

شرح مختصری درباره بهداشت مدارس در ایران و جهان عبارت است از :

-تاریخچه بهداشت مدارس :

اولین اقدام در زمینه بهداشت مدرسه توجه به نحوه ساختمان و محیط مدرسه بوده، ویلیام الکووت آمریکایی (Alcott) در سال ۱۸۲۹ در مقاله خود مشخصات ساختمان مدرسه را تشریح کرد. هوراس من (Horacmann) در سال ۱۸۳۷ مطلب جالبی راجع به بهداشت محیط مدرسه ارائه کرد و در سال ۱۸۵۰ نیز درس فیزیولوژی را به صورت ساده برای اولین بار در دوره ابتدایی تدریس کرد. هدف از تدریس درس فیزیولوژی این بود که اعضاء بدن و وظایف آنها را به دانش‌آموزان بشناساند. در سال ۱۸۹۰ درس فیزیولوژی و محیط زیست در ۴۰ ایالت آمریکا به صورت قانونی به مرحله اجراء درآمد .

در سال ۱۸۹۴ بعد از یک اپیدمی خطرناک در آمریکا سامویل دارگین (Dargin) معاینات در مدرسه را در شهر بوستن به مرحله اجراء در آورد. با این برنامه دانش‌آموزان در مدرسه تحت مراقبت پزشک قرار گرفتند. این برنامه در شیکاگو در سال ۱۸۹۵ در نیویورک در سال ۱۸۹۸ به مرحله اجراء درآمد .

در سال ۱۹۰۴ آلفرد بینه و تنودور سیمون علل عقب‌افتادگی تحصیلی دانش‌آموزان پاریس را با انجام آزمون‌های روانی برای اولین بار مورد بررسی قرار دادند. در سال ۱۹۸۳ در آمریکا حدود ۲۰۰۰۰ نفر مربی آموزش بهداشت به تدریس مطالب بهداشتی در مدارس اشتغال داشته‌اند. باید با قاطعیت اذعان داشت که در حال حاضر برنامه بهداشت مدارس یکی از مهمترین و اساسی‌ترین برنامه‌ها در سراسر جهان است .

-بهداشت مدارس در ایران :

از سال ۱۲۹۰ (شمسی) مدارس جدیدی در ایران تأسیس گردید. همزمان با تأسیس و گسترش این مدارس در سال ۱۳۱۴ سازمانی به نام صحیه مدارس در وزارت معارف آن زمان به وجود آمد. در همان سال اولین ساختمان صحیه مدارس در تهران افتتاح گردید که هنوز سردر این مدرسه در خیابان ناصرخسرو و در جنب مدرسه دارالفنون وجود دارد. در سال ۱۳۱۵ نام صحیه مدارس به بهداری آموزشگاه‌ها تغییر یافت. در سال ۱۳۲۶ مجدداً بهداری آموزشگاه‌ها از دانشکده پزشکی منتزع و ضمیمه وزارت فرهنگ گردید .

وظایف بهداری آموزشگاه‌ها شامل: خدمات بهداشتی - خدمات درمانی - رسیدگی و صدور مرخصی‌های استعلاجی کارکنان وزارت فرهنگ بود. در سال ۱۳۴۸ اداره کل بهداری آموزشگاه‌ها به وجود آمد و وظایف مربوط به خدمات درمانی این اداره کل حذف گردید .

سال ۱۳۵۰ برای اولین بار دوره دو ساله آموزشی مراقبین بهداشت که اولین هسته برای آرایه سرویس‌های بهداشتی در مدرسه هستند تشکیل گردید و تا سال ۱۳۵۷ حدود ۷۰۰۰ نفر مراقبت بهداشت تربیت و در مدارس مشغول به کار شدند. در اسفند ماه سال ۱۳۵۷ اداره کل بهداری آموزشگاه‌ها با تغییر نام به اداره کل بهداشت مدارس از وزارت آموزش و پرورش جدا و ضمیمه وزارت بهداری شد. این اداره کل در وزارت بهداری نیز دست‌خوش تغییر فراوانی شد و در حال حاضر فعالیت‌های بهداشت مدارس بخشی از فعالیت‌های اداره کل بهداشت خانواده را تشکیل می‌دهد .

جنبه‌های گوناگون خدمات بهداشت مدارس

۱ ۲ ۳

وظایف خدمات بهداشت مدارس چندجانبه و بر حسب اولویت‌های محلی گوناگون است. هر جا منابع کافی باشد می‌توان خدمات بهداشت مدارس را گسترش داد. بعضی جنبه‌های بهداشت مدارس عبارتند از :

▣ تدابیر درمانی و پیگیری

▣ ارزیابی وضعیت سلامتی کودکان و کارکنان...

- مبارزه با بیماری‌های واگیر
- خدمات تغذیه‌ای
- بهداشت روانی
- خدمات بهداشت چشم‌ها
- آموزش کودکان ناتوان و معلول
- سالم‌سازی محیط مدرسه
- کمک‌های اولیه و مراقبت‌های فوریتی
- بهداشت دهان و دندان
- آموزش بهداشت مدارس
- سوابق بهداشتی مدارس

7 ارزیابی وضعیت سلامتی کودکان و کارکنان مدرسه

ارزیابی وضعیت سلامتی نه تنها دانش‌آموزان که آموزگاران و دیگر کارکنان مدرسه را هم باید شامل شود. این کار شامل معاینه‌های متناوب پزشکی و مشاهده کودکان توسط آموزگاران است.

الف- معاینه پزشکی متناوب :

توصیه شده است که کودکان مدرسه پیش از ورود به دبستان و هر چهار سال یک بار توسط پزشک معاینه شوند. در شهرهای بزرگ که امکانات معاینه پزشکی فراهم است می‌توان بیشتر معاینه کرد. باید معاینه نخستین با دقت و بدون عجله انجام گیرد و شامل گرفتن سابقه دقیق و معاینه کامل جسمی کودک باشد و آزمون‌های مربوط به بینایی، شنوایی، و تکلم انجام شود. آزمایش‌های معمولی خون و ادرار هم به عمل آید. معاینه بالینی از نظر کمبودهای تغذیه‌ای و آزمایش مدفوع از نظر تخم انگل در کشورهای آلوده اهمیت ویژه‌ای دارند. آزمون توپرکولین و یا غربالگری همگانی از نظر سل را نباید فراموش کرد. باید والدین کودک تشویق شوند که به‌هنگام این آزمایش‌ها حاضر باشند و آموزگار هم در معاینه پزشکی کمک و سوابق پزشکی را ثبت کند، ثبت منظم (هر سه ماه یک بار) قد و وزن و آزمون بینایی (سالی یک بار) و آماده کردن کودک برای معاینه پزشکی از کارهایی است که آموزگاران می‌دانند چگونه و چرا در ارزیابی سلامتی اهمیت دارد.

ب- معاینه پزشکی کارکنان :

معاینه پزشکی کارکنان مدرسه و آموزگاران هم باید انجام شود زیرا آدم‌ها هم بخشی از محیط زیست در تماس با کودک را تشکیل می‌دهند.

ج- بازدید صبحگاهی روزانه :

آموزگاران موقعیت منحصر به فردی دارند که می‌توانند بازدید صبحگاهی را انجام دهند. زیرا آنها با وضع کودکان آشنا هستند و می‌توانند دگرگونی‌های ظاهری یا رفتاری کودکان را بشناسند و بدانند که آیا در وی نشانی از بروز بیماری یا رشد و تکامل نامناسب هستند یا نه. نکات زیر به آموزگاران مدارس کمک می‌کنند تا کودکانی را که نیاز به توجه پزشکی دارند شناسایی کنند؛

-چهره به‌طور غیرمعمول برافروخته

-هر گونه دانه یا بثورات بر روی پوست

-نشانه‌های سرماخوردگی شدید

-سرفه و عطسه کردن

-قرمز شدن حلق

-سفت شدن گردن

-تهوع و استفراغ

-سرخ شدن چشم‌ها و اشک‌ریزش

-سر درد

-لرز یا تب

-بی‌قراری یا خواب‌آلودگی

-بی‌میلی و بی‌رغبتی به بازی

-اسهال

-درد بدن

-ناراحتی‌های پوستی مانند گال و پی‌تی‌ریازیس

-آلودگی به شپش

کودکانی که هر یک از علائم مذکور را داشته باشند باید به پزشک بهداشت مدارس ارجاع شوند مشاهده کودک دبستانی توسط آموزگار اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا تعداد کارکنان آموزش دیده برای کار بهداشت مدارس محدود است. می‌توان آموزگاران را با طی دوره‌های آموزشی امور بهداشتی به‌صورت دوره‌های کوتاه‌مدت آموزش حین خدمت آموزش داد.

۱۷ تدابیر درمانی و پیگیری

معاینه پزشکی به تنهایی کامل نیست بلکه باید به‌دنبال آن درمان مناسب و پیگیری هم انجام شود. باید درمانگاهی برای انجام کارهای بهداشت مدارس (یا واحدی در مراکز بهداشتی درمانی روستایی وجود داشته باشد) که هر پنج هزار کودک را در مناطق شهری پوشش دهد و کار آنها متوجه همه مشکلات مربوط به مدارس باشد. با توجه به شیوع فراوان نقائص دندانی، چشمی، گلو، گوش و بینی در کودکان دبستانی باید مراکز خاص معاینه و درمان این‌گونه نقائص هم وجود داشته باشد. در شهرهای بزرگ باید عده‌ای پزشک متخصص برای کار در خدمات بهداشت مدارس در نظر گرفته شوند. باید تختخواب بیمارستانی کافی در بیمارستان‌های ارجاعی برای کودکان پیش‌بینی شود تا کودکان ارجاع شده پذیرفته و مورد بررسی و در صورت لزوم درمان قرار گیرند.

۱۸ مبارزه با بیماری‌های واگیر

بر مبارزه با بیماری‌های واگیر از طریق ایمن‌سازی بیش از هر چیز دیگر در کارهای بهداشت مدارس تأکید می‌شود. باید یک برنامه خوب برای اجراء ایمن‌سازی علیه بیماری‌های شایع عفونی طرح‌ریزی شود.

باید سوابق و پرونده‌های همه کارهای ایمن‌سازی به‌عنوان بخشی از سوابق بهداشت مدارس نگاه‌داری شود و پس از پایان دوره دبستان پرونده ایمن‌سازی کودک به او داده شود.

مراقبان بهداشت مدارس

۱. در ایران هم از سال ۱۳۷۰ مراقبین بهداشت مدارس از وزارت بهداشت و درمان منتزع و به وزارت آموزش و پرورش منتقل شدند. در حال حاضر بخشی از خدمات بهداشت مدارس بر عهده مراقبان بهداشت مدارس و بخشی دیگر بر عهده کاردان‌های مراکز بهداشتی - درمانی شبکه بهداشت و درمان است.

۲. شرح کوتاهی درباره مراقبان بهداشت مدارس در ایران و وظایف آنها از کتاب اصول و کلیات خدمات بهداشتی از این قرار است :

مراقبین بهداشت از نظر خصوصیات افرادی هستند که بعد از دیپلم دوره دو ساله بهداشت مدارس را در تهران یا یکی از شهرستان‌ها به اتمام رسانده و در مدارس مشغول فعالیت هستند .

وظایفی که بر عهده آنان گذاشته شده طبق لیستی که در دفتر تشکیلات و روش‌های اداره طبقه‌بندی مشاغل موجود است عبارتند از :

- همکاری با پزشک مربوطه در انجام معاینات پزشکی از دانش‌آموزان و کارکنان مدارس، انجام معاینات اولیه آزمایشات ساده طبق برنامه‌های تنظیم شده .

- مراقبت و پیگیری مداوم در مورد سلامت و بهداشت دانش‌آموزان .

- تشکیل اطاق بهداشت در مدرسه برای فعالیت بهداشتی با وسایل لازم طبق استاندارد تعیین شده .

- حضور در محل کار با یونیفورم مخصوص .

- معرفی دانش‌آموزان به مراکز بهداشتی و درمانی با نظر پزشک مربوطه و اطلاع اولیاء اطفال و پیگیری آن .

- انجام راهنمایی، پیگیری، مشاوره، مراجعه به منازل دانش‌آموزان در موارد لزوم به منظور کسب اطلاعات لازم بهداشتی با نظر پزشک و مسوولان بهداشتی مربوطه .

- جدا کردن دانش‌آموزان بیمار و کشف علل غیبت دانش‌آموزان از نظر بیماری .

- همکاری با پزشک و مسوولان بهداشتی به منظور مصون‌سازی دانش‌آموزان .

- همکاری با مسوولان مربوطه در حفظ بهداشت و ایمنی محیط مدارس .

- همکاری با مسوولان مربوطه در اجراء برنامه‌های تغذیه و بهداشت مواد غذایی .

- شرکت در کلیه کمیته‌های بهداشتی مدرسه .

- شرکت در کمیسیون‌های بهداشتی شورای معلمان .

- تهیه و تنظیم آمارهای بهداشتی .

- تنظیم گزارش فعالیت‌های بهداشتی مدرسه با نظر مسوولان مربوطه .

- انجام کمک‌های نخستین و مراقبت در مواقع ضروری .

- تنظیم شناسنامه بهداشتی ساختمان مدرسه .

- ارائه پیشنهادات لازم برای بهبود وضع بهداشت و رفاه و سلامت فردی و اجتماعی دانش‌آموزان .

-برقراری ارتباط با مراکز بهداشتی و سایر منابعی که به‌نحوی از انحاء در بهبود وضع بهداشت و سلامت دانش‌آموزان مؤثر باشد .

-نظارت در بهداشت آشپزخانه و سالن غذاخوری .

-نظارت در بهداشت کارکنان آشپزخانه و کنترل گواهی صحت مزاج آنان .

-گزارش فوری مسائل غیربهداشتی به مسئول مدرسه .

-اطلاع از کیفیت مواد غذایی که در اطراف مدرسه مورد استفاده دانش‌آموزان قرار می‌گیرد .

-همکاری با معلمان در آموزش آداب غذاخوری و تغذیه دانش‌آموزان .

-مراقبت در بهداشت و ایمنی وسائط نقلیه آموزشگاه .

-بازدید منظم و روزانه از کلیه قسمت‌های ساختمان و محوطه اطراف آموزشگاه از نظر بهداشت محیط و ایمنی .

-انجام سایر امور ارجاعی مربوطه در صورت لزوم .

طبق برنامه‌ای که به‌عهده آنها گذاشته شده آموزش بهداشت نیز جزء وظایف این افراد است .

بزهکاری جوانان

کودک بزهکار را چنین تعریف کرده‌اند: کودکی که مرتکب تجاوز شده یعنی؛ دزدی، تجاوز جنسی، جنایت، تمایل به ایراد جرح به دیگران و ... در این تعریف کودک کسی است که اگر دختر باشد به سن شانزده سالگی و اگر پسر باشد به سن هجده سالگی نرسیده باشد .

بزهکاری در مفهوم گسترده، تنها جرایم جوانان را شامل نمی‌شود بلکه همه انحراف‌های رفتاری جوانی را نسبت به حال عادی دربر می‌گیرد و شامل این موارد هم هست: اصلاح ناپذیری، لجام گسیختگی، نافرمانی عادت‌ی و ترک خانه و معاشرت با مردم زشت‌کردار، داشتن دشواری‌های رفتاری و مخالفت نکردن با کردارهای ضداجماع .

■ بروز بزهکاری جوانان

■ علل بزهکاری جوانان

■ پیشگیری از بزهکاری جوانان

7 بروز بزهکاری جوانان

گزارش شده است که دو در صد کودکان هفت تا هفده ساله در ایالات متحده آمریکا تحت مراقبت دادگاه نوجوانان هستند. در کشورهای رو به رشد آمار مقایسه‌ای در دست نیست که نشان دهد حجم مشکل تا چه اندازه است ولی عقیده بر آن است که بزهکاری نوجوانان در این کشورها طی بیست یا سی سال گذشته به‌دلیل دگرگونی الگوی فرهنگی مردم، شهرنشینی، و صنعتی شدن رو به افزایش نهاده است. بیشترین بروز بزهکاری در کودکان پانزده ساله و بالاتر است. میزان بزهکاری در پسران چهار تا پنج برابر دختران است .

الف علل بزهکاری جوانان

الف- علل زیست‌شناختی :

بعضی علل زیست‌شناختی مانند عدم تعادل غدد، نقیصه‌های ارثی، ضعف عقلی و نقیصه‌های بدنی را می‌توان پایه بزهکاری نوجوانان دانست. بررسی‌های تازه نشان می‌دهند که ناهنجاری فامتنی (کروموزومی) با تمایل به بزهکاری و جرم می‌تواند مرتبط باشد. بررسی بیماران جنائی در اسکاتلند و جاهای دیگر این پیوستگی را نشان داده است .

بعضی از بیماران یک کروموزوم Y اضافی دارند. مردانی که کروموزوم‌های XYY دارند دچار اختلال‌های شدید درک شخصیت خود می‌شوند .

ب- علل اجتماعی :

در بین علل اجتماعی به گسیختگی خانواده (مرگ پدر / یا مادر، جدا شدن پدر و مادر، و داشتن نامادری) و نامناسب بودن وضع خانواده (مانند فقر، الکلیسم، بی‌مهری پدر و مادر، بی‌انضباطی، فقدان آموزش عاطفی، بی‌اطلاعی از مراقبت کودک، تعداد زیاد بچه و ...) می‌توان اشاره کرد .

ج- علل دیگر :

نبودن امکانات تفریحی، نبودن تفریحات ارزان‌قیمت، شهرنشینی و صنعتی‌شدن، زاغه‌نشینی، سینما و تلویزیون و هیجانان جنسی و ...

ب پیشگیری از بزهکاری جوانان

الف- بهبود وضع خانواده :

خانواده کاملاً سازگار می‌تواند ریشه بزهکاری را قطع کند. باید پدر و مادر برای سرپرستی آمادگی داشته باشند و نیازهای کودکان خود را بشناسند و برآورده سازند .

ب- مدرسه :

پس از خانواده مدرسه در تعیین رفتار کودک قرار دارد. باید روابط بین دانش‌آموزان و آموزگاران روابطی سالم باشد. آموزگار مدرسه می‌تواند در شناسایی زودرس نشانه‌های ناسازگاری کودکان نقش مهمی داشته باشد .

ج- خدمات بهزیستی اجتماعی :

این خدمات عبارتند از: امکانات تفریحی، خدمات مشاوره برای پدران و مادران، راهنمایی کودکان، امکانات آموزشی، و خدمات بهداشت عمومی .

کودکان ناتوان و معلول

کودک معلول کودکی است که از نظر جسمی، عقلی و روانی از حال هنجار به‌دور باشد. این‌گونه کودکان به مراقبت‌های ویژه، درمان و آموزش‌های خاص نیاز دارند. معمول آن است که این‌گونه کودکان را به سه دسته گروه‌بندی می‌کنند :

الف- کودکان از نظر بدنی ناتوان: مانند: کوری، کری، گنگی و لب‌شکری، فلج (بیماری‌های قلبی، عوارض حوادث جاده‌ای، سوختگی و جراحات .

ب- کودکان از نظر عقلی ناتوان: کودکان کم‌هوش، گیج، ابله، نقائص عقلی و تأخیر رشد عقلی .

ج- کودکان از نظر روان‌شناختی ناتوان: مانند: محرومیت از مادر، محرومیت از محبت، کودکان ناسازگار و یتیم .

پیشگیری

مراقبت جامعه از ناتوان ها

+ عقب ماندگی هوشی

دریافت صفحه ارسال به دوستان چاپ

undefined

اجتماعی ارسال به شبکه های  Google Reader  Delicious  Friend Feed  Twitter  Facebook

تازه ها

نقش میوه و سبزی در پیشگیری و درمان ۱۵ بیماری مهم

۲۲ کیلو کاهش وزن در ۶ ماه

انورکسیا؛ اختلالی تغذیه ای

کار، کار انگلیسی هاست!

بهترین رژیم غذایی در تب بالا

اخبار

ترمیم استخوان ها با استفاده از نسل جدید ایمپلنت ها

تقویت حافظه سالمندان با حرکات هوازی

جنین پس از تولد، اصوات آهنگین را به یاد می آورد

چگونه از خوردن شیرینی دل بکنیم؟

فندق و پسته را با دندان نشکنید!

مسائل بهداشتی کودکان دبستانی

هر گونه بحث درباره خدمات بهداشت مدارس باید بر پایه دشواری های بهداشتی کودکان دبستانی در محل، فرهنگ جامع و وجود منابع لازم (پول، نیروی انسانی و لوازم) باشد. با آنکه دشواری های بهداشتی کودکان مدارس در نقاط مختلف متفاوت است ولی بررسی های انجام شده نشان داده اند که تأکید عمده در بهداشت مدارس بر موضوع های زیر است: سوء تغذیه، بیماری های عفونی، انگل های روده ای، بیماری های پوست، چشم و گوش، و بالاخره پوسیدگی دندان ها

مدیریت اجرایی بهداشت مدارس

سلامت دانش آموز جزو مسؤولیت های پدر و مادر، آموزگاران، مدیران بهداشت و جامعه است. موفقیت یا کارساز نبودن خدمات بهداشت مدارس عمدتاً بر هماهنگی کارساز بین ادارات شرکت کننده در برنامه بستگی دارد. برای مدیریت اجرایی بهداشت مدارس هیچ الگوی یکسانی وجود ندارد. مثلاً در انگلستان خدمات بهداشت مدارس بخشی از خدمات آموزشی کشور است، در هندوستان مدیریت خدمات به وسیله بخش های مختلف دولت انجام می شود که به طور معمول عبارتند از بخش بهداشت و آموزش و پرورش .

دشواری های رفتاری کودکان

دشواری های رفتاری کودکان را می توان به شرح زیر طبقه بندی کرد :

-دشواری هایی که ماهیت ضداجتماعی دارند؛ مانند: دزدی، دروغ گویی، قماربازی، ستم، خرابکاری و تجاوز جنسی .

-اختلال های عاداتی؛ مانند: مکیدن شست، جویدن ناخن، استمناء، و شب شاشی .

-اختلال های شخصیتی؛ مانند: حسادت، پرخاشگری، کمرویی، ترسوئی، ترس و اضطراب، غیراجتماعی بودن، تظاهرات هیستری و داشتن خیال های باطل .

-ناراحتی های روان - تنی؛ مانند: لرزش، سردرد، تنگی نفس، افسردگی، هذیان و توهم .

-دشواری های آموزشی؛ مانند: عقب ماندن در تحصیل، ترس از مدرسه (School Phobia).

بعضی از این دشواری های رفتاری به نقیصه های عقلی، برخی به بیماری های عضوی، و بعضی دیگر به نارسایی های سازگاری با محیط زیست بیرونی مربوط می شوند .

درمانگاه های راهنمایی کودکان

نخستین درمانگاه راهنمایی کودکان در سال ۱۹۰۹ در شهر شیکاگو آغاز به کار کرد، و از آن زمان تا کنون در سراسر جهان انواع گوناگونی از این درمانگاه ها به وجود آمده اند. این درمانگاه ها نخست برای رویارویی با دشواری های مربوط به بزهکاری نوجوانان کار می کردند و با همه کودکان یا نوجوانانی که به هر دلیل به طور کامل با محیط خود سازگار نبودند برخورد داشتند. هدف از راهنمایی کودک پیشگیری از روان نژند (Neurosis) شدن یا روان پریش شدن (Psyehosis) کودک در زندگی آینده او است .

کار گروهی

درمانگاه های راهنمایی کودکان به صورت گروهی کار می کنند، هر گروه تشکیل شده از یک روانکاو، روانشناس بالینی، روانشناس آموزشی، کارمند روانکاو اجتماعی، پرستار بهداشت عمومی، متخصص کودکان، یک نفر گفتار درمانگر (Speech therapist)، کار درمانگر (Occupational therapist) و متخصص اعصاب، روانکاو هسته مرکزی گروه را تشکیل می دهد و دیگران هم به او کمک می کنند تا به تشخیص صحیح و تنظیم روش درمانی درست برسد .

خدمات

متخصص بیماری های کودکان مراقب سلامت روانی کودک است. محور اصلی درمان روانکاو است که در راستای بازگرداندن احساس امنیت مثبت در کودک انجام می شود. برای رسیدن به این منظور روش های گوناگونی به کار گرفته می شود؛ مانند: بازی درمانی، مشاوره، دگرگونی در محیط فیزیکی، برطرف کردن تنش های والدین، بازسازی بینش پدر و مادر و ... درمانگاه های راهنمایی به طوری عمل می کنند که پس از ایجاد پایه بهداشت روانی مستحکم در کودکی و نوجوانی، این پایه در دوره بزرگسالی هم ادامه یابد .

فراهم کردن جانی برای کودکان

الف- پرورشگاه کودکان بی سرپرست: (Foster home)

کودکانی که خاتماتی ندارند یا به هر دلیل توسط والدین خود مراقبت نمی‌شوند در پرورشگاه نگاه‌داری می‌شوند. بررسی‌های علمی رفتار بشری آشکار کرده که مراقبت دسته‌جمعی شمار بسیاری شیرخوار و کودک در مراکز بزرگ مطلوب نیست. در این مراکز برای کودک فرصت تجربه گرما و محبت خانواده فراهم نمی‌شود و این برای ایجاد امنیت عاطفی و لازم است و نیز کودک فرصت مشارکت در فعالیت‌هایی که کمک کند تا به شخص لایقی بار آید نمی‌یابد.

ب- نگهداری کودکان بدون فرزندخواندگی :

به مراقبت‌هایی اطلاق می‌شود که برای بزرگ کردن کودکان در جایی جز خانواده خود آنها است. و اگر خوب مراقبت کنند کودک با احساس امنیت عشق و محبت مورد لزوم بار خواهد آمد.

ج- فرزندخواندگی :

علاوه بر جاهای کم یا بیش موقتی برای بزرگ کردن بچه‌ها، کودکان به‌صورت قانونی به فرزندخواندگی هم در می‌آیند. فرزندخواندگی قانونی هم برای فرزندان و هم برای پدرخوانده و مادرخوانده حقوق و مسؤولیت‌هایی همانند پدر و مادر طبیعی قائل است. مقررات فرزندخواندگی در کشورهای مختلف متفاوت است.

د- دارالتأدیب: (Borstal)

پسران بزرگتر از شانزده ساله‌ای که نگهداشتن آنها در مدارس دشوار است و یا سابقه خوبی در آنجا نداشته باشد به دارالتأدیب فرستاده می‌شوند. این گونه مراکز در حد وسط مدارس و زندان بزرگسالان هستند. یک دوره سه ساله اقامت معمول در دارالتأدیب به‌عنوان روشی برای آموزش و اصلاح کودک به‌شمار می‌رود.

هـ- بازداشتگاه :

در بازداشتگاه کودک زیر مراقبت پزشک، روان‌شناس و دیگر کارکنان آموزش دیده است و کوشش می‌شود که رفاه جسمی و عقلی کودک ارتقاء یابد. تعلیمات ابتدایی را به کودک آموزش داده، انواع هنرها و کارهای دستی به او آموخته، بازی‌ها و مسابقه‌ها و فعالیت‌های تفریحی برایش ترتیب داده می‌شود تا وضع جسمی و روحی او بهبود یابد.