

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت

کتابچه راهنمای مراقبت های روانپزشکی کودکان

Children Psychiatric Cares (CPC)

(ویژه پزشکان)

گردآوری و تنظیم:

دکتر جواد محمودی قرائی

با همکاری:

دکتر مهدی تهرانی دوست

دکتر زهرا شهریور

فهرست:

بخش 1: کلیات
فصل اول: فرایند مراقبت ادغام یافته
فصل دوم: استفاده از الگوریتم ها و جداول
بخش 2: نشانه ها و اختلالات روانپزشکی
فصل اول: اختلالات تکاملی حرکت، ارتباط و یادگیری
فصل دوم: اختلالات نافذ رشد
فصل سوم: اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز
فصل چهارم: اختلالات اضطرابی
فصل پنجم: اختلال تیک
فصل ششم: اختلالات خوردن و دفعی
فصل هفتم: صرع
بخش 3: مراقبت و طبقه بندی
فصل اول: کلیات
فصل دوم: مراقبت دوره ای بر اساس گروههای سنی
فصل سوم: مراقبت های تکاملی
فصل چهارم: ارزیابی دوره ای برای اختلالات روانپزشکی کودکان
فصل پنجم: مراقبت از کودکی که با شکایت خاص مراجعه کرده است
بخش 4: درمان
فصل اول: مروری بر انواع درمان ها
فصل دوم: ارجاع
فصل سوم: درمان اختلالات روانپزشکی شایع کودکان
بخش 5: آموزش و مشاوره
فصل اول: اصول کلی
فصل دوم: آموزش و مشاوره در مورد اصول کلی تربیت فرزند
فصل سوم: آموزش و مشاوره در مورد اختلالات روانپزشکی
بخش 6: پی گیری
فصل اول: کلیات
فصل دوم: پی گیری در اختلالات روانپزشکی
ضمائم
تعامل مادر و کودک

بخش 1

کلیات مراقبت‌های
روانپزشکی کودکان

فصل اول

فرایند مراقبت‌های ادغام یافته روانپزشکی در کودکان

CPC

مراقبت‌های ادغام یافته روانپزشکی به معنی پیشگیری اولیه و تشخیص اختلالات روانپزشکی در کودکان با استفاده از نشانه‌های شرح حال، مشاهدات و ارزیابی وضعیت روانی و انتخاب مداخلات لازم می‌باشد. نشانه‌های انتخاب شده بر اساس منابع معتبر بوده و به نحوی انتخاب شده‌اند که پزشک بتواند مسیر اقدامات لازم را در صورت مشاهده آنها بیابد.

از آنجا که بسیاری از نشانه‌های اختلالات روانپزشکی کودکان مرتبط با مرحله تکاملی کودک است و آگاهی از نشانه‌های طبیعی و غیرطبیعی در هر مرحله رشدی حائز اهمیت است. لذا مداخلات بر اساس طبقه بندی نشانه‌ها تدوین شده‌اند و مداخلات مربوط به یک طبقه ممکن است چندین اختلال را تحت پوشش قرار دهند.

در راهنما‌ها به نحوه ارزیابی کودک، شناسایی نشانه‌های خطر، طبقه بندی، مداخلات، نحوه آموزش و چگونگی پیگیری پرداخته شده است.

چگونگی مراقبت:

مراقبت به معنی پیشگیری از بیماری‌های روانپزشکی است. در سطح اولیه، پیشگیری از طریق آگاهی پزشک از مراحل رشدی و تکاملی کودک و اختلالات مربوط به هر مرحله، شناسایی نشانه‌های خطر و ارائه آموزشها و راهکارهای مناسب بر اساس منابع علمی معتبر انجام می‌شود. در سطح دوم و سوم مراقبت از طریق شناسایی اختلالات یا ناتوانی‌های ناشی از اختلالات و انجام اقداماتی در خصوص درمان و توانبخشی است.

در این مجموعه به نحوه ارزیابی کودک سالم، انتخاب توصیه‌های مناسب، اقدامات مشاوره‌ای و مراقبت‌های پیشگیری اشاره می‌شود.

روند کامل مراقبت از کودک سالم شامل مراحل زیر است:

- **ارزیابی:** شامل گرفتن شرح حال مناسب و انجام معاینه وضعیت روانی، بررسی وضعیت تکاملی در زمینه‌های حرکت، گفتار، ارتباطات اجتماعی، هیجان‌ات و ... ، ارزیابی محیط رشدی و مراقبین، عملکرد تحصیلی و مدرسه، و نیز نشانه‌های خطر می‌باشد.
- **طبقه بندی:** هر مشکلی به این صورت طبقه بندی می‌شود.
 - نیازمند ارجاع
 - انجام اقدامات لازم
 - ارائه توصیه‌هایی جهت مراقبت در منزل
- **ارائه توصیه‌ها:** پس از طبقه بندی چنانچه کودک نیازمند ارجاع است قبل از ارجاع توصیه‌های لازم را در خصوص نحوه پی‌گیری مراقبت ارائه نموده و مراقبین را در مورد چگونگی مراجعات بعدی مطلع نمائید. و چنانچه نیازمند ارجاع نیست ممکن است مراقبین نیازمند دریافت آموزشهایی در خصوص نحوه مراقبت از کودک باشند در این صورت آموزشهای

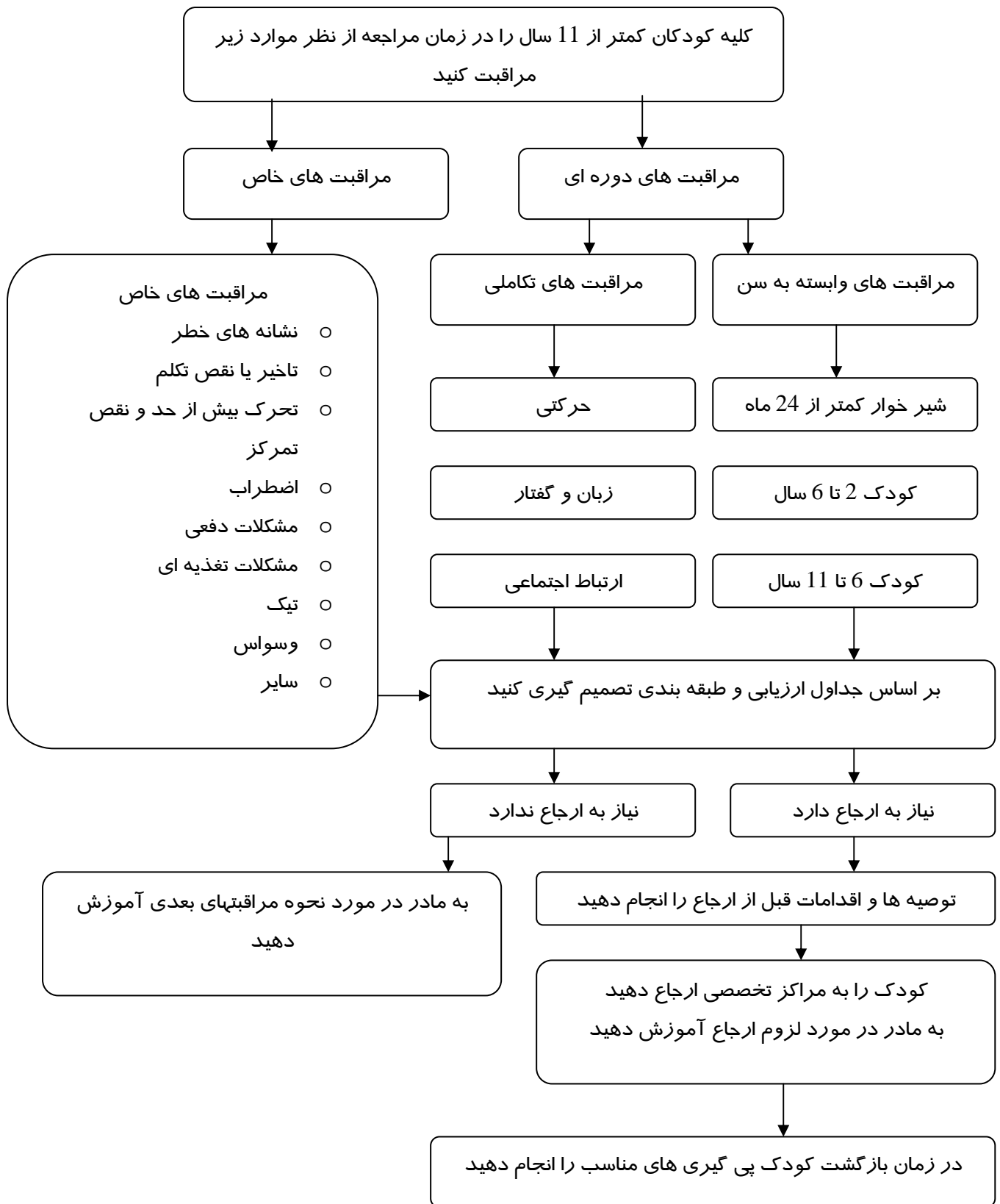
لازم را ارائه دهید. این در صورتی مفید است که والد یا مراقب خودش مراجعه نماید. در مواردی ممکن است مراقب نداند چه موقع باید در مورد مشکلات فرزندش مراجعه کند بنابراین آموزش به خانواده در این خصوص بخش مهمی از استراتژی های مراقبت است.

- **پیگیری:** زمانیست که لازم است کودک بدلیل مشکل موجود تحت نظر پزشک باشد در این صورت کودک را در فواصل مشخص ملاقات نموده ضمن انجام اقدامات پیگیری در صورت لزوم در مورد مشکل قبلی یا مشکلات جدید ارزیابی مجدد انجام شود.

مراقبت از کودکان در 3 گروه سنی زیر ارائه می شود:

- شیرخوار کمتر از 2 سال
- کودک 2 تا 6 سال
- کودک 6 تا 11 سال

روش استفاده از الگوریتم ها و جداول مراقبت در فصل 2 ارائه می شود.



فصل دوم

استفاده از الگوریتم ها و جداول مراقبت کودک

مراحل مراقبتهای روانپزشکی به ترتیب و گام به گام در یک سری از الگوریتم ها و جداول مخصوص آورده شده اند. زمانیکه مادر کودکش را نزد شما می آورد لازم است ابتدا سن کودک را دانسته و ارزیابی و مداخلات مناسب را انجام دهید.

الگوریتم ارزیابی و مداخله

در مورد سن کودک سؤال کنید

ارزیابی متناسب با سن را انجام دهید

کلیه کودکان را بر اساس سن از نظر اختلالات روانپزشکی ارزیابی کنید

در صورت عدم وجود اختلال با
مادر مشاوره کرده و در مورد
نحوه مراقبت های بعدی
توضیح دهید

در صورت وجود اختلال بر
اساس جداول مناسب طبقه
بندی، مشاوره، درمان و پی
گیری را انجام دهید

جداول مراقبت و طبقه بندی به شما در انجام مراحل زیر کمک می کنند:

- ارزیابی دوره ای کودک سالم
- ارزیابی کودکی که مراجعه اش بدلیل مشکل خاصی بوده است
- طبقه بندی
- ارائه آموزشها و توصیه های لازم
- مشاوره با مادر
- درمان و پی گیری

نشانه ها، طبقه بندی و مداخلات بستگی به سن و سطح تکاملی کودک دارد.

نمونه چارت ارزیابی و طبقه بندی:

تعیین نوع مداخله	طبقه بندی	نشانه ها	در مورد علامت کودک سؤال کنید
اقدام متناسب را شروع کنید	اختلال روانپزشکی مطرح است	نشانه های اختلال بطور کامل وجود دارد	اگر بلی: برای چه مدت؟ در مورد سایر نشانه سؤال کنید
در مورد نحوه پیگیری بعدی به مادر آموزش دهید	اختلال روانپزشکی مطرح نیست	نشانه های اختلال بطور کامل وجود ندارد	

ارزیابی و طبقه بندی:

در جداول مراقبت و طبقه بندی، نحوه ارزیابی، طبقه بندی اختلال کودک، تشخیص و نوع مداخله توضیح داده شده است. ستونهای سمت راست نحوه گرفتن شرح حال و معاینه وضعیت روانی را نشان می دهند.

طبقه بندی: در ستون طبقه بندی نشانه های بالینی اختلال و نحوه طبقه بندی آنها نشان داده شده است. طبقه بندی بر اساس شدت بیماری و نوع مداخلات مورد نیاز انجام شده است. در مورد هر یک از نشانه ها یک طبقه بندی را انتخاب خواهید کرد که با شدت اختلال در کودک منطبق است.

تعیین نوع مداخله:

این ستون به شما کمک می کند تا در چارت ارزیابی و طبقه بندی نوع مداخله مناسب را تعیین نمائید. در صورت نیاز به ارزیابی تشخیصی بیشتر به قسمت جداول تشخیص های افتراقی مراجعه کنید.

مداخلات درمانی:

مداخلات عبارتند از ارائه آموزشهای لازم، درمان در مرکز یا منزل از طریق دادن نسخه، آموزش در مورد چگونگی درمان، مشاوره با مادر و در صورت نیاز ارجاع به مراکز تخصصی. پس از بازگشت کودک از مراکز تخصصی ممکن است نیازمند پی گیری خاص باشد در این صورت پی گیری را بر اساس فصل پی گیری این راهنما انجام دهید.

بخش 2

نشانه ها و اختلالات روانپزشکی
در کودکان

اختلالات تکاملی حرکت، ارتباط و یادگیری

1. اختلالات حرکتی:

اختلالات حرکتی به اشکال مختلف شامل تاخیر رشد حرکتی، تون ضعیف عضلات، اسپاسم عضلات، اختلال در هماهنگی حرکتی و ... دیده می شوند. که می توانند در زمینه اختلالات نورولوژیک یا مدیکال مثل CP و یا اختلالات متابولیک بوده و یا بدلیل اختلال هماهنگی حرکتی باشد. در حال حاضر اختلال هماهنگی حرکتی به عنوان نقص مهارتهای حرکتی شناخته می شود. اختلالی که بصورت نقص در حرکات عضلات درشت (مثل دست و پا چلفتی بودن کودک) و نقص در حرکات عضلات ظریف (مثل ناتوانی در بدست گرفتن قاشق به شکل مناسب) دیده می شود. همچنین ممکن است بصورت تاخیر در رشد حرکتی بصورت تاخیر در نشستن و راه رفتن دیده شود. این اختلال می تواند بصورت منفرد و یا در زمینه اختلالات دیگر از جمله اختلال نافذ رشد دیده شود.

این اختلال در ابتدا بصورت تاخیر در رشد مهارتهای حرکتی اختصاصی مثل نشستن و راه رفتن، دیده می شود.

قبل از تشخیص این اختلال می بایست علل مدیکال احتمالی نقائص حرکتی را رد نمود. می بایست شرح حالی از رفتارهای حرکتی اولیه نظیر مکیدن چنگ زدن، بلعیدن، گریه کردن، تغذیه، دفع، لباس پوشیدن، نقاشی کشیدن و ... کسب نمود. باید علل روانپزشکی دیگر بروز نقائص حرکتی نظیر اختلال نافذ رشد و عقب ماندگی ذهنی را نیز رد کرد. و میزان نقص حرکتی باید بیش از آن چیزی باشد که از سطح سنی کودک انتظار می رود.

2. اختلالات ارتباط و زبان:

اختلالات ارتباطی به نقص در دریافت و مبادله اطلاعات اطلاق می شود. زبان ابزاری است که برای انتقال اطلاعات استفاده می شود. استفاده متناسب از زبان برای برقراری ارتباط لازم است و تکامل زبان اثر عمیقی بر سایر جنبه های رشدی دارد.

بر اساس تعریف اختلال ارتباطی عبارتست از نقص در توانائی دریافت، ارسال، پردازش و درک مفاهیم بصورت کلامی، غیر کلامی و نوشتاری. این اختلال به دو دسته اختلال زبان (language disorder) مثل مشکل در درک کلام و یا مشکل در بکاربردن زبان بیانی و اختلال گفتار (Speech disorder) نظیر لکنت زبان تقسیم می شود.

اختلالات زبان بیانی، نقص در درک و فهم سمبول های زبانی و نوشتاری و سایر سیستم های سمبولیک، و نقص در بکارگیری این سمبل هاست. به این صورت که کودک قادر به فهم صحبت های دیگران نیست یا درک ضعیفی داشته و یا قادر به استفاده از سمبل های کلامی نیست که بصورت تاخیر در استفاده از زبان و یا استفاده نادرست از سمبل های زبانی دیده می شود.

این کودکان معمولا با مشکلات تکلمی مراجعه می کنند در ارزیابی این کودکان باید به سطح رشدی و سن کودک توجه داشت در کودکان نوپا و پیش مدرسه ایها باید اینکه آیا کودک قادر به صحبت

کردن هست یا خیر و نیز دامنه لغات، کاربرد صحیح کلمات، دانستن اسامی اشیاء و ... را ارزیابی نمود. در بچه های مدرسه ای به توانائی درک عبارات پیچیده تر، کاربرد صحیح کلمات در جمله و گرامر باید توجه نمود. کودکانی که اختلال زبان بیانی دارند تا حدودی قادر به درک کلام دیگران هستند ولی توانائی استفاده از زبان را برای انتقال مفاهیم ندارند. ولی کودکانی که قادر به درک کلام نیستند در استفاده از زبان نیز مشکل دارند. وجود این مشکلات باعث ناراحتی و ایجاد استرس در کودک و خانواده می شوند.

اختلالات گفتار اشکال در تولید کلام بصورت اشکال در تولید صداهای تکلمی است که بصورت خطاهای فونولوژیک تظاهر می یابد. کودک در این حالت یک صدا را اشتباه تلفظ کرده، حذف می کند و یا صدایی را جایگزین صدای دیگری می کند مثلاً بجای "سلام" کلمه "دلام" را بکار می برد. وجود این اختلال در صحبت کردن تا حدود 3 سالگی طبیعی و بعد از آن چنانچه شدت آن به حدی باشد که فهم کلام کودک دشوار شود نیازمند مداخلات گفتار درمانی است. نوع دیگر اختلال گفتار نقص در روانی کلام است که بصورت لکنت زبان دیده می شود. که مشکل در حفظ جریان تولید اصوات گفتاری است.

اختلالات یادگیری:

این دسته از اختلالات عمدتاً بصورت ناتوانی از یادگیری خواندن، نوشتن و درک ریاضیات دیده می شوند. و کودک در تستهای عملکرد تحصیلی ضعیف عمل می کند. در این کودکان توانائی تحصیلی و گفتاری شان متناسب با سن آنها نیست. اختلال یادگیری در صورت وجود همزمان عقب ماندگی ذهنی و اختلال بیش فعالی و نقص توجه باید بیش از حدی باشد که با نقائص هوشی، و توجه در این کودکان توجیه می شود. از نظر بالینی این کودکان سطح پائین تری از عملکرد تحصیلی نسبت به عملکرد هوشی دارند...

بچه هایی که اختلال خواندن دارند توانائی خواندنشان در زمینه های میزان خواندن¹، دقت خواندن² و درک مطلب³ پائین است، و اغلب با مشکل در هجی کردن⁴، ضعف نوشتن و تاخیر کلام، همراه است. اختلال ریاضی با مشکل در محاسبات و منطق ریاضی مشخص می شود که می تواند با اختلالات یادگیری دیگری همراه شود. این اختلالات عبارتند از: مشکل در مهارتهای زبانی، ادراکی و توجهی که برای درک مفاهیم ریاضی مورد نیازند.

در اختلال نوشتاری، مشکل نقص اساسی نقص در توانائی های نوشتن است این اختلال استفاده از گرامر، نقطه گذاری، سازماندهی، هجی کردن و دستخط را در بر می گیرد. همچون سایر اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان انواعی از اختلالات دیگر مثل اختلالات اضطرابی، افسردگی اساسی، اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز و ... ممکن است همراه با اختلال یادگیری دیده شود.

این کودکان معمولاً با مشکلات تحصیلی جدی روبرو هستند که ممکن است با همین شکایت به پزشک مراجعه نمایند پزشک خانواده باید قادر باشد بر اساس نوع علائم همراه و نوع مشکل تحصیلی

¹ rate

² accuracy

³ comprehension

⁴ spelling

مشخص کند که علت افت تحصیلی چیست. معمولا این اختلالات از نظر پزشکان پنهان مانده و کودک سالها مشکل تحصیلی را خواهد داشت لذا تشخیص زودهنگام و ارجاع بموقع کودک برای انجام مداخلات درمانی می تواند از مشکلات بعدی پیشگیری نماید.

اختلالات نافذ رشد

یک دسته از اختلالات هستند که عمدتاً با نقص در روابط اجتماعی، تأخیر در صحبت کردن یا مشکلات زبانی، وجود علائق خاص یا بروز رفتارهای تکراری مشخص می‌شود. تیبیک‌ترین نوع این اختلالات، اختلال اوتیسم است. این اختلال را می‌توان در سنین کمتر از 3 سال مشاهده کرد. در دو سال اول زندگی نشانه‌های اختلال ممکن است از چشم‌والدین دور بمانند. در اختلالات نافذ رشد سه دسته علائم اصلی وجود دارد که عبارتند از:

نقائص مربوط به رفتارهای اجتماعی: نقص در ارتباطات اجتماعی در پاتوژنز اختلال نقش اساسی دارند. شیرخواران اوتیستیک تماس چشمی مناسبی نداشته برای برقراری مکالمه علاقه‌ای به صداهای انسانی ندارند. ممکن است از نظر عاطفی بی‌تفاوت به نظر رسیده و در چهره‌شان پاسخدهی عاطفی نداشته باشند. گاهی ممکن است والدین تصور نمایند که کودک ناشنوا است. در شیرخوارگی مشکلات مربوط به تماس چشمی وجود داشته هرچند این بچه‌ها ممکن است بصورت منفعل در تماس‌های فیزیکی شرکت نمایند. معمولاً رابطه‌شان با والدین دارای ارتباط عاطفی نیست. معمولاً والدینشان را در محیط خانه با چشم یا با جهت‌گیری بدنی دنبال نمی‌کنند. از حدود 8 ماهگی تا 24 ماهگی که کودک بطور طبیعی باید اضطراب غریبه و جدائی داشته باشد در مواجهه با غریبه‌ها و هنگام جدائی از والدین دچار اضطراب نشده یا اضطراب غیر عادی بروز می‌دهند. این مشکلات در کودکان نوپا ادامه می‌یابند. این کودکان در ارتباط دو طرفه و بازی مشترک با هم‌تاها شرکت نمی‌کنند. برخی از این کودکان در سالهای میانه کودکی ممکن است ارتباط عاطفی با والدینشان شکل دهند ولی در ارتباطات اجتماعی مشکلات جدی داشته و علاقه‌ای به شرکت در بازیهای جمعی ندارند و برای ارتباط با همسالان مشکل پیدا می‌کنند.

مشکلات ارتباطی: شیرخواران اوتیستیک ممکن است از طریق گریه کردن نیازهایشان را درخواست نمایند. اغلب تا 18 ماهگی قادر به بیان کلمات نیستند یا اینکه ممکن است در ابتدا قادر باشند چند کلمه را بگویند ولی بعداً رشد زبان متوقف شود. ممکن است در حدود نوپائی یا سنین قبل از مدرسه تا حدودی توانائی جمله بندی داشته باشند ولی معمولاً جملات با خطاهای گرامری مثل کاربرد اشتباه ضمایر همراهند مثل اینکه بجای اول شخص ضمیر سوم شخص را بکار می‌برند. معمولاً این کودکان برای بیان خواسته‌هایشان قادر نیستند به دور دست اشاره کنند و بجای آن دست بزرگترها را گرفته و آنها به سمت شیء مورد نظر هدایت می‌کنند. این کودکان در بازیهایشان ضعیف عمل کرده و قادر به بازی با اسباب بازی نیستند. معمولاً اسباب را دور خودشان می‌چینند و الگوهای محدودی از بازی با اسباب بازی دارند. این بچه‌ها در سالهای میانه و اواخر کودکی ممکن است برخی ژست‌های ارتباطی و بازیهای تقلیدی را نشان دهند ولی این بازیها کیفیت تکراری دارند. درک زبان در این کودکان به درجات زیادی مختل است. برخی ممکن است به درجاتی درک زبان را داشته باشند. ولی شوخی‌ها و ضرب‌المثل‌ها را درک نمی‌کنند. بسیاری از کودکان اوتیستیک در میزان غان و غون در اوایل کودکی مشکل دارند. بسیاری قادر به صحبت نیستند هرچند ممکن است در ابتدا

توانائی بیان چند کلمه محدود را پیدا کرده باشند. آنهایی که توانائی صحبت کردن دارند در کاربرد مناسب کلام دچار اشکال هستند. تکرار بی معنای کلام دیگران (اکولالیا) ممکن است دیده شود. گرامر ناقص یا غیر عادی در کلام و کاربرد تلگرافی جملات دیده می شود.

الگوهای غیر عادی رفتار و علائق خاص: این کودکان نسبت به تغییرات در محیط حساس و مقاومند. اشیاء و اسباب بازیها را ممکن است پشت سر هم بچینند. رفتارهای تکراری مثل جلو عقب دادن تنه، چرخیدن دور خود و حرکات چرخشی و تکراری دستها یا انگشتان و اداهائی در چهره یا تکرار برخی جملات یا سوالات ممکن است دیده شوند. ممکن است علائق افراطی به موضوعات خاص مثل یک فیلم یا برنامه خاص تلویزیونی، لباس خاص و یا علاقه به شیء خاصی مثل وسایل آشپزخانه و یا بخش هائی از اسباب بازیها نشان می دهند.

اختلال بیش‌فعالی و نقص تمرکز

اختلالی است که با حد اقل 6 نشانه از نشانه‌های بیش‌فعالی و کم‌توجهی که حداقل به مدت 6 ماه طول کشیده باشد و برخی از نشانه‌ها قبل از 7 سالگی شروع شده باشد مشخص می‌شود. لازم است این نشانه‌ها در دو مکان مجزا اتفاق افتد

نشانه‌های کم‌توجهی:

- نمی‌تواند توجه کامل به جزئیات داشته باشد و یا اینکه در فعالیتهای مدرسه اشتباهات ناشی از بی‌دقتی دارد. (جا انداختن حروف و اشتباهات بی‌دقتی در دیکته‌ها و امتحانات)
- اغلب در تداوم توجه روی یک تکلیف و یا بازی مشکل دارد. (سر تکالیفش بمدت طولانی نمی‌نشیند)
- اغلب به نظر می‌رسد وقتی با او صحبت می‌کنند گوش نمی‌دهد. (حواس پرت و سر به هوا است)
- اغلب قادر نیست دستورالعمل‌ها را دنبال کند و نمی‌تواند تکالیفش را تمام کند
- اغلب قادر نیست تکالیف و فعالیتهای سامان دهد (بی‌نظم است)
- اغلب از شرکت در فعالیتهایی که نیازمند تداوم توجه باشد اجتناب می‌کند. (از انجام تکالیف مدرسه سر باز می‌زند)
- اغلب وسایلی که برای انجام تکالیف نیاز دارد را گم می‌کند
- براحتی از طریق عوامل محیطی حواسش پرت می‌شود.
- در فعالیتهای روزانه دچار فراموشی است.

نشانه‌های پر تحرکی

- اغلب سر جاش وول می‌خورد و یا جابجا می‌شود.
- اغلب جایش را در کلاس و یا هر جایی که انتظار نشستن می‌رود را ترک می‌کند.
- اغلب زیاد می‌دود و یا در مکانهایی که متناسب نیست بالا و پائین می‌پرد.
- اغلب مشکل است که در فعالیتهای لذت بخش آرام و با صدای آهسته شرکت کند
- اغلب در حال حرکت است و طوری عمل می‌کند مثل اینکه موتورش او را هدایت می‌کند.
- اغلب خیلی صحبت می‌کند.
- نشانه‌های تکانشگری
- اغلب قبل از آنکه سوال تمام گردد پاسخ می‌دهد.
- اغلب در انتظار کشیدن مشکل دارد.
- اغلب صحبت یا فعالیت دیگران را قطع می‌کند.

معمولا این کودکان با شکایت هائی مثل پرتحرکی، ناسازگاری، درس نخواندن و بی علائقی به انجام تکالیف، جا انداختن و بی دقتی در دیکته ها، پرخاشگری همراه مراقبینشان به پزشک مراجعه می کنند. این کودکان ممکن است علاقه زیاد به برنامه های تلویزیون و بازی های رایانه ای داشته باشند ولی برای انجام تکالیفشان رغبت نشان ندهند و موقع انجام تکالیف نیازمند نظارت دیگران باشند. ممکن است علائم اختلال از یک روز به روز دیگر متفاوت باشد و بخصوص در مورد کودکان بزرگتر ممکن است در حضور پزشک برخلاف انتظار ساکت و آرام بنشینند.

اختلالات شایع همراه: برخی اختلالات بطور شایعی همراه اختلال بیش فعالی-نقص تمرکز دیده می شوند. این اختلالات عبارتند از:

- اختلال وسواسی جبری
- اختلال تیک و یا تورت
- اختلالات خلقی
- اختلال رفتار مقابله ای و بی اعتنائی
- اختلال سلوک
- اختلال اضطرابی
- اختلالات یادگیری
- اختلال هماهنگی حرکتی

فصل چهارم:

اختلالات اضطرابی

اختلال اضطراب فراگیر:

اختلالی است که با نشانه های اضطرابی نظیر تپش قلب، لرزش، خشکی دهان، تنفس تند و سریع، دلهره و دلشوره، نگرانی بیش از حد راجع به اتفاقات ناگوار، نگرانی راجع به سلامت خود یا دیگران، نگرانی راجع به قضاوت دیگران دیده می شود. این نشانه ها باعث دیسترس زیاد شده و عملکرد کودک را تحت تاثیر قرار می دهند. در کودکان وجود یک نشانه اضطرابی بمدت حداقل 6 ماه به نحوی که باعث دیسترس شدید شود این تشخیص را مطرح می سازد.

اختلال اضطراب جدائی: اختلالی است که با نشانه های اضطرابی در موقعیت جدائی یا پیش بینی جدائی از والد یا مراقب مشخص می شود. این اختلال باید حداقل 4 هفته طول کشیده و بیش از اضطراب جدائی طبیعی متناسب با سن کودک باشد. کودکان بطور طبیعی از حدود 7 ماهگی دچار اضطراب جدائی شده که تا 24 ماهگی ممکن است طول بکشد با اینحال در سنین قبل از مدرسه گاهی این نوع اضطراب طبیعی تلقی می شود مگر آنکه از نظر شدت متناسب با سن کودک نباشد. در سن مدرسه این نوع اضطراب غیر طبیعی تلقی شده و نشانه های آن عبارتند از اینکه:

- کودک بهنگام جدائی از مراقب دچار دیسترس شدید می شود.
- کودک نگرانی پایدار و شدید در خصوص از دست دادن مراقبش دارد.
- نگرانی راجع به اینکه یک واقعه شدید و نامشخص موجب جدائی وی از والدش شود.
- کودک برای رفتن به مدرسه مقاومت کرده یا با اکراه به مدرسه می رود.
- کودک از تنها ماندن در منزل یا سایر مکان ها بدون حضور مراقب اجتناب می کند.
- کودک حاضر نیست جدای از مراقب بخواهد.
- کابوسهای تکرار شونده با محتوای جدائی از مراقب
- کودک شکایات متعدد جسمی مثل شکایت از سردرد و یا دل درد دارد.

نشانه ها باید ایجاد دیسترس یا نقص عملکرد شدید نموده باشند. و علائم نباید در زمینه اختلال اوتیسم، اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات سایکوتیک دیده شوند.

کودکانی که اختلال اضطراب جدائی دارند ممکن است اختلالات همراه دیگری نیز داشته باشند این اختلالات عبارتند از:

- افسردگی اساسی
- اختلال اضطراب منتشر
- فوبیا های اختصاصی

فوبیا ها: اختلالاتی هستند که با ترس غیر متناسب از موقعیتهای خاص نظیر ارتفاع، وقایع طبیعی، و مکانهای خاص (آسانسور و ...) مشخص می شود. افراد ممکن است نسبت به غیر واقعی بودن ترسهایشان مطلع باشند. **اجتناب از مدرسه:** اجتناب از مدرسه را می توان به دلایل مختلفی نظیر فوبیا، اضطراب جدائی، اضطراب منتشر و افسردگی اساسی دید. در صورت مواجهه با کودکی که از

رفتن به مدرسه اجتناب می کند باید اختلالات زمینه ای را بررسی نموده و اقدامات لازم را هرچه سریعتر انجام داد.

اختلال وسواسی جبری: اختلالی است که با افکار تکرار شونده و رفتارهای اجباری در زمینه این افکار مشخص می شود. وسوسها و اجبارها عمدتاً در زمینه آلودگی و شستشو، تقارن، نظم و چیدن، چک کردن و افکار مزاحم و آزار دهنده و .. می باشد. وسواس و اجبارها را در کودکان بصورت حساسیت زیاد به آلودگی لباس، شستن زیاد دستها، پاک کردن های بیش از حد تکالیف و نوشتن مکرر، چیدن و منظم کردن بیش از حد اشیاء و وسایل می توان دید. کودک ممکن است به غیر عادی بودن این نشانه ها آگاه نباشد. معمولاً این نشانه ها بر عملکرد کودک اثر گذاشته و دیسترس قابل توجه ایجاد می کند. گاهی پافشاری کودک برای اجبارها از سوی والدین لجبازی تلقی می شود و گاهی الگوهائی از نظم و ترتیب توأم با شلختگی دیده می شود. گاهی کودکان وسوسه پایشان را پنهان می کنند لذا درمانگر باید در تمام موارد نسبت به وجود نشانه های وسواس حساس باشد و در مورد آنها سؤال نماید. وسواس باعث کاهش عملکرد کودک در زمینه های مختلف از جمله عملکرد تحصیلی و برهم خوردن روابط کودک با افراد خانواده و والدین می شود.

فصل پنجم:

اختلال تیک

تیک ها حرکات یا صداهاى ناگهانی، بی هدف، مکرر و تکرار شونده اند. بطور شایعی ناخواسته و یا در پاسخ به یک تمایل درونی قوی انجام می پذیرند. فرد ممکن است بتواند بمدت کوتاه مانع انجام آنها شود. تواتر تیک متفاوت و دوره های تشدید یا تخفیف دارد و ممکن است به شکل حرکات ارادی یا صدا درآوردن باشد. تیک ساده حرکات یا اصوات ناگهانی، کوتاه و بی معنی اند ولی تیک های پیچیده می توانند به شکل حرکات منظم و هدفمند تر یا اصوات مشخص (مثل ناسزا گفتن) تظاهر نمایند.

تقسیم بندی:

اختلال تیک گذرا: تیک های گذرا در سنين قبل از بلوغ شایعند و در پسر ها بیش از دختر ها دیده می شوند. انواع صوتی از شیوع کمتری برخوردار است. این تیک ها اغلب با استرس تشدید شده و کیفیت متغیری دارند. کودک ممکن است متوجه وجود تیک نباشد. باید حداقل 4 هفته ادامه داشته و بیش از یک سال هم طول نکشیده باشد.

اختلال تیک حرکتی یا صوتی مزمن: دوره زمانی این تیک ها طولانی تر از یک سال بوده و دوره های تیک باید حداقل سه ماه طول کشیده باشد. این تیک ها در شرایط استرس، اضطراب و خستگی تشدید می شوند. برخی از این افراد ممکن است مشخصات اختلال تورث را داشته باشند.

اختلال تورث: اولین نشانه های تورث معمولا در سنين 5 تا 8 سال ظاهر می شوند. در ابتدا ممکن است بصورت اختلال تیک گذرا دیده شود و لی بعدا این تیک ها ادامه می یابند. در اختلال تورث تیک های صوتی و حرکتی هر دو وجود دارند. ممکن است تیک های پیچیده نیز دیده شوند. تیک های حرکتی معمولا قبل از تیک های صوتی ظاهر می شوند.

اختلالات مرتبط یا همراه:

برخی اختلالات با اختلال تیک مرتبط بوده قبل و یا همراه آن دیده می شوند. این اختلالات عبارتند از:

- اختلالات اضطرابی
- افسردگی
- مشکلات یادگیری
- اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز
- اختلال وسواسی-جبری

کودکانی که اختلال تیک دارند ممکن است مشکلات رفتاری نظیر لجبازی و بدخلقی داشته باشند. همچنین تیک ممکن است با دوره هایی از افزایش یا کاهش شدت همراه باشد.

فصل ششم:

اختلالات خوردن و دفعی

الف: هرزه خواری:

این اختلال عبارت از خوردن مواد غیر خوراکی برای یک دوره حداقل یک ماهه است و نباید بخشی از آداب فرهنگی محسوب شود. قبل از سن 18 تا 24 ماهگی بروز این رفتار شایع است و تشخیص هرزه خواری زمانی مطرح می شود که برای یک دوره حداقل یک ماهه ادامه یابد. این بچه ها معمولا تکه های خشک شده رنگ، کاغذ، مو و... را می خورند. شایعترین عارضه این رفتار مسمومیت سرب است. معمولا شروع هرزه خواری در سال دوم زندگی است. برخی مطالعات ارتباط بین کمبود آهن و هرزه خواری را نشان داده اند.

ب: شب ادراری

به عدم کنترل ادرار بصورت غیر ارادی یا ارادی نامتناسب باسن اطلاق می شود بطوری که با سطح تکامل و سن کودک متناسب نباشد. شب ادراری تا حدود 5 سالگی طبیعی تلقی می شود. بعد از سن 5 سالگی چنانچه حداقل دوبار در هفته بمدت 3 ماه اتفاق افتد یا اینکه بروز آن باعث دیسترس و افت عملکرد شدید شود غیر طبیعی تلقی می شود. این اختلال دو نوع اولیه و ثانویه دارد نوع اولیه در کودکانی است که هیچ کنترلی روی ادرار بدست نیاورده اند و نوع ثانویه زمانیست که کودک مدت زمان قابل توجهی (6 ماه) توانائی کنترل ادرار داشته است. قبل از تشخیص باید اختلالات مدیکالی که باعث افزایش حجم ادرار یا تکرر ادرار می شوند بررسی و رد شوند. شیوع اختلالات هیجانی و رفتاری در این کودکان بیشتر از جمعیت عمومی است. ارتباط این اختلال با اختلال بیش فعالی و نقص توجه، اختلالات اضطرابی مطرح شده است. ممکن است بصورت همزمان بی اختیاری مدفوع هم دیده شود. گاهی ممکن است خانواده ها کودک را بدلیل مشکلات دیگری نزد پزشک بیاورند و لازم است پزشک در مورد کنترل ادرار و شب ادراری سؤال کند.

ج: بی اختیاری مدفوع

به دفع نامتناسب مدفوع بصورت غیر ارادی یا تعمداً در محل های نامناسب حداقل یک بار در ماه بمدت 3 ماه در کودکان بالاتر از 4 سال اطلاق می شود. این مشکل نباید ناشی از مصرف ملین ها و سایر علل شناخته شده مدیکال باشد. در نوع اولیه کودک هیچ کنترلی بدست نیاورده و در نوع ثانویه کودک حداقل یک سال کنترل داشته است. بی اختیاری که توام با یبوست و حالت سرریزی باشد شایعترین فرم اختلال است. نوع دوم که بدون یبوست و سرریزی است شیوع کمتری دارد. کودکانی که دچار بی اختیاری مدفوعند در ارتباط با همتا دچار مشکل بوده و اعتمادبه نفس پائینی دارند.

فصل هفتم:

صرع

صرع وضعیتی است که با اختلال گذرا در عملکرد مغزی و حرکات بدنی بعلت دیسشارژ بسیار زیاد یک دسته از سلول های مغزی ایجاد می شود. بنابراین صرع یک بیماری خاص نیست بلکه یک گروه از نشانه هاست که در افراد مختلف علل مختلفی دارد.

صرع بر اساس اینکه ایجاد اختلال هوشیاری کرده باشد یا نه به انواع ساده و پیچیده تقسیم می شود. انواع صرع:

صرع های ناقص یا موضعی (Partial):

الف: نوع ساده: (اختلال هوشیاری ندارد)

1. با نشانه های حرکتی
2. باننشانه های سوماتوسنسوری یا نشانه های حسی خاص
3. با نشانه های اتونوم
4. انواع مخلوط

ب: نوع پیچیده: (با اختلال هوشیاری همراه است)

1. فقط همراه با نقص هوشیاری
2. همراه با نقائص شناختی
3. همراه با نشانه های عاطفی و هیجانی
4. با نشانه های سایکوسنسوری
5. با نشانه های سایکوموتور
6. انواع مخلوط

ج: صرع ناقصی که تبدیل به نوع عمومی می شود.

صرع های عمومی (Generalized)

1. تشنج های افسانس
2. تشنج های میوکلونیک
3. اسپاسم های شیرخواری
4. تشنج های کلونیک
5. تشنج های تونیک
6. تشنج های تونیک کلونیک
7. تشنج های آتونیک
8. تشنج های آکتیک

مطالعات بروز اختلالات شناختی، روانپزشکی، مشکلات رفتاری و رفتارهای پرخاشگرانه را در بیماران صرعی نشان داده اند. ارزیابی بیماران صرعی از نظر این نشانه ها می تواند به تشخیص این اختلالات کمک کند. برای مطالعه بیشتر به بسته خدمتی مربوط به اختلالات تشنجی مراجعه کنید

فصل هشتم:

اختلالات خلقی:

اختلالات خلقی به دو گروه اصلی اختلالات افسردگی و اختلالات دوقطبی تقسیم می شوند.

اختلال افسردگی اساسی:

اختلال افسردگی اساسی اختلالی است که با غمگینی یا کاهش علاقه به فعالیتهای لذت بخش همراه با نشانه های کاهش اعتماد به نفس، احساس بی ارزشی، سرزنش خود، احساس گناه و ناامیدی همراه با تغییرات خواب و اشتها دیده می شود. نشانه های اختلال افسردگی اساسی در کودکان به اندازه بزرگسالان مشخص و واضح نیست و تشخیص این اختلال در کودکان عموماً دشوار است. مهمترین نشانه های اختلال افسردگی اساسی در کودکان عبارتند از:

- شکایات جسمی
 - تحریک پذیری و زودرنجی
 - نق زدن و زود گریه کردن
 - ظاهر غمگین
 - عدم علاقه به بازی
 - درگیر نشدن در فعالیتهای لذت بخش
 - آسیب رساندن به خود
 - قشقرق طولانی
 - احساس خستگی
 - مشکلات خواب
 - اضطراب جدائی
 - در سن مدرسه افت عملکرد تحصیلی و یا اجتناب از حضور در مدرسه
- در کودکان نشانه های افسردگی بطور شایعی با نشانه های اضطرابی دیده می شوند. با افزایش سن شکایات جسمی کاهش یافته و احساس ناامیدی و کندی روانی حرکتی بیشتر دیده می شود.

اختلال دو قطبی:

اختلال دو قطبی اختلالی است که با دوره های خلق بالا بصورت خلق شاد یا تحریک پذیر همراه با افزایش بیش از حد اعتماد به نفس، افزایش انرژی و فعالیت، کاهش نیاز به خواب، بی قراری و افزایش تمایل به فعالیتهای لذت بخش و پرخطر دیده می شود. در کودکان ممکن است نشانه های این اختلال به اندازه بزرگسالان تبیین نباشد. اختلال دو قطبی در بزرگسالان الگوی دوره ای دارد که در کودکان ممکن است دوره ای و اپیزودیک نباشد. مهمترین نشانه های اختلال دو قطبی در کودکان عبارتند از:

- خلق بالا و سرخوشی
- تحریک پذیری و نوسانات هیجانی
- پرخاشگری
- قشقرق طولانی

- پر توفعی
- بی قراری
- بی خوابی
- بزرگمنشی و قلدری
- لجبازی
- در سنین بالاتر تمایل به مصرف مواد
- فرار از مدرسه یا منزل
- افزایش تمایلات جنسی (بی پروا شدن و مهارگسیختگی)

نشانه های فوق ممکن است با دوره هائی از نشانه های افسردگی همراه باشد و ممکن است در یک دوره کوتاه مدت هر دو دسته نشانه های افسردگی و خلق بالا را بتوان دید. لذا تشخیص این اختلال در کودکان دشوار است و نیازمند ارزیابی های تخصصی می باشد.

فصل نهم:

اختلال رفتارهای ایذائی

اختلال رفتار ایذائی را به دو گروه اصلی اختلال رفتارمقابله ای و بی اعتنائی و اختلال سلوک می توان تقسیم بندی نمود. اختلال سلوک اختلالی است که مهمترین مشخصه آن رفتارهای نقض قانون است. نشانه های این اختلال بصورت رفتارهای پرخاشگرانه، آزار حیوانات، تخریب اموال، دزدی، دروغگوئی و کلاه برداری، مصرف مواد و ... دیده می شود. نوع اولیه این اختلال قبل از سن 10 سال شروع می شود و از پیش آگاهی بدتری برخوردار است برای آگاهی از ویژگیهای این اختلال به بسته نوجوانان مراجعه نمائید.

اختلال رفتار مقابله ای و بی اعتنائی:

اختلالی است که مهمترین ویژگی آن بی اعتنائی و مقابله جوئی با درخواستهای والدین و مراقبین است. این اختلال بیشتر در محیط خانواده و در ارتباط با والدین دیده می شود هرچند ممکن است نشانه های آن را در مدرسه نیز در ارتباط با اولیای مدرسه هم بتوان دید.

مهمترین ویژگیهای این اختلال عبارتند از:

- لجبازی در برابر بزرگترها
- پرخاشگری نسبت به بزرگترها
- سرزنش دیگران بخاطر خطاهای خودش
- مقابله جوئی با خواست دیگران
- نادیده گرفتن درخواستهای دیگران

لجبازی در سنین 2 تا 3 سالگی بطور طبیعی دیده می شود و چنانچه باعث دیسترس شدید نشود طبیعی تلقی می شود. سن شایع اختلال مقابله ای و بی اعتنائی سنین قبل از مدرسه و سن دبستان است. این اختلال بطور شایعی همراه با اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز دیده می شود و تشخیص افتراقی آن باید اختلال دوقطبی، اختلال افسردگی اساسی و اختلال سلوک را در نظر داشت.

فصل دهم:

عقب ماندگی ذهنی

عقب ماندگی ذهنی به شرایطی اطلاق می شود که در آن وضعیت تکاملی کودک کمتر از حد مورد انتظار بر اساس سن تقویمی است. بر اساس تعریف هرگاه سطح IQ کودک کمتر از 70 و عملکرد های انطباقی او کمتر از حد مورد انتظار باشد به شرطی که اختلال قبل از سن 18 سال شروع شده باشد. عملکرد های انطباقی به توانائی های کودک برای مراقبت از خود، بر قراری ارتباط بین فردی و اجتماعی و انطباق با شرایط محیطی و اجتماعی متناسب با سن گفته می شود. در عقب ماندگی ذهنی تاخیر در اکثر شاخص های تکاملی مثل رشد حرکتی، زبان شناخت، بازی، ارتباط اجتماعی و ... دیده می شود. این کودکان سن عقلی کمتری نسبت به سن تقویمی خود دارند. و ممکن است مشکلات رفتاری و هیجانی متعددی را نشان دهند. این اختلال می تواند بدلیل سندرم های ژنتیکی مثل سندرم X شکننده و یا اختلالات کروموزومی نظیر سندرم داون ایجاد شود. و می تواند ناشی از تاثیر سموم و یا اختلالات متابولیک باشد. در هر صورت ارزیابی علت اختلال در موارد مواجهه با عقب ماندگی ذهنی لازم است و در بسیاری از موارد رفع یا درمان اختلال زمینه ای میتواند در کاهش نشانه های اختلال مفید باشد. بر اساس سطح هوشی این اختلال به انواع خفیف، متوسط و شدید تقسیم می شود. در موارد شدید مشکلات ارگانیک بیشتر دیده می شود.

اختلالات روانپزشکی نظیر اختلالات خلقی، اضطرابی، اختلال رفتارهای ایذائی، اختلال بیش فعالی و نقص توجه را بطور شایع می توان همراه این اختلال دید.

بخش 3

مراقبت و طبقه بندی

فصل اول:

کلیات

زمانیکه مادر کودک را نزد شما می آورد یکی از دو احتمال زیر مطرح است:

- کودک را برای مراقبت دوره ای آورده است و شکایت مهمی را مطرح نمی سازد
- با یک شکایت مشخص مراجعه نموده است

در هر یک از این دو حالت ارزیابی دقیق نشانه های خطر اختلالات روانپزشکی لازم است. این راهنما نشان می دهد که چه سؤالاتی باید در مورد کودک پرسیده شود و چه مراقبت هائی باید انجام شود.. آنچه که می بایست ارزیابی شوند عبارتند از:

- نشانه های خطر در اختلالات روانپزشکی که نیازمند ارجاع فوری است
- وضعیت رشد حرکتی و حسی
- برقراری ارتباط و عملکرد زبان
- تعاملات اجتماعی
- هیجانات
- عملکرد تحصیلی (در کودکان سن مدرسه)
- وضعیت رفتاری

خلاصه ارزیابی و طبقه بندی

- از مادر در مورد سلامت کودک سؤال کنید
- اگر برای مراقبت های خاص با شکایت مشخصی مراجعه نموده است به الگوریتم مراقبت های خاص و چنانچه برای مراقبت دوره ای مراجعه نموده است به الگوریتم زیر مراجعه کنید.

ارزیابی کودک از نظر نشانه های نیازمند مداخله فوری

ارزیابی کودک از نظر وجود سابقه حملات تشنجی

ارزیابی کودک از نظر عملکرد حسی و حرکتی

ارزیابی کودک از نظر تعاملات اجتماعی (والدین، همشیره ها، همتا ها و افراد بزرگسال)

ارزیابی کودک از نظر عملکرد زبان

ارزیابی کودک از نظر عملکرد هیجانی و خلقی

ارزیابی کودک از نظر الگوهای خواب و تغذیه

ارزیابی کودک از نظر مشکلات دفعی

ارزیابی کودک از نظر مشکلات رفتاری و عادات خاص

چگونگی ارزیابی

در ارزیابی تمام کودکانی که نزد شما آورده می شوند این مراحل را انجام دهید:

- از مادر بخوبی احوال بررسی کنید و در مورد کودک سؤال نمائید
- کودک و رفتارهای وی را تحت نظر بگیرید
- نحوه تعامل کودک با والدین را در نظر داشته باشید
- به نحوه تعامل کودک با خودتان توجه کنید

الگوریتم زیر این مراحل را نشان می دهد:

در مورد تمام کودکان کمتر از 11 سال این مراحل را انجام دهید

<ul style="list-style-type: none"> ○ در حین صحبت نحوه تعامل کودک و مراقب را تحت نظر داشته باشید ○ با درخواست از کودک برای ترسیم یک نقاشی تعامل وی با خودتان را بررسی کنید ○ در مورد وضعیت خلقی، ترسها، آرزوها، رؤیاهای و ... با کودک به زبان ساده صحبت کنید ○ نحوه برقراری ارتباط، فعالیت حرکتی، بازی، پاسخهای کودک به محرکهای حسی را تحت نظر بگیرید. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ به گفته های مادر به دقت گوش دهید ○ به مادر وقت کافی برای پاسخ بدهید ○ برای تکمیل اطلاعات سوالات دیگری پرسید ○ اطلاعات را ثبت کنید 	<p>از مادر بخوبی احوال بررسی نموده و در مورد سلامت کودک سؤال کنید</p>
---	--	---

برقراری ارتباط مناسب با کودک و والد اولین قدم برای کسب اطلاعات صحیح است. مادر باید این اطمینان را داشته باشد که به سخنانش بخوبی گوش می دهید و برای مراقبت از فرزندش دقت و مهارت کافی را دارید.

برای برقراری ارتباط مناسب به نکات زیر توجه کنید:

- ارزیابی را در زمان و مکان مناسب انجام دهید
- به سخنان مادر به دقت گوش دهید
- از کلمات و جملات قابل فهم استفاده کرده و اصطلاحات علمی را بکار نبرید
- به نگرانی های مادر توجه کرده و با او همدردی نمائید
- برای ارزیابی دقیق تر سؤالاتی را مطرح کنید

- برای پاسخگوئی به مادر وقت کافی بدهید
- وقتی به پاسخ مطمئن نیستید با پرسیدن سؤال دیگری اطلاعات را تکمیل کنید
- اطلاعات بدست آمده را برای مادر خلاصه کنید تا مطمئن شود شما بخوبی اطلاعات را دریافت کرده اید.

پس از کسب اطلاعات مداخلات را برحسب اینکه برای ارزیابی دوره ای مراجعه کرده یا مراقبت خاص بر اساس الگوریتم های هر کدام طرح ریزی نمائید.

آموزشها و توصیه های لازم را در مورد نحوه مراقبت ارائه نموده و چنانچه کودک نیازمند ارجاع است در خصوص نحوه ارجاع و اقدامات لازم مراقبین را آموزش دهید.

در صورت نیاز به پیگیری برنامه و نحوه پیگیری را برای مراقبین تشریح نمائید.

در فصول بعدی به چگونگی ارزیابی دوره ای کودکان بر اساس گروههای سنی پرداخته و ارزیابی کودکان نیازمند مراقبت ویژه با شکایت خاص در بخش های بعدی مطرح می شود. در هر ارزیابی باید به مشکلات جسمی کودک علاوه بر مشکلات روانپزشکی توجه نمود. برای این منظور به چارت و بوکلت مراقبت های کودک سالم و مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های کودکان مراجعه نمائید.

وظایف تیم مراقبتهای اولیه روانپزشکی کودکان

تیم مراقبتهای اولیه روانپزشکی کودکان را بهورز، کارشناس بهداشت روان و پزشک خانواده یا پزشک مراقبتهای اولیه تشکیل می دهند. بهورز وظیفه شناسائی، ارجاع موارد مشکوک و پی گیری موارد ارجاعی را دارد. پزشک مراقبتهای اولیه وظیفه بیماریابی و ارزیابی مراجعین، انجام مداخلات اولیه، شناسائی و ارجاع موارد نیازمند خدمات تخصصی و پی گیری بیماران پس از بازگشت را بر عهده دارد. کارشناس بهداشت روان وظیفه آموزش و نظارت بر عملکرد بهورز، آموزش والدین، انجام خدمات مشاوره ای و مداخلات درمانی غیر داروئی (رفتار درمانی) را بر عهده دارد.

بر این اساس می توان وظایف این تیم را در دو قسمت موارد خطر و مراقبت های معمول تقسیم بندی نمود. جداول 1 و 2 وظایف هریک از اعضا را در این دو بخش نشان می دهند.

جدول 1: شرح وظایف پرسنل سطح اولیه ارائه خدمات بهداشت روان در موارد نیازمند مداخله فوری یا ارجاع به سطح بالاتر

وظایف	پرسنل
<p>ویزیت موارد ارجاع شده از سوی بهورز یا مواردی که خود بیمار مستقیماً مراجعه می نماید.</p> <p>ارزیابی نشانه های خطر طبق الگوریتم تشخیصی</p> <p>انجام مداخلات درمانی اولیه برای کاهش شدت نشانه های خطر مطابق الگوریتم درمانی مربوطه</p> <p>آموزش بیمار و والدین در مورد نشانه ها و مداخلات حمایتی و مراقبتهای لازم</p> <p>ارجاع به سطوح تخصصی در صورت نیاز</p> <p>دریافت پس خوراند از سطوح تخصصی</p> <p>پی گیری موارد ارجاع شده پس از بازگشت از طریق ویزیت های دوره ای</p> <p>ارجاع موارد خاص برای ارائه خدمات مشاوره ای و درمانهای رفتاری به کارشناس بهداشت روان</p> <p>نظارت بر عملکرد بهورزها و کارشناس بهداشت روان</p>	<p>پزشک</p>
<p>آموزش بهورزها و کارکنان خانه های بهداشت در خصوص نحوه ارزیابی دوره ای جمعیت تحت پوشش</p> <p>آموزش والدین و ارائه خدمات مشاوره ای در موارد ارجاع شده از سوی پزشک</p> <p>انجام مداخلات غیر داروئی در موارد ارجاع شده یا موارد پرخطر در ارزیابی های دوره ای</p> <p>انجام مداخله در بحران در موارد حاد و آموزش والدین در خصوص اقدامات حمایتی لازم.</p>	<p>کارشناس بهداشت روان</p>
<p>ارجاع موارد حاد به پزشک</p> <p>پی گیری موارد تحت درمان از نظر وجود علائم، نحوه مصرف دارو و نشانه های عود</p> <p>ارائه آموزشهای لازم به بیمار و خانواده در مورد لزوم پی گیری درمان و مراجعه بموقع به پزشک</p> <p>ارائه گزارش های دوره ای به پزشک یا کارشناس بهداشت روان در مورد موارد تحت درمان</p>	<p>بهورز</p>

جدول 2: وظایف پرسنل سطح اولیه ارائه خدمات بهداشت روان در مراقبت های معمول

وظایف	پرسنل
<p>ویزیت موارد ارجاع شده از سوی بهورز یا مواردی که خود بیمار مستقیماً مراجعه می نماید. ارزیابی نشانه های اختلالات طبق الگوریتم های تشخیصی بر اساس شکایات مطرح شده انجام مداخلات درمانی اولیه مطابق الگوریتم درمانی مربوطه آموزش بیمار و والدین در مورد نشانه ها و مداخلات حمایتی و مراقبت های لازم ارجاع به سطوح تخصصی در صورت نیاز دریافت پس خوراند از سطوح تخصصی پی گیری موارد ارجاع شده پس از بازگشت از طریق ویزیت های دوره ای ارجاع موارد خاص برای ارائه خدمات مشاوره ای و درمان های رفتاری به کارشناس بهداشت روان نظارت بر عملکرد بهورزها و کارشناس بهداشت روان</p>	<p>پزشک</p>
<p>آموزش بهورزها و کارکنان خانه های بهداشت در خصوص نحوه ارزیابی دوره ای جمعیت تحت پوشش آموزش والدین و ارائه خدمات مشاوره ای در موارد ارجاع شده از سوی پزشک انجام مداخلات غیر دارویی در موارد ارجاع شده یا موارد مربوط به ارزیابی های دوره ای انجام مداخله در بحران در موارد حاد و آموزش والدین در خصوص اقدامات حمایتی لازم.</p>	<p>کارشناس بهداشت روان</p>
<p>غربالگری دوره ای جمعیت تحت پوشش یک بار در سال در مدرسه یا ویزیت منزل از نظر نشانه های اختلالات مطابق جدول غربالگری ارجاع موارد مشکوک به پزشک و ثبت موارد در پرونده خانوار ارجاع موارد حاد به پزشک پی گیری موارد تحت درمان از نظر وجود علائم، نحوه مصرف دارو و نشانه های عود مطابق جداول پی گیری ارائه آموزش های لازم به بیمار و خانواده در مورد لزوم پی گیری درمان و مراجعه بموقع به پزشک ارائه گزارش های دوره ای به پزشک یا کارشناس بهداشت روان در مورد موارد تحت درمان</p>	<p>بهورز</p>

فصل دوم مراقبت های دوره ای بر اساس گروههای سنی

شیرخوار کمتر از 24 ماه

الف: نشانه های خطر را ارزیابی کنید:

- آیا کودک از خوردن غذا امتناع می کند؟
 - آیا کودک پرخاشگری شدید دارد؟
 - آیا کودک حملات سر کوبیدن یا رفتارهای آسیب زنده به خود دارد؟
 - آیا حملات تشنجی اخیر و یا تشنج طول کشیده دارد.
- در صورت وجود هر یک از نشانه های فوق شیر خوار را به مراکز تخصصی ارجاع و قبل از ارجاع اقدامات لازم را انجام دهید.

ب: سایر نشانه ها را ارزیابی کنید:

در تمام شیرخواران کمتر از 24 ماه به نشانه های تاخیر تکامل حرکتی، تاخیر زبان، اختلال تعامل اجتماعی، نشانه های هیجانی، بی قراری شدید نظیر بدخلقی، گریه زیاد و قشقرق، مشکلات بینائی و شنوایی و نشانه های تشنجی دقت نمائید.

کلیه شیرخواران کمتر از 24 ماه را از نظر نشانه های فوق ارزیابی کنید:

❖ سؤال کنید:

در مورد تمام شیر خواران کمتر از 24 ماه در هر پی گیری موارد زیر را از طریق پرسیدن سؤالات مناسب از مراقبین ارزیابی کنید.

- آیا شیرخوار مشکل در تکامل حسی و حرکتی دارد؟
 - آیا شیرخوار تاخیر تکاملی در زبان و گفتار دارد؟
 - آیا شیرخوار مشکل در رفتارهای دلبستگی دارد؟
 - آیا شیر خوار مشکلات رفتاری دارد؟
 - آیا مشکلات خواب و یا تغذیه ای وجود دارد؟
 - آیا در سایر شاخص های رشدی و تکاملی شیرخوار تاخیر وجود دارد؟
- برای پرسیدن سؤالات مناسب در ارزیابی موارد فوق از جدول ارزیابی شیرخوار کمتر از 24 ماه استفاده کنید:

❖ مشاهده کنید:

نحوه تعامل شیرخوار و مادر را مشاهده کنید

شیرخواران با سن کمتر از 24 ماه قادرند بین مادر، همشیرها (خواهر و برادر ها) و افراد غریبه تمایز قائل شوند. قبل از 8 ماهگی رفتارهای دلبستگی بصورت لبخند اجتماعی، جهت گیری بدنی بطرف مراقب، گریه کردن برای رسیدن به نیازها، غان و غون و زمزمه زیر لبی است و از حدود 8 ماهگی به بعد شیرخواران رفتارهای دلبستگی بصورت بروز اضطراب بهنگام جدائی از

مراقب، اضطراب غریبه در مواجهه با افراد نا آشنا دارند. در حدود یکسالگی قادر به بیان چند کلمه بوده و در حدود دو سالگی خواسته هایشان را با جملات دو کلمه ای بیان می کنند.

میزان تماس چشمی شیرخوار با مادر را ارزیابی کنید

میزان تماس چشمی را ارزیابی کنید اگر تماس چشمی وجود ندارد و کودک مراقب را با چشم تعقیب نمی کند یا جهت گیری بدنی به سمت مراقب ندارد و یا کاهش در موارد فوق مشهود است در این صورت برای شیرخوار اختلالاتی نظیر نقص بینائی، اختلالات نافذ رشد (نظیر اختلال اوتیسم و ...) مطرح است. برای بررسی نقائص بینائی میزان واکنش شیرخوار را به محرکهای نوری و رفلکسهای بینائی را ارزیابی کنید.

میزان تعامل کودک با افراد را ارزیابی کنید

شیرخواران تا حدود 24 ماهگی قادرند به صداهای خارج از میدان بینائی واکنش نشان داده و قادرند با تریجیح به صدای مادر پاسخ دهند، بین همشیرها و سایر همتاها افتراق قائل شوند و برای بیان خواسته هایشان در ارتباط با دیگران از زبان (سمبولها) استفاده کرده و بتدریج قادر خواهند بود در بازی دو نفره با همتاها شرکت نمایند. در صورت وجود نقص در هر یک از موارد فوق اختلالاتی مثل نقائص حسی، اختلالات نافذ رشد و عقب ماندگی ذهنی مطرح می شود.

میزان توجه مادر به نیازهای شیرخوار را ارزیابی کنید

تعامل مادر-کودک و پاسخ مناسب مادر به نیازهای شیرخوار را مشاهده و نحوه تعامل مادر با شیرخوار را ارزیابی کنید.

ارزیابی های مشاهده ای را بر اساس جدول ارزیابی شیرخوار کمتر از 24 ماه انجام دهید.

تمام شیرخواران کمتر از 24 ماه را از نظر نشانه های زیر ارزیابی کنید

مشاهده کنید	سؤال کنید
<p>یا حرکات تشنجی مشهود است. آیا شیرخوار با مادر تماس چشمی برقرار نمی کند. آیا فقدان پاسخ به محرکهای محیطی دارد. آیا شیر خوار بی قراری شدید و نامتناسب در ارتباط با مراقب و سایرین دارد آیا شیرخوار به صدای مادر یا حالات چهره وی واکنش نشان نداده یا پاسخ های نامتناسب می دهد.</p>	<p>آیا شیرخوار در گردن گرفتن، نشستن و راه رفتن تاخیر دارد. آیا در پاسخ به محرکهای صوتی خارج از میدان بینائی مشکل دارد؟ آیا تاخیر تکلم یا پسرفت در عملکرد های زبان وجود دارد؟ آیا در برقراری تماس چشمی مناسب، جهت گیری بدنی نسبت به مراقب اصلی، توجه مناسب به صدای مراقب مشکل دارد؟ آیا بی قراری شدید، لجبازی شدید، نا آرامی شدید دارد؟ آیا سابقه حملات تشنجی اخیر یا تشنجات مکرر و یا طول کشیده وجود دارد؟ آیا مشکل در الگوهای خواب یا تغذیه ای وجود دارد؟ آیا تاخیر یا توقف رشد دور سر وجود دارد</p>

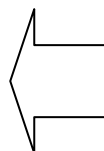
در صورت وجود مشکل در هر یک از موارد فوق بر اساس جدول طبقه بندی مداخلات لازم را انجام دهید در غیر اینصورت در مورد چگونگی مراقبت بعدی و نحوه تعامل مادر و کودک، مادر را راهنمایی کنید.

❖ طبقه بندی کنید:

در صورت وجود اختلالات تکاملی، اختلال گفتار و زبان، اختلالات حسی (بینائی یا شنوائی) و سایر مشکلات احتمالی طبقه بندی را مطابق جدول مراقبت و طبقه بندی نشانه ها در شیر خوار کمتر از 24 ماه انجام دهید.

مراقبت و طبقه بندی نشانه ها در شیرخوار کمتر از 24 ماه

رفتارهای دلبستگی	الگوهای رفتاری	رشد حرکتی
فقدان یا ضعف تماس و یا تعقیب چشمی مراقب عدم توجه به صدای مراقب فقدان لبخند اجتماعی جهت گیری به سمت مراقب	بی قراری تحریک پذیری نا آرامی رفتارهای آسیب زنده به خود (مثل سر کوبیدن) لجبازی قشقرق حرکات تکراری	شلی اندامها اسپاسم و سفتی عضلات تاخیر در نشستن مشکل در گرفتن و نگهداشتن اشیاء تاخیر در راه رفتن
زبان	وضعیت حسی	الگوی خواب و تغذیه
فقدان غان و غون فقدان زمزمه زیرلبی تاخیر در گفتن کلمات پسرفت ناگهانی در عملکرد های زبانی کسب شده	عدم پاسخ به محرک های بینایی عدم توجه به اشیاء عدم توجه به اشیاء در حال حرکت عدم توجه به محرک های صوتی	بد خوابی و مقاومت در بخواب رفتن خوردن موارد غیر خوراکی در سال دوم زندگی مقاومت در خوردن غذا



اقدامات لازم¹:

نشانه ها	توصیه ها
نداشتن رفتارها دلبستگی	ارجاع به متخصص
سر کوبیدن مداوم، بی قراری و نا آرامی، لجبازی و قشقرق	توصیه های لازم در موارد شدید ² ارجاع به متخصص
عدم توجه به محرک های حسی	ارجاع به متخصص
تاخیر قابل توجه در راه رفتن و نقائص حرکتی	بررسی سایر شاخص ها ارجاع به متخصص
فقدان تولید اصوات و تاخیر کلامی	بررسی سایر شاخص ها ارجاع به متخصص
خوردن مواد غیر خوراکی	توصیه های لازم در موارد شدید ارجاع به متخصص
مقاومت در خوردن غذا	توصیه های لازم در موارد شدید ارجاع به متخصص
بد خوابی و مقاومت در بخواب رفتن	توصیه های لازم در موارد شدید ارجاع به متخصص

1. در صورتیکه احتمال وجود یک مشکل جسمی غیر روانپزشکی نظیر بیماری

تب دار و ... باید به راهنمای مخصوص ارزیابی این اختلالات مراجعه نمود

2. موارد شدید به مواردی اطلاق می شود که یک نشانه یا مجموعه

نشانه ها باعث آسیب جسمی، اختلال عملکرد قابل توجه، و یا دیسترس

شدید روانی برای کودک یا مراقبین شده باشد

ارزیابی کودک 2 تا 6 سال

الف: نشانه های نیازمند مداخله ضروری را ارزیابی کنید:

- آیا کودک از خوردن غذا امتناع می کند؟
 - آیا کودک حملات پرخاشگری شدید دارد؟
 - آیا حملات تشنجی اخیر و یا تشنج طول کشیده دارد؟
 - آیا نشانه های آسیب دیدگی، کبود شدگی و له شدگی به نفع کودک آزاری وجود دارد؟
- در صورت وجود هر یک از نشانه های فوق کودک را به مراکز تخصصی ارجاع و قبل از ارجاع اقدامات لازم را انجام دهید.

ب: سایر نشانه ها را ارزیابی کنید:

این مرحله از ارزیابی برای تمام کودکان 2 تا 6 سال انجام می شود. در این مرحله به نشانه های تاخیر تکاملی، نشانه های تشنجی، مشکلات گفتاری، اختلالات نافذ رشد، مشکلات رفتاری نظیر لجبازی، پرخاشگری و ناخن جویدن، مشکلات دفعی نظیر شب ادراری و عدم کنترل مدفوع، پر تحرکی و نقص تمرکز توجه نمائید.

کلیه کودکان 2 تا 6 سال را از نظر نشانه های مشکلات فوق ارزیابی کنید:

❖ سؤال کنید:

- آیا کودک نقص یا تاخیر تکاملی (حرکتی، حسی، زبانی و شناختی) دارد؟
 - آیا کودک در تعامل اجتماعی (در رابط با والدین، همسایرها و همتاها) مشکل دارد؟
 - آیا کودک مشکلات رفتاری (لجبازی شدید و پرخاشگری) دارد.
 - آیا کودک رفتارهای عادی (مثل ناخن جویدن، مکیدن شست و ...) دارد.
 - آیا کودک مشکلات دفعی) دارد.
 - آیا کودک مشکل پرتحرکی افزایش انرژی دارد؟
 - آیا کودک رفتارهای تکانشی، ناگهانی و خطرناک دارد؟
 - آیا کودک برای توجه و تمرکز روی یک موضوع مشکل دارد؟
- برای پرسیدن سؤالات مناسب در ارزیابی موارد فوق از جدول ارزیابی کودک 2 تا 6 سال استفاده کنید:

❖ مشاهده کنید:

نحوه برقراری ارتباط را مشاهده کنید

کودکان با سن 2 تا 6 سال قادرند از زبان برای بیان خواسته هایشان استفاده کنند. در زبان جملات چند کلمه ای را بکار برده و از الگوهای گرامری ساده به درستی استفاده می کنند. قادرند در بازیهای تخیلی شرکت کنند. به نحوه مکالمه کودک توجه نموده و در صورت امکان نحوه بازی کودک با اسباب بازی را زیر نظر بگیرید.

میزان تماس چشمی کودک با مادر را ارزیابی کنید

میزان تماس چشمی را ارزیابی کنید اگر تماس چشمی وجود ندارد و یا کاهش در این مورد مشهود است در این صورت میزان واکنش کودک را به محرکهای نوری و رفلکسهای بینائی را بررسی و از نظر احتمال وجود اختلال نقص تمرکز و اختلالات نافذ رشد کودک را مطابق فصل چهارم این بخش (ارزیابی دوره ای برای اختلالات روانپزشکی کودکان) ارزیابی کنید.

میزان تعامل کودک با دیگران را ارزیابی کنید

کودکان قادرند بین همشیرها و سایر همتاها افتراق قائل شوند، و برای بیان خواسته هایشان در ارتباط با دیگران از زبان (سمبولها) استفاده کنند و در یک تعامل دوطرفه با اطرافیان با درمانگر شرکت کنند. در حین ارزیابی به نحوه تعامل والد و کودک و تعامل کودک با خودتان توجه کنید.

وضعیت عمومی کودک را ارزیابی کنید

ارزیابی میزان هماهنگی حرکتی، وجود حرکات ناگهانی پرشی در عضلات، سطح فعالیت، میزان آراستگی، آثار زخم یا خراشیدگی در سر و صورت، علائم کبود شدگی، له شدگی، سوختگی به نفع کودک آزاری و ... را ارزیابی کنید.

تمام کودکان 2 تا 6 سال را از نظر نشانه های زیر ارزیابی کنید

مشاهده کنید	سؤال کنید
<p>آیا حرکات تشنجی مشهود است؟</p> <p>آیا کودک با مادر تماس چشمی برقرار نمی کند؟</p> <p>آیا در برقراری ارتباط معنی دار و دو طرفه با درمانگر مشکل دارد؟</p> <p>آیا کودک حرکات تکراری یا چرخشی در اندامها یا تنه دارد؟</p> <p>آیا حرکات تیک مانند مثل پلک زدن مکرر، حرکات ناگهانی عضلات صورت و اندامها مشهود است؟</p> <p>آیا کودک بی جهت جملات دیگران را تکرار می کند؟</p> <p>آیا فقدان پاسخ به محرکهای محیطی دارد؟</p> <p>آیا کودک پرخاشگری شدید و نامتناسب در ارتباط با مراقب و سایرین دارد؟</p> <p>آیا کودک پر تحرک بوده و مرتبا جابجا می شود؟</p> <p>آیا کودک در جمله بندی و کاربرد صحیح جملات از نظر گرامری مشکل دلدرد؟</p> <p>آیا مشکلات گفتاری بصورت لکنت یا بیان غیر صحیح کلمات بصورت نا مفهوم دیده می شود.</p>	<p>آیا کودک حرکات تکراری دارد؟</p> <p>آیا کودک در برقراری تماس چشمی ضعف دارد؟</p> <p>آیا کودک برای برقراری ارتباط با والدین، همشیرها و همتاها (عدم ترجیح یا تمایل به ارتباط و عدم مشارکت در بازیهای جمعی) مشکل دارد؟</p> <p>آیا کودک تاخیر تکاملی در بیان کلمات، توقف یا افت عملکرد در شاخص های کسب زبان دارد؟</p> <p>آیا کودک مشکلات رفتاری بصورت لجبازی شدید و پرخاشگری دارد.</p> <p>آیا کودک رفتارهای عادی مثل ناخن جویدن، مکیدن شست و ... دارد.</p> <p>آیا کودک مشکلات دفعی مثل شب ادراری (بعد از 5 سالگی) و عدم کنترل مدفوع دارد.</p> <p>آیا کودک مشکل پرتحرکی بصورت وول خوردن، ناتوانی برای نشستن و افزایش انرژی دارد؟</p> <p>آیا کودک رفتارهای تکانشی، ناگهانی و خطرناک دارد؟</p> <p>آیا در سایر شاخص های تکاملی کودک تاخیر وجود دارد؟</p>

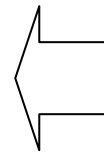
در صورت مشکل در هر یک از موارد فوق بر اساس جدول طبقه بندی مداخلات لازم را انجام دهید در غیر اینصورت در مورد مراقبت های بعدی و نحوه تعامل مادر و کودک، مادر را راهنمایی کنید.

❖ طبقه بندی کنید:

در صورت وجود مشکل در هر یک از موارد فوق طبقه بندی را بر اساس جدول مراقبت و طبقه بندی نشانه ها در کودک 2 تا 6 سال انجام دهید

مراقبت و طبقه بندی نشانه ها در کودک 2 تا 6 سال

وضعیت حرکتی	وضعیت حسی	زبان
تاخیر حرکتی عدم توانایی برای دویدن با حفظ تعادل حرکات تکراری یا چرخشی در اندامها	عدم پاسخ به محرک های بینایی عدم توجه به اشیاء عدم توجه به اشیاء در حال حرکت عدم توجه به محرک های صوتی پاسخ نامتناسب به محرک های حسی مثل عدم پاسخ به درد یا واکنش های شدید به محرک های حسی (مثل صدا یا نور زیاد)	صحبت نکردن یا تاخیر زبان گرامر و جمله بندی نامناسب تکرارهای بی معنی کلمات و جملات لکنت عدم توانایی در تلفظ حروف یا کلمات
ارتباط اجتماعی	وضعیت هیجانی	رفتارها و عادات
نگاه نکردن در چشم مخاطب بهنگام مکالمه (تماس چشمی ضعیف) مشکل در ارتباط با والد یا مراقب، همشیرها یا همتاها (عدم تمایل به ارتباط یا عدم تمایز در ارتباط با افراد غریبه و آشنا) عدم شرکت در بازیهای دستجمعی با همتاها صحبت نکردن در موقعیت های نا آشنا	بهانه جوئی زیاد بی قراری قشقرق پرخاشگری گریه زیاد هیجانان نامتناسب از نظر نوع و شدت ترس نامتناسب	لجبازی پرفعالیتی بی توجهی به خطرات رفتارهای آسیب زنده به خود رفتار های تکراری بی معنی ناخن جویدن پلک زدن مکرر یا حرکات ناگهانی عضلات صورت و اندامها علائق شدید و نامتناسب به برخی اشیاء
خواب	تغذیه	دفع
مقاومت در بخواب رفتن بیدار شدن های مکرر در خواب کابوس های خواب و راه رفتن در خواب	امتناع از غذا خوردن و بد غذایی خوردن مواد غیر خوراکی	عدم کنترل مدفوع یا کثیف کردن لباس زیر بعد از 4 سالگی شب ادراری و عدم کنترل ادرار بعد از 5 سالگی



اقدامات لازم¹:

نشانه ها	توصیه ها
تاخیر حرکتی یا تعادل ضعیف تعادل در راه رفتن و دویدن حرکات تکراری، چرخشی، حرکات ناگهانی تیک مانند	توصیه های لازم و در صورت تداوم ارجاع در موارد شدید ² و طول کشیده ارجاع به متخصص
عدم پاسخ به محرک های حسی	بر اساس چارت WCC کودک سالم
صحبت نکردن یا تاخیر کلامی، تکرار های بی معنی،	ارجاع به متخصص
لکنت و صحبت نا مفهوم	توصیه های لازم در موارد شدید و طول کشیده ارجاع به متخصص
عدم تماس چشمی و ترجیح برای ارتباط با مراقب، عدم ارتباط و بازی با همتاها	ارجاع به متخصص
مشکلات هیجانی	توصیه های لازم در موارد شدید و طول کشیده ارجاع به متخصص
مشکلات رفتاری و عادات	توصیه های لازم در موارد شدید و طول کشیده ارجاع به متخصص
مشکلات خواب، تغذیه و دفع	توصیه های لازم در موارد شدید و طول کشیده ارجاع به متخصص

1. در صورتیکه احتمال وجود یک مشکل جسمی غیر روانپزشکی نظیر بیماری تب دار و ... باید به راهنمای مخصوص ارزیابی این اختلالات مراجعه نمود
2. موارد شدید به مواردی اطلاق می شود که یک نشانه یا مجموعه نشانه ها باعث آسیب جسمی، اختلال عملکرد قابل توجه، و یا دیسترس شدید روانی برای کودک یا مراقبین شده باشد

ارزیابی کودک 6 تا 11 سال

الف: نشانه های نیازمند مداخله ضروری را ارزیابی کنید:

- آیا پرخاشگری شدید دارد؟
 - آیا حملات تشنجی اخیر و یا تشنج طول کشیده دارد؟
 - آیا افکار خودکشی دارد؟
 - آیا نشانه های آسیب دیدگی، کبود شدگی و له شدگی به نفع کودک آزاری وجود دارد؟
- در صورت وجود هر یک از نشانه های فوق کودک را به مراکز تخصصی ارجاع و قبل از ارجاع اقدامات لازم را انجام دهید

ب: سایر نشانه های نیازمند ارزیابی:

این مرحله از ارزیابی برای تمام کودکان 6 تا 11 سال انجام می شود. در این مرحله به نشانه های تاخیر تکاملی (حرکتی، زبان و ...)، نشانه های تشنجی، مشکلات حرکتی و تیک، مشکلات تکلمی، مشکلات رفتاری نظیر لجبازی، پرخاشگری و ناخن جویدن، مشکلات دفعی نظیر شب ادراری و عدم کنترل مدفوع، پر تحرکی و نقص تمرکز و توجه، مشکلات یادگیری و تحویلی، مشکلات خلقی، وسواس توجه نمائید.

کلیه کودکان 6 تا 11 سال را از نظر نشانه های فوق ارزیابی کنید:

❖ سؤال کنید:

- آیا کودک تاخیر تکاملی دارد؟
- آیا کودک بی قراری، ترس و هیجان نامتناسب دارد؟
- آیا کودک در ارتباط با والدین، همشیره ها و همتاها مشکل دارد؟
- آیا کودک تاخیر یا افت عملکرد در شاخص های کسب زبان دارد؟
- آیا کودک مشکلات رفتاری (لجبازی شدید، پرخاشگری و ...) دارد.
- آیا کودک مشکلات سلوک (مثل قلدری، دزدی یا دروغ گوئی) دارد؟
- آیا کودک رفتارهای عادی (مثل ناخن جویدن، مکیدن شست و ...) دارد.
- آیا کودک مشکلات دفعی دارد.
- آیا کودک مشکل پرتحرکی افزایش انرژی دارد؟
- آیا کودک رفتارهای تکانشی، ناگهانی و خطرناک (بی توجهی به ارتفاع و دست ردن به وسایل خطرناک) دارد؟
- آیا مشکل یادگیری و افت عملکرد تحویلی وجود دارد؟
- آیا مشکلات خلقی (بصورت نق زدن، بد خلقی و گریه) وجود دارد؟
- آیا رفتارهای وسواسی دارد؟
- آیا کودک مشکلات خواب یا تغذیه ای دارد؟

برای پرسیدن سؤالات مناسب در ارزیابی موارد فوق از جدول ارزیابی کودک 6 تا 11 سال استفاده کنید و در موارد نیازمند ارزیابی دقیق تر جنبه های تکاملی به ضمیمه این راهنما مراجعه نمائید.

❖ مشاهده کنید:

نحوه ارتباط کودک را مشاهده کنید

کودکان با سن 6 تا 11 سال قادرند الگوهای گرامری مناسب را بخوبی در کلام بکار برند. و از زبان برای برقراری ارتباط به خوبی استفاده کنند. قادرند در بازی های دستجمعی با همتا ها و در بازیهای دارای قانون شرکت کنند.

میزان تعامل کودک با اطرافیان را ارزیابی کنید

مهم است به نحوه تعامل کودک با مراقبین در حین ارزیابی شامل تماس چشمی با مراقبین، تمایز بین آشنایان و غریبه ها، میزان وابستگی کودک به مراقبین، هرگونه نگرانی یا ترس در ارتباط با مراقبین و ... را در نظر داشته باشید.

وضعیت عمومی کودک را ارزیابی کنید

ارزیابی میزان هماهنگی حرکتی، حرکات پرشی عضلات، سطح فعالیت، میزان آراستگی، آثار زخم یا خراشیدگی در سر و صورت، نشانه های کبودی، له شدگی، سوختگی نشانگر احتمال کودک آزاری و ... را ارزیابی کنید.

تمام کودکان 6 تا 11 سال را از نظر نشانه های زیر ارزیابی کنید

مشاهده کنید	سؤال کنید
آیا حرکات تشنجی مشهود است؟	آیا کودک حرکات تکراری دارد؟
آیا کودک با مادر تماس چشمی برقرار نمی کند؟	آیا کودک در برقراری تماس چشمی به هنگام مکالمه ضعف دارد؟
آیا در برقراری ارتباط معنی دار و دو طرفه با درمانگر مشکل دارد؟	آیا کودک تاخیر تکاملی در بیان کلمات، توقف یا افت عملکرد در شاخص های کسب زبان دارد؟
آیا حرکات تیک مانند مشهود است؟	آیا کودک در برقراری ارتباط با والدین، همتاها و همشیرها مشکل دارد؟
آیا کودک بی جهت جملات دیگران را تکرار می کند؟	آیا کودک لجبازی شدید و پرخاشگری دارد؟
آیا فقدان پاسخ به محرکهای محیطی دارد؟	آیا دزدی یا دروغگوئی دارد؟
آیا کودک پرخاشگری شدید و نامتناسب در ارتباط با مراقب و سایرین دارد؟	آیا کودک ناخن جویدن، مکیدن شست و ... دارد.
آیا کودک پر تحرک بوده و مرتباً جابجا می شود؟	آیا کودک شب ادراری و یا عدم کنترل مدفوع دارد.
آیا کودک در جمله بندی و کاربرد صحیح جملات مشکل دارد؟	آیا کودک پرتحرکی بصورت وول خوردن، ناتوانی برای نشستن و افزایش انرژی دارد؟
آیا مشکلات گفتاری بصورت لکنت یا بیان غیر صحیح کلمات دیده می شود.	آیا کودک رفتارهای تکانشی، ناگهانی و خطرناک دارد؟
	آیا مشکل یادگیری و افت عملکرد تحصیلی وجود دارد؟
	آیا نق زدن، بد خلقی و گریه وجود دارد؟
	آیا کودک برای توجه و تمرکز روی یک موضوع مشکل دارد؟
	آیا برای شروع خواب یا تداوم خواب مشکل دارد؟
	آیا مشکلات تغذیه ای دارد؟

در صورت مشکل در هر یک از موارد فوق بر اساس جدول طبقه بندی مداخلات لازم را انجام دهید در غیر اینصورت در مورد مراقبت های بعدی و نحوه تعامل مادر و کودک، مادر را راهنمایی کنید.

❖ طبقه بندی کنید:

در صورت وجود مشکل در هر یک از موارد فوق طبقه بندی را بر اساس جدول مراقبت و طبقه بندی نشانه ها در کودک 6 تا 11 سال انجام دهید

مراقبت و طبقه بندی نشانه ها در کودک 6 تا 11 سال

وضعیت حسی و حرکتی	وضعیت هیجانی	زبان
پاسخ ضعیف به محرک های بینایی و شنوایی پاسخ نامتناسب به محرک های حسی عدم توانایی برای دویدن با تعادل	بروز احساسات نامتناسب از نظر نوع و شدت بهانه جوئی و تحریک پذیری قشقرق پرخاشگری گریه زیاد اضطراب و ترسهای نامتناسب	صحبت نکردن یا تاخیر زبان تلفظ نامناسب حروف و کلمات گرامر و جمله بندی نامناسب تکرار بی معنی جملات لکنت
ارتباط اجتماعی	رفتارها و عادات	عملکرد تحصیلی
نگاه نکردن در چشم مخاطب بهنگام مکالمه عدم تمایز آشنا و غریبه مشکل در برقراری ارتباط با همتاها و افراد دیگر عدم شرکت در بازیهای دستجمعی با همتاها صحبت نکردن در موقعیت های نا آشنا	لجبازی و مقابله جوئی پرفعالیتی بروز رفتارهای خطرناک ناگهانی (هل دادن دیگران، آتش افروزی و ...) قلدری و زور جوئی دروغ جوئی و دزدی اجتناب از مدرسه رفتن ناخن جویدن حرکات تکراری یا چرخشی در اندامها پلک زدن مکرر یا حرکات ناگهانی عضلات صورت و اندامها رفتارهای وسواسی	اشتباهات بی دقتی مثل جا انداختن در دیکته ناتوانی در تداوم انجام تکالیف ضعف در خواندن ضعف در نوشتن و یادگیری کلمات و عبارات ضعف در عملکرد ریاضی کاهش عملکرد تحصیلی نسبت به قبل. عدم پیشرفت تحصیلی متناسب با سن
خواب	تغذیه	دفع
مشکل در بخواب رفتن ابتدای شب بیدار شدن های مکرر در خواب راه رفتن در خواب کابوسهای شبانه	امتناع از غذا خوردن رفتارهای تغذیه ای خاص و نا مناسب	عدم کنترل مدفوع و کتیف کردن لباس زیر شب ادراری و عدم کنترل ادرار

اقدامات لازم¹:

نشانه ها	توصیه ها
نقص در پاسخ به محرک های حسی، نا هماهنگی و بی تعادلی در حرکات و دویدن، حرکات تیک مانند و تکراری	توصیه های لازم در موارد شدید ارجاع به متخصص
مشکلات هیجانی	توصیه های لازم در موارد شدید ارجاع به متخصص
صحبت نکردن در موقعیت نا آشنا، تاخیر کلامی، تکرار های بی معنی، گرامر و جمله بندی نامناسب	ارجاع به متخصص
مشکل در ارتباط اجتماعی	ارجاع به متخصص
رفتارها و عادات نا مناسب	توصیه های لازم در موارد شدید ارجاع به متخصص
افت عملکرد تحصیلی	توصیه های لازم در موارد شدید ارجاع به متخصص
مشکلات خواب، تغذیه و دفع	توصیه های لازم در موارد شدید ارجاع به متخصص

1. در صورتیکه احتمال وجود یک مشکل جسمی غیر روانپزشکی نظیر بیماری تب دار و ... باید به راهنمای مخصوص ارزیابی این اختلالات مراجعه نمود
2. موارد شدید به مواردی اطلاق می شود که یک نشانه یا مجموعه نشانه ها باعث آسیب جسمی، اختلال عملکرد قابل توجه، و یا دیسترس شدید روانی برای کودک یا مراقبین شده باشد

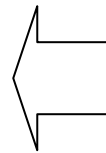
فصل سوم: مراقبت های تکاملی

مراقبت های تکاملی در زمینه های مختلف تکاملی متناسب با سن کودک انجام می شود. این مراقبت ها را کارشناس بهداشت روان و یا بهورز با نظارت کارشناس بهداشت روان یا پزشکان مراقبت های اولیه در زمان ارزیابی های دوره ای کودکان انجام می دهند.

ارزیابی کودک از نظر تکامل حرکتی

طبقه بندی کنید

نشانه ها	طبقه بندی	اقدامات
تاخیر قابل توجه در تکامل حرکات مثل نشستن و راه رفتن اختلالات شدید در تون عضلات حرکات تکراری شدید در اندامها تیک شدید و طول کشیده، پر فعالیتی شدید	مشکل جدی	بررسی سایر شاخص های تکاملی و ارجاع به پزشک
نا هماهنگی حرکتی، تیک خفیف و کوتاه مدت (کمتر از 12 ماه)	مشکل جدی نیست	ارائه توصیه های لازم و در صورت لزوم ارجاع
نا هماهنگی حرکتی	مشکل جدی نیست	ارائه توصیه های لازم



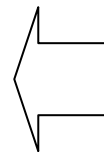
به نحوه حرکات کودک و هماهنگی حرکتی وی دقت کنید آیا کودک مشکل حرکتی دارد؟

مشاهده کنید	سؤال کنید
تون عضلات (شلی و یا اسپاسم) تیک حرکات تکراری در اندامها ناهماهنگی حرکات	تاخیر تکامل حرکتی (گردن گرفتن، نشستن، راه رفتن) توانائی راه رفتن بصورت هماهنگ توانائی دویدن متعادل پر تحرکی حرکات تکراری تیک

ارزیابی کودک از نظر تکامل زبان

طبقه بندی کنید

اقدامات	طبقه بندی	نشانه ها
بررسی سایر شاخص های تکاملی و ارجاع به متخصص	مشکل جدی	تاخیر تکلم تا 24 ماهگی لکنت زبان شدید نا مفهوم بودن کلام بعد از 3 سالگی عدم درک کلام دیگران تکرار بی معنی جملات دیگران گرامر نا صحیح عدم فهم کلام دیگران
ارائه توصیه های لازم و پی گیری	ممکن است مشکل جدی باشد	تاخیر تکلم بعد از 12 ماهگی لکنت خفیف کلام نا مفهوم قبل از 3 سالگی
توصیه های لازم	مشکلی نیست	نقائص خفیف در کلام



به نحوه صحبت کودک و گفتار وی دقت کنید

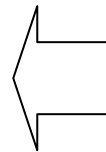
آیا کودک مشکل زبان دارد؟

مشاهده کنید	سؤال کنید
نحوه ارتباط کلامی و غیر کلامی برای بیان خواسته ها وجود لکنت در کلام قابلیت فهم کلام گرامر غیر صحیح در جمله بندی بعد از حدود 3 سالگی	تاخیر تکامل زبان فهم کلام دیگران کاربرد گرامر صحیح جابجائی کلمات در جمله ها لکنت تکرار بی معنی کلام دیگران

ارزیابی کودک از نظر ارتباط اجتماعی

طبقه بندی کنید

نشانه ها	طبقه بندی	اقدامات
فقدان ارتباط با همتاها، عدم وجود اضطراب جدائی به هنگام جدائی از مادر فقدان تماس چشمی	مشکل جدی	ارجاع به متخصص
شرم و خجالت در هنگام مواجهه با غریبه ها دیر ارتباط برقرار نمودن با همتاها	در صورتیکه شدید نباشد جدی نیست	ارائه توصیه های لازم



به نحوه تعامل کودک با والدین و با خودتان توجه کنید
آیا در نحوه تعامل اجتماعی کودک مشکل وجود دارد؟

مشاهده کنید	سؤال کنید
تماس چشمی در مکالمه نحوه برقراری ارتباط با درمانگر وابستگی بیش از حد به والد فقدان وابستگی و ارتباط با والد تمایل به برقراری ارتباط همراه با اجتناب و شرم	تمایز مادر از افراد غریبه عدم ارتباط با همتاها فقدان اضطراب جدائی اضطراب جدائی بیش از حد شرکت در بازیهای دستجمعی تمایل به برقراری ارتباط همراه با اجتناب

فصل چهارم: مراقبت از کودکی که با شکایت خاص مراجعه نموده است

در این قسمت مراقبت از کودکانی مد نظر است که والد یا مراقب آنها را بدلیل یک علامت یا شکایت خاصی نزد پزشک آورده و یا خود کودک آن شکایت را مطرح می سازد: در این صورت در ابتدا مشخص نمائید که آیا شکایت یا علامت مطرح شده جزء نشانه های خطر بوده و آیا کودک نیازمند مراقبت یا اقدامات حمایتی یا ارجاع فوری است. در صورتیکه شکایت بیمار جزء نشانه های نیازمند مداخله فوری نیست برای ارزیابی و طبقه بندی بر اساس جدول مربوط به هر شکایت عمل نمائید.

ارزیابی نشانه های نیازمند مداخله فوری

در هر موردی که مادر کودک را با شکایت یا نشانه های خاصی نزد شما می آورد نشانه های خطر احتمالی را ارزیابی کنید.

آیا کودک رفتارهای آسیب زننده به خود دارد؟
آیا کودک حملات پرخاشگری شدید دارد؟
آیا کودک از خوردن غذا بکلی اجتناب می کند؟
آیا کودک کندی شدید حرکتی دارد؟
آیا کودک افکار خودکشی یا سابقه اقدام به خودکشی در چند روز اخیر دارد؟
آیا کودک در معرض کودک آزاری شدید جسمی یا جنسی است؟
آیا کودک بدلیل غفلت والدین از تامین نیازهای اساسی دچار سوء تغذیه شدید است؟
آیا کودک حملات پی در پی تشنجی دارد؟

توجه: در هر مورد از موارد فوق ارزیابی را تکمیل و بعد از اقدامات درمانی اولیه کودک را ارجاع کنید

سایر نشانه ها:

در مواردی که والدین بدلیل مشکل خاصی مراجعه می کنند. ممکن است یک علامت یا چند علامت بعنوان شکایت اصلی مطرح شود. در این صورت برای ارزیابی کودک باید اختلالاتی که این علامت یا شکایت به آنها مرتبط است را ارزیابی و کودک را براساس جدول طبقه بندی علائم یا اختلالات روانپزشکی طبقه بندی نمود. برای این منظور به جدول نشانه ها و تشخیص های افتراقی مراجعه نمائید. در این جدول به تشخیص های افتراقی شایع برخی علائم و شکایات احتمالی اشاره شده است ولی تمام نشانه ها و اختلالات را در بر نمی گیرد. چنانچه شکایت بیمار جزو نشانه های مطرح شده در این جدول نیست کودک را برای ارزیابی تشخیصی دقیقتر به متخصص روانپزشکی ارجاع دهید.

جدول نشانه ها و تشخیص های افتراقی در اختلالات روانپزشکی کودکان

علامت یا شکایت بیمار	تشخیص های افتراقی	نشانه های کمک کننده
پر تحرکی	بیش فعالی و نقص تمرکز	وول خوردن، عجول و کم صبر بودن، رفتارهای خطرناک، جنب و جوش زیاد، پرحرفی، بی دقتی
	اوتیسم	ناتوانی در ارتباط با دیگران، عدم تماس چشمی، رفتارهای تکراری، تاخیر یا نقص در تکلم
بی قراری	اختلالات اضطرابی	بی فراری بهنگام جدائی از مراقب و وابستگی شدید به مراقب، نگرانی راجع به اتفاقات آینده، مشکل خواب، ترس از تنهایی یا تاریکی، تحریک پذیری و بهانه جوئی، شکایات جسمی مثل دل درد و سر درد، غیبت از مدرسه، قشقرق، پرخاشگری
	بیش فعالی و نقص تمرکز	وول خوردن، عجول و کم صبر بودن، رفتارهای خطرناک، جنب و جوش زیاد، پرحرفی، بی دقتی
مشکلات خلقی و افسردگی	مشکلات خلقی و افسردگی	کاهش فعالیت، نق نق کردن، زود رنجی و زود گریه کردن، بد خلقی و کج خلقی، مشکلات خواب، وابستگی زیاد به مراقب
	اختلالات اضطرابی	بی فراری بهنگام جدائی از مراقب و وابستگی شدید به مراقب، نگرانی راجع به اتفاقات آینده، مشکل خواب، ترس از تنهایی یا تاریکی، تحریک پذیری و بهانه جوئی، شکایات جسمی مثل دل درد و سر درد، غیبت از مدرسه، پرخاشگری

جدول نشانه ها و تشخیص های افتراقی در اختلالات روانپزشکی کودکان (ادامه)

نشانه های کمک کننده	تشخیص های افتراقی	علامت یا شکایت بیمار
وول خوردن، عجول و کم صبر بودن، رفتارهای خطرناک، جنب و جوش زیاد، پرحرفی، بی دقتی	بیش فعالی و نقص تمرکز	پرخاشگری
کاهش فعالیت، نق نق کردن، زود رنجی و زود گریه کردن، بد خلقی و کج خلقی، مشکلات خواب، وابستگی زیاد به مراقب	مشکلات خلقی و افسردگی	
بی قراری بهنگام جدائی از مراقب و وابستگی شدید به مراقب، نگرانی راجع به اتفاقات آینده، مشکل خواب، ترس از تنهایی یا تاریکی، تحریک پذیری و بهانه جوئی، شکایات جسمی مثل دل درد و سر درد، غیبت از مدرسه، قشقرق،	اختلالات اضطرابی	
دروغ گوئی، دزدی، پرخاشگری، مصرف مواد، فرار از منزل، فرار از مدرسه	اختلال رفتارهای ایدائی	
وول خوردن، عجول و کم صبر بودن، رفتارهای خطرناک، جنب و جوش زیاد، پرحرفی، بی دقتی	بیش فعالی و نقص تمرکز	قشقرق
کاهش فعالیت، نق نق کردن، زود رنجی و زود گریه کردن، بد خلقی و کج خلقی، مشکلات خواب، وابستگی زیاد به مراقب	مشکلات خلقی و افسردگی	
بی قراری بهنگام جدائی از مراقب و وابستگی شدید به مراقب، نگرانی راجع به اتفاقات آینده، مشکل خواب، ترس از تنهایی یا تاریکی، تحریک پذیری و بهانه جوئی، شکایات جسمی مثل دل درد و سر درد، غیبت از مدرسه، پرخاشگری	اختلالات اضطرابی	
وول خوردن، عجول و کم صبر بودن، رفتارهای خطرناک، جنب و جوش زیاد، پرحرفی، بی دقتی	بیش فعالی و نقص تمرکز	رفتارهای بزهکارانه
کاهش فعالیت، نق نق کردن، زود رنجی و زود گریه کردن، بد خلقی و کج خلقی، مشکلات خواب، وابستگی زیاد به مراقب	مشکلات خلقی و افسردگی	
بی قراری بهنگام جدائی از مراقب و وابستگی شدید به مراقب، نگرانی راجع به اتفاقات آینده، مشکل خواب، ترس از تنهایی یا تاریکی، تحریک پذیری و بهانه جوئی، شکایات جسمی مثل دل درد و سر درد، غیبت از مدرسه، پرخاشگری	اختلالات اضطرابی	
به بسته نوجوانان مراجعه کنید	اختلال سلوک	

جدول نشانه‌ها و تشخیص‌های افتراقی در اختلالات روانپزشکی کودکان (ادامه)

علامت یا شکایت بیمار	تشخیص‌های افتراقی	نشانه‌های کمک‌کننده
تاخیر در تکلم	اوتیسم	مشکل در ارتباط اجتماعی، عدم تماس چشمی، رفتارهای تکراری، بی‌قراری
	عقب‌ماندگی ذهنی	تاخیر یا نقص در اکثر شاخص‌های تکاملی، مشکلات یادگیری، اختلالات رفتاری
	اختلال زبان بیانی	نقص در بیان خواسته‌ها در غیاب نقص در فهم کلام و یا زبان غیر کلامی
سایر مشکلات تکلمی	لکنت	تکرار سیلاب‌ها، کشیدن بخشی از کلمه، توقف در حین بیان کلمات
	اختلال فنولوژی	نقص در بیان اصوات، نقص در تلفظ صحیح
حرکات تکراری	اوتیسم	مشکل در ارتباط اجتماعی، عدم تماس چشمی، بی‌قراری، تاخیر یا نقص در تکلم
	تیک	حرکات ناگهانی و سریع یک دسته از عضلات، ایجاد صدا از گلو.
	اختلال وسواسی جبری	رفتارهای تکراری در زمینه شستشو، چک کردن، چیدن، جمع‌آوری کردن.
	تشنج	سابقه تشنج، اختلال سطح هوشیاری، زمان‌های کوتاه خیره شدن. حرکات تونیک و کلونیک در اندامها، افتادن ناگهانی و ...
	عقب‌ماندگی ذهنی	تاخیر یا نقص در اکثر شاخص‌های تکاملی (حرکت، زبان و ...)، مشکلات یادگیری، اختلالات رفتاری
شب‌ادرازی	انورزی	دفع ادرار روزانه و شبانه در محل‌های نامناسب یا خیس کردن شلوار
اجتناب از مدرسه رفتن	اضطراب جدائی	اضطراب در موقعیت‌های جدائی از والدین، نشانه‌های جسمی، نگرانی راجع به از دست دادن والدین
	افسردگی	کاهش فعالیت، نق‌نق کردن، گریه بی‌جهت، کاهش اعتماد به نفس، مشکلات خواب، چسبندگی زیاد به مراقب
	اختلال یادگیری	مشکل در خواندن، مشکل نوشتن، مشکل ریاضیات
	اختلال اضطرابی	بی‌قراری بهنگام جدائی از مراقب و وابستگی شدید به مراقب، نگرانی راجع به اتفاقات آینده، مشکل خواب، ترس از تنهایی یا تاریکی، تحریک‌پذیری و بهانه‌جوئی، شکایات جسمی مثل دل‌درد و سر‌درد، غیبت از مدرسه، پرخاشگری
	اختلال رفتارهای ایذائی	دروغ‌گوئی، دزدی، پرخاشگری، مصرف مواد، فرار از منزل، فرار از مدرسه

جدول نشانه ها و تشخیص های افتراقی در اختلالات روانپزشکی کودکان (ادامه)

علامت یا شکایت بیمار	تشخیص های افتراقی	نشانه های کمک کننده
افت عملکرد تحصیلی	بیش فعالی و نقص تمرکز	وول خوردن، رفتارهای تکانشی، جنب و جوش و انرژی زیاد، پرحرفی، نقص تمرکز
	عقب ماندگی ذهنی	تاخیر یا نقص در اکثر شاخص های تکاملی، مشکلات یادگیری، اختلالات رفتاری
	مشکلات خلقی و افسردگی	کاهش فعالیت، نق نق کردن، گریه بی جهت، کاهش اعتماد به نفس، مشکلات خواب، چسبندگی زیاد به مراقب
	مشکلات یادگیری	نقص در خواندن، نوشتن و یا ریاضیات
	اختلالات اضطرابی	بی قراری بهنگام جدائی از مراقب و وابستگی شدید به مراقب، نگرانی راجع به اتفاقات آینده، مشکل خواب، ترس از تنهایی یا تاریکی، تحریک پذیری و بهانه جوئی، شکایات جسمی مثل دل درد و سر درد، غیبت از مدرسه، پرخاشگری
رفتارهای عادی (ناخن جویدن، انگشت مکیدن، خود ارضائی، ...)	اختلالات اضطرابی	بی قراری بهنگام جدائی از مراقب و وابستگی شدید به مراقب، نگرانی راجع به اتفاقات آینده، مشکل خواب، ترس از تنهایی یا تاریکی، تحریک پذیری و بهانه جوئی، شکایات جسمی مثل دل درد و سر درد، غیبت از مدرسه، پرخاشگری
	وسواس	رفتارهای اجباری مثل شستن، چک کردن، مرتب کردن و ...
	تیک	همراهی حرکات ناگهانی و سریع یک دسته از عضلات، ایجاد صدا از گلو، پلک زدن، شانه بالا انداختن، حرکات صورت، حرکات غیر ارادی
	اوتیسم	مشکل در ارتباط اجتماعی، عدم تماس چشمی، بی قراری، تاخیر یا نقص در تکلم
	مشکلات خلقی و افسردگی	کاهش فعالیت، نق نق کردن، گریه بی جهت، کاهش اعتماد به نفس، مشکلات خواب، چسبندگی زیاد به مراقب
خوردن مواد غیر خوراکی	عقب ماندگی ذهنی	تاخیر یا نقص در اکثر شاخص های تکاملی، مشکلات یادگیری، اختلالات رفتاری
	هرزه خواری	خوردن مواد غیر خوراکی در سنین پائین

فصل پنجم: ارزیابی اختلالات روانپزشکی کودکان

الف: اختلال اوتیسم

در صورت وجود هریک از نشانه های زیر از مادر در مورد سایر نشانه های اختلال اوتیسم سؤال کنید

آیا کودک در عملکرد زبان مشکل دارد؟
آیا کودک در برقراری ارتباط غیر کلامی با همتاها و اطرافیان مشکل دارد؟
آیا کودک حرکات تکراری یا علائق خاص غیر طبیعی دارد؟

در صورت مثبت بودن حداقل یکی از پاسخها موارد زیر را ارزیابی کنید

از چه زمانی متوجه نقص شده اند؟
آیا تاخیر یا اشکال در بیان کلمات و استفاده از زبان وجود دارد؟
آیا کودک در برقراری مکالمه دو طرفه با دیگران مشکل دارد؟
آیا در انجام بازیهای تخیلی مشکل وجود دارد؟
آیا در گفتار کودک تکرار بی معنی کلمات و جملات وجود دارد؟
آیا در برقراری تماس چشمی مشکل وجود دارد؟
آیا در برقراری روابط عاطفی و دوطرفه با والدین، همشیرها و همتاها مشکل دارد؟
آیا کودک برای مشارکت بازیهای دستجمعی مشکل دارد؟
آیا کودک حرکات تکراری بی معنی دارد؟
آیا کودک به برخی موضوعات یا اشیاء علاقه بیش از حد نشان می دهد؟

پس از انجام معاینات کودک را طبقه بندی کنید

اختلال اوتیسم اختلالی است که از سنین خیلی پائین یعنی قبل از 3 سالگی شروع می شود. مهمترین مشخصه این اختلال نقص در برقراری روابط مناسب و معنی دار با والدین، همشیرها و همتاها است. نقص روابط اجتماعی بصورت ضعف در برقراری تماس چشمی، فقدان یا ضعف بروز لبخند اجتماعی و عواطف در چهره، عدم مشارکت یا مشارکت ضعیف در بازیهای دستجمعی بروز می کند. این کودکان دچار تاخیر در استفاده از سمبلها در زبان، کاربرد نامناسب کلمات و گرامر دارند. در انجام بازیهای تخیلی و معنی دار و استفاده صحیح از اسباب بازیها مشکل داشته و معمولاً قسمتی از اسباب بازی توجه آنها را جلب می کند. این کودکان ممکن است در ابتدا قادر به بیان چند کلمه بوده باشند ولی بعداً این قابلیت را از دست بدهند. بروز رفتارهای تکراری در تنه و اندامها بصورت حرکات جلو و عقب و حرکات چرخشی، قطاری چیدن اشیاء یا جمع آوری آنها، داشتن عادات خاص و مقاومت به تغییر، توجه

بیش از حد به موضوعات خاص از دیگر ویژگیهای این کودکان است. معمولا والدین این کودکان با شکایت از نقص تکلم نزد پزشک مراجعه می کنند.

ب: اختلال بیش‌فعالی و نقص تمرکز

در صورت وجود هریک از نشانه‌های زیر از مادر در مورد سایر نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی و نقص تمرکز سؤال کنید

آیا جنب و جوش و تحرک کودک بیش از حد مورد انتظار است؟
آیا دقت و توجه کودک کمتر از حد مورد انتظار است؟ (کودک قادر نیست سر تکالیف مدرسه بمدت کافی بنشیند و یا وظایف محوله را فراموش می‌کند)
آیا کوچکترین عامل محیطی حواس کودک را پرت می‌کند و تمرکز وی را برهم می‌زند؟
آیا مرتباً وول خورده و قادر نیست آرام بنشیند؟
آیا قبل از فکر کردن دست به کارهائی می‌زند که بعداً پشیمان می‌شود؟

در صورت مثبت بودن حداقل یکی از پاسخها موارد زیر را ارزیابی کنید

از چه زمانی متوجه نقص شده‌اند؟
آیا کودک در موقعیتی که باید نشسته باشد نمی‌نشیند؟
آیا کودک به نظر پراکنج می‌رسد انگار مرتباً موتورش کار می‌کند؟
آیا زیاد صحبت می‌کند؟
آیا در موقعیتهای نامتناسب مرتباً بالا و پائین می‌پرد؟
آیا وقتی با کودک صحبت می‌شود حواسش پرت است و توجه به صحبت دیگران ندارد؟
آیا عدم توجه به جزئیات یا اشتباهات مکرر ناشی از بی‌دقتی دارد؟
آیا قادر نیست بمدت طولانی تکالیف مدرسه یا فعالیت‌های دیگر را انجام دهد؟
آیا کودک مکرراً وسایلش را گم می‌کند؟
آیا در سازماندهی فعالیتها و تکالیف مشکل دارد؟ (وسایلش بی‌نظم است)
آیا از انجام تکالیفی که مستلزم دقت مداوم است اجتناب می‌کند؟
آیا براحتی حواسش به محرکهای محیطی پرت می‌شود؟
آیا در فعالیتهای روزانه دچار فراموشی است؟
آیا برای انتظار کشیدن مشکل دارد؟
آیا قبل از اتمام سؤال پاسخ می‌دهد؟
آیا وسط حرف دیگران آمده یا فعالیت دیگران را مرتباً قطع می‌کند؟
آیا حداقل یکی از موارد فوق قبل از سن مدرسه وجود داشته‌است؟
آیا مجموعه علائم فوق موجب دیسترس زیاد و نقص عملکرد تحصیلی یا ارتباطی شده‌است؟

پس از انجام معاینات کودک را طبقه بندی کنید

اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه اختلالی است که با نشانه‌های پرتحرکی، تکانشگری و نقص تمرکز بروز می‌نماید. برخی نشانه‌ها باید قبل از 7 سالگی شروع شده باشند. بر اساس نوع علائم می‌توان آنرا به سه نوع عمدتاً پرتحرک، عمدتاً بی‌توجه و مخلوط تقسیم نمود. برای هر نوع باید حداقل 6 نشانه پرتحرکی یا کم‌توجهی وجود داشته باشد. در سنین قبل از مدرسه نوع عمدتاً پرتحرک بارزتر است و بیشتر قابل شناسائی است درحالی‌که نوع عمدتاً کم‌توجه در بچه‌های دبستانی زمانی که انجام تکالیف نیازمند توجه دچار مشکل می‌شود بارزتر است. این اختلال در پسرها شایع‌تر است و این کودکان در تداوم ارتباط با هم‌تاها، عملکرد تحصیلی و اجتماعی دچار مشکل بوده و بدلیل ناتوانی در رسیدن به اهدافشان احساس شکست پیدا کرده و دچار ناکامی می‌شوند و این مسئله اعتماد به نفس آنها را دچار اشکال می‌کند.

ج: ارزیابی اختلالات زبان و گفتار

در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر از مادر در مورد سایر نشانه های اختلالات زبان و گفتار سؤال کنید

آیا کودک بعد از دو سالگی به خوبی قادر به تکلم نیست ولی قادر است از طریق غیر کلامی مفاهیم را منتقل کند؟
آیا کودک بعد از 3 سالگی در تلفظ صحیح صداها و حروف در کلمات مشکل دارد به طوری که کلام کودک برای خانواده و اطرافیان نا مفهوم است؟
آیا کودک در حین صحبت دچار لکنت می شود به حدی که دیسترس زیادی ایجاد کرده است؟

در صورت مثبت بودن حداقل یکی از پاسخها موارد زیر را ارزیابی کنید

از چه زمانی متوجه نقص شده اند؟
آیا توانائی کودک در استفاده از زبان نسبت به سطح رشدی اش محدود است؟
آیا دامنه لغات کودک اندک است؟
آیا جایگزینی، حذف یا تحریف اصوات صوتی در کلام کودک وجود دارد؟
آیا تکرار اصوات یا سیلابها در گفتار کودک وجود دارد؟
آیا کشیدگی روی یک صوت یا سیلاب وجود دارد؟
آیا جریان کلام بطور ناگهانی قطع می شود و کودک قادر به ادامه نیست؟
آیا در زمان ادای کلمات تنش، حرکات زیاد در چهره یا لبها مشهود است؟

پس از انجام معاینات کودک را طبقه بندی کنید

اختلالات زبان و گفتار اختلالاتی اند که در فرایند استفاده از زبان و تولید کلام ایجاد می شوند. این اختلالات ممکن است بدلیل اختلالات دیگری نظیر عقب ماندگی ذهنی یا اختلالات نافذ رشد نظیر اختلال اوتیسم نیز دیده شوند. در صورتیکه این نقائص در زمینه اختلالات نافذ رشد، عقب ماندگی ذهنی نباشند اختلالات گفتار و زبان را می توان مطرح نمود. این اختلالات به دو دسته تقسیم می شوند:

اختلالات زبان: که مهمترین آنها اختلال زبان بیانی است و عمدتاً کودکی است که والدینش بدلیل تاخیر در استفاده از زبان او را نزد پزشک می آورند و در سایر زمینه های رشدی نظیر استفاده از زبان غیر کلامی مشکلی ندارد. گاهی کودک با محدودیت هائی قادر به استفاده از زبان هست. بعنوان مثال ممکن است دامنه لغات محدود تر نسبت به کودکان همسال داشته باشد و، جملات کوتاه و تلگرافی بکار برد و در بیان اسامی اشیاء، مشکل داشته باشد.

اختلالات گفتار: اختلالاتی اند که مربوط به توانائی های تولید کلام بوده و شامل اختلال فنولوژیک و لکنت زبان می شود. در اختلالات فنولوژیک مشکل در تولید اصوات کلامی است. کودک ممکن است یک صدا جایگزین صدای دیگری نماید مثلا بجای "سلام" از کلمه "دلام" استفاده کند و یا اینکه برخی صداها را حذف نماید مثل "بو" بجای "برو". این وضعیت تا حدی طبیعی تلقی می شود ولی چنانچه شدت آن به حدی باشد که کلام کودک برای والدین و اطرافیان قابل فهم نبوده و یا دیسترس زیادی را ایجاد کرده باشد پاتولوژیک تلقی می شود. اختلال لکنت نیز اختلالی است که با تولید اصوات کلامی مرتبط است در این اختلال ناروانی کلام مطرح است و کودک دچار توقف، کشیدن و یا تکرار اصوات یا سیلاب ها حین صحبت می شود. این اختلال باعث دیسترس شدید در والدین شده و اضطراب همراه می تواند آنرا تشدید نماید.

د: اختلال اضطراب جدائی

در صورت وجود هریک از نشانه های زیر از مادر در مورد سایر نشانه های اضطراب جدائی سؤال کنید

آیا کودک در خصوص از دست دادن والدینش بدلیل حادثه یا بیماری دچار نگرانی است؟
آیا کودک از رفتن به مدرسه امتناع می کند؟
آیا کودک (بعد از 4 سالگی) در هنگام تنها خوابیدن یا ماندن در خارج از منزل دچار ترس می شود؟
آیا کودک (بعد از 4 سالگی) مرتباً دنبال والدش بوده و به او چسبندگی شدید دارد؟

در صورت مثبت بودن حداقل یکی از پاسخها موارد زیر را ارزیابی کنید

از چه زمانی متوجه نقص شده اند؟
آیا کودک بهنگام جدائی از مراقب دچار دیسترس شدید می شود؟
آیا در مدرسه مرتباً سراغ والدین را می گیرد؟
آیا از تنها ماندن در منزل یا سایر مکان ها بدون حضور مراقب اجتناب می کند؟
آیا حاضر نیست جدای از مراقب بخوابد؟
آیا شکایات متعدد جسمی مثل شکایت از سردرد و یا دل درد دارد؟
آیا این مشکلات حداقل 4 هفته ادامه داشته است؟

پس از انجام معاینات کودک را طبقه بندی کنید

اختلال اضطراب جدائی اختلالی است که در کودکان سن مدرسه دیده شده اگر چه می تواند در سنین پائین تر هم دیده شود. در سنین 8 ماهگی تا 24 ماهگی اضطراب جدائی طبیعی تلقی می شود. در این اختلال اضطراب کودک محدود به زمان هائی است که جدائی از مراقب مطرح باشد. مراقبی که مورد دلبستگی کودک است. و این کودکان از موقعیتهائی که توام با جدائی از مراقب باشد اجتناب کرده و گاهی اضطراب خود را بصورت نشانه های جسمی نشان می دهند. این اختلال می تواند خودش را بصورت اجتناب از شرکت در فعالیتهای مدرسه نشان دهد. در این صورت موجب اختلال در عملکرد تحصیلی و روابط با همتاها شود.

ه: اختلال اضطراب منتشر

در صورت وجود هریک از نشانه های زیر از مادر در مورد سایر نشانه های اضطراب منتشر سؤال کنید

آیا کودک در خصوص وقوع حادثه ای در آینده دچار نگرانی است؟
آیا کودک از مدرسه، ورزش یا فعالیت های دیگر بخاطر احساس کسالت امتناع می کند یا شکایت از درد، کوفتگی و ... دارد؟
آیا کودک بیش از حد خجالتی است یا نگران قضاوت دیگران راجع به خودش است؟
آیا کودک احساس بی قراری، تحریک پذیری یا تنش شدید دارد؟

در صورت مثبت بودن حداقل یکی از پاسخها موارد زیر را ارزیابی کنید

از چه زمانی متوجه نقص شده اند؟
آیا کودک در مورد اتفاقاتی که قبلا افتاده است زیاد فکر می کند؟
آیا برای کودک مهم است که همه چیز خوب باشد و در مورد هر اشتباهی زیاد فکر می کند؟
آیا نیاز بیش از حد به اطمینان بخشی دارد؟
آیا تعریق کف دست صورت یا گردن دارد؟
آیا حالت تهوع یا ناراحتی معده دارد؟
آیا احساس گرما یا گر گرفتگی دارد؟
آیا احساس می کند که به سادگی خسته می شود؟
آیا اشکال در تمرکز وجود دارد؟
آیا اشکال در شروع یا تداوم خواب وجود دارد؟
آیا برای به خواب رفتن مشکل دارد؟
آیا کودک تحریک پذیر است؟

پس از انجام معاینات کودک را طبقه بندی کنید

اختلال اضطراب منتشر در کودکان با حداقل یک نشانه اضطرابی بمدت حداقل 6 ماه به نحوی که این نشانه ها باعث دیسترس شدید و نقص عملکرد برای کودک شده باشد مشخص می شود. اضطراب منتشر را همراه با اختلالات دیگری از جمله سایر انواع اختلالات اضطرابی، اختلال افسردگی اساسی و اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز می توان دید.

و: اختلال افسردگی اساسی

در صورت وجود هریک از نشانه های زیر از مادر در مورد سایر نشانه های افسردگی اساسی سؤال کنید

آیا کودک احساس غم، کسالت یا پوچی دارد؟
آیا کودک احساس تحریک پذیری، بد خلقی داشته و به بهانه های جزئی عصبانی می شود؟
آیا کودک در اکثر اوقات احساس کسالت داشته و نسبت به فعالیتهای لذت بخش بی علاقه است؟
آیا کودک افکار تکرار شونده مرگ یا افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی داشته است؟

در صورت مثبت بودن حداقل یکی از پاسخها موارد زیر را ارزیابی کنید

از چه زمانی متوجه نقص شده اند؟
آیا کودک مشکلات خوی بصورت دیر بخواب رفتن، بیدارشدن های مکرر، کاهش یا افزایش زمان خواب و بیدارشدن زودهنگام در صبح و یا معکوس شدن ریتم خواب و بیداری دارد؟
آیا کودک احساس خستگی مداوم دارد؟
آیا کودک دچار مشکل تمرکز در زمان درس خواندن و سایر فعالیتهای شده است؟
آیا کودک دچار بلا تصمیمی است؟
آیا کودک مشکلات اشتها بصورت بی اشتها یا پر اشتها دارد؟
آیا کودک دچار بی قراری است؟
آیا کودک دچار کندی روانی حرکتی است؟
آیا کودک احساس بی ارزشی یا احساس گناه شدید دارد؟
آیا کودک احساس درماندگی یا ناامیدی دارد؟
آیا کودک حساسیت زیاد به طرد شدن پیدا کرده است؟

پس از انجام معاینات کودک را طبقه بندی کنید

نشانه های اختلال افسردگی اساسی به اندازه بزرگسالان در کودکان واضح و مشخص نیست. این اختلال در کودکان با نشانه های بدخلقی و بهانه جوئی، ظاهر غمگین، پرخاشگری و زود رنجی، خستگی و کاهش اعتماد به نفس و مشکلات خواب و اشتها دیده می شود. کودک ممکن است همزمان نشانه های اختلال اضطراب منتشر، اضطراب جدائی یا سایر انواع اختلالات اضطرابی را داشته باشد. افکار مرگ و خودکشی در موارد شدید اختلال دیده می شوند.

ز: اختلال دوقطبی

در صورت وجود هریک از نشانه های زیر از مادر در مورد سایر نشانه های اختلال دو قطبی سؤال کنید

آیا کودک احساس نشاط و سرخوشی دارد؟
آیا کودک کاهش نیاز به خواب پیدا کرده است؟
آیا کودک بیش از حد فعال و با اعتماد به نفس شده است؟
آیا کودک بسیار تحریک پذیر و پرخاشگر شده است؟

در صورت مثبت بودن حداقل یکی از پاسخها موارد زیر را ارزیابی کنید

از چه زمانی متوجه نقص شده اند؟
آیا کودک پر حرفی شدید پیدا کرده است؟
آیا کودک رفتارهای پر خطر نظیر فرار از منزل یا مدرسه دارد؟
آیا کودک بی قراری جسمی شدید دارد؟
آیا کودک بی پروائی بیش از حد و اشارات جنسی نامتناسب در صحبت یا رفتار دارد؟
آیا تمایل به مصرف مواد مخدر دارد؟

پس از انجام معاینات کودک را طبقه بندی کنید

نشانه های اختلال دوقطبی در کودکان به اندازه بزرگترها واضح و مشخص نیست. و از الگوی اپیزودیک که در بالغین دیده می شود تبعیت نمی کند. در کودکان بصورت رفتارهای پرخاشگری، قشقرق طولانی، زور گوئی و قلدری، بزرگ منشی و افزایش اعتماد به نفس، لجبازی های شدید، بدخلقی های طولانی، رفتارهای جنسی و مهار گسیخته، بی قراری شدید و مشکلات خواب ممکن است دیده شود. این اختلال قبل از سن 5 سال نادر است و زمانی مطرح می شود که برای کودک افت عملکرد قابل توجه یا دیسترس شدید ایجاد کرده باشد. در بسیاری از موارد با سایر انواع اختلالات خلقی، اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز و اختلال رفتارهای ایذائی تشخیص افتراقی دارد.

ح: اختلال یادگیری

در صورت وجود هریک از نشانه های زیر از مادر در مورد سایر نشانه های اختلال یادگیری سؤال کنید

آیا کودک در خصوص یادگیری خواندن دچار مشکل است؟
آیا کودک در نوشتن حروف و کلمات مشکل دارد؟
آیا کودک در یادگیری ریاضیات مشکل دارد؟

در صورت مثبت بودن حداقل یکی از پاسخها موارد زیر را ارزیابی کنید

از چه زمانی متوجه نقص شده اند؟
آیا کودک در رو خوانی و هجی کردن کلمات مشکل دارد؟
آیا کودک در یادگیری نوشتن کلمات مشکل دارد؟
آیا در جمله بندی صحیح و پاراگراف بندی مشکل دارد؟
آیا در نوشتن روی خط و فاصله گذاری بین کلمات مشکل دارد؟
آیا در تبدیل نماد های ریاضی عددی به حروفی و بر عکس مشکل دارد؟
آیا در جمع و تفریق و محاسبات ریاضی مشکل دارد؟
آیا در ترسیم هندسی مشکل دارد؟

پس از انجام معاینات کودک را طبقه بندی کنید

اختلالات یادگیری را در سه دسته اختلال خواندن، نوشتن و ریاضیات می توان دید. کودک ممکن است یک یا چند اختلال را همزمان داشته باشد. مشکل یادگیری در این کودکان به دلیلی نقص تمرکز یا عقب ماندگی ذهنی نیست. در مواردی که کودک با افت عملکرد تحصیلی مراجعه می کند پزشک باید احتمال وجود اختلالات خواندن را در نظر داشته باشد.

ط: اختلالات رفتارهای ایذائی

در صورت وجود هریک از نشانه های زیر از مادر در مورد سایر نشانه های اختلالات رفتارهای ایذائی سؤال کنید

آیا کودک به سادگی بر آشفته و عصبانی می شود؟
آیا کودک با بزرگترها جر و بحث زیادی می کند؟
آیا کودک از دستورات والدین یا معلمان سرپیچی می کند؟
آیا کودک دروغگوئی دارد؟
آیا کودک فرار از مدرسه یا منزل دارد؟
آیا کودک مرتباً بادیگران دعوا و ضرب و شتم می کند؟
آیا کودک قلدری یا گردن کلفتی دارد؟
آیا کودک دزدی می کند؟

در صورت مثبت بودن حداقل یکی از پاسخها موارد زیر را ارزیابی کنید

از چه زمانی متوجه نقص شده اند؟
آیا کودک از دست والدینش عصبانی است؟
آیا کودک لجبازی و تلافی جوئی دارد؟
آیا کودک از الفاظ زشت استفاده می کند؟
آیا کودک عمداً والدین و معلمینش را اذیت می کند؟
آیا کودک دیگران را مقصر اشتباهات خودش می شمارد؟
آیا کودک رفتارهای خرابکارانه و تخریب اموال دیگران دارد؟
آیا دزدی یا بی اجازه وارد شدن در ملک دیگران دارد؟
آیا کودک آتش افروزی عمدی به قصد صدمه زدن به دیگران دارد؟
آیا اسلحه یا چاقو با خودش حمل می کند و علیه دیگران استفاده می کند؟
آیا دیگران را به زور به رابطه جنسی وادار می کند؟
آیا خشونت با حیوانات دارد؟
آیا مصرف مواد و رفتارهای نقض قانون دارد؟

پس از انجام معاینات کودک را طبقه بندی کنید

اختلالات رفتارهای ایذائی اختلالی هستند که با مشکلات رفتاری در زمینه های مختلف دیده می شوند. دو اختلال اصلی را در این دسته می توان دید.

اختلال رفتار مقابله ای و بی اعتنائی: این اختلال بصورت لجبازی و بی اعتنائی نسبت به خواست مراقبین و بزرگترها دیده می شود. عمدتاً در محیط خانواده دیده می شود و ممکن است در خارج از خانه کودک مشکلی نداشته باشد گاهی مشکل در محیط مدرسه هم بروز می کند که در ارتباط با معلمین یا اولیای مدرسه دیده می شود.

اختلال سلوک: اختلالی است که با رفتارهای نقض قانون و زیر پا گذاشتن حقوق دیگران دیده می شود. نشانه های این اختلال بصورت تخریب اموال دیگران، پرخاشگری، دزدی و فریبکاری و ... است. رفتارهای حیوان آزاری، آتش افروزی عمدی به قصد آسیب زدن به دیگران جزو علائم این اختلال ممکن است دیده شوند.

ی: ارزیابی اختلالات دفعی

در صورت وجود هریک از نشانه های زیر از مادر در مورد سایر نشانه های اختلالات دفعی سؤال کنید

آیا کودک بزرگتر از 5 سال مشکل کنترل ادرار دارد؟
آیا کودک بزرگتر از 4 سال مشکل کنترل مدفوع دارد؟

در صورت مثبت بودن حداقل یکی از پاسخها موارد زیر را ارزیابی کنید

از چه زمانی متوجه نقص شده اند؟
آیا ادرار کردن های مکرر در لباس یا رختخواب وجود دارد؟
بی اختیاری روزانه است یا شبانه؟
آیا برای یک دوره 3 تا 6 ماهه کنترل ادرار داشته است؟ (اولیه یا ثانویه بودن اختلال)
آیا دفع ادرار بصورت فوق حداقل دو بار در هفته بمدت 3 ماه اتفاق افتاده است؟
آیا دفع ادرار به صورت فوق موجب دیسترس شدید یا افت عملکرد شده است؟
آیا کودک دفع مدفوع در داخل لباس یا محل های نامناسب انجام می دهد؟
آیا دفع مدفوع به شیوه فوق حداقل یک بار در ماه بمدت 3 ماه اتفاق افتاده است؟

پس از انجام معاینات کودک را طبقه بندی کنید

شب ادراری یا انورزی به دوشکل اولیه و ثانویه دیده می شود که شکل اولیه شایع تر است. معمولا اشکال اولیه کمتر به دلیل مشکلات و استرس های روانی اجتماعی ایجاد می شوند ولی خود می توانند باعث انزوای اجتماعی، پاسخ های منفی مراقبین و نقص در ارتباط با همتا شوند. اختلالات همراهی که معمولا با انورزی دیده می شوند عبارتند از: بی اختیاری مدفوع و نقائص تکامل دیگر.
بی اختیاری مدفوع هم به دو شکل اولیه و ثانویه دیده می شود که نوع ثانویه آن 50 تا 60 درصد موارد را تشکیل می دهد. این اختلال می تواند همراه با یبوست و سرریزی مدفوع بوده یا بدون این حالت باشد که در نوع اول کودک یا به کنترل کامل نرسیده و یا عملکرد کنترلی بدلیل یبوست و تجمع مدفوع دچار اشکال شده است. در نوع دوم رفتارهای مقابله ای و بروز پنهان خشم مطرح است که می تواند ناشی از روابط مشکل دار با والدین باشد. این کودکان اعتماد به نفس پائین داشته و در ارتباط با همتا دچار مشکل هستند.

ک: اختلال تغذیه ای هرزه خواری

در صورت وجود هریک از نشانه های زیر از مادر در مورد سایر نشانه های اختلال هرزه خواری سؤال کنید

آیا کودک مواد غیر خوراکی را به دهان می برد و می خورد؟

در صورت مثبت بودن حداقل یکی از پاسخها موارد زیر را ارزیابی کنید

از چه زمانی متوجه نقص شده اند؟
آیا این وضعیت حداقل یک ماه ادامه داشته است؟
آیا خوردن مواد غیر خوراکی با سطح رشدی کودک نامتناسب است؟
آیا وردن مواد غیر خوراکی با معیارهای فرهنگی و اجتماعی خانواده ناسازگار است؟

پس از انجام معاینات کودک را طبقه بندی کنید

شروع هرزه خواری معمولا در سال دوم زندگی است. شیوع این اختلال بعد از سه سالگی کاهش می یابد. در کودکان عقب مانده ذهنی ممکن است بتوان این اختلال را در سنین بالاتر هم دید. گزارشاتی از ارتباط هرزه خواری و کمبود آهن و رژیم های کم کلسیم وجود دارد. هرزه خواری با محرومیت از مادر، استرسهای روانی-اجتماعی و تعامل ضعیف مادر و کودک مرتبط است.

ل: اختلال تیک و تورت:

در صورت وجود هریک از نشانه های زیر از مادر در مورد سایر نشانه های اختلال تیک سؤال کنید

آیا کودک تیک حرکتی دارد؟

آیا کودک تیک صوتی دارد؟

در صورت مثبت بودن حداقل یکی از پاسخها موارد زیر را ارزیابی کنید

از چه زمانی متوجه نقص شده اند؟

آیا تیک حرکتی کمتر از 12 ماه طول کشیده است؟

آیا تیک حرکتی بیش از 12 ماه ادامه داشته است؟

آیا تیک صوتی بیش از 12 ماه ادامه داشته است؟

آیا کودک تیک های حرکتی و صوتی را تواما دارد؟

پس از انجام معاینات کودک را طبقه بندی کنید

اختلال تیک اختلالی است که با حرکات سریع و ناگهانی یک دسته از عضلات و یا یک گروه از عضلات مختلف مشخص می شود و می تواند حرکات ساده (تیک ساده) و یا حرکات پیچیده باشد (تیک پیچیده) باشد. تیک می تواند بصورت تولید اصوات باشد که بر سادگی یا پیچیدگی صدای تولید شده تقسیم بندی می شود. تیک ها می توانند بر حسب زمان تداومشان به انواع گذرا و مزمن تقسیم شوند که باید حداقل 12 ماه ادامه داشته باشند تا مزمن تلقی شوند. چنانچه هر نوع تیک تواما وجود داشته باشد اختلال تورت مطرح می شود. اضطراب و استرس می تواند تیک را تشدید نماید. این کودک ممکن است اختلالاتی را بصورت همراه داشته باشند که از این دسته می توان به اختلال وسواس، اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز و اختلالات اضطرابی و ... اشاره نمود. اختلال تیک می تواند باعث اضطراب و نگرانی در والدین شود.

م: اختلال وسواسی جبری:

در صورت وجود هریک از نشانه های زیر از مادر در مورد سایر نشانه های اختلال وسواسی جبری سؤال کنید

آیا کودک حساسیت های خاص نسبت به آلودگی برقراری نظم و مرتب نمودن اشیاء دارد؟
آیا کودک تمایل افکار مزاحم تکراری و آزار دهنده دارد؟

در صورت مثبت بودن حداقل یکی از پاسخها موارد زیر را ارزیابی کنید

از چه زمانی متوجه نقص شده اند؟
آیا حساسیت به آلودگی منجر به شستشو های مکرر شده است؟
آیا حساسیت به آلودگی منجر به رفتارهای اجتنابی غیر عادی از اشیاء و وسایل شده است؟
آیا کودک تمایل زیاد به برقراری نظم و مرتب نمودن اشیاء دارد؟
آیا کودک چک کردن های بیش از حد دارد؟
آیا مجموعه علائم فوق برای کودک یا خانواده استرس زیادی ایجاد کرده است؟

پس از انجام معاینات کودک را طبقه بندی کنید

اختلال وسواسی جبری اختلالی است که با بروز افکار وسواسی بصورت افکار و تجسمات تکراری و مزاحم در زمینه های مختلف از جمله آلودگی، تمایل به چک کردن، تقارن و ... مشخص می شود و فرد برای کاهش اضطراب ناشی از این افکار مجبور به انجام رفتارهایی از جمله شستن، چیدن و ... است. معمولا افراد نسبت به مزاحم بودن افکار و افراطی بودن رفتارهای خود واقفند ولی در کودکان ممکن است اینطور نباشد. برای مطرح نمودن این تشخیص باید علائم اختلال باعث افت عملکرد یا دیسترس شدید برای کودک شده باشد.

بخش 4

درمان

فصل اول: مروری بر انواع درمانها:

بر حسب نوع اختلال یا مشکل روانپزشکی انواعی از درمانها را می توان بکار گرفت. این درمانها عبارتند از:

- درمانهای داروئی
- درمانهای غیر داروئی مثل درمانهای رفتاری و شناختی-رفتاری و ...
- درمانهای توان بخشی نظیر کار درمانی و گفتار درمانی و ...

درمان ممکن است توسط پزشک، کارشناس بهداشت روان، و یا در مراکز کار درمانی و یا گفتار درمانی توسط متخصصین مربوطه انجام شوند. مهم است بدانیم که برای هر اختلالی چه نوع مداخله ای مناسب است و کودک را برای انجام مداخلات مناسب هدایت نمائیم. باید به این نکته توجه نمود که معمولا در کودکان بیش از یک نوع اختلال روانپزشکی بطور همزمان وجود دارد و بسیاری از اختلالات هم نشانه های مشترک دارند. بنابراین اولویت انتخاب درمان بر اساس اختلال اصلی و اختلالات همراه متفاوت خواهد بود.

در راهنمای ارزیابی و طبقه بندی مراحل درمان و نحوه هدایت کودک در مسیر درمانی مشخص شده است. این راهنما نشان می دهد که:

- در هر شرایطی چه مداخله ای مورد نیاز است
- چه مواردی نیازمند ارجاع هستند
- چه اقداماتی قبل از ارجاع لازم است
- چه داروهائی را پزشک مراقبتهای اولیه می تواند تجویز نماید.
- چگونه کودک پیگیری شود.

در این بخش با انواع مداخلات درمانی اختلالات روانپزشکی کودکان و نوجوانان آشنا خواهید شد.

فصل دوم: ارجاع

موارد نیازمند ارجاع فوری

ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی توسط بهورز:

- حملات تشنجی
- رفتارهای آسیب زنده به خود
- پرخاشگری
- تهاجم به دیگران
- اجتناب ناگهانی از رفتن به مدرسه
- امتناع از غذاخوردن بمدت طولانی
- افکار خودکشی یا اقدام به آن
- مواجهه با وقایع آسیب زای شدید نظیر آدم ربائی، تهاجم، آزار جسمی شدید، آزار جنسی، سوانح و تصادفات شدید.

ارجاع به مراکز تخصصی:

در صورت وجود نشانه های زیر کودک را فوراً به مراکز تخصصی ارجاع نمائید.

- وجود حملات تشنجی کنترل نشده یا تکرار شونده: (اقدامات قبل از ارجاع را مطابق دستورالعمل چارت IMCH انجام دهید)
- رفتارهای آسیب زنده به خود
- پرخاشگری شدید و تهاجم به دیگران
- اجتناب از رفتن به مدرسه
- امتناع از غذاخوردن بمدت طولانی
- امتناع از صحبت کردن
- افکار خودکشی یا اقدام به آن
- مواجهه با وقایع آسیب زای شدید نظیر آدم ربائی، تهاجم، آزار جسمی شدید، آزار جنسی، سوانح و تصادفات شدید.
- فرار از منزل یا مدرسه

در هر مورد اقدامات قبل از ارجاع را مطابق دستورالعمل مربوط به مشاوره با والدین در بخش پنجم این راهنما انجام دهید.

موارد ارجاع غیر فوری:

ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی توسط بهورز:
در موارد ارزیابی اختلالات شایع چه در مواردی که ارزیابی دوره ای انجام می شود یا مواردی که شکایت روانپزشکی مطرح است ارجاع در سطح اولیه خدمات توسط بهورز و در سطح بالاتر ممکن است توسط پزشک به مراکز تخصصی انجام شود.
جداول زیر موارد نیازمند ارجاع را در این دو سطح نشان می دهند.

جدول: موارد نیازمند ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی توسط بهورز

نشانه ها	شرایط ارجاع
تاخیر راه رفتن	چنانچه تا 18 ماهگی قادر به راه رفتن نباشد.
مشکلات حرکتی	بصورت حرکات تکراری مکرر در دستها، بازوها و تنه. حرکات ناگهانی ابرو، پلک زدن مکرر، حرکات گوشه لب، سر و گردن، دستها و تنه چنانچه بصورت مکرر و واضح اتفاق افتند.
تاخیر در صحبت کردن	چنانچه تا 18 ماهگی قادر به تکلم نباشد و یا تا 2 سالگی فقط در حد چند کلمه صحبت کند
لکنت	چنانچه کودک نتواند بخوبی صحبت کند و برای رساندن منظور خود دچار مشکل شود.
صحبت کردن نامفهوم	چنانچه بعد از 4 سالگی بیان کلمات به نحوی باشد که برای اطرافیان قابل فهم نباشد
بی قراری و قشقرق	چنانچه در حدی باشد که باعث آزار و ناراحتی شدید والدین شود
پرخاشگری	چنانچه منجر به آسیب به کودک یا اطرافیان شود.
ترس و اضطراب	چنانچه برای کودک ناراحتی زیادی ایجاد کند

جدول 1: موارد نیازمند ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی توسط بهورز (ادامه)

شرایط ارجاع	نشانه ها
بعد از 5 سالگی چنانچه مکرر اتفاق بیفتد	شب ادراری
چنانچه بعد از 4 سالگی کودک قادر به کنترل و دفع متناسب مدفوع نباشد	عدم کنترل مدفوع
خوردن گچ، خاک، گل رس، کاغذ و ...	خوردن مواد غیر خوراکی
تحرك زیاد و افزایش انرژی چنانچه کودک قادر به نشستن نباشد و بطور مکرر باعث آسیب شود.	پر تحرکی
در صورتی که رفتارهای وسواسی مثل شستن، چیدن و مرتب کردن بصورت مکرر و افراطی اتفاق افتند.	وسواس
حملات تشنجی اخیر یا تکرار شونده	تشنج

موارد نیازمند ارجاع به مراکز تخصصی توسط پزشک:

این موارد کودکانی را در بر می گیرد که بدلائل تشخیصی یا درمانی نیازمند ارجاع به مراکز تخصصی هستند. در فصول قبلی در جداول مراقبت و طبقه بندی موارد نیازمند ارجاع برای اختلالات مختلف نشان داده شده است.

فصل سوم: درمان اختلالات روانپزشکی شایع در کودکان

الف: اختلال بیش‌فعالی و نقص تمرکز

این اختلال به دلیل نقص در مراکز مغزی مثل توجه، کنترل مهارى و عملکردهای اجرائی مغز ایجاد می‌شود. درمان این اختلال در وهله اول استفاده از استیمولانت‌ها نظیر متیل فنیدیت و دکستروآمفتامین است. این داروها به دلیل تأثیراتی که بر مسیرهای دوپامینی و نوراپی‌نفرینی مغز دارند می‌توانند بر تمام نشانه‌های این اختلال مؤثر باشند. از داروهای مؤثر بر سیستم‌های نوراپی‌نفرینی نظیر کلونیدین نیز می‌توان برای درمان این اختلال استفاده کرد. انواعی از درمانهای غیر داروئی نیز در مورد این اختلال استفاده شده است که از مؤثرترین آنها می‌توان به آموزش مدیریت رفتارهای کودکان به والدین اشاره نمود. در صورت وجود اختلالات همراه بر حسب نوع اختلال باید درمان مناسب انجام شود.

ب: اختلالات نافذ رشد (طیف اوتیسم):

در این اختلال نقص در حوزه‌های زبان و انتقال اطلاعات، روابط اجتماعی و بروز حرکات و علائق خاص وجود دارد. از نظر درمانی دو نوع مداخله داروئی و غیر داروئی را می‌توان در نظر گرفت. مداخلات داروئی معمولاً در مواردی انجام می‌شود که مشکلات همراه مثل بی‌قراری شدید، پرتحرکی، آسیب به خود و یا نشانه‌های خلقی یا اضطرابی وجود دارد. در این موارد می‌توان از داروهای مختلف بر حسب نوع مشکل همراه استفاده نمود. درمانهای غیر داروئی شامل گفتار درمانی، کاردرمانی و برخی مدل‌های درمانی خاص که با توجه به حوزه‌های درگیر توسط متخصصین انتخاب می‌شوند.

ج: اختلال تیک و تورت

اختلالات تیک بدلیل نقص در مسیرهای عصبی مسئول کنترل حرکات ایجاد می‌شوند. بر اساس برخی منابع نورو ترانس‌میتروپامین در این مسیر نقش اساسی دارد. درمان اختلال تیک بر حسب دوره آن متفاوت است. اختلالات تیک گذرا (کمتر از 12 ماه) نیاز به درمان داروئی نداشته و در موارد زیادی خود محدود شونده‌اند در این موارد ارائه آموزش و توصیه‌هایی به والدین بر اساس بخش پنجم این راهنما کمک‌کننده است. در مواردی که تیک مزمن شده و یا اختلال تورت وجود دارد نیز درمان داروئی لازم نیست مگر آنکه تیک استرس زیادی را بر فرد یا خانواده تحمیل و اختلال عملکرد قابل توجهی را ایجاد کرده باشد در این صورت استفاده از بلوک‌کننده‌های رسپور دوپامینی نظیر هالوپریدول و رسپریدون با دوزهای کم مفید است.

د: اختلالات دفعی

این اختلالات به دو دسته انورزی (شب‌ادراری) و بی‌اختیاری مدفوع تقسیم می‌شوند. در درمان انورزی باید به نوع اولیه و ثانویه و عوامل مؤثر در ایجاد یا تشدید آن توجه داشت. استفاده از

روشهای شرطی سازی نظیر تشکجه و زنگ، استفاده از جدول رفتاری به عنوان درمان غیر داروئی کمک کننده است. در درمان این اختلال می توان از ایمی پرامین یا دسموپرسین استفاده نمود میزان پاسخدهی به هردو دارو قابل توجه است و قطع هردوی این دارو ها با عود علائم همراه خواهد بود. ایمی پرامین را می توان بمیزان 25 تا 75 میلی گرم بصورت تک دوز شبانه تجویز نمود. هر سه ماه یک بار دارو را به تدریج کم نموده و در صورت عود مجددا دارو را افزایش می دهیم. دسموپرسین داروئی است که در درمان این اختلال به کار می رود و در اشکال اسپری و قطره بینی و قرص موجود است. در صورت استفاده از این دارو لازم است محدودیت دریافت مایعات در ساعات آخر شب قبل از خواب وجود داشته باشد. (احتمال بروز هیپوناترمی و تشنج وجود دارد) در درمان بی اختیاری مدفوع استفاده از ملین ها، روشهای شرطی سازی و رفتاری و استفاده از برخی درمانهای داروئی نظیر ایمی پرامین بر حسب نوع اختلال مفید است. در مورد بی اختیاری مدفوع باید به عوامل استرس زای محیطی و اختلالات همراه بیشتر توجه نمود.

ه: اختلالات اضطرابی

درمان اختلالات اضطرابی بر حسب نوع اختلال متفاوت است. و شامل درمانهای رفتاری و شناختی رفتاری و درمانهای داروئی است.

اختلال اضطراب جدائی: در درمان این اختلال استفاده از روشهای رفتاری و داروهای ضد اضطراب عمدتا از دسته SSRI ها (نظیر فلوکستین) کاربرد دارد که دوز دارو را باید متناسب با نوع اختلال و اختلالات همراه تنظیم نمود.

اختلال اضطراب منتشر: درمان این اختلال نیز با استفاده از داروهای ضد اضطراب نظیر SSRI ها (فلوکستین) و درمانهای شناختی - رفتاری بر اساس سن انجام می شود.

اختلال وسواسی-جبری: در درمان این اختلال نیز داروهای مؤثر بر نوروترانسمیترهای سروتونینی مثل SSRI ها و کلومیپرامین بکار می روند در کنار این درمان های داروئی می توان از روشهای رفتاری نیز سود جست.

فوبیا ها: در مورد فوبیا ها نظیر فوبیا های اختصاصی و فوبیای اجتماعی روشهای رفتاری مؤثرند اگرچه از داروهای ضد اضطراب نیز در مواردی استفاده می شود.

و: اختلالات زبان

در مان اختلالات زبان نظیر اختلال تاخیر تکلم و اختلالات گفتار نظیر لکنت عمدتا از طریق مداخلات گفتار درمانی است. در مورد این اختلالات ارجاع بموقع برای انجام این مداخلات از اهمیت بیشتری برخوردار است.

ز: اختلالات خلقی:

در این دسته می توان از اختلالات افسردگی و دوقطبی یاد نمود. به دلیل کیفیت غیر معمول نشانه های کودکان تشخیص و درمان این اختلالات در کودکان نسبت به بالغین دشوار تر بوده و نیازمند

مداخلات تخصصی و فوق تخصصی است. در درمان افسردگی کودکان از داروهای ضد افسردگی عمدتاً SSRI ها می توان استفاده کرد. داروهای سه حلقه ای (TCA) در درمان خط اول افسردگی کودکان کاربرد ندارند.

در درمان اختلال دوقطبی نیز از داروهای تثبیت کننده خلق نظیر لیتیم کربنات و داروهای بلوک کننده رسپورهای دوپامینی و سروتونینی نظیر رسپریدون می توان استفاده نمود.

ح: اختلال هرزه خواری:

درمان این اختلال با در نظر گرفتن اختلالات زمینه ای و بیشتر با استفاده از روشهای رفتاری انجام می شود.

بخش 5

آموزش و مشاوره

گاهی لازم است به والد برای مراقبت از کودک آموزش دهید. هدف از آموزش دستیابی به موارد زیر است:

- ارتقای آگاهی خانواده در مورد اختلال روانپزشکی
 - شناخت علائم و نشانه های بیماری
 - از بین بردن نگرش های غلط اجتماعی در مورد بیماریهای روانپزشکی
 - ترویج روشهای مناسب برخورد با بیمار، بیماری و مشکلات همراه
 - واقعی سازی انتظارات والد از درمان
- این آموزشها توسط کارشناس بهداشت روان و در غیاب وی توسط پزشک خانواده یا پزشک مراقبتهای اولیه ارائه می شوند. آموزشها باید به نحوی ارائه شوند که در والد اضطراب بیش از حد، احساس گناه یا احساس ناتوانی ایجاد نکنند. اولین قدم در مشاوره و آموزش برقراری ارتباط مناسب است و مهم است که این ارتباط از ابتدا با مادر یا مراقبین کودک برقرار شود. موفقیت درمان بستگی به چگونگی این ارتباط و نحوه آموزش و مشاوره دارد. لازم است والد از مشکل فرزند خود مطلع بوده و نحوه درمان آن را بداند.
- در هنگام مشاوره با والد از مهارتهای زیر استفاده کنید:
- به دقت به صحبتهای والد گوش دهید.
 - با مشکلات والد همدلی نموده و آمادگی خود را برای کمک به او اعلام نمائید.
 - در صورت نیاز به داشتن اطلاعات بیشتر با پرسیدن سؤال از والد اطلاعات را بدست آورید.
 - والد را بخاطر عملکرد خوبش در مراقبت از کودک تشویق نمائید.
 - اکثر اختلالات روانپزشکی زمینه های بیولوژیک دارند لذا اجازه ندهید در والد بخاطر بروز بیماری احساس گناه ایجاد شود.
 - در مورد مشکل موجود اطلاعات صحیح ارائه نمائید.
 - وعده های غیر واقعی در مورد بهبود بیماری به والد ندهید.
 - به والد در مورد اینکه چه نکاتی را در مراقبت از کودکش در نظر بگیرد آموزش دهید
 - میزان درک والد از موضوعات را ارزیابی کرده و آموزشها را متناسب با درک وی ارائه کنید.

به دقت به صحبتهای والد گوش دهید:

وقتی والد شرح حال می دهد به دقت به صحبتهای او گوش دهید. از گوش دادن فعال استفاده کنید به این شکل که در حین صحبت هر از گاهی صحبتهای والد را خلاصه نموده و برایش تکرار کنید. در عین حال جریان صحبت را به شکلی هدایت کنید که در حداقل زمان حداکثر اطلاعات را بدست آورید.

با مشکلات والد همدلی نموده و آمادگی خود را برای کمک به او اعلام نمائید:

والدین در زمان ارائه مشکلات فرزندانشان احساس خوبی نداشته و ناراحتند. در اینصورت با احساس والد همدلی نمائید. بخاطر داشته باشید که رابطه پزشک و بیمار را همواره حفظ نمائید. در مورد کمک به مادر اعلام آمادگی نمائید.

در صورت نیاز به داشتن اطلاعات بیشتر با پرسیدن سؤال از والد اطلاعات را بدست آورید:

در صورتیکه اطلاعات والد کافی نیست به پرسیدن سوالات مشخص اطلاعات لازم را در مورد مشکل کودک و سابقه آن بدست آورید. عوامل استرس زا و وقایع محیطی را بررسی نمائید. در مورد سوابق تکاملی و اختلالات روانپزشکی قبلی جستجو کنید.

والد را بخاطر عملکرد خوبش در مراقبت از کودک تشویق نمائید:

نکات مثبت در عملکرد و مراقبت والد از کودک را مشخص نموده و والد را بخاطر آنها تشویق نمائید. بخاطر داشته باشید که والدین در بسیار از موارد ممکن است خوب عمل کرده باشند و نباید در هنگام مشاوه تمام عملکردشان را زیر سؤال برد.

اکثر اختلالات روانپزشکی زمینه های بیولوژیک دارند لذا اجازه ندهید در والد بخاطر بروز

بیماری احساس گناه ایجاد شود:

والدین ممکن است در مورد عملکرد خودشان احساس گناه داشته و خود را مسئول مشکلات کودک بدانند. در مورد اینکه والد مسئول بروز اختلال نیست به او آموزش دهید ولی به این نکته توجه داشته باشید که والد می تواند با دریافت آموزشهای مناسب در مورد بیماری و نحوه مقابله با آن، شدت علائم و تاثیر آن را به حداقل برساند.

در مورد مشکل موجود اطلاعات صحیح ارائه نمائید:

بهنگام آموزش یا مشاوه به والد و مراقبین اطلاعات صحیح ارائه دهید. مجبور نیستید جواب تمام سؤالات را بدانید و در مواردی که اطلاع ندارید عدم اطلاع خود و لزوم ارجاع مشکل به افراد متخصص را روشن نمائید. بخاطر داشته باشید که دادن اطلاعات بیش از حد یا نادرست به اندازه ندادن اطلاعات مضر است.

وعده های غیر واقعی در مورد بهبود بیماری به والد ندهید:

در مورد سیر بهبودی و درمان اطمینان بخشی بیش از حد و وعده های غیر واقعی ندهید و در عین حال والد را از درمان ناامید نکنید. در سیر و در طی پیگیری های بعدی بهتر می توان در مورد سیر اختلال قضاوت نمود

به والد در مورد اینکه چه نکاتی را در مراقبت از کودکش در نظر بگیرد آموزش دهید:
بر حسب نوع اختلال نکات مربوط به مراقبت های لازم، ارجاع، مراقبت های قبل از ارجاع و نیز
مراقبت های پیگیری را به والد آموزش دهید. و زمانهای مراجعه بعدی را مشخص نمائید.

میزان درک والد از موضوعات را ارزیابی کرده و آموزشها را متناسب با درک وی ارائه کنید.
ارائه آموزشها باید متناسب با سطح درک والد باشد. لازم است یک ارزیابی از سطح تحصیلات و
وضعیت فرهنگی اجتماعی والدین داشته باشید. حتی زمانیکه سطح تحصیلات آنها بالاست از بکار بردن
اصطلاحات علمی اجتناب کنید. از پرسیدن سؤالات هدایت کننده و یا سؤالات القا کننده یک موضوع
اجتناب کنید. معمولا در هر بار در مورد یک موضوع سؤال کنید و دو موضوع جداگانه را در یک سؤال
نپرسید. پس از طرح هر سؤال وقت کافی به مراقب برای پاسخ گوئی بدهید. سؤالات را واضح و
روشن مطرح کنید.

فصل دوم: آموزش و مشاوره در مورد اصول کلی تربیت فرزند

پدر یا مادر بودن:

پدر یا مادر بودن یکی از مهمترین و در عین حال دشوارترین وظایفی است که هر فردی در طول زندگی اش تجربه می کند. پدر و مادر خوب بودن به معنی توانائی مراقبت، محافظت، آموزش و تربیت فرزند سالم و رشد یافته است در حدی که توانائی و مهارتهای مورد نیاز برای زندگی بزرگسالی را داشته باشد. دیدگاه هر پدر و مادری در مورد تربیت فرزند می تواند تحت تاثیر دیدگاه پدر و مادر خودش، تجارب زندگیع اقوام، دوستان و اطلاعات ارائه شده در روزنامه ها و رسانه ها باشد. اگرچه اکثر والدین نگرانی های مشترکی دارند ولی هر خانواده ای بر حسب شرایطش مشکلات خاص خود را دارد بنابراین معمولا راه حل واحدی وجود ندارد و باید انتخاب شیوه ها بر حسب شرایط باشد.

مشکلات مشترک والدین در تربیت فرزند:

برخوردهای منفی مکرر: در این مورد معمولا والدین از روشهای منفی مثل سرزنش و نکوهش رفتارهای کودک استفاده می کنند. و با رفتارهای منفی با تندی و عصبانیت روبرو می شوند. اینگونه برخورد اگر زیاد تکرار شود منجر به جدال و تنش بیشتر شده و ممکن است حتی رفتار منفی را تقویت کند.

توجه نکردن به رفتار مثبت: این زمانبست که والدین به رفتارهای مثبت کودک توجه نمی کنند. بنابر این رفتارهای مثبت تشویق نشده و به تدریج کاهش می یابند.

توجه و تشویق ناخواسته رفتار منفی: این زمانبست که رفتار منفی کودک بطور ناخواسته مورد توجه و تشویق قرار می گیرد مثلا یک رفتار منفی اولین بار به نظر والدین جالب آمده و باعث خنده دیگران می شود این نوع برخورد می تواند رفتار منفی را تقویت کند.

انتظار وجود فرزند ایده آل: این انتظار که فرزندشان هیچ نقصی نداشته باشد غیر واقعی است و باعث احساس ناکامی و شکست می شود. همه بچه ها گاهی گریه کرده، نق می زنند و گاهی به حرف والدینشان گوش نمی دهند. نحوه برخورد والدین با این مشکلات می تواند این مشکلات را کاهش داده یا حفظ نماید.

این فکر که همه چیز تقصیر آنهاست: گاهی والدین خودشان را مقصر می دانند. می توان کودک را راهنمایی نمود و مهارتها و ارزشهای اجتماعی را به آنها اموخت ولی کنترل تمام رفتارها و شیوه های برخورد او غیر ممکن است.

این فکر که همه چیز تقصیر کودک است: این فکر باعث می شود که والدین رفتار کودک را تعمیدی تلقی کرده و واکنشی بیش از آنچه لازم است نشان دهند. این خود باعث بدتر شدن رفتارهای کودک می شود.

این نگرش که باید خود را بخاطر فرزند فدا کرد: به این معناست که مراقبین خود را وقف تربیت فرزند می کنند که باعث می شود والد یا مراقب نیازهای اساسی خود را در نظر نگیرد. در نتیجه از زندگی و روابط زناشویی خود لذت نمی برند. وظیفه والد بودن زمانی از کیفیت خوبی برخوردار خواهد بود که در آن رعایت تعادل شود و والدین نیازهای خود را هم در نظر بگیرند.

این نگرش که خودشان خوب می شوند: برخی مشکلات رفتاری کودک را گذرا پنداشته و انتظار دارند با رشد کودک این مشکلات برطرف شوند. در حالیکه مشکلات رفتاری نیازمند بررسی در مراحل اولیه است. والدینی که این طرز تفکر را دارند در پیدا کردن علت مشکل، راه حل ها، ایجاد تغییرات و استفاده از کمک ها دچار مشکل می شوند.

آنچه باید والدین در خصوص تربیت فرزند بدانند:

به والدین در مورد اصول زیر آموزش دهید. ممکن است لازم باشد برخی از این اصول را با توجه به معیار های فرهنگی و اجتماعی هر منطقه آموزش دهید.

انتظارات واقع بینانه داشته باشید: انتظار والدین از خودشان و از فرزندشان باید واقعی باشد. نباید انتظار داشته باشید بتوانید تمام اصول را رعایت کنید. انتظار داشته باشید که در طول زمان با مشکلات مختلفی روبرو می شوید. انتظارات از همسران نیز باید واقعی باشد. والدین باید بکوشند تا اشتباهات همدیگر را درک کنند. از فرزندان هم باید انتظارات واقعی و متناسب با سن او داشته باشید.

ایجاد فضای مثبت در منزل: با کودکان زمانهایی برای تفریح داشته باشید. مهم است فعالیتهایی را انتخاب کنید که برای هر دو طرف لذت بخش باشد. از او در مورد کارهای روزمره اش سؤال کنید و از کارهای خودتان هم برایش بگوئید. گذراندن زمان با فرزندان در برقراری رابطه مثبت بسیار کمک کننده است.

مفهوم دوستت دارم را به کودک انتقال دهند: مهم است کودک از علاقه شما نسبت به خودش آگاه باشد. بروش های زیر می توانید اینکار را انجام دهید.

- بیان کلامی
- قرار دادن نشانه هائی در فضای منزل که این مفهوم را برساند که او را دوست دارید.
- نشان دادن محبت به شکل فیزیکی مثل در آغوش گرفتن.

- اجازه دهید وقتی در مورد دوست داشتن او با دیگری صحبت می کنید سخنان شما را بشنود.

قوانین و ساختارها را حفظ کنید:

محیط زندگی مثبت باید قانونمند باشد در عین حال استفاده از رسوم خیلی خشن و سخت نامطلوب است. قوانین باید واضح و خاص باشند و از لیست طولانی بایدها و نبایدها استفاده نکنید.

آداب و رسوم خانوادگی را حفظ کنید.

با این سنتها فضای خانواده مثبت تر می شود. استفاده از آداب و رسوم اجتماعی مثلا مهمانی روز جمعه یا جمع شدن دور هم به کودک احساس امنیت و آرامش می دهد.

از خودتان مراقبت کنید:

پدر و مادر شدن به این معنا نیست که والدین به خودشان توجه نکنند. هر پدر و مادری نیاز دارد که زمانی را دور از فرزندش باشد. اگر مقداری از زمان را صرف خودتان بکنید خدشه ای در تربیت فرزندتان ایجاد نمی شود.

از درگیری در حضور فرزندتان بپرهیزید:

بحث و درگیری در حضور فرزند باعث غمگینی آنها می شود. کودکانی که ناظر جدالهای والدین هستند در مقابله با مشکلات راه حلهای نامناسب را فرا می گیرند. و واکنشهایی مثل جیغ زدن و فریاد کشیدن را بکار می برند.

فصل سوم: آموزش و مشاوره در مورد اختلالات روانپزشکی

الف: اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز

آموزشهای لازم:

- در صورت وجود اختلال بیش فعالی و نقص توجه به والد در خصوص موارد زیر آموزش دهید:
 1. در مورد لزوم درمان طولانی اختلال و اینکه تابستان یا تعطیلات اثری بر روند درمان ندارند توضیح دهید.
 2. اختلال می تواند بدون بیش فعالی و فقط با نشانه های کم توجهی باشد
 3. اختلال بیش فعالی موجب افت عملکرد تحصیلی، اختلال در برقراری روابط مناسب با اطرافیان، دریافت فیدبک های منفی از محیط و به تبع آن کاهش اعتماد به نفس و احساس ناکامی و افسردگی می شود.
 4. در مورد نحوه پی گیری درمان به والد آموزش دهید.
 5. در مورد مشکلات رفتاری کودک و اینکه برخی از این مشکلات به دلیل وجود این اختلال است به والد آموزش دهید.
 6. در مورد نحوه برخورد با مشکلات رفتاری کودک به والد آموزش دهید.
 7. این کودکان به تشویق هایی که بلافاصله پس از رفتار مثبت بوده و مکررا تکرار شوند پاسخ می دهند. لازم نیست حتما از یک کالا یا هدیه برای تشویق استفاده نمود. تشویق می تواند لفظی یا رفتاری باشد ولی مهم است که برجسته تر بوده و بلافاصله پس از رفتار باشد. این کودکان نسبت به تنبیه بدنی پاسخ مناسبی نداشته و حتی بد رفتاریشان بدتر می شود.
 8. آموزش در مورد اینکه رژیم غذایی خاصی اثر تشدید کننده ندارد

ب: اختلال تیک و تورتر

- در صورت وجود اختلال تیک به والدین در خصوص موارد زیر آموزش دهید:
 1. این اختلال به دلیل نقص در سیستم اعصاب مرکزی است و کودک عمدا این حرکات را تولید نمی کند.
 2. به والد در مورد لزوم درمان داروئی توضیح دهید.
 3. به والد آموزش دهید که در طول درمان ممکن است علائم کم و زیاد شود در این صورت درمان را قطع نکند
 4. به والد آموزش دهید که به تیک های کودک توجه نکند و بخاطر تیک به کودک تذکر ندهند.
 5. بسیاری از تیک ها گذرا هستند بخصوص زمانی که مدت زمان کمی از شروع آنها گذشته باشد در این خصوص به والد اطمینان بخشی کنید.

ج: اختلالات دفعی

- در صورت وجود شب ادراری به والد آموزش دهید که:
 1. این اختلال در اکثر موارد خود محدود شونده است و بدلیل عوارض و تاثیراتش نیازمند درمان است.
 2. کودک عمدا اقدام به اینکار نمی کند.
 3. هرگز کودک را بخاطر این اتفاق تنبیه بدنی نکنند.
 4. پی گیری درمان و انجام روشهای رفتاری و داروئی توصیه شده از اهمیت زیادی برخوردار است.
- در مورد بی اختیاری مدفوع به والد آموزش دهید که:
 1. کودک را بخاطر این رفتار تنبیه بدنی نکنند.
 2. در موارد وجود نوع احتباسی همراه با یبوست به لزوم استفاده از ملین ها در رژیم غذایی تاکید کنید.
 3. در خصوص پی گیری درمان آموزش دهید.

د: اختلالات اضطرابی

- در مورد کودکانی که مشکل اضطرابی دارند به والد آموزش دهید که:
 1. از طریق اطمینان بخشی احساس امنیت کودک را بالا ببرد.
 2. به اضطراب کودک توجه کرده با او همدلی کند و سپس برای کاهش آن اقدام نماید.
 3. از کاربرد جملات تهدید کننده که معنای طرد کودک را در بر داشته باشد (مثل اینکه مادرت نخواهم بود) اجتناب نماید.
 4. هرگز کودک را بخاطر اضطرابش سرزنش نکنید
 5. مواجهه کودک را با محرکهای ترسناک نظیر فیلم ها یا صحنه های خشونت به حداقل برساند.

ه: اختلال لکنت:

- در صورت بروز لکنت به والدین آموزش دهید که:
 1. گاهی نا روانی کلام بخشی از فرایند رشدی است پس تا مطمئن نشده اند از کلمه لکنت استفاده نکنند.
 2. در بسیاری موارد لکنت خود محدود شونده است.
 3. با اینحال لازم است مشاوره با متخصصین انجام شود.
 4. برای صحبت کردن کودک را تحت فشار قرار ندهند.
 5. به لکنت کودک توجه نکنند

6. در زمان صحبت کودک با حوصله به او گوش دهند و از عباراتی مثل زود باش استفاده نکنند.
7. موقع صحبت با اضطراب به او نگاه نکنید بلکه چهره طبیعی داشته باشند.
8. در حین صحبت با کودک اشتباهات تلفظی او را اصلاح نکنند.
9. در حین صحبت هیچگاه به او نگوئید چکار کند تا لکنت نداشته باشد.
10. یچگاه برای یافتن کلمه یا ادای آن به کودک کمک نکنند.

و: اختلال وسواس:

- در صورت وجود نشانه های وسواس و اجبار به والد آموزش دهید که:
 1. این نشانه ها به دلیل اختلال وسواس است و کودک قادر به مقاومت در برابر آن نیست.
 2. در برابر نشانه های وسواس و رفتارهای اجبار گونه واکنشهای تند بروز ندهند و از تنبیه بدنی استفاده نکنند.
 3. درمان اختلال استفاده از داروهای ضد وسواس و روشهای رفتاری است که باید تحت نظر روانپزشک انجام شود.
 4. جواب دادن به درخواستهای وسواسی کودک و اجازه بروز رفتارهای اجبارگونه به کودک باعث تشدید علائم می شود.
 5. اختلال وسواس یک اختلال عود کننده است و کامل کردن دوره درمان احتمال عود را کاهش می دهد.

ز: عادات خاص:

- در صورت وجود عاداتهای خاص مثل مکیدن شست، جویدن ناخن و یا رفتارهای شبیه خود ارضائی به والد آموزش دهید که:
 1. در برابر این رفتارها واکنش تند نشان ندهند و از تنبیه های بدنی استفاده نکنند.
 2. در برابر این رفتار کاملاً بی تفاوت بوده و چهره نگران یا مضطرب نداشته باشد.
 3. حتی الامکان قبل از بروز این رفتارها موقعیت را پیش بینی کرده و شرایط را به نحوی تغییر دهد که کودک فرصت بروز رفتار را پیدا نکند.
 4. در صورت بروز رفتار در همان ابتدا بصورت غیر مستقیم کودک را به فعالیت دیگری مشغول نماید.
 5. در صورت تداوم رفتار با وجود این اقدامات به متخصصین مراجعه نماید.

بخش 6

پی گیری

اکثر اختلالات روانپزشکی کودکان نیازمند پی گیری منظم هستند. در پی گیری پزشک می تواند ارزیابی نماید که آیا کودک داروهایش را مرتب مصرف نموده است یا خیر، چه عوارض دارویی وجود دارد و اینکه پاسخ درمانی کودک چگونه بوده است..

بنابراین لازم است مادر را در مورد لزوم و اهمیت پی گیری درمان توجیه نموده و زمان مناسب پی گیری را مشخص نمائیم. در مواردی که لازم است پی گیری درمان علاوه بر پزشک عمومی توسط متخصص روانپزشکی کودک انجام شود می بایست پیش لازم از این نظر هم انجام شود. در صورت بروز عوارض دارویی باید به مادر این توجه را داد که عوارض دارویی اجتناب ناپذیر است ولی در هر موردی راه حل برای عوارض وجود دارد. وچنانچه عوارض خطرناک نباشد مادر نباید خود سرانه دارو را قطع نماید. در این موارد می توان مادر را تشویق نمود که با پزشک تجویز کننده دارو راجع به عوارض آن صحبت کند.

در مواردی که درمانهای توان بخشی و یا غیر دارویی اجام می شود پی گیری می تواند به ارزیابی نحوه درمان و چگونگی پاسخ و فراهم نمودن اطلاعات بیشتر برای درمانگران در خصوص مشکل کودک کمک کند.

نحوه استفاده از جدول پی گیری:

در ستون سمت چپ جدول نحوه پی گیری درمان در هر مورد مشخص شده است که می بایست در هر مورد زمان و نحوه پی گیری به اطلاع والد رسانده شود.

جدول پی گیری :

مشکل کودک	نحوه پی گیری

چگونگی برخورد با کودکی که برای پیگیری مراجعه کرده است:

از مادر در مورد مشکل کودک مجدد سؤال کنید. به برقراری رابطه و توجه به گفته و احساسات مادر مثل مراجعه اولیه توجه داشته باشید. در بروز مشکلات جدید سوال نمائید. و در صورت بروز مشکل جدید مطابق چارت ارزیابی و طبقه بندی بیماریها مجددا اقدام نمائید. در خصوص عوارض درمان سؤال نموده و معاینات لازم را انجام دهید. به نشانه های مدیکال همراه توجه کنید و بدون انجام ارزیابی آنها به حساب عوارض دارو نگذارید. در صورت نیاز به پایش های آزمایشگاهی آنها را درخواست نمائید ولی از درخواست آزمایشها یا اقدامات پاراکلینیک غیر ضروری اجتناب کنید. میزان پاسخ به درمان را ارزیابی کرده و به این توجه را بدهید که درمان ممکن است بصورت تدریجی پیشرفت کند. در مواردی که پاسخ از زمان کافی پاسخ درمانی وجود نداشته است برای اقدامات درمانی بعدی یا ارجاع مجدد به متخصصین روانپزشکی کودک اقدام کنید.

نحوه پیگیری کودک مبتلا به اختلال حرکتی

در مواردی که کودک مبتلا به اختلالات حرکتی شدید است. پی گیری معمولاً توسط متخصص انجام می شود. ممکن است کودک نیاز به اقدامات کار درمانی و توانبخشی داشته باشد. پزشک مراقبتهای اولیه می تواند در فواصل معین نحوه همکاری بیمار و مراقب با درمان را ارزیابی کند. جدول شماره 1-6 نحوه پیگیری را در هر مورد نشان می دهد.

جدول 1-6 پی گیری کودک مبتلا به اختلال حرکتی:

مشکل کودک	نحوه پی گیری
افزایش تون عضلانی و CP کاهش تون عضلانی و اختلالات عصب و عضله نا هماهنگی حرکتی در عضلات درشت و دست و پا چلفتی بودن نا هماهنگی حرکتی در حرکات ریز	معاینات منظم دوره ای و ارتباط نزدیک با متخصصین و کاردرمانگران، ارزیابی پیشرفت درمان و نظارت بر روند مداخلات توانبخشی و کار درمانی.

نحوه پیگیری کودک مبتلا به اختلالات ارتباط و زبان

در مواردی که که کودک تاخیر در گفتار دارد چنانچه علت تاخیر اختلالات زمینه ای دیگری نظیر عقب ماندگی ذهنی یا اوتیسم نباشد، انجام مداخلات گفتار درمانی می تواند مؤثر باشد. لذا ارزیابی اولیه توسط متخصصین روان پزشکی کودک جهت تعیین علت تاخیر زبان در این موارد ضروری است. در مورد لکنت زبان نیز چنانچه کودک نا روانی در بیان یک کلمه یا عبارت داشته باشد طبیعی است ولی وقتی در ادای یک صدا یا یک سیلاب مشکل دارد و یا کلمات را به سختی و با حالات چهره ای خاص بیان می کند. در این موارد ارزیابی توسط متخصصین جهت تعیین لزوم مداخلات گفتار درمانی کمک کننده است. جدول 2-6 نحوه پیگیری را نشان می دهد.

جدول 2-6 پی گیری کودک مبتلا به اختلالات ارتباط و زبان:

مشکل کودک	نحوه پی گیری
تاخیر زبان	ارزیابی دوره ای در فواصل 2 تا 3 ماه از نظر میزان بهبودی و تاثیر مداخلات گفتار درمانی.
لکنت زبان	ارزیابی دوره ای از نظر میزان بهبود و یا عدم بهبود در فواصل یک ماهه و ارجاع برای مداخلات تخصصی در صورت تداوم نشانه ها

نحوه پیگیری کودک مبتلا به اختلالات نافذ رشد:

زمانیکه اختلالات نافذ رشد نظیر اختلال اوتیسم مطرح است مداخلات و پیگیری ها می بایست توسط متخصصین روانپزشکی کودک و نوجوان انجام شود. در جلسات پی گیری لازم است پزشک مراقبتهای اولیه نحوه مصرف دارو و عوارض آن را کنترل نماید ولی تغییر دوز یا قطع دارو باید با نظر پزشک متخصص انجام شود. اقدامات توانبخشی و گفتار درمانی نیز در این کودکان مؤثر است که در جلسات ارزیابی می توان بر نحوه انجام آنها نظارت داشت. جدول 3-6 نحوه پیگیری را نشان می دهد.

جدول 3-6 پی گیری کودک مبتلا به اختلالات نافذ رشد:

مشکل کودک	نحوه پی گیری
نشانه های اختلال اوتیسم	نظارت بر نحوه مصرف دارو، ارزیابی عوارض دارو و نظارت بر نحوه انجام مداخلات توانبخشی و گفتار درمانی

نحوه پیگیری کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه

در مورد کودکانی که بیش فعالی و نقص تمرکز دارند برنامه درمانی می بایست توسط متخصصین روانپزشکی طرح ریزی و پی گیری شود و پزشک مراقبتهای اولیه لازم است در طول درمان وضعیت رشدی و وزن کودک را در فواصل هر 3 تا 6 ماه یکبار ارزیابی کند. تغییر یا قطع دارو باید با نظر پزشک متخصص انجام شود. جدول 4-6 نحوه پیگیری را نشان می دهد.

جدول 4-6 پی گیری کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه:

مشکل کودک	نحوه پی گیری
اختلال بیش فعالی و نقص توجه	نظارت بر نحوه مصرف دارو، ارزیابی عوارض و ارزیابی میزان رشد و وزن بدن در فواصل معین 3 ماهه.

نحوه پیگیری کودک مبتلا به اختلالات اضطرابی و اضطراب جدائی

در کودکی که مبتلا به اختلالات اضطرابی و اضطراب جدائی است تشخیص نوع اختلال و تعیین نوع و دوز دارو بر عهده متخصصین روانپزشکی است. در پی گیری لازم است پزشک مراقبتهای اولیه میزان بهبودی و پاسخ به درمان، چگونگی مصرف دارو و عوارض احتمالی را بررسی نماید. در این کودکان از مداخلات غیر دارویی نظیر مداخلات رفتاری نیز می توان استفاده نمود که با نظر متخصصین انجام می شود. جدول 5-6 نحوه پیگیری را نشان می دهد.

جدول 5-6 پی گیری کودک مبتلا به اختلالات اضطراب:

مشکل کودک	نحوه پی گیری
نشانه های اضطرابی نشانه های اضطراب جدائی	ارزیابی دوره ای از نظر میزان بهبود و یا عدم بهبود در فواصل یک تا دو ماه بدنبال درمان داروئی و ارزیابی از نظر عوارض داروئی

نحوه پیگیری کودک مبتلا به اختلال وسواس

در این اختلال نیز تشخیص و نوع درمان باید با نظر متخصصین انجام شود. نظارت بر نحوه درمان داروئی و بررسی عوارض داروئی در هر ویزیت در فواصل 1 تا 2 ماهه می تواند توسط پزشک مراقبتهای اولیه انجام شود. تغییر دوز یا قطع دارو باید با نظر پزشک متخصص انجام شود. جدول 6-6 نحوه پیگیری را نشان می دهد

جدول 6-6 پی گیری کودک مبتلا به اختلال وسواس:

مشکل کودک	نحوه پی گیری
نشانه های وسواس	ارزیابی دوره ای از نظر میزان بهبود و یا عدم بهبود در فواصل یک تا دو ماه بدنبال درمان داروئی و ارزیابی از نظر عوارض داروئی

نحوه پیگیری کودک مبتلا به اختلال تیک

اختلال تیک یک اختلال دراز مدت با دوره های فروکش و عود است. در این موارد لازم است درمان داروئی ادامه داشته باشد. در هر ویزیت پیگیری باید کودک را از نظر پیشرفت درمان و عوارض دارو بررسی نمود. جدول 6-7 نحوه پیگیری را نشان می دهد

جدول 6-8 پی گیری کودک مبتلا به اختلال تیک:

مشکل کودک	نحوه پی گیری
نشانه های تیک	ارزیابی دوره ای از نظر میزان بهبود و یا عدم بهبود بدنبال درمان داروئی و ارزیابی از نظر عوارض داروئی در فواصل یک تا دو ماه

نحوه پیگیری کودک مبتلا به اختلالات دفعی

اختلال شب ادراری اختلالی است که به مرور زمان محدود شونده است. لذا هر سه تا 6 ماه یک بار می توان دوز دارو را کاهش داد و چنانچه شب ادراری بازگشت داشت باید دوز دارو را مجدد افزایش داد. در مورد عدم کنترل مدفوع نیز ارزیابی دوره ای از نظر سیر درمان لازم است. چنانچه

پاسخ به درمان کامل نبود ارزیابی مجدد توسط متخصصین لازم است. مداخلات غیر داروئی نیز باید توسط متخصصین طرح ریزی شود. جدول 9-6 نحوه پیگیری را نشان می دهد

جدول 9-6 پی گیری کودک مبتلا به اختلالات دفعی:

مشکل کودک	نحوه پی گیری
شب ادراری بی اختیاری مدفوع	بررسی سیر درمان هر سه تا 6 ماه یک بار و کاهش تدریجی دوز. پی گیری از نظر میزان پاسخ به درمان و در صورت عدم پاسخ مناسب ارجاع مجدد به روانپزشک

نحوه پیگیری کودک مبتلا به صرع

در مورد کودک مبتلا به صرع در هر پی گیری نحوه پاسخ به درمان را ارزیابی کنید.
جدول 10-6 نحوه پیگیری را نشان می دهد

جدول 10-6 پی گیری کودک مبتلا به اختلال صرع:

مشکل کودک	نحوه پی گیری
تشنج کنترل نشده	کنترل از نظر تواتر تشنجات و میزان پاسخ به درمان. در صورت عدم پاسخ کافی ارجاع مجدد به متخصصین اعصاب کودکان.

نحوه پیگیری کودک مبتلا به اختلالات خلقی

در کودکی که مبتلا به اختلالات خلقی است تشخیص نوع اختلال و تعیین نوع و دوز دارو بر عهده متخصصین روانپزشکی است. در پی گیری لازم است پزشک مراقبتهای اولیه میزان بهبودی و پاسخ به درمان، چگونگی مصرف دارو و عوارض احتمالی را بررسی نماید. در این کودکان از مداخلات غیر داروئی نظیر مداخلات رفتاری نیز می توان استفاده نمود که با نظر متخصصین انجام می شود. جدول 5-6 نحوه پیگیری را نشان می دهد.

جدول 11-6 پی گیری کودک مبتلا به اختلالات اضطراب:

مشکل کودک	نحوه پی گیری
نشانه های افسردگی نشانه های اختلال دوقطبی	ارزیابی دوره ای از نظر میزان بهبود و یا عدم بهبود در فواصل یک تا دو ماه بدنبال درمان داروئی و ارزیابی از نظر عوارض داروئی

وظایف بهورز:

بخشی از پی گیری ها توسط بهورز در خانه های بهداشت انجام می شود. در مورد تمام اختلالات بهورز لازم است:

- بصورت دوره ای در فواصل زمانی مشخص کودک را ارزیابی کند و میزان بهبود علائم را از مراقب سؤال نماید.
- میزان همکاری مراقبین را با درمان مشخص کند.
- در صورت عدم همکاری با درمان مراقبت ها را افزایش داده و آموزشهای لازم را ارائه کند
- در صورت مواجهه با نشانه های خطر اقدام مناسب را انجام دهد.
- پی گیری ها را در فواصل مشخص به کارشناس بهداشت روان یا پزشک گزارش دهد.

ضمائم

تعامل مادر و کودک

تقویت مهارت‌های حرکتی:

نوزادی	4 تا 8 هفتگی	8 تا 16 هفتگی
<p>موقع تعوض کهنه بچه تمرینات ملایم خم و راست نمودن پاها را انجام دهید.</p> <p>روزی 2 یا 3 مرتبه نوزاد را به نحوی نگه دارید که صورتش به سمت زمین باشد تا گردن گرفتنش بهتر شود.</p>	<p>انگشت، اسباب بازی یا شیء دیگری را در میدان بینائی کودک به سمت بالا و پائین حرکت دهید. این باعث می شود شیر خوار تشویق شود سرش را حرکت دهد.</p> <p>در وضعیت خوابیده به رو اسباب بازی های خوش رنگ را در مقابل او قرار دهید تا مجبور شود سرش را بالا نگهدارد.</p>	<p>برای تقویت حس تعادل او را بعنوان بازی به حالت ایستاده نگهدارید. با قرار دادن چند بالش پشت سرش او را در وضعیت نشسته قرار داده بطوری که بتواند به اشیاء نزدیک ضربه بزند.</p> <p>از طریق خواباندن شیر خوار به پشت و کشیدن آرام او به حالت نشسته با او بازی کنید.</p>
16 تا 24 هفتگی	24 تا 32 هفتگی	32 تا 40 هفتگی
<p>برای تقویت عضلات تنه بازی هائی انجام دهید که مجبور شود به طرفین بچرخد.</p> <p>چند اسباب بازی نرم در اختیارش قرار دهید بطوری که مجبور باشد برای گرفتن آنها دستش را دراز کند.</p> <p>بازی "دالی" را با قرار گرفتن در یک طرف شیر خوار انجام دهید. بطوری که مجبو باشد برای یافتن شما تنه خود را بچرخاند.</p> <p>کودک را برای تقویت ثابت نگهداشتن سر مرتبا به آرامی تاب و تکان دهید.</p>	<p>در حالیکه شیر خوار به پشت خوابیده است اسباب بازی های خوش رنگ و پر سروصدائی را در میدان بینائی او کمی خارج از دسترس وی نگهدارید و او را تشویق کنید در این وضعیت سرش را بلند کند و نگاه کند.</p> <p>کمی دورتر از کودک بایستید و بازوانتان را بطرف او باز کنید و بخواهید که به سمت شما جهت گیری کند.</p>	<p>با قلاب نمودن دستانش به اثاثیه ثابت منزل او را به ایستادن تشویق کنید. و در حالیکه خودش را نگهداشته است نزدیک او بمانید.</p> <p>شیر خوار به وضعیت 4 دست و پا قرار داده و کمی دورتر از او بایستید دستهایتان را دراز کرده و او را صدا بزنید تا بطرفتان بیاید.</p>

تقویت مهارت‌های حرکتی (ادامه)

40 تا 48 هفتگی	یک سالگی	15 تا 18 ماهگی
انگشتان خود را به شیرخوار بدهید تا بتواند خود را بالا بکشد و او را تشویق کنید بلند شود. اشیاء ثابتی را در کنار هم قرار دهید طوری که بتواند آنها بگیرد و تشویقش کنید با دست گرفتن به اشیاء حرکت کند.	زمانی که شیرخوار به اشیاء خانه چنگ زده است با کمی فاصله از او بنشینید، بازوان خود را بگشائید و اسمش را صدا بزنید. و بخواهید بطرف شما بیاید. اسباب بازی های محکم یا اثاثیه های ثابت را برای ایجاد تکیه گاه و کمک به راه رفتن در اختیارش قرار دهید.	نشستن و پائین آمدن از صندلی را با او تمرین کنید. صندلی از نوعی باشد که سرنگون نشود. بازی هایی که لازمه آنه قدم برداشتن به سمت عقب است را با او تمرین کنید. برداشت اشیاء از زمین را با او تمرین کنید. لگد زدن به توپ را با یک توپ سبک تمرین کنید.
18 ماهگی تا 2 سالگی	2/5 سالگی	3 سالگی
کودک را در فعالیتهای روزانه خود مشارکت دهید. بالا رفتن از پله، شستن دست و ... را با او تمرین کنید. حرکت کردن همراه با موسیقی باعث می شود کودک طیف وسیعی از حرکات را تمرین کند.	یک اسباب بازی یچرخدار به او بدهید بطوری که بتواند روی آن بنشیند و با پاهایش آن را بسمت جلو هدایت کند. با انجام بازی های مستلزم پریدن و راه رفتن روی سرپنجه چالاکي او را تقویت کنید.	با انجام بازی "لی لی" یا بنوبت جهش کردن روی یک پا در حالیکه دستهایش را گرفته اید پریدن را تمرین کنید. با راه رفتن موزون همراه موسیقی تاب دادن دستها را تمرین کنید. برای تقویت عضلات ساق پا 3 چرخه را در اختیارش قرار دهید. بازی با تاب، الاکلنگ و سرسره را انجام دهید
4 سالگی	5 سالگی	
بازی های مستلزم هماهنگی حرکات مثل طناب بازی را انجام دهید. در محوطه بازی پارکها و ... بازی با وسایل مختلف را انجام دهد.	بازیهای مختلف نیازمند همانگی حرکتی نظیر اسکیت (با وسایل محافظ) و ... را انجام دهد.	

ب: تقویت مهارت‌های دستی:

نوزادی	4 تا 8 هفتگی	8 تا 16 هفتگی
اجازه دهید انگشت اشاره شما را چنگ بزند.	برای شل کردن انگشتان بازی هائی بکنید که بتوانید انگشتان شیر خوار را یکی یکی باز کنید دستها و انگشتانش را به آرامی مالش داده و قلقلک دهید.	امکان لمس اسباب بازی ها با دماها، زبری و از جنس های مختلف را برای او فراهم کنید. اشیاء را در امتداد چین های کف دست در دستش قرار دهید. جفجغه را در دستش قرار داده و تکان دهید. اشیاء را در فاصله ای دور قرار داده تا مجبور شود دستش را دراز کند.
16 تا 24 هفتگی	24 تا 32 هفتگی	32 تا 40 هفتگی
بازیهای بده بستانی را با او انجام دهید.	غذاهائی را مثل نان سوخاری را در اختیارش قرار دهید تا به دهانش ببرد. (بعد از آنکه امکان خوردن اینگونه غذاها فراهم شد) اجازه دهید با قاشق های چوبی و ظروف فلزی صدا درآورد. روی هم چیدن مکعب ها را تمرین کنید.	اجازه دهید خودش غذا خوردن را تمرین کند. بازیهای اشاره ای مثل شکل ساده شده "قایم باشک" را با او تمرین کنید. تشویقش کنید اشیاء کوچک را درون ظرف قرار دهد.

تقویت مهارت‌های دستی (ادامه)

15 تا 18 ماهگی	1 سالگی	40 تا 48 هفتگی
<p>کتاب با حجم‌های مختلف را به او بدهید تا ورق بزند. هنگام لباس پوشیدن صبور باشید و به او بیاموزید چطور برخی لباس‌های ساده را بپوشد. با مکعب‌ها همراه او برج بسازید. کاغذ و مداد شمعی برای نقاشی در اختیارش قرار دهید.</p>	<p>کاغذ و قلم برای خط خطی کردن در اختیارش قرار دهید غذاهای نیمه جامدی را که به قاشق می‌چسبند و نمی‌ریزند را در اختیارش قرار دهید با قاشق بخورد</p>	<p>غذاهای نیمه جامد تشکیل شده از قطعات کوچک را آماده کنید که با دست بردارد و به دهان ببرد. اشیاء کوچک و بزرگ را به او بدهید که اشیاء کوچک را در داخل اشیاء بزرگ قرار دهد. بازی دادن اشیاء و پس گرفتن را انجام دهید. تشویقش کنید مقدار بیشتری از غذا را با قاشق بخورد</p>
4 سالگی	2/5 و 3 سالگی	18 ماهگی تا 2 سالگی
<p>چیدن پازل را تمرین کنید اسم کودک را بنویسید و بخوانید نوشتن آنرا تقلید کند.</p>	<p>ساخت شکل‌های پیچیده با اسباب بازی‌های ساختمانی را تمرین کنید از او بخواهید در انجام کارهای ساده که مستلزم هماهنگی است مثل چیدن سفره کمک کند. (3 سال) شکل‌هایی را در اختیارش قرار دهید تا رنگ آمیزی کند. (3 سال)</p>	<p>اشیاء و اسباب بازی‌ها با سایزهای مختلف را در اختیارش قرار دهید. برای اینکه خودش لباس بپوشد تشویقش کنید.</p>

ج: تقویت کنترل ادرار:

15 ماهگی	13 ماهگی	1 سالگی
گاهی از او پرسید که آیا قصد توالیت رفتن دارد یا خیر. به پاسخ منفی او اعتماد کنید و چنانچه خود را خیس کرد سرزنشش نکنید. تمرینات قبلی را ادامه دهید.	انتظار نداشته باشید در این سن حتما روی تخلیه ادرار کنترل داشته باشد ولی کودک را عادت دهید پس از هر وعده غذا چند دقیقه فقط روی لگن بنشیند و این بمعنی آموزش دیدن نیست.	از زمانی که کودک قادر به نشستن است مدت کوتاهی او را روی لگن قرار دهید. انتظار نداشته باشید حتما ادرار کند ولی اگر ادرار کرد تحسینش کنید. و اگر بلافاصله بعد از بلند شدن خود را خیس کرد هیچگاه سرزنشش نکنید.
2 سالگی	21 ماهگی	18 ماهگی
دسترسی به توالیت را تسهیل کنید. محل نشستن مناسب باشد و از نور کافی برخوردار باشد. زمانی که کودک مشغول دستشوئی کردن است همان نزدیک باشید. از اشتباهات او خشمگس نشوید.	آرامش خود را حفظ کنید. هر وقت خود را خیس کرد بدون جنجال فقط لباسش را عوض کنید. زمان نشستن روی لگن را افزایش ندهید	موفقیت های او را برای کنترل ادرار تحسین و از شکست های او چشم پوشی کنید... انتظار نداشته باشید خود را خیس نکند و استفاده از لگن را تشویق کنید.
	3 سالگی	2/5 سالگی
	قبل از خواب او را به توالیت ببرید. اگر 3 شب متوالی خیس نکرد کم کم شبها به او پوشک نپوشید. از لباسهای جاذب رطوبت استفاده کنید. در صورت امکان یک لگن شبها کنار تختش باشد تا در صورت لزوم از آن استفاده کند.	انتظار نداشته باشید شبها خشک بماند. موفقیت هایش را در انجام توالیت مستقل تشویق کنید. از خطاهایش چشم پوشی کنید.

د: تقویت کنترل مدفوع:

2 تا 2/5 سالگی	18 ماهگی تا 2 سالگی	15 تا 18 ماهگی
<p>هر شب که خود را کثیف نکرد او را تحسین کنید. هر چند ممکن است خود را خیس کرده باشد. در مورد تمایل به تمیز ماندن او اضطراب نشان ندهید. منتظر علامت یا درخواست او باشید. آموزش کنترل دفع قبل از ادرار است پس به این دو امر مستقل نگاه کنید و موفقیت در هر کدام را جداگانه تحسین کنید</p>	<p>کاری کنید که هر کاری با لگن یا روی آن انجام می دهد با حساس شادی همراه باشد.</p>	<p>هنوز زود است استفاده از لگن را یاد بگیرد. ولی می توانید او را به نشستن روی لگن عادت دهید. به محض اینکه توانست به تنهائی بنشیند فقط بعد از غذا او را به مدت کوتاه روی لگن بنشانید. هرگز او را بیش از چند دقیقه روی لگن نگذارید و اگر حوصله اش سر رفت اجازه خروج بدهید. اگر موفق به دفع مدفوع شد تحسینش کنید.</p>
	4 تا 5 سال	2/5 تا 4 سالگی
	<p>اکثر کودکان 5 ساله خود را کثیف نمی کنند ولی این برای همه صدق نمی کند بنابراین چنانچه گاهی خود را کثیف کرد جنجال به پا نکنید. لباسهائی بپوشانید که اگر نیاز به دستشوئی داشت براحتی قابل درآوردن باشند</p>	<p>انجام دستشوئی در توالت را به او آموزش دهید. موفقیت اش را در توالت کردن مستقل تحسین کنید. موقع توالت کردن نزدیک او باشید.</p>

ه: تقویت مهارت‌های گفتاری:

28 هفتگی تا یکسالگی	8 تا 24 هفتگی	نوزادی تا 8 هفتگی
<p>واضح و شمرده برای او صحبت کنید.</p> <p>از حرکات چهره و ژست‌های مناسب استفاده کنید.</p> <p>سروصداهای کودکانه در آورید، صداها را بارها تکرار کنید.</p> <p>وقتی کودک سروصداهای نامفهوم تولید می‌کند آنها را تقلید کنید.</p> <p>وقتی یک کلمه را گفت آنرا تکرار کنید</p> <p>شادی خود را نشان دهید و او را در آغوش بکشید.</p> <p>معنی کلمات را از طریق تصاویر، اداها و حرکات نشان دهید.</p>	<p>برای کودکان آواز و شعرهای کودکانه بخوانید.</p> <p>صحبت کردن را با حالتی سرگرم کننده، خنده دار و آمیخته با شوخی انجام دهید.</p> <p>تکرار نامها، کارهای روزمره و وقایع امری ضروری است. حالت نمایشی داشته باشید و حتی الامکان از حرکات استفاده کنید.</p>	<p>از طریق صحبت کردن با کودک از سنین پائین و تشویق او به پاسخ دادن کودک را وادار به صحبت کنید.</p> <p>سعی کنید با شیرخوار به روش اغراق آمیزی صحبت کنید.</p> <p>هر گونه ایجاد ارتباط از سوی شیرخوار را با لبخند، در آغوش گرفتن و توجه کردن پاداش دهید.</p> <p>تا می‌توانید محبت خود را در لحن و صحبت خود نشان دهید.</p> <p>ارتباط چشمی مداوم با او برقرار کنید.</p> <p>زبان اصلی شیرخوار را که گریه است فراگیرید.</p>
2 تا 3 سالگی	18 ماهگی تا 2 سالگی	1 سالگی تا 18 ماهگی
<p>اشتباهات گفتاری کودک را مستقیماً اصلاح نکنید بلکه با بکاربردن صحیح و ایجاد محیط غنی تکلمی آنها را اصلاح کنید.</p> <p>راه‌های حل مسئله را از طریق طرح پرسشهای ساده تمرین کنید.</p> <p>به تدریج جملات را طولانی تر و پیچیده تر کنید.</p> <p>همیشه به سؤالات کودک پاسخ دهید.</p> <p>داستانهای خیالی را برای کودکان بخوانید.</p>	<p>هر گاه موقعیت مناسب بود شمارش اعداد را شروع کنید.</p> <p>هر گاه توانستید برخی صفات مثل خوب و بد را همراه با اسامی یا به تنهایی بکار ببرید.</p> <p>گاهی از قیدها هم استفاده کنید.</p> <p>یادگیری زبان کودک خود را با دیگران مقایسه نکنید هر کودکی سرعت یادگیری خودش را دارد.</p>	<p>وقتی کلمه ای را ادا می‌کند آن کلمه را تکرار و در جمله ای بکار ببرید.</p> <p>کودک را با صدا های مختلف مثل وسایل نقلیه، حیوانات و موسیقی آشنا کنید.</p> <p>برایش کتاب بخوانید، نامها و اشیاء را تکرار کنید.</p>

و: تقویت رشد اجتماعی:

نوزادی	4 تا 8 هفتگی	8 تا 16 هفتگی
کاری کنید که نوزادتان بطور مکرر با شما تماس پوستی داشته باشد. با پاسخ دادن به واکنشهای او یک گفتگوی دو طرفه را ترتیب دهید.	هنگام تغذیه با شیرخوار تماس چشمی داشته باشید. با توجه، محبت و با صداهای آرام بخش به شیرخوارتان پاسخ دهید.	هنگام پاسخ گوئی به شیرخوار از ژست ها، حرکات زرگ و اغراق امیز استفاده کنید تا متوجه شود که به او توجه می کنید.
16 تا 24 هفتگی	24 تا 32 هفتگی	32 تا 40 هفتگی
همه صداهای کودک را با تغییر زیر و بم و بلندای صدای خود تقلید کنید. اگر شیرخوار بجای پاسخ دادن فقط گوش می دهد صداهای ظریفی ایجاد کنید که توجه او را جلب کند.	واکنشهای متنوع به اداهای او نشان دهید تا انواع مختلف پاسخها را بیاموزد. او را به افراد غریبه معرفی کنید تا با غریبه ها خو بگیرد. محبت جسمانی از خود نشان دهید صداهای کودک را تقلید کنید.	استقلال او را از طریق تغذیه مستقل تقویت کنید. کلمه "نه" را محکم ادا کنید تا پاسخ منفی را درک کند. از هر فرصتی برای لمس کردن او و اجازه به او برای لمس کردن خودتان استفاده کنید.
40 تا 48 هفتگی	یک سالگی	15 تا 18 ماهگی
رضایت خود را از هر چیزی با خندیدن نشان دهید. دستورالعمل های قبلی را ادامه دهید.	در لابلای بازی و داستانها بخندید تا حس شوخ طبعی او تقویت شود. او را با کودکان دیگر آشنا کنید. گاهی او را با سایر افراد مطمئن تنها بگذارید. هنگام خروج از منزل او را ببوسید و برایش دست تکان دهید و موقع بازگشت احوال پرسی کنید.	کودک خود را تا حد امکان در فعالیتها شرکت دهید. اجازه دهید برخی لباسهایش را بپوشد. او را به بازی با کودکان دیگر ترغیب کنید. محبت و توجه او را به دیگران تحسین کنید.
18 ماهگی تا 2 سالگی	2/5 سالگی	3 سالگی
او را با کودکان دیگر درگیر نموده و وادار به بازی نمائید. با تقدیر از محبت های او از بروز رقابت جلوگیری کرده و هرگونه مشارکت از سوی او را تحسین کنید. امکان ارتباط و تعامل او را با دیگران و همسالان فراهم کنید. او را به تدریج وارد بازیهای گروهی با همسالان نمائید.	همواره از تلاشهایش پشتیبانی کنید. از شکست های او چشم پوشی کنید. آموزش رفتارهای مؤدبانه و احترام به مالکیت اشخاص را شروع کنید. مقررات مشخص داشته و در اجرای آنها ثابت قدم باشید. بازیهای را ترتیب دهید که مستلزم دادن چیزهایی به اشخاص باشد به این ترتیب به بیاموزید با دیگران مشارکت کند.	کودک را در منزل تشویق کنید بار مسئولیت هایش را به دوش بکشد. در هر فرصت ممکن از تلاشهایش تجلیل کنید. راستگوئی و صداقت را تشویق نمائید. هرگز او را بخاطر راستگوئی تنبیه نکنید.

منابع