

روان‌شناسی سلامت (با رویکرد پزشکی)

تألیف

بت آلدِر، مایک پورتر، چارلز آبراهام، ادوین ون تیجلینگن

ترجمه

دکتر فرزین رضاعی

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

با مقدمه

دکتر همایون امینی

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

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 دانشجو محور را جایگزین آن کرد. البته حتی در آن زمان هم، تدریس یک واژه گمراه‌کننده بود؛ زیرا عمده‌تاً 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 جنگ 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 جنگ بود. توصیه‌های انجام تغییر برنامه درسی و تبدیل آن به یک یادگیری دانشجو 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 دانشجو، 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 (به‌خصوص در سال‌های آخر که بیشتر وقت دانشجو 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 دانشجو 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 به‌خصوص 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 جنبه های 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 بیماری های مختلف مربوط به بخش یا سیستم خاصی از بدن می شود که گاه فراموش می کند که با انسان دردمندی مواجه است که کژکاری بخشی از جسم او، تمام وجودش را متأثر و متألّم ساخته است. متأسفانه کم توجهی به دو بعد مهم سلامت یعنی ابعاد روانی و اجتماعی، رابطه پزشک و بیمار را به یک رابطه خشک مکانیکی تقلیل می دهد. به نظر می رسد اکنون زمان آن فرا رسیده است که زنگ خطر برای برنامه ریزان آموزش پزشکی نواخته شود که در صورت ادامه این روند و فقدان چاره اندیشی عاجل، مهم ترین و در عین حال ساده ترین و کم هزینه ترین پیش نیازهای یک درمان جامع و مؤثر، در میان گردوغبار ناشی از سبقت مهارت گسیخته در دستیابی به تکنولوژی ها و تکنیک های گران قیمت و پیشرفته، گم و به دست فراموشی سپرده شود.

کتاب حاضر، یکی از معدود کتاب هایی است که به جنبه های بسیار مهم و در عین حال مغفول آموزش پزشکی در کشور ما پرداخته است. برخی از این جنبه های بسیار مهم عبارتند از: جنبه های اجتماعی سلامت، توجه به دیدگاه سلامت نگر در آموزش پزشکی، پرداختن به برخی از مهمترین جنبه های رابطه پزشک - بیمار، مفهوم ناتوانی ناشی از بیماری های مختلف و یقین دارم دانشجوی پزشکی با استفاده مناسب از این کتاب می تواند به دانش ضروری برای کسب مهارت هایی دست یابد که در کمتر جایی امکان آن را خواهد یافت. به عنوان نمونه در آموزش فعلی دانشجویان یاد می گیرند که چگونه بیماری را تشخیص دهد و چگونه درمان نماید ولی دانشجویان نمی دانند که چگونه خبر ناخوشایند تشخیص یک بیماری صعب العلاج را به بیمار بگویند یا در صورتی که بیماری، درمان مؤثری ندارد یا ناتوانی خاصی را سبب شده است چگونه به بیمار کمک کنند 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 می کند 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 روان شناسی است و هم از روان پزشکان برجسته سال های اخیر کشور. در ضمن بر خود لازم می دانم از زحمات ارزشمند دوست و همکار گرامی جناب آقای دکتر محسن ارجمند نیز سپاسگزاری نمایم که با حمایت از انتشار کتاب های ارزشمند در حوزه پزشکی، روان پزشکی و روان شناسی از جمله کتاب حاضر، خدمات قابل توجهی ارائه نموده اند.

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 تا کنون 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 و پراستار 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 وسیعی 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) جابجا 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 و پراست 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 مرئی‌ان و سازماندهندگان 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 بدیهی 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 رفتار 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 اختصاصی‌تری 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.

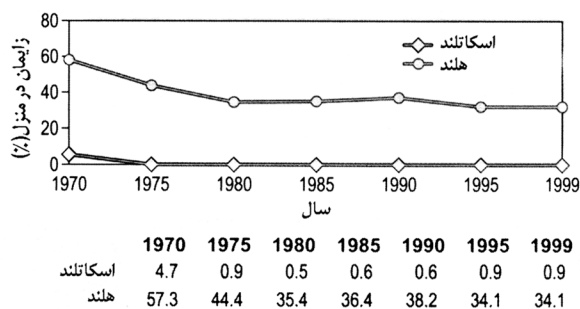
۸۴	ادراک خطر و رفتارهای خطر جویانه	۲	بارداری و زایمان
	رفتار بیماری و برخورد پزشک - بیمار	۴	مسایل تولیدمثل
۸۶	تصمیم‌گیری برای مشاوره (مراجعه به پزشک)	۶	رشد در اوایل شیرخوارگی
۸۸	ملاقات پزشک	۸	دوران کودکی و سلامت کودک
۹۰	دارونما	۱۰	نوجوانی
۹۲	پیروی بیمار از دستورات درمانی	۱۲	بزرگسالی و میانسالی
۹۴	مهارت‌های ارتباطی	۱۴	پیرشدن، جامعه و سلامت
۹۶	گفتن خبرهای بد	۱۶	داغ‌دیدی
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	درمان‌شناختی - 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 برچسب‌زنی
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 در موارد بروز پاتولوژی	وضع حمل فقط به صورت گذشته‌نگر بهنجار است
تأکید	بهنجاری	خطر
	حمایت اجتماعی	کاهش خطر
	زن = فعال	زن = منفعل
	سلامت	بیماری
	انفرادی	آماري

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».



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 باید 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 می‌توانست کنترل وضع حمل را به پزشکان مرد سپرده‌اند.

این کتاب از آغاز حیات یعنی تولد شروع می‌شود. برای ورود به علوم رفتاری بهتر است از یکی از «طبیعی‌ترین» 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 دخالت 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 غیرتخصصی‌تر مثل بیمارستان عمومی یا منزل زایمان کنند. یکی از طرفداران این دیدگاه تیبو (Tew) (۱۹۹۰) است که طی آماده کردن تمرینات همه‌گیرشناسی برای دانشجویان پزشکی در نانتینگهام، 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؟



حاملگی اغلب زمانی برای تجربیات و هیجانات بزرگ مربوط به تولد و والد شدن است. زنان جوامع مدرن غربی به طور متوسط در طول عمر خود دوبار 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 سوء تفاهم و عدم رضایت تازه والد‌ها شود (به‌خصوص 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

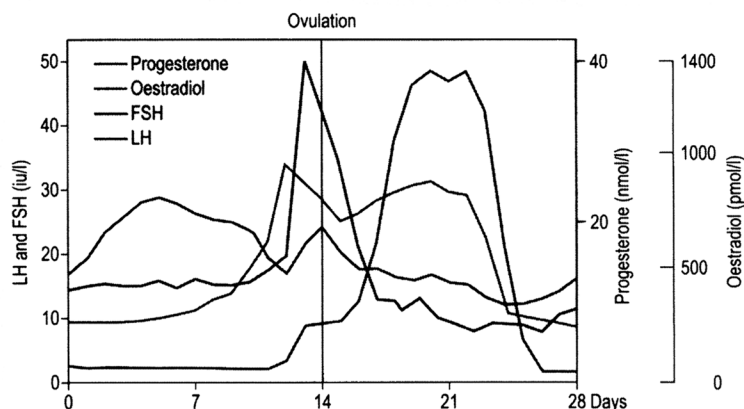
نمونه هلند

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 (شبیه 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 تخم‌گذاری 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 تخم‌گذاری غلظت استرادیول و پروژسترون افت کرده (مرحله لوتال) 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 لوتال 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.



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 فرزندشان حضور دارند. به دنیا آوردن بچه یک واقعه هیجانی است و یکی از مهمترین رویدادهایی است که افراد تجربه می‌کنند.

تغییرات خلق

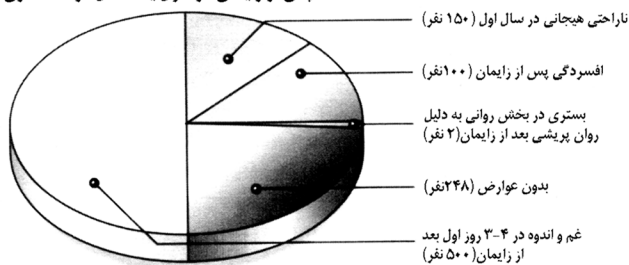
گذار به سمت والد شدن را می‌توان نوعی بحران رشد تلقی کرد.

- 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 الزاماً 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.
- والد شدن با منزلت اجتماعی بالایی همراه است و والدین ممکن است احساس اعتماد بنفس و پختگی بیشتری کنند.
- اکثر والدین، والد شدن 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 مادری

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 طبیی 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 پرئود 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 باشند. 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 میانسال‌ی شروع شوند. برای توجیه تغییرات دوره یائسگی دیدگاه‌های متفاوتی وجود دارد.

مدل زیستی طبیی

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.

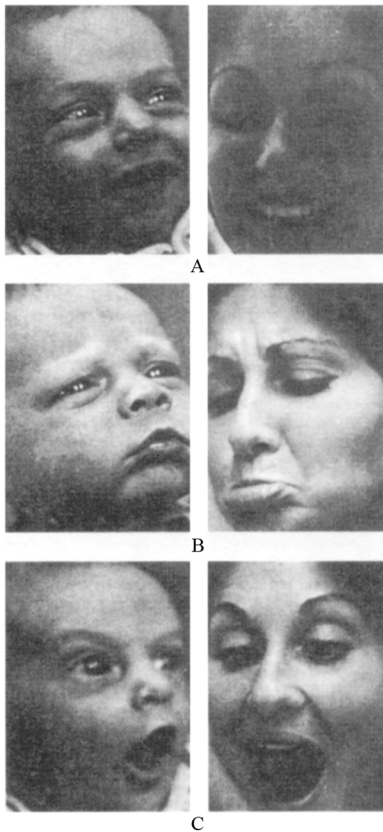
مدل فرهنگی

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 پوکی 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 پاسخ‌های پروپریوسیتو 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 اگزما. 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 کتل^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 بسنج 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 بدبنال 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 (پست ناتال) 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

اکثراً 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 کند 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 می‌خوانند؛ 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).

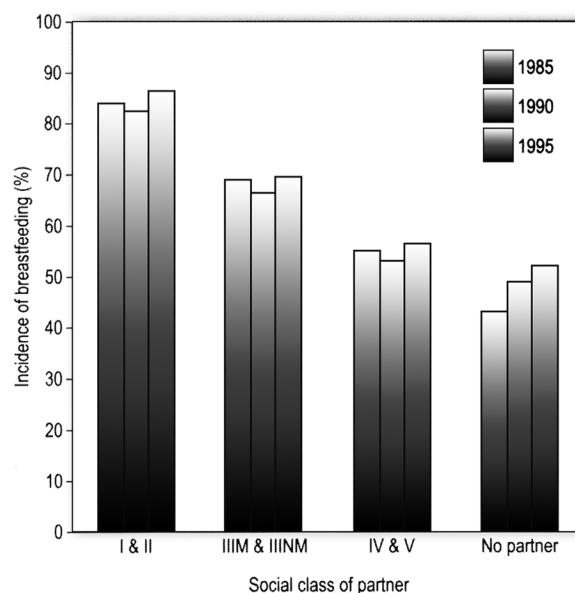
دادن شیر انسان از طریق لوله بینی معدی به کودکان نارس رشد شناختی آنها را تقویت می‌کند و سبب می‌شود در سنین بعدی IQ بالاتری داشته باشند. این امر نشان می‌دهد که برخی اجزای شیر انسان (احتمالاً اسیدهای چرب با زنجیره طولانی)، اهمیت زیادی در رشد مغز نارس دارد. در سنین مدرسه، کودکان فول ترمی که در شیرخواری از 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 لیخنه 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.

ایست
فکر کنید

رشد در اوایل شیرخواری

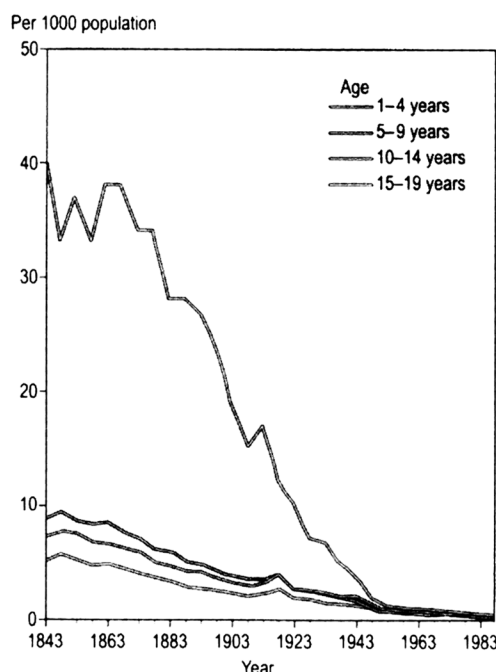
- کودکان در هفته اول تولد می‌توانند تظاهرات چهره‌ای مختلف را افتراق دهند.
- تماس طولانی بین مادر و شیرخوار در هفته اول زندگی برای ایفای موفق نقش مادرانه ضروری نیست.
- تغذیه با شیر مادر منافع فوری و طولانی‌مدتی از نظر سلامتی کودک دارد.



شکل ۲. تغذیه با شیر مادر در طبقات مختلف اجتماعی (۱۹۸۵، ۱۹۹۰ و 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

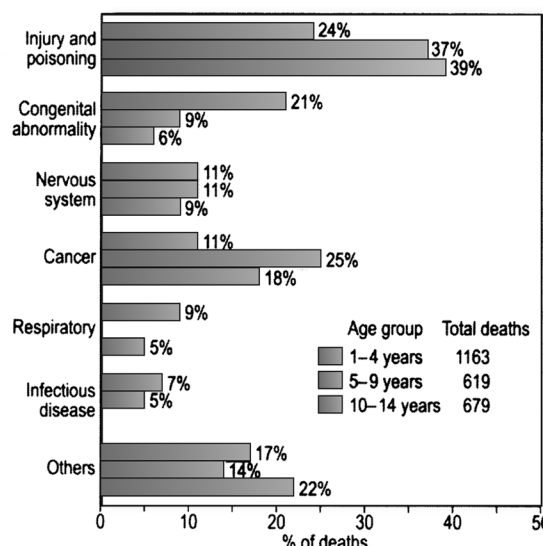
دوران کودکی دوره گذار از وابستگی زیاد به سمت خودمختاری است. خطر بیماری‌های وخیمی که در این فرایند تداخل کند، در اکثر کشورهای مرفه به میزان چشمگیری کاهش یافته است؛ اما هنوز در بین کودکان خانواده‌های فقیر نسبت بالای نامتناسبی از مرگومیر و بیماری‌ها دیده می‌شود.

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 وخیم 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 «پهنجار» 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 قشقرق 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 کودک‌آزاری 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 (پترسون^۲ و همکاران، ۲۰۰۲). نتایج مطالعات پیگیری طولانی‌مدت در آینده ارائه می‌شود.

مطالعه موردی

هelen 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 پرسرودا 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 حادثی 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.

نوجوانی

نوجوانی دوره گذار از کودکی به نقش بالغین بزرگسال است. در گذشته این دوره، مدت کوتاهی پس از بلوغ را شامل می‌شد و گاهی طی آن آیین‌های رسمی ورود انجام می‌شد؛ اما اینک بسیاری از افراد، حتی در اواسط دهه سوم زندگی تمام مسئولیت‌های بزرگسالی را بر عهده نگرفته‌اند. چرا که هنوز منزل پدری را ترک نکرده‌اند، دارای فرزند نشده‌اند، و به جای شغل دایمی و ازدواج چندین شغل و رابطه کوتاه‌مدت را تجربه کرده‌اند. سن مجاز فعالیت‌های مختلف بزرگسالان متغیر است. بنابراین از نوجوانان انتظار می‌رود از بعضی جهات شبیه به بزرگسالان و از برخی جهات شبیه به کودکان رفتار کنند. والدین و فرزندان اغلب در مورد نقش مناسب سنین مختلف توافق نظر ندارند. از دهه ۱۹۵۰ نوجوانی (Youth) را به عنوان مرحله مجزا و مثبتی از زندگی می‌شناختند که این تصور به سرعت تغییر کرده است (جدول ۱).

تغییرات جسمانی بلوغ حائز اهمیت هستند اما تغییرات روان‌شناختی بر اثر دشواری نقش‌های نوجوان ایجاد می‌شوند. توانایی‌های ذهنی نوجوانان نزدیک به بزرگسالان است (هرچند الزاماً از دانش یا تجربه بزرگسالان برخوردار نیستند) و طی مدت کمی به توانایی‌های جسمانی بزرگسالان نیز دست می‌یابند. مسایل مهم‌تر رشد مربوط به موضوعات هیجانی، جنسی و اخلاقی هستند. والدین و فرزندان اغلب در مورد اینکه کدام رفتار مناسب چه سنی است اختلاف نظر دارند. نظریه‌پرداز نافذی به نام اریک اریکسون (۱۹۶۸) نوجوانی را زمان شکل‌گیری هویت بزرگسالی توصیف نمود.

دو عامل فشار در نوجوانی عبارتند از:

- نوجوان ناچار است نقش‌های بزرگسالان را انتخاب کرده و خود را با آنها انطباق دهد. بسیاری از نوجوانان پیش از آنکه با آنچه مناسبشان است سروسامان پیدا کنند انواعی از رفتارها و نقش‌ها را آزمایش می‌کنند. این آزمایش‌ها اغلب شامل فعالیت‌هایی است که از نظر بزرگسالان افراطی به نظر می‌رسند. برای مثال مدهای جوانان اغلب قریحه‌های قدیمی‌تر را نقض می‌کنند.
- مشاجره بر سر حقوق و مسئولیت‌ها: نوجوانان اغلب شکایت می‌کنند که بزرگسالان از آنان انتظار دارند که مسئولیت‌های بزرگسالی را برعهده گیرند، بدون آنکه از آزادی‌های بزرگسالی برخوردار باشند؛ آنقدر مسئول باشند که از بچه‌های کوچک نگهداری کنند، اما نمی‌توانند برای داشتن سکس از حق انتخاب برخوردار باشند. بزرگسالان اغلب احساس متضادی دارند و تصور می‌کنند نوجوانان انتظار دارند از آزادی‌های بزرگسالان برخوردار باشند بدون آنکه مسئولیت‌های بزرگسالی را بپذیرند: آزاد باشند هر وقت

جدول ۱. زندگی برای جوانان امروز نسبت به ۲۵ سال پیش تغییر کرده است

موارد افزایش	موارد کاهش
تنوع جشن‌ها	ازدواج
مارک‌های تجاری	شغل دائمی
مسافرت	اجتماع محلی
پول	طبقه اجتماعی
بازی‌های ویدیویی	سیاست‌های راست و چپ
پیغام‌های متنی	
روابط تک همسری متوالی	
آرایش و دغدغه‌های مربوط به بدن	
تلویزیون مستند	
مصرف داروهای تفریحی	
رفتن به باشگاه‌ها و کلوپ‌ها	

خواستند به خانه بیایند، بدون آن که در کار خانه کمکی کنند.

علی‌رغم این فشارها نوجوانی اغلب زمان بدون دردسری است و نسبتاً به خوبی در کنار والدین سپری می‌شود. جدول ۲ نشان می‌دهد که نحوه فرزندپروری چگونه بر فرزندان اثر می‌گذارد. در اکثر موارد آرمان‌ها و علایق نوجوانان شبیه بزرگسالان است. برای مثال وست (West) و همکاران (۱۹۹۰) متوجه شدند که محبوب‌ترین فعالیت‌های تفریحی در سنین ۱۸ سالگی عبارتند از: تماشای تلویزیون، گوش دادن به موسیقی و مطالعه؛ یعنی فعالیت‌هایی که ابداً جنبه طغیان‌گرانه ندارند! به علاوه ۷۸٪ افراد ۱۸ ساله مورد مطالعه به طور دائم مشغول کار یا تحصیل بوده‌اند. با این حال حدود ۲۰٪ نوجوانان مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند (کلمن [Coleman] و هندری [Hendry]، ۱۹۹۹). بسیاری از نوجوانان مشکل‌دار به سوءمصرف مواد یا الکل روی می‌آورند، در فعالیت‌های مجرمانه شرکت می‌کنند و عملکرد ضعیف تحصیلی داشته یا از مدرسه اخراج می‌شوند و ممکن است دچار افسردگی یا حالت غمگینی شوند. این نوجوانان همچنین ممکن است به رفتارهایی دست بزنند که مناسب سن آنان نیست، هر چند برای افراد مسن‌تر ناپه‌نچار محسوب نمی‌شود. مقاربت جنسی و مصرف الکل برای سنین زیر ۱۴ سال نامناسب تلقی می‌شود (توجه کنید که این صرفاً یک تعریف قانونی نیست بلکه یک هنجار اجتماعی است). در اکثر موارد این دوره گذرا بوده و چند سال طول می‌کشد، اما در مواردی نوجوانان مشکل‌دار در سنین بزرگسالی هم دچار

جدول ۲. اثرات سبک‌های ترکیبی فرزندپروری بر رشد نوجوان

دو بُعد از سبک فرزند پروری	خصمانه	محبت آمیز
سرد، غفلت از نیازهای کودک، کاربرد تنبیه برای کنترل رفتار	گرم - نیازهای کودک را می‌پذیرد، به کودک توجه می‌کند، برای کنترل رفتار از تشویق و تحسین استفاده می‌کند.	
سلطه‌جویانه	والد همواره سخت‌گیر و تنبیه‌گر است	تحقق این ترکیب افراطی سبک فرزندپروری غیرمحتمل است، زیرا توقعات غیرقابل انعطاف مستلزم عدم توجه به نیازهای کودک است. در نوع خفیف‌تر آن، کودک یک ماشین موفقیت بوده و درگیر تلاشی ناموفق برای خشنود ساختن والدین است.
سبک اقتداری	تحقق این ترکیب سبک بعد است زیرا خصومت مانع انتظارات انعطاف‌پذیر روشن می‌شود.	والدین راهنمایی‌های خوبی ارائه می‌کنند. این ترکیب سبک ایده‌آل است و احتمالاً منجر به سازگاری خوب در بزرگسالی می‌شود.
مسامحه‌آمیز	والد به میزان زیادی از رفتار کودک غافل است و تنبیه به صورت بی‌ثبات انجام می‌شود.	والد به صورت فردی برابر با کودک رفتار می‌کند: کودک لوس می‌شود.
انتظارات چندانی در مورد رفتار کودک ندارد و راهنمایی چندانی هم ارائه نمی‌کند.	برخی از والدین سوءرفتار جسمانی یا جنسی از خود بروز می‌دهند.	تعارضات عمده نقش، رفتار کنش‌نمایی خفیف‌تر، کودک واداشته می‌شود که نقش والد را بازی کند.
	نوجوان خشم را برونی می‌کند: رفتار کنش‌نمایی، بزهکاری، سوءمصرف مواد	



شکل ۱. امروزه اطلاعات آموزش بهداشت مخصوص جوانان به نحو گسترده‌ای قابل دسترسی است. این تصویر کار تونی به اثرات "Alcopop" می‌پردازد.

خدمات بزرگسالان یا کودکان قرار نمی‌گیرند.

مطالعه موردی

جین ۱۴ سال دارد و اخیراً رابطه جنسی حفاظت نشده‌ای داشته است و برای قرص روز بعد به مطب شما مراجعه کرده است. ابتدا می‌گوید که این اتفاق با پسری روی داده که تازه با او آشنا شده است. وقتی شما در این مورد قضاوت نمی‌کنید و از او می‌پرسید که آیا قبلاً هم رابطه جنسی داشته است، به شما می‌گوید که آن پسر در واقع دوست پسر ثابتش است و ۱۸ سال سن دارد و از ۳ ماه پیش تقریباً هفته‌ای ۲ بار با او رابطه جنسی داشته است. آنها برای پیشگیری از روش مقاربت منقطع استفاده کرده‌اند، اما این روش با شکست مواجه شده است. جین می‌گوید دوست پسرش از کاندوم استفاده نمی‌کند و خود او هم مایل به این کار نیست، زیرا کنترل موالید خلاف موازین مذهبی اوست. به نظر می‌رسد جین از رابطه‌اش بسیار راضی است. او از اینکه والدینش بفهمند دوست پسر ثابت دارد می‌ترسد و به این موضوع اهمیت نمی‌دهد که دوست پسرش از او بزرگتر است و به شکل حفاظت نشده و خلاف قانون با او که زیر ۱۶ سال سن دارد، رابطه جنسی دارد. این مورد شما را با معضلات اخلاقی زیر روبرو می‌کند:

- از نظر قانونی شما موظفید آسیب به یک فرد صغیر را افشا کنید. آیا مقاربت حفاظت نشده با یک فرد ۱۸ ساله به معنای آسیب است؟
- شما مجاز نیستید بدون رضایت والدین یک فرد زیر ۱۶ سال را تحت درمان طبی قرار دهید.
- آیا متقاعد کردن کسی که مخالف وسایل جلوگیری است برای استفاده از این وسایل، کاری اخلاقی است؟
- باید به اصل رازداری احترام بگذارید.
- به جین چه می‌گویید و چه کار می‌کنید؟

نوجوانی

- نوجوانی دوره گذار بین نقش‌های کودکی و بزرگسالی است.
- وقتی بین نقش‌ها و رفتارهای مربوطه تعارض پیش می‌آید، فشارهایی به فرد وارد می‌شود.
- اکثر نوجوانان مشکل چندانی پیدا نمی‌کنند.
- حدود ۲۰٪ از نوجوانان دچار دوره‌هایی از رفتارهای مشکل‌ساز یا بزهکار می‌شوند.
- میزان مرگ‌ومیر و عوارض پایین است و نوجوانان از خدمات مراقبت‌های بهداشتی چندان استفاده نمی‌کنند.
- مشکلات ویژه بهداشتی در نوجوانی عبارتند از سوءمصرف مواد، رفتارهای جنسی پرخطر، افسردگی و خودکشی.

مشکل خواهند بود. مداخله زودرس می‌تواند به برخی از نوجوانان کمک کند، اما این خطر را دربردارد که برچسب بیماری روانی، معتاد یا بزهکار بر آنها گذاشته شود و عملاً مشکل را بدتر کند. در مورد رفتارهای خطرناک نوجوانان دو توضیح روان‌شناختی - اجتماعی رایج وجود دارد: ۱- نوجوان احساس آسیب‌ناپذیری می‌کند. ۲- نوجوان در مورد عواقب آتی اعمال خود به شیوه‌ای انتزاعی نمی‌اندیشد. در توضیحات جامعه‌شناسانه‌تر، رفتار خطرناک نوجوان را بخشی از خرده فرهنگ نوجوانان می‌دانند که درون فرهنگ بزرگتر یا مسلط بزرگسالان به نوجوان معنا یا هویت می‌بخشد و این روند در بافتاری از فرهنگ بزرگسالان اتفاق می‌افتد که نوجوان آن را در ارتباط با تجربیات و فرصت‌های زندگی خود بی‌ربط، بدون پاداش یا حتی تنبیه‌گر و بی‌معنا می‌داند. نوجوانی را می‌توان دورانی از تاب‌آوری تلقی کرد، یعنی دورانی که بدن می‌تواند با بی‌بندوباری‌های افراطی کنار آید؛ افراد جوان ورزش را بیشتر به خاطر جذاب شدن انجام می‌دهند تا سلامتی. حتی مرور ساده آمارهای بهداشتی این نکته را تأیید می‌کنند. به استثنای حوادث در پسران، افراد جوان عموماً سالم‌تر از افراد مسن‌تر هستند و شواهد اخیر نشان داده است که در زمینه وضعیت سلامتی در ۱۵ سالگی تفاوتی بین طبقات وجود ندارد (وست و همکاران، ۱۹۹۰).

ایست فکر کنید

آیا شما نوجوان هستید؟ پاسخ اولیه شما ممکن است منفی باشد، اما به عنوان دانشجو احتمالاً وقتی به شما گفته می‌شود موظفید مطالبی را یاد بگیرید که برنامه آن بدون اختیار شما تنظیم شده است، نوعی تعارض نقش را تجربه می‌کنید. شما احتمالاً برای کنار آمدن با مسایل عملی و هیجانی خود، فشارها و عدم قطعیت‌هایی را از سر گذرانده‌اید.

آیا فعالیت‌هایی وجود دارد که هنوز مناسب سن شما نیست؟ با همکلاسی‌هایتان در این مورد بحث کنید که فعالیت‌های زیر برای چه سنی زود است:

- | | |
|----------------------|------------------------|
| ■ مقاربت جنسی | ■ مصرف الکل |
| ■ زندگی با شریک جنسی | ■ مصرف حشیش |
| ■ ازدواج | ■ خروج از منزل والدین |
| ■ بچه‌دار شدن | ■ خرید منزل |
| ■ داشتن کارت اعتباری | ■ مطالعه پزشکی |
| ■ وام گرفتن از بانک | ■ مطالعه علوم کامپیوتر |

نیازهای مراقبت‌های بهداشتی در نوجوانان

نوجوانان هدف ویژه برنامه‌ریزان پیشگیری و ارتقاء سلامت هستند (شکل ۱). سوءمصرف مواد و الکل (و نیز حوادث حین مسمومیت مواد و الکل) و خودکشی عوامل عمده مرگ در نوجوانان هستند. نوجوانان همچنین ممکن است دغدغه‌های بهداشتی خاصی در مورد رشد سریع جسمانی خود داشته باشند. از جمله نگرانی در مورد رشد جنسی، آکنه، آگز، خستگی، سردرد و جثه بدن، رژیم غذایی و ورزش. بسیاری از نوجوانان تا حدودی از بدن خود ناراضی‌اند و ممکن است جنبه‌هایی از مراقبت‌های بهداشتی را ناراحت‌کننده تلقی کنند. ارائه مراقبت بهداشتی به نوجوانان ممکن است دشوار باشد زیرا نوجوانان در قالب

بزرگسالی و میانسالی

در این بخش به تغییرات روانی اجتماعی در دوره بزرگسالی و ارتباط آنها با سلامتی و بیماری می‌پردازیم.

اکثر کودکان آرزو دارند بزرگ شوند و احساس می‌کنند بزرگسالان از حقوق و مزایایی برخوردارند که برای آنها مطلوبیت خاصی دارد. با این حال آنها همواره مسئولیت‌های همراه بزرگسالی را تشخیص نمی‌دهند. بزرگسالان با مشکلات دخل و خرج، روابط، متقاضیات شغلی و تحصیلی دست و پنجه نرم می‌کنند. احتمالاً وضعیت سلامتی در اوایل بزرگسالی بهتر از هر زمان دیگری است. با افزایش سن افراد ممکن است در مورد پیامدهای منفی پیری نگران شوند. این حالت در همه افراد روی نمی‌دهد و در افراد مختلف و در دو جنس در سنین متفاوتی بروز می‌کند. در مقطعی پیش‌بینی روز تولد بعدی ممکن است سبب وحشت از فرایند پیری شود.

بین سنین ۱۷ تا ۴۰ سالگی را اغلب به عنوان اوایل بزرگسالی توصیف می‌کنند و این دوره را تا همین اواخر به عنوان بهار زندگی می‌دانستند. افراد و جوامع در هر سالگرد تولد بر رشد و نمو تأکید می‌کنند. در بریتانیا هجدهمین سالگرد تولد از لحاظ فرهنگی حائز اهمیت است. سایر نقاط عطف مهم عبارتند از سن قانونی رضایت برای مقاربت، مصرف الکل در کافه‌ها یا رأی دادن. این دوره، دوره سلامت زندگی است و جوانان به استثنای مسایل تناسلی و تولیدمثل کمتر از سایر سنین به پزشک مراجعه می‌کنند.

ازدواج

در بزرگسالی اکثر افراد رابطه‌ای با جنس مخالف شکل می‌دهند. اغلب این افراد به طور غیررسمی با هم زندگی می‌کنند هرچند اکثر آنها انتظار دارند که در آینده ازدواج کنند (۷۶٪ زنان و ۷۱٪ مردان). تعداد والدین مجرد رو به افزایش است (شکل ۱) و سن ازدواج در حال افزایش است (روندهای اجتماعی، ۲۰۰۲). زندگی مشترک همجنس‌گرایانه ممکن است همان کارکرد ازدواج غیرهمجنس را داشته باشد و در جامعه ما به نحو فزاینده‌ای مورد پذیرش قرار می‌گیرد.

شواهد قابل‌ملاحظه‌ای وجود دارد که ازدواج از نظر سلامت روانی و جسمانی برای مردها مفید است و اما این امر در مورد زن‌ها برعکس است. مجرد ماندن، بیوگی یا مطلقه شدن در زنان کمتر از مردها با افسردگی همراه است. بلاکستر^۱ (۱۹۸۷) در مطالعه‌ای مشاهده کرد در مردان همسر دار نمرات مربوط به بیماری کمتر از مردان تنهاست، اما این تفاوت در مورد زنان صدق نمی‌کرد. اثر محافظتی ازدواج در مردان را می‌توان مربوط به حمایت‌های اجتماعی ناشی از آن دانست.

هرچند به نظر می‌رسد ازدواج برای سلامتی مردان مفید است، اما فوت همسر یا فروپاشی ازدواج اثرات شدیدتری بر مردها دارد و در چنین مواردی احتمال بروز مشکلات سلامتی در مردها بیشتر است.

بیمارانی که با علائم جسمی به پزشک مراجعه می‌کنند ممکن است دچار مشکلات زناشویی باشند و این مشکلات گاهی سبب قطع درمان طبی می‌شوند. این مشکلات عبارتند از افسردگی مربوط به تولد بچه یا مشکلات جنسی و یا مشکلات اجتماعی و سلامتی عمده در موارد همسرآزاری. جدایی از همسر می‌تواند سبب افسردگی شود و بهبود بیماری را مختل کرده و نفاقت بعد از جراحی را طولانی کند. آگاهی از روان‌شناسی روابط به ما کمک می‌کند بافتار تغییر در سلامتی و بیماری را درک کنیم.

بسیاری از افراد به صورت انفرادی زندگی می‌کنند (شکل ۲). در بریتانیا در سال ۲۰۰۱، ۲۴ درصد ساکنین منازل شامل یک فرد مجرد بود. در سال ۲۰۰۰، ۳۴ درصد بزرگسالان مجرد بودند، ۵۳ درصد متأهل و ۱۲ درصد مطلقه یا بیوه بودند و نسبت زنان مطلقه یا بیوه با افزایش سن افزایش نشان می‌دهد (روندهای اجتماعی، ۲۰۰۲).

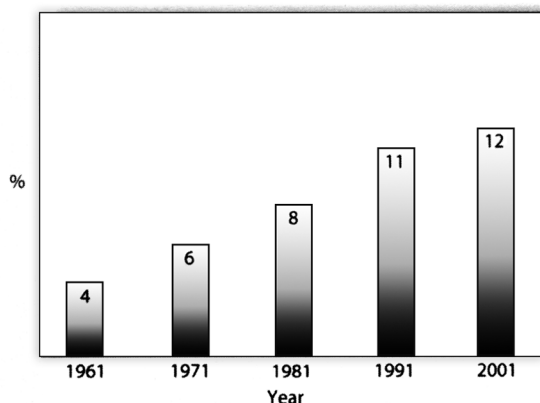
جامعه در مورد زن‌های مجرد دیدگاه منفی دارد. زنان ممکن است اعتماد به نفس کافی برای زندگی مستقل نداشته باشند. تداوم هویت ما از دیگران نشأت می‌گیرد و احساس ارزشمندی ما ارتباط نزدیکی با حمایت روحی حاصل از روابطمان دارد. با این حال برای برخی زنان زندگی تنها و مستقل مزایایی نسبت به زندگی سنتی دارد و این دسته از زنان راحت‌تر از عوارض جنسی و هیجانی اجتناب می‌کنند.

بیمارشدن زن مجرد یا بیوه ممکن است مشکلات عملی ایجاد کند. زنان اغلب درآمدی کمتر از مردان دارند و ممکن است در دوران بیماری حقوقشان قطع شود. غیبت شریک زندگی ممکن است دوره نفاقت را دشوار سازد.

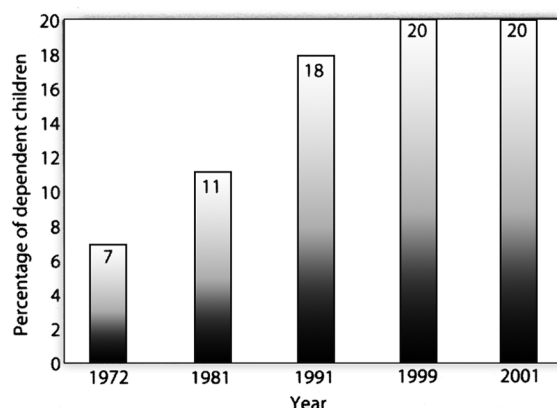
دوره‌های گذار

یکی از دیدگاه‌های مربوط به سالمندی و پیرشدن از سوی اریکسون ارائه شده است. بر طبق نظریه اریکسون میانسالی دوره تعارض بین زایندهگی (هدایت نسل بعد) و بی‌حاصلی (توجه صرف به نیازهای خود) است. میانسالی ممکن است با الگوهای متفاوتی از سلامتی و بیماری همراه باشد و در ارزیابی بیمار میانسال باید به روابط وی با والدین رو به سالمندی و نیز فرزندان نوجوان وابسته‌اش توجه نمود.

گاهی گفته می‌شود مردها از یک بحران میانسالی عبور می‌کنند. در مطالعه‌ای که بر روی ۴۰ مرد ۳۷ تا ۴۱ ساله انجام شد نیمی از آنها دوره‌ای از عدم قطعیت، اضطراب و تغییر را گزارش کرده بودند (لویسون^۲، ۱۹۷۸). آنها میانسالی را آخرین فرصت برای دستیابی به اهداف خود می‌دیدند، اما برخی میانسالی را جاده‌ای منتهی به مرگ و زندگی را بی‌معنی می‌دانستند. مردها در این مرحله از تغییر قدرت و استقامت جسمانی خود آگاه می‌شوند. با این حال سال‌های بین بلوغ و آغاز پیری را بهار زندگی می‌دانند. بسیاری از مردهای



شکل ۲. درصد افرادی که تنها زندگی می‌کنند (۲۰۰۲).



شکل ۱. درصد کودکان صغیری که با مادران تنها زندگی می‌کنند.

مطالعه موردی

مرد ۴۰ ساله‌ای به نام هریس و همسرش (که با عنوان دستیار مراقبت کار نیمه‌وقتی داشت) سه بچهٔ محصل داشتند. والدین هر دوی آنها زنده بودند و یک مادر بزرگ ۹۰ ساله هم داشتند. آقای هریس قبلاً کارگر چاپخانه بود، اما وقتی کارخانه نوسازی شد، کارش را از دست داد. انتظار دارید او چه دیدگاهی در مورد میانسالی خود داشته باشد؟ همسرش نگران سلامتی پدر خود است که مصرف سنگین سیگار دارد. اخیراً خواهر کوچکش بر اثر سرطان سینه فوت شده و به همین دلیل سوگوار است. انتظار دارید همسر آقای هریس چه دیدگاهی در مورد میانسالی‌اش داشته باشد؟

سن و تغییرات سلامتی

یائسگی را مسئول افزایش مشکلات روانشناختی در زنان میانسال می‌دانند، اما شواهد کافی برای وجود رابطه سببی در این مورد وجود ندارد.

بهترین عامل پیش‌بینی‌کننده رفاه روانی در سالمندان وضعیت مناسب جسمی است و بهترین پیش‌بینی‌کننده رفاه جسمی محرومیت مادی است (گانون، ۲۰۰۰).

توانایی‌های حسی در بزرگسالی به نحو پیشرونده‌ای افت می‌کند. قدرت بینایی فرد کاهش می‌یابد و یک نشانه مطمئن فرارسیدن میانسالی این است که فرد برای مطالعه روزنامه ناچار است آن را به اندازه طول بازوهایش از خود دور کند. گاهی بیماران درمانگاه‌های سرپایی یا بستری عینک مطالعه را همراه خود نمی‌آورند و ممکن است نتوانند دستورات ساده یا برگه‌های رضایت را بخوانند.

شنوایی نیز به تدریج افت می‌کند اما در میانسالی مهارت‌های روانی - حرکتی چندان تغییری نمی‌کند.

از سوی دیگر افزایش سن جنبه‌های مثبتی هم دارد و با بالا رفتن سن دانش، اعتماد به نفس و پختگی افزایش می‌یابد و این ویژگی‌ها از نظر جامعه ارزشمند محسوب می‌شوند. با پیشرفت فناوری پزشکی، احتمالاً عمر ما طولانی‌تر می‌شود، بنابراین افراد میانسال پیش از فرارسیدن سومین دورهٔ بازنشستگی باید سال‌های زیادی را در سلامت و به صورت مولد سپری کنند.

بزرگسالی و میانسالی

- سن ورود به بزرگسالی معمولاً ۱۸ سال در نظر گرفته می‌شود. اما از نظر نقاط عطف اجتماعی - فرهنگی و روان‌شناسی تفاوت‌هایی وجود دارد.
- ازدواج برای سلامتی مردان مفیدتر از زنان است. مشکلات زناشویی ممکن است بر روی سلامت تأثیر بگذارد.
- در میانسالی افراد به اقدامات پیشگیرانه علاقمند می‌شوند.
- در میانسالی انسان‌ها بیشتر وقت خود را صرف فرزندپروری می‌کنند و علت اصلی مراجعهٔ آنها بر پزشک در این سن مسائل مربوط به کودکان یا والدین مسن‌شان است.
- حوادث جسمانی نظیر یائسگی و تغییر در توانایی‌های حسی علامت فرایند پیرشدن هستند اما مستقیماً با افت عملکرد در میانسالی ارتباط ندارند.

میانسال در اوج زندگی شغلی خود هستند و سلامت جسمی آنها نیز در وضعیت خوبی قرار دارد. برای این افراد بیماری امر قابل انتظاری نیست و ممکن است غیرمنصفانه به نظر برسد. همچنین می‌توان بیماری را در این سن، نتیجه شکست مراقبت‌های طبی یا سبک زندگی ناسالم دانست.

ایست
فکر کنید

- آیا میانسالی را بهار زندگی می‌دانید؟ فکر می‌کنید در چه سنی وضعیت سلامتی‌تان رو به زوال می‌رود؟

بهداشت پیشگیرانه در بزرگسالی

دورنمای جوانی ممکن است محدود به مقتضیات شغلی، ازدواج و تشکیل خانواده باشد، اما در میانسالی افراد ممکن است برای بازنشستگی برنامه‌ریزی کنند. انسان‌ها با ورود به میانسالی به نحو فزاینده‌ای بر اقدامات بهداشتی پیشگیرانه تمرکز می‌کنند و ممکن است خود را برای بازنشستگی آماده کنند. در این دوره فرد توجه و علاقه زیادی به سلامتی خود پیدا می‌کند و در نتیجه به عضویت باشگاه‌های مرتبط با این موضوع در می‌آید، در برنامه‌های تناسب جسمانی ثبت نام می‌کند و برای غربالگری طبی مراجعه می‌کند. در میانسالی حوادث تنش‌زا نسبتاً شایعند و توجه زیادی به ارتباط بین مدارا با استرس و بیماری قلبی در این سن معطوف شده است. در صورتی که والدین در هنگامی که فرزندان‌شان میانسال هستند فوت کنند یا دچار بیماری مزمن شوند این امر ممکن است سبب تمرکز توجه فرد بر روی بیماری (و سلامتی) شود.

جوانی و زیبایی از لحاظ فرهنگی با هم مرتبطند و این ارتباط توسط تصاویر رسانه‌ها تداوم می‌یابد. ظاهر جسمانی جوان یک منبع احساس قدرت در زنان است، اما قدرت مردان به ثروت و شغل آنها بستگی دارد که این پدیده معیار دوگانه پیری نامیده شده است. انجمن جذایت اخلاقی، سلامتی و پیرشدن با وقار که در دهه ۱۹۲۰ شکل گرفت، نشانگر نگرانی‌هایی است که در این باور منعکس می‌شود: میانسالی سالم تا حدودی فرایند پیری را به تعویق می‌اندازد. در واقع جذایت جسمی ارتباط چندانی با سلامتی ندارد. اما افرادی که از نظر جسمانی جذابند، حتی در صورتی که وضعیت سلامتی خوبی هم نداشته باشند سالم به نظر می‌رسند.

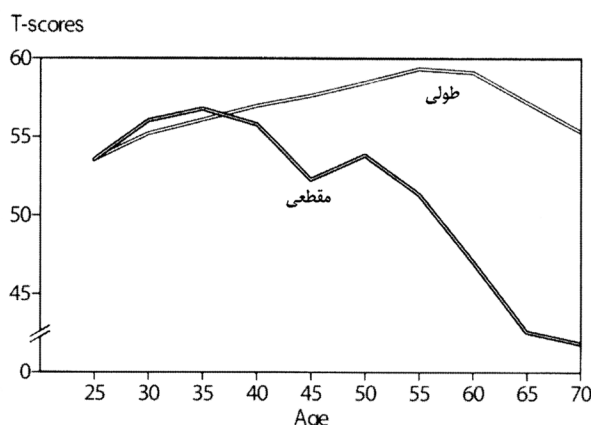
با افزایش سن ظاهر جسمی تغییر چشمگیری می‌کند، مانند خاکستری شدن موها و از بین رفتن قابلیت ارتجاع پوست. در جوامع پیری ستیز این مسائل به خصیصه‌های منفی تبدیل می‌شود و سبب شکل‌گیری صنعت وسیع لوازم آرایش می‌شود. اما خاکستری شدن موها و چروک شدن صورت در مردها بر افزایش پختگی و کفایت دلالت می‌کند.

فرزندپروری در سنین بین ۲۰ تا ۴۵ اولویت پیدا می‌کند و بیشتر تماس‌های بین بزرگسالان و متخصصین در این سنین مربوط به سلامت کودکان است. مادر ممکن است مرتب با پزشک عمومی خود مشورت کند و این سبب می‌شود رابطه‌ای شکل گیرد که بعداً در سنین پیری هنگامی که احتمالاً خود وی بیمار خواهد شد، ارزشمند باشد.

ایست
فکر کنید

- تصور می‌کنید بزرگسالان در چه سنی، سن واقعی خود را مخفی می‌کنند؟
- چرا در مورد پیرشدن زنان و مردان معیار دوگانه‌ای باید وجود داشته باشد؟ آیا این امر در حال تغییر است؟

پیرشدن، جامعه و سلامت



شکل ۱. منحنی‌هایی که یافته‌های مطالعات مقطعی و طولی را در مورد ارتباط قوای هوشی و سن نشان می‌دهند.

نشان داده‌اند که سالمندان برای بازیافت مطالب آموخته شده به زمان بیشتری نیاز دارند. در این مطالعات، آزمایشگر زمان ارائه پاسخ را دستکاری می‌کند؛ اگر هیچ محدودیت زمانی وجود نداشته باشد، عملکرد سالمندان و افراد جوان در یادگیری تکالیف مشابه است. اما کاهش زمانی مجاز برای یادآوری پاسخ سبب کاهش عملکرد سالمندان در آزمون می‌شود (Bromley, ۱۹۹۰). بنابراین به نظر می‌رسد سالمندان برای جستجوی ذخایر حافظه و بازیافت اطلاعات به زمان بیشتری نیاز دارند. در نتیجه پزشکان باید به سالمندان برای پاسخ به سؤالات فرصت بیشتری بدهند. اگر وقتی سالمند سکوت کرده است، مرتب سکوت او را با سؤال دیگری پر کنیم، ارتباط کلامی مختل خواهد شد.

زمینه جالب دیگری که وجه تفاوت سالمندان و جوانان محسوب می‌شود، توانایی تصفیه اطلاعات غیرمرتبط است؛ این حالت را گاهی اثر میهمانی کوکتل می‌نامند. افراد جوان وقتی به مهمانی می‌روند برای فیلترکردن مکالمات غیرمرتبط اطراف خود مشکل چندانی ندارند، اما این کار برای سالمندان مشکل است. در مطالعات مربوط به این مسئله، از آزمودنی خواسته می‌شود از گوشی‌هایی استفاده کند که در سمت چپ پيامی را منتقل می‌کند و در سمت راست پیغام متفاوتی انتقال می‌یابد. سپس از فرد می‌خواهند فقط یکی از پیام‌ها را دنبال کند (آزمایشات گوش دادن دوگانه). با افزایش سن اطلاعات بیشتری از گوش «نادرست» وارد نتیجه آزمون می‌شود (Stuart-Hamilton, ۱۹۹۴).

این یافته‌ها با کار پزشکی ارتباط دارند:

- هنگام اخذ شرح حال یا توضیح مطلبی برای بیمار سالمند باید اطمینان حاصل نمود که صداهای مزاحم و غیرمرتبط تا حد امکان کم شود، این بیمارانی که اگر مجبور باشند در بین صداهای مختلف بر روی یک مکالمه بخصوص تمرکز کنند دچار استرس می‌شوند.
- در مواردی که ناشایع هم نیست، افراد میانسال به پزشک عمومی مراجعه می‌کنند و درخواست می‌کنند از نظر شنوایی ارزیابی شوند یا موم داخل گوششان خارج شود. معاینه این افراد اغلب نشان می‌دهد نه جرمی در گوش وجود دارد و نه قدرت شنوایی کاهش یافته است. بیمار با حالت سرخوردگی مطب را ترک می‌کند، در حالیکه همچنان معتقد است که دارد گر می‌شود. در این موارد توضیح پدیده پردازش مرکزی فوق معمولاً سبب آرام شدن فرد می‌شود.

آیا تمامی سالمندان در نهایت دچار دمانس (زوال عقل) و افسردگی می‌شوند؟ فقط اقلیتی از سالمندان دچار دمانس می‌شوند. مطالعات همه‌گیرشناختی نشان می‌دهند که تقریباً ۱ درصد افراد ۷۵-۸۵ ساله و ۱۰ درصد افرادی بالای ۷۵ سال دچار دمانس می‌شوند (Aneichen, ۱۹۸۷). افسردگی به آن اندازه که برخی عنوان کرده‌اند در دوران سالمندی شایع

سلامت در سالمندی

اکثر متخصصین مراقبت‌های بهداشتی معتقدند که اغلب افراد مسن از نظر جسمانی آسیب‌پذیر بوده و از اختلالات متعددی رنج می‌برند. درست است که با افزایش سن شیوع بیماری‌ها افزایش می‌یابد، اما اکثر سالمندان زندگی مستقل و پرتحرکی دارند و فاقد بیماری‌های ناتوان‌کننده عمده هستند (سیدل^۱، ۱۹۹۵). مشکلات بینایی و شنوایی با افزایش سن زیاد می‌شوند و حساسیت بویایی و چشایی کاهش می‌یابد. اما فقط حدود ۴٪ افراد بالای ۶۵ سال در مراکز اقامت طولانی بسر می‌برند و اکثر افراد ساکن چنین مراکزی بالای ۷۵ سال سن دارند. شاید علت اینکه اکثر متخصصین مراقبت‌های بهداشتی تصور می‌کنند تمامی سالمندان علیل و ناتوان‌اند، این است که بیشتر با این دسته از سالمندان برخورد می‌کنند.

به راحتی می‌توان نمونه‌هایی از پیری‌ستیزی^۲ را پیدا کرد. در ۱۹۶۲ یک پزشکی بریتانیایی در مجله لانست نوشت: «افراد بالای ۷۵ سال به طور طبیعی خصوصیات زیر را دارند: آسیب‌پذیر و بی‌ثبات، چرت زدن در روز و بی‌خوابی در شب، سردرگمی در مورد افراد و مکان‌ها، فراموشکار و نامرتب، تکرارکردن کارها، کسل‌کننده، خودخواه و تنگ‌نظر؛ سالمند بر اثر ترس از مرگ تحلیل می‌رود».

ایست
فکر کنید

به نظر شما کدامیک از عبارات زیر صحیح است؟

- اکثر افراد مسن آسیب‌پذیر و ناتوان‌اند و درصد بالایی از آنها در آسایشگاه بسر می‌برند.
- سالمندان علاقه یا توانایی برقراری روابط جنسی ندارند.
- قوای هوشی از افزایش سن کاهش می‌یابد.
- سالمندان قادر به یادگیری مطالب جدید نیستند.
- افسردگی در دوران سالمندی مشکل عمده‌ای محسوب می‌شود.
- اکثر افراد سالمند کم بضاعت‌اند.

در صورتی که هر یک از عبارات فوق را صحیح بدانید افسانه‌های مربوط به پیرشدن را پذیرفته‌اید. این افسانه‌های قالب‌هایی هستند که سبب می‌شوند مادر مورد انسان‌ها به شیوه خاصی بیندیشیم و رفتار کنیم.

ذهن در حال پیرشدن

اغلب اعتقاد بر این است که تمامی سالمندان پیر و فرتوت بوده، قادر به یادگیری مطالب جدید نیستند و افسرده‌اند و قوای هوشی با افزایش سن افت می‌کند. البته درست است که تمامی سالمندان پیر هستند، اما قوای هوشی ما با افزایش سن تا چه حد، افت می‌کنند؟ زمانی بنظر می‌رسد که حجم قابل‌ملاحظه‌ای از شواهد، حاکی از افت هوش با افزایش سن هستند. شواهد مزبور حاصل مطالعات مقطعی در مورد عملکرد افراد در آزمون‌های هوش بوده‌اند. این مطالعات به طور نسبتاً پیوسته‌ای نشان داده‌اند که گروه‌های سالمندان در مقایسه با جوان‌ها در آزمون‌های هوش عملکرد ضعیف‌تری دارند. اما مطالعات طولی این تصور را به نحو چشمگیری تغییر داده‌اند (Schaie, ۱۹۹۶). وقتی آزمون در طول زمان بر روی یک فرد انجام می‌شود تغییر در عملکرد ناچیز است. به عبارت دیگر هوش با افزایش سن کاهش نمی‌یابد (شکل ۱).

آیا توانایی یادگیری با افزایش سن کم می‌شود؟ در مورد یادگیری در سالمندان اطلاعات چندانی نداریم. اما در حال حاضر بر روی یادگیری انسان و حل مسئله در گروه‌های سنی مختلف و مقایسه آنها با یکدیگر، پژوهش‌های بیشتری در دست انجام است.

یادگیری مستلزم دو چیز است: فرد باید اطلاعات را جذب کند و در هنگام آزمون بتواند مطالب آموخته شده را استخراج کند. اگر عملکرد سالمندان در زمینه یادگیری ضعیف‌تر از افراد جوان است باید آزمایشاتی طرح شود تا مشخص شود کدام جنبه از یادگیری، عامل تفاوت سالمندان و جوانان در اجرای آزمون‌هاست. اکثر مطالعات مربوط به سرعت پردازش

مطالعه موردی

تعیین مرگ در افراد مختلف با وضعیت جسمی مشابه ممکن است متفاوت باشد برای مثال کودک خردسالی بدون نبض، تنفس و ضربان قلب به بخش فوریته‌ها آورده شد (یعنی با نشانه‌های استاندارد مرگ) و از طریق کار هماهنگ تیم بزرگی از پزشکان و پرستاران و کارهای تحریکی چشمگیر به مدت ۱۱ ساعت زنده شد. از سوی دیگر همان شب فرد سالمندی که با همان نشانه‌های جسمانی مراجعه کرده بود و به قول یکی از پزشکان مرکز از نظر رنگ پوست، دمای بدن و غیره هیچ تفاوت محسوسی با آن کودک نداشت به بخش فوریته‌ها آورده شد و بلافاصله مرگ او اعلام شد و هیچ اقدام تحریکی انجام نشد. یکی از پرستاران بعداً اظهار داشت: «آنها (پزشکان) هیچ گاه این کار (تحریک قلب) را برای یک پیرزن انجام نمی‌دهند با وجودی که خودم شاهد بوده‌ام که این کار روی این بیمارها هم اثر می‌گذارد». در زمانی که تجهیزات احیای مرکز برای کودک آماده می‌شد، یکی از کارورزان احیا را با تنفس دهان به دهان شروع کرد. تا این که کودک را به دستگاه تنفس وصل کردند. اما وقتی پیرزن مزبور به بخش فوریت آورده شد، کارورز مزبور یکی از کسانی بود که مرگ او را اعلام کرد. او اظهار داشت که هرگز تنفس دهان به دهان را برای پیرزن‌هایی مانند این انجام نمی‌دهد.

پیری، جامعه و سلامتی

- اکثر سالمندان قادرند زندگی مستقل و پرتحرکی داشته باشند و عملاً هم، چنین هستند.
- عقاید غلط یا قالبی متخصصین بهداشتی ممکن است عزت نفس و استقلال سالمندان را خدشه دار کند.
- شواهدی وجود ندارد که قوای هوشی با افزایش سن کاهش می‌یابد، اما یادآوری ممکن است در سن بالا به زمان بیشتری نیاز داشته باشد.
- امکان رابطه جنسی در سالمندی بخصوص در زنان مسن محدود است.
- احتمال فقر در سالمندان بیش از جوانانی است، اما آنها اغلب آنقدر مغرور/مستقل هستند که مزایای قانونی خود را مطالبه نمی‌کنند.

فقر و سالمندی

از سالمندان چه تصویری در ذهن دارید؟ آیا این تصویر شبیه شکل ۲ است که بر روی یک بروشور ارتقاء سلامت تصویر شده است؟ این قطعاً تصویر رایج رسانه‌ها از سالمندان است.

فقر مفهومی نسبی است و پژوهش‌ها نشان می‌دهد که وضع مالی سالمندان بدتر از جوانان است. این امر بخصوص در بریتانیا نسبت به سایر ممالک اروپایی صدق می‌کند. در بریتانیا تقریباً از هر پنج سالمند سه نفر در فقر یا حاشیه فقر زندگی می‌کنند که این میزان در مورد افراد زیر سن بازنشستگی کمتر از یک چهارم است (واکر^۱، ۱۹۹۳). علاوه بر این بسیاری از سالمندان مزایایی را که حقشان است مطالبه نمی‌کنند، زیرا از تجاوز شیوه‌های ارزیابی به درون زندگی خصوصی خود نفرت دارند. گرچه کسی تمایل ندارد مشکلات سالمندان با منابع مالی محدود را دست‌کم بگیرد (به خصوص از این نظر که هیپوترمی در این افراد خطری جدی محسوب می‌شود)، اما این خطر وجود دارد که سالمندان به دلیل فقر خود سرزنش شوند. در عوض باید ساختار جامعه را مورد سؤال قرار داد؛ برای مثال وقتی افراد مجبورند در ۶۵ سالگی بازنشسته شوند، ما ممکن است اسیر این دیدگاه شویم که سالمندان به این دلیل فقیرند که برای روزگار پیری خود پس‌انداز نکرده‌اند.

کار با سالمندان

چه تعداد از متخصصین مراقبت‌های بهداشتی زمینه تخصصی مرتبط با سالمندی را انتخاب می‌کنند؟ مرور مطالعات مربوط به نگرش در مورد سالمندی در میان پزشکان و دانشجویان پزشکی نشان داد که اکثر آنها ترجیح می‌دهند به طبابت افراد جوان بپردازند (پالمور^۲، ۱۹۷۷). معدودی از دانشجویان پزشکی اظهار می‌کنند که قصد دارند در آینده در طب سالمندی تخصص بگیرند. این امر از آن نظر جالب توجه است که اکثر تخصص‌ها به جز کودکان و مامایی با مراقبت از سالمندان سروکار دارند. اکثر افراد دچار سرطان یا بیماری‌های قلب و عروق سالمند هستند.

باورها و رفتار

باورهای غلط در مورد پیرشدن ممکن است اثرات منفی بر روی سالمندان داشته باشد. این باورها ممکن است منجر به ترس‌های غیرواقع‌بینانه در مورد آینده در بزرگسالان شود. جامعه ممکن است سالمند را باری بر دوش خود تلقی کند نه یک گنجینه قابل استفاده. از آن مهمتر، رفتار پزشکان ممکن است تحت تأثیر عقاید قالبی در مورد سالمندی قرار گیرد.



شکل ۲. تصویر پیری که در یک بروشور ارتقاء سلامت درج شده است.

نیست. مرور متون نشان می‌دهد در سالمندان استعداد بروز افسردگی بیش از جوانان نیست. با این حال هنوز هم در برخی کتب ذکر می‌شود که افسردگی در سالمندان یک خطر بهداشتی عمده محسوب می‌شود.

تمایلات جنسی

باور شایع دیگر این است که افراد مسن به روابط جنسی علاقه‌ای ندارند و یا توانایی آن را ندارند. هرچند در مورد تمایلات جنسی در سالمندی مطالعات چندانی صورت نگرفته است، اما محدود مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که سالمندان به روابط جنسی علاقمند هستند. با این حال در این سنین امکان برقراری رابطه جنسی (بخصوص در مورد زنان) محدود است. مردان بیوه و مطلقه اغلب با زنان جوانتر از خود ازدواج می‌کنند و این سبب کاهش قابل ملاحظه تعداد شریکان جنسی قابل دسترسی برای زنان مسن می‌شود. هر چند در مورد «جوجه خروس» زیاد صحبت می‌شود، اما واقعیت این است که جامعه روابط جنسی زنان سالمند با مردان جوانتر از خود را تأیید نمی‌کند (Bytheway, ۱۹۹۵).

متخصصین مراقبت‌های بهداشتی اغلب تمایلی ندارند در مورد مسائل جنسی با افراد سالمند صحبت کنند. این ممکن است مربوط به تابوهای قدرتمند زنا با محارم باشد که سبب می‌شود تصور اینکه والدینمان هم تمایلات جنسی دارند دشوار باشد. ما این احساسات مربوط به والدینمان را به تمامی افراد سالمند تعمیم می‌دهیم.

اینکه متخصصین مراقبت بهداشتی امکان روابط جنسی را برای سالمندان ساکن در آسایشگاه‌ها فراهم نمی‌کنند ممکن است ناشی از تردید در مورد همین تمایلات جنسی در سالمندان باشد.