هیچ گونه مورد منع تلقیح ندارد، حتی اگر فرد HBsAg مثبت باشد.

۴۹— گروه‌های پرخطر برای ایمن‌سازی هپاتیت «ب» به شرح زیر می‌باشد :

الف) کلیه پرسنل شاغل در مراکز درمانی بستری و سرپایی که با خون و ترشحات آشته به خون به نحوی در تماس هستند شامل : پزشکان، پرستاران، ماماهای، بهیاران، کمک بهیاران، واکسیناتورها، دندانپزشکان، کمک دندانپزشکان، کارشناسان و تکنسین‌های آزمایشگاه‌های تشخیص طبی، نظافتچیان واحدهای بهداشتی درمانی و آزمایشگاه‌های تشخیص طبی، دانشآموزان بهورزی، دانشجویان پزشکی، دندانپزشکی، پرستاری و مامایی و

ب) بیماران تحت درمان دیالیز و افرادی که به‌طور مکرر خون یا فرآورده‌های خونی دریافت می‌کنند (تالاسمی، هموفیلی و ...).

ج) اعضای خانواده، فرد +HBsAg ساکن در یک واحد مسکونی

د) کودکانی که در کانون‌های اصلاح و تربیت نگهداری می‌شوند، کودکان عقب مانده ذهنی و پرسنل مؤسسات نگهداری این کودکان و خانه سالمدان و معلمین مدارس استثنایی

ه) آتش‌نشان‌ها، امدادگران اورژانس، زندانیان، کارشناسان آزمایشگاه‌های تحقیقات جنایی و صحنه جرم

و) افراد دارای رفتارهای پرخطر جنسی و اعتیاد تزریقی که تحت پیگیری مداوم هستند.

ز) افراد آلوده به هپاتیت C که حداقل یک تست تکمیلی مثبت دارند.

ح) زندانیانی که دارای رفتارهای پرخطر هستند و محکومیت آنها بیش از ۶ ماه می‌باشد.

ط) رفتگران شهرداری‌ها.

۵- برای تعیین نیاز به دُز یادآور در گروه‌های پزشکی مندرج در بند ۴۹ ردیف الف که سه نوبت واکسن دریافت نموده‌اند با توجه به تیتر آنتی‌بادی به شرح ذیل عمل گردد:
 الف) چنانچه فردی از این گروه سه ماه پس از دریافت آخرین نوبت واکسن هپاتیت ب سطح آنتی‌بادی خود را بررسی و تیتر آنتی‌بادی وی بیش از 10 IU/ml باشد نیازی به دُز یادآور ندارد و چنانچه میزان آنتی‌بادی زیر 10 IU/ml باشد لازم است مجدداً سه نوبت واکسن هپاتیت ب با دُز معمولی را دریافت نماید.

- ب) چنانچه فردی در گذشته دور واکسن هپاتیت ب دریافت نموده، (بیش از سه ماه) پس از بررسی سطح آنتی بادی، با توجه به نتایج به شرح ذیل اقدام گردد:
 - چنانچه تیتر آنتی بادی وی بیش از 10^6 IU/ml باشد نیازی به دز یادآور ندارد.
 - چنانچه تیتر آنتی بادی این فرد کمتر از ده باشد یک نوبت دز یادآور دریافت می نماید و حداقل دو هفته بعد سطح آنتی بادی مجدداً کنترل شده و در صورتی که تیتر پایین تر از 10^6 IU/ml باشد دو نوبت دیگر واکسن دریافت می نماید.

۵۱- دُز یادآور هپاتیت ب در بیماران دیالیزی مندرج در بند ۴۹ ردیف ب :

- بیماران دیالیزی باستی قبل از انجام واکسیناسیون از نظر HBsAg و HBsAb بررسی شوند. در صورت منفی بودن HBsAg، سه نوبت واکسن با دز دو برابر دریافت نمایند و بعد از ۳ ماه از نظر سطح ایمنی چک شوند و در صورت پایین بودن سطح آنتی بادی مجدداً سه نوبت دیگر واکسن با همان دز اولیه دو برابر دریافت دارند. سالانه نیز سطح ایمنی بررسی گردد و در صورت پایین بودن مجدداً یک دز یادآور دو برابر تزریق گردد.

۵۲- اندازه گیری تیتر آنتی بادی گروههای مندرج در بند ۵۰ و ۵۱ جزء وظایف مراکز بهداشت نبوده و فقط در صورت وجود شرایط فوق تأمین واکسن هپاتیت B به عهده مراکز بهداشتی است.

۵۳- در صورت نیاز به تزریق واکسن سرخچه در سنین باروری، استفاده از واکسن MMR بجای واکسن سرخچه بلامانع است.

۵۴- خانم‌های سنین باروری بعد از تزریق واکسن سرخچه یا MMR حداقل تا یک ماه باستی از باردار شدن پرهیز نمایند ولیکن تزریق این واکسن در هر شرایطی در دوره بارداری، دلیل باید سقط درمان نم باشد.

دوره بازداری دلیلی برای سقط در مانع نمی‌باشد.

راهنمای کار عملی

هر جویان ضمن هماهنگی با مسئول واکسیناسیون، در روز واکسیناسیون در مراکز بهداشتی-

درمانی حضور می‌باشد. ضمن آشنا شدن با نحوه نگهداری واکسن‌ها در یک روز کاری ناظر انجام واکسیناسیون کودکان مراجعه کننده خواهند بود و در تعیین تاریخ بعدی مراجعته برای انجام واکسیناسیون مشارکت خواهند کرد.

آزمون نظری



- ۱- واکسن و واکسیناسیون را تعریف کنید.
- ۲- فواید واکسیناسیون را توضیح دهید.
- ۳- بیماری‌هایی که EPI با آنها مبارزه می‌کند را نام ببرید.
- ۴- عوارض سرخک را بیان کنید.
- ۵- چگونگی انتقال میکروب کزا را بیان کنید.
- ۶- علایم بیماری فلیج اطفال را نام ببرید.
- ۷- کدام واکسن محدودیت سنی دارد؟ آن را نام ببرید.
- ۸- موارد استفاده از واکسن دوگانه را بیان کنید.
- ۹- اولین نوبت واکسن فلیج اطفال در چه سنی تجویز می‌گردد؟
- ۱۰- زمان‌های تزریق واکسن MMR را ذکر کنید.
- ۱۱- برنامه ایمن‌سازی هپاتیت ب برای گروه‌های پرخطر را توضیح دهد.

بهداشت دوران شیرخوارگی و پیش از دبستان

هدف‌های رفتاری: در پایان این فصل، فرآگیر باید بتواند :

- ۱- اهمیت رعایت بهداشت در دوران شیرخوارگی را بیان کند.
- ۲- نکات مربوط به رویش دندان‌ها و اهمیت بهداشت دهان و دندان را در این دوران توضیح دهد.
- ۳- علل گریه شیرخواران را شرح دهد.
- ۴- نحوه آموزش استفاده کودک از توالت را توضیح دهد.
- ۵- مراقبت‌های بهداشتی ختنه کردن پسران را توضیح دهد.
- ۶- نقش بازی و اسباب بازی در رشد و تکامل کودک را توضیح دهد.
- ۷- اهمیت تغذیه در دوران پیش از دبستان را توضیح دهد.
- ۸- مشکلات شایع بهداشتی دوران پیش از دبستان را شرح دهد.

اهمیت بهداشت دوران شیرخوارگی و پیش از دبستان

دوران شیرخوارگی دوره‌ای بسیار مهم در رشد و تحول کودک است. در این دوران، طفل برای اولین بار غذاهای جدید را می‌آزماید، دندان درمی‌آورد، می‌نشیند، می‌ایستد، راه می‌رود، شروع به حرف زدن می‌کند و هر روز زندگی او توأم با تعویلی تازه است. از نظر تکامل عصبی و از جنبه‌های هوشی عاطفی و اجتماعی، دوران شیرخوارگی دوره‌ای حساس و سرنوشت‌ساز است. از نظر ابتلا به بیماری‌های نیز این دوران اهمیت ویژه‌ای دارد. در این دوران حوادث مختلف در کمین کودک هستند و می‌توانند سلامت طفل را به خطر اندازند. به همین دلایل، شناخت مسائل و نکات بهداشتی مربوط به این دوره از زندگی برای حفظ و ارتقای سلامتی کودک ضروری به نظر می‌رسد.



عمده ترین و مهمترین مسایل دوران شیرخوارگی یعنی تغذیه، ایمنسازی یا واکسیناسیون و پایش رشد کودک می‌باشد که به تفصیل در فصولی جداگانه بحث گردیده است. در اینجا به نکات دیگر بهداشتی این دوران اشاره خواهد شد که در جای خود در سلامتی کودک اهمیت زیادی دارند.

رویش دندان‌ها: زمان دندان درآوردن در اطفال متفاوت است.

بعضی از اطفال زودتر و بعضی دیرتر دندان درمی‌آورند. اما معمولاً^۱ اولین دندان شیری در سن 1 ± 6 ماهگی درمی‌آید و تا حدود $2/5$ سالگی کودک بتدربیج دارای 20 دندان شیری می‌شود.

به طور معمول، ابتدا دندان‌های پیشین تحتانی و پس از آن دندان‌های پیشین فوقانی درخواهد آمد در صورتی که طفل تا یک سالگی دندان درنیاورد نیازمند بررسی است و باید به پزشک معرفی گردد.

قبل و به هنگام درآوردن هر دندان، علاجی نظیر آبریزش از دهان، گاز گرفتن و جویدن اشیا و گاه تغییر خلق و خوی کودک مشاهده می‌شود.

در بین مردم مرسوم است که سرماخوردگی، اسهال و هر نوع تبی را به دندان درآوردن نسبت می‌دهند که البته این اعتقاد صحیح نیست و هر چند در هنگام دندان درآوردن خلق و حال مزاجی کودک اندکی تغییر می‌کند ولی نسبت دادن این بیماری‌ها به دندان درآوردن طفل درست نمی‌باشد.

نکته دیگر اینکه معمولاً مادران و سایلی برای گاز گرفتن در اختیار کودکان قرار می‌دهند که اصطلاحاً به آن «دندان‌گیر» می‌گویند. در این مورد اولًا باید در انتخاب آن دقت شود تا مواد و رنگ آنها از موادی که برای سلامتی زبان آور است نباشد و ثانیاً باید در نظافت آن دقت نمود تا باعث ایجاد بیماری در طفل نگردد.

بهتر است در هنگام دندان درآوردن برای رفع خارش لشه‌های برشته در اختیار طفل گذاشته شود. در این صورت طفل کم کم به خوردن غذاهای جامد نیز عادت خواهد کرد.

شكل ۱۱-۱- ترتیب دندان درآوردن بچه‌ها

مسئله دیگر مصرف داروها در هنگام دندان درآوردن و نیز قبل از ۶ سالگی است. همانطور که قبلاً اشاره شد قطره آهن که به عنوان مکمل به طفل داده می‌شود اگر به درستی مصرف نگردد می‌تواند باعث سیاه شدن دندان‌ها گردد. قطره را باید در عقب زبان کودک ریخت تا با دندان‌ها تماس نداشته باشد و بعد از مصرف آن باید به طفل آب داده شود و دندان‌های او پاک گردد.

داروهایی مثل تراسیکلین نیز در سن قبل از ۸ سالگی می‌تواند باعث رنگ گرفتگی دندان‌ها شود. بنابراین باید به والدین آموزش داده شود از مصرف خودسرانه داروهای خودداری کنند.

بیداشت دندان‌ها: توجه به تغذیه کودک یکی از اصول مهم سلامت دندان‌ها است. باید دقت نمود در تغذیه کودک مواد لازم و کافی برای تشکیل دندان‌های سالم وجود داشته باشد. موادی چون کلسیم، فسفر و ویتامین‌های A و D برای تشکیل دندان‌ها ضروری هستند. این مواد در غذاهایی نظیر شیر، تخم مرغ، سبزیجات و میوه‌ها وجود دارد و باید در برنامه غذایی مادران شیرده وجود داشته باشد و هنگامی که طفل به غذا خوردن می‌افتد این مواد در غذاهای روزانه او موجود باشد.

نکته دیگر در مورد تغذیه کودک پرهیز از مصرف بی‌رویه مواد قندی خصوصاً در بین وعده‌های غذایی است. موادی نظیر شکلات و نظایر آن باعث پوسیدگی دندان‌ها می‌شوند.

تغذیه کودک با بطری خصوصاً با آب قند و مواد شیرین باعث پوسیدگی دندان‌ها می‌شود. پوسیدگی دندان‌ها بخصوص در میان اطفالی که به خوابیدن با بطری عادت داده شده‌اند به فراوانی دیده می‌شود.

پوسیدگی دندان چیست؟ باکتری‌های موجود در دهان، می‌توانند مواد قندی باقیمانده روی دندان‌ها و دهان را تخمیر کنند. حاصل این تخمیر اسیدهای آلی است که روی مینای دندان‌ها اثر کرده، باعث ایجاد حفره کوچکی می‌شوند. این حفره بتدريج پیشرفت کرده، حالت پوسیدگی دندان را ایجاد می‌کند.

مسواک زدن از چه زمانی آغاز شود؟

معمول است که می‌گویند مسوواک زدن از زمانی باید آغاز شود که اولین دندان جوانه می‌زند ولی عملًا این کار تا حدود سن ۳ سالگی که طفل خود می‌تواند مسوواک بزند توسط والدین انجام می‌شود؛ بدین ترتیب که ابتدا پس از هر وعده غذا خوردن طفل، دندان‌های او را با یک گاز تمیز پاک کنند. بتدريج که طفل می‌تواند مسوواک بدست گیرد، بدست او مسوواک بدھند و او را به این کار تشویق کنند. بچه‌ها معمولاً رفتار بزرگترها و والدین را تقلید می‌کنند. بنابراین یکی از روش‌های مؤثر یاد دادن مسوواک زدن به بچه‌ها این است که خود والدین نیز دندان‌های خود را مرتب در جلوی طفل مسوواک بزنند.

برای جلب همکاری کودک در این مورد، روش‌های مختلفی وجود دارد مثلاً می‌توان آن را با بازی توانم ساخت و در موقع مسوواک زدن مثلاً به کودک گفته شود مانند جوچه جیک جیک کن،

این امر کمک می‌کند تا دندان‌های جلوی کودک به سادگی مسواک شوند یا به منظور مسواک کردن دندان‌های عقب به کودک گفته شود مانند شیر غرش کن.

– نکته دیگر در مورد بهداشت دندان‌ها مراجعه حداقل سالیانه به دندانپزشک بعد از ۳ سالگی است تا در صورت وجود هرگونه عارضه آن را در مراحل اولیه کشف کرده از عاقب آن پیشگیری شود.

گریه کودک: اغلب شیرخواران در ساعتی از شباهه روزگریه می‌کنند و بتدریج که به سن کودک

افزوده می‌شود این گریه‌ها معنی دارتر می‌شود.

علل بیشتر گریه‌های کودک ناشی از گرسنگی، خیس بودن، گرما و سرمای محیط و ترس از تنها بی‌باشد و در اکثر مواقع می‌توان با کمی دقت، علت گریه طفل را کشف نمود. باید به خاطر داشت گریه تنها راه ارتباط کودکی است که قادر نیست با حرف زدن مشکل خود را بیان کند.

به غیر از حالات ذکر شده، نوعی گریه بخصوص در ۳ ماهه اول زندگی وجود دارد و در ۲۰-۱۰ درصد شیرخواران دیده می‌شود. شروع حملات اغلب در ۲-۳ هفته اول زندگی است و قبل از ۳ ماهگی بهبود می‌یابد ولی گاهی بعد از این مدت نیز ادامه می‌یابد. این گریه‌ها معمولاً در اواخر بعاز ظهر یا غروب اتفاق می‌افتد. علت این گریه ناشناخته است، ولی احتمالاً مجموعه‌ای از عوامل مربوط به والدین، عوامل مربوط به شیرخوار و محیط در آن نقش دارند.

برای بهبود آن ابتدا باید والدین را دلگرمی داده، سعی کنیم نگرانی آنها را کاهش دهیم. آموزش در مورد الگوی طبیعی گریه، اطمینان بخشیدن درباره سلامت کودک و پیشنهادهایی برای آرام کردن کودک می‌تواند مفید باشد.

از جمله این پیشنهادها که مؤثرترین و مناسب‌ترین طریقه برای رفع گریه شیرخوار است بغل کردن و به آرامی تکان دادن او می‌باشد. سایر روش‌هایی که در آرام کردن کودک ممکن است مؤثر باشد حرکت ملایم کودک مثلاً به وسیله گهواره، صدا یا موسیقی تک‌سیالی مداوم مثل صدای زنگ ساعت یا رادیو، اسباب بازی گول‌زننده بچه یا قرار دادن یک بطری آب نیم گرم مجاور شکم کودک است. در صورتی که هیچ کدام از روش‌های ذکر شده مؤثر نبود می‌توان کودک را برای معاینه نزد پزشک برد تا برای او درمان لازم را انجام دهد.

– علت دیگر گریه طفل می‌تواند بیماری وی باشد؛ چنانچه گریه طفل شدید باشد و نتوان علتی برای آن پیدا کرد و یا این گریه به غیر از گریه‌های معمول طفل باشد و همچنین موقع دیگری که علامت دیگری مانند تب همراه گریه وجود داشته باشد باید به پزشک مراجعه کرد.

نحوه آموزش استفاده از توالت به کودک

روش‌های مختلفی در امر آموزش نظافت و آداب رفتن به توالت وجود دارد، این امر بستگی زیادی به خلق و خوی کودک و کسی که به او آموزش می‌دهد دارد. آمادگی کودک در این مورد از اهمیت زیادی برخوردار است. کنترل ارادی اسفنکتر مقعد و مجرای ادرار بین ۱۸ تا ۲۴ ماهگی بوجود می‌آید.

آموزش توالت رفتن، شامل کنترل دفع مدفوع و ادرار در هنگام خواب و بیداری می‌باشد در صورتی که علایم زیر در کودک دیده شود آموزش توالت رفتن شروع می‌شود.

(۱) دوره‌های خشک بودن کودک به مدت چند ساعت وجود داشته باشد. (۲) کودک به لگن توجه کند. (۳) در صورتی که خود را خیس کرده باشد درخواست تعویض کنه و لباس کند. (۴) توانایی انجام یک سری دستورات ساده را داشته باشد.

در آموزش توالت رفتن، اصول ساده‌ای وجود دارد که بعضی از آنها را در اینجا ذکر می‌کنیم:
۱- عصبانیت و تنبیه به خاطر استفاده نکردن از لگن برای انجام دفع یا به خاطر برگرداندن لگن معمولاً مشترم نخواهد بود.

۲- هنگامی که کودک از نشستن بر روی لگن امتناع می‌کند به او اجازه داده شود که بلند شود و مثلاً بعد از خوردن غذا دوباره امتحان کند.

۳- اگر مقاومت کودک مداوم باشد، آموزش توالت رفتن را حداقل چند هفته باید به تعویق انداخت.

۴- باید از آموزش اجباری کودک اجتناب نمود. زیرا ممکن است به احتیاط مدفع، یبوست مزمن، بی اختیاری در دفع مدفوع یا اختلال در رابطه بین کودک والدین منجر شود و اغلب هم، موفقیت در مقابله با خواسته‌های یک کودک نویا ناممکن است و تحملی کردن خواسته‌ها نیز با استقلال طلبی کودک در حال رشد تداخل دارد و حس تحقیر و سوء ظن را در کودک تقویت می‌نماید.

۵- کلید موفقیت در آموزش توالت رفتن کودک در این است که به گونه‌ای با این مسئله برخورد شود که کودک آن را به عنوان یک کار و مهارت خودش بینند.

۶- سن کودکان برای آموزش توالت رفتن متفاوت است و بسته به خصوصیات فردی هر کودک فرق می‌کند.

- معمولاً در یک سالگی، کودک بعد از خواب روز خشک است، در پانزده ماهگی دوست دارد روی توالت بنشیند، او می‌تواند در فواصل ادرار کردن ۲ تا ۳ ساعت خشک بماند. در ۱۸ ماهگی

اگر از او سؤال شود آیا می‌خواهد به توالت برود یا نه ممکن است با حرکت سر بگوید «نه». وقتی موقع ادرار کردن تزدیک می‌شود کلماتی از قبیل «او» به زبان می‌آورد و نشان می‌دهد که باید ادرار کند. در ۲۱ ماهگی هنگامی که خود را تر کرده باشد با اشاره به شلوارش این مطلب را می‌فهماند. در دو سالگی، کودک بهتر می‌تواند ادرار خود را کنترل کند و تقریباً همیشه احتیاج خود را برای دفع ادرار و مدفوع بیان می‌کند. در ۲/۵ سالگی فاصله بین ادرار کردن طولانی می‌شود، کودک برای ادرار کردن فعالیت خود را متوقف می‌کند و پس از آن دوباره به فعالیت خود ادامه می‌دهد.

کودکیاران عزیز باید به والدین کمک کنند تا آنان علایم آمادگی کودک خود را بشناسند و زمانی که کودک از لحاظ رشد آمادگی کافی پیدا کرد آموزش توالت رفتن را شروع کنند.

مراقبت‌های بهداشتی به هنگام ختنه کردن پسران

ختنه کردن، سنت پسندیده‌ای است که در شرع مقدس ما در مورد پسران واجب گردیده است و از این گذشته سال‌هاست که منافع بهداشتی آن از نظر علمی ثابت گردیده است. از جمله این منافع پیشگیری از عفونت ادراری است. ختنه کردن، بریدن مقداری پوست اضافی از سر آلت تناسلی است که به وسیله یک عمل جراحی کوچک و ساده انجام می‌شود.

در مورد سن مناسب ختنه کردن پسران، نظرات گوناگونی ابراز شده است ولی امروزه توصیه می‌شود که این عمل در دوران نوزادی انجام شود و چنانچه این عمل به تأخیر افتاد بهتر است قبل از دو سالگی انجام شود. عقیده بعضی از پزشکان بر این است که بهتر است از ختنه کردن کودک در سنین بین ۲ تا ۵ سالگی خودداری شود چه این سنین، سن توجه کودک به آلت تناسلی خوبیش است و ممکن است انجام ختنه در این سنین در آینده فرد را با مشکلاتی روبرو سازد.

ختنه کردن باید توسط شخص ماهر و آموزش دیده و در شرایط استریل انجام شود. روش‌های مختلفی برای ختنه کردن وجود دارد ولی اکثر صاحب‌نظران هنوز روش سنتی ختنه کردن به وسیله جراحی را توصیه می‌کنند.

در صورت انجام ختنه در نوزادی باید توجه داشت که سر آلت تناسلی کودک با کهنه تماس پیدا نکند چون به علت حساسیت بافت پوششی (ای تیلوم) این قسمت در این سن ممکن است سبب تنگی مجرای ادراری گردد. لذا به مادران باید توصیه شود که اگر کودکی قبل از ۲ سالگی ختنه شده مرتباً سر آلت طفل را مشاهده در صورت ایجاد چسبندگی در نوک مجرأ و یا تنگی سوراخ سر آلت، کودک را جهت معاینه نزد پزشک ببرند.

زخم ناشی از ختنه کردن معمولاً پس از یک هفته ترمیم می‌باید و پس از این مدت بخیه‌ها برداشته می‌شوند. در این مدت باید از کودک مراقبت لازم به عمل آید تا محل زخم عفونی نگردد. در صورت وجود تورم بیش از حد، گریه و بی قراری بیش از حد کودک و وجود تب باید کودک را به پزشک نشان داد.

نقش بازی و اسباب بازی در رشد و تکامل کودک

بازی اثر زیادی روی رشد جسمانی، روانی و اجتماعی کودک نوپا دارد. بتدریج بازی افرادی دوره شیرخواری تبدیل به بازی با همسالان می‌گردد. در دوره نوپایی، بازی تمام قسمت‌های رشد و نمو را تحریک می‌کند، بتدریج که کودک رشد می‌کند، اهمیت اجتماعی بازی افزایش می‌باید. رشد عضلات ریز و درشت از راه بازی بیشتر می‌شود. در جریان بازی انرژی اضافی تخلیه می‌شود. اگر چه نوپایان هنوز از بازی افرادی و رفتار تماشاگرانه بیشتر لذت می‌برند، ولی با این وجود، به طور قابل توجهی در گیر بازی‌های موازی می‌شوند (در کنار یکدیگر بازی می‌کنند، یکدیگر را نگاه می‌کنند بدون اینکه کسی به کسی توجهی داشته باشد).

کودکان نوپا با انواع مختلف اسباب بازی، بازی می‌کنند و می‌آموزند که شکل‌ها و اندازه‌ها و رنگ‌ها را تشخیص دهند. همچنین، بازی رشد اخلاقی را افزایش می‌دهد و کودکان می‌آموزند اگر قرار باشد در کنار یکدیگر بازی کنند باید حقوق دیگران را نیز رعایت کنند. علاوه بر این، بازی نقش درمانی و ارزش روانی نیز دارد و سبب تخلیه تنفس‌ها و عصبانیت‌ها می‌شود. مثلاً کودک خشمگین و عصبانی ممکن است با ضربه‌زندن به یک توپ نرم یا کوبیدن میخ بر تخته آرام گیرد.

انتخاب اسباب بازی مناسب سن کودک ظرفات‌های ویژه‌ای دارد. در انتخاب اسباب بازی باید توجه داشت قیمت اسباب بازی و پرزرق و برق بودن آن ملاک انتخاب قرار نگیرد. اسباب بازی باید ضمن اینکه کودک را سرگرم می‌کند حواس کودک را نیز پرورش دهد. در اینجا چند مثال از این مورد برای سینین مختلف ذکر می‌شود.

۱ تا ۴ ماهگی: در این سن کودک صدا و رنگ را کشف می‌کند. از آنجا که کودک در این سن قادر نیست چیزی را به درستی به دست بگیرد، می‌توان جفجغه‌های رنگی قابل شستشو بالای سر او آویزان کرد.

۴ تا ۸ ماهگی: نوزاد یاد می‌گیرد برای لمس کردن، خراشیدن، کشیدن، فشاردادن و رها کردن از دست‌هایش استفاده کند. در این سن می‌توان عروسک‌هایی از جنس پلاستیک که با فشار دادن صدا می‌کنند در اختیار کودک گذاشت.

۸ تا ۱۲ ماهگی: در این سن کودک از پرتاب کردن اشیا لذت می‌برد. کودک این کار را نه از روی لجباری بلکه برای اینکه بینند اشیا کجا می‌افتد انجام می‌دهد. بنابراین بهتر است اسباب بازی‌های نشکن در اختیار او قرار داد.

۹ تا ۱۸ ماهگی: هُل دادن یک اسباب بازی چرخدار در این سن مورد علاقه کودک است. وقتی هم می‌نشیند دوست دارد با دست هایش که مهارت بیشتری یافته‌اند کار کند. می‌توان برای او مکعب‌هایی که داخل هم می‌روند خرید.

۱۰ ماهگی تا ۲ سالگی: در این سن کودک از بازی با اسباب بازی‌های چند قسمتی لذت می‌برد. مثلاً کامیون پلاستیکی که قسمت بار آن بر و خالی می‌شود یا جعبه‌هایی که سوراخ‌هایی برای شکل‌های مختلف دارد و کودک هر شکل را در جای خود می‌گذارد.

۱۱ تا ۲/۵ سالگی: تا این سن دختران و پسران بازی‌چه‌های مشترکی دارند ولی کم کم به خاطر یادگیری‌های فرهنگی پسرها مثلاً ماشین و دختران عروسک را ترجیح می‌دهند، اما در جدا کردن اسباب بازی‌ها بین دو جنس نباید وسوسات زیادی بخراج داد.

۱۲ تا ۳ سالگی: در این سن تقلید کردن از والدین، مورد علاقه کودکان است. پسر از ماشین‌رانی لذت می‌برد و دختر پختن غذا و کارهای خانه را ترجیح می‌دهد. در هر مورد می‌توان اسباب بازی‌های مناسب در اختیار کودک قرار داد.

۱۳ سالگی: در این سن بچه‌ها بازی‌های تخیلی را دوست دارند. بچه‌ها با اسباب بازی نقش مشاغل مختلف را بازی می‌کنند مثلاً فروشنده می‌شوند، نقش دکتر را بازی می‌کنند و نظایر آن. بچه‌ها در این سن می‌توانند نقاشی کنند.

... و بتدریج که سن کودک افزوده می‌شود می‌توان بر حسب ذوق و سلیقه کودک اسباب بازی‌هایی در اختیار وی قرار داد. اما همواره به خاطر داشته باشیم که اسباب بازی‌ها حوادث زیادی آفریده‌اند و بعضی از انواع اسباب بازی می‌توانند برای کودکان خطرناک باشند. توجه به این نکته در انتخاب اسباب بازی، همواره باید در نظر گرفته شود.

اهمیت تغذیه در دوران پیش از دبستان

در دوره نوباوگی و قبل از مدرسه بتدریج الگوی غذای کودک به الگوی غذای بزرگسالان تزدیک می‌شود. در این دوران، اگرچه سرعت رشد به میزان شیرخوارگی نیست ولی به علت اینکه فعالیت و جنب و جوش کودک بیشتر می‌شود نیاز او به مواد غذایی نیز افزون‌تر می‌گردد. این دوران،

زمان شکل گیری عضلات کودک است و بدین لحاظ نیاز کودک به مواد پروتئینی افزایش می‌باید. رفتار مطلوب غذایی برای طول مدت زندگی نیز در سنین کودکی شروع و پایه گذاری می‌شود. لذا برنامه‌ریزی صحیح غذایی از طرف والدین و الگوی غذایی که سبب رشد طبیعی، سلامتی و مانع کم خونی و سایر بیماری‌های مربوط به کمبود مواد مغذی می‌شود را باید از همان دوران کودکی اعمال نمود.

باید غذای کودک متنوع باشد و انواع گروه‌های مواد غذایی را در بر بگیرد. تغذیه کودک در این سنین نیازمند حوصله و توجه خاص است؛ چه، در این دوران کودکان اغلب به علت بازیگوشی توجهی به تغذیه خود ندارند. از مصرف بی‌رویه نمک و مواد غذایی چرب به علت عوارضی که مصرف این نوع مواد در سلامت آینده کودک دارند خودداری شود. مصرف تنقلات و شیرینی‌ها و شکلات‌ها در بین وعده‌های غذایی به غیر از ایجاد پوسیدگی دندان‌ها، سبب بی‌اشتهاای طفل شده، مانع از رسیدن مواد غذایی اصلی به بدن وی می‌گردد و حتی الامکان باید از مصرف آنها خودداری کرد.

مشکلات بهداشتی شایع دوران پیش از دبستان

در اینجا، به دو مورد از مشکلات شایع این دوران اشاره می‌شود:

جویدن ناخن‌ها : در دوران شیرخوارگی، مکیدن شست و انگشتان دست و حتی گاهی پاها امری طبیعی است، پس از این مدت گاه ممکن است این عادت به صورت ناخن جویدن تظاهر کند. جویدن ناخن در کودکان بزرگتر، گاه نشانه‌ای از حالات اضطرابی در کودک است. این کودکان در مواجهی که نگران یا متوجه هستند شروع به جویدن ناخن خود می‌کنند. در برخورد با این مسئله در کودکان، باید از سرزنش و تنبیه طفل به این علت خودداری کرد؛ چون، این کار باعث تشدید عارضه در طفل می‌گردد. مالییدن مواد تلخ و بدمزه روی انگشت نیز بذرط مؤثر واقع می‌شود.

طريقه بهتر آن است که علل فشار روحی را که بر طفل وارد می‌شود یافت و در رفع آن کوشید. آیا به طفل در هر مورد خیلی اصرار می‌شود؟ آیا به طفل خیلی امر و نهی می‌شود؟ آیا مرتب و مکرر سرزنش و تحقیر می‌شود؟ آیا والدین نسبت به طفل خیلی متوقع‌اند؟ آیا محیط زندگی طفل محیط مناسبی نیست؟ و...

برای دختر بچه‌ای که سنتش بیش از ۳ سال است گاه توضیح در مورد زیبایی ناخن‌ها اگر با مهریانی و به طور دوستانه پیشنهاد شود، ممکن است برای رفع عارضه ناخن جویدن مؤثر واقع شود.

بی اختیاری ادرار: بی اختیاری ادرار به دفع بی اختیار ادرار در سنی گفته می‌شود که قاعده‌تاً کودک باید اختیار ادرار خود را داشته باشد. شایع‌ترین نوع بی اختیاری شب ادراری است.

شیوع شب ادراری، قبل از ۶ سالگی زیاد است. علت آن بندرت در اثر اختلال عضوی است و بیشتر علت آن تأخیر در بلوغ اسفنکتر مجرای ادراری است و این تأخیر در اثر عوامل روانی مربوط به والدین و کودک در ارتباط با این مسئله ممکن است طولانی تر شود.

در برخورد با مسئله شب ادراری، ابتدا برای کسب اطمینان از اینکه ضایعه یا عفو نتی وجود ندارد طفل باید توسط پزشک معاينه گردد. در صورتی که پزشک تشخیص دهد ضایعه‌ای وجود ندارد می‌توان امیدوار بود این مسئله تا ۶ سالگی از بین برود.

برای درمان شب ادراری روشهای مختلفی پیشنهاد شده است که برخی از آنها عبارت اند از : درمان دارویی، استفاده از زنگ‌هایی که اگر طفل بستر خود را خیس کند، به صدا درمی‌آیند و درمان‌های مشورتی.

چون میزان عود شب ادراری در درمان دارویی بالا است و به کارگیری زنگ‌ها نیز چندان ساده نیست، امروزه بیشتر بر درمان‌های مشورتی و رفتار درمانی که در آن طفل نقش فعال و مسئولانه به عهده گیرد تکیه می‌شود.

برخی از جنبه‌های این نوع درمان، به قرار زیر است :

۱- کودک، قبل از خواب ادرار کند.

۲- لباس‌ها و بستر خود را خودش تعویض کند.

۳- بعد از شام، مایعات نخورد.

۴- والدین برای هر شبی که کودک خود را خیس نکند از طریق دادن جایزه مناسب سنش، او را تشویق مثبت نمایند.

در خاتمه باید یادآور شد که والدین نباید با خشم و تنبیه با این مسئله برخورد کنند.

راهنمای کار عملی

- در این فصل با صلاح‌دید مریبان محترم، از هنرجویان خواسته شود تحقیقی دریکی از موارد زیر انجام و آن را در کلاس ارائه دهنده.
- مشکلات شایع بهداشتی در این دوران سنی
 - لیست بازی‌های مناسب هرسن و نحوه انجام آنها
 - مراجعه، به متخصصان اطفال یا درمانگاه‌های اطفال و تهیه لیستی از مشکلاتی که با رعایت بهداشت فردی و آموزش قابل پیشگیری بوده‌اند.



آزمون نظری

- ۱— زمان رویش اولین دندان شیری را ذکر کنید.
- ۲— علایم دندان درآوردن کودک را توضیح دهید.
- ۳— نکات مورد توجه در سلامت و بهداشت دندان‌ها را توضیح دهید.
- ۴— پوسیدگی دندان را تعریف کنید.
- ۵— علل عدمه گریه کودکان را توضیح دهید.
- ۶— آموزش نحوه استفاده از توالت به کودک را توضیح دهید.
- ۷— نکات مورد توجه در ختنه دوران نوزادی را توضیح دهید.
- ۸— مناسب‌ترین اسباب بازی‌های سن ۸-۴ ماهگی را نام ببرید.
- ۹— نکات مورد توجه در انتخاب اسباب بازی را توضیح دهید.
- ۱۰— نقش رفتار والدین در شکل‌گیری الگوی غذایی کودکان را توضیح دهید.
- ۱۱— علل جویدن ناخن در کودک را توضیح دهید.
- ۱۲— علل تثبیت شب ادراری در کودکان را توضیح دهید.

بهداشت و پیشگیری از معلولیت کودکان

هدفهای رفتاری: در پایان این فصل، فرآگیر باید بتواند :

- ۱- معلولیت را تعریف کند.
- ۲- انواع معلولیت را با ذکر مثال نام ببرد.
- ۳- علل معلولیت‌ها را به‌طور خلاصه شرح دهد.
- ۴- راه‌های پیشگیری از معلولیت‌ها را توضیح دهد.
- ۵- راه‌های صحیح برخورد با معلولیت‌های مهم را شرح دهد.

مقدمه

طبق آمار سازمان جهانی بهداشت تزدیک به ۵۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان دچار یکی از انواع معلولیت می‌باشند که حدود ۸٪ آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. متاسفانه حدود $\frac{1}{3}$ از این جمعیت معلول را کودکان تشکیل می‌دهند، یعنی انسان‌هایی که در سرآغاز زندگی هستند و باید سالیان درازی را با معلولیت سپری سازند.

معلولیت‌ها، گذشته از اثرات روانی و اجتماعی ناخوشایندی که برای فرد معلول و خانواده و جامعه دارند، هر سال باعث صرف هزینه‌های گزارفی جهت نگهداری، مداوا و آموزش افراد معلول خواهند شد.

هر چند وجود بعضی از انواع معلولیت‌ها به دلایل مختلف نظیر تصادفات، حوادث با بلایهای طبیعی و ... غیرقابل اجتناب است؛ اما با شناخت علل بوجود آورنده معلولیت، بخصوص معلولیت‌های مادرزادی می‌توان تا حد زیادی از بروز این عارضه پیشگیری نمود.

گذشته از آن، با شناخت انواع معلولیت و راه‌های برخورد با آنها می‌توان تا حد زیادی از پیشرفت معلولیت جلوگیری نمود.

امروزه باشیوه‌های مناسب توانبخشی، سعی بر این است تا ضمن آشنانمودن فرد معلوم به محدودیتی که دارد وی را مناسب با توانایی‌هایش به فردی فعال و حتی الامکان بی نیاز از دیگران بدل سازند. از آنجا که کودکیاران عزیز به دلیل حرفه خود با کودکان و خانواده‌های آنها سر و کار دارند و خواه ناخواه با مسئله معلوماتی و کودک معلوم برخورد خواهند کرد لازم است تا ضمن شناخت معلوماتی‌ها و انواع آن، راه‌های پیشگیری و برخورد مناسب با آن را فراگیرند. در این فصل سعی شده است به این موارد به طور خلاصه پرداخته شود.

تعريف معلوم و معلومات

در مورد واژه معلوماتیت، تعاریف متفاوتی ارائه شده است و برای معلوم نیز مشخصاتی را برشمرده‌اند؛ لیکن طبق آخرین تعریف که توسط سازمان جهانی بهداشت عنوان شده است معلوماتیت: «وجود اختلال در رابطه بین فرد و محیط» تعریف شده است. بنابراین معلوماتیت به ناتوانی در انجام تمام یا قسمی از فعالیت‌های عادی زندگی فردی یا اجتماعی به علت وجود یک نقص مادرزادی یا اکتسابی در قوای جسمانی یا روانی اطلاق می‌شود. به فردی که واجد این ناتوانی است اصطلاحاً «معلوم» گفته می‌شود.

أنواع معلومات

معلوماتیت‌ها به‌طور کلی به دو دسته معلوماتیت‌های جسمی و ذهنی تقسیم می‌شوند. معلوماتیت‌های جسمی را می‌توان به صورت زیر دسته‌بندی نمود:

(الف) **معلوماتیت‌های حواسی**: که مهمترین آنها نایینایی و ناشنوایی هستند.

(ب) **معلوماتیت‌های حرکتی**: که شامل انواع نقص عضوها، ضایعات نخاعی و ناهنجاری‌های مربوط به اسکلت و عضلات می‌باشد.

(ج) **معلوماتیت‌های احساسی داخلی**: که شامل معلوماتیت‌های قلبی، عروقی، تنفسی، کلیوی و غیره می‌باشد.

گروه معلومین ذهنی را به‌طور کلی می‌توان به دو دسته عقب ماندگان ذهنی و بیماران روانی گروه‌بندی نمود.

علل معلولیت

عوامل متعددی باعث بروز معلولیت می‌شوند، ولی به طور کلی این عوامل را می‌توان به سه دسته تقسیم نمود:

۱- عوامل دوران بارداری: نظری عوامل زنیکی، سوء تغذیه مادر، عدم رعایت بهداشت دوران بارداری، مصرف سرخود دارو، در معرض اشعه قرار گرفتن مادر، ابتلای مادر به بیماری‌های ویروسی نظری سرخجه، وارد آمدن ضربه‌های شدید به شکم مادر و سن مادر.

۲- عوامل هنگام زایمان: مانند زایمان‌های مشکل و طولانی که به دلایل مختلف نظری عدم تناسب اندازه لگن مادر با جنین، کاهش اکسیژن در بد و تولد، زایمان‌های غیربهداشتی، ضربات وارد به جنین در حین تولد و نظایر آن بروز می‌کند.

۳- عوامل بعد از تولد: مثل بیماری‌های عفونی و بیماری‌های مزمن و طولانی، سوء تغذیه در دوران کودکی، حوادث، تصادفات، سوانح طبیعی نظری زلزله، سیل و آتش‌سوزی و صدمات ناشی از جنگ‌ها.

پیشگیری از معلولیت

با مروری بر عوامل ایجاد کننده معلولیت‌ها درمی‌یابیم که در بسیاری از موارد با پیشگیری به موقع و رعایت نکات بهداشتی می‌توان از بسیاری از معلولیت‌ها جلوگیری نمود. در اینجا به چند مورد اشاره می‌شود.

۱- بیماری‌های عفونی مادر: مطالعات انجام شده بیانگر آن است که بسیاری از بیماری‌های مادر در دوران بارداری، جنین او را تحت تأثیر قرار می‌دهد و برحسب اینکه در چه مرحله‌ای از رشد و تکامل باشد، ضایعات و اختلالاتی را پدید خواهد آورد. مثلاً مادرانی که سه ماهه اول بارداری به سرخجه مبتلا شده‌اند، جنین آنها اگر سقط نشود، دچار نقاوص و ناهنجاری‌های شدید، بخصوص ناهنجاری‌های قلب و عروق، کمری، کوری، اختلال کبد و ضایعات مغزی می‌شود. پیشگیری از این امر نسبتاً ساده است. کافی است مادر در دوران بارداری از تماس با فردی که مبتلا به این بیماریست خودداری کند.

۲- داروها و اشعة: همان‌طور که در فصل بهداشت دوران بارداری اشاره شد، در صورتی که جنین - بخصوص در ماه‌های اول بارداری - در معرض اشعه X قرار گیرد ممکن است دچار اختلالات و ناهنجاری‌هایی از قبیل ضایعات جسمانی، اختلالات دستگاه عصبی و عقب‌افتادگی ذهنی گردد.

به همین جهت، مادر باردار باید در صورت نیاز به عکس برداری، قبلًاً بارداری خود را به متخصص رادیولوژی اطلاع دهد تا اقدامات حفاظتی برای جنین وی به عمل آید.

همچنین مصرف بسیاری از داروها سبب بروز اختلالات و عوارض جسمی و عصبی برگشت ناپذیری در جنین می‌گردد؛ بنابراین، دستور کلی این است که مادر در دوران بارداری از مصرف هرگونه دارو بدون تجویز پزشک خودداری نماید و چنانچه قبلًاً به علت بیماری خاصی، دارویی را به طور مداوم مصرف می‌کرده است حتماً با پزشک خود مشورت نماید تا مقدار و نوع دارو بر حسب شرایط خاص دوران بارداری و با توجه به وضعیت جنین و ضرورت مصرف تجویز شود.

۳- حوادث و تصادفات:

بسیاری از معلومات ها ناشی از حوادث و تصادفاتی است که به آسانی قابل پیشگیری می‌باشند. نحوه پیشگیری از حوادث به تفصیل در کتاب فنون مراقبت و نگهداری کودک آمده است. با رعایت این نکات می‌توان از بروز بسیاری از معلومات های جسمی و همین طور نایینایی و ناشنوایی در اثر حوادث، پیشگیری کرد.

۴- بیماری‌های دوران کودکی:

بیماری‌های دوران کودکی عامل بروز معلومات های زیادی هستند. بسیاری از این بیماری‌ها نظیر فلچ اطفال، سرخک، سیاه سرفه، به وسیله واکسن قابل پیشگیری هستند. در مورد برخی از بیماری‌ها نظیر کم کاری غده تیروئید و اختلالات آتزیمی می‌توان با تشخیص به موقع و درمان بیماری از عوارض آنها که همان معلومیت است پیشگیری نمود. عفونت گوش میانی که در اطفال بسیار شایع است، عامل حدود نیمی از ناشنوایی‌های اکتسابی است. درمان به موقع آن می‌تواند از کر شدن کودک جلوگیری نماید. همچنین از آلودگی‌های صوتی که در کاهش شنوایی نقش اساسی دارد، باید جلوگیری نمود. سوءِ تقدیه دوران کودکی بخصوص در دوران نوزادی و شیرخوارگی می‌تواند منجر به عقب افتادگی ذهنی در کودکان گردد. توجه به تعذیه طفل در این دوران نقش مهمی در پیشگیری از معلومیت‌ها دارد.

در رفتگی مادرزادی ران (CDH) در صورتی که به موقع تشخیص داده نشود می‌تواند باعث معلومیت و ناتوانی در راه رفتن شود. با معاینه نوزاد در بد و تولد و تشخیص و درمان این عارضه می‌توان از این معلومیت پیشگیری کرد.

آشنایی با برخی از معلومیت‌های مهه

(الف) نایینایی: یکی از مهمترین گروه‌های معلومین، نایینایان هستند. شناخت نایینای مطلق (یعنی کسی که با هیچ وسیله‌ای نتواند از طریق بینایی چیزی را درک کند) نسبتاً آسان است؛ ولی با توجه به

اینکه ناینایی در تمام موارد مطلق نیست و بعضی از افراد که نقص بینایی دارند از دید مختصر و گاه قابل استفاده‌ای برخوردارند، امکان تعریف جامعی برای ناینایی را مشکل می‌سازد. به همین جهت مسئله گروه‌بندی در مورد این دسته از معلولین به میان می‌آید. گروه‌بندی‌های متعددی برای ناینایان وجود دارد ولی در حالت کلی می‌توان آنها را به گروه‌های ناینایان مطلق، نیمه ناینایان و افراد با ضعف بینایی شدید تقسیم‌بندی نمود، که عوامل ارثی مادرزادی و محیطی از علل عمدۀ بروز این نوع معلولیت به شمار می‌روند.

اختلال بینایی مادرزادی غالباً در ماه چهارم تا هشتم زندگی براساس حدس والدین تشخیص داده می‌شود. والدین متوجه می‌شوند که کودکشان رفتار غیرعادی دارد و مثلاً در پاسخ به یک تحریک مناسب مثل شکلک درآوردن نمی‌خندد یا هنگامی که شیئی را در مقابلش حرکت می‌دهند توجهی به آن نمی‌کند. در مواجهه با کودک ناینا، باید به این نکته توجه داشت که در صورت ارائه آموزش مناسب و برخورد صحیح، وی می‌تواند زندگی مستقل و خودکفایی داشته باشد.

باید تلاش نمود تا در صورت وجود بینایی حتی جزیی با استفاده از روش‌های مناسب مهارت‌های فرد را در استفاده از آن بالا برد. وضعیت محل زندگی فرد باید به نحوی باشد که وسایل مورد نیاز وی را به گونه‌ای که احتیاج به بینایی نداشته باشد در دسترس کودک قرار گیرد. برای موفقیت در آموزش کودک مبتلا به اختلال بینایی شدید، قادر ساختن کودک به انجام کارهای ظرفی، ایجاد مهارت‌های شنوایی و خواندن و نوشتن الفبای Braille^۱ نقش اساسی دارد.

(ب) ناشنوایی: شنوایی یکی از حیاتی ترین توانایی‌های حسی است که بدون آن بسیاری از توانایی‌های انسان برای سازگاری با محیط تحت الشاعع قرار می‌گیرد.

ناشنوایی را برحسب شدت آن به ۵ گروه تقسیم می‌کنند :

ناشنوایی خفیف : فقط در شنیدن نجوا و پیچ پیچ مشکل دارد.

ناشنوایی ملایم : اغلب در گفتار معمولی اشکال دارد.

ناشنوایی متوسط : اغلب در گفتار بلند اشکال دارد.

ناشنوایی شدید : فقط فریاد یا گفتار تقویت شده را می‌فهمد.

ناشنوایی عمیق : حتی صدای تقویت شده را نیز درک نمی‌کند.

از آنجا که نقص شنوایی بر تکلم شخص نیز اثر می‌گذارد یکی از معلولیت‌های مهم به شمار می‌آید. آدمی از کودکی و بدرو تولد از طریق حسن شنوایی، گفتار اطرافیان را می‌شنود و بتدریج آنچه

۱- الفبای مخصوص ناینایان به صورت برجسته روی کاغذهای مخصوص که ناینایان به وسیله لمس قادر به خواندن آن هستند.

را شنیده است به خاطر می‌سپارد و سپس بازگو می‌کند.

پس اگر حس شنوایی دچار نارسایی شود و بخصوص اگر این نارسایی از بدو تولد یا قبل از شروع تکلم باشد با توجه به شدت نارسایی این حس مهم، شخص از نعمت تکلم نیز محروم می‌ماند.

در بررسی عوامل مؤثر در ناشنوایی افراد می‌توان به عوامل ارثی، مادرزادی، عوامل اکتسابی که بعد از تولد سبب ناشنوایی می‌شوند مانند بیماری‌های عفونی چون منژیت و اوریون، عفونت گوش میانی، سوء تغذیه، تصادفات و سر و صدای اشده نمود.

در برخورد با کودک ناشنوای ابتدا باید کوشید از شنوایی باقیمانده فرد حداقل استفاده شود.

وسایلی نظری سمعک به این منظور کمک می‌کند.

گفتارخوانی یا لب خوانی و صحبت با حرکات انگشتان دست از روش‌های مؤثر توانبخشی کودکان ناشنوای می‌باشد. به طور کلی در صورت شناخت افراد ناشنوای توجه به خصوصیت آنان، می‌توان از طریق آموزش‌های مناسب، آنان را به افرادی کارآمد و خودکفا تبدیل نمود.

ج) معلولیت‌های جسمی حرکتی: این دسته از معلولیت‌ها طیف وسیعی را دربر می‌گیرد و بر حسب محدودیت در حرکات و توانایی‌های اندام‌های مختلف، تقسیم‌بندی می‌شود.

معلولیت می‌تواند در هر کدام از دست‌ها، پاها یا همه اندام‌ها وجود داشته باشد و سبب ناتوانی حرکات فرد معلول گردد. افراد مبتلا به ضایعات نخاعی معمولاً از ناحیه پا دچار ناتوانی هستند و فلجهای مغزی می‌تواند هر یک از اندام‌ها یا همه آنها را مبتلا سازد. بیماری‌ها، حوادث و تصادفات نیز هر یک می‌توانند باعث بروز نوعی نارسایی حرکتی در فرد گردند.

در برخورد با کودک معلول جسمی، باید ضمن توجه به محدودیت‌های وی سعی شود دیگر توانایی‌های او در حدی تقویت شود که حتی الامکان بتواند نارسایی‌ها را جبران نماید. به عنوان مثال کودکی را که از هر دو پا فلجه است باید به نحوی آموزش داد تا از دست‌هایش برای جابه‌جایی خود به وسیله صندلی چرخدار استفاده نماید. آموزش نحوه غذا خوردن، لباس پوشیدن، توالی رفتن و مراقبت‌های مربوط نیز باید در توانبخشی معلولین جسمی حرکتی در نظر گرفته شود.

معلولین عقب‌ماندگان ذهنی: تعاریف متفاوتی برای عقب‌ماندگان ذهنی ارائه شده است ولی به طور کلی از تمام تعاریف این طور نتیجه می‌شود که :

عقب‌ماندگان ذهنی افرادی از جامعه هستند که از نظر فعالیت‌های ذهنی نسبت به همسالان طبیعی خود نارسایی داشته، عقب‌مانده‌اند و درنتیجه از توانایی یادگیری، همسازی با محیط، بهره‌برداری از تجربیات، درک مفاهیم، قضاؤت و استدلال صحیح، به درجات مختلف محروم‌ند و نارسایی فعالیت‌های

ذهنی آنها از بدو تولد یا مراحل اولیه کودکی وجود دارد.

بر همین اساس طبقه‌بندی‌های متفاوتی نیز از نظر بهره‌هشی، علت عقب‌افتدگی، نوع بالینی عقب‌افتدگی و طبقه‌بندی برای هدف‌های آموزشی ارائه شده است.

طبقه‌بندی معلومین عقب‌ماندگان ذهنی براساس اهداف آموزشی:

عقب‌ماندگان ذهنی به سه گروه تقسیم می‌شوند :

(۱) آموزش‌پذیر (۲) تربیت‌پذیر (۳) حمایت‌پذیر

۱- عقب‌ماندگان ذهنی آموزش‌پذیر:

بهره‌هشی^۱ افراد این گروه ۷۰-۵۰ است. این گروه به طور کلی چه به لحاظ روانی چه به لحاظ حرکات و حواس، نسبت به کودکان عادی کنترل هستند. گاهی اوقات از لحاظ تصور و تخیل و دقت و تمرکز حواس از خود فعالیت‌هایی نشان می‌دهند ولی غالباً قادر به داشتن سرعت و دقت لازم به طور همزمان نیستند. سازگاری اجتماعی این افراد به شرایط محیطی آنها بستگی دارد. اگر در شرایط مناسبی باشند می‌توانند تا حد زیادی استقلال شخصی و اقتصادی به دست آورند.

مطالعه آزاد



۱- بهره‌هشی (I.Q) یا Intelligence Quotient را از رابطه زیر حساب می‌کند.

$$I.Q = \frac{\text{سن عقلی}}{\text{سن نقویمی}} \times 100$$

جدول طبقه‌بندی هوش

طبقه هوش	میزان هوش
نابغه	۱۸۰- بالا
تیزهوش	۱۴۰-۱۸۰
برهوش	۱۳۰-۱۴۰
خیلی باهوش	۱۲۰-۱۳۰
باهوش	۱۱۰-۱۲۰
هوش متوسط	۹۰-۱۱۰
پایین‌تر از متوسط	۸۰-۹۰
کم‌هوش	۷۰-۸۰
کودن یا آموزش‌پذیر	۵۰-۷۰
تربیت‌پذیر	۲۵-۵۰
حمایت‌پذیر	۲۵ به پایین

به این منظور ابتدا از فرد آزمونی به عمل می‌آید و مشخص می‌شود سن عقلی وی چقدر است سپس با استفاده از رابطه بالا (I.Q) فرد محاسبه می‌شود. جدول رویرو طبقه‌بندی افراد را بر حسب بهره‌هشی نشان می‌دهد :

پایان مطالعه آزاد

۲- عقب‌ماندگان ذهنی تربیت‌پذیر: بهره‌هوسی این گروه بین ۵۰-۲۵ می‌باشد. به لحاظ عاطفی وضع بسیار متغیری دارند. معمولاً وقتی چیزی را طلب می‌کنند مهریان و مطبع هستند لیکن در مقابل مخالفت‌های دیگران حملات خشم و غضب و عصبانیت شدید از خود بروز می‌دهند، خیلی زود تحت تأثیر قرار می‌گیرند و از حضور افراد بیگانه بیمناک و حشمت‌زده می‌شوند. در شرایط اجتماعی مناسب قادرند فعالیت‌های ساده‌ای داشته باشند و کارهای شخصی خود را انجام می‌دهند ولی به هر حال نیاز به سرپرست و قیم دارند. توانایی ذهنی این افراد در هرسنی که باشند در حد توانایی‌های ذهنی کودک ۶-۷ ساله باقی و متوقف می‌ماند.

۳- عقب‌ماندگان ذهنی حمایت‌پذیر: بهره‌هوسی این گروه در حد ۲۵ و کمتر از آن می‌باشد. به لحاظ ظاهر، وضع چهره اغلب این کودکان غیرعادی است، در اکثر موارد آب دهانشان از گوشۀ دهان به طرف خارج جاری است. بسیاری از آنها از لحاظ ایستادن و راه رفتن نارسانی‌های قابل توجه نشان می‌دهند. کنترل ادرار و مدفع در این قبیل کودکان خیلی به ندرت بوجود می‌آید، این افراد تکلم را فرا نمی‌گیرند و قادر نیستند با این ابزار با دیگران ارتباط برقرار کنند. به لحاظ عاطفی نیز حالت بی‌تفاوت دارند و واکنشی نشان نمی‌دهند. با آموزش مناسب از طریق مکانیسم‌های شرطی در بعضی از این افراد، می‌توانند در برخی امور شخصی نظری غذا خوردن و لباس پوشیدن همکاری کنند.

راهنمای کار عملی

برای کار عملی این فصل هنرجویان به همراه مریبی مربوطه از یک مرکز نگهداری کودکان معلوم بازدید کرده و گزارش بازدید خود را ارائه خواهند کرد.

آزمون نظری

۱- معلول را تعریف کنید.

۲- عوامل بوجود آورنده معلولیت را با ذکر مثال توضیح دهید.

۳- اهمیت پیشگیری از معلولیت را توضیح دهید.

۴- نکات مورد توجه در برخورد با کودک نایينا را توضیح دهید.

۵- کودک نایينا دچار چه نوع معلولیت دیگری می‌شود؟ توضیح دهید.

۶- طبقه عقب‌ماندگان ذهنی را از نظر اهداف آموزشی نام ببرید.

منابع

از منابع زیر در تدوین این کتاب استفاده شده است

- 1– Obstetrics and Gynecology written by Willson – Carrington
- 2 – Nelson Essentials of Pediatrics
- 3 – Park's Text book of: Preventive and Social Medicine
- 4 – Manual on Feeding Infants and Young Children by Margaret Cameron and Yngve Hofvander
- 5 – Exceptional Children written by Daniel P.Hallahan and James M.Kuffman

۶ – مجموعه درسی تربیت بهورز؛ دکتر فریدون امینی- اقدس محسنی

۷ – مراحل رشد و تحول انسان؛ محمد رضا شرفی

۸ – مادر آگاه، کودک سالم؛ از انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۹ – منحنی رشد وسیله‌ای برای مراقبت از سلامت کودکان؛ ترجمه دکتر کامل شادپور- عصمت

جمشید بیگی

۱۰- الگوهای رشد کودک؛ ترجمه دکتر حسین اخلاقی

۱۱- دنیای شیرین بچه‌داری؛ لورانس پرنو، مترجم : لیلی سازگار

۱۲- برنامه گسترش ایمن‌سازی در ایران؛ دکتر پروین یاوری- دکتر سید جمال نیتی

۱۳- برنامه و راهنمای ایمن‌سازی؛ کمیته کشوری ایمن‌سازی

۱۴- تغذیه مادر و کودک؛ دکتر شهناز خاقانی

۱۵- رشد و تکامل کودک؛ ترجمه و تألیف : محسن توکل

۱۶- پرستاری و بهداشت مادران و نوزادان؛ فرخنده مهری

۱۷- تغذیه و تربیت کودک؛ دکتر بنیامین اسپاک؛ ترجمه دکتر مصطفی مدنی

- ۱۸- مادر و کودک؛ بتراه زاندگار دنی؛ ترجمه انجمن مترجمین متون علمی و فنی
- ۱۹- تغذیه شیرخواران براساس اصول فیزیولوژیکی؛ زیرنظر دکتر سید علیرضا مرندی؛ ترجمه دکتر سوسن پارسای، دکتر ناهید عزالدین زنجانی، سوسن سعدوندیان
- ۲۰- حقایقی برای زندگی؛ وزارت آموزش و پرورش، وزارت بهداشت، صندوق کودکان سازمان ملل متحد
- ۲۱- تغذیه در دوران بارداری، شیردهی، شیرخواری و کودکی؛ دکتر مینو فروزانی
- ۲۲- آبستنی، تولد، جلوگیری از آبستنی؛ رابرت ج. دیمارست، دکتر جان ج. سیارا؛ ترجمه دکتر اقدس حکیم تزاد
- ۲۳- توانبخشی و بهداشت معلولین؛ مهندس پریوش حلم سرشت - مهندس اسماعیل دلپیشه
- ۲۴- پیشگیری از عقب ماندگی های ذهنی و شیوه های توانبخشی؛ حبیب آفابخشی
- ۲۵- معلولیت ها؛ دکتر صمد قضایی
- ۲۶- روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی؛ دکتر بهروز میلانی فر
- ۲۷- نام من امروز است؛ دیوید مورلی؛ ترجمه سعید پارسی نیا
- ۲۸- گزارش دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی ایران درباره لایحه اصلاح قوانین تنظیم جمعیت و خانواده سال ۱۳۹۱

