



سوگ درمانی متمرکز بر خانواده

مدلی از مراقبت خانواده محور در طی مراقبت تسکینی و داغدیدگی



۱۱.....	مقدمه.....
۱۲.....	تنظیم صحنه.....
۱۶.....	رئوس مطالب کتاب.....
۱۹.....	نتیجه‌گیری.....
۲۰.....	۱ مراقبت از خانواده و سوگ خانواده.....
۵۶.....	۲ یک سنخ‌شناسی از کارکرد خانواده.....
۵۷.....	روش‌شناسی در مطالعات سوگ خانوادهٔ ملبورن.....
۸۰.....	۳ اجرای سوگ‌درمانی متمرکز بر خانواده.....
۸۶.....	اصول استاندارد خانواده‌درمانی به‌کاررفته در سوگ‌درمانی متمرکز بر خانواده.....
۱۱۰.....	جلسات ۳-۶: درمان فعال متمرکز.....
۱۱۷.....	جلسات نهایی: تحکیم و پایان.....
۱۱۹.....	نتیجه‌گیری.....
۱۲۱.....	۴ درون‌مایه‌های رایج در سوگ‌درمانی.....
۱۲۱.....	متمرکز بر خانواده.....
۱۲۲.....	مراقبت‌کردن.....
۱۲۶.....	چالش هیجانی رنج.....
۱۳۲.....	صمیمیت.....

۱۳۳	..... بحث در مورد مرگ
۱۳۵	..... خداحافظی کردن
۱۳۷	..... مرگ خوب یا یأس
۱۳۹	..... مسائل فرهنگی و اعمال مذهبی
۱۴۳	..... نیازهای اعضای خاص خانواده مانند کودکان
۱۴۷	..... تأثیرات تاریخی بر خانواده
۱۵۱	..... سوگ خانواده
۱۵۶	..... نتیجه‌گیری

۵ یک رویارویی معمولی درمان..... ۱۵۷

۱۵۸	..... جلسه اول، آوریل
۱۶۴	..... جلسه دوم، می
۱۷۲	..... جلسه سوم، ژوئن
۱۷۵	..... جلسه چهارم، آگوست
۱۷۸	..... جلسه پنجم، نوامبر
۱۸۲	..... جلسه ششم، ژانویه
۱۸۶	..... جلسه هفتم، برنامه‌ریزی مجدد جلسه از فوریه تا آوریل پس از خبر مرگ تام
۱۹۱	..... جلسه هشتم، آگوست
۱۹۴	..... جلسه نهم و آخر، نوامبر
۱۹۸	..... سنجش مستقل پیامد برای خانواده
۱۹۹	..... نتیجه‌گیری

۶ چالش‌ها و مشکلات در اجرای سوگ‌درمانی متمرکز بر خانواده..... ۲۰۱

۲۰۲	..... جلب مشارکت اعضای بی‌میل به درمان
۲۰۸	..... تعیین اهداف واقعی درمان
۲۱۳	..... اجرای درمان در منزل
۲۱۴	..... مدیریت تعارض در منزل
۲۲۰	..... زندگی با عدم قطعیت پیش‌آگهی
۲۲۱	..... ریزش‌های سوگ‌درمانی متمرکز بر خانواده
۲۲۵	..... تماس تلفنی از طرف درمانگر

نقش درمانگر و سبک مداخله در طی درمان ۲۲۷

نتیجه‌گیری ۲۳۴

۷ تأثیر وقایع خاص زندگی بر خانواده..... ۲۳۵

دو سرطان در یک خانواده ۲۳۵

خانواده‌هایی با یک والد مبتلا به الکلیسم ۲۳۷

خانواده‌های دارای فرزندخوانده ۲۴۲

خانواده‌هایی با یک عضو مبتلا به ناخوشی روانی ۲۴۳

خانواده‌های مبتلا به ناخوشی مزمن جسمانی ۲۴۶

خانواده‌هایی با تفاوت‌های عمده فرهنگی ۲۵۰

طلاق و ازدواج مجدد، مسائلی در خانواده‌های آمیخته ۲۵۸

خانواده‌های دارای فرزندان نوجوان ۲۶۱

خانواده‌هایی با یک حامل نشانه‌ مشهود ۲۶۷

نتیجه‌گیری ۲۶۹

۸ بُعد اخلاقی..... ۲۷۱

آیا یک چارچوب اخلاقی وجود دارد که سوگ‌درمانی متمرکز بر خانواده را هدایت کند؟... ۲۷۱

مسائل اخلاقی که در اجرای سوگ‌درمانی متمرکز بر خانواده پدیدار می‌شوند ۲۷۵

وقتی که به دنبال رضایت آگاهانه هستیم، خانواده کیست؟ ۲۷۸

مدل ما از کارکرد- دعوتی برای بررسی کردن یا تحمیل کردن؟ ۲۸۰

مختصر و متمرکز در برابر طولانی و اکتشافی ۲۸۱

مسائل عملی که در درمان پدیدار می‌شوند ۲۸۳

نتیجه‌گیری ۲۹۵

۹ کاربرد بالینی مدل سوگ‌درمانی متمرکز بر خانواده..... ۲۹۶

سوگ‌درمانی متمرکز بر خانواده- یک مدل ساختاریافته، پیشگیرانه و مقرون‌به‌صرفه..... ۲۹۷

مراقبت داغ‌دیدی با مراقبت تسکینی آغاز می‌شود ۳۰۰

وضعیت فعلی «ملاقات خانوادگی» در مراقبت تسکینی چگونه است؟ ۳۰۰

مسائل مربوط به گسترش خدمات ۳۰۱

کاربرد این مدل ۳۰۳

غربالگری ۳۰۴

۳۰۵ آیا سوگ‌درمانی متمرکز بر خانواده مؤثر است؟

۳۰۶ نتیجه‌گیری

۳۰۹ منابع

۳۲۹ واژه‌نامه انگلیسی به فارسی

۳۳۳ واژه‌نامه فارسی به انگلیسی



در اواخر قرن بیستم، فلسفه مراقبت تسکینی دیدگاه خود را از مرگ در بیمارستان - که با مسائلی مانند احتمال انزوا و غفلت نسبی همراه بود- به مرگ در خانه یا در آسایشگاه محتضران تغییر داد. این فلسفه پیوندی ناگسستنی با مباحث فکری مربوط به «مرگ خوب» داشت. عقاید مربوط به «آگاهی پذیرا» و «مرگ قهرمانانه» به همراه «گفتن حقیقت» و مراقبت‌های روانی-معنوی، حسی از معنا و زندگی اصیل را تا زمان وقوع مرگ حفظ می‌کرد. کلارک و سیمور (۱۹۹۹) این اتفاق را یک «ذهنیت جدید» توصیف کردند که در آن به منظور دربرگرفتن جنبه‌های زیستی-روانی-اجتماعی در یک الگوی مراقبتی واقعاً جامع، تمرکز بالینی به مسائلی فراتر از مسائل جسمانی گسترش می‌یابد. این رویکرد جدید، نظریه سیستم‌ها - که در آن تأثیرات متقابل بی‌شماری که به بافتار کمک کرده و به محیط مراقبت تسکینی شکل می‌دهند- را نیز در برمی‌گیرد. خانواده به‌طور معمول به‌عنوان مراقبان اصلی و در نهایت به‌عنوان افراد داغ‌دیده، به‌طور فعالانه‌ای در چنین مرگ‌هایی درگیر می‌شود. در اصل، دستیابی به «مرگ خوب» به توانایی خانواده در ابراز حمایت، تسهیل آمادگی برای مردن، تصدیق کرامت بیمار و وداع با او بستگی دارد.

ما در این کتاب الگویی از مراقبت خانواده‌محور را ارائه می‌دهیم که در آن رابطه مشارکتی با خانواده و مشارکت کامل آن در مراقبت بالینی تشویق می‌شود. هدف از این رویکرد ارتقای نقش حمایتی خانواده بوده و شامل سنجش فعالانه خانواده‌ها،

بهره‌گیری از توانمندی‌ها و تقویت ظرفیت مقابله انطباقی آنها می‌شود. به ویژه، در مراقبت تسکینی ما به اهمیت درمان برای خانواده‌های نسبتاً آسیب‌پذیر می‌پردازیم و در قالب یک درمان پیشگیرانه، کاهش حالت‌های بیمارگونه احتمالی متعاقب فقدان را برای افرادی که داغ‌دیدگی را نیز تجربه خواهند کرد، دنبال می‌کنیم. تمرکز اصلی این کتاب بر زندگی اصیل است اما ما می‌دانیم که در سراسر دوران زندگی، تجربه دوره‌های انتقالی غیر قابل اجتناب است و می‌دانیم که غم، فقدان و مصیبت اتفاق می‌افتند و می‌دانیم که انسان‌ها برای بازیابی خلاقیت و شادکامی‌شان به عزاداری نیاز دارند. روابط سالم جزء ذاتی دستیابی انسان به کمال هستند و با ارزش‌ترین روابط ما معمولاً به درون خانواده‌هایمان تعلق دارند.

تنظیم صحنه

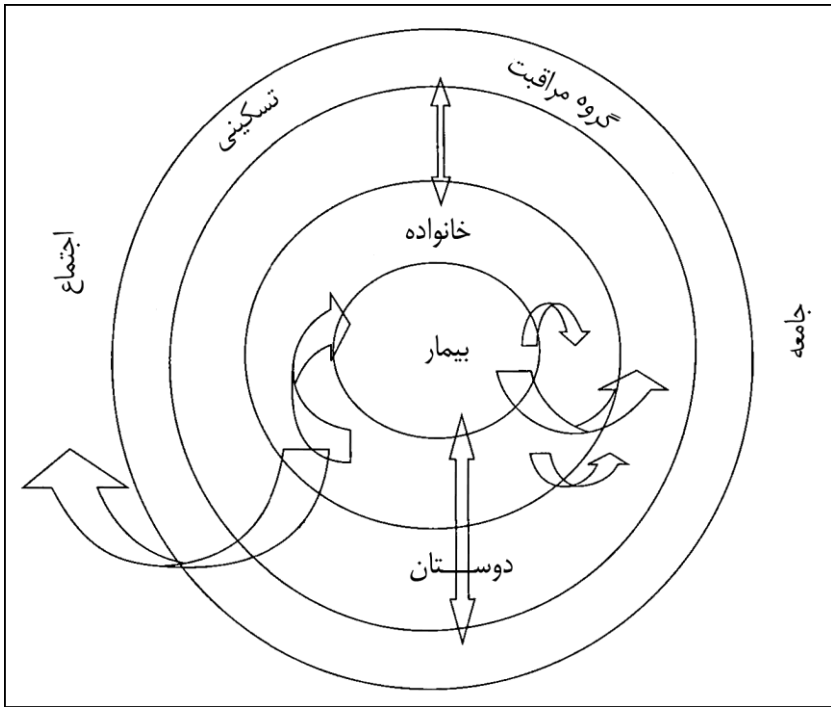
همان‌طور که ناخوشی جدی پزشکی بر زندگی خانواده تأثیر عمیقی می‌گذارد، خانواده‌ها نیز به رفتارهای مربوط به تشخیص و دوره بالینی ناخوشی‌ها شکل می‌دهند. با وجود این در موقعیت‌های مراقبت بهداشتی، اغلب یا خانواده‌ها نادیده گرفته شده‌اند و یا در بهترین حالت، تحمل شده‌اند. مراقبت تسکینی، تسکینی سریع را برای خانواده به ارمغان می‌آورد چون در این مراقبت اعتقاد بر آن است که اگر قرار باشد اهداف آسایشگاهی‌شدن محقق شوند دیگر نمی‌توان خانواده را نادیده گرفت. خویشاوندان فقط کسانی نیستند که از بیمار مراقبت می‌کنند بلکه در این سامانه مراقبتی آنها بیماران درجه دوم نیز محسوب می‌شوند. این خانواده‌ها برای ایفای نقش خود نیاز به کمک دارند چراکه مرگ علیرغم اینکه گریزناپذیر است اما (دست‌کم در جامعه غربی) کمتر شناخته شده است. یک رویکرد ساختاری که از خانواده‌ها در ایفای نقش مراقبتی‌شان حمایت می‌کند، در طی مسیر ناخوشی، مرگ و داغ‌دیدگی نیز آنها را هدایت خواهد کرد.

موانع متعددی می‌توانند به توانایی مراقبتی یک خانواده آسیب بزنند، اما هیچ موقعیتی به اندازه وقتی که کارکرد ذاتی خانواده، ظرفیت انطباقی آن را محدود می‌کند آسیب‌زا نیست. توانایی خانواده در پذیرا بودن نسبت به برقراری ارتباط اعضا با یکدیگر، رفع اختلافات و همکاری و حمایت از همدیگر موفقیت خانواده را در دستیابی به اهدافش تعیین می‌کند. هدف اصلی مداخله توصیف شده در این کتاب

ارتقای کارکرد خانواده - به عنوان شیوه‌ای برای دستیابی به این مقصود - است، به علاوه ما در این باره نیز صحبت خواهیم کرد که چگونه می‌توان به خانواده‌ها کمک کرد تا به‌طور مؤثرتری عمل کنند.

پژوهش ما در طی یک دوره ده‌ساله و از یکسری مطالعات مشاهده‌ای اولیه شروع شد. سپس به سمت بررسی شیوع حالت بیمارگونه روانی - اجتماعی در خانواده‌ها و بعد از آن به سوی جستجوی الگویی از روابط خانوادگی مؤثر در این حالت بیمارگونه گسترش یافت. نویسنده اول (دیوید کیسن) برای به پایان رساندن دوره دکتری خود یک سنخ‌شناسی از کارکرد خانواده را بنیان نهاد که به نظر می‌آمد می‌تواند پیش‌بینی‌کننده پیامدهای روانی - اجتماعی ناشی از وقایع استرس‌زایی مانند داغدیدگی باشد. این مطالعه بعدها به مداخله‌ای به نام سوگ‌درمانی متمرکز بر خانواده منجر شد که موضوع این کتاب است. این درمان، یک خانواده‌درمانی حمایتگر - بیانگر با هدف افزایش انسجام، ارتباط مؤثر و حل انطباقی تعارض است؛ به عبارت دیگر این درمان یک الگوی جامع از مراقبت خانواده‌محور در مراقبت تسکینی و داغدیدگی است که البته با موقعیت‌های دیگری مانند سایر بیماری‌های مزمن، تجربه فقدان یا ضربه‌های روانی مختل‌کننده چرخه زندگی خانواده نیز قابل انطباق است.

سوگ‌درمانی متمرکز بر خانواده با تفکر سیستمی درباره بیمار و خانواده در اجتماع - که شامل کادر درمان نیز می‌شود - رابطه نزدیکی دارد. از این منظر، بهترین تعریف از خانواده افرادی است که در چارچوب یک رابطه متعهدانه، حسی از هویت را شکل می‌دهند (چیلمن و همکاران، ۱۹۸۸). این تعریف، خانواده را در یک فضای فرهنگی قرار می‌دهد که بر ساختار، باورها و پویایی‌های آن تأثیر می‌گذارد. از لحاظ انسان‌شناسی، خانواده یک واحد مراقبتی است که به بهزیستی و بقای نسل خود کمک می‌کند. از لحاظ زیست‌بوم‌شناسی، با اینکه خانواده به‌منظور تأمین معاش و امنیت خود تلاش می‌کند اما درک کامل آن مستلزم در نظر گرفتن کارکردش در یک بافتار فرهنگی است. شیوه‌های ارتباطی تثبیت شده که از جمله آنها می‌توان به ارزش‌های اخلاقی، احترام و وظایف فرزندی برای مراقبت از والدینی که ناخوش یا پیر می‌شوند اشاره کرد، از مسائل مهمی هستند که توسط فرهنگ آموخته می‌شوند. سبکی که خانواده در بحران‌ها از افراد حمایت اجتماعی به عمل می‌آورد نیز تحت تأثیر چارچوب اجتماعی



یادداشت: نظریه سیستم‌ها، بیمار و خانواده را درون محیط اجتماعی - یعنی درون دوایر متحدالمركزی که روی یکدیگر تأثیر متقابل دارند - قرار می‌دهد. پیکان‌ها برخی از این تعامل‌ها را نشان می‌دهند.

آن است، به همین دلیل لازم است که هرگونه مداخله‌ای در این زمینه با فرهنگ خانواده متجانس باشد.

تأثیر مهاجرت گسترده و جهانی‌سازی فزاینده در شکل‌گیری جوامع چند فرهنگی در قرن بیست و یکم، پویایی‌هایی را هم برای جامعه و هم برای خانواده به همراه آورده است. تغییرات ناشی از فرهنگ‌پذیری هرگز همگن یا یکپارچه نیستند، بلکه بیشتر ترکیبی از باورها و ارزش‌های مختلفی هستند که تجربه زندگی اجتماعی همواره در حال تغییر را شکل می‌دهند. این جریان پویا در عین اینکه به زندگی خانواده غنا می‌بخشد، اما برای بالینگران که ملزم به درک زیرکانه این شبکه پیچیده تعاملات و

تأثیرات هستند چالشی مهم تلقی می‌شود. برای مثال کاگاو-اسینگر و نگویان (۲۰۰۰) شبکه اجتماعی بزرگ‌تر زنان سفیدپوست را با شبکه اجتماعی زنان ژاپنی که از حمایت ضعیف‌تری از جانب همکاران خود برخوردار بودند مقایسه کردند. فرضیه آنها بر اساس یافته‌های آنگلو این بود که زنان آسیایی در فضای حرفه‌ای انتظار دریافت حمایت چندانی از همکاران خود ندارند، اما نتیجه متفاوت بود. همچنین با توجه به اینکه تحقیق ما از جامعه چند فرهنگی استرالیا نشئت می‌گیرد، وابسته به فرهنگ نیز تلقی می‌شود. بنابراین الگوی مراقبت خانواده که در این کتاب مطرح شده است بایستی با توجه به ارزش‌ها و سنت‌های مختلفی که در خانواده‌ها و در گروه‌های قومی مختلف وجود دارند در نظر گرفته شود. در کنار این نکته هوشمندانه، نباید به آن به چشم یک الگوی بسیار محدود هم نگاه کرد چراکه الگوی ما هم به آداب و رسوم محلی که زندگی خانواده را غنی می‌کند احترام می‌گذارد و هم از آنها حمایت می‌کند.

با منظور کردن تفاوت فرهنگی در ساختار، نقش‌ها، باورها و رفتارهای کمک‌خواهی خانواده، جنبه‌های جهانی وابستگی گروهی مطرح می‌شوند که ذاتی طبیعت انسان هستند. نیاز به پیوند، برقراری ارتباط با دیگران و توجه به یکدیگر و ایجاد روابط محبت‌آمیز، این جنبه‌های رابطه‌ای را -که با وجود گوناگونی‌های فرهنگی^۰ جهان شمول هستند- در صدر نیازهای بشری ما قرار می‌دهند. این کتاب می‌خواهد روابط را به همان شکلی که در کارکرد خانواده آشکار می‌شوند مورد مذاقه قرار دهد. نقطه قوت این کتاب آن است که می‌تواند در بسیاری از کشورهای جهان به شکل گسترده‌ای مورد استفاده قرار بگیرد.

داستان‌های مختلفی که ما در این کتاب به آنها اشاره می‌کنیم ارزش این الگو را تأیید می‌کنند. در کنار آن ما محدودیت‌هایی را که در هر روش درمانی وجود دارد پذیرفته و به گستره‌ای که می‌تواند در خانواده تغییری پدید آورد نیز خواهیم پرداخت. رویکرد ما دربرگیرنده موضع اخلاقی دقیقی است که در آن به‌عنوان بالینگر به بیماران و انتخاب‌هایشان احترام می‌گذاریم. برای نیل به این مقصود ما ویژگی‌های زیادی از تعامل شخصی را -که می‌خواهیم در خانواده‌ها تقویت کنیم- الگوسازی می‌کنیم. احترامی که ما از لحاظ اخلاقی برای یکدیگر قائل هستیم، هسته اصلی زندگی خانوادگی شایسته است.

رئوس مطالب کتاب

ما این کتاب را با توصیفی از خانواده به‌عنوان یک موضوع پویای سیستم اجتماعی در حال تغییر که تحت تأثیر عوامل تاریخی، فرهنگی و عوامل فعلی قرار دارد آغاز می‌کنیم. سپس به میزان پریشانی روان‌شناختی خانواده‌ها در مواجهه با ناخوشی‌های تهدیدکنندهٔ حیات می‌پردازیم. از آنجا که هدف اصلی این کتاب درک عمیق سوگ اشتراکی است، مفهوم سوگ خانواده به‌طور ویژه مورد توجه قرار می‌گیرد. مرور مطالعات بالینی و تحقیقاتی دربارهٔ از دست دادن نوزاد، مرگ در دوران کودکی و داغدیدگی در دوران بزرگسالی امکان درک کامل ماهیت سوگ خانوادگی را فراهم می‌کند. فصل اول با خلاصه‌ای از مطالعات مداخلاتی خانواده در زمینهٔ داغدیدگی به‌عنوان مطلعی از تلاش برای ایجاد یک الگوی مناسب درمانی به پایان می‌رسد.

در فصل دوم، ما پژوهش‌مان دربارهٔ خانواده، روش‌شناسی آن و به‌خصوص روش تحلیل خوشه‌ای را که تا اوایل سال ۱۹۹۰ برای طبقه‌بندی خانواده‌ها به طبقات معنادار بالینی به کار می‌رفت دنبال می‌کنیم. این سنخ‌شناسی، خانواده‌های بسامان^۱ را که به‌واسطهٔ انسجامشان حمایت‌گر هستند و خانواده‌های نابسامان^۲ را که در ابراز هیجان با مشکل مواجه هستند، یکپارچه می‌کند. این طبقه‌بندی با یک گروه از خانواده‌های بینابین^۳ که از لحاظ کارکرد با مشکل چندانی مواجه نیستند اما همین اختلال کارکردی کم نیز با حالت بیمارگونهٔ قابل توجهی در اعضای خانواده همراه است، کامل می‌شود. فایدهٔ بالینی این طبقه‌بندی در آن است که پیامد بیمارگونهٔ بعدی را پیش‌بینی کرده و از طریق غربالگری و تشخیص زودهنگام برای افرادی که در معرض خطر بیشتری قرار دارند، رویکردی پیشگیرانه و درمانی را فراهم می‌کند. حاصل این توالی یک الگوی درمانی تجربه‌محور با هدف بهبود کارکرد خانواده است.

ما برای این الگو، نام سوگ‌درمانی متمرکز بر خانواده را به کار گرفته‌ایم. این الگو که به‌صورت یک راهنمای گام‌به‌گام و همراه با جزئیات در کتاب توضیح داده شده است، اصول قراردادی خانواده‌درمانی را یکپارچه می‌کند. این کار به‌وسیلهٔ درمانگر

1. Well-functioning
2. dysfunctional
3. intermediate

آموزش دیده تسهیل می‌شود و در طی مراحل منطقی از مراقبت تسکینی تا داغدیدگی ادامه می‌یابد. در این الگو دستورالعمل‌های ما علاوه بر شناسایی خانواده‌های در معرض خطر و سنجش آنها، به شناسایی مسائل رایج و مذاکره در مورد قرارداد درمانی می‌پردازد. این فرایند درمانی به‌خودی‌خود از لحاظ زمانی محدود بوده و هدف آن در ماهیتش نهفته است. این جریان رضایت‌بخش، از طریق تحکیم پی گرفته می‌شود و تا پایان برنامه مراقبت با حداکثر ظرافت و خوش‌بینی ممکن ادامه پیدا می‌کند.

با توجه به اینکه محور سوگ‌درمانی متمرکز بر خانواده بر بیان هیجانی سوگ و کارکرد خانواده استوار است، با پیشرفت درمان تعدادی درون‌مایه قابل پیش‌بینی ظاهر می‌شود. این مقولات در فصل چهارم به صورت نظام‌دار مورد بررسی قرار می‌گیرند. درون‌مایه‌هایی که در همه خانواده‌ها مشاهده می‌شوند شامل مراقبت از فرد بیمار، مقابله با ترس، خشم، فقدان و اندوه، برقراری ارتباط معنادار، مواجهه با مرگ و خداحافظی با زندگی است. درحالی‌که نیازهای کودکان، نوجوانان و بزرگسالان ملاحظات خاصی را ایجاد می‌کنند، اما این عوامل فرهنگی و اعمال مذهبی هستند که استفاده خانواده از مناسک را تعیین خواهند کرد. شیوه پاسخگویی یک خانواده به سوگ تحت تأثیر تجربه اولیه فقدان، شامل تجربه‌های بین نسلی عزاداری، قرار دارد. همه مرگ‌ها با آرامش اتفاق نمی‌افتند بلکه واقعیت آن است که برخی از مرگ‌ها احساس ناامیدی و احساسات ناخوشایند دیگری را به همراه می‌آورند. همچنین داغدیدگی می‌تواند به شکل‌های مختلفی پیچیده شود.

در مقوله درمان هیچ متنی نباید غیرقابل تغییر در نظر گرفته شود و ممکن است درمانگران کم‌تجربه در تفسیر اهدافی که ما در دستورالعمل‌های فصل‌های سه و چهار در نظر داشته‌ایم با مشکلاتی مواجه شوند؛ بنابراین ارائه یک گزارش بالینی از درمان بیش از هر راهنمای دیگری وضوح و غنای آن را در عمل نشان خواهد داد. در فصل پنج داستان خانواده براون مصداق بارزی از کاربرد سوگ‌درمانی متمرکز بر خانواده را نشان می‌دهد. در این داستان تام پدر خانواده که از سرطان ریه رنج می‌برد، در اواسط درمان فوت می‌کند. همسر او ژانت و دو فرزندش که با احساساتشان و نیز سوگ پیچیده دست‌به‌گریبان هستند، با درمانگری به نام لیز کار درمان را دنبال می‌کنند. با افزایش انسجام خانواده، رابطه بین دو فرزند آنها نزدیک‌تر می‌شود. به‌منظور حفظ

رازداری در این داستان، مانند سایر نمونه‌هایی که در کتاب مطرح شده‌اند، اسامی و مشخصات فردی افراد تغییر داده شده است و هرگونه تشابه خانوادگی یا فردی کاملاً تصادفی خواهد بود.

در فصل شش به چالش‌های گوناگون درمانگران پرداخته شده است. مسائلی مانند اینکه چگونه اعضای از خانواده را که تمایلی به درمان ندارد وارد درمان کنیم، چگونه اهدافی واقع‌بینانه را فرمول‌بندی کنیم، چگونه درمان را به شکلی مناسب در خانه پیش ببریم، چگونه تعارض را مدیریت و تمرکز درمانی را حفظ کنیم، چگونه با عدم قطعیت کنار بیاییم و چطور با افرادی که خود را از درمان کنار می‌کشند رفتار کنیم. اینها فقط برخی از موضوعاتی هستند که در این فصل به آنها خواهیم پرداخت.

باوجود ابتلای یکی از اعضای خانواده به سرطان، وقایع زندگی نیز همچنان اتفاق می‌افتند و بر سنگینی فشاری که خانواده‌ها تجربه می‌کنند می‌افزایند. گاهی ممکن است دو نفر از یک خانواده به سرطان مبتلا شوند درحالی‌که بقیه افراد آن خانواده با مسائلی مانند الکلیسم و یا ناخوشی‌های روانی یا ناخوشی‌های مزمن جسمانی دست‌به‌گریبان باشند. مسائلی مانند طلاق یا جدایی که می‌توانند محل زندگی یک خانواده را تغییر بدهند و یا ازدواج مجدد که افراد جدیدی را وارد خانواده می‌کند نیز می‌توانند تنش‌های خاصی را به همراه بیاورند. یک ازدواج بین‌فرهنگی هم می‌تواند چالش‌های خاصی را برای اعضای خانواده به همراه داشته باشد. هر تجربه مضاعفی از فقدان به‌طور بالقوه می‌تواند ظرفیت مقابله‌ای معمول فرد و خانواده را کاهش بدهد. سوگ‌درمانی متمرکز بر خانواده به‌خوبی می‌تواند پاسخگوی چنین موقعیت‌هایی باشد. در فصل هفت نشان داده خواهد شد که در زمان کاربرد سوگ‌درمانی متمرکز بر خانواده، درمانگران باید با تأثیر این وقایع خاص بر خانواده چگونه برخورد کنند.

مانند همه روان‌درمانی‌ها، در اینجا هم رویکرد اخلاقی مقوله‌ای اساسی است که بدون آن درمان مؤثر نخواهد بود. پیچیدگی خانواده‌ها نظارت و دریافت بازخورد مداومی را می‌طلبد. به‌منظور دستیابی به شفافیت در این زمینه برخی از اصول راهنمای درمانگران مطرح شده‌اند. برای مثال وقتی که تشخیص سرطان از فرد مخفی نگه داشته می‌شود یا از هرگونه صحبتی دربارهٔ این تهدید ابهام‌آمیز زندگی خودداری می‌شود او باید چه برخوردی داشته باشد؟ اسرار خانواده چگونه باید مدیریت شوند؟

در مورد فصل هشت که در آن به بعد اخلاقی خواهیم پرداخت، این نکته قابل ذکر است که در این فصل ما بیش از آنکه به دنبال تجویز دستورالعمل‌های صریح باشیم، قصد داریم که به مسائل مرتبط بپردازیم.

در پایان، بعد از مطرح کردن جزئیات سوگ‌درمانی متمرکز بر خانواده، ما به‌طور ضمنی به ارائه این درمان اشاره خواهیم کرد. شکل ساختاریافته آن به درمانگران اجازه می‌دهد تا به رویکردی مقرون‌به‌صرفه و پیشگیرانه در مراقبت خانوادگی دست یابند. یک شکل ارزشمند و اصیل از مراقبت در سوگ حالتی است که در آن مراقبت در داغدیدگی، در طی دوران مراقبت تسکینی - و نه بعد از مرگ - شروع می‌شود. این امر احتمال تداوم مراقبت را افزایش می‌دهد. همچنین ما کارکنان و اهمیت ضمنی آموزش این الگو به آنها را در نظر گرفته و به‌منظور توضیح طرح‌های مراقبتی بر تفاوتی که بین این روش با استفاده معمول از یک ملاقات خانوادگی وجود دارد، تأکید خواهیم کرد. از لحاظ پژوهشی، به‌منظور فراهم آوردن شواهدی کارآمد، مناسب و به‌صرفه روی ضرورت اجرای مطالعات نظام‌دار از جمله کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده تأکید می‌کنیم.

نتیجه‌گیری

مرگ در خانه و تمایل به «مرگ خوب»، پیوند نزدیکی را بین خانواده با استرس‌ها و چالش‌های مراقبت تسکینی ایجاد کرده است. در این میان کارکرد خانواده مؤلفه‌ای کلیدی است که پیامد را تعیین می‌کند. ما امیدواریم که با فراهم کردن الگوی جامعی از مراقبت خانواده‌محور، بین خانواده، طب تسکینی و مراقبت در داغدیدگی انسجام بیشتری ایجاد کنیم. توجه به تفکر سیستمی، نیاز به در نظر گرفتن بافتار و فرایند، ارتقای درک و افزایش گستره مراقبت همگی به‌طور بالقوه تحت تأثیر ماجرای غم‌انگیز ناخوشی قرار می‌گیرند. تمرکز اصلی این کتاب روی خانواده است چراکه در اغلب اوقات این خانواده است که از فرد در حال مرگ مراقبت می‌کند و بیش از دیگران، تحت تأثیر فقدان آتی وی قرار می‌گیرد.

مراقبت از خانواده و سوگ خانواده

۱

تجربه یک ناخوشی تهدیدکننده حیات هم برای بیمار و هم برای کسانی که از او مراقبت می‌کنند و در سوگ و پریشانی روان‌شناختی مربوط به آن سهیم هستند منشأ استرس زیادی است. وقتی که فردی به سرطان پیشرفته یا دیگر ناخوشی‌های پیش‌رونده مبتلا می‌شود، اغلب خانواده است که نقش اول مراقبت از او را به عهده می‌گیرد که این نقش در طی مراقبت تسکینی پررنگ‌تر نیز می‌شود. در سال‌های اخیر بسیاری بر این باور تأکید کرده‌اند که مراقبت از یک بیمار مبتلا به سرطان باید شامل مراقبت از کل خانواده او باشد. لدربرگ از این باور فراتر رفته و اعضای خانواده این بیماران را به‌عنوان «بیماران مرتبه دوم» در نظر گرفته است (ریت و لدربرگ ۱۹۸۹). این توجه به خانواده در طی پنجاه سال اخیر، یعنی از زمانی که گروه ساترلند برای نخستین بار سرطان را در بافتار خانواده توصیف کرد و موجب جلب توجه نسبت به تعامل صمیمانه رنج شد، گسترش چشمگیری پیدا کرده است (ساترلند ۱۹۵۹). پویش مراقبت تسکینی از یک طرف مراقبت خانواده‌محور را مطلوب تلقی کرده و خواهان آن بوده و از سوی دیگر با مشکلاتی در طراحی الگوهای عملی مؤثر در این زمینه مواجه بوده است.

سرطان به طور قطع بر کل خانواده تأثیر می‌گذارد. از وقتی که مراقبت به‌صورت چشمگیری به درون خانه انتقال پیدا کرده، نقش مراقبان خانوادگی نیز پررنگ‌تر شده است. در ۷۰ درصد از موارد مراقبت اصلی از بیمار را همسر، در ۲۰ درصد از موارد فرزندان (اغلب دخترها و عروس‌ها) و در تقریباً ۱۰ درصد از موارد هم‌دوستان یا خویشاوندان دورتر به عهده می‌گیرند (گیون و گیون ۱۹۸۹؛ فرل و همکاران، ۱۹۹۱). خواه شما از چنین

بیماری مراقبت کنید و خواه فقط با او زندگی کنید، پریشانی ناشی از سرطان شبکه پیچیده‌ای از وابستگی درون‌خانوادگی را منعکس می‌کند. یک الگوی مراقبتی خانواده‌محور لازمه‌ای ضروری برای مراکز خدمات‌رسانی‌ای است که به دنبال رفع نیازهای بیماران و خانواده‌هایشان و همچنین ادامه حمایت از آنها تا زمان داغ‌دیدگی هستند.

به‌منظور دستیابی به این مهم، ما هم به روش‌های نظری و هم به روش‌های عملی طبقه‌بندی خانواده‌ها نیاز پیدا می‌کنیم تا بتوانیم تلاش‌ها و ممارست‌های خود در امر مداخله را به درستی هدایت کنیم. بررسی تاریخی رویکردها نسبت به طبقه‌بندی خانواده‌ها، رویکردی را نشان می‌دهد که در آن طبقه‌بندی خانواده‌ها بر اساس وهله‌ای از ناخوشی که لازم است راجع به آن گفتگو صورت بگیرد ایجاد شده است (جیاکیتتا ۱۹۷۷؛ نورثوس ۱۹۸۴). در واقع در این رویکرد، میزان درگیر شدن خانواده به مرحله بیماری عضو بیمار بستگی دارد؛ به عبارت دیگر بر اساس این رویکرد بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته‌ای که مراقبت تسکینی دریافت می‌کنند نسبت به بیمارانی که در مراحل اولیه بیماری هستند، به حمایت بیشتری نیاز دارند. البته نکته‌ای که در اینجا وجود دارد آن است که این رویکرد طبقه‌بندی به انتخاب مداخله کمکی نمی‌کند. یک رویکرد دیگر طبقه‌بندی بر مرحله تحولی خانواده در چرخه زندگی کلی آن تمرکز دارد (کارتز و مک‌گلدریک ۱۹۸۰؛ آیزنبرگ و همکاران، ۱۹۸۴). به عبارت دیگر در این رویکرد، نیازمندی‌های خانواده‌هایی که فرزندان کوچک دارند متفاوت از خانواده‌هایی است که فرزندان بزرگسال دارند. این موضوعی است که هر الگوی مداخلاتی با هر نوعی از محتوا باید به آن توجه کند. رویکرد سومی نیز وجود دارد که بر نیازهای خانواده یا مسائلی که بر آن تحمیل می‌شود تأکید دارد (کاسیلث و همیلتون ۱۹۷۹؛ آدامز-گرینلی و موینهانس ۱۹۸۳؛ بلاگلس ۱۹۹۱). این رویکرد با اینکه محتوای ملاقات‌های خانواده را نیز هدایت می‌کند اما در زمینه الگوی مداخلاتی، چیزی فراتر از شناسایی نیازهای اطلاعاتی و عملیاتی ارائه نمی‌دهد.

به‌علاوه هیچ‌کدام از این روش‌های طبقه‌بندی، پیامد روانی-اجتماعی را پیش‌بینی نکرده‌اند درحالی‌که این موضوع یکی از جنبه‌های کلیدی در هر برنامه درمانی است. توجه پژوهشی به کارکرد خانواده، موجب پدیدار شدن یک روش بالینی مفید می‌شود که روی بهزیستی روانی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد. مشاهده چگونگی کارکرد خانواده