

در بسیاری از کشورها، سرویس های بهداشتی مربوط به باروری از نظر خدمات تنظیم خانواده برای زمانی که بخاطر عوارض سقط ناسالم تحت درمان هستند، فعال نمی باشند. این مسأله به میزان زیادی خطر حاملگی ناخواسته بعدی و سقط های ناسالم را افزایش می دهد. محققین، نظرات انجمن کارشناسان را در مورد ارتباط با این خلاء و برخورد واقع بینانه تر با این نیاز اورژانس بیان نمودند.

احتمالاً زنانی که یک بار سقط کرده اند بیشتر در معرض خطر حاملگی های ناخواسته بعدی قرار دارند ولی نیازهای آنها معمولاً در برنامه های تنظیم خانواده نادیده گرفته شده است. کارشناسان بهداشتی می دانند که سقط معمولاً در هر فرهنگی رخ می دهد. تنها به این دلیل که هیچ روش جلوگیری از بارداری کاملاً قابل اعتماد نیست، هر زن در سنین باروری می تواند با بارداری ناخواسته روبرو شود. شاید اساساً به علت فشارهای سیاسی است که سقط در طرح خدمات بهداشتی نادیده گرفته می شود. در نتیجه بسیاری از زنانی که سقط می کنند به اطلاعات لازم برای جلوگیری از بارداری دسترسی نخواهند داشت.

بنظر می رسد که برنامه های بعد از زایمان بتواند خدمات برنامه های بعد از سقط را ارائه دهد اما در واقع بدلیل عدم توجه به تفاوت های روانشناختی، پزشکی و نیازهای ضدبارداری بندرت چنین اتفاقی می افتد. این خلاء در خدمات، بسیاری از زنان را در چرخه زیانبار بارداریهای ناخواسته و سقط ناسالم قرار می دهد و به باقی ماندن فقر بهداشتی زنان و مشکل جهانی سقط های ناسالم که سالانه باعث مرگ ۱۵۰۰۰۰ نفر و منجر به آسیبها، بیماریها و ناتوانیهای بی شمار می گردد، کمک می نماید.



مترجم:

کلثوم پارسا

کارشناس ارشد پرستاری داخلی و جراحی

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

مواجه شدن با مسأله

در فوریه سال ۱۹۹۳، ۲۴ نفر از متخصصین بین المللی بهداشت باروری، به عنوان گروه تخصصی در شهر بلاژیوی ایتالیا گرد هم آمدند تا به راههایی دست یابند که خدمات تنظیم خانواده ضروری را در اختیار زنانی که یک سقط را تجربه کرده اند قرار دهند. مهمترین نکات مورد توافق گروه به قرار زیر است:

□ روش های جلوگیری از بارداری، اطلاعات دقیق، مشاوره و امکان ارجاع به مراکز بهداشتی باید در دسترس کلیه خانم هایی که سقط داشتند قرار داده شود. پذیرش پیشگیری از بارداری یا یک روش خاص آن هرگز نباید شرط لازم انجام سقط باشد.

□ این وظیفه سیاست گزاران و دست اندرکاران مراقبتهای بهداشتی است تا زنان را مطمئن سازند که می توانند به این خدمات دسترسی یابند. حتی با وجود محدودیتهای قانونی زیاد می توان کارهای زیادی انجام داد و در بعضی موارد، تغییر نحوه کار نخستین قدم به سوی تغییر سیاست است.

□ تسهیلات انجام سقط و برنامه های تنظیم خانواده، باید از خدمات یکدیگر آگاه باشند و آنها را به اطلاع استفاده کنندگان برسانند. بین این دو نوع خدمات باید از طریق اعمال روش هایی مانند برنامه های آموزشی برای پرسنل رابطه عملی ایجاد گردد.

□ مراقبت از سقط سالم و برنامه های تنظیم خانواده بعد از سقط باید بخشی از همه ابتکارات ملی یا جهانی مربوط به بهداشت مادران باشد. سازمانهای یک جانبه یا

چند جانبه دولتی و غیردولتی، باید برای فراهم نمودن این خدمات اولویت زیادی در نظر بگیرند.

□ نیازهای روانشناختی و اجتماعی و نیز توان خدمات تنظیم خانواده یک زن باید در تعیین طرحهای مقدماتی جلوگیری از آستنی بعد از سقط در نظر گرفته شوند. زنانی که درد و اضطراب دارند یا تحت فشار عاطفی و جسمی هستند روش هایی که آنان را به مدت طولانی وابسته به خدمات می کند مناسب نخواهد بود. برنامه های تنظیم خانواده و مراقبت از سقط باید نیازهای گروه های خاصی را در نظر بگیرد مانند زنان جوانی که تست HIV آنها مثبت بوده و در صدد انجام سقط می باشند. کارشناسان به موسسات خصوصی و عمومی خدمات سقط موارد زیر را توصیه می نمایند:

تسهیلات انجام سقط (خدمات اورژانس یا موارد سقط های القایی و انتخابی) باید بعضی از خدمات تنظیم خانواده را ارائه دهند، مانند:

تهیه مستقیم اطلاعات و مشاوره، روشهای جلوگیری یا ارجاع به سایر مراکز این گونه خدمات زنان حداقل در هنگام ترك مركز تسهیلات انجام سقط بایستی به این آگاهی دست یافته باشند که برگشت باروری سریع بوده و باید از روشهای پیشگیری از بارداری ناخواسته بعدی مطلع گردند.

مراکز خدمات سقط باید با فراهم نمودن خدمات تنظیم خانواده و غربالگری افراد مبتلا به بیماریهای مقاربتی و ارجاع به سایر مراکز جهت درمان بیماریهای مقاربتی و نازائی، زمینه مراقبتهای جامع بهداشت باروری را برای زنان فراهم نماید. مراقبت جامع می تواند در یک مرکز یا شبکه های

مراکز عمومی و خصوصی تنظیم خانواده پیشنهاد می گردد.

تمام برنامه های تنظیم خانواده بایستی مستقیماً یا از طریق ارجاع به مراکز خدمات سقط در دسترس زنانی که تمایل به حاملگی ندارند و یا حامله هستند و به ادامه آن علاقمند نمی باشند قرار گیرد. پرسنل باید جهت ارائه خدمات سقط، مشاوره پس از سقط و روشهای پیشگیری و ارجاع، آموزش لازم را ببینند.

به منظور تنظیم خانواده سازمانهای غیردولتی خدماتی باید جهت تنظیم قاعدگی، خدمات القائی سقط و درمان سقط ناقص را به گسترده ترین صورتی که قانون و امکانات اجازه می دهند، فراهم نمایند. برنامه های مراکز تنظیم خانواده همگام با واحدهای تنظیم خانواده بیمارستان بایستی برنامه مشترک خود را با واحد خدمات فوری سقط جهت آموزش پرسنل و عملکرد آنان شروع نمایند تا بدینوسیله، مددجویان در معرض خطر سقط بتوانند از مشاوره و خدمات مربوط به آن استفاده نمایند.

بهبود برنامه ها و تشویق به تغییر سیاست

ارائه کنندگان خدمات سقط و تنظیم خانواده باید توجه خاصی به مراقبتهای مطلوب مبذول دارند که در زیر آمده است:

- بی خطر بودن خدمات.
- فراهم کردن اطلاعات و مشاوره های لازم.
- محترم شمردن هر زن به عنوان یک انسان و تشویق او به اظهار نیازمندیها و نظریاتش.
- اعمال نکردن فشار.
- داشتن مسئولیت در زمینه ارتباط مراقبتهای سقط و تنظیم خانواده با یکدیگر.
- موافقت ارادی و آگاهانه.
- ارتباط موثر با دیگر سرویس های اساسی.

بهداشتی مرتبط به هم انجام گیرد. دست اندرکاران مراقبت از سقط باید کاملاً هوشیار باشند زیرا ممکن است بارداری ناخواسته بدنبال مشکل خانوادگی یا هتک حرمت به زن بوده بنابراین به زنان با حاملگی ناخواسته برای پیشگیری از این مشکلات باید کمک شود.

برنامه های تنظیم خانواده و مراقبت از سقط باید نیازهای گروه های خاص مانند زنان جوانی که HIV مثبت هستند و در صدد ایجاد سقط می باشند را در نظر گیرد.

مراکز خدمات سقط باید به بیماران خدمات سرپائی ارائه کنند و به سطوح اولیه خدمات بهداشتی راه یافته، بنابراین باید به پرسنل آن موسسات، آموزش مراقبت از سقط داده شود. از این گذشته، دست اندرکاران مراقبت از سقط، پزشک، پرستار، ماما، پرسنل خدمات اجتماعی، مشاوران و سایرین باید در زمینه مشاوره تنظیم خانواده و روشهای ارجاع، آموزش داده شوند.

مسئولین خدمات مراقبت از سقط علاوه بر سازماندهی پرسنل، نظارت و تهیه امکانات باید در مورد جنبه های بالینی و مدیریتی تنظیم خانواده پس از سقط همراه با پرسنل و نظارت، طرحهای ساده و قابل اجرا تدوین نمایند. تهیه وسایل اساسی روشهای ضدبارداری مثل کاندوم و قرصهای جلوگیری باید در دسترس کلیه موسسات دست اندرکار درمان سقط فوری یا سقط القایی باشد. موارد زیر برای خدمات

بیماریهای مقاربتی و عفونتهای دیگر نیاز بیشتری به تحقیق دارد.

بر این نکته اتفاق نظر وجود دارد که تلاش جهت ارتباط بین سقط با خدمات تنظیم خانواده نباید تا بدست آمدن اطلاعات جدید و قابل دسترس به تأخیر انداخته شود.

در پایان تشخیص داده شد که بعضی از فاکتورها مثل فقر و سطح فرهنگی پایین با فقدان بهداشت باروری مرتبط است که رفع این مشکلات به زمان طولانی نیاز دارد.

در حال حاضر می توان گام های عملی موثری جهت پیشگیری از مرگ، ناتوانی، عدم سلامت ناشی از سقط ناسالم و کوتاه بودن فاصله بین زایمان ها برداشته شود.

از دولتها، پزشکان، سازمانهای مراقبت بهداشت باروری و دست اندرکاران بهداشتی در سراسر جهان مصرا نه خواسته می شود برای اجرای این امور همکاری تنگاتنگ با یکدیگر داشته باشند.

- مکانیسم های وارد ساختن نظرات زنان در طرحهای خدماتی.

حتی در جائی که منابع مالی بسیار کم باشد، برای بهبود کیفیت مراقبت می توان گامهای ساده ای برداشت.

مراقبت خوب لازم نیست که گران یا دشوار بوده بلکه باید قابل اجرا باشد. برای بهبود کیفیت مراقبت حتی اگر در جاهائی که منابع مالی بسیار کم است می توان گامهای ساده ای برداشت. با وجود بر این غالباً عوامل موثر دقیقاً مشخص نیستند لذا به منظور بهبود خدمات، نیاز به تحقیقات و بررسی های بیشتری می باشد. متخصصان معتقدند که جهت انجام پژوهش توجه به موارد زیر لازم است:

- استفاده از نقطه نظرات زنان در طرح و برنامه ریزی.

- نحوه عملکرد استفاده کنندگان و ارائه دهندگان مراقبت از سقط.

- برگزاری اجتماعات بر اساس نیازهای ویژه مانند بهداشت جوانان و مراقبت از زنان مبتلا به عفونت HIV.

- روش های مربوط به بهم پیوستن خدمات سقط و تنظیم خانواده.

با غربالگری مراجعان بر اساس وضعیت بالینی، کلیه روشهای شناخته شده ضدبارداری در بعد از سقط مناسب می باشد. بطور کلی متخصصان معتقدند که بعضی از مسائل بالینی از جمله استفاده از IUD در بعد از سقط به علت در معرض قرار دادن بیمار به

منبع:

Katie E. McLaurin and etal. "Post - Abortion Family Planing". world health forum - Volume:16. 1995. PP:52-55.



ترجمه:

طاهره پورابراهیمی

کارشناس ارشد پرستاری داخلی و جراحی
عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

حاصله از مشاوره بعد از فوت فرزند مورد شناسائی
قرار گرفته است.

روش تحقیق:

این مقاله یافته های حاصله از مصاحبه های
نیمه سازمان یافته ای را گزارش می دهد که بر روی
۳۱ خانواده شناسائی شده، توسط مجموعه ای
متشکل از مشاورین پزشکی و مددکاران اجتماعی در
آسایشگاه اطفال مارتین^۱ واقع در بوستون اسپا^۲، انجام
گردید.

یافته های پژوهش:

در این گزارش فقط یک جنبه از یافته ها گزارش
می گردد. جزئیات کامل طرح در جای دیگری ارائه

مرگ فرزند بزرگترین و عمیق ترین اندوه در زندگی
فرد بوده و وسیعترین واکنشها را در وجود آدمی
برمی انگیزد. ازدست دادن یک فرزند می تواند باعث
ناراحت کننده ترین و طولانی ترین سوگواری گردد.

چنین والدینی، فرزند و شیوه زندگی و همچنین
امید به زندگی آینده را از دست خواهند داد. والدین
اغلب در هنگام مصیبت احساس انزوا می کنند.
دوستان، بستگان و همسایگان نمی دانند چه بگویند یا
چگونه کمک کنند به همین دلیل از والدین مزبور
دوری می کنند. سایر کودکان خانواده نیز مانند والدین
خود به کمک و یاری نیازمندند.

انتظار می رود که در اواخر قرن بیستم بخصوص در
جوامع غربی، کودکان نمیرند. در یکصد سال پیش،
مرگ یک کودک در کلیه سطوح جامعه با شیوع بیشتری
به چشم می خورد. اما امروزه با تشکیل خانواده های
کوچکتر و امید به زندگی طولانی تر، چنین مرگی
تکان دهنده تر به نظر می رسد لذا سالهاست که فواید

1. Martin House.

2. Boston Spa.

می شود. در زمان مصاحبه با والدین، ۱۰ کودک با محدوده سنی ۷ ماه تا ۱۹ سال مرده بود و دو فرزند دیگر بعداً فوت نمودند و اطلاعات در مورد مرگ آنان گردآوری گردید، ۶ نفر از این کودکان در خانه و ۳ نفر در بیمارستان و یک نفر در آسایشگاه مارتین فوت کرده بودند. از ۲ کودکی که بعداً فوت کردند یکی در خانه و دیگری در آسایشگاه مارتین مردند. هر دو خانواده احساس می کردند که محل فوت کودکان مناسب بوده است. از خانواده هائی که فرزند آنها در بیمارستان فوت نموده بود دو خانواده ترجیح می دادند فرزندشان در آسایشگاه فوت می کرد و یک خانواده خانه را مناسبتر می دانست. اما والدین بعدی احساس می کردند که بدلیل تجویز دارو، بیمارستان مکان مناسب تری بوده است. برای این گونه خانواده ها مراقبتهای آسایشگاهی ارائه نگردید. بهر حال بیمارستان به علت فقدان آرامش، کوچک بودن اندازه اتاقها که منجر به ازدحام جمعیت در آن می گردید و سر و صدای ناشی از یک بخش شلوغ که در مجاور آن قرار دارد مکان نامناسبی بشمار می رود.

بعد از وقوع مصیبت، والدین همیشه ملاقات پیگیرانه ای با مشاورین نداشتند. هر چند به آنان توصیه می شد که می توانند در هر زمان با بیمارستان تماس حاصل نمایند. آندسته از والدین که بعد از وقوع مرگ فرزندشان با مشاورین ملاقات کرده بودند، احساس می کردند این ملاقات به آنان کمک کرده است زیرا توانستند مراقبتهای انجام شده در هفته های آخر بیماری را که درمان فعال متوقف گردیده بود و نیز سیر بیماری را مرور نمایند. والدین احساس می کردند که ملاقاتی باید با آنها گذاشته می شد.

برای خانواده های کودکان مبتلا به سرطان، در مراکز منطقه ای، مشاوره فقدان فرزند ارائه می گردید. سایر بخشهای کودکان نیز این نیاز و ارزش آن را تشخیص دادند. با این وصف، انجام آن به عنوان خدمات اضافی تلقی گردید و از اینرو هزینه هائی را نیز

در بر داشت.

برای آن دسته از خانواده هائی که با آسایشگاه مارتین در تماس بوده اند مشاوره بعد از فوت به عنوان یک خط مشی معمول ارائه می گردید و والدین در خصوص نحوه سوگند واقع شدن آن در مورد خودشان اظهار نظر کردند. آنها قادر بودند از آسایشگاه مزبور دیدار نموده و با پرسنلی که قبل از وخامت بیماری و همچنین در مرحله نهائی بیماری کودک را می شناختند گفتگو نمایند. ثبت مرگ و ترتیبات مراسم کفن و دفن برای آنها ضربه ای روحی بود بطوریکه والدین مصیبت دیده اذعان می داشتند که نمی دانستند در آن زمان چه باید بکنند، آنها احساس می کردند که در بیمارستان یا در خانه، کسی در کنار آنها بوده که به آنها کمک کند و در ضمن اطلاعات کتبی می تواند مفید واقع شود. آنها چنان تحت فشار روحی قرار داشتند که قادر نبودند بخاطر آورند چه چیزهائی گفته شده و چه کارهائی را بایستی انجام می دادند. همچنین خواهان آن بودند که از جنبه فیزیکی نیز توسط کارکنان بیمارستان تسلی خاطر یابند. والدین متوجه شدند که غالباً ممکن است سایر خواهران و برادران نه تنها از عدم توجه به آنها در طی بیماری، بلکه از غم و اندوه خود بعد از مرگ خواهر یا برادر خود رنج برند. همینطور در طول درمان اتفاق افتاده است که والدین وقت کمتری به خواهر یا برادرهای دیگر اختصاص می دادند زیرا غم و غصه آنها همه چیز را به خود معطوف می کرده است. بنابر این نیاز به حمایت معنوی از دوستان هم مدرسه ای بعد از فوت یک کودک نیز مورد توجه و شناخت قرار گرفته است.

سرپرستاران بخش کودکان نیاز خانواده ها به مراکز حمایتی جهت مشاوره و صرف وقت با آنان را درک کردند آنها همچنین به این قضیه پی بردند که خواهر و برادرهای دیگر به توجهات ویژه ای نیاز دارند. با این اوصاف مشخص شد که اکثریت خدمات ویژه کودکان در مراکز درمانی اصلی در شهر نیوکاسل متمرکز شده و

بدین ترتیب به خودشان کمک می نمایند تا به نحوی با ضایعه وارد کنار آیند .

سایر والدین ضمن ارزش قائل شدن برای مراقبتهای بیمارستانی در خلال مرحله درمان بیماری فرزندشان احساس کردند که بخش بیمارستانی در مراحل نهایی بیماری نامناسب بود و چون بعضی از والدین از وجود آسایشگاه نیز بی اطلاع بودند لذا انتخاب خانه یا مسکن برای همه امکان پذیر نبود . بدیهی است اطلاعات بهتری در مورد خدمات محلی موجود باید پیشاپیش به والدین داده شود، بگونه ای که انتخاب آنها آگاهانه بوده و فرصت داشته باشند این گونه انتخابها را مورد نظر قرار داده و در صورت امکان برای کودک مورد استفاده قرار دهند . کودکانی که تحت مراقبت در بیمارستان، آسایشگاه یا خانه بوده اند ممکن است دارای تمایلات شخصی در این زمینه باشند .

والدینی که در هنگام داغدار شدن، از حمایت برخوردار شدند تسلی خاطر بیشتری داشتند . علی رغم اینکه والدین می دانستند که صحبت کردن مکرر در زمینه کودک خود با افراد خانواده و دوستان از نظر اجتماعی صحیح نیست اما تمایل به انجام آن داشتند . آن دسته از والدینی که از آسایشگاه مارتین دیدار کرده بودند فرصت داشتند که نه تنها طی هفته های آخر زندگی کودک بلکه قبل از مرحله نهایی نیز در باره او به گفتگو بپردازند .

آنان قادر به یادآوری دختر و پسرشان در کنار پرسنل شناخته شده بودند و آنها را قبل از بروز اثرات مخرب بیماری بیاد می آوردند . این امر برای والدین قابل ارزش بود زیرا پرسنل بیمارستان چنین فرصتی را فراهم نمودند .

تأمین آسایش در اولویت قرار داشت، پرستار یا پزشک با بغل کردن آرام، موجب تسلی خاطر والدین سوگوار می شود و سوگ و ماتم آنها را بطور مختصر کاهش می دهد . چون مصیبت وارده بسیار شدید است حتی کلمات قادر به تسکین درد نمی باشند، در نتیجه

برای ارائه خدمات مخصوص، نیاز به محل ویژه ای احساس می گردید . فقط یک سرپرستار اظهار داشت که والدین اغلب خواستار تماس گرفتن با کارکنان بیمارستان بعد از مرگ فرزند خود بودند زیرا احساس می کردند به فراموشی سپرده شده اند . در حالیکه نیاز به ارائه خدمات بیشتر جهت قادر ساختن خانواده ها برای ارائه مراقبت از کودک و حتی المقدور نگهداری کودک در خانه مورد شناسائی قرار گرفت اما تشخیص کمتری نسبت به لزوم کمک و همیاری بعد از وقوع مصیبت وجود داشت . ظاهراً مراکز بیمارستانی نقش اندکی در این مورد ایفا می کنند .

بنابراین نقش پرستاران در مرحله قبل از فوت فرزند و بعد از مرگ آن در خانواده ها مورد توجه قرار گرفته است . مطالعه ما که بر جنبه های خانوادگی اثرات بیماریهای تهدید کننده زندگی کودکان متمرکز شده است، به میزان زیادی تأیید کننده این نقش می باشد .

بحث و بررسی :

واضح است که والدین، خواهان حق انتخاب محل فوت فرزندان خود هستند . بعضی از خانواده ها براساس این درک که درمان فعال تا جائیکه امکان دارد باید ادامه یابد، بخش بیمارستانی را مناسب ترین مکان می دانستند . اما بعلت سازماندهی حاکم در بیمارستان، بخش بیمارستانی مؤثرین محیط تنش زا محسوب می گردد . فعالیت و سروصدای زیاد به همراه عدم آرامش در بیمارستان بر فشار روحی والدین می افزاید . علی رغم اینکه والدین تمایل داشتند بعد از مرگ فرزند در کنار وی بمانند لیکن قوانین حاکم در این گونه محیطها مانع از اینکار می شد . اگر والدین بخش بیمارستان را به عنوان محل فوت انتخاب نمایند باید سعی شود تا حتی الامکان از فشار روحی آنها کاسته شود و این امکان به آنها داده شود تا مدت قابل ملاحظه ای از وقت را با فرزند خود بگذرانند، او را نوازش کرده، لباس پوشانیده و با او گفتگو نمایند .

کودک بوده باید در مراسم تشییع جنازه شرکت نماید. این امر موجب حمایت والدین شده و ممکن است به پرسنل نیز در فرایند سوگواری کمک نماید.

۵- تماس منظم با والدین، خواهر و برادر کودک متوفی توسط پرسنلی که کودک را می شناختند و کسانی که در طی مراحل سوگواری در ایجاد ارتباط با آنها مهارت داشتند صورت گیرد.

۶- در جائیکه خدمات بیمارستانی با مرگ کودک مرتبط بوده است، دعوت کردن از خانواده جهت ملاقات با اعضای کادر پرستاری و پزشکی می تواند امری مناسب باشد تا شرایط منتهی به مرگ مورد بازنگری قرار گرفته و هر گونه «امور نا تمام» مرتبط با بیماری کودک و مراقبتهای ارائه شده برای کودک و خانواده مورد بررسی قرار گیرد. با وجودیکه والدین ممکن است تمایل به پاسخگویی نداشته باشند، احتمالاً به درخواستی که از آنها می شود احترام خواهند گذاشت.

۷- نیازهای سوگواری دوستان هم مدرسه ای کودک باید مورد شناسائی قرار گرفته و روشهایی برای مواجهه با آن در مدرسه فراهم شود.

کاربرد عملی:

مراقبت و حمایت از خانواده داغدیده باید قبل از فوت کودک شروع گردد و شامل کلیه اعضای خانواده و دوستان مدرسه ای کودک باشد، همچنین پرسنل ذیربط نیز باید از اینگونه حمایت ها برخوردار باشند.

منبع:

Soutter, J. and etal. "A Strategy For Caring For Families In Berevement." Nursing Times, July 27, Vol:90, No30,1994,pp.

والدین نیاز دارند بدانند چه کاری باید انجام دهند. هر چند شرایطی که آنها پشت سر گذاشتند تقریباً غیر قابل تحمل بود. اما اغلب نیاز به تماس با سایر خانواده های داغدیده وجود داشت و تنها خانواده هایی که فرزندانشان در آسایشگاه مارتین، فوت شده بودند از این نوع کمک ها برخوردار گردیدند.

سوگواری انفرادی هر یک از والدین اغلب فضای نامناسبی برای دیگران ایجاد می نماید و خواهران و برادران کودک فوت شده نیز سعی داشتند، این فقدان را مانند والدینشان ابراز نمایند. این کودکان در زمانی که والدینشان به آنها توجه ندارند دچار مشکلاتی با همسالان، محیط کار، مدرسه و ارتباطات خانوادگی هستند در نتیجه نیازمند توجه خاص می باشند بنابراین نیاز این کودکان و دوستان مدرسه ای آنها باید شناسائی گردد.

این تحقیق لزوم ارائه خدمات به کودکان مبتلا به بیماریهای تهدید کننده زندگی و خانواده های آنان را مشخص نموده و یک استراتژی ناحیه ای را برای تأمین خدمات آینده مورد شناسائی قرار می دهد.

پیشنهادات:

موارد ذیل برای مراقبت از خانواده های داغدیده پیشنهاد می شود:

- ۱- محل مورد علاقه والدین یا کودک برای فوت باید توسط کادر پرستاری مشخص شده و حتی الامکان پی گیری لازم انجام شود.
- ۲- پرسنلی که والدین را می شناسند باید در زمان فوت کودک نزدیک آنان بوده و دارای مهارتهای مناسبی جهت حمایت خانواده باشند.
- ۳- باید مجموعه اطلاعاتی در مورد اقدامات لازم جهت ثابت کردن فوت کودک و مراسم کفن و دفن در اختیار والدین قرار گیرد.
- ۴- حتی المقدور عضوی از بیمارستان یا کادر مراقبتهای اولیه که در طول بیماری، همراه با