

حمایت های روانی - اجتماعی

در بلايا و حوادث غير مترقبه

(کتابچه پزشکان عمومی)

وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

اداره سلامت روان

زمستان ۱۳۹۰

نویسندگان:

دکتر محمد تقی یاسمی

دکتر نیلوفر مهدوی هزاوه
دکتر بهزاد قربانی
دکتر لاله کوهی حبیبی
دکتر معصومه امین اسماعیلی
دکتر ستاره محسنی فر

بازبینی :

علی اسدی
علی بهرام‌نژاد
دکتر مهدیه وارث وزیریان
دکتر سمانه کریمان
محمدرضا غفارزاده

فهرست مطالب

پیشگفتار

اهداف آموزشی

تاریخچه

مقدمه

فصل اول: تعریف مفاهیم

فصل دوم: اصول اساسی حمایت های روانی - اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه

فصل سوم: مراحل پاسخ روانی به دنبال بلایا و حوادث غیرمترقبه

فصل چهارم: بلایا، واکنش ها و نشانه های مرتبط با آن

فصل پنجم: اختلالات روانی شایع به دنبال بلایا و حوادث غیرمترقبه

فصل ششم: گروههای آسیب پذیر

فصل هفتم: فقدان و سوگ

فصل هشتم: حمایت های اولیه روانی - اجتماعی آسیب دیدگان

فصل نهم: درمانهای داروئی اختلالات شایع پس از بلایا و حوادث غیرمترقبه

ضمیمه اول: خودکشی پس از وقوع بلایا و برنامه پیشگیری از خودکشی

ضمیمه دوم: پروتکل درمان بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد در حوادث غیرمترقبه و بلایا

ضمیمه سوم: فرسودگی شغلی و امدادگران

منابع

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

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

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

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

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

در مرحله بعدی تیم کوچکتری به جمع بندی پیشنهادات ارائه شده در کارگاه و مرور منابع، مستندات و شواهد موجود در دنیا پرداخت. در نهایت کتاب های آموزشی به هفت گروه هدف (گروه متخصصین سلامت روان، پزشکان عمومی، کاردان بهداشتی، معلمین و مشاوران، بهورزان و رابطین بهداشتی، مدیران بهداشتی و مددکاران) تقلیل یافت. با سپاس مجدد از همه همکاران و اساتید ارجمند متون حاضر تقدیم حضور می گردد تا به یاری خداوند منان مورد بهره گیری قرار گیرد.

دکتر عباسعلی ناصحی

دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

اهداف آموزشی

از پزشکان عمومی انتظار می‌رود پس از مطالعه این متن و طی دوره آموزشی:

۱. اطلاعات لازم در مورد انواع بلایا و سایر مفاهیم مربوط به آن را داشته باشند.
۲. اصول حمایت های روانی – اجتماعی از آسیب دیدگان را بشناسند.
۳. واکنش ها و نشانه های روانی آسیب دیدگان در بحران را بشناسند.
۴. بتوانند گروههای آسیب پذیر را شناسائی کرده و در موارد لازم ارجاع دهند.
۵. واکنش های طبیعی سوگ را بشناسند و سوگ پیچیده را تشخیص دهند.
۶. بتوانند حمایت های روانی – اجتماعی اولیه را هنگام مواجهه با آسیب دیدگان ارائه کنند.
۷. بتوانند برنامه پیشگیری از خودکشی را در منطقه آسیب دیده پیاده کنند.
۸. درمانهای دارویی در اختلالات شایع پس از بلایا را بشناسند.
۹. با پروتکل درمان بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد در منطقه آسیب دیده آشنا باشند.
۱۰. نحوه اطلاع رسانی صحیح را بدانند.
۱۱. با فرسودگی شغلی آشنا گردد.

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

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

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

تیرماه ۱۳۸۱ زلزله ۶ ریشتری در روستاهای اطراف قزوین باعث مرگ ۲۳۵ تن و برجای ماندن هزاران زخمی شد. اداره سلامت روان با همکاری هلال احمر تصمیم به اجرای طرح مداخلات روانی اجتماعی در 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 می‌باشد و مداخلات روانی - اجتماعی 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 اینکه منطبق بر شرایط موجود در بم برنامه به شیوه عملیاتی نهایی تبدیل شد و مورد بهره‌برداری 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 صاحب‌نظران در این زمینه، زیر نظر اداره سلامت روان صورت پذیرفت.

از اینرو و براساس نیاز مشاهده شده در دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، اداره سلامت روان برآن گردید تا به بازبینی متون آموزشی حمایت‌های 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 مهارت‌های کافی را در اختیار دانش‌آموختگان در این حیطه قرار 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، تشکر از پیشکسوتان آن‌را می‌طلبید. 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، راهکارهایی جهت ارتقاء کیفی مطالب موجود ارائه دادند. جمع‌بندی نهایی توسط گروهی از کارشناسان سلامت روان دانشگاه‌های علوم پزشکی و اداره سلامت روان براساس نتایج بدست آمده از کارگاه مذکور و مروری بر مستندات موجود در زمینه حمایت‌های روانی اجتماعی در سطح دنیا در طی چندین جلسه مشترک در اداره سلامت روان به‌پایان رسید.

« بلا عبارت است از درهم ریختگی شدید زیست محیطی و روانی اجتماعی، که بسیار فراتر از ظرفیت انطباقی جامعه مبتلا است.»

(سازمان جهانی بهداشت - ۱۹۹۲)

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

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

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

در پژوهش یاسمی و همکاران در سال‌های ۷۷-۱۳۷۶ آسیب‌شناسی روانی در منطقه جنوب خراسان و اردبیل با گروه کنترل مقایسه شد. سایکوپاتولوژی به طور عموم در بین بزرگسالان حدود ۳ برابر و در خردسالان حدود ۲ برابر گروه کنترل بود.

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

با نگاهی به مطالب فوق ضرورت اقدامات بهداشت روان در بین امدادهای ارسالی به مناطق فاجعه‌زده مشخص می گردد. امروزه تشخیص داده شده که کمک‌های زود هنگام به مردم در جهت اینکه آنها بفهمند چگونه با استرس‌های ناشی از فاجعه کنار بیایند و بر آنها غلبه کنند ثمربخش می باشد و این امر از گسترش مشکلات بعدی در آنها جلوگیری می کند. حمایت‌های روانشناختی در بلایا باید در برنامه‌های کشوری به صورت سطح بندی اعمال شود تا در صورت بروز حوادث با بعد وسیع امکان استفاده از داوطلبین در سطوح گسترده تر موجود باشد. در این میان پزشکان عمومی به‌عنوان اولین سطح درمانی در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه نقشی اساسی در هنگام مواجهه با بازماندگان بلایا در منطقه تحت پوشش خود دارند.

فصل ۱

اهداف:

پزشکان محترم پس از مطالعه این فصل می توانند:

۱. سلامت و بهداشت روانی را تعریف کنند.
۲. بلایا را بشناسند.
۳. تنش (Stress) و تنش زا (Stressor) را تعریف کنند.
۴. مدارا و روشهای مختلف آن را در مواجهه با بلایا و حوادث غیرمترقبه بیان کنند.
۵. فرد آسیب دیده و تیم حمایت روانی- اجتماعی را بشناسند.

تعریف مفاهیم:

قبل از ورود به متن اصلی لازم است با برخی ازواژه ها و مفاهیمی که در این فصل می خوانید آشنا شوید.

سلامت: طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت عبارت است از حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط

فقدان بیماری. سازمان جهانی بهداشت تاکید دارد که هیچ یک از موارد فوق ارجحیتی بر دیگری ندارد.

بهداشت روانی: تامین، حفظ و ارتقاء سلامت روان افراد جامعه است به گونه ای که آنها، نه تنها بیماری روانی نداشته باشند

بلکه بتوانند کارهای روزانه خود را بخوبی انجام دهند، از زندگی شان لذت ببرند و با افراد خانواده و محیط خود ارتباط

برقرار نمایند. به عبارتی دیگر می توان گفت: بهداشت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی هایش را باز می شناسد و

قادر است با استرس های معمول زندگی تطابق حاصل کرده، از نظر شغلی مفید و سازنده باشد و به عنوان بخشی از جامعه با

دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد. بهداشت روان به همه ما مربوط است نه فقط به کسانی که از بیماریهای روانی رنج

می برند.

بلا: اختلال شدید زیست محیطی و روانی - اجتماعی است که از توانایی جامعه برای مقابله با مشکلات ناشی از آن فراتر

باشد. راههای مختلفی برای طبقه بندی بلایا وجود دارد ولی از نقطه نظری پیشگیری و آمادگی می توان بلایا را به دو گروه

تقسیم کرد:

بلایای طبیعی:

بلایایی که سبب یا منشاء وقوع آن خارج از اختیار انسان می باشد و فهرست آن در زیر آمده است.

- زلزله
- سیل
- آتشفشان
- طوفان و گردباد
- سقوط بهمن
- خشکسالی و گرمزدگی
- آتش سوزی جنگل ها
- امواج سهمگین از دریا به خشکی یا پیشروی دریاها
- همه گیری بیماری های عفونی مثل طاعون و یا وبا

بلایای انسان ساخته : بلایایی که بطور مستقیم یا غیر مستقیم منشاء وقوع آن در کنترل انسان می باشد. جنگ مهمترین و بزرگترین بلای انسان ساخته است ولی موارد متعدد دیگری نیز وجود دارد که فهرست برخی از آنها در زیر آمده است.

- آتش سوزی منزل
- حادثه تصادف مرگبار با اتومبیل
- سقوط هواپیما
- فروریختن مسیر عابرین
- آزاد شدن مواد شیمیائی سمی
- حوادث هسته ای

تنش (Stress): تنش (استرس) واژه ای با مفهوم گسترده است که به تاثیر هر چیز در زندگی که نیاز به تطابق داشته باشد اطلاق می شود. استرسور های محیطی یکسان، در افراد مختلف پاسخ های متفاوتی را بر می انگیزاند. استرس همیشه زیانبار تصور نمی شود، اما وقتی این فشارها افزایش یابد به نقطه ای می رسد که از آن نقطه به بعد افزایش فشار باعث افت عملکرد می شود و فراتر از این نقطه تاثیرات مخرب استرس روی سلامت جسمی، روانی و یا اجتماعی آشکار می شود. در اینجا وقتی واژه استرس را بکار می بریم منظور محدوده بالاتر از این نقطه می باشد . محدوده ای که تعامل فرد و محیطش موجب آثار منفی می شود.

استرس بر تمام جنبه های رفاه و سلامت اعم از روانی، جسمی و اجتماعی تاثیر می گذارد. بطور مثال تظاهرات آن میتواند به صورت اضطراب و افسردگی (روانی) ، ارتباطهای بین فردی مختل و مشکلات کاری (اجتماعی)، سردرد و سوء هاضمه

(جسمانی) بروز کند. وقتی بهداشت روان را در نظر می‌گیریم، استرس می‌تواند هم موجب بیماری روانی شود و هم سلامت روان مثبت را تهدید کند مثل کاهش کیفیت زندگی و شادابی.

استرسور یا تنش‌زا (Stressor): با بیانی ساده، استرسور هر عاملی است که موجب تنش (استرس) شود.

مدارا (Coping): مدارا شامل هر واکنش و اقدامی است که فرد برای فایق آمدن با آثار منفی واقعه تنش‌زا انجام می‌دهد. مدارای موثر با وقایع ناخوشایند نیازمند برقراری تعادل بین ایجاد تغییر در شرایط نامطلوب (تا حد امکان و از طرق مختلف) و تطابق با آنچه قابل تغییر نمی‌باشد، است.

مثال‌هایی از روش‌های مدارای افراد در مواجهه با بلا یا عبارتند از:

- درخواست کمک از دیگران یا کمک‌رسانی
- صحبت در مورد واقعه و سعی برای درک مفهوم آنچه رخ داده
- جستجو برای کسب اطلاع در مورد سلامت عزیزان
- پنهان شدن
- سعی در ترمیم آسیب
- خاک‌سپاری اجساد
- انجام مراسم مذهبی
- تعیین اهداف جدید و برنامه‌ریزی برای آن
- استفاده از دفاع‌هایی مثل انکار برای کاستن از رنج
- هشیاری و آمادگی برای وقایع مشابه

توجه داشته باشید که درجات سازندگی این مکانیسم‌ها متفاوت است. مکانیسم‌های مخرب مدارا نیز وجود دارند که نا کارآمد و مشکل‌ساز می‌باشند مثل انکار. در ارائه حمایت‌های روانی اجتماعی سعی بر تقویت و تشویق روش‌های کارآمد مدارا است.

آسیب‌دیده: شخصی است که در اثر حادثه‌ای از ادامه زندگی سالم خودچیز از نظر جسمانی و چه از نظر روانی، خانوادگی و اجتماعی محروم گردیده است.

تیم حمایت‌های روانی - اجتماعی: مقصود تیمی است متشکل از یک روانپزشک، یک روانشناس و در صورت امکان یک مددکار اجتماعی (یا سایر متخصصین دیگر بر حسب ضرورت) که عمده وظیفه مداخله در بحران و ارائه مداخلات روانی-

اجتماعی را بعهدده می گیرد. این تیم تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و بصورت سیاری به محل اسکان افراد آسیب دیده مراجعه نموده و پس از غربالگری آنان از نظر وجود علائم روانی ناشی از تروما، در قالب گروههای مشاوره ای، مداخلات روانی- اجتماعی لازم را ارائه می نمایند. محل استقرار این تیم درستاد حمایت روانی- اجتماعی در منطقه آسیب دیده می باشد ولی عمده فعالیتهای غربالگری، مداخله ای و پیگیری های لازم را بصورت سیاری و با مراجعه به محل اسکان بازماندگان حادثه انجام می دهند. (برای آشنائی با فعالیت های ستاد حمایت روانی- اجتماعی به برنامه کشوری حمایت های روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه مراجعه شود)

- بهداشت روانی به عنوان بخشی از تعریف سلامت و به مفهوم تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت روان افراد جامعه است.
- بلایا به دو دسته طبیعی و انسان ساخته تقسیم می شود.
- تنش به تاثیر هر چیزی در زندگی که نیاز به تطابق داشته باشد گفته می شود و تنش را هر عاملی است که موجب تنش شود.
- مدارا شامل هر واکنش و اقدامی است که فرد برای فایق آمدن با آثار منفی واقعه تنش را انجام میدهد. برخی از این میکانیسم ها نا کار آمد و یا حتی مخرب است، مانند انکار.
- تیم حمایت روانی- اجتماعی از یک روانپزشک، یک روانشناس و در صورت لزوم یک مددکار اجتماعی تشکیل شده که تحت نظر وزارت بهداشت بصورت سیاری (Out reach) غربالگری فعال، مداخله مشاوره ای گروهی و پیگیری افراد آسیب دیده را انجام می دهد.

فصل ۲

اهداف:

پزشکان محترم پس از مطالعه این فصل می توانند :

اصول اصلی در حمایت روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه را بیان کنند.

اصول اصلی در حمایت روانی - اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه

قبل از شروع هرگونه بحثی در زمینه بلایا و حمایت های روانی - اجتماعی در بلایا بیائید با انجام فعالیت زیر کار را آغاز کنیم. به عنوان مثال:

سه کارت آبی، سه کارت سبز، سه کارت سفید بردارید .
روی هر کارت آبی نام یک فرد مورد علاقه تان را بنویسید.
روی هر کارت سبز نام یکی از اشیاء یا اموال مورد علاقه تان را بنویسید.
روی هر کارت سفید نام یکی از فعالیت های مورد علاقه خود را بنویسید.
کارتها را روی میز بگذارید ، چشمان خود را ببندید ، از هر گروه یک کارت بطور تصادفی انتخاب کنید.
چشمان خود را باز کنید اینها سه چیزی هستند که شما می توانید در یک بلای طبیعی از دست دهید.
به پاسخ های ممکن و واکنش های احتمالی فکر کنید.

حمایت های روانی - اجتماعی در بلایای طبیعی جمعیت سالمی را هدف قرار می دهد که پاسخگوی یک واقعه غیر معمول می باشند، همچنان که شما در مثال بالا پاسخ دادید.

برنامه حمایت های روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه و بلایا مبتنی بر اصول اساسی زیر می باشد:

- اصل اولیه و مهم بهداشت روان در بلایای طبیعی پرهیز از برچسب بیماری زدن به بازماندگان می باشد.
- تاکید بر طبیعی سازی واکنش ها می باشد تا گروه هدف نیز بدانند واکنش هایشان پاسخ معمول به یک موقعیت غیر عادی می باشد.

افرادی که در جریان بلایا دچار واکنش های روانی شده اند بیماریا مبتلا به بیماری روانی تلقی نکنید. این علائم واکنشی طبیعی به یک حادثه کاملاً غیرمعمول است و در بسیاری از موارد در طول زمان تخفیف می یابد و از بین می رود.

- دقت در انتخاب واژه ها

کلمات تاثیر بسزایی دارند. واژه های مورد استفاده در بلایا باید به دقت انتخاب شوند. از به کار بردن کلماتی که تداعی کننده ناتوانی هستند باید خودداری کرد.

○ برنامه بهداشت روان در بلایا برنامه ای جامعه مدار است

تجربیات گذشته نشان داده است که وقتی حمایت های روانشناختی در روش های جامعه مدار تلفیق می شود، مناسبتر خواهد بود. استوارسازی برنامه بر منابع محلی و آموزش و ارتقاء آنها برای موفقیت برنامه حیاتی است. بخش عمده ای از واکنش ها و احساسات (از قبیل رنج و اندوه) ایجاد شده در بلایا نیاز به درمان تخصصی ندارد و اقدامات حمایتی اولیه و مناسب چنانچه به درستی ارائه شوند در اداره این واکنش ها و احساسات کمک کننده خواهند بود.

○ ارائه مداخلات روانی - اجتماعی بصورت گروهی بر روش انفرادی ارجح است.

چرا که بدین ترتیب علاوه بر تقویت شبکه اجتماعی، جمعیت بیشتری در زمانی کوتاهتر، تحت پوشش خدمات قرار می گیرند.

○ توانمندسازی افراد بازمانده و مشارکت آنان در برنامه ها اهمیت ویژه ای دارد.

خطری که در غالب امداد رسانی ها در بلایا وجود دارد، تحقیر یا منفعل سازی دریافت کنندگان خدمات می باشد. هنگام کمک رسانی بسیاری از احساسات انسان دوستانه و متعالی جلوه می کند اما باید مراقب احساساتی مثل برتری جویی، خودبزرگ بینی، تکبر و نیاز به سرویس دهی نیز باشیم، که گاه در چنین شرایطی زمینه بروز می یابد. دریافت کمک باعث آغاز روندی مثبت برای حل بحران می باشد، اما گاه می تواند به عنوان ناتوانی و وابستگی کمک شونده نیز تلقی شود و باعث خشم آنان شود. مهمترین عامل پیشگیری کننده از بروز چنین احساساتی یا درک چنین برخوردی از جانب آسیب دیدگان همان توانمندسازی و مشارکت آنان است. تاکید روی نقاط قوت و توانایی های بازماندگان و آسیب دیدگان به اندازه توجه به مشکلات و ناتوانی هایشان مهم است. مردم از طریق شرکت در برنامه ها احساس کنترل بر زندگی خود را پیدا می کنند و در حل مسائل و تصمیم گیری توانا می شوند. در نهایت اصل مهم در ارائه این خدمات توانمند سازی افراد درگیر در واقعه می باشد و ارزیابی هایی دقیق برای تعیین زمان و نحوه واگذاری بخش هایی از مسئولیت بر عهده آسیب دیدگان لازم است. باید توجه داشت که افراد بومی هر منطقه در ارائه این خدمات به آسیب دیدگان موفق تر خواهند بود و از این رو توانمندسازی جامعه درگیر می تواند در همیاری گروهی و ارائه موثر تر خدمات مفید باشد.

○ مداخله بهنگام

مداخله مناسب و به موقع روانی- اجتماعی از آسیب های احتمالی آینده جلوگیری می کند. بی توجهی به واکنش های هیجانی، بازماندگان فعال را به قربانیان منفعل تبدیل می کند و روند بازتوانی فرد و جامعه را کند می کند. این مداخلات از همان ساعات اولیه ورود به محل حادثه می تواند شروع شود.

○ حمایت های روانی اجتماعی بر اساس غربالگری فعال جمعیت آسیب دیده و ارائه مداخلات بصورت

سیاری می باشد.

استقرار در مکانی مانند درمانگاه یا مرکز بهداشت و انتظار برای مراجعه افراد آسیب دیده روشی کارا نمی باشد. این روش علاوه بر اینکه منجر به تقویت رویکرد بیماری نگر در جامعه می شود در عمل باعث غافل شدن از جمعیت آسیب دیده ای می شود که واکنش های ناشی از بلایا را نمی شناسند، از وجود مداخلات موثر برای کاهش آسیب آگاه نیستند و یا با روشهایی ناکارآمد مانند مصرف خودسرانه دارو یا سوء مصرف مواد به خود درمانی می پردازند.

○ توجه به آداب ، سنن و فرهنگ منطقه آسیب دیده و استفاده از آن برای پیشبرد برنامه

بیان هیجانانگیز و سوگ، و روش های عزاداری در فرهنگ های مختلف متفاوت است. احترام و توجه به مناسک محلی بسیار مهم است. مناسک و مراسم سوگواری هر منطقه و فرهنگی در خود روش های تطابق و آرام سازی برای معتقدان به آن دارد که باید از این نیرو استفاده شود. فرهنگ دیدگاه ما به جهان را رنگ می زند. بسیار مهم است که در ارائه حمایت های روانی اجتماعی به آسیب دیدگان بتوانیم دنیا را از دید آنها و با رنگ آمیزی آنان ببینیم. وقتی اهمیت این مسائل سنتی و فرهنگی را درک کنیم، اهمیت تلاشی که برای رعایت و حفظ مناسک فوق انجام می شود، در کسب موفقیت برنامه روشن خواهد شد. استفاده از خلاقیت برای تطبیق اجرای مناسک با امکانات موجود از جنبه های مهم مدیریت بلایای طبیعی است. شاید محدودیت های پیش آمده امکان اجرای بسیاری از آداب را ندهد اما مهم آن است که این مراسم را بشناسیم، اهمیت آنها را درک کنیم، به آن احترام بگذاریم و حد اکثر تلاش را برای اجرای آن ولو با تغییرات ناگزیر، انجام دهیم.

○ استفاده از داوطلبین آموزش دیده

افراد داوطلب نیروهای قابل دسترس، قابل اعتماد، متعهد و دلسوز می باشند و با آموزش آن ها نیروی کارآمدی در اختیار خواهیم داشت

اصول اولیه حمایت های روانی- اجتماعی در بلایا شامل موارد زیر می باشد:

- اصل اولیه و مهم بهداشت روان در بلایای طبیعی پرهیز از برچسب بیماری زدن به بازماندگان است.
- دقت در انتخاب واژه های مورد استفاده در بلایا اهمیت زیادی دارد.

- برنامه بهداشت روان در بلایا برنامه ای جامعه مدار است.
- ارائه مداخلات روانی - اجتماعی بصورت گروهی بر روش انفرادی ارجح است.
- توانمندسازی افراد بازمانده و مشارکت آنان در برنامه ها اهمیت ویژه ای دارد.
- مداخله کافی و به موقع روانی اجتماعی از آسیب های احتمالی آینده جلوگیری می کند.
- حمایت های روانی اجتماعی بر اساس غربالگری فعال جمعیت آسیب دیده و ارائه مداخلات بصورت سیاری می باشد.
- به آداب ، سنن و فرهنگ منطقه آسیب دیده توجه گردد و از آن برای پیشبرد برنامه استفاده شود.
- از داوطلبین آموزش دیده استفاده شد

فصل ۳

اهداف:

پزشکان محترم پس از مطالعه این فصل می توانند:

- ۱- مراحل پاسخ روانی در واکنش به عوامل استرس زا را نام ببرند و مدت آنها را بیان کنند.
- ۲- علائم واکنش های مراحل مختلف را نام ببرند.
- ۳- مقابله با واکنش های مختلف را بشناسند و رفتار متناسب با آن را ارائه نمایند.

مراحل پاسخ روانی به دنبال بلایا

به طور معمول به دنبال بحران هایی همچون سیل و زلزله، افراد از مراحل مختلفی عبور می کنند. این مراحل را بصورت خلاصه در جدول زیر آمده است.

| اداره واکنش | علائم واکنش | مراحل |
|--|--|---|
| دراغلب موارد قبل از رسیدن هر کمکی بطور خودبخود پایان می پذیرد. | <ul style="list-style-type: none"> - اکثر افراد دچار ترس و وحشت می شوند. - برخی افراد بهت زده می شوند. - افراد گیج و درمانده هستند و قدرت انجام هیچ کاری را ندارند. - این حالت معمولاً گذرا و کوتاه مدت است. | <ul style="list-style-type: none"> مرحله اول: تماس یا ضربه (در چند دقیقه اول پس از حادثه بروز می کند) |

| | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - رفتار آسیب دیدگان را باید به عنوان واکنش طبیعی آنها تلقی کرد. - باید وضعیت و شرایط افراد رادرک کرد. - هدایت هوشمندانه: باید فعالیتهای مردم را بصورت مناسبی هدایت کرد. - به نقش خانواده افراد آسیب دیده ویا دوستان آنها اهمیت داده شود. | <ul style="list-style-type: none"> - افراد احساس می کنند باید کاری انجام دهند، با دیگران ارتباط برقرار می کنند و به طور داوطلبانه درامدادرسانی کمک می کنند. - همبستگی بین مردم ایجاد می شود. - مردم با گذشت وایثار زیاد عمل می کنند و تا رسیدن نیروهای کمکی، بسیاری از کارها را خود انجام می دهند. بعنوان مثال پس از زلزله شروع به بیرون آوردن اجساد از زیر آوار می کنند. - افراد گستاخانه عمل کرده و به موانع اداری اجرائی کاری ندارند و ممکن است عصبانی و تحریک پذیر شوند. | <p>مرحله دوم:</p> <p>مرحله قهرمان گرایی</p> <p>(در ساعات یا روزهای اولیه وقوع حادثه بروز می کند)</p> |
| <p>کمک رسانی به افراد در این مرحله بسیار مهم و مفید بوده و نتایج زیر را در بردارد:</p> <ul style="list-style-type: none"> - سرعت در پیدایش تعادل روانی - جلوگیری از اختلالات روانی عاطفی شدید بعدی - جلوگیری از انتقام جوئی و بدبینی نسبت به دیگران در مراحل بعدی | <p>همزمان با رسیدن نیروهای کمکی و توزیع کمکها، افراد امیدوار شده و بطور موقت به آنها حالت آرامش دست می دهد.</p> | <p>مرحله سوم : شادمانی یا فراموشی غم</p> <p>ک هفته تا چند ماه بعد از حادثه بروز می کند)</p> |

| | | |
|--|---|---|
| <p>- از نظر روانی احتیاج به حمایت بیشتری دارند.</p> <p>- ایجاد روحیه امید و اعتماد به نفس در آسیب دیدگان اهمیت زیادی دارد.</p> <p>- امدادگران و مسئولین توزیع کمکها باید حداکثر تلاش خود را در جهت توزیع عادلانه و توأم با احترام امکانات بین مردم انجام دهند.</p> | <p>- افراد تازه متوجه وسعت خسارت و فقدانهایشان می شوند.</p> <p>- افراد مجدداً روحیه خود را از دست می دهند، نا آرام، خسته و درمانده می شوند.</p> <p>- ممکن است به این نتیجه برسند که کمک های رسیده برای آنها کفایت نمی کند و یا شروع به مقایسه دریافتی های خود با دیگران کنند.</p> <p>- مضطرب و حساس شده و احساس تنهایی شدیدی می کنند.</p> | <p>مرحله چهارم: مرحله مواجهه با واقعیت (۲ الی ۳ ماه بعد از وقوع حادثه بروز می کند)</p> |
| <p>- مسئولین باید پاسخگوی نیازهای مردم باشند و با برنامه ریزی از سرگردانی و بلا تکلیفی آنها جلوگیری کنند.</p> <p>- باید مردم را فعالانه در امر بازسازی مشارکت دهند.</p> | <p>- افراد شروع به بازسازی زندگی خود کرده بتدریج درک می کنند که باید متکی به خود باشند.</p> <p>- عدم رسیدن کامل به این مرحله منجر به باقی ماندن احساس ناراحتی و پر خاش و تعارض درونی می گردد.</p> | <p>مرحله پنجم: تجدید سازمان (۶ ماه تا یک سال بعد از وقوع حادثه بروز می کند)</p> |

آگاهی از این واکنش ها کمک می کند تا عکس العمل های روانی آسیب دیدگان را بشناسید و نحوه برخورد با آنان را دریابید. گاه برخی از مراحل بارز نیستند و الزاماً بترتیب نیز رخ نمی دهند. اقدام متناسب با این حالتها مردم را منسجم کرده و به آنها انگیزه می دهد تا با حوادث دست و پنجه نرم کنند. هدف نهائی رسیدن هرچه سریعتر بازماندگان به مرحله تجدید سازمان است.

"به دنبال بلایا افراد از ۵ مرحله مختلف عبور می کنند:

۱. مرحله تماس یا ضربه
۲. مرحله قهرمانگرایی
۳. مرحله شادمانی و فراموشی غم
۴. مرحله مواجهه با واقعیت
۵. مرحله تجدید سازمان

این مراحل الزاماً به ترتیب رخ نمی دهند و ممکن است برخی مراحل کاملاً بارز نباشند. هدف نهائی رسیدن باز ماندگان به مرحله تجدید سازمان است.

فصل ۴

اهداف:

پزشکان محترم پس از مطالعه این فصل می توانند:

علائم شایع روانی در افراد آسیب دیده را شرح دهند.

واکنش ها و علائم شایع بحران در افراد آسیب دیده

پس از بلایا افراد در معرض عوامل استرس زای متعددی قرار می گیرند. این عوامل عبارتند از انواع آسیب های جسمی که باعث درد و ناراحتی می شود، نداشتن محل امن برای آسایش و استراحت، نبود مواد غذایی لازم برای رفع گرسنگی و تشنگی، مواجهه با صحنه های دلخراش از قبیل جنازه اقوام و آشنایان، شنیدن صدای کمک خواستن افراد از زیر آوار، تخریب ساختمانها و از دست دادن اموال و دارائی، که فشار زیادی را از نظر روانی بر فرد وارد می کند. استرسی که بر فرد در جریان بلایا وارد می شود به قدری ناتوان کننده است که تقریباً هر کسی را می تواند از پا در آورد. به دنبال بروز استرس شدید روانی ناشی از فاجعه، واکنش ها و علائمی در افراد به وجود می آید که می تواند تأثیر معکوسی روی عملکرد آن ها داشته باشند. در برخی افراد تنها با یک تک علامت مواجه هستیم و در برخی دیگر ترکیبی از علایم، که در صورت عدم رسیدگی می توانند به اختلالات روانی مزمن منجر گردند. میزان تاثیر افراد از وقایع اطراف، تا حد زیادی تابع میزان آسیب پذیری قبلی، وسعت فاجعه و میزان تخریب و فقدان، و همچنین وضعیت حمایتها و رسیدگی به هنگام به مسایل روانی - اجتماعی افراد می باشد. سعی بر این است تا رنج افرادی که دچار آسیب شده اند کمتر شود و سریعتر به زندگی عادی خود برگردند و این دوران را به سلامت طی کنند.

مراقب باشید افرادی را در جریان بلایا دچار واکنش هائی روانی شده اند بیماریا مبتلا به بیماری روانی تلقی

نکنیم. این علائم واکنشی طبیعی به یک حادثه کاملاً غیر طبیعی است و در بسیاری از موارد در طول زمان

تخفیف می یابد و از بین می رود.

خشم (Anger):

یک هیجان پیچیده است که با سرخوردگی و ناکامی مرتبط است به ویژه وقتی افراد سعی در انکار ناکامی دارند. خشم هیجان پرانرژی تری نسبت به سرخوردگی است و بنابر این به فرد تا حدی احساس قدرت برای روبرویی با شرایط می دهد. این می تواند روشن کند که چرا مردم هنگام شرایط ناتوان کننده و غیر قابل کنترلی مثل از دست دادن عزیزشان یا یک زلزله ویرانگر احساس خشم می کنند.

اضطراب (Anxiety):

اضطراب گسترده تر و کم شدت تر از ترس می باشد. معمولاً تمرکز آن روی احتمالات ناخوشایند آینده است و متوجه یک هدف مشخص نمی باشد. می تواند بصورت بی قراری (agitation) یا ناتوانی در تصمیم گیری و عمل خود را نشان دهد. اضطراب شدید می تواند فلج کننده باشد. اضطراب مزمن برای بدن مضر است و می تواند منجر به شکایات جسمانی شود.

سرزنش (Blame):

وقتی افراد خود را مسئول یک رخداد ناگوار می دانند رخ می دهد. ممکن است خود را به خاطر عدم جلوگیری از واقعه بد یا عدم کمک کافی سرزنش کنند.

ناامیدی (Despair):

پس از بلایا فرد ممکن است خود را از فعالیت و روابط بین فردی دور کند و منزوی شود. علت آن می تواند احساس ناامیدی شدید نسبت به آینده باشد.

ترس (Fear):

هیجانی قدرتمند است که غالباً تمام انرژی و توجه را به خود معطوف می کند. پس از یک استرسور شدید ممکن است ترس از دست دادن کنترل بر ذهن و افکار بر فرد مستولی شود (ترس از ابتلا به بیماری روانی). همچنین ترس می تواند متوجه محیط باشد، مثل ترس از تنها ماندن، از دست دادن عزیزان، وقوع مجدد فاجعه. ترس در صورت ازمان می تواند موجب برخی اختلالات روانی و افت عملکرد شود.

سرخوردگی (Frustration):

وقتی افراد در دستیابی به خواسته ای با مانع مواجه می شوند، واکنش هیجانی به نام سرخوردگی را تجربه می کنند. واکنش مناسب در پاسخ به احساس سرخوردگی تغییر مسیر تلاش در جهتی است که انتظار می رود نتیجه بخش باشد. در

مواردی که تغییر شرایط ممکن نیست، تطابق با وضعیت موجود می تواند کمک کننده باشد. باقی ماندن احساس سرخوردگی منجر به خشم یا افسردگی می شود.

گناه (Guilt):

وقتی حس می شود که اتفاقی ناعادلانه رخ داده باشد و فرد به نوعی خود را مسئول بداند. پس از بلایا، نوع خاصی از احساس گناه بنام گناه بازماندن "Survivor's guilt" ممکن است مشاهده شود که در آن فرد از زنده ماندن خود در شرایطی که دیگران مرده اند، احساس گناه می کند. در مواردی ممکن است فرد به خاطر اینکه نتوانسته طور دیگری عمل کند و یا به دیگران کمک کند، احساس گناه کند. ممکن است احساس گناه وی مربوط به این باشد که چرا در زمانی که فرصت داشته، با فرد از دست رفته، رفتار بهتری نداشته است.

غم و اندوه (Sadness or sorrow):

احساسی شایع در بلایا می باشد که مرتبط با فقدان هائی است که فرد با آن روبرو شده است. او احساس بی انرژی بودن و عدم لذت می کند که در حرکات و صورتش نمایان است.

آسیب پذیری (Vulnerability):

هنگامی که فرد از نظر جسمی یا روانی دچار آسیب می شود، احساس شکننده بودن و ناامنی می کند و این موجب می شود که شرایط محیطی را حتی ناامن تر و پر خطرتر تعبیر کند و احساس آسیب پذیری داشته باشد.

سوگ و سوگواری (Grief & Mourning):

سوگ احساس درونی است که افراد وقتی با از دست دادن عزیزشان روبرو می شوند، تجربه می کنند. سوگواری روندی است که طی آن سوگ حل می شود و شامل مراسم و مناسک اجتماعی مرتبط با پدیده مرگ نیز می شود.

افکار و خاطرات مزاحم (Intrusive thoughts & memories):

افکار یا خاطراتی که بصورت خواسته و ناخواسته در پاسخ به یادآورهای محیطی در هر زمانی از روز به ذهن می آید. ممکن است در روز به شکل تجسم تصاویر یا صداها و یا بوهای یادآور حادثه و در شب بشکل کابوس و رویاهای وحشتناک ظاهر شود.

بیش برانگیختگی (Hyper vigilance):

با علائم جسمی طپش قلب، تنفس سریع و تنش عضلانی و یا با علائم روانی اضطراب یا بی قراری، گوش به زنگ بودن و از جا پریدن در مقابل محرک های جزئی و یا مشکل تمرکز حواس خود را نشان می دهد.

اجتناب (Avoidance):

بصورت اجتناب شناختی و آگاهانه مثل تلاش برای فکر نکردن و بخاطر نیاوردن واقعه و یا بصورت رفتاری مانند دوری کردن از مکانها و افراد یادآور حادثه و یا صحبت نکردن درمورد حادثه خود را نشان می دهد.

مشکلات خواب (Sleep problems):

به صورت اشکال در بخواب رفتن، عدم تداوم خواب و کابوس های شبانه بروز می کند.

شکایات جسمانی مبهم بدون وجود بیماری جسمانی (Somatic complaint):

شکایت متعدد جسمی در افراد بازمانده از یک حادثه غیرمترقبه امری طبیعی است. معمولاً معاینات، آزمایشات و بررسی های انجام شده علتی عضوی برای مشکل آنان نشان نمی دهد. حتی اگر علت جسمی وجود داشته باشد شکایات آنان با علل عضوی موجود متناسب نیست یا علیرغم درمان مناسب برای مشکلات جسمی شکایات به قوت خود باقی می ماند.

پس از وقوع بلایا افراد آسیب دیده ممکن است واکنش های مختلفی در پاسخ به واقعه بروز دهند:

- سوگ و سوگواری
- افکار و خاطرات مزاحم
- بیش برانگیختگی
- اجتناب
- مشکلات خواب
- شکایات جسمانی مبهم بدون وجود بیماری جسمی
- سوگ و سوگواری
- افکار و خاطرات مزاحم
- بیش برانگیختگی
- اجتناب
- مشکلات خواب
- شکایات جسمانی مبهم بدون وجود بیماری جسمی
- خشم
- اضطراب
- سرزنش
- ناامیدی
- ترس
- سرخوردگی
- احساس گناه

غم و اندوه

فصل ۵

اهداف:

پزشکان محترم پس از مطالعه این فصل می توانند:

۱- انواع اختلالات روانپزشکی مرتبط با بلایا و حوادث غیرمترقبه را بشناسند.

۲- علائم هر اختلال را توضیح دهند.

اختلالات روانی شایع به دنبال بلایا و حوادث غیرمترقبه

تذکر مهم:

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

اختلالات روانی به دنبال بلایا

در بسیاری از موارد، یکی از علائم ذکر شده در مبحث قبل در افراد بازمانده دیده می شود. ترکیبی از این علائم که موجب افت عملکرد فرد در زمینه های مختلف شغلی، تحصیلی و یا روابط بین فرد شود و یا اینکه رنج و ناراحتی فراوانی را ایجاد کند، نیاز به مداخله دارد. شایع ترین اختلالاتی که به دنبال حوادث غیر مترقبه مشاهده می گردند عبارتند از: اختلال سازگاری، 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 حادثه ای آسیبزا 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، رؤیاهای، خطاهای حسی، تکرار خاطرات توسط اطرافیان و یا احساس وقوع مجدد حادثه برای فرد بازمانده تکرار شود. اجتناب یکی از علایم شایع و بارز این اختلال می باشد چرا که فرد سعی در جلوگیری از یادآوری خاطرات آسیب‌زا و تجربه مجدد برانگیختگی ناشی از آن را دارد. انواع اختلال در خواب، تحریک پذیری، اشکال در تمرکز، بی‌قراری، گوش به زنگی مفرط و رفلکس از جا پریدن شدید از سایر علایمی هستند که در این اختلال انتظار بروز آن‌ها را داریم. تفاوت عمده این اختلال با اختلال استرس پس از سانحه در مدت زمان بیماری است، این اختلال بین ۲ روز تا ۴ هفته به طول می‌انجامد و در صورتی که در این مدت زمان مرتفع نگردد به اختلال استرس پس از سانحه تبدیل می‌گردد. فرد متأثر به طور واضح افت در عملکرد فردی و اجتماعی دارد.

۲- *اختلال استرس پس از سانحه*: همان‌طور که قبلاً توضیح داده شد علایم این اختلال مشابه اختلال استرس حاد

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

۳- *سوگ عارضه‌دار*: در مواردی که واکنش سوگ طی یک تا دو ماه تخفیف نمی‌یابد، شدت علایم طی مدت سوگواری

شدیدتر از حدی است که انتظار می‌رود، و یا تأخیر بارزی در بروز علایم سوگ وجود دارد با سوگ بیمارگونه مواجه هستیم که نیازمند مداخله است. (به فصل سوگ مراجعه شود)

۴- *افسردگی اساسی*: هرچند تمامی بازماندگان بطور طبیعی دچار واکنش سوگ گردیده و پس از رفع آن با به یادآوری

خاطرات گذشته دچار غم و اندوه می‌گردند، باید به خاطر داشت که این واکنش روانی طبیعی نسبت به یک فقدان بزرگ کاملاً با اختلال افسردگی متفاوت است. اختلال افسردگی یک واکنش طبیعی نسبت به بحران محسوب نمی‌گردد و در صورت بروز نیازمند

مداخله جدی و فوری است. خصوصیت بارز آن وجود خلق افسرده همراه با ناامیدی و احساس درماندگی، اضطراب، کاهش انرژی، اختلال خواب، کاهش اشتها، اختلال در حافظه، احساس پوچی و بی‌ارزشی، احساس گناه و گاه افکار خودکشی است. افسردگی از اختلالات شایع به دنبال بحران‌هاست. (به برنامه پیشگیری از خودکشی مراجعه گردد)

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

۶- **اختلالات شبه جسمی:** ۳ ویژگی بارز این اختلالات به شرح زیر می‌باشد ۱- شکایات جسمانی که بیماری طبی جدی را مطرح می‌کند بدون اینکه بیماری طبی قابل اثباتی وجود داشته باشد. ۲- وجود عوامل و تعارضات روانشناختی که بنظر می‌رسد در شروع، تشدید و تداوم اختلال نقش مهمی ایفا کند. ۳- شکایات یا نگرانی بیش از حد بیمار در مورد سلامت خود در صورت خودآگاه و تعمدی نمی‌باشد. معمولاً در سرویس‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه این اختلالات برای هفته‌ها یا حتی سالها مورد غفلت قرار می‌گیرند. وقتی پزشک هیچ یافته بالینی یا پاراکلینیک به نفع اختلالات ارگانیک پیدا نمی‌کند، ممکن است بیمار را با این عنوان که مبتلا به هیچ بیماری جسمی نمی‌باشد، رها کند. در واقع در این شرایط توجه‌ای به منشاء روانی شکایات او نشده و بیمار از درمان مناسب محروم مانده است. شکایات متعدد جسمی در بازماندگان از یک حادثه غیرمترقبه وسیع می‌تواند امری کاملاً طبیعی باشد و اگرچه پزشکان اقدامات لازم برای یافتن علل عضوی را انجام می‌دهند، اغلب نمی‌توان به یک منشأ قابل استناد جسمانی رسید. نتایج مطالعه‌ای که بعد از یک حادثه غیرمترقبه در پورتوریکو انجام شده بود، افزایش شکایات مربوط به دستگاه گوارش مانند دردشکم، استفراغ، نفخ و انواع شکایات عصبی مانند فراموشی، فلج ودوبینی را نشان داد.

دو اختلال مهم در این دسته، **اختلال جسمانی سازی (Somatization disorder)** و **اختلال تبدیلی (Conversion disorder)** می‌باشد.

- اختلال جسمانی سازی از نظر تاریخی با عنوان هیستری یا سندرم بریکه معرفی شده است. مشخصه آن الگوی شکایات جسمی متعدد، عودکننده و از نظر بالینی قابل ملاحظه می‌باشد و عملکرد بیمار را تحت تاثیر قرار می‌دهد. علائم ترکیبی از درد، علائم گوارشی، جنسی و نورولوژیک می‌باشد. شکایات جسمی متعدد را نمی‌توان بر اساس یک حالت طبی عمومی شناخته شده یا تاثیر مستقیم یک ماده کاملاً توجیه کرد. اگر علائم در حضور یک

حالت طبی عمومی رخ دهند، شکایات فیزیکی یا آسیب اجتماعی یا شغلی بیش از آن است که از سابقه، معاینه فیزیکی یا بررسی های آزمایشگاهی انتظار می رود. علائم این اختلال از روی قصد، وانمود یا ایجاد نمی شوند.

- اختلال تبدیلی در برگیرنده علائم یا نقایصی است که بر کارکرد حسی یا حرکتی ارادی تاثیر می گذارد و یک اختلال سیستم عصبی محیطی یا مرکزی را مطرح می کند ولی معمولاً علائم تبدیلی با مشخصه های آناتومیک و مکانیسم های فیزیولوژیک مطابقت ندارد. بعنوان مثال یک عضو فلج شده هنگام پوشیدن لباس و یا زمانی که توجه معطوف به جای دیگری است حرکت داده می شود و تن عضله و رفلکس های وتري طبیعی است. بطور معمول این اختلال در شرایط استرس رخ می دهد و موجب افت عملکرد قابل ملاحظه ای می شود. باید توجه داشت که علائم بیمار عمدی نمی باشد. علائم یا نقایص حرکتی مانند فلج یا ضعف موضعی، لالی، اختلال در تعادل بدن، دشواری بلع، احتباس ادرار علائم و نقایص حسی مانند دو بینی، کوری، کری، فقدان احساس لامسه و درد. علائم ممکن است بصورت حملات تشنجی بروز کند. بررسی های کامل بالینی برای اطمینان از عدم وجود یک اختلال ارگانیک ضروری می باشد

اختلالات روانی شایع پس از وقوع فاجعه شامل موارد زیر است:

- اختلال استرس حاد (Acute stress disorder)
- اختلال استرس پس از سانحه (Post traumatic Stress Disorder- PTSD)
- سوگ عارضه دار (Complicated grief)
- اختلال افسردگی اساسی (Major depressive disorder)
- اختلالات اضطرابی (Anxiety disorders)
- اختلالات شبه جسمی (Somatoform disorder)
- اختلال جسمانی سازی (Somatization)
- اختلال تبدیلی (Conversion disorder)

به دنبال بلایا ممکن است بسیاری از بیماریهای روانپزشکی در فرد عود نماید. همچنین چنانچه توجه کافی درجهت کاهش واکنشها صورت نگیرد گرایش به سوء مصرف مواد افزایش یابد.

فصل ۶

پزشکان محترم پس از مطالعه این فصل می توانند:

۱. گروه‌های آسیب پذیر در حوادث و بلا یا را شناسائی کنند.
۲. علائم شایع کودکان پس از مواجهه با فاجعه را بشناسند.
۳. ویژگی‌هایی که زنان را آسیب پذیر می سازد را بشناسند.
۴. با تفاوت‌هایی که در مورد سالمندان وجود دارد آشنا شوند.

گروه‌های آسیب پذیر:

پس از هر فاجعه یا بلا افکار، احساسات یا رفتارهایی در بین افرادی که آسیب دیده اند یا شاهد صحنه های دردناکی بوده اند جریان پیدامی کند. این افراد ممکن است عزیزان مورد علاقه خود را از دست داده باشند، منازلشان تخریب شده باشد، شاهد صحنه های دردناکی مثل دیدن جنازه های عزیزانشان، دیدن زجر و درد آسیب دیدگان و مجروحین، شنیدن فریادهای درخواست کمک از سوی دیگران باشند. در شرایط سرما، گرما، تشنگی، گرسنگی طاقت فرسا قرار گرفته باشند، ممکن است ندانند چه بر سر سایر افراد خانواده یا بستگان و دوستانشان آمده است. این افراد نگرانی در مورد تنها شدن، امنیت، سلامت خود و اشخاص مورد علاقه خود داشته و خواب آشفته ای دارند، دائماً صحنه های دردناکی که دیده اند در بیداری یا در خواب بصورت کابوس سراغشان می آید. اما وجود این علائم به معنی وجود یک بیماری نیست. سعی مابراین است تا رنج افرادی دچار آسیب شده اند کمتر شود و سریعتر به زندگی عادی خود برگردند و این دوران را به سلامت طی کنند.

البته بلا یا بر همه افراد اثر یکسانی نمی گذارد و برخی افراد نسبت به دیگران آسیب پذیری بیشتری دارند. کسانی که تنها زندگی می کنند یا منابع حمایتی یا مالی کمتری دارند، افراد بیسواد و کسانی که دسترسی به اطلاعات ندارند، کودکان، زنان، سالمندان و معلولین احتمال دارد در هنگام وقوع بلا یا دچار عوارض روانی بیشتری شوند.

کودکان:

دوران کودکی هر انسان و طی شدن مراحل طبیعی تکامل وی برای رشد صحیح در دوران بزرگسالی از اهمیت قابل ملاحظه ای برخوردار است. محروم کردن اطفال از چنین دورانی و مقتضیات لازم آن همان قدر مضر است که محروم کردن وی از غذا و پوشاک زیان آور است. به همین علت اطفال در جامعه ای که دستخوش یک حادثه غیر مترقبه شده است، جزء اقشار آسیب پذیر محسوب می شوند. در این گونه حوادث ممکن است اطفال والدین خود را از دست بدهند و مجبور باشند در شرایط جدیدی که کاملاً با شرایط تثبیت شده قبلی متفاوت است زندگی کنند. اگر نیازهای خاص این

قربانیان تامین نگردد روند تکاملی آنها بطور صحیح طی نشده و منجر به کشمکش های روانی جدی در آینده نزدیک یا دور می شود.

خیلی ها فکرمی کنند که «کودکان زود همه چیز را فراموش می کنند» یا اینکه «کودک که چیزی نمی فهمد و حتی اگر دچار ضربه شدیدی هم شود زودبهبودی پیدامی کند». این طرزفکر باعث می شود که توجه کمتری به کودکان شود. از طرفی والدین که خود نیز در فشار هستند ممکن است واکنش هائی چون گوشه گیری، پرخاشگری، افت تحصیلی یا امتناع از رفتن به مدرسه در فرزند خود را رفتاری عمدی یا دال بر لجبازی تلقی کنند. پس باید با علائمی که کودکان پس از وقوع بلایا از خود نشان می دهند بیشتر آشناشویم. علایم آسیب روانی در اطفال بسته به سن آن ها تا حدی متفاوت می تواند باشد که در اینجا شایعترین آنها ذکر می گردد:

کودکان کمتر از دو سال

گریه و بی قراری ، بی علاقگی به آنچه که در اطراف اتفاق می افتد یا ترس از محیط اطراف ، اختلال در روند معمول خواب و اشتها ، توقف در سیر تکاملی مانند خندیدن، نشستن ، راه رفتن یا تکلم، و یا چسبندگی بیش از حد به مراقبین.

کودکان پیش دبستانی ۲-۶ سال

کودکان پیش دبستانی متعاقب یک واقعه جدی اغلب احساس ناتوانی و درماندگی می کنند. از جدا شدن از والدینشان هراسناک هستند و ممکن است به رفتارهای سنین پایین تر برگردند، مثل مکیدن شست، شب ادراری، یا ترس از تاریکی. ممکن است نگرانی آن ها از وقوع مجدد سانحه یا از دست دادن نزدیکان باشد. طی هفته های پس از واقعه ممکن است در بازی های کودک بارها و بارها جنبه های مختلفی از آنچه روی داده، نمود پیدا کند.

کودکان ۶ تا ۱۰ سال

کودک در سنین دبستان از نظر ذهنی توانایی درک موقعیت های پیچیده تری را دارد که منجر به واکنش های گسترده تری می شود ، مثل : احساس شکست، گناه ، خشم، یا رویاپردازی هایی در مورد نجات بخش بود. برخی کودکان به شدت با جزئیات حادثه مشغولیت ذهنی دارند و می خواهند در مورد آن صحبت کنند. در چنین مواردی این مشغولیت ذهنی شدید منجر به حواس پرتی کودک می شود و عملکرد وی در درس یا بازی کاهش می یابد.

کودکان و نوجوانان ۱۱ تا ۱۸ سال

هرچه سن کودک بیشتر می شود ، واکنش های وی به واکنش های معمول بزرگسالان در مواجهه با بلایا ، نزدیکتر و شبیه تر می شود. اما برخی واکنش های ویژه مثل تحریک پذیری، نقض مقررات و رفتار های پرخاشگرانه نیز متداول هستند.

برخی نوجوانان ممکن است دست به رفتارهای پرخطر بزنند مثل سوء مصرف مواد و الکل یا رانندگی بی ملاحظه و بی پروا. برخی ممکن است از ترک محل سکونت دچار وحشت شوند و محیط را بسیار خطرناک ارزیابی کنند. ممکن است بدلیل افسردگی گوشه گیر و منزوی شوند. این واکنش ها نیازمند مداخله سریع و تخصصی هستند.

زنان:

مرگ و میر زنان در کشورهای درحال توسعه در اثر بلایا از مردان بیشتر است. بطور کلی زنان علائم و واکنش های روانی بیشتری بعد از وقوع بلایا دارند. زنان معمولاً نقش اصلی مراقبت از فرزندان را برعهده دارند و کمتر احتمال دارد به خاطر فرزندان خود هنگام بروز بلایا، محل حادثه را ترک کنند. از طرفی بدلیل نقش های سنتی ممکن است محدود به خانه و منزوی باشند. زنان پس از وقوع بلایا امنیتشان بیشتر مورد تهدید قرار می گیرد و در صورتی که سرپرست یا پدر خانواده از دست رفته باشد ممکن است در مورد کمک هائی که توزیع می شود مورد تبعیض واقع شده و با کمبود مواد غذایی روبرو شوند. در صورت نداشتن مهارت فنی یا تخصص علمی بدست آوردن شغلی با درآمد مناسب برای آنان دشوارتر است و ممکن است دچار فقر و تهیدستی شوند.

ولی باید تاکید کرد که پس از بلایا فرصت هائی نیز وجود دارد که زنان بتوانند شبکه های اجتماعی تشکیل داده و از حمایت های بیشتری برخوردار شوند. حتی در انجمن های مردمی نقش رهبر یا عضوی فعال را برعهده بگیرند.

سالمندان:

در صورت بروز بلایا، سالمندان در معرض خطر بیشتری قرار دارند. افسردگی در آنها معمولاً نادیده گرفته می شود بعنوان مثال فراموشکاری یا حواسپرتی در آنها ممکن است علامتی از افسردگی باشد که گاهی به حساب پیری گذاشته می شود و مورد غفلت قرار می گیرد.

ضروری است در ارائه خدمات حمایتی به بازماندگان به سایر افراد آسیب پذیر نیز توجه شود:

افرادی که سابقه بیماریهای مزمن جسمی و یا روانی دارند مثلاً افرادی که در گذشته به اختلال پس از حادثه مبتلا بوده اند، افرادی که در زلزله و حادثه دچار آسیب های متعدد شده اند، مردانی که همسر خود را از دست داده و مسئولیت نگره داری کودکان خود را برعهده دارند و امدادگران

فصل ۷

پزشکان محترم پس از مطالعه این فصل می توانند:

۱. سوگ را تعریف کنند.

۲. چرخه سوگ را بشناسند.
۳. شناخت پدیده مرگ را در مراحل مختلف رشدی انسان بدانند.
۴. واکنش های افراد سوگوار را بشناسند.
۵. باورهای رایج پیرامون مرگ را بشناسند.
۶. سوگ بیمارگونه را بشناسند و با نکاتی که جهت پیشگیری از سوگ بیمارگونه باید رعایت کنند آشنا شوند.

فقدان و سوگ

Loss & grief

سوگ واکنشی است که به طور طبیعی در پاسخ به از دست دادن و فقدان آن چه که فرد بدان دلبستگی داشته رخ می دهد. فقدان می تواند به دلیل از دست دادن بستگان و دوستان، دارایی ها و متعلقات و یا آینده شغلی فرد باشد. باید به خاطر داشت و تأکید کرد که بروز سوگ کاملاً طبیعی است و اصولاً به دنبال حوادث غیر مترقبه بطور طبیعی انتظار چنین واکنشی را داریم. واکنش سوگ مجموعه‌ای از هیجانات است که بسته به فرهنگ حاکم بر جامعه متفاوت می باشد. به طور طبیعی انتظار می‌رود که این واکنش طی دو ماه تخفیف یابد. شدت علائم، و زمان بروز آن ها نیز در تعیین طبیعی یا غیر طبیعی بودن این واکنش نقش دارند. علائم آن باید به تدریج کاهش یافته و فرد داغدار باید بتواند طی یک الی دو ماه به سطح قبلی عملکرد خود برگردد. در واقع سوگ فرآیندی است که نهایتاً منجر به پذیرش ترک وابستگی‌ها توسط انسان می‌گردد. در شرایط خاصی احتمال بروز سوگ بیمارگونه افزایش می‌یابد، از جمله در مواردی که فقدان بسیار وسیع بوده ، همراه با وحشت زدگی فراوان رخ داده باشد، و یا بسیار سریع رخ دهد، در مواردی که فرد از قبل آسیب پذیری بالایی داشته، منزوی بوده و فاقد شبکه حمایت اجتماعی بوده و یا دچار اختلالاتی از قبیل افسردگی بوده باشد. همچنین افرادی که به نوعی خود را در بروز حادثه و یا میزان اثرات ناشی از آن دخیل می‌دانند بیشتر مستعد واکنش های غیرطبیعی به هنگام سوگواری هستند. نقش متخصصینی که در زمینه مداخلات روانی - اجتماعی فعالیت دارند، تسهیل روند سوگواری است. درراه نیل به این هدف می توان از رهبران مذهبی نیز یاری جست.

چرخه سوگ

مراحلی که فرد برای پذیرش فقدان طی می کند چرخه سوگ نام دارد.
جان بالبی Bowlby چهار مرحله را در داغدیدگی مطرح کرده است :

۱_ ناامیدی حاد با خصوصیات کرختی و اعتراض. ممکن است انکار یا پرخاشگری رخ دهد. این مرحله از چند دقیقه تا چند روز به طول می انجامد و ممکن است در سیر سوگواری هر از چند گاهی به سراغ فرد داغدیده بیاید.

۲_ حسرت شدید و جستجوی شخص از دست رفته. با بی قراری جسمانی و اشتغال ذهنی با شخص مرده مشخص می شود. این مرحله ممکن است ماهها تا سالها به شکلی تخفیف یافته طول بکشد.

۳-: ناامیدی و نا بسامانی. واقعیت از دست دادن تدریجاً درک می شود. شخص داغدیده گوشه گیر، بی تفاوت و کسل می شود، علائق خود را به فعالیت های معمول زندگی از دست می دهد، دچار کاهش وزن و بی خوابی می شود و دائماً خاطرات شخص مرده را مرور می کند. در این مرحله فرد با احساس اجتناب ناپذیر یأس مواجه است.

۴- سازمان یابی مجدد. جنبه های در دناک سوگ کاهش می یابد و شخص داغدیده احساس می کند به زندگی عادی بر می گردد. فرد از دست رفته با احساسی از شادی و تأثر به یاد آورده می شود.

پاسخ به مرگ در مراحل مختلف زندگی

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.

میزان تکامل عاطفی و شناختی نقش تعیین کننده ای در درک، تفسیر و برداشت فرد از مفهوم مرگ دارد. درک کودکان از مرگ با میزان قدرت درک انتزاعی آنان در ارتباط مستقیم است. زیر ۵ سال کودک جاندار پندار است و حتی اشیاء بی جان را زنده تصور می کند. در این سن کودک از وجود مرگ آگاه است، اما آن را نوعی جدائی، یک پدیده گذرا، موقتی و قابل برگشت می داند، چیزی شبیه مسافرت و خواب. او فکر می کند عملکردهای انسان پس از مرگ نیز ادامه می یابد. کودک در این سن دارای تفکر جادویی است؛ یعنی بین دو پدیده ای که همزمان رخ می دهد رابطه علت و معلول برقرار می کند مثلاً اگر به برادرش گفته که او را دوست ندارد، خدا کند بلایی سرش بیاید و تصادفاً نیز برادرش زیر آوار می ماند و از بین می رود، می اندیشد که فکر و سخن او باعث حادثه برای برادرش شده است در نتیجه احساس گناه پیدا می کند. نهایتاً در سن ۱۰-۵ سالگی کودک بتدریج مرگ را بعنوان یک پدیده اجتناب ناپذیر، غیرقابل برگشت و جهان شمول می پذیرد و ممکن است نگران شود که والدینش بمیرند و او تنها شود. کودکان در این مرحله سنی در بیان احساساتشان مثل مرحله قبلی راحت نیستند، ممکن است بخواهند احساس خود را پنهان نگه دارند و در آن خاطرات و احساسات با کسی شریک نشوند. معمولاً تا سن بلوغ، کودکان از مرگ مفهومی مشابه بزرگسالان استنباط می کنند.

درس نوجوانی، مرگ را بعنوان یک فرآیند طبیعی پذیرفته است ولی آن را خیلی دور می بیند و به راحتی نمی پذیرد که ممکن است هر واقعه یا تصادفی منجر به مرگ شود، به همین دلیل است که رفتارهای پرخطر در نوجوانان زیاد مشاهده می شود.

برخلاف کودکان و نوجوانان بزرگسالان پذیرش آسانتری برای مرگ دارند. سالمندان ممکن است به صراحت در مورد مرگ صحبت و یا شوخی کنند. درسین ۷۰ و بالاتر دیگر تصور نامیرائی وجود ندارد. فرد تجربه از دست دادن نزدیکانش را داشته و بارها در مراسم سوگواری شرکت کرده است. از مرگ خوشحال نیست اما می تواند آنرا بپذیرد.

واکنش در برابر فقدان

هیچ واکنشی در برابر فقدان را نمی توان "صحیح" یا "غلط" برشمرد. افراد مختلف واکنش های متفاوتی از خود بروز می دهند.

سوگ در ابتدا اغلب خود را بصورت شوک نشان می دهد که ممکن است بصورت احساس کرختی و بهت باشد. این ناباوری اولیه برای درک آنچه اتفاق افتاده ممکن است کوتاه مدت باشد. ممکن است با تظاهراتی مانند آه کشیدن، گریه کردن، احساس ضعف، کاهش اشتها، کاهش وزن، مشکل تمرکز، تنفس و صحبت کردن همراه باشد. ممکن است مشکلات خواب اتفاق بیافتد، از جمله اشکال در به خواب رفتن، بیدار شدن در طول شب و زود بیدار شدن. اغلب خواب افراد مرده را می بیند.

خود سرزنشگری شایع است. اگرچه شدتی کمتر از سوگ عارضه دارد. پدیده گناه بازماندن Survivor guilt واکنشی است که بازماندگان اغلب معتقد است که آنها نیز باید در کنار عزیزانشان یا به جای آنان می مردند و از بابت زنده ماندن خود دچار احساس گناه می شوند و چنانچه این حس پایدار بماند، ممکن است در برقراری روابط جدید و صمیمی آنان مانع ایجاد کند.

انواع انکار در طول دوره داغدیدگی ممکن است رخ دهد. اغلب شخص داغدیده ناخواسته مرگ عزیزش را انکار می کند و طوری رفتار می کند که گویی اصلا اتفاق نیافتاده. در این حالت شخص بازمانده ممکن است علاقه زیادی به نگهداری اشیاء به جا مانده از متوفی که وی ارزش زیادی برای آنها قایل بوده، پیدا کند یا به اشیائی علاقمند شود که یادآور شخص از دست رفته هستند.

احساس حضور شخص از دست رفته ممکن است خیلی شدید باشد حتی بصورت توهم. مثلا صدای شخص از دست رفته را بشنود یا حضورش را حس کند. اما در سوگ نرمال شخص بازمانده می فهمد که اینگونه ادراکات واقعی نیستند.

واکنش‌های معمولی در کودکان عبارتند از شوک و ناباوری، اعتراض، بی تفاوتی، و گاه ادامه فعالیت‌ها بصورت عادی. با گذشت زمان ممکن است ترس و اضطراب به این حالات افزوده شوند، کودکی که یکی از بستگان را از دست داده ممکن است همواره نگران از دست دادن والدین باشد. اختلالات خواب از دیگر مشکلات کودک سوگوار است، چه به صورت اشکال در به خواب‌رفتن و چه به صورت اشکال در تداوم خواب. گاهی بعلت تشبیه مرگ به خواب از سوی دیگران، کودک می‌ترسد اگر به خواب برود، دیگر نتواند بیدار شود. ممکن است کودک مکرراً گریه کند، یا بی تفاوت باشد. گاه کودک تماماً با خاطرات مربوط به متوفی اشتغال ذهنی دارد و با وی همانند سازی می‌کند. گاهی می‌خواهد عکس متوفی را ببیند، نامه‌های وی برایش خوانده شود، یا در مورد عزیز از دست رفته اش با او صحبت شود. که این درخواستها گاه برای بزرگترها مضطرب‌کننده 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. معمولاً نحوه مرگ و فقدان در جریان بلایا به گونه‌ای است که پذیرش آن را برای افراد، اعم از کودک و بزرگسال دشوارتر می‌سازد، به دلیل اینکه:

- (۱) احتمال اینکه مرگی دلخراش باشد بیشتر است.
 - (۲) معمولاً تعداد زیادی افراد در جریان حادثه می‌میرند، و افراد شاهد این مرگ‌ها هستند.
 - (۳) تهدید سلامتی بازماندگان پس از فاجعه باز هم وجود دارد (مثل پس‌لرزه‌های قوی)
 - (۴) گاهی یافتن اجساد عزیزان مقدور نیست.
- مرگ‌های دلخراش، مرگ تروماتیک خوانده می‌شوند. در این گونه موارد، واکنش‌های سوگ ممکن است بسیار شدید بوده، و حتی با علایمی از اختلال استرس پس از سانحه همراه باشد، مثل کابوس‌های شبانه، افزایش اضطراب و گوش‌بزدگی مفرط. نکته دیگر این است که فقدان‌های طبیعی مانند مرگ پدر بزرگ و مادر بزرگ می‌تواند یادآور خاطرات مرگ‌های تروماتیک زمان فاجعه باشد و ممکن است تحمل این فقدانها برای افراد بویژه کودکان دشوارتر از شرایط معمول باشد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، واکنش نرمال در برابر مرگ طیف وسیعی از علایم را می‌تواند در بر بگیرد. در صورتی که این واکنش پیچیده و عارضه‌دار گردد، مثلاً در مواردی که سوگ تأخیری، بسیار شدید یا طول‌کشنده باشد، باید به افراد سوگوار کمک کنیم.

سخنان و باورهای ناکارآمد رایج پیرامون سوگ (Myths)

افکار و عقاید کلیشه‌ای فراوانی پیرامون مسئله مرگ و درک کودکان از مرگ، در بین بزرگسالان وجود دارد. این افکار باعث می‌شود، در فرآیند سوگواری کودک خلل ایجاد کند. نمونه‌هایی از این افکار کلیشه‌ای را در زیر آورده‌ایم:

- بهتر است جلوی کودک داغ‌دیده راجع به مرگ صحبت نکنیم!
- بهتر است از صحبت‌هایی که در بچه ایجاد گریه می‌کند اجتناب کنیم!
- بهتر است بچه‌ها در مراسم سوگواری شرکت نکنند!
- بچه‌های خردسال آنقدر کوچک هستند که سوگ و اندوه را نمی‌فهمند!
- هنوز بچه‌ای، بزرگ که شوی همه چیز فراموشت می‌شود!
- او به یک مسافرت طولانی رفت!
- او به یک خواب عمیق رفت!
- چون خیلی خوب بود، مرد!
- چون خیلی آدم بدی بود، مرد!
- او تو را از آسمان نگاه می‌کند؛ بنابراین بهتر است مواظب رفتارهایت باشی!
- اینقدر گریه نکن، عصبی و بیمار می‌شوی!
- چه خوب بازی می‌کند، انگار نه انگار اتفاقی افتاده!
- سوگ بزرگترها روی کودک سوگواری تأثیر نمی‌گذارد!
- بزرگترها همه چیز را باید درباره سوگ، مرگ و روح بدانند و می‌توانند توضیحات کامل و کافی در این باره به بچه‌ها بدهند!

این نگرش‌ها و انتقال آنها به کودکان مانع طی شدن مراحل سوگ شده و به کودکان آسیب می‌زند.

طول مدت سوگ

از آنجا که ابراز سوگ در افراد مختلف متفاوت است، علایم و نشانه‌های مراحل سوگواری و داغ‌دیدگی همیشه آنگونه که شرح داده شد، مشخص و مجزا نیستند. با این حال تظاهرات سوگ معمولاً به تدریج فروکش می‌کند. طول و شدت سوگ بخصوص در مراحل حاد به میزان ناگهانی بودن مرگ بستگی دارد. اگر مرگ بدون هشدار روی دهد، شوک و ناباوری ممکن است مدتی دراز دوام یابد. اما اگر مرگ از مدت‌ها قبل قابل پیش‌بینی بوده است، بخش عمده‌ای از فرآیند سوگواری تا

موقع مرگ روی داده است. سوگ به صورت معمول حدود ۶ ماه تا یکسال طول میکشد. برخی علائم و نشانه های سوگ ممکن است بیش از ۱-۲ سال طول کشد و شخص بازمانده احساسات، نشانه ها و رفتارهای مختلف مرتبط با سوگ را در طول عمر تجربه کند. اما سوگ طبیعی بالاخره حل می شود و شخص به زندگی سازنده و راحتی نسبی باز می گردد. به طور معمول شکایات شدید سوگ ظرف ۱ یا ۲ ماه تدریجا "کم می شود و فرد قادر به استراحت، خواب، غذا خوردن و فعالیت می باشد.

دانستن سیر طبیعی سوگواری و افتراق سوگ نرمال از سوگ عارضه دار، برای اداره صحیح هریک و کمک به فرد داغیده، ضروری می باشد. سوگ طبیعی معمولاً نیاز به اقدامات درمانی ندارد و با حمایت های روانی اجتماعی مناسب می توان به فرد داغدار کمک کرد تا راحت تر این روند را طی کند و به زندگی طبیعی روی آورد.

سوگ بیمار گونه Pathological or Abnormal Grief :

در برخی افراد سیر سوگ و سوگواری نا بهنجار است. سوگ بیمار گونه ممکن است به اشکال گوناگونی از فقدان یا تاخیر سوگ گرفته تا واکنشی بسیار شدیدی و طولانی یا همراهی افکار خودکشی یا نشانه های بارز روانپریشی، تظاهر کند. افرادی که بیشتر در معرض خطر واکنش سوگ نابهنجار قرار دارند، عبارتند از کسانی که از طریق حوادث وحشتناک با فقدان مواجه شده اند، شبکه حمایتی خانوادگی و اجتماعی ضعیفی دارند، خود را به نوعی مسئول مرگ عزیزشان می دانند. وقتی تعداد زیادی از نزدیکان همزمان می میرند، شبکه ارتباطی به هم می ریزد و یا خطر مرگ دیگران کماکان باقی است و گاهی "وقتی جنازه ها پیدا نمی شوند، نیز ممکن است سوگ بیمار گونه رخ دهد.

سایر انواع سوگ نا بهنجار زمانی روی میدهد که برخی وجوه سوگ طبیعی بر اثر تحریف یا تشدید، خصوصیات سایکوتیک پیدا می کند. همانند سازی با شخص فوت شده مثلاً اتخاذ برخی صفات مورد تحسین یا جمع کردن برخی وسایل اوامری طبیعی است اما اگر شخص بازمانده معتقد باشد که مرده است یا دقیقاً به همان دلیلی که شخص از دست رفته فوت کرده است رو به موت می باشد (در حالی که این امر صحت نداشته باشد)، این واکنش نا بهنجار محسوب می شود. شنیدن صدای شخص فوت شده بصورت گذرا ممکن است طبیعی باشد اما توهمات شنوایی مداوم طبیعی نیست. همچنین انکار برخی وجوه مرگ بهنجار است اما افکاری که طی آن شخص معتقد است عزیز از دست رفته هنوز زنده است، نا بهنجار محسوب می شود. اگر بعد از گذشت ۲ ماه هنوز نمای کامل افسردگی وجود دارد، تشخیص افسردگی را مد نظر قرار دهید.

علائمی که مربوط به از دست دادن عزیز نمی شود و شک به افسردگی را بر می انگیزند، عبارتند از: احساس گناه نامتناسب و احساس بی ارزشی، کندی روانی- حرکتی بارز .

علائمی نیز وجود دارد که ممکن است با برخی نشانه های افسردگی اشتباه شود مانند: احساس گناه درباره کارهایی که فرد قبل از مرگ برای عزیزش انجام نداده، افکاری راجع به مرگ که در جملاتی نظیر " باید بمیرم و به عزیزم بپیوندم " یا " من باید بجایش می مردم " تجلی می یابد، برخی توهمهای گذرا مثل دیدن فرد مرده یا شنیدن صدای او.

برخی علائم خطر در سوگ عبارتند از:

- پرهیز از ابراز احساسات یا کوچک شمردن آن ها
- روی آوردن به مواد مخدر ، الکل یا خود درمانی با دارو
- خصومت و پرخاشگری نسبت به دیگران
- بیش از حد معمول و به شکلی افراطی خود را به کار و فعالیت مشغول کردن

توجه به نکات زیر از جانب پزشک، اطرافیان ، و نیروهای امدادی می تواند از عارضه دار شدن واکنش

سوگ پیشگیری کند:

- حضور فرد داغدیده در محل فاجعه نه تنها باعث تشدید مشکل وی نمی شود بلکه به تحمل و بهبود آن کمک می کند. بنابر این اجبار کردن فرد داغدار به ترک محل مناسب نمی باشد.
- در صورتیکه می خواهید خبر مرگ عزیزی را به فرد بدهید سعی کنید این کار را به تدریج و در جمع انجام دهید و با او همدل شوید تا غم فراق را بهتر متحمل شود.
- از ابراز هیجانان وی و گریه کردن او ممانعت نکنید.
- اجازه دهید فرد داغدیده جنازه عزیز خود را مشاهده کند و مرگ عزیز خود را بصورت واقعی پذیرا شود. در صورت دلخراش بودن جدی، آن بخش از جنازه را که صحنه مناسبتری دارد به وی نشان دهید.
- اجازه دهید فرد داغدار در کنار دیگر بازماندگان قرار گیرد.
- توسل به باورهای دینی فرد داغدار و استفاده از دعا می تواند در آرام کردن وی نقش بسزایی ایفا کند.

- بسیاری از داغداران آرزوی مرگ خود را به جای عزیزانشان دارند. در اینگونه موارد می توان از تجسم جایگزینی فرد داغدار بجای فرد از دست رفته کمک گرفت. مثلاً بگوئیم اگر تو بجای خواهرت از بین رفته بودی دوست داشتی خواهرت پس از مرگ تو چه رفتاری داشته باشد. فکر می کنی او آرزو نداشت که تو مقاوم باشی و به زندگی ات ادامه دهی.
- سعی کنید وسایل قابل استفاده و لباسهایی را که از متوفی باقیمانده در اختیار وی قرار دهید. جدا کردن وی از این اشیاء و تصاویر متوفی موجب تشدید واکنش می شود.
- دیدار از محلی که عزیزان فرد در آن محل فوت شده اند، از اهمیت زیادی برخوردار است بهتر است داغدیدگان این کار را بصورت گروهی انجام داده و در همان زمان نیز نوعی مراسم یاد بود برای فرد برگزار کنند. این امر به ایشان اجازه می دهد بار دیگر به متوفی نزدیک شده و در کنار یکدیگر همبستگی خانواده را تجدید کنند .
- در صورتی که علیرغم تمام تمهیدات فوق، واکنش سوگ مرتفع نگردد، انجام مداخلات خاص سوگ عارضه‌دار، و نیز انجام درمان دارویی ضروری خواهد بود.

فصل ۸

پزشکان پس از مطالعه این فصل می توانند:

۱. با حمایت های اولیه روانی- اجتماعی آسیب دیدگان آشنا شوند.
 ۲. خدماتی را که می توانند به آسیب دیدگان ارائه دهند، بشناسند.
 ۳. با مسائلی که در برقراری ارتباط با افراد آسیب دیده باید مورد توجه قرار دهند، آشنا شوند.
 ۴. با حمایت های اولیه روانی- اجتماعی از کودکان آسیب دیده، آشنا شوند.
 ۵. کمک‌های اولیه روانشناختی و اجزاء آن را بشناسد.
 ۶. با آموزش‌های روانشناختی در بلایا آشنا گردد.
 ۷. با اصول اطلاع‌رسانی صحیح درمورد اخبار ناخوشایند آشنا گردد.
- برقراری ارتباط مناسب با آسیب دیدگان بلایای طبیعی و درک وضعیت روانشناختی آنها در مراحل مختلف واکنش به عامل استرس زای شدید، مقدمه ای برای بررسی و ارزیابی صحیح روانی و جسمی و امداد رسانی حرفه ای به آنهاست. لذا در برخورد با هر فرد مجروح چه جسمی و چه روانی لازم است نکات زیر را در نظر داشته باشید. انجام این اقدامات و رعایت اصول زیر می تواند در ایجاد آرامش، حفظ سلامت روان و کاهش استرس در آسیب دیدگان کمک زیادی نماید.

۱- با آسیب دیدگان ارتباط صحیح برقرار کنید:

نباید با آسیب دیدگان مثل شیء برخورد کرد. برای ارتباط با آنها وقت بگذارید. البته ارتباط نباید در حدی باشد که وابستگی ایجاد کند.

- نام و عنوان حرفه ای خود را به او بگوئید.
- از او بخواهید تا مشکل خود را به هر نحوی که راحت تر است عنوان کند .
- زمان کافی در نظر بگیرید.
- آرام و خونسرد باشید و سایر نگرانیها و دلواپسیها را کنار گذارید.
- آهنگ و بلندی صدای خود را تنظیم نمائید.
- به ارتباط های غیر کلامی خود توجه کنید و به صورت متناوب تماس چشمی برقرار نمائید.
- اجازه مکث و سکوت مختصر بدهید و به احساسات فرد آسیب دیده توجه کنید.
- به صحبت او گوش کنید و جزئیات و اسامی را به خاطر بسپارید.
- با توجه به درک مراجع پرسشهای مشخص و روشنی مطرح نمائید.
- در حین مصاحبه به نحو کلامی و یا غیر کلامی علاقه خود را برای کمک به او و درک احساسات و نیازهای او نشان دهید.
- با او همدل شوید بطوری که بفهمد احساساتش را درک کرده اید.

۲- به نیازهای عاطفی وی نیز توجه کنید. لازم است در برخورد با هر مصدوم جسمانی بفهمید علاوه بر

مصدومیت جسمانی چه چیزی او را آزار می دهد.

۳- مانع ابراز احساسات افراد نشوید:

پیشنهاد می شود ضمن همدلی با بازماندگان به ابراز احساسات و تخلیه هیجانی آنها احترام گذاشته و توصیه به «گریه نکردن» ننمائید. فقط می توان واکنشهای رفتاری افراطی مثل سرکوبیدن ها، پرت کردن خود و آسیب زدن به بدن را ابتدا با توصیه کلامی و در صورت کارآمد نبودن با مهار کردن فیزیکی و در صورت لزوم داروی آرام بخش کنترل کرد.

۴- به افراد اطلاعات صحیح بدهید:

نکته مهم در خصوص افراد بی اطلاع از سلامت خانواده و بستگان دادن اطلاعات صحیح به بازماندگان است هر چند این اخبار ناگوار باشد. ممکن است از شما بپرسند آیا پدر من زنده است؟ آیا از پسر من خبری داری؟ گاهی وسوسه می شوید به خاطر آنکه طرف مقابل ناراحت نشود به او دروغ بگوئید. نباید برای جلوگیری از رنجش طرف مقابل به او دروغ مصلحت آمیز گفت، این کار علاوه بر اینکه می تواند غیراخلاقی باشد، اعتماد عمومی را نیز نسبت به کادر پزشکی کاهش می دهد و اضطراب افراد را بالا می برد. در مواردی هم که اطلاعاتی موجود نیست، می توان گفت هنوز اطلاعاتی در دسترس نیست و اگر مرکزی وجود دارد که چنین اطلاعاتی را دارد می توان شخص را به محل مربوطه معرفی کرد. اما وقتی خبر بدی وجود دارد باید سعی شود بطور تدریجی و حتی الامکان در جمع مطرح گردد، بخصوص در موقعیتی که فرد یا افرادی برای حمایت بعدی او حضور داشته باشند. روحانی تیم حمایت روانی - اجتماعی نیز می تواند با حمایت معنوی و اجرای مراسم دینی، بخصوص در روزهای اول بعد از حادثه، رنج داغیدگی را کاهش دهد.

۵- معاینه دقیقی از فرد به عمل آورید و اگر فوریتی وجود داشت که لازمه آن کم شدن وقت معاینه است موضوع را به او اعلام کنید.

۶- اقدامات تشخیصی و درمانی لازم را به نحو قابل فهمی برایش توضیح دهید.

۷- با لحنی امید بخش در عین حال واقع بینانه مراحل درمانی را شرح دهید.

۸- در پایان این اطمینان را بدهید که تمام توان خود را برای کمک به او و دیگر مجروحان به کار خواهید بست.

۹- پزشک نباید:

- سخن افراد آسیب دیده را قطع نماید.
- کلیشه ای، نصیحت گو، داور، منتقد، نکوهش کننده، تمسخرکننده و فاقد خلاقیت باشد.
- مشاجره گر و یا مخالف باشد.
- پرسشهای زیاد و غیر ضروری مطرح نماید.
- کلمات و جملاتی مانند «باید» و «تو وظیفه داری» را بکار برد.
- ناباوری خود را نشان دهد.
- امتناع کننده و رد کننده باشد.

۱۰- استراحت شبانه ضروری است: مردم را تشویق کنید هر شب بموقع بخوابند.

۱۱- برای آرامش بخشیدن به افراد از باورهای دینی آنها کمک بگیرید: ولی اگر به علت عصبانیت واکنش نامناسبی از خود نشان دادند وارد بحث های فلسفی نشوید.

۱۲- افراد را تشویق کنید که در مراسم تشییع جنازه و بخصوص نماز میت شرکت کنند: اگر نماز میت گروهی و وسیع برگزار شود اثر روانی مثبت تری خواهد داشت. بخصوص در ساعات اولیه حادثه توسل به دعا نقش مهمی در تخلیه هیجانی و کاهش استرس روانی دارد.

۱۳- چنانچه خطری بازماندگان را تهدید نمی کند، سعی نکنید افراد را به زور از محل سکونت خود دور کنید: ولی در صورتی که خطراتی در مورد ادامه اقامت وجود دارد بطور جدی گوشزد کنید و سعی کنید در موارد ضروری از طریق افراد محلی آنها را قانع کنید.

۱۴- مانع تجمع داغدیدگان نشوید: عزاداری گروهی به آرامش روانی آنها کمک می کند. اگر فرد یکی از بستگان خود را از دست داده باشد باید اجازه داد مرگ عزیز خود را بپذیرد و اگر اطلاعاتی راجع به متوفی موجود است، می توان آن را بیان کرد.

۱۵- افراد را از دیدن جنازه عزیزانشان محروم نکنید: دیدن جنازه عزیزان می تواند موجب شود تا فرد داغدار واقعیت مرگ عزیزان خود را بهتر بپذیرد. اگر اطلاعاتی راجع به چگونگی فوت و علت مرگ آنها دارید می توانید آنرا با بازماندگانشان در میان گذارید. می توان برای فرد داغدیده این امکان را فراهم کرد در صورتی که تمایل دارد جنازه عزیزش را ببیند. فقط در مواردی که جنازه یا صحنه مرگ وحشتناک است رؤیت جنازه باید محدود شود و صحنه مناسب تری برای دیدن جسد فراهم گردد.

۱۶- آنها را به شرکت در فعالیت های اجتماعی، ورزشی و بازسازی تشویق کنید: بخصوص در مورد افراد منزوی توصیه کنید در کارهای اردوگاه یا محلی که در آن بصورت موقت زندگی می کنند، شرکت کنند اما راهنمایی در این مورد نباید بشکلی باشد که افراد حس کنند به زور وادار به انجام کار شده اند. تا مجبور نشده اید نباید بجای افراد تصمیم بگیرید.

۱۷- آنها را تشویق کنید با هم محله ای های خود شبکه محلی درست کنند و امور محله خود را سر و سامان دهند. مراجعان را به یافتن راه حل توسط هم محله ای ها ترغیب نمائید.

۱۸- در صورت وقوع درگیری، جداسازی افراد و جلوگیری از دعوا و جروبخت مفید است: در موارد ضروری از افراد بانفوذ محلی کمک بگیرید و به کمک آنها از طرفین دعوا بخواهید بجای دعوا برنامه ریزی مشترک برای حل مشکل داشته باشند.

۱۹- در صورتیکه علائم اختلالات روانی در فرد مشاهده کردید او را به تیم حمایت روانی-اجتماعی معرفی کنید، ولی صراحتاً عنوان نکنید که او روانی شده است و غیره. مردم از اینکه برچسب بیماری روانی روی آنها بخورد راضی نیستند. می توانید اصطلاحات « اعصاب تحت فشار است » و یا این که « ناراحتی عصبی پیدا کرده » استفاده کنید. توجه داشته باشید که در جریان بلایا دسترسی به دارو برای کسانی که به صرع یا بیماری شدید روانی مبتلا بوده اند سخت می شود. سعی کنید در اولین فرصت از طریق شبکه بهداشتی داروهای قبلی آنها را برایشان تهیه کنید یا آنان را به مرکز بهداشتی درمانی هدایت نمایید.

۲۰- از اجتماعات مردمی کناره گیری نکنید:

قطعاً حضور آرامش دهنده پزشکان و تیم وابسته در جمع بازماندگان تاثیر مهمی در کمک به وضعیت روانی آنها می کند. کمک به گردهم آئی و تجمع کلیه بازماندگان و اطلاع از وضعیتشان نیز عاملی برای احساس آرامش و تعادل روانی آنهاست.

۲۱- حضور بازماندگان را در محل حادثه، مانع ارائه خدمات امداد رسانی تلقی ننمایید:

تشویق بازماندگان برای شرکت در امر امداد رسانی می تواند احساس همیاری و مشارکت جمعی را در ساعات اولیه حادثه تقویت کند و در کاهش عامل فشار زای روانی موثر باشد. در این ارتباط می توان در جابجائی مجروحین و حمل وسایل مورد لزوم در ارائه خدمات پزشکی، با رعایت اصول ایمنی و تخصصی لازم، از بازماندگان یاری جست.

حمایت های اولیه روانی-اجتماعی برای کودکان:

در اینجا خلاصه ای از روش های کمک به کودکان آورده شده است که هم برای والدین هم برای معلمان و دیگر مراقبین مفید می باشد شما با آگاهی از این نکات می توانید راهنمای خوبی برای مراقبین کودک باشید:

- برقراری ارتباط صادقانه و آزادانه
- ارائه توضیحات مناسب سن کودک برای کاستن از سر در گمی و گیجی
- عدم ارائه توضیحات ناقص یا نادرست و غیرواقعی
- عدم تشبیه مرگ به یک سفر یا یک خواب

- دادن فرصت کافی به کودک برای طرح سوال و گفتگو در مورد واقعه
- بدون اجبار ، تشویق کودک برای بیان آنچه تجربه و درک کرده است.
- در صورت امتناع از صحبت ، تشویق کردن کودک به کشیدن نقاشی ، یا نوشتن در مورد واقعه پیش آمده
- تماشای آلبوم عکس ها
- اجازه دادن به کودکان برای حضور بر سر مزار یا شرکت در مراسم سوگواری در صورت تمایل خود کودک
- پذیرش بازی کودکان و ایجاد فرصت ها و امکاناتی برای بازی آنان. معمولاً پس از طی مراحل حاد حادثه، مراکز بازی برای کودکان در منطقه تاسیس می شود ولی شرکت کودکان در این مراکز باید با رضایت خاطر آنان توأم باشد و والدین یا سایر نزدیکانشان باید در همان نزدیکی ها باشند.
- جدا نکردن کودک از والدین یا بستگان نزدیک (حتی در صورتی که قرار است والد برای مداوا به محل دیگری منتقل شود ، ترجیح دارد کودک در کنار وی باشد، در غیر این صورت بهتر است حداقل یکی از آشنایان یا بستگان کودک که رابطه خوبی با وی دارد در کنار کودک باشد)
- برقراری روند معمول زندگی (قبل از وقوع بلا) تا حد ممکن و توجه به نیازهای تغذیه ای و بهداشتی کودکان
- نظم بخشیدن به فعالیت هایی مانند غذا خوردن، بازی و استراحت
- بازگشت هرچه سریع تر به مدرسه (در ابتدا هدف بیشتر داشتن برنامه ای منظم و فعالیت های گروهی و نشاط آور و آرامش بخش است نه درس خواندن)
- حمایت زیاد کودک ، پاسخ به چسبندگی کودک و برقراری تماس های فیزیکی مثل در آغوش کشیدن، و صرف وقت مناسب با وی
- ابراز احساسات تعدیل شده در مورد واقعه از سوی بزرگسالان (چرا که برخی معتقدند نباید درحضور کودک ابراز ناراحتی کرد و برخی نیز واکنش های شدیدی از خود نشان می دهند که هر دو مورد نامناسب است).
- در صورت تمایل، کودک اجازه داشته باشد یادگارهایی از متوفی نگاه دارد.
- در صورتی که کودک مجروح است والدین یا یکی از بستگان نزدیک همراه با او اعزام شود.
- خودداری از تغییر مکرر محل اقامت کودک **کمه‌های اولیه روانشناختی در موقعیتهای بحرانی**

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

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

| | | | |
|-----------------------------|--|---------------------------|-----------------------|
| ۵ واکنش‌های تبدیلی (ناشایع) | • تهوع و استفراغ شدید | - علاقه و توجه نشان دهید | - به ناتوانی افراد را |
| • علائم حسی و حرکتی در فرد | - آرامی قرار دهید | - آنها را در وضعیت راحت و | بی‌توجهی نکنید |
| مثلاً فلج شدن | - یک فعالیت جهت پرت کردن | - آنها را شرم‌نده | نکنید |
| | حواسشان به آنها بدهید | - آنها را مورد | تمسخر قرار ندهید |
| | - از احساسهای خودتان درمورد | - با دیگران درمورد | آنها شوخی نکنید |
| | آنها آگاه باشید (خشم- ناکامی- خنده دار و عجیب) | - به آنها نگویید که | چیز اشتباه و |
| | | نادرستی وجود | دارد |

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

بایدها

➤ به افراد کمک کنید تا نیازهای پایه و اولیه خود مانند غذا، سرپناه و خدمات پزشکی را تامین کنند. اطلاعات درست و مناسبی به افراد درمورد چگونگی رفع این نیازها بدهید. (فراهم کردن امنیت و حمایت)

➤ به بازماندگانی که تمایل دارند درمورد حادثه اتفاق افتاده و احساسات مرتبط با آن با شما صحبت کنند، گوش فرا دهید. (فراهم کردن آسودگی و آرامش)

- ✚ با افراد مهربان و دوستانه رفتار کنید، حتی اگر که آنها شما را نپذیرند. (فراهم کردن آسودگی)
- ✚ اطلاعات درست و دقیقی در مورد حادثه اتفاق افتاده و اقداماتی که در حال انجام است ارائه دهید. این کار می تواند به دیگران کمک کند که شرایط را بهتر درک کنند. (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 اعضای خانواده شان بازگردند. (ارتباط با دیگران)
- ✚ پیشنهادات عملی برای اجرای کارهایی که بتواند خود کارآمدی را افزایش دهد ارائه دهید. (افزایش خود کارآمدی)
- ✚ به افراد کمک کنید تا نیازهایشان را تامین کنند. (افزایش خود کارآمدی)
- ✚ مکانهای ارائه دهنده انواع خدمات دولتی و غیردولتی را به مردم آسیب دیده معرفی کنید. (امیدواری)

نیایدها

- ✚ بازماندگان را مجبور نکنید که در مورد داستان خود و اتفاقاتی که پیش آمده صحبت کنند. بخصوص در مورد جزئیات ماجرا، چراکه این کار ممکن است سبب کاهش خونسردی و آرامش افرادی گردد که تمایل ندارند جزئیات زندگی خود را برای دیگران بازگو کنند.
- ✚ به افراد اطمینان بی مورد ندهید مثلاً نگوید "همه چیز خوب خواهد شد" و یا "حداقل شما زنده ماندید". بیان این جملات سبب کاهش آرامش افراد می گردد.
- ✚ به افراد نگوید که در حال حاضر چه کاری باید انجام دهند، یا چگونه فکر کنند، یا چه احساسی داشته باشند و یا اینکه قبلاً چه کار باید انجام می دادند. این کار باعث کاهش خود کارآمدی و افزایش احساس گناه می شود.
- ✚ به افراد نگوید که شما به علت رفتارها و باورهایتان دچار رنج و عذاب شده اید. این موضوع باعث کاهش خود کارآمدی افراد میشود.
- ✚ قولی ندهید که قابل اجرا نیست. قول هایی که اجرا نشوند منجر به کاهش امیدواری در فرد می شود.
- ✚ از خدمات موجود و فعالیتهای انجام شده انتقاد نکنید چرا که منجر به کاهش امیدواری و آرامش افراد می شود.

اجزاء کمکهای اولیه روانشناختی

کمکهای اولیه روانشناختی یک مداخله ساختاریافته است که در طی سالهای اخیر جایگزین بازگویی روانشناختی شده است. کمکهای اولیه روانشناختی 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 می باشد.
 - ۲- امنیت و راحتی^۲: هدف کمک در فراهم کردن نیازهای اولیه و فوری و ایجاد شرایط هیجانی بهتر است.
 - ۳- پایداری^۳: هدف کاهش استرس ایجاد شده توسط حادثه آسیبزا است.
 - ۴- جمع آوری اطلاعات^۴: به منظور ارزیابی نیازهای فوری و اولیه بازماندگان می باشد.
 - 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 گرهای اجتماعی: هدف حمایت از آسیب دیدگان برای ارتباط با سیستمهای حمایتی اولیه است.
 - ۷- اطلاعات سازگاری با حادثه^۶: هدف پیشنهاد و ارائه اطلاعات کلامی و نوشتاری در زمینه مهارتهای سازگاری و افزایش تاب آوری در مواجهه با بلا می باشد.
 - ۸- ارتباط با خدمات مشارکتی^۷: هدف آگاهی دادن و اطلاع رسانی به آسیب دیدگان از خدمات موجود می باشد.
- کمکهای اولیه روانشناختی 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.

Contact & Engagement
safety & comfort
۲ stabilization
information gathering
Practical assistance
۶ coping information
۷ Linkage with collaborative services

آموزش روانشناختی در بلايا

بعد از وقوع بلايا و حوادث آسیب‌زا وجود هرج و مرج از تبادل اطلاعات صحیح جلوگیری می نماید. فقدان اطلاعات، موجب افزایش اضطراب، نگرانی و ترس خواهد شد. تیم سلامت می تواند شرایطی را فراهم آورد تا در آن اطلاعات و شواهد واقعی ارائه شوند. این اطلاعات باید دقیق، شفاف و به زبانی ساده باشد. تا برای بازمانده قابل فهم باشد. ارائه اطلاعات بیش از حد و نامتناسب به اندازه ندادن اطلاعات آسیب‌زاست. اطلاعات باید در زمینه های زیر ارائه شوند:

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

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

اطلاعات باید متناسب با سن و فهم فرد آسیب‌دیده باشد.

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

در اطلاع رسانی به موارد زیر توجه داشته باشید:

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

چگونگی اطلاع‌رسانی صحیح و ارائه اخبار ناخوشایند به آسیب‌دیدگان

در اینجا می‌خواهیم به این مطلب اشاره کنیم که چگونه و به چه روشی یک پزشک و سایر کارکنان بهداشتی می‌توانند به افراد خبر ناخوشایندی بدهند، رساندن یک خبر ناخوشایند به دیگران کار دشواری است برای کاهش این دشواری بهتر است به مهارت‌ها و روش‌های توصیه شده در زیر توجه کنید.

الف) نکات مهم :

۱. موقعیت مناسبی را از نظر زمان و مکان برای بیان موضوع فراهم کنید .
۲. قبل از اینکه با فرد مواجه شوید طرح مشخصی برای بیان موضوع در ذهنتان داشته باشید .
۳. تلفن همراه خود را خاموش کنید .
۴. هر عاملی که باعث قطع ارتباط شما با فرد می‌شود کنترل کنید .
۵. برای بیان موضوع در مکان مناسبی روبروی فرد بنشینید .
۶. تماس چشمی با او برقرار کنید .
۷. به حالات احساسی و عاطفی او توجه داشته باشید .
۸. انتظار داشته باشید که فرد با دیدن شما ممکن است نگران و مضطرب شود.
۹. انتظار داشته باشید که پس از شنیدن خبر شرایط روانی و رفتاری او به هم بریزد .
۱۰. دادن یک خبر بد به دیگران کار بسیار دشواری است، به همین دلیل شما هم ممکن است در ابتدا نگران و مضطرب شوید، این حالت غیرطبیعی نیست و به تدریج به خودتان مسلط خواهید شد .
۱۱. توصیه می‌شود هنگام دادن یک خبر ناخوشایند به دیگران تنها نباشید .
۱۲. قبل از دادن خبر ناخوشایند به فرد، سعی کنید میزان اطلاعات او را از موضوع ارزیابی کنید .
۱۳. دقت کنید که فرد خبر را همانطور که هست درک کرده باشد، در صورت سؤ برداشت آن را اصلاح کنید .
۱۴. در صورتیکه فرد آگاهانه و نا آگاهانه سعی در انکار موضوع دارد به او کمک کنید که واقیعت را به پذیرد .
۱۵. سعی کنید در حد دانش ، توانایی و درک فرد به او اطلاعات بدهید .
۱۶. از به کار بردن کلمات و اصطلاحات نا مفوم و تخصصی که باعث گیج شدن او می‌شود خودداری کنید .
۱۷. به طور شفاف، روشن با زبان ساده و مناسب با فرهنگ فرد صحبت کنید .
۱۸. به او بگوئید متأسفانه موضوع مهمی که زیاد هم خوشایند نیست باید به شما اطلاع بدهم.
۱۹. مطمئن شوید فرد آمادگی نسبی شنیدن مطلب را دارد.
۲۰. در صورتی که فرد مفهوم پیام را درک نکرده است ، پیام را مجدداً تکرار کنید. مثال (شما میدونید که بر اثر این حادثه خیلی از افراد آسیب دیدند ، تعدادی هم متأسفانه فوت شدند و از عده ای هم هنوز خبر یا اطلاعی در دست نیست شاید هنوز زیر آوار باشند یا در سایر شهرستان ها در بیمارستان ها بستری باشند)
۲۱. بعد از دادن خبر کمی صبر کنید (۱۰ الی ۲۰ ثانیه) به فرد فرصت دهید که اطلاعات دریافت شده را درک کند و با آن کنار آید.

ب) با او همدلی کنید و از پاسخ‌های همدلانه زیر استفاده کنید:

۱. احساس ناراحتی خود را در حالات چهره نشان دهید .
۲. با استفاده از جملات همدلانه سعی کنید او را آرام کنید .

۳. من می فهمم که شنیدن این خبر حتماً برای شما بسیار سخت است .
۴. این احساس را کسی بهتر شما درک نمی کند .
۵. باور کردن این خبر مشکل است .
۶. در صورت امکان دست او را بگیرید .
۷. فاصله فیزیکی خود را با او کمتر کنید .
۸. در صورتی که فرد گریه کرد به او فرصت دهید تا گریه اش تمام شود تا بتواند با شما صحبت کند .
۹. از او به پرسید آیا سؤالی از شما دارد .
۱۰. از او سؤال کنید در حال حاضر چه کمک یا انتظاری از شما دارد .

ج) جمع بندی و ارائه را کار:

۱. واکنش های رفتاری و روانی فرد را قبل ،حین و بعد از خبر بررسی کنید .
۲. شرایط فعلی او را ارزیابی کنید .
۳. انتظارات و تقاضا های او را با خودش بررسی کنید .
۴. میزان درک و برداشت فرد را از پیام دریافتی بررسی کنید .
۵. سعی کنید به کمک خود او برنامه یا اقداماتی که باید در مراحل بعدی انجام شود را بررسی و مشخص کنید .
۶. ازدادن راه کارها و پیشنهادات عجولانه و غیر عملی خوداری کنید .
۷. پس از دادن خبر رابطه خود را به طور ناگهانی با فرد قطع نکنید .

موانع برقراری ارتباط مناسب:

- وقتی خود را مسئول حل تمام مشکلات فرد بدانید.
- زیاد حرف بزنید.
- فرصت ندادن به فرد برای درک و بروز احساساتش پس از شنیدن خبر.
- دادن امید ها و وعده های که جنبه ی احساسی دارند.
- بی توجهی به احساسات خودتان.
- دادن اطلاعات غیر ضروری و نا مرتبت.
- بی توجهی به شرایط زمانی و مکانی دادن خبر.

فصل ۹

پزشکان پس از مطالعه این فصل می توانند:

۱. با اصول کلی درمان دارویی در افراد آسیب دیده آشنا شوند.
۲. با درمانهای دارویی در اختلالات روانی شایع پس از بلایا به تفکیک آشنا شوند.

درمان های دارویی وسایر توصیه های درمانی در اختلالات شایع به دنبال بلایا

- در صورتیکه کودک مجروح است والدین یا یکی از بستگان نزدیک همراه با او اعزام شود.

▪ خودداری از تغییر مکرر مل اقامت کودک

اصول کلی:

همانطور که پیش‌تر اشاره شد، هدف عمده مداخلات روانی - اجتماعی رفع علائم در مراحل اولیه، و به نوعی پیش‌گیری از بروز اختلالات شدید در بین بازماندگان است. افرادی که تحت تاثیر حادثه قرار گرفته و تجارب دردناکی داشته اند ممکن است به دلایل مختلف به شما مراجعه کنند. در صورتی که حداقل یک علامت یا واکنش ناشی از تروما که در فصل ۵ ذکر شد درآسیب دیده ای مشاهده نمودید، وی را به تیم حمایت روانی- اجتماعی مستقر در منطقه معرفی نمایید. همانطور که قبلاً نیز به آن اشاره شد ممکن است نشانه های جسمی، علت مراجعه این افراد باشد که در این صورت تلاش شما در یافتن علت جسمی برای مشکل او معمولاً بی نتیجه می ماند و یا ممکن است یافته های بالینی با شکایات بیمار تناسبی نداشته باشد، در این موارد نقش پزشک عمومی برای تشخیص، درمان و پیگیری بیمار بسیار چشمگیر است. برقراری ارتباط بین علائم جسمانی با منشاء روانی و برقراری ارتباط بین شکایات جسمانی و استرسی که با آن مواجه شده اند بسیار کمک کننده خواهد بود و موجب تسهیل همکاری فرد برای شرکت در گروههای مشاوره ای می گردد. در صورتی که خدمات مشاوره ای به نحو مؤثری ارائه گردند، درصد بالایی از افراد شرکت کننده در گروهها 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 گروهها، نیازمند ارائه خدمات انفرادی به افراد (درمان غیر دارویی) و همچنین در مواردی نیازمند تجویز دارو خواهیم بود.

تجویز دارو به عنوان آخرین راه حل در واکنشهای پس از فاجعه محسوب می گردد، با این همه باید به خاطر داشت که در صورت شدت آسیب و وجود مشکلات روانشناختی عمیق، خصوصاً در مواردی که فرد سابقه قبلی از اختلالات روانی را داشته، ممکن است نیازمند شروع درمان دارویی باشیم. با توجه به اینکه پزشکان عمومی اولین سطح درمانی در شبکه بهداشتی هستند و موارد ارجاع شده از سوی روانپزشکان را پیگیری نموده و درمانهای لازم را برای بیمار بکار می برند باید با درمانهای دارویی رایج برای اختلالات روانپزشکی که دنبال بلایا ممکن است با آن برخورد کنند، آشنا باشند. در زیر در مورد نکات مهم در درمان این اختلالات بحث می شود. پزشکان محترم می توانند علاوه بر مطالعه این فصل جهت آشنائی با جزئیات بیشتر به ضمیمه درمانهای دارویی در کتابچه حمایتهای روانی- اجتماعی در بلایا ویژه متخصصین مراجعه نمایند .

نکته مهمی که 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 گونه‌ای است که فرد تصور می‌کند “کنترل خود را از دست می‌دهد” و یا “روانی شده است”. 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 ادامه همکاری بیمار است.

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

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

اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از سانحه:

در صورتیکه با فردی روبرو هستید که با آسیب چشمگیری روبرو بوده است، به طور عمده اصل بر حمایت و تشویق فرد برای بازگویی آزادانه تجربه ناراحت کننده در گروه است و شما می‌توانید فرد را برای دریافت این خدمات به تیم حمایت روانی-اجتماعی ارجاع دهید. در موارد اختلال شدید خواب و یا اضطراب شدید ممکن است نیاز به مصرف دارو بصورت کوتاه مدت و محدود وجود داشته باشد. باید متذکر شویم که مصرف غیرموجه داروهای آرامبخش و خواب آور علاوه بر اثراتی که بر روی توانایی‌های شناختی و حافظه دارد که می‌تواند مانعی برای طی کردن موفقیت آمیز مراحل واکنش پس از استرس و فرآیند سوگ محسوب شود. خطر وابستگی به این گونه داروها نیز وجود دارد و منجر به افزودن مشکلی به مشکلات دیگر افراد آسیب دیده خواهد شد.

اطلاعات مورد نیاز برای بیمار و خانواده یا اطرافیان :

- رخدادهای تروماتیک یا تهدید کننده زندگی اغلب تأثیرات روانشناختی دارند که در اکثر موارد با کمتر ین اقدامات قابل رفع است.

- برای افرادی که کماکان این علائم را تجربه می‌کنند، درمان مؤثر وجود دارد .

- ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه نقطه ضعف محسوب نشده و معنای آن این نیست که فرد دیوانه شده است. چنین فردی نیازمند حمایت و درک است و نباید به غلط به وی گفت که "همه چیز به خودت بستگی دارد"

نکاتی که باید مورد توجه قرار گیرند:

- به فرد و خانواده و اطرافیان وی در مورد اختلال استرس پس از سانحه آموزش دهید که بتوانند به درک مناسبی از تغییرات نگرشی و رفتاری وی دست یابند.
- در صورتیکه یک فاجعه همگانی یا گروهی اتفاق افتاده است بحث در مورد حادثه در گروه تشویق شود (چنانچه در حمایت های روانی اجتماعی در بلا یا ذکر شده است). در این موارد از کنکاش در مورد حادثه در مصاحبه انفرادی اجتناب کنید.
- احتراز از برخورد با آنچه یادآور حادثه است موجب تشدید و تداوم ترسها و دیسترس بیمار می شود. به تشریح این موضوع برای بیمار بپردازید.
- ریسک خودکشی را ارزیابی کنید، خصوصاً زمانی که در بررسی خود متوجه افسردگی می شوید.
- مراقب باشید آسیب دیدگان به خوددرمانی نپردازند و به مصرف مواد مخدر، الکل یا سیگار برای کنار آمدن با اضطراب روی نیاورند. در صورت مشاهده چنین مواردی فرد را به تیم حمایت روانی - اجتماعی ارجاع دهید.

درمان دارویی:

- ممکن است در برخی موارد افرادی که به تیم حمایت روانی - اجتماعی ارجاع می کنید نیاز به درمان دارویی داشته باشند و پس از تجویز داروی مناسب توسط متخصص، شما مسئول پیگیری درمان او شوید؛ بنابر این توجه به نکات زیر اهمیت دارد.
- درمان دارویی در اختلال استرس حاد بدنبال بلایا و خصوصاً "تجویز داروهای بنزودیازپین بطور معمول توصیه نمی شود. افراد آسیب دیده در معرض ابتلا به اختلال سوء مصرف مواد و دارو هستند و دارو های ضد اضطراب بنزودیازپینی به- علت اثر فوری روی علائم اضطرابی مورد استقبال افراد آسیب دیده قرار می گیرند ولی منتهی به ایجاد وابستگی و تحمل در افراد می شوند و بر مشکلات آنان می افزایند. استفاده از آنها در موارد استثنائی و شدید اضطراب و با رعایت طول مدت مصرف کمتر از دوهفته، باید باشد.

- در صورت همراهی این اختلال با بیماری افسردگی اساسی، درمان اختلال افسردگی و مصرف داروهای ضد افسردگی را مد نظر قرار دهید.
- داروهای ضد افسردگی همچون سه حلقه ای ها و SSRIs در درمان علائم مزاحم ناخواسته و اجتنابی مؤثر هستند. این اختلال نسبت به اختلال افسردگی به مدت درمان طولانی تری نیاز دارد. بطور کلی برای ظهور تأثیر دارو بر برخی از علائم گاهی به زمانی حدود ۸ هفته یا بیشتر نیاز است.
- SSRIs در تمامی رده‌های سنی از لحاظ عوارض جانبی و سمیت در بیش مصرف ایمن‌ترین دارو هستند.

طول درمان و دوز دارو

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

- (۱) مرحله تثبیت: حدود ۳ ماه بوده و طی این مدت ویزیت‌ها با فواصل کم صورت می‌گیرد.
- (۲) مرحله نگهدارنده: طول آن در شرایط مختلف متفاوت است.
الف: اختلال حاد: طول مدت درمان ۶-۱۲ 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

سوگ بیمار گونه:

به طور طبیعی انتظار داریم که با اقدامات حمایتی طی جلسات مشاوره گروهی، فرآیند سوگ به طور طبیعی سپری گردد. همواره باید به خاطر داشته باشیم که درمان دارویی ضد افسردگی در واکنش سوگ ممنوع است، مگر در موارد خاص از قبیل:

- ۱- وجود سابقه‌ای از ابتلا به افسردگی
- ۲- مختل شدن علائم نباتی (خواب و اشتها) به حدی که افسردگی اساسی را مطرح کند.
- ۳- افکار خودکشی و یا دیگر کشی

گفتگو با فرد داغدار

- اجازه دهید فرد داغدار درباره فرد فوت شده و شرایط مرگش صحبت کند.
- وی را تشویق کنید احساساتش را درباره فرد از دست رفته آزادانه بیان کند (مثل احساس اندوه، گناه یا خشم) ولی وی را وادار به صحبت درمورد حادثه و چگونگی از دست دادن عزیزانش نکنید. باید این افراد به تیم حمایت روانی-اجتماعی ارجاع شوند و درگروههای مشاوره‌ای خدمات را بصورت گروهی دریافت کنند.
- به وی اطمینان دهید که بهبودی زمان می برد. تا حدی کاستن از مسئولیت‌ها (کار و تعهدات اجتماعی) ممکن است لازم باشد. اما توجه داشته باشید که مشارکت در روند بازسازی به توانمندی فرد و ایجاد احساس کفایت در وی کمک می کند و موجب تسریع بهبودی می گردد.
- توضیح دهید که سوگواری عمیق به کندی و ظرف چندین ماه کمرنگ می شود اما یادآورهای فقدان کماکان احساس از دست دادن و اندوه را بر می انگیزانند.

درمان دارویی :

- تجویز داروی ضدافسردگی در واکنش سوگ بهنجار ممنوع است. تصمیم در مورد درمان با ضدافسردگی باید برای ۳ ماه یا بیشتر به تعویق افتد. اگر علائم بارز افسردگی بیش از ۳ ماه ادامه یافت باید برای درمان افسردگی اقدام شود.
- اگر بی خوابی شدید وجود دارد، استفاده کوتاه مدت از داروهای خواب آور می تواند مفید باشد.

مشاوره با متخصص یا ارجاع :

- در مورد هر فردی ، قبل از تجویز داروهای ضدافسردگی، ارجاع به روانپزشک را مدنظر قرار دهید. کودک داغدار از مشاوره خانوادگی سود می برد.

اختلالات خواب :

- علاوه بر استرس بالایی که بلایای طبیعی ایجاد می کنند تغییرات جبری در روال همیشگی برنامه خواب ، غذا ، و استراحت و کار ممکن است موجب اختلالات خواب و بطور شایع ، بی خوابی شود. اختلال خواب می تواند تنها شکایت فرد

بازمانده یا به عنوان علامتی از یک سندرم باشد. در صورتی که به دنبال به‌کارگیری روش‌های غیر دارویی همچون تمرین‌های آرام‌سازی و آموزش بهداشت خواب مشکل بیمار رفع نشد، می‌توان به صورت کوتاه مدت از داروها کمک گرفت. در صورتی که اختلال خواب علامتی از یک سندرم باشد، ترجیحاً انتخاب دارو به صورتی انجام می‌شود که هم اشکال خواب و هم سایر علائم را پوشش دهد. به عنوان مثال برای فرد افسرده ای که از بی‌خوابی نیز رنج می‌برد از داروهای ضد افسردگی با اثر خواب آور بیشتر استفاده می‌شود.

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

توصیه های لازم در مورد بهداشت خواب :

توصیه‌هایی که در جهت بهبود وضعیت خواب می‌توان به افراد نمود، عبارتند از:

- برقراری الگویی منظم در خواب تا حد امکان. بخصوص افرادی که از بی‌خوابی در ساعات اولیه خواب شب رنج می‌برند معمولاً قادر نیستند ساعت شروع خوابشان را جلو بیاورند و صبح روز بعد دیر وقت برمیخیزند در چنین مواردی محدود کردن خواب صبحگاهی و برخاستن در ساعات مشخصی از صبح بتدریج به رفع مشکل آنان منجر می‌شود و باعث می‌شود شب‌ها زودتر به خواب روند.
- محدود کردن خواب نیمروزی حتی در صورت خستگی روزانه. این امر می‌تواند باعث خواب طولانی‌تر و با کیفیت بهتر شبانه‌گاهی شود.
- استفاده از مهارت‌های آرام‌سازی قبل از رفتن به رختخواب. باید به افراد یادآوری نمود که این تکنیک‌ها را هم برای به خواب رفتن در ابتدای شب و هم برای خوابیدن مجدد در نیمه‌های شب استفاده نمود.
- ترک محل خواب درصورت بخواستن بختن پس از ۲۰ دقیقه . در این موارد سعی در ادامه خواب نداشته باشد رختخواب را ترک کند و به کار دیگری مشغول شود و تا کاملاً احساس خواب آلودگی نکرده ، به رختخواب برنگردد.
- ورزش بطور منظم . اما از انجام ورزش دیر وقت پرهیز نماید.

- اجتناب از مصرف مواد حاوی کافئین و نیکوتین در ساعات عصر و شب
- مطالعه کتاب یا خواندن دعا و نماز قبل از خواب (با توجه به زمینه اعتقادی فرد). اما در رختخواب به مطالعه نپردازند.
- استفاده از موسیقی ملایم یا صدای کم رادیو جهت کاستن افکار آزار دهنده
- محدود کردن سروصدای و نور شدید محیطی در حدامکان.
- **بازسازی رُویا و در نظر گرفتن پایان مثبت برای رؤیاها** . 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 بدنبال استفاده از تکنیک آرامسازی پایان بهتری را برای خواب خود در ذهن مجسم کنند.

آرامسازی عضلانی:

برای آرامسازی روش های مختلفی وجود دارد که در اینجا به نمونه ای از آن اشاره می شود.

بترتیب ذیل به فرد آموزش دهید:

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

پس از آموزش مهارت، تأکید کنید که برای بهتر شدن کار همانند هر مهارت دیگری نیازمند تمرین هستید.

الف - اختلال جسمانی سازی:

شکایات متعدد جسمی بدون علت قابل توجیه عضوی پس از بلایا نادر نمی باشد. برای تشخیص این اختلال معاینه فیزیکی دقیق از اهمیت اساسی برخوردار می باشد. نکته مهم این است که پس از بررسی بیمار و پیدا نکردن علت قابل توجیه جسمی، یا گفتن جمله « چیزیت نیست، مشکلی نداری» وی را رها کنیم.

نکاتی که باید مورد توجه قرار گیرند:

- مهمترین اصل در درمان این بیماران ارتباط متناسب بین بیمار و پزشک است .
- این افراد غالبا مراجعات متعدد به پزشک و نتایج و آزمایشات معمولاً منفی دارند.
- معولا فرد به بیماری جسمی خود بیش از حد توجه می کند.
- بهتر است همیشه یک پزشک (ترجیحا پزشک عمومی) مسئولیت درمان بیماران را بعهده داشته باشد.
- بیمار به فواصل منظم و ترجیحا ماهیانه ویزیت شود.
- ویزیت ها باید کوتاه و شامل یک معاینه فیزیکی مختصر در پاسخ به شکایات جسمی جدید بیمار باشد.
- در حد امکان از انجام ارزیابی های پاراکلینیک جدید یا اعمال جراحی مگر در صورت لزوم کامل خودداری شود.
- پزشک باید شکایات بیماران را بعنوان ابراز عواطفش در نظر بگیرد. نه علائم جسمانی .باید سعی شود که مسیر کلام بیمار از علائم جسمانی به مشکلات شخصی و اجتماعی و روابط با دیگران هدایت گردد.
- به تدریج باید بیمار را از ارتباط بین عوامل روانشناختی و شکایات جسمانی اش آگاه کرد.
- نکته مهم در درمان این بیماران ویزیت دوره ای براساس فواصل زمانی مشخص و عنایت به شکایات جسمانی مطرح شده ، معاینه دقیق آنها و اظهار جملاتی نظیر اینکه من شماره کاملاً معاینه کردم و خوشبختانه در حال حاضر نکته ای دال بر بیماری جسمی وجود ندارد، است. از اطمینان بخشی به بیمار با انجام آزمایشات و گرافیهای مختلف جدا پرهیز نمایید. حتی اگر این موارد به اصرار بیمار و اطرافیان وی از شما خواسته شود. در عوض به همزمانی شروع این شکایات با حادثه اشاره و آنها را با فشارهای روانی حاصل از ضایعه مرتبط کنید. به عنوان شاهدهی برای اثبات این مسئله و تفهیم آن به فرد می توانید به تشدید این شکایات پس از فکر کردن به یاد آور های حادثه اشاره کنید.

- از خانواده بخواهید که به بیمار اجازه دهند تا مسایل روانی خود را بر زبان جاری سازد هرگونه کلامی کردن مسایل حتی خاطرات فاجعه از طرف بیمار در بهبود علائم جسمانی وی موثر خواهد بود. خانواده را مقید سازید تا به علائم جسمانی مشخص وی که بیان مشکلات روانپزشکی او می باشند بی اعتنا باشد و درعوض رفتار سلامت وی را تشویق کنند. در مواردی که بیماریهای افسردگی و اضطرابی ریشه این علائم جسمانی هستند به درمان دارویی این اختلالات اقدام کنید.
- به خانواده توجه دهید که علائم معلول تصورات ذهنی فرد یا ساختگی نیستند.
- در مواردی که بیماریهای افسردگی و اضطرابی ریشه این علائم جسمانی هستند به درمان دارویی این اختلالات اقدام کنید.
- علائم افسردگی و اضطراب شایع می باشند، در صورت مشاهده، اقدام مناسب درمانی را آغاز کنید.
- مراقب احتمال بیش مصرف یا مصرف خودسرانه مسکنها یا سوء مصرف مواد مخدر باشید.
- با اینکه ممکن است گاه علت عضوی برای اینگونه علائم جسمانی مشخص شود مشکلات روانشناختی به صورت همراه با مشکلات جسمانی می تواند وجود داشته باشد.
- استفاده از روشهای آرام سازی می توانند در جهت تسکین علائم مربوط به تنش (نظیر سردرد، گردن یا کمردرد) موثر واقع شود.
- علیرغم محدودیتهای ناشی از یک بلای طبیعی، ورزش و فعالیتهای لذت بخش را در حد امکانات منطقه تشویق کنید. برای بازگشت به شرایط طبیعی منتظر رفع همه علائم نشوید.

درمان دارویی

- ۱- از انجام آزمایشهای تشخیصی غیر ضروری یا تجویز داروهای جدید برای هر علامت جدید باید پرهیز کنید.
- ۲- داروهای ضد افسردگی (مانند آمی تریپتیلین ۲۵-۷۵ میلی گرم روزانه) در برخی موارد مانند سردرد، سندروم روده تحریک پذیر موثر می باشند.

مشاوره با متخصص

- ۱- تا حد امکان از ارجاع این افراد به متخصصین بیماریهای جسمی احتراز کنید. درمان آنها در مراکز مراقبتهای اولیه به مراتب بهتر صورت می گیرد. پیوستگی رویکرد تشخیصی - درمانی این بیماران اساس درمان است. مراجعه به یک پزشک واحد کمک کننده است.

۲- در صورت نیاز فرد را به تیم حمایت روانی - اجتماعی ارجاع دهید.

ب - اختلال تبدیلی

با توجه به نقش مهم استرس در بروز اختلالات شبه جسمی منجمله اختلال تبدیلی، بروز آن پس از بلایا نباید دور از ذهن باشد.

نکاتی که باید مورد توجه قرار گیرند:

- علل جسمی را با دقت در نظر داشته باشید. علائم اولیه اختلالات نورولوژیک (مانند مولتیپل اسکلروزیس) ممکن است به علائم اختلالات تبدیلی شبیه باشد. به همین جهت شرح حال و معاینه بالینی کامل الزامی است.
- علائم بیمار را با استفاده از تکنیک القاءسازی برطرف کنید. استفاده از روشهای خشن و دردناک مثل تزریق زیرجلدی آب مقطر روش درمانی مناسبی برای این بیماران نمی باشد و غیر اخلاقی است. روشهای اخلاقی برای تلقین وجود دارد. مثلا "اگر سه بار سرف کنی رفع می شود" یا "تا ۵ دقیقه دیگر برطرف می شود". ذکر جملاتی مانند اینکه "تاره وقتی علائم برطرف میشود می توانیم با هم صحبت کنیم و بفهمیم مشکل اصلی شما چیست" می تواند مفید باشد. در بسیاری از موارد علائم بیمار با اطمینان دهی از سوی شما برطرف می شود.
- پزشک اغلب متوجه می شود که اطرافیان بیمار بیش از حد نگران و مشوش هستند و در مورد فرد احساس گناه می کنند. این وضعیت باعث تداوم علائم می شود.
- برای اطرافیان توضیح دهید که آنها می توانند با بی توجهی نسبت به علائم این بیماری و متقابلا با اعمال توجه به رفتارهای مثبت و مطلوب وی، به رفع علائم کمک کنند.
- تذکر مجدد این نکته ضروری است که علائم فرد ناخودآگاه بوده و وی به صورت ارادی یا عمدی علائم را ایجاد نمی کند (به صورتی که در تمارض دیده می شود).

- این افراد ممکن است علاوه بر اختلال تبدیلی، از سایر علائم اختلالات روانی نظیر افسردگی و اضطراب رنج ببرند که در این صورت درمان اینگونه موارد منطقی است.

- برای فرد و خانواده‌اش شرح دهید که :

- ۱- علائم نورولوژیک یا جسمانی اغلب علت واضحی ندارند. چنین علائمی در صورت وقوع استرس می‌توانند بروز کنند.
- ۲- علائم معمولاً به سرعت از میان رفته و صدمه دائمی برجای نمی‌گذارند.

نکات مهم در گفتگو با فرد و خانواده

- ۱- وجود مشکلات و استرس‌های اخیر را یادآور شوید. اما الزامی نیست که بیمار این استرس‌ها را به علائم جسمانی مربوط سازد.
- ۲- فرد را تشویق به بهبودی کنید. مواظب باشید که علائم بیمار را تقویت ننموده، آنرا مستحکم نکنید.
- ۳- توصیه کنید وی اندکی استراحت کند تا از استرس التیام یابد و سپس تاحد امکان فعال باشد.
- ۴- او را از استراحت طولانی یا کناره‌گیری از فعالیتهای که برایش مقدور است، برحذر دارید. شرکت در روند بازسازی عاملی در جهت تسریع بهبودی است.

درمان دارویی

۱. از مصرف داروهای ضد اضطراب یا تسکین بخش خودداری کنید.
۲. در موارد مزمن‌تر که علائم افسردگی وجود دارند، داروهای ضد افسردگی موثر می‌باشند.

مشاوره با متخصص و ارجاع

۱. گرچه علائم ممکن است علت روانشناختی داشته باشند، اما امکان ظهور عوارض جسمانی ثانویه مانند تغییر شکل به دنبال فلج عضلانی وجود دارد.
۲. در صورتی که علائم بیش از یک الی دو ماه طول بکشد یا راجعه یا شدید باشد، مشاوره را مد نظر قرار دهید.

اختلال افسردگی اساسی : به ضمیمه برنامه پیشگیری از خودکشی همین کتابچه مراجعه نمایید.

اختلال سوء مصرف مواد: به ضمیمه پروتکل پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد همین کتابچه مراجعه نمایید.

ضمیمه ۱- خودکشی پس از وقوع بلایا

و

برنامه پیشگیری از خودکشی

اغلب تمام آسیب دیدگان پس از حوادث غیرمترقبه و بلایا در اثر استرس های متعددی ناشی از شرایط و فقدان هایی که متحمل می شوند درجاتی از غم و اندوه و نا امیدي را تجربه می کنند. دراکثر مواقع این احساس در صورت رسیدگی به موقع و دریافت مداخلات مشاوره گروهی که پس از بلایا توسط تیم حمایت روانی-اجتماعی در منطقه ارائه می شود بهبود می یابد. این مسئله در مداخلات روانی-اجتماعی بعد از زلزله بم مشاهده شد، بطوریکه سایکوپاتولوژی عمومی با اقدامات انجام یافته بصورت معناداری کاهش یافت و با اینکه بطور معمول پس از بلایا انتظار داریم خودکشی در میان افراد آسیب دیده بخصوص افراد با زمینه قبلی بیماری افزایش یابد ولی خوشبختانه میزان موارد مرگ بعلت خودکشی نیز نسبت به سال پیش از زلزله افزایش معنا داری نداشته است. ولی درپاره ای از موارد یا افراد بدلائل مختلف این خدمات را دریافت نمی کنند و یا اینکه علیرغم دریافت این مداخلات افسردگی آنان تخفیف نیافته است. این امر ممکن است ناشی از روند خود بیماری افسردگی باشد که منجر به احساس نا امیدي به درمان وعدم شرکت در گروههای مشاوره ای می شود و یا بعلت وجود یک اختلال افسردگی با پیشینه قبلی و نیازمند درمانهای داروئی و غیرداروئی انفرادی باشد. با توجه به درصد بالای احتمال خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی بخوبی روشن است که تمرکز بر روی شناسائی و درمان اختلالات روانپزشکی بویژه افسردگی سهم مهمی درپیشگیری از خودکشی دارد. همانطور که مستحضرید و برطبق آمار ارائه شده فوق افراد مبتلا به افسردگی بدلائل مختلف از جمله شکایات جسمی، تشدید بیماری طبی زمینه ای، عدم پذیرش درمان های طبی قبلی به پزشکان عمومی ممکن است مراجعه نمایند. درچنین مواردی شناسائی و درمان زودرس افسردگی می تواند مانع از پیشرفت آن گردد.

برنامه پیشگیری از خودکشی:

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

سازمان جهانی بهداشت- WHO

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

بطور معمول خودکشی پس از بلایا افزایش پیدا می کند. بدنبال ارائه مداخلات روانی- اجتماعی پس از زلزله بم آمار خودکشی های منجر به مرگ افزایشی را نشان نداد. برنامه پیشگیری از خودکشی پس از حوادث غیرمترقبه و بلایا با هدف شناسائی و درمان به موقع افسردگی در افرادی است که بعلت قرار گیری در معرض استرس فاجعه مستعد اقدام به خودکشی می باشند. بررسی ها نشان داده است که میزان بروز خودکشی در مردان و زنان ایرانی بطور کلی ۶/۲ درصد هزار نفر است. البته اقدام به خودکشی طبق تعریف حالتی است که اقدام فرد منجر به مرگ نشده است و در غالب نقاط دنیا، ۱۰ تا ۲۰ برابر خودکشی منجر به مرگ دیده می شود. میانگین سنی افرادی که در ایران خودکشی می کنند ۲۹ سال است. بنابراین هر سال ۱۲۰۰۰۰ سال عمر مفید در ایران بدنبال خودکشی از بین می رود. نتایج مطالعات اولیه گویای آن است که در بیش از ۹۰ درصد خودکشی ها اختلالات روانپزشکی مطرح بوده است و افسردگی به عنوان بزرگترین عامل خطر برای رفتار خودکشی در نوجوانان در نظر گرفته می شود. پژوهشی در سوئد نشان داده است که آموزش پزشکان عمومی در زمینه تشخیص و درمان افسردگی، میزان بروز خودکشی را در جامعه کاهش می دهد و این روند تا دو سال ادامه دارد. در مطالعه ای در شهر بایک نیز اقدامات مشابهی انجام شد که توانست از یک اپیدمی خودکشی در مراحل آغازین آن پیشگیری کند. مطالعات نشان داده است که حدود دو سوم افرادی که خودکشی در ماه قبل از اقدام توسط پزشکان عمومی ویزیت شده اند. براساس این داده ها طرح پیشگیری از خودکشی با اهداف کلی فراهم آوردن خدمات بهداشت روان قابل دستیابی برای افرادی که قصد اقدام به خودکشی داشته یا اقدام نموده اند و کاهش موارد اقدام به خودکشی و کاهش مرگ و میر ناشی از آن، در سال ۷۸ تهیه شد و در سال ۸۱-۸۰ بصورت پیش طرح موفقیت آمیزی در ۴ شهر (ایلام، اسلام آباد غرب، ساوجبلاغ و کاشان) انجام شد و در حال حاضر این طرح در ۱۰ دانشگاه علوم پزشکی در حال اجرا می باشد. در این برنامه تمرکز اصلی تشخیص زودرس و درمان و پیگیری مناسب و در صورت لزوم ارجاع افراد مبتلا به افسردگی است.

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

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

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

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

افسردگی و پیشگیری از خودکشی

تشخیص افسردگی:

مهمترین نکته درتشخیص بیماری برقراری رابطه درمانی خوب بابیمار، هشیاربودن درخصوص علائم ونشانه های بیماری وپرسش درموردآنها می باشد.

علائم افسردگی :

- خلق افسرده یا لذت نبردن و بی علاقگی نسبت به همه یاغلب فعالیتها، ازعلائم کلیدی افسردگی هستند.

اما بایدتوجه داشت که حدود ۵۰درصدبیماران احساس افسردگی رانکارمی کنند وخانواده یاهمراهان بدلیل گوشه گیری وکاهش عملکردوفعالیت آنها رابرای درمان می آورند یا واداربه مراجعه می کنند

- اختلالات خواب بصورت بی خوابی یا پر خوابی : حدود ۸۰ درصد بیماران از مشکلات خواب شکایت دارند. که بویژه بی خوابی انتهایی (Terminal insomnia) یا زودبیدار شدن صبحگاهی می باشد. بیدار شدن های مکرر در طول شب با اشتغال ذهنی به مشکلاتشان نیز شایع است.

- بیقراری یا کندی روانی حرکتی (Psychomotor retardation).

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

- تغییر اشتها بصورت بی اشتتهایی یا پراشتهایی.

- احساس بی ارزشی یا احساس گناه نامتناسب.

- مشکل در تمرکز.

- افکار راجعه در خصوص مرگ، افکار خودکشی .

- تحریک پذیری و بی تحملی.

- دردهای جسمانی.

نکته مهم آنکه علائم فوق در بیمار موجب رنج قابل ملاحظه ای می شوند و یا عملکرد شغلی، اجتماعی یا سایر حیطه های مهم عملکرد بیمار دچار اختلال می شود.

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

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

حدود ۹۰ درصد بیماران افسرده اضطراب نیز دارند. اضطراب (بویژه حملات هراس)، سوء مصرف الکل و مواد و شکایات جسمانی (مثل یبوست و سردرد) درمان افسردگی را پیچیده می کنند.

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

دوره های افسردگی هم در اختلال افسردگی عمده و هم در اختلال دوقطبی I و II رخ می دهند. تفاوت های بارز و معتبری از نظر نشانه شناسی بین دوره های افسردگی اختلال افسردگی عمده و دوقطبی تاکنون مشخص نشده است. در بررسی بالینی تنها شرح حال بیمار، سابقه خانوادگی و سیر آتی اختلال می تواند بین این دو وضعیت افتراق بگذارد. معمولاً افراد با افسردگی دوقطبی علائم نباتی معکوس دارند و پر خوابی، افزایش اشتها و میل جنسی در آنها بیشتر دیده می شود. وجود سابقه مثبت خانوادگی اختلال دوقطبی در این افراد بیشتر است. وقتی جستجو می کنیم سابقه وجود دوره هائی 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 باشکایات جسمانی، بیقراری روانی حرکتی و توهمات مطابق با خلق تظاهر پیدا کند. در نوجوانان عملکرد تحصیلی ضعیف، سوء مصرف مواد، رفتارهای ضد اجتماعی، بی بندوباری جنسی و فرار از مدرسه می تواند از علائم افسردگی باشند.

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

افسردگی در سالمندان:

افسردگی در افراد مسن بسیار شایعتر 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، بویژه توسط پزشکان عمومی. ممکن است علت این ضعف تشخیصی ابراز بیشتر افسردگی باشکایات جسمانی در سالمندان باشد.

شدت بیماری:

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

۱. خفیف : حداقل علائم از نظر تعداد برای تشخیص اختلال وجود دارند و علائم منجر به اختلال عملکرد خفیفی در محل کار، فعالیت‌های اجتماعی و ارتباطی می‌شوند.

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

۳. شدید: ممکن است بایا بدون علائم روانپزشانه باشد.

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

ملاحظه ای در عملکرد شغلی یا فعالیت‌های اجتماعی یا ارتباطی روزمره ایجاد می‌کند.

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

خودکشی:

حدود ۲/۳ بیماران افسرده به خودکشی فکر می‌کنند و ۱۵-۱۰ درصد افراد مبتلا به افسردگی خودکشی می‌کنند (Commit suicide). بیمارانی که بدلیل افکار خودکشانه یا اقدام به خودکشی اخیر بستری شده اند در مقایسه با بیمارانی که بستری نشده اند، ریسک بالائی برای خودکشی منجر به مرگ در طول عمر خود دارند.

درباره ریسک فاکتورهای شناخته شده خودکشی سوال کنید. معمولاً پرسش درباره افکار خودکشی برای پزشکان سخت می‌باشد. می‌توان بسته به شرایط سوال را از حاشیه دورتری آغاز کرد. همیشه افکار خودکشی بیمار را جدی بگیرد و اقدامات لازم را انجام دهید، با وجود این افکار، مهمترین ریسک فاکتورهای اقدام به خودکشی میزان افسردگی بیمار و وجود نقشه مشخصی برای خودکشی می‌باشد.

از دیگر عوامل مهم پیش بینی کننده عبارتند از: آسیب به خود اخیر یا سابقه آن، ناامیدی، علائم روانپزشی (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.

- اگر بیماری ریسک بالای خودکشی دارد، سریعاً به روانپزشک ارجاع داده شود.
- چنانچه ارجاع سریع میسر نباشد، باید بیمار تحت مراقبت و حفاظت جدی و درمان مناسب قرار گیرد تا در اولین فرصت ممکن به روانپزشک ارجاع داده شود.
- چنانچه بیمار در ریسک پایینی از خودکشی قرارداد و در حدی نیست که نیاز به ارجاع باشد داروی مناسب و 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 برای بیمار برای مراقب فوق تشریح شود.
- ۶- در مورد کنترل افکار خودکشی و کنترل روی اقدام به خودکشی از بیمار سوال شود و از این بابت اطمینان حاصل شود.
- ۷- اطمینان حاصل شود بیمار سابقه رفتارهای تکانشی و عدم کنترل تکانه نداشته است و در حال حاضر ندارد.
- ۸- امکان دسترسی سریع بیمار به پزشک معالجش پیش بینی و فراهم شود.

اقدامات درمانی:

- گرفتن شرح حال مناسب با ایجاد یک رابطه صحیح با بیمار اولین و مهمترین اثر را می گذارد.
- اگر بیماری با شکایت خلق افسرده، اندوه، سوگ، شکایات جسمی متعدد، بی خوابی و غیره مراجعه نمود، پزشک باید ضمن رسیدگی و بررسی شکایات اصلی و اولیه بیمار، علائم اصلی دیگر اختلال را از بیمار سوال نماید.
- توجه نماینده‌گر از سوالات القاء کننده علائم به بیمار استفاده ننمائید. فرصت دهید بیمار تا حد امکان خود مسائلش را بیان نماید. مثلاً برای پرسیدن اختلال خواب بجای سوال: « آیا صبح ها زودتر از خواب بیدار می شوید؟» یا « آیا بدخواب هستید؟» از سوال « آیا در خوابتان آشفتگی دارید؟» و اگر جواب بلی بود، نحوه آن پرسیده شود.
 - در مورد رویدادهای زندگی و استرس بیمار، مسائل خانوادگی، شغلی، اجتماعی و بویژه درمورد فقدانهایی که در اثر حادثه اخیر با روبرو شده به بیمار فرصت صحبت کردن بدهید.
 - شدت تمایل به خودکشی را ارزیابی نمایید. در اولین سطح، شخص فقط آرزوی مردن را بیان می کند. در دومین سطح، شخص واقعاً می خواهد بمیرد. در سطح سوم، بیمار برای اقدام به خودکشی برنامه دارد و ممکن است ابزار

و مواد کشنده ای به این منظور تهیه کند. سرانجام ممکن است فرد اقدام به خودکشی کند. بنابراین، زمانی که فرد در سطح سوم و چهارم از تمایل به خودکشی قرار دارد، باید بلافاصله به مرکز تخصصی ارجاع شود. تا زمان مراجعه بیمار به مراکز تخصصی و دریافت درمان، درمانگر باید با استفاده از حمایت خانواده، دوستان و همکاران یا دیگر امکانات بیمار را در وضعیت ایمنی قرار داده و وی را حفاظت نماید.

○ به بیمار فرصت دهید تا در مورد رنج ها و ناراحتیهای خودش حرف بزند. بیمار را حمایت کنید برای انصراف بیمار از خودکشی، جملات کلیشه ای مانند: " حیف نیست " استفاده نکنید. از توصیه، اندرز و سرزنش اجتناب کنید.

○ موقعیتهای مثبت زندگی بیمار را به وی نشان دهید. به بیمار کمک کنید 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 کنید. بخصوص اگر در گذشته دوره هائی مشابهی داشته که بهبود نسبی پیدا کرده است، آن را مرور کنید.

○ از طریق خانواده و حتی دوستان، بیمار را حمایت و کمک کنید.

○ در صورت نیاز به مداخلات تخصصی برای مشکلات بین فردی و خانوادگی یا برای رسیدگی به مشکلات ناشی از سوگ و تروما بیمار را به تیم حمایت روانی- اجتماعی ارجاع نمائید.

○ سعی کنید ارتباط خوب و انسانی با بیمار برقرار نمائید و از لقا قدرت، زور و ارزش اخلاقی خود به بیمار خودداری نمائید.

○ هرگز به بیمار قول و اطمینان بی خود ندهید، هرگز برای تلقین هم که شده به بیمار دروغ نگوئید.

○ بعضی از پزشکان از کلمات علمی و غیرعلمی گوناگون برای توجیه علائم بیماری به بیمار استفاده می نمایند. هرگز در مورد بیماران خود به این روشها متوسل نشوید.

○ تمام بیماران افسرده را معاینه جسمی نمایید. تشخیص های افتراقی افسردگی را مدنظر قرار دهید.

○ در صورت وجود بیماری جسمی، اختلال افسردگی رد نمی شود بلکه می تواند در موازات آن بیماری و یاناشی از عوامل آن بیماری باشد.

○ افسردگی همراه سایر بیماریها، نیاز به درمان مناسب، شامل تصحیح علل اولیه و درمان داروئی دارند.

○ محور تیروئید(شامل بررسی و سنجش سطح سرومی تیروکسین و TSH) و محور آدرنال را(در صورت لزوم) بررسی نمائید.

○ کودکان و سالمندان افسرده را نظر قلبی بطور کامل بررسی و کنترل نمائید.

درمان دارویی:

نکات زیر را در مورد درمان دارویی مد نظر داشته باشید:

- در صورتیکه بیمار در گذشته به یک دارو خوب پاسخ داده ، مجدداً داروی فوق را استفاده کنید.
- در صورتیکه بیمار مسن بوده یا بیماری جسمی نیز دارد، از داروهای جدیدتر با اثرات جانبی کمتر(مانند فلوکستین ۲۰ میلی گرم در روز) استفاده کنید.
- در صورتیکه خطر خودکشی وجود دارد، از تجویز سه حلقه ایها اجتناب کرده دارو را صرفاً برای چند روز تجویز کنید.
- در صورتیکه بیمار مضطرب بوده یا به خواب نمی رود، از داروهای استفاده کنید که اثر تسکین دهنده بیشتری دارند.
- تارسیدن به سطح موثر دارو را افزایش دهید.(به عنوان مثال ایمی پرامین به میزان ۵۰ تا ۲۵ میلی گرم هر شب شروع و در طی ۱۰ روز به میزان ۱۵۰-۱۰۰ میلی گرم برسد)
- در صورتیکه بیمار مسن بوده یا بیماری جسمی دارد ، مقادیر کمتر دارو استفاده شود.
- به بیمار توضیح دهید 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 ضد افسردگی را با همان دوز ادامه دهد.

معیار های ارجاع:

در موارد زیر یا هر مورد که قضاوت بالینی شما ویزیت یک روانپزشک را ضروری می داند بیمار را به مراکز تخصصی روانپزشکی ارجاع غیر فوری دهید(با ذکر مورد ارجاع)

۱. تردید در تشخیص قطعی اختلال
۲. اختلال افسردگی همراه با اختلالات جسمی روانی دیگر یا سوء مصرف دارو
۳. پیشرفت علائم یا عدم بهبودی با تجویز دوز پیشنهادی در عرض ۶ هفته
۴. بروز عوارض شدید و جدی ناشی از دارو
۵. عدم همکاری یا امتناع از مصرف دارو
۶. وجود علائم سایکوتیک یا آژیتاسیون شدید همراه با افسردگی
۷. احتمال دوقطبی بودن افسردگی و امکان شیفت به دوره مانیا
۸. تمام بیماران تحت درمان جهت تأیید تشخیص و تصحیح دوز هر ۳ تا ۶ ماه یک بار
۹. تمام بیماران افسرده کودک
۱۰. تمام بیمارانی که در قضاوت بالینی به نظر 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 بطور مشروح تشخیص ، علت و اقدامات درمانی خود را ذکر نمائید.
- ج- بیماران افسرده آشفته ای که به تنهایی قادر به اداره خود یا دادن اطلاعات کافی نیستند را به همراه یکی از بستگان مطلع ارجاع دهید.
- د- زمان و مکان ارجاع را به گونه ای تنظیم نمائید که بیمار دچار سردرگمی نشود.
- ه- حتی الامکان سوابق درمانی و پاراکلینیکی بیمار ضمیمه فرم ارجاع گردد.
- ی- به فوریت های روانپزشکی و احتمال خودکشی بیماران افسرده (چه در اوج افسردگی و چه در مراحل بهبودی) توجه خاص نموده و در این مورد با آرامش کامل از همراهان بیمار یا حمایت خانوادگی و اجتماعی بهره بگیرید.

مسائل مربوط به ارجاع

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

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

ب - ارائه رهنمود کلی و تعیین زمان ارجاع بعدی

پیگیری بیماران :

تمام بیماران افسرده متوسط و شدید را توسط عوامل خود پیگیری نموده و از درمان صحیح و مناسب و سیر درمان او اطمینان حاصل نمائید . 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 سردگمی بیمار افسرده بین علائم خود، داروها، پزشکان متعدد و ... خواهد گردید. که در نتیجه از بسیاری خسارات مالی و اجتماعی ، از افت کارائی بیمار گرفته تا خسارات مربوط به انبار شدن داروهای بلامصرف در منازل و موارد دیگر جلوگیری خواهد شد.

پیشگیری :

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

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

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

ضمیمه - ۲

پروتکل درمان بیماران مبتلا

به سوء مصرف مواد

در حوادث غیر مترقبه

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

تعداد کل وابستگان مواد افیونی در برخی مطالعات یک میلیون و دویست هزار نفر تخمین زده شده است. به نظر می‌رسد میزان وابستگان در حال حاضر از این عدد بیشتر باشد. در منطقه‌ای که با یکی از بلایای طبیعی همچون سیل، زلزله، ... مواجه شده است، تعدادی از آسیب‌دیدگان مبتلا به سوء مصرف مواد هستند. تاکنون پژوهش‌های معدودی در رابطه با مصرف مواد بلافاصله پس از بلایا انجام شده است. در بیشتر این تحقیقات به این نتیجه رسیدند که شیوع و شدت مصرف مواد مخدر در میان بازماندگان بلایای طبیعی و غیرطبیعی افزایش می‌یابد. و لاهو در مطالعه خود نشان داد که هرچه افراد به مرکز تخریب نزدیکتر باشند افزایش مصرف مواد در آنها بالاتر خواهد بود. همچنین این گروه به این نتیجه رسیدند که افزایش مصرف موادیکی از مشکلات مهم بلافاصله بعد از بلایاست که عمدتاً بصورت هم‌ابتلائی با اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی دیده می‌شود. درن و همکارانش در مطالعه‌ای که پس از واقعه ۱۱ سپتامبر انجام دادند، گزارش کردند که بعد از این واقعه، از یک طرف دسترسی به مواد سخت‌تر و از طرف دیگر کیفیت مواد بدتر شده بود.

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

آیا در این شرایط درمان سم‌زدایی بیماران امکان‌پذیر یا مناسب است؟ یکی از مسائل مهمی که افراد را

به سوی اعتیاد سوق می‌دهد، یا در بیماری که تحت سم‌زدایی قرار گرفته موجب عود سوء مصرف می‌شود، استرس است. آنچه بسیار مهم است این است که از شروع مصرف در افراد آسیب دیده پیشگیری بعمل آید. از طرف دیگر در مواقعی که

به دلیل بروز بلایا، با میزان استرس بالایی مواجه هستیم، عاقلانه نیست که استرس دیگری را به بیمار تحمیل کنیم. در نتیجه چنین مواقعی، زمان مناسبی برای سم‌زدایی بیماران نمی‌باشد و بهتر است جهت کلی درمان به سوی درمان نگهدارنده قرار گیرد. به این ترتیب رفتار تزریقی بیماران نیز کاهش یافته و خطر انتقال بیماری‌های عفونی همچون ایدز و هپاتیت کاهش می‌یابد. ضمن این که اثرات درمان نگهدارنده در بهبود خلق بیماران، بهتر شدن عملکرد شغلی و بین فردی و کاهش رفتارهای خشونت‌آمیز و جرم‌های مختلف ثابت شده است. البته درمورد آن دسته از آسیب دیدگان که خودشان داوطلب ترک هستند کلیه خدمات دراینمورد باید در دسترس آنان قرار گیرد.

وابستگی به مواد افیونی:

معیارهای تشخیصی وابستگی به مواد افیونی طبق طبقه‌بندی DSM-IV وجود سه مورد (و بیشتر) از موارد زیر

در یک دوره ۱۲ ماهه است:

- بروز علائم ترک در صورت عدم مصرف مواد (مانند آبریزش بینی، پا درد یا اسهال)، یا لزوم مصرف مواد برای اجتناب از بروز علائم ترک.
- تحمل، به معنای نیاز به افزایش تدریجی مقدار مصرف برای دستیابی به اثر دلخواه، یا عدم برخورداری از اثر دلخواه در صورت ادامه مصرف مقدار قبلی.
- مصرف به میزان یا مدتی بیش از انتظار خود فرد.
- تمایل دائمی یا کوشش‌های ناموفق برای ترک یا کنترل مصرف.
- صرف زمان زیادی در فعالیت‌های لازم برای تهیه، مصرف یا بهبود آثار ناشی از ماده.
- قطع یا کاهش فعالیت‌های مهم شغلی، اجتماعی، و تفریحی به دلیل مصرف مواد.
- ادامه مصرف مواد علیرغم ایجاد مشکلات جسمی و روانی.

علائم ترک مواد افیونی:

- خلق افسرده
- تهوع یا استفراغ
- دردهای عضلانی
- اشکریزش یا آبریزش بینی
- اتساع مردمک، سیخ شدن موها و تعریق

- اسهال
- خمیازه
- تب
- بی‌خوابی

علائم مسمومیت با مواد افیونی:

مهم است که پرسنل درمانی علائم کلی مسمومیت با مواد افیونی را بدانند. توجه به این نکته اهمیت دارد که در هنگام زلزله و دیگر بلایای طبیعی، به دلیل کم بودن دسترسی به مواد، احتمال تغییر درجه خلوص آنها و در نتیجه امکان بیشتر مسمومیت وجود دارد.

علائم جسمی مسمومیت با مواد افیونی شامل انقباض مردمک (یا در صورت مسمومیت شدید و ایجاد آنوکسی، گشاد شدن مردمک) همراه با یک یا چند علامت از موارد ذیل است:

- خواب آلودگی یا کوما
- تکلم جویده جویده
- اختلال در توجه یا حافظه

نیز تغییرات رفتاری یا روانی در مسمومیت رخ می‌دهد که می‌تواند به صورت سرخوشی اولیه و به دنبال آن بی‌احساسی، دیسفوری، کندی یا آژیتاسیون روانی - حرکتی، اختلال قضاوت یا اختلال عملکرد شغلی یا اجتماعی باشد.

درمان مسمومیت با مواد افیونی:

اولین اقدام مهم، اطمینان یافتن از باز بودن راه هوایی است. ترشحات ریه و نای باید آسپیره شود، و در صورت لزوم لوله تراشه گذاشته شود. سپس نالوکسان، که آنتاگونیست اپیوئیدی است، به میزان ۸/ میلی‌گرم به ازای هر ۷۰ کیلوگرم وزن بدن به آرامی به شکل وریدی تزریق شود. علائم بهبودی که شامل افزایش سرعت تنفس و اتساع مردمک است، به سرعت ملاحظه خواهد شد. اگر پاسخی مشاهده نشد، می‌توان دوز را پس از چند دقیقه تکرار کرد. در گذشته این طور فکر می‌شد که اگر پس از ۴ یا ۵ دوز نالوکسان علائم برنگردد، احتمالاً اپیوئیدها به تنهایی مسئول ایست تنفسی نیستند، اما باید توجه داشت که بوپرنورفین به سختی با نالوکسان آنتاگونیزه می‌شود و دوزهای بالاتر نالوکسان را لازم دارد. بنابراین در موارد مقاوم به درمان با نالوکسان باید احتمال مسمومیت با بوپرنورفین را نیز مد نظر قرار داد. توجه به این نکته لازم است که

طول عمر نالوکسان در مقایسه با اکثر اپیوئیدها کوتاه است، و در صورت پاسخدهی به درمان نیز تکرار دوز در بسیاری از موارد لازم می‌باشد.

درمان نگهدارنده با مواد آگونیستی:

داروهای آگونیست افیونی، موادی هستند که همانند مواد افیونی طبیعی (تریاک) و نیمه صناعی (هروئین) برگیرنده مو (μ) اپیوئیدی اثر 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.

در حال حاضر درمان نگهدارنده به کمک متادون و بوپرنورفین امکان‌پذیر است.

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

نیمه عمر متادون در بار اول مصرف، نسبت به نیمه عمر دارو در مصرف مداوم آن کوتاهتر است، چرا که مقادیر قابل توجهی از دوز اولیه در بافتهای بدن پخش می‌شود. به دنبال مصرف خوراکی سطح خونی متادون در چهار ساعت اول بالا رفته و سپس شروع به کاهش می‌کند. نیمه عمر به دنبال مصرف بار اول ۱۲ تا ۱۸ ساعت و به طور متوسط ۱۵ ساعت است. در PH ادراری برابر ۷ مقادیر بسیار اندک متادون از طریق کلیه‌ها دفع می‌شوند. در PH اسیدی (یعنی PH کمتر از ۶) دفع کلیوی تا ۳۰٪ افزایش می‌یابد. اگر ادرار قلیایی باشد (یعنی PH بیش از ۷/۸)، دفع کلیوی کم می‌شود. باید به بیماران توضیحات لازم در مورد اثر مواد اسیدی و قلیایی کننده ادرار بر میزان دفع متادون داده شوند.

بارداری

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

تداخل‌های دارویی

داروهایی که باعث القا یا مهار فعالیت آنزیمهای P ۴۵۰ و خصوصاً CYP3A4 می‌شوند، می‌توانند با سوخت و ساز متادون تداخل کنند.

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

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

لیدوکائین و آفلا توکسین B

القا کننده‌های 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 بنزودیازپین‌ها باعث کاهش سطح خونی متادون نمی‌شوند)
- داروهای ضد سل نظیر ریفامپین و ریفاپوتین
- گلوکوکورتیکوئیدها

هیچیک از داروهای فوق نباید در دوره القای متادون آغاز شوند. در صورتیکه بیمار پیش از آغاز درمان متادون از داروهای مهارکننده استفاده می‌کرده، باید شروع و بالا بردن متادون با دقت و احتیاط بسیار انجام شود. به بیمار باید راجع به تداخل احتمالی داروها تذکر داد و علائم مسمومیت احتمالی باید به دقت معاینه شوند.

مواد دیگری نیز هستند که به دلایلی به جز مهار آنزیم Cyp450 بر متابولیسم متادون اثر می‌گذارند:

از جمله داروهایی که اثر مهار کننده بر متابولیسم متادون دارند عبارتند از : آلپورینول، پروپوکسیفن، کلرامفنیکل، سیپروفلوکساسین، دی سولفیرام، ایزونیامید و اتوکسازین.

الکل و سیگار هم اثر القا کننده (افزاینده) سوخت و ساز متادون دارند یعنی سطح خونی متادون را کاهش می دهند. تقریباً تمام مرگهای ناشی از متادون در حضور سایر داروهای تضعیف کننده سیستم مرکزی عصبی به وقوع می پیوندد. بیمارانی که به این مواد وابسته بوده یا همراه متادون آن ها را مصرف می کنند، در خطر بالاتر مسمومیت با متادون قرار دارند. موارد زیر را باید مؤکداً به بیماران تذکر داد:

- هرچند بنزودیازپینها خود معمولاً باعث دپرسیون تنفسی نمی شوند، اما در حضور متادون می توانند خطر آنرا افزایش دهند.
- الکل تضعیف کننده دستگاه عصبی مرکزی است و می تواند موجب دپرسیون تنفسی و مرگ شود. در حضور متادون خطر دپرسیون تنفسی افزایش می یابد.
- داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای در دوزهای بالا می توانند باعث دپرسیون تنفسی و ادم ریوی شوند. مصرف همزمان این داروها با متادون می تواند خطر مسمومیت را بالا ببرد. بیمارانی که داروهای سه حلقه‌ای دریافت می کنند می بایست از لحاظ خودکشی مورد بررسی دقیق تری قرار گیرند. در حین درمان نیز باید علائم احتمالی مسمومیت با دقت بیشتری مرور شوند.

موارد منع مصرف:

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

موارد احتیاط در تجویز متادون:

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

عوارض متادون:

عوارض متادون مشابه سایر مواد افیونی است:

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

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

مسمومیت با متادون:

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

علائم مسمومیت با متادون

- تکلم بریده‌بریده
- راه رفتن بی‌ثبات
- اختلال در تعادل
- خواب‌آلودگی
- حرکات کند بدنی
- استوپور

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

- اغماء (بیمار قابل بیدار کردن نیست، خرخر تنفسی دارد، تون عضلانی اندام‌ها کاهش یافته و سیانوزه

است).

- دپرسیون تنفسی و هیپوکسی

- مرگ

تنظیم دوز درمانی و ارائه متادون به بیماران

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

- دوره القا (induction) و پایدارسازی (stabilization)

- در بیماران وابسته به هروئین دوز شروع متادون ۱۵ تا ۳۰ میلی‌گرم در روز اول است.
- در بیماران وابسته به تریاک، مقادیر کمتر (اغلب ۲۰ میلی‌گرم) برای شروع مناسب است.
- بهتر است پس از مصرف متادون در روز اول، بیمار تا ۴ ساعت پس از مصرف مجدداً ویزیت شود تا عوارض احتمالی قابل درمان باشند.
- چنانچه میزان مصرف مواد غیرقانونی بیمار بالاتر بوده که نیاز به دوزهای بالاتر را در روز اول ضروری می‌سازد، می‌توان دارو را به صورت منقسم تجویز نمود؛ به طوریکه ابتدا ۱۵ تا ۲۰ میلی‌گرم تجویز شده و ۲ ساعت بعد، علائم ترک ارزیابی می‌گردد. در صورت وجود علائم خفیف، دوز دوم تجویز نمی‌شود. در صورت بروز علائم متوسط (درد، تهوع، خمیازه، گشادی مردمک) ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم، و در صورت بروز علائم شدید (استفراغ، افزایش ضربان قلب، افزایش فشارخون، سیخ شدن موها = piloerection) ۱۰ تا ۱۵ میلی‌گرم 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 میلی‌گرم 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٪ وضعیت پایدار^۸ 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^۹.

steady state
start low, go slow

- بدون ویزیت پزشک، نباید افزایش دوز صورت گیرد.
 - بیمارانی که علاوه بر مصرف متادون به مصرف مواد غیر قانونی همانند تریاک یا هروئین ادامه می‌دهند، در خطر بالای مسمومیت قرار دارند. مصرف همزمان الکل و بنزودیازپینها خطر مسمومیت را افزایش می‌دهد، پس باید حتماً در مورد مصرف خارج از برنامه به بیمار هشدار داد.
 - توضیح خطر مسمومیت به خانواده‌های بیماران نیز بسیار مهم است.
 - بعد از رسیدن به دوز ۴۰ میلی‌گرم در روز بهتر است افزایش دوز یک روز در میان و به میزان حداکثر ۵ الی ۱۰ میلی‌گرم در روز انجام شود.
 - پس از رسیدن به دوز ۶۰ الی ۸۰ میلی‌گرم، بهتر است افزایش دوز در هر هفته از ۵ الی ۱۰ میلی‌گرم تجاوز نکند.
 - ممکن است برخی بیماران با ۵۰ میلی‌گرم پایدار شوند و بعضی از آنها تا ۱۲۰ میلی‌گرم در روز برای پایدار شدن نیاز داشته باشند.
 - دوز بالای ۱۲۰ میلی‌گرم 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، نشئگی ناشی از مواد کوتاه اثر مانند هروئین رخ نمی‌دهد، و ولع مصرف مواد و عوارض مسمومیت به حداقل می‌رسد، ضمن آنکه علائم خواب‌آلودگی نیز رخ نمی‌دهد.
 - دو مرحله فوق (القاء و پایدارسازی) مجموعاً حدود ۶ هفته بطول می‌انجامد.
 - بیشترین علت مسمومیت، افزایش سریع دوز طی دو هفته اول به علت تخمین بیش از اندازه تحمل و تخمین کمتر از واقع تجمع متادون در بدن بوده اند.
- دوره نگهدارنده (Maintenance)
- با اتمام پایدارسازی بیماران وارد مرحله نگهدارنده می‌شوند.
 - در این مرحله، 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 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 سالها درمان نگهدارنده باشد.

درمان های غیر دارویی سوء مصرف مواد در هنگام بلایای طبیعی:

طبیعی است که در هنگام وقایعی همچون 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 مسئولیت هماهنگی جلسات از نظر زمان و مکان و موضوعات مورد بحث با خود بیماران است. معمولاً یکی از افراد به عنوان فرد مسئول گروه انتخاب می شود و مسئولیت 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 مهمترین جنبه گروه های خودیاری ارائه حمایت های اجتماعی است.

نیز می توان این افراد را در جهت ارائه مداخلات تخصصی مشاوره گروهی به تیم گروهی به تیم حمایت روانی - اجتماعی ارجاع داد.

ضمیمه - ۳

توصیه هایی در پیشگیری از فرسودگی شغلی

فرسودگی شغلی در امدادگران

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

- برنامه ریزی و آمادسازی دقیق جهت ارائه خدمات به آسیب دیدگان
- اکتفا نمودن به مواردی که می توان از عهده آن برآمد
- کنترل افکار و عواطف
- تمرکز 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 مسئولیت ها بصورت روشن و واضح
- حمایت و پشتیبانی کردن از یکدیگر
- برگزاری جلسات منظم گروهی
- انجام وظایف به شکل چرخشی
- منظم نمودن ساعات استراحت و مرخصی منظم
- کسب مهارت های جدید درخصوص موضوع

منابع :

۱. کمک رسانی به کودکان آسیب دیده خردسال- دفتر منطقه ای یونیسیف خاورمیانه و آفریقای شمالی- عمان - اردن ۱۹۹۵
۲. کودکان و بلایا- آموزش تکنیک های بهبود. پاتریک اسمیت - آتل دیگروف - ویلیام یول، مرکز روانشناسی لندن در انگلیس - مرکز روانشناسی بحران برگن در نروژ
۳. بگل فریباسوگ در کودکان و نگرشهای رایج پیرامون آن. خبر نامه انجمن روانپزشکی کودک ونوجوان ۱۳۸۲. شماره ۳۰۲. صفحه ۱۳-۱۸.
۴. کتابچه راهنمای مدیریت بحران. دفتر منطقه ای یونیسیف خاورمیانه و شمال افریقا- آتل دیگروف - رونه استوولند، مرکز روانشناسی بحران نروژ
۵. یاسمی، م ت و همکاران. بهداشت روانی در جریان بلایای طبیعی- کتابچه آموزشی متخصصین. تهران: انتشارات کمیته کاهش اثرات بلایای طبیعی ۷۹-۱۳۷۸
۶. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Community- based psychological support.
۷. Torres A & Oosterling F (۱۹۹۲) helping the helpers. How Red Cross- Red Crescent youth leaders can better support volunteers, Institute Henry- Dunant, Geneva.
۸. DeWolfe D, Helping children cope with a traumatic event, American Red Cross.
۹. Kaplan & Sadock's, Human Development Through the Life Cycle, Synopsis of Psychiatry, ۹th edition ۲۰۰۲.
۱۰. Continuity based psychological support training Red cross red crescent
۱۱. Disaster Mental Health .nebraska.edu/curriculum/Mod۱-psychological support draft.
۱۲. Bisson J. , Tavakoly B., "TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process", The British Journal of Psychiatry (۲۰۱۰) ۱۹۶: ۶۹-۷۴
۱۴. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial support in Emergency settings. Geneva: Inter-Agency Standing Committee (IASC) (۲۰۰۷). Available at: http://www.humanitarianinfo.org/iasc/mentalhealth_psychosocial_support
۱۵. Marit Sijbrandij, Miranda Olf, and et all."Emotional or educational debriefing after psychological trauma" Randomized controlled trial; The British Journal of Psychiatry (۲۰۰۶) ۱۸۹: ۱۵۰-۱۵۵
۱۶. Roberts NP, Kitchiner NJ, and et all. "Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder." ۲۰۰۹; available in PUBMED

17. Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. " Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)". *The British Journal of Psychiatry* (2006); 189: 100-100.
18. Sadock B.J., Sadock V.A., "Comprehensive Textbook of psychiatry", NINTH EDITION, V :III - P:2610 - 2620
19. Zeev Kaplan, Iulian Iancu, and Ehud Bodner, "A Review of Psychological Debriefing After Extreme Stress". *PSYCHIATRIC SERVICES* (2001) Vol. 52 No. 6
20. 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
21. "Psychological First Aid: how you can support well-being in disaster victims". For more information see www.usuhs.mil/csts/
22. "Giving Bad News". (2002) , page 7-9. Available at: Medical Oncology Communication Skills Training Learning **Modules**