

## تعیین سهم عوامل روانشناختی

### در فرایند تسهیل سوگ والدین دارای کودک مبتلا به سرطان: پژوهش آمیخته

سعیده اصلاح کار<sup>۱</sup>

شهرام وزیری<sup>۲</sup>

فرح لطفی کاشانی<sup>۳</sup>

#### چکیده

**مقدمه:** مرگ فرزند بواسطه ی سرطان را شاید بتوان از سخت ترین رویدادهای زندگی با اثراتی بارز بر ابعاد جسمی و روانی والدین دانست. هدف این پژوهش تعیین سهم عوامل روانشناختی مؤثر بر تسهیل فرآیند سوگ در والدین دارای کودک مبتلا به سرطان بود. روش: پژوهش حاضر یک پژوهش آمیخته بود. جامعه مورد نظر را مادرانی که کودکان آنها بر اثر بیماری سرطان فوت شده بودند، تشکیل دادند. از این جامعه ۵۴ نفر به صورت نمونه در دسترس انتخاب و مورد مصاحبه قرار گرفتند. یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که متغیرهای خودکارآمدی، مقابله های غیرهیجانی، راهبرد کنارآمدن متمرکز بر معنی، کیفیت روابط بین فردی، ویژگی های شخصیتی (سرسختی)، مقابله های هیجانی و نشانه های جسمانی در تسهیل فرایند سوگ در والدینی که کودک خود را با بیماری سرطان از دست داده اند، مؤثراند. نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش، می توان از متغیرهای خودکارآمدی، مقابله های غیرهیجانی، راهبرد کنارآمدن متمرکز بر معنی، کیفیت روابط بین فردی، ویژگی های شخصیتی (سرسختی)، مقابله های هیجانی و نشانه های جسمانی در تسهیل فرایند سوگ در والدینی که کودک خود را با بیماری سرطان از دست داده اند، استفاده کرد.

**واژگان کلیدی:** عوامل روانشناختی، سوگ، والدین دارای کودک مبتلا به سرطان

۱. گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران. (دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت)

۲. گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. (دانشیار روانشناسی بالینی)

۳. گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. (دانشیار روانشناسی بالینی)

## ۱. مقدمه

داغدیدگی، از دست دادن عزیزی به سبب مرگ است. واکنشهای داغدیدگی، واکنشهای جسمی، روانی یا رفتاری است که فرد داغدیده از خود بروز می دهد. واکنشهای داغدیدگی اگر مدت زیادی پایدار بمانند، از نظر بالینی واجد توجیحات بالینی می شوند. سوگ، احساس یا حالتی انفعالی است که با موقعیت داغدیدگی همراه است (دیماثو، ۱۹۹۱) و می تواند در شکل اولیه ی خود، واکنش طبیعی و بهنجار در فقدان شخص مهم به حساب آید (سندرسون، ۲۰۱۳). ماهیت واکنش به سوگ می تواند جنبه های مختلفی داشته باشد و بر حسب نوع رابطه ی فرد با عزیز رفته و یا علت مرگ، تغییر کند. سرطان، دومین علت مرگ و میر در آمریکا به شمار می رود و میزان مرگ و میر ناشی از آن در دهه های اخیر به میزان ثابت در حال افزایش است. در آمریکا سالیانه حدود ۸۳۰۰ کودک به سرطان مبتلا می شوند و لوسمی شایع ترین نوع این بیماری در افراد زیر ۱۵ سال است. بررسی موسسه حمایت از کودکان سرطانی در خصوص میزان شیوع سرطان در ایران، نشان می دهد طی سال های مختلف در کشور شمار کودکان مبتلا به سرطان ۹ کودک از بین هر ۱۰۰ هزار کودک در سال بوده است که این آمار در سال ۲۰۰۸ به ۱۵ کودک افزایش یافته است (سجادی، ۲۰۱۱). در صورت از دست رفتن بیمار، خانواده با مجموعه ی وسیعی از پی آمدهای مربوط به فقدان مواجه می شود که می توان آن را تحت عنوان سوگ در نظر گرفت. سرطان در کودکان به نوعی متمایز از سرطان در بزرگسالان است، هرچند. اغلب سرطان های کودکان در صورت تشخیص به موقع قابل کنترل خواهند بود (بیرقی، حسینی و صادقی، ۲۰۱۱). تأثیری که ابتلای یک کودک به سرطان بر شرایط روانی و کیفیت زندگی مراقبین می گذارد، کمتر از تأثیری که بر خود او می گذارد، نیست (هکلر، بلنکبرگ، فردریش دورف، گارسکی، هوبنر و همکاران ۲۰۰۸). زمانی که یک بیماری مثل سرطان، زندگی کودکی را تهدید می کند، کل خانواده درگیر می شوند. سرطان کودکی کیفیت زندگی، سلامت روانی و فیزیکی، فعالیتهای روزانه زندگی، پویایی خانواده و ایفای نقش هر یک از اعضای خانواده را می تواند تحت تأثیر قرار دهد (بشارت، ۲۰۱۳). افراد مبتلا به بیماریهای مزمن و نیازمند به درمان و مراقبت همیشگی و خانواده های آنها، از یک سو امیدی به درمان ندارند و از سوی دیگر این بیماری ها به دلیل طبیعتشان، به تدریج بر فعالیتهای عادی تمام دستگاه های بدن اثرات مخرب گذاشته و به تدریج افراد را در معرض عوارض روانشناختی قرار خواهند داد (بهمنی، ۲۰۱۳). در بیماری مزمن کودکان لازم است والدین مراقبت پزشکی نیازهای کودک را برای مدت طولانی بر عهده بگیرند، در نتیجه محرک های تنش زا شامل بار مالی، بار فیزیکی، تغییر در نقش والدینی، رنجش خواهران و برادران، مشکل در سازگاری روانی اجتماعی، مشکلات در رابطه با کودک بیمار و دیگر خواهران و برادران، بستری مکرر و در نهایت سوگ رابطه بین والدین راتحت تأثیر قرار می دهد. تحقیق نشان می دهد گرچه این زوجها ممکن است نرخ بالایی از طلاق را تجربه نکنند ولی در ریسک بالایی برای درماندگی زناشویی قرار دارند (برقی ایرانی، ۲۰۱۳). در این میان، مادر به عنوان اولین عضو خانواده که با کودک در تعامل تنگاتنگ قرار میگیرد و نزدیکترین رابطه درون خانوادگی را با فرزند برقرار می کند، می تواند در معرض بیشترین آسیب سلامت باشد شواهد پژوهشی حاکی از تأثیر بیماری فرزند بر ابعاد سلامت مادر بوده است (بشارت، ۲۰۱۲).

به نظر می رسد که والدین کودکان مبتلا به سرطان، علاوه بر بیماری های جسمانی، پریشانی روان شناختی شدیدی را متحمل می شوند. این پریشانی به شکل سطح بالایی از خشم و عصبانیت، خواب آلودگی، آزردهی، سوگ فرزند مبتلا به سرطان سازگاری والدین را به خطر می اندازد و علایم غم و اندوه و افسردگی والدین را تشدید می کند (راندو، ۲۰۰۰). پدیده سوگ از نظر واکنش های روانی پیچیده ای که پس از تجربه مرگ عزیزان ایجاد می کند، حایز اهمیت است (بیلی، دونهام و کرال، ۲۰۰۰). به طور کلی سوگ شامل مجموعه ای از احساسات، افکار و رفتارهایی است که افراد در مواجهه با

فقدان یا تهدید فقدان تجربه می کنند. ضمن طبیعی و فراگیر بودن پدیده سوگ در تمام جوامع انسانی، ابراز سوگ در افراد مختلف متفاوت است و افراد مختلف واقعیت فقدان، داغدیدگی و پیامدهای آن را به شیوه های متفاوتی می پذیرند (کاویانی، ۲۰۰۳). 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؛ لیچنتهال، کوریر، نیمبیر و کیسی، ۲۰۱۰؛ بهرمن، ۲۰۰۳). روند سازگاری با فقدان می تواند زندگی آینده فرد را تحت تأثیر قرار دهد (دیداران، ۲۰۱۰)، به طوری که بیشتر افراد داغدیده در سال نخست پس از فقدان، آشفتگی نسبی در عملکرد را نشان می دهند (بونانو، ۲۰۰۱). طبق چهارمین ویراست تجدیدنظر شده ی راهنمای تشخیصی و آماری بیماریهای روانی در صورتی که سوگ عوارضی مانند افسردگی شدید، بی خوابی، کاهش وزن، بی اشتها و نظایر آن ایجاد کند و این عوارض دست کم دو ماه دوام یابد، از آن با عنوان اختلال روانی یاد می شود.

تضعیف مداوم عملکرد روزانه، نشخوار ذهنی و کندی در حرکات و سایر نشانه ها، در اصطلاح «سوگ پیچیده» خوانده می شود. علاوه بر این که خود سوگ می تواند به سوگ بیمارگون منجر شود، پژوهشگران بیان کرده اند سوگ ممکن است به مشکلات جسمی و روانی از جمله افسردگی منجر شود (وردن، ۲۰۰۹، برینت، میلیم و دونوهو، ۲۰۰۹، خسروی، اکبرزاده و هادجیان، ۱۹۹۷). نظریه پردازان، سوگ را با ابعاد و واکنش های متفاوتی توصیف کرده اند (وردن، ۲۰۰۹). در شرایط طبیعی فرد داغدیده، مراحل سوگ را یکی پس از دیگری پشت سر می گذارد. نحوه تجربه این مراحل، به عواملی مانند ویژگی های شخصیتی افراد، جنسیت، سن، میزان دلبستگی به متوفی و چگونگی وقوع مرگ بستگی دارد و دارای شدت و ضعف است (هاروی، ۲۰۰۵). لوینگر ۱۹۹۲ درباره ماهیت فقدان ها، تمایزی بارز قایل است. به باور او پس از مرگ عزیزان، چگونگی ادراک فقدان توسط فرد بازمانده، به عواملی مانند میزان نزدیکی (همبستگی و نوع ارتباط) و غیر منتظره بودن فقدان بستگی دارد. بررسی های انجام شده روی افراد داغدیده، برخی عوامل تعیین کننده ی شدت سوگ را شناسایی کرده اند؛ به این نتیجه رسید چگونگی رابطه عاطفی با متوفی، در نحوه سوگواری فرد نقش به سزایی دارد. از سوی دیگر سوگواری و نحوه ابراز سوگ، به شدت با آیین های فرهنگی ارتباط دارد. برپایه یافته های بین فرهنگی اوون، فولتون و مارکوسن (۱۹۸۲) و دواویس، دیویو، دیویرو و مارتینسون (۱۹۹۸) ابراز واکنش های سوگ در برابر مرگ فرزند و والدین به تفاوت های فرهنگی - اجتماعی شرق و غرب بستگی دارد. علت مرگ همواره به عنوان عاملی مؤثر در واکنش سوگ شناخته شده است و شواهد زیادی وجود دارد که مرگ غیر منتظره و ناگهانی به واکنش شدیدتر در بازماندگان منجر می شود (مارتینسون، ۲۰۰۰ و میاباشی و یاسودا، ۲۰۰۷).

یافته ها نشانگر بالا بودن شدت سوگ ناشی از فوت فرزند نسبت به همسر و سایر خویشاوندان بود. این یافته در کنار یافته ای که با جمع بندی مطالعات مربوط به پیامدهای سوگ، داغدیدگی ناشی از مرگ فرزند را دیرپاترین سوگ می داند. پایین بودن کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی والدین داغدیده (سونگ، فلوید، سلنزر، گرینبرگ و هونگ، ۲۰۱۰)، بیانگر آن است که مرگ فرزند تنیدگی زا ترین عامل است. البته هولمز و راهه در تدوین مقیاس درجه بندی سازگاری مجدد اجتماعی (SRRS)، صرفاً بر قضاوت ذهنی افراد در شرایط عادی زندگی، و نه در مراحل سوگ، اتکا کرده بودند. در تبیین این یافته ها، متخصصان اشاره کرده اند فرد با فوت والدین، گذشته را؛ با فوت همسر، حال را و با فوت فرزند، آینده را از دست می دهد (کاویانی، ۲۰۰۳). برای بسیاری از پدر و مادرانی که کودکان را از دست داده اند، مرگ یک کودک با هر علتی، آسیب پذیر است (گیرریش، نیمبیر و بیلی، ۲۰۱۴؛ لیچنتهال، نیمبیر، کوریر، روبرتز و جوردن، ۲۰۱۳؛ اوکونر و باریرا، ۲۰۱۴). والدینی که فرزندشان را از دست می دهند، در معرض خطر فرآیند سوگ قرار دارند، در مقایسه

با سایر افرادی که از دست می دهند (لیچتنهال، کوریر، نیممیر و کیسی، ۲۰۱۰؛ سندرز، ۱۹۸۹). با این حال، در کنار این پاسخ های پیچیده به از دست دادن، بسیاری از والدین به شیوه های بسیار سازنده و سازگار برای مرگ یک کودک پاسخ می دهند (سووان سون، جونز و های، ۲۰۰۲). این والدین، علیرغم مرگ، قادرند معانی، اهداف و اهمیت جدیدی را در زندگی روزمره خود پیدا کنند (گیریش، استید و نیممیر، ۲۰۱۰؛ تالبوت، ۲۰۰۲). با توجه به مطالب بیان شده و اهمیت تسهیل سوگ در والدین داغدیده، پژوهش حاضر قصد دارد از طریق ترکیب روش های کمی و کیفی برای این سوال پاسخ فراهم کند که بطور کلی عوامل روانشناختی چه میزان در تسهیل فرآیند سوگ والدین دارای کودک مبتلا به سرطان سهم دارند؟

## ۲. روش پژوهش

پژوهش حاضر به بررسی عوامل روانشناختی مؤثر در فرایند تسهیل سوگ والدین دارای کودک مبتلا به سرطان پرداخته است. این پژوهش از نوع آمیخته و با رویکرد همگرا - موازی انجام گرفته است. در این رویکرد جمع آوری داده های کیفی و کمی شت سر هم و بدنبال آن ترکیب و مقایسه های منابع متعدد و داده ها (کیفی و کمی) انجام گرفته است. این پژوهش ها، سه یا چهار مرحله دارند. الف. بخش کیفی: انجام مصاحبه های تخصصی با صاحب نظران با استفاده از مصاحبه ساخت یافته و نیم ساخت یافته. ب. ثبت: ثبت و ذخیره مصاحبه ها به صورت متن و تحلیل محتوا و استخراج شاخص های اولیه. پ. بخش میانی: استفاده از تکنیک دلفی برای اطمینان از شاخص های استخراج شده و شناسایی شاخص های نهایی. ت. بخش کمی: طراحی پرسشنامه های لازم برای گردآوری داده ها پیرامون شاخص های شناسایی شده. جامعه آماری پژوهش حاضر را مادرانی تشکیل دادند که کودکان خود را حداقل یک سال قبل با بیماری سرطان از دست داده بودند. در مرحله کیفی ابتدا یک مصاحبه نیمه ساختار یافته با مادران انجام گرفت و بعد از مضمین متغیرها از مصاحبه ها استخراج گردید و در نهایت از این مضامین سوالهایی طراحی گردید و پرسشنامه محقق ساخته طراحی گردید. در مرحله کمی که بعد از مرحله اول اجرا شد، از این جامعه ۵۴ مادر به شیوه نمونه گیری هدفمند و با استفاده از روش نمونه گیری گلوله برفی انتخاب و بعد از توجیه پژوهش و اخذ رضایت در پژوهش وارد شدند. برای اندازه گیری متغیرهای پژوهش حاضر با تعیین سهم عوامل روانشناختی در فرایند تسهیل سوگ والدین دارای کودک مبتلا به سرطان در بخش کمی از پرسشنامه محقق ساخته و پرسشنامه نشانه های جسمانی استفاده شده است.

## ۳. یافته ها

به منظور تأیید یافته های بدست آمده از فرایند سوگ و عوامل مؤثر در تسهیل آن، از مضامین بدست آمده پرسشنامه ساخته شد و بعد از اجرا، داده ها مورد تحلیل کمی قرار گرفتند.

جدول ۱ شاخص های توصیفی نمرات گروه ها

گروه	میانگین	انحراف معیار
ناموفق	۱۰/۲۶	۲/۹۵
خودکارآمدی	۱۱/۳۰	۴/۷۰
مقابله های غیر هیجانی	۱۲/۰۴	۷/۳۲
راهبرد کنار آمدن متمرکز بر معنی	۳/۳۳	۲/۸۹
دریافت خدمات مشاوره ای و روان شناختی		

۲/۶۲	۳/۴۴	حمایت همسر
6/434	11/37	حمایت اجتماعی و حمایت خانوادگی
5/725	13/19	کیفیت روابط بین فردی
5/033	10/89	ویژگیهای شخصیتی ( سر سختی)
2/561	5/41	درگیر بودن با خاطره فرزند
2/806	4/52	خشم از خدا / دنیا / طبیعت
4/197	10/33	عدم اعتماد به استمرار زندگی پس از مرگ
5/820	10/52	رها شدن توسط سیستم درمانی
6/737	11/33	احساس تنهایی
3/046	3/26	اجتناب
6/423	14/44	انزوا
5/246	11/70	مقابله های هیجانی
6/705	14/04	سرعت از دست دادن فرزند
2/407	14/22	دیدن کودکان هم سن و سال فرزندشان
2/532	3/78	تعارضات زناشویی
4/954	10/00	بی اعتمادی به کیفیت خدمات درمانی
9/364	15/70	احساس گناه
1/672	۰/78۰	سابقه مراقبت از بیمار در حال مرگ
2/135	4/59	تحریف
7/438	17/63	نشانه های جسمانی
2/119	18/52	خودکارآمدی
3/559	16/85	مقابله های غیر هیجانی
3/806	17/89	راهبرد کنار آمدن متمرکز بر معنی
2/562	3/78	دریافت خدمات مشاوره ای و روان شناختی
2/592	3/52	حمایت همسر
5/243	12/78	حمایت اجتماعی و حمایت خانوادگی
2/309	16/89	کیفیت روابط بین فردی
3/598	15/44	ویژگیهای شخصیتی ( سر سختی)
2/276	5/78	درگیر بودن با خاطره فرزند
2/699	4/85	خشم از خدا / دنیا / طبیعت
5/1	10/37	عدم اعتماد به استمرار زندگی پس از مرگ
6/327	9/52	رها شدن توسط سیستم درمانی
7/424	10/26	احساس تنهایی

2/587	2/67	اجتناب
6/550	13/15	انزوا
5/259	14/74	مقابله های هیجانی
6/474	13/07	سرعت از دست دادن فرزند
4/642	13/63	دیدن کودکان هم سن و سال فرزندشان
2/740	3/74	تعارضات زناشویی
3/573	10/33	بی اعتمادی به کیفیت خدمات درمانی
8/924	16/41	احساس گناه
2/271	1/19	سابقه مراقبت از بیمار در حال مرگ
2/454	4/41	تحریف
7/536	11/44	نشانه های جسمانی

همان طور که جدول ۱ نشان می دهد بالاترین میانگین گروه ناموفق در نشانه های جسمانی (۱۷/۶۳) و پایین ترین میانگین در سابقه مراقبت از بیمار در حال مرگ (۰/۷۸) است. در گروه موفق بالاترین میانگین در خودکارآمدی (۱۸/۵۲) و پایین ترین میانگین در سابقه مراقبت از بیمار در حال مرگ (۱/۱۹) است.

جدول ۲ آزمون تحلیل واریانس در متغیرهای تحقیق

منبع تغییرات وابسته	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	معنی داری
گروه خودکارآمدی	920/907	1	۱/00139/237	
مقابله های غیر هیجانی	416/667	1	۱/00 23/940	
راهبرد کنار آمدن متمرکز بر معنی	462/296	1	۰/001 13/584	
دریافت خدمات مشاوره ای و روان شناختی	2/667	1	۰/553۰ ۰/357۰	
حمایت همسر	۰/074	1	۰/917۰ ۰/011	
حمایت اجتماعی و حمایت خانوادگی	26/741	1	۰/382۰ ۰/776۰	
کیفیت روابط بین فردی	185/185	1	۰/003۰ 9/720	
ویژگیهای شخصیتی (سر سختی)	280/167	1	۱/00 14/637	
درگیر بودن با خاطره فرزند	1/852	1	۰/577۰ ۰/316۰	
خشم از خدا / دنیا / طبیعت	1/500	1	۰/658۰ ۰/198۰	
عدم اعتماد به استمرار زندگی پس از مرگ	۰/019۰	1	۰/977۰ ۰/001	
رها شدن توسط سیستم درمانی	13/500	1	۰/548 ۰/365	

15/574	1	15/574	احساس تنهایی
4/741	1	4/741	اجتناب
22/685	1	22/685	انزوا
124/519	1	124/519	مقابله های هیجانی
12/519	1	12/519	سرعت از دست دادن فرزند
4/741	1	4/741	دیدن کودکان هم سن و سال فرزندشان
019	1	019	تعارضات زناشویی
1/500	1	1/500	بی اعتمادی به کیفیت خدمات درمانی
6/685	1	6/685	احساس گناه
2/241	1	2/241	سابقه مراقبت از بیمار در حال مرگ
463	1	463	تحریف
516/463	1	516/463	نشانه های جسمانی

جدول ۲ آزمون تحلیل واریانس در متغیرهای تحقیق نشان می دهد که بین گروه مادران موفق و ناموفق در سوگ در متغیرهای خودکارآمدی، مقابله های غیرهیجانی، راهبرد کنارآمدن متمرکز بر معنی، کیفیت روابط بین فردی، ویژگی های شخصیتی (سرسختی)، مقابله های هیجانی و نشانه های جسمانی تفاوت معنی داری وجود دارد. بیشترین اندازه اثر در خودکارآمدی است. در آزمون های نرمال بودن تک متغیری در متغیرها توزیع برخی متغیرها در آزمون شاپیرو - ویلک (برای نمونه های پایین) نرمال نیست. علت این امر، متفاوت بودن تجربه اعضا گروه است که نباید انتظار داشت در این متغیرها به طور نرمال عمل کنند. در آزمون یکسانی ماتریس کوواریانس ها نشان داد که ماتریس کوواریانس ها یکسان نیست. از آنجا که این آزمون حساس است و از نرمال نبودن تاثیر می پذیرد، بررسی ماتریس ها نشان دادند که مشکل جدی در ماتریس های همبستگی وجود ندارد. از طرف دیگر، نمرات پرت چند متغیری وجود ندارد و توزیع باقی مانده ها نرمال است. آزمون یکسانی واریانس خطای لیون در متغیرها نشان داد که در چند متغیر واریانس ها یکسان نیستند. به طور کلی میانگین نمرات خودکارآمدی مادران دارای سوگ موفق به طور معنی داری بالاتر از میانگین خودکارآمدی مادران بدون سوگ موفق است. میانگین نمرات مقابله های غیر هیجانی مادران دارای سوگ موفق به طور معنی داری بالاتر از میانگین مقابله های غیر هیجانی مادران بدون سوگ موفق است. میانگین نمرات راهبرد کنار آمدن متمرکز بر معنی مادران دارای سوگ موفق به طور معنی داری بالاتر از میانگین راهبرد کنار آمدن متمرکز بر معنی مادران بدون سوگ موفق است. میانگین نمرات کیفیت روابط بین فردی مادران دارای سوگ موفق به طور معنی داری بالاتر از میانگین کیفیت روابط بین فردی بدون سوگ موفق است. میانگین نمرات ویژگی های شخصیتی (سرسختی) مادران دارای سوگ موفق به طور معنی داری بالاتر از میانگین ویژگی های شخصیتی (سرسختی) مادران بدون سوگ موفق است. میانگین نمرات مقابله های هیجانی مادران دارای سوگ موفق به طور معنی داری بالاتر از میانگین مقابله های هیجانی مادران بدون سوگ موفق است. میانگین نمرات نشانه های جسمانی مادران دارای سوگ موفق به طور معنی داری پایین تر از میانگین نشانه های جسمانی مادران بدون سوگ موفق است.

#### ۴. بحث و نتیجه گیری

والدین داغ‌دیده ای که کودکان را به علت بیماری سرطان از دست داده اند، دچار تغییراتی می شوند که حوزه های مختلف زندگی شخصی و اجتماعی شان را تحت تأثیر قرار می دهد. از جمله این تغییرات می توان به تغییرات روان‌شناختی و جسمانی، تغییر در روابط میان فردی، و تغییر در سبک زندگی اشاره نمود. همچنین، بعد از فوت فرزند، نیازهای مختلف عاطفی و مالی برای والدین داغ‌دیده پدید می آید. با توجه به مجموعه این تغییرات، بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، مبنی بر تعیین سهم عوامل روان‌شناختی در تسهیل فرایند سوگ در والدینی که کودک خود را با بیماری سرطان از دست داده اند، با توجه به معنی داری متغیرهای خودکارآمدی، مقابله های غیرهیجانی، راهبرد کنارآمدن متمرکز بر معنی، کیفیت روابط بین فردی، ویژگی های شخصیتی (سرسختی)، مقابله های هیجانی و نشانه های جسمانی، می توان این والدین را مورد حمایت قرار داد. نتایج حاصل از پژوهش حاضر این امکان را برای افرادی همچون کادر درمانی بیمارستان ها و روانشناسان فراهم می آورد که بتوانند به درک روشنی از داغ‌دیدگی والدین برسند و در جهت تسهیل فرآیند سوگ والدین داغ‌دیده تلاش نمایند. همچنین برای متغیرهای بدست آمده پروتکل درمانی تنظیم نمود. این یافته با یافته های (داگلبی، ویلیامز، هولتسلندر، کوپر و همکاران، ۲۰۱۳) که نشان می دهد افزایش امید، بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی می تواند در کاهش شدت سوگ مؤثر باشند که با متغیر خودکارآمدی در پژوهش حاضر همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت خود باوری در مراقبین می تواند سوگ را کاهش دهد. این یافته با یافته های (برین و همکاران ۲۰۱۸) که نشان می دهد مراقبین در تمام زمان مراقبت از بیمار در حال مرگ، تنش، نگرانی و هر لحظه فرا رسیدن مرگ را تجربه می کنند و حتی به برنامه های آینده خود فکر می کنند. این یافته ها با یافته های پژوهش حاضر همسو نمی باشند. این یافته با یافته های (بارارا، کاتهلن و همکاران، ۲۰۰۸) که نشان می دهد عوامل مهم در تعدیل سوگ والدین ادراک کودک از مرگ، درک دیگران، رابطه با شریک زندگی و شبکه های اجتماعی می باشند. این یافته ها با متغیرهای کیفیت روابط بین فردی، حمایت همسر، حمایت خانوادگی و اطرافیان همسو می باشد. در تبیین این یافته ها می توان گفت روابط با دیگران و انواع حمایتها در فرایند کاهش سوگ مؤثر می باشند. این یافته با یافته های (ویلچ و همکاران، ۲۰۱۲) که نشان می دهد ویزیت در منزل و نقش حمایت اجتماعی از طرف کادر درمان دارد و با متغیر رها شدن توسط سیستم درمانی همسو بوده است. در تبیین این یافته ها می توان گفت که حمایت از مراقبین در شدت سوگ مؤثر می باشد. این یافته با یافته های (هولتسلندر و داگلبی، ۲۰۰۹) که نشان می دهد امید، قدرت درونی و اعتماد به نفس در شدت تجربه ی سوگ مؤثر است و این یافته ها با یافته های پژوهش حاضر همسو نیستند. این یافته با یافته های مونته (روسو و همکاران، ۲۰۰۸) که نشان می دهد مقابله های شخصی، نگرانی خانواده، حمایت والدین سوگوار، دادن اطلاعات اولیه و آمادگی برای مرگ کودک، حمایت در محیط کار و حمایت از خواهر و برادرهای سوگوار با متغیرهای حمایت اجتماعی، حمایت خانوادگی و راهبردهای مقابله ای همسو می باشد. در تبیین این یافته ها می توان گفت که حمایتها و راهبردهای مقابله ای در هر فرد نقش مؤثری در فرایند تسهیل سوگ دارند. این یافته با یافته های (واوراپ، ۲۰۰۷) که نشان می دهد واکنش سوگ، اضطراب، تنهایی، افسردگی، خصومت، مشکل در تمرکز و به یاد آوردن و انجام کارها، اختلالات خواب و روابط با خانواده با دوستان با یافته های حمایت خانوادگی و حمایت دوستان و اطرافیان و احساس تنهایی همسو می باشد. در تبیین این یافته ها می توان گفت که روابط با خانواده و دوستان و حمایت آنها در کاهش سوگ مؤثر هستند. این یافته با یافته های (فسی و همکاران، ۲۰۱۳) که نشان می دهد تجربه ی مراقبت از بیمار در حال مرگ باعث سازگاری و از دست دادن هرگونه نگرانی بعد از تجربه ی از دادن همسر می شود و با یافته تجربه ی مراقبت از بیمار در حال مرگ همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت که سابقه ی مراقبت از بیمار در حال مرگ در فرایند کاهش



سوگ مؤثر است. این یافته با یافته های (لیچنهال و همکاران، ۲۰۱۰) که نشان می دهد والدین بعد از سوگ بدنبال یافتن معنا در زندگیشان بودند. از جمله مضامین بدست آمده معنویت، باورهای مذهبی و افزایش کمک و دلسوزی به بیماران در رنج با یافته های راهبردهای متمرکز بر معنا و حمایت اجتماعی همسو هستند. در تبیین این یافته ها می توان گفت که باورهای معنوی و راهبردهای متمرکز بر معنا و حمایت اجتماعی در کاهش سوگ مؤثر هستند.

## منابع

- بیرقی، ن؛ حسینی، ح و صادقی، م. (۲۰۱۰). سمپوزیوم جنبه های روان شناختی و معنوی سرطان. سومین کنگره بین المللی مراقبت های حمایتی و تسکینی در سرطان. دانشکده علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران.
- بشارت، م ع و دهقانی آرانی، ف. (۲۰۱۲). اثربخشی یک مدل مداخله مبتنی بر دلبستگی مادر کودک بر شاخصهای سلامت مادران کودکان مبتلا به بیماری مزمن، فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت - سال سوم، زمستان ۱۳۹۳، شماره ۴.
- بشارت، م ع؛ زمانی فروشانی، ن؛ معافی، ع و بهرامی احسان، ه. (۲۰۱۳). نقش واسطه های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین آسیب پرهیزی و بهزیستی روانشناختی در والدین کودکان مبتلا به سرطان. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت - سال پنجم، بهار ۱۳۹۵، شماره اول (پیاپی ۱۷).
- برقی ایرانی، ز؛ جوادبیگیان کوله مرز و م، فولادوند، ث. (۲۰۱۳). بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفی زندگی و رضای زناشویی مادران دارای فرزند سرطانی، فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت - سال دوم، تابستان ۱۳۹۲، شماره ۲.
- بهمینی، ب؛ اسکندری، م؛ حسنی، ف؛ دکانهای فرد، ف و شفیع آبادی، ع. (۲۰۱۳). تأثیر گروه درمانی شناختی وجودگرا بر افسردگی و امیدواری والدین فرزندان مبتلا به سرطان. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت- سال دوم، تابستان ۱۳۹۲، شماره ۲.
- دیداران، س. (۱۳۸۹). مرگ، سوگ، فقدان، راهنمایی برای گذر از سوگ. تهران: نشر قطره.
- دیماتئو، ام. (۱۹۹۱). روانشناسی سلامت. ترجمه: سید مهدی موسوی اصل، محمدرضا سالاری، فرمسعود آذربایجانی، اکبر عباسی. تهران: انتشارات سمت.
- سندرسون، ک. (۲۰۱۳). روانشناسی سلامت. ترجمه: فرهاد جمهری، تهران: انتشارات خوارزمی.
- **Bailey, SE., Dunham, K., Kral, MJ. (2000).** *Factor structure of the grieve experience questionnaire (GEQ).* *Death Stud* ,24(8):721-38.
- **Barrera, Maru. , O'Connor ,Kathleen. , D'Agostino, Norma Mammane. , Lynlee ,Spencer. , David ,Nicholas ., Vesna, Jovcevska. (2008).** *Early Parental Adjustment and Bereavement After Childhood Cancer Death.*Pages 497-520 .
- **Bonanno, GA., Kaltman,S. (2001).** *The varieties of grief experience.* *Clin Psych Rev*,21(5):705-34.
- **Brent, D., Melhem, N., Donohoe, MB., Walker, M. (2009).** *The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death.* *Am J Psychiat* , 166(7).
- **Davies, B., Deveau, E., DeVeber, B., Howell, D., Martinson, I., Papadatou, D., et al. (1998).** *Experiences of mothers in five countries whose child died of cancer.* *Cancer Nurs*, 21(5):301-11.

- **Davies, Ruth. (2004).** New understandings of parental grief: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 46(5), 506–513
- **Breen, Lauren J. ; Aoun, Samar. M.; O'Connor, Moira.; Halkett, K.B. (2018).** Family Caregivers' Preparations for Death: A Qualitative Analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*. Volume 55, Issue 6, June 2018, Pages 1473-1479.
- **Duggleby, Wendy.; Williams, Allison .; Holstlander, Lorraine.; Cooper, Dan.; Ghosh, Sunita.; Hallstrom, Lars K. ; McLean, Roanne Thomas.; Hampton, Mary. (2013).** Evaluation of the living with hope program for rural women caregivers of persons with advanced cancer. *BMC Palliative Care* volume 12, Article number: 36 .
- **Fasse, Léonor., Sultan, Serge., Flahault, Cécile., MacKinnon, Christopher J., Dolbeault, Sylvie., Brédart. (2013).** How do researchers conceive of spousal grief after cancer? A systematic review of models used by researchers to study spousal grief in the cancer context. *Psycho-Oncology* (2013). Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/pon.3412.
- **Gerrish, N. J., Neimeyer, R. A., & Bailey, S. (2014).** Exploring maternal grief: A mixed methods investigation of mothers' responses to the death of a child from cancer. *Journal of Constructivist Psychology*, 23, 118–142.
- **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, 118–142.
- **Harvey, J.H. (2005).** *Consolation of lonely human: Guidelines for prevailing over loss and traumas*. Sheykhholeslamzadeh A. translator. Tehran: Yazdani publication. [Persian] .
- **Hechler, T., Blankenburg, M., Friedrichsdorf, S.J., Garske, D., Hübner, B., Menke, A., Wamsler, C., Wolfe, J., Zernikow, B. (2008).** *Parents' perspective on symptoms, quality of life, characteristics of death and end-of-life decisions for children dying from cancer*. *Klinische Pädiatrie*, 220(03):166-74.
- **Holtlander, Lorraine F.; Bally, Jill M.G.; Steeves, Megan L. (2010).** Walking a fine line: An exploration of the experience of finding balance for older persons bereaved after caregiving for a spouse with advanced cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. Volume 15, Issue 3, July 2011, Pages 254-259. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.12.004> Get rights and content.
- **Kaviani, M. (2003).** *Psychology of mourning*. Tehran: Author (Kaviani). [Persian]
- **Khosravi, Z., Akbarzadeh, N., Hadjian, F. (1997).** *The role of pathological and normal grief in the prevalence of mental disorders among adolescents*. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*, 3 (1 & 2):32-40. [Persian] .
- **Levinger, G. (1992).** *Close relationship loss as a set of inkblots*. In: Orbuch TL. editor. *Close relationship loss*. New York: Bantam, pp.213-12
- **Lichtenthal WG, Currier JM, Neimeyer RA, Keesee NJ. (2010).** Sense and significance: a mixed methods examination of meaning making after the loss of one's child. *J Clin Psychol*; 66:791–812.
- **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, 311–342.
- **Miyabayashi S, Yasuda J. (2007) .** *Effects of loss from suicide, accidents, acute illness and chronic illness on bereaved spouses and parents in Japan: Their general health, depressive mood, and grief reaction*. *Psychiatry Clin Neurosci* 61(5):502-8.
- **Monterosso L, Kristjanson LJ. (2008).** *Supportive and palliative care needs of families of children who die from cancer: An Australian study*. *Palliat Med*; 22(1): 59-96

- **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.
- **Owen G, Fulton R, Markusen E. (1982).** *Death at a distance: A study of family survivors.* *J Death Dying.* ; 13(3):191-225.
- Rando .A(2000), An Investigation of Grief and Adaptation in Parents Whose Children Have Died from Cancer, *Journal of Pediatric Psychology*, Volume 8, Issue 1, , Pages 3–20,
- **Sajjadi H .,Roshanfekar P., Asangari B., Zeinali Maraghe M., Gharai N.,Torabi F. (2011).** *Quality of life and satisfaction with services in caregivers of children with cancer .Iran Journal of Nursing (IJN) .Vol:24,No.72,; 8\_17.* (Text in persion).
- **Song, J.; Floyd, F.J.; Seltzer, M.M.; Greenberg, J.S.; Hong, J. (2010).** Long-term effects of child death on parents' health-related quality of life: A dyadic analysis. *Fam. Relat.*, 59, 269–282.
- **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*, 5(3), 1–9.
- **Talbot, K. (2002).** What forever means after the death of a child: Transcending the trauma, living with the loss. *New York, NY: Brunner-Routledge.*
- **Welch, Jennifer Greene ., Mannix, Margaret M. , Boergers, Julie. (2012).** Parental Interest in a Bereavement Support Visit When a Child Dies from Cancer. <https://doi.org/10.2190/OM.65.4>.
- **WaUrop,Deborah P. (2007).** Caregiver Grief in Terminal Illness and Bereavement: A Mixed-Methods Study . , CCC Code: 0360-7283/07 t3.00 O2D07 National Association of Social Workers.
- **Worden JW. (2009).** *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*, 4th ed. New York: Springer Publishing Company.