

تنظیم خانواده

تعریف:

روش اندیشه و زندگی که به صورت داوطلبانه و بر پایه آگاهی، بینش و تصمیم گیری مسؤانه توسط افراد و زوجین در جهت ارتقای سلامت و بهزیستی خانواده‌ها اتخاذ می‌شود و از این رو در توسعه اجتماعی کشور سهم مؤثری دارد.

اهداف:

- ۱) پرهیز از تولد کودک ناخواسته
 - ۲) داشتن کودک به تعداد دلخواه
 - ۳) تنظیم فواصل بین بارداریها
 - ۴) مراقبت زنان و زایمان در رابطه با سن پدر و مادر
 - ۵) تعیین تعداد کودکان برای خانواده
- در نهایت هدف از برنامه‌های تنظیم خانواده فراهم نمودن زمینه مساعد برای تأمین سلامت جسمی و روحی کل خانواده می‌باشد و تنها مترادف با کنترل موالید نیست.

شاخص تنظیم خانواده: درصد پوشش تنظیم خانواده با فرمول زیر است:

$$100 \times \frac{\text{کل زنان استفاده کننده از وسایل مطمئن پیشگیری}}{\text{کل زنان ۱۰-۴۹ ساله همسر دار}}$$

شاخص فوق ، با استفاده از زیج حیاتی قابل محاسبه است.

لازمه انجام خدمت تنظیم خانواده در واحدهای بهداشتی مشاوره با فرد مراجعه کننده است:

مشاوره فرایندی است که در آن به داوطلب کمک می شود تا در مورد استفاده یا عدم استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری تصمیم بگیرد و روش پیشگیری از بارداری مناسب را انتخاب نماید.

۶ مرحله مشاوره ، خلاصه شده در کلمه GATHER عبارتند از:

G(GREET) : احترام به مراجعه کننده با نزاکت و برخورد گرم.

A(ASK) : سوال از داوطلب در مورد خودش (دلیل مراجعه، کمک به بیان خواسته ها و نظرهای خود و احساسات و باورهای وی، کمک جهت تفکر کامل درباره انتخابهای موجود، ایجاد این باور که مشاور، خواهان ارائه خدمت موثر می‌باشد و آگاهی از دانش و تجربیات مراجعه کننده.

T (TELL) : پاسخ به نیازها و نگرانیها با توجه به موقعیت مراجعه کننده.

H (HELP) : کمک به داوطلب برای اتخاذ بهترین تصمیم.

E (EXPLAIN) : توضیح هر آنچه که لازم یا شفاف کننده است.

R (RETURN) : برنامه ریزی جهت ملاقات بعدی.

انواع روشهای تنظیم خانواده

قرص های ترکیبی پیشگیری از بارداری

توضیح روش:

یکی از روشهای جلوگیری از بارداری، مصرف قرص های ترکیبی (حاوی استروژن و پروژسترون) است که به دو شکل یک مرحله‌ای (LD, HD) و سه مرحله ای (تری فازیک) موجود می باشد. مصرف این قرص ها روزانه بوده و تجویز آنها توسط کارکنان بهداشتی تعلیم دیده انجام می شود.

مکانیسم عمل:

۱- جلوگیری از تخمک گذاری.

۲- تاثیر بر مخاط داخلی رحم (اندومتر)

۳- ایجاد اشکال در ورود اسپرم به داخل رحم به دلیل افزایش ضخامت موکوس سرویکس.

۴- جلوگیری از لقاح از طریق تأثیر بر حرکات لوله رحم.

اثر بخشی:

اثر بخشی قرص های ترکیبی در صورت مصرف صحیح، ۹۹/۹ درصد است.

مزیت ها:

- برگشت سریع باروری پس از قطع روش
- منظم شدن، کاهش درد و خونریزی قاعدگی (کاهش سندرم پیش از قاعدگی) و کم خونی به دنبال قاعدگی ها
- کاهش بروز کیست های تخمدان
- کاستن از بروز بیماریهای خوش خیم پستان
- افزایش تراکم استخوانی
- کاهش بروز بیماریهای التهابی لگن (PID)
- کم شدن بروز سرطانهای رحم و تخمدان
- کاهش بروز حاملگی خارج از رحم (EP)
- جلوگیری از بروز تصلب شرایین (آترواسکلروز)
- کاهش بروز آندومتریوز
- بهبود آرتريت روماتوئید

عیب ها:

- نامناسب بودن برای افراد فراموش کار (به دلیل لزوم مصرف هر روزه)
- نیاز به تهیه بسته جدید در هر دوره قاعدگی
- پیشگیری نکردن از بیماریهای منتقله از راه تماس جنسی (STIs)
- مناسب نبودن برای مادران شیرده در شش ماه اول بعد از زایمان

عوارض شایع و چگونگی برخورد با آنها:

عارضه های شایع معمولاً در ماههای اول مصرف بروز می نمایند و در عرض ۳-۲ ماه کاهش یافته و یا از بین می رود. این عارضه ها و چگونگی برخورد با آنها به شرح زیر است.

- ۱- **افزایش وزن:** دلایل افزایش وزن، تجمع مایعات در بدن به دلیل اثر پروژسترون، افزایش اشتها و به دنبال آن افزایش مصرف مواد غذایی است. افزایش وزن با ورزش منظم و رژیم غذایی متعادل بهبود می یابد.
- ۲- **لکه بینی و خونریزی بین قاعدگی:** معمولاً در مدت ۳-۲ ماه اول مصرف مشاهده شده و می توان نداشتی از فراموشی قرص نیز باشد برای چگونگی برخورد به تذکرات حین مصرف مراجعه شود.
- ۳- **حساسیت پستان ها:** با رعایت توصیه های بهداشتی رفع می گردد. اگر مشکل ادامه یابد فرد به ماما و در صورت نیاز به متخصص زنان ارجاع خواهد شد.
- ۴- **سردردهای خفیف:** غالباً با مسکن های معمولی برطرف می شود. سردردهای شدید و یا سردردهایی که با فشار خون بالا، علائم عصبی یکطرفه و یا اختلالات بینایی همراه باشد، از علائم هشدار بوده و ارجاع فوری به متخصص مربوطه و تغییر روش را ایجاب می کند.
- ۵- **تهوع:** خوردن قرص در صورت تهوع شدید و غیر قابل تحمل، ادامه نخواهد یافت. خوردن قرص در هنگام خواب و یا همراه با غذا، راهی مؤثر برای کاهش شدت تهوع های خفیف و قابل تحمل خواهد بود. درمان موقت تهوع برای ۳-۲ ماه اول با داروهای ضد تهوع (مثل ویتامین B6 شبی یک قرص) نیز امکان پذیر است.

موارد منع مصرف مطلق:

- شک یا اطمینان به وجود حاملگی
- شک به وجود سرطان پستان، ابتلا و یا سابقه آن
- بدخیمی های وابسته به استروژن
- کارسینوم اندومتر یا هر بدخیمی مشکوک یا شناخته شده وابسته به استروژن.
- خونریزی های رحمی بدون علت مشخص.
- خانم های سیگاری ۳۵ ساله و بالاتر با مصرف بیش از ۱۵ نخ سیگار در روز.
- بیماری فعال یا مزمن کبدی.
- اختلال کار واضح کبدی و یا هپاتیت ویرال.
- یرقان انسدادی در حاملگی یا سابقه یرقان همزمان با مصرف قرص.
- آدنوم یا کارسینوم کبد.
- سیروز کبدی خفیف (جبران شده).
- تومورهای خوش خیم و بدخیم کبد.
- شیستوزومیازیس یا فیروز شدید کبدی.
- ابتلا فعلی یا سابقه ترومبوفلیت وریدی عمقی، اختلالات ترومبوآمبولیک و یا شرایط مستعد کننده این بیماری ها.
- بیماری های درجه ای قلب با عوارضی مثل افزایش فشار ریوی، خطر فیبریلاسیون دهلیزی، سابقه اندوکاردیت تحت حاد باکتریال و یا مصرف داورهای ضد انعقادی.
- بیماری عروق کرونر قلب.
- بیماری سیانوتیک قلبی.
- سکته مغزی.
- بیماری عروق مغزی یا عروق کرونر، سابقه این بیماری ها با شرایط مستعد کننده آنها
- دیابت با بیماری های عروقی.
- فشار خون بالا (۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه و بالاتر)
- سردرد راجعه شامل میگرن با علائم عصبی موضعی.
- مادران شیردهی که از زایمان آنها کمتر از شش ماه می گذرد.
- آثرین قلبی ناپایدار (Unstable Angina)
- دیس لیپیدمی (بخصوص هیپرلیپیدمی نوع II)
- شرایط نیازمند به بی حرکتی کامل (باید مصرف قرص از ۲۸ روز قبل از عمل جراحی تا پایان دوره بی حرکتی پس از عمل، قطع شود). (دادن هشدار قبل و بعد از عمل جراحی بزرگ ضرورت دارد).
- سابقه هر بیماری مرتبط با مصرف OCP مثل فشار خون بالا، پانکراتیت حاد، پمفیگویید حاملگی، سندرم استیون جانسون، سندرم همولیتیک اورمیک (HUS)، پورپورای ترومبوسیتوپنیک ترومبوتیک (TTP).

موارد منع مصرف نسبی:

- فشار خون بین ۱۶۰/۱۰۰ تا ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه.
- سابقه فشار خون بالا (بیش از ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه) و عدم اطلاع از آن در حال حاضر.
- نئوپلازی داخل اپیتلیومی تا شدید سرویکس.
- واریس بدون سابقه ترومبوفلیت.
- بیماری فعال کیسه صفرا.

- خانم های سیگاری بالای ۳۵ سال با مصرف کمتر از ۱۵ نخ سیگار یا کمتر از ۳۵ سال با مصرف بیش از ۱۵ نخ سیگار در روز.
- میگردن بدون علائم عصبی.
- انواع خاصی از دیابت (دیابتی های مبتلا به هیپرتانسیون، نفروپاتی یا رتینوپاتی).
- افسردگی خیلی شدید.
- مصرف دارو برای اپی لپسی (بجز والپوریک اسید).
- مصرف ریفامپین یا گریزوفولین.
- بیماری سلول داسی شکل.
- مشکلات گوارشی که جذب قرص را مختل کند.

زمان شروع استفاده از قرص های ترکیبی پیشگیری از بارداری ترکیبی:

وضعیت متقاضی از نظر زمان شروع:

- ۱- مصرف این قرص ها باید در پنج روز اول قاعدگی (روز اول تا روز پنجم). آغاز گردد. برای اطمینان بیشتر بهتر است که مصرف آن از روز اول خونریزی قاعدگی شروع شود. قرص در ساعت خاصی از شبانه روز تا پایان بسته ۲۱ عددی خورده می شود. مصرف بسته بعدی پس از یک فاصله هفت روزه آغاز خواهد شد.
- ۲- مصرف این قرص ها پس از زایمان و در دوران شیردهی به دلیل تاثیر آنها بر روی شیر مادر (کم کردن مقدار و ترشح شدن آن در شیر) توصیه نمی شود. (مصرف آن در مادران شیرده تا ۶ ماه پس از زایمان، منع مصرف مطلق دارد).
- ۳- اگر مادر پس از زایمان به فرزند خود شیر ندهد می تواند مصرف این قرص ها را سه هفته پس از زایمان آغاز نماید.
- ۴- مصرف این قرص ها را می توان در پنج روز اول بلافاصله بعد از سقط آغاز نمود.
- ۵- اگر فرد خواهان قطع کاربرد روش پیشگیری از بارداری فعلی خود (لاینسترونول، IUD، نورپلانت و یا DMPA) و استفاده از قرص های ترکیبی بوده و قطع روش های فوق در یکی از ۵ روز اول قاعدگی اتفاق بیافتد، می تواند مصرف این قرص ها را بلافاصله شروع کند. در غیر این صورت آغاز استفاده از قرص های ترکیبی تا قاعدگی بعدی به تأخیر افتاده و تا آن زمان استفاده از کاندوم توصیه می شود. همچنین کاربران لاینسترونول به شرط آمнوره و استفاده مرتب از لاینسترونول، بلافاصله پس از قطع لاینسترونول و کاربران DMPA که دچار آمнوره هستند، اگر DMPA را در فاصله زمانی 14 ± 90 روز قبل تزریق کرده باشند، می توانند استفاده از قرص های ترکیبی را آغاز نمایند در غیر این صورت آغاز استفاده از قرص به بررسی حاملگی و رد احتمال آن منوط میشود.

مراجعه های پیگیری:

اولین بررسی پس از ۳ ماه و سپس هر ۶ ماه یکبار تا دو سال و از آن پس در صورت نبودن هرگونه مشکل هر ساله و به شرح زیر انجام می شود:

- ۱- فشار خون
 - ۲- وزن.
 - ۳- پیگیری بروز علائم هشدار و عارضه ها و در صورت لزوم بررسی آنها.
 - ۴- بررسی دقیق تر خانم های با بیماری مزمنی که اثر OCP روی آن بیماری ها مشخص نیست (منظور بیماری هایی است که در موارد منع مصرف قرص اشاره ای به آن نشده است، مانند گواتر).
- اگر هر کدام از مشکلات یاد شده وجود داشته باشد، ارجاع به متخصص مربوطه انجام می شود.
- بررسی قند، چربی و لیپوپروتئین برای خانم های زیر در مراجعه های پیگیری بطور روتین انجام می شود:
- * خانم های ۳۵ ساله و بالاتر.

* خانم های با سابقه فامیلی قوی بیماری قلبی، یا فشارخون بالا.

* دیابتی ها (هر ساله).

* خانم های با سابقه دیابت حاملگی (هر ساله)

* خانمهای چاق.

تذکرات حین مصرف:

الف- فراموشی مصرف قرصهای LD,HD:

۱- در صورت فراموشی خوردن یک قرص و بخاطر آوردن آن تا زمان مصرف قرص بعدی به محض به یادآوردن قرص فراموش شده، آن قرص، خورده شده و خوردن بقیه قرص ها طبق معمول ادامه یابد.

۲- چنانچه دو قرص فراموش شود، در دوشب بعد، هر شب دو قرص خورده شده، و بقیه قرص ها طبق معمول ادامه یافته و تا یک هفته نیز از یک روش کمکی پیشگیری از بارداری استفاده می شود.

۳- در صورت فراموشی بیش از دو قرص در هر زمان از سیکل، خوردن بقیه قرص ها (روزی یک عدد) ادامه یافته و به مدت یک هفته از روش کمکی دیگر نیز استفاده شده و بلافاصله پس از اتمام این بسته، مصرف بسته بعدی (بدون فاصله هفت روزه) آغاز می گردد.

ب- فراموشی مصرف قرص تری فازیک:

۱- در صورت فراموشی مصرف یکی از قرص ها در زمان مقرر و بخاطر آوردن آن در کمتر از ۱۲ ساعت پس از زمان همیشگی، بلافاصله آن قرص مصرف و بقیه قرص ها در موعد مقرر خورده خواهد شد. شایان ذکر است که گذشت زمان کمتر از ۱۲ ساعت از زمان معمول خوردن قرص، تأثیر پیشگیری از بارداری آن را کاهش نمی دهد.

۲- در صورت فراموشی مصرف یکی از قرص ها در زمان مقرر و بخاطر آوردن آن پس از ۱۲ ساعت از زمان همیشگی قرص فراموش شده خورده نشده، ولی مصرف بقیه قرص ها طبق برنامه ادامه می یابد. در این موارد حتماً باید از یک روش کمکی دیگر (مثل کاندوم) نیز به منظور جلوگیری از بارداری تا پایان بسته استفاده شود.

نکته ۱: بجز موارد فوق سایر نکته ها مشابه قرص های LD,HD است.

نکته ۲: ضمن ارائه خدمت قرص های ترکیبی پیشگیری از بارداری حداکثر چهار عدد کاندوم در اختیار متقاضی قرار می گیرد تا در موارد فراموشی مصرف قرص از آن استفاده کند.

پ- اگر شک به حاملگی با مصرف هم زمان این قرص ها وجود داشته باشد: باید بلافاصله مصرف آن قطع و تا اطمینان یافتن از وضعیت حاملگی، از یک روش پیشگیری از بارداری مناسب دیگر (مانند کاندوم) استفاده شود.

لکه بینی بین قاعدگی ها در عرض ۲-۳ ماه برطرف می گردد. در صورت برطرف نشدن لکه بینی بعد از ۳-۲ ماه، فقط در یک دوره و در روزهایی که لکه بینی وجود دارد، هرشب دو عدد قرص LD خورده شده که دو روز پس از پایان لکه بینی مجدداً به روزی یک عدد تبدیل خواهد شد. اگر مشکل علیرغم این درمان ادامه یابد، ارجاع به متخصص زنان انجام خواهد شد.

نکته: توجه به این نکته ضروری است که قرصهای اضافی باید از یک بسته جدید تامین گردد و مصرف قرص اصلی برای ۲۱ شب ادامه یابد.

ت- آمنوره ناشی از مصرف قرص: در صورت سابقه یک دوره آمنوره با مصرف صحیح قرص، و قاعده نشدن در فاصله هفت روزه بین مصرف دو بسته، می توان بسته بعدی را پس از پایان فاصله هفت روزه آغاز نمود. ولی شروع بسته سوم مشروط به قاعده شدن پس از پایان بسته دوم است. در غیر این صورت (دودوره آمنوره متوالی) باید وجود حاملگی بررسی شود.

اگر آمنوره با مصرف نادرست قرص هم زمان گردد، آزمایش بارداری (HCG-β) انجام می شود که در صورت منفی بودن بسته بعدی شروع شده و اگر آمنوره ادامه یابد، فرد به مراکز تخصصی ارجاع خواهد شد.

ث- استفراغ به فاصله ۲-۱ ساعت بعد از خوردن قرص، یک قرص (از یک بسته دیگر) خورده شده و مصرف مرتب بقیه قرص های بسته اصلی در زمان مقرر ادامه می یابد. در صورت تداوم استفراغ و یا اسهال شدید، ضمن مصرف قرص در زمان مقرر، روش کمکی آغاز شده و استفاده از آن تا یک هفته پس از اتمام بیماری ادامه خواهد یافت.

هشدارها و چگونگی برخورد با آنها:

عوارض جدی به دنبال مصرف قرص نادر است. ولی اگر هر کدام از علامت های زیر (که نشان دهنده یک مشکل جدی است) بروز کند، مصرف کننده فوراً به بیمارستان ارجاع میشود:

- ۱- درد شدید در قسمت بالای شکم.
- ۲- درد قفسه سینه با تنگی نفس یا سرفه یا خلط خونی.
- ۳- تورم یا درد شدید در یک پا
- ۴- مشکلات چشمی (تاری دید، دوبینی و کوری).
- ۵- سردرد غیر معمول (سردرد شدید و یا ضربانی و یا سردرد در یک طرف سر).

چ) عوارض شایع و چگونگی برخورد با آن:

خونریزی نامرتب رحمی: این عارضه معمولاً در ماههای اول مصرف دیده شده و ۲ تا ۳ ماه پس از آغاز مصرف از بین رفته و یا کاهش می یابد. در صورت تداوم خونریزی نامرتب و یا نارضایتی فرد، برای قطع خونریزی تا پنج روز، کپسول مفنامیک اسید (۲۵۰ میلی گرم) روزی سه بار و در هر بار دو کپسول و روزی یک قرص آهن تجویز می گردد. در صورت تداوم خونریزی علیرغم درمان، فرد به متخصص زنان ارجاع خواهد شد.

قرص های پروژسترونی پیشگیری از بارداری (لاینسترنول)

توضیح روش:

لاینسترنول، قرص خوراکی پیشگیری از بارداری بوده که مادران شیرده تا ۶ ماه پس از زایمان می توانند از آن به منظور فوق استفاده نمایند. این قرص باید هر روز رأس ساعت معینی خورده شده و تجویز آن توسط کارکنان بهداشتی تعلیم دیده انجام می شود.

مکانیسم عمل:

- ۱- دشوار نمودن رسیدن اسپرم به رحم به دلیل افزایش غلظت ترشحات دهانه رحم.
- ۲- جلوگیری از تخمک گذاری ماهانه (در نیمی از موارد).
- ۳- تأثیر مخاط داخلی رحم (آندومتر).

اثر بخشی:

اثر بخشی این قرص هم زمان با شیردهی ۹۹ درصد است.

موارد منع مصرف مطلق:

- خونریزی غیر طبیعی رحمی
- اختلالات مزمن یا حاد کبدی (تومور، هیپاتیت و..)
- ابتلا به سرطان پستان

موارد منع مصرف نسبی:

- سابقه سرطان پستان.
- چاقی شدید
- سابقه کلستاز بارداری
- فشار خون بالا (۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه و بالاتر).
- مصرف هم زمان داروهای ضد تشنج و ریفامپین.
- سابقه حاملگی خارج رحمی (EP)

زمان شروع و استفاده از لاینسترنول:

- ۱- در صورت قاعده نشدن مادر شیرده و تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر، مصرف قرص ۶ هفته پس از زایمان آغاز خواهد شد.
 - ۲- در صورت بازگشت قاعدگی و تغذیه انحصاری با شیر مادر، مصرف قرص باید در ۵ روز اول قاعدگی و ترجیحاً روز اول شروع شود.
 - ۳- اگر مادر شیردهی از سایر روش های پیشگیری از بارداری استفاده نموده و خواهان تغییر آن و استفاده از لاینسترنول باشد، اگر کمتر از ۶ ماه از زمان زایمان وی گذشته باشد، باید بلافاصله پس از قطع روش قبلی، مصرف لاینسترنول را آغاز کند.
- چگونگی استفاده از لاینسترنول:**

- هر بسته لاینسترنول، دارای ۲۸ قرص بوده که باید هر شب یک عدد از آن راس ساعت معینی خورده شود.
- شروع مصرف بسته بعدی قرص، بلافاصله پس از پایان بسته قبلی است. دقت شود که بین دو بسته قرص نباید هیچ فاصله زمانی وجود داشته باشد.

فراموشی مصرف لاینسترنول:

- ۱- فراموشی مصرف یک قرص تا ۳ ساعت مسئله ای نبوده و ضمن خوردن قرص فراموش شده (تا ۳ ساعت) آموزش و تاکید برای خوردن قرص های بعدی در ساعت مقرر لازم است.
- ۲- در صورتی که مصرف یک قرص بیش از ۳ ساعت به تاخیر افتد و یا خوردن یک قرص تا نوبت بعدی فراموش شود، هر زمان که به یاد آید، قرص فراموش شده خورده شود و قرص نوبت بعدی نیز در زمان تعیین شده خورده خواهد شد. ضمناً تا ۲ روز هم از یک روش دیگر مانند کاندوم استفاده شود.
- ۳- در صورتی که مصرف ۲ قرص (۲ روز) فراموش شود باید به محض به یاد آوردن، قرص های فراموش شده یکجا خورده شده و بقیه قرص ها ادامه یافته و تا ۷ روز از روش مضاعف مثل کاندوم استفاده شود در صورت داشتن نزدیکی محافظت نشده در این دو روز، از روش پیشگیری اورژانس از بارداری استفاده شود. در صورت قاعده نشدن در مدت ۶-۴ هفته پس از فراموشی، بررسی بارداری لازم است.
- ۴- در صورت فراموشی بیش از دو قرص و داشتن نزدیکی محافظت نشده در عرض ۷۲ ساعت اخیر، تجویز روش پیشگیری اورژانس از بارداری و مشاوره برای انتخاب روش مناسب دیگر صورت گیرد. در صورتی که از نزدیکی محافظت نشده وی در زمان عدم مصرف قرص، بیش از ۷۲ ساعت می گذرد، بررسی بارداری ضروری است.

آزمایش و معاینه های لازم:

- ۱- اندازه گیری و ثبت فشارخون
 - ۲- اندازه گیری وزن و قد و محاسبه BMI
 - ۳- پاپ اسمیر (با توجه به دستورالعمل کشوری).
- چنانچه نکته خاصی در شرح حال موجود باشد، معاینه لازم حسب مورد صورت خواهد گرفت.

روش پیشگیری اورژانس از بارداری**توضیح روش:**

روش پیشگیری اورژانس از بارداری (EC= Emergency Contraception)، روشی است که خانم ها با استفاده از آن می توانند در صورت استفاده نکردن از روش های مطمئن پیشگیری از بارداری و یا هر موردی که احتمال بارداری ناخواسته پس از تماس جنسی را داشته باشد، تا سه روز (۷۲ ساعت)، از بارداری پیشگیری کنند. این روش توسط کارکنان بهداشتی آموزش دیده ارائه می گردد. به دلیل درصد بالاتر شکست این روش و مداوم نبودن مصرف آن در مقایسه با سایر روش های مطمئن، فقط باید در موارد مشخص از آن استفاده کرد.

روشهای EC

۱- استفاده از OCP

۲- استفاده از قرص لوونورجسترول

مکانیسم عمل:

۱- پیشگیری از تخمک گذاری

۲- تاخیر در تخمک گذاری.

۳- اختلال در آندومتر.

۴- اختلال در نفوذ اسپرم.

۵- اختلال در حرکت لوله ها.

۶- اختلال در لقاح.

شایان ذکر است که در اغلب موارد مجموعه ای از این مکانیسم ها مانند اختلال در تخمک گذاری و تغییر موکوس سبب کاهش قدرت نفوذ اسپرم و کمتر شدن احتمال لقاح می شود.

اثر بخشی:

اثر بخشی روش اورژانس پیشگیری از بارداری با قرص های لوونورجسترل حدود ۹۹٪ و با استفاده از قرصهای ترکیبی، حدود ۹۷٪ و میزان حاملگی با استفاده از این روش در صورت استفاده از قرص های لوونورجسترل (۰/۷۵ میلی گرم لوونورجسترل در هر قرص) حدود ۱٪ و با استفاده از قرص های ترکیبی حدود ۳٪ گزارش شده است. اثر بخشی این روش با فاصله زمانی تماس جنسی تا آغاز استفاده از روش ارتباط قابل توجهی دارد. هر چقدر فاصله زمانی تماس جنسی تا آغاز استفاده از روش کوتاه تر باشد اثر بخشی آن بیشتر خواهد بود.

عارضه ها و چگونگی برخورد با آنها:

۱- تهوع و استفراغ حین مصرف: میزان تهوع و استفراغ با استفاده از قرص های ترکیبی به ترتیب حدود ۲۰٪ تا ۵۰٪ بوده که این عوارض با استفاده از قرص های لوونورجسترل به حدود ۶٪ تا ۲۰٪ کاهش می یابد. بهتر است قبل و ۴-۶ ساعت پس از مصرف هر دوز EC از یک داروی ضد تهوع مانند دیمن هیدرینات یا دیفن هیدرامین استفاده شود. قرص دیمن هیدرینات ۲۵-۵۰ میلی گرم ۳-۴ بار در روز و قرص (شربت) دیفن هیدرامین ۵۰-۲۵ میلی گرم (۲-۴ قاشق غذاخوری کوچک) که مصرف دوز اول آن نیم ساعت قبل از خوردن قرص EC و دوزهای بعدی (در صورت نیاز) با فاصله های ۶ ساعته پس از آن است. در کاهش شدت تهوع و استفراغ موثر است.

۲- اختلال قاعدگی: ممکن است که قاعدگی بعدی چند روز زودتر یا دیرتر آغاز شود، طول مدت آن تغییر یافته و تغییر در مقدار خونریزی ایجاد شود. فرد باید در مورد بی خطر بودن این مسئله آگاهی داشته باشد.

۳- سردرد و سرگیجه.

موارد منع مصرف:

تقریباً همه افراد می توانند از این روش استفاده کنند. موارد منع مصرف استفاده از این روش برای انواع قرص های در دسترس به شرح زیر است:

قرص های ترکیبی	قرص لوونورجسترل
بارداری (به دلیل بی اثر بودن و نه خطر برای جنین) موارد منع مصرف استروژن، میگرن کلاسیک، ترومبوز وریدهای عمقی (DVT)	پورفیری حاد فعال بیماری فعال و شدید کبد در حال حاضر بارداری (به دلیل بی اثر بودن و نه خطر برای جنین) خونریزیهای غیر طبیعی و تشخیص داده نشده دستگاه تناسلی

افرادی که می توانند از این روش استفاده کنند:

دقت در این نکته بسیار مهم است که این روش نباید مورد استفاده دائم قرار گیرد و لازم است که کاربرد آن در صورت تماس جنسی محافظت نشده، به موارد خاص زیر محدود گردد.

- ۱- استفاده نکردن از کنتراسپتیوها
- ۲- تجاوز به عنف
- ۳- وجود شرایط نشان دهنده استفاده نادرست یا شکست کنتراسپتیو مانند، پارگی کاندوم یا خارج شدن کاندوم
- ۴- فراموشی خوردن قرص ترکیبی برای سه نوبت.
- ۵- فراموشی خوردن قرص شیردهی به مدت بیش از سه ساعت.
- ۶- تاخیر بیش از دو هفته در تزریق آمپول DMPA.
- ۷- تاخیر بیش از یک هفته در تزریق آمپولهای ترکیبی.
- ۸- استفاده نادرست از روش طبیعی.
- ۹- خروج IUD در زمانی بجز دوران قاعدگی.
- ۱۰- استفاده از روش طبیعی یا منقطع با شک به تماس جنسی که می تواند منجر به بارداری شود.

زمان شروع و چگونگی استفاده از EC :

اگر بیش از ۷۲ ساعت از زمان نزدیکی مشکوک نگذشته باشد (مصرف اولین دوز این روش باید حداکثر در فاصله زمانی ۷۲ ساعت از تماس جنسی مشکوک صورت گیرد). داوطلب می تواند با کاربرد یکی از روش های زیر از حاملگی ناخواسته جلوگیری کند:

- ۱- قرص لوونورجسترل ۱ عدد در اولین فرصت و یک عدد ۱۲ ساعت بعد.
- ۲- قرص HD ، ۲ عدد در اولین فرصت و دو عدد ۱۲ ساعت بعد.
- ۳- قرص LD ، ۴ عدد در اولین فرصت و چهار عدد ۱۲ ساعت بعد.
- ۴- قرص تری فازیک، ۴ عدد قرص سفید در اولین فرصت و چهار عدد قرص سفید ۱۲ ساعت بعد (قرص های مرحله سوم) نکته: در موارد تجاوز جنسی، خدمت EC به فرد ارائه شده و سپس ارجاع به مراکز تخصصی برای بررسی از نظر STIs و مسائل دیگر توصیه می گردد.

تذکر های حین مصرف:

- ۱- بهتر است که قرص ها با شکم خالی خورده نشود.
- ۲- در صورت استفراغ تا دو ساعت پس از استفاده از روش، خوردن مجدد قرص ها ضروری است.
- ۳- حداکثر دفعات مجاز استفاده از این روش در هر سیکل قاعدگی یک بار است. آموزش کاربرد صحیح این روش ضروری بوده و باید تاکید شود که این روش می بایست در حداقل دفعات ممکن در طول دوران باروری استفاده گردد. مجاز بودن مصرف یکبار از این روش در هر دوره قاعدگی دلیلی بر تایید مصرف آن در هر دوره قاعدگی به عنوان روش پیش گیری از بارداری نیست.
- ۴- اثر بخشی این روش با استفاده از فنی توئین و ریفامپین کاهش می یابد. در صورت استفاده همزمان از این داروها باید مصرف قرص لوونورجسترل به میزان ۱۰۰٪ (در هر نوبت، دو عدد) افزایش یابد.
- ۵- با توجه به اینکه افزایش تعداد تماس های جنسی بدون محافظت، اثر بخشی روش را کاهش و احتمال حاملگی را افزایش می دهد، یک خانم نباید در صورت داشتن چند تماس جنسی محافظت نشده، در طول یک دوره قاعدگی، چند بار از روش پیشگیری اورژانس از بارداری استفاده نماید و بر اساس موارد گفته شده در بند ۳ استفاده از این روش در هر دوره ی قاعدگی فقط برای یک نوبت مجاز خواهد بود.

این روش می تواند باعث تغییر در زمان قاعدگی بعدی شود. معمولاً این تغییرات کم بوده و قاعدگی چند روز زودتر یا دیرتر اتفاق می افتد. اگر تأخیر قاعدگی بیش از ۷ روز شود باید احتمال بارداری را در نظر داشت. در این صورت، بایستی معرفی برای انجام تست بارداری (ترجیحاً β -HCG) ضرورت دارد. حاملگی هم زمان با روش: با توجه تراژن نبودن این روش برای جنین، در صورت وقوع حاملگی، نیازی به ختم آن نخواهد بود.

آمپول پیشگیری از بارداری سیکلوفم (Cyclofem)

توضیح روش:

سیکلوفم یک روش ترکیبی و تزریقی پیشگیری از بارداری است. آمپول سیکلوفم در بردارنده نیم میلی لیتر ماده موثر (۲۵ میلی گرم دیومدروکسی پروژسترون استات و ۵ میلی گرم استرادیول سیپونات) می باشد. این آمپول توسط کارکنان بهداشتی دوره دیده یا پزشک و در فاصله های یک ماهه تزریق می شود.

مکانیسم عمل:

- ۱- جلوگیری از تخمک گذاری.
- ۲- تأثیر بر مخاط رحم و مهاری پرولیفراسیون آندومتر.
- ۳- ایجاد اشکال در ورود اسپرم به داخل رحم از طریق افزایش ضخامت ترشحات دهانه رحم (موکوس سرویکس).

اثر بخشی:

اثر بخشی این روش در سال اول استفاده ۹۹/۸ درصد است.

مزایا:

- ۱- اثر بخشی بالا.
- ۲- آسانی استفاده.
- ۳- برگشت نسبتاً سریع باروری پس از قطع روش.
- ۴- بی تأثیر بودن روی میل جنسی.
- ۵- بهبود دیسمنوره شدید.
- ۶- مناسب برای افرادی که با استفاده مداوم و هر روزه از یک روش مشکل دارند (افراد فراموشکار، کوچ نشین، عقب ماندگان ذهنی و...)
- ۷- کاهش خونریزی قاعدگی.
- ۸- مناسب برای افراد با سابقه ی بارداری خارج رحمی (EP).
- ۹- پایین بودن عوارض افزایش وزن و خونریزی نامنظم (در مقایسه با قرص های ترکیبی).
- ۱۰- پایین بودن عوارض ناشی از استروژن (در مقایسه با قرص های ترکیبی).
- ۱۱- کم نشدن اثر بخشی در صورت اسهال و استفراغ (در مقایسه با قرص های ترکیبی).
- ۱۲- قابل استفاده همزمان با آنتی بیوتیک ها (بجز ریفامپین و گریزوفلوین).
- ۱۳- تأثیر کم بر سیستم انعقادی. (تاکنون حمله مغزی و ترومبوز آمبولی با این روش گزارش نشده است).

معایب:

- ۱- پیشگیری نکردن از بیماریهای قابل انتقال از طریق تماس جنسی (STIs).
- ۲- عدم امکان قطع روش یا تغییر آن پس از تزریق آمپول تا از بین رفتن اثر آن.
- ۳- مناسب نبودن برای دوران شیردهی.

موارد منع مصرف مطلق:

- شک یا اطمینان به بارداری.

- شک به وجود سرطان پستان، ابتلا و یا سابقه آن.
- کارسینوم اندومتر یا هر بدخیمی مشکوک یا شناخته شده وابسته به استروژن.
- خونریزی های رحمی بدون علت مشخص.
- خانم های سیگاری ۳۵ ساله و مسن تر با مصرف بیش از ۱۵ نخ سیگار در روز.
- بیماری فعال یا مزمن کبدی.
- اختلال عملکرد کبدی و یا هیپاتیت ویروسی.
- یرقان انسدادی در حاملگی یا سابقه یرقان هم زمان با مصرف قرص های ترکیبی یا آمپول سیکلوفم.
- آدنوم کارسینوم، تومورهای خوش خیم و بدخیم کبد.
- سیروز کبدی خفیف (جبران شده)
- شیستوز میازیس با فیروز شدید کبدی.
- ابتلا فعلی یا سابقه ترومبوفلیبیت وریدهای عمقی، اختلالات ترومبوآمبولیک و یا شرایط مستعد کننده این بیماری ها.
- سابقه ترومبوفلیبیت وریدهای عمقی در افراد نزدیک خانواده.
- بیماری های دریچه ای قلب با عوارضی مثل افزایش فشار ریوی، خطر فیبریلاسیون دهلیزی، سابقه اندوکاردیت تحت حاد باکتریال و یا مصرف داروهای ضد انعقاد.
- بیماری عروق کرونر قلب.
- بیماری سیانوتیک قلبی.
- سکته مغزی، بیماری عروق مغزی، سابقه این بیماری ها یا شرایط مستعد کننده آن ها.
- دیابت یا بیماری های عروقی.
- فشار خون بالا (۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه و بالاتر).
- سردرد راجعه شامل میگرن با علائم عصبی موضعی.
- مادران شیردهی که از زایمان آن ها کمتر از شش ماه می گذرد.
- آنزین قلبی ناپایدار (Unstable Angina).
- دیس لیپیدمی (بخصوص هیپرلیپوپروتئینمی نوع II).
- شرایط نیازمند به بی حرکتی کامل (استفاده از این روش از یکماه پیش از عمل جراحی تا پایان دوره بی حرکتی پس از عمل، باید قطع شود هشدار پیش و پس از عمل جراحی بزرگ ضرورت دارد).
- سابقه هر بیماری مرتبط با مصرف قرص های ترکیبی یا آمپول سیکلوفوم مثل: فشارخون بالا، پانکراتیت حاد، پمفیگویید حاملگی، سندرم استیون- جانسون (HUS) و ترومبوسیتی پورپورای زود گذر (TTP).

موارد منع مصرف نسبی:

- فشار خون بین ۱۴۰/۹۰ تا ۱۶۰/۱۰۰ میلیمتر جیوه.
- نئوپلازی داخل اپیتلیومی تا مهاجم سرویکس.
- واریس بدون سابقه ترومبوفلیبیت.
- بیماری فعال کیسه صفرا.
- خانم های سیگاری بالای ۳۵ سال با مصرف کمتر از ۱۵ نخ سیگار یا کمتر از ۳۵ سال با مصرف بیش از ۱۵ نخ سیگار در روز.
- میگرن بدون علائم عصبی.
- انواع خاصی از دیابت (دیابتی های مبتلا به هیپرتانسیون، نفروپاتی یا رتینوپاتی).
- افسردگی خیلی شدید.
- مصرف دارو برای اپی لپسی (بجز والپروئیک اسید).

- مصرف ریفامپین یا گریزوفلووین.
- بیماری سلول داسی شکل.
- داشتن فرزند شیرخوار بزرگتر از شش ماه.

زمان شروع استفاده از آمپول ترکیبی پیشگیری از بارداری:

- ۱- اولین تزریق (شروع استفاده از روش) در یکی از ۵ روز اول دوره قاعدگی انجام می شود.
- ۲- اگر مادر پس از زایمان به فرزند خود شیر ندهد، می تواند مصرف این روش را از ۳ هفته پس از زایمان آغاز کند.

عوارض مصرف آمپول های ترکیبی پیشگیری از بارداری:

- ۱- دلایل افزایش وزن به دلیلی، تجمع مایعات در بدن به دلیل اثر پروژسترون و افزایش اشتها و به دنبال آن افزایش مصرف مواد غذایی. افزایش وزن با انجام ورزش منظم و رعایت رژیم غذایی برطرف خواهد شد.
- ۲- آکنه که با تغییر رژیم غذایی (کاهش میزان چربی مصرفی خصوصاً تنقلات چرب و افزایش مصرف میوه و سبزی تازه) و تمیز نگه داشتن پوست برطرف می شود.
- ۳- تغییرات خلق و خوی (افسردگی) که با ادامه استفاده از آمپول ها رفع می گردد. در غیر این صورت ارجاع به پزشک ضروری است.
- ۴- خونریزی نامنظم رحمی که شایع نیست و معمولاً در عرض ۳-۲ ماه اول استفاده از سیکلوفم برطرف شده و حداکثر پس از یکسال منظم می شود. در صورت ادامه پیدا کردن خونریزی های نامرتب رحمی، علیرغم گذشت سه ماه از استفاده از آمپول سیکلوفم، فرد به متخصص زنان ارجاع شود.
- ۵- آمنوره شایع نیست. در صورت وقوع، باید آزمایش بررسی حاملگی انجام شود، در صورتی که آمنوره از عوارض مصرف دارو باشد، باید آموزش و مشاوره لازم به گیرنده خدمت داده و در صورت عدم موافقت وی روش را عوض کرد. ۸۰٪ زنانی که با مصرف DMPA دچار آمنوره شده اند با تغییر روش به سیکلوفم خونریزی رحمی آنها شروع می گردد. توجه: اگر استفاده کنندگان آمپول سیکلوفم به دلیل عوارض، خواهان قطع مصرف آن و استفاده از روش های دیگر پیشگیری از بارداری باشند، می توانند روش مورد نظر خود را مطابق دستورالعمل مربوطه شروع نمایند.

هشدارها:

در صورت بروز هر کدام از علامت های زیر (که نشان دهنده یک مشکل جدی است) مصرف کننده بایستی فوراً به بیمارستان ارجاع گردد:

- ۱- درد شدید در قسمت بالای شکم.
- ۲- درد قفسه سینه یا تنگی نفس و سرفه با خلط خونی.
- ۳- تورم یا درد شدید در یک پا.
- ۴- مشکلات چشمی (تاری دید، دوبینی و از دست دادن قدرت دید).
- ۵- سردرد غیر معمول (سردرد شدید و یا ضربانی و یا سردرد در یک طرف سر).
- ۶- زردی اسکلرا و پوست.

آزمایش ها و معاینه های لازم:

مراجعه اول:

- ۱- بررسی وضعیت سلامتی.
- ۲- اندازه گیری فشار خون.
- ۳- معاینه پستان و لگن.
- ۴- آزمایش پاپ اسمیر (۶-۴ هفته پس از زایمان و مطابق دستورالعمل کشوری).
- ۵- بررسی مشکلات انعقادی و چربی های خون (در صورت سابقه ترومبوز و یا بیماری های قلبی در بستگان درجه یک زیر ۵۰ سال).

توجه ۱: معاینه تیروئید برای تجویز آمپول پیشگیری از بارداری سیکلوفم لازم نیست.
توجه ۲: انجام آزمایش ها درمراجعه اول اجباری نیست.

مراجعه های بعدی:

اولین بررسی پس از ۳ ماه و سپس هر ۶ ماه یکبار تا دو سال، و از آن پس در صورت نبودن هر گونه مشکل هر ساله و به شرح زیر انجام می شود.

- ۱- اندازه گیری فشار خون.
 - ۲- اندازه گیری وزن.
 - ۳- پیگیری بروز علائم هشدار و عارضه ها و در صورت لزوم بررسی آن ها.
 - ۴- بررسی دقیق تر خانم های با بیماری مزمنی که اثر آمپول روی آن بیماری ها مشخص نیست (بیماری های که درموارد منع مصرف آمپول اشاره ای به آن نشده است مانند گواتر).
- اگر هر کدام از مشکلات یاد شده وجود داشته باشد، باید به متخصص مربوطه ارجاع داده شود.
بررسی قند، چربی و لیپوپروتئین برای خانم های زیر در مراجعه های پیگیری بطور روتین انجام می شود:

- خانم های ۳۵ ساله و بالاتر.
 - خانم های با سابقه بیماری های قلبی یا فشار خون بالا.
 - دیابتی ها (هر ساله) .
 - خانم های با سابقه دیابت حاملگی (هر ساله).
 - خانم های چاق.
- در هر مراجعه برای تزریق بعدی، باید در خصوص رضایت از روش، شکایت ها، هشدارها و یا عوارض مصرف با دقت پرسش شود.

تذکرات هنگام مصرف:

- ۱- تزریق آمپول سیکلوفم باید هر ۳۰ روز انجام شود اگر متقاضی در فاصله زمانی تا ۳ روز زودتر یا ۳ روز دیرتر از موعد مقرر مراجعه نماید. می توان ضمن تأکید بر لزوم رعایت زمان تعیین شده، سیکلوفم را تزریق کرد. شایان ذکر است که فاصله بین تزریق ها نباید بیشتر از ۳۳ روز باشد.
- ۲- تزریق سیکلوفم عضلانی (بالای بازو یا قسمت فوقانی خارجی باسن) و عمیق (با استفاده از سر سوزن بلند) است. محل تزریق نباید ماساژ داده شود.
- ۳- در صورت تأخیر برای تزریق بعدی (بیش از ۳۳ روز) تزریق بایستی پس از اطمینان پیدا کردن از نداشتن تماس جنسی (پس از فاصله ۳۳ روز تا زمان مراجعه) و یا اطمینان از باردار نبودن خانم انجام شود. در غیرانصورت باید فرد از نظر حاملگی بررسی و تا تزریق بعدی از یک روش کمکی دیگر استفاده شود.

برگشت بارداری پس از قطع روش:

در اغلب موارد بازگشت تخمک گذاری ۳-۲ ماه پس از آخرین تزریق رخ می دهد.

مگسترون (Depo Medroxy Progesterone Acetat):

توضیح روش:

مگسترون یک روش تزریقی پیشگیری از بارداری است، آمپول مگسترون حاوی ماده موثر دپومدورکسی پروژسترون استات بوده و سه ماه از بارداری پیشگیری می نماید. ارائه خدمت این روش توسط کارکنان بهداشتی دوره دیده، صورت میگیرد.

مکانیسم عمل:

- ۱- جلوگیری از تخمک گذاری.
- ۲- دشوار نمودن رسیدن اسپرم به رحم از طریق افزایش غلظت ترشحات رحم.

۳- تاثیر بر مخاط داخلی رحم (اندومتر).

اثر بخشی:

اثر بخشی این روش در سال اول استفاده بیش از ۹۹/۷ درصد است.

مزایا:

- اثر بخشی بالا.
- آسانی استفاده.
- فاصله های استفاده نسبتاً طولانی مدت (هر سه ماه یک بار)
- مناسب برای افرادی که استفاده مداوم و هر روزه از یک روش مشکل دارند (افراد فراموش کار، کوچ نشین، عقب ماندگان ذهنی و...)
- کاهش ابتلا به سرطان های اندومتر و تخمدان، بیماریهای التهابی لگن (PID) کم خونی، فیبروم رحمی، اندومتريوز، حاملگی خارج از رحم (EP)، کاندیدیازیس واژن، سندرم قبل از قاعدگی (PMS) درد زمان قاعدگی و تخمک گذاری (متیل اشمرز)
- فقدان عوارض استروژنی بدلیل نداشتن استروژن.
- مناسب برای افراد مبتلا به دیابت و بیماری تیروئید.
- قابل استفاده در هر دوره سنی.
- قابل استفاده در دروران شیردهی.
- افزایش شیر مادر.
- تداخل نداشتن با مقاربت جنسی.
- عدم نیاز به قطع مصرف قبل از اعمال بزرگ جراحی.
- مناسب برای بیماران تشنجی (اگر با مصرف داروهایی مانند کاربامازپین و فنی توئین هم زمان نباشد).

معایب:

- تاخیر در بازگشت باروری.
- لزوم تزریق در فاصله های زمانی سه ماهه.
- عدم پیشگیری از بیماریهای مقاربتی از جمله ایدز.
- احتمال افزایش وزن.
- آمنوره

عوارض شایع و چگونگی برخورد با آنها:

- ۱- اختلالات قاعدگی (از خونریزی نامرتب تا آمنوره): خونریزی نامرتب رحمی معمولاً در ماههای اول مصرف دیده می شود و در عرض ۳-۲ ماه اول از بین رفته و یا کاهش می یابد (شایان ذکر است که رفع این عارضه گاه نیازمند زمانی معادل ۱۲-۶ ماه خواهد بود) در صورتی که خونریزی نامرتب رحمی برای فرد مزاحمت ایجاد کند باید او را برای بررسی بیشتر به متخصص زنان معرفی نمود.
- اگر دلیل خونریزی تزریق DMPA باشد، کپسول مفنمیک اسید (۲۵۰ میلی گرمی) روزی سه بار و در هر بار دو عدد، تا ۵ روز تجویز می گردد. در صورت بهبود نیافتن و یا وقوع خونریزی به هر دلیل دیگر (بجز تزریق DMPA) ارجاع به متخصص زنان ضرورت دارد.
- اگر آمنوره از ابتدای تزریق آمپول ایجاد شود، نیاز به درمان نداشته و صرفاً باید به فرد اطمینان خاطر داده شود. بررسی احتمال بارداری به شرط این که فرد پس از تزریق آمپول، خونریزی قاعدگی منظم داشته و بعداً دچار آمنوره شده باشد لازم است.

۲- افزایش وزن: افزایش وزن بیشتر به دلیل آثار هورمون پروژسترون و تجمع مایع در بدن، افزایش اشتها و مصرف بیشتر مواد غذایی است. این مشکل با رعایت رژیم غذایی و ورزش قابل رفع است.

موارد منع مصرف مطلق:

- بارداری
- سرطان پستان.
- خونریزی واژینال بدون علت مشخص.
- اختلالات شدید انعقادی.
- سابقه تومور (آدنوم) کبدی ناشی از مصرف هورمون های استروئید جنسی.
- ترومبوآمبولی و یا سابقه آن.
- سابقه سکته مغزی.
- فشار خون کنترل نشده.
- دیابت کنترل نشده.
- دیابت با ضایعه عروقی، و یا ابتلای به دیابت به مدت بیست سال یا بیشتر از آن.

موارد منع مصرف نسبی:

- بیماری کبدی.
- بیماری شدید قلبی عروقی.
- تمایل به برگشت سریع باروری
- مشکلات مرتبط با تزریق (ترس و..)
- افسردگی شدید.
- فشار خون کنترل شده.
- دیابت کنترل شده.
- مول
- چاقی

زمان شروع استفاده از DMPA:

۱- در زمان قاعدگی:

اولین تزریق (شروع استفاده از روش) در یکی از پنج روز اول قاعدگی انجام و تا یک هفته نیز از یک روش کمکی مانند کاندوم استفاده می شود.

۲- مادران غیر شیرده:

الف- پس از زایمان اولین تزریق DMPA بلافاصله پس از زایمان و تا ۳ هفته پس از آن امکان پذیر بوده و نیازی به برگشت قاعدگی نیست.

ب- پس از سقط: اگر متقاضی خدمت، DMPA را به عنوان روش پیشگیری از بارداری انتخاب کند، استفاده از آن تا ۵ روز بعد از سقط سه ماهه اول یا دوم امکان پذیر است. تزریق DMPA پس از این فاصله زمانی (۵ روز) منوط به دریافت پاسخ منفی تست بارداری HCG-β از آزمایشگاه و رعایت سایر شرایط خواهد بود.

۳- مادران شیرده:

الف- در صورت قاعده نشدن و تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر و انتخاب DMPA بعنوان روش پیشگیری از بارداری، مصرف DMPA باید ۶ هفته پس از زایمان آغاز گردد.

ب- در صورت قاعده سدن، تزریق باید در یکی از پنج روز اول قاعدگی انجام شده و تا یک هفته نیز از روس کمی، مانند کاندوم استفاده شود.

ج- به دنبال قطع یک روش: اگر فرد در پنج روز اول دوران قاعدگی مراجعه کند، می توان بلافاصله DMPA را تزریق نمود، در غیر اینصورت تا فرارسیدن دوره قاعدگی بعدی (برای تزریق DMPA) کاندوم در اختیار فرد قرار داده خواهد شد.

چگونگی استفاده از DMPA:

- ۱- یک آمپول ۱۵۰ میلی گرمی DMPA هر ۳ ماه یکبار تزریق می گردد. اگر متقاضی در محدوده فاصله زمانی ۲ هفته زودتر و یا ۲ هفته دیرتر از موعد مقرر مراجعه نماید، می توان ضمن تاکید بر لزوم رعایت زمان تعیین شده، DMPA را تزریق کرد.
- ۲- قبل از تزریق و برای بوجود آوردن سوسپانسیون یکنواخت، باید ویال یا آمپول را به شدت تکان داد.
- ۳- تزریق DMPA عضلانی (بالای عضله بازو یا باسن) و عمیق (با استفاده از سر سوزن بلند) است. محل تزریق نباید ماساژ شود.

آزمایش ها و معاینه های لازم:

- ۱- اندازه گیری وزن و قد و محاسبه BMI
 - ۲- اندازه گیری و ثبت فشارخون (فشار خون کنترل شده از موارد منع مصرف نسبی است. در پیگیری ها به تغییر فشار خون دقت شود).
 - ۳- انجام پاپ اسمیر (بر اساس دستورالعمل کشوری).
 - ۴- اندازه گیری لیپوپروپایل (یکبار) اگر LDL پایه متقاضی خدمت از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر بیشتر بوده و دو فاکتور خطر عروقی یا اختلالات نادر لیپیدی مانند Familial Hyper Cholestrolemia وجود داشته باشد، آغاز استفاده از روش توصیه نمی شود.
- توجه:** اگر انجام آزمایش و معاینه های فوق در اولین مراجعه ممکن نباشد، می توان اولین نوبت آمپول را تزریق کرد. باید به خاطر داشت که انجام بررسی های یاد شده در فاصله زمانی سه ماه پس از تزریق اول ضرورت دارد.

هشدارها و چگونگی برخورد با آنها:

بروز هر یک از علائم زیر نشان دهنده ضرورت مراجعه فوری به بیمارستان است.

- ۱- خونریزی شدید یا طولانی (دو برابر شدن مقدار و یا مدت زمان قاعدگی در مقایسه با قاعدگی های قبلی).
- ۲- سردرد شدید همراه با تاری دید.
- ۳- زردی چشم و پوست.
- ۴- تاخیر قاعدگی (در فردی که حین استفاده از DMPA قاعدگی مرتب داشته است).
- ۵- افزایش فشار خون (در حدی که نیازمند درمان باشد).

موارد قابل توجه در پیگیری ها و مراجعه های بعدی:

در صورت تأخیر بیش از ۲ هفته برای تزریق بعدی و وجود قاعدگی ماهیانه در طول استفاده از این روش، بررسی احتمال بارداری و تذکر به استفاده از یک روش دیگر (مانند کاندوم) تا قاعدگی بعدی ضروری است. در صورت وجود آمنوره به دلیل تزریق آمپول و تأخیر بیش از ۲ هفته، تزریق بعدی پس از دریافت پاسخ منفی آزمایش بررسی بارداری، انجام خواهد شد. در موارد قطع قاعدگی (آمنوره) در استفاده کنندگان از روش، اطمینان دادن به فرد در ارتباط با عادی و بی خطر بودن این مساله (قطع خونریزی ماهانه-آمنوره) ضروری است. همچنین فرد باید مطمئن شود که قطع قاعدگی دلیل وجود بارداری نخواهد بود.

در صورت بروز لکه بینی یا خونریزی بین دوره های قاعدگی باید گیرنده خدمت از عادی، شایع و بی خطر بودن این عارضه اطمینان خاطر یابد. اگر خونریزی ادامه یابد، گیرنده خدمت باید به مراکز مربوطه ارجاع شود (بخش برخورد با عوارض شایع)

حوریری فاعدکی سدید یا طولانی (مقدار حوریزی یا مدت آن دو برابر معمول باشد) نادر، اما مهم بوده و نیازمند توجه پزشکی است.

سابقه سردرد شدید (میگرن) مانع استفاده از DMPA نیست. اگر مصرف DMPA با شروع یا تشدید سردرد، تاری دید، از بین رفتن موقت بینایی، برق زدن در چشم (فلاشینگ) دیدن خطوط زیگزاگی و یا اختلال در تکلم و حرکت همراه گردد، استفاده از یک روش غیر هورمونی توصیه می شود همچنین برای آغاز درمان مناسب، ارجاع این فرد ضرورت خواهد داشت. اگر مشکلی وجود نداشته باشد و فرد مایل به ادامه استفاده از DMPA باشد، ضمن ارائه خدمت مطابق دستورالعمل به فرد تذکر داده می شود که پس از سه ماه برای تزریق نوبت بعدی (تزریق در فاصله 14 ± 90 روز انجام پذیراست) مراجعه نماید. در هر مراجعه برای تزریق بعدی باید رضایت از روش، شکایت ها، هشدارها و عارضه ها مورد سوال و بررسی قرار گیرد..

استفاده از DMPA پیش از زایمان اول:

۱- ممکن است باعث تاخیر در بازگشت باروری شود.

۲- مصرف آن در افراد زیر ۱۶ سال با توجه به احتمال اثر منفی بر رشد استخوانی توصیه نمی شود.

حاملگی هم زمان با استفاده از DMPA:

اگر هم زمان با استفاده از DMPA بارداری اتفاق بیافتد، احتمال افزایش مرگ و میر نوزادی و نئوناتال به علت کاهش وزن جنین (IUGR) وجود دارد. بنابراین در بارداری های هم زمان با استفاده از این روش نیاز به دقت بیشتر در مراقبت ها و (در صورت لزوم) ارجاع به متخصص زنان است.

برگشت باروری پس از قطع روش:

۱- ممکن است بازگشت باروری در کاربر DMPA پس از قطع استفاده از روش با تاخیر مواجه گردد، این تاخیر بطور معمول حدود ۸-۹ ماه پس از آخرین تزریق بطول می انجامد.

۲- تزریق DMPA ناباروری دایمی ایجاد نمی کند.

۳- اگر فرد نخواهد باردار شود و نیز مایل به ادامه استفاده از DMPA نباشد علیرغم تاخیری که در بازگشت باروری با استفاده از DMPA پس از پایان مدت ۳ ماهه وجود دارد، باید از یک روش دیگر پیشگیری از بارداری استفاده نماید.

آی - یو - دی IUD

آی - یو دی کاپرتی (Tcu 380 A)

توضیح روش:

این نوع آی یو - دی یک وسیله کوچک حاوی مس است که در داخل رحم کار گذاشته شده و تا ده سال از بارداری پیشگیری می کند. ارائه خدمت این روش توسط پزشک، ماما و یا کارکنان بهداشتی آموزش دیده صورت می گیرد.

مکانیسم عمل:

۱- ایجاد التهاب در حفره رحم و صدمه به اسپرم.

۲- اختلال در حرکات لوله های رحمی و جلوگیری از انتقال اسپرم و رسیدن به تخمک.

اثر بخشی:

اثر بخشی ای یو دی Tcu 380 A حدود ۹۹/۲ درصد است.

مزیت ها:

- اثر بخشی بالا.
- قابلیت برگشت باروری بلافاصله پس از خروج IUD
- طولانی مدت بودن اثر پیشگیری از بارداری (۱۰ سال).
- نیاز نداشتن به یادآوری روزانه.
- عدم تاثیر بر شیردهی.

- ندانستن آثار و عوارض هورمونی.
- قابل استفاده در اوایل دوران منوپوز.
- عدم تداخل با تماس جنسی.
- تداخل نداشتن با مصرف داروها.

عیب ها:

- لزوم کارگذاری و خروج توسط فرد دوره دیده.
- خروج خودبخودی.
- عدم پیشگیری از انتقال بیماریهای منتقله از راه تماس جنسی. (STIs)
- لزوم معاینه دوره ای.

عوارض شایع و برخورد با آنها:

۱- افزایش خونریزی و درد هنگام قاعدگی: به فرد آگاهی لازم داده می شود که این مشکل طی ۳-۲ ماه پس از گذراندن IUD رفع خواهد شد. در صورت نیاز، درمان با داروهایی مانند ایندومتاسین، مفنمیک اسید (روزانه ۳ بار و در هر بار ۲ کپسول ۲۵۰ میلی گرمی بمدت ۵ روز).... و آهن آغاز شود. اگر مشکل خونریزی و درد زمان قاعدگی با این درمان برطرف نگردد، علت آن بررسی و در صورت نیاز باید IUD را خارج نمود.

۲- خونریزی نامنظم و لکه بینی بین قاعدگی ها: به فرد آگاهی داده می شود که این مشکل پس از گذشت ۳-۲ ماه، برطرف خواهد شد. اگر مشکل پس از گذشت ۳-۲ ماه ادامه یافت، ارجاع به متخصص زنان ضرورت می یابد.

۳- افزایش ترشحات واژینال: در صورت افزایش ترشح واژینال، نوع آن بررسی و سپس درمان آغاز می گردد. در صورت نیاز، ارجاع به متخصص زنان ضروری است. (ترشحات عفونی بدبو، همراه با سوزش و خارش بوده و رنگ آن با ترشحات غیر عفونی تفاوت دارد).

موارد منع مصرف مطلق:

- شک یا اطمینان به حاملگی.
- سابقه PID با بستری در بیمارستان.
- رحم با شکل غیر طبیعی.
- بیماری ویلسون یا حساسیت به مس (برای IUD مس دار).
- نقص سیستم ایمنی.
- نئوپلازی درمان شده سرویکس.
- فیبرومی که اندازه و شکل رحم را تغییر داده باشد.
- خونریزی شدید قاعدگی (دفع لخته) یا آنمی شدید.
- خونریزی واژینال بدون علت مشخص.
- اختلالات انعقادی.
- سابقه بارداری خارج رحمی.
- شک به وجود بدخیمی رحم یا سرویکس و یا قطعیت وجود آن.
- پاپ اسمیر غیر طبیعی.
- در فاصله زمانی درمان و پیگیری مول (حداقل ۱ سال).
- نداشتن سابقه زایمان.
- سل لگنی.

موارد منع مصرف نسبی:

- سابقه PID بدون بستری در بیمارستان.

- داشتن شریک های جنسی متعدد (در زن یا همسر وی).
- بیماری های دریچه ای قلب که نیاز به دریافت آنتی بیوتیک پروفیلاکسی پیش از گذاشتن IUD داشته باشد.
- ابتلای به STIs یا سابقه آن (ابتلای اخیر).
- اندومتريت پس از زایمان و یا سقط عفونی در ۳ ماه گذشته.
- سرویسیت و واژینیت درمان نشده.

توجه: استفاده از IUD در افراد دیابتی نیاز به کنترل دارد.

زمان شروع استفاده از IUD:

- ۱- در زمان قاعدگی: با توجه به اطمینان از باردار نبودن، نرمی سرویکس و راحت تر بودن ارائه خدمت، کاگذاری IUD در ۵ روز اول خونریزی قاعدگی توصیه می شود، (خونریزی و درد ناشی از کارگذاری IUD با خونریزی و درد دوران قاعدگی پوشیده خواهد شد).
- ۲- پس از زایمان (طبیعی، سزارین): کوتاهترین فاصله زمانی ممکن برای آغاز استفاده از IUD، ۶ هفته پس از زایمان طبیعی یا سزارین است. ضمناً شیردهی مانع گذاشتن IUD نبوده و IUD اثری بر شیر مادر ندارد.
- ۳- پس از سقط یا کورتاژ: پس از سقط یا کورتاژ زیر ۱۲ هفته و به شرط عفونی نبودن آن می توان در ۵ روز اول پس از سقط IUD گذاری را انجام داد. در موارد سقط بالای ۱۲ هفته، این کار باید با ۶ هفته تأخیر و پس از بررسی های لازم توسط متخصصین انجام شود.
- ۴- درمادران شیردهی که قاعدگی آنها برنگشته است: IUD را می توان ۶ هفته پس از زایمان با انجام آزمایش -β HCG و اطمینان از عدم بارداری کار گذاشت.

آزمایش ها و معاینه های لازم:

اولین مراجعه:

- ۱- معاینه لگنی برای بررسی اندازه و وضعیت رحم و آدنکس ها.
- ۲- بررسی موارد کنتراندیکاسیون مطلق و نسبی.

مراجعه های بعدی:

- ۱- دیدن نخ IUD (معاینه توسط خود فرد لازم نیست): بررسی نخ IUD پس از اتمام اولین دوره خونریزی قاعدگی بعد از گذاشتن IUD انجام شده و کنترل های بعدی آن هر ۶ ماه یکبار (در غیر از زمان قاعدگی) صورت خواهد گرفت. شایان ذکر است که در چند ماه اول پس از گذاشتن IUD و بویژه در دوران قاعدگی احتمال خروج خودبخود آن وجود دارد. در صورت افزایش طول نخ و یا در حال خروج بودن آن باید نسبت به خروج کامل IUD اقدام شود. بلافاصله پس از خروج IUD و در صورت مناسب بودن شرایط فرد (حامله نبودن، نداشتن عفونت و تقاضا برای ادامه روش) می توان نسبت به گذاردن IUD جدید اقدام کرد.
 - ۲- معاینه لگنی برای بررسی ترشح ها و حساسیت رحم و آدنکس ها.
 - ۳- انجام پاپ اسمیر براساس دستورالعمل کشوری.
 - ۴- بررسی وضعیت رضایت مندی، داشتن مشکل با استفاده از IUD تقاضا برای تغییرروش و یادآوری مسایلی که فرد در صورت بروز آنها باید مراجعه نماید.
- تذکره: در صورت رویارویی با هر کدام از علائم عارضه ها و هشدارها مراجعه به مراکز خدمت ضروری است.
- هشدارها و چگونگی برخورد با آنها:**

۱- دیده نشدن نخ یا عدم لمس نخ IUD توسط فرد معاینه کننده؛ اگر نخ IUD دیده نشود، باید برای بررسی بیشتر از نظر حاملگی، پاره شدن نخ، سوراخ شدن رحم، ورود IUD به حفره شکمی و خروج IUD، سونوگرافی درخواست شده و در صورت نیاز ارجاع صورت گیرد.

۲- تاخیر قاعدگی: در موارد تاخیر قاعدگی، آزمایش بارداری برای حصول اطمینان درخواست شود. اگر پاسخ آزمایش بارداری هم زمان با استفاده از IUD مثبت باشد، باید حاملگی را از نظر داخل و یا خارج رحمی بودن بررسی نمود. شناس بار بارداری خارج رحمی با استفاده از IUD افزایش نیافته ولی در صورت وقوع حاملگی هم زمان با استفاده از IUD باید بارداری خارج رحمی را مد نظر داشت.

۳- حاملگی داخل رحمی: اگر در نیمه اول حاملگی باشد و نخ IUD دیده نشود فرد ارجاع خواهد شد. ولی اگر بتوان نخ را دید سعی می شود که با کشیدن آن IUD را خارج کرد. اگر این مانور با موفقیت همراه نباشد. ارجاع به متخصص انجام خواهد شد. در نیمه دوم حاملگی، با هر شرایطی (دیده شدن یا دیده نشدن نخ) ارجاع فرد انجام می شود. شایان ذکر است که:

- در موارد ادامه حاملگی با داشتن IUD، باید به فرد هشدار داد که اگر به هر کدام از علائم عفونت مانند تب، علائم شبه آنفولانزا، درد شکمی و خونریزی دچار شود، ضرورت دارد که در اولین فرصت به مرکز بهداشتی درمانی برای ارجاع فوری و یا مستقیماً و فوری به بیمارستان مراجعه نماید.
 - در صورت سقط با IUD (بویژه در سه ماهه دوم) خطر سپتی سمی وجود دارد.
 - اگر بارداری با داشتن IUD تا ترم ادامه یابد وجود IUD در رحم باعث ناهنجاری جنینی نخواهد شد.
- ۴- حاملگی خارج رحمی: فرد را باید فوراً به بیمارستان ارجاع داد.
- ۵- وجود علائمی چون درد پایین شکم، ترشح واژینال چرکی، و بدبو، تب و لرز، استفراغ و حرکت دردناک سرویکس احتمال وجود بیماری های التهابی لگن را مطرح نموده و باید فرد به بیمارستان ارجاع شود.
- ۶- بدخیمی دستگاه تناسلی: اگر هر کدام از موارد بدخیمی دستگاه تناسلی قطعیت پیدا کند. باید IUD را خارج نموده و فرد را به متخصص ارجاع داد.

پیگیری:

مراجعه های پیگیری IUD در مراکز ارائه خدمت به دو دسته بوده و به شرح زیر انجام می شوند:

- مراجعه هایی که به منظور کنترل انجام می شوند: ۱ ماه پس از کارگذاری IUD (پس از پایان خونریزی قاعدگی) و سپس هر شش ماه یک بار در دوره پاکی برای بررسی نخ IUD.
- مراجعه پس از پایان مدت اثربخشی IUD: برای خروج IUD و در صورت نیاز جای گذاری IUD جدید.

خروج IUD:

اگر فرد بخواهد که IUD را زودتر از پایان مدت اثر آن خارج نموده و نیز تمایلی به بارداری نداشته باشد، باید در زمان قاعدگی برای خارج نمودن IUD به مرکز ارائه خدمت مراجعه نموده و پس از خارج نمودن آن بلافاصله از یک روش دیگر پیشگیری از بارداری استفاده نماید. اگر IUD در زمانی غیر از دوران قاعدگی خارج شود احتمال بارداری وجود داشته و در صورت وجود تماس جنسی در عرض ۷۲ ساعت گذشته، استفاده از روش اورژانس پیشگیری از بارداری ضرورت دارد.

بستن لوله های رحمی (توبکتومی)**توضیح روش:**

بستن لوله های رحمی در خانم ها یک عمل جراحی ساده و بی خطر است. در این عمل لوله های رحمی متقاضی طی بیهوشی عمومی (یا با بی حسی موضعی) بسته می شود. این عمل توسط متخصص زنان یا جراح عمومی، بصورت سرپایی (و یا یک روز اقامت در بیمارستان) قابل انجام است.

مکانیسم عمل:

با بسته شدن لوله های رحمی، (حد فاصل رحم و تخمدان ها) از رسیدن اسپرم و تخمک به یکدیگر و تشکیل سلول تخم جلوگیری بعمل می آید.

اثر بخشی:

میزان شکست این روش در سال اول بین ۰/۵ تا ۰/۷ درصد است. احتمال حاملگی بعد از عمل در خانم های زیر ۳۵ سال تا میزان ۱/۷ برابر افزایش می یابد. اثر بخشی روش تا ۱۰ سال پس از عمل بیش از ۹۸ درصد گزارش شده است.

موارد به تعویق افتادن عمل جراحی TL:

- بیماری های التهابی لگن در سه ماهه اخیر.
- بیماری های تروفوبلاستیک بدخیم.
- سابقه اخیر بیماری های قلبی حاد.
- ابتلا به ترومبوز وریدی عمقی (DVT) یا آمبولی ریه.
- خونریزی واژینال بدون علت مشخص.
- مشکلات دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان مانند پره اکلامپسی شدید، اکلامپسی، پارگی کیسه آب، (بیش از ۲۴ ساعت) تب زمان زایمان یا بلافاصله پس از آن، وجود عوارض پس از زایمان مثل خونریزی و عفونت سایر نقاط بدن (داشتن شرایط نامساعد جسمی).
- بیماری های فعال مقاربتی (STIs).
- سرطان های لگن.

نکته های مهم:

- بستن لوله های رحمی در صورت وجود هر کدام از مشکلات فوق، پس از رفع مشکل انجام خواهد شد.
- بایستی قبل از TL، ضمن مشاوره دقیق به زن و شوهر در مورد کم بودن احتمال موفقیت، پرهزینه و دشوار بودن عمل جراحی برگشت توانایی باروری را تذکر داد.
- این روش برای زوجینی که خانواده خود را از نظر تعداد فرزند کامل نموده و از زندگی با ثباتی برخوردارند، مناسب است. قبل از عمل بایستی رضایت متقاضی خدمت و همسر وی کسب شود.
- بجز موارد عنوان شده فوق منع خاصی برای زمان انجام عمل مطرح نیست. لازم است با توجه به فاکتورهای سن، تعداد و سن فرزندهای متقاضی، ضمن انجام مشاوره به متقاضی در اتخاذ تصمیم مناسب کمک شود.

زمان انجام عمل TL:

- ۱- در صورت اطمینان از باردار نبودن متقاضی، بستن لوله های رحمی در هر زمانی از سیکل قاعدگی امکانپذیر است (دو هفته اول سیکل قاعدگی دوره زمانی مناسبتری است).
 - ۲- پس از زایمان طبیعی.
 - ۳- هنگام سزارین (بستن لوله های رحمی براحتی امکان پذیر است).
- توجه: پس از سقط و نیز در فاصله زمانی ۴۲-۷ روز پس از زایمان، زمان مناسبی برای انجام عمل توبکتومی نیست.

آزمایش ها و معاینه های لازم:

- ۱- گرفتن سابقه بیماری ها.

- ۲- انجام گراویندکس.
- ۳- سایر آزمایش ها (بر اساس دستورالعمل معاونت سلامت در مورد اعمال جراحی غیر اورژانس).
- ۴- معاینه لگنی.
- ۵- اندازه گیری فشار خون.
- ۶- پاپ اسمیر (مطابق دستورالعمل کشوری).

تذکره ها:

- نخوردن مایعات و مواد غذایی حداقل ۸ ساعت قبل از عمل.
- مصرف نکردن دارو ۲۴ ساعت قبل از عمل (مگر به تجویز پزشک)
- حمام کردن شب قبل از عمل.
- استفاده از لباس های تمیز و راحت.
- نداشتن لوازم زینتی و لاک ناخن.
- داشتن همراه برای برگشت به منزل (در صورت امکان)

هشدارها و چگونگی برخورد با آنها:

- ۱- تب بالاتر از ۳۸ درجه.
 - ۲- درد و تورم محل عمل و خروج چرک و خون از آن تا یک هفته.
 - ۳- درد شکمی که بدتر شده یا از بین نرود.
 - ۴- اسهال.
 - ۵- از حال رفتن.
- در صورت بروز هر کدام از موارد فوق، فرد به بیمارستان ارجاع خواهد شد.

مراجعه های پیگیری و اقدامات مربوطه:

۱- تعیین زمان مراجعه بعدی: مراجعه بعدی در فاصله ۷-۱۴ روز بعد از عمل به منظور کشیدن بخیه ها و معاینه محل عمل.

۲- داشتن IUD و انجام TL : لزوم مراجعه فرد در اولین سیکل قاعدگی پس از عمل، برای خروج IUD.

۳- بررسی رضایت از عمل، عارضه ها، هشدارها، راهنمایی و مشاوره (در صورت وجود مشکل خاص) از کارهای لازم در مراجعه های پی گیری است.

حاملگی در افراد TL شده:

حاملگی در افراد TL شده بسیار کم بوده، ولی در صورت تاخیر قاعدگی، تهوع، حساس شدن پستان ها، درد و حساسیت زیر شکم و خونریزی واژینال بررسی آن ضروری است.

حاملگی بعد از TL، بدون وجود هیچ اشکال تکنیکی در عمل بستن لوله های رحمی ممکن خواهد بود. با توجه به خارج رحمی بودن نیمی از موارد حاملگی های پس از TL (با روش کوآگولاسیون) هر مورد شک به حاملگی باید از نظر EP نیز بررسی گردد (ارجاع به متخصص زنان).

سن مناسب برای بستن لوله های رحمی:

این عمل برای خانم های مولتی پار بالای ۳۵ سال بسیار مناسب است. در مورد متقاضیان زیر ۳۰ سال با توجه به احتمال طلاق، ازدواج مجدد، و... بهتر است ارائه خدمت مشروط به مشاوره دقیق شده و با در نظر گرفتن احتیاطهای لازم همراه گردد.

بستن لوله های اسپرم بر در مردان، (وازکتومی بدون تیغ جراحی No Scalpel Vasectomy)

توضیح روش:

واژکتومی بدون تیغ جراحی یک روش دائمی پیشگیری از بارداری برای آقایان است. این روش با یک عمل جراحی سرپایی و بی حسی موضعی و معمولاً کوتاهتر از ۲۰ دقیقه انجام می‌گیرد. طی این عمل لوله‌های اسپرم بر، از طریق ایجاد یک سوراخ کوچک بر روی کیسه بیضه‌ها بسته می‌شوند.

مکانیسم عمل:

بسته شدن لوله‌های اسپرم بر از ورود اسپرم‌ها به مایع منی جلوگیری می‌نماید. در این حالت مایع منی فرد بدون اسپرم بوده و لقاح صورت نخواهد گرفت.

اثر بخشی:

یکی از اثربخش‌ترین روش‌های پیشگیری از بارداری است. با پیگیری‌های بعد از عمل و انجام دو نوبت آزمایش آنالیز اسپرم پس از عمل جراحی که نبودن اسپرم در مایع منی را تایید کند، میزان موفقیت نزدیک به ۱۰۰ درصد است.

مزیت‌ها:

- اثر بخشی بالا.
- دائمی بودن.
- تداخل نداشتن با فعالیت جنسی.
- عدم نیاز به یادآوری و مراجعه‌های مکرر.
- نداشتن اثر منفی بر قدرت مردانگی، میل جنسی و صفت‌های ثانویه مردانه (ریش، سیبیل و صدای مردانه).
- عارضه نداشتن برای سلامتی استفاده‌کننده از روش در دراز مدت.
- تاثیر نداشتن بر حجم و ظاهر مایع منی و کیفیت تماس جنسی.
- افزایش لذت جنسی بدلیل از بین رفتن نگرانی حاملگی ناخواسته.
- اثر بخشی بیشتر، نیاز کمتر به مراقبت قبل و پس از عمل، احتمال بیشتر در موفقیت عمل بازگشت، زمان کوتاه‌تر عمل جراحی، امکان کسب اطمینان از موفقیت عمل و عارضه‌های کمتر در مقایسه با بستن لوله‌های رحمی.
- چاق نشدن فرد پس از عمل.

موارد منع استفاده مطلق:

باید توجه داشت هیچگونه منع مطلق در انجام واژکتومی وجود ندارد، اما در برخی شرایط واژکتومی باید با "احتیاط"، "تاخیر" و یا "ارجاع" به یک مرکز مجهز انجام گیرد. این موارد به شرح ذیل می‌باشند:

موارد احتیاط:

مواردی هستند که خدمت واژکتومی برای متقاضی با احتیاط انجام می‌شود.

این موارد عبارت هستند از:

- آسیب اسکروتوم یا سابقه عمل جراحی آن.
- واریکوسل و هیدروسل بزرگ.
- عدم نزول بیضه یکطرفه (واژکتومی در سمت نزول یافته انجام گرفته و اگر ۳ ماه بعد از عمل در مایع منی اسپرم وجود داشته باشد، واژکتومی سمت مقابل نیز باید انجام گیرد).
- دیابت.

موارد به تعویق انداختن عمل:

مواردی هستند که واژکتومی با تاخیر (به منظور رفع مشکل و درمان در صورت لزوم) انجام می‌شود این موارد عبارت هستند از:

- بیماری مقاربتی فعال.
- التهاب سر آلت، لوله‌های اسپرم بر و یا بیضه‌ها.

- عفونت پوست اسکروتوم.
- عفونت حاد سیستیمیک و یا گاستروانتریت شدید.
- فیلاریازیس و الفانتیازیس.
- اپیدیدیمیت و یا اورکیت.

موارد ارجاع:

مواردی هستند که متقاضی باید برای انجام وازکتومی به بیمارستان ارجاع شود این موارد عبارت هستند از:

- فتق کشاله ران.
- عدم نزول بیضه دو طرفه.
- اختلالات انعقادی.
- ایدز.
- وجود توده در کیسه بیضه ها.
- سابقه حساسیت به لیدوکائین.

آزمایش ها و معاینه های لازم:

معمولاً، قبل از انجام وازکتومی نیاز به درخواست هیچگونه آزمایشی نمی باشد. درگرفتن شرح حال، سابقه پزشکی متقاضی بررسی شده و معاینه فیزیکی عمومی با توجه ویژه به دستگاه ژنیتال انجام می شود.

دستورهای پس از عمل:

- استراحت به مدت یک روز.
- آب نزدن به محل عمل تا دو روز.
- نداشتن تماس جنسی تا ۴ روز.
- پوشیدن شورت تنگ و یا بیضه بند و انجام ندادن کار سنگین تا یک هفته.

هشدارها و چگونگی برخورد با آنها:

مواردی هستند که فرد وازکتومی شده در صورت رویارویی با آنها باید فوراً به مرکز یا مراکز انجام وازکتومی مراجعه نماید.

- ۱- تب بیش از ۳۸ درجه تا ۴ هفته، بویژه در هفته اول.
- ۲- درد شدید ناحیه عمل که به مسکن های معمولی پاسخ ندهد.
- ۳- خروج خون و چرک از محل زخم.
- ۴- تورم بیش از حد اسکروتوم.

موارد قابل توجه در پیگیری ها و مراجعه های بعدی:

- بهتر است فرد وازکتومی شده یک هفته پس از عمل برای معاینه محل عمل به پزشک ارائه دهنده خدمت مراجعه نماید.
- فرد وازکتومی شده باید سه ماه بعد از عمل از نظر آزواسپرمی (نبودن اسپرم در مایع منی) آزمایش شود. لازم است در این مدت و تا اخذ نتیجه آزمایش، یک روش مطمئن جلوگیری از بارداری (مانند کاندوم) مورد استفاده قرار گیرد. برای پیگیری و اطمینان از موفقیت کامل عمل، انجام اسپرم آنالیز بعدی با فاصله زمانی یک ماه از آزمایش اول (چهار ماه پس از عمل) خواهد بود.

برگشت پذیری وازکتومی بدون تیغ جراحی:

وازکتومی بدون تیغ جراحی یک روش دائمی پیشگیری از حاملگی بوده و متقاضیانی که خواهان فرزند دیگری هستند به هیچ عنوان نباید از این روش استفاده نمایند. در موارد نادر ممکن است متقاضی پس از وازکتومی خواهان انجام عمل Reversal Vasectomy گردد.

Reversal Vasectomy: (عمل جراحی برگشت وازکتومی) یک عمل جراحی است که با استفاده از میکروسکوپ و یا لوپ انجام شده و طی آن دو انتهای بریده شده وازدفران به یکدیگر پیوند زده می شوند. میزان موفقیت عمل برگشت ۶۰ تا ۸۰ درصد و ظهور اسپرم در مایع منی پس از عمل برگشت، تا بیش از ۹۵ درصد گزارش گردیده است.

کاندوم:

توضیح روش:

کاندوم یک وسیله پیشگیری از بارداری از جنس لاتکس است. کاندوم تنها روشی است که علاوه بر پیشگیری از بارداری از انتقال بیماری های قابل انتقال از طریق تماس جنسی مانند HIV/AIDS نیز پیشگیری می نماید. این وسیله در اندازه، طرح و رنگ های مختلف در دسترس بوده و توسط کارکنان بهداشتی تعلیم دیده تجویز می شود.

مکانیسم عمل:

جلوگیری از ریختن مایع منی به داخل واژن و ممانعت از رسیدن اسپرم به تخمک.

اثر بخشی:

اثر بخشی کاندوم با استفاده صحیح، حدود ۹۷ درصد می باشد.

مزیت ها:

- جلوگیری از انتقال بیماری های منتقله از راه تماس جنسی.
- کاهش خطر بروز سرطان دهانه رحم.
- قابل استفاده در هر گروه سنی.
- کمک به جلوگیری از انزال زودرس.
- آسانی استفاده و نداشتن عوارض موضعی و عمومی.
- نداشتن آثار هورمونی.
- قابل استفاده بلافاصله پس از زایمان.
- نداشتن اثر شیردهی.

عیب ها:

- ایجاد حساسیت به کاندوم (در بعضی از کاربرها).
- کاهش لذت جنسی به دلیل کاهش حس لمس.
- لزوم استفاده پس از نعوظ (Erection).
- احتمال خارج شدن یا پاره شدن.

موارد منع مصرف کاندوم:

- حساسیت به لاتکس و بروز خارش در هر کدام از زوجین.
- ناهنجاری های دستگاه تناسلی مرد.

نکته های قابل توجه در مصرف کاندوم:

- ۱- در هر بار نزدیکی باید از یک کاندوم جدید استفاده شود.
- ۲- کاندوم باید پیش از مصرف مشاهده و از سالم بودن آن اطمینان حاصل شود.
- ۳- کاندوم باید در حالت نعوظ و قبل از انجام نزدیکی به روی آلت کشیده شود.
- ۴- لازم است بلافاصله پس از انزال برای خروج کاندوم اقدام شود. برای اینکار، درحالیکه هنوز نعوظ وجود دارد، با گرفتن حلقه بالایی کاندوم نسبت به خارج نمودن آن اقدام خواهد شد.

- ۵- با توجه به اینکه مالیدن لوبریکانت ها (وازلین، روغن های نباتی، و گیاهی و...) احتمال آسیب به کاندوم و پاره شدن آن را افزایش خواهد داد. لازم است که از استفاده از این گونه مواد خودداری گردد. (با توجه به افزایش احتمال پاره شدن کاندوم و در صورت استفاده همسر فرد از کرم های طبی، باید مصرف این کرم ها به پس از تماس جنسی موکول گردد).
- ۶- حین استفاده باید مواظب بود که کاندوم با ناخن، انگشت یا انگشت سوراخ نشود.
- ۷- باید توجه نمود که کاندوم پس از انزال در داخل واژن باقی نماند.
- ۸- نباید از کاندوم های شکننده، تاریخ گذشته، تغییر شکل و تغییر رنگ داده و یا کاندومی که بسته بندی داخلی آن صدمه دیده است، استفاده کرد.

چگونگی نگهداری کاندوم:

کاندوم بایستی دور از نور آفتاب، گرما، رطوبت، نور لامپ فلئوئورسانس و اشعه ماورای بنفش بوده و در جای خنک و تاریک نگهداری شود.

دستورالعمل فرم شماره ۱۰۸

این فرم در مراکز زیر تکمیل می‌گردد: یادآوری می‌شود واحدهای تسهیلات زایمانی در صورتی که در امر پاپ اسمیر و گذاردن IUD فعال هستند مستثلاً آمار را ارائه دهند و بابت دقت نموده که مرکز بهداشتی روستایی مربوطه این آمار را دوباره شماری نکند.

۱ - بیمارستان

۲ - مرکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی

۳ - خانه بهداشت

۴ - تیم سیار

۵ - بیمارستان

طرفه پرکردن این فرم همانند سایر فرمها بدین صورت است که فرم به دیوار نصب شده و روزانه چوب خط زده می‌شود و در پایان ماه به صورت عدد و رقم در فرم مشابه ثبت و به سطح بالاتر ارسال می‌شود. **مراجعات** جدولی شامل کسانی است که تا بحال از هیچ نوع وسیله پیشگیری استفاده نکرده باشند و برای بستن لوله هنگی مراجعه جدید محسوب می‌شوند. بنابراین موارد جدید بستن لوله تعداد اعمال توکتومی و واژکتومی انجام شده در هر ماه است و برای پاپ اسمیر شامل افرادی است که برای اولین بار تست اسمیر از آنان گرفته می‌شود. این ردیف توسط واحدهای پر می‌شود که ارائه کننده خدمت هستند یعنی وسیله پیشگیری را توزیع می‌نمایند، یا عمل توکتومی یا واژکتومی را انجام می‌دهند و یا تست اسمیر از مراجعه کننده می‌گیرند.

توزیع یا اقدام برای وسیله پیشگیری و گرفتن پاپ اسمیر:

این ردیف نیز فقط توسط واحدهایی که وسیله را توزیع می‌کنند و با IUD و توپشت را می‌گذارند و یا در می‌آورند و یا تست اسمیر می‌گیرند، پر می‌شود و واحدهای ارجاع دهنده در این ردیف نباید آماری داشته باشند. همچنین در مورد قرص* و کاندوم تعداد وسیله‌ای که به فرد داده می‌شود ثبت می‌گردد ولی در مورد سایر روشها چون برای هر نفر فقط یک IUD یا یک توپشت گذارنده و یا یک دیال تزئین می‌شود، بنابراین برای هر نفر فقط یک چوب خط زده می‌شود. در مورد چهارخانه و درآمدن خودبخود IUD هر زمان واحد گذارنده IUD مطلع شد که IUD از خود بخود خارج شده است آمار مربوطه را درج می‌نمایند و چنانچه فرد IUD را در بخش خصوصی گذارده ولی برای کنترل تحت پوشش است واحد کنترل کننده این آمار را می‌تواند ثبت نماید.
* لایه = قرصهایی که دارای دُر پائین استروژن هستند، ای-دی = قرصهایی که دارای دُر بالای استروژن هستند، پروژسترونی = قرصهایی که فقط پروژسترون دارند مانند لاینسرتونل

کل مراجعین:

مراجعه کننده به هر دلیلی که برای یک روش پیشگیری (دریافت روش، ارجاع برای دریافت روش، کنترل، شکایت از روش، انجام مشاوره، ارجاع با گرفتن پاپ اسمیر به واحد بهداشتی مراجعه نماید در ستون مربوطه یک چوب خط زده می‌شود.

بطور خلاصه با مراجعه یک نفر برای دریافت یک روش پیشگیری به واحد بهداشتی، اگر روش را از همان واحد دریافت نموده و شرایط جدید را نیز داشت در ستون مربوطه در هر سه ردیف چوب خط زده می‌شود و اگر شرایط جدید را نداشت فقط در دو ردیف توزیع و کل مراجعین چوب خط زده می‌شود و اگر برای دریافت خدمت به محل دیگری ارجاع شد حتی اگر شرایط جدید را هم داشته باشد فقط در ردیف کل مراجعین برای وی چوب خط زده می‌شود.

مراجعین ستون مشاوره شامل افرادی است که برای انتخاب روش و امر مشاوره به واحد بهداشتی مراجعه می‌کنند و پس از مشورت نیز وسیله‌ای را دریافت نمی‌کنند و چنانچه یک روش را انتخاب کرده و همان روز دریافت کنند در ستون مشاوره آماری ثبت نمی‌شود و در ستون وسیله چوب خط زده می‌شود.

لازم به یادآوری است چوب خط زدن همزمان در دو ستون نایبستی انجام شود و ستون پاپ اسمیر و چهارخانه‌های مربوط به در آمدن یا در آوردن در ردیف توزیع وسیله از این امر مستثنی هستند.

فرزیر جدول تعداد اسمیرهای جواب داده شده بر حسب سطوحی مشخص می‌شود که تعداد کل با جمع موارد سطوحی سرطانی برابر است.

توجه:

۱ - تکمیل قسمت‌های بالا و پائین فرم الزامی است، در صورت ناخوانا و ناقص بودن، فرم فاقد اعتبار بوده و عیناً عودت داده می‌شود.

۲ - مسئولیت صحت اطلاعات مندرج در فرم به عهده مسئول واحد می‌باشد.

۳ - فرم میبایست دارای مهر مرکز باشد و فرم بدون مهر، فاقد اعتبار بوده و عیناً عودت داده می‌شود.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 دانشکده / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
 نام واحد:

شماره ملی:
 تاریخ ثبت نام: ۱۰۸ / / سال
 نوع واحد: بهداشتی بهداشتی درمانی ارتدکس
 سهیلات رانسی نیم سبک کافه چای

تنظیم خانواده

تقریباً جمعیت تحت پوشش: نفر
 جمعیت زنان ۲۹-۱۵ ساله همسر دار: نفر

پایه اسبیر و تیره	جمعیت زنانه		توزیعیت		آموزشهای ترفیعی		کالبدوم و دندان	آی بودی و تیره		فرصت دهی			جمع	نوع و وسیله دسترسی	تاریخ فراگیری
	بزرگسال	کودک	مادران	کودکان	بیمار	بیمار		مادران	کودکان	بازآموزی	آموزش	آل دی			
پایه اسبیر و تیره
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

توجه: این جدول برای بررسی وضعیت جمعیت و برنامه ریزی آموزشی و بهداشتی در خانواده ها استفاده می شود.
 نام و نام خانوادگی مسئول واحد:
 تاریخ تکمیل فرم: نام و نام خانوادگی تکمیل کننده:

باسمه تعالی

فرم فاصله گذاری بین تولدها

شماره خانوار (پرونده)

نام و نام خانوادگی تاریخ تولد تاریخ اولین مراجعه

تاریخ تولد آخرین فرزند تعداد حاملگی تعداد فرزندان زنده فعلی

تاریخ اولین روز قاعدگی در حال حاضر شیر می دهد

شیر نمی دهد

طبیعی است منظم است

زیاد است : خونریزی ماهانه : منظم نیست

کم است

قبلا از چه روش استفاده کرده است؟

علت ترک روش قبلی چه بوده است؟

روش توصیه شده فعلی

نتیجه معاینه یا اندازه گیری و آزمایش (حداقل ۶ ماه یکبار تکرار شود)

تاریخ		نوع معاینه یا آزمایش	
		فشار خون	
		وزن بدن	
		تیروئید	
		واریس	
		پستانها	
		قلب و ریتم	+
		معاینه زنانگی	+
		تاریخ	آزمایش
		نتیجه	پاپ اسمیر
			+

⊗ پاپ اسمیر سالی یکبار انجام می شود

+انجام خدمات مربوط به سطرهایی که با علامت + مشخص شده است از عهده بهورز خارج است .

- ۱- آیا دو بار یا بیشتر سابقه سقط خودبخودی یا بدون علت داشته اید ؟ بلی خیر
- ۲- آیا هیچیک از فرزندان شما مرده بدنیا آمده است ؟ بلی خیر
- ۳- آیا وزن هیچیک از فرزندان شما در بدو تولد ۴ کیلو یا بیشتر بوده است ؟ بلی خیر
- ۴- آیا در حاملگی قبلی به شما گفته اند دیابت یا مرض قند دارید ؟ بلی خیر

منابع:

- ۱- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دستورا لعمل روش های پیشگیری از بارداری در جمهوری اسلامی ایران. تهران: ۱۳۸۲.
- ۲- دستوراعمل آمپول پیشگیری از بارداری سیکلوفم (cyclofem). دفتر سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - ۱۳۸۶.
- ۳- دستور العمل روش پیشگیری اورژانس از بارداری. دفتر سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - ۱۳۸۶.

مراقبت های پیش از بارداری

برای خانمی که تصمیم دارد باردار شود مراقبتهای پیش از بارداری باید حداقل از ۳ ماه قبل از بارداری ارائه شود. این مراقبتهای تا مدت یکسال اعتبار دارد و شامل مراحل زیر می باشد:

۱- مصاحبه و تشکیل پرونده:

ثبت مشخصات خانم، نسبت خویشاوندی با همسر، سابقه بارداری و زایمان قبلی، بیماری، اختلالات روانی، همسر آزاری، رفتارهای پرخطر.

نکته: بررسی اختلالات روانی / همسر آزاری که در مراقبتهای پیش از بارداری و بارداری انجام می شود به شرح زیر تعیین می گردد:

***علائم خطر فوری روانی:** افکار یا اقدام به خودکشی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، فرار از منزل، امتناع از خوردن، پرفعالیتی، توهم و هذیان با محتوای آسیب رسان به خود و دیگران.

***علائم در معرض خطر روانی:** روحیه افسرده، انرژی کم، کم حوصلگی، عصبانیت، بیقراری، اختلال در خواب و اشتها (پرخوابی، کم خوابی، پراشتهایی، کم اشتهایی) توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب رسان به خود و دیگران.

***همسر آزاری:** هر رفتار خشن وابسته به جنسیتی است که موجب آسیب شده یا با احتمال آسیب جسمی، جنسی، یا روانی و یا رنجش زن همراه گردد. چنین رفتارهایی می تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق آزادی و اختیار صورت گرفته و در جمع یا خفا رخ دهد.

***رفتارهای پرخطر شامل:** سابقه یا وجود رفتارهایی مانند سابقه زندان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده، سابقه تزریق مکرر خون، سابقه مسافرت مکرر، یا اقامت طولانی مدت در خارج از کشور در خانم یا همسرش، اعتیاد، مصرف سیگار یا الکل و رژیم غذایی خاص.

۲- معاینه بالینی:

اندازه گیری قد و وزن، تعیین نمایه توده بدنی و ترسیم منحنی وزن گیری، علائم حیاتی (فشار خون، درجه حرارت، نبض و تنفس)، معاینه فیزیکی: (بررسی اسکلازا از نظر زردی و ملتحمه چشم از نظر کم خونی، بررسی پوست از نظر بثورات، لمس قوام و اندازه غده تیروئید و بررسی ندولهای تیروئید. سمع قلب و ریه از نظر وجود سوفل آریتمی، ویزینگ، رال) معاینه پستان ها از نظر قوام، ظاهر، وجود توده و خروج هر نوع ترشح غیر از شیر از پستان. لمس شکم از نظر بررسی اندازه کبد و طحال و بررسی شکم از نظر وجود اسکار و توده، بررسی اندامهای تحتانی از نظر وجود ادم و ناهنجاری اسکلتی.

معاینه لگن و واژن: وضعیت ظاهری لگن از نظر تغییر شکلهای محسوس مانند راشیتیسم، فلج بودن و یا اسکولیوزیس بررسی می شود. به منظور بررسی عفونت، توده، وضعیت رحم و ضمام آن، وضعیت ناحیه تناسلی از نظر هرپس و یا سایر ضایعات، معاینه واژن (توسط ماما یا پزشک عمومی زن) انجام می شود.

معاینه دهان و دندان: دهان و دندان خانم از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی، و آبسه معاینه می شود.

۴- انجام آزمایشها: کامل ادرار (U/A)، کشت ادرار (U/C)، گروه خونی (BG) و ارهاس (Rh)، شمارش سلولهای

خون (CBC)، قند خون ناشتا (FBS)، هپاتیت B (HbsAg) در صورت نیاز، پاپ اسمیر، تیترا آنتی بادی ضد سرخچه (در صورت نیاز) و آزمایشهای HIV Test و VDRL (در موارد رفتارهای پرخطر).

• تیترا آنتی بادی ضد سرخچه را در صورتی که خانم علیه سرخچه ایمن نشده باشد و سابقه ابتلا به سرخچه نیز نداشته باشد، درخواست کنید.

• در صورتی که خانم طبق دستور العمل کشوری بر علیه هپاتیت ایمن نشده است آزمایش HBsAg را درخواست کنید.

تفسیر نتایج آزمایش های پیش از بارداری:

نتایج	تشخیص احتمالی	اقدام
VDRL مثبت	بیماری مقاربتی احتمال مثبت کاذب: بیماریهای کلاژن، عفونت منونوکلوز، سسِن بالا، مالاریا، بیماری تب دار، مصرف مواد مخدر، جذام، بارداری	انجام تست FTA-ABS و در صورت مثبت بودن: درمان سیفلیس
HIV مثبت	ابتلا به ویروس ایدز	ارجاع غیرفوری به کارشناس ایدز/مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری
قند خون ناشتا مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر	دیابت اشکار	تکرار آزمایش یک هفته بعد و در صورت بالا بودن میزان قند خون: ارجاع به متخصص داخلی
پاپ اسمیر غیر طبیعی	سروسیست یا کانسر	-مشاوره تنظیم خانواده، ارجاع غیرفوری به متخصص زنان
وجود گلبول سفید در ادرار و کشت ادرار منفی	عفونت واژینال یا یورتريت کلامیدیایی	-در صورت عفونت واژینال: درمان مطابق نوع عفونت -در صورت عدم بهبود عفونت واژینال و یا وجود یورتريت کلامیدیایی: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان
همو گلوبین پایین (کمتر از ۱۲ گرم در صد)	آنمی	بررسی علت و درمان بر حسب نوع انمی
HBsAg مثبت	هیپاتیت B	-بررسی اعضای خانواده از نظر ابتلا به بیماری یا حامل ویروس بودن -توصیه به ایمن سازی خانواده در صورت منفی بودن HBsAg
کشت ادرار مثبت	عفونت ادراری	درمان مطابق جواب آزمایش
HIV منفی	شک به ابتلا به ویروس ایدز	تکرار آزمایش ۳ ماه بعد
تیترا آنتی بادی ضد سرخچه	منفی: عدم ابتلا به سرخچه مثبت: ایمنی علیه سرخچه	-در صورت منفی بودن نتیجه: تزریق واکسن سرخچه در صورت تمایل خانم و با تاکید بر رعایت فاصله گذاری برای باردار شدن

۴- آموزش و مشاوره شامل: بهداشت فردی و روانی، بهداشت جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه، مکمل دارویی، عدم مصرف مواد مخدر، سیگار و دخانیات، الکل، شغل سخت و سنگین، تاریخ مراجعه بعدی (در صورت نیاز)، زمان قطع روش پیشگیری از بارداری و زمان مناسب باردار شدن.

نکته: شغل سخت و سنگین به کار طولانی مدت به صورت ایستاده بیش از ۳ ساعت، قرار گرفتن در معرض تشعشعات رادیو اکتیو، اشعه ایکس، مواد شیمیایی و همچنین بالا بودن حجم فعالیت جسمی بگونه ای که موجب افزایش ضربان قلب و عرق کردن زیاد شود، گفته می شود.

نکته: برای جلوگیری از تولد نوزادان مبتلا به تالاسمی ماژور، مطابق برنامه کشوری پیشگیری از تالاسمی، زوج ها بعد از مراجعه به دفتر خانه برای ثبت ازدواج، به آزمایشگاه های غربالگری زوج های تالاسمی ارجاع داده می شوند.

۵- مکمل دارویی: مصرف روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک (ترجیحاً از ۳ ماه قبل از بارداری) تجویز می شود. این دارو به صورت نسخه، توسط پزشک تجویز می شود.

۶- ایمن سازی: واکسن توأم را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون تزریق کنید.

مراقبت های هنگام بارداری

- مراقبت های بارداری باید به محض مثبت شدن آزمایش بارداری ارائه گردد.
- به خاطر بسپارید به محض اطلاع از نتیجه مثبت آزمایش، بارداری به خانم تبریک گفته شود.
- بهتر است نتیجه آزمایش بارداری ضمن ثبت در فرم مراقبت بارداری، در صورت عدم نیاز تا پایان بارداری در پرونده نگه داری شود.
- مراقبتهای معمول بارداری طی ۸ بار ملاقات در دو نیمه بارداری به مادر ارائه می‌گردد.
- (۲ ملاقات در نیمه اول و ۶ ملاقات در نیمه دوم) زمان ملاقاتهای معمول بارداری عبارتست از: هفته ۶ تا ۱۰، هفته ۱۶ تا ۲۰، هفته ۲۶ تا ۳۰، هفته ۳۱ تا ۳۴، هفته ۳۵ تا ۳۷، هفته ۳۸، هفته ۳۹ و هفته ۴۰ بارداری.
- زمان ملاقاتهای مادر بر اساس هفته بارداری تعیین شده است که این زمان نیز باید با سن بارداری مادر مطابقت داشته باشد. سن بارداری از زمان اولین روز آخرین قاعدگی مشخص می‌شود و در صورتی که مادر تاریخ آخرین قاعدگی خود را نمی‌داند باید در اولین فرصت برای تعیین سن بارداری اقدام شود.
- هر مادر باید یک بار (در اولین مراجعه) توسط پزشک معاینه شود.
- در صورتی که مادر باردار به دریافت خدمات درمانی دندان پزشکی نیاز دارد. مناسب ترین زمان، سه ماهه دوم بارداری است.
- سه ماهه اول بارداری را از هفته اول تا پایان هفته ۱۴ بارداری، سه ماهه دوم از هفته ۱۵ تا پایان هفته ۲۸ بارداری و سه ماهه سوم، از هفته ۲۹ تا زمان زایمان در نظر گرفته می‌شود.

اولین ملاقات:

اولین ملاقات با مادر باید در هفته ۶ تا ۱۰ بارداری صورت گیرد. اقداماتی که در این ملاقات در صورت نبود علائم خطر فوری انجام می‌شود عبارتست از:

۱- تشکیل پرونده: تکمیل فرم مراقبت بارداری.

۲- شرح حال :

- **تاریخچه پزشکی :** سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری‌ها اعم از بیماری‌های زمینه‌ای (دیابت، فشار خون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی و...)، اختلالات روانی، بیماری تیروئید، سوء تغذیه، ناهنجاری اسکلتی، عفونت HIV / ایدز، ناهنجاری دستگاه تناسلی، تالاسمی مینور در زوجین، هیپاتیت، اختلالات انعقادی، سابقه سرطان پستان در افراد درجه یک خانواده مادر (مادر، خواهر، مادر بزرگ) و یا سابقه قبلی سرطان پستان در مادر و یا لمس توده در پستان توسط مادر، مصرف دارو و حساسیت دارویی، نمایه توده بدنی غیر طبیعی.
- **تاریخچه بارداری:** تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان، سوابق بارداری و زایمان قبلی، وضعیت بارداری فعلی، آخرین روش پیشگیری از بارداری.
- **تاریخچه اجتماعی :** سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، داشتن فرزند کمتر از ۳ سال، بارداری پنجم و بالاتر، اعتیاد به مواد مخدر/ داروهای مخدر، کشیدن سیگار یا سایر دخانیات، مصرف الکل، شغل سخت و سنگین، رفتارهای پر خطر، همسر آزاری.

۳- معاینات بالینی:

در هر ویزیت، معاینه فیزیکی مادر باردار با توجه به نکات زیر انجام می‌گردد:

- **معاینه اندامها و صورت :** پاها، صورت و دستهای مادر از نظر وجود ادم بررسی می‌شود. ادم یکی از علائم هشدار دهنده می‌باشد. وجود مقدار کمی ادم در پاهای زن باردار طبیعی است، ولی هرگاه محل ادم در پاهای زن باردار بالاتر از قوزک پا باشد همانند ساق پاها باید به آن توجه کرد و مادر را مورد بررسی قرار داد. در ناحیه دستها و صورت هر گونه ادمی می‌تواند نشانه مسمومیت حاملگی باشد. ادم صبحگاهی در صورت بیشتر در اطراف چشمها خود را نشان می‌دهد و ادم دستها را می‌توان با تنگ شدن انگشتری یا حلقه تشخیص داد.

- **ثابت وزن و علائم حیاتی شامل:** فشار خون، تعداد ضربان قلب، تعداد تنفس و دمای بدن در هر معاینه بالینی خانم باردار لازم است.
در هر ویزیت وزن مادر با وزنه‌های قبلی مقایسه می‌شود. به طور طبیعی افزایش وزن با توجه به BMI (نمایه توده بدنی) بین ۱۱/۵ تا ۱۶ کیلوگرم است اگر طی یک هفته، یک کیلوگرم یا بیشتر افزایش وزن رخ داد، افزایش وزن ناگهانی می‌باشد. نکته: تعیین BMI در ۱۲ هفته اول بارداری اعتبار دارد.
در هر ویزیت، علائم حیاتی مادر باردار با توجه به نکات زیر باید بررسی شود:
اندازه گیری فشار خون: در طول بارداری فشار خون در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری می‌شود. فشار خون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بالاتر "فشار خون بالا" است.
افزایش تدریجی فشار خون: در مواردی که فشار خون سیستولیک و دیاستولیک به ترتیب به میزان ۳۰ و ۱۵ میلی‌متر جیوه افزایش یافته ولی به میزان ۱۴۰/۹۰ نرسیده است.
درجه حرارت بدن: از راه دهان اندازه گیری می‌شود. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتی‌گراد یا بالاتر "تب" است.
تعداد نبض: به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری می‌شود. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.
تعداد تنفس: به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری می‌شود. تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.
معاینه چشم: در هر ملاقات ملتحمه چشم از نظر کم رنگ بودن و سفیدی چشم از نظر زردی بررسی می‌شود. کم رنگ بودن مخاط ملتحمه چشم به همراه کم رنگ بودن زبان، بستر ناخنها و یا کف دست، "رنگ پریدگی شدید" است.
معاینه پوست: در هر ملاقات پوست بدن مادر مشاهده و بررسی می‌شود. ظهور بثورات پوستی ممکن است با تب و خستگی و آبریزش از بینی همراه باشد. بثورات پوست عبارت است از دانه‌های قرمز رنگ صاف یا برجسته و یا ضایعات تاولی دارای مایع شفاف یا چرکی.
معاینه دهان و دندان: در ملاقات اول و دوم، دهان و دندان مادر از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی، و آبسه معاینه می‌شود.
نکته: عفونت دندانی، آبسه و درد شدید از فوریت‌های شایع دندان پزشکی است که با پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان که معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خوبودی همراه است. این مساله می‌تواند باعث تورم صورت و لثه‌ها (آبسه) شده و گاهی با فیستول (دهانه خروجی چرک آبسه دندان) همراه است.
معاینه پستانها: پستانها از نظر قوام، ظاهر، وجود توده و خروج هر نوع ترشح غیر از شیر در اولین ملاقات خانم باردار معاینه می‌شوند. (معاینه ترجیحاً توسط ماما یا پزشک عمومی زن انجام می‌شود).
لمس شکم: از نظر بررسی اندازه کبد و طحال و بررسی شکم از نظر وجود اسکار و توده.
بررسی اندام‌های تحتانی: از نظر وجود ادم و ناهنجاری‌های اسکلتی.

۴- درخواست آزمایشات:

- در اولین ملاقات بارداری گروه خونی و Rh، کشت کامل ادرار، شمارش کامل خون، BUN (Blood Urea Nitrogen) و کراتینین و در ملاقات سوم بارداری (هفته ۲۶ تا ۳۰ بارداری) شمارش کامل خون، کامل ادرار و آزمایش قند خون ۱ ساعت پس از مصرف ۵۰ گرم گلوکز - Glucose Challenge Test (GCT) درخواست می‌شود.
نکته ۱: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پرخطر در زن باردار و یا همسرش، زن باردار برای انجام آزمایش HIV به کارشناس ایدز و یا مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری ارجاع داده می‌شود.
نکته ۲: نوبت اول کومیس غیر مستقیم را در مادر اره‌اش منفی در هر زمانی پس از اطلاع از مثبت بودن اره‌اش همسر درخواست کنید. نوبت دوم این آزمایش در هفته‌های ۲۶ تا ۳۰ بارداری است. در صورتی که نتیجه کومیس غیر مستقیم، مثبت شود، اقدام لازم، ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا زنان است. در صورت پاسخ منفی آزمایش‌های کومیس غیر مستقیم و در صورت امکان تهیه دارو و تمایل مادر اره‌اش منفی با همسر اره‌اش مثبت در هفته ۲۸ بارداری، آمپول روگام تزریق می‌شود.

نکته ۳: در اولین ملاقات، چنانچه زن باردار در معرض خطر (سابقه مرده زایی، سابقه حداقل دو بار سقط خودبه خودی، سابقه تولد نوزاد با وزن ۴ کیلوگرم یا بیشتر، سابقه دیابت در افراد درجه یک خانواده، نمایه توده بدنی مساوی یا بیش از ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع بیش از بارداری باشد باید یک آزمایش GCT با ۵۰ گرم گلوکز در شرایط غیر ناشتا انجام شود.

نکته ۴: در صورتی که خانمی طبق دستورالعمل کشوری بر علیه هیپاتیت ایمن نشده است آزمایش HBsAg را درخواست کنید.

نکته ۵: چنانچه مادری در زمانی غیر از هفته ۶ تا ۱۰ بارداری برای اولین بار مراجعه کند علاوه بر اقدامات مربوط به اولین ملاقات (تشکیل پرونده و شرح حال) درخواست آزمایشهای روتین، معاینه توسط پزشک (باتوجه به زمان مراجعه مادر مراقبت مربوط به همان هفته بارداری نیز انجام می شود

سونوگرافی: به طور معمول در هفته ۱۶ تا ۱۸ (از شروع هفته ۱۶ تا قبل از پایان هفته ۱۸ بارداری) و در هفته های ۳۱ تا ۳۴ بارداری (در صورت تمایل مادر) سونوگرافی درخواست می شود.

نکته: سونوگرافی هفته های ۱۶ تا ۲۰ بارداری به منظور بررسی تعداد جنین، وضعیت جنین، سن بارداری، و تعیین ناهنجاریهای واضح و سونوگرافی هفته های ۳۱ تا ۳۴ بارداری بمنظور بررسی وضعیت رشد جنین، میزان مایع آمنیوتیک، نمایش جنین، وضعیت جفت و ناهنجاری ها درخواست می شود. در مواردی که تعیین انتقال بیماریهای وابسته به جنس در جنین مورد نظر باشد در سونوگرافی هفته ۱۶ تا ۲۰ بارداری می توان تشخیص داد.

نکته: سونوگرافی در نیمه اول بارداری کمک شایانی به تعیین سن بارداری می کند و با افزایش دوره بارداری با توجه به تفاوتهای نژادی، تغذیه ای و سلامت مادر، دقت آن کمتر می شود.

نکته: در موارد وجود اختلاف بین سونوگرافی و تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی در تعیین سن بارداری مادر را برای بررسی بیشتر به متخصص زنان ارجاع دهید.

۵- اندازه گیری ارتفاع رحم: از هفته ۱۶ بارداری به بعد در هر ملاقات، ارتفاع رحم اندازه گیری می شود (مثانه باید خالی باشد) و با سن بارداری مطابقت داده می شود. در هفته ۱۶ بارداری، رحم در فاصله بین برجستگی عانه و ناف و در هفته ۲۰ بارداری، در حدود ناف قرار دارد. از هفته ۱۸ تا ۳۲ بارداری با استفاده از نوار متری، ارتفاع رحم (فاصله برجستگی عانه تا قلعه رحم) بر حسب سانتی متر تقریباً با سن بارداری بر حسب هفته مطابقت دارد. در هفته ۳۲ تا ۳۶ بارداری، رحم به استخوان جناغ نزدیک می شود. و در هفته های ۳۶ تا ۴۰ در زیر استخوان جناغ لمس می شود.

۶- کنترل صدای قلب جنین: در هر ملاقات (از هفته ۲۶ به بعد) به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان قلب شمرده می شود. تعداد طبیعی ضربان قلب جنین ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است.

۷- حرکت جنین: در ملاقات هفته ۱۶ تا ۲۰ بارداری از حرکت جنین سؤال کنید. معمولاً اولین حرکت جنین توسط مادر در این هفته ها احساس می شود. این زمان می تواند برای تعیین سن بارداری کمک کننده باشد.

نکته: تعیین حرکات جنین در ۴ هفته آخر بارداری اهمیت دارد. در مواردی که مادر می گوید جنین حرکت ندارد، ابتدا به روش زیر وضعیت حرکت جنین را بررسی و سپس براساس نتیجه آن تصمیم گیری کنید. برای شمارش حرکت، به مادر یک لیوان شربت قند داده و به او بگوئید که به پهلوی چپ بخوابد و تعداد حرکت جنین را به مدت ۲ ساعت شمارش کنید. حرکات جنین به تعداد ۱۰ بار در ۲ ساعت طبیعی است. اگر مقدار حرکت جنین زودتر از ۲ ساعت به ۱۰ بار برسد، به نگرانی داشتن مادر تا پایان ۲ ساعت نیاز نیست.

۸- بررسی شکایت های شایع در تمام مراقبتهای مادران باردار به شرح زیر انجام می شود:

این شکایتها در نیمه اول شامل دردناک و حساس شدن پستانها، تکرر ادرار، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش بزاق دهان، افزایش ترشحات مهلبی، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و ویار و در نیمه دوم شامل پررنگ شدن پوست نقاطی از بدن مانند هاله پستانها و ناف، یبوست، نفخ، افزایش ترشحات مهلبی، تکرر ادرار، سوزش سردل و تکرر ادرار است.

نکته: این حالات برای مادر مضر نبوده و صرفاً به علت سازگاری بدن با تغییرات بارداری است.

آموزش و توصیه: طی ملاقاتهای بارداری در مورد بهداشت فردی و روان، بهداشت جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، عدم مصرف سیگار و دخانیات، عدم اعتیاد به مواد مخدر و داروهای مخدر، عدم مصرف الکل، شکایتهای

شایع، علائم خطر، مراجعه برای دریافت مراقبتهای بارداری، فواید زایمان طبیعی، ایمنی، آمادگی و محل مناسب زایمان، مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد، شیردهی، تنظیم خانواده و مراجعه برای دریافت مراقبت های پس از زایمان به مادر آموزش دهید.

۹- تجویز مکمل های غذایی برای مادران طبق برنامه زیر می باشد:

اسید فولیک: از ابتدا تا پایان بارداری روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسیدفولیک برای مادر تجویز می شود. مصرف این قرص از ۳ ماه قبل از بارداری توصیه می شود.

آهن: از هفته ۱۶ بارداری شروع (ماه چهارم) تا پایان بارداری روزانه یک عدد قرص آهن برای مادر تجویز می شود.

مولتی ویتامین: از هفته ۱۶ بارداری شروع (ماه چهارم) تا پایان بارداری روزانه یک عدد قرص یاکپسول مولتی ویتامین مینرال یا ساده برای مادر تجویز می شود. در صورتی که مولتی ویتامین دارای اسید فولیک است، نیاز به دادن اسید فولیک به صورت جداگانه تا پایان بارداری نمی باشد.

برای کلیه زنان باردار، در صورتی که فاقد سابقه این سازی باشند، ۲ نوبت واکسن توام بزرگسالان (ترجیحاً) و یا کزاز با

فاصله ۱ ماه از هم (در هر زمانی از بارداری و حداکثر تا ۴ هفته قبل از زایمان) تزریق می گردد.

در صورتیکه خانم باردار، ۵ نوبت واکسن توام را قبل از بارداری نگرفته است پس از خاتمه بارداری، ادامه واکسنهای توام را طبق برنامه واکسیناسیون زنان سنین باروری (۴۹-۱۵ ساله) دریافت می کند (با فواصل یک ماه، شش ماه، یک سال و یک سال).

۱۰- علائم خطر فوری :

در هر ملاقات، ابتدا مادر از نظر وجود علائم خطر فوری بررسی می شود. در این شرایط مادر برای انجام سایر مراقبت ها معطل نمی گردد.

تشنج: (انقباضات تونیک و کلونیک تمام یا قسمتی از بدن)، قبل از مراجعه یا در حال تشنج.

اختلال هوشیاری: عدم پاسخگویی مادر به تحرکات وارد شده مانند نیشگون، ضربه، نور و... یا عدم درک زمان و مکان.

شوک: اختلال در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می شود. علائم اصلی شامل، نبض تند و ضعیف (۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر)، و فشار خون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه می باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد، و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر، بی قراری و گیجی همراه باشد.

۱۱- مراقبتهای ویژه در بارداری

- در موارد زیر مادر باردار نیاز به مراقبت ویژه دارد:

۱- علائم خطر فوری شامل اختلالات هوشیاری، مادر در حال تشنج یا قبلاً تشنج کرده و شوک.

۲- فشار خون بالا

۳- خونریزی (لکه بینی)

۴- درد شکم

۵- آب ریزش یا پارگی کیسه آب

۶- تب

۷- تنگی نفس، تپش قلب

۸- مشکلات ادراری - تناسلی

۹- تهوع و استفراغ

۱۰- اختلالات صدای قلب و حرکت جنین

۱۱- ورم

۱۲- رنگ پریدگی، زردی، آنمی

۱۳- ارتفاع رحم نامناسب، وزن گیری نامناسب

۱۴- حاملگی طول کشیده، مشکلات پوستی

وجود مسائل زیر در سوابق بارداری و زایمان قبلی به دلیل احتمال تکرار در بارداری فعلی نیازمند مراقبتهای ویژه بارداری هستند.

۱- آتونمی (اینرسی)

۲- پره اکلامپسی

۳- جدا شدن زودرس جفت، جفت سرراهی

۴- چندقلویی

۵- دیابت بارداری، دیابت در افراد درجه یک خانواده

۶- زایمان دیررس

۷- زایمان زودرس

۸- زایمان سخت، زایمان سریع

۹- سزارین

۱۰- سقط مکرر/ دیررس، حداقل ۲ بار سقط خودبخودی

۱۱- مرده زایی

۱۲- مول / حاملگی نابجا

۱۳- نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم

۱۴- نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم

۱۵- نوزاد نابهنجار

نکته: اگر مادر سابقه مرگ نوزاد را بیان کند باید در نیمه دوم بارداری به متخصص ارجاع داده شود.

نکته: اگر سابقه نازایی در شرح حال مادر وجود داشته باشد در موارد استفاده از داروها و روشهای کمک دارویی تأکید به انجام سونوگرافی در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری برای تعیین سن بارداری و تعداد جنین، ارجاع به متخصص زنان در هر نیمه بارداری (حداقل یکبار) و تأکید به انجام زایمان در بیمارستان می شود.

وجود هریک از موارد زیر در بارداری فعلی جزء موارد خطر در بارداری فعلی محسوب می شود و نیازمند مراقبت ویژه در بارداری می باشد.

۱- اعتیاد، مصرف سیگار و دخانیات

۲- بارداری اول

۳- بارداری پنجم و بالاتر

۴- بارداری زیر ۱۸ سال

۵- بارداری بالای ۳۵ سال

۶- بارداری با IUD

۷- بارداری با قرص، آمپول، کپسول های کاشتنی

۸- بارداری با TL

۹- تروما

۱۰- چندقلویی

۱۱- حاملگی ناخواسته

۱۲- سن بارداری نامشخص

۱۳- شغل سخت و سنگین

- ۱۴- شیردهی همزمان با بارداری
- ۱۵- فاصله بارداری کمتر از سه سال
- ۱۶- قد کمتر از ۱۵۰ سانتی متر
- ۱۷- مصرف الکل
- ۱۸- ناسازگاری های خونی
- ۱۹- نمایه توده بدنی غیر طبیعی

سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری یا ناهنجاری های زیر نیازمند مراقبت ویژه بارداری هستند:

- ۱- بیماری قلبی ۲- صرع ۳- دیابت ۴- فشارخون بالا ۵- بیماری کلیوی ۶- آسم ۷- سل ۸- بیماری تیروئید ۹- هپاتیت ۱۰- اختلال انعقادی ۱۱- ناهنجاریهای دستگاه تناسلی ۱۲- تالاسمی مینور مادر و همسر ۱۳- سابقه سرطان پستان در مادر یا اعضای درجه یک خانواده.
- نکته: اقدامات یا مراقبتهای ویژه مورد نیاز باید براساس نتایج شرح حال، معاینه، آزمایشها و سونوگرافی، با رجوع به بخش "راهنمای مراقبت از بارداری و یا تفسیر نتایج آزمایشها"، کتابچه مراقبت ادغام یافته سلامت مادران انجام شود.
- توجه داشته باشید در صورت مراجعه یا هر شکایتی از مادر در مورد خونریزی و درد شکم سؤال کنید و در صورت وجود هریک از علائم نوع عرضه را بنویسید. همچنین میزان فشار خون را اندازه گیری و ثبت کنید.

مراقبت های معمول زایمان و بلافاصله پس از زایمان تا ۶ ساعت

۱- ارزیابی اولیه زایمان:

ابتدا علایم خطر فوری را برحسب مرحله زایمان ارزیابی کنید: تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج، اختلال هوشیاری، شوک، خونریزی، تنفس مشکل، احتباس جفت، وارونگی رحم، دیستوشی شانه. در صورت وجود هر یک از علایم، بر حسب مورد، مطابق برنامه کشوری مادر ایمن (مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران) اقدام می شود. در صورت نبود علایم خطر مرحله زایمان تعیین می شود. (با انجام معاینه واژینال و بررسی وضعیت دهانه رحم، مرحله زایمان تعیین می شود).

مرحله اول زایمان: ارزیابی اولیه شامل مراحل زیر میباشد.

۱- تشکیل پرونده (گرفتن شرح حال)

۲- سوال از شروع دردهای زایمانی، آبریزش/پارگی کیسه آب، لکه بینی.

۳- کنترل و اندازه گیری علایم حیاتی، صدای قلب جنین و انقباضات رحم.

۴- معاینه لئوپولد، چشم، وضعیت ظاهری ناحیه تناسلی و واژینال.

نکته: در معاینه چشم رنگ ملتحمه چشم از نظر وضعیت کم خونی بررسی می شود.

مراقبت های مرحله اول (انبساط دهانه رحم تا ۱۰ سانتی متر):

- آماده کردن اولیه مادر و اتاق زایمان

- کنترل علایم حیاتی، پیشرفت زایمان بر اساس پارتوگراف

- بررسی وضعیت کیسه آب و انقباضات رحم

- شنیدن صدای قلب جنین

مراقبت های مرحله دوم (وضع حمل نوزاد):

- آمادگی برای زایمان

- بستری در اتاق زایمان

- کنترل پیشرفت زایمان و صدای قلب جنین

مراقبت های مرحله سوم (خروج جفت):

- تزریق اکسی توسین (در صورت نبود قل دیگر)

- بررسی روند جدا شدن جفت

- انجام مانورهای خروج جفت

- اطمینان از جمع بودن رحم

مراقبت های مرحله چهارم (ساعات اولیه پس از زایمان):

- بررسی حال عمومی

- کنترل علایم حیاتی

- بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی و اطمینان از جمع بودن رحم

- بررسی کانال زایمانی و میزان و نوع پارگی

مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان

- بررسی حال عمومی

- کنترل علایم حیاتی

- بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی و اطمینان از جمع بودن رحم

- بررسی وضعیت دفع ادرار

- سوال در مورد تمایل مادر به بستن لوله ها

- اطمینان از کنار هم بودن مادر و نوزاد و برقراری شیر دهی
- اطمینان از مناسب بودن دمای اتاق

نکته: مراقبت در سه ساعت متوالی (ساعت اول، دوم، سوم تا زمان ترخیص) بعد از زایمان صورت می‌گیرد. مراقبت‌های فوق در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه، در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه و از ساعت سوم تا زمان ترخیص هر یک ساعت باید انجام شود.

نکته: میزان خونریزی در ۲ ساعت اول پس از زایمان در حد قاعدگی است و به تدریج کاهش می‌یابد. در صورتی که خروج خون در حدی است که حتی پس از ماساژ رحم، زیر باسن مادر جمع شده و یا در مدت ۱۰ دقیقه یک نوار بهداشتی با خون خیس شود، علامت خطر می‌باشد.

تجویز داروهای مورد نیاز: برای مصرف هنگام درد مادر ۱۰ عدد قرص استامینوفن یا کپسول مفنامیک اسید تجویز شده و مکمل‌های غذایی شامل قرص آهن و مولتی ویتامین برای مدت ۳ ماه پس از زایمان داده می‌شود.

زمان ترخیص: با در نظر گرفتن وضعیت طبیعی مادر و نوزاد، پس از ۶ ساعت مادر مرخص شده و تاریخ و محل مراجعه بعدی نیز مشخص می‌گردد.

مراقبت پس از زایمان (پس از ترخیص)

مراقبت‌های پس از زایمان، از روز اول پس از زایمان تا ۶۰ روز بعد از زایمان در طی ۳ ملاقات انجام می‌شود که ملاقات بار اول در روزهای ۱ تا ۳ و ملاقات بار دوم در روزهای ۱۰ تا ۱۵ و بار سوم در روزهای ۴۲ تا ۶۰ پس از زایمان می‌باشد. در این ملاقات ابتدا وضعیت مادر از نظر علائم خطر فوری تعیین می‌شود و در صورتی که مادر هیچ یک از موارد خطر فوری را ندارد تحت مراقبت‌های معمول پس از زایمان قرار می‌گیرد. در زمان ارزیابی مجدد مادر از نظر علائم خطر شناسایی شده و بر حسب طبیعی بودن همه موارد و یا وجود علامت خطر اقدام می‌شود.

ارزیابی معمول مادر بصورت زیر انجام می‌شود:

۱- از مادر درباره ترشحات مهبل و خونریزی، بیماری زمینه‌ای، وضعیت ادراری تناسلی و اجابت مزاج، وضعیت شیردهی، اختلالات روانی، سرگیجه، درد (شکم، پهلوها، پستان، ساق و ران، محل بخیه)، همسر آزاری، شکایت‌های شایع، مصرف مکمل‌های دارویی سوال می‌شود.

۲- علائم حیاتی مادر اندازه‌گیری می‌شود.

۳- چشم، پستان، شکم، (رحم)، محل بخیه و اندام‌های مادر معاینه می‌شود.

نکته: در ملاقات اول و دوم پس از زایمان در مورد بهداشت فردی و روانی، مصرف دارو و سیگار، علائم خطر، شکایت‌های شایع، تغذیه، مکمل‌های غذایی، شیر دهی، تنظیم خانواده، بهداشت دهان و دندان و انجام پاپ اسمیر توصیه می‌شود.

مراجع:

۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران. تهران: ۱۳۸۵.

شماره پرونده / شناسه / کد ملی:

فرم زایمان در واحد تسهیلات زایمانی

نام و نام خانوادگی همسر:

سن:

نام و نام خانوادگی:

آدرس / تلفن:

تاریخ و ساعت پذیرش:

بخش ۱: شرح حال و ارزیابی اولیه

علائم خطر فوری (نیازمند مراقبت ویژه)

تشخیص	اختلال هوشیاری / شوک	خونریزی	تنفس مشکل
	وارونگی رحم	احتباس جفت	

تعداد بارداری: تعداد زایمان: تعداد سقط: تعداد فرزندان: زنده مرده

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی: تاریخ تکریمی زایمان: سن بارداری:

نوع زایمان قبلی: طبیعی طبیعی یا فورسپس یا واکيوم سزارین گروه خونی و ارهاش:

تاریخ و ساعت شروع انقباضات منظم رحم:

فشارخون: درجه حرارت: نبض: تنفس:

دیلاتاسیون و انقباض: ایستگاه و وضعیت عضو نمایش: نمایش جنین:

وضعیت کیسه آب: سالم پاره شده خود به خودی پاره شده توسط عامل زایمان زمان پارگی: دقیقه/ساعت

وضعیت مایع آمنیوتیک: شفاف خونی آغشته به مکنونیوم

تعداد ضربان قلب جنین: در دقیقه وضعیت ضربان قلب جنین: طبیعی غیر طبیعی

سوابق بارداری و زایمان قبلی (نیازمند مراقبت ویژه)

آئونی	زایمان سخت	سزارین یا جراحی رحم و شکم	مرگ نوزاد	مرده زایی
جنین ناهنجار	زایمان سریع	تازایی	نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم	

موارد خطر زایمان فعلی (نیازمند مراقبت ویژه)

فشارخون بالا	نمایش غیر طبیعی	تب	گراند مولتی بار
لکه بینی	آئمی متوسط تا شدید	جنین ناهنجار	ماکروزومی
زجر جنین/ دفع مکنونیوم	ابعاد نامتناسب لگن	چندقلویی	مرگ جنین
زایمان زودرس	ارهاش منفی	شکم اول زیر ۱۸ سال	HBsAg مثبت یا ابتلا به هپاتیت
زایمان دیررس	اعتیاد به مواد مخدر	شکم اول بالای ۳۵ سال	هرپس ژنتیکال
پارگی کیسه آب	الیکو هیدر آمنیوس/ تأخیر رشد داخل رحمی	ضایعات ولو	نمایه توده بدنی بیش از ۴۴/۸
پرولاپس بدنناف	پلی هیدر آمنیوس	قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر	بیماری

معاینه پستان مادران (اعم از باردار یا شیرده)

۱) بررسی مشکلات پستان:

پرسنل با بررسی و معاینه پستان، مادران باردار و شیرده مشکل دار را شناسایی نموده و نسبت به رفع مشکل و آماده سازی آنها در امر شیردهی اقدام می‌نمایند.

نوک پستان به اشکال مختلف معمولی، کوتاه، صاف، فرو رفته و بلند دیده می‌شود. شیرخواران در تمامی موارد می‌توانند بخوبی از پستان شیر بخورند گرچه در نوع فرورفته به کمک بیشتری نیاز دارند.

نوک پستان فرورفته یا صاف: تحریک نوک پستان قبل از شروع شیردهی که باعث برجسته شدن نوک آن می‌شود، مکیدن نوک پستان توسط کودک بزرگتر، کشیدن نوک پستان با سرنگ پلاستیکی به این ترتیب که سر سوزن را از سرنگ جدا کرده و همین قسمت سرنگ را قطع و پیستون را در آن قرار می‌دهند قسمت انتهایی سرنگ را بر روی نوک پستان می‌گذارند و پیستون را به بیرون می‌کشند تا حالت خلاء و کشیدگی نوک پستان ایجاد گردد.

نوک پستان دراز: باید کمک شود در موقع شیردادن نوزاد شیرخوار مقدار کمی از نسج پستان را در دهان بگیرد.

۲) بررسی مشکلات شیردهی:

پرسنل بایستی مادران شیرده را که دارای مشکلات مربوط به پستان هستند با بررسی و معاینه شناسایی کرده و نسبت به رفع مشکل و آماده سازی آنها در امر شیردهی اقدام نماید.

احتقان پستان: احتمال احتقان پستان خیلی زود و پس از زایمان به محض تولید شیر، زیاد است و علت دیگر می‌تواند تخلیه ناکافی و یا مکرر شیر از پستان باشد. بهترین درمان احتقان، خارج کردن شیر از پستان است که می‌تواند از طریق مکیدن شیرخوار باشد و اگر لازم باشد با دست یا شیر دوش تخلیه شود.

مجاری بسته، ماستیت و آبسه پستان: توقف شیر در قسمتی از پستان باعث تغذیه نامکرم، تغذیه شیرخوار فقط در یک وضعیت و فشار، باعث بسته شدن مجاری شیر می‌شود. اگر به سرعت درمان نشده و پستان کاملاً تخلیه نشود، پستان عفونی شده و ممکن است دچار ماستیت یا آبسه شود. بهترین درمان مجاری بسته اصلاح وضعیت شیر خوردن شیرخوار، تغذیه مکرر و شروع آن با پستان مبتلا، ماساژ قسمت برجسته پستان بطرف نوک پستان به آرامی، خودداری از پوشیدن لباس تنگ می‌باشد و در صورت وجود ماستیت تخلیه شیر از پستان و استفاده از آنتی‌بیوتیک و داروهای ضد درد برای تسکین درد و کاهش تب با تجویز پزشک توصیه می‌گردد.

درمان آبسه نیز مثل درمان ماستیت است که ممکن است به عمل جراحی نیاز باشد.

زخم و شقاق پستان: شایعترین مشکلی است که مادران در روزهای اول شیردهی شکایت دارند و شایعترین علت آن وضعیت نادرست مکیدن شیر خوار است. درمان زخم یا شقاق اصلاح وضعیت شیر خوردن شیرخوار، کاهش احتقان پستان، راهنمایی در زمینه عدم شستشوی مکرر پستان، گذاردن یک قطره از شیر روی پستان در پایان تغذیه، در معرض هوا و نور خورشید قرار دادن پستان و درمان برفک می‌باشد.

تغذیه با شیر مادر

بدون شک شیر مادر بهترین ماده غذایی برای نوزاد محسوب می‌شود و مناسبترین غذا برای نوزاد، شیرمادر خود او می‌باشد در ۶ ماه اول که حساسترین و بحرانیترین دوره زندگی خارج رحمی کودک از نظر رشد و تکامل محسوب می‌شود تنها غذای کودک شیرمادر است که منطبق با نیازهای او می‌باشد و تنها با اضافه کردن قطره مولتی ویتامین از ۱۵ روزگی کلیه نیازهای تغذیه ای نوزاد برطرف خواهد شد و احتیاجی به استفاده از هیچ ماده غذایی دیگر حتی آب نمی‌باشد.

۱- آغاز شیردهی

پس از تولد نوزاد اثر مهارکنندگی جفت بر تولید شیر رفع شده، میزان پروژسترون خون مادر سریعاً کاهش می‌یابد. تا حدود ۳۰ ساعت پس از تولد، پستانها با شیری با حجم کم ولی غلظت زیاد به نام کلاستروم، آغوز یا مک، پر می‌شوند. بین ۳۰ تا ۴۰

ساعت پس از تولد، تغییر سریعی در ترکیب شیر رخ می دهد. به طوری که سنتز لاکتوز افزایش یافته و لذا حجم شیر با توجه به این که لاکتوز فعال ترین ترکیب تولید شیر از لحاظ اسموتیکی می باشد زیاد می شود.

تولید و ترشح شیر تحت تاثیر هورمون پرولاکتین است که هنگام مکیدن پستان توسط شیرخوار، از هیپوفیز ترشح می شود. به محض شروع فعالیت پرولاکتین، پستان ها پر از شیر می شوند و ممکن است سیاهرگ های پستان زیر پوست، آبی رنگ و تحت فشار به نظر برسد و پستان ها در لمس گرم و سفت باشند. اما پس از آن که شیر جریان پیدا کند، نرم شده و به حالت عادی بر می گردند.

هر زمان که مکیدن پستان توسط شیرخوار انجام شود، اعصاب اطراف نوک پستان و هاله دور آن تحریک شده و پالس های عصبی از طریق مسیر عصبی آوردنده به هیپوتالاموس فرستاده می شود که این امر خود منجر به تحریک هیپوفیز قدامی و ترشح پرولاکتین می گردد که این فرایند را رفلکس تولید شیر می نامند. از طرف دیگر، تحریک هیپوتالاموس، منجر به تحریک هیپوفیز خلفی و به دنبال آن ترشح هورمون اکسی توکسین از آن می گردد که موجب بیرون جهیدن شیر ناشی از انقباض عضلات مجاری شیر می شود و به آن "رفلکس جاری شدن شیر" می گویند. این دو رفلکس، نقش اصلی در روند شیردهی را به عهده دارند، سایر هورمون ها از قبیل کورتیزول، انسولین، هورمون تیروئید و پاراتیروئید و هورمون رشد نیز، در شیردهی نقش دارند.

چندین رفلکس تکمیلی نیز هنگام تغذیه شیرخوار مشارکت می نمایند که عبارتند از "رفلکس جستجو" که شیرخوار با تحریک پوست اطراف لب به جستجوی نوک پستان خواهد پرداخت و نیز رفلکس مکیدن که در آن با قرار گرفتن نوک پستان در دهان نوزاد حرکات موزون فک آغاز می شود که موجب ایجاد فشار منفی و عمل پریستاتیک زبان می شود و بالاخره "رفلکس بلعیدن".

پرولاکتین علاوه بر تحریک آلوئول های اصلی شیر و تولید RNA پیامبر و ترنسفر برای سنتز پروتئین شیر و لاکتالبومین برای سنتز لاکتوز، موجب حفظ آب و نمک از طریق کلیه ها می شود. هم چنین پرولاکتین موجب تداوم قطع عادت ماهانه پس از زایمان از طریق تاثیر بر تخمدان ها می گردد. نقش دیگر اکسی توسین نیز، انقباض رحم و کمک به زودتر جمع شدن آن، قطع خونریزی و کاهش احتمال خطر آنمی در زنان پس از زایمان می باشد.

۲- حجم شیر مادر

در ماههای آخر حاملگی، مقدار مختصری شیر آغوز، مک یا کلستروم ترشح می شود. بعد از زایمان با شروع مکیدن پستان توسط نوزاد، مقدار شیر به سرعت افزایش می یابد. حجم شیر مادر به طور طبیعی در روز دوم، بین ۵۰ تا ۱۰۰ میلی لیتر می باشد که تا هفته دوم به حدود ۵۰۰ میلی لیتر افزایش می یابد. بطور طبیعی ۱۰ الی ۱۴ روز بعد از زایمان، مقدار تولید شیر به حد مناسبی می رسد و در طی چند ماه نوزادان سالم، ۷۰۰ تا ۸۰۰ میلی لیتر شیر در ۲۴ ساعت مصرف می کند.

مطالعات نشان می دهد که مقدار مصرف شیر توسط نوزادان با یکدیگر متفاوت می باشد. مثلاً برخی از نوزادان، روزانه ۶۰۰ میلی لیتر یا کمتر شیر می خورند. در صورتی که برخی دیگر تا یک لیتر، روزانه مصرف می کنند و این حالتی است که هر دو رشد یکسان دارند. حجم شیر مادر، بستگی به اندازه پستان نداشته و تغذیه مادر نیز تاثیر چندانی در تغییر حجم شیر او ندارد، به طوری که حتی در فقر غذایی، به خصوص در ۶ ماهه اول تغذیه شیرخوار با شیر مادر، می تواند در حد کافی و مطلوب انجام شود. در حقیقت مقدار شیر و کیفیت آن بر اساس نیاز هر شیرخوار تعیین می گردد. به عبارت دیگر مهمترین عامل تعیین کننده شیر مادر، شیرخوار (مصرف کننده) می باشد. دیده شده که مادران دارای فقر غذایی در شش ماهه اول، روزانه قادر به ترشح ۵۰۰ تا ۷۰۰ میلی لیتر شیر می باشند که این مقدار در شش ماهه دوم، روزانه به ۴۰۰ تا ۶۰۰ میلی لیتر و در سال دوم به ۳۰۰ تا ۵۰۰ میلی لیتر می رسد. البته این مطالب در صورتی صادق است که مادر در دوران بارداری، رژیم غذایی مناسبی داشته باشد. در صورت وجود سوء تغذیه شدید در دوران بارداری، ترشح شیر و حجم آن در دوران شیردهی، به طور چشمگیری کاهش خواهد یافت. حجم شیر با میزان انرژی همبستگی ندارد و وقتی حجم شیر کم می شود، دانسیته انرژی آن (در صورت لزوم با حذف ذخایر بدن مادر) افزایش می یابد.

از عوامل مهم و شاید مهم ترین عامل در کاهش حجم شیر مادر هیجان، استرس و اضطراب مادر می باشد. که به خصوص در هفته های اول شیردهی بر مقدار تولید شیر تاثیر می گذارند.

نکته لازم به ذکر آن است که رفلکس ترشح شیر تنها در برابر تحریک حس لامسه حساس است، بلکه می تواند از طریق حواس بویایی، بینایی یا شنوایی، به ویژه در روزهای اول شیردهی نیز تحریک شود. و هم چنین می تواند شرطی شود. به طور مثال تماس با شیرخوار یا فکر کردن به او، یا شنیدن صدای گریه نوزاد می تواند باعث شروع ترشح شیر شود. عوامل مهم در تداوم شیردهی و تغذیه موفقیت آمیز شیرخوار با شیر مادر و حجم مناسب شیر، اعتماد به نفس - آرامش خاطر - روحیه شاد مادر و علاقه او به شیردهی می باشد و از طرف دیگر تلقین های منفی یا ترس از ناکافی بودن شیر، یا تصور این که شیر کافی برای شیرخوار تولید نمی شود و نیز عدم مکیدن پستان مادر با نحوه صحیح و به مدت کافی و به طور مکرر توسط نوزاد، همه از عوامل مهم در کاهش حجم شیر مادر می باشد.

۳- ترکیبات شیر مادر:

ترکیب شیر مادر نه تنها در مادران مختلف متفاوت است بلکه در پستان های یک مادر، در دفعات مختلف تغذیه و حتی در طول هر بار تغذیه و نیز در طول دوران شیردهی متفاوت است و این تفاوت ها در راستای تامین نیازهای شیرخوار، و کاملاً متناسب با آن رخ می دهد.

۳-۱- کلاستروم و تفاوت های آن با شیر سفید:

کلاستروم یا آغوز یا شیر مک که در سه ماهه آخر بارداری ترشح آن آغاز می شود سلولهای آلوئول پستان را پر می کند و تا چند روز پس از زایمان جریان می یابد. کلاستروم، زرد رنگ و کمی چسبناک و دارای حجم کم و غلظت بالا می باشد که ۳-۱۴ روز پس از زایمان، تبدیل به شیر کامل یا رسیده یا شیر سفید می شود. تفاوت این دو نوع شیر به صورت زیر خلاصه می گردد:

۱- کلاستروم حاوی پروتئین بیشتری می باشد و میزان پروتئین کلاستروم سه برابر شیر سفید است.

۲- کلاستروم حاوی مقدار بیشتری از ایمونوگلوبولین و گلبول سفید می باشد که برای ایمنی نوزاد لازم است.

۳- مقدار چربی و لاکتوز در کلاستروم کمتر از شیر سفید می باشد.

۴- کلاستروم سطح بالاتری از ویتامین های محلول در چربی (E.K.A) و سدیم و روی را دارا می باشد.

۳-۲- مقایسه شیر مادر با شیر گاو

۳-۲-۱- پروتئین: مقدار متوسط پروتئین شیرمادر، ۱/۱۵ گرم در ۱۰۰ میلی لیتر تخمین زده می شود که اگر بر اساس مقدار آمینو اسیدهای آن برآورد گردد، حدود ۰/۹ - ۰/۸ گرم در ۱۰۰ میلی لیتر خواهد بود. میزان پروتئین شیر گاو، سه برابر شیر مادر می باشد. اما بخش اعظم آن را کازئین تشکیل می دهد. نسبت پروتئین Whey به کازئین در شیر انسان، تقریباً ۸۰ به ۲۰ و در شیر گاو ۲۰ به ۸۰ می باشد و این نسبت در شیرهای خشک از ۱۸ به ۸۲ تا ۶۰ به ۴۰ متغیر است. معلوم نیست که اصلاح نسبت های پروتئین شیر گاو در شیرهای خشک، تا حد مشابه پروتئین های شیر انسان، منجر به ارتقاء میزان جذب و افزایش میزان آمینو اسیدهای سرم در شیرخواران شود. پروتئین Whey در شیر گاو، به طور عمده بتالاکتوگلوبین است.

پروتئین Whey در شیر انسان، عمدتاً آلفالاکتالبومین انسانی است، که ترکیب مهمی در سیستم آنزیمی سنتز لاکتوز می باشد. پروتئین Whey که قسمت اعظم پروتئین شیر انسان را تشکیل می دهد، در معده شیرخواره دلمه های نرم تری را تشکیل می دهد که به آسانی و با سرعت بیشتر هضم و جذب شده و زمان تخلیه معده نیز کمتر می باشد. اما پروتئین کازئین که قسمت اعظم پروتئین شیر گاو را تشکیل می دهد، در معده نوزاد، دلمه های درشت و سختی را تشکیل می دهد که هضم و جذب آن مشکل و نیاز به صرف انرژی بیشتر دارد و زمان تخلیه معده نیز طولانی تر خواهد بود. آمینو اسیدهای سیستمین و تورین در شیر انسان، بیشتر از شیر گاو می باشد و سیستمین، آمینو اسیدی است که به خصوص در نوزادان نارس بسیار پر اهمیت بوده و یک آمینو اسید ضروری محسوب می شود. چرا که آنزیم لازم برای سنتز آن در مغز و کبد جنین وجود ندارد. هم چنین آمینو اسید تورین در تکامل سیستم عصبی مرکزی، به عنوان نوروترانسمیتر عمل می کند و یک آمینو اسید ضروری برای شیرخواران محسوب می شود. زیرا شیرخواران بر خلاف بزرگسالان، قادر به سنتز این آمینو اسید از سیستمین و میتوزین نمی باشند. این دو آمینو اسید در برخی از شیر خشک ها اضافه شده و برخی نیز حاوی این دو آمینو اسید نمی باشند.

هم چنین شیر انسان حاوی آمینو اسید های آزاد بیشتری نسبت به شیر گاو می باشد ولی مقدار کمتری میتوزین نسبت به شیر گاو را دارا است. نسبت سیستین به متیوتین در شیر انسان ۲ به ۱ می باشد.

پروتئین شیر مادرانی که نوزاد نارس به دنیا می آورند، حدود ۲۰ درصد بیشتر از مادرانی است که نوزاد رسیده به دنیا می آورند. مناسبترین شیر برای نوزادان نارس شیر مادر خود آن ها است.

۲-۳-۱- چربی: مهمترین منبع انرژی شیر، چربی آن است و نیمی از انرژی مورد نیاز کودک از طریق چربی تأمین می شود. چربی متغیرترین ترکیب شیر مادر است. چربی شیر مادران مختلف و در ساعات مختلف شبانه روز و در طول شیردهی متفاوت می باشد.

چربی شیر مادرانی که نوزاد نارس به دنیا آورده اند، ۳۰ درصد بیشتر از شیر مادرانی است که نوزاد رسیده به دنیا آورده اند که کاملاً متناسب با نیاز این نوزادان می باشد. مقدار چربی در شیر آغوز به طور متوسط ۲ گرم در صد میلی لیتر میباشد که در شیر سفید معمولی حدود ۱۵ روز پس از تولد، این مقدار به ۴/۵-۴ گرم در صد میلی لیتر افزایش می یابد.

کمترین مقدار چربی شیر مادر در حوالی ۶ بامداد و بیشترین مقدار آن در حدود ۲ بعد از ظهر می باشد. در طول شیردهی نیز، این میزان تغییر می کند به طوری که در ابتدای شیردهی (شیر اولیه) مقدار چربی کمتر بوده و در حدود ۲-۱ درصد شیر را تشکیل می دهد و به همین دلیل شیر اولیه شیرری است رقیق و آبکی و برای رفع تشنگی کودک بسیار مناسب می باشد. بقیه شیر که شیر انتهایی نامیده می شود حاوی ۵-۴ برابر چربی بیشتری می باشد و برای رفع گرسنگی و تأمین انرژی کودک مناسب است.

نکته جالب توجه آن که با بزرگ شدن شیرخوار، نیاز او به چربی افزایش می یابد و منطبق با این نیاز، رفته رفته مقدار چربی در شیر مادر نیز افزایش می یابد.

تری گلیسریدها، مهم ترین چربی شیر مادر بوده و به راحتی توسط لیپاز به اسیدهای چرب آزاد و گلیسرول تبدیل می شوند. ترکیب اسید چرب شیر انسان، نسبتاً ثابت و شامل حدود ۴۲ درصد اسیدهای چرب اشباع و حدود ۶۷ درصد غیر اشباع است. اگر چه غلظت های اسید لینولئیک و سایر اسیدهای چرب غیر اشباع و چند تایی، تحت تأثیر هم رژیم غذایی مادر و هم ترکیب چربی مادر هستند، اما کلاً شیر انسان از لحاظ اسیدهای چرب غیر اشباع چند تایی با زنجیره بلند غنی است که برای تکامل مغز و تشکیل میلین اهمیت دارد و اکثر شیر خشک ها حاوی مقدار کمی از این مواد بوده و یا فاقد آن هستند. از این اسیدهای چرب غیر اشباع چند تایی، اسیدهای آراشیدونیک و لینولئیک از اهمیت خاصی برخوردار هستند. اسید آراشیدونیک در طول دوران شیرخواری، اسید چرب ضروری محسوب شده و در بدن ساخته نمی شود و کمبود آن باعث درماتیت، ترمبوسایتوپنی، تأخیر رشد و افزایش استعداد ابتلا به عفونت می شود. مقدار این دو اسید در شیر مادر حدود ۴ برابر شیر گاو است.

پروستاگلاندین ها از چربی های دیگر هستند که در شیر مادر به فراوانی یافت می شوند و شیرهای خشک فاقد آن می باشند. پروستاگلاندین ها در سلامت مخاط روده و تکامل سلول های روده، نقش مهمی دارد.

میزان کلسترول شیر مادر، بیشتر از شیر گاو است و به نظر می رسد این مورد از نظر آماده سازی شیرخوار در متابولیسم کردن کلسترول، در بزرگ سالی، نقش مهمی داشته باشد و به همین دلیل، بیماریهای قلبی و عروقی در افرادی که با شیر مادر تغذیه شده اند، کمتر گزارش شده است. کلسترول برای تشکیل میلین بافت عصبی، املاح صفراوی، هورمون های استروئیدی و تشکیل آنزیم های لازم در کاتابولیسم ضروری است و با تغییر رژیم غذایی مادر، میزان کلسترول شیر تغییر نمی کند.

۳-۳-۱- لاکتوز: مهم ترین کربوهیدرات شیر مادر، لاکتوز می باشد، اگر چه سایر ساکاریدها مثل گالاکتوز و فروکتوز نیز به مقدار کم در شیر مادر یافت می شود، اما لاکتوز که تنها در شیر یافت می شود، عمده ترین قند شیر مادر را تشکیل می دهد. لاکتوز شیر مادر بیش از شیر گاو بوده و تحقیقات نشان می دهد که بین درجه تکامل مغزی پستانداران و مقدار لاکتوز در شیر آن ها، ارتباط مستقیم وجود دارد.

میزان لاکتوز در شیر کلستروم ۴ درصد بوده و در شیر کامل (سفید)، این میزان به ۷ درصد افزایش پیدا می کند. لاکتوز، ۴۰ درصد از نیاز انرژی شیرخوار را تأمین می کند و به آسانی با کمک آنزیم لاکتاز به گلوکز و گالاکتوز تبدیل می شود. با افزایش سن، مقدار آنزیم لاکتاز به علل ناشناخته به تدریج کم می شود و این امر موجب عدم تحمل لاکتوز در برخی از

بزرگسالان می شود که این پدیده در سیاه پوستان و شرقی ها بیشتر به چشم می خورد. عدم تحمل اولیه لاکتوز، یک ناهنجاری مادرزادی نادر است که به ندرت در نوزادان دیده می شود.

لاکتوز شیر برای تکامل سیستم عصبی مرکزی، نقش بسیار مهمی را بر عهده دارد. لاکتوز موجب تسهیل جذب کلسیم و آهن از روده شیرخوار می گردد. مقداری از لاکتوز در روده نوزاد به اسید لاکتیک تغییر شکل داده و موجب رشد سریع لاکتوباسیل در روده نوزاد می گردد. و از این طریق، تشکیل کولونی های لاکتوباسیلوس بیفدوس را تشدید می کند این فلور طبیعی در روده شیرخوار، موجب جلوگیری از رشد سایر باکتریهای بیماری زا می گردد.

۴- مواد معدنی: از خصوصیات مهم شیر مادر، کمتر بودن غلظت املاح معدنی شامل کلسیم، فسفر، سدیم، پتاسیم و کلر نسبت به شیر گاو می باشد. این امر با نیازهای شیرخوار و ظرفیت متابولیسی و شرایط کلیوی او تطابق کامل دارد. مواد معدنی در شیر مادر، چندان تحت تأثیر رژیم غذایی او قرار نمی گیرد. در صورتی که ذخایر مادر از این نظر تهی نباشد، حتی در موارد کمبود این مواد در رژیم غذایی مادر، اشکال عمده ای در تغذیه شیرخوار و تامین مواد معدنی او از طریق شیر مادر بروز نخواهد کرد. بار وارده به کلیه های نوزادانی که با شیر مادر تغذیه می شوند، به دلیل کمتر بودن املاح معدنی در شیر مادر، حدود یک سوم این بار در نوزادانی است که با شیر گاو تغذیه می شوند. از آن جا که دفع املاح به همراه آب صورت می گیرد، نوزادانی که با شیر گاو تغذیه می شوند، آب بیشتری از دست داده و زودتر تشنه می شوند و به علت گریه نوزاد، مادر به جای آب به او شیر داده و نوزاد در معرض هایپرناتری قرار می گیرد. این نوزادان در زمان اسهال و استفراغ، زودتر دچار کم آبی می شوند.

۵-۳-۱- ویتامین ها: مقدار ویتامین های شیر مادر با تغییر مقدار آنها در رژیم غذایی او تغییر می کند. با توجه به تغییر پذیری غلظت چربی در شیر مادر و رابطه نوع چربی آن با رژیم غذایی مادر، مقدار ویتامین های محلول در چربی نیز تغییر می کند. همین وضعیت در مورد ویتامین های محلول در آب نیز صادق است. اما تقریباً همیشه و به خصوص در مادرانی که از تغذیه مناسب برخوردارند، غلظت ویتامین ها در شیر، متناسب با نیاز شیرخوار است.

مقادیر کرومیم- منگنز و آلومینیوم در شیرهای خشک گاهی حتی تا ۱۰۰ برابر بیش از شیر مادر می باشد. آلومینیوم، اثر مختل کننده بر روی متابولیسم کلسیم و فسفر داشته و بر روی رشد استخوانی اثر منفی دارد. اثرات سوء این مواد بر روی یادگیری کودک در آینده نیز به اثبات رسیده است. یادآوری می شود که سرب و کادمیوم در قوطی های لحیم شده، موجب آلودگی شیر شده و نیز مقادیر ید موجود در شیرهای خشک بعضاً تا ده برابر شیر مادر می باشد و می تواند عملکرد تیروئید را تحت تأثیر قرار دهد.

۶-۳-۱- سایر موارد موجود در شیر مادر: وجود هورمون ها مثل اکسی توسین، پرولاکتین، پروستاگلاندین ها، هورمون آزاد کننده گونادوتروپین، (Gn RH) فاکتور آزاد کننده هورمون رشد، پروستاگلاندین ها (GRF)، انسولین، سوماتوستاتین، رلاکسین، کلسیتونین، نوروتنسن، هورمون آزاد کننده تیروتروپین (TRH)، هورمون محرک تیروئید (TSH)، تیروکسین، تری یدوتیروئین، اریتروپوئین، بومبسن، مختص شیر مادر بوده و شیرهای خشک بکلی فاقد آن ها می باشند. به علاوه، وجود برخی از پپتیدها، نوکلئوتیدها و آنزیم هایی مثل پراکسیداز، لیزوزیم، گزانتین اکسیداز، آنزیم های پورفلاکتیک، آنزیم های هضم کننده مانند آلفا آمیلاز و غیره، در رشد و تکامل جسمی نوزاد، تکامل سیستم عصبی مرکزی، عملکرد ایمنولوژیکی و ایجاد حفاظت در برابر میکروب ها نقش مهمی دارد که این گونه مواد، تنها در شیر مادر موجود بوده و شیرهای خشک فاقد آنها می باشند.

۴- خواص ایمنی بخش شیر مادر

شیر مادر ماده ای زنده و مشابه خون، با ترکیب بیولوژیک پیچیده است که حاوی مواد مغذی و بدون مشابه برای تغذیه شیرخواران می باشد. کلاستروم حاوی مواد ایمنی بخش گوناگون بر علیه باکتری ها، ویروس ها و قارچ های موجود در محیط زندگی مادر و شیرخوار است. پس از تولد نوزاد، با ورود عوامل بیماری زای موجود در محیط به بدن بیمار، علیه آن ها، پادتن ساخته شده و از طریق شیر مادر به شیرخوار می رسد. بنابراین شیر مادر باعث حفاظت پیوسته نوزاد می شود. شیر مادر نه

تنها نقش حفاظتی چشمگیری در برابر عفونت ها و آلرژی ها دارد، بلکه باعث تکامل مناسب سیستم ایمنی شیرخوار نیز می شود و از طرفی حاوی ترکیبات ضد التهابی عفونت ها است به همین دلیل بسیاری از بیماری های عفونی مهم و خطرناک در دوره شیرخواری، برخی از بیماریهای مزمن و نیز برخی از انواع حساسیت ها، آلرژی ها و غیره، در کودکان شیر مادر خوار، کمتر دیده می شود.

خواص ایمنی بخش شیر مادر، در اوایل عمر از همیشه بارزتر است و بعد ها به نسبت دفعات و طول مدت شیردهی تداوم می یابد. نوزاد به محض تولد، باید با مشکلات خاصی مبارزه کند، از جمله تشکیل کلونی توسط میکروارگانیسم های روده، سموم تولید شده توسط میکروارگانیسم ها و بلع آنتی ژن ماکرومولکول که هر سه می توانند در صورت نفوذ در سد روده ای، واکنش های بیماری زا ایجاد نمایند. مکانیزم های دفاعی روده میزبان به هنگام تولد ناقص هستند ولی پس از تولد، انبوه مواد ایمنی و فاکتورهای رشد موجود در آغوز و شیر کامل مادر، از مخاط روده در برابر نفوذ و آسیب، حفاظت می کند و محیط روده را به نحوی تغییر می دهد که موجب توقف رشد برخی از میکروارگانیسم های بیماری زا می شود و برخی دیگر را از بین می برد. هم چنین تکامل بافت پوششی روده را تحریک می کند و تولید آنزیم های هضمی را افزایش می دهد.

اجزاء محلول موجود در آغوز و شیر کامل شامل گلوبول های سفید، ایمونوگلوبولین های IgA، IgG و IgM، لیپوزیم و سایر آنزیم ها، لاکتوفرین (گلیکوپروتئین غیر اشباع آهن دار که آهن مورد نیاز برای رشد میکروب های پاتوژن را از دسترس آنها دور می شود)، فاکتور بیفیدوس (کمک کننده در رشد لاکتوباسیلوس بیفیدوس، به عنوان فلور طبیعی روده)، کمپلمان، - فاکتور متصل شونده به ویتامین B₁₂ (که این ویتامین را از دسترس میکروب های پاتوژن دور می سازد) و سایر مواد تنظیم کننده ایمنی می باشد.

اجزاء سلولی موجود در شیر مادر شامل ماکروفاژها، لنفوسیت ها، گرانولوسیت های نوتروفیل و سلولهای اپیتلیال می باشد. غلظت این مواد در آغوز خیلی بالا بوده، در شیر کامل کاهش می یابد. اما این کاهش غلظت با افزایش حجم شیر در شیر کامل جبران شده و دریافت ایمنی بخش توسط شیرخوار در طول دوره شیردهی، چندان کاهش نمی یابد. همچنین اگر چه شیر مادر در هنگام عبور از نوک پستان، با میکروب ها آلوده می شود و هرگز نمی توان آن را کاملاً استریل خواند اما چون بلافاصله پس از خروج از نوک پستان توسط نوزاد بلعیده می شود فرصت کافی جهت رشد میکروب ها فراهم نمی باشد.

۵- سایر مزایای تغذیه با شیر مادر

علاوه بر خصوصیات ذکر شده در شیر مادر، مزایای دیگری در تغذیه با شیر مادر وجود دارد که در زیر اشاره ای به آنها خواهیم داشت.

۵-۱ - با صرفه بودن شیر مادر

با در نظر گرفتن تعداد کودکان زیر ۲ سال در جوامعی چون ایران و احتساب هزینه لازم برای تغذیه هر کودک شیرخوار با شیرخشک، متوجه با صرفه بودن شیر مادر چه برای خانواده های کم درآمد، و چه برای کل کشور خواهیم شد که نیازی به توضیح ندارد.

۵-۲ - راحتی تغذیه با شیر مادر

شیر مادر، شیری عاری از آلودگی، همیشه در دسترس، گرم و مناسبترین غذای شیرخوار است که بر خلاف شیرخشک، برای تهیه آن نیاز به بطری، سرپستانک، آب جوشیده و ولرم نیست. در حالی که در تهیه شیرخشک باید اولاً آب سالم با درجه حرارت مناسب تهیه شده و بطری و سرپستانک کاملاً تمیز و استریل گردد.

نسبت آب و شیر خشک در تغذیه با شیر باید با دقت بر حسب سن شیرخوار و طبق دستور پشت قوطی شیر تعیین و استفاده شود که خود نیازمند با سواد بودن مادر جهت تهیه آن خواهد بود. شیر تهیه شده را نمی توان به مدت طولانی نگه داشت و تنها تا چند ساعت، آن هم در داخل یخچال قابل نگه داری می باشد. اما هیچ یک از نکات ذکر شده در بالا در تغذیه با شیر مادر مطرح نبوده و شیرخوار در هر کجا در هر زمان و با هر شرایطی می تواند به راحتی با شیر مادرش تغذیه شود. شیری که خود متناسب با سن کودک، مواد مورد نیاز او را تامین می کند.

۳-۵- ارتباط روحی و عاطفی مادر و شیرخوار

مطالعات مختلف نشان می دهد که کودکانی که از شیر مادر تغذیه شده اند، از نظر رشد شخصیتی و تکامل روحی روانی در آینده، از موقعیت بهتری برخوردار خواهند بود. به دلیل ارتباط محبت آمیز و نزدیک مادر و کودک در حین شیردهی، آرامش روحی و روانی عمیقی هم برای مادر و هم برای کودک ایجاد خواهد شد که از هیچ طریق دیگری به این شکل تامین نخواهد شد. توصیه می شود که برای تحکیم این ارتباط به هنگام شیردهی، به خصوص در اوایل شیردهی، تماس پوست با پوست و چشم با چشم، بین شیرخوار و مادر برقرار گردد تا پیوند عاطفی موجود قوی تر شده و سلامت عاطفی و روانی هر دو تضمین گردد. این نحوه ی ارتباط عاطفی و روحی، یکی از راههای تداوم شیردهی و انجام آن به صورت موفقیت آمیز تا پایان دو سالگی می باشد.

۴-۵- نقش شیر مادر در کاهش شیوع برخی بیماریها و میزان مرگ و میر کودکان

برخی از بیماریهای عفونی از قبیل اسهال ها، عفونت های دستگاه تنفس فوقانی و تحتانی در شیر مادرخواران شیوع کمتری دارد و میکروب هایی از قبیل E-coli، استافیلوکوک، استرپتوکوک، سالامونلا، شیگلا، برخی ویروس ها از قبیل ویروس فلج اطفال، کوکساکسی، آنفلوآنزا، R.S.V، روتاویروس، برخی قارچ ها و انگل ها، در کودکان شیر مادرخوار کمتر ایجاد عفونت می کند.

همچنین شیوع برخی بیماریهای مزمن از قبیل دیابت، حساسیت، اگزمای پوستی، آسم، بیماریهای قلبی و عروقی، پرفشاری خون، بیماریهای دستگاه گوارشی از قبیل سیلیاک، کرون و کولیت اولسروز، بیماریهای دستگاه ایمنی، آرتريت روماتوئید، مالتیپل اسکلروز، بیماریهای سیستم هورمونی، سوء تغذیه، عقب ماندگی جسمی و روانی، چاقی مفرط، پیری زودرس، کمبود ویتامین A نیز در کودکان شیر مادرخوار کمتر بوده و هر روز با تحقیقات جدید بر لیست این بیماریها افزوده می شود. اخیراً نقش شیر مادر در جلوگیری از سرطان خون، لنفوم بدخیم، هوجکین کودکی که مورد تایید قرار گرفته است. به نظر می رسد تاثیر شیر مادر در پیشگیری از سرطان های ذکر شده از طریق خواص ضد میکروبی آن، خواص تحریک سیستم ایمنی، اثرات تنظیم ایمنی، با مجموع آن ها، اعمال می شود.

سندرم مرگ تختخوابی یا سندرم مرگ ناگهانی (SIDS) هم چنین احتمال بروز آنتروکولیت نکروزه که بیماری شایع در نوزادان نارس می باشد در تغذیه با شیر مادر کمتر دیده می شود.

خونریزی نوزادان به خصوص در صورت عدم دریافت ویتامین K در بدو تولد، در نوزادان شیر مادر خوار کمتر است. به علاوه دردهای کولیکی در نزد نوزادان و شیرخواران شیر مادر خوار کمتر می باشد .

در ضمن باید خاطر نشان نمود که نه تنها تغذیه با شیر مادر در کاهش شیوع بیماریها در شیرخواران نقش دارد، بلکه در برخی از بیماریها مثل اسهال که مهمترین عامل مرگ و میر کودکان زیر یک سال محسوب می شود، دارای اثر درمانی نیز می باشد و بهترین مایع درمانی در این زمان به شمار می آید و تقریباً در تمام موارد بیماری کودکان بهترین غذای دوران ناخوشی به حساب می رود.

۶-۵- اثر شیر مادر در رشد و تکامل و ضریب هوشی

مطالعات نشان می دهد که کودکان تغذیه شده با شیر مادر، زودتر راه افتاده و زبان گشوده اند، کمتر دچار مشکلات یادگیری شده و ضریب هوشی بالاتری دارند (به طور متوسط ۸ درجه IQ بالاتر دارند). در این کودکان ضریب هیجان پذیری کمتر می باشد.

آن چه از نظر بیوشیمیایی نقش موثری در رسیدگی مغز دارد، وجود لاکتوز، اسیدهای چرب ضروری و سیستمین است. چرا که موجب تشکیل گلیکولیپیدها و گلیکوپروتئین های لازم در رشد بافت عصبی مغز می شوند. میزان رشد و تکامل مغزی در حیوانات نیز، وابسته به مقدار لاکتوز موجود در شیر آن ها دارد. هم چنین با توجه به این که حدود ۶۰٪ مواد جامد مغز، از اسیدهای چربی اساسی تشکیل شده که در شیر مادر ۷-۸ برابر شیر گاو می باشد، لذا نقش آن در رشد و تکامل مغز، قابل توجه است به علاوه روی و مس نیز برای ساختن میلین اعصاب لازم است که مقدار آن در آغوز حدود ۱۰۰ برابر شیر گاو و در

شیر کامل حدود ۵ برابر شیر گاو می باشد. هم چنین کلسترول، سیستین و تورین نیز که در رشد فیزیولوژیک مغز اهمیت دارند در شیر مادر بیشتر از شیر گاو وجود دارد.

۷-۵- اثرات تغذیه با شیر مادر در دندان ها و فک کودک

ناهنجاری های مختلف دندان ها و فک، در تغذیه با شیر خشک یا بطری، بیشتر از تغذیه با شیر مادر دیده می شود. همچنین پوسیدگی دندان ها در کودکانی که به طور مصنوعی تغذیه می شوند، بیشتر دیده می شود. در حالی که شیر مادر به علت داشتن پادتن های ترشحی، نداشتن ساکاروز (که از مهم ترین عوامل پوسیدگی دندان هاست) وجود لاکتوفرین (مهار کننده استرپتوکوک موتان که یکی از عوامل ایجاد کننده پلاک و پوسیدگی دندان ها است)، در برداشتن ماکروفاژها و جذب بهتر کلسیم از آن بیشتر می تواند ضامن سلامت دندان های کودک باشد و امکان پیشگیری از خرابی آنها را فراهم کند. مکیدن پستان مادر به طور مکرر، طولانی و با قدرت توسط شیرخوار، به رشد مناسب فک و عضلات فک و صورت کمک کرده که خود در نحوه صحبت کردن کودک در آینده نقش بسیار مهمی دارد. با توجه به آن که بسیاری از دندان های شیری تا سن ۱۰-۱۲ سالگی جانشینی ندارد و تا آن سن برای جویدن غذا، درست صحبت کردن و زیبایی در هنگام خندیدن لازم هستند، نگه داری و جلوگیری از پوسیدگی آن ها بسیار حائز اهمیت است.

۸-۵- شیردهی و فاصله گذاری بین فرزندان

در زمان شیردهی به دلیل ترشح پرولاکتین و اثر مهارکنندگی آن بر روی تخمک گذاری، حاملگی اتفاق نمی افتد و شیردهی در ۶ ماهه اول پس از زایمان در شرایط زیر، از روش های مناسب پیشگیری از حاملگی، (بخصوص در کشورهای جهان سوم) به حساب می رود.

- ۱- تغذیه و شیردهی به طور انحصاری از پستان مادر انجام شود.
- ۲- شیردهی مکرر و بدون فاصله طولانی (بیشتر از ۶ ساعت) طبق درخواست شیرخوار انجام شود.
- ۳- شیردهی ۸-۱۰ بار در روز انجام شود و در شب نیز ادامه یابد.
- ۴- قاعدگی برنگشته باشد.

۹-۵- اثرات شیردهی بر سلامت مادر

احتمال ابتلا به برخی از سرطان ها مثل سرطان پستان و تخمدان که از شایع ترین سرطان های زنان می باشند با انجام شیردهی کمتر می شود. با ترشح اکسی توسین از هیپوفیز در اثر مکیدن پستان، انقباض عضلات رحم و توقف خونریزی پس از زایمان و برگشت رحم به اندازه طبیعی، سریعتر اتفاق می افتد. شیردهی راهی مناسب برای از دست دادن اضافه وزن دوران بارداری محسوب می شود. همچنین ابتلا کمتر مادران شیرده به آرتروز انگشتان و پوکی استخوان بعد از یائسگی گزارش شده است. شیردهی در بهبود زنانی که مبتلا به افسردگی پس از زایمان شده اند بسیار موثر است.

۶- تغذیه با شیر مادر و بیماری های مادر

۱-۶- ایدز: ویروس HIV از راه شیر قابل انتقال به شیرخوار است لذا در صورت اطمینان از امکان تهیه شیر جایگزین برای شیرخوار، و عدم ابتلا به سوء تغذیه در کودک، توصیه به تغذیه با شیر خشک مناسب به نظر می رسد، البته طبق نظر سازمان

بهداشت جهانی مناطقی که سوء تغذیه و فقر بیش از احتمال ابتلا به ایدز، زندگی کودک را تهدید می کند، می توان تصمیم گیری را پس از آگاه سازی مادر، به عهده او گذاشت.

۲-۶- هیپاتیت B: امکان انتقال ویروس هیپاتیت B از طریق شیر مادر را نمی توان رد کرد، اما با توجه به آنکه در بدو تولد واکسن هیپاتیت B و ایمونوگلوبولین اختصاصی در صورت ابتلا مادر، در عرض ۴۸ ساعت اولیه پس از تولد برای شیرخوار تجویز

می شود، لذا شیردهی در این موارد منع نداشته و مادر می تواند کودک خود را شیر بدهد. در هیپاتیت C نیز هیچ منعی برای شیردهی وجود ندارد.

۳-۶- سل: در صورت ابتلا مادر به سل ریوی فعال خلط مثبت، خطر ابتلا شیرخوار به طریق تماس نزدیک و نه از طریق تغذیه با شیر مادر وجود دارد. بهتر است که سل مادر زمان حاملگی (حداقل دو ماه قبل از زایمان) کشف و درمان شود تا خطر آلوده سازی نوزاد پس از تولد از بین برود. هم چنین موارد تماس با مادر مسلول نیز باید مورد بررسی قرار گرفته و در صورت لزوم درمان شوند.

در صورتی که مادر مسلول قبل از زایمان (بیش از دو ماه) کشف و درمان شده باشد و از نظر باکتری مولد سل در خلط منفی باشد (اسمیر منفی) دارو درمانی حفاظتی برای شیرخوار لزومی ندارد. اما اگر مادری آلوده و از نظر باکتری در خلط مثبت باشد و کمتر از ۲ ماه قبل از زایمان هنوز خلط مثبت باشد، باید به عنوان داروی پیشگیری کننده برای نوزاد ایزونیاژید (INH) به میزان ۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن، یک بار در روز، برای ۶ ماه تجویز گردد.

هم چنین اگر سل فعال ریوی بعد از زایمان تشخیص داده شده است مادر درمان معمول را گرفته و داروی پیشگیری برای نوزاد نیز شروع می شود. لازم به ذکر است که در تمام موارد، فوق، رژیم دارویی مادر همانند سایر مسلولین بوده و مصرف دارو هیچ گونه منعی در شیردهی ندارد. بنابراین شیردهی همانند مادر غیر مسلول برای شیرخوار ادامه خواهد یافت. در دو هفته اول درمان مادر با سل اسمیر مثبت بهتر است با رعایت نکات ایزولاسیون شیر مادر دوشیده شده و با قاشق و به نوزاد داده شود. در تمام موارد فوق، طبق برنامه جاری واکسیناسیون نوزاد باید واکسن BCG را دریافت کند. البته در صورتی که شیرخوار تحت درمان پیشگیری کننده قرار گرفته است، ترجیحاً تلقیح واکسن به بعد از تکمیل دوره مصرف و قطع INH موکول گردد.

۴-۶- سایر عفونت ها

از عفونت های میکروبی شایع بعد از زایمان، عفونت های ادراری هستند که درمان آن ها هیچ مشکلی برای شیرخوار ایجاد نکرده و تغذیه با شیر مادر باید ادامه یابد.

ابتلا مادر شیرده به اوریون می تواند سبب بروز ماستیت بسیار دردناکی شود که هیچ نوع درمانی بجز ادامه شیردهی و طی شدن دوره بیماری، ندارد. در عفونت های ویروسی دیگر مثل سرخجه، آبله مرغان، اوریون تا زمانی که بیماری مادر تشخیص داده شود، شیرخوار هم امکان آلوده شدن و هم امکان مصون شدن را دارد. بنابراین هیچ دلیلی برای قطع شیردهی و جداسازی مادر و کودک وجود ندارد.

عفونت درون رحمی یا سایتومگالی ویروس از علل شایع ناهنجاری های مادرزادی است، لیکن ابتلا به این عفونت بعد از تولد برای شیرخوار خطری ندارد.

آلودگی نوزاد به ویروس هرپس انسانی هنگام زایمان و از طریق کامل واژینال، می تواند منجر به بیماری شدید نوزاد شود، (البته در صورتی که ضایعات فعال هرپس دستگاه تناسلی در مادر وجود داشته باشد). ولی این مسئله نیز دلیلی برای قطع شیردهی نمی باشد. هم چنین اگر همسر مبتلا به ضایعات فعال هرپس دهانی باشد باید از تماس دهان با پستان خودداری کند و اگر ضایعات بر روی پستان ایجاد شود، باید در طول مدت شیردهی ضایعات توسط پارچه تمیز پوشانده شود و شیردهی از پستان مقابل انجام شود. در صورتی که ضایعات در نوک پستان ایجاد شده باشد تا هنگام بهبود ضایعات شیردهی تنها از پستان سالم انجام شود. همین حالت در مورد ابتلا مادر به زونا بایستی رعایت شود.

۵-۶ سرطان پستان

شیردهی در مادری که مبتلا به سرطان پستان شده است، هیچ گونه خطر اضافی برای او به وجود نمی آورد و نیز برای کودک ایجاد مشکلی نخواهد کرد. بنابراین اگر کارایی پستان و سلامت عمومی مادر اجازه دهد، شیردهی می تواند صورت پذیرد.

۷- شرایط و مشکلاتی که شیردهی مادر را دچار اشکال می سازد:

۷-۱- **زخم، شقاق یا ترک نوک پستان:** این مسئله از شایع ترین مشکلات مادران در هنگام شیردهی محسوب می شود. دلیل اصلی آن قرار گرفتن نوزاد در وضعیت نامناسب به هنگام شیردهی می باشد. البته وضعیت غیر طبیعی دهان و فک شیرخوار، هم چنین ابتلا شیرخوار به برفک دهان، مرطوب ماندن نوک پستان به مدت طولانی، بیرون کشیدن پستان از دهان شیرخوار، شستن مرتب نوک پستان به خصوص با موادی مثل صابون یا الکل، از دلایل دیگر زخم یا ترک نوک پستان به حساب می آیند. در چنین مواردی، نیازی به استفاده از داروهایی مثل پماد، کرم یا لوسیون شیمیایی نیست. برای درمان آن، چرب کردن نوک پستان با روغن های گیاهی و قرار دادن چند قطره از شیر مادر روی نوک پستان کافی است. در برخی منابع به استفاده از پماد A و D و چکاندن چند قطره لیموترش بر روی نوک پستان نیز اشاره شده که البته دردناک است. بهترین راه جلوگیری از این مشکل، قرار دادن پستان به طور صحیح (قرار دادن تمام آرئول پستان در دهان نوزاد) در دهان شیرخوار و قرار دادن شیرخوار با وضعیت مناسب در هنگام شیردهی می باشد. هم چنین مادر باید صبر کند تا شیرخوار خود پستان را رها کند و هرگز با عجله و با زور، نوک پستان را از دهان شیرخوار بیرون نکشد. شستشوی مرتب نوک پستان در هر بار شیردهی لازم نیست و فقط شستن یک بار در روز، آن هم با آب ساده کافی است و برای خشک کردن پستان نباید از حوله یا پارچه زبر استفاده شود.

۷-۲- **نوک پستان تورفته یا سر صاف:** این حالت می تواند به عدم توانایی در شیردهی به خصوص در اوایل شیردهی بینجامد که خود رفته رفته منجر به کاهش حجم شیر مادر و قطع شیر می گردد. به همین دلیل در زمان مراقبت های حاملگی، معاینه پستان مادر امری است ضروری، تا در صورت برخورد به چنین حالتی، درمان، قبل از زایمان و شروع شیردهی انجام شود. در جریان حاملگی، قابلیت کشش بافت پستان زیاد است و با تمرین های ساده در سه ماهه آخر بارداری، می توان به آماده سازی نوک پستان مادر برای شیردهی موفقیت آمیز کمک کرد، این کار از طریق فشار دادن و کشیدن روزانه چند بار نوک پستان به بیرون توسط انگشت شست و سبابه صورت می پذیرد. بندرت ممکن است برای درمان نیاز به جراحی باشد. اگر در طی بارداری، درمان انجام نگرفته باشد با قرار دادن صحیح پستان در دهان کودک (تمام آرئول در دهان نوزاد) به طور مرتب و وادار ساختن کودک به مکیدن معمولاً این عیب برطرف می شود. البته در این موارد اطمینان دهی به مادر و صبر و حوصله مادر نقش مهمی دارد.

۷-۳- **زایمان های چند قلو:** از آن جایی که ترشح شیر تا حد زیادی به میزان تقاضای شیرخوار بستگی دارد. لذا تغذیه دوقلوها، موجب تحریک ترشح شیر می شود و مادر قادر است به هر دو فرزند خود به مقدار کافی شیر بدهد حتی دیده شده که مادران در شیردهی به سه قلوهای خود موفق بوده اند اما مادران مبتلا به سوء تغذیه مزمن، دارای شیر به حد کافی برای تغذیه هر دو نوزاد نیستند. البته سوءتغذیه خفیف تا متوسط، نه تنها اشکالی در شیردهی یک قلوها ایجاد نمی کند، بلکه گزارش هایی از شیردهی موفق دوقلوها در سوء تغذیه مادر نیز وجود دارد. به هر حال در صورتی که زایمان بیش از دو قلوها بوده یا مادر دچار سوء تغذیه شدید باشد، بهتر است از روشهای دیگر تغذیه، به عنوان کمک در شیردهی استفاده شود.

۷-۴- **حاملگی در حین شیردهی:** در کشور ما عقاید فرهنگی گویای نیاز به قطع شیردهی، در صورت باردار شدن مادر شیرده می باشد، اما در بسیاری از جوامع، شیردهی در حاملگی مادر ادامه می یابد. مطالعات علمی هیچ گونه تأثیر سوء شیردهی بر حاملگی را نشان نداده و نیز تغییر در حجم شیر مادر تأیید نشده است.

بیشتر مادران به دلیل از دست دادن علاقه به شیردهی یا به خاطر دردناک شدن نوک پستان در حاملگی، شیر دادن را قطع می کنند. در صورتی که مادر به طور انحصاری شیرخوار را با شیر خود تغذیه کند، خیلی به ندرت اتفاق می افتد که در حین شیردهی باردار گردد و معمولاً حاملگی در صورتی اتفاق می افتد که غذای تکمیلی زودتر از موقع شروع شده و در نتیجه، دفعات شیردهی و مدت مکیدن پستان توسط شیرخوار کاهش یافته و در نتیجه تخمک گذاری و بارداری صورت می گیرد. به نظر می رسد در صورتی که تغذیه مادر شیرده که مجدداً باردار شده، مناسب باشد و نیازهای غذایی اضافی او مرتفع گردد، حتی تا ۵ الی ۶ ماهگی حاملگی، مادر می تواند به شیرخوار خود شیر بدهد. به خصوص اگر نتوان غذای کمکی مناسب برای شیرخوار جایگزین نمود.

۵-۷- پرخونی پستان (احتقان): به طور طبیعی در چند روز اول پس از زایمان، به علت ترشح زیاد شیر و پرخونی پستان ها، انباشتگی شیر و آب میان بافتی ایجاد می شود که با افزایش دفعات شیردهی و تخلیه مکرر پستان برطرف می گردد. با توجه به نیاز کم کودک در چند روز اول زندگی و خواب طولانی نوزاد در این روزها، اگر تخلیه کامل پستان توسط شیردهی به تنهایی امکان نداشته باشد باید شیر دوشیده و پستان تخلیه گردد.

انباشتگی شیر در پستان به دلیل بسته شدن مجاری شیر به وجود می آید که خود ناشی از عوامل زیر است:

- فاصله طولانی بین نوبت های شیردهی به علت شیردهی بر حسب ساعت.
- عدم تخلیه کامل پستان در طی هر بار شیردهی به علت محدود کردن زمان شیردهی.
- فشار بر روی پستان ها به علت استفاده از سینه بند یا لباس تنگ
- تأخیر در شروع شیردهی.

در این موارد باید شیردهی را از پستان مبتلا آغاز کرد و به آرامی فضای برجسته و نوک پستان را با کف دست ماساژ داد. قبل از شیردهی، با حوله گرم اطراف پستان ها را پوشاند و بعد از آن از کمپرس سرد استفاده کرد.

ادامه انسداد می تواند منجر به انباشتگی شیر، سپس التهاب پستان و در نهایت آبسه شود. بنابراین درمان زودرس هر کدام از مراحل زیر، برای جلوگیری از قطع شیردهی و تداوم آن بسیار مهم و ضروری می باشد.

۶-۷- التهاب پستان (ماستیت)

التهاب پستان با تورم، درد و قرمزی مشخص می شود و از شایع ترین عوارض شیردهی محسوب می شود. این التهاب الزاماً منشاء عفونی ندارد و ماستیت غیر چرکی خوانده می شود. این حالت بیشتر در اولین هفته های شیردهی، به دنبال انسداد مجاری شیر و هنگامی که تولید شیر، بیش از تخلیه آن صورت می گیرد، دیده می شود. انسداد مجاری شیر بیشتر به وسیله شیر غلیظ شده در مجاری رخ می دهد و همراه است با لمس یک توده دردناک و گاهی در پی ضربه به پستان و احتقان در پستان مادر ایجاد می شود. دلیل ماستیت غیر چرکی برگشت شیر به بافت های اطراف سلول های تولید کننده شیر و مجاری شیر می باشد، شیر به عنوان یک ماده خارجی عمل نموده، موجب ایجاد واکنش و درد، تورم و حتی تب بدون وجود عامل عفونی می شود. راه درمان آن، تخلیه کامل شیر از پستان مادر و قرار دادن کیسه آب گرم روی پستان و مصرف مسکن می باشد. در صورتیکه علاوه بر علائم ذکر شده، تب نیز ظاهر شود، نشانه ی عفونت است و ماستیت چرکی ایجاد شده است که در اثر سلولیت بافت همبندی بین لوبولی پستان به وجود می آید که معمولاً عامل عفونی آن استافیلوکوک کلرائی می باشد که از میکروارگانیسم هایی است که اغلب در شیر مادران غیر عفونی نیز دیده می شود. این میکروب در پوست و دهان مادر به صورت فلور طبیعی وجود دارد و چند ساعت پس از تولد، بدون هیچ پی آمد منفی به فرزند وی منتقل می شود. تغذیه با شیر مادر در جریان چنین عفونتی، نباید متوقف گردد، برعکس تخلیه پستان امری اساسی بوده و طول مدت التهاب را کوتاهتر می سازد و احتمال آبسه پستان را نیز کمتر می کند. اگر تغذیه با شیر مادر، از پستان مبتلا بیش از حد دردناک باشد، باید شیر با دست دوشیده شود و یا یک شیشه دهانه گشاد گرم شده بر روی پستان گذاشته و رها شود تا زمانی که سرد گردد و شیر پستان تخلیه گردد. این کار سبب می شود که علائم ظرف ۴۸ ساعت از بین برود. گرچه در موارد شدید درمان با آنتی بیوتیک لازم می شود، در این حالت نیز از کمپرس آب گرم قبل از شیردهی و کمپرس آب سرد بعد از آن، استفاده می شود.

۷-۷- آبسه پستان

این عارضه معمولاً به دنبال التهاب پستان پیش می آید و در صورت ادامه التهاب و عدم درمان آن، احتمال ایجاد آبسه و تجمع چرک در پستان وجود دارد. هرگاه شیردهی به طور ناگهانی قطع شود، احتمال بروز آبسه خیلی بیشتر می شود. در این موارد باید تغذیه شیرخوار با پستان غیر عفونی ادامه یابد و شیر پستان عفونی شده باید تا زمانی که شیرخوار دوباره و مستقیماً بتواند پستان را بگیرد با ملایمت دوشیده شود. در این موارد نیز مصرف مسکن، آنتی بیوتیک و گاهی جراحی و تخلیه آبسه نیز لازم است. اگر آبسه به داخل یک از مجاری شیری سر باز کند یا محل جراحی یا سرباز کردن به نوک پستان نزدیک باشد، بهتر است تا ۷۲ ساعت شیر پستان مبتلا دوشیده و دور ریخته شود و تغذیه از پستان سالم ادامه یابد.

۸- بیماری ها و شرایط مربوط به شیرخوار در شیردهی

۸-۱- گالاکتوزمی

گالاکتوزمی بیماری بسیار نادری است که در کشورهای صنعتی بیشتر مشاهده می شود یکی از نابسامانی های سوخت و سازی مادرزادی و ارثی است که مشخصه آن کمبود گالاکتوکیناز می باشد که آنزیمی برای تجزیه گالاکتوز است. اگر شیرخواری که به این بیماری مبتلا است با شیر مادر یا هر فرآورده لاکتوز دیگری تغذیه شود، مقدار گالاکتوز خونسش بالا رفته و در ادرارش قند پیدا می شود و از نظر بالینی نیز، مبتلا به آب مروارید (کاتاراکت) می شود. شکل وخیم تر این بیماری، در اثر فقدان آنزیم گالاکتوز ۱- فسفات یوردیل ترانسفراز است که برای متابولیسم گالاکتوز لازم است صدمات این بیماری که شدید تر از حالت قبل است در اثر تجمع متابولیت ها در خون ایجاد می شود.

علائم بیماری شامل: اسهال، استفراغ، بزرگی کبد و طحال و زردی است و اگر لاکتوز از رژیم غذایی حذف نشود، آب مروارید، سیروز کبدی و عقب ماندگی ذهنی بروز می کند. تشخیص بیماری با آزمون های آزمایشگاهی در دوران جنینی یا بلافاصله پس از تولد است. درمان آن، حذف هر نوع شیری که حاوی لاکتوز است. مثل شیر مادر یا شیرهای خشک معمولی و جانشین کردن با شیرهای خشک ساخته شده از سویا می باشد.

۸-۲- فنیل کتون اوری

علت این بیماری کمیاب، که با میزان بروز ۲۰-۱۰ درصد هزار در مناطق مختلف گزارش شده است. نابسامانی در سوخت و ساز اسید آمینه فنیل آلانین است که به دلیل فقدان آنزیم فنیل آلانین هیدروکیناز ایجاد می شود. این بیماری موجب عقب ماندگی ذهنی متوسط تا شدید می شود. از آن جا که مقدار این اسید آمینه شیر مادر بسیار کمتر از شیرگاو است این دسته از شیرخواران می توانند از شیر مادر استفاده کنند. البته به شرطی که مرتباً سطح فنیل آلانین خون آن ها آزمایش و کنترل شود. اگر سطح خونی آن به مقادیر خطرناک برسد، باید در کنار شیر مادر، شیر خشک مصنوعی حاوی فنیل آلانین پایین مصرف شود و یا این شیر جانشین شیر مادر گردد.

۸-۳- بیماری شربت افرا

نشانه این بیماری، نقص در سوخت و ساز اسید آمینه های زنجیره ای منشعب والین، لوسین و ایزولوسین است که از اجزای سازنده تمام پروتئین های طبیعی می باشند. بوی خاص شربت افرا در ادرار، امتناع از غذا خوردن، استفراغ، اسیدوز متابولیک و تخریب پیشرونده عصبی و روانی، از نشانه های بیماری است. پیش آگهی بیماری حتی با استفاده از شیرخشک های مخصوص، بد است و در صورت عدم درمان در چند ماه موجب مرگ شیرخوار خواهد شد و میزان بروز آن بسیار کم و حدود ۰/۵ در صد هزار است.

۸-۴- شکاف لب (لب شکری) و شکاف کام (کام شکری)

از آن جا که برای ایجاد فشار منفی و دوشیدن شیر از پستان مادر، نیاز به شکل و عملکرد طبیعی لب و دهان می باشد، نوزادانی که با نقص مادرزادی فوق به دنیا می آیند، در تغذیه از پستان مادر، دچار اشکال می شوند که شدت آن بستگی به شدت و وسعت ضایعه دارد. میزان بروز لب شکری و کام شکری، ۰/۴ در صد هزار است. بیشتر شیرخوارانی که لب شکری دارند ولی کامشان سالم است، می توانند با شیر مادر تغذیه کنند. برای موفقیت در شیردهی، قابلیت کش آمدن پستان ها برای بستن شکاف بین دهان و بینی مهم است. در این موارد مادر می تواند هم زمان با مکیدن پستان توسط نوزاد پستان خود را بدوشت و شیرخوار راحت تر به شیر دسترسی پیدا کند.

هم در شکاف لب و هم در شکاف کام، اگر ضایعه یک طرفه و کوچک باشد، مادر خیلی زود یاد می گیرد که پستانش را به طریقی قرار دهد که تغذیه شیرخوار ممکن شود. در هر دو حالت امکان تغذیه با شیر مادر، بستگی به وسعت ضایعه دارد. در صورتیکه تغذیه با پستان کارایی کافی را نداشته باشد، می توان از شیشه های با سرشیشه دارای سوراخ گشاد یا از شیشه های مخصوص که با فشار دادن شیر از شیشه به خارج جهش کند بهره جست. در موارد شدیدتر می باید از قاشق و فنجان کوچک یا سرنگ و ابزار مشابه برای شیردهی استفاده شود. در کل بهتر است که از شیر مادر دوشیده شده و از وسایل فوق استفاده گردد. البته در صورتی که به دلیل عدم تحریک مکیدن، رفته رفته حجم شیر مادر کاهش یابد به طوری که تکافوی رشد

شیرخوار را ندهد، از شیر کمکی استفاده شود. اما تلاش برای ادامه ترشح شیر باید صورت پذیرد و یکی از وسایل کمکی در این مورد، استفاده از لوله ظرفی است که در کنار پستان گذاشته شده و وقتی کودک زیر پستان مادر قرار می گیرد، شیر از قبل دوشیده شده مادر، از طریق این لوله به دهان او برسد. مکیدن پستان توسط نوزاد تا حد زیادی کمک به تداوم ترشح شیر در پستان مادر می کند.

۵-۸- یرقان ناشی از شیر مادر

این نوع زردی، مورد نادری است که معمولاً در پایان هفته اول آشکار شده، حدود ۲ ماه به طول می انجامد. این بیماری به دلیل متابولیسم غیر طبیعی بیلی روبین با خوردن شیر کامل مادر (نه آغوز) به وجود می آید، نشانه آن مقادیر بالای بیلی روبین غیر مستقیم در خون است. نوزاد از نظر علائم بالینی، به جز زردی، سالم بوده و رشد طبیعی دارد. این نوع یرقان، موقتی است و اثرات سویی در بر نداشته و دلیلی برای قطع شیردهی وجود ندارد. در چنین مواردی پیشنهاد می شود، به مدت ۲ روز (۴۸ ساعت) مادر شیر خود را دوشیده و بجوشاند و به شیرخوار خود بدهد. انجام این روش، خود یک راه تشخیص محسوب می شود. البته بهتر است این بیماری از سایر علل یرقان، مثل یرقان فیزیولوژیک که از روز سوم تا هفتم آشکار می شود، افتراق داده شود.

۶-۸- سایر بیماری های شیرخوار

در بیماری های دیگر از قبیل اسهال ها، یرقان (ناشی از علل غیر از شیر مادر)، انواع عفونت ها و غیره، هیچ نوع منعی از نظر تغذیه با شیر مادر وجود ندارد.

۷-۸- نگرفتن پستان توسط شیرخوار

یکی از دلایل نگرفتن پستان توسط شیرخوار، گرفتن بینی کودک می باشد که باید در صورت سرماخوردگی و گرفتن بینی شیرخوار، با کمک مکنده های پلاستیکی، ترشحات بینی را خارج کرده و با چکاندن قطره سرم فیزیولوژی (سرم نمکی ۰/۹٪) گرفتگی بینی را باز نمود تا کودک به راحتی نفس کشیده و قادر به مکیدن پستان مادر باشد. گاهی کودک بسیار گرسنه و هیجان زده است و طاقت صبر کردن برای به جریان افتادن شیر را ندارد، در این موارد مادر باید با فکر کردن به شیردهی، به جاری شدن شیر کمک کند، گاهی بر عکس، جریان شیر در ابتدای شیردهی، بسیار سریع است و کودک به راحتی نمی تواند آن را بلعد. در این موارد باید مقداری از شیر را دوشیده و سپس پستان را به دهان کودک گذاشت. گاهی در صورت ناراحتی کودک، مثل خیس بودن کهنه یا بیماری و تب، شیرخوار قادر به مکیدن نمی باشد و از گرفتن پستان مادر امتناع می کند. در این موارد باید از کودک معاینه دقیق به عمل آورده، علت را ارزیابی و رفع نمود. عوض شدن بوی مادر، مثلاً عوض شدن عطری که مادر معمولاً مصرف می کند و عوض شدن بو و مزه شیر مثل خوردن پیاز و سیر توسط مادر نیز، از عوامل نگرفتن پستان مادر هستند و بالاخره وضعیت نامناسب و ناراحت کودک در هنگام شیردهی، از عواملی می باشند که همگی به راحتی قابل کنترل و رفع هستند.

۹- مصرف داروها و شیردهی

قبلاً منع مصرف داروهایی مثل مترونیدازول، متی مازول، سایمتدین، ایندومتاسین، رزپین، فنیل بوتازون، افدرین، فنیر آمین، کلماستین، ترکیبات طلا، در شیردهی اعلام می شد. اما طبق آخرین دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مصرف تمام داروهای فوق در شیردهی بلامانع است و تعداد انگشت شماری از داروها در شیردهی منع مصرف مطلق داشته و غیر مجاز هستند که شامل اقلام زیر می باشد. برومکریپتین، آنتی متابولیت ها، ارگوتامین، لیتیوم، فن سیکلیدین، و فنین دیون. در مورد ترکیبات رادیواکتیو، نیاز به قطع موقت شیردهی در هنگام مصرف آنها و تا زمانی که در شیر ترشح می شوند، وجود دارد که مشتمل می باشند بر: مس ۶۴ (تا ۵۰ ساعت در شیر وجود دارد)، گالیوم ۶۷ (تا دو هفته) ایندیوم ۱۱۱ (تا ۲۰ ساعت)، ید ۱۲۳ (تا ۱۲ ساعت) ید ۱۲۵ (تا ۱۲ ساعت) ید ۱۳۱ (۴-۲ ساعت)، سدیم رادیواکتیو (تا ۹۶ ساعت) تکنیتیوم ۹۹ (تا ۳ روز) تا زمانی که مواد رادیواکتیو در شیر ترشح می شود. باید مادر شیر خود را دوشیده و دور بریزد و پس از آن شیردهی ادامه یابد. قبل از درخواست انجام مطالعات تشخیصی با مواد رادیواکتیو، باید با متخصص پزشکی هسته ای مشاوره نمود تا از ماده ای

استفاده شود که کوتاهترین زمان ترشح در شیر را داشته باشد. هم چنین برای آسایش خاطر، بخش رادیولوژی می تواند از نمونه های شیر مادر قبل از شروع شیردهی مجدد، آزمایش رادیواکتیو به عمل آورد.

مصرف سایر داروها، مثل داروهای ضد انعقاد، مسکن ها، ضد اسپاسم، ضد استفراغ، داروهای تیروئیدی، آنتی بیوتیک ها، دیورتیکها، داروهای قبلی، داروهای ضد فشار خون، آسم، ضد تشنج، ضد دیابت، انسولین، کورتیکواستروئیدها، املاح طلا، جذام، سل، ضد مالاریا، ویتامین ها، واکسن ها، عوامل ایمنولوژیکی و ترکیبات پوستی در شیردهی، بلا مانع است و هیچ گونه منع مصرفی ندارد.

در صورتیکه به دلیل نیاز به عمل جراحی مادر، از داروهای بیهوشی استفاده شده باشد، ۶ ساعت پس از پایان بیهوشی، به راحتی می تواند شیرخوار خود را تغذیه کند.

به طور کلی بهتر است مادر شیرده از مصرف داروها به دلیل امکان ترشح آن ها در شیر، خودداری نماید، مگر آنکه نیاز قطعی به تجویز آنها باشد. بهتر است داروهای مورد استفاده توسط مادر شیرده، به صورت تک دوز مصرف شود و در هنگام شب مادر ابتدا شیرخوار را شیر داده سپس دارو را مصرف کند و تا صبح به شیرخوار شیر ندهد. با چنین تمهیدی، حداکثر غلظت جذب دارو ها با موقع شیر خوردن هم زمان نخواهد شد.

مصرف داروهای حاوی استروژن (قرص های LD و HD ضد بارداری) موجب کاهش شدید حجم شیر می شود. به همین دلیل در زمان شیردهی باید از قرص های ضد بارداری مخصوص شیردهی که تنها حاوی پروژسترون بوده و بر شیردهی اثر منفی ندارد استفاده شود. همچنین مصرف کلیه مواد مخدر و دخانیات و الکل و حتی مصرف زیاد از حد کافئین در شیردهی ممنوع می باشد.

۱۰- روش تغذیه شیرخوار از پستان

برای شیردهی موفق، قبل از هر چیز رعایت زمان شروع آن لازم و ضروری است. گفته می شود زمان طلایی پس از زایمان برای قرار دادن نوزاد زیر پستان مادر و شروع شیردهی، تا نیم ساعت اول پس از زایمان است. از آن جا که نوزاد از همان ابتدای تولد دارای قدرت مکیدن می باشد، بهتر است بلافاصله پس از تولد یا در اسرع وقت و حداکثر تا یک ساعت پس از تولد شیردهی با تماس پوست به پوست مادر و نوزاد آغاز گردد.

در صورت عمل سزارین، بهتر است به جای استفاده از مواد بیهوشی عمومی از بی حسی استفاده شود تا هر چه زودتر نوزاد قادر به مکیدن پستان مادر باشد. در صورت استفاده از بیهوشی عمومی، باید بلافاصله پس از به هوش آمدن مادر، نوزاد را برای تغذیه از شیر مادر در کنار او قرار داد.

البته برای انجام شیردهی به روش صحیح باید آموزش های لازم در زمان بارداری انجام شود. در صورت عدم آماده سازی مادر زمان حاملگی، باید این آموزش ها را بلافاصله پس از زایمان و در زمان بستری بودن مادر در زایشگاه یا بیمارستان دوستاندار کودک، انجام داد. اعتماد به نفس کامل، آرامش روحی، محیط امن و آسوده و حمایت همسر و اطرافیان نیز از عوامل مهم و موثر در تداوم شیردهی می باشند.

روش صحیح شیردهی در مرحله اول، مربوط به وضعیت قرار گرفتن مناسب و صحیح بدن شیرخوار و مادر است که برای این منظور روش های مختلفی وجود دارد:

در روش اول که معمولی ترین روش شیر دادن است، به این شکل انجام می شود که مادر نوزاد را به طوری در آغوش می گیرد که شانه نوزاد روی خم آرنج و سرش روی بازوی مادر قرار گیرد. صورت نوزاد مقابل پستان مادر و سر و بدنش در یک امتداد واقع شوند. دست نوزاد که در تماس با بدن مادر است در پهلوی مادر قرار بگیرد (نه بین نوزاد و بدن مادر) هم چنین سرین (باسن) نوزاد، در آغوش مادر باشد و با کف دست آن را بگیرد. پوشش بدن نوزاد و بیمار باید کم باشد و تماس پوست به پوست برقرار گردد. بعد از قرار گرفتن مادر در وضعیت راحت و در آغوش گرفتن نوزاد، او می تواند با انگشتان شست و اشاره یک دست به شکل C پستان خود را بگیرد و نوک پستان را به گونه و لب نوزاد بمالد تا نوزاد با رفلکس طبیعی دهانش را باز کند. ممکن است لازم باشد این کار چند بار تکرار شود تا نوزاد کاملاً دهانش را باز کند، به طوری که لبه پایینی هاله دور پستان، هم سطح لب پایین نوزاد باشد. به محض باز شدن کامل دهان، مادر می تواند نوک و هاله پستان را به دهان نوزاد بگذارد

به این مرحله پستان گرفتن گفته می شود. در این وضعیت نوزاد می تواند با آرواره هایش به سینوسهای شیری فشار آورده و با مکیدن درست مقدار کافی شیر دریافت کند.

در روش دوم، مادر به پهلو خوابیده و دست او در بالا و زیر سر قرار می گیرد. این روش برای خانم هایی مناسب است که به علت سزارین یا اپی زیاتومی، قادر به نشستن نیستند. سر و بدن نوزاد در امتداد یک خط مستقیم، کنار و در تماس با بدن مادر قرار می گیرد. صورت نوزاد روبروی پستان مادر و بینی او مادر و بینی او مقابل نوک پستان او می باشد. پشت نوزاد با دست مادر حمایت می شود.

روش سوم که روش زیر بازو نام دارد. مادر در وضعیت نشسته با دست سر نوزاد را نگه می دارد و بدن و پای او را در زیر بغل همان دست قرار می دهد. در این حالت می توان از یک بالش در زیر دست استفاده نمود و به این ترتیب یک دست مادر آزاد می شود. در کل بسته به شرایط مادر و نوزاد در حالات متفاوت، راحت ترین و مناسبترین روش، انتخاب می شود.

۱۱- کم شیری مادر

علاوه بر کمبود ذهنی شیر مادر و راه جلوگیری از آن، که قبلاً شرح داده شد، گاهی حجم شیر مادر کاهش یافته و مقدار ترشح شده جوابگوی رشد شیرخوار نیست. این موارد باید به سرعت کشف و علت یابی شود. و هر چه زودتر برای رفع آن اقدام شود. البته تا زمان رفع مشکل، از نیاز کودک به شیر کمکی و تامین آن نباید غافل شد. چرا که عدم تامین آن، منجر به سوء تغذیه شده و گاه یائزات غیر قابل جبرانی در رشد و تکامل کودک بر جای خواهد گذاشت. برای تایید کمبود واقعی شیر مادر، در وهله اول، بهتر است با شواهدی که دلیل کافی بودن شیر مادر است آشنا شویم که شامل موارد زیر است:

- ۱- بهترین علامت کافی بودن شیر مادر، وزن گرفتن مناسب شیرخوار می باشد. مهمترین مدرکی که رشد مناسب و وزن گیری کافی کودک و رشد او را نشان می دهد، منحنی رشد است. در صورتی که در منحنی رشد، روند افزایشی به چشم بخورد، حتی اگر این روند به موازات اما پایین تر از منحنی رشد ۳٪ باشد، کافی بودن شیر مادر اثبات می شود. بنابراین بهترین راه تشخیص مکفی بودن شیر مادر توزین مرتب شیرخوار است. شیرخواران رسیده(ترم) در ماههای اول، روزانه حداقل ۲۰ گرم (۶۰۰ گرم ماهانه) و شیرخواران زودرس، روزانه ۳۰ گرم افزایش وزن دارند.
- ۲- تعداد نوبت های ادرار در کودکی که به خوبی تغذیه می شود، ۱۰-۶ بار در روز است.
- ۳- سرحال، خوشحال، آرام و راضی بودن شیرخوار.

علاوه بر موارد گفته شده، باید خاطر نشان کرد که بی قراری و گریه کردن شیرخوار، می تواند دلایل متعددی، از موارد بی اهمیت مثل خیس بودن کهنه گرفته تا یک بیماری جدی و کشنده مثل سیستمیک داشته باشد و البته در این میان یکی از دلایل، کمبود شیر مادر و گرسنگی شیرخوار می باشد. اثبات این که دلیل اصلی بی قراری و گریه شیرخوار، کمی شیر است باید از طریق بررسی روند رشد او کمک منحنی رشد صورت پذیرد.

هم چنین مکیدن انگشت توسط نوزاد نیز، دلیل کمبود شیر مادر نمی باشد و نیز با توجه به اختلاف فیزیولوژیک بدن نوزادان با یکدیگر و تفاوت حجم شیر خورده شده توسط شیرخواران، در هر بار شیردهی، ممکن است برخی از شیرخواران شیر خورده شده را زودتر هضم کرده و زود به زود گرسنه و بیدار شوند. بنابراین کوتاه بودن زمان خوابیدن نوزاد نیز دلیل بر کمی شیر مادر نخواهد بود. همین طور نگرفتن پستان مادر توسط شیرخوار، ممکن است دلایل مختلفی داشته باشد که قبلاً توضیح داده شده است.

اقدامات لازم در موارد کمبود شیر مادر

در صورتی که کمبود شیر مادر ثابت شود، باید تمام تلاش و کوشش ممکن را جهت برقراری مجدد آن به کار گرفت. قبل از هر چیز باید علت کمبود کشف و برطرف گردد. برای این کار باید ابتدا پستان های ماد مورد معاینه و بررسی قرار گیرد و مسائلی مثل فرورفتگی نوک پستان، ترک یا زخم نوک پستان، بند آمدن شیر، التهاب و آبه پستان، مدنظر قرار گرفته و در صورت وجود این موارد، درمان لازم انجام گردد، تا مانعی در راه شیردهی نباشد.

سپس نحوه شیردهی مشاهده گردیده و از مادر خواسته می شود که شیرخوار را مقابل ما شیر بدهد. اگر وضعیت قرار گرفتن بدن مادر و شیرخوار و نحوه قرار گرفتن پستان در دهان شیرخوار اشتباه باشد، باید آموزش لازم از نظر تصحیح اشکالات موجود، در روش شیردهی انجام شود، هم چنین طول مدت شیردهی باید مناسب باشد و در این زمینه نیز آموزش داده شود تنها راه برقراری مجدد شیر مادر مکیدن طولانی مکرر پستان مادر می باشد برای جلوگیری از توقف رشد و فقر غذایی در شیرخوارانی که دچار کمبود شیر مادر شده است، باید شیر مصنوعی شروع شود، اما به منظور تحریک نوک پستان و رفلکس ترشح شیر باید شیرخوار قبل از تغذیه با شیر خشک و قبل از سیرشدن مکیدن پستان را انجام دهد.

شیر مادر هر قدر که از نظر حجم کم باشد، بایستی برای تغذیه شیرخوار مورد استفاده قرار گیرد، زیرا از یک سو با تداوم مکیدن نوک پستان، احتمال برقراری شیر وجود دارد و از سوی دیگر، به دلیل دارا بودن مواد ایمنی بخش و مغذی برای شیرخوار مفید است و همچنین باعث برقراری روابط عاطفی و ایجاد آرامش هم در شیرخوار و هم در مادر خواهد شد.

مرجع:

نگین هادی. بهداشت و سلامت مادر و کودک. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز ۱۳۸۴.

مراقبتهای ادغام یافته کودک سالم

برای تمام کودکان بسته به سن آنها در هر مراجعه به واحد بهداشتی فرمهای مخصوص با توجه به نکات ذیل پر می‌شود.

ارزیابی و مراقبت از نوزاد بلافاصله پس از تولد

بلافاصله پس از تولد نوزاد مراحل زیر باید صورت گیرد:

۱) کنترل نشانه های خطر در مادر و نوزاد:

- a) تب مادر در حین زایمان با پاره شدن کیسه آب زودتر از ۱۸ ساعت قبل از زایمان
- b) تنفس تندنوزاد ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر
- c) تنفس کند نوزاد ۳۰ بار در دقیقه یا کمتر
- d) تو کشیده شدن شدید قفسه سینه
- e) ناله کردن

f) کاهش سطح هوشیاری

g) تشنج

h) درجه حرارت بدن نوزاد بیش از ۳۷/۵ درجه و کمتر از ۳۶/۵ درجه سانتی گراد

i) تونیسیتة عضلانی غیر طبیعی

j) رنگ پریدگی یا سیانوز

k) زردی ۲۴ ساعت اول

l) نبض غیر طبیعی اندامها

m) غیرطبیعی بودن ضربان و صدای قلب

n) استفراغ مکرر

o) توده شکمی

p) کاهش قدرت مکیدن یا شیر نخوردن

q) اتساع شکم (دیستانسیون)

۲) کنترل سن بارداری و اندازه گیری های نوزاد (وزن، دور سر، قد) بر طبق فرم زایمان.

۳) کنترل نوزاد از نظر تورم و خون مردگی در ناحیه پرزنتاسیون، ناهنجاری مادرزادی، حرکات غیر طبیعی و نامتقارن نوزاد.

۴) کنترل از نظر عفونت های موضعی

چشم: تورم و خروج ترشحات چرکی

ناف: ترشح چرکی فراوان یا قرمزی اطراف آن بیش از یک سانتی متر

پوست: جوشهای چرکی بیش از ۱۰ عدد یا تاول.

۵) ارزیابی نوزاد از نظر تغذیه با شیر مادر:

مشکل شیر خوردن، آیا غیر از شیر مادر مایعات دیگر می خورد؟ آیا مادر بیمار است یا به جای دیگر انتقال یافته است؟ نحوه گرفتن پستان در چه وضعیتی است؟

احیای نوزادان

اگر نوزاد در طی دقیقه اول تولد، تنفس ندارد یا ناله می کند مراحل زیر انجام می شود:

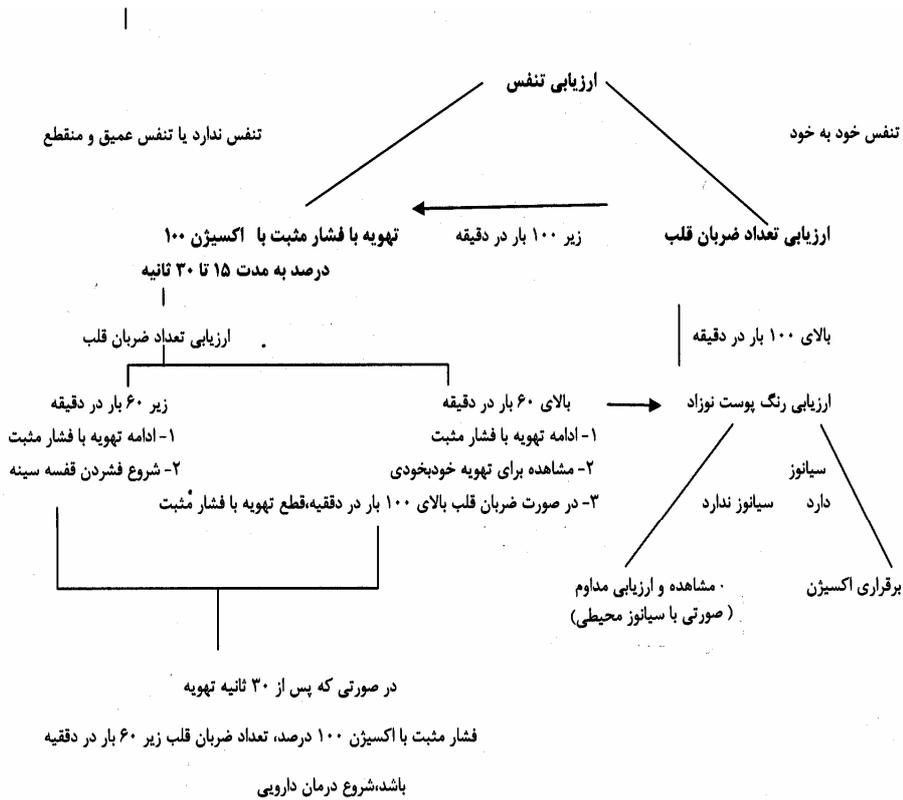
۱- مرحله مقدماتی

الف - گرم نگه داشتن نوزاد:

- قرار دادن نوزاد زیر warmer .

- خشک کردن سر و صورت و تنه نوزاد با حوله.

- قرار دادن نوزاد روی حوله یا پارچه ای که از قبل گرم شده است.
- ب- وضعیت دادن به نوزاد:** قرار دادن حوله یا پارچه لوله شده و به ضخامت ۲-۲/۵ سانتی متر زیر شانه های نوزاد در وضعیت مناسب.
- پ- ساکشن دهان:** ساکشن بینی و دهان نوزاد و در صورت آغشته بودن به مایع آمنیوتیک ساکشن تراشه انجام شود (ساکشن نباید بیشتر از ۲ مرتبه و هر بار بیشتر از ۲۰ ثانیه طول بکشد).
- ۲- ارزیابی تنفس:** طبق نمودار زیر انجام می شود.



- اگر بعد از ۲۰ دقیقه احیا، نوزاد تنفس ندارد، نوزاد مرده است و به مادر توضیح دهید چه اتفاقی افتاده است.

ارزیابی نوزاد در اولین معاینه:

- شیرخوار در اولین معاینه از لحاظ سرو گردن، گوش، ستون فقرات، دستگاه ادراری، دستگاه گوارشی، دهان و بینی، شکم، اندام ها و لگن و دستگاه تناسلی مطابق راهنمای بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته کودک سالم بررسی نمایید.
- سپس براساس ارزیابی انجام شده و بررسی نشانه ها شیرخوار طبقه بندی می شود.
- ۱- در صورت وجود هریک از نشانه های: شکاف کام بزرگ، آترزی کوان دو طرفه، شکم اسکافوئید، گاستروشنزیس، انسفالوسل، خونریزی ناف، عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول، عدم دفع مدفوع در ۴۸ ساعت اول و مقعد بسته شیرخوار مشکل جدی دارد و سریعاً به مرکز تخصصی ارجاع داده شود.
- ۲- در صورت وجود: شکل و اندازه غیرطبیعی ارگانها، تروما یا تورم، فیستول یاسینوس، محل قرارگیری غیرطبیعی گوش، عروق نافی غیرطبیعی، وجود توده مو، دررفتگی مادرزادی لگن، مجرای ادرار غیرطبیعی، جریان ادرار غیرطبیعی، ابهام تناسلی، عدم نزول بیضه، اندازه غیرطبیعی آلت، شیرخوار مشکل جدی احتمالی دارد و در اولین فرصت به متخصص مربوطه ارجاع داده شود.
- ۳- هیچکدام از نشانه های فوق را نداشته باشد. شیرخوار مشکل جدی ندارد مادر را تشویق کنید که در مراقبتهای بعدی مراجعه کند.

کودک زیر ۲ ماه:

تمامی کودکان سالم کمتر از ۲ ماه از نظر نشانه های خطر ارزیابی و طبقه بندی می شوند.

ارزیابی:

- برای پیدا کردن نشانه های عفونت باکتریال ارزیابی های زیر انجام می گیرد:
- (۱) قدرت مکیدن شیرخوار مشاهده می شود.
- (۲) تعداد تنفس شیرخوار در یک دقیقه شمارش می شود. تنفس در حال استراحت و آرامش یا خواب شمرده می شود.
- تنفس تند در شیرخواران مهم است و اگر در اولین شمارش، تعداد تنفس ۶۰ بار یا بیشتر بود، شمارش تکرار می شود. این تکرار بسیار مهم است زیرا تعداد تنفس شیرخواران کمتر از ۲ ماه منظم نیست، اگر در شمارش دوم نیز تعداد تنفس ۶۰ بار یا بیشتر بود شیرخوار کمتر از ۲ ماه تنفس تند دارد.
- (۳) بازو بسته شدن (پرش) پره های بینی نگاه می شود.
- (۴) تو کشیده شدن قفسه سینه نگاه می شود.
- تو کشیده شدن خفیف قفسه سینه در یک شیرخوار کمتر از ۲ ماه طبیعی است زیرا قفسه سینه هنوز نرم است. تو کشیده شدن شدید قفسه به آسانی قابل رویت است. تو کشیده شدن قفسه سینه می تواند نشانه هایی از پنومونی باشد و در شیرخوار کمتر از ۲ ماه بسیار جدی و مهم است.
- (۵) ناله شیرخوار مشاهده و گوش داده می شود.
- (۶) سطح هوشیاری، بی حالی و تحرک شیرخوار مشاهده می شود. یک شیرخوار کمتر از ۲ ماه که کاهش هوشیاری دارد نمی تواند در تمام مدت معاینه بیدار بماند. وقتی او را لمس می کنید و یا او را تکان می دهید قادر به نشان دادن عکس العمل نیست.
- (۷) برآمدگی ملاحظ شیرخوار مشاهده و لمس می شود (اگر ملاحظ قدری برآمده است، ممکن است بعلت ابتلاء شیرخوار به مننژیت باشد). شیرخوار باید در وضعیت ایستاده نگه داشته شود.
- (۸) دمای بدن شیرخوار برای تشخیص تب یا پایین بودن دمای بدن اندازه گرفته می شود.
- تب (دمای زیر بغل بیش از ۳۷ درجه سانتی گراد) یا هیپوترمی (دمای زیر بغل کمتر از ۳۶ درجه سانتی گراد) در شیرخوار کمتر از ۲ ماه ممکن است بعلت ابتلاء به عفونت باکتریال شدید باشد. تب در ۲ ماه اول تولد شایع نیست. همچنین تب در نوزادان الزاماً با عفونت همراه نیست.
- (۹) رنگ پریدگی یا سیانوز یا زردی ۲۴ ساعت اول تولد شیرخوار نگاه می شود.
- ۱۰- ادم شیرخوار را مشاهده کنید تورم (ادم همراه با التهاب) و ورم (ادم بدون التهاب)

۱۱- دیستانسیون و توده شکمی را بررسی کنید

۱۲- شیرخوار را از نظر نبض غیر طبیعی اندامها، ضربان و صدای غیرطبیعی ارزیابی کنید.

طبقه بندی:

بعد از انجام ارزیابی، تمامی شیرخواران کمتر از ۲ ماه برای عفونت باکتریال طبقه بندی میشوند:

الف) احتمال عفونت باکتریال شدید: در صورت داشتن هر یک از نشانه های خطر (بجز نبض و صدای غیرطبیعی و توده شکمی)، شیرخوار در این طبقه قرار می گیرد در این صورت ارزیابی و درمان مطابق چارت مانا انجام گرفته و سریعاً ارجاع داده می شود.

ب) مشکل جدی احتمالی: در صورت داشتن نبض غیر طبیعی، ضربان و صدای غیرطبیعی، توده شکمی، شیرخوار در این طبقه بندی قرار می گیرد و در اولین فرصت به مرکز تخصصی ارجاع داده می شود.

ج) عفونت باکتریال شدید ندارد: کودک هیچکدام از نشانه های خطر را ندارد. مادر تشویق می شود در مراقبت های بعدی مراجعه نماید.

ارزیابی کودک کمتر از ۲ ماه از نظر زردی:

اکثریت نوزادان در هفته اول زندگی دچار زردی می شوند (۶۰ درصد در نوزادان ترم و ۸۰ درصد در نوزادان نارس) ولی نکته مهم شناخت و درمان زردی غیر فیزیولوژیک و پیشگیری از عوارض و درمان به موقع بیماری های احتمالی زمینه ای است. برای ارزیابی زردی به نوک بینی و سفیدی چشم نوزاد بایستی توجه نمود. اگر زردی وجود داشته باشد سوالات زیر از مادر پرسیده می شود:

۱) چه مدت است کودک زرد شده است؟

۲) آیا Rh خون مادر منفی است؟

۳) آیا سابقه زردی خطرناک در فرزندان قبلی وجود داشته است؟ (زردی خطرناک: زردی منجر به فوت یا عقب ماندگی ذهنی و یا نیاز به تعویض خون)

۴) آیا شیرخوار زودتر از ۳۷ هفته بدنیا آمده است؟

۵) آیا وزن زمان تولد او کمتر از ۲۵۰۰ گرم می باشد؟

سپس سطح پوست بدن نوزاد از نظر گسترش زردی بررسی می شود. زردی شیرخواران کمتر از ۲ ماه در دو قسمت قبل از ۱۴ روزگی و بعد از ۱۴ روزگی بررسی می شود.

زردی قبل از ۱۴ روز: در این بخش ۳ طبقه بندی وجود دارد که عبارتند از: زردی شدید، زردی خفیف و زردی ندارد.

الف) زردی شدید: اگر سابقه زردی خطرناک در فرزندان قبلی یا گسترش زردی تا پائین تر از شکم یا وزن زمان تولد نوزاد کمتر از ۲۵۰۰ گرم یا سن حاملگی کمتر از ۳۷ هفته یا مادر RH منفی باشد، کودک زردی شدید دارد. در این صورت شیرخوار را به نزدیکترین مرکز درمانی ارجاع داده می شود.

ب) زردی خفیف: اگر کودک هیچکدام از نشانه های زردی شدید را نداشته باشد در گروه زردی خفیف طبقه بندی می شود. برای کودکی که در این طبقه بندی قرار گرفته به مادر توصیه می شود به دفعات بیشتر و به مدت طولانی تر کودک را شیر بدهد و بعد از یک روز پیگیری شود.

ج) زردی ندارد: اگر سفیدی چشم و نوک بینی شیرخوار زرد نباشد در گروه زردی ندارد طبقه بندی می شود.

د) زردی طولانی: اگر زردی بیش از ۱۴ روز ادامه داشته باشد شیرخوار در طبقه بندی زردی طولانی مدت قرار می گیرد در صورت امکان، آزمایش بیلی روبین و تیروئید انجام دهید در صورت غیر طبیعی بودن آزمایش به متخصص کودکان ارجاع شود.

ارزیابی کودک ۲ ماه تا ۸ سال:

برای کلیه کودکان بالای ۲ ماه وضعیت عمومی ارزیابی می‌شود، که این ارزیابی شامل مراحل زیر می‌باشد:

(۱) از مادر سوال شود حال کودکش چگونه است؟

(۲) رنگ پریدگی، سیانوز لب‌ها، ادم، سرخی بیش از حد، زردی، نبض غیرطبیعی، توده شکمی، هپاتواسپلنومگالی، دررفتگی مادرزادی لگن و راه رفتن غیرطبیعی، کودک مشاهده می‌شود (مطابق راهنمای بوکلت چارت کودک سالم). پس از انجام ارزیابی، تمام نشانه‌های کودک را با نشانه‌های لیست شده مقایسه کرده و طبقه بندی مناسب انتخاب می‌گردد. دو طبقه بندی برای وضعیت عمومی وجود دارد:

الف) مشکل جدی احتمالی: اگر کودک هر یک از نشانه‌ها را داشته باشد، در این طبقه بندی قرار می‌گیرد. اگر مادر احساس می‌کند حال کودک خوب نیست برای ارزیابی و درمان به چارت مانا مراجعه، در غیر این صورت برای ارزیابی بیشتر به مرکز بهداشتی، درمانی ارجاع داده می‌شود.

ب) مشکل جدی ندارد: اگر کودک هیچکدام از نشانه‌ها را نداشته باشد، در این طبقه بندی قرار گیرد. مادر تشویق می‌شود. در مراقبت‌های بعدی مراجعه نماید و در مورد پیشگیری از سوانح و حوادث آموزش داده می‌شود.

ارزیابی کودک زیر ۸ سال از نظر وزن:

کلیه کودکان از نظر وزن آنها برای سنشان کنترل می‌شوند.

• در کودکانی که منحنی رشد آنها رسم شده است سه طبقه بندی از نظر وزنی وجود دارد:

الف) سوء تغذیه شدید یا کم وزنی شدید: اگر منحنی رشد کودک زیر یا منطبق بر منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) قرار گیرد (در هر سه حالات صعودی، افقی و نزولی) در طبقه بندی سوء تغذیه شدید یا کم وزنی شدید قرار می‌گیرد. براساس مقدار انحراف بیمار (SD) وزن به قد یا در صد آن، ارزیابی و درمان مناسب براساس چارت مانا، انجام دهید.

ب) اختلال رشد دارد: اگر منحنی رشد کودک بالای منحنی قرمز بوده (۳- انحراف معیار) ولی صعودی و موازی با منحنی رشد نباشد کودک در این طبقه بندی قرار می‌گیرد. برای بررسی اختلال رشد کودک زیر ۲ ماه، ۱۰ روز، ۲ ماهه تا یکسال، ۲ هفته و بالای یکسال یکماه بعد پیگیری می‌شود.

ج) اختلال رشد ندارد: اگر منحنی رشد کودک بالای منحنی قرمز بوده (۳- انحراف معیار) و صعودی و موازی با منحنی رشد باشد، کودک در این طبقه بندی قرار می‌گیرد. مادر تشویق می‌شود تغذیه کودک را همچنان ادامه دهد.

• در کودکانی که قبلاً منحنی رشد آنها رسم نشده است دو طبقه بندی از نظر کم وزنی وجود دارد: سوء تغذیه شدید یا کم وزنی، رشد نامعلوم.

الف) سوء تغذیه شدید یا کم وزنی شدید: اگر منحنی رشد کودک زیر منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) قرار گیرد (در هر سه حالت صعودی، افقی و نزولی) در طبقه بندی سوء تغذیه شدید یا کم وزنی شدید قرار می‌گیرد. براساس مقدار انحراف معیار (SD) وزن به قد یا درصد آن، ارزیابی و درمان مناسب براساس چارت مانا را انجام دهید.

ب) رشد نامعلوم: اگر منحنی رشد کودک رسم نشده است یا کارت پایش رشد نداشته باشد و نقطه وزن کودک بالای منحنی قرمز قرار گیرد در این طبقه بندی قرار می‌گیرد. در این صورت کودکان زیر ۲ ماه را بعد از ده روز، ۲ ماه تا یکسال را بعد از ۲ هفته و بالای یکسال بعد از یک ماه جهت مشخص شدن وضعیت وزن پیگیری می‌شوند.

پایش رشد کودکان:

معیارهای مناسب برای قضاوت در مورد رشد کودکان شامل اندازه گیری وزن، قد و دور سر می‌باشد. ترکیب هر یک از اینها با سن یا قدشاخصهایی را می‌سازند که شاخص‌های تن سنجی نامیده می‌شوند.

شایان ذکر است که یک بار اندازه گیری هر کدام از این معیار ها ، تنها وضعیت همان لحظه را نشان می دهد و سیر پیشرفت معیار اندازه گیری شده را نشان نمی دهد. حتی اگر در فواصل منظم نیز اندازه گیری صورت گیرد باز نمی توان قضاوت مناسبی در مورد چگونگی رشد کودک داشت چرا که عواملی مثل نژاد، وضعیت فرهنگی و.. می توانند بر روی رشد موثر باشند. لذا تنها در صورتی می توان در مورد چگونگی رشد کودکان یک منطقه اظهار نظر کرد که میانگین رشد کودکان خوب تغذیه شده و سالم آن منطقه را بدانیم و یا کودکان آن منطقه را با میانگین رشد کودکان یک جمعیت استاندارد مقایسه کنیم در حال حاضر ، جمعیت مرجع انتخاب شده مربوط به NCHS (National Center Health Service) آمریکا می باشد و اطلاعات NCHS در چهار نمودار استاندارد ارائه شده است. وزن برای سن، قد برای سن، وزن برای قد و دور سر برای سن. اخیرا شاخص توده بدنی برای سن نیز به عنوان نمودار دیگر پیشنهاد شده است.

هر چند که اطلاعات NCHS مربوط به کودکان سالم و خوب تغذیه شده آمریکاست و با جمعیت در کشورهای جهان متفاوت است اما منحنی های NCHS توسط WHO به عنوان استاندارد بین المللی برای رشد در ۵ سال اول زندگی برای تمام کشور ها پذیرفته شده است. اختلاف رشد کودکان بین کشور های توسعه یافته و در حال توسعه، بیشتر مربوط به شرایط محیطی است تا اختلافات ژنتیکی. سازمان بهداشت جهانی تهیه منحنی استاندارد کشوری را توصیه نمی کند و معتقد است کودکان در سالهای اولیه زندگی اگر در شرایط مطلوب قرار گیرند از حداکثر پتانسیل رشد خود استفاده خواهند کرد و تفاوت های ژنتیکی بیشتر در دوران بلوغ تظاهر پیدا می کند.

نمودار رشد:

نموداری دیداری از وضعیت رشد جسمی و برای پایش رشد کودک طرح ریزی شده است تا بتوان دگرگونیهای رشد را در طول یک مدت زمانی تفسیر کرد. وزن کردن متوالی کودک برای پایش رشد ضروری است. اولین مراقبت (وزن، قد، دور سر و...) در بدو تولد یا با فاصله بسیار کم از تولد باید انجام شود و سپس در سال اول هر ماه یک بار، در سال دوم هر دو ماه یک بار و در سال سوم هر ۳ ماه یک بار و سپس تا ۶ سالگی هر ۶ ماه یک بار کودک باید مراقبت شود (اندازه گیری وزن، قد، دور سر و...) علاوه بر این برنامه ، هر بار که کودک به واحد بهداشتی مراجعه می کند باید توزین شود و وزن او در منحنی رشد ثبت شود خصوصا اگر بیمار باشد.

در هر بار توزین وزن کودک در نمودار وزن برای سن ثبت می شود. وزن برای شناخت رشد حساس تر است و هر گونه انحراف از وضعیت طبیعی را به آسانی می توان با مقایسه منحنی وزن کودک یا منحنی استاندارد شناسایی کرد. کودک ممکن است وزن از دست بدهد ولی از قد او چیزی کم نشود.

نمودار رشد مورد استفاده در ایران :

وسيله ای است ساده و ارزان برای پایش افزایش وزن و در واقع پایش سلامت کودک در طول زمان. در این نمودار مقدار وزن به کیلوگرم روی محور عمودی و سن کودک روی محور افقی نشان داده می شود. برای دقت بیشتر، فواصل کیلوگرم به اجزاء کوچکتر تقسیم شده است. سن کودک از بدو تولد تا ۵ سالگی در نظر گرفته شده است نمودار رشد سازمان جهانی بهداشت تنها دارای دو منحنی مرجع می باشد (در مورد مفهوم منحنی ها و صدکها در ادامه توضیح داده می شود) منحنی بالایی نشاندهنده صدک ۵۰ وزن پسران (میانگین وزن پسران که کمی بیشتر از میانگین دختران است) و منحنی پایینی نشاندهنده سومین صدک وزن دختران (کمی کمتر از صدک سوم پسران) می باشد. جهت منحنی کودک (موازی بودن با منحنی های استاندارد) مهم تر است. افقی شدن یا نزولی شدن منحنی رشد کودک نشانه نارسایی رشد است و اولین نشانه سوء تغذیه پروتئین انرژی است و می تواند چند هفته تا چند ماه قبل از نشانه های بالینی رخ دهد. چنین کودکی نیاز به مراقبت ویژه دارد. در نمودار رشد ایران علاوه بر صدک ۳، ۹۷، ۵۰، صدکهای میانی هم رسم شده است. (مثل صدک ۱۰، ۲۵، ۷۵ و ۹۰) ضمنا دو شاخص دیگر علاوه بر وزن برای سن، یعنی منحنی های قد برای سن و دور سر برای سن هم رسم شده اند. در نمودار رشد طرح مانا، خط قرمزی در زیر صدک سوم رسم شده است که نشانه ۳ انحراف معیار کمتر از میانگین است و اگر وزن کودک زیر این منحنی قرار گیرد به عنوان کم وزنی شدید طبقه بندی می شود.

مفهوم منحنی ها و صدکها:

صدکها درصدهای تجمعی از یک متغیر می‌باشند. مثلاً اگر نمره همه دانشجویان بالاتر از ۱۲ باشد و یا نمره ۱۲ کمترین نمره کلاس باشد یعنی ۱۰۰ درصد دانشجویان نمره ای بیشتر از ۱۲ گرفته اند بنابراین نمره ۱۲ به عنوان صدک صفر در نظر گرفته می‌شود. حال اگر نیمی از دانشجویان نمره بالاتر از ۱۶ و نیمی کمتر از ۱۶ گرفته باشند نمره ۱۶ صدک ۵۰ در نظر گرفته می‌شود (میانگین یا صدک ۵۰) و اگر فقط ۳ درصد دانشجویان نمره بالاتر از ۱۹ گرفته باشند یعنی نمره ۱۹ صدک ۹۷ است یعنی ۳ درصد بالاتر از ۱۹ و ۹۷ درصد کمتر از ۱۹ گرفته اند.

در نمودار رشد وزن برای سن، صدک ۳ منطبق بر منهای دو انحراف معیار از میانگین و صدک ۹۷ منطبق بر مثبت دو انحراف معیار از میانگین است. به عبارت دیگر ۹۵ درصد کودکان طبیعی، بین صدک ۳ و ۹۷ هستند (چون در یک توزیع نرمال آماری، ۹۵ درصد جمعیت بین منهای دو انحراف معیار از میانگین قرار می‌گیرند که در اینجا منطبق با صدکهای ۳ و ۹۷ است).

شاخص قد برای سن: کوتاهی یا بلندی را می‌سنجد. برای کودکان زیر دو سال، اندازه قد به صورت خوابیده و برای بزرگتر از ۲ سال، به صورت ایستاده (Height) حساب می‌شود. اگر قد برای سن کمتر از استاندارد باشد Stunting گفته می‌شود (یا کوتاه قدی) که اگر ناشی از سوء تغذیه باشد نشانه سوء تغذیه مزمن است و ناشی از محرومیت مستمر در دست یابی به غذای کافی به علل مختلف مثل فقر، بیماری، عفونت مکرر و... می‌باشد که بازتاب غفلتهای گذشته و فرصتهای از دست رفته است.

شاخص وزن برای قد: نیازی به دانستن سن ندارد و می‌تواند لاغری (wasting) را نشان دهد.

شاخص توده بدنی (BMI) برای سن: ترکیبی از وزن و قد برای سن است و می‌توان به وسیله آن کودکان و نوجوانان را به گروههای کم وزن، وزن زیاد و یا در خطر وزن زیاد تقسیم کرد. محاسبه BMI از ۲ سالگی انجام می‌شود. لازمه قضاوت در مورد وضعیت تن سنجی جامعه، توجه به هر ۳ شاخص وزن برای سن، وزن برای قد و قد برای سن به طور همزمان است. چرا که لاغری (وزن کم برای قد) نشانه پدیده ای حاد و حاصل بیماری یا بحرانی در گذشته نزدیک است که کودک وزن خود را از دست می‌دهد. کوتاه قدی تغذیه‌ای یا stunting (قد کم برای سن) نشانه سوء تغذیه مزمن است و کم وزنی (وزن کم برای سن) بازتاب سوء تغذیه حاد و مزمن هر دو است و لذا لازم است که علل بلافاصل و زمینه ای سوء تغذیه معلوم شوند. کم وزنی گاهی با لاغری و گاه با کوتاه قدی یا با هر دو همراه است. در کودک کوتاه قد ممکن است وزن با قد کودک به ظاهر متناسب ولی با سن او نامتناسب باشد. چنین کودکی حتی فربهی گمراه کننده دارد و حال آنکه سوء تغذیه یا بیماریهای گذشته قد او را از آنچه انتظار می‌رود کوتاهتر کرده است. بر عکس در کودکی که قد او متناسب سن است امکان دارد به علت وقوع سوء تغذیه یا بیماری تا قبل از ۶ ماهگی مشکل وزن گیری وجود نداشته باشد (که علت آن تغذیه با شیر مادر است) ولی بعد از ۶ ماهگی که غذای کمکی شروع می‌شود کم وزنی دیده شود.

ارزیابی کودک زیر ۸ سال از نظر قد:

کلیه کودکان از نظر قد برای سنشان کنترل می‌شوند.

تا ۲ سالگی قد خوابیده اندازه گیری می‌شود، بعد از ۲ سالگی قد به حالت ایستاده انجام می‌شود.

- برای کودکانی که قبلاً منحنی قد آنها رسم شده است سه طبقه بندی از نظر قد وجود دارد:

الف) کوتاه قدی شدید: اگر منحنی قد کودک زیر یا منطبق بر منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) قرار گیرد در طبقه بندی کوتاه قدی شدید قرار می‌گیرد براساس مقدار انحراف معیار (SD) وزن به قد یا درصد آن ارزیابی و درمان مناسب براساس چارت مانارا انجام میشود.

(ب) **رشد قدی نامطلوب:** اگر منحنی قد کودک بالای منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) بوده ولی صعودی و موازی با منحنی رشد نباشد کودک در این طبقه بندی قرار می‌گیرد. در این طبقه بندی وضعیت تغذیه کودک بررسی شده و در صورت وجود هر نوع مشکل غذایی بعد از ۵ روز پیگیری می‌گردد. کودک زیر ۲ سال، سه ماه و بالای دو سال، ۶ ماه بعد پیگیری می‌شوند.

(ج) **رشد قدی مطلوب:** اگر منحنی قد کودک بالای منحنی قرمز بوده و صعودی و موازی با منحنی قد کودک در این طبقه بندی قرار می‌گیرد.

• **برای کودکانی که قبلاً منحنی قد آنها رسم نشده است دو طبقه بندی از نظر وضعیت قد وجود دارد: کوتاه قدی شدید و رشد قدی نامعلوم**

الف) کوتاه قدی شدید: اگر قد کودک زیر منحنی قرمز باشد در طبقه بندی کوتاه قدی شدید قرار می‌گیرد و براساس مقدار انحراف معیار (SD) وزن به قد یا در صد آن ارزیابی و درمان مناسب براساس چارت مانا انجام می‌شود.

(ب) **رشد قدی نامعلوم:** اگر منحنی قد کودک بالای منحنی قرمز باشد در طبقه بندی رشد قدی نامعلوم قرار می‌گیرد. برای اختلال رشد کودک زیر ۲ سال، سه ماه و بالای دو سال، ۶ ماه بعد پیگیری می‌شود.

ارزیابی شیرخوار زیر ۱۸ ماه از نظر دور سر:

کلیه کودکان زیر ۱۸ ماه از نظر دور سر آن‌ها برای سن شان کنترل می‌شوند. دور سر را دقیق اندازه گیری کنید. (در جلو وسط پیشانی mid-forehead و در عقب بزرگترین برجستگی پس سر)

برای کودکانی که قبلاً منحنی رشد دور سر آنها رسم شده است سه طبقه بندی از نظر رشد دور سر وجود دارد:

(۱) دور سر غیر طبیعی (۲) دور سر نامطلوب (۳) دور سر طبیعی

الف) دور سر غیر طبیعی: اگر دور سر کودک زیر منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) و یا بالای صدک ۹۷ قرار گیرد در این طبقه بندی قرار می‌گیرد. کودک در این طبقه بندی را با توجه به دور سر والدینش از نظر ماکروسفالی یا میکروسفالی بررسی کنید (مطابق با راهنمای بوکلت چارت مراقبتهای انجام یافته کودک سالم).

(ب) **دور سر نامطلوب:** اگر منحنی دور سر کودک بالای منحنی قرمز و زیر صدک ۹۷ ولی موازی با منحنی مرجع نباشد در طبقه بندی رشد دور سر نامطلوب قرار می‌گیرد. در این طبقه بندی چنانچه کودک زیر ۶ ماه سن داشته باشد دو هفته بعد و اگر بالای ۶ ماه سن داشته باشد یک ماه بعد پیگیری می‌شود.

(ج) **دور سر طبیعی:** اگر منحنی دور سر کودک بالای منحنی قرمز و موازی با منحنی مرجع باشد در طبقه بندی دور سر طبیعی قرار می‌گیرد در این صورت مادر تشویق می‌شود در مراقبت‌های بعدی مراجعه نماید.

برای کودکانی که قبلاً منحنی رشد دور سر آنها رسم نشده است دو طبقه بندی از نظر دور سر وجود دارد:

الف) دور سر غیر طبیعی: اگر دور سر کودک زیر منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) و یا بالای صدک ۹۷ قرار گیرد در این طبقه بندی قرار می‌گیرد با توجه به دور سر والدین کودک از نظر ماکروسفالی یا میکروسفالی بررسی کنید.

(ب) **دور سر نامعلوم:** اگر منحنی رشد کودک قبلاً رسم نشده است و در صورت رسم اگر نقطه دور سر کودک بالای منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) یا زیر صدک ۹۷ باشد کودک در طبقه بندی دور سر نامعلوم قرار می‌گیرد. در این صورت کودک زیر ۶ ماه دو هفته بعد و بالای ۶ ماه یک ماه بعد پیگیری می‌شود.

ارزیابی کودک از نظر تغذیه:

ارزیابی وضعیت تغذیه کودک زیر ۴ ماه و بالای ۴ ماه مطابق بوکلت چارت کودک سالم انجام گرفته و طبقه بندی مناسب انتخاب می‌گردد.

برای وضعیت تغذیه ۳ طبقه بندی وجود دارد:

الف) احتمال عفونت باکتریال: کودک قادر به شیر خوردن نیست یا به هیچ وجه پستان را نمی‌گیرد یا نمی‌تواند بمکد. براساس چارت مانا ارزیابی و درمان کنید.

نکته: شیرخوار کمتر از ۲ ماهی که قادر به شیر خوردن نباشد و نتواند بمکد مشکلی دارد که زندگی او را تهدید می کند این می تواند بعلت یک عفونت باکتریال یا مشکلات دیگر باشد. این شیرخوار نیاز به مراقبت و توجه فوری دارد. درمان آنرا مطابق چارت مانا انجام دهید.

ب) مشکلات تغذیه ای دارد: شامل کودکانی می شود که اختلال رشد دارند و یا کودکانی که تغذیه آنها مطابقت با توصیه های تغذیه ای (طبق راهنمای بوکلت چارت) نیست. خوب پستان نمی گیرد یا خوب نمی مکد یا وجود برفک. در این صورت توصیه های مشاوره با مادر در مورد مشکلات تغذیه ای انجام می گیرد و اگر شیرخوار خوب پستان نمی گیرد یا خوب نمی مکد طرز صحیح آغوش گرفتن و روی پستان قرار دادن به مادر آموزش داده می شود. اگر برفک دارد درمان در منزل را آموزش دهید.

ج) مشکل تغذیه ای ندارد: توصیه های تغذیه ای مخصوص سن کودک با چارت توصیه های تغذیه ای مطابقت دارد. در این صورت مادر در مورد تغذیه کودک آموزش داده شده و در مورد پیشگیری از حوادث و سوانح در منزل آموزش داده می شود.

ارزیابی کودک از نظر بینایی:

کلیه کودکان از نظر وضعیت بینایی آنها برای سنشان بشرح زیر کنترل می شوند:

(۱) سوال می شود:

تا ۲ ماهگی: آیا به صورت شما نگاه می کند؟

آیا چشم هایش را در مقابل نور می بندد؟

تا ۶ ماهگی: آیا با توجه به اطراف نگاه می کند؟

آیا برای گرفتن اشیاء واکنش نشان می دهد؟

تا ۹ ماهگی: آیا چشم ها هماهنگ با همدیگر حرکت می کند؟

آیا اسباب بازی خیلی کوچک را می تواند حرکت دهد؟

تا ۱۲ ماهگی: آیا به اشیاء مورد دلخواهش اشاره می کند؟

آیا افراد را قبل از صحبت کردن در موقع داخل شدن به اتاق می شناسد؟

تا ۸ سالگی: آیا هیچ نگرانی درباره نحوه دیدن کودک وجود دارد؟

(۲) ظاهر چشم و حرکات چشم کودک بررسی می شود.

(۳) با استفاده از **E** تست قدرت بینایی انجام می گیرد. (بعد از ۴ سالگی)

۴- Red reflex بررسی می شود.

بعد از انجام ارزیابی، طبقه بندی وضعیت بینایی کودک صورت می گیرد.

برای وضعیت بینایی ۲ طبقه بندی وجود دارد:

الف) مشکل بینایی دارد: در کودکان زیر ۴ سال در صورت پاسخ منفی به هر سوال، یا ظاهر و یا حرکات غیر طبیعی چشم کودک در طبقه بندی "مشکل بینایی دارد" قرار می گیرد.

در کودکان بالای ۴ سال در صورت پاسخ منفی به هر سوال و یا ظاهر و حرکات غیر طبیعی چشم و یا قدرت بینایی کمتر از ۷ دهم در طبقه بندی "مشکل بینایی دارد" قرار می گیرد. کودک برای ارزیابی بیشتر به متخصص چشم ارجاع داده شود.

ب) مشکل بینایی ندارد: در صورتی که پاسخ به سوالات مثبت بوده و ظاهر و حرکات چشم طبیعی باشد در این طبقه بندی قرار می گیرد. در این صورت به مادر زمان مراقبت بعدی اطلاع داده می شود. در مورد رابطه متقابل کودک و والدین مشاوره کنید.

ارزیابی کودک زیر ۸ سال از نظر وضعیت تکامل:

کلیه کودکان برای وضعیت تکامل بررسی می شوند. با توجه به جدول تکامل برای گروه های سنی (بوکلت چارت کودک سالم) از مادر سوالاتی پرسیده میشود.

نشانه های کودک را با نشانه های ذکر شده مقایسه کرده و طبقه بندی مناسب انتخاب می گردد. بایستی توجه داشت که بعضی خانه های جدول تکامل به رنگ قرمز می باشد که نشانه های کلیدی را از نشانه های غیر کلیدی مشخص می کند. (قسمتهایی که با علامت ستاره مشخص شده است همان خانه های قرمز رنگ جدول می باشد) برای وضعیت تکامل سه طبقه بندی وجود دارد:

الف) مشکل تکاملی شدید: دو یا بیشتر از نگرانی های کلیدی را دارد. در این صورت باید برای ارزیابی بیشتر به متخصص نورولوژی کودکان ارجاع داده شود.

ب) مشکل تکاملی نامعلوم: یکی از نگرانی های کلیدی را دارد یا دو یا بیشتر از نگرانی های غیر کلیدی را دارد یا مشکل در برقراری ارتباط با والدین وجود دارد. برای چنین کودکی تست های مخصوص (Denver یا ASQ) انجام دهید و بر اساس آن تصمیم گیری کنید.

ج) مشکل تکاملی ندارد: هیچ یک از نگرانی های کلیدی را ندارد با یکی از نگرانی های غیر کلیدی را دارد به مادر توصیه می شود ضمن توجه به این نگرانی، دو هفته دیگر مراجعه کند و اگر هیچیک از نگرانی های کلیدی را ندارد زمان مراقبت بعدی به مادر اطلاع داده می شود.

مراقبت کودک از نظر وضعیت واکسیناسیون و مکمل های دارویی:

در کلیه کودکان وضعیت واکسیناسیون و مکمل های دارویی کنترل می شود. در بررسی وضعیت واکسیناسیون از برنامه توصیه شده کشوری استفاده می شود. ارزیابی وضعیت واکسیناسیون کودک با توجه به کارت واکسیناسیون کودک و در صورت به همراه نداشتن کارت، با سوال از مادر انجام می گیرد.

پس از انجام ارزیابی، طبقه بندی واکسیناسیون کودک انجام می گیرد.

الف) واکسیناسیون ناقص: در صورت پاسخ منفی در هر گروه سنی، کودک مطابق دستورالعمل کشوری ایمن سازی، واکسینه می شود.

ب) واکسیناسیون کامل: مطابقت با جدول واکسیناسیون داشته باشد، مادر تشویق می شود که در مراقبت های بعدی مراجعه نماید. در مورد پیشگیری از حوادث و سوانح در منزل آموزش داده می شود.

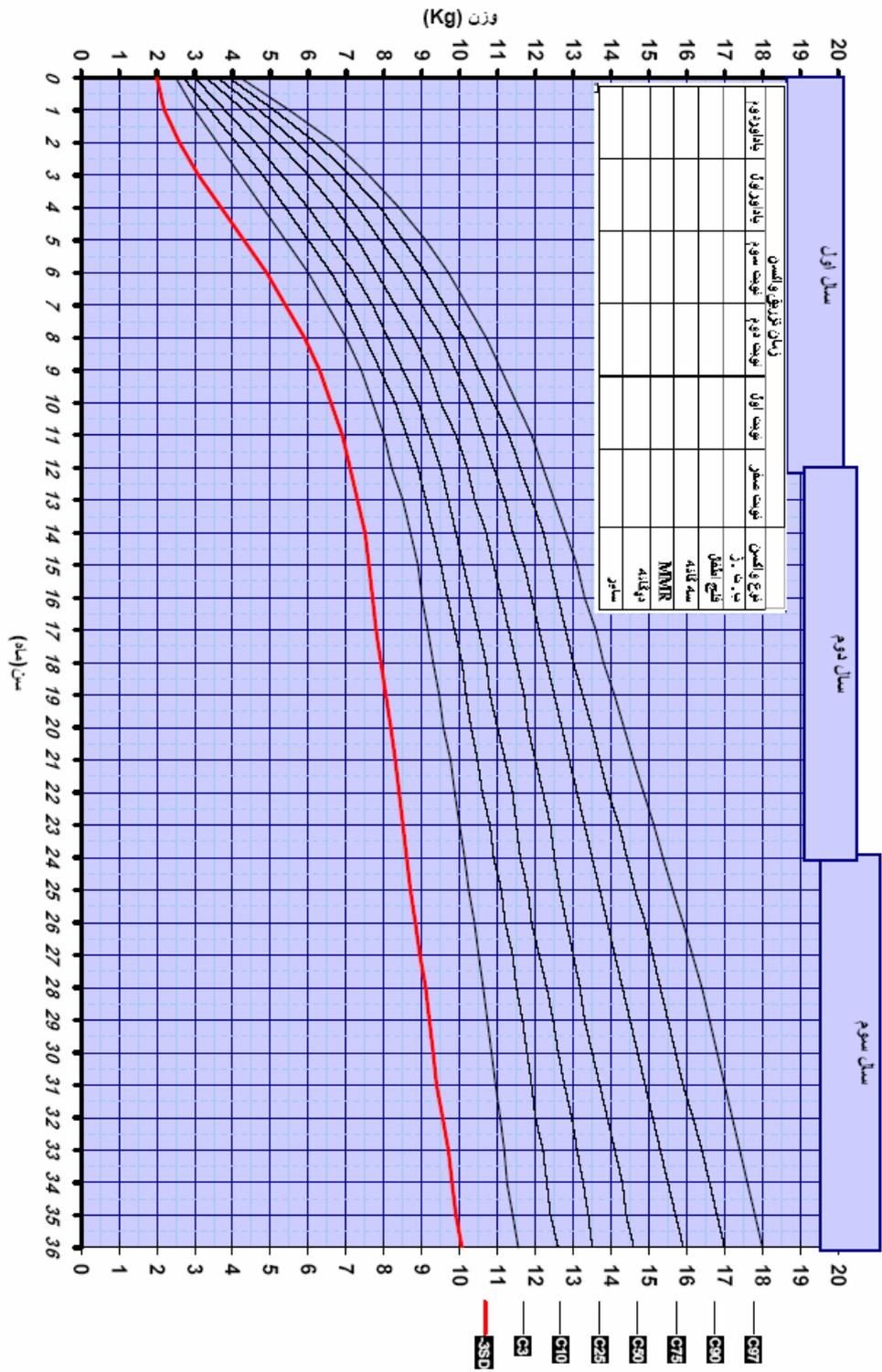
مصرف مکمل های دارویی: از ۱۵ روزگی تا یک سالگی باید قطره مولتی ویتامین یا قطره A+D تجویز شده و از ۶ ماهگی تا ۲ سال باید قطره آهن داده شود. در مورد وضعیت مکمل های دارویی ۲ طبقه بندی وجود دارد:

الف) مصرف ناقص مکمل های دارویی: به مادر توصیه می شود مکمل های دارویی را مصرف نماید.

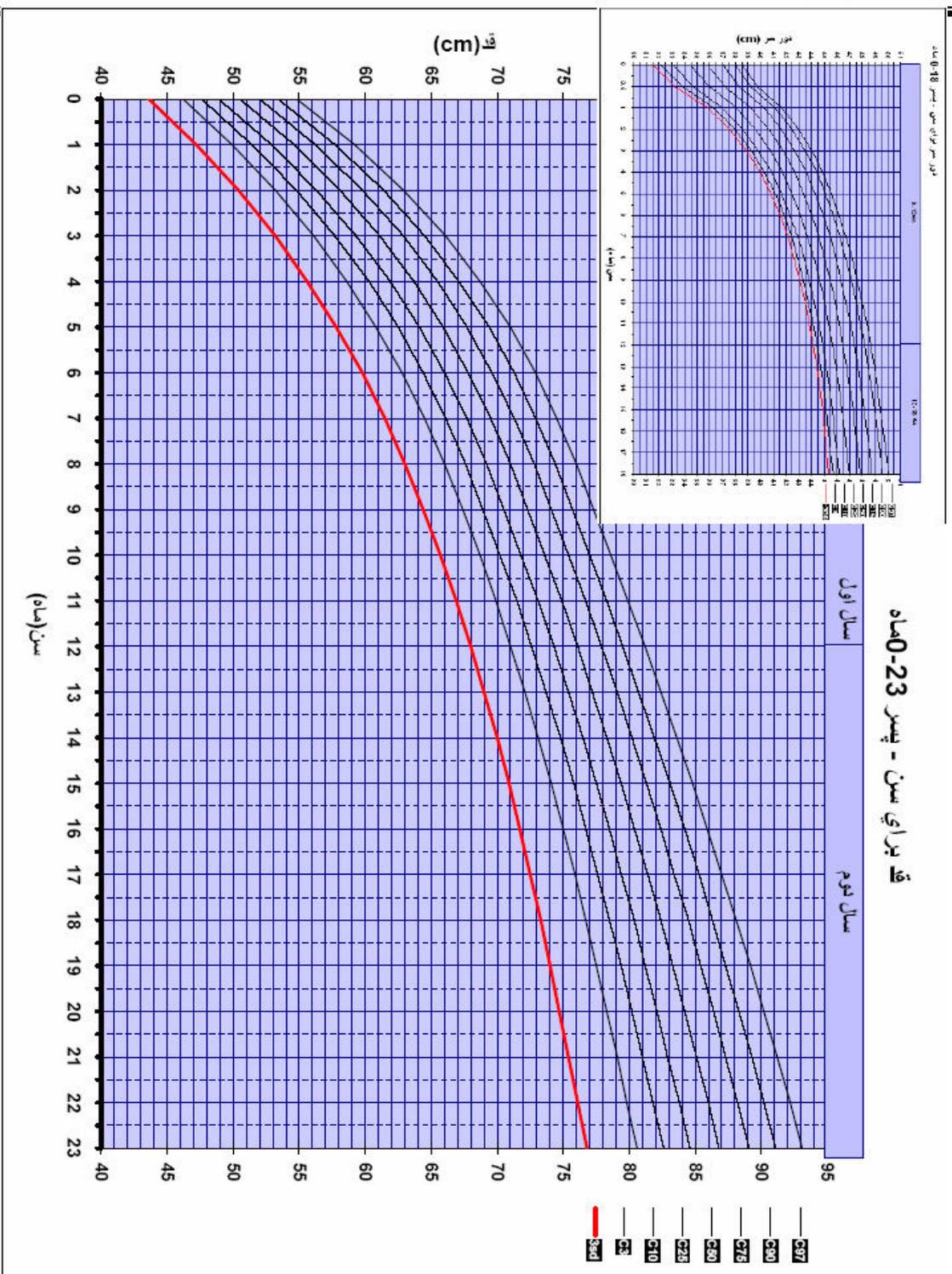
ب) مصرف کامل مکمل های دارویی: مادر تشویق می شود که در مراقبت های بعدی مراجعه نماید. در مورد پیشگیری از حوادث و سوانح در منزل آموزش داده می شود.

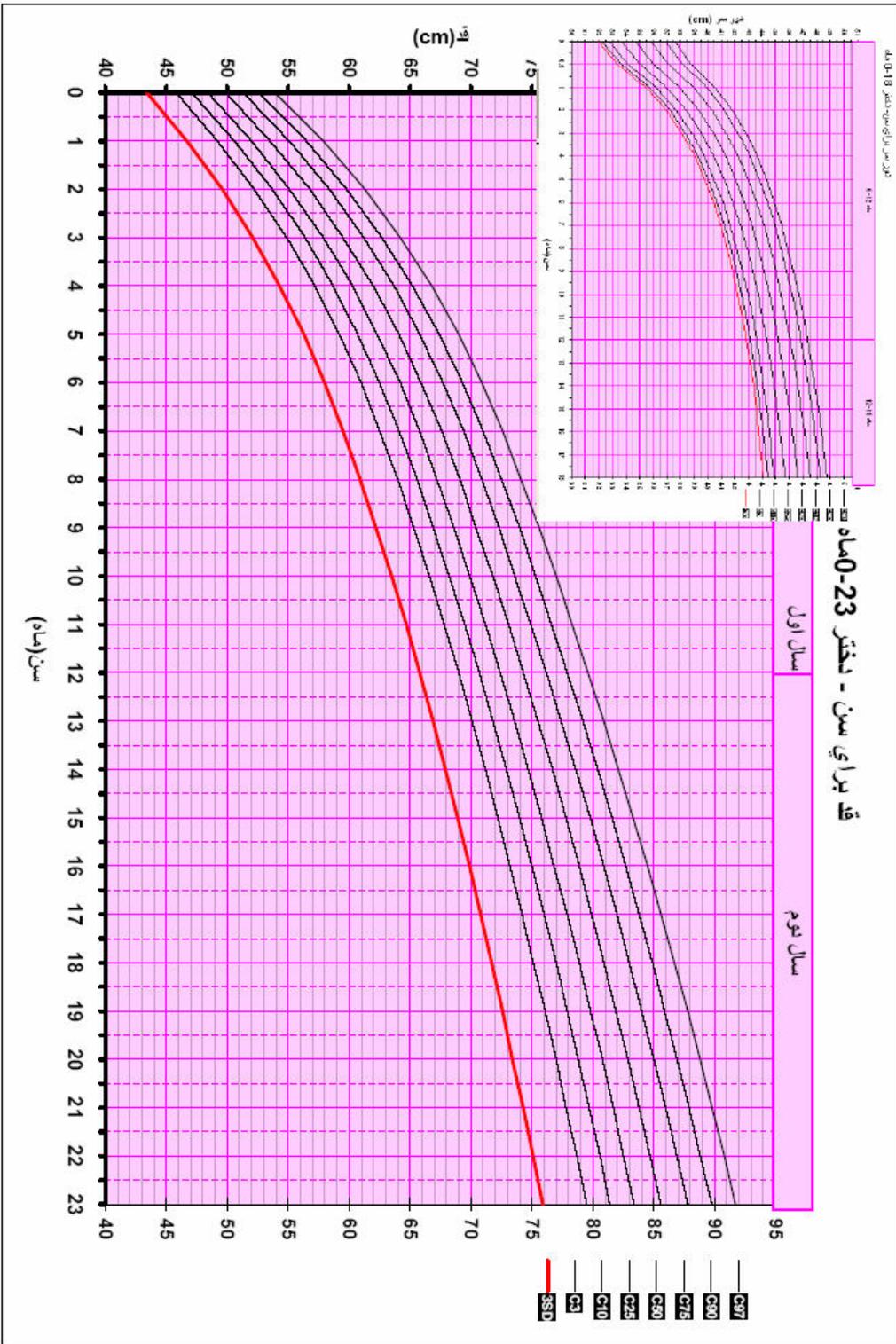
فرم های ثبت کودک سالم و مانا
و
نمودارهای رشد
ادغام شده در پرونده خانوار

وزن برای سن - پسر 0-3 سال



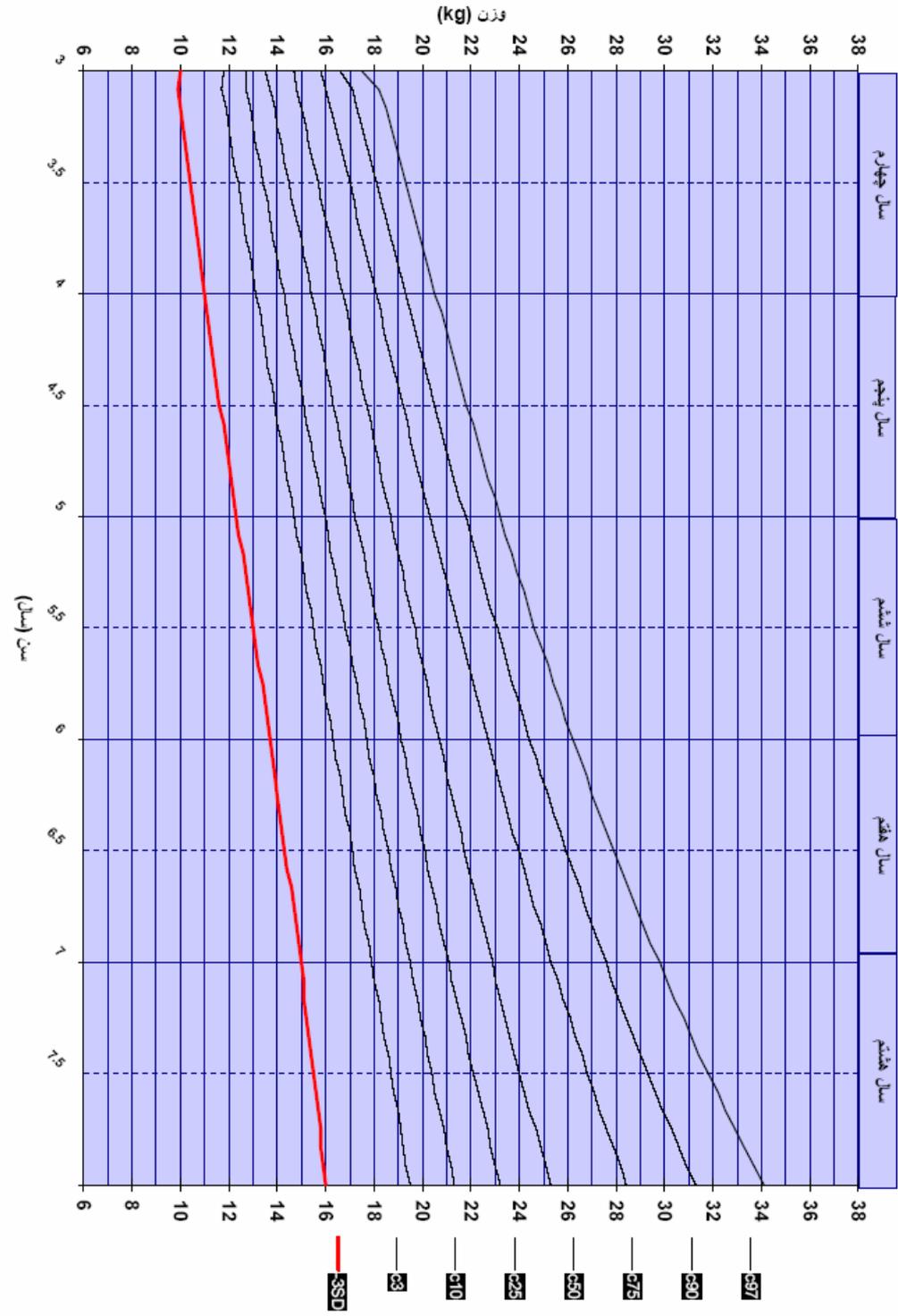
شماره خانوار (پرورنده)					تاریخ مراجعه:
نام کودک: _____					فرم ثبت کودک سالم در سن:
۹ ماهگی	۶ ماهگی	۴ ماهگی	۲ ماهگی		
۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۱) رنگ یزیدگی (2) سیانوز لبها (3) ادم (4) حال عمومی خوب	
				۱- مشکل جدی احتمالی ۲- مشکل جدی ندارد	
وزن کیلوگرم ۴ ۳ ۲ ۱	وزن کیلوگرم ۴ ۳ ۲ ۱	وزن کیلوگرم ۴ ۳ ۲ ۱	وزن کیلوگرم ۴ ۳ ۲ ۱	۱) زیر منحنی فرمز (۳- انحراف معیار) (۲) بالای منحنی فرمز (۳- انحراف معیار) ۳) موازی و صعودی نبودن با منحنی رشد (۴) موازی و صعودی بودن با منحنی رشد	
				۱- کم وزنی شدید ۲- اختلال رشد دارد ۳- اختلال رشد ندارد ۴- رشد نامعلوم	
قد سانتیمتر ۴ ۳ ۲ ۱	قد سانتیمتر ۴ ۳ ۲ ۱	قد سانتیمتر ۴ ۳ ۲ ۱	قد سانتیمتر ۴ ۳ ۲ ۱	۱) زیر منحنی فرمز (۳- انحراف معیار) (۲) بالای منحنی فرمز (۳- انحراف معیار) ۳) موازی و صعودی نبودن با منحنی قد (۴) موازی و صعودی بودن با منحنی قد	
				۱- کوتاه قدی شدید ۲- رشد قدی نامطلوب ۳- رشد قدی مطلوب ۴- رشد قدی نامعلوم	
دورس سانتیمتر ۴ ۳ ۲ ۱	دورس سانتیمتر ۴ ۳ ۲ ۱	دورس سانتیمتر ۴ ۳ ۲ ۱	دورس سانتیمتر ۴ ۳ ۲ ۱	۱) زیر منحنی فرمز یا بالای صنگ ۹۷ (۲) بالای منحنی فرمز زیر صنگ ۹۷ ۳) موازی و صعودی نبودن با منحنی دورس (۴) موازی و صعودی بودن با منحنی دورس	
				۱- دورس غیر طبیعی ۲- دورس نامطلوب ۳- دورس طبیعی ۴- دورس نامعلوم	
بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	آیا کودک از شیرمادر تغذیه می شود؟ اگر بلی: چند بار در ۲۴ ساعت... آیا شیرها تیر می دهید؟ آیا کودک غذا یا مایعات دیگر می خورد؟ اگر بلی: چه غذائی؟ چند بار؟ به چه وسیله ای؟	
				۱- مشکل تغذیه ای دارد ۲- مشکل تغذیه ای ندارد پیگیری	
بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	آیا دریاچه نحوه دیدن کودک نگرانی وجود دارد؟ + (۱) ظاهر با حرکات غیر طبیعی چشم	
				۱- مشکل بینایی دارد ۲- مشکل بینایی ندارد	
خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	۱. آیا در مورد رفتار کودک نگرانی وجود دارد؟ ۲. آیا در مورد نحوه حرف زدن کودک نگرانی وجود دارد؟ ۳. آیا در مورد نحوه فهمیدن نگرانی وجود دارد؟ ۴. آیا در مورد نحوه استفاده از دستپاها انگشتان نگرانی وجود دارد؟ ۵. آیا در مورد نحوه استفاده از پاها و بازو و هاتنگرانی وجود دارد؟	
				۱- مشکل تکاملی شدید ۲- مشکل تکاملی نامعلوم ۳- مشکل تکاملی ندارد	
۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱) عدم مطابقت با جدول واکسیناسیون (۲) مطابقت با جدول واکسیناسیون	
۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱) عدم مطابقت با جدول مکمل ها (۲) مطابقت با جدول مکمل ها	
بله / خیر ۲ ۱					آیا آزمایش کم خونی را انجام داده است؟ اگر بلی، (۱) طبیعی (۲) غیر طبیعی
بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	آیا کودک ارجاع شده است؟ اگر بلی، کجا؟	
بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	۱. آیا برای کودک توصیه درمانی یا تغذیه ای داده شده است؟ اگر بلی، چه توصیه ای؟ ۲. آیا نوشته یا توصیه ای در مورد پیشگیری از حوادث داده شده است؟ ۳. آیا نوشته یا توصیه ای در مورد ارتباط والدین با کودک داده شده است؟	
نگاه به صورت شما					سوالات بینایی بر حسب سن
نگاه به صورت شما					* نکات کلیدی تکامل بر حسب سن
۱. بیخند زدن ۲. در آوردن صدای آرام ۳. پاسخ به صدای زنگ ۴. بالا آوردن سردر حالت شیر خوار روی شکم	۱. خنده صدادر ۲. در آوردن صدای او-او ۳. لیختن زدن با آرام شدن با صدای مادر ۴. رساندن دست ها به هم دیگر ۵. ثابت نگاه داشتن سر در حالت نشسته	۱. نگاه با توجه به اطراف ۲. واکنش برای گرفتن اشیاء ۳. نگاه با توجه به اطراف ۴. واکنش برای گرفتن اشیاء کوچک	۱. تلاش برای گرفتن ۲. جیغ کشیدن ۳. برگشتن به طرف صدا ها ۴. چنگ زدن یا گرفتن اشیاء بزرگ ۵. غلت زدن	۱. دست نشانی کردن ۲. بابا و ماما نامفهوم ۳. گوش کردن با دقت به صداهای آشنا ۴. برداشتن اشیاء کوچک ۵. نشستن بدون کمک	۱. حرکت هماهنگ چشمها ۲. حرکت اشیاء برای خیار کوچک





شماره خنوار (برونده) تاریخ مراجعه:				
نام کودک:	فرم نیت کودک سالم در سن:			
۱۲ ماهگی	۱۵ ماهگی	۱۸ ماهگی	۲۴ ماهگی	
۱. رنگ پریدگی (2) سیانوز لبها (3) اندم (4) حال عمومی خوب	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱
۱. مشکل جدی احتمالی ۲. مشکل جدی ندارد				
۱. زیر منحنی فرمز (۳- انحراف معیار) ۲. بالای منحنی فرمز (۳- انحراف معیار) ۳. موازی و صعودی نبودن با منحنی رشد ۴. موازی و صعودی بودن با منحنی رشد	وزن..... کیلوگرم	وزن..... کیلوگرم	وزن..... کیلوگرم	وزن..... کیلوگرم
۱. کم وزنی شدید ۲. اختلال رشد دارد ۳. اختلال رشد ندارد ۴. رشد نامعلوم	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱
۱. زیر منحنی فرمز (۳- انحراف معیار) ۲. بالای منحنی فرمز (۳- انحراف معیار) ۳. موازی و صعودی نبودن با منحنی قد ۴. موازی و صعودی بودن با منحنی قد	قد سانتیمتر	قد سانتیمتر	قد سانتیمتر	قد سانتیمتر
۱. کوتاه قدی شدید ۲. رشد قدی نامطلوب ۳. رشد قدی مطلوب ۴. رشد قدی نامعلوم	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱
۱. زیر منحنی فرمز یا بالای صدک ۹۷ ۲. بالای منحنی فرمز و زیر صدک ۹۷ ۳. موازی و صعودی نبودن با منحنی دورس ۴. موازی و صعودی بودن با منحنی دورس	دورس سانتیمتر	دورس سانتیمتر	دورس سانتیمتر	دورس سانتیمتر
۱. دورس غیر طبیعی ۲. دورس نامطلوب ۳. دورس طبیعی ۴. دورس نامعلوم	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱
۱. بایگلیه دندانهای کودک سالم هستند؟ اگر خیر، دندانهای پریشده را مشخص کنید +				
آیا کودک از شیر مادر تغذیه می شود؟ اگر بلی: چند بار در ۲۴ ساعت... آیا تنها شیر می دهد؟ آیا کودک غذا یا مایعات دیگر می خورد؟ اگر بلی: چه غذائی؟... چند بار؟	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر
۱. مشکل تغذیه ای دارد ۲. مشکل تغذیه ای ندارد				
آیا دربره نحوه دین کودک نگرانی وجود دارد؟ ** (۱) ظاهر یا حرکات غیر طبیعی چشم	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر
۱. مشکل بینایی دارد ۲. مشکل بینایی ندارد				
۱. آیا در مورد رفتار کودک نگرانی وجود دارد؟ ۲. آیا در مورد نحوه حرف زدن کودک نگرانی وجود دارد؟ ۳. آیا در مورد نحوه فهمیدن نگرانی وجود دارد؟ ۴. آیا در مورد نحوه استفاده از دستها انگشتان نگرانی وجود دارد؟ ۵. آیا در مورد نحوه استفاده از پاها و بازوهای نگرانی وجود دارد؟	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم
۱. مشکل تکاملی شدید ۲. مشکل تکاملی نامعلوم ۳. مشکل تکاملی ندارد				
۱. عدم مطابقت با جدول واکسیناسیون (۲) مطابقت با جدول واکسیناسیون	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱
۱. عدم مطابقت با جدول مکمل ها (۲) مطابقت با جدول مکمل ها	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱
آیا آزمایش ادرار را انجام داده است؟ اگر بلی، (۱) طبیعی (۲) غیر طبیعی				بله / خیر ۲ ۱
آیا کودک ارجاع شده است؟ اگر بلی، کجا؟	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر
۱. آیا برای کودک توصیه تغذیه ای داده شده است؟ اگر بلی، چه توصیه ای؟ ۲. آیا نوشته یا توصیه ای در مورد پیشگیری از حوادث داده شده است؟ ۳. آیا نوشته یا توصیه ای در مورد نایط و الذین با کودک داده شده است؟ ۴. آیا توصیه های آموزشی در مورد دهان و دندان داده شده است؟	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر
۱. اشاره به اثباتی دلخواه ۲. شناسایی افراد قبل از مسجیت ۳. تست تکان دادن ۴. بیا و ما مفهم ۵. پاسخ به اسش یا کلمت آشنا ۶. انداختن اشیاء در اسکان ۷. ایستادن به مدت چندثایه	۱. استفاده ز قانق ۲. وچنگال ۳. حداقل ۳ کلمه ۴. فهمیدن صحبت با ۵. برگرداندن شیشه نوین	۱. توپ بازی ۲. حداقل یک بابوکلمه ۳. ۴. خط خطی کردن ۵. خوب راه رفتن	۱. توپ بازی ۲. حداقل یک بابوکلمه ۳. ۴. خط خطی کردن ۵. خوب راه رفتن	۱. توپ بازی ۲. حداقل یک بابوکلمه ۳. ۴. خط خطی کردن ۵. خوب راه رفتن
**سوالات بینایی بر حسب سن	EDCBA ABCDE EDCBA ABCDE			
*نکات کلیدی تکامل بر حسب سن				

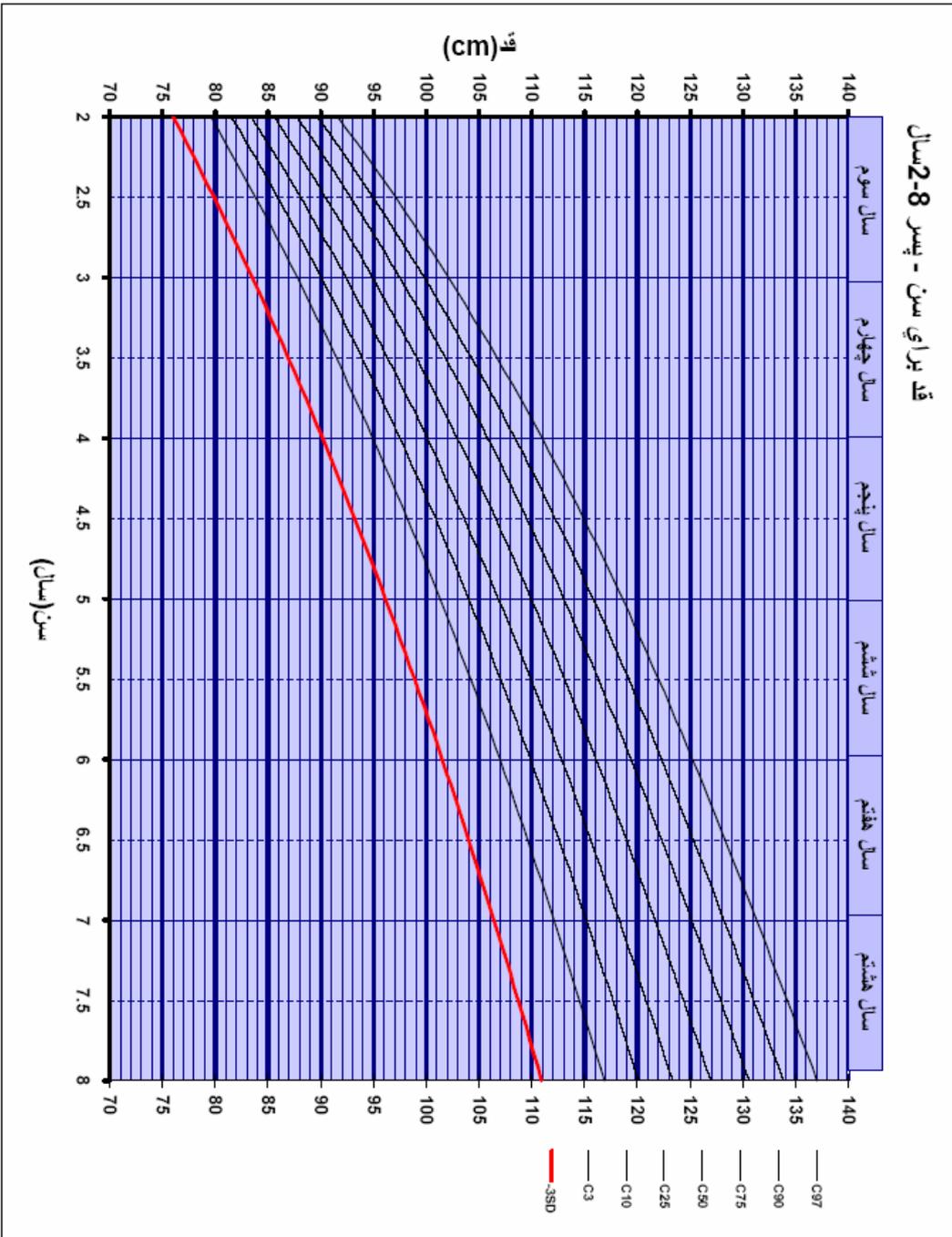
وزن برای سن - پسر 3-8 سال

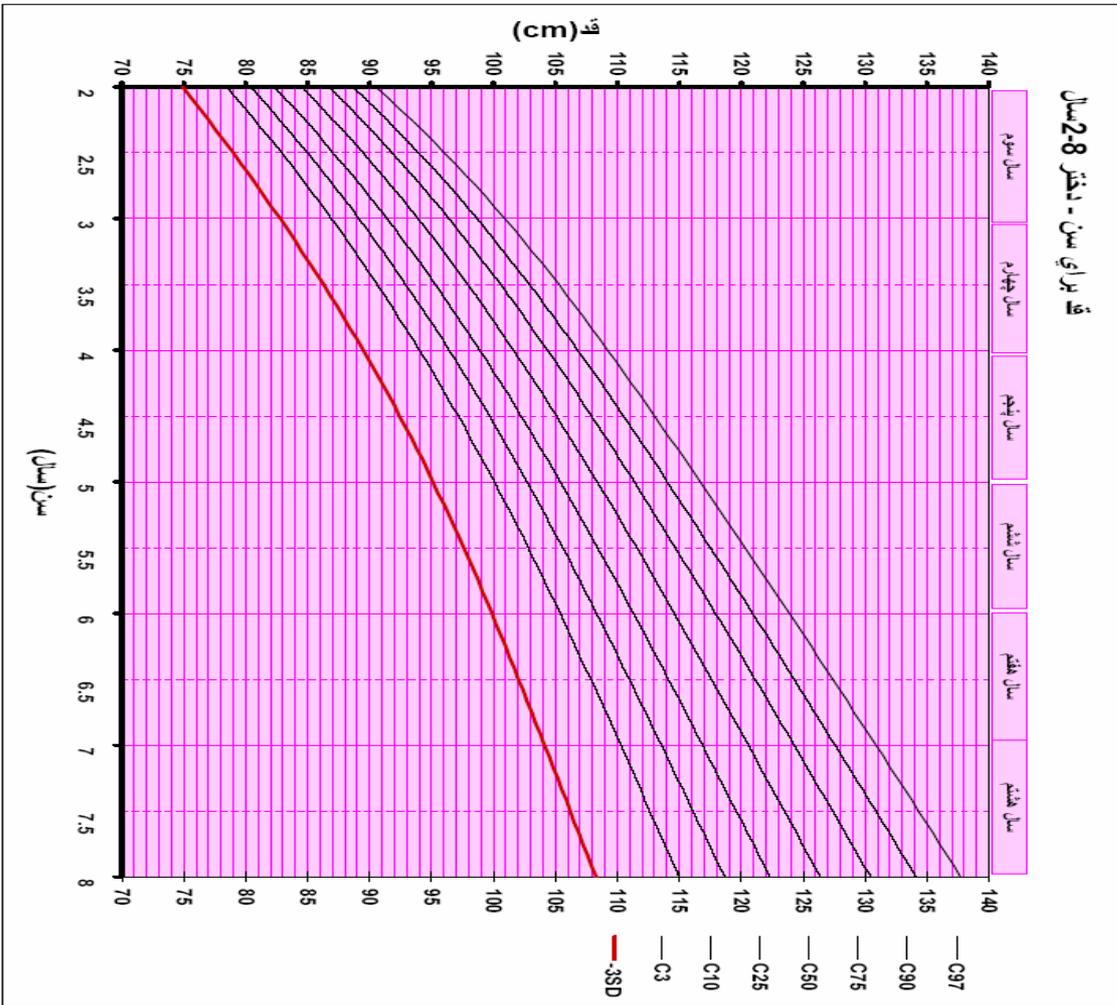


وزن برای سن - دختر 3-8 سال



شماره خانوار (پرونده)						تاریخ مراجعه:
نام کودک: [] فرم ثبت کودک سالم مرمن:						
۸-۷ سالگی	۶ سالگی	۵ سالگی	۴ سالگی	۳ سالگی		
۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۱) رنگ پریدگی (2) سیانوز لبها (3) ادم (4) حال عمومی خوب	
					۱- مشکل جدی احتمالی 2- مشکل جدی ندارد	
وزن... کیلوگرم	وزن... کیلوگرم	وزن... کیلوگرم	وزن... کیلوگرم	وزن... کیلوگرم	۱) زیر منحنی فرمز (3- انحراف معیار) (2) بالای منحنی فرمز (3- انحراف معیار) (3) موازی و صعودی نبودن با منحنی رشد (4) موازی و صعودی بودن با منحنی رشد	
۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۱- کم وزنی شدید 2- اختلال رشد ندارد 3- اختلال رشد ندارد 4- رشد نامعلوم	
قد... سانتیمتر	قد... سانتیمتر	قد... سانتیمتر	قد... سانتیمتر	قد... سانتیمتر	۱) زیر منحنی فرمز (3- انحراف معیار) (2) بالای منحنی فرمز (3- انحراف معیار) (3) موازی و صعودی نبودن با منحنی قد (4) موازی و صعودی بودن با منحنی قد	
۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۱- کوتاه قدی شدید 2- رشد قدی نامطلوب 3- رشد قدی مطلوب 4- رشد قدی نامعلوم	
					چند وعده غذا می خورد؟... و چه غذائی؟.....	
					1- مشکل تغذیه ای دارد 2- مشکل تغذیه ای ندارد	
۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۱) درد یا تورم لثه ها یا صورت (2) بوسیدگی دندان + (3) تأخیر در رویش (4) مسواک زدن نادرست	
					۱- مشکل دندانائی شدید 2- مشکل دندانائی دارد 3- مشکل دندانائی ندارد	
بله/خیر.....	بله/خیر.....	بله/خیر.....	بله/خیر.....	بله/خیر.....	آیا در باره نحوه دیدن کودک نگرانی وجود دارد؟ قدرت بینایی.....	
۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱) ظاهر با حرکات غیر طبیعی (2) OB کمتر از 10٪ یا 2 خط بیشتر اختلاف بین چشمها	
					۱- مشکل بینایی دارد 2- مشکل بینایی ندارد	
خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	۱. آیا در مورد رفتار کودک نگرانی وجود دارد؟	
خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	۲. آیا در مورد نحوه حرف زدن کودک نگرانی وجود دارد؟	
خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	۳. آیا در مورد نحوه فهمیدن نگرانی وجود دارد؟	
خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	۴. آیا در مورد نحوه استفاده از دستها و انگشتان نگرانی وجود دارد؟	
خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	۵. آیا در مورد نحوه استفاده از پاها و بازو ها نگرانی وجود دارد؟	
خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	۶. آیا درباره یادگیری انجام دادن کارها نگرانی وجود دارد؟	
خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	خیر/بله نامعلوم	۷. آیا در مورد یادگیری و استفاده از وسایل بازی نگرانی وجود دارد؟	





مراقبت های ادغام یافته ناخوشیهای اطفال (مانا)**مراقبت شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه از نظر نشانه های خطر:**

برای کنترل نشانه های خطر در شیرخوار کمتر از ۲ ماه از مادر سوال می شود:

آیا شیرخوار کاهش قدرت مکیدن دارد؟

آیا در چند روز اخیر تشنج کرده است؟

آیا به طور مکرر استفراغ می کند؟

بعد از سوال از مادر، تنفس کودک مشاهده و به حال عمومی کودک توجه می شود و در صورت مشاهده کاهش سطح هوشیاری، بیقراری و تحریک پذیری، تحرک کمتر از معمول و بی حالی، برآمدگی ملاحظ، درجه حرارت بالا (بیشتر از ۳۷)، درجه حرارت پایین (کمتر از ۳۶)، رنگ پریدگی شدید، سیانوز مرکزی و زردی در ۲۴ ساعت اول تولد و هرگونه اشکال در تنفس از قبیل تنفس تند، باز و بسته شدن سریع (پرش) پره های بینی و تو کشیده شدن قفسه سینه و ناله کردن و مشاهده هر یک از نشانه های خطر احتمال ابتلا شیرخوار به عفونت باکتریال شدید وجود دارد. این شیرخوار نیاز به ارجاع فوری به بیمارستان دارد. اگر فاصله نزدیکترین بیمارستان کمتر از یک ساعت باشد شیرخوار فوراً ارجاع داده شده و اگر بیش از یک ساعت باشد، اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب (جنتامایسین یا آمپی سیلین مطابق بوکلت چارت مانا) به صورت عضلانی تزریق و شیرخوار فوراً ارجاع داده می شود.

قبل از ارجاع برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون اقدام (طبق بوکلت چارت مانا) می شود و به مادر توصیه می گردد شیرخوار را گرم نگه دارد.

مراقبت شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه از نظر عفونت های موضعی:

برای پیدا کردن نشانه های عفونت موضعی، به چشم، پستان، ناف و پوست شیرخوار نگاه می شود.

عفونت چشم:

به چشم شیرخوار نگاه می شود:

اگر قرمزی اطراف چشم، خروج ترشحات چرکی و تورم پلکها مشاهده شود شیرخوار در طبقه بندی عفونت شدید چشم قرار می گیرد و نیاز به ارجاع دارد که اگر فاصله نزدیکترین بیمارستان کمتر از یک ساعت باشد شیرخوار فوراً ارجاع داده شده و اگر بیش از یک ساعت باشد اولین آنتی بیوتیک مناسب داده شده و سپس ارجاع داده می شود.

اگر خروج ترشحات چرکی از چشم شیرخوار بدون تورم پلکها باشد در طبقه بندی عفونت خفیف چشم قرار می گیرد در این صورت از قطره سولفاستامید ۱۰ درصد به میزان یک قطره هر ۳ ساعت به مدت ۵ روز استفاده شده و ۵ روز بعد پیگیری می شود.

عفونت پستان (ماستیت):

برخی نوزادان در بدو تولد دارای پستان برجسته می باشند. دستکاری و فشار دادن پستانها جهت خارج نمودن شیر باعث ماستیت می گردد. اگر پستان شیرخوار قرمز، گرم، متورم است در طبقه بندی ماستیت قرار می گیرد و نیاز به ارجاع فوری دارد اگر فاصله نزدیکترین بیمارستان کمتر از یک ساعت باشد نوزاد فوراً ارجاع داده می شود و اگر بیش از یک ساعت باشد اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب داده شده و سپس فوراً ارجاع می شود. اگر پستان شیرخوار فقط بزرگ و سفت است ولی قرمزی و گرمی ندارد در طبقه بندی پستان طبیعی قرار می گیرد و مشکلی ندارد به مادر توصیه می شود از دست کاری، فشار دادن و مالیدن پستان خودداری کند.

عفونت ناف:

قرمزی اطراف ناف با گستردگی بیش از یک سانتی متر به پوست شکم و یا ترشحات چرکی فراوان ناف تعیین کننده عفونت شدید ناف است در این صورت اگر فاصله نزدیکترین بیمارستان کمتر از یک ساعت باشد فوراً ارجاع می شود و اگر بیش از یک ساعت باشد اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب داده شده و سپس فوراً ارجاع می شود. اگر ناف نوزاد بیشتر از چند قطره خونریزی دارد در طبقه بندی خونریزی بند ناف قرار می گیرد و در این صورت با فشار دادن تکه باندی روی ناف، فوراً ارجاع

می شود. اگر ناف نوزاد ترشح غیر چرکی یا خونابه دارد یا قرمزی اطراف آن کمتر از یک سانتی متر به پوست شکم گسترده شده است مبتلا به عفونت خفیف ناف می باشد. به مادر توصیه می شود در صورت آلودگی یا مشاهده ترشح، با هر بار تعویض کهنه، ناف را با آب و صابون یا بتادین تمیز کند و از مصرف مواد سنتی اجتناب کند، چه موقع فوراً برگردد و همچنین در صورت عدم بهبودی ۵ روز بعد مراجعه کند.

عفونت پوست:

برای وجود جوشهای پوستی، بدن شیرخوار مشاهده می شود. جوشهای پوستی، تاولهای کوچک حاوی چرک هستند. اگر تعداد جوشها از ۱۰ عدد بیشتر است یا تاولهای چرکی مشاهده می شود شیرخوار در طبقه بندی عفونت شدید پوستی قرار می گیرد. در این صورت شیرخوار بدون تزریق آنتی بیوتیک به نزدیکترین مرکز درمانی ارجاع فوری می شود. اگر تعداد جوشهای چرکی پوست کمتر از ۱۰ عدد باشد نشان دهنده عفونت خفیف پوستی است، به مادر توصیه می شود روزی سه بار از پماد پوستی تتراسیکلین و بتادین استفاده کند، استحمام روزانه با آب و صابون را انجام دهد و در صورت عدم بهبودی، ۵ روز بعد مراجعه کند.

مراقبت شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه از نظر اسهال:

ارزیابی اسهال کودکان کمتر از ۲ ماه مشابه ارزیابی اسهال در شیرخواران و کودکان بزرگتر است اما نشانه های کمتری باید کنترل شود. تشنگی ارزیابی نمی شود زیرا ممکن نیست بتوان تشنگی را از گرسنگی در یک شیرخوار کم سن تشخیص داد از مادر سوال می شود: آیا شیرخوار اسهال دارد؟ سپس مدت اسهال و وجود خون در مدفوع پرسیده می شود و به وضعیت عمومی و فرورفتگی چشم های کودک نگاه می شود، پوست شکم بین دو انگشت فشرده شده و اسهال طبقه بندی می شود. در طبقه بندی اسهال، یک طبقه بندی برای کم آبی در نظر گرفته شده و اگر شیرخوار ۱۴ روز یا بیشتر اسهال داشته، یا خون در مدفوع دارد یک طبقه بندی اضافی نیز انتخاب می شود. شیرخواری که کم آبی دارد به مرکز درمانی ارجاع شده و به مادر توصیه می شود در بین راه به کودکش جرعه جرعه او.آ.آ.س و شیر خودش را بدهد و در صورت داشتن اسهال پایدار یا اسهال خونی پس از درمان کم آبی به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع می شود.

مراقبت شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه از نظر مشکل شیرخوردن و یا خوب وزن نگرفتن:

برای ارزیابی مشکل شیرخوردن یا خوب وزن نگرفتن در مورد نحوه تغذیه کودک سؤال کرده وزن برای سن را تعیین می کنیم. سوال می شود:

آیا مشکل شیرخوردن دارد؟ آیا کودک شیر مادر خوار است؟ اگر بلی چند بار در ۲۴ ساعت؟ آیا شیرخوار غیر از شیر مادر غذا یا مایعات دیگر می خورد اگر بلی، چند بار با چه وسیله ای؟

پس از گرفتن پاسخ ابتدا تصمیم گرفته می شود که آیا ارزیابی تغذیه با شیر مادر لازم است یا خیر؟

در موارد زیر ارزیابی لازم نمی باشد:

اگر شیرخوار بطور انحصاری با شیر مادر تغذیه می شود و حداقل ۸ بار در ۲۴ ساعت شیر می خورد و وزن گیری او کافی می باشد.

اگر شیرخوار کلاً با شیر مادر تغذیه نمی شود.

اگر شیرخوار مشکل جدی دارد و نیاز به ارجاع فوری به مرکز درمانی دارد.

کمبود وزن برای سن اغلب به خاطر کمبود وزن هنگام تولد است نوزادان با وزن کم هنگام تولد بیشتر احتمال دارد که در ارتباط با تغذیه با شیر مادر مشکل داشته باشند ارزیابی تغذیه با شیر مادر نیاز به مشاهده دقیق دارد.

سوال می شود:

آیا شیرخوار ظرف یک ساعت گذشته با شیر مادر تغذیه شده است؟

اگر شیرخوار ظرف یک ساعت گذشته با شیر مادر تغذیه نشده ممکن است تمایل به شیرخوردن داشته باشد از مادر خواسته می شود که او را به پستان بگذارد تمام مدت تغذیه او با شیر مادر و یا مدت ۴ دقیقه از شیردهی مشاهده می شود.

به شیرخوار نگاه می شود که آیا قادر به گرفتن پستان می باشد؟

چهار نشانه برای خوب گرفتن پستان عبارتند از:

چانه چسبیده به پستان باشد، دهان کاملاً باز باشد، لب پایینی به بیرون برگشته باشد و نوک و قسمت بیشتری از هاله پستان در دهان شیرخوار باشد.

اگر تمام چهار نشانه فوق وجود دارد، شیرخوار خوب پستان می گیرد.

اگر نحوه گرفتن پستان خوب نباشد ممکن است نشانه های زیر هم دیده شود:

چانه چسبیده به پستان نیست، دهان کاملاً باز نیست لبها از جلو بهم فشرده است لبها به داخل برگشته یا قسمت بیشتر هاله قهوه ای پستان دیده می شود و یا از بالا و پایین بطور مساوی دیده می شود.

اگر هر یک از نشانه های فوق، مشاهده شود شیرخوار خوب پستان نمی گیرد که باید نحوه گرفتن پستان اصلاح شود.

به شیرخوار نگاه می شود که آیا می تواند خوب بمکد؟

وقتی شیرخوار خوب می مکد، مکیدن او عمیق و آهسته و گاه با مکث است. اگر شیرخوار از تغذیه خود راضی باشد پستان را خود رها می کند. شیرخوار راحت و خواب آلود به نظر می رسد و دیگر علاقه به مکیدن پستان ندارد.

برای وجود زخم یا برفک به دهان شیرخوار نگاه می شود.

داخل دهان شیرخوار (روی زبان یا داخل گونه ها) باید بررسی شود برفک شبیه دلمه های شیر روی سطح داخلی گونه ها یا به صورت روکش سفیدی روی زبان به نظر می رسد.

طبقه بندی مشکل شیر خوردن و خوب وزن نگرفتن:

۴ طبقه بندی وجود دارد:

(۱) قادر به شیر خوردن نیست یا به هیچ وجه پستان را نمی گیرد یا نمی تواند بمکد: احتمال عفونت باکتریال شدید. درمان آن مطابق طبقه بندی عفونت باکتریال شدید می باشد.

(۲) کم وزنی شدید: منحنی رشد شیرخوار و یا نقطه وزن او زیر منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) قرار دارد. در این صورت شیرخوار به مرکز تخصصی ارجاع می شود.

(۳) مشکل شیر خوردن دارد یا وزن گیری ناکافی یا رشد نامعلوم:

به مادری که به کودک شیر خودش را می دهد توصیه می شود با دفعات بیشتر و مدت طولانی تر کودک را شیر بدهد اگر خوب پستان نمی گیرد یا خوب نمی مکد طرز صحیح در آغوش گرفتن و روی پستان قرار دادن به مادر آموزش داده می شود. اگر کمتر از ۸ بار در ۲۴ ساعت شیر می دهد توصیه می شود دفعات و مدت شیردهی را افزایش دهد. اگر غذا یا مایعات دیگر غیر از شیر مادر به کودک می دهد توصیه می شود غذا و مایعات دیگر را فوراً قطع کند. اگر از شیر مادر امتناع می کند برای مشاوره تغذیه با شیر مادر ارجاع داده می شود. اگر اصلاً از شیر مادر تغذیه نمی شود برای مشاوره تغذیه با شیر مادر ارجاع شده و استفاده صحیح از شیر مصنوعی آموزش داده شود. اگر برفک دارد در منزل و توصیه های مراقبت در منزل به مادر آموزش داده می شود. هر مشکل شیر خوردن بعد از ۱ روز و برفک و وزن گیری ناکافی بعد از ۱۰ روز پیگیری شود.

(۴) مشکل شیر خوردن ندارد: شیرخوار در این طبقه بندی بطور انحصاری و مکرر با شیر مادر تغذیه می شود و در طبقه بندی سوء تغذیه شدید و وزن گیری ناکافی قرار نمی گیرد. در این صورت توصیه های مراقبت در منزل به مادر آموزش داده شده و برای تغذیه خوب کودک تشویق می شود.

مراقبت شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه از نظر واکسیناسیون و مصرف مکملهای دارویی و سایر مشکلات:

وضعیت این شیرخواران از نظر واکسیناسیون، مطابق برنامه واکسیناسیون کشوری ارزیابی می شود. مصرف قطره مولتی ویتامین یا ویتامین A+D از ۱۵ روزگی مورد بررسی قرار می گیرد.

ارزیابی سایر مشکلات:

در صورت عدم توانایی در ارزیابی و درمان مشکل به مرکز تخصصی ارجاع دهید. در طرح مانا برای کودک زیر ۲ ماه در اولین مراجعه، چه کودک بیمار باشد چه نباشد فرم ثبت بیماری شیرخوار کمتر از ۲ ماه برای او تکمیل می شود.

ارزیابی کودکان ۲ ماهه تا ۵ سال

در هر بار مراجعه کودک ۲ ماهه تا ۵ ساله بیمار، فرم ثبت مانا تکمیل می شود و اگر در جریان یک بیماری، کودک ۲ بار مراجعه کند روی همان فرم با رنگهای متفاوت خودکار برای او پر می شود که مشخص باشد.

بررسی علائم خطر فوری:

علائم اورژانس را به محض ورود کودک قبل از توزین و تثبیت ارزیابی کنید: برای این منظور، راه هوایی و تنفس، جریان خون و اینکه کودک در حال تشنج یا کما است ارزیابی می شود و سپس مطابق بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته ناخوشی اطفال تشخیص و درمان انجام میگیرد.

بررسی علائم خطر در کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله:

برای کلیه کودکان بیمار زیر ۵ سال که به خانه های بهداشت آورده می شوند. پس از سوال در مورد مشکل کودک، نشانه های خطر کنترل می شود.

برای ارزیابی نشانه های خطر از مادر سوال می شود:

آیا کودک قادر به نوشیدن یا شیر خوردن می باشد؟

آیا کودک در چند روز اخیر تشنج کرده است؟

آیا کودک هر چیزی که می خورد استفراغ می کند؟

آیا کودک خواب آلودگی غیر عادی یا کاهش سطح هوشیاری دارد؟

در صورت مثبت بودن جواب سوالات و مطابق راهنمای بوکلت چارت مانا درمانهای لازم انجام شده و در صورت نیاز کودک ارجاع داده می شود.

مراقبت کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله از نظر سرفه یا تنفس مشکل:

در کلیه کودکان بیمار از مادر سوال می شود:

- آیا کودک سرفه یا تنفس مشکل دارد؟ (تنفس مشکل به هر گونه الگوی غیر طبیعی تنفس گفته می شود)

اگر کودک سرفه یا تنفس مشکل داشته باشد مدت آن سوال شده و در فرم ثبت یادداشت می گردد.

تعداد تنفس در یک دقیقه شمارش می شود.

برای اینکه تشخیص داده شود کودک تنفس تند دارد یا خیر، بایستی تعداد تنفس کودک در یک دقیقه شمارش شود. در هنگام نگاه کردن و گوش کردن تنفس، کودک باید ساکت و آرام باشد. معیار تشخیص تنفس تند به سن کودک بستگی دارد.

در کودکان ۲ ماهه تا ۱۲ ماهه، ۵۰ بار تنفس در دقیقه یا بیشتر و در کودکان ۱۲ ماهه تا ۵ ساله ۴۰ بار تنفس در دقیقه یا بیشتر تنفس تند به حساب می آید.

تو کشیده شدن قفسه سینه مشاهده می شود، زمانی کودک دارای تو کشیده شدن قفسه سینه است که در هنگام دم قسمت پایینی قفسه سینه او به داخل کشیده شود. تو کشیده شدن قفسه سینه باید به وضوح و در هر زمانی حتی در صورت تغییر وضعیت کودک قابل مشاهده باشد.

برای خرخر (استریدور) نگاه کنید و گوش دهید. خرخر ایجاد صدای خشن در هنگام دم می باشد. در هنگام عمل بازدم ممکن است صدای خس خس سینه (ویزینگ) شنیده شود که آن را نباید با خرخر سینه اشتباه کرد.

طبقه بندی سرفه یا تنفس مشکل:

در کودکان ۲ ماهه تا ۵ ساله ، سه طبقه بندی برای سرفه یا تنفس مشکل دارد:

(۱) **پنومونی شدید یا بیماری خیلی شدید:** کودک با سرفه یا تنفس مشکل در صورت داشتن هر یک از نشانه های خطر، توکشیده شدن قفسه سینه یا خرخر در کودک آرام در طبقه بندی پنومونی شدید یا بیماری خیلی شدید قرار می گیرد. در صورت داشتن سابقه آسم (حملات تنفسی مکرر) درمان آسم مطابق راهنمای بوکلت چارت انجام می شود در غیر این صورت اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید و کودک را فوراً ارجاع دهید. در صورت عدم امکان ارجاع بر اساس تشخیص های افتراقی خواب آلودگی غیر عادی، کاهش سطح هوشیاری یا تشنج درمان مناسب را تا زمان ارجاع ادامه دهید.

(۲) **پنومونی:** کودک تنفس تند دارد یا در سمع ریه کراکل واضح شنیده می شود. در صورت داشتن ویزینگ یا استریدور کودک را بیشتر ارزیابی کنید در غیر این صورت برای مدت حداقل ۵ روز آنتی بیوتیک مناسب بدهید. سرفه را با اقدامات بی ضرر خانگی یا درمان های غیر دارویی تسکین دهید. به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد و جهت پی گیری بیماری ۲ روز بعد مراجعه کند.

(۳) **پنومونی ندارد،** سرفه یا سرماخوردگی: کودک هیچ نشانه ای از پنومونی یا بیماری خیلی شدید ندارد، در صورت وجود ویزینگ یا استریدور کودک به ارزیابی بیشتر نیاز دارد. اگر سرفه بیش از سه هفته هر روز ادامه دارد، بر اساس دستورالعمل کشوری مبارزه با سل اقدام نمائید و برای ارزیابی بیشتر ارجاع دهید، و در غیر این موارد، سرفه را با اقدامات بی ضرر خانگی یا درمان های غیر دارویی تسکین دهید. به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد و اگر بهبود پیدا نکرد ۵ روز بعد مراجعه کند.

مراقبت کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله از نظر اسهال:

در کودکان بیمار برای ارزیابی اسهال ، مدت اسهال ، وجود خون در مدفوع، حال عمومی کودک، شامل: کاهش سطح هوشیاری یا خواب آلودگی غیر عادی، بی قراری و تحریک پذیری، برگشت پوستی و قدرت نوشیدن مایعات و فرورفتگی چشم ها بررسی شده و اسهال از نظر کم آبی، اسهال خونی ، اسهال پایدار و اسهال پایدار شدید طبقه بندی می شود.

طبقه بندی کم آبی:

سه طبقه بندی برای کم آبی وجود دارد:

(۱) **کم آبی شدید:** اگر کودک دو نشانه از نشانه های خواب آلودگی غیر عادی یا کاهش سطح هوشیاری، عدم توانایی نوشیدن یا کم نوشیدن، چشمان فرو رفته، برگشت پوستی خیلی آهسته را داشته باشد در گروه کم آبی شدید (ج) طبقه بندی می شود و نیاز فوری به مایعات وریدی دارد. کودک فوراً همراه مادرش به نزدیکترین بیمارستان ارجاع داده شده و به مادر توصیه می شود در بین راه جرعه جرعه او.آر.اس و شیر خودش را به او بخوراند. گیرد. اگر کودک ۲ ساله یا بیشتر است و در منطقه کلراشیوع دارد آنتی بیوتیک مناسب برای کلرا بدهد.

(۲) **کم آبی نسبی:** اگر کودک دو نشانه از نشانه های بی قراری و تحریک پذیری، فرورفتگی چشم ها، تشنگی و با ولع نوشیدن و برگشت پذیری پوست به آهستگی داشته باشد در گروه کم آبی نسبی (ب) طبقه بندی می شود. در این صورت اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری قرار می گیرد فوراً به نزدیکترین بیمارستان ارجاع داده شده و به مادر توصیه می شود در بین راه او.آر.اس را جرعه جرعه به او بخوراند و تغذیه با شیر مادر را ادامه دهد، در غیر این صورت برای درمان کم آبی، مایعات و غذا طبق درمان گروه (ب) بوکلت چارت مانا خواهد بود.

(۳) **کم آبی ندارد:** اگر کودک نشانه های کافی برای طبقه بندی شدید و نسبی ندارد در گروه کم آبی ندارد (الف) طبقه بندی می شود. به مادر توصیه می شود برای درمان اسهال در منزل مایعات و غذا را طبق گروه الف بدهد و چه زمانی فوراً مراجعه کند و اگر کودک بهبود پیدا نکرد ۵ روز بعد مراجعه کند.

طبقه بندی اسهال پایدار:

دو طبقه بندی برای اسهال پایدار وجود دارد:

(۱) **اسهال پایدار شدید:** اگر کودک ۱۴ روز یا بیشتر اسهال داشت و همچنین دچار کم آبی بود، بیماری کودک به عنوان اسهال پایدار شدید طبقه بندی می‌شود.

(۲) **اسهال پایدار:** کودکی که برای ۱۴ روز یا بیشتر اسهال داشته و هیچ نشانه‌ای از کم آبی ندارد در اسهال پایدار طبقه بندی می‌شود و به مادر در مورد تغذیه کودک مطابق بوکلت چارت مانا توصیه می‌شود آزمایش لازم برای بیمار داده می‌شود، ۵ روز بعد پیگیری می‌شود.

طبقه بندی اسهال خونی:

دیسانتی به دفع مکرر مدفوع آبکی حاوی خون گفته می‌شود. بسیاری از موارد دیسانتری به علت شیگلا بوده و تقریباً تمامی موارد دیسانتری نیاز به درمان آنتی بیوتیکی دارند. با مشاهده اسهال به همراه خون می‌توان کودک را در طبقه بندی اسهال خونی قرار داد. ممکن است علائم دیگری نظیر درد شکمی، تب، تشنج، خواب آلودگی، دهیدراسیون یا پرولاپس رکتال نیز در معاینه مشاهده شود برای درمان اسهال خونی کم آبی را درمان کنید بدین منظور کودک را از نظر علائم کم آبی ارزیابی سپس بر اساس برنامه درمانی الف، ب یا ج کم آبی او را درمان کنید. در صورت شک به انواژیناسیون کودک را به نزدیکترین بیمارستان ارجاع دهید و به مادر توصیه کنید برای پی گیری بیماری ۲ روز بعد مراجعه کند. تشخیص نوع درمان کودکان با اسهال خونی مطابق بوکلت چارت مانا انجام می‌شود.

ارزیابی کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله از نظر ناراحتی گوش:

برای ارزیابی ناراحتی گوش از مادر سوال می‌شود: آیا درد گوش وجود دارد؟ آیا از گوش کودک ترشح می‌شود؟ اگر بله، برای چه مدتی؟ و همچنین داخل گوش کودک از نظر خروج چرک و رنگ پرده گوش نگاه می‌شود.

طبقه بندی ناراحتی گوش:

سه طبقه بندی برای ناراحتی گوش وجود دارد:

(۱) **عفونت مزمن گوش:** اگر خروج چرک از گوش دیده شود و ترشح چرکی به مدت بیشتر از ۲ هفته طول کشیده باشد، کودک بیمار در طبقه بندی عفونت مزمن گوش قرار می‌گیرد در صورت خروج چرک بیش از ۶ هفته به بیمارستان ارجاع دهید در غیر اینصورت از خشک کردن گوش به وسیله فتیله گذاری به کودک مبتلا به عفونت مزمن گوش به مدت ۱۴ روز آنتی بیوتیک مناسب بدهید و جهت پیگیری ۲ روز بعد مراجعه کند.

(۲) **عفونت حاد گوش:** اگر خروج چرک از گوش دیده می‌شود و ترشح چرکی کمتر از دو هفته وجود دارد و پرده گوش در معاینه با اتوسکوپ قرمز است، بیماری کودک در طبقه بندی عفونت حاد گوش قرار می‌گیرد. به کودک مبتلا به عفونت حاد گوش به مدت ۱۰ روز آنتی بیوتیک مناسب داده شده و برای تسکین درد یا تب یا استامینوفن داده می‌شود و اگر از گوش چرک خارج می‌شود به وسیله فتیله گذاری خشک و به مادر توصیه می‌شود چه زمانی فوراً برگردد و زمان پیگیری ۲ روز بعد خواهد بود.

(۳) **عفونت گوش وجود ندارد:** اگر هیچ نشانه‌ای از موارد فوق را ندارد در این طبقه بندی قرار می‌گیرد و هیچ درمانی لازم نیست.

مراقبت کودک بیمار ۲ ساله به بالا از نظر گلودرد:

برای ارزیابی کودک از نظر گلودرد سوال می‌شود: آیا کودک آبریزش بینی، سرفه، قرمزی چشم و یا خشونت صدا دارد؟ آیا عطسه می‌کند؟ جلوی گردن برای یافتن غدد لنفاوی بزرگ و دردناک لمس می‌شود. گلورا از نظر قرمزی پتشی واگزودا نگاه کنید و با استفاده از دماسنج درجه حرارت زیر بغل کودک اندازه‌گیری می‌شود.

طبقه بندی گلو درد: دو طبقه بندی برای گلو درد وجود دارد:

(۱) **گلو درد استرپتوکوکی:** اگر کودک تب همراه با دو نشانه از نشانه های آگزودا در حلق، قرمزی منتشر، لوزه ها با نقاط پتشی، لنفادنوپاتی قدامی گردن داشته باشد در طبقه بندی گلودرد استرپتوکوکی قرار می گیرد. برای درمان یک نوبت بنزاتین پنی سیلین (3-3-6) عضلانی تزریق کنید. برای تب بالا یا مساوی ۳۸/۵ درجه استامینوفن بدهید. به مادر توصیه کنید چه زمانی فوراً برگردد.

(۲) **گلو درد استرپتوکوکی ندارد:** اگر کودک دو نشانه از نشانه های آبریزش بینی، قرمزی چشم، خشونت صدا سرفه یا عطسه را داشت در طبقه بندی گلودرد استرپتوکوکی ندارد قرار می گیرد. این کودکان اگر در طبقه بندی دیگری قرار دارند، درمان آن طبقه بندی انجام می شود و در غیر این صورت هیچ درمانی لازم نیست.

مراقبت کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله از نظر تب:

اگر کودک بیمار تب داشت (از طریق تاریخچه، احساس داغی با اندازه گیری حرارت بدن حرارت بالای ۳۷ درجه زیر بغل) از نظر سایر نشانه های وابسته به تب ارزیابی می شود. حتی اگر در حال حاضر درجه حرارت بالای ۳۷ درجه سانتی گراد ندارد و یا داغ به نظر نمی رسد تب کودک را ارزیابی کنید و سپس سؤال می شود برای چه مدتی؟ آیا بیشتر از ۷ روز هر روز تب کرده است؟، درجه حرارت بدن، سفتی گردن، بثورات پوستی و (نشانه های موضعی: درد استخوان، درد در ناحیه مفاصل، درد در ناحیه سینوسها، گرمی و تورم پوستی و...) بررسی می شود.

طبقه بندی تب:

اگر کودک ۷ روز یا کمتر تب داشته باشد در یکی از سه طبقه بندی زیر قرار می گیرد:

الف) بیماری شدید خیلی تب دار:

اگر تب همراه هر یک از نشانه های خطر یا سفتی گردن است کودک در گروه بیماری تب دار خیلی شدید طبقه بندی می شود و نیاز به درمان فوری دارد. قبل از ارجاع فوری اقداماتی از قبیل دادن استامینوفن برای تب ۳۸/۵ درجه و بالاتر و پیشگیری از پایین آمدن قند خون انجام می شود. اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید سپس کودک را فوراً ارجاع دهید. در صورت عدم امکان ارجاع بر اساس تشخیصهای افتراقی خواب آلودگی غیر عادی، کاهش سطح هوشیاری یا تشنج مطابق با بوکت چارت مانا درمان مناسب را تا زمان ارجاع انجام دهید.

ب) بیماری تب دار: اگر کودک تب همراه هر یک از نشانه های موضعی مانند درد استخوان، درد ناحیه مفاصل، قرمزی در ناحیه سینوس ها و یا بثورات پوستی را داشت در طبقه بندی بیماری تب دار قرار می گیرد. کودک در صورت داشتن هر یک از نشانه های موضعی بیشتر ارزیابی میشود (مطابق بوکت چارت مانا). برای تب بالا یا مساوی ۳۸/۵ درجه استامینوفن بدهید.

ج) بیماری خفیف تب دار: اگر هیچ نشانه ای از موارد فوق رانداشته باشد کودک در این گروه طبقه بندی میشود. برای تب ۳۸/۵ درجه و بالاتر استامینوفن بدهید. در صورت داشتن تب بیش از سه روز بیشتر ارزیابی کنید. اگر کودک بهبود پیدا نکرد دو روز بعد مراجعه کند به مادر توصیه کنید چه زمانی فوراً برگردد.

اگر کودک بیشتر از ۷ روز تب داشته است در طبقه بندی تب طولانی مدت قرار می گیرد بایستی کودک برای تشخیص افتراقی تب بیش از ۷ روز از جمله وجود آبسه، عفونت سالمونلا، بروسلوز، کالآزار، تب روماتیسمی و اندوکاردیت عفونی ارزیابی شود.

مراقبت کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله از نظر کم وزنی:

برای کنترل کودک از نظر کم وزنی از منحنی رشد استفاده می شود:

طبقه بندی کودک از نظر کم وزنی:

- برای کودکانی که قبلاً منحنی رشد آنها رسم شده است

۱) سوء تغذیه شدید یا کم وزنی شدید: اگر منحنی رشد کودک زیر یا منطبق بر منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) قرار گرفت در طبقه بندی سوء تغذیه شدید قرار می گیرد اگر کودک بیماری جدی دیگری دارد فوراً به همراه مادرش به نزدیکترین بیمارستان ارجاع می شود و در غیر اینصورت بر اساس مقدار انحراف معیار وزن به قد یا درصد آن، ارزیابی و درمان مناسب انجام می پذیرد. کودک زیر یکسال ۲ هفته و بالای یکسال یک ماه بعد پیگیری می شود.

۲) اختلال رشد دارد: اگر منحنی رشد کودک بالای منحنی قرمز بوده ولی صعودی و موازی با منحنی رشد نباشد کودک در طبقه بندی اختلال رشد قرار می گیرد. تغذیه کودکان در این طبقه باید ارزیابی شود و اگر هر نوع مشکل غذاد و نحوه تغذیه دارد بعد از ۵ روز پیگیری می شود به مادر توصیه کنید که چه زمانی فوراً برگردد. برای آنکه بینیم مادر به توصیه ها عمل کرده است یا خیر کودک زیر یکسال را بعد از ۲ هفته و بالای دو سال بعد از یک ماه باید پیگیری شود.

۳) اختلال رشد ندارد: اگر منحنی رشد کودک بالای منحنی قرمز اما صعودی و موازی با منحنی رشد است در طبقه بندی اختلال رشد ندارد قرار می گیرد و مادر تشویق می شود که تغذیه کودکش را همچنان ادامه بدهد.

• اگر کودک کارت پایش رشد ندارد

۱- سوء تغذیه شدید: همانند کودکی که منحنی رشد او رسم شده است عمل می شود.

۲- رشد نامعلوم

تغذیه کودکان در این طبقه بندی بر اساس چارت تغذیه و مشاوره ارزیابی شده و با مادر مشاوره می شود. اگر هر نوع مشکل در غذا و نحوه تغذیه داشت بعد از ۵ روز پیگیری و به مادر توصیه می شود که چه زمانی فوراً برگردد کودک زیر یکسال بعد از ۲ هفته و بالای یک سال بعد از یک ماه پیگیری می شود.

مراقبت کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله از نظر وضعیت واکسیناسیون و مکمل های دارویی و سایر مشکلات:

در کلیه کودکان بیمار وضعیت واکسیناسیون و مکمل های دارویی کنترل می شود. اگر سن کودک قبل از شش ماهگی است و یا اگر تغذیه کمی شروع نشده است فقط قطره مولتی ویتامین یا قطره آ-د طبق دستورالعمل کشوری از ۱۵ روزگی شروع می شود. اگر سن کودک پایان شش ماهگی است و یا اگر تغذیه کمی شروع شده است، علاوه بر تجویز قطره مولتی ویتامین، قطره آهن نیز تجویز می شود. قطره مولتی ویتامین باید تا یکسالگی و قطره آهن تا ۲ سالگی ادامه یابد. جهت تعیین وضعیت واکسیناسیون، کارت واکسیناسیون کودک کنترل شود. در فرم ثبت بیماری واکسن ها و مکمل های دارویی را که قبلاً دریافت کرده علامت زده شده و واکسن ها و مکمل های دارویی را که امروز نیاز دارد در ستون طبقه بندی نوشته شده و اگر کودک باید برای واکسیناسیون برگردد تاریخ مراجعه بعدی در ستون پیگیری ثبت شود.

ارزیابی سایر مشکلات:

در صورت عدم توانایی در ارزیابی و درمان مشکل به مرکز تخصصی ارجاع دهید

شماره خانوار (پرورنده) ۰۰۰۰ فرم ثبت کودک بیمار کمتر از ۲ ماهه تاریخ مراجعه:				
نام کودک: <input type="text"/> مشکل کودک - سن: <input type="text"/>				
تاریخ مراجعه	۳ ۲ ۱	۳ ۲ ۱	۳ ۲ ۱	۳ ۲ ۱
تاریخ مراجعه	بار ۵ ۴ ۳			
تاریخ مراجعه	۱۰ ۹ ۸ ۷	۱۰ ۹ ۸ ۷	۱۰ ۹ ۸ ۷	۱۰ ۹ ۸ ۷
تاریخ مراجعه	۱۲ ...C ۱۱	۱۲ ...C ۱۱	۱۲ ...C ۱۱	۱۲ ...C ۱۱
تاریخ مراجعه	۱۵ ۱۴ ۱۳	۱۵ ۱۴ ۱۳	۱۵ ۱۴ ۱۳	۱۵ ۱۴ ۱۳
۱- احتمال عفونت باکتریال شدید ۲- عفونت باکتریال شدید ندارد				
آیا سفیدی چشم و نونگ بینی زرد می باشد؟ اگر بلی: مت؟ روز	بله/خیر...روز	بله/خیر...روز	بله/خیر...روز	بله/خیر...روز
۱) زردی ۲۴ ساعت اول (۲) گسترش وسیع زردی (۳) مادر R ₁ منفی	۳ ۲ ۱	۳ ۲ ۱	۳ ۲ ۱	۳ ۲ ۱
۴) سابقه زردی خطرناک (۵) سن حاملگی > ۳۷ هفته (۶) وزن تولد > ۲۵۰۰ گرم	۶ ۵ ۴	۶ ۵ ۴	۶ ۵ ۴	۶ ۵ ۴
۱- زردی شدید ۲- زردی خفیف ۳- زردی ندارد ۴- زردی طولانی مدت				
۱) قرمزی، تورم و ترشحات چرکی از چشم (۲) خروج ترشحات چرکی چشم بدون تورم	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱
۳) قرمزی، گرمی و تورم پستان (۴) بزرگی و سفیدی پستان	۴ ۳	۴ ۳	۴ ۳	۴ ۳
۵) قرمزی بیش از اسانتیتر اطراف ناف یا خروج ترشحات چرکی فراوان از ناف	۵	۵	۵	۵
۶) قرمزی > اسانتیتر اطراف ناف یا ترشحات خونابه (۷) خونریزی بیش از چند قطره	۷ ۶	۷ ۶	۷ ۶	۷ ۶
۸) جوش های چرکی منتشر پوستی (۹) جوش های چرکی معزود (کمتر از ۱۰ عدد) پوستی	۹ ۸	۹ ۸	۹ ۸	۹ ۸
۱) عفونت شدید چشم (۲) عفونت خفیف چشم (۳) اسانتیتر (۴) پستان طبیعی (۵) خونریزی ناف				
۶) عفونت شدید ناف (۷) عفونت خفیف ناف (۸) عفونت شدید پوستی (۹) عفونت خفیف پوستی				
برای چه مت؟ ... وجود خون در مدفوع؟ (۱) بیحالی و کاهش سطح هوشیاری	روز/بله/خیر ۱	روز/بله/خیر ۱	روز/بله/خیر ۱	روز/بله/خیر ۱
(۲) بیقراری و تحریک پذیری (۳) فرورفتگی چشم ها	۳ ۲	۳ ۲	۳ ۲	۳ ۲
(۴) پوست خیلی آهسته برمی گردد (۵) پوست آهسته برمی گردد	۵ ۴	۵ ۴	۵ ۴	۵ ۴
۱) کم آبی شدید (۲) کم آبی نسبی (۳) کم آبی ندارد (۴) اسهال پایدار شدید (۵) اسهال خونی				
۱) زیر منحنی قرمز (۳) انحراف معیار (۲) بالای منحنی قرمز	وزن..... کیلوگرم	وزن..... کیلوگرم	وزن..... کیلوگرم	وزن..... کیلوگرم
۳) موازی و صعودی نبودن با منحنی رشد (۴) موازی و صعودی بودن با منحنی رشد	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱
۱- کم وزنی شدید ۲- اختلال رشد ندارد ۳- اختلال رشد ندارد ۴- رشد نامعلوم				
○ آیا کودک از شیر مادر تغذیه می شود؟ اگر بلی: چند بار در ۲۴ ساعت ...	بار/بله/خیر	بار/بله/خیر	بار/بله/خیر	بار/بله/خیر
آیا تبها تیر می دهد؟	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر
○ آیا کودک غذا یا مایعات دیگر می خورد؟ اگر بلی: چه غذائی؟	بار/بله/خیر	بار/بله/خیر	بار/بله/خیر	بار/بله/خیر
چند بار؟ با چه وسیله ای؟	بار/بله/خیر	بار/بله/خیر	بار/بله/خیر	بار/بله/خیر
○ اگر مشکل تغذیه ای با اختلال رشد دارد: نحوه پستان گرفتن	بار/بله/خیر	بار/بله/خیر	بار/بله/خیر	بار/بله/خیر
نحوه مکیدن وجود برفک در دهان؟	بار/بله/خیر	بار/بله/خیر	بار/بله/خیر	بار/بله/خیر
۱- مشکل تغذیه ای دارد ۲- مشکل تغذیه ای ندارد				
۱) عدم مطابقت با جدول واکسیناسیون (۲) مطابقت با جدول واکسیناسیون	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱
۱) عدم مطابقت با جدول مکمل ها (۲) مطابقت با جدول مکمل ها	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱
سایر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر
آیا نیاز به ارجاع دارد؟ اگر بلی، کجا؟	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر
آیا برای کودک توصیه درمانی داده شده است؟ اگر بلی، چه توصیه ای؟	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر
آیا نوشته یا توصیه تغذیه ای داده شده است؟ اگر بلی، چه توصیه ای؟	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر
تاریخ مراجعه آیا بهتر شده است؟	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر
تاریخ مراجعه آیا بهتر شده است؟	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر

