

باسمه تعالی

راهنمای معاینات :

قد و وزن ،

دفتر گزارشات فعالیت‌های روزانه مراقب سلامت

BardasbTina.ir

معاینات ارزیابی مقدماتی دانش آموزان

اندازه گیری قد و وزن دانش آموزان

در دوران کودکی سرعت رشد بدن ثابت است اما با شروع دوره نوجوانی به طور ناگهانی بیشتر می شود، یعنی بدن با سرعت زیادتری رشد می کند. سرعت رشد بدن دختران از سن ۱۰ تا ۱۱ سالگی کم کم بیشتر می شود و در سن ۱۲ سالگی به حداکثر میزان خود می رسد. سرعت رشد بدنی پسران از سن ۱۲ تا ۱۳ سالگی بیشتر شده و در سن ۱۴ سالگی به حداکثر می رسد.

بهترین روش برای پی بردن به وضعیت رشد دانش آموزان، اندازه گیری قد و وزن آنها است. با استفاده از اندازه گیری وزن و قد شاخص های مختلفی تعیین می گردد که مهمترین آنها شاخص وزن برای قد و قد برای سن است. شاخص وزن برای قد نشان دهنده چاقی یا لاغری است که نمای توده بدنی یا (BMI) گفته و وضعیت فعلی تغذیه دانش آموز را نشان می دهد. این شاخص در برابر عواملی مانند سوء تغذیه و بیماری حساس بوده به طوری که کمبود وزن برای قد می تواند خیلی سریع ایجاد شود و در کوتاه مدت نیز قابل جبران است.

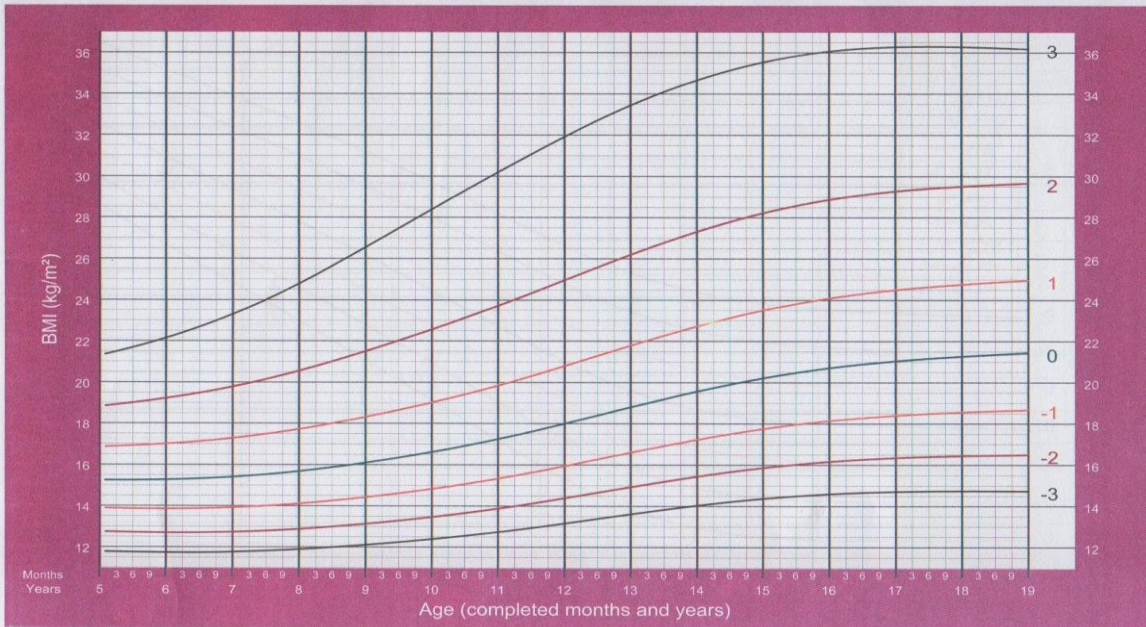
محاسبه شاخص توده بدنی:

وزن بر حسب کیلوگرم که اندازه گیری شده است صورت کسر و قد بر حسب سانتی متر را به متر تبدیل کرده (مثلاً: متر $1/46 = 100:146$) و مجذور آن را به دست می آوریم (قد بر حسب متر \times قد بر حسب متر) و در مخرج کسر قرار می دهیم.

بررسی تغییرات وزن برای قد بسیار ساده است و کاهش آن نشانه سوء تغذیه یا سوء تغذیه همراه با عفونت بوده و شاخص قد برای سن نشان دهنده زمینه تغذیه فرد است و بیشتر به منظور ارزیابی وضعیت تغذیه کودکان در یک جامعه مورد استفاده قرار می گیرد.

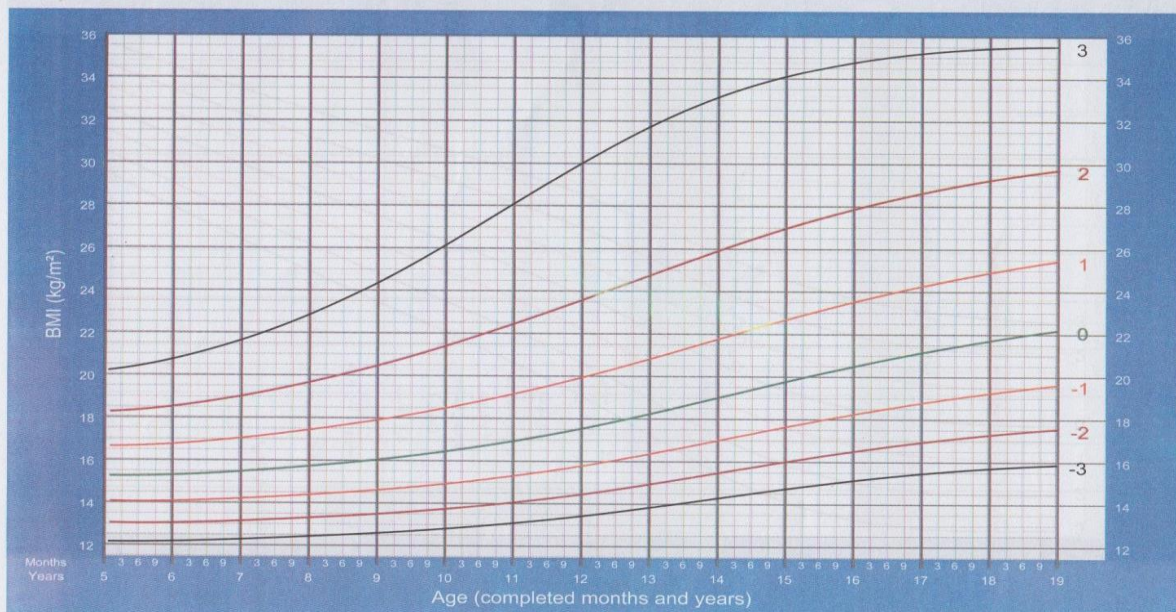
قد و وزن دانش آموزان در طول سال تحصیلی یک بار اندازه گیری می شود و روند رشد در نمودارهای وزن برای قد و قد برای سن در دختران و پسران جداگانه رسم می گردد.

نمایه توده بدنی - دختران (۱۹ - ۵ سال)



۵

نمایه توده بدنی - پسران (۱۹ - ۵ سال)



۷

بهترین روش برای تعیین رشد طبیعی دانش آموزان اندازه گیری قد و وزن آنها است.

زیر $-3\text{score}-z$ (لاغری شدید) برای مقاطع ابتدایی و زیر صدک ۵ برای مقاطع متوسطه ۱ و $-3\text{score}-z$ تا $-2\text{score}-z$ (لاغری) $-2\text{score}-z$ تا $-1\text{score}-z$ بین (احتمال خطر اضافه وزن) برای مقاطع ابتدایی و بین صدک ۸۵ و ۹۵ برای مقاطع متوسطه ۱ و ۲ بالای $2\text{score}-z$ (چاقی) برای مقاطع ابتدایی و بالای صدک ۹۵ برای مقاطع متوسطه (۱ و ۲) $1\text{score}-z$ تا $-z$ -2score (وزن مناسب) برای مقاطع ابتدایی و بین صدک ۵ و ۸۵ برای مقاطع متوسطه (۱ و ۲) در منحنی تغییرات وزن بر حسب قد، محور عمودی نمودار وزن را بر حسب کیلوگرم و محور افقی قد بر حسب سانتیمتر را نشان می دهد.

برای تهیه این منحنی تعداد زیادی از دختران و پسران سالم و خوب تغذیه شده به تفکیک جنس و با قد مختلف مورد بررسی قرار گرفته اند و چون به طور طبیعی تمام کودکان هم جنس، هم سن و سالم وزن و قد یکسان ندارند، بنابراین برخی از آنان در حد متوسط، برخی کمتر از متوسط و عده ای دیگر بیشتر از متوسط هستند که منحنی های مختلفی برای آنان به دست می آید.

در اینجا نیز از ۴ منحنی صدک ۳ (یا $-3\text{score}-z$) بین ۳ تا ۵۰ (یا -2 تا -3score) و بین ۵۰ تا ۹۷ (یا -3 تا $3\text{score}+z$) و ۹۷ (یا $3\text{score}+z$) استفاده شده است که با تعاریف آنها در درس مراقبت اطفال آشنا شده اید.

برای اندازه گیری قد و وزن با دقت کامل این نکات را مورد توجه قرار دهید:

ترازو را قبل از شروع به اندازه گیری و یا وقتی که جابجا می شود، با وزنه شاهد کنترل کنید.
با حداقل لباس و بدون کفش توزین انجام شود.

دانش آموز کاملاً روی ترازو قرار گرفته و شما با ایستادن در مقابل ترازو وزن دقیق را بخوانید.

برای اندازه گیری قد دانش آموز باید بدون کفش باشد و طوری بایستد که پاشنه ها، ساق پا، باسن، کتف و سر او به قد سنج بچسبند و سر کاملاً مستقیم نگه داشته شود.

اگر ترازو مجهز به قدسنج نیست یک متر اندازه گیری را روی دیوار طوری ثابت کنید که کاملاً بر سطح زمین عمود باشد. از دانش آموز بخواهید که مقابل دیوار بایستد در شرایطی که پشت سر، سینه، باسن و پاشنه پای وی در تماس با دیوار باشد. برای اندازه گیری قد، خط کش یا یک برگ کاغذ را روی سرش بگذارید و محل تقاطع آن را با متر بخوانید. در این حالت مطابق شکل باید به وضعیت سر، پاها و موی دانش آموز و نیز طرز قرار گرفتن خط کش توجه داشت.

پس از اندازه گیری دقیق وزن و قد، نقطه وزن را روی محور عمودی پیدا کنید و سپس خط افقی که از آن به سمت راست می رود دنبال نمایید تا به ستون قد برسید، محل تلاقی اندازه های قد و وزن را با نقطه مشخص کنید.

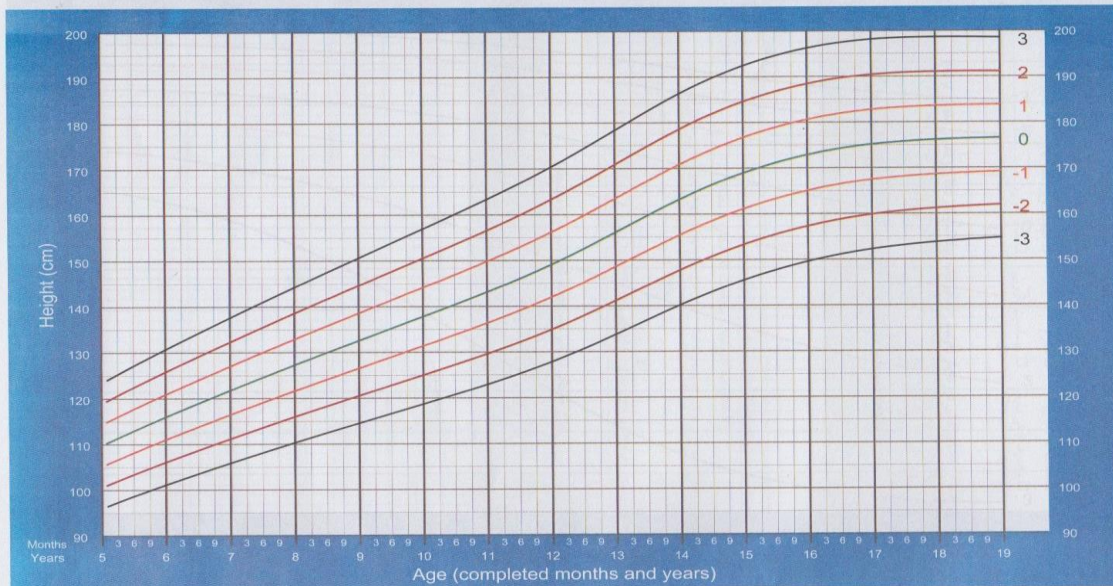
برای اولین نوبت ارزیابی اگر نقطه تلاقی قد و وزن بین منحنی پائینی و منحنی بالایی قرار گیرد وضع دانش آموز طبیعی است ولی در ارزیابی های بعدی سیر منحنی رشد باید مطلوب (همواره صعودی و موازی با منحنی های مرجع) باشد. چنانچه منحنی رشد دانش آموز بالاتر از منحنی بالایی (یا $+3zscore$) قرار گیرد احتمال دارد که چاق باشد، بنابراین جهت بررسی بیشتر او را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید.

اگر منحنی رشد دانش آموز زیر منحنی پائینی ($-3zscore$) قرار گیرد (که این شکل بیشتر در کشور ما وجود دارد) و یا اگر منحنی رشد دانش آموز سیر نزولی داشته باشد، حتی اگر محل قرار گرفتن نقاط تلاقی اندازه قد و وزن او بالای منحنی پائینی باشد به معنای کاهش وزن و یا توقف رشد وزنی اوست. در این صورت باید او را به پزشک ارجاع دهید، همچنین از طریق مذاکره با مادر و توجه به پرونده بهداشتی دانش آموز و وضعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی خانواده (سواد پدر و مادر، درآمد خانواده، شغل پدر و مادر، عادات غذایی و ...) باید علت این مشکل او را شناسایی کرده برای کمک به او اقدام کنید.

نمودار تغییرات قد بر حسب سن:

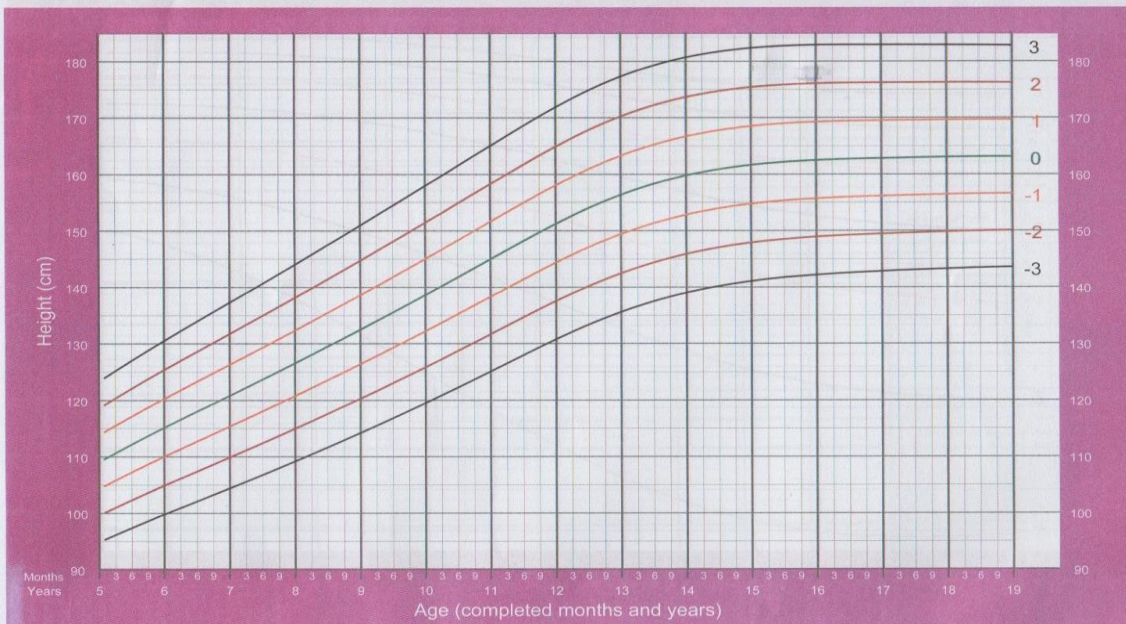
افزایش سرعت رشد در دوران بلوغ موجب افزایش قد در نوجوان می گردد به طوری که قد پسرها و دخترها به ترتیب ۲۰ و ۱۵ سانتیمتر افزایش می یابد. بنابراین نمودار قد می تواند چگونگی رشد قدی دانش آموز را با توجه به سن او نشان دهد زیر $-3score-z$ (کوتاه قدی شدید)، بالای $+3score-z$ (قد بلند)، بین $-2score-z$ - $-3score-z$ (کوتاه قدی)، بین $+2score-z$ - $+3score-z$ (در حد طبیعی) این نمودار جهت رسم تغییرات قد بر حسب سن تمامی دانش آموزان (۱۹-۵ سال) تنظیم شده است که برای دانش آموزان دختر و پسر در فرم های جداگانه رسم می گردد.

قد به سن - پسران (۱۹ - ۵ سال)



۶

قد به سن - دختران (۱۹ - ۵ سال)



۴

در این نمودار محور افقی سن به سال و محور عمودی قد به سانتیمتر را نشان می دهد. پس از اندازه گیری دقیق قد دانش آموز سن او را روی محور افقی پیدا کرده سپس خط عمودی که از آن به سمت بالا می رود دنبال کنید تا به ستون افقی قد دانش آموز برسد سپس محل تلاقی اندازه های سن و قد را با نقطه مشخص کنید.

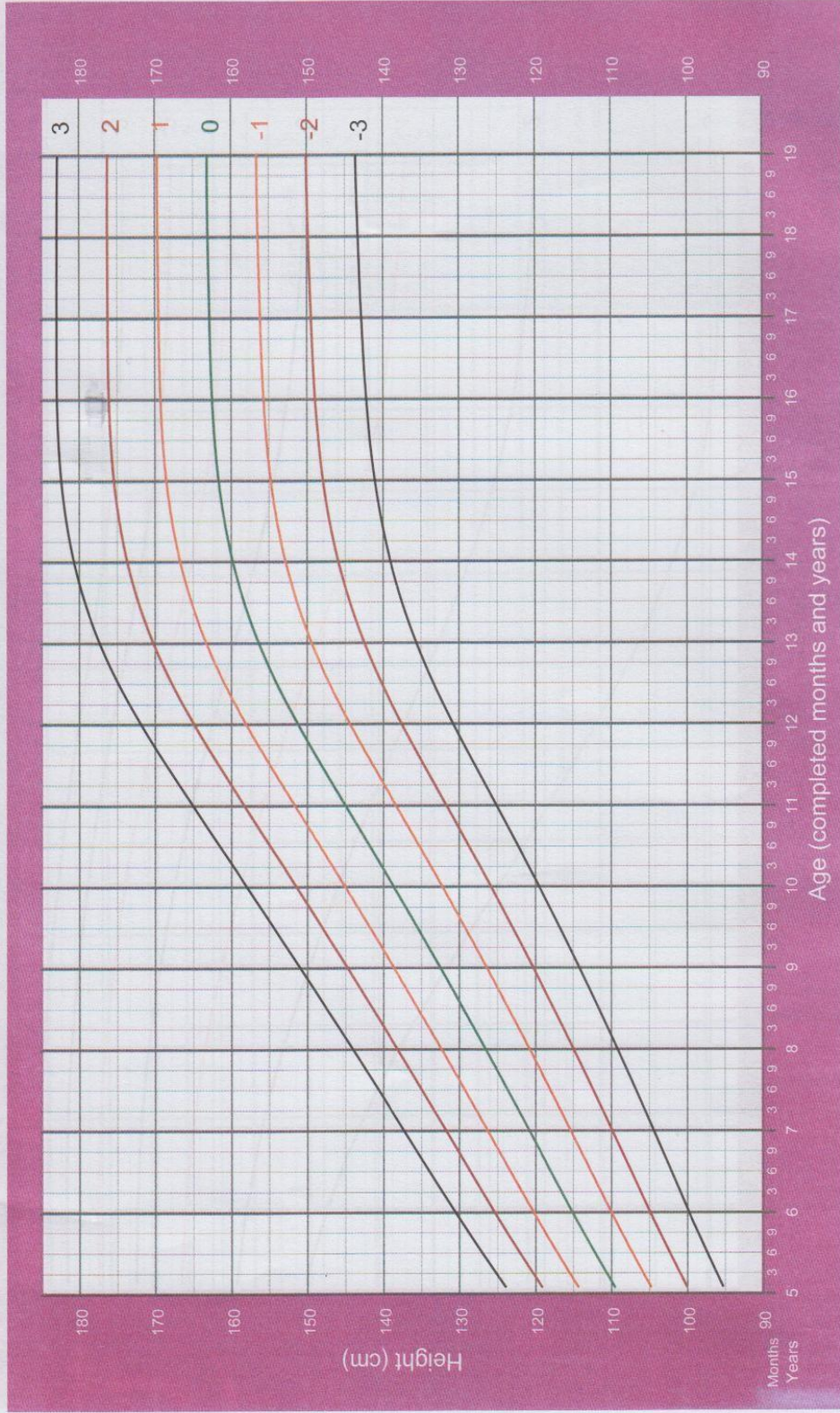
در نمودار قد بر حسب سن نیز ۴ منحنی مشخص شده است.

زیر $score-Z -3$ (کوتاه قدی شدید)، بالای $score-Z +3$ (قد بلند)، بین $score-Z -2$ و $score-Z +2$ (کوتاه قدی) بین $score-Z +3$ و $score-Z -2$ (در حد طبیعی) چنانچه موضع دانش آموزی روی نمودار پایین تر از منحنی صدک $score-Z -3$ و یا بالاتر از منحنی صدک بالای $score-Z +3$ (قد بلند) قرار گیرد معمولاً غیر طبیعی است و نشان می دهد که به مراقبت و پیگیری نیاز دارد. به منظور رفع مشکل والدین را جهت بهبود تغذیه راهنمایی کنید و یا برای درمان به مراکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید.

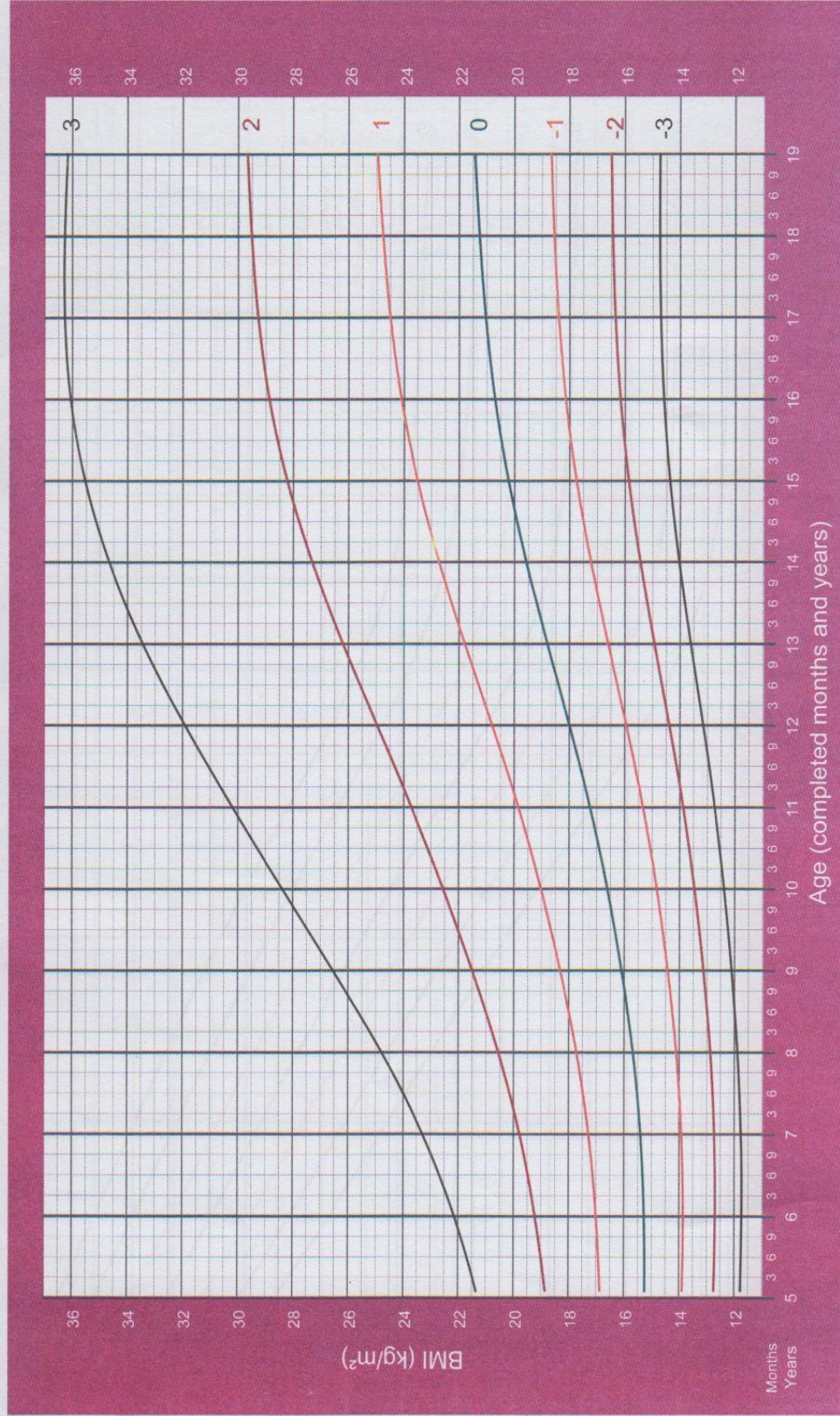
اگر نقطه تلاقی قد دانش آموز بین صدک $score-Z +3$ و $score-Z -2$ قرار گیرد طبیعی است و نشان می دهد که مشکل خاصی ندارد.

لازم به یادآوری است چنانچه در هر بار اندازه گیری وضعیت دانش آموز روی نمودار نسبت به بارقبل سیر صعودی را طی ننماید نیاز به مراقبت و پیگیری دارد.

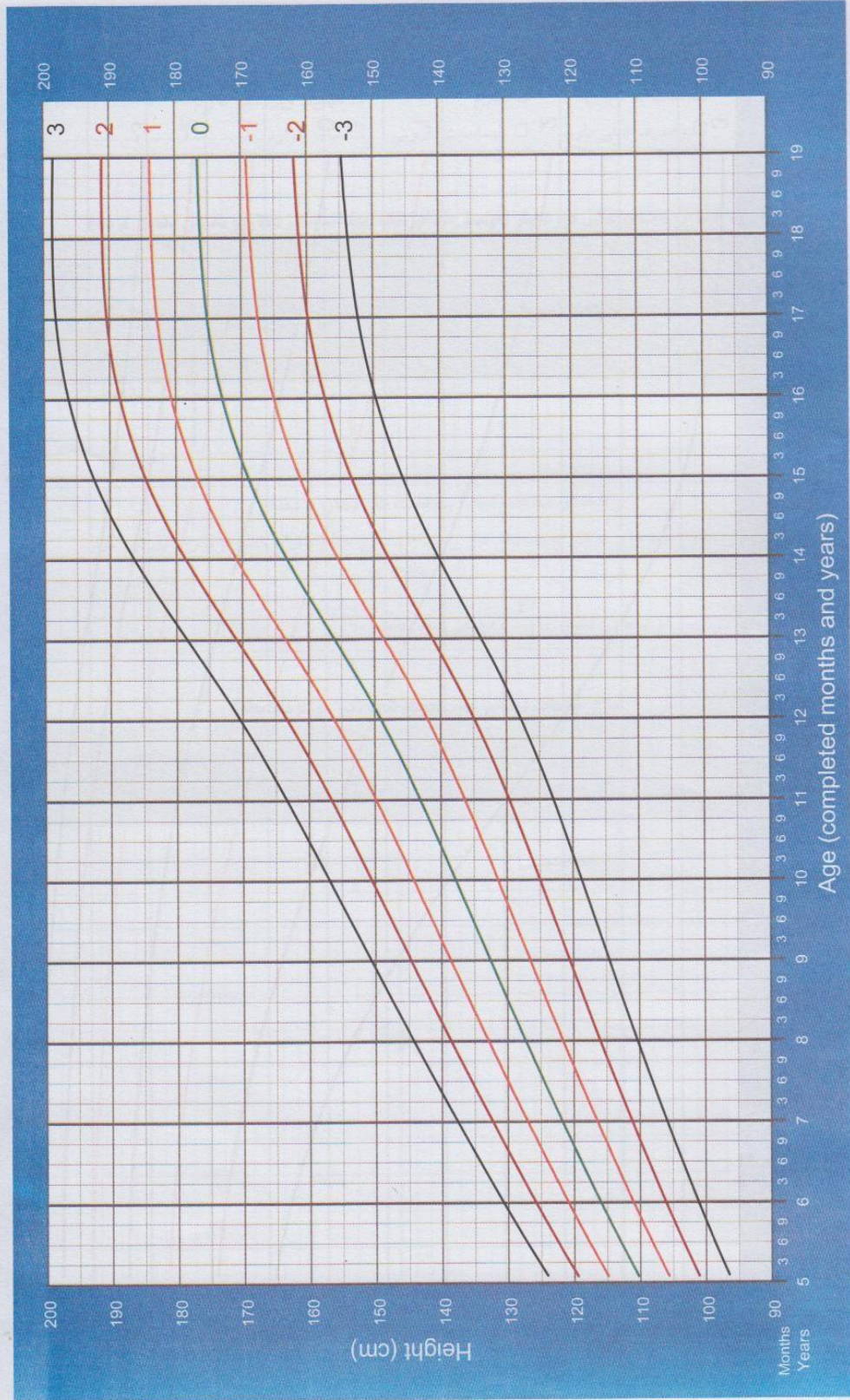
قد بس - دختران (۱۹ - ۵ سال)



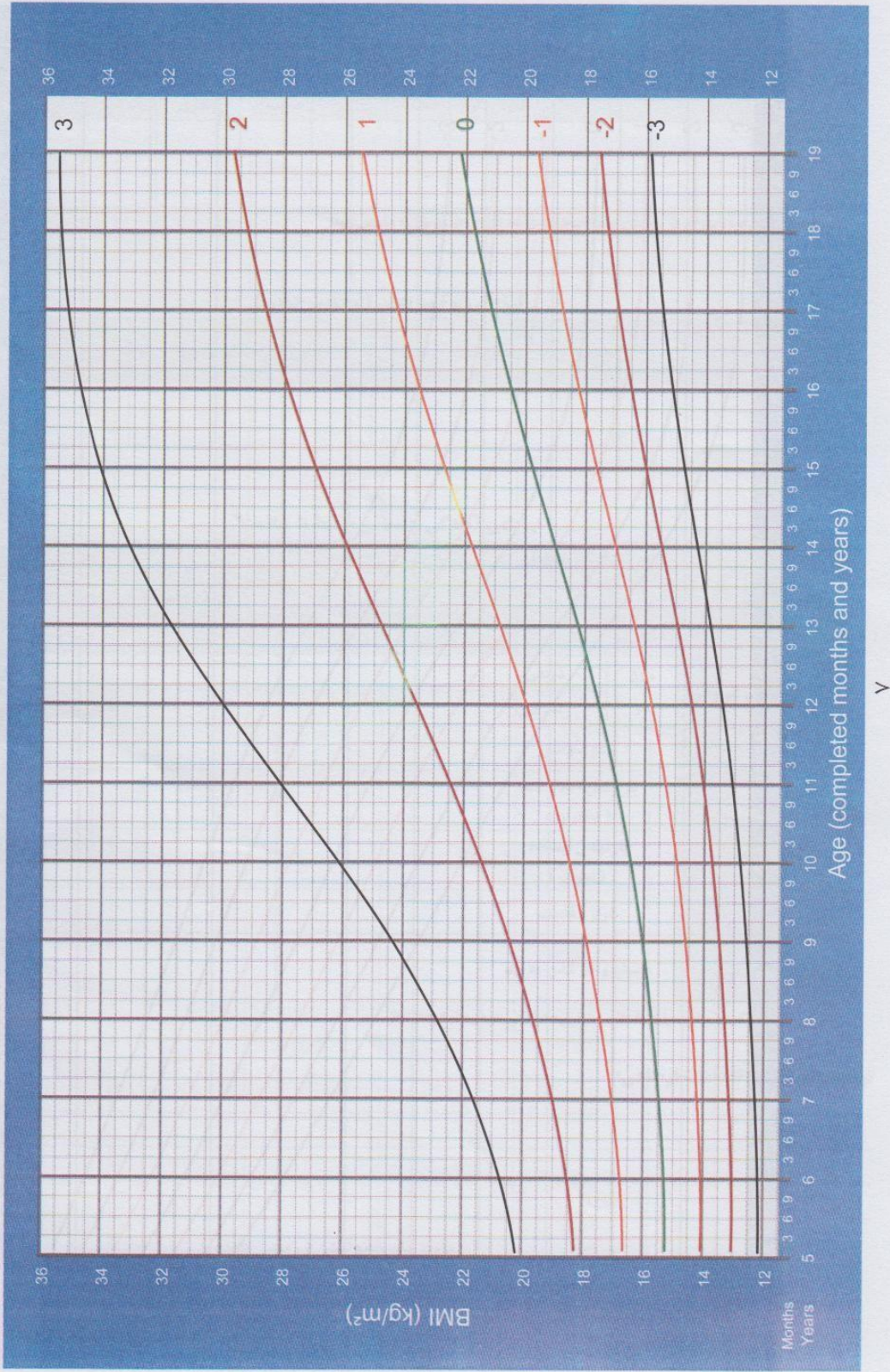
نمایه توده بدنی - دختران ۱۹ - ۵ سال



قد به سن - پسران (۵ - ۱۹ سال)



نمایه توده بدنی - بزرگسالان (۱۹ - ۵ سال)



راهنمای معاینات :

دهان و دندان

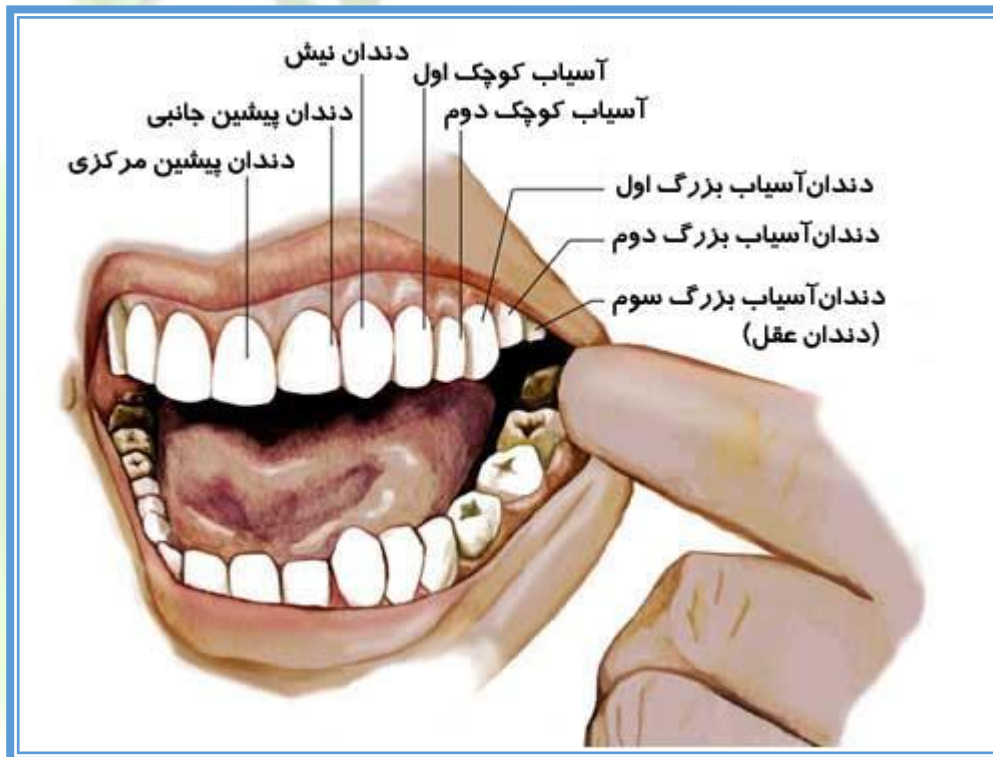
دفتر گزارشات فعالیتهای روزانه مراقب سلامت

BandashTina.ir

معاینات دهان و دندان

در سنین ۷ تا ۱۸ سال دندان های شیری کودکان به تدریج می افتند و جای آنها دندانهای دائمی در می آیند. اگر دندانهای دائمی صدمه ببینند و از بین بروند دیگر جایگزین نخواهند داشت، به این دلیل نگهداری از دندانهای دائمی خیلی اهمیت دارد. هر کودک ۷ تا ۱۸ ساله حداقل سالی یکبار از نظر سلامت دهان و دندان باید معاینه شود. بنابراین در هر سال تحصیلی وضع بهداشت دهان و دندان دانش آموزان را باید بررسی کرد.

برای معاینه دهان وسایل زیر لازم است.



چوب زبان (آبسلانگ)

چراغ قوه

گاز تمیز

طرز معاینه دهان و دندان

۱. دانش آموزان را روی یک صندلی بنشینید مقابل او ایستاده و بخواهید که دهان خود را کاملاً باز کند و با چراغ قوه فضای دهان را روشن کنید.

۲. برای اینکه لثه ها و همه سطوح دندان ها را به خوبی معاینه کنید باید در کار خود نظم داشته باشید. مثلاً اول سطح جونده دندان ها بعد سطح لبی و در آخر سطح زبانی دندان ها و لثه ها را نگاه کنید. برای دیدن هر یک از این سطح ها باید از یک طرف شروع کنید و به طور منظم به طرف دیگر فک حرکت کنید.

۳. برای اینکه لثه و دندان های فک پایین یک طرف به خوبی دیده شود باید از بیمار بخواهید که زبان را به طرف دیگر ببرد و با استفاده از چوب زبان آن را نگهدارید.

۴. برای اینکه لثه و سطح لبی دندان های فک بالا و پایین را به خوبی معاینه کنید باید با چوب زبان لب ها و گونه را از سطح لثه دور کنید.

۵. در داخل دهان و بین دندان ها به باقیمانده خرده های غذایی توجه کنید. اگر لای دندان ها خرده های غذا دیده شود نشانه آن است که شخص از دندان های خود خوب مراقبت نمی کند.

۶. تمام سطوح را در تک تک دندان ها معاینه کنید. وجود پلاک دندانی، جرم و پوسیدگی دندان (از یک لکه کوچک قهوه ای کم رنگ یا بسیار پررنگ تا سوراخ شدگی دندان ها) را بررسی نمایید.

۷. به تمام قسمت های لثه نگاه کنید تا در صورت تورم متوجه آن بشوید.

۸. نوک زبان را با گاز تمیز بگیرید و کمی به سمت خارج بکشید و سپس کف دهان، زیر زبان، کام داخل گونه ها و لب ها را به خوبی نگاه کنید تا در صورت وجود زخم، غده یا هر چیز غیر طبیعی دیگری متوجه آن بشوید.

جهت ثبت وضعیت دندان ها در هر فک می بایست نحوه نامگذاری دندان ها را بدانیم.

تعداد و نوع دندانها در فک بالا و پایین یکسان است. در هر فک نیز تعداد و نوع دندان های نیمه راست و چپ شبیه یکدیگر است.

بنابراین در دهان چهار نیمه فک داریم.

۲. نیمه چپ فک بالا

۱. نیمه راست فک بالا

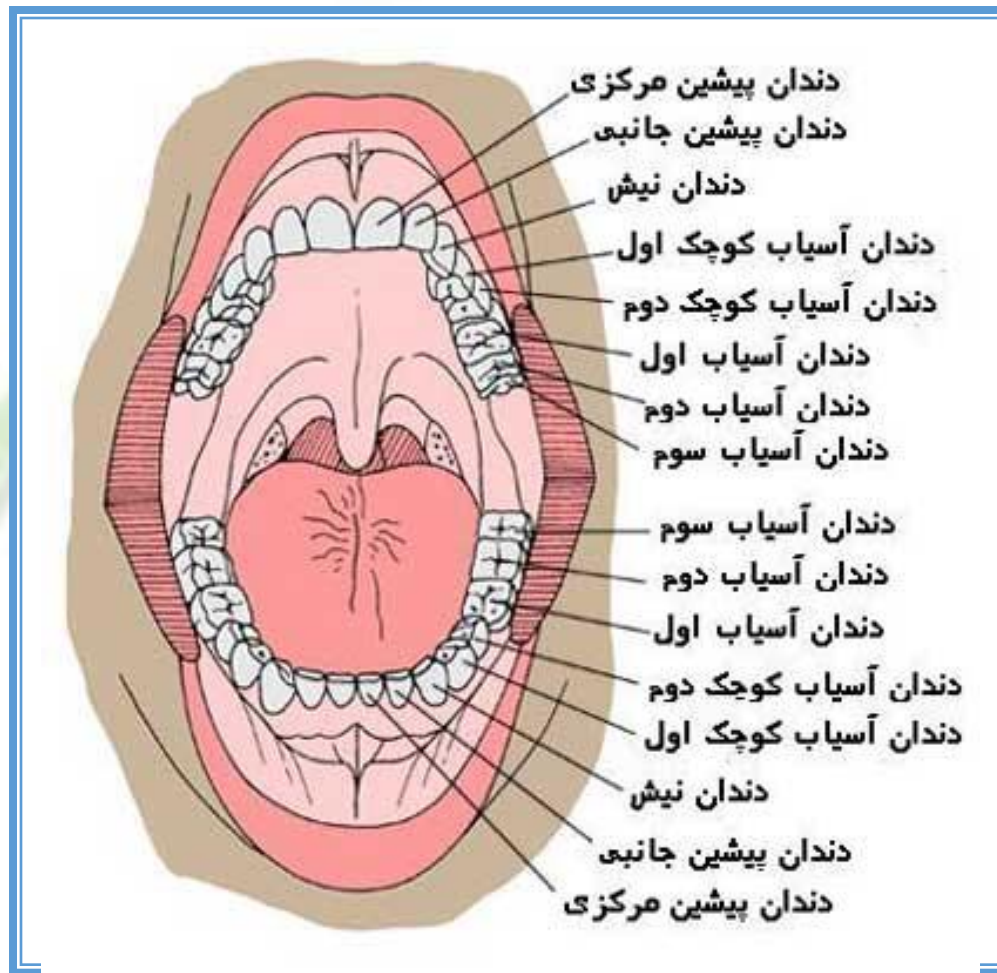
۴. نیمه چپ فک پایین

۳. نیمه راست فک پایین

برای نامگذاری هر دندان باید جای آن را در فک مشخص کرد (شکل بالا) برای این کار از دو شکل شبیه فک بالا و پایین استفاده می شود. این شکل فک و دندان های شخص هنگامی که مقابل شما ایستاده است را نشان می دهد. پس از معاینه تمام مشاهدات خود را با توجه به دستورالعمل در پرونده فرم مراقبت دانش آموز ثبت نمایید.

موارد ارجاع

اگر در معاینه دهان و دندان دانش آموزان هر یک از مشکلات زیر دیده شود باید دانش آموز را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع فوری دهید. درد دندان تورم و پارگی و خونریزی از بافت، آبسه دندان، شکستگی و بیرون افتادن دندان از دهان



موارد ارجاع غیر فوری

تغییر رنگ دندان به سیاه و یا قهوه ای

باقی ماندن دندان های شیری با تاخیر بیش از ۲ سال از رویش دندان های دائمی

وجود مال اکلوژن و ناهنجاری های فکی - دهانی

زخم یا موارد غیر طبیعی در داخل دهان، لب ها و گونه ها

پوسیدگی در دندان های شیری و دائمی

وجود تورم لثه (که با علامت پرخونی، تورم، درد وجود ترشحات مشخص می شود).

جرم دندان، بوی بد دهان، تغییر رنگ دندان به سیاه یا قهوه ای، ناهنجاری های فکی، دهانی و عادات غلط دهانی

در مناطقی که فلوئور آب کمتر از حد طبیعی است برای بالا بردن مقاومت دندان ها دهان شویه با سدیم فلوراید ۲۰٪ در

مدارس توصیه می شود.

راهنمای معاینات :

بینایی

دفتر گزارشات فعالیت‌های روزانه مراقب سلامت

Bandashtuna.ir

سنجش بینایی

اختلالات بینایی در سلامت دانش آموز و پیشرفت تحصیلی او اثر منفی دارد. آموزگاران به علت تماس دائمی با شاگردان بهتر از هر شخص دیگری می توانند کسانی را که مشکوک به اختلال قوه بینایی هستند شناسایی کنند و آنها را به خانه بهداشت ارجاع دهند.

علائم اختلال بینایی عبارتند از:

۱. خیلی نزدیک یا خیلی دور نگهداشتن کتاب در هنگام مطالعه
 ۲. ناتوانی در تشخیص اشیاء یا نوشته ها در فاصله ۴ تا ۶ متر
 ۳. نارسایی دید در هنگام غروب آفتاب
 ۴. سردرد
- تمامی دانش آموزان هر سال یک بار باید به روش زیر مورد معاینات بینایی قرار گیرند.

بینایی سنجی

تابلو دید (E) را در جای مناسب (متناسب با قد دانش آموز)

نصب کنید به نحوی که نور کافی بر آن بتابد.

بهتر است تابلو روبروی پنجره باشد و دانش آموز مورد معاینه

پشت به پنجره قرار گیرد.

دانش آموز در فاصله ۶ متری از تابلو دید روبروی آن قرار گیرد.

با چشم پوش یا کف دست یکی از چشم هایش را به طوری

که فشار بر آن وارد نشود بپوشاند.

حروفی را از بالا به پایین انتخاب کرده و جهت قرار گرفتن

دندانه E سوال شود.

به همین ترتیب چشم دیگر و بعد هر دو چشم معاینه شود.



نکات مهم در معاینه چشم

هنگام آزمایش مراقب حرکات دانش آموز مانند جلو آوردن سر، تنگ کردن چشم، ریزش اشک یا پلک زدن های پی در پی باشید. اگر دانش آموز با دست چشمش را فشار دهد یا پلک را بمالد، تعیین دید چشم تقریباً تا یک دقیقه و کمی بیشتر از آن صحیح نیست و باید صبر کرد تا چشم به وضع عادی برگردد. اکثر دانش آموزانی که یک چشمشان ضعیف تر از چشم دیگر است نمی دانند که دید رضایت بخش آنها مربوط به چشم سالم است و تصور می کنند هر دو چشم آنها خوب می بیند. دقت برای کشف چنین موارد ضروری است. صورت دانش آموز در هنگام معاینه باید کاملاً مقابل تابلو قرار گیرد و مستقیماً به روبرو نگاه کند. گرداندن سر یا چشم به یک طرف ممکن است دلیل اختلالی در دید و یا ساختمان درونی چشم باشد که باید در نظر گرفته شود.

تابلوی دید دارای ۱۰ ردیف (از ۲/۱۰ تا ۱۰/۱۰ است و بایستی در معاینه از حروف در جهات مختلف استفاده شود.

موارد ارجاع به مرکز بهداشتی درمانی

دید یک چشم بیش از ۱/۱۰ با چشم دیگر تفاوت داشته باشد.

دید هر یک از چشمها کمتر از ۹/۱۰ باشد.

دید هر دو چشم با هم کمتر از ۱۰/۱۰ باشد.

E	1	20/200
F P	2	20/100
T O Z	3	20/70
L P E D	4	20/50
P E C F D	5	20/40
E D F C Z P	6	20/30
F E L O P Z D	7	20/25
D E F P O T E C	8	20/20
L E F O D P C T	9	
F D P L T C E O	10	
P E Z O L C F T D	11	

راهنمای معاینات :

شنوایی

دفتر گزارشات فعالیتهای روزانه مراقب سلامت

BandashTina.ir

سنجش شنوایی

توجه به شنوایی کودکان چه قبل از ورود به دبستان و چه ضمن تحصیل از اهمیت زیادی برخوردار است، زیرا شنوایی عامل مهم دیگری در تعلیم و تربیت و رشد فکری و بلوغ عقلی دانش آموزان است. بسیاری از کودکانی که در مدرسه به عنوان شاگرد تنبل و کم استعداد معرفی می شوند کسانی هستند که به علت کمبود شنوایی قادر به استفاده از کلاس نیستند و در نتیجه دچار بی علاقه گی به درس و فرار از کلاس می شوند.

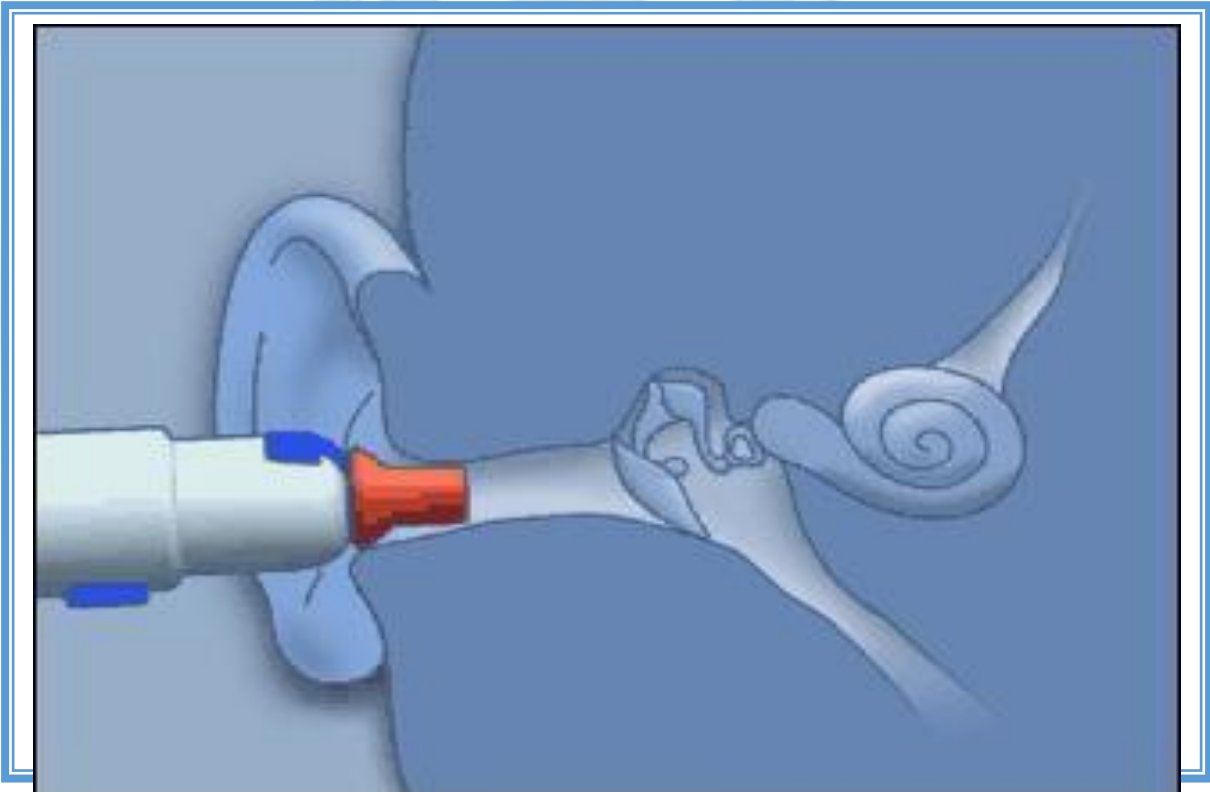
علاوه بر آن عدم تشخیص به موقع ضعف شنوایی خود باعث بروز حوادثی خواهد شد. بررسی وضعیت شنوایی در دوران دبستان، خصوصاً بعد از ابتلا به بعضی از بیماری های واگیردار مانند سرماخوردگی بسیار مهم است. گوش ها باید توسط دستگاه صداسنج یا ساعت و یا امتحان نجوا بررسی شوند. در موقعی که صداسنج موجود نیست دانش آموزان باید به وسیله امتحان نجوا مورد آزمایش قرار گیرند.

روش امتحان نجوا

دانش آموزان را تک تک در اتاق خلوت و بی صدایی آورده و از آنها بخواهید که در فاصله ۶۰ سانتیمتری آزمایش کننده ایستاده و یک گوش خود را با دست ببندند. سپس آزمایش کننده یک ورقه کاغذ یا یک جلد کتاب جلوی دهان گرفته یا پشت سر او قرار گیرد به طوری که دانش آموز حرکات لب او را نبیند.

دانش آموز باید حروف و یا اعدادی را که آزمایش کننده آهسته می گوید (نجوا می کند) تکرار نماید. به این ترتیب موارد مشکوک به خصوص آنهایی که در طی سال تحصیلی بی علاقه شناخته شده و احتمالاً نمره دیکته آنها کم بوده است را شناسایی کرده و برای معاینه دقیق تر و معالجه به پزشک، ارجاع غیر فوری شوند. معاینات شنوایی در سال اول ابتدایی و متوسطه او ۲ در هنگام ورود به مدرسه و برای سایر دانش آموزان در سال یک بار باید انجام شود.

معاینه درون گوش با دستگاه اتوسکوپ انجام می شود



31_090

در صورت وجود دستگاه شنوایی سنجی کار راحت تر انجام می گیرد.





HiDoctor.ir



HiDoctor.ir



راهنمای معاینات : اختلالات ستون فقرات

رایج در مدارس

دفتر گزارشات فعالیتهای روزانه مراقب سلامت

BandashTina.ir

انواع ناهنجاری ها ستون مهره های بدن

وضعیت طبیعی مهره ها :

به طور کلی ستون فقرات از ۳۱ مهره تشکیل شده است که وظیفه مهم نگهداری قامت و حفاظت از نخاع را به عهده دارد.

وجود قوسها در ستون فقرات سبب دفع بهتر نیروهای وارد شده و نیز حرکات بالا تنه را به همه جهت ممکن و آسان می سازد.

ستون فقرات از چهار قوس تشکیل شده است:

قوس گردنی (۷ مهره)

قوس پستی (۱۲مهره)

قوس کمری (۵ مهره)

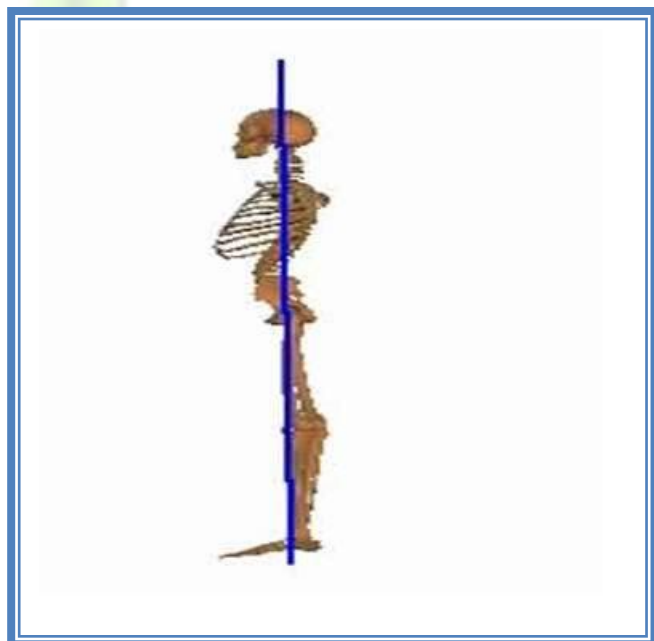
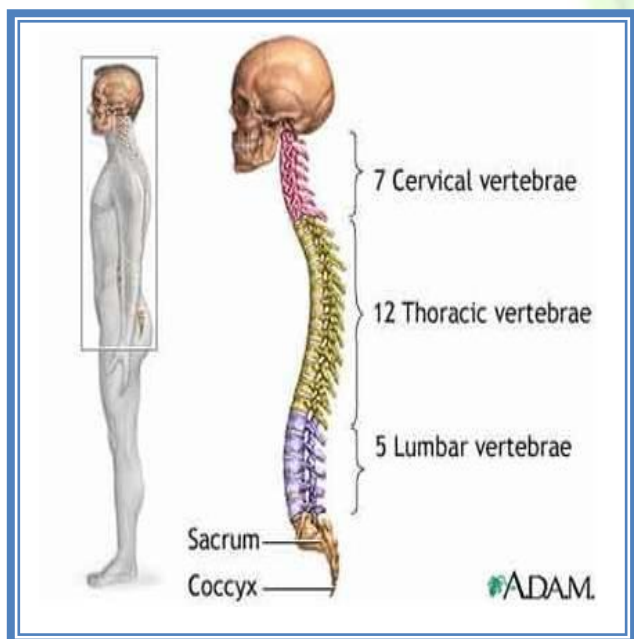
قوس خاجی (۵مهره متصل)

وضعیت صحیح بدن از پهلو

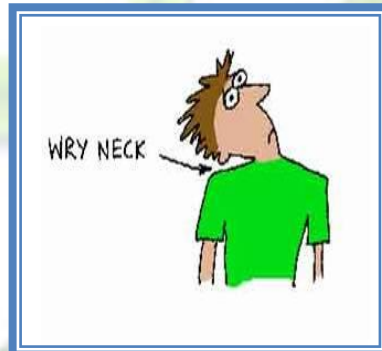
اگر فرد از پهلو در مقابل خط شاقولی قرار گیرد

خط شاقولی با یستی به ترتیب از قوزک خارجی پا قسمت خارجی کشکک زانو تاج خاصره زائده آخری

استخوان کتف و وسط لاله گوش عبور کند.

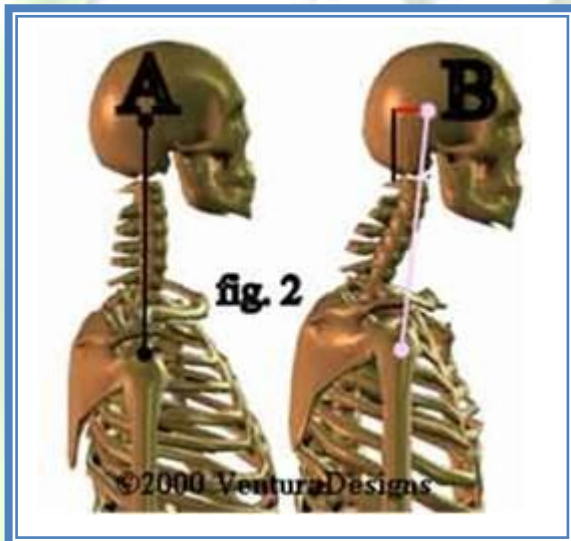


سرکج



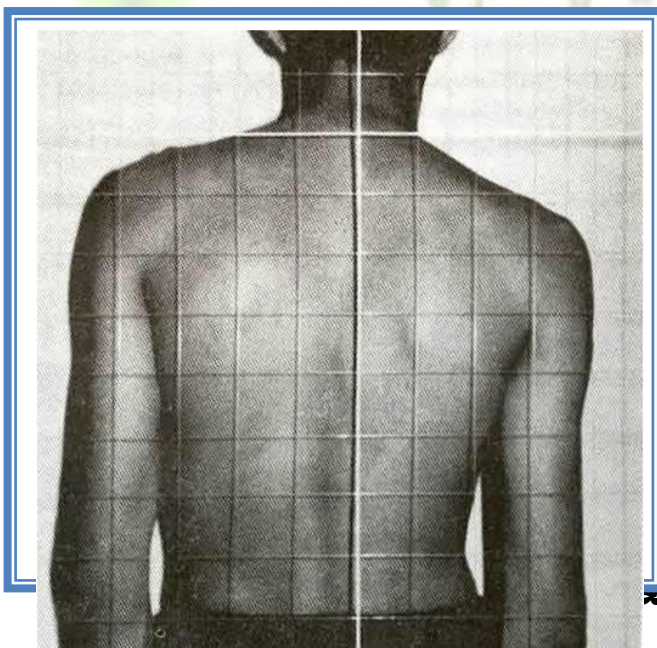
این تغییرشکل با چرخش و کج شدن سر
مشخص می شود و عبارت است از:
انحراف طرفی مهره های گردنی .

سر به جلو

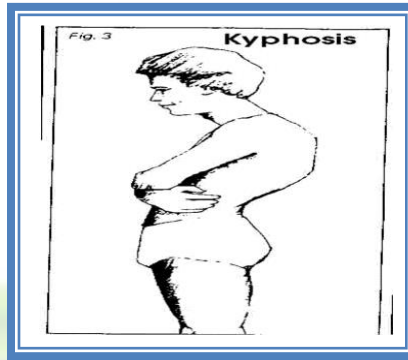


در این تغییر شکل سر و مهره های گردنی
جلوتر از مرکز ثقل واقع شده و فشار زیادی
روی مفاصل فکی - گیجگاهی و مفاصل گردن
و عضلات پشت گردن وارد می شود.

شانه افتاده



در برخی از افراد شانه ها حالت طبیعی نداشته و
تحت تاثیر عوامل مختلف دچار افتادگی می شوند .
این عارضه ممکن است بصورت یک طرفه یا دو طرفه
مشاهده می شود.

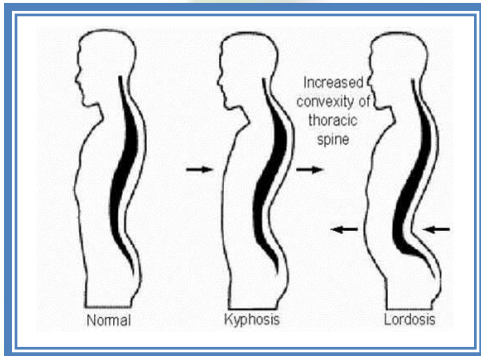


پشت گرد کیفوز

افزایش بیش از حد طبیعی تحدب

مهره های پشتی را تحت عنوان

پشت گرد می گویند.



کمر گود (لوردوز)

افزایش بیش از حد گودی کمر را

تحت عنوان کمر گود می گویند .



پشت کج (اسکولیوز)

اسکولیوز یا پشت کج عبارت است از:

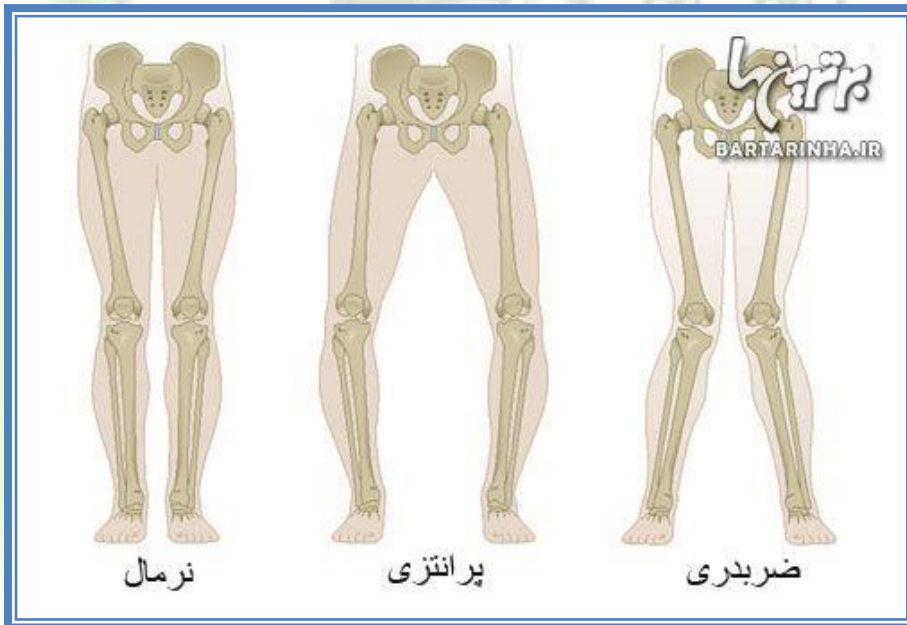
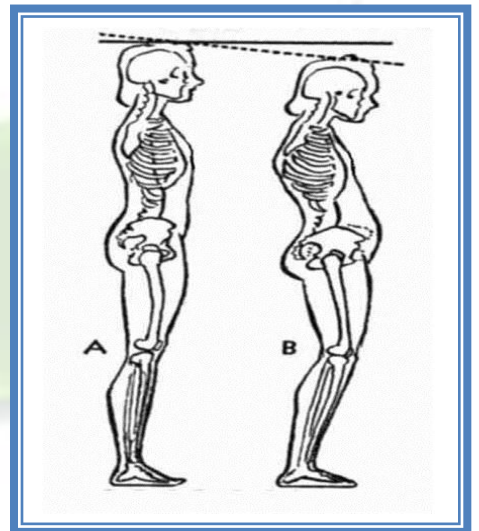
انحراف طرفی ستون مهره ها به نحوی که

زواید شوکی مهره ها به سمت تعقر

و بدنه مهره ها به سمت تحدب چرخش پیدا کنند.

پشت تابدار

در این تغییر شکل جابجایی لگن به سمت جلو و قسمت سینه ای به سمت عقب می باشد در نتیجه لوردوز مهرهای کمر و کیفوز مهره های پشتی را افزایش می دهد



انواع ناهنجاری زانو ها:

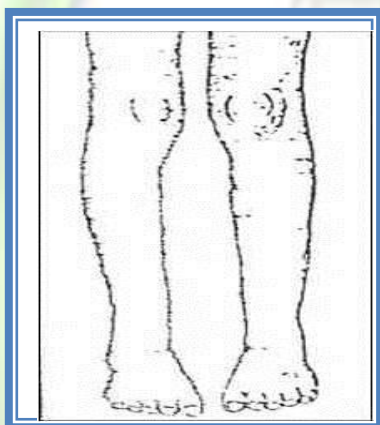


زانو پرانتری

یکی از انواع تغییر شکل های زانو است که در آن دو کندیل داخلی ران از همدیگر دور می شوند و نمایی شبیه کمان یا پرانتری در زانو ایجاد می شود .

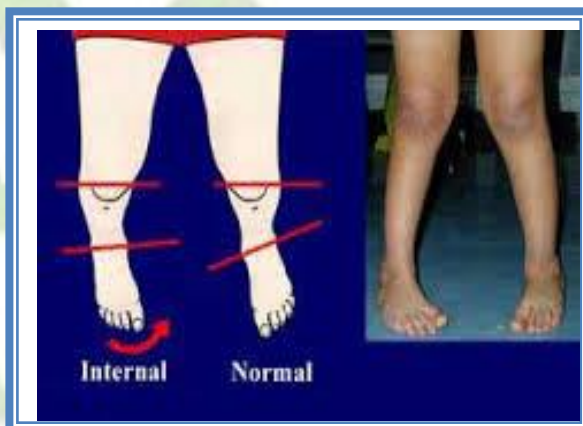
زانو ضربدری

یکی از انواع تغییر شکل‌های زاویه دار زانو است که در آن دو کندیل داخلی ران به هم نزدیکتر شده و قوزک‌های داخلی از هم فاصله می‌گیرند و نمایی شبیه ضربدر در پاها ایجاد می‌کنند.



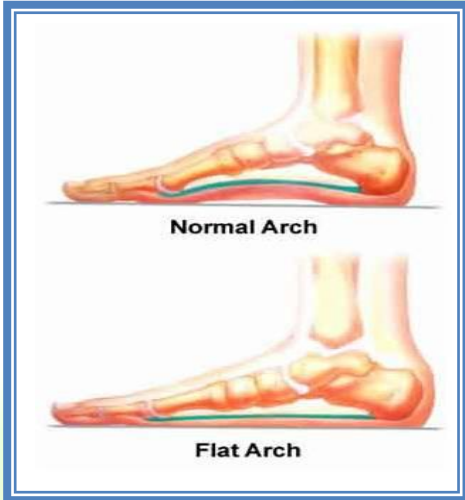
پای چرخیده به داخل و یا خارج

در این حالت فرد با پای چرخیده به خارج یا داخل راه می‌رود.



کف پای صاف

به کاهش ارتفاع قوس طولی داخلی یا اصطلاح صافی کف پا اطلاق می شود .



انگشت چکشی

عبارت است از خم شدن مفاصل ابتدائی بین انگشتی .



شست کج

عبارت است از انحراف شست به خارج و

انحراف اولین استخوان کف پائی به سمت داخل.



راهنمای معاینات :

کم خونی فقر آهن

دفتر گزارشات فعالیت‌های روزانه مراقب سلامت

کم خونی ناشی از فقر آهن

بیماری کم خونی فقر آهن (آنمی)

کم خونی فقر آهن (آنمی) عبارت است از کاهش گلبول‌های قرمز خون یا ناکافی بودن هموگلوبین در گلبول‌های قرمز. این کم خونی (آنمی) به علت سایر بیماری‌ها ایجاد می‌شود. بنابراین، برای درمان مناسب کم خونی، علت باید پیدا شود.

علائم شایع فقر آهن یا آنمی:

۱. در ابتدا ممکن است هیچ علامتی وجود نداشته باشد.

۲. خستگی و ضعف

۳. رنگ پریدگی، به خصوص در دست‌ها و سطح داخلی پلک‌ها

۴. التهاب زبان

۵. غش

۶. حالت تنگی نفس

۷. تند شدن ضربان قلب

۸. احساس ناراحتی در شکم

۹. علاقه شدید به خوردن یخ، رنگ، یا خاک

۱۰. استعداد ابتلا به عفونت

نشانه‌های کم خون و کم خونی ناشی از فقر آهن

در فقر آهن جزئی نشانه‌ای بروز نمی‌کند. اما زمانی که علائم بروز کرد، کم خونی می‌تواند در مراحل متوسط تا شدید دسته بندی شود. نشانه‌های همه انواع کم خونی تقریباً مشترک هستند. متداول ترین

آنها خستگی است که در نتیجه کاهش اکسیژن مورد نیاز در اندام های بدن، ایجاد می شود. کم خونی همچنین موجب کوتاهی نفس، گیجی، سردرد، سردی دست ها و پاها، رنگ پریدگی و درد سینه می شود. نشانه های کم خونی در نوزادان و کودکان، بی اشتها، رشد کم و تغییرات رفتاری است.

اما نشانه های کم خونی ناشی از فقر آهن عبارتند از:

ناخن های شکننده و آسیب پذیر، تورم و سوزش زبان، خشکی اطراف دهان، بزرگ شدن طحال و عفونت مداوم. افرادی که دچار فقر آهن هستند، ممکن است تمایل زیادی برای خوردن مواد غیر غذایی مانند یخ، خاک، رنگ یا نشاسته داشته باشند. برخی افراد دچار سندرم «پای خستگی ناپذیر» می شوند. در این حالت بی وقفه پاهای خود را تکان می دهند. زیرا حس عجیب و نامطبوعی در پاهای خود دارند. این افراد معمولاً دچار مشکلات خواب هم هستند.

روش های تشخیص فقر آهن

پزشک معمولاً فقر آهن را با بررسی موارد زیر تشخیص می دهد:

سابقه پزشکی:

پزشک پرسش هایی در مورد نشانه های کم خونی و فقر آهن در گذشته، از بیمار می پرسد. ممکن است در مورد رژیم غذایی و مصرف برخی داروها یا اینکه باردار هستید یا خیر هم سوالاتی بپرسد.

معاینه فیزیکی:

پزشک، رنگ پوست و لثه و ناخن های بیمار را بررسی می کند. به ضربان قلب فرد گوش می دهد تا ببیند فرد دچار تپش قلب یا بی نظمی ضربان قلب هست یا خیر. ریه ها و تنفس بیمار را چک می کنند. با معاینه شکم، اندازه کبد و طحال را بررسی می کند و ممکن است برای یافتن اثری از خونریزی داخلی، دستور آندوسکوپی یا کولونوسکوپی دهد.

آزمایش خون:

CBC آزمایشی است که در آن میزان بخش های مختلف تشکیل دهنده خون مانند گلبول قرمز، هموگلوبین، گلبول سفید و... اندازه گیری می شود. نتیجه این آزمایش مشخص می کند که بیمار به کم خونی مبتلا است یا خیر.

زمانی که پزشک دلیل کم خونی و شدت آن را متوجه شد، درمان مناسب را شروع می کند. فقر آهن جزئی یا متوسط، نشانه ای ندارد. به همین دلیل معمولاً پزشک زمانی که برای مشکلات دیگر فرد، آزمایش تشخیصی می نویسد، متوجه آن می شود.

روش های درمان کم خونی ناشی از فقر آهن

روش درمان این بیماری به عامل بیماری و شدت آن بستگی دارد. این روش ها عبارتند از:

تغییر در رژیم غذایی و مصرف مکمل:

مکمل آهن به بیمار کمک می کند تا در کمترین زمان ممکن میزان آهن بدن را افزایش دهد. مکمل آهن در مدت چند ماه، سطح آهن بدن را به میزان مطلوب می رساند. این مکمل ها به صورت قرص هستند و برای کودکان به صورت قطره تجویز می شوند. توجه داشته باشید که مصرف زیاد این مکمل خطرناک است. بنابراین حتماً طبق دستور پزشک مصرف کنید. همچنین فرد با تغییر رژیم غذایی و مصرف غذاهای سرشار از آهن می تواند به افزایش میزان آهن بدن کمک کند. غذاهایی مانند نخود، سیر، عدس، لوبیاهای قرمز و سفید، دانه سویا، میوه های خشک مانند زردآلو و کشمش، سبزیجاتی مانند اسفناج و سبزیجاتی با برگ های سبز تیره و آب میوه تازه، منابع مناسبی از آهن هستند. ویتامین C هم به جذب آن کمک می

کند. مرکبات و سبزیجاتی مانند کلم بروکلی، کلم برگ، گوجه، سیب زمینی و اسفناج، سرشار از ویتامین C است.

جلوگیری از خونریزی:

چنانچه فرد دچار بیماری روده باشد و خونریزی موجب از دست دادن آهن شده باشد، بسته به تشخیص پزشک با جراحی یا دارو، درمان انجام می شود. معمولاً پزشکان برای زنانی هم که دچار خونریزی های شدید ماهیانه هستند، قرص های ضدبارداری تجویز می کنند تا شرایط را کنترل کنند و خونریزی را کاهش دهند.

تزریق خون:

چنانچه کمبود آهن بسیار شدید باشد، پزشک تزریق خون را تجویز می کند. با وجود آنکه این روش مشکل کم خونی را به سرعت از بین می برد، کاملاً موقتی است و پزشک باید به دنبال دلیل بروز کم خونی باشد.

راهنمای معاینه

اختلال رفتاری

و

یادگیری

دفتر گزارشات فعالیت‌های روزانه مراقب سلامت

BardoushTina.ir

اختلال رفتاری و یادگیری در کودکان

اختلال های رفتاری:

به آن دسته از اختلال هایی اشاره دارد که به نوعی در رفتار و عملکرد کودکان نمود عینی پیدا می کند و در نتیجه برای خود کودک - خانواده او و مسایل تحصیلی اش ایجاد مشکل می کند. مانند شب ادراری، ناخن جویدن، پر خاشگری و...

اختلال های یادگیری :

اختلال هایی هستند که به نوعی در خواندن - نوشتن و ریاضیات بعد از شروع سال تحصیلی ایجاد مشکل می کنند. لازم به ذکر است که والدین نباید با مشاهده یکی از علائم رفتاری یا یادگیری سریعاً برچسب اختلال را بر فرزندشان بگذارند، بلکه تشخیص دقیق اینکه آیا این رفتار اختلال است یا خیر فقط بر عهده متخصصان روانشناسی و علوم تربیتی است،

انواع اختلال‌های رفتاری

الف. اوتیسم:

یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی کودکی اوتیسم می‌باشد. علیرغم دامنه وسیع رفتارهایی که به وسیله واژه اوتیسم پوشش داده می‌شود، تقریباً چهار نشانه وجود دارد که به طور غیرقابل تغییر مورد تأکید است: انزوای اجتماعی، عقب‌ماندگی ذهنی، نقایص زبانی و رفتارهای کلیشه‌ای. این کودکان از هر تماس اجتماعی کناره‌گیری می‌کنند؛ وضعیتی که در تنهایی افراطی اوتیسم نامیده می‌شود.

از نظر ارتباط اجتماعی، اوتیسم را می‌توان به سه طبقه فرعی تقسیم کرد:

• **کناره‌گیر:** کودک، به ندرت یک ارتباط اجتماعی خود به خودی برقرار می‌کند.

• **منفعل:** کودک، شروع‌کننده تماس نیست اما به تماس دیگری پاسخ می‌دهد.

• **فعال:** کودک، به دیگران به طریق غیرمعمول نزدیک می‌شود.

ب. اختلال بیش‌فعالی - کمبود یا نقص توجه:

یکی از مشکلات نسبتاً شایع کودکان دبستانی است. از برجسته‌ترین ویژگی‌های این اختلال، بی‌قراری افراطی و فراخنای توجه بسیار ضعیف است که به رفتار فاقد سازمان و هدف منجر می‌شود. این نوع کودکان در پیگیری آموزش و به پایان رساندن تکالیف مشکلات عدیده‌ای دارند. آنها اغلب نمی‌توانند حتی به یاد آورند که باید چه کار کنند. مطالعات اخیر پیرامون هوشبهر این کودکان نشان می‌دهد که هوش این کودکان از توزیع بهنجار متفاوت نیست، به این معنی که پیوستار هوشی آنها از سرآمدی

(هوشبهر ۱۱۵ به بالا) تا عقب ماندگی ذهنی شامل می شود. این کودکان دارای چند ویژگی مهم هستند از جمله:

این کودکان به علت کم دقتی نمی توانند بیشتر از چند دقیقه روی یک موضوع متمرکز شوند، بنابراین سریع حواسشان پرت می شود و سراغ موضوع یا مورد دیگری می روند عدم تبعیت از فرامین والدین یا معلمان به این معنی که در مقابل امر و نهی ها و دستورالعمل های منابع قدرت در خانه و مدرسه مقاوم هستند. رفتارهای تکانی فراوانی دارند؛ یعنی بدون اینکه فکر کنند عمل می کنند. این کودکان در خانواده ها با عناوین زلزله یا ریشتر نیز معروفند.

کودکان بیش فعال:

-ناآرام، پر تحرک و کم تحمل هستند

-وقتی با آنها صحبت می -کنیم اصلاً به حرفهایمان گوش نمی -دهند، مرتباً حرف دیگران را قطع می -کنند.

-دچار نقص توجه و تمرکز هستند (مرتباً وسایلشان را جا می -گذارند)

-بی -دقتند به ویژه در دروس ریاضی و دیکته.

-نمی -توانند کارهایی را که نیازمند توجه و تمرکز است انجام دهند.

-پرخاشگری دارند.

این اختلال بعد از ۲ سالگی شروع می -شود.

راه درمان: درمان این کودکان به دو صورت درمان های دارویی و غیر دارویی (روان درمانی - بازی درمانی

و...) انجام می گیرد. متذکر می شود یک یا دو علامت نمی تواند دلیل وجود اختلال در کودک باشد.

درمان غیر دارویی بیش‌فعالی

از روش‌های درمانی مختلفی برای برطرف کردن بیش‌فعالی در کودکان استفاده می‌شود. دارو درمانی و مشاوره با والدین و مربیان جزء روش‌های درمانی است این اختلال محسوب می‌شود. مربیان باید از دادن تکالیف زیاد خودداری کرده و کم-کم تکلیف دهند، کودک را در نزدیکترین فاصله به خودش نشانند، مباحث را زیاد تکرار کنند و از جایزه و پاداش استفاده کنند. درمان این کودکان باید از زمانی که والدین متوجه مشکل آنها شدند، شروع شود. حدود ۸۵ درصد از افراد مبتلا به بیش‌فعالی تا ۱۲ سالگی درمان خواهند شد.

درمان دارویی بیش‌فعالی

بسیاری از والدین با دادن داروهای اعصاب و روان به کودک خود مشکل دارند و در این زمینه مقاومت می‌کنند، همین امر موجب کاهش اعتماد به نفس در این کودکان و به تدریج حتی افسردگی آنان می‌شود. اما واقعیت این است که استفاده از داروهای اعصاب کودک را در وضعیت بهتری قرار داده و آرامش والدین را افزایش خواهد داد.

پ. اختلال سلوک:

نوع دیگر از رفتارهای پرخاشگرانه که اغلب پیامدهای آن جدی‌تر از بازی نافرمانی است، اختلال سلوک نام دارد. این افراد به هنجارهای اجتماعی و قواعد رفتاری که متناسب با سن آنهاست، آشکارا بی‌اعتنا هستند. برخی از آنها پرخاشگرند، نزاع می‌کنند، از داخل یا خارج از خانه دزدی می‌کنند. دروغ می‌گویند، دیگران را تهدید می‌کنند، از خانه و مدرسه فرار می‌کنند، در سنین اولیه درگیر مسائل جنسی می‌شوند،

به عضویت گروه‌های بزهکار درمی‌آیند، اموال دیگران را از بین می‌برند و معمولاً چنین کودکانی دوستی نداشته و یا دوستان بسیار اندکی دارند.

ت. اختلال لجبازی - نافرمانی:

در این اختلال، کودک به شیوه‌ای منفی‌گرایانه، خصمانه و توأم با نافرمانی در مقابل اشکال قدرت عمل می‌نماید. اما برخلاف اختلال سلوک، این رفتارها منجر به نقض جدی قانون و پایمال شدن حقوق دیگران نمی‌شود. برجسته‌ترین ویژگی‌های تشخیصی این اختلال عبارتند از: جر و بحث کردن با بزرگسالان، بی‌اعتنایی به دستورات، ایجاد مزاحمت برای دیگران، کینه‌توزی و پرخاشگری و سرزنش دیگران. کودک در بدو تولد قادر به بیان خواسته‌های خود نبوده و توانایی انسجام بسیاری از فعالیت‌ها را ندارد اما تا دو سالگی بسیاری از تواناییها از جمله سخن گفتن، راه رفتن و دویدن، بازی کردن، غذا خوردن و اعتراض کردن و ... را بدست می‌آورد و از دیدگاه خود همه توان شده است و می‌خواهد خود را به نزدیکترین افراد یعنی اعضاء خانواده به خصوص والدین نشان دهد. او فکر می‌کند ابراز بزرگی از طریق بیان خواسته‌های خود و بلکه اصرار بر آنها امکان پذیر است. او تمایل دارد خود انتخاب کند و خود تصمیم بگیرد.

اگر والدین از مسیر طبیعی رشد روانی کودک اطلاع نداشته باشند کودک را بی‌تجربه و ناآگاه شمرده، بر خواسته‌ها و دستورات خود اصرار می‌کنند. در این حالت به نظر می‌رسد بین آنچه کودک تمایل دارد انجام دهد و دستورات والدین، اختلاف به وجود آمده و اصطلاحاً کودک لجبازی می‌کند. در واقع این رفتار فقط به دلیل ابراز استقلال و بزرگی کودک و عدم آگاهی و توجه والدین به این تمایل طبیعی شکل گرفته است. چنانچه والدین به درستی با آن مدارا کنند به تدریج از بین می‌رود، در غیر این صورت این

رفتار تقویت و تشدید شده و به صورت اختلال بی-اعتنایی مقابله-ای تظاهر می-کند. این شرایط معمولاً در سه سالگی شروع شده و تظاهرات آن ممکن است تا ۸ سالگی نیز دیده شود. این کودکان غالباً از کوره در می-روند، برای رفتارها و اشتباهات خود دیگران را سرزنش می-کنند، با بزرگسالان مشاجره می-کنند، کارهایی انجام می-دهند که موجب مزاحمت دیگران می-گردد، حساس بوده و زود از دست دیگران ناراحت می-شوند، خشمگین و دلخور، کینه توز یا انتقام جو هستند، نسبت به درخواست-ها و مقررات بزرگسالان بی-اعتنایی کرده و یا عدم همکاری نشان می-دهند.

این وضعیت معمولاً برای اطرافیان کودک ایجاد ناراحتی می-کند و تقریباً همیشه در روابط فردی، کاری و تحصیلی ایجاد اختلال می-کند. تأثیرات بعدی این شرایط عبارتند از: احترام به نفس پایین، تحمل کم برای ناکامی، خلق افسرده، حملات کج خلقی، سوء مصرف الکل و داروهای روان گردان در نوجوان-ها. این افراد مستعد ابتلا به بیماریهای خلقی یا اختلالات رفتاری می-باشند.

جهت حل مشکل چه باید کرد:

-والدین باید روشهای مدارا کردن با فرزندان را بیاموزند.

-والدین باید از تغییرات رفتاری در مسیر رشد کودکان آگاه گردند.

والدین بهتر است در مسیر رشد کودکان بسیاری از رفتارهایشان را نه بشنوند و نه ببینند. بی-توجهی به رفتارهای منفی و تقویت رفتارهای مثبت، منجر به حذف رفتارهای منفی در کودکان می-شود.

ث. اختلال تیک:

یک فعالیت حرکتی یا صوتی است که به‌طور ناگهانی، سریع، نمودکننده، غیرموزون و کلیشه‌ای اتفاق می‌افتد. افرادی که تحت تاثیر تیک قرار دارند، معمولاً آن را غیرقابل مقاومت تلقی می‌کنند اما می‌توانند آن را برای مدت نسبتاً طولانی متوقف سازند. همه شکل‌های تیک تحت تاثیر فشار روانی بدتر می‌شوند و در جریان فعالیت‌های مورد علاقه و لذت‌بخش رو به کاهش می‌گذارند. تیک‌های حرکتی و صوتی را می‌توان به انواع ساده و مرکب تقسیم کرد. تیک‌های حرکتی ساده شامل پلک زدن، تکان دادن گردن، بالا انداختن شانه، و شکلک درآوردن است. تیک‌های صوتی ساده عبارتند از: صاف کردن گلو، خرخر کردن، بالا کشیدن بینی و فین کردن و پارس کردن است. تیک حرکتی مرکب شامل حرکات بیانگر چهره‌ای، پریدن، لمس کردن و پا به زمین کوبیدن است. تیک‌های مرکب عبارتند از: تکرار کلمات یا عبارات خارج از متن، هرزه‌گویی، مکررگویی و پژواک‌گویی. بیشتر اختلالات تیک گذرا هستند و تحت درمان دارویی برطرف می‌شوند.

راهکارهای از بین بردن تیک‌های عصبی

تا زمانی که تیک‌ها گذرا هستند بیش از چند ماه از شروع آنها نگذشته است مهمترین کار عدم توجه و جستجو کردن عامل ایجاد اضطراب در کودک است. اما چنانچه تیک‌ها بیشتر از یک سال طول بکشند و در این مدت به شکل‌های مختلف (پلک زدن، بالا انداختن شانه و...) دیده می‌شوند و بیشتر از سه ماه کودک بدون این تیک‌ها نباشد، در این حالت یک اختلال خاص به نام تیک توره به وجود آمده که نیازمند درمان دارویی و روانشناختی است. در مورد دندان قروچه چنانچه شدید نباشد باید به دنبال عامل اضطراب بود اما در غیر این صورت می‌توان از دندانپزشک کمک گرفت. استفاده از داروهای ضد اضطراب و دندان گیر در مورد این کودکان موثر است.

ج. فوبی‌ها (ترس‌های مرضی):

ویژگی اصلی ترس‌های مرضی، وجود ترس آشکار و مداوم از اشیاء یا شرایط خاص است. ترس‌های مرضی با سنین مختلف رشد کودکان ارتباط دارند. معمولاً نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به این اختلال به این موضوع شناخت کافی دارند که ترس‌های ایشان غیرمنطقی است ولی این مساله ممکن است در مورد کودکان صادق نباشد. کانون ترس ممکن است پیش‌بینی آسیب دیدن از شی یا موقعیت مورد نظر باشد. اضطراب و ترس در کودکان ممکن است با گریه، بی‌قراری، سفت کردن اعضای بدن یا محکم چسبیدن ابراز شود. لازم به ذکر است ترس یا اجتناب باید به اندازه‌ای شدید باشد که باعث پریشانی در فرد شده و با عملکردهای مختلف او تداخل نماید.

در نوع دیگر از ترس‌های مرضی که با بافت ترس‌های خاص متفاوت است، نوعی کناره‌گیری افراطی از افراد غیر آشنا وجود دارد که این امر باعث می‌شود این کودکان در تماس‌های اجتماعی روزانه دچار مشکل گردند. فوبی اجتماعی، ترس شدید از موقعیت‌های اجتماعی ویژه و پرهیز از آنهاست. رایج‌ترین محرک‌هایی که فوبی اجتماعی را ایجاد می‌کنند عبارتند از: صحبت کردن در جمع، تعامل در موقعیت‌های اجتماعی، خوردن، نوشیدن و نوشتن در جمع و استفاده از توالت عمومی.

ترس از مدرسه

ترس از مدرسه: این رفتار با ورود کودک به مدرسه یا حتی دوره آمادگی بروز می‌کند به این شکل که کودک از رفتن به مدرسه امتناع می‌کند یا تا داخل مدرسه می‌رود و زمانی که قرار است در کلاس نزد سایر شاگردان بماند با گریه و ناسازگاری عرصه را بر والدین و اولیای مدرسه تنگ می‌کند. به گونه‌ای که

برخی از مادران مجبورند تمام ساعات را با او در کلاس درس بمانند. لازم به ذکر است این کودکان در روزهای بعد، علایمی از اضطراب نظیر انواع دل درد-

دلشوره، بی قراری، دستشویی رفتن زیاد و... را از خود بروز می دهند. این اختلال تحت عنوان اضطراب جدایی نیز مطرح می شود. بررسی دلایل این رفتارها مجال دیگری را می طلبد. درمان های رفتاری نظیر حساسیت زدایی منظم (۱) همراه با "اقتصاد ژتونی" (۲) می تواند در مورد این کودکان مؤثر واقع شود. به ندرت می توان از درمان های دارویی نیز به صورت کوتاه مدت استفاده کرد.

کمروبی و عدم ابراز وجود

این دسته از کودکان ساکت، خجالتی و کمرو هستند. در خانه به خوبی ارتباط می گیرند و از حقیقت دفاع می کنند، ولی بیرون از محیط خانه به ویژه در مدرسه در ارتباط چشمی و کلامی با معلمان و دانش آموزان مشکل دارند و این مهم سبب نگرانی اولیای آنها و مسئولان مدرسه را فراهم می کند. آموزش مهارت های ارتباطی به ویژه ابراز وجود به صورت ایفای نقش و بازی درمانی در کلینیک های مشاوره می تواند مؤثر واقع شود.

ناخن جویدن

ناخن جویدن کودکان غالباً در دو حالت اتفاق می افتد:

1- هنگامی که کودک مضطرب است.

2- هنگامی که کودک در موقعیت های هیجانی قرار گرفته است.

در کودکان مضطرب ناخن جویدن بسیار شایع است. مهمترین علت تقویت این رفتار در کودکان، توجهات (منفی / مثبت) والدین است. غالب والدین کودک را مرتباً به خاطر این عمل سرزنش می-کنند، یا او را تنبیه می-کنند و گاهی نیز با محبت و توجه زیاد از او می-خواهند که این کار را انجام ندهد. بی-توجهی (حذف توجه مثبت و منفی) بهترین وسیله جهت خاموشی آن است. سرگرم نگه داشتن کودکان نیز نقش مهمی در ترک این رفتار دارد. (دست کودک را غیر مستقیم از دهانش جدا کرده و مشغول کار دیگری، مثلاً نقاشی کردن می-کنیم) یا از او می-خواهیم که به مادر در انجام کارهای منزل کمک کند. با انجام این دو عمل به تدریج این عادت از کودک سلب خواهد شد. برای جلب توجه والدین کودک حتی اگر بداند، رفتاری صحیح نیست آن را تکرار خواهد کرد به ویژه هنگامی که تجربه کرده است با انجام این رفتار توجه والدین را به خود جلب می-کند.

در مورد تیک-های عصبی نیز که یکی دیگر از نشانه-های اضطرابی در کودکان است به والدین توصیه می-شود با بی-توجهی به این رفتار در حذف آن بکوشند.

شب ادراری

شب ادراری یا بی-اختیاری ادرار از نشانه-های دیگر اضطراب در کودکان است. از نظر علمی کودکان تا اواخر ۵ سالگی کنترل ادرار خود را به دست می-آورند و چنانچه بی-اختیاری ادراری به عللی چون مشکلات عضوی، کلیوی، مثانه، مجاری ادراری و یا دیابت مربوط نباشد، قطعاً نشانه اضطراب کودکان است.

بی-اختیاری ادرار به دفع مکرر ادرار در لباس یا در رختخواب گفته می-شود که حداقل دو بار در هفته برای حداقل سه ماه متوالی در کودکی که سن او ۵ سال کامل باشد، رخ می-دهد. اکثر کودکان در سنین

۲-۳ سالگی می-توانند ادرار خود را در طی روز کنترل نمایند و یکسال بعد به کنترل ادرار در شب نیز دست می-یابند. با این حال مشاهده می-شود که برخی از کودکان یا این توانایی را در سن مورد نظر به دست نمی-آورند و یا اینکه بعد از مدتی کنترل ادرار را از دست می-دهند در چنین مواقعی می-گویند کودک دچار بی-اختیاری ادرار یا شب ادراری شده است.

بی-اختیاری ادرار ممکن است به صورت فقط شبانه، فقط روزانه یا شبانه و روزانه دیده در صورت مشاهده بی-اختیاری ادرار در روز باید آگاه باشیم که مشکلات عاطفی و روانی چنین کودکی بیشتر از سایرین است.

استرس-های روانی- اجتماعی موارد شب ادراری را تشدید می-کند از جمله: تولد خواهر یا برادر، شروع مدرسه رفتن، بستری شدن در بیمارستان بین دو تا چهار سالگی، مشکلات خانوادگی ناشی از طلاق و درگیری-های لفظی و یا مرگ یکی از اعضای خانواده- نقل مکان به خانه و محل جدید، نیاز به توجه و مهربانی و حمایت پدر و مادر، اظهار خصومت و خشم پدر و مادر.

مسایل هیجانی و اجتماعی در کودکان مبتلا به بی-اختیاری ادرار عبارتند از: احترام به نفس پایین، شرم اجتماعی، تعارض داخل خانوادگی.

بی-اختیاری ادرار معمولاً خود به خود از میان می-رود اما احتمال عود آن وجود دارد.

بهترین روشهای درمان شب ادراری کمک از مشاوران کودک می-باشد.

با تحقیر و سرزنش کودک شب ادراری برطرف نمی-شود.

گاهی هیچ کدام از موارد مطرح شده در کودک مضطرب دیده نمی-شود و اضطراب یکی از این چند شکل نشان داده می-شود که البته در این موارد تشخیص آن سخت است. مانند:

1-آزار والدین

2-بی-قراری و پر سر و صدا بودن

3-منزوی بودن

4-هنگامی که کودک در مهد مورد سؤال قرار می-گیرد پاسخ نمی-دهد

5-در مدرسه علی رغم تسلط به دروس جواب سئوالات را نمی-دهند.

وسواس

وسواس یکی دیگر از انواع اضطراب-هاست که در کودکان بر خلاف بزرگسالان به صورت شستشو دیده نمی-شود، کودکان مبتلا به وسواس غالباً به هنگام نقاشی کردن یا مشق نوشتن قابل تشخیص-اند. مثلاً اگر کمی خطهای نقاشی-شان کج باشد مرتباً آن را پاک کرده و دوباره می-کشند، در هنگام نوشتن نیز همین اتفاق می-افتد و غالباً این کار را تا حدی ادامه می-دهند که کاغذ پاره می-شود. یکی دیگر از نشانه-های رفتار وسواسی در کودکان حرکت کردن با ریتم خاص و اعمال خاص است. مثلاً هر وقت با والدین خود بیرون می-روند سه قدم راه می-روند، به عقب بر می-گردند، به آسمان نگاه می-کنند و دوباره سه قدم جلو می-روند. گاهی نیز قبل از شروع به انجام تکالیف چندین بار وسایل خود را مرتب می-کنند، یا اینکه شک می-کنند که همه تکالیفشان را نوشته-اند و بنابراین مرتباً با دوستان خود تماس می-گیرند. این رفتارهای تکراری به عنوان وسیله-ای جهت کاهش اضطراب در کودکان استفاده می-شود و بنابراین هشداری است دال بر وجود اضطراب آنها. در صورت مشاهده این رفتارها حتماً با مشاور کودک صحبت کنید.

اختلالات یادگیری

کودکانی که دارای اختلال یادگیری (ناتوان در یادگیری، کم توان در یادگیری) هستند از نظر بینایی، شنوایی و مغزی سالم بوده و از نظر شکل ظاهری هیچ گونه تفاوتی با همسالان خود ندارند، آنها از نظر هوشی نیز در حد نرمال قرار دارند ولی در یکی از سه مورد خواندن، نوشتن عموماً دیکته و ریاضی یا در هر سه مورد دچار مشکل هستند. این دسته از کودکان معمولاً قبل از مدرسه قابل شناسایی نیستند، مگر اینکه توسط متخصص آموزش های ویژه بررسی روانشناختی شده باشند. این مشکل ۸-۱۰ درصد از کودکان دبستانی را شامل می شود.

اختلال دیرآموزی

این دسته از کودکان که قربانیان گمنام نظام آموزشی محسوب می شوند، نه در مدارس استثنایی جایگاهی دارند و نه در مدارس عادی امکانات آموزشی لازم برای آنها فراهم است. این کودکان تمامی مشکلات کودکان دارای اختلال یادگیری را دارند؛ منتهی با شدت و فراوانی بیشتر به این معنی که هوشبهر آنها در حد (۷۰-۸۵) است (هوشبهر نرمال بین ۹۰-۱۱۰ است) آنها دیر می آموزند و زود فراموش می کنند، حوصله کمی دارند، سریع خسته می شوند و در هماهنگی های حرکتی مشکلات اساسی دارند. در کلاس حتماً باید در میزهای جلو بنشینند و معلم توجه خاصی به صورت انفرادی به آنها داشته باشد. لازم به ذکر است اگر مشکلات این کودکان در دوره پیش دبستانی شناسایی شود که قابل شناسایی نیز هست، اقدامات پیشگیرانه که همانا استفاده از آموزش های ویژه است، می تواند به مراتب در بهبود سطح یادگیری آنها مفید واقع شود.

اختلال های گفتاری

اختلال های گفتاری نظیر لکنت زبان و اشکال در تلفظ حروف که ممکن است دلایل متعددی مثل لب شکری یا شکاف کام داشته باشد. درمان این کودکان با متخصصان گفتار درمانی است، لازم به توضیح است جلسات گفتار درمانی سریع جواب نمی دهد و صبر و حوصله و استمرار تمرین ها و ادامه جلسات را تا حصول نتیجه می طلبد.

لکنت زبان

لکنت زبان نیز یکی از تظاهراتی است که می-تواند در اثر اضطراب ایجاد شود. کودک مبتلا به لکنت زبان را هرگز دعوا نکنیم. با صبر و حوصله و با توجه و محبت به صحبت های کودک گوش کرده و اجازه دهیم که راحت حرف خود را بزند. یعنی حتی زمانی که می-دانیم کودک چه می-خواهد بگوید حق نداریم به او بگوییم نیازی نیست همه جمله را بگوید. مهمترین مسئله در لکنت زبان این است که صبور باشیم و تحمل کنیم و اجازه دهیم کودک صحبت خود را کامل کند.

شاید جامع-ترین تعریف برای لکنت زبان این باشد:

اختلال در بیان وران و سلیس کلام که با تکرار صداها، کشیدن اصوات، انقطاع مکرر و مکث بین کلمات مشخص می-گردد. غالب کودکان در حدود یکسالگی اولین کلمات را بر زبان می-آورند و در حدود دو سالگی جملات ساده را به کار می-گیرند، همراه با رشد کودک قدرت فراگیری او بیشتر شده و دامنه لغات او گسترش یافته و جملاتش طولانی-تر و متنوع-تر می-گردد.

صحبت متنوع با کودک، پاسخ رسا به سئوالاتش، گوش دادن به رادیو، تماشای تلویزیون، خواندن کتاب برای او، بازیهای کلامی و اجتماعی و مهم-تر از همه گوش کردن به صحبت-های کودک و هم صحبت شدن با او نقش بسیار مهمی در تقویت و گسترش زبان و مهارت-های کلامی دارد.

لکنت زبان با شروع مدرسه ممکن است موجب بروز مشکلاتی از نظر ارتباطی با دیگران شود. علت دقیق این اختلال مشخص نیست اما عوامل متعدد بیولوژیک، عصبی مغزی، ژنتیکس و محیطی در آن موثرند. استرس و اضطراب ممکن است در موقعیت-هایی باعث تشدید لکنت شود. بعضی اختلالات روانی ممکن است با لکنت زبان همراه شوند مانند افسردگی، اضطراب و بیش فعالی.

روشهای درمانی موثری برای رفع این اختلال وجود دارد که مهمترین آنها گفتار درمانی است. توصیه-هایی در مورد کودکی که لکنت زبان دارد:

- 1- در محیط خانواده روابط سالم و امنیت ایجاد کنید.
- 2- هنگام صحبت کردن با کودک خود چهره خندان داشته باشید.
- 3- ارتباط چشمی طبیعی با او داشته باشید، سعی کنید خسته به نظر نرسید، فقط آرام و به طور طبیعی تحمل کنید تا جمله تمام شود.
- 4- هرگز وقتی کودک با شما حرفی دارد به او نگوئید کار دارم، وقت ندارم، خلاصه بگو و یا عجله دارم.
- 5- هرگز بر سر کودکی که با لکنت صحبت می-کند فریاد نکشید و نگوئید بس کن.
- 6- اجازه دهید کودک جمله خود را تمام کند، بی-حوصلگی شما در گوش دادن به حرفهای کودک به رشد زبان او آسیب می-رساند.
- 7- هرگز کلمه-ای را که کودک با سختی و لکنت ادا می-کند مثل او تکرار نکنید. شما در صحبت کردن با او کلمه را درست ادا کنید نه مثل او.

8- به فرد دچار لکنت با رفتار و بیان خود نشان دهید که شما گوش می-کنید که او چه می-گوید نه چگونه می-گوید.

9- نقل مکان به محل-های جدید می-تواند در کودک شما ایجاد لکنت زبان کند در چنین مواقعی با کودک خود بیشتر صحبت کنید.

10- عواملی چون ترس و هیجان می-توانند باعث لکنت موقت یا دائم کودک شوند. عوامل استرس و ترس را از بین ببرید.

والدین محترم اختلالات رفتاری فرزندانتان را جدی بگیرید و حتما جهت درمان آنها اقدام نمایید، بیشتر اختلالات رفتاری در کودکان با طب امروزی قابل درمانند.

روند پذیرش و طرح درمان کودکان:

کودکان دارای اختلال رفتاری، یادگیری یا گفتاری از دو کانال به مراکز مشاوره ارجاع داده می شوند یا مستقیماً توسط والدین ارجاع می شوند یا توسط آموزشگاه ها و به وسیله والدین در هر دو صورت پس از مراجعه آنها به مراکز مشاوره ابتدا توسط پذیرش، معرفی نامه مربوط دریافت می شود یا مصاحبه ای کوتاه با والدین صورت می گیرد و به استناد آن کودک به یکی از مشاوران یا روان شناسان مرکز ارجاع داده می شود. در هر مرکز مشاوره معمولاً یک گروه درمانی شامل روان شناس بالینی، مشاور، روانپزشک، روان سنج، مددکار اجتماعی، روان شناس تربیتی، متخصص آموزش های ویژه و گفتار درمان گر همکاری دارند که حداقل تحصیلات هر کدام کارشناسی ارشد می باشد. هر مشاور و روان درمانگر به تناسب مراجع خود از ابزاری نظیر مصاحبه، پرسشنامه، آزمون های هوشی و شخصیتی و... نیز استفاده می کند.

آموزش های ویژه

این گونه آموزش ها توسط متخصص آموزش های ویژه که تخصص اش در حیطه روان شناسی کودکان استثنایی یا روان شناسی تربیتی است ارایه می شود، این متخصصان قطعاً باید سابقه تدریس در دوره ابتدایی را داشته و با شیوه های تدریس و اختلال های کودکان آشنایی کامل داشته باشند. آموزش های ویژه برای کودکانی که دارای اختلال های رفتاری یا یادگیری هستند به گونه ای متفاوت ارایه می شود که مراحل مختلف بازی درمانی، درمان های رفتاری، تدریس های انفرادی، تقویت هماهنگی های حرکتی و... را شامل می شود، لازم به توضیح است، کودکانی که دارای اختلال دیرآموزی هستند باید حداقل هر هفته یک جلسه را در طی سال تحصیلی و نیز در سال های بعد، از خدمات آموزش های ویژه استفاده نمایند. در خیلی از موارد به علت اینکه این کودکان دارای آسیب های مغزی جزئی هستند، دارو درمانی نیز لازمه کار محسوب می شود، از طرفی در اکثر مواقع این قبیل کودکان علاوه بر مشکلات یادگیری، اختلالات دیگری نظیر بیش فعالی، کمبود توجه را نیز یدک می کشند.

در انتها ذکر این نکته ضروری است که متخصص آموزش های ویژه برای بررسی روانشناختی کودکان ارجاعی پرسشنامه های غربالگری متعددی در اختیار دارد که با اجرای آنها خط پایه درمان یا آموزش را ترسیم و بر آن مبنا آموزش خویش را آغاز می کند، قبل از آموزش مفاهیم آموزشی باید ابتدا حساسیت شنوایی، هماهنگی های حرکتی، حافظه عددی، حافظه کلامی، رشد عضلات ظریف انگشتان، غلبه طرفی مغز (چپ دست یا راست دست)، ضریب هوشی، آسیب های احتمالی مغزی به صورت علمی و دقیق بررسی شوند و در صورتی که در هر کودک دچار ضعف باشد، ابتدا طی جلسات متعدد به رفع و درمان آنها اقدام گردد. فرض بر این است که تا این اشکال ها مرتفع نگردند، اقدام به آموزش مستقیم مفاهیم درسی نه تنها سودمند نخواهند بود، بلکه برعکس تنفر از آموزش را نیز به دنبال خواهد داشت. پس

شب ادراری

شب ادراری یا بی-اختیاری ادرار از نشانه‌های دیگر اضطراب در کودکان است. از نظر علمی کودکان تا اواخر ۵ سالگی کنترل ادرار خود را به دست می-آورند و چنانچه بی-اختیاری ادراری به عللی چون مشکلات عضوی، کلیوی، مثانه، مجاری ادراری و یا دیابت مربوط نباشد، قطعاً نشانه اضطراب کودکان است.

بی-اختیاری ادرار به دفع مکرر ادرار در لباس یا در رختخواب گفته می-شود که حداقل دو بار در هفته برای حداقل سه ماه متوالی در کودکی که سن او ۵ سال کامل باشد، رخ می-دهد. اکثر کودکان در سنین ۲-۳ سالگی می-توانند ادرار خود را در طی روز کنترل نمایند و یکسال بعد به کنترل ادرار در شب نیز دست می-یابند. با این حال مشاهده می-شود که برخی از کودکان یا این توانایی را در سن مورد نظر به دست نمی-آورند و یا اینکه بعد از مدتی کنترل ادرار را از دست می-دهند در چنین مواقعی می-گویند کودک دچار بی-اختیاری ادرار یا شب ادراری شده است.

بی-اختیاری ادرار ممکن است به صورت فقط شبانه، فقط روزانه یا شبانه و روزانه دیده در صورت مشاهده بی-اختیاری ادرار در روز باید آگاه باشیم که مشکلات عاطفی و روانی چنین کودکی بیشتر از سایرین است.

استرس-های روانی - اجتماعی موارد شب ادراری را تشدید می-کند از جمله: تولد خواهر یا برادر، شروع مدرسه رفتن، بستری شدن در بیمارستان بین دو تا چهار سالگی، مشکلات خانوادگی ناشی از طلاق و درگیری-های لفظی و یا مرگ یکی از اعضای خانواده- نقل مکان به خانه و محل جدید، نیاز به توجه و مهربانی و حمایت پدر و مادر، اظهار خصومت و خشم پدر و مادر.

مسایل هیجانی و اجتماعی در کودکان مبتلا به بی-اختیاری ادرار عبارتند از: احترام به نفس پایین، شرم اجتماعی، تعارض داخل خانوادگی.

بی-اختیاری ادرار معمولاً خود به خود از میان می-رود اما احتمال عود آن وجود دارد.

بهترین روشهای درمان شب ادراری کمک از مشاوران کودک می-باشد.

با تحقیر و سرزنش کودک شب ادراری برطرف نمی-شود.

گاهی هیچ کدام از موارد مطرح شده در کودک مضطرب دیده نمی-شود و اضطراب یکی از این چند شکل

نشان داده می-شود که البته در این موارد تشخیص آن سخت است.

پیدا شو
بانک جامع بهداشت مدارس

BandushTuna.ir

راهنمای معاینات :

پوست

مو

و ناخن

دفتر گزارشات فعالیتهای روزانه مراقب سلامت

BardoushTina.ir

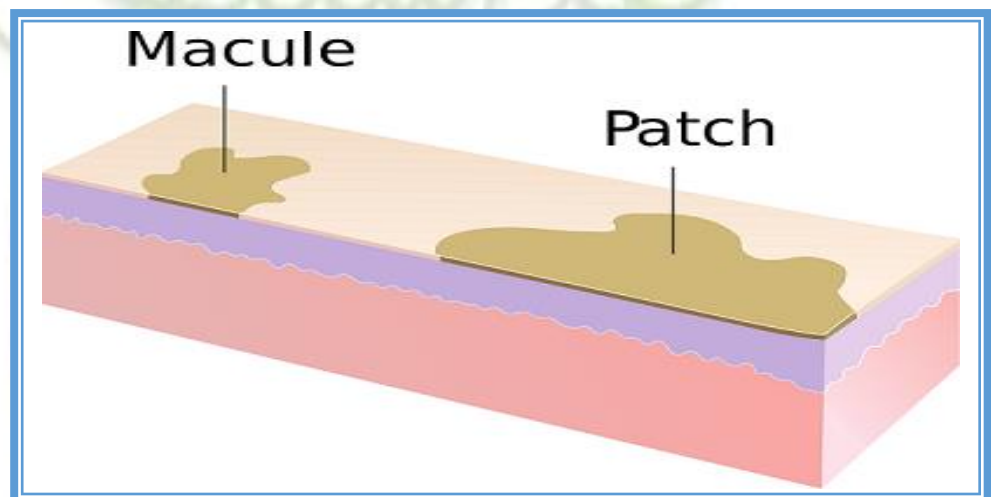
انواع ضایعات پوست:

ماکول:(Macule)

به هر ضایعه هم سطح پوست که اندازه ای زیر نیم سانتی متر داشته باشد، ماکول گویند. ماکول ها می توانند رنگ های مختلفی داشته باشند. یکی از مثال های ماکول، کک و مک است.

پچ:(Patch)

به هر ضایعه هم سطح پوست که که اندازه ای بیش از دو سانتی متر داشته باشد پچ گویند. پچ ها نیز می توانند مانند ماکول ها رنگ های متفاوتی داشته باشند. به ضایعاتی که اندازه ای بین نیم تا دو سانتی متر داشته باشند، پچ کوچک گویند. یک نمونه از پچ لکه های ناشی از بارداری است.

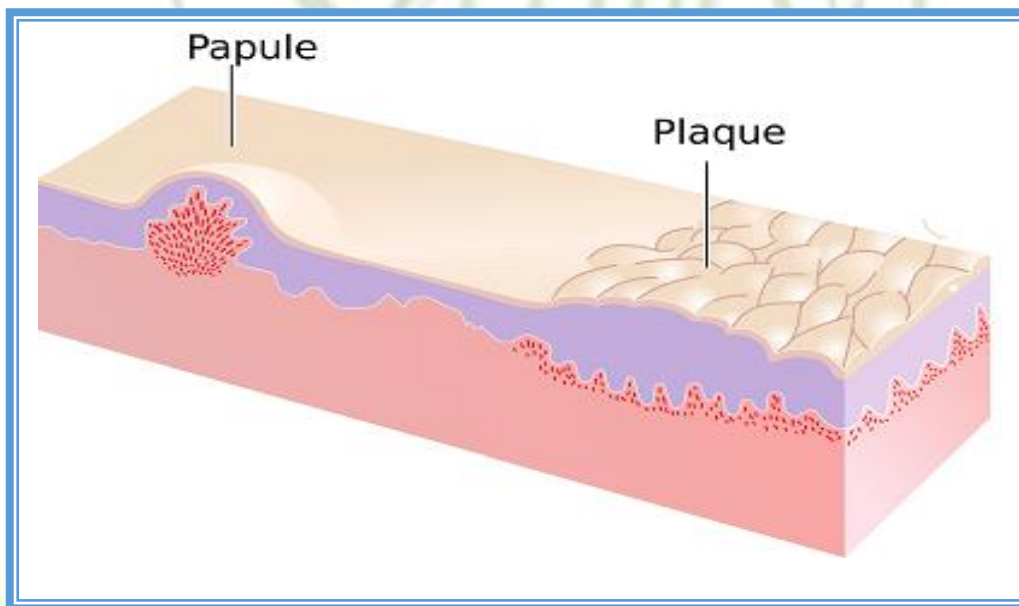


پاپول: (Papule)

به هر ضایعه برآمده از سطح پوست که اندازه ای زیر نیم سانتی متر داشته باشد، پاپول گویند. پاپول ها شایع ترین نوع ضایعات پوستی هستند. زگیل معمولی نمونه ای از پاپول است.

پلاک: (Plaque)

به هر ضایعه برآمده از سطح پوست که اندازه ای بیش از دو سانتی متر داشته باشد پلاک می گویند. این ضایعات می تواند از ابتدا به همین شکل بوده یا از به هم پیوستن پاپول ها ایجاد شده باشد. به ضایعات بین نیم تا دو سانتی متر پلاک کوچک می گویند. به عنوان نمونه پلاک در بیماری پسوریازیس دیده می شود.



ندول: (Nodule)

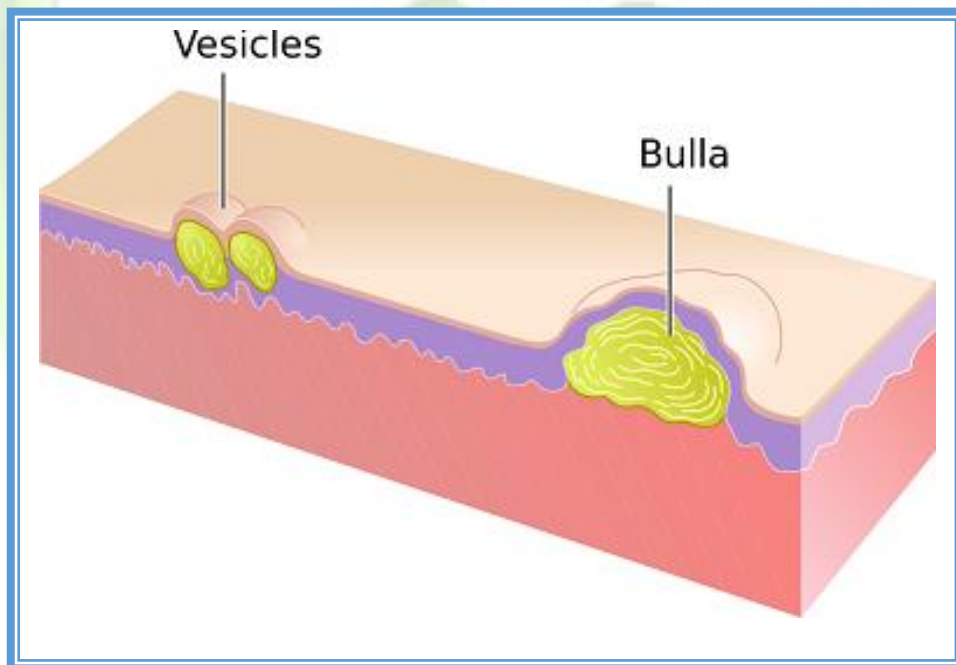
به یک ضایعه توپر محدود که قطر آن بیش از نیم سانتی متر باشد، ندول گفته می شود و چنانچه قطر آن بزرگ تر از نیم سانتی متر باشد تومور گفته می شود.

وزیکول: (Vesicle)

تجمع مایع در داخل پوست که اندازه ای زیر نیم سانتی متر داشته باشد وزیکول گفته می شود. مانند تبخال.

تاول: (Bullae)

تاول ها نیز وزیکول هایی هستند که اندازه ای بیش از نیم سانتی متر داشته باشند. هر تاول یا وزیکول را که محتوی مایع چرکی باشد پوستول گویند. مانند بیماری تاولی پمفیگوس.



خراش: (Erosion)

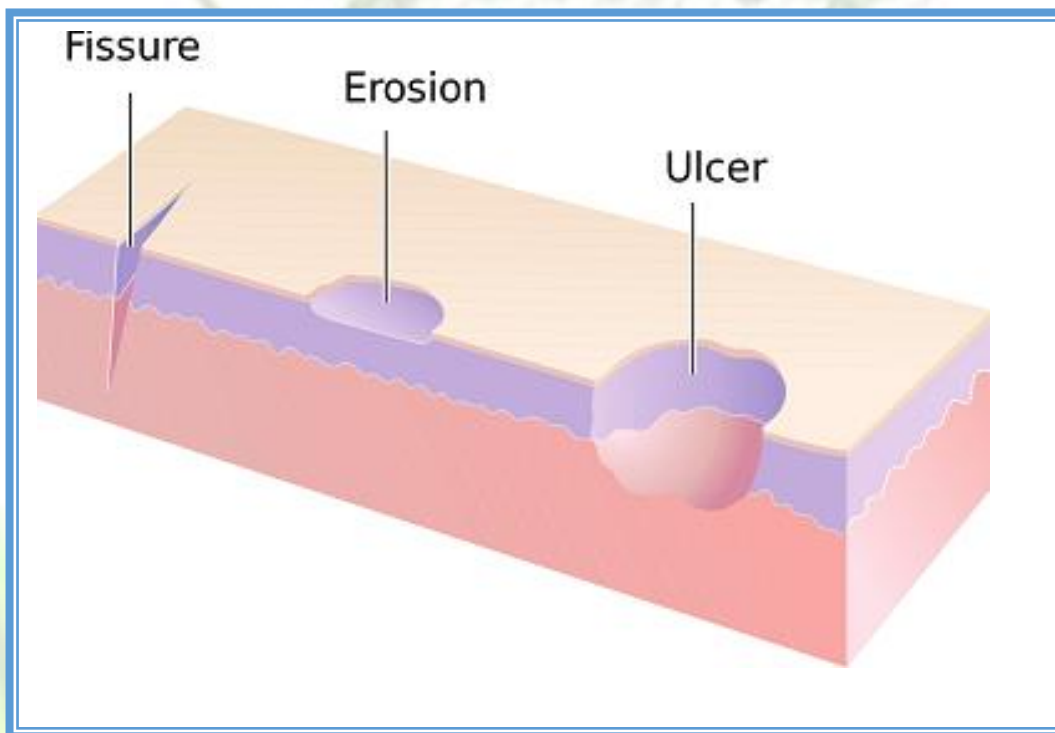
به از بین رفتن قسمتی و یا تمام اپیدرم (لایه سطحی پوست) بدون درگیری درم (لایه میانی پوست)، خراش می گویند.

زخم: (Ulcer)

به از بین رفتن تمام اپی درم به همراه از بین رفتن قسمتی یا تمام درم زخم می گویند.

شقاق:

به از دست رفتن خطی اپیدرم را با دیواره های عمودی و حدود کاملاً مشخص، شقاق می گویند. مانند شقاق گوشه لب.



آتروفی:

فرو رفتگی پوست ناشی از نازک شدن اپیدرم و درم.



اسکار: (به اسکار بافت جوشگاهی هم گفته می شود).

تشکیل یک بافت همبندی غیر طبیعی را که بعد از هر جراحی یا آسیب به درم وارد می شود اسکار می گویند. اسکارها اغلب کلفت و صورتی هستند. اما با گذشت زمان سفید و دچار آتروفی می شوند



پوسته: (Scale)

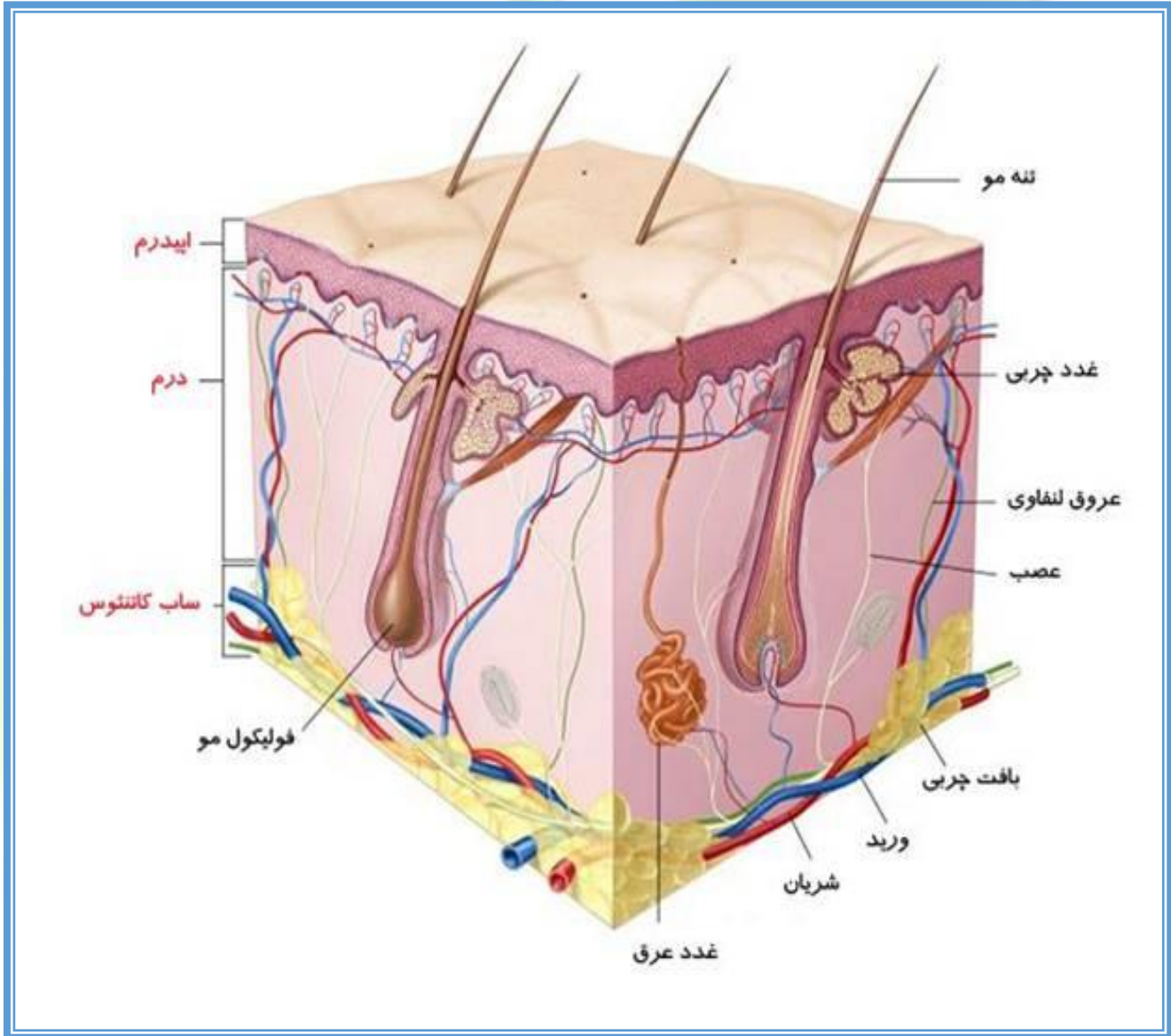
به افزایش افقی لایه شاخی نارس پوست، پوسته می گوئیم. لایه شاخی لایه سطحی و مرده پوست است.

دلمه: (Crust)

دلمه لایه ای مرده بر روی پوست است که ناشی از تجمع سرم خشک شده به همراه گلبول های سفید و میکروب های مرده است و معمولاً " بر روی زخم های پوستی ایجاد می شود (سرم به بخش شفاف هر مایع که از اجزای جامدتر آن جدا شده باشد می گویند. برای مثال سرم خون مایع شفاف است که بعد از لخته بستن کامل خون از آن جدا می شود؛ به عبارت دیگر سرم خون، بخشی از پلاسمای خون است که فیبروزن آن در طی تشکیل لخته مصرف شده است).



تصویر فیزیکی پوست و لایه های آن:



BandushTina.ir

انواع اختلالات ناخن



Pitting nail



Terry nails



Spoon nail



ingrowing nails

ناخن های سالم :: یکدست . صورتی و زیبا هستند و هیچ ضایعه و رنگ غیر طبیعی ندارند.



در معاینه ناخنها مواردی که بیشتر با آنها برخورد خواهید نمود عبارتند از:

ناخن رنگ پریده

گاهی اوقات داشتن ناخن های رنگ پریده می تواند نشانه ای از وجود برخی بیماری های جدی مانند کم خونی، نارسایی قلبی، بیماری های کبدی و سوء تغذیه باشد.



ناخن سفید رنگ

ناخن سفید با لبه ی تیره رنگ می تواند از علایم مشکلات کبدی مانند هپاتیت باشد. همانطور که در تصویر می بینید، رنگ انگشتان نیز به زرد متمایل است که داشتن بیماری کبدی را اثبات می کند.



BandishTina.ir

ناخن های کبود

ناخن کبود بدان معناست که بدن نمی تواند اکسیژن کافی دریافت کند. این مشکل به صورت بالقوه نشان دهنده بروز یک نوع عفونت ریه ای مانند ذات الریه و یا برخی مشکلات قلبی است.



ناخن زرد رنگ

یکی از شایع ترین دلایل زرد بودن ناخن، عفونت های قارچی است. در موارد شدید بستر ناخن عقب رفته و ناخن ضخیم و ترک خورده می شود. در موارد کمیاب، زردی ناخن می تواند نشان دهنده مشکلات جدی تیروئید، ریه، دیابت و یا بیماری پوستی پیسوریازیس باشد.



ناخن های موج و ناهموار

اگر سطح ناخن موج و دارای فرورفتگی و برآمدگی باشد و پوست زیر ناخن به قهوه ای مایل به قرمز تغییر رنگ داده باشد، می تواند از نشانه های اولیه ی بیماری پوستی پسوریازیس و یا التهاب مفاصل باشد.



Bandashtina.ir

ناخن پوسته پوسته شده و ترک خورده

ناخن های خشک و شکننده که دائما ترک خورده و ترک ها به بستر ناخن پیش می روند، به مشکلات تیروئید مربوط می شود. اما اگر ترک های ایجاد شده به رنگ زرد متمایل باشند، احتمال عفونت های قارچی بیشتر است.



پف کردگی بستر ناخن

پوست اطراف ناخن، اگر پف کرده و به رنگ قرمز متمایل باشد می تواند به عنوان التهاب ناخن شناخته شود. لوپوس و بیماری های بافت همبند از این دسته به شمار می آیند. همچنین وجود عفونت در بدن نیز می تواند باعث قرمزی و التهاب پوست شود.



خطوط تیره زیر ناخن

خطوط تیره زیر ناخن را نباید نادیده گرفت و در اولین فرصت باید به پزشک مراجعه شود. اغلب دلیل نمایان شدن این خطوط، وجود تومور های سیاه رنگ قشر عمیق پوست ملانوما است که از خطرناک ترین نوع سرطان پوست به شمار می آید.



جویدن ناخن

جویدن ناخن ممکن است چیزی بیشتر از یک عادت قدیمی نباشد، اما در برخی موارد می تواند از علائم استرس مزمن باشد که نیاز به درمان دارد. همچنین جویدن و کندن ناخن می تواند نشانه وسواس جبری باشد که در این صورت باید با پزشک معالج مشورت شود.



در معاینه موهای دانش آموزان چند مورد زیر بررسی می شود:

شپش سر (پدیکلوز)





در معاینه موهای دانش آموزان توجه به این نکته لازم است که پشت گوشها و گودی پشت گردن در تجمع شپش های مادر و تخم گذار در اولویت می باشد و گاهی تخم گذاری هم صورت میگیرد که موجب می شود پشت گوشها و گودی پشت گردن به رنگ مایل به آبی دیده شود.





موخوره

دو یا چند شاخه شدن انتهای موهاست که در اثر کمبود ویتامین و مواد غذایی در پیاز مو به وجود می آید.



BandushTina.ir

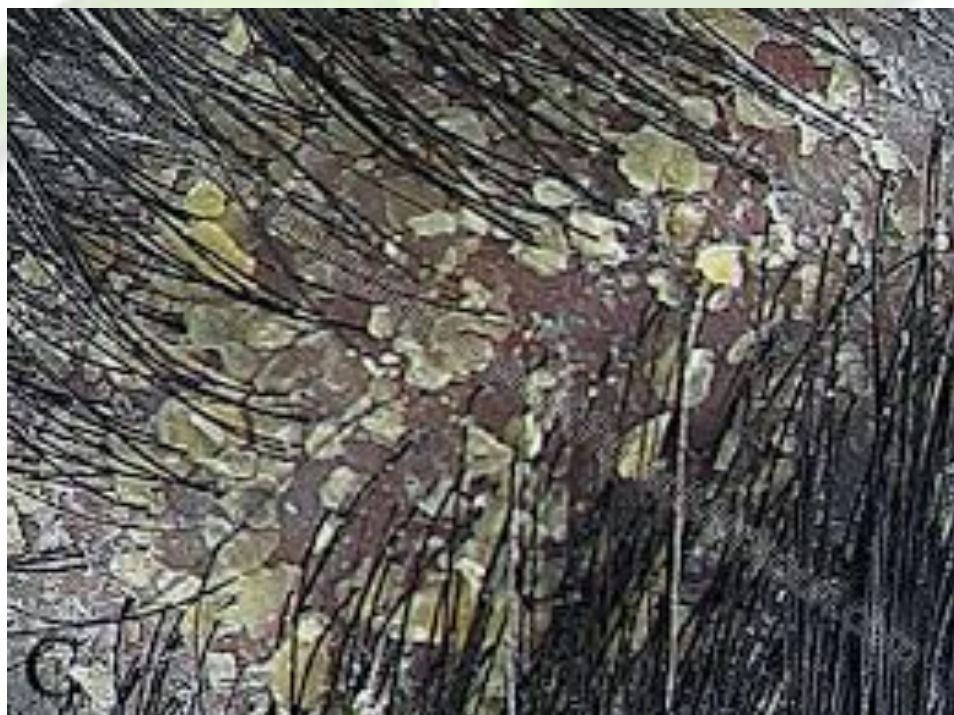


BandushTina.ir

شوره سر

کنده شدن پوست سر و چسبیدن آن به موهاست .

گاهی در نتیجه تمیز نشستن موی سر و ماندن کف شامپو در سر هم بوجود می آید



تفاوت شوره سر و شپش:

دستمالی سیاه و تیره روی دوش انداخته و موها شانه می شود.

اگر روی پارچه تیره دانه های سفید ریخت شوره است . اگر چیز سفیدی روی پارچه مشاهده

نشد دانه های سفید روی موها و پوست سر رشک (تخم شپش) می باشد.



مراقب سلامت فقط معاینه می کند و نظری نمی دهد. او موارد مشکوک و تشخیص خود را یادداشت و دانش آموز را به متخصص ارجاع می دهد و نتیجه قطعی را در دفتر معاینات خود درج می نماید.

تهیه و تنظیم از تیم مدیریت سایت بهداشتیها :

www.behdashtiha.com

www.behmadar.ir

بانک جامع بهداشت مدارس

Behdashtiha.ir