

ارزیابی بالینی نوزاد یا کودک مبتلا به اختلال تغذیه شامل موارد زیر است:

- کسب اطلاعات از طریق مرور تاریخچه پزشکی و فرم‌های تاریخچه موردی
- مصاحبه جامع با مراقب اولیه یا افرادی که در ارائه وعده‌های غذایی به کودک نقش دارند (مثلاً معلم)
- مشاهده تغذیه (معمولاً هنگامی که مراقب اولیه به کودک غذا می‌دهد)
- ارزیابی کودک توسط آسیب‌شناس گفتار-زبان (SLP)^۱ شامل بررسی راهبردهای جبرانی برای قضاوت درباره پاسخ کودک به مداخله.

چکیده فوری ارزیابی در پایان فصل ۲، خلاصه‌ای سریع از انواع اطلاعاتی که باید در هریک از این موقعیت‌ها کسب شود را ارائه می‌دهد. سنجش ابزاری در ستون آخر این چارت ارائه شده است و در فصل ۳ درباره آن بحث شده است.

لوح فشرده همراه با کتاب شامل فرم تاریخچه موردی نوزادان/کودکان دچار مشکلات تغذیه‌ای و همچنین فرم ارزیابی تغذیه و بلع برای هر سه دامنه سنی (۰ تا ۴ ماه، ۴ تا ۵ سال، و ۵ تا ۱۸ سال) می‌باشد. اطلاعاتی که ممکن است هنگام مرور سابقه پزشکی، خواندن تاریخچه موردی و مصاحبه با مراقب اولیه مفید واقع شود در این فصل ارائه شده است. برخی از این آیتم‌ها بسته به سن کودک، ممکن است مناسب باشند/نباشند. ارائه اطلاعات بیشتر درباره نحوه استفاده از فرم تاریخچه موردی و چک‌لیست‌های ارزیابی در همین فصل موجود می‌باشد.

انجام ارزیابی تغذیه در وعده غذایی معمول کودک، می‌تواند بهترین اطلاعات را فراهم سازد. برای کسب تصویر کاملی از نقاط ضعف و قوت کودک، بهتر است چندین وعده غذایی مورد مشاهده قرار گیرد. پیش از انجام ارزیابی (که در برگیرنده پیشنهاد در مورد روش‌های جبرانی نیز می‌باشد) بهتر است مراقب و کودک طی یک وعده غذایی مورد مشاهده قرار گیرند، زیرا این کار می‌تواند تصویر دقیق‌تری از تغذیه معمول کودک ارائه کند. به عبارت دیگر، زمانیکه پیشنهادی درباره تغییر در روش‌های تغذیه ارائه می‌شود، ممکن است مراقب دیگر از روش معمول غذا دادن به کودک استفاده نکند.

نکته: اگر با جمعیت نوزادان کار می‌کنید، باید به دنبال آموزشی فراتر و عمیق‌تر از آنچه در این فصل ارائه می‌شود، باشید.

سنجش چندرشته‌ای تغذیه

رشته‌های مختلف مراقبت بهداشتی در امر سنجش نوزاد یا کودک مبتلا به اختلال تغذیه دخیل هستند. پزشک کودک یا نوزاد معمولاً اولین متخصصی است که متوجه مشکل می‌شود یا مشکل به او گزارش می‌گردد.

دی‌متئو و همکاران (۲۰۰۵) شایع‌ترین دلایل ارجاع به کلینیک تغذیه خود را فهرست کرده‌اند:

- ریفلاکس معدی-مرووی همراه با استفراغ
- واکنش‌های رفتاری / بی‌بازی
- وزن‌گیری یا کاهش وزن نامناسب / دریافت ناکافی تغذیه

- نشانه‌های تنفسی و سرفه
- مسائل حسی / مسائل مرتبط با بافت غذا
- مشکلات هماهنگی دهانی-حرکتی و تغذیه‌ای
- مشکلات بلع
- احساس خفگی
- آسپیراسیون احتمالی

متخصصین مختلف حتی اگر در یک مرکز کار نکنند، می‌توانند در قالب یک تیم غیررسمی عمل کنند. متخصصین باید یافته‌هایشان را با یکدیگر در میان بگذارند و برای داشتن رویکردی هماهنگ نسبت به درمان، به بحث و تبادل اطلاعات بپردازند. برایان و پرسمن^۱ (۱۹۹۵) تیمی چندرشته‌ای و ساختاریافته برای شناسایی اختلال بلع (دیسفاژی)^۲ کودکان توصیف کرده‌اند. برخی از متخصصینی که می‌توانند در این تیم قرار گیرند عبارتند از: پزشک عمومی یا پزشک کودکان، متخصص در حوزه بلع و تغذیه^۳ (اغلب یک آسیب شناس گفتار و زبان (SLP)، ولی در برخی موارد کاردرمانگر)، فیزیوتراپیست، پرستار و متخصص تغذیه. سایر متخصصین پزشکی که می‌توانند در این تیم مشارکت داشته باشند عبارتند از رادیولوژیست کودکان، متخصص گوارش کودکان، متخصص ریه کودکان، متخصص گوش و حلق و بینی کودکان و متخصص تغذیه کودکان. مراقب، نیز بخشی از این تیم است.

SLP با ارزیابی ناهنجاری‌های ساختاری، تون بدنی، مهارت‌های حسی-حرکتی دهانی، تعامل میان مراقب و کودک، مراحل دهانی و حلقی بلع و غیره، توانایی عملکردی کودک در زمینه خوردن ایمن را مورد سنجش قرار می‌دهد. کاردرمانگر می‌تواند تون دهانی، تون بدنی، حرکت و در کودکان بزرگ‌تر، توانایی غذاخوردن مستقل^۴ را بررسی کند. فیزیوتراپیست می‌تواند درباره پاسچر کلی بدنی، تون و الگوهای حرکتی کودک اطلاعاتی فراهم کند. متخصص گوارش می‌تواند کودکی را که دارای تاریخچه استفراغ یا سایر مشکلات معده‌ای و روده‌ای (GI) است مورد ارزیابی قرار دهد. اگر کودک بصورت مداوم عفونت راه هوایی فوقانی یا مشکلات تنفسی دارد، می‌تواند توسط متخصص ریه و/یا متخصص آلرژی ویزیت شود. نورولوژیست کودکی را که مشکوک به داشتن مشکل عصب‌شناختی برای اختلال بلع است، بررسی می‌کند. همچنین ممکن است برای بررسی ناهنجاری‌های ساختاری در دهان و حلق، بررسی متخصص گوش و حلق و بینی مورد نیاز باشد.

تفاوت‌های بین بزرگسالان و کودکان

ارزیابی و سنجش نوزادان و کودکان دارای مشکلات تغذیه از چند جهت با سنجش بزرگسالان مبتلا به اختلال بلع تفاوت دارد:

- آناتومی و فیزیولوژی این دو جمعیت از یکدیگر متفاوت است.

1 Bryan and Pressman
2 Dysphagia
3 feeding specialist
4 self-feed

- از آنجا که کودک در حال رشد و تغییر است، عملکرد تغذیه و بلع در آنها بسیار پویاتر^۱ از بزرگسالان است. لفتون-گریف^۲ (۱۹۹۴) اشاره می‌کنند که رفتارهای تغذیه و بلع نوزاد دائماً با سیستم پویای او منطبق می‌شود.
- نوزاد یا کودک نمی‌تواند به بیان اختلال بلع خود بپردازد. به همین خاطر اختلال بلع ممکن است تا زمانی که وضعیت تنفسی یا رشدی کودک به خطر نیفتاده است و یا منجر به بروز رفتارهای منفی هنگام آرایه غذا توسط کودک نشده است، آشکار نگردد.
- نوزاد یا کودک قادر به توصیف مشکل تغذیه خود نیست. این اطلاعات معمولاً از مراقب بدست می‌آیند که مشاهده خود از نوزاد یا کودک را شرح می‌دهند.
- غالباً ارتباط بیشتری بین نشانه‌های مراحل مروی و حلقی در کودکان نسبت به بزرگسالان وجود دارد. هنگام انجام ارزیابی ویدئو فلوروسکوپی بلع در بزرگسالان، ما قطعاً ارتباط بین اختلالات مرحله مروی را با اختلالات مرحله حلقی در نظرمی‌گیریم. با این حال دانر^۳ (۱۹۸۶) اشاره می‌کند که در نوزادان، "اختلال بلع... نشانه‌ای از بیماری است که می‌تواند هر بخشی از مسیر بلع از دهان تا معده را تحت تأثیر قرار دهد."
- در کودکان در مقایسه با بزرگسالان، رابطه مستقیم‌تری میان پاسچر/تون بدن، توانایی حرکت و توانایی خوردن و بلع وجود دارد.

تشخیص افتراقی اختلالات تغذیه

هنگام ارزیابی و سنجش تغذیه، نوع اختلال تغذیه کودک را تعیین کنید. اوانز موریس و کلین^۴ (۲۰۰۰) چهار "خوشه تغذیه‌ای عمده" را تشریح می‌نمایند. گرچه به نظر می‌رسد که عناوین این خوشه‌ها مشخص و از هم مجزا می‌باشد، اما بررسی توصیف‌های مطرح شده توسط اوانز موریس و کلین روشن می‌سازد که ممکن است برخی از مؤلفه‌های این خوشه‌ها دارای همپوشی باشند.

مشکلات تغذیه‌ای مبتنی بر حرکت^۵

این کودکان در تون و حرکت مرتبط با وضعیت بدنی مشکل دارند. آنها معمولاً با هماهنگی و زمان‌بندی حرکات مشکل دارند. گرچه در این کودکان، مشکلات با مبنای حرکتی نقش غالب دارد، اما ممکن است در سیستم‌های حسی خود نیز مشکل داشته باشند، چراکه ممکن است مهارت‌های حرکتی آنها، توانایی تعامل با محیط و در نتیجه رشد واکنش‌های حسی طبیعی را محدود کرده باشد. همچنین این کودکان ممکن است پاسخ‌های هیجانی را به دلیل فقدان کنترل، نشان دهند. کودکان مبتلا به فلج مغزی یا سندرم داون ممکن است این مشکلات را نشان دهند.

1 dynamic
 2 Lefton-Grief
 3 Donner
 4 Evans Morris and Klein
 5 Motor-based feeding problems

اطلاعات خاص و ویژه

آموزش تکمیل بخش‌های خاص چک‌لیست‌های ارزیابی در چارت‌های زیر ارائه شده‌اند. اگر اطلاعات مرتبط با یک آیتم برای همه چک‌لیست‌ها یکسان و قابل استفاده باشد، اطلاعات در هر دو ستون نوشته شده است اما اگر اطلاعات یک آیتم در چک‌لیست‌های مختلف متفاوت باشد، در هر ستون اطلاعات مناسب با آن مرحله نوشته شده است.

ارزیابی تغذیه و بلع

۴ ماهگی تا ۵ سالگی / ۱۸ سالگی	۰ تا ۴ ماهگی	
<p>نکته: اگر بررسی تون عضلانی و الگوهای حرکتی خارج از حیطه تخصصی شماست، برای کسب اطلاعات در این زمینه با یک فیزیوتراپیست و/یا کاردرمانگر مشورت کنید.</p>		<p>تون عضلانی و الگوهای حرکتی</p>
<p>تعیین کنید که کودک تون عضلانی طبیعی، هایپرتونوسیتی^۱، هایپوتونوسیتی^۲ یا تون متغیر (مختلط) دارد. این تون را می‌توان در تنه، نواحی انتهایی بدن کودک و همچنین در عضلات حفره دهانی مشاهده کرد. آیا این تون در کل بدن مشاهده می‌شود؟ آیا در ساختارهای دهانی الگوی مشابهی مشاهده می‌گردد؟</p>		<p>تون</p>
<p>کودک مبتلا به هیپرتونی (افزایش تون عضلانی) مقاومت فزاینده‌ای در برابر محدوده حرکتی مفصل به صورت غیرفعال دارد و نیز محدودیت در این دامنه را نشان می‌دهد. کودک دچار هیپرتونی شدید به عنوان اسپاستیسیتی^۳ توصیف می‌شود. چنین کودکی ممکن است الگوهای حرکتی نابهنجاری را نشان دهد و رفلکس‌های نخستین^۴ را حفظ کند یا ممکن است تون نوسان‌کننده (آتوز^۵) با الگوهای حرکتی تصادفی را نشان دهد.</p>		
<p>کودک دچار هیپوتونی (کاهش تون عضلانی) فاقد ثبات است و کاهش مقاومت در برابر دامنه حرکتی غیرفعال، افزایش دامنه در مفاصل و توانایی کم برای حرکت برخلاف جاذبه را نشان می‌دهد.</p>		
<p>کودک ممکن است هنگام نشستن، وضعیت نشستن کیفیتز (گوژپشتی) با انحنای نابهنجار ستون مهره‌ها و هیپراکستنشن در سر و گردن را نشان دهد. کودک ممکن است برای کسب ثبات، این الگوی نشستن را</p>		

1 hypertonicity
 2 hypotonicity
 3 spasticity
 4 Primitive reflexes
 5 athetosis

<p>بکارگرفته باشد. اگر کودک دارای کنتراکچر (جمع شدگی یا انقباض عضلانی) بود، این نکته را در بخش "دیگر موارد" یادداشت کنید.</p>		
<p>آیا توانایی کودک در اکستنشن (مانند بلند کردن سر از وضعیت دمر) یا فلکشن (مانند نگاه کردن به پایین در وضعیت نشسته) طبیعی است؟ آیا این الگوها به دلیل افزایش یا کاهش تون عضلانی آسیب دیده اند؟</p>		<p>الگوهای اکستنسور و فلکسور</p>
<p>برای توصیف مناسب از ارزیابی و سنجش رشد عصبی در کودکان، فصل ۳ و نکات مرتبط با تعیین تون ناهنجار عضلانی را در آرودسون و برادسکی (۲۰۰۲) ببینید.</p>		
<p>الگوهای حرکتی کودک قویاً با ثبات و تحرک او ارتباط دارد. همه حرکات بر یک مبنای باثبات شکل می‌گیرند. کودک ثبات را ابتدا به صورت پروگزیمال و سپس به صورت دیستال کسب می‌کند. برای مثال، ایجاد ثبات در لگن و تنه، به کودک اجازه حرکات ظریف‌تر شانه‌ها و بازوها را می‌دهد. اگر کودک در شانه‌ها ثبات داشته باشد، می‌تواند سرش را بدون حرکت دادن شانه‌ها حرکت دهد. آیا کودک به صورت پروگزیمال ثبات دارد، اگر ندارد، آیا در لگن، تنه یا شانه‌ها دارای نقص است؟ کودکی که کنترل ضعیفی بر تنه و سر دارد ممکن است برای باثبات کردن سر، شانه‌هایش را بالا نگه دارد (اوانز موریس و کلین، ۲۰۰۰)</p> <p>اگر کودک در بازوها و پاها ثبات دیستال دارد، باید به آن توجه کرد. برای مثال آیا کودک می‌تواند قسمت پایین پا را به صورت مستقل از کل پا و یا دستش را مستقل از بازوهایش حرکت دهد؟ آیا کودک می‌تواند حرکات ظریف را از حرکات درشت مجزا سازد؟</p>		<p>ثبات (پروگزیمال)</p>
<p>چه نوع طرح حرکتی را مشاهده می‌کنید؟ برای مثال آیا کودک هنگام بلند کردن سر، الگوهای اکستنسور و فلکسور را به شکل مستقیم نشان می‌دهد (اوانز موریس</p>		<p>تحرک / طرح‌های حرکتی</p>

* اطلاعات کنونی

وزن کنونی فرزندتان چقدر است؟ ۱۳ کیلوگرم قدش چه میزان است؟ ۹۱ سانتی متر

فرزندتان در کجای نمودار رشدی قرار دارد؟

اشتهای فرزندتان را چگونه توصیف می‌کنید؟ خوب متوسط ضعیف متغیر

لطفاً توضیح دهید: بیشتر انواع سزيجات را دوست ندارد

یک وعده غذایی معمول کودک را توصیف کنید (شامل آنچه می‌خورد و می‌نوشد و مقدار آن):

صبحانه: سرلاک گرم‌شده، قطعات پنیر، آبمیوه

ناهار: ماکارونی و پنیر (۱/۲ فنجان)، یک قاشق غذاخوری گوشت

شام: یک قاشق غذاخوری گوشت، ۱ قاشق غذاخوری میوه، آبمیوه

میان‌وعده: بیسکویت، شیر

کودک شما چه غلظت غذایی را می‌خورد؟

غذای نرم مخصوص کودک غذای نیمه سخت مخصوص کودک غذای سخت مخصوص کودک

غذای پوره شده روی میز غذای معمول روی میز

کودک چه نوع مایعاتی می‌نوشد؟

مایعات (معمولی) رقیق مایعات غلیظ‌شده (از چه چیزی برای غلیظ کردن مایعات استفاده می‌شود؟)

کودک از کدام نوع مایعات زیر مصرف می‌کند؟ شیر گاو شیر سویا شیر مادر شیر خشک

اگر کودک تحت نظر پرستار است، آیا مادر شیر کافی دارد؟ N/A

فرزند شما طی ۲۴ ساعت معمول چه میزان از موارد زیر را می‌خورد یا می‌نوشد؟

غذا: ۴ شیشه مایعات: ۴ باکس مکمل:

آیا فرزند شما آبمیوه می‌نوشد؟ بله اگر بله، چه میزان در روز؟ ۴ باکس

کی؟ قبل وعده غذایی طی وعده غذایی بعد از وعده غذایی

غذاها/مایعات موردعلاقه کودک چه چیزهایی هستند؟

فرزندتان غذاهای دارای چه دمایی را ترجیح می‌دهد؟

دمای اتاق گرم سرد

غذاها/مایعاتی که فرزندتان دوست ندارد/ از خوردنشان امتناع می‌ورزد را یادداشت کنید: هویج، لوبیا سبز

خوردن چه غذاهایی برای فرزندتان آسان است؟ مرحله ۳، ماست، نان پنیری، پوره سیب‌زمینی

خوردن چه غذاهایی برای فرزندتان دشوار است؟ ترکیب میوه‌جات، چوب‌شور

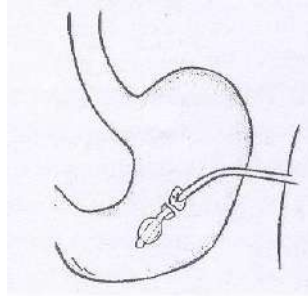
فرزندتان چند بار در روز غذا می‌خورد؟ ۳ بار بین وعده‌های غذایی چقدر فاصله وجود دارد؟ ۳-۴ ساعت

هر وعده غذایی چقدر طول می‌کشد؟ ۳۰ دقیقه

آیا فرزندتان از وسیله خاصی برای خوردن استفاده می‌کند؟ بطری سرشیشه فنجان قاشق

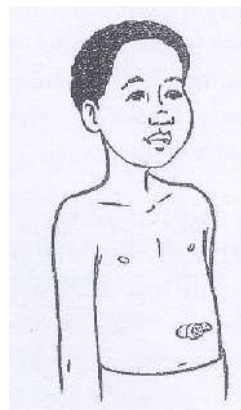
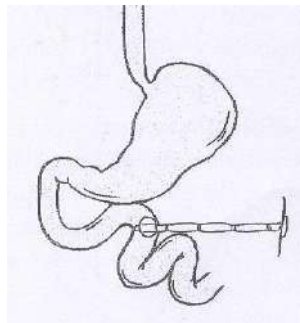
لوله‌گذاری PEG (گاستروستومی به روش آندوسکوپی از طریق پوست)

لوله PEG با جراحی دیواره شکمی به طور مستقیم درون معده قرار می‌گیرد. مزیت لوله PEG این است که می‌توان آن را زیر لباس قرار داد و کمتر احتمال دارد کودک آن را بکشد. هیچ چسب یا محرک بدی اطراف صورت وجود ندارد و لوله می‌تواند به صورت طولانی مدت استفاده شود.



لوله‌گذاری PEJ (ژژنوستومی به روش آندوسکوپی از طریق پوست)

لوله PEJ همانند لوله گاستروستومی قرار داده می‌شود با این تفاوت که مسیر جراحی آن از دیواره شکمی به ژژنوم (ورودی روده کوچک بعد از دوازدهه) می‌باشد. در مقایسه با PEG خطر ریفلاکس کمتر است. لوله که بر بیرون شکم قرار دارد، می‌تواند مثل دکمه باشد که کاملاً سطح صافی دارد و از زیر لباس قابل دیدن نمی‌باشد و هیچ تداخلی با حرکت ندارد. یک نوع از این لوله‌ها، لوله تغذیه MIC-KEY low profile می‌باشد. یک وبسایت نمایش گام به گام از نحوه کارکرد آن فراهم کرده است. (www.mic-key.com/index.asp?page=product).



۱- نوزاد را به شکل گهواره ای^۱ روی یک بازو نگه دارید.



۲- نوزاد را در مقابل خودتان نگه دارید درحالیکه حمایت لازم را با دست و بازو از سر و گردن ایجاد کرده اید. این پوزیشن به شما اجازه می‌دهد که با نوزاد تماس چشمی داشته باشید.



۳- چهار زانو^۲ بنشینید و نوزاد را روی دامن و روبه‌روی خود قرار دهید. یک بالش را برای حمایت بیشتر زیر سر نوزاد قرار دهید. این پوزیشن به شما اجازه می‌دهد که با نوزاد تماس چشمی نیز داشته باشید.



قالب‌دهی چهره‌ای (facial molding)

با یک پارچه، صورت کودک را مالش دهید. از سطح بیرونی گونه‌ها (در جلو گوش) به سمت جلو و لب‌ها مالش را انجام دهید. از سطح زیر چانه به سمت بالا و لب‌ها مالش را انجام دهید. از فشار محکم و آرام استفاده کنید. اگر شما پارچه گرم یا پارچه حوله‌ای ندارید، می‌توانید از دست‌هایتان استفاده کنید. بعد از قالب‌دهی (molding)، یک فعالیت عملکردی (مثل مکیدن غیر تغذیه‌ای با پستانک یا سرشیشه، نوشیدن از فنجان، تغذیه با قاشق) را انجام دهید.



قالب‌دهی چهره‌ای (facial molding) را در هر دو طرف صورت کودک انجام دهید یا به صورت متناوب برای هر سمت صورت و یا به طور همزمان هر دو طرف را انجام دهید.

کمک به بسته شدن فک

کودکان دارای بیرون زدگی یا بی ثباتی فک، مشکلاتی در بستن کامل فک دارند. از طرفین یا از جلو برای کودک حمایت لازم را فراهم کنید. مطمئن شوید این حمایت بر روی ساختارهای استخوانی است و بر روی پایه زبان از زیر چانه فشاری وارد نکند.



شکل بالا چگونگی انجام کار را برای زمانی که کودک در کنار شما نشسته و به وی غذا می‌دهید، نشان می‌دهد. شکل زیر هم نحوه انجام این کار را زمانی که کودک مقابلتان نشسته و به او غذا می‌دهید، نشان می‌دهد.

