



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

شماره مجوز مجله: ۸۰۴۰۰

زمان پذیرش نهایی: ۱۳۹۹/۰۲/۳۰

لزوم بهبود توانمندسازی خانواده ها در حمایت از کودکان مبتلا به ایدز و اچ آی وی

یاسر دادخواه

دکترای علوم اعصاب شناختی، مدیر مرکز مشاوره ستاره ایرانیان

چکیده

در این مقاله به بحث در مورد نقش بنیادین خانواده‌ها و لزوم اهمیت تقویت خانواده‌ها، از نگاه فرهنگی و اقتصادی در بستر جامعه برای یاری رساندن، کمک، حمایت و نگهداری از کودکان مبتلا به ایدز و اچ آی وی می‌پردازد. در این تحقیق ما تلاش می‌کنیم تا با انتشار داده‌ها، مقاله‌های تجربی و مطرح کردن دلایل منطقی به افزایش حمایت از خانواده‌ها مبتلایان به این بیماری‌ها بپردازیم و با عمل به توصیه‌های زیر به راه حل‌های مطلوبی برای تقویت خانواده‌ها و بهبود اثرات مخرب ایدز و اچ آی وی بر کودکان دست یابیم. در مرحله اول، رویکرد اجتماعی مبارزه با فقر یک راه حل بنیادین برای حمایت از کودکان مبتلا به ایدز و اچ آی وی است که باعث حفظ سرمایه انسانی کودکان می‌شود. بنابراین، خدمات ضروری مانند بهداشت، آموزش و امنیت شغلی باید اساس تدابیر ملی قرار گیرد. در مرحله دوم ما باید اطمینان حاصل کنیم که فرآیند پشتیبانی حاصل شده از سمت نهادها، سازمان‌ها و هسته‌های خیریه و مردم نهاد مستقیماً به دست خانواده‌ها می‌رسد، زیرا ما فقط با راهکار خانواده محور قادر به قطع این چرخه عفونی خواهیم بود. فراهم کردن درمان برای افرادی که به معالجه احتیاج دارند و قرار دادن مبتلایان در محیطی که توسط افراد مورد علاقه خود تحت مراقبت قرار گیرند، در این مرحله از اهمیت بالایی برخوردار است. در مرحله سوم، کمک مالی به خانواده‌ها در شکل‌های مختلف به شدت حائز اهمیت است. ایجاد امنیت مالی برای خانواده‌ها نگرانی‌ها و چالش‌هایی را که خانواده‌ها تجربه می‌کنند، از بین می‌برد و به آن‌ها این توانایی را می‌دهد که بر روی مراقبت‌های بهداشتی و آموزش فرزندان خود سرمایه‌گذاری کنند. در آخرین مرحله، ما با اقداماتی نظیر بازدید از خانواده‌های مورد نظر، حمایت، تقویت و توانمندی کودکان در سنین رشد، سعی داریم به خانواده‌های بی‌بضاعت مساعدت و از آسیب دیدن بیشتر این کودکان جلوگیری کنیم.

کلمات کلیدی: حمایت از کودکان، مشاوره خانواده، خانواده مبتلایان، ایدز، اچ آی وی

۱- مقدمه

از زمانی که کودکان مبتلا به ایدز^۱ و اچ آی وی^۲ در کانون توجه قرار گرفتند، نگرانی‌ها در مورد تنهایی و رها شدن آن‌ها بود، حتی عکس‌هایی از کودکان شیرخوار و بی سرپرست منتشر می‌شد که به دلیل نبود درمان مناسب در حال مرگ بودند. حس

^۱ AIDS

^۲ HIV



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

انسان دوستی و وظیفه انسانی، ما را در برابر تمام انسان های آسیب پذیر در سراسر جهان و همین طور کودکان مبتلا به ایدز مسئول می کند. با این وجود ما گاهی با شنیدن اخبار یا دیدن عکس ها زیاده روی می کنیم، در حقیقت ما تلاش های خانواده و قیم کودکان را نمی بینیم. ما فقط یک عکس از کودکان مبتلا به ایدز یا اچ آی وی می بینیم (سجادی و همکاران، ۱۳۹۰)، با این حال این پدر، مادر یا قیم آن هاست که کودکان را به بیمارستان می برد و یا این قیم ها هستند که به آن ها لباس می پوشانند و از کودکان حمایت می کنند و در بیش تر موارد به بهترین شکلی که می توانند از مبتلایان مواظبت می کنند (Richter, Foster, & Sherr, 2006). در حقیقت، بعضی افراد توانایی خانواده ها را زیر سوال می برند و آن ها را در مقابل کودکان قرار می دهند.

کودکان در هر شرایطی، باید با بزرگسالان، کودکان دیگر و خویشاوندان خود در ارتباط باشند، این نیاز در هنگام بیماری و استرس بیش تر احساس می شود (احمدی و همکاران، ۱۳۹۳). مراقبت خانوادگی یکی از نیاز های اساسی است و تأییدی بر رشد، یادگیری و اجتماعی شدن کودک است (برجلی لو و همکاران، ۱۳۹۳). به عنوان انسان، عملکرد عصبی و فیزیولوژیکی ما، تنظیم احساسات و یادگیری گروهی به گونه ای سازمان یافته است (درخشان پور و همکاران، ۱۳۹۱) که باعث ایجاد روابط پایدار، ایمن و صمیمانه با دیگران می شود.

برای کودکان بخصوص کودکان خردسال این موضوع بسیار مهم و حیاتی است (Richter, 2004). اگر این شرایط اجتماعی محیا نباشد (برجلی لو و همکاران، ۱۳۹۳)، صرف نظر از شرایط فیزیکی محیط، کودکان رشد ضعیفی را تجربه می کنند، تأخیر در تکلم، عدم رشد شناختی و حرکتی مناسب و نمایش رفتار های نامناسب در برخورد با دیگران از نشانه های این اختلال است. رشد ضعیف بیش تر در کودکانی دیده می شود که در پرورشگاه ها رها می شوند (Lis, 2000). تأثیرات رشد اولیه می تواند دائمی باشد و در زمان مناسب در آینده در نقش والد خود را نشان می دهد، بنابراین باعث ایجاد اثر منفی میان نسلی می شود.

به همین دلیل محیط خانواده و در موارد خاص مانند فجایع ملی مانند جنگ، قرار گرفتن کودکان در خانواده جدید حائز اهمیت است (Ressler, Boothby, & Steinbock, 1988). با این حال ما شاهد جدی گرفتن نقش خانواده و کمک به کودکان مبتلا به ایدز و اچ آی وی نیستیم. تعداد پرورشگاه هایی که بودجه آن ها از طریق خیرین تأمین می شود، به علت مرگ و میر بزرگسالان در حال گسترش است. علاوه بر این بحث، در خصوص کودکان بی سرپرستی که دارای اچ آی وی یا ایدز هستند (سجادی و همکاران، ۱۳۹۰)، به ارائه خدمات مستقیم شامل حمایت، خدمات روانی و اجتماعی تاکید می شود، ولی به ندرت به اهمیت ارتقا و حمایت از خانواده تاکید شده است. کلمه یتیم شامل طیف گسترده ای از افراد می شود، بنابراین با وجود تاکید بر اهمیت خانواده ممکن است (Sherr et al., 2008)، کودکی با یک والد هم جزو این طبقه دسته بندی شود.

بنیاد آموزش های گروهی در زمینه کودکان مبتلا به ایدز خواستار تغییر این طرح شده است، تأکید بر تقویت بلند مدت توانایی خانواده ها به عنوان اساس یک راه حل پایدار برای حمایت کودکان مبتلا به ایدز یا اچ آی وی و نیاز به ارائه خدمات خانواده محور مانند، بهداشت سراسری، آموزش و پشتیبانی اجتماعی بخشی از خواسته های این بنیاد است (دادگر و همکاران، ۱۳۹۴) در این مقاله، ما دلایلی، جهت اهمیت نقش مهم و اساسی خانواده بیان می کنیم که در حقیقت ساختارهایی شامل ارتباط دو طرفه میان اعضای خانواده است (Lovejoy, 1989). ما بر اهمیت تلاش برای تقویت خانواده ها و حمایت از کودکان مبتلا به اچ آی وی و ایدز تأکید می کنیم. فعالیت های انجام شده در گروه آموزشی اول، در جهت تأکید بر اهمیت خانواده از روش تقویت خانواده، استفاده از داده های منتشر شده، مقاله های تجربی و ارائه دلایلی عقلانی بوده است. در اتمام بحث ما با مطرح کردن توصیه هایی سعی در تقویت خانواده ها که منجر به بهتر شدن شرایط کودکان مبتلا به اچ آی وی و ایدز می شود، داشتیم.



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

۲- چهارچوب نظری

جدا از این که خانواده اساسی ترین و دائمی ترین مجموعه برای حمایت از کودکان است، به طور کلی سه دلیل اصلی برای تمرکز بر روی خانواده ها در زمینه حمایت از کودکان مبتلا به ایدز و اچ آی وی است.

دلیل نخست، در کشور های آفریقا جنوبی که به شدت درگیر ایدز هستند، ایدز بیش تر به عنوان یک بیماری خانوادگی تصور می شود و انتقال آن به صورت خوشه ای، از راه رابطه جنسی و جنین و مادر صورت می گیرد. دلیل دوم این است که بار اصلی درمان و محافظت از کودکان برعهده خانواده ها است و در ارتباط مستقیم با بیماری مسری قرار دارند. دلیل سوم، نقش مهم و اساسی خانواده های موفق در درمان و پیشگیری از بیماری می باشد. ولی متأسفانه هنوز به عنوان یک راهکار برای درمان و پیشگیری از انتقال بیماری ایدز شناخته نشده است.

ایدز در کشور هایی که شیوع بالای اچ آی وی دارند، باید به عنوان یک بیماری خانوادگی در نظر گرفته شود، زیرا انتقال آن عمدتاً از طریق روابط خانگی شکل می گیرد.

در مناطقی همچون رواندا و زامبیا که شدت این بیماری زیاد است احتمال درگیر شدن افراد با یک عفونت جدید ۶۰ تا ۹۵ درصد است و معمولاً در ارتباط بین زوج ها (Dunkle, Stephenson, & Karita, 2008) و یا در ارتباط بین مادر و جنین منقل می شود (De Cock et al., 2000). این به این معنی است که خانواده ها و بستگانی که رابطه نزدیک دارند احتمال دارد که بیماری یا مرگ و میرهای پی در پی را تجربه کنند.

تجزیه و تحلیل آمار مبتلایان منطقه ای در جنوب آفریقا، نشان داد که ۳۲ درصد از خانواده ها به طور مستقیم تحت تأثیر اچ آی وی و ایدز بودند، ۲۹ درصد دیگر (بیش از دو سوم) تحت تأثیر پرورش کودکان آسیب دیده بوده اند و به بستگان مبتلایان برای تغذیه، درمان، آموزش و هزینه مراقبت های بهداشتی کمک کردند (Cornia, 2007).

در ۱۱ کشور صحرایی آفریقا آمار خانوارهای مبتلا (تخمین خانواده هایی که با یک فرد بالغ مبتلا به اچ آی وی زندگی می کنند، افراد بالغی که مبتلا به ایدز هستند و افرادی که یک یا چند مورد مرگ اعضای بزرگسال خانواده را در اثر ایدز تجربه کرده اند) در سال ۲۰۰۳ حدود ۱۶ تا ۵۷ درصد تخمین زده شده است (Belsey, 2005).

خانواده ها همچنین موظف هستند تا آسایش و مراقبت برای کسانی که در نتیجه ایدز یا اچ آی وی ضعیف می شوند فراهم کنند. در سر تاسر جهان، خانواده یک پناهگاه امن برای اعضای خانواده در مواقع مریضی و مشکلات است (Pequegnat & Bray, 1997).

فقر به وجود می آید. خانواده های فقیر که نمی توانند پولی برای خدمات و سایر امکانات پرداخت کنند (برجلی لو و همکاران، ۱۳۹۳)، به شدت تحت تأثیر این بیماری قرار می گیرند. در این شرایط خانواده ها دست به تغییر شرایط خود می زنند (برخی با مهاجرت) تا درآمد مالی خود را تامین کنند، آن ها سعی در تامین مراقبت های بهداشتی فرزندان خود دارند و برای این کار مجبور به کم کردن خرج خورد و خوراک و تحصیل و خرج های اضافی می شوند. همه این موارد در کوتاه مدت و بلند مدت بر سلامت کودکان تأثیر می گذارد (Donahue, 2005). طلاق در خانواده ها تأثیر منفی بر سلامت شخصی افراد دارد، در حقیقت بهم پیوستگی خانواده نقش مهم و حیاتی در بهبود پذیری افراد دارد.

در آخر، خانواده نقش اساسی و کلیدی در پیشگیری از اچ آی وی دارد. مهاجرت های کاری و جدایی زوجین باعث گسترش ویروس می شود (Brummer, 2002)، تحقیقات نشان می دهد که رابطه بین والدین و کودک به صورت مستقیم با خطر مبتلا شدن کودک به اچ آی وی در آینده ارتباط دارد. نظارت والدین باعث تأخیر در اولین رابطه جنسی فرزندان می شود، نوجوانانی که از لحاظ احساسی از خانواده خود دور هستند یا حمایت خانواده خود را احساس نمی کنند، احتمال بیش تری



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

دارد که رابطه جنسی را در سنین کم تجربه کنند (Youngblade et al., 2007). تحقیقات نشان میدهند که کودکان بی سرپرست و یتیم بیش تر در معرض خطر عفونت ایدز هستند و خطر این ابتلا در خانوم های جوان بیش تر از آقایان است، در ادامه این تحقیقات مشخص شد که بیش تر کودکان بی سرپرست در سنین پایین رابطه جنسی را با افراد متفاوت تجربه میکنند (Operario et al, 2007) دو تحقیق انجام شده در زیمباوه (Birdthistle et al., 2008) نشان داده است که احتمال مثبت شدن تست ایدز، وجود بیماری های مقاربتی و باردار بودن در دختران بی سرپرست بیش تر از همسالان آن هاست. خانواده یکی از اصلی ترین و بنیادی ترین سیستم های اجتماعی است که بر رشد ذهنی انسان تاثیر گذار است، در حقیقت خانواده باعث ایجاد یک تغییر رفتار موثر و پایدار می شود. (Pequegnat & Szapocnik, 2000)

۳- ارتباط دیالکتیک خانواده و کودک

خانواده جایگاهی است که سلامت کودکان در تعامل با عفونت های بزرگسالان و بیماری های بزرگسالان قرار می گیرد. در خانواده کودکان تحت مراقبت به شکل طبیعی و موثر قرار می گیرند و جایی حمایت خانواده ضعیف می شود، که خانواده تحت فشار و استرس قرار می گیرد.

به هرحال، امروزه سازمان های بین المللی، سرمایه گذاران و سیاست مداران با انجام برنامه هایی سعی به حمایت مستقیم از کودکان بی سرپرست مبتلا به ایدز دارند. مرگ والدین (یکی از آن ها یا هر دو) به عنوان یک رویداد همه گیر به خصوص در صحراهای آفریقا به صورت قابل توجهی افزایش یافته است. در سال ۲۰۰۷، تقریباً ۱۲ میلیون و صد هزار کودک، یک یا هر دو والد خود را بر اثر ایدز از دست دادند (UNAIDS, UNICEF, & WHO, 2008)، این آمار تقریباً ۳۷ درصد کودکان پرورشگاه ها را شامل می شود.

با افزایش مرگ و میر بزرگسالان و افرادی که در حال مرگ هستند، بسیار مهم است که ما نگران کودکان بی سرپرست باشیم و نباید فراموش کنیم که خانواده مهم ترین شبکه برای کمک به کودکان آسیب دیده است (سجادی و همکاران، ۱۳۹۰). تا سال ۱۹۹۰، مشخص شد که مشکلی که در آن زمان به عنوان کودکان یتیم داشتند تنها گوشه کوچکی از اختلالات اجتماعی و اقتصادی بوده. (Hunter, 1990) علاوه بر این، مطالعات متعدد در این زمینه نشان می دهد که در مناطقی با فقر گسترده و محرومیت، وضعیت کودکان بی سرپرست اندکی از وضع بقیه کودکان فقیر وخیم تر است.

همان طور که عنوان شد بیش تر کودکانی که به عنوان یتیم دسته بندی می شوند یک والد زنده دارند و حدود ۹۵ درصد آن ها همراه با یکی از اعضای خانواده خود زندگی میکنند. (Hosegood, 2008; Richter, 2008) این موضوعات باعث تغییرات اساسی در سیاست و برنامه ها می شود، و به مرور خانواده ها با کمک سازمان های دولتی و غیر دولتی می توانند نقش خود را در حمایت و مراقبت از کودکان به عهده بگیرند.

ممکن است، والدین بازمانده آسیب پذیر، بیمار یا در شرایط مالی نامناسب باشند. هرچند اهمیت دارد که نیاز های خانواده را بدانیم تا بتوانیم به آن ها این قدرت را بدهیم که از فرزندانشان مراقبت و حمایت کنند (معروفی و همکاران، ۱۳۹۴). مرگ مادر خانواده میتواند موجب مرگ پدر خانواده هم بشود، پس در این شرایط ما برای جلوگیری از بی سرپرستی بچه، باید به درمان خانواده بپردازیم.

۴- آسیب پذیری خانواده مبتلایان



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

هرچند خانواده های مبتلا به این بیماری آسیب پذیرند ولی نشانه های کمی وجود دارد که می شود فهمید یک خانواده در حال فروپاشی است. (Madavan & DeRose, 2008) بررسی های انجام شده در سال ۲۰۰۸ نشان داد که هرچند مرگ و میر پدر و مادر باعث کوچک شدن خانواده می شود، ولی به طور کلی می توان جایگزینی برای آن ها پیدا کرد. با وجود شرایط اقتصادی و اجتماعی منطقه، معمولاً کمبود بزرگسالان برای مراقبت از کودکان وجود ندارد.

تحقیقات بر خانواده های فرزند سالار و پدر سالار نشان داده است که این دو مدل خانواده در مقابله ویروس ایدز و اچ آی وی ضعیف عمل می کنند. برنامه های خدماتی از افزایش این دو نوع خانواده خبر می دهند (Arnab & Serumaga-Zake, 2006). با این حال، این نتایج با داده های حاصل از نظر سنجی های خانگی و سایت های نظرات جمعیتی هماهنگی ندارد، در این نظرسنجی ها نرخ خانواده های فرزند سالار به ندرت به ۱۲ درصد می رسد (Schatz, 2007) البته بسیاری از نمونه ها خطای داده بودند. نتایج حاصل از این نظرسنجی و مطالعات دیگر نشان می دهد که خانواده های فرزند سالار ممکن است در اثر مرگ یک بزرگ سال ایجاد شود، ولی این کمبود باید موقتی باشد و بزرگسال دیگری باید مسئولیت کودک را بر عهده بگیرد. خانواده های پدر سالار هم مانند مورد قبل به ندرت یافت می شد، بیش تر افراد مسن (۸۷٪) تمایل به زندگی با فرزند، نوه و حتی نتیجه خود دارند. (Hosegood & Timæus, 2005)

پرورشگاه ها با کمک افراد خیرخواه در حال گسترش است و این اتفاق بخاطر باور اشتباهی است که افراد بی سرپرست تنها، بدون هیچ سرپرستی یا در خانواده های از هم پاشیده هستند و هیچ بزرگسالی بغیر از پدر بزرگ و مادر بزرگ های سالخورده برای نگهداری از آن ها نیست (Cross, 2001).

هنگام پرسش از مبتلایان، متوجه شدیم که افراد زندگی با پدر بزرگ و اعضای خانواده خود را به زندگی در پرورشگاه ترجیح می دهند، خانواده ها نیز معمولاً مایل به مراقبت و حمایت از خویشاوندان خود هستند (Freeman & Nkomo, 2006; Phiri & Tolfree, 2005). هرچند توانایی خانواده ها برای پذیرفتن کودکان به دلیل وضعیت مالی آن ها بسیار محدود است. به همین دلیل حمایت مالی از خانوادگان یکی از راه های اساسی تقویت آن هاست. مراقبت های سازمانی با ایجاد تأثیرات منفی، باعث آسیب به رشد و روابط اجتماعی کودک می شود (Frank et al., 1996) و البته این مراقبت ها نسبت به مراقبت های خانواده بسیار پر هزینه تر است. (Desmond, Gow et al, 2002) پرورشگاه ها بیش تر به حمایت از کودکان فقیر می پردازند تا کودکان بی سرپرست و این کار سبب کم شدن حمایت لازم از خانواده ها می شود.

نیاز به حمایت از خانواده ها نیز حائز اهمیت است. هنگامی که خانواده ها تصمیم به نگهداری از کودکان می گیرند باید حمایت شوند تا بتوانند عملکرد درستی داشته باشند و نقش خود را به خوبی انجام دهند (معروفی و همکاران، ۱۳۹۴). فسادهای خانگی، ترک تحصیل، بی توجهی به کودکان به سرپرستی گرفته، گرفتن اموال، و سوء استفاده از کودکان ناهنجاری هایی هستند که ما گاهی در خانواده ها مشاهده می کنیم. (Abebe & Aase, 2007) این ناهنجاری ها نباید باعث زیر سوال بردن اهمیت حمایت از خانواده شود، بلکه در واقع بر اهمیت حمایت اجتماعی از خانواده ها تاکید می کند (Richter, Manegold, & Pather, 2004). نمونه این حمایت، نیرو بخشیدن به رفاه اجتماعی و عدالت اجتماعی در کشورهای تحت تاثیر است. باتوجه به نقش اساسی خانواده در پاسخ به این بیماری همه گیر، تقویت خانواده به صورت اصولی و ابتکار عمل در سطح عمومی در جهان به عنوان یکی از مهم ترین راهبرد ها شناسایی شده است.

۵- تقویت خانواده های یک روی کرد پیشگیری رانه

یک بررسی جامع از اثرات ایدز و اچ آی وی بر کودکان و خانواده ها، همان طور که در گروه آموزشی اول برای تقویت خانواده ها انجام شد، تلاش های لازم برای ایجاد حمایت از خانواده ها را در سه گروه تقسیم بندی می کند. که شامل، تقویت مالی از



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

طریق انتقال درآمد به خانواده های نیازمند، اتخاذ روش خانواده محور برای پیشگیری ایدز و اچ آی وی و ارائه خدمات ویژه به منظور کمک در رشد و پیشرفت خانواده ها، می شود. هر یک از این رویکرد ها با جزئیات بیش تر مورد بحث قرار می گیرد.

۶- سازکار تقویت اقتصادی خانواده مبتلایان

ایدز و اچ آی وی باعث ایجاد و تشدید فقر در خانواده، جامعه و در طی زمان در سطح کشور می شود (Collins & Leibrandt, 2007). خانواده های فقیر به منابع کم تری دسترسی دارند و از توانایی کم تری برای مقابله با مرگ و بیماری برخوردار هستند (ساسان و همکاران، ۱۳۹۳). عموماً این امر به دلیل پایین بودن درآمد، تغذیه و پس انداز به وجود می آید (ساسان و همکاران، ۱۳۹۳)، هزینه های بالای درمان و هزینه های جانبی به آن ها توانایی جبران درآمد پایین رانمی دهد (UNAIDS, 2000) این موارد بر رشد و سلامت ذهنی کودک (Earls, Ravioli, & Carlson, 2008) و ظرفیت و آسیب پذیری خانواده در اثر عفونت اچ آی وی اثر می گذارد (Belsey, 2005). در سال ۱۹۸۰ مرگ و میر افراد بر اثر ایدز افزایش یافت، بررسی های انجام شده در ۴۰ کشور نشان می دهد که شیوع ایدز در بزرگسالان یک درصد و میزان مرگ و میر در افراد زیر پنج سال از هر هزار نفر ۱.۹ است (Cornia, 2007). شیوع ایدز و مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در بین سال های ۱۹۹۰ و ۲۰۰۶ افزایش چشم گیر داشته است (Bryce et al., 2008). تغذیه کودک در صورت محدودیت مصرف خانواده آسیب می بیند، بنابراین سعی بر این است که مشکل منابع محدود خانواده ها حل شود (Drimie & Casale, 2008).

این مقاله بیش تر به بررسی مناطق صحرایی و جنوب آفریقا می پردازد، از بررسی ۳۶۳ کودک که در محیط هایی با شیوع کم یا شیوع بالا زندگی میکنند، به نتایج یکسانی رسیدیم. در این بررسی ها مشخص شد که مبتلا شدن خانواده ها به اچ آی وی در همه اجتماعات موجب تضعیف وضع اقتصادی خانواده می شود، این امر در اثر کاهش بازدهی خانواده و افزایش هزینه های سلامت اتفاق می افتد، همچنین احتمال دارد که خانواده ها بدهکار شوند یا شروع به فروختن وسایل خود کنند (ساسان و همکاران، ۱۳۹۳). این عوامل باعث کاهش مصرف و تضعیف تغذیه کودکان می شود، در حالی که بسیاری از کودکان مبتلا به ایدز و اچ آی وی پیش از این بیماری هم از فقر رنج می بردند، عفونت اچ آی وی باعث ضعیف تر شدن شرایط اقتصادی خانواده ها می شود.

افزایش فقر و تأثیرات مخرب آن بر کودکان و خانواده که یک نهاد اجتماعی است، در اولین قدم باید توسط سازمان های تأمین اجتماعی کنترل شوند. دسترسی به آب، سرویس های بهداشتی، آموزش و خدمات بهداشتی اقداماتی هستند که به خانواده های فقیر دچار ایدز و اچ آی وی کمک می کنند (ساسان و همکاران، ۱۳۹۳).

استمرار در راهبرد های اجتماعی مانند وام های خرد مجلس پیشرو روستایی بنگلادش و یا برنامه کاربردی بوتسوانا که مبتنی بر کار و مهارت آموزی است، می تواند به خانواده مبتلایان کمک کند. با این وجود، میزان ناتوانی خانواده های مبتلا به ایدز و اچ آی وی نشان می دهد که نمی توانند از این رویکرد های تکاملی بهره مند شوند. کمک های مالی نسبت به راهکرد های غیر مادی دارای مزایای بیش تری است و احتیاج به مدیریت کمی تری دارند (سجادی و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین به خانواده توانایی انتخاب راه های مختلف را می دهد. خانواده ها می توانند با سازمان های مدنی همراه شوند و با توجه به درآمد و توانایی خود درجه بندی می شوند. این مزایا چه به نفع خانواده ها و کودکان باشد چه نباشد، فراهم بودن آن ها باعث کم شدن استرس خانواده ها می شود. در عین حال، تأثیرات این برنامه ها باعث ارتقا سرمایه های انسانی و اجتماعی می شوند و از این راه توانایی مبارزه خانواده ها با ایدز و اچ آی وی افزایش می یابد (Adato, 2007; World Bank, 2008).



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

کمک مالی می تواند از طریق حقوق بازنشستگی یا کمک هزینه کودک پرداخت شود یا راه های دیگر پرداخت شود در حقیقت روش های مختلفی برای این کار وجود دارد ولی مهم این است که پس از تشخیص، این خانواده ها نیازمند کمک ها را سریع دریافت کنند. در آفریقا این کمک مالی یک راهبرد اساسی برای پیشگیری و درمان ایدز و اچ آی وی شناخته شده است، کمک های داخلی معمولاً نسبت به کمک های خارجی کم تر است به طور مثال اگر یک خلبان از زامبیا هر ماه پانزده دلار به ده درصد از فقیر ترین خانواده ها بدهد و این اتفاق در تمام کشور های کم درآمد جنوب آفریقا اجرا شود، تنها سه درصد از کمکی می شود که در توافق گلنگل به آفریقا می رسد (DFID, 2005).

۷- رویکرد حمایتی - درمانی خانواده محور برای ایدز و اچ آی وی

خدمات برای افراد مبتلا به ایدز یا اچ آی وی بر محور، پیشگیری، درمان و مراقبت در خانواده ارائه می شود (Zhou, 2007). به طور مثال نتایج تست اچ آی وی در میان زوج ها و حتی خانواده ها امیدوار کننده (Chomba et al., 2008) و مقرون به صرفه است. (Postma et al., 2002) به خصوص در پیشگیری از انتقال بیماری از مادر به جنین تاثیر دارد. مطالعات بر درمان ویروس بزرگسالان نشان داد که درمان بزرگسالان مزایای قابل توجهی را برای کودکان به همراه دارد. یک مطالعه بلند مدت در زمینه اقتصاد خرد در کنیا نشان داد که افراد بزرگسال تحت درمان میتوانند کار خود را از سر بگیرند. که دو فایده مهم آن برای کودکان، جلوگیری از کار کودکان و توانایی تحصیل مجدد آن ها است. نتایج دومین تحقیق انجام شده در زمینه تأثیر درمان ویروس بزرگسالان، علاوه بر توانایی تحصیل مجدد کودکان به رشد و تغذیه کودکان هم اشاره کرده است. خانواده ها هم می توانند به صورت هدفمند در پیشرفت درمان نقش داشته باشند. مطالعات جدید در آفریقای جنوبی در زمینه درمان ویروس بزرگسالان مصرف دوز بالای دارو را در کودکانی نشان می دهد که در حال درمان توسط افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت هستند، را گزارش میدهد. این تحقیقات ثابت می کند که این الگو به تغییر نیاز دارد " طرز فکر ما درباره خانواده های مبتلا به اچ آی وی خیلی مهم است. به جای نگاه کردن به خانواده ها به عنوان یک سازمان از هم پاشیده، فراهم کردن درمان برای آن ها از روش خانواده محور می تواند منبع همبستگی، قدرت و انگیزه برای بقیه خانواده های مبتلا به ویروس اچ آی وی باشد (Reddi & Leeper, 2008, p. 907) " نقش پدر با وجود تأثیر کلیدی که در رشد و قدرت تصمیم گیری کودکان دارد و منبع درآمد خانواده تلقی می شود، به خوبی تقدیر نمی شود. (Sherr & Barry, 2006) روابط خواهر و برادرانه قوی می تواند باعث حمایت از کودکان شود و در هنگام چالش های خانوادگی می تواند به کودکان کمک کند (Gass, Jenkins, & Dunn, 2007) با این حال ممانعت از جدایی خواهران و برادران از یکدیگر هنوز در سیاست مبارزه با اچ آی وی جایگاهی ندارد.

۸- خدمات حمایتی - ساختاری برای رشد کودکان مبتلا

تمرکز بر روی کودکان بی سرپرست باعث ضعیف نشان دادن تأثیر ابتلای کودکان به اچ آی وی و ایجاد نگاه انفرادی به این مسئله به جای نگاه اجتماعی و ملی شده است (ساسان و همکاران، ۱۳۹۳). تعداد کودکان آسیب دیده از این بیماری در حال افزایش است، در بیش تر بخش های جنوب آفریقا حدود ۶۵ درصد از کودکان در فقر زندگی می کنند و حدود ۸۰ درصد از کودکان از امکانات اساسی، تغذیه و امنیت محروم هستند. در این شرایط، تأثیرات ایدز و اچ آی وی باعث نگرانی کودکان شده است.



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

در این شرایط حمایت از کودکان به صورت انفرادی، در حالی که در سطح ملی مورد نیاز است، باعث می شود که دسترسی به تمام کودکان آسیب دیده از فقر، ایدز و اچ آی وی امکان پذیر نباشد. (Richter et al., 2006) از طرف دیگر "سلامت عمومی" به وسیله یک رویکرد منظم سعی بر کاهش مشکلات کودکان دارد، این نگرش را می توان از طریق، حمایت اجتماعی، آموزش و مراقبت بهداشتی رایگان و تغذیه رایگان در مدارس تحقق بخشید. (Richter & Desmond, 2008)

یک بررسی جامع در گروه یادگیری ۱ توسط چندین و ریشر (۲۰۰۸) سعی به ارزیابی روش هایی برای بالا بهبود مراقبت خانگی داشت. این موارد شامل، بازدید خانگی، آموزش مهارت های رفتاری به والدین، برنامه دو نسلی (رشد کودکان و رفاه والدین) و برنامه ترکیبی برای رشد و تکامل اولیه کودک، بود.

برنامه های مخصوص والدین و خانواده شامل حمایت و خدمات می شود که با توجه به نیاز خانواده ها متفاوت است، این برنامه ها معمولا شامل تربیت خانواده، آموزش مهارت ها به والدین، بازدید خانگی، پشتیبانی اجتماعی، خدمات مشاوره، خدمات بهداشتی، آموزش اولیه کودک، آموزش شغلی بزرگسالان و کمک مالی به خانوادگان است (Comer & Fraser, 1998)

برنامه بازدید خانگی به منظور افزایش دانش و باورهای والدین و فراهم کردن خدمات اجتماعی و کمک عملی، انجام می شود. در حقیقت، این برنامه ها برای پیشگیری از مشکلات آینده کودکان طراحی شده اند.

به طور کلی، برنامه های رشد ابتدایی کودکان، بر روی کودکان و خانواده های فقیر تمرکز کرده است و سعی در خنثی کردن عواملی دارد که کودکان فقیر را تحت تاثیر قرار می دهند. برنامه های دو نسلی و ترکیبی (Karoly et al., 2005) به آموزش کودکان همزمان با بزرگسالان در زمینه یادگیری سواد و مهارت های کاری می پردازد.

در بررسی شواهد به دست آمده در رابطه درآمد بالا با تقویت خانواده و تاثیر آن در محیط هایی با شیوع بالا بیماری، برنامه بازدید از خانه برای حمایت از مادران باردار و کودکان خردسال مانند برنامه رشد ابتدایی کودکان مداخله ای مناسب و موثر است. در جنوب آفریقا برنامه های بازدید از خانه می توانند بر ساختار مراقبت های خانگی که در زمینه تأمین نیازهای بهداشتی افراد مبتلا به ایدز و اچ آی وی فعالیت می کند، قرار بگیرد (Camp-bell, 2004; World Health Organization, 2000).

با وجود این که یادگیری از برنامه های موفق و کارآمد مفید است، آزمایش های انجام شده با توجه به متفاوت بودن فعالیت هایی که می توانست در مناطق ضعیف و در منطق غنی انجام شود، با مشکلات زیادی رو برو می شد. برای موفقیت یک برنامه ما نیاز به کارکنان حرفه ای با مهارت بالا، برنامه هایی با کیفیت بالا، آزمایش بر روی افراد متفرق و هماهنگ با خدمات دیگر برای جلوگیری از آسیب خانواده، نیاز داریم. (Brookes, Summers, Thornburg, Ispa, & Lane, 2006)

واضح است که برنامه هایی که به منظور تقویت خانواده فعالیت می کنند، باید تقویت وضع مالی خانواده ها را به عنوان هدف یا در کنار هدف خود لحاظ کنند. در حقیقت تقویت خانواده ها و رسیدگی به وضع مالی آن ها مکمل یکدیگر هستند.

۹-نتیجه گیری

تا به امروز کودکان مبتلا به ایدز و اچ آی وی مورد بی توجهی زیادی قرار گرفته اند. برای شروع، با وجود پیشگیری و درمان موجود، سرویس دهی به کودکان به شکل قابل توجهی در حمایت، دسترسی و جمع آوری کودکان در مقایسه با سرویس های بزرگسالان، عقب مانده است. حمایت از کودکان آسیب دیده عمدتاً برعهده خانواده، خویشاوندان و انجمن های مختلف است.

در نتیجه ایجاد سازمان هایی مانند آموزش کودکان مبتلا به ایدز و حمایت نهادهای کودک محور، تمرکز نهاد ها را کم کم به سمت حمایت از کودکان حرکت می دهند. نهاد های حمایت کننده از کودکان مبتلا به ایدز و اچ آی وی معمولا کوچک، بومی و حاشیه ای هستند و حداقل به حدود هزار کودک خدمات ارائه می دهند. به طور کلی، نهادها پشتیبانی روانی را در قالب بازدید خانگی، همراهی خانواده، کاهش فقر از طریق کمک های مالی، تهیه لباس و پرداخت شهریه مدارس کودکان ارائه می



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

دهند. این تلاش‌ها بی‌شک از استرس و تشویش خانواده و کودکان می‌کاهند، اما پروژه‌هایی از این قبیل فایده بلند مدت به دنبال ندارند. برای ایجاد تاثیر بیش‌تر ما نیاز به یک پاسخ هماهنگ و یک پارچه داریم که بر پایه آن بتوانیم طرح‌های محلی را شکل بدهیم.

واضح است که خانواده‌ها واسطه تأثیرات هستند که به کودکان آسیب می‌زند، خانواده واسطه کمک به کودکان در دراز مدت هم هست. توانایی خانواده در حمایت از کودکان و جبران نبود مراقبان، امنیت، اموال و امثال این‌ها، به شدت وابسته به بستر اجتماعی، فقر گسترده و مهاجرت کاری است. این مشکل نیازمند یک رویکرد توسعه در برابر فقر است، یک پاسخ اساسی برای محافظت و حفظ سرمایه انسانی، کودکان مبتلا به ایدز و اچ‌آی‌وی مورد نیاز است. به همین دلیل دسترسی به سرویس‌های ضروری مانند بهداشت، آموزش، امنیت مالی باید در دستور العمل‌های تدابیر ملی باشد.

ما باید اطمینان حاصل کنیم که حمایت‌های جمع‌آوری شده مستقیماً به دست خانواده‌ها می‌رسد. در کشورهایی با نرخ بالای مبتلایان، بیماری ایدز و اچ‌آی‌وی در خانواده‌ها متراکم شده است. در صورت وخیم‌تر شدن شرایط خانواده، کودکان به صورت ناخوشایندی لطمه می‌بینند. اگر در خانواده‌ها منابع مادی و عاطفی فراهم باشد، تحمل شرایط و بهبودی بیماری راحت‌تر می‌شود. با توجه به اثرات طولانی مدت ایدز و اچ‌آی‌وی، کودکان امروز با گذشت یک یا دو دهه، تشکیل خانواده خواهند داد و پدر یا مادر خواهند شد. ما تنها با رویکرد خانواده محور قادر به قطع این چرخه عفونی خواهیم بود. با فراهم کردن درمان برای افرادی که به آن نیاز دارند و ایجاد شرایطی که در آن توسط افرادی که دوست دارند مورد معالجه قرار بگیرند در روند درمان تاثیر زیادی دارد. تلاش برای معالجه، درمان، مراقبت به صورت انفرادی باعث ایجاد حس تنهایی و جدایی فرد از جامعه و شبکه خانوادگی می‌شود، این روش در جامعه‌ایی با شیوع بالا بیماری که حدود یک سوم خانواده‌ها مبتلا به این بیماری هستند، راهکار مناسبی نیست.

کمک‌های مالی، به هر شکلی، به شدت مورد نیاز است. امنیت اقتصادی باعث از بین بردن اضطراب و تشویش خانواده‌ها می‌شود و به آن‌ها این توانایی را می‌دهد که روی مراقبت‌های بهداشتی و آموزش فرزندان خود سرمایه‌گذاری کنند و بتوانند سهم خود را در هزینه‌های مربوط به درمان و معالجه مانند، حمل و نقل به مراکز درمانی و تغذیه پرداخت کنند. کمک مالی راه حل اساسی برای درمان کودکان مبتلا به ایدز یا اچ‌آی‌وی نیست، البته کمک‌های اقتصادی به خانواده یک پاسخ ملی به بیماری ایدز و اچ‌آی‌وی است. پول یک نیاز اساسی است، ولی در شرایط خاص می‌تواند ارزش بیش‌تری داشته باشد و دسترسی به یک سری خدمات را تسهیل ببخشد. علاوه بر این، برای جلوگیری از اضطراب‌های خانوادگی و اثرات منفی بیماری، برنامه‌هایی مثل بازدید خانگی، حمایت و تقویت توانمندی‌های کودکان در سنین رشد انجام می‌شود.

مراجع

۱. دادگر، هادی، فاطمه غلامعلی نژاد، جواد حاتمی و محمدعلی بشارت، بررسی تأثیر آموزش رفتاری مهارت‌های همدلانه، بر سطوح همدلی و نظام‌مندی‌سازی در کودکان دارای اتیسم در شهر تهران، فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی ۲/۱۵، ۱۵: ۱۹-۲۹، ۱۳۹۴.
۲. احمدی، سعید، ساناز، رضا رستمی و جواد حاتمی، بررسی اثربخشی روش درمانی عصب پسخوراندی در بهبود بازداری پاسخ و حافظه در گردش در کودکان مبتلا به اختلال فزون کنشی، مجله علوم روانشناختی ۱۳، ۴۹: ۱۲۱-۱۰۶، ۱۳۹۳.
۳. درخشان پور، احمد، غلامعلی افروز و جواد حاتمی. مقایسه تحلیلی فراوانی لکنت زبان در دانش‌آموزان آهسته گام دارای نشانگان داون، فصلنامه کودکان استثنایی ۲، ۵۰۴: ۱۲۱-۱۳۵، ۱۳۹۱.
۴. ساسان، محمد سعید، رضاعلی زاده عمران، فرزانه، دنیا دیده، ناهید، HIV و ایدز در کودکان گزارش سه مورد، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۳۷(۳)، ۵۹۶-۶۰۱. doi: 10.22038/mjms.2014.3018. ۱۳۹۳.



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

۵. سجادی، حمیرا، پیام روشنفکر، بهناز آسنگری، مهشید زینعلی مراغه، نرگس قرایی، فاطمه ترابی، کیفیت زندگی و رضایت از خدمات در مراقبین کودکان مبتلا به سرطان تحت پوشش بخش مددکاری موسسه خیریه حمایت از کودکان سرطانی، نشریه پرستاری ایران، ۲۴ (۷۲): ۸-۱۷، ۱۳۹۰.
۶. برجعلی لو، سمیه، شهیدی، شهریار، فتح آبادی، جلیل، مظاهری، محمد علی، مسائل و چالش‌های معنوی کودکان مبتلا به سرطان: تجربه والدین. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت، ۳(۱۱)، ۳۸-۵۴، ۱۳۹۳.
۷. معروفی، محسن؛ کاوه قادری بگه جان، همین رحمانی و مچید زارعی، بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و ابعاد سلامت اجتماعی در بین خانواده کودکان مبتلا به بیماری سرطان بیمارستان محک، کنفرانس ملی روانشناسی علوم تربیتی و اجتماعی، مازندران، موسسه علمی تحقیقاتی کومه علم آوران دانش، https://www.civilica.com/Paper-SEPP01-SEPP01_055.html، ۱۳۹۴.

8. Abebe, T., & Aase, A. (2007). Children, AIDS, and the politics of orphan care in Ethiopia: The extended family revisited. *Social Science and Medicine*, 64, ۲۰۶۹-۲۰۵۸.
9. Adato, M., & Bassett, L. (2008). What is the potential of cash transfers to strengthen families affected by HIV and AIDS? A review of the evidence on impacts and key policy debates. *Learning Group 1: Strengthening families*.
10. Bell, C., Devarajen, S., & Gerbash, H. (2006). The longrun economic costs of AIDS: A model with an application to South Africa. *World Bank Economic Review*, 20, ۸۹-۵۵.
11. Belsey, M. (2005). *AIDS and the family: Policy options for a crisis in family capital*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs
12. Birdthistle, I., Nyamukapa, C., Garnett, G., Wambe, M., Lewis, J., Mason, P., et al. (2008). From affected to infected? Orphanhood and HIV risk among female adolescents in urban Zimbabwe. *AIDS*, 22, 759-766.
13. Bray, R. (2003). Predicting the social consequences of orphanhood in South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 2, 39-55.
14. Brookes, S., Summers, J., Thornburg, K., Ispa, J., & Lane, V. (2006). Building successful home visitor-mother relationships and reaching program goals in two early head start programs: A qualitative look at contributing factors. *Early Childhood Research Quarterly*, 21, 25-45.
15. Brummer, D. (2002). *Labour migration and HIV/AIDS in southern Africa*. Johannesburg: International Organization for Migration, Regional Office for Southern Africa.
16. Bryce, J., Daelmans, B., Dwivedi, A., Fauveau, V., Lawn, J., Mason, L., et al. (2008). Countdown to 2015 for maternal, newborn and child survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions. *Lancet*, 371, ۱۲۵۸-۱۲۴۷.
17. Hunter, S. (1990). Orphans as a window on the AIDS epidemic in sub-Saharan Africa: Initial results and implications of a study in Uganda. *Social Science and Medicine*, 31, 681-690.
18. Karoly, L., Kilburn, R., & Cannon, J. (2005). *Early childhood interventions: Proven results, future promise*. Santa Monica: RAND.
19. Lis, S. (2000). Characteristics of attachment behaviour in institution-reared children. In P. Crittenden, & A. Lovejoy, N. (1989). *AIDS: Impact on the gay man's homosexual and heterosexual families*. *Marriage and Family Review*, 14, 285-316.
20. Madavan, S., & DeRose, L. (2008). *Families and crisis in the developing world: Implications for responding to children affected by HIV/AIDS*. Learning group 1: Strengthening families. Harvard University, Cambridge, MA: The Joint Learning Initiative on Children and AIDS.



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر



27. Meintjes, H., & Giese, S. (2006). Spinning the epidemic: The making of mythologies of orphanhood in the context of AIDS. *Childhood*, 13, 407_430.
28. Operario, D., Pettifor, A., Cluver, L., MacPhail, C., & Rees, H. (2007). Prevalence of parental death among young people in South Africa and risk for HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 44, 93_98.
30. Pequegnat, W., & Bray, J. (1997). Families and HIV/AIDS: Introductions to the special sections. *Journal of Family Psychology*, 11, 3_10. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 44, 93_98.
31. Pequegnat, W., & Szapocnik, J. (2000). The role of families in preventing and adapting to HIV/AIDS. In W. Pequegnat, & J. Szapocnik (Eds.), *Working with families in the era of HIV/AIDS* (pp. 3_26).
32. Postma, M., Beck, E., Mandalia, S., Sherr, L., Walters, M., Houweling, H., et al. (1999). Universal HIV screening of pregnant women in England: Cost effectiveness analysis. *British Medical Journal*, 318, 1656_1660.
33. Prebble, E.A. (1990). Impact of HIV/AIDS on African children. *Social Science and Medicine*, 31, 671_680.
34. UNICEF. (2008). The evidence base for programming for children affected by HIV/AIDS in low prevalence and concentrated epidemic countries. Bethesda, MD: UNICEF, U.S. Agency for International Development by the USAID Health Care Improvement Project, University Research Co., LLC.
35. Reddi, A., & Leeper, S. (2008). Antiretroviral therapy adherence in children: Outcomes from Africa. *AIDS*, 22, 906_907.
36. Ressler, E., Boothby, N., & Steinbock, D. (1988). *Unaccompanied children: Care and protection in wars, natural disasters and refugee movements*. New York: Oxford University Press.
37. Richter, L. (2004). The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
38. Richter, L. (2008, August 3_8). No small issue: Children and families. XVIIth International AIDS Conference, Universal Action Now, Mexico City.
39. Richter, L., & Desmond, C. (2008). Targeting AIDS orphans and child-headed households, A perspective from national surveys in South Africa, 1995_2005. *AIDS Care*, 20, 1019_1028.
40. Richter, L., & Desmond, C. (2008). Child health and development. In A. Gatti & A. Boggio (Eds.), *Health and development: A matrix approach*. New York: Palgrave Macmillan.
41. Richter, L., Foster, G., & Sherr, L. (2006). *Where the heart is: Meeting the psychosocial needs of young children in the context of HIV/AIDS*. The Hague, The Netherlands: Bernard van Leer Foundation.
42. Richter, L., Manegold, J., & Pather, R. (2004). *Family and community interventions for children affected by AIDS*. Cape Town, South Africa: Human Sciences Research Council.
43. Richter, L., & Sherr, L. (2009). Editorial: Strengthening families. This issue.
44. Sherr, L., & Barry, N. (2004). Fatherhood and HIV positive heterosexual men. *HIV Medicine*, 5(4), 258_263.
45. Sherr, L., Varrall, R., Mueller, J., Richter, L., Wakhweya, A., Adato, M., et al. (2008). A systematic review on the meaning of the concept 'AIDS Orphan': Confusion over definitions and implications for care. *AIDS Care*, 20(5), 527_536.
47. UNAIDS. (2000). *The business response to HIV/AIDS: Impact and lessons learned*. Geneva, Switzerland: Author.
48. UNAIDS, UNICEF, & WHO. (2008). *Children and AIDS: Second stocktaking report*. New York: United Nations Children's Fund.
49. World Health Organization. (2000). *Home-based long-term care. Report of a WHO study group*. Geneva, Switzerland: Author.
50. Youngblade, L., Theokas, C., Schulenberg, J., Curry, L., Huang, I., & Novak, M. (2007). Risk and promotive factors in families, schools, and communities: A contextual model of positive youth development in adolescence. *Pediatrics*, 119(Suppl. 1), S47_S53.



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر



51. Zhou, Y. (2007). If you get AIDS . . . you have to endure it alone'': Understanding the social constructions of HIV/AIDS in China. *Social Science and Medicine*, 65, 284_295.