

شب‌اداری کودکان

شاید یکی از بدترین اثرات شب‌اداری بچه‌ها مسائل اجتماعی است که بوجود می‌آورد. بچه‌هایی که شب‌اداری دارند نمی‌خواهند شبها مهمان باشند و باید سخنان نیشدار و از روی عدم آگاهی اطرافیان و والدینشان را تحمل کنند. شب‌اداری چگونه جلوگیری میشود؟ آیا هیچ کمک دارویی در این رابطه وجود دارد؟ چه رفتاری در بهبود این بچه‌ها مفید است؟ این مقاله بحثی است راجع به چگونگی ارزیابی جامع و روش‌های دارو درمانی و رفتار درمانی در این بچه‌ها.

مسئله شب‌اداری مدتها مورد توجه اطباء و سایر کسانی که به‌مناسبت شغلشان با بچه‌ها کار می‌کنند بوده است. بحث درباره‌ی منشأ پاتولوژیک این مسئله منجر به پیدایش فرضیه‌ها و راه‌های درمانی شده است ولی علیرغم ثنوریها و

روشهای درمانی مختلف هنوز هم شب‌ادراری یک مسئله مهم دوران کودکی است و نه تنها بر روی بچه‌ها بلکه بر روابط والدین با بچه و عکس‌العمل‌های فامیلی اثر می‌گذارد.

تعریف و تقسیم بندی

شب‌ادراری فونکسیونل عبارت از خیس کردن بستر بطور مداوم بدون وجود ضایعه اورولوژیک یا نورولوژیک است. بروز این شب‌ادراری در اول تقریباً در دخترها و پسرها مساوی است ولی در بچه‌های بالاتر از یازده سال در پسرها تقریباً دوبرابر دخترها دیده می‌شود.

این شب‌ادراری در ۱۵ درصد بچه‌های ۵ ساله وجود دارد و بعد از آن کاهش یافته و در بچه‌های ده ساله به حدود ۵ درصد و در بچه‌های ۱۲ تا ۱۴ ساله به حدود ۲ درصد میرسد.

بر اساس تاریخچه خیس کردن بستر شب‌ادراری فونکسیونل را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد: در نسوع اول یا نوع مداوم بچه هیچوقت نمیتوانسته ادرار خود را در شب کنترل کند در حالیکه در نوع دوم یا اکتسابی بچه حداقل شش ماه قبل از اینکه شروع به خیس کردن بستر خود بکند قادر به کنترل خود بوده است. شب‌ادراری در ۸۵ درصد بچه‌های جوان از نوع اولیه است ولی این نسبت با افزایش سن کاهش می‌یابد و در بچه‌های ۱۲ تا ۱۴ ساله حدود ۵۰ درصد می‌شود. تشخیص شب‌ادراری فونکسیونل اولیه از ثانویه، از نظریش آکنهی فاقد ارزش است.

در مورد اینکه از چه سنی خیس کردن بستر را می‌توان شب‌ادراری حساب کرد اتفاق نظر وجود ندارد ولی بجهای که شب‌ادراری دارد را اغلب

میتوان از سه سالگی تشخیص داد. اینکه یک بچه در یک سال مشخص بدون درمان سیستمیک به احتمال چند درصد دیگر بسترش را خیس نمی‌کند متفاوت است و بستگی به سن بچه دارد. میانگین بهبود خود بخودی در بچه‌های ۷/۵ تا ۱۲ ساله ۱۳/۵ درصد است. در یک مطالعه که بر روی ۱۱۲۹ نفر انجام شد این نسبت را در افراد ۵ تا ۱۹ ساله ۱۴ تا ۱۶ درصد گزارش کرده‌اند. واضح است که بدون درمان تعداد قابل توجهی از بچه‌های در هر گروه سنی به علت شب‌ادراری موجب توجه والدینشان قرار می‌گیرند و از این بابت احساس خجالت و ناراحتی میکنند.

عامل

شب‌ادراری به عنوان یک بیماری شناخته شده و یک عامل واحد هم‌که تمام موارد را در بر بگیرد کشف نشده است. علل پیشنهاد شده شامل عدم بلوغ سیستم عصبی مرکزی، اشکال فیزیولوژیک مثانه، کمی ظرفیت عملی مثانه و استرس‌های محیطی می‌باشد. سه نظریه مختلف هم آنرا معلول سرباز کردن ناراحتی‌های روانی عمیق بودن خواب و با اشکال تربیتی میدانند.

ناراحتی روانی

اگر چه گاهی فکر می‌شود که شب‌ادراری یک علامت ناراحتی روانی است ولی این ادعا ثابت نشده است و مطالعات انجام شده نتوانسته است ارتباط مثبتی بین شب‌ادراری و سندرم

بچه‌هايشان بسترشان را خيس مي‌کرده‌اند. جالب اينکه فقط ۴۸ درصد والدين بچه‌هاي شب ادرار درصديافتن راه حل طبي براي بچه‌هايشان بوده‌اند.

عمق خواب، تحريك پذيري

رابطه بين چگونگي نوع خواب با شب ادراري مشخص شده است اگر چه اطلاعات بدست آمده متفاوت و نتيجه‌گيري‌ها آرميشي‌اند، والدين بچه‌ها و متخصصان معتقدند که عميق بودن خواب "خواب با امواج آهسته" در شب ادراري تاثير زيادي دارد. در حقيقت چندين مطالعه نشان داده‌اند که هم عمق خواب " که ازروي نوع الکتروانسفالوگرافي مشخص ميشود" وهم ميزان تحريك پذيري "که با سهولت بيدار شدن بچه‌اندازه گيري مي‌شود" در شب ادراري موثرند بطور خلاصه ادرار کردن در تمام مراحل خواب به جز خواب REM به وقوع مي‌پيوند.

Kales و همکارانش ثابت کرده‌اند که مرحله‌اي از خواب که در آن ادرار کردن به وقوع مي‌پيوندد آن مرحله‌اي است که بيشترين قسمت خواب بچه را تشکيل مي‌دهد. بچه‌هاي کوچکتر بيشترين قسمت خوابشان از مراحل عميق تر خواب تشکيل شده "مراحل ۳ و ۴" مشاهدات انجام شده نشان مي‌دهد که با افزايش سن شب ادراري در مراحل سبکتر خواب بوقوع ميبويند اين مسئله بخصوص در بچه‌هائي که شب ادراريشان به علت زياد بودن حجم ادرار است صدق مي‌کند: اتساع مثانه اگر براي بيدار کردن از مرحله ۴ خواب کافي نباشد ممکن است براي بيدار کردن از مراحل ۲ يا ۳ خواب کافي باشد.

رواني خاص يا انحراف خاص در رفتار و عادات بچه‌ها پيدا کنند ولي بعضي ارتباط‌هاي مثبت هم، در شب ادراري و رفتارهاي غير طبيعي کوشه گيري پسرها، انحرافات رفتاري دخترها و ازهم کسيختگي‌هاي خانوادگي پيدا شده است.

عليرغم شواهدی که نشان مي‌دهد که شب ادراري به علت اختلالات رواني خاصي نيست، مطالعاتي که اخيرا" در مورد عقیده والدين بچه‌ها در مورد شب ادراري شده نشان داده است که بيش از یک سوم والدين "چه والديني که بچه‌هايشان شب ادراري دارند و چه آنها که بچه‌هايشان شب ادراري ندارند" عقیده دارند که اين مسئله يک علت رواني دارد و والدين علت جسمي را بعد از علت رواني و سنگين بودن خواب اين بچه‌ها قرار مي‌دهند. "جدول ۱"

جدول ۱: عقیده والدين درباره علت شب ادراري بچه‌ها:

علائم ذکر شده	درصد والدين بچه‌ها شب ادرار	درصد والدين سالم بچه‌ها
مسائل رواني	۳۵/۵*	۲۶/۵
مشکلي خواب	۲۸/۲	۲۴/۳
مسائل جسمي	۲۱/۴	۲۲/۶
تابيلي	۲۸/۲	۱۶/۵
کوچکي مثانه	۱۰/۷	۷/۶

درصدها بيش از صد مي‌شود چون بعضي از والدين بيش از یک علت را ذکر مي‌کردند.

در مقابل يازده درصد از والديني که بچه‌هاي سالم دارند سي و دو درصد والدين بچه‌هائي که شب ادراري داشتند خود در گذشته مشـ

کنترل این مسئله می‌تواند بدست آید. عموماً " بر بودن مثانه به عنوان محرکی تعریف شده که در یک بچه سالم خصوصیات خاصی پیدا کرده که منجر به بیدار شدن و ادرار کردن وی میشود. در بچه‌های شب ادرار مثانه بر این خصوصیات را بدست نیاورده‌است.

ارزیابی

ارزیابی دقیق بجهای که شب ادراری دارد باید شامل آزمایش و معاینه کلینیکی و ثبت عادات و رفتار مربوط به این عمل بشود.

آزمایشات طبی

گرفتن ادرار برای کشت و تجزیه آزمایش علائم پاتولوژیک مثل قطره قطره آمدن ادرار- سوزش ادرار- پر ادراری - احساس شدید و ناگهانی دفع ادرار- غیر طبیعی بودن شدت و اندازه جریان ادرار.

کمک گرفتن از ارزیابی‌های رادیولوژیک، اگر علائم پاتولوژیک وجود دارد.

معاینه کلینیکی

بدست آوردن اطلاعات درباره تاریخچه شب- ادراری و درمان‌های قبلی. زمان خیس کردن "در طول روز یا شب". تعداد دفعات خیس کردن بستر در شب. ظرفیت مثانه. قدرت نگهداری

بهرحال سایر گزارشات به شب ادراری بعنوان اختلال خواب یا امواج کوتاه نگاه نمی‌کنند، بعضی از محققان دریافته‌اند که شب ادراری در اوائل شب بوقوع نمی‌پیوندد "در طی مراحل ۳-۴ خواب" بلکه بطور یکسان در زمانهای مختلف خواب صورت میگیرد. در حال حاضر ارتباط بین شب ادراری، عمق خواب و قدرت تحریک پذیری محتاج به مطالعات بیشتر است.

یادگیری

پیروان این نظریه
(The Learning
Behaviour School of Thought)

بر نقش تربیت و آموزش در شب ادراری فونکسیونل و مساعدت این اختلال بر نارسایی عادت، کافی نبودن تجربیات آموخته شده و پایداری و استحکام نامناسب در این بچه‌ها تاکید می‌کنند. بطور خلاصه نحوه بر خوردی که اثر یادگیری و عاداتی را در این مسئله دخیل می‌داند و می‌کوشد شرایط محیط اطراف کودک، را نظم و ترتیب دهد بطوریکه پاسخ مقتضی با



- ۲- از نظر زمان " در طول روز، در طول شب باهر دو" و تعداد دفعاتی که روی میدهد.
- ۳- وجود سایر مشکلات از این قبیل
- ۴- تاریخچه پزشکی خانوادگی.

۵- شرایط محیط خانه و خانواده. تعداد دفعاتی که فرد خود را خیس میکند و تخمین حجم منانه و کنترل اسفنکتر منانه در تعیین شدت مسئله احتیاج به آزمایشات دقیق تر ونحوه پیشرفت و نحوه بلوغ بچه کمک می کند.

سئوالاتی درباره اثرات آموزش ادرار کسردن حوادثی که با مسئله شب ادراری ارتباط دارند و حساسیت بچه به درمان های قبلی ممکن است ناامیدی های قبلی بچه ووالدین او را آشکار کند. مسائل دیگری که ممکن است مزاحم درمان شوند از قبیل عدم اجرای دستورات قبلی یا فعلی باید سؤال شوند. از آنجائیکه رفتارهای حمایت کننده والدین و تحمل خیس کردن بستر اثرات مثبتی در موفقیت درمان دارند، و بر عکس مسائل بین پدر و مادر و مشکلات خانوادگی منجر به شکست درمان می شوند. باید در مورد طرز برخورد والدین و نوع محیط عمومی خانه اطلاعاتی بدست آورد.

رفتار- ثبت رفتار و عادات بچه میتواند توصیف با ارزشی از نحوه خیس کردن، خط کلی ارزیابی ها یا درمانهای قبلی و ارزیابی همکاری والدین را بدست دهد. تعداد دفعات خیس کردن بستر در شب، زمانی که خیس کردن صورت میگیرد، اندازه لکه های خیس طرفیت منانه، قدرت نگهداری ادرار هم باید ثبت شوند. دو مورد اخیر میتوانند با اندازه گیری و ثبت میزان ادرار دفع شده بر حسب میلی لیتر تخمین زده شوند.

ادرار. وجود سایر مشکلات رفتاری محیط خانه و خانواده.

ثبت رفتار

نکات زیر باید ثبت شود:

تعداد دفعاتی که ادرار در شب صورت میگیرد زمانی که فرد خودش را خیس می کند. اندازه لکه خیس "مقدار ادرار" ظرفیت منانه. قدرت نگهداری ادرار.

آزمایش طبی

در آزمایشات طبی بیمار از نظر عصبی و همچنین مجاری ادراری بررسی میشود. آزمایش کامل "تجزیه" و کشت ادرار روش استاندارد بررسی عفونت و بیماریهای مجاری ادرار و کلیه ها هستند.

علائمی که بیمار دارد ممکن است احتیاج به آزمایشات رادیولوژیک را خاطر نشان کند. این موارد شامل اندازه و شدت غیر عادی جریان ادرار، خروج قطره قطره ادرار در طول روز سوزش ادرار، بیراداری، احساس سدی و ناگهانی دفع ادرار و عدم توانائی در نگهداری ادرار میباشد.

معاینه کلینیکی

معاینه کلینیکی باید اطلاعاتی در ۵ مورد خاص بدست دهد:

۱- تاریخچه شب ادراری و درمانهایی که قبلاً انجام شده.

درمان - هم دارو درمانی وهم رفتار درمانی
در درمان شب ادراری مورد استفاده قرار میگیرند
و در بعضی موارد هم تواما " بکار می روند .

دارو درمانی

اکثر داورهائی که در درمان شب ادراری
فونکسیونل مصرف میشوند قدرت اثر محدودی
دارند . تحقیقات کنونی متوجه محرکهای سیستم
عصبی مثل آمتامین ها و ضد افسردگی سه
حلقه ای مثل ایمپیرامین میباشند . بطور کلی
بنظر میرسد ایمپیرامین با مقادیر ۲۵ تا ۷۵ میلی
گرم " بسته به سن و وزن بیمار " موثرتر از پلاسبو
است . افزایش قدرت کنترل ادرار در طی هفته
اول پس از تجویز دارو در ۸۵ درصد موارد گزارش
شده است . گزارشات در مورد کنترل کامل ادرار
در طول درمان از ۱۰ تا ۳۰ درصد متفاوت است
اما فقط ۵ تا ۴۰ درصد بیمارانی که کنترل کامل
ادرار پیدا کردند بعد از قطع دارو همچنان سالم
ماندند . مطالعات دیگر هم یافته های قبلی را
تائید کرده اند و اثر ضد شب ادراری ایمپیرامین
و هم چنین دزیپرامین را نشان داده اند . با وجود
اینکه دارو درمانی با این داروها نتایج بهتری
نسبت به افراد کنترل بدست داده است ولی
اثرات درمان کامل در اثر مصرف این داورها
فقط در ۳۳ تا ۵۵ درصد موارد دیده
شده است . در این نحوه درمان اثر محرک روانی
ایمپیرامین بروز نمیکند و بطوریکه گزارش شده
است والدین بیماران تغییر روانی در طول
درمان فعال در بچه هایشان گزارش نکرده اند و
پسرهای با یا بدون اختلالات روانی بطور مساوی
به درمان پاسخ دادند .



بنابر این تجربیات نشان میدهد که ایمپیرامین
در رهائی موقت از شب ادراری با ارزش است اما
ادامه استفاده از این دارو فقط وقتی موجه است که
بیمار به علت این اختلال فوق العاده در رنج
باشد و سایر روشهای درمانی سیستماتیک با عدم
موفقیت روبرو شده باشند . برای اینکه بچه ها
دارو را با نظم خاصی مصرف کنند هر سه ماه یک
دفعه دارو را باید به منظور ارزیابی بیمار و تصمیم
در مورد کافی بودن یا ادامه درمان قطع کرد

رفتار درمانی شب ادراری فونکسیونل جدها شامل روش‌های مختلفی است از جمله

- ۱- بکار بردن زنگ مخصوص ادرار کردن ۲- تمرین انبساط دادن مثانه و نگهداری ادرار
- ۳- محدودیت مصرف مایعات ۴- بیدار شدن بطور متناوب ۵- تمرین بستر خشک " در یک دوره تمرینی شدید مجموعه‌ای از این روش‌ها بکار گرفته میشود. این روش‌ها از نظر موفقیت درمانی درجات متفاوتی دارند و از آنجائیکه استفاده از زنگ اجمالاً " بهترین روش رفتار درمانی شب ادراری میباشد در اینجا منحصراً "

ویا به لباس خواب دوختن همیشه و... وقتیکه بچه ادرار می‌کند به وسیله دستگاه بیدار میشود و آنرا خاموش میکند و از بیشتر ادرار کردن در رختخواب خودداری میکند. سپس اطلاعات مورد نیاز در این مورد رایاد داشت میکنند " ساعتی که بیدار شده - اندازه لکه خیس و مقداری که ادرار کرده است. " لباس‌های خواب را عوض میکند و دوباره میخوابد. ثبت نحوه خیس کردن بستر توسط خود بیمار بخش مهمی از درمان را تشکیل میدهد. چون این کار شرکت بیمار را در درمانش بیشتر کرده و آگاهی در مورد نحوه خیس کردن بستر را نیز بیشتر میکند. در مطالعاتی که برای مرور اثرات این روش انجام شد دریافتند که بطور متوسط ۷۵ درصد بچه‌هایی که



راجع به این روش صحبت میشود و سایر روش‌های رفتار درمانی ایربیماری که بنوبه خود جالبند بحث نخواهد شد. زنگ شامل دستگاهی است که به ادرار حساس است و به یک زنگ یا چیزی که صدا بدهد یا به محرک نوری و یا به هر دو "هم زنگ و هم محرک نوری" وصل میشود. دستگاه در رختخواب گذاشته میشود

اکثراً " بین ۵ تا ۱۴ سالگی بودند در طول ۵ تا ۱۲ هفته درمان بهبود یافتند. بطور متوسط ۴۱ درصد بیماران دوباره به حال اول برگشتند و ۶۸ درصد بچه‌هایی که دوباره درمان شدند بهبود یافتند.

در کلینیک مایو از سال ۱۹۷۱ برای درمان شب ادراری فقط از روش زنگ استفاده میشود

شب ادراری ابتدائی که شیوع آن به عامل وراثت بستگی دارد به این دلیل حاصل می شود که تحریک حاصله از بر شدن مثانه از ادرار در شب، برای بیدار کردن کودک و ادرار در موقع مناسب ضعیف است.



سنگان ۹ سال و متوسط دوره درمانشان ۱۴ هفته بود. نتایج بررسی مجدد هم با تلفن کردن به ۲۱۲ نفر از این بیماران بدست آمده که ۹۱ درصد افراد این گروه را تشکیل می دهند.

تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از بچه هائی که شب ادراری از نوع اولیه داشتند نشان داد که ۷۵ درصد این بیماران در طول بیش از ۳ هفته بعد از اتمام دوره درمان شبها بسترشان را خیس نمی کرده اند و در حدود ۱۵ درصد این بچهها بمدت ۲ تا ۳ هفته بعد از درمان شب ادراری نداشته اند. در تلفن هائی که بعد از دو سال برای کنترل این بچهها صورت گرفت نشان داده شد که ۸۰ درصد این بچهها در ۹۸ تا ۱۰۰ درصد شبها بسترشان را خیس نمی کرده اند و حدود ۴۰ درصد تا پایان دوره درمان شب ادراری از نوع ثانویه داشتند بعد از اتمام دوره درمان نتایج از این قرار است:

بعد از بررسی مجدد بعد از دو سال ۷۰ درصد این بچهها در این مدت از ۹۸ تا ۱۰۰ درصد شبها بسترشان را خیس نمی کرده اند سایر محققان هم دریافته اند که زنگ موثرتر از سایر روشها از جمله بیدار شدن در طول شب، استفاده از قرصهای پلاسبو، درمان نکردن، نصیحت کردن، درمان با ایمپیرامین و تمرین دادن برای نگهداری ادرار می باشد.

است برای مقایسه نتایج این روش با گزارشات که در مقالات گزارش شده بودند ۳۰۰ مراجعه کننده متوالی این مرکز برگزیده و مورد بررسی قرار گرفتند. بعد از حذف بیمارانی که بالغ بودند بیمارانی که در طول روز بی اختیاری ادرار داشتند و بیمارانی که به توصیه های درمانی عمل نکرده بودند ۲۳۴ بیمار درمان شده باقی ماندند این گروه شامل ۱۶۸ پسر و ۶۷ دختر بود که متوسط



بیشرفت در درمان ، ارزیابی بیمار ، تعیین لزوم دوباره دیدن بیمار در مطب و یا تغییر و اصلاح برنامه اولیه استفاده کرد .

دلایلی که می‌توانند باعث عدم موفقیت در درمان با زنگ یا سایر روش‌های درمان شب‌اداراری بشوند در جدول ۲ نشان داده شده‌اند .

جدول (۲): دلایلی که می‌توانند موجب نقص درمانی با زنگ یا سایر روش‌های درمانی شب‌اداراری بجهما بشوند .

عدم اجرای دستورات
ترس از زنگ
عدم موافقت والدین در مفید بودن درمان
مسائل مالی
کم شدن انگیزه اجرای دستورات
از هم گسیختگی خانوادگی

عدم اجرای دستورات از طرف والدین شایع ترین علت نقص درمانی است و این مسئله می‌تواند با آموزش و راهنمایی دقیق ، کنترل استفاده صحیح از دستگاه تشویق و سرکشی به آن‌ها بوسیله افراد متخصص در این امر اصلاح شود . والدین باید زنگ دستگاه رایه‌حدی بلند بگذارند که برای بیدار کردن بجه‌کافی باشد . گفتن شرح حال دقیق و ارزیابی رفتارهای بجه ممکن است عادات دیگر را هم روشن کند ، مثلاً " ترس از تاریکی ، ترس از دستشویی ، عدم اجرای دستورات قبلی که این مسائل قبل از استفاده از برنامه زنگ احتیاج به درمان دارند .

مصرف همزمان داورهای محرک درصد بهبود را افزایش نمیدهد و در کوتاه کردن مدت درمان هم تاثیری ندارد . در روش درمان بازنگ علائم نارسانای رفتاری بیمار هم که با چگونگی شخصیت لیست کنترل علائم رفتاری ارزیابی و مقایسه‌ای که معلم بجه می‌کند ، اندازه‌گیری شد ، کاهش داشته است . بنابر این در ملاقات‌های در مطب برای ارزیابی ، نحوه تطابق با این روش درمانی ، ثبت چگونگی تاثیر درمان ، تشویق و کمک کردن آن‌ها مفید است .

اگر ارزیابی اولیه از بیمار جامع بوده و ملاقات های حضوری امکان پذیر نباشد می‌توان بوسیله تلفن یا نامه به جای ملاقات در مطب با خانواده بیمار تماس داشت . از منشی مطب هم می‌توان در ثبت نحوه



در این مورد شعار "بچه‌ها اینست: انتخاب جمع و جورترین کتابها با درشت‌ترین حروف با موضوعات ساده و سر راست." ۱۵- در مورد کودکان "یاغی و سرکش" کتابفروش غالباً کتابهایی در مورد برخی حیوانات، هواپیما و فضاوردی و انواع شوخیها پیشنهاد میکند تا بتدریج بسوی موضوعات جدی‌تری راهگشائی گردد.

۱۶- کتابهایی با سرگرمیهای ساده علمی و کتابهای علمی - تخیلی، علاقه و توجه گروه‌کنیری از کودکان را جلب میکند.

۱۷- آشناساختن کودکان با کتابهای جدید و نوزاده مطلبی است شایان توجه و آنها را از چهار چوب یک سری کتاب که با آن خو گرفته‌اند خارج ساخته افق دید و مطالعه شانرا وسیعتر میکند.

۱۸- فعالیت و جهت دهی سازمانهایی نظیر کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان در تنظیم لیست‌هایی بصورت سه ماهه، ششماهه و سالانه جهت معرفی کتب مناسب سودمند میتواند باشد و زمینه‌سازی جهت حرکت باید طوری باشد که



موجب ایجاد مشکلاتی در جهت استهلاک هزینه‌های کتب و نشریات میگردد و موجب میشود که تعدادی کتاب و نشریه زودتر از حد مناسب از گردونه خارج شوند.

۲۱- گاهی وحتى میتوان گفت اکثر کتابهای مربوط به کودکان ترجمه از زبانهای خارجی است که در این خصوص باید تفاوت و اختلاف از لحاظ فرهنگ کشورها در مد نظر گرفته شود تا متن قابل استفاده و مناسب باشد.

۲۲- در کتابفروشیها و نمایشگاهها کتابهای مخصوص کودکان باید در محوطه نسناً جمع و جور و روشنی چیده شود تا کودکان بتوانند بسهولت به عناوین کتابها دسترسی پیدا کنند و مرور نمایند.

۲۳- همانگونه که قبلاً گفته شد، اولیاء در انتخاب کتاب برای کودکان نباید برخاطرات خود تکیه کنند بلکه باید زحمت تفحص درباره کتابها و مطالب جدید و نو مربوط بکودکان را بخود بدهند تا به هدف گشودن درب دنیای سحر آسای کتاب برای خود و اولاد خود، توفیق یابند.

بتدریج از متون پیش پا افتاده و ساده خارج شده و بسوی متون غنی تر و بیچیده‌تری رهنمون شوند.

۱۹- گاهی پیشنهاد میشود که دوره‌های کوتاه مدت برای فروشندگان کتاب ترتیب داده شود تا اطلاعات لازم را درباره کتابها ونحوه معرفی آنها به خریداران بدست آورندگو اینکه کاتالوگهای ناشرین تا حدودی در همین جهت عمل میکند. منتهی ایجاد هماهنگی بین این دو مسئله ایست واجد اهمیت و گاهی تعارض بین ملاحظات تربیتی از یک طرف و ملاحظات تجارتنی از سوی دیگر بشدت مطرح میشود.

۲۰- دلبستگی به مطالب نو