

An Introduction to the Role of Family in Healthcare Production

Mohamadi Bolban Abad A¹, Asadi H^{2*}, Izadi E³

¹Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Abstract

Family plays an important role in the health of its members. Health policymakers should move towards family-centered approaches in provision of healthcare services since nearly 70-90% of health care are provided by family and its members. The present study aimed to review the activities of the family and its members in production of health and health-related services. This review study was performed by reviewing the related articles in reliable databases. The study findings showed that families need three categories of facilities, namely values, resources, and activities, to have appropriate health products. In addition, the health services provided by families were classified into seven groups. In conclusion, enabling family members, especially mothers who perform most health care, can have a great impact on the health of the family and its members.

Keywords: Health, Family, Health care production

Sadra Med Sci J 2015; 3(2): 151-156

Received: Aug. 11th, 2014

Accepted: Mar. 14th, 2015

* Corresponding Author: **Asadi H.** Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, iranomid64@yahoo.com

مجله علمی علوم پزشکی صدرا

دوره ۳، شماره ۲، بهار ۱۳۹۴، صفحات ۱۵۱ تا ۱۵۶

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۲/۲۳ تاریخ دریافت: ۹۳/۰۵/۲۰

مقاله کوتاه

(Short Communication)

مقدمه‌ای بر نقش خانواده در تولید مراقبت‌های سلامت امجد محمدی بلبان آباد^۱، حشمت اله اسدی^{۲*}، الهام ایزدی^۳

^۱ دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

چکیده

خانواده نقش بسیاری مهمی در سلامت اعضای خود ایفا می‌کند، بنابراین سیاستگذاران عرصه سلامت باید در ارائه خدمات سلامت به سمت اجرای رویکردهای خانواده محور بروند زیرا نزدیک به ۷۰ تا ۹۰ درصد مراقبت‌های سلامت در خانواده و توسط اعضای آن ارائه می‌شود. در این مقاله به مرور اهم فعالیت‌های خانواده و اعضای آن که منجر به تولید سلامت و ارائه خدمات مرتبط با سلامت می‌شود، پرداخته شده است. مطالعه حاضر یک پژوهش مروری می‌باشد و با استفاده از مرور مقالات پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر نگاشته شده است. یافته‌های این مطالعه نشان داد اگر خانواده بخواهد تولیدات سلامت مطلوب داشته باشد باید سه دسته امکانات مطلوب شامل منابع، فعالیت‌ها و ارزش‌ها را در اختیار داشته باشد. همچنین خدمات سلامتی که توسط خانواده‌ها ارائه می‌گردد را می‌توان در در هفت گروه دسته‌بندی نمود. در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که توانمندسازی اعضای خانواده بخصوص مادران که بیشتر مراقبت‌های سلامت توسط آنها انجام می‌گیرد، می‌تواند تاثیر زیادی در سلامت خانواده و اعضای آن داشته باشد.

واژگان کلیدی: سلامت، خانواده، تولید مراقبت سلامت

* نویسنده مسئول: حشمت اله اسدی، دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، iranomid64@yahoo.com

مقدمه

امروزه شمار زیادی از ارائه‌دهندگان، ذینفعان، محققان و مشتریان نظام سلامت بر این عقیده هستند که خانواده‌ها تاثیر زیادی بر سلامت افراد خود دارند و مراقبت‌های سلامت در همه کشور بر حمایت و تقویت نقش خانواده‌ها در پیشگیری و کنترل بیماری‌ها تمرکز داشته باشد (۱)، (۲). همچنین برخی معتقدند رویکردهای سلامت خانواده محور (family-centered approach) نسبت به رویکردهای فرد محور هزینه اثربخش‌تر می‌باشند.

حدود ۷۰ تا ۹۰ درصد مراقبت از بیماران در محیط خانه و توسط اعضای خانواده، بخصوص مادران صورت می‌گیرد (۳). بنابراین خانواده‌ها اولین تولیدکنندگان مراقبت‌های سلامت هستند و مادران اولین مدیران و اجراکنندگان تولید مراقبت‌های مرتبط با سلامت می‌باشند. تولید خانگی سلامت یک فرایند رفتاری پویا است که از طریق آن خانواده دانش، منابع و هنجارها و الگوهای رفتاری (داخلی) خود را با فن‌آوری‌ها، خدمات، اطلاعات، و مهارت (خارجی) موجود برای بازگرداندن، حفظ و ارتقاء سلامت اعضای خود ترکیب می‌کند (۴).

اما خانواده مانند هر سازمان و نهاد اجتماعی دیگری اگر بخواهد برون‌داده‌ها و خروجی‌های مطلوب داشته باشد باید سه دسته امکانات اساسی (Capabilities) شامل منابع (Resources)، فعالیت‌ها (Practices) و ارزش‌ها را دارا باشند. منابع خود به دو نوع منابع مالی (پول، مسکن، دارایی، تجهیزات و ...) و غیرمالی (زمان، وضعیت اجتماعی، سلامت، دانش و ...)؛ فعالیت‌ها بر دو نوع رسمی (ازدواج، طلاق، حقوق مالکیت و ...) و غیررسمی (نقش جنسیت، روابط جنسی، روابط زناشویی و ...) و همچنین ارزش‌ها دو نوع ارزش‌های مانع پیشرفت (Progress resistant) (موفقیت بر اساس رابطه، گذشته محور، افکار قدیمی و ...) و ارزش‌های مشوق پیشرفت (موفقیت بر اساس توانایی، آینده محور، روشنفکری ...) می‌باشند (۵). بنابراین اگر خانواده بخواهد تولیدات سلامت مطلوب داشته باشد باید هر دسته امکانات مطلوب را داشته باشد. در جدول (۱) به مقایسه مراقبت‌های تولید شده توسط دولت و خانواده بر اساس سه دسته از امکانات اساسی اشاره شده است.

مواد و روش

این مطالعه از نوع مطالعات مروری از نوع مرور جامع می‌باشد. در این مطالعه پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی SID، Magiran، Iranmedex، Pubmed، ScienceDirect و Google scholar با کلیدواژه‌های Household production، Family production، Family health به صورت مجزا و ترکیبی بدون محدودیت زمانی مورد بررسی و واکاوی قرار گرفتند. در مجموع ۸ مقاله و گزارش ۲۰۰۲ سازمان بهداشت جهانی انتخاب و استفاده شد.

در این مقاله به مرور دسته‌ای از فعالیت‌هایی که خانواده‌ها و اعضای آن برای تولید خدمات سلامت انجام می‌دهند، آورده شده و نه تنها از نگاه اقتصادی بلکه از نگاه پیامدهای درمانی به این مقوله پرداخته شده است.

جدول (۱) مقایسه ارائه خدمات دولت و خانواده‌ها در کشورهای کمتر توسعه یافته (least developed country) به ازای هر ۱۰۰۰ خانواده

خانواده‌ها	دولت	منابع
۴۰۰۰ تا ۲۰۰۰	کمتر از ۵	ارائه‌دهندگان خدمات سلامت
بیشتر از ۴۰۰ دلار	کمتر از ۱۰ دلار	هزینه (به ازای سرانه در سال)
پایین	بالا	مهارت‌های پیشگیری
پایین	بالا	مهارت‌های درمانی
فعالیت‌ها		
۲۴ ساعت	تقریباً ۸ ساعت	ساعت در روز
۷ روز	تقریباً ۵ روز	روز در هفته
ارزش‌ها		
بالا	پایین	انگیزه

یافته‌ها

نتایج این مطالعه نشان داد خانواده برای تولید مراقبت‌های سلامت فعالیت‌های مختلفی انجام می‌دهد که در زیر به آنها اشاره خواهد شد:

طبقه‌بندی نقش خانواده در تولید مراقبت‌های سلامت

در اینجا خدمات سلامتی را که توسط خانواده‌ها ارائه می‌شوند را در هفت گروه زیر دسته‌بندی نموده‌ایم:

الف) ارتقای سلامت و کاهش خطر بیماری‌ها

خانواده‌ها در ارتقای سلامتی و کاهش خطر (Health Promotion and Risk Reduction) رفتارهای پرخطر نقش دارد. به عنوان مثال اکثر بیماری‌های اصلی در کشورهای توسعه یافته و صنعتی ناشی از تغذیه، فعالیت بدنی، سیگار، استفاده از الکل و داروهای مخدر می‌باشند که همه اینها جزء مسائل اصلی خانواده‌ها می‌باشند.

اعضای خانواده روی الگوهای رفتاری و عادات رفتاری همدیگر تاثیر می‌گذارند. به عنوان مثال افراد عادت غذاخوردن و فعالیت بدنی (ورزش) را از کودکی از خانواده یاد می‌گیرند (۱). توانایی تغییر عادت‌های غیرسالم افراد نیز به حمایت‌های خانواده از آنها بر می‌گردد (۶).

ب) آسیب پذیری و عود بیماری (Vulnerability and Disease Onset)

شرایط خانواده شامل استرس و حمایت‌های اجتماعی شانس ابتلا اعضای خانواده به بیماری را افزایش و کاهش می‌دهد. در مورد حمایت‌های اجتماعی نتایج مطالعات نشان می‌دهد در میان افرادی که همسر خود را از دست داده‌اند به طور قابل توجهی نرخ مرگ افزایش می‌یابد. در میان بیهوش‌های جوان، نرخ مرگ و میر ۱۰ برابر بیشتر از میزان طبیعی است (۷). همچنین استرس در خانواده میزان آسیب‌پذیری و ابتلا به بیماری‌ها را افزایش می‌دهد (۸-۱۰). در میان خانواده‌هایی که نزاع خانوادگی بین پدر و مادر زیاد است، میزان هورمون‌های استرس در خون بچه‌های آنها نسبت به بچه‌هایی هم سن و سال خود در خانواده‌های بدون نزاع خانوادگی، بیشتر است، حتی زمانی که این بچه‌ها به صورت مستقیم شاهد نزاع والدین خود نبوده باشند.

ج) ارزیابی بیماری

ارزیابی خانواده از بیماری (Illness Appraisal) به اعتقاد خانواده به بیماری و تصمیم‌گیری در مورد

مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بر می‌گردد. اعضای خانواده نقش بسیاری مهمی در تشخیص بیماری‌ها و تصمیم‌گیری در مورد احتیاج داشتن اعضا به مراقبت‌های سلامت و رساندن فرد به مراکز درمانی ایفا می‌کنند. تصمیماتی که اعضای خانواده در مورد اینکه چه چیزی بیماری و چه چیزی بیماری نیست به دانش آن‌ها در مورد پدیده و تجارب گذشته آنها بستگی دارد. مثلاً خانواده‌هایی که تجربه فوت کودک به خاطر تب را داشته باشند، در مورد فرزندان بعدی در تب‌های پایین هم آنها را به مراکز درمانی می‌رسانند (۱۱).

د) مراقبت از اعضای با بیماری‌های مزمن

خانواده‌ها معمولاً محیطی مناسب برای مراقبت از افراد دارای بیماری‌های مزمن و مسن را فراهم می‌آورند. در این زمینه مطالعه‌ای نشان داد که فراهم آوردن مراقبت‌های آموزشی، درمانی و حمایتی برای افراد اسکیزوفرنی در خانواده از برگشت بیماری فرد جلوگیری کرده و تقریباً از ۱۹ تا ۲۷ درصد صرفه‌جویی در هزینه را به همراه داشته است (۵). گزارش سال ۲۰۱۲ انجمن آلزایمر بیان می‌دارد که ۱۵ میلیون مراقب خانواده (family caregivers) از افراد دارای بیماری آلزایمر مراقبت می‌کنند (۱۲).

ه) مراقبت از کودکان

سبک زندگی و عادات تغذیه‌ای مادران در هنگام حاملگی و بعد از زایمان و همچنین تغذیه نوزادان با شیر مادر از جمله فعالیت‌هایی است که در رشد و پیشگیری از بیماری‌ها در کودکان آنها موثر می‌باشد. فقدان تغذیه نوزادان از شیر مادر از فاکتورهای بسیار مهم مرگ و میر نوزادان و ابتلا به بیماری‌هایی نظیر اسهال و عفونت‌های حاد تنفسی در کشورهای در حال توسعه می‌باشند. مطالعه‌ای در برزیل نشان داد نوزادانی که تنها از شیرخشک یا شیرگاو استفاده می‌کنند نسبت به نوزادانی که از شیرمادر تغذیه می‌کنند ۱۴ برابر خطر مرگ و میر از بیماری‌های اسهال در آنها بیشتر است (۳).

و) ویژگی‌های مسکن خانواده

ویژگی‌ها و مشخصه‌های مسکن که خانواده در آن زندگی می‌کند نیز یکی از عوامل موثر بر سلامت اعضای خانواده

به سمت مراقبت‌های پیشگیرانه حرکت خواهیم کرد که می‌تواند منجر به خدمات جامع‌تر و مقرون به صرفه‌تر شود. بنابراین پیشنهاد می‌گردد برنامه‌های آموزش بهداشت بیشتر با محوریت آموزش خانواده‌ها بخصوص آموزش مادران باشد زیرا مادران نقش بسیار مهمی در سلامت خانواده بر عهده دارند. سیاستگذاران عرصه سلامت، سلامت را به عنوان مقوله‌ای در دست وزارت بهداشت و در بیمارستان جستجو نکنند و از پتانسل‌های خانواده و اعضای آن و همچنین سایر بخش‌ها نظیر بخش کشاورزی، مسکن و ... جهت ارتقای سلامتی استفاده نمایند. همچنین برنامه‌های آموزشی ارائه‌دهندگان سلامت به سمت جامعه محوری و خانواده محوری پیش برود و افراد برای ارائه مراقبت‌های سلامت به صورت مجزا در نظر گرفته نشوند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از جناب آقای دکتر ابوالقاسم پوررضا عضو هیئت علمی گروه مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران برای ارائه مشاوره در تدوین این مقاله تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

1. McDaniel SH, Hepworth J, Doherty WJ. Medical family therapy: A biopsychosocial approach to families with health problems: Basic Books; 1992.
2. Rabow MW, Hauser JM, Adams J. Supporting family caregivers at the end of life: "They don't know what they don't know". JAMA. 2004;291:483-491
3. Organization WH. The World health report: 2002: Reducing the risks, promoting healthy life; 2002.
4. Berman P, Kendall C, Bhattacharyya K. The household production of health: integrating social science perspectives on micro-level health determinants. Social Science & Medicine 1994; 38(2):205-15.
5. Sarriot E, Ricca J, Yourkavitch J, Ryan L. Taking the long view :a practical guide to sustainability planning and

می‌باشد. این ویژگی‌ها شامل مواد به کار رفته در ساخت منزل، میزان تهویه هوای منزل، اندازه پنجره‌ها، تعداد افراد ساکن در هر اتاق، نوع انرژی و سوخت مصرفی و ... می‌باشد. مثلاً خانه‌هایی که عایق‌بندی نشده‌اند، می‌تواند باعث رطوبت در منزل و در نتیجه باعث ایجاد بیماری‌های تنفسی و بیماری‌های مزمن آلرژیک شوند. همچنین نور و گرمای ناکافی می‌تواند روی هم سلامت جسمی و ذهنی تاثیر گذار باشد و مشارکت در فعالیت‌هایی نظیر یادگیری و ... را کاهش دهد(۳).

همچنین شستن لباس‌ها، استفاده از صابون و نظافت منزل از جمله فعالیت‌های خانواده می‌باشد که می‌تواند بر سلامت اعضای خانواده تاثیر بگذارد.

ز) مراقبت‌های پایان عمر (end-of-life care):

این زمینه جایگاه‌های متفاوتی که اعضای خانواده می‌توانند داشته باشند به دو عامل بستگی دارد: ۱-درجه‌ی که اعضای خانواده می‌خواهند در زمینه‌ی مراقبت‌های پایان عمر مسئولیت را بپذیرند ۲-درجه‌ی که اعضای خانواده گمان می‌کنند بیمار از آنها انتظار دارد که از فرد بیمار مراقبت نمایند. با توجه به اینکه اعضای خانواده ممکن است آگاهی کافی را در زمینه‌ی مراقبت‌های پایان عمر نداشته باشند لذا متخصصان بهداشتی درمانی باید اعضای خانواده را در این زمینه آگاه نمایند. برای اینکه خانواده‌ها بتوانند نقش بهتری را در این زمینه ایفا نمایند باید متخصصان بهداشتی درمانی نیز بدانند که نقش خانواده‌ها در مراقبت از بیماران بسیار مهم می‌باشد. در حال حاضر مراقبت‌های پایان عمر نامناسب ارائه می‌شود کمک خانواده‌ها در این زمینه بسیار موثر می‌باشد (۱۳،۱۴).

نتیجه‌گیری

خانواده‌ها نقش مهمی در سلامت و مراقبت از اعضای خود ایفا می‌کند، نقشی که در طول تاریخ نادیده گرفته شده و کمتر حمایت شده است. توانمندسازی اعضای خانواده از جمله مادران که بیشتر مراقبت‌های سلامت (موارد هفتگانه‌ای که در بالا به آن اشاره شد) توسط آنها انجام می‌گیرد، می‌تواند تاثیر زیادی در سلامت خانواده و اعضای آن داشته باشد. همچنین به نظر می‌رسد اگر خانواده‌ها برای ارتقاء سطح سلامت بهتر حمایت بشوند و آموزش‌های ارائه دهندگان سلامت خانواده محور باشد، به مراتب بهتر

- Clinical Endocrinology & Metabolism. 1999;13(4):583-95.
11. McDaniel SH, Hepworth J, Doherty WJ. Medical family therapy. New York: Guilford. 1992.
 12. Association As. 2012 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's & Dementia: the Journal of the Alzheimer's Association. 2012; 8(2): 131.
 13. VanEechoud IJ, Piers RD, Van Camp S, Grypdonck M, VanDenNoortgate NJ, Deveugele M, et al. Perspectives of family members on planning end-of-life care for terminally ill and frail older people. Journal of Pain and Symptom Management. 2014; 47(5): 876-86.
 14. Bocharov MV, Kahn JM: New obstacles to improving the quality of end-of-life care in ICU. Critical Care 2012, 16:304.
- measurement in community-oriented health programming; 2009. In <http://www.mchip.net/node/765>.
6. Consortium of family organization (COFO), Family policy report, principles of family centered health care: a health care report white paper . Washington DC. 1992; 2(2).
 7. Doherty WJ, McDaniel SH, Hepworth J. Medical family therapy: An emerging arena for family therapy. Journal of Family Therapy. 1994; 16(1):31-46.
 8. Cohen S, Williamson GM. Stress and infectious disease in humans. Psychological bulletin. 1991;109(1):5.
 9. Saul AN, Oberszyn TM, Daugherty C, Kusewitt D, Jones S, Jewell S, et al. Chronic stress and susceptibility to skin cancer. Journal of the National Cancer Institute. 2005;97(23):1760-7.
 10. Elenkov IJ, Chrousos GP. Stress, cytokine patterns and susceptibility to disease. Best Practice & Research

Cite this article as:

Mohamadi Bolban Abad A, Asadi H, Izadi E. An introduction to the Role of Family in Healthcare Production. Sadra Med Sci J 2015; 3(2): 151-156.