

فهرست

سخن مترجمان.....	۹
فصل ۱ - مشکلات رفتاری شایع در دوره اولیۀ کودکی.....	۱۱
مشکلات خواب.....	۱۳
مسائل مربوط به تغذیه.....	۱۶
گریۀ بیش‌ازحد یا گریۀ ناشی از کولیک.....	۱۸
مسائل مربوط به آموزش توالت رفتن.....	۲۱
ترس، نگرانی و اضطراب.....	۲۳
رفتارهای جنسی.....	۲۸
پرخاصگری.....	۳۰
مهارت‌های اجتماعی.....	۳۳
کفایت فرهنگی.....	۳۵
مرحله ۱: آگاهی.....	۳۶
مرحله ۲: تأمل.....	۳۶
مرحله ۳: دانش.....	۳۶
نتیجه‌گیری.....	۳۷
دانش خود را بسنجید.....	۳۸
پاسخ‌های صحیح:.....	۴۰
فصل ۲ - نظریه‌های رشد کودک.....	۴۱
نظریۀ دلبستگی.....	۴۲
نظریۀ شناختی.....	۴۴
تحلیل کاربردی رفتار.....	۴۵
سبک‌های فرزندپروری.....	۴۹
نظریه سیستم‌های بوم‌شناختی.....	۵۰
الگوی پیشگیری.....	۵۱
نتیجه‌گیری.....	۵۲
دانش خود را بسنجید.....	۵۳
پاسخ‌های صحیح:.....	۵۴
فصل ۳ - الگوی پیشگیری و حل مسئله.....	۵۵
پیشگیری سطح اول.....	۵۶
مداخله یا پیشگیری سطح دوم.....	۵۷
مداخله یا پیشگیری سطح سوم.....	۵۷
همانگ کردن میزان نیاز کودک و خانواده با سطح مراقبت.....	۵۸
فرایند حل مسئله در قالب الگوی پیشگیری.....	۶۰

۶۳	حل مسئله مشارکتی.....
۶۴	نتیجه‌گیری.....
۶۵	دانش خود را بسنجید.....
۶۷	پاسخ‌های صحیح:.....
۶۹	فصل ۴ - فنون غربالگری.....
۷۹	نتیجه‌گیری.....
۸۰	دانش خود را بسنجید.....
۸۱	پاسخ‌های صحیح:.....
۸۳	فصل ۵ - روش‌های مبتنی بر شواهد برای کمک به کودکان و خانواده‌های آنها.....
۸۷	برنامه‌های کودک یا والدین: پیشگیری سطح اول.....
۸۹	تعامل کن و بخوان.....
۹۲	برنامه‌های کودک یا والدین: پیشگیری سطح دوم.....
۹۲	کمک به نوپایان، گسترش توانایی‌های کودک (HOT DOCS).....
۹۶	سال‌های شگفت‌انگیز.....
۹۹	مشارکت خانواده - پرستار.....
۱۰۲	والدین به عنوان آموزگاران.....
۱۰۵	برنامه کودک یا والدین: پیشگیری سطح سوم.....
۱۰۶	برنامه آموزش والدین برای کمک به کودک ناسازگار.....
۱۰۹	تحلیل کاربردی رفتار لوواس.....
۱۱۲	درمان تعامل والدین و کودک.....
۱۱۵	درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب.....
۱۱۸	برنامه‌های چندسطحی.....
۱۱۸	برنامه فرزندپروری مثبت.....
۱۲۳	برنامه‌های کودک یا کلاس درس.....
۱۲۳	وجوه اشتراک برنامه‌های کودک یا کلاس درس.....
۱۲۳	برنامه‌های کودک یا کلاس: پیشگیری سطح اول.....
۱۲۴	بهبود راهبردهای تفکر جایگزین (PATHS).....
۱۲۸	گام دوم.....
۱۳۰	برنامه مهارت‌های اجتماعی از طریق تصاویر، داستان‌ها و آهنگ‌ها.....
۱۳۳	ابزارهای ذهن.....
۱۳۶	برنامه‌های پیشگیری سطح اول یا سطح دوم.....
۱۳۷	AI's Pals.....
۱۳۹	برنامه سنجش دوران اولیه کودکی دوزگس (DECA).....
۱۴۳	حل مسئله شناختی بین فردی (ICPS) یا برنامه "می‌توانم مسئله حل کنم".....
۱۴۵	برنامه سال‌های شگفت‌انگیز.....
۱۴۵	ویژگی‌های متمایز.....

۱۴۶	..... مبانی نظری
۱۴۶	..... تمرکز
۱۴۶	..... ملزومات زمانی
۱۴۶	..... مشارکت والدین
۱۴۷	..... ابزار پایش پیشرفت
۱۴۷	..... آموزش
۱۴۸	..... ابزار
۱۴۸	..... حمایت تجربی
۱۴۸	..... سطح الگوی پیشگیری
۱۴۹	..... برنامه‌های کلاس درس: پیشگیری سطح سوم
۱۴۹	..... الگوی آغاز زودهنگامِ دِورگس
۱۴۹	..... ویژگی‌های متمایز
۱۴۹	..... زمینه نظری
۱۵۰	..... تمرکز
۱۵۰	..... ملزومات زمانی
۱۵۰	..... مشارکت والدین
۱۵۰	..... ابزار پایش پیشرفت
۱۵۱	..... آموزش
۱۵۱	..... ابزار
۱۵۱	..... حمایت تجربی
۱۵۲	..... درجه‌بندی الگوی پیشگیری
۱۵۲	..... اولین گام‌ها به سوی موفقیت
۱۵۲	..... ویژگی‌های متمایز
۱۵۲	..... زمینه نظری
۱۵۳	..... تمرکز
۱۵۳	..... ملزومات زمانی
۱۵۳	..... مشارکت والدین
۱۵۳	..... ابزار پایش پیشرفت
۱۵۳	..... آموزش
۱۵۴	..... مواد
۱۵۴	..... حمایت تجربی
۱۵۴	..... سطح الگوی پیشگیری
۱۵۵	..... تجربه‌های یادگیری و برنامه‌های جایگزین برای کودکان پیش‌دستانی و والدین آنها (LEAP)
۱۵۵	..... ویژگی‌های متمایز
۱۵۵	..... زمینه نظری
۱۵۵	..... تمرکز
۱۵۶	..... ملزومات زمانی

۱۵۶	..... مشارکت والدین
۱۵۶	..... ابزار پایش پیشرفت
۱۵۶	..... آموزش
۱۵۷	..... مواد
۱۵۷	..... حمایت تجربی
۱۵۷	..... سطح الگوی پیشگیری
۱۵۸	..... نتیجه‌گیری
۱۵۹	..... دانش خود را بسنجید
۱۶۰	..... پاسخ‌های صحیح:

فصل ۶ - اصطلاحات و اصول رفتاری ۱۶۱

۱۶۲	..... تقویت
۱۶۵	..... تنبیه
۱۶۵	..... برنامه‌های تقویت
۱۶۶	..... محروم کردن
۱۶۷	..... اجرای روش محروم کردن
۱۶۸	..... استفاده از روش محروم کردن
۱۶۹	..... گزینه‌های دیگر برای خردسالان
۱۶۹	..... خاموشی
۱۷۰	..... تقلید/ الگوبرداری
۱۷۳	..... استفاده از داستان برای آسان‌سازی تقلید یا الگوبرداری در موقعیت‌های جدید
۱۷۴	..... شکل‌دهی
۱۷۶	..... نتیجه‌گیری
۱۷۶	..... دانش خود را بسنجید
۱۷۸	..... پاسخ‌های صحیح:

فصل ۷ - استفاده از اصول رفتاری ۱۷۹

۱۷۹	..... فرایند حل مسئله
۱۸۰	..... شناسایی مسئله
۱۸۱	..... تحلیل مسئله
۱۸۳	..... اجرای مداخله
۱۸۵	..... ارزیابی مداخله
۱۸۸	..... نتیجه‌گیری
۱۸۹	..... دانش خود را بسنجید
۱۹۰	..... پاسخ‌های صحیح:

فصل ۸ - پایش پیشرفت ۱۹۱

۱۹۱	..... مقدمه‌ای بر پایش پیشرفت
۱۹۳	..... روش‌های پایش پیشرفت

۱۹۳	مقیاس‌های درجه‌بندی
۱۹۴	مشاهده رفتار
۱۹۵	ابزارهای موجود
۱۹۹	اندازه‌گیری‌های کلی عملکرد در دورهٔ کودکی
۲۰۲	طراحی ابزارهای پایش پیشرفت
۲۰۲	مشاهدهٔ طبیعی
۲۰۴	مشاهده‌های مستقیم نظام‌دار
۲۰۵	نتیجه‌گیری
۲۰۶	دانش خود را بسنجید
۲۰۷	پاسخ‌های صحیح:
۲۰۹	فصل ۹- ارزیابی نتایج مداخله
۲۱۱	راهنمای ترسیم دستی نمودار
۲۱۳	رهنمودهایی برای ارزیابی نتایج
۲۱۳	مداخله را ادامه دهید
۲۱۴	مداخله را تغییر دهید
۲۱۴	مداخله را قطع کنید
۲۱۴	ارزیابی برخی نمودارهای پایش پیشرفت
۲۱۷	نتیجه‌گیری
۲۱۷	دانش خود را بسنجید
۲۲۰	پاسخ‌های صحیح
۲۲۱	فصل ۱۰- جمع‌بندی و نتیجه‌گیری
۲۲۳	مثالی دربارهٔ پیشگیری سطح اول: دانیال
۲۲۶	مثالی دربارهٔ پیشگیری سطح سوم: ملیکا
۲۲۸	خلاصهٔ پروندهٔ ملیکا
۲۲۹	مثالی دربارهٔ پیشگیری سطح سوم: بنیامین
۲۳۱	خلاصهٔ پروندهٔ بنیامین
۲۳۲	نتیجه‌گیری
۲۳۴	پیوست‌ها
۲۳۴	پیوست الف: نمودار ABC برای تعیین کارکرد رفتار
۲۳۵	پیوست ب: نمودار مهارت‌آموزی به کودک
۲۳۷	پیوست ج: ترسیم نمودار دستی
۲۳۹	واژه‌نامه
۲۴۶	منابع
۲۶۴	دربارهٔ نویسندگان

سخن مترجمان

کودکان معمولاً رفتارهایی از خود نشان می‌دهند که بزرگسالان را نگران می‌کند. با وجود این، تنها در سال‌های اخیر بوده است که پژوهشگران اهمیت بالینی این رفتارها را در کودکان مورد توجه قرار داده‌اند. طی چند دهه گذشته علاقه و توجه به رشد هیجانی-اجتماعی کودکان گسترش یافته است. پیش‌تر، برخی پژوهشگران بر این باور بودند که مشکلات کودکان، ناشی از نارسایی‌های رشدی است که با گذر زمان برطرف می‌شوند. واقعیت این است که اگرچه فرآیند رشد کودک و تغییرات جسمی و روانی نمی‌تواند پایدار باشد اما، اکثر کودکانی که در سال‌های نخستین کودکی دارای مشکلات رفتاری و عاطفی هستند، نه تنها به سادگی از این مشکلات عبور نمی‌کنند بلکه ممکن است این مشکلات تا دوران بلوغ و حتی بزرگسالی نیز در آنها تداوم داشته باشد.

مشکلات رفتاری برون‌ریزی شایع‌ترین علت ارجاع کودکان و نوجوانان به مراکز خدمات بهداشتی محسوب می‌شود. علاوه بر این، مشکلات رفتاری علت اصلی ارجاع کودکان به مراکز آموزش ویژه، مشاوران مدارس و برنامه‌های ویژه در مدارس عادی است (لوچمن، و زپانسکی، ۱۹۹۹). تعداد زیادی از کودکان دارای مشکلات رفتاری، در مدرسه و در مراحل بعدی زندگی نیز رفتارهای ناسازگارانه از خود نشان می‌دهند (مک گی و همکاران، ۱۹۹۱). والدین کودکان دارای اختلال‌های رفتاری نیز، استرس بیشتری تجربه می‌کنند و رفتارهای کودکانشان بر زندگی اجتماعی آنها تأثیر منفی می‌گذارد (دانن برگ، و بیکر، ۱۹۹۳). به دلیل اینکه مشکلات هیجانی و رفتاری اغلب به‌طور طبیعی کاهش نمی‌یابند، توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان مشکلات و اختلال‌های دوران کودکی معطوف شده است. کتاب «درمان مشکلات رفتاری کودکان» رویکردی پیشگیرانه و جامع دارد. این کتاب بهترین و کارآمدترین روش‌های درمانی را معرفی می‌کند که پژوهش‌های دقیق و معتبر، کارآمدی این روش‌های درمانی را تأیید کرده‌اند. تمرکز اصلی این کتاب بر مشکلات رایج دوران کودکی مانند تغذیه، خواب، توالیت رفتن، پرخاشگری، مشکلات جنسی، ترس، اضطراب و سایر مشکلات است و تلاش می‌کند به صورت ساده و عملی روش‌های تشخیص و درمان آنها را گام‌به‌گام به خواننده آموزش دهد. نویسندگان کتاب به خوبی از مثال‌های موردی برای نشان دادن مشکلات رایج دوران کودکی استفاده کرده‌اند تا فرآیند ۴ مرحله‌ای درمان (شناسایی مسئله، تحلیل مسئله، اجرای مداخله و ارزیابی مداخله) را به

صورت کاربردی به والدین و درمانگران آموزش دهند.

در این کتاب الگوی پیشگیری، حل مسئله و فنون غربالگری معرفی شده‌اند و درمان‌های کارآمد برای کودکان و والدین آنها توضیح داده شده است. اصول رفتاری و درمان‌های رفتاری که جزء مؤثرترین روش‌های درمانی در دورهٔ کودکی هستند به صورت کاربردی معرفی شده و فنون نظارت بر پیشرفت کودک و ارزیابی نتایج درمان بیان شده است. ازجمله مزیت‌های کتاب این است که همهٔ منابع و ابزارهای لازم برای والدین و درمانگران فراهم شده است تا بتوانند به صورتی کارآمد و در مدت‌زمان کوتاه مشکلات رفتاری کودکان را کاهش دهند. انگیزهٔ اصلی مترجمان این بوده که با ترجمهٔ این کتاب بتوانند به درمانگران و والدین کمک کنند به روش‌های علمی و کارآمد برای درمان مشکلات رفتاری کودکان دست یابند و از این راه به بهبود سلامت روانی و کیفیت زندگی کودکان کمک کنند. به همین دلیل مطالعهٔ این کتاب را به درمانگران، پژوهشگران، مشاوران مدرسه و والدین توصیه می‌کنیم. در پایان از آقای مازیار فرزین برای کمک‌هایشان در آماده‌سازی این اثر قدردانی می‌کنیم و مشتاقانه منتظر پیشنهادهای و انتقادهای سازندهٔ خوانندگان فرهیخته هستیم.

مجتبی امیری‌مجد، ژاله دژدار
amirimajd@yahoo.com

فصل ۱

مشکلات رفتاری شایع در دورهٔ اولیهٔ کودکی

چکیده: بروز رفتارهای مشکل‌ساز در کودکان رایج است. تشخیص و دانستن اینکه چه رفتارهایی در طیف رفتارهای معمولی قرار می‌گیرند ممکن است برای متخصصان دورهٔ کودکی یا والدین مشکل باشد. این فصل به تشریح میزان شیوع مشکلات رایج رفتاری (از قبیل مشکلات خواب، مسائل مربوط به تغذیه، گریه بیش‌ازحد یا گریهٔ ناشی از کولیک، مسائل مربوط به آداب توالت‌رفتن، ترس، نگرانی، اضطراب، رفتارهای جنسی، پرخاشگری و مهارت‌های اجتماعی) در کودکان خردسال می‌پردازد و همچنین رهنمودهایی برای رسیدگی به این مسائل پیشنهاد می‌کند. همچنین راهبردهایی جهت حصول اطمینان از کفایت و مهارت فرهنگی برای کار کردن با طیف متنوعی از خانواده‌ها نیز ذکر شده است.

واژه‌های کلیدی: مشکلات رفتاری. اختلال‌های رفتاری. مشکلات خواب. اختلال‌های خواب. بهداشت خواب. مشکلات تغذیه. کولیک. آموزش توالت‌رفتن. اضطراب. ترس. نگرانی. رفتارهای جنسی. مشکلات مربوط به رفتار جنسی. پرخاشگری. تعامل کودک و والدین. مهارت‌های اجتماعی. اختلال‌های طیف اوتیسم. اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی. کفایت‌ها و مهارت‌های فرهنگی.

مشکلات رفتاری در کودکان خردسال شایع است (ویلیامز، کلین پیتز و پالمز، ۲۰۰۴). کودکان نوپای سالم، بسیار فعال، بی‌قرار و تکانشی هستند نه به این دلیل که مبتلا به اختلالی هستند بلکه به این دلیل که برای یادگیری به حرکت و تجربه نیاز دارند. همچنین

هر کودکی با مزاج خاص خود به دنیا می‌آید که این امر باعث بوجود آمدن تنوع عظیمی از شخصیت‌ها حتی در درون خانواده می‌شود. ارائهٔ رهنمودهای اساسی فرزندپروری به والدین می‌تواند به بسیاری از خانواده‌ها کمک کند دوران اولیهٔ کودکی را با موفقیت سپری کنند. رهنمودهایی از قبیل ایجاد و حفظ برنامهٔ ثابت، از بین بردن وسوسه‌های خطرناک، تحسین رفتارهای مطلوب و تغییر رفتارهای مشکل‌ساز برای همهٔ کودکان سودمند است.

با این حال تقریباً ۲۰ درصد از کودکان در ایالات متحده دارای یک اختلال سلامت رفتاری قابل تشخیص هستند ولی کمتر از ۲۰ درصد آنها از کمک و حمایت بهره‌مند می‌شوند (انجمن پژوهش در زمینهٔ رشد کودک، ۲۰۰۹؛ خدمات بهداشت عمومی ایالات متحده، ۲۰۰۱). به محض ورود به مهدکودک مشکلات رفتاری به خصوص پرخاشگری و بیش‌فعالی، کودک را در معرض خطرانی قرار می‌دهد که نه تنها شامل عملکرد تحصیلی ضعیف بلکه شامل مشکلات رفتاری و عاطفی-اجتماعی در مدرسه می‌شود که ممکن است در دوران بزرگسالی هم ادامه یابند (کوای و داج، ۱۹۹۸. دیشن، فرنچ و پاترسن، ۱۹۹۵؛ ترمبلی، ۲۰۰۰). بنابراین متمایز کردن رفتارهای طبیعی که احتمالاً رشد می‌کنند و رفتارهایی که نیازمند توجه شخصی بیشتری هستند اهمیت دارد. جدا کردن رفتارهای معمولی در دوران کودکی اولیه از رفتارهایی که مشکل‌ساز تلقی می‌شوند ممکن است دشوار باشد. به‌عنوان مثال مسائلی از قبیل مشکلات خواب یا کمبود توجه ممکن است در کودکان خردسال معمول باشد ولی همچنان که کودکان بزرگ‌تر می‌شوند این مسائل بیشتر مشکل‌ساز می‌شوند. بر اساس نتایج پژوهش‌ها به جای اینکه رفتار به تنهایی در نظر گرفته شود ممکن است تمایل به در نظر گرفتن الگوهای رفتاری داشته باشیم (ماتیسن و سانسون، ۲۰۰۰). برای مثال پیدایش زودهنگام مشکلات رفتاری از قبیل پرخاشگری و ناسازگاری در صورتی که در محیط‌های مختلف از جمله خانه و مهدکودک بروز کنند بیشتر احتمال دارد بیانگر مشکلات آتی باشند در مقایسه با زمانی که رفتارهای مذکور فقط در یکی از این موقعیت‌ها رخ می‌دهند (میلر، کوپلویچ و کلاین، ۱۹۹۷).

در بخش بعدی، اطلاعات مربوط به برخی از مسائل و نگرانی‌های رفتاری رایج در دوران کودکی اولیه ارائه شده که عبارت‌اند از: مشکلات خواب، مسائل مربوط به تغذیه، گریهٔ بیش‌ازحد یا گریهٔ ناشی از کولیک، مسائل مربوط به آموزش استفاده از توالت، ترس، نگرانی یا اضطراب، رفتارهای جنسی، پرخاشگری و مهارت‌های اجتماعی. دلیل اینکه این قبیل رفتارهای چالش‌برانگیز برای بحث و بررسی انتخاب شدند این است که از جمله

مسائل و نگرانی‌های شایع برای کودکان خردسال و خانواده‌هایشان هستند (میزان شیوع چنین رفتارهایی برای اکثر آنها حداقل ۲۰ درصد است)، دوم اینکه موضوعاتی هستند که به‌طور مکرر در حوزه بالینی مطرح شده‌اند و سوم اینکه این مشکلات توسط دیگر نویسندگان نیز به‌عنوان مشکلات شایع در کودکان خردسال توصیف شده‌اند (نویسندگانی از جمله یانگ، دیویس، شون و پارکر، ۱۹۹۸). این مرور کلی جهت کمک به متخصصان کودک ارائه شده تا بدانند انتظار وقوع چه رفتارهایی را در طول دوره طبیعی رشد داشته باشند و همچنین قادر به تشخیص رفتارهایی باشند که ممکن است بیانگر مشکلات مزمن و جدی‌تری باشند که مستلزم مداخله‌های بیشتری هستند. در این بخش، اطلاعاتی در خصوص این قبیل ملاحظات مشترک و همچنین رهنمودهایی جهت ترویج و بهبود رشد سالم ارائه شده است.

مشکلات خواب

میزان شیوع

مشکلات خواب یکی از رایج‌ترین مسائل گزارش شده در کودکان خردسال است و ممکن است با انواع مختلف بیماری‌ها و مشکلات پزشکی همراه باشد. خواب برای بازسازی سلامت جسمانی و روانی اهمیت دارد و اختلال‌های خواب ممکن است منجر به کاهش سلامتی و برخی مسائل خطرناک شوند (لاگن بیوئل، برادلی کلاگ، فرون، اندرسون و بن بادیس، ۲۰۰۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ۲۰ تا ۲۵ درصد از کودکان و نوجوانان ممکن است مبتلا به یکی از اختلال‌های خواب باشند (مایندل، اوون و کارزکادن، ۱۹۹۹) اما اختلال در تعداد کمی از آنها تشخیص داده و درمان می‌شود (لاگن بیوئل و همکاران، ۲۰۰۸). کودکان مبتلا به آسم، ناتوانی‌های پیش‌رونده و سایر مشکلات طبی، بیشتر در معرض خطر ابتلا به مشکلات خواب هستند (آرمسترانگ، کوهلر و لیلی، ۲۰۰۹: باک هولت، ولف سان و الشیخ، ۲۰۰۷). عوامل متعددی با خواب آشفته در کودکان خردسال ارتباط دارند از جمله افسردگی مادر، دادن غذای جامد به کودک قبل از ۴ ماهگی، سپردن کودک به مهدکودک از سنین پایین و تماشای فیلم یا تلویزیون (نوارز، ریفس شیمان، کلاین من، گیلمن و تاوارز، ۲۰۱۰).

مشکل در به خواب رفتن و بیدار شدن در طول شب و یا ترکیبی از هر دو از جمله شایع‌ترین انواع مشکلات خواب در کودکان خردسال است (لیونز- راث، زینا و بنویت،

جدول ۱-۱ رهنمودهای بنیاد ملی خواب درباره ساعات خواب مورد نیاز کودک

سن	ساعات خواب
نوزادان (۱۱-۳ ماهه)	۹-۱۲ ساعت خواب در طول شب و چرت زدن به مدت ۳۰ دقیقه تا دو ساعت، ۱-۴ بار در هر روز
کودکان نوپا (۳-۱ ساله)	۱۲-۱۴ ساعت
کودکان پیش‌دبستانی (۵-۳ ساله)	۱۱-۱۳ ساعت
کودکان مدرسه‌ای (۱۲-۵ ساله)	۱۰-۱۱ ساعت (کودکان به‌طور معمول بعد از ۵ سالگی در طول روز نمی‌خوابند)

(۲۰۰۳). همچنین کودکان نوپا و بچه‌های پیش‌دبستانی ممکن است مشکلاتی از قبیل کابوس، وحشت شبانه، راه رفتن در خواب و صحبت کردن در خواب را هم داشته باشند (آرمسترانگ، کوهلر و لیلی، ۲۰۰۹).

رهنمودها

بر اساس گزارش‌های بنیاد ملی خواب (آدرس سایت اینترنتی <http://www.sleepfoundation.org>) کودکان تا ۶ ماهگی می‌توانند یاد بگیرند هر شب حداقل به مدت ۹ ساعت بخوابند و تا ۹ ماهگی، ۷۰ تا ۸۰ درصد از کودکان قادر به خوابیدن در طول شب هستند. جدول ۱-۱ به تشریح رهنمودهای بنیاد ملی خواب در مورد میزان خواب موردنیاز کودک می‌پردازد و با استفاده از این رهنمودها می‌توان به والدین کمک کرد با دقت به مشکلات خواب کودک اشاره کنند و در راستای بهبود خواب وی گام بردارند.

اولین قدم برای حل مشکل خواب به خواب رفتن، تغییر عادات خواب کودک است که اغلب بهداشت خواب نامیده می‌شود. بهداشت خواب شامل راهبردهایی است که می‌توان از آنها برای حل مشکلات خواب استفاده کرد و با ایجاد یک روال منظم شبانه آغاز می‌شود. مشکل در به خواب رفتن ممکن است به‌عنوان الگوی رفتاری مطرح شود که به علت همزمان شدن عمل خوابیدن با یک مسئله دیگر، که به‌طور کلی در ارتباط با والدین است، تشدید شود. مثلاً رفتارهایی از قبیل تکان دادن گهواره، در آغوش گرفتن کودک، شیر دادن یا حرکت دادن کودک باعث می‌شود کودک نتواند به‌تنهایی به خواب برود. برای

اصلاح این قبیل مشکلات خواب، والدین باید به کودک یاد دهند تا با مجموعه جدیدی از تداومی‌ها، مانند پتو یا حیوانات اسباب‌بازی، به خواب برود. این فرایند عبارت است از: ایجاد یک روال آرامش‌بخش هنگام خواب و به دنبال آن جدا شدن تدریجی از کودک با شروع فواصل زمانی ۲ دقیقه و آرام کردن مختصر کودک تا جایی که احساس امنیت کند. پیگیری چنین مداخله‌هایی برای والدین مشکل است زیرا با اعتراض کودک همراه می‌شود و مستلزم تشویق کودک برای پیروی از روند جدید است. اکثر کودکان ظرف مدت ۵ روز آموزش مداوم یاد می‌گیرند خودشان به تنهایی بخوابند (فربر، ۲۰۰۹).

حتی در دوره‌ای که مراقبان کودک تلاش می‌کنند روال سالمی برای خواب کودک تنظیم کنند، مشکلات مربوط به محدودیت‌های زمان خواب معمولاً حدود ۲ سالگی شروع می‌شوند. در این زمان نوپایان به‌طور طبیعی محدودیت‌ها را آزمایش و آنها را رفع می‌کنند درحالی‌که والدین روال و مقررات ثابتی درباره زمان خواب ایجاد می‌کنند و در انتظارات خود نسبت به این مقررات مصمم هستند. انجام کارهایی نظیر حمام آب گرم، اجتناب از تماشای تلویزیون یا دیگر رسانه‌ها قبل از خواب، تاریک کردن اتاق، خنک کردن و عاری کردن اتاق خواب از محرک‌های مزاحم، ایجاد برخی تعامل‌های شخصی در هنگام خواب مانند خواندن کتاب یا دعا خواندن از جمله امور مربوط به زمان خواب هستند که می‌توانند به کودک کمک کنند تا به راحتی بخوابد. همچنین والدین باید از دادن نوشیدنی‌ها و مواد غذایی حاوی کافئین یا داروی بدون نسخه ضدسرفه که حاوی محرک است اجتناب کنند. تغذیه شبانه یکی از عمده مسائلی است که در هنگام بررسی بیدار ماندن کودک خردسال در طول شب باید به آن توجه شود. حل مشکل تغذیه شبانه از طریق کاهش تدریجی غذا دادن به کودک در طول شب صورت می‌گیرد. در ۶ ماهگی کودک باید قادر باشد در طول شب بدون غذا خوردن یا احساس گرسنگی کردن بخوابد (بنیاد ملی خواب، ۲۰۱۰). برای کودکانی که از شیر مادر تغذیه می‌کنند، می‌توان فواصل زمانی شیر دادن را به تدریج تنظیم کرد تا زمانی که تغذیه شبانه حذف شود. در مورد کودکی که از شیشه شیر استفاده می‌کند باید هر بار مقدار شیر و دفعات شیر دادن در شب را کمتر کرد تا به تدریج مسئله حل شود. دادن یک میان وعده پروتئینی قبل از خواب به کودکان بزرگ‌تر می‌تواند به کاهش گرسنگی تا صبح کمک کند.

مسائل مربوط به تغذیه

میزان شیوع

مشکلات تغذیه در خردسالی رایج‌اند و حدود ۳۵ درصد خردسالان دچار مشکلات تغذیه‌ای هستند (جیکینز، باکس و هارت، ۱۹۸۰). مسائل مربوط به تغذیه در مراحل مختلف دوران شیرخوارگی و اوایل کودکی آشکار می‌شوند و همراه با افزایش سن، شیوع این‌گونه مشکلات نیز بیشتر می‌شود. در ۱۸ ماهگی، ۴ درصد از کودکان مشکلات تغذیه‌ای فراوانی دارند درحالی‌که این رقم در ۳۰ ماهگی تا ۸ درصد افزایش می‌یابد (ماتیسن و سانسون، ۲۰۰۸). از نظر والدین ۴۷ درصد از کودکان در ۱۸ ماهگی دارای مشکلات تغذیه‌ای در حد متوسط هستند درحالی‌که در ۳۰ ماهگی ۶۲ درصد از آنها مشکلات تغذیه‌ای دارند (ماتیسن و سانسون، ۲۰۰۰).

اختلال رشد، در انتهای طیف مشکلات تغذیه‌ای کودکان قرار دارد. اختلال رشد در کودکانی تشخیص داده می‌شود که بر اساس نمودار رشد، وزن آنها کمتر از صدک پنجم متناسب با سن خود باشد (لیونز راث و همکاران، ۲۰۰۳). یک تا پنج درصد از موارد بستری در بیمارستان‌های کودکان به علت اختلال رشد است که نشان می‌دهد مشکلات تغذیه‌ای تا چه حد ممکن است در کودکان خردسال شدید شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

اگرچه در این زمینه اتفاق نظر آشکاری وجود ندارد ولی اعتقاد بر این است که مشکلات تغذیه‌ای در کودکان خردسال می‌تواند ناشی از علل عضوی و غیرعضوی باشد. به‌عنوان مثال وجود مشکل فیزیکی در روند تغذیه می‌تواند یکی از دلایل عضوی باشد که باعث می‌شود کودک در جذب مواد مغذی کافی از طریق غذای خود مشکل داشته باشد. مسائل پزشکی مزمن مانند ریفلاکس (بازگشت محتویات معده و اسید معده به مری) می‌تواند غذا خوردن را بسیار دردناک کند و باعث بیزاری از خوردن شود. همچنین به‌طور متناوب، برخی از مشکلات غذایی به دلایل غیرعضوی ایجاد شده و سپس به دلیل مسائلی از قبیل تعامل‌های مشکل‌ساز والدین و کودک، انتظارات و فقدان قواعد مربوط به زمان صرف غذا ادامه می‌یابند. برای مثال کودکان ممکن است شام نخورند زیرا دریافته‌اند والدین به آنها اجازه می‌دهند تنقلات موردعلاقه‌شان را بخورند.

رهنمودها

در اکثر رهنمودهای تخصصی، از جمله رهنمودهای انجمن متخصصان اطفال آمریکا و سازمان بهداشت جهانی، شیر مادر یا شیر خشک به عنوان غذای اصلی کودک تا ۶ ماهگی توصیه شده است. این انجمن توصیه می‌کند دادن غذاهای جامد به کودک زودتر از ۴ تا ۶ ماهگی شروع نشود. بر اساس گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی، شروع غذای کمکی (یا تغییر تغذیه کودک از شیر مادر یا شیر خشک به غذاهای دیگر) ممکن است یک دوره زمانی "آسیب‌پذیر" برای کودکان خردسال باشد. رهنمودهای این سازمان نشان می‌دهند که دادن غذای کمکی باید از حدود ۶ ماهگی شروع شود. آنها همچنین توصیه می‌کنند که غذای کمکی کودک دارای ارزش غذایی بالا و عاری از مواد سمی احتمالی باشد.

پدر و مادرها اغلب نگران مقدار غذایی هستند که کودک باید مصرف کند، به ویژه زمانی که شروع به دادن غذاهایی به کودک می‌کنند که مقدار کالری و ارزش غذایی آنها مشخص نیست. وزارت کشاورزی ایالات متحده آمریکا رهنمودهای زیر را برای مقدار کالری موردنیاز روزانه کودکان خردسال توصیه می‌کند:

- حدود ۵۷۰-۵۲۰ کالری برای کودکان از بدو تولد تا ۶ ماهگی.
- حدود ۷۴۳-۶۷۶ کالری برای کودکان از ۷ تا ۱۲ ماهگی.
- حدود ۹۲۲-۱۰۴۶ کالری برای کودکان از ۱ تا ۲ سالگی.
- حدود ۱۷۴۳-۱۶۴۲ کالری برای کودکان از ۳ تا ۸ سالگی.

از ابتدای دوسالگی میزان کالری موردنیاز باید از این گروه‌های غذایی تأمین شود: ۶ واحد از گروه غلات، ۳ واحد از گروه سبزی‌ها، ۲ واحد از گروه میوه‌ها، ۲ واحد از گروه لبنیات و ۲ واحد از گروه گوشت و حبوبات.

علاوه بر رهنمودهایی که انجمن متخصصان اطفال آمریکا برای میزان غذای مصرفی ارائه کرده، این سازمان نکاتی را درباره چگونگی برخورد با موضوعات تغذیه و غذا دادن به کودک نیز ذکر می‌کند، از جمله:

- کودک را وادار به غذا خوردن نکنید و از تهدید یا تنبیه کودک اجتناب کنید.
- هنگام صرف غذا، شرایط را با توجه به زمان و فضای موردنیاز برای غذا خوردن فراهم کنید. به عبارت دیگر، زمان صرف غذا مطابق یک برنامه منظم باشد و کودک پشت میز غذا بنشیند تا عوامل پرت‌کننده حواس او به حداقل برسند.

- چند غذای سالم و متنوع که خوردن آنها را برای فرزند خود مناسب می‌دانید تهیه کنید و اجازه دهید بچه‌ها خودشان غذایی را که می‌خواهند انتخاب کنند.
- برای صرف وعده‌های غذایی، محدودیت زمانی تعیین کنید.
- از تهیه غذای مخصوص برای کودکانی که کم‌غذا و سخت‌گیرند خودداری کنید. در عوض، یکی از غذاهای موردعلاقه کودک را در کنار چند غذای دیگر بگذارید و او را تشویق کنید سایر غذاها را نیز امتحان کند.
- برای ترغیب کودکی که از خوردن غذای اصلی امتناع می‌کند به او وعده دادن تنقلات یا غذای موردعلاقه‌اش را ندهید.

گریه بیش‌ازحد یا گریه ناشی از کولیک

میزان شیوع

کولیک و گریه بیش‌ازحد از مشکلات شایع در بین کودکان خردسال است (از زمان تولد تا حدود ۶ ماهگی). بر اساس اصل سه‌گانه وسیل، کولیک با این مشخصات توصیف می‌شود:

- گریه کردن به مدت حداقل ۳ ساعت در روز
- حداقل به مدت ۳ روز در هفته
- حداقل به مدت ۳ هفته

این نشانه‌ها زمانی کولیک تلقی می‌شوند که برای کودک سالم پیش می‌آیند و یا زمانی که هیچ دلیل دیگری برای ناراحتی کودک نمی‌توان یافت (لوکاسن و همکاران، ۱۹۹۸). مطالعاتی که درزمینه میزان شیوع کولیک صورت گرفته این رقم را تا ۴۰ درصد در کودکان خردسال گزارش داده‌اند درحالی‌که اغلب برآوردها حاکی از این است که تنها ۱۴ تا ۱۹ درصد از خانواده‌ها در پی درمان و کمک خواستن از پزشک هستند (لوکاسن و همکاران، ۲۰۰۱). میزان شیوع کولیک با افزایش سن کاهش می‌یابد، چنانچه یکی از مطالعات نشان داده تا ۲۹ درصد از نوزادان ۱ تا ۳ ماهه مبتلا به کولیک هستند اما هنگامی که کودک به ۴ تا ۶ ماهگی می‌رسد میزان شیوع به ۷ تا ۱۱ درصد کاهش می‌یابد (سنت جیمز رابرت و هالیل، ۱۹۹۱). علت بروز کولیک اغلب ناشناخته است و ممکن است شامل دلایلی از قبیل انقباض‌های دردناک روده، عدم تحمل لاکتوز، آلرژی غذایی، گاز معده

و یا بدون هیچ‌گونه علت فیزیکی باشد. علاوه‌براین، والدین ممکن است گریه طبیعی کودک را کولیک تلقی کنند (لوکاسن و همکاران، ۱۹۹۸).

رهنمودها

برای درمان کولیک مداخله‌های مؤثر کمی وجود دارد و در اغلب موارد، بدون انجام هیچ‌گونه مداخله‌ای کولیک تا ۶ ماهگی از بین می‌رود. بااین‌حال، مطالعات متعددی اثربخشی مداخله‌های درمانی را برای کاهش گریه کودک یا کاهش اضطراب والدین بررسی کرده‌اند (لوکاسن و همکاران، ۱۹۹۸، ۲۰۰۱). مداخله‌های درمانی کولیک اغلب به سه دسته تقسیم می‌شوند: ۱) مداخله‌های دارویی یا دادن دارو به کودک، ۲) مداخله‌های رژیم غذایی یا ایجاد تغییر در رژیم غذایی یا شیردهی مادر به‌منظور کاهش وجود مواد خاص آلرژی‌زا، و ۳) مداخله‌های رفتاری یا تغییر رفتار والدین در واکنش به گریه نوزاد (مؤسسه جوانا بریگز، ۲۰۰۴). مؤسسه جوانا بریگز مداخله‌های ذکرشده را ارزیابی می‌کند تا تعیین کند مداخله‌ها در کدام یک از این سه طبقه قرار می‌گیرند: ۱) احتمالاً مفید، ۲) بدون اثر یا، ۳) احتمالاً مضر (لوکاسن و همکاران، ۱۹۹۸). در مطالعات متعددی، اثربخشی گروه "مداخله‌های احتمالاً مفید" در حد حداقل تا متوسط ارزیابی شده است. گروه "مداخله‌های بی‌اثر" اشاره به مداخله‌هایی دارند که انجام آنها هیچ تأثیری نداشت و یا شواهد پیچیده‌ای درباره آنها وجود دارند. درنهایت، در "مداخله‌های احتمالاً مضر" شواهدی مبنی بر وجود آثار مضر یا عوارض بالقوه زیان‌بار وجود دارد، به‌علاوه سودمندی آنها در کاهش گریه کودک نیز مشخص نیست.

بر اساس گزارش مؤسسه جوانا بریگز (۲۰۰۴) هیچ‌گونه مداخله دارویی وجود ندارد که به‌صورت بالقوه مفید باشد. برخی داروها مانند سایمتیکون هیچ‌گونه تأثیری بر کولیک ندارند درحالی‌که سایر داروها ازجمله داروهای آنتی‌کولینرژیک و متیل اسکوپولامین ممکن است مضر هم باشند. درزمینه مداخله‌های رژیم غذایی، مطالعات مختلف احتمال مفید بودن چندین مداخله را نشان داده‌اند (ازجمله استفاده مادران شیرده از رژیم غذایی که حاوی مواد آلرژی‌زای کمی است، استفاده از شیرری که حاوی مواد آلرژی‌زای کمی است، جایگزین کردن شیر سویا، استفاده از محلول ساکاروز جهت تسکین کوتاه‌مدت) در برخی دیگر از مداخله‌های غذایی هیچ‌گونه اثر مفیدی نشان داده نشده (مانند حذف شیر گاو از رژیم غذایی مادر شیرده، استفاده از شیر کم‌لاکتوز یا مکمل لاکتوز، استفاده از مواد غذایی

غنی شده از فیبر). از جمله مداخله‌های رفتاری که انجام آنها احتمالاً مفید است کاهش تحریک و بهبود پاسخ‌دهی والدین است درحالی‌که یافته‌ها نشان داده‌اند انجام کارهایی از قبیل بیشتر بغل کردن کودک، ماشین‌سواری و مشاوره متمرکز بر والدین هیچ‌گونه تأثیری در رفع کولیک کودک ندارند. متخصصان کودک باید توصیه کنند که برای حل مشکل کولیک، خانواده‌ها ابتدا با متخصص اطفال مشورت کنند، باین‌حال داشتن آگاهی از مداخله‌های مؤثر، بی‌اثر و یا حتی مضر می‌تواند به متخصصان کمک کند جهت همکاری با خانواده‌های کودکان مبتلا به کولیک آمادگی داشته باشند.

گریه بیش‌ازحد یا گریه ناشی از کولیک

بیش از دو ساعت است که ماندانا به صدای گریه لیدا، دختر ۶ هفته‌ای اش گوش می‌کند. ماندانا احساس ناراحتی و سرخوردگی می‌کند زیرا پوشک لیدا را عوض کرده، آروغ او را گرفته و سعی کرده به او غذا بدهد. وقتی ماندانا متوجه می‌شود به شدت تحت فشار است و نیاز به یک استراحت کوتاه دارد لیدا را در تخت خوابش می‌گذارد، دوربین مداربسته برای نظارت بر کودک را روشن می‌کند (البته صدای دستگاه را خاموش می‌کند) و در اتاق لیدا را می‌بندد. ماندانا تصمیم می‌گیرد چنددقیقه‌ای را به خودش اختصاص دهد، بیرون از اتاق قدم بزند، در پاسیو بنشیند و یک فنجان چای گرم بنوشد. بعد از ۱۵ تا ۲۰ دقیقه ماندانا احساس بهتری دارد و به اتاق لیدا برمی‌گردد تا به او سر بزند. اگرچه لیدا همچنان گریه می‌کند ولی ماندانا به خودش یادآوری می‌کند که این شرایط دشوار، در بیشتر کودکان وجود دارد و امیدوار است که ظرف چند هفته آینده کاهش یابد.

علاوه‌براین پیشنهادها، یکی دیگر از منابعی که به ارائه توصیه‌هایی در این زمینه می‌پردازد، برنامه دوره گریه بنفش، (آدرس اینترنتی <http://www.purplecrying.info>) است. این برنامه و وب‌سایت توسط مرکز ملی مطالعه "سندرم بچه‌های تکان‌خورده" ایجادشده و به والدین پیشنهادهایی می‌دهد تا به آنها کمک کند بتوانند با استرس‌های ناشی از کودک مبتلا به کولیک کنار بیایند. اطلاعات این وب‌سایت نشان می‌دهد که ابتلا به کولیک در کودکان امری رایج و معمول است هرچند شدت آن در کودکان متفاوت است. همچنین این مؤسسه به ارائه راهبردهایی می‌پردازد که والدین می‌توانند از این راهبردها