

آموزش به دانش آموزان دارای آسیب‌های

ترجمه: منصوره قربانی روچی

کارشناس ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی

ناشی از ضربه مغزی و دیگر ناتوانی‌های نادر

مفاهیم اساسی در مورد آسیب‌مغزی ناشی از ضایعه:

آسیب‌مغزی ناشی از ضایعه^۱ به طبقه‌های قانون آموزش افراد با ناتوانی‌ها^۲ در سال ۱۹۹۰ اضافه شد. این وضعیت در قانون چین تعریف شده: *آسیب اکتسابی مغز به علت نیروی جسمانی خارجی که باعث ناتوانی کارکرد کلی یا جزئی یا آسیب‌روانی اجتماعی و یا هر دو می‌گردد که تأثیرهای معکوسی در عملکرد تحصیلی کودک دارد.*

این واژه برای آسیب‌های آشکار و پنهان سر که باعث آسیب‌هایی در یک زمینه یا بیشتر مانند شناخت، زبان، حافظه، توجه، استدلال، تفکر انتزاعی، قضاوت، حل مسأله، توانایی‌های حسی، ادراکی و حرکتی، رفتار روان شناختی، کارکردهای جسمانی، فرآیند اطلاعاتی و گفتاری می‌شود، به کار می‌رود. این واژه شامل آسیب‌های مغزی که مادرزادی حاد یا ناشی از ضایعه تولد هستند، نمی‌باشد (قانون آموزش افراد با ناتوانی، ۱۹۹۷).

آسیب‌مغزی ناشی از ضایعه، شایع‌ترین علت مرگ و ناتوانی میان کودکان در ایالات متحده آمریکا است. هر ساله بیش از یک میلیون کودک از این آسیب رنج می‌برند و بین ۹ تا ۳۸ درصد این دانش‌آموزان به خدمات آموزشی ویژه ارجاع داده می‌شوند (کیسرمارکوس^۳ و همکاران؛ ۲۰۰۲). در سال تحصیلی ۲۰۰۰-۱۹۹۹، حدود ۱۴ هزار دانش‌آموز به علت آسیب‌مغزی ناشی از ضایعه، از برنامه‌های آموزشی ویژه خدمات می‌گرفتند (دفتر آموزش ایالات متحده، ۲۰۰۱). این موضوع بدین معناست که بسیاری از کودکانی که از آسیب‌مغزی ناشی از ضایعه رنج می‌برند در آموزش

ویژه نیستند و حتی مهم‌تر اینکه، معلمان کلاس‌های عادی این ناتوانی را درک می‌کنند. آسیب‌مغزی ناشی از ضایعه می‌تواند علت‌های گوناگونی از جمله افتادن‌ها، تصادف‌های موتوری و حتی خشونت داشته باشد. همچنین می‌تواند به علت کمبود اکسیژن هنگام تولد، عفونت، تومور و سکته‌مغزی نیز باشد (گارسیا، کرانکوفسکی و جونز^۴، ۱۹۹۸). نقص‌های اجتماعی هیجانی و شناختی ناشی از آسیب‌ممکن است مدت‌های طولانی حتی پس از بهبود توانایی‌های جسمانی همچنان ادامه داشته باشد.

دانش‌آموزان با آسیب‌مغزی ناشی از ضایعه، میزبانی نشانه‌های مهم و نا امیدکننده را تجربه می‌کنند. ناتوانی در تمرکز وجود دارد. حافظه کوتاه مدت تحت تأثیر قرار دارد، اعتماد به نفس فرد ضعیف می‌شود، عزت نفس کاهش می‌یابد، تغییرات شخصیتی، ... خانواده و دوستان تحت تأثیر قرار می‌گیرند (اینفوزینی^۵، ۱۹۹۴، صفحات ۴ و ۵). معلمان باید در مقابل کوچک کردن یک آسیب‌موضع بگیرند چرا که هیچ مدرک مشاهده شده‌ای را ارایه نمی‌دهند و بسیاری از کودکان رفتارهای خاصی را از خود نشان نمی‌دهند. پیش‌آگهی بهبود به متغیرهای زیادی بستگی دارد. در ابتدا، تحت تأثیر «نوع آسیب و سرعت و کیفیت مراقبت‌های پزشکی و جراحی» قرار دارد (پیگ^۶، ۱۹۹۱، صفحه ۱۹۷). سپس بستگی به ماهیت مداخله آموزشی و توان‌بخشی دارد. بعضی از دانش‌آموزان با آسیب‌مغزی ناشی از ضربه، دانش‌آموزان موفق می‌شوند، در حالی که برخی دیگر آسیب‌های طولانی مدت ناشی از آسیب خود را خواهند داشت (جدول ۱).

جدول ۱. ویژگی‌های مزمن آسیب‌مغزی ناشی از ضایعه

تأثیرات احتمالی	زمینه عملکردی
<p>خستگی و توان کاهش یافته</p> <p>حمله‌های صرعی</p> <p>سردردها</p> <p>مشکلاتی در کارکردهای گوناگون (مانند رشد، خوردن، درجه حرارت بدن)</p>	<p>جسمانی / پزشکی</p>
<p>مشکلات شنیداری (مانند آسیب حسی و یا انتقالی)</p> <p>مشکلات بینایی (مانند تاریبندی، نقص‌های میدان دید)</p>	<p>حسی</p>
<p>مشکلات حافظه (مانند ذخیره و بازیابی)</p> <p>مشکلات توجه</p> <p>نقص‌های هوشی</p> <p>مشکلات استدلال و حل مسأله</p>	<p>شناختی</p>
<p>مشکلات بازیابی کلمه</p> <p>مشکلات حرکتی - گفتاری (مانند نارساگویی عضوی)</p> <p>نقص درک زبان (مانند مشکل شنیدن)</p> <p>مشکل فراگیری کلمه جدید و یادگیری مفاهیم جدید</p> <p>رفتار کلامی نامناسب اجتماعی</p>	<p>مرتبط با زبان</p>
<p>مشکلاتی در برنامه‌ریزی، سازمان‌بندی، حل مسأله و عدم بازداری</p> <p>بیش‌فعالی</p> <p>تکانشگری</p> <p>نقص خودفرمانی</p> <p>کمک نکردن یا بی‌تفاوتی</p> <p>ناتوانی در تشخیص آسیب به یک فرد</p>	<p>رفتاری / هیجانی</p>

برگرفته از آسیب مغزی ناشی از ضایعه در کودکان و نوجوانان: مرجعی برای معلمان و دیگر کادر مدرسه (صفحه ۷۲ و ۷۱) توسط ام. پی.

میرا، بی. اف. تاکر و جی. اس. تایلر^۷، ۱۹۹۲).

مفاهیم اساسی در مورد مشکلات سلامتی نادر

و ناتوانی‌های جسمی

آسم

- هنگامی که پزشک دانش‌آموز اسپری یا رطوبت زدا را توصیه می‌کند، آنها را برای کلاس معرفی کنید.
 - در ایجاد خودپنداره در دانش‌آموز تلاش کنید.
 - توجه دانش‌آموزان کلاس را به ماهیت واکنش‌های حساسیتی معطوف کنید.
 - از آنجایی که غیبت‌های مکرر ممکن است اتفاق بیفتد، یک نظام مؤثر برای کمک به دانش‌آموز در انجام تکلیف مدرسه فراهم کنید.
- آسم شایع‌ترین بیماری مزمن در کودکان است که تقریباً ۳ میلیون کودک و نوجوان زیر ۱۵ سال را تحت تأثیر قرار می‌دهد (انجمن حساسیت و ایمنی شناسی آمریکا، ۱۹۹۱؛ باثرو^۸ و همکاران، ۱۹۹۹). آسم با موارد مکرر سرفه کردن، تنگی نفس و خس خس کردن ناشی از باریک بودن مجراهای کوچک هوایی به علت ریزش لوله‌های برونشیتی به وسیله واکنش‌های حساسیت به مواد مختلف مانند آلودگی هوا و گرده‌ها مشخص می‌شود (مک ایون^۹ و همکاران، ۱۹۹۸). حملات آسم می‌تواند بسیار خطرناک باشد و کارکنان مدرسه باید آن را جدی بگیرند. توصیه‌های خاص به معلمان، موارد زیر می‌باشند:

سرطان کودکی

- سرطان کودکی تقریباً ۱ مورد در ۳۳۰ کودک تا قبل از سن ۱۹ سالگی رخ می‌دهد (مؤسسه ملی سرطان، ۱۹۹۷). سرطان کودکی می‌تواند اشکال مختلفی داشته باشد از جمله سرطان خون لنفاوی، تومورهای دستگاه عصبی مرکزی، تومورهای استخوانی، تومورهایی که چشم‌ها را مبتلا می‌کنند و تومورهایی که اندام‌های مختلف را تحت تأثیر قرار می‌دهد (هلر، آلبرتو، فارنی و شوارتزمن^{۱۰}، ۱۹۹۶).
 - درمان سرطان شامل شیمی درمانی، رادیولوژی، جراحی و پیوند مغز استخوان می‌باشد. برای معلمان و مدیرانی که دانش‌آموزان با سرطان دارند موارد زیر پیشنهاد می‌شود:
 - نگرانی خود را در مورد وضعیت دانش‌آموز به والدین بگویید.
 - در مورد بیماری دانش‌آموز از کارکنان بیمارستان و والدین بیاموزید.
 - در مورد نوع درمان و عوارض جانبی پیش بینی شده تحقیق کنید.
 - دانش‌آموز را برای هر گونه خدمات آموزشی ویژه مورد نیاز ارجاع دهید.
 - برای بیماری علاج ناپذیر و مرگ احتمالی دانش‌آموز آمادگی داشته باشید.
- نشانه‌های ناراحتی تنفسی را بشناسید (گج و نهارت- پریچت^{۱۱}، ۱۹۹۹).
 - مطمئن شوید که دانش‌آموزان به اندازه‌ی کافی دارو یا خود دارند و آنها را در زمان‌های مناسب مصرف می‌کنند.
 - از آنجایی که آنها اغلب خیلی زود خسته می‌شوند، هر زمانی که نیاز است به دانش‌آموزان اجازه دهید که استراحت کنند.
 - هر گونه حساسیت زای شناخته شده‌ی موجود در کلاس را حذف کنید.
 - انواع محدودیت‌های جسمانی را که باید برنامه‌ریزی شوند، مشخص کنید (مانند محدودیت‌فعالیت‌جسمانی خاصی که می‌تواند حملات را کاهش دهد) در غیر این صورت دانش‌آموزان را به بازی کردن و شرکت در فعالیت‌ها تشویق کنید.
 - عوارض جانبی داروی تجویز شده را مشخص کنید.
 - هنگام وقوع حمله آرامش خود را حفظ کنید.
 - زمانی که یک رویداد فروکش می‌کند به دانش‌آموز اجازه دهید که در یک فعالیت بدون استرس شرکت کند.

طبقه بندی و توصیف می‌کند. رویکرد مداخله‌اولیه برای کودکان فلج مغزی بر نیازهای جسمی آن‌ها تمرکز دارد. درمان جسمانی، کاردرمانی و حتی جراحی اغلب جزئی از آن هستند. پیشنهاد‌های ویژه برای معلمان شامل موارد زیر می‌باشد:

- یک محیط کلاسی حمایت کننده را فراهم کنید که در هر برهه از دوره تحصیلی شرکت کننده را تشویق کند.
- فرصت زیادی را برای دانش‌آموزان در حرکت از یک موقعیت به موقعیت دیگر فراهم کنید.
- از دانش‌آموزان بخواهید بیانات کلامی را که درکشان به علت الگوهای گفتاری که دارند سخت می‌باشد، تکرار کنند.
- فعالیت‌های زندگی واقعی زیادی را فراهم کنید.
- شیوه‌ی صحیح نشستن در صندلی یا ویلچر و چگونگی استفاده از تجهیزات سازشی را به دانش‌آموز بیاموزید.
- کارکردها و اجزای ویلچر و هر وسیله‌سازشی ویژه را که ممکن است همراه آن باشد بدانید.
- استفاده از فنون مختلف ارتباط فزاینده را با دانش‌آموزانی که فلج مغزی شدید هستند در نظر داشته باشید (ماسل وایت^{۱۵}، ۱۹۸۷).
- در صورت لزوم، دانش‌آموزان را به استفاده از رایانه‌هایی که به صفحه کلیدهای گسترده تجهیز شده‌اند یا سایر کمک‌های نوشتاری قابل حمل برای یادداشت کردن یا تولید محصولات نوشتاری تشویق کنید.

• برای درک صحیح موقعیت، وضعیت و سایر زمینه‌های کارکرد حرکتی با متخصصان جسمانی و کاردرمانگرها مشورت کنید.

فن همکاری همچنین می‌تواند نقش قابل ملاحظه‌ای در مورد دانش‌آموزان فلج مغزی ایفا کند. نزدیکی به فن روز، وسیله‌ای برای تعیین استفاده از فن همکاری در یک مدرسه خاص را فراهم می‌کند. بعد از تعیین استفاده‌ی آن، کار در مدرسه می‌تواند یک برنامه‌عملی برای انجام حمایت‌های فن همکاری مناسب را فراهم کند.

- بحث و توجه به حوادث آینده را تشویق کنید.
- هنگامی که دانش‌آموز به شدت نیاز دارد، برای صحبت کردن با او در دسترس باشید.
- با معلمان و همشیرگان دانش‌آموز در تبادل اطلاعات درباره موقعیت و وضعیت جاری دانش‌آموز سهیم باشید.
- برای برخورد با موضوع‌های نگران کننده‌ی مرگ و میر دانش‌آموزان آماده‌ی داشته باشید.
- تا آنجا که نیاز است برای کارکنان مدرسه و والدین اطلاعات فراهم کنید (هویدا و مک دوگال^{۱۲}، ۱۹۹۸).
- بازگشت مجدد دانش‌آموز را به مدرسه پس از یک غیبت طولانی آسان کنید.

فلج مغزی

فلج مغزی یک اختلال حرکتی یا وضعیتی ناشی از آسیب مغزی می‌باشد که ماهیچه‌های داوطلب را تحت تأثیر قرار می‌دهد و اغلب منجر به مشکلات عمده در ارتباط و حرکت می‌شود. فلج مغزی نه پیشرونده و نه مسری است (گرش، ۱۹۹۱؛ اسکلیچ کرن^{۱۳}، ۱۹۹۳). بعلاوه در مفهوم عادی کلمه، قابل درمان نمی‌باشد اگر چه تکنولوژی کاربردی، درمان و آموزش به افراد مبتلا به فلج مغزی می‌تواند به داشتن زندگی سازنده کمک کند.



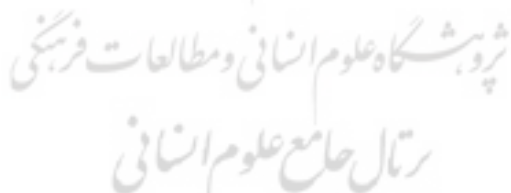
در هر ۱۰ هزار نفر، بین ۶ تا ۱۰ نفر دچار فلج مغزی هستند (ایوز^{۱۴}، ۱۹۹۲). سه روش اولیه برای گروه‌بندی افراد دارای فلج مغزی وجود دارد: نوع (فیزیولوژیکی)، توزیع (توپولوژیکی) و درجه شدت (بیگ، ۱۹۹۱). جدول ۲، انواع مختلف فلج مغزی را

جدول ۲. گروهبندی فلج مغزی

نظام گروهبندی توپوگرافیکی	نظام گروهبندی به وسیله نشانه‌های حرکتی (فیزیولوژیکی)
A. منویلزی: یک دست	A. اسپاستیک
B. پاراپلزی: فقط پاها	B. اتوئید
C. همی‌پلزی: یک قسمت بدن	۱. تشش
D. تری‌پلزی: سه تا دست و پا (معمولاً دو پا و یک بازو)	۲. بدون تشش
E. کوادری‌پلزی: هر چهار دست و پا	۳. اختلال تونوس (اختلال کشیدگی طبیعی عضلانی)
F. دی‌پلزی: پاها نسبت به دست‌ها بیشتر تحت تأثیر قرار دارند.	۴. رعشه
G. همی‌پلزی دوگانه: بازوها بیشتر از پاها درگیرند.	C. انعطاف‌ناپذیری
	D. ناهماهنگی حرکتی
	E. رعشه
	F. فقدان کشیدگی طبیعی عضلانی (بندرت)
	G. آمیخته
	H. طبقه بندی نشده

برگرفته از مفهوم آسیب‌های فیزیکی، جسمانی، حسی و بهداشتی صفحه ۹۵ توسط کی. دبلیو. هلر، پی. ای. آلبرتو، پی. ای. فارنی و

ام. ان. شوارتزمن، ۱۹۹۶.



فیروز کیستی

دانش‌آموز را تا حد زیادی تحت تأثیر قرار می‌دهد. چند پیشنهاد ویژه

- برای برخورد با دانش‌آموزان یا این بیماری ارایه می‌شود:
- دانش‌آموزان کلاس را برای واقعیت‌های این بیماری آماده کنید (مانند سرفه کردن، خلط غیر واگیر، گاز).
- چگونگی پاکسازی مجاری هوا و شش‌های دانش‌آموز را به عنوان کمکی که ممکن است بعد از فعالیت‌های خاص نیاز باشد، بیاموزید.
- داروهایی را که یک دانش‌آموز باید بگیرد، بشناسید و

فیروز کیستی^{۱۶} یک بیماری ارثی جنینی است که باعث ناپهنجاری توده‌ای از مخاط‌ها در سراسر بدن می‌شود و اغلب، شش‌ها و دستگاه گوارش را بیشتر مبتلا می‌سازد. تقریباً یک در دو هزار تولد زنده رخ می‌دهد (هیگل^{۱۷} و همکاران، ۱۹۹۳). به طور میانگین، کودکان با این بیماری تا اواسط دوره نوجوانی زنده خواهند بود. همان‌طور که بیماری پیش می‌رود، شرایط جسمانی و توان

- دستور العمل‌ها را باید بتوانید اجرا کنید (مانند آئیم‌ها و ویتامین‌ها).
- محدودیت فعالیت‌های جسمانی خاص را در نظر داشته باشید.
 - در مورد درمان‌های موجود برای این دانش‌آموزان تحقیق کنید.
 - انجام رژیم‌های ویژه را در صورت لزوم حمایت کنید.
 - فرصت‌هایی را برای دانش‌آموزان فراهم کنید که در مورد نگرانی‌ها، ترس‌ها و احساساتشان صحبت کنند.
 - مطمئن باشید دانش‌آموز در تمام فعالیت‌های کلاسی تا محدودهای که امکان دارد، گنجانده شده باشد.
 - بحث در مورد مرگ و میر؛ دانش‌آموزان را برای نتیجه‌نهایی این بیماری آماده کنید.

دیابت (دیابت جوانی):

- برای تعیین هر گونه نیازهای ویژه‌ای که ممکن است دانش‌آموز داشته باشد با خانواده‌به‌طور منظم ارتباط داشته باشید.
 - تنقلات و ناهار را به‌طور هم‌زمان در هر روز، زمان‌بندی کنید.
 - در قند خون پایین، موقعیتی که دانش‌آموز نیاز دارد قند بخورد، آماده باشید.
 - به دانش‌آموز در برخورد با این بیماری کمک کنید.
 - تمایز بین انسولین بیش از اندازه و انسولین کافی در بدن نداشتن را بدانید. جدول ۳، هر دو وضعیت و واکنش‌ها را در برخورد با آن توصیف می‌کند.
- معلمان باید از نشانه‌های احتمالی دیابت از جمله تشنگی، اشتها، دفع ادرار فزاینده، کاهش وزن، خستگی مفرط و تحریک‌پذیری آگاه

جدول ۳. قند خون پایین و بالا

گروه‌بندی	نشانه‌های احتمالی	علت	درمان
کتواسیدوزیس؛ قند خون بالا (قند بیش از اندازه)	نشانه‌ها بتدریج اتفاق می‌افتد (بیش از ساعت‌ها یا روزها): برادراری، تشنگی زیاد، خستگی مفرط، درد شکمی، تهوع، عطر میوای در تنفس، تنفس عمیق و سریع، ناهشیاری	انسولین گرفته نشده؛ با رژیم جواب نداده است.	دادن انسولین پیگیری برنامه کاری
واکنش به انسولین؛ کاهش قند خون (قند خون خیلی پایین)	نشانه‌ها سریع اتفاق می‌افتد (در دقیقه‌ها): سردرد، تاریبندی، تحریک‌پذیری، تکان خوردن، عرق کردن، سرگیجه، تغییر رفتار، رنگ پریدگی، ضعفی، پوست مرطوب، گفتار جویده جویده، گیجی، تنفس سطحی، ناهشیاری	خوردن با تأخیر؛ شرکت در تمرین طاقت‌فرسا؛ انسولین بیش از اندازه گرفتن	قند بدهید؛ پیگیری برنامه کاری

برگرفته از درک آسیب‌های جسمانی، حسی و بهداشتی صفحه ۷۸ توسط کی. دبلیو. هیلر، پی. ای. آلبرتو، پی. ای. فارنی و ام. ان.

شوارتزمن، ۱۹۹۶.

صرع

صرع^{۱۸} یک سری تکان یا حملات مکرری است که ناشی از تخلیه‌های الکتریکی غیرطبیعی در مغز می‌باشد (اسمیت^{۱۹}، ۱۹۹۸). چندین نوع متفاوت صرع که به وسیله تأثیر فعالیت مغزی غیر طبیعی مشخص می‌شود وجود دارد. جدول ۴، چهار نوع را توصیف می‌کند. افرادی که صرع دارند، ویژگی‌های مشابهی ندارند. انجمن صرع آمریکا (۱۹۹۲) نشانه‌های مهم این اختلال را در زیر اشاره می‌کند:

۱. زمان‌های ذخیره شدن
۲. حرکات‌های مشابه تیک
۳. حرکات‌های موزون سر
۴. صداها و حرکات‌های بدنی بی‌هدف
۵. افتادن سر
۶. نقص در مسوولیت پذیری
۷. چرخش چشم‌ها به سمت بالا
۸. حرکات‌های جویدن و بلعیدن

مداخله‌های پزشکی نخستین کمک به افراد صرعی می‌باشد. بیشتر افراد با صرع می‌توانند حملات خود را با رژیم مناسب درمان دارویی کنترل کنند (اگینو، نیستال و کانر^{۲۱}، ۱۹۹۸).

حتی افرادی که به دارو درمانی خیلی خوب پاسخ می‌دهند، گاهی دچار حملات می‌شوند. بنابراین معلمان و کارکنان دیگر مدرسه باید بدانند چه کارهایی را با یک فردی که متحمل یک صرع فراگیر شده باید انجام دهند. معلمان، والدین یا دیگران نیاز دارند که رفتارهایی را که پیش‌هنگام و پس از حمله اتفاق می‌افتد یادداشت کنند چون ممکن است برای درمان اختلال مهم باشند.

مراحلی که هنگام برخورد با یک حمله باید انجام

شود

در یک حمله فراگیر تونیک، کلونیک فرد ناگهان به زمین می‌افتد و یک حمله تشنج دارد. لازم است که او را در برابر آسیب محافظت کنیم. سرش را نگهدارید یا چیز نرمی مثل حوله یا دستمال

را زیر آن بگذارید. تمام وسایل خطرناک را بردارید. یک ناظر برای جلوگیری یا پایان یک حمله نمی‌تواند کاری بکند. در پایان حمله مطمئن شوید که دهان از غذا و بزاق خالی است، این کار را می‌توانید با چرخاندن فرد به یک سمت برای ایجاد راه هوایی انجام دهید و اجازه دهید تا ترشحات خشک شوند. ممکن است فرد هنگام حمله خودیاری خود را از دست بدهد. اگر فرد کمک کننده آرام باشد، فرد پس از اینکه هوشیاری خود را مجدد به دست آورد، اطمینان خاطر خواهد داشت.

همیشه پس از یک حمله تشنج، تنفس خودبخود از سر گرفته می‌شود. شکست برای از سرگیری تنفس، نشان دهنده پیچیدگی یک حمله مانند میل به غذا، حمله قلبی یا آسیب شدید سر و گردن می‌باشد. در این شرایط غیر طبیعی، احیای قلبی، ریوی فوراً باید شروع شود. اگر حمله‌های مکرر رخ دهد یا اگر یک حمله تنها بیش از ۵ دقیقه طول بکشد، فرد باید فوراً تسهیلات پزشکی را دریافت کند. حمله‌های مکرر و طولانی ممکن است وضعیت صرع را نشان دهد (حملات بدون توقف) که نیاز به درمان پزشکی اضطراری دارد. به طور خلاصه کمک‌های اولیه برای حمله تونیک کلونیک فراگیر مشابه با دیگر حملات تشنج می‌باشد.

• از آسیب بیشتر جلوگیری کنید، وسیله نرمی زیر سر بگذارید، لباس‌های بسته را باز کنید و آن منطقه را از وسایل تیز و سخت پاک کنید.

• چیزی را به زور داخل دهان فرد نکنید.

• تا هنگامی که حرکات‌های فرد او را به خطر نیندازد، از آنها جلوگیری نکنید.

• در پایان حمله برای باز کردن راه هوایی سرش را به یک سمت بچرخانید و اجازه دهید ترشحات خشک شود.

• تا پایان حمله با شخص بمانید.

• هیچ مایعی به دهان فرد نریزید و یا هیچ غذا، نوشیدنی یا دارو را تا هنگامی که او کاملاً هوشیار نشده ارایه ندهید.

- اگر تنفس فرد بعد از حمله سر گرفته نشد، احیای قلبی را شروع. اطمینان خاطر بدهید.
- یک حمله تشنج وضعیت اضطراری پزشکی نیست، مگر اینکه کنید.
- اجازه دهید فرد تا هوشیاری کامل استراحت کند. بیش از ۵ دقیقه طول بکشد یا حمله دوم بلافاصله پس از حمله اول رخ دهد و در این وضعیت فرد باید تسهیلات پزشکی را دریافت کند.
- هنگامی که هوشیاری برمی گردد از فرد حمایت کنید و به او

جدول ۴. چهار نوع حمله

نوع حمله	علائم
فراگیر (صرع بزرگ)	<ul style="list-style-type: none"> • تکریم ناگهانی، افتادن، انعطاف‌ناپذیری پس از تکان‌های ماهیچه‌ای • تنفس سطحی یا تنفس به تعویق افتاده موقت، رنگ پریدگی • نقص احتمالی کنترل مثانه و مدفوع • معمولاً ۲ تا ۳ دقیقه طول می‌کشد.
غیبت (صرع کوچک)	<ul style="list-style-type: none"> • نگاه خیره و بی‌تفاوت، شروع و پایان ناگهانی • فقط چند ثانیه طول می‌کشد. • بیشتر در کودکان رخ می‌دهد. • ممکن است با حرکات‌های پلک زدن و جویدن همراه باشد. • فرد از حمله بی‌اطلاع است.
صرع جزئی ساده	<ul style="list-style-type: none"> • ممکن است تکان در جزئی از بدن، بازو، یا صورت شروع شود. • نمی‌تواند متوقف شود اما فرد هوشیار است. • تکان‌ها ممکن است از یک قسمت به قسمت دیگر ادامه یابد یا پیش برود.
صرع جزئی پیچیده	<ul style="list-style-type: none"> • با نگاه خیره شروع می‌شود، به دنبال فعالیت انقباضی و جویدن رخ می‌دهد. • فرد ممکن است ناهشیار و گیج به نظر برسد. • بدون واکنش • فعالیت‌های ناپخته • ممکن است بدون، اشیاء را بلند کند، لباس‌ها را در بیاورد یا کارهای دیگر • چند دقیقه طول می‌کشد. • آنچه را اتفاق افتاده به خاطر نمی‌آورد.

برگرفته از درک آسیب‌های جسمانی، حسی و بهداشتی صفحه ۸۷ توسط کی. دبلیو. هلر، پی. ای. آلبرتو، پی. ای. فارنی و ام. ان.

شوارتزمن، ۱۹۹۶.



(ا.ج.آی.وی) و ایدز

عفونت ویروس نقص ایمنی انسان (ا.ج.آی.وی) هنگامی که ویروس به سیستم ایمنی بدن حمله می‌کند، رخ می‌دهد و یک فرد را نسبت به عفونت‌ها و سرطان‌ها آسیب‌پذیر می‌کند. در مراحل بعدی آن، عفونت HIV به اختلال نقص ایمنی اکتسابی (ایدز) تبدیل می‌شود. دو گروهی که سریع‌ترین رشد را در تماس با HIV دارند، نوزادان و نوجوانان می‌باشند. (جانسون، جانسون و جفرسون اگر^{۲۲}، ۲۰۰۱). ایدز / HIV فقط از طریق تبادل خون یا منی منتقل می‌شود. دانش آموزان با ایدز / HIV ممکن است مشکلات گوناگون تحصیلی، رفتاری، هیجانی را نشان دهند. معلمان نیاز دارند که هنگام برخورد با کودکان با ایدز / HIV، هپاتیت B، یا هر عامل آسیب‌زای خونی احتیاط کنند. بعضی از پیشنهادها خاص برای معلمان شامل موارد زیر می‌باشد:

- راهنمایی‌هایی (ملاحظات جهانی) را که مراکز کنترل بیماری و مدیریت دارو و غذا برای کار با افراد با عفونت HIV پیشنهاد داده است، دنبال کنید.
- از والدین یا پزشکان دانش‌آموز بپرسید که آیا روش‌های ویژه‌ای که باید پیگیری شود، وجود دارد.
- با کل کلاس در مورد ایدز / HIV بحث کنید، توهمات را از بین ببرید، اطلاعات دقیق و درستی بدهید و به سؤالات پاسخ دهید.
- با دانش‌آموزان کلاس در مورد این موضوع که مهارت و توانایی‌های دانش‌آموزان مبتلا به ویروس / HIV، بیش از اندازه تغییر خواهد کرد، صحبت کنید.
- برای این موضوع که دانش‌آموزان به ویژه اگر ایدز بروز کرده باشد ممکن است بمیرد، آماده باشید.
- مطمئن باشید که دانش‌آموز با ایدز / HIV در تمام جنبه‌های فعالیت کلاسی شرکت می‌کند.
- به فشاری که خانواده دانش‌آموز متحمل می‌شوند، حساس باشید.

- خون همیشه باید با دستکش‌های یکبار مصرف غیر قابل تراوش کنترل شود. استفاده از دستکش برای مدفوع، ترشحات بینی، خلط، عرق کردن، آب دهان، اشک، ادرار و استفراغ لازم نیست. مگر این که آنها آشکارا با خون آمیخته باشند. پس از پایش موادی که خونی نیستند، شستن دست کافی می‌باشد.

- در تمام برنامه‌هایی که خون یا مواد خونی پایش می‌شوند، دستکش‌ها و مواد پذیرفته‌شده مناسب که سفت بسته می‌شود، باید در دسترس باشد. اگر چه HIV در بیرون از بدن خوب زنده نمی‌ماند، تمام ترشحات ریخته شده باید فوراً با ضد عفونی کننده‌ها تمیز شوند. این مسأله به ویژه برای تمیز کردن پس از خون دماغ یا بریدگی بزرگ مهم است. سفیدکننده‌های خانگی با درجه دقت ۱ تا ۱۰ باید استفاده شوند. فقط وسایلی که در تماس با خون هستند باید با سفید کننده‌ها تمیز شوند.

- هنگامی که پوست سالم در معرض مایعات آلوده کننده به ویژه خون قرار می‌گیرد، باید با آب و صابون شسته شود. در فعالیت‌هایی مانند تعویض پوشک بچه، آموزش توالت رفتن و تمیز کردن ترشحات بینی، مدفوع، بزاق دهان، اشک یا استفراغ، شستن دست کافی می‌باشد. اگر یک زخم باز شده یا یک پرده مخاطی، آلوده به نظر برسد، درمان خاص (AZT) باید در نظر گرفته شود.

پلاسیدگی عضلانی ماهیچه

پلاسیدگی عضلانی ماهیچه یک کلمه کلی است که چند اختلال ارثی مختلف را توصیف می‌کند که به علت ضعف ماهیچه‌ای پیشرونده می‌باشد (توروتور^{۲۳}، ۱۹۹۱). رایج‌ترین و جدی‌ترین شکل پلاسیدگی عضلانی، دافن^{۲۴} می‌باشد. در این نوع پلاسیدگی عضلانی ماهیچه، سلول‌های چاق و بافت پیوندی جابگیرین بافت ماهیچه می‌شوند. افراد با پلاسیدگی عضلانی دافن در نهایت توانایی خود را برای راه رفتن معمولاً تا سن ۱۲ سالگی از دست می‌دهند. استفاده کارکردی از بازوها و دست‌ها نیز مؤثر خواهد بود. همچنین ضعف ماهیچه به علت پیچیدگی‌های تنفسی خواهد بود. معلمان باید

است و هیچ مشکلی را هم به وجود نمی‌آورد. مننگوسل نیز مانند اسپینایفیدا اُکولتاست. ستون مهره‌ها یک شکافی در مهره‌های استخوانی از خود به جا می‌گذارد. پوست در منطقه‌ای که ستون مهره‌ها بسته نیست یف می‌کند. در مننگوسل، یف کردن شامل هر بافت عصبی نمی‌شود. عمل جراحی بسته و باز و برداشتن پف‌ها معمولاً باعث بهبود و بدون هیچگونه مشکلاتی می‌شود. میلو مننگوسل شایع‌ترین و شدیدترین شکل اسپینایفیبراست و مانند مننگوسل یک تفاوت عمده دارد: بافت عصبی در یف وجود دارد. چون بافت عصبی درگیر است این شکل از اسپینایفیبره به طور کلی باعث فلج دائمی و از بین رفتن حس می‌شود. همچنین عدم خویشتن داری یک نتیجه احتمالی این شرایط است (بیگ، ۱۹۹۱)؛ رابرتسون و همکاران، ۱۹۹۲). کارکنان مدرسه باید از استفاده مناسب ویلچر و انطباق سازی برای استفاده محدود شده از بازوها و دست‌ها مطمئن باشند. معلمان هنگام کار با یک کودک اسپینایفییدا موارد زیر را باید انجام دهند:

- فرآیند سوند گذاشتن ماهرانه برای ادرار را در مئانه بدانید، همان‌طور که بعضی از دانش‌آموزان این فرآیند را برای پایش خود و جلوگیری از عفونت‌های دستگاه ادراری انجام خواهند داد. این فرآیند مستلزم وارد کردن یک سوند تمیز از طریق مجرای ادرار و به سمت مئانه می‌باشد که باید چهار بار در روز انجام شود و بیشتر کودکان ۶ ساله می‌توانند به صورت مستقل انجام دهند.

- برای برخورد با عدم کنترل و خویشتن داری گاه گاه دانش‌آموزان آماده باشید. به دانش‌آموزان اسپینایفییدا اطمینان دهید که این مشکل نیست و در مورد این موقعیت با افراد دیگر کلاس بحث کنید.

- چگونگی برخورد با شرایط ویژه همراه با دانش‌آموزانی که از ویلچر استفاده می‌کنند و دچار حمله هستند را بدانید.

- از شرکت کامل دانش‌آموز در تمام فعالیت‌های کلاسی مطمئن باشید.

کلاسشان را برای انطباق با نیازهای جسمانی این دانش‌آموزان سازگار کنند. بیشتر افراد با این شکل از پلاستیسیته عضلانی ماهیچه تا هنگام جوانی می‌میرند. پیشنهادهای ویژه برای معلمان شامل موارد زیر می‌باشد:

- برای کمک به دانش‌آموز در برخورد با از دست دادن کارکردهای مختلف آماده باشید.

- دانش‌آموز را در بسیاری از فعالیت‌های کلاسی تا حد امکان درگیر کنید.

- از فنون همکاری استفاده کنید که به افراد صدمه نزنند چون دانش‌آموز برای بالا رفتن از پله‌ها یا بلند شدن از زمین نیاز به کمک دارد.

- کارکردها و اجزای ویلچر را بشناسید.

- به انجام دارو درمانی لازم نظارت کنید.

- مقدار زمانی که دانش‌آموز در طول روز اجازه ایستادن دارد، پایش کنید.

- با انواع مختلف بربیس‌ها (مانند پایه کوتاه، قالب‌ریزی شده برای مچ و پا) که ممکن است دانش‌آموزان استفاده کنند آشنا باشید.

- دانش‌آموزان دیگر را برای واقعیت‌های این بیماری آماده کنید.

اسپینایفییدا^{۲۵}

اسپینایفییدا یک موقعیت مادرزادی است که با یک بد شکلی مهره‌ها و نخاع شوکی مشخص می‌شود (گیره‌هارت، ویشان و گره‌هارت^{۲۶}، ۱۹۹۶) که یک در ۲۰۰۰ تولد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (بیگ، ۱۹۹۱). سه نوع متفاوت اسپینایفییدا وجود دارد: اُکولتا، مننگوسل و میلو مننگوسل^{۲۷} (گیره‌هارت و همکاران، ۱۹۹۶؛ روبرستن و همکاران، ۱۹۹۲).

خفیف‌ترین شکل اسپینایفییدا از نظر شدت اُکولتا می‌باشد. در این نوع ستون مهره‌ها یک شکاف در مهره‌های استخوانی که از ستون فقرات حساس محافظت می‌کند، به جا می‌گذارد. عمل جراحی بسته و باز برای حمایت از ستون فقرات به طور کلی لازم

8. Bauer
9. Mc Ewen
10. Getch & Neuharth – Pritchett
11. Heller, Alberto, Forney & Schwartzman
12. Floida & McDougal
13. Gersh, Schleichorn
14. Faves
15. Musselwhite
16. cystic Fibrosis
17. Hill
18. Epilepsy
19. Smith
20. Ketoacidosis
21. Agnew, Nystul & Conner
22. Johnson & Jefferson – Aker
23. Tver
24. Duchenne dystrophy
25. Spina Bifida
26. wieshann & Gearheart
27. Occulta, meningocele & myelomeningocele
28. Deiner
29. Tourette Syndrome
30. Hansen
31. Crews
32. Woodrich

منبع:

- Teme, C. Smith, Edward Pelloway, James R. Patton & Carola A. Dowdy, 2004.

• به دانش آموز با اسپینابیفیدا در بهبود یک خود پنداره مثبت و سالم کمک کنید.

• اگر تغییرات غیر طبیعی در رفتار یا شخصیت دانش آموز وجود دارد یا اگر دانش آموز شکایت‌های مختلف مانند سردرد یا دو بینی دارد به والدین اطلاع دهید. این نشانه‌ها ممکن است مشکلی با فشار فزاینده در مغز را نشان دهد (دنیس^{۲۸}، ۱۹۹۳).

اختلال تورت^{۲۹}

اختلال تورت یک اختلال عصبی روانی است که در مردها سه برابر زن‌ها اتفاق می‌افتد و باعث شیوع یک در هزار نفر برای مردان می‌گردد (هنسن^{۳۰}، ۱۹۹۲). این اختلال با یک مورد یا بیشتر از تیک‌های کلامی و حرکتی چندگانه مشخص می‌شود که در روز بسیار اتفاق می‌افتد. بدین صورت که تقریباً هر روز یا به طور متناوب در طول یک دوره بیشتر از یک سال رخ می‌دهد (کرس^{۳۱} و همکاران، ۱۹۹۳، صفحه ۲۵). ویژگی‌های تورت شامل تیک‌های حرکتی مختلف، خنده‌های نامناسب، حرکت‌های سریع چشم، چشمک‌زدن و شکلک در آوردن، رفتارهای پرخاشگری، در موارد نادر کم‌توانی ذهنی، هماهنگی ضعیف تا متوسط، بیان‌های کلامی عجیب و غریب می‌باشد (وودریج^{۳۲}، ۱۹۹۸). مهمتر از همه کارکنان مدرسه باید بدانند که با کودکان با اختلال تورت چه کار کنند. نظارت بر دارو درمانی و شرکت به عنوان یک عضو گروه میان رشته‌ای نقش‌های مهم برای معلمان و سایر کارکنان مدرسه می‌باشد.

زیر نویس‌ها:

1. Traumatic brain injury (TBI)
2. Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)
3. Keyser Marcus et al.
4. Garcia, Krankowski & Jones
5. Infusini
6. Migge
7. M. P. Mira, B. E. Tucker and J. S. Tyler