



مشکلات شایع بهداشتی در کودکان

هدف‌های رفتاری: در پایان این فصل، فراگیرنده باید بتواند:

- ۱- مشکلات شایع بهداشتی در کودکان را نام ببرد.
- ۲- علایم و نشانه‌های هر یک از این اختلالات را بیان کند.
- ۳- راه‌های برخورد با این اختلالات را توضیح دهد.
- ۴- علت به‌وجود آمدن این اختلالات را بیان کند.

مقدمه

کودکان از بدو تولد تا نوجوانی، مراحل از رشد را طی می‌کنند. هر مرحله، خصوصیات حرکتی، کلامی، اجتماعی، رفتاری و عاطفی خاص خود را دارد. این مراحل به‌ترتیب، در جریان رشد، توانایی‌هایی مثل راه رفتن، حرف زدن، شیرین‌کاری‌ها و... ایجاد می‌کند که کودک در مرحله‌ی قبل فاقد آن‌ها بوده است. در هر یک از این مراحل نکاتی اهمیت اساسی دارند که موجب رشد طبیعی کودک شوند و باید به‌خوبی به آن‌ها توجه کرد. بی‌توجهی به هر یک از این نکات، باعث بروز اختلالات رفتاری و عاداتی در کودک می‌شود. در این فصل به بعضی از آن‌ها می‌پردازیم.

مراحل رشد کودک

اریکسون^۱ مراحل رشد رفتاری کودکان را به‌صورت زیر طبقه‌بندی کرده است:

مرحله‌ی اول (یک سال اول عمر): کودک برای رفع نیازهایش کاملاً وابسته به مراقبت مادر

^۱ - Erickson

است و مادر باید به طور صحیح و به موقع، به تمامی نیازهای وی، بدون قید و شرط پاسخ دهد. رفع نیاز، در پی پاسخ به درخواست کودک (که غالباً به صورت گریه ظاهر می‌شود)، عملی می‌شود. در پایان سال اول کودک باید با مراقبت خود (مادر) رابطه‌ی نزدیک و امنی داشته باشد. الگوی منظمی از خواب و تغذیه در او شکل گرفته باشد. بین او با پدر و سایر خواهران و برادران، با توجه به میزان ارتباطی که داشته‌اند نیز، ارتباط عاطفی ایجاد شده باشد.

مرحله‌ی دوم (یک تا سه سالگی): در این مرحله کودکان به طور طبیعی لج‌باز می‌شوند. باید ضمن تحمل «نه» گفتن آن‌ها، اجازه داد کارهایی را به عهده گیرند و والدین به کارشان نظارت و از آنان مراقبت کنند.

توالف رفتن باید در این مرحله، با برنامه‌ای تدریجی و ملایم، به آنان آموزش داده شود. جدا کردن محل خواب کودکان از والدین در این مرحله ضرورت دارد.

ترس از جدایی، ترس از تنهایی و تاریکی در کودکانی که وابسته نگه داشته شده‌اند و محل خواب آن‌ها جدا نشده است بیش‌تر دیده می‌شود. به‌علاوه، چون حد و مرز کودکان از والدین مخدوش می‌شود در مسئله‌ی تربیت کودکان تأثیر منفی خواهد داشت.

مرحله‌ی سوم (سه تا پنج سالگی): کودکان در این مرحله، آمادگی رفتن به مهدکودک را دارند. روابط با هم‌سالان برایشان لذت‌بخش است. آموزش مهارت‌ها، خوردن، لباس پوشیدن و توالف رفتن به‌تنهایی در این مرحله باید اجرا شود.

بازی‌ها در این مرحله به‌صورت مشترک صورت می‌گیرد. آموزش اخلاقیات و مذهب در این مرحله صورت می‌گیرد.

مرحله‌ی چهارم (شش تا یازده سالگی): کودکانی که وارد دبستان می‌شوند از نظر به‌عهده گرفتن کارهای شخصی (لباس پوشیدن، کفش پوشیدن، نظافت و...)، شمردن پول، رعایت انضباط و... توانایی پیدا کرده‌اند. در این مرحله اطاعت و رعایت انضباط مهم است و باید فعالیت‌های جمعی و حس همکاری مورد تشویق قرار گیرد.

مرحله‌ی پنجم (یازده سالگی تا انتهای نوجوانی): در این مرحله رشد جسمی و روانی بسیار سریع است. لج‌بازی در این مرحله به‌طور طبیعی دیده می‌شود و نوجوانان به گروه هم‌سالان گرایش پیدا می‌کنند. والدین نیز باید در نحوه‌ی برخوردشان با نوجوانان تغییر ایجاد کنند. امر و نهی را کم کنند و از نوجوانان، به‌عنوان مشاور در تصمیم‌گیری‌ها، کمک بگیرند. اجازه دهند با هم‌سالان خود فعالیت‌های گروهی و تفریحات سالم داشته باشند. به خواسته‌های به‌جای آن‌ها رسیدگی کنند و

در مواردی مانند انتخاب لباس، تفریحات و... اجازه دهند خودشان تصمیم بگیرند.

اختلالات رفتاری کودکان

کودکی که سالم به دنیا می‌آید در بهترین حالت خود آفریده می‌شود. وی آمادگی و ظرفیت آن را دارد که به شایسته‌ترین وجهی پرورش یابد و برترین کمالات را کسب کند. اما زندگی خانوادگی و محیط بهداشتی، آموزشی، اجتماعی و فرهنگی بسیاری از مردم چنان است که دست‌یابی به چنین مقصودی را دشوار و گاه امکان‌ناپذیر می‌سازد. مشکلات رفتاری کودکان نیز، که نتیجه‌ی اجتناب‌ناپذیر فقر، بیماری، جهل، بدرفتاری، نابه‌سامانی‌های خانوادگی و کاستی‌های آموزشی و فرهنگی و اجتماعی است. مانع رشد و بالندگی و وصول به کمالاتی است که در خلقتشان مقدر شده است. از اختلالات رفتاری شایع نزد کودکان می‌توان موارد زیر را ذکر نمود:

■ **مشکلات کنترل ادرار:** مشکل بی‌اختیاری ادرار کودکان، معمولاً پس از ۳-۴ سالگی، که انتظار می‌رود استفاده از توالت را آموخته باشند، مورد توجه قرار می‌گیرد. این مشکل در شب شایع‌تر از روز است و در بین پسران بیش از دختران دیده می‌شود. اغلب اوقات، بی‌اختیاری ادرار را چنانچه اختلالات دستگاه ادراری در میان نباشد، نشانه‌ی ناراحتی‌های عاطفی و روانی می‌دانند. گاه نیز بی‌اختیاری ادرار، نشانه‌ی اختلالات عصبی است. روش‌هایی که جهت اصلاح بی‌اختیاری ادرار و شب‌ادراری به کار می‌روند، به قرار زیر است:

- استفاده از روش جایزه و تشویق برای شب‌هایی که کودک شب‌ادراری ندارد.
- محدودیت مصرف مایعات در شب و عادت دادن به توالت رفتن قبل از خوابیدن
- استفاده از زنگ‌های خبرکننده
- تقویت زمان نگه‌داری ادرار (در این روش به کودک توصیه می‌شود که وقتی احساس تخلیه‌ی ادرار می‌کند ۲-۳ دقیقه آن‌را نگه دارد و بعداً تخلیه نماید. به تدریج این زمان را باید طولانی‌تر کند و به حدود ۳۰ دقیقه برساند. اساس درمان بر این اصل استوار است که مثانه قابلیت اتساع بیشتری پیدا کند و مقدار زیادتری از ادرار را در خود نگه دارد).
- بیدار کردن منظم کودک در ساعاتی خاص از شب توسط والدین و به توالت بردن
- بررسی توسط پزشک، در صورت ادامه یافتن (بررسی از نظر صرع، دیابت، عفونت ادراری و...)

■ **اختلالات خواب:** خواب از نظر پزشکی عبارت است از دوره‌ای نسبتاً بی‌حرکت و طولانی،

که در آن آستانه‌ی واکنش به محرک‌ها افزایش می‌یابد. به عبارت دیگر موجود زنده که خوابیده است به بسیاری از محرک‌های پیرامون خود که در زمان بیداری واکنش سریع نشان می‌داد، پاسخی نمی‌دهد. خواب و رؤیا از اولین پدیده‌هایی است که در اثر فشارهای روانی و مشکلات عاطفی فرد، دچار اختلال می‌گردد. مهم‌ترین این اختلالات عبارت‌اند از:

□ **دیدن کابوس‌های ترسناک:** دیدن کابوس‌های شبانه در بین کودکان نسبتاً رایج است و معمولاً با افزایش سن از تعداد موارد آن کاسته می‌شود. کودک، با دیدن کابوس‌های شبانه ممکن است بیدار شود، فریاد بکشد یا گریه کند. این کابوس‌ها اغلب شامل، تعقیب شدن، مورد حمله قرار گرفتن، دیدن حیوانات وحشی و دزدان و آسیب دیدن فرد مورد علاقه‌ی کودک است. کودک بیدار می‌شود و از والدین می‌خواهد که لحظاتی در اتاق خواب یا نزد او بمانند یا به رختخواب آنان برود. معمولاً این ترس با اطمینان دادن والدین به کودک برطرف می‌شود. والدین اگرچه می‌توانند لحظاتی نزد کودک بمانند تا آرامش یابد یا مجدداً بخوابد اما هرگز نباید کودک را به رختخواب خود منتقل کنند یا برای مدت طولانی در رختخواب او بمانند، زیرا موجب بدآموزی و وابستگی کودک به والدین می‌شود.

□ **راه رفتن در خواب:** سن شروع راه رفتن در خواب معمولاً بین ۶ تا ۱۲ سالگی است گاهی این حالت بهبود می‌یابد. اما در بعضی مواقع برای مدتی متوقف می‌شود و سپس در ۲۰ تا ۳۰ سالگی مجدداً بروز می‌کند و ممکن است در این صورت مزمن گردد. معمولاً مدت راه رفتن در خواب، یعنی از لحظه‌ای که از جایش بلند می‌شود و مشغول راه رفتن می‌شود یا به فعالیت‌های دیگری، مانند لباس پوشیدن، توالت رفتن، غذا خوردن، باز کردن در و بیرون رفتن و بازگشتن می‌پردازد، چند دقیقه بیشتر طول نمی‌کشد و پس از آن کودک به یک خواب آرام فرو می‌رود. گاهی فقط در بستر خود می‌نشیند و به حرکات یک‌نواخت و کلیشه‌ای، مانند مرتب کردن تکراری رختخواب مبادرت می‌کند. سپس مجدداً دراز می‌کشد. به نظر می‌رسد راه رفتن در خواب هیچ‌گونه اختلالی در قدرت‌های شناختی و رفتار زمان بیداری کودک ایجاد نمی‌کند و سیر آن معمولاً خوش‌خیم است مگر فرد در اثر تصادف با چیزی یا یرت شدن، جراحاتی بردارد.

□ **فشردن دندان‌ها در خواب:** در این وضعیت کودک دندان‌هایش را به هم می‌ساید یا آن را محکم به هم می‌فشارد. گاهی این عمل آن قدر شدید می‌گردد که به دندان‌های فرد صدمه می‌زند. گاهی علت فشردن دندان‌ها در خواب اشکالی است که در جفت شدن دندان‌ها به هم وجود دارد. در چنین شرایطی دندان‌پزشک می‌تواند آن‌را درمان کند. گاهی نیز علت آن اضطراب و خشم فرو خورده است

که روان درمانی، در بهبودش می تواند مفید باشد.

□ **گفتار در خواب:** این اختلال، که در بین کودکان و بزرگسالان کاملاً شایع است، ممکن است شامل چند واژه‌ای شود که معمولاً تشخیص آن‌ها از یکدیگر برای فردی که آن‌ها را می شنود دشوار است. گاهی نیز شامل شرح حال زندگی فرد و علایق اوست. اما رؤیاهای وی و نیز اسرار مهم زندگی غالباً آشکار نمی گردد. گفتار در خواب ممکن است همراه با وحشت زدگی شبانه و راه رفتن در خواب تظاهر کند. اغلب اختلالات خواب با تغییر مشکلات محیطی برطرف می گردند. به عنوان مثال استفاده از چراغ خواب، برای کودکانی که از تاریکی هراس دارند، آرامش خاطر کودک را تأمین می کند. در نظر گرفتن وقت مناسب برای استراحت کودک، پوشش نرم و سبک و هوای مطبوع از جمله مواردی هستند که در درمان اختلالات خواب مفید و مؤثرند.

■ **اختلالات تکلم و زبان:** به دلیل پیچیدگی عوامل گوناگونی که در کسب زبان و ایجاد قدرت تکلم وجود دارد، شناسایی و طبقه بندی آن دسته از کودکانی که در این خصوص مشکل دارند و به خدمات و برنامه های خاص نیازمندند، آسان نیست. یکی از معیارهایی که در این مورد به کار می رود معمولاً قضاوتی است که براساس مقیاس بین تکلم کودک و زبان استاندارد شده ی جامعه صورت می گیرد. معیار دیگر قضاوتی است که براساس مقایسه ی تکلم کودک با تکلم کودکان هم سن دیگر او برداشت می شود. از عمده ترین اختلالاتی که کودکان ممکن است به آن دچار شوند تأخیر تکلم و لکنت زبان است.

□ **تأخیر در تکلم:** این اختلال به علل مختلفی از قبیل پایین بودن بهره ی هوشی، فلج عضلانی، نقایص شنوایی، انحرافات و ناهنجاری های دستگاه تکلم و نیز امراض و ضایعات دیگر مغز ظاهر می شود و چنانچه بیش از سه و نیم سالگی طول کشیده باشد غیرعادی تلقی می شود و برای کشف علل و درمان آن باید اقدام کرد.

□ **لکنت زبان:** لکنت زبان عبارت است از مکث در بیان واژه و تکرار آن‌ها. فردی که لکنت زبان دارد گاهی در بیان هرگونه واژه ای درمی ماند و سپس با کسب آرامش و برطرف شدن انقباض ماهیچه ها، چندین واژه را به تندی بیان می کند و بار دیگر کلام وی قطع می گردد. این اختلال در اکثر موارد با عواملی چون تشویش، عدم اعتماد، اختلالات روانی و غیره مربوط می شود. برای درمان لکنت زبان دو روش توصیه می شود. روش اول روان درمانی است و به این طریق مشکلات کودک تسکین می یابد. روش دوم درجه ای از گفتار درمانی است. هرگاه شخص طرح های آموخته شده را در مورد لکنت زبان از دست بدهد، با این شیوه درمان می شود. گاهی لازم است از هر دو

روش «گفتار درمانی» و «روان‌درمانی» با یکدیگر استفاده نمود. بعضی از کودکان با وجود بهره‌گیری از این روش‌ها، باز هم تحت تأثیر حالات هیجانی، مختصری لکنت زبان در آن‌ها باقی می‌ماند، درحالی که لکنت‌زبان بعضی از کودکان با این روش‌ها به کلی اصلاح می‌شود.

■ **دست‌کاری‌های قسمت‌های مختلف بدن:** شرایط نامساعد محیطی گاهی موجب می‌شود که کودکان به دست‌کاری قسمت‌های مختلف بدن بپردازند. این کودکان ممکن است قسمت‌های مختلفی از بدن را جهت دست‌کاری انتخاب کنند که مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از:

□ **مکیدن انگشت:** عادت به مکیدن انگشت در کودکان معمولاً از ۳-۴ ماهگی شروع می‌شود و تا چند سالگی ادامه می‌یابد. وقتی کودک کوچک‌تر است اغلب بلافاصله بعد از غذا خوردن، شست خود را می‌مکد. بعضی از کودکان به محض آن که پستان یا پستانک را از دهانشان بیرون بیاورند، شروع به مکیدن انگشت خود می‌کنند ولی بعدها قبل از شیر خوردن هم انگشت خود را به دهان می‌برند و بالأخره در مواقع دیگر روز هم این عمل مشاهده خواهد شد. در سنین بالاتر حدود ۳-۴ سالگی نیز بیش‌تر کودکان شب‌ها به مکیدن انگشت شست خود می‌پردازند. ناپختگی عاطفی و وجود عوارض حالات عصبی در کودک از جمله عوامل مؤثر در بروز این عادت به‌شمار می‌روند. درمان این عادت از طریق تلخ کردن یا بستن شست و یا تمسخر، تهدید و تنبیه مؤثر نخواهد شد. بلکه بهترین روش آن است که به‌طور غیرمستقیم، کودک را به کار دیگری که مورد علاقه‌ی او باشد، وادار نمود تا به تدریج این عادت را ترک نماید. درمان مستقیم در این زمینه کم‌تر مؤثر واقع می‌شود.

□ **جویدن ناخن:** این واکنش در همه‌ی گروه‌های اجتماعی دیده می‌شود. ولی بیش‌تر در سنین کودکی و اوایل بلوغ اتفاق می‌افتد. بسیاری از کودکان فقط مواقعی نظیر عصبانیت، زمان امتحان و یا هنگام مشاهده‌ی فیلم‌های مهیج، که فشار درونیشان خیلی زیاد است، ناخن خود را می‌جویند. ولی بعضی‌ها هم بدون دلیل خاصی مرتباً به این کار اقدام می‌کنند. ناخن جویدن عکس‌العملی است که غالب اوقات با انگشت مکیدن کاملاً تفاوت دارد. زیرا برخلاف انگشت مکیدن، یک عادت نیست بلکه وسیله‌ای است که کودک برای پایین آوردن فشار درونی خود به کار می‌برد و نشانه‌ی حالات عصبی، خصوصاً پرخاشگری است. ناخن جویدن نه تنها یک عادت ناپسند بین نوجوانان و کودکان است، که شخص با مبادرت به آن احساس ناخشنودی و رنج می‌کند و بسیاری از این‌گونه افراد می‌کوشند که بر خوی خود فایز آیند. گرچه در بسیاری موارد تلاش آنان بی‌ثمر است. درمان‌های علامتی ناخن جویدن، از قبیل تلخ کردن، بستن ناخن به تمسخر و تهدید شخص، چندان

اثر و ارزش درمانی ندارد بلکه درمان باید شامل درک مسائل، تحمل و کمک به شخصی باشد که ناخن خود را می‌جود تا بتواند سازش شخصیتی کافی و راه‌های مناسب‌تری برای خالی کردن فشار روحی خود به دست آورد.

■ **حسادت:** حسادت واکنشی است که کودک نسبت به از دست دادن محبت واقعی، فرضی و یا تهدید به آن، از خود نشان می‌دهد. در کودکان حسادت یک تجربه‌ی عاطفی معمولی است، که غالباً از تولد خواهر یا برادر جدید سرچشمه می‌گیرد. حسادت به‌ویژه هنگامی که کودک بزرگ‌تر، نخستین فرزند خانواده است و بین ۲ تا ۵ سال دارد، بیش‌تر دیده می‌شود. گاهی اوقات نیز حسادت در نتیجه‌ی تفاوت سنی برادر و خواهر به‌وجود می‌آید. گاهی کودک کوچک‌تر نسبت به امتیازات کودک بزرگ‌تر و گاهی کودک بزرگ‌تر به سبب محبت و توجه فوق‌العاده به کودک کوچک‌تر حسادت می‌ورزد. گاه کودک نسبت به یکی از والدین، به‌ویژه پدر حسادت می‌ورزد. این احساس احتمالاً به سبب تماس دائم با مادر و احساس تملک او به‌وجود می‌آید. حتی زمانی که کودک به مدرسه می‌رود و به رغبت‌های خارج از محیط خانه گرایش می‌یابد، حسادتش نسبت به خانواده الزاماً کاسته نمی‌شود. زیرا کودک نگران است که مبادا خواهر یا برادر کوچک‌تر او در خانه تمام محبت مادر را در غیبت او به خود اختصاص دهد. در بین کودکان کوچک‌تر واکنش حسادت مستقیم یا غیرمستقیم است. واکنش مستقیم عبارت است از پرخاشگری، که شامل لگد زدن، گاز گرفتن، ناخن کشیدن و کتک زدن رقیب و یا شخصی است که کودک آرزوی جلب توجه او را دارد. واکنش غیرمستقیم شامل بازگشت به رفتار کودکانه چون شب‌اداری، مکیدن انگشتان، جلب توجه با ترس‌های تازه، دل به هم خوردگی، خرابکاری، بدزبانی و فحاشی و گاه ابراز محبت غیرعادی است. در بین کودکان بزرگ‌تر پاسخ‌های حسادت‌آمیز متنوع‌تر و غیرمستقیم‌تر است. پرخاشگری در مدرسه و زمین بازی، آزاررسانی به بچه‌های کوچک‌تر و حیوانات، خرابکاری، مخالفت کردن، بدخلقی، بی‌ادبی، دروغ‌گویی، تقلب، به‌کار بردن کلمات زشت و بدگویی دیگران، از جمله واکنش‌های احتمالی این‌گونه کودکان است. دو نقطه‌ی اوج حسادت در کودکان یکی در سه سالگی و دیگری دقیقاً قبل از بلوغ است. حسادت اغلب محصول موقعیت خانوادگی، به‌ویژه نگرش مادر و روش‌های انضباطی اوست. لذا مادران باید از توجه بیش از حد نسبت به فرزندان خویش احتراز جویند و از به‌کار گرفتن شیوه‌های انضباطی ناهماهنگ و ناهم‌خوان، که هر دو از عوامل تشدیدکننده‌ی حسادت‌اند، بپرهیزند.

■ **لجاجت و کج‌خلقی:** سرکشی و لج‌بازی از حالات و رفتارهای ناسازگارانه‌ای است که در بسیاری از کودکان دیده می‌شود و نوعی نمایش احساس نفرت و خصومت نسبت به والدین و

اطرافیان است. کودکان لج‌باز، سرکش و عصبانی‌اند و در برابر خواسته‌های والدین خود حالت سرپیچی و مقاومت نشان می‌دهند. در مواردی می‌توان ریشه‌ی لج‌بازی‌ها و سرکشی‌ها را در تضاد عواطف، هیجان و اضطراب شدید جست‌وجو کرد. می‌توان گفت موارد ناشناخته در زندگی کودکان لج‌باز بسیار است و این‌که چه عاملی آن‌ها را به سوی عصیان سوق می‌دهد دقیقاً معلوم نیست. مهم‌ترین امر در درمان و جلوگیری رفتار ناهنجار کودکان لج‌باز، این است که باید در مرحله‌ی اول دریابیم چه عاملی سبب پیدایش این لج‌بازی‌ها در کودکان شده است؟ زمان پیدایش این حالت کی و چه هنگامی بوده است؟ چه ساعات و مواردی تشدید می‌شود؟ کودکان برای چه امری بیش‌تر عاصی می‌شوند و چه عاملی آن‌ها را از این حالات دور خواهد داشت؟ و در کل چه باید کرد که این حالات در آنان تکرار نشود؟ این‌که اصرار به شناخت ریشه‌ها، علل و انگیزه‌های این کجروی داریم، به این دلیل است که در مورد هر حالتی، نیاز به تصمیم‌گیری خاصی است و شاید در موارد دیگر همان تصمیم‌گیری چندان کارآیی نداشته باشد.

■ **بدهنی:** کودکان بدهن و ناسزاگو افراد کم‌حوصله و حساس و زودرنج‌اند و به اندک بهانه‌ای خود را می‌بازند و هرچه در دل دارند به صورت فحش و ناسزاگویی بیرون می‌ریزند. بدهنی می‌تواند نشانه‌ای از بیان خشم، تحقیر و تمسخر دیگران، انتقام، عقده‌گشایی، شرارت و بدکرداری در آنان باشد. این مشکل بیش‌تر در کودکانی دیده می‌شود که یا در خانواده‌های نابه‌سامان تربیت می‌شوند، یا اطرافیان و کسان کودک، بدهن و ناسزاگو هستند، یا خود کودکان عصبی، بی‌قرار، ضعیف‌البنیه و کم‌توان‌اند و یا با دوستان بدهن معاشر هستند.

آموزش‌های لازم از طریق صحبت و معاشرت و کنترل دیده‌ها و شنیده‌های کودک، دادن اعتماد به نفس به وی، بی‌اعتنایی به کودک و خودداری از خنده در مواقعی که ناسزاگویی و بدهنی می‌کند، ابراز خشم، ممانعت از معاشرت کودک با دوستان نالایق و بالأخره اخطار و تهدید، از جمله راه‌های اصلاح این‌گونه از کودکان به‌شمار می‌روند.

■ **ترس، نگرانی، اضطراب**

□ **ترس:** ترس کودک از پدیده‌های مختلف به عوامل متعددی بستگی دارد، از جمله سن، جنس، تجارب گذشته، میزان رشد ذهنی، ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی‌ای که کودک از والدین و هم‌سالان خویش آموخته و بالأخره درجه‌ی امنیتی که کودک از آن برخوردار است. در اوایل کودکی ترس جنبه‌ی موقعیتی دارد. بعضی افراد، اشیا و حیوانات موجود در محیط کودک و ترس از تاریکی، موارد ترس او را تشکیل می‌دهند. درحالی‌که در سال‌های پیش از نوجوانی، ترس بیش‌تر

جنبه‌ی تعمیمی دارد. یعنی کودک زمانی از چیزی ترسیده است و از آن به بعد آن را تعمیم می‌دهد. این نوع ترس غالباً با اضطراب و نگرانی همراه است.

به‌طور کلی اکثر ترس‌ها و اضطراب‌های کودکان در سنین مختلف، ناشی از یادگیری است. کودک می‌آموزد که از اشیا، اشخاص و فرصت‌های ترسناک در زمینه‌های مختلف بترسد. در واقع بسیاری از ترس‌ها براساس «شرطی شدن عامل» به‌وجود می‌آید. به این معنی که اگر کودکی تجارب ترسناک و ناموفقی از شیئی یا مکان و یا شخصی داشته باشد، در آینده نیز از آن‌ها خواهد ترسید. مثلاً کودکی که دارای ترسی غیرمنطقی از سگ است ممکن است زمانی سگی به‌طرف او حمله برده و یا در موقعیتی مورد تهدید سگ واقع شده باشد. کودکی که از معلمان مدرسه می‌ترسد، احتمالاً مورد تحقیر یک معلم در یک زمان قرار گرفته است و از آن به بعد حالت ترس خود را نسبت به همه‌ی معلمان تعمیم می‌دهد. در درمان این مشکل و غلبه بر ترس کودکان، معلم یا والدین باید از شیوه‌ها و وسایل مختلف خود استفاده نمایند. برای از بین بردن ترس کودکان باید شیئی یا موقعیت ترسناک را با دیگر حالات رفاهی و خوش‌حال‌کننده‌ی کودک همراه نمود. مثلاً کودکی که ترس شدیدی از گربه دارد باید به‌تدریج و در شرایطی که احساس امنیت و شادی کند و دور از هرگونه تهدید باشد، در نزدیکی و مجاورت گربه قرار گیرد. به‌طور خلاصه باید به کودک کمک نمود تا مهارت و شایستگی لازم را کسب کند و در موقعیت‌های ترسناک شیوه‌های عملی مناسب بیابد و آن‌گاه به تجربه فعال دست بزند.

□ **نگرانی:** نگرانی گونه‌ای ترس خیالی است که با انگیزه‌های موجود در محیط کودک رابطه‌ای مستقیم ندارد. منشأ نگرانی کودکان ممکن است تصور پدیده‌ها و موقعیت‌هایی باشند که در صورت تحقق، زیان‌آور و خطرناک‌اند. نگرانی ممکن است از شنیدن یا خواندن داستان‌ها و شنیدن و یا دیدن برنامه‌های رادیویی و تلویزیونی ناشی گردد.

نگرانی در مراحل خردسالی وجود ندارد. تنها پس از آن که کودک توانایی به‌تصور آوردن پدیده‌ها و موقعیت‌ها را کسب کرد، نگرانی در او ظهور پیدا می‌کند. مسائل خانوادگی و تحصیلی، شامل بیماری افراد خانواده، تخیل مردن یا کشته شدن، فکر تنبیه احتمالی از سوی والدین، دیر رسیدن به سر کلاس، تنبیه یا سرزنش معلم، گزارش مدرسه، شکست در امتحانات، عقب‌ماندن از هم‌کلاسی و... از علل عمده‌ی نگرانی همین کودکان است. ایجاد انگیزه برای یادگیری مهارت‌هایی که به‌هنگام داشتن نگرانی، به‌درد کودک می‌خورد و او را به‌کار می‌آید و سعی در کشف تمایلات و استعداد‌های وی و انصراف خاطرش از امور نگران‌کننده، از جمله اقدامات مؤثر در مبارزه با این نوع

مشکل رفتاری است.

▣ **اضطراب:** زمانی که نگرانی‌های فرد شدت یابد فرد دچار اضطراب می‌گردد. اضطراب عبارت است از یک ناراحتی دردناک ذهنی درباره‌ی پیش‌بینی یک تهدید و یا ناخوشی در آینده است. از جمله ویژگی‌های اضطراب، ترس و ناراحتی و پیش‌بینی مهلکه‌ای است که از آن راه فرار ندارد و معمولاً همراه با احساس درماندگی به دنبال چاره‌جویی و راه‌حل است. با آن‌که اضطراب از ترس و نگرانی ناشی می‌شود ولی تفاوت‌های مشخصی با آن دارد. اضطراب از ترس مبهم‌تر است و برخلاف ترس که از یک موقعیت در زمان حال ناشی می‌شود و براساس یک موقعیت پیش‌بینی شده به وجود می‌آید، فرد مضطرب اغلب از اضطراب خویش آگاهی ندارد و نمی‌داند که اضطراب، ناشی از احساس ناامنی در درون اوست و یا از موقعیتی خارجی است که وی ترس خود را در آن می‌افکند. اضطراب، مانند نگرانی پیش‌تر معلول تخیل است ولی در عین حال از دو جهت با نگرانی تفاوت دارد. از یک جهت نگرانی مربوط به موقعیت‌های خاص، مانند امتحانات و مشکل مالی و غیره است، درحالی که اضطراب یک حالت عاطفی تعمیم‌یافته است. از جهت دیگر نگرانی در مورد مشکلات عینی است، حال آن‌که اضطراب ناشی از یک مشکل ذهنی است. اضطراب در خلال سال‌های کودکی، مخصوصاً از ۴ تا ۶ سالگی افزایش می‌یابد و از لحاظ کمی و کیفی در کودکان، مختلف و حتی در یک کودک، در زمان‌های مختلف، متفاوت است. دختران بیش از پسران اضطراب را تجربه می‌کنند و کودکان ناموفق‌تر و ناامن‌تر که احساس می‌کنند توان مواجهه با مشکلات و حل آن‌ها را ندارند، بیش از بقیه دچار اضطراب می‌شوند. رفتار فرد مضطرب شبیه رفتار فرد نگران است. کودک مضطرب ممکن است ناراحتی خود را در درون بریزد و با این کار، آن‌را تشدید کند و یا بیرون بریزد و به زبان آورد و با این کار، توجه و دل‌سوزی دیگران را جلب کند و یا گناه را به گردن دیگری بیندازد و موقتاً از احساس بی‌کفایتی و ناامنی خود را بپوشاند. در آشکال معتدل‌تر، اضطراب ممکن است به صورت رفتاری چون افسردگی، حساسیت شدید و عصبانیت، ناآرامی و بی‌قراری، زود عصبانی شدن، بی‌خوابی و بدخوابی بیان شود و در موارد شدیدتر به صورت احساس گناه تجلی نماید. یکی از علائم مشخصه‌ی فرد مضطرب کم‌کاری و یا پرکاری است. اضطراب بی‌شک نشانه‌ی مقدماتی عدم سازگاری فرد است.

▣ **دروغ‌گویی:** دروغ، تا سه تا چهار سالگی به مفهوم‌ی که برای بالغین مطرح است در کودکان وجود ندارد. بنابراین، هرگاه در این سال‌ها واقعیات به‌طور وارونه یا منحرف ارائه شود، هدف کودک کسب امتیاز و فریب دیگران نیست اما از چهار سالگی به بعد تدریجاً بر اثر دخالت‌های عوامل محیطی

و تربیت نادرست، دروغ و دروغ‌گویی در کودک شکل می‌گیرد و گاه آن قدر شدید می‌شود که به صورت مرضی درمی‌آید. این قبیل از کودکان به منظور جلب تحسین و تمجید، فرار از تنبیه یا نارضایتی والدین، مخصوصاً نسبت به کارهای مدرسه، به دروغ متوسل می‌شوند. هم‌چنین احساس ناامنی در منزل و فقدان محبت والدین، سخت‌گیری‌های زیاد و مشکلات خانوادگی نیز از جمله عواملی هستند که کودکان را به گفتن دروغ وامی‌دارند. درمان دروغ‌گویی در توجه به تربیت صحیح کودکان نهفته است. اگر والدین فرزندان خود را با اصول مهر و محبت و دوستی پرورش دهند، اگر خانواده کانون عطف و مهربانی باشد، اگر اولیای کودکان، در قبال فرزندان خود، به وظایف شرعی خود عمل نمایند و همواره راستی و صداقت، محور توجهات قرار گیرد، بچه‌ها در برابر تخلفات خود به دروغ متوسل نمی‌شوند و مشکلی در این زمینه وجود نخواهد داشت.

■ **دزدی:** دزدی در کودکان کم‌تر از ۵ تا ۴ ساله نسبتاً نادر است. اما از هنگامی که مفهوم مالکیت و هم‌چنین مفهوم من و تو، یعنی جدایی شخص از دیگری برای کودک معنا می‌یابد، دزدی نیز تدریجاً به وجود می‌آید و به لحاظ شرایط محیطی ممکن است تقویت یا خاموش گردد. دزدی انواع مختلفی دارد. این انواع عبارت‌اند از: دزدی هشیارانه، دزدی احمقانه، دزدی انتخابی، دزدی بی‌قید و شرط، دزدی تنها یا دسته‌جمعی و... به هر جهت دزدی علل گوناگونی دارد که بیش از همه وضعیت و شرایط زندگی محیطی و یادگیری را می‌توان مسئول آن دانست. گاه دزدی برای تملک اشیا، به‌ویژه هنگامی که شخص به آن‌ها نیاز داشته باشد، صورت می‌گیرد. اما در بسیاری از موارد دزدی یک عمل انتقامی است و ممکن است اصولاً نیازی به شیء دزدیده شده نباشد. گاه نیز دزدی برای کسب وجهه و ریاست کردن بر عده‌ای دیگر صورت می‌گیرد. به لحاظ آن که دزدی معمولاً همراه با اختلالات دیگر رفتاری است، لذا برای درمان آن لازم است شخصیت کلی و محیط تربیتی کودک را مورد توجه و دقت کافی قرار داد و در جهت رشد شخصیت و سازگاری هرچه بیش‌تر وی با محیط، اقدامات لازم به عمل آورد.

از دیگر اختلالات می‌توان از دست‌کاری آلت تناسلی، اختلالات تغذیه‌ای (خوردن مواد غیرخوراکی، بی‌اشتهایی روانی، چاقی و...) فرار از مدرسه، کم‌رویی و انزواطلبی، زودرنجی و حساسیت فوق‌العاده، خشم، پرخاشگری، تقلب و... را نام برد.

روش‌های درمانی در اختلالات رفتاری: به‌طور کلی روش‌های درمانی اختلالات رفتارهای ناهنجار به دو گروه تقسیم می‌شوند. گروه اول درمان‌های جسمی است که کوششی است در جهت کاهش و یا برطرف ساختن نشانه‌های ناهنجاری، به‌ویژه جنبه‌هایی از رفتار که در عملکرد اجتماعی،

حرفه‌ای و ذهنی بیمار اختلالاتی ایجاد کرده است. روش‌هایی چون دارو درمانی و الکتروشوک در این گروه قرار دارند. گروه دوم روان‌درمانی است که کوشش می‌کند تا با ایجاد تغییراتی در شخصیت بیمار رفتار او را تغییر دهد. هدف بهبود کیفی سازگاری کلی بیمار از طریق ایجاد یک سازماندهی بهتر در عوامل شخصیتی و محیطی اوست. فنون شرطی کردن کلاسیک و شرطی کردن عامل، که سعی در جای‌گزین کردن پاسخ‌های عاطفی مناسب به جای پاسخ‌های نامناسب و استفاده از پاداش‌ها و برنامه‌های تقویت دارد (به‌عنوان وسایلی جهت شکل دادن به رفتار بیمار)، از جمله روش‌هایی هستند که در رفتاردرمانی کاربرد وسیعی دارند.

خودآزمایی

- ۱- نه گفتن در چه سنی در کودکان شروع می‌شود؟ والدین باید چگونه با آن برخورد کنند؟
- ۲- اختلالات شایع دوران کودکی را نام ببرید.
- ۳- با فردی که لکنت زبان دارد چگونه باید برخورد کنیم؟
- ۴- چگونه می‌توان با روش تشویق، شب‌اداری را در کودکان درمان کرد؟ و چه روش‌های تشویقی را پیش‌نهاد می‌کنید؟
- ۵- تفاوت‌های ترس، نگرانی و اضطراب را بیان نمایید.
- ۶- تحقیق کنید در محلی که زندگی می‌کنید چه روش‌های سنتی برای درمان ناخن جویدن وجود دارد؟ و کدام‌یک به نظر شما درست است؟



یاری کودک به کودک و بهداشت کودکان معلول

هدف‌های رفتاری: در پایان این فصل، فراگیرنده باید بتواند:

- ۱- اهمیت موضوع و ضرورت یاری کودکان به یکدیگر را شرح دهد.
- ۲- مواردی را که کودکان می‌توانند به کودکان دیگر کمک کنند نام ببرد.
- ۳- نقش کودکان در نگهداری و آموزش کودکان دیگر را توضیح دهد.
- ۴- مشارکت کودکان را در مواقع بیماری و حوادث و هم‌چنین نقش آن‌ها را در این موارد شرح دهد.
- ۵- اهمیت یاری کودکان را در رشد روانی و رشد اجتماعی کودکان دیگر تشریح نماید.
- ۶- شیوه‌های آماده‌سازی کودکان را برای یاری به کودکان دیگر توضیح دهد.
- ۷- معلولیت را تعریف کند و انواع آن را نام ببرد.
- ۸- علل معلولیت‌ها را به‌طور خلاصه شرح دهد.
- ۹- راه‌های پیش‌گیری از معلولیت‌ها را توضیح دهد.
- ۱۰- طرز برخورد با معلولیت در خانواده را بیان کند.

مقدمه

اغلب اوقات، کودکان کوچک‌تر وقت خود را بیش‌تر از آن‌که با بزرگ‌سالان بگذرانند، با کودکان بزرگ‌تر می‌گذرانند. آن‌ها کودکان بزرگ‌تر را تحسین می‌کنند؛ از آن‌ها تقلید می‌کنند و

کاری را که آن‌ها می‌گویند اجرا می‌کنند. کودکان بزرگ‌تر گاه با نفوذ خود می‌توانند بر کودکان کوچک‌تر اثراتی بگذارند که بزرگ‌سالان هیچ‌گاه نمی‌توانند چنین تأثیری داشته باشند. کشور ما کشور جوانی است و اکثر جمعیت آن را کودکان و نوجوانان تشکیل می‌دهند. از این رو، جلب مشارکت کودکان برای یاری و کمک به کودکان دیگر، در حقیقت جلب مشارکت قشر وسیعی از جمعیت کشور است. از طرف دیگر، همین بچه‌ها هستند که مادران و پدران نسل آینده را تشکیل می‌دهند و آموزش آن‌ها برای انتقال دانش‌های خود به دیگران، آن‌ها را برای ایفای نقش آینده‌ی خود آماده‌تر می‌نماید. در این فصل، به برخی از مواردی که کودکان می‌توانند به یکدیگر کمک کنند و نیز روش‌های آماده‌سازی آن‌ها برای این مهم، می‌پردازیم.

نگهداری از کودکان کوچک‌تر

در بسیاری موارد، زمانی که مادر در خانه حضور ندارد یا مشغول کار دیگری است، بچه‌های بزرگ‌تر می‌توانند از بچه‌های کوچک‌تر مراقبت و نگهداری کنند. آن‌ها، در صورتی که به خوبی آموزش دیده باشند، می‌دانند که چگونه:

- ۱- به او غذا بدهند.
- ۲- با او بازی کنند.
- ۳- صورتش را تمیز کنند.
- ۴- در مواقع لزوم او را به توالت ببرند و پس از توالت دست‌هایش را با آب و صابون بشویند.
- ۵- او را از خطرات و حوادث دور نگاه‌دارند.
- ۶- دندان‌های کوچولو را تمیز کنند و ...

مشارکت دادن کودکان بزرگ‌تر در هریک از فعالیت‌های ذکر شده، در مواقع عادی و هنگامی که مادر حضور دارد، و تشویق آن‌ها به قبول مسئولیت نگهداری از کودک کوچک‌تر، کودکان را برای به‌دوش کشیدن بار مسئولیت‌های خود آماده می‌سازد.

پیام‌های اساسی و مهمی که به کودکان بزرگ‌تر داده می‌شود در اجرای صحیح این فعالیت‌ها به وی کمک می‌کند. در مورد غذا دادن به بچه‌های کوچک‌تر، کودکان باید بدانند که:

— کودکان و شیرخواران، برای قوی شدن، به مقدار کافی از غذای مناسب احتیاج دارند و باید تعداد دفعات تغذیه‌ی آن‌ها زیاد باشد.

— رعایت نظافت و تمیز بودن غذا و ظروفی که با آن به طفل غذا می‌دهند در پیش‌گیری از

بیماری‌ها و مخصوصاً اسهال کودکان، فوق‌العاده اهمیت دارد.

– شیرخواران و کودکان خردسال نیاز به تغذیه‌ی مکرر دارند، زیرا معده‌ی آن‌ها کوچک‌تر از معده‌ی بزرگسالان است.

– بچه‌های کوچک‌تر در موقع صرف غذا بازیگوشی می‌کنند و غذا دادن به آن‌ها نیازمند صرف وقت و حوصله‌ی بیش‌تر است.

انتقال این پیام‌ها، نه فقط از طریق گفتن و به‌صورت شفاهی بلکه با اجرای آن‌ها از سوی والدین و الگو واقع شدن آن‌ها برای کودکان بزرگ‌تر صورت می‌گیرد.

نشان دادن منحنی رشد طفل به بچه‌های بزرگ‌تر و یادآوری نقش آنان در روند صعودی آن (رشد) و تشویقشان به چنین مشارکت‌هایی، اغلب سودمند است.

مادران می‌توانند در جریان تهیه‌ی غذا و تغذیه‌ی طفل، کودکان بزرگ‌تر را در این امر شرکت دهند و با نظرخواهی از آن‌ها در این مورد و اصلاح باورهاشان، آن‌ها را برای کمک به خواهر یا برادر خود آماده سازند.

توصیه می‌شود غذا دادن به طفل ابتدا در حضور مادر تمرین شود. مادران باید بدانند کودکان بزرگ‌تر برای غذا دادن، در دفعات نخستین، مشکلات زیادی دارند و نهایتاً نیز آن‌ها را به‌خوبی مادر انجام نمی‌دهند. بنابراین، با صرف حوصله و تشویق کودک و به‌خصوص خودداری از سرزنش وی در این مورد، می‌توانند کودک را در اجرای بهتر آن کمک نمایند.

کودکان برای آن‌که به‌خوبی از عهده‌ی کار برآیند، به آگاهی و فرصت کافی برای تمرین نیاز دارند. والدین باید وسایلی را که کودکان برای غذا دادن به طفل نیاز دارند در دسترس آن‌ها قرار دهند. این وسایل باید به‌گونه‌ای باشند که کودکان به‌راحتی از آن‌ها استفاده کنند و کارکردن با آن‌ها خطری برای طفل به‌همراه نداشته باشد.

ظروفی که برای تغذیه‌ی طفل به‌کار می‌رود باید سبک باشد و به‌راحتی تمیز شود. بهتر است در این موارد از ظروف نشکن استفاده شود. در صورتی که غذا دادن به طفل مستلزم گرم کردن مجدد آن است باید قبلاً این کار را به خواهر یا برادر بزرگ‌تر وی آموزش دهیم و هم‌چنین دمای مناسب غذا و نحوه‌ی تشخیص آن‌ها را به وی یادآوری کنیم.

اگر کودکان بزرگ‌تر بدانند، که بسیاری از بیماری‌ها از راه دست‌های آلوده منتقل می‌شوند و بچه‌های کوچک اغلب دست خود را به دهانشان می‌برند، اهمیت شستن دست‌ها قبل از غذا دادن به بچه‌های کوچک‌تر را درک می‌کنند. صورت کودک نیز باید حداقل روزی یک‌بار شسته شود. این

کار باعث دور شدن مگس از صورت کودک می‌شود و از عفونت چشم کودک پیش‌گیری می‌کند. کودکان بزرگ‌تر باید بدانند که مدفوع انسان آلوده است و آلوده شدن به آن سبب بیماری‌های مختلف می‌شود. بنابراین آن‌ها می‌توانند بهداشت توالیت رفتن خواهر و برادر کوچک‌تر خود را رعایت کنند و به آن‌ها در این مورد یاری رسانند. قرار دادن آب و صابون در دسترس بچه‌ها و فراهم کردن آن، به شکلی که بچه‌ها با توجه به اندازه‌ی جثه‌ی خود به راحتی از آن استفاده کنند، به آن‌ها در این مورد کمک می‌کند.

برخلاف اعتقاد عمومی، مدفوع شیرخواران و کودکان خردسال حتی از مدفوع بزرگسالان خطرناک‌تر است. بنابراین، بچه‌های کوچک نیز باید از توالیت‌های بهداشتی استفاده کنند. اگر کودکان خارج از توالیت اجابت مزاج کنند باید بلافاصله مدفوع آن‌ها را پاک کرد و به توالیت ریخت یا مدفون کرد.

کودکان بزرگ‌تر باید بدانند با استفاده از آب آشامیدنی سالم می‌توان از بیماری‌ها جلوگیری کرد. بنابراین، در صورت تشنه بودن خواهر یا برادر کوچک‌تر باید حتماً از آب آشامیدنی تمیز و سالم به او بخوراند. منظور از آب آشامیدنی سالم فقط زلال بودن آن نیست، بلکه منظور آن است که آب، از طریق کلرزدن یا جوشاندن، از میکروب‌ها پاک شده باشد. با برخورداری از این اطلاعات، کودکان بزرگ‌تر می‌دانند که آب آبیاری چمن در پارک‌ها، و آب‌های جاری، برای کودکان (و هم‌چنین برای بزرگ‌ترها) مناسب نیست و نباید از آن برای رفع تشنگی خود و کودکان کوچک‌تر استفاده کنند.

پیش‌گیری از حوادث

بچه‌ها می‌توانند به کمک یکدیگر، در مورد راه‌های جلوگیری از سوانح و پیشامدهای ناگوار تصمیم‌گیری کنند.

آن‌ها می‌توانند برادران و خواهران کوچک‌تر خود را یاری دهند تا مواظب آتش و چیزهای داغ باشند. بچه‌ها باید بدانند که هنگام آسپزی، کتری یا قابلمه باید به‌طور صحیح روی اجاق قرار گیرد، و گرنه احتمال افتادن آن و ایجاد سوختگی زیاد است. بچه‌های بزرگ‌تر می‌توانند در هنگام آسپزی مادر و یا در فصل زمستان، کوچک‌ترها را از نزدیک شدن به وسایل گرماساز دور نگه‌دارند.

در خارج از خانه و در نقاط شلوغ و پرتراфик، بچه‌های بزرگ‌تر می‌توانند مواظب بچه‌های کوچک‌تر باشند و آن‌ها را از خطر تصادف در هنگام عبور از عرض خیابان حفظ کنند. هم‌چنین لزوم مراقبت از خود و پرهیز از بازی کردن در خیابان و محل عبور و مرور وسایل نقلیه را به آنان تفهیم کنند.

بزرگ‌ترها می‌توانند به بچه‌ها درباره‌ی محل‌هایی که حیوانات موزی، مانند مار و زنبور وجود دارد هشدار دهند و می‌توانند به بچه‌ها در مورد بالارفتن از شاخه‌های پوسیده، پرتاب کردن سنگ، شنا کردن در رودخانه، افتادن در چاه و غیره تذکر دهند.

در صورتی که بچه‌ها، جای مطمئنی برای بازی داشته باشند، بسیاری از اتفاقات ناگوار برایشان پیش نخواهد آمد. بچه‌ها می‌توانند در منزل برای برادران و خواهران کوچک‌تر خود اسباب‌بازی بسازند و جاهای بی‌خطری برای بازی آن‌ها فراهم کنند.

وقتی سانحه‌ای اتفاق افتد، بچه‌ها می‌توانند بسیاری از کمک‌های اولیه را فراگیرند و بچه‌های مدرسه می‌توانند با کمک والدین و معلمان خود جعبه‌ی کمک‌های اولیه برای درمان جراحات و بریدگی‌ها فراهم کنند.

هریک از بچه‌های بزرگ‌تر می‌توانند مسئولیت یک بچه‌ی کوچک‌تر از خود را برعهده گیرند و ببینند او در راه خانه، مدرسه و برعکس اصول ایمنی را رعایت می‌کند یا نه؟

هنگام بیماری

در بسیاری از اوقات، وقتی بچه‌های کوچک بیمار می‌شوند، بچه‌های بزرگ خانواده می‌توانند در مراقبت از آنان به والدینشان کمک کنند. بچه‌های بزرگ می‌توانند در کاستن درد و ناراحتی‌های بچه‌های کوچک‌تر سهیم باشند و چنان‌چه شیوه‌های ساده‌ی مراقبت و پرستاری را فراگیرند می‌توانند در مواقعی جان برادران و خواهران خود را نجات دهند.

بچه‌های بزرگ‌تر می‌توانند چگونگی تأمین آسایش کوچک‌ترها و کمک به بهبود آن‌ها را فراگیرند؛ علائم خطر بیماری را بازشناسند و در صورت مشاهده‌ی آن‌ها به والدین خود خبر دهند. یکی از کارهای مهم که در این مورد به بچه‌ها کمک می‌کند دقت و توجه کردن به بچه‌های سالم است. می‌توان بچه‌ها را تشویق کرد تا به یک بچه‌ی سالم نگاه کنند و با آن‌ها در مورد این که «بچه‌ی سالم به چه کسی گفته می‌شود» بحث کنیم.

مثلاً می‌توانیم پرسش‌ها را این‌طور شروع کنیم: آیا این بچه سر حال است؟ آیا خوب رشد می‌کند؟ آیا پر جنب و جوش است؟

می‌توانیم در مورد اندام‌های بدن، مانند دست و پا، چشم، گوش، بینی و ... با بچه‌ها بحث کنیم. برای مثال وضع ظاهری، حرکات و عملکرد این اندام‌ها در یک بچه سالم چگونه است؟ بچه‌ها می‌توانند از خواهران و برادران خود که قبلاً بیمار شده‌اند حرف بزنند و این که آن‌ها در زمان بیماری

چگونه بوده‌اند و ... به این ترتیب بچه‌ها به علایم بیماری در کودکان کوچک‌تر حساس می‌شوند و می‌توانند در مواقع لزوم این علایم را شناسایی کنند.

بچه‌های شیرخوار و بچه‌های کمی بزرگ‌تر از آن‌ها، وقتی بیمار می‌شوند، احتیاج دارند که کسی مرتباً کنار بالین آن‌ها حاضر باشد. در مواقعی که کودک تب دارد می‌توان برای پایین آوردن تب او از خواهر یا برادر بزرگ‌تر او کمک گرفت. اشتهای بچه‌ها در مواقع بیماری کم می‌شود. در حالی که در آن حالت نیاز بیش‌تری به غذا دارند و می‌توان در تغذیه‌ی طفل از خواهر یا برادر بزرگ‌تر او کمک گرفت. معمولاً بچه‌های کوچک‌تر در این موارد از دست خواهر یا برادر خود راحت‌تر غذا دریافت می‌کنند. از شایع‌ترین بیماری‌های کودکان می‌توان به بیماری‌های تنفسی و بیماری‌های اسهالی اشاره کرد. در این خصوص بهتر است بچه‌های بزرگ‌تر را آموزش داد. از جمله علایم خطر را در مورد بیماری‌های تنفسی، شامل تنفس تند و مشکل و در مورد اسهال، علایم از دست دادن آب بدن، یعنی چشم‌های تورفته، پوست چروکیده و دهان خشک را بشناسند. گاه می‌توانند، قبل از بزرگ‌ترها، این علایم را شناسایی و موارد را به والدین و معلمان گوشزد نمایند.

بازی با بچه‌های کوچک‌تر

کودکان از طریق بازی می‌آموزند که چگونه زندگی کنند و از این راه توانایی‌ها و حواس خود را پرورش می‌دهند. آن‌ها وقت زیادی را با برادران و خواهران خود می‌گذرانند و در صورتی که بچه‌های بزرگ‌تر بدانند، ضمن این که با کوچک‌ترها بازی می‌کنند، به رشد حواس خودشان نیز کمک می‌کنند. در نتیجه این کار را با علاقه و مسئولیت بیش‌تری ادامه می‌دهند. در این مورد می‌توان



شکل ۱-۹

از کودکان خواست که اطفال خردسال خانواده را مورد توجه قرار دهند. هم چنین می توان با آن ها در مورد «بازی با بچه های کوچک» بحث نمود. سؤالاتی از این قبیل را می توان در صحبت با بچه ها مطرح نمود: کودکان در سنین مختلف به انجام چه کارهایی توانا هستند؟ چه چیزهایی باعث خنده و تفریح آن ها می شود؟ چه چیزهایی آن ها را وادار می کند دست، سر و پای خود را حرکت دهند؟ چه باید کرد تا این اطفال چیزهای بیش تری بیاموزند؟

بچه ها می توانند برای کوچک ترها اسباب بازی بسازند؛ برای آن ها داستان بخوانند؛ آن ها را در بازی های دسته جمعی شرکت دهند و در استفاده از وسایل بازی به آن ها کمک کنند. تشویق شدن کودکان، قرار دادن وسایل متنوع و بی خطر در اختیار آن ها و حمایت شدنشان از طریق والدین و معلمان، از عواملی است که می توانند آن ها را برای این وظیفه آماده سازند.

بهداشت کودکان معلول

مقدمه

با وجود تمامی پیشرفت هایی که در علم پزشکی و بهداشت حاصل شده است سالانه شاهد تولد میلیونها کودک با معلولیت های مختلف هستیم.

امروزه در کشورهای در حال توسعه، از هر ۱۰۰ کودکی که متولد می شود ۷ نفر آن ها دارای یکی از انواع معلولیت هاست. گرچه عوامل مختلفی در بروز این معلولیت ها نقش دارند اما وجود آگاهی در خصوص عوامل معلولیت زا و گسترش فرهنگ پیش گیری در خانواده، یکی از راه های مؤثر در جلوگیری از بروز معلولیت هاست. از سوی دیگر وجود کودکان معلول در خانواده ها نیز واقعیتی است که باید با آن برخورد صحیح و منطقی داشت.

آگاهی در زمینه ی راه های استفاده از توانایی های افراد معلول و کمک به آن ها در داشتن زندگی مستقل و مولد می تواند به سلامت روحی و جسمی این افراد کمک نماید. در فصل حاضر به این موارد پرداخته می شود.

تعریف معلولیت

معلولیت به وجود اختلال در رابطه ی بین فرد و محیط تعبیر می شود. از این رو، می توان

گفت: «معلولیت، به ناتوانی فرد در اجرای تمام یا قسمتی از فعالیت‌های عادی زندگی فردی یا اجتماعی، به علت وجود نقصی مادرزادی یا اکتسابی در قوای جسمانی یا روانی، اطلاق می‌شود».

انواع معلولیت

معلولیت‌ها را به‌طور کلی به دو دسته‌ی معلولیت جسمی و ذهنی تقسیم می‌کنند.

۱- معلولیت‌های جسمی شامل موارد زیر است:

الف: معلولیت‌های حواسی مانند نابینایی و ناشنوایی

ب: معلولیت‌های حرکتی شامل انواع نقص عضوها، ضایعات نخاعی و ناهنجاری‌های مربوط

به اسکلت و عضلات است.

ج: معلولیت احشای داخلی: شامل ناهنجاری‌های قلبی-عروقی، تنفسی، کلیوی و غیره.

۲- معلولیت ذهنی شامل موارد زیر است:

الف: عقب‌ماندگی ذهنی

ب: بیماری روانی

علل معلولیت‌ها

علل معلولیت‌ها را به‌طور کلی به دو دسته‌ی مادرزادی و اکتسابی تقسیم‌بندی می‌کنند.

معلولیت‌های اکتسابی: در اثر تصادفات، حوادث یا بلاهای طبیعی، جنگ، آتش‌سوزی،

مسمومیت‌ها و یا بیماری‌های مزمن و عوارض ناشی از آن‌ها، فرد ممکن است دچار این نوع معلولیت

گردد. هرچند بروز برخی از این مسائل اجتناب‌ناپذیر است ولی از بسیاری علل معلولیت اکتسابی

می‌توان پیش‌گیری کرد.

معلولیت‌های مادرزادی: علل معلولیت مادرزادی را به‌طور کلی به دو دسته تقسیم می‌کنند:

عوامل دوران بارداری و عوامل هنگام زایمان

عوامل دوران بارداری: نظیر عوامل ژنتیکی، سوء تغذیه‌ی مادر، سن بالای مادر، رعایت

نکردن بهداشت دوران بارداری، اشعه، دارو. بیماری مادر، استعمال دخانیات و مواد مخدر و

مشروبات الکلی.

عوامل هنگام زایمان: زایمان مشکل و طولانی، زایمان‌های غیربهداشتی، ضربات وارده به

نوزاد هنگام تولد.

با توجه به عوامل مادرزادی معلولیت، درمی‌یابیم که بسیاری از آن‌ها را می‌توان کنترل کرد و بدین ترتیب از بروز معلولیت پیش‌گیری نمود. پرهیز از ازدواج‌های فامیلی، مراقبت‌های دوران بارداری، تغذیه‌ی صحیح مادر، اجتناب از باردارشدن در سنین بالای ۳۵ سال و زیر ۱۸ سال، مصرف نکردن دارو و هم‌چنین در معرض اشعه قرار نگرفتن در هنگام بارداری، و اقدام به زایمان در شرایط کاملاً بهداشتی و تحت نظر فرد دوره دیده، از جمله اقداماتی است که می‌تواند از بسیاری از معلولیت‌ها پیش‌گیری نماید.

از طرف دیگر، درمان به موقع بیماری‌های کودکان، قن‌داق نکردن آن‌ها، تغذیه‌ی مناسب کودک به‌ویژه در ۲ سال اول زندگی و نیز پیش‌گیری از حوادث و تصادفات نیز، از بسیاری دیگر از معلولیت‌ها پیش‌گیری خواهد کرد.

برخورد با معلولیت‌ها در خانواده

آن‌چه در برخورد با فرد معلول یا هر نوع معلولیت مهم است درک این نکته‌ی اساسی است که اگرچه ممکن است فرد معلول با دیگران تفاوت داشته باشد ولی تکیه بر ناتوانی فرد نه تنها کمکی به وی نمی‌کند بلکه بر مشکلات وی خواهد افزود.

افراد معلول غالباً مشکلاتی دارند که مانع اجرای برخی از فعالیت‌های آن‌ها می‌شود یا احتمالاً آن‌ها بعضی از کارها را به شکل دیگری انجام می‌دهند. اما اکثر افراد معلول نیز می‌توانند، پس از آموزش لازم، به بسیاری از فعالیت‌های عادی زندگی، با اندک تفاوت یا آهسته‌تر از دیگران، بپردازند. آن‌چه یک معلول نیاز دارد پذیرفتن و باور کردن توانایی‌های اوست، نه غصه خوردن برای ناتوانی وی.

کمک کردن به افراد معلول برای کسب استقلال در حوزه‌ی توانایی‌های آن‌ها برایشان دل‌پذیرتر و سودمندتر است از این‌که تمام کارهایشان را ما به‌عهده بگیریم. امروزه مراکز توان‌بخشی به خانواده‌ها کمک می‌کنند تا با به‌کارگیری روش‌های مؤثر بازتوانی، فرد معلول را در اجرای کارهای روزمره‌اش آموزش دهند.



شکل ۲-۹

معلولیت‌های جسمی – حرکتی

معلولیت‌های جسمی – حرکتی، از نظر نوع و کیفیت، گستره‌ی وسیعی دارد. افراد مبتلا به ضایعات نخاعی معمولاً از ناحیه‌ی پا دچار ناتوانی می‌شوند. فلج‌های مغزی نیز می‌توانند هریک از اندام‌ها یا همه‌ی آن‌ها را مبتلا سازند. بیماری‌ها، حوادث و تصادفات نیز می‌توانند در فرد سبب بروز نوعی نارسایی حرکتی گردند.

در برخورد با معلول جسمی باید، ضمن توجه به محدودیت‌های حرکتی فرد، دیگر توانایی‌های او را در حدی تقویت کرد که حتی‌الامکان بتواند نارسایی‌های خود را جبران کند. به‌عنوان مثال استفاده از دست‌ها برای به‌حرکت درآوردن صندلی چرخدار در معلولی که از هر دو پا فلج است، از این موارد به‌شمار می‌رود.

نابینایی

اختلال بینایی مادرزادی غالباً در ماه چهارم تا هشتم پس از تولد، براساس حدس والدین، تشخیص داده می‌شود. والدین متوجه می‌شوند که کودک رفتاری غیرعادی دارد و به‌عنوان مثال به‌خوبی به محرک‌ها پاسخ نمی‌دهد یا هنگامی که شیئی را در مقابلش حرکت می‌دهند به آن توجه نمی‌کند. عوامل ارثی، بیماری‌ها و ... در بروز این معلولیت نقش دارند.

اختلالات بینایی، با توجه به نابینایی مطلق افراد تا ضعف بینایی و ... دارای طیف وسیعی است.

در برخورد با فرد نابینا باید تلاش نمود تا در صورت وجود بینایی، حتی به صورت جزئی، با استفاده از روش‌های مناسب، مهارت‌های فرد را در استفاده از آن بالا برد. تقویت حواس دیگر فرد، وی را در مواجهه با عوامل محیطی موفق‌تر می‌سازد. وضعیت زندگی و اثاثیه‌ی منزل باید به نحوی چیده شود تا نابینا بتواند به راحتی وسایل مورد نیاز خود را پیدا کند. هرگونه تغییر و جابه‌جایی در وسایل منزل باید به اطلاع فرد نابینا رسانده شود.

خوش‌بختانه امروزه با استفاده از الفبای بریل^۱ نابینایان می‌توانند باسواد شوند و بخوانند و بنویسند. ابزارهای کامپیوتری، که روزه‌روز بر تعداد آن‌ها افزوده می‌شود، می‌توانند امکان ارتباط هرچه بیشتر فرد نابینا را با دنیای خارج میسر سازند.

ناشنوایی

فرزند آدمی، از بدو تولد، به کمک حس‌شنوایی گفتار اطرافیان را می‌شنود و به تدریج آن‌چه را شنیده است به خاطر می‌سپارد و سپس آن را بازگو می‌کند. بنابراین، در صورتی که حس‌شنوایی فردی دچار اختلال باشد تکلم وی نیز مختل می‌گردد و در روند یادگیری فرد، مشکل پدید می‌آید. ناشنوایی درجات مختلفی دارد. این درجات از ناشنوایی خفیف، که در شنیدن نجوا و پیچ‌مشکل دارد، تا ناشنوایی عمیق، که صدای تقویت شده را نیز درک نمی‌کند، متفاوت است. در برخورد با فرد ناشنوا باید از باقی‌مانده‌ی شنوایی فرد با وسایلی نظیر سمعک، حداکثر استفاده به عمل آید.

گفتارخوانی یا لب‌خوانی و صحبت با حرکت انگشتان دست از روش‌های مؤثر توان‌بخشی کودکان ناشنواست.

در برخورد با افراد کم‌شنوا باید آرام و شمرده صحبت کرد و موقع صحبت روی خود را به سمت فرد نگه داشت تا بتواند با لب‌خوانی منظور ما را درک کند. صحبت با صدای بلند باعث می‌شود که وی نتواند منظور ما را به خوبی درک کند. چون در این حالت لب‌خوانی مشکل می‌شود.

عقب‌ماندگان ذهنی

عقب‌ماندگان ذهنی افرادی هستند که از نظر فعالیت‌های ذهنی، نسبت به هم‌سالان خود نارسایی دارند و عقب‌مانده‌اند. در نتیجه از نظر توانایی یادگیری، هم‌سازی با محیط، بهره‌برداری از تجربیات،

درک مفاهیم، قضاوت و استدلال صحیح، به درجات مختلف محروم اند. نارسایی فعالیت‌های ذهنی این گروه از معلولان تحت تأثیر عوامل مختلف، از بدو تولد، وجود داشته یا در اثر بیماری‌ها، سوء تغذیه و حوادث مختلف در مراحل اولیه‌ی کودکی حادث شده است. براساس اهداف آموزشی، عقب‌ماندگان ذهنی به سه گروه زیر تقسیم می‌شوند.

- ۱- آموزش‌پذیر، ۲- تربیت‌پذیر، ۳- حمایت‌پذیر.

۱- عقب‌ماندگان ذهنی آموزش‌پذیر: بهره‌ی هوشی^۱ این افراد بین ۷۰-۵۰ است. این گروه به‌طور کلی، چه به لحاظ حرکات و حواس و چه به لحاظ روانی، از کودکان عادی کندترند. سازگاری اجتماعی این افراد، به شرایط محیطی آن‌ها بستگی دارد. اگر آن‌ها به‌درستی آموزش ببینند و در شرایط مناسبی قرار گیرند می‌توانند تا حدّ زیادی استقلال شخصی و اقتصادی را به‌دست آورند.

در برخورد با این افراد باید متوجه محدودیت‌های ذهنی آن‌ها بود. انتظارات والدین نیز باید با توجه به شرایط ذهنی آن‌ها باشد. اگر در برخورد با مسائل، سرعت و دقت لازم را ندارند، برخوردهای خشن و توأم با عصبانیت، اعتمادبه‌نفس را در وجود آن‌ها از بین می‌برد و توانایی استفاده از باقی‌مانده‌ی قوای ذهنی را نیز از آن‌ها سلب می‌کند.

۲- عقب‌ماندگان ذهنی تربیت‌پذیر: بهره‌ی هوشی این گروه بین ۵۰-۲۵ است. اینان، به لحاظ عاطفی، وضع بسیار متغیّری دارند. معمولاً وقتی چیزی را طلب می‌کنند مهربان و مطیع‌اند، لیکن در مقابل مخالفت‌های دیگران حملات خشم، غضب و عصبانیت شدید از خود بروز می‌دهند. آن‌ها خیلی زود تحت تأثیر قرار می‌گیرند و از حضور افراد بیگانه بی‌مناک و وحشت‌زده می‌شوند. این افراد، در شرایط اجتماعی مناسب، قادرند فعالیت‌های ساده‌ای داشته باشند و کارهای شخصی خود را به‌عهده گیرند، ولی به هر حال نیاز به سرپرست و قیم دارند. توانایی ذهنی این افراد در هر سنی که باشند در حد توانایی‌های ذهنی کودک ۷-۶ ساله باقی می‌ماند.

والدین در برخورد با آن‌ها باید به توانایی ذهنی آن‌ها توجه نمایند و در هر حال توجه داشته باشند که اگرچه از لحاظ جسمی روزبه‌روز بزرگ‌تر می‌شوند ولی در توانایی‌های ذهنی هم چنان محدودیت دارند.

۳- عقب‌ماندگان ذهنی حمایت‌پذیر: بهره‌ی هوشی این گروه در حد ۲۵ و کمتر از آن است. این کودکان، به‌لحاظ ظاهر وضع چهره اغلب غیرعادی هستند و توانایی کنترل خود را ندارند. در اکثر

موارد آب دهانشان از گوشه‌ی لب‌ها به طرف خارج سرازیر است. بسیاری از آن‌ها از لحاظ ایستادن و راه رفتن مشکل دارند. کنترل مدفوع و ادرار در این افراد به ندرت امکان‌پذیر است. این افراد تکلم را فرا نمی‌گیرند و قادر نیستند ارتباط برقرار کنند. به لحاظ عاطفی نیز حالت بی‌تفاوت دارند. با آموزش‌های مناسب از طریق به‌کارگیری مکانیسم شرطی در بعضی از این افراد، آن‌ها می‌توانند در برخی امور شخصی، مانند لباس پوشیدن یا غذا خوردن همکاری کنند ولی در هر حال در اکثر موارد برای زنده ماندن محتاج حمایت دیگران‌اند.

خودآزمایی

- ۱- به نظر شما بچه‌ها در چه مواردی می‌توانند به خواهر و برادر کوچک‌تر خود یاری برسانند؟
- ۲- در هنگام بروز بیماری، چه کمک‌هایی از دست خواهر و یا برادر بزرگ‌تر برمی‌آید؟
- ۳- به نظر شما چرا کودکان بزرگ‌تر گاهی می‌توانند نشانه‌های بیماری را زودتر از والدین در کودکان تشخیص دهند؟
- ۴- به نظر شما والدین و معلمان چگونه می‌توانند کودکان را برای یاری رساندن به بچه‌های کوچک‌تر آماده نمایند؟
- ۵- تحقیق کنید چرا، با توجه به پیشرفت‌های علم پزشکی، هنوز تعداد معلولان در جوامع بشری زیاد است؟
- ۶- علل کلی معلولیت‌ها چیست؟ توضیح دهید.
- ۷- تحقیق کنید از نظر فرهنگی چه باورهایی در خانواده‌ها در مورد تولد کودک معلول وجود دارد؟
- ۸- قنفاق کردن کودکان چگونه باعث معلولیت می‌شود؟
- ۹- در برخورد با فرزند نابینا در خانواده چه نکاتی را باید رعایت کرد؟
- ۱۰- آیا شما معلولی را می‌شناسید که کارهای مربوط به دستش را با پا انجام دهد؟ به نظر شما این کار چگونه ممکن است؟
- ۱۱- کدام گروه از عقب‌ماندگان ذهنی می‌توانند زندگی مستقلی داشته باشند؟
- ۱۲- چرا اکثر افراد ناشنوا لال هم هستند؟