

فهرست مطالب

فصل ۱ مفهوم خانواده و انواع آن، خانواده از دید اسلام

- تعریف خانواده و انواع آن ۷
- خانواده از دید اسلام ۴
- پرستاری خانواده ۵
- چهار رویکرد در پرستاری خانواده ۶
- معرفی تنوری‌هایی برای کار با خانواده ۸
- چالش‌های سیاست اجتماعی و خانوادگی ۱۲

فصل ۲ ساختار و فعالیت‌های خانواده

- عملکرد خانواده ۱۶
- ساختار خانواده ۱۶
- فشار، تضاد و تزیید نقشی ۱۹
- ارتباط در خانواده ۲۱
- تصمیم‌گیری در خانواده ۲۱

فصل ۳ سلامت خانواده بحران در خانواده

- سلامت خانواده ۲۴
- خانواده‌های سالم ۲۴
- مخاطرات سلامتی ۲۵
- مخاطرات اصلی سلامت خانواده و مداخلات ۲۶
- پرستاری ۲۶
- بحران و ویژگی‌های آن ۳۲
- بحران در خانواده ۳۳
- تطابق خانواده ۳۳

فصل ۴ مراحل تکامل خانواده: وظایف و نیازهای سلامتی در هر مرحله

- مفاهیم تنوری تکامل خانواده ۳۸
- کاربرد تنوری چرخه زندگی و تکامل خانواده ۴۴
- برای خانواده جونز ۴۴
- نقاط قوت و ضعف ۴۶

فصل ۵ اصول بازدید منزل و فرایند پرستاری در بررسی وضعیت سلامت خانواده

- فرایند پرستاری خانواده ۴۸
- بازدید منزل ۶۰
- تنظیم قرارداد با خانواده‌ها ۶۵

فصل ۶ خشونت و سوءرفتار با انسان

- عوامل اجتماعی مؤثر بر خشونت ۷۰
- خشونت علیه دیگران یا خود ۷۴
- خشونت و سوءرفتار در خانواده ۷۷
- مداخلات پرستاری ۸۹

فصل ۷ خانواده‌های آسیب‌پذیر

- آسیب‌پذیری ۹۹
- عوامل مؤثر بر آسیب‌پذیری خانواده ۱۰۰
- پیامدهای آسیب‌پذیری ۱۰۱
- نقش پرستار ۱۰۱
- فرایند پرستاری در مراقبت از افراد و خانواده‌های آسیب‌پذیر ۱۰۱

فصل ۸ معلولیت

- درک معلولیت ۱۰۶
- محاسبه آمار معلولان ۱۰۷
- اثرات معلولیت ۱۱۰
- جمعیت‌های خاص ۱۱۴
- مسائل خاص ۱۱۴
- نقش پرستار ۱۱۶

فصل ۹ معضلات مصرف الکل، تنباکو و سایر داروها در جامعه

- مشکلات ناشی از مصرف ATOD ۱۲۲
- داروهای روان‌گردان ۱۲۵
- عوامل مستعدکننده/مشارکت‌کننده ۱۲۹

۱۲۷	..... انواع طلاق	۱۳۰	..... پیشگیری اولیه و نقش پرستار
۱۲۷	..... عوامل مؤثر بر طلاق	۱۳۳	..... پیشگیری ثانویه و نقش پرستار
۱۲۸	..... پیامدهای طلاق	۱۳۸	..... پیشگیری ثالثیه و نقش پرستار
۱۲۹	..... مداخلات پیشگیری	۱۴۲	..... پیامدها

پیوست

۱۵۳	..... نمایه
۱۵۷	..... منابع و مأخذ

فصل ۱۰ طلاق

۱۴۵	..... پدیده طلاق و تحولات اخیر آن
۱۴۶	..... معنای لغوی و تعریف طلاق

www.abadisteb.pub

ساختار و فعالیت‌های خانواده

اهداف

- در پایان این فصل دانشجو باید بتواند:
۱. ساختار و عملکرد خانواده را توصیف کند.
 ۲. تغییرات عملکردی و ساختاری خانواده را تجزیه و تحلیل کند.
 ۳. با بررسی نقش‌های اعضای خانواده، مسایل مربوط به نقش مثل فشار، تضاد یا تزیید نقشی را در خانواده شناسایی کند.
 ۴. در مورد الگوهای ارتباط مؤثر و غیرمؤثر در خانواده به بحث و بررسی بپردازد.

کلمات کلیدی

۱. ارتباط
۲. تزیید نقشی
۳. تصمیم‌گیری
۴. تضاد نقشی
۵. ساختار خانواده
۶. عملکرد اجتماعی کردن
۷. عملکرد اقتصادی
۸. عملکرد تولیدمثل
۹. عملکرد خانواده
۱۰. عملکرد عاطفی
۱۱. عملکرد مراقبت سلامتی
۱۲. فشار نقشی
۱۳. نقش‌های خانواده

رئوس مطالب

- عملکرد خانواده
- ساختار خانواده
- نقش‌های خانواده
- نقش‌ساز هم‌کننده
- نقش‌های خانه‌داری و مراقبت از کودک
- نقش اجتماعی کردن
- نقش بیمار
- نقش، تضاد و تزیید نقشی
- فشار نقشی
- تضاد نقشی
- تزیید نقشی
- ارتباط در خانواده
- تصمیم‌گیری در خانواده

خانواده، در عین حال که بخش اساسی جامعه می‌باشد خود، یک سیستم است که در پاسخ به تغییرات اجتماعی رو به رشد و در حال شکل‌گیری، در حال تغییر و تحول است. پرستاران برای اینکه بتوانند به بهترین شکل ممکن خدمت‌رسانی کنند، باید در جهت شناخت خانواده‌ها تلاش کنند. گاهی اوقات درک و شناخت خانواده‌ها از طریق چارچوب دقیق ساختار و عملکرد مفید خواهد بود، زیرا دانش ساختار و عملکرد خانواده برای درک نحوه تأثیر خانواده‌ها بر سلامتی و بیماری ضروری است. پرستارانی که با ساختارها و عملکردها آشنایی دارند، می‌توانند با استفاده از مداخلات مبتنی بر شواهد نسبت به توانمندکردن خانواده‌ها اقدام کنند. در این فصل با دو مفهوم عملکرد و ساختار خانواده آشنا می‌شویم.

1. Communication
2. Role overload
3. Decision making
4. Role conflict
5. Family structure
6. Socialization function
7. Economic Function
8. Reproductive function
9. Family Function
10. Affective function
11. Health care function
12. Role strain
13. Family roles

عملکردی خانواده‌ها دارند. پرستاران با کمک به خانواده‌ها برای تشخیص منابع اجتماعی و حمایتی طی مراحل گوناگون خانواده و بحران‌های سلامتی، تبدیل به عوامل درمان می‌شوند.

ساختار خانواده

ساختار خانواده مجموعه منظمی از روابط درون خانواده بین خانواده و سایر سیستم‌های اجتماعی است. ساختار خانواده به خصوصیات و جمعیت‌شناختی (جنس، سن، تعداد اعضای) که واحد خانواده را تشکیل می‌دهند، برمی‌گردد. به‌طور ویژه‌تر، ساختار خانواده، نقش‌ها و موقعیت اعضای خانواده را تعریف می‌کند.

ساختارهای خانواده در طول زمان، برای رفع نیازهای خانوار و جامعه، تغییر یافته است. سرعت بسیار زیاد تغییر این‌جانب‌شده در ساختار، ارزش‌ها و روابط، کار با خانواده‌ها را در آغاز قرن ۲۱ هیجان‌انگیز و چالش برانگیز می‌کند. تعیین ساختار خانواده باید جنبه‌های زیر را در نظر گرفته

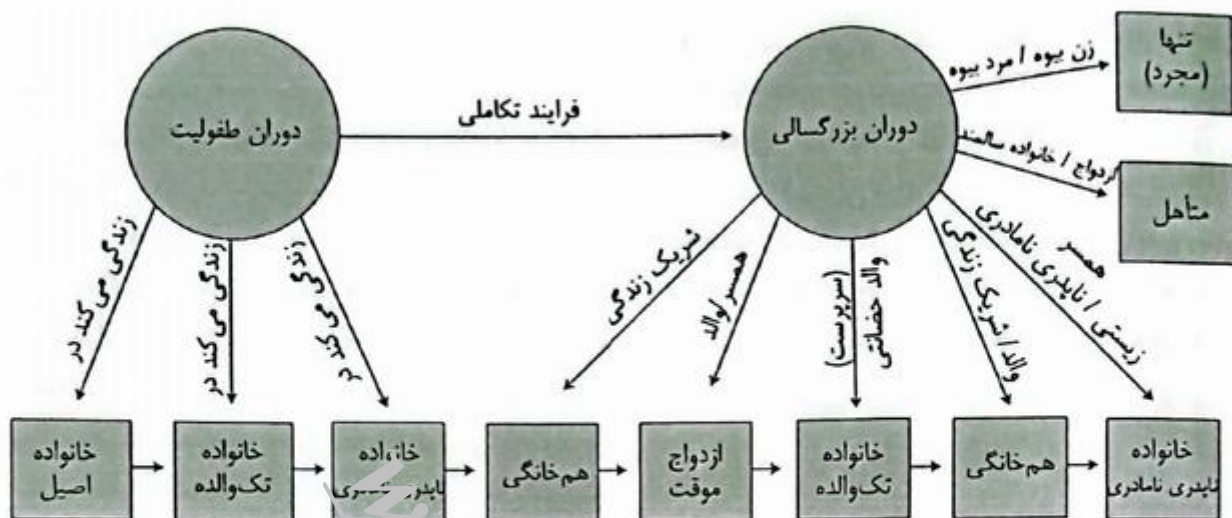
۱. افرادی که خانواده را تشکیل می‌دهند.
۲. روابط بین آنها
۳. تعامل بین اعضای خانواده
۴. تعامل با سایر سیستم‌های اجتماعی

ساختارها و هنجارهای خانواده‌ها در سراسر جهان با سرعت بالایی در حال تغییر و تحول هستند. امروزه در مورد اینکه مدل سنتی خانواده هسته‌ای، تنها مدل پسندیده است دیگر توافق عمومی وجود ندارد و البته هیچ مدل خاصی خانواده یا ساختار خانواده وجود ندارد؛ مثلاً یک مادر تک سرپرست می‌تواند تداعی کننده یک مادر نوجوان ازدواج‌نکرده با یک نوزاد (حاملگی ناخواسته)، مادر مطلق با یک یا چند کودک، یا یک زن مجرد و شاغل باشد که در اواخر ۳۰ سالگی تصمیم به سرپرستی از یک کودک گرفته است. ساختار خانواده در طول زمان تغییر می‌کند و اصلاح می‌شود. هر فردی ممکن است در طول دوره زندگی خود، انواع مختلف خانواده را تجربه کند (شکل ۱-۲). ممکن است یک کودک، سال‌های تکوینی و اولیه زندگی خود را در یک خانواده اصیل (مادر، پدر، خواهر، برادرها

عملکردهای خانواده رفتارها و شیوه‌هایی است که خانواده برای رفع نیاز (الف) هر یک از اعضای خانواده (ب) خانواده به صورت کلی و (ج) روابطشان با جامعه انجام می‌دهند. در طول تاریخ، خانواده‌ها عملکردهای زیر را انجام می‌داده‌اند:

۱. عملکرد اقتصادی. درآمد خانواده بخش مهمی از اقتصاد خانواده است، اما مصرف‌گرا بودن خانواده، مدیریت مالی، مسکن، بیمه، بازنشستگی و پس‌انداز نیز با این امر در ارتباطند. اقتصاد خانواده بر اقتصاد کشور تأثیر می‌گذارد ضمن اینکه بازتابی از اقتصاد کشور می‌باشد.
۲. عملکرد تولیدمثل. بقای هر جامعه‌ای با الگوها و میزان تولیدمثل آن جامعه ارتباط دارد. به‌طور سنتی خانواده‌ها با عملکرد بیولوژیکی تولیدمثل شکل می‌گرفتند. امروزه عملکرد تولیدمثل در خانواده از ساختار سنتی خانواده بسیار بیشتر از گذشته جدا شده است، زیرا کودکان خارج از ساختارهای سنتی خانواده متولد می‌شوند.
۳. عملکرد اجتماعی کردن. انتظار عمده از خانواده‌ها آن است که مسؤولیت تربیت کودکان‌شان را برای سازگاری با جامعه و ورود آنها به دنیای بزرگسالان برعهده گیرند. علاوه بر این، خانواده‌ها فرهنگ‌شان از جمله اعمال مذهبی و معنویت را نیز بدین ترتیب منتشر می‌کنند.
۴. عملکرد عاطفی. خانواده‌ها مرزها و اختارهایی را تدارک می‌بینند که حس تعلق و هویت را برای فرد فرد اعضای خانواده و نسبت به کل خانوار مهیا می‌کند. هدف از عملکرد عاطفی، یادگیری درباره روابط انسانی متقابل و صمیمانه، یادگیری درباره وابستگی و اتکا و نحوه پرورش نسل‌های آینده می‌باشد.
۵. عملکرد مراقبت سلامتی. یک فرد در خانواده خود با مفاهیم سلامتی، ارتقای سلامتی، حفظ سلامتی، پیشگیری از بیماری و کنترل بیماری آشنا می‌شود و آنها را یاد می‌گیرد. اعضای خانواده به‌طور غیررسمی از عضو بیمار خانواده مراقبت کرده و منبع اولیه حمایتی برای همدیگر هستند.

مداخلات پرستاری به‌همراه آموزش و مشاوره متناسب با نیازهای یادگیری خانواده می‌تواند موجب ارتقای عملکرد حفاظت از سلامتی خانواده گردد. زمینه فرهنگی خانواده و نیازهای سواد بهداشتی فردی، ارتباط نزدیکی با نیازهای



شکل ۱-۲ تجربیات یک فرد از زندگی خانوادگی

در تصویب سیاست‌های اجتماعی مؤثر در کاهش بار خانواده‌ها عمل کنند؛ مثلاً اقداماتی برای افزایش دسترسی به مراقبت مناسب برای کودکان می‌تواند منجر به کاهش بار مالی و عاطفی برای بسیاری از خانواده‌های تک‌والد و شاغل هنگام نیاز به مراقبت برای فرزندان بیمارشان گردد.

نقش‌های خانواده

در هر خانواده‌ای، بدون توجه به ساختار، بنا به موقعیتی که فرد در خانواده دارد، یکسری نقش‌ها از او انتظار می‌رود. نای، پس از مرور متون مربوط به خانواده، هشت نقش مرتبط با موقعیت و سمت همسر/شریک زندگی را شناسایی کرد: فراهم‌کننده، خانه‌دار، مراقبت از کودک، اجتماعی کردن فرزند، جنسی، درمانی، تفریحی و خویشاوندی. از سایر نقش‌های مؤثر بر خانواده می‌توان به نقش مراقبت‌کننده و نقش بیمار هنگام ابتلای فرد به بیماری اشاره کرد. به‌طور سنتی نقش فراهم‌کننده را شوهر به‌عهده می‌گیرد، در حالی که نقش خانه‌داری، مراقبت از کودک و سایر نقش‌های مراقبتی برعهده زنان است. گرچه با تغییرات اجتماعی و دگرگونی‌های رخ داده در ساختار خانواده‌ها، ایفای سنتی نقش‌ها در بسیاری از خانواده‌ها دیگر عملی نیست. خانواده‌ها با نقش‌های جنسیتی، نسل‌ها و موقعیت و جایگاه فرد در خانواده شکل می‌گیرند (مثلاً بچه وسطی، مادر، پدر، ناخواهری، دختر خواهر یا برادر و پدر بزرگ).

سپس به دنبال طلاق والدین، چند سالی را در خانواده تک‌والد بگذرانند و بعد از ازدواج تک‌والدی که حضانت او را برعهده دارد، ارتباط با ناپدري - نامادری را تجربه کند.

احتمال دارد این کودک در بزرگسالی نیز انواع بیشتری از خانواده را تجربه کند: هم‌خانگی در زمان تحصیل در دانشگاه و سپس ازدواج موقت در زمان کار کردن. مثل فردی، این شخص هم ممکن است طلاق بگیرد و یک والد تک‌سرپرست شود. سرانجام احتمال دارد با فرزند دیگری به‌عنوان شریک زندگی هم‌خانه شود و در نهایت با هم‌خانه دیگری که چند بچه نیز دارد، ازدواج کند. به‌عنوان مثال، نامادری خانواده، ممکن است این زن، بیوه‌ای است و مسن شود. بنابراین پرستاران با خانواده‌های مختلفی تاری می‌کنند که هر یک مبین ساختار متفاوتی از زندگی می‌باشند.

در قرن ۲۱، خانواده‌ها، چشم‌اندازهای بی‌شماری دارند. ساختارهای جدید خانواده که هم‌اکنون تجربی/آزمایشی هستند، هر روزه به‌عنوان خانواده‌های طبیعی و متعارف شکل می‌گیرند (برای مثال خانواده‌هایی که ارتباطشان از طریق پیوند خونی یا ازدواج نیست؛ اما اعضای آن، توجه، عشق، صمیمیت و تعامل مورد نیاز همه افراد برای تجربه یک زندگی با کیفیت را در اختیار همدیگر قرار می‌دهند).

پرستارانی که از انواع ساختارهای خانواده به‌خوبی مطلع باشند، می‌توانند نیازهای خاص خانواده‌های منحصربه‌فرد را شناسایی کرده و مراقبت‌های بالینی مناسبی را برای ارتقای بهبودپذیری آنها ارایه کنند و به‌عنوان عامل تغییر

امروزه نگرش‌های مربوط به قوانین انعطاف‌ناپذیر نقش‌های جنسیتی (چه کسی چه کاری را انجام دهد)، تا حدودی تغییر کرده است، اما تحقیقات نشان می‌دهند که در واقعیت، تغییرات کمی رخ داده است و هنوز هم در بسیاری از خانواده‌ها نقش‌ها براساس جنسیت اعضا ایفا می‌گردد؛ مثلاً طبق نتایج یکی از تحقیقات، ۷۰٪ مادران شاغلند، اما همچنان ۸۰٪ از مراقبت کودکان و وظایف خانه‌داری را برعهده دارند. مردان در انجام کارهای منزل و مراقبت از کودک نسبت به قبل مشارکت بیشتری دارند، اما این مسؤولیت همچنان تا حد زیادی برعهده زنان می‌باشد. در هر خانواده، اعضا باید در مورد روش‌های مشارکت در کار و تقسیم کار تصمیم بگیرند، بهتر است در مورد نقش‌ها، محول کردن وظایف و برعهده‌گیری و تقبل نقش‌ها گفتگو شود.

پس از تقبل نقش‌ها توسط اعضای خانواده، با تغییر خانواده طی زمان و در چرخه زندگی، مجدداً تقسیم کار صورت می‌گیرد. برای مثال ممکن است اعضای خانواده پس از تولد یا مرگ یکی از اعضا، قادر به ایفای نقش خود نباشند، بنابراین تخصیص مجدد نقش‌ها ضرورت می‌یابد.

نقش فراهم‌کننده

در چند دهه اخیر این نقش دچار تغییرات چشمگیری شده است؛ با اینکه سابقاً مردان، نان‌آور اصلی خانواده بوده‌اند به‌طور قابل ملاحظه‌ای این نقش تغییر کرده است. در دنیای امروزی بسیاری از خانواده‌ها برای تأمین سازه‌های اساسی خود، به بیش از یک درآمد نیاز دارند. از عوامل مؤثر بر نیاز به درآمد بیشتر، می‌توان به افزایش تعداد خانواده‌هایی اشاره کرد که حقوق‌بگیر ندارند یا افزایش خانواده‌هایی که حمایت مالی آنها فقط از طریق شخص دیگری به‌جز مرد خانواده صورت می‌گیرد. شرایط کار برای زنان و مردان به‌طور روزافزونی استرس‌زا شده است و وظایف کارهای بیرونی به میزان زیادی در تضاد با ایفای نقش‌های خانوادگی است.

نقش‌های خانه‌داری و مراقبت از کودک

امروزه بسیاری از زنان برای متعادل کردن نقش فراهم‌کنندگی و سایر نقش‌های خانوادگی به میزان زیادی متحمل فشار نقشی می‌شوند. اکثر مسؤولیت‌های خانه‌داری و مراقبت از

کودکان همچنان بر دوش خانم‌های شاغل است. کودکانی که زنان شاغل (در بیرون از منزل) همچنان ۸۰٪ از وظایف خانه‌داری و مراقبت از کودک را انجام می‌دهند. نقش‌های شوهران در مراقبت از کودک رو به افزایش است اما کانون توجه مردان به‌جای تأمین نیازهای اصلی کودک بیشتر معطوف بازی کردن با آنهاست. زنان همچنان در رفع نیازهای مراقبت سلامتی همه اعضای خانواده از جمله فرزندان و مردان، نقش اصلی را برعهده دارند.

نقش اجتماعی کردن

در رابطه با اجتماعی کردن فرزندان، انتظارات نقشی در چند دهه گذشته، مساوات‌طلب‌تر شده است. اجتماعی کردن شامل مواردی همچون شیوه یادگیری کودکان برای تعامل با دیگران، مراقبت از خودشان، ایجاد مرزهایی در برقراری ارتباط با خانواده گسترده، هم‌تایان یا دیگران و ایفای نقش شهروندی در جامعه بزرگتر می‌شود. خانواده‌ها با آموزش آه‌مایی، هدایت کردن، برقراری انضباط و مشاوره با فرزندان‌شان، نقش‌های اصلی اجتماعی کردن را برعهده دارند. هرچند دخالت هر دو والد به تکامل سالم کودک کمک می‌کند، روابط پدر - فرزند از لحاظ کیفی با روابط مادر - فرزند فرق می‌کند. مادران سهم بیشتری از مسؤولیت اجتماعی کردن کودکان را برعهده دارند.

نقش بیمار

افراد، رفتارهای سلامتی و بیماری را در خانواده خود یاد می‌گیرند. رفتارهای سلامتی با پیشگیری اولیه از بیماری‌ها مرتبط است و شامل فعالیت‌های ارتقای سلامت برای کاهش استعداد ابتلا به بیماری‌ها و اقداماتی برای کاهش تأثیرات بیماری‌های مزمن می‌شود. وقتی یکی از اعضای خانواده بیمار می‌شود، این فرد رفتارهای مختلفی از بیماری را نشان می‌دهد به‌عبارتی او نقش بیمار را ایفا می‌کند. پارسونز^۱ (۱۹۵۱) چهار ویژگی کلاسیک از فرد بیمار را به‌صورت زیر تعریف می‌کند:

۱. هنگام بیماری، فرد به‌طور موقت از نقش‌های اعضای خانوادگی و اجتماعی خود معاف می‌شود هر قدر شدت بیماری بیشتر باشد، فرد از وظایف نقشی خود معاف می‌گردد.

ترتیب می‌توانند با معرفی منابع بیرونی و کمک به دستیابی به آنها، یا از طریق حل مسأله؛ سازگاری خانواده‌ها در زمینه مسایل مربوط به نقش را تسهیل کنند.

فشار نقشی

یکی از نتایج فشار نقشی، عدم توانایی در ایفای نقش است؛ برخی از محققان، منشأ فشار نقشی را مسایل فرهنگی و تعاملی می‌دانند. مسایل تعاملی به اشکالات موجود در توصیف نقش‌های خانواده مربوط می‌گردد. پنج منبع از اشکالات موجود در فرایند تعامل به شرح زیر شناسایی شده است. این موارد منجر به ایجاد فشار بر سیستم خانواده می‌شوند:

- ناتوانی در تعریف موقعیت
- کمبود دانش در مورد نقش‌ها
- عدم توانایی بر سر نقش‌ها
- تضاد نقش
- تناوب نقشی

توانایی در تعریف موقعیت موجب ابهام در تشخیص معاینه فرد در یک موقعیت خاص می‌شود. تغییرات مکرر در ساختارهای خانوادگی و نقش‌های جنسیتی به معنای آن است که اعضا بیش از پیش با موقعیت‌هایی مواجه می‌شوند که راهنمایی برای عمل ندارند. تک والدین، ناپدري/نامادري، پدران غير حضوري يا هم‌خانه‌ها هر روز با شرايطی مواجه می‌شوند که هیچ‌هنجاری برای آن موقعیت وجود ندارد؛ مثلاً ناپدري/نامادري چه حقی برای تربیت فرزند همسر خود دارد؟ آیا از پدري که حضور ندارد، می‌توان انتظار آموزش به کودک را داشت؟

صرف‌نظر از اینکه این مسایل واقعی و قابل توجهند یا نه، آنها روزانه در برخورد با افراد پیرامون خود با چالش‌هایی روبرو هستند. بعضی از آنها از موقعیت موجود کناره‌گیری می‌کنند و برخی دیگر وقتی نمی‌دانند چگونه باید عمل کنند، تصمیم به تعریف مجدد موقعیت موجود می‌گیرند؛ برای مثال یک خانواده غیرسنتی که می‌خواهد طبق خانواده‌های سنتی عمل کند، در مواردی همچون بررسی اینکه چه کسی باید در تصمیم‌گیری‌های خانوادگی مشارکت داشته باشد و چه کسی نباید دخالت کند، احتمالاً دچار تضاد می‌شود. وقتی راه‌حلی برای مسأله پیدا نشود

۲. به‌طور کلی، فرد بیمار را مسؤول بیمارشدنش نمی‌دانند.
۳. از فرد بیمار انتظار می‌رود برای خوب‌شدن خود اقداماتی انجام دهد، بنابراین برای سالم و خوب‌شدن اجبار وجود دارد.

۴. از بیمار انتظار می‌رود که به‌دنبال بهترین مراقبت‌های پزشکی حرفه‌ای باشد و از توصیه‌های پزشکی در مورد چطور خوب‌شدن تبعیت کند.

تحقیقات بسیاری در مورد مفاهیم نظری نقش بیمار انجام شده است. برخی از نقدهای تئوری عبارتند از:

۱. بعضی از افراد، نقش بیماری را نمی‌پذیرند.
۲. بعضی از افراد مثل الکلی‌ها یا مبتلایان به ایدز به‌خاطر بیماری‌شان مورد سرزنش قرار می‌گیرند.
۳. گاهی اوقات، افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن برای خوب‌شدن تشویق به مستقل‌شدن می‌شوند.

صرف‌نظر از بحث‌های مربوط به نقش بیمار، اعضای خانواده به بیماری‌های حاد و مزمن مبتلا می‌شوند. هر خانواده‌ای براساس روند فعالیت‌های خانواده خود، نقش بیمار را به‌طور متفاوتی تعریف می‌کند. اکثر افراد بیمار نیاز به مراقبت در سطوح مختلف دارند؛ پس یک نفر باید نقش مراقبت‌کننده را در خانواده برعهده گیرد. نقش مراقبت‌کنندگی از یک کار ساده مثل خرید سوپ مرغ تا خرید داروها از داروخانه‌ی سر راه، هنگام برگشت به منزل تا مراقبت ۲۴ ساعته می‌تواند متفاوت باشد. وقتی یکی از اعضای خانواده بیمار می‌شود یا صدمه می‌بیند، سوز هم‌زنان بیشترین نقش را در مراقبت از این افراد برعهده دارند.

فشار، تضاد^۲ و تزیاید نقشی^۳

وقتی یکی از اعضای خانواده بیمار می‌شود نقش‌های خانوادگی تحت تأثیر قرار می‌گیرند و البته بعضی نقش‌ها بیش از سایر نقش‌ها تحت تأثیر قرار می‌گیرند؛ مثلاً در اینگونه موارد معمولاً نقش مراقبت‌دهنده به سایر نقش‌های زنان اضافه می‌شود. پرستاران از طریق گفتگو به کشف فشار نقشی، تضاد نقشی و تزیاید نقشی پرداخته و بدین

1. Role strain
2. Conflict
3. Overload