

Exploring the Experience of Grief in Organ Donor Families

Yazdan Karimi Monjarmooei 

PhD Candidate in sociology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd . Iran.

Seyed Alireza Afshani  *

Professor of Sociology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd. Iran.

Ali Ruhani 

Associate Professor of Sociology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd. Iran.

Mohamad Mobaraki 

Assistant Professor of Sociology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan. Iran

Ahmad Kalateh Sadati 

Associate Professor of Sociology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd. Iran

Abstract

Grief is a complex set of emotions, thoughts, and behaviors that individuals experience in response to loss or the threat of loss. One of the most significant contexts in which grief is commonly experienced is within the family, suggesting that grief is a fundamentally familial phenomenon. Accordingly, this study aimed to explore the experience of grief in organ donor families. Employing a qualitative approach based on Moustakas's transcendental phenomenological method, the study involved 17 organ donor families selected through purposive sampling. Data collection utilized in-depth interviews. The gathered data were analyzed under two main themes and six subthemes. These themes and subthemes encompass: Experience of Grief (normal grief, psychosomatic grief, and complicated grief) and Adaptive strategies

* Corresponding Author: afshanalireza@yazd.ac.ir

How to Cite: Barzideh, M., Barzideh, M., Barzideh, M. (2025). Exploring the Experience of Grief in Organ Donor Families, *Quarterly Journal of Social sciences*, 31(107), 43-88. DOI: 10.22054/qjss.2025.79978.2791

for the experience of grief (emotional self-regulation, spiritual self-care, sense of aliveness, family empathy, commemorative therapy, and family support). Results indicated that grief is a complex process, and organ donor families experienced it at varying levels. These differing levels had distinct physical and psychological consequences for family members. In adapting to grief, donor families were able to adjust by resorting to spirituality, expressing empathy and compassion with other families, controlling their emotions and affect, receiving emotional support from their own families, obtaining positive feedback, and participating in celebratory and appreciative ceremonies.

Keywords: Organ Donor Family, Grief, Grief Experience, Spiritual Self-Care, Sense of Aliveness.

Extended Abstract

Introduction

One of the most significant crises a person can face in life is the loss of a family member. Often, the death of a family member causes severe distress in other family members and also leads to a series of physical and psychological reactions. It also affects their social relationships and significantly reduces their safety status, posing challenges to the health of the deceased's families in the short or long term. If, in these circumstances, the necessary resources for adaptation and adjustment to the new situation and understanding the absence of the deceased are not available, it can cause irreparable damage to the family system. This process, by which a family must adapt to a new reality in which the deceased individual is absent, is introduced as grief. Grief is typically a collection of emotions, thoughts, and behaviors that individuals experience when they lose or are threatened with loss. Furthermore, different individuals accept the reality of loss, grief, and its consequences in various ways. The cause of death has always been recognized as a factor in the grief reaction, and the relationship between the type of death and the relative degree of intensity of grief reactions is an important issue. One type of death that some families, especially organ donor families, have experienced is sudden and unexpected death, which leads to more intense reactions in families. These families undergo a unique grief experience, and the knowledge they possess is key to awareness and education about the experience of organ donation, and until the importance of the experience and how to cope with grief in these families is fully understood, their experience of grief cannot be grasped. Therefore, the present study is designed using phenomenology to understand the nature of and increase awareness of the experiences of donor families regarding how they experience grief and how to cope with it.

Literature Review

In the field of grief experience, the theories of Kübler-Ross (2014) and Worden (2018) are noteworthy. Kübler-Ross identified five common stages of grief in all types of mourning, which are: 1) Shock and Denial; 2) Anger and Rage; 3) Bargaining; 4) Depression; 5) Acceptance. Another important theory in the area of grief experience is Worden's theory. According to Worden, the mourning processes

should be examined within the following framework: 1) Accepting the reality of the loss; 2) Processing the pain of grief; 3) Adjusting to a world without the deceased; and 4) Finding a way to remember the deceased while continuing with one's life. Worden believes that grief and sorrow processes are influenced by seven moderators: kinship, the nature of the attachment, the manner of death, historical background, social variables, personality variables, and concurrent losses and stressors.

Namvaran Garmi et al. (1402) in "A Phenomenological Description of Daughters' Grief Reactions to the Loss of a Father" indicated that daughters experienced fathers' grief reactions as primary reactions (shock, outburst, and confusion) and persistent reactions (sadness and adjustment).

Qomi et al. (1401) in "A Comprehensive Meta-Analysis of Psychological Grief Disorder in Iran" examined psychological methods for treating grief and showed that cognitive-behavioral interventions with an Islamic approach, group cognitive-behavioral therapy, and Islamic grief therapy had the most significant impact on grief treatment, while meaning-centered therapy, quality of life improvement-based therapy, and music therapy had the least impact on grief treatment.

Gates et al. (2024) addressed "Pediatric Death and Family Organ Donation: Grief Support Services in a Pediatric Health System." Results indicated that religious support, music therapy, participation in celebrations, communication with healthcare providers, connecting with extended families, and social networks can act as tools to reduce grief.

Pleiter (2022) investigated "The Role of Organ Donation in Helping Family Members Cope with Grief." Results showed that all family members, in their efforts to cope with the loss of loved ones, experienced a combination of intense emotions such as loneliness, hurt, fear, guilt, and numbness. Although they considered consenting to organ donation as a positive experience, the extent to which organ donation helped family members reduce grief varied.

Method

This research, aiming to "understand the lived experiences" of organ donor families, utilized Moustakas' (1994) transcendental

phenomenology methodology within a qualitative approach. In the first stage, after formulating the problem and research question, the necessary philosophical and phenomenological assumptions were presented. In the second stage, purposive and criterion sampling was used to select participants, as in phenomenological studies, participants must have lived the phenomenon under study (the experience of organ donation from a brain-dead patient) and possess the physical and psychological ability to participate in interviews and have sufficient time for discussion. The third stage involved data collection through in-depth semi-structured interviews, which stopped after conducting 17 interviews and reaching theoretical saturation. In the fourth stage (data analysis), interviews were first entered into the Maxqda software and converted to text, and then studied multiple times. Subsequently, important statements were extracted, the horizonizing process was performed, and the meanings of each statement were formulated and categorized to ultimately arrive at the main themes. The quality of the research was assessed based on Lincoln and Guba's four criteria (credibility, dependability, transferability, and confirmability), and ethical considerations, including obtaining informed consent and deleting recorded files after transcribing the texts, were observed.

Results

The collected data were analyzed in the form of two main themes and six sub-themes. The main themes and sub-themes include: The experience of grief (normal grief, psychosomatic grief, and complicated grief) and adaptive strategies in the experience of grief (emotion self-control, spiritual self-care, re-living, family empathy, memorial therapy, and family support). The results showed that grief is a complex process, and organ donor families experienced it at different levels. These different levels had different physical and psychological consequences for family members. Donor families also adapted to grief by resorting to spirituality, expressing empathy and compassion with other families, controlling their emotions and feelings, as well as receiving emotional support from their families and positive feedback, and participating in celebration and appreciation ceremonies.

واکاوی تجربه سوگ در خانواده‌های اهداکننده عضو

دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد،
یزد، ایران

یزدان کریمی منجرموئی 

استاد گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد،
ایران

سید علیرضا افشانی * 

دانشیار گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد،
ایران

علی روحانی 

استادیار گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه بوعلی، همدان، ایران

محمد مبارکی 

دانشیار گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد،
ایران

احمد کلاته ساداتی 

چکیده

پژوهش حاضر باهدف واکاوی تجربه سوگ در خانواده‌های اهداکننده عضو انجام شد. پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و با روش پدیدارشناسی استعلایی موستاکاس انجام شده است. نمونه مورد مطالعه شامل ۱۷ خانواده اهداکننده عضو است که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و معیار به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از مصاحبه عمیق استفاده شده است. داده‌های گردآوری شده در قالب دو مضمون اصلی و شش خرده مضمون تحلیل شدند. مضامین اصلی و خرده مضمون‌ها عبارت‌اند از: تجربه سوگ (سوگ عادی، سوگ روان‌تنانه و سوگ پیچیده) و راهبرهای انطباقی در تجربه سوگ (خودکنترلی هیجان، خودمراقبتی معنوی، زنده‌انگاری، همذات‌پنداری خانواده، تجلیل درمانی و حمایت خانواده). نتایج نشان داد

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

* نویسنده مسئول: afshanalireza@yazd.ac.ir

که سوگ فرایندی پیچیده است و خانواده‌های اهداکننده عضو، در سطوح مختلفی آن را تجربه کرده‌اند و این سطوح متفاوت پیامدهای جسمی و روانی متفاوتی بر اعضای خانواده داشته است. خانواده‌های اهداکننده نیز در جهت انطباق با سوگ با توسل به معنویات و ابراز همدلی و همدردی با سایر خانواده‌ها و کنترل احساسات و عواطف خود و همچنین حمایت‌های عاطفی خانواده‌های خود و دریافت بازخوردهای مثبت و شرکت در مراسم جشن و قدردانی توانستند خود را با سوگ انطباق دهند.

کلیدواژه‌ها: خانواده اهداکننده عضو، سوگ، تجربه سوگ، خودمراقبتی معنوی، زنده‌انگاری.

مقدمه

یکی از بزرگ‌ترین بحران‌هایی که می‌تواند برای یک فرد در زندگی اتفاق بیفتد این است که یکی از اعضای خانواده‌اش را از دست بدهد. غالباً مرگ یکی از اعضای خانواده باعث ناراحتی شدید در سایر اعضای خانواده می‌شود و همچنین منجر به یک سری واکنش‌های جسمی و روحی می‌گردد و روابط اجتماعی آن‌ها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و وضعیت ایمنی آن‌ها را هم به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد و سلامتی خانواده‌های متوفی را در بازه زمانی کوتاه‌مدت و یا بلندمدت با مشکلاتی روبه‌رو می‌سازد (Li et al., 2023:2). اگر در این شرایط منابع لازم جهت تطبیق و سازگاری با وضعیت جدید و درک نبود متوفی وجود نداشته باشد ممکن است به سیستم خانواده آسیب جبران‌ناپذیری وارد کند. این فرایند که یک خانواده می‌بایست با واقعیت جدیدی سازگار شود که فرد متوفی در آن غایب می‌باشد را به‌عنوان سوگ معرفی می‌کنند (Pereira, 2018:225). سوگ دارای مؤلفه فردی و اثرات اجتماعی و فرهنگی می‌باشد بنابراین یکی از مهم‌ترین حالت‌هایی که در آن سوگ و اندوه ممکن است تجربه شود خانواده است و سوگ امری خانوادگی است (اسکویی و همکاران، ۱۴۰۰: ۳۰۴). سوگ یک تجربه اجتناب‌ناپذیر در زندگی هرکسی است. بااین‌حال، توانایی پذیرش سوگ از پذیرش غم تا پیامدهای شدید گسترش می‌یابد. سوگ معمولاً مجموعه‌ای از احساسات، افکار و رفتارهایی است که افراد در هنگام ازدست‌دادن یا تهدید به ازدست‌دادن تجربه می‌کنند. علاوه بر این، افراد مختلف واقعیت فقدان، سوگ و پیامدهای آن را به طرق مختلف می‌پذیرند (Shahini et al., 2022: 1).

علت مرگ همیشه به‌عنوان عاملی در واکنش سوگ شناخته شده است و ارتباط بین نوع مرگ و درجه نسبی در شدت واکنش‌های سوگ به‌عنوان موضوع مهمی مطرح می‌باشد (اسماعیل‌پور و همکاران، ۱۳۹۳: ۲۶۴). یکی از انواع مرگ که برخی خانواده‌ها به‌ویژه خانواده‌های اهداکننده عضو آن را تجربه کرده‌اند مرگ ناگهانی و غیرمنتظره است که منجر به واکنش‌های شدیدتری در خانواده‌ها می‌شود. بنابر تحقیقات انجام‌شده تعداد زیادی از اهداکنندگان عضو افرادی هستند که به دلیل جراحات تصادفی یا بیماری‌های

غیرقابل پیش‌بینی دچار مرگ ناگهانی و مرگ مغزی شده‌اند و جان خود را از دست داده‌اند که این امر منجر به واکنش شدیدتری در خانواده‌های اهداکننده عضو شده است (Xie, 2022: 2). راجع به تجربه سوگ در خانواده‌های اهداکننده عضو دو ادعا مطرح می‌باشد. یکی اینکه اهدای عضو ممکن است به دلیل ماهیت نوع‌دوستانه اهدا، احساس آرامش و آسایش را برای خانواده اهداکننده به ارمغان بیاورد و میزان سوگ آن‌ها را کاهش دهد و تأثیر مثبتی بر روند سوگواری این خانواده‌ها داشته باشد و ادعای دوم اینکه اهدای عضو ممکن است هیچ تأثیری بر روند سوگواری نداشته باشد. باین حال، اتفاق نظر وجود دارد که اهدای عضو، یک تجربه ناراحت‌کننده برای خانواده‌های سوگمند ایجاد می‌کند که ممکن است توانایی‌های سوگواری یا تصمیم‌گیری آن‌ها را مختل کند (Lopez, 2023:2). ادبیات مربوط به تجربه خانواده‌های اهداکننده عضو را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد: تجربیات خانواده‌ها با اهدای اعضای بستگان، عوامل مؤثر بر تصمیم خانواده برای اهدای عضو و تجربیات پرستاران از اهدای عضو. مطالعات تحقیقاتی که بر تجربیات خانواده‌ها در مورد اهدای عضو متمرکز است، چگونگی پردازش اطلاعات و برخورد خانواده‌ها با ازدست‌دادن عزیز خود را مورد بررسی قرار می‌دهند اما در این نوع مطالعات، تحقیقات نسبتاً کمی در مورد تجربه سوگ و نحوه کنار آمدن یا سازگاری با آن در خانواده‌های اهداکننده وجود دارد. از آنجا که حساسیت فرهنگی همچون حفظ یکپارچگی بدن و انگ اجتماعی در سطح جامعه نسبت به اهدای عضو وجود دارد نحوه مواجهه با سوگ را در خانواده‌های اهداکننده خاص نموده است (Xie, 2022: 2) این خانواده‌ها تجربه‌ای منحصربه‌فرد از سوگ را تجربه می‌کنند و دانشی که دارند کلید آگاهی و آموزش در مورد تجربه اهدای عضو است و تا زمانی که اهمیت تجربه و نحوه مواجهه با سوگ در این خانواده‌ها به‌طور کامل شناخته نشود، نمی‌توان به چگونگی تجربه آن‌ها از سوگ دست یافت؛ بنابراین مطالعه حاضر با روش پدیدارشناسی برای درک ماهیت و افزایش آگاهی از تجربیات خانواده‌های اهداکننده از چگونگی تجربه سوگ و همچنین نحوه کنار آمدن با آن طراحی شده است.

پیشینه پژوهش

تحقیقات تجربی در راستای موضوع مورد پژوهش می‌تواند به‌عنوان منبع با ارزشی در پیشبرد، هدایت و همچنین ارائه تصویری کلی از موضوع مورد نظر باشند. لذا در این پژوهش سعی شده است پژوهش‌هایی که در حیطه موضوع مورد بررسی می‌باشند ارائه گردند.

ناموران گرمی و همکاران (۱۴۰۲) در «توصیف پدیدارشناسانه واکنش‌های سوگ دختران به فقدان پدر» نشان دادند که دختران واکنش‌های سوگ پدر را به‌صورت واکنش‌های ابتدایی (شوگ، برون‌ریزی و آشفتگی) و واکنش‌های پایدار (اندوه و سازگاری) تجربه کرده بودند. قمی و همکاران (۱۴۰۱) در «فرا تحلیل جامع روان‌شناختی اختلال سوگ در ایران» به بررسی روش‌های روان‌شناختی درمان سوگ پرداختند و نشان دادند که مداخلات شناختی-رفتاری با رویکرد اسلامی، درمان شناختی-رفتاری گروهی و سوگ درمانی اسلامی بیشترین تأثیر را در درمان سوگ و معنادرمانی، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و موسیقی درمانی کمترین تأثیر را در درمان سوگ داشتند. اسکویی و همکاران (۱۴۰۰) در «ماندن در سوگ: مطالعه پدیدارشناختی تجربه سوگ نابهنجاری بعد از مرگ عضوی از خانواده» به شناسایی مکانیسم‌های روان‌شناختی (هنجاری، رفتاری و شناختی)، زمینه‌های خانوادگی، زمینه‌های شخصی و زمینه‌های نگرشی سوگ پرداختند. مهدیون و همکاران (۱۳۹۸) در «بررسی سلامت روان‌شناختی خانواده افراد دچار مرگ مغزی و اهداکنندگان عضو در استان همدان» نشان دادند که در این خانواده‌ها، میزان اضطراب و سوگ در حد متوسط بود و اگر بیمار مرگ مغزی جوان بود میزان سوگ خانواده‌ها بیشتر می‌شود و همچنین دریافتند که بعد از گذشت چندین سال برخی از آن‌ها هنوز سوگ را تجربه می‌کنند و نیاز به مراقبت‌های روان‌شناختی دارند. توکلی و همکاران (۱۳۸۴) در «مقایسه افسردگی و شاخص‌های رضایت‌مندی در خانواده‌های دارای فرد فوت‌شده مرگ مغزی در دو گروه اهداکننده و غیر اهداکننده اعضا» نشان دادند که تفاوت میزان افسردگی بین دو خانواده اهداکننده و غیر اهداکننده

معنی‌دار نبوده است اما پدیده اهدای عضو در کاهش غم و اندوه خانواده‌های اهداکننده مؤثر بوده است. گیتز و همکاران (۲۰۲۴) به «مرگ کودکان و اهدای اعضای خانواده: خدمات حمایتی سوگ در یک سیستم سلامت کودکان» پرداختند. نتایج نشان دادند که حمایت مذهبی، موسیقی درمانی، شرکت در جشن‌ها، ارتباط با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، برقراری ارتباط با خانواده‌های گسترده و شبکه‌های اجتماعی می‌توانند به‌عنوان ابزاری جهت کاهش سوگ عمل کنند. دایلو و همکاران (۲۰۲۳) در مطالعه «درک چالش‌های خانواده‌های اهداکننده متوفی و ابزارهای مدیریت غم و اندوه پس از اهدای عضو: کاوش کیفی گروه‌های حمایت از غم و اندوه خانواده اهداکننده» نشان دادند که خانواده‌های اهداکننده در سه سطح فردی، سازمانی و اجتماعی با چالش‌هایی از قبیل احساس گناه، یا آرزوی انجام کارهای بیشتر برای جلوگیری از مرگ عزیزان، در سطح سازمانی، چالش‌های عاطفی (مانند عصبانیت، خستگی) ناشی از مشارکت در دادرسی‌های مربوط به مرگ عزیزانشان و تعامل با مؤسسات پزشکی و قانونی و در سطح اجتماعی - فرهنگی شامل فشار اجتماعی برای عبور از سوگواری و ازدست‌دادن علاقه به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی مواجه بودند. آن‌ها همچنین دریافتند که خانواده‌ها جهت مدیریت سوگ راهکارهای زیر را استفاده می‌کردند: مشارکت در فعالیت‌های خودمراقبتی، اجازه دادن به خود برای سوگواری، شناخت نشانه‌های عزیزان، تمرین بخشش، تعیین مرزهای بین فردی، حفظ ارتباطات مثبت، استفاده از حمایت اجتماعی و یادآوری عزیزان از طریق فعالیت‌های خانوادگی و اجتماعی. پلی‌تر (۲۰۲۲) به «نقش اهدای عضو در کمک به اعضای خانواده برای مقابله با اندوه» پرداختند. نتایج نشان داد که همه اعضای خانواده در تلاش برای مقابله با ازدست‌دادن عزیزان، ترکیبی از احساسات غم و اندوه شدید مانند تنهایی، آسیب، ترس، احساس گناه، بی‌حسی را تجربه کردند و اگرچه رضایت دادن به اهدای عضو را به‌عنوان یک تجربه مثبت تلقی می‌کردند، اما میزان کمک اهدای عضو به اعضای خانواده در کاهش غم و اندوه متفاوت بود. بجلاند و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه «مروری سیستماتیک در بهبود تجربه خانواده پس از رضایت برای اهدای عضو متوفی»

نشان دادند که درک عواملی که بر عواقب عاطفی تأثیر می‌گذارد می‌تواند به کارکنان کمک کند تا از اختلال استرس پس از سانحه و غم و اندوه پیچیده خانواده‌های اهداکننده جلوگیری کنند و خانواده‌ها نیز جهت مدیریت سوگ خواهان حمایت بیشتر در ماه‌ها و سال‌های پس از تصمیم اهدا بودند. تیرگاری و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه «رابطه واکنش سوگواری با اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی در خانواده‌های اهداکننده عضو در ایران» نشان دادند که خانواده‌های اهداکننده سطوح متوسطی از سوگ، افسردگی و PTSD را پس از اهدای عضو تجربه کردند و بین سوگ، افسردگی و PTSD همبستگی معنی‌دار وجود داشت که نشان می‌دهد که متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باید این خانواده‌ها را از نظر پیامدهای روان‌شناختی عاطفی بالقوه ارزیابی کنند، حمایت عاطفی و عملی برای کاهش افسردگی و PTSD آن‌ها ارائه دهند و در فرآیند سوگ به آن‌ها کمک کنند. همچنین حمایت خانواده کمک‌کننده‌ترین عامل در مواجهه با سوگ بود و به دنبال آن حمایت دوستان و سپس اعتقادات مذهبی و فرهنگی قرار داشت.

با مرور پیشینه‌های داخلی در زمینه سوگ، مطالعات متعددی این موضوع را در جنبه‌های مختلف و با دو رویکرد کمی و کیفی موردبررسی قرار داده بودند اما پژوهشی که به‌صورت خاص تجربه سوگ در بین خانواده‌های اهداکننده عضو را موردبررسی قرار داده باشد و آگاهی عمیقی از آن ارائه کرده باشد یافت نگردید. در پژوهش‌های خارجی این موضوع در خانواده‌های اهداکننده موردبررسی قرار گرفته است اما پژوهشی که تجربه سوگ و نحوه سازگاری با سوگ را در انواع آن موردبررسی قرار داده باشد و همچنین با روش پدیدارشناسی انجام‌شده باشد یافت نشد، بنابراین این پژوهش تلاش دارد تا تجربه سوگ را در خانواده‌های اهداکننده عضو و با روش پدیدارشناسی مورد تحلیل قرار دهد و خلأ پژوهشی موجود را تا حدودی پوشش دهد.

چارچوب مفهومی

در زمینه تجربه سوگ نظریات کوبلر راس (۲۰۱۴) و وردن (۲۰۱۸) قابل توجه می‌باشند. کوبلر راس پنج مرحله متداول سوگ را در همه انواع سوگواری شناسایی کرد که

عبارت‌اند از: ۱- شوک و انکار: در این مرحله نزدیکان متوفی دچار شوک می‌شوند و واقعیت مرگ عزیز خود را انکار می‌کنند. ۲- خشم و عصبانیت: در این مرحله مرگ و احساس فقدان افراد را دچار عصبانیت می‌کند. ۳- معامله یا چانه‌زنی: در این مرحله که یک موضع انفعالی می‌باشد فرد به چانه‌زنی می‌پردازد و هنوز واقعیت مرگ را نپذیرفته است. ۴- افسردگی: در این مرحله فرد دچار ناامیدی می‌شود و افسرده می‌شود و علائمی همچون گوشه‌گیری، کندی روانی - حرکتی، اختلالات خواب، ناامیدی و احتمالاً افکار خودکشی در فرد ظهور می‌کند. ۵- پذیرش: در این مرحله فرد در می‌یابد که مرگ غیرقابل اجتناب است و برای همه اتفاق می‌افتد و راه گریزی از آن نیست (اسکویی و همکاران، ۱۴۰۰: ۲۹).

یکی دیگر از نظریه‌های مهم در زمینه تجربه سوگ، نظریه وردن می‌باشد. به عقیده وردن فرآیندهای سوگواری را باید در چهارچوب زیر مورد بررسی قرار داد. (۱) پذیرش واقعیت ازدست‌دادن (۲) پردازش درد غم (۳) سازگاری با دنیای بدون متوفی (۴) یافتن راهی برای یادآوری متوفی درحالی که به زندگی خود ادامه می‌دهیم. وردن اظهار می‌دارد که پذیرش واقعیت فقدان مستلزم اذعان به این است که یکی از عزیزان فوت کرده است، زیرا حتی اگر درک شناختی از فقدان وجود داشته باشد، ممکن است سوگوار همچنان در حال انکار باشد؛ بنابراین، او استدلال می‌کند که سوگواران باید کاملاً بپذیرند که مرگ اتفاق افتاده است و شروع به تطبیق با زندگی بدون عزیزان خود کنند. تفسیر وردن از پردازش درد غم و اندوه همراه با فقدان، درک این موضوع است که همه احساسات ابرازشده یا درونی شده معتبر هستند. سومین گام او برای تطبیق با دنیای بدون متوفی، سازگاری با واقعیت جدید پس از از دست دادن است، زیرا سوگواران رابطه خود را با متوفی و اینکه چگونه فقدان بر جنبه‌های زندگی بیرونی، درونی و معنوی آن‌ها تأثیر گذاشته است را بازگو می‌کنند. تعدیل‌های بیرونی شامل مسئولیت‌های جدید و توسعه مهارت‌های سازگاری مجدد با زندگی است، تعدیل‌های درونی بر احساس فرد تأثیر می‌گذارد و تعدیل‌های معنوی با تأثیر مرگ بر ارزش‌های اصلی و سیستم‌های اعتقادی فرد مرتبط است.

درنهایت، یافتن راهی برای یادآوری متوفی، از طریق ایجاد روابط و اهداف جدید و درعین حال حفظ ارتباط با عزیزان متوفی، تجربه رضایت جدید در زندگی و بازتعریف مثبت خود پس از ازدست دادن اتفاق می افتد. همراه با این وظایف، ملاحظات اجتماعی بر واکنش های سوگ تأثیر می گذارد که می تواند مانع یا تسهیل درمان شود (Sawyerr, 2023: 24).

وردن معتقد است که فرآیندهای غم و اندوه تحت تأثیر هفت مراقبه قرار می گیرند: خویشاوندی، ماهیت دلبستگی، نحوه مرگ، سوابق تاریخی، متغیرهای اجتماعی، متغیرهای شخصیتی و ضررهای هم زمان و عوامل استرس زا. خویشاوندی رابطه بین افراد داغدار و متوفی را تعریف می کند و حیاتی است زیرا هر چه پیوند نزدیک تر باشد، غم و اندوه بیشتر می شود. ماهیت دلبستگی بستگی به سن، جنسیت، سبک های مقابله ای و سیستم های اعتقادی دارد که با توجه به وضعیت رابطه قبل از ازدست دادن متفاوت است. نحوه مرگ یک عامل تعیین کننده مهم در سوگ است و تلفات غیرمنتظره یا انگ می تواند به دلیل ضربه روحی، تغییر ناگهانی در شرایط زندگی و چالش های باورهای مذهبی و جهان بینی، تأثیر نامطلوبی بر سوگواران بگذارد (Worden, 2018: 10).

همچنین، بررسی مرگ و میر قبلی و تلفات غیر از مرگ زمینه بهتری را برای راهبردهای مقابله ای فراهم می کند و نشان می دهند که چگونه مسائل حل نشده ممکن است غم و اندوه را تشدید کند و بینشی در مورد چگونگی بهترین کمک به افراد داغدیده ارائه می دهد. بسط فرهنگ، مذهب و حمایت درک شده توسط سوگواران بر بیان غم و اندوه تأثیر می گذارد و بسته به اینکه آیا رفتارهای سوگواری با پارادایم های مورد انتظار همسو باشد یا خیر، با احساسات اعتبار یا ناامیدی مرتبط است (Bordere, 2016: 15). به همین ترتیب، مرگ یکی از عزیزان می تواند تأثیری موج دار بر خانواده داشته باشد، زیرا اگر متوفی نان آور اصلی خانه بود یا مسئولیت های مراقبتی داشت، زیان ها یا عوامل استرس زا ممکن است شامل مشکلات مالی یا ناامنی مسکن باشد. این تغییرات تغییردهنده زندگی می تواند سوگواران را در موقعیت های فقیرانه رها کند یا از طریق استقلال جدید انگیزه

ایجاد تغییرات مثبت کند؛ بنابراین، کاوش مراقبه در ارزیابی عوامل متعدد در سوگ پیچیده و ارائه نقاط تمرکز برای کاهش موانع درمان و پذیرش ازدست‌دادن سودمند است. پس از فقدان، سوگواران اغلب دچار شوک یا ناباوری از وقوع مرگ می‌شوند یا وانمود می‌کنند که مرگ اتفاق نیفتاده است. با این حال، با پیروی از وردن، سوگواران باید واقعیت ازدست‌دادن را بپذیرند که شامل شرکت در مراسم خاکسپاری و پذیرش می‌باشد. اینکه چقدر این فقدان در زندگی آن‌ها مهم خواهد بود یکی دیگر از جنبه‌های مهم شامل شرایط ازدست‌دادن است. به عنوان مثال، هنگامی که مرگ غیرمنتظره یا انگ رخ می‌دهد، مانند موارد خودکشی، قتل، یا مصرف بیش از حد مواد مخدر، عوامل اجتماعی می‌توانند روند سوگواری را پیچیده کنند که منجر به بی‌اعتمادی و گوشه‌گیری می‌شود. سازگاری با دنیای بدون متوفی بسته به نوع رابطه و تأثیری که متوفی در زندگی آن‌ها داشته است، می‌تواند برای سوگواران تعبیر مختلفی داشته باشد. این تعدیل‌ها در یک دوره طولانی اتفاق می‌افتند و می‌توانند نیاز به تعدیل‌های درونی، بیرونی و معنوی داشته باشند. تنظیمات بیرونی و محیطی وردن شامل تغییر پویایی خانواده و پیکربندی مجدد نقش‌ها و مسئولیت‌ها است. علاوه بر این، تعدیل‌های درونی او شامل ارزیابی‌های خود برای کشف و بازتعریف خود بدون متوفی است. در نهایت، او بیان می‌کند که مرگ می‌تواند دیدگاه‌های معنوی را تغییر دهد و سوگواران را وادار می‌کند که ایمان خود را زیر سؤال ببرند و زندگی و هدف خود را پس از ازدست‌دادن دوباره ارزیابی کنند (Sawyer, 2023: 36-38).

وردن دو نوع سوگ را از هم متمایز می‌کند. سوگ اول سوگ بهنجار است. این سوگ واکنشی است به مرگ یکی از عزیزان با پاسخ‌های واضح در روزها و هفته‌های فوری پس از فقدان. پاسخ‌های عادی سوگ ممکن است شامل غم، گوشه‌گیری، اختلال خواب، مشکلات تمرکز و ازدست‌دادن اشتها باشد. این پاسخ‌های اولیه اغلب در عرض یک سال از بین می‌روند، زیرا عزاداران روال و فعالیت‌های خود را از سر می‌گیرند. سوگ نوع دوم سوگ پیچیده است. سوگ پیچیده یا نابهنجار، زمانی اتفاق می‌افتد که شدت غم و اندوه یا ماتم به سطحی می‌رسد که فرد را تحت فشار قرار می‌دهد و فرد را مجبور می‌کند

که یا بیش از حد در سوگ غرق شود، به رفتارهای ناسازگار متوسل شود، یا بدون پیشرفت سوگواری به سوی کامل شدن، بی‌وقفه در حالت اندوه باقی می‌ماند. علائم سوگ پیچیده عبارت‌اند از: اضطراب، جدایی اجتماعی، مشکلات پذیرش ازدست‌دادن، اختلال در هویت و ازدست‌دادن اعتماد به دیگران. این وضعیت پایدار می‌تواند به دلیل ناتوانی و عدم سازگاری پس از مرگ، مشکل‌ساز باشد (Sawyer, 2023: 33).

روش

با توجه به اینکه هدف این پژوهش «فهم تجارب زیسته» می‌باشد از روش پدیدارشناسی استعلایی موستاکاس (۱۹۹۴) (کرمی‌قهی، ۱۴۰۱: ۴) در قالب رویکرد کیفی که هدف آن کشف معنا و قواعد کنش می‌باشد به عنوان روش‌شناسی پژوهش استفاده شده است. این پژوهش به روش موستاکاس انجام شد که دارای چندین مرحله است. در مرحله اول بیان مسئله و سؤال پژوهش تدوین می‌شود، سپس مفروضات فلسفی و پدیدارشناختی مطرح می‌شوند که در این پژوهش این مرحله رعایت شده است. دومین مرحله در پژوهش پدیدارشناسی، نمونه‌گیری می‌باشد. با توجه به اینکه در مطالعات پدیدارشناختی، همه مشارکت‌کنندگان باید پدیده مورد مطالعه را تجربه کرده باشند پژوهشگر از نمونه‌گیری هدفمند و معیار در این پژوهش استفاده کرده که در این نمونه‌گیری، خانواده‌های اهداکننده عضو به عنوان نمونه هدفمند انتخاب شده‌اند. همچنین معیار ورود اولیه مشارکت‌کنندگان در پژوهش عبارت بود از: ۱- تجربه اهدا از بیمار مرگ مغزی را داشته باشند. ۲- از اعضای خانواده بیمار مرگ مغزی اهداکننده باشند. ۳- به لحاظ جسمی و روانی توانایی شرکت در مصاحبه را داشته باشد. ۴- توانایی گفت‌وگو و فرصت کافی برای گفت‌وگو را داشته باشند. مرحله سوم گردآوری اطلاعات از مشارکت‌کنندگان می‌باشد. در روش پدیدارشناسی مصاحبه عمیق روشی غالب می‌باشد که در این پژوهش نیز از روش مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته استفاده گردید و جمع‌آوری اطلاعات بعد از ۱۷ مصاحبه که داده‌ها به اشباع رسیدند متوقف گردید. مرحله چهارم تحلیل داده‌ها است. در ابتدا کلیه مصاحبه‌ها در نرم‌افزار Maxqda وارد شدند و به متن تبدیل گردیدند و جهت درک و فهم کامل

تجارب و اظهارنظرهای مشارکت‌کنندگان متون چندین بار به‌طور کامل مورد مطالعه قرار گرفت. سپس اظهارات مهم استخراج گردید و فرایند افق‌سازی صورت گرفت و تلاش شد تا معانی هر عبارت یا اظهارنظرها درک، فرمول‌بندی و دسته‌بندی شود و به‌صورت مجموعه‌ای از مفاهیم و معانی درون خوشه‌هایی تحت عنوان واحدهای معنایی دسته‌بندی شوند و به مضامین یا تم‌های اصلی دست یابیم. در زمینه کیفیت پژوهش از چهار معیار لینکن و گوبا؛ باورپذیری (استفاده از روش مثلث‌بندی)، اطمینان‌پذیری (ارائه توضیح کافی در مورد فرایند جمع‌آوری و تحلیل)، انتقال‌پذیری (ارائه توصیف فرجه و پرمایه) و تصدیق‌پذیری (مقایسه یافته‌ها با پیشینه پژوهش) استفاده شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی نیز از مشارکت‌کنندگان جهت ضبط مصاحبه و محفوظ ماندن اطلاعات فردی رضایت‌نامه گرفته شد و همچنین پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، فایل‌های ضبط‌شده پاک شد.

یافته‌ها

جدول ۱. ویژگی‌های فردی مشارکت‌کنندگان

ردیف	نام مستعار مشارکت‌کنندگان	سن	نسبت با فرد اهداکننده
۱	یونس	۶۳	پدر
۲	علی	۴۸	برادر
۳	زهرا	۴۸	مادر
۴	عیدی محمد	۵۴	پدر
۵	رسول	۴۶	پدر
۶	مهرداد	۵۶	پدر
۷	فرنگیس	۴۳	مادر
۸	آریتا	۳۶	فرزند
۹	محمد	۵۴	پدر
۱۰	صدیقه	۶۴	مادر
۱۱	زهرا	۵۰	مادر
۱۲	یاسمن	۳۵	خواهر

ردیف	نام مستعار مشارکت‌کنندگان	سن	نسبت با فرد اهداکننده
۱۳	هاجر	۵۴	همسر
۱۴	زینب	۴۹	مادر
۱۵	مهشید	۵۰	مادر
۱۶	مونا	۲۲	فرزند
۱۷	نسرين	۵۲	مادر

خروجی نهایی تحلیل مصاحبه‌ها در قالب دو مضمون اصلی و نه خرده مضمون به شرح زیر تنظیم و مرتب شدند. این مضمون‌ها بیانگر و توصیف‌کننده مؤلفه‌ها و محورهای تجربه زیسته سوگ خانواده‌های اهداکننده عضو هستند.

جدول ۲. جدول مضامین اصلی و خرده مضمون‌ها

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مفاهیم
تجربه سوگ	سوگ عادی	ناراحتی، پذیرش، شوک، گریه، مرور خاطرات، اندوه، غمگینی، اعتراض به خدا، توجه به داستان‌ها، داد کشیدن، بی‌تابی، بی‌حسی، زار زار گریه کردن، رهایی و متصل بودن، زود بهبود یافتن، نوسان حضور و غیاب، زمان تسکین‌دهنده سوگ
	سوگ روان‌تانه	حالت کمرختی و بیماری، تپش قلب، سکنه کردن، از خود بی خود شدن، ضعف جسمانی، افسردگی شدید، استرس گرفتن، به هم ریختن تعادل روانی، عصبی شدن، پر خاشگیری، مشغولیت ذهنی، ایست قلبی، ترس، خستگی، اختلال در اشتها، مریض شدن
	سوگ پیچیده	اقدام به خودکشی، معتاد شدن، عدم باور به بهبودی روانی، باور ناپذیری، خاطره بازی و سواسی، مقاومت در درمان‌پذیری، تنهایی، آرزوی مرگ، به یاد متوفی غذا پختن، خریدن لباس مورد علاقه، گوشه‌نشینی، حسش کردن، جذابیت دیدار در آخرت، سر مزار نرفتن، وسایل یادگاری، تغییر ندادن چینش خونه، صحبت با ویرترین وسایل، حس گناه
راهنمای انطباقی در	خودکنترلی هیجانی	آرام بودن، درک عمیق موضوع، کنترل احساسات، گریه نکردن، تسلط بر خود، سرپا ایستادن، کنترل عصبانیت، سیگار کشیدن، سازش با تنهایی

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مفاهیم
تجربه سوگ	زنده‌انگاری	گم شدن نه مردن، زندگی در کالبدی دیگر، حی و حاضر بودن، زنده‌بودن، مرگ حیات‌بخش، تکرر جان، جان بخشیدن، احساس حاضر بودن، کنارم بودن، همه‌جا بودن
	همذات‌پنداری خانوادگی	دوست شدن، برقراری رابطه، یک خانواده شدن، احساس تعلق، تبدیل به عضوی از خانواده ما، دلداری دادن، شناختی طولانی از هم، احساس ارزشمندی، تسلی دادن، حمایت کردن، باهم بودن
	تجلیل درمانی	کار بزرگ، برخورد با عزت و شایسته دیگران، کار خارق‌العاده، واکنش‌های مثبت، تمجید، تشکر، قدردانی، دعوت به برنامه‌های تلویزیون، تحسین، تجلیل کردن، تقدیرنامه، خریدن دنیا و آخرت
	خودمراقبتی معنوی	نمازخواندن، زیارت عاشورا خواندن، شرکت در محافل قرآنی، باور به رضای خدا، توسل به ائمه، توکل کردن، دعا کردن، معامله با خدا
	حمایت خانواده	نزدیکی بیشتر، روابط بهتر، حمایت بیشتر، صحبت کردن، باهم بیرون رفتن، صمیمیت بیشتر، حمایت عاطفی فرزندان، تسلی دادن، مراقبت کردن، کمک کردن،

مضمون اصلی اول: تجربه سوگ

یکی از مضامین اصلی که می‌توان از مصاحبه‌های خانواده‌های اهداکننده عضو برداشت نمود تجربه سوگ می‌باشد. سوگ واکنش‌های شناختی، رفتاری، روانی و احساسی است که انسان در زمان تجربه وقایع تلخ و دردناک و فقدان از خود نشان می‌دهد. سوگ واکنش پیچیده‌ای است که پس از جدایی و مرگ یک عزیز به وجود می‌آید و تلاشی است در جهت برقراری پیوند مجدد و بهایی است که برای دوست داشتن پرداخته می‌شود؛ اما سوگ یک حالت ایستا نیست؛ بلکه در یک تجربه سوگ خود را آشکار می‌کند. این یک فرایند پیش‌رونده و تطوری در زمان است که فرد برای سازگاری و ادامه زندگی آن را طی می‌کند. تجربه سوگ معمولاً شامل مراحل مختلفی نظیر شوک اولیه و جستجو برای تکیه‌گاه، دوره تردید و سرگردانی، مرحله تطبیق و تصمیم‌گیری‌های دشوار و درنهایت بازسازی هویت و یافتن راه‌هایی برای ادامه زندگی است. این مسیر انطباقی، پیچیده و پویا،

معمولاً با گذشت زمان به کاهش شدت واکنش‌ها می‌انجامد. با این حال، ماهیت **تجربه سوگ** می‌تواند در افراد مختلف و موقعیت‌های متفاوت، شکل‌های گوناگونی به خود بگیرد. این مضمون اصلی دارای سه خرده مضمون (سوگ عادی، سوگ روان‌تانه و سوگ پیچیده) می‌باشد.

خرده مضمون اول: سوگ عادی

سوگ عادی یک واکنش طبیعی و متداول به ازدست‌دادن یک عزیز یا مواجهه با مرگ است. در سوگ عادی، فرد با واقعیتی بنیادین روبرو می‌شود: او دیگر در میان ما نیست. این فقدان، غالباً با شوک اولیه، انکار، گاهی خشم و اندوهی عمیق همراه است؛ اما وجه تمایز سوگ عادی در این است که فرد در نهایت قادر به کنار آمدن با واقعیت فقدان خواهد بود و به تدریج، جایگاه فرد ازدست‌رفته را در زندگی خود دگرگون می‌سازد. این به معنای فراموشی نیست، بلکه ادغام سازگارانه یاد و خاطره او در زندگی فرد است. سوگ عادی، فرایندی پویا و فعال است؛ یعنی شامل پردازش هیجانات، مرور خاطرات، تطبیق نقش‌ها و بازتعریف معنا در زندگی بدون حضور فیزیکی فرد متوفی است. این فرایند ممکن است شامل بازگشت‌های موقت به مراحل اولیه، یا تجربه‌ی احساسات ناگهانی و دشوار باشد، اما جهت کلی آن به سمت پذیرش و انطباق پیش می‌رود. در این نوع سوگ، ارتباط با فرد در گذشته از یک حضور فیزیکی به یک حضور نمادین تبدیل می‌شود. خاطرات به‌جامانده به فرد کمک می‌کنند تا این پیوند را حفظ کند، اما این حفظ پیوند مانعی برای حرکت به جلو و ساختن یک زندگی جدید نخواهد بود. زمان در این فرایند مهم است، با گذشت زمان، شدت درد کاهش یافته و فرد قادر می‌شود انرژی روانی خود را به سمت اهداف و روابط جدید هدایت کند.

یکی از مشارکت‌کنندگان در این زمینه بیان کرده که:

«داغ عزیز سخته، اما کم‌کم می‌تونم یاد بگیرم چطور با این درد زندگی کنی و دوباره خودت رو پیدا کنی»

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان نیز بیان کرده که:

«من تا چند هفته نمی‌تونستم خوب بخوابم و همش به دخترم فکر می‌کردم اما بعد از یک مدت خوب شدم»

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان نیز بیان کرده که:

«سخت بود، خیلی سخت. انگار تمام دنیا روی سرم خراب شده بود؛ اما خوب، بعد مدتی اون درد مثل اولش نبود و بهتر شدم»

خرده مضمون دوم: سوگ روان‌تنانه

گاهی، اندوه آن‌چنان در جان آدمی ریشه می‌دواند که از مرزهای ذهن و دل فراتر رفته و آرام‌آرام، خود را به تن می‌نمایاند. این همان سوگ روان‌تنی است؛ حالتی که در آن، کرختی، ضعف شدید، خستگی مفرط و اختلال در اشتها بروز می‌یابد. گویی رنج روح، ناگزیر از طریق جسم ابراز می‌شود و جدایی میان ذهن و تن، معنای خود را از دست می‌دهد. در این وضعیت، بدن به آینه‌ای بدل می‌شود که دردهای ناگفته‌ی درون را بازتاب می‌دهد. تپش قلب، استرس شدید، به‌هم‌ریختگی تعادل روانی و عصبی شدن، همگی فریادهای خاموش درون فرد هستند. گاهی عمق این درد به افسردگی شدید و بیماری جسمی می‌انجامد. این اتفاق، اغلب زمانی رخ می‌دهد که فرد فرصت یا جسارت پردازش عواطف عمیق خود را نیافته یا شدت غوغای درون، مجال ابراز احساسات را از او گرفته است. احساسات سرکوب‌شده، هنگامی که راهی برای رهایی نمی‌یابند، از طریق جسم خود را آشکار می‌کنند. این پدیده، صرفاً یک واکنش ساده نیست، بلکه چرخه‌ای تشدیدشونده را شکل می‌دهد. بیماری جسمانی که خود زاده سوگ است، به منبعی جدید برای اندوه تبدیل می‌شود؛ فرد علاوه بر غم از دست دادن اولیه، بار بیماری و محدودیت‌های جسمی را نیز به دوش می‌کشد. این فقدان مضاعف است: فقدان عزیز و فقدان سلامتی. در بدترین شرایط، این فشار می‌تواند حتی منجر به ایست قلبی یا سکته شود، زیرا جسم دیگر توان تحمل این بار سنگین احساسی را ندارد.

یکی از مشارکت کنندگان بیان کرده که:

«توی اورژانس احساس کردم ی طرف بدنم حالت کرختی داره ولی و به رو
نیاوردم که بعد نیز احساس کردم که ی گوشم و چشمم هم نه میشنوه و نه میبینه
نگو که اعصابم مشکل پیدا کرده بود که اینجوری شده بودم»

یکی دیگر از مشارکت کنندگان نیز بیان کرده که:

«شوهرم از داغ پسرم اینقدر ناراحت و افسرده شده بود که ایست قلبی کرد»

یکی دیگر از مشارکت کنندگان نیز بیان کرده که:

«وقتی رفت درد و غم نه فقط روحم بلکه تمام جسمم را هم گرفت، توی سینه/م
دردهایی روحس می کردم»

خرده مضمون سوم: سوگ پیچیده

سوگ پیچیده، حالتی از اندوه است که در آن، فرد قادر به پردازش طبیعی فقدان عزیزی نیست و زمان اندوه به شکلی غیرعادی طولانی می شود؛ این وضعیت، خود را در قالب تجربه های زیسته ای نشان می دهد که فرد را در زمان معلق نگه می دارد و مانع از پذیرش واقعیت فقدان می گردد. فرد به شدت به حفظ یاد و حضور عزیز از دست رفته می پردازد؛ این امر می تواند شامل خاطره بازی و سواسی، حفظ اشیاء و چیدمان منزل به همان شکل قبل یا حفظ فضای فیزیکی و حتی صحبت کردن با وسایل به عنوان جایگزینی برای ارتباط با فرد متوفی باشد. یکی از مشخصه های اصلی، باورناپذیری نسبت به فقدان و احساس گرفتار شدن در یک لحظه ای خاص از گذشته است که این وضعیت منجر به مقاومت در برابر درمان پذیری و ناتوانی در حرکت روبه جلو می شود. برای کنار آمدن با شدت غم، فرد ممکن است به سمت گوشه نشینی، انزوا و قطع ارتباط با دیگران کشیده شود؛ در موارد حادتر، این تلاش برای فراموشی درد می تواند به سمت اعتیاد یا اقدام به خودکشی سوق یابد. فرد ممکن است در جستجوی معنا برای فقدان باشد، مانند جذابیت دیدار در آخرت، اما اغلب با فقدان «چرایی» مرگ و ناتوانی در یافتن پاسخی برای سؤالات بنیادین روبرو

می‌شود که این می‌تواند منجر به احساس گناه شود. در نهایت، این وضعیت می‌تواند به ناامیدی عمیق، عدم باور به بهبودی روانی و آرزوی مرگ به‌عنوان راهی برای پایان دادن به رنج بیانجامد.

یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرده که:

«احساس بدی داشتم و می‌خواستم خودم رو از بین ببرم و دوست داشتم هرچه زودتر برم و دست به خودکشی هم زدم»

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان نیز بیان کرده که:

«من راضیم تمام ثانیه‌ها و ساعت‌ها که قراره زنده باشم رو خدا ازم بگیره و یک ساعت دیگه منو، مادرم، خواهرم، برادرم و پدرم کنار هم زندگی کنیم»

مضمون اصلی دوم: راهبردهای انطباقی با تجربه سوگ

هنگامی که افراد با فقدان عزیزی روبرو می‌شوند، اغلب با انبوهی از احساسات گوناگون مواجه می‌شوند. این احساسات می‌تواند شامل ناباوری اولیه، شوک، اندوهی عمیق، خشم نسبت به شرایط و حتی حس شدید تنهایی و انزوا باشد. باوجود این دشواری‌ها، انسان‌ها در مواجهه با چنین تجربه‌هایی، توانایی یافتن راه‌هایی جهت انطباق و ادامه دادن به زندگی را دارند. راهبردهای انطباقی، درواقع همان سازوکارهایی هستند که به افراد کمک می‌کنند تا در این مسیر پرفرازونشیب، خود را بازابند. این راهبردها، اغلب در بستر تعاملات انسانی شکل می‌گیرند؛ جایی که افراد می‌توانند درد دل خود را با دیگران در میان بگذارند، مورد حمایت و درک قرار گیرند و فضایی امن برای بروز و پذیرش احساساتشان بیابند. هدف این است که افراد بتوانند با احساسات پیچیده‌ی خود روبرو شوند، آن‌ها را بفهمند و به تدریج، راهی برای کنار آمدن با این فقدان پیدا کنند. این فرآیند کنار آمدن، به معنای فراموش کردن خاطرات یا بی‌اهمیت جلوه دادن آن‌ها نیست. بلکه به معنای یافتن راه‌هایی است که بتوان با یاد و خاطره‌ی عزیز ازدست‌رفته به زندگی ادامه داد. این راهبردها به افراد کمک می‌کنند تا بتوانند دوباره در مسیر زندگی گام بردارند، حتی اگر با تجربه اندوه

همراه باشد. در نهایت، این فرآیند باعث می‌شود که فقدان، به جای پایان داستان، به بخشی از روایت زندگی فرد تبدیل شود. این مضمون اصلی به شش خرده مضمون (خودکنترلی هیجانی، زنده‌انگاری، خودمراقبتی معنوی، تجلیل‌درمانی، همذات‌پنداری خانوادگی و حمایت خانواده) اشاره دارد.

خرده مضمون اول: خودکنترلی هیجانی

خودکنترلی هیجانی، راه‌اندازی، افزایش دادن، حفظ کردن و یا کاهش دادن هیجانات مثبت و منفی خود در پاسخ و متناسب با رخداد‌های محیطی است. به بیان دیگر خودکنترلی هیجانی فرآیندی منحصربه‌فرد و یگانه برای تعدیل تجارب هیجانی خود به منظور دستیابی به مطلوبیت اجتماعی و قرارگیری در یک وضعیت روانی و جسمانی آماده برای پاسخگویی مناسب به تقاضاهای درونی و بیرونی است. خودکنترلی هیجانی یک مهارت ارزشمند و ضروری است که به افراد کمک می‌کند تا بهترین واکنش‌ها را در مواجهه با احساسات مختلف خود انتخاب کنند. این مهارت به افراد کمک می‌کند تا احساسات خود را در مواجهه با موقعیت‌های فشاردهنده یا ناخوشایند به‌طور مؤثر مدیریت کنند.

یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرده که:

«زمانی که اقوام و دوستان برای عرض تسلیت می‌او مدن خونمون و می‌رفتند من جلوی در می‌ایستادم و آن‌ها را بدرقه می‌کردم و بقیه تعجب می‌کردند که چطوری این قدر آرام هستم»

یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرده که:

«من چون درک خوبی از اهدای عضو داشتم احساسات خودم را خیلی ابراز نمی‌کردم و کنترل می‌کردم خودم رو»

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان نیز بیان کرده که:

«دخترم دیگه برگشتی نداره من اگر صبح تا شب بهشت زهرا بشینم چه فایده؟ اون که برگشت نداره. ی سنگ سردی اینجاست و منم با اینکارم دخترم رو هم دارم

اذیت می‌کنم»

خرده مضمون دوم: زنده‌انگاری

زنده‌انگاری آن گونه که در زمینه‌ی اهدای عضو تجربه می‌شود، فراتر از یک سیستم اعتقادی انتزاعی یا پذیرش صرف واقعیت فقدان است. این پدیده، در اصل واقعیت احساس شده و زیسته شده حضور ادامه‌دار فرد متوفی است. در این تجربه، مرزهای معمول بین زندگی و مرگ که اغلب به صورت خطوطی نفوذناپذیر تصور می‌شوند، متخل و حتی قابل عبور می‌گردند. فرد از دست رفته، دیگر صرفاً در قلمرو خاطرات باقی نمی‌ماند، بلکه به عنوان حضوری فعال و پویا در زندگی جاری بازمانده، تجربه می‌شود. این حضور نه یک توهم یا انکار فقدان فیزیکی، بلکه درک عمیق تری از ادامه‌ی هستی است. این همان حسی است که مفاهیمی چون گم شدن نه مردن به آن اشاره دارند؛ یعنی فرد، از منظر شکل معمول حضور، ناپدید شده، اما به معنای مطلق کلمه، نیست نشده است. او به شکلی دیگر حاضر است. در مورد اهدای عضو، این مفهوم به شکلی ملموس تر و حیاتی تر تجلی می‌یابد. زندگی در کالبدی دیگر صرفاً یک استعاره نیست، بلکه تجربه‌ای زیسته است که در آن جوهر فرد اهداکننده، از طریق بخشیدن حیات، حضوری ملموس پیدا می‌کند. این جان بخشیدن، نه تنها یادبود فرد متوفی است، بلکه ادامه‌ی زنده‌ی اوست که از طریق وجود گیرنده‌ی عضو، حس می‌شود. این پدیده، تکثر جان را به تصویر می‌کشد؛ جایی که یک هستی واحد، قادر است در اشکال متعدد و در مکان‌های مختلف، به حیات خود ادامه دهد و به بازماندگان، حس کنارم بودن و همه جا بودن را القا کند.

یکی از مشارکت کنندگان بیان کرده که:

«به بقیه می‌گم نگران من نباشید من حالم خوبه می‌گن چجوری حالت خوبه می‌گم
پسرم با منه / اون کنار من نشسته و با منه من دارمش شما فکر می‌کنید که نیست»

یکی دیگر از مشارکت کنندگان نیز بیان کرده که:

«من اینجوری دارم با دختر عزیزم زندگی می‌کنم و آرامش می‌گیرم ازش، حضور
دخترم رو کنار خودم حس می‌کنم عین واقعیت»

یکی دیگر از مشارکت کنندگان نیز بیان کرده که:

«انگار هنوز هم صدای قدم‌هایش را در خانه می‌شنوم و گاهی حس می‌کنم همین اطراف است، نفس کشیدنش را در سکوت احساس می‌کنم»

خرده مضمون سوم: همذات‌پنداری خانوادگی

در مواجهه با سوگ و فقدان، در خانواده‌هایی که عضوی را اهدا کرده‌اند، پدیده‌ای شکل می‌گیرد که می‌توان آن را همذات‌پنداری خانوادگی نامید. این همذات‌پنداری به مثابه یک زیست جهان مشترک عمل می‌کند؛ جهانی که در آن، افراد نه از طریق روابط خونی، بلکه از طریق تجربه‌ی مشترک ازدست‌دادن و بخشش، به یکدیگر پیوند می‌خورند و از حالت «من» بودن خارج شده و به یک «ما» مشترک تبدیل می‌شوند. این فرآیند یک خانواده شدن، مقدمه‌ای است برای تجربه‌ای عمیق‌تر که در آن، افراد درد یکدیگر را درک می‌کنند و متوجه می‌شوند که تنها نیستند. احساس ارزشمندی، هدیه‌ای است که اعضا به یکدیگر تقدیم می‌کنند. در مواقعی که جامعه ممکن است رنج‌های پنهان سوگ را نادیده بگیرد، در این جمع، هر اشک و هر آه، معنا پیدا کرده و مورد احترام قرار می‌گیرد. حمایت کردن، یک وظیفه‌ی صرف نیست، بلکه جوششی درونی است که بدون هیچ چشم‌داشتی، به یاری دیگری می‌شتابد. این حمایت، از درک عمیق «رنج تو، رنج من است» و «من در کنار تو هستم» سرچشمه می‌گیرد. نهایتاً، اوج این همذات‌پنداری، در «باهم بودن» تجلی می‌یابد. در این همراهی، بار سنگین فقدان، بین همه تقسیم شده و از دوش فرد، به شانه‌های جمع منتقل می‌شود. این «ما»، یک گروه واحد را تشکیل می‌دهد که هر عضو، وجود دیگری را با تمام وجود درک می‌کند و در کنارش می‌ایستد. این باهم بودن، مرهمی بر زخم‌های روح است.

یکی از مشارکت کنندگان بیان کرده که:

«من باید پنجشنبه برم بهشت زهرا و در کنار خانواده‌های اهداکننده که میان اونجا بشینم؛ من بدون اونا نمی‌تونم باشم اونا دیگه خانواده منن و در کنارشون آرام می‌گیرم»

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان بیان کرده که:

«میتونستم دخترم رو ببرم توی قطعه‌ای که مادرم هست به خاک بسپارم. یقین داشتم آگه دخترم رو می‌بردم اونجا به خاک می‌سپردم نمیتونستم این داغ رو تحمل کنم بلکه وجود این عزیزان و در کنار اونا بودن باعث شد که بتونم تحمل کنم»

خرده مضمون چهارم: تجلیل درمانی

در تجلیل درمانی، تلاش می‌شود تا افراد به ویژگی‌ها و پیامدهای مثبت کار خود توجه بیشتری داشته باشند و از این پیامدهای مثبت برای رسیدن به اهداف و ایجاد تغییرات مفید در زندگی‌شان و همچنین کاهش سوگ استفاده کنند. این راهبرد با برجسته کردن پیامدهای مثبت عمل فرد اهداکننده، به خانواده کمک می‌کند تا از تمرکز بر درد فقدان، به سمت ستایش ایثار حرکت کنند. با ستایش اهدای عضو به عنوان اوج بخشندگی، تمرکز از پایان غم‌انگیز به اوج نیکوکاری منتقل می‌شود. این امر، اندوه صرف را با افتخار و رضایت معنوی تلطیف می‌کند. علاوه بر این، تجلیل درمانی، حس عاملیت مثبت را تقویت کرده و اندوه و سوگ را کاهش می‌دهد. ستایش تصمیم آگاهانه اهدای عضو، بر درستی و ارزش آن تأکید می‌کند و به خانواده یادآور می‌شود که یکی از متعالی‌ترین اعمال ممکن را انجام داده‌اند. پس می‌توان گفت که تجلیل درمانی با پیوند زدن فقدان به معنا و تقویت جنبه‌های مثبت، مسیری برای تسکین اندوه و پذیرش سازنده فقدان فراهم می‌آورد.

یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرده که:

«تویی که با تک دخترت و تک بچه‌ات این کار رو کردی و اهداش کردی مطمئن باش در بهشت به روی تو بازه. این صحبت‌ها به قول گفتنی آدم رو شارژ میکنن و آدم قوت قلب میگیره»

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان بیان کرده که:

«توی ماه رمضان منو دعوت کردند تلویزیون و صحبت کردم، واکنش‌ها همه مثبت بود و این امر موجب تسلی درد من شد»

یکی دیگر از مشارکت کنندگان بیان کرده که:

«وقتی در روز اهدای عضو در مراسمی که انجمن اهدای عضو برگزار می‌کند و از خانواده‌ها تقدیر می‌کنند و بهشون اهمیت میدن حس فراق عزیزت تسلی پیدا میکنه، چون کاری که کردی دیده میشه»

خرده مضمون پنجم: خودمراقبتی معنوی

در مواجهه با سوگ ناشی از اهدای عضو عزیز از دست رفته، خانواده‌های اهداکننده اغلب به شیوه‌هایی از مراقبت از خویشان روی می‌آورند که ریشه‌هایی عمیق در ابعاد معنوی و روحانی زندگی‌شان دارد. خودمراقبتی معنوی، نه مجموعه‌ای از رفتارهای از پیش تعیین شده، بلکه فرایندی پویا و زیسته است که در بطن تجربه‌ی سوگ، به گونه‌ای منحصر به فرد برای هر فرد معنا می‌یابد. این فرایند شامل کنش‌ها و باورهایی است که نه تنها به عنوان مکانیزم‌های مقابله‌ای، بلکه به عنوان راه‌هایی برای بازیافتن معنا و آرامش در دل تلاطم فقدان عمل می‌کنند و به تقویت ابعاد عمیق و روحی انسان یاری می‌رسانند. برای بسیاری از این خانواده‌های داغدار، نماز صرفاً یک وظیفه دینی نیست، بلکه به لحظه‌ای حیاتی برای گفت‌وگوی بی‌پرده با خداوند بدل می‌شود. در این حال و هوا، احساس می‌کنند که می‌توانند سنگینی بار غم خود را بر دوش او بگذارند و گویی بار غمشان سبک می‌شود. در بطن سوگ، مفهوم توکل، معنایی فراتر از رها کردن صرف می‌یابد؛ این سپردن کامل خود به مشیت الهی است، همراه با این باور راسخ که حتی در دل سخت‌ترین مصائب، خداوند بهترین را می‌خواهد. این پذیرش عمیق، امکان گذر از احساس «بی‌عدالتی» و پرسش «چرا من؟» را فراهم می‌آورد و فرد را به سطحی ژرف‌تر از آرامش و پذیرش رهنمون می‌سازد. علاوه بر این، مفهوم معامله با خدا یک تبادل مادی نیست، بلکه «قراردادی وجودی» است که طی آن، فرد با تمام وجود، آرامش و اجر اخروی را در ازای اهدای عزیز خود از پروردگار طلب می‌کند. این نگرش، تجربه‌ی دردناک سوگ را به لذت یک ایثار مقدس بدل می‌سازد.

یکی از مشارکت کنندگان بیان کرده که:

«با توسلات، با نماز با مستحبات با استغاثه که همش با خدا دارم زیاد داغون نشدم
و این کار آروم می‌کرد»

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان نیز بیان کرده که:

«من قبلاً خیلی در محافل انس با قرآن شرکت می‌کردم بعد از فوت پسر هم
اونجا می‌رفتم و همین حضورم باعث می‌شد که حالم بهتر بشه»

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان نیز بیان کرده که:

«پناه آوردم به زیارت عاشورا و زیارت عاشورا خیلی کمکم کرد خیلی یاریم
کرد، نماز خیلی کمکم کرد برای تحمل دوری دخترم»

خرده مضمون ششم: حمایت خانوادگی

وقتی عزیزی از دست می‌رود، حمایت خانواده در دل اندوه، تجربه‌ای است که عمیقاً در تاروپود روابط خانوادگی تنیده می‌شود. حمایت خانوادگی، مثل یک شبکه حمایتی واقعی حس می‌شود؛ جایی که حضور و همراهی، خلأ ناشی از نبودن فرد ازدست‌رفته را تا حدی پر می‌کند و سنگینی غم را قابل تحمل‌تر می‌سازد. همین همراهی است که اجازه نمی‌دهد آدم‌ها غرق در احساسات منفی شوند و درعین حال، حس مراقب بودن از خود را در برابر ناامیدی تقویت می‌کند، چون در این فضا، حرف زدن و احساسات را بیان کردن، با درک متقابل همراه است. این حمایت خانواده است که راه را برای کنار آمدن تدریجی با واقعیت نبودن عزیز هموار می‌کند؛ کنار آمدنی که به معنای فراموش کردن نیست، بلکه تلاشی فعالانه برای پیدا کردن معنا در زندگی تازه است. خاطرات و حرف‌های خود اعضای خانواده، مثل نزدیکی بیشتر، روابط بهتر، حرف زدن، بیرون رفتن باهم، صمیمیت، دلگرمی دادن به بچه‌ها، دلجوئی، مراقبت کردن و کمک کردن، همه و همه بخشی از همین تجربه‌ی زیسته‌ی حمایت خانوادگی در سوگ هستند. این‌ها فقط کلمات نیستند، بلکه نشان می‌دهند که حمایت چطور حس می‌شود؛ از طریق حرف‌ها، حضورها، گاهی یک تماس شانه‌ی گرم و یا کارهایی که برای هم انجام می‌دهند. حتی فعالیت‌هایی مثل باهم بیرون

رفتن هم می‌تواند تلاشی باشد برای حفظ حس عادی بودن زندگی و کنار هم ماندن، حتی در اوج غم. وقتی می‌گویند حمایت بیشتر، منظورشان دقیقاً همین است؛ نیاز به سطحی از توجه و همراهی که فراتر از روال عادی است و خانواده این نیاز را با تمام وجود حس می‌کند.

یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرده که:

«پسرم رو که از دست دادم، واقعاً فکر کردم دیگه نمی‌تونم زندگی کنم. انگار دنیا رو سرم خراب شد. ولی خانواده‌ام همه جوری کنارم بودن. راستش رو بخواید، بدون حمایت خانواده نمی‌دونم چطوری می‌تونستم از پیشش برپام»

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان نیز بیان کرده که:

«به خودم بیشتر فشار می‌آوردم به خاطر اینکه بخوام حداقل تا زمانی که زنده هستم بتونم از همسرم نگه‌داری کنم و مواظبش باشم که بدتر نشه و بتونه تحمل کنه»

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان نیز بیان کرده که:

«وقتی کنارم می‌نشستند و دستم را می‌گرفتند، سنگینی غم بر دوشم سبک‌تر می‌شد و حس می‌کردم دیگر نیازی نیست به تنهایی با دردم بجنگم»

بحث و نتیجه‌گیری

پدیده سوگ ضمن اینکه طبیعی و در تمام جوامع انسانی فراگیر می‌باشد اما افراد و خانواده‌ها نحوه ابراز متفاوتی از سوگ ارائه می‌دهند و همچنین افراد مختلف واقعیت فقدان و داغیدگی و پیامدهای آن را به شیوه‌های متفاوتی می‌پذیرند. روند سازگاری و نحوه پذیرش پدیده سوگ ممکن است زندگی خانواده‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. لذا این پژوهش باهدف واکاوی تجربه سوگ در خانواده‌های اهداکننده عضو انجام شده است تا آگاهی عمیق‌تری از تجربه سوگ و همچنین نحوه سازگاری با آن توسط خانواده‌های اهداکننده عضو ارائه دهد. مضمون‌های اصلی به‌دست آمده از تجارب خانواده‌های

اهداکننده عضو شامل تجربه سوگ با خرده مضامین (سوگ عادی، سوگ روان‌تانه و سوگ پیچیده)، راهبردهای انطباقی با سوگ با خرده مضامین (خودکنترلی هیجانی، زنده‌انگاری درمانی، خودمراقبتی معنوی، همذات‌پنداری خانوادگی، تجلیل درمانی و حمایت خانوادگی) می‌باشند.

اولین مضمون اصلی این پژوهش تجربه سوگ می‌باشد. تجربه سوگ بخش اساسی از زندگی انسان و مرحله مهمی از بلوغ یا کمال است که می‌تواند دریچه‌های جدیدی را به روی انسان بگشاید؛ از این رو بسیاری از داغ‌دیده‌گان شاخص‌های متفاوتی را گزارش کرده‌اند. فقدان فرد عزیز یکی از دشوارترین و استرس‌زاترین رویدادی است که فرد می‌تواند تجربه کند و این پدیده می‌تواند با پیامدهای منفی متعددی در زمینه‌های جسمانی، اجتماعی و روانی همراه باشد. برای اکثر داغ‌دیده‌ها زمان، شفاف‌بخش درد سخت و شدیدشان است و بدون اینکه از مشکلات هیجانی شدید رنج ببرند می‌تواند با تغییر و درد همراه با سوگ کنار بیایند. این افراد بعد از مدتی به تعادل فیزیولوژیکی و شناختی بین فردی و درون فردی خواهند رسید (موسوی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۳۴). یکی از انواع سوگ که مشارکت‌کنندگان آن را مطرح کردند سوگ عادی می‌باشد. سوگ عادی که واکنش‌های روان‌شناختی همچون ناپایداری از اشتیاق و دلتنگی شدید، افکار و تصاویر مزاحم و آزاردهنده درباره متوفی و فقدان است در عرض یک سال پس از مرگ به مرحله «یکپارچه» تبدیل می‌شود و خود را به‌عنوان یک وضعیت غیر آسیب‌شناختی که نیازی به مداخلات درمانی خاصی ندارد، پیکربندی می‌کند (Stefano, 2021: 493). در سوگ عادی، افراد معمولاً به دنبال ارتباط با دیگران هستند و خاطرات خود را با فرد فوت‌شده به اشتراک می‌گذارند. این فرآیند می‌تواند به‌طور نسبی با زندگی روزمره تلفیق شود و افراد قادر به ادامه دادن فعالیت‌های روزمره خود باشند، هرچند که بازهم ممکن است در برخی اوقات احساساتی نظیر حزن و اندوه را تجربه کنند. وردن در نظریه سوگ خود درباره سوگ عادی می‌گوید که این سوگ واکنشی است به مرگ یکی از عزیزان با پاسخ‌های واضح در روزها و هفته‌های اول پس از فقدان. پاسخ‌های عادی سوگ ممکن است شامل

غم، گوشه‌گیری، اختلال خواب، مشکلات تمرکز و ازدست‌دادن اشتها باشد. این پاسخ‌های اولیه اغلب در مدت‌زمان کمی از بین می‌روند، زیرا عزاداران روال و فعالیت‌های خود را از سر می‌گیرند. دایلو، دونای و همکاران (۲۰۲۳) دریافتند که خانواده‌های اهداکننده عضو در سه سطح فردی، سازمانی و اجتماعی سوگ را تجربه کرده‌اند. همچنین پلیتر (۲۰۲۲) نیز دریافتند که همه اعضای خانواده اهداکننده ترکیبی از احساسات غم و اندوه شدید مانند تنهایی، آسیب، ترس و احساس گناه را تجربه کرده‌اند و بعد از مدتی این علائم را ازدست‌داده و به زندگی عادی خود برگشته‌اند. برای اکثر مردم، اگرچه این تجربیات با گذشت زمان کاهش می‌یابد و دوباره در فعالیت‌ها شرکت می‌کنند و فقدان را در زندگی جاری خود ادغام می‌کنند. با این حال، برای برخی از افراد، تجربه غم و اندوه شدید فراتر از زمانی است که معمولاً برای سازگاری در نظر گرفته می‌شود (حدود ۶ ماه) و تأثیر قابل توجهی بر عملکرد در زندگی روزمره دارد و دچار سوگ پیچیده می‌شوند. در سوگ پیچیده عطش و اندوه شدید و افکار و تصورات نسبت به فرد فوت‌شده بیشتر و برجسته‌تر می‌شوند و اشتیاق مداوم برای متوفی و دل‌مشغولی نسبت به فرد متوفی، دشواری در پذیرش واقعیت دردناک مرگ همچنان در فرد سوگوار به صورت قوی و پایدار باقی می‌ماند (Russ, 2022: 2). با توجه به اینکه اکثر خانواده‌های اهداکننده عضو فرزندان خود را از دست داده بودند تجربه سوگ پیچیده در آن‌ها نمود بیشتری داشته است. چمپوین و همکاران (۲۰۲۳) دریافتند که سوگ پیچیده در میان کسانی که فرزند خود را از دست داده‌اند، بیشتر است، به‌ویژه زمانی که مرگ ناگهانی یا خشونت‌آمیز باشد. والدین سوگوار با اندوهی عمیق و پایدار مواجه می‌شوند که مفهوم بهبودی را به چالش می‌کشد و والدین داغدار را وادار می‌کند که به دنبال اتحاد مجدد با عزیز گم‌شده خود باشند و این امر موجب شده است که سوگ آن‌ها از نوع پیچیده باشد. مهدیون و همکاران (۱۳۹۸) نیز دریافتند که این خانواده‌ها سوگ را تجربه کرده‌اند و اگر بیمار مرگ مغزی جوان بود میزان سوگ خانواده‌ها بیشتر می‌شود و همچنین دریافتند که بعد از گذشت چندین سال برخی از آن‌ها هنوز سوگ را تجربه می‌کنند و نیاز به مراقبت‌های روان‌شناختی دارند.

مشارکت کنندگان همچنین در مصاحبه‌های خود اشاره کرده‌اند که در فرایند سوگ نشانگانی از مشکلات جسمی همراه با اختلالات روانی را تجربه کرده‌اند. این نشانگان فیزیکی که علل روانی دارند را اختلالات روان‌تنی می‌نامند. این اختلالات دربرگیرنده تعاملات میان ذهن و بدن است و بر عملکرد فیزیکی، توان بدنی، خستگی عاطفی و وضعیت بهزیستی و سلامت عمومی افراد تأثیر می‌گذارد (Myles et al., 2021). اختلالات روان‌تنی گروه وسیعی از بیماری‌ها هستند که نشانه‌ها و علائم جسمی مؤلفه اصلی آن‌ها را تشکیل می‌دهند این مشکلات و اختلالات اشاره به نشانگان جسمانی مانند اختلالات قلبی عروقی تنفسی، استخوانی - عضلانی، دستگاه‌های تناسلی - ادراری و پوست و اختلالات دیگری نظیر سردردهای میگرنی، سرگیجه، خستگی بیش‌ازاندازه، اختلال حافظه، اشکال در تمرکز، تنگی نفس، تهوع، بی‌خوابی و غیره دارند که در آن‌ها حوادث پرمعنای روان‌شناختی به‌طور تنگاتنگی با نشانه‌های بدنی مرتبط هستند. الونسون (۲۰۱۸) معتقد است که دردهای روان‌تنی معمولاً اختلال دردهایی هستند که شدت و نشانه‌های آن با میزان درد واقعی مطابقت می‌کند؛ بنابراین باید این نکته را در نظر گرفت که درد اختلال روان‌تنی که فرد از آن صحبت می‌کند تنها در ذهن نیست بلکه آن درد واقعی می‌باشد و فرد آن را به‌طور واقعی حس می‌کند و نقش بازی نکرده و ادا در نمی‌آورد. درواقع اختلالات روان‌تنی به وجود نوعی رابطه و تعامل پیچیده و چندوجهی زمینه‌ها و استعدادهای زیستی و فیزیولوژیک از یک سو و عوامل و فشارزاهای محیطی و روانی از سوی دیگر اشاره دارد. این اختلالات منجر به تغییرات جسمی و پاتولوژیک ناشی از علل ذهنی یا عاطفی می‌شود. از شایع‌ترین علل اختلال روان‌تنی می‌توان به استرس، اضطراب و افسردگی اشاره کرد که از مراحل سوگ می‌باشند بنابراین می‌توان گفت که مشارکت کنندگان به‌نوعی سوگ روان‌تنی را تجربه کرده‌اند. اسپیلان، لارکین و همکاران (۲۰۱۷) دریافتند که اعضای خانواده سوگوار ناشی از خودکشی بیشتر احتمال دارد درد، بیماری‌های فیزیکی بیشتر و سلامت عمومی و روانی ضعیف‌تری را تجربه کنند. آن‌ها همچنین در معرض افزایش خطر بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت و بیماری انسدادی مزمن ریه می‌شوند. فیاضی

بردبار، چالاکی‌نیا و همکاران (۱۴۰۰) دریافتند که تجربه سوگ همراه با احساساتی همچون احساس گناه، احساس طرد شدن، بدنامی، شرمساری و واکنش‌های جسمی می‌باشد اما گاهی تجربه سوگ پیچیده و عمیق برای فرد علائم روان‌تنی را نیز به همراه دارد. لورین (۲۰۲۲) مشاهده کرد افرادی که از فقدان عزیز خود دچار استرس زیادی شده بودند با مشکلات جسمانی مانند فشارخون بالا، میگرن شدید و سایر بیماری‌های حاد یا مزمن روبه‌رو شده بودند.

خانواده‌های اهداکننده عضو جهت انطباق و کنار آمدن با آن از روش‌های درمانی و سبک‌های مقابله‌ای متفاوتی استفاده کرده‌اند. سبک‌های مقابله و راهبردهای انطباقی با تجربه سوگ یک عامل اساسی در فرآیند بهبود سوگ است. لی و همکاران (۲۰۱۷) مقابله و مدیریت را به عنوان تلاش‌های شناختی و رفتاری برای مدیریت نیازهای داخلی و خارجی خاص که به عنوان فشار یا فراتر از منابع فرد ارزیابی می‌شوند، تعریف کردند. برای کمک به افراد سوگوار در مدیریت فرآیند اندوه پیچیده، اقداماتی وجود دارد، از جمله درمان‌ها، مداخلات و حمایت‌ها. خانواده‌های اهداکننده عضو در این موضوع بیشتر از درمان‌ها و حمایت‌ها استفاده کرده‌اند تا بتوانند سوگ خود را مدیریت کنند. یکی از روش‌هایی که خانواده‌های اهداکننده جهت انطباق با سوگ از آن استفاده کردند خودکنترلی هیجانی بود. تنظیم هیجانی، مستلزم دستیابی به استراتژی‌های متنوعی از کنترل هیجانی است که در تعدیل هیجانات درونی و رفتارهای بیرونی نقش ایفا می‌کنند. پذیرش و آگاهی هیجانی توانایی افرادی را که در فرایند سوگ قرار دارند را برای متعادل کردن و بالا بردن سطح پاسخ‌های هیجانی خود افزایش خواهد داد. خودتنظیمی هیجانی باعث می‌شود که افراد از نظر هیجانی توانمند شده و احساس‌های خود را تشخیص دهند، مفاهیم ضمنی آن‌ها را درک کرده و به گونه مؤثری حالت‌های هیجانی خود را برای دیگران بازگو کنند. این افراد موفق به کنار آمدن با تجربه‌های منفی خود می‌شوند و سازگاری مناسب‌تری را با محیط و دیگران نشان می‌دهند (عباسی مکوند، ۱۴۰۲: ۱۰۳). حیدری و جلیلیان (۱۴۰۰) دریافتند که دستیابی به توانایی مقابله با واکنش‌های هیجانی آزاردهنده سبب پدیدآیی

احساس کنترل بر موقعیت‌های استرس‌زایی می‌شود که تصور می‌شود با فرایندهایی که سبب ایجاد حالات افسردگی و سوگ در فرد می‌شود ارتباط دارند. درواقع خودتنظیمی هیجانی می‌تواند در جلوگیری، کاهش و یا کم کردن شدت و مدت حالات سوگ سودمند واقع شود (حیدری و همکاران، ۱۴۰۰: ۷۷)، قمی و همکاران (۱۴۰۱) نیز دریافتند که تنظیم هیجانی به‌عنوان یک روش درمانی با قوی کردن فرد، تنظیم هیجانات و افزایش آگاهی در کاهش سوگ مؤثر می‌باشد.

یکی دیگر از راهبردهای انطباق با سوگ در خانواده‌های اهداکننده عضو خود مراقبتی معنوی است. معنویت یک ساختار فراگیر است که به بعدی از تجربه انسان اشاره می‌کند که شامل اعمال و باورهای متعالی شخصی است و می‌تواند در درون یا بیرون مذهب باشد. معنویت ارتباط و یکپارچگی انسان را با عالم هستی نشان می‌دهد. معنویت به انسان امید و معنا می‌دهد و او را از محدوده زمان و مکان و علایق مادی فراتر می‌برد و به وحدت او با هستی منجر می‌شود (Puchalski et al., 2014). معنویت درمانی که در نظر گرفتن باورهای معنوی در فرآیند درمان‌گری است موجب تعالی اخلاقی مسئولانه در افراد می‌شود و این تعالی به کاهش اضطراب و افسردگی ناشی از سوگ می‌انجامد. برخی معتقدند بدون سلامت معنوی جنبه‌های بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی افراد به‌درستی کار نمی‌کنند یا نمی‌تواند به حداکثر توانایی برسند (کریمی، ۱۳۹۶: ۱۱۱). به عبارتی افرادی که خود مراقبتی معنوی انجام می‌دهند علاوه بر این که سلامت روانی آن‌ها بهبود می‌یابد با مشکلات نیز سریع‌تر سازگار شده و در آن‌ها منابع روانی و عاطفی همچون امید، معنا و هدف، پذیرش تحمل رنج و سازگاری با تنش افزایش یافته و احساس تنهایی کمتری را تجربه می‌کنند و این قابلیت‌ها به کاهش سوگ می‌انجامد. براین اساس، افرادی که تحت تأثیر معنویت قرار می‌گیرند با تقویت و فعال‌سازی خرد و باورهای معنوی، سطح زندگی‌شان رنگ و بوی معنوی و مذهبی می‌گیرد. درواقع تجربه باورهای معنوی قوی به‌عنوان یک عامل محافظتی به کاهش سوگ در خانواده‌های داغدار کمک می‌کند (معین و همکاران، ۱۴۰۲: ۶۱). بر اساس یافته‌های المر و همکاران (۲۰۰۳) افرادی که به معنویت

تمایل دارند هنگام مواجهه با آسیب به خصوص سوگ واکنش بهتری نسبت به درمان دارند و به آن پاسخ می‌دهند. مطالعه موریتز و همکاران (۲۰۱۱) در رابطه با برنامه آموزش معنویت نشان داد که آموزش معنویت موجب شده شرکت‌کنندگان تغییراتی را تجربه کنند و خلق آن‌ها بهبود پیدا کند، اضطراب و افسردگی کاهش یابد و نظم ذهنی و آرامش نیز بهبود یابد. بر اساس یافته‌های شیبیک و همکاران (۱۴۰۱) افراد داغدار که از روش‌های مقابله‌ای مثبت دینی استفاده کرده بودند کمتر دچار آشفتگی، سرزنش و خشم ناشی از سوگ می‌شوند و حتی رشد شخصی بالاتری را تجربه کرده‌اند. هاگینز و هینکسون (۲۰۲۱) دریافتند که در مدیریت سوگ زنان آفریقایی تباری که مهارت‌های مذهبی و معنوی مثبت و شدیدی داشتند نسبت به کسانی که سطح کمتری از مهارت‌های مذهبی داشتند کمتر افسرده بودند.

تجلیل درمانی در زمینه سوگ به‌عنوان یک رویکرد روان‌شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد که تأکید بر ایجاد و حفظ فضای محافظت‌آمیز و حمایتی دارد تا افراد متأثر از سوگ، با بازخوردهای مثبت و تشویق‌کننده از طرف خانواده و جامعه مواجه شوند. تجلیل درمانی در فرآیند سوگ می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد مؤثر برای کمک به افراد در مدیریت و پذیرش احساسات غم و اندوه خود مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این رویکرد، افراد دعوت می‌شوند تا در مراسم‌ها یا فعالیت‌هایی که به شادی و افزایش روحیه اشاره دارند، شرکت کنند. این مراسم ممکن است شامل گرامیداشت دوباره خاطرات خوش با عزیزان ازدست‌رفته یا جشن‌گیری برای آنان باشد. این فعالیت‌ها به افراد کمک می‌کنند تا احساسات منفی سوگ را با احساسات مثبت جایگزین کنند و به آنان کمک کنند تا روی بهبودی خود سرمایه‌گذاری کنند. این نوع فعالیت‌ها می‌تواند به افراد در فرآیند سوگ کمک کرده و آنان را به‌سوی بهبود و پذیرش احساساتشان هدایت کند. این رویکرد به افراد کمک می‌کند تا با احساس ارزشمندی و قدردانی از حضور و حمایت دیگران، اعتماد به نفس خود را افزایش دهند و بهترین نحو ممکن با سختی‌ها و دردهای ناشی از ازدست‌دادن عزیزان خود برخورد کنند. با تجلیل درمانی، افراد می‌توانند از طریق تقدیر و

تمجید از تجربیات و خصوصیات مثبت فرد متوفی، به بهترین شکل ممکن با او ارتباط برقرار کنند و خاطرات خوش با او را به یاد بیاورند. این فرآیند نه تنها به کاهش درد و اندوه کمک می‌کند، بلکه با ایجاد یک فضای صمیمی و موافقت‌آمیز برای به اشتراک گذاری خاطرات و ارتباطات معنی‌دار با فرد متوفی، به تجربه سوگ یک بعد مثبت و بامعنا تبدیل می‌شود. از طریق تمجید، تشکر و قدردانی از حضور و حمایت دوستان و خانواده، افراد می‌توانند ارتباطات معنی‌دار خود را تقویت کرده و حس ارزشمندی و ارتباط با محیط اطراف خود را تقویت کنند. همچنین، تجلیل‌درمانی می‌تواند با ایجاد تغییرات مثبت در رویه‌های تفکر و رفتار، به فرآیند تسکین سوگ کمک کند. با استفاده از واکنش‌های مثبت، افراد می‌توانند به تجربه‌های مثبتی از یادگاری‌ها و حضور فرد متوفی دست یابند. به این ترتیب، آن‌ها از فرصت‌های ارزشمندی که زندگی می‌تواند به آن‌ها ارائه کند، بهره‌مند می‌شوند و توانایی برقراری روابط معنی‌دار و احساس ارتباط با فرد متوفی را تقویت می‌کنند. گیتز، باسو و همکاران (۲۰۲۴) دریافتند که موسیقی‌درمانی، شرکت در جشن‌ها و حضور در شبکه‌های اجتماعی می‌تواند به عنوان ابزاری جهت کاهش سوگ عمل کنند. این یافته با یافته‌های عباسی مکوند (۱۴۰۲) که در پژوهش خود نشان داده بود که مرور خاطرات مثبت با دیگران و دریافت بازخورد مثبت و همچنین به اشتراک گذاشتن درد با دیگران موجب کاهش سوگ می‌شوند همسو می‌باشد.

همدات‌پنداری که همان تبلور احساس مشترک با دیگران در خود است نقطه اوج تعامل و ارتباط انسانی و نشانه و لازمه تعالی رفتار اجتماعی فرد است (خدائی‌مجد، ۱۳۹۵: ۱۴۵). زمانی که افراد در یک خانواده احساس می‌کنند که با دیگر اعضای خانواده ارتباط ویژه‌ای دارند و این ارتباطات پایدار است، احتمالاً متمایل‌تر به اشتراک گذاری احساساتشان و درخواست کمک از دیگران در مواجهه با سوگ خواهند بود. در این شرایط، افراد می‌توانند احساساتشان را به صورت باورپذیری ابراز کرده و از حمایت و توجه خانواده خود برای تسلیم و مدیریت بهتر احساساتشان استفاده کنند. خانواده‌های اهداکننده عضو به دلیل ارتباطات زیادی که باهم دارند و در اکثر مواقع در جشن‌ها و غم‌ها

باهم هستند و نسبت به یکدیگر شناخت دارند یک نوع احساس وابستگی و ارتباط عمیق‌تری نسبت به یکدیگر پیدا کرده‌اند. وقتی که خانواده‌های اهداکننده در فعالیت‌های مشترکی با خانواده‌های دیگری که در همان موقعیت هستند، شرکت می‌کنند، این فعالیت‌های مشترک می‌توانند به ایجاد یک محیط پشتیبانی و تقویت ارتباطات میان آن‌ها کمک می‌کند. این ارتباطات مثبت و فعالیت‌های مشترک می‌توانند احساس ارتباط نزدیک‌تری را در میان خانواده‌ها ایجاد کرده و احساس سوگ و غم را کاهش دهد. در مواجهه با سوگ، احساس تعلق و همبستگی خانواده‌های اهداکننده عضو و احساس همبود و پذیرش می‌تواند به عنوان یک محافظ در برابر اثرات نامطلوب این وضعیت عمل کند. زمانی که خانواده‌های اهداکننده عضو احساس می‌کنند که با یکدیگر ارتباط ویژه‌ای دارند و ویژگی‌ها، ارزش‌ها و تجربیاتشان باهم همخوانی دارد، این ارتباطات می‌تواند به عنوان یک منبع قوی از حمایت و ایجاد احساس امنیت و اعتماد متقابل عمل کند؛ بنابراین، همذات‌پنداری می‌تواند به عنوان یک عامل مهم در کاهش سوگ و اندوه در خانواده‌های اهداکننده عضو عمل کند، زیرا با ایجاد ارتباطات عمیق و صمیمانه بین افراد، احساس امنیت و آرامش در مواجهه با مشکلات دوران سوگ را تقویت می‌کند و به آن‌ها کمک می‌کند تا به طور مشترک و با قدرت بیشتری از آن‌ها پشتیبانی کنند. به طور کلی، همذات‌پنداری یک خانواده با خانواده‌های دیگر اهداکننده عضو می‌تواند به کاهش سوگ و غم کمک کند از طریق: احساس همبستگی و حمایت متقابل؛ وقتی که خانواده‌های اهداکننده عضو با خانواده‌های دیگری که در همان موقعیت هستند، همبستگی و حمایت متقابل دارند، این ارتباطات می‌تواند به افزایش احساس قوت و آرامش در مواجهه با موقعیت‌های ناگوار کمک کند. این احساس همبستگی و حمایت ممکن است احساسات سوگ و غم را کاهش دهد، زیرا افراد در مقابل چالش‌ها و مشکلات با احساس داشتن حمایت دیگران روبرو می‌شوند. تجربه مشترک و اشتراک تجربیات: وقتی که خانواده‌هایی که به اهدای عضو می‌پردازند، تجربه‌های خود را با خانواده‌های دیگری که در همان موقعیت هستند، به اشتراک می‌گذارند، این اشتراک تجربیات می‌تواند به افزایش احساس تعلق و همبستگی

بین آن‌ها کمک کند. این احساس تعلق و همبستگی می‌تواند احساسات سوگ و غم را کاهش دهد، زیرا افراد با داشتن این تجربه مشترک به احساس داشتن پشتیبانی و ارتباط نزدیک‌تری با دیگران می‌رسند.

گروس (۱۳۲۷) در کتاب روان‌شناسی سوگ می‌نویسد که یک نوع اعتقاد به تداوم رابطه متوفی با زندگان فراتر از مرگ فیزیکی وجود دارد و این احساس حضور مداوم متوفی در برخی ادیان و جوامع از نظر اجتماعی پذیرفته شده است و رفتار متناسب با آن‌هم تجویز شده است. این امر نشان‌دهنده اعتقاد به زنده‌انگاری متوفیان و دریافت نصیحت و در میان گذاشتن احساسات با آن‌ها می‌باشد (گروس، ۱۳۲۷: ۹۰). خانواده‌های اهداکننده عضو با اینکه چند سالی از فوت عزیزشان می‌گذرد اما همچنان آن فرد را در کنار خود احساس می‌کنند و باور به زنده بودن آن‌ها دارند. مفهوم زنده‌انگاری نشان می‌دهد که انسان‌ها در برخورد با مرگ یک فرد عزیز، ممکن است احساس کنند که او هنوز زنده و حاضر است و برای مدتی این واقعیت را به ویژگی‌های وی انتساب دهند تا از اثرات منفی این اتفاق فرار کنند. این احساس معمولاً در مراحل اولیه پس از مرگ عزیزان، به خصوص در مواردی که مرگ ناگهانی یا ناخواسته رخ داده است، بیشتر مشاهده می‌شود. انسان‌ها ممکن است به دلایلی مانند ناتوانی در قبول مرگ، احساس گناه یا ناراحتی از ازدست‌دادن فرد عزیز، این احساس را تجربه کنند. زنده‌انگاری می‌تواند نقش مهمی در انطباق با سوگ ایفا کند. با اینکه در اثر مرگ فردی عزیز، انسان‌ها ممکن است با احساساتی مانند ترحم، غم و افسردگی روبرو شوند، اما انتساب ویژگی‌های انسانی به موجود متوفی می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا این احساسات را مدیریت کنند. این احساس به آن‌ها اجازه می‌دهد که به خاطرات و ارزش‌هایی که با فرد متوفی به اشتراک گذاشته‌اند ادامه دهند و احساس کنند که او هنوز در زندگی آن‌ها حضور دارد. اکسی و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که خانواده‌های اهداکننده معتقد بودند که پس از اهدای اعضای بدن، عزیزانشان به گونه‌ای دیگر زندگی می‌کنند هنوز چیزی از آن‌ها در دیگران زنده است و عمر آن‌ها طولانی شده است و آن‌ها همچنان دارند زندگی می‌کنند و از این احساس رضایت خاطر می‌کردند و

این زنده‌انگاری به آن‌ها احساس راحتی و آرامش می‌داد. یوسفعلی (۱۳۹۹) نشان داد که همسران بازمانده حوادث رانندگی که سوگ را به شکل ناگهانی تجربه کرده بودند احساس مداوم حضور متوفی در کنار خود را به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای با سوگ مطرح کرده بودند که نوعی آرامش برای آن‌ها فراهم کرده و در کاهش سوگ آن‌ها نقش داشته است.

خانواده‌های اهداکننده عضو اکثریت حمایت خانوادگی را به‌عنوان عاملی در کنترل سوگ و غم و اندوه بیان کردند. حمایت و کمک ارائه‌شده توسط خانواده در جنبه‌های فیزیکی، عاطفی و اجتماعی ضروری است؛ اما اعضای خانواده جهت انطباق با سوگ، بیشتر به حمایت عاطفی بستگان خود نیاز دارد. حمایت خانوادگی یک منبع در دسترس است که می‌تواند مراقبت عاطفی را در زمان نیاز فراهم کند. درد سوگ اغلب باعث می‌شود فرد بخواهد از دیگران دور شود، اما حمایت دیگران برای بهبود سوگ عزیزان ضروری است. حمایت‌های خانوادگی به سوگواران فرصتی برای یافتن حمایت، تسلی و انگیزه در اندوه خود فراهم می‌کند. حمایت خانوادگی توانایی مقابله را بهبود می‌دهد، اثرات ناشی از ناراحتی عاطفی را کاهش می‌دهد و سلامت روان مثبت را ترویج می‌کند (Grant, 2024: 28). حمایت عاطفی خانواده می‌تواند راهی برای کاهش بروز مشکلات سلامت روانی و رفتاری سوگ از طریق برآوردن نیازهای عاطفی و آسایش روحی از طریق شفقت عاطفی و همدلی ارائه‌شده توسط خانواده است (Wang et al., 2017). وقتی روابط عاطفی بین اعضای خانواده‌ها بیشتر باشد و به هم نزدیک‌تر باشند و این روابط بر پایه حمایت‌های هیجانی از یکدیگر قرار داشته باشد؛ میزان آسیب‌پذیری بعد از مرگ عضوی از خانواده کمتر بوده و روند بهبود سوگ سریع‌تر انجام می‌شود. اکسی و همکاران (۲۰۲۲) دریافتند که خانواده‌های اهداکننده حمایت‌های عاطفی و روانی را از سازمان‌هایی مثل صلیب سرخ، واحدهای اهداکننده و همچنین اعضای خانواده‌های اهداکننده دریافت کرده بودند اما این حمایت عاطفی عمدتاً از سوی اعضای خانواده اهداکننده بوده که این امر آرامش روانی و کنترل سوگ را در پی داشته است. استودر و همکاران (۲۰۰۹) نیز

دریافتند که حمایت خانواده بیشترین کمک را در التیام غم و اندوه آن‌ها داشته است و به دنبال آن حمایت دوستان، مذهب و باورهای فرهنگی قرار داشته است. لوو و همکاران (۲۰۲۱) تجربیات روان‌شناختی خانواده‌های اهداکننده عضو را در طی فرآیند اهدای عضو خلاصه کرده و حمایت اعضای خانواده‌ها را برای مدیریت سوگ پیشنهاد کرده است. خنجری (۱۴۰۰) در نتایج پژوهش خود دریافت که همسران شهدای مدافع حرم برای مدیریت و مقابله با سوگ تجربه‌شده از راهبرد نزدیک شدن بیشتر به فرزندان خود استفاده کرده‌اند و غم و اندوه خود را تسکین داده‌اند. حسن‌نیا (۱۳۹۲) نشان داد که روابط بین اعضای خانواده یکی از فاکتورهای اصلی در مواجهه با مسائل خانواده مثل سوگ می‌باشد. آن‌ها دریافتند که خانواده‌هایی که عملکرد مناسب‌تری در مواجهه با سوگ داشته‌اند از حمایت‌های خانوادگی پررنگ‌تری برخوردار بودند.

سپاسگزاری

نویسندگان از کلیه پرسنل انجمن اهدای عضو ایرانیان که در انجام این پژوهش نهایت همکاری را داشتند تشکر می‌کنند. همچنین از خانواده‌های اهداکننده عضو که با مشارکت در مصاحبه جهت انجام پژوهش همکاری لازم را داشته‌اند نیز تشکر می‌گردد.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ تعارض منافی ندارند

ORCID

Yazdan Karimi

Monjarmooei

Seyed Alireza Afshani

Ali Ruhani

Mohamad Mobaraki

Ahmad Kalateh Sadati



<https://orcid.org/0000-0002-5618-9506>



<https://orcid.org/0000-0002-2311-3329>



<https://orcid.org/0000-0001-9146-6436>



<http://orcid.org/0000-0015-5725-1475>



<https://orcid.org/0000-0001-5708-7758>

منابع

- اسماعیل پور، خلیل و بخشی زاده مرادی، شهناز. (۱۳۹۳)، «شدت واکنش های سوگ ناشی از فوت خویشاوندان درجه یک»، *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، دوره ۲۰، شماره ۴: ۳۶۳-۳۷۱.
- اسکویی عظیم اوغلی، پروین بانو؛ فرحبخش، کیومرث و مرادی، امید. (۱۴۰۰)، «ماندن در سوگ: مطالعه پدیدارشناسانه تجربه سوگ نابهنجار بعد از مرگ عضوی از خانواده»، *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، دوره ۴۲، شماره ۸۶: ۲۸-۴۲.
- توکلی، امیرحسین؛ رسولیان، مریم و قدری گلستانی، مهدی. (۱۳۸۴)، «مقایسه افسردگی و شاخص های رضایتمندی در خانواده های دارای فرد فوت شده مرگ مغزی در دو گروه اهداکننده و غیر اهداکننده اعضا»، *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، دوره ۱۱، شماره ۴: ۴۱۳-۴۱۸.
- حسن نیا، صادق. (۱۳۹۲)، بررسی پیامدهای روانی و اجتماعی سوانح ترافیکی منجر به مرگ بر خانواده های بازمانده، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبائی.
- حیدری، رؤیا و جلیلیان، مریم. (۱۴۰۰)، «فرا تحلیل آموزش های تنظیم هیجان بر کاهش نشانگان اختلال افسردگی»، *پژوهش های مشاوره*، دوره ۲۰، شماره ۷۹: ۶۱-۸۳.
- خدائی معجد، وحید. (۱۳۹۵)، «ارزیابی شیوه های روان شناختی آموزش اعتماد به نفس در قصه های کودکان ایرانی»، *فصلنامه آموزش و ارزشیابی*، دوره ۹، شماره ۳۳، ۱۳۷-۱۵۸.
- خنجری، محدثه. (۱۴۰۰)، مطالعه راهبردهای مقابله ای همسران شهدای مدافع حرم در مواجهه با سوگ تجربه شده، *پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده*، وزارت علوم و تحقیقات و فناوری، دانشکده غیردولتی - غیرانتفاعی رفاه.
- شیبک، فاطمه؛ پیشنهادی، سیده محدثه؛ تیبک، محمدتقی و دهقانی بنادکی، روح الله. (۱۴۰۱)، «نقش انواع مقابله دینی در تجربه سوگ و سلامت روانی بازماندگان افراد جان باخته در اثر ویروس کرونا»، *روانشناسی فرهنگی*، دوره ۶، شماره ۱: ۱۱۶-۱۳۱.
- عباسی مکوند، زینب؛ یوسفی، عماد؛ خواجه پور، لیلا و جوکار، سهیلا. (۱۴۰۲)، «مطالعه ای نظام مند در خصوص شناسایی عوامل مرتبط با سوگ پیچیده»، *فصلنامه پژوهش های*

مشاوره، دوره ۲۲، شماره ۸۶: ۸۸-۱۱۵.

- فیاضی بردبار، محمدرضا؛ چالاکی نیا، نسرين؛ عزیزاده جویمنندی، فرح؛ دلشاد نوقابی، علی؛ حسینی، سیده طیبه؛ محرری، فاطمه؛ کشاورز، آریتا و ابراهیمی، مهدی. (۱۴۰۰)، «ارتباط بین سلامت معنوی و اثرات سوگ در خانواده متوفیان ناشی از کووید-۱۹ در شهر مشهد-۱۳۹۹»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، دوره ۳۱، شماره ۱۹۸: ۱۰۹-۱۱۸.

- قمی، شیوا؛ زند کربمی، غزال و پیریایی، صالحه. (۱۴۰۱)، «فرا تحلیل جامع مداخلات روان-شناسی اختلالات سوگ در ایران»، *دوفصلنامه روانشناسی معاصر*، دوره ۱۷، شماره ۱: ۶۹-۸۴.

- کرمی قهی، محمدتقی و عزیزاده، حامد. (۱۴۰۱)، «پدیدارشناسی هرمنوتیکی در پژوهش کیفی»، *روش‌شناسی علوم/انسانی*، دوره ۲۸، شماره ۱۱۲: ۱-۱۷.

- کربمی، محسن محمد و شریعت‌نیا، کاظم. (۱۳۹۶)، «اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر تهران»، *مجله پرستاری و مامایی*، دوره ۱۵، شماره ۲: ۱۰۷-۱۱۸.

- گروس، ریچارد. (۱۳۲۷)، *روانشناسی سوگ*، ترجمه: عاطفه مزرعه، تهران: نشرنویسه پارسی.

- معین، زهرا؛ ابوالمعالی الحسینی، خدیجه و صیرفی، محمدرضا. (۱۴۰۲)، «مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب هستی در زنان مبتلا به سرطان پستان»، *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، دوره ۱۴، شماره ۵۶: ۳۹-۶۶.

- موسوی، سیده سمیرا؛ زرگر، یداله؛ داودی، ایران و نعامی، عبدالزهر. (۱۳۹۵)، «اثربخشی مداخله سوگ بیمارگون بر نشانگان سوگ بیمارگون: پژوهش مورد منفرد»، *پژوهش‌های مشاوره*، دوره ۱۵، شماره ۵۸: ۱۳۵-۱۵۵.

- مهدیون، سیدعلی؛ اقبالی، محمد؛ حمیدی، مجید؛ محمدی، یونس و بابامیری، محمد. (۱۳۹۸)، «بررسی سلامت روانشناختی خانواده افراد دچار مرگ مغزی و اهداکنندگان عضو در استان همدان»، *مجله پرستاری مراقبت ویژه*، دوره ۱۲، شماره ۴، ۲۶-۳۴.

- ناموران گرمی، کبری؛ احمدی، عزت‌اله و یاری فرد، پری. (۱۴۰۲)، «توصیف پدیدارشناسانه واکنش‌های سوگ دختران به فقدان پدر»، *مشاوره کاربردی*، دوره ۱۳، شماره ۱: ۶۳-۷۴.

- یوسفعلی، پرستو. (۱۳۸۹)، تجربه زیسته سوگ زوجین بعد از داغدیدگی تروماتیک، پایان‌نامه

References

- Bjelland, S., Jones, K. (2022). "A Systematic Review on Improving the Family Experience after Consent for Deceased Organ Donation". *Progress in transplantation* (Aliso Viejo, Calif.), 32 (2), 152–166.
- Bordere, T. (2016). *Social justice conceptualizations in grief and loss*. In D. L. Harris & T. C. Bordere (Eds.), *Handbook of social justice in loss and grief: Exploring diversity, equity, and inclusion*, 9-21.
- Champion, M. J., Kilcullen, M. (2023). "Complicated Grief Following the Traumatic Loss of a Child: A Systematic Review". *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 91(4): 2142-2164.
- De Stefano, R., Muscatello, M., & Pandolfo, G. (2021). "Complicated grief: A systematic review of the last 20 years". *The International journal of social psychiatry*, 67 (5), 492–499.
- Diallo, K., Downey, M., & Levan, M. L. (2023). "Understanding deceased donor families' challenges with and tools for managing grief post-organ donation: a qualitative exploration of donor family grief support groups". *Transplantation*, 107 (10), 1-57.
- Elmer, L., MacDonald, D., & Friedman, H. (2003). "Transpersonal psychology, physical health, and mental health: Theory, research and practice". *The Humanistic Psychologist*, 31 (2), 159-18.
- Gettis, M. A., Basu, R., & Calamaro, C. J. (2024). "Pediatric Death and Family Organ Donation: Bereavement Support Services in One Pediatric Health System". *Journal of Patient Experience*, 11, 1-7.
- Grant, Gyna M. (2024). "Understanding Complicated Grief, Resilience, and Coping Skills in African American Women: A Phenomenological Study A Dissertation Presented in Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy. Liberty University
- Huggins, C., Hinkson, G. (2021). "Signs of traumatic grief, lack of justice, magnitude of loss, and signs of resilience following the homicidal loss of their adult child among Caribbean Black mothers". *Journal of Death and Dying*, 84 (3), 914- 934.
- Lee, E., Kim, S. W., & Enright, R. D. (2017). "Family conflict and forgiveness among survivors of suicide". *Journal of Loss and Trauma*, 22 (8), 689- 697.
- Li, R., Liang-liang, S., & Chun-juan, X. (2023). "A study of grief experience interviews with family members of patients with advanced malignant tumors based on noninvasive death index monitoring". *BMC Psychology*, 11(1), 1-8.
- Luo, A., He, H., Xu, Z., Deng, X., and Xie, W. (2021). "Social support of

- organ donor families in China: A quantitative and qualitative study". *Front. Public Health*, 17(9), 1-10.
- Martinez-Lopez, M. V., Coll, E., & Rodríguez-Arias, D. (2023). "Family bereavement and organ donation in Spain: a mixed method, prospective cohort study protocol." *BMJ open*, 13 (1), 1-10.
- Moritz, S., Kelly, M. T., Xu, T. J., Toews, J., Rickhi, B. (2011). "A spirituality-teaching program for depression: Qualitative findings on cognitive and emotional Change". *Complementary Therapies in Medicine*, 9 (4), 201-207.
- Myles, L. A. M., & Merlo, E. M. (2021). "Alexithymia and physical outcomes in psychosomatic subjects: a cross-sectional study". *Journal of Mind and Medical Sciences*, 8 (1), 86-93.
- Pelletier, M. (2020). Role of organ donation in helping family members cope with grief. In *Personal care in an impersonal world*. London: Routledge, 157-166,
- Pereira, R. (2018). The Mourning Family: Diagnosis and Systemic Intervention in Dysfunctional Family Grief. *Clinical Interventions in Systemic Couple and Family Therapy*, 221-237.
- Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of palliative medicine*. 17 (6), 623-66.
- Russ, V., Stopa, L., & Tess, M. (2022). "The Relationship between Adult Attachment and Complicated Grief: A Systematic Review". *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 89(4), 1293-1319.
- Sawyer, T, C. (2023). "Invisibility Matters: Adult Sibling Loss and the Complicated Grief Experience". *School of Social Work*, 29 (3), 32-44.
- Shahini, N., Abbassani, S., & Derakhshanpour, F. (2022). "Grief experience after deaths: Comparison of COVID-19 and non-COVID-19 causes". *Journal of Patient Experience*, 9, 1-6.
- Smith, K. V., Wild, J. & Ehlers, A. (2020). "The masking of mourning: social disconnection after bereavement and its role in psychological distress". *Clinical Psychological Science*, 8, 464- 476.
- Spillane, A., Larkin, C., & Corcoran, P. (2017). "Physical and psychosomatic health outcomes in people bereaved by suicide compared to people bereaved by other modes of death: a systematic review". *BMC Public Health*, 17(1), 1-16.
- Stouder, D. B., Schmid, A., Ross, S. S., Ross, L. G., and Stocks, L. (2009). "Family, friends, and faith: How organ donor families heal". *ProgTranspl*, 19 (4), 358–361.
- Tirgari, B., Samareh, H., & Forouzi, M. A. (2020). "Relationship between Bereavement Reaction with Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Organ Donor Families in Iran". *The Journal of*

neuroscience nursing: journal of the American Association of Neuroscience Nurses, 52 (1), 21–26.

Wang, Y. F., Reitter, D., Yen, J. (2017). How emotional support and informational support relate to linguistic alignment, in Proceedings of the 10th International conference on social, cultural, and behavioral modeling and prediction and behavior representation in modeling and simulation, *Springer International Publishing*, 25–34.

Worden, J. W. (2018). Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. *Springer Publishing Company*, 10

Xie, W., Kong, S., He, H., Xiong, H., Zhu, Q., & Huang, P. (2022). A mixed-methods study of emotional support for families of organ donors in Hunan Province, China. *Frontiers in psychology*, 13, 1-13.

استناد به این مقاله: کریمی منجرمویی، یزدان، افشانی، سیدعلیرضا، روحانی، علی، مبارکی، محمد، کلاته ساداتی، احمد. (۱۴۰۳). واکاوی تجربه سوگ در خانواده‌های اهداکننده عضو، *فصلنامه علوم اجتماعی*، ۳۱(۱۰۷)،

DOI: 10.22054/qjss.2025.79978.2791 ۸۸-۴۳



Social sciences is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License...