مراقبت روانی اجتماعی در بحران

مراقبت از سلامت روانی خود

دستورالعمل‌هایی برای:
مددکاران اجتماعی
و
نیروهای امدادگر

ترجمه: دکتر حمید سوری

سال ۱۳۸۶

بسم الله الرحمن الرحیم

مراقبت روانی اجتماعی در بحران

مراقبت از سلامت روانی خود

دستورالعمل‌هایی برای:
مددکاران اجتماعی
و
نیروهای امدادگر

مترجم:

دکتر حمید سوری، دانشیار اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تقدیر و تشکر

این مستند یکی از قسمت‌های مجموعه‌ای است که با همکاری واحد بهداشت روان دفتر آسیای جنوب شرقی سازمان بهداشت جهانی و بخش سلامت روان و سوءمصرف مواد مخدر، دفتر مرکزی سازمان بهداشت جهانی، به‌منظور کمک به جوامع آسیب‌دیده از سونامی برای کنار آمدن با آن تهیه شده است.

از زحمات دکترها Nimesh Desai، Dhanesh Gupta، Ram Avtar Singh، Abhilash Malik، Geeta Baro، Rajesh Pandav، و آقای Anil Kumar برای تهیه پیش‌نویس اولیه مستند صمیمانه تشکر می‌شود.

از نظرات دکترها Mark van Ommeren، Benedetto Saraceno، Shekhar Saxena (که پیش‌نویس اول مستند خود را در Sri Lanka و Maldives آزمودند.) Satish Malik، Bela Shah، Anne Germain و Sridhar Sharma بسیار قدردانی و تشکر می‌شود.

برای اطلاعات بیشتر با این آدرس تماس بگیرید: دکتر Vijay Chandra، مشاور منطقه‌ای، سلامت روان، سازمان بهداشت جهانی
WHO /SEARO
(chandrav@whosea.org)

سازمان بهداشت جهانی ۲۰۰۵©

این مستند از انتشارات رسمی سازمان بهداشت جهانی (سازمان بهداشت جهانی) نیست و تمام حقوق آن برای سازمان محفوظ است. البته مطالعه، خلاصه‌برداری، تکثیر و ترجمه تمام یا قسمتی از آن به‌شرط اینکه به‌منظور فروش یا مقاصد تجاری نباشد، بلااشکال است.
تمام نظراتی که در این مستند آورده شده است صرفاً بیانگر نظرات نویسندگان نامبرده است و با مسئولیت خودشان آورده شده است.

مقدمه مترجم:

رخداد زلزله‌های مهیب بم و پس‌ازآن در مقیاسی خفیف‌تر در زرند کرمان در کشورمان، همچنین سونامی مهیب جنوب شرقی آسیا در دسامبر ۲۰۰۴ میلادی از بلایای طبیعی مهم در چند سال اخیر بوده است که خاطره تلخ آن‌ها هنوز در ذهن‌ها باقی است. پس از زلزله زرند، دکتر مورتی از کارشناسان ارشد سازمان بهداشت جهانی، پیام تسلیتی برای این‌جانب فرستاد و با آن نسخه انگلیسی نوشته حاضر را همراه کرد. اگرچه این کتاب به دنبال سونامی آسیای جنوب شرقی نوشته و منتشرشده است، لکن مندرجات آن قابل‌تعمیم و استفاده برای تمامی بلایایی است که تلفات جانی زیاد و بازماندگان مصیبت‌دیده فراوانی دارد.

ایران به‌عنوان یکی از مناطق پرخطر در رخداد بلایای طبیعی بخصوص زلزله بوده، و مردم ما هرچند سال شاهد چنین فجایعی هستند. عمق حادثه و سردرگمی‌های اولیه در کمک‌رسانی و اولویت دادن به تأمین نیازهای اولیه زندگی بازماندگان گاه مانع از توجه جدی به مشکلات روحی روانی بازماندگان مصیبت‌دیده می‌شود. فشار روانی شدید ناشی از حادثه گاه به حدی است که در صورت عدم توجه و مراقبت جدی باعث لطمات سخت‌تر و جبران‌ناپذیری می‌شود. مددکاران اجتماعی و نیروهای امدادگر که با این صحنه‌ها مواجه شده‌اند ضرورت پرداختن به‌سلامت روانی بازماندگان را تائید و تأکید می‌کنند.

امروزه نقش اپیدمیولوژی در بلایا و شرایط اضطراری در بسیاری کشورها کاملاً شناخته‌شده و Disaster Epidemiology از شاخه‌های مهم این رشته محسوب می‌شود. ازجمله اهداف مهم این رشته در فوریت‌ها شامل: مشخص کردن مشکلات بهداشتی جمعیت آسیب‌دیده، تعیین عوامل خطرزای مربوطه ، ارزیابی سریع نیازها، تعیین اولویت‌های مربوط به مداخلات، و پایش مراقبت‌ها، و برقراری یک نظام مراقبت سلامت در جامعه است. بنابراین لزوم مشارکت متخصصین این رشته در برنامه‌های پیشگیرانه و پس از بروز این‌گونه حوادث ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است که می‌بایست موردتوجه جدی قرار گیرد.

کتاب حاضر با این منظور تهیه و ترجمه‌شده است تا به‌عنوان دستورالعملی اجرایی برای مددکاران اجتماعی و نیروهای امدادگر در موقع بروز حوادث طبیعی و حتی پاندمی‌ها مورداستفاده قرار گیرد. امید که با توجه جدی‌تر به اقدامات پیشگیرانه، پیامدهای ناشی ازاین‌گونه حوادث در کشور به حداقل ممکن تقلیل یابد و انشا .. دیگر شاهد وقایع تلخ و ناگواری چون زلزله بم نباشیم. کتاب خطاب به مردم سونامی زده نگاشته شده ولی به خاطر جامعیت مفاد آن برای همه بحران‌ها می‌تواند به کار رود.

مترجم کتاب لازم می‌داند از تلاش جناب آقای دکتر محمدرضا محمدی که در ویراستاری واژگان تخصصی این نگاشته قبول زحمت کردند، تشکر و قدردانی نماید.

دکتر حمید سوری زمستان ۱۳۸۵

فهرست مطالب

پیام مدیر منطقه‌ای..... *i*
پیشگفتار ..... *iii*
۱. مقدمه دستورالعمل‌هایی برای مددکاران اجتماعی: ۲
۲- رعایت احترام به فرهنگ محلی در اجرای مداخلات روانی - اجتماعی:..... ٤
۳- حمایت اجتماعی:..... ٥
٤- نیاز به سیستم‌های حمایت روانی - اجتماعی که از محیط خارج وارد می‌شوند: ٦
٥- همکاری بین مؤسسات: ۷
٦- چه کسانی می‌توانند از این کتابچه راهنما استفاده کنند: ۷
۷- هدف این کتابچه راهنما: ۸
۸- اهداف آموزشی:..... ۸
۹- شروع بکار در جامعه:..... ۹
۱۰- طرح *I*: پاسخهای روان‌شناختی در جمعیت مصیبت‌دیده:..... ۹
- واکنش‌های آنی (طی ۲۴ ساعت اول): ۱۰
- روزها تا هفته‌ها بعد از بروز فاجعه: ۱۰
- حدود ۳ هفته بعد از فاجعه: ۱۲
- اختلالات روانی پس از یک فاجعه ۱۲
- اختلال استرسی بعد از حادثه (Post- traumatic stress disorder) ۱۵
۱۱- طرح *II* - مداخلات روانی - اجتماعی برای افراد مصیبت‌زده ١٦
- بایدها و نبایدهای مهم برای مددکاران اجتماعی ۱۸
- مداخلات مربوط به زمان پس از تثبیت حادثه (۳ هفته بعد از حادثه) ۲۰
- برقراری ارتباط مؤثر با افراد متأثر از حادثه ۲۴
I. کمکهای اولیه روحی: ۲۵

II. مشاوره تروما (سانحه): ۲۶
III. مشاوره داغ‌دیدگی ۲۷
V. مشاوره بحران (Crisis Counseling) ۲۹
VI. مشاوره حل مسئله (Problem solving Counseling) ۳۰
۱۲. طرح *III*: مداخلات روانی - اجتماعی برای گروه‌های خاص ۳٤
مراقبت از سلامت روانی خود..... ٤۳
دستورالعمل‌هایی برای نیروهای امدادگر ٤۳
۱. مقدمه..... ٤۳
۲. استرس در امدادگران: چرا به وجود می‌آید؟ ٤٤
۳. علائم هشداردهنده استرس غیرقابل‌کنترل ٤٥
٤. کارهایی که می‌توانید برای خود انجام دهید ٤٦
٥. دیگر اقدامات حمایتی برای مراقبت روانی و هیجانی از امدادگران..... ٥۳
٦. نتیجه‌گیری..... ٥٤
منابع: ٥٥
فرهنگ لغات ٦۰

پیام مدیر منطقه‌ای

۲۶ دسامبر ۲۰۰۴ روزی است که برای همیشه در خاطره‌ها خواهد ماند. این روز برای همیشه یادآور زلزله عظیمی در اقیانوس هند خواهد بود که باعث ایجاد امواج خروشان سونامی شده نواحی ساحلی چندین کشور را با خاک یکسان کرد. متأسفانه، تمام بار این ضایعه بزرگ بر دوش سازمان بهداشت جهانی منطقه آسیای جنوب شرقی بود. در بین اعضای ما، اندونزی، سریلانکا، تایلند، هند و مالدیو بیشترین خسارت را متحمل شدند. میانمار و بنگلادش هم به میزان کمتر آسیب دیدند.

سازمان بهداشت جهانی بلافاصله نسبت به این فاجعه عکس‌العمل نشان داد. در مراحل اولیه این بحران، اولویت ما ارائه توصیه‌های فنی به دولت‌های کشورهای آسیب‌دیده بود تا آن‌ها را برای مقابله با تهدیدات فوری سلامت مردمانشان، یاری کنیم.

با توجه به بزرگی کم‌نظیر فاجعه، هیچ سازمانی نمی‌تواند به‌تنهایی از عهده مسائل آن برآید. سازمان بهداشت جهانی مسئولین سلامت ملی کشورهای آسیب‌دیده را با هماهنگی و همکاری نزدیک دیگر مؤسسات، یاری می‌کند. پیش‌ازاین هیچ‌گاه سازمان‌های سیستم سازمان ملل چنین توانایی را در پاسخ به نیازهای فوری در جریان یک بحران، و به این شکل یکپارچه، حرفه‌ای و سریع نشان نداده‌اند.
ما علاوه بر ارائه حمایت فنی و تکنیکی در زمینه‌های مربوط به‌سلامت، از نیازهای روانی اجتماعی افراد سونامی زده هم آگاه بودیم.

دستورالعمل‌های فنی به‌سرعت در دسترس دولت‌ها قرار گرفت و به‌طور وسیع بین مؤسساتی که در منطقه بحران‌زده مشغول فعالیت بودند، گسترده شد. کاملاً مشخص بود که کوتاهی در بازتوانی روانی اجتماعی، بازتوانی فیزیکی را با مشکل مواجه می‌کند.

ارائه حمایت روانی- اجتماعی برای جوامع دچار سونامی یکی از اجزاء کلیدی راهبرد طولانی‌مدت سازمان برای بازسازی زیرساخت سلامت عمومی آسیب‌دیده، است.

بنده مطمئنم که این کتابچه‌های راهنما برای امدادگرانی که درنهایت باید از مردم آسیب‌دیده از این فاجعه بی‌سابقه، حمایت روانی اجتماعی بکنند، بسیار قابل‌استفاده خواهند بود.

Samlee Plianbangchang, M.D., Dr.P.H
مدیر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی

پیشگفتار

فاجعه سونامی بار بزرگی را بر جوامع تحمیل کرده است، این بار نه‌تنها جنبه‌های جسمانی فاجعه بلکه جنبه‌های روانی اجتماعی آن را نیز شامل می‌شود. باید به این نکته توجه کرد که تمامی و تک‌تک افراد جمعیت آسیب‌دیده تا حدی ازنظر روانی آسیب‌دیده‌اند. بنابراین، ازنظر عددی، افراد آسیب‌دیده ازنظر روانی، به‌اندازه جمعیت ساکن در آن مناطق می‌باشند. لازم است که حمایت‌های روانی اجتماعی در اختیار تمام افراد قرار گیرند، زیرا فشار روانی می‌تواند بازتوانی و بازگشت به زندگی طبیعی را مختل کند.

سیاست سازمان بهداشت جهانی در زمینه سلامت روان/ حمایت اجتماعی روانی از قربانیان، این است که این امر باید مبتنی بر جامعه و متناسب بافرهنگ مردم منطقه باشد. همچنین باید نیازهای گروه‌های خاص همچون کودکان، زن‌ها، سالمندان و غیره در نظر گرفته شوند. سازمان بهداشت جهانی توصیه می‌کند که حمایت روانی اجتماعی از جمعیت آسیب‌دیده توسط امدادگران مبتنی بر جامعه (اهل خود آن جامعه) ارائه شود که نیازهای قربانیان را می‌فهمند و توسط متخصصان روش‌شناسی حمایت روانی اجتماعی، آموزش داده می‌شوند.

نقش سازمان بهداشت جهانی تعیین نیازهای روانی اجتماعی جامعه، تهیه دستورالعمل‌های فنی برای استفاده، حمایت فنی از دولت‌ها، سازمان‌های غیردولتی و دیگر مسئولین درگیر در حمایت روانی اجتماعی است، همچنین آموزش مردم برای به‌کارگیری راهبردهای حمایت روانی اجتماعی، نظارت و ارزشیابی برنامه‌ها هم از دیگر نقش‌های سازمان بهداشت جهانی محسوب می‌شوند. به‌کارگیری عملی دستورالعمل‌های سازمان

بهداشت جهانی در فیلد، می‌تواند توسط امدادگران سطح جامعه، سازمان‌های غیردولتی، گروه‌های کمک به خود و دیگر گروه‌های سازمان ملل و غیره انجام شوند. تمام فعالیت‌ها باید با همکاری وزارت بهداشت و دفتر نمایندگی سازمان بهداشت جهانی انجام شوند.

این سری از کتابچه‌ها توسط گروهی از متخصصان جهت استفاده امدادگران سطح جامعه (خط اول) که عهده‌دار حمایت روانی اجتماعی از آسیب دیدگان هستند،تهیه‌شده است. در این کتابچه‌ها توصیه به گسترش فعالیت‌های حمایتی با در نظر گرفتن نیازهای گروه‌های خاص مانند کودکان، زنان و سالمندان شده است؛ همچنین پیشنهاد شده است که رویکرد حمایتی افراد باید متناسب بافرهنگ مردم آسیب‌دیده باشد.

امید است که آموزش این امدادگران آن‌ها را قادر به ارائه حمایت روانی اجتماعی به تک‌تک افراد جامعه و در سطحی مناسب نماید. بعلاوه امدادگران می‌توانند طرز مراقبت از سلامت روحی و احساسی خود را نیز بیاموزند تا بتوانند استرس ناشی از کار امداد را کنترل کرده، خدمات بهتری به جامعه ارائه کنند.

قسمت اول:

مراقبت از سلامت روانی خود

دستورالعمل‌هایی برای مددکاران اجتماعی

Caring for your own emotional well-being

Guideline for Community-level Workers

۱. مقدمه:

فاجعه سونامی بار عظیمی را نه‌تنها در مقوله صدمات جسمانی بلکه در خصوص صدمات روانی نیز بر جوامع آسیب‌دیده تحمیل نمود. یکی از مشکل‌ترین کارهای پیش روی جوامع مصیبت‌زده و دولت‌های متبوع، کنار آمدن با شرایط نامساعد جسمانی و روانی است. اگرچه افرادی که از این فاجعه آسیب‌دیده‌اند از کمک‌های جنسی و خدمات بهداشتی – درمانی به‌عنوان بخشی از عملیات امدادرسانی بهره‌مند گردیده‌اند، بااین‌حال ، کلیه این افراد به مراقبت‌های مناسب روانی – اجتماعی نیازمندند تا قادر باشند صدمات روانی را بهتر تحمل کنند حمایت روانشناسی باید به‌سرعت پس از مراحل حاد بروز حادثه در دسترس قرار گیرند و تا زمانی که جامعه ازنقطه‌نظر جسمانی و روانی بازتوانی گردد، ادامه یابد.

باید توجه داشت که یکایک افراد جامعه تا حدودی ازنظر روانی تحت تأثیر قرارگرفته‌اند. درنتیجه ازنقطه‌نظر تعداد، بزرگی مسئله استرس روانی نیز به بزرگی همان جمعیت مصیبت‌زده است. بسیار مهم است که مداخلات روانی – اجتماعی در دسترس کلیه افراد جامعه قرار گیرد.

بلافاصله بعد از بروز فاجعه، فوران ناراحتی، امکان احساس غمخواری و یاری رسانیدن به بازماندگان تا حد زیادی وجود دارد. منابع مالی ، نیروهای انسانی و کمک‌های جنسی برای کمک به قربانیان بسیج می‌گردند. هرچند این کمک‌ها جنبه بسیار مثبتی دارند، متأسفانه فاقد استانداردهای حرفه‌ای می‌باشند و غالباً بر این اساس هستند که کاری انجام دادن بهتر از انجام ندادن هیچ کار است. مداخلات روانشناسی که توسط افراد غیر آموزش‌دیده و مددکاران بدون نظارت انجام می‌گیرد حتی می‌تواند مضر نیز باشد.

در دهه‌های اخیر، جامعه بین‌المللی شاهد فجایع و مصائب عظیمی بوده است و باگذشت زمان عکس‌العملی نیز که در برابر این شرایط نشان داده می‌شود، بهتر و مناسب‌تر می‌گردد. علیرغم این پیشرفت‌ها، هیچ فرمول جهانی برای پرداختن به نیازهای تمام جوامع و تمامی انواع بلایا وجود ندارد.

واژه مداخله اجتماعی برای آن دسته از مداخلاتی بکار می‌رود که هدف آن‌ها در ابتدا تأثیر اجتماعی می‌باشند و واژه مداخله روان‌شناختی نیز برای آن دسته از مداخلاتی بکار می‌روند که هدف آن‌ها در ابتدا تأثیرات روان‌شناختی می‌باشند. به‌هرحال آنچه در حوزه روانی – اجتماعی مطرح می‌شود این است که مداخلات اجتماعی اثرات ثانویه روان‌شناختی و مداخلات روان‌شناختی نیز اثرات ثانویه اجتماعی دارند.

واژه مداخلات روانی – اجتماعی که در ارتباط با مدیریت بلایا کاربرد دارد لزوماً به مداخلات فوق تخصصی توسط متخصصین سلامت روانی اطلاق نمی‌گردد. در حقیقت چنانچه مددکاران اجتماعی آموزش کافی دیده باشند و نظارت نیز در این خصوص روی آن‌ها اعمال شود بسیاری از مداخلات اجتماعی – روانی برای مردم مصیبت‌دیده توسط این گروه قابل‌ارائه خواهد بود.

دستورالعمل حاضر ویژه مددکاران اجتماعی[1] تهیه شده است و هدف آن است تا کمکی برای این گروه در ارائه مراقبت‌های روانی – اجتماعی به قربانیان فاجعه سونامی در منطقه آسیای جنوب شرقی سازمان بهداشت جهانی باشد.

[1] - community - level workers (clws)

۲– رعایت احترام به فرهنگ محلی در اجرای مداخلات روانی – اجتماعی:

- در برخورد با نیازهای روانی – اجتماعی یک جامعه باید زیرساخت‌های فرهنگی آن جامعه را نیز در خاطر داشت. تمامی برنامه‌های پیشنهادی باید مناسب و مطابق بافرهنگ عمومی جامعه باشند. روشی که عقاید بومی سلامت روان و بهبود آن‌ها تحت قرار می‌دهد نیازمند درکی عمیق از فرهنگ، و ریشه‌های تاریخ آن دارد که این امر هم از طریق یادگیری و آموزش مداوم و متعهدانه قابل تأمین است.
- داشتن درک کاملی از فرهنگ محلی به ما کمک می‌کند که روش‌های مداخله مناسب و قابل‌اجرا داشته باشیم. فرهنگ یک جامعه می‌تواند به طرق مختلفی روی انتخاب مداخلات تأثیر گذارد:
- ملاحظات مهمی که باید در نظر داشت عبارت‌اند از:
- انتظارات مددجو (برای مثال اشخاصی که با درمانگران محلی سروکار داشته‌اند انتظار دارند کمک فوری در اختیار آنان قرار گیرد).
- طول مدت‌زمان معالجه (که غالباً کوتاه و محدود است و دلیل آن نیز محدودیت دسترسی به مراقبت‌ها است).
- نگرش افراد با مداخلات درمانی (به‌طور مثال ترجیح می‌دهند که دارو دریافت کنند یا اینکه تمایلی به درمان دارویی ندارند).
- مقرون‌به‌صرفه بودن مداخلات
- درگیر شدن خانواده و نگرش آن‌ها به درمان بسیاری از فرهنگ‌ها بیشتر روی خانواده تأکید دارند تا یک فرد خاص.

- رعایت و احترام به دغدغه‌ها، نیازها، منابع، نقاط قوت و حقوق انسانی افراد و خانواده‌هایشان در جوامع، فرهنگ‌ها و ملل بسیار حائز اهمیت است.

۳- حمایت اجتماعی:

- با توجه به برخی مسائل اجتماعی مهم برای قربانیان نیز می‌توان سلامت روانی مصیبت‌زدگان حادثه را بهبود بخشید.
- راه‌کارهایی که می‌توان در این خصوص بکار برد عبارت‌اند از:
- فراهم آوردن اطلاعات آسان و قابل‌دسترسی در خصوص وضعیت اجساد
- ممانعت از تدفین اجساد بدون برگزاری مراسم لازم
- کمک جهت یافتن خانواده افراد خردسال، سالمندان و سایر اقشار آسیب‌پذیر که بی‌سرپناه مانده‌اند.
- تشویق اعضای گروه (امدادگران) به شرکت فعالانه در مراسم سوگواری
- تشویق و حمایت از فعالیت‌های تفریحی برای کودکان ازجمله بازگشایی مدارس
- انتشار منابع اطلاعاتی وسیع، قابل‌فهم و دلسوزانه در مورد واکنش‌های عادی به استرس ،ضربات در سطح وسیعی از جامعه (رهبران مذهبی، معلمان و سایر راهبران اجتماعی را نیز باید فعالانه دخیل نمود)
- تشویق به ازسرگیری فعالیت‌های عادی فرهنگی و مذهبی
- دخیل نمودن بزرگ‌سالان و نوجوانان در فعالیت‌های هدفمند (به‌طور مثال تعمیر خانه، توزیع غذا، فعالیت‌های بهداشتی و ...)

- کمک به افراد بی‌سواد در کامل کردن اسناد رسمی که به‌منظور دریافت حمایت‌ها نیاز دارند.
- توان‌بخشی شغلی برای افرادی که کلیه وسایل معیشتی خود را ازدست‌داده‌اند.
- لطفاً به خاطر بسپارید که جوامع محلی می‌توانند حتی نسبت به لباس و وضعیت ظاهری امدادگران حساسیت نشان دهند، علی‌الخصوص زمانی که این افراد از خارج محیط می‌آیند.

۴– نیاز به نظام‌های حمایت روانی – اجتماعی که از محیط خارج وارد می‌شوند:

- در شرایط عادی در درون زندگی اجتماعی ، نظام‌های حمایت اجتماعی وجود دارند. انواع این سیستم‌ها عبارت‌اند از: اقامه نماز، دعاهای مذهبی، نقش و عملکرد هر یک از اعضای خانواده، همسایگانی که در کنار افراد خانواده می‌نشینند و همدردی می‌کنند و ... بااین‌وجود در شرایطی منحصربه‌فرد نظیر این فاجعه، نه‌تنها باید نیازهای افرادی را که عزیزان ، خانواده و کلیه لوازم معیشتی خود را ازدست‌داده‌اند در نظر داشته باشیم، بلکه باید بدانیم که این افراد کلیه همسایگان و آنچه را که به زندگی آن‌ها مربوط می‌شود را نیز ازدست‌داده‌اند. بهترین کاری که در این شرایط می‌توان انجام داد این است که افرادی را با زمینه فرهنگی یکسان و شرایط همسان از روستاها یا جوامع اطراف پیداکرده و آن‌ها را در کنار یکدیگر قرار دهیم. این افراد قادرند هنجارهای فرهنگی یکدیگر را درک کنند.

۵- همکاری بین مؤسسات:

- در یک جامعه ممکن است افراد مختلف، سازمان‌های غیردولتی (NGOs) یا مؤسساتی وجود داشته باشند که قادر به ارائه مراقبت‌های روانی - اجتماعی باشند. به‌عنوان یک نکته بااهمیت فوق‌العاده باید بدانیم که این سازمان‌ها با هماهنگی هم عمل کنند تا بدین‌وسیله از انجام دوباره‌کاری یا کارهای مشابه جلوگیری به عمل آید و حتی از ارائه اطلاعات ضدونقیض نیز به افراد جامعه خودداری شود. به‌طورکلی، تمام فعالیت‌ها باید با هماهنگی وزارت بهداشت انجام گردد ولی در برخی از کشورها، وزارت رفاه اجتماعی از نقش شاخص‌تری برخوردار است.
- باید به خاطر داشت که اگرچه بسیاری از مداخلات روانی - اجتماعی ، درواقع طبیعتی پزشکی ندارند ولی با تمام این احوال یک مقوله سلامتی به شمار می‌روند. بنابراین نقش وزارت بهداشت در این میان بااهمیت است.

۶- چه کسانی می‌توانند از این کتابچه راهنما استفاده کنند:

مددکاران اجتماعی را می‌توان در هرکدام از طبقه‌بندی‌های زیر قرار داد:

۱- کلیه کارکنان بهداشتی

۲- کلیه کارکنان امداد و نجات

۳- معلمان مدارس، رهبران جوانان و داوطلبان

اساساً تمامی افرادی که در تماس مستقیم و فوری با جوامع مصیبت‌زده قرار دارند مایل به آموزش برای ارائه خدمات روانی -

اجتماعی هستند می‌توانند پس از آموزش مناسب و کافی، از این کتابچه راهنما استفاده نمایند.

۷- هدف این کتابچه راهنما:

۱- حساس کردن مددکاران اجتماعی با جنبه‌های روانی - اجتماعی ناحیه در مردم مصیبت‌زده
۲- آموزش مددکاران برای ارائه مراقبت‌های روانی - اجتماعی بازماندگان
۳- آموزش مددکاران برای شناسایی و ارجاع افرادی که نیاز به مراقبت‌های تخصصی روانی دارند.

۸- اهداف آموزشی:

بعد از طی آموزش‌هایی که در این کتابچه راهنما گنجانده‌شده است. مددکاران اجتماعی باید قادر باشند:
۱- عکس‌العمل‌های مختلف روانی - اجتماعی را در میان جمعیت آسیب‌دیده شناسایی کنند.
۲- حداقل مهارت‌های مشاوره را برای ارائه مراقبت‌های روانی - اجتماعی به آسیب دیدگان لازم است، ارائه نمایند.
۳- افرادی را که نیاز به ارجاع به متخصص دارند شناسایی کنند.
۴- فراگیری روش‌های کمک به گروه‌های خاص نظیر کودکان، زنان و سالمندان
۵- فراگیری روش‌هایی که بتوانند از سلامت روحی خود نیز مراقبت به عمل آورند.

۹- شروع بکار در جامعه:

بعد از آموزش‌های مناسب، زمانی که مددکاران اجتماعی وارد جامعه می‌گردند باید کارهای زیر را انجام دهند:

الف) برقراری ارتباط با رهبران اجتماعی منطقه‌ای که در آن مشغول بکار خواهند شد، معرفی خود و توضیح کاری که باید انجام دهند.

ب) ادغام فعالیت‌های حمایتی روانی - اجتماعی با سایر تلاش‌های امداد، توان‌بخشی و نوتوانی.

ج) تشکیل گروه‌های خاص برای مشاوره‌های گروهی مانند گروه زنان، گروه سالمندان و ...

د) استقرار و برقراری ارتباط با خدمات پشتیبانی پزشکی - روانی منطقه‌ای که در آن مشغول بکار می‌شوند.

۱۰- طرح ا: پاسخ‌های روان‌شناختی در جمعیت مصیبت‌دیده:

بلایای همه‌گیر طیفی از تأثیرات روانی روی جمعیت مصیبت‌زده باقی می‌گذارند: از پاسخ ای گذرا به واقعه در بازماندگان تا مشکلاتی که می‌توانند در تمام طول عمر فرد گریبان گیر وی باشند. نیاز به حمایت روحی اهمیت خطیری دارد زیرا افراد را قادر به آغاز مرحله بهبودی کرده و به آن‌ها کمک می‌کند تا با مصائبی که بر آنان تحمیل‌شده کنار بیایند.

- با توجه به زمانی که از آغاز واقعه می‌گذرد، واکنش‌های روان‌شناختی که در میان قربانیان رخ می‌دهد، متغیر هستند. واکنش‌های روحی که در میان مصیبت‌زدگان رخ می‌دهند شامل موارد زیر می‌باشند:

- واکنش‌های آنی (طی ۲۴ ساعت اول):

۱- تنش، اضطراب، وحشت
۲- ناباوری، گیجی، شوکه شدن، بهت‌زدگی
۳- سرخوشی یا خلق بالا در میان بازماندگان یا افرادی که دچار ضررهای کمتری شده‌اند.
۴- ناآرامی، سردرگمی
۵- بی‌قراری ، گریه واپس‌گرایی (گوشه‌گیری)
۶- احساس گناه در بازمانده

این واکنش‌ها تقریباً در تمامی افراد منطقه آسیب‌دیده مشاهده می‌شود و می‌توان به آن واکنش طبیعی به شرایط غیرطبیعی نیز اطلاق کرد و لزوماً به مداخلات روان‌شناختی خاصی نیز نیاز ندارند.

- روزها تا هفته‌ها بعد از بروز فاجعه:

۱- احساس ترس، هوشیاری بیش‌ازحد (تحریک‌پذیری، خشم، عدم توانایی در بخواب رفتن)
۲- نگرانی و حزن
۳- به یادآوری مکرر خاطرات
۴- گریه کردن، احساس گناه (که شامل احساس گناه در بازماندگان نیز است)
۵- غمگینی
۶- واکنش‌های مثبت ازجمله امیدواری، فکر به آینده، دخیل شدن در امور امداد و نجات
۷- پذیرش واقعه به‌عنوان یکی از امور طبیعی

تمامی این پاسخ‌ها، طبیعی تلقی می‌شوند و ممکن است به مداخلات روانی - اجتماعی اندکی نیاز داشته باشند لزوماً تمامی

پیامدهای روحی یک حادثه طبیعی برای بازماندگان غیر انطباقی (Maladaptive) تلقی نمی‌شوند. اکثریت افراد درگیر در حادثه درجاتی از پاسخ‌های کاملاً سالم و مناسب را به وضعیت موجود نمایش می‌دهند. واکنش‌های انطباقی که معمولاً در افراد و جوامع دیده می‌شوند در جدول زیر خلاصه شده‌اند:

مهارت‌های انطباقی در جمعیت مصیبت‌زده (این الگوها، بسته به فرهنگ افراد، می‌توانند مثبت یا منفی باشند)

مهارت‌های انطباقی مثبت:

- شرکت در فعالیت‌های امداد و نجات
- توانایی در به دست آوردن سریع هوشیاری
- برنامه‌ریزی و قدرت تصمیم‌گیری
- استفاده مناسب از منابع حمایتی
- بیان مناسب احساسات رنج‌آور
- تحمل رفتار نسنجیده بدون واکنش متقابل
- استفاده از قدرت اراده و روش‌های تسکین تنش برای کنار آمدن با اضطراب
- شیوه زندگی فعال

مهارت‌های انطباقی منفی:

- انکار کردن بیش‌ازحد و دوری گزینی
- رفتارهای نسنجیده تکانه‌ای (impulsive)
- وابستگی بیش‌ازحد
- رفتار خشونت‌آمیز
- دوری گزینی از اجتماع
- سوءمصرف الکل یا مواد
- استفاده از آرامش‌بخش‌ها

حدود ۳ هفته بعد از فاجعه:

واکنش‌هایی که قبلاً ذکر شد، ممکن است ادامه یابند و خود را به‌صورت زیر نشان دهند:

۱- ناآرامی

۲- احساس وحشت و ترس

۳- غمگینی شدید، افکار بدبینانه غیرواقعی

۴- کم فعالیتی در محیط بیرون، گوشه‌گیری و کنار کشیدن

۵- اضطراب می‌تواند خود را به‌صورت علائم جسمانی نظیر تپش قلب، سرگیجه، ناآرامی، تهوع، سردرد و .. نشان دهد.

این پاسخ‌ها معمولاً یک اختلال روانی محسوب نمی‌شوند. افرادی که این علائم را نشان می‌دهند علاقه‌مند هستند که مبانی مهارت‌های مداخله‌ای روان‌شناختی را که در طرح II توضیح داده می‌شود. از طریق مددکاران آموزش‌دیده دریافت کنند.

اختلالات روانی پس از یک فاجعه

معمولاً برخی از بازماندگان بلایای طبیعی نیز در طی هفته‌ها تا ماه‌ها پس از بروز سانحه دچار اضمحلال کامل روانی می‌شوند. این اختلالات به‌اختصار در زیر توضیح داده شده است.

- واکنش استرس حاد (Acute stress reaction)

عبارت است از واکنشی که در یک فرد بدون هیچ‌گونه اختلال روانی مشاهده می‌شود و اختصاصاً در پاسخ به حادثه مشاهده می‌گردد و در عرض ساعت‌ها تا روزها نیز فروکش می‌کند. علائم

معمولاً به‌صورت مخلوط و متغیر هستند و شامل وضعیت ابتدایی claze (گیجی و بهت) است که همراه با محدودیت هوشیاری و کاهش توجه است. عدم توانایی در درک محرک و عدم جهت‌یابی نیز شامل این موارد است. این وضعیت خود را به‌صورت کناره‌گیری از اوضاع‌واحوال پیرامون (حتی تا مرحله بی‌هوشی (Stupor) و یا بی‌قراری و فعالیت زیاده از حد نیز نشان می‌دهد.

- سوگ و داغ‌دیدگی

سوگ عبارت است از احساسات و رفتارهایی مانند ناراحتی، ناآرامی، عصبانیت و ... (که معمولاً به دنبال آگاهی یافتن از یک فقدان غیرقابل بازگشت که شامل فقدان از طریق مرگ نیز است ولی لزوماً این‌طور نیست). داغداری (Bereavement) زمانی بکار می‌رود که فقدان به دلیل مرگ باشد. سوگ به دنبال حوادثی است که موجب از دست رفتن عزیزان، خانه، داده‌های باارزش، امکانات معیشتی (زندگی) و ... باشد.

عواملی که روی واکنش سوگ تأثیر می‌گذارند عبارت‌اند از: شخصیت فرد، تجربه‌های پیشین زندگی، سابقه قبلی مشکلات روانشناسی، اهمیت (چیز یا فرد) ازدست‌رفته، وجود یا عدم وجود یک شبکه اجتماعی و حضور سایر عوامل استرس‌زا. معمولاً شدت واکنش‌های سوگ به‌تدریج ظرف مدت ۴ تا ۶ هفته بعد از فاجعه کمرنگ می‌شود ولی در برخی اشخاص، سوگ ممکن است پیچیده و مزمن شده و به سمت افسردگی شدید پیشرفت کند. در سالگرد چنین حوادثی، ممکن است مجدداً بازگشت این علائم نیز دیده شود.

- اختلالات روانی قابل‌تشخیص:

برخی از اختلالات روانی به دنبال مواجهه با فاجعه خود را نشان می‌دهند. اضطراب و اختلالات افسردگی شامل این موارد می‌باشند. این موارد شایع‌ترین اختلالات می‌باشند ولی برخی دیگر از اختلالات نظیر اختلالات انطباقی (با یا بدون علائم افسردگی)، اختلالات جسمانی (علائم جسمانی به دلیل استرس) نیز دیده می‌شوند. اختلالات افسردگی خود را با علائمی نظیر ناراحتی طولانی‌مدت، عدم علاقه به کار، عدم علاقه به حضور در اجتماع و فعالیت‌های تفریحی، افکار بدبینانه، خستگی زودرس ، گریه ، اعتمادبه‌نفس پایین و کاهش خواب نشان می‌دهند. اختلالات اضطرابی خود را با Undue anxiety for trivial matters ، ناآرامی، تحریک‌پذیری، عدم توانایی در تمرکز، دردهای بدنی، تپش قلب، خشکی دهان و اختلالات خواب نشان می‌دهند. ممکن است این‌طور به نظر شما آید که برخی از پاسخ‌های روانی که در ابتدای این مبحث مطرح شد باقی بمانند یا اینکه خود را به‌صورت علائم اختلالات افسردگی یا اضطرابی نشان دهند. نکته قابل‌توجه این است که در صورتی گروهی از علائم، اختلال تلقی می‌شوند که آن‌قدر شدید باشند تا باعث ناراحتی یا اختلال اجتماعی شغلی و یا سایر حیطه‌های عملکردی شخص گردند.

- سوءمصرف الکل و مواد:

شاید افزایش سوءمصرف الکل و یا مواد اعتیادآور دیده شود و نتیجه آن نیز مشکلات ناشی از سوءمصرف این مواد باشد.

- اختلال استرسی بعد از حادثه (Post- traumatic stress disorder)

PTSD خود با علائمی شبیه به اختلال اضطرابی حاد نشان می‌دهد ولی معمولاً بیش از ۱ ماه به طول می‌انجامد. PTSD می‌تواند چندین هفته یا ماه بعد از مواجهه با حادثه‌دیده شود و اگر درمان نشود می‌تواند تبدیل به یک دوره طولانی‌مدت شود، هرچند که بیشتر افراد باگذشت زمان و بدون هیچ‌گونه دخالتی بهبود می‌یابند. علائم PTSD را می‌توان در ۳ بعد مختلف طبقه‌بندی کرد:

(i) تجربه مجدد سانحه (ii) دوری گزینی از محرکی که با سانحه در ارتباط است. (iii) افزایش تحریک اتونومیک نظیر: اشکال در بخواب رفتن یا خوابیدن ، تحریک‌پذیری یا فوران خشم، اشکال در تمرکز (هوشیاری بیش‌ازحد و پاسخ‌های ابتدایی مبالغه‌آمیز).

- اختلالات روانی که قبلاً وجود داشته‌اند:

افرادی که از اختلالات روانی رنج می‌برده‌اند، ممکن است به دنبال بروز فاجعه بیشتر در معرض خطر پیشرفت این اختلالات باشند. بیماری‌هایی که در زمان حادثه وجود داشته‌اند، علی‌الخصوص صرع، افسردگی یا سایکوز ممکن است شدت یافته و یا درجاتی از عود بیماری یا بروز علامات قبلی رخ دهد.

- علائم جسمانی:

افرادی که تحت تأثیر یک ضربه روانی – اجتماعی قرار می‌گیرند ممکن است از علائم جسمانی نظیر سردرد، خستگی ، تپش قلب، کاهش اشتها، شکم‌درد، تهوع یا درد غیرقابل‌توجیه در تمام بدن شکایت کنند.

نکته مهم این است که طبیعت روانی چنین دردهایی را تشخیص دهیم و مانند مشکلات روحی با آن‌ها برخورد کنیم. به‌هرحال از آنجائی که همیشه این مشکلات مربوط به ضربات روانی اجتماعی نیستند. چنانچه در خصوص علت و طبیعت این علائم شکی وجود داشته باشد یا اینکه علائم به درمان روانی – اجتماعی پاسخ ندهند حتماً باید شخص را به یک پزشک ارجاع دهیم.

۱۱– طرح II – مداخلات روانی – اجتماعی برای افراد مصیبت‌زده

مداخلاتی که در خلال فاز حاد (سه هفته نخست) بکار می‌روند:

اگرچه سوگ در مرحله حاد بروز حادثه در سطح بالایی قرار دارد فوری‌ترین کار، حاضر شدن در محل حادثه، و ادای دعاهای مخصوص مردگان است (Last rite) در نخستین روزهای پس از سانحه، با مسئله سلامت روان باید به‌گونه‌ای برخورد شود که حالت مکمل برای کلیه فعالیت‌های حاضر در منطقه باشد و نباید به‌گونه‌ای تبدیل به‌یک‌بار اضافی بر عملیات امداد و نجات باشد.

درنتیجه نکته حائز اهمیت خطیر در اینجاست که فقط آن دسته از مداخلات روانی – اجتماعی که حالت بسیار مهم دارند انجام شوند و تداخلی با سایر عملیات امداد مانند غذا، سرپناه و کنترل بیماری‌های واگیر نداشته باشند. نقش امدادگران اجتماعی در این مرحله، کمک به بازماندگان برای تحمل بهتر حادثه است

به‌گونه‌ای که اثرات مضر روانی - اجتماعی سانحه به حداقل خود برسد. این کمک را می‌توان با راه‌کارهایی عمومی که باعث کاهش شدت حادثه می‌گردند انجام داد. جزء اصلی این مرحله کمک‌رسانی کامل و همه‌جانبه به موارد شناخته‌شده اختلالاتی نظیر اسکیزوفرنی و صرع است. در این مرحله تمام گوش‌ها باید معطوف به این قضیه باشد که این افراد داروی لازم خود را دریافت می‌دارند.

اقدامات روانشناسی عمومی که برای ارتقاء وضعیت سلامت روحی افراد آسیب‌دیده از حادثه در هنگام فاز حاد انجام می‌گردد.

- اطلاعات قابل‌فهم و قابل‌دسترسی را در زمینه محل اجساد فراهم آورید.
- جلوگیری از تدفین اجساد بدون برگزاری مراسم لازم
- کمک جهت یافتن خانواده افراد خردسال، سالمندان و سایر گروه‌های آسیب‌پذیر
- مردم را به تشکیل فعالیت‌های گروهی نظیر نماز، برگزاری دسته‌جمعی ادعیه لازم و سایر فعالیت‌های مذهبی - اجتماعی تشویق کنید.
- تشویق اعضای گروه به شرکت فعالانه در مراسم سوگواری
- توصیه به فعالیت‌های تفریحی برای کودکان
- واکنش‌های روانی که بعد از سانحه رخ می‌دهند،
- به مردم آگاهی دهید و به آن‌ها بگویید که این واکنش‌ها در خصوص طبیعی، گذرا، خود محدود و جهانی می‌باشند (تمام افرادی که در سوانح این‌چنین درگیر هستند این واکنش‌ها را نشان می‌دهید)

– اطلاعاتی صحیح و اطمینان‌بخش در خصوص واکنش‌های علمی به استرس / تروما (سانحه، حادثه) در سطح جامعه گسترش دهید. (رهبران مذهبی، معلمان و سایر رهبران اجتماعی را باید فعالانه دخیل نمود)
– مردم را تشویق به کار گروهی برای برآوردن نیازهای جامعه نمایید، مانند: برپایی آشپزخانه عمومی، صرف غذا با یکدیگر و انجام فعالیت‌های پاک‌سازی و بهداشتی با مشارکت یکدیگر
– بازماندگان سانحه را که سالم می‌باشند در امور کمک‌رسانی دخیل نمایید.
– رهبران اجتماعی و سایر افراد کلیدی جامعه مانند معلمان را تشویق به شرکت در مباحث گروهی نمایید و مردم را نیز تشویق کنید تا احساسات خود را بیان دارند.
– اطمینان حاصل کنید که اطلاعات صحیح در دسترس افراد قرار می‌گیرد.
– از تقسیم عادلانه کمک‌ها اطمینان حاصل کنید.
– خدمات را به‌گونه‌ای تسکین‌بخش و دلسوزانه به مردم ارائه نمایید و هیچ نوع سهل‌انگاری یا سوگیری خاصی را در مقابل هیچ‌یک از قسمت‌های جامعه (مانند خردسالان یا افراد ضعیف) بکار نبرید.

بایدها و نبایدهای مهم برای مددکاران اجتماعی

بایدها

– فعالانه به مردم نزدیک شوید

– با دقت گوش فرا دهید
– از ترحم بپرهیزید و بیشتر حالت دلسوزی و غمخواری داشته باشد
– به شأن و منزلت مردم احترام بگذارید
– دیدگاه‌های مردم را در خصوص مسائل و مشکلاتشان بپذیرید و مورداحترام قرار دهید.
– آگاه باشید که حفظ حریم خصوصی و محرمانه افراد ضروری است
– از تداوم مراقبت‌ها اطمینان حاصل کنید.

نبایدها

– کمک یا مراقبت خود را تحمیل نکنید
– زمانی که مردم احساسات خود را بیان می‌دارند، حرف آن‌ها را قطع نکنید
– برای آن‌ها احساس تأسف نکنید
– قضاوت نکنید
– اجازه ندهید شایعه‌ها گسترش یابند
– به مردم برچسب اختلالات روانی نزنید به‌جای آن آن‌ها را به پزشک یا متخصصین سلامت روان ارجاع نمایید.

بیشتر سعی کنید تا غمخواری خود را نشان دهید تا دلسوزی/ترحم

(دلسوزی / ترحم) sympathy	(غمخواری) Empathy
۱- ای آدم بیچاره، چقدر بد است که این اتفاق برای شما افتاده است؟	۱- آنچه را که به سر شما آمده است درک می‌کنم.
۲- اتفاقاتی که برای شما افتاده است بسیار وحشتناک است.	۲- می‌پذیرم که به دلیل آنچه برای شما اتفاق افتاده است احساس خشم دارید.
۳- نترس ! من اینجا هستم تا با تمام توانم به شما کمک کنم.	۳- می‌پذیرم که احساس ترس دارید.
۴- خیلی برای شما متأسفم، نگران نباش، همه‌چیز درست خواهد شد.	۴- زمانی که بازمانده سانحه با شما حرف می‌زند و یا گریه می‌کند در سکوت به او گوش فرا دهید.

مداخلات مربوط به زمان پس از تثبیت حادثه (۳ هفته بعد از حادثه)

زمانی که فاز حاد به پایان می‌رسد، امدادگران اجتماعی باید روی ارائه مراقبت‌های روانی – اجتماعی در کنار عملیات امدادرسانی تمرکز کنند. افرادی که از حادثه صدمه‌دیده‌اند ، واکنش‌های روانی متفاوتی را از خود نشان می‌دهند که نیاز به انواع مختلفی از مراقبت‌های روانی – اجتماعی مطابق شرح زیر دارد:

۱– اقدامات روانی – اجتماعی عمومی: اکثر افراد جامعه ما قادرند با استفاده از مکانیسم‌های درونی خود و با حداقل کمک و حمایت از جامعه اطراف با واکنش‌های روانی درون خود کنار آیند. امدادگران اجتماعی با استفاده از اقدامات عمومی که در قسمت فاز

حاد سانحه توضیح داده شد، به این افراد کمک کنند تا سلامت روانی و احساسی خود را بازیابند.

۲- مداخلات روانی –اجتماعی خاص: بسیاری از قربانیان از عوارض روانی رنج می‌برند (ولی نه لزوماً اختلالات روانی) و نیاز به مراقبت‌های روانی اجتماعی دارند. این مراقبت‌ها مانند کمک‌های اولیه روحی-روانی و مشاوره با افراد سوگوار هستند. روش‌هایی که با آن‌ها می‌توان چنین خدماتی را ارائه نمود در زیر آورده شده‌اند.

۳- شناسایی و ارجاع: برخی از افراد نیاز به مراقبت و درمان یک متخصص سلامت روانی دارند زیر آنان یا از:

الف- نوعی اختلال اضطرابی حاد رنج می‌برند که شدت آن آن‌قدر زیاد است که باعث محدود شدن عملکردهای پایه‌ای شخص می‌شود (مانند صحبت کردن با دیگر مردم)

ب- علائم روانی به‌شدت آزاردهنده یا ناتوان‌کننده که در طول درمان بهبود نمی‌یابند و با اقدامات روانی - اجتماعی امدادگران نیز بهبودی نشان نمی‌دهند.

- مداخلات اختصاصی توسط امدادگران اجتماعی (مشاوره‌های ابتدایی)

بسیاری از بازماندگان حوادث علائم روانی و رفتاری دارند که نیاز به حمایت روانی - اجتماعی دارد. بسیاری از آنان به درمان روان‌پزشک یا سایر متخصصین سلامت روان نیاز ندارند. امدادگران اجتماعی پس از دریافت آموزش‌های پایه می‌توانند با مشاوره‌های پایه به آنان کمک کنند. شناسایی و مداخلات زودرس می‌تواند این کمک را به مردم داشته باشد که بهتر با مسئله کنار بیایند.

امدادگران اجتماعی باید در حین آموزش، این مهارت‌ها را فراگیرند و در اولین فرصت ممکن با حضور مربیان خود این مهارت‌ها را تمرین کنند تا اعتمادبه‌نفس لازم را برای اجرای این مهارت‌ها به دست آورند.

- چه کسی به کمک نیاز دارد؟

۱- افرادی با علائم یا مشکلاتی نظیر ناآرامی، وحشت، مشکلات خواب، کابوس‌های شبانه، یادآوری‌های مکرر صحنه‌های حادثه، گریه‌های مکرر و عدم توانایی تفکر مناسب

۲- افرادی که بیشتر اوقات گوشه‌گیر و کناره‌جو به نظر می‌آیند و علاقه‌ای به فعالیت‌های اطراف خود نشان نمی‌دهند(مانند توزیع غذا ملحفه و ...)

۳- افرادی که در هنگام نزدیک شدن به آن‌ها، عصبانی می‌شوند یا به‌سادگی شروع به گریه کردن می‌کنند

۴- افرادی که بشدت از برقراری رابطه اکراه دارند

۵- افرادی که بشدت ناراحت به نظر می‌رسند

۶- افرادی که عزیزان زیادی را ازدست‌داده‌اند (مانند مرگ تمام اعضای فامیل)

چگونه می‌توان به این افراد کمک کرد؟

۱- زمانی که به‌طور عادی در حال کمک‌رسانی هستید. دقت زیادی در شناسایی چنین افرادی داشته باشید.

۲- با راه‌کاری دلسوزانه و دوستانه، ارتباط مناسبی با آنان برقرار سازید.

۳- از آن‌ها در مورد سلامتی‌شان سؤال کنید و ببینید آیا کمکی نیاز دارند؟ این کمک را به آنان ارائه کنید.
۴- آن‌ها را ترغیب کنید تا در مورد مشکلات و تجربیاتشان صحبت کنند.
۵- مداخلات اختصاصی را که ممکن است برای شخص فایده باشد در نظر داشته باشید : مانند کمک‌های اولیه روحی - روانی ، مشاوره‌های تروما و سوگ، Regrieving & anticipatory guidance ، مشاوره بحران، مداخلات بحران، مشاوره حل مسائل
۶- مشاوره موردنظر (منتخب) را ارائه دهید:

باید به خاطر داشت که بعضی از انواع مشاوره، حتی اگر توسط افراد غیرحرفه‌ای یا امدادگران حرفه‌ای و آموزش‌دیده نیز انجام گردند، می‌تواند برای برخی افراد خاص مضر باشند. مشاوران نباید افراد را مجبور به بیان احساسات خود کنند درحالی‌که هنوز آمادگی انجام این کار را ندارند. افراد آسیب‌دیده باید امکان این انتخاب را داشته باشند که آیا تمایل دارند در مورد سانحه فکر بکنند یا صحنه‌های آن‌ها یادآوری کنند؟ اگرچه این درست است که یادآوری برخی مشخصه‌های سانحه مفید خواهد بود، بااین‌حال اجبار افراد به یادآوری آن مضر خواهد بود. با تمام این احوال برخی مواقع مشاوران مرتکب این اشتباه می‌شوند که بازماندگان سانحه را مجبور به یادآوری خاطرات و تمرکز آن صحنه‌هایی می‌کنند که تحمل آن برایشان مشکل است. بنابراین باید به خاطر داشت که در وهله اول نباید آسیبی رساند (قانون اول در پزشکی: ضرری وارد نساز) در حقیقت یکی از نخستین اهداف مشاوره، فراهم آوردن محیطی امن است که بازمانده از سانحه به اختیار خود

تصمیم به صحبت کردن در مورد آسیب تروما) بگیرد و راه‌های کنار آمدن با آن را نیز فرا گیرد.

برقراری ارتباط مؤثر با افراد متأثر از حادثه

– زمانی که با توجه گوش دادن با شخص صحبت می‌کنید در چشمان او نگاه کنید و این کار را به شیوه‌ای مناسب بافرهنگ او انجام دهید.
– به تمام چیزهایی که یک شخص می‌گوید با توجه گوش فرا دهید.
– با حرکات صورت و اصوات (مانند هوم م م ...) آها ...) به گفتار وی پاسخ دهید تا بدین‌وسیله نشان دهید تا با توجه به گفتار وی گوش می‌دهید.
– تا آنجایی که امکان دارد گفتار او را قطع نکنید.
در پایان نیز به فرد اطمینان خاطر دهید.

گوش دادن (که گوش دادن فعال نیز نامیده می‌شود):
– زمانی که با شخص صحبت می‌کنید، در چشمان او نگاه کنید (Eye contact)
– با توجه گوش فرا دهید
– از عبارات کوتاه استفاده کنید(و حرکات صورت) که نشان دهید در حال گوش دادن هستید ولی دائماً صحبت‌های او را قطع نکنید
– با تکرار کلمات و عبارات فرد، او را به صحبت کردن بیشتر ترغیب کنید

– بیشتر به محتویات توجه کنید و هر زمان که لازم است، توضیح بیشتری ارائه کنید.
– زمانی که به تجربیات دیگران گوش فرا می‌دهید، بیشتر به احساسات و عواطف خود اشاره کنید.
– در میان مکالمه و در پایان آن، محتوی بحث را خلاصه کنید.
– با بیان تجربیات دیگران، با شخص همدردی کنید.
– به فرد اطمینان بدهید و از دادن قول‌های واهی و بی‌اساس بپرهیزید.

تا جایی که می‌توانید روش گوش دادن فعال را تمرین کنید.

روش‌های مشاوره که باید توسط امدادگران اجتماعی بکار روند.

I. کمک‌های اولیه روحی:

شایع‌ترین کمکی که امدادگران اجتماعی می‌توانند ارائه دهند، کمک‌های اولیه روحی است.
روش‌های کمک‌های اولیه احساس عبارت‌اند از:
۱– با تکیه‌بر شواهدی که توسط افراد ارائه می‌گردد، آن دسته‌ای را که با حادثه کنار نمی‌آیند را تشخیص دهید.
۲– با آن‌ها ارتباط برقرار کنید.

۳- مراقب نیازهای فیزیکی فوری آن‌ها باشید: آن‌ها را از آسیب بیشتر حفظ کنید (مانند رفتارهای خطرناک یا تصمیم‌های آنی که می‌توانند کل زندگی را تحت تأثیر قرار دهند)
۴- به خاطر داشته باشید که تمام افراد در منطقه حادثه‌دیده دچار استرس (فشار) هستند.
۵- با آن‌ها ارتباط برقرار کنید، به مشکلاتشان گوش فرا دهید، به آن‌ها محبت کنید و به آن‌ها اطمینان دهید که کمک فرا می‌رسد ولی نه به‌صورت آمرانه زیرا این عمل باعث توهین به احترام آن‌ها خواهد شد)
۶- حمایت جامعه را به‌سوی آن‌ها معطوف کنید (ولی اجبار نکنید)
۷- تا زمانی که واکنش‌ها از بین نرفته، آن‌ها را تحت نظر و مراقبت خود داشته باشید.

II. مشاوره تروما (سانحه):

این نوع مشاوره اساساً به این معنی است که فرصت امنی را برای افراد به وجود آوریم تا در خلال آن قادر باشند، تفکرات خود را تمرکز بخشیده، در مورد آن‌ها صحبت کنند و احساسات وابسته را نیز بیان کنند. با انجام اعمال زیر، می‌توانید این موارد را تسهیل نمایید:
- با توجه گوش فرا دهید.
- سعی کنید با پرسیدن سؤال، جزئیات بیشتری را از تجربیات طرف مقابل به دست آورید (ولی این کار را به‌صورت اجباری یا با تحکم انجام ندهید). برخی از افراد، قبل از در اختیار گزاردن تجربیات خود نیاز به‌وقت دارند. سایر افراد شاید اصلاً تمایل

بـه‌عنوان کـردن تجربیـات خـود نداشـته باشـند و آن‌هـا را نیـز نبایـد مجبور به انجام این کار کرد.
– سـعی کنیـد آلـام بازمانـدگان و افـراد مصـیبت‌زده را درک کنیـد و بـا آنان همدردی کنید.
– بـه آن‌هـا بگوییـد کـه آنچـه بـر سـر آن‌هـا آمـده را درک می‌کنیـد و سعی کنید در ایـن خصـوص بـا آنـان ارتبـاط برقـرار کنیـد (یـا این‌طـور وانمود کنید که درک می‌کنید).
– عنوان کنید که هر کس دیگـری نیـز کـه در ایـن شـرایط قـرار گیـرد چنـین احساسـاتی را خواهـد داشـت و تحـت اسـترس نیـز اسـت. تجربیات افراد دیگر را نیز در اختیار فرد بگذارید.
– در مورد راه‌هـایی کـه فـرد سـعی می‌کنـد تـا بـا توسـل بـه آن‌هـا بـا مسـئله کنـار بیایـد بحـث و تبـادل‌نظر کنیـد و فکرهـای یکـدیگر را روی‌هم بریزید تا قادر باشید راه‌های بهتری به دست آورید.
– بـه فـرد اطمینـان دهیـد کـه باگذشـت زمـان قـادر خواهـد بـود هـر چه‌بهتر با اوضاع و مشکلات پس از سانحه کنار بیاید.

III. مشاوره داغ‌دیدگی

ایـن روش نیـز مشـابه مشـاوره تروما (Trauma counseling) است با این تفـاوت کـه تغییـرات ایجادشـده در جهـت کمـک بـه افـراد سـوگوار طراحی‌شـده‌اند: (بـه‌طور مثـال افـرادی کـه نزدیکـان خـود را ازدسـت‌داده‌اند) شـخص بـه‌آرامی تشـویق بـه صـحبت در مـورد نزدیکـان و وابسـتگان می‌گـردد ایـن کـار باعـث تسـریع درونـد سوگواری و بهبود آن می‌گردد.

– باحالتی بسیار آرام و با تسلی‌دهنده به شخص نزدیک شوید و در مورد اوضاع‌واحوال کلی وی جویا شوید و سپس در مورد افرادی که از بین رفته‌اند کسب اطلاع کنید.
– وی را ترغیب کنید تا حداکثر اطلاعات را در مورد افراد متوفی در اختیار گذارد(به‌طور مثال عکس یک نفر از اعضای خانواده را نشان دهد و در مورد او صحبت کند).
– بیشتر روی ارتباطات قبل از حادثه بحث کنید، ارتباط وی با شخص متوفی و احساس شخص در مورد او.
– روی مقوله احساس تقصیر و گناه بازماندگان تمرکز کنید و به بازماندگان اطمینان دهید که احساس تقصیر و گناه نوعی واکنش طبیعی در انسان است و زمانی اتفاق می‌افتد که فرد عاجز از نجات دادن عزیزان خود باشد.
– حتماً اطمینان یابید که شخص عزادار، مراسم و ادعیه سوگواری متعددی را انجام می‌دهد.
– اطمینان یابید که شخص بازمانده با سایر بازماندگانی که چیزهای بیشتری از شخص متوفی می‌دانند ملاقات می‌کند.
– فرصت ملاقات با سایر افراد مانند پزشک ، پرستار یا شخصی که جسد را تدفین نموده نیز مفید است.
– می‌توان از راه کارهای گروهی نیز در این خصوص بهره جست. به‌طور مثال دیدار دسته‌جمعی از محل اجساد و برگزاری مراسم یادمان عمومی نیز می‌تواند روند سوگواری را تسهیل بخشد.

IV. راهنمای پیشی جستن (Anticipatory Guidance)

– راه‌های این‌چنینی می‌توانند به قربانیان کمک کنند تا واکنش‌های خود را به‌عنوان طبیعی بپذیرند و احساس عدم قطعیت و درماندگی را کاهش دهد.

– اطلاعاتی در مورد واکنش‌های طبیعی مورد انتظار ارائه نمایید و عنوان کنید که این واکنش‌ها به‌مرورزمان کاهش‌یافته و بهتر می‌شوند.
– می‌توانید این کار را با برگزاری جلسات ارائه اطلاعات انجام دهید.
– عمدتاً روی اطلاعات مربوط به واکنش‌ها تمرکز نکنید، بلکه تمرکز خود را روی بازماندگان و خانواده آن‌ها و کمک‌هایی که آن‌ها نیز می‌توانند ارائه کنند معطوف سازید.

V. مشاوره بحران (Crisis Counseling)

پس از بروز سانحه، ممکن است بازماندگان در میان یک بحران خانوادگی یا شخصی یا شرایط تحت‌فشار قرار داشته باشند. به‌طور مثال ممکن است یکی از اعضای خانواده بیماری شدیدی داشته باشد، یا شاید یک دزدی اتفاق افتاده باشد یا کودکی ناگهان مفقودشده باشد و شرایطی از این قبیل، فشار مضاعفی و آسیب بیشتری را روی بازماندگان تحمیل می‌کنند. می‌توانید با استفاده از مشاوره بحران که از اجزای زیر تشکیل‌شده است به شخص موردنظر کمک کنید:
– به بازمانده کمک کنید تا مشکلی را که به‌واسطه این بحران ایجادشده است را درک کند.
– به بازمانده کمک کنید تا فهرستی از راه‌حل‌ها را که برای کمک به این بحران مفید است تهیه کند.

- بـه بازمانـده کمـک کنیـد تـا در جهـت ارزیـابی کسـب کمـک از امکاناتی که در اختیار وی است قدم بردارد.
- به بازمانده کمک کنید تا تصمیم‌های مناسب اتخاذ کند.
- بـه بازمانـده کمـک کنیـد تـا قـدم‌هایی را بـرای عملـی سـاختن تصمیم‌های خود بردارد.
- به بازمانده کمک کنید تا احساس توانایی خود را به دست آورد.

VI. مشـاوره حـل مسـئله (Problem solving Counseling)

با ارائه مشاوره به بازماندگان می‌توانـد بـه آنـان کمـک کنیـد تـا بجـای آنکـه از مشـکلات بگریزنـد یـا بـه‌طور نامناسـب بـه آن واکـنش نشـان دهنـد راه‌حلـی مناسـب بـرای آن بیابنـد. بـرای حـل مشـکلات خـاص می‌توانید به‌صورت زیر به افراد کمک کنید:

- مشکل را بشناسید.
- با روی‌هم گذاشتن فکرها، راه‌حل‌های موجود را شناسایی کنید.
- معایب و محاسن هر یک از راه‌حل‌ها را شناسایی کنید.
- راه‌حل منتخب را اجرا کنید.

توصیه‌های عمومی به افراد جهت حفظ سلامتی روانی - اجتماعی‌شان:

- دور از خطر باشید ولی در محیط آشنا و افراد نزدیک فامیل باقی بمانید.
- هر چه زودتر، ساخت زیرساخت‌های فیزیکی را آغاز کنید.
- فقط به اطلاعات قابل‌اطمینان و معتبر گوش فرا دهید.
- هر چه زودتر به امور روزمره خود باز گردید.
- احساسات و عواطف خود را با دیگران تقسیم کنید (در میان گذارید) سعی نکنید احساسات خود را سرکوب کنید.
- با کمک در عملیات امدادرسانی و توان‌بخشی به دیگران کمک کنید.
- ساعتی را به آرمیدن (Relax) اختصاص دهید و سعی کنید خود را با فعالیت‌های مفرح مانند عبادت، خواندن دعاها، گوش دادن به موسیقی یا تماشای فیلم مشغول کنید.

شناسایی و ارجاع مواردی که به مراقبت‌های تخصصی نیازمند می‌باشند:

برخی افراد نیاز به ارزیابی و درمان توسط متخصص سلامت روان دارند (روان‌پزشک یا روانشناس بالینی) زیرا روش‌های ساده مشاوره که در بخش‌های قبلی توضیح داده شد برای کمک به این افراد کافی نخواهند بود. شناسایی علائم و نشانه‌های عمومی اختلالات روانی بسیار حائز اهمیت خواهد بود زیرا بدین‌وسیله می‌توان آن‌ها را به متخصص مربوطه در این زمینه ارجاع کرد.

۱- مـــواردی کـــه قبلـــاً بیمـــار بوده‌انـــد(موارد شناخته‌شـــده):
همان‌گونـه کـه در ابتـدای ایـن مبحـث عنـوان شـد، برخـی افـراد حادثه‌دیده قبل از بـروز حادثـه نیـز از اختلالـات روانـی رنـج می‌برده‌انـد. ایـن امکـان وجـود دارد کـه تشـدید یـا عـود در علـائم ایـن مـوارد شناخته‌شـده دیـده شـود(مانند سـایکوز یـا افسـردگی) درسـت هماننـد همین بیماری‌ها، ممکن اسـت بیمـارانی کـه از صـرع رنـج می‌برنـد، بـه دلیل عدم مصـرف داروهـای خـود دچـار عـود در علـائم خـود شـوند. از تمـام خانواده‌هـای منطقـه تحـت نظـر خـود در مـورد وجـود چنـین مواردی (صرع یا سایکوز) سـؤال کنیـد و اطمینـان حاصـل کنیـد کـه بـا ارجاع این موارد ارائه درمان و یا شروع مجدد آن عملی می‌شود.

۲- افـــرادی کـــه ۳ هفتـــه بعـــد از بـــروز واقعـــه، علـــائم روان‌شـــناختی جدیـــدی بـــروز می‌دهنـــد یـــا علیـــرغم اقـــدامات امدادگران اجتماعی هنوز علائمشان تسکین نیافته است.
همان‌گونـه کـه در مبحـث اول گفتـه شـد، امکـان دارد برخـی از افـراد دچـار اختلالـات روانـی شـده یـا اینکـه علـائم ناتوان‌کننـده آن‌هـا هنـوز ادامه یابد کـه علیـرغم گذشـت زمـان و اقـدامات مـددکاران اجتمـاعی ، بهبود نیابد. چنین افـرادی بایـد بـه پزشـک یـا متخصـص سـلامت روان ارجاع داده شوند.

۳- افرادی که به‌طور واضحی ناتوان هستند:
ناتوانی انجـام کارهـای در روزمـره باشـد و به‌صـورت زیـر نیـز مشـاهده شود:
- ناتوان و گوشه‌گیر باقی بمانند
- بشدت در مراقبت از خود و امور شخصی دچار ناتوانی باشند
- عدم احساس مسئولیت برای خود و سایرین

٤- افکار خودکشی - تصمیم به خودکشی

افرادی که در مورد اقدام به خودکشی صحبت می‌کنند و یا اقدام به خودکشی کرده‌اند، باید سریعاً شناسایی‌شده و به یک متخصص سلامت روان ارجاع داده شوند. افراد جامعه باید بتوانند چنین افرادی را شناسایی کنند. چنین فردی هیچ‌گاه نباید تنها گذاشته شود.

٥- سندرم قطع یا افزایش مصرف الکل و سوءمصرف مواد

هر زمان به شخصی برخورد کردید که از دردهای شدید بدنی ، بی‌خوابی، ناآرامی، گرفتگی‌های عضلانی، آبریزش بینی و اشک ریزش زیاد چشم‌ها، و لرزش شکایت دارد و یا از ناآرامی، تحریک‌پذیری، بی‌خوابی یا اضطراب رنج می‌برد و جستجوی شدیدی برای الکل یا مواد انجام می‌دهد، از وی بپرسید آیا الکل یا مواد مخدر را به‌صورت عادتی مصرف می‌کند یا خیر. چنانچه پاسخ مثبت باشد. بیمار را به متخصص ارجاع دهید.

اگر علائم خواب‌آلودگی زیاد، لکنت زبان، راه رفتن نامتعادل یا عدم توانایی در جهت‌یابی را در فردی یافتید، از او حتماً بپرسید که آیا مصرف الکل یا مواد را افزایش داده است. چنانچه پاسخ مثبت است از وی بخواهید به یک متخصص مراجعه می‌نماید.

٦- خشونت بدنی در خانواده

خشونتی که در یک خانواده توسط مرد متوجه زن یا کودکان است و یا توسط زن به کودکان اعمال می‌گردد می‌تواند نشان‌دهنده یک اختلال روانی باشد. برخی موارد اعمال این خشونت می‌تواند به

دلیل سوءمصرف الکل باشد. چنین افرادی نیز نیاز به ارجاع به متخصص برای ارزیابی یا درمان دارند.

۱۲. طرح III: مداخلات روانی – اجتماعی برای گروه‌های خاص

برخی از گروه‌های مشخص در مقابل تأثیرات یک سانحه آسیب‌پذیرتر می‌باشند. این گروه‌ها شامل کودکان، زنان، سالمندان، افراد معلول و افراد دچار اختلالات روانی یا ناتوانی‌های شدید جسمی می‌باشند. بعلاوه افراد داغ‌دیده‌ای که اعضای خانواده یا نزدیکان خود را ازدست‌داده‌اند نیز نسبت به مشکلات روانی – اجتماعی آسیب‌پذیر می‌باشند. بنابراین شما باید به‌طور اختصاصی در میان چنین گروه‌هایی حاضرشده و از نیازمندی‌های روانی – اجتماعی آن‌ها مراقبت به عمل‌آورید.

کادرهایی که در این مبحث آورده شده‌اند، راهنماهایی را برای بررسی نیازهای این گروه‌ها در اختیار مددکاران اجتماعی قرار می‌دهند.

نیازمندی‌های روانی - اجتماعی کودکان سانحه دیده

گروه سنی	پاسخ‌های روحی که دیده می‌شود
سنین قبل از مدرسه	۱- تحریک‌پذیری، گریه بیش‌ازحد ۲- رفتارهای مانند چسبیدن به بزرگ‌ترها ۳- بیان فکر ترس شدید و عدم امنیت ، رفتار وابستگی بیش‌ازحد ۴- ترس از آب ، حتی آبی که برای مصارف عمومی بکار می‌رود ۵- سکوت بیش‌ازحد و رفتار کناره‌گیری، دوری گزینی یا غیرفعال (Passive) ۶- مکیدن شست، شب‌ادراری، کج‌خلقی و نحسی (حتی اگر کودک قبل از بروز حادثه نیز چنین رفتاری را از خود بروز می‌داده است) ۷- ممکن است بازی کودک شامل برخی از جنبه‌های سانحه باشد. ۸- عنوان کردن کابوس و خواب‌های ترسناک (night terror, night mare) بیدار شدن مکرر و خودداری از رفتن به رختخواب
سنین مدرسه ۶-۱۲ سال	۱- عقب‌نشینی ۲- احساس گناه ۳- احساس شکست ۴- عصبانیت، خشم و رفتارهای تهاجمی ۵- ترس، اضطراب یا بدگمانی (سوءظن) ۶- احساس بی‌حوصلگی ، کاهش فعالیت و تعامل ۷- عصبی بودن و عدم تمرکز ۸- خاطرات مکرر از حادثه ۹- خیال‌پردازی به‌عنوان بازیگر نقش یک امدادگر (نجات‌دهنده) ۱۰- ذهن شدیداً مشغول و درگیر با جزئیات سانحه ۱۱- رفتارهای پرخطر و مخاطره‌آمیز، نادیده گرفتن قوانین اجتماعی با رفتارهای تهاجمی (فقط در بزرگ‌سالان) ۱۲- کاهش علاقه به مطالعه، خودداری از رفتن به مدرسه، افت قابل‌توجه در عملکرد تحصیلی ۱۳- علائم روان‌تنی (Psychosomatic) مانند معده درد، سردرد، گیجی، استفراغ، تنفس سنگین و حملات غش.

راه‌کارهایی که مددکاران اجتماعی باید در خصوص کودکان به‌کارگیرند:

۱- اطمینان یابید که کودک - خردسال در کنار مادر خانواده خود می‌ماند.

۲- اطمینان یابید که تغذیه مناسب و سایر نیازهای جسمانی کودک برآورده می‌گردد.

۳- خانواده‌ها را ترغیب کنید تا عادات قبلی غذایی ، بازی، مطالعه، خواب و ارتباط با دیگران را از سرگیرند.

۴- سعی کنید کودکان را در فعالیت‌هایی نظیر نقاشی، داستان‌سرایی، نمایش ، بازی و ... دخیل کنید. (زیاد تلاش نکنید کودکان در خلال این فعالیت‌ها احساسات وابسته به حادثه را بیان دارند به کودکان اجازه دهید تا خودشان تصمیم بگیرند آیا می‌خواهند به حادثه فکر کنند و آیا مایل هستند احساسات خود را در این خصوص بیان دارند؟

۵- خانواده‌ها را تشویق کنید (به‌صورت گروهی) امکان بازی‌های دسته‌جمعی کودکان را فراهم آورند.

۶- به خانواده‌ها و رهبران اجتماعی توصیه نمایید که نوعی فعالیت‌های آموزشی را برای کودکان گروه سنی مدرسه آغاز کنند (حتی غیررسمی) و این کار را تا زمانی که کودکان قادر به رفتن به مدرسه‌های معمول خود هستند ادامه دهند. از کمک‌های جوانان داوطلب و دارای تحصیلات استفاده کنید.

۷- به خانواده‌ها توصیه نمایید که وقتی کودکان احساسات خود را در مورد حادثه بیان می‌کنند، آن‌ها را منع نکنند (درعین‌حال خیلی کودکان را تشویق نکنید تا در خلال این فعالیت‌ها احساسات وابسته به حادثه را بیان دارند، به کودکان اجازه دهید تا خودشان تصمیم بگیرند آیا می‌خواهند به حادثه فکر کنند و آیا مایل هستند احساسات خود را در این خصوص بیان دارند؟

۸- هر وقت کودکان کم سن و سال را در منطقه مشاهده می‌کند به آن‌ها اطمینان خاطر بدهید، از آن‌ها حمایت کنید و از آن‌ها بپرسید چه چیزی تمایل دارند؟ اگر می‌خواهند صحبت کنند، به آن‌ها گوش فرا دهید ولی یادآوری خاطرات سانحه را ترغیب نکنید. از تماس فیزیکی هم استفاده کنید ولی سعی کنید به‌گونه‌ای نباشد که در آینده موجبات سوءتعبیر را فراهم کند.

از والدین بخواهید که کودکانی را که هنوز علاقه‌مند هستند حتی پس از یک ماه و بعد از انجام اقدامات مناسب (که در بالا به آن‌ها اشاره‌شده است) را معرفی نمایند. چنین کودکانی ممکن است نیاز به مراقبت‌های روانی متخصص داشته باشند.

اقدامات اختصاصی برای بزرگسالان (۱۱ تا ۱۸ سال):

- در هنگام مصاحبه با آن‌ها حریم خصوصی و اسرار آن‌ها را حفظ کرده و جهت رعایت آن بکوشید.
- مراقب مسائل حساس به جنسیت باشید
- به آن‌ها کمک کنید تا برای آینده خود تصمیم‌گیری کنند
- آن‌ها را تشویق کنید تا تحصیلات رسمی خود را بخصوص در پایه دبیرستان و پیش‌دانشگاهی ادامه دهند
- آن‌ها را تشویق کنید تا گروه‌های اجتماعی تشکیل دهند.

– جوانان بزرگ‌تر را تشویق کنید تا در فعالیت‌های انسان دوستانه اجتماعی شرکت کنند.

مراقبت‌های روانی – اجتماعی سالمندان

واکنش‌های روان‌شناختی که احتمال بروز آن‌ها می‌رود:

سالمندان ممکن است تعداد یک یا بیشتر واکنش‌های زیر را نشان دهند:

– ترس آنی که به دنبال خشم و مستأصل بودن خود نشان می‌دهد.

– احساس بی‌قراری، تنهایی و ناامیدی توأم بااحساس از دست دادن چندین نفر

– افزایش وابستگی به خانواده‌ها و ممانعت از دریافت کمک از مسئولین

– رفتار دوری گزینی، گریه‌های مکرر و احساس افسردگی

– اختلالات خواب

– تمایل به خودکشی

– حالت عدم سازگاری که همیشگی نخواهد بود

– اشکال در تمرکز و برقراری ارتباط

– این گروه به‌طور خاص آسیب‌پذیر خواهند بود اگر

الف: ازنظر جسمی ناتوان باشند

ب: تنها زندگی کنند

ج: از سایر منابع، کمکی دریافت نکنند

د: باید با فقدان تمام آنچه در زندگی خود به دست آورده‌اند مواجه شوند.

کمک به افراد سالمند:

– اطمینان یابید که در گوشه‌ای تنها نیستند و تلاش کنید آن‌ها را در خانواده‌شان ، وابستگانشان یا افرادی که می‌خواهند با آن‌ها ارتباط باشند جای دهید

– اطمینان یابید که ازنظر جسمی ایمن هستند و نیازهای روزانه آن‌ها را نیز برآورده سازید.

– دسترسی آسان به کمک و خدمات حمایتی ازجمله خدمات بهداشتی تسهیل نمایید.

– به آن‌ها کمک کنید تا فعالیت‌های روزمره خود را از سر گیرند.

– به آن‌ها کمک کنید تا حس هویت خود را حفظ کنند.

– آن‌ها را در جریان اتفاقات قرار دهید.

– با جویا شدن پیشنهادها و راهنمایی آن‌ها ، آنان را در کمک‌رسانی دخیل کنید.

– در خصوص این پیامد با آن‌ها ارتباط برقرار کنید و به‌آرامی آن‌ها را تشویق به بیان احساسات خود کنید. (ولی آن‌ها را مجبور به این کارکنید) و اجازه دهید تا گریه کنند.

– فرصت داشتن احساس ماندگاری تمدن، فرهنگ و تاریخ را برای آن‌ها فراهم کنید.

– اگر علائم تقریباً هرروز یا حدود ۲ هفته مداوم ناتوانی واضحی را ایجاد می‌کنند شخص را به یک متخصص سلامت روان یا پزشک معرفی کنید.(درصورتی‌که در دسترس باشد)

مراقبت روانی اجتماعی از زنان

زنان نسبت به اثرات روانی – اجتماعی حادثه آسیب‌پذیرتر هستند و احتمال اینکه نسبت به مردان از مشکلات شدیدتر روانی اجتماعی رنج ببرند بیشتر است. آن‌ها بیشتر در معرض علائم افسردگی و اضطراب هستند و احتمال علائم روان‌تنی (Psychosomatic) نیز در آن‌ها بیشتر است. البته آن‌ها قادر هستند تا درجات بالاتری از قدرت و توانایی را در حمایت دیگران از خود به نمایش بگذارند.

برخی راه کارها برای کمک به زنان:

– آن‌ها را در فعالیت‌های اجتماعی نظیر آشپزخانه، امور بهداشتی و فعالیت‌های مذهبی درگیر کنید.

– آن‌ها را در فعالیت‌های تسکینی مانند تشکیل گروه‌هایی با اسامی تفاوت یا تدریس برای کودکان، شناسایی افرادی که ازنظر جسمی بیمار هستند ... دخیل نمایید.

- آن‌ها را ترغیب کنید تا گروه‌های خودیار (self-help) تشکیل دهند و راه‌هایی را بیابید که بتوانند با احساسات خود و شرایط حاضر کنار بیایند.
- روش‌های مداخله‌ای خاص که در مباحث مختلف عنوان شد، و در خانم‌ها کاربرد دارد.
- با اطمینان از تغذیه کافی، مراقبت‌های پزشکی لازم، و تأمین ایمنی جسمی ، مراقبت‌های خاص را به مادران باردار یا شیرده تعلیم دهید.

قسمت دوم:

مراقبت از سلامت روانی خود

دستورالعمل‌هایی برای نیروهای امدادگر

Caring for your own emotional well-being

Guideline for relief workers

مراقبت از سلامت روانی خود

دستورالعمل‌هایی برای نیروهای امدادگر

۱. مقدمه

افراد شرکت‌کننده در عملیات امداد و نجات، در معرض استرس هستند که ممکن است سلامت روحی روانی خودشان را هم تحت تأثیر قرار دهد. این موضوع مشاهده و ثابت شده است که امدادگران در طی فعالیت‌های امداد و نجات و یا حتی بعد از اتمام آن، دچار مشکلات ناشی از استرس می‌شوند.

مسئولان باید اطمینان یابند که امدادگران کاملاً از شرایطی که در آن قرار خواهند گرفت آگاه شده‌اند. بسیاری از امدادگران غیرحرفه‌ای اجتماعی هیچ‌گاه با آن تعداد از اجساد متلاشی‌شده و آن میزان مصیبت که در فجایع دیده می‌شود، برخورد نکرده‌اند لذا حتماً باید قبل از شروع به کار ایشان، به‌طور مبسوط در مورد مسائل فوق‌الذکر با ایشان صحبت شود.

با ارائه خدمات امداد به جوامع آسیب‌دیده،کار بزرگی انجام داده‌اید (خواهید داد). شما ممکن است بیش‌ازحد کارکنید، از خودتان زیادی کار بکشید، شاهد مخمصه‌ها، آسیب‌ها و از دست رفتن مردم، از نزدیک باشید و در جریان کارتان، شاید بارها متوجه محدودیت‌هایتان در یاری‌رسانی به آسیب‌دیده‌ها بشوید. تمام این‌ها ممکن است شما را تحت استرس شدیدی قرار داده، به‌سوی حالتی سوق دهد که اصطلاحاً

"بریده"[2] خوانده می‌شود. این مسئولیت شماست که این استرس را کنترل کنید و اثر نامناسب آن بر سلامت روانی و توانایی‌های فیزیکی–روانی خود را محدود نمایید. عدم کنترل استرس‌ها نه‌تنها خطر بسیار مهمی برای سلامتتان محسوب می‌شود بلکه می‌تواند توانایی‌های شما در یاری‌رسانی به آسیب دیدگان را نیز شدیداً مختل کند. این کتابچه اطلاعاتی درباره مواردی که احتمالاً می‌توانند باعث استرس به امدادگران شوند و نیز دستورالعملی برای اطمینان از سلامت روانی‌تان را ارائه می‌کند.

قبل از ورود به صحنه، مطمئن شوید که ازنظر ملزومات زندگی، غذا و نیازهای ارتباطی همه‌چیز مهیا است. موضوع در تماس مداوم بودن با اعضاء خانواده و دوستان از اهمیت چشمگیری برخوردار است.

۲. استرس در امدادگران: چرا به وجود می‌آید؟

در زمان عملیات امداد به عللی که در زیر می‌آیند شما پیوسته در معرض استرس هستید:

- شما مکرراً در معرض تجربیات شومی چون جابجایی اجساد، سروکار داشتن با تعداد زیادی مجروح، احساس‌های تند و قصه‌های عذاب‌آور مردم داغ‌دیده، قرار دارید.
- اغلب کارهایی را انجام می‌دهید که سنگین، خسته‌کننده و خطرناک هستند.
- شما در معرض تقاضاهای شخصی غیرمعمول برای رفع احتیاجات بازماندگان هستند.

---

[2] burnout

- اغلب، شما به نیازهای احساسی و جسمانی خود اهمیت زیادی نمی‌دهید تا بتوانید بیشتر در خدمت مردم بلادیده باشید.
- چون زیاده از حد نگران بازمانده‌ها هستید، از خواب، خوراک و حتی گاهی از بهداشت فردی خود غفلت می‌کنید.
- گاهی درمی‌یابید که به‌اندازه کافی قادر به یاری‌رسانی به مردم نیستید، پس دچار احساس عجز و تنهایی می‌شوید.
- گاهی احساس گناه می‌کنید از اینکه نسبت به بازمانده‌های فاجعه دسترسی آسان‌تری به غذا، مکان و دیگر منابع دارید.
- غالباً، در تنگناهای اخلاقی گیر می‌کنید.
- شما در معرض خشم و قدرنشناسی واضح بعضی از مردم بلادیده قرار دارید.
- شما ممکن است دور از خانه و خانواده خود باشید که این موضوع شما را از یک سیستم مؤثر حمایت روانی اجتماعی محروم می‌سازد.
- شما ممکن است در اثر سیاست‌ها و تصمیم‌های مقامات مافوقتان احساس عجز و ناامیدی بکنید.

۳. علائم هشداردهنده استرس غیرقابل‌کنترل

شما باید از تعدادی از علائم هشداردهنده استرس غیرقابل‌کنترل هم در خودتان و هم در همکارانتان آگاه باشید. این علائم شامل موارد زیر هستند:

- سردرگمی ذهنی، عدم توانایی قضاوت و تصمیم‌گیری، عدم توانایی تمرکز و اولویت‌بندی وظایف
- عدم توانایی ابراز شفاف نظرات به‌طور شفاهی و کتبی

- اضطراب، تحریک‌پذیری، افسردگی، عکس‌العمل‌های خشمگینانه بیش‌ازحد
- غفلت از نیازهای ایمنی، جسمی
- اختلالات خواب
- اختلال اشتها
- خستگی مفرط
- کاهش پیش‌رونده کارایی
- از دست دادن روحیه
- سرزنش خود
- کاهش اعتمادبه‌نفس
- رفتار قهرمانانه ولی بی‌محابا
- باور خودبزرگ‌بینی
- استفاده بیش‌ازحد از الکل، دخانیات یا دارو

۴. کارهایی که می‌توانید برای خود انجام دهید

۱.۴ نکات مهم کمک به خود جهت کاهش استرس در طی عملیات امداد

- سعی کنید خود را ازنظر هیجانی درگیر نکنید یعنی غم و اندوه دیگران را به خود منتقل نکنید. مهربان و بامروت و درعین‌حال به‌نوعی ازنظر احساسی منفصل از داغ‌دیدگان باشید. چشم‌انداز کلی را مدنظر داشته باشید.
- به جهت خدمات داوطلبانه به خود افتخار کنید. بدانید که کار شما بسیار مهم است حتی اگر گاهی از آن قدردانی نشود.

- به یاد داشته باشید که عکس‌العمل‌های شما طبیعی و به میزان زیادی غیرقابل‌اجتناب است.
- از فشاری که به شما می‌آید آگاه باشید و آگاهانه سعی بر آرام کردن خود داشته باشید. شما همچنین می‌توانید از تمرینات تنفسی عمیق به مدت ۱۵–۱۰ دقیقه یک یا دو بار در روز استفاده کنید.
- سعی کنید زمانی را به کارهایی که از آن‌ها لذت می‌برید اختصاص دهید مثل گوش دادن به موسیقی، کتاب خواندن، قدم زدن یا دویدن آهسته، بازی با کودکان، تماس با یک دوست و غیره.
- اگر قادر به خوابیدن نیستید و یا بیش‌ازحد مضطرب هستید، این موضوع را با یک فرد مورد اعتماد در میان بگذارید. از قرص‌های خواب‌آور، آرام‌بخش‌ها، الکل و دیگر داروها استفاده نکنید.
- با کسی که در ارتباط با او احساس راحتی می‌کنید، صحبت کنید: آنچه را که درباره‌اش فکر می‌کردید و یا احساس می‌کردید را به او شرح دهید. شما ممکن است بخواهید درباره مسائل استرس‌زایی که تجربه کرده‌اید یا در طی فاجعه شاهد آن بوده‌اید صحبت کنید یا تمایل داشته باشید درباره فشارهای عملیات امداد و اینکه چگونه با آن کنار می‌آیید حرف بزنید. شما مختارید که بر وقایع آسیب‌زا تمرکز کنید یا از آن صرف‌نظر نمایید. صحبت کردن در مورد وقایع آسیب‌زا کمک‌کننده است ولی نباید در این زمینه عجله‌ای به خرج دهید و یا مجبور به صحبت در این زمینه شوید. همچنین شما نیز نباید بقیه را مجبور کنید درباره وقایعی که هنوز آمادگی تمرکز بر آن‌ها را نیافته‌اند صحبت یا فکر کنند.
- به صحبت‌ها و نظرات افراد نزدیک به خود درباره وقایع توجه کنید. این وقایع بر آن‌ها هم مؤثر بوده است، و ممکن است آن‌ها صاحب

بینشی باشند که به حال شما مفید باشد. آن‌ها همچنین می‌توانند طرق کنار آمدن با درد و رنج را با شما به اشتراک بگذارند.

- در صورت امکان به‌طور فعال در فعالیت‌های روزانه شرکت کنید. اگر انجام وظایف نیازمند تمرکز و صرف وقت و انرژی را مشکل می‌یابید، کارهای روزمره را دنبال کنید. درصورتی‌که کار برایتان طاقت‌فرسا جلوه می‌کند، از همکاران/ مسئول خود بخواهید برنامه وظایف دیگری به شما بدهد.
- به همتایان و رهبر/ مسئول گروه بگویید که چگونه وقایع غم‌افزا بر شما تأثیر می‌گذارد، آن‌ها شما را درک خواهند کرد.
- از خود یا دیگران انتظارات بیش‌ازحد و توقع کامل بودن نداشته باشید تا دچار احساس ناامیدی نشوید.
- در گروه‌های همتایان خود شرکت کنید تا با یکدیگر به تبادل‌نظر پرداخته راه‌هایی برای کنار آمدن با تجارب استرس‌زا بیابید.
- اگر بعد از چند هفته هنوز درباره عکس‌العمل‌های خود احساس ناراحتی می‌کنید باید به دنبال توصیه‌های تخصصی باشید.
- از خوددرمانی تحت هر شرایطی خودداری کنید.
- اگر ممکن است، هرروز با خانواده خود تماس بگیرید.
- سعی کنید مراقبه[3] انجام دهید، این کار برای کنار آمدن با استرس بسیار کمک‌کننده است.

[3]Meditation

چگونه تمرین تنفس عمیق را انجام دهیم.

روی کف اتاق یا روی تخت دراز بکشید. دستان خود را روی شکمتان بگذارید. چشمانتان را ببندید یا آن‌ها را به‌طرف شکمتان بگردانید. قسمت‌هایی از بدنتان را که در تماس با کف اتاق یا تختخواب هستند، یعنی پاشنه‌ها، ساق‌ها، باسن، کمر، و پشت بازوها و پشت سرتان را حس کنید. سعی کنید عضلات شکمتان را کاملاً شل کنید تا عمل تنفس تا انتهایی‌ترین قسمت‌های شکم به‌طور طبیعی انجام شود. به‌دقت به حرکات شکم و دست‌هایتان توجه کنید.

در حال دم به‌آرامی تا عدد دو و سپس در طی بازدم تا عدد چهار بشمارید. در انتهای بازدم صبر کنید و در همین حال باقی بمانید تا زمانی که نیاز طبیعی، شما را مجبور به دم مجدد کند. مانند همیشه بی‌سروصدا نفس بکشید.

مراقبه

در فرهنگ‌های متعدد راهی برای مراقبه وجود دارد. مراقبه می‌تواند راهی بسیار مفید برای آرامش روان و کنار آمدن با استرس باشد. مراقبه، بدون توجه به روش مورداستفاده، می‌تواند برای کاهش استرس به‌اندازه روش‌های دیگری که در این کتابچه توضیح داده شده‌اند، مؤثر باشد. ببینید آیا در جامعه شما کسی وجود دارد که بتواند مراقبه را آموزش دهد. مربیان کارآزموده می‌توانند بسیار کمک‌کننده باشند.

بیشتر تکنیک‌های مراقبه نیازمند شرایط زیر هستند:

- یک محیط آرام
- یک وضعیت راحت
- یک "وسیله ذهنی" (یک کلمه، یک‌صدا، یک نشانه)
- یک وضعیت ذهنی غیرفعال و پذیرا

مشخصات ذکرشده نه‌تنها برای مراقبه بلکه برای اعمال دیگری همچون: یوگا (مثل هاتا یوگا)، عناصر تصوف، بودیسم و تاأیسم[4]، زمزمه آیه‌های قرآن و اشکال مشخصی از عرفان هم صادق است.

۴.۲ گروه‌های کنترل استرس برای کمک به خود

امدادگران باید روابط محکمی با همکارانشان ایجاد کنند و طبیعت کارشان و نیز امکان اینکه این شرایط برایشان استرس‌زا باشد را آزادانه به بحث بگذارند. باید گروه‌های کوچک تشکیل شوند و در آن‌ها احتمال

[4] Taoism

اینکه هرکدام از اعضاء، بریده باشند به‌راحتی گفته شود. این گفتگـو حتـی باید قبل از اینکه علائم تأثیر استرس بر اعضاء پدیدار شود، انجـام پـذیرد. گروه باید متوجه باشد که هر شخص می‌تواند پاسخ متفاوتی از دیگران به موقعیت‌های اسـترس‌زا بدهـد. نبایـد کسـی در صـورت فروپاشـی روانـی برچسب "ضعیف" بخورد و یا توبیخ شود.

این گروه‌ها می‌توانند برای حمایت روانی اجتمـاعی اعضاءشـان سـه نـوع جلسه داشته باشند:

۱) تعامل و گپ زدن غیررسمی در زمان انجام کار و بعدازآن
۲) جلسه‌های رسمی که به‌طور دوره‌ای جهت بـه بحـث گذاشـتن برنامه کاری و دیگر فعالیت‌ها برگزار می‌شود
۳) تمرینات علمی گروهی باهدف تبادل‌نظر و یافتن راه‌هـای کنـار آمدن با تجربیات استرس‌زای امدادگران

گروه‌های حمایتی همتایان

گروه‌های حمایتی همتایان فرآیندی است برای راه‌اندازی گروه‌های بحـث و گفتگوی نیمه سازمان‌یافته باهدف به بحث گذاشتن مشـکلات اعضـای مختلف گروه که در زندگی و کار گریبان گیرشان می‌شود. ایـن مشـکلات می‌توانند قبل از بروز فاجعه به وجود آمده، مشکلات مربـوط بـه خـاطرات فاجعه باشند، یا مشکلاتی باشند که بعد از فاجعه به سراغ اعضـاء می‌رونـد. در طی این مباحث، به‌هیچ‌عنوان هیچ‌کدام از اعضاء گروه نباید برای گفتن جزئیات مراحل واقعه اسـترس‌زا تحت‌فشـار قـرار گیرنـد. بحـث بـر روی عکس‌العمل‌های شناختی و احساسی امدادگرانی تمرکز می‌کند کـه تلـاش می‌کنند با موقعیت‌های فشارزایی کـه در اثـر تجربیـات کـاری و زنـدگی

تجمع یافته‌اند، کنار بیایند. فعالیت‌های گروه حمایتی همتایان به ترتیب زیر هستند:

- در گروه‌های کوچک انجام می‌پذیرند (حدود ۶ نفر از امدادگران).
- فردی باتجربه مشاوره، هدایت گروه را به عهده می‌گیرد.
- فعالیت گروه در محیطی حمایتی و مورداطمینان انجام می‌پذیرد.
- یک یا دو بار در هفته و ترجیحاً با اعضاء ثابت انجام می‌شود. هر جلسه معمولاً ۱/۵ الی ۲ ساعت به طول می‌انجامد.
- هر جلسه به‌نوبت با گزارش یک امدادگر در مورد مشکلی که متمایل به ابراز آن است، شروع می‌شود.
- پس‌ازآن سایر اعضاء برای درک بهتر موقعیت و نیز فهمیدن اینکه شخص مزبور چه احساسی داشته است و چه اقداماتی برای کنار آمدن با آن موقعیت انجام داده است، سؤالاتی از وی می‌پرسند.
- اعضاء گروه برای یافتن راه‌های بهتر برای حل و کنار آمدن با مشکل به بحث و بارش افکار می‌پردازند.
- در این روش مسئله هرکدام از اعضاء گروه حدود پانزده دقیقه موردبحث قرار می‌گیرد.
- رهبر گروه (و دیگر اعضاء) باید از تلاش امدادگران در جهت کنار آمدن و تطابق با موقعیت و استرس‌های روانی آن، قدردانی کنند. دستاوردهای مثبت کار امداد باید در این مکان ابراز شوند.
- گروه‌ها باید از امدادگرانی که مشکلاتشان در راه کنار آمدن با موقعیت‌هایی که در حین فعالیت با آن‌ها روبرو بوده‌اند را ابراز می‌کنند حمایت نمایند و آن‌ها را راهنمایی کنند. تمام مباحث

باید محرمانه باقی بمانند و رهبران گروه‌ها باید ایجاد جوی توأم با احترام و تشویق بین فردی را تسهیل کنند.

رهبر گروه باید قادر به شناسایی امدادگران نیازمند به توجه و کمک خاص و فردی، باشد.

۵. دیگر اقدامات حمایتی برای مراقبت روانی و هیجانی از امدادگران

بعضی از اقداماتی که یک امدادگر تحت‌فشار به‌طور فردی برای مراقبت از روانش ممکن است به آن‌ها نیاز داشته باشد در زیر آمده‌اند:

۱) **مشاوره:** یک امدادگر اگر قادر به کنار آمدن و تطابق مؤثر با تجربیات استرس‌زایش نیست باید مراجعه به مقام مافوق یا رهبر و یا در صورت وجود، یک متخصص سلامت روان را برای مشورت (گرفتن راهنمایی، نصیحت، درمان و هر چیز ممکن) در نظر داشته باشد.

۲) **مداخله در بحران:** این مداخله در موارد نادر، زمانی که یک امدادگر به هر علت وارد وضعیت بحرانی می‌شود لازم می‌گردد. این علل می‌توانند شامل علل شخصی، خانوادگی و یا مربوط به عرصه فعالیت باشند. مسئول و یا رهبر گروه مسئول است که حمایت مناسب را در این‌گونه موارد سازمان‌دهی کند.

۶. نتیجه‌گیری

استرس در بین امدادگران یک موضوع مهم است و باید به آن توجه شود. با پذیرش این حقیقت که احتمال ظهور استرس همیشه وجود دارد، بحث آزادانه درباره آن‌ها و حمایت از کسانی که دچار آن‌ها شده‌اند برای سلامت امدادگران اهمیت حیاتی دارد. این مسئولیت خود امدادگران، مسئولان و سازمان کارفرماست که از سلامت امدادگران مراقبت نمایند.

منابع:

1) Bharat S, Chandrasekar CR, Kishore Kumar KV, et al (2000). Psychosocial care for Individuals: Supercyclone. Bangalore. Book for Change.

2) Desai N.G., Gupta D.K, Singh R.A, et al (2001). Mental Health Service Needs and Service Delivery Models in the Earthquake Affected Population in Gujarat: A Pilot phase study. Report submitted to ICMR, Delhi.

3) Desai N.G, Gupta D.K, Srivastava R.K (2004) Prevalence, Pattern & Predictors of Mental Health Morbidity following an Intermediate Disaster in an Urban Slum in Delhi: A Modified cohort study. Indian Journal of Psychiatry 46: 39-51.

4) Gupta D.K, Desai N.G (2003) Mental Health Aspects of an Intermediate Disaster in an Urban Slum in Delhi. Executive summary of ICMR Research Project on “Mental Health Consequences and Service Needs of a Disaster (Fire) affected Community in an Urban Slum. Submitted to ICMR, Delhi.

5) International Federation of Red Cross and Red Crescent societies (2001). Community based Psychological support.

6) NIMHANS (1997). Proc
Workshop on Psychosoci
Disasters. Bangalore: NIMHANS.

7) Weine S, Danieli Y, Silove D, et al. (2002). Guidelines for international training in mental health and psychosocial interventions for trauma exposed populations in clinical and community settings. Psychiatry 65(2):156-64.

8) World Health Organization (2003). Mental Health in Emergencies. Mental and Social Aspects of Health of Populations Exposed to Extreme Stressors. Geneva: WHO Department of Mental Health and Substance Dependence.

9) World Health Organization (2003). Psychological debriefing: Not recommended. Geneva: WHO Department of Mental Health and Substance Dependence.

10) World Health Organization (2005). Psychological care of Tsunami affected populations. Caring for your own emotional well-being. Guidelines for relief workers. New Delhi. WHO SEARO. Department of Non-communicable Diseases and Mental Health.

11) World Health Organization (2005). Mental Health and Psychological care for children and adolescents affected by natural

s\disasters. WHO, Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence. http://www.who.mental_health

نمایه:

آرامش‌بخش/آرام‌بخش ۱۱و۴۷
اختلال خواب ۱۴و۳۸و۴۶
اختلال اشتها ۴۶
استرس
۲و۵و۱۲و۱۳و۱۴و۱۵و۱۸و۲۶و۲۷و۴۲و۴۳و۴۴و۴۵و۴۶و۴۷و۴۸و۴۹و۵۰
و۵۱و۵۲و۵۳و۵۹
اضطراب ۱۰و۱۱و۱۲و۱۴و۳۳و۳۵و۴۰و۴۶
افسردگی ۱۳و۱۴و۱۵و۳۲و۳۸و۴۰و۴۶
امدادگر ۵و ۶و ۱۶و ۲۰و ۲۱و ۲۲و ۲۵و ۳۲و ۳۵و ۴۲و ۴۳و ۴۴و
۵۰و۵۱و ۵۲و ۵۳
بازمانده/بازماندگان
۲و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲و۱۷و۱۸و۲۰و۲۱و۲۳و۲۴و۲۷و۲۸و۲۹و۳۰و۴۵و
بهداشت ۳و۷و۱۶و۱۹و۲۱و۳۱و۳۲و۳۳و۳۹و۴۵و۵۳
پزشک ۱۶و۱۹و۲۸و۳۲و۳۹
ترحم ۱۹و۲۰
دارو ۴و۱۷و۳۲و۴۶و۴۷
دخانیات ۴۶
دوری گزینی ۱۱و۱۵و۳۵و۳۸
سالمندان ۵و۸و۹و۱۷و۳۴و۳۸
سلامت ۴و۵و۸و۱۷و۲۱و۴۳و۴۴و۵۴
سوگ ۱۳و۱۶و۲۳
سوءمصرف مواد ۱۱و۱۴و۳۳و۳۴
گوشه‌گیر ۱۰و۱۲
مددکار اجتماعی ۳و۷و۸و۹و۱۹و۳۲و۳۴و۳۶

مدارس ۵و۷
مراقبت روانی ۳و ۸و۲۰و ۲۱و ۲۶و ۳۱و ۳۷و ۳۸و ۴۰و ۵۳
مراقبه ۴۹و۵۰
مشاوره ۸و۹و۲۱و۲۳و۲۵و۲۶و۲۷و۲۹و۳۰و۳۱و۵۲و۵۳
معلمان ۵و۷و۱۸

فرهنگ لغات:

A

Acute stress reaction واکنش استرس حاد
Aggressive Behaviour رفتار تهاجمی
Agitation بی‌قراری
Anticipatory پیشی جستن
Anxiety اضطراب
Appetite Disturbance اختلال اشتها

B

Bereavement داغداری
Blame سرزنش
Burnout بریده

C

Clinging Behaviour عقب‌نشینی
Community Leaders رهبران اجتماعی
Community Worker مددکار اجتماعی
Confusion سردرگمی
Copping Skills مهارت‌های انطباقی
Crisis Counseling مشاوره بحران
Crisis Counseling مشاوره بحران
Crisis بحران
Cultural Foundation زیرساخت فرهنگی

D

Dazed گیج

Decisive Action قدرت تصمیم‌گیری

Decreased Self-esteems کاهش اعتمادبه‌نفس

Dignity منزلت/شأن

Depression افسردگی

Disaster Management مدیریت بلا/فاجعه

Disbelief بهت‌زدگی

Despondent حزن

Disturb Sleep اختلالات خواب

E

Elation سرخوشی

Emotional First Aid کمک‌های اولیه روحی

Emotional well-being سلامت روانی

Empathy غمخواری

Excessive Tiredness خستگی مفرط

F

Fainting Attacks حملات غش

Fantasies خیال‌پردازی

Feel Panicky احساس وحشت و ترس

Feeling Low احساس بی‌حوصلگی

Feeling of Failure احساس شکست

Frustration مستأصل بودن

G

Grandiose خودبزرگ‌بینی

Grief counseling مشاوره داغ‌دیدگی

Grief سوگ

Grim شوم

Guilt Feeling احساس گناه

H

Health Unit واحد بهداشت

Help Seeker مددجو

Herotic Behaviour رفتار قهرمانانه

Hyper-alert هشیاری بیش‌ازحد

I

Impulsive Behaviourرفتارهای نسنجیده تکانه‌ای

Irritable تحریک‌پذیری

Isolated گوشه‌گیر

L

Local Culture فرهنگ محلی

Loss of Sprit از دست دادن روحیه

M

Maladaptiveغیر انطباقی

Meditation مراقبه

Mental Disorder اختلال روانی

N

Nausea تهوع

Night terror خواب‌های ترسناک

Nightmare کابوس شبانه

O

Occupational Rehabilitation توان‌بخشی شغلی

Over-dependence وابستگی بیش‌ازحد

P

Painful emotion احساس رنج‌آور

Palpitation تپش قلب

Panic وحشت

Peer Support Group گروه حمایتی همتایان

Physical Violence خشونت بدنی/جسمی

Post- traumatic stress disorder اختلال استرسی بعد از حادثه

Post- traumatic stress disorder اختلال استرسی بعد از حادثه

Problem solving Counseling مشاوره حل مسئله

Problem solving Counseling مشاوره حل مسئله

Psychological Responses پاسخ‌های روان‌شناختی

Psychosocial Care مراقبت روانی اجتماعی

Psychosomatic روان‌تنی

R

Reckless بی‌محابا

Relief and Rescue workers کارکنان امداد و نجات

Relief Worker مددکار اجتماعی

Restlessness ناآرامی
Restlessness ناآرامی
Risk taking Behaviour رفتار پرخطر و مخاطره‌آمیز
Rumour شایعه

S
Self Blame سرزنش خود
Self Medicate خوددرمانی
self-help خودیار
Shocked شوکه شدن
Social Support حمایت اجتماعی
Storytelling داستان‌سرایی
Stunned ناباوری
Suicidal ideation افکار خودکشی
Supportive Measures اقدامات حمایتی
Suspiciousness بدگمانی (سوءظن)
Sympathy دلسوزی / ترحم

T
Tension تنش
Traditional Healer درمانگر محلی
Tranquilizer آرامش‌بخش

U
Un-manageable Stress استرس غیرقابل‌کنترل
Unrealistic Pessimistic Thoughts افکار بدبینانه غیرواقعی

V

Violent Behaviour رفتار خشونت‌آمیز

W

Withdrawal from Society دوری گزینی از اجتماع

Withdrawal واپس‌گرایی/ گوشه‌گیری

SEA-EHA-7, 9
SEA-Ment.-135, 139
Distribution: General

Psychosocial care Tsunami-affected Populations

Guideline & Manual for Relief Workers and Community-level Workers

WHO project: ICP EHA 011 XD 04

World Health Organization
Regional Office for South – East Asia

New Delhi
2005