

روان‌شناسی سلامت

(با رویکرد پزشکی)

آن عده از ما که در دهه ۱۹۷۰، تدریس روانشناسی و جامعه‌شناسی را به دانشجویان پزشکی آغاز کردیم، با وظیفه ناامیدکننده‌ای روبرو شدیم که طی آن مجبور بودیم به صدها ساعت تدریس آناتومی، بیوشیمی، فیزیولوژی و داروشناسی دانشجویان در ۲ سال اول دوره پیش از بالینی، ساعاتی از تدریس را اضافه کنیم. تدریس در آن زمان، هنوز واژه قابل قبولی بود. آن دوره تقریباً دو دهه قبل از زمانی بود که موج جدید آموزش پزشکی تدریس را منع نمود و یادگیری دانشجوی محور را جایگزین آن کرد. البته حتی در آن زمان هم، تدریس یک واژه گمراه‌کننده بود؛ زیرا عمدتاً شامل وارد کردن زورکی حقایق علمی به مغز دانشجویان و سپس استفراغ آن مطالب در زمان امتحان بود و عمده آن مطالب خوشبختانه بعداً فراموش می‌شد. از دیدگاه روان‌شناسی و جامعه‌شناسی این یک معضل بود زیرا مطالب این رشته‌ها مناسب یادگیری طوطی‌وار نیستند و یادگیری آنها نیاز به تفکر، ارزیابی و گفتگو دارد؛ اما مقتضیات و تراکم برنامه آموزش قدیمی این مهارت‌های دانشگاهی پایه را تشویق نمی‌کرد. مطالب آموزشی ما اغلب از این جهت مورد انتقاد بود که صرفاً مطالبی بدیهی و مربوط به عرف عام است. در آن لحظات تیره، اغلب این طور به نظر می‌رسید که در جُنگ دانشکده طب در مواقعی که حقایقی منتقل نمی‌شد یا مستلزم نوعی چاشنی بود، در بهترین شرایط مطالب ما حالت نوعی سرگرمی داشت.

البته اثر شاخص شورای کلی پزشکی به نام «پزشکان فردا» نقطه پایانی بر این جُنگ بود. توصیه‌های انجام تغییر برنامه درسی و تبدیل آن به یک یادگیری دانشجوی محور که مبتنی بر تماس زودرس با بیمار و رویکرد مسئله‌مدار است، به نحوی خلاق در برنامه آموزش پزشکی بریتانیا اجرا شد. محیط فعال و متفکرانه یادگیری امروز از روانشناسی و جامعه‌شناسی حمایت می‌کند و امروزه دانشجویان این بخت را دارند که ویرایش دوم کتاب روانشناسی و جامعه‌شناسی برای دانشجویان پزشکی تجربه دانشجویی آنها را غنا می‌بخشد.

فقط ۵ سال پس از ویرایش اول این کتاب، ویرایش دوم آن به مدلی برای نوعی از یادگیری تبدیل شد، که اینک در تمام دانشکده‌های پزشکی بریتانیا تثبیت شده است. این چاپ تمام نقاط قوت چاپ قبلی را داراست (خلاصه مطالب و پرسش‌های کلیدی، بخش‌های «ایست، فکر کنید» برای تشویق تفکر در دانشجوی، مطالعات موردی روشنگر و ارائه منابعی برای مطالعات عمیق‌تر). همچنین این ویراست نشان می‌دهد چگونه روش‌شناسی، نظریات و مفاهیم روانشناختی و جامعه‌شناسی تحقیقات را در تقریباً تمامی حوزه‌های طب تحت تأثیر قرار می‌دهند. کمتر شیوه‌ای می‌تواند به این اندازه بر ارتباط و اهمیت این رشته‌ها برای دانشجوی پزشکی تأکید کرده و همکاری افرادی را که قرار است در آینده در زمینه تحقیقات پزشکی فعالیت کنند با روانشناسان و جامعه‌شناسان تشویق کند. در این چاپ چندین فصل جدید نیز ارائه شده است. بخش جامعه و سلامت فصول مهمی در مورد «کیفیت زندگی»، «رسانه‌ها و سلامت» و «جنبه‌های اجتماعی سالمندی» دارد. در بخش «بیماری و ناتوانی» سه فصل جدید ارائه شده است که به دغدغه‌های معاصر در مورد افزایش اهمیت دیابت شیرین، آسم و بیماری انسدادی مزمن ریه و اختلال استرس پس‌آسیبی پرداخته‌اند. این فصول در کارکرد این کتاب برای تسهیل توصیه‌های شورای پزشکی در زمینه ادغام علوم رفتاری در برنامه آموزش پزشکی (بخصوص در سال‌های آخر که بیشتر وقت دانشجوی در محیط‌های بالینی سپری می‌شود) نقش مهمی دارند. در بخش مقابله با بیماری و ناتوانی، فصلی تحت عنوان درمان‌های مکمل ارائه شده است. این موضوع از نظر روانشناسی و جامعه‌شناسی اهمیت زیادی دارد اما در چاپ نخست کتاب چندان مورد توجه قرار نگرفته بود.

گروه نخست دانشجویانی که در برنامه جدید و با محیط یادگیری فعال آموزش دیدند، فارغ‌التحصیل شده‌اند و به دوره کارورزی و بعد از آن رسیده‌اند. برای بسیاری از این افراد چاپ نخست این کتاب بخشی از دوره آموزشی آنها بوده است. مشاوران با تجربه - لفظ محترمانه در مورد مشاوران قدیمی - از تفاوت این دانشجویان با دانشجویان قدیمی که دوره‌های آموزشی قدیمی با تأکید بسیار بر دانش مبتنی بر حقایق علمی را گذرانده‌اند هراسناکند. هرچند نظر مشاوران در مورد عمق دانش این فارغ‌التحصیلان جدید متفاوت است اما همه آنها در این نکته متفق‌القولند که این پزشکان جوان در ارتباط با بیماران از اعتماد بنفس و کفایت بیشتری برخوردارند و از عوامل اجتماعی و روانشناختی مرتبط با مراقبت بیماران خود آگاهی و درک قابل ملاحظه‌ای دارند. ویرایش دوم روانشناسی و جامعه‌شناسی برای دانشجویان پزشکی مسیر ویراست اول را ادامه می‌دهد و به رشد و درک این مهارت‌ها در افرادی که اخیراً آموزش پزشکی را گذرانده‌اند و کسانی که فعلاً دانشجوی هستند کمک می‌کند.

جا دارد این پیشگفتار را با این مطلب به پایان برسانیم که چندین فصل چاپ اول و دوم این کتاب را پاملا بالدوین نگاشته است که روانشناس بالینی بود. با نهایت تأسف پاملا در فاصله انتشار چاپ اول و دوم کتاب درگذشت، در چاپ دوم فصول مربوط به او را مؤلفین همکار به روز کرده‌اند و بخصوص فصل مربوط به افسردگی که سوزان میشی آن را بازنگری نمود دستخوش تغییرات زیادی شده است. این کتاب را به پاملا بالدوین تقدیم می‌کنیم که در این درسنامه نقش مهمی داشت و تمام کسانی که او را می‌شناختند و با وی کار کرده‌اند او را صمیمانه به یاد خواهند داشت.

کیت میلر

استاد بخش طب روانشناسی

دانشکده پزشکی دانشگاه گلاسکو

به نام خداوند جان و خرد کزین برتر اندیشه بر نگذرد

هر کس مدتی به آموزش پزشکی در کشور ما پرداخته باشد به زودی درمی یابد در کنار نقاط قوت آموزش فعلی و به تبع آن دانشجویان پزشکی، چند نقطه ضعف جدی وجود دارد. شاید یکی از مهمترین جنبه‌های طب که مورد غفلت قرار گرفته است رویکرد «کل نگر» (holistic) به انسان است. دانشجوی پزشکی با ورود به هر بخش بالینی آنقدر غرق در یادگیری بیماری‌های مختلف مربوط به بخش یا سیستم خاصی از بدن می‌شود که گاه فراموش می‌کند که با انسان دردمندی مواجه است که کژکاری بخشی از جسم او، تمام وجودش را متأثر و متألم ساخته است. متأسفانه کم‌توجهی به دو بعد مهم سلامت یعنی ابعاد روانی و اجتماعی، رابطه پزشک و بیمار را به یک رابطه خشک مکانیکی تقلیل می‌دهد. به‌نظر می‌رسد اکنون زمان آن فرا رسیده است که زنگ خطر برای برنامه‌ریزان آموزش پزشکی نواخته شود که در صورت ادامه این روند و فقدان چاره‌اندیشی عاجل، مهم‌ترین و در عین حال ساده‌ترین و کم‌هزینه‌ترین پیش‌نیازهای یک درمان جامع و مؤثر، در میان گردوغبار ناشی از سبقت مهارت‌گسیخته در دستیابی به تکنولوژی‌ها و تکنیک‌های گران‌قیمت و پیشرفته، گم و به دست فراموشی سپرده شود.

کتاب حاضر، یکی از معدود کتاب‌هایی است که به جنبه‌های بسیار مهم و در عین حال مغفول آموزش پزشکی در کشور ما پرداخته است. برخی از این جنبه‌های بسیار مهم عبارتند از: جنبه‌های اجتماعی سلامت، توجه به دیدگاه سلامت‌نگر در آموزش پزشکی، پرداختن به برخی از مهمترین جنبه‌های رابطه پزشک - بیمار، مفهوم ناتوانی ناشی از بیماری‌های مختلف و... . یقین دارم دانشجوی پزشکی با استفاده مناسب از این کتاب می‌تواند به دانش ضروری برای کسب مهارت‌هایی دست یابد که در کمتر جایی امکان آن را خواهد یافت. به عنوان نمونه در آموزش فعلی دانشجو یاد می‌گیرد که چگونه بیماری را تشخیص دهد و چگونه درمان نماید ولی دانشجو نمی‌داند که چگونه خبر ناخوشایند تشخیص یک بیماری صعب‌العلاج را به بیمار بگوید یا در صورتی که بیماری، درمان مؤثری ندارد یا ناتوانی خاصی را سبب شده است چگونه به بیمار کمک کند تا با آن به عنوان یک واقعیت تلخ کنار آید؟

از نقاط قوت کتاب حاضر، متن روان و در عین حال نگارش ساده آن است که شیرینی مطالعه آن را دوچندان می‌کند به ویژه آنکه برگردان شیوا به زبان فارسی توسط دوست و همکار عزیزم جناب آقای دکتر فرزین رضاعی صورت گرفته است که هم از مترجمین توانای متون پزشکی و روان‌شناسی است و هم از روان‌پزشکان برجسته سال‌های اخیر کشور. در ضمن بر خود لازم می‌دانم از زحمات ارزشمند دوست و همکار گرامی جناب آقای دکتر محسن ارجمند نیز سپاسگزاری نمایم که با حمایت از انتشار کتاب‌های ارزشمند در حوزه پزشکی، روان‌پزشکی و روان‌شناسی از جمله کتاب حاضر، خدمات قابل توجهی ارائه نموده‌اند.

همایون امینی

دانشیار گروه روانپزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه چاپ دوم

خوشحالیم که چاپ اول کتاب روانشناسی و جامعه‌شناسی برای دانشجویان پزشکی که در سال ۱۹۹۹ منتشر شد، با موفقیت روبرو شد. این کتاب از آن زمان ۴ بار تجدید چاپ شده است و دانشجویان پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی از آن استقبال کرده‌اند. مراقبت پزشکی و درک ما از فرایندهای روانی و جامعه‌شناختی مؤثر بر سلامت، واکنش بیماران به سیستم‌های مراقبت بهداشتی و تجربیات متخصصین مراقبت‌های بهداشتی از ۱۹۹۹ تاکنون تغییر کرده است. بنابراین چاپ دوم این کتاب فرصتی فراهم نمود که بر روی موضوعات کلیدی تأمل کنیم، پیشرفت‌های اخیر را مرور کرده و وارد حوزه‌های جدید شویم. ما متن کتاب را به روز کردیم برخی فصل را به آن افزوده و برخی فصول را از آن حذف نمودیم. این فرایند با تبخّر ویراستار چهارم و جدید کتاب یعنی دکتر ادوین ون تیجلینگن^۱ تسهیل گردید.

ما همچنان به دیدگاه‌هایی که در مقدمه چاپ اول کتاب مطرح شد پایبندیم. باگسترش برنامه درسی جدید پزشکی در بریتانیا و سطح جهان، مشخص شد درک فرایندهای روانشناختی و جامعه‌شناختی در مراقبت بهینه و سیاست‌های مراقبت بهداشتی مؤثر در سطح ملی نقش حیاتی دارند. جمعیت رو به افزایش بیماران تحصیلکرده، نیاز به مهارت‌های بین فردی بیشتر را در بین متخصصین مراقبت‌های بهداشتی برجسته‌تر ساخته است و بر اهمیت ارتباط کلامی برای درک و شروع تغییرات رفتاری افزوده است.

برنامه آموزش پزشکی در بریتانیا و نقاط دیگر، به نحو فزاینده‌ای روانشناسی و جامعه‌شناسی را در مباحث مربوط به مراقبت و درمان بیماری‌ها یا سیستم‌های فیزیولوژیک مختلف ادغام کرده‌اند. این کتاب به دنبال آن است که روانشناسی سلامت و جامعه‌شناسی پزشکی در دسترس دانشجویان پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی قرار گیرد. کتاب حاضر همچنین یافته‌های تحقیقات روانشناسی و جامعه‌شناسی را در ارائه مراقبت و درمان در مراکز مراقبت‌های بهداشتی ادغام نموده است. کتاب مقدمه و سبکی دارد اما بر روی مطالب کلیدی تمرکز کرده است، تا دانشجویان پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی بتوانند مطالب را سریعاً جذب کنند. امیدواریم که کتاب جامعه‌شناسی و روانشناسی برای دانشجویان پزشکی خوانندگان را به پیگیری موضوعات در عمقی بیشتر تشویق کند. ما منابع سال‌های اخیر را اضافه کرده‌ایم و اغلب مطالعات موردی را از مجلات بهداشتی و پزشکی استخراج کرده‌ایم نه از مجلات علوم اجتماعی یا روانشناسی.

صورت‌بندی کلی کتاب شبیه چاپ اول است اما در زمینه تعداد و محتویات بخش‌ها و فصول مرتبط با آنها تغییراتی داده شده است. بخش ۱ از بارداری تا سالمندی را در برمی‌گیرد، اما بخش دوم شامل فصول جدیدی در مورد هوش و هیجان است. برخی فصول را در بخش سه (سلامت و جامعه) جایجا کردیم و فصولی را در مورد کیفیت زندگی، رسانه‌ها و سلامت و جنبه‌های اجتماعی سالمندی اضافه کردیم. در بخش ۴ ارتقاء سلامت و سایر مطالب مرتبط با سلامت عمومی را لحاظ نمودیم. برای مثال فصول جدید در مورد مصرف سیگار و خوردن، بازتاب نگرانی‌های موجود در مورد تأثیر سبک زندگی بر سلامت عمومی است. بخش ۵ شامل فصولی در مورد ارتباط و فصل جدیدی در زمینه دارونما است. بخش ۶ بر مشکلات و مسائل اختصاصی سلامت متمرکز شده است و شامل فصول جدیدی در مورد افسردگی و اختلال استرس پس‌آسیبی، بیماری‌های تنفسی و دیابت است. در بخش ۷ دیدگاه مثبتی در مورد نحوه کمک افراد، متخصصین بهداشتی و جامعه به مردم برای مقابله با معلولیت و مشکلات بهداشتی ارائه شده است. فصل جدیدی در مورد درمان‌های مکمل ارائه شده که در واقع افزودن این فصل بازتاب علاقه مردم به مراقبت از خود و جایگزین‌های طب سنتی است. فصل جدیدی هم در مورد درد اضافه شد که نشانگر پیشرفت‌های حاصله در این حوزه است. مراقبت‌های بهداشتی همواره به سازمان خدمات بهداشتی وابسته بوده است و این موضوع در بخش ۸ مورد بررسی قرار گرفته است. سرانجام بخش آخر (این موضوع چقدر در مورد شما صدق می‌کند؟) بر تجربیات کسانی متمرکز است که در مراکز مراقبت‌های بهداشتی کار می‌کنند.

خبر درگذشت دکتر پاملا پیش از انتشار چاپ دوم کتاب ما را بسیار غمگین کرد. او در برنامه‌ریزی نگارش ویراست اول کتاب نقش مهمی داشت و جای خالی شور و شوق، بصیرت و سبک فصیحش به شدت احساس می‌شود.

ما در این چاپ نیز همچون چاپ اول، ویرایش‌های لازم را اعمال کرده‌ایم، اما مسئولیت نهایی مطالب کتاب بر عهده مؤلفین است.

مقدمه چاپ اول

هدف این درسنامه ارائه مفاهیم، نظریات و تحقیقات روانشناسی و جامعه‌شناسی مرتبط با طب در سطحی وسیع و جذاب برای دانشجویان پزشکی است. اگر طب بخواهد در حفظ سلامت و رفاه مردم مؤثر عمل کند باید نسبت به معنای سلامت و بیماری در زندگی مردم و درک آنها از روابط خود با پزشکان و سایر متخصصین مراقبت‌های بهداشتی حساس باشد. این مسائل و مسائل مشابه دیگر، موضوع مورد بررسی محققینی است که در جامعه‌شناسی پزشکی و روانشناسی سلامت کار می‌کنند. به این دلایل روانشناسی و جامعه‌شناسی در برنامه آموزش پزشکی ضروری محسوب می‌شوند (شورای پزشکی ۱۹۹۴). این کتاب عمدتاً با در نظر گرفتن نیاز دانشجویانی طراحی شده است که در دوره‌های سیستم مدار و مسئله مدار یکپارچه جدید پزشکی آموزش می‌بینند که در بریتانیا و نقاط دیگر دنیا ارائه می‌شود.

مطالب به شکلی قابل دسترس و در قالب‌های دو صفحه‌ای ارائه شده است. هر بخش دو صفحه‌ای به موضوع خاصی اختصاص داده شده و مطالعه موردی، سؤالاتی برای تفکر بیشتر و نکات کلیدی خاص خود را دارد. اما در این بخش‌های دو صفحه‌ای ارجاع به سایر جاهای کتاب داده شده است به طوری که کتاب به شکل یک کلیت یکپارچه ارائه شده است.

البته هیچیک از این موضوعات به میزان کافی در دو صفحه قابل تشریح نیستند، اما همه آنها را می‌توان به این شکل ارائه نمود. هر مطلب دو صفحه‌ای ارجاع‌های کلیدی را ارائه کرده است که دانشجو می‌تواند آنها را دنبال کند اما هر یک از مربیان و سازماندگان دوره‌های آموزشی بدون شک مطالب بیشتری را برای مطالعه توصیه خواهند کرد که مطالب کتاب را با دوره یا واحد خاص ارائه شده مرتبط می‌سازد.

آموزش و یادگیری روانشناسی و جامعه‌شناسی در ارتباط با سلامت، بیماری و طب اغلب با دو مانع عمده برخورد می‌کند: ۱- روانشناسی و جامعه‌شناسی (برخلاف علوم زیستی طبی) به جنبه‌هایی از تجربه روزمره ما می‌پردازند. ممکن است تصور کنیم مطالب آشنایی مانند «علت عدم پیروی بیماران از دستورات پزشک» را از قبل می‌دانسته‌ایم. همانگونه که فریتز هیدر مطرح کرد، یکی از وظایف روان‌شناسان و جامعه‌شناسان آن است که این حجاب بدهی بودن را کنار زنند. ۲- مردم تلاش می‌کنند دنیای شخصی و اجتماعی خود را درک کرده و به آنها معنا ببخشند و همین واقعیت سبب می‌شود انجام تحقیقات اجتماعی و رفتاری بدون تأثیر بر گفتار و رفتار افراد مورد مطالعه دشوار شود.

بنابراین برای مثال پرسش از بیماران در مورد اینکه آیا دارویشان را مصرف کرده‌اند یا خیر، اگر با دقت مطرح نشود پاسخ‌هایی را برمی‌انگیزد که بیماران فکر می‌کنند محقق دوست دارد بشنود و دلایل واقعی را مطرح نخواهند کرد. پرسش از پزشکان که چرا بیماران داروهای آنها را مصرف نمی‌کنند ممکن است سبب شود پزشک به نقش خود در این فرایند بیندیشد و رفتارش را تغییر دهد. این احتمالات سوگیری و تأثیرگذاری، بخصوص برای تفکر انتقادی دانشجویان و ارزیابی فرضیات، یافته‌ها و روش‌های مطالعات پژوهشی مختلف اهمیت دارد.

به این ترتیب منابع و ارجاع‌های کتاب صرفاً برای تشویق دانشجویان به مطالعه عمیق‌تر یک موضوع ارائه نشده‌اند، بلکه علاوه بر این هدف از آنها تفکر انتقادی در مورد استدلال‌ها و شواهد ارائه شده در این منابع نیز هست. حیات روانشناسی و جامعه‌شناسی مرهون مجادلات و مباحثات است. جزئیات مطالعات پژوهشی غالباً در کادرهای خاصی ارائه شده‌اند و دانشجویان تشویق به تفکر انتقادی شده‌اند. طب مبتنی بر شواهد مفهومی است که علاوه بر کار بالینی در علوم رفتاری نیز کاربرد دارد.

این کتاب شامل نه بخش است و با توصیف رشد طبیعی انسان و مشکلات شایع سلامتی مرتبط با دوره حیات آغاز شده است. بخش دوم به این سؤال پرداخته است: «انسان چگونه رشد می‌کند؟» و بر رشد برخی فرایندهای روانشناختی کلیدی مانند رشد زبان، شخصیت و تمایلات جنسی متمرکز شده است. در بخش سوم به این سؤال پرداخته شده است: «رفتار و سلامت ما تا چه حد بر اثر شرایط اجتماعی زندگی محدود می‌شود؟» و علاوه بر آن شامل فصل‌هایی در مورد مفاهیم و سنجش سلامت، بیماری و ناخوشی است. در بخش ۴ بحث اختصاصی تری در مورد تعامل عوامل شخصی و اجتماعی و تأثیر آنها بر خطر بروز بیماری‌ها ارائه شده است. در بخش ۵ موضوع رفتار پرخطر مطرح شده است و در این بخش موضوعات پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقاء سلامت در قالب رفتار فردی و رفتار دولت و سازمان‌های بزرگ تشریح شده است.

در بخش‌های ۶ و ۷ تمرکز بحث‌ها از ارتقاء سلامت به سمت رفتار بیماری سوق یافته است. بخش ۶ بر آنچه افراد در هنگام احساس بیماری یا نگرانی در مورد سلامتی خود انجام می‌دهند و تجربه آنها از مراجعه به پزشک و بیمارستان متمرکز شده است. در این بخش همچنین مهارت‌های ارتباطی پزشکان مرور شده است. در بخش ۷ شماری از اختلالات اختصاصی انتخاب شده و در مورد تجربه افراد از این بیماری‌ها و نحوه واکنش به آنها بحث شده است. همچنین طیفی از شیوه‌های کمک به افراد برای مقابله با بیماری و ناتوانی توصیف شده‌اند.

در بخش ۸ برخی مشکلات و مسائل مرتبط با شیوه‌های مختلف سازماندهی خدمات بهداشتی تشریح شده‌اند و در بخش ۹ تجربه دانشجوی پزشکی بودن و پزشک تازه کار بودن بررسی شده و با بحثی در مورد مسائل حرفه‌ای و اخلاقی پایه پایان یافته است.

بعید است که یک درسنامه مقدماتی را بتوان به شکلی جامع تهیه نمود و ما می‌دانیم برخی موضوعات مهم در این کتاب نیامده‌اند و به برخی موضوعات فقط با رویکرد روانشناختی (و نه جامعه‌شناختی) پرداخته شده است و برعکس. اما امیدواریم نحوه پوشش مطالب و سبک ارائه آنها برای دانشجویان جذاب بوده، علاقه آنها را به جنبه‌های روانی اجتماعی سلامت، بیماری و طبابت برانگیزد و آنها را به پیگیری علایق خود در عمقی بیشتر تشویق کند.

برخی کنترل‌های ویراستاری از سوی هیئت ویراستاران و ویراستاران اصلی اعمال شده است، اما مسئولیت نهایی هر فصل بر عهده خود نویسندگان است. جا دارد از هیئت ویراستاران و مؤلفین کتاب تشکر کنیم که مشتاقانه به اظهارنظرها و پیشنهادهای ما پاسخ دادند و در چنین حجم محدودی اقدام به نگارش مطالب کتاب نمودند.

۸۴	ادراک خطر و رفتارهای خطر جویانه	۲	بارداری و زایمان
	رفتار بیماری و برخورد پزشک - بیمار	۴	مسایل تولید مثل
۸۶	تصمیم‌گیری برای مشاوره (مراجعه به پزشک)	۶	رشد در اوایل شیرخوارگی
۸۸	ملاقات پزشک	۸	دوران کودکی و سلامت کودک
۹۰	دارونما	۱۰	نوجوانی
۹۲	پیروی بیمار از دستورات درمانی	۱۲	بزرگسالی و میانسالی
۹۴	مهارت‌های ارتباطی	۱۴	پیرشدن، جامعه و سلامت
۹۶	گفتن خبرهای بد	۱۶	داغ‌دیدگی
۹۸	مراقبت از خود (خودپرستاری) و بخش عمومی		رشد انسان
۱۰۰	تجربه حضور در بیمارستان	۱۸	شخصیت
۱۰۲	آماده‌سازی روانشناختی برای جراحی	۲۰	درک یادگیری
	بیماری و ناتوانی	۲۲	ادراک
۱۰۴	بیماری قلبی	۲۴	هیجان
۱۰۶	جنبه‌های اجتماعی HIV/ایدز	۲۶	یادآوری و فراموشی
۱۰۸	سرطان	۲۸	نحوه رشد تمایلات جنسی
۱۱۰	اضطراب	۳۰	هوش
۱۱۲	افسردگی	۳۲	رشد تفکر
۱۱۴	بیماری التهابی روده		جامعه و سلامت
۱۱۶	ناتوانی جسمی	۳۴	درک گروه‌ها
۱۱۸	ناتوانی یادگیری	۳۶	مفاهیم سلامت، بیماری و ناخوشی
۱۲۰	اختلال استرس پس‌آسیبی	۳۸	سنجش سلامت و بیماری
۱۲۲	دیابت ملیتوس	۴۰	الگوهای متغیر سلامت و بیماری
۱۲۴	استرس و سلامت	۴۱	طبقه اجتماعی و سلامت
۱۲۶	آسم و بیماری انسدادی مزمن ریه	۴۴	جنسیت و سلامت
۱۲۸	مرگ و مردن	۴۶	قومیت و سلامت
	مقابله با بیماری و ناتوانی	۴۸	کیفیت زندگی
۱۳۰	مشاوره	۵۰	رسانه‌ها و سلامت
۱۳۲	انطباق، مقابله و کنترل	۵۲	جنبه‌های اجتماعی پیری
۱۳۴	درمان شناختی-رفتاری	۵۴	مسکن، بی‌خانمانی و سلامت
۱۳۶	نقش مراقبین	۵۶	کار و سلامت
۱۳۸	گروه‌های خودیار	۵۸	بیکاری و سلامت
۱۴۰	مراقبت تسکینی	۶۰	انگ و برجسب‌زنی
۱۴۲	درمان‌های مکمل		پیشگیری از بیماری و ارتقاء سلامت
۱۴۴	کنترل درد	۶۲	پیشگیری چیست؟
۱۴۶	باورهای بهداشتی، انگیزش و رفتار	۶۴	غربالگری بهداشتی
	خدمات بهداشتی چگونه کار می‌کنند؟	۶۶	تلویحات اجتماعی ژنتیک نوین
۱۴۸	سازماندهی و بودجه‌بندی مراقبت‌های بهداشتی	۶۸	تغییر باورها و نگرش‌های افراد
۱۵۰	ارزیابی نیازها	۷۰	کمک به مردم برای عملی کردن نیات خود
۱۵۲	تعیین اولویت و سهمیه‌بندی	۷۲	بافتار اجتماعی تغییر رفتار
۱۵۴	مراقبت در جامعه	۷۴	اهداف ارتقاء سلامت چیست؟
	این موضوع چقدر در مورد شما صدق می‌کند؟	۷۶	مصرف مواد غیرقانونی
۱۵۶	تجربه دانشجویان پزشکی	۷۸	مشکلات الکل
۱۵۸	پزشک کارورز شدن	۸۰	نقش پزشکان در کنترل مصرف دخانیات
۱۶۰	حرفه پزشکی	۸۲	تغذیه، شکل بدن و سلامت

بارداری و زایمان

جدول ۱. مدل‌های وضع حمل	
مدل	روانی اجتماعی
زیستی طبی	وضع حمل طبیعی / بهنجار مگر
وضع حمل فقط به صورت گذشته‌نگر بهنجار است	در موارد بروز پاتولوژی
تأکید	بهنجاری
خطر	حمایت اجتماعی
کاهش خطر	زن = فعال
زن = منفعل	سلامت
بیماری	انفرادی
آماري	

این کتاب از آغاز حیات یعنی تولد شروع می‌شود. برای ورود به علوم رفتاری بهتر است از یکی از «طبیعی»ترین وقایع حیات استفاده کنیم. تولد انسان از لحاظ ساختار اجتماعی این واقعه، با تولد سایر پستانداران متفاوت است. رفتار اجتماعی تحت هدایت نهادها و سنت‌ها، و نه صرفاً نیازهای غریزی، قرار دارد و شاید هیچ چیز بهتر از تنوع زیاد رسوم انسانی در زمان تولد، و تأثیر عوامل تاریخی بر آنها، این اصل پایه جامعه‌شناختی را تبیین نکند. به عبارت دیگر مکان و نحوه زایمان و حضور سایرین در بافتارهای اجتماعی مختلف متفاوت است. در همه جوامع انسانی، آیین‌ها و محدودیت‌هایی برای زن باردار و زن زائو وجود دارد. برای مثال، مکان زایمان معمولاً از قبل معین می‌شود، چه در یک کلبه روستایی و چه در یک بیمارستان تخصصی زنان و زایمان.

بارداری و زایمان وقایع مهم حیات هستند که اغلب تحت نفوذ پزشکان قرار می‌گیرند. مامایی بخش مهمی از آموزش پزشکی را تشکیل می‌دهد. هر دانشجوی پزشکی موظف است در تعداد مشخصی از موارد زایمان حضور داشته باشد. پزشکان ممکن است به صورت مستقیم در ارائه خدمات پیش یا بعد از تولد یا حضور در اتاق زایمان دخیل باشند و یا به شکلی غیرمستقیم‌تر از طریق ارائه درمان نازایی یا روش‌های تنظیم خانواده و یا پشتیبانی ماماها در مواقع بروز اتفاقات غیرمنتظره در جریان زایمان طبیعی در این فرایند دخیل داشته باشند.

ماهیت بارداری و زایمان

در مورد ماهیت بارداری و زایمان دو دیدگاه متمایز عمده وجود دارد (جدول ۱). یک دیدگاه که مدل روانی - اجتماعی نام دارد، بارداری و زایمان را در بخش عمده چرخه حیات زنان، حوادثی طبیعی می‌داند. تخمین زده می‌شود که حدود ۸۵ درصد کودکان بدون هیچ مشکلی و بدون حضور متخصصین زایمان به دنیا می‌آیند. بسیاری از خطرات زایمان قابل پیش‌بینی است و در نتیجه زنان باردار پرخطر را می‌توان برای زایمان در یک بیمارستان تخصصی مامایی ارجاع نمود. مابقی زنان باردار می‌توانند در یک مرکز غیرتخصصی تر مثل بیمارستان عمومی یا منزل زایمان کنند. یکی از طرفداران این دیدگاه تئو (Tew) (۱۹۹۰) است که طی آماده کردن تمرینات همه‌گیرشناسی برای دانشجویان پزشکی در ناتینگهام، در کمال شگفتی دریافت که آمارهای معمول نشان می‌دهند برخلاف عقیده رایج، افزایش میزان زایمان در بیمارستان سبب کاهش مرگ‌ومیر مادران و نوزادان نمی‌شود.

در دیدگاه دوم که تقریباً تمامی جوامع غربی به آن معتقدند بارداری و بخصوص زایمان حوادث خطرناکی هستند و طی آنها ممکن است مشکلات زیادی ایجاد شود. بنابراین زایمان بالقوه پاتولوژیک است. از آنجا که نمی‌دانیم بر سر تک‌تک زن‌های باردار چه می‌آید، بهتر است زنان باردار در ایمن‌ترین محیط ممکن وضع حمل کنند. بیمارستان تخصصی مامایی با تجهیزات غربالگری پیشرفته و تحت نظر متخصصین زنان مکانی امن برای تولد بچه محسوب می‌شود. به صورت خلاصه این دیدگاه بارداری و وضع حمل را فقط به صورت گذشته‌نگر بی‌خطر می‌داند.

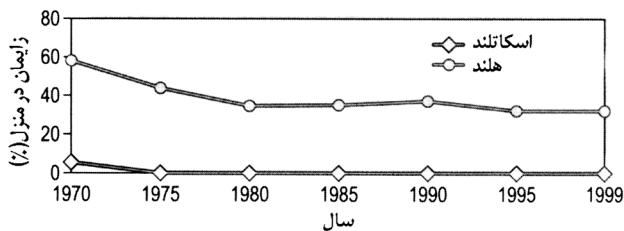
در نتیجه اکثر موارد زایمان در بیمارستان روی می‌دهند. در شکل ۱ درصد زایمان در منزل را در هلند و اسکاتلند نشان می‌دهد و میزان مربوط به اسکاتلند مشابه اکثر ممالک صنعتی است.

بارداری را می‌توان به صورت حالتی بهنجار از سلامتی در نظر گرفت که طی زندگی اکثر زنان بدون مشکل جدی روی می‌دهد. حاملگی را می‌توان نوعی بیماری نیز دانست که در آن بسیاری از زنان دچار بیماری صبحگاهی و کاهش عملکرد جسمانی شده، مراقبت طبی را طلب می‌کنند و/یا در بیمارستان وضع حمل می‌کنند. نگاه شما به بارداری و وضع حمل چگونه است؟ و چرا؟



تحول در مراقبت مادران مکان زایمان

خدمات مراقبت مادران در دهه ۱۹۹۰ در بریتانیا دستخوش تغییرات عمده‌ای شد و در این دوره بر لزوم دخالت محوری زنان در مراقبت خود تأکید بیشتری شد. این روند معرف تغییری نسبت به ۶۰-۵۰ سال قبل بود که طی آن گرایش بیشتر به سمت زایمان در بیمارستان بود. برای مثال در بریتانیا در گزارش رسمی که در ۱۹۵۹ منتشر شد توصیه شده بود که ۷۰ درصد موارد زایمان در بیمارستان انجام شود اما در گزارش مشابه سال ۱۹۷۰ توصیه شده بود به دلایل ایمنی ۱۰۰ درصد موارد زایمان در بیمارستان انجام شود. در اواخر دهه ۱۹۸۰ دیدگاه سیاسی به سمت حق انتخاب بیشتر زنان و افزایش موارد زایمان در خارج از واحدهای مامایی تغییر یافت. در گزارش وینترتون (۱۹۹۲) پیشنهاد شد که از بستری‌سازی مطلق فاصله گرفته شود: «سیاست تشویق تمامی زنان به وضع حمل در بیمارستان از نظر ملاحظات ایمنی توجیه کافی ندارد.»



سال	اسکاتلند	هلند
1970	4.7	57.3
1975	0.9	44.4
1980	0.5	35.4
1985	0.6	36.4
1990	0.6	38.2
1995	0.9	34.1
1999	0.9	34.1

شکل ۱. درصد موارد وضع حمل در بیمارستان در اسکاتلند و هلند.

فرد حاضر در هنگام زایمان

دو دیدگاه مربوط به وضع حمل از نظر اینکه چه کسی در هنگام زایمان حضور یابد با همدیگر متفاوتند. وقتی دیدگاهی وضع حمل و بارداری را فقط به صورت گذشته‌نگر بی‌خطر می‌داند، طبیعتاً تنها حضور متخصص زایمان را قابل قبول می‌داند یعنی فردی که فقط وقتی مشکلی پیش بیاید حضور می‌یابد. اگر معتقد باشیم که وضع حمل بخشی بهنجار در چرخه حیات اکثر زنان است در آن صورت مناسب‌ترین فرد برای حضور در هنگام زایمان فرد متبحر در زایمان‌های طبیعی است (یعنی ماما یا پزشک عمومی). در تمام طول تاریخ ماماها به عنوان فردی کلیدی در فرایند زایمان حضور داشته‌اند و هنوز هم چنین است. اما در طول ۳ قرن گذشته در اکثر کشورهای صنعتی بتدریج ماماها مؤنث کنترل وضع حمل را به پزشکان مرد سپرده‌اند.

حاملی اغلب زمانی برای تجربیات و هیجانات بزرگ مربوط به تولد و والدشدن است. زنان جوامع مدرن غربی به طور متوسط در طول عمر خود دوبرار دارای فرزند می‌شوند. در عین حال متخصصین زنان و/یا ماماها ممکن است در هفته یا حتی در طول روز چندین بار در فرایند زایمان حضور داشته باشند و انتظارات آنها به میزان چشمگیری با انتظارات مادر باردار متفاوت است و این تفاوت دیدگاه فقط به این دلیل نیست که نوزاد متولد شده متعلق به خودشان نیست. اولویت آنها تابع مقتضیات پزشکی، سیاست‌های بیمارستان و دسترسی به منابع است. این تفاوت‌ها به راحتی ممکن است منجر به سوءتفاهم و عدم رضایت تازه والد‌ها شود (بخصوص اگر طرفین نتوانند یکدیگر را بشناسند). با توجه به نقش و موقعیت متخصصین بهداشتی احتمال سرخوردگی در مادر بیش از کسی است که در فرایند زایمان حضور دارد.

بارداری و وضع حمل برای هر یک از افراد زیر چه معنایی دارد:

- ماما
- متخصص زنان
- زن باردار
- همسر وی

ایست
فکر کنید

بارداری و وضع حمل

- رویدادهای زیستی هیچگاه کاملاً زیستی نیستند بلکه تا حدودی ساختار اجتماعی هم دارند.
- در فرهنگ‌های مختلف مکان و نحوه زمان و افراد حاضر در آن متفاوتند.
- در موارد بارداری و وضع حمل دو دیدگاه وجود دارد: ۱- بارداری در زندگی اکثر زنان رویدادی بهنجار است. ۲- وضع حمل رویدادی پرخطر است و فقط به صورت گذشته‌نگر می‌توان آن را بهنجار دانست.
- زن باردار و متخصصین بهداشتی احتمالاً نگاه متفاوتی نسبت به زایمان دارند.
- شیوه‌های مختلف سازماندهی مراقبت‌های بهداشتی اثرات عمیقی بر متخصصین و استفاده‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی دارند.

مطالعه موردی

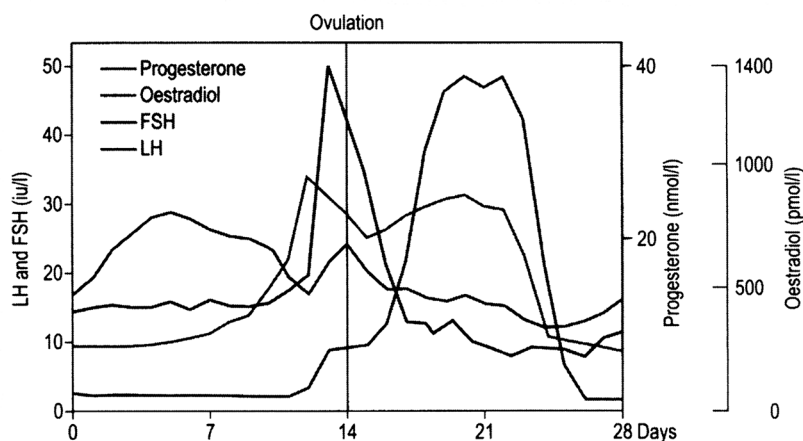
نمونه هلند

هلند تنها کشور صنعتی است که در آن نسبت بالایی از زایمان‌ها در خارج از بیمارستان‌های تخصصی انجام می‌شود. هر سال تقریباً یک سوم از موارد زایمان در هلند در منازل انجام می‌شود. هلند و بریتانیا کشورهای همسایه‌ای هستند که امکانات مراقبت‌های بهداشتی و کیفیت مراقبت متخصصین زنان در آنها تقریباً مشابه است و میزان مرگ‌ومیر پرناتال (حول و حوش تولد) در این دو کشور تفاوت چشمگیری ندارد (منظور از میزان مرگ‌ومیر پرناتال تعداد موارد مرده‌زایی [پس از هفته ۲۸ جنینی] به علاوه تعداد مرگ‌ومیر کودکان در ۷ روز اول پس از تولد است). سایر نشانگرهای برون‌داد^۱ حاکی از آن است که برنامه هلند بر برنامه بریتانیا برتری دارد.

شماری از عوامل را در این تفاوت سازماندهی مراقبت مادران دخیل دانسته‌اند:

- در هلند زنان باردار را بیمار نمی‌دانند مگر اینکه مشکلی پیش بیاید یا براساس ارزیابی‌های قبلی پیش‌بینی شود که زایمان دشوار خواهد بود.
- کمک عملی در قالب دستیاران مراقبت مادران در خانه ارائه می‌شود، این افراد ۸ روز پس از تولد کودک در منزل از مادر و نوزاد مراقبت می‌کنند. آنها کودک را شستشو می‌دهند، در مورد شیردهی از طریق پستان یا بطری مادر را راهنمایی می‌کنند و از سایر کودکان منزل مراقبت می‌کنند و در امور منزل کمک می‌کنند.
- در موارد بارداری‌های کم‌خطر، حق‌الزحمه پزشک عمومی فقط در صورتی بازپرداخت می‌شود که در منطقه هیچ مامایی نباشد و حق‌الزحمه متخصص زنان هم فقط در بارداری‌های پرخطر قابل پرداخت است.
- ماماها یاد گرفته‌اند مستقل و خودمختار عمل کنند. آموزش اولیه آنها به شکل آموزش پرستاری نبوده است بلکه یک دوره مجزای سه ساله مامایی را گذرانده‌اند. اهمیت آموزش مستقل در این است که اولاً پرستاران آموزش نحوه برخورد با بیماری‌ها را می‌آموزند اما ماماها نحوه برخورد با زایمان طبیعی را یاد می‌گیرند. ثانیاً سلسله مراتب بین پرستار و پزشک بخشی از فرایند تصمیم‌گیری پزشکی است.
- اکثر ماماها در سطح جامعه به صورت درمانگران مستقل کار می‌کنند (شبهه دندانپزشکان در بریتانیا). آنها به عنوان کارفرمای بخش خصوصی ناچارند برای جذب مشتری رفتاری دوستانه از خود نشان دهند.
- تمامی احزاب سیاسی عمده در این نکته توافق دارند که ماما نقش مشخصی در ارائه مراقبت مادران دارد و زایمان‌ها ترجیحاً بایستی در منزل انجام شود. البته می‌توان اینطور استدلال نمود که بریتانیا و هلند کشورهای متفاوتی هستند و قابل مقایسه نیستند. اما جوامع این دو کشور همسایه از نظر درآمد ملی، فیزیولوژی زنان طبیعی، امید به زندگی و بسیاری شاخص‌های اجتماعی اقتصادی دیگر شبیه هستند. هرچند میزان هزینه‌های مراقبت بهداشتی در این دو کشور متفاوت است اما سازماندهی ارائه خدمات و کیفیت مراقبت طبی نسبتاً مشابه است. برای مثال اکثر زایمان‌ها در بریتانیا و هلند توسط ماما انجام می‌گیرد. در واقع می‌توان سؤال مربوط به قابلیت مقایسه این دو کشور را برگرداند و مثلاً سؤال کرد: چرا نسبت موارد زایمان در منزل در بریتانیا، آلمان و ایالات متحده نسبتاً پایین است، اما سازماندهی مراقبت‌های بهداشتی و مراقبت مادران در آنها اینقدر متفاوت است؟

مسائل تولیدمثل



شکل ۱. غلظت هورمون‌های پلازما در خلال چرخه قاعدگی.

چرخه قاعدگی

پایه زیستی چرخه قاعدگی تولید متغیر هورمون از تخمدان است. حتی در بررسی رفتار اجتماعی افراد آگاهی از تغییرات زیستی زمینه‌ای اهمیت دارد. هورمون محرکه فولیکولار (FSH) و LH از هیپوفیز ترشح می‌شوند و رشد فولیکول‌های تخمدان را تحریک می‌کنند (مرحله فولیکولی). فولیکول‌های مزبور استرادیول ترشح می‌کنند و با افزایش سطح استرادیول، سطح FSH به دلیل پسخوراند منفی کاهش می‌یابد. در این مرحله یک جهش LH شروع می‌شود که این به نوبه خود سبب تخمک‌گذاری از فولیکول رسیده می‌شود. فولیکول باقیمانده به جسم زرد تبدیل می‌شود و پروژسترون و استرادیول ترشح می‌کند. این تغییرات در شکل ۱ نشان داده شده است. پس از تخمک‌گذاری غلظت استرادیول و پروژسترون افت کرده (مرحله لوتئال) و در خلال دوره خونریزی لایه آندومتر ریزش می‌کند.

بسیاری از زنان در هنگام قاعدگی دچار درد می‌شوند و فنون آرام‌سازی (relaxation) و داروها ممکن است در این مورد مؤثر باشند. زن ممکن است دیدی منفی در مورد قاعدگی داشته باشد و علاوه بر آن در مورد رفتار در حین قاعدگی تابوهای اجتماعی و مذهبی وجود دارد. ممکن است در این دوره فرد از مقاربت اجتناب کند و افسانه‌هایی نظیر عدم شستشوی موها در حین این دوره ممکن است نافذ باشد. برخی زنان که OCP دریافت نمی‌کنند در دوره لوتئال غذای بیشتری می‌خورند (Dye و Blundell, ۱۹۹۷). بسیاری از زنان متوجه تغییراتی در مراحل مختلف چرخه قاعدگی می‌شوند. در سندرم پیش از قاعدگی (PMS)، علائمی نظیر حساسیت پستان، تحریک‌پذیری یا افسردگی در هفته پیش از قاعدگی تشدید یافته و در هفته پس از آن بهبود می‌یابد. شواهد چندانی به نفع تخریب هوشی در حین قاعدگی یا هفته قبل از آن وجود ندارد (ریچاردسون ۲۰۰۰).

بارداری

در حین بارداری و زایمان:

- زنان و شریکان جنسی آنها شاید برای نخستین بار در دوران بزرگسالی خود، به متخصص پزشکی و بهداشتی مراجعه می‌کنند.
- بستری در بیمارستان زنان ممکن است نخستین بستری فرد در بیمارستان باشد.
- زن در این دوران نوعی گذار نقش یا آیین گذار را تجربه می‌کند.
- زن باردار علاوه بر تغییرات جسمی، دچار تغییرات روانشناختی هم می‌شود. تغییرات جسمی در بارداری با تغییر در قوام عضلات، اندازه و شکل بدن، بی‌اختیاری ناشی از استرس و تکرر ادرار و خستگی شروع می‌شوند. زن باردار ممکن است کارش را از دست دهد، نقشش را در خانواده تغییر دهد و احساس کند تصویر بدنی‌اش تغییر کرده است. ممکن است تغییراتی در خودپنداره (self-concept) و احساس خودکارایی (self-efficacy) پدید آید. زن باردار ممکن است نگران باشد که نتواند والد خوبی باشد.



- کدام یک از این تغییرات در پدران نیز دیده می‌شود؟

وضع حمل

شرایط وضع حمل در حال تغییر است اما در هر موقعیتی، زایمان با تجربه و کنترل درد ارتباط دارد. بسیاری از زنان برای کسب آمادگی لازم برای زایمان، در کلاس‌های پیش از تولد (ante-natal) شرکت می‌کنند و بسیاری از پدران در موقع زایمان فرزندان حضور دارند. به دنیا آوردن بچه یک واقعه هیجانی است و یکی از مهمترین رویدادهایی است که افراد تجربه می‌کنند.

تغییرات خلق

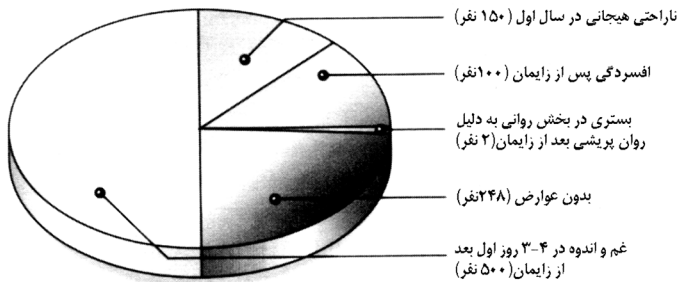
گذار به سمت والدشدن را می‌توان نوعی بحران رشد تلقی کرد.

- در سال اول پس از تولد کودک مادر: خود را با نیازهای کودک خردسال تطبیق می‌دهد.
 - ممکن است کارش را رها کند و جایگاهش از دیدگاه خودش تغییر کند.
 - ممکن است رابطه متفاوتی با شریک زندگیش برقرار کند.
 - ممکن است رابطه‌اش با مادرش تغییر کند.
- حدود ۱۰ درصد زنان دچار افسردگی پس از زایمان می‌شوند (شکل ۲). اما همین میزان افسردگی در دوران بارداری نیز دیده می‌شود (اوسن [Evans] و همکاران ۲۰۰۱). زنانی که پس از وضع حمل افسرده می‌شوند لزماً خود را بیمار نمی‌دانند. نیکولسون [Nicolson] (۱۹۹۸) این نکته را مطرح کرد که پژوهشگران تجربیات خود زنان را نادیده می‌گیرند.

البته وضع حمل جنبه‌های مثبتی هم دارد:

- هر دو والد در مورد نقش جنسیتی خود احساس اطمینان می‌کنند، آنها با تولد بچه ممکن است احساس «مردانگی» یا «زنانگی» بیشتری بکنند.
 - والدشدن با منزلت اجتماعی بالایی همراه است و والدین ممکن است احساس اعتماد بنفس و پختگی بیشتری کنند.
 - اکثر والدین، والدشدن را تجربه بسیار مثبتی توصیف می‌کنند.
- همه بارداری‌ها را به تولد کودکی سالم منجر نمی‌شود. ۲۰ درصد موارد بارداری‌ها قبل از ۲۰ هفته دستخوش سقط می‌شوند. اگر زوج به خانواده و دوستانشان موضوع انتظار تولد کودک را نگفته باشند، فقدان ناشی از سقط زودرس ممکن است مورد توجه قرار نگیرد. حدودی نیمی از مادرانی

مشکلات پس از زایمان در طول یک سال در ۱۰۰۰ زن



شکل ۲. میزان بروز عوارض پس از زایمان در هر هزار زنی که در طول یک سال دارای فرزند می‌شوند.

مدل روانی اجتماعی

علایم یائسگی ممکن است با حوادث استرس‌زای زندگی مرتبط باشد. اگر علایم یائسگی با استفاده از مقیاس‌های استاندارد شده ارزیابی شود مشخص می‌شود که استرس‌های زندگی بیش از خود یائسگی در بروز علایم نقش دارند و نگرانی‌های مربوط به کار و فرزندان نوجوان عوامل مهمی هستند که در بروز افسردگی دخالت دارند. ترک خانه از سوی فرزندان ممکن است سبب حالتی از سوگ شود اما در صورتی که خانه را ترک نکنند و مستقل نشوند، مشکلات بسیار دیگری بروز خواهد کرد.

مطالعه موردی

خانم جونز یک بیوه ۵۲ ساله است و به عنوان منشی کار نیمه‌وقتی دارد. او با دو دخترش زندگی می‌کند. «آن» ۲۵ ساله است و روابط پایداری با دوست پسرش دارد. او یک بچه ۴ هفته دارد. جین ۱۷ ساله و محصل است، اما تاکنون نتوانسته توصیه‌نامه‌ای تهیه کرده و منزل مادرش را ترک کند. خانم جونز اغلب تحریک‌پذیر است و از فعالیت‌های اجتماعی معمولش کنار کشیده است. «آن» دوره‌هایی از بغض و گریه دارد و به توانایی‌های خود به عنوان مادر اعتماد ندارد. جین از تحصیل دلسرد شده است و شب‌ها تا دیروقت در بارها می‌ماند. او به صورت دوره‌ای رفتارهای عجیب و غریبی از خود بروز می‌دهد.

به نظر شما براساس مدل زیستی طبی یا فرهنگی چطور می‌توان رفتار خانم جونز و دخترانش را توضیح داد.

مسائل مربوط به تولیدمثل

- تغییرات زیستی، روانی و اجتماعی مربوط به تولیدمثل اثرات قدرتمندی بر زندگی زنان دارد.
- در خلال چرخه قاعدگی تغییرات جسمانی روی می‌دهد که ممکن است با تغییرات منفی روانشناختی مرتبط باشند.
- بارداری و وضع حمل هم در زنان و هم در مردان بر روی خلق و روابط فرد مؤثر است.
- یائسگی رویدادی مربوط به غدد درون‌ریز است که با تغییرات منفی همراه و ممکن است این تغییرات ریشه روانی اجتماعی داشته باشند.

که دچار سقط می‌شوند افسردگی بالینی پیدا می‌کنند. سوگ آنها مخفی و ناگفته می‌ماند و ممکن است شبیه حالت زنی باشد که نابارور تشخیص داده شده است. در چنین حالتی زن تصویر خود را به عنوان زن باردار و والد از دست می‌دهد. ممکن است تصور کند که هرگز نمی‌تواند بچه‌دار شود و احساس خشم و گناه پیدا کند (هانتز [Hunter]، ۱۹۹۳).

یائسگی (منوپوز)

منوپوز از نظر معنای لغوی به معنای آخرین پرید است اما اصطلاح حوالی یائسگی یا Climacteric به سال‌های حول و حوش یائسگی اطلاق می‌شود. بسیاری از زنان چندین سال خونریزی نامنظم دارند و یائسگی ممکن است در حد فاصل ۴۰ تا ۶۰ سالگی روی دهد.

با افت تخمک‌گذاری، تولید استروژن بتدریج قطع می‌شود و سبب تغییرات جسمانی شناخته شده‌ای نظیر علایم وازوموتور گرگرفتگی، تعریق شبانه و خشکی مهبل می‌شود. علایم روانشناختی نظیر افزایش افسردگی، تحریک‌پذیری یا کاهش میل جنسی نیز اغلب گزارش می‌شود.

بین وضعیت یائسگی و علایم روانشناختی ارتباط چندانی وجود ندارد و احتمالاً فقط علایم وازوموتور با زمان یائسگی ارتباط دارند.

زنان ممکن است در دوره حوالی یائسگی با حوادث تنش‌زای بیشتری روبرو شوند و عوامل خانوادگی و اجتماعی فرهنگی ممکن است بیش از تغییر هورمون‌ها اهمیت داشته باشد. تغییرات جسمانی ممکن است در زنان یائسه سبب افسردگی شود و برخی مشکلات سلامتی نظیر دیابت شیرین، افزایش وزن و بی‌اختیاری ادرار ممکن است در میانسال‌ها شروع شوند. برای توجیه تغییرات دوره یائسگی دیدگاه‌های متفاوتی وجود دارد.

مدل زیستی طبی

یائسگی یک بیماری ناشی از کمبود هورمون است. علایم وازوموتور به دلیل افت میزان استروژن تولید شده در تخمدان بروز می‌کنند. این علایم به خوبی با درمان استروژنی برطرف می‌شوند. با این حال با وجودی که در تمام زنان یائسه غلظت استروژن کاهش می‌یابد، همه آنها دچار علایم وازوموتور یا تغییرات روانشناختی نمی‌شوند.

مدل فرهنگی

جامعه در مورد یائسگی دیدگاهی منفی دارد. در برخی جوامع که در آنها افزایش سن با افزایش وجهه اجتماعی و خردمندی مرتبط است، نسبت به یائسگی دید مثبتی وجود دارد. سرخپوستان مایا در مناطق روستایی مکزیک درست مانند زنان غربی دچار کاهش تولید استروژن می‌شوند، البته در این جوامع یائسگی نسبتاً در سن پایین‌تری روی می‌دهد (معمولاً بین ۴۱ تا ۵۴ سالگی). مطالعه‌ای که بر روی ۵۴ زن از این سرخپوستان انجام شد نشان داد که این زنان علایم گرگرفتگی یا تعریق شبانه را نداشتند و دچار یوکی استخوان نمی‌شدند (مارتین و همکاران، ۱۹۹۳). مصاحبه‌گر این مطالعه خودش یک کمک پرستار مایایی و به زبان اسپانیولی و مایایی مسلط بود. براساس غلظت هورمونی انتظار می‌رفت که حدود ۸۰ درصد زنان مورد مطالعه گرگرفتگی داشته باشند، اما هیچیک از آنها چنین علامتی را گزارش نکردند. این نشان‌دهنده وجود یک مؤلفه فرهنگی قدرتمند است. زنان ممکن است یائسگی را پدیده‌ای منفی و به صورت از دست رفتن زنانگی بدانند و یا با دیدی مثبت آن را پایان دوره مقتضیات بچه‌داری تلقی کنند. متخصصین بهداشتی باید بتوانند دیدگاه مثبت‌تری را ترویج کنند.

رشد در اوایل شیرخوارگی

مطالعه موردی

مادران اغلب اظهار می‌کنند که شیرخوارشان شاد یا غمگین به نظر می‌رسد یا لبخند می‌زند و اغلب این به حساب یک خودفریبی بی‌ضرر گذاشته می‌شود. اما آزمایشات (فیلد، dleif و همکاران، ۱۹۸۲) انجام شده بر روی کودکان ۳۶ ساعته نشان داد که آنها واقعاً قادرند تظاهرات چهره‌ای را تقلید کنند (شکل ۱). در این آزمایشات یک بزرگسال سه تظاهر چهره‌ای (شاد، غمگین، متعجب) را به ۷۴ نوزاد نشان داد و از چهره مدل و چهره کودک به طور همزمان با استفاده از تکنیک split-screen فیلمبرداری شد. مشاهده‌گران بعداً تظاهرات چهره‌ای نوزادان را کدگذاری کردند و سعی کردند متناظر آنها را در مدل پیدا کنند. احتمال حدس‌زدن تصادفی تظاهر چهره‌ای ۳۳٪ بود، اما در مورد تعجب این میزان ۷۶٪، شادی ۵۸٪ و غمگینی ۵۹٪ بود. در ضبط ویدیویی چهره مدل، شکل‌دهی یا تقویت یا پاسخ‌های نوزاد به عنوان توضیح احتمالی نتیجه حذف شد. محققین به این نتیجه رسیدند که نوعی توانایی ذاتی برای مقایسه اطلاعات حسی حاصل از تظاهرات چهره‌ای یا پسخوراند پروپروپوستیو حرکات لازم برای جور کردن تظاهر چهره‌ای وجود دارد.



شکل ۱. تظاهرات چهره‌ای شاد، غمگین و متعجب مدل و تظاهرات متناسب آن در کودک.

کودک دارد، از جمله حفاظت بیشتر در مقابل ناراحتی‌های گوارشی توسط انتقال پادتن‌ها و اثرات طولانی‌مدت مثل کاهش استعداد اگرما. در مناطق در حال توسعه، شیردهی از سینه یک عامل قوی پیشگیری از بارداری محسوب

پیوند^۳ و دل‌بستگی^۴

در دهه ۱۹۷۰ کارهای دو متخصص کودکان بنام‌های کلاوس^۵ و کنل^۶ اثرات نافذی به جای گذاشت. این دو نفر اظهار کردند برای آنکه تازه مادران عاشق نوزاد خود شوند (که به آن پیوند مادری گفته می‌شود) باید جدایی شیرخوار از مادرش پس از زایمان به حداقل برسد. از لحاظ فنی پیوند مادری به معنای تغییر سریع و برگشت‌ناپذیری در مادر است که طی دوره بلافاصله پس از تولد کودک روی می‌دهد. این دوره حساس حداکثر چند ساعت یا چند روز طول می‌کشد و برای آن که احساس مادری به نحو مناسبی بسپج شود، باید طی این دوره تماس طولانی بین مادر و کودک روی دهد. این نظریه «چسب قطره‌ای» در مورد عشق مادری بسیار نافذ از آب درآمد و اغلب فقدان پیوند مناسب به عنوان دلیل انواع مشکلات، از نارسایی رشد شیرخوار گرفته تا کودک‌آزاری و بزهکاری نوجوان ذکر می‌شد. در یک بیمارستان نیویورک این باور به چنان درجه نامعقولی رسید که به مادرانی که پس از زایمان کودک خود را در آغوش نگرفته بودند عکس پلارید داده می‌شد تا با نگاه کردن به آن بتوانند پیوند کافی برقرار کنند.

منشأ نظریه پیوند در مطالعاتی است که بر روی حیوانات انجام گرفته و در آنجا شواهد کافی برای این دوره حساس جهت تشکیل دل‌بستگی مادر به نوزاد وجود دارد؛ اما بسیاری از مطالعات دقیق در دو دهه گذشته نشان داده‌اند که شواهدی به نفع اثرات درازمدت جدایی اجباری در دوره بلافاصله پس از تولد وجود ندارد. بنابراین می‌توان احساس گناه نسلی از پزشکان و پرستاران را در مورد جدایی اجباری بعد از تولد بدنبال سزارین یا بیماری را تخفیف داد. جالب است که این نظریات با اینکه پایه علمی ندارند، اما روال کار را در بخش‌های پس از تولد (پست‌ناتال) کاملاً متحول کرده‌اند و این امکان را فراهم ساخته‌اند که نوزادان در تختخواب خود در کنار مادرشان بخوابند (برای بحث مفصل‌تر در مورد این مناقشه ن. ک شافر^۷، ۱۹۹۰).

ترویج تغذیه با شیر مادر

اکتراً اعتقاد بر این است که شیر مادر منافع بهداشتی برای

در قرن بیستم نحوه نگاه به کودک شیرخوار دستخوش تغییرات چشمگیری شد. مراقبت طبی خوب و محیط روانی مناسب برای رشد مطلوب کودک ضروری هستند. روانشناسان نشان داده‌اند که حتی شیرخوار تازه متولد شده از ظرفیت یادگیری و توانایی‌های ادراکی و شناختی چشمگیری برخوردار است. مادر در هفته‌های اول بعد از زایمان طی دوره فشرده‌ای به درک کودکش می‌رسد و بصیرت منحصر بفردی در مورد تفسیر نیازهای کودکش پیدا می‌کند. این سبب می‌شود در صورت بروز عوارض طبی، مشاهدات مادر اهمیت زیادی پیدا کند. مهم است که پزشک معالج کودک درک بیشتری از توانایی‌های او داشته باشد و به آنچه مادر می‌گوید گوش دهد. در این فصل مفهوم پیوند^۳ و نظریات مرتبط با آن تشریح شده، مثال‌هایی از توانایی‌های ارتباطی شیرخواران ارائه می‌شود و نشان داده می‌شود که شناخت تفاوت‌های متمایزکننده رفتار شیرخواران می‌تواند در بهبود تغذیه با شیر مادر مؤثر باشد.

ارزیابی پس از تولد

شیرخوارانی که به میزان زیادی گریه می‌کنند، قشقرق به پا می‌کنند، بی‌اشتها هستند یا به محرک‌های اجتماعی پاسخ نمی‌دهند، در معرض خطر غفلت از سوی مادر خود هستند. آزمون‌هایی به منظور ارزیابی رفاه نورولوژیک نوزاد طراحی شده‌اند که می‌توان با استفاده از آنها مادران را تشویق کرد که در مراقبت از فرزند خود حساس‌تر و با پاسخ‌دهی بیشتر رفتار کنند. مقیاس ارزیابی نوزادان برازلتون (NBAS)^۲ وضعیت نورولوژیک نوزاد و پاسخ‌دهی به محرک‌های محیطی را ارزیابی می‌کند. این آزمون برای چند روز اول طراحی شده و نه تنها کیفیت ۲۰ رفلکس مادرزادی را ارزیابی می‌کند، بلکه وضعیت شیرخوار و واکنش او به محرک‌هایی نظیر زنگ یا نگاه به یک نور محرک را می‌سنجد. اگر پاسخ‌دهی کودک بسیار پایین باشد، نمره پایین NBAS حاکی از کژکاری احتمالی عصبی است. اگر کودک کاملاً گند باشد، بخصوص در هنگام پاسخ به تحریک‌های اجتماعی، این ممکن است نشانه هشداردهنده‌ای برای بروز مشکلات هیجانی در آینده باشد. NBAS برای در آوردن خصائص جذاب‌تر کودک نظیر غان و غون، نگاه کردن و لبخند زدن طراحی شده است و می‌توان از آن به عنوان وسیله کمک آموزشی استفاده کرد. مایرز (۱۹۸۲) به والدین کودکان سالم و فول‌ترم نحوه اجرای NBAS را در مورد شیرخوارانشان آموزش داد و متوجه شد که پس از ۴ هفته این گروه از والدین در مقایسه با گروه شاهد آموزش ندیده، اعتماد به نفس بیشتری در نقش خود احساس می‌کنند و از کودک خود رضایت بیشتری دارند. مادران شیرخواران نارس و سایر کودکان پرخطر نیز در تعامل با کودک خود حساسیت بیشتری پیدا می‌کنند. اگر در مورد توانایی‌های ابرازی نوزادان شک دارید شکل ۱ را ببینید.

1. bonding

2. Brazelton Neonatal Assessment Scale

3. bonding 4. attachment

5. Klaus 6. Kennel 7. Schaffer

این میزان در اسکاتلند فقط ۵۰ درصد است. تا هفته ششم یک سوم این مادران شیردهی از سینه را کنار می‌گذارند. بین طبقات اجتماعی تفاوت از این هم بیشتر است: تقریباً ۹۰ درصد مادران طبقات اجتماعی I و II شیر خود را به کودک می‌دهند که این میزان در طبقات اجتماعی IV و V ۶۰ درصد است. همچنین در رفتار کودکان تفاوت‌های مهمی وجود دارد و نحوه تعبیر مادران از این رفتارها به نحوه شیردهی ارتباط دارد. برای مثال شیرخوارانی که با بطری تغذیه می‌شوند، در سنی پایین‌تر از شیرخواران شیر مادرخوار تمام شب را می‌خوابند؛ این کودکان معمولاً غذاهای جامد را در سنین پایین‌تری شروع می‌کنند. مادران شیرده تغییرات دفعات شیردهی را مهمترین نشانه گرسنگی کودکان تلقی می‌کنند در حالی که مادرانی که از شیر خشک استفاده می‌کنند میزان قدرت مکش نوزاد از بطری را مهمترین نشانه می‌دانند (Drewett و همکاران، ۱۹۹۸).

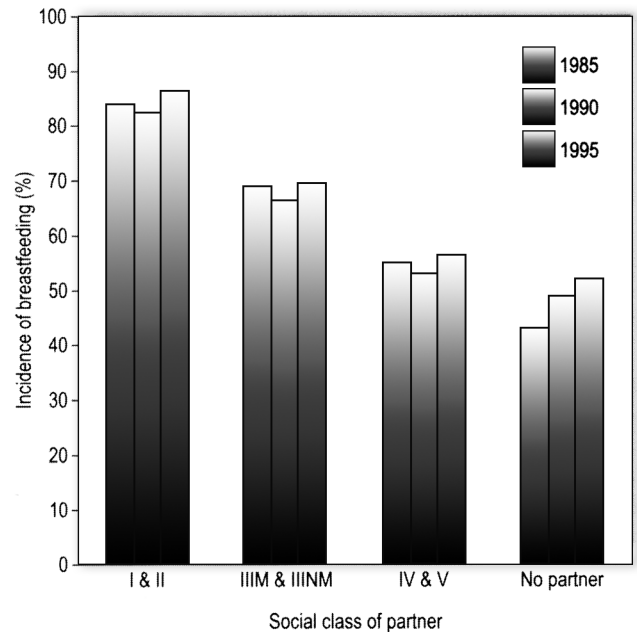
دادن شیر انسان از طریق لوله بینی معدی به کودکان نارس رشد شناختی آنها را تقویت می‌کند و سبب می‌شود در سنین بعدی IQ بالاتری داشته باشند. این امر نشان می‌دهد که برخی اجزای شیر انسان (احتمالاً اسیدهای چرب با زنجیره طولانی)، اهمیت زیادی در رشد مغز نارس دارد. در سنین مدرسه، کودکان فول ترمی که در شیرخواری از شیر مادر تغذیه کرده‌اند حتی در صورت کنارگذاشتن تفاوت‌های تحصیلی و اجتماعی - اقتصادی بهره هوش بالاتری نشان می‌دهند. این اثرات طولانی‌مدت بر روی رشد نمونه‌های جالبی از این واقعیت هستند که چگونه تجربیات اولیه از راه‌های غیرمنتظره اثرات پایداری به جای می‌گذارند.

- هر چند وقت یکبار به مادری برمی‌خورید که کودکش را با شیر خودش تغذیه می‌کند؟ چه موانعی سبب می‌شود زنان مایل نباشند در ملاء عام نوزادشان را از سینه خود تغذیه کنند؟
- مادری با یک بچه زیر یک سال پیدا کنید و نحوه صحبت کردن او را با فرزندش مشاهده کنید. آیا شواهدی از نوبت‌گیری می‌بینید؟
- چه چیزی سبب می‌شود که کودک شیرخوار لبخند بزند؟ دو نقطه بزرگ بر روی تکه کاغذی بکشید و در فاصله ۱۲ اینچی شیرخوار قرار دهید. در جای دهان و بینی نقاط دیگری اضافه کنید. پاسخ کودک ۳ ماهه و ۸ ماهه را مقایسه کنید.



رشد در اوایل شیرخواری

- کودکان در هفته اول تولد می‌توانند تظاهرات چهره‌ای مختلف را افتراق دهند.
- تماس طولانی بین مادر و شیرخوار در هفته اول زندگی برای ایفای موفق نقش مادرانه ضروری نیست.
- تغذیه با شیر مادر منافع فوری و طولانی‌مدتی از نظر سلامتی کودک دارد.

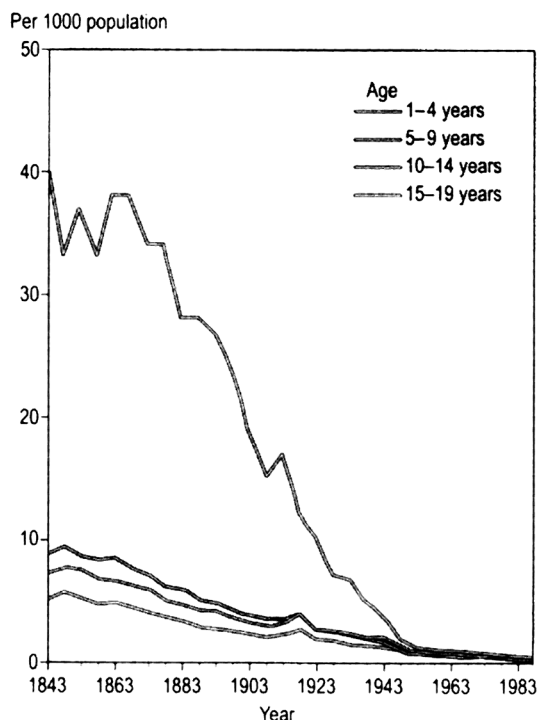


شکل ۲. تغذیه با شیر مادر در طبقات مختلف اجتماعی (۱۹۸۵، ۱۹۹۰، ۱۹۹۵ در بریتانیای کبیر).

می‌شود؛ زیرا افزایش غلظت پرولاکتین در مادر بازگشت تخمک‌گذاری را به تعویق می‌اندازد و فاصله بین زایمان‌ها را افزایش می‌دهد. ممکن است سایر مزایای شیردهی ناشی از خود این عمل باشد و نه تفاوت‌های بیوشیمیایی بین شیر خشک و شیر مادر. تغذیه با شیر فرایند پیوسته‌ای از مکش کودک نیست، بلکه توسط برداشتن بطری یا سینه یا دلایل دیگری مثل احساس خفگی، نفس تازه کردن، پرشدن دهان از شیر، تعویض پستان و غیره قطع می‌شود. در هنگام فیلمبرداری نحوه شیردهی تحلیل می‌شود تا مشخص شود که کودک سبب قطع شیردهی می‌شود یا مادر. در کودکانی که از بطری تغذیه می‌شوند، موارد قطع تغذیه تقریباً به طور کامل تحت کنترل مادر است، اما در نوزادان شیر مادرخوار این روند عمدتاً تحت کنترل کودک است. مشاهداتی نظیر این و سایر موارد آنچه که نوبت‌گیری^۱ نامیده می‌شود، حاکی از آن است که رابطه متقابل در شیردهی از سینه بارزتر است. بسیاری از روانشناسان به این شیردهی علاقمند هستند زیرا این نوع تعامل را منشاء روابط اجتماعی آتی می‌دانند.

علیرغم منافع بهداشتی آشکار برای کودک، مطالعات منظم تغذیه شیرخوار توسط دفتر مطالعات و سرشماری جمعیت نشان می‌دهد که در مناطق و طبقات اجتماعی مختلف، تفاوت‌های پایداری در زمینه تغذیه از شیر مادر دیده می‌شود (شکل ۲). با اینکه ۷۵ درصد مادران در جنوب انگلیس از بدو تولد کودکان سعی می‌کنند شیر خود را به کودک بدهند،

دوران کودکی و سلامت کودک



شکل ۲. روند مرگومیر در سنین زیر ۲۰ سال از ۱۸۴۱-۴۵ تا ۱۹۸۶-۹۰ در انگلند و ویلز.

مشکلات هیجانی/ رفتاری در آینده برای زنان و مردان محسوب می‌شود.

مادران مجرد در معرض خطر مشکلات مالی و افسردگی هستند (براون^۱ و موران^۲، ۱۹۹۷) و فقر و افسردگی مادران با خطر بیشتر مشکلات سلامتی و رفاه کودکان همراه است. اما در تفسیر این ارتباط بایستی دقت نمود تا والدین مجرد مقصر جلوه نکنند.

حوادث

هر چند میزان مرگ کودکان بر اثر حوادث در بریتانیا رو به کاهش است، اما همچنان حوادث عامل عمده مرگ در کودکان هستند و مانند اکثر علل دیگر مرگ کودکان ارتباط زیادی با طبقه اجتماعی دارند.

در زیر سن ۵ سال، اکثر حوادث در منزل روی می‌دهند و آتش‌سوزی شایعترین علت مرگ و سوختگی با آب داغ و سقوط شایعترین علل جراحت در این سنین محسوب می‌شوند. از ۵ سالگی به بعد شایعترین موارد مرگ کودکان بر اثر حوادث در جاده‌ها اتفاق می‌افتند هرچند علیرغم افزایش حجم ترافیک تعداد حوادث رانندگی مختصری کاهش یافته است. احتمال تصادف کودکان در حالت پیاده در طبقه اجتماعی V، ۴ بار بیشتر از طبقه اجتماعی I است. هرچند مرگومیر ناشی از جراحت و مسمومیت نیز در تمامی طبقات اجتماعی کاهش یافته است، اما نسبت مرگ کودکان ۱۵-۰ ساله طبقات IV و V در مقایسه با کودکان طبقات I و II افزایش یافته است.

مطالعاتی که بر روی قدرت فهم کودکان از خطر انجام شده، نشان می‌دهد کودکان زیر سن ۷ سال را می‌توان آموزش داد که چیز بخصوصی خطرناک است، اما آنها نمی‌توانند این درک خود را تعمیم دهند. برای مثال وقتی یاد می‌گیرند به آتش بخصوصی نزدیک نشوند، این یادگیری به سایر موارد آتش تعمیم پیدا نمی‌کند. به علاوه کودکان خردسال توانایی تفسیر سرعت ترافیک را ندارند.

هر چند حوادث علت عمده مرگ کودکان هستند، اما خوشبختانه به ندرت اتفاق

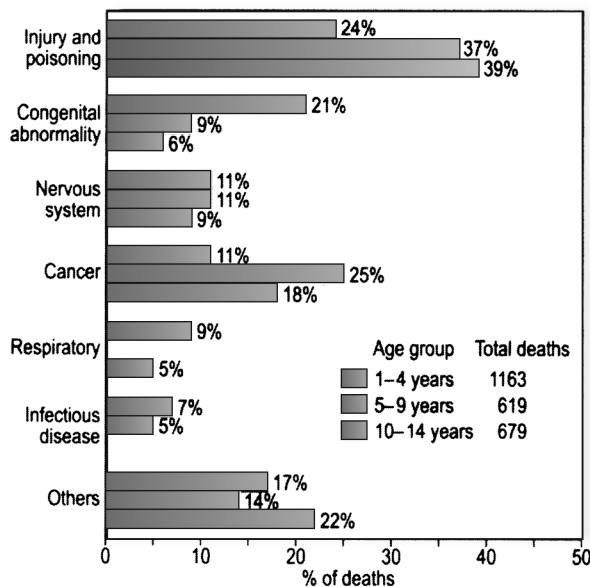
دوران کودکی دوره گذار از وابستگی زیاد به سمت خودمختاری است. خطر بیماری‌های و خیمی که در این فرایند تداخل کند، در اکثر کشورهای مرفه به میزان چشمگیری کاهش یافته است؛ اما هنوز در بین کودکان خانواده‌های فقیر نسبت بالای نامتناسبی از مرگومیر و بیماری‌ها دیده می‌شود.

سلامت کودکان

امروزه در کشورهای مرفه درصد نسبتاً ناچیزی از کودکان ۱ تا ۱۴ سال می‌میرند (شکل ۱) هر چند در تمامی سنین احتمال مرگ و میر پسرها بیشتر از دخترهاست. پیشرفت‌های حاصله در کاهش مرگ و میر کودکان در طول ۱۵۰ سال اخیر به طور مداوم ادامه داشته است (شکل ۲) که عمدتاً مربوط به بهبود شرایط زندگی، رعایت بهداشت و تغذیه و در نتیجه کاهش مرگومیر ناشی از بیماری‌های عفونی بوده است. واکسیناسیون، تنظیم خانواده، پیشرفت طبی و دسترسی بیشتر به خدمات بهداشتی نیز در بهبود سلامت کودکان نقش داشته‌اند. با این حال مرگومیر ناشی از جراحات و مسمومیت‌ها همچنان عامل عمده نگرانی هستند. کاهش میزان بیماری‌های عفونی و خیم در کودکان کشورهای ثروتمند همچنین سبب شده نسبت اختلالات مادرزادی و سرطان‌ها برجسته‌تر شوند؛ اما این بیماری‌ها در اینجا مطرح نمی‌شوند و در فصول دیگری به آنها پرداخته شده است. از سوی دیگر بیماری‌های جزئی در بین کودکان نسبتاً شایعند و بنابراین می‌توان آنها را نسبتاً «بهنجار» تلقی کرد. همچنین به نظر می‌رسد از اوایل دهه ۷۰ میلادی که داده‌های مربوطه در بریتانیا گردآوری می‌شود، میزان خودکراشده‌ی بیماری‌های مزمن در بین کودکان رو به افزایش بوده و بیماری تنفسی مشکل اصلی بوده است.

رفاه و سلامت روانشناختی

شواهد حاکی از آن است که عوامل ناگوار خانوادگی مانند ازدواجی که در آن حمایت متقابل اندک است، با مشکلات رفتاری کودکان ۳ ساله و شروع مشکلات رفتاری در سنین بالاتر ارتباط دارد. اما در صورت کاهش عوامل تنش‌زا، همواره الگوهای رفتار مشکل‌ساز نظیر اختلال خواب، رفتار مقابله‌جویانه و قشوق کاهش نمی‌یابند. در رویکردهای روان‌درمانی و مشاوره در مورد مشکلات رفتاری اعتقاد بر این است که الگوهای آموخته شده رفتار اغلب عمیقاً در نیمه هشیار کودک درونی شده‌اند و ممکن است تغییر آنها دشوار باشد. به علاوه غفلت و کودک آزاری مشکل عمده‌ای است و عامل پیش‌بینی‌کننده شناخته شده افسردگی و



شکل ۱. علل مرگ در کودکان (بریتانیا - ۱۹۹۰)

فقر، بیماری و رشد کودک

کودکان خانواده‌های کم‌درآمد بیشتر در معرض ضعف سلامتی قرار می‌گیرند و زمان بیشتری را در غیبت از مدرسه سپری می‌کنند. این امر به‌نوبه خود بر عملکرد تحصیلی آنها تأثیر گذاشته و سبب کاهش فرصت‌های شغلی و تضعیف سلامتی در سال‌های آتی می‌شود. در سال‌های اخیر توجه سیاست‌گذاران به ارتقاء حمایت از والدین معطوف شده است. تحقیقات نشان داده است که حمایت‌های مالی، اجتماعی و هیجانی در کوتاه‌مدت، سبب بهبود عزت‌نفس والدین و کاهش میزان مشکلات رفتاری و جراحات کودکان می‌شود (پیترسون^۲ و همکاران، ۲۰۰۲). نتایج مطالعات پیگیری طولانی‌مدت در آینده ارائه می‌شود.

مطالعه موردی

هلن رابرتس^۳ و همکاران (۱۹۹۳) در مطالعه مسکن گلاسکو دریافتند که مادران حوادث را تنها یکی از عناصر زندگی سراسر ناامن خود می‌دانند. آنها به نقائص موجود در طراحی و نگهداری محیط زندگی خود اشاره داشتند که در میزان بالای حوادث نقش دارند؛ بالکن‌هایی شکاف‌دار که کودکان خردسال ممکن است از آنجا سقوط کنند، طراحی نامناسب آشپزخانه، سیم‌کشی نامناسب برق و پریزهای نامطلوب، کنترل ناکافی ترموستات‌های بخاری‌های تابشی، طرح خطرناک پنجره و ناکافی بودن قفل‌ها، کمبود امکانات بازی، کمبود حفاظ‌های جاده‌ها و عدم مرمت کافی آنها، تکه‌های شکسته شیشه که از شیشه‌برها به‌جا مانده، ناکافی بودن مخازن زباله و عدم جمع‌آوری زباله‌ها، پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که فقط درصد کمی از والدین مورد مطالعه، در این زمینه رفتار غیرمسئولانه‌ای داشتند و اغلب مسئولیت متوجه متخصصین و پیمانکاران ساختمانی است که نقص در طراحی را نمی‌پذیرند و در زمینه اصلاح آنها کاری انجام نمی‌دهند.

دوران کودکی و سلامت

- سلامت کودکان در کشورهای ثروتمند در طول یکصد سال اخیر به میزان چشمگیری بهبود یافته است.
- این پیشرفت‌ها عمدتاً حاصل پیشرفت در زمینه رعایت بهداشت و استانداردهای زندگی بوده است.
- حوادث و بخصوص حوادث ناشی از تصادف عابران پیاده علت عمده مرگ‌ومیر کودکان است.
- بیماری‌های تنفسی درصد عمده‌ای از بیماری‌ها و عوارض را در کودکان تشکیل می‌دهد.
- هم حوادث و هم بیماری‌های تنفسی ارتباط قدرتمندی با طبقه اجتماعی و فقر دارند.

می‌افتند. با این حال حوادثی که منجر به جراحت می‌شوند نسبتاً شایعند و همچنین به طبقه اجتماعی ارتباط دارند. احتمال شدت بالای جراحت در طبقات اجتماعی IV و V بیشتر است. علت این موضوع را می‌توان در موارد زیر برشمرد:

- ازدحام: منجر به خطر بالاتر سقوط یا سوختگی می‌شود.
 - محرومیت نسبی: منجر به استفاده از تجهیزات قدیمی و با ایمنی کمتر آشپزی، بخاری، سیم‌کشی، مبلمان و تجهیزات ایمنی می‌شود.
 - جاده‌های بدون حفاظ، بخصوص جاده‌های اصلی
 - کمبود امکانات بازی
 - دشواری نظارت بر کودکان در ساختمان‌های مرتفع
- خطر عوامل اختصاصی مرگ‌ومیر و جراحات ناشی از حوادث برحسب سن و جنس متفاوت است. در تمامی سنین، پسرها بیش از دخترها بر اثر حوادث می‌میرند یا دچار جراحت می‌شوند و در این میان نسبت حوادث رانندگی در پسرها با افزایش سن بیشتر می‌شود. برای توضیح این پدیده سه توضیح ارائه شده است:
- پسرها بیشتر از دخترها به بازی‌های پرسروصدا و خطرناک روی می‌آورند.
 - والدین بر روی دخترها بیش از پسرها نظارت دارند.
 - پسرها تشویق می‌شوند که فعال‌تر باشند و به همین دلیل بیشتر مستعد حوادث هستند.
- حوادث کودکان در خانه‌هایی که مادر افسرده است بیشتر روی می‌دهند. براون و داویسون^۱ (۱۹۷۸) معتقد است وقتی مادر افسرده می‌شود توجه و علاقه کمتری به فرزندانش نشان می‌دهد. کودکان در چنین حالتی، برای جلب توجه مادر رفتار پرخاشگرانه‌تر یا مشکل‌سازتری نشان می‌دهند؛ اما مادر با دیدن این رفتارها بیشتر کناره می‌گیرد که این خود سبب بروز رفتارهای حادث‌تری از سوی فرزندان شده و این رفتارها و کمبود نظارت مادر منجر به افزایش خطر حوادث می‌شود.

ایست فکر کنید

اینطور مطرح شده است که آموزش والدین در مورد خطرات حوادث و تشویق آنها برای مسئولیت‌پذیری بیشتر در زمینه نظارت بر کودکان، سبب مقصر دانستن قربانی، احساس گناه و خشم دفاعی می‌شود. نظر شما در این مورد چیست و آیا می‌توانید روش مناسب‌تری برای پیشگیری از حوادث در کودکان ارائه کنید؟

بیماری‌های تنفسی

بطور متوسط یک کودک ۵ ساله در سال ۶ تا ۸ بار دچار بیماری‌های تنفسی می‌شود. این بیماری‌ها مسئول حدود ۸۰٪ موارد مشاوره با پزشک عمومی در این سنین هستند که این میزان ۵ بار بیشتر از میزان مراجعه به دلیل سایر اختلالات است. حدود ۳۰٪ تمامی موارد مراجعه کودکان ۱۱ ساله نیز به دلیل بیماری‌های تنفسی است.

همچون مورد حوادث، در اینجا هم رابطه قدرتمندی بین بیماری‌های تنفسی و طبقه اجتماعی وجود دارد. رطوبت خانه حتی در صورت مجاز بودن مصرف سیگار عامل پیش‌بینی‌کننده قدرتمندی از نظر بروز و شدت بیماری‌های تنفسی در کودکان است. از سوی دیگر با اینکه میزان بروز و شیوع آسم در بریتانیا در سال‌های اخیر افزایش یافته و آن را به شایع‌ترین بیماری مزمن کودکان تبدیل کرده است، به نظر می‌رسد هیچ رابطه روشنی بین آسم و طبقه اجتماعی وجود ندارد.