



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.

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

#### 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 مستشكل از مشاورین پزشکی و مددکاران اجتماعی در آسایشگاه اطفال مارتین<sup>۱</sup> واقع در بوستون اسپا<sup>۲</sup>، انجام گردید.

چنین والدینی، فرزند و شیوه زندگی و همچنین امید به زندگی آینده را از دست خواهند داد. والدین اغلب در هنگام مصیبت احساس ازدواجی 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.

#### یافته های پژوهش:

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

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

1. Martin House.

2. Boston Spa.

در برداشت.

برای آن دسته از خانواده‌هایی که با آسایشگاه مارتین در تماس بوده‌اند مشاوره بعد از فوت به عنوان یک خط مشی معمول ارائه می‌گردید و والدین در خصوص نحوه سودمند واقع شدن آن در مورد خودشان اظهار نظر کردند. آنها قادر بودند از آسایشگاه مزبور دیدار نموده و با پرسنلی که قبل از وفات بیماری و همچنین در مسحله نهایی بیماری کودک را می‌شناختند گفتگو نمایند. ثبت مرگ و ترتیبات مراسم کفن و دفن برای آنها ضربه‌ای روحی بود بطوریکه والدین مصیبت دیده اذعان می‌داشتند که نمی‌دانستند در آن زمان چه باید بکنند، آنها احساس می‌کردند که در بیمارستان یا در خانه، کسی در کنار آنها بوده که به آنها کمک کند و در چنان تحت فشار روحی قرار داشتند که قادر نبودند بخاطر آورند چه چیزهایی گفته شده و چه کارهایی را بایستی انجام می‌دادند. 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 ببرند. همینطور در طول درمان اتفاق افتاده است که والدین وقت کمتری به خواهر یا برادرهای دیگر اختصاص می‌دادند زیرا غم و غصه آنها همه چیز را به خود معطوف می‌کرده است. بنابر این نیاز به حمایت معنوی از دوستان هم مدرسه‌ای بعد از فوت یک کودک نیز مورد توجه و شناخت قرار گرفته است.

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

می‌شود. در زمان مصاحبه با والدین، ۱۰ کودک با محدوده سنی ۷ماه 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 می‌کردند که محل فوت کودکشان مناسب بوده است. از خانواده‌هایی که فرزند آنها در بیمارستان فوت نموده بود دو خانواده ترجیح می‌دادند فرزندشان در آسایشگاه فوت می‌کرد و یک خانواده خانه را مناسب‌تر می‌دانست. اما والدین بعدی احساس می‌کردند که بدليل تجویز دارو، بیمارستان مکان مناسب‌تری بوده است. برای این گونه خانواده‌ها مراقبتهاي آسایشگاهی ارائه نگردید. بهر حال بیمارستان به علت فقدان آرامش، کوچک بودن اندازه اتاقها که منجر به ازدحام جمعیت در آن می‌گردید و سر و صدای ناشی از یک بخش شلوغ که در مجاور آن قرار دارد مکان نامناسبی بشمار می‌رود.

بعد از وقوع مصیبت، والدین همیشه ملاقات پیگیرانه‌ای با مشاورین نداشتند. هر چند به آنان توصیه می‌شد که می‌توانند در هر زمان با بیمارستان تماس حاصل نمایند. آنسته از والدین که بعد از وقوع مرگ فرزندشان با مشاورین ملاقات کرده بودند، احساس می‌کردند این ملاقات به آنان کمک کرده است زیرا توانستند مراقبتهاي انجام شده در هفته‌های آخر بیماری را که درمان فعل موقوف گردیده بود و نیز سیر بیماری را مرور نمایند. والدین احساس می‌کردند که ملاقاتی باید با آنها گذاشته می‌شد.

برای خانواده‌های کودکان مبتلا به سرطان، در مراکز منطقه‌ای، مشاوره فقدان فرزند ارائه می‌گردید. 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 هزینه‌های را نیز

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

سایر والدین ضمن ارزش قائل شدن برای مراقبتهای بیمارستانی در خلال مرحله درمان بیماری فرزندشان احساس کردند که بخش بیمارستانی در مراحل نهائی 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 پیش اپیش به والدین داده شود، بگونه ای که انتخاب آنها آگاهانه بوده و فرصت داشته باشند این گونه انتخابها را مورد نظر قرارداده و در صورت امکان برای کودک مورد استفاده قرار دهنند. 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 نهائی نیز در باره او به گفتگو پردازنند.

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

تأمين 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 واردہ 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. ظاهرآ 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 مأکه بر جنبه های خانوادگی اثرات بیماریهای تهدید کننده زندگی کودکان متتمرکز 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 بر اساس این درک که درمان فعال تا جاییکه امکان دارد باید ادامه باید، بخش بیمارستانی را مناسب ترین مکان می دانستند. اما بعلت سازماندهی حاکم در بیمارستان، بخش بیمارستانی مؤثرين 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 جاییکه 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 متنهی به مرگ مورد بازنگری قرار گرفته و هر گونه «امور ناتمام» مرتبط با بیماری کودک و مراقبتهاي ارائه شده برای کودک و خانواده مورد بررسی قرار گيرد. با وجودیکه والدین ممکن است تمايل به پاسخگوئی نداشته باشند، احتمالاً به درخواستی که از آنها می شود احترام خواهند گذاشت.

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

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 مارtin، 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 تهدیدکننده 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 مراقبتهاي اوليه که در طول بیماری، همراه با

#### منبع:

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