

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



ASQ

Ages Stages Questionnaires

ASQ یک تست غربالگر است با خصوصیات زیر:

۱- بصورت دوره ای در فواصل مناسب از دو تا ۶۰ ماهگی کودک را از نظر تکاملی ارزیابی می کند.

۲- تکمیل پرشنامه نسبتاً ساده است که والدین با تحصیلات ابتدایی نیز می توانند بدرستی آن را پر کنند:

- درگیر نمودن والدین می تواند نیازهای خانواده را در این رابطه بر طرف کند

- صحت و دقت غربالگری را افزایش می دهد

- هزینه بری غربالگری را کاهش دهد

پرسشنامه سنین و مراحل ASQ

دارای ۲۱ پرسشنامه برای ۲۱ گروه سنی مختلف است که توسط والدین یا مراقب کودک پر می شود .

در سال اول و دوم هر ۲ ماه یکبار (2-4-6-8-9-10-12-14-16-18-20-22-24 ماه)

در سال سوم هر ۳ ماه یکبار (24-27-30-33-36)

در سال چهارم و پنجم هر ۶ ماه (36-42-46-54-60)

ASQ

Ages Stages Questionnaires

هر پرسشنامه ۵ حیطه تکاملی را در بر می گیرند

Communication

حیطه برقراری ارتباط

Gross motor

حیطه حرکات درشت

Fine motor

حیطه حرکات ظریف

Problem solving

حیطه حل مسئله

Personal-social

حیطه شخصی – اجتماعی

ASQ

Ages Stages Questionnaires

هر پرسشنامه حاوی ۳۰ سوال شامل ۶ سوال برای هر یک از حیطه های پنجگانه طراحی شده است:

Communication

حیطه برقراری ارتباط

هنوز نه گاهی بله

۱- آیا کودک جیغ می زند؟

۲- زمانی که کودک با صدای خودش بازی می کند ، آیا از خودش صداهای کلفت یا حلقی مانند قرقر یا خرخر را در می آورد؟

۳- زمانی که خارج از دید کودک هستید و او را صدا می کنید ، آیا به سمت شما بر می گردد؟

۴- زمانی که صدای بلندی می آید ، آیا کودک برمی گردد تا ببیند آن صدا از کجا آمد؟

۵- آیا کودک صداهایی مانند «دا»، «گا» ، «با» را از خودش در می آورد؟

۶- اگر صداهایی که کودکان از خودش در می آورد را تقلید کنید ، آیا آن صداها را بعد از شما تکرار می کند؟

جمع کل

ASQ

Ages Stages Questionnaires

در پایان هر پرسشنامه یک موارد کلی نیز برای درج نظرات کلی والدین در نظر گرفته شده و هر کجا لازم بوده از آنان خواسته شده در مورد مسئله مورد نظر توضیح بدهند.

		موارد کلی
بله	خیر	۱- بنظر شما آیا کودکان خوب می شنود؟ اگر نه توضیح دهید.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
بله	خیر	۲- آیا کودک از دو دست خود در یک حد استفاده می کند ؟ اگر نه توضیح دهید.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
بله	خیر	۳- زمانی که به کودکان کمک می کنید تا در حالت ایستاده قرار گیرد ، آیا در اکثر مواقع روی کف پاهایش می ایستد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
بله	خیر	۴- آیا سابقه ناشنوایی و یا مشکلات شنوایی در دوران کودکی اعضای خانواده ی هر یک از والدین وجود دارد ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
بله	خیر	۵- آیا به نظر شما ، کودکان از نظر بینایی مشکلی دارد ؟ اگر بله توضیح دهید.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
بله	خیر	۶- آیا در مورد کودک خود نگرانی خاصی دارید؟ اگر بله توضیح دهید.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ASQ

Ages Stages Questionnaires

برای هر سوال ۳ گزینه پاسخ در نظر گرفته شده است :

- "بله" برای موقعی که کودک قادر به انجام آن کار هست
- "گاهی" فعالیت مورد اشاره بصورت گهگاه یا به تازگی از کودک سر زده باشد ؛
- "هنوز نه" برای موقعی که هنوز این رفتار یا فعالیت بخصوص را انجام نداده است،

بله گاهی هنوز نه

۱- آیا کودک شما انگشتان دست‌هایش را به طور کامل و یا حتی تا حدی باز می‌کند؟ (در مقایسه با

حالت مشت‌شده انگشتان در دوران نوزادی)



ASQ

ویژگی سوالات

۱. هر حیطه تکاملی، حاوی ۶ سوال است:
سوالات به ترتیب از آسان به سخت تنظیم شده اند.
- ۲ سوال اول ضریب تکاملی ۷۵ (بین ۶۹ تا ۷۷) ،
- ۲ سوال بعدی ضریب تکاملی ۸۵ (بین ۸۲-۹۰) ،
- ۲ سؤال آخر ضریب تکاملی ۱۰۰ (۱۲۰-۹۱) ، را ارزیابی می کنند

ASQ

ویژگی سوالات

۲- هر سوال یک شاخص مهم تکاملی را مورد پرسش قرار می دهند.

۳- هر سوال رفتار مناسب کودکان آن گروه سنی را مورد پرسش قرار می دهد.

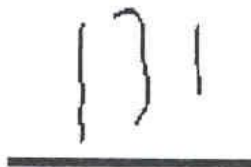
۴- در طرح سوالات از کلماتی استفاده شده تا افرادی با سطح تحصیلات پنجم ابتدائی نیز متوجه منظور سوال بشوند.

ASQ

ویژگی سوالات

۵- هر کجا لازم بوده تصویر کوچکی اضافه شده تا مفهوم سوال روشنتر شود.

- ۳- پس از اینکه کودک می بیند که با مداد یا خودکار خطی را از بالای کاغذ به سمت پایین رسم می کنید، از او بخواهید خطی مثل خط شما رسم کند. کودک نباید خط خودش را روی خط شما بکشد. آیا او با کشیدن یک خط در جهت عمودی، از کار شما تقلید می کند؟

پاسخ "بله" 

پاسخ "خیر" 

ASQ

ویژگی سوالات

۶- هر کجا لازم بوده مثالی نیز از رفتار مورد نظر زده شده است.

-
-
- ۶- آیا کودک شما سعی می‌کند تا کاغذی را با قیچی مخصوص کودکان ببرد؟ لازم نیست که کودک حتماً کاغذ را ببرد، بلکه باید در حالیکه کاغذ را با یک دست نگه می‌دارد، قیچی را با دست دیگرش باز و بسته کند. (می‌توانید نحوه استفاده از قیچی را به کودک خود نشان دهید. هر گاه کودک از قیچی استفاده می‌کند، حتماً مواظبش باشید، تا به خودش صدمه نرساند).



ASQ

توضیحات ضروری به والدین

۱. توضیح دهید که پرسشنامه برای تعیین کارهایی که هر کودک می تواند یا نمی تواند انجام دهد طراحی شده است
۲. تأکید کنید که آنها باید هر یک از فعالیت های مورد نظر را در کودک خود بررسی ، ارزیابی کرده و سپس به سوالات پاسخ دهند.
۳. در هر سوال ۳ گزینه پاسخ دارد که باید تنها یکی از پاسخ ها در فضای مربع کوچک کنار آن علامت زده شود
۴. بخش عمومی « یا ارزیابی کلی معمولاً شش سوال وجود دارد که پاسخ « بلی » یا « خیر » دارند

ASQ

توضیحات ضروری به والدین

۵. گاهی پیش می آید که کودک فعالیت مورد نظر را قبلا انجام می داده است ولی در حال حاضر آن را انجام نمی دهد یا بندرت انجام می دهد در این صورت باید به سوال مورد نظر هم پاسخ « بلی » بدهند
۶. به پدر و مادر تاکید کنید که تکمیل پرسشنامه را تبدیل به یک بازی خانوادگی کنند تا همگی از آن لذت ببرند.

ASQ

دستور العمل استفاده از پرسشنامه

- هر پرسشنامه را تنها می توان از یک ماه قبل تا ماه بعد از گروه سنی قید شده بر روی آن استفاده کرد
- برای کودکانی که بیشتر از ۳ هفته زودتر از موعد مقرر (۹ ماهگی) به دنیا آمده اند باید تا رسیدن به سن ۲ سالگی ، سن اصلاح شده آنها را حساب کرد و پرسشنامه ای را که مطابق سن اصلاح شده است در اختیار آنها گذاشت

ASQ

دستور العمل استفاده از پرسشنامه

شیرخوار ۶ ماهه ای مراجعه کرد که ۸ هفته زود تر از موعد مقرر به دنیا آمده بود، برای محاسبه پس از اصلاح، ۸ هفته (یعنی تقریباً ۲ ماه) را از سن تقویمی کنونی او کم می کنیم و لذا برای او پرسشنامه ۴ ماهگی باید تکمیل شود.

ASQ

دستور العمل استفاده از پرسشنامه

- نحوه عمل برای خارج از محدوده سنی مورد نظر :
ابتدا از پرسشنامه مربوط به سن کمتر استفاده می کنیم . اگر موفق شدیم برای تمام سوا لات پرسشنامه از کودک پاسخ " بلی " بگیریم . پرسشنامه سن بالاتر را برای او امتحان می کنیم
- پدران و مادران بی سواد یا کم سواد که نمی توانند خود آن را تکمیل کنند باید این کار را به کمک یک فرد با سواد دیگر در همان خانه انجام دهند

ASQ

دستور العمل نحوه امتیاز دهی نهایی

۱. ابتدا پرسشنامه را برای یافتن احتمالی سوالاتی که پدر و مادر بدون پاسخ گذاشته اند جست و جو می کنیم.

حیطه برقراری ارتباط	۶ ماهگی	بله	گاهی	هنوز نه
۱- آیا کودک چیغ می زند ؟		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲- زمانی که کودک با صدای خودش بازی می کند ، آیا از خودش صداهای کلفت یا حلقی مانند قرقر یا خرخر را در می آورد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳- زمانی که خارج از دید کودک هستید و او را صدا می کنید ، آیا به سمت شما بر می گردد؟		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴- زمانی که صدای بلندی می آید ، آیا کودک برمی گردد تا ببیند آن صدا از کجا آمد؟		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵- آیا کودک صداهایی مانند «دا»، «گا» ، «با» را از خودش در می آورد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
۶- اگر صداهایی که کودکشان از خودش در می آورد را تقلید کنید ، آیا آن صداها را بعد از شما تکرار می کند ؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

جمع کل _____

ASQ

دستور العمل نحوه امتیاز دهی نهایی

۲. کودک فعالیتی را که در سوال مطرح شده است قبلاً انجام می داده و هم اکنون دیگر انجام نمی دهد و به جای آن فعالیت پیشرفته تری را انجام می دهد . باید به آن سوال پاسخ بلی داد.

بله	گاهی	هنوز نه	۸ ماهگی	حیطه حرکات درشت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	___	۱-زمانیکه کودک را روی زمین می نشانید آیا از دست هایش بعنوان تکیه گاه استفاده می کند؟ (اگر پیش از این خودش بدون تکیه دادن به دست هایش ، صاف می نشسته است ، پاسخ بله را علامت بزنید .)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	___	۲- آیا کودک از حالت خوابیده به پشت ، روی شکم غلت زده و در همین حالت دست هایش را از زیر تنه اش بیرون می کشد؟
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	۳- آیا کودک با قرار گرفتن روی دست ها و زانوهایش ، به حالت چهار دست و پا در می آید؟
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	۴- اگر هر دو دست کودک را صرفاً برای حفظ تعادل وی بگیرید ، آیا در حالی که ایستاده است ، وزنش را روی کف پاهایش تحمل می کند؟
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	۵- آیا کودک بدون کمک دست هایش به عنوان تکیه گاه چند دقیقه صاف می نشیند ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	___	۶- زمانیکه کودک را نزدیک وسایلی مانند چهار پایه ، صندلی ، نرده تختش ، یا پشتی در حالت ایستاده قرار می دهید ، آیا بدون تکیه دادن سینه اش به آن وسیله ، با نگه داشتن دستش ، خودش را در وضعیت ایستاده نگه می دارد؟

ASQ

دستور العمل نحوه امتیاز دهی نهایی

۳. به هریک از سوالات ، با در نظر گرفتن ۱۰ امتیاز برای پاسخ « بلی » ، ۵ امتیاز برای پاسخ « گاهی » و صفر امتیاز برای پاسخ « هنوز نه » ، در قسمت فضای خالی کنار هر سوال ، امتیاز دهید .

حیطه برقراری ارتباط	۶ ماهگی	بله	گاهی	هنوز نه
۱- آیا کودک جیغ می زند ؟		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲- زمانی که کودک با صدای خودش بازی می کند ، آیا از خودش صداهای کلفت یا حلقی مانند قرقر یا خرخر را در می آورد؟		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳- زمانی که خارج از دید کودک هستید و او را صدا می کنید ، آیا به سمت شما بر می گردد؟		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴- زمانی که صدای بلندی می آید ، آیا کودک برمی گردد تا ببیند آن صدا از کجا آمد؟		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵- آیا کودک صداهایی مانند «دا»، «گا» ، « با » را از خودش در می آورد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
۶- اگر صداهایی که کودکتان از خودش در می آورد را تقلید کنید ، آیا آن صداها را بعد از شما تکرار می کند ؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
جمع کل _____				

دستور العمل نحوه امتیاز دهی نهایی

۴. امتیازات مربوط به هر یک از حیطه های تکاملی را در پایین آن قسمت جمع بندی کنید .

	هنوز نه	گاهی	بله	۶ ماهگی	حیطه برقراری ارتباط
۱۰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		۱- آیا کودک جیب می زند ؟
۱۰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		۲- زمانی که کودک با صدای خودش بازی می کند ، آیا از خودش صداهای کلفت یا حلقی مانند قرقر یا خرخر را در می آورد؟
۵	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۳- زمانی که خارج از دید کودک هستید و او را صدا می کنید ، آیا به سمت شما بر می گردد؟
۵	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۴- زمانی که صدای بلندی می آید ، آیا کودک برمی گردد تا ببیند آن صدا از کجا آمد؟
۰	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۵- آیا کودک صداهایی مانند «دا»، «گا» ، «با» را از خودش در می آورد؟
۰	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۶- اگر صداهایی که کودکشان از خودش در می آورد را تقلید کنید ، آیا آن صداها را بعد از شما تکرار می کند ؟

جمع کل ۳۰ _

ASQ

دستور العمل نحوه امتیاز دهی نهایی

۵. امتیازات مربوط به هر یک از حیطه های تکاملی را با « نقطه برش» اعلام شده در برگه « نقاط برش» برای همان حیطه تکاملی در گروه سنی مورد نظر ، مقایسه کنید .

نقاط برش ASQ در کودکان ایرانی

حیطه	یک انحراف پایین تر از میانگین	دو انحراف پایین تر از میانگین	حیطه	یک انحراف پایین تر از میانگین	دو انحراف پایین تر از میانگین
چهار ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۳۸/۷	حیطه برقراری ارتباط	۲۷/۹	۲۲/۲
	حیطه حرکات درشت	۳۸/۱	حیطه حرکات درشت	۲۵/۲	۲۹/۵
	حیطه حرکات ظریف	۳۵/۸	حیطه حرکات ظریف	۲۲/۹	۲۸/۵
	حیطه حل مساله	۴۱/۶	حیطه حل مساله	۳۰/۵	۳۴/۹
	حیطه شخصی- اجتماعی	۳۹/۱	حیطه شخصی- اجتماعی	۲۶/۶	۲۵/۳
شش ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۳۸/۹	حیطه برقراری ارتباط	۲۷/۹	۲۲/۲
	حیطه حرکات درشت	۲۷/۳	حیطه حرکات درشت	۱۰/۴	۳۴/۵
	حیطه حرکات ظریف	۴۱/۴	حیطه حرکات ظریف	۳۰/۷	۲۶/۲
	حیطه حل مساله	۴۱/۷	حیطه حل مساله	۳۱/۳	۲۸/۳
	حیطه شخصی- اجتماعی	۳۴/۲	حیطه شخصی- اجتماعی	۲۰/۸	۳۱/۹
هشت ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۴۰	حیطه برقراری ارتباط	۲۸/۸	۲۴/۸
	حیطه حرکات درشت	۳۷/۱	حیطه حرکات درشت	۲۴/۲	۳۲/۵
	حیطه حرکات ظریف	۴۶/۷	حیطه حرکات ظریف	۳۷/۳	۲۷/۲
	حیطه حل مساله	۴۵/۸	حیطه حل مساله	۳۶/۵	۳۲/۶
	حیطه شخصی- اجتماعی	۴۱/۱	حیطه شخصی- اجتماعی	۲۹/۲	۲۹/۷
هیجده ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۳۹/۵	حیطه برقراری ارتباط	۳۵/۲	۳۵/۲
	حیطه حرکات درشت	۳۹/۱	حیطه حرکات درشت	۴۲/۱	۲۹/۵
	حیطه حرکات ظریف	۳۹/۵	حیطه حرکات ظریف	۳۹/۵	۲۸/۵
	حیطه حل مساله	۴۴/۵	حیطه حل مساله	۴۴/۵	۳۴/۹
	حیطه شخصی- اجتماعی	۳۷/۷	حیطه شخصی- اجتماعی	۳۷/۷	۲۵/۳
بیست ماهگی	حیطه برقراری ارتباط	۳۷/۸	حیطه برقراری ارتباط	۳۷/۸	۲۴/۸
	حیطه حرکات درشت	۴۳/۷	حیطه حرکات درشت	۴۳/۷	۳۲/۵
	حیطه حرکات ظریف	۳۸/۳	حیطه حرکات ظریف	۳۸/۳	۲۷/۲
	حیطه حل مساله	۴۲	حیطه حل مساله	۴۲	۳۲/۶
	حیطه شخصی- اجتماعی	۴۰/۹	حیطه شخصی- اجتماعی	۴۰/۹	۲۹/۷

ASQ

دستور العمل نحوه امتیاز دهی نهایی

۶. چنانچه امتیازات در هر یک از حیثه های تکاملی از نقطه برش اعلام شده در ستون "دو انحراف پایین تر از میانگین" کمتر یا بر آن منطبق بود کودک باید برای پیگیری و ارزیابی های دقیق تر ارجاع شود

حیطه حرکات درشت			۸ ماهگی	بله	گاهی	هنوز نه
۱- زمانیکه کودک را روی زمین می نشانید آیا از دست هایش بعنوان تکیه گاه استفاده می کند؟				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲- آیا کودک از حالت خوابیده به پشت ، روی شکم غلت زده و در همین حالت دست هایش را از زیر تنه اش بیرون می کشد؟				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳- آیا کودک با قرار گرفتن روی دست ها و زانوهایش ، به حالت چهار دست و پا در می آید؟				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴- اگر هر دو دست کودک را صرفاً برای حفظ تعادل وی بگیرید ، آیا در حالی که ایستاده است، وزنش را روی کف پاهایش تحمل می کند؟				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
۵- آیا کودک بدون کمک دست هایش به عنوان تکیه گاه چند دقیقه صاف می نشیند ؟				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
۶- زمانیکه کودک در حالت ایستاده قرار می دهید ، آیا بدون تکیه دادن سینه اش به آن وسیله ، با نگر داشتن دستش ، خودش را در وضعیت ایستاده نگه می دارد؟				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
جمع کل ۲۰						

نقاط برش ASQ در کودکان ایرانی

حیطه ها	یک انحراف پایین تر از میانگین	دو انحراف پایین تر از میانگین
حیطه برقراری ارتباط	40	28.8
حیطه حرکات درشت	37.1	24.2
حیطه حرکات ظریف	46.7	37.3
حیطه حل مساله	45.8	36.5
حیطه شخصی- اجتماعی	41.1	29.2

هشت ماهگی

دستور العمل نحوه امتیاز دهی نهایی

۷. چنانچه امتیازات در بین دو ستون "یک انحراف پایین تر از میانگین" و "دو انحراف پایین تر از میانگین" قرار گیرد باید پدر و مادر تمرین هایی برای رشد و یادگیری کودک در سنین مربوطه انجام دهد و مجدداً تست برای کودک انجام گیرد

۱۰	هنوز نه	گاهی	بله	۶ ماهگی	حیطه برقراری ارتباط
۱۰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		۱- آیا کودک جیب می زند ؟
۱۰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		۲- زمانی که کودک با صدای خودش بازی می کند ، آیا از خودش صداهای کلفت یا حلقی مانند قرقر یا خرخر را در می آورد؟
۵	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۳- زمانی که خارج از دید کودک هستید و او را صدا می کنید ، آیا به سمت شما بر می گردد؟
۵	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۴- زمانی که صدای بلندی می آید ، آیا کودک برمی گردد تا ببیند آن صدا از کجا آمد؟
۰	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۵- آیا کودک صداهایی مانند «دا»، «گا» ، «با» را از خودش در می آورد؟
۰	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۶- اگر صداهایی که کودکان از خودش در می آورد را تقلید کنید ، آیا آن صداها را بعد از شما تکرار می کند ؟
۳۰	جمع کل				

نقاط برش ASQ در کودکان ایرانی

دو انحراف پایین تر از میانگین	یک انحراف پایین تر از میانگین	حیطه ها	سنین ماهگی
27.9	38.9	حیطه برقراری ارتباط	
10.4	27.3	حیطه حرکات درشت	
30.7	41.4	حیطه حرکات ظریف	
31.3	41.7	حیطه حل مساله	
20.8	34.2	حیطه شخصی- اجتماعی	

دستور العمل نحوه امتیاز دهی نهایی

۸. اگر برای بار دوم ارزیابی بالاتر از ستون "یک انحراف پایین تر از میانگین" قرار نگیرد کودک برای پیگیری و ارزیابی های دقیق تر ارجاع شود.

حیطه برقراری ارتباط	۶ ماهگی	بله	گاهی	هنوز نه
۱- آیا کودک چیخ می زند؟	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰ <input type="checkbox"/>
۲- زمانی که کودک با صدای خودش بازی می کند ، آیا از خودش صداهای کلفت یا حلقی مانند فرقر یا خرخر را در می آورد؟	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰ <input type="checkbox"/>
۳- زمانی که خارج از دید کودک هستید و او را صدا می کنید ، آیا به سمت شما بر می گردد؟	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰ <input type="checkbox"/>
۴- زمانی که صدای بلندی می آید ، آیا کودک برمی گردد تا ببیند آن صدا از کجا آمد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	۵ <input type="checkbox"/>
۵- آیا کودک صداهایی مانند «دا»، «گا»، «یا» را از خودش در می آورد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	۵ <input type="checkbox"/>
۶- اگر صداهایی که کودکان از خودش در می آورد را تقلید کنید ، آیا آن صداها را بعد از شما تکرار می کند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۰ <input checked="" type="checkbox"/>
نقاط پیش ASQ در کودکان ایرانی				
جمع کل ۴۰				

حیطه ها	یک انحراف پایین تر از میانگین	دو انحراف پایین تر از میانگین
حیطه برقراری ارتباط	38.9	27.9
حیطه حرکات درشت	27.3	10.4
حیطه حرکات ظریف	41.4	30.7
حیطه حل مساله	41.7	31.3
حیطه شخصی- اجتماعی	34.2	20.8

دستور العمل نحوه امتیاز دهی نهایی

۹. بخش سوا لات عمومی، هر گونه نگرانی، صرف نظر از امتیاز اخذ شده برای ارزیابی های دقیق تر کودک ارجاع شود.

بله	خیر	موارد کلی
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	۱- بنظر شما آیا کودکان خوب می شنود؟ اگر نه توضیح دهید.....
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	۲- آیا کودک از دو دست خود در یک حد استفاده می کند ؟ اگر نه توضیح دهید.....
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	۳- زمانی که به کودکان کمک می کنید تا در حالت ایستاده قرار گیرد ، آیا در اکثر مواقع روی کف پاهایش می ایستد؟
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	۴- آیا سابقه ناشنوایی و یا مشکلات شنوایی در دوران کودکی اعضای خانواده ی هر یک از والدین وجود دارد ؟
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- آیا به نظر شما ، کودکان از نظر بینایی مشکلی دارد ؟ اگر بله توضیح دهید.....
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- آیا در مورد کودک خود نگرانی خاصی دارید؟ اگر بله توضیح دهید.....

ASQ

دستور العمل نحوه امتیاز دهی نسبی

- اگر بیش از ۲ سوال از هر یک از حیظه های تکاملی بدون پاسخ باشد، امتیاز دهی صحیح به آن حیظه تکاملی ممکن نخواهد بود

۸ ماهگی			حیطه حرکات درشت
بله	گاهی	هنوز نه	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱-زمانیکه کودک را روی زمین می نشانید آیا از دست هایش بعنوان تکیه گاه استفاده می کند؟ (اگر بیش از این خودش بدون تکیه دادن به دست هایش ، صاف می نشسته است ، پاسخ بله را علامت بزنید .)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- آیا کودک از حالت خوابیده به پشت ، روی شکم غلت زده و در همین حالت دست هایش را از زیر تنه اش بیرون می کشد؟
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- آیا کودک با قرار گرفتن روی دست ها و زانوهایش ، به حالت چهار دست و پا در می آید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- اگر هر دو دست کودک را صرفاً برای حفظ تعادل وی بگیرید ، آیا در حالی که ایستاده است، وزنش را روی کف پاهایش تحمل می کند؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	۵- آیا کودک بدون کمک دست هایش به عنوان تکیه گاه چند دقیقه صاف می نشیند ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶-زمانیکه کودک را نزدیک وسایلی مانند چهار پایه ، صندلی ، نرده تختش ، یا پشتی در حالت ایستاده قرار می دهید ، آیا بدون تکیه دادن سینه اش به آن وسیله ، با نگه داشتن دستش ، خودش را در وضعیت ایستاده نگه می دارد؟
جمع کل			_____

ASQ

دستور العمل نحوه امتیاز دهی نسبی

اگر فقط به یکی از سوالات یک حیطة تکاملی پاسخ داده نشده بود با تقسیم کردن امتیاز کلی آن حیطة تکاملی بر تعداد سوالات پاسخ داده شده ، رقمی بین ۰ تا ۱۰ بدست می آید و سپس به امتیاز کلی همان حیطة اضافه می نماییم .

حیطة برقراری ارتباط	۶ ماهگی	بله	گاهی	هنوز نه	
۱- آیا کودک جیغ می زند ؟		■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰
۲- زمانی که کودک با صدای خودش بازی می کند ، آیا از خودش صداهای کلفت یا حلقی مانند قرقر یا خرخر را در می آورد؟		■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰
۳- زمانی که خارج از دید کودک هستید و او را صدا می کنید ، آیا به سمت شما بر می گردد؟		■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰
۴- زمانی که صدای بلندی می آید ، آیا کودک برمی گردد تا ببیند آن صدا از کجا آمد؟		<input type="checkbox"/>	■	<input type="checkbox"/>	۵
۵- آیا کودک صداهایی مانند «دا» «گا» ، « با » را از خودش در می آورد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	--
۶- اگر صداهایی که کودکتان از خودش در می آورد را تقلید کنید ، آیا آن صداها را بعد از شما تکرار می کند ؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■	۰
جمع کل					۳۵

امتیاز نسبی سوال پنچ $7 = 5$ تقسیم بر ۳۵
امتیاز کلی اصلاح شده $42 = 7 + 35$

ASQ

دستور العمل نحوه امتیاز دهی نسبی

در صورتیکه دو سوال یک حیطه بدون پاسخ باقی مانده بود، همان محاسبات قبلی را انجام می دهیم با این تفاوت که رقم رادو برابر می کنیم و سپس به امتیاز کلی اضافه می نمایم

حیطه برقراری ارتباط	۶ ماهگی	بله	گاهی	هنوز نه
۱- آیا کودک جیغ می زند ؟		■	<input type="checkbox"/>	۱۰ <input type="checkbox"/>
۲- زمانی که کودک با صدای خودش بازی می کند ، آیا از خودش صداهای کلفت یا حلقی مانند قرقر را در می آورد؟		■	<input type="checkbox"/>	۱۰ <input type="checkbox"/>
۳- زمانی که خارج از دید کودک هستید و او را صدا می کنید ، آیا به سمت شما بر می گردد؟		■	<input type="checkbox"/>	۱۰ <input type="checkbox"/>
۴- زمانی که صدای بلندی می آید ، آیا کودک برمی گردد تا ببیند آن صدا از کجا آمد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-- <input type="checkbox"/>
۵- آیا کودک صداهایی مانند «دا»، «گا» ، «با» را از خودش در می آورد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-- <input type="checkbox"/>
۶- اگر صداهایی که کودکان از خودش در می آورد را تقلید کنید ، آیا آن صداها را بعد از شما تکرار می کند ؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۰ <input checked="" type="checkbox"/>
جمع کل ۳۰				

$$۷/۵ = ۴ \text{ تقسیم بر } ۳۰$$

امتیاز نسبی سوال چهار و پنج $۱۵ = ۲ \text{ ضرب بر } ۷/۵$

$$۳۰ + ۱۵ = ۴۵$$

امتیاز کلی اصلاح شده

ASQ

نکاتی در مورد نحوه ارجاع کودک

۱. باید از نگران و آشفته کردن پدر و مادر پرهیز کرد.
۲. به زبان کاملا ساده و قابل فهم برای سطح تحصیلی- اجتماعی آنها و ترجیحا به زبان مادری یا بومی آنها ، سخن بگوئید.
۳. اعلام کنید که نتایج ارزیابی حکایت از این داشته است که بررسی های دقیق تر و تخصصی تر بر روی کودک آنها لازم است.
۴. استفاده از کلماتی چون «تست یا آزمون» «رد شدن از تست» « غیر طبیعی» و امثالهم خودداری کنید.
۵. متخصصینی را که می توانند جهت ارزیابی های دقیق تر و تخصصی تر به آنها مراجعه کنند، با اعلام نام ، آدرس، شماره تلفن و خدماتی که توسط ایشان قابل ارائه است ، معرفی نمایید.

سر بلند باشید

تاریخچه

- مجموعه ASQ در سال های ۱۹۸۰ در دانشکده بهداشت دانشگاه اورگون (Oregon) آمریکا طراحی شده است.
- موتور محرک این برنامه :
 ۱. والدین نیاز به ابزارهایی برای ارزیابی و مداخله کودکان در معرض خطر یا دچار انواع معلولیت دارند .
 ۲. کودکانی که از نظر عوامل محیطی، مسایل پزشکی یا مسایل بیولوژیک دچار مشکلاتی هستند، نیاز مند تستهایی هستند تا روند رشد و تکامل آنها را بررسی و پیگیری نماید.
 ۳. فشار فزاینده ی اقتصادی روی دولت یا و خانواده های دارای کودک معلول

روند طراحی و تعمیم

- ایده اولیه سوالات از Revised Gesell Examination و معیار های استاندارد تکاملی این تست از تست bayley و gesell گرفته شده است .
- پرسشنامه در خانواده های بسیار فقیر کم سواد و در سطح پایین اقتصادی نیز بر احوالی قابل تکمیل است
- تا سال ۱۹۹۸ پرسشنامه تا سن ۶۰ ماهگی کامل شد . اولین نسخه چاپ شده رسمی پرسشنامه ASQ در سال ۱۹۹۵ در اختیار سرویس های بهداشتی قرار گرفت و در نیویورک ، فلوریدا ، داکوتای شمالی ، مینه سوتای غربی بعنوان ابزار مناسب برای غربالگری کودکان بکار گرفته شد .

هر سوال ۲ شرط برای انتخاب شدن داشته است .

- اول اینکه به راحتی توسط والدین قابل مشاهده و گزارش باشد،

- ثانياً اینکه این سوال بر راحتی احتمال وقوع در داخل منزل داشته باشد و تابع فرهنگ خاصی نباشد .

RELIABILITY

- انجام آزمایش مجدد روی ۱۷۵ کودک توسط همان والدین به فاصله زمانی ۲-۳ هفته بعد بیش از ۹۴٪ همخوانی نتایج (test – retest reliability) را با انحراف معیار ۱/۱ نشان داد .
- و حدود ۱۱۲ کودک نیز پس از انجام تست توسط والدین ، توسط یک فرد با تجربه در ASQ تست مجدد (interrater reliability) شدند . نتیجه این تست نیز بالای ۹۰٪ نتایج یکسان را بین این دو گروه نشان می داد .
- Internal consistency پرسشنامه ها با بررسی ارتباط بین حیطه تکاملی و score کلی و اندازه گیری ضریب الفای کرونباخ نشان داده شده است . برای حیطه ارتباطات این ضریب از ۶۳/۱ در ۴ ماهگی تا ۷۵/۱ در ۲۴ ماهگی ، برای حرکات درشت از ۵۳/۱ در ۴ ماهگی تا ۸۷/۱ در ۱۶ ماهگی و برای حرکات ظریف از ۴۹/۱ در ۲۰ ماهگی تا ۷۹/۱ در ۸ ماهگی متغیر بود . در حیطه حل مسئله ، ضریب الفای کرونباخ از ۵۲/۱ در ۲۰ ماهگی تا ۷۵/۱ در ۸ ماهگی تغییرات داشت . نهایتاً در حیطه فردی اجتماعی الفاز ۵۲/۱ تا ۱۶ ماهگی تا ۶۸/۱ در ۱۲ ماهگی نوسان داشت .

- در بررسی validity در کودکان با disability، ۹۶ درصد کودکان بر اساس ارزیابی والدین نیازمند بررسی بیشتر بودند. لذا در کودکان دارای معلولیت نیز این تست از ارزش بالایی برخوردار است.
- توانایی تست در تعیین اختلال تکاملی بیش از ۹۶ درصد محاسبه شده است
- آنالیز واریانس در گروه‌های مختلف سنی و حیطه‌های پنجگانه تکاملی در بین گروه‌های بدون ریسک و باریسک حاکی از مناسب بودن نقاط برش تعیین شده برای هر دو گروه می‌باشد

ASQ

تحقیقات در مورد ASQ

- در تحقیقات فراوانی که روی این تست صورت گرفته موارد زیر مشخص گردیده اند
- ۱- اعتبار تست تا ۹۱٪ است.
 - ۲- میزان منفی کاذب ۱-۱۳٪ می باشد.
 - ۳- میزان مثبت کاذب تست ۷-۱۶٪ است.
 - ۴- حساسیت تست تا ۹۰٪ است.
 - ۵- ویژگی آن ۹۱-۸۱٪ می باشد

Ages & Stages Questionnaires: A Parent-Completed, Child-Monitoring System
Second Edition

By Diane Bricker and Jane Squires
with assistance from Linda Mounts, LaWanda Potter, Robert Nickel, Elizabeth Twombly, and Jane Farrell
Copyright © 1999 by Paul H. Brookes Publishing Co.

◆ 4 Month ◆ Questionnaire

Please provide the following information.

Child's name: _____

Child's date of birth: _____

Child's corrected date of birth (if child is premature, add weeks of prematurity to child's date of birth):

Today's date: _____

Person filling out this questionnaire: _____

What is your relationship to the child? _____

Your telephone: _____

Your mailing address: _____

City: _____

State: _____ ZIP code: _____

List people assisting in questionnaire completion: _____

Administering program or provider: _____



Ages & Stages Questionnaires: A Parent-Completed, Child-Monitoring System
Second Edition

By Diane Bricker and Jane Squires
with assistance from Linda Mounts, LaWanda Potter, Robert Nickel, Elizabeth Twombly, and Jane Farrell
Copyright © 1999 by Paul H. Brookes Publishing Co.

◆ 4 Month ◆ Questionnaire



On the following pages are questions about activities children do. Your child may have already done some of the activities described here, and there may be some your child has not begun doing yet. For each item, please check the box that tells whether your child is doing the activity regularly, sometimes, or not yet.

Important Points to Remember:

- Be sure to try each activity with your child before checking a box.
- Try to make completing this questionnaire a game that is fun for you and your child.
- Make sure your child is rested, fed, and ready to play.
- Please return this questionnaire by _____.
- If you have any questions or concerns about your child or about this questionnaire, please call: _____.
- Look forward to filling out another questionnaire in _____ months.



	YES	SOMETIMES	NOT YET	
FINE MOTOR <i>(continued)</i>				
4. When you put a toy in her hand, does your baby hold onto it for about 1 minute while looking at it, waving it about, or trying to chew it?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Does your baby grab or scratch his fingers on a surface in front of him, either while being held in a sitting position or when he is on his tummy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. When you hold her in a sitting position, does your baby reach for a toy on a table close by, even though her hand may not touch it?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FINE MOTOR TOTAL				<input type="checkbox"/>
PROBLEM SOLVING <i>Be sure to try each activity with your child.</i>				
1. When you move a toy slowly from side to side in front of his face (about 10 inches away), does your baby follow the toy with his eyes, sometimes turning his head?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. When you move a small toy up and down slowly in front of her face (about 10 inches away), does your baby follow the toy with her eyes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. When you hold him in a sitting position, does your baby look at a toy (about the size of a cup or rattle) that you place on the table or floor in front of him?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. When you put a toy in her hand, does your baby look at it?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. When you put a toy in his hand, does your baby put the toy in his mouth?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. When you dangle a toy above her while she is lying on her back, does your baby wave her arms toward the toy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEM SOLVING TOTAL				<input type="checkbox"/>
PERSONAL-SOCIAL <i>Be sure to try each activity with your child.</i>				
1. Does your baby watch his hands?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. When she has her hands together, does your baby play with her fingers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. When he sees the breast or bottle, does your baby know he is about to be fed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Does your baby help hold the bottle with both hands at once, or when nursing, does she hold the breast with her free hand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	YES	SOMETIMES	NOT YET	
COMMUNICATION <i>Be sure to try each activity with your child.</i>				
1. Does your baby chuckle softly?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. After you have been out of sight, does your baby stop crying when he sees you?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Does your baby stop crying when she hears a voice other than yours?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Does your baby make high-pitched squeals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Does your baby laugh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Does your baby make sounds when looking at toys or people?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMMUNICATION TOTAL				<input type="checkbox"/>
GROSS MOTOR <i>Be sure to try each activity with your child.</i>				
1. While on his back, does your baby move his head from side to side?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. After holding her head up while on her tummy, does your baby lay her head back down on the floor, rather than let it drop or fall forward?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. When he is on his tummy, does your baby hold his head up so that his chin is about 3 inches from the floor for at least 15 seconds?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. When she is on her tummy, does your baby hold her head straight up, looking around? (She can rest on her arms while doing this.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. When you hold him in a sitting position, does your baby hold his head steady?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. While on her back, does your baby bring her hands together over her chest, touching her fingers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GROSS MOTOR TOTAL				<input type="checkbox"/>
FINE MOTOR <i>Be sure to try each activity with your child.</i>				
1. Does your baby hold his hands open or partly open (rather than in fists, as they were when he was a newborn)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. When you put a toy in her hand, does your baby wave it about, at least briefly?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Does your baby grab or scratch at his clothes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Month ASQ Information Summary

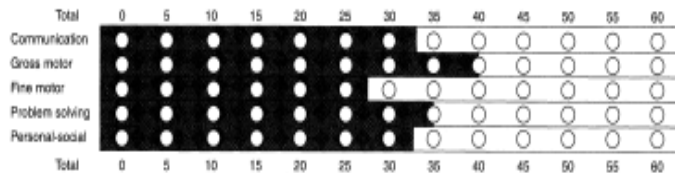
Child's name: _____ Date of birth: _____
 Person filling out the ASQ: _____ Corrected date of birth: _____
 Mailing address: _____ Relationship to child: _____
 Telephone: _____ City: _____ State: _____ or: _____
 Today's date: _____ Assisting in ASQ completion: _____

OVERALL: Please transfer the answers in the Overall section of the questionnaire by circling "yes" or "no" and reporting any comments.

- | | | | |
|--|--------|---|--------|
| 1. Hears well?
Comments: _____ | YES NO | 4. Family history of hearing impairment?
Comments: _____ | YES NO |
| 2. Uses both hands equally well?
Comments: _____ | YES NO | 5. Vision okay?
Comments: _____ | YES NO |
| 3. Baby's feet flat on the surface?
Comments: _____ | YES NO | 6. Recent medical problems?
Comments: _____ | YES NO |
| | | 7. Other concerns?
Comments: _____ | YES NO |

SCORING THE QUESTIONNAIRE

- Be sure each item has been answered. If an item cannot be answered, refer to the ratio scoring procedure in The ASQ User's Guide.
- Score each item on the questionnaire by writing the appropriate number on the line by each item answer.
YES = 10 SOMETIMES = 5 NOT YET = 0
- Add up the item scores for each area, and record these totals in the space provided for area totals.
- Indicate the child's total score for each area by filling in the appropriate circle on the chart below. For example, if the total score for the Communication area was 50, fill in the circle below 50 in the first row.



Examine the blackened circles for each area in the chart above.

- If the child's total score falls within the ○ area, the child appears to be doing well in this area at this time.
- If the child's total score falls within the ● area, talk with a professional. The child may need further evaluation.

OPTIONAL: The specific answers to each item on the questionnaire can be recorded below on the summary chart.

		Score	Cutoff	Communication	Gross motor	Fine motor	Problem solving	Personal-social
4 months	Communication		33.3	1 ○ ○ ○	1 ○ ○ ○	1 ○ ○ ○	1 ○ ○ ○	1 ○ ○ ○
	Gross motor		40.1	2 ○ ○ ○	2 ○ ○ ○	2 ○ ○ ○	2 ○ ○ ○	2 ○ ○ ○
	Fine motor		27.5	3 ○ ○ ○	3 ○ ○ ○	3 ○ ○ ○	3 ○ ○ ○	3 ○ ○ ○
	Problem solving		35.0	4 ○ ○ ○	4 ○ ○ ○	4 ○ ○ ○	4 ○ ○ ○	4 ○ ○ ○
	Personal-social		33.0	5 ○ ○ ○	5 ○ ○ ○	5 ○ ○ ○	5 ○ ○ ○	5 ○ ○ ○
				6 ○ ○ ○	6 ○ ○ ○	6 ○ ○ ○	6 ○ ○ ○	6 ○ ○ ○
				Y S N	Y S N	Y S N	Y S N	Y S N

Administering program or provider: _____

YES SOMETIMES NOT YET

PERSONAL-SOCIAL (continued)

- Before you smile or talk to him, does your baby smile when he sees you nearby? YES SOMETIMES NOT YET
- When in front of a large mirror, does your baby smile or coo at herself? YES SOMETIMES NOT YET



PERSONAL-SOCIAL TOTAL _____

OVERALL Parents and providers may use the space below or the back of this sheet for additional comments.

- Do you think your child hears well? YES NO
If no, explain: _____
- Does your baby use both hands equally well? YES NO
If no, explain: _____
- When you help your baby stand, are his feet flat on the surface most of the time? YES NO
If no, explain: _____
- Does either parent have a family history of childhood deafness or hearing impairment? YES NO
If yes, explain: _____
- Do you have concerns about your child's vision? YES NO
If yes, explain: _____
- Has your child had any medical problems in the last several months? YES NO
If yes, explain: _____
- Does anything about your child worry you? YES NO
If yes, explain: _____

سوالات

سوال	ارتباط	حرکات درشت	حرکات ظریف	حل مساله	تشخیص اجتماعی
۱	هنوز نه	بله	بله	بله	بله
۲	هنوز نه	بله	بله	بله	بله
۳	هنوز نه	بله	بله	بله	بله
۴	هنوز نه	بله	بله	بله	بله
۵	هنوز نه	بله	بله	بله	بله
۶	هنوز نه	بله	بله	بله	هنوز نه
نمره					
اقدام:					

سوال	ارتباط	حرکات درشت	حرکات ظریف	حل مساله	تشخیص اجتماعی
۱	هنوز نه	بله	بله	بله	بله
۲	هنوز نه	بله	بله	بله	بله
۳	هنوز نه	بله	بله	بله	بله
۴	هنوز نه	بله	بله	بله	بله
۵	هنوز نه	بله	بله	بله	بله
۶	هنوز نه	بله	بله	بله	هنوز نه
نمره	۰	۶۰	۶۰	۶۰	۵۰
اقدام:	؟؟؟				

سوال	ارتباط	حرکات درشت	حرکات ظریف	حل مساله	تشخیص اجتماعی
۱	هنوز نه	بله	بله	بله	بله
۲	هنوز نه	بله	بله	بله	بله
۳	هنوز نه	بله	بله	بله	بله
۴	هنوز نه	بله	بله	بله	بله
۵	هنوز نه	بله	بله	بله	بله
۶	هنوز نه	بله	بله	بله	هنوز نه
نمره	۰	۶۰	۶۰	۶۰	۵۰
اقدام:	-ارتباط مشکل دارد -تست تشخیصی -کنترل کنید آیا مادر سوالات را فهمید				

سوال	ارتباط	حرکات درشت	حرکات ظریف	حل مساله	تشخیص اجتماعی
۱	هنوز نه	بله	گاهی	بله	بله
۲	بله	بله	هنوز نه	هنوز نه	بله
۳	بله	هنوز نه	هنوز نه	هنوز نه	گاهی
۴	هنوز نه	بله	هنوز نه	هنوز نه	گاهی
۵	بله	هنوز نه	هنوز نه	هنوز نه	هنوز نه
۶	بله	بله	هنوز نه	هنوز نه	بله
نمره					
اقدام:					

سوال	ارتباط	حرکات درشت	حرکات ظریف	حل مساله	تشخیص اجتماعی
۱	هنوز نه اشتباه پر کرده	بله	گاهی	بله	بله
۲	بله	بله	هنوز نه	هنوز نه	بله
۳	بله	؟؟ جواب نداده	هنوز نه	هنوز نه	گاهی
۴	هنوز نه اشتباه پر کرده	بله	هنوز نه	هنوز نه	گاهی
۵	بله	هنوز نه	هنوز نه	هنوز نه	هنوز نه
۶	بله	بله یک بله عجیب پر شده	هنوز نه	هنوز نه	بله این را کنترل کنید
نمره	۴ ↓ ۶۰	۴۰ ↓ ۸ = ۵ ÷ ۴۰ ۴۸ = ۸ + ۴۰	۵	۱۰	۴۰
اقدام:	/??????				

سوال	ارتباط	حرکات درشت	حرکات ظریف	حل مساله	تشخیص اجتماعی
۱	هنوز نه اشتباه پر کرده	بله	گاهی	بله	بله
۲	بله	بله	هنوز نه	هنوز نه	بله
۳	بله	؟؟ جواب نداده	هنوز نه	هنوز نه	گاهی
۴	هنوز نه اشتباه پر کرده	بله	هنوز نه	هنوز نه	گاهی
۵	بله	هنوز نه	هنوز نه	هنوز نه	هنوز نه
۶	بله	بله یک بله عجیب پر شده	هنوز نه	هنوز نه	بله این را کنترل کنید
نمره	۴ ↓ ۶۰	۴۰ ↓ ۸ = ۵ ÷ ۴۰ ۴۸ = ۸ + ۴۰	۵	۱۰	۴۰
اقدام: با توجه به نقاط برش	خوب	خوب	-2SD > تست تشخیصی	-2SD > تست تشخیصی	نمره > -1SD تمرین ۲ هفته- تکرار آزمون

سوال	ارتباط	حرکات درشت	حرکات ظریف	حل مساله	تشخیص اجتماعی
۱	بله	بله	بله	بله	هنوز نه
۲	بله	هنوز نه	بله	بله	هنوز نه
۳	بله	هنوز نه	بله	هنوز نه	بله
۴	بله	هنوز نه	بله	هنوز نه	هنوز نه
۵	بله	هنوز نه	هنوز نه	گاهی	بله
۶	هنوز نه	هنوز نه	هنوز نه	هنوز نه	بله
نمره					
اقدام					

سوال	ارتباط	حرکات درشت	حرکات ظریف	حل مساله	تشخیص اجتماعی
۱	بله	بله	بله	بله	هنوز نه کنترل کنید- احتمالاً اشتباه پر کرده
۲	بله	هنوز نه	بله	بله	هنوز نه کنترل کنید- احتمالاً اشتباه پر کرده
۳	بله	هنوز نه	بله	هنوز نه	بله
۴	بله	هنوز نه	بله	هنوز نه	هنوز نه؟؟? ممکن است بله بگیرد
۵	بله	هنوز نه	هنوز نه	گاهی؟؟?	بله
۶	هنوز نه	هنوز نه	هنوز نه	هنوز نه	بله
نمره	۵۰	۱۰	۴۰	۲۵	۶۰-۵۰
اقدام	????????				

سوال	ارتباط	حرکات درشت	حرکات ظریف	حل مساله	تشخیص اجتماعی
۱	بله	بله	بله	بله	هنوز نه کنترل کنید- احتمالاً اشتباه پر کرده
۲	بله	هنوز نه	بله	بله	هنوز نه کنترل کنید- احتمالاً اشتباه پر کرده
۳	بله	هنوز نه	بله	هنوز نه	بله
۴	بله	هنوز نه	بله	هنوز نه	هنوز نه؟؟؟ ممکن است بله بگیرد
۵	بله	هنوز نه	هنوز نه	گاهی؟؟؟	بله
۶	هنوز نه	هنوز نه	هنوز نه	هنوز نه	بله
نمره	۵۰	۱۰	۴۰	۲۵	۶۰-۵۰
اقدام	خوب	> -2SD نیاز به ارجاع تست تشخیصی	خوب	> -2SD نیاز به ارجاع	خوب

کودک ۴

نام: نازنین زهرا (Premature ۸ هفته زودتر)

تاریخ تولد: 1403/1/13

تاریخ تکمیل

فرم: 1403/10/13

ASQ : ماهگی

.... ماهگی

سوال	ارتباط	حرکات درشت	حرکات ظریف	حل مساله	تشخیص اجتماعی
۱	بله	هنوز نه	بله	بله	بله
۲	بله	بله	بله	بله	بله
۳	بله	هنوز نه	بله	بله	بله
۴	بله	هنوز نه	بله	بله	بله
۵	بله	هنوز نه	بله	بله	بله
۶	بله	هنوز نه	هنوز نه	بله	بله
نمره					
اقدام					

کودک ۴

نام: نازنین زهرا (Premature ۸ هفته زودتر)

تاریخ تولد: 1403/1/13

تاریخ تکمیل

فرم: 1403/10/13

ASQ : ۶.. ماهگی

۷ ماهگی (بر اساس GA ۹ ماهه)

سوال	ارتباط	حرکات درشت	حرکات ظریف	حل مساله	تشخیص اجتماعی
۱	بله	هنوز نه	بله	بله	بله
۲	بله	بله	بله	بله	بله
۳	بله	هنوز نه	بله	بله	بله
۴	بله	هنوز نه	بله	بله	بله
۵	بله	هنوز نه	بله	بله	بله
۶	بله	هنوز نه	هنوز نه	بله	بله
نمره	۶۰	۱۰	۵۰	۶۰	۶۰
اقدام					

کودک ۴

نام: نازنین زهرا (Premature ۸ هفته زودتر)

تاریخ تولد: 1403/1/13

تاریخ تکمیل

فرم: 1403/10/13

ASQ : ۶ .. ماهگی

۷ ماهگی (بر اساس GA ۹ ماهه)

سوال	ارتباط	حرکات درشت	حرکات ظریف	حل مساله	تشخیص اجتماعی
۱	بله	هنوز نه	بله	بله	بله
۲	بله	بله	بله	بله	بله
۳	بله	هنوز نه	بله	بله	بله
۴	بله	هنوز نه	بله	بله	بله
۵	بله	هنوز نه	بله	بله	بله
۶	بله	هنوز نه	هنوز نه	بله	بله
نمره	۶۰	۱۰	۵۰	۶۰	۶۰
اقدام	خوب	> -2SD نیاز به ارجاع			
اگر همه خوب بود --- < تست ۸ ماهگی انجام دهید					

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

