

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بهداشت مادر و کودک

رشته کودکیاری

گروه تحصیلی بهداشت

زمینه خدمات

شاخه آموزش فنی و حرفه ای

شماره درس ۴۱۴۵

زمانی، احمدرضا	۶۴۹
بهداشت مادر و کودک / مؤلفان: احمدرضا زمانی، عزیزالله باطنی. - تهران: شرکت چاپ و نشر کتاب های درسی ایران، ۱۳۹۴.	ب ۵۲ ز ۱۳۹۴
۱۵۲ ص. - مصور. - (آموزش فنی و حرفه ای؛ شماره درس ۴۱۴۵)	
متون درسی رشته کودکیاری گروه تحصیلی بهداشت، زمینه خدمات.	
برنامه ریزی و نظارت، بررسی و تصویب محتوا: کمیسیون برنامه ریزی و تألیف کتاب های درسی رشته کودکیاری دفتر تألیف کتاب های درسی فنی و حرفه ای و کار دانش وزارت آموزش و پرورش.	
۱. مادر - خدمات پزشکی. ۲. کودکان - بهداشت. الف. باطنی، عزیزالله. ب. ایران. وزارت آموزش و پرورش. دفتر تألیف کتاب های درسی فنی و حرفه ای و کار دانش. ج. عنوان. د. فروست.	

همکاران محترم و دانش آموزان عزیز :

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

info@tvoccd.sch.ir

پیام نگار (ایمیل)

www.tvoccd.sch.ir

وب گاه (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 کودکیاری براساس نتایج ارزشیابی تکوینی مورد بررسی و تجدید نظر قرار گرفته است و مجدداً محتوای آن از دیدگاه حوزه علوم و استانداردهای بهداشتی، ملی و بین‌المللی توسط اعضای کمیسیون تخصصی در سالهای ۱۳۸۷، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۲ 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 کار دانش

نام کتاب : بهداشت مادر و کودک - ۴۵۸

مؤلفان : احمد رضا زمانی، عزیزالله باطبی

اعضای کمیسیون تخصصی : عزیزالله باطبی، 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 : ۸۸۸۳۱۱۶۱-۹، دورنگار : ۸۸۳۰۹۲۶۶، کدپستی : ۱۵۸۴۷۴۷۳۵۹

وب‌سایت : www.chap.sch.ir

مدیر امور فنی و چاپ : لیدانیک روش

طراح جلد : محمّد قاسم علیمردانی

صفحه‌آرا : غزاله نجمی

حروفچین : فاطمه باقری مهر

مصحح : پری ایلخانی‌زاده، شهلا دالایی

امور آماده‌سازی خبر : فاطمه بزشکی

امور فنی رایانه‌ای : حمید ثابت کلاچاهی، مریم دهقان‌زاده

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

تلفن : ۴۴۹۸۵۱۶۱-۵، دورنگار : ۴۴۹۸۵۱۶۰، صندوق پستی : ۳۷۵۱۵-۱۳۹

جایگاه : شرکت چاپ و نشر کتابهای درسی ایران «سهامی خاص»

سال انتشار : ۱۳۹۴

حق چاپ محفوظ است.



از شماست که مردان و زنان بزرگ تربیت می شود. شما باید تحصیل کوشش کنید که برای فضایل اخلاقی،
فضایل اعمالی مجرب شوید. شما برای آتیه مملکت ما جوانان نیرومند تربیت کنید. و امان شما یکت مدرسه ای است که
در آن جوانان بزرگ تربیت شود. شما فضایل تحصیل کنید تا کو دکان شما در امان شما به فضیلت برسند.
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
۳۵	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
۱۳۲	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 می دهند که جزء آسیب پذیرترین اقشار جمعیت نیز می باشند. آسیب پذیری مادران، ناشی از بارداری و زایمان است و آسیب پذیری 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 تغذیه ای به مادر وابسته است. بنابراین مراقبت های مربوط به مادر و کودک اغلب در یک قالب و به صورت یک جزء ارائه می شوند.

استراتژی کنونی ارائه خدمات بهداشتی در کشور، در قالب «مراقبت های اولیه بهداشتی»^۱ PHC است که بر پایه اصول برابری، هماهنگی بین بخشی و مشارکت جامعه استوار است.

مراقبت های مادر و کودک از اجزای اصلی مراقبت های بهداشتی در کشور ماست که توسط مراکز بهداشتی درمانی، کلینیک های خانواده و خانه های بهداشت ارائه می شود. به موازات این مراقبت ها، بر کودکان عزیز – که وظیفه مراقبت از کودکان در حالت سلامتی و بیماری را برعهده دارند – لازم است تا ضمن شناخت اصولی از نحوه انجام این واقعیت ها، دیدگاه خود را در مورد مسائل بهداشتی توسعه بخشند.

این کتاب به منظور آشنایی کودکان 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 جنبه های کاربردی ضرورت داشته، از ذکر آن دریغ نشده 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 مریتان عزیز تقاضا می شود در صورت لزوم، با توضیحات بیشتر، مطالب را مشروح تر، برای دانش آموزان 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 جمعاً 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 روش های 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 می باشد.

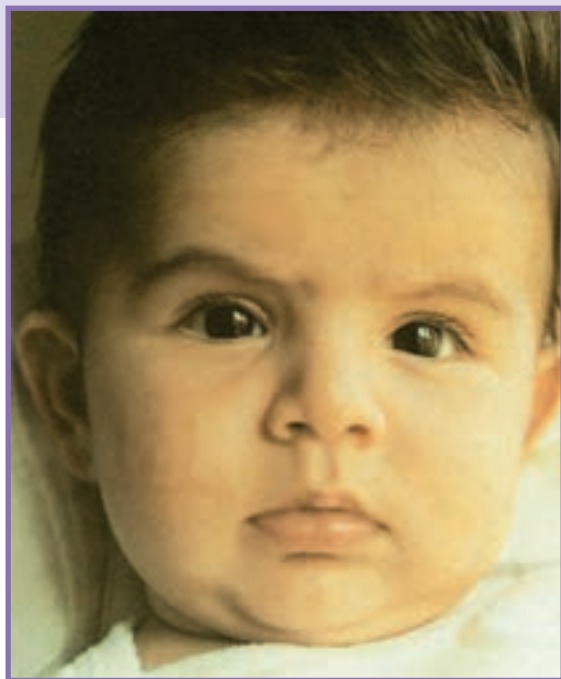
دبیران محترم توجه داشته باشند که روش های ارائه شده در مبحث کار عملی پیشنهادی است و آنان در هر مورد با توجه به شرایط زمانی و مکانی خاص می توانند از ابتکارات سازنده خویش سود جویند.

در خاتمه لازم می دانیم از زحمات آقای دکتر حامد قضاوی که در به روزرسانی کتاب ما را یاری 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، ساکت 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

استخوان های او در حال شکل گرفتن،

خون او در حال ساخته شدن

و حواس او در حال 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، فراگیر 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- مکانیسم‌هایی را که به عادت ماهانه منجر می‌شوند 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 می‌کند که با آگاهی بیشتری با مسایل و مشکلات مربوط به آن روبرو شویم. در این فصل سعی شده است که حتی‌الامکان به مسایلی که در عمل جنبه کاربردی داشته باشند اشاره شود.

دستگاه تناسلی زن به دو قسمت خارجی و داخلی تقسیم می‌شود:

۱- اندام تناسلی خارجی زن، عبارت‌اند از: لب‌های بزرگ، لب‌های کوچک، کلیتوریس، دهلیز و دهانه خارجی پیشابراه، غدد فرجی - مهبلی، پرده بکارت و شکاف ادراری تناسلی. مجموع اندام تناسلی خارجی را فرج یا شرمگاه می‌نامند.

۲- اندام تناسلی داخلی، شامل: مهبل، رحم، لوله‌های رحم و تخمدان‌ها می‌باشد. در این جا تنها به شرح دستگاه تناسلی داخلی که شناخت نسبت به اعمال آن، از نظر آشنایی با بارداری و مراقبت مربوط ضروری است، می‌پردازیم.

دستگاه تناسلی داخلی

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

مهبل: مهبل مجرای عضلانی باریکی به طول ۱۰-۸ سانتی متر و قطر ۴ سانتی متر است که از لایه مخاطی چین داری از نوع اپی تلیوم سنگفرشی پوشیده شده است و دارای عروق و اعصاب فراوان می باشد. دیواره مهبل مانند آستین گردن رحم را در برمی گیرد. بافت های مهبل در حالت عادی دارای ترشح کمی هستند که دیواره مهبل را مرطوب نگه می دارد ولی در اثر اختلالات موضعی یا عمومی، ترشحات آن زیاد می شوند که در این 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 ۸-۷ سانتی متر، عرض آن ۵-۴ سانتی متر و ضخامت آن ۴-۳ سانتی متر و وزن آن حدود ۷۰-۵۰ گرم است. رحم دارای سه قسمت است: جسم رحم، تنگه (ایسم) و گردن رحم. گردن رحم که پایین ترین قسمت رحم است، عضوی مخروطی و نیمه سفت به طول ۴-۲ سانتی متر است. حدود نصف طول گردن رحم در مهبل جای دارد و دارای 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 بالا است از دو طرف لوله های رحمی به آن متصل می شوند. رحم، از سه لایه تشکیل شده است: لایه خارجی؛ که از جنس پرده صفاق است. لایه میانی؛ که از بافت عضلانی است و در دوران بارداری که حجم رحم زیاد می شود به طور قابل ملاحظه ای رشد و افزایش می یابد و پس از زایمان دوباره منقبض شده، به حال اول برمی گردد. لایه داخلی؛ که مخاطی است و آندومتر نامیده می شود، از بافت همبند با غدد لوله ای شکل طویل تشکیل یافته است. این غدد از اپی تلیوم ستونی شکل مفروش شده اند و دارای ترشحات مخاطی هستند. این لایه در جایگزینی جنین دارای اهمیت است که بعداً توضیح داده خواهد شد.

لوله های رحمی: لوله های رحمی در طرفین و بالای رحم قرار دارند. طول این لوله ها حدود ۱۲ سانتی متر است. سر لوله ها به رحم اتصال دارد، انتهای آزاد لوله ها مانند شلیور، باز و به رشته های بسیاری تقسیم می شود. یکی از رشته ها که به تخمدان متصل است، تخمک رسیده را که از تخمدان خارج شده به طرف لوله رحم می کشاند.

لوله رحم محل عبور تخمک رسیده (اوول) و برخورد آن با سلول جنسی مرد (اسپرماتوزوئید) است.

تخمدان ها: تخمدان ها، دو عضو بادامی شکل به طول تقریبی ۴ و عرض ۲ سانتی متر هستند که

در طرفین رحم جای دارند.

تخمدان‌ها 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 دستگاه 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 FSH^1 و LH^2 از این غده می‌گردند. FSH و LH نیز روی تخمدان اثر گذاشته، اولاً سبب آزاد شدن هورمون‌های تخمدان یعنی استروژن و پروژسترون، در ثانی باعث آزاد شدن تخمک می‌گردند.



هورمون‌های تخمدان نیز به نوبه خود با تأثیر بر جدار داخلی رحم (آندومتر)^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

^۲ – (LH) Leuteimizing Hormon

^۳ – Endometrium

هورمون تحریک کننده فولیکول

هورمون تحریک کننده جسم زرد

راهنمای کار عملی

برای کار عملی این فصل از مولاژ و فیلم استفاده می‌شود. مولاژ باید شامل قطعات جداشونده باشد و مربی ضمن توضیح مختصر هر عضو، محل قرار گرفتن در بدن را به هنرجویان نشان دهد و آنان با مولاژ تمرین کنند.

برای نشان دادن فیزیولوژی دستگاه تولید مثل در زن بهتر است از فیلم‌هایی 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- اندام‌های مجاور رحم را نام ببرید.
- ۳- عمل لایه داخلی رحم را توضیح دهید.
- ۴- اعمال تخمدان‌ها را توضیح دهید.
- ۵- هورمون‌های تخمدان را نام ببرید.
- ۶- فیزیولوژی عادت ماهانه را به اختصار شرح دهید.

بهداشت دوران بلوغ

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

- ۱- بلوغ را تعریف کند.
- ۲- نشانه‌های بلوغ را شرح دهد.
- ۳- ویژگی‌های عادت ماهانه را توضیح دهد.
- ۴- دیسمنوره 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.

تعریف و علایم بلوغ^۱

دوران بلوغ، به دوران گذر از مرحلهٔ کودکی و رسیدن به مرحلهٔ جوانی دلالت می‌کند، درحالی که بلوغ جنسی نمایندهٔ 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.

ویژگی های عادت ماهانه

— **سن شروع قاعدگی:** اولین دوره قاعدگی، معمولاً در سن ۱۲ سالگی اتفاق می افتد، ولی قاعدگی 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 مهم ترین آنها عبارت اند از: خصوصیات ارثی، نژاد، وضعیت عمومی و سلامت فرد، تغذیه و بزرگی اندام هر دختر. اگر قاعدگی پیش از ۱۰ سالگی شروع شود، «قاعدگی زودرس» نام دارد و اگر تا بعد از ۱۶ سالگی به تأخیر افتد، «قاعدگی دیررس» یا «آمنوره اولیه» نامیده می شود.

— **تناوب قاعدگی:** فاصله بین دو قاعدگی، به طور متوسط ۲۸ روز است، اما این زمان در اشخاص مختلف متفاوت است و بین ۲۱-۳۵ روز متغیر می باشد. حتی در یک فرد نیز ممکن است فاصله یک قاعدگی با قاعدگی بعدی اندکی تفاوت داشته باشد که طبیعی تلقی می شود. با این حال دوره های کمتر از ۲۱ روز یا بیش از ۳۵ روز غیرطبیعی است و نشانه وجود اختلال در تخمک گذاری می باشد.

— **طول مدت خونریزی:** طول مدت خونریزی، در اشخاص مختلف متفاوت است ولی به طور متوسط ۳-۷ روز می باشد. دوره های کوتاه تر یا بلندتر از این مدت غیرطبیعی تلقی می شود.

— **مشخصات خونریزی:** ترشحات قاعدگی شامل خون، ترشحات مخاطی، ذرات کنده شده از آندومتر می باشد. رنگ آن معمولاً قرمز تیره و بوی مشخص کپک می دهد. از خصوصیات خون قاعدگی آن است که تحت شرایط طبیعی لخته نمی شود.

— **شکایات همراه قاعدگی:** از چند روز قبل از قاعدگی، اکثر زنان علائمی نظیر افزایش وزن، احساس سنگینی و ناراحتی پستان ها، سنگینی پاها و تحریک پذیری یا افسردگی را تجربه می کنند. در هنگام خونریزی نیز ناراحتی هایی نظیر سنگینی در ناحیه لگنی، کمردرد خفیف و گرفتگی عضلات به وجود می آید. چنان که درد شدت یابد، می گویند فرد گرفتار دیسمنوره^۲ شده است.

دیسمنوره (قاعدگی دردناک)

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

۱- قاعدگی در اسلام احکام ویژه ای دارد. برای آشنایی به وظائف به رساله های عملیه مراجعه نمایید.

علائم این عارضه، شامل کرامپ‌های^۱ خفیفی است که ممکن است ۲۴-۱۲ ساعت پیش از شروع خونریزی ایجاد شود، با خونریزی شدت بیشتری یابد و ۲۴-۱۲ ساعت دیگر نیز ادامه داشته باشد. درد، به شکل کرامپ در قسمت پایین وسط شکم ایجاد می‌شود که ممکن است به قسمت تحتانی پشت و بالای ران‌ها انتشار پیدا کند و در مواردی نیز با لرز، تهوع، استفراغ، سردرد، تحریک پذیری همراه است. در دیسمنوره^۲ اولیه، معمولاً علت مرضی خاصی یافت نمی‌شود و به نظر می‌رسد عوامل روانی مثل اضطراب، تنش‌های عصبی و حالات وابستگی فردی در این امر دخیل باشند. در دیسمنوره ثانویه، فرد در سال‌های ابتدای قاعدگی مشکلی ندارد و پس از چند سال که فرد قاعدگی طبیعی داشته دچار قاعدگی دردناک می‌شود.

دیسمنوره ثانویه، عللی مانند بیماری‌های التهابی لگن، تومورها یا بیماری‌های دیگر دارد و به علاوه در دیسمنوره^۳ ثانویه معمولاً سن بیمار بالاست و درد به زمان قاعدگی و روز اول قاعدگی محدود نمی‌شود. **مراقبت‌های لازم در مورد فرد مبتلا به دیسمنوره (اولیه):** درک صحیح از فیزیولوژی و روند قاعدگی و برطرف کردن نگرانی‌های فرد مبتلا در این مورد تا حد زیادی می‌تواند به برطرف شدن این عارضه کمک کند. در این موارد، باید به فرد تذکر داده شود که قاعدگی، بخشی از روند رشد و تکامل فرد است و باید طبیعی تلقی شود.

برای تسکین درد، فرد نباید فعالیت‌های عادی خود را متوقف کند زیرا مشغله ذهنی و ورزش بدنی، زمینه فیزیولوژیک عصبی را برای تسکین درد فراهم می‌کند. در صورت لزوم داروهای مسکن توسط پزشک تجویز می‌گردد که لازم است قبل از شروع کرامپ‌ها و زمان احتمالی دردها استفاده شوند. با گذشت زمان و بعد از ازدواج در صورت حاملگی و زایمان امکان دارد دردهای قاعدگی برطرف شود. در مورد دیسمنوره ثانویه لازم است علت زمینه‌ای که سبب عارضه شده است برطرف گردد.

دگرگونی‌های طبیعی بلوغ جنسی

در دختران طبیعی یک پستان ممکن است قدری سریع‌تر از پستان دیگر رشد کند که معمولاً منجر به عدم تقارن خفیفی در اندازه پستان‌ها می‌شود. در این صورت باید به فرد اطمینان داد که با پیشرفت بلوغ، این عدم تقارن خفیف‌تر خواهد شد. اغلب قاعدگی‌هایی که طی سال اول پس از شروع قاعدگی رخ می‌دهد نامنظم است. در این مدت، فواصل بین دو قاعدگی و نیز مدت و میزان خونریزی متغیر است و با پیشرفت بلوغ این مشکل نیز بتدریج حل خواهد شد.

۱- گرفتگی عضلانی (Cramps)

بهداشت دوران قاعدگی

در این دوران، رعایت بهداشت فردی بی‌نهایت مهم است زیرا در سلامت زن تأثیر بسزایی دارد. خون، به مرور زمان متعفن می‌شود، 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 می‌دانند نه تنها ضرری ندارد بلکه برای از بین بردن آلودگی 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 نمی‌شود جز اینکه مانند همیشه مواد غذایی باید دارای مقدار کافی پروتئین، مواد قندی، چربی، املاح معدنی و ویتامین‌ها باشد.

در این دوران، استراحت مطلق ضروری نیست و فرد می‌تواند به فعالیت‌های روزانه و اجتماعی خود ادامه دهد و حتی به ورزش‌های سبک بپردازد.

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

معمولاً در زن‌های سالم، عادت ماهانه بین ۴۵ تا ۵۰ سالگی متوقف می‌شود که این پدیده را «یائسگی» می‌نامند. علت این امر، از کار افتادن تخمدان‌هاست که در اثر پیری زودرس این غده، نسبت به سایر نقاط بدن پیش می‌آید. دوره باروری زنان از ۱۵ تا ۴۵ سالگی و حدود ۳۰ سال است. در دوران یائسگی بعضی از زنان ممکن است به علت کاهش هورمون‌های زنانه دچار عوارض جسمی و روانی شوند. این عوارض عبارت‌اند از: احساس داغ شدن ناگهانی، گرگرفتن، کم‌حوصلگی، کم‌خوابی و دردهای عضلانی و استخوانی و پوکی استخوان. زایمان‌های متعدد و پشت سرهم سبب تشدید علائم در دوران یائسگی می‌گردد. امروزه مصرف داروها و هورمون‌های جدید سبب به عقب انداختن و تخفیف علائم یائسگی می‌گردد. البته به کار بردن این داروها به دستور پزشک بوده و باید از مصرف بی‌رویه آن خودداری شود. تغذیه بد، کار زیاد و پرمشقت، فشار زندگی و رنج روحی به‌طور چشمگیری از طول این مدت می‌کاهد. این چنین زنانی دیرتر بالغ و زودتر یائسه می‌شوند.

تغذیه و نیازهای تغذیه‌ای دوران بلوغ

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

آسیب‌پذیر و در معرض خطر تلقی می‌شوند. میزان نیاز به انرژی و مواد مغذی در این دوران افزایش می‌یابد به‌ویژه نیاز به پروتئین، آهن، کلسیم، روی و ویتامین‌هایی مانند ویتامین A، C، B_۶، اسید فولیک و ویتامین B_{۱۲} 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 ساعات روز در مدرسه و خارج از منزل، بر شدت این تغییرات الگوی غذایی نوجوان می‌افزاید. دیده شده است که بخش عمده‌ای از غذای 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 ماهه 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.

علائم این بیماری، عبارت‌اند از: رنگ پریدگی، خستگی، ضعف، بی‌حوصلگی، 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 آهن‌دار به مقدار بیشتری استفاده نمایند. مواد غذایی نظیر: گوشت قرمز، جگر، تخم مرغ، شیر، حبوبات، برگه زردآلو، کشمش، انجیر خشک و گردو دارای ذخیره آهن خوبی هستند.

گاه لازم است که آهن از دست رفته را با قرص‌های خوراکی آهن، جبران کرد که باید توسط پزشک تجویز شود.

بهداشت روانی بلوغ

دگرگونی‌های ناشی از بلوغ در دخترها به سرعت ظهور 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 مربیان 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 تدریج 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 موفقیت 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.

بهداشت قبل از ازدواج

هدف‌های رفتاری: در پایان این فصل، فراگیر 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 ژن مغلوب آن بیماری هستند، افزایش دهد.

احتمال ابتلا به بیماری‌هایی نظیر تالاسمی ماژور و کم‌خونی داسی شکل در ازدواج‌های غیر فامیلی 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 پرهزینه‌ای را برای فرد و خانواده به وجود آورند.

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

مشاوره ژنتیک

مشاوره 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، مشاوره ژنتیک انجام دهند. این امر به آنها امکان خواهد داد تا در صورتی که این ازدواج باعث متولد شدن کودک بیماری می‌شود از آن صرف‌نظر کرده و از احساس گناهی که یک عمر دامنگیر آنها خواهد شد رهایی یابند.

– ضروری است هر زوج قبل از ازدواج از سلامت جسمی خویش اطمینان حاصل کند. این امر با انجام چند آزمایش میسر شده است که مهم‌ترین آنها عبارت‌اند از: آزمایش خون از نظر گروه خونی و عدم وجود کم‌خونی و آزمایش عدم ابتلا به بیماری‌های مقاربتی و نیز عدم اعتیاد. به علت خسارات هنگفتی که بیماری تالاسمی ماژور 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 ژن بیماری تالاسمی در زوجین قبل از ازدواج به‌طور اجباری از سال ۱۳۷۸ در کشور انجام شود.

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

– اما به‌طوری که آمار نشان می‌دهد تنها انجام آزمایش و اطلاع یافتن زوجین از وجود ژن بیماری در خود، سبب انصراف آنها از ازدواج نمی‌گردد. مسایل مهمی مانند: محذورات 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 مراکز بهداشتی – درمانی کشور این امکان را فراهم کرده‌اند که زوج‌های در شرف ازدواج، مسایل 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 می‌شود که در آنها کلاس‌های آموزشی برای زوج‌های در حال ازدواج دایر می‌شود. هنرجویان می‌توانند ضمن بازدید از این کلاس‌ها در جریان مسائلی که به زوج‌های جوان آموزش داده می‌شود، قرار گیرند.

هنرجویان ضمن هماهنگی با کاردان بهداشت خانواده در مرکز بهداشتی – درمانی، نحوه انجام واکسیناسیون کزاز دختران قبل از ازدواج و نیز آزمایش‌هایی را که برای زوجین داده می‌شود، مشاهده خواهند کرد.

در مراکزی که مشاوره ژنتیک انجام می‌شود در جریان مصاحبه با زوجی که برای مشاوره مراجعه کرده‌است یک یا دو هنرجو می‌توانند حضور داشته باشند و در پایان، سؤال‌های خود را در این زمینه با مسئول قسمت، مطرح نمایند.

تحقیق عملی: از هنرجویان خواسته شود یک نمونه از ازدواج‌های 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 دهید.
- ۲- مشاوره ژنتیک را تعریف کنید.
- ۳- فواید مشاوره ژنتیکی را توضیح دهید.
- ۴- واکسن ضروری قبل از ازدواج را نام ببرید.

بهداشت دوران بارداری

هدف‌های رفتاری: در پایان این فصل، فراگیر 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 تغذیه‌ای 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.

تعریف بارداری

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

۱- Spermatozoid

۲- Ovum

علائم حاملگی

برای تشخیص حاملگی سه دسته از علائم در نظر گرفته شده است.

(۱) علائم قطعی (۲) علائم احتمالی (۳) علائم مشکوک

۱- علائم قطعی حاملگی: علائم قطعی حاملگی آنهایی هستند که مشاهده آنها دلیل حاملگی

صد درصد یک زن است. این علائم عبارت‌اند 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 می‌پذیرد).

ج - اثبات حاملگی با روش‌های تشخیص مطمئن نظیر سونوگرافی

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

وی فکر کرد. این علائم عبارت‌اند از:

الف) بزرگ شدن شکم

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

می‌شود.

ج) علائم آزمایشگاهی: در بعضی از موارد به سبب عدم حساسیت و ویژگی 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 علائم آزمایشگاهی جزء علائم احتمالی محسوب می‌شوند.

۳- علائم مشکوک: این علائم تا حدودی ما را در تشخیص حاملگی راهنمایی می‌کنند و

عبارت‌اند از:

الف) قطع قاعدگی: اولین علامت حاملگی قطع عادت ماهانه است ولی به صرف بروز این امر

نمی‌توان مطمئن بود که زن حامله است. چون ممکن است این مسأله علل دیگری 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 قاعدگی نیز ممکن است برای

فرد اتفاق بیفتد.

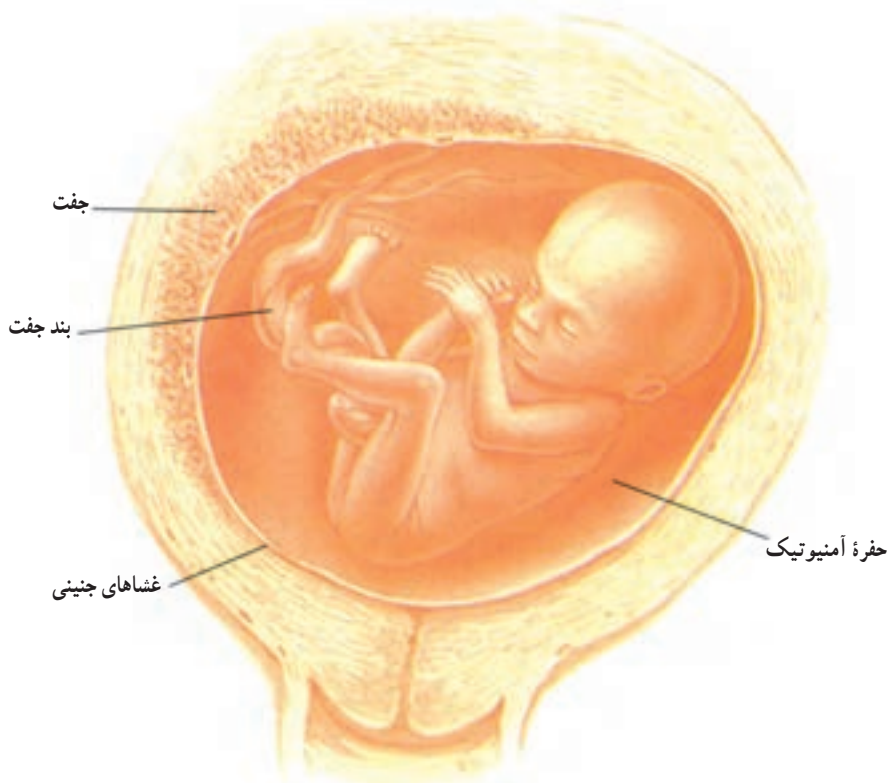
ج) تهوع و استفراغ صبحگاهی (ویار حاملگی): زن حامله بخصوص در هفته‌های اول حاملگی،

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

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

(ه) 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.

(و) ترک های آبستنی: عبارت اند از خطوط بلند و کوتاه قرمز رنگ 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 در می آیند.



شکل ۱-۴- حاملگی - هفته چهاردهم



شکل ۲-۴- بیست و چهارمین هفته 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 در اثر اختلال دستگاه گوارش و برگشت اسید معده به لوله مری به وجود می‌آید، همراه است. در این موارد باید از پرخوری، تند خوردن غذا و مصرف غذاهای دیر هضم خودداری کرد.

نفخ: اتساع معده و روده‌ها و در نتیجه بزرگ شدن شکم را در اثر 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) $B.M.I = \frac{\text{وزن (کیلوگرم)}}{\text{مربع قد (متر)}}^2$

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.

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

همورئید: به علت فشار رحم بر وریدهای لگنی و توقف خون در آنها، بخصوص در ماه‌های آخر حاملگی، وریدهای انتهایی 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 پیچ‌خوردگی 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 مجاری 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 بی‌رنگ و بدون بو است. در صورتی که ترشحات زرد یا مایل به سبز باشد و ایجاد سوزش و خارش بنماید مراجعه به پزشک ضروری است.

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

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

علائم غیرطبیعی دوران بارداری

استفراغ شدید: چنانچه حالت و یار بسیار شدید باشد و حتی خوردن مایعات سبب استفراغ گردد، باید به پزشک مراجعه نمود. در بعضی از حالات ممکن است نیاز به بستری 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 و پا، رو به افزایش باشد باید حتماً به پزشک مراجعه نمود. ورم ممکن است نشانه‌ای از «مسمومیت 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 تب‌دار
- تار شدن چشم و حالات جرقه‌زدن جلوی چشم
- پاره شدن کیسه آب زودتر از موعد زایمان
- قطع شدن حرکات جنینی و متوقف شدن سیر حاملگی (عدم تغییر اندازه شکم، قطع حالات طبیعی حاملگی)

– عفونت و درد شدید دندان

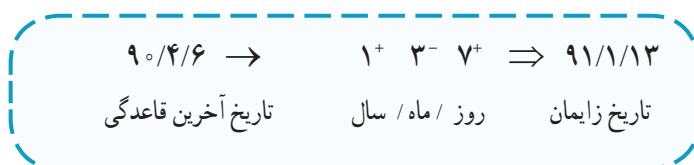
– ورم یک طرفه ران یا ساق پا

۱- مسمومیت حاملگی (Eclampsia) در زنان باردار بخصوص در زایمان اول، شایع است و حدود ۸-۵ درصد زنان حامله را مبتلا

می‌کند و سبب افزایش فشارخون، ورم اندام‌ها، دفع آلبومین از ادرار و تشنج می‌شود. این عارضه از هفته 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 قاعدگی بگذاریم از اولین روز آخرین قاعدگی تا تولد بچه، حدود ۲۸۰ روز طول می‌کشد.

ساده‌ترین روش تعیین تاریخ زایمان این است که تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی 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 قاعدگی، 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 به‌طور 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 مراجعه منظم به پزشک و کلینیک‌های بهداشتی مورد تأکید قرار می‌گیرد.

۳- بهداشت دوران بارداری

استراحت: لازم است زن باردار ۸ تا ۱۰ ساعت در شبانه‌روز 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 پهلو چپ است چون در این حالت بازگشت خون از رحم و اندام تحتانی راحت‌تر انجام می‌شود.

ورزش: عده‌ای از مردم بر این عقیده‌اند که در ایام بارداری حرکات بدنی باید محدود باشد و زنان باردار، باید از ورزش خودداری کنند. این عقیده نادرست است. حرکات بدنی جریان خون را تحریک و ریه‌ها را بیشتر باز می‌کند و در نتیجه تبادل اکسیژن بیشتر شده، مقدار اکسیژن خون افزایش می‌یابد. همچنین حرکات بدنی از افزایش بیش از حد وزن بدن جلوگیری می‌کند و به عضلات بدن قدرت بیشتری می‌بخشد. ورزش‌های سخت بدنی 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 خسته‌کننده باشد. در این ایام از راهپیمایی و حرکات بدنی قدری باید کاسته شود.

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

زنانی که دچار عوارضی هستند یا آنهایی که جنین‌های چندقلو دارند باید کار کردن را متوقف کنند. به زنان شاغل در حرفه‌هایی که نیازمند سرپا ایستادن طولانی، خم و راست شدن‌های مکرر، بالا

۱- سقط جنین (Abortion): سقط جنین به پایان یافتن حاملگی قبل از ۲۰ هفته‌گی گفته می‌شود که این مسأله می‌تواند خود به‌خود به‌دلیل

نقص سیستم تولید مثل مادر یا بیماری‌های عفونی و کروموزومی جنین اتفاق بیفتد. سقط یک مشکل شایع در کل بارداری‌هاست، به‌طوری‌که ۱۲ درصد کل بارداری‌ها در نهایت سقط می‌شوند که البته موارد خود خواسته سقط (عمدی) جدا از این آمار است.

رفتن از پله و نردبان 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 تسریع 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 لغزندگی 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 کمربند، بند جوراب و غیره خودداری شود چون باعث رکود جریان خون می‌گردد و در نتیجه در پاها 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.

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

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

هرچند ثابت نشده است که تغییرات فشار و ارتفاع در مسافرت‌های هوایی تأثیر زیانباری بر جنین داشته باشد، با این همه شرکت‌های هواپیمایی 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 سابقه سقط یا زایمان غیرطبیعی دارند نباید 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 بادام 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 انقباضات رحمی شود.

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

بهداشت 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 بهداشت دهان و دندان توجه بیشتری نمود و دندان‌ها را مرتباً 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 ۱۶ تا ۲۰ بارداری جهت معاینه دهان و دندان مراجعه نماید و اعمال دندانپزشکی باید در سه ماهه دوم بارداری به بعد انجام شود.

داروها 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.

مصرف 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 در پی داشته باشد؛ از این رو، بهتر است مادران باردار در دوران حاملگی، در مصرف این گونه مواد احتیاط کنند.

عکس برداری: در دوران بارداری از هر نوع عکس برداری 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 عکس برداری 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 کودکان در حوالی تولد نیز در بین زنان سیگاری بالاتر است. مصرف سیگار همچنین باعث کاهش اشتهای 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 بر علیه بیماری کزاز ایمن شوند. این امر از ابتلای نوزاد به بیماری کزاز که یکی از علل مهم مرگ و میر نوزادان به شمار می رفته است پیشگیری می نماید. بدین منظور لازم است در اولین مراجعه به مرکز بهداشتی و نیز یک ماه بعد، به زن باردار واکسن دیفتري - کزاز نوع بالغين^۱ Td تزریق شود. در دوران بارداری تزریق واکسن های زنده ویروسی ممنوع است.

تغذیه و نیازهای تغذیه ای زن باردار

توجه به تغذیه در هنگام بارداری، یکی از مهم ترین 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 ناراحتی های مادر در زمان بارداری، هنگام زایمان و پس از آن می شوند. از طرف دیگر تغذیه جنین در دوران حاملگی کاملاً وابسته به مادر است و هرگونه کمبود باعث ایجاد اختلال در رشد وی می گردد که اثرات آن سال ها پس از تولد کودک نیز مشهود است. افزایش وزن مادر و سرعت آن، بهترین معیار قضاوت در مورد نحوه تغذیه وی می باشد. در طی سه ماهه اول بارداری معمولاً بین ۱ تا ۲ کیلوگرم به وزن مادر افزوده می شود. در طی سه ماهه دوم و سوم افزایش وزن، معمولاً به طور نسبتاً گرم در هفته است در مجموع بین ۳۵۰ تا ۴۵۰ میزان افزایش وزن مطلوب در طی بارداری طبیعی حدود ۱۶-۱۱ کیلوگرم می باشد.

البته باید توجه داشت این مقدار با شرایط فردی تغییرپذیر است. زنان جوان نسبت به مسن ترها، زنان یک زا نسبت به چندزها و زنان لاغر نسبت به زنان چاق، اضافه وزن بیشتری در هنگام بارداری پیدا می کنند.

نیازهای تغذیه ای زن باردار

الف) انرژی مورد نیاز: انرژی مورد نیاز بدن در طول حاملگی افزایش می یابد. زن حامله نسبت به زمان قبل از بارداری به ۳۰۰ کیلو کالری انرژی اضافی نیاز دارد.

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

۱- در سال های اخیر در مراکز بهداشت به دلیل بی خطر بودن واکسن دیفتري، در دوران حاملگی به جای استفاده از واکسن کزاز تنها، از واکسن دیفتري - کزاز نوع بالغين Td استفاده می شود.

افزایش می‌یابد. یک زن حامله روزانه به ۳۰ 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. لوبیای 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 خانواده‌هاست 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 کم‌خونی فقر آهن، مقدار مورد نیاز 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 صلاح‌دید 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 ۴۰۰ 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 ۲-۴ نشان داده شده است.

مصرف 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 سانتی متر

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

۱- مصرف اسید فولیک 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 عبارت‌اند از: (۱) شیر و لبنیات مانند ماست، کشک، پنیر و دوغ (لازم به ذکر است که کره جزء این گروه مواد غذایی نمی‌باشد) (۲) گوشت و پروتئین‌ها مانند گوشت گوسفند، ماهی، مرغ و تخم‌مرغ و منابع گیاهی مانند نخود، لوبیا، ماش، عدس (۳) غلات و فرآورده‌های آن مانند نان، برنج، ماکارونی (۴) سبزیجات و میوه‌جات.

گروه‌های مواد غذایی و نمونه‌هایی از آنها و مواد مغذی که با آنها تأمین می‌شود، در جدول ۳-۴ آورده شده است:

جدول ۳-۴ گروه‌های مواد غذایی، نمونه‌های مواد غذایی و مواد مغذی که توسط آنها تأمین می‌گردد.

گروه‌های مواد غذایی	نمونه‌های مواد غذایی	مواد مغذی
غلات و فرآورده‌های آن	نان، برنج، ماکارونی	ویتامین‌های: B ₁ , B ₂ , نیاسین، املاح آهن، فسفر، روی و منیزیم (دانه‌های کامل روی، منیزیم و فیبر بیشتری دارند)
شیر و لبنیات	شیر، ماست، پنیر، کشک	املاح: کلسیم، فسفر، منیزیم و روی ویتامین‌ها: B ₁ , B ₂ , B ₆ , A, E, D
گوشت‌ها، تخم‌مرغ و حبوبات:		پروتئین پروتئین
منابع حیوانی	گوشت، ماهی، مرغ تخم‌مرغ	املاح: آهن، فسفر، روی و ید ویتامین‌ها: B ₂ , نیاسین، B ₆ , B ₁₂
منابع گیاهی	نخود، لوبیا، ماش، عدس	پروتئین املاح: آهن، فسفر و روی ویتامین‌ها: B ₁ , اسید فولیک، B ₆ و E
سبزیجات و میوه‌جات	کاهو، کلم، اسفناج، هویج، گوجه‌فرنگی، جعفری، هلو، زردآلو، پرتقال، لیمو، خربزه	ویتامین‌ها: A گروه C, B و E املاح: آهن، منیزیم، 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، مربا 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 تأمین‌کننده 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

صبحانه	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
ساعت ۱۰ صبح	شیر (یک لیوان) + بیسکویت ساده (۲ عدد)
ناهار	گوشت پخته گوسفند یا مرغ یا جگر یا ماهی تن (۱۲۰ گرم) یا ماهی (۱۵۰ گرم) برنج پخته (۶-۷ قاشق غذاخوری) با کره ۲۵ گرمی یا نان (۱۵۰ گرم) یا سیب زمینی متوسط (۳ عدد)، سبزیجات پخته مانند اسفناج + لوبیا سبز + نخودفرنگی + آب هویج (۱-۱/۲ لیوان)، سوپ یا آش ساده (یک لیوان)، سالاد مانند کاهو، خیار، گوجه فرنگی با روغن زیتون و آبلیمو و میوه
ساعت ۴ بعد از ظهر	شیر (یک لیوان) + بیسکویت ساده (۲ عدد)
شام	گوشت پخته یا کبابی (۱۲۰ گرم)، معادل ۲ عدد تخم مرغ یا میگو (۱۵۰ گرم) عدس پخته یا لوبیا (یک لیوان) سبزیجات پخته (یک لیوان) ماست (یک لیوان) سوپ و یا آش ساده (یک لیوان) نان (۱۰۰ گرم) میوه کره (۲۰ گرم)
آب و مایعات	۱-۸ لیوان در شبانه روز

مراجعات زن باردار به پزشک یا کلینیک بهداشت خانواده

همان طور که قبلاً 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، بلافاصله 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 علائم غیرطبیعی مشاهده شود فوراً به کلینیک یا پزشک مراجعه نماید.

۱- این مراقبت‌ها در هفته‌های ۶ تا ۱۰، ۱۶ تا ۲۰، ۲۶ تا ۳۰، ۳۱ تا ۳۴، ۳۵ تا ۳۸، ۳۹ 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 صلاحدید 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 بررسی خواهد شد. گاهی لازم است برای تعیین وضعیت مادر و جنین از سونوگرافی^۱ استفاده شود. معاینه مهبل 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 نسبت 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 اندوه ناخودآگاه نیز از مشکلاتی است که گاهی اتفاق می‌افتد.

همان‌طور که بهداشت جسمی در دوران حاملگی ضروری و مهم است، بهداشت روانی نیز اهمیت خاصی دارد. در این دوران وظیفه اطرافیان 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.
- هنرجویان 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 مراجعه بعدی
- هنرجویان در مراکز بهداشتی - درمانی، هماهنگی با کاردان بهداشت خانواده در آموزش به زنان باردار، تعیین تاریخ مراجعه 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، فراگیر 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 قاعدگی پس از زایمان را توضیح دهد.

زایمان

زایمان به مجموعهٔ مراحل گفته می‌شود که در طی آن نوزاد، جفت و پرده‌های جنینی از کانال 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.

مرحلهٔ اول زایمان: مرحله اول، بازشدن دهانهٔ رحم است که ممکن است از چند ساعت تا دو روز طول بکشد. علت باز شدن دهانهٔ رحم انقباضات رحمی است. این انقباضات سبب دردهای زایمانی می‌شوند. در آغاز مرحلهٔ 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، فاصلهٔ 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 سربچه به دهانهٔ رحم فشار می‌آورد تا آن را باز کند. در این مرحله کیسه جنینی که محتوی مایع آمیخته است خودبه‌خود 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 دردهای بی‌فایده 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 تسریع زایمان، مجرای زایمانی را با قیچی می‌برد تا مجرای زایمانی وسیع‌تر شده، سر کودک به راحتی خارج شود. بعد از خروج نوزاد محل بریده شده را به وسیله نخ‌ای 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 ۴-۲ ساعت تحت کنترل قرار می‌گیرد و در این مدت از نظر وجود خونریزی مورد مراقبت قرار می‌گیرد و علائم حیاتی و فشارخون وی ثبت می‌شود تا از ثابت شدن علائم حیاتی و رضایت بخش بودن حال عمومی وی اطمینان حاصل شود.

۱- این عمل را اپی‌زیوتومی (Episiotomy) می‌گویند.



شکل ۱- ۵- نخستین مرحله زایمان



شکل ۲- ۵- آغاز مرحله دوم زایمان



شکل ۳- ۵- مرحله دوم زایمان ادامه دارد



شکل ۴- ۵- بیرون آوردن سر و شانه‌ها

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 با لگن مادر هماهنگ نباشد یا لگن مادر در قسمتی بیش از حد تنگ باشد، همچنین در مواقعی 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 این جا به شرح مراقبت‌های مربوط به مادر می‌پردازیم:

دوران نقاهت بعد از زایمان: دوران نقاهت بعد از زایمان، به ۶ تا ۸ هفته اول بعد از زایمان گفته می‌شود که در طی آن تغییرات فیزیکی و فیزیولوژیک ایجاد شده بر اثر بارداری، برگشت می‌کند. تغییرات 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 به زودی 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 نقاهت 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.

تغذیه 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 به طوری 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، A 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 تغذیه او خاتمه نمی‌یابد و باید از غذاهای 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 ضدعفونی‌کننده 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 ای‌زیو تومی 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 بخشید.

اجابت مزاج: یبوست 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 یبوست 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 بی‌اختیاری ادراری کمک خواهد کرد.



(۱)

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



(۲)

(۲) به پشت، روی زمین صاف بخوابد دست‌ها را در طرفین قرار دهد، دست‌ها را بدون خم شدن به بالای سر بیاورد تا به هم برسند 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 زانو را خم نکند، پا را تدریجاً پایین بیاورد در این حالت بدون استفاده از دست‌ها از عضلات شکم کمک بگیرد.



(۴)

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



(۵)

(۵) به پشت، روی زمین خوابیده، دست‌ها را زیر سر قرار دهد، بدون بلند کردن پا بنشینند پس از چند لحظه مجدداً دراز بکشد.

شکل ۵-۵ — نرمش‌های لازم جهت بازیابی تونوس 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 می‌کند. بعضی از مادران دچار افسردگی‌های خفیف می‌شوند 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.

مراجعات 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 می‌شود. فشار خون وی ثبت می‌گردد و پستان‌ها، شکم و لگنش مورد معاینه قرار می‌گیرد. همچنین لازم است از نظر وجود کم‌خونی مورد معاینه قرار گیرد. در مراجعه بعدی ضمن انجام معاینات لازم، آموزش‌های لازم در مورد تنظیم خانواده به مادر داده خواهد شد و در صورت لزوم جهت انجام آزمایش پاپ‌اسمیر^۲ نمونه‌برداری به عمل می‌آید.

بازگشت قاعدگی پس از زایمان

برگشت قاعدگی 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 می‌دهند دیرتر قاعده می‌شوند ولی اکثر مادران در ماه پنجم یا ششم بعد از زایمان قاعده خواهند شد. معمولاً خونریزی اولین قاعدگی کمی زیاد است ولی قاعدگی مانعی برای شیردادن نخواهد بود و عارضه‌ای برای نوزاد نخواهد داشت. بعضی از مادران فکر می‌کنند تا زمانی که نوزاد خود را شیر می‌دهند حامله نخواهند شد. هرچند شیردهی تا حدودی مانع حاملگی می‌شود ولی بسیار اتفاق افتاده است که مادران در همین دوران بدون اینکه حتی اولین قاعدگی پس از زایمان اتفاق افتاده 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- پاپ‌اسمیر (نوعی آزمایش سلول‌شناسی است که از تمام زنان در سنین باروری انجام می‌شود. برای انجام این آزمایش، با روش ساده‌ای از دهانه رحم نمونه‌برداری می‌شود و نمونه با میکروسکوپ مورد مطالعه قرار می‌گیرد. این آزمایش علاوه بر نشان دادن عفونت، روش مناسبی جهت تشخیص زودرس و به موقع سرطان‌های دهانه رحم می‌باشد.)

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 مراقبت های

مادرانی است که پس از زایمان مراجعه می نمایند.

این آموزش ها شامل : تغذیه، بهداشت فردی، تنظیم خانواده و ورزش های پس از

زایمان است.

آزمون نظری



- ۱- زایمان را توضیح دهید.
- ۲- مراحل زایمان را توضیح دهید.
- ۳- دلیل انجام ایپزیوتومی را توضیح دهید.
- ۴- سزارین را تعریف کنید.
- ۵- موارد اولویت سزارین بر زایمان طبیعی را توضیح دهید.
- ۶- دوران نقاهت 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 قاعدگی پس از زایمان را توضیح دهید.

سلامت باروری

هدف‌های رفتاری: در پایان این فصل، فراگیر 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 ایمن را تأمین می‌نماید به گونه‌ای 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.

تعریف

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 به دلیل عوارض ناشی از حاملگی های پرخطر 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 دیر هنگام
- 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)

اهمیت 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. باردار شدن 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 ژنتیکی و ارثی نظیر تالاسمی، هموفیلی از بارداری 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 نشاط 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 کودک سخن گفته و نیز می‌فرماید: «نبايد مادر در نگهداری فرزند به زیان افتد»^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 ژن تالاسمی ابتدا در مردان و در صورت لزوم در زنان، آزمایش سرولوژی 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 پرخطر» 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

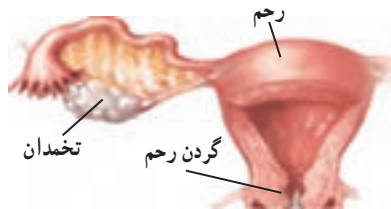
در علم پزشکی، غربالگری به مجموعه اقداماتی اطلاق می‌شود که سعی در کشف و درمان زودرس بیماری‌ها در مراحل ابتدایی دارد.

متخصصان هر جامعه، بیماری‌هایی را که می‌توان با غربالگری به کشف و درمان زودرس آن پرداخت مشخص می‌کنند. در کشور 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 منتهی می‌شوند اگر این نوع سرطان زود شناسایی شود، می‌توان آن را به‌طور کامل درمان کرد.

^۱ - 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 دنبال آن انجام می شود، پیشگیری از تغییرات غیرطبیعی 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.

۲-۱- ماموگرافی^۱: به دلیل کاهش سن ابتلا به سرطان پستان در کشور، انجام ماموگرافی برای همه زنان ۳۵ سال به بالا، به خصوص 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 و تلاش پزشکان این است که با دست یافتن به آمار صحیح برای تخمین میزان و سن شیوع سرطان پستان، بیماری های بدخیم 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 ۳۵ سالگی ماموگرافی سالانه انجام دهند. بهترین زمان انجام ماموگرافی هفته اول قاعدگی است چون در این زمان پستان ها حساس و دردناک نیستند.

^۱ - Mammography

۲- 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، باکتری‌ها یا 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 مذکر و مؤنث ایجاد می‌شوند ولی علائم و عوارض آنها در دو جنس متفاوت است. علائم این بیماری‌ها در خانم‌ها عبارتند از: ترشحات بدبو و غیر معمول 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 مجاری ناحیه تناسلی و یا ترشح از مجرای ادرار 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 بیشتری دارد به طور خلاصه توضیح داده می‌شود.

۱-۲- 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 آلوده به طور مشترک، انتقال خون و از مادر حامله به جنین

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

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

همان‌گونه که گفته شد باکتری مولد سیفلیس در طی دوران حاملگی می‌تواند 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 می‌تواند بدون علامت باشد. اگر نوزاد بلافاصله درمان نشود، طی چند هفته دچار اختلالات جدی می‌شود. نوزاد درمان نشده ممکن است دچار تأخیر رشد و نمو، تشنج و یا حتی مرگ شود.

۲-۲-۲ سوزاک: سوزاک یک بیماری شایع باکتریایی^۱ منتقله از طریق تماس جنسی است. علائم شایع در مردان شامل سوزش ادرار و خروج ترشحات چرکی از آلت تناسلی است. اما در زنان معمولاً بی‌علامت 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 می‌باشند حتماً بایستی 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 شده‌اند و همچنین توجه به تماس‌های بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های عفونی نیز باید اجرا شود.

۲-۳-۳ هیپاتیت: هیپاتیت عبارت است از التهاب بافت کبد در اثر عوامل مختلف دارویی، سمی و عفونی. ویروس‌های مختلفی در انسان سبب هیپاتیت می‌شوند از جمله نوع A، B و C. هیپاتیت ویروسی نوع A یکی از شایع‌ترین نوع هیپاتیت‌ها است که به اشکال مختلف کلینیکی پنهان، خفیف و ندرتاً شدید دیده می‌شود. هیپاتیت 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 سال‌های اخیر انواع دیگری از هیپاتیت ویروسی به نام‌های C، D، E، G شناخته شده‌اند که انتقال آنها مانند هیپاتیت A مدفوعی - دهانی و یا مانند هیپاتیت B از راه انتقال خون و تماس جنسی است که از بین آنها هیپاتیت C اهمیت زیادی پیدا کرده است و مانند هیپاتیت 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 می‌شود.

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

۱- عامل سوزاک باکتری نیسریا گونورآ (Neisseria gonorrhoeae) یا گنوکوک می‌باشد.

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، بی‌اشتهایی، 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 آنتی‌ژن 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 ایمنی 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، خودبه 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.

۲-۳-۴- ایدز (AIDS): ایدز (AIDS) یا سندرم نقص ایمنی اکتسابی، نوعی بیماری است که دستگاه ایمنی فرد را مبتلا و توسط ویروس نقص ایمنی (HIV) ایجاد می‌شود. در مرحله اول (عفونت حاد)، فرد بیمار ممکن است برای مدت کوتاهی بیماری شبه آنفلوآنزایی 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 فرصت طلب دچار شوند. وقتی سیستم ایمنی آسیب ببیند، نه تنها در برابر ویروس HIV بلکه نسبت به بقیه عفونت‌ها هم آسیب‌پذیر می‌شود و دیگر قادر به از بین بردن میکروب‌ها 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 انجامد.

HIV عمدتاً 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، راه‌حلی 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 جانبی 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 موازین 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 به‌طور 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.

۲-۱-۱- 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.

۲-۱-۲ **روش‌های مکانیکی:** مکانیسم اساسی این روش‌ها استفاده از یک جسم فیزیکی (به‌جای دارو و مواد شیمیایی) است که به دو دسته کلی روش‌های پوششی و وسایل داخل رحمی تقسیم می‌شود.

۲-۱-۱ **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 مقاربتی نقش اساسی دارد.

۲-۱-۲ **وسيله 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 زوج‌هایی مناسب است که دارای فرزند هستند و تا چند سال نباید حامله شوند. بسته به نوع IUD لازم است هر چند سال یک‌بار آن را عوض کرد. اخیراً نوع جدیدی از IUD با ماندگاری یک ساله وارد بازار شده است که به تدریج از خود هورمون ترشح می‌کند و حدود ۹۹٪ در پیشگیری از بارداری مؤثر است.

۲- روش‌های دائمی (جراحی):

روش‌های دائمی برای زوج‌هایی 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 تخمدان 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 Tubectomy)

۲- (وازاکتومی Vasectomy)

- ۵- دیدگاه اسلام را در زمینه سلامت باروری توضیح دهید.
 - ۶- مراحل ارائه برنامه سلامت باروری را توضیح دهید.
 - ۷- خدمات برنامه سلامت باروری پس از ازدواج را نام ببرید.
 - ۸- برنامه‌های غربالگری را نام ببرید.
 - ۹- مهم‌ترین هدف برنامه‌های غربالگری در پزشکی را توضیح دهید.
 - ۱۰- هدف اصلی آزمایش پاپ اسمیر را بیان کنید.
 - ۱۱- هدف اصلی ماموگرافی، را بیان کنید.
 - ۱۲- شایع‌ترین بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی را نام ببرید.
 - ۱۳- بیماری‌های شایع منتقله از راه تماس جنسی را توضیح دهید.
 - ۱۴- ابتلای مادر به کدام بیماری بیشتر موجب مرگ جنین می‌شود؟
 - ۱۵- روش‌های پیشگیری از بارداری‌های پرخطر را نام ببرید.
 - ۱۶- هر کدام از روش‌های پیشگیری از بارداری‌های پرخطر را توضیح دهید.
- 

۲

بخش

بهداشت کودکان



بهداشت دوران نوزادی

هدف‌های رفتاری: در پایان این فصل، فراگیر 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 بلافاصله 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 میر 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 برحسب زمان تولد به سه دسته تقسیم می‌شوند.

نوزاد نارس^۱: نوزادی است که قبل از ۳۸ هفتگی متولد شده است.

نوزاد رسیده^۲: نوزادی است که در موعد مقرر یعنی ۳۸-۴۲ 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 ۲۵۰۰ 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 اتاق زایمان

بلافاصله پس از تولد دهان و حلق نوزاد به وسیله مکندۀ دستی (بوآر) پاک و تمیز می‌شود و پس از اولین تنفس نوزاد که معمولاً به صورت گریه است بند ناف نوزاد در دو محل توسط گیره‌های مخصوص بسته شده و مابین آن دو پریده می‌شود. سپس نوزاد را با پوشش مناسب پوشانده او را در جای گرم یا در آغوش مادر قرار می‌دهند. در همین حال ضمن رعایت موارد بالا، باید به علایم 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	ضربان قلب
گریه شدید - خوب	گریه ضعیف	ندارد	تنفس
حرکات فعال	خمیدگی در اندام	سست و شل	انقباض عضلات
شدیداً گریه می‌کند	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 می‌شود. استفاده از این روش به ما کمک می‌کند تا نوزادانی را که نیاز به کمک ویژه دارند شناسایی کنیم. نمره آپگار باید بین ۱۰- ۸ باشد. اگر این نمره، بین ۷-۴ 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.



شکل ۷-۱

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

مرحله بعدی شامل ثبت مشخصات فیزیکی نوزاد (وزن، قد، دور سر و دور سینه) می‌باشد (شکل ۷-۱).

^۱- Apgar test

مشخصات نوزاد طبیعی

وزن نوزاد: وزن نوزاد طبیعی بین ۲۵۰۰ گرم تا ۴۰۰۰ گرم می باشد. وزن نوزادان پسر هنگام تولد به طور متوسط کمی بیشتر از نوزادان دختر است. همان طور که قبلاً ذکر شد وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، غیر طبیعی و چنین نوزادی LBW نامیده می شود. 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 سانتی متر و به طور متوسط ۵۰ سانتی متر است. قد نوزادان پسر معمولاً اندکی بلندتر از نوزادان دختر می باشد.

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

دور سینه نوزاد: اندازه دور سینه معمولاً ۲ سانتی متر کمتر از دور سر می باشد. برای اندازه گیری دور سینه باید وسیله اندازه گیری را که معمولاً متر پارچه ای است از نوک سینه ها عبور داد.

جنسیت نوزاد: پس از ثبت اندازه های ذکر شده جنسیت نوزاد مشخص می شود. 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 سر تا پا مورد معاینه قرار گیرند، تا در صورت وجود هرگونه ناهنجاری، بتوان آن را در مراحل اولیه، کشف و چاره جویی نمود. از مهم ترین این معاینات، معاینه نوزاد از نظر دررفتگی مادرزادی ران می باشد که اگر در مراحل اولیه تشخیص داده نشود در آینده منجر به ناتوانی فرد خواهد شد. نوزادان پسر باید از نظر پایین آمدن بیضه ها مورد معاینه قرار گیرند. آلت تناسلی نیز باید از نظر قرار گرفتن سوراخ آن در جای طبیعی معاینه شود.

حواس پنجگانه نوزاد نیز باید مورد معاینه قرار گیرد. حواس شنوایی، بینایی، لامسه، چشایی و بویایی در نوزاد فعال است و به آسانی می توان حواس شنوایی، بینایی و لامسه را معاینه کرد. نوزاد نسبت به صدای بلند واکنش نشان می دهد و نیز می توان واکنش مردمک های چشم را نسبت به نور مشاهده کرد.

رفلکس های 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 عبارت‌اند از :

بازتاب پلک زدن (Blink Reflex) : وقتی چیزی یا شیئی به چشم‌های نوزاد نزدیک شود با پلک زدن، چشم‌ها را می‌بندد؛ همچنین نور شدید اگر به چشم او برخورد کند، یا چراغ قوه‌ای را جلوی چشم‌های او روشن کنند باز هم همین بازتاب را نشان خواهد داد.

بازتاب ریشه‌ای (Rooting Reflex) : اگر نزدیک گوشه لب نوزاد لمس شود، 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 سینه خود را به گونه او می‌مالد نوزاد به طرف سینه مادر متوجه می‌گردد، این بازتاب شش هفته بعد از تولد از بین 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) : وقتی لب‌های نوزاد لمس شود بازتاب مکیدن را انجام می‌دهد درست مثل این که نوک سینه مادر یا سر پستانک 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) : بازتاب بلعیدن در نوزادان مانند بزرگسالان است؛ وقتی که مواد غذایی به قسمت عقب زبان نوزاد می‌رسد به‌طور اتوماتیک بلعیده می‌شود.

بازتاب بیرون اندازی (Extrusion Reflex) : هر ماده‌ای که بر روی زبان 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 چهار ماهگی از بین می‌رود تا قبل از پایان چهار ماهگی 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 می‌دارد؛ این بازتاب بسیار قوی است؛ به طوری که اگر انگشتان دست خود را در دست نوزاد قرار دهید به سختی می‌توانید آنها را رها سازید. این بازتاب تا حدود سه ماهگی ادامه دارد. از سن سه ماهگی به بعد اگر نوزاد چیزی را به دست می‌گیرد معنی دار است.

بازتاب گرفتن پا (Planter Grasp Reflex):

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

بازتاب راه رفتن (Step (walk) in Place Reflex):

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

بازتاب تونیک گردن (Tonic Neck Reflex):

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

بازتاب مورو (Moro Reflex):

وقتی که نوزاد به پشت خوابیده اگر با گرفتن دست‌ها سر و تنه او را به اندازه ۲-۱/۵ سانتی متر از سطح تشک بالا آورده، ناگهان رهاش کنیم یا اگر با دست، محکم روی تختش بکوبیم با یک تکان ناگهانی از جا برمی‌جهد، ابتدا دست و پایش را دراز نموده، فوراً جمع می‌کند و انگشتان دست او حالت چنگ زدن به خود می‌گیرد. این حرکت دلیل بر طبیعی بودن قدرت عضلانی نوزاد است.

بازتاب بابینسکی (Babinski Reflex):

کف پای نوزاد را تحریک کنند (قلقلک دهند) شست و سایر انگشتان پای نوزاد باز می‌شوند؛ (مانند بادبزنی).

این بازتاب تا سن سه ماهگی وجود دارد و بعد از آن مانند انگشتان پای بزرگسالان

حالت خمیدگی به خود می‌گیرد.

..... پایان مطالعه آزاد

هم‌اتاقی 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، اولاً باعث موفقیت 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 خواهند بود. بهترین زمان برای شروع شیردهی نوزادان سالم و طبیعی بلافاصله 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 هم‌اتاقی نوزاد و مادر و حتی در شرایط مطلوب‌تر برنامه هم‌تختی^۲ (یعنی نگاهداری و بستری نمودن مادر و نوزاد روی یک تخت برای نزدیکی و هم‌جواری 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 بستری کردن نوزادان بد حال و بیمار جایگزین آن شده است. بیمارستان‌هایی را که دارای برنامه هم‌اتاقی یا هم‌تختی مادر و نوزاد هستند به نام بیمارستان‌های (دوستاندار کودک^۴) می‌نامند. در مورد نحوه تغذیه نوزاد و شیردهی در فصل تغذیه مفصلاً 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 مکنونیوم^۵ نامیده می‌شود. اگر در ۲۴ ساعت اول نوزاد اجابت مزاج نداشته باشد، امکان باز نبودن مقعد 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

زردی نوزادی: معمولاً بیشتر نوزادان ۳۶ ساعت پس از تولد، اندکی زرد می‌شوند که این امر طبیعی است و تا روز دهم بعد از تولد، از بین 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. به‌طور 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 غیر طبیعی 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 هرگونه 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 به زودی در خلال چند روز قطع خواهد شد.

مراقبت از بندناف نوزاد: معمولاً بند ناف تا یک هفته و حداکثر دو هفته بعد از تولد خودبه‌خود می‌افتد. در پانسمان بندناف می‌توان از الکل سفید برای ضدعفونی 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 بندناف دچار 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 غیرچرکی باشند نیاز به درمان خاصی ندارند و در غیر این صورت نیاز به درمان دارند.

خواب نوزادان: نوزادان معمولاً بیشتر شبانه‌روز 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، ازدست رفتن آب بدن و بالا رفتن دمای بدن^۱ طفل خواهد شد.

۱- هیپرترمی (Hyperthermia)

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 خفیف مادرزادی ران، آن را تشدید 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 بی‌قراری زیادی می‌کند باید

به مسایل زیر توجه شود :

— گرسنگی نوزاد

— خیس بودن لباس‌ها و کهنه‌ها

— 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 تمیزکردن

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 انجام‌شده 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.

مربیان با هماهنگی با بخش نوزادان بیمارستان می‌توانند 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- تقسیم بندی 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 قنناق کردن نوزاد را توضیح دهید.





تغذیه در دوران نوزادی و شیرخوارگی

هدف های رفتاری : در پایان این فصل، فراگیر 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 هورمون ها 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 تکمیلی شیرخواران را توضیح دهد.
- ۱۳- نحوه از شیر گرفتن شیرخوار را توضیح دهد.

اهمیت تغذیه سالم

تغذیه مناسب رکن اساسی سلامت روحی و جسمی کودک در سال های آینده را تشکیل می دهد. 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 می شوند کمتر است. توقف رشد، عقب ماندگی ذهنی و مغزی و کاهش رشد عصبی ممکن است بسیاری از اوقات به علت سوء تغذیه - چه در دوران جنینی، 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 متناسب با سن و احتیاجات کودک برحسب بودجه غذایی و دسترسی به مواد غذایی قابل استفاده و عادات غذایی خانواده تنظیم کرد.

در این فصل، سعی خواهیم کرد ضمن بیان 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 دانش آموزان عزیز توصیه می‌شود که به مطالب عنوان شده در این جا 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، مهم ترین 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، بلافاصله تا نیم ساعت پس از تولد و بر روی همان تخت زایمان است. شروع به موقع شیردهی، سبب می‌شود که نوزاد، از کلوستروم (آغوز، ماک) با تمام مزایایش بهره‌مند شود. به علاوه خوردن کلوستروم، 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 مناسب ترین ترکیب شیر همانا ترکیب شیر مادر است.

سال‌ها است که پزشکان از مزایای شیر مادر نسبت به سایر شیرها آگاه هستند. آن چه 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. به طور 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 رقابت‌ناپذیر 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 آنهایی که 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 کلاستروم یا آغوز وجود دارد. به همین علت تأکید فراوان شده است که آغوز به طور کامل به طفل داده شود و حتی یک قطره آن هدر نرود. متأسفانه گاه در بعضی از خانواده‌ها

مشاهده می‌شود که کودک را از این نعمت خدادادی محروم کرده و آغوز را به دور می‌ریزند در حالی که تغذیه طفل با آغوز نه تنها باعث ایمن شدن کودک در مقابل بسیاری بیماری‌های عفونی می‌شود بلکه خود این امر باعث یک شیردهی موفق نیز خواهد شد.

خواص بهداشتی شیر مادر: شیر مادر تمیز، بهداشتی و عاری از هرگونه میکروب می‌باشد؛ گذشته از این همیشه در دسترس است. دمای شیر مادر مناسب است. شیرهای دیگر ممکن است به آسانی آلوده شوند. این آلودگی‌ها امکان دارد از ظرف، از دست، شخص، قاشق، پستانک و غیره منتقل شود درحالی که شیر مادر مستقیماً از سینه‌ی وی وارد دهان طفل شده، امکان آلودگی ندارد و بروز بیماری اسهال در تغذیه با شیر مادر بسیار کمتر است.

مشکلات دندانی و پوسیدگی دندان ناشی از تغذیه مصنوعی و پستانک در کودکانی که از شیر مادر تغذیه می‌کنند، به مراتب کمتر است.

خواص روانی شیر مادر: تغذیه نوزاد با شیر مادر نه تنها یک روش طبیعی و فیزیولوژیک تغذیه شیرخوار می‌باشد بلکه راه برقراری ارتباط عاطفی و روانی بین مادر و طفل نیز هست. تغذیه نوزاد با شیر مادر سبب برقراری ارتباط نزدیک، صمیمانه‌تر و مطلوب‌تر بین مادر و طفل نسبت به سایر روش‌های تغذیه است. تحقیقات علمی، نشان داده‌اند اطفالی که با شیر مادر تغذیه شده‌اند در آینده زندگی خود از احساس امنیت روانی بیشتری برخوردار بوده‌اند.

خواص اجتماعی - اقتصادی شیر مادر: شیر مادر خریدنی نیست و بسیار ارزان‌تر از شیرهای دیگر است. درحالی که شیرهای دیگر را باید با قیمت‌های بالا خریداری کرد. به علاوه وقتی کودکی شیر غیرمادر مصرف می‌کند بیشتر بیمار می‌شود و باید پول بیشتری برای دارو و درمان او خرج کرد. هزینه‌های خرید شیر خشک و هزینه‌های جانبی یعنی خرید شیشه و پستانک و نظافت آن و هزینه‌های 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 می‌آورد در سطح کشور نیز باعث ضررهای اقتصادی جبران‌ناپذیر خواهد شد.

مزایای شیردادن برای مادر

شیردهی گذشته از آثار بسیار مثبت برای نوزاد دارای اثرات مثبت و مفیدی برای مادر نیز هست. پاره‌ای از این اثرات عبارت‌اند از:

- انقباض رحم: شیردادن، سبب انقباض و برگشت سریعتر رحم، به وضع طبیعی می‌گردد.

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

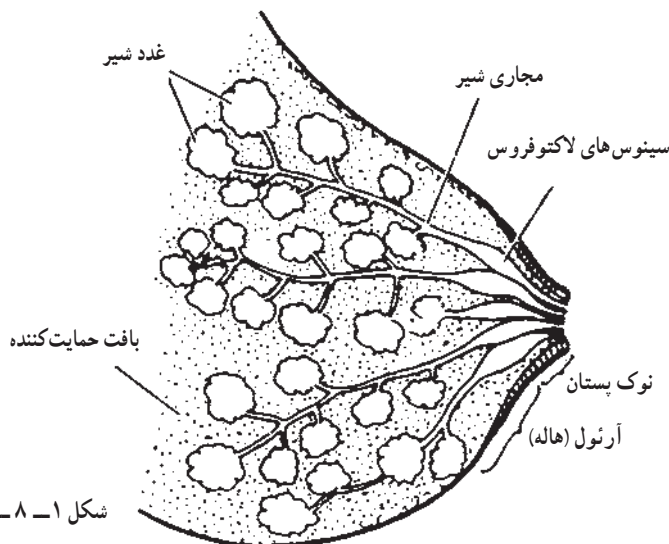
— در جلوگیری از بارداری: تغذیه کودک اگر به طور کامل انجام شود می‌تواند اثر جلوگیری کننده از بارداری داشته باشد. به طور کلی زنانی که کودکانشان را با شیر خود تغذیه می‌کنند کمتر در معرض بارداری می‌باشند ولی ذکر این نکته نیز ضروری است که شیردادن روش مطمئنی جهت پیشگیری از بارداری و تنظیم خانواده نمی‌باشد.

— 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

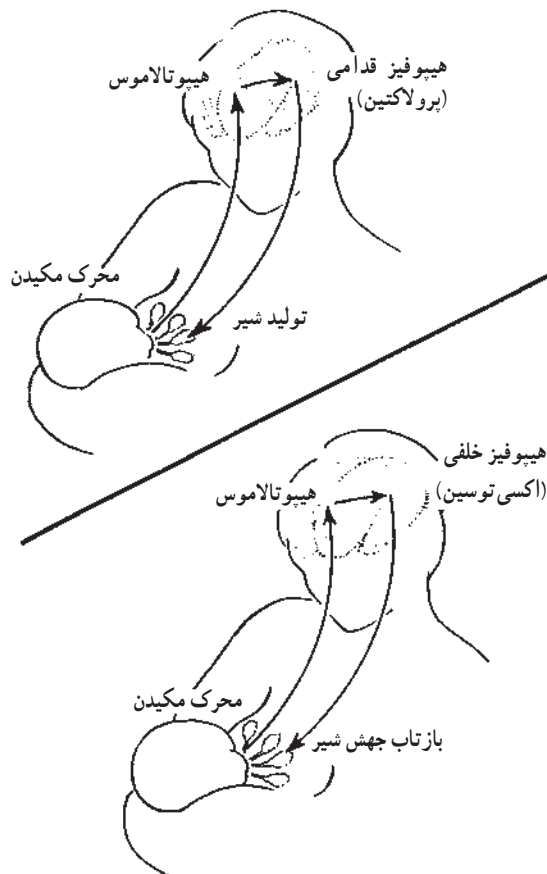
در دوران بارداری تغییراتی در غدد پستانی پیش می‌آید تا تولید کافی شیر را ممکن سازد. هورمون‌هایی که از جفت ترشح می‌شود نیز نقش مهمی در رشد پستان در دوران بارداری دارد (شکل ۸-۱).



شکل ۸-۱ — آناتومی پستان

شیردهی کامل بلافاصله پس از تولد نوزاد شروع نمی‌شود. مدتی پس از تولد و بعضاً حدود ۲-۴ روز پس از تولد مقدار کمی آغاز 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 اول‌زا، 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 به هم مربوط هستند و اغلب هردو هم‌زمان 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 (ستتر) اجزای تشکیل دهنده و عبور شیر به داخل حبابچه‌های شیری است. کمی قبل از زایمان، مواد ترشحی جمع شده ورود خود را به داخل حبابچه آغاز می‌کند و پس از تولد نوزاد، ترشح شیر تحت تأثیر مکیدن پستان صورت می‌گیرد.

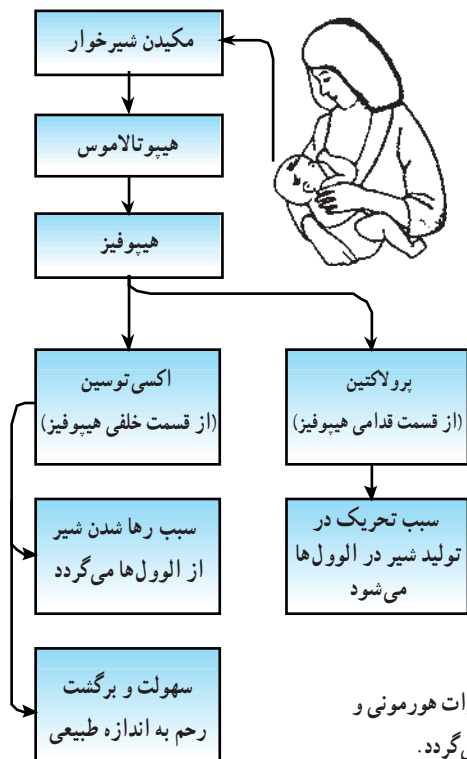
فعال‌ترین دوره ساخته شدن شیر، به هنگام مکیدن است ولی در زمان‌های دیگر نیز به میزان کمی انجام می‌شود. توجه به این نکته بسیار مهم است که مهم‌ترین عامل ترشح شیر مکیدن سینه مادر توسط نوزاد می‌باشد و هرچه این مکیدن بیشتر انجام شود شیر بیشتری ساخته و ترشح می‌شود.

نقش هورمون‌ها در ترشح شیر

مکیده شدن پستان توسط نوزاد، سبب تولید و ترشح شیر تحت تأثیر هورمون پرولاکتین و اکسی‌توسین می‌گردد. این هورمون‌ها بر روی سلول‌های حبابچه‌ای عمل کرده، سبب تولید و ترشح مداوم شیر می‌گردد. در صورتی که مکیدن نوزاد در دوران شیردهی قطع شود، غده هیپوفیز این هورمون‌های لازم را برای تداوم در تولید و ترشح شیر ترشح نمی‌کند و در نتیجه چندین روز بعد ترشح

شیر قطع می‌شود. از آن‌جا که ترشح هورمون‌های هیپوفیز خود تحت اثر هورمون‌های ترشح شده از هیپوتالاموس می‌باشد تأثیرات روانی می‌تواند روی تولید شیر اثر بگذارد.

بنابراین در برخی از زنان ممکن است حتی هیجان کم یا ناراحتی ناچیز و جزیی روانی سبب کاهش تولید شیر گردد. به همین لحاظ توصیه می‌شود که مادران در مدت شیردهی تا آن‌جا که ممکن است کمتر با عوامل ناراحت‌کننده برخورد نمایند.



شکل ۳-۸ — مکیدن شیرخوار که باعث شروع تغییرات هورمونی و سبب تولید شیر و بازتاب جهش شیر و رها شدن شیر می‌گردد.

بهداشت دوران شیردهی

مادر شیرده قبل از هر بار شیردهی باید دست‌ها را با آب و صابون شسته، خشک نماید. آماد در هر شیردهی نیازی به شستن نوک سینه با آب و صابون نیست برای تمیز کردن آنها می‌باید فقط از آب استفاده شود. در دوران شیردهی مصرف بعضی مواد و داروها، موجب پیدایش آنها در شیر می‌شود لذا در هنگام بیماری یا نیاز به مصرف دارو، باید به پزشک اطلاع داده شود و مصرف دارو فقط با تجویز و صلاح دید پزشک صورت گیرد. مصرف سرخود بعضی از داروها، گاه سبب بروز عواقب جبران‌ناپذیری 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 آمده‌اند، در هفته اول زندگی روزی ۶ تا ۱۰ بار شیر می‌خورند. زمانی که شیر مادر فراوان و کافی باشد اکثر اطفالی که از شیر مادر تغذیه می‌شوند در هر وعده آن اندازه شیر می‌خورند که برای ۳ تا ۴ ساعت آنها را سیر نگه دارد با این همه ممکن است کودکی زودتر طلب شیر کند، بنابراین شیردهی باید برحسب میل و تقاضای نوزاد باشد. بعد از هفته ششم، بعضی از اطفال در نیمه شب برای شیر خوردن بیدار نمی‌شوند 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 هورمون‌ها در شیردهی شبانه به مراتب بیشتر است.

مراقبت از پستان‌ها: به طور کلی مراقبت از پستان‌ها 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 پستان‌هایی 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 می‌توان در دوران بارداری با ماساژ^۲ آن را درمان کرد.

زنان شیرده باید از سینه‌بندهای مخصوص شیردهی که به اندازه کافی راحت و گشاد است و می‌تواند افزایش اندازه پستان‌ها در دوران شیردهی را تحمل کند، استفاده کنند. برای نرم کردن نوک پستان معمولاً به پماد یا مواد ویژه‌ای نیاز نیست. در صورت نیاز می‌توان از روغن بادام استفاده کرد. بهتر است از موادی که دارای الکل یا مواد نفتی هستند استفاده نشود چون این مواد سبب از بین رفتن نرم‌کننده‌های طبیعی که توسط بافت نوک پستان ترشح شده، می‌گردند.

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 می‌کشد. سپس دو انگشت را بالا و پایین نوک پستان قرار داده و آن را در مسیر بالا و پایین حرکت می‌دهد. چنانچه، ماساژ نوک پستان، سبب انقباض رحم در مادر شد باید ماساژ 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. موفقیت 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 گریه 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 موفقیت‌آمیز و پیشگیری از کاهش شیر به نکات زیر باید توجه شود :

- ۱- مادر و نوزاد بلافاصله پس از زایمان هم اتاق شوند.
- ۲- نوزاد بلافاصله، 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 می‌شود و نوزاد در عین حال آغوز را با مزایای فراوانش از پستان مادر دریافت می‌کند.
- ۳- حجم شیر مادر در روزهای اول (آغوز- ماک) محدود است و در هر نوبت ممکن است یک یا دو قاشق مرباخوری باشد؛ نیاز نوزاد نیز در همین حدود است. مکیدن‌های مکرر شیرخوار مقدار شیر را مطابق نیاز رشد وی افزایش می‌دهد.
- 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 می‌کند (رفلکس روتینگ Rooting Reflex) و با قراردادن نوک پستان و هاله اطراف آن در دهان، پستان را می‌گیرد و شروع به مکیدن می‌کند.
- ۵- در روزها و هفته اول بهتر است از هردو پستان به شیرخوار شیر داده شود تا سبب تحریک و ترشح شیر شود. در هفته‌های بعد می‌توان برحسب 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 می‌شود 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، براساس تقاضای شیرخوار، صورت گیرد در ضمن باید توجه داشت که به دلیل هضم آسان شیر مادر، شیرخوار گرسنه می‌شود.
- 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 می‌تواند بنشیند و یا دراز بکشد، سر کودک نچرخد و کاملاً در امتداد محور بدن و یا کمی به عقب متمایل باشد. صورت و بدن شیرخوار باید کاملاً روبه‌روی پستان و شکم مادر قرار گیرد. نوک پستان و هاله اطراف آن در دهان شیرخوار باشد زیرا گذاشتن نوک پستان به تنهایی در دهان 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 معده کوچک شیرخوار، امتناع از مکیدن و در نتیجه 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 در نتیجه، 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؛ هرچند 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، تجویز دارو، عمل سزارین، بارداری مجدد مادر، سن مادر و یا سن شیرخوار هیچ‌کدام مانع شیردهی موفقیت‌آمیز نیستند.

آروغ زدن: در موقع شیرخوردن، مقداری هوا نیز همراه شیر وارد معده شیرخوار می‌شود. وجود این هوا در معده نوزاد می‌تواند باعث بروز دل‌درد 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

نشت 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 آن‌را 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 در نتیجه تحریک بافت پستان، تحت تأثیر هورمون اکسی توسین 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 فوق‌العاده گرسنه شده است، چه گرسنگی زیاد سبب مکیدن شدیدتر و در نتیجه 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 شیر خوردن 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 آغشته 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 شده‌اند سبب تحریک بیشتر نوک پستان می‌گردد.

ورم دردناک پستان: گاهی، به‌خصوص 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، به‌طوری 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 وعده 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 چای‌خوری تمیز و یا قطره‌چکان 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 مراجعه به پزشک ضروری است.

آبسه پستان: در صورتی که عفونت پستان، به‌خوبی 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 عللی از طرف مادر یا کودک، قطع شیر مادر را به‌طور موقت یا دایم ایجاب نماید. در این شرایط خاص، باید از شیر دیگری که معمولاً شیرخشک است استفاده نمود.

علل مربوط به نوزاد:

— ناهنجاری‌های مادرزادی لب و دهان از قبیل لب‌شکری، باز بودن کام و کوچک بودن چانه به‌طور 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 به‌طور موقت شیر را دوشید و به کودک داد.

علل مربوط به مادر:

— آبنه 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 به‌خصوص 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 پزشک در کلیه موارد منع شیر مادر به‌طور موقت

یا دایم، ضروری است.

تغذیه مصنوعی

تغذیه شیرخوار با شیرری 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 به‌طوری که در حد امکان آن را به ترکیب شیر

مادر نزدیک کنند. سپس آب شیر را تبخیر کرده، آن را به‌صورت پودر درمی‌آورند.

طرز تهیه شیر خشک:

۱— ابتدا باید دست‌ها به‌خوبی 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 بدنه‌های شیشه شیر برحسب

سانتی متر مکعب (سی سی) درجه بندی شده است و برحسب نیاز طفل که در جدول (۱-۸) 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 میج 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 برحسب 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. بطری شیر را همیشه باید در دست نگه داشت و هرگز نباید از وسیله ای برای نگهداری آن استفاده کرد یا طفل را با بطری تنها گذاشت چون خطر خفگی طفل را در پی خواهد داشت.

— هر بار باید به اندازه لازم برای کودک شیر خشک تهیه نمود و باقیمانده 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 بشو داد.

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

کار ادامه نمی‌یابد 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 سروصداهای مختلف که توجه او را جلب کند قرار داد و همان گونه که گفته شد حتماً باید شیرخوار در این لحظات آغوش پر محبت مادر را احساس کند.

شیر مایع گاو: همان طور 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 تکمیلی

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

چون اطفال معمولاً پس از ۶ ماهگی، در معرض کم‌خونی 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 تکمیلی: همه غذای کمکی را نباید به یکباره شروع کرد. همواره باید به یاد داشته باشیم که غذای اصلی طفل در این زمان هنوز شیر مادر است و در هر حال، ابتدا شیر و سپس غذا داده می‌شود (برای از بین رفتن 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 لعاب برنج، روزانه یک تا ۱۰ قاشق مرباخوری شروع کرد. هفته دوم می‌توان از حریره بادام، شیربرنج و یا فرنی به میزان یک تا ۱۰ قاشق مرباخوری استفاده کرد.

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

میوه‌جات: در ماه هشتم از یک قاشق مرباخوری آب میوه شروع نموده به تدریج آن را به ده قاشق مرباخوری 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 زرده 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 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 گردند که مواد مغذی آنها باقی بماند.

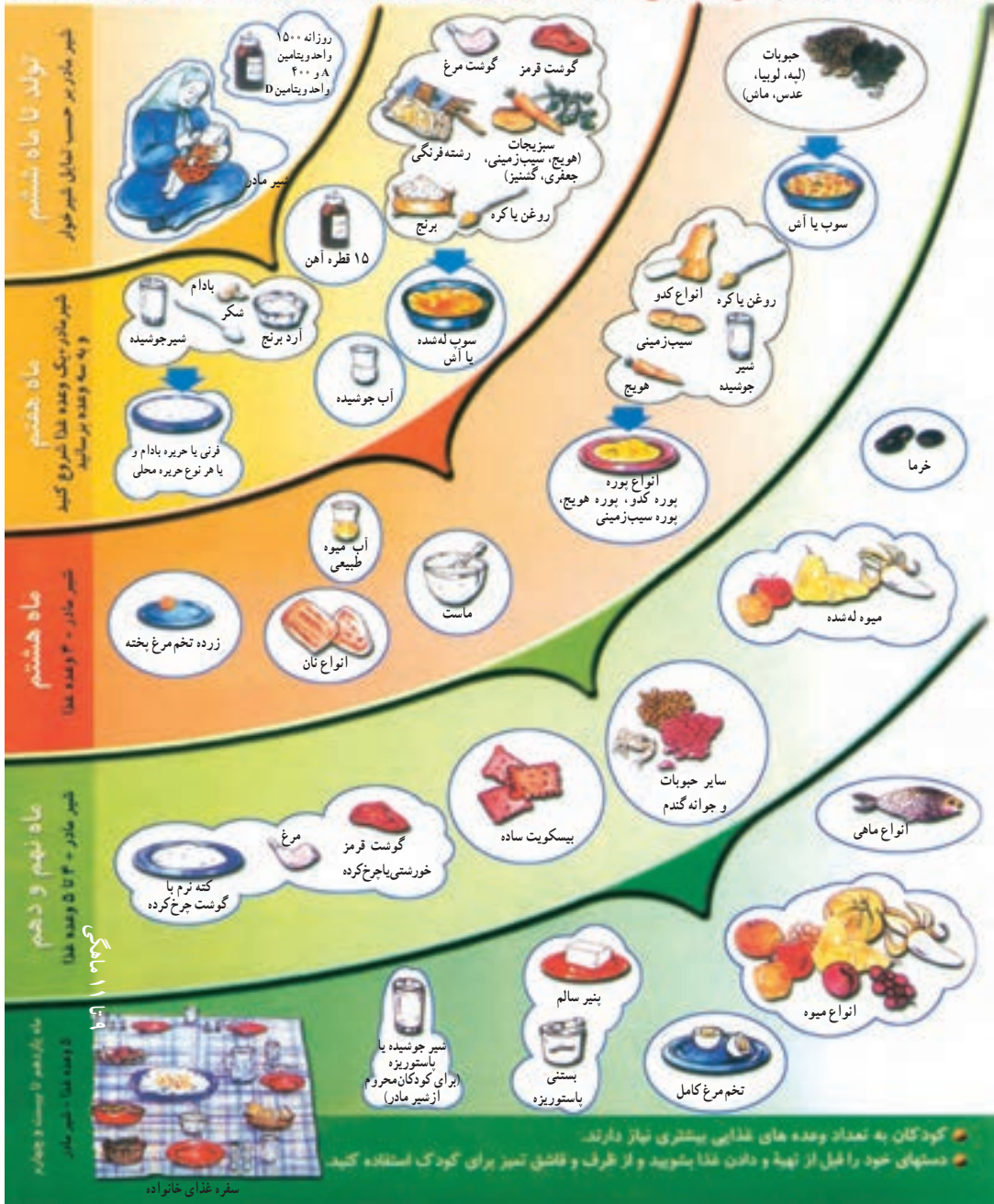
۲- در تهیه غذا برای کودک حتی الامکان از نمک استفاده نشود و از شکر نیز به مقدار بسیار کم استفاده شود.

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 بوتولینم است که امکان دارد این باکتری در عسل وجود داشته باشد و با علائم دوبینی، اختلال بلع، ضعف عضلات و بی‌هوشی تظاهر پیدا می‌کند. این بیماری بسیار کشنده است.

تغذیه شیرخوار و شروع غذای کمکی

غذای کمکی را از مقدار کم شروع و به تدریج متناسب با اشتیاق کودک پیشتر کنید و غذاهای هر مرحله را به مرحله بعد اضافه کنید.



شکل ۵-۸ - تغذیه شیرخوار و شروع غذای کمکی

۴- هر بار به میزان کمی غذا برای یک یا دو وعده تهیه شود و باقیمانده غذا در ظرف سرپوشیده در یخچال یا فریزر نگهداری گردد.

۵- همه وسایل مورد نیاز باید کاملاً تمیز باشد و دست ها نیز قبل از تهیه غذا و هم چنین 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 راحت تر و سالم تر 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 برنامه غذایی کودک نمی باشد. شیر تا هر زمان و بخصوص زمان رشد تا بلوغ جزء برنامه 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 برنامه منظم تعداد وعده های شیردادن به تدریج کاهش یابد و سپس حذف گردد.

راهنمای کار عملی

برای کار عملی این فصل مربیان محترم می توانند با هماهنگی با مراکز بهداشت استان و مسئولان کارگاه های ترویج تغذیه با شیر مادر فیلم های آموزشی شیردهی را برای هنرجویان نمایش دهند. همچنین در مراکز بهداشتی - درمانی ضمن هماهنگی با کاردان بهداشت خانواده در جریان آموزش به مادرانی که به تازگی صاحب فرزند شده اند، مشارکت نمایند. مشکلات همراه شیردهی ترک و زخم نوک پستان، ورم پستان و این گونه موارد را می توان به وسیله فیلم به هنرجویان نشان داد. با حضور در مراکز بهداشتی - درمانی می توان در مادران مراجعه کننده ای که این ناراحتی ها را دارند این موارد عینی را دید و در آموزش رفع این مشکلات مشارکت نمایند. مربیان 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 یک سالگی برای شیرخوار را نام ببرید.



رشد و نمو کودک (پایش رشد)

هدف‌های رفتاری: در پایان این فصل، فراگیر 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.

اهمیت 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 به‌وجود می‌آید تا هرگونه انحراف از الگوی طبیعی سریع‌تر تشخیص داده شده و از عوارض آن پیشگیری گردد.

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

در حالی که روندهای رشد و نمو را نمی‌توان به‌طور 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 تغییرات 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

اندازهٔ کودک در زمان تولد، نتیجهٔ رشد او در دوران زندگی داخل رحمی است. پس از آن زمان تا زمان بلوغ، پیشرفت فزاینده در اندازه به وجود می‌آید. 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 جثهٔ والدین به ویژه جثهٔ مادر می‌باشد؛ این عوامل ثابت هستند و نمی‌توان آنها را تغییر داد و رشد را از زمان آبستنی تا بلوغ تنظیم می‌کنند.

عوامل محیطی متعددی بر رشد فرد تأثیر می‌گذارند که از جمله آنها می‌توان به وضعیت تغذیه و سلامت مادر در دوران حاملگی، نحوهٔ تغذیهٔ اولیه کودک و بیماری‌های کودک، اشاره کرد.

همان‌طور 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 نمی‌کشد) باعث به دنیا آمدن نوزادی با وزن کمتر می‌شود.

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

مهم‌ترین عامل خارجی مؤثر بر رشد، وضعیت تغذیه‌ای شیرخوار و کودک است. فقر مواد غذایی و سوء تغذیه، هر چند خفیف، می‌تواند بر رشد فرد تأثیر بگذارد. به دلیل حساس بودن رشد در مقابل تأثیرات خارجی، توجه دقیق و دایمی به آن وسیله‌ای با ارزش برای پایش^۱ سلامت کودک است. کندی یا توقف رشد کودک ممکن است مدت‌ها قبل از بروز اولین علائم یا نشانه‌های 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 روش‌های اصلاحی یاری دهد. شدت مشکلات بهداشتی را نیز می‌توان 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.

شاخص‌های پایش رشد

به‌طور معمول، به‌عنوان شاخص‌های رشد از سه مقیاس که بر روی افراد اندازه‌گیری می‌گردد،

۱- پایش اسم مصدر است از مصدر پایدن.

استفاده می‌شود: طول یا قد، وزن و محیط قسمت‌های مختلف بدن^۱. هر یک از این‌ها مزایا و معایبی دارند که به طرز استفاده از وسایل اندازه‌گیری و امکانات و روش‌های موجود بستگی دارد.

طول یا قد: اندازه طول یا قد، معیاری است که افزایش کلی در جثه کودک را تا زمان اندازه‌گیری نشان می‌دهد و بنابراین کل تاریخچه بهداشتی او را منعکس می‌کند. با وجود این، تغییرات قد به قدری کند است که از آن نمی‌توان در پایش رشد استفاده کرد. هم‌چنین اندازه‌گیری قد در شیرخواران و کودکان که در آنها پایش رشد بیشترین اهمیت را دارد، تا حدی دشوار است. اندازه‌گیری‌های غیردقیق همراه با دشواری‌های سنجش قد، استفاده از آن را برای تشخیص اختلافی که ممکن است در فاصله زمانی بین دو بار اندازه‌گیری قد وجود داشته باشد، مشکل می‌کند. شکل ۱-۹ نمودار قد برای سن از صفر تا ۶ سالگی ویژه دختران و شکل ۲-۹ نمودار قد برای سن از صفر تا ۶ سالگی ویژه پسران را نشان می‌دهد.

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

وزن برای سن: تغییر نسبی وزن به سن، بسیار سریع‌تر از تغییرات قد نسبت به سن می‌باشد و در مقابل هرگونه اختلال در سلامت و یا بهبود آن حساس‌تر است. تغییرات قابل ملاحظه در وزن کودک را حتی در فاصله چند روز نیز می‌توان مشاهده کرد. اندازه‌گیری وزن آسان است؛ بنابراین دقیق بودن هر چه بیشتر آن میسر می‌باشد. به این دلایل است که وزن برای سن معمولاً به عنوان بهترین شاخص کاربردی در پایش رشد کودکان به کار می‌رود.

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

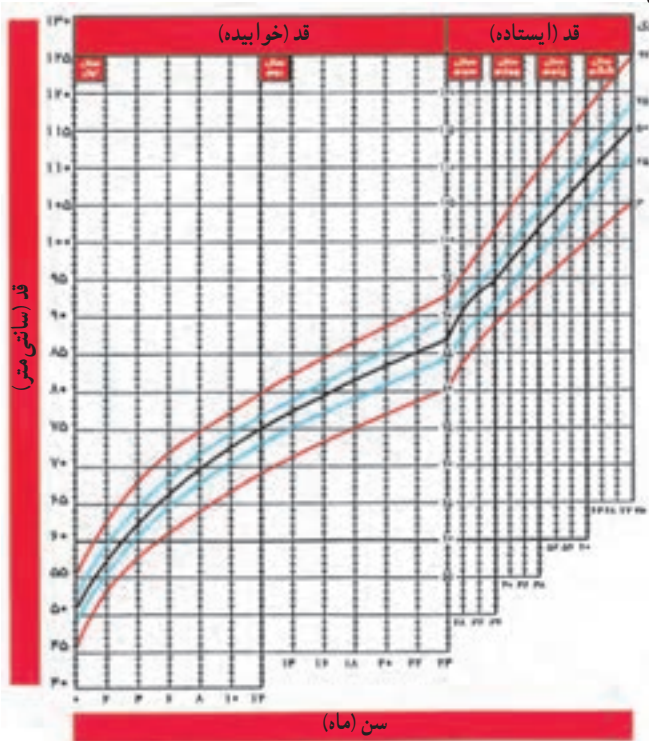
به طور متوسط به وزن کودکان در ۴ ماهه اول زندگی، روزانه ۲۰ تا ۲۵ گرم و در ۸ ماهه بعدی روزانه ۱۵ گرم اضافه می‌شود که در این صورت، وزن کودک در ۵ ماهگی تقریباً به دو برابر و در یک سالگی تقریباً به سه برابر وزن هنگام تولد خواهد رسید.

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

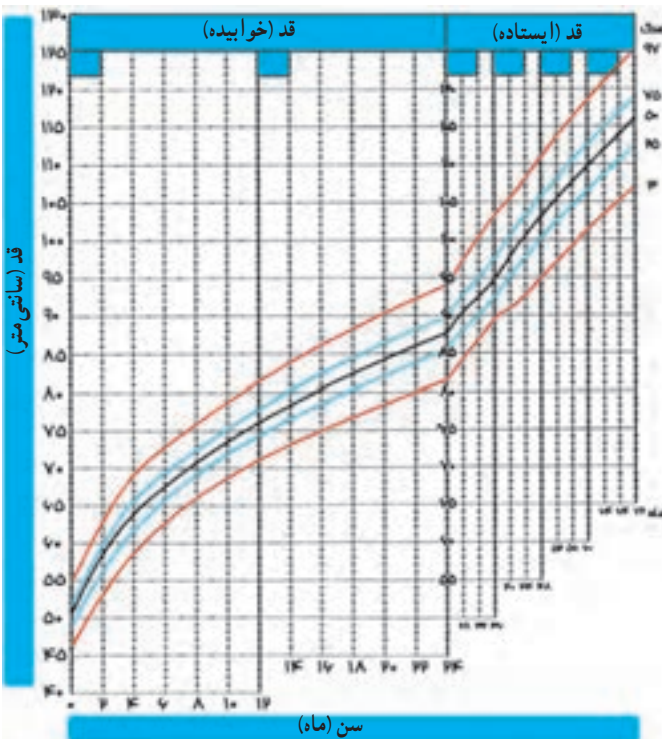
۱- این شاخص‌ها و شاخص‌های دیگر قابل اندازه‌گیری در افراد را شاخص‌های آنتروپومتریک می‌گویند.

صدک*

شکل ۱-۹- نمودار قد
برای سن (دختران)



شکل ۲-۹- نمودار قد
برای سن (پسران)



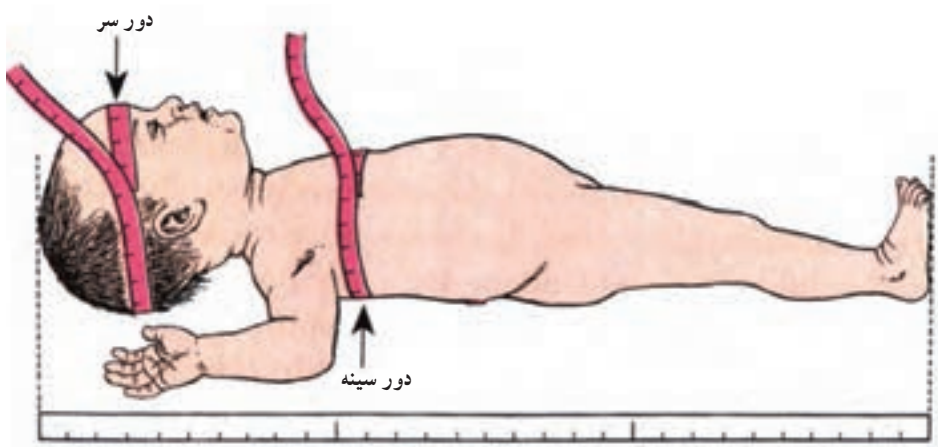
* صدک (percentile) : هنگامی

که افراد جامعه مرجع را به صد گروه مساوی تقسیم کنیم، هریک از این گروه‌ها یک صدک خواهد بود. به‌طور مثال، قرار گرفتن روی صدک ۹۷ یعنی مقداری که ۹۷ درصد جامعه مرجع پایین آن و فقط ۳ درصد بالاتر از آن قرار 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 ۳-۹).

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 فوق‌العاده اهمیت دارد و با این کار می‌توان از هرگونه اختلال در رشد مغز مطلع شد و اقدامات اصلاحی انجام داد.

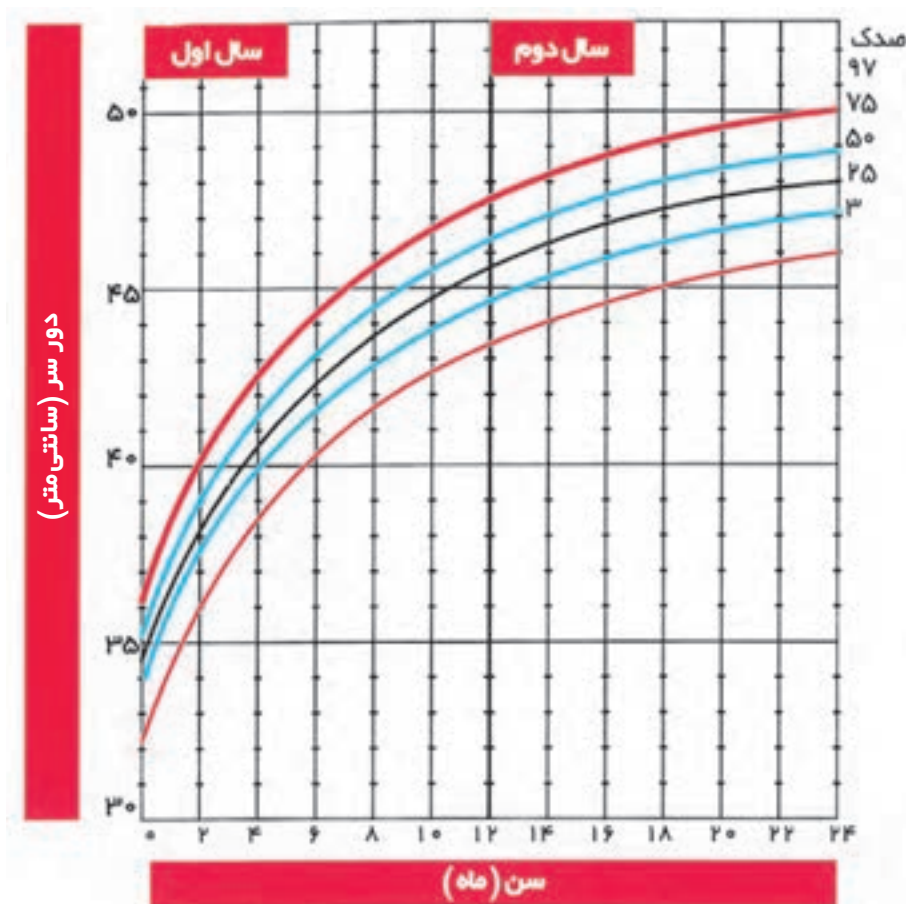
شکل ۴-۹ نمودار دور سر برحسب سن برای دختران و شکل ۵-۹ نمودار دور سر برحسب سن برای پسران را نشان می‌دهد.



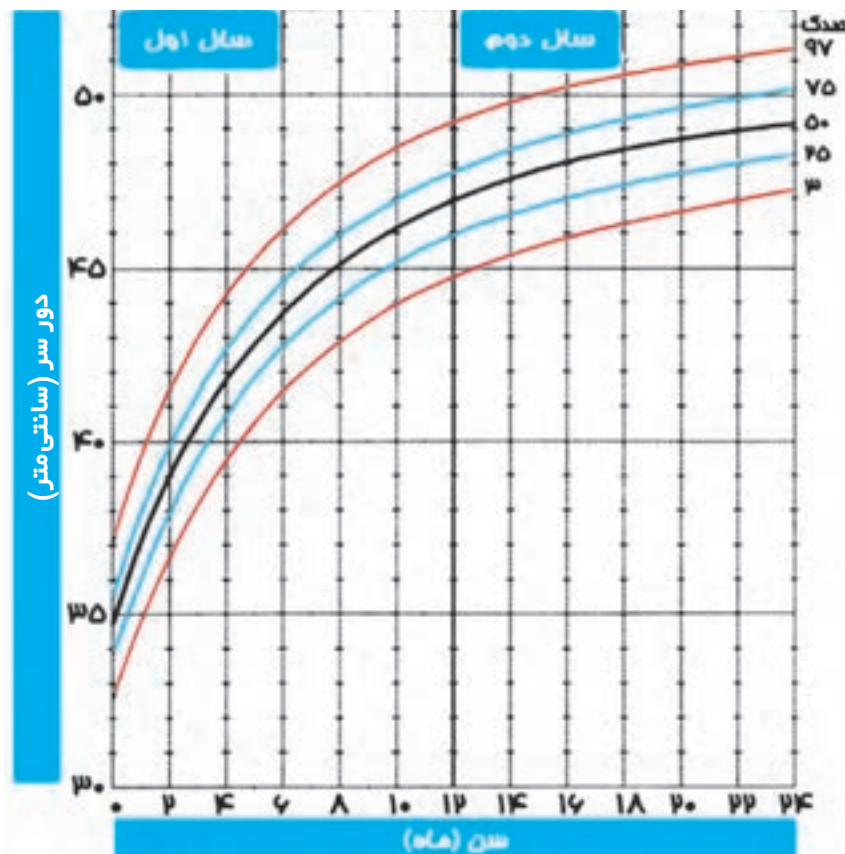
شکل ۳-۹- نحوه اندازه‌گیری دور سر، سینه و قد کودک

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 مجموعه 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 پیشرفته استفاده می شود و برای پایش رشد شاخص حساس و مناسبی نیست.



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



شکل ۵-۹- نمودار دور سر برحسب 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 ۶-۹ و ۷-۹). این منحنی با استفاده از وزن کردن گروهی از کودکان سالم (سنین مثلاً ۶-۹ 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.

زمان اندازه گیری وزن: اولین توزین باید در وقت تولّد یا در اولین فرصت بعد از تولّد صورت گیرد. وزن هنگام تولّد در تشخیص و پیش بینی وضع آینده اهمیت بسیار دارد و از نظر پایش رشد و تفسیر روند رشد در آینده بسیار مفید است.^۱ علاوه بر این برنامه، هربار که کودکی به واحد بهداشتی-درمانی مراجعه می کند باید توزین شود و وزن در منحنی رشد ثبت گردد، به خصوص اگر کودک بیمار باشد (شکل های ۸-۹ و ۹-۹).



شکل ۸-۹

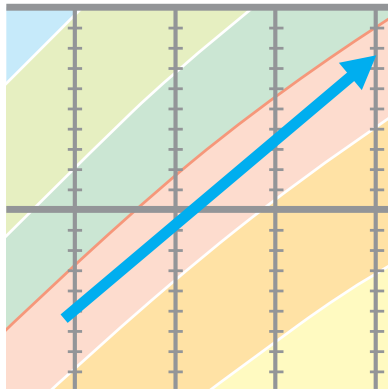


شکل ۹-۹

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

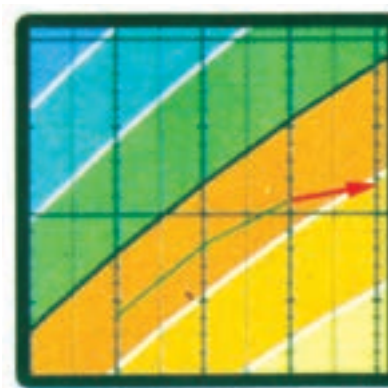
نحوه ثبت و تفسیر منحنی رشد: در هر بار اندازه گیری، اندازه وزن کودک برحسب سن به وسیله نقاطی روی منحنی علامت گذاری می شود و از وصل کردن این نقاط به یک دیگر یک منحنی به دست خواهد آمد. این منحنی چهار حالت می تواند داشته باشد.

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).



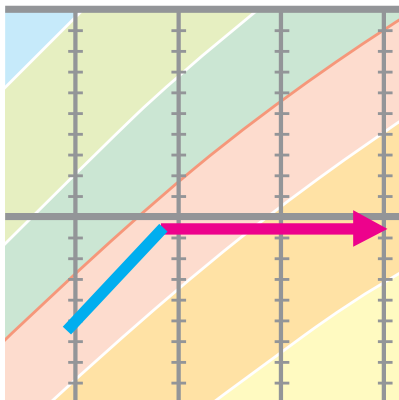
شکل ۹-۱۰- رشد مطلوب

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).



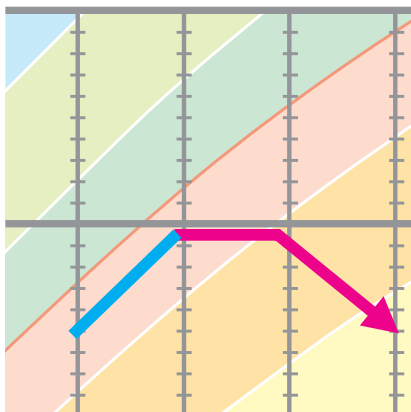
شکل ۹-۱۱- کندی رشد

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 هشداردهنده‌ای است که با کمک کارکنان بهداشتی باید علت‌یابی شود (شکل ۹-۱۲).



شکل ۹-۱۲- توقف رشد

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



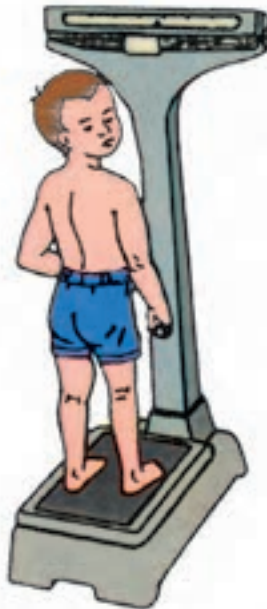
شکل ۹-۱۳- افت رشد

لازم به ذکر است که رشد هر کودک باید با اندازه گیری 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 می شود.

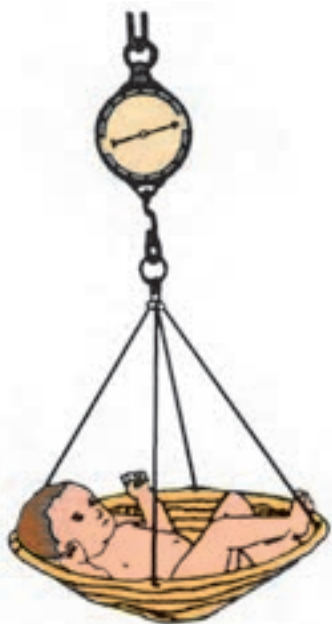
شکل های ۹-۱۴ تا ۹-۱۸ انواع مختلف ترازو را نشان می دهد :



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



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



شکل ۹-۱۷- ترازوی فنری عقربه دار



شکل ۹-۱۶- ترازوی شاهین دار آویز



شکل ۹-۱۸- ترازوی فنری استوانه ای برای توزین نوزادان و شیرخواران

دوره‌های رشد و نمو کودک

همان‌طور که قبلاً ذکر شد، رشد به بزرگ شدن ابعاد بدن و نمو و تکامل به تغییر عملکرد فرد اطلاق می‌شود؛ به‌طور مثال بلند شدن قد به عنوان شاخص رشد محسوب می‌شود ولی انداختن توپ 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 اعضا و دستگاه‌های بدن از جمله دستگاه گردش خون، دستگاه عصبی، دستگاه گوارش و کلیه‌ها دچار تغییرات و تحولانی 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 اعضا 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 تثبیت رفتار شخصی کودک دوران پراهمیتی می‌باشد.

۴- دوران پیش دبستانی و دبستانی: این دوران از ۶ سالگی تا حدود ۱۲-۱۱ سالگی را شامل می‌شود. در این دوران، کودک معمولاً به مدرسه رفته، آموزش‌های مختلف را فرا می‌گیرد. 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 ۱۲-۱۱ 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 آن چه در مورد رشد بیان شد میسر نیست. از این گذشته، نمو و تکامل کودکان علاوه بر مسایلی که بر رشد کودک اثر می گذارد تابع شرایط و علل گوناگون دیگری نیز هست که تعیین و تشخیص خود این عوامل نیز به آسانی میسر نمی باشد. عواملی نظیر ژنتیک و توارث، خصوصیات قومی و فرهنگی، علل اقتصادی و اجتماعی، مشخصات خانواده و بُعد خانوار، رتبه کودک در خانواده و بسیاری از علل دیگر بر نمو و تکامل کودک مؤثرند.

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

۱- ادراک بینایی

۲- حرکت دست ها

۳- حرکت اعضای بدن

۴- گفتار

۵- شنوایی و ادراک

جداول گوناگونی برای مشخص کردن نمو و تکامل کودک طراحی شده است. جدول ۱-۹ یک نمونه از این جداول است که سیر تکامل کودک از تولد تا ۴ سالگی را دربر می گیرد. این جدول از پایین به بالا برای سن کودک مرتب شده است و ردیف ها نشان دهنده سن کودک می باشد. لازم به ذکر است که جدول حداقل توانایی عملی در هر سن را نشان می دهد و معمولاً کودک طبیعی می تواند فعالیت های یک یا دو ردیف بالاتر از سن خود را نیز انجام دهد.

از آن جا که به خاطر سپردن این جداول کار ساده ای نیست نکات مهمی که در سنین مختلف باید مورد توجه و دقت شما قرار گیرد، در این جا به طور خلاصه آورده شده است.

۳ ماهگی

– وقتی او را روی شکم می گذارید می تواند سرش را نگه دارد.

– با چشم هایش دست های شما را دنبال می کند.

– لبخند می زند.

۶ ماهگی

– مادرش را می شناسد.

– می تواند اشیاء را در دست خود نگه دارد.

— از خود صداهایی شبیه غان و غون در می آورد.

۹ ماهگی

— می تواند بنشیند.

— 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 مدفوع خود را خبر می دهد.

— به خوبی حرف می زند.

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

۴-۶ سالگی

— دفع ادرار و مدفوع خود را کنترل می کند.

— به یادگیری علاقه مند است.

با توجه به مطالب ذکر شده اگر کودک یاار متوجه شد که رشد و نمو طفل مطابق سنش نیست باید

ضمن توجیه والدین و بدون نگران کردن آنان کودک را به پزشک معرفی نماید.



A- ادراک بینایی		B- حرکت دست‌ها		C- حرکات اعضای بدن		D- گفتار		E- شنوایی و ادراک شنوایی	
۱. دنبال کردن شیء متحرک با چشم	۱. جمع کردن انگشتان برای گرفتن چیزی	۱. بالا گرفتن سر و واکنش با در مقابل فشار	۱. بالا گرفتن سر و واکنش با در مقابل فشار	۱. مکیدن، تورت دادن، گریه کردن	۱. واکنش در مقابل صدای بلند	۱. واکنش در مقابل صدای بلند	۱. واکنش در مقابل صدای بلند	۱. واکنش در مقابل صدای بلند	۱. واکنش در مقابل صدای بلند
۲. نگاه کردن به صورت طرف مقابل	۲. خم کردن بازو و حرکت مفصل	۲. خم کردن بازو و حرکت مفصل	۲. خم کردن بازو و حرکت مفصل	۲. تعادل سر و حرکت باها هم زمان	۲. صداهای دیگر به جای گریه	۲. صداهای دیگر به جای گریه	۲. صداهای دیگر به جای گریه	۲. صداهای دیگر به جای گریه	۲. صداهای دیگر به جای گریه
۳. عقب‌نشینی گداز دور می‌شود	۳. چنگ زدن به لباس	۳. چنگ زدن به لباس	۳. چنگ زدن به لباس	۳. تکیه بر آرنج‌ها و تحرک هنگام حمل گرفتن	۳. صداهای قوی‌تر، تورت‌قورت و غیره	۳. صداهای قوی‌تر، تورت‌قورت و غیره	۳. صداهای قوی‌تر، تورت‌قورت و غیره	۳. صداهای قوی‌تر، تورت‌قورت و غیره	۳. صداهای قوی‌تر، تورت‌قورت و غیره
۴. توجه به شیء که در دست می‌گیرد	۴. بازی با دست‌ها	۴. بازی با دست‌ها	۴. بازی با دست‌ها	۴. راست کردن کمر و حرکات شش مانند	۴. لبخند زدن، خندیدن، ذوق کردن	۴. لبخند زدن، خندیدن، ذوق کردن	۴. لبخند زدن، خندیدن، ذوق کردن	۴. لبخند زدن، خندیدن، ذوق کردن	۴. لبخند زدن، خندیدن، ذوق کردن
۵. دیدن کشمش روی میز	۵. دراز کردن دست‌ها به طرف انبساط	۵. دراز کردن دست‌ها به طرف انبساط	۵. دراز کردن دست‌ها به طرف انبساط	۵. ستون کردن دست‌ها و غلبیدن به پشت	۵. بستن دهان و تورت دادن آب دهان	۵. بستن دهان و تورت دادن آب دهان	۵. بستن دهان و تورت دادن آب دهان	۵. بستن دهان و تورت دادن آب دهان	۵. بستن دهان و تورت دادن آب دهان
۶. نگاه داشتن چشم‌ها به طور موازی	۶. بردن انبساط دهان	۶. بردن انبساط دهان	۶. بردن انبساط دهان	۶. بلند کردن سر و کشیدن خود برای نشستن	۶. پاسخ با درآوردن صدا	۶. پاسخ با درآوردن صدا	۶. پاسخ با درآوردن صدا	۶. پاسخ با درآوردن صدا	۶. پاسخ با درآوردن صدا
۷. عقب‌نشینی شخصی در حال حرکت	۷. گرفتن ورها کردن انبساط	۷. گرفتن ورها کردن انبساط	۷. گرفتن ورها کردن انبساط	۷. حمل بدن روی پا و جھیدن روی زانو	۷. لبخیدن فاشی فرنی	۷. لبخیدن فاشی فرنی	۷. لبخیدن فاشی فرنی	۷. لبخیدن فاشی فرنی	۷. لبخیدن فاشی فرنی
۸. دنبال کردن شیء در حال سقوط با نگاه	۸. برآشتن در چیز از روی میز یا دو دست	۸. برآشتن در چیز از روی میز یا دو دست	۸. برآشتن در چیز از روی میز یا دو دست	۸. تعادل در حالت چهار دست و پا و غلبیدن روی شکم	۸. نوشیدن آب از استکان یا لیوان	۸. نوشیدن آب از استکان یا لیوان	۸. نوشیدن آب از استکان یا لیوان	۸. نوشیدن آب از استکان یا لیوان	۸. نوشیدن آب از استکان یا لیوان
۹. توجه به تصویر خود در آینه (۱)	۹. دادن شیء از دستی به دست دیگر	۹. دادن شیء از دستی به دست دیگر	۹. دادن شیء از دستی به دست دیگر	۹. به تنهایی نشستن و خیزیدن روی محکم	۹. تقلید کردن با نوک زبان	۹. تقلید کردن با نوک زبان	۹. تقلید کردن با نوک زبان	۹. تقلید کردن با نوک زبان	۹. تقلید کردن با نوک زبان
۱۰. نگاه به دست‌ها	۱۰. لمس و آزمائش	۱۰. لمس و آزمائش	۱۰. لمس و آزمائش	۱۰. بالا کشیدن خود از میز	۱۰. واکنش با صدا درآوردن	۱۰. واکنش با صدا درآوردن	۱۰. واکنش با صدا درآوردن	۱۰. واکنش با صدا درآوردن	۱۰. واکنش با صدا درآوردن
۱۱. شناختن شیء شمر خود	۱۱. تکان دادن شیء	۱۱. تکان دادن شیء	۱۱. تکان دادن شیء	۱۱. نشستن روی صندلی یا زمین بدون افتادن	۱۱. تقلید صداها	۱۱. تقلید صداها	۱۱. تقلید صداها	۱۱. تقلید صداها	۱۱. تقلید صداها
۱۲. پیدا کردن شیء پوشیده شده	۱۲. گرفتن انبساط یا دو انگشت	۱۲. گرفتن انبساط یا دو انگشت	۱۲. گرفتن انبساط یا دو انگشت	۱۲. زانو زدن و چهار دست و پا کردن	۱۲. آدا نمودن چهار صدای متفاوت	۱۲. آدا نمودن چهار صدای متفاوت	۱۲. آدا نمودن چهار صدای متفاوت	۱۲. آدا نمودن چهار صدای متفاوت	۱۲. آدا نمودن چهار صدای متفاوت
۱۳. ترجیح یک شیء بر شیء دیگر	۱۳. به هم زدن شیء	۱۳. به هم زدن شیء	۱۳. به هم زدن شیء	۱۳. راه رفتن یا گرفتن از پایه به میز یا میز	۱۳. جویدن نان به راحتی	۱۳. جویدن نان به راحتی	۱۳. جویدن نان به راحتی	۱۳. جویدن نان به راحتی	۱۳. جویدن نان به راحتی
۱۴. شناختن والدین و خواهر و برادرها	۱۴. میز زدن ریختن و جمع کردن انبساط	۱۴. میز زدن ریختن و جمع کردن انبساط	۱۴. میز زدن ریختن و جمع کردن انبساط	۱۴. هل دادن کالسکه	۱۴. خواستن چیزی با صدا	۱۴. خواستن چیزی با صدا	۱۴. خواستن چیزی با صدا	۱۴. خواستن چیزی با صدا	۱۴. خواستن چیزی با صدا
۱۵. نگاه به توپ در حال غلبیدن	۱۵. اشاره با انگشت نشانه	۱۵. اشاره با انگشت نشانه	۱۵. اشاره با انگشت نشانه	۱۵. ایستادن و راه رفتن به تنهایی	۱۵. صداهای او، او، او، ب، ب	۱۵. صداهای او، او، او، ب، ب	۱۵. صداهای او، او، او، ب، ب	۱۵. صداهای او، او، او، ب، ب	۱۵. صداهای او، او، او، ب، ب
۱۶. توجه به تصویر خود در آینه (۲)	۱۶. دور ریختن انبساط	۱۶. دور ریختن انبساط	۱۶. دور ریختن انبساط	۱۶. بلند کردن شیء از زمین	۱۶. به کار بردن دو لغت کامل	۱۶. به کار بردن دو لغت کامل	۱۶. به کار بردن دو لغت کامل	۱۶. به کار بردن دو لغت کامل	۱۶. به کار بردن دو لغت کامل
۱۷. ورق زدن کتاب مصور	۱۷. آشنامین از استکان یا فنجان به تنهایی	۱۷. آشنامین از استکان یا فنجان به تنهایی	۱۷. آشنامین از استکان یا فنجان به تنهایی	۱۷. بلند شدن بدون کمک دیگران	۱۷. تقلید صدای دو حیوان	۱۷. تقلید صدای دو حیوان	۱۷. تقلید صدای دو حیوان	۱۷. تقلید صدای دو حیوان	۱۷. تقلید صدای دو حیوان
۱۸. شناختن آشنایان از دور	۱۸. باز کردن بسته هدیه	۱۸. باز کردن بسته هدیه	۱۸. باز کردن بسته هدیه	۱۸. بالا خیزدن از پایه‌ها	۱۸. تقلید دو صدا	۱۸. تقلید دو صدا	۱۸. تقلید دو صدا	۱۸. تقلید دو صدا	۱۸. تقلید دو صدا
۱۹. چیدن انبساط مشابه کنار هم	۱۹. به ریختن کشیدن انبساط و با صفحه‌ها	۱۹. به ریختن کشیدن انبساط و با صفحه‌ها	۱۹. به ریختن کشیدن انبساط و با صفحه‌ها	۱۹. خم شدن برای بلند کردن انبساط	۱۹. به کار بردن یک لغت به جای یک کلمه	۱۹. به کار بردن یک لغت به جای یک کلمه	۱۹. به کار بردن یک لغت به جای یک کلمه	۱۹. به کار بردن یک لغت به جای یک کلمه	۱۹. به کار بردن یک لغت به جای یک کلمه
۲۰. تکان دادن برای بازی گفتنی به	۲۰. روی هم گذاشتن مهرها	۲۰. روی هم گذاشتن مهرها	۲۰. روی هم گذاشتن مهرها	۲۰. دیدن مسافت پیچ متر بدون افتادن	۲۰. حروف ا، ا، ا، د، د، د، و، و، و	۲۰. حروف ا، ا، ا، د، د، د، و، و، و	۲۰. حروف ا، ا، ا، د، د، د، و، و، و	۲۰. حروف ا، ا، ا، د، د، د، و، و، و	۲۰. حروف ا، ا، ا، د، د، د، و، و، و
۲۱. نگاه به دوست کردن بزرگ	۲۱. باز کردن زنجیر	۲۱. باز کردن زنجیر	۲۱. باز کردن زنجیر	۲۱. راه رفتن عقب عقب	۲۱. به کار بردن پنج لغت	۲۱. به کار بردن پنج لغت	۲۱. به کار بردن پنج لغت	۲۱. به کار بردن پنج لغت	۲۱. به کار بردن پنج لغت
۲۲. فهمیدن عوض کردن جای قوطی‌ها	۲۲. انداختن کشمش در شیشه	۲۲. انداختن کشمش در شیشه	۲۲. انداختن کشمش در شیشه	۲۲. بالا رفتن از پایه‌ها به کمک زوده‌ها	۲۲. بردن نام سه شخص	۲۲. بردن نام سه شخص	۲۲. بردن نام سه شخص	۲۲. بردن نام سه شخص	۲۲. بردن نام سه شخص
۲۳. نشان دادن اعضای بدن عروسک	۲۳. کشیدن خط روی کاغذ	۲۳. کشیدن خط روی کاغذ	۲۳. کشیدن خط روی کاغذ	۲۳. بالا رفتن از صندلی	۲۳. بردن چهار شیء	۲۳. بردن چهار شیء	۲۳. بردن چهار شیء	۲۳. بردن چهار شیء	۲۳. بردن چهار شیء
۲۴. چیدن انبساط مطابق تصاویر آنها	۲۴. درآوردن لباس	۲۴. درآوردن لباس	۲۴. درآوردن لباس	۲۴. زدن توپ با پا بدون زمین خوردن	۲۴. ادای دو فعل	۲۴. ادای دو فعل	۲۴. ادای دو فعل	۲۴. ادای دو فعل	۲۴. ادای دو فعل

۲۵. شناختن معنی ۲۰ لغت	۲۵. بازی در حال تستین سورا	۲۵. ورق زدن صفحات کتاب	۲۵. تشخیص بزرگ و کوچک
۲۶. شناختن نام ۸ شیء	۲۶. بازی در حال تستین	۲۶. داخل کردن میله در لوله	۲۶. کنار هم قرار دادن دو رنگ
۲۷. نشان دادن چهار شخص با یون نامشان	۲۷. بالا رفتن از پله بدون دست گرفتن به جایی	۲۷. بیرون رفتن نخود با کشش از بسته	۲۷. تشخیص دو فرم از یک دیگر
۲۸. شناختن مفهوم خطا حافظ (بازی)	۲۸. بالا رفتن سه پله از دربان	۲۸. به بالا پرتاب کردن توپ	۲۸. شناختن همسانه و سهگانان
۲۹. اجرای دستور «یکی دیگر بد»	۲۹. رفتن به حالت پالانس	۲۹. خوردن غذا با قاشق	۲۹. جدا کردن قاشق ها از جنگال ها
۳۰. اجرای دستور «هر دو را بیا»	۳۰. پریدن با زنجت با از زمین	۳۰. روی هم چیدن حداقل چهار مکعب	۳۰. جدا کردن تصاویر ها از یک دیگر
۳۱. فهمیدن مفهوم دو وصل مختلف	۳۱. رفتن سه متر روی پنجه با	۳۱. داخل کردن زنجیر در لوله	۳۱. شناختن لباس هایش
۳۲. انجام دو دستور با هم دیگر	۳۲. تکرار جمله چهار سیلابی	۳۲. به پنج کشیدن مهره ها	۳۲. جدا کردن قاشق جای خوری از سوب خوری
۳۳. نشان دادن حداقل ۶ عضو از بدن	۳۳. سؤال «این چه»	۳۳. در یک خط قرار دادن با با چشم بسته	۳۳. پیدا کردن دو شیء مختلفی شده
۳۴. فهمیدن انجام عملی از روی تصویر	۳۴. به کار بردن جمله سه کلمه ای	۳۴. دیدن مسافت ۱۵ متر بدون افتادن	۳۴. شناختن محیط اطراف
۳۵. شنیدن دو صدای مشابه	۳۵. صحبت با عورسک با اسباب بازی	۳۵. پرش از روی معلق	۳۵. شناسایی انجام کاری از روی تصاویر
۳۶. اجرای دستور «یکی به من بده»	۳۶. استفاده از حروف ر،س،ش،ز،گ	۳۶. پریدن از روی پله در حال جفت با	۳۶. تفاوت بین یکی و چند تا
۳۷. نشان دادن بزرگ و کوچک	۳۷. گفتن من، تو،مال من، مال تو	۳۷. راندن سه چرخه با ماشین بدالی	۳۷. ردیف کردن رنگ های اصلی
۳۸. فهمیدن چپ و راست	۳۸. به کار بردن جمع	۳۸. زدن با کدنگ با پا	۳۸. مرتب کردن طولی حداقل سه شیء
۳۹. نشان دادن رنگ قرمز	۳۹. تشریح انجام کاری از روی تصاویر	۳۹. حمل لیوان آب به مسافت ۲ متر	۳۹. مرتب کردن ۵ جفت تصویر
۴۰. نشان دادن چند ضلعی و دايره	۴۰. بردن اسامی پنج حیوان	۴۰. رفتن مسافت ۳ متر روی خط مستقیم	۴۰. داخل فرم واردان قوطی های تو خالی
۴۱. شنیدن داستان با علاقه	۴۱. تشریح آن چه دیده یا انجام داده	۴۱. جهش ۲ به جلو و ۵ به بالا	۴۱. تشخیص پنج شکل مختلف هندسی
۴۲. بیرون کشیدن یک حرف از میان کلمه	۴۲. به کار بردن گذشته افعال	۴۲. بالا رفتن از پله بدون عوض کردن پاها	۴۲. جهت یابی در خارج از منزل
۴۳. شناختن آگکست نسبت و سیاه	۴۳. خ،و،ش،و، استفاده از حروف ساکن	۴۳. حرکات دست ها هنگام راه رفتن	۴۳. مرتب کردن ماشین ها و حیوانات
۴۴. شناختن مفهوم دو	۴۴. توضیح بازی که انجام می دهد	۴۴. ایستادن ۲ تا به روی یک پا	۴۴. تشخیص کسیت های یک و دو از نظر پینالی
۴۵. فهمیدن صحیح و شب	۴۵. شرح داستان کوتاهی که شنیده	۴۵. لی لی کردن	۴۵. پیدا کردن سه شیء مختلفی شده
۴۶. شناختن مفهوم «بالا و پایین»	۴۶. به کار بردن جمله فوری همراه جمله اصلی	۴۶. پنج بار به جلو پریدن با جفت با	۴۶. شناسایی دختر و پسر
۴۷. فهمیدن مفهوم خسته و گرسنه	۴۷. استفاده از کی، چه کسی، کجا، چه وقت، چرا	۴۷. پریدن از روی پهل	۴۷. مرتب کردن تصاویر ناقص
۴۸. تشخیص پرندگان از دیگر جانوران	۴۸. به کار بردن حداقل دو کلمه متفاوت	۴۸. پایین آمدن از پله با عوض کردن پاها	۴۸. مرتب کردن تصاویر



از یک روزه تا یک ماهه



وضعیت نوزاد همان است که در دوره قبل از تولدش بوده، اگر دست‌ها و پاهای او را صاف کنید، مثل فتر 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 پاهایش نگاهدارید، راه می‌رود. اگر لب‌هایش را لمس کنید، مک می‌زند. پزشک برای این که مطمئن شود نوزاد طبیعی است تمام این واکنش‌ها 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 جا به جا می شود، دنبال می کند. شروع به خندیدن 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 خوابیده، اگر دست هایش را بگیرید و او را بلند کنید، سرش را محکم نگاه می دارد.



مشت 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 بنشیند. البته او را به بالشتی تکیه دهید. وقتی خوابیده سرش را بلند می‌کند، گویی می‌خواهد به تنهایی بنشیند. 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 برید 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 می‌قاپد.



مطالعه آزاد



وقتی که جورابش را درمی آورید، پایش را به دهانش می برد. چون عاشق مکیدن است، از این که چیز تازه ای برای مکیدن پیدا کرده، خوشحال است و می خندد. او دست ها، موها، گوش ها و تمام بدنش را هم به تدریج کشف می کند.



اگر دستش را بگیرید درست راه می رود، ولی مایل است سر و تنه اش را به سمت جلو دهد.



از پرت کردن اشیا لذت می برد؛ وقتی چیزی را می گیرد، هنوز محکم آن را نمی چسبد، زیرا نمی تواند اندازه اشیا را درست بسنجد؛ انگشت سبابه اش قدرت بیشتری دارد و هرچیز کوچکی، حتی خرده نان را نیز می تواند از روی زمین بردارد.





۸ تا ۱۲ 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 پا راه می‌رود، به طور نشسته خود را می‌کشانند، و یا روی سینه، مثل خرچنگ، می‌خزد.



هر طفلی به طریقی خود را جابه‌جا می‌کند، که حالت او در این هنگام معمولاً انعکاسی از شخصیت اوست.



حال که می‌تواند تنها بنشیند، مدتی طولانی در پارکش می‌نشیند. او هم چنین قادر است خم شود، بگردد و بدون این که بیفتد چیزی را بردارد.



۱۲ تا ۱۸ ماهگی



او درحالی که پاهایش را از هم دور نگه می‌دارد؛ بالاتنه‌اش را جلو می‌دهد و دست‌هایش را برای حفظ تعادل در دو طرف به صورت افقی درمی‌آورد راه می‌رود. هنوز چهار دست و پا از پله‌ها بالا نمی‌رود. روی صندلیش می‌ایستد و می‌کوشد از سایر صندلی‌ها بالا برود.



در حالی که قبلاً دست‌ها برای گرفتن اشیاء به یک‌دیگر کمک می‌کردند، حالا می‌کوشد از هریک از دست‌هایش به تنهایی استفاده کند.



می‌تواند مکعبی را به شما بدهد؛ هنوز نمی‌تواند توپش را پرت کند؛ می‌تواند یک شیء کوچک را در داخل یک شیء بزرگتر قرار دهد؛ می‌کوشد با مکعب‌هایش یک برج بسازد ولی نمی‌تواند.



مطالعه آزاد



می‌تواند کتاب را ورق بزند، اما چند برگ را باهم می‌گرداند؛ تصاویر را نشان می‌دهد؛ وقتی خسته می‌شود کتاب را به کناری می‌اندازد.



۱۸ تا ۲۴ ماهگی

از کشف کردن و جابه‌جا کردن لذت می‌برد. او حالا آن‌قدر از دست‌ها و پاهایش مطمئن شده است که بتواند با اشتیاق کامل برای اکتشافاتش از آنها استفاده کند.



او مداد را در دستش می‌گیرد، ولی خط‌هایی که می‌کشد کج و معوج است و راست در نمی‌آید. از طرفی بچه توجّهی هم به این موضوع ندارد و بیشتر مایل است کاغذ را خط‌خطی کند، بعد هم با همان اشتیاق آن را محاله و پاره کند.



مطالعه آزاد



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 به شمار می روند.



او می تواند قاشقش را به دست بگیرد ولی وقت غذا خوردن خیلی خودش را کثیف می کند. در عین حال، به هنگام غذا خوردن سر و صدای زیادی راه می اندازد و به هنگام آب خوردن گلوش صدا می دهد.



دویدن برایش بسیار لذت بخش است. دوست دارد که دنبالش کنید، ولی اغلب به در و دیوار یا مبل و صندلی می خورد؛ او با داد و فریاد اشیاء را می کشد، هل می دهد و می زند.



۲ تا ۲ و ۱ سالگی



او می‌دود و قادر است به هنگام دویدن به چپ و راستش نگاه کند. او می‌تواند با یک دست توپش را پرت کند و با پایش به آن ضربه‌ای وارد آورد. اگر دستش را بگیرد 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 دقت 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 بیچاند احساس غرور خواهد کرد.



در کتاب تصاویر فنجان، خرس و توپ را تشخیص می دهد و آنها را با احساس پیروزی نشان می دهد. صفحات کتاب را یک به یک ورق می زند.



او قادر است ۷ عدد از مکعب هایش را روی هم بگذارد. مداد را دیگر در مشتش نمی گیرد، بلکه با انگشت هایش مداد را گرفته و روی کاغذ خط می کشد.



او بی کمک روی سه چرخه اش می نشیند، و می تواند پا بزند و سه چرخه را به جلو براند.



۱ تا ۳ سالگی

تا به حال به هنگام بالا رفتن از پله هر دو پایش را روی یکایک پله‌ها می‌گذاشت، ولی از این پس با هر پایک پله را بالا می‌رود. هم چنین قادر است پاهایش را جفت کند و به جلو ببرد.



در این سن کودک زیاد می‌گریزد، زیرا هنوز به حرکات خود کاملاً مسلط نشده است و بسیار اتفاق می‌افتد که به در و دیوار یا زمین می‌خورد.



بی کمک، کفش‌هایش را می‌پوشد، ولی اغلب آنها را چپ و راست به پا می‌کند.



۳ سالگی



او تعادل پیدا کرده است و مثل بزرگسالان راه می‌رود و به هنگام پایین آمدن از پله‌ها نرده‌ها 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 بریزد بی‌آن که سر برود. هم چنین می‌تواند روی کاغذ علامت به علاوه را بکشد.



از مسواک کردن دندان‌هایش احساس غرور می‌کند.

راهنمای کار عملی

هنرآموز در مرکز بهداشتی-درمانی حضور می یابد و در واحد مراقبت از کودکان زیر ۶ سال طرز استفاده از ترازوهای مختلف را فرا می گیرد و در انجام این مراقبت ها مشارکت می کند. این مراقبت ها شامل اندازه گیری وزن، قد، دور سر، ارزیابی رشد کودک و واکسیناسیون او می باشد.

هم چنین هنرآموز در آموزش های مورد نیاز مادران در زمینه تغذیه و بهداشت فردی، به کاردان مربوطه کمک می نماید.

آزمون نظری



- ۱- رشد و نمو را تعریف کنید.
- ۲- عوامل مؤثر بر رشد کودک را توضیح دهید.
- ۳- شاخص های پایش رشد را توضیح دهید.
- ۴- مؤثرترین و دقیق ترین شاخص پایش رشد را نام ببرید.
- ۵- هدف از اندازه گیری دور سر را توضیح دهید.
- ۶- منحنی رشد و کاربرد آن را توضیح دهید.
- ۷- برنامه زمانی اندازه گیری وزن کودکان را شرح دهید.
- ۸- عوامل مؤثر در نمو کودک را نام ببرید.
- ۹- شاخص های 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

هدف های رفتاری : در پایان این فصل، فراگیر 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- پیام های اساسی برنامه ایمن سازی را توضیح دهد.

مقدمه

از سال ها پیش دانشمندان متوجه شده بودند که وقتی افراد به بیماری هایی نظیر 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 «مصونیت» یا «ایمنی» می گویند سال ها فکر اندیشمندان را به خود مشغول ساخته بود. بزرگمردانی 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 گاوهای 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 پزشکی و پیشگیری از بیماری ها منجر به پدید آمدن برنامه های «ایمن سازی» و «واکسیناسیون» گردید.

۱- Edward Jenner

۲- Louis Pastur

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

واکسیناسیون چیست؟ وارد کردن ویروس یا میکروب ضعیف یا کشته شده و یا سم ضعیف شده به بدن را به طریق مناسب «واکسیناسیون» می گویند. این عمل سبب بیماری فرد نمی شود ولی باعث می گردد تا سیستم دفاعی بدن با شناخت عامل بوجود آورنده بیماری علیه آن موادی بسازد که به آنها «پادتن» می گویند. حال، در صورت ورود میکروب یا عامل بیماری ز^۱ به بدن فرد، وی می تواند با استفاده از این پادتن ها به مقابله با بیماری بپردازد. ایمنی که به این طریق به دست می آید را «ایمنی فعال» می گویند.

اهمیت واکسیناسیون

تا قبل از انجام برنامه های واکسیناسیون، سالانه میلیون ها کودک در اثر ابتلا به بیماری های قابل پیشگیری جان خود را از دست می دادند و یا دچار معلولیت هایی نظیر فلج، کوری و عقب افتادگی ذهنی می گردیدند. امروزه نیز علیرغم کوششهای بین المللی در اجرای این برنامه و افزایش پوشش واکسیناسیون، برنامه هنوز به سطح کاملاً مطلوب نرسیده است و پوشش واکسیناسیون در بعضی از کشورهای در حال توسعه نزدیک 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، سیاه سرفه و کزاز نوزادان جلوگیری به عمل آید اما متأسفانه هنوز در کشورهای جهان سوم هر ساله بیش از ۳ میلیون کودک به علت عدم دریافت واکسن های ضروری تلف می شوند.

برنامه ایمن سازی، یکی از مؤثرترین سلاح های مبارزه و پیشگیری از بیماری ها است و انجام واکسیناسیون به موقع یکی از اجزای مهم مراقبت های بهداشت خانواده می باشد. به همین دلیل، لازم است تا کودکان عزیز ضرورت و اهمیت واکسیناسیون را درک کرده و پدران و مادران را تشویق نمایند کودکان خود را در وقت مقرر واکسینه کنند. برنامه گسترش ایمن سازی که اصطلاحاً EPI^۲ نامیده می شود، مبارزه با بیماری های سرخک، سیاه سرفه، سل، پولیومیلیت (فلج اطفال) دیفتی و کزاز را در سرلوحه کار خود قرار داده است.

۱- در سال های اخیر دانشمندان متوجه شده اند که قسمتی از میکروب یا ویروس (submit) ایجاد کننده بیماری مهم می تواند در بدن

یک نوع ایمنی ایجاد نماید که در این حالت نیز فرد واکسینه به بیماری ناشی از آن میکروب یا ویروس مبتلا نمی گردد.

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٪ و نیز با توجه به وضعیت اپیدمیولوژیک بیماری‌ها در کشور واکسن‌های سرخجه 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 سرخجه 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 ثورات پوستی، تب و سرفه مشخص می‌شود و یکی از شایع‌ترین بیماری‌های دوران کودکی است که تقریباً صددرصد 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 سوء تغذیه هستند به مراتب بیشتر و شدیدتر بروز می‌کند. میزان تلفات سرخک در کشورهای در حال توسعه ۲٪ است که در صورت وجود سوء تغذیه 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 بزاقی و بناگوشی و یا زیربانی فکی شروع می‌شود. درد و تورم غدد بزاقی در عرض چند روز کاهش می‌یابد. عوارض اوریون شامل تورم بیضه، تخمدان، لوزالمعده و انسفالیت (ورم مغزی) است که غالباً در هفته دوم بیماری اتفاق می‌افتد.

سرخجه: یک بیماری خفیف ویروسی است که در کودکان شایع می‌باشد. دوره نهفتگی بیماری ۲۱-۱۴ روز است. علائم 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 ۳-۲ روز برطرف می‌شود. گره‌های لنفاوی در پس گردن بزرگ شده و ممکن است تا ۳ هفته باقی بمانند. سرخجه در کودکان و زنان حامله بسیار خفیف است اما اهمیت سرخجه به دلیل ایجاد بیماری سرخجه 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 گردند.

سیاه سرفه: بیماری حادّ 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 ۱۰٪ از مبتلایان را می‌کشد و کسانی هم که بهبود پیدا می‌کنند به علت ضعف دوران نقاهت، در معرض حمله بیماری‌های عفونی دیگر قرار می‌گیرند.

دیفتری و کزاز: در کل، اگرچه چندان شایع نیستند اما میزان کشندگی 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 در گذشته یکی از علل اصلی مرگ و میر کودکان به شمار می‌رفته است ولی امروزه با وجود اینکه شیوع کمتری دارد به علت کشندگی بالای آن واکسیناسیون علیه آن اهمیت فوق‌العاده دارد.

کزاز: یک بیماری عفونی است ولی از طریق مستقیم یعنی فرد به فرد منتقل نمی‌شود. یعنی تماس با فرد بیمار بی‌خطر است. میکروب آن همه جا به‌ویژه در خاک یافت می‌شود. این میکروب می‌تواند از راه زخم آلوده به بدن وارد شود و پس از تکثیر، شروع به ترشح زهری کند که یکی از کشنده‌ترین زهرهای شناخته شده است. سم این میکروب، روی دستگاه عصبی اثر کرده، باعث پیدایش انقباضات دردناک 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 سنی امکان‌پذیر است ولی در دوران نوزادی بسیار خطرناک می‌باشد. کزاز 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 کزاز می‌گردد و در بسیاری از اوقات تلف می‌شود. برای پیشگیری از کزاز نوزاد، مادر نیز باید علیه کزاز مصون گردد. برای پیشگیری از کزاز نوزاد مادر باید بر علیه کزاز مصون گردد. با توجه به کوشش‌های انجام شده در کشورمان و واکسیناسیون وسیع مادران باردار، در سال‌های اخیر

میزان کزاز نوزادی به حداقل میزان خود رسیده است، اما واکسیناسیون مادران باردار بر علیه دیفتری و کزاز همچنان توصیه می‌گردد.

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

بیشتر از ۷۰٪ بیمارانی که دچار فلج اطفال از نوع فلجی شوند آثار این فلج شل را به صورت ناتوانی تا آخر عمر همراه خواهند داشت. در ۲۰ سال گذشته، استفاده از واکسن پولیو کاهش چشمگیری در میزان بروز فلج اطفال، به همراه داشته است و خوشبختانه این بیماری از سال ۱۳۸۰ به بعد در ایران گزارش نشده و در آستانه ریشه کنی 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 علائم آن شامل تهوع، استفراغ، تب، بی‌اشتهایی شدید، کهیرو 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 می‌تواند بیماری‌زا باشند.

افراد پرخطر شامل پرسنل پزشکی، افراد بی‌بندوبار، نوزادان و مادران مبتلا می‌باشند که باید علیه این بیماری واکسینه شوند (جدول ۱-۱۰).

جدول ۱-۱۰- برنامه ایمن سازی هپاتیت ب برای افراد پرخطر

ایمن سازی علیه بیماری «هپاتیت ب» برای گروه های پرخطر	
نوبت	زمان تزریق
اول	در اولین مراجعه
دوم	یک ماه بعد از نوبت اول
سوم	شش ماه بعد از نوبت اول

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

راهنمایی: واکسن بیماری های دیفتري، کزاز و سیاه سرفه به طور همراه و تحت عنوان واکسن سه گانه یا ثلاث تلقیح می شود. واکسن ب ث ژ واکسن ضدسل می باشد. تجویز واکسن سه گانه به اطفال بیش از ۶ سال ممنوع است و به جای آن از واکسن دوگانه خردسالان (دیفتري و کزاز (DT) استفاده می شود. واکسن بیماری های سرخجه، سرخک و اوریون با نام MMR می باشد.

جدول ۲-۱۰ به معرفی علائم اختصاری واکسن های برنامه گسترش ایمن سازی کشورها اشاره

کرده است.

جدول ۲-۱۰- علائم اختصاری واکسن ها

بیماری ها و علائم اختصاری واکسن های برنامه گسترش ایمن سازی		
نام بیماری	واکسن مربوط	علائم اختصاری
سل	ب. ث. ژ	BCG
دیفتري، کزاز، سیاه سرفه	سه گانه (ثلاث)	DTP
دیفتري، کزاز	دوگانه خردسالان	DT
	دوگانه بزرگسالان	Td
فلج اطفال	پولیو خوراکی	OPV
	پولیو تزریقی	IPV
سرخک، سرخجه، اوریون	سرخک، سرخجه، اوریون	MMR
کزاز	توکسئید کزاز	TT
هپاتیت ب	هپاتیت «ب»	Hep.B

برنامه زمانی واکسیناسیون

جدول ۳-۱ 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 ۳-۱ برنامه ایمن سازی کودکان

برنامه ایمن سازی کودکان با توجه به شرایط اپیدمیولوژیک کشور		
سن	نوع واکسن	توضیحات
بدو تولد	ب.ث.ژ، فلج اطفال*	در کودکان زیر یک سال، مقدار واکسن «ب.ث.ژ» (۰/۰۵) میلی لیتر معادل نصف دوز بالغین است.
۲ ماهگی	سه گانه، فلج اطفال، هیپاتیت ب	
۴ ماهگی	سه گانه، فلج اطفال	
۶ ماهگی	سه گانه، فلج اطفال، هیپاتیت ب	
۱۲ ماهگی	MMR	این واکسن شامل واکسن های سرخک، سرخچه و اوریون می باشد.
۱۸ ماهگی	سه گانه، فلج اطفال، MMR	
۶ سالگی***	سه گانه، فلج اطفال	

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

** واکسن هیپاتیت 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 دوگانه ویژه 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، علایمی نظیر تب، سرفه تک تک، آبریزش از چشم و بینی و حالتی شبیه سرماخوردگی در کودک ایجاد می شود که نشانگر مؤثر بودن و به اصطلاح عوام، گرفتن 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، پانسمان 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 نباید آن را دستکاری نمود. این عارضه نیز اغلب خودبه خود بهبود می یابد و در صورت لزوم توسط پزشک متخصص درمان خواهد شد.



نکات مهم

- ۱- شروع برنامه ایمن سازی کودکان نارس همانند جدول ایمن سازی عادی است.
- ۲- نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲۰۰۰ گرم بایستی 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 خونریزی‌دهنده، همه واکسن‌های تزریقی بایستی زیر نظر پزشک انجام گیرد.
- ۶- سوء تغذیه نه تنها مانعی برای ایمن‌سازی نیست، بلکه ایمن‌سازی به موقع کودکان مبتلا به سوء 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 و ویروسی تزریقی به‌طور 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 و ویروسی (به جز واکسن پولیو 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 صعب‌العبور، فاصله واکسیناسیون سه‌گانه، فلج اطفال و نوبت‌های اول و دوم «هپاتیت ب» را به یک‌ماه 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 نشان‌دهنده 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 عوارض آن غالب باشد.
- ۱۶- در صورتی که مابین دُزهای یک واکسن فاصله‌ای بیش از مقدار توصیه شده باشد نیازی به شروع مجدد سری واکسیناسیون از ابتدا یا تجویز دُز اضافی نیست و بایستی 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 بایستی 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 ۲/۵ 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 فوقانی 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 سه ماهگی و بالاتر واکسن ب.ث.ژ دریافت نموده‌اند و در مدت ۷۲ ساعت در محل تزریق واکنش نشان داده‌اند بایستی 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 بایستی انجام شود. لیکن بهتر است در صورت در دسترس بودن

به جای OPV از IPV استفاده شود.

۲۷- اگر کودکی در هنگام دریافت قطره فلج اطفال مبتلا به اسهال شدید باشد و همزمان 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 فلج 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 فلج 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 فلج 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 آترزی مری (Esophageal Atresia) که دارای گاستروستومی می‌باشند بهتر است، به جای OPV از واکسن تزریقی فلج اطفال (IPV) استفاده گردد.

۳۲- در کودکان دارای نقص اولیه سیستم ایمنی و کودکان تحت درمان با داروهای پایین 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 همزمان با تزریق واکسن سه گانه یک دز قطره استامینوفن تجویز و به والدین آموزش داد تا در صورت تب یا بی‌قراری هر چهار ساعت آن را تکرار کنند.

۳۴- اگر پس از تزریق واکسن سه گانه، درجه حرارت بدن کودک بالاتر از ۴۰ درجه سانتی گراد (زیر بغل)، 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 دوگانه 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 نباید 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 ایمنی 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 ایمنی بزرگسالان در مقابل دیفتری توصیه می شود در کلیه مواردی که باید در بالغین واکسن کزاز تزریق شود، منجمله در زنان باردار و زنان سنین باروری (۴۹-۱۵ 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 «ایمونوگلوبولین» 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 ایمونوگلوبولین اختصاصی، تزریق واکسن «هپاتیت ب» به تنهایی نیز در ساعات اولیه پس از تولد حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد ایمنی 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 ایمونوگلوبولین 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 ۱۵-۹ 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» هیچ‌گونه 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 آغشته به خون به نحوی در تماس هستند شامل: پزشکان، پرستاران، ماماها، 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 عقب‌مانده ذهنی و پرسنل مؤسسات نگهداری این کودکان و خانه سالمندان و معلمان مدارس استثنایی

ه) آتش‌نشان‌ها، امدادگران اورژانس، زندانبانان، 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.

۵۰- برای تعیین نیاز به دُز یادآور در گروه‌های پزشکی مندرج در بند ۴۹ ردیف الف که سه نوبت واکسن دریافت نموده‌اند با توجه به تیتراژ 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 تیتراژ 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 دز معمولی را دریافت نماید.

ب) چنانچه فردی در گذشته دور واکسن هپاتیت ب دریافت نموده، (بیش از سه ماه) پس از بررسی سطح آنتی‌بادی، با توجه به نتایج به شرح ذیل اقدام گردد :

– چنانچه تیتراژ آنتی‌بادی وی بیش از 10 IU/ml باشد نیازی به دز یادآور ندارد.

– چنانچه تیتراژ آنتی‌بادی این فرد کمتر از ده باشد یک نوبت دز یادآور دریافت می‌نماید و حداقل دو هفته بعد سطح آنتی‌بادی مجدداً کنترل شده و در صورتی که تیتراژ پایین‌تر از 10 IU/ml باشد دو نوبت دیگر واکسن دریافت می‌نماید.

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

– بیماران دیالیزی بایستی 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 آنتی‌بادی 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- اندازه‌گیری تیتراژ آنتی‌بادی گروه‌های مندرج در بند ۵۰ و ۵۱ جزء وظایف مراکز بهداشت نبوده و فقط در صورت وجود شرایط فوق تأمین واکسن هپاتیت B به‌عهده مراکز بهداشتی است.

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

۵۴- خانم‌های سنین باروری بعد از تزریق واکسن سرخجه یا MMR حداقل تا یک ماه بایستی از بارداری شدن پرهیز نمایند ولیکن تزریق این واکسن در هر شرایطی در دوره بارداری دلیلی برای سقط درمانی نمی‌باشد.

..... پایان مطالعه آزاد

راهنمای کار عملی

هنگامی که در میان همکاران با مسئول واکسیناسیون، در روز واکسیناسیون در مراکز بهداشتی-درمانی حضور می‌یابند. ضمن آشنا شدن با نحوه نگهداری واکسن‌ها در یک روز کاری ناظر انجام واکسیناسیون کودکان مراجعه کننده خواهند بود و در تعیین تاریخ بعدی مراجعه 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 کزاز را بیان کنید.
- ۶- علائم بیماری فلج 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 فلج 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، فراگیر 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 اسباب‌بازی 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 تحولی تازه است. از نظر تکامل عصبی و از جنبه‌های هوشی عاطفی و اجتماعی، دوران شیرخوارگی دوره‌ای حساس و سرنوشت‌ساز است. از نظر ابتلا به بیماری‌ها 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 مسایل و نکات بهداشتی مربوط به این دوره از زندگی برای حفظ و ارتقای سلامتی کودک ضروری به نظر می‌رسد.

عمده‌ترین 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 اولین دندان شیری در سن 1 ± 6 ماهگی درمی‌آید و تا حدود ۲/۵ سالگی کودک بتدریج دارای ۲۰ 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 درنیابود نیازمند بررسی است و باید به پزشک معرفی گردد.

قبل و به هنگام درآوردن هر دندان، علایمی نظیر آبریزش از دهان، گاز گرفتن و جویدن اشیاء 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 وسایلی برای گاز گرفتن در اختیار کودکان قرار می‌دهند که اصطلاحاً به آن «دندان‌گیر» می‌گویند. در این مورد اولاً باید در انتخاب آن دقت شود تا مواد و رنگ آنها از موادی که برای سلامتی زیان‌آور 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 لثه‌ها نان برشته در اختیار طفل گذاشته شود. در این صورت طفل کم‌کم به خوردن غذاهای جامد نیز عادت خواهد کرد.



۱



۲



۳



۴



۵



۶



۷

شکل ۱-۱۱- ترتیب دندان درآوردن بچه‌ها

مسأله 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 می شود اگر به درستی مصرف نگردد می تواند باعث سیاه شدن دندان ها گردد. قطره را باید در عقب زبان کودک ریخت تا با دندان ها تماس نداشته باشد و بعد از مصرف آن باید به طفل آب داده شود و دندان های او پاک گردد.

داروهایی مثل تتراسیکلین نیز در سن قبل از ۸ سالگی می تواند باعث رنگ گرفتگی دندان ها شود. بنابراین باید به والدین آموزش داده شود از مصرف خودسرانه داروها خودداری کنند.

بهداشت دندان ها: توجه به تغذیه کودک یکی از اصول مهم سلامت دندان ها است. باید دقت نمود در تغذیه کودک مواد لازم و کافی برای تشکیل دندان های سالم وجود داشته باشد. موادی چون کلسیم، فسفر و ویتامین های A و D برای تشکیل دندان ها ضروری هستند. این مواد در غذاهایی نظیر شیر، تخم مرغ، سبزیجات و میوه ها وجود دارد و باید در برنامه غذایی مادران شیرده وجود داشته باشد و هنگامی که طفل به غذا خوردن می افتد این مواد در غذای روزانه او موجود باشد.

نکته دیگر در مورد تغذیه کودک پرهیز از مصرف بی رویه مواد قندی خصوصاً در بین وعده های غذایی است. موادی نظیر شکلات و نظایر آن باعث پوسیدگی دندان ها می شوند.

تغذیه کودک با بطری خصوصاً با آب قند و مواد شیرین باعث پوسیدگی دندان ها می شود. پوسیدگی دندان ها بخصوص در میان اطفالی که به خوابیدن با بطری عادت داده شده اند به فراوانی دیده می شود.

پوسیدگی دندان چیست؟ باکتری های موجود در دهان، می توانند مواد قندی باقیمانده روی دندان ها و دهان را تخمیر کنند. حاصل این تخمیر اسیدهای آلی است که روی مینای دندان ها اثر کرده، باعث ایجاد حفره کوچکی می شوند. این حفره بتدریج پیشرفت کرده، حالت پوسیدگی دندان را ایجاد می کنند. مسواک زدن از چه زمانی آغاز شود؟

معمول است که می گویند مسواک زدن از زمانی باید آغاز شود که اولین دندان جوانه می زند ولی عملاً این کار تا حدود سن ۳ سالگی که طفل خود می تواند مسواک بزند توسط والدین انجام می شود؛ بدین ترتیب که ابتدا پس از هر وعده غذا خوردن طفل، دندان های او را با یک گاز تمیز پاک کنند. بتدریج که طفل می تواند مسواک بدست گیرد، بدست او مسواک بدهند و او را به این کار تشویق کنند. بچه ها معمولاً رفتار بزرگترها و والدین را تقلید می کنند. بنابراین یکی از روشهای مؤثر یاد دادن مسواک زدن به بچه ها این است که خود والدین نیز دندان های خود را مرتب در جلوی طفل مسواک بزنند.

برای جلب همکاری کودک در این مورد، روشهای مختلفی وجود دارد مثلاً می توان آن را با بازی توأم ساخت و در موقع مسواک زدن مثلاً به کودک گفته شود مانند جوجه 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 عواقب آن پیشگیری شود.

گریه کودک: اغلب شیرخواران در ساعاتی از شبانه‌روز گریه 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 تنهایی می‌باشد 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 ۳-۲ 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 بعدازظهر 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.

ازجمله 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 تک‌سیلابی مداوم مثل صدای زنگ ساعت یا رادیو، اسباب‌بازی گول‌زننده بچه یا قرار دادن یک بطری آب نیم‌گرم 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 با این گریه به غیر از گریه‌های معمول طفل باشد و همچنین مواقع 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 علائم 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 کهنه 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 مضرتر 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 احتباس مدفوع، یبوست مزمن، بی‌اختیاری در دفع مدفوع یا اختلال در رابطه بین کودک و والدین منجر شود و اغلب هم، موفقیت در مقابله با خواسته‌های یک کودک نوپا ناممکن است و تحمیل کردن خواسته‌ها نیز با استقلال طلبی کودک در حال رشد تداخل دارد و حس تحقیر و سوءظن را در کودک تقویت می‌نماید.

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

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 می خواهد به توالت برود یا نه ممکن است با حرکت سر بگوید «نه». وقتی موقع ادرار کردن نزدیک می شود کلماتی از قبیل «اوه» به زبان می آورد و نشان می دهد که باید ادرار کند. در ۲۱ ماهگی هنگامی که خود را تر کرده باشد با اشاره به شلوارش این مطلب را می فهماند. در دو سالگی، کودک بهتر می تواند ادرار خود را کنترل کند و تقریباً همیشه احتیاج خود را برای دفع ادرار و مدفوع بیان می کند. در ۲/۵ سالگی فاصله بین ادرار کردن طولانی می شود، کودک برای ادرار کردن فعالیت خود را متوقف می کند و پس از آن دوباره به فعالیت خود ادامه می دهد.

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.

مراقبت های بهداشتی به هنگام ختنه کردن پسران

ختنه کردن، سنت پسندیده ای است که در شرع مقدس ما در مورد پسران واجب گردیده است و از این گذشته سال هاست 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 می شود.

در مورد سن مناسب ختنه کردن پسران، نظرات گوناگونی ابراز شده است ولی امروزه توصیه می شود که این عمل در دوران نوزادی انجام شود و چنانچه این عمل به تأخیر افتد 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 خویش 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. روش های مختلفی برای ختنه کردن وجود دارد ولی اکثر صاحب نظران هنوز روش سنتی ختنه کردن به وسیله جراحی را توصیه می کنند.

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 (ابی تلیوم) 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 مجرا و یا تنگی سوراخ سر آلت، کودک را جهت معاینه نزد پزشک ببرند.

زخم ناشی از ختنه کردن معمولاً پس از یک هفته ترمیم می‌یابد 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 بی‌قراری بیش از حد کودک و وجود تب باید کودک را به پزشک نشان داد.

نقش بازی و اسباب‌بازی در رشد و تکامل کودک

بازی اثر زیادی روی رشد جسمانی، روانی و اجتماعی کودک نوپا دارد. بتدریج بازی انفرادی 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 می‌یابد. رشد عضلات ریز و درشت از راه بازی بیشتر می‌شود. در جریان بازی انرژی اضافی تخلیه می‌شود. اگر چه نوپایان هنوز از بازی انفرادی و رفتار تماشاگرانه بیشتر لذت می‌برند، ولی با این وجود، به طور قابل توجهی درگیر 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 اسباب‌بازی، 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 تنش‌ها و عصبانیت‌ها می‌شود. مثلاً کودک خشمگین و عصبانی ممکن است با ضربه زدن به یک توپ نرم یا کوبیدن میخ بر تخته آرام گیرد.

انتخاب اسباب‌بازی مناسب سن کودک ظرافت‌های ویژه‌ای دارد. در انتخاب اسباب‌بازی باید توجه داشت قیمت اسباب‌بازی و پرزرق و برق بودن آن ملاک انتخاب قرار نگیرد. اسباب‌بازی باید ضمن اینکه کودک را سرگرم می‌کند حواس کودک را نیز پرورش دهد. در اینجا چند مثال از این مورد برای سنین 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، فشار دادن 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 اشیاء لذت می برد. کودک این کار را نه از روی لجبازی بلکه برای اینکه ببیند اشیاء کجا می افتند انجام می دهد. بنابراین بهتر است اسباب بازی های نشکن در اختیار او قرار داد.

۱۲ تا ۱۸ ماهگی: هُل دادن یک اسباب بازی چرخدار در این سن مورد علاقه کودک است. وقتی هم می نشیند دوست دارد با دست هایش که مهارت بیشتری یافته اند کار کند. می توان برای او مکعب هایی که داخل هم می روند خرید.

۱۸ ماهگی تا ۲ سالگی: در این سن کودک از بازی با اسباب بازی های چند قسمتی لذت می برد. مثلاً کامیون پلاستیکی که قسمت بار آن پر و خالی می شود یا جعبه هایی که سوراخ هایی برای شکل های مختلف دارد و کودک هر شکل را در جای خود می گذارد.

۲ تا ۲/۵ سالگی: تا این سن دختران و پسران بازیچه های مشترکی دارند ولی کم کم به خاطر یادگیری های فرهنگی پسر ها مثلاً ماشین و دختران عروسک را ترجیح می دهند، اما در جدا کردن اسباب بازی ها بین دو جنس نباید وسواس زیادی بخرج داد.

۲/۵ تا ۳ سالگی: در این سن تقلید کردن از والدین، مورد علاقه کودکان است. پسر از ماشین رانی لذت می برد و دختر پختن غذا و کارهای خانه را ترجیح می دهد. در هر مورد می توان اسباب بازی های مناسب در اختیار کودک قرار داد.

۳ سالگی: در این سن بچه ها بازی های تخیلی را دوست دارند. بچه ها با اسباب بازی نقش مشاغل مختلف را بازی می کنند مثلاً فروشنده می شوند، نقش دکتر را بازی می کنند و نظایر آن. بچه ها در این سن می توانند نقاشی کنند.

... و بتدریج که سن کودک افزوده می شود می توان بر حسب ذوق و سلیقه کودک اسباب بازی هایی در اختیار وی قرار داد. اما همواره به خاطر داشته باشیم که اسباب بازی ها حوادث زیادی آفریده اند و بعضی از انواع اسباب بازی می توانند 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 نزدیک می شود. در این دوران، اگرچه سرعت رشد به میزان شیرخوارگی نیست ولی به علت اینکه فعالیت و جنب و جوش کودک بیشتر می شود نیاز او به مواد غذایی نیز افزون تر می گردد. این دوران،

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

باید غذای کودک متنوع باشد و انواع گروه های 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 بی رویه نمک و مواد و غذاهای چرب به علت عوارضی که مصرف این نوع مواد در سلامت آینده کودک دارند خودداری شود. مصرف تنقلات و شیرینی ها و شکلات ها در بین وعده های غذایی به غیر از ایجاد پوسیدگی دندان ها، سبب بی اشتهاپی طفل شده، مانع از رسیدن مواد غذایی اصلی به بدن وی می گردند 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 می شود :

جویدن ناخن ها : 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 نشانه ای از حالات اضطرابی در کودک است. این کودکان در مواقعی که نگران یا متوحش هستند شروع به جویدن ناخن خود می کنند. در برخورد با این مسأله در کودکان، باید از سرزنش و تنبیه طفل به این علت خودداری کرد؛ چون، این کار باعث تشدید عارضه در طفل می گردد. مالیدن مواد تلخ و بدمزه روی انگشت نیز بندرت مؤثر واقع می شود.

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

برای دختر بچه ای که سنش بیش از ۳ سال است گاه توضیح در مورد زیبایی ناخن ها اگر با مهربانی 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 می شود که قاعدتاً کودک باید اختیار ادرار خود را داشته باشد. شایع ترین 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 مسأله ممکن است طولانی تر شود.

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

برای درمان شب ادراری روشهای مختلفی پیشنهاد شده است که برخی از آنها عبارت‌اند 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 سشش، او را تشویق مثبت نمایند.

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

راهنمای کار عملی

در این فصل با صلاح‌دید مربیان محترم، از هنرجویان خواسته شود تحقیقی در یکی از موارد زیر انجام و آن را در کلاس ارائه دهند.

- 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 عمده 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 اسباب‌بازی‌های سن ۸-۴ ماهگی را نام ببرید.
- ۹- نکات مورد توجه در انتخاب اسباب‌بازی 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 شب‌ادراری در کودکان را توضیح دهید.

بهداشت و پیشگیری از معلولیت کودکان

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

- ۱- معلولیت را تعریف کند.
- ۲- انواع معلولیت را با ذکر مثال نام ببرد.
- ۳- علل معلولیت‌ها را به طور 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 نزدیک به ۵۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان دچار یکی از انواع معلولیت می‌باشند که حدود ۸۰٪ آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. متأسفانه 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 گزافی جهت نگهداری، مداوا و آموزش افراد معلول خواهند شد.

هر چند وجود بعضی از انواع معلولیت‌ها به دلایل مختلف نظیر تصادفات، حوادث یا بلاهای 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 با شیوه‌های مناسب توانبخشی، سعی بر این است تا ضمن آشنا نمودن فرد معلول به محدودیتی که دارد وی را متناسب با توانایی‌هایش به فردی فعال و حتی‌الامکان بی‌نیاز از دیگران بدل سازند. از آنجا که کودکان عزیز به دلیل حرفه خود با کودکان و خانواده‌های آنها سر و کار دارند و خواه ناخواه با مسأله معلولیت و کودک معلول برخورد خواهند کرد لازم است تا ضمن شناخت معلولیت‌ها و انواع آن، راه‌های پیشگیری و برخورد مناسب با آن را فراگیرند. در این فصل سعی شده است به این موارد به‌طور خلاصه پرداخته شود.

تعریف معلول و معلولیت

در مورد واژه معلولیت، تعاریف متفاوتی ارائه شده است و برای معلول نیز مشخصاتی را برشمرده‌اند؛ لیکن طبق آخرین تعریف که توسط سازمان جهانی بهداشت عنوان شده است معلولیت: «وجود اختلال در رابطه بین فرد و محیط» تعریف شده است. بنابراین معلولیت به ناتوانی در انجام تمام یا قسمتی 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 «معلول» گفته می‌شود.

انواع معلولیت

معلولیت‌ها به‌طور کلی به دو دسته معلولیت‌های جسمی و ذهنی تقسیم می‌شوند.

معلولیت‌های جسمی را می‌توان به صورت زیر دسته‌بندی نمود:

(الف) معلولیت‌های حواسی؛ که مهمترین آنها نابینایی و ناشنوایی هستند.

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

(ج) معلولیت‌های احشای داخلی؛ که شامل معلولیت‌های قلبی، عروقی، تنفسی، کلیوی و غیره می‌باشد.

گروه معلولین 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 به‌طور کلی این عوامل را می‌توان به سه دسته تقسیم نمود:

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

۲- عوامل هنگام زایمان: مانند زایمان‌های مشکل و طولانی که به دلایل مختلف نظیر عدم تناسب اندازه لگن مادر با جنین، کاهش اکسیژن در بدو 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 نظیر زلزله، سیل و آتش‌سوزی و صدمات ناشی از جنگ‌ها.

پیشگیری از معلولیت

با مروری بر عوامل ایجادکننده معلولیت‌ها درمی‌یابیم که در بسیاری از موارد با پیشگیری به‌موقع 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 نقایص و ناهنجاری‌های شدید، بخصوص ناهنجاری‌های قلب و عروق، کری، 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 اشعه: 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، قبلاً 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 می گردد؛ بنابراین، دستور کلی این است که مادر در دوران بارداری از مصرف هرگونه دارو بدون تجویز پزشک خودداری نماید و چنانچه قبلاً به علت بیماری خاصی، دارویی را به طور مداوم مصرف می کرده است حتماً با پزشک خود مشورت نماید تا مقدار و نوع دارو برحسب شرایط خاص دوران بارداری و با توجه به وضعیت جنین و ضرورت مصرف تجویز شود.

۳- حوادث و تصادفات: بسیاری از معلولیت ها ناشی از حوادث و تصادفات است که به آسانی قابل پیشگیری می باشند. نحوه پیشگیری از حوادث به تفصیل در کتاب فنون مراقبت و نگهداری کودک آمده است. با رعایت این نکات می توان از بروز بسیاری از معلولیت های جسمی و همین طور نابینایی و ناشنوایی در اثر حوادث، پیشگیری کرد.

۴- بیماری های دوران کودکی: بیماری های دوران کودکی عامل بروز معلولیت های زیادی هستند. بسیاری از این بیماری ها نظیر فلج اطفال، سرخک، سیاه سرفه، به وسیله واکسن قابل پیشگیری هستند. در مورد برخی از بیماری ها نظیر کم کاری غده تیروئید و اختلالات آنزیمی می توان با تشخیص به موقع و درمان بیماری از عوارض آنها که همان معلولیت است پیشگیری نمود. عفونت گوش میانی که در اطفال بسیار شایع است، عامل حدود نیمی از ناشنوایی های اکتسابی است. درمان به موقع آن می تواند از کر شدن کودک جلوگیری نماید. همچنین از آلودگی های صوتی که در کاهش شنوایی نقش اساسی دارد، باید جلوگیری نمود. سوء تغذیه دوران کودکی بخصوص در دوران نوزادی و شیرخوارگی می تواند منجر به عقب افتادگی ذهنی در کودکان گردد. توجه به تغذیه طفل در این دوران نقش مهمی در پیشگیری از معلولیت ها دارد.

دررفتگی مادرزادی ران (CDH^۱) در صورتی که به موقع تشخیص داده نشود می تواند باعث معلولیت و ناتوانی در راه رفتن شود. با معاینه نوزاد در بدو تولد و تشخیص و درمان این عارضه می توان از این معلولیت پیشگیری کرد.

آشنایی با برخی از معلولیت های مهم

الف) نابینایی: یکی از مهمترین گروه های معلولین، نابینایان هستند. شناخت نابینای مطلق (یعنی کسی که با هیچ وسیله ای نتواند از طریق بینایی چیزی را درک کند) نسبتاً آسان است؛ ولی با توجه به

اینکه نابینایی 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 نابینایی را مشکل می‌سازد. به همین جهت مسأله گروه‌بندی در مورد این دسته از معلولین به میان می‌آید. گروه‌بندی‌های متعددی برای نابینایان وجود دارد ولی در حالت کلی می‌توان آنها را به گروه‌های نابینایان مطلق، نیمه نابینایان و افراد با ضعف بینایی شدید تقسیم‌بندی نمود، که عوامل ارثی مادرزادی و محیطی از علل عمده بروز این نوع معلولیت به‌شمار 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 نابینا، 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 جزئی 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 ظریف، ایجاد مهارت‌های شنوایی و خواندن و نوشتن الفبای بریل^۱ نقش اساسی دارد.

ب) شنوایی: شنوایی یکی از حیاتی‌ترین توانایی‌های حسی است که بدون آن بسیاری از توانایی‌های انسان برای سازگاری با محیط تحت الشعاع قرار می‌گیرد.

شنوایی را برحسب شدت آن به ۵ گروه تقسیم می‌کنند:

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

شنوایی ملایم: اغلب در گفتار معمولی اشکال دارد.

شنوایی متوسط: اغلب در گفتار بلند اشکال دارد.

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

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

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

۱ - Braille الفبای مخصوص نابینایان به صورت برجسته روی کاغذهای مخصوص که نابینایان 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 مننژیت و اوریون، عفونت گوش میانی، سوء تغذیه، تصادفات و سر و صداهاى شدید اشاره نمود. در برخورد با کودک ناشنوا ابتدا باید کوشید از شنوایی باقیمانده فرد حداکثر استفاده شود. وسایلی نظیر سمعک به این منظور کمک می‌کنند.

گفتارخوانی یا لب‌خوانی و صحبت با حرکات انگشتان دست از روش‌های مؤثر توانبخشی کودکان ناشنوا می‌باشد. به‌طور کلی در صورت شناخت افراد ناشنوا و 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 برحسب 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. به‌عنوان مثال کودکی را که از هر دو پا فلج است باید به‌نحوی آموزش داد تا از دست‌هایش برای جابه‌جایی خود به‌وسیله 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 به‌طور کلی از تمام تعاریف این‌طور نتیجه می‌شود که:

عقب‌ماندگان ذهنی افرادی از جامعه هستند که از نظر فعالیت‌های ذهنی نسبت به همسالان طبیعی خود نارسایی داشته، عقب‌مانده‌اند و در نتیجه از توانایی یادگیری، همسازی با محیط، بهره‌برداری از تجربیات، درک مفاهیم، قضاوت و استدلال صحیح، به درجات مختلف محرومند و نارسایی فعالیت‌های

ذهنی آنها از بدو تولد یا مراحل اولیه کودکی وجود دارد.

بر همین اساس طبقه بندی های متفاوتی نیز از نظر بهره هوشی، علت عقب افتادگی، نوع بالینی عقب افتادگی و طبقه بندی برای هدف های آموزشی ارائه شده است.

طبقه بندی معلولین عقب ماندگان ذهنی براساس اهداف آموزشی: براساس اهداف آموزشی،

عقب ماندگان ذهنی به سه گروه تقسیم می شوند :

- (۱) آموزش پذیر (۲) تربیت پذیر (۳) حمایت پذیر

۱- عقب ماندگان ذهنی آموزش پذیر: بهره هوشی 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 کندتر هستند. گاهی اوقات از لحاظ تصور و تخیل و دقت و تمرکز حواس از خود فعالیت هایی نشان می دهند 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 می توانند تا حد زیادی استقلال شخصی و اقتصادی به دست آورند.

مطالعه آزاد

۱- بهره هوشی (I.Q) یا Intelligence Quotient را از رابطه زیر حساب می کنند.

$$I.Q = \frac{\text{سن عقلی}}{\text{سن تقویمی}} \times ۱۰۰$$

جدول طبقه بندی هوش

طبقه هوش	میزان هوش
ناپغه	۱۸۰ به بالا
تیزهوش	۱۴۰-۱۸۰
پرهوش	۱۳۰-۱۴۰
خیلی باهوش	۱۲۰-۱۳۰
باهوش	۱۱۰-۱۲۰
هوش متوسط	۹۰-۱۱۰
پایین تر از متوسط	۸۰-۹۰
کم هوش	۷۰-۸۰
کودن یا آموزش پذیر	۵۰-۷۰
تربیت پذیر	۲۵-۵۰
حمایت پذیر	۲۵ به پایین

به این منظور ابتدا از فرد آزمونی به عمل می آید و مشخص می شود سن عقلی وی چقدر است سپس با استفاده از رابطه بالا (I.Q) فرد محاسبه می شود. جدول روبرو طبقه بندی افراد را برحسب بهره هوشی نشان می دهد :

پایان مطالعه آزاد

۲- عقب ماندگان ذهنی تربیت پذیر: بهره هوشی این گروه بین ۵۰-۲۵ می باشد. به لحاظ عاطفی وضع بسیار متغیری دارند. معمولاً وقتی چیزی را طلب می کنند مهربان و مطیع هستند لیکن در مقابل مخالفت های دیگران حملات خشم و غضب و عصبانیت شدید از خود بروز می دهند، خیلی زود تحت تأثیر قرار می گیرند و از حضور افراد بیگانه بیمناک و وحشت زده می شوند. در شرایط اجتماعی مناسب قادرند فعالیت های ساده ای داشته باشند و کارهای شخصی خود را انجام می دهند ولی به هر حال نیاز به سرپرست و قیم دارند. توانایی ذهنی این افراد در هر سنی که باشند در حد توانایی های ذهنی کودک ۶-۷ ساله باقی و متوقف می ماند.

۳- عقب ماندگان ذهنی حمایت پذیر: بهره هوشی این گروه در حد ۲۵ و کمتر از آن می باشد. به لحاظ ظاهر، وضع چهره اغلب این کودکان غیرعادی است، در اکثر موارد آب دهانشان از گوشه دهان به طرف خارج جاری است. بسیاری از آنها از لحاظ ایستادن و راه رفتن نارسایی های قابل توجه نشان می دهند. کنترل ادرار و مدفوع در این قبیل کودکان خیلی به ندرت بوجود می آید، این افراد تکلم را فرا نمی گیرند و قادر نیستند با این ابزار با دیگران ارتباط برقرار کنند. به لحاظ عاطفی نیز حالت بی تفاوت دارند و واکنشی نشان نمی دهند. با آموزش مناسب از طریق مکانیسم های شرطی در بعضی از این افراد می توانند در برخی امور شخصی نظیر غذا خوردن و لباس پوشیدن همکاری کنند.

راهنمای کار عملی

برای کار عملی این فصل هنرجویان به همراه مربی مربوطه از یک مرکز نگهداری کودکان معلول 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 نابینا را توضیح دهید.
- ۵- کودک ناشنوا دچار چه نوع معلولیت دیگری می شود؟ توضیح دهید.
- ۶- طبقه عقب ماندگان 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 – Expectional 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؛ محمدرضا شرفی
- ۸ – مادر آگاه، کودک سالم؛ از انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۹ – منحنی رشد وسیله ای برای مراقبت از سلامت کودکان؛ ترجمه دکتر کامل شادپور – عصمت جمشید بیگی

- ۱۰ – الگوهای رشد کودک؛ ترجمه دکتر حسین اخلاقی
- ۱۱ – دنیای شیرین بچه داری؛ لورانس پرنو، مترجم: لیلی سازگار
- ۱۲ – برنامه گسترش ایمن سازی در ایران؛ دکتر پروین یآوری – دکتر سیدجمال نیتی
- ۱۳ – برنامه و راهنمای ایمن سازی؛ کمیته کشوری ایمن سازی
- 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؛ بته‌نراندگاردنر؛ ترجمه انجمن مترجمین متون علمی و فنی
- ۱۹- تغذیه شیرخواران براساس اصول فیزیولوژیکی؛ زیر نظر دکتر سیدعلیرضا مرندي؛ ترجمه دکتر سوسن پارسای، دکتر ناهید عزالدین زنجانی، سوسن سعدوندیان
- ۲۰- حقایق 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 حکیم‌نژاد
- ۲۳- توانبخشی و بهداشت معلولین؛ مهندس پریش حلم سرشت - مهندس اسماعیل دل‌پیشه
- ۲۴- پیشگیری از عقب ماندگی‌های ذهنی و شیوه‌های توانبخشی؛ حبیب آقابخشی
- ۲۵- معلولیت‌ها؛ دکتر صمد قضایی
- ۲۶- روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی؛ دکتر بهروز میلانی‌فر
- ۲۷- نام من امروز است؛ دیوید مورلی؛ ترجمه سعید پارس‌نیا
- ۲۸- گزارش دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی ایران درباره لایحه اصلاح قوانین تنظیم جمعیت و خانواده سال ۱۳۹۱

