

بناام خدا  
دانشگاه آزاد اسلامی واحد نومی

# پرستاری بهداشت جامعه (2)

مدرس: دکتر امین قاسم بکلو  
عضویت علمی دانشگاه

## فهرست مطالب

۲	فصل اول: مفاهیم خانواده.....
۲	مفهوم خانواده.....
۲	نقش و اهمیت خانواده.....
۳	انواع خانواده.....
۴	ساختار خانواده.....
۱۰	فصل دوم: دیدگاه اسلام نسبت به خانواده.....
۱۰	حقوق خانواده در اسلام.....
۱۱	فواید ازدواج از نظر اسلام.....
۱۲	فصل سوم: بهداشت ازدواج و مشاوره ژنتیکی.....
۱۲	مشاوره قبل از ازدواج.....
۱۲	مشاوره ژنتیک.....
۱۴	فصل چهارم: مراحل تکاملی خانواده.....
۱۵	وظایف خانواده در هر مرحله تکاملی.....
۲۲	فصل پنجم: فرائد پرستاری در خانواده و اصول بازدخ منزل.....
۲۴	بازدید منزل.....
۳۱	فصل ششم: بحران در خانواده و روش های تطابق با آن.....
۳۱	انواع بحران.....
۳۶	معلولیت.....
۴۰	طلاق.....
۴۶	اعتیاد.....
۵۰	فصل هفتم: خانواده های آسیب پذی.....
۵۰	الف- خانواده هایی که بحران را تجربه کرده اند.....
۵۰	ب- خانواده های دارای مشکلات مزمن.....
۵۷	فصل هشتم: خشونت و سوء رفتار در خانواده.....
۵۷	انواع خشونت در خانواده.....
۶۳	مداخلات پرستاری در خشونت و سوء رفتار.....
۶۹	فصل نهم: پویشی گروه.....
۷۰	مراحل تکامل گروه.....
۷۱	عملکردهای گروه.....
۷۷	فصل دهم: اقتصاد بهداشت.....
۷۷	اصول اقتصاد.....
۸۰	ابزارهای تحلیل اقتصادی.....
۸۲	عوامل تاثیر گذار بر هزینه های مراقبت بهداشتی.....
۸۳	سیستم های پرداخت مراقبت بهداشتی.....
۸۵	سایر عوامل موثر بر اختصاص منابع به مراقبت بهداشتی.....
۸۶	رفرنس.....

# فصل اول: مفاهیم خانواده

## مقدمه

خانواده پایه اصلی جامعه و کانون رشد و تعالی انسان است، در واقع خانواده به عنوان واحد اصلی اجتماع، پایه و اساس سلامت جامعه را نشان می دهد. هرگز چنین جامعه ای نمی تواند به سلامت دست یابد، مگر آن که از خانواده هایی سالم برخوردار باشد.

## مفهوم خانواده

تعریف خانواده برای عملکرد پرستاری از حساسیت خاصی برخوردار است. خانواده به طور سنتی، با استفاده از مفاهیم روابط مشروع، مانند روابط زیستی / ژنتیکی، پیوندهای خونی، فرزندخواندگی، قیمیت (حضانت)، یا ازدواج تعریف شده است. از دهه ۱۹۸۰، رسماً تعریف وسیع تری از خانواده مطرح شد که فراتر از پیوندهای خونی، ازدواج و محدودیت های قانونی بود.

خانواده به ۲ نفر یا بیشتر اشاره دارد که از لحاظ عاطفی، جسمی و یا حمایت مالی به یکدیگر وابسته باشند. اعضای یک خانواده، تعریف خاص خودشان را دارند. پرستارانی که با خانواده ها کار می کنند، باید از افراد بپرسند که آنها چه کسانی را به عنوان اعضای خانواده خود می دانند و سپس آن اعضا را در برنامه ریزی مراقبت بهداشتی در نظر بگیرند. ممکن است خانواده از مفاهیم سنتی هسته ای و گسترده به ساختارهای پست مدرن خانواده، مثل تک سرپرست، ناپدری، نامادری، خانواده های هم جنس و دوستان در تغییر و نوسان باشد.

## نقش و اهمیت خانواده

۱. هسته اولیه همه ی سازمان ها و نهادهای اجتماعی خانواده است. خانواده دارای اهمیت تربیتی و اجتماعی است، افراد از سوی خانواده و در خانواده گام به عرصه هستی می نهند و جامعه نیز از تشکیل افراد، هستی و قوام می یابد و از آنجا که خانواده مولد نیروی انسانی و معبر سایر نهادهای اجتماعی است از ارکان عمده، نهادهای اصلی هر جامعه به شمار می رود.
۲. نقش اصلی و آشکار خانواد، انتقال سینه به سینه ی ارزش ها و میراث فرهنگی، اعتقادی، حفظ روابط خویشاوندی، پرورش و تربیت نسل و تأمین نیازهای اساسی انسانی و بالاخره ایجاد تعادل روانی و عاطفی در افراد آن است. همه سنت ها، عقاید، آداب و رسوم، ویژگی های فردی و اجتماعی از طریق خانواده به نسل جدید منتقل می شود.
۳. تجارب دوران کودکی در محیط خانواده به عنوان عامل به وجودآورنده ی بیماری های روانی مورد تأکید زیادی می باشد. در مورد ارزیابی بیماری های روانی اولین سؤال راجع به خانواده می باشد.
۴. اثرات مفید یا زیان بخش خانواده به جامعه می رسد و در آرامش و اضطراب جامعه مؤثر است، خانواده در صحت یا بیماری آن نقش مؤثری دارد. بهنجاری یا نابهنجاری جامعه در گرو شرایط عمومی خانواده ها است و هیچ یک

از آسیب های اجتماعی فارغ از تأثیر خانواده پدید نمی آید . هیچ جامعه ای نمی تواند ادعای سلامت کند مگر آن که از خانواده های سالم برخوردار باشد.

۵. خانواده در رشد و تکامل فرد بیشترین و مهم ترین اثر را دارد.

## انواع خانواده

### ۱- خانواده هسته ای

خانواده «هسته ای» خانواده ای است مرکب از یک زن و یک مرد با تعدادی فرزندان مجرد که بر اساس ازدواج و روابط جنسی میان زن و مرد به وجود می آید و بین اعضای آن روابطی از قبیل زن و شوهری، پدر و مادر- فرزندی، خواهر- برادری و غیره برقرار است.

چنانکه از تعریف فوق بر می آید، در خانواده هسته ای دو نسل زندگی می کنند و قدرت خانواده در دست پدر یا مادر است و اعضای آن در بسیاری از امور خانواده استقلال دارند . خانواده هسته ای دارای کارکردهای عاطفی، مذهبی، تربیتی و جنسی است. استقلال خانواده زن و شوهری، مطلق و کامل نیست بلکه امری است نسبی که از جامعه ای به جامعه دیگر متفاوت است.

### ۲- خانواده گسترده

خانواده «گسترده» یا «توسعه یافته» خانواده ای است که از یک پدربزرگ و مادربزرگ و یک یا چند نفر از فرزندان ازدواج کرده و نکرده آنان، عروسها و نوه ها و خویشاوندان وابسته به خانواده تشکیل می شود. در این نوع خانواده، پدر و مادر اصلی امور خانواده را در دست دارند و اگر به علت کبر سن و غیره نتوانند وظایف خود را انجام دهند، پسر ارشد خانواده جای آنها را می گیرد. خانواده گسترده، معمولاً شامل چند گروه خونی و چند گروه زناشویی است و در آن بیش از دو نسل (سه نسل و بیشتر) زندگی می کنند.

خانواده گسترده معمولاً براساس پدرسالاری اداره می شود. خانواده گسترده به صورت محدودتر خود، نظام رایج خانوادگی در بیشتر جوامع بوده و در زمان معاصر نیز در برخی از کشورها دیده می شود. در این نظام خانوادگی، پدر یا مادر در خانواده با قدرت بسیار و با حقوقی که ناشی از مقام معنوی و دنیوی اوست بر افراد پرشمار خانواده حکومت می کند. سرای خانوادگی بیش از دو و گاهی چهارنسل را در بر می گیرد. وظایف خانواده، بویژه وظیفه اقتصادی آن است که موجب می شود همه اعضای خانواده گسترده، حکم کارکنان یک مجموعه اقتصادی واحدی را داشته باشند و زیر نظر پدر که منزلت اداره مجموعه را داراست، به کار و تولید بپردازند و حاصل رنج خویش را خود مصرف کنند . خانواده گسترده کارکردهای دیگری نیز دارد: مانند کارکردهای تربیتی، مذهبی، تفریحی، آموزشی و غیره.

### ۳- خانواده با ملحقات

نوعی از خانواده است که در آن زن و شوهر و فرزندان ازدواج نکرده آنان (خانواده هسته ای) با یک یا چند نفر از خویشاوندان زن یا شوهر در یک جا زندگی می کنند. از نظر اداره امور خانواده و حیات اقتصادی و فرهنگی و غیره، اعضای خانواده تابع خانواده اصلی (هسته ای) و رئیس آن هستند.

خانواده با ملحقات، هم با خانواده هسته ای و هم با خانواده گسترده متفاوت است . چرا که از یکسو تنها از زن و شوهر و فرزندان آنان تشکیل نمی شود (از این رو هسته ای نیست) و از سوی دیگر در خانواده گسترده اقتدار خانواده در دست پدر و مادر اصلی است و خانواده زن و شوهری تابع آن، ولی در خانواده با ملحقات پدر و مادر و خویشاوندان دیگر (اگر در خانواده وجود داشته باشند) تابع خانواده زن و شوهری (هسته ای) هستند.

## ۴- خانواده ناقص

خانواده ای است که بنا به دلایلی، یکی از عناصر و ارکان اصلی خانواده (مرد، زن و کودک) را نداشته باشد. از خانواده های ناقص می توان به «خانواده نخستین» و «خانواده سومین»، «خانواده بی فرزند» و «خانواده گسسته» اشاره کرد.

**الف) خانواده نخستین :** معمولاً خانواده جدیدالتأسیس را که از زن و شوهر جوان تشکیل می شود و هنوز دارای فرزندی نشده اند، خانواده نخستین می نامند.

**ب) خانواده سومین :** خانواده ای است که پس از ترک فرزندان، از خانواده هسته ای باقی می ماند. امروزه در بسیاری از جوامع، جوانان هنگام ازدواج خانه پدری را ترک می کنند و برای خود خانواده جداگانه ای تشکیل می دهند. نتیجتاً در کنار خانواده جوانان، خانواده کاملاً جدیدی از سالخوردگان پیدا می شود که جامعه شناسان آن را خانواده سومین می نامند.

**ج) خانواده بی فرزند :** خانواده ای است که از یک زن و یک مرد تشکیل می شود و به علت های مختلفی از قبیل عقیم بودن زن یا مرد و علل دیگر نمی توانند یا نمی خواهند دارای اولاد بشوند.

**د) خانواده گسسته:** خانواده ای است که از تجزیه یک خانواده هسته ای به وجود می آید . تجزیه خانواده هسته ای ممکن است به دلیل مرگ یکی از طرفین، یعنی زن یا شوهر باشد، یا به علت طلاق به وجود آمده باشد و یا یکی از دو طرف بنا به عللی از خانواده طرد شود یا آن را ترک کند . خانواده گسسته ممکن است تنها از یک زن یا یک مرد تشکیل شود و یا یک مرد یا زن با فرزندان خود در یک جا زندگی کنند.

## ساختار خانواده

ابعاد اساسی ساختار خانواده عبارتند از:

۱. ساختار نقش
  ۲. الگوهای ارتباطی
  ۳. نظام ارزشی (هنجارها و ارزش ها)
  ۴. ساختار قدرت
- این عناصر همگی به یکدیگر وابسته و به هم مرتبط اند.

## ۱- ساختار نقش

تعریف نقش

انتظاراتی که از یک شخص در موقعیت های خاص می رود نقش یا Role خوانده می شود. به عبارت دیگر، نقش ها عبارتند از: یکسری رفتارهای کم و بیش مشابه که به عنوان رفتارهای متعادل تعریف می شوند و انتظار می رود که یک فرد در یک مقام اجتماعی آن را ایفا کند، هر فرد می تواند چندین موقعیت اجتماعی را اشغال کند. مثلاً یک انسان می تواند مادر، زن، همسر، پرستار و عضو یک انجمن باشد که به همراه این موقعیت ها تعدادی نقش ایجاد می شود.

نقش ها در خانواده به دو دسته تقسیم می شوند:

۱. نقش های رسمی: مجموعه رفتارهای مرتبط با جایگاه خانواده هستند و از طریق انتظارات مرتبط شده با نقش ها مانند زن، شوهر، برادر، خواهر، پسر، دختر، مادر، پدر شناخته می شوند، مانند نان آور، خانه دار، سرپرست و مدیر مالی.

۲. نقش های غیر رسمی: این نقش ها به صورت اتفاقی در خانواده کسب می شوند، مانند فردی که زباله ها را از منزل بیرون می گذارد. رفتارها مرتبط با موقعیت خاصی نیستند، این که نیازهای عاطفی چگونه و توسط چه کسی برآورده می شوند را تحت تأثیر قرار می دهند.

بقای سیستم خانواده در گرو نقش ها و وظایفی است که هر یک از افراد خانواده به عهده دارند، لیاقت و توانایی که هر یک از اعضا در ایفای نقش ها و وظایف از خود نشان می دهند نمایانگر شایستگی و توانایی آن خانواده می باشد این قدرت ها و توانایی ها در زمان پذیرش تغییرات سیستم و سازش با آن ها به عنوان نیرویی برای ادامه حیات و تکامل سیستم خانواده به شمار می آید.

### نقش های اعضای بزرگسال

نقش های متعددی می باشد، که عبارتند از:

۱. نقش اجتماعی کردن کودک
۲. نقش مراقبت از کودک
۳. نقش خانه داری
۴. نقش تفریحی
۵. نقش های غیررسمی مانند: سپربلابودن، مشوق، پیش قدم و...

### ۲-الگوهای ارتباطی

روشها و الگوهای ارتباطی خانواده مانند سایر جنبه های زندگی متغیرند. الگوهای ارتباطی در زمان کودکی تکامل می یابد. سیستم ها و الگوهای ارتباطی خانواده ها می تواند به شکل باز یا بسته باشد. خانواده با سیستم باز ارتباطی، تبادل اطلاعاتی بیشتری با محیط خارج دارد در حالی که خانواده ای که سیستم بسته ارتباطی دارد اعضایش کاملاً به هم وابسته اند و به جامعه بزرگ تر دسترسی ندارند. سیستم بسته خانواده را غیرفعال می کند، مشکلات حل و فصل نمی شود و فقر ذهنی ایجاد شده و ابتکارات از بین می رود و خانواده ای که به طور نامحدود در معرض اطلاعات قرار می گیرد دچار بی نظمی و

هرج و مرج می شود، بنابراین خانواده ای خوب و سالم است که دارای نظام باز و صحیح باشد یعنی اطلاعات وارده را غروبال کند.

ارتباط در خانواده، اغلب تحت تأثیر عواملی مانند سوابق قومی، طبقه اجتماعی و هنجارها و رتبه هر یک از افراد خانواده قرار می گیرد. بعضی از خانواده ها مشکلات خود را با دوستان و همکاران خود در میان می گذارند در حالی که عده ای دیگر آن را پرده دری و نقوض حریم شخصی می پندارند و خانواده هایی که نگرانی ها و بحران های خود را با کسی در میان نمی گذارند احتمالاً ارجاع به مؤسسه های اجتماعی را نیز نمی پذیرند.

در بررسی الگوها باید ارتباط بین اعضاء را بررسی کرد مثلاً ارتباط بین والدین و اطفال، آیا والدین به درخواست های کودکان پاسخ می دهند؟ آیا با او با صدای محبت آمیزی صحبت می کنند؟ الگوهای ارتباطی معین با کودکان ممکن است نمونه ای از الگوهای ارتباطی با سایر اعضای خانواده باشد. تظاهرات روانی و احساسی همراه با بیان کلامی، اغلب بازگوکننده وضع عاطفی اعضا نسبت به یکدیگر و خانواده است.

## انواع الگوهای رفتاری والدین با فرزندان

### ۱- رفتار توأم با توجه افراطی

یعنی محبت بیش از اندازه یا نوعی رفتار که متناسب با سن و شرایط کودک نیست. عدم محبت موجب مشکلات روانی می شود و محبت بیش از اندازه باعث عدم اتکا به نفس، پرخاشگری، عصبانیت، پرتوقع بودن فرزندان می شود و در مقابل انتقاد، واکنش شدید نشان می دهند. به هیچ نوع تقسیم و عدالتی تن در نمی دهند، همه ی مردم مانند والدین به او بدهکارند، می خواهند همان گونه که در خانه فرمانروای مطلق بوده اند در اینجا نیز باشند. اسباب بازی ها را انحصاراً برای خود می خواهند، در بازی گروهی یا شرکت نمی کنند یا اگر شرکت کننده مشکلاتی به وجود می آوردند. اصولاً خود را برتر از دیگران دانسته و نسبت به دیگران بی اعتنا هستند.

### ۲- رفتار طرد کننده

رفتار بعضی از والدین با کودکان به گونه ای است که کودکان احساس طردشدگی می کنند. مثال: مقایسه کردن کودکان با هم بدون توجه به استعدادها و توانایی های هر یک، لذا کودک احساس طردشدگی می کند یا بی اعتنایی نسبت به خودنمایی کودک. به طور کلی:

۱. محبت نکردن
۲. تبعیض قائل بودن
۳. بهانه جویی از کودک
۴. عدم تأیید اعمال او
۵. رفع نیازهای کودک با حالت بی حوصلگی
۶. سرزنش در حضور سایر همسالان

۷. غفلت و بی توجهی، باعث می شود که احساس کند اولیایش او را نمی خواهند و احساس طردشدگی و عدم اعتماد به نفس و بی ارزش می کند و اختلال رفتاری (پرخاشگری، عصیان، خصومت، دزدی، اضطراب، غیرفعال بودن) از او سر می زند و از دوستان نیز طرد می شود.

### ۳-والدین مسلط

کنترل شدید فرزندان در دستور کار قرار دارد. ویژگی های این گونه والدین عبارت است از :

۱. از کودک فرمانبرداری فوری، دقیق و بدون چون و چرا خواسته می شود.
۲. از هیچ یک از نافرمانی های کودک اغماض نمی گردد.
۳. کنترل مستمر فعالیت
۴. کاره ای اجباری در خانه
۵. ممنوع کردن بعضی از بازی ها
۶. ساعت خواب کودک دقیق و منظم است
۷. کودک برای بازی مجبور است اجازه بگیرد
۸. تنبیه و خشم زیاد ولی محبت و تشویق بسیار کم است.

### ویژگی های کودکان

۱. بی اراده
۲. صبور بی جا
۳. بی ابتکار
۴. وابسته
۵. مطیع
۶. ناتوان
۷. بی لیاقت در دفاع از خود
۸. تسلیم شونده
۹. تمایل به کوچک ماندن
۱۰. شخصیت ضعیف

### ۴-والدین بی تفاوت

- هیچ گونه الگوی تربیتی برای فرزندان خود ندارند.
- ساعات بیشتری را در بیرون از منزل به سر می برند.
- فرزند زیاد دارند (ممکن است)
- یا فرصت ندارند یا راحت طلب هستند.



▪ تنها بیرون و مسافرت می روند.

فرزندان خود را پذیرفته نشده و مورد بی مهری می دانند.

### ۵- رفتارهای ناهماهنگ والدین

پدر رفتاری را در کودک تشویق می کند اما مادر همان رفتار را در کودک نامطلوب می داند و او را به خاطر آن رفتار تنبیه می نماید. والدین از نظر تفکر، عقاید و ... تفاهم ندارند. کودکان این گونه والدین نگران و مضطرب هستند و احساس گناه و تقصیر می کنند و تشخیص ارزش ها از ضدارزش ها برایشان مشکل است.

### ۶- والدین پذیرنده

تمام نیازهای رشدی کودک برآورده می شود (رشد جسمی، عاطفی، فکری و اجتماعی) با مقدار زیادی محبت در درجه اول و مقدار کمی خشم و تنبیه در درجه دوم که بهترین نوع رابطه میان کودک و والدین است مشخص می شود. زیادی محبت باعث احساس ایمنی و اعتماد به نفس و کمی خشم و تنبیه ایجاد حس تشخیص و مسئولیت در کودک می گردد و تبعیض در کار نیست.

### ۳- نظام ارزشی خانواده

فرهنگ خانواده، شخصیت و تجربیات زندگی باعث شکل گیری ارزش ها می شوند و متغیرهایی مانند مذهب، اعتقادات معنوی، سن و درجه تکامل اعضای خانواده، ارزش های خانواده را تحت تأثیر قرار می دهند. سیستم ارزشی خانواده ثابت نیست، به خاطر تعامل با زیرفرهنگ های مختلف، تطبیق با نیازهای جامعه و نیازهای ویژه در زندگی تغییر می کند و حالتی پویا دارد. مثلاً از نظر یک خانواده، اهدای عضو مورد قبول نیست، اما زمانی که جان اعضای خانواده در خطر است، مورد قبول واقع می گردد. ارزشها اساساً پذیرش و مشارکت یا رد کردن و نپذیرفتن برنامه و مراقبت بهداشتی هستند. پرستاران بهداشت جامعه با شناخت سیستم ارزشی خانواده، می توانند رفتار اعضای آن را درک کنند و برای ارایه ی آموزش و مشاوره از ارزش هایی که تصمیم ها و رفتارهای آنان را هدایت می کنند، استفاده نمایند.

ارزش های خانواده بیشتر در رابطه با نگرش آنها نسبت به تفریحات، تحصیل و تندرستی آشکار می شوند. چگونگی استفاده ی خانواده از اوقات فراغت نشان می دهد که اولویت ها و ارزش ها در ارتباط با تفریح چیست؟ چه تفریحاتی انجام می دهند. این که والدین نظام مدرسه را چگونه می نگرند و چقدر برای نظام مدرسه و معلمین ارزش قائل اند روی فرزندان آنها تأثیر می گذارد اگر والدین در نظام آموزشی ناموفق بوده یا توسط معلم مورد تهدید بوده اند اغلب آن را به فرزند خود منتقل می کنند و بالعکس اگر والدین تحصیل را مهم تلقی کنند فرزندان شان نیز در ارزش ها مهم تلقی خواهند نمود.

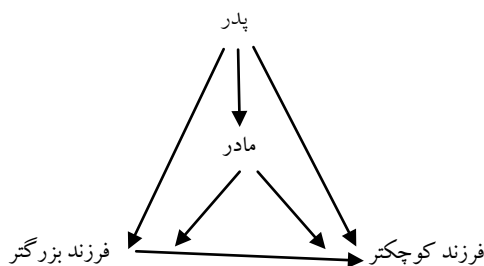
از جنبه سلامتی، تمام افراد برای سلامتی ارزش قائل اند اما رفتار آنها و عملکرد آنها با هم متفاوت است. این که خانواده چه مقدار پول برای مراقبت های بهداشتی صرف می کند یا برای سالم ماندن چقدر وقت می گذارد و چقدر کوشش می کند یا اگر خانواده ای قرار باشد بین معاینه دندان و خرید یک دستگاه صوتی یکی را انتخاب کند کدام را انتخاب خواهد کرد یا این که خانواده ها چقدر به پیشگیری اهمیت می دهند.

سیستم ارزشی در واقع عقاید، نگرش ها و باورهاست و فرهنگ خانواده در حقیقت یک منبع اولیه از سیستم ارزش ها و هنجارهاست و سیستم ارزشی یک راهنمای کلی برای بروز رفتار در انسان هاست و در درون خانواده راهنمایی است برای تکامل هنجارها و قوانین. منشأ یادگیری این سیستم ارزشی، خانواده است و انتقال دهنده از نسلی به نسل دیگر است. امروزه فرزندان کمتر تحت تأثیر والدین و به طور کلی بزرگترهای خانه اند و زمانی نیز که بین ارزش های خانه و آن ارزش ها که از طریق وسایل ارتباط جمعی آرایه می شود تعارض رخ دهد، به نظر چنین می رسد که قدرت غالب از آن وسایل همه جا حاضر ارتباط جمعی است. زمانی که مادر و معلم دو ارزش متمایز را آرایه می کنند معمولاً برد با مدرسه و صاحبان آن است.

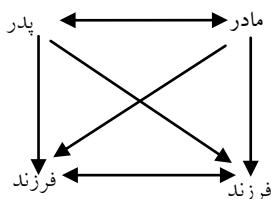
## ۴- ساختار قدرت

قدرت یعنی توانایی نفوذ بر رفتار دیگران. در خانواده بر مبنای ساختار قدرت تصمیم گیری می شود. هرم قدرتی خانواده طبق نیازها یا توانایی های اعضای خانواده و همچنین فرهنگ خانواده تنظیم می شود. قدرت خانواده از طریق الگوهای ارتباطی موجود در آن مشخص می شود. ارتباط زن و شوهر، والدین، خواهران و برادران و فرزندان. ساختار قدرت در خانواده بهبود سیستم تقسیم شده است:

### ۱. دیکتاتوری



### ۲. دموکراتیک



در خانواده وقتی تعارض ایجاد می شود که در مورد پیامی دو یا چند جواب متضاد و مختلف داده شود یا وقتی که فرد تصمیم گیرنده در خانواده نتواند مشکلی را حل کند یا به عبارتی راه حل مشکل خانواده مورد موافقت قرار نگیرد یا وقتی مشورتی در خانواده وجود نداشته باشد. حل تعارض ها به صورت مؤثر وقتی اتفاق می افتد که به صورت باز در مورد تعارض صحبت شود. پرستار بهداشت جامعه با بررسی ساختار قدرت خانواده می تواند تعیین کند که در خانواده، چه کسی تصمیم می گیرد و چه کسی بیشترین تأثیر را بر خانواده دارد. با مشخص شدن این موارد، وی می تواند در تعامل با خانواده و آرایه آموزش، با دید بازتر و مؤثرتری عمل نماید.

# فصل دوم: دیدگاه اسلام نسبت به خانواده

## حقوق خانواده در اسلام

اسلام جهت ایجاد آرامش در خانواده، حقوقی را برای هرکدام از اعضای آن مقرر نموده و به اجرای آنها امر فرموده است.

### وظایف مرد در برابر همسر

۱. مهرورزی و محبت و ابراز آن
۲. حمایت از همسر
۳. ایجاد زمینه دلگرمی و پذیرش همسر
۴. معاشرت نیکو و رعایت ادب
۵. رعایت عدالت
۶. رعایت حقوق همسر
۷. وقت گذاری برای همسر
۸. تعهد نسبت به همسر
۹. گذشت و بردباری

### وظایف زن در برابر همسر

۱. اطاعت و همدلی
۲. احترام و استقبال
۳. تواضع و فرتنی
۴. خودآرایی برای همسر
۵. حمایت و کمک
۶. عدم منت به او
۷. گذشت و بردباری
۸. اعتدال در هزینه زندگی

### وظایف والدین نسبت به فرزندان

۱. پذیرش فرزند با هرگونه خصوصیات و شکرگزاری جهت این نعمت الهی
۲. انتخاب نام نیکو
۳. تأمین نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و ... فرزند درحدی که موجبات تکامل وی فراهم گردد.
۴. آموزش و تربیت صحیح کودک
۵. رعایت عدالت و مساوات بین فرزندان

فراموش نکنیم که مسئولیت پدر و مادر نه تنها تأمین غذا و لباس و بهداشت فرزندان، بلکه تربیت ایشان به فطرت توحیدی و الهی است، لذا نظارت بر رفتار و گفتار و عبادت کودکان امری لازم و ضروری است.

### وظایف فرزندان نسبت به والدین

۱. اطاعت از والدین مگر در مواردی که مسئله معصیت و گناه مطرح باشد.
۲. نیکی و احسان به والدین و سعی در خدمت رسانی به آنان
۳. رعایت اخلاق حسنه در کلیه شرایط
۴. دعا برای والدین و آموزش خواهی از خداوند جهت ایشان
۵. تواضع و فروتنی در برابر آنان هرچند از نظر مقام اجتماعی در جایگاه ویژه ای باشد.
۶. خودداری از رنجیده خاطر کردن عمدی و حتی سهوی والدین حتی با گفتن کلمه ای مانند اف.
۷. نگاه با محبت و رأفت به والدین که جزء عبادت ها شمرده شده است.
۸. رعایت احترام به مقام پدر و مادر حتی بعد از مرگ آنان.

### فواید ازدواج از نظر اسلام

از نظر اسلام، ازدواج فواید بسیاری دارد که در زیر به تعدادی از آنها اشاره می گردد:

۱. کسب استقلال : انسان پس از ازدواج، از خانواده پدری مستقل گردیده و با همسر خود زندگی جدیدی را تشکیل داده و مسئولیت اداره آن را تقبل می کند.
۲. ارضای غرایز جنسی : در سایه ازدواج مشروع، غرایز جوان ارضاء گردیده و هم شرافت انسانی او محفوظ می ماند.
۳. بقای نسل : ازدواج، وسیله ای برای تداوم نسل بشری می باشد.
۴. تکامل انسانی : در سایه ازدواج صحیح، موج بات تکامل انسان و سعادت وی فراهم می گردد، زیرا انسان بدین وسیله از تنهایی و خودخواهی خارج شده و به پختگی و کمال رهنمون می گردد.
۵. آرامش و اطمینان : در سایه ازدواج مشروع، هیجانات روانی، بی قراری ها، چشم چرانی ها و هوس های آلوده تحت کنترل انسانی در آمده و روح پ راضطراب جوان آرامش می یابد . بدین ترتیب، انسان به اعتدال و امنیت رهنمون می شود.
۶. راز عفاف و مصونیت از گناه : از طریق ازدواج مشروع، غریزه نیرومند جنسی به طو ر صحیح ارضاء می گردد و شخص از گناه و انحرافات مصون می ماند.
۷. سلامت و امنیت اجتماعی : بسیاری از جنایات، مفسد و تبهکاری ها، از سوی کسانی است که ازدواج نکرده اند . شاید بدین دلیل پیامبر اسلام ازدواج را راز احراز نصف دین معرفی فرموده اند.
۸. تعاون در اطاعت و نیل به ثواب : در سایه ازدواج مشروع، زن و مرد مسلمان می توانند در راه کسب ثواب، معین و یاور یکدیگر باشند؛ و در یک جمله می توان گفت ازدواج ضامن تکامل اجتماعی است، حرکت سالم اجتماعی بر محور خانواده و دوام و بقای بشریت برآن استوار است.

# فصل سوم: بهداشت ازدواج و مشاوره ژنتیکی

## مقدمه

با وجود پیشرفت امکانات بهداشتی و کاهش بیماری های واگیردار، هنوز نیز شاهد تولد فرزندان دچار نقایص ژنتیکی هستیم. آمار نشان می دهد بیش از ۲۰ درصد مرگ و میرهای نوزادان، بر اثر نقایص مادرزادی اتفاق می افتد.

هم اینک با در دسترس بودن امکانات مشاوره ژنتیکی قبل از ازدواج و قبل از تولد فرزندان می توان از تولد فرزندان معلول پیشگیری نمود.

## مشاوره قبل از ازدواج

هم اینک در مراکز بهداشتی درمانی کشور ما آزمایشاتی قبل از ازدواج به صورت روتین انجام می گیرد، که عبارتند از :

آزمایش خون : در این آزمایش که گروه خونی افراد نیز تعیین می گردد، آموزش های لازم در خصوص موارد خاص (Rh منفی زن و Rh مثبت مرد) به آنان داده می شود. این آزمایش وجود کم خونی را نیز نشان می دهد. در صورتی که زن و مرد هر دو کم خونی نشان دهند، مصرف آهن، اسیدفولیک و غذاهای سرشار از آهن به ایشان توصیه می گردد. اگر با مصرف این داروها و مواد در مراجعه بعدی نیز کم خونی مجدد دیده شود، احتمال وجود بیماری تالاسمی می نور در ایشان داده می شود. با آزمایشات اختصاصی تر (الکتروفورز هموگلوبین) وجود این بیماری مسجل می گردد و از ازدواج این زوج ها ممانعت به عمل می آید . کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور از والدینی متولد می گردند که هر دو، مبتلا به تالاسمی مینور می باشند.

آزمایش دیگری که در مراکز بهداشتی درمانی ما انجام می گردد، تعیین اعتیاد در زوجین می باشد تا از ازدواج با این افراد پیشگیری به عمل آید . زوجین می توانند در صورت تمایل، درخواست آزمایشات اضافی از قبیل تست بیماری هایی مانند هپاتیت، ایدز و غیره نمایند که با دریافت هزینه اضافی، انجام خواهد گرفت.

در کلاس های آموزشی قبل از ازدواج ، درخصوص اهمیت آزمایشات روتین و دلایل آنها، مشاوره ژنتیک، اهمیت تنظیم خانواده و وسایل پیشگیری مختلف، بهداشت فردی و روابط زناشویی صحیح ، آموزش های لازم ارائه می گردد.

## مشاوره ژنتیک

مشاوره ژنتیک برای شناسایی زمینه ژنی و با کمک معیارای ویژه ای انجام می گردد در مشاوره ژنتیک، ابتدا جهت فرد مورد مشاوره، با توجه به تاریخچه وجود بیماری های وراثتی و در صورت لزوم، کاریوتیپ کروموزومی (به مجموعه ای از کروموزومها که بر اساس تعداد، شکل و اندازه شان منظم شده اند **کلریوتیپ** گفته می شود) تهیه گردیده و مورد تجزیه و تحلیل ژنتیکی قرار داده می شود. مشاوران ژنتیک خطرات و احتمال بروز بیماری را به زوجین توضیح داده و آنان را نسبت به عواقب این امر آگاه می سازند.

بهترین زمان مشاوره ژنتیک، قبل از ازدواج است. مواردی که لازم است مشاوره ژنتیک انجام گردد:

۱. قبل از ازدواج فامیلی (افراد غیرخویشاوند نیز در صورت تمایل می‌توانند مشاوره انجام دهند).
۲. قبل از ازدواج افرادی که در خانواده یک یا هر دوی آنها افراد دارای عقب ماندگی ذهنی یا معلول وجود دارد.
۳. پس از تولد فرزندی که دارای اختلال ژنتیکی است.
۴. در مواردی از قبیل سقط مکرر، مرگ و میر در داخل رحم یا حین تولد یا پری ناتال (از هفته ۲۲ بارداری تا روز سی ام پس از تولد)
۵. قبل از بارداری در موارد زیر:  
الف) هنگامی که سن مادر، بالای ۳۵ سال باشد.  
ب) یکی از والدین حامل ژن معیوب باشد.  
ج) در صورتی که یکی از زوجین به هنگام تشکیل سلول تخم و یا مادر در اوایل بارداری، تحت تأثیر عوامل تراتوژن زا (از قبیل اشعه ایکس، مصرف برخی داروها و ...) قرار گرفته باشد.

### نقش پرستار بهداشت جامعه در مشاوره ژنتیکی

پرستار بهداشت جامعه، در هر سه سطح پیشگیری می‌تواند نقش خود را ایفا نماید.

- **پیشگیری سطح اول** : ترتیب دادن برنامه مشاوره ژنتیک جهت آگاه سازی والدین، واکسیناسیون بر علیه بیماری هایی که می‌توانند موجب نقص مادرزادی در کودک شوند مانند سرخچه.
  - آموزش در مورد تأثیر مواد تراتوژن زا مانند مصرف برخی داروها، اشعه ایکس و ...
  - آموزش به مادران جهت استفاده از تغذیه مناسب یا مصرف برخی مواد لازم، مصرف اسید فولیک سه ماه قبل از اقدام به بارداری و یا مصرف آهن و ویتامین طبق نظر پزشک در دوران بارداری.
- **پیشگیری سطح دوم** : غربالگری کودکان خانواده از نظر وجود بیماری، تشخیص اولین علائم بیماری در صورت وجود و پیشگیری از پیشرفت بیماری.
- **پیشگیری سطح سوم** : کمک به خانواده جهت پذیرش فرزند بیمار، کمک به خانواده جهت حل بحران، پیشگیری از بروز اختلال در فرزندان بعدی، پیگیری نحوه درمان.

# فصل چهارم: مراحل تکاملی خانواده

## مقدمه

دووال و میلر براساس اصول تکاملی افراد، برای خان واده به عنوان یک واحد کل، مراحل تکاملی در نظر گرفتند؛ یعنی همچنان که هر فرد دوره تکاملی را طی می کند، خانواده نیز دوره تکاملی خود را می گذراند.

رشد خانواده در طی سیکل زندگی در یک الگوی قابل پیش بینی و مشخص رخ می دهد. مطالعه رشد خانواده، دو مرحله کلی را نشان می دهد:

۱. توسعه خانواده: با اضافه شدن هر فرد جدید به خانواده نقش ها و روابط افزایش می یابند.
  ۲. کوچک شدن خانواده: زمانی است که اعضاء برای تشکیل زندگی جدید، خانواده را ترک می کنند.
- محققین در مراحل رشد خانواده، سه معیار مختلف را مدنظر قرار داده اند که شامل تگی یر در تعداد اعضاء خانواده، سن و رتبه کلاسی بزرگترین فرزند و بازنشستگی پدر می باشد. دووال، سه معیار را با هم ترکیب کرده و مجموعاً در هشت مرحله به صورت زیر، بیان می کند (مطابق نمودار ۱-۴):

۱. شروع زندگی

۲. تولد فرزند

۳. خانواده با فرزند سن قبل از مدرسه (پیش دبستانی)

۴. خانواده با کودک سن مدرسه (دبستانی)

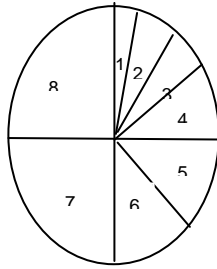
۵. خانواده با نوجوان

۶. خانواده با فرزند سن ترک خانواده

۷. خانواده میانسال

۸. خانواده در سن پیری (بازنشستگی)

در این مدل، سن بزرگترین فرزند خانواده، ملاک مشخص کردن مراحل مختلف زندگی است. به عنوان مثال، خانواده ای که در سن مدرسه قرار دارد، سن بزرگترین فرزندش ۱۲-۶ سال می باشد، حتی اگر فرزند یا فرزندان کوچکتری هم داشته باشد. اندازه هر بخش از نمودار ۱-۴، نشان دهنده مدت زمان هر مرحله است. به دنبال تغییرات اجتماعی، صنعتی شدن جوامع، تغییر نقش ها و الگوهای زن دگی برای زن، تعداد فرزندان خانواد ه ها کاهش پیدا کرده است. بسیاری از زنان خواستار تحصیلات در سطح بالاتر یا آموزش های دیگر و تجارب کاری بیشتر هستند یا علاقه مند به داشتن وضعیت مالی بهتر و پایه محکم تری برای پیشرفت زندگی شان می باشند. به همین دلیل زوجین، بخش بیشتری از زندگی شان را به تنهایی سپری خواهند کرد و مرحله ۱، ۷ و ۸ طولانی تر می شود. نقطه ضعف اصلی این مدل، آن است که این مدل بر پایه خانواده هسته ای بنا شده است، در حالی که امروزه تعریف خانواده بسیار متنوع می باشد.



نمودار ۱-۴: (۱) شروع زندگی؛ (۲) تولد فرزند؛ (۳) خانواده با فرزند سن قبل از مدرسه؛ (۴) خانواده با کودک سن مدرسه (۵) خانواده با نوجوان؛ (۶) خانواده با فرزند سن ترک خانواده؛ (۷) خانواده میانسال؛ (۸) خانواده در سن پیری (بازنشستگی)

## وظایف خانواده در هر مرحله تکاملی

هر مرحله از چرخه زندگی خانوادگی، وظایف و نیازهای تکاملی دارد که بایستی توسط خانواده در هر مرحله تکاملی برآورده شوند و شامل نیازهای بیولوژیکی، امور فرهنگی، آرزوها و ارزش‌هایی است که باید ارضاء شوند. لازم به ذکر است که وظایف تکاملی خانواده، علاوه بر وظایف تکاملی فردی می‌باشد. برخلاف وظایف تکاملی فردی که ویژه هر سطح سنی خاص هستند، اعمال تکاملی خانواده در سراسر زندگی و چرخه آن ادامه دارند؛ مثلاً کلیه خانواده‌ها باید برای رفع نیازهای جسمی سایر افراد خانواده در تمام مراحل آماده باشند، اما بعضی از فعالیت‌ها در یک دوره خاص نیاز به تأکید بیشتر دارد.

### مرحله ۱- تشکیل خانواده

با ازدواج زن و شوهر آغاز می‌شود. طول مدت این مرحله متغیر است.

### وظایف خانواده در مرحله اول تکاملی

- فراهم نمودن محیط رضایت بخش متقابل: یادگیری زندگی با یکدیگر در حالی که نیازهای شخصی هر یک را دیگری برآورده می‌سازد، وظیفه اصلی تکاملی این دوره است. پس از ازدواج، زوجین برای شروع یک زندگی جدید، آماده می‌شوند. نقش‌های آنان تغییر کرده و فعالیت‌ها و مسئولیت‌های جدید را می‌پذیرند. در بعضی موارد زوجین با توافق یکدیگر، قوانینی وضع می‌کنند مثل زمان خواب، نظافت منزل و ... کسب ارتباطی رضایت بخش بستگی به راه‌های مقابله صحیح با اختلافات و تعارضات دارد. روش صحیح حل مشکل مربوط به همسران؛ به توانایی همدردی، حمایت متقابل و توانایی برقراری ارتباط باز و واقع بینانه بستگی دارد.
- تنظیم خانواده: تعیین زمان بچه دار شدن، بخش مهمی از زندگی است. توجه به مادر باردار و خانواده و نوع مراقبت بهداشتی خانواده در زمان بارداری، تأثیر زیادی بر توانایی سازش خانواده با تغییرات وسیع پس از تولد فرزند دارد.
- ارتباط با اقوام و خویشاوندان: داشتن ارتباطی مناسب و سازگار با خانواده‌های زوجین طوری که وظیفه اصلی آنها به ارتباطات زناشویی شان معطوف گردد.



## وظایف پرستار

اولین مداخلات پرستاری، آموزش و مشاوره در مورد تنظیم خانواده، تطابق با نقش والدی و نقش جنسی و آموزش و مشاوره قبل از زایمان و برقراری ارتباط است. نداشتن اطلاعات اغلب موجب مشکلات جنسی و عاطفی، ترس و احساس گناه، بارداری ناخواسته و بیماری های مقاربتی پس از ازدواج و ... می شود.

### مرحله ۲- فرزنددار شدن

از تولد تا ۳۰ ماهگی طول می کشد، بنابراین دوره نوزادی، شیرخوارگی و نوپایی کودک را دربر می گیرد. معمولاً والدین از تقلد نوزاد خوشحال و در عین حال نگران می باشند. این نگرانی به دلیل احساس عدم کفایت در انجام نقش والدی یا وجود نقص در کودک می باشد. فقدان کمک از طرف خانواده یا دوستان یا کشمکش با توصیه دوستان، خانواده و یا سیستم بهداشتی در خصوص نحوه مراقبت از کودک، بیدار شدن کودک در شب، خستگی جسمی و روانی مادر به ویژه در زایمان های سخت و طولانی یا سزارین از مشکلات این دوره هستند. ورود کودک جدید به منزل، باعث ایجاد نقش ها و ارتباطات جدیدی در اعضای خانواده می شود، نقش هایی مثل مادر، پدر، مادر بزرگ و پدر بزرگ.

بحران تکاملی، مشخصه این دوره است که علت آن عدم آمادگی لازم برای پذیرش نقش مادر پدری و تصورات باطل والدین می باشد. دوره نوپایی کودک نیز مسائلی خاص خود (از جمله آموزش کنترل دفع) را به همراه دارد.

موارد زیر به عنوان عوامل تنش زا در مادران مطرح هستند:

- نخست زایی
- نداشتن فامیل یا خویشاوند برای کمک در مراقبت از کودک و عدم حضور همسر در منزل
- ابتلا به عوارض بارداری (نوزاد نارس، اکلامپسی و ...)
- مرگ نزدیکان و بستگان درجه یک
- بیماری مادر در دوران بارداری (دیابت، بیماری قلبی)
- بیماری مادر پس از زایمان
- ناقص ماندن تحصیلات مادر

### وظایف خانواده در مرحله دوم تکاملی

- تقویت خانواده به عنوان یک واحد ثابت و پایدار از طریق حفظ ارتباط رضایت بخش بین والدین و والدین و کودک
- مشاوره باهمسر در زمینه کشمکش های ناشی از وظایف متعدد اعضای خانواده
- برآورده کردن نیازهای تکاملی مادر، پدر و کودک
- پذیرش نقش های جدید توسط اعضا

تماس و همبستگی سریع و شروع ارتباط گرم و صمیمی والدین با کودک بر ارتباط آنها در آینده تأثیر می‌گذارد اغلب، مادران تغییرات نقش و تطابق با مسئولیت‌های جدید والدی را سریع‌تر می‌آموزند، زیرا مادران انتظار تولد فرزند و احساس مادری را داشته، در حالی که مردان پس از تولد فرزند، احساس پدرانه خواهند داشت.

در دوره شیرخوارگی کودک، ارتباط زناشویی والدین کاهش می‌یابد و بعضی از والدین، به دلیل افزایش مسئولیت‌ها، تحت فشار شدیدی قرار می‌گیرند. خانواده برای انجام وظایف تکاملی خود در این مرحله نیازمند تعدیل ارتباطات با بستگان و دوستان و دریافت کمک و راهنمایی از آنها می‌باشد.

با ورود کودک به دوره نوپایی، وظایف خانواده به صورت زیر مطرح می‌گردد:

- توجه به برقراری و ارزش دادن به روابط صمیمی
- ایجاد کانون گرم و محیط امن و راحت
- ایجاد روابط متقابل قابل درک با کودک
- حفظ و نگهداری روابط صمیمانه بر اساس نیاز کودک
- حفظ فاصله بین تولدها
- پاداش دادن به موقع در زمان مناسب به کودک، نه به عنوان رشوه.

### وظایف پرستار

بخشی از مداخلات مهم پرستاری در این دوره عبارتند از :

- بررسی نقش والدین
- بررسی واکنش خانواده نسبت به کودک : مادران فعال انتظار بچه‌های پرسروصدا و مادران آرام، انتظار کودکامی آرام دارند و در غیر این صورت، کودک خود را طرد می‌کنند؛ در حالی که مثلاً آرام بودن و بی‌تفاوتی کودک ممکن است به دلیل عدم دریافت تحریکات حسی کافی از سوی والدین باشد.
- آموزش نحوه مراقبت صحیح از کودک، ایمن‌سازی کودک و ... به خانواده
- مشاوره در مورد روابط صحیح خانوادگی
- مشاوره تنظیم خانواده (۶ هفته بعد از زایمان)

و در دوره نوپایی:

- ارزیابی کودک نوپا ب‌استفاده از ابزار استاندارد
- آموزش به خانواده در مورد نیازهای کودک در این مرحله

### مرحله ۳- خانواده با کودک سن قبل از مدرسه (پیش دبستانی)

این دوره از ۲/۵ سالگی تا ۶ سالگی بزرگترین فرزند خانواده شروع می‌شود. در این دوره معمولاً تعداد اعضای خانواده از ۳ تا ۵ نفر متغیر است و افراد نقش‌هایی چون همسر، پدر، مادر، دختر، پسر و خواهر و برادر را دارا هستند. بنابراین روابط خانواده در این مرحله پیچیده‌تر می‌شود. کودکان باید عدم وابستگی را یاد بگیرند و بتوانند در غیاب والدین، مستقل باشند.

## وظایف خانواده در مرحله سوم تکاملی

- محافظت کودکان از آسیب ها و سوانح (فراهم کردن محیطی امن و مناسب، در کاهش صدمات مؤثر است).
- اجتماعی کردن کودک
- آموزش مراقبت از خود به کودک
- آماده کردن کودک بزرگتر برای ورود فرزند جدید و برقراری ارتباط بیشتر با او (اطمینان بخشیدن به او که هنوز هم مورد توجه و علاقه است).

## وظایف پرستار

- بررسی منزل از نظر نکات ایمنی و آموزش شناخت خطرات و عوامل خطر و روش های پیشگیری از حوادث
- آموزش در مورد مهمترین مشکلات بهداشتی کودکان سن قبل از مدرسه (بیماری های واگیردار، اسهال، مسمومیت ها، حوادث و سوختگی)
- توجه به ارتباط زناشویی (زیرا نقش والدی، اجرای نقش زناشویی را مشکل می کند، طوری که تمرکز بر انجام وظایف بیشتر شده، صحبت بین همسران کمتر شده و صحبت با کودک جایگزین آن می شود، ابراز محبت بین همسران کاهش یافته و رضایت جنسی کمتری دارند).
- تنظیم خانواده
- برقراری عدالت بین فرزندان
- توجه به نیازهای رشد و تکامل اعضای خانواده
- برقراری ارتباط مناسب

## مرحله ۴- خانواده با فرزند سن مدرسه

وقتی بزرگ ترین فرزند خانواده، ۶ ساله (بدو ورود به مدرسه) می شود، این دوره آغاز می گردد و در ۱۳ سالگی وی (آغاز نوجوانی) پایان می یابد. این مرحله، از سه قسمت زیر تشکیل می شود:

۱. کودکی : حدود ۶ سالگی که کودک برای رشد و ارتقاء فعالیت های خود، تمایل به گروه دارد.
۲. قبل از بلوغ: در حدود ۱۰-۹ سالگی است. در این دوره، کودک رضایت و امنیت خود را در رضایت دیگران می بیند.
۳. بلوغ : تا ۱۳-۱۲ سالگی ادامه دارد. با ترشح هورمون های جنسی، بلوغ آغاز می گردد. در این مرحله، خانواده بیشترین تعداد و روابط را دارا می باشد.

## وظایف خانواده در مرحله چهارم تکاملی

- باز نگه داشتن روابط خانوادگی
- کارکردن با هم برای رسیدن به هدف مشترک
- برنامه ریزی و اتخاذ روش های مناسب برای تداوم زندگی زناشویی
- توجه به حریم کودکان

- برقراری ارتباط نزدیک با بستگان
- ارزش و بهادادن به زندگی خانوادگی
- قبول عقاید جدیدی که کودک به منزل می آورد.

### وظایف پرستار

- بهبود و ارتقاء روابط صمیمانه بین همسران و غربالگری کودکان از لحاظ اختلالات بینایی، شنوایی، یادگیری و رفتاری، دهان و دندان و ...
- پیگیری موارد غربالگری شده، در صورت کشف بیماری

### مرحله ۵- خانواده با نوجوان

این مرحله، با ورود بزرگترین فرزند خانواده به ۱۳ سالگی آغاز می گردد و معمولا ۶ تا ۷ سال طول می کشد. این دوره احتمالا مشکلترین و بحثبرانگیزترین مرحله است. وظیفه تکاملی نوجوان، حرکت از قطب وابستگی به والدین و بزرگسالان، به سوی عدم وابستگی و ارتباط بیشتر با همسن و سالان می باشد. هدف کلی خانواده نیز، انتقال مسئولیت ها به نوجوان و در نظر گرفتن آزادی در حد متعادل برای وی می باشد. به اعتقاد آدامز، توجه به نکته «آزادی، پرورش فرهنگ جوانی و اختلاف نسل ها» در این دوره، ضروری است.

آزادی: در پایان این دوره، معمولا نوجوان به فردی تبدیل می شود که در تصمیم گیری ها، آزادتر بوده و ابراز عقیده می کند و معمولا سه نوع عدم وابستگی شامل استقلال عاطفی، رفتاری و ارزشی را کسب می کند.

فرهنگ جوانی: در این مرحله، نوجوان، مجموعه استانداردهای مربوط به خودش را خواهد داشت. همسالان و همکلاسی ها در ایجاد این فرهنگ و استانداردها نقش و اهمیت زیادی دارند. فرهنگ جوانی (یا گروه همسالان) به نوجوان کمک می کند تا به بزرگسالی برسد.

اختلاف نسل ها: منظور تغییرات ارزشی و اجتماعی فاحش از یک نسل به نسل دیگر است که باعث ایجاد تضاد و کشمکش های غیرقابل اجتناب بین والدین و نوجوان می گردد. در فرهنگ هایی که نقش والدین ضعیف یا نامشخص است، نیروهای قوی اجتماعی (خارج از خانواده) به سرعت موجب تغییر اجتماعی در نوجوان شده و دوره بزرگسالی و نقش های آن را به دلیل ایجاد کشمکش ها به تعویق می اندازند.

### وظایف خانواده در مرحله پنجم تکاملی

- متعادل نمودن آزادی ها توأم با واگذاری مسئولیت به نوجوان: از آنجایی که بیشترین مشکل والدین در این مرحله، پرورش نوجوانان می باشد، به اعتقاد فریدمن «وظیفه والدین در این دوره، پذیرش آزادی نوجوان بدون طرد کردن اوست».
- برقراری ارتباط باز و مناسب بین والدین و فرزندان: متأسفانه به دلیل اختلاف نسل ها، اغلب طرح دوجانبه از طرف فرزند و والدین در مورد ارزش ها و سبک زندگی صورت می گیرد.
- حفظ روابط مناسب همسران

## وظایف پرستار

- تعیین عوامل خطر در اعضای خانواده و گفتگو با آنها در مورد خطرات و استراتژی های ارتقاء سطح سلامت
- توجه به سوانح و حوادث مربوط به اتومبیل و جراحات ناشی از ورزش
- تقویت ارتباط همسران، مشاوره در مورد حمایت همسران از یکدیگر یا ارجاع به مراکز مناسب.

## مرحله ۶- روانه کردن فرزندان به خارج از منزل

وقتی بزرگ ترین فرزند خانواده، منزل را ترک می کند این مرحله شروع شده و تا ترک آخرین فرزند طول می کشد. بنابراین طول مدت این دوره، بسته به تعداد فرزندان و زمان ازدواج آنها متفاوت است. ویژگی این دوره آمادگی برای زندگی مستقل فرزندان می باشد. هدف اصلی و مهم خانواده نیز سازماندهی مجدد خانواده به منظور حفظ واحد آن است. این دوره، با سن میانسالی خانواده مصادف می شود. والدین، نقش های جدیدی چون مادر بزرگ و پدر بزرگ را پیدا می کنند.

## وظایف خانواده در مرحله ششم تکاملی

- حمایت از عدم وابستگی و استقلال فرزندی که در حال ترک خانواده می باشد و دخالت در وسیع تر کردن حلقه خانواده برای پذیرش اعضای جدید
- مراقبت از والدین سالمند و احتمالاً بیمار در خانواده زن و شوهر
- تطابق والدین با ترک فرزندان؛ یاد گرفتن "عدم وابستگی به فرزندان"، تعدیل ارتباطات خود در حفظ مرزهای ارتباطی با فرزندان
- تطابق با نقش های جدید خانوادگی

## وظایف پرستار

- مداخله در مشکلات ارتباطی بین بالغین جوان و والدین آنها
- مداخله در نقش های والدینی
- مداخله در مراقبت از والدین سالمند
- ارتقاء سطح سلامت و تأکید برسبک زندگی سالم

## مرحله ۷- خانواده در سن میانسالی

وقتی کوچک ترین فرزند خانواده ه منزل را ترک می کند، این مرحله شروع شده و تا بازنشستگی یا مرگ یکی از زوجین طول می کشد. در این مرحله، زوجین زندگی هسته ای را ادامه داده با فرزندان، نوه ها و والدین خود تعامل دارند.

## وظایف خانواده در مرحله هفتم تکاملی

- انتخاب شیوه سالم زندگی : ترک عادات غیربهداشتی، انجام فعالیت های تفریحی مناسب، استراحت کافی و ...
- احساس رضایت از ارتباط مؤثر با والدین پیر و فرزندان (حفظ ارتباط بین نسل های گذشته و آینده)
- حفظ ارتباط بین همسران
- تطابق با خلأ ناشی از ترک فرزندان

## وظایف پرستار

- حفظ ارتباط صحیح زناشویی
- کمک به مراقبت از افراد سالمند یا معلول
- برآورده کردن نیازهای بهداشتی برای ارتقاء سلامتی شامل تغذیه مناسب، کاهش وزن، ترک دخانیات و ...

## مرحله ۸- خانواده در سن بازنشستگی و سالمندی

با بازنشستگی یک یا هر دو زوج آغاز شده و با مرگ آنها پایان می یابد. سالمندان، برداشت های متفاوتی از این مرحله دارند، طوری که بعضی از افراد سالمند، این سالها را بهترین سالهای زندگی خود دانسته، در حالی که بعضی دیگر، احساس بدبختی می کنند معمولاً این احساس، به وضعیت مالی، توانایی حفظ محیط رضایت بخش منزل و وضع سلامت فرد بستگی دارد.

## وظایف خانواده در مرحله هشتم، تکاملی

- داشتن زندگی رضایت بخش (مهمترین وظیفه تکاملی): زندگی در منزل خود نسبت به زندگی در خانه سالمندان یا منزل فرزندان، رضایت بخش تر است، چون حریم فرد، آزادی و استقلال وی حفظ می شود.
- تطابق و سازش با کاهش میزان درآمد به علت بازنشستگی، هزینه درمان بیماری های مزمن و تورم اقتصادی
- تطابق با ازدست دادن همسر (که بیشترین ضربه را وارد می کند).
- تقویت ارتباط صحیح بین زوجین
- رعایت نکات ایمنی در منزل: به دنبال سالمندی وقوع حوادثی چون زمین خوردن در منزل شایع است.
- برنامه ریزی برای پیشگیری از اختلالات تغذیه ای دوران سالمندی

## وظایف پرستار

- ارتقاء سطح سلامت در کلیه حیطه ها: تغذیه، معاینات بهداشتی، فعالیت، استراحت و ...
- کمک به سالمند از مرحله حاد بیماری تا مرحله ناتوانی
- بررسی و شناخت مشکلات روانی (مانند ایزولاسیون اجتماعی و دپرسیون) و حمایت از خانواده
- ارائه مراقبت های مستقیم و غیرمستقیم به خانواده سالمند (غیرمستقیم مثل ارجاع به مراکز مناسب)

# فصل پنجم: فرایند پرستاری در خانواده و اصول بازدید منزل

## مقدمه

فرایند پرستاری، مجموعه فعالیت ها، گام ها و مراحل پویا، سنجیده و مداوم در جهت حفظ، تأمین و بازگرداندن سلامتی افراد، گروه ها و جامعه می باشد. هدف از فرایند، تهیه چارچوبی منطقی برای ارائه مراقبت است. خانواده، واحد اصلی خدمات پرستاری بهداشت است. در فرایند پرستاری خانواده محور، گیرنده خدمات، هم فرد و هم خانواده است. خانواده به عنوان یک سیستم و فرد به عنوان عضو اولیه این سیستم در نظر گرفته می شود.

فرایند پرستاری خانواده محور از ۵ مرحله به شرح زیر تشکیل شده است:

۱. بررسی
۲. تشخیص پرستاری
۳. برنامه ریزی
۴. اجرا
۵. ارزشیابی

## ۱- بررسی

هدف از بررسی خانواده، تعیین کیفیت عملکردهای خانواده، نقاط ضعف و قوت آن به عنوان یک واحد و همچنین تعیین میزان سلامتی هر یک از اعضاء می باشد تا بتوان خانواده را به سمت حفظ سلامت و رفاه خود، سوق داد.

فریدمن، کارکردن با کل خانواده را مفید می داند، زیرا عملکرد نادرست یک یا چند تن از اعضاء، کل سیستم خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد. آنچه در کارکردن با خانواده معمولاً نادیده گرفته می شود، توانایی های خانواده است، زیرا در پرستاری تمایل به تمرکز بر نیازها و مشکلات بیشتر است. خانواده ها نیز قادر به تعیین مشکلات و نیازهایشان می باشند، اما در تعیین و تشخیص توانایی هایشان ناتوانند؛ بنابراین باید به خانواده ها در تعیین توانایی هایشان کمک کرد. استفاده از توانایی ها روش مهمی در جهت کمک به حل مشکل یا مشکلات آنهاست. چنانچه پرستار بررسی و شناخت خانواده را با تمرکز بر توانایی های خانواده شروع کند، افراد خانواده نسبت به کل فرایند بررسی و شناخت دید مثبت تری خواهند داشت.

بررسی و شناخت خانواده در پنج بعد جسمی، روانی، اجتماعی - فرهنگی، تغذیه ای و محیطی انجام می گیرد. بررسی جسمی به منظور تعیین وضعیت سلامتی هر یک از اعضاء صورت می گیرد. این بررسی باید به طور کامل انجام شده و با نیازهای بهداشتی و وضعیت سلامت هر یک از افراد مرتبط باشد.

در بررسی روانی خانواده، مسائلی چون الگوهای ارتباطی، تظاهرات روانی، احساسی، میزان رضایت اعضاء خانواده از نقش خود و وابستگی اعضاء خانواده شروع می شود. بررسی و شناخت فرهنگی اجتماعی، نشان دهنده جایگاه خانواده در جامعه و

اهداف و ارزش های خانواده می باشد . بررسی و شناخت تغذیه با یادآوری الگوی تغذیه ۲۴ ساعته هریک از اعضای خانواده شروع می شود . سپس با توجه به نیازهای غذایی هر یک از افراد، باید رژیم غذایی را برحسب گروه های اصلی مواد غذایی تجزیه و تحلیل کرد. در این بخش عادات غذایی نیز بررسی می شوند؛ و نهایتاً در بررسی و شناخت محیط، کلیه عوامل محیطی مؤثر بر سلامتی افراد از جمله محیط داخل و خارج منزل (مثل فضای مسکن، ایمنی منزل، جمع آوری و دفع زباله، همسایگان، فاصله منزل تا مرکز خرید، مدارس، مرکز پلیس و ...) مورد بررسی قرار می گیرند.

## ۲- تشخیص پرستاری

در فرایند پرستاری خانواده محور، پرستار و خانواده مشت رکاٌ مسئول شناخت مشکلات بهداشتی فرد و خانواده می باشند، یعنی اعتبار تشخیص پرستاری باید توسط خانواده تأیید شود . تشخیص پرستاری در خانواده براساس چارچوب های نظری ساختاری - عملکردی، سیستمی، تعاملی و تکاملی مطرح می شود.

## ۳- برنامه ریزی

فرایند برنامه ریزی شامل موارد زیر است:

- تجزیه و تحلیل، تعیین اولویت مشکلات با توجه به تصمیم خانواده
- تنظیم اهداف
- تعیین راه حل های مختلف
- انتخاب راهکار مناسب

برنامه ریزی یک طرح سیستماتیک برای دستیابی به اهداف و همچنین چارچوبی برای ارزشیابی مراقبت ها می باشد.

## ۴- اجرا

در این بخش، طرح برنامه ریزی شده به مرحله عمل در می آید . پرستار و هر یک از اعضای خانواده در این راستا وظایفی برعهده دارند.

## ۵- ارزشیابی

ارزشیابی براساس اهداف انجام می شود و پرستار را قادر می سازد که تصمیم بگیرد آیا مراقبت را طبق برنامه ادامه دهد یا آن را تغییر داده و یا پایان دهد.

فرایند پرستاری خانواده محور معمولاً در منزل انجام می شود و بهتر است بازدید از منزل، زمانی انجام شود که همه افراد خانواده حضور داشته باشند. بررسی خانواده در خارج از منزل و مراکز بهداشتی که محیطی متفاوت از منزل داشته و احتمالاً تهدید کننده می باشد، اطلاعاتی در مورد چگونگی عکس العمل خانواده نسبت به وقایع مختلف تهدید کننده فراهم می آورد. حداقل یک بار دیدار با خانواده باید با حضور تمام اعضای آن انجام گیرد.



## بازدید منزل

با اینکه پرستاران در محیط های مختلفی با خانواده ها کار می کنند، مثل کلینیک ها، مدارس و محل کار؛ جنبه مهم نقش پرستار جامعه محور؛ کاهش مخاطرات سلامتی، ارتقاء سلامتی جمعیت های مختلف و ارائه خدمات به خانواده ها در منازلشان می باشد.

## هدف

از آنجایی که منزل، محیط طبیعی زندگی خانواده است، دیدار با اعضای خانواده در منزل نسبت به کلینیک، منجر به ارزیابی صحیح تر ساختار خانواده می گردد. همچنین فرصت شناسایی حمایت ها و موانع دستیابی خانواده به اهداف ارتقاء سلامت را فراهم می کند. پرستار برای هماهنگ کردن مداخلات با مراکز درمانی متناسب می تواند مستقیماً با مددجو کار کند. دیدار با خانواده در منزل ممکن است باعث ایجاد احساس کنترل در خانواده و مشارکت فعال آنها در رفع نیازهای بهداشتی شان گردد. اکثر مطالعاتی که در زمینه ارزشیابی بازدید منزل انجام شده، بر جمعیت مادر - کودک تأکید دارد. برنامه های بازدید منزل مورد توجه زیادی واقع شده اند و خدمات گسترده ای را برای دستیابی به اهداف مختلف مرتبط با سلامتی ارائه می کنند.

در آمریکا، نتایج یک پژوهش طولانی مدت از پیگیری نوجوانانی که از مادران مجرد (ازدواج نکرده) متولد شده بودند و بازدیدهای پرستاری قبل و بعد از زایمان در منزل داشتند، در مقایسه با نوجوانانی که مادرانشان چنین بازدیدهایی نداشتند، نشان داد که میزان فرار، دستگیری، محکومیت یا مجازات به علت تخلف در این نوجوانان کمتر است، ضمناً این نوجوانان الکل و سیگار کمتری مصرف می کردند و به علاوه والدین کودکانی که توسط پرستار ویزیت شده بودند، مشکلات رفتاری کمتری در رابطه با مصرف الکل و مواد مخدر گزارش می کردند. تأثیرات طولانی مدت بازدید منزل، مثبت و مطلوب است و از لحاظ اقتصادی به نفع جامعه است؛ به همین دلیل، در بعضی از ایالات کشور آمریکا، برنامه های بازدید منزل برای خانواده های پرخطر، مجدداً به جریان افتاده است. برای اینکه بازدید منزل یک مداخله مؤثر و ارزشمند باشد، باید برنامه ریزی سیستماتیک و دقیقی انجام شود.

## مزایا و معایب

انجمن پرستاران بازدید کننده و دپارتمان های بهداشت، تأثیر خدمات ارتقاء سلامت در منزل را بارها بررسی کرده اند. مزایای بازدید منزل شامل راحتی و آسایش مددجو، کنترل مددجو بر وضعیت زندگی، فراهم کردن شرایط برای مددجویانی که قادر به رفت و آمد به مراکز بهداشتی نیستند یا تمایلی به ارتباط با این مراکز ندارند، توانایی فردی کردن خدمات، و ایجاد محیط طبیعی و راحت برای بحث و گفتگو در مورد نیازها و دغدغه های خانواده می باشد.

هزینه های بازدید منزل، یکی از معایب عمده آن می باشد. هزینه مقدمات و تدارکات قبل و بعد از بازدید، هزینه رفت و آمد به منزل و زمان صرف شده برای هر مددجو، بالا می باشد. بسیاری از سازمان ها، در پی روش جایگزین، به ویژه مداخلات گروهی برای ارائه خدمات به خانواده ها هستند. مسئله اصلی، تعین بین خانواده هایی است که می توانند از این برنامه ها بیشترین نفع را ببرند و اینکه بازدید منزل، چگونه می تواند بهترین ساختار و برنامه ریزی را داشته باشد. با افزایش تقاضای

خانواده ها در مورد گرفتن مراقبت بهداشتی در منزل، بازدید منزل هنوز هم یک روش مهم ارائه خدمات پرستاری محسوب می شود.

## فرایند

مراحل بازدید منزل در جدول ۱-۵ خلاصه شده است. این مراحل عبارتند از مرحله آغاز، مرحله پیش از بازدید، مرحله (بازدید) در منزل، مرحله پایانی و مرحله پس از بازدید.

برقراری یک ارتباط اطمینان بخش با خانواده، اساس بازدید موفقیت آمیز از منزل است.

پنج مهارت اصلی بازدید مؤثر از منزل عبارتند از : مشاهده کردن ، گوش دادن، سؤال پرسیدن، معاینه کردن و تشویق و ترغیب کردن.

ضرورت بکارگیری این مهارت ها در تمام مراحل فرایند بازدید منزل، آشکار است.

جدول ۱-۵ مراحل و فعالیت های بازدید منزل

مرحله	فعالیت
۱ - مرحله آغازین	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعیین منبع ارجاع برای بازدید</li> <li>• روشن کردن هدف بازدید منزل</li> <li>• در میان گذاشتن علت و هدف بازدید منزل با خانواده</li> </ul>
۲ - مرحله پیش از بازدید	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تماس با خانواده</li> <li>• رسیدن به یک درک مشترک از هدف بازدید منزل با خانواده</li> <li>• تعیین اشتیاق خانواده برای بازدید منزل</li> <li>• تنظیم برنامه زمانی بازدید منزل</li> <li>• بررسی و بازنگری ارجاع و یا پرونده خانواده</li> </ul>
۳ - مرحله بازدید از منزل	<ul style="list-style-type: none"> <li>• معرفی خود و سمت حرفه ای خود</li> <li>• تعامل اجتماعی برای برقراری ارتباط دوستانه</li> <li>• برقراری ارتباط پرستار- مددجو</li> <li>• اجرای فرایند پرستاری</li> </ul>
۴ - مرحله پایانی	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بررسی و بازنگری فعالیت های انجام شده در بازدید با خانواده</li> <li>• برنامه ریزی برای بازدید های آینده</li> </ul>
۵ - مرحله پس از بازدید	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ثبت گزارش فعالیت های انجام شده در بازدید</li> <li>• برنامه ریزی برای بازدید بعدی</li> </ul>

## ۱- مرحله آغاز

معمولا بازدید منزل به دنبال ارجاع از مراکز اجتماعی یا بهداشتی شروع می شود گرچه ممکن است خود خانواده، تقاضای استفاده از خدمات را داشته باشند و یا پرستار به دلیل موردیابی، بازدید را انجام دهد. مرحله شروع، اولین برخورد بین پرستار و خانواده است و پایه ای برای روابط درمانی محسوب می شود. بازدیدهای بعدی براساس نیاز و توافق دو جانبه بین پرستار و خانواده انجام شود. بدون توجه به دلیل انجام بازدید منزل، لازم است که پرستار، کاملا از هدف بازدید آگاه باشد و در این مورد با خانواده صحبت کند.

## ۲- مرحله پیش از بازدید

احتمال دارد که خانواده از انجام بازدید منزل امتناع کند. پرستاران کم تجربه یا دانشجویان این مسئله را اشک تباها «عدم پذیرش خود از طرف خانواده» تعبیر می کنند. خانواده ها در مورد اینکه چه موقع و چه کسانی اجازه ورود به منزل آنها را دارند، تصمیم می گیرند. پرستار باید به دنبال دلایل امتناع خانواده باشد؛ ممکن است درباره دلیل بازدید سوء تفاهم پیش آمده باشد. کمبود اطلاعات درباره خدمات ممکن است دلیل خودداری آنها از پذیرفتن پرستار باشد. در مواردی که پرستار متوجه می شود که مشکل خانواده برطرف شده و یا خانواده خدمات مورد نیاز را از منبع دیگری کسب کرده است و یا در مواردی که خانواده متوجه می شود که خدمات مورد نیازش در دسترس هستند و در صورت تمایل می تواند بعدا با پرستار (یا مرکز ارائه دهنده خدمات) تماس بگیرد، ارتباط با خانواده در این مقطع زمانی قطع می شود. البته پرستار باید امکان تماس با خانواده در آینده را نیز در نظر داشته باشد. ضمنا در بعضی موارد مثل پیگیری بیماری های واگیردار خاص، ممکن است پرستار به دلیل الزامات قانونی، برانجام بازدید منزل پافشاری کند.

قبل از ملاقات با خانواده پرستار باید علت ارجاع را مرور کند یا در صورتی که بازدید وی، اولین ملاقات نیست، پرونده خانواده را مطالعه کند. در صورت وجود وقفه زیاد بین تماس و بازدید، یک تماس تلفنی کوتاه برای تأیید زمان ملاقات، از اتلاف وقت پرستار به صورت مراجعه پرستار و عدم حضور خانواده جلوگیری می کند. امنیت شخصی پرستار، مسئله ای است که هنگام ورود به منزل و همچنین در طی مسیر مطرح است. پرستاران بخصوص در محیط های خطرناک شناخته شده باید اقدامات احتیاطی را رعایت کنند. در بعضی از سازمانها، یک محافظ، پرستار را همراهی می کند یا پرستاران دو به دو به بازدید می روند. پوشش یکسان و استفاده از کارت های شناسایی آنها الزامی است. هنگام خروج از مرکز، زمان و مکان منزل مورد بازدید، یادداشت می شود. معمولا، بازدید منزل بی خطر است. ولی در بعضی مناطق، احتمال تعدی و خشونت وجود دارد؛ بنابراین پرستار باید محتاط باشد. اگر در مورد امنیت بازدید، کوچکترین تردیدی وجود داشته باشد، باید از بازدید صرف نظر کرد.

پرستاران باید نسبت به این مسئله آگاه باشند که برداشت خانواده ها از بازدید منزل، متفاوت است. ممکن است بعضی، هدف از بازدید را معاینه اعضای خانواده و جمع آوری اطلاعات در مورد آنها بدانند و بعضی دیگر احساس کنند که علت بازدید، بی کفایتی و عملکرد نادرست آنهاست و یا اینکه بازدید از منزل را تجاوز به حریم خصوصی شان تلقی کنند.

اجباری یا اختیاری بودن بازدید نیز بر ماهیت بازدید منزل، تأثیر می گذارد. بازدید اختیاری، یعنی بازدیدی که طبق درخواست مددجو انجام می شود. در این نوع بازدید، ورود پرستار به منزل مددجو، بسیار آسان است؛ تعاملات تحت کنترل

مددجو می‌باشد؛ جو غیررسمی است و در صورت بررسی برای انجام بازدیدهای بعدی، پرستار و مددجو به بحث و گفتگو می‌پردازند. در مقابل، بازدیدهای اجباری یعنی مواردی که به ضرورت الزامات قانونی انجام می‌گیرد. در این بازدیدها، تعاملات تحت کنترل پرستار است؛ ممکن است ورود پرستار به منزل مشکل باشد؛ جو، رسمی و تجسسی است و برای انجام بازدیدهای بعدی ممکن است هیچ مذاکره‌ای انجام نشود.

تغییر ماهیت خانواده‌ها، مثلاً افزایش خانواده‌های تک سرپرستی که والد آنها شاغل است یا خانواده‌هایی که هر دو والد شاغل هستند؛ انجام بازدید منزل را مشکل می‌کند. چون بازدید منزل، در صورتی ایده‌آل است که با حضور تمام اعضای خانواده انجام شود که گاهی اوقات این مسئله به دلیل تداخل بین ساعات کار پرستار با مدرسه یا برنامه کار والدین، امکان‌پذیر نیست. در این مواقع می‌توان ساعات بازدید را در اول وقت یا پایان وقت کاری تنظیم کرد، طوری که اعضای شاغل یا کودکان مدرسه‌ای حضور داشته باشند. در هر صورت، در برنامه ریزی بازدید منزل، باید به این مسائل توجه داشت. فرهنگ، بر برداشت فرد از مراقبت‌های بهداشتی و عکس‌العمل وی تأثیر می‌گذارد. پس لازم است که متخصصین بهداشتی هنگام بازدید از خانواده‌ها یا جوامع، به فرهنگ مددجویان خود و شناسایی دیدگاه‌های منحصر به فرد آنان توجه کنند.

### ۳- مرحله بازدید از منزل

بازدید واقعی، در اصل همین مرحله است، که برای پرستار فرصت بررسی منزل، ارزیابی تعاملات خانواده و همچنین بررسی محل زندگی خانواده و امکانات موجود در جامعه را فراهم می‌کند. بازدید واقعی منزل چند بخش دارد: در ابتدای ورود به منزل، پرستار با نشان دادن کارت شناسایی (شخصی و حرفه‌ای)، ضمن معرفی خود، آژانس (سازمان) بهداشتی مربوطه را نیز معرفی می‌کند. سپس مدت زمان کوتاهی سکوت می‌کند تا مددجو فرصت کند پرستار را بررسی کرده و ارتباط لازم برقرار شود. گام بعدی، توضیح پرستار در مورد نقش خود، مسئولیت‌ها و محدودیت‌هایش می‌باشد. بخش مهم دیگر در بازدید منزل، تعیین انتظارات مددجو است.

برقراری ارتباط و اجرای فرایند پرستاری، بخش اصلی بازدید می‌باشد. ارزیابی، مداخله و ارزشیابی انجام می‌شود. هدف بازدید منزل؛ تعیین‌کننده وقایعی است که در جریان بازدید اتفاق می‌افتد.

پرستار باید در مورد اهداف قابل تحقق در بازدید منزل واقع‌نگر باشد. در بعضی مواقع، تنها یک بازدید، ممکن یا مناسب است. در این موقعیت، نیازها و منابع در دسترس، با خانواده مورد بررسی قرار می‌گیرد و تعیین می‌شود که آیا خدمات بیشتری مورد نیاز است یا خیر.

در صورت نیاز به خدمات بیشتر، پرستار در شناسایی سایر مراکز درمانی موجود در جامعه، به خانواده کمک می‌کند و او را ارجاع می‌دهد. گرچه انجام فقط یک بازدید، غیرمعمول نیست، اغلب بازدیدهای متعددی انجام می‌شود. تکرار و جدیت بازدیدهای منزل، بسته به نیازهای خانواده و استحقاق خانواده برای دریافت خدمات، طبق تعریف سیاست‌ها و اولویت‌های مرکز بهداشتی مربوطه فرق می‌کند.

انتظار می رود که در اولین بازدید، بررسی مقدماتی انجام شود و حداقل ارتباط لازم برقرار گردد. در بازدید منزل، بعضی از مسائل مثل زنگ تلفن، رفت و آمد همسایگان و یا سرو صدای تلویزیون، باعث ایجاد وقفه و ایجاد مزاحمت در جریان گفتگو می شود و ممکن است خانواده قادر به کنترل این موارد باشد یا نباشد. پرستار می تواند از خانواده بخواهد که برای مدت کوتاهی، تلویزیون را خاموش کند یا سایر فعالیت های مغل را محدود کند. انجام فعالیت های روزمره ای که باعث ایجاد اختلال در گفتگو نمی شود، اشکالی ندارد.

## ۴-مرحله پایانی

با تحقق هدف بازدید، پرستار و خانواده، اتفاقات و فعالیت های انجام شده و همچون نین هدفی که به آن دست یافته اند را مرور می کنند. این بخش، تمرکز اصلی مرحله پایانی است و پایه و اساسی برای برنامه ریزی ملاقات های بعدی می باشد. زمان خاتمه کار و در نتیجه پایان ارائه خدمات، در واقع در زمان اولین تماس با خانواده ضمن تنظیم اهداف، تعیین می شود. اگر تا این لحظه ارتباط پرستار و خانواده واضح و روشن باشد، می توانند برای ملاقات های آینده بخصوص جلسه بعد، با همدیگر برنامه ریزی کنند.

تنظیم قرارداد (تعهدنامه) یک رویکرد مؤثر و سودمند برای کارکردن با مددجویان است. این امر امروزه توجه متخصصین بهداشتی را به خود جلب کرده است. هدف از این رویکرد و اجزای تشکیل دهنده آن، در قسمت های بعد توضیح داده شده است.

## ۵-مرحله پس از بازدید

پس از انجام بازدید و ترک منزل، باید فعالیت ها به طور کامل ثبت شود، در غیر اینصورت بازدید منزل، ناتمام تلقی می شود، وظیفه اصلی در مرحله پس از بازدید، مستند کردن بازدید و خدمات ارائه شده است. بعضی از مراکز، ثبت گزارش را همراه با خانواده انجام می دهند. ثبت مقدماتی این گزارشات به صورت تشکیل یک پرونده خانوادگی می باشد که همه اعضای خانواده را در بر می گیرد و اطلاعات ارزشمندی از پیشینه و تاریخچه خانواده، فراهم می کند.

بیشتر مواقع گزارش جداگانه ای نیز از هر یک از اعضای خانواده، تهیه می شود. این امر به دلیل توجه و تأکیدی است که اغلب، از خانواده به فرد تغییر مسیر میدهد. متعاقب تشخیص، اهداف و مداخلات پرستاری به جای کل واحد خانواده، تک تک اعضای آن را مورد توجه قرار می دهد.

سیستم ثبت و نحوه آن در مراکز مختلف، متفاوت است. پرستار باید با سیستم خاص مرکز خود، آشنا باشد. تمام این سیستم ها باید شامل پایگاه اطلاعاتی، تشخیص پرستاری و لیست مشکلات، یک طرح و برنامه، اهداف ویژه، مداخلات و عملکرد واقعی و ارزشیابی باشند. این موارد، اجرای اصلی مورد نیاز برای مقاصد بالینی و مجاز هستند. نحوه ثبت گزارشات ممکن است به صورت روایی (نقل قول)، ثبت پزشکی مسئله محور (POMR)<sup>1</sup>، طرح ارزیابی عینی و ذهنی (SOAP)<sup>2</sup>، یا ترکیبی از این موارد باشد. مهم آن است که ثبت گزارش به روز باشد، تاریخ داشته باشد و امضاء شده باشد. در استفاده از چارچوب نظری متناسب با فرایند پرستاری خانواده محور، اطمینان حاصل کنید. برای مثال، تشخیص پرستاری «مهارت

<sup>1</sup> Problem-Oriented Medical Record

<sup>2</sup> Subject, Objective Assessment Plans

ناموثر مادر» در ارتباط با كمبود آگاهی از رشد و تكامل طبیعی، يك تشخیص پرستاری فرد- محور است. ناتوانی خانواده در تحقق وظایف تكاملی متناسب با مرحله (تكاملی) نهایی تأمین محیط سالم و بی خطر برای كودك پیش دبستانی در رابطه با كمبود آگاهی و امکانات، يك تشخیص پرستاری خانواده محور براساس شناخت رویکرد تكاملی خانواده می باشد.

گاهی اوقات ارائه اطلاعات به بعضی از اعضای خانواده ضروری می باشد. البته تأکید برافراد باید به عنوان عضوی از خانواده و درون ساختار خانواده باشد.

### تنظیم تفاهم نامه با خانواده ها

امروزه متخصصین بهداشتی، پیش از پیش كار با مددجویان را به شیوه تعاملی و گروهی می نگرند. این رویکرد با جنبش اخیر مراقبت از خود و داشتن جامعه آگاه، همگام است. البته باید در نظر داشت كه احتمالاً این رویکرد در فرهنگ هایی كه كاركنان بهداشتی را راهنمای محض خود می دانند، سازگار نیست. بنابراین تعیین نوع سیستم ارزشی خانواده، قبل از استفاده از این رویکرد مهم می باشد.

منظور از تفاهم نامه، توافق بین دو طرف یا بیشتر می باشد و هدف آن ایجاد كنترل و نظارت در خانواده است. فرض بر این است كه وقتی خانواده كنترل خود را به دست می گیرد، توانایی اش برای انتخاب های درستی كه منجر به سلامتی می شود، افزایش می یابد. تنظیم تفاهم نامه، راهكاری است كه هدفش درگیر كردن رسمی خانواده در فرایند پرستاری و تعریف مشترك نقش ها و وظایف اعضای خانواده و متخصصین بهداشتی می باشد.

### اهداف

قرارداد پرستاری يك توافق كاری است كه دائماً مورد بحث و بررسی قرار می گیرد. این قرارداد می تواند كتبی باشد یا نباشد. برای کاهش مخاطرات بهداشتی خانواده، ضروری است كه قرارداد با كلیه اعضای موافق و مسئول خانواده تنظیم شود. از طرفی تنظیم وقت ملاقات با همه اعضای خانواده، مشكل است. در این موارد، قرارداد در اختیار اعضاء قرار می گیرد تا آن را مرور کرده، موارد لازم را اصلاح و سپس آن را امضاء كنند. این كار مشاركت فعال همه اعضای خانواده را بدون حضور آنها در يك زمان خاص، فراهم می كند.

### فرایند تنظیم قرارداد

قرارداد بستن، يك مهارت اكتسابی است از سوی هر دو طرف یعنی پرستار و خانواده است. تمام افراد درگیر در قرارداد باید از هدف و فرایند قرارداد مطلع باشند. این فرایند سه مرحله کلی دارد: شروع، عمل و پایان. این سه مرحله را می توان به هشت مجموعه فعالیت به صورت جدول ۲-۵ تقسیم كرد.

اولین فعالیت جمع آوری و تجزیه تحلیل داده است و پرستار و خانواده هر دو در این فعالیت مشاركت دارند. يك جنبه مهم از این گام، كسب دیدگاه خانواده از موقعیت، مشكلات و نیازهای آن می باشد. پرستار می تواند مشاه دانش را با تأیید خانواده، معتبر كند. ضمن اینکه دیدگاه خانواده را در این مورد جویا می شود.

مهم است که اهداف، به صورت واقع بینانه و دوجانبه تنظیم شوند . یکی از مشکلات پرستاران و مددجویان تازه کار در قرارداد، تنظیم اهداف بسیار جاه طلبانه است . پرستار باید بداند که امکان دارد بین اولویت های او و اولویت های مددجو اختلاف وجود داشته باشد و باید تصمیم بگیرد که آیا این مورد، نیاز به بحث و گفتگو با خانواده دارد یا خیر؟ از آنجایی که ویژگی فرایند قرارداد، بررسی و مذاکره مستمر است، اهداف آن پویا هستند.

طرح ریزی برای دستیابی به اهداف، نیاز به مشخص کردن فعالیت ها، اولویت بندی اهداف و انتخاب نقطه شروع دارد . بعد از آن، پرستار و خانواده مشترکا در مورد مسئولیت انجام فعالیت ها تصمیم می گیرند. محدوده زمانی و مهلت دستیابی به یک هدف ( با ارزشیابی پیشرفت فعالیت ها ) نیز تعیین می شود. در زمان مقرر، پرستار و خانواده با هم پیشرفت فرایند را ارزشیابی می کنند. براساس نتایج ارزشیابی، امکان دارد قرارداد اصلاح گردد، تمدید شود یا خاتمه یابد.

جدول ۲-۵ مراحل و فعالیت ها در تنظیم قرارداد

مرحله	فعالیت
۱ مرحله شروع	<ul style="list-style-type: none"> <li>• جمع آوری داده ها و بررسی نیازها و مشکلات با همکاری یکدیگر</li> <li>• تعیین اهداف با همکاری همدیگر</li> <li>• تهیه طرح فعالیت ها با همکاری همدیگر</li> </ul>
۲ مرحله عمل	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تقسیم مسئولیت ها با همکاری همدیگر</li> <li>• تنظیم محدوده زمانی با همکاری همدیگر</li> <li>• اجرای طرح با همکاری همدیگر</li> </ul>
۳ مرحله پایان	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ارزشیابی و بررسی مجدد با همکاری همدیگر</li> <li>• پایان متقابل قرارداد</li> </ul>

## مزایا و معایب قرارداد

وقت گیر است و نیاز به طراحی مجدد نقش های پرستار و خانواده دارد . با افزایش کنترل خانواده، مسئولیت آن بیشتر می شود، در حالی که بعضی از مددجویان نمی خواهند دخالتی در این امر داشته باشند و ترجیح می دهند این حق در اختیار متخصصین بهداشتی باشد . عده دیگر مهارت های شناختی کمی دارند و یا بعضی از افراد در موقعیت های اورژانسی هستند؛ بنابراین استفاده از قرارداد در همه موارد امکان پذیر نیست . ضمنا این رویکرد همیشه موفقیت آمیز نیست . قرارداد بستن یا تعهدنامه، یک رویکرد جدید و متفاوت است که به میزان مشارکت خانواده و پرستار، شایستگی و قابلیت خانواده ، توانایی خانواده در قبول مسئولیت و پویا بودن ماهیت فرایند بستگی دارد . گرچه این رویکرد برای تمام خانواده ها و یا در تمام موقعیت ها مناسب نیست ولی برای کاهش مخاطرات بهداشتی و ارتقاء سلامت خانواده ها، راهنمای ارزشمندی است.

# فصل ششم: بحران در خانواده و روش های تطابق با آن

## مقدمه

بحران عبارتست از واژگونی یا عدم تعادل در وضعیت ثابت و پایدار که در آن روش های حل مشکل مؤثر نیستند. شخص احساس می کند که قبلا در حل مشکل موفق بوده ولی شرایط جدید باعث ایجاد اشکال در حل مسایل و یا استراتژی های تطابق فرد شده و حالت تعادل او را بر هم می زند.

## انواع بحران

۱. بحران تکاملی (بلوغ)
۲. بحران وضعیتی یا موقعیتی
۳. بحران تکاملی - موقعیتی

## ۱- بحران تکاملی

بحران تکاملی را بحران انتقالی نیز می گویند چون فرد از یک مرحله به مرحله دیگر می رود و طی انتقال های طبیعی فرایند تکامل اتفاق می افتد. تطابق موفقیت آمیز با بحران تکاملی باعث انتقال فرد به سطح تکاملی بعدی می شود. این سؤال مطرح می شود که با توجه به این که چنین تغییراتی فیزیولوژیک هستند چرا بحران ایجاد می شود. اشمیگل در پاسخ به این سؤال می گوید: نقش، یک رفتار هدفدار است که فرد براساس فرهنگ خود یاد می گیرد که چ گونه در یک گروه اجتماعی با موقعیت خاص رفتار منطقی از خود نشان دهد و نقش ها در انسان، رفتار ایجاد می کند. وقتی فردی دچار تغییر نقش شود جایگاه فرد در سیستم تغییر می کند و رفتارش براساس نقش اش دچار تغییر می شود و بحران تکاملی زمانی اتفاق می افتد که فرد قادر نباشد تغییر نقش مناسب را براساس مراحل رشد و تکامل خود پیدا کند. او سه دلیل عمده را برای عدم سازگاری یک فرد با نقش خود ذکر می کند که عبارتند از:

۱. **ناتوانی فرد در برخورد با نقش اصلی خود.** فرد در این رابطه باید یک مدل و الگو برای ایفای نقش خود داشته باشد.
  ۲. **عدم ارتباط مناسب با دیگران.** در این زمان فرد بی کفایت است و مهارت لازم را ندارد و فکر می کند که نمی تواند به اهداف مورد نظر برسد و در فرایند زندگی دستخوش مشکلات می شود.
  ۳. **طرد شدن به وسیله ی دیگران.** فرد فکر می کند که اگر این نقش را بپذیرد به وسیله ی دیگران طرد خواهد شد. بعنوان مثال نوجوانان در مراحل و رشد و تکامل یک حرکت انتقالی دارند و به همین دلیل نه در میان کودکان و نه در میان بزرگسالان جای دارند.
- بحران های تکاملی قابل پیش بینی هستند به همین دلیل عوارض و مشکلات عاطفی و رفتاری ناشی از آن ها کمتر می باشد. البته فاکتورهای زیادی مانند مکانیسم های دفاعی - خصوصیات شخصیتی فرد و سیستم های حمایت کننده در چگونگی



مقابله با بحران مؤثر می‌باشند. مهم‌ترین بحران‌های تکاملی عبارتند از : مرحله بلوغ، ازدواج، حاملگی، تولد فرزند، میانسالی، یائسگی و بازنشستگی.

## ۲- بحران موقعیتی

حادثه‌ای وسیع است و ممکن است الزاما بخشی از زندگی طبیعی فرد را در بر گیرد. اغلب ناگهانی و غیرمنتظره و تأسف بار می‌باشند، بیش از ظرفیت و توان فرد بوده و غالبا تهدید کننده است. اهداف زندگی فرد را به تعویق می‌اندازد و باعث ایجاد فشار، اضطراب و رنج فراوان می‌شود. اغلب لاینحل است و ممکن است از بحران‌های گذشته منشأ بگیرد. بحران‌های موقعیتی عبارتند از : حوادث طبیعی، نظیر سیل و زلزله، جنگ، جدایی، طلاق، ترک والدین، مرگ یکی از والدین، از دست دادن شغل، از دست دادن ارزش‌های اجتماعی، تغییر شغل، بیماری و بستری شدن و تغییر محل زندگی.

## ۳- بحران تکاملی - وضعیتی

غیرقابل پیش‌بینی و حادثه مخاطره‌انگیزی است که در انتقال از یک مرحله تکاملی به مرحله دیگر روی می‌دهد. شخصی که بطور طبیعی می‌توانست وظیفه تکاملی خود را انجام دهد ممکن است بحران موقعیتی را نیز تجربه کند. مثلا جوانی که شروع به کار کرده به طور ناگهانی به دنبال حادثه‌ای فلج می‌شود.

## عکس‌العمل نسبت به بحران

به طور کلی واکنش‌ها نسبت به بحران عبارتند از : احساس گناه، شرمساری، اضطراب، افسردگی، اشکال در قضاوت و تمرکز، سردرد، اختلال گوارش و اشتها.

بحران بودن یا نبودن حوادث مشابه، بستگی به شخص و شرایط محیطی موجود دارد و پاسخ افراد بستگی به شخصیت، برداشت‌ها و شیوه‌های مقابله و شرایط اجتماعی از قبیل منابع مالی یا امکان دستیابی به حمایت دیگران دارد.

به طور کلی ۴ مرحله در واکنش فرد نسبت به بحران وجود دارد که عبارتند از :

۱. شوک
۲. مرحله دفاعی
۳. آگاهی از موقعیت بحرانی
۴. حل مشکلات و تطبیق

## ۱- مرحله شوک

در این مرحله فرد احساس درماندگی، اضطراب و ترس می‌کند. تفکر و رفتار فرد سازمان یافته نیست و قادر به برنامه‌ریزی نیست همچنین در قضاوت اختلال پیدا می‌کند. واکنش‌های فیزیولوژیکی که در این مرحله بروز می‌کند عبارتند از : کاهش فشار خون، کاهش درجه حرارت بدن و نقصان حس و علائم دیگری نیز بروز می‌کند مانند ضعف شدید، رنگ پریدگی، تعریق، افزایش ضربان قلب و تنفس سریع.

از لحاظ اجتماعی فرد قادر نیست کارهای متناسب انجام دهد و به تدریج منزوی می‌شود و گاهی بیش از حد فعال می‌شود، مرحله شوک گذرا است شاید چند ساعت یا چندروز طول بکشد، زمانی که فرد بحران زده قادر باشد که مسأله را بشناسد و یا بگوید که چه اتفاقی افتاده با واقعیت موجود برخورد می‌کند و به مرحله دوم بحران می‌رسد.

## ۲- مرحله دفاعی

در این مرحله فرد سعی می‌کند همانند گذشته راه‌های حل مشکل را که موفقیت آمیز بوده و به کار گیرد و خودش را با وضعیت جدید تطبیق دهد اما از اضطراب و ناراحتی اش کاسته نمی‌شود و احساس می‌کند که به شدت ناراحت و ناموفق است. ممکن است مسأله را دوباره تفسیر کند و اغلب هم تفسیری غیرواقعی انجام می‌دهد. از واقعیات موجود فرار می‌کند و یا آن را به دیگران نسبت می‌دهد در این زمان فرد بحران زده به درون خود پناه می‌برد، گوشه نشینی اختیار می‌کند واقعیت را نمی‌پذیرد و انکار می‌کند و به خیالبافی می‌پردازد و دچار گیجی و بی‌تفاوتی، یا در بعضی اوقات دچار خونسردی و بی‌خیالی می‌شود. همه چیز را سرکوب کرده و می‌خواهد آن‌ها را عادی جلوه کند، در مقابل پیشنهادات دیگران مقاوم است و فعالیت‌های روزمره را نمی‌تواند با کفایت انجام دهد. این مرحله بسته به نوع بحران ممکن است کوتاه مدت یا طولانی مدت باشد. معمولاً در این مرحله انکار مکانیسمی است که به کار گرفته می‌شود و توأم با آن فرد ممکن است از دلیل تراشی، جابجایی و برون فکنی استفاده کند.

## ۳- آگاهی از موقعیت بحرانی

این مرحله به تدریج در فرد ایجاد می‌شود و فرد سعی می‌کند تا به خوبی بحران را حل کند. اضطراب و استرس او هنوز موجود است و واقعیت موجود فرد را خسته و عصبی می‌کند و به دنبالش افسردگی، بی‌قراری، غم و اندوه فراوان، پایین بودن اتکا به نفس پیش می‌آید. به تدریج فرد قادر می‌شود راه حل مناسب برای حل بحران را برنامه ریزی کند و نهایتاً این احساس را دارد که در رسیدن به اهدافش ناموفق است.

## ۴- حل مشکلات و تطبیق

زمانی اتفاق می‌افتد که شخص بحران را بشناسد. در این مرحله موفق به حل مشکلات شده و احساس اش نسبت به موقعیت مشکل تغییر می‌کند و حس می‌کند به عواطفش غلبه نموده است کم‌کم احساساتش در مورد هماهنگی با دیگران تصحیح می‌شود و رضایت او در حل مسأله حاصل می‌شود و همین مسأله باعث کاهش اضطراب وی می‌شود لذا برنامه ریزی می‌کند و از منابع مؤثر برای حل مشکلات خود استفاده می‌کند. از لحاظ فیزیکی هم فعالیت‌هایش افزایش یافته و از لحاظ اجتماعی روابط انسانی او بهبود یافته و نقش‌های خود را پیدا می‌کند در این مرحله اگر فرد تصویر ذهنی درستی از خود نداشته باشد بحران موقتاً حل شده یا اصلاً حل نمی‌شود و علایمی از نوروها، سایکوزها و ناتوانی‌های اجتماعی و عدم تطابق برای فرد بحران زده باقی می‌ماند.

در خانواده نیز بحران منجر به پیشرفت یا بهبود فعالیت‌ها شده و یا خطر بی‌نظمی را بدنبال دارد. وقتی خانواده در حل مشکلات خود ناتوان گردد سعی می‌کند روش‌های جدید حل مشکل را به کار گیرد. در زندگی خانوادگی همزمان با شروع هر مرحله از زندگی و اتمام آن نیاز به تطابق‌های مجدد برای قدم گذاشتن به مرحله بعدی دارد. خانواده نیز مانند فرد ممکن است با بحران وضعیتی و تکاملی مواجه شود. برای گذراندن موفقیت آمیز هر مرحله، تمام اعضای خانواده باید با

موقعیت جدید سازش پیدا کنند. مراحل تکاملی زندگی خانوادگی قابل پیش بینی است و می توان با مداخلات پرستاری برای سازش بهتر با مشکلات به خانواده کمک کرد. برنامه های طرح ریزی شده جهت ارتقا و رشد در مراحل مختلف زندگی خانوادگی شامل کلاس های قبل از ازدواج، کلاسهای آمادگی برای والدین شدن و کلاس های آمادگی برای مواجهه با مشکلات زندگی است. اگر خانواده به طور موفقیت آمیز هر مرحله را پشت سر بگذارد فرد و کل خانواده از آن سود خواهد برد. حوادث ناخوشایند و ناخواسته و پراسترس که ممکن است باعث ایجاد بحران در خانواده شود عبارتند از: تولد نوزاد نارس، مرگ یکی از اعضای خانواده، تشخیص بیماری بدخیم، تغییر محل زندگی و ... زمانی که خانواده قادر به سازش با مشکلات ذکر شده نباشد بحران ایجاد می شود. اگر چه در این نوع بحران ها استفاده از رهنمودهای پیش بینی شده همیشه امکان پذیر نیست اما منابع حمایتی برای کمک به این نوع بحران موجود است. سازمان های مربوط به کمک به خانواده با کودک عقب مانده ذهنی یا انجمن های سرطان از این نوع مراکز درمانی هستند.

### مداخله در بحران

هدف از مداخله کمک سریع به شخص، خانواده یا جامعه است که مشکل را حل کنند طول مدت بحران با مداخله یا بدون مداخله ۶-۴ هفته است.

### ارزیابی فرد بحران زده

پرستار باید به اندازه کافی در جمع آوری اطلاعات سرعت عمل داشته باشد و نکات ذیل را مورد توجه قرار دهد.

۱. سطح اضطراب و احساس فرد نسبت به بحران
۲. درک فرد چگونه است. آیا مختل شده یا خیر، حافظه یا خاطراتش چگونه است آیا می تواند مشکل گشایی کند؟
۳. وجود هر نوع علایم اعم از فیزیکی یا روانی را در فرد بحران زده بررسی کنید.
۴. آیا امکان خودکشی در فرد وجود دارد؟
۵. موقعیت معمولی زندگی فرد چگونه است آیا نظافت کرده، از کودکان چگونه نگهداری می کند؟
۶. موقعیت شغلی وی چگونه است؟
۷. موقعیت اجتماعی و روابط اجتماعی او چگونه است؟
۸. طرز برخورد او با بحران در گذشته چگونه بوده است؟
۹. آگاهی از میزان اختلال توسط بحران در زندگی روزمره فرد.
۱۰. آگاهی از توانایی کارکردن فرد بحران زده. آیا فرد توانایی فیزیکی یا روانی کارکردن را دارد؟
۱۱. تا چه اندازه عدم تعادل وی بر دیگران تأثیر گذاشته است؟
۱۲. آیا دیگران مضطرب هستند؟

مرحله دوم تشخیص مشکل است. مرحله سوم برنامه ریزی که باید راه حل مناسب انتخاب شود.

### مداخله یا اجرا

همانطور که اشاره شد در بحران ها به طور موقت، فرد دچار عدم تعادل روانی شدید می شود و تلاش می کند به هر نحوی که شده مشکل پیش آمده را از بین برد و تعادل خود را بازیابد. واکنش ها عبارتند از: فشاره ای جدایی، مشغولیات فکری و

تصور درباره فردی که از بین رفته، بروز احساس گناه و تقصیر، از دست دادن فعالیت های عادی روزانه و بعضی از افراد که تظاهرات عادی به واکنش غم را نشان نمی دهند دچار واکنش های مرضی می شوند. کمک رسانی به افراد بحران زده اگر به جا و مناسب باشد، مفید و ارزنده بوده و باعث سرعت در پیدایش تعادل روانی، جلوگیری از اختلالات روانی و عاطفی شدید و حتی جلوگیری از انتقام جویی و بدبینی نسبت به دیگران می شود.

دخالت در بحران های زندگی، در حقیقت نوعی پیشگیری ثانویه است که با تشخیص فوری بحران و درمان زودرس، قطعی و موثر جهت کم کردن دوران بیماری همراه است. باید سعی شود اشخاصی را که در معرض خطر هستند از قبل طوری آماده کنند که در مواجهه با مشکلات و بحران ها دچار واکنش های شدید روانی نشوند و در واقع روش پیشگیری اولیه را به کار ببرند. مثلا خانمی که ازدواج می کند یا حامله می شود یا افرادی که بازنشسته می شوند یا مراحل بلوغ یا یک دوران بحران را می گذرانند، در معرض خطر هستند. البته روش های فوق برای همه بحران ها نمی تواند مفید واقع شود. مثلا هیچ شخصی نمی تواند برای مرگ (غیرمترقبه) عزیزان آمادگی قبلی داشته باشد.

با انجام مداخله در بحران ها ما دو هدف داریم:

۱. کم کردن فشارها و استرس های به وجود آمده
۲. حمایت و قدرت بخشیدن در به کارگیری توانایی ها و شایستگی ها برای مبارزه با بحران ها، البته روش های فوق یک روش درمانی قاطع نیست بلکه باعث تسکین و آرامش به طور موقت و جلوگیری از خطرات بعدی می شود.

## اقدامات

۱. استفاده از داروها: البته نه به شکلی که وابستگی ایجاد کند و اگر استفاده نشود بهتر است.
۲. اشتغال حواس
۳. کمک به مددجو تا با بحران مواجه شود. برای این منظور باید درباره بحران بحث و گفتگو کند.
۴. به مددجو کمک شود تا در مورد احساساتش به طور باز صحبت کند، چون احساسات سرکوب شده می تواند مضر باشد و ایجاد فرصت برای بحث و گفتگو درباره آنها باعث کاهش تنش می گردد.
۵. به مددجو قوت قلب کاذب ندهید.
۶. افکار مثبت داشتن: مثال برای دیگران هم اتفاقات بدی روی داده است اما آنها را پشت سر گذارده اند (از عهده این کار برمیآیم). منفی: دارم دیوانه می شوم. کاملا تنها هستم.
۷. کسب آگاهی و دادن اطلاعات به افراد
۸. تماس با فردی که قبلا چنین تجربه ای را داشته است مثل عمل جراحی.
۹. کمک به فرد بحران زده در مراقبت از خود (غذا، بهداشت فردی و ...)
۱۰. تغییر سبک زندگی
۱۱. تماس جسمانی با فرد، لمس کردن و برقراری ارتباط. برای برقراری ارتباط با فرد بحران زده، ارایه اطلاعات غیردستوری مناسب تر است.
۱۲. اقدامات برای کنترل استرس شامل:

- دادن آگاهی و اطلاعات
- گوش کردن به موسیقی
- تنفس عمیق
- شبیه سازی
- آرام سازی

## ارزشیابی

۱. آیا مددجو به وضعیت اولیه خود برگشته است؟

۲. آیا مددجو تعادل خود را به دست آورده است؟

۳. آیا روش های حل مشکل در مددجو مؤثر بوده است؟

در ادامه به سه مورد از عوامل بحران زا شامل معلولیت ، طلاق و اعتیاد پرداخته می شود.

## معلولیت

مسأله ی معلولیت ها یکی از مسایل جوامع بشری است و خانواده های زیادی به دلیل داشتن کودک معلول، رنج عاطفی فراوانی را تحمل می کنند و این موضوع، مسایل گوناگون را برای آنان ایجاد کرده ، مثل ایجاد و تشدید اختلافات زناشویی، جدایی، تحمل بار سنگین اقتصادی، تحمل صحبت های دیگران و ... لذا کمک به والدین برای حل مشکلات شان یکی از مهمترین خدماتی است که باید به آنان ارائه شود.

رشد هر کودک را از چهار جنبه مورد بررسی قرار می دهند:

۱. حرکتی (سن نشستن و راه رفتن)

۲. کلامی (سن صحبت کردن)

۳. عاطفی و هیجانی (لبخند زدن و ارتباط برقرار کردن با دیگران)

۴. رفتار اجتماعی (مهمترین جلوه رفتار اجتماعی، بازی کردن آن هاست)

کودک طی فرایند رشد، ویژگی های متناسب با گروه سنی خود را به دست می آورد . چنانچه اختلافی وجود داشته باشد ، باید مورد بررسی قرار گیرد.

## تعریف معلولیت

سازمان جهانی بهداشت (who) در ژانویه ی سال ۱۹۸۱ معلولیت را ایجاد اختلال در رابطه ی بین فرد و محیط تعریف کرده است.

در تعریف دیگر، معلولیت، ناتوانی در انجام تمام یا قسمتی از ضروریات عادی زندگی فردی یا اجتماعی به علت وجود یک نقص مادرزادی یا وجود عارضه ای در قوای جسمانی یا روانی است . مجموعه ای از عوامل جسمی، ذهنی، اجتماعی، یا ترکیبی از آن ها که به نحوی در زندگی وی به صورت طبیعی می گردد، چنین فردی اصطلاحاً معلول نامیده می شود و غالباً به دلیل عدم امکان زندگی مستقل از نظر شخصی و اجتماعی نیازمند توانبخشی است . باتوجه به تعاریف فوق در

معلولیت، یک نقصان جسمانی یا روانی وجود دارد که باعث کاهش توانایی و ظرفیت شخص می شود و این کمبود توانایی و ظرفیت منجر به نارسایی ها و عدم تکافو و محرومیت در زندگی مادی و معنوی شخص می گردد.

## اقسام معلولیت

با توجه به نوع و ماهیت اختلالاتی که بر معلول عارض می شود به سه دسته تقسیم می شود:

۱. معلولین ذهنی  
الف- عقب ماندگان ذهنی  
ب- بیماران روانی
۲. معلولین جسمی، نقص عضو، نابینایان و ناشنوایان
۳. معلولین اجتماعی. قشر مطرود جامعه (معتادان، بزهکاران، ولگردان، روسپیان، محکومین زندان ها و متکدیان حرفه ای)  
کودک معلول کودکی است که از نظر جسمی، عقلی و روانی از حالت هنجار به دور باشد.

۱. **کودکان دچار ناتوانی جسمی.** مانند کودک کور، کر، لال و ...
۲. **کودکان دچار ناتوانی عقلی.** مثل کودکان کم هوش، گیج و ابله
۳. **کودکان دچار ناتوانی روانی.** مانند محرومیت از مادر، محرومیت از محبت، کودکان ناسازگار و یتیم.

## خانواده و معلولیت

بعضی از معلولین در منزل به طور عادی زندگی می کنند و می توانند با خانواده زندگی نسبتاً راحتی داشته باشند و برخی از معلولین نیاز به درمان خاصی ندارند و بعضی دیگر نیاز به آموزش برای کاهش معلولیت و ناتوانی خود دارند. در برخی موارد معلولیت قابل درمان و بهبودی است، فردی که مشکل بینایی و ضعیف بودن چشم را دارد با استفاده از عینک ممکن است خوب شود یا آموزش راه رفتن با استفاده از عصا برای فردی که نمی تواند راه برود.

وجود فرد معلول به ویژه کودک معلول ذهنی، اثرات عمیقی بر نحوه ی ارتباط افراد خانواده با هم و هر یک از آنها با کودک معلول وارد می سازد. عقب ماندگی کودک، کندی رشد، نیاز به امکانات ویژه برای مراقت از او، آموزش و تعدیلی که والدین باید در انتظارات خود برای آینده ایجاد کنند همگی موجب وارد آوردن فشار روی والدین شده و احتمالاً آرامش خانواده را به هم خواهد زد. علاوه بر این فشار، رابطه ی کودک و والدین در اثر جدایی کودک از افراد هم سن و سال و مراقبت دراز مدت ممکن است خدشه دار گردد. در بعضی از موارد، کودک از نظر عاطفی و اقتصادی برای تمام عمر وابسته به خانواده باقی می ماند. تشخیص ممکن است در هنگام تولد صورت گیرد یا در حدود سن مدرسه صورت گیرد. اگر آگاهی از معلولیت به تدریج حاصل شده، این آگاهی تأثیر ناگهانی ندارد و عکس العمل های والدین بسیار متفاوت می باشد. احساس گناه رایج ترین عکس العمل های والدین می باشد. والدینی که در انتظار به دنیا آمدن کودک خود هستند در حالتی از انتظارات بلند پروازانه به سر می برند و نه تنها انتظار یک کودک طبیعی را دارند بلکه انتظار آنان به دنیا آمدن یک کودک عالی می باشد.

تأثیراتی را که کودک عقب مانده ذهنی روی خانواده دارد، می توان به صورت عاطفی، اجتماعی و اقتصادی طبقه بندی کرد.

- **تأثیر اقتصادی:** هزینه رفت و آمد به مدرسه، کم شدن درآمد خانواده به دلیل پایین بودن مادر کودک در منزل، نگهداری در مؤسسات و هزینه خرید امکانات، مشکلاتی را برای خانواده ایجاد می کند.
  - **تأثیر اجتماعی:** ممکن است خانواده در پذیرایی کردن از میهمانان در خانه و ملاقات دوستان یا شرکت در محافل اجتماعی با مشکلات روبه رو گردد و نیز احتمال دارد روابط خانواده با همسایگان به دلیل رف تارهای کودک تیره گردد و تفریح و فعالیت های اجتماعی غیرممکن شود.
  - **تأثیر عاطفی:** عقب ماندگی ذهنی کودک می تواند زندگی زناشویی را نیز تحت تأثیر قرار دهد. باید متذکر شد چنانچه خانواده دارای ثبات در زندگی زناشویی باشد از خانواده هایی که از این ثبات بی بهره اند در احساسات و رفتار خود نسبت به داشتن کودک عقب مانده ذهنی به مراتب بهتر عمل خواهد کرد.
- یکی از عناصر مهمی که در سازگاری میان والدین و کودک دخالت می کند، هوش والدین است. در خانواده های باهوش که هوشمندی بسیار با ارزش است، تفاوت میان کودک باهوش و کودک عقب مانده ی ذهنی برای خانواده بسیار رنج آور است؛ از طرف دیگر خانواده هایی که از توانایی هوشی کمتری برخوردارند بهتر قادرند که حتی کودک عقب مانده ذهنی عمیق را بپذیرند.

مهم ترین عاملی که به نظر می آید در رابطه ی کودک معلول و خواهران و برادران او تأثیر داشته باشد، میزان وابستگی کودک معلول است (یعنی میزان توانایی کودک در انجام کارهای مربوط به خود) هرچه وابستگی بیشتری در مقایسه با سایر کودکان معلول هم سن خود داشته باشد تأثیرش روی خواهر و برادران او زیان آورتر خواهد بود.

عاملی که اثرات سوء در رشد و خشنودی خواهر و برادران طبیعی دارد این است که کودک معلول توجه و وقت زیادی را به خود اختصاص می دهد و در نتیجه زمان و توجه اندکی از جانب والدین برای سایر کودکان باقی خواهد ماند. موضوع دیگری که گاهی اتفاق می افتد این است که خواهر یا برادران خانواده ممکن است به علت داشتن خواهر یا برادر معلول دچار شرمساری دارای سازگاری باشند. خواهر و برادران هم از این سازگاری بهره مند خواهند شد چون کودکان مستعد به تقلید از ارزش ها و آداب و رسوم والدین خود هستند. ارزش های مذهبی می تواند موجب پذیرش بهتر و تحمل بیشتر کودک عقب مانده ذهنی گردد. اگر ارتباط متقابل بین افراد خانواده را به صورت یک دایره در نظر بگیریم کودک معلول ذهنی در مرکز این دایره بر تمام ارتباطات بین افراد خانواده تأثیر می گذارد. صحبت کردن در مورد مشکل برای مادران ساده تر از پدران است. پدر معمولاً در این دوره خود را بیشتر سرگرم کاری می کند.

### معلولیت های جسمی

مشکلاتی را برای فرد و خانواده بوجود می آورند از جمله مشکل از نظر نشستن، راه رفتن، لباس پوشیدن، رژیم غذایی، چگونگی استفاده از توالت، مشکلات دفع ادرار، مشکلات دفع مدفوع، زخم بستر، سوختگی ها، مشکلات جنسی، مسافرت و رانندگی و ورزشی.

## پیشگیری از معلولیت

### پیشگیری سطح اول

در پیشگیری سطح اول نقش آموزش بسیار مهم می‌باشد.

۱. بهبود استانداردهای مسکن، رعایت احتیاط و بهبود استاندارد در جاده‌ها و زمین‌های بازی
۲. آموزش در مورد مراقبت‌های قبل از ازدواج یا مشاوره قبل از ازدواج.
۳. مواردی که باید مشاوره ژنتیکی انجام شود باید به خانواده آموزش داده شود.
۴. آموزش مراقبت‌های دوران بارداری مانند کنترل عفونت ها (سرخجه) و مصرف داروها، رژیم غذایی، ناسازگاری‌های خونی، قرار گرفتن در معرض اشعه‌ی ایکس و استعمال دخانیات.
۵. پیشگیری از حوادث که در سنین قبل از مدرسه و در سنین نوجوانی شایع هستند.
۶. خدمات تنظیم خانواده
۷. پیشگیری از بیماری‌های عفونی در دوران کودکی و ارابه‌ی خدمات (مانند واکسیناسیون)

### پیشگیری سطح دوم

هدف از پیشگیری سطح دوم تشخیص به موقع و درمان است . با غربالگری باید معلولیت‌ها تشخیص داده شوند . مانند بررسی نوزادان در بدو تولد. تمام سیستم‌های نوزاد باید در بدو تولد بررسی شده و اگر کودک اختلال داشته باشد در همان مراحل اولیه درمان صورت گیرد. مانند لب شکری، شکاف کام و عقب ماندگی ذهنی.

### پیشگیری سطح سوم

مانند فیزیوتراپی

## نقش پرستار بهداشت جامعه در پیشگیری از معلولیت‌ها

پرستاران می‌توانند در مواردی که در پیشگیری سطح اول و دوم توضیح داده شد فعالیت داشته باشند، علاوه بر آن می‌توانند در موارد ذیل نقش داشته باشند.

۱. مشارکت در مراقبت از کودک و ارابه‌رانی‌های لازم به خانواده.
۲. ملاقات مادر در بیمارستان (بهترین راه برای آن که مادر احساس کند در جامعه حمایت می‌شود).
۳. تعیین نقاط ضعف و قوت خانواده
۴. جلوگیری از پیشرفت معلولیت
۵. سعی در خودکفایی معلول و قادرسازی وی در برخورد با مشکلات.
۶. ارجاع جهت مشاوره و در صورت توان انجام مشاوره
۷. مشاوره و روان‌درمانی برای رفع یا تعدیل اختلالات عاطفی یا هیجانی والدین و خانواده این قبیل کودکان و پذیرش واقعیت معلولیت لازم و ضروری است.



۸. باید به والدین امکان داد تا احساسات خود را بیان کند. هدف از مشاوره امکان درک و آگاهی بیشتر از مشکلاتی است که با وجود کودک معلول ایجاد شده است.
۹. باید به آنان کمک شود تا در مورد کودک خود عاقلانه تر بیندیشند.
۱۰. به آنان کمک شود تا در مورد رفتاری که کودک آنان دارد آگاهی یابند.
۱۱. درخصوص کمکی که کتابها و جزوات موجود می‌توانند به آنان نمایند ایشان را راهنمایی نمایند.
۱۲. کمک به کودک و خانواده در فعالیت‌هایی که باعث خوشحالی آنان می‌شود.
۱۳. راهنمایی در مورد مراکز درمانی موجود در جامعه مانند مراکز نگهداری معلولین.

## طلاق

به همان اندازه که پیمان زناشویی و تشکیل خانواده در قوانین اسلام مورد تأکید قرار گرفته و به طرق گوناگونی، مسلمانان را تشویق نموده است، به همان میزان هم انحلال آن را امری ناپسند دانسته و از آن به عنوان منفورترین حلالها یاد شده است.

طلاق را می‌توان به منزله داروی تلخ و ناگوار دانست که وقتی تمام راه حلها به شکست منتهی گردد و زن و شوهر پس از مایوس شدن از تمام تدابیر عقلی، مشورت و چاره جویی، ناگزی ر آن را به عنوان آخرین چاره می‌پذیرند. زیرا طلاق، احساسات و نتایج تلخ و ناباوری را به همراه دارد که درک آن برای بیشتر خانواده‌ها مشکل است.

## علل طلاق

در بررسی علل طلاق در خانواده، به مواردی برخورد می‌شود که هر کدام از آنها از خانواده ای به خانواده دیگر متفاوت است. بررسیهای اجتماعی نشان می‌دهند که علل و انگیزه طلاق در نظامهای اجتماعی مختلف نیز یکسان نیستند. به عبارت دیگر برخی از علتهای به ساخت جامعه و نظام مربوط می‌شوند و خصیلت جمعی دارند، در حالی که علتهای دیگر به ویژگیهای فردی زن و شوهر و شرایط خانواده های آنان مربوط می‌شوند و در نتیجه از فردی به فرد دیگر متفاوت هستند. اینک علل و انگیزه‌های طلاق را در دو گروه مورد مطالعه قرار می‌دهیم.

## الف- عوامل اجتماعی

عواملی هستند که ویژگی اجتماعی و گروهی دارند و از ماهیت نظام اجتماعی ناشی می‌شوند. از میان عوامل فوق به چند مورد زیر اشاره می‌شود:

- ۱- توسعه شهرنشینی: مطالعات اجتماعی نشان می‌دهند که توسعه شهرها و رواج شهرنشینی با افزایش طلاق رابطه مستقیم دارد. آمار نشان می‌دهد که در بعضی از شهرها میان هر چهار یا پنج ازدواج یکی از آنها به طلاق منجر می‌شود. در تحلیل این امر گفته می‌شود که نبودن موانع سنتی در شهرها، افزایش تحصیلات مخصوصاً برای زنان و فراهم بودن امکانات اشتغال برای مرد و زن، ناهماهنگی‌های روانی و عاطفی میان زوجین و عوامل دیگر باعث می‌شوند که طلاق در شهرها بیشتر از مناطق دیگر شود. لازم به یادآوری است که ممکن است تاثیر برخی از عوامل مذکور روی افزایش نرخ طلاق در شهرها مقطعی باشد و با تغییر شرایط تاثیر آنها نیز کاهش یابد.

۲- **صنعتی شدن:** صنعتی شدن جامعه از عواملی است که به افزایش میزان طلاق کمک می کند. صنعتی شدن جامعه از طریق توسعه صنعت و تمرکز زیاد و همه جانبه، در گسستن روابط خانوادگی موثر واقع می شود و رشد تکنولوژی با افزودن مهاجرت های روستایی و عشایری و روان ه کردن آنها به سوی کارخانه های صنعتی و در نتیجه دگرگون کردن ساخت جمعیتی و اجتماعی مردم باعث تزلزل روابط خانوادگی می گردد و میزان طلاق را بالا می برد.

مسلم است که صنعتی شدن به طور غیر مستقیم روی افزایش اختلافات خانوادگی و طلاق موثر واقع می شود. مکانیسم تاثیرگذاری صنعتی شدن روی خانواده ها به این صورت است که با ایجاد فرصت های شغلی جدید، زن ان را بیرون از خانه می شکشاند و، روستاییان را به سوی شهرها می راند، خانواده های گسترده را متلاشی می کند و روابط سنتی را به هم می زند و به این ترتیب به افزایش نرخ طلاق منجر می شود.

۳- **افزایش خانواده هسته ای:** با گسترش تحولات اجتماعی و رواج شهرنشینی و صنعتی شدن جامعه، نهاد خانواده نیز تدریجا دگرگون می شود و از حالت سنتی خانواده های گسترده به شکل غیر سنتی خانواده های هسته ای مستقل درمی آید. در این دگرگونی، از یک سو خانواده های هسته ای حمایت و دخالت خانواده های گسترده و نفوذ شبکه های خویشاندی را در امور خود از دست می دهد و در نتیجه هنگام بروز اختلافات خانوادگی با مشکلاتی مواجه می شود و از طرف دیگر استقلال زن و شوهر از نظر اقتصادی و روانی موانعی را که در دوره های در سرراه طلاق وجود داشت، از بین می برد و در نتیجه طلاق به آسانی صورت می گیرد. یکی دیگر از دلایل افزایش طلاق در میان خانواده های هسته ای معاصر دخالت اشخاص ثالث از جمله خانواده طرفین در زندگی آنهاست.

۴- **بیداری و اشتغال زنان:** از عللی که در جوامع صنعتی و شهری به طور غیرمستقیم باعث افزایش طلاق می شود، گسترش بیداری و میزان سواد زنان و اشتغال آنان است. داده های اداره آمار قضایی وزارت دادگستری، نشان می دهد که میزان طلاق در میان زنان با سواد بیشتر از زنان بی سواد است. این امر در کشورها و جوامع دیگر نیز همین گونه است. آمار موجود حاکی از آن است که از دو سوم تا سه چ ه ارم طلاقهای داده شده در شوروی سابق به وسیله زنان درخواست می شده است.

تأثیر غیرمستقیم بیداری و اشتغال زنان در افزایش مقطعی میزان طلاق به این صورت است که وقتی زن به دلیل اشتغال، استقلال عمل نسبی پیدا می کند و به علت وجود آگاهی اجتماعی علاقه مند به حفظ استقلال خود می شود، در برابر آرمانهای مردسالارانه و مرد مدارانه شوهر قرار می گیرد و در نتیجه ناسازگارهای احتمالی ناشی از وضع فوق به اختلاف و طلاق منجر می شود.

۵- **بحرانها و انقلابات اجتماعی:** مطالعات مربوط به ازدواج و طلاق نشان می دهد که میزان طلاق در دوره های خاصی از تحولات اجتماعی مانند بحرانها، انقلابات و جنگها افزایش پیدا می کند و میزان ازدواج پایین می آید.

۶- **بیکاری و فقر اقتصادی:** یکی دیگر از دلایل اجتماعی و اقتصادی بالابودن میزان طلاق در تعدادی از خانواده ها وجود بیکاری و فقر در جامعه به ع نوان عامل مستقل یا عامل تشدیدکننده نابسامانی روابط خانوادگی است که به

دلیل اشتغال دائم و ثابت مرد و در نتیجه عدم توانایی او برای تهیه وسایل رفاه و آسایش خانواده، میزان طلاق را در میان برخی از اقشار و طبقات اجتماعی فقیر افزایش می‌دهد.

## ب- عوامل فردی

عواملی هستند که به مشخصات فردی و روانی یکی از دو همسر با خانواده آنان مربوط می‌شوند. از این عوامل به چند مورد زیر اشاره می‌شود:

۱. **عقیم بودن و نداشتن اولاد ذکور:** در برخی موارد مشاهده شده است که جدایی بین زن و شوهر به دلیل بچه دار شدن و عقیم بودن یکی از دو همسر (مخصوصاً زن) صورت می‌گیرد. این امر در محیطهای روستایی و عشایری و همچنین مناطق شهری دیده می‌شود.

۲. **سن ازدواج:** سن ازدواج از چند طریق در میزان طلاق مؤثر واقع می‌شود:

**اول-** مطالعات اجتماعی نشان می‌دهد که ازدواج در سنین پایین تر بیشتر به طلاق می‌انجامد و هرچه زوجین در مواقع ازدواج جوانتر باشند ازدواج آنان ناپایدارتر است. مطابق آمار، ازدواج ۶۷ درصد از زنان مطلقه در سنین کمتر از ۲۰ سال صورت گرفته است. این امر نشان از ناآگاهی و عدم بلوغ فکری و کم تجربگی زوجین جوان است که بدون هرگونه آموزش و اطلاع در مورد مسائل زندگی مشترک، تنه‌ا به دلیل کشش عاطفی و سنتها پیوند زناشویی بسته‌اند و به همین جهت گفته می‌شود که تعدادی از طلاقها به دلیل فاصله نسبتاً زیاد میان بلوغ جنسی و بلوغ فکری و اجتماعی جوانان صورت می‌گیرند.

**دوم -** داده‌های آماری حاکی از آن است در خانواده هایی که زن از نظر سنی از مرد بزرگتر است احتمال طلاق بیشتر از خانواده‌هایی می‌باشد که در آنها مرد از زن بزرگتر است. البته در این مورد هرچه فاصل سنی زن و شوهر بیشتر باشد، احتمال طلاق بالاتر است.

**سوم-** بررسیهای مربوط به طلاق نشان می‌دهد در خانواده هایی که مرد از نظر سنی بزرگتر از زن باشد در دو حالت فاصله سنی بسیار کم و فاصله سنی بسیار زیاد نیز، میزان طلاق افزایش می‌یابد.

۳. **اعتیاد:** یکی از علل فردی که در هر جامعه ای و به ویژه در یک جامعه صنعتی و شهری، باعث به هم خوردن روابط سالم خانوادگی و متلاشی شدن خانواده می‌شود، اعتیاد یکی از زوجین به مواد مخدر و الکل می‌باشد که متأسفانه امروزه در بسیاری از جوامع در سطح گسترده ای قابل مشاهده است.

۴. **عدم تفاهم:** جامعه شناسان معتقدند که یکی از علتها و انگیزه های طلاق در میان زن و شوهر توجه سبکسرانه یکی از دو همسر یا هر دوی آنها به زناشویی و روابط خانوادگی و عدم تفاهم اخلاقی، فکری و عقیدتی میان آنان است. در بعضی موارد این امر از بی توجهی زن یا شوهر به دیگری در اثر مشغله فکری و نوع کار و غیره است و در موارد دیگر ناشی از عدم توانایی و بی میلی آنان برای درک همدیگر می‌باشد. ضمناً عدم تفاهم میان زن و شوهر گاهی ناشی از اختلاف سطح فکری، فرهنگی و اجتماعی زن و شوهر و خانواده های آنان و یا بدلیل توقع و

انتظارات غیرمعقول از همدیگر است که آنان را در مقابل هم بی تفاوت می کند و کانون گرم خانواده را به محیطی سرد و خاموش مبدل می سازد.

۵. **خیانت** : از علل دیگری که موجبات طلاق و جدایی میان زن و شوهر را فراهم می آورد، عدم وفاداری و خیانت یکی یا هر دو طرف آنان به دیگری است. در برخی از جوامع خیانت در حیات زناشویی به وسیله زن، یعنی تن دادن به زنا یا محسنه، در صورت اثبات، علت کافی برای جواز طلاق شمرده می شود. آمار نشان می دهد که در برخی از کشورها نزدیک به ۱۰ درصد طلاقها به دلیل خیانت یکی از دو همسر صورت گرفته است.
۶. **عشق ظاهری** : بررسیهای مربوط به جامعه شناسی خانواده نشان می دهد بسیاری از زناشویی هایی که به خاطر عشق ظاهری و از روی هوی و هوس صورت گرفته اند، بعد از مدت کمی به عللی مانند عدم توافق اخلاقی و لاسازگاری و بی تفاوتی و غیره به طلاق منجر می شوند.

## پیامدهای طلاق

آثار و نتایج طلاق را می توان از جنبه ها و جهات مختلف مورد بحث قرار داد:

- از دیدگاهی پیامدهای طلاق به افراد یا بطور کلی به جامعه بر می گردد. پریشانی روان، به هم خوردن سامان خانواده و شخصیت افراد از آثار فردی طلاق هستند و کجرویهای اجتماعی حاصل از طلاق و تأثیر آنها در رفتارها و روابط اجتماعی و ساخت جامعه از نتایج اجتماعی آن بشمار می روند.
- از جنبه ای دیگر می توان نتایج طلاق را در رابطه با جنس مورد بررسی قرار داد. مطالعات اجتماعی نشان می دهد که آثار سوء طلاق در مورد زنان بیشتر از مردان است. این امر مخصوصاً در جوامعی صادق است که زنان آنها به دلیل عدم اشتغال کافی، پایین بودن سطح سواد و آگاهی، سلطه روابط پدرسالاری و پدرمداری، از استقلال اجتماعی، اقتصادی و روانی برخوردار نیستند و امکان ازدواج مجدد برای آنان وجود ندارد.
- عملکرد طلاق را از نظر رابطه با طول مدت ازدواج نیز می توان مورد بررسی قرار داد. در پژوهشهای مربوط به طلاق روشن شده است که اثر طلاق بر روی زوجیهایی بیشتر و عمیقتر است که مدت زیادی از عمر ازدواج آنها سپری شده است، چرا که جوانان امکان و آمادگی بیشتری برای تشکیل خانواده جدید و سازش با زندگی نوین دارند.
- عامل دیگری که پیامدهای طلاق در رابطه با آن می تواند مورد مطالعه قرار گیرد، امکان و وجود حق ازدواج مجدد یا عدم تجویز آن در جامعه است. در جوامعی که ازدواج مجدد پس از طلاق مجاز است، نتایج طلاق چندان حاد و تحمل ناپذیر نیستند ولی در جوامعی که چنین حقی برای زن با مرد وجود ندارد، نتایج طلاق نیز ناگوار است.
- مورد دیگری که در رابطه با آثار طلاق می توان بررسی کرد عبارت است از تأثیر طلاق نسبت به والدین و فرزندان، به هم خوردگی انسجام روان شناختی زن و مرد، از دست دادن استحکام شخصیت بزرگسالان، مواجهه با ناملایمات و مشکلات ناشی از جدایی و تربیت فرزندان از نتایج طلاق نسبت به والدین هستند و نابسامانی شخصیت کودکان، کجروی، بزهکاری جوانان، خشونت، پرخاشجویی آنان و مواردی نظیر اینها از

آثار طلاق روی کودکان است . بررسیهای اجتماعی نشان می دهند که اثر طلاق روی خانواده های هسته ای شدیدتر از خانواده‌های گسترده است.

گاهی زندگی زناشویی دستخوش چنان نابسامانی می شود که ادامه زندگی مشترک زن و شوهر نه فقط کانون مشترک خانواده را به محیطی غیرقابل تحمل تبدیل می سازد بلکه فرزندی که در چنین فضایی مسمومی بزرگ می شوند به جای آنکه از تربیت صحیح و محبت لازم برخوردار شوند، دچار عقده ها و ناراحتیهای روحی خواهند شد. از این رو طلاق را نه به عنوان یک امر مطلوب بلکه بسان یک داروی تلخ می پذیریم، زیرا قسمتی از ناراحتیهای خانواده را از میان بر می دارد.

### روشهای صیانت خانواده و پیشگیری از تزلزل و انحلال آن

در حفظ و حراست خانواده از عوامل انحلال، زوجین بیش از هر کس دیگری وظیفه دارند . آنان می بایست عوامل امنیت خانواده را که شامل: پاکی و تقوا، حفظ عفت، رعایت حقوق، پاسخ به خواسته های یکدیگر، شرکت در غم و شادی و ... است مراعات نمایند. رشته حیات خانواده آنچنان باید محکم و استوار باشد که هیچ عاملی نتواند آن را از هم بگسلد و یا با اعمال راه و روشهایی، بنیان سعادت آن را متزلزل سازد. نکات زیر در برگیرنده اصولی است که در تحکیم روابط خانوادگی و پیشگیری از انحلال آن می تواند کارساز باشد.

- اقتضای زندگی خانوادگی ایجاب می کند که زن و شوهر با هم آنچنان پیوند داشته باشند که وحدت و ارتباط آنها را چیزی جز مرگ نگسلد. زوجین باید این احساس را داشته باشند که همسرشان انسان است. دارای حق حیات و حق آزادی است. او اسیری نیست که جسم او درهم کوبیده شود و یا با مشت و لگد و سیلی در برابر شما تسلیم گردد. از سوی دیگر صحنه زندگی خانوادگی صحنه زورآزمایی نیست و به هیچ عنوان پسندیده نیست که در آنجا قانون جنگل حکومت کند. همسر دارای امانتداری خدا است و آدمی با انتخاب همسر، در حقیقت خود را طرف حساب خدا قرار می دهد لذا رفتارش باید بگونه ای باشد که از عهده پاسخ‌های صاحب امانت برآید.
- این اصل مهمی در زندگی زوجین است که بنای حیات مشترکشان را بر دوستی خالص و دلسوزیها نسبت به یکدیگر استوار سازند. یکدیگر را دوست بدانند و بدانند که از آن هم‌اند و در خیر و شر یکدیگر سهیم اند.
- با اینکه زوجین هر دو موظف به رعایت حقوق یکدیگرند، شاید وظیفه مرد در این میان بیشتر باشد از آن جهت که زن حساس تر و طبعش لطیف تر است.
- با اینکه زندگی خانوادگی دور از قید و بندهای اداری و رسمی و نظامی است و در عین اینکه انس و الفت ناشی از ارتباط مداوم، آنها را بهم آشنا می کند باز ضرورت دارد تا حد لازم، رعایت آداب و اخلاق بشود. مواردی از قبیل خودداری از پرخاشگری، مراقبت در حسن سلوک، در جریان گذاردن یکدیگر از مسایل روزمره، اطاعت از یکدیگر در جایی که ایجاب می نماید، تعارف به هم بویژه در حضور دیگران، برخ استن به احترام یکدیگر در مجلس غیره، بکار بردن لغات و اصطلاحاتی که بیانگر ادب و اخلاق و انسانیت باشد و ... از آن جمله اند.
- از آنجا که احترام و آبروی آدمی بیشتر توسط خودش باید پایه گذاری و تأمین شود، هر کس باید بکوشد خود را لایق احترام سازد. بی حساب نمی توان صاحب عزت و آبرویی شد و بی جهت نمی توان از دیگران

توقع احترام داشت. در ضمن به این نکته هم باید توجه داشت که هر کس دوست دارد همسرش فردی لایق احترام باشد. منش و رفتارش بگونه ای باشد که نتوان به او بی احترامی کرد و زن یا مرد می تواند با تدارک مقدماتی، چنین شرایطی را برای خود فراهم سازد.

- اگر چه خانه را با پادگان نظامی و یا اداره باید فرق گذاشت لیکن نظم و انضباطی لازم است تا قواعد فرو نریزند و نابسامانی پدید نیاید. البته در حدی که موجب اختناق در محیط خانه نگردد.
- زن و شوهر باید سطح توقعات خود را از یکدیگر محدود نمایند. در توقعات بسیار، شک نیست مواردی پدید خواهد آمد که افراد نمی توانند و یا نمی خواهند آن را برآورده سازند و در آنصورت پیدا است که چه ناراحتی‌هایی برای طرفین بروز خواهد نمود. اینکه بخواهید هیچ اشتباهی از همسر شما رخ ندهد شدنی نیست، مگر خودتان معصومید؟ انتظار نداشته باشید همه امور و جریانات زندگی بر کام شما بگردد. بخشی از توقعات خود را نادیده بگیرید. فکر نکنید که همه رویاهای قبل از ازدواج شما باید تحقق یابد. سطح توقعات را پایین آورید که این امر به صفا و صلح و آشتی نزدیکتر است.
- شاید برخی از افراد گمان کنند که اگر در مسیر زندگی، همسر خود را با ذکر معایب و نقاط ضعفش شرمند سازند موفق ترند. در حالیکه از نظر علمای تربیت، نقش و تأثیر آن معکوس و حتی خطرآفرین است بر این اساس، هرگز نقاط ضعف همسران را به رخش نکشید، عیب جویی نکنید و افشا گوی ننمائید بلکه با یادآوری نقاط مثبت اعمالش، وی را به ادامه هرچه بیشتر خط مشی های درست تر و ترک جنبه های منفی، ترغیب نمایید.
- از مسایلی که در دوام و بقای خانواده مؤثر است و حتی حیات خانواده را جاودانه می کند تولید نسل است. عدم وجود فرزند با همه علاقه ای که در زوجین وجود دارد گاهی بصورت غیرمستقیم سبب سردی آنها می شود. آنها را به بهانه جویی و میدارد آنچه‌ای که درگیری ایجاد کنند و آن شادی و طراوت زندگی از بین برود. بهمین نظر وجود فرزند در خانه می تواند عامل مؤثری در حفظ روابط حسنه باشد.
- بررسیهای تجربی نشان میدهند که درصد مهمی از طلاق‌ها و جدایی‌ها، ناشی از بی ایمانی و یا ضعف ایمان و اخلاق زوجین است. زجرها و آزارها، بدگویی‌ها و بدبینی‌ها، اغلب از سوی کسانی بوده است که از اعتقادات مذهبی قوی بهره مند نبوده اند. بدین جهت اگر انسانها و در زندگی خانوادگی اگر زن و شوهر، متقاعد شوند خدا و حساب و کتابی هست و رفتارهای نیک و بدشان مورد سؤال و بازخواست قرار می گیرد، تن به درگیری و اختلاف نمی دهند، حساب زبان و اعضای خود را دارند و مراقبند دستی به سوی کسی دراز نکنند و موجب تزییع حقی نشوند.
- جنبه‌های ایمانی و اخلاقی زوجین ایجاب می کند که زن و شوهر نسبت به هم معاشرت نیکو و سلوکی پسندیده داشته باشند. حسن سلوک و رفتار، خوشرویی و خوش خلقی، استقبال از همسر، گشاده رویی ها، سبب آن خواهد شد اختلافی فیما بین پدید نیاید و اگر هم روزی پدید آمد به سادگی قابل رفع و جبران باشد. حسن برخورد با هم و احترامات متقابل، زمینه ساز الفت ها و انس ها برای زوجین است و از آن نباید غافل بود.

- یکی از ضروریات زندگی مشترک این است که در درگیری اگر یکی عصبانی شد، آن دیگری سکوت کند و صبر و تحمل نماید تا دقایق بحرانی سپری گردد و حال فرد عادی شود. در آنصورت مسأله را بگونه ای ساده می توان حل کرد. اگر بنا شود در حین درگیری و بگومگوهای لفظی، زن و شوهر هر دو لجاجت کنند، رفع کدورت‌های حاصله بمراتب مشکل تر خواهد بود. بهمین جهت صبر و تحمل، لازمه زندگی مشترک و عامل مهم در بقاء آن محسوب می گردد.

## اعتیاد

یکی از مسائل و مشکلات جوامع بشری خصوصاً جوامعی که افراد آن به علت عدم تعادل روانی، ضعف اعتقادات مذهبی، اختلالات و از هم پاشیدگی‌های کانون خانوادگی، عدم تعادل اجتماعی و ... با آن روبرو هستند مسئله اعتیاد است.

در حال حاضر اعتیاد در همه جوامع جهانی گسترش یافته است و بیشتر قربانیان مواد مخدر را جوانان تشکیل می دهند. بررسی تعداد جوانان معتاد در کشورهای آسیایی، آفریقایی، اروپایی و امریکایی، نشان دهنده افزایش روزافزون رقم معتادان است. نظر به اهمیت این بلای خانمان سوز و تأثیری که بر خانواده و نهایتاً اجتماع می گذارد، در این قسمت به شرح مختصر علل و راههای درمان آن می پردازیم.

## تعریف اعتیاد

اعتیاد یک حالت روانی و گاهی جسمی ناشی از تأثیر دارو بر روی یک موجود زنده است و لزوماً رفتار و واکنش های خاص و شخصی را در ارگانسیم ظاهر می نماید و همیشه همراه با یک کشش مفرط برای مصرف دائمی یا دوره ای آن داروی بخصوص می باشد. اعتیاد با شاخص‌های زیر مشخص می گردد:

**الف- تمایل اجباری برای تکرار مصرف :** پس از مصارف اولیه، فرد احساس غیرقابل کنترلی برای مصرف تکراری پیدا می کند. در این مرحله، چنین احساس صرفاً جنبه روانی دارد و «وابستگی روانی» نامیده می شود.

**ب- ایجاد مقاومت :** ادامه مصرف برخی از ترکیبات اعتیاد آور موجب می شود که به تدریج از اثرات دارویی آن در بدن کاسته شود و فرد به مرور تا حدی معین به مقدار آن بیفزاید. در این حالت، نوعی «مقاومت یا تحمل دارویی» در فرد ایجاد می شود.

**ج- وابستگی بدنی :** مصرف تدریجی بعضی از ترکیبات اعتیادآور سبب تغییراتی در فیزیولوژی بدن شده و در زمان قطع دارو، موجب تظاهر علائم خماری و نظیر خمیازه، لرزش، تهوع و غیره می شود. در این حالت «وابستگی بدنی» نسبت به دارو بوجود می آید.

**د- وابستگی روانی :** مهم ترین اثرات ترکیبات اعتیاد آور «ایجاد وابستگی روانی» است که عامل مهم تداوم مصرف نیز هست. برخی از ترکیبات اعتیادآور فقط موجب وابستگی روانی و بعضی دیگر علاوه بر آن، سبب وابستگی بدنی نیز می شوند.

برخی انواع مواد مخدر : تریاک، هرویین، کوکائین، حشیش، ال.اس.دی، از جمله مواد مخدر بشمار می روند. ضمناً داروهایی چون آمفتامین (Amphetamine)، پتیدین (Pethidine)، لومینال (Luminal)، والیوم (Valium) نیز در صورت مصرف طولانی، نوعی اعتیاد و وابستگی ایجاد می نمایند.

تریاک از گیاه خشخاش بعمل می آید. مرفین از نوبیاک گرفته شده و از آلکالوئیدهای تریاک است. هرویین اغلب از مرفین استخراج گردیده و قوی تر از مرفین می باشد. کوکائین از برگ درختی بنام Erythroxyton و حشیش از گیاه شاهدانه هندی بعمل می آید. استعمال حشیش بیشتر از طریق تدخین بوسیله مخلوط کردن آن با توتون و ساخ تن سیگار است که چنین سیگاری به ماری جوانا معروف می باشد. ال.اس.دی ماده مخدری است که از اسید Lysergic موجود بر روی نوعی از قارچهای مخصوص بدست می آید.

## علل اعتیاد

در یک جمع بندی کلی، عوامل مؤثر در اعتیاد را به شرح زیر می توان خلاصه نمود:

۱. عوامل فردی از قبیل کسب لذت، کنجکاوی، میل به فراموشی برخی از واقعیات، بعضی نقایص جسمانی، پاره ای نگرانیهای عصبی و روانی.
۲. عوامل خانوادگی از قبیل فقر مادی شدید یا رفاه اقتصادی فراوان، نزاعهای والدین، انحراف در ارتباط درون گروهی و جرم زایی خانواده.
۳. عوامل اجتماعی از قبیل در دسترس بودن مواد مخدر، نابرابریهای اقتصادی و اجتماعی، بیکاری و بحران اقتصادی، رشد بیقواره صنعت و شهر.

**شخصیت معتادین :** معتاد بر اثر اعتیاد، اعتماد بنفس، تحرک و قدرت خلاقیت خود را از دست داده و عموماً شخصیتی وابسته و متزلزل و غیرقابل اعتماد پیدا می کند. غالباً سر و وضعی کثیف، موهای ژولیده، لباس مندرس، چهره زرد و رنگ پریده، چشمان بیحالت، گونه های گود افتاده، لبهای تیره، زبان باردار، دندان های کثیف، عضلات ضعیف و شل، اندام لاغر و ناتوان دارند. اغلب دارای بیوست مزاج، خواب نامنظم، عصبانی، کج خلق و مضطرب هستند. اینگونه افراد از ایجاد روابط عاطفی با دیگران عاجزند و در مقابل محرومیتها، مقاومت کمتری دارند. اغلب از دیگران شاکی هستند و دلایل بظاهر منطقی برای رفتار خود ارائه می نمایند و پاره ای ویژگیهای غیرمعقول و ناشایست که در این مقوله نمی گنجد.

**علائم مصرف مواد مخدر در معتادین :** سرمستی، شادابی موقت، احساسات مبهم نسبت به موقعیت های مکانی و زمانی، نقصان حرکات و ضعف عکس العمل، پیدایش عارضه در حفظ تعادل و توازن و کاهش میل جنسی از جمله علائم شایع در این زمینه بشمار می روند.

**عوارض محرومیت از مواد مخدر در معتادین :** زمانی که معتاد موفق به استعمال مواد مخدر نمی شود، معمولاً بعد از گذشت مدتی از این محرومیت، دچار تنش و شرایط خاص می شود که اصطلاحاً به خماری معروف است. خماری علائم مختلفی دارد که از آن میان می توان به تعرق، بروز دل درد، تهوع، تشنج، لرزش دستها، بی اشتها، هذیان گویی و پرش عضلات در قسمت های مختلف بدن اشاره نمود.



برخی از اختلالات جسمی ناشی از تزریق ترکیبات اعتیاد آور : التهاب پوشش داخل قلب، قانقاریا، ایجاد لخته های خون در سیاهرگ، ورود ذرات خارجی به شش ها، کزاز، التهاب و عفونت کبد و ... از جمله اختلالات جسمانی ناشی از تزریق ترکیبات اعتیاد آور بشمار می روند که می تواند خطرات جدی و حتی مرگ را متوجه فرد معتاد سازند.

**علائم هشدار دهنده نسبت به معتاد شدن فرد :** تغییر در ساعات خواب و بیداری، تمایل به گوشه گیری، همنشینی با افراد جدید و مشکوک، تغییرات ناگهانی در خلق و خوی، قفل کردن در اتاق خود مواقعی که در خانه نیست، کاسته شدن از وزن و تغییر رنگ چهره مخصوصاً رنگ لبها، بی اعتنایی به سر و وضع و نظافت خود، چرت زدن و فرار از کارهای بدنی از جمله علائم هشدار دهنده ای هستند که از معتاد شدن فرد به مواد مخدر خبر می دهند.

**مشکلات اجتماعی اعتیاد :** اعتیاد علاوه بر ایجاد مشکلات عدیده فردی، موجبات از هم پاشیدگی خانواده، تهیه هزینه اعتیاد از طریق غیرمشروع و نتیجتاً اشتغال به انواع بزهکاری، خروج میلیاردها ریال سرمایه های مملکت بطور مختلف (طلا، فرش و ...) در ازای واردات قاچاق و سرانجام هرز رفتن سرمایه های معنوی یک جامعه را فراهم می سازد.

## درمان اعتیاد

درمان معتادان شامل دویبخش بازگیری و بازپروری است:

### الف- بازگیری:

مصرف تدریجی برخی از ترکیبات اعتیادآور، موجب وابستگی بدنی و قطع آن سبب تظاهر علائم خماری می شود که تحمل این حالت برای فرد که تصمیم به ترک دارد ممکن است مشکل باشد. با توجه به حالات جسمی و روحی فرد باید سعی شود از روشهای «ترک تدریجی»، ترک با «داروهای جانشین» و ... استفاده کرد.

### ب- بازپروری:

این مرحله، هسته مرکزی درمان را تشکیل می دهد که توجه به نکات ذیل در این بخش ضروری است:

- ۱. حل مشکلات فردی :** آمار نشان می دهد که اکثر معتادان، قبل از اعتیاد با مشکلاتی نظیر : یأس، ناامیدی، عدم اعتماد بنفس، عدم درک ارزشهای متعالی، احساس ناامنی، دور بودن از واقعیت ها، خودفروبی، افسردگی، اضطراب و ... مواجه بوده اند. از این رو در این مرحله سعی می شود با استفاده از مجموعه ای از روشها م مانند: روانپزشکی، روانشناسی، مددکاری، مشاوره، توجه دادن به تعالیم مذهبی و ... که متناسب با وضع آن گروه خاص باشد، به حل مشکلات اقدام کرد.
- ۲. حل مشکلات خانوادگی :** تحقیقات بسیاری نشان می دهد که اکثر معتادان، قبل از اعتیاد، در محیط های خانوادگی آلوده و ناسالم، سالیان درازی را سپری کرده اند که نتیجتاً موجب آسیب پذیری آنان در مقابل انحرافات از جمله اعتیاد شده است. در این مرحله از درمان نیز سعی می شود تا با استفاده از روشهای ذکر شده جهت حل مشکلات فردی، نسبت به حل مشکلات خانوادگی و نهایتاً آشنا کردن والدین به وظایف سرپرستی خود اقدام کرد.

۳. **اثرات دارویی** : اگر چه شناخت زمینه های فردی و خانوادگی در جریان اعتیاد بسیار مهم است، با این وجود بی توجهی نسبت به تجارب ناشی از اثرات دارویی ترکیبات اعتیادآور، می تواند پیشگیری از اعتیاد مجدد را با مشکلاتی مواجه سازد. این مشکلات عبارتند از :

- **تجارب ناشی از مصرف** : استفاده از ترکیبات اعتیادآور، تغییراتی بر حالات جسمی و روحی فرد می گذارد و شخص با تجارب جدیدی از قبیل تسکین موقت دردهای روحی و جسمی مواجه می شود که با توجه به اصل یادگیری، این تجارب در تداوم مصرف دارو و همچنین برگشت به اعتیاد مجدد بسیار موثر است. اگر فردی قبل از اعتیاد دچار عدم تعادل روحی و یا دردهای جسمانی باشد، تجارب فوق کافی است که فرد احساس اجبار برای مصرف مکرر کند . لازم به تذکر است که درمان کسانی که به خاطر دردهای جسمانی مبتلا شده اند. بمراتب آسان تر از کسانی است که اعتیادشان جریه روانی دارد.

- **تجارب ناشی از قطع دارو** : از آنجا که پس از ایجاد وابستگی بدنی، قطع دارو موجب نشانه های محرومیت مانند : اسهال، استفراغ، بیقراری، لرزش و ... می شود، در این حالت فرد برای اجتناب از علائم خماری، مبادرت به مصرف مجدد دارو می کند که این موضوع نیز بر اساس یادگیری، در تداوم و برگشت به اعتیاد مجدد می تواند حایز اهمیت باشد.

در مرحله بازپروری سعی می شود با بهره گیری از روشهای خاص، تجارب ناشی از «مصرف» و «قطع» دارو را در فرد ختنی کرد.

## فصل هفتم: خانواده‌های آسیب پذیر

خانواده‌های آسیب پذیر به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند:

### الف- خانواده‌هایی که بحران را تجربه کرده‌اند.

بحران خانواده، از هم گسیختگی مداوم، بی‌نظمی یا ناتوانی در سیستم اجتماعی خانواده است. خانواده‌های دارای بحران ممکن است اختلالات جدی در سازماندهی خانواده داشته باشند و برای بازگرداندن ثبات، نیازمند تغییرات اساسی در الگوهای عملکرد (Patterns of functioning) خانواده باشند.

### ب- خانواده‌های دارای مشکلات مزمن

اختلالاتی که خانواده‌های دارای مشکلات متعدد ممکن است با آن مواجه باشند عبارتند از: حمایت ناکافی، استرس‌زاهای متعدد، سطوح بالای اضطراب، مرزهای ناسالم خانواده، الگوهای ارتباطی نامناسب، ناتوان در بیان احساسات، مهارت‌های حل مسأله ناکافی، نقش‌های نامشخص، الگوهای تکراری تعامل از جمله این که افراد گلایه می‌کنند یا مسئولیت را به دیگران نسبت می‌دهند.

### خانواده‌های آسیب پذیر عبارتند از:

- خانواده‌های تک سرپرست
- خانواده‌های نوجوان
- خانواده با ناپدیری و نامادری
- خانواده‌های فقیر
- خانواده‌هایی که والدین هر دو شاغل‌اند
- خانواده‌های مهاجر
- خانواده‌هایی که فرزندخوانده دارند
- خانواده‌هایی که یکی از آنها خودکشی کرده باشد
- خانواده با فرد معلول
- خانواده جوان
- خانواده با مشکلات فراوان
- خانواده بزهکار
- خانواده‌هایی که نقش خود را ندانند
- خانواده‌های مطلقه
- خانواده‌های دارای فرد معتاد

در ادامه سه مورد مهم از موارد فوق شرح می‌گردد.

### -خانواده‌های تک سرپرست

خانواده‌های تک سرپرست از خانواده‌های آسیب پذیر هستند، والدین بدون همسر شامل زنان مطلقه یا جداشده، بیوه‌ها یا مردانی که همسرشان فوت کرده و با کودکان شان زندگی می‌کنند، پدرخوانده یا مادرخوانده. برای تأمین سلامت روح و روان کودکان، ارتباط صمیمی یا گرم به شکل دایمی بین مادر و کودک ضروری است و این روابط برای هر دو لذت بخش است. فقدان پدر نیز باعث خواهد شد که رشد و شکل‌گیری شخصیت کودک ناقص بماند. پدر قبل از هر چیز برای مادر و به وسیله‌ی مادر، بطور غیرمستقیم برای کودک مایه عشق و آرامش است. او به همسرش حمایت عاطفی می‌بخشد که در سایه آن مادر می‌تواند زندگی سعادت‌مندانه و خوبی را برای کودک فراهم سازد. حضور پدر در خانواده، روی پیشرفت تحصیلی و رشد کودک، تحول اخلاقی یا وجدان و مسئولیت‌پذیری و فقدان آسیب‌های روانی کودک تأثیر دارد. عدم حضور پدر باعث می‌شود که حس همانندسازی کودکان تحقق نیابد چرا که کودک میل دارد شبیه پدر گردد.

### مشکلات خانواده‌های تک سرپرست

۱. فقر. در مطالعاتی که روی زنان مطلقه انجام شده، مشخص گردیده که مشکل مالی یکی از مشکلات مهم زنان مطلقه است. در این مطالعه ۴۰٪ شوهران در حمایت مالی همسران شان کوتاهی کرده و از نظر عملی در تمام موارد طلاق‌ها، کاهش در استانداردهای زندگی وجود دارد.
  ۲. تضاد نقشی. فرد ممکن است با نقش‌های مختلف خود و پذیرش آنها در تضاد باشد، آنها باید فشار اضافی ناشی از نقش پدری یا مادری را بپذیرند.
  ۳. تغییرات نقشی. بعضی از والدین مجدداً ازدواج کرده و تغییر نقش ایجاد می‌کنند، در ابتدا تقبل نقش و سپس رهاکردن آن و پذیرش نقش‌های جدید.
- پرستاران بهداشت جامعه باید با بررسی، علت را ریشه‌یابی کنند و در صورتی که امکان بازگشت والدین وجود دارد تلاش خودشان را جهت بازگرداندن افراد به کار گیرند.

### -خانواده‌های مهاجر

عبارتست از ترک سرزمین اصلی و ساکن شدن در سرزمین دیگر، به طور دائم یا موقت و دارای انواع مختلف مهاجرت از شهر به روستا، روستا به شهر، کشور به کشور و شه‌ر کوچک به شهر بزرگ می‌باشد و می‌تواند علل سیاسی، مذهبی، اقتصادی و اجباری داشته باشد. افزایش جمعیت ناشی از مهاجرت، سایر خانواده‌ها را با مشکلاتی چون کمبود امکانات تفریحی، مسکن، سیستم‌های حمل و نقل، سیستم‌های آموزشی، مشکلات اقتصادی، کمبود خدمات بهداشتی درمانی و تسهیلات رفاهی مواجه می‌سازد و از طرف دیگر خانواده‌های مهاجر با مشکلات متعددی در رابطه با محل اسکان، اشتغال، تهیه درآمد، استفاده از خدمات سیستم‌های آموزشی بهداشتی درمانی روبه‌رو می‌شوند. لذا پرستار بهداشت جامعه باید گروه مهاجران را به عنوان گروه در معرض خطر در نظر داشته باشد و به آنها توجه خاصی نماید.

عوامل محدود کننده ارایه‌ی خدمات مراقبت سلامت به مهاجرین عبارتند از:

- عدم آگاهی مهاجرین از خدمات
- ناتوانی در پرداخت هزینه خدمات
- عدم دسترسی به خدمات
- مشکلات حمل و نقل
- ساعات ارایه خدمات مراقبت سلامت
- جابه جایی مهاجرین: به عنوان مثال تغییر شغل
- تبعیض
- نداشتن مجوز اقامت
- ناآشنایی با زبان کشور مهاجرپذیر
- مسایل فرهنگی

برای افزایش کارایی متخصصین بالینی در ارایه‌ی خدمات به مهاجرین، شش گام زیر را پیشنهاد نمود:

۱. خودتان را بشناسید.
۲. خانواده‌های مهاجر و رفتارهای آنان برای تأمین سلامت را بشناسید.
۳. جوامع موجود در محیط خود را بشناسید.
۴. درمان‌ها و رفتارهایی که به صورت متداول توسط خانواده‌ها و جوامع استفاده می‌شوند را بشناسید.
۵. چگونگی برخورد جامعه با حوادث و بیماریهای شایع را بشناسید.
۶. سعی کنید، از دریچه نگاه مددجو، خانواده یا مددجو به موضوع نگاه کنید.

#### **خدماتی که پرستاران بهداشت جامعه می‌توانند به این افراد ارایه دهند:**

۱. برقراری ارتباط صحیح با خانواده‌های مهاجر و احترام به آنها
۲. بررسی و تعیین نیازهای فردی خانواده‌های مهاجر
۳. بررسی رفتارهای بهداشتی
۴. برقراری حمایت روانی
۵. ایجاد انگیزه در خانواده‌های مهاجر جهت دریافت مراقبت‌های بهداشتی
۶. انجام خدمات موردیابی در خانواده‌های مهاجر، ارجاع و پیشگیری
۷. آموزش بهداشت

#### **–خانواده های فقیر**

عوامل اقتصادی هم روی سطح سلامتی فرد و هم سطح سلامت خانواده تا جوامع جهانی تأثیر می گذارد. در موقعیت فردی وضع مالی یک فرد، انواع خدماتی را که یک فرد می تواند در ارتباط با سلامتی داشته باشد تعیین می کند و انواع فعالیت‌هایی

را که یک فرد در رابطه با سلامت می تواند داشته باشد و انواع غذاهایی که شخص می تواند مصرف کند، تعیین می کند. در سطح خانواده و جوامع نیز به همین شکل می باشد.

همچنین اقتصاد بالا می تواند تأثیری ویرانگر برای سلامت ملل محسوب شود. رشد صنایع غذایی بدون درک کافی از رابطه تغذیه و سلامت می تواند پیامدهایی از قبیل بیماریهای قلبی، سرطان کولون و ... را در بر داشته باشد.

### علل فقر

- بیماری، نداشتن مهارت، سالمندی به علت از دست دادن توان، خشکسالی، زلزله، سیل، جنگ و بحران.

### تعریف فقر

- **فقر مطلق:** عبارتست از محرومیت یا ناتوانی فرد در کسب حداقل لوازم معیشت و ارضای نیازهای اساسی خود که این حداقل از کشوری به کشور دیگر تفاوت دارد.
- **فقر نسبی:** ناتوانی در احراز سطح معیشت معمولی که در جامعه فعلی فرد لازم یا مطلوب تشخیص داده شود.
- **فقر:** برآورده نشدن نیازهای اساسی بشر به حد کفایت. فقر مفهومی نسبی است که تاحدودی در تمام جوامع وجود دارد و فردی که در سطح زندگی کمتر از استانداردهای اکثریت افراد جامعه قرار دارد، اصطلاحاً در شرایط محرومیت یا فقر نسبی به سر می برد.

از دیدگاه جامعه شناسی، تعریف دقیق فقر و تعیین حدود آن خالی از اشکال نیست چون مانند بسیاری از پدیده های اجتماعی، فقر نیز اعتبار زمانی و مکانی دارد و با خود اجتماع متحول می شود. از دیدگاه اسلام فقر یک ضد ارزش است. اصولاً اسلام مبارزه با هر نوع ستم خصوصاً فقر و گرسنگی را در صدر برنامه های دولت قرار می دهد. باید یادآوری کرد که فقر می تواند ابعاد قومی، نژادی، گروهی، منطقه ای و ملی داشته باشد یا فقر دورانی و به شکل موقت باشد. مثلاً از بین رفتن محصولات کشاورزی. فقر می تواند فردی باشد که در نتیجه بیماری، کهولت سن، معلولیت، بیکای و اعتیاد به وجود می آید.

باید به این نکته نیز توجه داشت که گاهی کمبود وجود ندارد بلکه امکانات به طور مساوی بین افراد تقسیم نمی شود و نابرابری در جامعه اتفاق می افتد. بنابراین می توان ذکر کرد که علل فقر متفاوت می باشد و فقر در طول تاریخ همیشه وجود داشته است و انکار آن به علت محدودیت آگاهی افراد از شرایط جامعه است و هرگاه فقر ظاهر شود خروج از آن مشکل است.

عدم دسترسی به مراقبت سلامت خانواده های فقیر می تواند مربوط به موارد زیر باشد:

۱. ناتوانی در پرداخت هزینه ای مراقبت سلامت
۲. مددجو بیمه بهداشت و درمان نداشته باشد.
۳. منطقه جغرافیایی
۴. زبان
۵. توزیع نامناسب کارکنان مراقبت سلامتی

۶. مشکلات حمل و نقل
۷. نامناسب بودن ساعت کار درمانگاه
۸. نگرش منفی کارکنان مراقبت سلامت در مورد مددجویان فقیر.

## مشکلات خانواده‌های فقیر

### ۱- فقر و بعد خانوار

از نظر بعد خانوار معمولا خانواده ای بزرگ بیشتر در بین فقرا دیده می شود و بعد خانوار به عوامل متعددی بستگی دارد : سن ازدواج، طبقه اجتماعی، سطح سواد، مسایل مذهبی، نگرش افراد و ... به طور کلی در خانواده های فقیر به علت درآمد محدود، ممکن است بچه‌ها در شرایط نامطلوبی به سر ببرند.

### ۲- رابطه فقر و بیم‌اری در خانواده

فقر و بیماری بر یکدیگر اثر متقابل دارند . بسیاری از بیماریها معلول فقر هستند و بسیاری دیگر هم اگر مستقیما به فقر مربوط نشوند با شرایط نامناسب بهداشتی و فرهنگی یک اجتماع ارتباط دارند که به طور غیرمستقیم به فقر مربوط می شوند. تأثیر متقابل و دوطرفه فقر و بیماری بر یکدیگر کاملا واضح و آشکار است یعنی فقیر در اثر بیماری فقیرتر می شود و زمینه را برای تشدید بیماری آماده تر می سازد و این دور تسلسل تا زمانی ادامه دارد که زندگی بیمار کاملا تباه شود، یا عبارت دیگر در بستر فقر و بیماری جان به جان آفرین تسلیم کند یا این که با ایجاد شغل مناسب، تسهیلات بهداشتی درمانی، تأمین آموزش موثر و مفید و ... فرد از این سیکل خارج شود. به علت عدم کفایت بهداشتی، افراد فقیر، بیشتر بیمار شده و اغلب مدت و دوران بستری طولانی تری دارند و میزان مرگ و میر افراد فقیر بیشتر می شود و ناتوانی‌های ناشی از بیماری های مزمن در آن‌ها بیشتر دیده می‌شود. بیماری دار و ندار قشر محروم و آسیب پذیر جامعه را بر باد می دهد و بیکاری ناشی از آن به همراه مخارج سنگین درمان و دارو اگر مختصر توان مالی هم برای او باقیمانده باشد را از چنگ فرد بیرون می کشد. میزان بیماری‌هایی مانند **Ulcer disease**، آسم و کم خونی بطور چشم گیری در زنانی که در فقر زندگی می کنند، بالاست. میزان کمبود وزن نوزاد هنگام تولد، نوزادان نارس و دارای نقایص هنگام تولد در زنان باردار فقیر بالا است.

### اثر فقر بر سلامت کودکان:

- بالابودن نارسی، کمبود وزن هنگام تولد و نقایص هنگام تولد و مرگ و میر
- افزایش بروز بیماری مزمن، مرگ‌های ناشی از حوادث و تروما، کمبودهای تغذیه ای، تأخیر رشد و تکامل، آنمی فقر آهن، بالابودن سطح سرب خون و عفونت.
- افزایش خطر بی خانمانی
- کاهش فرصت تحصیل، شغل و کسب درآمد.
- خستگی، گیجی، تحریک پذیری، عدم توانایی تمرکز و افزایش غیبت از مدرسه.

نکته بعدی تغذیه می باشد. غذا در دنیا فراوان است، ولی صدها میلیون نفر از مردم فقیر دنیا قدرت خرید آن را ندارند . تغذیه‌ی ناقص، آسیب پذیری افراد را در مقابل بیماریها و انگل افزایش می دهد و خلاصه این که سوء تغذیه باعث عدم رشد جسمی و فکری می‌شود.

در خانواده‌های فقیر میزان مرگ و میر نوزادان و کودکان بالا می باشد و سالهای امید به زندگی پایین بوده و مرگ و میر دوره کودکی تحت تأثیر عفونت و سوء تغذیه قرار دارد . نکته‌ی دیگر این است که بالغین نیز توسط بیماریهای عفونی تحت تأثیر قرار می‌گیرند. مثلا سل، میزان مرگ و میر زنان هم بالاتر از مردان است.

در واقع مادران و کودکان، جدی تری قربانیان فقر محسوب می شوند. زنان معمولاً ۱۰-۱۲ ساعت کار کرده و سطح درآمد پایین است و برنامه تنظیم خانواده وجود ندارد.

در خانواده‌های فقیر و خانواده‌هایی که از نظر اقتصادی در پایین ترین سطح قرار دارند این ویژگی ها به چشم می‌خورد:

۱. شغل مرد خانواده همیشه از نوع نیمه ماهر یا غیرماهر است و گاهی مدت‌های طولانی بیکار است.
۲. سطح سواد در این خانواده‌ها ابتدایی یا کمتر است.
۳. در این خانواده‌ها افراد برای جبران کمبودهای اقتصادی در سنین پایین یا بسیار بالا در بازار کار تلاش می‌کنند.
۴. محل زندگی این خانواده اغلب در حاشیه‌ی شهرها است و خانه‌های نامناسب و قدیمی یا آپارتمان‌های مرطوب و تاریک و بسیار کوچک زندگی می‌کنند و محیط منزل نیز به صورت محیطی کثیف، آلوده و خطرناک ب رای سلامت انسان می‌باشد که مخاطرات جدی برای گروه‌های آسیب پذیر (کودکان، زنان و سالمندان) در پی خواهد داشت.
۵. گروه در حالت آسیب پذیری از نظر مواجهه با فقر قرار دارند : بیکاران ، افراد دارای دستمزد خیلی پایین و سالمندان، بیماران و معلولین و خانواده‌های تک سرپرست.

### ۳- فقر و آموزش

مشکل بی سوادی و عدم امکان آموزش کودکان یکی از عمده ترین مشکلات اجتماعی است که در کشورهای کمتر توسعه یافته به چشم می‌خورد و بررسی‌های انجام شده ثابت کرده است که عمده ترین علت عدم گرایش برای سوادآموزی، فقر همگانی است. خانواده‌های فقیر چون قادر به تأمین هزینه‌های تحصیلی فرزندان شان نیستند، ناچار خود را چنین متقاعد می‌کنند که هزینه تحصیلی، بیشتر از فایده آن است و معتقدند که چنین کاری بی فایده است و علاوه بر آن یک نیروی کار خود را نیز از دست می‌دهند . در واقع از کودکان جهت برطرف کردن نیازهای مالی خانواده استفاده می‌شود. در کشورهای فقیر نسبت سرباری بالاست.

### ۴- فقر و سالخورده‌گی

افراد سالخورده در خانواده‌های فقیر دچار کمبودهای تغذیه ای ، عدم مراقبت پزشکی و افزایش احتمال حوادث و خطرات محیطی و افزایش مشکلات روانی هستند.



از دید سازمان جهانی (WHO) خانواده‌های فقیر معمولاً به دلایل متعددی مثل حجم زیاد خانواده، سطح آگاهی کمتر افراد، سکونت در محلات فقیرنشین، وضعیت نامساعد اقتصادی، شرایط نامناسب بهداشتی، جزو آسیب پذیرترین خانواده‌ها بوده و همواره در معرض ابتلا به بیماریهای سوء تغذیه قرار دارند.

مطالعات نشان داده است که فقر، مبنا و اساس انحرافات اجتماعی است چون اغلب مجرمین، جنایتکاران، معتادان به مواد مخدر و الکل، مبتلایان به امراض روانی و اشخاصی که اقدام به خودکشی می نمایند، بیشتر از طبقات پایین اجتماع می باشند. البته انحرافات اجتماعی خاص طبقه ی فقیر نیست و ثروتمندان نیز به انحرافات گرایش دارند که علت آن را می تواند رفاه بیش از حد اقتصادی، فقر فکری و معنوی دانست.

## ۵- فقر و خشونت

فقر از عواملی است که قویاً با خشونت همراه است . فقر از طریق افزایش دادن نگرانی ها درمورد توانایی تأمین یک محیط ایمن برای زندگی، توانایی به دست آوردن درآمد کافی و توانایی فراهم کردن ضروریات زندگی برای خود و اعضای خانواده، باعث افزایش فشار روحی در خانواده و جامعه می شود. همچنین فقر اعتماد به نفس و انتظار موفقیت در آینده را کاهش می دهد. برای کاهش میزان فقر و امکان دسترسی افراد جامعه به رفاه نسبی با ید دولت اقداماتی را انجام دهد مثل : ایجاد زمینه برای اشتغال، توزیع عادلانه مایحتاج عمومی، تعدیل ثروت و مالکیت .

### *اما پرستاران بهداشت جامعه نیز می توانند به خانواده های فقیر خدمت کنند:*

۱. توجه کردن به خانواده های کم درآمد نسبت به توانایی ها و استعدادهای بالقوه آن ان که با بهره گیری به جا و منطقی از این قابلیت ها می توانند میزان درآمد خانواده را افزایش دهند.
۲. تشویق افراد خانواده به ادامه تحصیل و کسب مدارک بالاتر.
۳. ارائه خدمات تنظیم خانواده : آگاهی دادن نسبت به اثرات افزایش تعداد افراد خانواده و تشویق آنان به رعایت جدی بهداشت و تنظیم خانواده.
۴. توجه دادن افراد خانواده به الطاف الهی و تقویت روحیه ی آنان نسبت به پایداری هرچه بیشتر در برابر سختی های زندگی.
۵. ارائه ی آموزش های بهداشتی لازم در جهت افزایش سطح سلامت افراد خانواده مثلاً تغذیه .
۶. ارائه مراقبت های بهداشتی برای همگان که یک گام اساسی در جهت کاهش فقر به حساب می آید.
۷. بررسی مراکز درمانی و ارجاع مددجویان به منابع حمایتی.

# فصل هشتم: خشونت و سوء رفتار در خانواده

## مقدمه

خشونت در خانواده معمولاً به وسیله قوی ترین فرد علیه ضعیف ترین فرد اتفاق می افتد. نتایج بررسی «خشونت علیه زنان» نشان داد که ۲۵ درصد زنان در مقایسه با ۸ درصد مردان، خشونت را در رابطه زناشویی تجربه کرده اند. تشخیص زنان و کودکان مضروب، پس از واقعه در بخش اورژانس کار نسبتاً آسانی است، ولی متأسفانه فرد زمانی درصدد دریافت مراقبت های پزشکی بر می آید که آسیب های شدید جسمی و روانی احتمالاً رخ داده است. پرستاران جهت پیش بینی و برطرف کردن تمایلات سوء رفتار گرایانه، در یک موقعیت کلیدی قرار گرفته اند. با درک عوامل موثر بر ایجاد رفتارهای آزارگرانه، پرستاران می توانند خانواده های مستعد سوء رفتار را شناسایی نمایند.

## انواع خشونت در خانواده

از آنجایی که اشکال مختلف خشونت خانوادگی و خشونت در خارج از منزل، اغلب با یکدیگر اتفاق می افتند، پرستارانی که در پی شناسایی سوء رفتار با کودک در خانواده هستند، باید نسبت به انواع دیگر خشونت در آن خانه هم مظنون باشند. زمانی که والدین سالمند گزارش می کنند که کودکان آنها (که الان بزرگسال هستند) قبلاً مورد سوء رفتار قرار گرفته بودند یا سابقه خشونت با دیگران دارند، پرستاران باید تشخیص دهند که احتمال سوء رفتار با سالمند در این خانه وجود دارد. سوء رفتار جنسی، چه در ارتباطات زناشویی و چه غیرزناشویی همراه است. کسانی که همسر خود را به شدت مورد سوء رفتار قرار می دهند، ممکن است دارای سابقه ای از سایر اعمال خشونت آمیز نیز باشند. خانواده هایی که برای حل کشمکش ها، به پرخاشگری کلامی متوسل می شوند (فحش دادن، فریاد کشیدن، تحقیر کردن و نعره کشیدن) به احتمال زیاد آزارگر جسمی هم هستند. گرچه اشکال مختلف سوء رفتار، جداگانه مورد بحث قرار می گیرند، ولی به عنوان پدیده های کاملاً جدا در نظر گرفته نمی شوند.

هیچ کدام از اعضای خانواده در برابر سوء رفتار و غفلت، ایمن نیستند. همه انواع سوء رفتار مانند سوء رفتار با همسر، سوء رفتار با کودک، سوء رفتار با سالمند، خشونت شدید میان خواهران و برادران و سوء رفتار متقابل ممکن است اتفاق بیفتد. گرچه این مثال ها شامل همه موارد نمی شوند، ولی گستره خشونت خانوادگی را نشان می دهند.

## ۱- سوء رفتار با کودک

تحقیقات نشان داده اند که در سال ۲۰۰۰ میلادی، ۸۷۹/۰۰۰ کودک و نوجوان (در آمریکا) مورد غفلت، غفلت پزشکی، سوء رفتار جسمی و جنسی و بدرفتاری های عاطفی بوده اند. ۱۹ درصد این کودکان قربانی سوء رفتار جسمی، ۱۰ درصد قربانی سوء رفتار جنسی، و ۸ درصد قربانی بدرفتاری روانی بوده اند. البته قابل ذکر است که این آمار، فقط شدیدترین حالات گزارش شده هستند. قربانی های سوء رفتار به طور مساوی در هر دو جنس پسر و دختر توزیع شده اند. به جز در حوزه سوء رفتار جنسی، که احتمال وقوع آن در دختران ۴ برابر بیشتر از پسران است.

بسیاری از کودکان، هر ساله شاهد خشونت های خانوادگی هستند . ممکن است این کودکان دچار اختلال استرس پس از ضربه شوند. علاوه بر این ، کودکانی که شاهد خشونت بین والدین خود هستند، احتمالاً بیش از دیگران، مورد سوء رفتار قرار می گیرند. برخی از عوامل مؤثر بر کودک آزاری ی مربوط به والدین می شود مثل فشارهای اقتصادی خانواده، فقدان حمایت اجتماعی و مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد . کودکانی که شاهد سوء رفتار بوده اند، ممکن است بر اساس جنس و سطح تکاملی شان ، واکنش های متفاوتی نشان دهند . صرف نظر از این عوامل، واکنش کودکان، تحت تأثیر شدت و تکرار سوء رفتارهای مشاهده شده قرار می گیرد.

وجود کودک آزاری، دال بر عملکرد ضعیف و بی حاصل خانواده است . والدین سوء رفتارگری که مشکلاتشان را شناسایی می کنند، اغلب نسبت به کمک گرفتن، رغبتی ندارند.

کودکان به علت آنکه کوچک و نسبتاً ضعیف هستند، مکرراً قربانی سوء رفتار می گردند. در بسیاری از خانواده ها، تنها یک کودک مورد سوءرفتار واقع می شود و ممکن است والدین با این کودک خاص، احساس همدردی داشته باشند و به ویژه نسبت به رفتار این کودک حساس باشند . در بعضی موارد ممکن است این کودک، وضعیت های خاصی مثل شباهت به یکی از بستگان ، عقب ماندگی ذهنی یا معلولیت داشته باشد یا برعکس کودک فوق العاده تیزهوش و توانایی باشد، هر دوی این وضعیت می توانند والدین را تحریک به سوء رفتار کند.

والدینی که از حمایت های اجتماعی کمی برخوردار هستند؛ گرایش به افسردگی، عوامل متعدد استراس زا و همچنین سابقه سوء رفتار دارند و در معرض خطر سوء رفتار با کودکان خود هستند . والدین سوء رفتارگر اغلب انتظارات غیرواقعی از توانایی های تکاملی کودک خود دارند. این والدین روابط نزدیک کمتری با کودکان خود دارند و صمیمیت و محبت کمی به کودکان خود نشان می دهند. والدینی که کودکان خود را مورد سوء رفتار قرار می دهند، اغلب به طور مکرر از تنبیه جسمی استفاده می کنند. تنبیه می تواند به شکل تنبیه جسمی و یا سوء رفتار کلامی باشد . پرستاران باید نه تنها رفتارهای طبیعی و صحیح را به والدین آموزش دهند، بلکه باید نیازهای عاطفی نهفته والدین را بررسی و پیگیری نمایند . این والدین اغلب دچار ناپایداری عاطفی و احساس درد و رنج هستند و مانند کودکانشان نیاز به مداخله دارند.

### شاخص های سوء رفتار با کودک

لازم است که پرستاران بتوانند شاخص های رفتاری و جسمی مربوط به سوء رفتار و غفلت را تشخیص دهند . دامنه سوء رفتار با کودکان از اع مال حملات خشونت آمیز جسمی تا غفلت غیرعمد، متغیر است . خشونت هایی چون کتک زدن، مشت زدن، سوزاندن، نیشگون گرفتن یا تکان دادن ممکن است منجر به آسیب های شدید جسمی شوند . غفلت غیرعمد ممکن است منجر به سوء تغذیه پنهان یا مشکلات دیگر شود . سوء رفتار به بدرفتاری جسمی محدود نمی شود، بلکه شامل سوء رفتار عاطفی، مانند فریاد کشیدن یا سرزنش و تحقیر کردن کودک نیز می شود. در خانواده هایی که اعمال خشونت بین والدین دیده می شود، کودکان بیشتر در معرض خطر غفلت و سوء رفتار جسمی و روانی قرار می گیرند.

سوء رفتار عاطفی، تحقیر بیش از اندازه و بی ارزش شمردن احساسات را در بر دارد و ممکن است که کودک در نتیجه آن، دچار احساس بی لیاقتی ، بی ارزشی و بی عرضگی شود و احساس کند که به حال خود رها شده است . قربانیان سوء رفتار عاطفی یاد می گیرند که احساسات خودشان را پنهان کنند تا از متحمل شدن حقارت بیشتر در امان بمانند . آنها ممکن است

که در مدرسه بسیار ضعیف عمل نمایند یا از مدرسه فرار کنند؛ پرخاشگر باشند و یا با خشونت و خصومت با دیگران رفتار کنند. کودکانی که مورد سوء رفتار قرار گرفته اند یا شاهد خشونت بین والدین بوده اند، از نظر تکاملی رنج می برند. اغلب نوجوانان به دلیل خشونت خانوادگی از خانه فرار می کنند.

علائم جسمی ناشی از استرس جسمی، جنسی یا عاطفی ممکن است شامل بیش فعالی، کناره گیری، اختلالات پوستی، شکایات های مبهم جسمی، پرخوری، لکنت زبان، شب ادراری (بی اختیاری مثانه)، و بی اختیاری مدفوع (بی اختیاری رونده) باشد. عجیب آنکه خیس کردن رختخواب اغلب می تواند عامل شروع سوء رفتار های بیشتر باشد، یعنی سیکل معیوبی ایجاد می شود. زمانی که یک کودک نشانه های جسمی بدون منشأ فیزیکی را نشان می دهد، رد احتمال سوء رفتار باید بخشی از فرایند ارزیابی پرستار باشد.

### غفلت از کودک

دو نوع غفلت وجود دارد: غفلت جسمی و غفلت عاطفی. غفلت جسمی به عنوان کوتاهی و قصور در تأمین غذای کافی، پوشش مناسب، سرپناه، بهداشت، یا مراقبت های پزشکی لازم تعریف می شود. غفلت جسمی اغلب با فقر بیش از اندازه همراه است.

در مقابل، غفلت عاطفی شامل غفلت از تربیت کودک، پذیرش کودک و مراقبت های اساسی و ضروری برای تکامل سالم وی می باشد. این گونه کودکان شدیداً مورد بی اعتنایی و بی توجهی قرار گرفته اند یا در بسیاری از موارد، با این کودکان به عنوان یک فرد رفتار نمی شود. این گونه غفلت ها معمولاً روی تکوین اعتماد به نفس اثر می گذارند. برای کودکی که مورد غفلت واقع شده، احساس خودارزشمندی دشوار است، چون والدین به کودک نشان نداده اند که برای او ارزش قائل هستند.

ارزیابی و ارزشیابی غفلت، نسبت به سوء رفتار دشوارتر است. زیرا غفلت نامحسوس است و ممکن است که اصلاً مورد توجه قرار نگیرد. مشاهد دقیق کودکان، منزل آنها و روش برقراری ارتباط کودکان با مراقبت خود، می تواند راهنمایی جهت شناسایی غفلت باشند.

### ۲- سوء رفتار با همسر

اگرچه زنان نیز مردان را مورد سوء استفاده قرار می دهند، اما بخش اعظم آنچه که تحت عنوان سوء رفتار با همسر یا خشونت خانوادگی مطرح می شود، در واقع سوء رفتار با همسر (زن) است. تقریباً ۱/۵ میلیون زن، سالانه در ایالات متحده از شریک جنسی خود کتک می خورند و یا مورد تجاوز قرار می گیرند. سوء رفتار با همسر (زن) دارای اثرات جدی بر سلامتی جامعه می باشد، چون این نوع سوء رفتار شیوع زیادی دارد و احتمال قتل نیز در آن بیشتر است، ضمناً بر روی کودکان تأثیر دارد و عواقب طولانی مدت و وخیم تر عاطفی و جسمی به همراه دارد.

کودکانی که قربانی سوء رفتار شده اند یا شاهد کتک خوردن مادرانشان بوده اند، به احتمال زیاد، بعداً نسبت به شریک زندگی خود (چه زن چه مرد) رفتاری خشونت آمیز خواهند داشت. استفاده از مدارک و اسناد موجود مبتنی بر وجود سوء رفتار در دوران کودکی، جهت شناسایی زنان در معرض خطر، خیلی مفید به نظر نمی رسد. زیرا سوء رفتار براساس ویژگی

های فردی زنان قابل پیش بینی نیست؛ در حالیکه سابقه خشونت در یک مرد فحاش و بدرفتار، به همراه گرایش وی به حس مالکیت، کنترل کردن و حسادت بیش از حد، از جمله عوامل بسیار مفید در پیش بینی بروز سوء رفتار هستند . همچنین سوء مصرف مواد با کتک زدن ارتباط دارد، ولی نمی توان گفت که قطعاً سبب خشونت می شود.

### نشانه های سوء رفتار

زنان کتک خور اغلب دچار کبودی و پارگی در صورت، سر و تنه می شوند. ضربات اغلب به قسمت هایی از بدون وارد می شود که به راحتی با لباس پوشانده شده و از دید پنهان می مانند . حمله بیشتر به مناطق مرکزی بدن (سینه، شکم، پشت، بالای ران) نسبت به اندام های انتهایی بدن، از ویژگی های سوء رفتار است . وقتی که پرستار با زنی روبرو می شود که اطراف چشم یا گونه او کبود شده، باید سؤال کند که «چه کسی به شما آسیب زده است؟» به جای اینکه بپرسد «چه اتفاقی افتاده است؟» در سؤال دوم، به طور ضمنی نشان می دهد که یا پرستار با پدیده خشونت آشنا نیست و یا دید مثبتی نسبت به این مسئله ندارد. به این ترتیب ، فرد مجبور می شود که دلیل قابل قبولی برای آسیب خود ، ارائه دهد.

در شروع سوء رفتار، زنان اغلب، دچار اعتماد به نفس پایین و افسردگی می شوند. این زنان دارای مشکلات جسمی بیشتری نسبت به سایر زنان هستند، به ویژه نشانه هایی چون درد مزمن (پشت، شکم، سر) ، مشکلات نورولوژیکی، اختلالات خواب، علائم ژنیکولوژیکی، عفونت های دستگاه ادراری و مشکلات مزمن گوارشی دارند. درست است که بیشتر تمرکز بر روی فرد قربانی است، ولی به همان میزان باید به مسائل سلامتی فردی که مرتکب سوء رفتار شده نیز توجه شود . قابل ذکر است که عواقب جسمی و روانی سوء رفتار، سیستم مراقبت سلامت را متحمل هزینه های بسیار می کند. هزینه هایی که قابل پیشگیری هستند.

زنانی که به کرات مورد سوء رفتار واقع می شوند، کسانی هستند که چندین بار، اقدام به ترک منزل کرده اند . هرتلاشی که برای ترک منزل انجام می شود، در واقع آزمایشی است برای بررسی توانایی فرزندانشان که آیا می توانند بدون وجود مادر زندگی کنند و یا آزمایش همسران خود که قول داده بودند خودشان را اصلاح کنند. هر وقت و یا اگر مشخص بشود که مرد تصمیم به تغییر رفتار ندارد و زن حمایت عاطفی و استقلال مالی داشته باشد، زن روابطش را با مرد قطع می کند. یک زن اغلب هم در زمان زندگی با شریک آزارگر خود و هم پس از ترک چنین روابطی، خشونت را متحمل می شود. ترک موفقیت آمیز منزل ممکن است به ناتوانی زن در به دست آوردن منابع مورد نیازش منتهی شود؛ با این وجود، زنان به پایان یافتن سوء رفتار و یا توانایی ترک روابط آزاردهنده، امیدوار هستند.

یک راه حل دیگر برای به اتمام رساندن این نوع ارتباطات خشونت آمیز، حضور مرد در برنامه های ویژه این افراد است . این برنامه ها بسیار مؤثر هستند . اگر مرد از طرف دادگاه مجبور به شرکت باشد یا اگر اعتقادات نهفته مرد درباره زنان و همچنین رفتار خشونت آمیز مرد مورد توجه و بررسی قرار گیرد . زنانی که مورد سوء رفتار واقع شده اند، نیاز به تأیید و حمایت دارند و باید مطمئن شوند که عکس العمل آنها طبیعی است، ضمناً باید در مورد مراکز درمانی قانونی و مکان های قابل استفاده (سرپناه) و راه حل های ممکن، اطلاعات صحیح در اختیارشان قرار بگیرد افراد حرفه ای مثل پرستاران، یا سایر زنانی که در موقعیت های مشابه هستند، می توانند به رفع این نیازها کمک کنند . زنان نباید به اجبار وادار به انجام فعالیت هایی شوند که آمادگی آن را ندارند.

بعد از اینکه سوء رفتار به پایان رسید، دوره ای از بهبودی به دنبال آن می آید که شامل واکنش طبیعی غم و اندوه نسبت به گناه مرتکب شده در روابطی می باشد که حالا تمام شده، ضمن اینکه فرد، در تجربیات خود به دنبال هدف می گردد.

### ۳- سوء رفتار با سالمندان

سوء رفتار با افراد مسن، یک شکل از خشونت خانوادگی است که روز به روز آشکارتر می گردد. حدوداً ۳ تا ۶ درصد سالخوردگان از سوء رفتار و غفلت، با سوء استفاده (استثمار و بهره کشی) رنج می برند. همانند موارد سوء رفتار با همسر و سوء رفتار با کودک، خیلی از موارد سوء رفتار با سالمندان نیز گزارش نمی شود. مثل سایر اشکال سوء رفتار با انسان، بدرفتاری با سالمندان شامل غفلت جسمی، جنسی و عاطفی و همچنین خشونت جسمی و جنسی است. علاوه بر اینها، سوء رفتار مالی و تجاوز به حقوق نیز از مسائل ویژه سالمندان است.

### انواع سوء رفتار با سالمندان

زمانی که دیگران در تأمین غذای کافی برای افراد مسن، پوشاک مناسب، سرپناه امن، ارائه مراقبت های جسمی و برآورده کردن نیازهای فیزیولوژیکی، عاطفی و امنیتی آنها کوتاهی می کنند، در واقع افراد مسن را مورد غفلت قرار داده اند. غفلت از افراد مسن، به شکل عدم ارائه مراقبت یا مراقبت نامناسب و اشتباه می تواند یک غفلت جنایی به شمار آید. علاوه بر این، نقض حقوق سالمندان، غفلت پزشکی و ترک کردن آنها نیز از انواع سوء رفتار با سالمندان می باشد. همچنین افراد مسن، در معرض خطر سوء استفاده مالی از طریق کلاهبرداری، وادار کردن سالمند به واگذار کردن املاک و اموالش و یا عدم رسیدگی درست به حساب های مالی شان هستند.

خشونت رفتاری با افراد مسن می تواند منجر به بروز کبودی و خونریزی در بافت های بدن شود، زیرا پوست آنها و سیستم عروقی شان ظریف و شکننده است. اغلب تشخیص علت آسیب های وارد شده به سالمندان (سوء رفتار، سقوط یا سایر حوادث طبیعی) کلودشواری است. انجام یک ارزیابی دقیق از طریق مشاهده و گفتگو می تواند به تعیین علت آسیب های جسمی کمک نماید. نوع دیگر سوء رفتار جسمی وقتی اتفاق می افتد که فرد مراقب، نیاز به توالی رفتن فرد سالمند را نادیده می گیرد. یا خودش، زمان توالی رفتن را برای سالمند تعیین می کند، یا زمانی که فرد مراقبت دهنده، برنامه زندگی قبلی و نیازهای خاص سالمند را نادیده می گیرد.

همچنین ممکن است سالمندان از لحاظ تغذیه مورد سوء رفتار قرار بگیرند. ممکن است به آنها غذاهایی داده شود که نمی توانند بچونند یا بلعند، یا اینکه غذاهایی داده شود که به دلیل محدودیت رژیمی، منع مصرف دارند. ممکن است فرد مراقبت کننده به میل و سلیقه غذایی فرد سالمند، یا باورهای اجتماعی فرهنگی وی نسبت به غذا، توجه نکند. در صورتی که سالمندان خودشان قادر به تهیه غذاهای مورد نیاز و مورد علاقه شان نباشند و یا نتوانند از غذاهایی که برایشان آماده می کنند بخورند، احتمال دارد دچار سوء تغذیه شوند.

گاهی اوقات افراد مراقب، به افراد مسن داروهایی می دهند که سبب گیجی و خواب آلودگی آنها می شود و به این ترتیب سالمند، کمتر مشکل ساز می شود و نیاز به مراقبتش نیز کمتر می شود، در نتیجه فرد مراقب، زحمت کمتری را متحمل می شود و یا اینکه به این ترتیب برای دیگران فرصتی فراهم می شود تا کنترل اموال و دارایی و منابع شخصی سالمند را به دست گیرند.

رایج ترین شکل سوء رفتار روانی، طرد یا به عبارت ساده تر بی اعتنایی به سالمند می باشد. این گونه رفتار، به سالمند می فهماند که وی برای دیگران بی ارزش و بی استفاده است. گاه افراد مسن، پس رفت می کنند و به طور فزاینده ای به دیگران وابسته می شوند؛ دیگرانی که از این فرد تحمیل شده به وقت و زندگی شان، احساس خشم و عصبانیت دارند. این الگو، حالت چرخه ای دارد؛ هر چه پس رفت سالمند بیشتر باشد، وابستگی وی بیشتر می شود. به علاوه اینکه به مهارت ها و موفقیت های قبلی سالمند و توانایی های فعلی وی، اعتنایی نمی شود و این باعث ایجاد احساس ناتوانی در وی می گردد. شاخص های احتمالی یا واقعی سوء رفتار با سالمندان در زیر آمده است.

### عوامل تسریع کننده سوء رفتار با سالمندان

افراد مراقبت کننده به دلایل مختلف، سالمندان را مورد سوء رفتار قرار می دهند. ممکن است که سالمند، یک بار عاطفی، جسمی یا مالی بر دوش فرد مراقب باشد که منجر به سرخوردگی و عصبانیت وی شود؛ یا اینکه فرد سالمند فعلی، همان فرد آزارگر قبلی باشد که الان موقعیت وی در خانواده، بر عکس شده است.

بسیاری از مردم، سالمندی که مورد سوء رفتار واقع شده را فردی وابسته به دیگران می دانند، در حالی که یکی از عواملی که خطر سوء رفتار با سالمندان را افزایش می دهد، وابستگی شخص دیگر به سالمند است. همسرانیکه همدیگر را مورد ضرب و شتم قرار می دهند. بنابراین بسیاری از زنان سالمندی که مورد سوء رفتار قرار می گیرند، همان زنان جوانی هستند که قبلا با آنها سوء رفتار شده بود و الان سالمند شده اند. همچنین کودکانی که در خانواده های سوء رفتارگر زندگی می کنند، این نوع رفتار را از بزرگترها یاد می گیرند. بنابراین همیشه باید افراد سالمند موجود در خانواده ها را از نظر سوء رفتار، بررسی کنیم.

احتمال اینکه سالمندان ضعیف و مبتلا به اختلالات ذهنی، تحت سوء رفتار قرار بگیرند، بسیار زیاد است. تعداد بی شماری از سالمندان ضعیف مبتلا به اختلالات شدید ذهنی یا جسمی، در جامعه زندگی می کنند و توسط افراد خانواده مراقبت می شوند. ضمناً احتمال بروز سوء رفتار جسمی در سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی مثل آلزایمر و سایر دمانس ها نسبت به سالمندان مبتلا به بیماری های دیگر، بیشتر است. زیرا این بیماری ها بار زیادی بر دوش فرد مراقب وارد می کنند و با افسردگی فرد مراقب همراه هستند. زندگی کردن با سالمند مبتلا به اختلال آگاهی و مراقبت کردن از وی، کار مشکلی است. مراقبت شبانه روزی، اغلب برای افراد خانواده طاقت فرساست. به علاوه بیماران مبتلا به آلزایمر ممکن است که از نظر کلامی و حتی جسمی پرخاشگر شوند؛ این امر بخشی از بیماری آنها می باشد، که البته ممکن است آغازگر یک خشونت تلافی جویانه باشد. اعضای خانواده برای انجام مسئولیت هایشان و همچنین برآورده کردن نیازهای فرد سالمند، باید بیشتر فعالیت کنند، بنابراین استرس خانواده افزایش می یابد.

پرستاران باید زمانی که اعضای خانواده در حال برنامه ریزی جهت ارائه مراقبت به سالمند در منزل هستند، به آنها کمک کنند تا تصمیمات گرفته شده را به طور کامل ارزشیابی نمایند و آنها را از نظر مقابله با استرس زاهای احتمالی، آماده کند. راهبردهای پیشگیری اولیه و ثانویه از سوء رفتار با سالمندان شامل گروههای حمایتی، برنامه های داوطلبانه حمایت از سالمندان و آموزش به فرد مراقب سالمند است. افراد مسن، تا حد امکان نیاز به حفظ استقلال و توانایی تصمیم گیری دارند. پرستاران از روش های مختلفی برای تشخیص سوء رفتار با سالمندان استفاده می کنند. آنها در زمینه شناسایی موارد

سوء رفتار، درمان و ارجاع؛ مسئولیت و مهارت دارند. بسیاری از خانواده‌هایی که از افراد سالمند مراقبت می‌کنند، منابع و توانایی سابق خود را به تدریج از دست می‌دهند. پرستاران می‌توانند به آنها در زمینه یافتن مراکز حمایتی جدید کمک کنند.

## مداخلات پرستاری در خشونت و سوء رفتار

### الف-پیشگیری اولیه

برای پیشگیری از خشونت و سوء رفتار با انسان‌ها، اتخاذ یک شیوه اجتماعی ضرورت دارد. اول اینکه جامعه می‌تواند در مقابل خشونت، ایستادگی کند و اطمینان حاصل کند که مقامات منت‌خوب جامعه و رسانه‌های محلی نیز خط‌مشی «عدم خشونت» را یک اولویت می‌دانند. برنامه‌های آموزش عمومی، درباره انواع مختلف خشونت، روش‌های تقاضای کمک و روش‌های مداخله، به افراد جامعه آموزش می‌دهند. پرستاران به عنوان حامیان جامعه، می‌توانند در این فرایند کمک کنند. از لحاظ قانونی، می‌توانند در این فرایند کمک کنند. از لحاظ قانونی، قوانین باید تنبیه بدنی در مدارس و تجاوز زناشویی را ممنوع اعلام کند. وضع قوانینی مبنی بر دستگیری افراد آزارگر نیز می‌تواند تکرار حملات را کاهش دهد. مداخله اجباری دادگاهها در رابطه با مسائل سوء رفتار نیز دارای اثرات مؤثری در جامعه می‌باشد.

"تحریم شدید خشونت در منزل" از طرف جامعه نیز می‌تواند میزان سوء رفتار را کاهش دهد. همسایه‌ها می‌توانند ضمن مشاهده "آنچه که در حال رخ دادن است" با یکدیگر جهت حل مشکلات همکاری کنند. این کار آنها یک نوع تجاوز به حریم خصوصی محسوب نمی‌شود، بلکه یک نوع همبستگی اجتماعی است. پرستاران می‌توانند با گروه‌های حمایتی همکاری نمایند و از دخالت سریع و مطمئن پلیس در تجاوزهای زناشویی همانند تجاوزهای غیرزناشویی (توسط افراد غریبه)، اطمینان حاصل کنند. پرستاران می‌توانند مردم را تشویق کنند که زمانی که می‌بینند کودکی در حال کتک خوردن است (مثلا در یک مغازه خواربارفروشی)؛ یا وقتی که می‌بینند از یک سالمند به خوبی مراقبت نمی‌شود؛ یا وقتی که یک هم‌کلاسی قلدر، هم‌کلاسی دیگر خود را کتک می‌زند؛ یا زمانی که می‌شنوند که همسایه‌ای به همسرش آسیب زد است، سریعاً مداخله نمایند.

دوم اینکه مردم می‌توانند با افزایش امنیت فیزیکی خانه‌هایشان و یادگرفتن دفاع شخصی، آسیب‌پذیری شان را در برابر خشونت کاهش دهند. پرستاران می‌توانند مردم را تشویق به قفل نگه داشتن درب و پنجره‌هایشان کنند و آموزش دهند که در طی دورانی که ارتکاب جرم افزایش می‌یابد، لامپ‌های خانه را روشن نگه دارند. بعضی محله‌ها، برنامه‌های محافظتی خاصی ترتیب می‌دهند. مثلاً یکی از همسایه‌ها مسئولیت کمک به کودکان را برعهده می‌گیرد و برای اینکه کودکان بتوانند منزل وی را تشخیص دهند، علامت خاصی (مثلاً تصویر یک دست) روی درب یا پنجره منزلشان نصب می‌کنند و یا بعضی همسایه‌ها به طور غیررسمی با هم توافق می‌کنند که مراقب اموال و امنیت یکدیگر باشند.

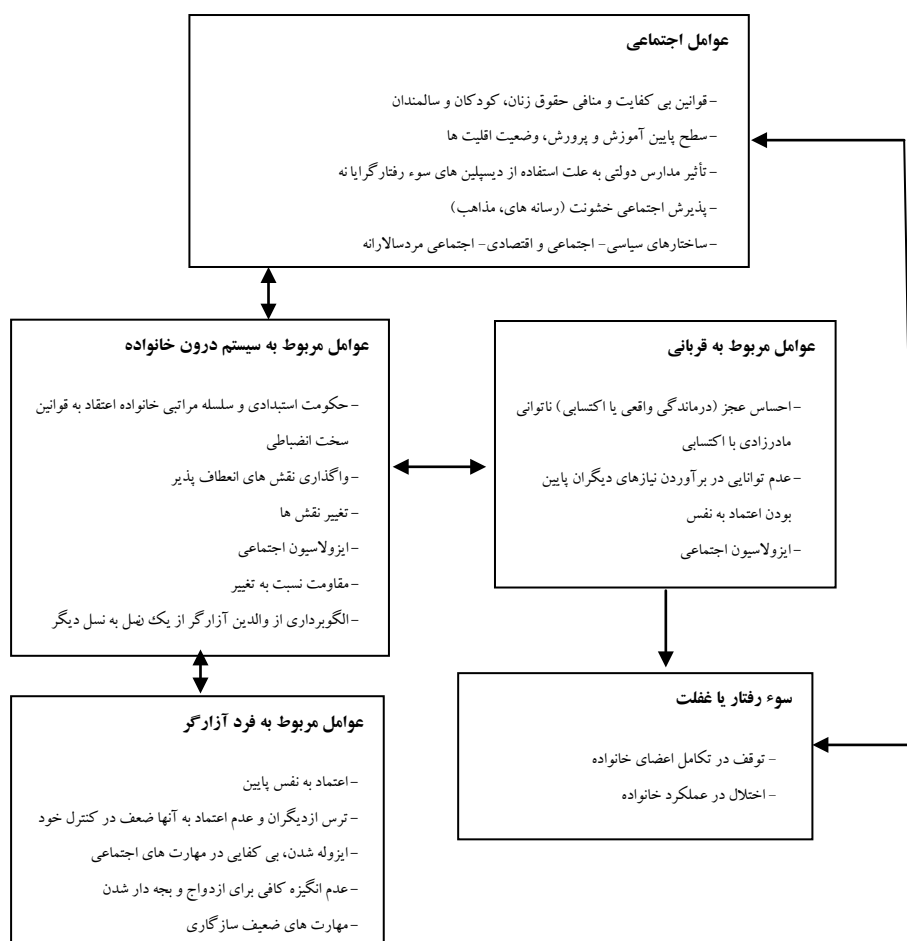
قوانین حاکم در جامعه، باید به بررسی خانه‌ها از نظر وجود امنیت و آموزش افراد در رابطه با برنامه‌های امنیتی بپردازد. بهتر است که افراد خانه‌های خود را به سیستم امنیتی مجهز کنند و در برنامه‌های آموزش دفاع شخصی مانند جودو یا کاراته شرکت کنند. در بعضی از کشورها، مردم برای محافظت از خود، اسلحه خریداری می‌کنند.



متأسفانه نگهداری اسلحه در منزل، برای اعضای خانواده بسیار خطرناک است؛ منحص و صا وقتی که فردی در خانه، عصبانی یا خیلی افسرده باشد، احتمال دارد که از آن استفاده کند. پرستاران در ارزیابی های خود باید در مورد وجود اسلحه در منزل سؤال کنند و خانواده را از خطرات نگهداری آن آگاه سازند و اگر هم نیازی به نگهداری فشنگ ها جدای از اسلحه و در یک جعبه قفل دار دیگر، باید به خانواده ها آموزش داده شود. کودکان نیز باید در مورد خطرات آن تحت آموزش قرار بگیرند.

### ارزیابی عوامل خطر

شناسایی عوامل خطر، بخش مهمی از پیشگیری اولیه به شمار می آید. گرچه سوء رفتار را نمی توان با قطعیت پیش بینی کرد، اما چند عامل مؤثر بر شروع و ادامه برنامه های سوء رفتارگرایانه وجود دارد. پرستاران، می توانند قربانیان احتمالی سوء رفتار را شناسایی نمایند. چون آنها در مکان های مختلف با مددجویان در ارتباط هستند. لوگان و داکینس عواملی که باید در ارزیابی خشونت فردی یا خانوادگی یا خشونت بالقوه در خانواده لحاظ شوند را به صورت تصویر بعدی طبقه بندی کرده اند. هم عوامل فردی و هم خانوادگی باید در جامعه بزرگتر بررسی شوند.



## استراتژی های فردی و خانوادگی برای پیشگیری اولیه

پیشگیری اولیه از خشونت می تواند از طریق جامعه، خانواده، و مداخلات فردی انجام شود. پرستاران، طی فعالیت هایشان در مدارس، گروه های اجتماعی، گروه های کاری، مهدکودک ها و مؤسسات اجتماعی می توانند الگوهای تکامل طبیعی را پرورش دهند و نشانه های بالقوه سوء رفتار را شناسایی کنند. برای مثال، پرستاران از طریق فعالیت در رسانه ها، می توانند عوامل خطر سوء رفتار را به مردم معرفی کنند. همچنین پرستاران می توانند در طراحی برنامه هایی برای اوقات فراغت، نوجوانان را در جهت دستیابی به اهداف مثبت هدایت کنند، ضمناً در ایجاد شبکه های حمایتی مؤثر نیز فعالیت دارند. پرستاران از طریق مطرح کردن امکانات و مراکز موجود در جامعه می توانند در شناسایی نیازهای جامعه کمک کنند. شناسایی نقاط ضعف و قوت می تواند در تعیین اهداف آینده و مداخلات مورد نیاز جهت دستیابی به یک جامعه سالم، کمک کننده باشد.

پیشگیری اولیه از سوء رفتار شامل تقویت افراد و خانواده ها می باشد تا بتوانند به طور مؤثری از عهده استرس زاهای متعدد زندگی و نیازهایشان برآیند و عناصر زیانبار موجود در جامعه که باعث افزایش خشونت می شوند را کاهش دهند. ارائه حمایت و تقویت روانی افراد و خانواده های در معرض خطر، اغلب از شروع اختلالات سلامتی پیشگیری می کند. برای مثال پرستاران می توانند توانایی های والدین را تقویت کنند. آموزش مهارت های اساسی مثل نحوه تعویض پوشک، غذا دادن، ساکت کردن، نگه داشتن و تکان دادن بچه می تواند در بازدید منزل، کلینیک یا کلاس آموزشی مورد تأکید قرار بگیرد. همچنین والدین باید روش های مؤثر و قابل قبول تربیت کودکان را یاد بگیرند، مثل اعمال محدودیت بدون اینکه کودک دچار آسیب جسمی یا عاطفی بشود.

وجود گروه های حمایت متقابل برای والدین جدید، خانواده های دارای کودکان خاص یا افرادی که تحت سوء رفتار قرار گرفته اند، ارزشمند می باشد. این گروه ها به اشکال مختلف وجود دارند و می توانند اطلاعات لازم را در اختیار فرد قرار دهند، از او حمایت کنند و یا مشوق وی باشند. پرستاران می توانند به تشکیل این گروه ها کمک نمایند یا خود به عنوان رهبران این گروه ها عمل کنند.

## ب- پیشگیری ثانویه

زمانی که سوء رفتار اتفاق می افتد، پرستاران می توانند در جهت کاهش یا پایان سوء رفتار وارد عمل شوند. وجود بحران های موقعیتی و تکاملی، فرصتی برای پیشرفت موقعیت های سوء رفتارگرایانه محسوب می شوند. در سطح جامعه، برای ارائه خدمات بهداشتی به زنان مضروب و صدمه دیده، پرستاران باید روابط مشترک و گروهی تشکیل دهند. محققین باید به طور مؤثری در مؤسسات اجتماعی فعالیت نمایند و از تحقیقات حاضر برای غربالگری خشونت خانگی و مدل درمان مؤثر بر کاهش خشونت خانگی استفاده کنند.

پرستاران، از مهمترین افراد در انجام غربالگری در حوزه مراقبت سلامتی هستند. تدوین و توسعه برنامه های آموزشی بویای مراقبین سلامتی می تواند گام مؤثری در جهت شناسایی و درمان قربانیان خشونت باشد. پرستاران می توانند در پناهگاهها فعالیت نمایند و نیازهای افراد مقیم در پناهگاه را که در حال جستجوی یک محل امن برای فرار از موقعیت های سوء رفتارگرایانه هستند، شناسایی نمایند.

در سطح خانواده، مداخلات پرستاری می تواند به اعضای خانواده کمک نماید تا درباره مشکلات خود گفتگو نمایند و درصدد پیداکردن روش های مواجهه با تنش باشند؛ تنشی که منتهی به موقعیت های سوء رفتارگرایانه می شود. افراد آسیب دیده باید به طور موقت یا دائم در یک محل امن ا سکان داده شوند. اقدامات پیشگیری ثانویه بسیار مفید می باشد؛ زمانی که آزارگر احتمالی، احساس می کند که تمایل به انجام سوء رفتار دارد و درصدد دریافت کمک بر می آید . کودکان، اغلب نیاز به خدمات محافظتی ۲۴ ساعته دارند تا اینکه وضعیت بحرانی خانواده یا فرد، حل شود . در نظر گرفتن زمان هایی برای استراحت فردی که از یک سالمند ضعیف و کم بنیه مراقبت می کند، بسیار مهم است. وجود خط تلفن هایی جهت گزارش موقعیت های بحرانی و دریافت خدمات اورژانس توسط خانواده ها مفید می باشد.

داشتن ارتباط مؤثر با خانواده آزارگر مهم می باشد. به طور ویژه این خانواده ها نمی خواهند درباره مشکلاتشان بحث کنند و بسیاری از آنها به علت درگیر بودن در سوء رفتار، خجالت زده هستند و اغلب به مقدار زیادی احساس گناه می کنند. ارتباط مؤثر با این افراد باید به وسیله یک رفتار مقبول، تسریع شود . اغلب برای پرستاران مشکل است که برای فردی که آگاهانه دیگران را مورد سوء رفتار قرار می دهد، ارزش قائل شوند. لازم به ذکر است که فقط رفتار فرد و نه خود او، باید محکوم گردد.

به علاوه خانواده ها از انواع سرگرمی های سالم موجود مطلع نیستند . پرستاران می توانند میزان و نحوه تفریح و سرگرمی افراد را در شیوه های زندگی شان ارزیابی کنند . از سوی دیگر، پرستاران با بررسی مراکز و تسهیلات موجود در جامعه و همچنین شناسایی میزان مخارج هرکدام، اطلاعات لازم را در اختیار خانواده ها قرار می دهند. ممکن است که خانواده ها درباره ارزش سرگرمی و تفریح سالم و نقش آنها در کاهش انگیزه های پرخاشگرانه، نیاز به مشاوره داشته باشند.

### ج-پیشگیری ثالثیه : مداخلات درمانی با خانواده سوء رفتارگر

گرچه برقراری یک ارتباط صحیح و مطمئن، با خانواده های سوء رفتارگر، ممکن است مشکل باشد، پرستاران می توانند به عنوان یک مدیر موردی جهت هماه نگ کردن مؤسسات دیگر و فعالیت های آنها، وارد عمل شوند . اصول ارائه مراقبت به خانواده هایی که خشونت را متحمل می شوند، شامل موارد زیر است:

- عدم تحمل خشونت
- احترام و توجه به همه اعضای خانواده
- امنیت به عنوان اولین اولویت
- صداقت مطلق
- توانمند کردن خانواده

پرستاران باید به طور واضح نشان دهند که اعمال هیچ یک از انواع خشونت، تحقیر و سوء استفاده از اعضای خانواده ، جایز نخواهد بود و همه اعضا ، قابل احترام و ارزشمند هستند . همه باید بدانند که تأمین امنیت هر یک از اعضای خانواده، در اولویت اول است.

افراد آزارگر اغلب می ترسند که به خاطر عملکردشان محکوم شوند، بنابراین برقراری و تداوم ارتباط با این افراد کار مشکلی است. گرچه رفتار پرستاران حاکی از توجه و علاقه به آنان است، اما ممکن است خانواده ها در صداقت و علاقه

پرستار تردید نکند. ممکن است آنها از حضور در منزل در زمان برنامه ریزی شده، برای بازدید منزل خوداری کنند، چون از عواقب بازدید می ترسند و یا نمی توانند باور کنند که دیگران واقعا می خواهند به آنها کمک کنند. اگر قربانی، کودک باشد، احتمالاً والدین ترس از آن دارند که مبادا پرستار، کودکان را از آنها جدا کند.

پرستاران باید سوء رفتار کودک را حتی در صورت مشکوک بودن، گزارش نمایند. آنها همچنین باید سوء رفتار با سالمندان و سایر افرادی که از نظر جسمی یا ذهنی به دیگران وابسته اند و همچنین تجاوزهای جنایتکارانه را گزارش کنند. قوانین گزارش اجباری، از گزارشگر هم محافظت می کند. با این حال، پزشکان و پرستاران نسبت به گزارش سوء رفتارها رغبتی ندارند. آنها نسبت به گزارش سوء رفتار در خانواده های فقیر و یا گزارش کتک خوردن سالمند یا کودک در منزل بیشتر رغبت دارند تا اینکه بخواهند این موارد را در خانواده سطح متوسط یا پرورشگاه یا مراکز مراقبتی گزارش کنند. آنچه که به مقامات گزارش می شود. آنچه که مورد انتظار خانواده، آنچه که پرستار در گزارش هایش ثبت می کند، و آنچه که پرستار احساس می کند، همگی باید از صداقت مطلق برخوردار باشند.

پرستار به جای روش استبدادی یا پدران، باید از روش مشارکت پرستار - مددجو استفاده کند. خانواده ها اغلب راه حل هایی برای حل مشکلاتشان پیدا می کنند که نسبت به راه حل های پیشنهادی پرستار، از نظر فرهنگی و فردی برایشان مناسب تر است. افرادی که قربانی حملات مستقیم بوده اند، به دریافت اطلاعاتی در رابطه با راه حل ها و مراکز موجود نیاز دارند. باید به این افراد اطمینان داد که متأسفانه سوء رفتار امری رایج است و آنها در این شرایط دشوار، تنها نیستند. ضمناً آنها نیاز دارند به اینکه مطمئن شوند عکس العمل آنها نسبت به سوء رفتار، طبیعی بوده است و اینکه آنها مستحق سوء رفتار نبوده اند. برای اطمینان از امنیت آنها، حمایت مداوم از تصمیمات آنها در کنار اقدامات پرستاری لازم است.

### اقدامات پرستاری

پرستار می تواند نیازهای درمانی خانواده را به روش های مختلف تأمین کند. پرستار در کنار ارجاع بیماران به مراکز مناسب موجود در سطح جامعه، می تواند به عنوان یک الگو یا نمونه برای خانواده ها عمل کند. در طی بازدید از منزل یا ویزیت در کلینیک، پرستاران می توانند تعاملات سودمند بین کودک - بزرگسال را شرح دهند پرستاران اغلب به مادران، مهارت های مراقبت از کودک را آموزش می دهند، مانند روش تغذیه صحیح، شیوه های انضباطی مؤثر، ارتباط های سازنده و نحوه آرام کردن کودک بی قرار.

پرستاران می توانند مهارت های ارتباطی مناسب و تربیت و انضباط را به والدین و کودکان آنها به یک شیوه محترمانه و آموزنده آموزش دهند. مراقبین، به ویژه افرادی که مراقبت از کودکان، افراد عقب مانده، معلول و افراد سالمند را بر عهده دارند، باید در مورد انتظاراتی که می توان از هر گروه سنی داشت، مطلع باشند. مثلاً انتظار داشتن از یک کودک ۱۴ ماهه که بتواند بین کارهای درست و غلط، افتراق قائل شود، امری غیرقابل قبول است. بچه ها در این سن نمی توانند فرد مراقبت کننده را عمداً به وسیله شکستن ظروف چینی اذیت کنند. به طور مشابه، فردی که توانایی کنترل اسفنکتر مثانه را ندارد، عمداً لباس و رختخوابش را لکه دار و کثیف نمی کند.

نمونه رفتار پرستار به عنوان الگویی برای قربانیان سوء رفتار در همه سنین، قابل استفاده است. زمان ارائه مراقبت پرستاری به سالمندان همسرانی که مورد سوء رفتار واقع شده اند، پرستار می تواند مهارت های ارتباطی، و راه حل های کشمکش

و تضاد را آموزش دهد . برای مثال اغلب هنگامی که نوجوانان در مراقبت از والدین سالمند خود دچار سرخوردگی می‌شوند، با والدین، بدرفتاری می‌کنند. در طی بازدیدهای منزل، پرستاران می‌توانند به آنها نحوه مراقبت های جسمی و روانی را نشان دهند. پرستاران می‌توانند به افراد مراقبت دهنده، کمک نمایند که روش های قابل قبول مراقبت از سالمندان را یاد بگیرند. ارزیابی، تفکر انتقادی و خلاقیت؛ به پرستار، خانواده و مددجو در یادگیری نحوه تأمین نیازهای مددجو و خانواده بدون متحمل شدن استرس های غیرضروری و مفرط کمک می‌کند.

ارجاع دادن ، یک جزء مهم از پیشگیری سطح سوم است. پرستاران باید از مراکز حمایتی موجود در جامعه جهت معرفی به قربانیان سوء رفتار و مرتکبین آگاه باشند. اگر مراکز موجود ناکافی باشد، اغلب همکاری با رسانه ها مانند رادیو، تلویزیون، و روزنامه جهت ارائه اطلاعات مربوط به ماهیت و وسعت سوء رفتار ، به عنوان یک مشکل سلامتی در جامعه، کمک کننده می‌باشد. همچنین، رسانه ها به آشنا کردن مردم با خدمات و مراکز موجود کمک می‌کنند. معمولاً مردم در ابتدای مواجهه با مشکل، به دلیل عدم آگاهی از مراکز موجود به دنبال دریافت خدمات نمی‌روند . به طور ایده آل یک برنامه یا طرح برای افرادی که تحت سوء رفتار قرار گرفته اند، با بررسی نیازها برای تعیین مددجویان احتمالی و نحوه ارائه خدمات مؤثر به این گروه شروع می‌شود. پرستاران می‌توانند به شروع این برنامه ها کمک کنند و عموم مردم را در این زمینه آموزش دهند.

## فصل نهم: پویایی گروه

### مقدمه

انسان، موجودی اجتماعی است و اصولاً گرایش به شرکت در جمع و تبادل نظر با دیگران دارد، زیرا دریافته است که هنگامی که افراد دور هم جمع می‌شوند، دارای قدرت بیشتری گردیده و می‌توانند کارهایی را انجام دهند که فرد به تنهایی، قادر به انجام آنها نیست.

### تعریف گروه

دو یا چند نفر از مردم، که به طور منظم با یکدیگر در ارتباط بوده، اهداف و مقاصد مشترک دارند، گروه نامیده می‌شوند. در جهت ارتقاء سطح بهداشتی جامعه و نیل به اهداف سلامتی، کار با گروه‌های مختلف جزء وظایف حرفه‌ای پرستاران بهداشت می‌باشد. در واقع می‌توان گفت کار با گروه‌های متعدد در موقعیت‌های گوناگون یک جامعه جزء مهمی از کارهای پرستاران بهداشت جامعه است. متخصصین بهداشت و سلامت تأکید می‌کنند که نیل به اهداف سلامتی در یک جامعه تنها در صورت مشارکت تیم بهداشتی با افراد آن جامعه تحقق خواهد یافت. تجربیات نشان می‌دهد نتایج کار پرستاران هنگامی که آنها وظایف حرفه‌ای خود را قالب گروه‌ها ارائه می‌دهند، بسیار مؤثرتر از وقتی است که آنها با افراد به تنهایی کار می‌کنند.

### مزایای تشکیل گروه‌ها

برخی از مزایای تشکیل گروه‌ها و کارگروهی، عبارتند از :

هنگامی که جهت انجام فعالیت‌های بهداشتی، از گروه‌ها استفاده می‌شود، می‌توان مسائل پیچیده و مشکلات عمده سلامتی را نیز مرتفع نمود، زیرا در صورت تشکیل گروه از منابع و استعداد و مهارت‌های اعضای مختلف گروه بهره‌برده می‌شود، در حالیکه یک فرد به تنهایی، قادر به انجام این فعالیت‌ها نخواهد بود.

یکی دیگر از مزایای گروه، غربالگری اطلاعات افکار و در نتیجه تصمیم‌گیری واقع‌بینانه‌تر و صحیح‌تر خواهد بود که این امر، از طریق طرح عقاید مختلف و گاه متضاد از سوی اعضای گروه انجام می‌گردد.

هنگامی که در گروه، فرایند همیاری آغاز شده و ادامه می‌یابد، ما شاهد مضاعف‌گردیدن نیروهای اعضای گروه خواهیم بود که این امر، نیل به اهداف را تسریع می‌نماید.

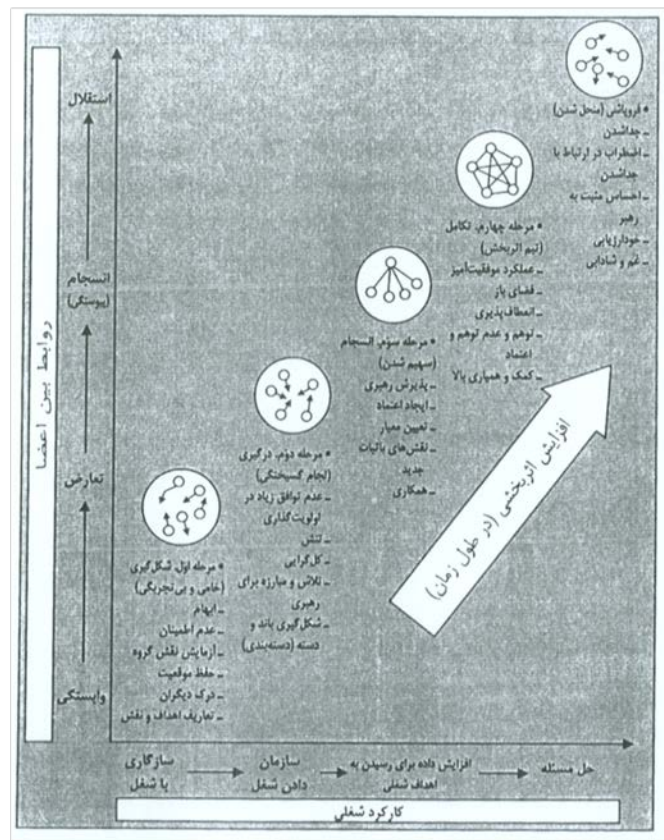
باید توجه داشت که جهت کار با گروه‌ها، نیاز به داشتن اطلاعات جامع در خصوص مشخصات گروه‌های مختلف و پویایی گروه خواهیم داشت. جهت کسب این اطلاعات، پرستار باید با علومی همچون جامعه‌شناسی، مردم‌شناسی، بهداشت و رفتارشناسی و ... آشنا باشد.

## مراحل تکامل گروه

همانند اشخاص و خانواده ها، گروه ها نیز چندین مرحله رشد و تکامل را طی می کنند. بسیاری از جامعه شناسان عقیده دارند که در گروه ها، نظرات و عقاید متفاوت و گاه متضاد ارائه گردیده اما در نهایت گروه، به سوی همبستگی گروهی حرکت می کند.

در تکامل گروه، تعداد اعضای گروه و مدت زمان عمر گروه نیز باید مورد توجه قرار گیرند. به طور کلی، باید سعی بر این باشد که تعداد اعضای گروه خیلی زیاد نگردد: در غیر این صورت، واکنش متقابل در گروه ممکن نخواهد شد. از سوی دیگر، تعداد کم اعضا نیز موجب خواهد شد تا گروه مؤثر نباشد. صاحب نظران بر تعداد ۳ تا ۱۰ نفر در اعضای گروه توافق دارند. از نظر اینکه گروه چه مدت به کار خود ادامه خواهد داد نیز جواب به این سؤال، بسته به گروه مورد نظر، متفاوت خواهد بود. به عنوان مثال گروه هایی که جهت آموزش در خصوص یک مورد مقطعی در جامعه تشکیل می گردند، یک مدت زمان مشخص ادامه می یابند؛ در حالیکه یک گروه حمایتی، ممکن است مدت طولانی به کار خود ادامه دهد.

یکی از روانشناسان به نام «تاکمن» الگوی تکاملی گروه را ارائه کرد که شامل ۵ مرحله: «شکل گیری»، «درگیری»، «انسجام»، «تکامل» و «فرو پاشی» می باشد. لازم به ذکر است این الگو از توالی و ترتیب برخوردار می باشد ولی هیچ ضرورتی ندارد که مراحل مختلف این الگو به لحاظ «زمانی» یکسان باشد. به عنوان مثال، مرحله درگیری ممکن است عملاً به وجود نیاید یا توقف در این مرحله ممکن است مدت زیادی طول بکشد.



(شکل ۱-۷: الگوی مراحل تکامل یا پویایی گروه تاکمن)

- **مرحله اول - شکل گیری:** در این مرحله اعضا احساس نگرانی دارند، نسبت به هم اعتماد ندارند و ابهام وجود دارد، مسئولیت افراد مشخص نیست و سعی می‌شود با تعیین فردی به عنوان رهبر، اهداف تعریف و اختیارات مشخص شود.
- **مرحله دوم - درگیری:** در این مرحله توافق در اولویت گذاری‌ها وجود ندارد. تنش در سراسر گروه حاکم است، دسته‌ها و باندها برای به دست گرفتن قدرت تلاش می‌کند و این وضعیت سبب می‌شود که روند حرکت، وارد مرحله جدیدتری شود.
- **مرحله سوم - انسجام:** در این مرحله رهبری مقبولیت پیدا می‌کند، اعتماد حاکم می‌شود و معیارها و نقش‌ها مشخص و بین افراد، همکاری حاکم می‌شود. در واقع احساس «مابودن» به جای احساس «من بودن» شکل می‌گیرد.
- **مرحله چهارم - تکامل یا اجرا:** این مرحله بسیار مهم است. انعطاف پذیری، فضای باز و مطلوب کاری، کمک و همیاری بالا، از جمله ویژگیهای این مرحله است. البته تعارض و توهم همراه با اعتماد و سازنده هم وجود دارد و به نحوی مؤثر و مطلوب، اداره و کنترل می‌شود. در این مرحله، گروه به یک تیم اثربخش تبدیل می‌شود و مرحله اجرایی یک کار تیمی است و تمرکز به عملکرد و وظایف معطوف است.
- **مرحله پنجم - انحلال:** در این مرحله، گروه یا تیم آماده می‌شود تا پایان موجودیت خود را اعلام کند. به این ترتیب که افراد در زمانهای طولانی با هم کار کردند و تعلق و وابستگی متقابل تقویت شده و این امر سبب می‌شود که آنها احساس ناراحتی کرده و به نوعی با اضطراب، به این امر نگاه کنند. از طرفی به دلیل هدفهای اعضا تأمین شده و کار به بهترین شکل به اتمام رسیده است، احساس خوشحالی و شادمانی می‌کنند. این شادمانی با برگزاری مراسم پایان کار و نظایر آن، دو چندان می‌شود.

## عملکردهای گروه

عملکردهای گروه به دو دسته تقسیم می‌گردد؛ دسته اول، وظایفی که اعضای آن گروه باید انجام دهند و دسته دوم، نقش اعضای گروه در ایجاد شرایطی است که می‌تواند سلامتی و بهداشت و کیفیت زندگی اشخاص و خانواده‌ها را در جامعه ارتقاء بخشد.

## وظایف گروه

وظایف گروه، شامل دو دسته می‌باشد؛ وظیفه اول، نگهداری و حفظ گروه می‌باشد و وظیفه دوم، دست یابی به اهداف برای عملکرد مؤثر. وظایف حفظ درونی شامل فعالیت‌هایی هستند که به اعضای گروه کمک می‌کند تا به سمت مراحل توسعه و گسترش خود حرکت کند. وظایف دست یابی به اهداف، فعالیت‌هایی هستند که باید به وسیله اعضای گروه انجام گردند تا اعضای گروه بتوانند به مقاصد مشترک گروهی، دست یابند (مانند دستیابی به اهداف مورد درخواست در جامعه مثلا تأمین خدمات جامع سلامتی نوجوانان که مورد پذیرش و در دسترس باشد).

## نقش‌های اعضای گروه

اگر چه تمام اعضای گروه مسئولیت و وظایف مختلفی را دارا هستند، اما برخی نقش‌های متفاوت وجود دارد که اعضای ویژه‌ای آن را بهتر ایفا می‌کنند.



سه تقسیم بندی اساسی در مورد نقش های گروه عبا رتند از: ۱-نقش های وظیفه ای ، ۲-نقش های مربوط به حفظ گروه(بقای) و ۳-نقش های فردی.

### ۱-نقش های دستیابی به هدف (نقش وظیفه ای)

این نقش ها در راه رسیدن به هدف، ایفا می شود. از جمله این نقش ها می توان جمع آوری اطلاعات و ارائه به گروه، هماهنگ کنندگی و خلاصه کردن مذاکرات را نام برد. این نقش ها می توانند شامل موارد زیر باشند:

- **شروع کننده** : فرد آغازگر، مسئول شروع بحث ها، واضح نمودن اهداف گروه، تعریف کردن یا مهم نشان دادن مشکل مزبور و پیشنهاد چگونگی فرایند گروهی را برعهده دارد.  
در جلسات اول، معمولاً نقش شرکت کننده را رهبر رسمی گروه ایفا می نماید؛ اما هنگامی که گروه تکامل می یابد، نقش های شروع کننده به صورت مشارکتی انجام می گردد. به عنوان مثال یکی از پرستاران بهداشت ممکن است در اولین نشست مشاوره ای با نوجوانان، نقش آغازگر را داشته باشد، اما در جلسات بعدی، اعضای نوجوان گروه، این نقش را ایفا می کنند.
- **جستجو کننده اطلاعات و نظرات** : برای اینکه حرکت گروه رو به جلو باشد و فعالیت های آن گسترش یابد، می باید تعدادی از اعضای گروه با حوصله و درایت، نظرات مختلف را شنیده (به نظرات مختلف توجه کنند ) تا بتوانند با بهره گیری از نظرات مفید، به رشد و تکامل گروه کمک نمایند.
- **روشن کننده عقاید و نظرات** : کسی که این نقش را می پذیرد، مسئولیت شفاف کردن عقاید و پیشنهادات ارائه گردیده به گروه را برعهده دارد . وی این نقش را جهت کمک به توسعه ارتباط در گروه و هماهنگی برای گرفتن نتیجه مطلوب از عقاید هرعضو، انجام می دهد.
- **خلاصه کننده** : این نقش، خلاصه نظرات مختلف را جهت تصمیم گیری صحیح، ارائه می نماید. خلاصه نمودن مطالب، به این دلیل انجام می گردد تا عقاید مهم که حین بحث ها مطرح می گردد، به فراموش سپرده نشده و بهترین بهره از آنان گرفته شود. در برخی از گروه ها، کسی که یادداشت بر می دارد، ممکن است این نقش را تقبل کند.
- **تسهیل کننده تصمیم گیری** : تسهیل کننده تصمیم گیری، حرکت گروه را به سوی تصمیم گیری کنترل نموده و کفایت مذاکرات را یادآور می گردد. باید توجه داشت که اگر تصمیم گیری زودتر از زمان مناسب انجام گردد، مسلماً به دلیل عدم وجود اطلاعات کافی و کامل، تصمیم مناسبی اتخاذ نخواهد شد؛ برعکس اگر مذاکرات طولانی گردد، اعضای گروه خسته شده و در نتیجه تصمیم صحیح و مناسب گرفته نخواهد شد . در هر حال، هر دو مورد افراط و تفریط در زمان تصمیم گیری، تأثیر سوء بر همبستگی گروهی خواهد گذاشت.
- **ایجاد کننده اتحاد و اتفاق گروهی (هماهنگ کننده)**: این فرد با در نظر گرفتن نظرات و عقاید مختلف، سعی در یافتن وجوه تشابه موجود در بین آنها دارد.

## ۲- نقش های مربوط به حفظ گروه (بقای)

به روابط بین اعضای گروه و عملکرد صحیح آنها تأکید می کند. این نقش ها به بقای گروه کمک می کنند. تشویق گروه، میانجی گری و نظارت بر کارگروه، از نقش های ابقای محسوب می شوند. این نقش ها شامل موارد ذیل هستند:

- **نقش حفاظت و نگهداری:** کسی که مسئولیت این نقش را به عهده دارد، در افراد این اطمینان را ایجاد می نماید که هر عضو گروه، فرصت برابر با دیگران در جهت شرکت در فعالیت های گروهی دارد. این امر، از طریق پیدا نمودن راه هایی برای اجازه دادن و تشویق اعضای آرام تر گروه برای مطرح نمودن نظراتشان می باشد. در سال های اخیر برخی از گروه ها از کامپیوتر برای بررسی و تکنولوژی علمی جهت تصمیم گیری برای تسهیل این نقش استفاده کرده اد.
- **مشوق:** فرد مشوق، نقش حفاظت و نگهداری را تکمیل می نماید. فرد مشوق، جوی ایجاد می کند که هر عضو گروه احساس پذیرش از جانب دیگران را داشته و متقاعد گردد که جهت ارائه نظرات خود آزاد می باشد.
- **اداره کننده تضاد:** همان گونه که قبلا ذکر گردید، تضاد یک بخش اجتناب ناپذیر از عملکرد یک گروه مؤثر می باشد. نقش اداره کننده تضاد، ایجاد یک جو هماهنگی و تلاش در جهت دست یابی به توافق جمعی می باشد. این نقش، موجب می گردد تا افراد، نظرات و عقاید گروه را بر عقاید شخصی خود ترجیح دهند و در واقع، هدف گروه، بر نظرات شخصی، برتری داده می شود.
- **طرح استاندارد (ارائه دهنده اطلاعات):** هنگامی که ارتباط مؤثر در گروه دچار مشکل می گردد، طرح استاندارد با ارائه استانداردهای رفتار در گروه، به تصحیح اشتباهات و ارائه راه حل می پردازد. شما به عنوان دانشجوی پرستاری، هارت های ارتباطی را فرا گرفته اید که می تواند جهت انجام وظایف در ارتباط چهره به چهره با اعضای گروه های مختلف به شما کمک بسیار نماید. امروزه، به علت توسعه ارتباطات و با استفاده از فنون پیشرفته از جمله اینترنت، پرستاران نیاز به آشنایی کامل با این فنون و استفاده بهینه از این ابزارها را دارند.

## ۴- نقش های فردی

نقش هایی که نشان دهنده نیاز و طرز تفکر خاص فرد بوده و در قالب شخصیتی فرد انجام می گردد. از جمله این نقش ها، می توان به نقش انحصارطلب، خودنما، منفی باف و غیره اشاره نمود. جهت تداوم کارگروه و رشد و تکامل مطلوب و همچنین عملکرد مؤثر آن، ارتباط مؤثر بین اعضای گروه، لازم می باشد.

## گروه ها به عنوان عوامل تغییر

این مسئله که گروه ها دارای پویایی بوده و می توانند به عنوان عوامل تغییر مطرح گردند، اولین بار توسط کرت لوین در سال های ۱۹۳۰ تا ۱۹۴۰ انجام پذیرفت. او در سال ۱۹۴۵ نخستین سازمان تحقیقاتی درباره پویایی گروه را ایجاد نمود. لوین دریافت که متدهای سنتی آموزشی از قبیل سخنرانی، تنها می توانند در انتقال اطلاعات و دانش مفید باشند، اما یادگیری فعال و تغییر رفتار ایجاد نمی کنند. درعین حال لوین دریافت که مردم هنگامی که در شرایط مناسب قرار گرفته و از رویکردهای دیگر مانند بحث گروهی و تصمیم گیری مشارکتی استفاده می کنند، یادگیری و تغییر رفتار در آنان سرعت

بیشتری پیدا می‌کند. اگر شما به آموزش‌های مختلف که در طی دوران تحصیل تجربه کرده‌اید بیندیشید، درخواهید یافت که هرچند شما در سخنرانی با مقادیر زیاد اطلاعات روبرو می‌شوید، اما احتمالاً دوره‌هایی را نیز گذرانده‌اید که آموزش شما براساس متد حل مسئله یا روش بحث گروهی بوده است و میزان دریافت اطلاعات مانند روش سخنرانی نبوده است، اما مسلماً اطلاعات و مهارت‌هایی که از طریق دو روش حل مسئله و بحث گروهی کسب نموده‌اید، در موقعیت بالینی به شما کمک بیشتری نموده است. یکی دیگر از مواردی که لوین به آن پی برد، این بود که یادگیری مؤثر و تغییر رفتار در گروه‌هایی که به صورت آزادانه و دموکراتیک اداره می‌گردند، نسبت به گروه‌های استبدادی بیشتر می‌باشد.

تحقیقات بعدی نیز نه تنها قاید لوین را تأیید نمود، بلکه به طور گسترده و وسیع جهت برنامه بهداشتی و ارتقاء و اعاده سلامتی به کار گرفته شد.

## انواع گروه‌ها در حیطه بهداشتی

در واقع می‌توان گفت گروه‌ها دارای مقاصد و اهداف متفاوت می‌باشند. گروه‌هایی که ما با آنها سروکار داریم، عبارتند از: گروه‌های آموزشی یا یادگیری، گروه‌های حمایتی، گروه‌های خودیار، گروه‌های درمانی، گروه‌های وظیفه، گروه‌های متمرکز و ائتلافی. نقش پرستار در گروه، بستگی کامل به نوع گروهی دارد که با آن کار می‌کند.

### ۱- گروه آموزشی

این گروه‌ها هنگامی تشکیل می‌گردند که در جامعه موضوع خاصی به عنوان نیاز جهت کسب اطلاعات، مطرح باشد. نقش پرستار در این گروه‌ها، فراهم نمودن زمینه جهت آموزش گروهی می‌باشد. همچنین نقش ارائه اطلاعات نیز در این گروه‌ها، ایفا می‌گردد. چند مثال در این زمینه، شامل گروه‌های آموزشی شری کلاس‌های مراقبت از کودک، آموزش جهت افراد دیابتی و ... می‌باشد.

### ۲- گروه حمایتی

در گروه‌های حمایتی، اعضاء به یکدیگر در جهت از عهده‌برآیی در بحرانهای موقعیتی، در موقعیت‌های بحران‌زای زندگی کمک می‌کنند. این حمایت‌ها از طریق حمایت عاطفی، راهنمایی و دادن اطلاعات صورت می‌گیرد. نقش پرستار در این گروه‌ها، عبارت است از تسهیل واکنش بین گروهی (تسهیل واکنش متقابل در گروه) و یا استفاده از روش ایفای نقش. از جمله گروه‌های حمایتی می‌توان به گروه‌های مراقبتی آلزایمر و گروه‌های حمایتی سرطان سینه اشاره نمود.

### ۳- گروه‌های خودیار

گروه‌های خودیار گروه‌هایی هستند که اعضاء آن، دارای یک مشکل و مسئله مشترک می‌باشند. این گروه توسط خود اعضاء آن، اداره می‌گردد. در این گروه‌ها اعضاء مختلف، هر یک دیگری را حمایت عاطفی و روانی نموده و همچنین به افزایش اطلاعات یکدیگر کمک نموده و از یکدیگر حمایت به عمل می‌آورند.

گاهی اوقات اعضاء گروه به یکدیگر کمک مالی نیز می‌نمایند. پرستاران و دیگر اعضاء تیم بهداشتی، نقش رسمی در این گروه‌ها را بر عهده ندارند، مانند گروه‌های ترک اعتیاد.

## ۴- گروه های درمانی

گروه های درمانی اغلب، موجبات درمانی افرادی را که دچار مشکلات روانی می باشند ، فراهم می نم آیند. هدف اولیه این گروه ها، عبارت است از بازگشت اعضاء به سوی خود (بازگشت به خویشتن خویش) و کمک به خود جهت تغییر رفتار. در این گروه ها پرستاران ، نقش مدل را ایفا نموده و پذیرش و مراقبت از اعضاء را جهت شرکت در مراقبت های درمانی فراهم می کنند؛ ضمناً روانکاوی نیز جهت تعیین علل اساسی رفتار اعضاء صورت می پذیرد. مثال هایی که در این زمینه می توان نام برد، عبارت است از گروه های درمانی افسردگی ، اختلال ، کم توجهی.

## ۵- گروه های وظیفه ای یا خودگردان

گروه وظیفه ای دارای یک هدف اساسی و اولیه جهت انجام فعالیت های به خصوص می باشد. طول عمر این گروه ها معمولاً کوتاه مدت بوده و هنگامی که به وظیفه خود دست می یابند، کم کم از بین می روند . نقش پرستار در گروه های وظیفه ای تسهیل حرکت اعضاء گروه به سوی هدف ویژه خود می باشد . از جمله این گروه ها می توان به گروهی که جهت تاسیس یک مرکز تفریحی دور هم جمع شده اند و یا گروه معلمان ، والدین و پرستار مدرسه جهت برگزاری نمایشگاه در خصوص رفتارهای بهداشتی اشاره نمود.

## ۶- گروه های متمرکز

این گروه ها توسط مصاحبه گروهی درخصوص موضوعات مختلف، جلسات بحث و تبادل نظر را فراهم می کنند . هم اکنون این روش به عنوان رویکردی برای دستیابی به اطلاعات از مددجویان ، درخصوص سرویس های سلامت و نیازهای آنان انجام می گردد . نقش پرستاران در گروه متمرکز ایجاد یک محیط گرم و اطمینان بخش و ایمن جهت تسهیل فرایند گروهی است.

## ۷- گروه های ائتلافی

گروه های ائتلافی ، عبارت است از گروه ها ی مختلف جامعه و سازمان ها که با یکدیگر ائتلاف نموده و تاثیر کار با یکدیگر را روی یک مسئله بخصوص جهت دستیابی به هدف مشترک می سنجند . مزایای گروه های ائتلافی، عبارت است از حفظ بیشتر منابع، برخورداری از قدرت بیشتر، قابلیت پذیرش تعداد بیشتری از افراد، هماهنگی و همکاری بین گروه های شرکت کننده.

## رهبری در گروه

دو نوع روش عمده وجود دارد : رهبری دموکراتیک و رهبری استبدادی . اگرچه روش رهبری دموکراتیک دارای مزایای زیادی می باشند، اما از هر دو روش استفاده می گردد. رهبری دموکراتیک عموماً به عنوان رهبری مشارکتی نیز شناخته شده است. اعضاء گروه در همه سطوح، از جمله جمع آوری اطلاعات، بحث ، تجزیه و تحلیل، تصمیم گیری و ارزیابی ، مشارکت داده می شوند. رهبری مشارکتی، موجب ایجاد همبستگی در گروه گردیده و آن را تقویت می کند . در گروه هایی که به شکل دموکراتیک اداره می گردند، تغییرات حاصل به مدت طولانی حفظ می شود.

رهبری استبدادی نیز در برخی موقعیت های بهداشتی استفاده می شود . مزیت این رویکرد، انتقال حجم اطلاعات زیاد در مدت کوتاه بوده ، و سرعت، وجه ممیزه این نوع رهبری است . اما باید توجه داشت که انتقال اطلاعات به تنهایی منجر به یادگیری و رشد افراد نمی گردد و در ضمن ، تغییرات ایجاد شده در رفتار افراد نیز در صورت بروز، معمولاً کوتاه مدت می باشد.

در هر حال هر دو روش رهبری دارای مزایایی می باشد . هنگامی که نیاز به تصمیم گیری سریع وجود دارد، رهبری استبدادی نود پیدا می کند؛ به عنوان مثال، پرستار کنترل عفونت ها که به هنگام شیوع یک بیماری واگیردار با گروه خاصی کار می کند و نیاز به تصمیم گیری سریع و دادن دستورات از سوی یک فرد مطلع وجود دارد ، از رهبری استبدادی کمک می گیرد.

اما در بیشتر موقعیت ها ، از روش رهبری مشارکتی استفاده می شود، به عنوان مثال ، پرستار کنترل عفونت اگر با گروه های مختلف و به مدت زمان طولانی کار می کند و هدف این گروه پیشگیری از ایجاد بیماری های مختلف می باشد، از روش رهبری مشارکتی استفاده می نماید.

علاوه بر اینها ، روش رهبری ، ممکن است به تناسب ظرفیت اعضای گروه مانند فاکتورهای همچون سن ، اختلال روانی ، یا جسمی و ناتوانی جسمی که روی توانایی اعضای گروه تاثیر گذار می باشند ، انتخاب گردد .

## ارزیابی گروه

جهت بررسی فرایند پویایی گروه ، گروه ها مورد ارزیابی قرار می گیرند . فرایند ارزیابی اغلب تمرکز روی گروه های دینامیک و واکنش متقابل بین آنها دارد و یک ابزار مفید برای فرایند ارزیابی ، دیاگرام واکنش و کنش در گروه می باشد.

جهت ترسیم این دیاگرام ، فرد ارزیاب به هنگام صحبت اعضاء یک پیکان فلش دار از طرف شخصی که صحبت می کند به سوی شخصی که طرف صحبت واقع می شود ، ترسیم می کند . در انتهای بحث ، جهت و تع داد پیکان های فلش دار، الگوهای موجود ارتباطی در گروه را نشان خواهد داد . در گروه های مشارکتی تعداد و جهت این پیکان ها مابین اعضای گروه به صورت متعادل توزیع می گردد . در ضمن این دیاگرام، افرادی که در بحث ها شرکت ننموده اند را نیز مشخص خواهد نمود. پس از تجزیه و تحلیل این دیاگرام، مشکلات ارتباطی موجود شناسایی گردیده و گروه در سمت و سوی حل این مشکلات سوق داده می شود.

# فصل دهم: اقتصاد بهداشت

## مقدمه

سیستم مراقبت بهداشتی، دائماً در حال تغییر است. این سیستم رقابتی است و دارای محدودیت هایی در منابع، خدمات موجود و دسترسی به تکنولوژی است. سیستم کنونی، ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی را تشویق می کند که مراقبت بهداشتی را خارج از فضای سنتی و محدودیت های مقرراتی ارائه دهند. ماهیت در حال تغییر مراقبت بهداشتی، رقابت در سیستم بهداشتی را بین درمانگاهها، مدیران، ارائه دهندگان، پرداخت کنندگان، مصرف کنندگان و سیاست گزاران تشدید کرده است. منابع اندک، باید مدیریت شوند و هزینه های روبه افزایش مراقبت بهداشتی باید کنترل گردند. سیاست گزاران و ارائه دهندگان، همپای هم، برای تعادل دسترسی، کیفیت مراقبت و خدمات بهداشتی، و هزینه های رو به افزایش مراقبت بهداشتی، تلاش می کنند.

پرستاران برای اجرای تغییرات عملی و مشارکت در فعالیت های تحقیقاتی و سیاستی طراحی شده برای بازگشت سرمایه اختصاص یافته به مراقبت بهداشتی به بهترین نحو، در چالش قرار دارند (یعنی طراحی مدل های مراقبتی، با هزینه معقول، که دسترسی به کیفیت مراقبت را ارتقاء دهد). پرداختن به این چالش، نیازمند درک اصول اقتصاد سیستم مراقبت بهداشتی است. پرستاران، باید از اثرات عملکرد پرستاری بر ارائه مراقبت های مقرون به صرفه آگاه باشند.

اقتصاد، علم استفاده از منابع است. اقتصاد بهداشت بر چگونگی اثر منابع اندک بر صنعت مراقبت بهداشتی توجه دارد. اقتصاد، ابزاری برای ارزشیابی اجتماع در کسب خواسته ها و نیازهای خود در رابطه با منابع محدود، ارائه می کند. علاوه بر تصمیم گیری روزانه در مورد استفاده از منابع، برارزیابی اقتصاد در مراقبت بهداشتی هم توجه می شود. این امر، چالش هایی را برای سیاست گزاران عمومی (قانون گزاران) ایجاد می کند. اختصاص دارایی های عمومی، معمولاً موجب اختلافاتی می شود، زیرا نگرش ها و اولویت های افراد و گروه های اجتماع، ممکن است متفاوت با صنعت مراقبت بهداشتی باشد. در صورتی که بودجه برای مراقبت بهداشتی هزینه شود، بودجه سایر نیازهای عمومی مثل آموزش، حمل و نقل، تفریحات، و حمایت محدود می شود.

در این فصل، بررسی اجمالی از اصول خاصی از اقتصاد بهداشت به عنوان پایه درک توسعه سیستم مراقبت بهداشتی و رابطه پیچیده بین مصرف کنندگان، ارائه کنندگان، و پرداخت کنندگان برای خدمات مراقبت بهداشتی، ارائه شده است. داشتن دانش در مورد اقتصاد بهداشت به خصوص برای پرستاران جامعه محور مهم است، زیرا آنها از کسانی هستند که معمولاً در موقعیت اختصاص منابع برای حل یک مشکل یا برای طراحی، برنامه ریزی، هماهنگی و ارزیابی خدمات و برنامه های بهداشتی جامعه گرا، قرار دارند.

## اصول اقتصاد

شناختن دو شاخه از اقتصاد، به علت کاربرد آنها در مراقبت بهداشتی، حائز اهمیت است: الف-اقتصاد خرد و ب-اقتصاد کلان.

## الف-اقتصاد خرد

تئوری اقتصاد خرد، به رفتارهای افراد و سازمان‌ها و اثرات این رفتارها بر قیمت، هزینه‌ها و اختصاص و توزیع منابع می‌پردازد. رفتارهای اقتصادی براساس (۱) انتخاب فردی یا سازمانی و سطح رضایتمندی مصرف‌کننده از یک کالا (محصول)، یا خدمت، یا خدمات رفاهی خاص، (۲) مقدار پول موجود، در اختیار فرد یا سازمان برای هزینه کردن برای یک کالا یا خدمت خاص (محدودیت‌های بودجه‌ای آن)، شکل می‌گیرند.

بازار، شبکه‌ای از خریداران و فروشندگان یک کالا (خدمت)، مثل خدمات مراقبت بهداشتی، است. بازار رقابتی چگونگی اختصاص منابع به فعالیتهای فرایندی را تعریف می‌کند. اما تمام فعالیتهای بازار، رقابتی نیستند. در بازار مراقبت‌های بهداشتی؛ قیمت، مقدار و کیفیت خدمات بهداشتی (بازده سیستم بهداشتی) توسط عرضه‌کنندگان و نیازمندان خدمات تعیین می‌شود.

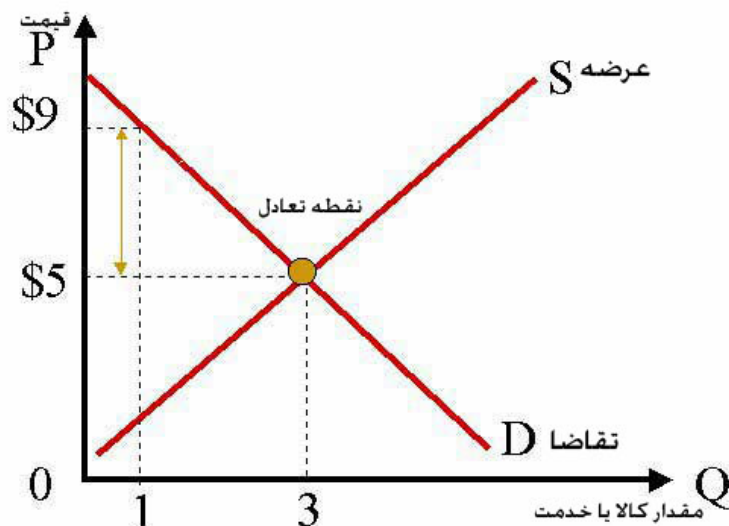
به علت خصوصیات منحصر به فرد، مراقبت بهداشتی، برخی اقتصاددان‌ها معتقدند که مراقبت بهداشتی، مقوله‌ای خاص است. آنها در مورد اینکه آیا بازارهای مراقبت بهداشتی می‌توانند ارائه کارآمد مراقبت بهداشتی به مصرف‌کنندگان را تضمین کنند، مباحثه می‌نمایند.

تحلیل‌های هزینه - منفعت و مقرون به صرفه بودن، از تکنیک‌های مورد استفاده برای قضاوت در مورد اثرات مداخلات و سیاست‌ها بر یک نتیجه خاص، مثل وضعیت بهداشتی است.

## عرضه و تقاضا

دو اصل اساسی تئوری اقتصاد خرد، عرضه و تقاضا هستند، که هر دو از قیمت تاثیر می‌پذیرند. تصویری ساده از رابطه بین عرضه و تقاضا در تصویر ۱-۱۰، آمده است. منحنی رو به بالای عرضه، نشان‌دهنده بخش مربوط به فروشنده بازار، و منحنی رو به پایین تقاضا، نشان‌دهنده تمایل خریدار به یک محصول فرضی است. همانطور که نشان داده شده است، عرضه‌کنندگان خواهان ارائه مقادیر رو به افزایش کالا و خدمات در بازار با قیمتی رو به رشد هستند. منحنی تقاضا، نشان‌دهنده مقدار کالا یا خدمتی است که مصرف‌کننده مایل است به قیمت مشخصی خریداری کند. این منحنی نشان می‌دهد که زمانی که مقادیر کمی از یک کالا یا خدمت، در بازار موجود است، قیمت بالاتر از زمانی خواهد بود که مقادیر بیشتری در دسترس است. نقطه‌ای در منحنی که منحنی‌های عرضه و تقاضا یکدیگر را قطع می‌کنند، نقطه تعادل، یا نقطه تعادل است که تمایلات تولیدکننده و مصرف‌کننده به همدیگر می‌رسند. منحنی‌های عرضه و تقاضا، تحت تاثیر عوامل زیر ممکن است به بالا یا پایین متمایل شوند:

- رقابت برای یک کالا یا خدمت
- افزایش هزینه‌های مواد مورد استفاده در ساخت یک محصول
- پیشرفت‌های تکنولوژیکی
- کمبود کالا یا خدمات
- تغییر در اولویت‌های مصرف‌کننده



تصویر ۱-۱۰ منحنی عرضه و تقاضا

تغییر منحنی های عرضه و تقاضا در واقعیت، نسبتاً پیچیده است. برای مثال، یک خدمت عمومی خاص را در نظر بگیرید که در بازار به مقدار کم موجود است، اما مصرف کنندگان خواهان خرید مقدار بیشتری از آن هستند. تولید کنندگان آن برای ساخت یا ارائه آن به بازار به زمان نیاز دارند، در نتیجه قیمت به دلیل افزایش هزینه های تولید و رساندن سریع محصول به بازار، بالا می رود.

همان طور که مقدار بیشتری از آن در بازار ارائه می شود، ممکن است تقاضای مصرف کننده برای آن، کاهش یابد، پس عرضه بالا می رود و قیمت پایین می آید.

## کارایی و اثر بخشی

دو اصطلاح دیگر هم با اقتصاد خرد مرتبط هستند: کارایی (بازدهی) و اثر بخشی (کارآمدی)، کارایی به تولید حداکثر برون داد مثل کالا یا خدمات، با استفاده از مجموعه ای از منابع داده شده (یا درون داد)، مثل کار، زمان و پول موجود، اطلاق می شود. بازدهی یعنی، ورودی ها (درون داد) به شیوه ای ترکیب و استفاده شوند که شیوه ای بهتر از آن برای تولید خدمات، یا خروجی (برون داد) وجود نداشته باشد و اینکه دیگر، ارتقایی در این شیوه، نتوان داد. کلمه کارایی معمولاً بر زمان یا سرعت انجام کارها و به حداقل رساندن مواد زائد یا ورودی بدون استفاده در طول تولید، تمرکز دارد. اگرچه این نظرات هم صحیح است، اما کارایی به کارها و همچنین فرایندهای تولید کالا یا خدمات، و پیشرفت های صورت گرفته، بستگی دارد.

از طرف دیگر، اثر بخشی به حدی گفته می شود که یک خدمت مراقبت بهداشتی به اهداف مشخص شده می رسد. یا به عبارت دیگر یک برنامه یا خدمت تا چه میزان دقیقاً به اهداف مورد نظر دست می یابد. برای مثال اثر بخشی یک دارو به این صورت است که آن دارو به چه میزان مشکلات بالینی مورد نظر را درمان می کند.



## ب- اقتصاد کلان

در حالی که اقتصاد خرد بر فرد یا یک سازمان متوجه است، تئوری اقتصاد کلان بر توصیف موارد کلی متمرکز می باشد. در اقتصاد کلان، مجموعه معمولاً یک کشور یا ملت است. عواملی مثل سطح درآمدها، اشتغال، سطح کلی قیمت ها و نرخ رشد اقتصادی در این اقتصاد، حائز اهمیت است. این رویکرد کلی برای مثال مشارکت تمام سازمانها و گروه های مراقبت بهداشتی یا تمام صنایع در کشور، از جمله صنعت مراقبت بهداشتی، در چشم انداز اقتصادی کشور را نشان می دهد.

کانون های اصلی اقتصاد کلان، چرخه اقتصادی و رشد اقتصادی هستند. این چرخه ها تحت تاثیر شمار ی از عوامل می باشند. مثلاً تغییرات سیاسی (انتخاب یک رئیس جمهور جدید)، تغییرات سیاستی (اجرای یک قانون جدید)، پیشرفت های علمی و تکنولوژیکی (آمدن دارویی جدید برای درمان افسردگی به بازار)، یا صرفاً عقیده رئیس یک شرکت معتبر مبنی بر اینکه چرخه باید تغییر کند می در حال تغییر است (مثلاً زمانی که نرخ بهره را تغییر می دهد).

رشد اقتصادی، بیانگر افزایش برون داد یک ملت است. دو معیار معمول برای رشد اقتصادی، عبارتند از: تولید ناخالص ملی (GNP)<sup>1</sup> و تولید ناخالص داخلی (GDP)<sup>2</sup>. تولید ناخالص ملی، مجموع ارزش بازاری تمام کالاها و خدمات تولید شده در یک نظام اقتصادی در طول یک دوره زمانی (مثلاً فصلی یا سالانه) است. تولید ناخالص داخلی، مجموع ارزش بازاری برون داد کار و اموال در داخل کشور است. تولید ناخالص داخلی، تنها نشانگر برون ده ملی کشور است، در حالی که تولید ناخالص ملی نشان دهنده برون ده ملی به علاوه درآمدهای کسب شده توسط تاجران و شهروندان یک کشور، چه در داخل و چه به صورت بین المللی است. در این مبحث بر تولید ناخالص داخلی (GDP) تمرکز شده است.

پرستاران، هر روز با مسائل اقتصاد خرد و اقتصاد کلان مواجهند. برای مثال، زمانی که بیماران را به مراکز خدمات ارجاع می دهند، بیماران و سایرین را از هزینه خدمات آگاه می کنند، نیاز جامعه به یک خدمت خاص را ارزیابی می کنند، دسترسی بیماران به خدمات را برآورد می نمایند، و پاسخ ارائه دهندگان و آژانس های بهداشتی به نیاز بیماران را مشخص می کنند، تحت تاثیر اقتصاد خرد قرار دارند. پرستارانی که با مجموعه افراد یا جوامع کار می کنند، با مسائل اقتصاد کلان مواجهند، مثل سیاست های بهداشتی که توسعه بهداشتی برنامه های جدید را ممکن می سازند، بودجه محلی، استانی، و کشوری که از برنامه های خاص حمایت می کند و اثر کلی که خدمات بر ارتقاء بهداشت جامعه می گذارند. به طور خلاصه داشتن دانش در مورد اقتصاد بهداشت می تواند توانایی پرستار برای درک یک موقعیت و بحث در مورد آن برای برآوردن نیاز جامعه را افزایش دهد.

## ابزارهای تحلیل اقتصادی

روش های اصلی مورد استفاده در ارزیابی سود بخش بودن یک مداخله عبارتند از تحلیل هزینه - منفعت (CBA)<sup>3</sup> و تحلیل هزینه اثربخشی (CEA)<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Gross National Product

<sup>2</sup> Gross Domestic Product

<sup>3</sup> cost benefit analysis

<sup>4</sup> Cost -effectiveness analysis

## ۱- تحلیل هزینه - منفعت (CBA)

CBA بهترین این روش ها به حساب می آید. به صورت ساده CBA شامل فهرست بندی تمام هزینه ها و منافع است که انتظار می رود در طول یک زمان معین، از یک مداخله حاصل شود.

CBA مستلزم این است که تمام هزینه ها و منافع، مشخص باشند و بتوان آنها را به صورت واحد پولی اندازه گیری کرد. این مشکل اصلی استفاده از CBA است. اگرچه برآورد هزینه های پولی مستقیم یک برنامه مراقبت بهداشتی تقریباً آسان است، اما اندازه گیری منافع و هزینه های غیر مستقیم، از قبیل اندازه گیری منافع مثل ارتقاء سلامت جامعه ناشی از یک برنامه خاص و هزینه های تحمیلی ناشی از نبودن آن برنامه به جامعه، ارزش زندگی های از دست رفته به علت عدم دسترسی به خدمات مراقبت بهداشتی، بسیار مشکل است.

## ۲- تحلیل هزینه اثربخشی (CEA)

اگرچه اطلاعات مورد نیاز برای CEA همانند CBA است، اما لازم نیست که در CEA ارزش واحد پولی، در نطیح (نتیجه ای مثل کیفیت زندگی) لحاظ شود. بهترین استفاده از CEA به هنگام مقایسه دو یا چند استراتژی یا مداخله هایی است که نتایج بهداشتی مشابهی بر روی جمعیت دارند. هر دو ابزار CEA و CBA برای پرستاران به منظور تحلیل نیازهای جامعه و توسعه، پیشنهاد، اجرا و ارزیابی برنامه ها برای برآوردن نیازهای بهداشتی جامعه، مفید هستند. در هر دو مورد، هزینه یک برنامه یا مداخله خاص به طور مرتبط با پول صرف شده و نتیجه گرفته شده بررسی می شود. در کار عملکرد مبتنی بر شواهد، استفاده از CEA در مراقبت بهداشتی نشان داده شده است.

یک هدفی که معمولاً به هنگام CEA در مراقبت بهداشتی استفاده می شود، ارتقاء کیفیت زندگی منطبق با سالهای عمر (QALYs) برای بیماران است.

QALYs مجموع سالهای عمر ضربدر کیفیت زندگی در هر کدام از آن سالها است.

در QALYs دو ارزش صفر (مرگ) و یک (سلامت کامل) برای نشان دادن کیفیت زندگی در طول یک دو ره سالی فرضی اختصاص می یابد. در انجام یک CEA هزینه برنامه یا مداخله با بهبود واقعی یا مورد انتظار کیفیت زندگی بیمار مقایسه می شود. از QALYs معمولاً در دعوی های طبابت غلط (یا مشکلات ناشی از سهل انگاری های پزشکی) استفاده می شود تا به بیماران صدمه دیده از مراقبت بهداشتی، پول پرداخت شود.

براساس اهداف برنامه یا مداخله، اثربخش ترین ابزار ارائه یک خدمت (بخصوص در اجرای کوتاه مدت)، الزاماً کم هزینه ترین آن نیست. این مطلب به خصوص در مورد بهداشت عمومی صحیح است، زیرا سودآور بودن یک فعالیت پیشگیرانه، مگر با گذر زمان در آینده، مشخص نمی شود. برای مثال برآورد مجموع صرفه جویی هزینه ای یک برنامه ترک سیگار در جامعه در یک پروژه ۱۰ ساله شاید مشکل باشد. پس از ۱۰ سال می توان تعداد موارد یا مرگ های ناشی از سرطان ریه را با ۱۰ سال پیش از برنامه مقایسه کرد، و منفعت برنامه ترک سیگار را مشخص کرد.

## عوامل تاثیر گذار بر هزینه های مراقبت بهداشتی

اقتصاددانان، ارائه دهندگان، پرداخت کنندگان و سیاستمداران بهداشتی، توضیحات مختل فی برای میزان سریع افزایش مخارج بهداشتی در مقایسه با رشد جمعیت بیان کرده اند. اینکه افراد با گذر زمان، بیشتر از مراقبت بهداشتی استفاده می کنند، توضیح مناسبی نیست. عوامل زیر به طور متناوب به عنوان دلایلی برای افزایش مخارج کلی و سرانه مراقبت بهداشتی در ۴۰ سال گذشته، بیان شده اند: ۱- تغییرات جمعیت شناسی، ۲- تکنولوژی و فراوانی خدمات، ۳- بیماری های مزمن، ۴- تورم.

### ۱- تغییرات جمعیت شناسی

یک تغییر جمعیت شناسی عمده که در بعضی از کشورها مثل آمریکا در حال رخ دادن است، مسن شدن جمعیت می باشد. تغییرات جمعیتی متاثر از بیماریهایی مثل ایدز و از اپیدمی های وابسته به مواد شیمیایی است. این تغییرات، اشاراتی ضمنی برای خدمات بهداشتی ارائه دهندگان دارد و بر هزینه های کلی مراقبت بهداشتی تاثیر می گذارد. از آنجایی که اکثریت سالخوردهگان و سایر جمعیت های خاص، خدمات را از طریق برنامه ه ای دارای بودجه عمومی دریافت می کنند، نیازهای بهداشتی رو به رشد در بین این جمعیت ها، اثر عمده ای بر هزینه ها، پرداخت ها، و ارائه دهندگان مرتبط با برنامه های تامین خدمات درمانی نیازمندان (مدیکید) و خدمات بهداشتی برای سالمندان (مدیکر) داشته است.

انتظار می رود که جمعیت در حال سالمند شدن، بیشتر از هر عامل جمعیت شناسی دیگر، بر خدمات بهداشتی تاثیر بگذارد. اگرچه بسیاری از سالخوردهگان، مستقل و فعال هستند، احتمال دارد به بیماریهای مزمن مختلفی دچار شوند که ممکن است ناتوان کننده باشند. سالخوردهگان سه برابر بیشتر از جمعیت عادی به بیمارستان آورده می شوند و متوسط مدت اقامت آنها در بیمارستان سه روز بیشتر از متوسط کل است. آنها بیشتر به پزشکان مراجعه می کنند و نسبت به جمعیت عادی، درصد بیشتری از ساکنین آسایشگاه ها را تشکیل می دهند.

امید به زندگی و وضعیت بهداشتی، در بعضی کشورها افزایش یافته است، اما سالخوردهگان همچنان سهم بزرگی از منابع مالی را مصرف می کنند. ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی، نگران رشد جمعیت سالخوردهگان هستند. زیرا منابع مالی عمومی هنوز به مقدار کافی نرخ بازپرداخت خود را افزایش نداده اند، تا بتواند تورم را جبران کنند و بنابراین ارائه دهندگان، از ویزیت بیماران سالخورده هر سال پول کمتری به دست می آورند.

مسن شدن جمعیت، نگرانی هایی هم در مورد تامین بودجه مراقبت بهداشتی آنها به وجود می آورد، زیرا نسبت افراد شاغل به افراد بازنشسته، تغییر می کند. اکثریت مالیات بردرآمد و تمامی مالیات حقوق بگیران تامین اجتماعی را، افراد شاغل می پردازند. پایه مالی برنامه خدمات پزشکی (مدیکر) در آمریکا، با افزایش سن جمعیت و افزایش نرخ بازنشستگی، و با کاهش تعداد نیروی کار، کاهش می یابد. در نتیجه، برخی سیاست گزاران معتقدند که مدیکر و اصلاحات سیستمی باید بودجه مناسب و ارائه خدمات مراقبت بهداشتی به جمعیت در حال پیر شدن را تضمین کنند.

گزینه های اصلاح سیاست بهداشتی، شامل افزایش محدودیت های سنی، بررسی استطاعت مالی (یعنی تشخیص کمبود منابع مالی) برای واجد شرایط مدیکر بودن، پوشش بیشتر برای بیمه مراقبتی بلند مدت، افزایش مشوق ها برای پیشگیری،

و سازماندهی ارائه خدمات و فضای مراقبتی ارزان تر و کارآمدتر (برای مثال، سازماندهی مراقبت های مدیریت شده) می باشد.

## ۲- تکنولوژی و فراوانی خدمات

معرفی تکنولوژی های جدید، ارائه مراقبت را افزایش می دهد، اما باعث احتمال افزایش هزینه های مراقبت هم می شود. با معرفی تکنولوژی های جدید و پیچیده تر به سیستم، هزینه ها معمولاً بالاتر می روند. با این حال، معمولاً بیماران خواستار دسترسی به تکنولوژی و ارائه دهندگان خواستار استفاده از آن هستند. اما پرداخت کنندگان در تلاش برای پایین نگه داشتن هزینه های مراقبت بهداشتی، استفاده از تکنولوژی های خاصی را محدود می کنند. برای مثال، داروی «ویاگرا» که برای درمان ناتوانی جنسی تولید شده بود، نمونه ای از پیشرفت تکنولوژیکی بحث انگیز است که به محض اینکه در اختیار عموم قرار گرفت، مورد تقاضای بالا واقع شده و توسط ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی تجویز شد؛ اما به علت هزینه آن، توسط پرداخت کنندگان محدود شد. دستیابی به تکنولوژی های جدید، مستلزم سرمایه گذاری در نیروی انسانی، تجهیزات و امکانات است. علاوه بر این، تکنولوژی های جدید به هزینه های اداری اضافه می کند.

## ۳- بیماری های مزمن

براساس اطلاعات حاصل از بررسی هزینه های طبی توسط گروه پزشکی، بیماری های مزمن با احتساب هزینه ها، تعداد روزهای بستری، روزهای غیبت از کار، و ناتوانی در فعالیت، پر هزینه ترین مورد هستند. پر هزینه ترین بیماری مزمن در آمریکا (بیماری ایسکمیک قلبی) از نظر ایجاد ناتوانی در فعالیتهای زندگی روزمره در ردیف دهم قرار دارد. این بیماری های مزمن، سهم بزرگی از کل هزینه های بهداشتی سالانه به حساب می آیند.

## سیستم های پرداخت مراقبت بهداشتی

منابع دولتی و خصوصی برای پرداخت به ارائه دهندگان خدمات مراقبت بهداشتی، از چندین روش استفاده می کنند که عبارتند از ۱- بازپرداخت (مبتنی بر گذشته و مبتنی بر آینده) به سازمان های مراقبت بهداشتی، ۲- پرداخت دستمزد (به ازای خدمات انجام شده و همچنین سرانه) به متخصصین مراقبت بهداشتی، ۳- بازپرداخت برای خدمات پرستاری

## ۱- بازپرداخت به سازمان های مراقبت بهداشتی

**بازپرداخت مبتنی بر گذشته**، روش بازپرداخت سنتی است، که اجرت ارائه خدمات بهداشتی در یک سازمان بعد از ارائه خدمات، تعیین می شود. در این روش، بازپرداخت یا براساس هزینه ها یا براساس قیمت های سازمان خواهد بود.

در روش هزینه ای، به سازمان ها براساس هزینه هر واحد خدماتی (مثل بازدید بهداشتی منزل) برای درمان و مراقبت بازپرداخت داده می شود. هزینه ها شامل تمام یا درصدی از هزینه های مجاز اضافه شده است. هزینه های مجاز طبق مذاکرات پرداخت کننده و ارائه کننده تعیین می شود و شامل مواردی مثل استهلاک ساختمان، تجهیزات، و هزینه های اداری (مثل حقوق، امکانات، و تدارکات اداری) می باشد. برای مثال، واحد خدمت در سلامت خانواده دیدار در منزل

است و قیمت توافق شده، مقدار پول معینی است که به آژانس سلامت خانواده برای دیدار در منزل در منطقه ای که آژانس واقع است، داده می شود.

در روش پرداخت مخارج، به سازمانها براساس قیمت تعیین شده توسط سازمان برای ارائه یک خدمت، بازپرداخت انجام می شود. در این روش، سازمان قیمتی برای یک خدمت خاص تعیین می کند، آن خدمت را به بیمار ارائه می دهد و یک صورت حساب به مودی ارائه می کند و مودی آن را پرداخت می کند. در این روش ممکن است قیمت تعیین شده بیشتر از هزینه واقعی خدمت ارائه شده باشد. در صورت استفاده از این روش، بیمار معمولاً باید تفاوت بین مبلغ پرداخت و مبلغ قیمت را بپردازد.

**بازپرداخت مبتنی بر آینده**، روشی جدیدتر برای پرداخت به سازمانها است. که طبق آن یک مودی شخص ثالث، مبلغی پول معین می کند که قبل از ارائه خدمات به بیماران برای ارائه آن خدمات پرداخت می شود. طبق این برنامه پرداخت مودی شخص ثالث براساس پیش بینی مودی از هزینه ارائه یک خدمت خاص به سازمان بازپرداخت می دهد، این پیش بینیها براساس ترکیب موردی (انواع مختلف مددجویان با انواع، سطوح و شدت های متفاوت مشکلات بهداشتی)، تشخیص بیماری مددجو و محل جغرافیایی متفاوت است.

محرک های منفی و مثبتی در این برنامه های بازپرداختی وجود دارد. روش مبتنی بر گذشته، سازمانها را تشویق می کند تا قیمت ها را در یک بخش بالا ببرند تا ضررهای آژانس را در بخش های دیگر جبران نمایند. این ضررها ممکن است ناشی از ارائه خدمات به بیماران غیر پرداختی یا به بیماران تحت پوشش برنامه هایی باشد که مجموع هزینه های ارائه خدمات را پوشش نمی دهند. بزرگترین نقطه ضعف این سیستم، آن است که توجه کمی به هزینه های مشتمل شده می شود. این روال مطالبه بیشتر، از یک مودی برای جبران ضررهای ارائه مراقبت، جابجایی هزینه ها گفته می شود.

بازپرداخت هزینه ها به صورت آینده نگر، موجب می شود آژانس ها در محدودیت های بودجه ای باقی بمانند و خدمات کمتری ارائه کنند تا هزینه ها را پوشش دهند. اگر سازمانی به یک بیمار یا گروه بیماران خاصی مراقبت ارائه دهد و هزینه های ارائه خدمت را کمتر از میزان بازپرداخت نگاه دارد، ارائه دهنده صاحب این تفاوت قیمت می شود. اما اگر هزینه های ارائه دهنده، بیشتر از بازپرداخت گردد، ارائه دهنده باید خطر را بپذیرد و این تفاوت را پرداخت کند. نقطه ضعف اصلی این روش آن است که معمولاً سازمانها کنترل بیش از حدی روی هزینه ها اعمال می کنند و گاهی کیفیت مراقبت را پایین می آورند.

## ۲- پرداخت دستمزد به متخصصین مراقبت بهداشتی

روش سنتی پرداخت به متخصصان با عنوان دستمزد برای خدمات انجام شده، شناخته می شود و مانند روش مبتنی بر گذشته است. متخصصان هزینه های ارائه خدمات را مشخص می کنند، به بیمار خدمات ارائه می نمایند، صورت حسابی برای خدمات ارائه شده به مودی شخص ثالث می دهند و مودیان آن را پرداخت می کنند.

مبلغ سرانه همانند بازپرداخت مبتنی بر آینده برای سازمان های بهداشتی است. به طور خاص مودیان شخص ثالث، میزان دریافت پزشکان برای یک واحد مراقبت، مثل ویزیت یک بیمار، را قبل از ارائه خدمت مشخص می کنند، در نتیجه در

میزان بازپرداخت دریافت شده برای بیمار محدودیت ایجاد می شود. بر خلاف روش دستمزد به ازای خدمات انجام شده که هم خدمات ارائه شده به بیمار و هم قیمت آنها توسط پزشک تعیین می شود، در روش مبلغ سرانه، میزان پرداخت به پزشکان برای مراقبت از بیمار، بدون توجه به آن خدمت خاص ارائه شده، داده می شود. در نتیجه برای مثال پزشکان و پرستاران متخصص از قبل، از مقدار دریافتی خود برای انجام یک روتین، یک معاینه فیزیکی ساده یا معاینه فیزیکی پیچیده تر و مفصل تر، تشخیص، و درمان آگاه هستند.

در این روش برای یک دوره زمانی و مقدار پول مشخص برای ارائه خدمات به بیمار یا گروه بیماران وجه مشخصی به پزشکان پرداخت می شود. در این روش که اغلب توسط سازمان های بهداشتی مورد استفاده قرار می گیرد، پزشک با سازمان بهداشتی برای ارائه خدمات مراقبت بهداشتی به اعضای برنامه با یک اجرت از قبل تعیین شده قرارداد می بندد. قبل از توافق پزشک و سازمان بهداشتی در مورد اجرت، آنها با هم مذاکره می کنند. سازمان بهداشتی، اجرت از قبل تعیین شده را معمولاً قبل از ارائه خدمات به اعضای برنامه برای یک دوره مشخص زمانی، به پزشک می دهد.

### ۳- بازپرداخت برای خدمات پرستاری

هزینه های مراقبت پرستاری بیمارستان به طور سنتی به عنوان بخشی از قیمت کل اتاق بیمار به شمار می آید و به همان عنوان هم بازپرداخت می شود. سایر آژانس ها مثل آژانس های مراقبت بهداشتی در منزل، هزینه های مراقبت پرستاری را با هزینه های اداری، تدارکات و هزینه های تجهیزات به حساب می آورند.

سازمانهای پرستاری مدت ها است که طرفدار این عقیده اند که برای مراقبت پرستاری باید یک بودجه جداگانه در تمام سازمانها در نظر گرفته شود تا در مطالعات، بازدهی و کارایی حرفه پرستاری نشان داده شود. امروزه در آمریکا کلینیک هایی که تحت سرپرستی پرستاران هستند، به افرادی که به مراقبت بهداشتی دسترس ندارند مثل سالخوردهگان، بی خانمان ها و کودکان مدرسه ای، خدمات (مراقبت بهداشتی) ارائه می کنند. تمام این وقایع، این رشته را به سوی استقلال بیشتر حرفه پرستاری پهنه است و تبدیل به وسیله ای برای ارزیابی و ثبت مشارکت پرستاران در ارائه مراقبت شده است.

### سایر عوامل موثر بر اختصاص منابع به مراقبت بهداشتی

پوشش بیمه ای شخص ثالث، چه دولتی و چه خصوصی، تاثیر زیادی بر توزیع مراقبت بهداشتی دارد. همچنین وضعیت اجتماعی اقتصادی هم بر مصرف مراقبت بهداشتی تاثیر دارد، زیرا تعیین کننده توانایی خرید بیمه یا پرداخت نقدی مستقیم است. تاثیر موانع دسترسی به مراقبت بهداشتی و تاثیرات سهمیه بندی مراقبت بهداشتی بر توزیع مراقبت بهداشتی، در ادامه آمده است.

### - بیمه نشدگان

فرد بیمه نشده، به طور معمول، عضوی از نیروی کار یا تحت تکفل فرد شاغل است. کارکنان بیمه نشده معمولاً در مشاغل کم حقوق، مشاغل موقت یا نیمه وقت، یا مشاغلی در کسب و کارهای کوچک شاغل هستند. این کارکنان بیمه نشده نمی توانند از عهده خرید بیمه بهداشتی برآیند یا اینکه کارفرمایان به عنوان مزایای استخدام، آنها را بیمه نمی کنند.

سایر بیمه نشدگان معمولاً جوانان، به خصوص مردان جوان، اقلیت ها ، افراد زیر ۶۵ سال با سلامت خوب یا متوسط، و فقیران یا نسبتاً فقیران هستند . این افراد ممکن است توانایی پرداخت بیمه را نداشته باشند، یا اینکه تحت پوشش بیمه در محل کار خود نباشند و یا شاید به دلیل سن یا وضعیت سلامت خوب ، نیاز به بیمه را درک نکرده باشند.

## -فقران

موقعیت اجتماعی اقتصادی، به شدت با میزان مرگ و میر و بیماری برای تقریباً تمام بیماری ها مرتبط است . به عنوان مثال، طبق آمار، میزان مرگ و میر آمریکایی های فقیر با درآمد کمتر از ۱۰۰۰۰ دلار در سال، تقریباً ۳ برابر میزان مرگ و میر آمریکایی هایی با درآمد ۳۰۰۰۰ دلار یا بیشتر می باشد (حتی بعد از در نظر گرفتن سن ، جنس ، نژاد ، تحصیلات و رفتارهای مخاطره آمیز مثل سیگار کشیدن، نوشیدن مشروبات الکلی ، پر خوری و عدم ورزش ). به لحاظ تاریخی رابطه بین سلامت ضعیف و موقعیت اجتماعی اقتصادی، ناشی از مسکن نامناسب ، سوء تغذیه ، بهداشت نامناسب و مشاغل خطرناک بوده است. امروزه ، در توضیح این رابطه، اثرات فزاینده شماری از خصوصیات گنجانده شده است ، که مفهوم فقر را توضیح می دهند این خصوصیات، عبارتند از سطح تحصیلی پایین ، بیکاری یا وضعیت شغلی پایین (کارگران غیر ماهر) و دستمزد پایین.

## -دسترسی به مراقبت

از پوشش بیمه ای ، معمولاً به عنوان بلیتی برای دسترسی به مراقبت بهداشتی استفاده می شود (یعنی پوشش بیمه ای ، فرصتی برای دستیابی به خدمات بهداشتی ارائه می کند ). در حقیقت، دسترسی به مراقبت فراتر از پوشش بیمه ای است . احتمالاً فقیران و افراد نزدیک به فقر کمتر به یک منبع معمول مراقبتی دسترسی دارند، بیشتر از سایرین، مراقبت های درمانی مورد نیاز را به تاخیر می اندازند، کمتر از خدمات پیشگیرانه استفاده می کنند، و متعاقباً بیشتر به دلیل بیمارهایی قابل اجتناب بستری می شوند.

دلایل اصلی تاخیر، مشکل بودن یا ناکامی در دسترسی به مراقبت، عبارتند از ناتوانی در پرداخت هزینه های مراقبت بهداشتی و دلایل مرتبط با بیمه ، از جمله عدم تایید پوشش، یا پرداخت بیمه گر برای مراقبت ؛ داشتن بیماری از قبل ؛ و امتناع پزشکان از پذیرفتن برنامه بیمه ای . سایر موانع عبارتند از مشکلات حمل و نقل ، موانع جسمی ، مشکلات ارتباطی، نیازهای مراقبتی کودکان، کمبود وقت یا اطلاعات یا امتناع ارائه کنندگان از ارائه خدمات . علاوه بر این ، کمبود ارائه مراقبت بعد از ساعات اداری ، انتظار طولانی در مطب ، و مسافت طولانی به عنوان موانع دسترسی بیان شده اند. خصوصیات جامعه هم در توانایی افراد برای دسترسی به مراقبت نقش دارند . برای مثال ، رواج مراقبت مدیریت شده و تعداد ارائه دهندگان شبکه سلامت، و همچنین ثروت و بزرگی جامعه ، بر قابلیت دسترسی تاثیر دارند.

## رفرنس

- ایلدرآبادی، اسحق، «درسنامه پرستاری بهداشت جامعه ۱، ۲، ۳»، انتشارات نشر جامعه نگر، ۱۳۹۱.
- حسینی، سید وحیده، جعفری، نسرین، «پرستاری بهداشت جامعه (۲)»، انتشارات نشر جامعه نگر، ۱۳۸۹.
- حلم سرشت، پیروش، دل پیشه، اسماعیل، «پرستاری بهداشت جامعه (۲)»، انتشارات چهر، ۱۳۸۳.