

حمایت های روانی - اجتماعی
در
بلایا و حوادث غیرمترقبه
متن آموزشی متخصصین بهداشت روان
(روان پزشکان و روان شناسان بالینی)

وزرات 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 جواد محمودی قرائی

دکتر ستاره محسنی فر

دکتر شاهرخ سردارپور گودرزی

دکتر مهدی بینا

دکتر آرش میراب زاده

دکتر جمال شمس

بازبینی و اصلاح:

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 علایم شایع به دنبال فاجعه

- اختلالات روانی شایع به دنبال زلزله

- علایم و واکنش های روانی در کودکان

فصل دوم: اصول ارایه 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 روان شناختی 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 تأثیری 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 درصد در نتیجه زلزله بم ایجاد شده است. با توجه به قرار داشتن کشور ما روی کمر بند زلزله و باوجود جاری شدن هرساله سیلاب در بخشهایی از کشور و... برآورد می شود که بدون زلزله ای مانند بم در سال ۱۳۸۲ و ززند 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 آسیب های 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 فعالیت های 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 (آقای دکتر بوالهیری - آقای دکتر گودرزی - آقای دکتر جهانشاهی - آقای بهرام نژاد - آقای نادری - آقای علی اسدی - آقای زامیاد - آقای دکتر آزاد - آقای محمدی - خانم دکتر غفاری - خانم کلویانی - خانم دکتر مهدوی - خانم دکتر امین اسماعیلی - خانم دکتر علیزادگان - خانم باشتی - خانم ده باشی - خانم دکتر وزیریان) تشکر نمایم.

در مرحله بعدی تیم کوچکتري به جمع بندی پیشنهادات ارایه 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، معلمان 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
- واکنش های روانی در حوادث غیرمترقبه و بلایا
- نحوه مدیریت واکنش ها در بلایا و حوادث غیرمترقبه
- آشنایی با انواع تکنیک های بهبودی
- سوگ و نحوه مدیریت آن
- مدیریت سوء مصرف مواد

تاریخچه

ها اجرا می شد. نیاز به بازی در کودکان نکته مهمی بود که مورد غفلت قرار گرفته بود. امدادگران هلال احمر آشنایی ناکافی با مسایل 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 پیش نویس برنامه آمادگی در بحران در سال ۱۳۷۶ تهیه گردید و همان سال تهیه متون و آموزش نیروی انسانی از طریق آموزش مربیان هلال احمر به وسیله تیم فوق الذکر و نیز آموزش تعدادی روان پزشکان و روان شناسان آغاز شد. دومین پیش نویس برنامه براساس نتایج مطالعه آزمایشی متعاقب زلزله استان قزوین در سال ۱۳۸۱ تهیه شد. متون آموزشی برای سه سطح متخصصین، امدادگران و مدیران و پمفلت هایی برای مردم عادی تهیه شد. کلیه روان پزشکان و روان شناسان شبکه بهداشت و درمان کشور طی دو کارگاه تخصصی «حمایت های روانی اجتماعی در شرایط اضطراری» آموزش ویژه دریافت کردند. تا قبل از زلزله بهم ۶۰ متخصص بهداشت روان آموزش های 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 می نمود.

تیرماه ۱۳۸۱ زلزله ۶ ریشتری در روستاهای اطراف قزوین باعث مرگ ۲۳۵ تن و بر جای ماندن هزاران زخمی شد. اداره سلامت روان با همکاری هلال احمر تصمیم به اجرای طرح مداخلات روانی اجتماعی در بلایا طبیعی گرفت. مداخلات آغاز گشت. نتایج ارزیابی قبل و بعد از مداخله نشان دهنده کاهش سایکوپاتولوژی در بالغین و کودکان بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله بود.

مطالعات پایلوت در زلزله قزوین نشان داد که برنامه کشوری اجرایی می باشد و مداخلات روانی-اجتماعی

به دنبال نام گذاری دهه ۱۹۹۰ به عنوان دهه بین المللی 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 تأثیر بسزایی در آغازچنین حرکتی داشت. این کمیته از ۹ کمیته فرعی تخصصی به مسوولیت وزراء و یا معاونین آن ها در سازمان های ذیربط تشکیل می شد که یکی از آن ها کمیته فرعی بهداشت و درمان بود و تأمین خدمات بهداشت روان یکی از وظایف این کمیته محسوب می گردید. 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 آنجایی که دانش اندکی در این زمینه در سطح بین المللی وجود داشت و از طرفی کاربرد همان دانش در ایران با توجه به تفاوت های 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 فوق العاده ای داشت. بیش از ۷۵ درصد از آسیب دیدگان نیاز به دریافت اطلاعات درمورد وضعیت سلامت اعضا 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 می کردند. پس از حادثه اکثر افراد نیاز به مشاوره و درد دل را در سطح بالایی حس می کردند ولی دوستان و آشنایان مهم ترین منبع در دسترس آسیب دیدگان بودند که در اغلب موارد این اقدامات به روش نادرست از سوی آن



داد. لازم به ذکر است که تهیه و تدوین این مجموعه آموزشی برای اولین بار در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در حالی صورت گرفته است که به عنوان اولین تجربه مستند در زمان بحران اقدامی بسیار بجا و درخور تمجید بوده است، لذا می‌تواند از پیشکسوتان فعال در این عرصه تشکر به عمل آید. به منظور تحقق هدف فوق و تسهیل در روند انجام طرح، کارگاه بازبینی متون آموزشی در تاریخ ۴ و ۵ تیرماه ۱۳۸۸ و با همکاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان برگزار گردید. در این نشست شرکت کنندگان به بحث و بررسی متون موجود پرداخته، راه کارهایی جهت ارتقا کیفی مطالب موجود ارایه دادند. جمع بندی نهایی توسط گروهی از کارشناسان سلامت روان دانشگاه های علوم پزشکی و اداره سلامت روان براساس نتایج بدست آمده از کارگاه مذکور و مروری بر مستندات موجود در زمینه حمایت های روانی اجتماعی در سطح دنیا در طی چندین جلسه مشترک در اداره سلامت روان به پایان رسید.

عملی و موثر است. برنامه پس از زلزله قزوین در سال ۱۳۸۱ بازبینی و تصحیح شد. در زلزله بم نیز با توجه وسعت حادثه و برجای ماندن تعداد زیادی از آسیب دیدگان روانی این برنامه مورد بهره برداری و اجرا قرار گرفت تا این که منطبق بر شرایط موجود در بم برنامه به شیوه عملیاتی نهایی تبدیل شد و مورد بهره برداری و اجرا قرار گرفت. بازبینی چهارم برنامه در سال ۱۳۸۸ و براساس نیاز مشاهده شده به دنبال حادثه آتش سوزی منطقه بازنه اراک و زلزله بندرعباس از سوی جمعی از صاحب نظران در این زمینه، زیر نظر اداره سلامت روان صورت پذیرفت.

از این رو، براساس نیاز مشاهده شده در دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، اداره سلامت روان برآن گردید تا به بازبینی متون آموزشی حمایت های روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیر مترقبه اقدام نماید تا با استفاده از مطالب و مستندات علمی موجود در سطح دنیا بتوان دانش و مهارت های کافی را در اختیار دانش آموختگان در این حیطه قرار

مقدمه

میزان ۲۳ درصد مبتلا به PTSD و ۲۱ درصد 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 می یابیم. شایع ترین اختلالات همراه عبارتند از افسردگی اساسی، اختلال هراس و اختلال فوبیا. در واقع بیماری های روانی پس از سانحه نظیر جراحات چند گانه فرد را مورد تهاجم قرار می دهند.

هر چند پژوهش های انجام شده در رابطه با اختلالات روانی متعاقب زلزله در ایران اندک هستند، نتایج آن ها دور نمایی از آسیب های شایع و نیازهای بازماندگان به ما می دهند. در پژوهش دژکام و همکاران در رابطه با اختلالات روانی در بین بازماندگان زلزله رودبار در سال ۱۳۶۹، ۶۸ درصد افراد مورد مطالعه مبتلا به افسردگی اساسی بودند که از این میان ۳۸ درصد از افسردگی شدید رنج می بردند. در پژوهش کرمی در سال ۱۳۷۳ که پس از ۳ سال بر روی کودکان منطقه زلزله زده رود بارانجام شد، میزان اختلالات رفتاری در بین کودکان ۶۰ درصد برآورد شد که حدوداً ۲/۵ برابر گروه شاهد بود. هم چنین ۵۱/۷ درصد 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 آن ها

بلایای 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 دولت ها 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 مهم ترین 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 دیر پا 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 مسایل 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 درصد تخمین زده شده است. ۳۶ درصد این افراد مبتلا به PTSD (اختلال استرس پس از سانحه)، ۳۰ درصد دچار افسردگی اساسی و ۲۰ درصد مبتلا به اختلالات اضطرابی بودند. نتایج یک پژوهش طولی بر روی بازماندگان گردباد در سری لانکا نشان داد که تا ۵۰ درصد 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 درصد بازماندگان مبتلا به اختلالات روانی قلمداد شدند که از این

(براساس GHQ و Rutter) از مشکلات روان شناختی رنج می بردند. درصد افراد بزرگسالی که براساس مقیاس واتسون دچار PTSD بودند ۶۵ درصد، و درصد کودکان دچار PTSD براساس مقیاس PTSD کودکان ۷۸ درصد بود.

با نگاهی به مطالب فوق ضرورت اقدامات بهداشت روان در بین امدادهای ارسالی به مناطق فاجعه زده مشخص می گردد. نتایج حاصل از اقدامات مشاوره گروهی به دنبال سوانح در سایر کشورها، کاهش عوارض بعدی ناشی از فاجعه را نشان می دهد. چنین اقداماتی نه تنها به ارتقا سلامت روان بازماندگان کمک می نماید بلکه از همین طریق نقشی مثبت در کاهش مشکلات جسمانی و سایکو سوماتیک که در دوران پس از سانحه افزایش می یابند دارند.

نسبت به خوابیدن در محل های سرپوشیده و استفاده از انواع وسایل حمل و نقل احساس خطر می کردند. فراوانی بیماری روانی تا سال ها پس از فاجعه در اطفال از شیوعی نظیر بزرگسالان برخوردار است.

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

در بررسی به عمل آمده در زلزله بم نیز ۸۲ درصد بزرگسالان و ۸۴ درصد کودکان



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 دقیق 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، افراد احساس مسوولیت می کنند و 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. مساله 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- روبه رویی 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 آن ها را دریابید. این حالت ها از هم جدا نیستند و الزاماً بترتیب نیز رخ نمی دهند. در برخی از زلزله ها، بعضی از این مراحل برجسته نیستند (به عنوان مثال در زلزله بم مرحله سوم تقریباً وجود نداشت). اقدام مناسب هنگام مواجهه با این حالت ها مردم را منسجم کرده و به آن ها انگیزه می دهد تا با حوادث دست و پنجه نرم کنند. هدف نهائی ما رسیدن هرچه سریع تر بازماندگان به مرحله تجدید سازمان است.

ب - واکنش ها و علایم شایع به دنبال فاجعه

به دنبال بروز استرس شدید روانی ناشی از فاجعه، دسته ای از علایم و اختلالات در افراد به وجود می آیند 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 تأثیر افراد از وقایع اطراف، تا حد زیادی تابعی از میزان آسیب پذیری قبلی، وسعت فاجعه و میزان تخریب و فقدان و هم

چنین وضعیت حمایت ها و رسیدگی به هنگام به مسایل روانی - اجتماعی افراد می باشد. علایمی که به طور شایع در بازماندگان فجایع 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 کابوس ها یا خواب های 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 واکنش هایی طبیعی هستند و باعث جنون نمی شوند و هم چنین باید مهارت هایی را در جهت کنترل این خاطرات تکرار شوند، به آن ها یاد داد تا بتوانند نسبت به این

خاطرات کنترل داشته باشند.

۲- بیش برانگیختگی: کودکان و بزرگسالان ممکن است برانگیختگی روانی رو به افزایشی را پس از حوادث آسیب زا از خود نشان دهند. بنابراین افراد ممکن است عصبی، بی قرار و دلوپس باشند و خیلی زود وحشت زده شوند. آن ها ممکن است تحریک پذیر شده، دچار گوش بزنگی و از جاپریدین 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 می گیرد. 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 احتمالی اش در تقویت دیگر علایم استرس زای آزار دهنده پس از فاجعه بدین معنی است که این ناحیه یکی از بخش های مهم مداخله و پیشگیری در این زمینه است. آموزش مهارت های آرام سازی در آماده سازی فرد جهت کار رویارویی و مواجهه تدریجی با عوامل موجب بیش برانگیختگی، نقشی اساسی ایفا می کند.

۳- اجتناب: اجتناب ممکن است شناختی و آگاهانه باشد (یعنی، تلاش برای فکر نکردن و به خاطر نیاوردن وقایع آزار دهنده)؛ یا اینکه ممکن است به صورت یک رفتار باشد (یعنی، تلاش در جهت اجتناب از عوامل یادآورنده حوادث آسیب زا و آزار دهنده، مانند بعضی از مکان ها و افراد؛ و اجتناب از صحبت در مورد حادثه، از سایر علایم اجتنابی می توان به موارد زیر اشاره نمود: کم علاقه ی یا کاهش قابل توجه علاقه در پرداختن به امور مهم، احساس دل گسستگی یا غریبی در میان دیگران، احساس بعید دانستن همه چیز (مثلاً انتظار ندارد شغلی داشته باشد یا ازدواج کند و بچه دار شود). علایم اجتنابی بنا به دو دلیل عمده باید به عنوان اهداف مداخلات در نظر گرفته شوند. نخست اینکه اجتناب ممکن است باعث ایجاد محدودیت هایی در

باید به خاطر داشت که

افراد قادر به فراموش کردن مسایل وحشتناکی نیستند که شاهد آن ها بوده و یا آن ها را تجربه کرده اند و اصولاً در مداخلات روانی - اجتماعی چنین هدفی را دنبال نمی کنیم، اما می توان به افراد آموزش داد که آن ها را بدون فشار عاطفی بیاد بیاورند و نیز می توانند یاد بگیرند که چگونه آن ها را در کنترل خود داشته باشند نه این که تحت تأثیر آن ها باشد.

فصل اول

که فرد بدان وابستگی داشته رخ می دهد. فقدان می تواند به دلیل از دست دادن بستگان و دوستان، دارایی ها و تعلقات و یا آینده شغلی فرد باشد. باید به خاطر داشت و تاکید کرد که بروز سوگ کاملاً طبیعی است و اصولاً به دنبال حوادث غیر مترقبه به طور طبیعی انتظار چنین 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. هم چنین 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.

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 کوتاه زمان شود، اما در دراز مدت مشکلات را باقی نگاه خواهد داشت. علائم آزاردهنده می توانند سبب بروز رفتار اجتنابی گردند، و به دنبال اجتناب پردازش اطلاعات در مورد حادثه مختل می گردد و نهایتاً سیکل معیوبی تشکیل می شود که نتیجه آن تشدید علائم است. هم چنین باید به خاطر داشته باشیم که هرچند اجتناب در کوتاه مدت سبب آرامش می گردد ولی در دراز مدت 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

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 علائم 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 علائم 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، بی قراری، گوش به زنگی مفرط و رفلکس از جا پریدن شدید از سایر علائمی هستند که در این اختلال انتظار بروز آن‌ها را داریم. تفاوت عمده این اختلال با اختلال

ج - اختلالات روانی شایع به دنبال زلزله

سیاست اجرایی مسئولین بهداشت روان باید متمرکز بر عادی سازی واکنش های ناشی از فجایع باشد. در واقع باید اذعان داشت که اکثر واکنش هایی که به دنبال 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 ارتقا مکانیسم 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 درمواقع ضروری ممکن است نیاز به درمان های جدی تر حتی بستری در بیمارستان بوجود آید.

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

هر چند در بسیاری از موارد، یکی از علائم ذکر شده درمبحث قبل در افراد بازمانده دیده می شود، مشاهده ترکیبی از این علائم و هم چنین ترکیب این علائم 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، حادثه‌ای آسیب‌زا



فصل اول

می رود، و یا تأخیر بارزی در بروز علایم سوگ وجود دارد با سوگ عارضه دار مواجه هستیم که نیاز مند مداخله فوری است. گاهی نیز علایم سوگ اصلاً ایجاد نمی شود. زنان بیش از مردان مستعد چنین عارضه های هستند. در صورت عدم مداخله به هنگام احتمال بروز سایر اختلالات روان پزشکی از قبیل افسردگی اساسی وجود دارد.

۴- افسردگی اساسی: هر چند تمامی بازماندگان بطور طبیعی دچار واکنش سوگ گردیده و پس از رفع آن با به یادآوری خاطرات گذشته دچار غم و اندوه می گردند، 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 نمی گردد 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 بی ارزشی و گاه افکار خودکشی است. افسردگی از اختلالات شایع به دنبال بحران هاست.

۵ - انواع اختلالات اضطرابی: حملات هراس، و اضطراب بیشتر می توانند به تنهایی یا به همراه سایر اختلالات در افراد بازمانده از حادثه دیده شوند، هر چند که به طور شایع تر این اختلالات را به طور توأم با سایر اختلالات می یابیم. وجود چنین اختلالاتی سبب افت عملکرد و کندی روند بازگشت به زندگی عادی می گردد.

۶ - اختلالات شبه جسمی: توجه به شیوع بالاتر اختلالات شبه جسمی به دنبال زلزله، از نکاتی است که همواره باید مدنظر پزشکان معالج بازماندگان قرار گیرد، چرا که در صورت عدم تشخیص منشا روان زای این اختلالات، به غلط علایم جسمی هدف درمانی قرار می گیرند. معمولاً در جوامع بازمانده

استرس پس از سانحه در مدت زمان بیماری است، این اختلال بین ۲ روز تا ۴ هفته به طول می انجامد و در صورتی که در این مدت زمان مرتفع نگردد به اختلال استرس پس از سانحه تبدیل می گردد. فرد متأثر به طور واضح دچار افت در عملکرد فردی و اجتماعی می گردد.

۲- اختلال استرس پس از سانحه: همان طور که قبلاً توضیح داده شد علایم این اختلال مشابه اختلال استرس حاد می باشد و تفاوت عمده این دو در زمان بیماری است. فرد بازمانده به دنبال حادثه دچار احساس درماندگی می گردد و حادثه آسیب زا مکرراً برای وی تکرار می شود. بروز این اختلال در هر زمانی پس از حادثه ممکن است، می تواند 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 به هنگام در مورد تک علامت هایی که در افراد دیده می شود و یا مداخله در مورد اختلال استرس حاد می تواند در کاهش شیوع این اختلال در جامعه آسیب دیده مؤثر باشد. علایم این اختلال عمدتاً در حیطه های تکرار حادثه (احساس وقوع مجدد حادثه، به صورت تصاویر ذهنی، رؤیا، بازی های تکراری در مورد حادثه در کودکان و...)، اجتناب (دوری گزیدن از محل حادثه، افرادی که در آن زمان در نزدیکی فرد بوده اند، اجتناب از صحبت و بحث، اشکال در به یاد آوری خاطرات آسیب زا)، احساس کرختی و درماندگی در کنار احساس غریبی و بیگانگی، و نیز علایم بیش برانگیختگی (گوش به زنگی مفرط، اشکال در به خواب رفتن یا تداوم خواب، اشکال در تمرکز و تشدید رفلکس از جا پریدن) مشاهده می گردد.

۳- سوگ عارضه دار: در مواردی که واکنش سوگ طی دوماه از بین نرود، شدت علایم طی مدت سوگواری شدیدتر از حدی است که انتظار

از یک حادثه غیر مترقبه میزان شکایات جسمی بالاست. هرچند تلاش پرسنل پزشکی برای یافتن منشأ 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 اختلاط طیف وسیعی را در بر می‌گیرد، می‌تواند شامل علایم گوارشی، حسی - حرکتی، وحتى فلج و دوبینی باشد. در شرایط عادی ۳۰-۲۰ درصد 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.

ممکن است علایم و واکنش‌های روانشناختی در سالمندان با شدت بیشتری بروز نماید و این علایم در مواردی به صورت جسمی در این گروه شایع تر می‌باشد.

د - علایم و واکنش‌های 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 علایمی هم چون پسرقت به مراحل قبلی تکاملی (مثلاً تکلم کودکانه 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 حمایت های روانی اجتماعی آشنایی با اصول اساسی و پایه در این زمینه است. در اینجا سعی شده است به مهم ترین 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، ارایه آموزش و خدمات رسانی، به کل جامعه توجه می شود. در این شیوه افرادی که به ارایه خدمات می پردازند دانش و مهارت خود را به گروه های همسان در جامعه ارایه می دهند و این منابع محلی آموزش دیده عامل تسکین و آرامش اجتماع خود می شوند. با تمرکز بر گروه ها به جای افراد و تمرکز بر شبکه های اجتماعی امکان یاری رسانی به تعداد بیشتری از افراد محقق می گردد. توجه به ارزش های حاکم بر جامعه سبب ارایه پاسخ متناسب با فرهنگ در آن جامعه می شود.

۲- **داوطلبان آموزش دیده:** اصل عمده برنامه حمایتها استفاده از نیروهای داوطلب است. هدف از آموزش داوطلبان، یادگیری مهارت های اساسی در زمینه فقدان و بحران می باشد. این افراد به دلیل اینکه عضوی از اعضا جامعه درگیر هستند می توانند در مواقع بحران بلافاصله واکنش نشان دهند و از این رو یک منبع ارزشمند محسوب می شوند. علاوه بر این به دلیل اینکه این افراد عضوی از جامعه آسیب دیده هستند، آسیب دیدگان به آن ها اعتماد بیشتری دارند.

۳- **توانمند سازی:** در برنامه های یاری رسانی خطری که همیشه وجود دارد، خطر تحقیر کردن، منفعل ساختن، ناتوان کردن و وابسته

کردن بازماندگان به نیروهای امدادی است. به طور کلی سازمان های امداد رسان باید نسبت به این واقعیت آگاه باشند که کیفیت امداد رسانی باید مبتنی بر اصول احترام به خویشتن و استقلال افراد باشد به طوریکه به توانمند سازی افراد منتهی شود و بر توانایی ها و نقاط قوت آن ها تاکید شود. به این منظور باید افراد بازمانده در تمامی برنامه ها مشارکت فعال داشته باشند.

۴- **مشارکت اجتماعی و فعال بازماندگان در امداد رسانی و بازسازی:** داشتن احساس کنترل بر محیط سبب توانمند شدن افراد، احساس تعلق و مالکیت و تلاش بیشتر برای حل مشکلات می شود. از این رو در برنامه هایی که از مشارکت افراد بومی و محلی استفاده می شود، پایداری و موفقیت نتایج بیشتر است. چرا که 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 کار بردن اصطلاحات تخصصی باید دقت شود چرا که به عنوان مثال بعد از وقوع یک حادثه نظیر زلزله ممکن است بسیاری از افراد علایمی مانند تجربه وقوع مجدد و یا اجتناب و یا احساس غمگینی و افسردگی داشته باشند، ولی همه آن ها در حد یک علامت فراتر نمی رود و ما نمی توانیم تشخیص هایی مانند اختلال استرس بعد از حادثه^(۱) و یا

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.



افسردگی اساسی^(۱) 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 جهت 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 با مشارکت دادن نیروهای بومی، آموزش منابع محلی، تداوم داشته باشند.

اصول مدیریت سلامت روان در بلایا

پیشگیری اولیه	• فراهم نمودن سیستم های هشدار سریع • توسعه، تمرین، تکرار و تخصیص منابع لازم برای پاسخ به حادثه؛ از جمله - تعیین افرادی که قرار است در بحران مداخله کنند و تعیین وظایف و مسوولیت های آن ها؛ • مشخص کردن روش های اطلاع رسانی، محل بالقوه تریاژ و کمک های اولیه و محیط نگه دارنده^(۲)
پیشگیری سطح دوم	• تریاژ اولیه و شناسایی افراد و گروه های در معرض خطر؛ • بوجود آوردن محیط نگه دارنده، اطمینان از اینکه نیازهای اولیه افراد مانند غذا، سرپناه، بهداشت تامین شده است. مدیریت و ارائه خدمات پزشکی به افرادی که بسیار بی قرار هستند؛ • آموزش های روانشناختی و حمایت از افراد؛ • برقراری کمک های اولیه روان شناختی درمورد آسیب دیدگان
پیشگیری سطح سوم	• مدیریت درمان دارویی؛ • درمان شناختی - رفتاری؛ • پایش و نظارت جمعیت آسیب دیده از نظر علایم و اختلالات روانپزشکی

فصل سوم

مداخلات روانی - اجتماعی پس از وقوع حوادث غیر مترقبه و زلزله

نقش متخصصین بهداشت روان

روانپزشک مشاور علمی برنامه های بهداشت روان و روانشناس مسوول بهداشت روان دانشگاه که از اعضا اصلی کمیته اجرایی حمایت های روانی - اجتماعی در زلزله می باشند، نقش عمده ای در برنامه ریزی و عملیات اجرایی قبل و پس از وقوع حوادث در استان خود دارا هستند که در برنامه کشوری حمایت های روانی - اجتماعی در حوادث غیر مترقبه و زلزله به آن اشاره شده است. عمده این وظایف با همکاری تنگاتنگ کارشناس مسوول 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 ارایه 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 استان های 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 را ببینند
- اعزام روانپزشک و روانشناس تیم به بیمارستان محل مداوای مجروحین جهت حمایت روانی آنان و در صورت لزوم کمک به تیم های پزشکی
- انجام مداخلات روانی - اجتماعی تخصصی برای آسیب دیدگان بصورت سیاری
- اقداماتی ویژه برای گروه های خاص (کودکان بازمانده از حادثه، معلمین و مشاوران مدارس، داغ دیدگان، امدادگران و سایر پرسنل بهداشتی)
- برگزاری جلسات مذهبی به کمک روحانیون و سخنرانی اعضا کمیته (روانپزشک و روانشناس تیم) در این جلسات
- همکاری در ردیابی و باز پیوند خانوادگی با سازمان بهزیستی و جمعیت هلال احمر
- بیماریاریایی، درمان و در موارد ضروری ارجاع موارد مقاوم
- برنامه ریزی برای بازدید مسوولین 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 مسوولین 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 فعالیت های منطقه



- تشکیل کارگاه های آموزشی برای مشاوران و معلمین 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 تیم های حمایت روانی - اجتماعی به مداخله در مورد واکنش ها و آسیب های روانی ناشی از حادثه و مشکلات متعاقب آن می پردازند. بی شک این مداخلات زمانی حداکثر تاثیرگذاری را خواهند داشت که در هماهنگی کامل با سایر امدادهای ارسالی به منطقه آسیب دیده باشد. با توجه به این که مسوولیت حمایت های روانی - اجتماعی عمدتاً بر عهده متخصصین بهداشت روان حاضر در منطقه است، ایجاد هماهنگی بین افراد و گروه های مختلف از اولین وظایفی است که باید به آن پرداخته شود. چرا که در غیر این صورت انجام فعالیت های موازی توسط گروه های مختلف سبب اتلاف وقت، انرژی و نیروی انسانی می گردد. انجام هماهنگی بین گروه ها و سازمان های مختلف حاضر در منطقه، معمولاً طی جلساتی در ستاد مداخلات روانی - اجتماعی صورت می پذیرد. علاوه بر هماهنگی بین متخصصین، این ستاد موظف است با سایر ارگان هایی که می توانند در ارائه خدمات روانی - اجتماعی مؤثر باشند، از جمله روحانیون، مسوولین ارگان های دولتی - خصوصاً آموزش و پرورش - ارتباط برقرار نموده، هماهنگی های 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



فصل سوم

شاید در مواردی که ابعاد فاجعه چندان بزرگ نباشد - از قبیل تصادفی که سبب مرگ چند دانش آموز می گردد بتوان از مداخلات انفرادی سود جست، هر چند که حتی در این موارد نیز مداخلات گروهی به سبب این که افراد همگن را در شرایط مساوی قرار می دهد و بازماندگان را متوجه می سازد که در مورد مسایلی که با آن ها روبرو هستند تنها نبوده و افراد بسیاری در شرایط مشابه ایشان و مشکلات یکسان قرار دارند، از مزیت برخوردار است. در مورد زلزله ای که سبب خسارت های فراوان و مرگ تعداد زیادی از افراد می گردند - همانند زلزله بم در سال ۱۳۸۲ شمسی - اصولاً مداخلات انفرادی به دلیل محدودیت شدیدی که در میزان پوشش دهی جمعیت دارند از ارزش بسیار پایینی برخوردار هستند. هر چند برخی بر این عقیده اند که ارائه خدمات انفرادی سبب دقت بیشتر در ارائه خدمات به تک تک مراجعین می گردد، ولی اگر از دیدگاه «جامعه نگر» به مساله بنگریم، بهترین روش ارائه وجه مناسبی از خدمات در دسترس به حداکثر جمعیت می باشد 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 موثقی برای مداخلات روانی - اجتماعی نیست، در واقع این متخصصین هستند که باید به میان مردم بروند و با غربالگری فعال و ارائه مداخلات سیاری به حمایت از آسیب دیدگان بپردازند، نه اینکه انتظار داشته باشیم افراد به متخصصین مراجعه کنند.



مداخله در سوگ و نیز واکنش های ایجاد شده در اثر تروماست. مداخله به موقع و سریع به دنبال بروز زلزله سبب می گردد که علایم ایجاد شده در درصد بالایی از بازماندگان مرتفع گردد و اصولاً عمده کار گروه های حمایت های روانی - اجتماعی ارائه کمک های روان شناختی اولیه ^(۱) و رفع ۳ گروه ناشی از تروما شامل اجتناب - افکار مزاحم و بیش برانگیختگی و نیز واکنش سوگ پیچیده است.

کمک های اولیه روان شناختی در موقعیت های بحرانی:

به دنبال بلایا اغلب افراد هیجان ها و تجارب ناخوشایندی را تجربه می کنند. واکنش ها ممکن است ترکیبی از سردرگمی، ترس، ناامید، درماندگی، بی خوابی، دردهای جسمی، اضطراب و خشم، سوگ، شوک، خشونت و بی اعتمادی، احساس گناه و شرم، از دست دادن اعتماد و اطمینان از خود باشد. کمک های اولیه روان شناختی یک محیط امن، آسوده، مرتبط با دیگران، خودکارآمد، توانمند و پرامید را فراهم می کند.

واکنش	علائم و نشانه ها	بایدها	نبایدها
طبیعی	• لرزش • تنش عضلانی • تعریق • تهوع • اسهال خفیف • تپش قلب • اضطراب	• اطمینان بدهید • گروه های مشابه ای را تشکیل دهید • انگیزه بدهید • با آن ها صحبت کنید • به افراد در رسیدن به آرامش کمک کنید	• خشم خود را نشان ندهید • بیش از حد همدردی نکنید
هراس (واکنش فرار)	• تلاش برای فرار کردن • ازدست دادن قضاوت • گریه های غیرقابل کنترل	• 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 محدودیت های خودتان آگاه باشید • نوشیدنی گرمی به فرد بدهید تا آنرا بخورد	• از مهار فیزیکی خشن کمک نگیرید • با افراد برخورد فیزیکی نکنید • به روی آن ها آب نپاشید • از مواد خواب آور استفاده نکنید
افسردگی	• فقدان ابراز هیجانات • ایستادن و یا نشستن بدون حرکت کردن یا صحبت کردن	• 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 آن ها در مورد اتفاق پیش آمده با شما صحبت کنند • احساس خشم را در خود و افراد شناسایی کنید	• به آن ها نگویند که خسته شده اند و کم آورده اند • بیش از حد ترحم و دلسوزی نکنید • آرام بخش و خواب آور به آن ها ندهید • خشمگین رفتار نکنید
بیش فعال شدن	• جدال کننده و بحث کننده • صحبت کردن با سرعت زیاد • جک گفتن نامناسب • مطرح کردن پیشنهادات زیاد و متعدد • افزایش فعالیت ها	• به افراد اجازه دهید در مورد آن صحبت کنند • فرد را وادار به انجام فعالیت های بی خطر کنید. • به نیازهای پایه و اولیه فرد توجه کنید • خشم و احساس ناکافی در فرد را نظارت کنید	• خواب آور ندهید • با افراد بحث و مجادله نکنید • به افراد تلقین نکنید که فعالیت های آن ها غیرطبیعی است
واکنش های تبدیلی	• تهوع و استفراغ شدید • فرد ممکن است فلج شود.	• علاقه و توجه نشان دهید • آن ها را در وضعیت راحت و آرامی قرار دهید • جهت پرت کردن حواس فرد، او را مشغول به کاری کنید • از احساس های خودتان در مورد آن ها آگاه باشید (خشم - ناکامی - خنده دار و عجیب)	• آشکارا ناتوانی افراد را نادیده نگیرید • آن ها را شرمندانه نکنید • آن ها را مورد تمسخر قرار ندهید • با دیگران در مورد آن ها شوخی نکنید • به آن ها نگویند که چیز اشتباه و نادرستی وجود دارد.

واکنش های تبدیلی ناشایع هستند.

فصل سوم



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 آن ها شما را نپذیرند (فراهم کردن آسودگی).

- اطلاعات درست و دقیقی در مورد حادثه و آسیب و اقداماتی که در حال انجام است ارایه 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 آشنایانشان ارتباط برقرار کنند (ارتباط با دیگران).

- افراد خانواده را دور هم جمع کنید. در صورت امکان شرایطی فراهم نمایید تا کودکان به والدین و یا عضو نزدیکی از اعضا خانواده شان بازگردند (ارتباط با دیگران).

- پیشنهادات عملی و امکان پذیر برای اجرای کارهایی که بتواند خودکارآمدی را افزایش دهد ارایه دهید (افزایش خودکارآمدی).

- به افراد کمک کنید تا نیازهایشان را تامین کنند (افزایش خودکارآمدی).^(۱)

- مکان های ارایه دهنده انواع خدمات دولتی و غیردولتی را به مردم آسیب دیده معرفی کنید (امیدواری).



نبایدها:

- بازماندگان را مجبور نکنید که درمورد داستان خود و اتفاقاتی که پیش آمده به خصوص درمورد جزئیات ماجرا صحبت کنند. چرا که 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 بی مورد ندهید مثلاً نگویند «همه چیز خوب خواهد شد» و یا «حداقل شما زنده ماندید». بیان این جملات سبب کاهش آرامش افراد می گردد.

- به افراد نگویند که در حال حاضر چه کاری باید انجام دهند، یا چگونه فکر کنند، یاچه احساسی داشته باشند و یا اینکه قبلاً چه کار باید انجام می دادند. این کار باعث کاهش خودکارآمدی و افزایش احساس گناه می شود.

- به افراد نگویند که شما به علت رفتارها و باورهایتان دچار رنج و عذاب شده اید. این موضوع باعث کاهش خودکارآمدی افراد می شود.

- قولی ندهید که قابل اجرا نیست. قول هایی که اجرا نشوند منجر به کاهش امیدواری در فرد می شود.

- از خدمات موجود و فعالیت های انجام شده انتقاد نکنید چرا که منجر به کاهش امیدواری و آرامش افراد می شود.

اطلاع آسیب دیدگان از خدمات موجود در منطقه است.

کمک های اولیه روان شناختی سبب افزایش تاب آوری افراد و جامعه آسیب دیده می شود. همچنین منجر به افزایش خودکارآمدی و کاهش احساس قربانی شدن و وابستگی آسیب دیدگان می شود.

تشکیل گروه های حمایت روانی - اجتماعی:

هر گروه از دو نفر از متخصصین ترجیحاً یک روان پزشک و یک روان شناس (و یا برحسب ضرورت از متخصصین دیگر) تشکیل می گردد، هرچند که تشکیل گروه های دو نفره از روان پزشکان و روان شناسان کارایی قابل قبولی دارد ولی درعمل تجربه نشان داده است که وجود یک مددکار اجتماعی درتیم حمایت روانی - اجتماعی برای رسیدگی و توجه به مشکلات اجتماعی آسیب دیدگان و کمک به آنان برای رفع مشکلاتشان کمک کننده است و منجر به پذیرش بیشتر تیم مداخله ای می شود. البته این نکته نباید از نظر دور بماند که کاهش علایم و عوارض روانی ناشی از آسیب و بهبود عملکرد افراد آسیب دیده به دنبال مداخلات روان شناختی و تکیه ای که مداخلات ارایه شده بر عادی سازی واکنش ها و توانمندسازی

اجزا کمک های اولیه روان شناختی

کمک های اولیه روان شناختی یک مداخله ساختاریافته است که درطی سال های اخیر تاحدود زیادی جایگزین بازگویی روان شناختی شده است. کمک های اولیه روان شناختی شامل مجموعه ای از ۸ نوع مداخله بعد از وقوع حادثه است که شامل موارد زیر می باشد:

- ۱- مشارکت فعال بازماندگان^(۱): هدف پاسخ به نیازهای قربانیان به شیوه مشارکتی و حمایتی است.
- ۲- امنیت و راحتی^(۲): هدف کمک در فراهم کردن نیازهای اولیه و فوری و ایجاد شرایط هیجانی بهتر برای بازماندگان می باشد.
- ۳- پایدارسدن^(۳): هدف کاهش استرس ایجاد شده توسط حادثه آسیب زا می باشد.
- ۴- جمع آوری اطلاعات^(۴): هدف ارزیابی نیازهای فوری و اولیه بازماندگان در شرایط وقوع بحران است.
- ۵- دسترسی های اجرایی^(۵): هدف فراهم کردن محیطی است که آسیب دیدگان بتوانند در آنجا به حل مشکلات خود بپردازند.
- ۶- ارتباط با حمایت گره های اجتماعی: هدف حمایت از آسیب دیدگان برای ارتباط با سیستم های حمایتی اولیه می باشد.
- ۷- اطلاعات سازگاری با حادثه^(۶): هدف پیشنهاد و ارایه اطلاعات کلامی و نوشتاری در زمینه مهارت های سازگاری و افزایش تاب آوری در مواجهه با بلایا می باشد.
- ۸- ارتباط با خدمات مشارکتی^(۷): هدف آگاهی و

-
- 1 - Contact & Engagement
 - 2 - Safety & Comfort
 - 3 - Stabilization
 - 4 - Information Gathering
 - 5 - Practical Assistance
 - 6 - Coping Information
 - 7 - Linkage with Collaborative Services



فصل سوم

تشکیل می گردد. بسیار اهمیت دارد که تمامی جلسات یک گروه از آسیب دیدگان توسط همین دو نفر رهبری گردد و تغییر تسهیل گران گروه در نیمه راه، می تواند میزان همکاری و اعتماد شرکت کنندگان و همین طور 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 می توانند نقش های 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 استان ها) سبب محرومیت آنان از برنامه های حمایت های روانی اجتماعی می گردد. هرچند که اقدامات حمایتی در صورتی بیشترین تاثیرگذاری را خواهند داشت که در محل بروز فاجعه صورت پذیرند، این بدان معنا نیست که افرادی که محل را ترک نموده اند نیازی به این حمایت ها نخواهند داشت، برعکس، به دلیل این که از جمع افراد همگن خود یعنی جمع بازماندگان فاجعه دور می شوند ممکن است بر سر راه کنار آمدن با واقعیت با مشکلاتی روبرو باشند و از سوی دیگر با استرس های 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 آرایه می گردد، به عمل آید.

در جریان زلزله تعدادی از متخصصین برای کمک به آسیب دیدگان به صورت 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



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 کار بالینی تفاوت های عمده ای دارد، حتماً باید دقت شود که روان شناسانی 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 آرایه خدمات صحیح نخواهند بود.

آموزش مداخله در بحران و نحوه عملکرد در گروه، طی کارگاه های سه روزه صورت می پذیرد. این آمادگی باید قبل از بحران در دانشگاه ها 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 آرایه سریع آموزش به متخصصین بهداشت روان می باشد.

همان طور که گفته شد، هر گروه توسط دو متخصص

به این که اساساً یکی از مشکلاتی که آسیب دیدگان پیدا می کنند از بین رفتن احساس تداوم زندگی است، حضور موقت بسیاری از این متخصصین می تواند به جای مفید بودن حتی مضر نیز باشد. این افراد فرصت شرکت در گروه های مداخله ای را نیز پیدا نخواهند کرد چرا که یک گروه مداخله ای باید توسط یک تیم واحد رهبری شود و عوض شدن مداخله گر اثر نامطلوبی بر روی آسیب دیدگانی که در گروه، شرکت می کنند، می گذارد.

مراحل و جلسات گروه های حمایت روانی اجتماعی

۱- غربالگری: اولین گام در جهت تشکیل گروه ها، تعیین افرادی است که نیاز به شرکت در این گروه ها را دارند، یعنی انجام غربالگری (Screening) است. غربالگری توسط تیم های دوفره متخصصین که در مرحله بعد هدایت و رهبری گروه را بر عهده خواهند گرفت صورت می پذیرد. غربالگری عمدتاً به صورت جستجو برای علایم خاص در بین افراد خانواده صورت می پذیرد و در صورت وجود این علایم، افراد به گروه های مناسب (۱۲-۶ سال، ۱۸-۱۲ سال و گروه بالغین) هدایت خواهند شد. نظرات متفاوتی در مورد تشکیل گروه ها از اعضای متعلق به هر دو جنس در رده های سنی متفاوت، وجود دارد، برخی معتقدند تشکیل گروه به صورت ترکیبی از دو جنس باعث می شود که افراد نتوانند به راحتی ابراز احساسات نمایند و تمامی نگرانی های خود را مطرح نمایند. از سوی دیگر، دیدگاه متفاوتی بیان می کند که حضور زن و شوهر، خواهر و برادر در کنار هم در گروه ها سبب می گردد 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 نگرانی های خود لب فرو می بندند، بدهد.

با در نظر گرفتن این دو روش، توصیه اکید این است که متخصصین در مورد نحوه تشکیل گروه ها، با رجوع به فرهنگ و رسوم منطقه و نیز با توجه به خواست های فعلی بازماندگان - که می تواند در جهت سنن قبیله باشد یا نباشد - عمل نمایند، چرا که دریافت کنندگان خدمات، بهتر از هر کس دیگری می توانند روش موثرتر را برگزینند.

در موارد زیادی چنین انگاشته می شود که عموماً مردان استقبال کمتری از شرکت در گروه های حمایت های روانی - اجتماعی می کنند. چنین نتیجه گیری، 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 گروه ها 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 آن هاست. باید به خاطر داشت که به دلیل مشکلات محیطی و استرس های 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 روش های مناسب حل این مساله - همان طور 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 آسیب های روانی در مورد وی وجود دارد، و به زبان ساده تر، در مورد وی، نگرانی از وضعیت سلامت روان در حد بالاتری خواهد بود.

اصولاً همه افراد به دنبال زلزله دچار اختلال استرس حاد نمی گردند و بسیاری افرادی که بدون داشتن علایم این اختلال، ماه ها یا سال ها بعد دچار اختلال استرس پس از سانحه گردند. بنابراین در هر مقطع

فصل سوم

علایم بیش‌برانگیزتگی و تحریک‌پذیری و اجتناب شناختی و رفتاری به نحوی که برای افراد قابل درک باشد سوال گردد و در صورتی که هریک از این علایم 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 ناهمگن از مشکلات و صحنه‌های دلخراشی که شاهد آن بوده‌اند، سبب بروز علایم 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.

۲- آغاز کار گروهی: قبل از ورود به بحث در مورد جلسه اول باید متذکر شد که درسال‌های اخیر به خصوص در مورد بازگویی روان‌شناختی انفرادی شواهدی به دست 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

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 ارایه نشده است) صورت می‌پذیرد، چنین افرادی را بتوان شناسایی نمود.

طی غربالگری باید در مورد علایمی هم چون اختلال در خواب، اشکال در به یادآوردن حادثه، افکار مزاحمی که فرد نمی‌تواند آن‌ها را کنار بزند،



نکته:

در مورد تعداد افراد شرکت‌کننده در یک گروه، در منابع به اعداد مختلفی اشاره شده است. به طور 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.

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 هم چنین 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.
- مسایلی 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 مسایلی 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- به صورت گروهی اجرا شود
- ۲- همراه با سایر تکنیک‌های بهبودی اجرا شود
- ۳- در مواردی که علایم 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

فصل سوم

می خواهیم در مورد پسر بچه (یا مرد یا زنی) برایتان صحبت کنم که می دانم چه اتفاقاتی برای شما 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 می توان این گونه ادامه داد: «چنین واکنش هایی می تواند برای هر کسی اتفاق بیفتد. در واقع اکثر کودکان و یا افراد، پس از تجربه اتفاقات ترسناک چنین حالت هایی را تجربه می کنند و داشتن این واکنش ها طبیعی است. در این جا در مورد چیزهایی صحبت می کنیم که سبب این واکنش ها می شوند.»

استفاده از تکنیک بازگویی روان شناختی به تنهایی و تک جلسه ای و به صورت فردی توصیه نمی گردد.

ج - کار بر روی افکار مزاحم:

– ابتدا با کمک خود گروه، شروع به ساختن لیستی از حوادث آسیبزا نموده و از آنان می خواهیم تا موارد ذکر شده را روی تخته سفید بنویسد. لزومی ندارد که وارد جزئیات تجربیات هر فرد شویم فقط لیستی از عوامل آسیب زا در حیطه های مختلف حسی (بینایی، بویایی، شنیداری و ...)، اماکن، وضعیت های مختلف تهیه کنید. نمونه هایی از عواملی که آغازگر افکار مزاحم می گردند، در زیر به عنوان مثال آورده شده اند:

* لباس و یونیفرم نیروهای امداد

* پتو (که برای حمل اجساد استفاده شده است)

* صدای پارس سگ ها

* حمام

* صدای باد

– عادی سازی واکنش: پس از تهیه لیست با استفاده از کمک خود گروه، در جهت عادی سازی واکنش ها و کمک به اعضا برای کنترل افکار مزاحم، اقدام می کنیم:

کنار چه کسانی و مشغول چه کاری بوده اند. ابتدا شروع آن را چگونه احساس کرده اند، متعاقب آن چه اتفاقاتی افتاده و در طی آن زمان چه وضعیت و احساسی داشته اند، چگونه نجات پیدا کرده اند و پس از آن چه اتفاقاتی افتاده است. معمولاً افراد گروه هم چنین راغب خواهند بود که از مسایل دیگری هم چون نحوه اطلاع یافتن از فوت، آسیب دیدگی و یا سلامت عزیزانشان، نحوه دسترسی به اطلاعات مورد نیازشان و نیز مشکلاتی که با آن روبرو بوده اند صحبت کنند. باید دقت کنیم که در عین حال که تک تک افراد را ترغیب به بازگویی ماوقع می کنیم، 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 می تواند 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 کرده ایم، وقت آن است که در مورد خاطرات ناگوار حادثه باهم صحبت کنیم و یاد بگیریم که چه طور آن ها را کنترل کنیم. الان من



«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 یادآوری‌کننده‌ها 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 گذارده 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، در حالی 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

فصل سوم

نتیجه گیری کند و احتمالاً تمام این مراحل دوباره تمرین می شود.

۳- تکنیک های شنیداری، بویایی و حرکتی:

هرچند که تصاویر، رایجترین نوع پدیده های مزاحم هستند، افراد پدیده های مزاحم دیگری را نیز گزارش می کنند، از قبیل صداهای مزاحم (جیغ بچه ها، صدای سگ ها)، بوی مزاحم (بوی اجساد، آتش سوزی) و حس های بدنی (مانند پرت شدن). از افراد می خواهیم صدای مزاحم را دقیقاً به خاطر آورند، با تمام جزئیات آن ها، مانند ریتم، بلندی، محل، تندی، زیر و بمی و ... سپس از آن ها می خواهیم تصور کنند این صدا از رادیویی پخش می شود که می توانند صدای آن را تغییر دهند، بدین ترتیب فرد می تواند 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 می توانیم از تصور بوی خوشایند استفاده کنیم. از فرد می خواهیم پس از تصور این بوی ناخوشایند، آن را به صورت دودی ببیند که از هم تلاشی می گردد، یا این که تماماً وارد بادکنکی می گردد. 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 می بوید.

برای مقابله با تجارب حرکتی (Kinesthetic) مثلاً تجربه مجدد حرکت ناشی از زلزله پس از هر پس لرزه یا حتی لرزش ناشی از عبور یک کامیون، می توان 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 می تواند با توجه به جنبه های بازی گونه آن و دربر گرفتن کلیه جهات حرکتی مفید باشد.

دهند، طوری که به تدریج از وضوح آن کاسته شده، و نهایتاً دکمه «خاموش» را فشار دهند.

– تکنیک دست و فاصله: از افراد می خواهیم در کف دست ما تصویر مزاحم خود را تصور نموده و ببینند، سپس به آرامی دستمان را دور و دورتر می کنیم، به این ترتیب تصویر کوچک و کوچک تر شده و نهایتاً محو می گردد. سپس این کار را می توان در گروه های دو نفره انجام داد.

– قاب کردن: تصویر مزاحم را قاب می کنیم. این قاب را می توان پشت و رو کرد، به نحوی که دیگر تصویر دیده نشود.

– تصاویر مثبت بازدارنده: از افراد می خواهیم تصویری مثبت و آرامش بخش را تصور کنند. سپس این تصویر را جایگزین تصویری می نمایند که آزار دهنده است.

– قفل کردن: از فرد می خواهیم 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 می شود از تکنیک های پردازش مجدد وحس زدایی حرکت چشم مشتق می شود و کانون توجه روی تصویر سازی ذهنی آزار دهنده می باشد. در این روش هر فرد هماهنگ با ریتمی که هر گروه می سازد و در حالیکه تصویر آزار دهنده را در ذهن نگه می دارد ضربه ای به زانوی خود می زند. نباید از فرد کاری غیر از توجه به تغییراتی که همزمان برای تصویر ذهنی او رخ می دهد، خواسته شود. در ابتدا سه سری ضربه به فاصله ۳۰ ثانیه زده می شود. سری چهارم زمانی زده می شود که به گروه گفته شود که تصویر را به تدریج از ذهن خارج کند. سری پنجم و آخرین دسته زمانی زده می شود که به افراد گفته شود تا یک صحنه خوشایند را در ذهن خود تصور کنند سپس از گروه خواسته می شود تا از کار خود

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. تاکید 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 رویاها

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 دلوایس خواهند بود و به راحتی وحشت‌زده می‌شوند. هم چنین تحریک پذیر شده و اشکال در تمرکز خواهند داشت، اختلالات خواب نیز با تاثیر منفی روی عملکرد، به این مساله دامن خواهد زد. به دلیل تاثیر منفی برانگیختگی شدید بر روی زندگی افراد و نقش آن در تقویت دیگر علایم، مداخله در مورد این علامت ضروری است.

اهداف جلسه:

- مرور تکالیف جلسه قبل

- مفهوم برانگیختگی

- کنترل نگرانی و آموزش آرام سازی

- برنامه‌ریزی

- کنترل خواب

- مرور جلسه و تکالیف



فصل سوم

وسایل مورد نیاز:

- فلیپ چارت و ماژیک

فعالیت ها:

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 تاکنون 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، حتی اگر تجربه موفقی 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 آسیب ها را شرح دهند:

«امروز می خواهیم در مورد واکنش های بدن در موقعیت های ترسناک یا یادآوری این موقعیت ها را بررسی کنیم، به طور مثال عصبی شدن هنگام بسته شدن در با صدای بلند. آیا می توانید مثال هایی از این قبیل بیابید؟»

با کمک افراد مثال هایی را انتخاب می کنیم و واکنش های فیزیکی به دنبال این حوادث را بررسی می کنیم:

«وقتی صدای تصادف را شنیدم، تپش قلب پیدا کردم.»

«با صدای کوبیده شدن پنجره، از جا پریدم.» و غیره
لیستی از تغییرات بدنی تهیه می کنیم:

- افزایش ضربان قلب

- سریع شدن تنفس

- گیجی، تهوع

- درد در اندام ها

- عرق کردن

- احساس عدم کنترل

- و غیره

تکمیل لیست با کمک گروه صورت می گیرد. هرچند ممکن است هیچ یک از اعضای گروه چنین تجاربی را نداشته باشند، باز باید پرسیم آیا تاکنون آنقدر ترسیده اند که فکر کنند کنترل خود را از دست می دهند؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، باید اطمینان بدهیم که از دست دادن کنترل 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 شرکت کنندگان، توضیح می دهیم 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 کرده ایم. سپس آرام سازی را در مواقع ترس و وحشت پیشنهاد می کنیم و قبل از آموزش آن، از هر کس می پرسیم که در مواقع لزوم چگونه خود را آرام می کنند.

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

توصیه می شود با توجه به شرایط خاص افراد، در مداخلات پس از بحران حتی الامکان از روش های

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:

پس از آموزش مهارت، تاکید می‌کنیم 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 آرام‌سازی تمرکز می‌کند. این وظیفه دستیار رهبر است که به واکنش‌های غیر کلامی افراد طی جلسه توجه داشته و در صورت لزوم به کمک افراد برود.

کنترل تنفس: اصولاً تنفس دیافراگمی در کمک به آرام‌سازی مفید بوده و در مواردی که افراد نگران و آشفته هستند، می‌تواند مانع تنفس زیاد شود. به افراد آموزش می‌دهیم که آرام و شمرده نفس بکشند و طی تمرین آرام‌سازی، به هنگام انقباض ماهیچه‌های 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.



«بنشینید و خود را در وضعیت راحتی قرار دهید. چشمانتان را ببندید و سعی کنید به چیزی فکر نکنید. عضلات خود را به ترتیب به شدت منقبض و سپس رها کنید. می‌توانید از دست شروع کنید و مشت‌های تان را بفشارید و دست‌های تان را به جلو کشیده و عضلات بازو و ساعد خود را منقبض کنید. پس از چند ثانیه مشتتان را باز کنید و دست‌های تان را آرام پایین بیاورید و روی پای تان 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 به ترتیب برای تمام عضلات از جمله، عضلات قفسه سینه شانه‌ها، کمر و شکم، ران‌ها و ساق پا و کف پا و عضلات صورت و گردن انجام دهید. با هر بار انقباض و رهاسازی عضله چند بار نفس عمیق بکشید و کلمه آرامش را در ذهن خود تکرار کنید. برای این که تنفس منظمی داشته باشید باید ریه‌های خود را با سه شماره و در سه مرحله پر و خالی 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 کم‌کم مهارت پیدا خواهید کرد.»

فصل سوم



در جهت بهبود وضعیت خواب می توان به افراد نمود، عبارتند از: برنامه منظم خواب، استفاده از مهارت های آرام سازی قبل از رفتن به رختخواب. هم چنین باید به افراد یادآوری نمود که این تکنیک ها را هم برای به خواب رفتن و هم برای خوابیدن مجدد در نیمه های شب استفاده نمود.

بازسازی رویا و در نظر گرفتن پایان مثبت برای رویاها بخصوص برای افرادی که از کابوس های شبانه رنج می برند کمک کننده است. می توان از افراد خواست قبل از خواب تصمیم بگیرند خواب بد نبینند یا تجسم کنند که چه صحنه های خوبی در خواب ببینند. پس از خواب نیز می توانند پس از استفاده از تکنیک آرام سازی، پایان بهتری را برای خواب خود در ذهن مجسم کنند.

سایر توصیه های مناسب عبارتند از:

(۱) اجتناب از مصرف کافئین و نیکوتین در ساعات

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

- «دوباره حالم دارد بد می شود.»

- «از کنترل من خارج است.»

در مورد کودکان، می توانیم به آن ها آموزش دهیم که با همنشین خیالی خود صحبت کنند. در صورتی که زمان کافی داشته باشیم، از یک داوطلب می خواهیم خود را در موقعیت خیالی ترس قرار دهد، افکار آزاردهنده اش را بیان کند و از گروه برای دریافت افکار مثبت جایگزین کمک بگیرد. هریک از افراد گروه می توانند بهترین جایگزین های 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 علایم بیش برانگیختگی در افراد بسیار شایع است. توصیه هایی که

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 صدای 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 فعالیت های دلپذیر خود محروم می نمایند، این درحالی است که ادامه فعالیت های مورد علاقه، حتی در موقعیت های مصیبت بار امکان وجود جنبه های عادی زندگی را فراهم نموده و در افراد امید به آینده را ترغیب می کند. چنین فعالیت هایی ایجاد احساس خودباوری نموده، ارتباط با همتایان را بهبود می بخشد و از طرف دیگر می توانند به بهبود خواب شبانه کمک کند.

لیست فعالیت های سرگرم کننده باید با کمک خود گروه تهیه گردد و هیچ پیشنهادی از سوی گروه نباید نادیده انگاشته شود. سپس به افراد کمک می کنیم فعالیت ها را به گونه ای زمان بندی کنند که انجام آن ها به سادگی میسر باشد. در جلسه بعد به بررسی فعالیت هایی که هر فرد طی هفته انجام داده است می پردازیم.

تکلیف منزل:

- ترکیب تنفس دیافراگمی و آرام سازی عضلانی

- تهیه ثبت فعالیت های سرگرم کننده

اتمام کار گروه: به دنبال تعیین تکلیف منزل، پایان کار گروه را اعلام می داریم و از افراد به خاطر حضور فعالشان تشکر می کنیم. از تک تک افراد در مورد بخش مورد علاقه شان سوال می کنیم.

جلسه سوم: اجتناب

اجتناب اعم از اجتناب شناختی یا رفتاری از علایم شایع اختلال استرس پس از سانحه می باشد.

اجتناب شناختی به مفهوم تلاش برای فکر نکردن و به خاطر نیاوردن وقایع آزاردهنده و اجتناب رفتاری به مفهوم کناره گیری از عوامل یادآورنده حوادث آسیبزا و آزاردهنده می باشد. به دنبال اجتناب، دو مشکل عمده، برای فرد به وجود می آید: اول، ممکن است محدودیت هایی در عملکرد فرد به وجود بیاید، مثلاً کودک از رفتن به مدرسه سرباز زند، دوم، این که هرچند اجتناب سبب می گردد موقتاً به آرامش خیال برسد، از آنجا که مانع از پردازش صحیح اطلاعات می گردد، در درازمدت فرد را دچار مشکل خواهد کرد و به سیکل معیوبی از افزایش افکار آزاردهنده که اجتناب را سبب می شوند می انجامد. 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 مورد نیاز

- فلیپ چارت و ماژیک

- کاغذ و وسایل نقاشی (گروه کودکان)

- توپ

- دفترچه یادداشت

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

مرور تکالیف منزل: از انجام روش های آرام سازی

فصل سوم

خیالی و واقعی که در فرصت های بعدی خود انجام می دهند آماده سازیم. کودکان قادر خواهند بود از بزرگترهای خود کمک بگیرند. به دلایل 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 یادآوری کننده ها و اجتناب صحبت می کنیم، چرا که برای افراد ملموس تر است. به دنبال زلزله، باید به افراد آموزش دهیم بین اجتناب انطباقی (مانند اجتناب از رفتن به محلی که احتمال سقوط

سوال می کنیم. آیا موفق به انجام آن شده اند؟ آیا موثر بوده است؟ بهترین زمان روز چه موقع بوده است؟ آیا به هنگام برانگیختگی و ترس، و یا هنگام هجوم افکار مزاحم توانسته اند از این روش استفاده کنند؟

رویارویی و مواجهه تدریجی

این قسمت از کار گروهی را می توان مشکل ترین فعالیت شمرد، چرا که افراد به طور عمدی درگیر مواجهه با خاطرات آسیبزا و آزاردهنده می گردند. هدف از جلسه مواجهه شدید گروهی نیست، بلکه می خواهیم با آموزش های لازم، آنان را برای مواجهه



دیوارش وجود دارد) و اجتناب غیر انطباقی تمایز قایل 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، هم چنین 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 چیزهایی 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 را 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 یادآوری کننده‌ها: با استفاده از تخته سفید لیستی از یادآوری کننده‌ها تهیه می‌کنیم، طی تهیه لیست سعی می‌کنیم مثال‌هایی از مشکل آفرین‌ترین یادآورنده‌ها بیاوریم (مثل محل حادثه) و تا حد امکان کمک می‌کنیم لیست وسیعی از یادآوری کننده‌ها بدست آوریم. این یادآوری کننده‌ها می‌تواند به صورت زیر باشد.

- مکان‌ها و اشیا (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، یادآوری کننده‌ای 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 یادآوری کننده‌ها 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

فصل سوم

پایینی خود را انتخاب نموده، پس از آرام سازی روی آن قرار بگیرد و تمامی مراحل را انجام دهد. سپس بازخورد تک تک افراد را جویا شده و در جهت رفع مشکلات احتمالی به آنان کمک می کنیم.

روش های دیگری که برای مواجهه با خاطرات آسیبزا وجود دارند، عبارتند از: نقاشی (کودکان)، نوشتن (نوجوانان و بالغین) و صحبت کردن.

در تجربه مداخلات گروهی در بیم، 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 می شویم که اولین راه بیرون آوردن خاطرات، طراحی آن ها، نوشتن یا صحبت در مورد آن هاست. 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، می خواهیم در مورد آن چه ترسیم کرده اند، صحبت کنند و آنان را مورد تشویق قرار می دهیم. استفاده از نوشتن، خصوصاً در گروه نوجوانان مفید است. دست خط و سبک نوشتار اصلاً مهم نیست. فرد می تواند جزئیات را به صورت یک داستان، نامه ای 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 آسیب دیده تشویق نمود. بسیار اتفاق می افتد که افراد از ترس مضطرب کردن دیگران، لب فرو می بندند، حتی بسیار دیده می شود 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 درمی آوریم:

باشد، ولی اگر گام ها را کوچک برداریم راحت می توانیم بر ترس خود غلبه کنیم. در ضمن، باید تاکید نمود که سرعت پیمودن پله ها در هر فرد متفاوت است و با استفاده از مهارت های آموخته شده در جلسات قبل می توانیم از غلبه کردن ترس جلوگیری کنیم.

در مورد کودکان می توانیم درجات ترس را به درجات دماسنج تشبیه کنیم (به شرطی که کودکان از دماسنجی که هنگام مراجعه به پزشک از آن استفاده می شود واهمه ای نداشته باشند)، هرچه داغتر باشد، نشان می دهد که کودک بیشتر ترسیده است. ابزار دیگر، خط کش مدرجی است که از صفر تا ۱۰ شماره گذاری شده است.

در مرحله بعد، این درجه بندی را به کلماتی که بیانگر احساس است تبدیل می کنیم. افراد کلماتی را برای توصیف احساسات در پایین دماسنج (مثلاً آرام، راحت) و نیز واژه هایی برای درجات بالایی (هولناک، وحشتناک) بیان می کنند. سپس حالت ها و احساسات بدنشان را در نقاط مختلف روی مقیاس شرح می دهند. پس از آن اعضای گروه چند مورد از جملات کنترل شده خود را به خاطر می آورند. مانند «می توانم»، «نمی تواند به من آسیب بزند» و ...

مجدداً تاکید می کنیم که هر فرد به صورت مجزا عمل می کند و این جلسه تنها جهت آموزش گام های 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 دستورالعمل ها بهتر است یک مواجهه خیالی کوتاه را در گروه تمرین کنیم. هر فرد پله



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.

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

مزایا: - دلم خالی می‌شود.
- شاید بتوانند به من کنند.

معایب: - ممکن است به من بخندند.
- ممکن است کنترل‌م را از دست بدهم.

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

فصل سوم

ارایه شود. این اطلاعات باید دقیق، شفاف و به زبانی ساده باشد. ارایه اطلاعات بیش از حد و نامتناسب، به اندازه ندادن اطلاعات، آسیب زاست. اطلاعات باید در زمینه های زیر ارایه 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 ارایه شود.

اطلاع رسانی در خصوص واکنش های روان شناختی افراد در بحران و عادی سازی این واکنش ها به افراد کمک می کند تا این واکنش ها را در وجود خود شناسایی کنند و ارتباط آن را با واقعه آسیب زا درک نمایند. هم چنین به آن ها کمک می کند که به راحتی احساساتشان را بروز دهند.

در اطلاع رسانی به موارد زیر توجه داشته باشید:

- احساس گناه را تقویت نکنید.

- لازم نیست همه سؤالات را بدانید. در مواردی که اطلاع دقیق ندارید، اطلاعات غلط و یا مشکوک ندهید.

- ارایه اطلاعات را به تعویق نیندازید، هرچند 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، ارایه کنید و از گفتن اطلاعات ناگوار وقتی که فرد تنها است خود داری کنید.

فرزندانشان چگونه تحت تأثیر قرار گرفته اند، و بتوانند بین واکنش های کودکان و بزرگسالان ارتباطی برقرار کنند تا از عهده کمک به فرزندان بر آیند.

پس از تهیه لیست واکنش های کودکان با کمک والدین، تأکید می کنیم که بروز این واکنش ها طبیعی است، و عکس العمل هر کودک می تواند متفاوت باشد. عکس العمل های رایج در برابر استرس ها مطرح می شود و با کمک والدین بین لیست اولیه و این عکس العمل ها ارتباط برقرار می گردد.

در مرحله بعد بزرگترها می آموزند که چه طور به کودکان شان در انجام تکالیف منزل کمک کنند، و در ضمن از طریق صحبت کردن، پیام های غیر کلامی از قبیل نوازش به موقع، تشویق کودکان به مطرح کردن دلواپسی هایشان، به آنان کمک کنند.

ارایه 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 ارایه 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 می توان گفت: «متأسفانه ما هم هنوز نمی دانیم. ولی تا جایی که ممکن است در راه یافتن وی تلاش خواهیم کرد.»

آموزش روان شناختی در بلایا

بعد از وقوع بلایا و حوادث آسیب زا، وجود هرج و مرج از تبادل اطلاعات صحیح جلوگیری می نماید و فقدان اطلاعات، موجب افزایش اضطراب، نگرانی و ترس خواهد شد. امدادگر می تواند شرایطی را فراهم آورد تا اطلاعات و شواهد واقعی و درستی به فرد آسیب دیده



فصل چهارم

مداخله در سوگ

سوگ عبارتست از مجموعه افکار، احساسات و واکنش هایی که فرد در مواجهه با یک فقدان، بروز می دهد. چرخه ای که فرد برای پذیرش فقدان طی می کند، چرخه سوگ نام دارد. هنگامی که فرد قادر نباشد فرآیند طبیعی سوگ را طی نماید و دچار احساسات دوگانه و تعارض آمیز گردد، سوگ عارضه دار به وجود می آید.

به دنبال فجایع و فقدان هایی که نتیجه وقایع وحشتناک و یا خشونت آمیز 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 واکنش های طبیعی و غیرطبیعی سوگ را از هم تشخیص بدهیم.

به دو دلیل مداخلات مربوط به سوگ را به طور جداگانه از سایر مداخلات مطرح می کنیم، 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 می کنند در حالی که اموال و متعلقات خود را از دست می دهند. از سوی دیگر گاه اتفاق می افتد که اکثر یا تمامی بازماندگان عزیز یا عزیزانی را از دست می دهند. دوم به این دلیل که عقاید و رسوم و آداب مربوط به مرگ در جوامع مختلف کاملاً متفاوت است. همان طور که خواهیم دید این رسوم نقش مهمی در سوگواری افراد دارند، و روش تسهیل روند سوگواری افراد از جامعه ای به جامعه دیگر متفاوت است.



پاسخ به مرگ در مراحل مختلف زندگی

میزان تکامل عاطفی و شناختی نقش تعیین کننده‌ای 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 شمول بودن مرگ پی می‌برند. در برخی جوامع، والدین تمایل دارند که از مطرح نمودن مساله مرگ و صحبت در مورد آن با کودکان خود طفره ببرند. 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 پدیده‌ای که همزمان رخ می‌دهد، رابطه علت و معلول برقرار می‌کند. مثلاً اگر به برادرش گفته که او را دوست ندارد، خدا کند بلایی سرش بیاید و تصادفاً نیز برادر وی در اثر سانحه زخمی می‌شود، می‌اندیشد که فکر و سخن او باعث حادثه برای برادرش شده است، در نتیجه احساس گناه پیدا می‌کند.

نوجوانان، با دارا بودن قدرت درک انتزاعی، به غیرقابل اجتناب بودن مرگ و نیز این که مرگ پایان خط زندگی است، پی می‌برند. اما این بدان مفهوم نیست که فرد نوجوان با احتمال مرگ خود و عزیزانش، به راحتی می‌تواند کنار بیاید. برخلاف کودکان و نوجوانان، معمولاً بالغین مسن‌تر با مساله نزدیک شدن مرگ، راحت‌تر کنار می‌آیند.

واکنش در برابر مرگ

هیچ واکنشی در برابر مرگ را نمی‌توان «صحیح» یا «غلط» برشمرد. افراد مختلف واکنش‌های متفاوتی از خود بروز می‌دهند. واکنش‌های معمولی در کودکان عبارتند از: شوک و ناباوری، اعتراض به آنچه اتفاق افتاده، آپاتی و گاه ادامه فعالیت‌ها به صورت 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 می‌ترسد که اگر به خواب برود، دیگر نتواند بیدار شود. ممکن است کودک مکرراً گریه کند، یا بی‌تفاوت باشد. گاهی کودک تماماً با خاطرات مربوط به متوفی اشتغال ذهنی دارد و با وی همانند سازی می‌کند. گاهی کودکان می‌خواهند عکس متوفی، را ببینند، نامه‌های 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 راه‌های طبیعی کنار آمدن کودکان با مرگ است.

خشم یکی دیگر از احساسات معمول در کودکان سوگوار، خصوصاً پسر بچه‌هاست. 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

فصل چهارم

(۱) احتمال اینکه مرگی دلخراش باشد بیشتر است.
(۲) معمولاً تعداد زیادی افراد در جریان حادثه می میرند، و افراد شاهد این مرگ ها هستند.

(۳) تهدید سلامتی پس از فاجعه بازهم وجود دارد (مثل پس لرزه های قوی)

(۴) گاهی یافتن اجساد عزیزان مقدور نیست. مرگ های دلخراش، مرگ تروماتیک خوانده می شوند. در این گونه موارد، واکنش های 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 گوش به زنگی مفرط در مواردی که افراد شاهد مرگ دلخراش بوده اند، چندان ناشایع نیست.

نکته دیگر این است که فقدان های طبیعی مانند مرگ پدر بزرگ و مادر بزرگ، به دنبال زلزله همچنان محتمل هستند. نباید انتظار داشته باشیم که تحمل این فقدان ها برای افراد خاصه کودکان آسان بنماید. چنین

مرگی می تواند یادآور خاطرات مرگ های تروماتیک زمان فاجعه باشد.

اقدامات غیر دارویی سوگ طبیعی: بدون شک به دنبال زلزله، افراد با فقدان های متعددی مواجه می گردند. به طور طبیعی واکنش سوگ تا دو ماه به طول می انجامد و انتظار می رود 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

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 علایم 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



انتظار گذار از چند مرحله پیاپی سوگ را داریم که شامل افکار، خشم، چانه زدن، افسردگی و پذیرش فقدان است. همانند کودکان، در بزرگسالان هم نمی توانیم روش خاصی را به عنوان روش "صحیح" سوگواری بخوانیم، افراد مختلف واکنش های متفاوتی را خواهند داشت.

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

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 چهارم، سالگرد) می‌تواند کمک کننده باشد. روحانی تیم حمایت های روانی - اجتماعی دربارا که دربرنامه کشوری در مورد آن صحبت شده است، دراین زمینه می تواند کمک کننده باشد. درفجایع 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. هم چنین از فرصت تجمع داغداران می‌توان برای برگزاری جلسه آموزش عمومی توسط روان شناسان و روان پزشکان 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. مهم ترین اصل، که در بسیاری موارد با نیت کمک به فرد بازمانده - اعم از خردسال یا بالغ - نادیده انگاشته می‌شود ارایه 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 می‌شود 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 می‌شود، و این در حالی است که چنین رویکردی فرد را برای سوگ عارضه‌دار و سایر اختلالات محتمل به دنبال زلزله مستعدتر می‌سازد. 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 بدان ها اعزام می‌گردند مراکز اطلاع‌رسانی برپا می‌شود، و در سال‌های اخیر اطلاعات مربوط به بازماندگان در سایت‌های اینترنت، قابل دسترسی است، می‌توانیم 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 می‌یابند. گاه در چنین موقعیت‌هایی، شک می‌کنیم که آیا می‌توانیم پس از انتقال خبر ناگوار از عهده حمایت‌های لازم برای فرد برآییم یا خیر. تمهیداتی از قبیل ارایه اخبار ناگوار در جمع، یعنی جایی که افرادی با مشکلات مشابه حضور دارند و بیان تدریجی واقعیت‌ها، در این شرایط کمک کننده خواهد بود. در صورتی که از اتفاقاتی که برای فرد متوفی قبل از مرگ افتاده، اطلاع داشته باشیم، می‌توانیم به آرامی آن ها را برای بازماندگان وی بازگو نماییم.

بسیاری معتقدند که بهتر است فرد با جنازه عزیزانش روبه‌رو نشود، این مساله خصوصاً در مورد کودکان و در مواردی که جنازه تا حدی متلاشی شده است، صدق می‌کند. بهترین روش این است که به فرد اجازه داده شود در صورت تمایل از عزیز از دست رفته‌اش خداحافظی کند، این قاعده در مورد کودکان هم صدق می‌کند. آنان این حق را دارند که تصمیم بگیرند در مراسم سوگواری شرکت کنند، یا عزیزشان خداحافظی کنند یا خیر. در مواردی که

فصل چهارم

تسهیل سوگواری در کودکان

مرگ، یکی از سخت ترین تجربی است که کودکان در زندگی خود با آن رو به رو می شوند و در عین حال برای والدین، کمک به کودک سوگوار بسیار مشکل می نماید.

در جریان زلزله، معمولاً روند طبیعی سوگواری به دلیل علایم اختلال استرس پس از سانحه، مختل می گردد، به طور مثال فرد داغدار به دلیل هجوم افکار مزاحم در رابطه با صحنه دلخراش مرگ مادر یا پدرش، نمی تواند 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 تاکید داریم در این گونه موارد ابتدا به این علایم پرداخته شود.



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 می گردد. 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 می کند، 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 می کنند و همین مساله زمینه را برای بروز مشکلات آتی فراهم می کند. در ضمن، کودکان خردسال ممکن است به دلیل محدودیت های مهارت بیان و محدودیت لغات، نتوانند احساسات درونی خود را به راحتی با بزرگترها در میان بگذارند، در این موارد استفاده از بازی و نقاشی بسیار کمک کننده است.

نکته ای که در مورد کودک سوگوار همواره باید به آن توجه داشته باشیم، اجتناب از صحبت های نادرست است، همانند تشبیه مرگ به خواب یا سفر، وعده دادن به این که فرد متوفی به زودی باز خواهد گشت و غیره.

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 این‌که این مراسم برای وی دردناک و غیر قابل تحمل خواهد بود، وی را محروم کنیم. 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 ما وقع صحبت کند و سوالاتش 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 کمک‌شایان 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.

چگونه بزرگترها می‌توانند به کودک سوگواری 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.

فصل چهارم

برقراری ارتباط با کودکان

بهترین راه برای کاستن خیالبافی های نادرست و ابهام پیرامون مرگ، برقراری ارتباط صادقانه با کودک است. توضیحاتی که به کودک می دهیم باید ساده و متناسب با سن و تکامل وی باشند. اجتناب از صحبت با کودکان، گاه به این دلیل است که بزرگترها می ترسند 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 می دهد که به لحاظ شناختی نسبت به مساله مرگ احاطه پیدا کند و سوالات خود را پیرامون جنبه های فیزیکی و غیر فیزیکی مرگ مطرح سازد. بزرگترها باید خود را برای پاسخگویی به این سوالات آماده سازند و در نهایت دقت و صداقت به کودک پاسخ دهند. در صورتی که پاسخ سوالی را نمی دانیم، 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 لحظه ای که فرد بزرگسال اصلاً انتظار آن را ندارد شروع به صحبت و سوال کردن می کند. هم چنین دوره های غم و اندوه کوتاه تری داشته و نسبت به بزرگترها تحمل کمتری نسبت به احساسات شدید دارند. برخی کودکان از صحبت پیرامون مرگ و متوفی خودداری می کنند تا بلکه خود را از احساسات آزاردهنده حفاظت کنند. در چنین مواردی می توانیم به عنوان یک رفتار اجتنابی به این مساله نگریسته و به کمک آنان برویم، باید محیط را به گونه ای آماده کنیم که کودک بتواند به احساسات خود بپردازد ولی هرگز بدون آماده سازی 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 نگه داشته شده و سپس به تدریج کودک به همراه والدین بخش هایی را که حفظ آن ها طبیعی نیست، حذف نموده و بقیه بخش ها را حفظ می کنند. کودک می تواند عکس ها 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 می تواند با بزرگترها صحبت کند و در عین حال به فعالیت های لذت بخشی همچون بازی دسته جمعی، نقاشی و غیره پرداخته و لذت ببرد. برقراری برنامه روزانه منظم به کودک حس امنیت می دهد. گاه آموزش تکنیک آرام سازی برای کودکان مفید است.



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 ترس های کودک در خصوص حضور در جلسات گروهی آشنا شود و به سوالات آن ها 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.

نیازهای بالغین و والدین

به دنبال مرگ یکی از اعضا خانواده، بالغین علاوه بر رسیدگی به کودکان، باید به فکر نیازهای خود نیز باشند. آگاهی از واکنش هایی که به دنبال مرگ عزیزان رخ می دهد بسیار کمک کننده 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 می گردد (مانند مراسم روز هفتم و چهلم) باید صورت پذیرد.

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 آن هاست و تقاضای کمک از سوی آنان، امری طبیعی بوده و به هیچ عنوان به مفهوم ضعف نیست.

مداخله گروهی برای سوگ در کودکان

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

فصل چهارم

فعالیت هایی برای شروع کار (Opening activities):

هدف این فعالیت ها، ایجاد فضای حمایتی در گروه، نزدیک کردن اعضای گروه به یکدیگر، گرم کردن (Warm-up) و شروع کار گروهی است. روش های متفاوتی را می توان برای شروع هر جلسه بر حسب سن و ویژگی های فرهنگی گروه به کار گرفت. به عنوان مثال می توان برای معرفی کردن اعضا 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.



جلسه اول: معرفی اعضا

و برقراری قوانین

اهداف این جلسه:

- معرفی اعضای گروه و تسهیل گران
 - ایجاد احساس راحتی در گروه برای ارتباط با یکدیگر
 - برقراری ارتباط با اعضا و تقویت ارتباط اعضا با تسهیل گر
 - آشنایی با ذهنیت های کودکان در خصوص 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؟

فعالیت هایی 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 فعالیت های انجام شده و فعالیت های مربوط به جلسه بعد، نقش حمایتی خود را نیز داشته باشد. روش های مختلفی را براساس معیارهای فرهنگی و سن اعضا می توان به کار گرفت.

به عنوان 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، آن را برای گروه بیان می کنند و علت داشتن چنین احساسی را با گروه به اشتراک می گذارند.

الف) معرفی اعضای گروه:

لازم در اولین جلسه، اعضای گروه به یکدیگر معرفی شوند و در گروه های مختلف به روش های متفاوتی می توان این کار را انجام داد. در گروه های 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 می شود که اکنون می خواهیم قوانینی را برای گروه تعیین کنیم تا بتوانیم با رعایت آن ها فعالیت گروهی را پیش برده و راه مطمئنی را برای بیان مشکلات و مسایلمان فراهم نمائیم. ممکن است لازم باشد راجع به موضوعاتی صحبت کنیم که بیان آن ها 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. مثال هایی از این قوانین عبارتند از:

- سروقت 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 هم دیگر 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 می کند، هرگز حرف وی را قطع نکنیم.

- در گروه هم دیگر را مورد تمسخر قرار ندهیم و به هم دیگر نخندیم، ولی می توانیم با هم بخندیم.

- تهاجم و توهین به دیگران در گروه ممنوع است.

- اگر مسایلی وجود داشته باشد که طرح آن ها در گروه برایمان مشکل باشد، پس از اتمام کار می توانیم به صورت انفرادی با رهبر گروه و دستیار وی آن ها 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 مساله نماییم و توافق همه را جلب نماییم.

ج) معنای سوگ چیست؟

برای اعضای گروه خلاصه ای از آنچه که باید انجام دهند را مرور کنید. در مرحله بعد از اعضای گروه در رابطه با معنای سوگ سوال می کنیم و مشخص می کنیم که سوگ عبارت است از مجموعه افکار، احساسات و واکنش های فرد در مواجهه با فقدان یک فرد مورد علاقه. و دارای مراحل است که اگر به خوبی طی شود به ما کمک می کند تا بتوانیم فقدان های بعدی را هم تحمل نماییم و اگر این مراحل بخوبی طی نشود در فقدان های بعدی واکنش ها شدید تر خواهد بود.

سوال دیگر آنست که چه وقت ما دچار فقدان می شویم و چگونه می توانیم به حل سوگمان کمک کنیم؟

فصل چهارم

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

در این قسمت درمانگر سعی می کند جنبه های مختلف مربوط به فقدان در گروه را به طور تدریجی و از طریق پرسش سؤالاتی که به برخی جنبه های فقدان و نحوه فوت فرد مورد علاقه مربوط می شود، مشخص نماید. به یاد داشته باشید که افراد اجازه دارند هر قدر که لازم می دانند، 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 داستانش اجتناب می کند، که تسهیل گر می تواند از طریق جلب کردن توجه وی به قوانین گروه و این که گروه برای حمایت از وی تشکیل شده، وی را ترغیب به بیان داستان نماید.



جلسه دوم

اهداف این جلسه:

- ۱- ادامه بحث راجع به مرگ
- ۲- آشنایی با عقاید و باورهای کودکان در مورد مرگ
- ۳- آشنایی با مفهوم تغییر
- ۴- شناختن انواع تغییرات فردی و خانوادگی به دنبال فقدان
- ۵- آشنایی با واکنش های 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 هم چون 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 این می تواند از طریق فعالیت هایی باشد که بتوانند احساسات، عقاید و نگرش های آنان را در خصوص سوگ نشان دهند.

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

در این قسمت تسهیل گر توضیح می دهد که تاکنون در مورد واقعه سؤالاتی 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 به عنوان 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.

ب) مشخص کردن اسطوره‌ها (Myths) در مورد مرگ
برای گروه توضیح می‌دهیم که در بین مردم عقایدی در مورد مرگ و مردن وجود دارد که ممکن است درست نباشند و این‌ها عقایدی هستند که در واقع صحیح نبوده ولی مردم فکر می‌کنند که صحیح است. سپس برخی از این عقاید را روی تابلو نوشته و در مورد صحت و یا عدم صحت آن با گروه بحث می‌کنیم. برخی از این اسطوره‌ها عبارتند از:

- فقط افراد پیر می‌میرند.
- مرگ به دیگران سرایت می‌کند.
- وقتی یک نفر مرد افراد دیگری هم خواهند مرد.
- مرگ برگشت پذیر است.
- فقط افراد خوب می‌میرند.
- فقط افراد بد می‌میرند.

ج) معرفی و آشنایی با تغییرات ایجاد شده به دنبال فقدان

در این قسمت هدف تسهیل گران شناسایی تغییراتی است که به دنبال فقدان اتفاق می‌افتد. کودکان به خصوص به این تغییرات حساس هستند چرا که دنیای آن‌ها کوچک بوده و کودکان به بزرگترهای اطرافشان وابسته‌اند. با این حال بسیاری از آن‌ها ممکن است نتوانند بین مرگ و تغییراتی که به دنبال آن احساس یا تجربه می‌کنند ارتباط برقرار نمایند. تسهیل گر کمک می‌کند تا این ارتباط در ذهن کودک برقرار شود. مفهوم تغییرات در محیط و زندگی روزانه به کودک ارایه می‌شود. در مرحله بعد تسهیل گر تغییرات مربوط به فقدان را بررسی و با گروه شناسایی می‌نماید و نهایتاً تغییراتی که در واکنش سوگ به مرور زمان ایجاد می‌شوند در گروه مطرح می‌شوند. 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 انسان هاست.

د) واکنش‌های شایع سوگ

توضیح می‌دهیم که به دنبال فقدان یک فرد، افراد واکنش‌های مختلفی را بروز می‌دهند و تمام این نوع واکنش‌ها برای بچه‌های هم سن شما طبیعی محسوب می‌شوند. سپس اعضا در مورد این واکنش‌ها صحبت کرده و این که آیا چنین واکنش‌هایی داشته‌اند یا خیر؟ و اینکه آیا اعضای دیگر گروه هم واکنش مشابهی داشته‌اند یا خیر؟ و نیز تاکید بر این نکته که این واکنش‌ها طبیعی هستند.



جلسه سوم

خاطرات و احساسات مربوط به فقدان:

اهداف این جلسه:

- 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 خاطرات شان را در رابطه با فرد از دست رفته مرور نمایند. از اعضای گروه خواسته می‌شود تا تصاویر و یادگارهایی از افراد فوت شده شان بیاورند. و در رابطه با آنچه که آورده‌اند در گروه توضیح داده و خاطراتش را بیان نمایند. بیان خاطرات و یا برگزاری مراسم یاد بود می‌

فصل چهارم



جلسه چهارم: باز توانی

اهداف این جلسه:

- درک چگونگی حمایت و مراقبت از خود.
 - بکارگیری روش های حل مساله
 - خداحافظی با گروه
- در این جلسه مفهوم مراقبت و روش های مراقبت از خود بحث می شود. بچه ها وابستگی زیادی به مراقب خود دارند و وقتی وی فوت می کند ممکن است مراقبت لازم را دریافت نکنند. بنابراین مهم است که در خصوص روش های مراقبت از خود بحث شود و بدانند که اگر حمایت کافی نداشته باشند چه اتفاقی برایشان خواهد افتاد. آن ها باید روش های حل مساله را بیاموزند. این کودکان باید افراد کلیدی که می توانند در شرایط خاص به آن ها کمک کنند را بشناسند.

موضوعات:

- تعریف مراقبت و حمایت
- بحث راجع به اهمیت مراقبت و حمایت
- روش های به دست آوردن حمایت ها و تمرین مراقبت از خود
- روش های حل مساله
- شناسایی توانایی های افراد
- خداحافظی با گروه

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 یادبود 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 عکس ها
- 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 فعالیت هایی را برای شناسایی و تطابق با هیجاناتشان انجام می دهند. موضوعات:

- تعریف احساس
- شناسایی هیجانات مختلف و تظاهرات آن
- شناسایی هیجانات مربوط به مرگ

ج) انطباق و کنار آمدن با احساسات

• در این مرحله هدف یادگیری روش های کنار آمدن با احساسات ناشی از فقدان است و پیامد بروز نیافتن مناسب هیجانات در گروه بحث می شود روش های بروز و انطباق با احساسات آموزش داده می شود

موضوعات :

- شناسایی واکنش های اعضا به هیجانات
- شناسایی هیجاناتی که ایجاد رنج و ناراحتی نموده اند
- فراگیری روش های انطباق با احساسات
- روش های آرامش بخشی مثل (Relaxation training) آموزش داده می شود.
- روش های دیگری که برای کنار آمدن با احساسات بکار می روند عبارتند از:
- توقف فکر (Thought stopping)
- اشتغال به فعالیت های هنری



ضمیمه ۱

پژوهش در حوادث غیر مترقبه و زلزله



ها پرداخته و عناوین طرح های تصویب شده را به مراکز پژوهشی و دانشگاه های کشور منعکس سازد از نیاز های 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 دادهای مربوط به فاجعه ایجاد خواهد کرد.

پژوهش های کاربردی در فجایا به سه نوع موضوع ارزیابی نیازها، پایش و ارزشیابی محدود می گردد. ارزیابی نیازها خود در سه محور، ارزیابی نیازهای آموزشی، اجتماعی و بهداشتی خلاصه می شود. بخشی از ارزیابی نیازها از طریق مطالعه همه گیرشناسی و بخشی از طریق پرسش نامه های نیازسنجی انجام خواهد گرفت. پایش که معمولاً نادیده انگاشته می شود (و البته مهم ترین این اجزا است) براساس ۱- پایش مداخلات و ۲- ارزشیابی قرار دارد. در ارزشیابی به موضوع ارزشیابی پیامدها، راندمان برنامه، پروسه، تحول علایم 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 شاهدهی گذشته نگر قابل انجام است. گرچه پژوهش های آینده نگر از ارزش و اهمیت فوق العاده ای برخوردارند، معهذاً به دلایلی که در زیر به آن اشاره خواهد شد، مولفین، طرح های مقطعی یا آینده نگر تاریخی (Historical cohort) را ترجیح می دهند.

● به دلیل تکرار پرسشگری و پرسشنامه، همراهی بازماندگان با طرح های آینده نگر محدود است.

بی گمان پژوهش بخش مهمی از فعالیت های تیم های 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 مشخصا کاربردی و معطوف به هدف برخوردار نیستند، خود می توانند منبعی برای ایجاد استرس در بازماندگان و هم چنین تیم بهداشتی شوند. نگارندگان معتقدند که در یک سال اول بعد از زلزله دست اندرکاران بهداشتی به دقت و با وسواس فوق العاده ای به بازبینی طرح های پژوهش پرداخته و صرفاً به صورت محدود اقدام به پذیرش طرح هایی نمایند که نسبت به دیگران جامع تر بوده و از نتایج عملی بیشتری برخوردارند. به نظر می رسد وجود شورایی که به بازبینی طرح

محروم باشند، انجام پژوهش آینده نگر، غیرعملی یا بسیار مشکل خواهد بود.

جهت کاستن از این مشکلات مولفین توصیه می کنند تا مصاحبه کنندگان با هر گروه درمان گر عازم شوند و در کنار ایشان به پرسش گری بپردازند. تعداد محدودتر نمونه گیری و روش های نمونه گیری آسان تر به همراه کاستن از تعداد و طول پرسش نامه 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. گردهمایی های شبانه پرسش گران برای تبادل تجربه و تصحیح ایرادات و هم چنین گردهمایی های مردمی و عمومی و آگاهی دادن به بازماندگان در مورد اقدامات بهداشت روانی و جلب همکاری ایشان با پرسش گران و درمان گران مثمر ثمر خواهند بود.

• از طرفی مهاجرت در یک ماه اول و تحرک بیش از حد چادرها و پناهگاه های 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 صورتی که مدیران بهداشتی نتوانند پژوهش های غیرضروری را کنترل نمایند، افزایش تدریجی پژوهشگران و تعداد مصاحبه ها امری مخل برای پژوهش خواهد بود.

• در صورتی که جمع آورانندگان اطلاعات از مهارت لازم جهت برخورد با چنین مواردی



ضمیمه ۱

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، معهدا به ویژه در فجایع گسترده به دلیل وسعت تخریب و پراکندگی آن، این گونه 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 پرسش نامه ها زیاد است می توان بخشی از پرسش نامه 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 صبح گاه برای نمونه گیری منجر به تجمع نمونه های مونث در پژوهش می گردد. گاهی حتی نمونه گیری تصادفی علی رغم توجه به این شرایط، منجر به حضور بیشتر نمونه های مونث، بالغین و یا برعکس کودکان در نمونه شود. بنابراین بهتر است نمونه گیری به شکل مطابق (Stratified) برای بالغین، کودکان، افراد مونث و مذکر انجام شود.



نیاز به هماهنگی کننده - عاملی حیاتی برای تضمین استاندارد پژوهش

از آنجایی که 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 هم چنین، کد گذاری نمونه ها را راساً برعهده خواهد گرفت و در صورت وجود بررسی آینده نگر زمان های 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 ارتقا خدمت رسانی و افزایش کیفیت زندگی بازماندگان است. به همین جهت در زلزله گسترده تاسیس شورای ملی برای بررسی طرح های پژوهشی و تصویب آن ها الزامی است. این شورا نه تنها نقش تسهیل گر پژوهش، بلکه نقش محافظتی برای بازماندگان در فرایند پژوهش ها به عهده خواهد داشت و هم چنین گزارش طرح های مصوب به مراکز پژوهش دانشگاه ها از طریق این شورا به انجام می رسد و کلیه پژوهشگران موظف خواهند بود طرح خود را صرفاً به تایید این شورا برسانند. در این شورا حضور قوی نمایندگان تیم هایی که مسئولیت مداخلات را به عهده دارند جزو شروط اصلی خواهد بود.



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 هایی را می توان در مورد خوشه های علائیم (Cluster) نیز بکار برد.

ابزار پژوهش

یکسان بودن ابزار پژوهش امکان بررسی مروری منابع در مورد پژوهش های مربوط به فجایع در ایران که در زمان ها و زلزله ی متفاوت تکرار شده است را فراهم می آورد. چنین ابزارهایی امکان مقایسه را فراهم کرده و شرایط متا آنالیز آتی را مساعد خواهد کرد.

وارد کردن داده ها

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.

ضمیمه ۲

برنامه پیشگیری از خودکشی

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 به صورت 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.

خودکشی اقدامی است آگاهانه و با سرانجام مرگ بار که به وسیله خود فرد و با آگاهی از این سرانجام رخ می دهد.

سازمان جهانی بهداشت - WHO

افراد در جریان زلزله در معرض استرس های مضاعفی قرار می گیرند که مقابله یا سازگاری با آن ها نیاز به توان بالایی دارد. بنابر این انتظار داریم به طور 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. به دنبال ارایه مداخلات روانی - اجتماعی پس از زلزله بم آمار خودکشی های منجر به مرگ افزایشی را نشان نداد. شاید با این مداخلات افراد توان بیشتری برای کنترل علایم ناشی از استرس پیدا کردند و این مداخلات به آنان کمک نموده تا با مشکلات شان بیشتر تطابق پیدا کنند و یا راه حل بهتری برای آن ها پیدا کنند.

بررسی ها نشان داده است که میزان بروز خودکشی در مردان و زنان ایرانی به طور 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. بنابر این هر سال ۱۲۰۰۰۰ سال عمر مفید در ایران به دنبال خودکشی از بین می رود. نتایج مطالعات

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- ارزیابی پسخوراند به خانه بهداشت
- ۵- ارجاع فوری به مرکز تخصصی
- ۶- ارزیابی گزارش به مرکز بهداشت شهرستان

وظیفه پزشکان عمومی در مرکز بهداشت شهری در

رابطه با این برنامه شامل:

- ۱- پذیرش موارد ارجاعی از سوی رابطین، بهداشت یار مدارس، بهداشت یار کار و ...
- ۲- درمان مواردارجاع شده
- ۳- پیگیری برنامه درمانی
- ۴- ارزیابی پسخوراند به رابط بهداشتی
- ۵- ارجاع فوری به مراکز تخصصی
- ۶- ارزیابی گزارش

رئوس مطالبی که برای آموزش پزشکان در این زمینه

باید مدنظر قرار گیرد شامل موارد زیر است:

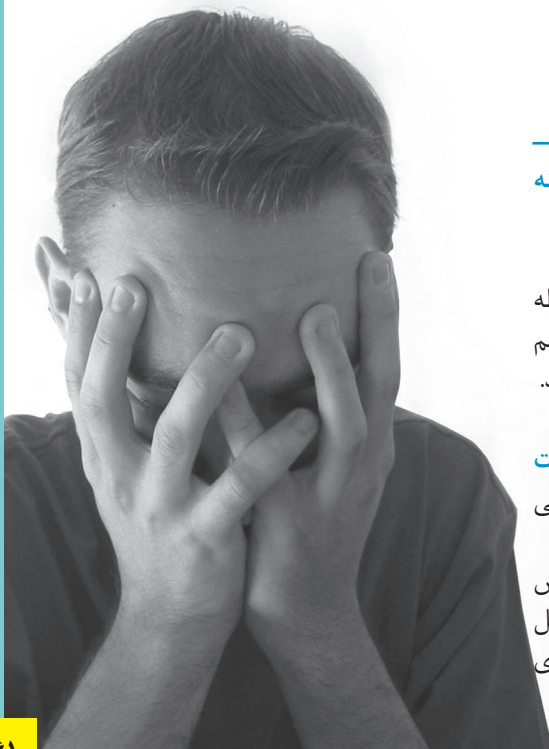
تشخیص افسردگی:

مهم ترین نکته درتشخیص بیماری برقراری رابطه درمانی خوب بابیمار، هشیاربودن درخصوص علائم و نشانه های بیماری و پرسش درموردآن ها می باشد.

علائم افسردگی:

– خلق افسرده یا لذت نبردن و بی علاقگی نسبت به همه یا اغلب فعالیت ها، 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 آن ها را برای



ضمیمه ۲

– افکار راجعه در خصوص مرگ، افکار خودکشی.

– تحریک پذیری و بی تحملی.

– دردهای جسمانی.

● نکته مهم آنکه علایم 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 علایم مربوطه حداقل باید ۲ هفته وجود داشته باشند.

سایر علایم نباتی اختلال افسردگی عبارتند از: قاعدگی نامنظم و کاهش علاقه و عملکرد جنسی. بطوری که گاه مشکلات جنسی به علت افسردگی می باشند و بالین گر با عدم تشخیص صحیح ممکن است بیمار را به اشتباه ارجاع دهد.

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 به ویژه بی خوابی انتهایی (Terminal insomnia) یا زود بیدار شدن صبحگاهی می باشد. بیدار شدن های مکرر در طول شب با اشتغال ذهنی به مشکلات شان، نیز شایع است.

– بی قراری 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 به صورت بی اشتها یا پراشتهایی.

– احساس بی ارزشی یا احساس گناه نامتناسب.

– مشکل در تمرکز.



حدود ۹۰ درصد بیماران افسرده اضطراب نیز دارند. اضطراب (به ویژه 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 یک بار 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 دو قطبی I و II رخ می دهند. تفاوت های بارز و معتبری از نظر نشانه شناسی بین دوره های افسردگی اختلال افسردگی عمده و دو قطبی تاکنون مشخص نشده است. در بررسی بالینی تنها شرح حال بیمار، سابقه خانوادگی و سیراتی اختلال می تواند بین این دو وضعیت افتراق بگذارد. معمولاً در افراد با افسردگی آتیپیک پر خوابی، افزایش اشتها و میل جنسی بیشتر دیده می شود. وجود سابقه مثبت خانوادگی اختلال دوقطبی در این افراد بیشتر است. وقتی جستجو می کنیم سابقه وجود دوره هایی از 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 از علائم افسردگی باشد. در سنین قبل از بلوغ دوره ی افسردگی عمده

می تواند با شکایت های جسمانی، بیقراری روانی حرکتی و توهّمات مطابق با خلق تظاهر پیدا کند. در نوجوانان عملکرد تحصیلی ضعیف، سوء مصرف مواد، رفتارهای ضد اجتماعی، بی بند و باری جنسی و فرار از مدرسه می توانند از علائم افسردگی باشند. در کودکان و نوجوانان خلق می تواند به جای 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

- از دست 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، به ویژه 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، فعالیت های اجتماعی و ارتباطی می شوند.

۲- متوسط: تعداد علائم و اختلال عملکرد بین

ضمیمه ۲

۱- اگر بیماری ریسک بالای خودکشی دارد، سریعاً به روانپزشک ارجاع داده شود.

۲- 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.

۳- چنانچه بیمار در ریسک پاییینی از خودکشی قرارداد و در حدی نیست که نیاز به ارجاع باشد داروی مناسب و ویزیت 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 جهت 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:

۱- گرفتن شرح حال مناسب با ایجاد یک رابطه صحیح با بیمار اولین و مهم ترین اثر را می گذارد. اگر بیماری با شکایت خلق افسرده، اندوه، سوگ، شکایات جسمی متعدد، بی خوابی و غیره مراجعه

خفیف و شدید است.

۳- شدید: ممکن است با یا بدون علایم روان پریشانه باشد. وجود علایم جدی خودکشی دال بر شدید بودن اختلال افسردگی خواهد بود.

۴- شدید بدون علایم روان پریشانه: علایم بیش از حد قابل لازم برای تشخیص گذاری وجود دارند و علایم تداخل قابل ملاحظه ای در عملکرد شغلی یا فعالیت های اجتماعی یا ارتباطی روزمره ایجاد می کند.

۵- شدید با علایم روان پریشانه: توهم ها یا هذیان ها 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 به دلیل افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی اخیر بستری شده اند در مقایسه با بیمارانی که بستری نشده اند، ریسک بالایی 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، مهم ترین 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، علایم روانپریشی (مانند: هذیان و توهم)، سابقه خانوادگی خودکشی در بستگان درجه اول، سوگ، جنس مرد، تنها زندگی کردن، بیماری جسمی، ترخیص اخیر از بخش اعصاب و روان.

نمود، پزشک باید ضمن رسیدگی و بررسی شکایات اصلی و اولیه بیمار، علایم اصلی دیگر اختلال را از بیمار سوال نماید.

- توجه داشته باشد که هرگز از سوالات القا کننده علایم به بیمار استفاده نکند. فرصت دهد بیمار تاحد امکان خود مسایلش را بیان نماید. مثلاً برای پرسیدن اختلال خواب به جای سوال: «آیا صبح ها زودتر از خواب بیدار می شوید؟» یا «آیا بد خواب هستید؟» از سوال «خوابتان چه طور است یا آیا مشکلی در خوابتان دارید؟» استفاده شود و اگر جواب بلی بود، نحوه آن پرسیده شود.

- به بیمار فرصت صحبت کردن در مورد رویدادهای زندگی و استرس بیمار، مسایل خانوادگی، شغلی، اجتماعی و به ویژه در مورد فقدان هایی که در اثر حادثه اخیر با آن روبرو شده است داده شود.

- شدت تمایل به خودکشی را ارزیابی شود. در اولین سطح، شخص فقط آرزوی مردن را بیان می کند. در دومین سطح، شخص واقعا 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 ناراحتی های خودش حرف بزند. بیمار مورد حمایت قرار گیرد. برای انصراف بیمار از خودکشی، جملات کلیشه ای مانند: «حیف نیست» استفاده نشود. از توصیه، اندرز و سرزنش اجتناب شود.

- موقعیت های 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 القا 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 علایم بیماری به بیمار استفاده می نمایند. هرگز در مورد بیماران از این روش ها 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 بیماری ها، 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

ضمیمه ۲

کامل بررسی و کنترل شوند. ضد افسردگی را با همان دوز ادامه دهد.

درمان دارویی:

نکات زیر در مورد درمان دارویی باید مد نظر قرار گیرد:

- در صورتی که بیمار در گذشته به یک دارو خوب پاسخ داده، مجدداً داروی فوق استفاده شود.

- در صورتی که بیمار مسن بوده یا بیماری جسمی نیز دارد، از داروهای جدیدتر با اثرات جانبی کمتر (از گروه داروهای مهارکننده اختصاصی سروتونین - SSRIs) استفاده شود.

- در صورتی که خطر خودکشی وجود دارد، از تجویز سه حلقه ای ها اجتناب کرده، دارو صرفاً برای چند روز تجویز شود.

- در صورتی که بیمار مضطرب بوده یا به خواب نمی رود، از داروهایی استفاده شود که اثر تسکین دهنده بیشتری دارند.

- تا رسیدن به سطح موثر دارو افزایش داده شود (به عنوان مثال ایمی پر امین به میزان ۲۵ تا ۵۰ میلی گرم هر شب شروع و در طی ۱۰ روز به میزان ۱۵۰-۱۰۰ میلی گرم برسد).

- در صورتی که 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 ۳-۲ 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

معیار های ارجاع:

در موارد زیر یا هر مورد که قضاوت بالینی پزشک عمومی ویزیت یک روانپزشک را ضروری می داند باید بیمار را به مراکز تخصصی روانپزشکی ارجاع 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 دو قطبی 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 می رسد درمان نامناسب دریافت می نمایند.

ارجاع فوری تمام بیماران افسرده با افکار خودکشی

نکاتی که در موارد ارجاع باید رعایت کرد:

الف - در تمام موارد ارجاع به طور مشروح تشخیص، علت و اقدامات درمانی ذکر شود.

ب - بیماران افسرده آشفته ای که به تنهایی قادر به اداره خود یا دادن اطلاعات کافی نیستند به همراه یکی از بستگان مطلع ارجاع شوند.

ج - زمان و مکان ارجاع به گونه ای تنظیم شود که

بیمار دچار سردرگمی نشود.

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

ه - 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.

مسایل 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 - ارایه 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 علایم 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:

اول: در اختلال افسردگی با علل چندگانه که قبلاً ذکر شده است موارد پیشگیری اولیه قابل دسترسی شامل روش های 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.

دوم: 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

درمان های دارویی در اختلالات شایع به دنبال زلزله

(ویژه روان پزشکان)

اصول کلی:

همان طور که پیش تر اشاره شد، هدف عمده مداخلات روانی-اجتماعی رفع علائم در مراحل اولیه، و به نوعی پیش گیری از بروز اختلالات شدید در بین بازماندگان است. در صورتی که خدمات به نحو موثری ارائه گردند، درصد بالایی از افراد شرکت کننده در گروه ها با موفقیت می توانند بر علائم آزاردهنده ای 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 گروه ها، نیازمند ارائه خدمات انفرادی به افراد (درمان غیر دارویی) و هم چنین در مواردی نیازمند تجویز دارو خواهیم بود.

تجویز دارو به عنوان آخرین راه حل در واکنش های پس از فاجعه محسوب می گردد، با این همه باید به خاطر داشت که در صورت شدت آسیب و وجود مشکلات روان شناختی 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 نمی توانند شرکت کننده های مناسبی برای گروه ها باشند. پس همواره باید به خاطر داشت که «درمان دارویی آخرین راه حل است، ولی در صورت نیاز، به هیچ عنوان نباید به تاخیر انداخته شود.»

اصول تجویز دارو در این موارد با اصولی که در مورد سایر بیماران روان پزشکی مدنظر قرار می گیرند، کاملاً همخوانی دارد. قدم اولیه در درمان دارویی، تشخیص صحیح علائم هدف می باشد. 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 می شود.

نکته مهمی که روان پزشکان به هنگام ملاقات بیمار و تجویز دارو باید به آن توجه داشته باشند، توجه به دیدگاه بیمار است. معمولاً به دنبال فجایع، علائم به گونه ای است که فرد تصور می کند ((کنترل خود را از دست می دهد))، ((به زودی دیوانه خواهد شد))، و یا ((روانی شده است)). در صورتی که چنین فردی خود را نیازمند مصرف دارو می بیند، 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 ویژگی های خاصی هستند که آنان را نیازمند توجه ویژه می نماید. ممکن است علائمی همچون گیجی وجود داشته باشد. روانپزشک موظف است در طی ملاقات های خود نهایت تلاش را برای جلوگیری از تشدید این حالت را داشته باشد. توصیه می گردد برای ارتباط با این افراد از جملات کوتاه و ساده استفاده شود و در طی هر ملاقات از این که بیمار گفته ی پزشک خود را به خوبی درک نموده، اطمینان حاصل شود.

به دنبال زلزله، افراد دچار فراموشی می شوند و گاه دستورهای ساده دارویی را به خوبی نمی توانند به خاطر سپرده و به کار بندند. در حین تجویز دارو باید دستور مصرف کامل 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 زمان های مختلف روز نشان داده می شود، به بیماران کمک بسیاری می کند.

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 می باشد - 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 سابقه ای 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 دیگرکشی

۴- احساس گناه

که در این صورت فرد با تشخیص افسردگی اساسی نیاز به درمان دارویی وجود خواهد داشت. بسیاری از افراد در زمان سپری نمودن فرآیند سوگ نیاز به

مصرف موقت داروهای آرام بخش جهت کنترل بی قراری و یا رفع مشکلات خواب دارند. از آن جایی که ثبت خاطرات زمان تدفین و مراسم سوگواری به گذار طبیعی از مراحل سوگ کمک می کنند، توصیه می کنیم از تجویز داروهایی که مصرف آن ها سبب فراموشی پیش گستر گردیده و احتمالاً در ثبت خاطرات خلل ایجاد می کنند (از قبیل بنزودیازپین ها) خودداری شود. آنتی هیستامین ها برای رفع بی قراری و اضطراب فرد بازمانده و کمک به وضعیت خواب وی داروهای خوبی محسوب می گردند.

در صورتی که علیرغم تمام تمهیدات فوق، واکنش سوگ مرتفع نگردد، انجام مداخلات خاص سوگ عارضه دار، و نیز انجام درمان دارویی ضروری خواهد بود.

ضمیمه ۳

ب) اختلالات خواب:

اختلال خواب می تواند تنها علامت در فرد بازمانده باشد یا به عنوان علامتی از یک سندرم باشد. در صورتی که به دنبال به کارگیری روش های غیر دارویی هم چون تمرین های آرام سازی و آموزش بهداشت خواب، مشکل بیمار رفع نشد، می توان به صورت کوتاه مدت از داروها کمک گرفت. در صورتی که اختلال خواب علامتی از یک سندرم باشد، ترجیحاً انتخاب دارو به صورتی انجام می شود 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 بنز و دیازپین ها دقت داشته باشیم. هم چنین همان طور که در بالا اشاره شد، در افرادی که در حال گذار از فرآیند سوگ هستند باید از تجویز داروهایی که ایجاد فراموشی پیش گستر می نمایند، 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. هم چنین باید سعی نمود که احساس و بینش منفی احتمالی بیمار در مورد خود و بیماری اش را درک نموده و در جهت رفع آن کوشش نمود.

اولین انتخاب در درمان علائم اختلال استرس پس از سانحه، داروهای مهارکننده باز جذب 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 از داروها خط اول درمان در تمامی علائم (یادآوری و تجربه مجدد حادثه، اجتناب و کرختی هیجانی و نیز برانگیختگی) می باشند. مهم ترین عوارض این دسته عبارتند از تهوع، اسهال، بی خوابی و عوارض جنسی.

دسته ای از داروهای سه حلقه ای از جمله ایمی پرامین و آمی تریپتیلین در درمان اختلال استرس پس از سانحه مؤثر هستند و با همان دوز ضد افسردگی به کار می روند. تصمیم گیری در مورد تأثیر و یا عدم تأثیر دارو نباید قبل از ۸ هفته صورت گیرد. این داروها تأثیر مشخصی بر روی افکار مزاحم، کابوس های شبانه و تجربه مجدد دارند. ولی فاقد اثر بخشی در مورد کرختی هیجانی و علائم اجتنابی اند. عوارض شایع این دسته شامل سرگیجه، خشکی دهان، یبوست، احتباس ادرار و تاری دید هستند.

ونلافاکسین و نفازودون نیز داروهایی هستند که بر هر سه دسته علائم اختلال استرس پس از سانحه مؤثرند. نفازودون 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 می کند. هم چنین در کاهش flashback و بهبود خواب مؤثر است. کاربامازپین در مواردی می تواند سبب کاهش افکار مزاحم گردد. هم چنین سبب کاهش برانگیختگی، خشم و بی خوابی می شود. عوارض والپروات سدیم عبارتند از ترمور، تهوع،

آناکسی 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 خواب‌آلودگی، 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 موثر است.

نکته:

– SSRIs در تمامی رده‌های سنی ایمن‌ترین دارو هستند.

– هم چنین در زنان باردار از این رده دارویی استفاده می‌کنیم.

– در مواردی که با تجویز داروهای فوق‌الذکر تحریک‌پذیری بیمار کنترل نشود، و یا دوره‌های خشم شدید، علایم تجزیه‌ای، flashback یا علایم روان‌پریشی وجود داشته باشد، استفاده از داروهای ضد جنون 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 ویژگی‌ها 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 ۱۲-۲۴ ماه

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

(۳) مرحله قطع دارو: قطع دارو جهت جلوگیری از عود 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 علایم، اختلالات روان‌پزشکی همراه، سابقه ریسک بالای خودکشی در گذشته



ضمیمه ۴

پروتکل درمان بیماران مبتلابه سوء مصرف مواد در حوادث غیر مترقبه

اما به تدریج و بسته به ماده مصرفی هر یک از مجروحان یا بازماندگان حادثه، علایم ترک ظاهر می شود. این مساله علاوه بر استرس مضاعفی که بر فرد وارد می کند، به دلیل 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 مسایل 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 درمورد آن دسته از آسیب دیدگان که خودشان داوطلب ترک هستند کلیه خدمات در این مورد باید در دسترس آنان قرار گیرد.

تعداد کل وابستگان مواد افیونی در برخی مطالعات، یک میلیون و دویست هزار نفر تخمین زده شده است. به نظر می رسد میزان وابستگان در حال حاضر از این عدد بیشتر باشد. در منطقه ای که با یکی از بلایای طبیعی همچون سیل، زلزله، ... مواجه شده است، تعدادی از آسیب دیدگان مبتلا به سوء مصرف مواد هستند. تاکنون پژوهش های 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 زلزله ی طبیعی و غیرطبیعی افزایش می یابد. و لاهو در مطالعه خود نشان داد که هرچه افراد به مرکز تخریب نزدیکتر باشند افزایش مصرف مواد در آن ها بالاتر خواهد بود. هم چنین این گروه به این نتیجه رسیدند که افزایش مصرف موادی که از مشکلات مهم بلافاصله بعد از زلزله است که عمدتاً به صورت هم ابتلایی با اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی دیده می شود. درن و همکارانش در مطالعه ای 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 به ویژه تریاک در بعضی از نقاط کشور خصوصاً جنوب شرقی ایران به صورت سنتی رایج تر است. ممکن است در چند ساعت یا روز اول حادثه مشکل خاصی متوجه این افراد نباشد،

درمان نگهدارنده با مواد آگونیستی:

داروهای آگونیست افیونی، موادی هستند که همانند مواد افیونی طبیعی (تریاک) و نیمه صنعتی (هروئین) برگیرنده مو (μ) اپیوئیدی اثر می‌گذارند. 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 می‌توان به سولفات مورفین و تنتور اپیوم (TO) اشاره نمود. به منظور برقراری درمان نگه دارنده برای بیماران می‌توان از بوپرنورفین و یا متادون استفاده نمود. ولی به دلیل ارزان تر بودن و راحت تر بودن تنظیم دوز در مورد داروی متادون، در شرایط زلزله و سایر بلایای طبیعی درمان نگه دارنده با متادون توصیه می‌گردد. برای استفاده موثر و مطمئن، آشنایی با سه ویژگی فارماکولوژیک متادون بسیار مهم است. اول آن که پس از مصرف، سطح خونی متادون به آهستگی و در ظرف چهار ساعت به قله می‌رسد، دوم آنکه نیمه عمر آن طولانی و حدود

۲۵ ساعت است و دست آخر و از همه مهم تر آن که 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 نیمه عمر دارو در مصرف مداوم آن کوتاهتر است، چرا که مقادیر قابل توجهی از دوز اولیه در بافت های 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 درصد 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 مساله 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.

ضمیمه ۴

تداخل های دارویی

داروهایی که باعث القا یا مهار فعالیت آنزیم های $CYP3A4$ می شوند، می توانند با سوخت و ساز متادون تداخل کنند.

داروهایی که می توانند 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
- هورمون ها مانند پروژسترون، اتینیل استرادیول، دگزامتازون و تستوسترون
- داروهای مسدود کننده کانال کلسیم مانند نیفدیپین، وراپامیل و دیلتیازم

• آنتی بیوتیک هایی نظیر اریترومايسين و کلاریترومایسین

• سایر داروها: کینیدین، میدازولام، دیازپام، سیکلوسپورین، وین بلاستین، بروموکریپتین، سایمتدین، لیدوکائین و آفلا توکسین B
القا کننده های آنزیم $CYP3A4$ (یعنی داروهایی که ممکن است سطح خونی متادون را کاهش دهند) :

- داروهای ضد صرع مانند فنوباربیتال، فنی توئین، پریمیدون و کاربامازپین (البته والپروات سدیم و بنزودیازپین ها باعث کاهش سطح خونی متادون نمی شوند)
- داروهای ضد سل نظیر ریفامپین و ریفابوتین
- گلوکوکورتیکوئیدها

هیچ یک از داروهای فوق نباید در دوره القای متادون آغاز شوند. در صورتی که بیمار پیش از

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 جمجمه ای
- درمان با مهار کننده های 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
- هیپوترئوئیدیسم
- فئوکروموسیتوم و اختلال های دیگر فوق کلیوی

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:

- هر چند بنزودیازپین‌ها خود معمولاً باعث دپرسیون تنفسی نمی‌شوند، اما در حضور متادون می‌توانند خطر آن را 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.

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 سوء مصرف 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.

ضمیمه ۴

مسمومیت با متادون:

- مسمومیت با متادون مانند مسمومیت با سایر مواد افیونی است: خواب آلودگی، کوما، دپرسیون تنفسی و تنگی مردمک ها (مردمک ته سنجاقی).
- تفاوت متادون با سایر مواد افیونی در فارماکوکینتیک آن است: فاصله زمانی طولانی تر بین مصرف و حداکثر اثر، نیمه عمر طولانی و در نتیجه تجمع در بدن.
- تداخل با سایر داروهای تضعیف کننده دستگاه عصبی باعث تشدید اثر رخوت زایی و خواب آوری متادون می شود.
- بیشترین خطر مسمومیت و مرگ در ده روز اول رخ می دهد. در این زمان بیمار بیش از هر وقت دیگری به مصرف سایر مواد مانند الکل و بنزودیازپین ها و یا مواد افیونی (مانند تریاک و هروئین) همراه متادون می پردازد.

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 می کند. مسمومیت می تواند 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 ارایه متادون به بیماران

- قرص های حاوی متادون می بایست کوبیده شده و سپس به صورت محلول در آب به بیمار ارایه شوند.
- چنانچه قرار است بیمار به تشخیص پزشک متادون مصرفی را به منزل ببرد، حتی الامکان بهتر است پودر به صورت حل شده در آب به وی ارایه شود. در هر صورت ارایه دارو به صورت قرص مجاز نیست.
- دوره القا (induction) و پایدارسازی (stabilization)
- در بیماران وابسته به هروئین دوز شروع متادون ۱۵ تا ۳۰ میلی گرم در روز اول است.
- در بیماران وابسته به تریاک، مقادیر کمتر (اغلب ۲۰ میلی گرم) 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.
- چنان چه میزان مصرف مواد غیرقانونی بیمار بالاتر بوده که نیاز به دوزهای بالاتر را در روز اول ضروری می سازد، می توان دارو را به صورت منقسم تجویز نمود؛ به طوری که

- 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.
- 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 (القا و پایدارسازی) مجموعاً حدود ۶ هفته به طول 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 بوده‌اند.

- ابتدا ۱۵ تا ۲۰ میلی گرم 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 نگاه‌داشته شود، زیرا نیمه عمر متادون حدوداً ۲۵ ساعت است و طی سه روز اول سطح خونی به ۸۷/۵ درصد وضعیت پایدار^(۱) 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 شود.^(۲)
- 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 هم زمان الکل و بنزودیازپین‌ها خطر مسمومیت را افزایش می‌دهد، پس باید حتماً در مورد مصرف خارج از برنامه به بیمار هشدار داد.

- 1 - Steady State
- 2 - Start Low, Go Slow

ضمیمه ۴

دوره نگهدارنده (Maintenance)

- با اتمام پایداری سازی بیماران وارد مرحله نگهدارنده می شوند.
- در این مرحله، قاعدتاً 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 پایداری سازی 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 نمی بایست از ۵ الی ۱۰ میلی گرم هر مرتبه تجاوز کند.
- در مرحله نگهدارنده متغیرهای روانی، اجتماعی، شغلی و خانوادگی (که با پرسشنامه OTI سنجیده می شود) شروع به بهبود می نماید ولی بایستی توجه داشت که گاهی مشاهده بهبود در عوامل فوق ممکن است نیازمند سال ها درمان نگهدارنده باشد.

درمان های غیر دارویی سوء مصرف مواد در هنگام زلزله ی طبیعی:

طبیعی است که در هنگام وقایعی هم چون زلزله و سیل و ... فرصت چندانی برای درمان های غیر دارویی انفرادی یا تخصصی وجود ندارد. بهتر است در این حالت، بیماران را تشویق به تشکیل گروه های خودیاری نمود. این گروه ها فاقد درمانگر بوده و بیماران تحت درمان آن را اداره می کنند و مسوولیت هماهنگی جلسات از نظر زمان و مکان و موضوعات مورد بحث با خود بیماران است. معمولاً یکی از افراد به عنوان فرد مسوول گروه انتخاب می شود و مسوولیت جلسات را به عهده می گیرد. روش کار این گروه ها معمولاً بر اساس مقابله و پذیرش حقایق با تاکید بر صراحت و صداقت می باشد. اکثر صاحب نظران معتقدند این گروه ها مفید می باشند، اگرچه تحقیق علمی و کنترل شده ای در این زمینه وجود ندارد. به نظر می رسد مهم ترین جنبه گروه های خودیاری ارایه حمایت های اجتماعی است. هم چنین می توان در مراکز مشاوره که احتمالاً مدتی پس از روزهای اول حادثه تشکیل خواهد شد، یکی از افراد را جهت ارایه مشاوره به بیمار و در صورت لزوم و امکان به خانواده او اختصاص داد.



ضمیمه ۵

برنامه کشوری حمایت روانی- اجتماعی در زلزله و حوادث غیر مترقبه

هنگامی که مسؤولین بهداشتی به بلایای طبیعی توجه می کنند، مرگ و مجروحیت به عنوان دو شاخص اصلی برای آن ها برجسته می شود و در درجه بعدی به صدمات مالی توجه می شود. این واقعیت که عواقب روانی این حوادث یادگاری است که برای بازماندگان باقی می ماند؛ اغلب به فراموشی سپرده می شود. 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 درصد در نتیجه زلزله بم ایجاد شده است. با توجه به قرار داشتن کشور ما روی کمربند زلزله، باوجود جاری شدن هرساله سیلاب

توصیه هایی در زمینه پیشگیری از فرسودگی شغلی

فرسودگی شغلی در امدادگران

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

- برنامه ریزی و آماده سازی دقیق جهت ارایه خدمات به آسیب دیدگان

- اکتفا نمودن به مواردی که می توان از عهده آن برآمد

- کنترل افکار و عواطف

- تمرکز بر روی 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 مسؤولیت ها به صورت 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



بلايا طبيعى در مرداد ۱۳۷۰ كمىته فرعى تخصصى بهداشت و درمان در سال ۱۳۷۶ برنامه ريزى براى تهيه طرح «نحوه ارايه خدمات بهداشت روانى به آسيب ديده گان ناشى از بلاياى طبيعى را آغاز نمود.» براساس فعاليت هاى كه زير نظر اين كمىته در دو زلزله بيرجند و اردبيل در سال ۱۳۷۶-۱۳۷۷ صورت گرفت ضرورت تدوين برنامه براى مداخله روانى اجتماعى مطرح گرديد كه با توجه به اين مساله يك برنامه كشورى براى مداخلات روانى اجتماعى در بلاياى طبيعى و حوادث غير مترقبه تهيه گرديد. اين برنامه در سال ۱۳۸۸ براى چهارمين بار مورد بازبينى قرار گرفته است. آنچه در زير مى آيد بخش هاى از آن مى باشد.

در بخش هاى از كشور ما و ... برآورد مى شود كه بدون زلزله اى مانند بيم در سال ۱۳۸۲ و زرنند در سال ۱۳۸۳ ساليانه حدود ۴۰ تا ۶۰ هزار سال DALYs كه سهم بسيار زيادى از آن را YLL تشكيل مى دهد، در كشور ما پديد مى آيد. با توجه به بار بيمارى ها محاسبه شده در سال ۱۳۸۲ مى توان به اين نكته اشاره نمود كه حوادث عمدى و غير عمدى بالاترين نسبت DALYs را از بين مجموع بيمارى ها و آسيب هاى شناسايى شده به خود اختصاص داده است. اين موضوع ضرورت توجه به بلايا و حوادث را بيشتر از پيش مطرح مى كند.

با اعلام دهه ۲۰۰۰ - ۱۹۹۰ ميلادى به عنوان دهه بين المللى كاهش اثرات بلاياى طبيعى از سوى سازمان ملل و تشكيل كمىته مللى كاهش اثرات



ضمیمه ۵

راهنمای اجرای برنامه حمایت های 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 می گردد:

۱-۱ در سطح ستادی:

• اقدامات:

- تعیین مسوول 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 مسوول کشوری حمایت روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه و دبیر کمیته مسوول کشوری

اداره سلامت روان می باشد.

- سایر اعضا 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.

- اعضا 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 کمیته های حمایت روانی اجتماعی در حوادث غیرمترقبه در سطح دانشگاه های علوم پزشکی

- انجام پژوهش های کاربردی و نیازسنجی



۲-۱- در سطح دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی

• اقدامات:

- تعیین مسوول 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 مسوول بهداشت روان دانشگاه می باشد. سایر اعضا 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 سازمان های 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 ارایه گزارش به دفتر سلامت روانی

اجتماعی و اعتیاد

- آماده سازی ظرفیت های تخصصی مورد نیاز حمایت های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه در سطح دانشگاه

- انجام پژوهش های کاربردی و نیاز سنجی

۳-۱- در سطح شهرستان:

• اقدامات:

- تعیین مسوول حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه و بلافاصله
- تشکیل کمیته اجرایی به ریاست معاون بهداشتی دانشگاه و عضویت ۳-۵ نفر کارشناس صاحب نظر 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 پایگاه های بهداشتی

(با توجه به شرح وظایف مربوطه)



ضمیمه ۵

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، باز پیوند خانوادگی، بازسازی اجتماعی و معرفی منابع خدماتی موجود در منطقه. - آموزش مراقبت های روانی به صورت 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 گروه های مختلف شامل: کودکان، نوجوانان، والدین، همسران، سالمندان، معلمین، رهبران دینی جامعه و روحانیون.

- برگزاری گردهمایی های عمومی و نشست هایی با والدین با تکیه بر آموزش بهداشت روانی در حوادث غیرمترقبه

۲-۲- آموزش تخصصی

- آموزش مسوولین و دست اندرکاران بهداشتی درمورد ضرورت مداخلات روانی اجتماعی و برنامه های در دست اجرا تبصره: محتوای آموزشی برای مسوولین 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 تکنیک های 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 معلمین، 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 تکنیک های 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 کمک های 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):
 - نیاز سنجی فوری پس از حوادث غیر مترقبه
 - تشکیل بانک اطلاعاتی و مراکز اطلاع رسانی به بازماندگان
 - اقدامات میان مدت (یک ماه اول)
 - نیاز سنجی 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 درمان های غیر دارویی

- تامین نیروی انسانی متخصص

• اقدامات:

- ایجاد و تامین مراکز درمان (فوری ، مستمر)

- تامین نیازهای درمانی گروه های خاص (کودکان، زنان، سالمندان و معلولین)

۵- راهبردهای بازتوانی

این راهبرد شامل اقدامات کوتاه مدت و بلند مدت با استفاده از حمایت های شغلی - اجتماعی و آموزش های توانمندسازی می باشد.

• شرح وظایف:

- تهیه بسته های مداخلات بازتوانی

- جلب مشارکت و همکاری بین بخشی

- نظارت و پیگیری ارایه 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.



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
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

- 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 دارویی در اختلال استرس پس از سانحه، کتابچه آموزشی متخصصین روانپزشکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۲
- ۳- عربگل فریبا، سوگ در کودکان و نگرش های رایج پیرامون آن. خبر نامه انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان ۱۳۸۲. شماره ۳ و ۲. صفحه ۱۳- ۱۸
- ۴- لوکی، ص. بررسی وضعیت اختلالات رفتاری، اختلال استرس پس از سانحه در کودکان و نوجوانان دختر و پسر در مقاطع سنی ۱۶- ۹ سال مناطق زلزله زده پس از ۳ سال در مقایسه با مناطق غیر زلزله 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 ی طبیعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران ۷۷- ۱۳۷۶
- ۶- یاسمی، م ت و همکاران. بهداشت روانی در جریان زلزله ای طبیعی - کتابچه آموزشی متخصصین. تهران: انتشارات کمیته کاهش اثرات زلزله ای طبیعی، ۷۹- ۱۳۷۸

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

19. 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

20. 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

21. Marit Sijbrandij, Miranda Olff, and et al."Emotional or educational debriefing after psychological trauma" Randomized controlled trial; The British Journal of Psychiatry (2006) 189: 150-155

22. Roberts NP, Kitchiner NJ, and et al. "Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder.» 2009; available in PUBMED

23. 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.

24. Sadock B.J., Sadock V.A., "Comprehensive Textbook of psychiatry", NINTH EDITION, V :III - P:2615 - 2625

25. Zeev Kaplan, Iulian Iancu, and Ehud Bodner, "A Review of Psychological Debriefing After Extreme Stress". PSYCHI-ATRIC SERVICES (2001) Vol. 52 No. 6

26. 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

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

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

حمایت های روانی- اجتماعی
در بلایا و حوادث غیر مترقبه

روان پزشکان و روان شناسان بالینی