

حمایت‌های روانی - اجتماعی
در
بلایا و حوادث غیرمترقبه
(متن آموزشی پزشکان عمومی)

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

نویسندگان:

دکتر شهرزاد علیزادگان
دکتر محمد تقی یاسمی
دکتر معصومه امین اسماعیلی
دکتر جواد محمودی قرائی
دکتر ستاره محسنی فر
دکتر شاهرخ سردارپور گودرزی
دکتر مهدی بینا
دکتر آرش میراب زاده
دکتر جمال شمس

بازبینی و اصلاح:

دکتر مهدیه وارث وزیریان
علی اسدی
دکتر حمید رضا فتحی
علی بهرام نژاد
محمد رضا غفارزاده

فهرست:

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: گروه های آسیب پذیر

فصل هفتم: فقدان و سوگ

فصل هشتم: حمایت های اولیه روانی- اجتماعی آسیب دیدگان

فصل نهم: درمان های دارویی 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

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 درصد در نتیجه زلزله بم ایجاد شده است. با توجه به قرار داشتن کشور ما روی کمربند زلزله و با وجود جاری شدن هرساله سیلاب در بخش هایی از کشور و... برآورد می شود که بدون زلزله ای مانند بم در سال ۱۳۸۲ و زرنده 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 بیماری ها و آسیب های شناسایی شده به خود اختصاص داده است که این موضوع ضرورت توجه به بلایا و حوادث را بیش از پیش مطرح می کند.

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

در ابتدا بعد از رایزنی و هماهنگی با کارشناس محترم بهداشت روان و

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان - قطب حمایت های روانی اجتماعی در بلایا - افراد ذیصلاح در زمینه حمایت های روانی اجتماعی در بلایا در سطح دانشگاه های علوم پزشکی انتخاب شدند.

متون مذکور جهت مطالعه و اظهار نظر اولیه از طریق پست به افراد منتخب ارسال گردید که از این گروه کمتر از نیمی از افراد نظرات خود را ارسال نمودند. از اینرو به منظور افزایش همکاری و جمع بندی نظرات، مقرر شد با برگزاری کارگاه مشورتی به این کار اقدام شود. کارگاه طبق برنامه ریزی و هماهنگی با تمامی اعضای شرکت کننده در آن، در تاریخ ۴ تیرماه ۱۳۸۸ در محل معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان آغاز به کار نمود.

بعد از دو روز تلاش مستمر و بررسی متون توسط چهار گروه تخصصی، نقاط قوت و ضعف متون موجود و تغییرات مورد نظر پیشنهاد گردید. در پایان دو روز کار، گزارشی از نظرات و پیشنهادات اعضا تیم تهیه شد که در این جا لازم می دانم از تمامی شرکت کنندگان (آقای دکتر بوالهروی - آقای دکتر گودرزی - آقای دکتر جهانشاهی - آقای بهرام نژاد - آقای نادری - آقای علی اسدی - آقای زامیاد - آقای دکتر آزاد - آقای محمدی - خانم دکتر غفاری - خانم 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 ارایه شده در کارگاه و مرور منابع، مستندات و شواهد موجود در دنیا پرداخت. در نهایت کتاب های آموزشی به هفت گروه هدف (گروه متخصصین سلامت روان، پزشکان عمومی، کاردان بهداشتی، معلمان و مشاوران، بهروزان 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

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

- اطلاعات لازم در مورد انواع بلایا و سایر مفاهیم مربوط به آن را داشته باشند.
- اصول حمایت‌های روانی - اجتماعی از آسیب دیدگان را بشناسند.
- واکنش‌ها و نشانه‌های روانی آسیب دیدگان در بحران را بشناسند.
- بتوانند گروه‌های آسیب پذیر را شناسائی کرده و در موارد لازم ارجاع دهند.
- واکنش‌های طبیعی سوگ را بشناسند و سوگ پیچیده را تشخیص دهند.
- بتوانند حمایت‌های روانی - اجتماعی اولیه را هنگام مواجهه با آسیب دیدگان ارائه کنند.
- بتوانند برنامه پیشگیری از خودکشی را در منطقه آسیب دیده پیاده کنند.
- درمان‌های دارویی در اختلالات شایع پس از بلایا را بشناسند.
- با پروتکل درمان بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد در منطقه آسیب دیده آشنا باشند.
- نحوه اطلاع‌رسانی صحیح را بدانند.
- با فرسودگی شغلی آشنا گردند.

تاریخچه

اجرا می‌شد. نیاز به بازی در کودکان نکته مهمی بود که مورد غفلت قرار گرفته بود. امدادگران هلال احمر آشنایی ناکافی با مسایل بهداشت روان داشتند. به خصوص امدادگران جوان، نیازمند آموزش و کسب مهارت بیشتری بودند.

براین اساس و با توجه به تجربیات زلزله اردبیل و قاین 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 به وسیله 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. کلبه 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 به ۶۰ متخصص بهداشت روان آموزش‌های لازم را در ارتباط با مداخلات مذکور دریافت کرده بودند. به منظور ارتقا 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 بلایای طبیعی گرفت که پس از آن 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

به دنبال نام گذاری دهه ۱۹۹۰ به عنوان دهه بین‌المللی کاهش بلایا توسط سازمان ملل متحد، قانون تشکیل کمیته ملی کاهش اثرات و بلایای طبیعی در مرداد ۱۳۷۰ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. واقعه اسفبار زلزله رودبار در سال ۱۳۶۹ تأثیر بسزایی در آغازچنین حرکتی داشت. این کمیته از ۹ کمیته فرعی تخصصی به مسوولیت وزرا و یا معاونین آن‌ها در سازمان‌های ذیربط تشکیل می‌شد که یکی از آن‌ها کمیته فرعی بهداشت و درمان بود و تأمین 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 آنجایی که 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 پژوهش‌نگر 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 قاینات 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 به خصوص در مورد وضعیت سلامت خانواده و بستگان اهمیت فوق‌العاده‌ای داشت. بیش از ۷۵ درصد از آسیب دیدگان نیاز به دریافت اطلاعات در مورد وضعیت سلامت اعضا خانواده خود داشتند و این درحالی بود که هیچ‌گونه سیستم منظمی در این رابطه وجود نداشت و حتی در برخی از موارد، امدادگران به غلط رفتار می‌کردند. پس از حادثه، اکثر افراد نیاز به مشاوره و درد دل را در سطح بالایی حس می‌کردند ولی دوستان و آشنایان مهم‌ترین منبع در دسترس آسیب دیدگان بودند که در اغلب موارد این اقدامات به روش نادرست از سوی آن‌ها

لازم به ذکر است که تهیه و تدوین این مجموعه آموزشی برای اولین بار در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در حالی صورت گرفته است که به عنوان اولین تجربه مستند در زمان بحران، اقدامی بسیار بجا و درخور تمجید بوده است.

به منظور تحقق هدف فوق و تسهیل در روند انجام طرح، کارگاه بازبینی متون آموزشی در تاریخ ۴ و ۵ تیرماه ۱۳۸۸ و با همکاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان برگزار گردید. در این نشست شرکت کنندگان به بحث و بررسی متون موجود پرداخته، راه کارهایی جهت ارتقا کیفی مطالب موجود ارایه دادند.

جمع بندی نهایی توسط گروهی از کارشناسان سلامت روان دانشگاه‌های علوم پزشکی و اداره سلامت روان براساس نتایج به دست 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 به پایان رسید.

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

از 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 دانش آموختگان در این حیطه قرار داد .



مقدمه

مقدمه

« یک 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)

بلایای طبیعی سالانه منجر به مرگ، معلولیت جسمی و روانی و تغییر روند و مسیر زندگی میلیون ها نفر و صدمات مالی شدید برای افراد و دولت ها می گردند. کمک ها و امدادها از سایر نقاط کشور و سایر نقاط دنیا به دنبال وقوع بلایا به سرعت به منطقه آسیب دیده ارسال می گردد. کمک های بهداشتی یکی از مهم ترین و اولین امدادهایی است که به مناطق فاجعه زده می رسد. هر چند تا سال های اخیر سیاست گذاران بهداشتی در برابر وقایع آسیب زا کمتر به عوارض روان شناختی می پرداختند، طی سال های اخیر اهمیت رسیدگی سریع و به موقع به واکنش های روانی افراد آسیب دیده در طی بلایا 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 کارایی افراد می گردد، از اهم اهداف فعالیت های متخصصین و کارشناسان بهداشت روان اعزامی به مناطق آسیب دیده محسوب می گردد.

امروزه بر پایه مطالعات به انجام رسیده در زمینه مسایل روانشناختی ناشی از فجایع طبیعی، اطلاعات گسترده ای در این زمینه وجود دارد. در پژوهش دیوید و همکاران میزان اختلالات روانی در بین بازماندگان گردباد اندرو ۵۱ درصد تخمین زده شده است. ۳۶ درصد این افراد مبتلا به PTSD (اختلال استرس پس از سانحه)، ۳۰ درصد دچار افسردگی اساسی و ۲۰ درصد مبتلا به اختلالات اضطرابی

بودند. نتایج یک پژوهش طولی، بر روی بازماندگان گردباد در سری لانکا نشان داد که تا ۵۰ درصد بازماندگان تا یکسال پس از وقوع گردباد دچار اختلالات روانی بوده اند. در مطالعه ای که به دنبال وقوع زلزله ای مخرب در هندوستان در سال ۱۹۹۶ صورت پذیرفت، ۵۹ درصد بازماندگان مبتلا به اختلالات روانی قلمداد شدند که از این میزان ۲۳ درصد مبتلا به PTSD و ۲۱ درصد مبتلا به افسردگی اساسی بودند. هر چند به طور معمول در سال دوم پس از سانحه اختلالات روانی کاهش می یابد، ولی در مواردی عوارض به صورت مزمن و پایدار باقی می ماند. همراهی چند بیماری روانی در یک زمان شدت آسیب روانی را 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 بلایا 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 درصد افراد مورد مطالعه مبتلا به افسردگی اساسی بودند که از این میان ۳۸ درصد 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 درصد برآورد

شد که حدوداً ۲/۵ برابر گروه شاهد بود. هم چنین ۵۱/۷ درصد این کودکان که در سنین ۹-۱۶ سال قرار داشتند مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بودند. در پژوهش احمدی همه کودکان در چند هفته اول دچار مشکلات مهم خواب بودند و ترس از تاریکی و تنهایی و افکار مزاحم هنگام استراحت و رویاهای وحشتناک داشتند. همگی 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 به عمل 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 که 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 این که 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 به عنوان اولین سطح درمانی درسیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه، نقشی اساسی در هنگام مواجهه با بازماندگان بلایا در منطقه تحت پوشش خود دارند.



فصل اول

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 ارتقا سلامت روان افراد جامعه است به گونه ای که آن ها، 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 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 بیماری های 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. راه های 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 منشا وقوع آن خارج از اختیار انسان می باشد و فهرست آن در زیر آمده است.

- زلزله

- سیل

- آتشفشان

- طوفان و گردباد

- سقوط بهمین

- 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 به طور مستقیم یا غیرمستقیم منشا وقوع آن در کنترل انسان می باشد. جنگ مهم ترین و بزرگ ترین بلای انسان ساخته است ولی موارد متعدد دیگری نیز وجود دارد که فهرست برخی از آن ها در زیر آمده است.

- آتش سوزی منزل

- حادثه تصادف مرگبار با اتومبیل

- سقوط هواپیما

- فروریختن مسیرعابرین

- آزاد شدن مواد شیمیایی 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.

استرسورهای محیطی یکسان، در افراد مختلف

(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 تنش زا (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 فایده‌آوردن 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

پاسخ‌های متفاوتی را بر می‌انگیزاند. استرس همیشه زیانبار تصور نمی‌شود، اما وقتی این فشارها افزایش یابد به نقطه‌ای می‌رسد که از آن نقطه به بعد افزایش فشار باعث افت عملکرد می‌شود و فراتر از این نقطه تأثیرات مخرب استرس روی سلامت جسمی، روانی و یا اجتماعی آشکار می‌شود.

در اینجا وقتی واژه استرس را بکار می‌بریم منظور محدوده بالاتر از این نقطه می‌باشد. محدوده‌ای که تعامل فرد و محیطش موجب آثار منفی می‌شود. استرس بر تمام جنبه‌های رفاه و سلامت اعم از روانی، جسمی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد. به طور مثال تظاهرات آن می‌تواند به صورت اضطراب و افسردگی (روانی)، ارتباط‌های بین فردی مختل و مشکلات کاری (اجتماعی)، سردرد و سوء هاضمه



بلایا عبارتند از:

- درخواست کمک از دیگران یا کمک رسانی
- 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
- خاک سپاری اجساد
- انجام مراسم مذهبی
- تعیین اهداف جدید و برنامه ریزی برای آن
- استفاده از دفاع هایی مثل انکار برای کاستن از رنج
- هشیاری و آمادگی برای وقایع مشابه
- توجه داشته باشید که درجات سازندگی این مکانیسم ها متفاوت است. مکانیسم های مخرب مدارا نیز وجود دارند که ناکارآمد و مشکل ساز می باشند مثل انکار. در ارایه حمایت های روانی اجتماعی سعی بر تقویت و تشویق روش های کارآمد مدارا است.
- آسیب دیده: شخصی است که در اثر حادثه ای از ادامه زندگی سالم خود چه از نظر جسمانی و چه از نظر روانی، خانواده گی و اجتماعی محروم گردیده است.
- تیم حمایت های 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 ارایه مداخلات روانی - اجتماعی را به عهده می گیرد. این تیم تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و به صورت سیاری به محل اسکان افراد آسیب دیده مراجعه نموده و پس از غربالگری آنان از نظر وجود علایم روانی ناشی از تروما، در قالب گروه های مشاوره ای، مداخلات روانی - اجتماعی لازم را ارایه می نمایند. محل استقرار این تیم در ستاد حمایت روانی - اجتماعی در منطقه آسیب دیده می باشد ولی عمده فعالیت های غربالگری، مداخله ای و پیگیری های لازم را به صورت سیاری و با مراجعه به محل اسکان بازماندگان حادثه انجام می دهند. (برای آشنایی با فعالیت های ستاد حمایت روانی - اجتماعی به برنامه کشوری حمایت های روانی - اجتماعی در بلایا و حوادث غیر مترقبه مراجعه شود)

- بهداشت روانی به عنوان بخشی از تعریف سلامت و به مفهوم تامین، حفظ و ارتقا 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 داشته باشد گفته می شود و تنش زا هر عاملی است که موجب تنش شود.
- مدارا شامل هر واکنش و اقدامی است که فرد برای فایق آمدن با آثار منفی واقعه تنش زا انجام می دهد. برخی از این مکانیسم ها ناکار 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 به صورت سیاری (Out reach) غربالگری فعال، مداخله مشاوره ای گروهی و پیگیری افراد آسیب دیده را انجام می دهد.



فصل دوم

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 بیایید 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.

کارت ها را روی میز بگذارید، چشمان خود را ببندید، از هر گروه یک کارت به طور 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، هم چنان 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 بیمار یا 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 روان شناختی در روش های جامعه مدار تلفیق می شود، مناسبتر خواهد بود. استوارسازی برنامه بر منابع محلی و آموزش و ارتقا آن ها 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 چنان چه به درستی ارایه شوند در اداره این واکنش ها و احساسات کمک کننده خواهند بود.

فصل دوم

این خدمات به آسیب دیدگان موفق تر خواهند بود و از این رو توانمند سازی جامعه درگیر، می تواند در همیاری گروهی و ارایه موثرتر خدمات مفید باشد.

0 مداخله به موقع

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.

0 حمایت های روانی اجتماعی بر اساس غربالگری فعال جمعیت آسیب دیده و ارایه مداخلات به صورت 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 چون از وجود مداخلات موثر برای کاهش آسیب آگاه نیستند و با روش هایی ناکارآمد مانند مصرف خودسرانه دارو یا سوء مصرف مواد به خود درمانی می پردازند.

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

بیان هیجانها 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

0 ارایه مداخلات روانی- اجتماعی به صورت 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.

0 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. مهم ترین 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 مسایل و تصمیم گیری توانا می شوند.

در نهایت اصل مهم در ارایه این خدمات توانمند سازی افراد درگیر در واقعه می باشد و ارزیابی هایی دقیق برای تعیین زمان و نحوه واگذاری بخش هایی از مسوولیت بر عهده آسیب دیدگان لازم است.

باید توجه داشت که افراد بومی هر منطقه در ارایه

- ارایه مداخلات روانی - اجتماعی به صورت 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 ارایه مداخلات به صورت 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 شود.

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 ارایه حمایت های روانی اجتماعی به آسیب دیدگان بتوانیم دنیا را از دید آن ها و با رنگ آمیزی آنان ببینیم. وقتی اهمیت این مسایل 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 آنرا درک کنیم ، به آن احترام بگذاریم و حداکثر تلاش را برای اجرای آن ولو با تغییرات ناگزیر ، انجام دهیم.

0 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.

فصل سوم

اهداف:

- ۱- مراحل پاسخ روانی در واکنش به عوامل استرس زا را نام ببرند و مدت آن ها را بیان کنند.
- ۲- علایم 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 به صورت خلاصه در جدول زیر آمده است.

اداره واکنش	علایم واکنش	مراحل
دراغلب موارد قبل از رسیدن هر کمکی به طور خود به خود پایان می پذیرد.	- اکثر افراد دچار ترس و وحشت می شوند. - برخی افراد بهت زده می شوند. - افراد گیج و درمانده هستند - قدرت انجام هیچ کاری را ندارند. - این حالت معمولاً گذرا و کوتاه مدت است.	مرحله اول: تماس یا ضربه (در چند دقیقه اول پس از حادثه بروز می کند)
- رفتار آسیب دیدگان را باید به عنوان واکنش طبیعی آن ها تلقی کرد. - باید وضعیت و شرایط افراد رادرک کرد. - هدایت هوشمندانه: باید فعالیت های مردم را به صورت مناسبی هدایت کرد. - به نقش خانواده افراد آسیب دیده و یا دوستان آن ها اهمیت داده شود.	- 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 اینتار زیاد عمل می کنند و تا رسیدن نیروهای کمکی، بسیاری از کارها را خود انجام می دهند. به عنوان مثال پس از زلزله شروع به بیرون آوردن اجساد از زیر آوار می کنند. - افراد گستاخانه عمل کرده و به موانع اداری اجرایی کاری ندارند و ممکن است عصبانی و تحریک پذیر شوند.	مرحله دوم: مرحله قهرمان گرایی (در ساعات یا روزهای اولیه وقوع حادثه بروز می کند)

مراحل

مرحله سوم:

شادمانی یا فراموشی غم
(یک هفته تا چند ماه بعد از
حادثه بروز می کند)

مرحله چهارم:

مرحله مواجهه با واقعیت
(۲ الی ۳ ماه بعد از وقوع
حادثه بروز می کند)

مرحله پنجم:

تجدیدسازمان
(۶ ماه تا یک سال بعد از
وقوع حادثه بروز می کند)

علائم واکنش

همزمان با رسیدن نیروهای
کمکی و توزیع کمک ها، افراد
امیدوار شده و به طور موقت به
آن ها حالت آرامش دست
می دهد.

افراد تازه متوجه وسعت خسارت و فقدان
هایشان 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
آن ها کفایت نمی کند و یا شروع به
مقایسه دریافتی های خود با دیگران کنند.
- مضطرب و حساس شده و احساس
تنهایی شدیدی می کنند.

- افراد شروع به بازسازی
زندگی خود کرده به تدریج
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.

اداره واکنش

کمک رسانی به افراد در این
مرحله بسیار مهم و مفید بوده
و نتایج زیر را در بردارد:
- سرعت در پیدایش تعادل
روانی
- جلوگیری از اختلالات روانی
عاطفی شدید بعدی
- جلوگیری از انتقام جویی
و بدبینی نسبت به دیگران
در مراحل بعدی

- از نظر روانی احتیاج به حمایت
بیشتری دارند.
- ایجاد روحیه امید و اعتماد به
نفس در آسیب دیدگان اهمیت
زیادی دارد.
- امدادگران و مسولین توزیع
کمک ها باید حداکثر تلاش خود
را در جهت توزیع عادلانه و توأم
با احترام امکانات بین مردم
انجام دهند.

- مسولین باید پاسخگوی
نیازهای مردم باشند و با
برنامه ریزی از سرگردانی
و بلاتکلیفی آن ها جلوگیری
کنند.
- باید مردم را فعالانه در امر
بازسازی مشارکت دهند.



- 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 نهایی رسیدن باز ماندگان به مرحله تجدید سازمان است.

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 به ترتیب رخ نمی دهند. اقدام متناسب با این حالت ها مردم را منسجم کرده و به آن ها انگیزه می دهد تا با حوادث دست و پنجه نرم کنند. هدف نهایی، رسیدن هرچه سریعتر بازماندگان به مرحله تجدید سازمان است. به دنبال بلایا، افراد از ۵ مرحله مختلف عبور می کنند:

فصل چهارم

اهداف:

مراقب باشید افرادی را در جریان بلایا دچار واکنش هایی روانی شده اند بیمار یا مبتلا به بیماری روانی تلقی نکنیم. این علایم واکنشی طبیعی به یک حادثه کاملاً غیرطبیعی است و در بسیاری از موارد در طول زمان تخفیف می یابد و از بین می رود.

پزشکان محترم پس از مطالعه این فصل می توانند: علایم شایع روانی در افراد آسیب دیده را شرح دهند.

واکنش ها و علایم 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 ساختمان ها و از دست دادن اموال و دارایی، 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 علایمی در افراد به وجود می آید که می تواند تاثیر 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 هم چنین وضعیت حمایت ها و رسیدگی به موقع 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.

خشم (Anger):

یک هیجان پیچیده است که با سرخوردگی و ناکامی مرتبط است به ویژه وقتی افراد سعی در انکار ناکامی دارند. خشم هیجان پرنرژی تری نسبت به سرخوردگی است و بنابراین به فرد تا حدی احساس قدرت برای رو به رویی 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 به صورت 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 مسوول یک رخداد ناگوار می دانند. ممکن است خود را به خاطر عدم جلوگیری از واقعه بد یا عدم کمک کافی سرزنش کنند.

نامیدی (Despair):

پس از بلایا، فرد ممکن است خود را از فعالیت و

فصل چهارم

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 مسوول بداند. پس از

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).

هم چنین ترس می تواند متوجه محیط باشد ، مثل ترس از تنها ماندن، از دست دادن عزیزان

بلایا، نوع خاصی از احساس گناه به نام 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 هایی است که فرد با آن رو به رو شده است. او احساس بی انرژی بودن وعدم لذت می کند که در حرکات و صورتش نمایان است. آسیب پذیری (**Vulnerability**):

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



به صورت اشکال در به خواب 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 دهند.

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:

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

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 رو به رو 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 به صورت 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 به شکل 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):

به صورت اجتناب شناختی و آگاهانه مثل تلاش برای فکر نکردن و به خاطر نیاوردن واقعه و یا به صورت رفتاری مانند دوری کردن از مکانها و افراد یادآور حادثه و یا صحبت نکردن در مورد حادثه، خود را نشان می دهد.

مشکلات خواب (Sleep problems):

فصل پنجم

اهداف:

پزشکان محترم پس از مطالعه این فصل می توانند:

- ۱- انواع اختلالات روانپزشکی مرتبط با بلایا و حوادث غیرمترقبه را بشناسند.
- ۲- علایم هر اختلال را توضیح دهند.

اختلالات روانی شایع به دنبال بلایا و حوادث غیرمترقبه
تذکر مهم:

سیاست اجرایی مسوولین بهداشت روان باید متمرکز بر عادی سازی واکنش های ناشی از فجایع باشد. در واقع باید اذعان داشت که اکثر واکنش هایی که به دنبال فجایع بوجود می آیند عکس العملی طبیعی به یک حادثه ی بسیار غیرمعمول می باشد. از اهداف کلی حمایت های روان - اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه توانمندسازی آسیب دیدگان و ارتقا 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 درمان های جدی تر، حتی بستری در بیمارستان به وجود آید.

اختلالات روانی به دنبال بلایا

در بسیاری از موارد، یکی از علایم ذکر شده در مبحث قبل در افراد بازمانده دیده می شود. ترکیبی از این علایم 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 علایم زیر را تجربه کند:

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

حادثه آسیبزا ممکن است به خودی خود و یا به دنبال افکار، 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، بی قراری، گوش به زنگی مفرط و رفلکس از جا پریدن شدید، از سایر علایمی هستند که در این اختلال انتظار بروز آن ها 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 می انجامد و

صورت تأخیری، ۳۰ سال پس از سانحه بروز کند. اما آن چه مسلم است این است که مداخله سریع و به موقع در مورد تک علامت هایی که در افراد دیده می شود و یا مداخله در مورد اختلال استرس حاد می تواند در کاهش شیوع این اختلال در جامعه آسیب دیده مؤثر باشد. علایم این اختلال عمدتاً

در صورتی که در این مدت زمان، مرتفع نگردد به اختلال استرس پس از سانحه تبدیل می گردد. فرد متأثر، به طور واضح افت در عملکرد فردی و اجتماعی دارد. ۲- اختلال استرس پس از سانحه: همان طور



در حیطه های تکرار حادثه (احساس وقوع مجدد حادثه، به صورت تصاویر ذهنی، رؤیا، بازی های تکراری در مورد حادثه در کودکان و...)، اجتناب (دوری گزیدن از محل حادثه، افرادی که در آن زمان در نزدیکی فرد بوده اند، اجتناب از صحبت و بحث در مورد حادثه، اشکال در به یاد آوری خاطرات آسیب زا)، احساس کرختی و درماندگی

که قبلاً توضیح داده شد علایم این اختلال مشابه اختلال استرس حاد می باشد و تفاوت عمده این دو در مدت زمان بیماری است. فرد بازمانده به دنبال حادثه دچار احساس درماندگی می گردد و حادثه آسیب زا مکرراً برای وی تکرار می شود. بروز این اختلال در هر زمانی پس از حادثه ممکن است، می تواند بلافاصله پس از سانحه بوده و یا حتی به

فصل پنجم

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 به نظر می‌رسد در شروع، تشدید و تداوم اختلال نقش مهمی ایفا کند. ۳- شکایات یا نگرانی بیش از حد بیمار در مورد سلامت خود که به 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 یافته‌ی بالینی یا پاراکلینیکی 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 توجهی به منشا 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 منشا 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.

و نیز علائم بیش برانگیختگی (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 عارضه دار: در مواردی که واکنش سوگ طی یک تا دو ماه تخفیف نمی‌یابد و یا شدت علائم طی مدت سوگواری شدیدتر از حدی است که انتظار می‌رود، و یا تأخیر بارزی در بروز علائم سوگ وجود دارد با سوگ بیمارگونه مواجه هستیم که نیازمند مداخله است. (به فصل سوگ مراجعه شود)

۴- افسردگی اساسی: هرچند تمامی بازماندگان به طور 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



• اختلال جسمانی سازی از نظر تاریخی با عنوان هیستری یا سندرم بریکه معرفی شده است. مشخصه آن الگوی شکایات جسمی متعدد، عود کننده و از نظر بالینی قابل ملاحظه می باشد و عملکرد بیمار را تحت تاثیر قرار می دهد. علائم، ترکیبی از درد، علائم گوارشی، جنسی و نورولوژیک می باشد. شکایات جسمی متعدد را نمی توان 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. به عنوان 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 وتری طبیعی است. به طور 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 به صورت 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:

o اختلال استرس حاد (Acute stress disorder)

o اختلال استرس پس از سانحه (Post traumatic Stress Disorder- PTSD)

o سوگ عارضه دار (Complicated grief)

o اختلال افسردگی اساسی (Major depressive disorder)

o اختلالات اضطرابی (Anxiety disorders)

o اختلالات شبه جسمی (Somatoform disorder)

اختلال جسمانی سازی (Somatization)

اختلال تبدیلی (Conversion disorder)

به دنبال بلایا ممکن است بسیاری از بیماری های روانپزشکی در فرد عود نماید. هم چنین چنان چه توجه کافی در جهت کاهش واکنش ها صورت نگیرد گرایش به سوء مصرف مواد افزایش یابد.

فصل ششم

اهداف:

پزشکان محترم پس از مطالعه این فصل می‌توانند:

- ۱- گروه های آسیب پذیر در حوادث و بلایا را شناسایی کنند.
- ۲- علایم شایع کودکان پس از مواجهه با فاجعه را بشناسند.
- ۳- ویژگی هایی که زنان را آسیب پذیر می سازد را بشناسند.
- ۴- با تفاوت هایی که در مورد سالمندان وجود دارد آشنا شوند.

گروه های 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 به صورت کابوس به سراغشان می آید. اما وجود این علایم به معنی وجود یک بیماری نیست. سعی ما بر این است تا رنج افرادی که دچار آسیب شده اند کمتر شود و سریعتر به زندگی عادی خود برگردند و این دوران

راه سلامت طی کنند.

البته بلایا بر همه افراد اثربخشی 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 بی سواد و کسانی که دسترسی به اطلاعات ندارند، کودکان، زنان، سالمندان و معلولین احتمال دارد در هنگام وقوع بلایا، 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 به طور صحیح طی نشده و منجر به کشمکش های روانی جدی در آینده نزدیک یا دور می شود.

خیلی ها فکر می 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 زود بهبودی پیدا می کند». این طرزفکر باعث می شود که توجه کمتری به کودکان شود. از طرفی والدین که خود نیز در فشار هستند ممکن است واکنش هایی چون گوشه گیری، پر خاشگری، افت تحصیلی یا امتناع از رفتن به مدرسه در فرزند خود را رفتاری عمدی

شست، شب ادراری، یا ترس از تاریکی. ممکن است نگرانی آن‌ها از وقوع مجدد سانحه یا از دست دادن نزدیکان باشد. طی هفته‌های پس از واقعه ممکن است در بازی‌های کودک، بارها و بارها جنبه‌های مختلفی از آنچه روی داده، نمود پیدا کند.

کودکان ۶ تا ۱۰ سال

کودک در سنین دبستان از نظر ذهنی توانایی درک موقعیت‌های پیچیده تری را دارد که منجر به واکنش‌های گسترده تری می‌شود، مثل: احساس شکست، گناه، خشم، یا رویاپردازی‌هایی در مورد نجات بخش بودن است. برخی کودکان به شدت با جزییات حادثه مشغولیت ذهنی دارند و می‌خواهند در مورد آن صحبت کنند. در چنین مواردی این مشغولیت ذهنی شدید منجر به حواس پرتی کودک می‌شود و عملکرد وی در درس یا بازی کاهش می‌یابد.

یا دال بر لجبازی تلقی کنند. پس باید با علایمی که کودکان پس از وقوع بلا یا ازخودن‌شان می‌دهند بیشتر آشنا شویم. علایم آسیب روانی در اطفال بسته به سن آن‌ها تا حدی متفاوت می‌تواند باشد که در اینجا شایع‌ترین آن‌ها ذکر می‌گردد:

کودکان کمتر از دو سال

گریه و بی‌قراری، بی‌علاقگی به آنچه که در اطراف اتفاق می‌افتد 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 می‌کنند. از جدا شدن از والدینشان هراسناک هستند و ممکن است به رفتارهای سنین پایین‌تر برگردند، مثل مکیدن



ولی باید تاکید کرد که پس از بلایا فرصت هایی 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 به عهده بگیرند.

سالمندان:

در صورت بروز بلایا، سالمندان در معرض خطر بیشتری قرار دارند. افسردگی در آن ها معمولاً نادیده گرفته می شود به عنوان مثال فراموش کاری یا حواس پرتی در آن ها ممکن است علامتی از افسردگی باشد که گاهی به حساب پیری گذاشته می شود و مورد غفلت قرار می گیرد.



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

افرادی که سابقه بیماری های 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 مسوولیت نگه داری کودکان خود را برعهده دارند و امدادگران .

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 رفتارهای 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 به دلیل افسردگی گوشه گیر و منزوی شوند. این واکنش ها نیازمند مداخله سریع و تخصصی هستند.

*در صورتی که کودک مجروح است والدین یا یکی از بستگان نزدیک همراه با او اعزام شود
*خودداری از تغییر مکرر محل اقامت کودک

زنان:

مرگ و میر زنان در کشورهای در حال توسعه در اثر بلایا، از مردان بیشتر است. به طور کلی زنان علایم 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 به دلیل 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 هایی که توزیع می شود مورد تبعیض واقع شده و با کمبود مواد غذایی روبرو شوند. در صورت نداشتن مهارت فنی یا تخصص علمی به دست آوردن شغلی با درآمد مناسب برای آنان دشوارتر است و ممکن است دچار فقر و تهیدستی شوند.

فصل هفتم

اهداف:

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.

با وحشت زدگی فراوان رخ داده باشد و یا بسیار سریع رخ دهد، در مواردی که فرد از قبل آسیب پذیری بالایی داشته، منزوی بوده و فاقد شبکه حمایت اجتماعی بوده و یا دچار اختلالاتی از قبیل افسردگی بوده باشد. هم چنین افرادی که به نوعی خود را در بروز حادثه و یا میزان اثرات ناشی از آن دخیل می دانند بیشتر مستعد واکنش های غیرطبیعی به هنگام سوگواری هستند. نقش متخصصینی که در زمینه مداخلات روانی - اجتماعی فعالیت دارند، تسهیل روند سوگواری است. در راه نیل به این هدف می توان از رهبران مذهبی نیز یاری جست.

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 دل بستگی 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 تاکید کرد که بروز سوگ کاملاً طبیعی است و اصولاً به دنبال حوادث غیر مترقبه به طور طبیعی انتظار چنین واکنشی را داریم. واکنش سوگ مجموعه ای از هیجانات است که بسته به فرهنگ حاکم بر جامعه متفاوت می باشد. به طور طبیعی انتظار می رود که این واکنش طی دو ماه 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 وابستگی ها توسط انسان می گردد. در شرایط خاصی، احتمال بروز سوگ بیمارگونه افزایش می یابد، از جمله در مواردی که فقدان، بسیار وسیع بوده، همراه

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 ماه ها تا سال ها به شکلی تخفیف یافته طول بکشد.
- ۳- ناامیدی و نابسامانی. 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 مدام خاطرات شخص مرده را مرور می کند. در این

فصل هفتم

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 به تدریج مرگ را به عنوان 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 نمی کنند.

در سن نوجوانی، مرگ را به عنوان یک فرآیند

مرحله فرد با احساس اجتناب ناپذیر یأس مواجه است.

۴- سازمان یابی مجدد. جنبه های دردناک 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 اشیا بی جان را زنده تصور می کند. در این سن کودک از وجود مرگ آگاه است، اما آن را نوعی جدایی، یک پدیده



طبیعی پذیرفته است ولی آن را خیلی دور

گذرا، موقتی و قابل برگشت می داند، چیزی شبیه

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. در سنین ۷۰ و بالاتر دیگر تصور نامیرایی 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.

سوک در ابتدا اغلب خود را به صورت شوک نشان می دهد که ممکن است به صورت احساس کرختی و بهت باشد. این ناپاوری اولیه برای درک آن چه 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 آن ها نیز باید در کنار

عزیزانشان یا به جای آنان می مردند و از بابت زنده ماندن خود دچار احساس گناه می شوند و چنان چه 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 آن ها قابل بوده، پیدا کند یا به اشیایی علاقمند شود که یادآور شخص از دست رفته هستند.

احساس حضور شخص از دست رفته ممکن است خیلی شدید باشد حتی به صورت 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.

واکنش های معمولی در کودکان عبارتند از شوک و ناپاوری، اعتراض، بی تفاوتی و گاه ادامه فعالیت ها به صورت عادی. با گذشت زمان ممکن است ترس و اضطراب به این حالات افزوده شوند، کودکی که یکی از بستگان را از دست داده ممکن است همواره نگران از دست دادن والدین باشد. اختلالات خواب از دیگر مشکلات کودک سوگوار است، چه به صورت اشکال در به خواب رفتن و چه به صورت اشکال در تداوم خواب. گاهی به علت تشبیه مرگ به خواب از سوی دیگران، کودک می ترسد 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 می کند. گاهی می خواهد عکس متوفی را ببیند، نامه های وی برایش خوانده شود، یا در مورد عزیز از دست رفته اش با او صحبت شود. که این درخواست ها گاه برای بزرگترها مضطرب کننده است. باید به

فصل هفتم

سخنان و باورهای ناکارآمد رایج پیرامون سوگ (Myths)

افکار و عقاید کلیشه‌ای فراوانی پیرامون مساله 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 فراموش 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.

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 گوش‌بستگی 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 به ویژه 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 صورتی‌که این واکنش پیچیده و عارضه‌دار گردد، مثلاً در مواردی که سوگ تأخیری، بسیار شدید یا طول‌کشنده باشد، باید به افراد سوگوار کمک کنیم.

طول مدت سوگ

از آنجا که ابراز سوگ در افراد مختلف متفاوت است، علایم و نشانه های مراحل سوگواری و داغدیدگی همیشه آن گونه که شرح داده شد، مشخص و مجزا نیستند. با این حال تظاهرات سوگ معمولا 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 پیش بینی بوده است، بخش عمده ای از فرآیند سوگواری تا موقع مرگ روی داده است

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 ی صحیح هریک و کمک به فرد داغدیده، ضروری می باشد. سوگ طبیعی معمولا 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

سوگ به صورت معمول حدود ۶ ماه تا یک سال طول میکشد. برخی علایم 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

فصل هفتم

سوگ بیمارگونه رخ دهد. سایر انواع سوگ نا بهنجار زمانی روی می دهد که برخی وجوه سوگ طبیعی بر اثر تحریف یا تشدید، خصوصیات سایکوتیک پیدا می کند. همانند سازی با شخص فوت شده مثلا اتخاذ برخی صفات مورد تحسین یا جمع کردن برخی وسایل، اوامری طبیعی است اما اگر شخص بازمانده معتقد باشد که مرده است یا دقیقا 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 به صورت گذرا ممکن است طبیعی

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 مسوول مرگ عزیزشان می دانند. وقتی تعداد زیادی از نزدیکان همزمان می میرند، شبکه ارتباطی به هم می ریزد و یا وقتی خطر مرگ دیگران کماکان باقی است و گاهی "جنازه ها پیدا نمی شوند نیز ممکن است



باشد اما توهّمات شنوایی مداوم طبیعی نیست. هم چنین انکار برخی وجوه مرگ بهنجار است اما افکاری که طی آن شخص معتقد است عزیز از دست رفته هنوز زنده است، نابهنجار 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 به جایش می مردم" تجلی می یابد، برخی توهم های 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 صورتی که 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

بهبتر 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 به صورت 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 به سزایی ایفا کند.

- بسیاری از داغداران آرزوی مرگ خود را به جای عزیزانشان دارند. در این گونه موارد می توان از تجسم جایگزینی فرد داغدار به جای فرد از دست رفته کمک گرفت. مثلاً بگوییم اگر تو به جای 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 لباس هایی 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 به صورت 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 عارضه دار و نیز انجام درمان دارویی ضروری خواهد بود.

فصل هشتم

اهداف

پزشکان پس از مطالعه این فصل می‌توانند:

- ۱- با حمایت‌های اولیه روانی-اجتماعی آسیب دیدگان آشنا شوند.
- ۲- خدماتی را که می‌توانند به آسیب دیدگان ارائه دهند، بشناسند.
- ۳- با مسایلی که در برقراری ارتباط با افراد آسیب دیده باید مورد توجه قرار دهند، آشنا شوند.
- ۴- با حمایت‌های اولیه روانی-اجتماعی از کودکان آسیب دیده، آشنا شوند.
- ۵- کمک‌های اولیه روان‌شناختی و اجزاء آن را بشناسند.
- ۶- با آموزش‌های روان‌شناختی در بلا یا آشنا گردد.
- ۷- با اصول اطلاع‌رسانی صحیح در مورد اخبار ناخوشایند آشنا گردد.

راحت تر است عنوان کند .

- * زمان کافی در نظر بگیرید.
- * آرام و خونسرد باشید و سایر نگرانی‌ها و دلوپسی‌ها را کنار گذارید.
- * آهنگ و بلندی صدای خود را تنظیم نمایید.
- * به ارتباط‌های غیرکلامی خود توجه کنید و به صورت متناوب تماس چشمی برقرار نمایید.
- * اجازه مکث و سکوت مختصر بدهید و به احساسات فرد آسیب دیده توجه کنید.
- * به صحبت او گوش کنید و جزییات و اسامی را به خاطر بسپارید.
- * با توجه به درک فرد آسیب دیده پرسش‌های مشخص و روشنی مطرح نمایید.
- * در حین مصاحبه به نحو کلامی و یا غیرکلامی علاقه خود را برای کمک به او و درک احساسات و نیازهای او نشان دهید.
- * با او همدل شوید به طوری که بفهمد احساساتش را درک کرده‌اید.

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 می‌دهد.

۳- مانع ابراز احساسات افراد نشوید:
پیشنهاد می‌شود ضمن همدلی با بازماندگان به ابراز احساسات و تخلیه هیجانی آن‌ها احترام گذاشته و توصیه به «گریه نکردن» ننمایید. فقط می‌توان واکنش‌های رفتاری افراطی مثل سرکوبیدن‌ها، 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 .

برقراری ارتباط مناسب با آسیب دیدگان بلایای طبیعی و درک وضعیت روان‌شناختی آن‌ها در مراحل مختلف واکنش به عامل استرس‌زای شدید، مقدمه‌ای برای بررسی و ارزیابی صحیح روانی و جسمی و امدادرسانی حرفه‌ای 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 می‌تواند 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 شی برخورد کرد. برای ارتباط با آن‌ها وقت بگذارید. البته ارتباط نباید در حدی باشد که وابستگی ایجاد کند.
* نام و عنوان حرفه‌ای خود را به او بگویید.
* از او بخواهید تا مشکل خود را به هر نحوی که

در روزهای اول بعد از حادثه، رنج داغدیدگی 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.
- پرسش های زیاد و غیر ضروری مطرح نماید.

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 بگویید. 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 به طور تدریجی و حتی الامکان در جمع مطرح گردد، به خصوص 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، به خصوص



فصل هشتم

ولی در صورتی که خطراتی در مورد ادامه اقامت وجود دارد به طور جدی گوشزد کنید و سعی کنید در موارد ضروری از طریق افراد محلی آن ها را قانع کنید.

۱۴- مانع تجمع داغدیدگان نشوید:

عزاداری گروهی به آرامش روانی آن ها کمک می کند. اگر فرد یکی از بستگان خود را از دست داده باشد باید اجازه داد مرگ عزیز خود را بپذیرد و اگر

• کلمات و جملاتی مانند « باید » و « تو وظیفه داری » را به کار برد.

• ناپاوری خود را نشان دهد.

• امتناع کننده و رد کننده باشد.

۱۰- استراحت شبانه ضروری است:

مردم را تشویق کنید هر شب به موقع بخوابند.

۱۱- برای آرامش بخشیدن به افراد از باورهای

دینی آن ها کمک بگیرید:

ولی اگر به علت عصبانیت و اکنش نامناسبی از خود نشان دادند وارد بحث های فلسفی نشوید.

۱۲- افراد را تشویق

کنید که در مراسم

تشییع جنازه

و به خصوص نماز

میت شرکت کنند:

اگر نماز میت

گروهی و وسیع

برگزار شود اثر

روانی مثبت تری

خواهد داشت.

به خصوص در

ساعات اولیه حادثه

توسل به دعا نقش

مهمی در تخلیه

هیجانی و کاهش

استرس روانی دارد.

۱۳- چنان چه

خطری

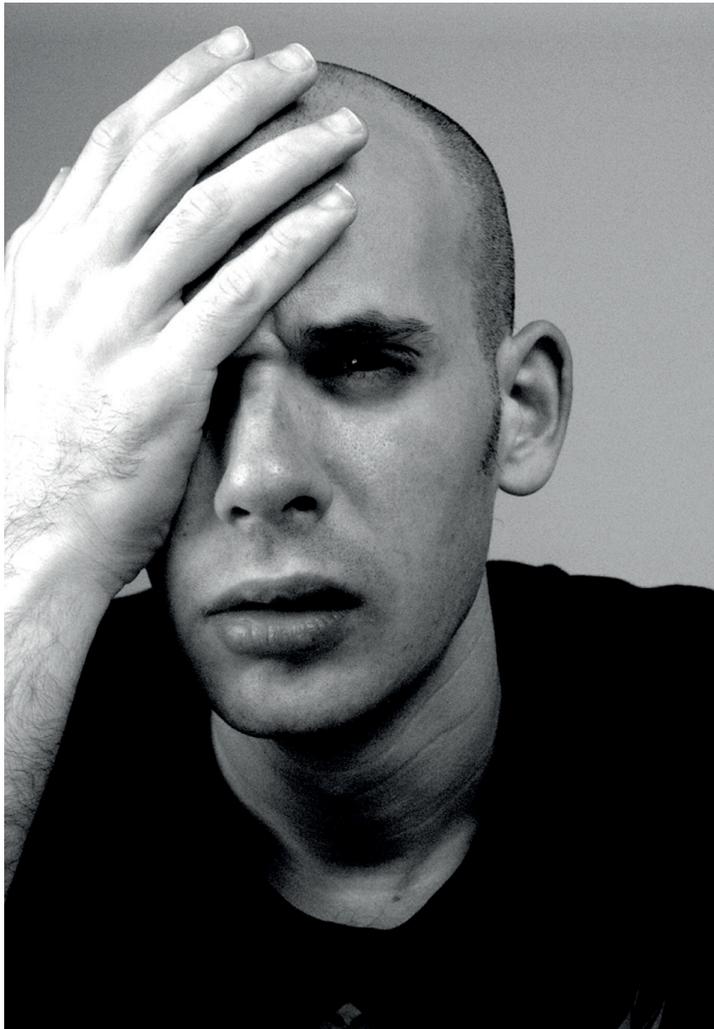
بازماندگان را

تهدید نمی کند،

سعی نکنید افراد را به

زور از محل سکونت

خود دور کنید:



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 بازماندگان 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 فعالیت‌های اجتماعی، ورزشی و بازسازی تشویق کنید:

به خصوص در مورد افراد منزوی توصیه کنید در کارهای اردوگاه یا محلی که در آن به صورت موقت زندگی می کنند، شرکت کنند اما راهنمایی در این مورد نباید به شکلی باشد که افراد حس کنند به زور وادار به انجام کار شده اند. تا مجبور نشده اید نباید به جای 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:

مراجعات را به یافتن راه حل توسط هم محله ای ها ترغیب نمایید.

۱۸- در صورت وقوع درگیری، جداسازی افراد و جلوگیری از دعوا و جروبحث مفید است:

در موارد ضروری از افراد بانفوذ محلی کمک بگیرید و به کمک آن‌ها از طرفین دعوا بخواهید به جای دعوا برنامه ریزی مشترک برای حل مشکل داشته باشند.

۱۹- در صورتی که 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 از 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 آیی 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 ارایه 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 جا به جایی مجروحین و حمل وسایل مورد لزوم در ارایه 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 معلمین 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

فصل هشتم

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، 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 در حضور 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

- ارایه توضیحات مناسب سن کودک برای کاستن از سردرگمی و گیجی
- عدم ارایه 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. معمولا 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

کمک‌های اولیه روان‌شناختی در موقعیت‌های بحرانی

نبايدها	بايدها	علايم و نشانه‌ها	واکنش
<ul style="list-style-type: none"> - خشم خود را نشان ندهید - بیش از حد همدردی نکنید 	<ul style="list-style-type: none"> - 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"> • لرزش • تنش عضلانی • تعریق • تهوع • اسهال خفیف • تپش قلب • اضطراب - اطمینان بدهید 	طبیعی
<ul style="list-style-type: none"> - از مهارت‌های فیزیکی خشن کمک نگیرید - با افراد برخورد فیزیکی نکنید - به روی آن‌ها آب نپاشید. - از مواد خواب‌آور استفاده نکنید 	<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 آن را بخورد 	<ul style="list-style-type: none"> • تلاش برای فرار کردن • ازدست دادن قضاوت • گریه‌های غیر قابل کنترل 	هراس (واکنش فرار)
<ul style="list-style-type: none"> - به آن‌ها نگویید که خسته شده و کم آورده‌اند - بیش از حد ترحم و دلسوزی نکنید - آرامبخش و خواب‌آور به آن‌ها ندهید - خشمگین رفتار نکنید 	<ul style="list-style-type: none"> - به سرعت کنترل را به دست 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 پیش آمده با شما صحبت کنند. - احساس خشم را در خود و افراد شناسایی کنید 	<ul style="list-style-type: none"> • فقدان ابراز هیجان‌ها • ایستادن و یا نشستن بدون حرکت کردن • یا صحبت کردن 	افسردگی

فصل هشتم

واکنش	علائم و نشانه ها	بایدها	نبایدها
بیش فعال شدن	<ul style="list-style-type: none"> جدال کننده و بحث کننده صحبت کردن با سرعت زیاد جک گفتن نامناسب مطرح کردن پیشنهادات زیاد و متعدد افزایش فعالیت ها 	<ul style="list-style-type: none"> به افراد اجازه دهید درمورد آن صحبت کنند فرد را وادار به انجام فعالیت های بی خطر کنید. به نیازهای پایه و اولیه فرد توجه کنید خشیم و احساس ناکافی در فرد را نظارت کنید 	<ul style="list-style-type: none"> خواب آور ندهید با افراد بحث و مجادله نکنید به افراد تلقین نکنید که فعالیت های آن ها غیرطبیعی است.
واکنشهای تبدیلی (ناشایع)	<ul style="list-style-type: none"> تهوع و استفراغ شدید علائم حسی و حرکتی در فرد مثلاً فلج شدن 	<ul style="list-style-type: none"> علاقه و توجه نشان دهید آن ها را در وضعیت راحت و آرامی قرار دهید یک فعالیت جهت پرت کردن حواسشان به آنها بدهید از احساس های خودتان درمورد آن ها آگاه باشید (خشیم - ناکامی - خنده دار و عجیب) 	<ul style="list-style-type: none"> به ناتوانی افراد را بی توجهی نکنید آن ها را شرمندة نکنید آن ها را مورد تمسخر قرار ندهید با دیگران درمورد آن ها شوخی نکنید به آن ها نگویند که چیز اشتباه و نادرستی وجود دارد

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 آن ها شما را نپذیرند. (فراهم کردن آسودگی)

اطلاعات درست و دقیقی درمورد حادثه اتفاق افتاده و اقداماتی که درحال انجام است ارائه دهید. این کار می تواند به دیگران کمک کند که شرایط را بهتر درک کنند. (کمک به آسودگی)

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

بایدها

- به افراد کمک کنید تا نیازهای پایه و اولیه خود مانند غذا، سرپناه و خدمات پزشکی را تامین

- 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 خودکارآمدی را افزایش دهد ارائه دهید. (افزایش خودکارآمدی)
- به افراد کمک کنید تا نیازهاشان را تامین کنند. (افزایش خودکارآمدی)
- مکان های ارائه دهنده انواع خدمات دولتی و غیردولتی را به مردم آسیب دیده معرفی کنید. (امیدواری)

نبايدها

- بازماندگان را مجبور نکنید که در مورد داستان خود و اتفاقاتی که پیش آمده صحبت کنند. به خصوص 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 نگویند «همه چیز خوب خواهد شد» و یا «حداقل شما زنده ماندید». بیان این جملات سبب کاهش آرامش افراد می گردد.
- به افراد نگویند که در حال حاضر چه کاری باید انجام دهند، یا چگونه فکر کنند، یا چه احساسی داشته باشند و یا اینکه قبلاً چه کار باید انجام می دادند. این کار باعث کاهش خودکارآمدی و افزایش احساس گناه می شود.
- به افراد نگویند که شما به علت رفتارها و باورهایتان دچار رنج و عذاب شده اید. این موضوع باعث کاهش خودکارآمدی افراد می شود.
- قولی ندهید که قابل اجرا نیست. قول هایی که

اجرا نشوند منجر به کاهش امیدواری در فرد می شود.

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

اجزای کمک های اولیه روان شناختی

کمک های اولیه روان شناختی یک مداخله ساختاریافته است که در طی سالهای اخیر جایگزین بازگویی روان شناختی شده است. کمکهای اولیه روان شناختی شامل مجموعه ای از ۸ نوع مداخله بعد از وقوع حادثه است که شامل موارد زیر می باشد:

۱ - مشارکت فعال بازماندگان^(۱): هدف پاسخ به نیازهای قربانیان به شیوه مشارکتی و حمایتی 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 آسیب زا 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 سیستم های حمایتی اولیه است.

۷ - اطلاعات سازگاری با حادثه^(۶): هدف

1 - Contact & Engagement

2 - Safety & Comfort

3 - Stabilization

4 - Information Gathering

5 - Practical Assistance

6 - Coping Information

فصل هشتم

اطلاعات باید متناسب با سن و فهم فرد آسیب دیده باشد.

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

- ارایه اطلاعات را به تعویق نیندازید هرچند این اطلاعات دردناک باشند مثل فوت عزیزان. ولی خبرهای ناگوار را سعی کنید در جمعی که از فرد آسیب دیده وداع دار حمایت می کنند ارایه کنید و از گفتن اطلاعات ناگوار وقتی که فرد تنها است خود داری کنید.

- **چگونگی اطلاع رسانی صحیح و ارایه اخبار ناخوشایند به آسیب دیدگان**

در اینجا می خواهیم به این مطلب اشاره کنیم که چگونه و به چه روشی یک پزشک و سایر کارکنان بهداشتی می توانند به افراد خبر ناخوشایندی بدهند، رساندن یک خبر ناخوشایند به دیگران کار دشواری است برای کاهش این دشواری بهتر است به مهارت ها و روش های توصیه شده در زیر توجه کنید.

الف) نکات مهم :

۱. موقعیت مناسبی را از نظر زمان و مکان برای

پیشنهاد و ارایه اطلاعات کلامی و نوشتاری در زمینه مهارت های سازگاری و افزایش تاب آوری در مواجهه با بلایا می باشد.

۸ - ارتباط با خدمات مشارکتی (۱) : هدف آگاهی دادن و اطلاع رسانی به آسیب دیدگان از خدمات موجود می باشد.

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

آموزش روان شناختی در بلایا

بعد از وقوع بلایا و حوادث آسیب زا 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 ارایه شوند. این اطلاعات باید دقیق، شفاف و به زبانی ساده باشد. تا برای بازمانده قابل فهم باشد. ارایه اطلاعات بیش از حد و نامتناسب به اندازه ندادن اطلاعات آسیب زاست. اطلاعات باید در زمینه های ذیل ارایه شوند:

- چه اتفاقی روی داده است؟

- چگونه روی داده است؟

- دلایل شناخته شده آن چیست؟

- بعد از این چه خواهد شد؟

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

1 - Linkage with Collaborative Services

- 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 می شود کنترل کنید .
 ۵. برای بیان موضوع در مکان مناسبی رو به روی 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 می شود 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 صورتی که فرد آگاهانه و نا آگاهانه سعی در انکار موضوع دارد به او کمک کنید که واقعیت را بپذیرد .
 ۱۵. سعی کنید در حد دانش ، توانایی و درک فرد به او اطلاعات بدهید .
 ۱۶. از به کار بردن کلمات و اصطلاحات نامفهوم و تخصصی که باعث گیج شدن او می شود خود داری کنید .
 ۱۷. به طور شفاف، روشن با زبان ساده و مناسب با فرهنگ فرد صحبت کنید .
 ۱۸. به او بگویید متأسفانه موضوع مهمی که زیاد هم خوشایند نیست را 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



فصل هشتم

- 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. از دادن 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 .

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 پاسخ های همدلانه زیر استفاده کنید:

- #### موانع برقراری ارتباط مناسب:
- وقتی خود را مسوول 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 نامرتبط.
 - بی توجهی به شرایط زمانی و مکانی دادن خبر.
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 از 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 بپرسید آیا سؤالی از شما دارد .
 ۱۰. از او سؤال کنید در حال حاضر چه کمک یا انتظاری از شما دارد .



ج) جمع بندی و ارزیابی راه 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



فصل نهم

همکاری فرد برای شرکت در گروه های مشاوره ای می گردد. در صورتی که خدمات مشاوره ای به نحو موثری ارائه گردند، درصد بالایی از افراد شرکت کننده در گروه ها با موفقیت می توانند بر علایم آزاردهنده ای هم چون اشکال در خواب، اجتناب و افکار مزاحم غلبه کنند. با این همه در مواردی، با توجه به عدم رفع علایم به دنبال شرکت در گروه ها، نیازمند ارائه خدمات انفرادی به افراد (درمان غیر دارویی) و هم چنین در مواردی نیازمند تجویز دارو خواهیم بود.

تجویز دارو به عنوان آخرین راه حل در واکنش های پس از فاجعه محسوب می گردد، با این همه باید به خاطر داشت که در صورت شدت آسیب و وجود مشکلات روان شناختی عمیق، خصوصاً در مواردی که فرد سابقه قبلی از اختلالات روانی را داشته، ممکن است نیازمند شروع درمان دارویی باشیم. با توجه به اینکه پزشکان عمومی اولین سطح درمانی در شبکه بهداشتی هستند و موارد ارجاع شده از سوی

روان پزشکان را پیگیری نموده و درمان های لازم را برای بیمار به کار می برند باید با درمان های دارویی رایج برای اختلالات روانپزشکی که به 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 آشنایی با جزئیات بیشتر به ضمیمه درمان های دارویی در کتابچه حمایت های 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 فجاجع، علایم به گونه ای است که فرد تصور می کند «کنترل خود را از دست می دهد» و یا «روانی شده است» بنابراین اطمینان بخشی به بیمار و

اهداف

- پزشکان پس از مطالعه این فصل می توانند:
- ۱- با اصول کلی درمان دارویی در افراد آسیب دیده آشنا شوند.
 - ۲- با درمان های دارویی در اختلالات روانی شایع پس از بلایا به تفکیک آشنا شوند.

درمان های دارویی و سایر توصیه های درمانی در اختلالات شایع به دنبال بلایا اصول کلی:

همان طور که پیش تر اشاره شد، هدف عمده مداخلات روانی - اجتماعی رفع علایم در مراحل اولیه، و به نوعی پیش گیری 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 در آسیب دیده ای مشاهده نمودید، وی را به تیم حمایت روانی - اجتماعی مستقر در منطقه معرفی نمایید. همان طور 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 علایم جسمانی با منشا روانی و برقراری ارتباط بین شکایات جسمانی و استرسی که با آن مواجه شده اند بسیار کمک کننده خواهد بود و موجب تسهیل

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 تاثیر فشار کاری زیاد در شرایط پس از فاجعه می‌باشد - کمک خواهد نمود تا روش مناسبی برای حفظ ارتباط با بیمار را برگزیند.

اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از سانحه:

در صورتی که با فردی رو به رو هستید که با آسیب چشمگیری روبه رو 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 به صورت کوتاه مدت و محدود وجود داشته باشد. باید متذکر شویم که مصرف غیرموجه داروهای آرام بخش 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 روان شناختی دارند که در اکثر موارد با کمترین اقدامات قابل رفع است.
- برای افرادی که کماکان این علائم را تجربه می‌کنند، درمان مؤثر وجود دارد.
- ابتدا 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 صورتی که یک فاجعه همگانی یا گروهی اتفاق افتاده است بحث در مورد حادثه در گروه تشویق شود (چنانچه در حمایت های روانی اجتماعی در بلایا 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 ترس ها و دیسترس بیمار می‌شود. به تشریح این موضوع برای بیمار بپردازید.
- ریسک خودکشی را ارزیابی کنید، خصوصاً زمانی که در بررسی خود متوجه افسردگی می‌شوید.
- 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.

فصل نهم

مرحله صورت می گیرد:

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

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

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

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

ج: اختلال مزمن با علائم 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. چنان چه احتمال عود ملائم وجود داشته باشد، قطع داروها آهسته‌تر و طی ۱۲-۴ هفته صورت می‌گیرد.

در موارد خاصی نیازمند طولانی‌تر کردن دوران درمان هستیم:

تداوم استرس، عدم وجود حمایت اجتماعی کافی، تداوم برخی علائم، اختلالات روان پزشکی 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

درمان دارویی:

ممکن است در برخی موارد افرادی که به تیم حمایت روانی - اجتماعی ارجاع می‌کنید نیاز به درمان دارویی داشته باشند و و پس از تجویز داروی مناسب توسط متخصص، شما مسوول پیگیری درمان او شوید؛ بنابراین توجه به نکات زیر اهمیت دارد.

• درمان دارویی در اختلال استرس حاد به دنبال بلایا و خصوصاً "تجویز داروهای بنزودیازپین به طور معمول توصیه نمی‌شود. افراد آسیب دیده در معرض ابتلا به اختلال سوء مصرف مواد و دارو هستند و داروهای ضد اضطراب بنزودیازپینی به علت اثر فوری روی علائم اضطرابی مورد استقبال افراد آسیب دیده قرار می‌گیرند ولی منتهی به ایجاد وابستگی و تحمل در افراد می‌شوند و بر مشکلات آنان می‌افزایند. استفاده از آن‌ها در موارد استثنایی 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 هم چون سه حلقه ای‌ها و SSRIs در درمان علائم مزاحم ناخواسته و اجتنابی مؤثر هستند. این اختلال نسبت به اختلال افسردگی به مدت درمان طولانی‌تری نیاز دارد. به طور کلی برای ظهور تاثیر 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

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 مشاوره ای خدمات را بصورت گروهی دریافت کنند.

- به وی اطمینان دهید که بهبودی زمان می برد. تا حدی کاستن از مسوولیت ها (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 ضد افسردگی، ارجاع به روانپزشک را مدنظر قراردهید. 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 به طور 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 به کارگیری روش های غیر دارویی همچون تمرین های آرام سازی و آموزش بهداشت خواب مشکل بیمار رفع نشد، می توان به صورت کوتاه مدت از داروها کمک گرفت. در صورتی که اختلال خواب علامتی از یک سندرم باشد، ترجیحاً انتخاب دارو به صورتی انجام می شود که هم اشکال خواب و هم سایر علائم را پوشش دهد. به عنوان مثال برای فرد افسرده ای که از بی خوابی نیز رنج می برد از داروهای ضد افسردگی با اثر خواب آور بیشتر استفاده می شود.

در صورت وجود همزمان اختلال استرس پس از سانحه باید به استعداد بیشتر بیماران مبتلا به این اختلال نسبت به وابستگی به داروهای از قبیل بنزودیازپین ها دقت داشته باشیم. هم چنین همان طور که در بالا اشاره شد، در افرادی که در حال گذار از فرآیند سوگ هستند باید از تجویز داروهای که ایجاد فراموشی پیش گستر می نمایند، خودداری کرد.

توصیه های لازم در مورد بهداشت خواب :

توصیه هایی که در جهت بهبود وضعیت خواب می توان به افراد نمود، عبارتند از:

- برقراری الگویی منظم در خواب تا حد امکان به خصوص افرادی که از بی خوابی در ساعات اولیه خواب شب رنج می برند 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 به تدریج به رفع مشکل آنان منجر می شود و باعث می شود شب ها زودتر به خواب روند.

فصل نهم

در اینجا به نمونه ای از آن اشاره می شود.

به ترتیب 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 پایین بیاورید و روی پایتان رها کنید. زمانی بیشتری را به رهاسازی عضله اختصاص دهید. مثلاً اگر ۵ ثانیه انقباض عضله طول کشید ۱۵ ثانیه آن عضله را رها کنید. این کار را به ترتیب برای تمام عضلات از جمله، عضلات قفسه سینه، شانه ها، کمر و شکم، ران ها و ساق پا و کف پا و عضلات صورت و گردن انجام دهید. با هر بار انقباض و رهاسازی عضله چند بار نفس عمیق بکشید و کلمه آرامش را در ذهن خود تکرار کنید. برای این که تنفس منظمی داشته باشید باید ریه های خود را با سه شماره و درسه مرحله پر و خالی کنید. در ابتدا ممکن است بعضی از شما احساس بهتری پیدا نکند، نگران نباشید اگر برای اینکار 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.

اختلالات شبه جسمی:

الف - اختلال جسمانی سازی:

شکایات متعدد جسمی بدون علت قابل توجیه

- محدود کردن خواب نيمروزی حتی در صورت خستگی روزانه. این امر می تواند باعث خواب طولانی تر و با کیفیت بهتر شبانهگهی شود.
 - استفاده از مهارت های آرام سازی قبل از رفتن به رختخواب. باید به افراد یادآوری نمود که این تکنیک ها را هم برای به خواب رفتن در ابتدای شب و هم برای خوابیدن مجدد در نیمه های شب استفاده نمود.
 - ترک محل خواب در صورت بخواب نرفتن 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 به طور 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 سرو صدا و نور شدید محیطی در حد امکان.
 - بازسازی رویا و در نظر گرفتن پایان مثبت برای رویاها. به خصوص 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 به دنبال استفاده از تکنیک آرام سازی پایان بهتری را برای خواب خود در ذهن مجسم کنند.
 - آرام سازی عضلانی:
- برای آرام سازی روش های مختلفی وجود دارد که

جسمانی به مشکلات شخصی و اجتماعی و روابط با دیگران هدایت گردد.

- به تدریج باید بیمار را از ارتباط بین عوامل روان شناختی 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 آن ها و اظهار جملاتی نظیر اینکه من شما را کاملا معاینه کردم و خوشبختانه در حال حاضر نکته ای دال

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 توجهیه 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 مناسب بین بیمار و پزشک است.

- این افراد غالباً مراجعات متعددی به پزشک و نتایج و آزمایشات معمولاً منفی دارند.

- معمولاً فرد به بیماری جسمی خود بیش از حد توجه می کند.

- بهتر است همیشه یک پزشک (ترجیحاً پزشک عمومی) مسوولیت درمان بیماران را به عهده داشته باشد. - بیمار به فواصل منظم



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 آن ها را با فشارهای روانی حاصل از ضایعه مرتبط کنید. به عنوان شاهدهی برای اثبات این مساله و تفهیم آن به فرد می توانید به تشدید این شکایات پس از فکر کردن به یاد آور های حادثه اشاره کنید.

و ترجیحاً 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 به عنوان ابراز عواطفش در نظر بگیرد. نه علائم جسمانی. باید سعی شود که مسیر کلام بیمار از علائم

فصل نهم

- 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 علایم جسمانی وی موثر خواهد بود. خانواده را مقید سازید تا به علایم جسمانی مشخص وی که بیان مشکلات روانپزشکی او می باشند بی اعتنا باشد و درعوض رفتار سلامت وی را تشویق کنند. در مواردی که بیماری های افسردگی و اضطرابی ریشه این علایم جسمانی هستند به درمان دارویی این اختلالات اقدام کنید. - به خانواده توجه دهید که علایم معلول تصورات ذهنی فرد یا ساختگی نیستند.

- درموردی که بیماریهای افسردگی و اضطرابی ریشه این علایم جسمانی هستند به درمان دارویی این اختلالات اقدام کنید.

- علایم افسردگی و اضطراب شایع می باشند، درصورت مشاهده، اقدام مناسب درمانی را آغاز کنید.

- مراقب احتمال بیش مصرف یا مصرف خودسرانه مسکن ها یا سوء مصرف مواد مخدر باشید.

- با اینکه ممکن است گاه علت عضوی برای این گونه علایم جسمانی مشخص شود مشکلات روان شناختی به صورت همراه با مشکلات جسمانی می تواند وجود داشته باشد.

- استفاده از روشهای آرام سازی می توانند در جهت تسکین علایم مربوط به تنش (نظیر سردرد، گردن یا کمردرد) موثر واقع شود.

- علیرغم محدودیت های ناشی از یک بلای طبیعی، ورزش و فعالیت های لذت بخش را در حد امکانات منطقه تشویق کنید. برای بازگشت به شرایط طبیعی منتظر رفع همه علایم نشوید.

درمان دارویی

۱- از انجام آزمایش های 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، سندرم روده تحریک پذیر موثر می باشند.

مشاوره با متخصص

۱- تا حد امکان از ارجاع این افراد به متخصصین بیماری های جسمی احتراز کنید. درمان آنها در مراکز مراقبت های 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- درصورت 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. علایم اولیه اختلالات نورولوژیک (مانند مولتیپل اسکروزیس) ممکن است به علایم اختلالات تبدیلی شبیه باشد. به همین جهت شرح حال و معاینه بالینی کامل الزامی است.

• علایم بیمار را با استفاده از تکنیک القا سازی برطرف کنید. استفاده از روش های خشن و دردناک مثل تزریق زیرجلدی آب مقطر روش درمانی مناسبی برای این بیماران نمی باشد و غیر اخلاقی است. روش های اخلاقی برای تلقین وجود دارد. مثلا «اگر سه بار سرفه کنی رفع می شود» و یا «تا ۵ دقیقه دیگر برطرف می شود».

ذکر جملاتی مانند این که "تازه وقتی علایم برطرف می شود می توانیم با هم صحبت کنیم و بفهمیم مشکل اصلی شما چیست" می تواند



مفید باشد. در بسیاری از موارد علایم 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 علایم می شود.

• برای اطرافیان توضیح دهید که آن ها می توانند با بی توجهی نسبت به علایم این بیماری و متقابلاً با اعمال توجه به رفتارهای مثبت و مطلوب وی، به رفع علایم کمک کنند.

• تذکر مجدد این نکته ضروری است که علایم فرد ناخودآگاه بوده و وی به صورت ارادی یا عمدی علایم را ایجاد نمی کند (به صورتی که در تمارض دیده می شود).

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

• برای فرد و خانواده اش شرح دهید که :

۱- علایم نورولوژیک یا جسمانی اغلب علت واضحی ندارند. چنین علایمی در صورت وقوع استرس می توانند بروز کنند.

۲- علایم معمولاً به سرعت از میان رفته و صدمه دایمی برجای نمی گذارند.

نکات مهم در گفتگو با فرد و خانواده

۱- وجود مشکلات و استرس های اخیر را یادآور شوید. اما الزامی نیست که بیمار این استرس ها را به علایم جسمانی مربوط سازد.

۲- فرد را تشویق به بهبودی کنید. مواظب باشید که علایم بیمار را تقویت ننموده، آن را مستحکم نکنید.

۳- توصیه کنید وی اندکی استراحت کند تا از استرس التیام یابد و سپس تا حد امکان فعال باشد.

۴- او را از استراحت طولانی یا کناره گیری از فعالیت های 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 مزمن تر که علایم افسردگی وجود دارند، داروهای ضد افسردگی موثر می باشند.

مشاوره با متخصص و ارجاع

۱- گرچه علایم ممکن است علت روان شناختی داشته باشند، اما امکان ظهور عوارض جسمانی ثانویه مانند تغییر شکل به دنبال فلج عضلانی وجود دارد.

۲- در صورتی که علایم 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. در اکثر مواقع این احساس در صورت رسیدگی به موقع و دریافت مداخلات مشاوره گروهی که پس از بلایا توسط تیم حمایت روانی-اجتماعی در منطقه ارایه

دریافت این مداخلات افسردگی آنان تخفیف نیافته است. این امر ممکن است ناشی از روند خود بیماری افسردگی باشد که منجر به احساس نا امیدی به درمان و عدم شرکت در گروه های مشاوره ای می شود و یا به علت وجود یک اختلال افسردگی با پیشینه قبلی و نیازمند درمان های دارویی و غیردارویی انفرادی باشد. با توجه به درصد بالای احتمال خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی به خوبی روشن است که تمرکز بر روی شناسایی و درمان اختلالات روانپزشکی به ویژه افسردگی سهم مهمی در پیشگیری از خودکشی دارد. همان طور که مستحضرید و برطبق آمار ارایه شده فوق افراد مبتلا به افسردگی به دلایل مختلف از جمله شکایات جسمی، تشدید بیماری طبی زمینه ای، عدم پذیرش درمان های طبی قبلی به پزشکان عمومی ممکن است مراجعه نمایند. در چنین مواردی شناسایی و درمان زودرس افسردگی می تواند مانع از پیشرفت آن گردد.

برنامه پیشگیری از خودکشی:

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

افراد در جریان بلایا در معرض استرس های مضاعفی قرار می گیرند که مقابله یا سازگاری با آنها نیاز به توان بالایی دارد. بنابراین انتظار داریم به طور معمول خودکشی پس از بلایا افزایش پیدا کند. لاجرم افرادی بیشتر در معرض این پدیده قرار می گیرند که به طور معمول نیز خودکشی بیشتر در آنان دیده می شود مثلاً افرادی که دچار افسردگی اساسی شده اند. به دنبال ارایه مداخلات روانی-اجتماعی پس از زلزله بم آمار خودکشی های منجر به مرگ افزایشی را نشان



می شود بهبود می یابد. این مساله در مداخلات روانی-اجتماعی بعد از زلزله بم مشاهده شد، به طوری که سایکوپاتولوژی عمومی با اقدامات انجام یافته به صورت معناداری کاهش یافت و با این که به طور معمول پس از بلایا انتظار داریم خودکشی در میان افراد آسیب دیده به خصوص افراد با زمینه قبلی بیماری افزایش یابد ولی خوشبختانه میزان موارد مرگ به علت خودکشی نیز نسبت به سال پیش از زلزله افزایش معنا داری نداشته است. ولی درپاره ای از موارد یا افراد به دلایل مختلف این خدمات را دریافت نمی کنند و یا اینکه علی رغم

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.

به طور معمول خودکشی پس از بلایا افزایش پیدا می‌کند. بدنبال آرایه مداخلات روانی- اجتماعی پس از زلزله بم آمار خودکشی‌های منجر به مرگ افزایشی را نشان نداد. برنامه پیشگیری از خودکشی پس از حوادث غیرمترقبه و بلایا با هدف شناسایی و درمان به موقع افسردگی در افرادی است که به علت قرارگیری در معرض استرس فاجعه مستعد اقدام به خودکشی می‌باشند.

بررسی‌ها نشان داده است که میزان بروز خودکشی در مردان و زنان ایرانی به طور کلی ۶/۲ درصد هزار نفر است. البته اقدام به خودکشی طبق تعریف حالتی است که اقدام فرد منجر به مرگ نشده است و در غالب نقاط دنیا، ۱۰ تا ۲۰ برابر خودکشی منجر به مرگ دیده می‌شود. میانگین سنی افرادی که در ایران خودکشی می‌کنند ۲۹ سال است. بنابراین هر سال ۱۲۰۰۰۰ سال عمر مفید در ایران بدنبال خودکشی از بین می‌رود. نتایج مطالعات اولیه گویای آن است که در بیش از ۹۰ درصد خودکشی‌ها اختلالات روانپزشکی مطرح بوده است و افسردگی به عنوان بزرگترین عامل خطر برای رفتار خودکشی در نوجوانان در نظر گرفته می‌شود. پژوهشی در سوئد نشان داده است که آموزش پزشکان عمومی در زمینه تشخیص و درمان افسردگی، میزان بروز خودکشی را در جامعه کاهش می‌دهد و این روند تا دو سال ادامه دارد. در مطالعه‌ای در شهر بابک 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 شده‌اند. براساس این داده‌ها طرح پیشگیری از خودکشی با اهداف کلی فراهم آوردن خدمات بهداشت روان قابل دستیابی برای افرادی که قصد اقدام به خودکشی داشته یا اقدام نموده‌اند و کاهش موارد اقدام به خودکشی و کاهش مرگ و میر ناشی از آن، در سال ۷۸ تهیه شد و در سال ۸۱-۸۰ به صورت پیش طرح موفقیت آمیزی در ۴ شهر (ایلام، اسلام‌آباد غرب، ساوجبلاغ و کاشان) انجام شد و در حال حاضر این طرح در ۱۰ دانشگاه علوم پزشکی در حال اجرا می‌باشد. 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 روستایی در رابطه با این برنامه شامل:

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

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

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

ضمیمه ۱



با اشتغال ذهنی به مشکلاتشان نیز شایع است.
- بیقراری یا کندی روانی حرکتی (Psychomotor retardation).
- احساس خستگی یا بی انرژی بودن که از شکایات بسیار شایع می باشد (حدود ۹۷ درصد بیماران).
- تغییر اشتها به صورت بی اشتهایی 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 علایم فوق در بیمار موجب رنج قابل ملاحظه ای می شوند و یا عملکرد شغلی، اجتماعی یا سایر حیطه های مهم عملکرد بیمار دچار اختلال می شود.

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

سایر علایم نباتی اختلال افسردگی عبارتند از: قاعدگی نامنظم و کاهش علاقه و عملکرد جنسی به طوری که گاه مشکلات جنسی به علت افسردگی می باشند و بالین گر 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 علایم افسردگی یا طول مدت با افسردگی عمده تفاوت دارند. در اختلال افسردگی جزئی (Minor depressive disorder) طول مدت علایم افسردگی مانند افسردگی عمده، حداقل دو هفته می باشد، اما تعداد علایم کمتر از تعداد لازم برای تشخیص اختلال افسردگی عمده می باشد. در اختلال افسردگی کوتاه راجعه (Recurrent brief depressive disorder) طول مدت

افسردگی و پیشگیری از خودکشی

تشخیص افسردگی:

مهم ترین نکته در تشخیص بیماری برقراری رابطه درمانی خوب با بیمار، هشیار بودن در خصوص علایم و نشانه های بیماری و پرسش در مورد آن ها می باشد.

علایم افسردگی :

- خلق افسرده یا لذت نبردن و بی علاقی نسبت به همه یا اغلب فعالیت ها، از علایم کلیدی افسردگی هستند.

اما باید توجه داشت که حدود ۵۰ درصد بیماران احساس افسردگی را انکار می کنند و خانواده یا همراهان به دلیل گوشه گیری و کاهش عملکرد و فعالیت آن ها را برای درمان می آورند یا وادار به مراجعه می کنند.

- اختلالات خواب به صورت بی خوابی یا پر خوابی : حدود ۸۰ درصد بیماران از مشکلات خواب شکایت دارند. که به ویژه بی خوابی انتهایی (Terminal insomnia) یا زود بیدار شدن صبحگاهی می باشد. بیدار شدن های مکرر در طول شب

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

افسردگی در کودکان و نوجوانان:

در کودکان ترس از مدرسه (School phobia) و چسبندگی زیاد به والدین می تواند از علائم افسردگی باشد. در سنین قبل از بلوغ دوره ی افسردگی عمده می تواند با شکایات 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 توانند از علائم افسردگی باشند.

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

افسردگی در سالمندان:

افسردگی در افراد مسن بسیار 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

- ازدست دادن همسر

- بیماری جسمی همزمان

- انزوای اجتماعی

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

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

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

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

۳. شدید: ممکن است با یا بدون علائم روان پریشانه باشد.

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

- شدید با علائم روان پریشانه: توهم ها یا هذیان ها وجود دارند.

خودکشی:

حدود ۲/۳ بیماران افسرده به خودکشی فکر

ضمیمه ۱



می کنند و ۱۵-۱۰ درصد افراد مبتلا به افسردگی خودکشی می کنند (Commit suicide). بیمارانی که به دلیل افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی اخیر بستری شده اند در مقایسه با بیمارانی که بستری نشده اند، ریسک بالایی برای خودکشی منجر به مرگ در طول عمر خود دارند. درباره ریسک فاکتورهای شناخته شده خودکشی سوال کنید. معمولاً پرسش درباره افکار خودکشی برای پزشکان سخت می باشد. می توان بسته به شرایط سوال را از حاشیه دورتری آغاز کرد. همیشه افکار خودکشی بیمار را جدی بگیرید و اقدامات لازم را انجام دهید، با وجود این افکار، مهم ترین ریسک فاکتورهای اقدام به خودکشی میزان افسردگی بیمار و وجود نقشه مشخصی برای خودکشی می باشد. از دیگر عوامل مهم پیش بینی کننده عبارتند از: آسیب اخیر به خود و یا سابقه آسیب، ناامیدی، علائم روان پریشی (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.

* چنان چه ارجاع سریع میسر نباشد، باید بیمار تحت مراقبت و حفاظت جدی و درمان مناسب قرار گیرد تا در اولین فرصت ممکن به روان پزشک ارجاع داده شود.

* چنان چه بیمار در ریسک پایینی از خودکشی قرار داد و در حدی نیست که نیاز به ارجاع باشد داروی مناسب و ویژگی های متعدد، با اقدامات حفاظتی و حمایتی لازم باید منظور شود. در این موارد:

۱- از دارویی با کمترین خطر بیش مصرف استفاده شود.

۲- دارو در کمترین حد ممکن و تا ویژگی بعد

- ۳- 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 جهت مراقبت های 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 ای نداشته و در حال

به بیمار استفاده ننمایید. فرصت دهید بیمار تا حد امکان، خود مسایلش را بیان نماید. مثلاً برای پرسیدن اختلال خواب بجای سوال: «آیا صبح‌ها زودتر از خواب بیدار می‌شوید؟» یا «آیا بد خواب هستید؟» از سوال «آیا در خوابتان آشفتگی دارید؟» و اگر جواب بلی بود، نحوه آن پرسیده شود.

* به بیمار فرصت صحبت کردن، درمورد رویدادهای زندگی و استرس بیمار، مسایل خانوادگی، شغلی، اجتماعی و به ویژه درمورد فقدانهایی که در اثر حادثه اخیر با آن روبه‌رو شده است بدهید.

* شدت تمایل به خودکشی را ارزیابی نمایید. در اولین سطح، شخص فقط آرزوی مردن را بیان می‌کند. در دومین سطح، شخص واقعا می‌خواهد بمیرد. در سطح سوم، بیمار برای اقدام به خودکشی برنامه دارد و ممکن است ابزار و مواد کشنده‌ای 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 رنج‌ها و ناراحتیهای خودش حرف بزند. بیمار را حمایت کنید برای انصراف بیمار از خودکشی، جملات کلیشه‌ای 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 زندگی‌اش را برای خود و دیگران دریابد. برای مثال، فرزندان وی تا چه حد به او نیاز دارند.

* روی موقتی بودن احساس غیرقابل‌تحملی که دارد، تأکید کنید. به خصوص اگر در گذشته دوره‌هایی مشابهی داشته که بهبود نسبی پیدا کرده



حاضر ندارد.

۸- امکان دسترسی سریع بیمار به پزشک معالجش پیش‌بینی و فراهم شود.

اقدامات درمانی:

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

* توجه نمایید هرگز از سوالات القاکننده علایم

ضمیمه ۱

- 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 نمایید.
 - * سعی کنید ارتباط خوب و انسانی با بیمار برقرار نمایید و از الفا قدرت، زور و ارزش اخلاقی خود به بیمار خودداری نمایید.
 - * هرگز به بیمار قول و اطمینان بی خود ندهید، هرگز برای تلقین هم که شده به بیمار دروغ نگویید.
 - * بعضی از پزشکان از کلمات علمی و غیرعلمی گوناگون برای توجیه علائم بیماری به بیمار استفاده می نمایند. هرگز درمورد بیماران خود به این روش ها 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 یا ناشی از عوامل آن بیماری باشد.
 - * افسردگی همراه سایر بیماری ها، نیاز به درمان مناسب، شامل تصحیح علل اولیه و درمان دارویی دارند.
 - * محور تیروئید (شامل بررسی و سنجش سطح سرمی تیروکسین و TSH) و محور آدرنال را (در صورت لزوم) بررسی نمایید.
 - * کودکان و سالمندان افسرده را از نظر قلبی به طور کامل بررسی و کنترل نمایید.
 - درمان دارویی:**
نکات زیر را در مورد درمان دارویی مدنظر داشته باشید:
- در صورتی که بیمار در گذشته به یک دارو خوب پاسخ داده، مجدداً داروی فوق را استفاده کنید.
 - در صورتی که 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 صورتی که خطر خودکشی وجود دارد، از تجویز سه حلقه ای ها اجتناب کرده دارو را صرفاً برای چند روز تجویز کنید.
 - در صورتی که بیمار مضطرب بوده یا به خواب نمی رود، از داروهایی استفاده کنید که اثر تسکین دهنده بیشتری دارند.
 - تا رسیدن به سطح موثر دارو را افزایش دهید. (به عنوان مثال ایمی پرامین به میزان ۲۵ تا ۵۰ میلی گرم هر شب شروع و در طی ۱۰ روز به میزان ۱۵۰-۱۰۰ میلی گرم برسد)
 - در صورتی که بیمار مسن بوده یا بیماری جسمی دارد، مقادیر کمتر دارو استفاده شود.
 - به بیمار توضیح 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 ۶-۴ 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)



می‌رسد درمان نامناسب دریافت می نمایند.

ارجاع فوری تمام بیماران افسرده با افکار خودکشی

- نکاتی که در موارد ارجاع باید رعایت کرد:
- الف - در تمام موارد ارجاع به طور مشروح تشخیص ، علت و اقدامات درمانی خود را ذکر نمایید.
 - ب - 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.
 - ج - زمان و مکان ارجاع را به گونه‌ای تنظیم نمایید که بیمار دچار سردرگمی نشود.
 - د - حتی الامکان سوابق درمانی و پاراکلینیکی بیمار ضمیمه فرم ارجاع گردد.

- 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 اژیتاسیون شدید همراه با افسردگی
- ۷- احتمال دو قطبی بودن افسردگی و امکان شیفت به دوره مانیا
- ۸- تمام بیماران تحت درمان جهت تایید 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

ضمیمه ۱

برای بیمار باعث جلوگیری از سردگمی بیمار افسرده بین علایم خود، داروها، پزشکان متعدد و ... خواهد گردید. که در نتیجه از بسیاری خسارات مالی و اجتماعی، از افت کارایی بیمار گرفته تا خسارات مربوط به انبار شدن داروهای بلامصرف در منازل و موارد دیگر جلوگیری خواهد شد.

پیشگیری:

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

پیشگیری دوم: درمان به موقع، صحیح و علمی متمرکز بر بیمار

پیشگیری 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 کارایی شغلی تلاش های قانونی جهت حمایت و بازگرداندن به کار و حرفه و جلوگیری از تائیسر منافی بیمار بر سایر افراد زندگی خود.

ه - 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 - ارایه 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 نمایید. 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



ضمیمه ۲

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 می یابد. و لاهو در مطالعه خود نشان داد که هرچه افراد به مرکز تخریب نزدیکتر باشند افزایش مصرف مواد در آن ها بالاتر خواهد بود. هم چنین این گروه به این نتیجه رسیدند که افزایش مصرف مواد یکی از مشکلات مهم بلافاصله بعد از بلایاست که عمدتاً به صورت هم ابتدایی با اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی دیده می شود. درن و همکارانش در مطالعه ای که پس از واقعه ۱۱ سپتامبر انجام دادند، گزارش کردند که بعد از این واقعه، از یک طرف دسترسی به مواد سخت تر و از طرف دیگر کیفیت مواد بدتر شده بود.

مصرف مواد مخدر به ویژه تریاک در بعضی از نقاط کشور خصوصاً جنوب شرقی ایران به صورت سنتی رایج تر است. ممکن است در چند ساعت یا روز اول حادثه مشکل خاصی متوجه این افراد نباشد، اما به تدریج و بسته به ماده مصرفی هر یک از مجروحان یا بازماندگان حادثه، علایم ترک ظاهر می شود. این



پروتکل درمان بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد در حوادث غیرمترقبه

پروتکل درمان بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد در حوادث غیرمترقبه تعداد کل وابستگان مواد افیونی در برخی مطالعات یک میلیون و دویست هزار نفر تخمین زده شده است. به نظر می رسد میزان وابستگان در حال حاضر از این عدد بیشتر باشد. در منطقه ای که با یکی از بلایای طبیعی همچون سیل، زلزله، ... مواجه شده است، تعدادی از آسیب دیدگان مبتلا به سوءمصرف مواد هستند. تاکنون پژوهش های

ضمیمه ۲

وابستگی به مواد افیونی:

معیارهای تشخیصی وابستگی به مواد افیونی طبق طبقه بندی 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، 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 کوشش های ناموفق برای ترک یا کنترل مصرف.
- صرف زمان زیادی در فعالیت های لازم برای تهیه، مصرف یا بهبود آثار ناشی از ماده.
- قطع یا کاهش فعالیت های 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
- اشک ریزش یا آبریزش بینی
- اتساع مردمک، سیخ شدن موها و تعریق
- اسهال
- خمیازه
- تب
- بی خوابی

علائم مسمومیت با مواد افیونی:

مهم است که پرسنل درمانی علائم کلی مسمومیت با مواد افیونی را بدانند. توجه به این نکته اهمیت



مساله علاوه بر استرس مضاعفی که بر فرد وارد می کند، به دلیل برانگیختگی و کاهش آستانه تحمل فرد را تحریک پذیر کرده و ممکن است در مسیر امداد رسانی مشکلاتی ایجاد کند.

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

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 تننور اپیوم (TO) اشاره نمود. در حال حاضر درمان نگه دارنده به کمک متادون و بوپرنورفین امکان پذیر 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 چهارساعت به قله می‌رسد، دوم آنکه نیمه عمر آن طولانی و حدود ۲۵ ساعت است و دست آخر و از همه مهم تر آنکه شاخص درمانی متادون اندک است. یعنی فاصله بین سطوح درمانی و سمی دارو در خون کم است.



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 کما
- 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 مسوول 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

ضمیمه ۲

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

نیمه عمر متادون در بار اول مصرف، نسبت به نیمه عمر دارو در مصرف مداوم آن کوتاهتر است، چرا که مقادیر قابل توجهی از دوز اولیه در بافت های بدن پخش می‌شود. به دنبال مصرف خوراکی سطح خونی متادون در چهار ساعت اول بالا رفته و سپس شروع به کاهش می‌کند. نیمه عمر به دنبال مصرف بار اول ۱۲ تا ۱۸ ساعت و به طور متوسط ۱۵ ساعت است. در PH ادرازی برابر ۷ مقادیر بسیار اندک متادون

تداخل های دارویی
داروهایی که باعث القا یا مهار فعالیت آنزیمهای P 450 و خصوصاً CYP3A4 می‌شوند، می‌توانند با سوخت و ساز متادون تداخل کنند.
داروهایی که می‌توانند باعث مهار آنزیم CYP3A4 شوند (یعنی ممکن است سطح خونی متادون را بالا ببرند):

- فلوکستین، فلووکسامین، سرترالین (SSRIs)
- ونلافاکسین و نفازودون (SNRIs)

- داروهای ضد قارچ مانند کلوتریمازول و کتوکونازول
- داروهای درمان ویروس نقص ایمنی/ایدز مانند: زیدوودین و ریتانوویر
- هورمون ها مانند پروژسترون، اتینیل استرادیول، دگزامتازون و تستوسترون
- داروهای مسدود کننده کانال کلسیم مانند نیفدیپین، وراپامیل و دیلتیازم

از طریق کلیه‌ها دفع می‌شوند. در PH اسیدی (یعنی PH کمتر از ۶) دفع کلیوی تا ۳۰ درصد افزایش می‌یابد. اگر ادرازی 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 ادرازی بر میزان دفع متادون داده شوند.
بارداری
دفع کلیوی متادون در زمان بارداری افزایش یافته



• آنتی بیوتیک‌هایی نظیر اریترومايسين و کلاریترومایسین
 • سایر: کینیدین، میدازولام، دیازپام، سیکلوسپورین، وین‌بلاستین، بروموکریپتین، سایمتدین، لیدوکائین و آفلا‌توکسین B
القائنده‌های آنزیم CYP3A4 (یعنی داروهای)
که ممکن است سطح خونی متادون را کاهش دهند):

• داروهای ضد صرع مانند فنوباریتال، فنی‌توئین، پریمیدون و کاربامازپین (البته والپروات سدیم و بنزودیازپین‌ها باعث کاهش سطح خونی متادون نمی‌شوند)
 • داروهای ضد سل نظیر ریفامپین و ریفابوئین
 • گلوکوکورتیکوئیدها

هیچ یک از داروهای فوق نباید در دوره القای متادون آغاز شوند. در صورتی که 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 مهارکننده بر متابولیسم متادون دارند عبارتند از: آلپورینول، پروپوکسی‌فن، کلرامفنیکل، سیپروفلوکساسین، دی‌سولفیرام، ایزونیازید و اتوکسازین.
 الکل و سیگار هم اثر القائنده (افزاینده) سوخت و ساز متادون دارند یعنی سطح خونی متادون را کاهش می‌دهند.

تقریباً تمام مرگ‌های ناشی از متادون در حضور سایر داروهای تضعیف‌کننده سیستم مرکزی عصبی به وقوع می‌پیوندد. بیمارانی که به این مواد وابسته بوده یا همراه متادون آن‌ها را مصرف

می‌کنند، در خطر بالاتر مسمومیت با متادون قرار دارند. موارد زیر را باید موکداً به بیماران تذکر داد:
 • هرچند بنزودیازپین‌ها خود معمولاً باعث دپرسیون تنفسی نمی‌شوند، اما در حضور متادون می‌توانند خطر آنرا افزایش دهند.
 • الکل تضعیف‌کننده دستگاه عصبی مرکزی است و می‌تواند موجب دپرسیون تنفسی و مرگ شود. در حضور متادون خطر دپرسیون تنفسی افزایش می‌یابد.

• داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای در دوزهای بالا می‌توانند باعث دپرسیون تنفسی و ادم ریوی شوند. مصرف همزمان این داروها با متادون می‌تواند خطر مسمومیت را بالا ببرد. بیمارانی که داروهای سه حلقه‌ای دریافت می‌کنند می‌بایست از لحاظ خودکشی مورد بررسی دقیق‌تری قرار گیرند. در حین درمان نیز باید علائم احتمالی مسمومیت با دقت بیشتری مرور شوند.

موارد منع مصرف:

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

موارد احتیاط در تجویز متادون:

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

ضمیمه ۲

عوارض متادون:

عوارض متادون مشابه سایر مواد افیونی است:

- وابستگی فیزیولوژیک
- تهوع و استفراغ
- سرگیجه، احساس سبکی در سر
- تعریق شبانه و منگی
- تغییر در عادت ماهیانه (اغلب سوء مصرف کنندگان مواد افیونی در این زمینه اختلال نشان می دهند که با متادون بهبود می یابد)
- کاهش اشتها در اوایل مصرف (معمولاً به سرعت مرتفع می شود)
- دپرسیون تنفسی (به خصوص در حضور سایر مواد تضعیف کننده دستگاه عصبی)
- گزارش های موردی: افت فشار خون، ادم، کولاپس

در هنگام درمان، بیماران نسبت به اکثر این عوارض تحمل پیدا می کنند. اما متادون از جهاتی با سایر مواد افیونی تفاوت دارد: نیمه عمر طولانی تری دارد، مدت اثر آن در افراد مختلف متفاوت است، میزان انتشار آن در بافت ها بیشتر است و به دنبال مصرف مداوم در بدن تجمع پیدا می کند.

مسمومیت با متادون:

- مسمومیت با متادون مانند مسمومیت با سایر مواد افیونی است: خواب آلودگی، کما، دپرسیون تنفسی و تنگی مردمکها (مردمک ته سنجاقی).
- تفاوت متادون با سایر مواد افیونی در فارماکوکینتیک آن است: فاصله زمانی طولانی تر بین مصرف و حداکثر اثر، نیمه عمر طولانی و در نتیجه تجمع در بدن.
- تداخل با سایر داروهای تضعیف کننده دستگاه عصبی باعث تشدید اثر رخوت زایی و خواب آوری متادون می شود.
- بیشترین خطر مسمومیت و مرگ در ده روز

اول رخ می دهد. در این زمان بیمار بیش از هر وقت دیگری به مصرف سایر مواد مانند الکل و بنزودیازپین ها و یا مواد افیونی (مانند تریاک و هروئین) همراه متادون می پردازد.

علائم مسمومیت با متادون

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

مسمومیت با متادون یک اورژانس پزشکی است و اقدام فوری را طلب می کند. مسمومیت می تواند به حالات زیر منجر شود:

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

- دپرسیون تنفسی و هیپوکسی
- مرگ

تنظیم دوز درمانی و ارایه متادون به بیماران

• قرص های حاوی متادون می بایست کوبیده شده و سپس به صورت محلول در آب به بیمار ارایه شوند.

• چنان چه قرار است بیمار به تشخیص پزشک متادون مصرفی را به منزل ببرد، حتی الامکان بهتر است پودر به صورت حل شده در آب به وی ارایه شود. در هر صورت ارایه دارو به صورت قرص مجاز نیست.

- دوره القا (induction) و پایدارسازی (stabilization)

- در بیماران وابسته به هروئین دوز شروع متادون ۱۵ تا ۳۰ میلی گرم در روز اول است.
- در بیماران وابسته به تریاک، مقادیر کمتر (اغلب ۲۰ میلی گرم) برای شروع مناسب است.

می‌دهند، در خطر بالای مسمومیت قرار دارند. مصرف همزمان الکل و بنزودیازپین ها 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 غیر قانونی به موازات درمان شود.

• افزایش دوز بیش از حد مورد نیاز باعث خواب‌آلودگی و سایر عوارض مصرف بیش از حد می‌گردد.

• دوز بهینه متادون که برای افراد متفاوت است، دوزی است که در آن علائم ترک مشهود نمی‌باشند، نشنگی ناشی از مواد کوتاه اثر مانند هروئین رخ نمی‌دهد، و ولع مصرف مواد و عوارض مسمومیت به حداقل می‌رسد، ضمن آنکه علائم خواب‌آلودگی نیز رخ نمی‌دهد.

• دو مرحله فوق (القبا 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 بوده‌اند.

• 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 نگاه داشته شود، زیرا نیمه عمر متادون حدوداً ۲۵ ساعت است و طی سه روز اول سطح خونی به ۸۷/۵ درصد وضعیت پایدار^(۱) خواهد رسید.

• پس از سه روز با توجه به وضعیت بالینی می‌توان دوز را افزایش داد.

• بهتر است درمان با دوز کم شروع گردیده و مقدار مورد نیاز به تدریج بالا برده شود^(۲).

• بدون ویزیت پزشک، نباید افزایش دوز صورت گیرد.

• بیمارانی که علاوه بر مصرف متادون به مصرف مواد غیر قانونی همانند تریاک یا هروئین ادامه

1 - Steady State

2 - Start Low, Go Slow

ضمیمه ۲

عوامل فوق ممکن است نیازمند سال ها درمان نگهدارنده باشد.

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

طبیعی است که در هنگام وقایعی هم چون زلزله و سیل و ... فرصت چندانی برای درمان های غیر دارویی انفرادی یا تخصصی وجود ندارد. بهتر است در این حالت، بیماران را تشویق به تشکیل گروه های خودیاری نمود. این گروه ها فاقد درمانگر بوده و بیماران تحت درمان آن را اداره می کنند و مسوولیت هماهنگی جلسات از نظر زمان و مکان و موضوعات مورد بحث با خود بیماران است. معمولاً یکی از افراد به عنوان فرد مسوول گروه انتخاب می شود و مسوولیت جلسات را به عهده می گیرد. روش کار این گروه ها معمولاً بر اساس مقابله و پذیرش حقایق با تاکید بر صراحت و صداقت می باشد. اکثر صاحب نظران معتقدند

– دوره نگهدارنده (Maintenance)

- با اتمام پایدارسازی بیماران وارد مرحله نگهدارنده می شوند.
- در این مرحله، قاعدهً بایستی بیمار از مصرف مواد مخدر تقریباً به طور کامل عاری شده باشد، از نظر جسمی و تجربه علائم ترک و خماری در شرایط مطلوب بوده و وسوسه جهت مصرف در حداقل ممکن باشد.
- به دنبال پایدارسازی ممکن است هر چند وقت یک بار نیاز به افزایش دوز متادون باشد که معمولاً لزومی به افزایش بیش از یک بار در ماه نیست.
- یکی از علل شایع افزایش دوز ایجاد تحمل است.
- افزایش دوز در دوره نگهدارنده 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



این گروه‌ها مفید می‌باشند، اگرچه تحقیق علمی و کنترل‌شده‌ای در این زمینه وجود ندارد. به نظر می‌رسد مهم‌ترین جنبه‌ی گروه‌های خودیاری ارایه‌ی حمایت‌های اجتماعی است. نیز می‌توان این افراد را در جهت ارایه‌ی مداخلات تخصصی مشاوره‌ی گروهی به تیم‌گروهی به تیم حمایت‌روانی - اجتماعی ارجاع داد.



ضمیمه ۳

توصیه هایی در پیشگیری از فرسودگی شغلی

فرسودگی شغلی در امدادگران

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

- برنامه ریزی و آماده سازی دقیق جهت ارایه خدمات به آسیب دیدگان
- اکتفا نمودن به مواردی که می توان از عهده آن برآمد
- کنترل افکار و عواطف

- تمرکز بر روی کار
- گفتگو با دیگران
- استراحت منظم
- مصرف غذای سالم و ورزش
- تمجید از خود به دلیل کسب موفقیت های کوچک و درعین حال توجه به فروتنی
- تعیین و مشخص نمودن مسوولیت ها به صورت روشن و واضح
- حمایت و پشتیبانی کردن از یکدیگر
- برگزاری جلسات منظم گروهی
- انجام وظایف به شکل چرخشی
- منظم نمودن ساعات استراحت و مرخصی منظم
- کسب مهارت های جدید درخصوص موضوع

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- عربگل فریبا. سوگ در کودکان و نگرشهای رایج پیرامون آن. خبر نامه انجمن روانپزشکی کودک ونوجوان ۱۳۸۲. شماره ۲ و ۳. صفحه ۱۳ - ۱۸.
 - ۴- کتابچه راهنمای مدیریت بحران. دفتر منطقه ای یونیسیف خاورمیانه و شمال افریقا - آتل دیگروف - رونه استولند، مرکز روانشناسی بحران نروژ
 - ۵- یاسمی، م ت و همکاران. بهداشت روانی در جریان بلاهای طبیعی - کتابچه آموزشی متخصصین. تهران: انتشارات کمیته کاهش اثرات بلاهای طبیعی ۷۹-۱۳۷۸
- 6- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Community- based psychological support.
 - 7- Torres A & Oosterling F (1992) helping the helpers. How Red Cross- Red Crescent youth leaders can better support volunteers, Institute Henry- Duntant, Geneva.
 - 8- DeWolfe D, Helping children cope with a traumatic event, American Red Cross.
 - 9- Kaplan & Sadock's, Human Development Through the Life Cycle, Synopsis of Psychiatry, 9th edition 2002.
 - 10- Continuity based psychological support training Red cross red crescent
 - 11- Disaster Mental Health .nebraska.edu/curriculum/Mod1-psychological support draft.
 - 12- Bisson J. , Tavakoly B., "TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process", The British Journal of Psychiatry (2010) 196: 69-74

منابع

- 13- IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial support in Emergency settings. Geneva: Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). Available at: http://www.humanitarianinfo.org/iasc/mentalhealth_psychosocial_support
- 14- Marit Sijbrandij, Miranda Olf, and et all. "Emotional or educational debriefing after psychological trauma" Randomized controlled trial; The British Journal of Psychiatry (2006) 189: 150-155
- 15- Roberts NP, Kitchiner NJ, and et all. "Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder." 2009; available in PUBMED
- 16- Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. "Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)". The British Journal of Psychiatry (2006); 189: 150-155.
- 17- Sadock B.J., Sadock V.A., "Comprehensive Textbook of psychiatry", NINTH EDITION, V :III - P:2615 - 2625
- 18 - Zeev Kaplan, Iulian Iancu, and Ehud Bodner, "A Review of Psychological Debriefing After Extreme Stress". PSYCHIATRIC SERVICES (2001) Vol. 52 No. 6
- 19 - 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
- 20 - "Psychological First Aid: how you can support well-being in disaster victims". For more information see www.usuhs.mil/csts/
- 21 - "Giving Bad News". (2002) , page 7-9. Available at: Medical Oncology Communication Skills Training Learning Modules