

حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه
متن آموزشی کاردانه‌های بهداشتی

وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
اداره سلامت روان
زمستان ۱۳۹۰

گردآوری و تالیف:

دکتر محمد تقی یاسمی

سیدعباس باقری یزدی

دکتر معصومه امین اسماعیلی

بازبینی :

علی اسدی

علی بهرام نژاد

معصومه افسری

شهناز باشتی

محمد رضا غفارزاده رزاقی

فهرست مطالب:

پیشگفتار

اهداف آموزشی

درس اول: مفاهیم

درس دوم: واکنش‌های روانی افراد در بلایا

درس سوم: گروه‌های آسیب‌پذیر

درس چهارم: علائم اختلالات روانی در افراد آسیب‌پذیر

درس پنجم: ارجاع افراد نیازمند به مداخلات تخصصی

درس ششم: آموزش والدین کودکان آسیب‌دیده

درس هفتم: حمایت‌های اولیه روانی اجتماعی از آسیب‌دیدگان

درس هشتم: واکنش سوگ

درس نهم: پیشگیری از فرسودگی شغلی

منابع

پیشگفتار

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

حوادث غیر مترقبه و طبیعی به میزان ۹۶۸۰۸۱ سال عمر مفید بر اساس مطالعه بار بیماری ها (DALYS) در سال ۱۳۸۲ از مردم ما ستانده است که از این میان، ۹۲۵۷۲۸ سال آن یعنی حدود ۹۶٪ در نتیجه زلزله بم ایجاد شده است. با توجه به قرار داشتن کشور ما روی کمربند زلزله و باوجود جاری شدن هرساله سیلاب در بخشهایی از کشور و... برآورد می شود که بدون زلزله- 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 حمایتی روانی اجتماعی در بلایا به عنوان یکی از فعالیتهای مربوط به برنامه حمایتی 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 حمایتی روانی اجتماعی در بلایا- افراد ذیصلاح در زمینه حمایتی 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، معلمان و مشاوران، بهورزان و رابطین بهداشتی، مدیران بهداشتی و مددکاران) تقلیل یافت.

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

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

دکتر عباسعلی ناصحی

دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این متن، از کاردان بهداشتی و یا مربی مرکز آموزش بهورزی انتظار می رود:

- ۱- سوانح را تعریف و انواع آن را بیان کند.
- ۲- حمایت روانی در بلایا را تعریف کند.
- ۳- واکنش های روانی آسیب دیدگان در بلایا را بشناسد.
- ۴- اهمیت برنامه حمایت روانی در بلایا را بازگو کند.
- ۵- حمایت روانی اجتماعی اولیه را در مورد کودکان و بزرگسالان آسیب دیده بشناسد.
- ۶- توانایی آموزش و نظارت بر فعالیتهای بهورزان را در عمل نشان دهد.
- ۷- راههای حفظ سلامت روان و پیشگیری از فرسودگی شغلی خود را بداند.

فصل ۱ - مفاهيم

آیا میدانید

سلامت چیست و چه فعالیت‌هایی در بهداشت روانی صورت می‌گیرد؟

بلا یا سانحه چیست و انواع آن کدامند؟

آسیب دیده به چه کسی گفته می‌شود؟

حمایت روانی در بلا یا چیست؟

تیم حمایت روانی شامل چه کسانی می‌باشد؟

○ سلامت چیست و چه فعالیت‌هایی در بهداشت روانی صورت می‌گیرد؟

▪ 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 روان:

تأمین، 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 به خوبی انجام دهند، از زندگی شان لذت ببرند و با افراد خانواده و محیط خود ارتباط برقرار نمایند. به عبارتی دیگر می‌توان گفت: بهداشت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی هایش را باز می‌شناسد و قادر است با استرس‌های معمول در زندگی تطابق حاصل کرده و از نظر شغلی مفید و سازنده باشد.

○ بلا یا سانحه چیست و انواع آن کدامند؟ آسیب دیده به چه کسی گفته می‌شود؟

▪ بلا یا سانحه:

یک پدیده محیطی شدید و ناگهانی با ابعاد وسیع و گسترده است که در جریان آن منطقه آسیب، نیازمند کمک‌های خارج منطقه ای بوده و در نتیجه آن عملکرد فرد و جامعه مختل می‌گردد.

▪ انواع بلا یا:

بلایای طبیعی:

سوانحی هستند که در نتیجه عمل نیروهای طبیعی بوجود آمده و انسان در ایجاد آن نقشی ندارد مانند زلزله، سیل، آتشفشان، طوفان و گردباد، سقوط بهمن، خشکسالی و گرمادگی، آتش سوزی جنگل ها و ...

بلایای دست ساز انسان:

بلایا و حوادثی هستند که توسط انسان به طور عمدی یا غیر عمدی به وقوع می پیوندند. مانند جنگ، آتش سوزی، حوادث جاده ای، نشت مواد رادیواکتیو، حوادث خشونت بار و

▪ آسیب دیده:

شخصی است که در اثر حادثه ای از ادامه زندگی سالم خود چه از نظر جسمانی و چه از نظر روانی، خانوادگی و اجتماعی محروم گردیده است. فرد در این شرایط بحران را تجربه می کند.

○ حمایت روانی - اجتماعی در بلایا چیست؟

▪ حمایت روانی - اجتماعی در بلایا

فرآیندی است که در راستای تامین سلامت روانی آسیب دیدگان سوانح انجام می گیرد تا به آنها کمک کند به طور موثر خود را با فشارهای روانی ناشی از سوانح سازگار نمایند، کارهای روزانه خود را به خوبی انجام دهند و با افراد خانواده و محیط خود ارتباط مناسب برقرار کنند و بعد از مدتی به زندگی عادی خود برگردد.

○ تیم حمایت روانی - اجتماعی شامل چه کسانی می باشد؟

▪ تیم حمایت روانی - اجتماعی:

مقصود تیمی است شامل روان پزشک، روان شناس و در صورت لزوم مددکار اجتماعی که پس از وقوع هر سانحه ای خدمات حمایتی روانی - اجتماعی را در منطقه به افراد آسیب دیده ارائه می دهند.

فصل ۲

پرسش و پاسخ

واکنش روانی افراد در بلایا چیست؟

ویژگی‌های افراد در مراحل مختلف واکنش روانی در بلایا کدامند؟

مراحل مختلف واکنش روانشناختی افراد در بلایا کدامند؟

○ واکنش روانی افراد در بلایا چیست؟

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 موادغذائی 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 درآورد. به دنبال بروز استرس شدید روانی ناشی از فاجعه، واکنش ها و علائمی در افراد به وجود می آیند که می تواند تأثیر معکوسی روی عملکرد آن ها داشته باشند. در برخی افراد تنها با یک تک علامت مواجه هستیم و در برخی دیگر ترکیبی از علائم، که در صورت عدم رسیدگی می توانند به اختلالات روانی مزمن منجر گردند. میزان تأثیرپذیری 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 موقع به مسایل روانی - اجتماعی آنها 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 بیمار یا 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

یک حالت هیجانی ناخوشایندی است که نشان دهنده واکنش طبیعی فرد به موقعیت ناکامی می باشد. به ویژه وقتی افراد سعی در انکار ناکامی دارند. خشم هیجان پرنرژی تری نسبت به سرخوردگی است و بنابر این به فرد تا حدی احساس قدرت برای روبرویی با شرایط می دهد. از این رو می توان فهمید 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

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

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

ناامیدی

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

هیجانی قدرتمند است که غالباً تمام انرژی و توجه را به خود معطوف می کند. پس از یک موقعیت استرس‌زاس شدید 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 ادامه می تواند موجب برخی اختلالات روانی و افت عملکرد شود.

سرخوردگی

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.

احساس گناه

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.

احساس غم و اندوه

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

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

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

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

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

اجتناب

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 در مورد حادثه خود را نشان می دهد.

مشکلات خواب

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

شکایات جسمانی مبهم بدون وجود بیماری جسمانی

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 بلا یا افراد آسیب دیده ممکن است واکنش های مختلفی در پاسخ به واقعه بروز دهند:

- آسیب پذیری
- سوگ و سوگواری
- افکار و خاطرات مزاحم
- بیش برانگیختگی
- اجتناب
- مشکلات خواب
- خشم
- اضطراب
- سرزنش
- ناامیدی
- ترس
- سرخوردگی
- احساس گناه

• شکایات جسمانی مبهم بدون وجود بیماری

جسمی

• غم و اندوه

مراحل مختلف واکنش روانشناختی افراد در بلایا کدامند؟

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
<p>در اغلب موارد قبل از رسیدن هر کمکی بطور خودبخود پایان می پذیرد.</p>	<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. 	<p>مرحله اول: تماس یا ضربه (در چند دقیقه اول پس از حادثه بروز می کند)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - رفتار آسیب دیدگان را باید به عنوان واکنش طبیعی آنها تلقی کرد. - باید وضعیت و شرایط افراد را درک کرد. - هدایت هوشمندانه: باید فعالیتهای مردم را بصورت مناسبی هدایت کرد. - به نقش خانواده افراد آسیب دیده و یا 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 درامداد رسانی کمک می کنند. - همبستگی بین مردم ایجاد می شود. - مردم با گذشت و ایثار 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: مرحله قهرمان گرایی (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 (یک هفته تا چند ماه بعد از حادثه بروز می کند)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - از نظر روانی احتیاج به حمایت بیشتری دارند. - ایجاد روحیه امید و اعتماد به نفس - در آسیب دیدگان اهمیت زیادی دارد. - امدادگران و مسئولین توزیع کمکها باید حداکثر تلاش خود را در جهت توزیع عادلانه و توأم با احترام امکانات بین مردم انجام دهند. 	<ul style="list-style-type: none"> - افراد تازه متوجه وسعت خسارت و فقدانهاشان می شوند. - افراد مجدداً روحیه خود را از دست می دهند، نا آرام، خسته و درمانده می شوند. - 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. - مضطرب و حساس شده و احساس تنهایی شدیدی می کنند. 	<p>مرحله چهارم: مرحله مواجهه با واقعیت (۲ الی ۳ ماه بعد از وقوع حادثه بروز می کند)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - مسئولین باید پاسخگوی نیازهای مردم باشند و با برنامه ریزی از سرگردانی و بلا تکلیفی آنها جلوگیری کنند. - باید مردم را فعالانه در امر بازسازی مشارکت دهند. 	<ul style="list-style-type: none"> - افراد شروع به بازسازی زندگی خود کرده و بتدریج درک می کنند که باید متکی به خود باشند. - عدم رسیدن کامل به این مرحله منجر به باقی ماندن احساس ناراحتی و پرخاش و تعارض درونی می گردد. 	<p>مرحله پنجم: تجدید سازمان (۶ ماه تا یک سال بعد از وقوع حادثه بروز می کند)</p>

فصل ۳

پرسش و پاسخ

گروههای آسیب پذیر در بلایا کدامند؟

واکنش های روانی کودکان، زنان و سالمندان در بلایا چیست؟

گروه‌های آسیب‌پذیر در بلایا

بلایا در افراد اثر یکسانی ندارند و برخی نسبت به دیگران آسیب‌پذیری بیشتری دارند. کودکان، زنان، سالمندان و معلولین و کسانی که تنها زندگی می‌کنند یا منابع حمایتی و مالی کمتری دارند، افراد بی‌سواد و کسانی که دسترسی به اطلاعات ندارند، احتمال دارد در هنگام وقوع بلایا دچار عوارض روانی بیشتری شوند.

واکنش‌های روانی کودکان، زنان و سالمندان در بلایا

۱) کودکان

خیلی‌ها فکر می‌کنند که «کودکان چیزی نمی‌فهمند و حتی اگر دچار ضربه شدید هم شوند زود بهبودی پیدا می‌کنند» یا اینکه «کودکان زود همه چیز را فراموش می‌کنند». این طرز فکر باعث می‌شود که توجه کمتری به کودکان شود. از طرفی والدین که خود نیز در فشار هستند ممکن است واکنش‌هایی چون گوشه‌گیری، پرخاشگری، افت تحصیلی یا امتناع از رفتن به مدرسه در فرزند خود را رفتاری عمدی یا دال بر لجبازی تلقی کند. پس باید با علائمی که کودکان پس از وقوع بلایا از خود نشان می‌دهند بیشتر آشنا شویم. کودکان ممکن است در سنین مختلف واکنش‌ها و علایم متفاوتی را نشان دهند.

کودکان پیش دبستان (۱-۵ سال)

ترس از جدایی و چسبیدن بیش از حد به والدین	برگشت به رفتارهای مراحل اولیه رشد مثل شب‌اداری،
ترس از بیگانه‌ها و بی‌اعتمادی به دیگران	انگشت مکیدن و لکنت زبان
ترس از تاریکی و ترس از اشیای خیالی	فعالیت بیش از حد و پرخاشگری
مشکل در به خواب رفتن و خودداری از تنها خوابیدن	اختلال در صحبت کردن، سکوت یا لکنت زبان
دیدن رویاهای ترسناک	اجتناب

کودکان دبستانی (۶-۱۱ سال)

احساس غمگینی	مشکلات تحصیلی
مشکلات خواب (بی‌خوابی، پرخوابی یا رویاهای ترسناک - کابوس)	برگشت به رفتارهای مراحل اولیه رشد مثل شب‌اداری، انگشت مکیدن و لکنت زبان
اضطراب، نگرانی و ترس از تکرار شدن اتفاقی که منجر به از دست دادن نزدیکانش شود	شکایت‌های بدنی مثل درد شکم، سردرد و سرگیجه
افکار جادویی	اجتناب

نوجوانی (۱۲-۱۸ سال)

علائم بدنی مثل دردهای شکمی، سردرد، ناراحتی‌های پوستی، دردهای مبهم	طغیان و سرکشی در خانه و مدرسه
مشکلات خواب و کابوس	افسردگی یا غمگینی
	از دست دادن علاقه به تفریح یا فعالیت‌های گروهی با

دوستان افکار جادویی

نزاع با دیگران و تحریک پذیری اجتناب افت تحصیلی

۲) زنان

مرگ و میر زنان در کشورهای در حال توسعه در اثر بلایا از مردان بیشتر است و علایم و واکنش های روانی بیشتری بعد از وقوع بلایا دارند. زنان معمولاً نقش اصلی مراقبت از فرزندان را بر عهده دارند و کمتر احتمال دارد به خاطر فرزندان خود هنگام بروز بلایا، محل حادثه را ترک کنند. از طرفی به دلیل نقش های سنتی ممکن است محدود به خانه بوده و امنیتشان بیشتر مورد تهدید قرار گیرد. در صورتی که سرپرست یا پدر خانواده از دست رفته باشد ممکن است در مورد کمک هایی که توزیع می شود مورد تبعیض واقع شوند و با کمبود غذایی روبرو شوند همچنین ممکن است دچار فقر و تهیدستی شوند.

با وجود این پس از بلایا فرصت هایی وجود دارد که زنان بتوانند شبکه های اجتماعی تشکیل داده در انجمن های مردمی نقش رهبری و یا عضوی فعال را به عهده بگیرند و از حمایت های بیشتری برخوردار شوند.

۳) سالمندان

در صورت بروز بلایا، سالمندان در معرض خطر بیشتری قرار دارند. معمولاً دچار افسردگی شده و گوشه گیر و منزوی می شوند. فراموشکاری یا حواسپرتی در آنها ممکن است علامتی از افسردگی باشد که گاهی به حساب پیری آنها گذاشته شده مورد غفلت قرار می گیرند. ممکن است دچار احساس پوچی و بی کسی شوند و در بعضی مواقع دست به خودکشی زنند.

فصل ۴

پرسش و پاسخ

علائم اختلالات در افراد آسیب دیده کدامند؟

علائم اختلالات روانی در افراد آسیب دیده

علائم و واکنش های روانی افراد در بلایا ممکن است حتی پس از گذشت یک ماه در آنها ادامه یابد. در صورتی که این علائم شدید و یا مداوم باشند و باعث رنج فراوان یا مانع کارایی فرد شوند نیاز به مداخله تخصصی حمایت روانی - اجتماعی وجود دارد. در زیر به برخی از این علائم شایع اشاره گردیده است.

(۱) اضطراب:

حالت اضطراب پس از وقوع بلایا بسیار شایع است. احساس نگرانی، دلهره و دلشوره، انتظار وقوع حوادث بد در آینده همراه با علائم جسمانی مانند طپش قلب، تنگی نفس، لرزش، تعریق، احساس کوفتگی و فشار عضلانی، کاهش تمرکز حواس و بی خوابی از علائم اضطراب است.

(۲) افسردگی:

احساس غمگینی و بی علائقی به زندگی، ناامیدی، لذت نبردن از زندگی، فکر زیاد راجع به مردن خود و دیگران، آرزوی مرگ و در موارد شدید افکار و یا حتی اقدام به خودکشی، بی اشتیائی، کندی در فکر و حرکت، و یا برعکس بی قراری حرکتی و بی خوابی از علائم افسردگی است.

(۳) تحریک پذیری و عصبانیت زیاد:

عصبانی شدن، از کوره دررفتن، آستانه پایین تحمل

(۴) تجربه مجدد حادثه:

به این صورت که انگار دوباره همان فاجعه تکرار می شود. این علامت می تواند در خواب یا بیداری اتفاق بیافتد و در برخی موارد شخص به شکلی عمل می کند که گویا در همان موقعیت قرار دارد.

(۵) اجتناب:

پرهیز از رفتن به مکان هایا موقعیتهای تداعی کننده حادثه ، اجتناب از صحبت کردن در مورد حادثه

(۶) علائم جسمانی مبهم بدون وجود بیماری جسمانی:

شکایت متعدد جسمی در افراد بازمانده از یک حادثه غیرمترقبه امری طبیعی است. ولی گاهی این افراد بر علائم جسمی خود بیش از حد پافشاری می کنند، به پزشکان متعدد مراجعه می کنند و آزمایشات و بررسی های زیادی که بر روی آنان انجام شده علتی جسمانی برای مشکل آنان نشان نمی دهد. حتی اگر علت جسمی برای مشکل آنان وجود داشته باشد و درمان هم شوند شکایت آنان به قوت خود باقی می ماند.

۷) علایم اختلالات روانی شدید:

قرار گرفتن در شرایط بحرانی همچون بلایا می تواند در افرادی که زمینه مساعد ابتلا به اختلالات شدید روانی را داشته باشند منجر به بروز علایم زیر گردد:

- توهم:

درک محرکی که وجود خارجی ندارد مانند دیدن اشخاص و یا شنیدن صداهایی که وجود ندارند.

- هذیان:

فکرهای غلطی که با طرز فکر و فرهنگ اطرافیان متفاوت بوده و با استدلال نیز اصلاح نشود. به عنوان مثال داشتن افکار بدبینی (اینکه افرادی قصد کشتن فرد را دارند)، افکار بزرگ منشی (اینکه فرد شخصیت مهمی است و ادعای امامت کند) و یا اینکه معتقد باشد همسرش به او خیانت می کند.

در صورت وجود چنین علائمی در افراد آسیب دیده تحت پوشش، بهورزان باید آنها را به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهند.

فصل ۵

پرسش و پاسخ

چه کسانی را باید به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع فوری داد؟

○ چه کسانی را باید به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع فوری داد؟

در صورت وجود موارد زیر در افراد آسیب دیده، بهورزان لازم است این افراد را جهت دریافت خدمات حمایت روانی -

اجتماعی به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع فوری داد:

۱) کسانی که قصد آسیب رساندن به خود را دارند (خودکشی) و یا آنکه منشاء مزاحمت برای دیگران هستند.

۲) کسانی که شدت مشکلات عصبی روانی آنها به حدی است که اظهار می کنند نمی توانند رنج آن را تحمل کنند و یا در

انجام امور روزمره خود ناتوانند.

۳) کسانی که دچار علایم بیماری روانی شدید شده اند.

۴) کسانی که تجربه مجدد حادثه در آنها پس از یک ماه هنوز ادامه دارد.

۵) کودکانی که دچار پسرفت شده اند، مثلاً قبلاً حرف می زدند ولی حالا نمی توانند حرف بزنند.

۶) افرادی که رفتار پرخاشگرانه داشته و نمی توانند خود را کنترل کنند.

فصل ۶

پرسش و پاسخ

چه آموزش هایی را باید به والدین کودکان آسیب دیده داد؟

○ چه آموزش هایی را باید به والدین کودکان آسیب دیده داد؟

کودکان نیز مانند بزرگسالان تحت تاثیر بلايا و عوارض و پیامدهای ناشی از آن قرار می گیرند ولی آنها مهارت کافی برای برقراری ارتباط به صورت کلامی نداشته و کمتر در مورد ترس ها ، سوءبرداشت ها و سایر احساسات خود با دیگران صحبت می کنند، لذا مطالب زیر را با والدین در میان گذارید و آموزشهای زیر را به آنها بدهید:

۱) برای شناخت ترس کودکان بهتر است با آنها ارتباط برقرار کرد. به آنها اجازه داد در صورت تمایل در مورد حادثه و آنچه که پس از آن رخ داده حرف بزنند و هنگام پاسخ سراپاگوش باشند، لیکن هیچگاه نباید در مورد بیان احساسات کودک خود را تحت فشار قرار دهند.

۲) والدین باید به سوالات کودک خود صادقانه پاسخ دهند، اگر پاسخ سوالی را نمی دانند از جواب دادن طفره نزنند. می توانند بگویند من هم نمی دانم بگذار بپرسم.

۳) کودکان نیاز به اطمینان بخشی و آرامش دارند. والدین باید با خونسردی آنان را در آغوش بگیرند، در کنارشان باشند. به آنها بگویند دوستشان دارند و می دانند که چقدر ناراحت هستند.

۴) در کار روزانه و خواب و تغذیه شان تا حد امکان هماهنگی ایجاد کنند و نظمی را که قبل از حادثه وجود داشت به تدریج به خانواده برگردانند. کودک باید بتواند به اندازه کافی استراحت کند و در صورتی که از خواب رفتن در تنهایی و یا تاریکی وحشت دارند تا هنگام خواب رفتن در کنار آنها باشند.

۵) به نیازهای بهداشتی و تغذیه ای کودکان توجه کنند. سعی کنند دیدن برنامه های تلویزیونی که دارای صحنه های ترسناک و اخبار ناراحت کننده هستند و باعث افزایش اضطراب کودک می شود را محدود کنند.

۶) رفتارهایی مثل شب ادراری کودکان را بپذیرند و بدون سخت گیری به کودک آرامش داده، او را تنبیه و شرم زده نکنند.

۷) کودکان و نوجوانان را به فعالیتهای نیکوکارانه، کمک به مردم در بازسازی شهر یا انجام امور منزل، کمک در امر کشاورزی و باغبانی تشویق کنند.

۸) انتظارات خود از کودکان در انجام تکالیف مدرسه را کمتر کنند و به آنها سخت نگیرند. افت تحصیلی در آنها شایع است و به این خاطر آنها را تحت فشار قرار ندهند.

۹) کودکان در شرایط بحران و پس از وقوع حوادث ناگوار بیش از هر زمان دیگری نیاز به بازی و تفریح دارند. بازی باعث منحرف کردن توجه آنان از استرس می شود و به آنها آرامش می دهد. مانع بازی و سرگرمی آنها نشوند.

فصل ۷

پرسش و پاسخ

منظور از حمایت های اولیه روانی - اجتماعی برای آسیب دیدگان، چه اقداماتی می باشد؟

○ حمایت های اولیه روانی - اجتماعی برای آسیب دیدگان بلایا

انجام اقدامات و رعایت اصول زیر می تواند پس از بروز بلایا در ایجاد آرامش، حفظ سلامت روان و کاهش استرس در آسیب دیدگان کمک کننده باشد.

(۱) با آسیب دیدگان ارتباط صحیح برقرار کنیم.

نباید با آسیب دیدگان مثل شیء برخورد کرد. باید برای ارتباط با آنها وقت گذاشت و ارتباط باید در حدی باشد که ایجاد وابستگی نکند.

(۲) در انتقال مصدومین جسمانی به بیمارستان عجله نکنیم.

به غیر از موارد فوریت پزشکی که لازم است بیمار به بیمارستان های تخصصی انتقال داده شود در موارد دیگر باید فهمید علاوه بر مصدومیت جسمی چه چیزی آسیب دیده را رنج می دهد.

(۳) به افراد اطلاعات صحیح بدهیم.

هنگام وقوع حوادث اخبار ناگواری وجود دارد مثلاً ما ممکن است بپرسند آیا پدر من زنده است؟ آیا از پسر من خبری داری؟ گاهی وسوسه می شویم به خاطر آنکه طرف مقابل ناراحت نشود به او دروغ بگوییم. این کار درست نیست. زیرا علاوه بر اینکه غیراخلاقی می باشد اعتماد مردم به ما و سایر نیروهای امدادی را کاهش می دهد و نگرانی عمومی را بالا می برد.

در مواردی که اطلاعی نداریم بگوییم چیزی نمی دانم. اگر مرکزی وجود دارد که چنین اطلاعاتی دارد شخص را راهنمایی کنند. سعی کنیم دقیقاً آنچه را می دانیم منتقل کنیم. وقتی خبر بدی داریم آن را به تدریج و حتی الامکان در جمع مطرح کنیم. قرار دادن شخص داغدار در جمع گروهی از افراد داغدار شبیه خودش تحمل درد را آسان تر می کند. روحانی تیم نیز می تواند با حمایت معنوی و اجرای مراسم دینی، رنج داغدیدگی را در آسیب دیدگان کاهش دهد.

(۴) افراد را از دیدن جنازه عزیزانشان محروم نکنیم.

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 عزیزشان داریم می توانیم آنها را با بازماندگانشان در میان گذاریم. فقط در مواردی که جنازه یا صحنه مرگ وحشتناک است. بخش آسیب دیده جنازه را محدود کرده، صحنه های مناسب را به آنها نشان دهیم.

(۵) مانع ابراز احساسات افراد نشویم.

بگذاریم افراد گریه و زاری و شیون کنند. به آنها نگوییم «گریه نکن» تخلیه احساسات، آنها را راحت تر خواهد کرد.

(۶) استراحت شبانه ضروری است.

مردم را تشویق کنیم سروصدای شبانه را کم کنند.

(۷) برای آرامش بخشیدن به افراد از باورهای دینی آنها کمک بگیریم.

ولی اگر به علت تحریک پذیری واکنش نامناسبی از خود نشان دادند وارد بحث های فلسفی با آنها نشویم.

(۸) افراد را تشویق کنیم در مراسم تشییع جنازه و بخصوص نماز میت شرکت کنند.

اگر نماز میت گروهی و وسیع برگزار شود اثر روانی مثبت تری خواهد داشت.

(۹) سعی نکنیم افراد را به زور از محل سکونت خود دور کنیم.

ولی در صورتی که خطرانی در مورد ادامه اقامت آنها وجود دارد بطور جدی گوشزد کنیم و سعی نماییم در موارد ضروری از طریق افراد محلی آنها را قانع کنیم.

۱۰) مانع تجمع داغدیدگان نشویم.

عزاداری گروهی به آرامش روانی آسیب دیدگان کمک می کند. از طرف دیگر در صورتی که افراد به دلایل شرعی و غیره مایل به سکونت زیر یک سقف نیستند به آنها حق بدهیم و با آنها همکاری کنیم.

۱۱) داغدیدگان و بازماندگان را به شرکت در فعالیتهای اجتماعی، ورزشی و بازسازی تشویق کنیم.

به خصوص سعی کنیم افراد منزوی را در کارهای اردوگاه یا محلی که در آن به صورت موقت زندگی می کنند، شرکت دهیم اما راهنمایی در این مورد نباید به صورتی باشد که افراد حس کنند به زور وادار به انجام کار شده اند. تا مجبور نشده اند نباید بجای آنها تصمیم بگیریم.

۱۲) در صورت وقوع درگیری، جلوگیری از دعوا و جر و بحث و جدا نمودن افراد آسیب دیده مفید است.

در موارد ضروری از افراد با نفوذ محلی کمک بگیریم و به کمک آنها از طرفین دعوا بخواهیم به جای دعوا برنامه ریزی مشترک برای حل مشکل داشته باشند.

۱۳) در صورتی که متوجه شویم فردی به علت فشار روانی به مواد مخدر پناه آورده او را از این کار منع نموده و به تیم حمایت روانی - اجتماعی معرفی نماییم.

۱۴) در صورتی که علایم اختلالات روانی در افراد مشاهده کردیم در حدی که امکان دارد باعث آسیب به خود یا دیگران شوند یا تحمل رنج برایشان دشوار شده باشد یا نتواند اعمال روزمره طبیعی را انجام دهند حتما باید آسیب دیده را به تیم حمایت روانی - اجتماعی معرفی کنیم ولی صراحتا عنوان نکنیم که او روانی شده است و غیره. مرم از اینکه برچسب بیماری روانی روی آنها بخورد راضی نیستند. می توانند از اصطلاحات «اعصاب تحت فشار است» و یا اینکه «ناراحتی عصبی پیدا کرده» استفاده کنیم.

۱۵) کودکان را از والدینشان جدا نکنیم.

- اگر مادر کودک مجروح است، سعی کنیم کودکان را همراه او یا پدرش برای درمان اعزام کنیم.
- اگر کودک مجروح است، الزاما باید مادر یا پدر یا یکی از بستگان نزدیک او همراهش اعزام شوند.
- اگر کودک شیرخوار است و مادر فوت کرده است، ابتدا سعی کنیم مادر رضاعی یعنی کسی که بتواند به او شیر بدهد پیدا کنیم. سپس بچه را به شخصی از بستگان نزدیک مانند خاله، عمه، مادربزرگ یا پدربزرگ بسپاریم و سفارش کنیم تا حادامکان با او باشد و او را در آغوش بگیرد و نوازش کند.
- اگر مادر کودک فوت کرده است حتما پدر و یا سایر بستگان نزدیک باید بطور دایم همراه بچه باشد.

۱۶) در صورتی که اشیا یا لباسی از پدر یا مادری که فوت کرده باقی مانده است (مثلا تسبیح یا روسری) آن را در اختیار فرزندش قرار دهیم.

۱۷) حتی الامکان از تغییر مکان مداوم کودک خودداری کنیم.

۱۸) به نیازهای تغذیه ای و بهداشتی کودکان در تمام سنین توجه کنیم.

۱۹) برای کودکان امکانات بازی و سرگرمی را فراهم کنیم. بازی باعث انحراف توجه کودک از استرس می شود. وسایل بازی را هر چه زودتر در اختیار کودکان بگذاریم بهتر است. می توانیم پس از طی مراحل حاد حادثه، یک مرکز بازی برای کودکان در منطقه تاسیس کنیم ولی شرکت کودکان در این مراکز باید با رضایت خاطر آنان توأم باشد و والدین یا سایر نزدیکانشان باید در همان نزدیکی ها باشند.

۲۰) نقاشی کردن کودکان علاوه بر کمک به تخلیه هیجانی و تسکین روانی می تواند نشان دهنده مکنونات ذهنی آنان نیز باشد.

فصل ۸

پرسش و پاسخ

سوگ چیست و چه واکنش هایی در افراد ایجاد می کند؟

سوگ و واکنش‌های افراد به آن

سوگ واکنشی است که به طور طبیعی در پاسخ به از دست دادن و فقدان آن چه که فرد بدان دلبستگی داشته رخ می‌دهد. فقدان می‌تواند به دلیل از دست دادن بستگان و دوستان، دارایی‌ها 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 می‌باشد. به طور طبیعی انتظار می‌رود که این واکنش طی دو ماه تخفیف یابد. شدت علائم، و زمان بروز آن‌ها 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 آسیب‌پذیری 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 واکنش‌های غیرطبیعی به هنگام سوگواری هستند. نقش متخصصینی که در زمینه مداخلات روانی-اجتماعی فعالیت دارند، تسهیل روند سوگواری است. در راه نیل به این هدف می‌توان از رهبران مذهبی نیز یاری جست.

مراحل سوگ

مراحلی که فرد برای پذیرش فقدان طی می‌کند چرخه سوگ نام دارد.

جان بالبی 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 می‌انجامد 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 بی‌قراری جسمانی و اشتغال ذهنی با شخص مرده مشخص می‌شود. این مرحله ممکن است ماهها تا سالها به شکلی تخفیف یافته طول بکشد.
۳. ناامیدی و نا‌بسامانی. واقعیت از دست دادن تدریجاً "درک می‌شود. شخص داغ‌دیده گوشه‌گیر، بی‌تفاوت و کسل می‌شود، علایق خود را به فعالیت‌های معمول زندگی از دست می‌دهد، دچار کاهش وزن و بی‌خوابی می‌شود و دائماً خاطرات شخص مرده را مرور می‌کند. در این مرحله فرد با احساس اجتناب‌ناپذیر یأس مواجه است.
۴. سازمان‌یابی مجدد. جنبه‌های در دناک سوگ کاهش می‌یابد و شخص داغ‌دیده احساس می‌کند به زندگی عادی بر می‌گردد. فرد از دست رفته با احساسی از شادی و تأثر به یاد آورده می‌شود.

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 واکنش‌های طبیعی و غیرطبیعی سوگ را از هم تشخیص بدهیم.

میزان تکامل عاطفی و شناختی نقش تعیین‌کننده‌ای در درک، تفسیر و برداشت فرد از مفهوم مرگ دارد. درک کودکان از مرگ با میزان قدرت درک انتزاعی آنان در ارتباط مستقیم است. کودک زیر ۵ سال جاندار پندار است و حتی اشیاء بی جان را زنده تصور می‌کند. در این سن کودک از وجود مرگ آگاه است، اما آن را نوعی جدائی، یک پدیده گذرا، موقتی و قابل برگشت می‌داند، چیزی شبیه مسافرت و خواب. او فکر می‌کند عملکردهای انسان پس از مرگ نیز ادامه می‌یابد. کودک در این سن دارای تفکر جادوئی است؛ یعنی بین دو پدیده‌ای که همزمان رخ می‌دهد رابطه علت و معلول برقرار می‌کند مثلاً اگر به برادرش گفته که او را دوست ندارد، خدا کند بلایی سرش بیاید و تصادفاً نیز برادرش زیر آوار می‌ماند و از بین می‌رود، می‌اندیشد که فکر و سخن او باعث حادثه برای برادرش شده است در نتیجه احساس گناه پیدا می‌کند. نهایتاً در سن ۱۰-۵ سالگی کودک به تدریج مرگ را به‌عنوان یک پدیده اجتناب‌ناپذیر، غیرقابل برگشت و جهان‌شمول می‌پذیرد 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 می‌کنند. در سن نوجوانی، مرگ را بعنوان یک فرآیند طبیعی پذیرفته است ولی آن را خیلی دور می‌بیند و به راحتی نمی‌پذیرد که ممکن است هر واقعه یا تصادفی منجر به مرگ شود، به همین دلیل است که رفتارهای پرخطر در نوجوانان زیاد مشاهده می‌شود. برخلاف کودکان و نوجوانان بزرگسالان پذیرش آسانتری برای مرگ دارند. سالمندان ممکن است به صراحت در مورد مرگ صحبت و یا شوخی کنند. در سن 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 می‌تواند آنرا بپذیرد.

واکنش در برابر فقدان

هیچ واکنشی در برابر فقدان را نمی‌توان «صحیح» یا «غلط» برشمرد. افراد مختلف واکنش‌های متفاوتی از خود بروز می‌دهند.

یک فرد سوگوار ممکن است موارد زیر را تجربه کند:

۱- انکار فقدان:

در این مرحله فرد، وقوع حادثه و یا از دست دادن نزدیکان یا عزیزان خود را باور نمی‌کند.

«مطمئنم که زنده است» «امکان ندارد، مگه میشه، او نمرده»

۲- درک فقدان:

در این مرحله فرد کم کم به این نتیجه می رسد که عزیزش را از دست داده، بنابراین احساسات خود را بروز می دهد. ممکن است شیون و زاری سر دهد، بی تابی کند.

«کمرم شکست، دیدی عزیزم از دست رفت، دیدی جوانم پرپرشد»

۳- احساس ترک شدن و اضطراب:

فرد احساس می کند که تنها مانده و کسی را ندارد و اضطراب زیادی در مورد آینده پیدا می کند.

«چه جووری بچه ها را تنها بزرگ کنم، برایشون هم پدر باشم هم مادر؟»

۴- ناامیدی، گریه کردن، کرحتی و سستی، گیجی و منگی، مشکل در تصمیم گیری، احساس ناآرامی و ناراحتی، بی خوابی، از دست دادن اشتها، تحریک پذیری، از دست دادن کنترل خود و فراموشکاری از علایم دیگر این مرحله است.

۵- خشم:

عصبانیت فرد نسبت به خود، اطرافیان و حتی گلایه و شکایت از خدا در این مرحله دیده می شود.

«ای خدا، چه حکمتیه؟» «خدایا چرا من؟ چرا این اتفاق برای من افتاد؟»

۶- فرد بیش از حد گریه می کند و دائماً عزیز از دست رفته خود را بیاد می آورد.

۷- احساس گناه:

در این مرحله فرد شدیداً دچار احساس گناه شده و خود را بخاطر اتفاقی که افتاده مقصر می داند و سرزنش می کند.

«چرا نتونستم کاری برایش کنم» «اگر بیدار شده بودم، شاید می تونستم کمکشون کنم»

۸- احساس تهی بودن، پوچی و بیهودگی:

«همه چیز رو با خودش برده، هیچی نمونده، همه چیز خراب شد»

۹- همانند سازی با عزیز از دست رفته:

در این مرحله فرد خصوصیات عزیز از دست رفته اش را تقلید می کند.

۱۰- افسردگی شدید: ناراحتی و غمگینی فرد تا حدی است که حتی در حضور دیگران از بین نمی رود. فرد ناامید است و حتی ممکن است اقدام به خودکشی کند.

«کاشکی می مردم، زندگی دیگر بدون او ارزش ندارد» «دیگه نمی خواهم زنده باشم»

۱۱- مرحله بازسازی:

در صورت حل شدن سوگ و گذشتن از این مراحل فرد قادر خواهد بود به جامعه بازگشته و زندگی عادی خود را از سر گیرد.

سخنان و باورهای رایج و ناکارآمد پیرامون سوگ

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 سوگوار 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 داغ‌دیدی 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 علایم و نشانه‌های سوگ ممکن است بیش از ۲-۱ سال طول کشد و شخص بازمانده احساسات، نشانه‌ها و رفتارهای مختلف مرتبط با سوگ را در طول عمر تجربه کند. اما سوگ طبیعی بالاخره حل می‌شود و شخص به زندگی سازنده و راحتی نسبی باز می‌گردد. به طور معمول شکایات شدید سوگ ظرف ۱ یا ۲ ماه تدریجاً کم می‌شود و فرد قادر به استراحت، خواب، غذا خوردن و فعالیت می‌باشد.

دانستن سیر طبیعی سوگواری و افتراق سوگ نرمال از سوگ عارضه دار ، برای ادارهء صحیح هریک و کمک به فرد داغدیده، 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

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 نا بهنجار 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 میمیرند، 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 بیمارگونه 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

نکات مهم و قابل توجه

- حضور فرد داغدیده در محل فاجعه نه تنها باعث تشدید مشکل وی نمی شود بلکه به تحمل و بهبود آن کمک می کند. بنابراین 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 هیجانات 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.

خانم (ز)، ۴۵ ساله یکی از بهورزان خانه بهداشت علی آباد است. او در جریان زلزله بم نوه و دامادش را از دست داد. دختر و دو پسرش نیز به شدت مجروح شده بودند. پس از چند ماه از حادثه زلزله او که هر پنجشنبه بر سر مزار عزیزانش برای تجدید خاطره و سوگواری می رفت متوجه خانمی شد که بطرز غیرطبیعی شیون می کرد هر از گاهی نیز خنده های عجیبی از خود سر می داد. پس از اینکه از خانواده آن فرد جويا شد متوجه گردید که آن زن همسر و فرزندش را از دست داده و شب پیش از وقوع زلزله به دلیل بیماری مادرش به خانه او به کرمان رفته بوده و پس از اینکه خود را به بم رسانده متوجه مرگ آنان شده است. خانواده آن زن برای اینکه کمتر عذاب بکشد وی را از بم خارج کرده و به کرمان برده اند و سعی می کنند که هر چیزی که او را به یاد همسر و فرزندش می اندازد، پنهان کنند با اینکه خانواده او را از آمدن به مزار عزیزانش منع می کنند ولی او دائماً بی قراری می کند و دوست دارد به آنجا برود. خانم (ز)، پس از توضیح و ارائه بروشور های آموزشی خانواده مذکور را برای دریافت مداخلات تخصصی حمایت روانی به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع داد و در این راه موفق بود.

در این مثال شما با یک مورد واکنش سوگ طول کشیده آشنا شدید. فردی که عزیزش را از دست داده بود علائمی از تغییرات خلق بصورت گریه و خنده متناوب داشت. خانواده نیز اقداماتی انجام داده بودند که وضع را بدتر کرده بود. فرصت مناسبی بود تا هم خانواده و هم فرد داغدیده آموزش ببینند و چون نیاز به مداخلات تخصصی حمایت روانی بود بهورز، آنها را به پزشک مرکز و نهایتاً تیم حمایت روانی ارجاع نمود.

فصل ۹

پرسش و پاسخ

چه اقداماتی می توان در جهت ارتقا سلامت روان و پیشگیری از فرسودگی شغلی انجام داد؟

چه اقداماتی می توان در جهت ارتقا سلامت روان و پیشگیری از فرسودگی شغلی انجام داد؟

در جریان انجام وظیفه بعنوان کاردان یا بهورز و فرد ارائه دهنده خدمات به آسیب دیدگان فشارهای زیادی ممکن است متحمل شوید. ممکن است خود قربانی بلایا باشید و عزیزانتان جزو تلفات یا مجروحین حادثه باشند. صحنه های دلخراشی را مشاهده کرده یا داستانهای هولناکی را از زبان قربانیان حادثه شنیده باشید و از نظر جسمی فشارهای زیادی را به علت شرایط کاری، بی خوابی و خستگی متحمل شده باشید. ممکن است در شرایطی قرار بگیرید که از دستتان کاری ساخته نباشد و احساس بی کفایتی و یا گناه کنید. همه این استرس ها باعث می شود خود نیز تحت فشار روانی زیادی قرار بگیرید و دچار فرسودگی شوید. اگر قادر نباشید بطور موثری عمل کنید نمی توانید به کسی کمک یا یاری برسانید. این فشار روانی ممکن است علایم ذکر شده زیر را در شما ایجاد کند.

علایمی که نشان می دهد شما دچار فرسودگی شده اید:

- خستگی مفرط
- از دست دادن روحیه
- عدم توانایی برای تمرکز
- علایم بدنی مثل سردرد، دردشکم یا ناراحتی معده
- مشکلات خواب
- درگیر شدن بیش از حد در کارها
- بی نیازی به خواب
- بدبینی
- ناکارآمدی
- بی اعتمادی
- تندخویی و بداخلاقی
- مصرف بیش از حد سیگار یا مصرف مواد مخدر

برای رفع فرسودگی شغلی چه باید کرد؟

آموزش افراد قبل از ارائه خدمات برای اداره کردن استرس‌هایی که در جریان بلایا و حوادث غیرمترقبه با آن روبرو خواهند شد می‌تواند از ایجاد چنین مشکلاتی پیشگیری کند. بنابراین فراگیری مهارت کنترل و اداره استرس و کنترل هیجانات شدید مثل خشم می‌تواند در حل اینگونه مشکلات مفید باشد.

۱) کنترل و مدیریت استرس

یکی از روش‌هایی که به شما کمک می‌کند تا آرامش خود را در هنگام استرس دوباره بدست آورید، خودآرام سازی است. فشارهای روانی روی دستگاه عصبی ما تاثیر می‌گذارد و باعث یک سری علائم بدنی می‌شود مثل تنگی نفس، طپش قلب، انقباض و دردهای عضلانی. همانطور که با بروز اضطراب و تنش انقباض عضلانی بوجود می‌آید و آرامش دور می‌شود با رفع این انقباض، اضطراب و تنش از بدن دور می‌شود و آرامش جایگزین می‌گردد. پس برای این کار باید عملاً تمرین کنید و انقباض و انبساط عضلات خود را تحت کنترل خود در آورید. می‌توانید بترتیب زیر عمل کنید:

روی صندلی بنشینید و خود را در وضعیت راحتی قرار دهید. سر خود را به آرامی به دیوار تکیه دهید، چشمانتان را ببندید و سعی کنید به چیزی فکر نکنید. عضلات خود را بترتیب به شدت منقبض و سپس رها کنید. می‌توانید از دست شروع کنید و مشت‌هایتان را بفشارید و دست‌هایتان را به جلو کشیده و عضلات بازو و ساعد خود را منقبض کنید. پس از چند ثانیه مشتتان را به جلو کشیده و عضلات بازو و ساعد خود را منقبض کنید. پس از چند ثانیه مشتتان را باز کنید و دست‌هایتان را آرام پایین بیاورید و روی پایتان رها کنید. زمان بیشتری را به رهاسازی عضله اختصاص دهید. مثلاً اگر ۵ ثانیه انقباض عضله طول کشید ۱۰ ثانیه آن عضله را رها کنید. این کار را بترتیب برای تمام عضلات از جمله عضله قفسه سینه، شانه، کمر و شکم، رانها، ساق پا، کف پا، عضلات صورت و گردن انجام دهید. با هر بار انقباض و رهاسازی عضله چندبار نفس عمیق بکشید و کلمه آرامش را در ذهن خود تکرار کنید. برای اینکه تنفس منظمی داشته باشید باید ریه‌های خود را به سه شماره و در سه مرحله پر و خالی کنید. در ابتدا ممکن است بعضی از شما احساس بهتری پیدا نکند. نگران نباشید اگر برای این کار آموزش ببینید و چند بار در خانه تمرین کنید کم‌کم مهارت پیدا خواهید کرد.

۲) استراحت، خواب و تغذیه

استراحت و خواب کافی و تغذیه مناسب ضروری است. در نظر گرفتن زمان‌هایی برای استراحت کوتاه که در محلی که سروصدای کمتری داشته و امکانات مناسبتری برای استراحت داشته باشد می‌تواند مفید باشد.

۳) بازگویی روانشناختی

جلسات بازگویی روانشناختی و گفتگوهای ساده و غیررسمی راجع به بلایا با همکاران می‌تواند مفید باشد. البته برای انجام بازگویی روانشناختی باید آموزش دیده باشید یا تحت تیم حمایت روانی اینکار را انجام دهید.

۴) مشاوره با متخصص

در صورتی که با تمام این کارها نتوانستید تسلط کافی بر اعمال خود پیدا کنید و شرایط مساعدی برای ادامه کار ندارید، یا شدت علائمتان به حدی است که رنج و عذاب فراوانی را تحمل می کنید، می توانید به تیم حمایت روانی مراجعه کرده و مشکل خود را با آنان در میان بگذارید و از آنان کمک بگیرید.

منابع

- 1- یاسمی، محمدتقی؛ کافی، اقدس؛ شاه محمدی، فریبا؛ باقری یزدی، سید عباس؛ سردارپورگودرزی، شاهرخ (۱۳۷۸-۱۳۷۹). بهداشت روانی در جریان بلایای طبیعی، کتابچه آموزشی امدادگران.
- 2- سعید آصفزاده، احمد قدوسیان (۱۳۸۳). تفکر انتقادی برای رابطه‌ی بهداشتی. قزوین: نشر حدیث امروز.
- 3- کوهن، راکول ای (۱۳۸۳). خدمات بهداشت روان در بلایا. ستون، مهران؛ کرمانچی، جمشیدی؛ ناصح، محمدهادی. تهران: نشر تندیس.
- 4- اهرنرایک، جان اچ؛ مک کواید، شارون (۱۳۸۲). مقابله با بلایای، راهنمای کاربرد مداخلات روانی اجتماعی. باقری یزدی، سید عباس؛ براتی سده، فرید. تهران: نشر آوری‌ج.
- 5- کرک، یوفر (۱۳۸۲). کمک‌های اولیه روانشناختی و سایر حمای‌تهای انسان دوستانه. باقری یزدی، سید عباس؛ سعیده، تهران: نشر آوری‌ج.

