

حمایت های روانی – اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه

ویژه پزشکان عمومی

اهداف آموزشی

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

- اطلاعات لازم در مورد انواع بلایا و سایر مفاهیم مربوط به آن را داشته باشند.
- اصول حمایت های روانی – اجتماعی از آسیب دیدگان را بشناسند.
- واکنش ها و نشانه های روانی آسیب دیدگان در بحران را بشناسند.
- بتوانند گروه های آسیب پذیر را شناسایی کرده و در موارد لازم ارجاع دهند.
- واکنش های طبیعی سوگ را بشناسند و سوگ پیچیده را تشخیص دهند.
- بتوانند حمایت های روانی – اجتماعی اولیه را هنگام مراجعه با آسیب دیدگان ارائه کنند.
- بتوانند برنامه پیشگیری از خودکشی را در منطقه آسیب دیده پیاده کنند.
- درمان های دارویی در اختلالات شایع پس از بلایا را بشناسند.
- با پروتکل درمان بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد در منطقه آسیب دیده آشنا باشند.
- نحوه اطلاع رسانی صحیح را بدانند.
- با فرسودگی شغلی آشنا گردد.

تاریخچه

به دنبال نام گذاری دهه ۱۹۹۰ به عنوان دهه بین المللی کاهش بلایا توسط سازمان ملل متحد قانون تشکیل کمیته ملی کاهش اثرات و بلایا طبیعی در مرداد ۱۳۷۰ به تصویب مجلی شورای اسلامی رسید واقعا اسفبار زلزله رودبار در سال ۱۳۶۹ تاثیر بسزایی در آغاز چنین حرکتی است این کمیته از ۹ کمیته فرعی تخصصی به مسوولیت وزرا و یا معاونین آنها در سازمان های ذیربط تشکیل می شد که یکی از آنها کمیته فرعی بهداشت و درمان بود و تامین خدمات بهداشت روان یکی از وظایف این کمیته محسوب می گردید این کمیته در سال ۱۳۷۶ شروع به برنامه ریزی برای تهیه طرح نحوه ارائه خدمات به آسیب دیدگان ناشی از بلایای طبیعی نمود.

ولی از آن جایی که دانش اندکی در این زمینه در سطح بین المللی وجود داشت و از طرفی کاربرد همان دانش در ایران با توجه به تفاوت های فرهنگی نگر آغاز شد این وظیفه به عهده اداره سلامت روان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و با همکاری تعدادی از اساتید و کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشکده پزشکی بیرجند و منطقه قاینات و اردبیل به انجام رسید.

نیازهای اعلام شده مردم آسیب دیده اطلاعات جالبی به همراه داشت از لحظات بعد از حادثه نیاز به دریافت اطلاعات بخصوص در مورد وضعیت سلامت خانواده و بستگان اهمیت فوق العاده ای داشت بیش از ۷۵ درصد از آسیب دیدگان نیاز به دریافت اطلاعات درمورد وضعیت سلامت اعضا خانواده خود داشتند و این در حالی بود که هیچ گونه سیستم منظمی در این رابطه وجود نداشت و حتی در برخی از موارد امدادگران به غلط رفتار می کردند پس از حادثه اکثر افراد نیاز به مشاوره و درد دل را در سطح بالایی حس می کردند ولی دوستان و آشنایان مهم ترین منبع در دسترس آسیب دیدگان بودند که در اغلب موارد این اقدامات به روش نادرست از سوی آنها اجرا می شد نیاز به بازی در کودکان نکته مهمی بود که مورد غفلت قرار گرفته بود امدادگران هلال احمر آشنایی ناکافی با مسایل بهداشت روان داشتند به خصوص امدادگران جوان نیازمند آموزش و کسب مهارت بیشتری بودند.

براین اساس و با توجه به تجربیات زلزله اردبیل و قاین و براساس نیاز سنجی انجام شده توسط آقای دکتر یاسمی و همکاران اولین پیش نویس برنامه آمادگی در بحران در سال ۱۳۷۶ تهیه گردید و همان سال تهیه متون و آموزش نیروی انسانی از طریق آموزش مربیان هلال احمر بوسیله تیم فوق الذکر و نیز آموزش تعدادی روان پزشکان و روانشناسان آغاز شد دومین پیش نویس برنامه براساس نتایج مطالعه آزمایشی متعاقب زلزله استان قزوین در سال ۱۳۸۱ تهیه شد کلیه روان پزشکان و روانشناسان شبکه بهداشت و درمان کشور طی دو کارگاه تخصصی حمایت های روانی اجتماعی در شرایط اضطراری آموزش ویژه دریافت کردند تا قبل از زلزله بم ۶۰ متخصص بهداشت روان آموزش های لازم را در ارتباط با مداخلات مذکور دریافت کرده بودند به منظور ارتقا کمی و کیفی و سرعت بخشی به ارایه خدمات روانی - اجتماعی ادامه آموزش نیروها و منابع انسانی ضروری می نمود.

تیرماه ۱۳۸۱ زلزله ۶ ریشتری در روستاهای اطراف قزوین باعث مرگ ۲۳۵ تن و برجای ماندن هزاران زخمی شد اداره سلامت روان با همکاری هلال احمر تصمیم به اجرای طرح مداخلات روانی اجتماعی در بلایای طبیعی گرفت که پس از آن مداخلات آغاز گشت نتایج ارزیابی قبل و بعد از مداخله نشان دهنده کاهش سایکوپاتولوژی در بالغین و کودکان بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله بود. مطالعات پایلوت در زلزله قزوین نشان داد که برنامه کشوری اجرایی می باشد و مداخلات روانی - اجتماعی عملی و موثر است برنامه پس از زلزله قزوین در سال ۱۳۸۱ بازبینی و تصحیح شد در زلزله بم نیز با توجه به وسعت حادثه و برجای ماندن تعداد زیادی از آسیب دیدگان روانی این برنامه مورد بهره برداری و اجرا قرار گرفت تا این که منطبق بر شرایط موجود در بم برنامه به شیوه عملیاتی نهایی تبدیل شد بازبینی چهارم برنامه در سال ۱۳۸۸ و براساس نیاز مشاهده شده به دنبال حادثه آتش سوزی منطقه بازنه اراک و زلزله بندرعباس از سوی جمعی از صاحب نظران در این زمینه زیر نظر اداره سلامت روان صورت پذیرفت.

از اینرو و براساس نیاز مشاهده شده در دفتر سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد اداره سلامت روان بر آن گردید تا به بازبینی متون آموزشی حمایت های روانی - اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه اقدام نماید تا با استفاده از مطالب و مستندات علمی موجود در سطح دنیا بتوان دانش و مهارت های کافی را در اختیار دانش اموختگان در این حیطه قرار داد. لازم به ذکر است که تهیه و تدوین این مجموعه آموزشی برای اولین بار در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در حالی صورت گرفته است که به عنوان اولین تجربه مستند در زمان بحران اقدامی بسیار بجا و در خور تمجید بوده است. به منظور تحقق هدف فوق و تسهیل در روند انجام طرح کارگاه بازبینی متون آموزشی در تاریخ ۵۴ تیرماه ۱۳۸۸ و با همکاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان برگزار گردید در این نشست شرکت کنندگان به بحث و بررسی متون موجود پرداخته راه کارهایی جهت ارتقا کیفی مطالب موجود ارایه دادند. جمع بندی نهایی توسط گروهی از کارشناسان سلامت روان دانشگاههای علوم پزشکی و اداره سلامت روان براساس نتایج به دست آمده از کارگاه مذکور و مروری بر مستندات موجود در زمینه حمایت های روانی اجتماعی در سطح دنیا در طی چندین جلسه مشترک در اداره سلامت روان به پایان رسید.

مقدمه

مقدمه: یک بلا عبارت است درهم ریختگی شدید زیست محیطی و روانی - اجتماعی که بسیار فراتر از ظرفیت انطباقی جامعه مبتلا است. (سازمان جهانی بهداشت)

بالایای طبیعی سالانه منجر به مرگ معلولیت جسمی و روانی و تغییر روند و مسیر زندگی میلیون هانفرو صدمات مالی شدید برای افراد و دولت ها می گردند کمک ها و امدادها از سایر نقاط کشور و سایر نقاط دنیا به دنبال وقوع بلایا به سرعت به منطقه آسیب دیده ارسال می گردد کمک های بهداشتی یکی از مهم ترین و اولین امدادهایی است که به مناطق فاجعه زده می رسد هر چند تا سال های اخیر سیاست گذاران بهداشتی در برابر وقایع آسیب زا کمتر به عوارض روان شناختی می پرداختند طی سال های اخیر اهمیت رسیدگی سریع و به موقع به واکنش های روانی افراد آسیب دیده در طی بلایا بر متولیان بهداشت محرز شده و به همین دلیل پرداختن به واکنش های روانی بازماندگان با هدف عادی سازی واکنش ها و جلوگیری از بروز

عوارض دیرپا که منجر به افت کیفیت زندگی و کاهش کارایی افراد می گردد از اهم اهداف فعالیت های متخصصین و کارشناسان بهداشت روان اعزامی به مناطق آسیب دیده محسوب می گردد.

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

هر چند پژوهش های انجام شده در رابطه با اختلالات روانی متعاقب بلایا در ایران اندک هستند نتایج آنها دور نمایی از آسیب های شایع و نیازهای بازماندگان به ما رخ می دهند در پژوهش دژکام و همکاران در رابطه با اختلالات روانی در بین بازماندگان زلزله رودبار در سال ۱۳۶۹، ۶۸ درصد افراد مورد مطالعه مبتلا به افسردگی اساسی بودند که از این میان ۳۸ درصد از افسردگی شدید رنج می بردند در پژوهش کرمی به سال ۱۳۷۳ که پس از ۳ سال بر روی کودکان منطقه زلزله زده رودبار انجام شد میزان اختلالات رفتاری در بین کودکان ۶۰ درصد برآورد شد که حدودا ۲/۵ برابر گروه شاهد بود هم چنین ۵۱/۷ درصد این کودکان که در سنین ۱۶-۹ سال قرار داشتند مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بودند در پژوهش احمدی همه کودکان در چند هفته اول دچار مشکلات مهم خواب بودند و ترس از تاریکی و تنهایی و افکار مزاحم هنگام استراحت و رویاهای وحشتناک داشتند هنگی آنها نسبت به خوابیدن در محل های سرپوشیده و استفاده از انواع وسایل حمل و نقل احساس خطر می کردند فراوانی بیماری روانی تا سالها پس از فاجعه در اطفال از شیوعی نظیر بزرگسالان برخوردار است در پژوهش یاسمی و همکاران در سالهای ۷۷-۱۳۷۶ آسیب شناسی روانی در منطقه جنوب خراسان و اردبیل با گروه کنترل مقایسه شد. سایکوپاتولوژی بطور عموم در بین بزرگسالان حدود ۳ برابر و در خردسالان حدود ۲ برابر گروه کنترل بود.

در بررسی بعمل آمده در زلزله بم نیز ۸۲ درصد بزرگسالان و ۸۴ درصد کودکان (براساس مقیاس GHQ و Rutter) از مشکلات روان شناختی رنج می بردند درصد افراد بزرگسالی که براساس مقیاس واتسون دچار PTSD بودند ۶۵ درصد و درصد کودکانی که براساس مقیاس PTSD کودکان دچار PTSD بودند ۷۸ درصد بود با نگاهی به مطالب فوق ضرورت اقدامات بهداشت روان در بین امدادهای ارسالی به مناطق فاجعه زده مشخص می گردد امروزه تشخیص داده شده که کمک های زود هنگام به مردم در جهت این که آنها بفهمند چگونه با استرس های ناشی از فاجعه کنار بیایند و برانها غلبه کنند ثمربخش می باشد و این امر از گسترش مشکلات بعدی در آنها جلوگیری می کند حمایت های کشوری به صورت سطح بندی اعمال شود تا در صورت بروز حوادث با بعد وسیع امکان استفاده از داوطلبین در سطوح گسترده تر موجود باشد در این میان پزشکان عمومی به عنوان اولین سطح درمانی در سیستم مراقبت های بهداشتی اولیه نقشی اساسی در هنگام مواجهه با بازماندگان بلایا در منطقه تحت پوشش خود دارند.

فصل اول

تعریف مفاهیم:

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

سلامت: طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت سلامت عبارت است از حالت رفاه کامل جسمی روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری. سازمان جهانی بهداشت تاکید دارد که هیچ یک از موارد فوق ارجحیتی بر دیگری ندارد.

بهداشت روانی: تامین حفظ و ارتقا سلامت روان افراد جامعه است به گونه ای که آنها نه تنها بیماری روانی نداشته باشند بلکه بتوانند کارهای روزانه خود را به خوبی انجام دهد از زندگی شان لذت ببرند و با افراد خانواده و محیط خود ارتباط برقرار نمایند. به عبارتی دیگر می توان گفت: بهداشت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی هایش را باز می شناسد و قادر است با استرس های معمول زندگی تطابق حاصل کرده از نظر شغلی مفید و سازنده باشد و بعنوان بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد. بهداشت روان به همه ما مربوط است نه فقط به کسانی که از بیماری های روانی رنج می برند.

بلا: اختلال شدید زیست محیطی و روانی-اجتماعی است که از توانایی جامعه مقابله با مشکلات ناشی از آن فراتر باشد راههای مختلفی برای طبقه بندی بلایا وجود دارد ولی از نقطه نظر پیشگیری و آمادگی می توان بلایا را به دو گروه تقسیم کرد:

بلایای طبیعی: بلایایی که سبب یا منشا وقوع آن خارج از اختیار انسان می باشد و فهرست آن در زیر آمده است:

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

بلایای انسان ساخته:

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

- آتش سوزی منزل
- حادثه تصادف مرگ بار با اتومبیل
- سقوط هواپیما
- فرو ریختن مسیر عابرین
- آزاد شدن مواد شیمیایی سمی
- حوادث هسته ای

تنش (Stress): تنش (استرس) واژه ای بامفهوم گسترده است که به تاثیر هر چیز زندگی که نیاز به تطابق داشته باشد اطلاق می شود.

استرس سورهای محیطی یکسان در افراد مختلف پاسخ های متفاوتی را برمی انگیزاند.

استرس همیشه زیانبار تصور نمی شود اما وقتی این فشارها افزایش یابد به نقطه ای می رسد که از آن نقطه به بعد افزایش فشار باعث افت عملکرد می شود و فراتر از این نقطه تأثیرات مخرب استرس روی سلامت جسمی روانی و یا اجتماعی آشکار می شود. در اینجا وقتی واژه استرس را بکار می بریم منظور محدوده بالاتر از این نقطه می باشد محدوده ای که تامل فرد را و محیطش موجب آثار منفی می شود استرس بر تمام جنبه های رفاه و سلامت اعم از روانی جسمی و اجتماعی تأثیر می گذارد بطور مثال تظاهرات آن می تواند بصورت اضطراب و افسردگی (روانی) ارتباط های بین فردی مختل و مشکلات کاری (اجتماعی) سردرد و سوء هاضمه (جسمانی) بروز کند. وقتی بهداشت روان را در نظر می گیریم استرس می تواند هم موجب بیماری روانی شود و هم سلامت روان مثبت را تهدید کند مثل کاهش کیفیت زندگی و شادابی.

استرسور یا تنش زا (stressor): یا بیانی ساده استرسور هر عاملی است که موجب تنش (استرس) شود.

مدارا (coping): مدارا شامل هر واکنش و اقدامی است که فرد برای فایق آمدن با آثار منفی واقعه تنش را انجام می دهد مدارای موثر با وقایع ناخوشایند نیازمند برقراری تعادل بین ایجاد تغییر در شرایط نامطلوب (تا حد امکان و از طرق مختلف) و تطابق با آنچه قابل تغییر نمی باشد است. مثال هایی از روش های مدارای افراد در مواجهه با بلایا عبارتند از:

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

توجه داشته باشید که درجات سازندگی این مکانیسم ها متفاوت است مکانیسم های مخرب مدارا نیز وجود دارند که ناکارآمد و مشکل ساز می باشند مثل انکار. در ارایه حمایت های روانی اجتماعی سعی بر تقویت و تشویق روش های کارآمد مدارا است.

اسیب دیده: شخصی است که در اثر حادثه از ادامه زندگی سالم خود چه از نظر جسمانی و چه از نظر روانی خانوادگی و اجتماعی محروم گردیده است.

تیم حمایت های روانی - اجتماعی: مقصود تیمی است متشکل از یک روانپزشک یک روانپزشک و در صورت امکان یک مددکار اجتماعی (یا سایر متخصصین دیگر برحسب ضرورت) که عمده وظیفه مداخله در بحران و ارایه مداخلات روانی-اجتماعی را به عهده می گیرد این تیم تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و بصورت سیاری به محل اسکان افراد آسیب دیده مراجعه نموده و پس از غربالگری آنان از نظر وجود علائم روانی ناشی از تروما در قالب گروههای مشاوره ای مداخلات روانی-اجتماعی لازم را ارایه می نمایند. محل استقرار این تیم در ستاد حمایت روانی-اجتماعی در منطقه آسیب دیده می باشد ولی عمده فعالیت های غربالگری مداخله ای و پیگیری های لازم را بصورت سیاری و با مراجعه به محل اسکان بازماندگان حادثه انجام می دهند (برای آشنایی با فعالیت های ستاد حمایت روانی-اجتماعی به برنامه کشوری حمایت های روانی-اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه مراجعه شود)

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

فصل دوم

اهداف: پزشکان محترم پس از مطالعه این فصل می توانند: اصول اصلی در حمایت روانی-اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه را بیان کنند.

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

قبل از شروع هرگونه بحثی در زمینه بلایا و حمایت های روانی-اجتماعی در بلایا بیایید با انجام فعالیت زیر کار را آغاز کنیم. به عنوان مثال: سه کارت ابی، سه کارت سبز، سه کارت سفید بردارید روی هر کارت ابی نام یک فرد مورد علاقه تان را بنویسید. روی هر کارت سبز نام یکی از اشیاء یا اموال مورد علاقه تان را بنویسید. روی هر کارت سفید نام یکی از فعالیت های مورد علاقه تان را بنویسید. کارت ها را روی میز بگذارید چشمان خود را ببندید از هر گروه یک کارت بطور تصادفی انتخاب کنید. چشمان خود را باز کنید اینها سه چیزی هستند که شما می توانید در یک بلای طبیعی از دست بدهید. به پاسخ های ممکن و واکنش های احتمالی فکر کنید.

حمایت های روانی-اجتماعی در بلایای طبیعی جمعیت سالمی را هدف قرار می دهد که پاسخگوی یک واقعه غیرمعمول می باشند هم چنان که شما در مثال بالا پاسخ دادید. برنامه حمایت های روانی-اجتماعی در حوادث غیرمترقبه و بلایا مبتنی بر اصول اساسی زیر می باشد:

- اصل اولیه و مهم بهداشت روان در بلایای طبیعی پرهیز از برچسب بیماری زدن به بازماندگان می باشد. تاکید بر طبیعی سازی واکنش می باشد تا گروه هدف نیز بدانند واکنش هایشان پاسخ معمول به یک موقعیت غیرعادی می باشد. افرادی که در جریان بلایا دچار واکنش های روانی شده اند بیمار یا مبتلا به بیماری روانی تلقی نکنید. این علایم واکنشی طبیعی به یک حادثه کاملاً غیرمعمول است و در بسیاری از موارد در طول زمان تخفیف می یابد و از بین می رود.

- دقت در انتخاب واژه ها

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

- برنامه بهداشت روان در بلایا برنامه ای جامعه مدار است.

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

- 0 ارایه مداخلات روانی-اجتماعی بصورت گروهی بر روش انفرادی ارجح است.

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

0 توانمند سازی افراد بازمانده و مشارکت آنان در برنامه ها اهمیت ویژه ای دارد.

خطری که در غالب امدادرسانی ها در بلایا وجود دارد تحقیر یا منفعل سازی دریافت کنندگان خدمات می باشد هنگام کمک رسانی بسیاری از احساسات انسان دوستانه و متعالی جلوه می کند اما باید مراقب احساساتی مثل برتری جویی خودبزرگ بینی تکبر و نیاز به سرویس دهی نیز باشیم که گاه در چنین شرایطی زمینه بروز می یابد دریافت کمک باعث آغاز روندی مثبت برای حل بحران می باشد اما گاه می تواند به عنوان ناتوانی و وابستگی کمک شونده نیز تلقی شود و باعث خشم آنان شود مهمترین عامل پیشگیری کننده از بروز چنین احساساتی یا درک چنین برخوردی از جانب آسیب دیدگان همان توانمند سازی و مشارکت آنان است. تاکید روی نقاط قوت و توانایی های بازماندگان و آسیب دیدگان به اندازه توجه به مشکلات و ناتوانی هایشان مهم است. مردم از طریق شرکت در برنامه ها احساس کنترل بر زندگی خود را پیدا می کنند و در حل مسائل و تصمیم گیری توانا می شوند.

در نهایت اصل مهم در ارایه این خدمات توانمند سازی افراد درگیر در واقعه می باشد و ارزیابی هایی دقیق برای تعیین زمان و نحوه واگذاری بخش هایی از مسوولیت بر عهده آسیب دیدگان لازم است. باید توجه داشت که افراد بومی هر منطقه در ارایه این خدمات به آسیب دیدگان موفق تر خواهند بود و از این رو توانمند سازی جامعه درگیر می تواند در همیاری گروهی و ارایه موثرتر خدمات مفید باشد.

0 مداخله به موقع

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

0 حمایت های روانی اجتماعی براساس غربالگری فعال جمعیت آسیب دیده و ارایه مداخلات بصورت سیاری می باشد.

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

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

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

0 استفاده از داوطلبین آموزش دیده

افراد داوطلب نیروهای قابل دسترس قابل اعتماد متعهد و دلسوز می باشند و با آموزش آنها نیروی کارآمدی در اختیار خواهیم داشت.

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

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

فصل سوم

اهداف:

پزشکان محترم پس از مطالعه این فصل می توانند:

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

مراحل پاسخ روانی به دنبال بلایا

بطور معمول به دنبال بحرانهایی همچون سیل و زلزله افراد از مراحل مختلفی عبور می کنند این مراحل را به صورت خلاصه در جدول زیر آمده است.

مراحل	علایم واکنش	اداره واکنش
مراحل اول: تماس یا ضربه (در چند دقیقه اول پس از حادثه بروز می کند)	- اکثر افراد دچار ترس و وحشت می شوند. - برخی افراد بهت زده می شوند. - افراد گیج و درمانده هستند و قدرت انجام هیچ کاری را ندارند. - این حالت معمولاً گذرا و کوتاه مدت است.	در اغلب موارد قبل از رسیدن هر کمکی بطور خود به خود پایان می پذیرد.
مرحله دوم: مرحله قهرمان گرایی (در ساعات یا روزهای اولیه وقوع حادثه بروز می کند)	- افراد احساس می کنند باید کاری انجام دهند با دیگران ارتباط برقرار می کنند و به طور داوطلبانه درامداد رسانی کمک می کنند. - همبستگی بین مردم ایجاد می شود. - مردم با گذشت و ایثار زیاد عمل می کنند و تا رسیدن نیروهای کمکی بسیاری از کارها را خود انجام می دهند - بعنوان مثال پس از زلزله شروع به بیرون آوردن اجساد از زیر اوار می کنند. - افراد گستاخانه عمل کرده و به موانع اداری اجرایی کاری ندارند و ممکن است عصبانی و تحریک پذیر شوند.	- رفتار آسیب دیدگان را باید به عنوان واکنش طبیعی آنها تلقی کرد. - باید وضعیت و شرایط افراد را درک کرد. - هدایت هوشمندانه: باید فعالیت های مردم را بصورت مناسبی هدایت کرد. - به نقش خانواده افراد آسیب دیده و یا دوستان آنها اهمیت داده شود.
مرحله سوم: شادمانی یا فراموشی غم (یک هفته تا چند ماه)	همزمان با رسیدن نیروهای کمکی و توزیع کمک ها افراد امیدوار شده و بطور موقت به آنها حالت آرامش دست می دهد.	کمک رسانی به افراد در این مرحله بسیار مهم و مفید بوده و نتایج زیر را در بردارد. سرعت در پیدایش تعادل روانی

بعد از حادثه بروز می کند جلوگیری از اختلالات روانی عاطفی شدید بعدی جلوگیری از انتقام جویی و بدبینی نسبت به دیگران در مراحل بعدی		
مرحله چهارم: مرحله مواجهه با واقعیت (۲الی ۳ ماه بعد از وقوع حادثه بروز می کند)	افراد تازه متوجه وسعت خسارت و فقدان هایشان می شوند . - افراد مجددا روحیه خود را از دست می دهند نارام خسته و درمانده میشوند ممکن است به این نتیجه برسند که کمک های رسیده برای آنها کفایت نمی کند و یا شروع به مقایسه دریافتی های خود با دیگران کنند. - مضطرب و حساس شده و احساس تنهایی شدیدی می کنند.	- از نظر روانی احتیاج به حمایت بیشتری دارند. - ایجاد روحیه امید و اعتماد به نفس در آسیب دیدگان اهمیت زیادی دارد. - امدادگران و مسوولین توزیع کمک ها باید حداکثر تلاش خود را در جهت توزیع عادلانه و توأم با احترام امکانات بین مردم انجام دهند.
مرحله پنجم: تجدید سازمان (۶ماه تا یک سال بعد از وقوع حادثه بروز می کند)	- افراد شروع به بازسازی زندگی خودکرده به تدریج درک می کنند که باید متکی به خود باشند. - عدم رسیدن کامل به این مرحله منجر به باقی ماندن احساس ناراحتی و پرخاش و تعارض درونی می گردد.	- مسوولین باید پاسخگوی نیازهای مردم باشند و با برنامه ریزی از سرگردانی و بلا تکلیفی آنها جلوگیری کنند. - باید مردم را فعالانه در امر بازسازی مشارکت دهند.

آگاهی از این واکنش ها کمک می کند تا عکس العمل های روانی آسیب دیدگان را بشناسید و نحوه برخورد با آنان را دریابید گاه برخی از مراحل بارز نیستند و الزاما به ترتیب نیز رخ نمی دهند اقدام متناسب با این حالت ها مردم را منسجم کرده و به آنها انگیزه می دهد تا با حوادث دست و پنجه نرم کنند هدف نهایی رسیدن هر چه سریعتر بازماندگان به مرحله تجدید سازمان است. به دنبال بلایا افراد از ۵ مرحله مختلف عبور می کنند:

۱. مرحله تماس یا ضربه

۲. مرحله قهرمانگرایی

۳. مرحله شادمانی و فراموشی غم

۴. مرحله مواجهه با واقعیت

۵. مرحله تجدید سازمان

این مراحل الزاما به ترتیب رخ نمی دهند و ممکن است برخی مراحل کاملا بارز نباشند هدف نهایی رسیدن بازماندگان به مرحله تجدید سازمان است.

فصل چهارم

اهداف:

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

واکنش ها و علایم شایع بحران در افراد آسیب دیده

پس از بلایا افراد در معرض عوامل استرس زای متعددی قرار می گیرند این عوامل عبارتند از انواع آسیب های جسمی که باعث درد و ناراحتی می شود نداشتن محل امن برای اسایش و استراحت نبود مواد غذایی لازم برای رفع گرسنگی و تشنگی مواجهه با صحنه های دلخراش از قبیل جنازه اقوام

و اشنایان شنیدن صدای کمک خواستن افراد از زیرآوار تخریب ساختمان ها و از دست دادن اموال و دارایی که فشار زیادی را از نظر روانی بر فرد وارد می کند استرسی که بر فرد در جریان بلایا وارد می شود به قدری ناتوان کننده است که تقریباً هر کسی را می توان از پا درآورد بدنبال بروز استرس شدید روانی ناشی از فاجعه واکنش ها و علایمی در افراد به وجود می آیند که می تواند تاثیر معکوسی روی عملکرد آنها داشته باشند در برخی از افراد تنها با یک تک علامت مواجه هستیم و در برخی دیگر ترکیبی از علایم که در صورت عدم رسیدگی می توانند به اختلالات روانی مزمن منجر گردند میزان تاثیر افراد از وقایع اطراف تا حد زیادی تابع میزان آسیب پذیری قبلی و وسعت فاجعه و میزان تخریب و فقدان و هم چنین وضعیت حمایت ها و رسیدگی به موقع به مسایل روانی-اجتماعی افراد می باشد سعی بر این است تا رنج افرادی که دچار آسیب شده اند کمتر شود و سریعتر به زندگی عادی خود برگردند و این دوران را به سلامت طی کنند.

خشم (Anger):

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

اضطراب (Anxiety):

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

سرزنش (Biame):

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

ناامیدی (Despair):

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

ترس (Fear):

هیجانی قدرتمند است که غالباً تمام انرژی و توجه را به خود معطوف می کند پس از یک استرسور شدید ممکن است ترس از دست دادن کنترل بر ذهن و افکار بر فرد مستولی شود (ترس از ابتلا به بیماری روانی).

همچنین ترس می تواند متوجه محیط باشد مثل ترس از تنها ماندن از دست دادن عزیزان وقوع مجدد فاجعه ترس در صورت ازمان می تواند موجب برخی اختلالات روانی و افت عملکرد شود.

سرخوردگی (Frustration):

وقتی افراد در دستیابی به خواسته ای با مانع مواجه می شوند واکنش هیجانی بنام سرخوردگی را تجربه می کنند واکنش مناسب در پاسخ به احساس سرخوردگی تغییر مسیر تلاش در جهتی است که انتظار می رود نتیجه بخش باشد در مواردی که تغییر شرایط ممکن نیست تطابق با وضعیت موجود می تواند کمک کننده باشد باقی ماندن احساس سرخوردگی منجر به خشم یا افسردگی می شود.

گناه (Guilt):

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

غم و اندوه (Sadness or sorrow):

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

اسیب پذیری (vulnerability):

هنگامی که فرد از نظر جسمی یا روانی دچار اسیب می شود احساس شکننده بودن و ناامنی می کند و این موجب می شود که شرایط محیطی راحتی ناامن تر و پرخطرتر تعبیر کند و احساس اسیب پذیری داشته باشد.

سوگ و سوگواری (Grief & Mourning):

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

افکار و خاطرات مزاحم:

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

بیش برانگیختگی:

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

اجتناب:

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

مشکلات خواب:

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

شکایات جسمانی مبهم بودن وجود بیماری جسمانی:

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

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

- خشم

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

فصل پنجم

اهداف:

پزشکان محترم پس از مطالعه این فصل می توانند:

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

۲. علایم هر اختلال را توضیح دهند.

اختلالات روانی شایع به دنبال بلایا و حوادث غیرمترقبه

اختلالات روانی به دنبال بلایا

در بسیاری از موارد یکی از علایم ذکر شده در مبحث قبل در افراد بازمانده دیده می شود ترکیبی از این علایم که موجب افت عملکرد فرد در زمینه های مختلف شغلی تحصیلی و یا روابط بین فرد شود و یا اینکه رنج و ناراحتی فراوانی را ایجاد کند نیاز به مداخله دارد شایع ترین اختلالاتی که به دنبال حوادث غیرمترقبه مشاهده می گردند عبارتند از: اختلال سازگاری اختلال استرس حاد اختلال استرس پس از سانحه افسردگی سوگ غیرطبیعی اختلالات شبه جسمی و انواع اختلالات اضطرابی

۱. اختلال استرس حاد: این اختلال در شرایطی بوجود می آید که فرد حادثه ای آسیب زا همراه با تهدید به مرگ یا آسیب جدی به سلامت

خود و یا دیگران را تجربه کرده باشد و به دنبال این تجربه احساس ترس و وحشت شدید همراه با همه یا برخی از علایم زیر را تجربه

کند:

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

حادثه آسیب‌زا ممکن است به خودی خود و یا به دنبال افکار رویاها خطاهای حسی تکرار خاطرات توسط اطرافیان و یا احساس وقوع مجدد حادثه برای فرد بازمانده تکرار شود. اجتناب یکی از علایم شایع و بارز این اختلال می‌باشد چرا که فرد سعی در جلوگیری از یادآوری خاطرات آسیب‌زا و تجربه مجدد برانگیختگی ناشی از آن را دارد. انواع اختلال در خواب تحریک‌پذیری اشکال در تمرکز بی‌قراری گوش به زنگی مفرط و رفلکس از جا پریدن شدید از سایر علایمی هستند که در این اختلال انتظار بروز آنها را داریم. تفاوت عمده این اختلال با اختلال استرس پس از سانحه در مدت زمان بیماری است. این اختلال بین ۲ روز تا ۴ هفته به طول می‌انجامد و در صورتی که در این مدت زمان مرتفع نگردد به اختلال استرس پس از سانحه تبدیل می‌گردد.

فرد متأثر به طور واضح افت در عملکرد فردی و اجتماعی دارد.

۲. اختلال استرس پس از سانحه: همان‌طور که قبلاً توضیح داده شد علایم این اختلال مشابه اختلال استرس حاد می‌باشد و تفاوت عمده این دو در مدت زمان بیماری است. فرد بازمانده به دنبال حادثه دچار احساس درماندگی می‌گردد و حادثه آسیب‌زا مکرراً برای وی تکرار می‌شود. بروز این اختلال در هر زمانی پس از حادثه ممکن است می‌تواند بلافاصله پس از سانحه بوده و یا حتی به صورت تأخیری ۳۰ سال پس از سانحه بروز کند اما آن چه مسلم است این است که مداخله سریع و به موقع در مورد تک‌علامت‌هایی که در افراد دیده می‌شود و یا مداخله در مورد اختلال استرس حاد می‌تواند در کاهش شیوع این اختلال در جامعه آسیب‌دیده موثر باشد. علاین این اختلال عمدتاً در حیطه‌های تکرار حادثه (احساس وقوع مجدد حادثه به صورت تصاویر ذهنی رویا بازیهای تکراری در مورد حادثه در کودکان...) اجتناب (دوری گزیدن از محل حادثه افرادی که در آن زمان در نزدیکی فرد بوده‌اند اجتناب از صحبت و بحث در مورد حادثه اشکال در به یاد آوری خاطرات آسیب‌زا) احساس کمرختی و درماندگی و نیز علایم بیش‌برانگیختگی (گوش به زنگی مفرط اشکال در به خواب رفتن یا تداوم خواب اشکال در تمرکز و تشدید رفلکس‌زا جا پریدن) مشاهده می‌گردد.

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

۴. افسردگی اساسی: هر چند تمامی بازماندگان بطور طبیعی دچار واکنش سوگ گردیده و پس از آن با به یادآوری خاطرات گذشته دچار غم و اندوه می‌گردند باید به خاطر داشت که این واکنش روانی طبیعی نسبت به یک فقدان بزرگ کاملاً با اختلال افسردگی متفاوت است. اختلال افسردگی یک واکنش طبیعی است. اختلال افسردگی یک واکنش طبیعی نسبت به بحران محسوب نمی‌گردد و در صورت بروز نیازمند مداخله جدی و فوری است. خصوصیت بارز آن وجود خلق افسرده و همراه با ناامیدی و احساس درماندگی اضطراب کاهش انرژی اختلال خواب کاهش اشتها اختلال در حافظه احساس پوچی و بی‌ارزشی احساس گناه و گاه افکار خودکشی است. افسردگی از اختلالات شایع به دنبال بحران هاست. (به برنامه پیشگیری از خودکشی مراجعه گردد)

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

۶. اختلالات شبه جسمی: ویژگی بارز این اختلالات به شرح زیر است:

۱. شکایات جسمانی که بیماری طبی جدی را مطرح می‌کند بدون اینکه بیماری طبی قابل اثباتی وجود داشته باشد ۲. وجود عوامل و تعارضات روان‌شناختی که به نظر می‌رسد در شروع تشدید و تداوم اختلال نقش مهمی ایفا کند. ۳. شکایات یا نگرانی بیش از حد

بیمار در مورد سلامت خود که به صورت خودآگاه و تعمدی نمی باشد معمولاً در سرویس های مراقبت های بهداشتی اولیه این اختلالات برای هفته ها یا حتی سالها مورد غفلت قرار می گیرند. وقتی پزشک هیچ یافته ی بالینی یا پاراکلینیکی به نفع اختلالات ارگانیک پیدا نمی کند ممکن است بیمار با این عنوان که مبتلا به هیچ بیماری جسمی نمی باشد رها کند درواقع در این شرایط توجهی به منشا روانی شکایات او نشده و بیمار از درمان مناسب محروم مانده است شکایات متعدد جسمی در بازماندگان از یک حادثه غیرمترقبه وسیع می تواند امری کاملاً طبیعی باشد و اگر چه پزشکان اقدامات لازم برای یافتن علل عضوی را انجام می دهند اغلب نمی توان به یک منشا قابل استناد جسمانی رسید نتایج مطالعه ای که بعد از یک حادثه غیرمترقبه در پورتوریکو انجام شده بود افزایش شکایات مربوط به دستگاه گوارش مانند درد شکم استفراغ نفخ و انواع شکایات عصبی مانند فراموشی فلج و دوبینی را نشان داد. دو اختلال مهم در این دسته اختلال جسمانی سازی و اختلال تبدیلی می باشد.

- اختلال جسمانی سازی از نظر تاریخی با عنوان هیستری یا سندرم بریکه معرفی شده است مشخصه ان الگوی شکایات جسمی متعدد عود کننده و از نظر بالینی قابل ملاحظه می باشد و عملکرد بیمار را تحت تاثیر قرار می دهد و نورولوژیک می باشد شکایات جسمی متعدد را نمی توان بر اساس یک حالت طبی عمومی شناخته شده یا تاثیر مستقیم یک ماده کاملاً توجیه کرد اگر علایم در حضور یک حالت طبی عمومی رخ دهند شکایات فیزیکی یا آسیب اجتماعی یا شغلی بیش از آن است که از سابقه معاینه فیزیکی یا بررسی های آزمایشگاهی انتظار می رود علایم این اختلال از روی قصد وانمود یا ایجاد نمی شوند.
- اختلال تبدیلی در برگیرنده علایم یا نقایصی است که در برکارکرد حسی یا حرکتی ارادی تاثیر دارد و یک اختلال سیستم عصبی محیطی یا مرکزی را مطرح می کند ولی معمولاً علایم تبدیلی یا مشخصه های آناتومیک و مکانیسم های فیزیولوژیک مطابقت ندارد به عنوان مثال یک عضو فلج شده هنگام پوشیدن لباس و یا زمانی که توجه معطوف بجای دیگری است حرکت داده می شود و تن عضله و رفلکس های وتری طبیعی است. بطور معمول این اختلال در شرایط استرس رخ می دهد و موجب افت عملکرد قابل ملاحظه ای می شود باید توجه داشت که علایم بیمار عمدی نمی باشد علایم یا نقایص حرکتی مانند فلج یا ضعف موضعی لالی اختلال در تعادل بدن دشواری بلع احتباس ادرار علایم و نقایص حسی مانند دو بینی کوری کری فقدان احساس لامسه و درد علایم ممکن است بصورت حملات تشنجی بروز کند بررسی های کامل بالینی برای اطمینان از عدم وجود یک اختلال ارگانیک ضروری می باشد اختلالات روانی شایع پس از وقوع فاجعه شامل موارد زیر است:

- 0 اختلال استرس حاد
- 0 اختلال استرس پس از سانحه
- 0 سوگ عارضه دار
- 0 اختلال افسردگی اساسی
- 0 اختلالات اضطرابی
- 0 اختلالات شبه جسمی
- 0 اختلال جسمانی سازی
- 0 اختلال تبدیلی

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

فصل ششم

اهداف:

پزشکان محترم پس از مطالعه این فصل می توانند:

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

گروههای آسیب پذیر:

پس از هر فاجعه یا بلا افکار احساسات یا رفتارهایی در بین افرادی که آسیب دیده اند یا شاهد صحنه های دردناکی بوده اند جریان پیدا می کند این افراد ممکن است عزیزان مورد علاقه خود را از دست داده باشند منازلشان تخریب شده باشد شاهد صحنه های دردناکی مثل دیدن جنازه های عزیزانشان دیدن زجر و درد آسیب دیدگان و مجروحین شنیدن فریادهای درخواست کمک از سوی دیگران باشند در شرایط سرما گرما تشنگی گرسنگی طاقت فرسا قرار گرفته باشند ممکن است ندانند چه برسر سایر افراد خانواده یا بستگان و دوستانشان آمده است این افراد نگرانی در مورد تنها شدن امنیت سلامت خود و اشخاص مورد علاقه خود داشته و خواب اشفته ای دارند دائماً صحنه های دردناکی که دیده اند در بیداری یا در خواب بصورت کابوس به سراغشان می آید اما وجود این علایم به معنی وجود یک بیماری نیست سعی ما بر این است تا رنج افرادی که دچار آسیب شده اند کمتر شود و سریعتر به زندگی عادی خود برگردند و این دوران را به سلامت طی کنند البته بلایا بر همه افراد اثر یکسانی نمی گذارد و برخی افراد نسبت به دیگران آسیب پذیری بیشتری دارند کسانی که تنها زندگی می کنند یا منابع حمایتی یا مالی کمتری دارند افراد بی سواد و کسانی که دسترسی به اطلاعات ندارند کودکان زنان سالمندان و معلولین احتمال دارد در هنگام وقوع بلایا دچار عوارض روانی بیشتری شوند.

کودکان:

دوران کودکی هر انسان و طی شدن مراحل طبیعی تکامل وی برای رشد صحیح در دوران بزرگسالی از اهمیت قابل ملاحظه ای برخوردار است محروم کردن اطفال از چنین دورانی و مقتضیات لازم آن همان قدر مضر است که محروم کردن وی از غذا و پوشاک زیان آور است به همین علت اطفال در جامعه ای که دستخوش یک حادثه غیرمترقیه شده است جزء اقشار آسیب پذیر محسوب می شوند.

در این گونه حوادث ممکن است اطفال والدین خود را از دست بدهند و مجبور شوند در شرایط جدیدی که کاملاً با شرایط تثبیت شده قبلی متفاوت است زندگی کنند اگر نیازهای خاص این قربانیان تامین نگردد روند تکاملی آنها به طور صحیح طی نشده و منجر به کشمکش های روانی جدی در آینده نزدیک یا دور می شود. خیلی ها فکر می کنند که کودکان زود همه چیز را فراموش می کنند یا اینکه کودک که چیزی نمی فهمد و حتی اگر دچار ضربه شدیدی هم شود زود بهبودی پیدا می کند. این طرز فکر باعث می شود که توجه کمتری به کودکان شود از طرفی والدین که خود نیز در فشار هستند ممکن است واکنش هایی چون گوشه گیری پرخاشگری افت تحصیلی یا امتناع از رفته به مدرسه در فرزند خود را رفتاری عمدی یا دال بر لجبازی تلقی کنند. پس باید با علایمی که کودکان پس از وقوع بلایا از خود نشان می دهند بیشتر آشنا شویم علایم آسیب روانی در اطفال بسته به سن آنها تا حدی متفاوت می تواند باشد که در اینجا شایع ترین آنها ذکر می گردد:

کودکان کمتر از دو سال

گریه و بی‌قراری بی‌علاقگی به آنچه در اطراف اتفاق می‌افتد یا ترس از محیط اطراف اختلال در روند معمول خواب و اشتها توقف در سیر تکاملی مانند خندیدن نشستن راه رفتن یا تکلم و یا چسبندگی بیش از حد به مراقبین.

کودکان پیش دبستانی ۲-۶ سال

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

کودکان ۶ تا ۱۰ سال

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

کودکان و نوجوانان ۱۱ تا ۱۸ سال

هر چه سن کودک بیشتر می شود واکنش های وی به واکنش های معمولی بزرگسالان در مواجهه با بلایا نزدیکتر و شبیه تر می شود اما برخی واکنش های ویژه مثل تحریک پذیری نقض مقررات و رفتارهای پرخاشگرانه نیز متداول هستند برخی نوجوانان ممکن است دست به رفتارهای پرخطر بزنند مثل سوء مصرف مواد و الکل یا رانندگی بی ملاحظه و بی پروا. برخی ممکن است از ترک محل سکونت دچار وحشت شوند و محیط را بسیار خطرناک ارزیابی کنند ممکن است به دلیل افسردگی گوشه گیر و منزوی شوند این واکنش ها نیازمند مداخله سریع و تخصصی هستند.

زنان:

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

فصل هفتم

اهداف:

پزشکان محترم پس از مطالعه این فصل می توانند:

۱. سوگ را تعریف کنند.
۲. چرخه سوگ را بشناسند.
۳. شناخت پدیده مرگ را در مراحل مختلف رشدی انسان بدانند.
۴. واکنش های افراد سوگوار را بشناسند.
۵. باورهای رایج پیرامون مرگ را بشناسند.

۶. سوگ بیمار گونه را بشناسند و با نکاتی که جهت پیشگیری از سوگ بیمارگونه باید رعایت کنند آشنا شوند.

فقدان و سوگ

Loss&grief

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

چرخه سوگ

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

جان بالبی Bowlby چهار مرحله را در داغدیدگی مطرح کرده است:

۱. ناامیدی حاد با خصوصیات کرختی و اعتراض. ممکن است انکار یا پرخاشگری رخ دهد این مرحله از چند دقیقه تا چند روز به طول می انجامد و ممکن است در سیر سوگواری هر از چند گاهی به سراغ فرد داغدیده بیاید.
۲. حسرت شدید و جستجوی شخص از دست رفته. بی قراری جسمانی و اشتغال ذهنی با شخص مرده مشخص می شود.
۳. ناامیدی و نابسامانی. واقعیت از دست دادن تدریجاً درک می شود شخص داغدیده گوشه گیر بی تفاوت و کسل می شود علایق خود را به فعالیت های معمول زندگی از دست می دهد دچار کاهش وزن و بی خوابی می شود و مدام خاطرات شخص مرده را مرور می کند در این مرحله فرد با احساس اجتناب ناپذیر یاس مواجه است.
۴. سازمان یابی مجدد. جنبه های دردناک سوگ کاهش می یابد و شخص داغدیده احساس می کند به زندگی عادی بر می گردد. فرد از دست رفته با احساسی از شادی و تأثر به یاد آورده می شود.

پاسخ به مرگ در مراحل مختلف زندگی

کمک به فرد سوگوار مقدور نخواهد بود مگر این که با تکوین مفهوم مرگ در مراحل مختلف زندگی آشنایی کامل داشته و بتوانیم واکنش های طبیعی و غیرطبیعی سوگ را از هم تشخیص بدهیم. میزان تکامل عاطفی و شناختی نقش تعیین کننده ای در درک تفسیر و برداشت فرد از مفهوم مرگ دارد درک کودکان از مرگ با میزان قدرت درک انتزاعی آنان در ارتباط مستقیم است زیر ۵ سال کودک جاندار پندار است و حتی اشیا بی جان را زنده می کند در این سن کودک از وجود مرگ آگاه است اما آن را نوعی جدایی یک پدیده گذرا موقتی و قابل برگشت می داند چیزی شبیه مسافرت و خواب. او فکر می کند عملکردهای انسان پس از مرگ نیز ادامه می یابد کودک در این سن دارای تفکر جادویی است یعنی بین دو پدیده ای که همزمان رخ می دهد رابطه علت و معلول برقرار می کند مثلاً اگر به برادرش گفته که او را دوست ندارد خدا کند که بلایی سرش بیاید و تصادفاً نیز برادرش زیر

اوار می ماند و از بین می رود می اندیشد که فکر و سخن ان باعث حادثه برای برادرش شده است در نتیجه احساس گناه پیدا می کند نهایتا در سن ۱۰-۵ سالگی کودک به تدریج مرگ را بعنوان یک پدیده اجتناب ناپذیر غیرقابل برگشت و جهان شمول می پذیرد و ممکن است نگران شود که والدینش بمیرند و او تنها شود کودکان در این مرحله سنی در بیان احساساتشان مثل مرحله قبلی راحت نیستند ممکن است بخواهند احساس خود را پنهان نگه دارند و در ان خاطرات و احساسات با کسی شریک نشوند معمولا تا سن بلوغ کودکان از مرگ مفهومی مشابه بزرگسالان استنباط نمی کنند. در سن نوجوانی مرگ را بعنوان یک فرایند طبیعی پذیرفته است ولی انرا خیلی دور می بیند و به راحتی نمی پذیرد که ممکن است هر واقعه یا تصادفی منجر به مرگ شود به همین دلیل است که رفتارهای پرخطر در نوجوانان زیاد مشاهده می شود. برخلاف کودکان و نوجوانان بزرگسالان پذیرش اسانتری برای مرگ دارند بزرگسالان ممکن است به صراحت در مورد مرگ صحبت و یا شوخی کنند در سنین ۷۰ و بالاتر دیگر تصور نامیرایی وجود ندارد فرد تجربه از دست دادن نزدیکانش را داشته و بارها در مراسم سوگواری شرکت کرده است از مرگ خوشحال نیست اما می تواند انرا بپذیرد.

واکنش در برابر فقدان

هیچ واکنشی در برابر فقدان را نمی توان "صحیح" یا "غلط" برشمرد. افراد مختلف واکنش های متفاوتی از خود بروز می دهند. سوگ در ابتدا اغلب خود را بصورت شوک نشان می دهد که ممکن است بصورت احساس کرحتی و بهت باشد این ناباوری اولیه برای درک ان چه اتفاق افتاده ممکن است کوتاه مدت باشد ممکن است با تظاهراتی مانند اه کشیدن گریه کردن احساس ضعف کاهش اشتها کاهش وزن مشکل تمرکز تنفس و صحبت کردن همراه باشد. ممکن است مشکلات خواب اتفاق بیافتد از جمله اشکال در به خواب رفتن بیدار شدن در طول شب و زود بیدار شدن اغلب خواب افراد مرده را می بیند.

خود سرزنشگری شایع است اگر چه شدتی کمتر از سوگ عارضه دارد پدیده گناه بازماندن واکنشی است که بازماندگان اغلب متعدد است که انها نیز باید در کنار عزیزانشان یا به جای انان می مردند و از بابت زنده ماندن خود دچار احساس گناه می شوند و چنان چه این حس پایدار بماند ممکن است در برقراری روابط جدید و صمیمی انان مانع ایجاد کند. انواع انکار در طول دوره داغدیدگی ممکن است رخ دهد اغلب شخص داغدیده ناخواسته مرگ عزیزش را انکار می کند و طوری رفتار می کند که گویی اصلا اتفاق نیافتاده در این حالت شخص بازمانده ممکن است علاقه زیادی به نگهداری اشیاء بجا مانده از متوفی که وی ارزش زیادی برای انها قایل بوده پیدا کند با به اشیایی علاقمند شود که یادآور شخص از دست رفته هستند.

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

واکنش های معمولی در کودکان عبارتند از شوک و ناباوری اعتراض بی تفاوتی و گاه ادامه فعالیت ها بصورت عادی با گذشت زمان ممکن است ترس و اضطراب به این حالات افزوده شوند کودکی که یکی از بستگان را از دست داده ممکن است همواره نگران از دست دادن والدین باشد. اختلالات خواب از دیگر مشکلات کودک سوگوار است چه به صورت اشکال در به خواب رفتن و چه بصورت اشکال در تداوم خواب گاهی به علت تشبیه مرگ به خواب از سوی دیگران کودک می ترسد اگر به خواب برود دیگر نتواند بیدار شود ممکن است کودک مکررا گریه کند یا بی تفاوت باشد گاه کودک تماما با خاطرات مربوط به متوفی اشتغال ذهنی دارد و با وی همانند سازی می کند. گاهی می خواهد عکس متوفی را ببیند نامه های وی برایش خوانده شود یا در مورد عزیز از دست رفته اش با او صحبت شود که این درخواست ها گاه برای بزرگترها مضطرب کننده است باید به بزرگترها اطمینان دهیم که این یکی از راههای طبیعی کنار آمدن کودکان با مرگ است. خشم یکی دیگر از احساسات معمول در کودکان سوگوار خصوصا پسر بچه هاست کودک ممکن است با تصور این که متوفی عمدا وی را تنها گذاشته خشمگین باشد.

معمولا نحوه مرگ و فقدان در جریان بلایا به گونه ای است که پذیرش آن را برای افراد اعم از کودک و بزرگسال دشوارتر می سازد به دلیل اینکه:

۱. احتمال اینکه مرگی دلخراش باشد بیشتر است.
 ۲. معمولا تعداد زیادی افراد در جریان حادثه می میرند و افراد شاهد این مرگ ها هستند.
 ۳. تهدید سلامتی بازماندگان پس از فاجعه بازهم وجود دارد (مثل پس لرزه های قوی)
 ۴. گاهی یافتن اجساد عزیزان مقدور نیست.
- 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 مثل کابوس های شبانه افزایش اضطراب و گوش بزنگی مفرط.
- نکته دیگر این است که فقدان های طبیعی مانند مرگ پدربزرگ و مادر بزرگ می تواند یادآور خاطرات مرگ های تروماتیک زمان فاجعه باشد و ممکن است تحمل این فقدانها برای افراد بویژه کودکان دشوارتر از شرایط معمول باشد.
- همانگونه که ملاحظه می شود واکنش نرمال در برابر مرگ طیف وسیعی از علایم را می تواند در برگیرد در صورتی که این واکنش پیچیده و عارضه دار گردد مثلا در مواردی که سوگ تاخیری بسیاری شدید یا طول کشنده باشد باید به افراد سوگوار کمک کنیم.

سخنان و باورهای ناکارآمد رایج پیرامون سوگ

افکار و عقاید کلیشه ای فراوانی پیرامون مساله مرگ و درک کودکان از مرگ در بین بزرگسالان وجود دارد این افکار باعث می شود در فرایند سوگواری کودک خلل ایجاد کند نمونه هایی از این افکار کلیشه ای را در زیر آورده ایم:

- بهتر است جلوی کودک داغدیده راجع به مرگ صحبت نکنیم!
- بهتر است از صحبت هایی که در بچه ایجاد گریه می کند اجتناب کنیم!
- بهتر است بچه ها در مراسم سوگواری شرکت نکنند!
- بچه های خردسال انقدر کوچک هستند که سوگ و اندوه را نیم فهمند!
- هنوز بچه ای بزرگ که شوی همه چیز فراموش می شود!
- او به یک مسافرت طولانی رفت!
- او به یک خواب عمیق رفت!
- چون خیلی خوب بود مرد!
- چون خیلی ادم بدی بود مرد!
- او تو را از آسمان نگاه می کند بنابراین بهتر است مواظب رفتارهایت باشی!
- اینقدر گریه نکن عصبی و بیمار می شوی!
- چه خوب بازی می کند انگار نه انگار اتفاقی افتاده!
- سوگ بزرگترها روی کودک سوگوار تاثیر نمی گذارد!
- بزرگترها همه چیز را باید دوباره سوگ مرگ و روح بدانند و می توانند توضیحات کامل و کافی در این باره به بچه ها بدهند!

این نگرش ها و انتقال آنها به کودکان مانع طی شدن مراحل سوگ شده و به کودکان آسیب می زند.

طول مدت سوگ

از آنجا که ابراز سوگ در افراد مختلف متفاوت است علائم و نشانه های مراحل سوگواری و داغیدگی همیشه آن گونه که شرح داده شد مشخص و مجزا نیستند با این حال تظاهرات سوگ معمولاً به تدریج فروکش می کند طول و شدت سوگ بخصوص در مراحل حاد به میزان ناگهانی بدون مرگ بستگی دارد اگر مرگ بدون هشدار روی دهد شوک و ناباوری ممکن است مدتی دراز دوام یابد اما اگر مرگ از مدتها قبل قابل پیش بینی بوده است بخش عمده ای از فرایند سوگواری تا موقع مرگ روی داده است. سوگ بصورت معمول حدود ۶ ماه تا یک سال طول می کشد برخی علائم و نشانه های سوگ ممکن است بیش از ۲-۱ سال طول کشد و شخص بازمانده احساسات نشانه ها و رفتارهای مختلف مرتبط با سوگ را در طول عمر تجربه کند اما سوگ طبیعی بالاخره حل می شود و شخص به زندگی سازنده و راحتی نسبی باز می گردد به طور معمول شکایات شدید سوگ ظرف ۲ تا ۱ ماه تدریجاً کم می شود و فرد قادر به استراحت خواب غذا خوردن و فعالیت می باشد.

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

سوگ بیمار گونه:

در برخی افراد سیر سوگ و سوگواری نا بهنجار است سوگ بیمار گونه ممکن است به اشکال گوناگونی از فقدان یا تاخیر سوگ گرفته تا واکنشی بسیار شدیدی و طولانی یا همراهی افکار خودکشی یا نشانه های بارز روانپریشی تظاهر کند افرادی که بیشتر در معرض خطر واکنش سوگ نا بهنجار قرار دارند عبارتند از کسانی که از طریق حوادث وحشتناک با فقدان مواجه شده اند شبکه حمایتی خانوادگی و اجتماعی ضعیفی دارند خود را به نوعی مسوول مرگ عزیزشان می دانند وقتی تعداد زیادی از نزدیکان همزمان می میرند شبکه ارتباطی به هم می ریزد و یا وقتی خطر مرگ دیگران کماکان باقی است و گاهی جنازه ها پیدا نمی شوند نیز ممکن است سوگ بیمار گونه رخ دهد سایر انواع سوگ نا بهنجار زمانی روی می دهد که برخی وجوه سوگ طبیعی بر اثر تحریف یا تشدید خصوصیات سایکوتیک پیدا می کند همانند سازی با شخص فوت شده مثلاً اتخاذ برخی صفات مورد تحسین یا جمع کردن برخی وسایل اوامری طبیعی است اما اگر شخص بازمانده معتقد باشد که مرده است یا دقیقاً به همان دلیلی که شخص از دست رفته فوت کرده است روبه موت می باشد (در حالی که این امر صحت نداشته باشد) این واکنش نا بهنجار محسوب می شود شنیدن صدای شخص فوت شده بصورت گذرا ممکن است طبیعی باشد اما توهمات شنوایی مداوم طبیعی نیست همچنین انکار برخی وجوه مرگ بهنجار است اما افکاری که طی آن شخص متعهد است عزیز از دست رفته هنوز زنده است نا بهنجار محسوب می شود اگر بعد از گذشت ۲ ماه هنوز نمای کامل افسردگی وجود دارد تشخیص افسردگی را مد نظر قرار دهید علائمی که مربوط به از دست دادن عزیز نمی شود و شک به افسردگی را برمی انگیزند عبارتند از: احساس گناه نامتناسب و احساس بی ارزشی کندی روانی - حرکتی بارز علائمی نیز وجود دارد که ممکن است با برخی نشانه های افسردگی اشتباه شود مانند: احساس گناه درباره کارهایی که فرد قبلاً از مرگ برای عزیزش انجام نداده افکاری راجع به مرگ که درجملاتی نظیر "باید بمیرم و به عزیزم بپیوندم" یا "من باید به جایش می مردم" تجلی می یابد برخی توهم های گذرا مثل دیدن فرد مرده یا شنیدن صدای او. برخی علائم خطر در سوگ عبارتند از:

- پرهیز از ابراز احساسات یا کوچک شمردن آنها
 - روی آوردن به مواد مخدر الککل یا خود درمانی با دارو
 - خصومت و پرخاشگری نسبت به دیگران
 - بیش از حد معمول و به شکلی افراطی خود را به کار و فعالیت مشغول کردن
- توجه به نکات زیر از جانب پزشک اطرافیان و نیروهای امدادی می تواند از عارضه دار شدن واکنش سوگ پیشگیری کند:

- حضور فرد داغدیده در محل فاجعه نه تنها باعث تشدید مشکل وی نمی شود بلکه به تحمل و بهبود آن کمک می کند بنابراین اجبار کردن فرد داغدار به ترک محل مناسب نمی باشد.
- در صورتی که می خواهید خبر مرگ عزیزی را به فرد بدهید سعی کنید این کار را به تدریج و در جمع انجام دهید و با او همدل شوید تا غم فراق را بهتر محتمل شود.
- از ابراز هیجانات وی و گریه کردن او ممانعت نکنید.
- اجازه دهید فرد داغدیده جنازه عزیز خود را مشاهده کند و مرگ عزیز خود را به صورت واقعی پذیرا شود در صورت دلخراش بودن جدی آن بخش از جنازه را که صحنه مناسبتی دارد به وی نشان دهید.
- اجازه دهید فرد داغدار در کنار دیگر بازماندگان قرار گیرد.
- توسل به باورهای دینی فرد داغدار و استفاده از دعا می تواند در آرام کردن وی نقش بسزایی ایفا کند.
- بسیاری از داغداران ارزی مرگ خود را به جای عزیزانشان دارند در این گونه موارد می توان از تجسم جایگزینی فرد داغدار بجای فرد از دست رفته کمک گرفت مثلاً بگوییم اگر تو بجای خواهرت از بین رفته بودی دوست داشتی خواهرت پس از مرگ تو چه رفتاری داشته باشد فکر می کنی او ارزو نداشت که تو مقاوم باشی و به زندگی ات ادامه دهی.
- سعی کنید وسایل قابل استفاده و لباس هایی را که از متوفی باقیمانده در اختیار وی قرار دهید جدا کردن وی از این اشیا و تصاویر متوفی موجب تشدید واکنش می شود.
- دیدار ازمحلی که عزیزان فرد در آن محل فوت شده اند از اهمیت زیادی برخوردار است بهتر است داغدیدگان این کار را بصورت گروهی انجام داده و در همان زمان نیز نوعی مراسم یاد بود برای فرد برگزار کنند این امر به ایشان اجازه می دهد بار دیگر به متوفی نزدیک شده و در کنار یکدیگر همبستگی خانواده را تجدید کنند.
- در صورتی که علیرغم تمام تسهیلات فوق واکنش سوگ مرتفع نگردد انجام مداخلات خاص سوگ عارضه دار و نیز انجام درمان دارویی ضروری خواهد بود.

فصل هشتم

اهداف

پزشکان پس از مطالعه این فصل می توانند:

۱. با حمایت های اولیه روانی-اجتماعی آسیب دیدگان آشنا شوند.
 ۲. خدماتی را که می توانند به آسیب دیدگان ارائه دهند بشناسند.
 ۳. با مسایلی که در برقراری ارتباط با افراد آسیب دیده باید مورد توجه قرار دهند آشنا شوند.
 ۴. با حمایت های اولیه روانی-اجتماعی از کودکان آسیب دیده آشنا شوند.
 ۵. کمک های اولیه روان شناختی و اجزاء آن را بشناسد.
 ۶. با آموزش های روانشناختی در بلایا آشنا گردد.
 ۷. با اصول اطلاع رسانی صحیح در مورد اخبار ناخوشایند آشنا گردد.
- برقراری ارتباط مناسب با آسیب دیدگان بلایای طبیعی و درک وضعیت روانشناختی آنها در مراحل مختلف واکنش به عامل استرس زای شدید مقدمه ای برای بررسی و ارزیابی صحیح روانی و جسمی و امداد رسانی حرفه ای به آنهاست لذا در برخورد با هر فرد مجروح چه جسمی و چه روانی لازم

است نکات زیر را در نظر داشته باشید انجام این اقدامات و رعایت اصول زیر می تواند در ایجاد آرامش حفظ سلامت روان و کاهش استرس در آسیب دیدگان کمک زیادی نماید.

۱. با آسیب دیدگان ارتباط صحیح برقرار کنید:

نباید با آسیب دیدگان مثل شی برخورد کرد برای ارتباط با آنها وقت بگذارید البته ارتباط نباید در حدی باشد که وابستگی ایجاد کند. نام و عنوان حرفه ای خود را به او بگویید.

از او بخواهید تا مشکل خود را به هر نحوی که راحت تر است عنوان کند.

زمان کافی در نظر بگیرید.

آرام و خونسرد باشید و سایر نگرانی ها و دلواپسی ها را کنار بگذارید.

آهنگ و بلندی صدای خود را تنظیم نمایید.

به ارتباط های غیر کلامی خود توجه کنید و به صورت متناوب تماس چشمی برقرار نمایید.

اجازه مکث و سکوت مختصر بدهید و به احساسات فرد آسیب دیده توجه کنید.

به صحبت او گوش دهید و جزییات و اسامی را به خاطر بسپارید.

با توجه به درک فرد آسیب دیده پرسش های مشخص و روشنی مطرح نمایید.

در حین مصاحبه به نحو کلامی و یا غیرکلامی علاقه خود را برای کمک به او و درک احساسات و نیازهای او نشان دهید.

با او همدل شوید بطوری که بفهمد احساساتش را درک کرده اید.

۲. به نیازهای عاطفی وی نیز توجه کنید:

لازم است در برخورد با هر مصدوم جسمانی بفهمید علاوه بر مصدومیت جسمانی چه چیزی او را آزار می دهد.

۳. مانع ابراز احساسات افراد نشوید:

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

۴. به افراد اطلاعات صحیح بدهید:

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

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

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

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

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

۹. پزشک نباید:

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

۱۰. استراحت شبانه ضروری است:

مردم را تشویق کنید هر شب به موقع بخوابند.

۱۱. برای آرامش بخشیدن به افراد از باورهای درین آنها کمک بگیرید:

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

۱۲. افراد را تشویق کنید که در مراسم تشییع جنازه و به خصوص نماز میت شرکت کنند:

اگر نماز میت گروهی و وسیع برگزار شود اثر روانی مثبت تری خواهد داشت بخصوص در ساعات اولیه حادثه توسل به دعا نقش مهمی در تخلیه هیجانی و کاهش استرس روانی دارد.

۱۳. چنان چه خطری بازماندگان را تهدید نمی کند سعی نکنید افراد را به زور از محل سکونت خود دور کنید:

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

۱۴. مانع تجمع داغدیدگان نشوید:

عزاداری گروهی به آرامش روانی آنها کمک می کند اگر فرد یکی از بستگان خود را از دست داده باشد باید اجازه داد مرگ عزیز خود را بپذیرد و اگر اطلاعاتی راجع به متوفی موجود است می توان انرا بیان کرد.

۱۵. افراد را از دیدن جنازه عزیزانشان محروم نکنید:

دیدن جنازه عزیزان می تواند موجب شود تا فرد داغدار واقیت مرگ عزیزان خود را بهتر بپذیرد. اگر اطلاعاتی راجع به چگونگی فوت و علت مرگ آنها دارید می توانید انرا با بازماندگان در میان گذارید می توان برای فرد داغدیده این امکان را فراهم کرد در صورتی که تمایل دارد جنازه عزیزش را ببیند فقط در مواردی که جنازه یا صحنه مرگ وحشتناک است رویت جنازه باید محدود شود و صحنه مناسب تری برای دیدن جسد فراهم گردد.

۱۶. آنها را به شرکت در فعالیت های اجتماعی ورزشی و بازسازی تشویق کنید:

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

۱۷. آنها را تشویق کنید با هم محله ای های خود شبکه محلی درست کنند و امور محله خود را سروسامان دهند:

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

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

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

۱۹. در صورتی که علایم اختلالات روانی در فرد مشاهده کردید او را به تیم حمایت روانی-اجتماعی معرفی کنید:

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

۲۰. از اجتماعات مردمی کناره گیری نکنید:

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

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

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

حمایت های اولیه روانی-اجتماعی برای کودکان:

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

- برقراری ارتباط صادقانه و ازادانه
- ارائه توضیحات مناسب سن کودک برای کاستن از سردرگمی و گیجی
- عدم ارائه توضیحات ناقص یا نادرست و غیرواقعی
- عدم تشبیه مرگ به یک سفر یا یک خواب
- دادن فرصت کافی به کودک برای طرح سوال و گفتگو در مورد واقعه
- بدون اجبار تشویق کودک برای بیان آنچه تجربه و درک کرده است
- در صورت امتناع از صحبت تشویق کردن کودک به کشیدن نقاشی یا نوشتن درمورد واقعه پیش آمده

- تماشای البوم عکس ها
- اجازه دادن به کودکان برای حضور بر سر مزار یا شرکت در مراسم سوگواری در صورت تمایل خود کودک
- پذیرش بازی کودکان و ایجاد فرصت ها و امکاناتی برای معمولاً پس از طی مراحل حاد حادثه مراکز بازی برای کودکان در منطقه تاسیس می شود ولی شرکت کودکان در این مراکز باید با رضایت خاطر آنان توأم باشد و والدین یا سایر نزدیکانشان باید در همان نزدیکی ها باشند.
- جدا نکردن کودک از والدین یا بستگان نزدیک (حتی در صورتی که قرار است والدین برای مداوا به محل دیگری منتقل شود ترجیح دارد کودک در کنار وی باشد در غیراین صورت بهتر است حداقل یکی از اشنایان یا بستگان کودک که رابطه خوبی با وی دارد در کنار کودک باشد)
- برقراری روند معمول زندگی (قبل از وقوع بلا) تا حد ممکن و توجه به نیازهای تغذیه ای و بهداشتی کودکان
- نظم بخشیدن به فعالیت هایی مانند غذا خوردن بازی و استراحت
- بازگشت هر چه سریع تر به مدرسه (درابتدا هدف داشتن برنامه ای منظم و فعالیت های گروهی و نشاط اور و آرامش بخش است نه درس خواندن)
- حمایت زیاد کودک پاسخ به چسبندگی کودک و برقراری تماس های فیزیکی مثل در اغوش کشیدن و صرف وقت مناسب با وی
- ابراز احساسات تعدیل شده در مورد واقعه از سوی بزرگسالان (چرا که برخی معتقدند نباید در حضور کودک ابراز ناراحتی کرد و برخی نیز واکنش های شدیدی از خود نشان می دهند که هر دو مورد نامناسب است).
- در صورت تمایل کودک اجازه داشته باشد یادگارهایی از متوفی نگاه دارد.
- در صورتی که کودک مجروح است والدین یا یکی از بستگان نزدیک همراه با او اعزام شود.
- خودداری از تغییر مکرر محل اقامت کودک

کمک های اولیه روان شناختی در موقعیت های بحرانی

واکنش	علائم و نشانه ها	باید ها	نباید ها
طبیعی	- لرزش - تنش عضلانی - تعریق - تهوع - اسهال خفیف - تپش قلب - اضطراب - اطمینان بدهید	- گروه های مشابه ای به راه اندازید - انگیزه بدهید - با آنها صحبت کنید - به افراد در رسیدن به آرامش کمک کنید	- خشم خود را نشان ندهید - بیش از حد همدردی نکنید
هراس (واکنش فرار)	- تلاش برای فرار کردن - از دست دادن قضاوت - گریه های غیرقابل کنترل	- تلاش کنید تا با مهربانی فرد به ثبات و آرامش برسد - دیگران را تشویق کنید که صحبت کنند - در صورت لزوم کمک	- از مهارت فیزیکی خشن کمک نگیرید - با افراد برخورد فیزیکی نکنید - به روی آنها آب نپاشید - از مواد خواب اور

استفاده نکنید	کنید تا فرد را ایزوله کنید - از محدودیت های خودتان آگاه باشید - نوشیدنی گرمی به فرد بدهید تا آنرا بخورد		
- به آنها نگویند که خسته شده و کم آورده اند - بیش از حد ترحم و دلسوزی نکنید - آرام بخش و خواب آور به آنها ندهید - خشمگین رفتار نکنید	- به سرعت کنترل را به دست آورید - راپورت امنی با فرد برقرار کنید - به نیازهای پایه فرد توجه کنید: غذا-آب - همدلی کنید - شرایطی را فراهم کنید که آنها در مورد اتفاق پیش آمده با شما صحبت کنند - احساس خشم را در خود و افراد شناسایی کنید	• فقدان ابراز هیجان ها • ایستادن و یا نشستن بدون حرکت کردن یا صحبت کردن	افسردگی
- خواب آور ندهید - با افراد بحث و مجادله نکنید - به افراد تلقین نکنید که فعالیت های آنها غیرطبیعی است	- به افراد اجازه دهید درمورد آن صحبت کنند - فرد را وادار به انجام فعالیت های بی خطر کنید - به نیازهای پایه و اولیه فرد توجه کنید - خشم و احساس ناکافی در فرد را نظارت کنید	• جدال کننده و بحث کننده • صحبت کردن با سرعت زیاد • جک گفتن نامناسب • مطرح کردن پیشنهادات زیاد و متعدد • افزایش فعالیت ها	بیش فعال شدن
- به ناتوانی افراد را بی توجهی نکنید - آنها را شرمندة نکنید - آنها را مورد تمسخر قرار ندهید - باد یگران در مورد آنها شوخی نکنید - به آنها نگویند که چیز اشتباه و نادرستی وجود دارد	- علاقه و توجه نشان دهید - آنها را در وضعیت راحت و آرامی قرار دهید - یک فعالیت جهت پرت کردن حواسشان به آنها بدهید - از احساس های خودتان در مورد آنها آگاه باشید (خشم-ناکافی-خنده دار و عجیب)	• تهوع و استفراغ شدید • علایم حسی و حرکتی در فرد مثلاً فلج شدن	واکنش های تبدیلی (ناشایع)

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

باید ها

- به افراد کمک کنید تا نیازهای پایه و اولیه خود مانند غذا سرپناه و خدمات پزشکی را تامین کنند اطلاعات درست و مناسبی به افراد در مورد چگونگی رفع این نیازها بدهید.(فراهم کردن امنیت و حمایت)
- به بازماندگانی که تمایل دارند در مورد حادثه اتفاق افتاده و احساسات مرتبط با آن با شما صحبت کنند گوش فرا دهید (فراهم کردن اسودگی و آرامش)
- با افراد مهربان و دوستانه رفتار کنید حتی اگر که آنها شما را نپذیرند (فراهم کردن اسودگی) اطلاعات درست و دقیقی در مورد حادثه اتفاق افتاده و اقداماتی که در حال انجام است ارایه دهید این کار می تواند به دیگران کمک کند که شرایط را بهتر درک کنند.(کمک به اسودگی)
- به افراد کمک کنید تا با دوستان و اشنایان ارتباط برقرار کنند(ارتباط با دیگران)
- افراد خانواده را در دور هم جمع کنید در صورت امکان شرایطی فراهم نمایید تا کودکان به والدین و یا عضو نزدیکی از اعضای خانواده شان بازگردند(ارتباط با دیگران)
- پیشنهادات عملی برای اجرای کارهایی که بتواند خودکارآمدی را افزایش دهد ارایه دهید (افزایش خودکارآمدی)
- به افراد کمک کنید تا نیازهایشان را تامین کنند(افزایش خودکارآمدی)
- مکان های ارایه دهنده انواع خدمات دولتی و غیردولتی را به مردم اسیب دیده معرفی کنید(امیدواری)

نبایدها

- بازماندگان را مجبور نکنید که در مورد داستان خود و اتفاقی که افتاده صحبت کنند به خصوص در مورد جزییات ماجرا چرا که این کار ممکن است سبب کاهش خونسردی و آرامش افرادی گردد که تمایل ندارند جزییات زندگی خود را برای دیگران بازگو کنند.
- به افراد اطمینان بی مورد ندهید مثلاً نگوئید همه چیز خوب خواهد بود ویا حداقل شما زنده ماندید بیان این جملات سبب کاهش آرامش افراد می گردد.
- به افراد نگوئید که درحال حاضر چه کاری باید انجام دهند یا چگونه فکر کنند یا چه احساسی داشته باشند و یا اینکه قبلاً چه کار باید انجام می دادند این کار باعث کاهش خودکارآمدی و افزایش احساس گناه می شود.
- به افراد نگوئید که شما به علت رفتارها و باورهایتان دچار رنج و عذاب شده اید این موضوع باعث کاهش خودکارآمدی افراد می شود.
- قولی ندهید که قابل اجرا نیست قول هایی که اجرا نشوند منجر به کاهش امیدواری در فرد می شود.
- از خدمات موجود و فعالیت های انجام شده انتقاد نکنید چرا که منجر به کاهش امیدواری و آرامش افراد می شود.

اجزای کمک های اولیه روان شناختی

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

۱. مشارکت فعال بازماندگان: هدف پاسخ به نیازهای قربانیان به شیوه مشارکتی و حمایتی می باشد
۲. امنیت و راحتی: هدف کمک در فراهم کردن نیازهای اولیه و فوری و ایجاد شرایط هیجانی بهتر است
۳. پایدار شدن: هدف کاهش استرس ایجاد شده توسط حادثه آسیب را است
۴. جمع آوری اطلاعات: به منظور ارزیابی نیازهای فوری و اولیه بازماندگان می باشد
۵. دسترسی های اجرایی: هدف فراهم کردن محیطی است که آسیب دیدگان بتوانند در انجا به حل مشکلات خود بپردازند
۶. ارتباط با حمایت گره های اجتماعی: هدف حمایت از آسیب دیدگان برای ارتباط با سیستم های حمایتی اولیه است
۷. اطلاعات سازگاری با حادثه: هدف پیشنهاد و ارایه اطلاعات کلامی و نوشتاری در زمینه مهارت های سازگاری و افزایش تاب آوری در مواجهه با بلایا می باشد
۸. ارتباط با خدمات مشارکتی: هدف آگاهی دادن و اطلاع رسانی به آسیب دیدگان از خدمات موجود می باشد کمک های اولیه روان شناختی سبب افزایش تاب آوری افراد و جامعه آسیب دیده می شود همچنین منجر به افزایش خودکارآمدی و کاهش احساس قربانی شدن و وابستگی آسیب دیدگان می شود.

آموزش روان شناختی در بلایا

بعد از وقوع بلایا و حوادث آسیب زا وجود هرج و مرج از تبادل اطلاعات صحیح جلوگیری می نماید فقدان اطلاعات موجب افزایش اضطراب نگرانی و ترس خواهد بود تیم سلامت می تواند شرایطی را فراهم آورد تا دران اطلاعات و شواهد واقعی ارایه شوند این اطلاعات باید دقیق و شفاف و به زبانی ساده باشد تا برای بازمانده قابل فهم باشد ارایه اطلاعات بیش از حد و نامتناسب به اندازه ندادن اطلاعات آسیب زاست اطلاعات باید در زمینه های ذیل ارایه شوند:

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

بیان واقعیت مربوط به رویداد به درک و شناخت رویداد کاهش ابهام در مورد ان و کنترل روی عوامل محیطی و عواملی که برای بازمانده غیرقابل کنترل هستند کمک می کند.

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

اطلاع رسانی در خصوص واکنش های روان شناختی افراد در بحران و عادی سازی این واکنش ها به افراد کمک می کند تا این واکنش ها را در وجود خود شناسایی کنند و ارتباط ان را با واقعه آسیب زا درک نمایند همچنین به انها کمک می کند که به راحتی احساسات شان را بروز دهند. در اطلاع رسانی به موارد زیر توجه داشته باشید:

- احساس گناه را تقویت نکنید
- لازم نیست همه سوالات را بدانید درموردی که اطلاع دقیق ندارید اطلاعات غلط و یا مشکوک ندهید
- ارایه اطلاعات را به تعویق نیندازید هر چند این اطلاعات دردناک باشد مثل فوت عزیزان ولی خبرهای ناگوار را سعی کنید در جمعی که از فرد آسیب دیده و داغ دار حمایت می کنند ارایه کنید و از گفتن اطلاعات ناگوار وقتی که فرد تنها است خودداری کنید
- چگونگی اطلاع رسانی صحیح و ارایه اخبار ناخوشایند به آسیب دیدگان

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

الف) نکات مهم:

۱. موقعیت مناسبی را از نظر زمان و مکان برای بیان موضوع فراهم کنید.
۲. قبل از اینکه با فرد مواجه شوید طرح مشخصی برای بیان موضوع در ذهنتان داشته باشید.
۳. تلفن همراه خود را خاموش کنید.
۴. هر عاملی که باعث قطع ارتباط شما با فرد می شود کنترل کنید.
۵. برای بیان موضوع در مکان مناسبی روبروی فرد بنشینید.
۶. تماس چشمی با او برقرار کنید.
۷. به حالات احساسی و عاطفی او توجه داشته باشید.
۸. انتظار داشته باشید که فرد با دیدن شما ممکن است نگران و مضطرب شود.
۹. انتظار داشته باشید که پس از شنیدن خبر شرایط روانی و رفتاری او به هم بریزد.
۱۰. دادن یک خبر بد به دیگران کار بسیار دشواری است به همین دلیل شما هم ممکن است در ابتدا نگران و مضطرب شوید این حالت غیرطبیعی نیست و به تدریج به خودتان مسلط خواهید شد.
۱۱. توصیه می شود هنگام دادن یک خبر ناخوشایند به دیگران تنها نباشید.
۱۲. قبل از دادن خبر ناخوشایند به فرد سعی کنید میزان اطلاعات او را از موضوع ارزیابی کنید.
۱۳. دقت کنید که فرد خبر را همانطور که هست درک کرده باشد در صورت سوء برداشت انرا اصلاح کنید.
۱۴. در صورتی که فرد آگاهانه و ناآگاهانه سعی در انکار موضوع دارد به او کمک کنید که واقعیت را بپذیرد.
۱۵. سعی کنید در حد دانش توانایی و درک فرد به او اطلاع بدهید.
۱۶. از به کار بردن کلمات واصطلاحات نامفهوم و تخصصی که باعث گیج شدن او می شود خودداری کنید.
۱۷. بطور شفاف روشن با زبان ساده و مناسب با فرهنگ فرد صحبت کنید.
۱۸. به او بگویید متأسفانه موضوع مهمی که زیاد هم خوشایند نیست را باید به شما اطلاع بدهیم.
۱۹. مطمئن شوید فرد آمادگی نسبی شنیدن مطلب را دارد.
۲۰. در صورتی که فرد مفهوم پیام را درک نکرده است پیام را مجدداً تکرار کنید. مثال (شما می دونید که بر اثر این حادثه... خیل از افراد آسیب دیدند تعدادی هم متأسفانه فوت شدند و از عده ای هم هنوز خبر یا اطلاعی در دست نیست شاید هنوز زیر اوار باشند یا در سایر شهرستانها در بیمارستان ها بستری باشند)
۲۱. بعد از دادن خبر کمی صبر کنید (۱۰الی۲۰ثانیه) به فرد فرصت بدهید که اطلاعات دریافت شده را درک کند و با ان کنار آید.

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

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

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

ج) جمع بندی و ارایه راه کار:

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

موانع بر قراری ارتباط مناسب:

- وقتی خود را مسوول حل تمام مشکلات فرد بدانند.
- زیاد حرف بزنید.
- فرصت ندادن به فرد برای درک و بروز احساساتش پس از شنیدن خبر.
- دادن امید ها و وعده هایی که جنبه های احساسی دارند.
- بی توجهی به احساسات خودتان.
- دادن اطلاعات غیرضروری و نامرتبط.
- بی توجهی به شرایط زمانی و مکانی دادن خبر.

فصل نهم

اهداف

پزشکان پس از مطالعه این فصل می توانند:

۱. با اصول کلی درمان دارویی در افراد آسیب دیده آشنا شوند.
 ۲. بادرمان های دارویی در اختلالات روانی شایع پس از بلایا به تفکیک آشنا شوند.
- درمان های دارویی و سایر توصیه های درمانی در اختلالات شایع به دنبال بلایا

اصول کلی:

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

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

نکته مهمی که پزشکان به هنگام ملاقات بیمار و تجویز دارو باید به ان توجه داشته باشند توجه به دیدگاه بیمار است معمولا بدنال فجایع علائم به گونه ای است که فرد تصور می کند کنترل خود را ازدست می دهد و یا روانی شده است بنابراین اطمینان بخشی به بیمار و توضیح دادن علت تجویز دارو به زبان ساده و قابل فهم گام مهمی درراه ایجاد ارتباط صحیح و ادامه همکاری بیمار است.

به دنبال بلایا افراد دچار فراموشی میشوند و گاه دستورهای ساده دارویی را به خوب نمی توانند به خاطر سپرده و به کار ببندند درحین تجویز دارو باید دستور مصرف کاملا و بصورت شمرده برای فرد توضیح داده شود علاوه بر این رسم یک جدول ساده که در ان نام دارو و میزان مصرف هر دارو در زمانهای مختلف روز نشان داده میشود به بیماران ممکن است نسبت به حالت عادی بیشتر دچار مقاومت و یا برانگیختگی و تحریک پذیری گردند به یاد داشتن چنین مطلبی به پزشک معالج که مسلما خود تحت تاثیر فشار کاری زیاد در شرایط پس از فاجعه می باشد کمک خواهد نمود تا روش مناسبی برای حفظ ارتباط با بیمار را برگزیند.

اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از سانحه:

در صورتی که با فردی روبرو هستید که با اسباب چشمگیری روبرو بوده است بطور عمده اصل برحمایت و تشویق فرد برای بازگویی ازادانه تجربه ناراحت کننده در گروه است و شما می توانید فرد را برای دریافت این خدمات به تیم حمایت روانی-اجتماعی ارجاع دهید در موارد اختلال شدید خواب و یا اضطراب شدید ممکن است نیاز به مصرف دارو بصورت کوتاه مدت و محدود وجود داشته باشد باید متذکر شویم که مصرف غیرموجه داروهای آرام بخش و خواب آور علاوه بر اثراتی که برروی توانایی های شناختی وحافظه دارد که می تواند مانعی برای طی کردن موفقیت آمیز مراحل

واکنش پس از استرس و فرایند مرگ محسوب شود خطر وابستگی به این گونه داروها نیز وجود دارد و منجر به افزودن مشکلی به مشکلات دیگر افراد آسیب دیده خواهد شد.

اطلاعات مورد نیاز برای بیمار و خانواده یا اطرافیان:

- رخدادهای تروماتیک یا تهدید کننده زندگی اغلب تأثیرات روان شناختی دارند که در اکثر موارد با کمترین اقدامات قابل رفع است.
- برای افرادی که کماکان این علائم را تجربه می کنند درمان موثر وجود دارد.
- ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه نقطه ضعف محسوب نشده و معنای آن این نیست که فرد دیوانه شده است چنین فردی نیازمند حمایت و درک است و نباید به غلط به وی گفت که همه چیز به خودت بستگی دارد

نکاتی که باید مورد توجه قرار گیرند:

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

درمان دارویی:

- ممکن است در برخی موارد افرادی که به تیم حمایت روانی-اجتماعی ارجاع می کنند نیاز به درمان دارویی داشته باشند و پس از تجویز داروی مناسب توسط متخصص شما مسئول پیگیری درمان او شوید بنابراین توجه به نکات زیر اهمیت دارد.
- درمان دارویی در اختلال استرس حاد به دنبال بلافا و خصوصاً تجویز داروهای بنزودیازپین بطور معمول توصیه نمی شود افراد آسیب دیده در معرض ابتلا به اختلال سوء مصرف مواد و دارو هستند و داروهای ضد اضطراب بنزودیازپینی به علت اثر فوری روی علائم اضطرابی مورد استقبال افراد آسیب دیده قرار می گیرند ولی منتهی به ایجاد وابستگی و تحمل در افراد می شوند و بر مشکلات آنان می افزایند استفاده از آنها در موارد استثنایی و شدید اضطراب و با رعایت طول مدت مصرف کمتر از دوهفته باید باشد.
 - در صورت همراهی این اختلال با بیماری افسردگی اساسی درمان اختلال افسردگی و مصرف داروهای ضد افسردگی را مدنظر قرار دهید.
 - داروهای ضد افسردگی همچون سه حلقه ای ها و SSRIS در درمان علائم مزاحم ناخواسته و اجتنابی موثر هستند این اختلال نسبت به اختلال افسردگی به مدت درمان طولانی تری نیاز دارد بطور کلی برای ظهور تأثیر دارو بر برخی از علائم گاهی به زمانی حدود ۸ هفته یا بیشتر نیاز است.
 - SSRIS در تمامی رده های سنی از لحاظ عوارض جانبی و سمیت در بیش مصرف ایمن ترین دارو هستند.

طول درمان و دوز دارو

درمان اختلال استرس پس از سانحه در سه مرحله صورت می گیرد:

۱) مرحله تثبیت: حدود ۳ ماه بوده و طی این مدت ویزیت ها با فواصل کم صورت می گیرد.

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

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

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

ج: اختلال مزمن با علایم باقیمانده: طول مدت درمان بیش از ۲۴ ماه

۳) مرحله قطع دارو: قطع دارو جهت جلوگیری از عود باید تدریجی بوده و طی ۴-۲ هفته انجام شود چنانچه احتمال عود ملایم وجود داشته

باشد قطع داروها آهسته تر و طی ۱۲-۴ هفته صورت می گیرد.

در موارد خاصی نیازمند طولانی تر کردن دوران درمان هستیم:

تداوم استرس عدم وجود حمایت اجتماعی کافی تداوم برخی علایم اختلالات روان پزشکی همراه سابقه ریسک بالای خودکشی در گذشته

سوگ بیمار گونه:

بطور طبیعی انتظار داریم که با اقدامات حمایتی طی جلسات مشاوره گروهی فرایند سوگ بطور طبیعی سپری گردد همواره باید به خاطر داشته باشیم

که درمان دارویی ضد افسردگی در واکنش سوگ ممنوع است مگر در موارد خاص از قبیل:

۱. وجود سابقه ای از ابتلا به افسردگی

۲. مختل شدن علایم نباتی (خواب و اشتها) به حدی که افسردگی اساسی را مطرح کند.

۳. افکار خودکشی و یا دیگر کشی

گفتگو با فرد داغدار

- اجازه دهید فرد داغدار درباره فرد فوت شده و شرایط مرگش صحبت کند.

- وی را تشویق کنید احساساتش را درباره فرد از دست رفته اذادانه بیان کند (مثل احساس اندوه گناه یا خشم) ولی وی را وادار به صحبت در

مورد حادثه و چگونگی از دست دادن عزیزانش نکنید. باید این افراد به تیم حمایت روانی-اجتماعی ارجاع شوند و در گروههای مشاوره ای

خدمات را بصورت گروهی دریافت کنند.

- به وی اطمینان دهید که بهبودی زمان می برد تا حدی کاستن از مسوولیت ها (کار و تعهدات اجتماعی) ممکن است لازم باشد اما توجه

داشته باشید که مشارکت در روند بازسازی به توانمندی فرد و ایجاد احساس کفایت در وی کمک می کند و موجب تسریع بهبودی می

گردد.

- توضیح دهید که سوگواری عمیق به کندی و ظرف چندین ماه کمرنگ می شود اما یاداورهای فقدان کماکان احساس از دست دادن و اندوه

را برمی انگیزانند.

درمان دارویی:

تجویز داروی ضد افسردگی در واکنش سوگ بهنجار ممنوع است تصمیم در مورد درمان با ضدافسردگی باید برای ۳ ماه یا بیشتر به تعویق افتد اگر

علایم بارز افسردگی بیش از ۳ ماه ادامه یافت باید برای درمان افسردگی اقدام شود. اگر بی خوابی شدید وجود دارد استفاده کوتاه مدت از داروهای

خواب آور می تواند مفید باشد.

مشاوره با متخصص یا ارجاع:

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

اختلالات خواب:

علاوه بر استرس بالایی که بلایای طبیعی ایجاد می کنند تغییرات جبری در روال همیشگی برنامه خواب غذا و استراحت و کارممکن است موجب اختلالات خواب و بطور شایع بی خوابی شود اختلال خواب می تواند تنها شکایت فرد بازمانده یا عنوان علامتی از یک سندرم باشد در صورتیکه بدنبال به کارگیری روش های غیر دارویی همچون تمرین های آرام سازی و آموزش بهداشت خواب مشکل بیمار رفع نشد می توان بصورت کوتاه مدت از داروها کمک گرفت در صورتیکه اختلال خواب علامتی از یک سندرم باشد ترجیحا انتخاب دارو به صورتی انجام می شود که هم اشکال خواب و هم سایر علایم را پوشش دهد بعنوان مثال برای فرد افسرده ای که از بی خوابی نیز رنج می برد از داروهای ضد افسردگی با اثر خواب آور بیشتر استفاده می شود.

توصیه های لازم در مورد بهداشت خواب:

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

- برقراری الگویی منظم در خواب تا حد امکان به خصوص افرادی که از بی خوابی در ساعات اولیه خواب شب رنج می برند معمولا قادر نیستند ساعت شروع خوابشان را جلو بیاورند و صبح روز بعد در وقت برمی خیزند در چنین مواردی محدود کردن خواب صبحگاهی و برخاستن در ساعات مشخصی از صبح به تدریج به رفع مشکل آنان منجر می شود و باعث می شود شب ها زودتر به خواب روند.
- محدود کردن خواب نیمروزی حتی در صورت خستگی روزانه این امر می تواند باعث خواب طولانی تر و با کیفیت بهتر شبانگاهی شود.
- استفاده از مهارت های آرام سازی قبل از رفته به رختخواب باید به افراد یادآوری نمود که این تکنیک ها را هم برای خوابیدن مجدد در نیمه های شب استفاده نمود.
- ترک محل خواب در صورت بختواب رفتن پس از ۲۰ دقیقه در این موارد سعی در ادامه خواب نداشته باشد رختخواب را ترک کند و به کار دیگری مشغول شود و تا کاملا احساس خواب الودگی نکرده به رختخواب برنگردد.
- ورزش بطور منظم اما از انجام ورزش دیروقت پرهیز نماید.
- اجتناب از مصرف مواد حاوی کافئین و نیکوتین در ساعات عصر و شب
- مطالعه کتاب یا خواندن دعا و نماز قبل از خواب (با توجه به زمینه اعتقادی فرد) اما در رختخواب به مطالعه نپردازد.
- استفاده از موسیقی ملایم یا صدای کم رادیو جهت کاستن افکار آزار دهنده
- محدود کردن سروصدا و نور شدید محیطی در حد امکان.
- بازسازی رویا و در نظر گرفتن پایان مثبت برای رویاها بخصوص برای افرادی که از کابوس های شبانه رنج می برند کمک کننده است می توان از افراد خواست قبل از خواب تصمیم بگیرند خواب بد نبینند یا تجسم کنند که چه صحنه های خوبی در خواب ببینند پس از خواب نیز می توانند بدنبال استفاده از تکنیک آرام سازی پایان بهتری را برای خواب خود در ذهن مجسم کنند.

آرام سازی عضلانی:

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

به ترتیب ذیل به فرد آموزش دهید:

اختلالات شبه جسمی:

الف- اختلال جسمانی سازی:

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

نکاتی که باید مورد توجه قرار گیرند:

- مهمترین اصل در درمان این بیماران ارتباط مناسب بین بیمار و پزشک است.
- این افراد غالباً مراجعات متعدد به پزشک و نتایج و آزمایشات معمولاً منفی دارند.
- معمولاً فرد به بیماری جسمی خود بیش از حد توجه می کند.
- بهتر است همیشه یک پزشک (ترجیحاً پزشک عمومی) مسئولیت درمان بیماران را به عهده داشته باشد.
- بیمار به فواصل منظم و ترجیحاً ماهیانه ویزیت شود.
- ویزیت ها باید کوتاه و شامل یک معاینه فیزیکی مختصر در پاسخ به شکایات جسمی جدید بیمار باشد.
- در حد امکان از انجام ارزیابی های پاراکلینیک جدید یا اعمال جراحی دیگر مرگ در صورت لزوم کامل خودداری شود.
- پزشک باید شکایات بیماران را بعنوان ابراز عواطفش در نظر بگیرد نه علایم جسمانی باید سعی شود که مسیر کلام بیمار از علایم جسمانی به مشکلات شخصی و اجتماعی و روابط با دیگران هدایت گردد.
- به تدریج باید بیمار را از ارتباط بین عوامل روان شناختی و شکایات جسمانی اش آگاه کرد.
- نکته مهم در درمان این بیماران ویزیت دوره ای بر اساس فواصل زمانی مشخص و عنایت به شکایات جسمانی مطرح شده معاینه دقیق آنها و اظهار جملاتی نظیر اینکه من شما را کاملاً معاینه کردم و خوشبختانه در حال حاضر نکته ای دال بر بیماری جسمی وجود ندارد است از اطمینان بخشی به بیمار با انجام آزمایشات و گرافیهای مختلف جدا پرهیز نمایید. حتی اگر این موارد به اصرار بیمار و اطرافیان وی از شما خواسته شود. در عوض به همزمانی شروع این شکایات با حادثه اشاره و آنها را با فشارهای روانی حاصل از ضایعه مرتبط کنید بعنوان شاهدهی برای اثبات این مساله و تفهیم آن به فرد می توانید به تشدید این شکایات پس از فکر کردن به یادآورهای حادثه اشاره کنید.
- از خانواده بخواهید که به بیمار اجازه دهند تا مسایل روانی خود را بر زبان جاری سازد هرگونه کلامی کردن مسایل حتی خاطرات فاجعه از طرف بیمار در بهبود علایم جسمانی وی موثر خواهد بود خانواده را مقید سازید تا به علایم جسمانی مشخص وی که بیان مشکلات روانپزشکی او می باشند بی اعتنا باشد و در عوض رفتار سلامت وی را تشویق کنند در مواردی که بیماریهای افسردگی و اضطرابی ریشه این علایم جسمانی هستند به درمان دارویی این اختلالات اقدام کنید.
- به خانواده توجه دهید که علایم معلول تصورات ذهنی فرد یا ساختگی نیستند.
- در مواردی که بیماریهای افسردگی و اضطرابی ریشه این علایم جسمانی هستند به درمان دارویی این اختلالات اقدام کنید.
- علایم افسردگی و اضطراب شایع می باشند در صورت مشاهده اقدام مناسب درمانی را آغاز کنید.
- مراقب احتمال بیش مصرف یا مصرف خودسرانه مسکن ها یا سوء مصرف مواد مخدر باشید.
- با اینکه ممکن است گاه علت عضوی برای این گونه علایم جسمانی مشخص شود مشکلات روان شناختی به صورت همراه با مشکلات جسمانی می تواند وجود داشته باشد.
- استفاده از روش های آرام سازی می توانند در جهت تسکین علایم مربوط به تنش (نظیر سردرد گردن یا کمردرد) موثر واقع شود.

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

درمان دارویی

۱. از انجام آزمایش های تشخیصی غیرضروری یا تجویز داروهای جدید برای هر علامت جدید باید پرهیز کنید.
۲. داروهای ضد افسردگی (مانند امی تریپتیلین ۲۵-۷۵ میلی گرم روزانه) در برخی موارد مانند سردرد سندرم روده تحریک پذیر موثر می باشند.

مشاوره یا متخصص

۱. تا حد امکان از ارجاع این افراد به متخصصن بیماریهای جسمی احتراز کنید درمان آنها در مراکز مراقبت های اولیه به مراتب بهتر صورت می گیرد پیوستگی رویکرد تشخیصی - درمانی این بیماران اساس درمان است مراجعه به یک پزشک واحد کمک کننده است.
۲. در صورت نیاز فرد را به تیم حمایت روانی-اجتماعی راجع دهید.

ب- اختلال تبدیلی

با توجه به نقش مهم استرس در بروز اختلالات شبه جسمی منجمله اختلال تبدیلی بروز آن پس از بلایا نباید دور از ذهن باشد. نکاتی که باید مورد توجه قرار گیرند:

- علل جسمی را با دقت در نظر داشته باشید علایم اولیه اختلالات نورولوژیک (مانند مولتیپل اسکلروزیس) ممکن است به علایم اختلالات تبدیلی شبیه باشد به همین جهت شرح حال و معاینه بالینی کامل الزامی است.
- علایم بیمار را با استفاده از تکنیک القا سازی برطرف کنید استفاده از روش های خش و دردناک مثل تزریق زیرجلدی اب مقطر روش درمانی مناسبی برای این بیماران نمی باشد و غیراخلاقی است روش های اخلاقی برای تلقین وجود دارد مثلاً اگر سه بار سرفه کنی رفع می شود و یا تا ۵ دقیقه دیگر برطرف می شود ذکر جملاتی مانند این که تازه وقتی علایم برطرف می شود می توانیم با هم صحبت کنیم و بفهمیم مشکل اصلی شما چیست می تواند مفید باشد در بسیاری از موارد علایم بیمار با اطمینان دهی از سوی شما برطرف می شود.
- پزشک اغلب متوجه می شود که اطرافیان بیمار بیش از حد نگران و مشوش هستند و در مورد فرد احساس گناه می کنند این وضعیت باعث تداوم علایم می شود.
- برای اطرافیان توضیح دهید که آنها می توانند با بی توجهی نسبت به علایم این بیماری و مقابلاً با اعمال توجه به رفتارهایی مثبت و مطلوب وی به رفع علایم کمک کنند.
- تذکر مجدد این نکته ضروری است که علایم فرد ناخودآگاه بوده و وی به صورت ارادی یا عمدی علایم را ایجاد نمی کند(به صورتی که تمارض دیده میشود).
- این افراد ممکن است علاوه بر اختلال تبدیلی از سایر علایم اختلالات روانی نظیر افسردگی و اضطراب رنج ببرند که در این صورت درمان این گونه موارد منطقی است.
- برای فرد و خانواده اش شرح دهید که:

۱. علایم نورولوژیک یا جسمانی اغلب علت واضحی ندارند چنین علایمی در صورت وقوع استرس می توانند بروز کنند.
۲. علایم معمولاً به سرعت از میان رفته و صدمه دایمی برجای نمی گذارند.

نکات مهم در گفتگو با فرد و خانواده

۱. وجود مشکلات و استرس های اخیر را یادآور شوید اما الزامی نیست که بیمار این استرس ها را به علایم جسمانی مربوط سازد.
۲. فرد را تشویق به بهبودی کنید مواظب باشید که علایم بیمار را تقویت ننموده ان را مستحکم نکنید.
۳. توصیه کنید وی اندکی استراحت کند تا از استرس التیام یابد و سپس تا حد امکان فعال باشد.
۴. او را از استراحت طولانی یا کناره گیری از فعالیت هایی که برایش مقدور است برحذر دارید شرکت در روند بازسازی عاملی در جهت تسریع بهبودی است.

درمان دارویی

۱. از مصرف داروهای ضد اضطراب یا تسکین دهنده خودداری کنید.
۲. در موارد مزمن تر که علایم افسردگی وجود دارند داروهای ضد افسردگی موثر می باشند.

مشاوره با متخصص و ارجاع

۱. گرچه علایم ممکن است علت روان شناختی داشته باشند اما امکان ظهور عوارض جسمانی ثانویه مانند تغییر شکل به دنبال فلج عضلانی وجود دارد.
 ۲. در صورتی که علایم بیش از یک الی دو ماه طول بکشد یا راجعه یا شدید باشد مشاوره را مد نظر قرار دهید.
- اختلال افسردگی اساسی: به ضمیمه برنامه پیشگیری از خودکشی همین کتابچه مراجعه نمایید.
- اختلال سوء مصرف مواد: به ضمیمه پروتکل پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد همین کتابچه مراجعه نمایید.

ضمیمه ۱

خودکشی پس از وقوع بلایا و برنامه پیشگیری از خودکشی

اغلب تمام آسیب دیدگان پس از حوادث غیرمترقبه و بلایا در اثر استرس های متعددی ناشی از شرایط و فقدان هایی که متحمل می شوند درجاتی از غم و اندوه و ناامیدی را تجربه می کنند در اکثر مواقع این احساس در صورت رسیدگی به موقع و دریافت مداخلات مشاوره گروهی که پس از بلایا توسط تیم حمایت روانی-اجتماعی در منطقه ارایه میشود بهبود می یابد این مساله درمداخلات روانی-اجتماعی بعد از زلزله بم مشاهده شد به طوری که سایکوپاتولوژی عمومی با اقدامات انجام یافته به صورت معناداری کاهش یافت و با این که بطور معمول پس از بلایا انتظار داریم خودکشی در میان افراد آسیب دیده به خصوص افراد با زمینه قبلی بیماری افزایش یابد ولی خوشبختانه میزان موارد مرگ به علت خودکشی نیز نسبت به سال پیش از زلزله افزایش معنا داری نداشته است ولی درپاره ای از موارد یا افراد به دلایل مختلف این خدمات را دریافت نمی کنند و یا اینکه علی رغم دریافت این مداخلات افسردگی آنان تخفیف نیافته است این امر ممکن است ناشی از روند خودبیماری افسردگی باشد که منجر به احساس ناامیدی به درمان و عدم شرکت در گروه های مشاوره ای می شود و یا به علت وجود یک اختلال افسردگی با پیشینه قبلی و نیازمند درمان های دارویی و غیردارویی انفرادی باشد با توجه به درصد بالای احتمال خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی به خوبی روشن است که تمرکز بر روی شناسایی و درمان اختلالات روانپزشکی بویژه افسردگی سهم مهمی در پیشگیری از خودکشی دارد همان طور که مستحضرید و برطبق امار ارایه شده فوق افراد مبتلا به افسردگی به دلایل مختلف از جمله شکایات جسمی تشدید بیماری طبی زمینه ای عدم پذیرش درمان های طبی قبلی به پزشکان عمومی ممکن است مراجعه نمایند در چنین مواردی شناسایی و درمان زودرس افسردگی میتواند مانع از پیشرفت ان گردد.

برنامه پیشگیری از خودکشی:

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

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

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

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

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

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

۱. پذیرش موارد ارجاعی از سوی رابطین بهداشت یارمدارس بهداشت یارکارو...
۲. درمان موارد ارجاع شده
۳. پیگیری برنامه درمانی
۴. ارایه پسخوراند به رابط بهداشتی

۵. ارجاع فوری به مراکز تخصصی

۶. رایه گزارش

افسردگی و پیشگیری از خودکشی

تشخیص افسردگی:

مهم ترین نکته در تشخیص بیماری برقراری رابطه درمانی خوب با بیمار هشیاربودن در خصوص علایم و نشانه های بیماری و پرسش در مورد انها می باشد.

علایم افسردگی:

- خلق افسرده یا لذت نبردن و بی علاقگی نسبت به همه یا اغلب فعالیت ها از علایم کلیدی افسردگی هستند. اما باید توجه داشت که حدود ۵۰ درصد بیماران احساس افسردگی را انکار می کنند و خانواده یا همراهان به دلیل گوشه گیری و کاهش عملکرد و فعالیت انها را برای درمان می اورند یا وادار به مراجعه می کنند.
- اختلالات خواب بصورت بین خوابی یا پر خوابی حدود ۸۰ درصد بیماران از مشکلات خواب شکایت دارند که بویژه بی خوابی انتهایی یا زود بیدار شدن صبحگاهی می باشد بیدار شدن های مکرر در طول شب اختلال کوتاه تر و از دو روز تا حداکثر دوهفته می باشد این دوره های افسردگی حداقل ماهی یکبار و برای ۱۲ ماه بدون ارتباط با سیکل های قاعدگی تکرار می شوند.
- دوره های افسردگی هم در اختلال افسردگی عمده و هم در خلال دو قطبی او II رخ می دهند تفاوت های بارز و معتبری از نظر نشانه شناسی بین دوره های افسردگی اختلال افسردگی عمده دو قطبی تاکنون مشخص نشده است در بررسی بالینی تنها شرح حال بیمار سابقه خانوادگی و سیر اتی اختلال می تواند بین این دو وضعیت افتراق بگذارد معمولا افراد با افسردگی دو قطبی علایم نباتی معکوس دارند و پر خوابی افزایش اشتها و میل جنسی در انها بیشتر دیده می شود وجود سابقه مثبت خانوادگی اختلال دو قطبی در این افراد بیشتر است وقتی جستجو می کنیم سابقه وجود دوره هایی از مانیا یا هیپومانیا را در خود متذکر می شوند.

افسردگی در کودکان و نوجوانان:

در کودکان ترس از مدرسه و چسبندگی زیاد به والدین می تواند از علایم افسردگی باشد در سنین قبل از بلوغ دوره ی افسردگی عمده می تواند با شکایات جسمانی بیقراری روانی حرکتی و توهّمات مطابق باخلق تظاهر پیدا کند. در نوجوانان عملکرد تحصیلی ضعیف سوء مصرف مواد رفتارهای ضد اجتماعی بی بندوباری جنسی و فرار از مدرسه می توانند از علایم افسردگی باشند در کودکان و نوجوانان خلق می توانند بجای افسرده تحریک پذیر باشد.

افسردگی در سالمندان:

افسردگی در افراد مسن بسیار شایعتر از جمعیت عمومی می باشد میزان شروع ان در مطالعات مختلف از ۲۵ درصد تا ۵۰ درصد متفاوت است هر چند درصدی که اختلال افسردگی عمده می باشد نامشخص است.

افسردگی در سالمندان با عوامل زیر مرتبط است:

- وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین
- از دست دادن همسر
- بیماری جسمی همزمان

- انزوای اجتماعی

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

شدت بیماری:

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

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

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

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

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

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

خودکشی:

حدود ۲/۳ بیماران افسرده به خودکشی فکر می کنند و ۱۵-۱۰ درصد افراد مبتلا به افسردگی خودکشی می کنند. بیمارانی که به دلیل افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی اخیر بستری شده اند در مقایسه با بیمارانی که بستری نشده اند ریسک بالایی برای خودکشی منجر به مرگ در طول عمر خود دارند. درباره ریسک فاکتورهای شناخته شده خودکشی سوال کنید معمولاً پرسش درباره افکار خودکشی برای پزشکان سخت می باشد می توان بسته به شرایط سوال را از حاشیه دورتری آغاز کرد همیشه افکار خودکشی بیمار را جدی بگیرید و اقدامات لازم را انجام دهید باوجود این افکار مهمترین ریسک فاکتورهای اقدام به خودکشی میزان افسردگی بیمار و وجود نقشه مشخصی برای خودکشی می باشد.

ازدیگر عوامل مهم پیش بینی کننده عبارتند از:

اسیب اخیر به خود و یا سابقه اسیب ناامیدی علائم روان پریشی (مانند: هذیان و توهم) سابقه خانوادگی خودکشی در بستگان درجه اول سوگ جنس مرد تنهائزندی کردن بیماری جسمی ترخیص اخیر از بخش اعصاب و روان.

- اگر بیماری ریسک بالای خودکشی دارد سریعاً به روانپزشک ارجاع داده شود.
- چنانچه ارجاع سریع میسر نباشد باید بیمار تحت مراقبت و حفاظت جدی و درمان مناسب قرار گیرد تا در اولین فرصت ممکن به روان پزشک ارجاع داده شود.
- چنانچه بیمار در ریسک پائینی از خودکشی قرارداد و درحدی نیست که نیاز به ارجاع باشد داروی مناسب و ویزیت های متعدد با اقدامات حفاظتی و حمایتی لازم باید منظور شود.

در این موارد:

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

۲. دارو در کمترین حد ممکن و تا ویزیت بعد (حداکثر یک هفته بعد) تجویز شود.

۳. دارو در اختیار همراه بیمار قرار گیرد.

۴. ازوجود یک مراقب دلسوز و آگاه برای بیمار اطمینان حاصل شود و شرایط بیمار و خطرات احتمالی به روشنی برایش بازگو شود.

۵. کلیه نکات ایمنی و حفاظتی لازم برای بیمار جهت مراقبت های فوق تشریح شود.
۶. در مورد کنترل افکار خودکشی و کنترل روی اقدام به خودکشی از بیمار سوال شود و از این بابت اطمینان حاصل شود.
۷. اطمینان حاصل شود بیمار سابقه رفتارهای تکانشی و عدم کنترل تکانه ای نداشته و درحال حاضر ندارد.
۸. امکان دسترسی سریع بیمار به پزشک معالجش پیش بینی و فراهم شود.

اقدامات درمانی:

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

- توجه نمایید هرگز از سوالات القا کننده علایم به بیمار استفاده ننمایید فرصت دهید بیمار تا حد امکان خود مسایلش را بیان نماید مثلاً برای پرسیدن اختلال خواب بجای سوال ایا صبح ها زودتر از خواب بیدار می شوید؟ یا ایا بدخواب هستید؟ از سوال ایا در خوابتان آشفتگی دارید؟ و اگر جواب بلی بود نحوه ان پرسیده شود.
- به بیمار فرصت صحبت کردن در مورد رویدادهای زندگی و استرس بیمار مسایل خانوادگی شغلی اجتماعی و به ویژه در مورد فقدانهایی که در اثر حادثه اخیر بان روبرو شده است بدهید.
- شدت تمایل به خودکشی را ارزیابی نمایید در اولین سطح شخص فقط ارزی مردن را بیان می کند در دومین سطح شخص واقعا می خواهد بمیرد در سطح سوم بیمار برای اقدام به خودکشی برنامه دارد و ممکن است ابراز و مواد کشنده ای به این منظور تهیه کند سرانجام ممکن است فرد اقدام به خودکشی کند. بنابراین زمانی که فرد در سطح سوم و چهارم از تمایل به خودکشی قرار دارد باید بلافاصله به مرکز تخصصی ارجاع شود تا زمان مراجعه بیمار به مراکز تخصصی و دریافت درمان درمانگر باید با استفاده از حمایت خانواده دوستان و همکاران یا دیگر امکانات بیمار را در وضعیت ایمنی قرار داده و وی را حفاظت نماید.
- به بیمار فرصت دهید تادر مورد رنجها و ناراحتیهای خودش حرف بزند بیمار را حمایت کنید برای انصراف بیمار از خودکشی جملات کلیشه ای مانند: حیف نیست استفاده نکنید از توصیه اندرز و سرزنش اجتناب کنید.
- موقعیت های مثبت زندگی بیمار را به وی نشان دهید به بیمار کمک کنید تا ارزش و معنای زندگیش را برای خود و دیگران دریابد برای مثال فرزندان وی تا چه حد به او نیاز دارند.
- روی موقتی بدون احساس غیرقابل تحملی که دارد تاکید کنید بخصوص اگر در گذشته دوره هایی مشابهی داشته که بهبود نسبی پیدا کرده است ان را مرور کنید.
- از طریق خانواده و حتی دوستان بیمار را حمایت و کمک کنید.
- در صورت نیاز به مداخلات تخصصی برای مشکلات بین فردی و خانوادگی یا برای رسیدگی به مشکلات ناشی از سوگ و تروما بیمار را به تیم حمایت روانی-اجتماعی ارجاع نمایید.
- سعی کنید ارتباط خوب و انسانی با بیمار برقرار کنید و از القا قدرت زور و ارزش اخلاقی خود به بیمار خودداری نمایید.
- هرگز به بیمار قول و اطمینان بی خود ندهید هرگز بای تلقین هم که شده به بیمار دروغ نگویید.
- بعضی از پزشکان از کلمات علمی و غیرعلمی گوناگون برای توجیه علایم بیماری به بیمار استفاده می نمایند هرگز در مورد بیماران خود به این روش ها متوسل نشوید.

- تمام بیماران افسرده را معاینه جسمی نمایید تشخیص های افتراقی افسردگی را مدنظر قرار دهید.
- در صورت وجود بیماری جسمی اختلال افسردگی رد نمی شود بلکه می تواند در موازات ان بیماری و یا ناشی از عوامل ان بیماری باشد.
- افسردگی همراه سایر بیماریها نیاز به درمان مناسب شامل تصحیح علل اولیه و درمان دارویی دارند.
- محور تیروئید (شامل بررسی و سنجش سطح سرومی تیروکسین و TSH) و محور ادرنال را (در صورت لزوم) بررسی نمایید.
- کودکان و سالمندان افسرده را از نظر قلبی به طور کامل بررسی و کنترل نمایید.

درمان دارویی:

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

- در صورتیکه بیمار در گذشته به یک دارو خوب پاسخ داده مجدداً داروی فوق را استفاده کنید.
- در صورتیکه بیمار مسن بوده یا بیماری جسمی نیز دارد از داروهای جدیدتر یا اثرات جانبی کمتر (مانند فلوکستین ۲۰ میلی گرم در روز) استفاده کنید.
- در صورتیکه که خطر خودکشی وجود دارد از تجویز سه حلقه ای ها اجتناب کرده دارو را صرفاً برای چند روز تجویز کنید.
- در صورتیکه بیمار مضطرب بوده یا به خواب نمی رود از داروهایی استفاده کنید که اثر تسکین دهنده بیشتری دارند.
- تا رسیدن به سطح موثر دارو را افزایش دهید. (بعنوان مثال ایمی پرامین به میزان ۲۵ تا ۵۰ میلی گرم هر شب شروع و در طی ۱۰ روز به میزان ۱۵۰-۱۰۰ میلی گرم برسد)
- در صورتیکه بیمار مسن بوده یا بیماری جسمی دارد مقادیر کمتر دارو استفاده شود.
- به بیمار توضیح دهید که داروی خود را چگونه استفاده کند.
- دارو باید هر روز استفاده گردد.
- بهبودی در طی ۲-۳ هفته ظاهر خواهد شد.
- اثرات جانبی کمی ممکن است ظاهر شود که معمولاً در طی ۱۰-۷ روز از میان خواهد رفت.
- قبل از قطع دارو حتماً با پزشک معالج مشورت کند.
- حداقل ۴-۶ ماه بعد از رفع علائم مصرف داروی ضدافسردگی را با همان دوز ادامه دهد.

معیارهای ارجاع:

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

۱. تردید در تشخیص قطعی اختلال
۲. اختلال افسردگی همراه با اختلالات جسمی روانی دیگر یا سوء مصرف دارو
۳. پیشرفت علائم یا عدم بهبودی با تجویز دوز پیشنهادی در عرض ۶ هفته
۴. بروز عوارض شدید و جدی ناشی از دارو
۵. عدم همکاری یا امتناع از مصرف دارو
۶. وجود علائم سایکوتیک یا اژیتاسیون شدید همراه با افسردگی
۷. احتمال دو قطبی بودن افسردگی و امکان شیفت به دوره مانیا

۸. تمام بیماران تحت درمان جهت تایید تشخیص و تصحیح دوز هر ۳ تا ۶ ماه یک بار

۹. تمام بیماران افسرده کودک

۱۰. تمام بیمارانی که در قضاوت بالینی به نظر می رسد درمان نامناسب دریافت می نمایند.

ارجاع فوری تمام بیماران افسرده با افکار خودکشی

نکاتی که در موارد ارجاع باید رعایت کرد:

الف- در تمام موارد ارجاع بطور مشروح تشخیص علت و اقدامات درمانی خود را ذکر نمایید.

ب- بیماران افسرده اشفته ای که به تنهایی قادر به اداره خود یا دادن اطلاعات کافی نیستند را به همراه یکی از بستگان مطلع ارجاع دهید.

ج- زمان و مکان ارجاع را به گونه ای تنظیم نمایید که بیمار دچار سردرگمی نشود.

د- حتی الامکان سوابق درمانی و پاراکلینیکی بیمار ضمیمه فرم ارجاع گردد.

ه- به فوریت های روانپزشکی و احتمال خودکشی بیماران افسرده (چه در اوج افسردگی و چه در مراحل بهبودی) توجه خاص نموده و در این مورد با ارامش کامل از همراهان بیمار یا حمایت خانوادگی و اجتماعی بهره بگیرید.

مسایل مربوط به ارجاع

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

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

ب- ارایه رهنمود کلی و تعیین زمان ارجاع بعدی

پیگیری بیماران:

تمام بیماران افسرده متوسط و شدید را توسط عوامل خود پیگیری نموده و از درمان صحیح و مناسب وسیر درمان او اطمینان حاصل نمایید. این عملیات بایستی در دفتر پیگیری ثبت شود ویزیت و مصاحبه همدلانه تجویز داروی مناسب ماهانه کنترل مثبت موارد درمان (در صورتیکه بیمار توسط پزشکان دیگر تحت درمان است) همراه با راهنمایی های دلسوزانه و صحیح و علمی علاوه بر ایجاد یک حمایت طبی مطمئن برای بیمار باعث جلوگیری از سردرگمی بیمار افسرده بین علایم خود داروها پزشکان متعدد و... خواهد گردید که در نتیجه از بسیاری خسارات مالی و اجتماعی از افت کارایی بیمار گرفته تا خسارات مربوط به انبار شدن داروهای بلامصرف در منازل و موارد دیگر جلوگیری خواهد شد.

پیشگیری:

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

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

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

پروتکل درمان بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد در حوادث غیرمترقبه

پروتکل درمان بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد در حوادث غیر مترقبه تعداد کل وابستگان مواد افیونی در برخی مطالعات یک میلیون و دویست هزار نفر تخمین زده شده است به نظر می رسد میزان وابستگان در حال حاضر از این عدد بیشتر باشد در منطقه ای که بایکی از بلایای طبیعی همچون سیل زلزله ... مواجه شده است تعدادی از آسیب دیدگان مبتلا به سوء مصرف مواد هستند تاکنون پژوهش های معدودی در رابطه با مصرف مواد بلافاصله پس از بلایا انجام شده است در بیشتر این تحقیقات به این نتیجه رسیدند که شیوع و شدت مصرف مواد مخدر در میان بازماندگان بلایای طبیعی و غیرطبیعی افزایش می یابد و لاهو در مطالعه خود نشان داد که هر چه افراد به مرکز تخریب نزدیکتر باشند افزایش مصرف مواد در آنها بالاتر خواهد بود. همچنین این گروه به این نتیجه رسیدند که افزایش مصرف مواد یکی از مشکلات مهم بلافاصله بعد از بلایاست که عمدتاً بصورت هم ابتدایی با اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی دیده می شود. درن و همکارانش در مطالعه ای که پس از واقعه از یک طرف دسترسی به مواد سخت تر و از طرف دیگر کیفیت مواد بدتر شده بود. مصرف مواد مخدر بویژه تریاک در بعضی از نقاط کشور خصوصاً جنوب شرقی ایران بصورت سنتی رایج تر است ممکن است در چند ساعت یا روز اول حادثه مشکل خاصی متوجه این افراد نباشد اما به تدریج و بسته به ماده مصرفی هر یک از مجروحان یا بازماندگان حادثه علائم ترک ظاهر میشود این مساله علاوه بر استرس مضاعفی که بر فرد وارد می کند به دلیل برانگیختگی و کاهش استانه تحمل فرد را تحریک پذیر کرده و ممکن است در مسیر امداد رسانی مشکلاتی ایجاد کند.

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

وابستگی به مواد افیونی:

معیارهای تشخیصی وابستگی به مواد افیونی طبق طبقه بندی DSM-IV وجود سه مورد (و بیشتر) از موارد زیر در یک دوره ۱۲ ماهه است:

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

علائم ترک مواد افیونی:

- خلق افسرده

- تهوع یا استفراغ
- دردهای عضلانی
- اشک ریزش یا ابریزش بینی
- اتساع مردمک سیخ شدن موها و و تعریق
- اسهال
- حمیازه
- تب
- بی خوابی

علائم مسمومیت با مواد افیونی:

مهم است که پرسنل درمانی علائم کلی مسمومیت با مواد افیونی را بدانند توجه به این نکته اهمیت دارد که درهنگام زلزله و دیگر بلایای طبیعی به دلیل کم بودن دسترسی به مواد احتمال تغییر درجه خلوص آنها و در نتیجه امکان بیشتر مسمومیت وجود دارد. علائم جسمی مسمومیت با مواد افیونی شامل انقباض مردمک (یا در صورت مسمومیت شدید و ایجاد انوکسی گشاد شدن مردمک) همراه با یک یا چند علامت از موارد ذیل است:

- خواب الودگی یا کما
- تکلم جویده جویده
- اختلال در توجه یا حافظه

نیز تغییرات رفتاری یا روانی در مسمومیت رخ می دهد که می تواند بصورت سرخوشی اولیه و به دنبال آن بی احساسی دیسفوری کندی یا اژیتاسون روانی-حرکتی اختلال قضاوت یا اختلال عملکرد شغلی یا اجتماعی باشد.

درمان مسمومیت با مواد افیونی:

اولین اقدام مهم اطمینان یافتن از باز بودن راه هوایی است ترشحات ریه و نای باید اسپیره شود و در صورت لزوم لوله تراشه گذاشته شود سپس نالوکسان که انتاگونیست اپیوئیدی است به میزان ۸/۰ میلی گرم به ازای هر ۷۰ کیلوگرم وزن بدن به آرامی به شکل وریدی تزریق شود علائم بهبودی که شامل افزایش سرعت تنفس و اتساع مردمک است به سرعت ملاحظه خواهد شد اگر پاسخی مشاهده نشد می توان دوز را پس از چند دقیقه تکرار کرد در گذشته این طور فکر می شد که اگر پس از ۴ یا ۵ دوز نالوکسان علائم برنگردد احتمالاً اپیوئیدها به تنهایی مسوول ایست تنفسی نیستند اما باید توجه داشت که بوپرنورفین به سختی یا نالوکسان انتاگونیزه می شود و دوزهای بالاتر نالوکسان را لازم دارد بنابراین در موارد مقاوم به درمان نالوکسان باید احتمال مسمومیت با بوپرنورفین را نیز مد نظر قرار داد توجه به این نکته لازم است که طول عمر نالوکسان در مقایسه با اکثر اپیوئیدها کوتاه است و در صورت پاسخدهی به درمان نیز تکرار دوز در بسیاری از موارد لازم می باشد.

درمان نگهدارنده با مواد اگونیستی:

داروهای اگونیست افیونی موادی هستند که همانند مواد افیونی طبیعی (تریاک) و نیمه صناعی (هروئین) برگیرنده مو (U) اپیوئیدی اثر می گذارند متادون و لوومتادیل استات (LAAM) اگونیست خالص گیرنده مو هستند بوپرنورفین که اگونیست نسبی گیرنده مو و انتاگونیست نسبی گیرنده کاپا است نیز در این دسته قرار دارد از دیگر داروهای این دسته می توان به سولفات مورفین و تتنور اپیوم (TO) اشاره نمود.

در حال حاضر درمان نگه دارنده به کمک متادون و بوپرنورفین امکان پذیر است.

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

نیمه عمر متادون در بار اول مصرف نسبت به نیمه عمر دارو در مصرف مداوم آن کوتاهتر است چرا که مقادیر قابل توجهی از دوز اولیه در بافت های بدن پخش می شود به دنبال مصرف خوراکی سطح خونی متادون در چهار ساعت اول بالا رفته و سپس شروع به کاهش می کند نیمه عمر به دنبال مصرف با اول ۱۲ تا ۱۸ ساعت و به طور متوسط ۱۵ ساعت است.

در PH ادراری برابر ۷ مقادیر بسیار اندک متادون از طریق کلیه ها دفع می شود در PH اسیدی (یعنی PH کمتر از ۶) دفع کلیوی تا ۳۰ درصد افزایش می یابد اگر ادرار قلیایی باشد (یعنی PH بیش از ۷/۸) دفع کلیوی کم میشود باید به بیماران توضیحات لازم در مورد اثر مواد اسیدی و قلیایی کننده ادرار بر میزان دفع متادون داده شوند.

بارداری

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

تداخل دارویی

داروهایی که باعث القا یا مهار فعالیت آنزیمهای P۴۵۰ و خصوصاً CYP۳A۴ می شوند می توانند با سوخت و ساز متادون تداخل کنند.

داروهایی که می تواند باعث مهار آنزیم CYP۳A۴ شوند (یعنی ممکن است سطح خونی متادون را بالا ببرند):

- فلوکستین، فلووکسامین، سرتالین (SSRIs)
- ونلافاکسین و نفازودون (SSRIs)
- داروهای ضد قارچ مانند کلوتریمازول و کتوکونازول
- داروهای درمان ویروس نقص ایمنی / ایدز مانند: زیدوودین و ریتانوویر
- هورمون ها مانند پروژسترون، اتینیل استرادیول، دگزامتازون و تستوسترون
- داروهای مسدود کننده کانال کلسیم مانند نیفدپین، وراپامیل و دیلتیازم
- انتی بویوتیک هایی نظیر اریترومايسين و کلاریترويسين
- سائز: کیندین، میدازولام، دیازپام، سیکلوسپورین، وین بلاستین، بروموکریپتین، سایمتدین، لیدوکائین و افلاتوکسین B

القا کننده های آنزیم CYP۳A۴ (یعنی داروهایی که ممکن است سطح خونی متادون را کاهش دهند):

- داروهای ضد صرع مانند فنوباریتال، فنی توئین، پریمیدون و کاربامازپین (البته والپروات سدیم و بنزودیازپین ها باعث کاهش سطح خونی متادون نمی شوند)
- داروهای ضد سل نظیر رفاپین و ریفابوتین
- گلوکوکورتیکوئیدها

هیچ یک از داروهای فوق نباید در دوره القای متادون آغاز شوند در صوتی که بیمار پیش از آغاز درمان متادون از داروهای مهار کننده استفاده می کرده باید شروع و بالا بردن متادون با دقت و احتیاط بسیار انجام شود به بیمار باید راجع به تداخل احتمالی داروها تذکر داد و علایم مسمومیت احتمالی باید به دقت معاینه شوند.

ماد دیگری نیز هستند که به دلایلی به جز مهار انزیم CYP۴۵۰ متابولیسم متادون اثر می گذارند:

ازجمله داروهایی که اثر مهارکننده بر متابولیسم متادون دارند عبارتند از: الوپورینول، پروپوکسی فن، کلرامفنیکل، سیپروفلوکساسین، دی سولفیرام، ایزونیارید و اتوکسازین.

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

- هر چند بنزودیازپین ها خود معمولاً باعث دپرسیون تنفسی نمی شوند اما در حضور متادون می توانند خطر انرا افزایش دهند.
- الکل تضعیف کننده دستگاه عصبی مرکزی است و می تواند موجب دپرسیون تنفسی و مرگ شود در حضور متادون خطر دپرسیون تنفسی افزایش می یابد.
- داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای در دوزهای بالا می توانند باعث دپرسیون تنفسی و ادم ریوی شوند مصرف همزمان این داروها با متادون می تواند خطر مسمومیت را بالا ببرد بیمارانی که داروهای سه حلقه ای دریافت می کنند می بایست از لحاظ خودکشی مورد بررسی دقیق تری قرار گیرند درحین درمان نیز باید علایم احتمالی مسمومیت با دقت بیشتری مرور شوند.

موارد منع مصرف:

- حساسیت به متادون
- سابقه ی حمله اسم همراه با دپرسیون تنفسی به خصوص همراه با سیانوز و ترشحات برونکیال بیش از اندازه
- مصرف بالای الکل
- ضربه ی سراخیر افزایش فشار داخل جمجمه ای
- درمان با مهار کننده های مونوآمین اکسیداز
- بیماری کرون یا کولیت اولسروز فعال
- اختلال شدید کارکرد کبدی
- اسپاسم شدید مجاری صفراوی و کلیوی

موارد احتیاط در تجویز متادون:

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

عوارض متادون:

عوارض متادون مشابه سایر مواد افیونی است:

- وابستگی فیزیولوژیک
 - تهوع و استفراغ
 - سرگیجه احساس سبکی در سر
 - تعریق شبانه و منگی
 - تغییر در عادت ماهیانه (اغلب سوء مصرف کنندگان مواد افیونی در این زمینه اختلال نشان می دهند که با متادون بهبود می یابد)
 - کاهش اشتها در اوایل مصرف (معمولا به سرعت مرتفع می شود)
 - دپرسیون تنفسی (به خصوص درحضور سایر مواد تضعیف کننده دستگاه عصبی)
 - گزارش های موردی: افت فشار خون، ادم، کولاپس
- در هنگام درمان بیماران نسبت به اکثر این عوارض تحمل پیدا می کنند اما متادون از جهاتی با سایر مواد افیونی تفاوت دارد: نیمه عمر طولانی تری دارد مدت اثر آن در افراد مختلف متفاوت است میزان انتشار آن دریافت ها بیشتر است و به دنبال مصرف مداوم در بدن تجمع پیدا می کند.

مسمومیت با متادون:

- مسمومیت با متادون مانند مسمومیت با سایر مواد افیونی است: خواب الودگی، کما، دپرسیون تنفسی و تنگی مردمکها (مردمک ته سنجاقی).
- تفاوت متادون با سایر مواد افیونی در فارماکوکینتیک آن است: فاصله زمانی طولانی تر بین مصرف و حداکثر اثر نیمه عمر طولانی و در نتیجه تجمع در بدن.
- تداخل با سایر داروهای تضعیف کننده دستگاه عصبی باعث تشدید اثر رخوت زای و خواب اوری متادون میشود.
- بیشترین خطر مسمومیت و مرگ در ده روز اول رخ می دهد در این زمان بیمار بیش از هر وقت دیگری به مصرف سایر مواد مانند الکل و بنزودیازپین ها و یا مواد افیونی (مانند تریاک و هروئین) همراه متادون می پردازد.

علائم مسمومیت با متادون

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

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

- اغما (بیمار قابل بیدار شدن نیست خرخر تنفسی دارد تون عضلانی اندام ها کاهش یافته و سیانوزه است).
- دپرسیون تنفسی و هیپوکسی
- مرگ

تنظیم دوز زمانی و ارایه متادون به بیماران

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

- چنانچه قرار است بیمار به تشخیص پزشک متادون مصرفی را به منزل ببرد حتی الامکان بهتر است پودر بصورت حل شده در اب به وی ارائه شود در هر صورت ارایه دارو بصورت قرص مجاز نیست.
- دوره القا و پایدار سازی
- در بیماران وابسته به هروئین دوز شروع متادون ۱۵ تا ۳۰ میلی گرم در روز اول است.
- در بیماران وابسته به تریاک مقادیر کمتر (اغلب ۲۰ میلی گرم) برای شروع مناسب است.
- بهتر است پس از مصرف متادون در روز اول بیمار تا ۴ ساعت پس از مصرف مجددا ویزیت شود تا عوارض احتمالی قابل درمان باشند.
- چنانچه میزان مصرف مواد غیرقانونی بیمار بالا بوده که نیاز به دوزهای بالاتر را در روز اول ضروری می سازد می توان دارو را بصورت منقسم تجویز نمود به طوریکه ابتدا ۱۵ تا ۲۰ میلی گرم تجویز شده و در ۲ ساعت بعد علائم ترک ارزیابی می گردد در صورت وجود علائم خفیف دوز دوم تجویز نمی شود در صورت بروز علائم متوسط (درد، تهوع، خمیازه، گشادی مردمک) ۵ تا ۱۰ میلی گرم و در صورت بروز علائم شدید (استفراغ، افزایش ضربان قلب، افزایش فشار خون، سیخ شدن موها = Piloerection) ۱۰ تا ۱۵ میلی گرم متادون تجویز می گردد.
- در صورت بروز علائم مصرف بیش از اندازه نظیر خواب الودگی پس از دوز اول از تجویز دوز بعدی خودداری می شود.
- توصیه می شود در روز اول بیمار بیش از ۴۰ میلی گرم متادون دریافت نکند.
- بهتر است دوز مصرف در سه روز اول ثابت نگاه داشته شود زیرا نیمه عمر متادون حدودا ۲۵ ساعت است و طی سه روز اول سطح خونی به ۸۷/۵ درصد وضعیت پایدار خواهد رسید.
- پس از سه روز با توجه به وضعیت بالینی می توان دوز را افزایش داد.
- بهتر است درمان با دور کم شروع گردیده و مقدار مورد نیاز به تدریج بالا برده شود.
- بدون ویزیت پزشک نباید افزایش دوز صورت گیرد.
- بیمارانی که علاوه بر مصرف متادون به مصرف مواد غیر قانونی همانند تریاک یا هروئین ادامه می دهند در خطر بالای مسمومیت قرار دارند مصرف همزمان الکل و بنزودیازپین ها خطر مسمومیت را افزایش می دهد پس باید حتما در مورد مصرف خارج از برنامه به بیمار هشدار داد.
- توضیح خطر مسمومیت به خانواده های بیماران نیز بسیار مهم است.
- بعد از رسیدن به دوز ۴۰ میل گرم در روز بهتر است افزایش دوز یک روز در میان و به میزان حداکثر ۵ الی ۱۰ میلی گرم در روز انجام شود.
- پس از رسیدن به دوز ۶۰ الی ۸۰ میلیگرم بهتر است افزایش دوز در هر هفته از ۵ تا ۱۰ میلیگرم تجاوز نکند.
- ممکن است برخی بیماران با ۵۰ میلیگرم پایدار شوند و بعضی از آنها تا ۱۲۰ میلیگرم در روز برای پایدار شدن نیاز داشته باشند.
- دوز بالای ۱۲۰ میلیگرم دوز بالا حساب می شود اما در مواقعی ممکن است مورد نیاز باشد.
- توجه داشته باشید که افزایش کمتر از میزان مورد نیاز خود می تواند باعث مصرف غیرقانونی به موازات درمان شود.
- افزایش دوز بیش از حد نیاز باعث خواب الودگی و سایر عوارض مصرف بیش از حد می گردد.
- دوز بهینه متادون که برای افراد متفاوت است دوزی است که در آن علائم ترک مشهود نمی باشند نشنگی ناشی از مواد کوتاه اثر مانند هروئین رخ نمی دهد و ولع مصرف مواد و عوارض مسمومیت به حداقل می رسد ضمن آنکه علائم خواب الودگی نیز رخ نمی دهد.

- دو مرحله فوق (القا و پایداری) مجموعاً حدود ۶ هفته طول می‌انجامد.
- بیشترین علت مسمومیت افزایش سریع دوز طی دو هفته اول به علت تخمین بیش از اندازه تحمل و تخمین کمتر از واقع تجمع متادون در بدن بوده‌اند.

دوره نگهدارنده

- با اتمام پایداری بیماران وارد مرحله نگهدارنده می‌شوند
- در این مرحله قاعدتاً بایستی بیمار از مصرف مواد مخدر تقریباً به طور کامل عاری شده باشد از نظر جسمی و تجربه علائم ترک و خماری در شرایط مطلوب بوده و وسوسه جهت مصرف در حداقل ممکن باشد
- بدنبال پایداری ممکن است هر چند وقت یک بار نیاز به افزایش دوز متادون باشد که معمولاً لزومی به افزایش بیش از یکبار در ماه نیست
- یکی از علل شایع افزایش دوز ایجاد تحمل است
- افزایش دوز در دوره نگهدارنده نمی‌بایست از ۵الی ۱۰ میلی‌گرم هر مرتبه تجاوز کند
- در مرحله نگهدارنده متغیرهای روانی اجتماعی شغلی و خانوادگی شروع به بهبود می‌نماید ولی بایستی توجه داشت که گاهی مشاهده بهبود در عوامل فوق ممکن است نیازمند سالها درمان نگهدارنده باشد.

درمان‌های غیردارویی سوء مصرف مواد در هنگام بلایای طبیعی:

طبیعی است که در هنگام وقایعی همچون زلزله و سیل و... فرصت چندانی برای درمان‌های غیردارویی انفرادی یا تخصصی وجود ندارد بهتر است در این حالت بیماران را تشویق به تشکیل گروههای خودیاری نمود این گروه‌ها فاقد درمانگر بوده و بیماران تحت درمان انرا اداره می‌کنند و مسوولیت هماهنگی جلسات از نظر زمان و مکان و موضوعات مورد بحث باخود بیماران است معمولاً یکی از افراد به عنوان فرد مسوول گروه انتخاب می‌شود و مسوولیت جلسات را به عهده می‌گیرد روش کار این گروهها معمولاً بر اساس مقابله و پذیرش حقایق با تاکید بر صراحت و صداقت می‌باشد اکثر صاحب نظران معتقدند این گروهها مفید می‌باشند اگر چه تحقیق علمی و کنترل شده‌ای در این زمینه وجود ندارد به نظر میرسد مهمترین جنبه گروههای خودیاری ارایه حمایت‌های اجتماعی است.

نیز می‌توان این افراد را در جهت ارایه مداخلات تخصصی مشاوره گروهی به تیم گروهی به تیم حمایت روانی-اجتماعی ارجاع داد.

توصیه‌هایی در پیشگیری از فرسودگی شغلی

فرسودگی شغلی در امدادگران

با توجه به این که در شرایط بحرانی و استرس‌زا علاوه بر این که بازماندگان و اسیب دیدگان دچار مشکلات روان شناختی می‌شوند کسانی هم که به عنوان امدادگر و یاری رسان در محل حضور دارند چنانچه اصولی را رعایت نکنند ممکن است دچار فرسودگی و به دنبال مشکلات روانی اجتماعی برای آنان بوجود آید. لذا توصیه زیر جهت پیشگیری از این موضوع ارایه می‌گردد.

- برنامه ریزی و آماده سازی دقیق جهت ارایه خدمات به اسیب دیدگان
- اکتفا نمودن به مواردی که می‌توان از عهده ان برآمد
- کنترل افکار و عواطف
- تمرکز بر روی کار
- گفتگو با دیگران
- استراحت منظم

- مصرف غذای سالم و ورزش
- تمجید از خود به دلیل کسب موفقیت های کوچک و در عین حال توجه به فروتنی
- تعیین و مشخص نمودن مسوولیت ها به صورت روشن و واضح
- حمایت و پشتیبانی کردن از یکدیگر
- برگزاری جلسات منظم گروهی
- منظم نمودن ساعات استراحت و مرخصی منظم
- کسب مهارت های جدید در خصوص موضوع