

مقدمه:

در واقع بیماریهای روانی پس از سانحه، نظیر جراحات چند گانه، فرد را مورد تهاجم قرار میدهند. هرچند پژوهشهای انجام شده در رابطه با اختلالات روانی متعاقب بلایا در ایران اندک هستند، نتایج آنها دورنمایی از آسیبهای شایع و نیازهای بازماندگان به ما میدهند. در پژوهش دژکام و همکاران در رابطه با اختلالات روانی در بین بازماندگان زلزله رودبار در سال ۱۳۶۹، افراد مورد مطالعه مبتلا به افسردگی اساسی بودند که از این میان ۳۸٪ از افسردگی شدید رنج میبردند. در پژوهش کرمی در سال ۱۳۷۳ که پس از ۳ سال بر روی کودکان منطقه زلزله زده رودبار انجام شد، میزان اختلالات رفتاری در بین کودکان ۶۰٪ برآورد شد که در حدود ۲/۵ برابر گروه شاهد بود. در بررسی به عمل آمده در زلزله بم نیز ۸۲٪ بزرگسالان و ۸۴٪ کودکان از مشکلات روانشناختی رنج میبردند. براین اساس بدیهی است ضرورت پرداختن به مداخلات حمایتی در زمینه سلامت روان مطرح می باشد.

پژوهشها نشان می دهد که یکسال پس از زلزله، بالغین سه برابر و کودکان دو برابر بیشتر از جمعیت آسیب ندیده از اختلالات روانی رنج برده، نیازهای روانی - اجتماعی آنها مورد غفلت واقع شده است. همچنین در این پژوهشها مشخص گردید که امدادگران نیز در زمینه چگونگی حمایت روانی - اجتماعی از آسیب دیدگان، نیاز به آموزش دارند.

هرگاه یک حادثه رخ می دهد مخاطرات دیگری از جمله اپیدمی بیماریهای جسمی، قطع راه های ارتباطی، امکان انتقال اطلاعات نامعتبر، افزایش سطح تنش در جامعه، احتمال افزایش تراکم جمعیت در محل ارائه خدمات، افزایش احتمال مصرف مواد در بین بازماندگان، احتمال افزایش بروز اختلالات روانپزشکی در منطقه به دنبال وقوع حادثه، کمبود خدمات بهداشتی و درمانی و روانپزشکی و احتمال آسیب پذیری روانی گروه های امدادگر به دنبال دارد

با توجه به موارد فوق مداخلات روانی اجتماعی کارشناس سلامت روان در شرایط انتشار ویروس کرونا با هدف "پیشگیری از آسیب های روانی به بازماندگان حادثه و تیمهای امدادی" جهت اجرا ابلاغ می گردد.

واکنش های روانی به دنبال بحران

انسان ها در رویارویی با بلایا و حوادث واکنش هایی را از خود بروز می دهند. آگاهی از این واکنش ها کمک می کند تا عکس العمل های روانی آسیب دیدگان را بشناسید و نحوه برخورد با آنان را دریابید. این علایم واکنشی طبیعی به یک حادثه کاملا غیر طبیعی است و به معنی وجود بیماری روانی در آنها نیست و در بسیاری از موارد در طول زمان تخفیف می یابد و از بین میرود.

این واکنش ها را می توان به ۵ مرحله تقسیم کرد:

- ۱-مرحله تماس یا ضربه: در چند دقیقه پس از حادثه بروز می کند. طی این دقایق افراد دچار وحشت و یا بهت زدگی می شوند و قدرت انجام هیچ کاری را ندارند. غالبا گذرا و کوتاه مدت است و در اکثر موارد قبل از رسیدن نیروهای کمکی پایان می یابد. باقی ماندن در این مرحله، نیازمند مداخله فوری است.
- ۲-رحله واکنش یا قهرمان گرایی: در ساعات اولیه حادثه بروز می کند. افراد بازمانده تا قبل از رسیدن نیروهای کمکی بسیاری از کارها را خودشان انجام می دهند. نکته مهم این است که تحریک پذیری افراد در این مرحله بسیار بالاست و در عین حال درجات بالایی از گذشت و فداکاری را از خود نشان می دهند. مسئله دیگر نیاز به ایجاد هماهنگی و رهبری با هدف افزایش تأثیر فعالیت های داوطلبانه است.

- ۳-مرحله امیدواری و فراموشی غم: یک هفته تا چند ماه پس از حادثه بروزی می کند و همزمان با رسیدن نیروهای کمکی افراد امیدوار شده و به یک حالت آرامش نسبی می رسند. توزیع کمک ها در پیدایش تعادل روانی، کاهش اختلالات شدید عاطفی، حس خشم و انتقام جویی موثر هستند.

۴-مرحله مواجهه با واقعیت: ۲ الی ۳ ماه پس از وقوع حادثه بروز می کند. یعنی زمانی که اکثر نیروهای امداد از منطقه خارج می شوند و افراد تازه متوجه وسعت خسارات می شوند. در این مرحله بازماندگان نیازمند حمایت‌های روانی بیشتری هستند. چرا که مجدداً روحیه خود را از دست می دهند، افسرده و مضطرب می گردند و احساس تنهایی شدیدی می کنند. ایجاد روحیه امید و اعتماد و دقت در توزیع عادلانه هر گونه امکانات در این مرحله از اهمیت بسیاری برخوردار است.

۵-مرحله تجدید سازمان: ۶ماه تا یک سال پس از وقوع حادثه بروز می کند و افراد آسیب دیده شروع به بازسازی روانی و بازسازی زندگی خود می کنند. افراد به این نتیجه می رسند که بازسازی زندگی با اتکا بر توانایی های خود آن ها امکان پذیر است. هدف نهائی رسیدن هرچه سریع تر بازماندگان به این مرحله می باشد.

گروه های آسیب پذیر در حادثه

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

کمکهای اولیه روانشناختی در موقعیت های بحرانی

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

بایدها

- ✚ به افراد کمک کنید تا نیازهای پایه و اولیه خود مانند غذا، خدمات پزشکی را تامین کنند. اطلاعات درست و آسانی به افراد درمورد چگونگی رفع این نیازها بدهید (فراهم کردن امنیت و حمایت).
- ✚ به افرادی که تمایل دارند درمورد حادثه اتفاق افتاده و احساساتشان با شما صحبت کنند، گوش دهید (فراهم کردن آسودگی و آرامش).
- ✚ با افراد مهربان و دوستانه رفتار کنید، حتی اگر که آنها شما را نپذیرند (فراهم کردن آسودگی).
- ✚ اطلاعات درست و دقیقی درمورد حادثه و آسیب اقداماتی که درحال انجام است ارائه دهید. این کار می تواند به دیگران کمک کند که شرایط را بهتر بفهمند (کمک به آسودگی).
- ✚ به افراد کمک کنید تا با دوستان و آشنایانشان ارتباط برقرار کنند (ارتباط با دیگران).

نبایدها

- ✚ به افراد اطمینان بی مورد ندهید مثلاً نگوئید "همه چیز خوب خواهد شد" و یا "حداقل شما زنده ماندید". بیان این جملات سبب کاهش آرامش افراد می گردد.

ردیف	واکنش	علائم و نشانه ها	بایدها	نبایدها
۱	طبیعی	<ul style="list-style-type: none"> • لرزش • تنشن عضلانی • تعریق • تهوع • اسهال خفیف • تپش قلب • اضطراب 	<ul style="list-style-type: none"> • اطمینان بدهید • گروههای مشابهی را تشکیل دهید • انگیزه بدهید • با آنها صحبت کنید • به افراد در رسیدن به آرامش کمک کنید 	<ul style="list-style-type: none"> • خشم خود را نشان ندهید • بیش از حد همدردی نکنید
۲	هراس (واکنش فرار)	<ul style="list-style-type: none"> • تلاش برای فرار کردن • ازدست دادن قضاوت • گریه‌های غیرقابل کنترل 	<ul style="list-style-type: none"> • تلاش کنید تا با مهربانی فرد به ثبات و آرامش برسد • دیگران را تشویق کنید که صحبت کنند • در صورت لزوم کمک کنید تا فرد را ایزوله کنید • از محدودیتهای خودتان آگاه باشید • نوشیدنی گرمی به فرد بدهید تا آنرا بخورد 	<ul style="list-style-type: none"> • از مهارت‌های خشن کمک بگیرید • با افراد برخورد فیزیکی نکنید • به روی آنها آب نپاشید. • از مواد خواب‌آور استفاده نکنید
۳	افسردگی	<ul style="list-style-type: none"> • فقدان ابراز هیجانات • ایستادن و یا نشستن بدون حرکت کردن یا صحبت کردن 	<ul style="list-style-type: none"> • به سرعت کنترل را بدست آورید • راپورت امنی با فرد برقرار کنید • به نیازهای پایه فرد توجه کنید: غذا- آب و.. • همدلی کنید • شرایطی را فراهم کنید که آنها در مورد اتفاق پیش‌آمده با شما صحبت کنند • احساس خشم را در خود و افراد شناسایی کنید 	<ul style="list-style-type: none"> • به آنها نگویند که خسته شده‌اند و کم آورده‌اند • بیش از حد ترحم و دلسوزی نکنید • آرامبخش و خواب‌آور به آنها ندهید • خشمگین رفتار نکنید
۴	بیش‌فعال شدن	<ul style="list-style-type: none"> • جدال کننده و بحث کننده • صحبت کردن با سرعت زیاد • جک گفتن نامناسب • مطرح کردن پیشنهادات زیاد و متعدد • افزایش فعالیتها 	<ul style="list-style-type: none"> • به افراد اجازه دهید در مورد آن صحبت کنند • فرد را وادار به انجام فعالیتهای بی خطر کنید. • به نیازهای پایه و اولیه فرد توجه کنید • خشم و احساس ناکافی ذر فرد را نظارت کنید 	<ul style="list-style-type: none"> • خواب‌آور ندهید • با افراد بحث و مجادله نکنید • به افراد تلقین نکنید که فعالیتهای آنها غیرطبیعی است
۵	واکنشهای تبدیلی(ناشایع هستند)	<ul style="list-style-type: none"> • تهوع و استفراغ شدید • فرد ممکن است فلج شود. 	<ul style="list-style-type: none"> • علاقه و توجه نشان دهید • آنها را در وضعیت راحت و آرامی قرار دهید • جهت پرت کردن حواس فرد، او را مشغول به کاری کنید • از احساسهای خودتان در مورد آنها آگاه باشید(خشم-ناکامی- خنده دار و عجیب) 	<ul style="list-style-type: none"> • آشکارا ناتوانی افراد را نادیده بگیرید • آنها را شرم‌نده نکنید • آنها را مورد تمسخر قرار ندهید. • با دیگران در مورد آنها شوخی نکنید. • به آنها نگویند که چیز اشتباه و نادرستی وجود دارد.

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

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

قولی ندهید که قابل اجرا نیست. قول‌هایی که اجرا نشوند منجر به کاهش امیدواری در فرد می‌شود.

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

مراحل و جلسات گروه‌های حمایت روانی اجتماعی

۱- غربالگری:

اولین قدم در انجام غربالگری برقراری ارتباط با افراد و جلب اعتماد آن‌هاست. باید به خاطر داشت که به دلیل مشکلات محیطی و استرس‌های وارده ممکن است برقراری ارتباط مستلزم وقت و دقت بیشتری باشد. در هر حال، همواره با افرادی مواجه خواهیم شد که از برقراری ارتباط و همکاری سر باز زنند.

طی غربالگری باید در مورد علایمی همچون اختلال در خواب، اشکال در به یادآوردن حادثه، افکار مزاحمی که فرد نمی‌تواند آن‌ها را کنار بزند، علایم بیش‌برانگیزگی و تحریک‌پذیری، و اجتناب شناختی و رفتاری به نحوی که برای افراد قابل درک باشد سؤال گردد و در صورتی که هریک از این علایم در فرد وجود داشته باشد، فرد را می‌توان وارد گروه کرد.

جلسه اول – باز گوئی روانشناختی تعدیل شده و افکار مزاحم

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

اهداف جلسه: بازگوئی روان‌شناختی، یادگیری تکنیک‌های کنترل افکار و تصاویر مزاحم، تمرین تکنیک‌ها در خانه

ب- باز گوئی روانشناختی تعدیل شده:

از فرد می‌خواهیم فاجعه را آن‌طور که مشاهده و حس نموده بیان نماید. ابتدا شروع آن را چگونه احساس کرده‌اند، متعاقب آن چه اتفاقاتی افتاده و در طی آن زمان چه وضعیت و احساسی داشته، معمولاً افراد راغب خواهند بود که از مسائل دیگری همچون نحوه اطلاع یافتن از فوت، آسیب‌دیدگی و یا سلامت بیماران، نحوه دسترسی به اطلاعات مورد نیاز و نیز مشکلاتی که با آن روبرو بوده‌اند صحبت کنند.

ج- کار بر روی افکار مزاحم:

✓ ابتدا با کمک خود فرد شروع به ساختن لیستی از حوادث آسیب‌زا نموده، و از او می‌خواهیم تا موارد ذکر شده را روی تخته سفید بنویسد. لزومی ندارد که وارد جزئیات تجربیات فرد شویم فقط لیستی از عوامل آسیب‌زا در حیطه‌های مختلف حسی (بینایی، بویایی، شنیداری و ...)، اماکن، وضعیت‌های مختلف تهیه کنید.

✓ **عادی سازی واکنش:** پس از تهیه لیست با استفاده از کمک خود فرد در جهت عادی سازی واکنش‌ها و کمک برای کنترل افکار مزاحم اقدام می‌کنیم: “هنگامی که با چیزی مواجه می‌شویم که ما را به یاد حادثه می‌اندازد، ممکن است احساس کنیم که حادثه دوباره دارد تکرار می‌شود. حتی اگر مطمئن باشید که چنین چیزی ممکن نیست، این احساس ترسناک خواهد بود، بنابراین سعی می‌کنید با آن محرک روبرو نشوید، در موردش صحبت نکنید و حتی به آن فکر نکنید. چنین حالتی برای تعداد زیادی از افرادی که با این قبیل مشکلات روبرو می‌شوند اتفاق می‌افتد، این اصلاً بدان معنا نیست که فرد روانی یا دیوانه شده است.”

✓ **استفاده از تکنیک‌ها:** باید آموزش تکنیک‌هایی را آغاز کنیم که با استفاده از آن‌ها می‌توان افکار را کنترل نمود: “گاهی حتی اگر سعی در سرکوب خاطرات و افکار داشته باشیم باز هم به سراغ ما می‌آیند، مخصوصاً وقتی با یادآوری‌کننده‌ها مواجه می‌شویم. اما می‌توانیم روش‌هایی را یاد بگیریم که به کمک آن‌ها این افکار را کنترل کنیم.”

۱- ایجاد فضای امن:

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

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

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

۲- تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی

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

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

- **تکنیک دست و فاصله:** از فرد می‌خواهیم در کف دست ما تصویر مزاحم خود را تصور نموده و ببینند، سپس به آرامی دستان را دور و دورتر می‌کنیم، به این ترتیب تصویر کوچک و کوچکتر شده و نهایتاً محو می‌گردد.

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

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

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

- **تکنیک اعمال توجه دوگانه :** از تکنیک های پردازش مجدد و حس زدایی حرکت چشم مشتق می شود و کانون توجه روی تصویر سازی ذهنی آزار دهنده می باشد. در این روش هر فرد هماهنگ با ریتمی که هر گروه می سازد و درحالی که تصویر آزاردهنده را در ذهن نگه می دارد ضربه ای به زانوی خود می زند. نباید از فرد کاری غیر از توجه به تغییراتی که همزمان برای تصویر ذهنی او رخ می دهد ، خواسته شود. در ابتدا سه سری ضربه به فاصله ۳۰ ثانیه زده می شود. سری چهارم زمانی زده می شود که به فرد گفته شود که تصویر را به تدریج از ذهن خارج کند.سری پنجم و آخرین دسته زمانی زده میشود که به فرد گفته شود تا یک صحنه خوشایند را در ذهن خود تصور کنند سپس از گروه خواسته می شود تا از کار خود نتیجه گیری کند و احتمالاً تمام این مراحل دوباره تمرین می شود.

۳- تکنیک های شنیداری، بویایی و حرکتی:

هرچند که تصاویر رایج ترین نوع پدیده های مزاحم هستند، افراد پدیده های مزاحم دیگری را نیز گزارش می کنند.

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

- برای مقابله با بوهای آزاردهنده، بهترین روش جایگزینی با بوی خوشایند عطر و گیاهان است. اگر چنین چیزی همراه نداشته باشیم به سادگی می توانیم از تصور بوی خوشایند استفاده کنیم. از فرد می خواهیم پس از تصور این بوی ناخوشایند، آن را بصورت دودی ببیند که از هم متلاشی می گردد، یا این که تماماً وارد بادکنکی می گردد. سپس از ماده خوشبو استفاده نماید، یا این که تصور کند درب یک بطری را که حاوی ماده معطری است باز نموده و آن را می بوید.

۴- انحراف ذهن:

یکی از تکنیک های مقابله با افکار و تصاویر مزاحم، استفاده از روش های انحراف ذهن است.

تکالیف منزل: از فرد می خواهیم موارد زیر را تمرین کنند: فضای امن ، یک یا چند تکنیک تصویرسازی ذهنی ، صحبت با دیگران در مورد رؤیاهای

جلسه دوم: برانگیختگی

به دنبال تجربه حوادث آسیب زا فرد ممکن است برانگیختگی روانی رو به افزایشی را از خود نشان دهند، به این ترتیب عصبی، بی قرار و دلواپس خواهند بود و به راحتی وحشت زده می شوند. همچنین تحریک پذیر شده و اشکال در تمرکز خواهند داشت، اختلالات خواب نیز با تأثیر منفی روی عملکرد، به این مسئله دامن خواهد زد. به دلیل تأثیر منفی برانگیختگی شدید بر روی زندگی افراد و نقش آن در تقویت دیگر علائم، مداخله در مورد این علامت ضروری است.

اهداف جلسه: مرور تکالیف جلسه قبل ، مفهوم برانگیختگی ، کنترل نگرانی و آموزش آرام سازی، برنامه ریزی، کنترل خواب، مرور جلسه و تکالیف

معرفی موضوع کار:

طی این جلسه فرد باید ارتباط بین آسیب های وارده و بیش برانگیختگی و حواس فیزیکی را درک کنند و بتوانند تأثیرات ناشی از آسیب ها را شرح دهد:

«امروز می‌خواهیم در مورد واکنش‌های بدن در موقعیت‌های ترسناک یا یادآوری این موقعیت‌ها را بررسی کنیم، بطور مثال عصبی شدن هنگام بسته‌شدن در با صدای بلند. آیا می‌توانید مثال‌هایی از این قبیل بیابید؟»

باز باید پرسیم آیا تاکنون آنقدر ترسیده‌اند که فکر کنید کنترل خود را از دست داده‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، باید اطمینان بدهیم که چنین چیزی غیر ممکن است، و این حالت صرفاً واکنش به استرس بوده است. در عین حال باید اعتراف کرد که این حس بسیار ترسناک است.

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

آرام‌سازی عضلانی: آموزش آرام‌سازی باید در ابتدا به صورت مستقیم و بدون واسطه باشد، توصیه می‌شود با توجه به شرایط خاص افراد، در مداخلات پس از بحران حتی‌الامکان از روش‌های ساده‌تر آرام‌سازی استفاده گردد. به نحوی که افراد به راحتی بتوانند آن را فرا بگیرند. یک نمونه از آن را در زیر آورده ایم:

« بنشینید و خود را در وضعیت راحتی قرار دهید. چشمانتان را ببندید و سعی کنید به چیزی فکر نکنید. عضلات خود را به ترتیب به شدت منقبض و سپس رها کنید. می‌توانید از دست شروع کنید و مشت‌هایتان را بفشارید و دست‌هایتان را به جلو کشیده و عضلات بازو و ساعد خود را منقبض کنید. پس از چند ثانیه مشت‌تان را باز کنید و دست‌هایتان را آرام پائین بیاورید و روی پایتان رها کنید. زمان بیشتری را به رها سازی عضله اختصاص دهید. مثلاً اگر ۵ ثانیه انقباض عضله طول کشید ۱۵ ثانیه آن عضله را رها کنید. این کار را به ترتیب برای تمام عضلات از جمله، عضلات قفسه سینه، شانه‌ها، کمر و شکم، رانها و ساق پا و کف پا و عضلات صورت و گردن انجام دهید. با هر بار انقباض و رها سازی عضله چند بار نفس عمیق بکشید و کلمه آرامش را در ذهن خود تکرار کنید. برای اینکه تنفس منظمی داشته باشید باید ریه‌های خود را با سه شماره و در سه مرحله پر و خالی کنید. در ابتدا ممکن است احساس بهتری پیدا نکنید، نگران نباشید اگر برای اینکار آموزش ببینید و چند بار تمرین کنید کم کم مهارت پیدا خواهید کرد.»

پس از آموزش مهارت، تأکید می‌کنیم که برای بهتر شدن کار همانند هر مهارت دیگری نیازمند تمرین هستیم. نکته بسیار مهمی که نباید از آن غافل شویم، احتمال هجوم افکار و تصاویر مزاحم در زمانی است که فرد برای تمرین آرام‌سازی تمرکز می‌کند. **کنترل تنفس:** اصولاً تنفس دیافراگمی در کمک به آرام‌سازی مفید بوده، و در مواردی که افراد نگران و آشفته هستند، می‌تواند مانع تنفس زیاد شود. به افراد آموزش می‌دهیم که آرام و شمرده نفس بکشند و طی تمرین آرام‌سازی، به هنگام انقباض ماهیچه‌ای تنفس خود را حبس نکنند.

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

گفتگوی درونی مثبت: یکی از تکنیک‌هایی است که در کنترل برانگیختگی و احساس بدنی متعاقب آن مؤثر است. فرد باید بتواند ارتباط بین فکر و احساس بدنی‌اش را پیدا کند. افکار محرک را شناسایی نموده و افکار مثبت را جایگزین نماید. لیست افکار جایگزین را تعیین کنید. می‌توانیم با مثال‌هایی شروع کنیم: “من از پس این مشکل برمی‌آیم.”، “می‌توانم خودم را کنترل کنم.”، “اتفاق بدی نخواهد افتاد.” و غیره. از افراد می‌خواهیم آن‌ها را جایگزین افکار منفی همانند: “دوباره حالم دارد بد می‌شود.”، “از کنترل من خارج است.” و غیره بنمایند.

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

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

سایر توصیه‌های مناسب عبارتند از: اجتناب از مصرف کافئین و نیکوتین در ساعات عصر و شب ، دعا و نماز قبل از خواب (با توجه به زمینه اعتقادی فرد) ،استفاده از موسیقی ملایم یا صدام کم رادیو جهت کاستن افکار آزار دهنده

شرکت در برنامه های تفریحی: به دنبال بروز حادثه، بسیاری از افراد به غلط خود را از پرداختن به فعالیت‌های دلپذیر خود محروم می‌نمایند، این درحالی است که ادامه فعالیت‌های مورد علاقه، حتی در موقعیت‌های مصیبت‌بار امکان وجود جنبه‌های عادی زندگی را فراهم نموده و در افراد امید به آینده را ترغیب می‌کند. چنین فعالیت‌هایی ایجاد احساس خودباوری نموده ، ارتباط با هم‌تایان را بهبود می‌بخشد و از طرف دیگر می‌تواند به بهبود خواب شبانه کمک کند. لیست فعالیت‌های سرگرم کننده باید تهیه گردد، و هیچ پیشنهادی از سوی فرد نباید نادیده انگاشته شود. سپس به فرد کمک می‌کنیم فعالیت‌ها را به گونه‌ای زمان‌بندی کند که انجام آن‌ها به سادگی میسر باشد. در جلسه بعد به بررسی فعالیت‌هایی که فرد طی هفته انجام داده است می‌پردازیم.

تکلیف منزل: ترکیب تنفس دیافراگمی و آرام‌سازی عضلانی،تهیه ثبت فعالیت‌های سرگرم کننده

جلسه سوم: اجتناب

اجتناب اعم از اجتناب شناختی یا رفتاری از علایم شایع اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد. اجتناب شناختی به مفهوم تلاش برای فکرنکردن و به خاطر نیاوردن وقایع آزاردهنده و اجتناب رفتاری به مفهوم کناره‌گیری از عوامل یادآورنده حوادث آسیب‌زا و آزاردهنده می‌باشد. به دنبال اجتناب دو مشکل عمده برای فرد به وجود می‌آید: اول، ممکن است محدودیت‌هایی در عملکرد فرد به وجود بیاید، دوم اینکه هرچند اجتناب سبب می‌گردد موقتاً به آرامش خیال برسد، از آن‌جا که مانع از پردازش صحیح اطلاعات می‌گردد، در درازمدت فرد را دچار مشکل خواهد کرد و به سیکل معیوبی از افزایش افکار آزاردهنده که اجتناب را سبب می‌شوند می‌انجامد. هدف کار در جلسه سوم، شکستن این دور باطل است.

اهداف جلسه: مرور تکالیف منزل، آموزش مفهوم اجتناب ، آموزش مهارت مواجهه واقعی و تدریجی ، مرور سه جلسه قبل

رویارویی و مواجهه تدریجی:

این قسمت از کار را می‌توان مشکل‌ترین فعالیت شمرد، چرا که فرد به طور عمدی درگیر مواجهه با خاطرات آسیب‌زا و آزاردهنده می‌گردد. هدف از جلسه مواجهه شدید نیست، بلکه می‌خواهیم با آموزش‌های لازم فرد را برای مواجهه خیالی و واقعی که در فرصت‌های بعدی خود انجام می‌دهد آماده سازیم. به دلایل مختلف از قبیل احساس گناه، ترس، عدم اعتماد، ترس از نداشتن گوش شنوا و غیره، ممکن است فرد در شروع به صحبت کردن از خاطرات آسیب‌زا مشکل داشته باشند.

در ابتدا از یادآوری‌کننده‌ها و اجتناب صحبت می‌کنیم، چرا که برای فرد ملموس‌تر است. به دنبال حادثه، باید به فرد آموزش دهیم بین اجتناب انطباقی (مانند اجتناب از رفتن به محلی که احتمال سقوط دیوارش وجود دارد) و اجتناب غیر انطباقی تمایز قائل شوند. در ادامه آموزش مهارت‌های رفع اجتناب غیر انطباقی را از طریق مواجهه تدریجی آغاز می‌کنیم.

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

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

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

۱- مواجهه سبب ترس می‌شود.

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

۳- اجتناب سبب می‌شود ترس برای همیشه باقی بماند.

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

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

درجه‌بندی یادآوری‌کننده‌ها: با استفاده از تخته سفید لیستی از یادآوری‌کننده‌ها تهیه می‌کنیم، طی تهیه لیست سعی می‌کنیم مثال‌هایی از مشکل آفرین‌ترین یادآورنده‌ها بیاوریم (مثل محل حادثه) و تا حد امکان کمک می‌کنیم لیست وسیعی از یادآوری‌کننده‌ها بدست آوریم. این یادآوری‌کننده‌ها می‌تواند به صورت زیر باشد: مکان‌ها و اشیاء (محل حادثه، چادر، آمبولانس)، افراد (امدادگران، افراد زخمی)، موقعیت‌ها (روز خاص هفته، میهمانی)، صداها (جیغ، فریاد، آژیر)، حس‌ها (لرزه، حالت‌های بدنی)، بوها (بوی درد)

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

انجام مواجهه:

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

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

- ۱- ساختن سلسله مراتب ترس
- ۲- انتخاب اولین پله و آمادگی برای مقابله - شروع آرام سازی
- ۳- ماندن در موقعیت ترسناک - تکرار جملات مثبت
- ۴- بازبینی ترس - تکرار تمرین در مورد لزوم
- ۵- پاداش به خود
- ۶- صعود به پله بالاتر

پس از دادن دستورالعمل‌ها بهتر است یک مواجهه خیالی کوتاه را تمرین کنیم. هر فرد پله پائینی خود را انتخاب نموده، پس از آرام‌سازی روی آن قرار بگیرند و تمامی مراحل را انجام دهند. سپس بازخورد فرد را جویا شده و در جهت رفع مشکلات احتمالی به او کمک می‌کنیم.

روشهای دیگری که برای مواجهه با خاطرات آسیب‌زا وجود دارند عبارتند از: نوشتن و صحبت کردن با دیگران.

نگاه به آینده:

جلسه سوم به یک نکته مثبت، یعنی غلبه بر ناامیدی ختم می‌شود: "اکنون به پایان جلسه آخرمان رسیدیم. طی جلسات قبل در مورد وقایع گذشته سخن گفتیم، حالا می‌خواهیم وقتمان را صرف فکرکردن به آینده کنیم." و بحث را با سؤالات مختلف شروع می‌کنیم:

"چه امیدی دارند؟ در مورد شهرشان؟ خانواده‌شان؟ پنج سال بعد را چطور می‌بینند؟"

تکلیف منزل: هر فرد باید به تمرین مواجهه تدریجی بپردازد. در ضمن از روش‌های دیگر نوشتاری یا گفتگو استفاده کند.

فرایند سوگ

سوگ عبارتست از مجموعه افکار، احساسات و واکنش‌هایی که فرد در مواجهه با یک فقدان بروز می‌دهد. چرخه‌ای که فرد برای پذیرش فقدان طی می‌کند چرخه سوگ نام دارد.

فرایند ی که یک فرد سوگوار ممکن است طی کند عبارت است از:

- انکار فقدان: در این مرحله فرد وقوع حادثه و یا از دست دادن نزدیکان یا عزیزان خود را باور نمی‌کند.
- درک فقدان: فرد کم‌کم به این نتیجه می‌رسد که عزیزش را از دست داده بنا براین احساسات خود را بروز می‌دهد.
- احساس ترک شدن و اضطراب: فرد احساس می‌کند که تنها مانده و کسی را ندارد و اضطراب زیادی در مورد آینده پیدا می‌کند.
- ناامیدی: گریه کردن، مشکل در تصمیم‌گیری، احساس ناآرامی، بی‌خوابی، از دست دادن اشتها، تحریک پذیری، فراموش کاری و از دست دادن کنترل خود.
- خشم: عصبانیت فرد نسبت به خود و اطرافیان و حتی گلایه و شکایت از خدا
- بی‌قراری و گریه: فرد بیش از حد گریه می‌کند و دائماً عزیز از دست رفته خود را بیاد می‌آورد.
- احساس گناه: فرد شدیداً احساس گناه می‌کند و خود را بخاطر اتفاقی که افتاده مقصر می‌داند.
- احساس تهی بودن: احساس پوچی و بیهودگی.

- افسردگی شدید: فرد نا امید است و حتی ممکن است خودکشی کند.
- مرحله باز سازی: در صورت حل شدن سوگ و گذشتن از این مراحل فرد قادر خواهد بود زندگی عادی خود را از سر گیرد .
- گردد.

هنگامی که فرد قادر نباشد فرآیند طبیعی سوگ را طی نماید و دچار احساسات دوگانه و تعارض آمیز گردد، سوگ عارضه دار به وجود می آید.

واکنش در برابر مرگ

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

در بزرگسالان، به دنبال فقدان، به طور طبیعی انتظار گذر از چند مرحله پیاپی سوگ را داریم که شامل افکار، خشم، چانه زدن، افسردگی و پذیرش فقدان است. مرگ های دلخراش، مرگ تروماتیک خوانده می شوند. در این گونه موارد، واکنش های سوگ ممکن است بسیار شدید بوده، و حتی با علایمی از اختلال استرس پس از سانحه همراه باشد، مثلاً افراد از کابوس شبانه رنج ببرند. افزایش اضطراب و گوش بزدگی مفرط در مواردی که افراد شاهد مرگ دلخراش بوده اند، چندان ناشایع نیست.

اقدامات غیر دارویی سوگ طبیعی:

بدون شک به دنبال حادثه، افراد با فقدان های متعددی مواجه می گردند. به طور طبیعی واکنش سوگ تا دو ماه به طول می انجامد و انتظار می رود طی این دوره فرد به تدریج بر عملکرد اولیه خود بازگردد. یکی از شروط بازگشت به زندگی نرمال، گذر صحیح از مراحل مختلف واکنش سوگ است، بنابراین تسهیل سوگواری در مراحل ابتدایی پس از حادثه، از بروز واکنش های سوگ عارضه دار در مراحل بعدی جلوگیری خواهد نمود. در اولین روزهای پس از بحران، تشویق بازماندگان به حضور در مراسم سوگواری، تشکیل مراسم سوگواری به کمک روحانیون و معتمدین مردم از اقدامات اولیه است. در ضمن با توجه به اعتقادات و سنن محلی، برگزاری مراسم در زمان های خاص (از قبیل روز چهلم - سالگرد) می تواند کمک کننده باشد.

در حین روند سوگواری، باید به روش های مختلف به فرد بازمانده کمک کرد تا مرگ عزیزان خود را بپذیرد و با واقعیت کنار بیاید. مهمترین اصل، که در بسیاری موارد با نیت کمک به فرد بازمانده نادیده انگاشته می شود ارائه اطلاعات صحیح به فرد بازمانده است. در صورتی که اطلاعاتی در مورد وضعیت سلامت عزیزان فرد داریم، باید آن را به فرد منتقل کنیم. به دنبال حادثه، مشاهده می شود که کادر درمان با هدف آرامش بخشیدن به فرد بازمانده، در برابر سؤال وی در مورد وضعیت عزیزی که فوت نموده است به دروغ در مورد زنده بودن و سلامت فرد اطمینان دهی می شود، و این در حالی است که چنین رویکردی فرد را برای سوگ عارضه دار و سایر اختلالات محتمل به دنبال حادثه مستعدتر می سازد. در مواردی که اطلاعی نداریم باید حتماً به فرد واقعیت عدم وجود اطلاعات دقیق را منتقل کنیم و به وی اطمینان دهیم که هرگونه اطلاعات جدیدی را در اختیارش خواهیم گذاشت.

برخلاف تصور عموم، حضور فرد داغ دیده در محل فاجعه باعث تشدید مشکلات وی نخواهد گردید، بلکه به کنار آمدن با واقعیت کمک خواهد کرد. تشویق افراد به ترک محل فاجعه مداخله صحیحی نیست، و باید توجه داشته باشیم که به نوعی تشویق افراد به اقدام به "رفتارهای اجتنابی" محسوب می گردد. ممانعت از بازگویی خاطرات مربوط به متوفی، صحبت در مورد مرگ و ابراز هیجانات ناشی از تأثر فرد از فاجعه و مرگ عزیزان نیز هرگز نباید تشویق شود.

درمان های دارویی در اختلالات شایع به دنبال حوادث :

قدم اول: شناسایی افراد با اختلالات شدید و نیاز مند به درمان دارویی

قدم بعدی : اطمینان بخشی به بیمار و توضیح دادن علت تجویز دارو به بیمار

دستورات دارویی به زبان ساده و با کشیدن جدول برای بیمار توضیح داده شود

مداخله دارویی در سوگ:

در موارد شک به افسردگی ماژور شامل:

- ۱- وجود سابقه ای از ابتلاء به افسردگی
 - ۲- مختل شدن علائم حیاتی (خواب و اشتها)
 - ۳- افکار خودکشی یا دیگر کشی
 - ۴- احساس گناه نامتناسب
- در درمان علائم بی قراری ناشی از سوگ حتی الامکان "بنزودیازپین" تجویز نشود. به دلیل اختلال در ثبت خاطرات و فراموشی پیش گستر بهتر است از آنتی هیستامین ها یا آنتی سایکوتیک ها استفاده نشود.
- رفع اختلالات خواب ناشی از سوگ :

ابتدا آموزش Relaxation و بهداشت خواب ، سپس استفاده کوتاه مدت از دارو ها مؤثر می باشد.

با توجه به ماهیت واگیردار بیماری کرونا تاکید می گردد کلیه

مداخلات به صورت انفرادی انجام گیرد