

حمایتهای روانی-اجتماعی

در

زلزله و حوادث غیرمترقبه

کتابچه آموزشی متخصصین بهداشت روان

(روانپزشکان و روانشناسان بالینی)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

اداره سلامت روان

زمستان ۱۳۹۰

نویسندگان:

دکتر شهرزاد علیزادگان

دکتر محمد تقی یاسمی

دکتر معصومه امین اسماعیلی

دکتر شاهرخ سردارپور گودرزی

دکتر ستاره محسنی فر

دکتر جمال شمس

بازبینی:

دکتر احمد حاجبی

دکتر مهدیه وارث وزیریان

دکتر سمانه کریمان

فهرست:

پیشگفتار

اهداف آموزشی

تاریخچه

مقدمه

فصل اول: واکنش های روانی به دنبال بحران

- مراحل پاسخ روانی به بحران
- واکنش ها و علائم شایع به دنبال فاجعه
- اختلالات روانی شایع به دنبال زلزله
- علائم و واکنش های روانی در کودکان

فصل دوم: اصول ارائه خدمات روانی اجتماعی در بلایا

فصل سوم: مداخلات روانی - اجتماعی پس از وقوع حوادث غیرمترقبه و زلزله

- نقش متخصصین بهداشت روان
- کمک های روانشناختی اولیه
- تشکیل گروه های حمایت روانی - اجتماعی
- مراحل و جلسات گروه های حمایت روانی - اجتماعی
- غربالگری
- بازگویی روانشناختی تعدیل شده + افکار مزاحم
- برانگیختگی هیجانی
- اجتناب
- آموزش روانشناختی

فصل چهارم: مداخله درسوگ

ضمیمه ۱- پژوهش در حوادث غیرمترقبه و زلزله

- ضمیمه ۲- برنامه پیشگیری از خودکشی
- ضمیمه ۳- پروتکل درمان سوء مصرف مواد در زلزله
- ضمیمه ۴- درمان دارویی پس از حوادث غیرمترقبه و بلایا
- ضمیمه ۵ - فرسودگی شغلی و امدادگران
- ضمیمه ۶- برنامه کشوری حمایت های روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه

پیشگفتار

ایران جزء ده کشور بلاخیز دنیا است. حوادثی مانند سیل، زلزله، رانش زمین، آتش سوزی های گسترده از رویدادهایی هستند که هر ساله منجر به مرگ و میر و آسیب های جسمی و روانی هزاران انسان می شوند. این حوادث می توانند تنش روانی قابل توجهی برای بازماندگان ایجاد کنند و عوارض روانی جدی و دیرپایی را باقی گذارند. این حوادث در مدت زمان کوتاهی ظاهر می شوند ولی تاثیری که بر روی زندگی افراد می گذارند طولانی مدت خواهد بود.

حوادث غیر مترقبه و طبیعی به میزان ۹۶۸۰۸۱ سال عمر مفید بر اساس مطالعه بار بیماری ها (DALYs) در سال ۱۳۸۲ از مردم ما ستانده است که از این میان، ۹۲۵۷۲۸ سال آن یعنی حدود ۹۶٪ در نتیجه زلزله بم ایجاد شده است. با توجه به قرار داشتن کشور ما روی کمربند زلزله و باوجود جاری شدن هرساله سیلاب در بخشهایی از کشور و... برآورد می شود که بدون زلزله های مانند بم در سال ۱۳۸۲ و زرد در سال ۱۳۸۳ سالیانه حدود ۴۰ تا ۶۰ هزار سال با ناتوانی و یا مرگ از دست رفته است، که سهم بسیار زیادی از آن را مرگ (YLL) تشکیل می دهد. با توجه به موارد پیش گفت می توان به این نکته اشاره نمود که حوادث عمدی و غیر عمدی بالاترین نسبت DALYs را از بین مجموع بیماریها و آسیبهای شناسایی شده به خود اختصاص داده است که این موضوع ضرورت توجه به بلایا و حوادث را بیش از پیش مطرح می کند.

تحقیقات نشان داده است که DALYs ناشی از بلایا قابلیت کاهش و کنترل دارد. در این راستا برنامه هایی در وزارت بهداشت برای ایجاد آمادگی های لازم برای کاهش عوارض آن در دستور کار بوده است. براین اساس بازبینی متون آموزشی حمایت های روانی اجتماعی در بلایا به عنوان یکی از فعالیتهای مربوط به برنامه حمایت های روانی اجتماعی در سال ۱۳۸۷ تعیین گردید.

در ابتدا بعد از رایزنی و هماهنگی با کارشناس محترم بهداشت روان و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان - قطب حمایت های روانی اجتماعی در بلایا- افراد ذیصلاح در زمینه حمایت های روانی اجتماعی در بلایا در سطح دانشگاه های علوم پزشکی انتخاب شدند. متون مذکور جهت مطالعه و اظهار نظر اولیه از طریق پست به افراد منتخب ارسال گردید که از این گروه کمتر از نیمی از افراد نظرات خود را ارسال نمودند. از اینرو به منظور افزایش همکاری و جمع بندی نظرات، مقرر شد با برگزاری کارگاه مشورتی به این کار اقدام شود. کارگاه طبق برنامه ریزی و هماهنگی با تمامی اعضای شرکت کننده در آن در تاریخ ۴ تیرماه ۱۳۸۸ در محل معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان آغاز به کار نمود.

بعد از دو روز تلاش مستمر و بررسی متون توسط چهار گروه تخصصی، نقاط قوت و ضعف متون موجود و تغییرات مورد نظر پیشنهاد گردید. در پایان دو روز کار گزارشی از نظرات و پیشنهادات اعضای تیم تهیه شد که در این جا لازم می دانم از تمامی شرکت کنندگان (آقایان دکتر بوالهروی- دکتر گودرزی- دکتر جهانشاهی- آقای بهرام نژاد- آقای نادری - آقای علی اسدی- آقای زامیاد- آقای دکتر آزاد- آقای محمدی- خانم دکتر غفاری- خانم کاویانی- خانم دکتر مهدوی- خانم دکتر امین اسماعیلی- خانم دکتر علیزادگان- خانم باشتی- خانم ده باشی- خانم دکتر وزیریان) تشکر نمایم.

در مرحله بعدی تیم کوچکتری به جمع بندی پیشنهادات ارائه شده در کارگاه و مرور منابع، مستندات و شواهد موجود در دنیا پرداخت. در نهایت کتاب های آموزشی به هفت گروه هدف (گروه متخصصین سلامت روان، پزشکان عمومی، کاردان بهداشتی، معلمین و مشاوران، بهورزان و رابطین بهداشتی، مدیران بهداشتی و مددکاران) تقلیل یافت.

با سپاس مجدد از همه همکاران و اساتید ارجمند متون حاضر تقدیم حضور می گردد تا به یاری خداوند منان مورد بهره گیری قرار گیرد.

پیشاپیش از همه عزیزانی که با نقد و راهنمایی ما را در ادامه کار یاری می رسانند صمیمانه سپاسگزاری می شود.

دکتر عباسعلی ناصحی

دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

اهداف آموزشی

با مطالعه این متن فراگیران مطالب زیر را فرا خواهند گرفت:

- بحران و بلایا
- واکنشهای روانی در حوادث غیرمترقبه بلایا
- نحوه مدیریت واکنشها در بلایا و حوادث غیرمترقبه
- آشنایی با انواع تکنیکهای بهبودی
- سوگ ونحوه مدیریت آن
- مدیریت سوءمصرف مواد

تاریخچه:

به دنبال نام گذاری دهه ۱۹۹۰ به عنوان دهه بین‌المللی کاهش بلایا توسط سازمان ملل متحد، قانون تشکیل کمیته ملی کاهش اثرات و بلایا طبیعی در مرداد ۱۳۷۰ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. واقعه اسفبار زلزله رودبار در سال ۱۳۶۹ تاثیر بسزایی در آغازچنین حرکتی داشت. این کمیته از ۹ کمیته فرعی تخصصی به مسئولیت وزراء و یا معاونین آنها در سازمانهای ذیربط تشکیل می‌شد که یکی از آنها کمیته فرعی بهداشت و درمان بود و تامین خدمات بهداشت روان یکی از وظایف این کمیته محسوب می‌گردید. این کمیته در سال ۱۳۷۶ شروع به برنامه ریزی برای تهیه طرح " نحوه ارائه خدمات به آسیب دیدگان ناشی از بلایای طبیعی " نمود. ولی از آنجاییکه دانش اندکی در این زمینه در سطح بین‌المللی وجود داشت و از طرفی کاربرد همان دانش در ایران با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و بومی امکان پذیر نبود، برنامه ریزی با رویکرد پژوهش نگر آغاز شد. این وظیفه به عهده اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری تعدادی از اساتید و کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشکده پزشکی بیرجند و منطقه قائنات و اردبیل به انجام رسید.

نیازهای اعلام شده مردم آسیب دیده اطلاعات جالبی به همراه داشت. از لحظات بعد از حادثه نیاز به دریافت اطلاعات بخصوص درمورد وضعیت سلامت خانواده و بستگان اهمیت فوق‌العاده‌ای داشت. بیش از ۷۵٪ از آسیب دیدگان نیاز به دریافت اطلاعات درمورد وضعیت سلامت اعضای خانواده خود داشتند و این درحالی بود که هیچگونه سیستم منظمی در این رابطه وجود نداشت و حتی در برخی از موارد امدادگران به غلط رفتار می‌کردند. پس از حادثه اکثر افراد نیاز به مشاوره و درد دل را در سطح بالائی حس می‌کردند ولی دوستان و آشنایان مهم ترین منبع دردسترس آسیب دیدگان بودند که در اغلب موارد این اقدامات به روش نادرست از سوی آنها اجرا می‌شد. نیاز به بازی در کودکان نکته مهمی بود که مورد غفلت قرار گرفته بود. امدادگران هلال احمر آشنایی ناکافی با مسائل بهداشت روان داشتند. بخصوص امدادگران جوان نیازمند آموزش و کسب مهارت بیشتری بودند.

براین اساس و با توجه به تجربیات زلزله اردبیل و قائن و بر اساس نیاز سنجی انجام شده توسط آقای دکتر یاسمی و همکاران اولین پیش‌نویس برنامه آمادگی در بحران در سال ۱۳۷۶ تهیه گردید و همان سال تهیه متون و آموزش نیروی انسانی از طریق آموزش مربیان هلال احمر بوسیله تیم فوق‌الذکر و نیز آموزش تعدادی روانپزشکان و روانشناسان آغاز شد. دومین پیش‌نویس برنامه براساس نتایج مطالعه آزمایشی متعاقب زلزله استان قزوین در سال ۱۳۸۱ تهیه شد. متون آموزشی برای سه سطح متخصصین، امدادگران و مدیران و پمفلتهایی برای مردم عادی تهیه شد. کلیه روانپزشکان و روانشناسان شبکه بهداشت و درمان کشور طی دو کارگاه تخصصی " حمایت‌های روانی اجتماعی در شرایط اضطراری " آموزش ویژه دریافت کردند. تا قبل از زلزله بم ۶۰ متخصص بهداشت روان آموزشهای لازم را در ارتباط با مداخلات مذکور دریافت کرده بودند. به منظور ارتقاء کمی و کیفی و سرعت بخشی به ارائه خدمات روانی - اجتماعی ادامه آموزش نیروها و منابع انسانی ضروری می‌نمود.

تیرماه ۱۳۸۱ زلزله ۶ ریشتری در روستاهای اطراف قزوین باعث مرگ ۲۳۵ تن و برجای ماندن هزاران زخمی شد. اداره سلامت روان با همکاری هلال احمر تصمیم به اجرای طرح مداخلات روانی اجتماعی در

بلايا طبيعى گرفت. مداخلات آغاز گشت. نتايج ارزىابى قبل و بعد از مداخله نشان دهنده کاهش سايكوپاتولوژى در بالغين و كودكان بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله بود.

مطالعات پايوت در زلزله قزوین نشان داد كه برنامه كشورى اجرايى مى‌باشد و مداخلات روانى - اجتماعى عملى و موثر است. برنامه پس از زلزله قزوین در سال ۱۳۸۱ بازبینى و تصحيح شد. در زلزله بم نیز با توجه وسعت حادثه و برجای ماندن تعداد زیادى از آسیب دیدگان روانى این برنامه مورد بهره بردارى و اجرا قرار گرفت تا اينكه منطبق بر شرايط موجود در بم برنامه به شیوه عملیاتی نهایی تبدیل شد و مورد بهره‌برداری و اجرا قرار گرفت. بازبینى چهارم برنامه در سال ۱۳۸۸ و براساس نیاز مشاهده شده به دنبال حادثه آتش سوزى منطقه بازنه اراك و زلزله بندرعباس از سوى جمعى از صاحبانظران در این زمینه، زیر نظر اداره سلامت روان صورت پذیرفت.

از این‌رو، براساس نیاز مشاهده شده در دفتر سلامت روانى اجتماعى و اعتياد، اداره سلامت روان بر آن گردید تا به بازبینى متون آموزشى حمايتهاى روانى اجتماعى در بلايا و حوادث غير مترقبه اقدام نماید تا با استفاده از مطالب و مستندات علمى موجود در سطح دنيا بتوان دانش و مهارت‌هاى كافی را در اختيار دانش‌آموختگان در این حیطه قرار داد. لازم به ذکر است كه تهیه و تدوين این مجموعه آموزشى برای اولین بار در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در حالى صورت گرفته است كه به عنوان اولین تجربه مستند در زمان بحران اقدامى بسیار بجا و درخور تمجید بوده، تشكر از پیشكسوتان را مى‌طلبد. به منظور تحقق هدف فوق و تسهیل در روند انجام طرح، كارگاه بازبینى متون آموزشى در تاریخ ۴ و ۵ تیرماه ۱۳۸۸ و با همكارى دانشگاه علوم پزشکی كرمان برگزار گردید. در این نشست شركت كندگان به بحث و بررسى متون موجود پرداخته، راهكارهاى جهت ارتقاء كیفى مطالب موجود ارائه دادند. جمع‌بندى نهایی توسط گروهى از كارشناسان سلامت روان دانشگاه‌هاى علوم پزشکی و اداره سلامت روان براساس نتايج بدست آمده از كارگاه مذکور و مرورى بر مستندات موجود در زمینه حمايتهاى روانى اجتماعى در سطح دنيا در طى چندین جلسه مشترك در اداره سلامت روان به پایان رسید.

مقدمه

بلايای طبیعی سالانه منجر به مرگ، معلولیت جسمی و روانی و تغییر روند و مسیر زندگی میلیون ها نفر و صدمات مالی شدید برای افراد و دولت‌ها می گردند. کمک ها و امدادها از سایر نقاط کشور و سایر نقاط دنیا به دنبال وقوع زلزله به سرعت به منطقه آسیب دیده ارسال می گردد. کمک های بهداشتی یکی از مهمترین و اولین امدادهایی است که به مناطق فاجعه زده می رسد. هر چند تا سال های اخیر سیاست گذاران بهداشتی در برابر وقایع آسیب زا کمتر به عوارض روان شناختی می پرداختند، طی سال های اخیر اهمیت رسیدگی سریع و به هنگام به واکنش های روانی افراد آسیب دیده در طی زلزله بر متولیان بهداشت محرز شده و به همین دلیل پرداختن به واکنش های روانی بازماندگان با هدف عادی سازی واکنش ها و جلوگیری از بروز عوارض دیرپا که منجر به افت کیفیت زندگی و کاهش کار آیی افراد می گردد، از اهم اهداف فعالیت های متخصصین و کارشناسان بهداشت روان اعزامی به مناطق آسیب دیده محسوب می گردد.

امروزه بر پایه مطالعات به انجام رسیده در زمینه مسائل روانشناختی و رفتاری ناشی از فجایع طبیعی، اطلاعات گسترده ای در این زمینه وجود دارد. در پژوهش دیوید و همکاران میزان اختلالات روانی در بین بازماندگان گردباد اندرو ۵۱٪ تخمین زده شده است. ۳۶٪ این افراد مبتلا به PTSD (اختلال استرس پس از سانحه)، ۳۰٪ دچار افسردگی اساسی و ۲۰٪ مبتلا به اختلالات اضطرابی بودند. نتایج یک پژوهش طولی بر روی بازماندگان گردباد در سری لانکا نشان داد که تا ۵۰٪ بازماندگان تا یکسال پس از وقوع گردباد دچار اختلالات روانی بوده اند. در مطالعه ای که به دنبال وقوع زلزله ای مخرب در هندوستان در سال ۱۹۹۶ صورت پذیرفت، ۵۹٪ بازماندگان مبتلا به اختلالات روانی قلمداد شدند که از این میزان ۲۳٪ مبتلا به PTSD و ۲۱٪ مبتلا به افسردگی اساسی بودند. هر چند به طور معمول در سال دوم پس از سانحه اختلالات روانی کاهش می یابد، ولی در مواردی عوارض به صورت مزمن و پایدار باقی می ماند. همراهی چند بیماری روانی در یک زمان شدت آسیب روانی را می افزاید. مساله مهم دیگر آسیب پذیری خود افراد و احتمال وجود اختلالات قبلی در این افراد است که مسلماً به بروز واکنش هایی شدیدتر می انجامد. اختلالی که به طور شایع تر پس از زلزله با آن سر و کار داریم، اختلال استرس پس از سانحه

(PTSD) است، هر چند که در موارد بسیاری این اختلال را همراه با سایر اختلالات می‌یابیم. شایع‌ترین اختلالات همراه عبارتند از افسردگی اساسی، اختلال هراس و اختلال فوبیا. در واقع بیماری‌های روانی پس از سانحه نظیر جراحات چندگانه فرد را مورد تهاجم قرار می‌دهند.

هر چند پژوهش‌های انجام شده در رابطه با اختلالات روانی متعاقب زلزله در ایران اندک هستند، نتایج آن‌ها دور نمایی از آسیب‌های شایع و نیازهای بازماندگان به ما می‌دهند. در پژوهش دژکام و همکاران در رابطه با اختلالات روانی در بین بازماندگان زلزله رودبار به سال ۱۳۶۹، ۶۸٪ افراد مورد مطالعه مبتلا به افسردگی اساسی بودند که از این میان ۳۸٪ از افسردگی شدید رنج می‌بردند. در پژوهش کرمی به سال ۱۳۷۳ که پس از ۳ سال بر روی کودکان منطقه زلزله زده رودبار انجام شد، میزان اختلالات رفتاری در بین کودکان ۶۰٪ برآورد شد که حدوداً ۲/۵ برابر گروه شاهد بود. همچنین ۵۱/۷٪ این کودکان که در سنین ۹-۱۶ سال قرار داشتند مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بودند. در پژوهش احمدی همه کودکان در چند هفته اول دچار مشکلات مهم خواب بودند و ترس از تاریکی و تنهایی و افکار مزاحم هنگام استراحت و رویاهای وحشتناک داشتند. همگی آن‌ها نسبت به خوابیدن در محل‌های سرپوشیده و استفاده از انواع وسایل حمل و نقل احساس خطر می‌کردند. فراوانی بیماری روانی تا سال‌ها پس از فاجعه در اطفال از شیوعی نظیر بزرگسالان بر خوردار است.

در پژوهش یاسمی و همکاران در سال‌های ۷۷-۱۳۷۶ آسیب‌شناسی روانی در منطقه جنوب خراسان و اردبیل با گروه کنترل مقایسه شد. سایکوپاتولوژی به طور عموم در بین بزرگسالان حدود ۳ برابر و در خردسالان حدود ۲ برابر گروه کنترل بود. ۴۷/۳٪ خردسالان و ۷۶/۵٪ بزرگسالان یک سال پس از زلزله دچار اختلال PTSD با شدت متوسط تا شدید بودند.

در بررسی بعمل آمده در زلزله بم نیز ۸۲ درصد بزرگسالان و ۸۴ درصد کودکان (بر اساس GHQ و Rutter) از مشکلات روانشناختی رنج می‌بردند. درصد افراد بزرگسالی که بر اساس مقیاس واتسون دچار PTSD بودند ۶۵ درصد، و درصد کودکان دچار PTSD بر اساس مقیاس PTSD کودکان ۷۸ درصد بود.

با نگاهی به مطالب فوق ضرورت اقدامات بهداشت روان در بین امدادهای ارسالی به مناطق فاجعه‌زده مشخص می‌گردد. نتایج حاصل از اقدامات مشاوره گروهی به دنبال سوانح در سایر کشورها، کاهش عوارض بعدی ناشی از فاجعه را نشان می‌دهد. چنین اقداماتی نه تنها به ارتقاء سلامت روان بازماندگان کمک می‌نماید بلکه از همین طریق نقشی مثبت در کاهش مشکلات جسمانی و سایکوسوماتیک که در دوران پس از سانحه افزایش می‌یابند دارند.

فصل اول: واکنش های روانی به دنبال بحران

الف: مراحل پاسخ روانی به بحران

- به طور معمول به دنبال بحران هایی همچون سیل و زلزله، افراد از مراحل مختلفی عبور می کنند که عبارتند از:
- ۱- **اثر یا ضربه:** این مرحله طی چند دقیقه اول پس از سانحه رخ می دهد. طی این دقایق افراد دچار رعب و وحشت می شوند، گاه نیز حالت هایی همچون بهت زدگی و درماندگی مشاهده می گردد. در این مرحله افراد قدرت انجام هیچ کاری را ندارند. این حالت معمولاً گذرا و کوتاه مدت است و در اکثر موارد قبل از رسیدن نیروهای کمکی پایان می یابد. باقی ماندن در این مرحله، نیازمند مداخله فوری است.
 - ۲- **قهرمان گرایی:** در ساعات اولیه رخ می دهد. مردم سعی می کنند به کمک هم کاری انجام دهند و افراد احساس مسئولیت می کنند، به طور داوطلبانه در امداد رسانی شرکت می نمایند. به این ترتیب تا قبل از رسیدن نیروهای کمکی بسیاری از کارها را خود افراد بازمانده انجام می دهند. نکته مهم در مورد این مرحله این است که تحریک پذیری افراد طی این مرحله بسیار بالاست و در عین حال درجات بالایی از گذشت و فداکاری را از خود نشان می دهند. مسئله دیگر نیاز به ایجاد هماهنگی و رهبری با هدف افزایش تأثیر فعالیت های داوطلبانه است.
 - ۳- **امیدواری و فراموشی غم:** یک هفته تا چند ماه پس از حادثه بروز می کند. این مرحله با رسیدن نیروهای کمکی و آغاز توزیع کمک ها آغاز می گردد. توزیع کمک ها در پیدایش تعادل روانی، کاهش اختلالات شدید عاطفی و حس خشم و انتقام جویی موثر هستند.
 - ۴- **روبرویی با واقعیت ها:** این مرحله حدود ۲ تا ۳ ماه بعد از وقوع فاجعه آغاز می شود، یعنی زمانی که اکثر نیروهای امداد از منطقه خارج می شوند. در این مرحله، بازماندگان متوجه عمق خسارت ها و جبران ناپذیری بخش بزرگی از خسارات می گردند. در این مرحله بازماندگان نیازمند حمایت های روانی بیشتری هستند. چرا که مجدداً روحیه خود را از دست می دهند، افسرده و مضطرب می گردند و احساس تنهایی شدیدی می کنند. ایجاد روحیه امید و اعتماد و دقت در توزیع عادلانه هر گونه امکانات در این مرحله از اهمیت بسیاری برخوردار است.

۵- **تجدید سازمان:** بین ۶ ماه تا یکسال پس از فاجعه رخ می دهد. بازماندگان شروع به بازسازی روانی و از سر گرفتن زندگی روز مره خود می کنند. افراد به این نتیجه می رسند که بازسازی زندگی با اتکا بر توانایی های خود آن ها امکان پذیر است.

آگاهی از این واکنش ها کمک می کند تا عکس العمل های روانی آسیب دیدگان را بشناسید و نحوه برخورد با آنها را دریابید. این حالتها از هم جدا نیستند و الزاماً بترتیب نیز رخ نمی دهند. دربرخی از زلزله بعضی از این مراحل برجسته نیستند (بعنوان مثال در زلزله بم مرحله سوم تقریباً وجود نداشت). اقدام مناسب هنگام مواجهه با این حالت ها مردم را منسجم کرده و به آنها انگیزه می دهد تا با حوادث دست و پنجه نرم کنند. هدف نهائی ما رسیدن هرچه سریعتر بازماندگان به مرحله تجدید سازمان است.

ب: واکنش ها و علایم شایع به دنبال فاجعه

به دنبال بروز استرس شدید روانی ناشی از فاجعه، دستهای از علایم و اختلالات در افراد به وجود می آید که می تواند تأثیر معکوسی روی عملکرد آن ها داشته باشند. در برخی افراد تنها با یک تک علامت مواجه هستیم و در برخی دیگر ترکیبی از علایم را که در صورت عدم رسیدگی می توانند به اختلالات روانی مزمن منجر گردند. میزان تاثیر افراد از وقایع اطراف، تا حد زیادی تابعی از میزان آسیب پذیری قبلی، وسعت فاجعه و میزان تخریب و فقدان، و همچنین وضعیت حمایتها و رسیدگی به هنگام به مسایل روانی - اجتماعی افراد می باشد. علایمی که به طور شایع در بازماندگان فجاجع دیده می شوند عبارتند از:

۱- **افکار مزاحم:** از جمله ناخوشایندترین پدیده هایی که کودکان و بزرگسالان بعد از حوادث مصیبت بار تجربه می کنند خاطرات، افکار و احساسات مزاحم می باشند. این خاطرات ممکن است ناخوانده و ناخواسته در هر زمانی از روز به علت افسردگی یا در پاسخ به یادآوری کننده های محیطی به ذهن بیایند. ممکن است شب هنگام به شکل کابوسها یا خوابهای وحشتناک ظاهر شوند. از آنجا که این خاطرات خیلی روشن و ترسناک هستند در نتیجه فشار روانی زیادی را به فرد تحمیل می کنند. بسیاری از افراد به دنبال چنین تجربه ای ترس از دیوانه شدن و یا ترس از دست دادن کنترل خود را دارند. از این رو یکی از اهداف اصلی جلسات مشاوره گروهی فهماندن این نکته به افراد است که چنین واکنشهایی طبیعی هستند و باعث جنون نمی شوند و همچنین باید مهارتهایی را در جهت کنترل نسبت به این خاطرات تکرار شونده به آنها یاد داد تا بتوانند نسبت به این خاطرات کنترل داشته باشند.

باید به خاطر داشت که افراد قادر به فراموش کردن مسائل وحشتناکی نیستند که شاهد آنها بوده و یا آنها را تجربه کرده‌اند و اصولاً در مداخلات روانی- اجتماعی چنین هدفی را دنبال نمی‌کنیم، اما می‌توان به افراد آموزش داد که آنها را بدون فشار عاطفی بیاد بیاورند و نیز می‌توانند یاد بگیرند که چگونه آنها را در کنترل خود داشته باشند نه این که تحت تأثیر آنها باشد.

۲- **بیش برانگیختگی:** کودکان و بزرگسالان ممکن است برانگیختگی روانی رو به افزایشی را پس از حوادث آسیب‌زا از خود نشان دهند. بنابراین افراد ممکن است عصبی، بی‌قرار و دلواپس باشند و خیلی زود وحشت زده شوند. آنها ممکن است تحریک پذیر شده، دچار گوش‌بستگی و از جاپردین مفرط شوند و یا مشکلات تمرکز حواس پیدا کنند. عملکرد فرد از لحاظ روابط دوستانه و خانوادگی، عملکرد شغلی و تحصیلی به شدت تحت تأثیر بیش برانگیختگی قرار می‌گیرد. شواهد کافی دال بر افزایش این نوع برانگیختگی روانی در رابطه با تجربه کردن خاطرات آزار دهنده، وجود دارد. تأثیر منفی و مستقیم برانگیختگی بیش از حد روی زندگی فرد و نقش احتمالی‌اش در تقویت دیگر علائم استرس‌زای آزاردهنده پس از فاجعه بدین معنی است که این ناحیه یکی از بخشهای مهم مداخله و پیشگیری در این زمینه است. آموزش مهارتهای آرام‌سازی در آماده‌سازی فرد جهت کار رویارویی و مواجهه تدریجی با عوامل موجب بیش برانگیختگی، نقشی اساسی ایفا می‌کنند.

۳- **اجتناب:** اجتناب ممکن است شناختی و آگاهانه باشد (یعنی، تلاش برای فکر نکردن و به خاطر نیاوردن وقایع آزاردهنده)؛ یا اینکه ممکن است به صورت یک رفتار باشد (یعنی، تلاش در جهت اجتناب از عوامل یادآورنده حوادث آسیب‌زا و آزاردهنده، مانند بعضی از مکانها و افراد؛ و اجتناب از صحبت در مورد حادثه، از سایر علائم اجتنابی می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: کم‌علاقگی یا کاهش قابل توجه علاقه در پرداختن به امور مهم، احساس دل‌گسستگی یا غریبگی در میان دیگران، احساس بعید دانستن همه چیز (مثلاً انتظار ندارد شغلی داشته باشد یا ازدواج کند و بچه دار شود). علائم اجتنابی بنا به دو دلیل عمده باید به عنوان اهداف مداخلات در نظر گرفته شوند. نخست اینکه اجتناب ممکن است باعث ایجاد محدودیتهایی در عملکرد فرد شود که در این صورت تأثیری مستقیم بر روی زندگی فرد دارد. دوم اینکه اگر چه اجتناب ممکن است باعث فراغت خیال موقتی و کوتاه‌مدت شود، اما در درازمدت مشکلات را باقی نگاه خواهد داشت. علائم آزاردهنده می‌توانند سبب بروز رفتار اجتنابی گردند، و به دنبال اجتناب پردازش اطلاعات در مورد حادثه مختل می‌گردد و نهایتاً سیکل معیوبی تشکیل می‌شود که نتیجه آن تشدید علائم است. همچنین باید به خاطر داشته باشیم که هرچند اجتناب در کوتاه‌مدت سبب آرامش می‌گردد ولی در درازمدت سبب اضطراب و تنش بیشتری خواهد بود.

۴- **اختلال خواب:** می توان گفت که تقریباً تمامی بازماندگان حوادث غیر مترقبه برخی مواقع در یک مقطع زمانی دچار اختلال خواب می شوند. تمامی تغییراتی که در پیرامون افراد رخ داده اند، اعم از، از دست دادن عزیزان، ترس از وقایع احتمالی آینده ، از دست دادن دارایی ها و تغییر محل سکونت می توانند به مشکل خواب منجر شوند. مشکل خواب می تواند به تنهایی و یا همراه با سایر علائم - خصوصاً علائم بیش برانگیختگی - وجود داشته باشد. اختلال معمولاً به صورت اشکال در به خواب رفتن، عدم تداوم خواب، و کابوس های شبانه می باشد. اشکال در خواب علاوه بر این که به خودی خود برای فرد آزار دهنده است، سبب می گردد بر قراری تعادل روانی به تاخیر افتاده و خود نیز تحت تأثیر سایر علائم همانند تکرار افکار مزاحم قرار می گیرد. به واقع، علائم مختلفی که به دنبال زلزله در افراد دیده می شوند ، می توانند منجر به تشکیل یک چرخه معیوب شده و نهایتاً یکدیگر را تشدید کنند. از سوی دیگر خستگی روزانه و عدم تجدید قوا طی ساعات شب می تواند سبب صدمه به سیستم قلبی- عروقی و سیستم ایمنی گردیده و فرد را مستعد بروز بیماری ها کند.

۵- **واکنش سوگ:** سوگ واکنشی است که به طور طبیعی در پاسخ به از دست دادن و فقدان آن چه که فرد بدان وابستگی داشته رخ می دهد. فقدان می تواند به دلیل از دست دادن بستگان و دوستان، دارایی ها و متعلقات و یا آینده شغلی فرد باشد. باید به خاطر داشت و تأکید کرد که بروز سوگ کاملاً طبیعی است و اصولاً به دنبال حوادث غیر مترقبه به طور طبیعی انتظارچنین واکنشی را داریم. واکنش سوگ مجموعه ای از هیجانات است که بسته به فرهنگ حاکم بر جامعه متفاوت می باشد. به طور طبیعی انتظار می رود که این واکنش طی دو ماه مرتفع گردد. شدت علائم، و زمان بروز آن ها نیز در تعیین طبیعی یا غیر طبیعی بودن این واکنش نقش دارند، مجموعاً شدت واکنش سوگ باید متناسب با فقدان باشد که فرد با آن مواجه است، در فاصله دو ماه رفع گردد، و به طور تأخیری آغاز نشده باشد. علائم آن باید به تدریج کاهش یافته و فرد داغدار باید بتواند طی دو ماه به سطح قبلی عملکرد خود برگردد. در واقع سوگ فرآیندی است که نهایتاً منجر به پذیرش ترک وابستگی ها توسط انسان می گردد. در برخی از موارد به غلط افراد از ابراز احساسات، گریه کردن و سوگواری منع می گردند و خودداری از بروز احساسات به " مقاومت " تعبیر می گردد. در شرایط خاصی احتمال بروز سوگ بیمارگونه افزایش می یابد، از جمله در مواردی که فقدان بسیار وسیع بوده ، همراه با وحشت زدگی فراوان رخ داده باشد، و یا بسیار سریع رخ دهد، در مواردی که فرد از قبل آسیب پذیری بالایی داشته، منزوی بوده و فاقد شبکه حمایت اجتماعی بوده و یا دچار اختلالاتی از قبیل افسردگی بوده باشد. همچنین افرادی که به نوعی خود را در بروز حادثه و یا میزان اثرات ناشی از آن دخیل می دانند بیشتر مستعد واکنش های غیرطبیعی به هنگام سوگواری هستند. نقش متخصصینی

که در زمینه مداخلات روانی اجتماعی فعالیت دارند، تسهیل روند سوگواری است. در راه نیل به این هدف می توان از رهبران مذهبی نیز یاری جست.

ج: اختلالات روانی شایع به دنبال زلزله

سیاست اجرائی مسئولین بهداشت روان باید متمرکز بر عادی سازی واکنش های ناشی از فجایع باشد. در واقع باید اذعان داشت که اکثر واکنش هایی که بدنبال فجایع بوجود می آیند عکس العملی طبیعی به یک حادثه ی بسیار غیرمعمول می باشد. از اهداف کلی حمایت های روانی- اجتماعی در زلزله و حوادث غیرمترقبه توانمندسازی آسیب دیدگان و ارتقاء میکانیسم های انطباقی آنان است. رویکرد بیماری نگر در روانپزشکی مبتنی بر جامعه در زلزله، مانعی جدی در راه رسیدن به این اهداف خواهد بود. بدین جهت استفاده از واژه های بیماری یا اختلال باید با نهایت دقت صورت گیرد. البته شکی نیست که محروم کردن آسیب دیدگان از درمان مناسب زمانی که تشخیص محرز یک اختلال روانپزشکی مطرح است نیز اقدامی غیراخلاقی می باشد و در مواقع ضروری ممکن است نیاز درمانهای جدی تر حتی بستری در بیمارستان بوجود آید.

بیاد داشته باشیم اغلب واکنش های روانی بدنبال بروز فجایع و زلزله عکس العملی طبیعی به یک حادثه کاملاً غیرطبیعی می باشد.

هر چند در بسیاری از موارد، یکی از علایم ذکر شده در مبحث قبل در افراد بازمانده دیده می شود، مشاهده ترکیبی از این علایم و همچنین ترکیب این علایم در کنار اختلالات شناخته شده دیگر همانند افسردگی نیز در بازماندگان شایع است. شایع ترین اختلالاتی که به دنبال حوادث غیر مترقبه مشاهده می گردند عبارتند از: اختلال استرس حاد، اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، سوگ غیر طبیعی، اختلالات شبه جسمی و انواع اختلالات اضطرابی.

۱- **اختلال استرس حاد:** این اختلال در شرایطی به وجود می آید که فرد مستعد حادثه ای آسیب زا همراه با تهدید به مرگ یا آسیب جدی به سلامت خود و یا دیگران را تجربه کرده باشد و به دنبال این تجربه احساس ترس و وحشت شدید همراه با همه یا برخی از علایم زیر را تجربه کند:

- احساس کرختی و بی تفاوتی هیجانی
- کاهش آگاهی از محیط اطراف
- احساس عدم واقعیت خود و یا احساس عدم واقعیت دنیای پیرامون

• فراموشی روانزا

حادثه آسیب‌زا ممکن است به خودی خود و یا به دنبال افکار، رؤیا، خطاهای حسی، تکرار خاطرات توسط اطرافیان و یا احساس وقوع مجدد حادثه برای فرد بازمانده تکرار شود. اجتناب یکی از علایم شایع و بارز این اختلال می باشد چرا که فرد سعی در جلوگیری از یادآوری خاطرات آسیب‌زا و تجربه مجدد برانگیختگی ناشی از آن را دارد. انواع اختلال در خواب، تحریک پذیری، اشکال در تمرکز، بی‌قراری، گوش به زنگی مفرط و رفلکس از جا پریدن شدید از سایر علایمی هستند که در این اختلال انتظار بروز آن‌ها را داریم. تفاوت عمده این اختلال با اختلال استرس پس از سانحه در مدت زمان بیماری است، این اختلال بین ۲ روز تا ۴ هفته به طول می‌انجامد و در صورتی که در این مدت زمان مرتفع نگردد به اختلال استرس پس از سانحه تبدیل می‌گردد. فرد متأثر به طور واضح دچار افت در عملکرد فردی و اجتماعی می‌گردد.

۲- **اختلال استرس پس از سانحه:** همان‌طور که قبلاً توضیح داده شد علایم این اختلال مشابه اختلال استرس حاد می‌باشد و تفاوت عمده این دو در زمان بیماری است. فرد بازمانده به دنبال حادثه دچار احساس درماندگی می‌گردد و حادثه آسیب‌زا مکرراً برای وی تکرار می‌شود. بروز این اختلال در هر زمانی پس از حادثه ممکن است، می‌تواند بلافاصله پس از سانحه بوده و یا حتی به صورت تأخیری، ۳۰ سال پس از سانحه بروز کند. اما آن چه مسلم است این است که مداخله سریع و به‌هنگام در مورد تک‌علامت‌هایی که در افراد دیده می‌شود و یا مداخله در مورد اختلال استرس حاد می‌تواند در کاهش شیوع این اختلال در جامعه آسیب‌دیده مؤثر باشد. علایم این اختلال عمدتاً در حیطه‌های تکرار حادثه (احساس وقوع مجدد حادثه، به صورت تصاویر ذهنی، رؤیا، بازی‌های تکراری در مورد حادثه در کودکان و...)، اجتناب (دوری‌گزیدن از محل حادثه، افرادی که در آن زمان در نزدیکی فرد بوده‌اند، اجتناب از صحبت و بحث، اشکال در به یادآوری خاطرات آسیب‌زا)، احساس کُرختی و درماندگی در کنار احساس غریبگی و بیگانگی، و نیز علایم بیش‌برانگیختگی (گوش به زنگی مفرط، اشکال در به خواب رفتن یا تداوم خواب، اشکال در تمرکز و تشدید رفلکس از جا پریدن) مشاهده می‌گردد.

۳- **سوگ عارضه‌دار:** در مواردی که واکنش سوگ طی دوماه از بین **نرود**، شدت علایم طی مدت سوگواری شدیدتر از حدی است که انتظار می‌رود، و یا تأخیر بارزی در بروز علایم سوگ وجود دارد با سوگ عارضه‌دار مواجه هستیم که نیاز مند مداخله فوری است. گاهی نیز علایم سوگ اصلاً ایجاد نمی‌شود. زنان بیش از مردان مستعد چنین عارضه‌ای هستند. در صورت عدم مداخله به‌هنگام احتمال بروز سایر اختلالات روان‌پزشکی از قبیل افسردگی اساسی وجود دارد.

۴- **افسردگی اساسی:** هرچند تمامی بازماندگان بطور طبیعی دچار واکنش سوگ گردیده و پس از رفع آن با به یادآوری خاطرات گذشته دچار غم و اندوه می‌گردند، باید به خاطر داشت که این واکنش روانی طبیعی نسبت به یک فقدان

بزرگ کاملاً با افسردگی متفاوت است. افسردگی یک واکنش طبیعی نسبت به بحران محسوب نمی‌گردد و در صورت بروز، نیازمند مداخله جدی و فوری است. خصوصیت بارز آن وجود خلق افسرده همراه با ناامیدی و احساس درماندگی، اضطراب، کاهش انرژی، اختلال خواب، کاهش اشتها، اختلال در حافظه، احساس پوچی و بی‌ارزشی و گاه افکار خودکشی است. افسردگی از اختلالات شایع به دنبال بحران‌هاست.

۵- انواع اختلالات اضطرابی: حملات هراس، و اضطراب بیشتر می‌توانند به تنهایی یا به همراه سایر اختلالات در افراد بازمانده از حادثه دیده شوند، هرچند که به طور شایع‌تر این اختلالات را به طور توأم با سایر اختلالات می‌یابیم. وجود چنین اختلالاتی سبب افت عملکرد و کندی روند بازگشت به زندگی عادی می‌گردد.

۶- اختلالات شبه جسمی: توجه به شیوع بالاتر اختلالات شبه جسمی به دنبال زلزله، از نکاتی است که همواره باید مدنظر پزشکان معالج بازمندگان قرار گیرد، چرا که در صورت عدم تشخیص منشاء روان زای این اختلالات، به غلط علایم جسمی هدف درمانی قرار می‌گیرند. معمولاً در جوامع بازمانده از یک حادثه غیر مترقبه میزان شکایات جسمی بالاست. هرچند تلاش پرسنل پزشکی برای یافتن منشاء عضوی برای این دردها و علایم به نتیجه‌ای نمی‌رسد، بیمار معتقد است که دچار نوعی بیماری تشخیص داده نشده می‌باشد و نگرانی بیش از حدی در مورد سلامت جسم خود دارد. البته ممکن است در مواردی مشکلات و بیماری‌های جسمی وجود داشته باشند ولی در این صورت میزان شکایات بیمار نامتناسب با شدت مشکلات جسمی است. علایم این اختلاف طیف وسیعی را در بر می‌گیرد، می‌تواند شامل علایم گوارشی، حسی - حرکتی، وحتى فلج و دوبینی باشد. در شرایط عادی ۲۰-۳۰٪ بیماران بالغ مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی، بیماران دارای مشکلات شبه جسمی می‌باشند. این میزان پس از حوادث غیر مترقبه افزایش چشمگیری دارد. نکته‌ای که باید بدان توجه داشت پرهیز از اقدامات تشخیصی غیر ضروری در این بیماران است، چرا که چنین رویکردی سبب تثبیت بیماری در آنان می‌گردد. با توجه به مراجعه این افراد به پزشکان عمومی و متخصصین غیر روانپزشک، آموزش این رده از کارکنان بهداشتی درمانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

توجه:

ممکن است علائم و واکنش‌های روانشناختی در سالمندان با شدت بیشتری بروز نماید و این علائم در مواردی بصورت جسمی در این گروه شایع‌تر می‌باشد.

د- علایم و واکنش های روانی در اطفال

تمامی علایم و اختلالاتی که در مورد بزرگسالان بدانها اشاره شد، در کودکان نیز به وجود می‌آیند. تفاوت عمده کودکان با بزرگسالان این است که کودکان، آسیب‌پذیری بالاتری به واسطه از دست دادن حمایت بزرگسالان و از دست دادن مراقبین اولیه (پدر و مادر) دارند. به دنبال بروز حادثه غیرمترقبه شرایط زندگی کودک شدیداً تغییر می‌کند و محیط امنی که رشد و تکامل کودک در آن صورت می‌پذیرفت از بین می‌رود. توجه ویژه به نیازهای کودکان بلافاصله پس از بروز حادثه و سعی در مرتفع کردن آنها در کوتاهترین زمان و به روش صحیح در میزان آسیب‌پذیری آینده و تأثیر کودک از کشمکش‌های روانی آینده مؤثر است. علایم آسیب روانی ناشی از حادثه بسته به سن و مرحله تکامل کودکان متفاوت است.

در کودکان کمتر از دو سال، آسیب روانی می‌تواند با علایم گریه، بی‌قراری، بی‌علاقگی به محیط اطراف و کاهش تعامل با محیط و مراقبین، ترس از محیط، اشکال در به خواب رفتن، تداوم خواب، توقف در سیر تکامل مانند اشکال در تکلم و راه رفتن، چسبندگی بیش از حد به مراقبین، نداشتن واکنش به محرک‌هایی که به طور طبیعی در کودک واکنشی را ایجاد می‌کنند، بروز کند.

در کودکان ۶-۲ ساله با علائمی همچون پسرقت به مراحل قبلی تکاملی (مثلاً تکلم کودکان در کودکی که قبلاً به طور صحیح و کامل صحبت می‌نمود، شب ادراری، ترس از محیط، تحریک‌پذیری و بی‌قراری، پرخاش، اختلال در تمرکز طی بازی و سایر فعالیت‌ها، کاهش تعامل با همسالان و مراقبین، و گاه کاهش فعالیت و ترک بازی روبرو می‌شویم. در برخورد با این کودکان همواره باید به خاطر داشته باشیم که این پسرقت تکاملی نوعی مکانیسم دفاعی آنان در برابر استرس است.

در کودکان سن مدرسه آسیب به صورت گریه، انواع اختلال در خواب، شب ادراری، اشکال در تغذیه، پرخاشگری، اشکال در تمرکز و نیز اختلال یادگیری، مشکلات تحصیلی و ترس از تکرار اتفاق ناگوار باشد.

فصل دوم: اصول بنیادی اجرای برنامه های حمایت روانشناختی

یکی از مباحث مهم و اصلی در حمایت‌های روانی اجتماعی آشنایی با اصول اساسی و پایه در این زمینه است. در اینجا سعی شده است به مهم‌ترین اصول پرداخته شود. رعایت اصول و موارد زیر قبل و حین اجرای برنامه ضروری است.

۱- اتخاذ رویکرد مبتنی بر اجتماع: در این رویکرد برای ساخت منابع محلی، ارائه آموزش و خدمات رسانی به کل جامعه توجه می‌شود. در این شیوه افرادی که به ارائه خدمات می‌پردازند دانش و مهارت خود را به گروه‌های همسان در جامعه ارائه می‌دهند و این منابع محلی آموزش دیده عامل تسکین و آرامش اجتماع خود میشوند. با تمرکز بر گروه‌ها به جای افراد و تمرکز بر شبکه‌های اجتماعی امکان یاری رسانی به تعداد بیشتری از افراد محقق می‌گردد. توجه به ارزشهای حاکم بر جامعه سبب ارائه پاسخ متناسب با فرهنگ در آن جامعه می‌شود.

۲- داوطلبان آموزش دیده: اصل عمده برنامه حمایتها استفاده از نیروهای داوطلب است. هدف از آموزش داوطلبان، یادگیری مهارت‌های اساسی در زمینه فقدان و بحران می‌باشد. این افراد به دلیل اینکه عضوی از اعضای جامعه درگیر هستند می‌توانند در مواقع بحران بلافاصله واکنش نشان دهند و از این رو یک منبع ارزشمند محسوب می‌شوند. علاوه بر این به دلیل اینکه این افراد عضوی از جامعه آسیب‌دیده هستند، آسیب دیدگان به آنها اعتماد بیشتری دارند.

۳- توانمند سازی: در برنامه های یاری رسانی خطری که همیشه وجود دارد، خطر تحقیر کردن، منفعل ساختن، ناتوان کردن ساختن و وابسته کردن بازماندگان به نیروهای امدادی است. به طور کلی سازمانهای امداد رسانی باید نسبت به این واقعیت آگاه باشند که کیفیت امداد رسانی باید مبتنی بر اصول احترام به خویش و استقلال افراد باشد به طوری که به توانمند سازی افراد منتهی شود و بر توانایی ها و نقاط قوت آنها تاکید شود. به این منظور باید افراد بازمانده در تمامی برنامه ها مشارکت فعال داشته باشند.

۴- مشارکت اجتماعی و فعال بازماندگان در امداد و بازسازی: داشتن احساس کنترل بر محیط سبب توانمند شدن افراد، احساس تعلق و مالکیت و تلاش بیشتر برای حل مشکلات می‌شود. از این رو در برنامه‌هایی که از مشارکت افراد بومی و محلی استفاده می‌شود، پایداری و موفقیت نتایج بیشتر است. چراکه

افراد از راه مشارکت احساس می کنند که بر زندگی خود و اجتماع خود کنترل دارند. فایده دیگر مشارکت افراد بوجود آوردن یکپارچگی مجدد در افراد و خانواده در اجتماع است و می تواند به بازسازی شبکه های اجتماعی کمک کند. امدادگران باید تلاش هایی که بازماندگان بلایا برای مواجهه با تجربه های آسیب دیده و کنار آمدن با شرایط انجام می دهند را تشویق کنند. تمام این فعالیت ها عامل مهمی برای بهبودی و موفقیت است.

۵- احتیاط و دقت در کاربرد اصطلاحات تخصصی: در به کاربرد اصطلاحات تخصصی باید دقت شود چراکه به عنوان مثال بعد از وقوع یک حادثه نظیر زلزله ممکن است بسیاری از افراد علائمی مانند تجربه وقوع مجدد و یا اجتناب و یا احساس غمگینی و افسردگی داشته باشند، ولی همه آنها در حد یک علامت فراتر نمی رود و ما نمی توانیم تشخیص هایی مانند اختلال استرس بعد از حادثه^۱ و یا افسردگی اساسی^۲ را مطرح کنیم. به طور متقابل استفاده از واژه هایی که بار معنای مثبتی دارند می تواند احساس توانایی و مشارکت افراد را برانگیزانند، مثل اصطلاح بازماندگان فعال.

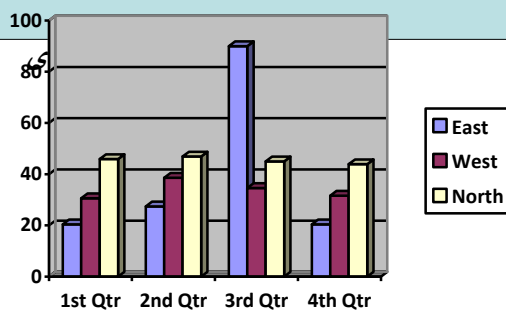
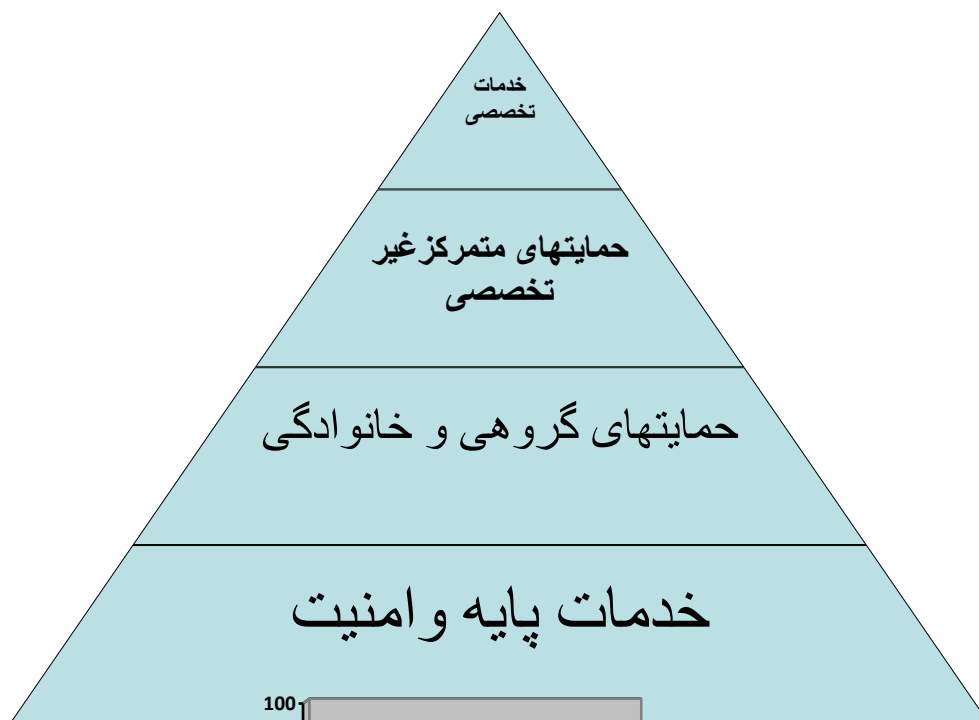
۶- ارائه خدمات از همان لحظه اولیه: ارائه این خدمات از همان لحظات اولیه می تواند عامل مهمی در کمک به مردم در مقابله با بحران باشد. غفلت از واکنش های هیجانی سبب بوجود آمدن قربانیان منفعل می شود. و در نتیجه روند بهبودی و بازسازی افراد کند تر از حد معمول پیشرفت می کند.

۷- مداخلات عملی و قابل پذیرش: به دلیل تاثیر کوتاه مدت و طولانی مدتی که بلایا بر روی افراد می گذارند، ممکن است مشکلات روانشناختی ناشی از بلایا همان موقع ظاهر نشوند، بلکه مدت زمانی طول بکشد. در نتیجه ضرورت دارد که برنامه های حمایتی بامشارکت دادن نیروهای بومی، آموزش منابع محلی، تداوم داشته باشند.

۸- حمایت های چند لایه ای: مداخلات و حمایت های روانی اجتماعی در زمان بلایا و حوادث باید در سطوح مختلف ارائه شوند. این بدان معنا است که افراد مختلف آسیب دیده نیازمند حمایت های گوناگون هستند. شکل زیر نشان می دهد که افراد مختلف نیازمند مداخلات در لایه ها و سطوح مختلف هستند.

¹ PTSD

² MDD



اصول مدیریت سلامت روان در بلایا

<ul style="list-style-type: none"> ● فراهم نمودن سیستم‌های هشدار سریع ● توسعه ، تمرین، تکرار و تخصیص منابع لازم برای پاسخ به حادثه؛ از جمله <ul style="list-style-type: none"> - تعیین افرادی که قرار است در بحران مداخله کنند و تعیین وظایف و مسئولیتهای آنها؛ - مشخص کردن روشهای اطلاع رسانی، محل بالقوه تریاژ و کمکهای اولیه ومحیط نگه‌دارنده¹ 	<p>پیشگیری اولیه</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● تریاژ اولیه و شناسایی افراد و گروههای در معرض خطر؛ ● بوجود آوردن محیط نگه‌دارنده، اطمینان از اینکه نیازهای اولیه افراد مانند غذا، سرپناه، بهداشت تامین شده‌است. مدیریت و ارائه خدمات پزشکی به افرادی که بسیار بی‌قرار هستند؛ ● آموزشهای روانشناختی و حمایت از افراد؛ ● برقراری کمک‌های اولیه روانشناختی درمورد آسیب‌دیدگان؛ 	<p>پیشگیری سطح دوم</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● مدیریت درمان دارویی؛ ● درمان شناختی – رفتاری؛ ● پایش و نظارت جمعیت آسیب‌دیده از نظر علائم و اختلالات روانپزشکی؛ 	<p>پیشگیری سطح سوم</p>

¹ Holding environment

فصل سوم: مداخلات روانی - اجتماعی پس از وقوع حوادث غیرمترقبه و زلزله

نقش متخصصین بهداشت روان

روانپزشک مشاور علمی برنامه های بهداشت روان و روانشناس مسئول بهداشت روان دانشگاه که از اعضاء اصلی کمیته اجرائی حمایت های روانی - اجتماعی در زلزله می باشند، نقش عمده ای در برنامه ریزی و عملیات اجرائی قبل و پس از وقوع حوادث در استان خود دارا هستند که در برنامه کشوری حمایت های روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه و زلزله به آن اشاره شده است. عمده این وظایف با همکاری تنگاتنگ کارشناس مسئول بهداشت روان دانشگاه در غالب کمیته حمایت روانی - اجتماعی در زلزله صورت می گیرد. قبل از وقوع حادثه و در هفته های اول پس از واقعه آسیب زا نقش این کمیته بارز است ولی پس از مرحله پاسخ اولیه و طی شدن مرحله امداد و نجات و تشکیل ستاد حمایت روانی - اجتماعی در منطقه آسیب دیده تیم حمایت روانی - اجتماعی که متشکل از یک روانپزشک، یک روانشناس و در صورت امکان یک مددکار اجتماعی است عمده وظیفه مداخله در بحران و ارائه مداخلات روانی - اجتماعی را به عهده می گیرد. در ذیل به عمده نقش روانپزشک و روانشناس کمیته اشاره می گردد.

- تشکیل کمیته اجرایی حمایت های روانی - اجتماعی در حوادث غیر مترقبه و زلزله
- آموزش های عمومی و تخصصی و بازآموزی پیش از حادثه و در جریان اجرای برنامه
- اعزام فوری کمیته حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیر مترقبه به منطقه از استان مربوطه و در صورت نیاز از استانهای معین (مجاور)
- برآورد سریع نیازها در ساعات و روزهای اولیه بعد از حادثه
- ایجاد مرکز اطلاع رسانی
- جمع آوری کلیه اطلاعات راجع به افراد فوت شده ، مجروح و اعزام شده
- انجام سخنرانی توسط روحانی بعد از نماز میت

- همراهی کردن بستگانی که برای تشخیص هویت می خواهند جنازه ای رابینند
- اعزام روانپزشک و روانشناس تیم به بیمارستان محل مداوای مجروحین جهت حمایت روانی آنان و در صورت لزوم کمک به تیمهای پزشکی
- انجام مداخلات روانی - اجتماعی تخصصی برای آسیب دیدگان بصورت سیاری
- اقداماتی ویژه برای گروههای خاص (کودکان بازمانده از حادثه، معلمان و مشاوران مدارس، داغدیدگان، امدادگران و سایر پرسنل بهداشتی
- برگزاری جلسات مذهبی به کمک روحانیون و سخنرانی اعضای کمیته (روانپزشک و روانشناس تیم) در این جلسات
- همکاری در ردیابی و بازپیوند خانوادگی با سازمان بهزیستی و جمعیت هلال احمر
- بیماریابی ، درمان و درمورد ضروری ارجاع موارد مقاوم
- برنامه ریزی برای بازدید مسئولین جهت رسیدگی به مشکلات بازماندگان ، تسریع بازسازی و اطمینان بخشی روانی
- برنامه ریزی مددکاری برای مشکلات اقتصادی ، اجتماعی ، خانوادگی بازماندگان و ایجاد ارتباط فعال بین مردم و مسئولین ستادهای معین از طریق مددکاران کمیته
- برنامه ریزی جهت ایجاد اشتغال از طریق مددکاران کمیته
- برنامه ریزی برای سرگرمی ، بازی کودکان و بازگشت به تحصیل محصلین
- تشویق بازماندگان به شرکت در روند بازسازی
- تشویق بازماندگان به مشارکت در فعالیتهای منطقه
- تشکیل کارگاههای آموزشی برای مشاوران و معلمان مدارس برای آموزش مهارت های زندگی به دانش آموزان
- آموزش مهارت های زندگی برای عموم مردم
- مشاوره در جریان سوگ سالگرد

بنابراین به دنبال بروز حوادث غیر مترقبه، متخصصین بهداشت روان در غالب تیم‌های حمایت روانی - اجتماعی به مداخله در مورد واکنش‌ها و آسیب‌های روانی ناشی از حادثه و مشکلات متعاقب آن می‌پردازند. بی‌شک این مداخلات زمانی حداکثر تأثیرگذاری را خواهند داشت که در هماهنگی کامل با سایر امدادهای ارسالی به منطقه آسیب دیده باشد.

با توجه به این که مسئولیت حمایت‌های روانی - اجتماعی عمدتاً بر عهده متخصصین بهداشت روان حاضر در منطقه است، ایجاد هماهنگی بین افراد و گروه‌های مختلف از اولین وظایفی است که باید به آن پرداخته شود. چرا که در غیر این صورت انجام فعالیت‌های موازی توسط گروه‌های مختلف سبب اتلاف وقت، انرژی و نیروی انسانی می‌گردد. انجام هماهنگی بین گروه‌ها و سازمان‌های مختلف حاضر در منطقه، معمولاً طی جلساتی در ستاد مداخلات روانی - اجتماعی صورت می‌پذیرد. علاوه بر هماهنگی بین متخصصین، این ستاد موظف است با سایر ارگان‌هایی که می‌توانند در ارائه خدمات روانی - اجتماعی مؤثر باشند، از جمله روحانیون، مسئولین ارگان‌های دولتی - خصوصاً آموزش و پرورش - ارتباط برقرار نموده، هماهنگی‌های لازم را ایجاد کرده، و در صورت لزوم اقدام به آموزش افراد بنماید.

مداخلات روانی - اجتماعی به دنبال حوادث غیر مترقبه شامل مداخلات روانی مبتنی بر اصول علمی مداخله در سوگ و نیز واکنش‌های ایجاد شده در اثر تروماست. مداخله به موقع و سریع به دنبال بروز زلزله سبب می‌گردد که علایم ایجاد شده در درصد بالایی از بازماندگان مرتفع گردد و اصولاً عمده کار گروه‌های حمایت‌های روانی - اجتماعی ارائه کمک‌های روانشناختی اولیه^۱ و رفع ۳ گروه ناشی از تروما شامل اجتناب - افکار مزاحم و **بیش** برانگیختگی و نیز واکنش سوگ پیچیده است.

^۱ Psychological first aids

شاید در مواردی که ابعاد فاجعه چندان بزرگ نباشد - از قبیل تصادفی که سبب مرگ چند دانش‌آموز می‌گردد بتوان از مداخلات انفرادی سود جست، هرچند که حتی در این موارد نیز مداخلات گروهی به سبب اینکه افراد همگن را در شرایط مساوی قرار می‌دهد و بازماندگان را متوجه می‌سازد که در مورد مسائلی که با آن‌ها روبرو هستند تنها نبوده و افراد بسیاری در شرایط مشابه ایشان و مشکلات یکسان قرار دارند، از مزیت برخوردار است. در مورد زلزله‌ای که سبب خسارت‌های فراوان و مرگ تعداد زیادی از افراد می‌گردند - همانند زلزله بم در سال ۱۳۸۲ شمسی - اصولاً مداخلات انفرادی به دلیل محدودیت شدیدی که در میزان پوشش‌دهی جمعیت دارند از ارزش بسیار پایینی برخوردار هستند. هرچند برخی بر این عقیده‌اند که ارائه خدمات انفرادی سبب دقت بیشتر در ارائه خدمات به تک تک مراجعین می‌گردد، ولی اگر از دیدگاه "جامعه‌نگر" به مسئله بنگریم، بهترین روش ارائه وجه مناسبی از خدمات در دسترس به حداکثر جمعیت می‌باشد که با مداخلات گروهی این امکان بوجود خواهد آمد.

نحوه عملکرد تیم حمایت روانی - اجتماعی نیز از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. در شرایط پس از بحران، تشکیل مراکز ثابت جهت ارائه خدمات روش موفق‌تری برای مداخلات روانی - اجتماعی نیست، در واقع این متخصصین هستند که باید به میان مردم بروند و با عربالگری فعال و ارائه مداخلات سیاری به حمایت از آسیب دیدگان بپردازند، نه اینکه انتظار داشته باشیم افراد به متخصصین مراجعه کنند.

کمک‌های اولیه روانشناختی در موقعیتهای بحرانی

به دنبال بلا یا اغلب افراد هیجانها و تجارب ناخوشایندی را تجربه می‌کنند. واکنشها ممکن است ترکیبی از سردرگمی، ترس، ناامیدی، درماندگی، بیخوابی، دردهای جسمی، اضطراب و خشم، سوگ، شوک، خشونت و بی‌اعتمادی، احساس گناه و شرم، ازدست دادن اعتماد و اطمینان از خود باشد. کمک‌های اولیه روانشناختی یک محیط امن، آسوده، مرتبط با دیگران، خودکارآمد، توانمند و پرامید را فراهم می‌کند.

ردیف	واکنش	علائم و نشانه‌ها	بایدها	نبایدها
۱	طبیعی	<ul style="list-style-type: none"> لرزش تنشن عضلانی تعریق تهوع اسهال خفیف تپش قلب اضطراب 	<ul style="list-style-type: none"> اطمینان بدهید گروه‌های مشابه‌ای را تشکیل دهید انگیزه بدهید با آنها صحبت کنید به افراد در رسیدن به آرامش کمک کنید 	<ul style="list-style-type: none"> خشم خود را نشان ندهید بیش از حد همدردی نکنید
۲	هراس (واکنش فرار)	<ul style="list-style-type: none"> تلاش فرار کردن از دست دادن قضاوت گریه‌های غیرقابل کنترل 	<ul style="list-style-type: none"> تلاش کنید تا با مهربانی فرد به ثبات و آرامش برسد دیگران را تشویق کنید که صحبت کنند در صورت لزوم کمک کنید تا فرد را ایزوله کنید از محدودیتهای خودتان آگاه باشید نوشیدنی گرمی به فرد بدهید تا آنرا بخورد 	<ul style="list-style-type: none"> از مهارت‌های فیزیکی خشن کمک‌گیری نگیرید با افراد برخورد فیزیکی نکنید به روی آنها آب نپاشید. از مواد خواب‌آور استفاده نکنید
۳	افسردگی	<ul style="list-style-type: none"> فقدان ابراز هیجان ایستادن و یا نشستن بدون حرکت کردن یا صحبت کردن 	<ul style="list-style-type: none"> به سرعت کنترل را بدست آورید راپورت امنی با فرد برقرار کنید به نیازهای پایه فرد توجه کنید: غذا- آب و.. همدلی کنید شرایطی را فراهم کنید که آنها درمورد اتفاق پیش‌آمده با شما صحبت کنند احساس خشم را در خود و افراد شناسایی کنید 	<ul style="list-style-type: none"> به آنها نگوید که خسته شده‌اند و کم آورده‌اند بیش از حد ترحم و دلسوزی نکنید آرامبخش و خواب‌آور به آنها ندهید خشمگین رفتار نکنید
۴	بیش‌فعال شدن	<ul style="list-style-type: none"> جدال‌کننده و بحث‌کننده صحبت کردن 	<ul style="list-style-type: none"> به افراد اجازه دهید درمورد آن صحبت کنند فرد را وادار به انجام فعالیت‌های بی 	<ul style="list-style-type: none"> خواب‌آور ندهید با افراد بحث و مجادله نکنید

• به افراد تلقین نکنید که فعالیتهای آنها غیر طبیعی است	خطر کنید.	با سرعت زیاد
	• به نیازهای پایه و اولیه فرد توجه کنید	• جک گفتن نامناسب
	• خشم و احساس ناکافی ذر فرد را نظارت کنید	• مطرح کردن پیشنهادات زیاد و متعدد
		• افزایش فعالیتهای

• آشکارا ناتوانی افراد را نادیده نگیرید	• علاقه و توجه نشان دهید	• تهوع و استفراغ شدید	۵ واکنشهای تبدیلی
• آنها را شرمند نکنید	• آنها را در وضعیت راحت و آرامی قرار دهید	• فرد ممکن است فلج شود.	
• آنها را مورد تمسخر قرار ندهید.	• جهت پرت کردن حواس فرد، او را مشغول به کاری کنید		
• با دیگران درمورد آنها شوخی نکنید.	• از احساسهای خودتان درمورد آنها آگاه باشید (خشم-ناکامی- خنده دار و عجیب)		
• به آنها نگوید که چیز اشتباه و نادرستی وجود دارد.			

واکنشهای تبدیلی ناشایع هستند.

بایدها:

- به افراد کمک کنید تا نیازهای پایه و اولیه خود مانند غذا، سرپناه و خدمات پزشکی را تامین کنند. اطلاعات درست و آسانی به افراد درمورد چگونگی رفع این نیازها بدهید (فراهم کردن امنیت و حمایت).
- به افرادی که تمایل دارند درمورد حادثه اتفاق افتاده و احساساتشان با شما صحبت کنند، گوش دهید (فراهم کردن آسودگی و آرامش).
- با افراد مهربان و دوستانه رفتار کنید، حتی اگر که آنها شما را نپذیرند (فراهم کردن آسودگی).
- اطلاعات درست و دقیقی درمورد حادثه و آسیب و اقداماتی که درحال انجام است ارائه دهید. این کار می-تواند به دیگران کمک کند که شرایط را بهتر بفهمند (کمک به آسودگی).
- به افراد کمک کنید تا با دوستان و آشناپانشان ارتباط برقرار کنند (ارتباط با دیگران).
- افراد خانواده را دورهم جمع کنید. در صورت امکان شرایطی فراهم نمایید تا کودکان به والدین و یا عضو نزدیکی از اعضای خانواده شان بازگردند (ارتباط با دیگران).

پیشنهادات عملی و امکان‌پذیر برای اجرای کارهایی که بتواند خودکارآمدی را افزایش دهد ارائه دهید) افزایش خودکارآمدی^۱).

به افراد کمک کنید تا نیازهایشان را تامین کنند (افزایش خودکارآمدی).

مکانهای ارائه دهنده انواع خدمات دولتی و غیردولتی را به مردم آسیب‌دیده معرفی کنید (امیدواری).

نبايدها:

بازماندگان را مجبور نکنید که در مورد داستان خود و اتفاقاتی که پیش آمده بخصوص در مورد جزئیات ماجرا صحبت کنند. چراکه این کار ممکن است سبب کاهش خونسردی و آرامش افرادی گردد که تمایل ندارند جزئیات زندگی خود را برای دیگران بازگو کنند.

به افراد اطمینان بی‌مورد ندهید مثلاً نگوید "همه چیز خوب خواهد شد" و یا "حداقل شما زنده ماندید". بیان این جملات سبب کاهش آرامش افراد می‌گردد.

به افراد نگوید که در حال حاضر چه کاری باید انجام دهند، یا چگونه فکر کنند، یا چه احساسی داشته باشند و یا اینکه قبلاً چه کار باید انجام می‌دادند. این کار باعث کاهش خودکارآمدی و افزایش احساس گناه می‌شود.

به افراد نگوید که شما به علت رفتارها و باورهایتان دچار رنج و عذاب شده‌اید. این موضوع باعث کاهش خودکارآمدی افراد می‌شود.

قولی ندهید که قابل اجرا نیست. قول‌هایی که اجرا نشوند منجر به کاهش امیدواری در فرد می‌شود. از خدمات موجود و فعالیتهای انجام شده انتقاد نکنید چرا که منجر به کاهش امیدواری و آرامش افراد می‌شود.

اجزاء کمکهای اولیه روانشناختی

کمکهای اولیه روانشناختی یک مداخله ساختاریافته است که در طی سالهای اخیر تا حدود زیادی جایگزین بازگویی روانشناختی شده است. کمکهای اولیه روانشناختی شامل مجموعه‌ای از ۸ نوع مداخله بعد از وقوع حادثه است که شامل موارد زیر می‌باشد:

- ۱- مشارکت فعال بازماندگان^۲: هدف پاسخ به نیازهای قربانیان به شیوه مشارکتی و حمایتی است.
- ۲- امنیت و راحتی^۳: هدف کمک در فراهم کردن نیازهای اولیه و فوری و ایجاد شرایط هیجانی بهتر برای بازماندگان می‌باشد.
- ۳- پایدار شدن^۴: هدف کاهش استرس ایجاد شده توسط حادثه آسیب‌زا می‌باشد.
- ۴- جمع‌آوری اطلاعات^۵: هدف ارزیابی نیازهای فوری و اولیه بازماندگان در شرایط وقوع بحران است.
- ۵- دسترسی‌های اجرایی^۶: هدف فراهم کردن محیطی است که آسیب‌دیدگان بتوانند در آنجا به حل مشکلات خود بپردازند.
- ۶- ارتباط با حمایت‌گرهای اجتماعی: هدف حمایت از آسیب‌دیدگان برای ارتباط با سیستمهای حمایتی اولیه می‌باشد.

¹ Self-efficacy

² Contact & Engagement

³ Safety & Comfort

⁴ Stabilization

⁵ Information gathering

⁶ Practical assistance

- ۷- اطلاعات سازگاری با حادثه^۱: هدف پیشنهاد و ارائه اطلاعات کلامی و نوشتاری در زمینه مهارتهای سازگاری و افزایش تاب‌آوری در مواجهه با بلایا می باشد.
- ۸- ارتباط با خدمات مشارکتی^۲: هدف آگاهی و اطلاع آسیب‌دیدگان از خدمات موجود در منطقه است.

کمک‌های اولیه روانشناختی سبب افزایش تاب‌آوری افراد و جامعه آسیب‌دیده می‌شود. همچنین منجر به افزایش خودکارآمدی و کاهش احساس قربانی شدن و وابستگی آسیب‌دیدگان می‌شود.

تشکیل گروه‌های حمایت روانی - اجتماعی: هر گروه از دو نفر از متخصصین ترجیحاً یک روان‌پزشک و

یک روان‌شناس (و یا برحسب ضرورت از متخصصین دیگر) تشکیل می‌گردد، هرچند که بنا به ضرورت تشکیل گروه‌های دو نفره از روان‌پزشکان و روان‌شناسان نیز امکان‌پذیر است. در عمل تجربه نشان داده است که وجود یک مددکار اجتماعی در تیم حمایت روانی- اجتماعی برای رسیدگی و توجه به مشکلات اجتماعی آسیب‌دیدگان و کمک به آنان برای رفع مشکلاتشان کمک کننده است و منجر به پذیرش بیشتر تیم مداخله‌ای می‌شود. البته این نکته نباید از نظر دور بماند که کاهش علائم و عوارض روانی ناشی از آسیب و بهبود عملکرد افراد آسیب‌دیده بدنیاال مداخلات روانشناختی و تکیه‌ای که مداخلات ارائه شده بر عادی‌سازی واکنش‌ها و توانمندسازی بازماندگان دارد به آنان در حل مشکلاتشان کمک خواهد کرد.

انتخاب متخصصین بر اساس آموزش برای مداخله در بحران، و نیز بر اساس تجربه بالینی است. هرچند که مداخلات گروهی با کاربالینی تفاوت‌های عمده‌ای دارد، حتماً باید دقت شود که روان‌شناسانی انتخاب گردند که سابقه کار مستقیم با مراجعین را دارا باشند، چرا که در غیر این صورت قادر به برقراری ارتباط صحیح، تشخیص اختلالات و ارائه خدمات صحیح نخواهند بود.

آموزش مداخله در بحران و نحوه عملکرد در گروه، طی کارگاه‌های سه روزه صورت می‌پذیرد. این آمادگی باید قبل از بحران در دانشگاهها وجود داشته باشد. به دنبال بروز بحران، در صورت عدم دسترسی به تعداد کافی از متخصصینی که آموزش لازم را دیده باشند، یکی از وظایف ستادهای مداخلات روانی - اجتماعی ارائه سریع آموزش به متخصصین بهداشت روان می‌باشد.

همان‌طور که گفته شد، هر گروه توسط دو متخصص تشکیل می‌گردد. بسیار اهمیت دارد که تمامی جلسات یک گروه از آسیب‌دیدگان توسط همین دو نفر رهبری گردد و تغییر تسهیل‌گران گروه در نیمه راه، می‌تواند میزان

1 Coping information

2 Linkage with collaborative services

همکاری و اعتماد شرکت‌کنندگان و همین‌طور نتایج نهایی گروه را شدیداً تحت تاثیر قرار دهد. در تمامی جلسات یک گروه، رهبر گروه باید فرد ثابتی بوده و همکار دوم باید نقش دستیار رهبر را بر عهده بگیرد، در عین حال که برای گروه دیگر، این دو فرد همکار می‌توانند نقش‌های متفاوت از گروه اول را بر عهده بگیرند، بدین معنا که در گروه دوم رهبر گروه اول نقش دستیار رهبر را به عهده داشته باشد و بر عکس.

در بسیاری از موارد انتقال بازماندگان فاجعه به سایر نقاط (سایر شهرها و استان‌ها) سبب محرومیت آنان از برنامه‌های حمایت‌های روانی اجتماعی می‌گردد. هرچند که اقدامات حمایتی در صورتی بیشترین تأثیرگذاری را خواهند داشت که در محل بروز فاجعه صورت پذیرند، این بدان معنا نیست که افرادی که محل را ترک نموده‌اند نیازی به این حمایت‌ها نخواهند داشت، برعکس، به دلیل اینکه از جمع افراد همگن خود یعنی جمع بازماندگان فاجعه دور می‌شوند ممکن است بر سر راه کنارآمدن با واقعیت با مشکلاتی روبرو باشند و از سوی دیگر با استرس‌های جدیدی از قبیل انطباق با محیط جدید خود روبرو خواهند بود. به همین دلیل لازم است اقدامات حمایتی از این دسته از افراد حداقل در حدی که برای بازماندگان در محل فاجعه ارائه می‌گردد، به عمل آید.

در جریان زلزله تعدادی از متخصصین برای کمک به آسیب دیدگان بصورت داوطلبانه از شهرهای دیگر به منطقه خواهند آمد این افراد ممکن است اظهار علاقه کنند که برای مدت کوتاهی مثلاً کمتر از یک هفته در منطقه حضور داشته باشند. با توجه به اینکه اساساً یکی از مشکلاتی که آسیب دیدگان پیدا می‌کنند از بین رفتن احساس مداوم زندگی است، حضور موقت بسیاری از این متخصصین می‌تواند بجای مفید بودن حتی مضر نیز باشد. این افراد فرصت شرکت در گروه‌های مداخله‌ای را نیز پیدا نخواهند کرد چرا که یک گروه مداخله‌ای باید توسط یک تیم واحد رهبری شود و عوض شدن مداخله‌گر اثر نامطلوبی بر روی آسیب دیدگانی که در گروه شرکت می‌کنند می‌گذارد.

مراحل و جلسات گروه‌های حمایت روانی اجتماعی

۱- غربالگری: اولین گام در جهت تشکیل گروه‌ها تعیین افرادی که نیاز به شرکت در این گروه‌ها را دارند، یعنی انجام غربالگری (Screening) است. غربالگری توسط تیم‌های دونفره متخصصین که در مرحله بعد هدایت و رهبری گروه را بر عهده خواهند گرفت صورت می‌پذیرد. غربالگری عمدتاً به صورت جستجو برای علایم خاص در بین افراد خانواده صورت می‌پذیرد و در صورت وجود این علائم، افراد به گروه‌های مناسب (۱۲-۶ سال، ۱۸-۱۲ سال و گروه بالغین) هدایت خواهند شد. نظرات متفاوتی در مورد تشکیل گروه‌ها از اعضاء متعلق به هر دو جنس در

رده‌های سنی متفاوت وجود دارد، برخی معتقدند تشکیل گروه به صورت ترکیبی از دو جنس باعث می‌شود که افراد نتوانند به راحتی ابراز احساسات نمایند و تمامی نگرانی‌های خود را مطرح نمایند. از سوی دیگر، دیدگاه متفاوتی بیان می‌کند که حضور زن و شوهر، خواهر و برادر در کنار هم در گروه‌ها سبب می‌گردد افراد از احساسات و افکار یکدیگر به خوبی آگاه گردند و شناخت بهتری پیدا کنند، شاید این حالت فرصت بهتری به آقایان که معمولاً در جهت حفظ آرامش خانواده و حمایت از سایر اعضا از بیان نگرانی‌های خود لب فرو می‌بندند، بدهد.

با در نظر گرفتن این دو روش، توصیه اکید این است که متخصصین در مورد نحوه تشکیل گروه‌ها، با رجوع به فرهنگ و رسوم منطقه، و نیز با توجه به خواست‌های فعلی بازماندگان - که می‌تواند در جهت سنن قبلی باشد یا نباشد - عمل نمایند، چرا که دریافت‌کنندگان خدمات بهتر از هر کس دیگری می‌توانند روش مؤثرتر را برگزینند. در موارد زیادی چنین انگاشته می‌شود که عموماً مردان استقبال کمتری از شرکت در گروه‌های حمایت‌های روانی - اجتماعی می‌کنند. چنین نتیجه‌گیری تنها در صورتی ممکن است که عواملی از قبیل خروج مردان از محل اسکان جهت اشتغال یا یافتن کار در طی روز را در نظر گرفته باشیم. اصولاً برنامه گروه‌ها باید به نحوی تنظیم گردد که حداکثر افراد امکان شرکت را پیدا کنند.

اولین قدم در انجام غربالگری برقراری ارتباط با افراد و جلب اعتماد آن‌هاست. باید به خاطر داشت که به دلیل مشکلات محیطی و استرس‌های وارده ممکن است برقراری ارتباط مستلزم وقت و دقت بیشتری باشد. در هر حال، همواره با افرادی مواجه خواهیم شد که از برقراری ارتباط و همکاری با گروه سر باز زنند. یکی از روش‌های مناسب حل این مسئله - همانطور که پیشتر بدان اشاره شد - یاری جستن از معتمدین محلی است. باید توجه داشت که در صورتی که فردی از شرکت در مرحله غربالگری خودداری کند، احتمال بالایی از آسیب‌های روانی در مورد وی وجود دارد، و به زبان ساده‌تر، در مورد وی نگرانی از وضعیت سلامت روان در حد بالاتری خواهد بود.

اصولاً همه افراد به دنبال زلزله دچار اختلال استرس حاد نمی‌گردند، و بسیاری افرادی که بدون داشتن علائم این اختلال، ماه‌ها یا سال‌ها بعد دچار اختلال استرس پس از سانحه گردند. بنابراین در هر مقطع زمانی، هرگز قادر به یافتن تمامی افراد نیازمند به گروه‌های حمایت‌های روانی - اجتماعی نخواهیم بود. شاید در ماه‌های بعد، زمانی که لکه‌گیری جمعیت (یافتن افراد نیازمندی که خدمات به آن‌ها ارائه نشده است) صورت می‌پذیرد، چنین افرادی را بتوان شناسایی نمود.

طی غربالگری باید در مورد علائمی همچون اختلال در خواب، اشکال در به یاد آوردن حادثه، افکار مزاحمی که فرد نمی‌تواند آن‌ها را کنار بزند، علائم بیش‌برانگیختگی و تحریک‌پذیری، و اجتناب شناختی و رفتاری به نحوی که برای افراد قابل درک باشد سؤال گردد و در صورتی که هریک از این علائم در فرد وجود داشته باشد، فرد را می‌توان

وارد گروه کرد. همان‌گونه که دقت داریم که هیچ فرد نیازمندی محروم از خدمات نماند، باید به خاطر داشته‌باشیم که قرارگیری فردی در گروه که فاقد مشکلات این‌چنینی است می‌تواند عملاً برای وی آسیب‌زا باشد. خاصه در مورد کودکان، این احتمال وجود دارد که گوش‌سپردن به تعاریف افراد گروه همگن از مشکلات و صحنه‌های دلخراشی که شاهد آن بوده‌اند، سبب بروز علائم گردد.

پس از این که تعداد افراد همگن نیازمند به شرکت در گروه‌ها به حد لازم رسید - معمولاً ۱۲ - ۸ ، حداکثر ۱۵ نفر - زمان و محل تشکیل جلسه اول را به آن‌ها اطلاع می‌دهیم.

نکته: در مورد تعداد افراد شرکت‌کننده در یک گروه، در منابع به اعداد مختلفی اشاره شده است. بطور مثال، منابع موجود در مرکز مداخله بحران نروژ تعداد کودکان یک گروه را بین ۶ الی ۱۰ کودک عنوان نموده‌اند. اما باز هم در این مورد، تصمیم‌گیری تا حدی به عهده متخصصین خواهد بود. مسلماً در زلزله‌هایی با ابعاد بسیار وسیع می‌توان این تعداد را تا حدی افزایش داد و در حوادث با ابعاد کوچک گروه‌های کوچکتر بیشتر مقبول هستند. اما تعداد افراد گروه نباید در حدی باشد که عملاً اجازه تعامل رهبر گروه و دستیار وی با افراد و همچنین تعامل اعضا با یکدیگر مختل گردد. بنابراین حداکثر تعداد ۱۵ تن پیشنهاد می‌گردد.

۲- آغاز کار گروهی:

قبل از ورود به بحث در مورد جلسه اول باید متذکر شد که درسالهای اخیر بخصوص در مورد بازگویی روانشناختی انفرادی شواهدی بدست آمده است که می‌تواند باعث تشدید خاطرات آزار دهنده شود. براین اساس از ابتدا در زلزله قزوین این جلسات کوتاه شد و الزاماً در جلسه کار بر روی افکار مزاحم ادغام گردید تا این امکان به حداقل برسد. در عین حال تاکید بر روی این است که هیچ کس وادار به صحبت کردن نشود.

جلسه اول - بازگویی روانشناختی تعدیل شده و افکار مزاحم

همانطور که قبلاً توضیح داده شد، از جمله دردناک‌ترین پدیده‌هایی که افراد پس از زلزله تجربه می‌کنند خاطرات، افکار و احساسات مزاحم هستند. این خاطرات ممکن است ناخوانده در هر زمانی به ذهن بیایند. از آنجا که این خاطرات خیلی روشن و ترسناک هستند، بسیاری از افراد دچار ترس از "دیوانه‌شدن" یا "از دست دادن کنترل" می‌شوند. از این رو طی جلسه اول باید به افراد تفهیم کنیم که چنین واکنش‌هایی طبیعی هستند و سبب جنون نمی‌شوند و همچنین مهارت‌های کنترل آنها را آموزش دهیم.

اهداف جلسه:

- آشنا کردن افراد با یکدیگر
- بازگویی روان‌شناختی

- یادگیری تکنیک‌های کنترل افکار و تصاویر مزاحم

- تمرین تکنیک‌ها در خانه

موارد مورد نیاز:

- فلیپ چارت و ماژیک

- توپ نرم (کودکان)

- وسایل نقاشی (کودکان)

- مواد معطر

الف- آشنا کردن افراد گروه با یکدیگر:

در ابتدای این جلسه کار گروهی، به تمامی شرکت‌کنندگان خوشامد گفته، بار دیگر هدف از تشکیل جلسات را بیان می‌کنیم. خود را معرفی کرده و از آنان نیز می‌خواهیم خود را معرفی کنند.

توضیحاتی که در هر مرحله به شرکت‌کنندگان ارائه می‌گردد باید در نهایت دقت به نحوی بیان گردد که قابل فهم برای تمامی افراد باشد، در غیر این صورت ارتباط رهبران گروه با شرکت‌کنندگان مختل خواهد گردید.

به عنوان گام بعد، در تمامی گروه‌ها - اعم از گروه کودکان یا بالغین - به اصولی اشاره می‌کنیم که در طی تمامی جلسات باید توسط تمامی افراد رعایت گردند. این اصول را به عنوان "قرارداد" یا "قوانین" گروه می‌خوانیم و در طی جلسات، هرگاه یکی از این اصول شکسته شود باید "قرارداد" روز اول را یادآوری کنیم.

این قوانین عبارتند از:

- سروقت در گروه حاضر می‌شویم.

- در گروه در مورد یکدیگر قضاوت نمی‌کنیم.

- هرکس بخواهد می‌تواند صحبت کند، ولی هیچ‌کس مجبور به صحبت کردن نیست. ولی باید به حرف بقیه گوش دهد.

- هنگامی که فرد دیگر صحبت می‌کند، هرگز حرف وی را قطع نمی‌کنیم.

- مسائلی را که در گروه درباره آن صحبت می‌کنیم، بیرون از گروه مطرح نمی‌کنیم (اصل رازداری).

- در گروه همدیگر را مورد تمسخر قرار نمی‌دهیم و به همدیگر نمی‌خندیم، ولی می‌توانیم با هم بخندیم.

- تهاجم و توهین به دیگران در گروه ممنوع است.

- اگر مسائلی وجود داشته باشد که طرح آن‌ها در گروه برایمان مشکل باشد، پس از اتمام کار می‌توانیم به صورت انفرادی با رهبر گروه و دستیار وی آن‌ها را مطرح کنیم.
- فقط در مورد خودمان می‌توانیم صحبت کنیم.
- در تمام جلسات باید شرکت کنیم.

لازم است به این نکته توجه گردد که در اجرای بازگویی روانشناختی، به نکات زیر توجه گردد:

- ۱- بصورت گروهی اجرا شود
- ۲- همراه با سایر تکنیکهای بهبودی اجرا شود
- ۳- در مواردی که علائم و واکنشهای روانشناختی، بهبودی پیدا کرده باشد ضرورتی ندارد

ب- بازگویی روانشناختی تعدیل شده:

پس از مرور این قرارداد، وارد مرحله بعد یعنی بازگویی روانشناختی تعدیل شده (modified debriefing) می‌گردیم. در این قسمت از شرکت‌کنندگان می‌خواهیم فاجعه را آن‌طور که مشاهده و حس نموده‌اند بیان نمایند، این که هنگام فاجعه کجا، در کنار چه کسانی و مشغول چه کاری بوده‌اند. ابتدا شروع آن را چگونه احساس کرده‌اند، متعاقب آن چه اتفاقاتی افتاده و در طی آن زمان چه وضعیت و احساسی داشته‌اند، چگونه نجات پیدا کرده‌اند و پس از آن چه اتفاقاتی افتاده است. معمولاً افراد گروه همچنین راغب خواهند بود که از مسائل دیگری همچون نحوه اطلاع یافتن از فوت، آسیب‌دیدگی و یا سلامت عزیزانشان، نحوه دسترسی به اطلاعات مورد نیازشان و نیز مشکلاتی که با آن روبرو بوده‌اند صحبت کنند. باید دقت کنیم که در عین حال که تک تک افراد را ترغیب به بازگویی موقوع می‌کنیم، وقت را به خوبی تنظیم نماییم تا تمامی افرادی که علاقمند به بازگویی هستند از امکان صحبت در جمع برخوردار گردند. در این مرحله یکی از رهبران می‌تواند جهت تسهیل کار، در نقش یک بازمانده - کودک یا بالغ - خاطرات خود را بازگو کند تا افراد گروه بتوانند شروع به صحبت کنند:

«اکنون که با هم آشنا شدیم و یکسری قرارداد و قوانین هم پیاده کرده‌ایم، وقت آن است که در مورد خاطرات ناگوار حادثه باهم صحبت کنیم و یاد بگیریم که چه طور آن‌ها را کنترل کنیم. الان من می‌خواهم در مورد پسر بچه (با مرد یا زنی) برایتان صحبت کنم که می‌دانم چه اتفاق‌هایی برایش افتاده است. ممکن است اتفاقاتی شبیه به این برای شما افتاده باشد، یا اینکه تجربه شما با او فرق داشته باشد ...»

اگر پس از اتمام گفته رهبر گروه کسی شروع به صحبت نکرد می‌توان این‌گونه ادامه داد: ”چنین واکنش‌هایی می‌تواند برای هر کسی اتفاق بیفتد. در واقع اکثر کودکان و یا افراد) پس از تجربه اتفاقات ترسناک چنین حالت‌هایی را تجربه می‌کنند و داشتن این واکنش‌ها طبیعی است. در این جا در مورد چیزهایی صحبت می‌کنیم که سبب این واکنش‌ها می‌شوند.

استفاده از تکنیک بازگویی روانشناختی به تنهایی و تک جلسه‌ای و به صورت فردی توصیه نمی‌گردد.

ج- کار بر روی افکار مزاحم:

○ ابتدا با کمک خود گروه، شروع به ساختن لیستی از حوادث آسیب‌زا نموده، و از آنان می‌خواهیم تا موارد ذکر شده را روی تخته سفید بنویسد. لزومی ندارد که وارد جزئیات تجربیات هر فرد شویم فقط لیستی از عوامل آسیب‌زا در حیطه‌های مختلف حسی (بینایی، بویایی، شنیداری و ...)، اماکن، وضعیت‌های مختلف تهیه کنید. نمونه‌هایی از عواملی که آغازگر افکار مزاحم می‌گردند، در زیر به عنوان مثال آورده شده‌اند:

- لباس و یونیفرم نیروهای امداد

- پتو (که برای حمل اجساد استفاده شده است)

- صدای پارس سگ‌ها

- حمام

- صدای باد

○ عادی سازی واکنش: پس از تهیه لیست با استفاده از کمک خود گروه، در جهت عادی سازی واکنش‌ها و کمک به اعضاء برای کنترل افکار مزاحم اقدام می‌کنیم:

”هنگامی که با چیزی مواجه می‌شویم که ما را به یاد حادثه می‌اندازد، ممکن است احساس کنیم که حادثه دوباره دارد تکرار می‌شود. حتی اگر مطمئن باشید که چنین چیزی ممکن نیست، این احساس ترسناک خواهد بود، بنابراین سعی می‌کنید با آن محرک روبرو نشوید، در موردش صحبت نکنید و حتی به آن فکر نکنید. چنین حالتی برای تعداد زیادی از افرادی که با این قبیل مشکلات روبرو می‌شوند اتفاق می‌افتد، این اصلاً بدان معنا نیست که فرد روانی یا دیوانه شده است.“

○ استفاده از تکنیک‌ها: وقتی که به همراه گروه لیست تهیه شده و در مورد حوادث آسیب‌زا بحث نمودیم، باید آموزش تکنیک‌هایی را آغاز کنیم که با استفاده از آن‌ها می‌توان افکار را کنترل نمود.

“گاهی حتی اگر سعی در سرکوب خاطرات و افکار داشته باشیم باز هم به سراغ ما می‌آیند، مخصوصاً وقتی با یادآوری کننده‌ها مواجه می‌شویم. اما می‌توانیم روش‌هایی را یاد بگیریم که به کمک آن‌ها این افکار را کنترل کنیم.”

۱- ایجاد فضای امن:

قبل از شروع کاری که مستقیماً با خاطرات مزاحم سر و کار دارد، تمرین ایجاد فضای امن است. این عمل به افراد چگونگی اداره افکار و تخیلاتشان و استفاده از تصاویر بصری را به شکل مثبت یاد می‌دهد.

افراد به هنگام مواجهه با هر استرسی می‌توانند به این فضا برگردند:

“می‌خواهیم از تخیلاتمان برای ایجاد یک تصویر مثبت و آرامش‌دهنده استفاده کنیم. حالا با چشمان بسته مکان یا صحنه‌ای را تصور کنید که شما را آرام و مطمئن می‌سازد. این مکان می‌تواند واقعی بوده و یا جایی باشد که شما در یک داستان راجع به آن خوانده‌اید، یا قبلاً آن را در ذهن خود ساخته‌اید.”

می‌توان به افراد مثال‌هایی را ارائه کرد:

“کودکی را می‌شناختم که برای آرام شدن، خودش را در آغوش مادر بزرگش، در حالی که با چشمان بسته سرش را به سینه مادر بزرگ گزارده بود و صدای قلب وی را می‌شنید تصور می‌کرد. او در این حال نرمی روسری مادر بزرگ را حس می‌کرد، با دستانش دستان مادر بزرگ را می‌گرفت، درحالی که پاهایش آویزان بود و به زمین نمی‌رسید و بوی عطر مادر بزرگش بینی وی را نوازش می‌داد...”

به این ترتیب می‌توان به افراد یادآوری کرد که می‌توانند از تمامی حواس خود برای رسیدن به فضای امن کمک بگیرند. از افراد می‌خواهیم پس از چند نفس عمیق با چشمان بسته فضای امن خود را بسازند و آن‌گاه از آن‌ها می‌خواهیم به تحریکات حواس خود در این فضا دقت کنند: “در اطرافتان چه می‌بینید؟ چه رنگهایی؟ چه حس می‌کنید؟ آیا بویی به مشامتان می‌رسد؟ چه صداهایی در اطرافتان هست؟ چه لمس می‌کنید؟ ...”

در حین ایجاد فضای امن، دستیار رهبر گروه باید مراقب باشد تا کسی مشکلی نداشته باشد، چون گاهی با افزایش آرامش، تصاویر مزاحم افزایش پیدا کرده و آزاردهنده می‌شوند. پس از ایجاد فضا به افراد می‌گوییم که این فضا همیشه هست، و هرگاه بخواهیم می‌توانیم به آن برگردیم و آرامش پیدا کنیم.

۲- تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی

این تکنیک‌ها برای کنترل افکار و تصاویر مزاحم استفاده می‌شوند. هر فرد در گروه ممکن است بتواند از یک یا چند تکنیک بیشتر سود ببرد، انتخاب روش‌های مفید را پس از آموزش همه تکنیک‌ها به عهده فرد می‌گذاریم. هدف مشترک همه تکنیک‌ها کنترل تصاویر مزاحم است.

- **تکنیک پرده:** از افراد می‌خواهیم تصاویر آزاردهنده و مزاحم را طوری مجسم کنند گویی که آن‌ها را روی پرده سینما یا صفحه تلویزیون می‌بینند. تشویقشان می‌کنیم سعی کنند همه جزئیات را ببینند. سپس از آن‌ها می‌خواهیم کم‌کم کنتراست تصویر را تغییر دهند، طوری که به تدریج از وضوح آن کاسته شده، و نهایتاً دکمه "خاموش" را فشار دهند.

- **تکنیک دست و فاصله:** از افراد می‌خواهیم در کف دست ما تصویر مزاحم خود را تصور نموده و ببینند، سپس به آرامی دستمان را دور و دورتر می‌کنیم، به این ترتیب تصویر کوچک و کوچکتر شده و نهایتاً محو می‌گردد. سپس این کار را می‌توان در گروه‌های دو نفره انجام داد.

- **قاب کردن:** تصویر مزاحم را قاب می‌کنیم. این قاب را می‌توان پشت و رو کرد، به نحوی که دیگر تصویر دیده نشود.

- **تصاویر مثبت بازدارنده:** از افراد می‌خواهیم تصویری مثبت و آرامش بخش را تصور کنند. سپس این تصویر را جایگزین تصویری می‌نمایند که آزار دهنده است.

- **قفل کردن:** از فرد می‌خواهیم تصویر مزاحم را درون قابی قرارداده، قاب را داخل صندوقچه گذاشته و در صندوقچه را قفل کند.

- **تکنیک اعمال توجه دوگانه (Dual attention):** اعمال توجه دوگانه که در زیر شرح داده می‌شود از تکنیک‌های پردازش مجدد وحس زدایی حرکت چشم مشتق می‌شود و کانون توجه روی تصویر سازی ذهنی آزار دهنده می‌باشد. در این روش هر فرد هماهنگ با ریتمی که هر گروه می‌سازد و درحالی‌که تصویر آزاردهنده را در ذهن نگه می‌دارد ضربه ای به زانوی خود می‌زند. نباید از فرد کاری غیر از توجه به تغییراتی که همزمان برای تصویر ذهنی او رخ می‌دهد، خواسته شود. در ابتدا سه سری ضربه به فاصله ۳۰ ثانیه زده می‌شود. سری چهارم زمانی زده می‌شود که به گروه گفته شود که تصویر را به تدریج از ذهن خارج کند. سری پنجم و آخرین دسته زمانی زده میشود که به کودکان گفته شود تا یک صحنه خوشایند را در ذهن خود تصور کنند سپس از گروه خواسته می‌شود تا از کار خود نتیجه گیری کند و احتمالاً تمام این مراحل دوباره تمرین می‌شود.

۳- **تکنیک‌های شنیداری، بویایی و حرکتی:**

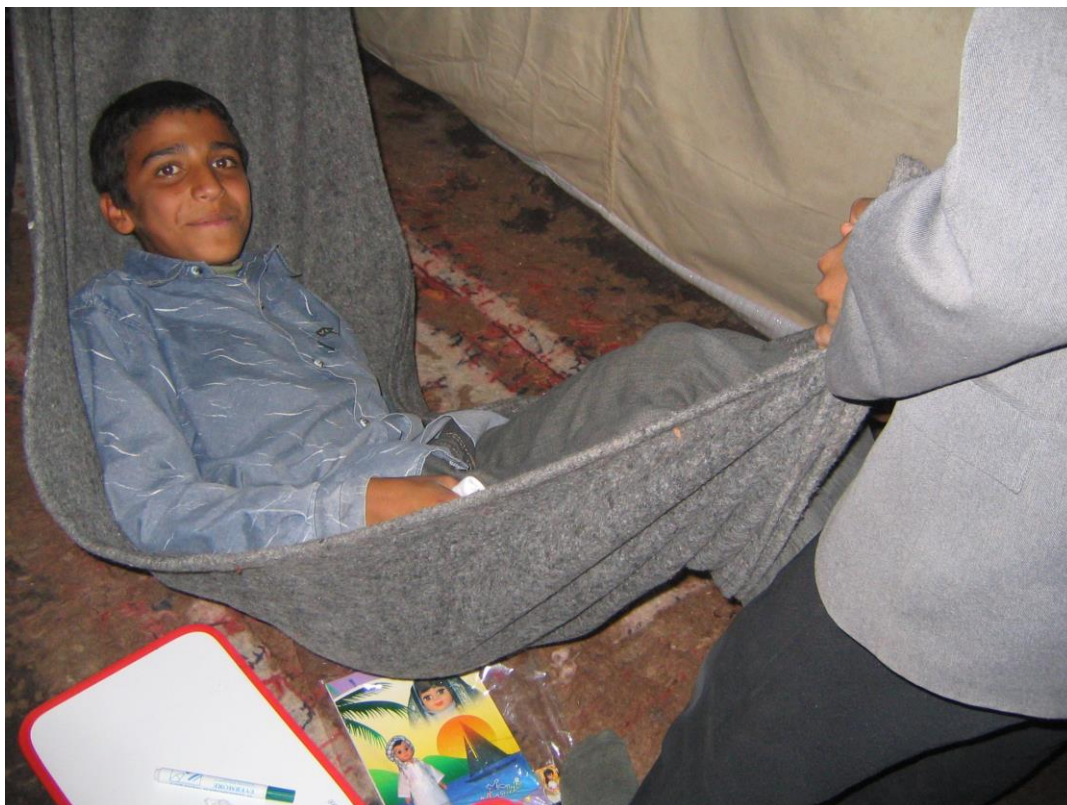
هرچند که تصاویر رایجترین نوع پدیده‌های مزاحم هستند، افراد پدیده‌های مزاحم دیگری را نیز گزارش می‌کنند، از قبیل صداهای مزاحم (جیغ بچه‌ها، صدای سگ‌ها)، بوی مزاحم (بوی اجساد، آتش سوزی) و حس‌های بدنی (مانند پرت شدن).

از افراد می‌خواهیم صدای مزاحم را دقیقاً بخاطر آورند، با تمام جزئیات آن‌ها، مانند ریتم، بلندی، محل، تندی، زیر و بمی و ... سپس از آنها می‌خواهیم تصور کنند این صدا از رادیویی پخش می‌شود که می‌تواند صدای آن را تغییر دهند، بدین ترتیب فرد می‌تواند به دلخواه خود پیچ رادیو را حرکت دهد تا صدا کمتر و کمتر شده و نهایتاً خاموش گردد.

برای مقابله با بوهای آزاردهنده، بهترین روش جایگزینی با بوی خوشایند عطر و گیاهان است. اگر چنین چیزی همراه نداشته باشیم به سادگی می‌توانیم از تصور بوی خوشایند استفاده کنیم.

از فرد می‌خواهیم پس از تصور این بوی ناخوشایند، آن را بصورت دودی ببیند که از هم متلاشی می‌گردد، یا این که تماماً وارد بادکنکی می‌گردد. سپس از ماده خوشبو استفاده نماید، یا این که تصور کند درب یک بطری را که حاوی ماده معطری است باز نموده و آن را می‌بوید.

برای مقابله با تجارب حرکتی (Kinesthetic) مثلاً تجربه مجدد حرکت ناشی از زلزله پس از زلزله یا حتی لرزش ناشی از عبور یک کامیون، می‌توان از غلطاندن یکدیگر روی زمین استفاده کرد. تجربه گروه دکتر یاسمی در زلزله قزوین و سپس در بم در مورد استفاده از پتو و تکان دادن افراد در آن می‌تواند با توجه به جنبه‌های بازی گونه آن و دربرگرفتن کلیه جهات حرکتی مفید باشد.



۴- **انحراف ذهن:** یکی از تکنیک‌های مقابله با افکار و تصاویر مزاحم، استفاده از روش‌های انحراف ذهن است. با کمک افراد لیستی از کارهایی که می‌تواند جلو فکر کردن به خاطرات مزاحم را بگیرد (مانند کتاب خواندن، بازی کردن، ورزش) تهیه کنند و هریک به انتخاب خود از یک یا چند روش استفاده کنند.

اتمام کار گروه

از گروه به خاطر حضورشان و نیز به خاطر همکاری تشکر می‌کنیم. هر فرد را می‌توان به دلیل دوره خاصی مورد تحسین قرار داد. تأکید می‌کنیم که در جلسات بعد روش‌های بیشتری برای مقابله با مشکلاتشان خواهند آموخت.

تکالیف منزل:

از افراد می‌خواهیم موارد زیر را تمرین کنند:

- فضای امن
- یک یا چند تکنیک تصویرسازی ذهنی
- صحبت با دیگران در مورد رؤیایها

جلسه دوم: برانگیختگی

به دنبال تجربه حوادث آسیب‌زا افراد ممکن است برانگیختگی روانی رو به افزایشی را از خود نشان دهند، به این ترتیب عصبی، بی‌قرار و دلواپس خواهند بود و به راحتی وحشت‌زده می‌شوند. همچنین تحریک پذیر شده و اشکال

در تمرکز خواهند داشت، اختلالات خواب نیز با تأثیر منفی روی عملکرد، به این مسئله دامن خواهد زد. به دلیل تأثیر منفی برانگیختگی شدید بر روی زندگی افراد و نقش آن در تقویت دیگر علائم مداخله در مورد این علامت ضروری است.

اهداف جلسه:

- مرور تکالیف جلسه قبل
- مفهوم برانگیختگی
- کنترل نگرانی و آموزش آرام سازی
- برنامه ریزی
- کنترل خواب
- مرور جلسه و تکالیف

وسایل مورد نیاز:

- فلیپ چارت و ماژیک

فعالیتها:

شروع کار گروه در جلسه دوم با خوشامدگویی به افراد خواهد بود. می توانیم از افراد گروه بخواهیم در دقایق ابتدایی کار یکی از اتفاقات جالبی را که از دفعه قبل تا کنون برایشان افتاده یا یکی از کارهایی را که انجام داده اند، بازگو کنند. (در گروه کودکان این کار به همراه پرتاب توپ است، توپ را روی زمین به سوی یک نفر پرت می کنیم، وی صحبت می کند و سپس توپ را به سمت فرد دیگر می فرستد) سپس تکالیف منزل را مرور می کنیم، دقت می کنیم که آیا تک تک افراد توانسته اند از تکنیک های مختلف سود ببرند یا خیر. بسیار مهم است که تک تک افراد در این قسمت بحث شرکت کنند و حتی اگر تجربه موفق نداشته اند، و باید در گروه سعی در رفع اشکالات داشته باشیم.

معرفی موضوع کار:

طی این جلسه افراد باید ارتباط بین آسیب های وارده و بیش برانگیختگی و حواس فیزیکی را درک کنند و بتوانند تأثیرات ناشی از آسیبها را شرح دهند:

«امروز می‌خواهیم در مورد واکنش‌های بدن در موقعیت‌های ترسناک یا یادآوری این موقعیت‌ها را بررسی کنیم،

بطور مثال عصبی شدن هنگام بسته‌شدن در با صدای بلند. آیا می‌توانید مثال‌هایی از این قبیل بیابید؟»

با کمک افراد مثال‌هایی را انتخاب می‌کنیم و واکنش‌های فیزیکی به دنبال این حوادث را بررسی می‌کنیم:

”وقتی صدای تصادف را شنیدم، تپش قلب پیدا کردم.“

”با صدای کوبیده شدن پنجره، از جا پریدم.“ و غیره

لیستی از تغییرات بدنی تهیه می‌کنیم:

- افزایش ضربان قلب

- سریع شدن تنفس

- گیجی، تهوع

- درد در اندام‌ها

- عرق کردن

- احساس عدم کنترل

- و غیره

تکمیل لیست با کمک گروه صورت می‌گیرد. هرچند ممکن است هیچ‌یک از اعضای گروه چنین تجاربی را نداشته باشند، باز باید پرسیم آیا تاکنون آنقدر ترسیده‌اند که فکر کنند کنترل خود را از دست می‌دهند؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، باید اطمینان بدهیم که چنین چیزی غیر ممکن است، و این حالت صرفاً واکنش به استرس بوده است. در عین حال باید اعتراف کرد که این حس بسیار ترسناک است.

در مرحله بعد، برای گروه، متناسب با سن شرکت‌کنندگان، توضیح می‌دهیم که با افزایش ترس، واکنش بدن شدیدتر است و برعکس (چرخه معیوب). بنابراین اگر بتوانیم بدن خود را آرام کنیم، تا حد زیادی ترس را کنترل کرده‌ایم. سپس آرام‌سازی را در مواقع ترس و وحشت پیشنهاد می‌کنیم و قبل از آموزش آن از هر کس می‌پرسیم که در مواقع لزوم چگونه خود را آرام می‌کنند.

آرام‌سازی عضلانی: آموزش آرام‌سازی باید در ابتدا به صورت مستقیم و بدون واسطه باشد، گروه در یک حلقه بزرگ می‌نشینند، در حالی که رهبر گروه نقش آموزش مهارت را بر عهده دارد و دیگری نقش مدل‌سازی و اجرای تمرین همراه با گروه را بر عهده می‌گیرد. افراد باید با فاصله کافی از هم قرار بگیرند.

توصیه می‌شود با توجه به شرایط خاص افراد، در مداخلات پس از بحران حتی‌الامکان از روش‌های ساده‌تر آرام‌سازی استفاده گردد. به نحوی که کودکان و بالغین به راحتی بتوانند آن را فرا بگیرند. یک نمونه از آن را در زیر آورده ایم:

« بنشینید و خود را در وضعیت راحتی قرار دهید. چشمانتان را ببندید و سعی کنید به چیزی فکر نکنید. عضلات خود را بترتیب به شدت منقبض و سپس رها کنید. می توانید از دست شروع کنید و مشت هایتان را بفشارید و دست هایتان را به جلو کشیده و عضلات بازو و ساعد خود را منقبض کنید. پس از چند ثانیه مشتتان را باز کنید و دست هایتان را آرام پائین بیاورید و روی پایتان رها کنید. زمان بیشتری را به رها سازی عضله اختصاص دهید. مثلاً اگر ۵ ثانیه انقباض عضله طول کشید ۱۵ ثانیه آن عضله را رها کنید. این کار را بترتیب برای تمام عضلات از جمله، عضلات قفسه سینه شانه ها، کمرو شکم، رانها و ساق پا و کف پا و عضلات صورت و گردن انجام دهید. بآرامش و رها سازی عضله چند بار نفس عمیق بکشید و کلمه آرامش را در ذهن خود تکرار کنید. برای اینکه تنفس منظمی داشته باشید باید ریبه های خود را با شماره و درسه مرحله پرورالی کنید. در ابتدا ممکن است بعضی از شما احساس بهتری پیدا نکنند، نگران نباشید اگر برای این کار آموزش ببینید و چند بار تمرین کنید کم کم مهارت پیدا خواهید کرد.»

پس از آموزش مهارت، تأکید می کنیم که برای بهتر شدن کار همانند هر مهارت دیگری نیازمند تمرین هستیم. نکته بسیار مهمی که نباید از آن غافل شویم، احتمال هجوم افکار و تصاویر مزاحم در زمانی است که فرد برای تمرین آرام سازی تمرکز می کند. این وظیفه دستیار رهبر است که به واکنش های غیر کلامی افراد طی جلسه توجه داشته و در صورت لزوم به کمک افراد برود.

کنترل تنفس: اصولاً تنفس دیافراگمی در کمک به آرام سازی مفید بود، و در مواردی که افراد نگران و آشفته هستند، می تواند مانع تنفس زیاد شود. به افراد آموزش می دهیم که آرام و شمرده نفس بکشند و طی تمرین آرام سازی، به هنگام انقباض ماهیچه های تنفس خود را حبس نکنند.



تصاویر ذهنی هدایت شده: به افراد آموزش می‌دهیم که چگونه به دنبال آرام‌سازی و کنترل تنفس، وارد فضای امن خود شوند.

گفتگوی درونی مثبت: یکی از تکنیک‌هایی است که خصوصاً در گروه‌های سنی بالاتر در کنترل برانگیختگی و احساس بدنی متعاقب آن مؤثر است. فرد باید بتواند ارتباط بین فکر و احساس بدنی‌اش را پیدا کند. افکار محرک را شناسایی نموده و افکار مثبت را جایگزین نماید. لیست افکار جایگزین با کمک گروه تعیین می‌شود. می‌توانیم با مثال‌هایی شروع کنیم:

- "من از پس این مشکل برمی‌آیم."

- "می‌توانم خودم را کنترل کنم."

- "اتفاق بدی نخواهد افتاد."

و غیره.

و از افراد می‌خواهیم افکار مثبت را جایگزین افکار منفی که در زیر به چند نمونه آن اشاره شده است نماید:

- "دوباره حالم دارد بد می‌شود."

- "از کنترل من خارج است."

در مورد کودکان، می‌توانیم به آن‌ها آموزش دهیم که با همنشین خیالی خود صحبت کنند. در صورتی که زمان کافی داشته باشیم، از یک داوطلب می‌خواهیم خود را در موقعیت خیالی ترس قرار دهد، افکار آزاردهنده‌اش را بیان کند و از گروه برای دریافت افکار مثبت جایگزین کمک بگیرد. هر یک از افراد گروه می‌توانند بهترین جایگزین‌های مثبتشان را بنویسند، به صورت یادداشتی که همواره همراه خود داشته و در صورت نیاز آن را مرور کنند.

بهداشت خواب: اختلالات خواب به دنبال علائم بیش‌برانگیختگی در افراد بسیار شایع است. توصیه‌هایی که در جهت بهبود وضعیت خواب می‌توان به افراد نمود، عبارتند از: برنامه منظم خواب، استفاده از مهارت‌های آرام‌سازی قبل از به رفتن به رختخواب. همچنین باید به افراد یادآوری نمود که این تکنیک‌ها را هم برای به خواب رفتن و هم برای خوابیدن مجدد در نیمه‌های شب استفاده نمود.

بازسازی رؤیا و در نظر گرفتن پایان مثبت برای رؤیاها بخصوص برای افرادی که از کابوس‌های شبانه رنج می‌برند کمک کننده است. می‌توان از افراد خواست قبل از خواب تصمیم بگیرند خواب بد نبینند یا تجسم کنند که چه صحنه‌های خوبی در خواب ببینند. پس از خواب نیز می‌توانند پس از استفاده از تکنیک آرام‌سازی پایان بهتری را برای خواب خود در ذهن مجسم کنند.

سایر توصیه‌های مناسب عبارتند از:

(۱) اجتناب از مصرف کافئین و نیکوتین در ساعات عصر و شب

(۲) دعا و نماز قبل از خواب (با توجه به زمینه اعتقادی فرد)

(۳) داستان گفتن برای کودکان، کتاب خواندن

(۴) استفاده از موسیقی ملایم یا صدام کم رادیو جهت کاستن افکار آزار دهنده

شرکت در برنامه های تفریحی: به دنبال بروز زلزله، بسیاری از افراد به غلط خود را از پرداختن به فعالیت‌های دلپذیر خود محروم می‌نمایند، این درحالی است که ادامه فعالیت‌های مورد علاقه، حتی در موقعیت‌های مصیبت‌بار امکان وجود جنبه‌های عادی زندگی را فراهم نموده و در افراد امید به آینده را ترغیب می‌کند. چنین فعالیت‌هایی ایجاد احساس خودباوری نموده، ارتباط با همتایان را بهبود می‌بخشد و از طرف دیگر می‌توانند به بهبود خواب شبانه کمک کند.

لیست فعالیت‌های سرگرم کننده باید با کمک خود گروه تهیه گردد، و هیچ پیشنهادی از سوی گروه نباید نادیده انگاشته شود. سپس به افراد کمک می‌کنیم فعالیت‌ها را به گونه‌ای زمان‌بندی کنند که انجام آن‌ها به سادگی میسر باشد. در جلسه بعد به بررسی فعالیت‌هایی که هر فرد طی هفته انجام داده است می‌پردازیم.

تکلیف منزل:

- ترکیب تنفس دیافراگمی و آرام‌سازی عضلانی

- تهیه ثبت فعالیت‌های سرگرم کننده

انجام کار گروه: به دنبال تعیین تکلیف منزل، پایان کار گروه را اعلام می‌داریم و از افراد به خاطر حضور فعالشان تشکر می‌کنیم. از تک تک افراد در مورد بخش مورد علاقه‌شان سؤال می‌کنیم.

جلسه سوم: اجتناب

اجتناب اعم از اجتناب شناختی یا رفتاری از علایم شایع اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد. اجتناب شناختی به مفهوم تلاش برای فکرنکردن و به خاطر نیاوردن وقایع آزاردهنده و اجتناب رفتاری به مفهوم کناره‌گیری از عوامل یادآورنده حوادث آسیب‌زا و آزاردهنده می‌باشد. به دنبال اجتناب دو مشکل عمده برای فرد به وجود می‌آید: اول، ممکن است محدودیت‌هایی در عملکرد فرد به وجود بیاید، مثلاً کودک از رفتن به مدرسه سرباز زند، دوم اینکه هرچند اجتناب سبب می‌گردد موقتاً به آرامش خیال برسد، از آن‌جا که مانع از پردازش صحیح اطلاعات می‌گردد، در

درازمدت فرد را دچار مشکل خواهد کرد و به سیکل معیوبی از افزایش افکار آزاردهنده که اجتناب را سبب می‌شوند می‌انجامد. هدف کار در جلسه سوم، شکستن این دور باطل است.

اهداف جلسه:

- مرور تکالیف منزل
- آموزش مفهوم اجتناب
- آموزش مهارت مواجهه واقعی و تدریجی
- مرور سه جلسه قبل

وسایل موردنیاز

- فلیپ چارت و ماژیک
- کاغذ و وسایل نقاشی (گروه کودکان)
- توپ
- دفترچه یادداشت

شروع کار: بازگشت افراد به گروه را خوشامد گفته، یادآوری می‌کنیم که جلسه سوم و آخر کار گروه است و هریک از آنان در صورت نیاز، می‌توانند از خدمات انفرادی برخوردار گردند. از هر فرد می‌خواهیم یک خاطره خوب از زمان بین دو جلسه را تعریف کند. (در گروه کودکان این کار را همانند جلسه قبل به کمک توپ انجام می‌دهیم).

مرور تکالیف منزل: از انجام روش‌های آرام‌سازی سؤال می‌کنیم. آیا موفق به انجام آن شده‌اند؟ آیا مؤثر بوده است؟ بهترین زمان روز چه موقع بوده است؟ آیا به هنگام برانگیختگی و ترس، و یا هنگام هجوم افکار مزاحم توانسته‌اند از این روش استفاده کنند؟

روبارویی و مواجهه تدریجی

این قسمت از کار گروهی را می‌توان مشکل‌ترین فعالیت شمرد، چرا که افراد به طور عمدی درگیر مواجهه با خاطرات آسیب‌زا و آزاردهنده می‌گردند. هدف از جلسه مواجهه شدید گروهی نیست، بلکه می‌خواهیم با آموزش‌های لازم آنان را برای مواجهه خیالی و واقعی که در فرصت‌های بعدی خود انجام می‌دهند آماده سازیم. کودکان قادر

خواهند بود از بزرگترهای خود کمک بگیرند. بدلائل مختلف از قبیل احساس گناه، ترس، عدم اعتماد، ترس از نداشتن گوش شنوا و غیره، ممکن است افراد در شروع به صحبت کردن از خاطرات آسیب‌زا مشکل داشته باشند. در ابتدا از یادآوری‌کننده‌ها و اجتناب صحبت می‌کنیم، چرا که برای افراد ملموس‌تر است. به دنبال زلزله، باید به افراد آموزش دهیم بین اجتناب انطباقی (مانند اجتناب از رفتن به محلی که احتمال سقوط دیوارش وجود دارد) و اجتناب غیر انطباقی تمایز قائل شوند. در ادامه آموزش مهارت‌های رفع اجتناب غیر انطباقی را از طریق مواجهه تدریجی آغاز می‌کنیم.

”در جلسات قبل درباره خاطرات بد و راههای کنترل آن‌ها صحبت کردیم، همچنین واکنش‌های بدنمان در برابر ترس و وحشت را آموختیم و حالا می‌دانیم چطور آن‌ها را کنترل کنیم. امروز می‌خواهیم یکی از بهترین راه‌های مبارزه با این مشکلات را به شما آموزش دهیم.“

”گاهی از چیزهای می‌ترسیم که ربطی به مشکلات فعلی ندارند. وقتی می‌ترسیم، این ترس را از درون احساس کرده و عصبی می‌شویم و سعی می‌کنیم از آن چیز ترسناک دور شویم. مثلاً اگر کسی از عنکبوت بترسد سعی می‌کند از عنکبوت دور بماند. آیا شما تا به حال چنین حالتی را تجربه کرده‌اید؟“

و بدین ترتیب لیستی از ترس‌ها و هراس‌ها جمع‌آوری می‌کنیم. با مثال‌های خود گروه را متوجه می‌کنیم که:

۱- مواجهه سبب ترس می‌شود.

۲- اجتناب بدین معنی است که ترس موقتاً کم می‌گردد.

۳- اجتناب سبب می‌شود ترس برای همیشه باقی بماند.

سپس طی مثالی، از فردی صحبت می‌کنیم که از طریق مواجهه بر ترس خود فائق آمده است. بهترین مثال، مثال فردی است که از مکان‌های بلند می‌ترسیده و با بالا رفتن از پله‌ها به صورت تدریجی و توقف روی هر پله، بر ترس غلبه کرده است.

به دنبال تفهیم مواجهه تدریجی، از گروه می‌خواهیم روش مشابهی را در مورد یادآورنده‌های مصیبت و آنچه که خاطرات بد را یادآوری می‌کنند انجام دهند، یعنی مانند یک نردبان، قدم به قدم پیش‌رفته و از همه روش‌هایی که تا کنون آموخته‌اند برای غلبه بر ترس کمک بگیرند. اولین گام، تهیه لیستی از یادآورنده‌هایی است که افراد از آن‌ها اجتناب می‌کنند، سپس این عوامل را به شکل نردبانی که بتوان از آن بالا رفت قرار می‌دهیم.

درجه‌بندی یادآوری‌کننده‌ها: با استفاده از تخته سفید لیستی از یادآوری‌کننده‌ها تهیه می‌کنیم، طی تهیه لیست سعی می‌کنیم مثال‌هایی از مشکل‌آفرین‌ترین یادآورنده‌ها بیاوریم (مثل محل حادثه) و تا حد امکان کمک می‌کنیم لیست وسیعی از یادآوری‌کننده‌ها بدست آوریم. این یادآوری‌کننده‌ها می‌تواند به صورت زیر باشد.

- مکان‌ها و اشیاء (محل حادثه، چادر، آمبولانس)
- افراد (امدادگران، افراد زخمی)
- موقعیت‌ها (روز خاص هفته، میهمانی)
- صداها (جیغ، فریاد، آژیر)
- حس‌ها (لرزه، حالت‌های بدنی)
- بوها (بوی درد)

از افراد می‌خواهیم هریک سلسله مراتب خود را تهیه کنند، و به شکل نردبانی بچینند که روی اولین پله آن، یادآوری‌کننده‌ای قرار می‌گیرد که کمترین ترس را ایجاد می‌کند و به تدریج با بالا رفتن پله‌ها، میزان ترس بیشتر می‌شود. بدیهی است برخی افراد ممکن است اصلاً نسبت به برخی یادآوری‌کننده‌ها حساسیتی نداشته باشند. افراد را تشویق می‌کنیم از پله‌های کوچکتر و کم ارتفاع‌تر استفاده کنند، به افراد کمک می‌کنیم پله‌های بزرگتر را به پله‌های کوچکتر بشکنند. در حین ترسیم این سلسله مراتب، در گروه می‌چرخیم و به افراد کمک می‌کنیم.

انجام مواجهه:

پس از تعیین سلسله مراتب، دستورالعمل مواجهه تدریجی را شروع می‌کنیم. یادآوری می‌کنیم که تمرین این مهارت در ابتدا ممکن است کمی ترسناک باشد، ولی اگر گام‌ها را کوچک برداریم راحت می‌توانیم بر ترس خود غلبه کنیم. در ضمن، باید تأکید نمود که سرعت پیمودن پله‌ها در هر فرد متفاوت است و با استفاده از مهارت‌های آموخته شده در جلسات قبل می‌توانیم از غلبه کردن ترس جلوگیری کنیم.

در مورد کودکان می‌توانیم درجات ترس را به درجات دماسنج تشبیه کنیم (به شرطی که کودکان از دماسنجی که هنگام مراجعه به پزشک از آن استفاده می‌شود واهمه‌ای نداشته باشند)، هرچه داغتر باشد، نشان می‌دهد که کودک بیشتر ترسیده است. ابزار دیگر خط کش مدرجی است که از صفر تا ۱۰ شماره‌گذاری شده است.

در مرحله بعد، این درجه‌بندی را به کلماتی که بیانگر احساس است تبدیل می‌کنیم. افراد کلماتی را برای توصیف احساسات در پائین دماسنج (مثلاً آرام، راحت) و نیز واژه‌هایی برای درجات بالایی (هولناک، وحشتناک) بیان می‌کنند. سپس حالت‌ها و احساسات بدنشان را در نقاط مختلف روی مقیاس شرح می‌دهند. سپس اعضای گروه چند مورد از جملات کنترل‌شده خود را به خاطر می‌آورند. مانند «می‌توانم»، «نمی‌تواند به من آسیب بزند» و...

باز تأکید می‌کنیم که هر فرد به صورت مجزا عمل می‌کند و این جلسه تنها جهت آموزش گام‌های اساسی است که عبارتند از:

- ۱- ساختن سلسله مراتب ترس
 - ۲- انتخاب اولین پله و آمادگی برای مقابله - شروع آرام سازی
 - ۳- ماندن در موقعیت ترسناک - تکرار جملات مثبت
 - ۴- بازبینی ترس - تکرار تمرین در مورد لزوم
 - ۵- پاداش به خود
 - ۶- صعود به پله بالاتر
- پس از دادن دستورالعمل‌ها بهتر است یک مواجهه خیالی کوتاه را در گروه تمرین کنیم. هر فرد پله پائینی خود را انتخاب نموده، پس از آرام‌سازی روی آن قرار بگیرند و تمامی مراحل را انجام دهند. سپس بازخورد تک تک افراد را جویا شده و در جهت رفع مشکلات احتمالی به آنان کمک می‌کنیم.
- روشهای دیگری که برای مواجهه با خاطرات آسیب‌زا وجود دارند عبارتند از: نقاشی (کودکان)، نوشتن (نوجوانان و بالغین) و صحبت کردن.



در تجربه مداخلات گروهی دریم استفاده از نقاشی برای پیشگیری از اجتناب، چه بر روی تخته سفید و چه بر روی کاغذ، بسیار مورد اقبال کودکان و نوجوانان قرار گرفت و اثرات خوبی داشت.



به افراد گروه، به نحوی که متناسب سن و سطح درک آنان باشد، دوباره یادآور می‌شویم که اولین راه بیرون آوردن خاطرات، طراحی آن‌ها، نوشتن یا صحبت در مورد آن‌هاست. لزومی ندارد افراد به بدترین خاطرات خود بپردازند، بلکه باید قسمتی از آن را مطرح کنند که سعی در غلبه بر آن دارند.

در گروه کودکان، در حالی که آنان مشغول طراحی هستند، می‌خواهیم در مورد آن‌چه ترسیم کرده‌اند، صحبت کنند و آنان را مورد تشویق قرار می‌دهیم. استفاده از نوشتن، خصوصاً در گروه نوجوانان مفید است. دستخط و سبک نوشتار اصلاً مهم نیست. فرد می‌تواند جزئیات را به صورت یک داستان، نامه‌ای به عزیز از دست رفته، نامه به فردی مورد اعتماد بنویسد و در صورتی که تمایل داشته باشد، آن را همراه بزرگترها بازخوانی کند.

همواره باید گفتگو در مورد حادثه را در بین افراد آسیب‌دیده تشویق نمود. بسیار اتفاق می‌افتد که افراد از ترس مضطرب کردن دیگران لب فرو می‌بندند، حتی بسیار دیده می‌شود که کودکان با سکوت خود سعی در حفظ آرامش بزرگترها دارند. با کمک گروه مزایا و معایب گفتگو در مورد حادثه را به صورت لیستی درمی‌آوریم:

مزایا:

معایب:

- دلم خالی می‌شود.
- ممکن است به من بختند.
- شاید بتوانند به من کنند.
- ممکن است کنترلم را از دست بدهم.

نهایتاً سعی می‌کنیم که گروه را در جهت به توافق رسیدن در مورد مزیت گفتگو هدایت کنیم، و سپس در موارد زیر با آنان صحبت می‌کنیم:

- ۱- فرد مناسب: یافتن فردی معتمد که آمادگی شنیدن داستان را دارد. (والدین، معلم، دوست)
- ۲- زمان گفتگو: زمانی که افراد بتوانند حداکثر توجه را به گفته‌های هم داشته باشند. البته نه نزدیک به زمان خواب، چرا که گفتگو در چنین زمانی ممکن است سبب آشفتگی خواب شود.
- ۳- فکر کردن در مورد موضوع: البته لزومی ندارد همیشه مطلب را از پیش آماده داشته باشیم، گاهی تا شروع به صحبت نکنیم، نمی‌دانیم چه می‌خواهیم بگوییم.

نگاه به آینده:

جلسه سوم به یک نکته مثبت، یعنی غلبه بر ناامیدی ختم می‌شود:

“اکنون به پایان جلسه آخرمان رسیدیم. طی جلسات قبل در مورد وقایع گذشته سخن گفتیم، حالا می‌خواهیم وقتمان را صرف فکر کردن به آینده کنیم.” و بحث را با سؤالات مختلف شروع می‌کنیم:

“چه امیدی دارند؟ در مورد شهرشان؟ خانواده‌شان؟ پنج سال بعد را چطور می‌بینند؟ (در جلسه کودکان می‌توانیم از نقاشی و ترسیم کمک بگیریم).”

تکلیف منزل:

هر فرد باید به تمرین مواجهه تدریجی بپردازد. در ضمن از روش‌های دیگر (نقاشی، نوشتار، گفتگو) متناسب با سنش استفاده کند.

اتمام کار

پایان کار سه جلسه‌ای گروه را اعلام می‌کنیم و حضور افراد در کار گروهی، سخت‌کوشی و فعالیت آنان را تحسین می‌کنیم، و نیز هریک را به صورت موردی تحسین می‌کنیم. تکنیک‌های اصلی هر جلسه را به طور خلاصه مرور می‌کنیم. در گروه کودکان به این که والدین آن‌ها دعوت به جلسه والدین خواهند شد، صحبت می‌کنیم. در پایان جلسه کودکان می‌توان از فعالیت‌ها و بازی‌های مورد علاقه آن‌ها سود جست.

جلسه والدین

بالغین، علاوه بر این که در جلسات مشاوره گروهی خاص بزرگسالان شرکت می‌کنند، بعنوان والد طی جلساتی با واکنش‌های متعاقب آسیب در کودکان آشنا شده و روش‌های کمک به کودکان خود را می‌آموزند. بسیار مهم است

که والدین بدانند فرزندانشان چگونه تحت تأثیر قرار گرفته‌اند، و بتوانند بین واکنش‌های کودکان و بزرگسالان ارتباطی برقرار کنند تا از عهده کمک به فرزندان برآیند.

پس از تهیه لیست واکنش‌های کودکان با کمک والدین، تأکید می‌کنیم که بروز این واکنش‌ها طبیعی است، و عکس‌العمل هر کودک می‌تواند متفاوت باشد. عکس‌العمل‌های رایج در برابر استرس‌ها مطرح می‌شود و با کمک والدین بین لیست اولیه و این عکس‌العمل‌ها ارتباط برقرار می‌گردد.

در مرحله بعد بزرگترها می‌آموزند که چه‌طور به کودکانشان در انجام تکالیف منزل کمک کنند، و در ضمن از طریق صحبت کردن، پیام‌های غیر کلامی از قبیل نوازش به موقع، تشویق کودکان به مطرح کردن دلوپسی‌هایشان به آنان کمک کنند.

ارائه اطلاعات صحیح و مبتنی بر واقعیت از نکات مهمی است که باید در ارتباط با کودکان و نوجوان مدنظر قرار گیرد. مسلماً کودکان و نوجوانان سؤالاتی را در مورد وقایع و حوادث مطرح خواهند کرد. وظیفه بزرگترها ارائه اطلاعات صحیح است. در صورتی که پاسخی برای سؤالی نداشته باشند، باید به نحوی که کودک را مضطرب نسازند واقعیت را مطرح نمایند و در عین حال امید به یافتن پاسخ را در وی ایجاد کنند. به طور مثال اگر کودکی مادر خود را گم کرده و ما هم اطلاع دقیقی در این مورد نداریم، در پاسخ به سؤال وی در مورد مادرش می‌توان گفت: "متأسفانه ما هم هنوز نمی‌دانیم. ولی تا جایی که ممکن است در راه یافتن وی تلاش خواهیم کرد."

آموزش روانشناختی در بلایا

بعد از وقوع بلایا و حوادث آسیب‌زا وجود هرج و مرج از تبادل اطلاعات صحیح جلوگیری می‌نماید و فقدان اطلاعات، موجب افزایش اضطراب، نگرانی و ترس را خواهد شد. امدادگر می‌تواند شرایطی را فراهم آورد تا اطلاعات و شواهد واقعی و درستی به فرد آسیب دیده ارائه شود. این اطلاعات باید دقیق، شفاف و به زبانی ساده باشد. ارائه اطلاعات بیش از حد و نامتناسب به اندازه ندادن اطلاعات آسیب‌زا است. اطلاعات باید در زمینه‌های زیر ارائه شوند:

- چه اتفاقی روی داده است؟
- چگونه روی داده است؟
- دلایل شناخته شده آن چیست؟
- بعد از این چه خواهد شد؟

بیان واقعیات مربوط به رویداد به درک و شناخت رویداد، کاهش ابهام در مورد آن و کنترل روی عوامل محیطی و عواملی که برای فرد غیر قابل کنترل هستند، کمک می کند.

اطلاعات باید متناسب با سن و فهم فرد آسیب دیده و با پرهیز از هرگونه توضیح انتزاعی و داستان پردازی ارائه شود.

اطلاع رسانی در خصوص واکنش های روانشناختی افراد در بحران و عادی سازی این واکنش ها به افراد کمک می کند تا این واکنش ها را در وجود خود شناسائی کنند و ارتباط آن را با واقعه آسیب زا درک نمایند. همچنین به آن ها کمک می کند که براحتی احساساتشان را بروز دهند.

در اطلاع رسانی به موارد زیر توجه داشته باشید:

- احساس گناه را تقویت نکنید.
- لازم نیست همه سولات را بدانید. در مواردی که اطلاع دقیق ندارید، اطلاعات غلط و یا مشکوک ندهید.
- ارائه اطلاعات را به تعویق نیندازید هر چند این اطلاعات دردناک باشند مثل فوت عزیزان. ولی خبرهای ناگوار را سعی کنید در جمعی که از فرد آسیب دیده و داغدار حمایت می کنند ارائه کنید و از گفتن اطلاعات ناگوار وقتی که فرد تنها است خود داری کنید.

فصل چهارم: مداخله در سوگ

سوگ عبارتست از مجموعه افکار، احساسات و واکنش‌هایی که فرد در مواجهه با یک فقدان بروز می‌دهد. چرخه‌ای که فرد برای پذیرش فقدان طی می‌کند چرخه سوگ نام دارد. هنگامی که فرد قادر نباشد فرآیند طبیعی سوگ را طی نماید و دچار احساسات دوگانه و تعارض آمیز گردد، سوگ عارضه‌دار به وجود می‌آید.

به دنبال فجایع و فقدان‌هایی که نتیجه وقایع وحشتناک و یا خشونت‌آمیز هستند، طبیعی است با تعداد زیادی از کودکان و بزرگسالان دچار سوگ مواجه باشیم. کمک به فرد سوگ‌وار مقدور نخواهد بود مگر این که با تکوین مفهوم مرگ در مراحل مختلف زندگی آشنایی کامل داشته و بتوانیم واکنش‌های طبیعی و غیرطبیعی سوگ را از هم تشخیص بدهیم.

به دو دلیل مداخلات مربوط به سوگ را به طور جداگانه از سایر مداخلات مطرح می‌کنیم، اول این که تجربه فقدان و مرگ عزیزان در فجایع مختلف کاملاً متفاوت است، در برخی موارد افراد تجربه مستقیم اندکی در رابطه با مرگ پیدا می‌کنند در حالی که اموال و متعلقات خود را از دست می‌دهند. از سوی دیگر گاه اتفاق می‌افتد که اکثر یا تمامی بازماندگان عزیز یا عزیزانی را از دست می‌دهند. دوم به این دلیل که عقاید و رسوم و آداب مربوط به مرگ در جوامع مختلف کاملاً متفاوت است. همان‌طور که خواهیم دید این رسوم نقش مهمی در سوگواری افراد دارند، و روش تسهیل روند سوگواری افراد از جامعه‌ای به جامعه دیگر متفاوت است.

پاسخ به مرگ در مراحل مختلف زندگی

میزان تکامل عاطفی و شناختی نقش تعیین‌کننده‌ای در درک، تفسیر، و برداشت فرد از مفهوم مرگ دارد. درک کودکان از مرگ با میزان قدرت درک انتزاعی آنان در ارتباط مستقیم است. تا سن پنج سالگی - یعنی در مرحله جاندارپنداری - کودکان می‌پندارند که همه موجودات جاندار هستند، و مرگ را تنها به عنوان نوعی جدایی (همانند خواب) می‌پندارند. بین ۵ تا ۱۰ سالگی، کودکان به غیرقابل اجتناب بودن مرگ و فنا پی می‌برند، و از مرگ والدین و احتمال بی‌پناه ماندن خود می‌هراسند. حدود ۹ تا ۱۰ سالگی کودک درک می‌کند که مرگ برای خود وی و افراد خانواده‌اش نیز غیرقابل اجتناب است. معمولاً تا سن بلوغ، کودکان به مفهوم غیرقابل اجتناب بودن، غیرقابل برگشت بودن، و جهان مشمول بودن مرگ پی می‌برند. در برخی جوامع، والدین تمایل دارند که از مطرح نمودن مسئله مرگ و صحبت در مورد آن با کودکان خود طفره برونند. چنین واکنشی ممکن است سبب بروز واکنش‌های غیر متناسبی در کودکان گردد. در سنین کودکی ممکن است تفکرات جادویی در مورد مرگ وجود داشته باشد، از

این قبیل که فرد متوفی قادر به شنیدن و دیدن است، و ممکن است کودک با همین دیدگاه، سعی در خشنود ساختن متوفی با اعمال و رفتار خود داشته باشد. در این زمان کودک بین دو پدیده ای که همزمان رخ می دهد رابطه علت و معلول برقرار می کند مثلاً اگر به برادرش گفته که او را دوست ندارد، خدا کند بلایی سرش بیاید و تصادفاً نیز برادر وی در اثر سانحه زخمی می شود، می اندیشد که فکر و سخن او باعث حادثه برای برادرش شده است در نتیجه احساس گناه پیدا می کند.

نوجوانان، با دارا بودن قدرت درک انتزاعی، به غیرقابل اجتناب بودن مرگ و نیز این که مرگ پایان خط زندگی است پی می برند. اما این بدان مفهوم نیست که فرد نوجوان با احتمال مرگ خود و عزیزانش به راحتی می تواند کنار بیاید. برخلاف کودکان و نوجوانان، معمولاً بالغین مسن تر با مسئله نزدیک شدن مرگ راحت تر کنار می آیند.

واکنش در برابر مرگ

هیچ واکنشی در برابر مرگ را نمی توان "صحیح" یا "غلط" برشمرد. افراد مختلف واکنش های متفاوتی از خود بروز می دهند. واکنش های معمولی در کودکان عبارتند از شوک و ناباوری، اعتراض به آنچه اتفاق افتاده، آپاتی، و گاه ادامه فعالیت ها بصورت عادی. با گذشت زمان ممکن است ترس و اضطراب به این حالات افزوده شوند، کودکی که یکی از بستگان را از دست داده ممکن است همواره نگران از دست دادن والدین باشد. اختلالات خواب از سایر مشکلات کودک سوگوار هستند، چه به صورت اشکال در به خواب رفتن و چه به صورت اشکال در تداوم خواب. گاهی کودک می ترسد که اگر به خواب برود و دیگر نتواند بیدار شود. ممکن است کودک مکرراً گریه کند، یا بی تفاوت باشد. گاهی کودک تماماً با خاطرات مربوط به متوفی اشتغال ذهنی دارد و با وی همانند سازی می کند. گاهی کودکان می خواهند عکس متوفی را ببینند، نامه های وی برایشان خوانده شود، یا در مورد وی با ایشان صحبت شود. که این درخواستها گاه برای بزرگترها مضطرب کننده است. باید به بزرگترها اطمینان دهیم که این یکی از راه های طبیعی کنار آمدن کودکان با مرگ است.

خشم یکی دیگر از احساسات معمول در کودکان سوگوار، خصوصاً پسر بچه هاست. کودک ممکن است با تصور این که متوفی عمداً وی را تنها گذاشته خشمگین باشد یا این که تصور کند خداوند عمداً وی را در چنین شرایط سختی قرار داده است. خشم تا حد زیادی با احساس گناه در ارتباط است.

همان گونه که ملاحظه می شود، واکنش نرمال در برابر مرگ طیف وسیعی از علائم را می تواند در بر بگیرد. در صورتی که این واکنش پیچیده و عارضه دار گردد، مثلاً در مواردی که سوگ تأخیری بسیار شدید یا طول کشنده باشد، باید به کودک سوگوار کمک کنیم.

در بزرگسالان، به دنبال فقدان، به طور طبیعی انتظارگذار از چند مرحله پیاپی سوگ را داریم که شامل افکار، خشم، چانه‌زدن، افسردگی و پذیرش فقدان است. همانند کودکان، در بزرگسالان هم نمی‌توانیم روش خاصی را به عنوان روش "صحیح" سوگواری بخوانیم، افراد مختلف واکنش‌های متفاوتی را خواهند داشت.

معمولاً نحوه مرگ و فقدان در جریان زلزله به گونه‌ای است که پذیرش آن را برای افراد، اعم از کودک و بزرگسال دشوارتر می‌سازد، به دلیل اینکه:

- (۱) احتمال اینکه مرگی دلخراش باشد بیشتر است.
- (۲) معمولاً تعداد زیادی افراد در جریان حادثه می‌میرند، و افراد شاهد این مرگ‌ها هستند.
- (۳) تهدید سلامتی پس از فاجعه بازهم وجود دارد (مثل پس‌لرزه‌های قوی)
- (۴) گاهی یافتن اجساد عزیزان مقدور نیست.

مرگ‌های دلخراش، مرگ تروماتیک خوانده می‌شوند. در این گونه موارد، واکنش‌های سوگ ممکن است بسیار شدید بوده، و حتی با علایمی از اختلال استرس پس از سانحه همراه باشد، مثلاً افراد از کابوس شبانه رنج ببرند. افزایش اضطراب و گوش‌بستگی مفرط در مواردی که افراد شاهد مرگ دلخراش بوده‌اند، چندان ناشایع نیست.

نکته دیگر این است که فقدان‌های طبیعی مانند مرگ پدربزرگ و مادربزرگ، به دنبال زلزله همچنان محتمل هستند. نباید انتظار داشته باشیم که تحمل این فقدان‌ها برای افراد خاصه کودکان آسان بنماید. چنین مرگی می‌تواند یادآور خاطرات مرگ‌های تروماتیک زمان فاجعه باشد.

اقدامات غیر دارویی سوگ طبیعی: بدون شک به دنبال زلزله، افراد با فقدان‌های متعددی مواجه می‌گردند. به طور طبیعی واکنش سوگ تا دو ماه به طول می‌انجامد و انتظار می‌رود طی این دوره فرد به تدریج بر عملکرد اولیه خود بازگردد. یکی از شروط بازگشت به زندگی نرمال، گذار صحیح از مراحل مختلف واکنش سوگ است، بنابراین تسهیل سوگواری در مراحل ابتدایی پس از زلزله، از بروز واکنش‌های سوگ عارضه‌دار در مراحل بعدی جلوگیری خواهد نمود. در اولین روزهای پس از بحران، تشویق بازماندگان به حضور در مراسم سوگواری، تشکیل مراسم سوگواری به کمک روحانیون و معتمدین مردم از اقدامات اولیه است. در ضمن با توجه به اعتقادات و سنن محلی، برگزاری مراسم در زمان‌های خاص (از قبیل روز چهلم - سالگرد) می‌تواند کمک کننده باشد. روحانی تیم حمایت های روانی - اجتماعی در بلایا که در برنامه کشوری در مورد آن صحبت شده است، در این زمینه می‌تواند کمک کننده باشد. در فجاجع گسترده نیاز به وجود تعداد بیشتری روحانی وجود دارد و در صورتی که آنان توسط روحانی تیم توجیه شده باشند، در کنار این مراسم می‌توانند بازماندگان را با واکنش‌هایی که به طور طبیعی به دنبال بحران ایجاد می‌گردند آشنا نموده و آنان را به همکاری با گروه‌های حمایت‌های روانی - اجتماعی ترغیب نمایند. همچنین

از فرصت تجمع داغداران می توان برای برگزاری جلسه آموزش عمومی توسط روانشناسان و روانپزشکان استفاده کرد.

در حین روند سوگواری، باید به روش های مختلف به فرد بازمانده کمک کرد تا مرگ عزیزان خود را بپذیرد و با واقعیت کنار بیاید. مهمترین اصل، که در بسیاری موارد با نیت کمک به فرد بازمانده - اعم از خردسال یا بالغ - نادیده انگاشته می شود ارائه اطلاعات صحیح به فرد بازمانده است. در صورتی که اطلاعاتی در مورد وضعیت سلامت عزیزان فرد داریم، باید آن را به فرد منتقل کنیم. به دنبال زلزله، مشاهده می شود که نیروهای امداد با هدف آرامش بخشیدن به فرد بازمانده، در برابر سؤال وی در مورد وضعیت عزیزی که فوت نموده است به دروغ در مورد زنده بودن و سلامت فرد اطمینان دهی می شود، و این در حالی است که چنین رویکردی فرد را برای سوگ عارضه دار و سایر اختلالات محتمل به دنبال زلزله مستعدتر می سازد. در مواردی که اطلاعی نداریم باید حتماً به فرد واقعیت عدم وجود اطلاعات دقیق را منتقل کنیم و به وی اطمینان دهیم که هرگونه اطلاعات جدیدی را در اختیارش خواهیم گذاشت. گاه در مرکز فاجعه و یا شهرهایی که مجروحین و بازماندگان بدانها اعزام می گردند مراکز اطلاع رسانی برپا می شود، و در سال های اخیر اطلاعات مربوط به بازماندگان در سایت های اینترنت قابل دسترسی است، می توانیم امکان دسترسی به اطلاعات از این طریق را به بازماندگان یادآوری کنیم.

بسیاری از امدادگران و متخصصین افشای اخبار ناگوار برای فرد بازمانده خصوصاً کودکان را دشوار می یابند. گاه در چنین موقعیت هایی شک می کنیم که آیا می توانیم پس از انتقال خبر ناگوار از عهده حمایت های لازم برای فرد برآییم یا خیر. تمهیداتی از قبیل ارائه اخبار ناگوار در جمع، یعنی جایی که افرادی با مشکلات مشابه حضور دارند و بیان تدریجی واقعیت ها، در این شرایط کمک کننده خواهد بود. در صورتی که از اتفاقاتی که برای فرد متوفی قبل از مرگ افتاده اطلاع داشته باشیم، می توانیم به آرامی آنها را برای بازماندگان وی بازگو نماییم.

بسیاری معتقدند که بهتر است فرد با جنازه عزیزانش روبه رو نشود، این مسئله خصوصاً در مورد کودکان و در مواردی که جنازه تا حدی متلاشی شده است صدق می کند. بهترین روش این است که به فرد اجازه داده شود در صورت تمایل از عزیز از دست رفته اش خداحافظی کند، این قاعده در مورد کودکان هم صدق می کند. آنان این حق را دارند که تصمیم بگیرند در مراسم سوگواری شرکت کنند، با عزیزشان خداحافظی کنند یا خیر. در مواردی که اجساد متلاشی می شوند، می توان تنها بخشی از جنازه را که نسبتاً سالم مانده به بازماندگان نشان داد و صحنه مناسبتری را برای دیدن جسد فراهم نمود. در بسیاری از موارد افراد - اعم از بزرگسال یا خردسال - تمایل دارند که یکی از متعلقات متوفی را به عنوان یادگاری برای خود بردارند، چنین رفتاری هرگز نباید منع گردد، چرا که ما از

بازماندگان انتظار نداریم که افراد متوفی را فراموش کنند، آنان باید قادر باشند که با غم فقدان کنار آمده در طول زمان زندگی جدیدی را آغاز کنند.

برخلاف تصور عموم، حضور فرد داغ‌دیده در محل فاجعه باعث تشدید مشکلات وی نخواهد گردید، بلکه به کنار آمدن با واقعیت کمک خواهد کرد. تشویق افراد به ترک محل فاجعه مداخله صحیحی نیست، و باید توجه داشته باشیم که به نوعی تشویق افراد به اقدام به "رفتارهای اجتنابی" محسوب می‌گردد. ممانعت از بازگویی خاطرات مربوط به متوفی، صحبت در مورد مرگ و ابراز هیجانات ناشی از تأثیر فرد از فاجعه و مرگ عزیزان نیز هرگز نباید تشویق شود. این امر خصوصاً در مورد کودکان صدق می‌کند، چرا که بسیاری از کودکان با مشاهده غم و اندوه والدین برای آن که آنان را بیش از پیش متأثر نگردانند از صحبت کردن در مورد فاجعه و نیز مرگ عزیزان خودداری می‌کنند و همین مسئله زمینه را برای بروز مشکلات آتی فراهم می‌کند. در ضمن، کودکان خردسال ممکن است بدلیل محدودیت‌های مهارت بیان و محدودیت لغات نتوانند احساسات درونی خود را به راحتی با بزرگترها درمیان بگذارند، در این موارد استفاده از بازی و نقاشی بسیار کمک‌کننده است.

نکته‌ای که در مورد کودک سوگوار همواره باید به آن توجه داشته باشیم، اجتناب از صحبت‌های نادرست است، همانند تشبیه مرگ به خواب یا سفر، وعده‌دادن به این که فرد متوفی به زودی بازخواهدگشت و غیره .

تسهیل سوگواری در کودکان

مرگ یکی از سخت‌ترین تجربی است که کودکان در زندگی خود با آن روبرو می‌شوند، و در عین حال برای والدین کمک به کودک سوگوار بسیار مشکل می‌نماید.

در جریان زلزله، معمولاً روند طبیعی سوگواری به دلیل علائم اختلال استرس پس از سانحه مختل می‌گردد، به طور مثال فرد داغدار به دلیل هجوم افکار مزاحم در رابطه با صحنه دلخراش مرگ مادر یا پدرش، نمی‌تواند تمرکز کرده و لحظات شیرینی را که در کنار وی گذرانده در ذهن خود مرور نماید تا به تدریج روند طبیعی سوگ طی شود. به همین دلیل تأکید داریم در این گونه موارد ابتدا به این علائم پرداخته شود.

چگونه بزرگترها می‌توانند به کودک سوگوار کمک کنند

کودکان برای کنار آمدن با فقدان عزیزانشان نیازمند زمان کافی هستند و بزرگترها می‌توانند در جریان این روند به آنان جهت انطباق با شرایط جدید و پذیرش مرگ کمک کنند. توصیه‌های زیر در راه کمک به کودکان بسیار مفید واقع خواهند شد:

ارتباط باز و صادقانه

- توضیحات صحیح و متناسب با سن کودک ارائه کنید.
- از توضیحات انتزاعی بپرهیزید.
- مرگ را به "خواب" یا "سفر" تشبیه نکنید.

زمان کافی برای انطباق شناختی بدهید

- فضا را برای طرح سؤالات و برقراری ارتباط باز بگذارید.
- مکالمات کوتاه در این ارتباط را پذیرا باشید.
- کودک را بر سر مزار ببرید.
- بازی کودک را تشویق کنید.

به فقدان صورت طبیعی ببخشید

- در صورت تمایل کودک، او را در مراسم تدفین و سوگواری شرکت دهید.
- احساساتتان را از کودک مخفی نکنید.
- اجازه بدهید یادگاری‌هایی از متوفی با خود داشته باشد.

انطباق عاطفی را تسهیل کنید

- از جدایی‌های غیر ضروری بپرهیزید.
- برنامه منظمی در خانه و مدرسه داشته باشید.
- با کودک در مورد دلواپسی‌هایش صحبت کنید.
- با کودک در مورد احساس گناه احتمالی صحبت کنید.

شرکت در تشییع جنازه

تصمیم‌گیری در مورد شرکت در مراسم تشییع جنازه و سایر مراسم سوگواری باید به عهده کودک گذارده شود و نباید با تصور این که این مراسم برای وی دردناک و غیر قابل تحمل خواهد بود، وی را محروم نکنیم. مسلماً برای شرکت در این مراسم باید کودک را از قبل آماده کنیم. کودک باید بداند کجا خواهد رفت، چه اتفاقی خواهد افتاد و چه کسانی همراه وی خواهند بود. همان‌طور که در فصل‌های پیش‌تر ذکر شد، در مواردی که اجساد متلاشی

می‌شوند لزومی ندارد کودک را از خداحافظی کردن با متوفی محروم کنیم، بلکه می‌توان اجازه داد که کودک قسمتهایی از بدن متوفی را که سالم مانده است ببیند. یکی از نکاتی که از قبل باید به کودک گفته شود، احتمال بروز عکس‌العمل‌های شدید از سوی بزرگترها در حین مراسم است. باید به وی گفته شود که بزرگترها نیز مضطرب و غمگین هستند، ولی در عین حال وی همواره تحت حمایت آنان خواهد بود.

بسیار مهم است که پس از برگزاری مراسم کودک این فرصت را پیدا کند که درباره ماقع صحبت کند و سؤالاتش را به راحتی بیان نماید.

متأسفانه به دنبال بروز زلزله، برگزاری مراسم تدفین و سوگواری مطابق رسوم منطقه در بسیاری موارد ممکن نیست. تعداد زیاد اجساد و ترس از مشکلات ناشی از تأخیر در تدفین، سبب می‌گردد که اجساد سریعاً به خاک سپرده شوند. در چنین مواردی، در صورتی که روحانیون از قبل آموزش دیده باشند، می‌توانند کمک شایان توجهی از طریق سعی در برگزاری مراسم - هرچند تا حدی متفاوت از آنچه به طور معمول انتظار می‌رود- به بازماندگان بنمایند. برگزاری مراسم می‌تواند برای جمعی بزرگ از بازماندگان در محل‌های اجتماع عمومی (مانند مساجد) بوده و یا به صورت مراسمی کوچک در منازل افراد با حضور روحانیون باشد.

برقراری ارتباط با کودکان

بهترین راه برای کاستن خیالبافی‌های نادرست و ابهام پیرامون مرگ، برقراری ارتباط صادقانه با کودک است. توضیحاتی که به کودک می‌دهیم باید ساده و متناسب با سن و تکامل وی باشند. اجتناب از صحبت با کودکان، گاه به این دلیل است که بزرگترها می‌ترسند کنترل خود را جلو کودکانشان از دست بدهند، و یا این که کودک را مضطرب و پریشان سازند. در صورتی که چنین فضایی در منزل حکمفرما باشد، بهتر است حداقل کودک در خارج از محیط خانواده با یک فرد بزرگسال مورد اعتماد خود در ارتباط بوده و با وی در مورد مرگ عزیزش صحبت کند. صحبت با بزرگترها به کودک این فرصت را می‌دهد که به لحاظ شناختی نسبت به مسئله مرگ احاطه پیدا کند و سؤالات خود را پیرامون جنبه‌های فیزیکی و غیر فیزیکی مرگ مطرح سازد. بزرگترها باید خود را برای پاسخگویی به این سؤالات آماده سازند و در نهایت دقت و صداقت به کودک پاسخ دهند. در صورتی که پاسخ سؤالی را نمی‌دانیم، بهترین کار این است که عدم اطلاع خود را با کودک در میان بگذاریم. همواره باید به خاطر داشت که کودکان برای درک واقعیت مرگ مدت زمان بیشتری نسبت به بزرگترها لازم دارند، و برای تکوین این درک گاه به طور ناگهانی، درست در لحظه‌ای که فرد بزرگسال اصلاً انتظار آن را ندارد شروع به صحبت و سؤال کردن می‌کند. همچنین دوره‌های غم و اندوه کوتاه‌تری داشته و نسبت به بزرگترها تحمل کمتری نسبت به احساسات شدید دارند. برخی

کودکان از صحبت پیرامون مرگ و متوفی خودداری می‌کنند تا بلکه خود را از احساسات آزاردهنده حفاظت کنند. در چنین مواردی می‌توانیم به عنوان یک رفتار اجتنابی به این مسئله نگریده و به کمک آنان برویم، باید محیط را به گونه‌ای آماده کنیم که کودک بتواند به احساسات خود بپردازد ولی هرگز بدون آماده‌سازی نباید کودک را وادار به صحبت کردن نمود.

بیان و توصیف عینی سوگ

توصیف عینی سوگ راهی برای ملموس کردن واقعیت مرگ برای کودک است، بدین ترتیب که خاطرات و یاد متوفی به عنوان بخشی از زندگی کودک نگه‌داشته شده و سپس به تدریج کودک به همراه والدین بخش‌هایی را که حفظ آنها طبیعی نیست حذف نموده و بقیه بخش‌ها را حفظ می‌کنند. کودک می‌تواند عکس‌ها یا برخی متعلقات متوفی از قبیل ساعت و البسه را نگه دارد. در بلاهایی همچون زلزله باید به کودک برای پیدا کردن چنین یادگارهایی از زیر آوار کمک کرد.

انطباق عاطفی

علاوه بر ایجاد درک متناسب با سن از طریق نقاشی، صحبت کردن، حضور بر سر مزار، کودکان نیازمند انطباق عاطفی نیز هستند. باید به کودک اطمینان دهیم که می‌تواند با بزرگترها صحبت کند و در عین حال به فعالیت‌های لذت‌بخشی همچون بازی دسته‌جمعی، نقاشی و غیره پرداخته و لذت ببرد. برقراری برنامه روزانه منظم به کودک حس امنیت می‌دهد. گاه آموزش تکنیک آرام‌سازی برای کودکان مفید است.

نیازهای بالغین و والدین

بدنبال مرگ یکی از اعضاء خانواده، بالغین علاوه بر رسیدگی به کودکان باید به فکر نیازهای خود نیز باشند. آگاهی از واکنش‌هایی که به دنبال مرگ عزیزان رخ می‌دهد بسیار کمک‌کننده خواهد بود. آنان باید به خود فرصتی کافی برای سوگواری داده و در مراسم ویژه سوگواری شرکت کنند. تشویق افراد به شرکت در مراسمی که متناسب با فرهنگ و رسوم منطقه برگزار می‌گردد (مانند مراسم روز هفتم - چهلم) باید تشویق گردد.

ممکن است در مواردی برای کنار آمدن با سوگ افراد بالغ نیز نیاز به کمک داشته باشند، بنابراین باید به آنان اطمینان دهیم که در صورت نیاز، کمک در دسترس آنهاست و تقاضای کمک از سوی آنان امری طبیعی بوده و به هیچ عنوان به مفهوم ضعف نیست.

مداخله گروهی برای سوگ در کودکان

گروههای سوگ عمدتاً نقش حمایتی داشته و به منظور تسهیل گذراندن مراحل سوگ در کودکان و نوجوانان تشکیل می شود. بنابراین در مواردی که نشانه های شدید و طول کشیده و یا همراهی سایر اختلالات روانپزشکی نیازمند درمانهای خاص وجود داشته باشد فرد نیازمند مداخلات فردی و یا خانوادگی می باشد. لازم به ذکر است روانشناسان و روانپزشکان می توانند این مداخلات را در عمل بکار گیرند که در دوره های آموزش کارگاهی آن شرکت کرده و بصورت عملی با ایفای نقش و سایر تکنیک های آموزش کارگاهی آموزش دیده باشند. فعالیتهای انجام شده در هر جلسه بصورت عملی آموزش داده می شود و در زیر فقط به مباحث تئوری آن اشاره خواهد شد.

مصاحبه اولیه :

قبل از برقراری جلسه گروه درمانگر لازم است کودک و والد را در یک مصاحبه ۲۰ دقیقه ای ویزیت نموده و اطلاعات لازم را جمع آوری نماید. این مصاحبه به درمانگر فرصت می دهد تا با مشکلات و ترسهای کودک در خصوص حضور در جلسات گروهی آشنا شود و به سوالات آنها پاسخ دهند و به کودک نیز این فرصت را می دهد تا با تسهیلگر خود آشنا شود. والدین نیز این فرصت را خواهند داشت تا با نحوه و محل برگزاری جلسات گروه آشنا شوند. در این جلسات درمانگر باید اطلاعات لازم در خصوص وضعیت رشد و تکامل کودک و تجربیات قبلی فقدان را کسب نماید.

نحوه شروع و پایان جلسات گروه:

با توجه به نقش حمایتی جلسات گروهی سوگ، فعالیت های خاصی را در شروع و پایان جلسات می توان انتخاب نمود.

فعالتهای برای شروع کار (Opening activities):

هدف این فعالتهای ایجاد فضای حمایتی در گروه. نزدیک کردن اعضای گروه به یکدیگر. گرم کردن (Warm-up) و شروع کار گروهی است.

روشهای متفاوتی را می توان برای شروع هر جلسه بر حسب سن و ویژگیهای فرهنگی گروه بکار گرفت.

بعنوان مثال می توان برای معرفی کردن اعضاء به یکدیگر از یک توپ پارچه ای استفاده کرد. بدین ترتیب که هر کسی که توپ به طرفش پرت می شود شروع به صحبت کرده و خود را معرفی کند.

فعالتهائی برای خاتمه کار (Closing activities)

مشابه فعالیت مربوط به شروع هر جلسه در پایان هر جلسه باید فرایند اتمام جلسه به نحوی باشد که گروه ضمن آگاهی از فعالتهای انجام شده و فعالتهای مربوط به جلسه بعد نقش حمایتی خود را نیز داشته باشد. روشهای مختلفی را براساس معیارهای فرهنگی و سن اعضا می توان بکار گرفت.

بعنوان مثال افراد گروه کنار هم می ایستند و با کمک رهبر گروه این جملات را تکرار می کنند، « ما اینجا جمع شده بودیم که به همدیگر کمک کنیم، از همدیگر حمایت کنیم و درمورد مشکلاتمون صحبت کنیم، چون همه ما مشکل مشترکی داریم و آن هم از دست دادن یکی از اشخاص مورد علاقه مونه» سپس رهبر گروه با کمک بچه ها در مورد تکالیفی که باید در منزل انجام دهند صحبت می کند و قرار جلسه بعد را می گذارد..

سنجش و به اشتراک گذاشتن احساسات:

هدف:

- ارزیابی و نمره گذاری احساسات اعضا در هر جلسه
 - آگاهی از میزان تغییر احساسات در طی جلسات
 - آگاهی اعضای گروه از احساسات یکدیگر و شریک شدن در احساس هم
- برای اعضای گروه توضیح می دهیم که هر هفته در هر جلسه احساساتمان را ارزیابی می کنیم. و برای این کار از یک نمودار سنجش احساس استفاده می شود که اعضای گروه نمره احساسشان را در آن مشخص می نمایند.
- در کودکان کم سن می توان از فرم های نمایشگر احساسات در چهره استفاده نمود. بعد از آن که اعضا درجه احساسشان را مشخص نمودند آنها برای گروه بیان می کنند و علت داشتن چنین احساسی را با گروه به اشتراک می گذارند.

جلسه اول: معرفی اعضا و برقراری قوانین:

اهداف:

- معرفی اعضای گروه و تسهیلگران
- ایجاد احساس راحتی در گروه برای ارتباط با یکدیگر
- برقراری ارتباط با اعضا و تقویت ارتباط اعضا با تسهیلگر
- آشنائی با ذهنیت های کودکان درخصوص معنای سوگواری
- صحبت راجع به رازداری و برقراری مقررات در گروه
- به اشتراک گذاردن واقعه و داستان فقدان با گروه

موضوعات بحث:

- معرفی اعضای گروه
- تعیین قوانین گروه
- تعریف معنای سوگ
- بیان فقدان: چه کسی مرده است و چگونه فوت کرده است؟

الف) معرفی اعضای گروه:

لازم در اولین جلسه اعضای گروه به یکدیگر معرفی شوند و در گروه‌های مختلف بروشهای متفاوتی می توان این کار را انجام داد. در گروههای سوگ برحسب سن اعضا لازم است این کار به نحوی انجام شود که تامین کننده اهداف حمایتی گروه نیز باشد.

ب) تعیین قوانین گروه:

برای اعضا توضیح داده میشود که اکنون می خواهیم قوانینی را برای گروه تعیین کنیم تا بتوانیم با رعایت آنها فعالیت گروهی را پیش برده و راه مطمئنی را برای بیان مشکلات و مسائلمان فراهم نمائیم. ممکن است لازم باشد راجع به موضوعاتی صحبت کنیم که بیان آنها در سایر شرایط دشوار است. و ما با رعایت قوانینی که خودمان تعیین می کنیم این محیط امن را فراهم می سازیم. اکنون فکر کنیم و ببینیم گروه به چه قوانینی برای ایجاد این فضای امن نیاز دارد. آیا کسی ایده ای دارد؟

بهتر است قوانین توسط خود اعضا پیشنهاد و تایید شود. تسهیلگر قوانین را روی تابلو نوشته و با گروه مطرح می کند تا همه اعضا روی آن توافق کنند مثلهائی از این قوانین عبارتند از:

- سروق در گروه حاضر شویم.
- آنچه در گروه گفته می شود در گروه بماند و خارج نشود (اصل راز داری)
- اعضا مجبور نیستند همه چیز را در گروه مطرح نمایند.
- همه باید به همدیگر گوش بدهیم.
- هرکس بخواهد می تواند صحبت کند، ولی هیچ کس مجبور به صحبت کردن نیست. ولی باید به حرف بقیه گوش دهد.
- در گروه بدون اجازه صحبت نکنیم.

- هنگامی که فرد دیگر صحبت می‌کند، هرگز حرف وی را قطع نکنیم.
 - در گروه همدیگر را مورد تمسخر قرار ندهیم و به همدیگر نخندیم، ولی می‌توانیم با هم بخندیم.
 - تهاجم و توهین به دیگران در گروه ممنوع است.
 - اگر مسائلی وجود داشته باشد که طرح آن‌ها در گروه برایمان مشکل باشد، پس از اتمام کار می‌توانیم به صورت انفرادی با رهبر گروه و دستیار وی آن‌ها را مطرح کنیم.
 - فقط در مورد خودمان صحبت کنیم.
 - در تمام جلسات شرکت کنیم.
- بعد از آنکه قوانین مشخص شد همه باید روی آن توافق کنند. و اگر کسی قبول نکرد باید زمانی را صرف توضیح بیشتر راجع به این مسئله نمائیم و توافق همه را جلب نمائیم.

ج) معنای سوگ چیست؟

برای اعضای گروه خلاصه‌ای از آنچه که باید انجام دهند را مرور کنید. در مرحله بعد از اعضای گروه در رابطه با معنای سوگ سوال می‌کنیم. و مشخص می‌کنیم که سوگ عبارت است از مجموعه افکار، احساسات و واکنشهای فرد در مواجهه با فقدان یک فرد مورد علاقه. و دارای مراحل طی می‌شود که اگر بخوبی طی شود به ما کمک می‌کند تا بتوانیم فقدانهای بعدی را هم تحمل نمائیم و اگر این مراحل بخوبی طی نشود در فقدانهای بعدی واکنشها شدیدتر خواهد بود.

سوال دیگر آنست که چه وقت ما دچار فقدان می‌شویم و چگونه می‌توانیم به حل سوگمان کمک کنیم؟

د) بیان فقدان: چه کسی مرده است و چگونه مرده است؟

در این قسمت درمانگر سعی می‌کند جنبه‌های مختلف مربوط به فقدان در گروه را بطور تدریجی و از طریق پرسش‌سوالاتی که به برخی جنبه‌های فقدان و نحوه فوت فرد مورد علاقه مربوط می‌شود، مشخص نماید. بیاد داشته باشید که افراد اجازه دارند هر قدر که لازم می‌دانند، داستان فقدانشان را با گروه مطرح نمایند و این مقدار ممکن است خیلی کم باشد. باید درمانگر مراقب تاثیر بیان داستان روی افراد باشد تا دیگران تروماتیزه نشوند. گاهی فرد احساس امنیت در گروه نداشته و از بیان داستان اجتناب می‌کند که تسهیلگر می‌تواند از طریق جلب کردن توجه وی به قوانین گروه و اینکه گروه برای حمایت از وی تشکیل شده وی را ترغیب به بیان داستان نماید.

ترسیم واقعه: آنچه که در مورد روز واقعه و تشییع جنازه به یاد می آورم.

در این قسمت تسهیلگر توضیح می دهد که تاکنون در مورد واقعه سوالاتی کردیم و اکنون می خواهیم صحنه های واقعه و تشییع جنازه را ترسیم نمائیم. بعد از آنکه همگی کارشان کامل شد، ابتدا افرادی که احساس راحت تری دارند نقاشی خود را برای گروه بازگو می کنند. این روش برای کودکان سنین ۶-۱۲ سال مناسب است.

نوشتن خاطره: آنچه که در مورد روز واقعه و تشییع جنازه به یاد می آورم.

در این قسمت تسهیلگر از افراد گروه می خواهد که خاطرات واقعه و روز تشییع جنازه را بنویسند. این بخش کار را می توان بعنوان تکلیف منزل در نظر گرفت. و در جلسه بعد افراد آنرا با گروه مطرح می سازند. استفاده از روش ثبت خاطرات روشی است که در نوجوانان و بزرگسالان موثر واقع می گردد.

جلسه دوم:

اهداف این جلسه:

۱. ادامه بحث راجع به مرگ
۲. آشنائی با عقاید و باورهای کودکان در مورد مرگ
۳. آشنائی با مفهوم تغییر
۴. شناختن انواع تغییرات فردی و خانوادگی بدنبال فقدان
۵. آشنائی با واکنشهای شایع در سوگ

الف) بیان جنبه های مختلف مرگ و مردن:

در این قسمت تسهیلگران به بیان مفهوم مرگ و مردن و آشکارسازی نگرش های افراد در خصوص مرگ و بیان مفاهیمی همچون جهان شمول بودن مرگ و اینکه مرگ مسری نیست و قابل برگشت هم نیست می پردازد. به کودکان باید تعریفی ساده و قابل فهم ارائه نمود. و می تواند از طریق فعالیتهایی باشد که بتوانند احساسات، عقاید و نگرشهای آنان را در خصوص سوگ نشان دهند.

مشخص کردن اسطوره ها (Myths) در مورد مرگ:

برای گروه توضیح می دهیم که در بین مردم عقایدی در مورد مرگ و مردن وجود دارد که ممکن است درست نباشند و این ها عقایدی هستند که در واقع صحیح نبوده ولی مردم فکر می کنند که صحیح است. سپس برخی از

این عقاید را روی تابلو نوشته و در مورد صحت و یا عدم صحت آن با گروه بحث می کنیم. برخی از این اسطوره ها عبارتند از:

- فقط افراد پیر می میرند
- مرگ به دیگران سرایت می کند
- وقتی یک نفر مرد افراد دیگری هم خواهند مرد
- مرگ برگشت پذیر است
- فقط افراد خوب می میرند
- فقط افراد بد می میرند

ج) معرفی و آشنائی با تغییرات ایجاد شده بدنبال فقدان:

در این قسمت هدف تسهیلگران شناسائی تغییراتی است که بدنبال فقدان اتفاق می افتد. کودکان بخصوص به این تغییرات حساس هستند چرا که دنیای آنها کوچک بوده و کودکان به بزرگترهای اطرافشان وابسته اند. با اینحال بسیاری از آنها ممکن است نتوانند بین مرگ و تغییراتی که بدنبال آن احساس یا تجربه می کنند ارتباط برقرار نمایند. تسهیلگر کمک می کند تا این ارتباط در ذهن کودک برقرار شود. مفهوم تغییرات در محیط و زندگی روزانه به کودک ارائه می شود. در مرحله بعد تسهیلگر تغییرات مربوط به فقدان را بررسی و با گروه شناسائی می نماید و نهایتاً تغییراتی که در واکنش سوگ به مرور زمان ایجاد می شوند در گروه مطرح می شوند. بنابراین اعضای گروه متوجه خواهند شد که نه تنها تغییرات کلی در زندگی روزانه بخشی از زندگی انسان است بلکه تغییرات ناشی از فقدان هم قسمتی از زندگی انسانهاست.

د) واکنشهای شایع سوگ

توضیح می دهیم که بدنبال فقدان یک فرد، افراد واکنشهای مختلفی را بروز می دهند و تمام این نوع واکنشها برای بچه های هم سن شما طبیعی محسوب می شوند. سپس اعضا در مورد این واکنشها صحبت کرده و اینکه آیا چنین واکنشهایی داشته اند یا خیر؟ و اینکه آیا اعضای دیگر گروه هم واکنش مشابهی داشته اند یا خیر و تاکید بر این نکته که این واکنشها طبیعی است.

جلسه سوم: خاطرات و احساسات مربوط به فقدان:

اهداف:

۱. مرور خاطرات فرد فوت شده و مواجهه اعضا با این خاطرات.
۲. تاکید بر این نکته که اگرچه فرد حضور فیزیکی ندارد ولی خاطره اش همواره وجود دارد.
۳. بروز احساسات مربوط به فقدان
۴. انطباق با هیجانات

الف: خاطرات

این جلسه کمک خواهد کرد تا اعضای گروه خاطراتشان را در رابطه با فرد از دست رفته مرور نمایند. از اعضای گروه خواسته می شود تا تصاویر و یادگارهایی از افراد فوت شده شان بیاورند. و در رابطه با آنچه که آورده اند در گروه توضیح داده و خاطراتش را بیان نمایند. بیان خاطرات و یا برگزاری مراسم یاد بود می تواند مفید باشد. اعضا به اشکال مختلف می توانند یادآوری خاطرات را داشته باشند از جمله ترسیم، نوشتن خاطرات و برگزاری مراسم یادبود. از مراسم یاد بود برای انتقال این مفهوم استفاده می شود که اگرچه فرد از دست رفت حضور فیزیکی ندارد ولی یاد او همواره در قلب ماست.

موضوعات بحث:

- تعریف کلمه خاطره
- بحث راجع به خاطرات مهم
- صحبت راجع به عکسها
- به یاد آوردن خاطرات خوب

ب: بروز احساسات

هدف این قسمت شناسایی احساسات فرد راجع به فقدان و اهمیت دادن به این احساسات است. در جلسات قبل از طریق نمودار سنجش احساس اعضا با هیجانات اصلی آشنا شده اند و در این مرحله سعی خواهد شد تا این هیجانات با مرگ یا فقدان مرتبط شوند. در مورد هیجانات بحث خواهد شد و اعضا فعالیتهایی را برای شناسایی و تطابق با هیجاناتشان انجام می دهند.

موضوعات:

- تعریف احساس

- شناسایی هیجانات مختلف وتظاهرات آن

- شناسایی هیجانات مربوط به مرگ

ج: انطباق و کنار آمدن با احساسات:

- در این مرحله هدف یادگیری روشهای کنار آمدن با احساسات ناشی از فقدان است. و پیامد بروز نیافتن

مناسب هیجانات در گروه بحث می شود. و روشهای بروز و انطباق با احساسات آموزش داده می شود

موضوعات :

- شناسایی واکنشهای اعضا به هیجانات

- شناسایی هیجاناتی که ایجاد رنج و ناراحتی نموده اند

- فراگیری روشهای انطباق با احساسات

روشهای آرامش بخشی مثل (Relaxation training) آموزش داده می شود. روشهای دیگری که برای کنار آمدن

با احساسات بکار می روند عبارتند از:

- توقف فکر (Thought stopping)

- اشتغال به فعالیتهای هنری

جلسه چهارم: باز توانی:

اهداف:

- درک چگونگی حمایت و مراقبت از خود.

- بکارگیری روشهای حل مسئله

- خداحافظی با گروه

در این جلسه مفهوم مراقبت و روشهای مراقبت از خود بحث می شود. بچه ها وابستگی زیادی به مراقب خود دارند و

وقتی وی فوت می کند ممکن است دیگر مراقبت لازم را دریافت نکنند. بنابراین مهم است که در خصوص روشهای

مراقبت از خود بحث شود و بدانند که اگر حمایت کافی نداشته باشند چه اتفاقی برایشان خواهد افتاد. آنها

باید روشهای حل مسئله را بیاموزند. این کودکان باید افراد کلیدی که می توانند در شرایط خاص به آنها کمک کنند

را بشناسند.

موضوعات:

- تعریف مراقبت و حمایت
- بحث راجع به اهمیت مراقبت و حمایت
- روشهای بدست آوردن حمایت ها و تمرین مراقبت از خود
- روشهای حل مسئله
- شناسائی توانائی های افراد
- خداحافظی با گروه

ضمیمه - ۱

پژوهش در حوادث غیرمترقبه و زلزله

بی گمان پژوهش بخش مهمی از فعالیتهای تیمهای حمایت روانی- اجتماعی در زلزله و حوادث غیرمترقبه را تشکیل می دهد. با این حال به علت آسیب شدید وارده به بازماندگان، پژوهش هایی که بدقت طراحی نشده واز جنبه های مشخصاً کاربردی و معطوف به هدف برخوردار نیستند، خود می توانند منبعی برای ایجاد استرس در بازماندگان و همچنین تیم بهداشتی شوند. نگارندگان معتقدند که در یکسال اول بعد از زلزله دست اندرکاران بهداشتی به دقت وبا وسواس فوق العاده ای به بازبینی طرحهای پژوهش پرداخته و صرفاً بصورت محدود اقدام به پذیرش طرحهایی نمایند که نسبت به دیگران جامع تر بوده و از نتایج عملی بیشتری برخوردارند. بنظر می رسد وجود شورائی که به بازبینی طرحها پرداخته و عناوین طرحهای تصویب شده را به مراکز پژوهشی و دانشگاههای کشور منعکس سازد از نیازهای اصلی مدیریت بحران می باشد. بدیهی است هرچه میزان و ابعاد فاجعه گسترده تر باشد، رویکرد و اقبال پژوهشگران به آن بیشتر خواهد بود. این مهم خصوصاً در یکسال اول پس از فجایع بزرگ فرصتی طلایی برای پژوهشگران قلمداد شده و رقابتی جهت انتشار دادههای مربوط به فاجعه ایجاد خواهد کرد.

پژوهش های کاربردی در فجا یا به سه نوع موضوع ارزیابی نیازها، پایش و ارزشیابی محدود می گردد. ارزیابی نیازها خود درسه محور ارزیابی نیازهای آموزشی، اجتماعی و بهداشتی خلاصه می شود. بخشی از ارزیابی نیازها از طریق مطالعه همه گیرشناسی و بخشی از طریق پرسشنامه های نیازسنجی انجام خواهد گرفت. پایش که معمولاً نادیده انگاشته می شود(و البته مهمترین این اجزاء است) براساس ۱. پایش مداخلات و ۲. ارزشیابی قرار دارد. در ارزشیابی به موضوع ارزشیابی پیامدها، راندمان برنامه، پروسه، تحول علائم اختلالات، فرسودگی شغلی پرسنل (Burn out)، و عوامل خطر و محافظت کننده توجه می شود.

طرح ها می تواند هم به شکل کیفی (Qualitative) و هم به شکل کمی (Quantitative) اجرا شوند. طرح های پژوهشی کمی ارزشیابی در زلزله به دوشکل مقطعی، آینده نگر (Cohort) و گاهی مورد شاهدی گذشته نگر قابل انجام است. گرچه پژوهش های آینده نگر از ارزش و اهمیت فوق العاده ای برخوردارند، معهدا به دلایلی که در زیر به آن اشاره خواهد شد، مولفین، طرح های مقطعی یا آینده نگر تاریخی (Historical cohort) را ترجیح می دهند.

- دلیل تکرار پرسشگری و پرسشنامه، همراهی بازماندگان با طرحهای آینده نگر محدود است.

- از طرفی مهاجرت در یک ماه اول و تحرک بیش از حد چادرها و پناهگاههای موقت در ۶ ماه اول بعد از زلزله موجب ریزش نمونه ها می گردد.
 - با وجود تلاش برای کمک رسانی، بسیاری از نیازهای بازماندگان در زمان موردنظر برآورده نخواهد شد، که طبعاً خود همکاری با پژوهشگران را به تدریج کاهش خواهد داد.
 - شایعات مربوط به تیم های مداخله و حق الزحمه ایشان بتدریج موجب بدبینی به این افراد و کاستن از همکاری در پژوهش می شود.
 - در صورتیکه مدیران بهداشتی نتوانند پژوهش های غیر ضروری را کنترل نمایند، افزایش تدریجی پژوهشگران و تعداد مصاحبه ها امری مخل برای پژوهش خواهد بود.
 - در صورتیکه جمع آورانندگان اطلاعات از مهارت لازم جهت برخورد با چنین مواردی محروم باشند، انجام پژوهش آینده نگر، غیر عملی یا بسیار مشکل خواهد بود.
- جهت کاستن از این مشکلات مولفین توصیه می کنند تا مصاحبه کنندگان با هر گروه درمانگر عازم شوند و در کنار ایشان به پرسشگری بپردازند. تعداد محدودتر نمونه گیری و روشهای نمونه گیری آسانتر به همراه کاستن از تعداد و طول پرسشنامه ها می توانند به ارتقاء کیفیت پژوهش کمک کنند.
- رفع نیازهای بازماندگان در طول یک بررسی آینده نگر کمک بسیاری به جلب همکاری مردم خواهد کرد و بدیهی است عدم حل آن مشکلات پژوهش را دوچندان می کند. گردهمائی های شبانه پرسشگران برای تبادل تجربه و تصحیح ایرادات مثمر ثمر خواهد بود. همچنین است گردهمائی های مردمی و عمومی و آگاهی دادن به بازماندگان در مورد اقدامات بهداشت روانی و جلب همکاری ایشان با پرسشگران و درمانگران.

نمونه گیری و مشکلات مربوطه

گرچه تقسیم بندی جزئی تر مناطق بلا دیده و تقسیم خوشه ها به چهارراه ها و بلوک ها روشی دقیق برای نمونه گیری است، معهداً بویژه در فجایع گسترده بدلیل وسعت تخریب و پراکندگی آن، اینگونه نمونه گیری منجر به اتلاف منابع و انرژی زیاد خواهد شد. به همین جهت مولفین تاکید بر تقسیم بندی منطقه (شمال غرب/ شرق، جنوب غرب/ شرق، مرکزی) دارند.

برای به حداقل رساندن مشکلات اخلاقی پژوهش و امکان پذیر نمودن آن در صورتی که تعداد پرسشنامه ها زیاد است می توان بخشی از پرسشنامه ها را برای یک نمونه و بخشی از آن را برای نمونه دیگر بکار برد. البته این کار در مواردی مقدور است که نیاز به بررسی همبستگی بین این متغیرها نباشد. زمان مراجعه برای نمونه گیری ترجیحاً در تمام طول روز با پراکندگی یکسان باشد چرا که مراجعه صرفاً صبحگاه برای نمونه گیری منجر به تجمع نمونه

های مونث در پژوهش می گردد. گاهی حتی نمونه گیری تصادفی علیرغم توجه به این شرایط، منجر به حضور بیشتر نمونه های مونث، بالغین ویا برعکس کودکان در نمونه شود. بنابراین بهتراست نمونه گیری بشکل مطبق برای بالغین، کودکان، افراد مونث و مذکر انجام شود.

ارزیابی گزارش شخصی (Self report)

مولفین توصیه می کنند تا علاوه بر آزمونهای استاندارد، جهت مشخص کردن میزان تاثیر مداخله بر پیامد، از مقیاس ها آنالوگ بصری/ لیکرت استفاده شود چنین مقیاس هائی را می توان درمورد خوشه های علائم (Cluster) نیز بکار برد.

ابزار پژوهش

یکسان بودن ابزار پژوهش امکان بررسی مروری منابع در مورد پژوهش های مربوط به فجایع درایران که درزمانها و زلزلهی متفاوت تکرار شده است را فراهم می آورد. چنین ابزارهائی امکان مقایسه را فراهم کرده و شرایط متا آنالیز آتی را مساعد خواهد کرد.

وارد کردن داده ها

مولفین توصیه می کنند ورود اطلاعات به کامپیوتر به فاصله بسیار کم و ترجیحاً در حین جمع آوری اطلاعات صورت گیرد. چنین امری سبب تصحیح بهتر اشتباهات جمع آورندگان خواهد شد و از داده های مفقودی (Missing data) جلوگیری خواهد کرد.

پایش و نظارت بر جمع آوری اطلاعات

تنها جمع آوری داده ها منجر به داشتن بانک اطلاعاتی مناسب نخواهد بود. پایش و نظارت (Supervision) مستمر بر داده ها و گردآورندگان آن به هنگام مصاحبه با افراد نقاط ضعف را مشخص کرده امکان تصحیح پویای (Dynamic) آن را فراهم خواهد کرد.

نیاز به هماهنگ کننده - عاملی حیاتی برای تضمین استاندارد پژوهش

از آنجائیکه ممکن است پژوهش و درمان توسط دو تیم به انجام برسد، وجود فردی که هماهنگی بین این دو قسمت را به عهده خواهد داشت و حتی الامکان از جمع آوری داده های پایه قبل از شروع مداخلات جلوگیری خواهد کرد، الزامی است. فرد فوق همچنین، کد گذاری نمونه ها را رسماً برعهده خواهد گرفت و در صورت وجود بررسی آینده نگر زمانهای اعزام تیم ها را در هر منطقه و توزیع ایشان را تنظیم خواهد کرد.

در پایان مولفین بر این موضوع تاکید دارند که زلزله فرصتی طلایی جهت پژوهشگران برای انجام پژوهش و انتشار آن نیست؛ بلکه در درجه اول امری برای ارتقاء خدمت رسانی و افزایش کیفیت زندگی بازماندگان است. به همین جهات در زلزله گسترده تاسیس شورای ملی برای بررسی طرحهای پژوهشی و تصویب آنها الزامی است. این شورا نه تنها نقش تسهیل‌گر پژوهش بلکه نقش محافظتی برای بازماندگان در پژوهشها با درجه پایین تر فوریت خواهد داشت و همچنین گزارش طرح های مصوب به مراکز پژوهش دانشگاهها از طریق این شورا به انجام می رسد و کلیه پژوهشگران موظف خواهند بود طرح خود را صرفاً به تائید این شورا برسانند. در این شورا حضور قوی نمایندگان تیم هایی که مسئولیت مداخلات را به عهده دارند جزو شروط اصلی خواهد بود.

ضمیمه ۲

برنامه پیشگیری از خودکشی

برنامه پیشگیری از خودکشی:

خودکشی اقدامی است آگاهانه و با سرانجام مرگبار که بوسیله خود فرد و با آگاهی از این سرانجام رخ می

سازمان جهانی بهداشت - WHO

دهد.

افراد در جریان زلزله در معرض استرس های مضاعفی قرار می گیرند که مقابله یا سازگاری با آنها نیاز به توان بالایی دارد. بنابر این انتظار داریم بطور معمول خودکشی پس از زلزله افزایش پیدا کند. لاجرم افرادی بیشتر در معرض این پدیده قرار می گیرند که به طور معمول نیز خودکشی بیشتر در آنان دیده می شود مثلاً افرادی که دچار افسردگی اساسی شده اند. بدنبال ارائه مداخلات روانی- اجتماعی پس از زلزله هم آمار خودکشی ها ی منجر به مرگ افزایشی را نشان نداد. شاید با این مداخلات افراد توان بیشتری برای کنترل علائم ناشی از استرس پیدا کردند و این مداخلات به آنان کمک نموده تا با مشکلاتشان بیشتر تطابق پیدا کنند و یا راه حل بهتری برای آنها پیدا کنند.

بررسی ها نشان داده است که میزان بروز خودکشی در مردان و زنان ایرانی بطور کلی ۶/۲ درصد هزار نفر است. البته اقدام به خودکشی طبق تعریف حالتی است که اقدام فرد منجر به مرگ نشده است و در غالب نقاط دنیا ۱۰ تا ۲۰ برابر خودکشی منجر به مرگ دیده می شود. میانگین سنی افرادی که در ایران خودکشی می کنند ۲۹ سال است. بنابراین هر سال ۱۲۰۰۰۰ سال عمر مفید در ایران بدنبال خودکشی از بین می رود. نتایج مطالعات اولیه گویای آن است که در بیش از ۹۰ درصد خودکشی ها اختلالات روانپزشکی مطرح بوده است و افسردگی به عنوان بزرگترین عامل خطر برای رفتار خودکشی در نوجوانان در نظر گرفته می شود. پژوهشی در سوئد نشان داده است که آموزش پزشکان عمومی در زمینه تشخیص و درمان افسردگی، میزان بروز خودکشی را در جامعه کاهش می دهد و این روند تا دو سال ادامه دارد. در مطالعه ای در شهر بایک نیز اقدامات مشابهی انجام شد که توانست از یک اپیدمی خودکشی در مراحل آغازین آن پیشگیری کند. مطالعات نشان داده است که حدود دو سوم افرادی که خودکشی می کنند ماه قبل از اقدام توسط پزشکان عمومی ویزیت شده اند. براساس این داده ها طرح پیشگیری از خودکشی با اهداف کلی فراهم آوردن خدمات بهداشت روان قابل دستیابی برای افرادی که قصد اقدام به خودکشی داشته یا اقدام نموده اند و

کاهش موارد اقدام به خودکشی و کاهش مرگ و میر ناشی از آن ، در سال ۷۸ تهیه شد و در سال ۸۱-۸۰ بصورت پیش طرح موفقیت آمیزی در ۴ شهر(ایلام،اسلام آباد غرب ،ساوجبلاغ و کاشان) انجام شد و در حال حاضر در حال اجرا در ۸ دانشگاه علوم پزشکی کشور می باشد. در این برنامه تمرکز اصلی تشخیص زودرس و درمان و پیگیری مناسب و در صورت لزوم ارجاع افراد مبتلا به افسردگی است. روانپزشک مشاور علمی برنامه های بهداشت روان با آموزش پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی نقش مهمی در تحقق این اهداف دارد.

وظیفه پزشکان عمومی در مرکز بهداشت روستائی در رابطه با این برنامه شامل:

۱. پذیرش مواردارجاع فوری
۲. درمان مواردارجاع شده
۳. پیگیری برنامه درمانی
۴. ارائه پسخوراند به خانه بهداشت
۵. ارجاع فوری به مرکز تخصصی
۶. ارائه گزارش به مرکز بهداشت شهرستان

وظیفه پزشکان عمومی در مرکز بهداشت شهری در رابطه با این برنامه شامل:

۱. پذیرش مواردارجاعی ازسوی رابطین، بهداشت یار مدارس، بهداشت یار کار و....
۲. درمان مواردارجاع شده
۳. پیگیری برنامه درمانی
۴. ارائه پسخوراند به رابط بهداشتی
۵. ارجاع فوری به مراکز تخصصی
۶. ارائه گزارش

رئوس مطالبی که برای آموزش پزشکان در این زمینه باید مدنظر قرار گیرد شامل موارد زیر است:

تشخیص افسردگی:

مهمترین نکته در تشخیص بیماری برقراری رابطه درمانی خوب با بیمار، هشیار بودن در خصوص علائم و نشانه های بیماری و پرسش در مورد آنها می باشد.

علائم افسردگی :

- خلق افسرده یا لذت نبردن و بی علاقی نسبت به همه یا اغلب فعالیتها، از علائم کلیدی افسردگی هستند.
اما باید توجه داشت که حدود ۵۰ درصد بیماران احساس افسردگی را انکار می کنند و خانواده یا همراهان بدلیل گوشه گیری و کاهش عملکرد و فعالیت آنها را برای درمان می آورند یا وادار به مراجعه می کنند
- اختلالات خواب به صورت بی خوابی یا پر خوابی : حدود ۸۰ درصد بیماران از مشکلات خواب شکایت دارند. که بویژه بی خوابی انتهائی (Terminal insomnia) یا زود بیدار شدن صبحگاهی می باشد. بیدار شدن های مکرر در طول شب با اشتغال ذهنی به مشکلاتشان نیز شایع است.

- بیقراری یا کندی روانی حرکتی (Psychomotor retardation).

- احساس خستگی یا بی انرژی بودن که از شکایات بسیار شایع می باشد (حدود ۹۷ درصد بیماران).

- تغییر اشتها بصورت بی اشتها یا پراشتهائی.

- احساس بی ارزشی یا احساس گناه نامتناسب.

- مشکل در تمرکز.

- افکار راجعه در خصوص مرگ، افکار خودکشی .

- تحریک پذیری و بی تحملی.

- دردهای جسمانی.

• نکته مهم آنکه علائم فوق در بیمار موجب رنج قابل ملاحظه ای می شوند و یا عملکرد شغلی ، اجتماعی

یا سایر حیطه های مهم عملکرد بیمار دچار اختلال می شود.

• برای تشخیص افسردگی عمده علائم مربوطه حداقل باید ۲ هفته وجود داشته باشند.

سایر علائم نباتی اختلال افسردگی عبارتند از: قاعدگی نامنظم و کاهش علاقه و عملکرد جنسی . بطوری که گاه مشکلات جنسی به علت افسردگی می باشند و بالینگر با عدم تشخیص صحیح ممکن است بیمار را به اشتباه ارجاع دهد. حدود ۹۰ درصد بیماران افسرده اضطراب نیز دارند. اضطراب (بویژه حملات هراس)، سوء مصرف الکل و مواد و شکایات جسمانی (مثل یبوست و سردرد) درمان افسردگی را پیچیده می کنند.

انواعی از اختلال افسردگی هستند که از نظر تعداد علائم افسردگی یا طول مدت با افسردگی عمده تفاوت دارند. در اختلال افسردگی جزئی (Minor depressive disorder) طول مدت علائم افسردگی مانند افسردگی عمده، حداقل دو هفته می باشد، اما تعداد علائم کمتر از تعداد لازم برای تشخیص اختلال افسردگی عمده می باشد. در اختلال افسردگی کوتاه راجعه (Recurrent brief depressive disorder) طول مدت اختلال کوتاه تر و از دو روز تا حداکثر دو هفته می باشد. این دوره های افسردگی حداقل ماهی یکبار و برای ۱۲ ماه بدون ارتباط با سیکل های قاعدگی تکرار می شوند.

دوره های افسردگی هم در اختلال افسردگی عمده و هم در اختلال دوقطبی I و II رخ می دهند. تفاوت های بارز و معتبری از نظر نشانه شناسی بین دوره های افسردگی اختلال افسردگی عمده و دوقطبی تاکنون مشخص نشده است. در بررسی بالینی تنها شرح حال بیمار، سابقه خانوادگی و سیر آتی اختلال می تواند بین این دو وضعیت افتراق بگذارد. معمولاً افراد با افسردگی دوقطبی علائم نباتی معکوس دارند و پر خوابی، افزایش اشتها و میل جنسی در آنها بیشتر دیده می شود. وجود سابقه مثبت خانوادگی اختلال دوقطبی در این افراد بیشتر است. وقتی جستجو می کنیم سابقه وجود دوره های مانیا یا هیپومانیا را در خود متذکر می شوند.

افسردگی در کودکان و نوجوانان:

در کودکان ترس از مدرسه (School phobia) و چسبندگی زیاد به والدین می تواند علائم افسردگی باشد. در سنین قبل از بلوغ دوره های افسردگی عمده می تواند با شکایات های جسمانی، بیقراری روانی حرکتی و توهمات مطابق با خلق تظاهر پیدا کند.

در نوجوانان عملکرد تحصیلی ضعیف، سوء مصرف مواد، رفتارهای ضد اجتماعی، بی بندوباری جنسی و فرار از مدرسه می تواند علائم افسردگی باشند.

در کودکان و نوجوانان خلق می تواند بجای افسرده، تحریک پذیر باشد.

افسردگی در سالمندان:

افسردگی در افراد مسن بسیار شایع تر از جمعیت عمومی می باشد. میزان شیوع آن در مطالعات مختلف از ۲۵ درصد تا ۵۰ درصد متفاوت است. هر چند درصدی که اختلال افسردگی عمده می باشد، نامشخص است.

افسردگی در سالمندان با عوامل زیر مرتبط است:

- وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین
- ازدست دادن همسر
- بیماری جسمی همزمان
- انزوای اجتماعی .

مطالعات نشان می دهند که افسردگی در سالمندان کمتر از واقع تشخیص داده می شود و کمتر درمان می گردد، بویژه توسط پزشکان عمومی . ممکن است علت این ضعف تشخیصی ابراز بیشتر افسردگی باشکایات جسمانی در سالمندان باشد.

شدت بیماری:

اختلال افسردگی عمده از نظر شدت بیماری به سه دسته تقسیم می شود:

۱. خفیف : حداقل علائم از نظر تعداد برای تشخیص اختلال وجود دارند و علائم منجر به اختلال عملکرد

خفیفی در محل کار، فعالیتهای اجتماعی و ارتباطی می شوند.

۲. متوسط : تعداد علائم و اختلال عملکرد بین خفیف و شدید است.

۳. شدید: ممکن است با یا بدون علائم روانپزشانه باشد.

- شدید بدون علائم روانپزشانه : علائم بیش از حداقل لازم برای تشخیص گذاری وجود دارند و علائم

تداخل قابل ملاحظه ای در عملکرد شغلی یا فعالیتهای اجتماعی یا ارتباطی روزمره ایجاد می کند.

- شدید با علائم روانپزشانه : توهم ها یا هذیانها وجود دارند.

خودکشی:

حدود ۲/۳ بیماران افسرده به خودکشی فکر می کنند و ۱۵-۱۰ درصد افراد مبتلا به افسردگی خودکشی می کنند

(Commit suicide). بیمارانی که بدلیل افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی اخیر بستری شده اند در مقایسه با

بیمارانی که بستری نشده اند، ریسک بالائی برای خودکشی منجر به مرگ در طول عمر خود دارند.

در باره ریسک فاکتورهای شناخته شده خودکشی باید سوال شود. معمولاً پرسش درباره افکار خودکشی برای

پزشکان سخت می باشد. می توان بسته به شرایط سوال را از حاشیه دورتری آغاز کرد. همیشه افکار خودکشی بیمار

باید جدی گرفته شود و اقدامات لازم را باید انجام داد. در صورت وجود این افکار، مهمترین ریسک فاکتورهای اقدام

به خودکشی میزان افسردگی بیمار و وجود نقشه مشخصی برای خودکشی می باشد.

از دیگر عوامل مهم پیش بینی کننده عبارتند از: آسیب اخیر به خود یا سابقه آن ، ناامیدی ، علائم روانپریشی (مانند: هذیان و توهم)، سابقه خانوادگی خودکشی در بستگان درجه اول، سوگ، جنس مرد، تنها زندگی کردن، بیماری جسمی، تریخس اخیر از بخش اعصاب و روان.

- اگر بیماری ریسک بالای خودکشی دارد، سریعاً به روانپزشک ارجاع داده شود.
- چنانچه ارجاع سریع میسر نباشد، باید بیمار تحت مراقبت و حفاظت جدی و درمان مناسب قرار گیرد تا در اولین فرصت ممکن به روانپزشک ارجاع داده شود.
- چنانچه بیمار در ریسک پایینی از خودکشی قرارداد و در حدی نیست که نیاز به ارجاع باشد داروی مناسب و ویژگی های متعدد، با اقدامات حفاظتی و حمایتی لازم باید منظور شود.

در این موارد:

- ۱- از دارویی با کمترین خطر بیش مصرف استفاده شود.
- ۲- دارو در کمترین حد ممکن و تا ویزیت بعد (حداکثر یک هفته بعد) تجویز شود.
- ۳- دارو در اختیار همراه بیمار قرار گیرد.
- ۴- از وجود یک مراقب دلسوز و آگاه برای بیمار اطمینان حاصل شود و شرایط بیمار و خطرات احتمالی به روشنی برایش بازگو شود.
- ۵- کلیه نکات ایمنی و حفاظتی لازم برای بیمار برای مراقب فوق تشریح شود.
- ۶- در مورد کنترل افکار خودکشی و کنترل روی اقدام به خودکشی از بیمار سوال شود و از این بابت اطمینان حاصل شود.
- ۷- اطمینان حاصل شود بیمار سابقه رفتارهای تکانشی و عدم کنترل تکانه نداشته است و در حال حاضر ندارد.
- ۸- امکان دسترسی سریع بیمار به پزشک معالجش پیش بینی و فراهم شود.

اقدامات درمانی:

- گرفتن شرح حال مناسب با ایجاد یک رابطه صحیح با بیمار اولین و مهمترین اثر را می گذارد. اگر بیماری با شکایت خلق افسرده، اندوه، سوگ، شکایات جسمی متعدد، بی خوابی و غیره مراجعه نمود، پزشک باید ضمن رسیدگی و بررسی شکایات اصلی و اولیه بیمار، علائم اصلی دیگر اختلال را از بیمار سوال نماید.

- توجه داشته باشد که هرگز از سوالات القاء کننده علائم به بیمار استفاده نکنند. فرصت دهد بیمار تا حد امکان خود مسائلی را بیان نماید. مثلاً برای پرسیدن اختلال خواب بجای سوال : « آیا صبح ها زودتر از خواب بیدار می شوید؟ » یا « آیا بد خواب هستید؟ » از سوال « آیا در خوابتان آشفتگی دارید؟ » استفاده شود و اگر جواب بلی بود، نحوه آن پرسیده شود.
- در مورد رویدادهای زندگی و استرس بیمار، مسائل خانوادگی، شغلی، اجتماعی و بویژه در مورد فقدانهایی که در اثر حادثه اخیر با روبرو شده به بیمار فرصت صحبت کردن بدهد.
- شدت تمایل به خودکشی را ارزیابی شود. در اولین سطح، شخص فقط آرزوی مردن را بیان می کند. در دومین سطح، شخص واقعاً می خواهد بمیرد. در سطح سوم، بیمار برای اقدام به خودکشی برنامه دارد و ممکن است ابزار و مواد کشنده ای به این منظور تهیه کند. سرانجام ممکن است فرد اقدام به خودکشی کند. بنابراین، زمانی که فرد در سطح سوم و چهارم از تمایل به خودکشی قرار دارد، باید بلافاصله به مرکز تخصصی ارجاع شود. تا زمان مراجعه بیمار به مراکز تخصصی و دریافت درمان، درمانگر باید با استفاده از حمایت خانواده، دوستان و همکاران یا دیگر امکانات بیمار را در وضعیت ایمنی قرارداده و وی را حفاظت نماید.
- به بیمار فرصت داده شود تا در مورد رنج ها و ناراحتیهای خودش حرف بزند. بیمار را مورد حمایت قرار گیرد. برای انصراف بیمار از خودکشی، جملات کلیشه ای مانند: " حیف نیست " استفاده نشود. از توصیه، اندرز و سرزنش اجتناب شود.
- موقعیتهای مثبت زندگی بیمار را به وی نشان داده شود. به بیمار کمک شود تا ارزش و معنای زندگی را برای خود و دیگران دریابد. برای مثال، فرزندان وی تا چه حد به او نیاز دارند.
- روی موقتی بودن احساس غیرقابل تحملی که دارد، تاکید شود. بخصوص اگر در گذشته دوره هایی مشابهی داشته که بهبود نسبی پیدا کرده است، به او یادآوری شود.
- از طریق خانواده و حتی دوستان، بیمار مورد حمایت و کمک قرار گیرد.
- در صورت نیاز به مداخلات تخصصی برای مشکلات بین فردی و خانوادگی یا برای رسیدگی به مشکلات ناشی از سوگ و تروما بیمار به تیم حمایت روانی- اجتماعی ارجاع شود.
- ارتباط خوب و انسانی با بیمار برقرار شود و از القاء قدرت، زور و ارزش اخلاقی خود به بیمار خودداری شود.
- هرگز به بیمار قول و اطمینان بی جهت داده نشود، هرگز برای تلقین هم که شده به بیمار دروغی گفته نشود.

- بعضی از پزشکان از کلمات علمی و غیرعلمی گوناگون برای توجیه علائم بیماری به بیمار استفاده می نمایند. هرگز در مورد بیماران از این روشها استفاده نشود.
- تمام بیماران افسرده را معاینه جسمی شوند. تشخیص های افتراقی افسردگی را مدنظر قرار گیرد.
- در صورت وجود بیماری جسمی، اختلال افسردگی رد نمی شود بلکه می تواند به موازات آن بیماری و یا ناشی از عوامل آن بیماری باشد.
- افسردگی همراه سایر بیماریها، نیاز به درمان مناسب، شامل تصحیح علل اولیه و درمان دارویی دارد.
- محور تیروئید (شامل بررسی و سنجش سطح سرومی تیروکسین و TSH) و محور آدرنال را (در صورت لزوم) بررسی شود.
- کودکان و سالمندان افسرده از نظر قلبی به طور کامل بررسی و کنترل شوند.

درمان دارویی:

نکات زیر در مورد درمان دارویی باید مدنظر قرار گیرد:

- در صورتیکه بیمار در گذشته به یک دارو خوب پاسخ داده، مجدداً داروی فوق استفاده شود.
- در صورتیکه بیمار مسن بوده یا بیماری جسمی نیز دارد، از داروهای جدیدتر با اثرات جانبی کمتر (مانند فلواکستین ۲۰ میلی گرم در روز) استفاده شود.
- در صورتیکه خطر خودکشی وجود دارد، از تجویز سه حلقه ایها اجتناب کرده، دارو صرفاً برای چند روز تجویز شود.
- در صورتیکه بیمار مضطرب بوده یا به خواب نمی رود، از داروهایی استفاده شود که اثر تسکین دهنده بیشتری دارند.
- تارسیدن به سطح موثر دارو را افزایش داده شود (به عنوان مثال ایمی پرامین به میزان ۵۰ تا ۲۵ میلی گرم هر شب شروع و در طی ۱۰ روز به میزان ۱۵۰-۱۰۰ میلی گرم برسد).
- در صورتیکه بیمار مسن بوده یا بیماری جسمی دارد، مقادیر کمتر دارو استفاده شود.
- به بیمار توضیح داده شود که داروی خود را چگونه استفاده کند.
- دارو باید هر روز استفاده گردد.
- بهبودی در طی ۲-۳ هفته ظاهر خواهد شد.
- اثرات جانبی کمی ممکن است ظاهر شود که معمولاً در طی ۱۰-۷ روز از میان خواهد رفت.

- قبل از قطع دارو حتماً با پزشک معالج مشورت کند.
- حداقل ۴-۶ ماه بعد از رفع علائم مصرف داروی ضد افسردگی را با همان دوز ادامه دهد.

معیار های ارجاع:

در موارد زیر یا هر مورد که قضاوت بالینی پزشک عمومی ویزیت یک روانپزشک را ضروری می‌داند باید بیمار را به مراکز تخصصی روانپزشکی ارجاع غیر فوری دهد (با ذکر مورد ارجاع).

۱. تردید در تشخیص قطعی اختلال
۲. اختلال افسردگی همراه با اختلالات جسمی روانی دیگر یا سوء مصرف دارو
۳. پیشرفت علائم یا عدم بهبودی با تجویز دوز پیشنهادی در عرض ۶ هفته
۴. بروز عوارض شدید و جدی ناشی از دارو
۵. عدم همکاری یا امتناع از مصرف دارو
۶. وجود علائم سایکوتیک یا آژیتاسیون شدید همراه با افسردگی
۷. احتمال دوقطبی بودن افسردگی و امکان شیفت به دوره مانیا
۸. تمام بیماران تحت درمان جهت تأیید تشخیص و تصحیح دوز هر ۳ تا ۶ ماه یک بار
۹. تمام بیماران افسرده کودک
۱۰. تمام بیمارانی که در قضاوت بالینی به نظر می‌رسد درمان نامناسب دریافت می‌نمایند.

ارجاع فوری تمام بیماران افسرده با افکار خودکشی

نکاتی که در موارد ارجاع باید رعایت کرد:

- الف- در تمام موارد ارجاع به‌طور مشروح تشخیص، علت و اقدامات درمانی ذکر شود.
- ج- بیماران افسرده آشفته ای که به تنهایی قادر به اداره خود یا دادن اطلاعات کافی نیستند به همراه یکی از بستگان مطلع ارجاع شوند.
- د- زمان و مکان ارجاع به گونه ای تنظیم شود که بیمار دچار سردرگمی نشود.

ه- تا آنجا که امکان دارد سوابق درمانی و پاراکلینیکی بیمار ضمیمه فرم ارجاع گردد.

ی- به فوریت های روانپزشکی و احتمال خودکشی بیماران افسرده (چه در اوج افسردگی و چه در مراحل بهبودی) توجه خاص شود و در این مورد با آرامش کامل از همراهان بیمار یا حمایت خانوادگی و اجتماعی استفاده شود.

مسائل مربوط به ارجاع

در جواب ارجاع، روانپزشک به یکی از طرق زیر عمل خواهد کرد.

الف - ادامه درمان تا کنترل بیماری و سپردن ادامه درمان بعد از کنترل به پزشک ارجاع دهنده

ب - ارائه رهنمود کلی و تعیین زمان ارجاع بعدی

پیگیری بیماران:

پزشک باید تمام بیماران افسرده متوسط و شدید را توسط عوامل خود مرکز پیگیری نموده و از درمان صحیح و مناسب و سیر درمان او اطمینان حاصل نماید. این عملیات بایستی در دفتر پیگیری ثبت شود. ویزیت و مصاحبه همدلانه، تجویز داروی مناسب ماهانه، کنترل و ثبت موارد درمان (در صورتی که بیمار توسط پزشکان دیگر تحت درمان است) همراه با راهنمایی های دلسوزانه و صحیح و علمی، علاوه بر ایجاد یک حمایت طبی مطمئن برای بیمار باعث جلوگیری از سردرگمی بیمار افسرده بین علائم خود، داروها، پزشکان متعدد و ... خواهد گردید. که در نتیجه از بسیاری خسارات مالی و اجتماعی، از افت کارائی بیمار گرفته تا خسارات مربوط به انبار شدن داروهای بلامصرف در منازل و موارد دیگر جلوگیری خواهد شد.

پیشگیری:

اولیه: در اختلال افسردگی با علل چندگانه که قبلاً ذکر شده است موارد پیشگیری اولیه قابل دسترسی شامل روشهای صحیح و علمی و تربیت فرزند، جلوگیری از خشونت در خانواده و مدرسه بهداشت روانی و والدین، بهداشت روانی و جسمی مادران، ایجاد مراکز مشاوره و مداخله بحران است.

ثانویه: درمان به موقع، صحیح و علمی متمرکز بر بیمار

سوم: سعی پزشکان در پذیرش بیمار به عنوان فردی نیازمند کمک، بررسی و پیدا کردن حمایت های صحیح اجتماعی، شغلی و خانوادگی برای بیمار، در صورت افت کارائی شغلی تلاش های قانونی جهت حمایت و بازگرداندن به کار و حرفه و جلوگیری از تاثیر منفی بیمار بر سایر افراد زندگی خود.

ضمیمه ۳

درمان‌های دارویی

در

اختلالات شایع

به دنبال زلزله

(ویژه روانپزشکان)

اصول کلی:

همانطور که پیش‌تر اشاره شد، هدف عمده مداخلات روانی - اجتماعی رفع علائم در مراحل اولیه، و به نوعی پیش‌گیری از بروز اختلالات شدید در بین بازماندگان است. در صورتی که خدمات به نحو مؤثری ارائه گردند، درصد بالایی از افراد شرکت‌کننده در گروهها با موفقیت می‌توانند بر علائم آزاردهنده‌ای همچون اشکال در خواب، اجتناب و افکار مزاحم غلبه کنند. با این همه در مواردی، با توجه به عدم رفع علائم به دنبال شرکت در گروهها، نیازمند ارائه خدمات انفرادی به افراد (درمان غیر دارویی) و همچنین در مواردی نیازمند تجویز دارو خواهیم بود.

تجویز دارو به عنوان آخرین راه حل در واکنش‌های پس از فاجعه محسوب می‌گردد، با این همه باید به خاطر داشت که در صورت شدت آسیب و وجود مشکلات روانشناختی عمیق، خصوصاً در مواردی که فرد سابقه قبلی از اختلالات روانی را داشته، ممکن است نیازمند شروع درمان دارویی قبل از کار گروهی باشیم، و در واقع افراد دچار علائم و اختلالات بسیار شدید نمی‌توانند شرکت‌کننده‌های مناسبی برای گروهها باشند. پس همواره باید به خاطر داشت که "درمان دارویی آخرین راه حل است، ولی در صورت نیاز، به هیچ‌عنوان نباید به تأخیر انداخته شود."

اصول تجویز دارو در این موارد با اصولی که در مورد سایر بیماران روان‌پزشکی مدنظر قرار می‌گیرند، کاملاً همخوانی دارد. قدم اولیه در درمان دارویی، تشخیص صحیح علائم هدف می‌باشد. با توجه به این واقعیت که افراد نیازمند درمان دارویی ممکن است طیف وسیعی از علائم را داشته باشند، استفاده از درمان ترکیبی در این افراد به طور شایع دیده می‌شود.

نکته مهمی که روان‌پزشکان به هنگام ملاقات بیمار و تجویز دارو باید به آن توجه داشته باشند، توجه به دیدگاه بیمار است. معمولاً به دنبال فجایع، علائم به گونه‌ای است که فرد تصور می‌کند "کنترل خود را از دست می‌دهد"، "به زودی دیوانه خواهد شد"، و یا "روانی شده است". در صورتی که چنین فردی خود را نیازمند مصرف دارو می‌بیند، ممکن است این تصورات قدرت پیدا کنند. بنابراین اطمینان بخشی به بیمار و توضیح دادن علت تجویز دارو به زبان ساده و قابل فهم گام مهمی در راه ایجاد ارتباط صحیح و کسب همکاری بیمار است.

افراد دچار اختلالات روانی به دنبال زلزله، دارای ویژگی‌های خاصی هستند که آنان را نیازمند توجه ویژه می‌نماید. ممکن است علائمی همچون گیجی وجود داشته باشد. روانپزشک موظف است در طی ملاقات‌های خود نهایت تلاش را برای جلوگیری از تشدید این حالت را داشته باشد. توصیه می‌گردد برای ارتباط با این افراد از جملات کوتاه و ساده استفاده شود و در طی هر ملاقات از این که بیمار گفته‌ی پزشک خود را به خوبی درک نموده، اطمینان حاصل شود.

به دنبال زلزله، افراد دچار فراموشی می‌شوند و گاه دستورهای ساده دارویی را به خوبی نمی‌توانند به خاطر سپرده و به کار ببندند. در حین تجویز دارو باید دستور مصرف کاملاً و به صورت شمرده برای فرد توضیح داده شود، علاوه بر این رسم یک جدول ساده که در آن نام داروها و میزان مصرف هر دارو در زمان‌های مختلف روز نشان داده می‌شود، به بیماران کمک بسیاری می‌کند.

در طی ارتباط با پزشک، بیماران ممکن است نسبت به حالت عادی بیشتر دچار مقاومت و یا برانگیختگی و تحریک پذیری گردند. به یاد داشتن چنین مطلبی به روان پزشک معالج - که مسلماً خود تحت تأثیر فشار کاری زیاد در شرایط پس از فاجعه می‌باشد - کمک خواهد نمود تا روش مناسبی برای حفظ ارتباط با بیمار را برگزیند.

الف: مداخله دارویی در سوگ

به طور طبیعی انتظار داریم که با اقدامات حمایتی طی جلسات مشاوره گروهی (به بخش مداخلات روانی- اجتماعی پس از وقوع حوادث غیرمترقبه و زلزله مراجعه شود)، فرآیند سوگ به طور طبیعی سپری گردد. همواره باید به خاطر داشته باشیم که درمان دارویی ضد افسردگی در واکنش سوگ ممنوع است، مگر در موارد خاص از قبیل:

۱- وجود سابقه‌ای از ابتلا به افسردگی

۲- مختل شدن علایم نباتی (خواب و اشتها) به حدی که افسردگی اساسی را مطرح کند.

۳- افکار خودکشی و یا دیگر کشی

۴- احساس گناه

که در این صورت با فرد تشخیص افسردگی اساسی نیاز به درمان دارویی وجود خواهد داشت. بسیاری از افراد در زمان سپری نمودن فرآیند سوگ نیاز به مصرف موقت داروهای آرام‌بخش جهت کنترل بی‌قراری و یا رفع مشکلات خواب دارند. از آن جایی که ثبت خاطرات زمان تدفین و مراسم سوگواری به گذار طبیعی از مراحل سوگ کمک می‌کنند، توصیه می‌کنیم از تجویز داروهایی که مصرف آن‌ها سبب فراموشی پیش‌گستر گردیده و احتمالاً در ثبت خاطرات ایجاد می‌کنند (از قبیل بنزودیازپین‌ها) خودداری شود. آنتی‌هیستامین‌ها برای رفع بی‌قراری و اضطراب فرد بازمانده و کمک به وضعیت خواب وی داروهای خوبی محسوب می‌گردند.

در صورتی که علیرغم تمام تمهیدات فوق، واکنش سوگ مرتفع نگردد، انجام مداخلات خاص سوگ عارضه‌دار،

و نیز انجام درمان دارویی ضروری خواهد بود.

ب) اختلالات خواب:

اختلال خواب می‌تواند تنها علامت در فرد بازمانده باشد یا به عنوان علامتی از یک سندرم باشد. در صورتی که به دنبال به‌کارگیری روش‌های غیر دارویی همچون تمرین‌های آرام‌سازی و آموزش بهداشت خواب مشکل بیمار رفع نشد، می‌توان به صورت کوتاه مدت از داروها کمک گرفت. در صورتی که اختلال خواب علامتی از یک سندرم باشد، ترجیحاً انتخاب دارو به صورتی انجام می‌شود که هم اشکال خواب و هم سایر علائم را پوشش دهد.

در صورت وجود همزمان اختلال استرس پس از سانحه باید به استعداد بیشتر بیماران مبتلا به این اختلال نسبت به وابستگی به داروهایی از قبیل بنزو ديازپین‌ها دقت داشته باشیم. همچنین همان‌طور که در بالا اشاره شد، در افرادی که در حال گذار از فرآیند سوگ هستند باید از تجویز داروهایی که ایجاد فراموشی پیش‌گستر می‌نمایند، خودداری کرد.

ج) اختلال استرس پس از سانحه

آموزش در مورد اختلال، و نیز راه‌های مقابله با علائم آن یکی از اصول اولیه درمان اختلال استرس پس از سانحه است. همچنین باید سعی نمود که احساس و بینش منفی احتمالی بیمار در مورد خود و بیماری‌اش را درک نموده و در جهت رفع آن کوشش نمود.

اولین انتخاب در درمان علائم اختلال استرس پس از سانحه داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین (SSRIS) هستند که شامل فلوئوکستین، فلووکسامین، سرتالین و پاروکسین هستند. دو داروی آخر با توجه به اثرات سداتیوی که دارند در مورد بیمارانی که دچار علائم بیش برانگیختگی هستند مؤثرتر هستند. مجموعاً این دسته از داروها خط اول درمان در تمامی دسته علائم (یادآوری و تجربه مجدد حادثه، اجتناب و کرختی هیجانی و نیز برانگیختگی) می‌باشند. مهمترین عوارض این دسته عبارتند از تهوع، اسهال، بی‌خوابی و عوارض جنسی.

دسته‌ای از داروهای سه حلقه‌ای از جمله ایمی‌پرامین و آمی‌تریپتیلین در درمان اختلال استرس پس از سانحه مؤثر هستند و با همان دوز ضد افسردگی به کار می‌روند. تصمیم‌گیری در مورد تأثیر و یا عدم تأثیر دارو نباید قبل از ۸ هفته صورت گیرد. این داروها تأثیر مشخصی بر روی افکار مزاحم، کابوس‌های شبانه و تجربه مجدد دارند. ولی فاقد اثر بخشی در مورد کرختی هیجانی و علائم اجتنابی‌اند. عوارض شایع این دسته شامل سرگیجه، خشکی دهان، یبوست، احتباس ادرار و تاری دید هستند.

ونلافاکسین و نفازدون نیز داروهای هستند که بر هر سه دسته علائم اختلال استرس پس از سانحه مؤثرند. نفازدون سبب افت فشار خون و تهوع گردیده و عارضه مهم ونلافاکسین تهوع و خواب آلودگی است. از بین داروهای ضد تشنج والپروات سدیم و کاربامازپین در درمان این اختلال کارآیی دارند. والپروات سدیم از برانگیختگی بیمار کاسته، تحریک پذیری و حملات خشم را کم می‌کند. همچنین در کاهش flashback و بهبود خواب مؤثر است. کاربامازپین در مواردی می‌تواند سبب کاهش افکار مزاحم گردد. همچنین سبب کاهش برانگیختگی، خشم و بی‌خوابی می‌شود. عوارض والپروات سدیم عبارتند از ترمور، تهوع، آتاکسی و پانکراتیت. کاربامازپین ممکن است سبب دوبینی، سرگیجه و عوارض گوارشی گردد. مصرف کلونیدین به همراه سه حلقه‌ای‌ها به رفع کابوس‌های شبانه و افکار مزاحم کمک می‌کند. تأثیرات دیگر آن عبارتند از کاهش برانگیختگی، گوش‌به‌زنگی، بی‌خوابی، رفلکس از جا پریدن و دوره‌های خشم. پروپرانولول صرفاً سبب کاهش برانگیختگی و بهبود خواب می‌گردد. مهمترین عوارض کلونیدین عبارتند از خواب آلودگی، سرگیجه، و سردرد. پروپرانولول می‌تواند سبب ضعف و برادی کاردی شود. ترازودون با توجه به اثرات سداتیو، سبب کاهش کابوس‌های شبانه و بهبود بی‌خوابی می‌گردد. سیپروهپتادین نیز در رفع کابوس‌ها مؤثر است.

نکته:

- SSRIs در تمامی رده‌های سنی ایمن‌ترین دارو هستند.
- همچنین در زنان باردار از این رده دارویی استفاده می‌کنیم.
- استفاده از داروهای ضد جنون در مواردی که با تجویز داروهای فوق‌الذکر تحریک‌پذیری بیمار کنترل نشود، و یا دوره‌های خشم شدید، علائم تجزیه‌ای، flashback یا علائم روان‌پریشی وجود داشته باشد، مجاز است.

طول درمان و دوز دارو

درمان اختلال استرس پس از سانحه در سه مرحله صورت می‌گیرد:

(۱) مرحله تثبیت: حدود ۳ ماه بوده و طی این مدت ویزیت‌ها با فواصل کم صورت می‌گیرد.

(۲) مرحله نگهدارنده: طول آن در شرایط مختلف متفاوت است.

الف: اختلال حاد: طول مدت درمان ۱۲-۶ ماه

ب: اختلال مزمن با پاسخ خوب: طول مدت درمان ۲۴-۱۲ ماه

ج: اختلال مزمن با علائم باقیمانده: طول مدت درمان بیش از ۲۴ ماه

(۳) مرحله قطع دارو: قطع دارو جهت جلوگیری از عود ملایم باید تدریجی بوده و طی ۴-۲ هفته انجام شود.

چنانچه احتمال عود ملایم وجود داشته باشد، قطع داروها آهسته‌تر و طی ۱۲-۴ هفته صورت می‌گیرد.

در موارد خاصی نیازمند طولانی‌تر کردن دوران درمان هستیم:

تداوم استرس، عدم وجود حمایت اجتماعی کافی، تداوم برخی علائم، اختلالات روان‌پزشکی همراه، سابقه

ریسک بالای خودکشی در گذشته

ضمیمه ۴

پروتکل درمان بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد در حوادث غیر مترقبه

تعداد کل وابستگان مواد افیونی در برخی مطالعات یک میلیون و دویست هزار نفر تخمین زده شده است. به نظر می‌رسد میزان وابستگان در حال حاضر از این عدد بیشتر باشد. در منطقه‌ای که با یکی از بلاهای طبیعی همچون سیل، زلزله، ... مواجه شده است، تعدادی از آسیب‌دیدگان مبتلا به سوء مصرف مواد هستند. تاکنون پژوهش‌های معدودی در رابطه با مصرف مواد بلافاصله پس از زلزله انجام شده است. در بیشتر این تحقیقات به این نتیجه رسیدند که شیوع و شدت مصرف مواد مخدر در میان بازماندگان زلزله‌ی طبیعی و غیرطبیعی افزایش می‌یابد. و لاهو در مطالعه خود نشان داد که هرچه افراد به مرکز تخریب نزدیکتر باشند افزایش مصرف مواد در آنها بالاتر خواهد بود. همچنین این گروه به این نتیجه رسیدند که افزایش مصرف موادیکی از مشکلات مهم بلافاصله بعد از زلزله است که عمدتاً بصورت هم‌ابتلائی با اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی دیده می‌شود. درن و همکارانش در مطالعه‌ای

که پس از واقعه ۱۱ سپتامبر انجام دادند، گزارش کردند که بعد از این واقعه، از یک طرف دسترسی به مواد سخت تر و از طرف دیگر کیفیت مواد بدتر شده بود.

مصرف مواد مخدر بویژه تریاک در بعضی از نقاط کشور خصوصاً جنوب شرقی ایران بصورت سنتی رایج تر است. ممکن است در چند ساعت یا روز اول حادثه مشکل خاصی متوجه این افراد نباشد، اما به تدریج و بسته به ماده مصرفی هر یک از مجروحان یا بازماندگان حادثه، علائم ترک ظاهر می شود. این مسئله علاوه بر استرس مضاعفی که بر فرد وارد می کند، بدلیل برانگیختگی و کاهش آستانه تحمل فرد را تحریک پذیر کرده و ممکن است در مسیر امداد رسانی مشکلاتی ایجاد کند.

آیا در این شرایط درمان سم زدایی بیماران امکان پذیر یا مناسب است؟ یکی از مسائل مهمی که افراد را به سوی اعتیاد سوق می دهد، یا در بیماری که تحت سم زدایی قرار گرفته موجب عود سوء مصرف می شود، استرس است. آنچه بسیار مهم است این است که از شروع مصرف در افراد آسیب دیده پیشگیری به عمل آید. از طرف دیگر در مواقعی که به دلیل بروز زلزله، با میزان استرس بالایی مواجه هستیم، عاقلانه نیست که استرس دیگری را به بیمار تحمیل کنیم. در نتیجه چنین مواقعی، زمان مناسبی برای سم زدایی بیماران نمی باشد و بهتر است جهت کلی درمان به سوی درمان نگهدارنده قرار گیرد. به این ترتیب رفتار تزریقی بیماران نیز کاهش یافته و خطر انتقال بیماری های عفونی همچون ایدز و هپاتیت کاهش می یابد. ضمن این که اثرات درمان نگهدارنده در بهبود خلق بیماران، بهتر شدن عملکرد شغلی و بین فردی و کاهش رفتارهای خشونت آمیز و جرم های مختلف ثابت شده است. البته در مورد آن دسته از آسیب دیدگان که خودشان داوطلب ترک هستند کلیه خدمات در این مورد باید در دسترس آنان قرار گیرد.

درمان نگهدارنده با مواد آگونیستی:

داروهای آگونیست افیونی، موادی هستند که همانند مواد افیونی طبیعی (تریاک) و نیمه صناعی (هروئین) برگیرنده مو (μ) اپیوئیدی اثر می گذارند. متادون و لوومتادیل استات (LAAM) آگونیست خالص گیرنده مو هستند. بوپرنورفین که آگونیست نسبی گیرنده مو و آنتاگونیست نسبی گیرنده کاپا است نیز در این دسته قرار دارد. از دیگر داروهای این دسته می توان به سولفات مورفین و تنتور اپیوم (TO) اشاره نمود.

به منظور برقراری درمان نگه‌دارنده برای بیماران می‌توان از بوپروئورفین و یا متادون استفاده نمود. ولی به دلیل ارزانتر بودن و راحتتر بودن تنظیم دوز درمورد داروی متادون، در شرایط زلزله و سایر بلاهای طبیعی درمان نگه‌دارنده با متادون توصیه می‌گردد.

برای استفاده موثر و مطمئن، آشنایی با سه ویژگی فارماکولوژیک متادون بسیار مهم است. اول آنکه پس از مصرف، سطح خونی متادون به آهستگی و در ظرف چهارساعت به قله می‌رسد، دوم آنکه نیمه عمر آن طولانی و حدود ۲۵ ساعت است و دست آخر و از همه مهمتر آنکه شاخص درمانی متادون اندک است. یعنی فاصله بین سطوح درمانی و سمی دارو در خون کم است.

نیمه عمر متادون در بار اول مصرف، نسبت به نیمه‌عمر دارو در مصرف مداوم آن کوتاهتر است، چرا که مقادیر قابل توجهی از دوز اولیه در بافتهای بدن پخش می‌شود. به دنبال مصرف خوراکی سطح خونی متادون در چهار ساعت اول بالا رفته و سپس شروع به کاهش می‌کند. نیمه عمر به دنبال مصرف بار اول ۱۲ تا ۱۸ ساعت و به طور متوسط ۱۵ ساعت است.

در PH ادراری برابر ۷ مقادیر بسیار اندک متادون از طریق کلیه‌ها دفع می‌شوند. در PH اسیدی (یعنی PH کمتر از ۶) دفع کلیوی تا ۳۰٪ افزایش می‌یابد. اگر ادرار قلیایی باشد (یعنی PH بیش از ۷/۸)، دفع کلیوی کم می‌شود. باید به بیماران توضیحات لازم در مورد اثر مواد اسیدی و قلیایی کننده ادرار بر میزان دفع متادون داده شوند.

بارداری

دفع کلیوی متادون در زمان بارداری افزایش یافته و باعث کاهش سطح خونی متادون می‌گردد. در صورت عدم توجه به این مسئله ممکن است این کاهش سطح خونی باعث عدم پاسخ درمانی مناسب، خود درمانی با مواد افیونی و در نهایت مسمومیت بیماران شود. زنان باردار ممکن است از تقسیم مقدار تجویز شده در دو دوز منقسم روزانه سود ببرند. به علت تغییرات دفع کلیوی متادون در زمان بارداری، این افراد می‌بایست جزو افراد پر خطر در درمان متادون در نظر گرفته شوند.

تداخل‌های دارویی

داروهایی که باعث القا یا مهار فعالیت آنزیمهای P 450 و خصوصاً CYP3A4 می‌شوند، می‌توانند با سوخت و ساز متادون تداخل کنند.

داروهایی که می‌توانند باعث مهار آنزیم CYP3A4 شوند (یعنی ممکن است سطح خونی متادون را بالا

ببرند):

- فلوکستین، فلووکسامین، سرتالین (SSRIs)
- ونلافاکسین و نفازودون (SNRIs)
- داروهای ضد قارچ مانند کلوتریمازول و کتوکونازول
- داروهای درمان ویروس نقص ایمنی / ایدز مانند: زیدوودین و ریتانوویر
- هورمون‌ها مانند پروژسترون، اتینیل استرادیول، دگزامتازون و تستوسترون
- داروهای مسدودکننده کانال کلسیم مانند نیفدیپین، وراپامیل و دیلتیازم
- آنتی بیوتیک‌هایی نظیر اریترومایسین و کلاریترومایسین
- سایر: کینیدین، میدازولام، دیازپام، سیکلوسپورین، وین‌بلاستین، بروموکریپتین، سایمتدین، لیدوکائین و آفلا توکسین B

الفاکننده‌های آنزیم CYP3A4 (یعنی داروهایی که ممکن است سطح خونی متادون را کاهش دهند):

- داروهای ضد صرع مانند فنوباریتال، فنی توئین، پریمیدون و کاربامازپین (البته والپروات سدیم و بنزودیازپین‌ها باعث کاهش سطح خونی متادون نمی‌شوند)
 - داروهای ضد سل نظیر ریفامپین و ریفابوئین
 - گلوکوکورتیکوئیدها
- هیچیک از داروهای فوق نباید در دوره القای متادون آغاز شوند. در صورتیکه بیمار پیش از آغاز درمان متادون از داروهای مهارکننده استفاده می‌کرده، باید شروع و بالا بردن متادون با دقت و احتیاط بسیار انجام شود. به بیمار باید راجع به تداخل احتمالی داروها تذکر داد و علائم مسمومیت احتمالی باید به دقت معاینه شوند.
- مواد دیگری نیز هستند که به دلایلی به جز مهار آنزیم Cyp450 بر متابولیسم متادون اثر می‌گذارند:
- از جمله داروهایی که اثر مهار کننده بر متابولیسم متادون دارند عبارتند از: آلپورینول، پروپوکسی فن، کلرامفنیکل، سیپروفلوکساسین، دی‌سولفیرام، ایزونیازید و اتوکسازین.
- الکل و سیگار هم اثر القا کننده (افزاینده) سوخت و ساز متادون دارند یعنی سطح خونی متادون را کاهش می‌دهند. تقریباً تمام مرگ‌های ناشی از متادون در حضور سایر داروهای تضعیف‌کننده سیستم مرکزی عصبی به وقوع می‌پیوندد. بیمارانی که به این مواد وابسته بوده یا همراه متادون آن‌ها را مصرف می‌کنند، در خطر بالاتر مسمومیت با متادون قرار دارند. موارد زیر را باید مؤکداً به بیماران تذکر داد:

- هرچند بنزودیازپینها خود معمولاً باعث دپرسیون تنفسی نمی‌شوند، اما در حضور متادون می‌توانند خطر آن‌را افزایش دهند.
- الکل تضعیف‌کننده دستگاه عصبی مرکزی است و می‌تواند موجب دپرسیون تنفسی و مرگ شود. در حضور متادون خطر دپرسیون تنفسی افزایش می‌یابد.
- داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای در دوزهای بالا می‌توانند باعث دپرسیون تنفسی و ادم ریوی شوند. مصرف همزمان این داروها با متادون می‌تواند خطر مسمومیت را بالا ببرد. بیمارانی که داروهای سه حلقه‌ای دریافت می‌کنند می‌بایست از لحاظ خودکشی مورد بررسی دقیق‌تری قرار گیرند. در حین درمان نیز باید علائم احتمالی مسمومیت با دقت بیشتری مرور شوند.

موارد منع مصرف:

- حساسیت به متادون
- سابقه حمله آسم همراه با دپرسیون تنفسی به خصوص همراه با سیانوز و ترشحات برونکیال بیش از اندازه
- مصرف بالای الکل
- ضربه سر اخیر، افزایش فشار داخل جمجمه‌ای
- درمان با مهارکننده‌های مونوآمین اکسیداز
- بیماری کرون یا کولیت اولسروز فعال
- اختلال شدید کارکرد کبدی
- اسپاسم شدید مجاری صفراوی و کلیوی

موارد احتیاط در تجویز متادون:

- افراد مسن
- اختلال کارکرد کبدی
- هیپوتیروئیدیسم
- فنوکروموسیتوم و اختلال‌های دیگر فوق کلیوی

عوارض متادون:

عوارض متادون مشابه سایر مواد افیونی است:

- وابستگی فیزیولوژیک
- تهوع و استفراغ
- سرگیجه، احساس سبکی در سر
- تعریق شبانه و منگی
- تغییر در عادت ماهیانه (اغلب سوءمصرف کنندگان مواد افیونی در این زمینه اختلال نشان می‌دهند که با متادون بهبود می‌یابد)
- کاهش اشتها در اوایل مصرف (معمولاً به سرعت مرتفع می‌شود)
- دپرسیون تنفسی (به خصوص در حضور سایر مواد تضعیف‌کننده دستگاه عصبی)
- گزارشهای موردی: افت فشار خون، ادم، کولاپس

در هنگام درمان، بیماران نسبت به اکثر این عوارض تحمل پیدا می‌کنند. اما متادون از جهاتی با سایر مواد افیونی تفاوت دارد: نیمه عمر طولانی‌تری دارد، مدت اثر آن در افراد مختلف متفاوت است، میزان انتشار آن در بافتها بیشتر است و به دنبال مصرف مداوم در بدن تجمع پیدا می‌کند.

مسمومیت با متادون:

- مسمومیت با متادون مانند مسمومیت با سایر مواد افیونی است: خواب‌آلودگی، کوما، دپرسیون تنفسی و تنگی مردمکها (مردمک ته سنجاقی).
- تفاوت متادون با سایر مواد افیونی در فارماکوکینتیک آن است: فاصله زمانی طولانی‌تر بین مصرف و حداکثر اثر، نیمه عمر طولانی و در نتیجه تجمع در بدن.
- تداخل با سایر داروهای تضعیف‌کننده دستگاه عصبی باعث تشدید اثر رخوتزایی و خواب‌آوری متادون می‌شود.
- بیشترین خطر مسمومیت و مرگ در ده روز اول رخ می‌دهد. در این زمان بیمار بیش از هر وقت دیگری به مصرف سایر مواد مانند الکل و بنزودیازپین‌ها و یا مواد افیونی (مانند تریاک و هروئین) همراه متادون می‌پردازد.

علائم مسمومیت با متادون

- تکلم بریده بریده
- راه رفتن بی ثبات
- اختلال در تعادل
- خواب آلودگی
- حرکات کند بدنی
- استوپور

مسمومیت با متادون یک اورژانس پزشکی است و اقدام فوری را طلب می‌کند. مسمومیت می‌تواند به حالات زیر منجر شود:

- اغماء (بیمار قابل بیدار کردن نیست، خرخر تنفسی دارد، تون عضلانی اندام‌ها کاهش یافته و سیانوزه است).
- دپرسیون تنفسی و هیپوکسی
- مرگ

تنظیم دوز درمانی و ارائه متادون به بیماران

- قرصهای حاوی متادون می‌بایست کوبیده شده و سپس به صورت محلول در آب به بیمار ارائه شوند.
- چنانچه قرار است بیمار به تشخیص پزشک متادون مصرفی را به منزل ببرد، حتی‌الامکان بهتر است پودر به صورت حل شده در آب به وی ارائه شود. در هر صورت ارائه دارو به صورت قرص مجاز نیست.

- دوره القا (induction) و پایدارسازی (stabilization)

- در بیماران وابسته به هروئین دوز شروع متادون ۱۵ تا ۳۰ میلی‌گرم در روز اول است.
- در بیماران وابسته به تریاک، مقادیر کمتر (اغلب ۲۰ میلی‌گرم) برای شروع مناسب است.
- بهتر است پس از مصرف متادون در روز اول، بیمار تا ۴ ساعت پس از مصرف مجدداً ویزیت شود تا عوارض احتمالی قابل درمان باشند.
- چنانچه میزان مصرف مواد غیرقانونی بیمار بالاتر بوده که نیاز به دوزهای بالاتر را در روز اول ضروری می‌سازد، می‌توان دارو را به صورت منقسم تجویز نمود؛ به طوری‌که ابتدا ۱۵ تا ۲۰ میلی‌گرم تجویز شده و ۲ ساعت بعد، علائم ترک ارزیابی می‌گردد. در صورت وجود علائم خفیف، دوز دوم تجویز نمی‌شود. در صورت بروز

علائم متوسط (درد، تهوع، خمیازه، گشادی مردمک) ۵ تا ۱۰ میلی گرم، و در صورت بروز علائم شدید (استفراغ، افزایش ضربان قلب، افزایش فشارخون، سیخ شدن موها) ۱۰ تا ۱۵ میلی گرم متادون تجویز می‌گردد.

- در صورت بروز علائم مصرف بیش از اندازه نظیر خواب‌آلودگی پس از دوز اول از تجویز دوز بعدی خودداری می‌شود.
- توصیه می‌شود در روز اول بیمار بیش از ۴۰ میلی گرم متادون دریافت نکند.
- بهتر است دوز مصرفی در سه روز اول ثابت نگاه داشته شود، زیرا نیمه عمر متادون حدوداً ۲۵ ساعت است و طی سه روز اول سطح خونی به ۸۷/۵٪ وضعیت پایدار¹ خواهد رسید.
- پس از سه روز با توجه به وضعیت بالینی می‌توان دوز را افزایش داد.
- بهتر است درمان با دوز کم شروع گردیده و مقدار مورد نیاز به تدریج بالا برده شود².
- بدون ویزیت پزشک، نباید افزایش دوز صورت گیرد.
- بیمارانی که علاوه بر مصرف متادون به مصرف مواد غیر قانونی همانند تریاک یا هروئین ادامه می‌دهند، در خطر بالای مسمومیت قرار دارند. مصرف همزمان الکل و بنزودیازپینها خطر مسمومیت را افزایش می‌دهد، پس باید حتماً در مورد مصرف خارج از برنامه به بیمار هشدار داد.
- توضیح خطر مسمومیت به خانواده‌های بیماران نیز بسیار مهم است.
- بعد از رسیدن به دوز ۴۰ میلی گرم در روز بهتر است افزایش دوز یک روز در میان و به میزان حداکثر ۵ الی ۱۰ میلی گرم در روز انجام شود.
- پس از رسیدن به دوز ۶۰ الی ۸۰ میلی گرم، بهتر است افزایش دوز در هر هفته از ۵ الی ۱۰ میلی گرم تجاوز نکند.
- ممکن است برخی بیماران با ۵۰ میلی گرم پایدار شوند و بعضی از آنها تا ۱۲۰ میلی گرم در روز برای پایدار شدن نیاز داشته باشند.
- دوز بالای ۱۲۰ میلی گرم دوز بالا حساب می‌شود، اما در مواقعی ممکن است مورد نیاز باشد.
- توجه داشته باشید که افزایش کمتر از میزان مورد نیاز خود می‌تواند باعث مصرف غیرقانونی به موازات درمان شود.
- افزایش دوز بیش از حد مورد نیاز باعث خواب‌آلودگی و سایر عوارض مصرف بیش از حد می‌گردد.

¹ steady state

² start low, go slow

- دوز بهینه متادون که برای افراد متفاوت است، دوزی است که در آن علائم ترک مشهود نمی‌باشند، نشنگی ناشی از مواد کوتاه اثر مانند هروئین رخ نمی‌دهد، و ولع مصرف مواد و عوارض مسمومیت به حداقل می‌رسد، ضمن آنکه علائم خواب‌آلودگی نیز رخ نمی‌دهد.
- دو مرحله فوق (القاء و پایدارسازی) مجموعاً حدود ۶ هفته بطول می‌انجامد.
- بیشترین علت مسمومیت، افزایش سریع دوز طی دو هفته اول به علت تخمین بیش از اندازه تحمل و تخمین کمتر از واقع تجمع متادون در بدن بوده اند.

- دوره نگهدارنده (Maintenance)

- با اتمام پایدارسازی بیماران وارد مرحله نگهدارنده می‌شوند.
- در این مرحله، قاعداً بایستی بیمار از مصرف مواد مخدر تقریباً به طور کامل عاری شده باشد، از نظر جسمی و تجربه علائم ترک و خماری در شرایط مطلوب بوده و وسوسه جهت مصرف در حداقل ممکن باشد.
- به دنبال پایدارسازی ممکن است هر چند وقت یک بار نیاز به افزایش دوز متادون باشد که معمولاً لزومی به افزایش بیش از یک بار در ماه نیست.
- یکی از علل شایع افزایش دوز ایجاد تحمل است.
- افزایش دوز در دوره نگهدارنده نمی‌بایست از ۵ الی ۱۰ میلی‌گرم هر مرتبه تجاوز کند.
- در مرحله نگهدارنده متغیرهای روانی، اجتماعی، شغلی و خانوادگی (که با پرسشنامه OTI سنجیده می‌شود) شروع به بهبود می‌نمایند ولی بایستی توجه داشت که گاهی مشاهده بهبود در عوامل فوق ممکن است نیازمند سالها درمان نگهدارنده باشد.

درمان‌های غیردارویی سوءمصرف مواد در هنگام زلزله‌ی طبیعی:

طبیعی است که در هنگام وقایع همچون زلزله و سیل و ... فرصت چندانی برای درمان‌های غیردارویی انفرادی یا تخصصی وجود ندارد. بهتر است در این حالت، بیماران را تشویق به تشکیل گروه‌های خودیاری نمود. این گروه‌ها فاقد درمانگر بوده و بیماران تحت درمان آن را اداره می‌کنند و مسئولیت هماهنگی جلسات از نظر زمان و مکان و موضوعات موردبحث با خود بیماران است. معمولاً یکی از افراد به عنوان فرد مسئول گروه انتخاب می‌شود و مسئولیت جلسات را به عهده می‌گیرد. روش کار این گروه‌ها معمولاً بر اساس مقابله و پذیرش حقایق با تاکید بر صراحت و صداقت می‌باشد. اکثر صاحب‌نظران معتقدند این گروه‌ها مفید می‌باشند، اگرچه تحقیق

علمی و کنترل‌شده‌ای در این زمینه وجود ندارد. به نظر می‌رسد مهمترین جنبه‌ گروه‌های خودیاری ارائه حمایت‌های اجتماعی است.

نیز می‌توان در مراکز مشاوره که احتمالاً مدتی پس از روزهای اول حادثه تشکیل خواهد شد، یکی از افراد را جهت ارائه مشاوره به بیمار و در صورت لزوم و امکان به خانواده او اختصاص داد.

ضمیمه ۵

توصیه های درزمینه پیشگیری از فرسودگی شغلی

فرسودگی شغلی در امدادگران

باتوجه به اینکه در شرایط بحرانی و استرس زا ، علاوه بر این که بازماندگان و آسیب دیدگان دچار مشکلات روان شناختی می شوند، کسانی هم که بعنوان امدادگر و یاری رسان در محل حضور دارند چنانچه اصولی را رعایت نکنند ممکن است دچار فرسودگی و بدنبال مشکلات روانی اجتماعی برای آنان بوجود آید . لذا توصیه زیر جهت پیشگیری از این موضوع ارائه می گردد.

- برنامه ریزی و آمادسازی دقیق جهت ارائه خدمات به آسیب دیدگان
- اکتفا نمودن به مواردی که می توان از عهده آن برآمد
- کنترل افکار و عواطف
- تمرکز برروی کار
- گفتگو با دیگران
- استراحت منظم
- مصرف غذای سالم و ورزش
- تمجید از خود به دلیل کسب موفقیت های کوچک و درعین حال توجه به فروتنی
- تعیین و مشخص نمودن مسئولیت ها بصورت روشن و واضح
- حمایت و پشتیبانی کردن از یکدیگر
- برگزاری جلسات منظم گروهی
- انجام وظایف به شکل چرخشی
- منظم نمودن ساعات استراحت و مرخصی منظم
- کسب مهارت های جدید درخصوص موضوع

برنامه کشوری حمایت روانی - اجتماعی در زلزله و حوادث غیرمترقبه

هنگامی که مسئولین بهداشتی به بلایای طبیعی توجه می‌کنند، مرگ و مجروحیت به‌عنوان دو شاخص اصلی برای آنها برجسته می‌شود و در درجه بعدی به صدمات مالی توجه می‌شود. این واقعیت که عواقب روانی این حوادث یادگاری است که برای بازماندگان باقی می‌ماند؛ اغلب به فراموشی سپرده می‌شود. حوادث غیر مترقبه و طبیعی ۹۶۸۰۸۱ سال DALYS در سال ۱۳۸۲ در ایران ایجاد کرده است که از این میان، ۹۲۵۷۲۸ سال آن یعنی حدود ۹۶٪ در نتیجه زلزله بم ایجاد شده است. با توجه به قرار داشتن کشور ما روی کمربند زلزله، باوجود جاری شدن هرساله سیلاب در بخشهایی از کشور ما و... برآورد می‌شود که بدون زلزله‌ای مانند بم در سال ۱۳۸۲ و زرنده در سال ۱۳۸۳ سالانه حدود ۴۰ تا ۶۰ هزار سال DALYS که سهم بسیار زیادی از آن را YLL تشکیل می‌دهد، در کشور ما پدید می‌آید. با توجه به بار بیماریها محاسبه شده در سال ۱۳۸۲ می‌توان به این نکته اشاره نمود که حوادث عمدی و غیر عمدی بالاترین نسبت DALYS را از بین مجموع بیماریها و آسیبهای شناسایی شده به خود اختصاص داده است. این موضوع ضرورت توجه به بلایا و حوادث را بیشتر از پیش مطرح می‌کند.

با اعلام دهه ۲۰۰۰-۱۹۹۰ میلادی به عنوان دهه بین‌المللی کاهش اثرات بلایای طبیعی از سوی سازمان ملل و تشکیل کمیته ملی کاهش اثرات بلایای طبیعی در مرداد ۱۳۷۰ کمیته فرعی تخصصی بهداشت و درمان در سال ۱۳۷۶ برنامه‌ریزی برای تهیه طرح "نحوه ارائه خدمات بهداشت روانی به آسیب‌دیدگان ناشی از بلایای طبیعی" را آغاز نمود. براساس فعالیتهایی که زیر نظر این کمیته در دو زلزله بیرجند و اردبیل در سال ۱۳۷۶-۱۳۷۷ صورت گرفت ضرورت تدوین برنامه برای مداخله روانی اجتماعی مطرح گردید که با توجه به این مسئله یک برنامه کشوری برای مداخلات روانی اجتماعی در بلایای طبیعی و حوادث غیر مترقبه تهیه گردید. این برنامه در سال ۱۳۸۸ برای چهارمین بار مورد بازبینی قرار گرفته است. آنچه در زیر می‌آید بخشهایی از آن می‌باشد.

راهبردهای اجرایی برنامه حمایت‌های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه

۱- راهبرد اداری:

تشکیل کمیته حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه در چارچوب تشکیلاتی ستاد حوادث غیرمترقبه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که شامل موارد ذیل می‌گردد:

۱-۱ در سطح ستادی:

• اقدامات:

- ✓ تعیین مسئول کشوری حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه که رابط کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز خواهد بود.
- ✓ تشکیل کمیته علمی - مشورتی کاهش اثرات روانی ناشی از حوادث غیرمترقبه، تحت نظارت و پیگیری دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- ✓ این کمیته ۵-۷ عضو خواهد داشت، ریاست کمیته به عهده مسئول کشوری حمایت روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه و دبیر کمیته مسئول کشوری اداره سلامت روان می‌باشد.
- ✓ سایر اعضاء عبارتند از:

یک نفر روانپزشک، یک نفر متخصص پزشکی اجتماعی، یک کارشناس از اداره اعتیاد دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، یک کارشناس از اداره سلامت اجتماعی دفتر، ، یک نفر روانشناس بالینی (حداقل

کارشناس ارشد)، یک نفر مددکار اجتماعی (حداقل کارشناس ارشد) و یک تا دو نفر دیگر به ضرورت و انتخاب رئیس کمیته تعیین می گردد.

✓ اعضای کمیته از بین افرادی انتخاب خواهند شد که واجد صلاحیت علمی و دارای تجربه در زمینه دخالت در حوادث غیرمترقبه باشند.

- شرح وظایف:
- ✓ برنامه ریزی جهت انجام مداخلات در بحران روانی اجتماعی پس از حوادث غیرمترقبه با رعایت ضوابط مندرج در برنامه کشوری حمایت روانی اجتماعی
- ✓ نظارت و ارزشیابی عملکرد کمیته‌های حمایت روانی اجتماعی در حوادث غیرمترقبه در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی
- ✓ انجام پژوهش‌های کاربردی و نیازسنجی

۲-۱- در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

- اقدامات:
- ✓ تعیین مسئول دانشگاهی حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه
- ✓ تشکیل کمیته اجرایی کاهش اثرات روانی حوادث غیرمترقبه
- ✓ تبصره: ریاست این کمیته به عهده معاون بهداشتی دانشگاه و دبیر آن نیز کارشناس مسئول بهداشت روان دانشگاه می باشد. سایر اعضای این کمیته یک روانپزشک ، یک نفر روانشناس دیگر ، یک مددکار اجتماعی ، یک نفر روحانی، یک نماینده از استانداری (ستاد حوادث غیرمترقبه)، یک نماینده از سازمان بهزیستی و جمعیت هلال احمر و وزارت آموزش و پرورش و یک نفر از سازمانهای مردم نهاد مرتبط خواهد بود.

- شرح وظایف:
- ✓ مدیریت و نظارت بر اجرای برنامه کشوری حمایت روانی-اجتماعی در حوادث غیر مترقبه در سطح دانشگاه و ارائه گزارش به دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- ✓ آماده‌سازی ظرفیت های تخصصی مورد نیاز حمایت‌های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه در سطح دانشگاه
- ✓ انجام پژوهش‌های کاربردی و نیاز سنجی

۳-۱ در سطح شهرستان:

- اقدامات :
- ✓ تعیین مسئول حمایت روانی-اجتماعی در حوادث غیرمترقبه و بلایا
- ✓ تشکیل کمیته اجرایی به ریاست معاون بهداشتی دانشگاه و عضویت ۳-۵ نفر کارشناس صاحب‌نظر در زمینه سلامت روانی- اجتماعی

- شرح وظایف:
- ✓ اجرای کلیه برنامه های حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه که در سطوح استان و ستاد برنامه ریزی شده است.

- ۴-۱- مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی (با توجه به شرح وظایف مربوطه)
- ۵-۱- خانه های بهداشت و پایگاههای بهداشتی (با توجه به شرح وظایف مربوطه)

۲- راهبردهای آموزشی

برنامه های آموزشی در دو سطح آموزش عمومی و آموزش تخصصی به شرح ذیل می باشد:

۲-۱- آموزش عمومی

- ✓ آموزش عمومی با بسیج آموزشی چند رسانه ای (Multimedia campaign) و با استفاده از رادیو و تلویزیون و اطلاع رسانی در مورد خدمات اداری، آموزش بهداشت، بازپیوند خانوادگی، بازسازی اجتماعی و معرفی منابع خدماتی موجود در منطقه.
- ✓ آموزش مراقبتهای روانی بصورت عمومی با تکیه بر مسایلی مانند سوگ، اضطراب، ترس، واکنش حاد به استرس و غیره.
- ✓ طراحی، چاپ و توزیع پمفلت، پوستر و کتابچه در مورد بهداشتی روانی در حوادث غیرمترقبه برای گروههای مختلف شامل: کودکان، نوجوانان، والدین، همسران، سالمندان، معلمان، رهبران دینی جامعه و روحانیون.
- ✓ برگزاری گردهمایی های عمومی و نشستهایی با والدین با تکیه بر آموزش بهداشت روانی در حوادث غیرمترقبه

۲-۲- آموزش تخصصی

- ✓ آموزش مسئولین و دست اندرکاران بهداشتی درمورد ضرورت مداخلات روانی اجتماعی و برنامه های در دست اجرا
- تبصره : محتوای آموزشی برای مسئولین و مدیران شامل موارد زیر خواهد بود:
 - آشنایی با اهمیت و ابعاد مشکلات روانی در حوادث غیرمترقبه و تبلیغ اثر بخشی مداخلات روانی اجتماعی
 - آشنایی با تجربیات قبلی جهانی و داخلی در مورد مداخلات روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه
 - آموزش چگونگی مقابله با استرس و آموزش تکنیکهای عملی برای کنترل بهتر خود برای مقابله موثر با استرس
- ✓ آموزش مدون بهداشت روانی به امدادگران هلال احمر
- ✓ آموزش مدون دوره های بازآموزی برای متخصصین علوم رفتاری که خدمات روانی - اجتماعی را ارائه می دهند.
- ✓ آموزش مدون معلمان، مشاوران مدرسه و کارکنان مراقبت کننده از کودکان
- ✓ آموزش کارکنان بهداشتی از جمله پزشکان، پرستاران و سایر متخصصین پزشکی که با آسیب دیدگان سروکار دارند و نیاز به آگاهی از تکنیکهای اولیه روانی - اجتماعی دارند.
- ✓ هم فکری و تبادل نظر با رهبران دینی جامعه به دلیل اهمیت و نقش مداخلات آرام سازی در سوانح و برگزاری سمینارهای یک روزه به منظور افزایش آگاهی آنان از نیازها و کمکهای روانی - اجتماعی

✓ آموزش کودکان و نوجوانان تسهیلگر جهت ادامه حمایت های روانی - اجتماعی به همسالان خود

۳- راهبردهای پژوهشی

این راهبردها شامل اقدامات کوتاه مدت ، میان مدت و بلند مدت می باشد.

- اقدامات کوتاه مدت(یک هفته اول):
 - ✓ نیازسنجی فوری پس از حوادث غیر مترقبه
 - ✓ تشکیل بانک اطلاعاتی و مراکز اطلاع رسانی به بازماندگان
- اقدامات میان مدت (یک ماه اول)
 - ✓ نیازسنجی تفصیلی (Detailed assessment)
 - ✓ مدیریت و نظارت بر اطلاع رسانی
 - ✓ تهیه نقشه پژوهشی
 - ✓ سفارش انجام طرح پژوهشی مرتبط
- اقدامات بلند مدت (در طول اجرای برنامه):
 - ✓ نیازسنجی مستمر
 - ✓ مدیریت پژوهش های مرتبط

۴- راهبردهای درمانی

- شرح وظایف:
 - ✓ تهیه بسته های مداخلات درمان دارویی (مراجعه شود به کتاب راهنمای اختلالات روانپزشکی برای بزرگسالان ویژه پزشک)
 - ✓ تهیه بسته های مداخلات درمانهای غیر دارویی
 - ✓ تامین نیروی انسانی متخصص
- اقدامات:
 - ✓ ایجاد و تامین مراکز درمان(فوری ، مستمر)
 - ✓ تامین نیازهای درمانی گروههای خاص (کودکان، زنان، سالمندان و معلولین)

۵- راهبردهای بازتوانی

این راهبرد شامل اقدامات کوتاه مدت و بلند مدت با استفاده از حمایهای شغلی - اجتماعی و آموزشهای توانمندسازی می باشد.

- شرح وظایف:
 - ✓ تهیه بسته های مداخلات بازتوانی
 - ✓ جلب مشارکت و همکاری بین بخشی
 - ✓ نظارت و پیگیری ارائه خدمات به ویژه جهت گروه های در معرض خطر
 - اقدامات:
 - ✓ ارجاع و پیگیری موارد جهت دریافت خدمات بازتوانی (شغلی، اجتماعی،..)
- کلیه راهبردهای مذکور در مراحل ۴ گانه قابل انطباق خواهد بود.

منابع :

۱. دژکام، م. اختلال استرس پس از سانحه در زلزله زدگان شمال کشور. سمینار استرس، تهران، دانشگاه

علامه طباطبائی ۱۳۷۰

۲. شمس، ج درمان های داروئی دراختلال استرس پس از سانحه، کتابچه آموزشی متخصصین روانپزشکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۲
 ۳. عربگل فریبا. سوگ در کودکان و نگرشهای رایج پیرامون آن. خبر نامه انجمن روانپزشکی کودکان ونوجوان ۱۳۸۲. شماره ۳۰۲. صفحه ۱۳-۱۸.
 ۴. لوکی، ص. بررسی وضعیت اختلالات رفتاری، احتلال استرس پس از سانحه در کودکان و نوجوانان دختر و پسر در مقاطع سنی ۱۶-۹ سال مناطق زلزله زده پس از ۳ سال درمقایسه با مناطق غیرزلزله زده (پایان نامه)، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۳
 ۵. یاسمی، م ت و همکاران. گزارش پژوهش. شیوه های مناسب ارائه خدمات بهداشت روانی به آسیب دیدگان زلزله طبیعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران ۷۷-۱۳۷۶
 ۶. یاسمی، م ت و همکاران. بهداشت روانی در جریان زلزله طبیعی - کتابچه آموزشی متخصصین. تهران: انتشارات کمیته کاهش اثرات زلزله طبیعی، ۷۹-۱۳۷۸
7. Amine Esmaeeli M. The role of Information Dissemination in post disaster period. lecture in International Congress on Child Psychiatry, Tehran, Iran, 2005
 8. Ballenger JC, Davidson JR et al. consensus treatment on Post Traumatic Stress Disorder from the international group on depression and anxiety. J Clin Psychiatry 2000, 61 Supp 5 : 66-6
 9. Dyregrov A, Perrin S. Children and Disaster Manual for psychosocial professional. Center for crisis psychology, Oslo, Norway, 2004
 10. Gordon NS, Farberow NL, Maida CA. Children and disaster; Brunner/Mazel press 1999.
 11. Gudarzi SS. Research in disasters: To Do or Not To Do. lecture in International Congress on Child Psychiatry, Tehran, Iran, 2005 lecture in International Congress on Child Psychiatry, Tehran, Iran, 2005
 12. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. Williams and Wilkins 2003. pp 623-631 , 1093-1100
 13. Lehmann L, Jimerson SR, Gaasch A. Mourning Child grief support group Curriculum. Brunner/butledge 2000.

14. Oaklander V, Short term gestalt play therapy for grieving child. In Kaduson HG, Schaefer CE editor. Short term play therapy for children. Guilford press 1999;28-52.
15. Raphael B, Dobson M. Bereavment. In Harvey JH, Miller ED editor. Loss and trauma. Brunner/routledge 2000: 45-58.
16. World Health Organization. Psychosocial consensus of disasters, prevention and treatment. WHO Geneva 1992
17. Yasamy MT, Farajpour M et al. Report submitted to UNICEF, First seven months of psychosocial intervention in Bam, November 2004
18. Yasamy MT. Evolution of mental health in disasters, lecture in International Congress on Child Psychiatry, Tehran, Iran, 2005
20. Bisson J. , Tavakoly B., "TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process", The British Journal of Psychiatry (2010) 196: 69-74
21. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial support in Emergency settings. Geneva: Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). Available at:
http://www.humanitarianinfo.org/iasc/mentalhealth_psychosocial_support
22. Marit Sijbrandij, Miranda Olf, and et al."Emotional or educational debriefing after psychological trauma" Randomized controlled trial; The British Journal of Psychiatry (2006) 189: 150-155
23. Roberts NP, Kitchiner NJ, and et all. "Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder." 2009; available in PUBMED
24. Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. " Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)". The British Journal of Psychiatry (2006); 189: 150-155.
26. Sadock B.J., Sadock V.A., "Comprehensive Textbook of psychiatry", NINTH EDITION, V :III - P:2615 - 2625
27. Zeev Kaplan, Iulian Iancu, and Ehud Bodner, "A Review of Psychological Debriefing After Extreme Stress". PSYCHIATRIC SERVICES (2001) Vol. 52 No. 6
28. Uhernik, J. A., Husson, M. A. , " Psychological First Aid: An Evidence Informed Approach for Acute Disaster Behavioral Health Response ". Paper

presented at the American Counseling Association Annual Conference and Exposition, (2009). p:271-280

29. "Psychological First Aid: how you can support well-being in disaster victims". For more information see www.usuhs.mil/csts/

30. "Giving Bad News". (2002) , page 7-9. Available at: Medical Oncology Communication Skills Training Learning Modules