

مطالعه طولی کنارآیی مادران کودکان مبتلا به سرطان در مقابل پدیده سوگ

سعیده اصلاحکار^۱، اعظم فتاحی اندبیل^۲

و رویا معصومی^۳

اگرچه سوگ پدیده‌ای رایج و همگانی است، اما کنارآیی با آن بخصوص در رابطه با کودکان و بیماری‌های سخت، پیچیدگی‌های خاصی دارد. سوگ به طور ویژه به فرایند تجربه‌ی مرگ یا برای همیشه از دست دادن یکی از عزیزان بر می‌گردد. اندوه و سوگ، طیفی از احساسات را از ماتم عمیق تا خشم، در بر می‌گیرند. فرایند کنار آمدن با سوگ، بسته به پیش‌زمینه، اعتقادات، رابطه‌ی فرد با چیزی که از دست رفته است و سایر عوامل، می‌تواند از شخصی به شخص دیگر تفاوت کند. هدف این پژوهش، بررسی فرایند کنارآیی و مقابله‌ی مادرانی بود که مرگ کودکان مبتلا به سرطان خود را تجربه کرده بودند. برای این مکتظور، طی یک پژوهش توصیفی، از نیمه دوم سال ۲۰۱۸ تا نیمه‌ی اول سال ۲۰۱۸، ۱۹ مادر که فرزند آنها به علت ابتلا به بیماری سرطان در گذشته بودند، به شیوه‌ی در دسترس انتخاب و طی دوازده ماه (شش بار) از نظر واکنش به سوگ پیگیری شدند. نتایج این پژوهش نشان داد که، واکنش بدنی، خشم، گریز، خودداری، احساس گناه، در طول یکسال کاهش و جستجوی حمایت اجتماعی، انکار، عقلانی‌سازی و رشد فردی در طول یکسال افزایش می‌یابد. و مادران در شش بار مشاهده، در رابطه با هریک از این متغیرها تفاوت معناداری نشان می‌دهند. این پژوهش از کاهش میزان مقابله‌های هیجانی مادران سوگوار در طی زمان حمایت می‌کند.

واژه‌های کلیدی: سوگ، واکنش کنار آیی، مادران کودکان مبتلا به سرطان

مقدمه

سوگ و یا ناراحتی تجربه شده توسط یک پدر و مادر پس از مرگ یک کودک، به طور گسترده‌ای به عنوان یکی از شدیدترین انواع سوگ است (میدلتون، رافائل، بورت و مارتینک، ۱۹۹۸). مرگ فرزند به طور کلی بر سلامت روانی و بدنی والدین تاثیر گذاشته موجب اضطراب شدید، افسردگی،

۱. دپارتمان روان‌شناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران (نویسنده‌ی مسول) saiedeheslahkar@gmail.com

۲. دپارتمان مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

۳. دپارتمان روان‌شناسی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

افکار خودکشی، و کاهش کیفیت زندگی آنها می‌شود (لی، لارسن، پریجت، اولسن و مورتسن، ۲۰۰۵؛ هندریکسون، ۲۰۰۹). برای بسیاری از پدر و مادرانی که از کودکان را از دست داده اند، مرگ یک کودک با هر علتی، آسیب پذیر است (گیریش، نیمیر و بیلی، ۲۰۱۴؛ لیچنتهال، نیمیر، کوریر، روبرتز و جوردن، ۲۰۱۳؛ اوکونر و باریرا، ۲۰۱۴). با این حال، در کنار پاسخ‌های پیچیده در رابطه با از دست دادن، بسیاری از والدین با شیوه‌هایی سازنده به این فقدان پاسخ داده (سوان سون، جونز و های، ۲۰۰۲) و علیرغم از دست دادن کودک، قادرند معانی، اهداف و اهمیت جدیدی را در زندگی روزمره خود پیدا می‌کنند (گیریش، استید و نیمیر، ۲۰۱۰؛ هولمبرگ، ۲۰۰۷؛ تالبوت، ۲۰۰۲). مسلماً افراد با انعطاف پذیری روان‌شناختی بیشتر در این زمینه موفق‌تر خواهند بود (گوپتا و بونانو، ۲۰۱۱).

سندرم سوگ طولانی مدت علاوه بر مرتبط بودن با علائم افسردگی و اضطراب، با اختلال در رفتارهای شخصی، حس خودکشی، افزایش مصرف سیگار و الکل، افزایش نرخ سرطان و بیماری قلبی همراه است (بونانو، ۲۰۰۷؛ پریگرسون، ۲۰۰۹؛ شیر، سیمون، وال و همکاران، ۲۰۱۱). این سوگ نقش عمیقتری در سلامت فرد ایفا می‌کند و اثر بزرگی روی سلامت جامعه می‌گذارد (مککلوم، ساودی، رینگ و بریانت، ۲۰۱۵). مطالعات متمرکز بر والدین که کودکان را مبتلا شده است، چالش‌هایی را برای معنادار شدن و حس معناداری در والدین پیدا کرده‌اند. پژوهشگران دریافتند که والدین قادر به مقابله و ایجاد معنا نیستند، در حالی که می‌توانند از دست دادن را قبول کنند و ارتباط با فرزند خود و دیگران را بپذیرند و احساس هویت خود را دوباره تعریف نمایند (روزنبرگ و همکاران، ۲۰۱۴). والدینی که کودک را بر اثر سرطان از دست داده‌اند، این احساس را دارند که کاش می‌توانستند از سرطان یا مرگ جلوگیری کنند، آنها اغلب خود سرزنشی و گناه را تجربه می‌کنند (لیچنتهال، رابرتز و شاک، ۲۰۱۳).

به اعتقاد بالبی و پارکز (۱۹۷۰) فرد داغ‌دیده مراحل شوک، اشتیاق و اعتراض، درماندگی و سازماندهی مجدد را پشت سر می‌گذارد. کوبلر راس (۱۹۷۳)، با استفاده از مراحل پارکز، ۵ مرحله تحت عنوان انکار، خشم، چانه زنی، افسردگی و پذیرش واقعیت معرفی کرده‌اند. به نظر می‌رسد تکالیف سوگ‌آوری، زمانی کامل می‌شوند که فرد داغ‌دار، فقدان را با زندگی‌اش ادغام و از دلبستگی هیجانی با متوفی‌هایی یابد و این هیجانات را برای اکنون و آینده سرمایه‌گذاری کند. تحقیقات نشان داده است که والدین اغلب برای از بین بردن خاطره فرزند خود تلاش می‌کنند و کسانی که نمی‌توانند حس خود را از دست دادن بدهند، سطح بالاتری از علائم اختلال اضطرابی طولانی

دارند (لیچنهال، کوریر، نیمیر، کیسی، ۲۰۱۰). والدینی که کودک از دست داده اند، اغلب برای پیدا کردن معنی در زندگی فرزند از دست رفته خود تلاش می کنند. آنها ترس عمیقی را گزارش می کنند از اینکه فرزندانشان فراموش شوند (الم و همکاران، ۲۰۰۲؛ ویجینگاردز و همکاران، ۲۰۰۵). درک پیش بینی کننده های منحصر به فرد از سوگ و ناراحتی می تواند ارزش قابل توجهی را برای مراقبت های بهداشتی و سایر متخصصان که با والدین کار می کنند، داشته باشند. زیرا هر کدام دارای دلالت های بالینی و بهداشتی متمایز هستند.

مقایسه ی دقیق نتایج سوگ والدین برای مرگ کودک بسیار مشکل است در مورد والدینی که از کودک با شرایط محدود کننده زندگی مراقبت کرده اند، فرایند سوگ والدین ممکن است مدتها قبل از مرگ حقیقی کودک شروع شده باشد و آنها و بیشتر در معرض مرگ ناگهانی فرزندشان باشند. در موضوع بیماری محدود کننده عمر کودک و غیر سرطانی والدین غالباً در زمان تشخیص بیماری می آموزند که هر چند که در ارتباط با طول عمر کودکشان و اینکه کودک چقدر خواهد زیست قطعی وجود ندارد ولی متوجه می شوند که احتمالاً کودکشان قبل از آنها خواهد مرد. این اطلاعات احتمالاً ذره ذره طرحواره و تصویر ذهنی آنها را شکل می دهد. در مقابل والدینی که کودکشان تشخیص سرطان دارد ممکن است متوجه احتمال مرگ زودرس کودک خود باشند ولی عموماً امید خود را به اینکه کودکشان بهبود کامل پیدا کرده و از یک زندگی کامل لذت خواهد برد، حفظ می کنند. لذا این والدین تمایل بیشتری به حفظ تصویر و باورهای موجودشان تا جای ممکن دارند، و به این امیدند که درمان، بازگشت سلامت و زندگی عادی را ممکن خواهد ساخت.

به نظر می رسد سوگ یک تجربه ی خاص است. به طور کلی معلوم شده است که پاسخ سوگ پویا و فراگیر است و روند آن خطی نیست و به طور منظم با مقادیر پیشین مطابقت ندارد و سبک مقابله و حمایت اجتماعی در فرایند سوگ موثر است. پژوهش ها نشان می دهند که علیرغم تسکین دهندگی گذشت زمان، حدود ۱۰٪، از افراد سوگوار دچار سوگ بیمارگون یا طولانی مدت می شوند (شیر، سیمون، الم، زیسوک، نیمیر، دان و همکاران، ۲۰۱۱) و برای حضور در این ده درصد، زنان شانس بیشتری از مردان دارند (کوهن، بیرهالز، پریگرسون و همکاران، ۱۹۹۹). کار بر روی عوامل مرتبط با سوگ بیمارگون به این دلیل حایز اهمیت است که می تواند درک ما را برای جلوگیری از پیامدهای منفی افزایش دهد (وندرو، استرویب، اسکات، استرویب و وندن بوت، ۲۰۱۰). با توجه به آنچه گفته شد، هدف این پژوهش بررسی فرایند کنارآیی مادانی بود که مرگ کودکان مبتلا به سرطان خود را تجربه کرده بودند.

روش

این پژوهش یک پژوهش توصیفی بود. جامعه آماری پژوهش شامل مادرانی بود که کودکان خود را در عرض یک ماه گذشته از دست داده بودند. برای این منظور تمام مادرانی که فرزند آنها در طول نیمه‌ی دوم سال ۲۰۱۷ تا نیمه‌ی اول سال ۲۰۱۸ در اثر سرطان در گذشته بودند، به تدریج به صورت نمونه‌ی در دسترس و گلوله برفی انتخاب و به شرط اعلام رضایت کتبی، وارد پژوهش شدند. گروه نمونه، ابتدا با پرسشنامه‌ی اصلاح شده‌ی مراقبت از کودکان سرطانی و بعد از آن هر دو ماه یکبار، به مدت دوازده ماه با پرسشنامه‌ی روش‌های کنارآیی و مورد آزمون قرار گرفتند.

پرسشنامه‌ی مراقبت از کودکان سرطانی، توسط کیگان ولز و همکاران (۲۰۰۲) برای اندازه‌گیری بار مراقبتی والدین معرفی شده است. این پرسشنامه ۲۸ ماده دارد و در آن زمانم و تلاش مراقبتی در چهار بعد جسمی، عاطفی، مراقبت و رفت و آمد، اندازه‌گیری می‌شود. ولزاده، جومبخش و پاشایی (۲۰۰۱) این پرسشنامه را در نمونه‌ی ایرانی بررسی و از نظر روان سنجی مورد بازبینی قرار داده و پایایی پرسشنامه را ۰/۸ و اعتبار آن را حدوداً ۰/۷ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه کنارآیی توسط وزیری، لطفی‌کاشانی (۲۰۱۷) که براساس تجارب خانواده‌های مبتلا به سرطان و سوالات پرسشنامه‌ی روش‌های کنارآمدن فالکمن و لازاروس (۱۹۸۴) تنظیم شده است، با ۲۷ سوال، نه خرده‌مقیاس واکنش بدنی، خشم، گریز، خودداری، جستجوی حمایت اجتماعی، احساس گناه، انکار، عقلانی‌سازی و رشد فردی را اندازه‌گیری می‌گیرد. هر خرده‌مقیاس این پرسشنامه سه ماده دارد که به آنها از صفر تا پنج نمره داده می‌شود. پایایی این آزمون در نمونه‌ی ایرانی برای خرده‌مقیاس‌های واکنش بدنی، خشم، گریز، خودداری، جستجوی حمایت اجتماعی، احساس گناه، انکار، عقلانی‌سازی و رشد فردی به فاصله‌ی زمانی یک هفته، ۰/۸۴، ۰/۷۱، ۰/۷۴، ۰/۷۹، ۰/۷۳، ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۷۹ و ۰/۸۱ گزارش شده است. میانگین همبستگی خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه با پرسشنامه‌ی روش‌های کنارآمدن فالکمن و لازاروس، ۰/۷۷ گزارش شده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از بیست و دومین ویرایش نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که ۴۸ درصد کودکان مادران مورد ارزیابی، سرطان خون، ۱۹ درصد سرطان مغز و اعصاب ۶ درصد استخوان و ۱۷ درصد سایر سرطانها را داشتند. ۸۵ درصد آنها در طول بیماری انتظار مرگ کودکانشان را داشتند و ۱۵ درصد چنین انتظاری نداشتند. میانگین بارمراقبتی در بعد جسمانی

۷۶، بعد مراقبتی ۲۰، بعد عاطفی ۲۲ و بعد رفت و آمد ۱۵ بود. در جدول ۱ مولفه‌های جمعیت شناختی مادران ارایه شده است.

جدول ۱. مولفه‌های جمعیت شناختی مادران کودکان مبتلا به سرطان

sd	M	درصد	
۴/۰۳	۷۶/۲۲	بعد جسمانی	بار مراقبتی ۱۸
۶/۰۹	۲۲/۰۱	بعد عاطفی	کمتر از دیلم ۵۵
۸/۶۸	۴۰/۸۵	بعد مراقبت	لیسانس و بالاتر ۲۷
۱/۱۲	۱۵/۰۳	بعد رفت و آمد	دختر ۷
۳/۲۷	۳۵/۰۴	سن مادر	پسر ۱۲
۲/۵۴	۶/۲۹	سن کودک	داشتند ۸۵
			نداشتند ۱۵

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی در طول یکسال ارایه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی

شروع		دو ماهه دوم		دو ماهه سوم		دو ماهه چهارم		دوماه پنجم		دوماهی ششم	
sd	M	sd	M	sd	M	sd	M	sd	M	sd	M
۱/۴۰	۱۲/۲۸	۱/۸۹	۱۰/۰۷	۱/۱۳	۸/۹۴	۱/۳۵	۷/۵۶	۱/۰۷	۵/۹۷	۰/۹۵	۱۱/۳۸
۱/۲۹	۱۱/۲۵	۱/۸۹	۱۰/۰۷	۰/۸۶	۸/۹۷	۱/۱۱	۸/۰۵	۱/۲۵	۶/۱۷	۱/۳۳	۱۲/۱۵
۱/۳۷	۱۲/۳۰	۱/۸۵	۱۰/۲۰	۱/۱۰	۸/۸۲	۱/۱۴	۷/۴۸	۱/۰۴	۵/۹۲	۰/۸۹	۱۱/۵۱
۱/۴۰	۱۲/۲۸	۱/۸۹	۱۰/۰۷	۰/۶۴	۸/۹۷	۱/۱۳	۷/۵۶	۱/۲۵	۶/۱۷	۱/۳۳	۱۲/۱۵
۱/۴۰	۱۲/۲۸	۱/۸۹	۱۰/۰۷	۰/۶۴	۸/۹۷	۱/۱۳	۷/۵۶	۱/۲۵	۶/۱۷	۱/۳۳	۱۲/۱۵
۱/۵۱	۳/۰۷	۱/۵۱	۶	۰/۳۲	۶/۱۷	۱/۳۳	۹/۲۳	۱/۳۲	۸/۵۱	۱/۴۱	۳/۰۷
۱/۵۸	۳/۶۱	۵/۹۷	۰/۹۵	۵/۹۲	۰/۸۹	۹/۳۵	۱/۰۱	۹/۱۰	۸/۶۶	۱/۱۵	۳/۶۱
۱/۴۶	۳/۶۱	۶/۱۷	۶/۱۷	۶/۱۷	۹/۳۸	۱/۱۸	۹/۴۳	۱/۴۲	۸/۳۵	۱/۱۸	۳/۶۱
۱/۳۶	۳/۳۰	۵/۹۲	۰/۸۹	۶/۲۳	۱/۲۸	۹/۵۶	۰/۹۶	۹/۴۸	۸/۶۶	۱/۱۵	۳/۳۰

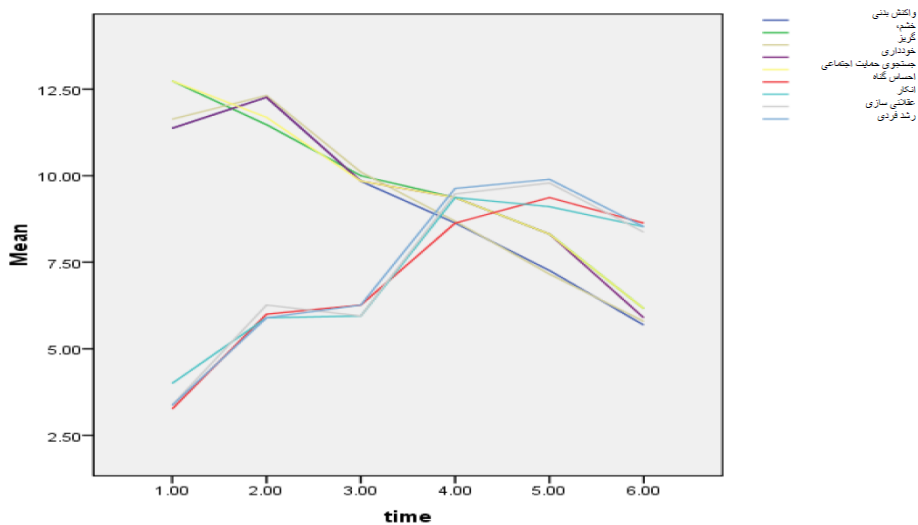
۱. واکنش بدنی، ۲. خشم، ۳. گریز، ۴. خودداری، ۵. جستجوی حمایت اجتماعی، ۶. احساس گناه، ۷. انکار، ۸. عقلانی سازی و ۹. رشد فردی

در جدول شماره ۳ نتایج مقایسه‌ی شش بار مشاهده‌ی هر یک از متغیرها را ارایه کرده ایم. همانگونه که مشاهده می‌شود، نتایج نشان دهنده‌ی تغییر معنادار هر یک از متغیرهای واکنش بدنی، خشم، گریز، خودداری، جستجوی حمایت اجتماعی، احساس گناه، انکار، عقلانی سازی و رشد فردی در طی زمان است.

جدول ۳. خلاصه‌ی نتایج مقایسه‌ی میانگین متغیرها در هر یک از مشاهدات

Sig.	f	MS	df	SS		
۰/۰۰۱	۶۷/۲۱	۱۱۷/۵۳	۵	۵۸۷/۶۴	بین گروهی	واکنش بدنی
۰/۰۰۱	۶۸/۶۹	۱۰۲/۷۰	۵	۵۱۳/۵۱	بین گروهی	خشم
۰/۰۰۱	۷۰/۸۴	۱۲۳/۳۸	۵	۶۱۶/۹۱	بین گروهی	گریز
۰/۰۰۱	۴۶/۸۱	۹۷/۵۰	۵	۴۸۷/۵۴	بین گروهی	خودداری
۰/۰۰۱	۶۴/۳۳	۱۰۰/۴۵	۵	۵۰۲/۲۸	بین گروهی	جستجوی حمایت اجتماعی
۰/۰۰۱	۵۲/۳۹	۱۰۵/۴۵	۵	۵۲۷/۲۶	بین گروهی	احساس گناه
۰/۰۰۱	۶۸/۳۰	۸۹/۶۱	۵	۴۴۸/۰۷	بین گروهی	انکار
۰/۰۰۱	۶۶/۵۱	۱۱۵/۳۹	۵	۵۷۶/۹۹	بین گروهی	عقلانی سازی
۰/۰۰۱	۸۳/۱۲	۱۲۲/۲۵	۵	۶۱۱/۲۶	بین گروهی	رشد فردی

در نمودار شماره ۱ این تغییرات را در طول یکسال پیگیری نشان داده ایم



نمودار ۱. تغییرات میانگین متغیرهای مورد اندازه گیری در طول یکسال پیگیری

بحث و نتیجه گیری

کار بر روی عوامل مرتبط با سوگد بیمارگون به این دلیل حائز اهمیت است که می تواند درک ما را برای جلوگیری از پیامدهای منفی افزایش دهد(وندر هاون، استروئب، اسکات، استروئب و وندن بوت، ۲۰۱۰). هدف این پژوهش بررسی کنارآیی و مقابله‌ی والدینی بود که مرگ کودکان مبتلا به

سرطان خود را تجربه کرده بودند. نتایج این پژوهش نشان داد که، واکنش بدنی، خشم، گریز، خودداری، احساس گناه، در طول یکسال کاهش و جستجوی حمایت اجتماعی، انکار، عقلانی سازی و رشد فردی در طول یکسال افزایش می یابد. پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند که معمولاً ۶ ماه بعد از فقدان، اکثر نشانه‌های سوگ کاهش می‌یابد (روزنز، فوه و کوتاکووا، ۲۰۱۱) و به مرور تعادل فیزیولوژیکی، شناختی، بین فردی و درون فردی تأمین می‌شود. از نظر بالبی و پارکز (۱۹۷۰) نیز، فرد داغ‌دیده به طور معمول باید مراحل شوک، اشتیاق و اعتراض، درماندگی و سازماندهی مجدد را پشت سر بگذارد. حتی مراحل پنجگانه‌ی کوبلر راس (۱۹۷۳) نیز سرانجام به پذیرش واقعیت می‌رسد. فرد زمانی امکان بازگشت به زندگی معمول را پیدا می‌کند که فرد داغدار، فقدان را با زندگی‌اش ادغام و از دلبستگی هیجانی با متوفی رهایی یابد و این هیجانات را برای اکنون و آینده سرمایه‌گذاری کند. تحقیقات نیز نشان داده که والدین اغلب برای از بین بردن خاطره فرزند خود تلاش می‌کنند و کسانی که نمی‌توانند حس خود را از دست دادن بدهند، سطح بالاتری از علائم اختلال اضطرابی طولانی دارند (لیچنتال، کوریر، نیمیر، کیسی، ۲۰۱۰). والدینی که کودک از دست داده‌اند، اغلب برای پیدا کردن معنی در زندگی فرزند از دست رفته خود تلاش می‌کنند. آنها ترس عمیقی را گزارش می‌کنند از اینکه فرزندانشان فراموش شوند (الم و همکاران، ۲۰۰۲؛ ویچینگاردز و همکاران، ۲۰۰۵). در این رابطه فرایندهای کنارآیی می‌توانند نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشند.

پدیده سوگ از نظر واکنش‌های روانی پیچیده‌ای که پس از تجربه مرگ عزیزان ایجاد می‌کند، حایز اهمیت است (بیلی، دونهام و کرال، ۲۰۰۰). به طور کلی سوگ شامل مجموعه‌ای از احساسات، افکار و رفتارهایی است که افراد در مواجهه با فقدان یا تهدید فقدان تجربه می‌کنند. ضمن طبیعی و فراگیر بودن پدیده سوگ در تمام جوامع انسانی، ابراز سوگ در افراد مختلف متفاوت است و افراد مختلف واقعیت فقدان، داغ‌دیدی و پیامدهای آن را به شیوه‌های متفاوتی می‌پذیرند. از دست دادن کودک امری طبیعی نیست. این والدین عموماً در تقلایی هستند که بتوانند معنی از دست دادن و معنی زندگی آنها را درک کنند (داویز، ۲۰۰۴؛ لیچنتال، کوریر، نیمیر و کیسی، ۲۰۱۰). روند سازگاری با فقدان می‌تواند زندگی آینده فرد را تحت تأثیر قرار دهد. راهبردهای مقابله مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت استرس‌زا به کار رفته و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌شود.

این راهبردها برحسب جهت‌گیری فرایند مقابله به سمت مشکل ادراک شده یا احساسات فرد، به دو نوع مقابله‌ی مساله‌مدار و هیجان‌مدار تقسیم می‌شود (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). در مقابله‌ی مساله

مدار، فرد برای تعدیل عامل استرس‌زا و رسیدن به هدف مستقیماً با موقعیت استرس‌زا مواجه می‌شود. بنابراین، مقابله مساله مدار عمل محور است و از طریق تغییر رابطه بین فرد و محیط تحقق می‌یابد. مقابله‌ی متمرکز بر مساله به تلاش‌های فرد برای تغییر وضعیت و درآمیختگی مستقیم با مشکل مربوط می‌شود. به عبارت دیگر در مقابله مساله مدار فرد بر عامل فشارآور متمرکز می‌شود و سعی می‌کند اقدامات سازنده‌ای در راستای تغییر شرایط فشارآور یا حذف آن انجام دهد (ویلز، سندی، بیجر، کلیری و شینر، ۲۰۰۱). در مقابله‌ی هیجان‌مدار فرد برای تعدیل عامل استرس‌زا و رسیدن به هدف، دست به تنظیم حالت‌های هیجانی مرتبط یا ناشی از عامل استرس‌زا می‌زند. این نوع مقابله، رویه فرد در توجه به عامل استرس‌زا و ارزیابی و تفسیر وی از آن عامل را تحت تاثیر قرار می‌دهد و با تغییر معنی عامل استرس‌زا سر و کار دارد. در مقابله هیجان‌مدار فرد سعی می‌کند، پیامدهای هیجانی واقع‌هی فشارآور را مهار کند.

می‌توان چنین گفت که سازگاری با مرگ فرد عزیز می‌تواند توسط نگرش‌ها و رفتارهایی ناسازگارانه از قبیل اجتناب بفرنج می‌شود (بولن، وندن بوت و وندن هوت، ۲۰۰۶). چون زنان بیشتر از مردان تفاسیر تهدید کننده دارند بنابراین نشانه‌های سوگ نابهنجار بیشتری را تجربه می‌کنند (وندر هاون و همکاران، ۲۰۱۰). لاند و گسترش (۱۹۹۲) عقیده دارند که در برخی از افراد داغدار احساس هویت (من دیگر پدر نیستم، من دیگر مادر نیستم) آسیب می‌بیند و نیاز به اصلاح مجدد دارد. در این میان، بعد از فقدان، برخی از افراد بخاطر ترس ناهشیار از بروز فقدان‌های بعدی، از تعاملات اجتماعی کناره می‌گیرند اما بعضی دیگر، به ارزیابی روابط خود می‌پردازند (از مادون، ۲۰۰۸). به نظر می‌رسد شناخت و اجتناب نقش اساسی در ایجاد و نگهداری سوگ نابهنجار دارند. از طریق کاهش تفاسیر تهدید کننده و نشخوار ذهنی می‌توان شدت نشانه‌های سوگ را کاهش داد (وندر هاون و همکاران، ۲۰۱۰). هر چه از تجربه نشانه‌های هیجانی اجتناب شود و افکار و هیجانات مربوط به آن سرکوب شود، سوگ فلج کننده، پیچیده و طولانی تر خواهد شد.

References

- Alam, R., Barrera, M., D'Agostino, N., Nicholas, D. B., & Schneiderman, G. (2012). Bereavement experiences of mothers and fathers over time after the death of a child due to cancer. *Death studies*, 36(1), 1-22.
- Bailey, E., Katherine Dunham, Michael J. Kral, S. (2000). Factor structure of the grief experience questionnaire (GEQ). *Death studies*, 24(8), 721-738.
- Berant, E., Mikulincer, M., & Florian, V. (2001). Attachment style and mental health: A 1-year follow-up study of mothers of infants with congenital heart disease. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(8), 956-968.
- Boelen, P. A. (2015). Optimism in prolonged grief and depression following loss: A three-wave longitudinal study. *Psychiatry research*, 227(2-3), 313-317.

- Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2010). Anxious and depressive avoidance and symptoms of prolonged grief, depression, and post-traumatic stress disorder. *Psychologica Belgica*.
- Boelen, P. A., van den Bout, J., & van den Hout, M. A. (2003). The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 34(3-4), 225-238.
- Bonanno, G. A., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K. G., Litz, B., & Insel, B. (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *Journal of abnormal psychology*, 116(2), 342.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss*. Basic Books.
- Chen, J. H., Bierhals, A. J., Prigerson, H. G., Kasl, S. V., Mazure, C. M., & Jacobs, S. (1999). Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychological medicine*, 29(2), 367-380.
- Davies, B., Deveau, E., de Veber, B., Howell, D., Martinson, I., Papadatou, D., ... & Stevens, M. (1998). Experiences of mothers in five countries whose child died of cancer. *Cancer nursing*, 21(5), 301-311.
- Gerrish, N. J., & Bailey, S. (2018). Maternal Grief: A Qualitative Investigation of Mothers' Responses to the Death of a Child From Cancer. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 0030222818762190.
- Gerrish, N. J., Steed, L. G., & Neimeyer, R. A. (2010). Meaning reconstruction in bereaved mothers: A pilot study using the biographical grid method. *Journal of Constructivist Psychology*, 23(2), 118-142.
- Gupta, S., & Bonanno, G. A. (2011). Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility. *Journal of abnormal psychology*, 120(3), 635.
- Hazzard, A., Weston, J., & Gutterres, C. (1992). After a child's death: factors related to parental bereavement. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*.
- Hendrickson, K. C. (2009). Morbidity, mortality, and parental grief: a review of the literature on the relationship between the death of a child and the subsequent health of parents. *Palliative & Supportive Care*, 7(1), 109-119.
- Holmberg, L. (2007). "Words that made a difference": Communication in bereavement. *Journal of loss and trauma*, 12(1), 11-31.
- James, K., Keegan-Wells, D., Hinds, P. S., Kelly, K. P., Bond, D., Hall, B., ... & Speckhart, B. (2002). The care of my child with cancer: parents' perceptions of caregiving demands. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 19(6), 218-228.
- Kübler-Ross, E. (1973). *On death and dying*. Routledge.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. *The handbook of behavioral medicine*, 282-325.
- Li, J., Laursen, T. M., Precht, D. H., Olsen, J., & Mortensen, P. B. (2005). Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child. *New England Journal of Medicine*, 352(12), 1190-1196.
- Lichtenthal, W. G., & Breitbart, W. (2015). The central role of meaning in adjustment to the loss of a child to cancer: Implications for the development of meaning-centered grief therapy. *Current opinion in supportive and palliative care*, 9(1), 46.
- Lichtenthal, W. G., Currier, J. M., Neimeyer, R. A., & Keesee, N. J. (2010). Sense and significance: A mixed methods examination of meaning making after the loss of one's child. *Journal of clinical psychology*, 66(7), 791-812.
- Lichtenthal, W. G., Neimeyer, R. A., Currier, J. M., Roberts, K., & Jordan, N. (2013). Cause of death and the quest for meaning after the loss of a child. *Death studies*, 37(4), 311-342.
- Lichtenthal, W. G., Roberts, K., & Shuk, E. (2011). Meaning in parents bereaved by cancer: a mixed methods study. In *Association of Death Education and Counseling 33rd Annual Conference*.
- Maccallum, F., Sawday, S., Rinck, M., & Bryant, R. A. (2015). The push and pull of grief: Approach and avoidance in bereavement. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 48, 105-109.
- Mallon, B. (2008). Attachment and Loss, Death and Dying Theoretical Foundations for Bereavement Counselling. *Dying, Death and Grief: Working with Adult Bereavement*, Sage: London.
- Middleton, W., Raphael, B., Burnett, P., & Martinek, N. (1998). A longitudinal study comparing bereavement phenomena in recently bereaved spouses, adult children and parents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(2), 235-241.
- O'Connor, K., & Barrera, M. (2014). Changes in parental self-identity following the death of a child to cancer. *Death Studies*, 38(6), 404-411.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... & Bonanno, G. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine*, 6(8), e1000121.
- Rosenberg, A. R., Starks, H., & Jones, B. (2014). "I know it when I see it." The complexities of measuring resilience among parents of children with cancer. *Supportive care in cancer*, 22(10), 2661-2668.

- Sanders, C. M. (1989). Grief: The mourning after: Dealing with adult bereavement.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ... & Gorscak, B. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and anxiety*, 28(2), 103-117.
- Swanson, P. B., Pearsall-Jones, J. G., & Hay, D. A. (2002). How mothers cope with the death of a twin or higher multiple. *Twin Research and Human Genetics*, 5(3), 156-164.
- Valizadeh, L., Joonbakhsh, F., & Pashae, S. (2014). Determinants of care giving burden in parents of child with cancer at Tabriz children medical and training center. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 3.
- Van der Houwen, K., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., & Van den Bout, J. (2010). Mediating processes in bereavement: The role of rumination, threatening grief interpretations, and deliberate grief avoidance. *Social science & medicine*, 71(9), 1669-1676.
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P., & Dijkstra, I. (2005). Couples at risk following the death of their child: predictors of grief versus depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(4), 617.
- Wijngaards-deMeij,L.; Stroebe,M.; Schut,H.;Stroebe,W.; VandenBout,J.; VanderHeijden,P.G.; Dijkstra,I. Patterns of attachment and parents' adjustment to the death of their child. *Personal. Soc. Psychol. Bull.* 2007, 33, 537-548.
- Wills, T. A., Sandy, J. M., Yaeger, A. M., Cleary, S. D., & Shinar, O. (2001). Coping dimensions, life stress, and adolescent substance use: A latent growth analysis. *Journal of abnormal psychology*, 110(2), 309.
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer Publishing Company.
- Wyman-Chick, K. A. (2012). Combining cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for geriatric depression with complicated grief. *Clinical Case Studies*, 11(5), 361-375.
- Zhang, B., El-Jawahri, A., & Prigerson, H. G. (2006). Update on bereavement research: Evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *Journal of palliative medicine*, 9(5), 1188-1203.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 13 (No. 50), pp.27-36, 2019

Longitudinal study of coping in mothers of children with cancer during grieving process

Eslahkar, saeedeh

Dep. of psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran

Fatahi Andabil, azam

Dept. of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

Masumi, Roya,

Dep. of psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Received: 11.04.2018

Accepted: 17.08.2018

Although loss is a common phenomenon, dealing with it and the consequential grief, specially following the loss of children due to a complicated sickness, can be difficult and challenging. Grief is a response to the permanent loss of a loved one, particularly if it is due to their death. The griever may experience a range of feelings from deep sorrow to anger. Coming to terms with loss differs from one person to another and depends on many factors, namely the griever's beliefs, closeness to and level of relationship between the griever and the diseased and other factors. The goal of this research was to study the coping process of mothers who had each experienced the loss of a child. Conducting descriptive research using the convenience sampling method, 19 mothers whose children had died of cancer during the second half of the year 2017 to the first half of 2018, were chosen, and to observe their reaction to the grieving process, followed up 6 times during a 12-month period. The results of this study revealed that during this one-year period with the mothers, their bodily reaction, anger, scape and feelings of guilt subsided, while search for social support, denial, rationalization and spiritual growth increased. These mothers also showed meaningful changes on the aforementioned variables in the 6 session follow ups. The findings of the current study supported that emotional coping of grieved mothers' decreases by time.

Key words: grieve, coping, mothers with cancer