



حمایت ها و کمک های اولیه روان شناختی در حوادث و سوانح

Psychological First Aid and Support in Disasters

دکتر عباسعلی ناصحی

سید عباس باقری یزدی



شابک ۹۷۸-۹۶۴-۲۷۸۰-۶۱-۷
ISBN 9780-964-2780-61-7

نام کتاب: حمایت ها و کمک های اولیه روانشناختی در حوادث و سوانح

تدوین: عباسعلی ناصحی، عباس باقری یزدی

ناشر: مؤسسه آموزش عالی علمی کاربردی هلال ایران

تنظیم و صفحه آرایی: احمد سنجرى

طراح جلد: احمد سنجرى

لیتوگرافی و چاپ و صحافی: آروىچ

شمارگان: ۳۰۰۰ نسخه

نوبت چاپ: چاپ اول - زمستان ۸۹

بها: ۳۰۰۰۰ ریال

سرشناسه: ناصحی، عباسعلی، ۱۳۴۵

عنوان و نام پدیدآور: کمک های اولیه و حمایت های روانی در حوادث و بلایا / مولفان، عباسعلی

ناصری، عباس باقری یزدی

مشخصات نشر: تهران: مؤسسه آموزش عالی علمی - کاربردی هلال ایران ۱۳۸۹

مشخصات ظاهری: ۱۱۳ ص.

شابک ۹۷۸-۹۶۴-۲۷۸۰-۶۱-۷

وضعیت فهرست نویسی: فیا

موضوع: امدادرسائی - جنبه های روان شناسی

موضوع: قربانیان فاجعه - خدمات بهداشت روانی

موضوع: بلاهای طبیعی - جنبه های روان شناسی

موضوع: بحران زدایی

شناسه افزوده: باقری یزدی، عباس ۱۳۲۸

شناسه افزوده: مؤسسه آموزش عالی علمی کاربردی هلال ایران.

رده بندی کنگره: ۱۳۸۹ ک ۸ ۱۷ ن / HV ۵۵۳

کمک‌های اولیه و حمایت‌های روانی در حوادث و بلایا

۹	 مقدمه
---	-------------

فصل اول: بحران و انواع آن

۱۱	 بحران و انواع آن
۱۱	 بحران چیست؟
۱۲	 اجزای یک بحران
۱۲	 انواع بحران
۱۳	 انواع بحران های آسیب‌زا

فصل دوم: واکنش‌های روانی افراد در بحران ها

۱۵	 شیوع اثرات روان‌شناختی بلایا
۱۶	 عوامل مؤثر بر آسیب‌پذیری روانی در بلایا
۱۶	 ۱. شدت حادثه یا بلا
۱۶	 ۲. نوع حادثه یا بلا
۱۶	 ۳. میزان نزدیکی افراد به حادثه یا بلا
۱۶	 ۴. آسیب پذیری زمینه ای افراد
۱۷	 ۵. میزان برخورداری حمایت های عاطفی و روانی - اجتماعی
۱۷	 ۶. سکونت در اردوگاهها یا پناهگاهها
۱۷	 ۷. نوع آسیب جسمی افراد
۱۷	 ۸. آوارگی جنگی
۱۸	 ۹. انگ زدن
۱۸	 ۱۰. دسترسی به شبکه های حمایت خانوادگی و اجتماعی
۱۸	 انواع واکنش‌های روانی افراد
۱۹	 ۱. فاز شوک
۱۹	 - از دست دادن قوه تفکر
۱۹	 - بیش فعالی
۱۹	 - کاهش قدرت حرکت
۲۰	 - علائم جسمانی

۲۰	 هراس
۲۰	 بی تفاوتی
۲۰	 ۲. فاز واکنش
۲۳	 ۳. فاز انطباق و سازش
۲۴	 ۴. فاز اصلاح و بازیابی

۲۵	 فصل سوم: اقدامات روان شناختی لازم در مورد افراد آسیب دیده از بحران ها
۲۵	 کمک های اولیه ی روانی
۲۵	 کمک های اولیه برای نجات زندگی قربانی
۲۵	 مراقبت های عمومی
۲۶	 بگذاریم قربانی حرف بزند
۲۶	 صمیمیت- تماس جسمی
۲۷	 اقدامات لازم در مورد واکنش های فاز شوک
۲۷	 قربانی بیش فعال
۲۷	 قربانی میخکوب شده
۲۷	 قربانی هراسناک
۲۷	 قربانی بی تفاوت
۲۷	 قربانی مبتلا به علائم جسمانی
۲۸	 اقدامات لازم در مورد فاز واکنش و فاز انطباق
۲۸	 چگونه خود را با بحران تطبیق دهیم؟
۲۸	 اصول چهارگانه بقا
۲۸	 گام اول: وقوع سانحه را بپذیرد
۲۹	 گام دوم: احساسات و واکنش های خود را بپذیرد
۳۰	 گام سوم: از آنچه که رخ داده درس بگیرد
۳۱	 گام چهارم: احساسات خود را بر موضوع جدیدی متمرکز کند.
۳۳	 اقدامات لازم در مورد فاز بازیابی و اصلاح
۳۴	 حمایت های انسان دوستانه
۳۵	 صمیمیت
۳۶	 چگونه شنونده ی فعالی باشیم
۳۶	 بیان آزادانه ی احساسات
۳۷	 از او بخواهیم احساساتش را بیان کند

۳۷	 سنگ صبور وی باشیم
۳۸	 مراقبت‌های عمومی
۳۹	 روابط اجتماعی
۳۹	 علائم هشدار دهنده
۴۰	 عدم تغییر در وضعیت قربانی
۴۱	 باقی ماندن در فاز شوک
۴۱	 باقی ماندن در فاز واکنش
۴۳	 عدم پیشرفت در انطباق و سازش با بحران
۴۳	 فاز اصلاح و بازایی
۴۴	 علائم هشدار دهنده‌ی دیگر
۴۶	 علائم جسمانی هشدار دهنده

فصل چهارم: آثار بلایا بر روی گروه‌های ویژه

۵۰	 کودکان و نوجوانان
۵۸	 زنان
۶۳	 سالمندان
۶۳	 معلولین و بیماران
۶۴	 معتادین
۶۵	 امدادگران و سایر کارکنان امداد و نجات

فصل پنجم: ارزیابی و اندازه‌گیری اثرات روانی بلایا

۷۰	 تشخیص افرادی که نیاز به کمک‌های روان‌شناختی دارند
۷۱	 مسائل تشخیصی
۷۴	 مسائل بین فرهنگی

فصل ششم: پیامدهای روانی-اجتماعی حوادث و بلایا

۷۷	 جنبه‌های روانی-اجتماعی
۷۸	 تأثیرات اجتماعی بلایا
۸۰	 قربانیان ثانویه
۸۱	 بلایای ثانویه
۸۲	 آثار تأخیری بلایا

فصل هفتم: اصول مربوط به مداخلات روانی- اجتماعی بلایا

۸۳	 کلیات
۸۴	 اصل اول: امنیت مالی و جانی زیر بنای ثبات هیجانی
۸۵	 اصل دوم: پاسخ‌های عاطفی (هیجانی) به بلا، پاسخ‌های طبیعی هستند
۸۶	 اصل سوم: مداخلات باید با مراحل بلا هماهنگ باشند
۹۱	 اصل چهارم: ادغام کمک‌های روانی با برنامه‌های امداد و نجات
۹۲	 اصل پنجم: مداخلات باید با توجه به فرهنگ مردم صورت پذیرد
۹۳	 اصل ششم: مداخلات مستقیم، نیاز به توجیه منطقی دارد
۹۷	 اصل هفتم: کودکان نیازمندی‌های ویژه‌ای دارند
۹۹	 اصل هشتم: زنان دارای نیازمندی‌های ویژه‌ای هستند
۱۰۱	 اصل نهم: تیم‌های امداد و نجات، نیازهای ویژه‌ای دارند

فصل هشتم: سوگ و داغدیدگی

۱۰۵	 داغدیدگی
۱۰۶	 سوگ
۱۰۶	 واکنش‌های داغدیدگی طبیعی
۱۰۷	 مدت سوگ
۱۰۷	 آیین‌های سوگواری
۱۰۹	 داغدیدگی و سوگ غیرطبیعی
۱۱۰	 بیماری‌های طبی یا روان‌پزشکی همراه با داغدیدگی
۱۱۱	 داغدیدگی و افسردگی
۱۱۲	 سوگ در کودکان و نوجوانان

مقدمه:

بسم الله الرحمن الرحيم

«وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ * الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَآلَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ * أُولَئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ مِنْ رَبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ»^۱

ترجمه: «قطعاً شما را با چیزی از ترس، گرسنگی، زیان مالی و جانی و کمبود میوه‌ها آزمایش می‌کنیم و بشارت ده بر استقامت کنندگان * آن‌ها که هرگاه مصیبتی به آن‌ها رسد می‌گویند ما از آن خدا هستیم و به سوی او باز می‌گردیم * این‌ها همان‌هایی هستند که الطاف و رحمت خداوند شامل حالشان شده و آن‌ها هستند هدایت یافتگان»

حوادث و بلایا هر ساله در جهان منجر به مرگ و معلولیت جسمی و روانی میلیون‌ها نفر و صدمات مالی بسیاری می‌گردد و به دنبال هر حادثه و بلا استرس‌های روانی زیادی به بازماندگان وارد می‌شود.

آثار فیزیکی و جسمی حوادث و بلایا معمولاً واضح هستند. ده‌ها، صدها یا هزاران نفر اموال خود را از دست داده و صدمات جسمی پیدا می‌کنند و عده‌ای هم فوت می‌کنند. ولی آثار روانی حوادث و بلایا بر روی آسیب‌دیدگان یا خانواده‌های آن‌ها کمتر مشهود بوده و کمتر به آن‌ها پرداخته می‌شود. سیاست‌گذاری‌های کلان بهداشتی و اجتماعی نیز در برخورد با این وقایع مصیبت بار، عمدتاً معطوف به پیامدهای جسمی و مالی بوده و به عوارض روانی آن‌ها کمتر توجه می‌شود.

کشور ما از جمله کشورهایی است که هر سال حوادث و بلایای متعدد و گوناگونی در آن روی می‌دهد و جان هزاران انسان که در توسعه اقتصادی اجتماعی کشور سهم بسزایی دارند، در معرض مخاطرات جدی قرار می‌گیرد. مجموعه‌ی حوادث و بلایایی که در کشور ما اتفاق می‌افتد تنوع فراوانی دارد. بعضی از حوادث انسان ساز در ایران عبارتند از: تصادفات رانندگی، حوادث ناشی از کار، سقوط هواپیما، آتش‌سوزی، سرقت‌های مسلحانه، گروگان‌گیری، تجاوز به عنف، انفجار در منازل و کارگاه‌ها، حوادث ناشی از استفاده‌ی غلط از گاز یا برق، خراب شدن ساختمان‌های مسکونی و تجاری، غرق‌شدگی و...

۱. قرآن کریم، سوره مبارکه بقره، آیات کریمه ۱۵۷-۱۵۵

بلايای طبیعی شایع در ایران نیز عبارتند از: زلزله، سیل، بهمن، رانش زمین، طوفان، گرمای بیش از حد، سرمای بیش از حد، صاعقه، خشکسالی، ریزش کوه بعضی از حوادث قربانیان محدودی دارد (مثلاً در یک تصادف رانندگی)، ولی بعضی از بلايا ممکن است جمعیت کثیری را گرفتار کرده و آسیب روانی زیادی به افراد زنده یا بستگان افراد فوت شده وارد نماید (مثل زلزله ی بم). کتاب حاضر با هدف توانمندسازی امدادگران و کارشناسان جمعیت هلال احمر در زمینه ی ارائه ی خدمات روانشناختی مؤثر و کارآمد به قربانیان حوادث و بلايا تألیف گردیده و راهکارهایی را ارائه می‌دهد که در کشورهای مختلف و از جمله در کشور ما تجربه شده و نتایج سودمندی داشته است. البته به جز امدادگران و کارشناسان جمعیت هلال احمر، امدادگران بقیه ی سازمان ها و ارگان ها همچون پرسنل آتش‌نشانی و پرسنل اورژانس نیز می‌توانند از این کتاب بهره ببرند.

در تألیف این کتاب علاوه بر تجربیات و مطالعات شخصی، عمدتاً از منابع زیر استفاده شده است:

- ۱- کتاب مقابله با بلايا (راهنمای کاربرد مداخلات روانی اجتماعی)، تألیف جان.اچ. اهرنرایک و شارون مک‌کوايد، ترجمه سیدعباس باقری یزدی و فرید براتی سده، از انتشارات مؤسسه آموزش عالی علمی- کاربردی هلال ایران
 - ۲- کتاب کمک‌های اولیه روانشناختی و سایر حمایت های انسان دوستانه، نوشته یوفرکرک، ترجمه ی سیدعباس باقری یزدی و سعیده کافی، از انتشارات مؤسسه آموزش عالی علمی- کاربردی هلال ایران
 - ۳- کتاب روانشناسی بحران، تألیف خدابخش احمدی، از انتشارات مرکز برنامه‌ریزی و تألیف کتاب های درسی معاونت آموزش و نیروی انسانی ستاد مشترک سپاه
 - ۴- کتاب خلاصه روانپزشکی، تألیف کاپلان و سادوک، ترجمه ی دکتر فرزین رضاعی (۱۳۸۸)، از انتشارات ارجمند
 - ۵- مجموعه مقالات قابل دسترس که توسط محققین کشورمان در ارتباط با حمایت‌های روانی در حوادث و سوانح در چند سال اخیر منتشر شده است.
- در خاتمه وظیفه ی خود می‌دانم از مؤلفین منابع فوق و همین‌طور مترجمین این آثار کمال تشکر را داشته باشم و بدون زحمات این عزیزان گردآوری مطالب این کتاب ممکن نمی‌شد. همچنین از مدیران و مسئولین و کارکنان مؤسسه ی آموزش عالی هلال ایران نیز که انتشار این مجموعه را متقبل شدند تشکر می‌شود و امیدوارم که این مجموعه مورد استفاده ی هم وطنان گرامی و بخصوص امدادگران زحمت کش جمعیت هلال احمر قرار گیرد.

فصل اول

بحران و انواع آن

بحران و انواع آن

کسب آگاهی در مورد موقعیت‌های بحرانی به ما کمک می‌کند تا بدانیم در چنین موقعیت‌هایی چه اتفاقاتی رخ می‌دهد. نتیجه‌ی این آگاهی کاهش شدت تشویش، نگرانی و اضطراب ما می‌باشد. مهمترین چیزی که به ما کمک می‌کند تا بدانیم چه کاری باید انجام دهیم، داشتن اطلاعات است. در این فصل به مطالبی از قبیل بحران و موقعیت‌های بحرانی، تفاوت‌های بین حادثه، سانحه و بلا، ماهیت استرس و واکنش‌های انسان در برابر استرس و ... پرداخته می‌شود.

بحران چیست؟

بحران به موقعیت‌هایی گفته می‌شود که فرد با یک وضعیت اضطراری و پر استرس مواجه شده و خودش را از شدت و سختی آن تحت فشار احساس می‌کند و نمی‌داند چگونه باید با این شرایط کنار بیاید. فرد بحران‌زده دچار افکار و احساساتی می‌شود که تمرکز حواس او را مختل کرده و تمام اعمال و روابطش با دیگران تحت تأثیر قرار می‌گیرد. این فرد نمی‌داند چگونه با شرایط جدید ارتباط پیدا کرده و با آن کنار بیاید، لذا احساس خطر می‌کند ولی نمی‌داند چگونه باید از خود دفاع کند. این تجربه بحران نام دارد.

وقایع بحران‌زا برای همه‌ی افراد در طول زندگی حداقل یک‌بار و گاه چندین بار اتفاق می‌افتد، بنابراین بروز واکنش امری طبیعی است. آنچه غیرطبیعی است سانحه‌ای می‌باشد که منجر به ایجاد واکنش بحرانی شده است. بنابراین می‌توانیم بگوییم:

«بحران، واکنشی طبیعی نسبت به یک سانحه‌ی غیرطبیعی است.»

اجزای یک بحران

برای بررسی دقیق‌تر بحران می‌توان آن را به اجزای کوچکتری تقسیم کرد و عناصر موجود در آن را مورد شناسایی قرار داد. وجود یا عدم وجود بحران را می‌توان براساس حضور یا عدم

حضور این اجزا تشخیص داد. اجزای بحران عبارتند از:

- ۱) وجود یک واقعه‌ی استرس‌زا یا استرس طولانی مدت
- ۲) احساس پریشانی و ناگوار بودن وضعیت
- ۳) وجود فقدان (مثلاً از دست دادن یک عضو خانواده یا از دست دادن سلامتی یا از دست دادن اموال)، احساس خطر، احساس تحقیر شدن
- ۴) احساس غیرقابل مهار بودن شرایط
- ۵) احساس بروز وقایع به صورت غیرمنتظره
- ۶) به هم ریختگی یا تغییر روال عادی زندگی
- ۷) احساس ابهام یا تردید نسبت به آینده
- ۸) احساس ناراحتی و پریشانی به مدت دو تا شش هفته

انواع بحران

الف) بحران‌های رشد. تقریباً همه‌ی افراد در طول زندگی به ناچار با موقعیت‌هایی روبه‌رو می‌شوند که در جریان مراحل رشد انسانی روی می‌دهند و بدون آن‌ها پیشرفت و رشد در زندگی امکان پذیر نمی‌باشد. ولی گاهی تأثیر این وقایع چنان عمیق است که افراد را مبتلا به بحران روانی می‌کند. بعضی از موقعیت‌های مربوط به بحران رشد عبارتند از: شروع مدرسه، امتحانات، اولین شغل، تغییر شغل، مهاجرت و ...

ب) بحران‌های زندگی. بحران‌های زندگی، بحران‌هایی هستند که در اثر عوامل خارجی به وجود نمی‌آیند، بلکه بهایی است که افراد برای «خود زندگی» می‌پردازند. مثال‌های آن عبارتند از: بلوغ، ازدواج، تولد فرزند، طلاق، بیماری، مرگ یکی از بستگان یا دوستان نزدیک و ...

ج) بحران‌های آسیب‌زا. بحران‌های آسیب‌زا بحران‌هایی هستند که با قرار گرفتن افراد در معرض سوانح و حوادث ناگوار و شدید به وجود می‌آیند. تمام این سوانح منجر به ضربه‌ی روانی خواهند شد و تنها عده‌ی کمی از این تأثیرات در امان می‌مانند. البته شدت ضربه روانی ناشی از بحران‌های آسیب‌زا در افراد مختلف فرق می‌کند. همه‌ی افراد در طول زندگی خود

در معرض این گونه سوانح ناگوار و شدید قرار دارند. بعضی از نمونه های این سوانح آسیبزا عبارتند از:

- تصادفات
- بلایای طبیعی مثل زلزله
- فعالیت های تروریستی
- تهاجم
- سرقت
- خشونت

«به طور خلاصه بحران های روانی که در اثر سوانح آسیبزا ایجاد می شوند، بحران های آسیبزا نامیده می شوند.»

تمرکز ما در این فصل و به طور کلی در این کتاب بر روی بحران های آسیبزا می باشد و در مورد بحران های رشد و بحران های زندگی بحث زیادی نداریم.

انواع بحران های آسیبزا

بحران های آسیبزا را از نظر شدت و گستردگی می توان به حادثه، سانحه و بلا تقسیم بندی نمود که شرح آن ها در زیر می آید.

■ ویژگی های حادثه:

- ۱) حادثه در یک موقعیت و فضای جغرافیایی کوچک و محدود رخ می دهد.
 - ۲) قربانیان حادثه محدود بوده و به افراد کمی جهت ارائه خدمت به آسیب دیدگان نیاز می باشد.
 - ۳) آشفتگی فقط در محدوده ی محل حادثه پیش می آید.
- به عنوان مثال، در حادثه ی تصادف دو اتومبیل تعداد افراد آسیب دیده و میزان خسارات وارده غالباً کم بوده و باعث بسته شدن جاده ای برای مدت زمان کوتاهی می شود.

■ ویژگی های سانحه:

- ۱) محدوده ی واقعه وسیع تر از محدوده ی یک حادثه است، مثل آتش سوزی یک مجتمع یا یک هتل.

۲) تعداد افراد درگیر در سانحه به عنوان قربانیان و امدادگران بیشتر از حادثه است.

۳) بین وقوع سانحه و برطرف شدن کامل آن، زمان بیشتری نیاز است و به طور موقت فعالیت‌های بخش کوچکی از یک سیستم اجتماعی با مشکل مواجه می‌شود. مثل سانحه سقوط هواپیما یا تصادف دو قطار.

■ ویژگی‌های فاجعه یا بلا:

۱) دامنه جغرافیایی فاجعه از حادثه و سانحه بزرگتر است.

۲) به دلیل زیاد بودن افراد آسیب‌دیده، برای امداد رسانی نیاز به امکانات و نیروی انسانی منطقه‌ای، کشوری یا بین‌المللی می‌باشد.

۳) کارکردها و ساختار اجتماعی محل فاجعه برای یک دوره‌ی زمانی به هم می‌ریزد.

به عنوان مثال، وقوع زلزله یا سیل علاوه بر تلفات و ویرانی در یک منطقه می‌تواند برای مدت زمانی فعالیت‌های روزمره محل فاجعه را مختل نماید. فاجعه یا بلا می‌تواند طبیعی (همچون سیل، زلزله، گردباد، خشکسالی و ...) یا ساخته دست بشر (مثل جنگ، آتش‌سوزی جنگل‌ها، تصادفات جاده‌ای، فعالیت‌های تروریستی و ...) باشد.

در یک تقسیم‌بندی دیگر به بحران‌های آسیب‌زای ناشی از ساخته‌ی دست بشر، حادثه و به بحران‌های آسیب‌زای طبیعی، بلا یا فاجعه گفته شده و در مجموع تحت عنوان حوادث و بلا یا ذکر می‌شوند و عنوان کتاب حاضر نیز معطوف به همین واژگان است.

از دیدگاه جامعه‌شناختی، فاجعه پدیده‌ای است که موجب برهم ریختگی کارکرد و ساختار یک نظام اجتماعی و نهادهای درون آن برای یک دوره‌ی کوتاه مدت می‌شود، ولی باعث از بین رفتن این نظام‌ها و نهادها نمی‌شود (شادی طلب، ۱۳۷۴). در تعریفی دیگر، فاجعه واقعه‌ای است که موجب صدمه، آسیب و تخریب شدید مال و جان آدمیان می‌شود.

از دیدگاه روان‌شناختی، فاجعه‌ها را می‌توان به مثابه‌ی موقعیت‌های فشار روانی فراگیر و شدید تعریف کرد. از این نقطه نظر، فاجعه‌ها به دلیل فشار زایی خاصی که بر جامعه و افراد دارند، با اهمیت هستند.

فصل دوم

واکنش‌های روانی افراد در بحران‌ها

شیوع اثرات روان‌شناختی بلایا

هر چند که آمار از موقعیتی به موقعیت دیگر متفاوت است، ولی می‌توان انتظار داشت که در ساعات اولیه پس از وقوع یک بلا، ۹۰٪ یا حتی بیشتر قربانیان، حداقل با بعضی از اثرات نامطلوب روان‌شناختی مواجه شوند. در بیشتر موارد، علائم به تدریج و با گذشت چند هفته پس از وقوع بلا فروکش می‌کند. اما در هفته دوازدهم پس از بلا، بیست تا پنجاه درصد افراد ممکن است هنوز نشانه‌های مهم و معنی‌دار فشار روانی و پریشانی را نشان دهند. تعداد افرادی که علائم را نشان می‌دهند معمولاً کاهش می‌یابد، ولی پاسخ‌های تأخیری و پاسخ به پیامدهای بعدی بلا، همچنان پایدار می‌مانند.

در حالی که بیشتر قربانیان بلایا، معمولاً در سال اول یا دوم پس از واقعه به طور نسبی از فشار روانی و پریشانی رها می‌شوند، ولی یک چهارم یا بیشتر از یک چهارم قربانیان ممکن است حتی در آن زمان هم علائم مهمی را از خود نشان دهند و ممکن است کسانی که از قبل هیچ‌گونه علائم بیماری نداشته‌اند، برای اولین بار در سال اول یا دوم پس از وقوع بلا، ناراحتی خود را بروز دهند. برای بسیاری از بازماندگان، سالگرد وقوع بلایا ممکن است به خصوص زمانی سخت باشد که در آن علائمی غیرمنتظره (هر چند موقت)، دوباره باز می‌گردند، در حالی که افراد تصور می‌کرده‌اند از آن‌ها راحت شده‌اند. گزارش‌هایی وجود دارد که نشان می‌دهد حتی گذشت ده سال یا بیشتر از زمان حادثه ممکن است همراه با مشکلات روان‌شناختی گسترده‌ای در بعضی از قربانیان باشد.

شیوع بسیار زیاد پاسخ‌های فیزیولوژیک، شناختی و عاطفی شدید به بلایا، نشان‌دهنده‌ی این است که این امور، پاسخ‌های طبیعی به شرایطی غیرطبیعی بوده و نشان‌های از بیماری روانی

یا ناراحتی عصبی نمی‌باشند. ولی با این حال علائم تجربه شده به وسیله عده‌ی زیادی از آسیب‌دیدگان در روزها و هفته‌های پس از وقوع یک بلا، منبع عمده‌ای برای پریشانی بوده و ممکن است در توانایی آن‌ها برای بازسازی زندگی اثر سوئی داشته باشند. در صورتی که چنین واکنش‌هایی مشخص نشده و برطرف نشوند، می‌توانند منبع مداومی از ناراحتی و بیماری شده و آثار مخربی بر افراد، خانواده آنان و جامعه داشته باشند.

عوامل مؤثر بر آسیب‌پذیری روانی در بلایا

همه‌ی افراد به طور یکسان تحت تأثیر بلایا قرار نمی‌گیرند و همه‌ی بلایا نیز از نظر آثار و عوارض روانی تأثیر یکسانی ندارند. احتمال بروز عوارض روانی بلایا به عوامل زیر بستگی دارد:

۱- شدت حادثه یا بلا:

هر چه حادثه یا بلا شدیدتر و احساس افراد از آن وحشتناک‌تر یا شدیدتر باشد، احتمال اینکه آثار روانی ناشی از آن گسترده‌تر و پایدارتر باشد، بیشتر است. در موارد شدید، هر کسی که با وقایع آسیب‌زا برخورد داشته باشد، به آثار پایدار روانی مبتلا می‌شود.

۲- نوع حادثه یا بلا:

بعضی از انواع بلایا آثار ناگوار بیشتری ایجاد می‌کنند. به طور کلی پیامدهای روان‌شناختی حوادث و بلایایی که عمدی توسط افراد ایجاد می‌شوند (مثل حملات تروریستی یا خرابکاری)، بیش از بلایایی است که به صورت غیر عمدی توسط افراد اتفاق می‌افتند (مثل سقوط هواپیما در اثر نقص فنی). بلایای طبیعی که کسی در بروز آن‌ها نقش ندارد (مثل زلزله و طوفان) در مقایسه با موارد قبلی عوارض روانی کمتری دارند.

۳- میزان نزدیکی افراد به حادثه یا بلا:

هر چه افراد به حادثه یا بلا نزدیکتر بوده و آن را بیشتر لمس کرده باشند، آسیب‌روانی بیشتری می‌بینند. مثلاً یک حادثه آتش‌سوزی را در نظر بگیرید و حدس بزنید پیامدهای روان‌شناختی آن در کدام یک از این افراد شدیدتر است: فردی که در داخل حادثه‌ی آتش‌سوزی گیر افتاده، فردی که از بیرون ساختمان شاهد آتش‌سوزی است، فردی که از طریق تلویزیون فیلم آتش‌سوزی را مشاهده می‌کند و فردی که از طریق روزنامه از حادثه با خبر می‌شود. در مورد بلایای طبیعی هم همین مسئله صدق می‌کند.

۴- آسیب‌پذیری زمینه‌ای افراد:

به نظر می‌رسد که زنان (به خصوص زنانی که فرزند کوچک دارند)، کودکان در سنین ۵ تا ۱۰ سال و افرادی که سابقه‌ی ابتلا به اختلالات روانی (مثل افسردگی، اضطراب و...) دارند، آسیب‌پذیرتر از سایر گروه‌ها هستند. افرادی هم که قبلاً تجربه‌ی حادثه‌ی شدید دیگری داشته‌اند (چه حادثه‌ی فردی مثل تجاوز به عنف و چه حادثه‌ی جمعی مثل زلزله یا سیل)، معمولاً آسیب‌پذیرتر از دیگران هستند.

تجربه‌ی چند نوع بلای آسیب‌زا به طور هم زمان مثل مشاهده‌ی مرگ یکی از عزیزان، از دست دادن نوجوان یا کودک خود، مجروحیت جسمی یا نقص عضو، ... موجب آسیب‌پذیری روانی بیشتر می‌شود.

همچنین به نظر می‌رسد که افراد زیر، نسبت به آثار روان‌شناختی حوادث و بلایا آسیب‌پذیری بیشتری دارند:

- سالمندان
 - افراد معلول و بیمار
 - افرادی که تنها زندگی می‌کنند.
 - افراد ازدواج نکرده یا افرادی که همسر خود را از دست داده‌اند.
- البته هر چه بلا شدیدتر باشد، ویژگی‌های فردی افراد کمتر تأثیر خواهد داشت؛ چرا که در بلایای بسیار شدید، تقریباً همه‌ی افراد پاسخ‌های عاطفی و هیجانی ناگواری از خود نشان می‌دهند، ولی در حوادث و بلایای نسبتاً خفیف، تفاوت در آسیب‌پذیری افراد، ممکن است اهمیت بیشتری داشته باشد.

۵- میزان برخورداری از حمایت‌های عاطفی و روانی-اجتماعی:

هر چقدر حمایت‌های عاطفی و روانی - اجتماعی از قربانیان یک حادثه یا بلا کمتر باشد احتمال ابتلای آنان به اختلالات روانی مربوط به حادثه یا بلا بیشتر بوده و شدت ضایعه نیز بیشتر می‌شود. بر همین اساس تأکید می‌شود که امر کمک‌رسانی به آسیب‌دیدگان هر چه زودتر شروع شده و با کیفیت بالاتری انجام شود و توجه ویژه‌ای به روحیه و وضعیت روانی افراد شود.

۶- سکونت در اردوگاه‌ها یا پناهگاه‌ها:

افراد ساکن در پناهگاه‌های عمومی یا پناهگاه‌های خصوصی نسبت به افراد ساکن در منزل خود یا منزل اقوام و آشنایان یا منزلی که دولت در اختیار آن‌ها قرار داده، استرس شدیدتری را تجربه

می‌کنند. همچنین بازماندگانی که منازل آن‌ها به طور کامل تخریب شده، نسبت به آن‌هایی که خانه‌هایشان قابل مرمت است، آسیب‌پذیری بالاتری دارند. معمولاً از دست دادن خانه، بار روانی سنگینی را به دنبال دارد. نتیجه آنکه باید تلاش شود هر چه سریعتر منزل آسیب‌دیدگان در صورت آسیب‌جزئی تعمیر و در صورت آسیب کلی بازسازی شود تا مشکلات روانی آن‌ها کمتر شود.

۷- نوع آسیب جسمی افراد:

بعضی از صدمات جسمی هم که در اثر حادثه یا بلا اتفاق می‌افتد از طریق مکانیسم‌های فیزیولوژیک، آثار روان‌شناختی بیشتری ایجاد می‌کنند، مثل صدمه به سر و ضربه‌ی مغزی، سوختگی، صدمات ناشی از کوفتگی، قرار گرفتن در معرض سموم، قرار گرفتن در معرض موج انفجار، دردهای مزمن و ...

۸- آوارگی جنگی:

آوارگان جنگی (در مقایسه با آوارگان ناشی از بلایای طبیعی)، فعالان سیاسی‌آواره یا فراری، آوارگان ناشی از خشونت‌های سیاسی یا پاک‌سازی نژادی و زندانیان سیاسی که تحت شکنجه‌های جسمی و روحی قرار می‌گیرند، در معرض خطر بالای اثرات ناگوار روانی قرار دارند. همچنین تجربه‌های منفی در پناهگاه‌ها و اردوگاه‌های آوارگان (مثل سوء تغذیه، بیماری‌های عفونی، تجاوز به عنف و ...) هم می‌توانند اثرات روان‌شناختی ناگوار یا اختلالات روانی را ایجاد کنند.

۹- انگ‌زدن:

انگ‌زدن به قربانیان بلایا، مشکلات آن‌ها را بیشتر می‌کند و آن‌ها از ترس اینکه مبادا مقصّر قلمداد شوند، یا از ترس تنبیه‌شدن، یا از ترس اینکه مبادا روانی قلمداد شوند، قادر نباشند تا آنچه را برای آن‌ها اتفاق افتاده بیان کنند، مثل زنانی که قربانی تجاوز به عنف می‌شوند. در بسیاری از جنگ‌های معاصر، تجاوز به عنف به عنوان یک ابزار جنگی مورد استفاده قرار گرفته است (مثل جنگ صرب‌ها علیه مسلمانان در کشور یوگسلاوی سابق). تجاوز به عنف همچنین یک خطر جدی برای زنان ساکن در اردوگاه‌های آوارگان است.

۱۰- دسترسی به شبکه‌های حمایت خانوادگی و اجتماعی:

بر عکس شرایط قبلی، دسترسی به شبکه‌های حمایت خانوادگی و اجتماعی، احتمال پایدار ماندن اثرات ناگوار بلایا را کاهش می‌دهد و کسانی که در گذشته به طور موفقیت آمیز با حادثه یا بلا مقابله کرده و از عهده‌ی آن برآمده‌اند، ممکن است در مواجهه با حوادث و بلایای بعدی بهتر عمل کنند، گویی در برابر فشار روانی «واکسینه» شده‌اند. در مورد بعضی افراد نیز چالش‌بلایا ممکن است مثبت باشد و به افزایش توانمندی آن‌ها برای روبرو شدن با چالش‌های آتی زندگی منجر شود که در اصطلاح به این اثر مثبت «رشد پس از ضربه»^۱ گفته می‌شود.

جمعیت هلال احمر با توجه به نقش حمایتی مهمی که در حوادث و بلایا دارد، می‌تواند در پیش‌گیری از ابتلای حادثه‌دیدگان به مشکلات روانی کاملاً مؤثر باشد و هر چه قدر که نقش خود را در عملیات امداد و نجات بهتر و کاملتر ایفا نماید میزان عوارض روانی حوادث و بلایا هم کمتر خواهد بود.

انواع واکنش‌های روانی افراد

محققین بسیاری به بررسی واکنش‌های روانی افراد در بحران‌های مختلف از جمله حوادث و بلایا پرداخته‌اند. نتایج حاصل از این تحقیقات نشان می‌دهد که افراد مختلف در مواجهه با بحران، واکنش‌های مشابهی دارند. جان کلبِرگ^۲ روان‌شناس و روان‌پزشک سوئدی، چهار مرحله را برای یک بحران نام برده و واکنش‌های روانی افراد را در این چهار مرحله توصیف می‌کند که در این بخش به آن‌ها پرداخته می‌شود.

۱- فاز شوک (Shock):

اولین مرحله پس از وقوع حادثه، فاز شوک است که قربانی بلافاصله وارد آن می‌شود و ممکن است از چند دقیقه تا ۲۴ ساعت ادامه داشته باشد. در این مرحله او تحت نفوذ و کنترل سانحه قرار داد، موجی از احساسات او را احاطه کرده‌اند و قدرت تصمیم‌گیری خود را از دست داده و گیج و منگ است. قربانی ممکن است بی‌تفاوت و ناتوان از انجام کوچکترین کاری باشد یا بسیار پرهیجان و شتاب‌آمیز عمل کند.

1. Post Traumatic Growth

2 . John Colberg

ممکن است قربانی در یک اقدام ناخود آگاه، به کلی وقوع حادثه و هر چیز مربوط به آن را انکار کند و گاهی مانند یک کودک ناتوان رفتار می‌کند (این نوع رفتار را واپس گرایی می‌نامند).

فرد مبتلا به شوک روانی ممکن است در ظاهر هیچ مشکلی نداشته باشد ولی پس از گفت و گو با او متوجهی واکنش‌هایش می‌شویم و می‌بینیم که دچار سردرگمی شدید بوده و هیچ گونه کنترلی بر احساساتش ندارد. این علائم دلیل بر کاهش توانایی اندیشه و عملکرد معقول و منطقی قربانی است و رفتار قربانی عاقلانه به نظر نمی‌رسد. قربانی در فاز شوک ممکن است واکنش‌های دیگری هم داشته باشد که در ذیل توضیح داده می‌شوند:

■ از دست دادن قوه تفکر

قربانی قادر به درک عمق فاجعه نیست، بنابراین ممکن است بسیار خطرناک و غیرمنطقی عمل کند، مثلاً وارد محل خطرناک شود یا دست به کارهایی بزند که برای خودش یا دیگران خطرناک باشد. مثال آن فردی است که او را از یک محل دچار آتش‌سوزی خارج می‌کنند ولی او به طور ناگهانی به داخل آتش بر می‌گردد.

■ بیش‌فعالی

قربانی ممکن است در اطراف محل حادثه با سرعت به این طرف و آن طرف برود تا کاری انجام دهد. او طوری ایجاد مزاحمت می‌کند که مانع می‌شود امدادگران کارشان را به خوبی انجام دهند. کنار آمدن با چنین فردی بسیار مشکل است. مثلاً شخصی که به تازگی همسرش را از دست داده، ممکن است به صورت جنون آمیزی مشغول مرتب کردن خانه، گردگیری و نظایر آن شود، اعمالی که در چنین شرایطی غیرمنطقی به نظر می‌رسد.

■ کاهش قدرت حرکت

گاهی با یک قربانی مواجه می‌شویم که بدون هیچ گونه عارضه‌ی جسمی، دچار مشکل حرکتی می‌باشد و به اصطلاح پاهایش قفل شده‌اند. این حالت، زندگی شخص را در معرض تهدید قرار می‌دهد، زیرا با وجود آگاهی کامل از خطر (مثلاً خودروهایی که با سرعت پیش می‌آیند، یا سقفی که در حال فرو ریختن است، یا شعله‌های آتشی که در حال گسترش هستند) قادر به گریز نمی‌باشد. البته گاهی فرد قادر به درک کامل موقعیت و خطرات هم نمی‌باشد.

■ علائم جسمانی

گاهی قربانی در مرحله ی شوک دچار علائم جسمانی می شود که منشأ جسمی نداشته و در واقع بخشی از واکنش های جسمانی نسبت به استرس می باشند. بعضی از این علائم عبارتند از: تهوع و استفراغ، دل پیچه و اسهال، تکرر ادرار، حملات شبیه تشنج، تنفس های عمیق و سریع، افزایش ضربان قلب، درد ناحیه ی قلب، گرفتگی عضلات اندام ها، سرگیجه، تعریق، خشکی دهان، ...

■ هراس

هراس نوعی واکنش نسبت به یک سانحه یا شرایطی خوفناک می باشد. این نوع واکنش در اثر قرار گرفتن در معرض فشارهایی به وجود می آید که آن قدر قوی است که مانع هر گونه تفکر و فعالیت منطقی می شود. در این حالت، منطق جای خود را به واکنش های ابتدایی نظیر میل غیرقابل کنترل برای گریز از آنچه که ما آن را خطر یا تهدید می دانیم، می دهد. قربانی در حالی که از وحشت فریاد می زند از صحنه می گریزد، به عبارت ساده تر رفتار او دیوانه وار است. مسئله مهم در این واکنش ها، گسترش آن ها به دیگران است. برای مثال در یک آتش سوزی سینما، در حالی که شعله های مهیب آتش از اتاق کنترل گسترش می یافت، همه ی تماشاچیان میخکوب شده بودند (پاهایشان قفل شده بود). اولین واکنش را مردی نشان داد که ناگهان شروع به فریاد کرد و در حالی که به مردم تنه می زد برای فرار به طرف در می دوید و زمانی که همه ی مردم به طرف همان در هجوم آوردند هرج و مرج همه جا را فرا گرفت.

■ بی تفاوتی

بی تفاوتی نوعی انجماد کلی عواطف است و معنی لغتی آن عبارتست از: «بی میلی یا ناتوانی برای انجام هر اقدامی یا توجه فعال به امور». قربانی تمام توان خویش را از دست می دهد، خیلی کم صحبت می کند و با بی حالی به صحنه ی حادثه خیره می شود. چنین شخصی اگر چه ایجاد هرج و مرج نمی کند اما باید هر چه زودتر به محلی امن انتقال داده شود، زیرا در صورت بروز خطرات بیشتر، قادر نیست کوچک ترین کمکی به خود بکند.

۲- فاز واکنش (Reaction)

پس از مرحله ی شوک که از چند دقیقه تا ۲۴ ساعت طول می کشد فاز واکنش آغاز می شود. اکنون قربانی عواطفی را تجربه می کند که در اثر سانحه به وجود آمده و او را آزار می دهند. او کم کم به خاطر می آورد که چه اتفاقی افتاده است. تصویر سانحه در ذهن قربانی به شکل

تصاویری مبهم و متغیر است و تلاش او برای جلوگیری از ایجاد این تصاویر و بازگشت ناگهانی آن خاطره به جایی نمی‌رسد. علاوه بر آن، واکنش‌های جسمانی نظیر دردهای شکمی، سردرد و بی‌خوابی مشکل را شدیدتر می‌کند. در بی‌خوابی‌ها، تصاویر سانحه هر چه شفاف‌تر در ذهن او خطوط می‌کشد و در نتیجه وحشت سراپای وجود او را در بر می‌گیرد.

قربانی کم کم نسبت به آنچه که رخ داده است هوشیار می‌شود. در این زمان موجی از احساسات او را احاطه کرده و واقعیت سانحه وی را آزار می‌دهد. اما هنوز نمی‌تواند شرایط را آن طور که اتفاق افتاده درک کند. میزان درک او از سانحه محدود به تصاویری پراکنده و ترسناک است. او دیگر نمی‌تواند وقوع سانحه را انکار کند یا از آن بگریزد و جریان حادثه مداوم ذهن او را به خود مشغول می‌سازد. هر کجا و مشغول هر کار و با هر کسی که هست تصاویر مبهم اتفاقی که رخ داده، او را در خود فرو می‌برد.

نخستین واکنش‌ها، ظهور موجی از احساسات قوی ولی طبیعی است. قربانی که به شکل واقعی یا در تصور خویش در معرض خطر مرگ بوده است دچار اضطراب شدیدی است. کسی که یکی از اعضای خانواه و یا بستگان نزدیک یا دوستش را از دست داده سوگوار است اما همه چیز به اینجا ختم نمی‌شود. او ممکن است احساسات دیگری را نیز تجربه کند که برخی از آن‌ها موجب نگرانی او می‌شوند، زیرا نمی‌داند بروز این احساسات طبیعی بوده و هر کسی ممکن است در چنین شرایطی دچار آن‌ها شود؛ احساساتی نظیر:

تنفر؛ از شخص یا اشخاصی که باعث حادثه یا فاجعه شده‌اند و یا کسانی که اقدامات احتیاطی را رعایت نکرده‌اند.
شادی؛ از این که بدون کمترین جراحتی زنده مانده است. این شادی ممکن است با احساسات دیگری آمیخته باشد <u>نظیر:</u>
شرم؛ از خوش‌شانس بودن (زنده ماندن و زخمی نشدن) در حالی که دیگران آنقدر خوش‌شانس نبوده‌اند.
خشم؛ به دلیل جراحت یکی از بستگان یا دوستان. این احساس با این فکر که "زخمی شدن او بدترین چیز برای من بود" تشدید می‌شود.
گناه؛ از اینکه نتوانسته کار مؤثری برای نجات اطرافیان یا دیگران انجام دهد یا این که خودش به نحوی در بروز حادثه یا بلا مؤثر بوده است.

حال به سه احساس غالب اضطراب، خشم و گناه پردازیم. هر سه‌ی این احساسات، دردناک هستند و اگر کسی آن‌ها را تجربه کرده باشد می‌داند که شب و روز را با این احساسات به سر بردن و در عین حال پرداختن به مسئولیت‌ها، تعهدات و کارهای روزمره، بسیار مشکل است. این احساسات قوی و در عین حال طبیعی، چگونه زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند؟ وقتی شخص قادر به انجام کاری نیست، احساس اضطراب شدیدی او را آزار می‌دهد. خواب راحت را از او می‌گیرد و در حالی که آزرده و نگران است مدت‌ها در بستر خود بیدار می‌ماند. در بسیاری از موارد دچار کابوس‌هایی می‌شود که صحنه‌ی حادثه را برای او تکرار می‌کنند. حتی در ساعات بیداری، لحظه‌های هولناکی را می‌گذرانند. در موارد استثنایی، کلیات حادثه را به صورت تصاویری مبهم و بدون رعایت توالی زمانی در جلوی چشم خود مشاهده می‌کند. این اوهام می‌تواند بسیار ترسناک باشد. به سربردن با این اضطراب دائمی، شخص را خسته و تندخو کرده و قدرت تمرکز را از او می‌گیرد. علاوه بر آن ممکن است واکنش‌های جسمانی مثل ناراحتی‌های قلبی و شکمی را نیز به همراه داشته باشد.

احساس غم و اندوه - همانند اضطراب - در تنهایی شدت می‌یابد اگرچه ممکن است وقتی که تنها نیست نیز بر او غلبه یابد. در این صورت حضور در محل کار ممکن است برای وی مشکل باشد. دوست یا خویشاوند از دست رفته را اغلب در کنار خود احساس می‌کند. حتی ممکن است صدای صحبت کردن او یا صدای قدم‌هایش را بشنود. شب‌ها خواب او را می‌بیند و بیدار می‌شود. در این زمان غم از دست دادن او تشدید می‌شود.

اگر کسی در صحنه‌ی تصادف، شاهد مرگ دوست یا خویشاوند خود بوده، یادآوری تصاویر مبهم حادثه، اندوه او را چندین برابر می‌کند. قوای خود را از دست می‌دهد و دچار ناامیدی مفرط می‌شود. این عوارض ممکن است به مشکلات جسمانی هم منجر شوند.

اگر فرد احساس گناه می‌کند بارها و بارها صحنه‌ی حادثه را مرور می‌کند تا ببیند چگونه می‌توانست از وقوع آن جلوگیری کند. دچار بدخوابی شده و خیلی زود عصبانی می‌شود. ممکن است بسیار حساس بوده و کوچکترین چیزی او را غصه‌دار کند.

این سه نوع از احساسات که شرح آن داده شد بسیار دردناک هستند. آن‌ها قربانی را به طور شدیدی تحت فشار روحی قرار می‌دهند. به همین دلیل است که بسیاری از افراد ناخودآگاهانه سعی می‌کنند از آن‌ها بگریزند.

■ گریز از احساسات

سرکوبی یا واپس‌رانی^۱؛ قربانی سعی می‌کند خود را متقاعد کند که حادثه‌ای اتفاق نیفتاده است. گاهی اوقات حداقل برای مدتی، این کار موجب می‌شود به آنچه اتفاق افتاده است فکر نکنند. اما

واقعیت این است که این حادثه با قدرت بیشتری به سمت او باز می‌گردد و هر چه بیشتر او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. واپس‌رانی ممکن است به بیماری یا اختلالات روانی منجر شود. **انزوا**^۱؛ قربانی از همه کناره‌گیری می‌کند تا شاید حادثه را فراموش کند و به این وسیله می‌خواهد همه‌ی اندیشه‌ها و خاطرات خطرناک را از خود دور کند. **پسرفت یا واپس‌گرایی**^۲؛ معنی لغوی این واژه "بازگشت به عقب" می‌باشد. در اینجا منظور از واپس‌گرایی این است که قربانی سعی می‌کند به دوران کودکی خود بازگردد، زیرا در این صورت خواهد توانست آرامش خود را باز یافته و در امان باشد و چون سعی می‌کند فرد دیگری را مسئول جلوه دهد واکنش‌های او بچه‌گانه خواهد بود. فکر می‌کند این کارها می‌تواند او را از اضطراب، غم، اندوه و احساس گناه برهاند.

۳- فاز انطباق و سازش (Adaptation)

بعد از فاز واکنش نوبت به فاز انطباق می‌رسد. در این مرحله، دیگر افکار و احساسات قربانی درباره‌ی سانحه، به طور دائم به ذهن او هجوم نمی‌آورد. اکنون قادر است حداقل برای مدتی ذهن خود را بر موضوع دیگری متمرکز کند، اما هنوز یادآوری‌های مکرر سانحه او را عذاب می‌دهد. آن چه که مایه‌ی امیدواری است توانایی او برای انطباق و سازش با این تجربه است، به این معنی که کم‌کم وقوع سانحه را می‌پذیرد. دوره‌ی امتناع دیگر به سر رسیده است. فاز انطباق بین هفته‌ها تا ماه‌ها به طول می‌انجامد.

در این فاز جریان حادثه که دیگر مربوط به گذشته است آرامش قربانی را بر هم نمی‌زند، اما او هنوز هم حادثه را در ذهن خود مرور می‌کند و صحنه‌هایی از سانحه را در مقابل چشمان خود مجسم می‌کند. این تصاویر، گاه و بی‌گاه موجب ترس و وحشت او شده، وی را دچار دلهره و اضطراب می‌کنند.

اما این "بازنگری فعال"^۳ از جریان سانحه، دیگر قربانی را دچار رنج و زحمت غیرقابل تحمل نمی‌کند و او می‌تواند بر موضوعات دیگر هم تمرکز کرده و رشته‌ی زندگی خود را به دست گیرد. برای اولین بار اکنون قادر است که خودش فعالانه شرایط را تحت کنترل داشته باشد و اگر هنوز هم کسی - حداقل ساعتی در روز - برای کمک به وی حضور داشته باشد نتایج بهتری حاصل خواهد شد.

در این مرحله قربانی قادر به دیدن افق‌های دورتر خواهد بود و آینده دوباره معنا پیدا خواهد کرد. ولی باید توجه داشت که گذر از یک مرحله به مرحله‌ی دیگر تدریجی است.

1. Isolation
2. Regression
3. Active Review

احساسات شدید، آرام آرام فروکش می‌کند و قربانی می‌تواند بی‌آنکه احساساتش بر او چیره شود دوباره ی‌سانحه گفت و گو کند. بنابراین قربانی با کمک ما و با خودداری از این که شب و روز خود را مشغول جریان حادثه کند می‌تواند با این تجربه ی آسیب‌زا کنار آید. او می‌تواند انجام کارهای معمول روزانه را آغاز کند. کار کوتاه‌ترین راه مقابله است.

فاز انطباق که به طور متوسط شش ماه به طول می‌انجامد به نسبت طولانی است. اما ما به عنوان امدادگر، نباید به تقویم نگاه کنیم و به قربانی بگوییم: "تمام شد، دیگر همه چیز روبه‌راه است". در طول فاز انطباق، روان قربانی هنوز تحت تأثیر ضربه ی وارد شده قرار دارد. بنابراین او باید فعالانه و با کمک ما بکوشد تا بر آن فائق آید.

نکته مهم دیگر این که هنگامی که فردی در یک بحران روانی به کمک ما نیازمند است منتظر شروع فاز انطباق و سازش نمانیم، به همین دلیل فازهای واکنش و انطباق و سازش را در کنار هم قرار می‌دهیم. وقتی از دیدگاه یک کمک‌کننده (یا امدادگر) به موضوع می‌نگریم این دو مرحله را به هم می‌پیوندیم تا مرحله ای را که به آن "فاز اصلاح" می‌گوییم شکل دهد.

فاز اصلاح = فاز انطباق و سازش + فاز واکنش

قربانی ممکن است در اولین گام‌ها نتواند کار زیادی برای خود انجام دهد، بنابراین اعضای خانواده و دوستان وی باید از او مراقبت کرده و او را تحت حمایت خود قرار دهند و کمک کنند تا هر چه زودتر با بحران کنار آید. این خود قربانی است که باید با بحران تطبیق یابد کس دیگری نمی‌تواند این کار را برای او انجام دهد، حتی کسی که نزدیکترین و عزیزترین خویشاوند اوست. ولی همان‌طور که گفته شد بستگان و دوستان وی می‌توانند در این راه به او کمک کنند.

۴- فاز اصلاح و بازیابی

مرحله بعد فاز اصلاح و بازیابی است. منظور از بازیابی این نیست که قربانی که راه خود را گم کرده بوده اکنون آن را دوباره یافته است، بلکه به این معنی است که قربانی از سانحه تجربیاتی کسب می‌کند که او را برای مواجهه با بحران‌های احتمالی آینده آماده تر می‌سازد. او اکنون توانایی‌های ذاتی خود را می‌شناسد و در بسیاری موارد قوی‌تر شده و با پشت سر گذاشتن موفقیت‌آمیز سانحه می‌تواند به آینده بنگرد و به زندگی خود ادامه دهد.

فصل سوم

اقدامات روان‌شناختی لازم در مورد افراد آسیب‌دیده از بحران‌ها

کمک‌های اولیه‌ی روانی

همان‌طور که در فصل قبل شرح داده شد قربانی در فاز شوک، در هیچ یک از انواع بحران‌های روانی (بحران‌آسیب‌زا، بحران رشد یا بحران زندگی) قادر به انجام کاری برای خود نمی‌باشد، بنابراین آن چه در این مرحله، بیشتر به آن نیاز دارد کمک مفید امدادگران است. در ادامه، بیشتر به وظایف امدادگران در این شرایط خواهیم پرداخت.

در مواجهه با سوانح ضربه‌ای نظیر زلزله، سیل یا یک تصادف، ممکن است در درجه‌ی اول به کمک‌های اولیه‌ی جسمانی احتیاج داشته باشیم و کمک‌های جسمانی اولین موردی است که باید مورد توجه قرار بگیرد، زیرا در صورت وجود جراحت جسمانی، کمترین کوتاهی نسبت به آن غیرقابل جبران خواهد بود.

کمک‌های اولیه‌ی برای نجات زندگی قربانی

اگر زندگی قربانی در خطر است کمک‌های اولیه برای نجات زندگی وی در هر شرایطی، اولین و مهمترین وظیفه است. همراه با جلوگیری از ضررهای جانی، ارائه‌ی کمک‌های روانی مؤثر نیز تأثیری آرام بخش و دائمی خواهد داشت. ابتدا چهار رکن اصلی را که در آموزش کمک‌های اولیه آموخته ایم، تکرار می‌کنیم:

۱. حادثه را متوقف کنید.
۲. اقدامات اولیه لازم را برای نجات جان افراد انجام دهید.

۳. از دیگران کمک بخواهید.

۴. کمک‌های اولیه‌ی معمول را انجام دهید.

و سپس به دیگر مراحل بپردازید.

مراقبت‌های عمومی

در فاز شوک، قربانی همیشه نیازمند مراقبت‌های عمومی می‌باشد، او به ندرت عاقلانه عمل می‌کند. بنابراین ما باید برای او تصمیم‌گیری کرده و عمل کنیم. در صورت لزوم به او کمک کنیم تا وسایل خود را جمع‌آوری کند. با او درباره‌ی مقصدش صحبت کنید و از او بپرسید: آیا در آنجا کسی برای مراقبت از وی حضور دارد؟ رها کردن قربانی در این حالت، کار درستی نیست.

بگذاریم قربانی حرف بزند

اگر قربانی نیاز دارد درباره‌ی آنچه که برایش اتفاق افتاده صحبت کند شرایط را طوری فراهم کنیم تا این کار را انجام دهد. حرف زدن به نوبه‌ی خود کمک بزرگی است، زیرا با بیان آن چه که اتفاق افتاده، آرام آرام قادر به درک شرایط موجود خواهد شد. اگر دچار زخم یا جراحت بدنی شده باشد ممکن است از ما بپرسد که جراحتش تا چه اندازه جدی است؟ بدون این که وارد جزئیات ترسناک شویم بهتر است به او بگوییم که نمی‌توانیم تشخیص درستی بدهیم.

صمیمیت- تماس جسمی

ماندن در کنار قربانی تا زمانی که شرایط برای ترک وی مناسب باشد یا زمانی که برای درمان به مکان مناسب انتقال داده شود، تأثیری آرام‌بخش دارد. اگر در کنار او بمانیم احساس امنیت خواهد کرد. گرفتن دست‌ها یا در آغوش گرفتن وی، احساسات جریحه‌دار شده‌ی او را تا حد زیادی آرام خواهد کرد. البته در مورد تماس جسمی رعایت موارد مذهبی و فرهنگی اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد. مثلاً در کشور ما امدادگران باید فاصله‌ی خود را با قربانی که از جنس مخالف است حفظ کنند و حتی الامکان از تماس جسمی با او خودداری نمایند. مگر در مواردی که برای حفظ جان یا پیش‌گیری از آسیب‌های جسمی ضروری باشد. این مسئله در مورد افرادی که مورد تجاوز جنسی قرار گرفته‌اند نیز اهمیت زیادی دارد و در مورد این افراد حتی اگر از جنس موافق هم باشند باید احتیاط زیادی در تماس جسمی انجام داد. در واقع این افراد به‌خاطر تجربه‌ی فوق‌العاده آسیب‌رسانی که داشته‌اند ممکن است هر گونه صمیمیت یا تماس جسمی را تعبیر به یک سوء استفاده‌ی دیگر کرده و دچار وحشت شوند.

اقدامات لازم در مورد واکنش‌های فاز شوک

قربانی بیش فعال

قربانی را به کارهای بی خطر مشغول سازیم یا از یک نفر بخواهیم با او صحبت کند و او را به پیاده‌روی ببرد. سعی نکنیم او را ساکت کنیم. اجازه دهیم هر چه می‌خواهد درباره‌ی جامعه بگوید و از هر چه می‌خواهد انتقاد کند. با او بحث نکنیم. تا جایی که برای دیگران ضرر نداشته باشد. بگذاریم خود را تخلیه کند. اگر رفتار خشونت‌آمیز دارد از دیگران کمک بخواهیم و جلوی او را بگیریم.

قربانی میخکوب شده

وقتی مطمئن شدیم عدم حرکت قربانی ناشی از صدمات جسمانی نیست؛ او را از منطقه‌ی حادثه دور کنیم. این واقعیت را بپذیریم که او میخکوب شده است. نباید رفتار او را جنون‌آمیز تلقی کنیم. اگر در شرایط خطرناکی قرار داریم و قربانی به هیچ‌وجه قادر به حرکت نیست او را حمل کنیم. در غیر این صورت اجازه دهیم در همان جا بماند. با او صحبت کنیم و مطمئن شویم که خشک‌ش نزده است. اندک قربانیانی چنین واکنش‌های ویژه‌ای را از خود بروز می‌دهند و احتمال گسترش این واکنش‌ها در کوتاه مدت وجود دارد، از این‌رو باید توسط یک متخصص به منظور انجام درمان‌های تخصصی معاینه شوند.

قربانی هراسناک

جدی باشیم و در عین حال همیشه با قربانی با احترام رفتار کنیم. او را از دیگر قربانیان دور کنیم، زیرا رفتار وی دیگران را آزار خواهد داد. سعی کنیم فکر او را از حادثه منحرف کنیم. مثلاً از او بپرسیم کجا بوده است؟ یا به او نوشیدنی تعارف کنیم.

قربانی بی تفاوت

چنین قربانی به کسی آزار نمی‌رساند ولی باید به یک محل امن برده شود، زیرا در هر صورت نباید شاهد صحنه‌ی حادثه باشد. سعی کنیم او را وادار به سخن گفتن کنیم و مطمئن شویم که با ما اخت شده است.

قربانی مبتلا به علائم جسمانی

در هر گونه شرایط بحرانی از دستورالعمل زیر پیروی کنیم:

اگر قربانی دارای علائم جسمانی نظیر تهوع، استفراغ، دل درد و تشنج است باید او را در جایی بخوابانیم و با پتو بپوشانیم. تشخیص این که آیا این علائم تنها واکنش روانی است یا منشاء جسمانی دارد به عهده‌ی پزشک است.

اقدامات لازم در مورد فاز واکنش و فاز انطباق

چگونه خود را با بحران تطبیق دهیم؟

اجازه دهید ببینیم در صورت بروز بحران، برای خودمان چه باید بکنیم؟

"من هرگز نمی دانستم که ممکن است چنین واکنش هایی از خود بروز دهم یا چنین احساساتی داشته باشم." این آن چیزی است که ما در مقابله با یک بحران روانی به آن می اندیشیم: "نه این من نیستم" این را برای تسلی شما نمی گوئیم اما این همان چیزی است که تمام قربانیان بحران ها احساس می کنند.

در چنین شرایطی قربانی نیازمند کمک دیگران است، همان طور که اگر کسی به حمایت او نیاز داشته باشد دریغ نمی کند. اما کمکی که از دیگران دریافت می کند برای غلبه بر بحران کافی نیست. تنها کمکی که دیگران برای انطباق و سازش با بحران می توانند به او بکنند حمایت کافی است. بهترین کار، داشتن یک دید واقع بینانه است. قربانی تنها کسی است که باید با شرایط کنار آمده و کاری انجام دهد. کاری مفید که اطمینان داریم آسان نخواهد بود.

اصول چهارگانه‌ی بقا

اگر چه ناخوشایند است، ولی قربانی تنها یک راه برای غلبه بر بحران دارد:

۱. وقوع سانحه را بپذیرد.
۲. احساسات و واکنش های خود را بپذیرد.
۳. از آن چه که رخ داده است درس بگیرد.
۴. احساسات خود را بر موضوع جدیدی متمرکز نماید.

گام اول: وقوع سانحه را بپذیرد

قربانی تجربه‌ی سخت و تلخی را پشت سر گذاشته است. ممکن است با انکار حادثه سعی کند آن را از خود دور کند یا با پرداختن به یک فعالیت پر جنب و جوش و تمرکز به چیزی غیر از سانحه از آن فرار کند.

اما فکر اتفاقی که افتاده است دائم او را آزار می‌دهد. زندگی برای وی تبدیل به جهنم شده است. اما سانحه رخ داده است و قربانی باید با آن و تمام واقعیت‌های مربوط به آن زندگی کند. در اینجا، راهکاری سه جانبه برای پذیرش واقعیت ارائه می‌شود:

(الف) قربانی، خود را منزوی نکند.

نباید با این باور که واکنش‌های قربانی غیرطبیعی است از دیگران کناره‌گیری کند. غلبه بر بحران بدون کمک دیگران بسیار مشکل است. با پنهان کردن خود در مخفیگاه، پرهیز از باز کردن درب‌ها و جواب ندادن به تلفن، نمی‌تواند کاری برای خود انجام دهد. فکر و خیال او را به هیچ جا نمی‌رساند.

(ب) با یک نفر صحبت کند.

منظور از یک نفر؛ شوهر، زن، پدر، مادر، پسر یا دختر بزرگ، امدادگر، روان‌شناس، مشاور، پزشک یا یک دوست صمیمی است. بهتر است صادق بوده و خیلی صریح به او بگویید چرا می‌خواهد با او صحبت کند و به او بگوید چه مسئولیتی را می‌پذیرد. زیرا باید در مورد قربانی صبور باشد. این تنها "یک زحمت کوچک" یا "مشکل جزئی" نخواهد بود. بلکه می‌تواند یک کار "شاق و پردردسر" باشد. شاید مجبور باشد با انبوهی از غم و غصه، دل‌مردگی و اشک مواجه باشد. این وظیفه‌ی ناخوشایندی خواهد بود. قربانی جزئیات را برای او بیان کند. اگر راجع به یک سانحه‌ی خشونت بار مثل تصادف، حادثه‌ای طبیعی یا نظایر آن سخن می‌گوید همه چیز را به ترتیب و جزء به جزء تعریف کند. تنها یک بار کافی نیست. ماجر را بارها و بارها برای او و برای هر کس که مایل است به وی کمک کند و قادر به این کار است بیان نماید.

(ج) با دیگر افراد حاضر در محل حادثه در تماس باشد.

اگر اشخاص دیگری مانند شاهدان ماجرا در زمان وقوع حادثه در محل بوده اند قربانی با آن‌ها ملاقات کند و در روزهای بعد راجع به سانحه از زوایای مختلف گفت و گو کند. این کار می‌تواند بسیار مفید باشد. افراد می‌توانند در پذیرش واقعیت به یکدیگر کمک نمایند در این صورت تحمل آن آسان تر شده و فکر قربانی آزاد می‌شود. حال که می‌تواند همه چیز را به خاطر آورد پس می‌تواند همه چیز را هم درباره‌ی آن فراموش کند.

این تنها یک "شعار" ساده‌ی روان‌شناسی نیست، بلکه راهکاری بسیار مهم و مفید است. گرچه ممکن است این جمله که "افکار ما آزاد می‌شوند" بسیار پیش پا افتاده جلوه کند اما اگر کمی فکر کنیم متوجه خواهیم شد که چه گام بزرگی به جلو برداشته‌ایم. تمرکزمان بر روی سانحه

هوشیارانه تر و دید ما نسبت به آن واقع بینانه تر می‌باشد. اکنون می‌توان اوهام خود را کنار گذاشت. ما دیگر اسیر نیستیم. در این مرحله رنج‌های قربانی به طور کامل از بین نرفته است، لیکن او احساس آزادی می‌کند.

گام دوم: احساسات و واکنش‌های خود را بپذیرد

اجازه دهید تکرار کنیم که واکنش‌های افراد در مواجهه با بحران غالباً طبیعی است. توجه به این مطلب اهمیت زیادی دارد زیرا در شرایط بحرانی، احساسات و واکنش‌ها، موجب حیرت و نگرانی فرد می‌شوند. این واکنش‌ها و عواطف ممکن است برای او تازگی داشته باشد اما برای کسی که پیش از این شرایط بحران را تجربه کرده زیاد عجیب نیست. بنابراین دلیلی برای ترسیدن یا شرمندگی وجود ندارد.

برای مثال اگر یکی از دوستان صمیمی ما فوت کند ناراحت می‌شویم، اما ممکن است بعضی افکار منفی نیز در ذهن ما راه یابند. برای مثال از دست شخص فوت شده به این دلیل که ما را در چنین شرایط وحشتناکی قرار داده عصبانی باشیم، چون با رفتن خود باعث تنهایی و ناامیدی ما شده است. حتی افکار و احساساتی که به نظر ما زشت، عجیب، نادر و غیر اخلاقی هستند به طور کامل طبیعی می‌باشند. اگر چه این گونه واکنش‌ها کمی بیش از احساسات مثبتی همچون غم و اندوه و اضطراب ما را آزار می‌دهند، اما چون این واکنش‌ها طبیعی هستند باید آن‌ها را بپذیرفت. اما چگونه؟ در اینجا چند راه کار ارائه می‌شود این راه کارها برای دیگران مفید بوده است و می‌تواند در مورد ما نیز مؤثر واقع شود.

الف) احساسات خود را بروز دهد.

اگر قربانی دوست دارد گریه کند از این میل خود تبعیت کرده و خوب گریه کند. نگران نباشد که مبدا در صورت لزوم نتواند جلوی گریه‌ی خود را بگیرد، غیرممکن است کسی بتواند بیش از پنج الی پانزده دقیقه، عمیق گریه کند. این چنین گریه کردنی توان او را خواهد گرفت، بنابراین خیلی زود خسته می‌شود و عواطف او کم رنگ می‌شود، در نتیجه فشار روحی او کاهش می‌یابد.

ب) با یکی از نزدیکان درباره‌ی احساسات خود صحبت کند.

قربانی با فاش کردن یعنی بیان احساسات - حتی آن‌هایی که به نظر اشخاص نادر است - برای پذیرش آن‌ها آماده می‌شود. او احساسات خود را در قالب کلمات بیان می‌کند. حالا آن‌ها برای خود نام دارند. با سخن گفتن، آنچه را که از درون قربانی را آزار می‌داده بیرون می‌ریزد.

(ج) یک یا چند نامه بنویسد.

قربانی نامه‌ای به یکی از دوستان یا بستگان خود بنویسد و احساسات خود را جزء به جزء بیان کند. بیان احساسات، پذیرش آن‌ها را آسان‌تر می‌کند. با نوشتن، در واقع قطعات یک تصویر به هم ریخته مرتب می‌شوند و همان‌طور که قربانی جریان واقعه را برای خواننده‌ی خود بازسازی می‌کند به افکار درهم خود نظم می‌دهد. اگر مرگ یکی از نزدیکان برای مثال همسر یا فرزند چنین بحرانی را به وجود آورده است؛ برای او نامه بنویسد و به او بگوید چقدر برایش دلتنگ است. درباره‌ی غم و اندوه و همه‌ی احساسات خود، حتی آن‌هایی که به اصطلاح نادر هستند، بنویسد. بگذار بداند از این که او قربانی را ترک کرده و در مبارزه با سختی‌ها تنها و بی‌پشتیبان گذاشته است، عصبانی است.

گام سوم: از آنچه که رخ داده درس بگیرد.

وقتی قربانی دو گام پیشین - پذیرش سانحه و پذیرش واکنش‌ها - را پشت سر گذاشت؛ زوایای تازه‌ای از شخصیت خود را کشف خواهد کرد و نیز ویژگی‌های تازه‌ای که می‌تواند از آن‌ها برای مقابله با چالش‌های جدید بهره بگیرد. همچنین متوجه خواهد شد که بیش از آنچه تصور می‌کرده می‌تواند روی حمایت خانواده و دوستان خود حساب کند. آن‌ها تصور نمی‌کنند که مورد استثمار قربانی قرار گرفته‌اند. حالا دیگر روابط قربانی گرم‌تر شده و این بحران ابعاد تازه‌تری به ارتباطات او داده است.

راه‌کارهای دیگری که در این زمینه کمک کننده هستند، عبارتند از:

(الف) آموختن مهارت‌های جدید

این احتمال وجود دارد که شرایط پیش آمده قربانی را مجبور به آموختن مهارت‌های جدیدی کند. برای مثال مردی که همسر خود را از دست داده است اگر تاکنون خانه‌داری نکرده مجبور به آموختن نحوه‌ی اداره‌ی امور خانه می‌شود. بنابراین باید قربانی را تشویق نمود تا براساس نیازهای خود مهارت‌های تازه‌ای بیاموزد.

(ب) از سر گرفتن کار خود

قربانی باید به محض این که بتواند کار خود را از سر بگیرد و به کارفرمای خود توضیح دهد که چه اتفاقی برای او افتاده است. انرژی خود را روی کار متمرکز کند. اما نه طوری که بخواهد از آن برای فراموش کردن حادثه استفاده کند، زیرا همان‌طور که پیش از این اشاره شد این کار تنها بحران را طولانی‌تر خواهد کرد و در بدترین شکل خود، ممکن است شرایط طبیعی را به یک بیماری مبدل سازد.

اگر سرگرمی یا مشغولیتی داشته آن را دوباره از سر بگیرد. همچنین می‌تواند خود را به کاری متفاوت مشغول سازد. اگر سرگرمی یا کار جدید، بعضی فعالیت‌های جسمانی مانند باغبانی را نیز شامل شود پرداختن به آن برای رهایی از تنش‌های عضلانی نیز مفید خواهد بود. قربانی باید تشویق شود تا از زندگی خود لذت ببرد. او می‌تواند آن‌طور که می‌خواهد زندگی کند، این حق هر کسی است.

(ج) کسب آرامش

تمام افکار و احساساتی که در پی یک بحران روانی پدید می‌آیند باعث به وجود آمدن عارضه‌ای می‌شوند که به آن تنش روانی گفته می‌شود. تنش‌های روانی، ناراحتی‌های جسمی را به دنبال خواهند داشت. ماهیچه‌ها به ویژه ماهیچه‌های پشت و سینه، منقبض و دردناک می‌شوند. لازم نیست با این درد مدارا شود، می‌توان آن را درمان کرد. یک راه مفید برای درمان این دردها آموزش و انجام تمرینات تن آرامی^۱ است. در صورت امکان، بهتر است به همراه این تمرینات به یک موسیقی آرام نیز گوش کرد. وقتی از لحاظ جسمی آرام شدیم متوجه می‌شویم که روان ما نیز آرامش یافته است و این آرامش نقش مهمی در انطباق و سازش با بحران ایفا می‌کند. قابل ذکر است چند لحظه گریه کردن نیز می‌تواند تأثیر آرامش بخشی را به همراه داشته باشد.

گام چهارم: احساسات خود را بر موضوع جدیدی متمرکز کند.

با پذیرش واکنش‌ها و احساسات، کنترل بیشتری روی آن‌ها خواهیم داشت. درست مثل این‌که انرژی را که برای مخفی نگه داشتن احساسات خود به کار می‌گرفتیم به یک باره آزاد کنیم. از این انرژی بازیافت شده می‌توان در موارد تازه‌تر استفاده کرد. آنچه را در اثر حمایت خانواده و دوستان آموخته ایم به کار گیریم و بگذاریم آن‌ها نیز از توانایی ما برای اندیشیدن، مشارکت و مراقبت بهره ببرند. شاید این اولین باری است که ما فرصت انجام چنین کاری را یافته ایم. اما اکنون پس از آنچه که پشت سر گذاشته‌ایم دیگر از ابراز احساسات خود هراسی نداریم. مانند زمانی که با بحران درگیر بودیم صادق باشیم و به این وسیله نقش خود را در از میان برداشتن موانع و پایان دادن به سکوت و انزوایی که بیشتر مردم با آن زندگی می‌کنند ایفا نماییم.

(الف) زندگی کردن به بهترین وجه

ما دیگر نه یک قربانی، بلکه یک انسان معمولی هستیم. حال دیگر اسیر حادثه‌ای که ما را دچار بحران کرده بود نیستیم. بنابراین می‌توان بدون کوچکترین احساس تهدید و یا دردی، با عمیق‌ترین عواطف خود روبه‌رو شد. اکنون با پشت‌سر گذاردن یک بحران، چیزهایی از آن آموخته ایم. پس زندگی عادی خود را از سر بگیریم. احتمال دارد که زندگی ما پربارتر از قبل بشود. این بحران، دید تازه‌ای به ما داده است، بنابراین ممکن است برخی ارزش‌ها و رویکردهای خود را تغییر بدهیم.

تمام انرژی خود را به کار گیریم و به خود بگوییم: "من توانسته‌ام این تجربه را پشت‌سر بگذارم و اکنون می‌دانم که قادرم با چالش‌های بیشتری مواجه شوم؛ تجربیات جدید، خواسته‌های جدید."

(ب) از دست ندادن وقت

اگر موفق به گذراندن مرحله‌ی انطباق و سازش با بحران نشده‌ایم، یا اگر فکر می‌کنیم در یکی از مراحل متوقف شده ایم باید از متخصص کمک بگیریم. روش معمول برای استفاده از کمک‌های تخصصی، ملاقات با یک مشاور یا روانشناس بالینی است. مشاور یا روانشناس به ما کمک خواهد کرد تا بتوانیم مرحله‌ی انطباق و سازش با بحران را طی کنیم. او همچنین در صورت نیاز ما را به متخصصین دیگر همچون روانپزشکان ارجاع خواهد داد.

اقدامات لازم در مورد فاز بازیابی و اصلاح

همان‌طور که در فصل قبل شرح داده شد چهارمین و آخرین مرحله از واکنش‌های روانی افراد در طی یک بحران براساس تقسیم‌بندی جان کلبِرگ، فاز بازیابی یا اصلاح است. وضعیت روانی قربانی در این مرحله بستگی کاملی به نحوه‌ی عبور او از فازهای قبلی و بخصوص فازهای دوم و سوم یعنی فاز واکنش و فاز انطباق و سازش دارد و همان‌طور که قبلاً ذکر شد:

فاز اصلاح = فاز انطباق و سازش + فاز واکنش

به عبارت دیگر هر چقدر که قربانی فازهای قبلی را بهتر طی کند (به تنهایی یا با کمک اطرافیان و نیروهای امدادی و متخصص) با وضعیت روانی بهتری وارد فاز بازیابی خواهد شد و برعکس اگر قربانی به هر دلیل نتواند فازهای قبلی را به خوبی طی کند، ممکن است هرگز

به فاز بازیابی و اصلاح نرسد یا این که: ۱- در زمان دیرتری به این مرحله برسد ۲- در این مرحله به حداکثر سلامت روان دست نیابد.

منظور از بازیابی این نیست که قربانی قبلاً راه خود را گم کرده و اکنون دوباره آن را پیدا کرده است، بلکه به این معنی است که قربانی از سانحه یا حادثه یا بلا تجربیاتی کسب می‌کند که او را برای مواجهه با بحران های احتمالی آینده آماده‌تر می‌سازد. او توانایی‌های خود را شناخته و قوی‌تر از گذشته نه تنها می‌تواند حوادث یا بلایای دیگر را پشت‌سر بگذارد، بلکه خود می‌تواند به عنوان یک امدادگر روانی در حوادث و بلایا به افراد بحران زده ی دیگر کمک‌های مؤثری نماید.

در این مرحله، قربانی بحران را تحت کنترل خود در آورده و با حمایت یکی از اعضای خانواده یا یک دوست صمیمی، فاز انطباق و سازش را پشت‌سر گذاشته است. اکنون قادر است تمام سانحه، حتی جزئیاتی که او را وحشت زده می‌کرد، بدون واهمه و احساس شرم به یاد آورد.

البته این تجربه تأثیر خود را به جا گذاشته است اما در عین حال می‌توان از آن به عنوان یک نقطه‌ی شروع و فرصتی برای رشد و تعالی استفاده کرد و با وجود این تجربه‌ی تلخ به زندگی خود ادامه داد.

بنابراین حتی با وجود جراحات و ضرر و زیان ها، شخص احساس قدرت می‌کند. اکنون می‌توان با تجربه‌ی بیشتری با آینده روبه‌رو شد. در بسیاری از موارد، مواجهه با یک بحران و غلبه بر آن باعث آمادگی بیشتر برای مقابله با بحران های بعدی خواهد شد. در این فاز هر از گاهی جریان حادثه و امدادگری را که در طول بحران به قربانی کمک کرده است جزء به جزء و بی‌کم و کاست به یاد می‌آورد. دیگر نیاز فوری به حمایت‌های فوری و دوستانه وجود ندارد. از آنجا که ارتباط قربانی و امدادگر صمیمانه‌تر شده است؛ جریان حادثه و وضعیت فعلی او هر از گاهی ناخودآگاه مورد بررسی قرار می‌گیرد، بنابراین نیازی به قرار ملاقات و تجویزهای خاص ندارد. اگر شما امدادگر هستید به طور مسلم - در مواقع لزوم - برای گفت و گوهای گاه به گاه با قربانی درباره ی بحران، آمادگی خواهید داشت. نیاز قربانی به گفت و گو، بستگی به شدت سانحه دارد. در قسمت های بعدی فشارها و مشکلات جدی‌تری را که ممکن است در جریان زندگی با آن مواجه باشیم، همچنین راه های مناسب برای انطباق و سازش و سازگاری قربانی با بحران را مورد بررسی قرار خواهیم داد.

حمایت‌های انسان دوستانه

حال ببینیم ما به عنوان امدادگر چگونه می‌توانیم با حمایت خود در طول دوره‌ی اصلاح و بازیابی به افراد آسیب‌دیده کمک کنیم.

حمایت ما از قربانی در این مرحله اگر در قالبی ارائه شود که وی را قادر به رهایی از تمام افکار، احساسات و مشکلات سازد، بهترین نتیجه را خواهد داشت. او برای انجام این کار باید احساس امنیت کرده و به ما اعتماد کامل داشته باشد.

مواردی که باید در مورد حمایت ما و نیز برای انطباق و سازش در فاز واکنش مورد توجه قرار گیرند عبارتند از:

قربانی از اولین لحظات و چه بسا در صحنه‌ی حادثه، وقتی که بین غریبه‌ها قرار دارد آماده‌ی ورود به فاز واکنش است. همان‌گونه که در بخش مربوط به فاز شوک عنوان شد او ممکن است نیازمند به کمک‌های جسمانی باشد. شروع هر گونه انطباق و سازش تا زمانی که قربانی به یک محیط آشنا و امن انتقال داده نشده مشکل است.

حمایت‌ها در طول فاز واکنش و فازهای دیگر باید در یک محیط آشنا انجام پذیرد. ممکن است بین قربانی و امدادگر، حس همدردی، دوستی و حتی عشق وجود داشته باشد، در این صورت لازم نیست از اولین لحظات برای به وجود آوردن فضای تفاهم و اطمینان تلاش شود. سؤال مهم این است که:

آیا من توان آن را دارم که به یک قربانی بحران زده کمک کنم؟ برای این کار لازم است بسیار صبور باشیم. دوباره از خود بپرسیم: "تا کجا می‌توانم ادامه دهم؟" در اینجا چهار مورد ذکر شده است که در صورت به کارگیری، قربانی از آن بهره برده و حس اعتماد او افزایش می‌یابد:

- صمیمیت
- خوب گوش کردن
- بیان آزادانه‌ی احساسات
- مراقبت‌های عمومی

صمیمیت

در دسترس قرار داشتن یکی از نزدیکان برای کمک و حمایت از قربانی، رعایت اصول چهارگانه‌ی بقا را برای وی آسان‌تر می‌کند. این نزدیکی باید هم از لحاظ جسمانی باشد و هم از لحاظ روانی.

اجازه دهید دوباره به این چهار اصل اشاره ای داشته باشیم:
وقوع سانحه را بپذیرید.

احساسات و واکنش‌های خود را بپذیرید.

از آن چه که رخ داده درس بگیرید.

احساسات خود را متوجه موضوع جدیدی کنید.

بسیاری از مردم در زمان بروز مشکل برای یکی از دوستان یا نزدیکان، صمیمیت خود را این گونه ابراز می‌کنند: "ما نمی‌خواهیم دخالت کرده و مزاحم او شویم، شاید او بخواهد به تنهایی مشکل خود را حل کند."

حداقل دو توضیح برای این گونه برداشت وجود دارد:

آن‌ها به واقع فکر می‌کنند که قربانی می‌خواهد با مشکل خود تنها باشد، ولی در واقع آن‌ها دنبال بهانه‌ای منطقی و متقاعد کننده برای دوری از شرایط نامساعد هستند.

"ما به دلیل اهمیتی که برای او قائل هستیم و نمی‌خواهیم مزاحم تنهایی او شویم دخالت نمی‌کنیم."

اگر به دلیل دوم کنار می‌ایستید تصمیم درستی گرفته‌اید چرا که اگر شما دلسوز نباشید به طور کلی قادر نیستید به قربانی کمک کنید زیرا وی به همراهی و مراقبت نیاز دارد. اما اگر دلیل شما مورد اول است اشتباه می‌کنید. اگر به واقع می‌خواهید ارتباط صمیمانه‌ای با قربانی داشته باشید باید دخالت کنید.

او خودش نمی‌تواند تقاضای کمک کند و ما باید به او پیشنهاد دهیم. در بعضی موارد استثنایی ممکن است به این نتیجه برسیم که قربانی می‌خواهد تنها باشد یا کس دیگری از او حمایت می‌کند. دوباره سعی کنیم، ممکن است او به کمک ما نیاز داشته باشد. وقتی برای ملاقات به خان‌هاش می‌رویم چیزی با خود ببریم و صمیمیت مادی و معنوی خود را ابراز کنیم. اگر مجبور هستیم سرکار برویم، یا مسئولیتی داریم شماره تلفن خود را به او بدهیم و به او بگوییم که چگونه می‌تواند با ما تماس بگیرد.

این نوع از نزدیکی، ممکن است به نظر مبالغه‌آمیز باشد اما برای قربانی معنای زیادی دارد. او را در آغوش بگیریم و دستانش را بفشاریم. بگذارید بداند به او علاقه مند هستیم و می‌خواهیم به وی کمک کنیم.

خوشبختانه تماس افراد با یکدیگر، که پیش از این در بسیاری از جوامع نهی شده بود، امروزه در سطح وسیعی پذیرفته شده است. این تماس می‌تواند به صورت گرفتن بازوی فرد باشد. پاسخ قربانی به این تماس جسمانی بسیار بهتر از گفت و گو با وی است. این تماس بهترین راه است که او بداند "من اینجا با تو هستم و می‌خواهم در مصیبتی که برایت پیش آمده به تو کمک کنم." منظور ما از ارتباط عاطفی ممکن است با آنچه که شما انتظار دارید تفاوت داشته

باشد. منظور ما مشاوره با قربانی و نصیحت کردن او نیست، زیرا این کار علاوه بر این که کمی مشکل است کمکی هم به او نمی‌کند. کاری که ما باید انجام دهیم این است که شنونده ی خوبی باشیم.

چگونه شنونده ی فعالی باشیم؟

شنونده ی خوب بودن به معنی تمرکز کامل بر گفته‌های قربانی است. با تمرکز، جزء به جزء سخنان وی را درک می‌کنیم. تنها وقتی سؤال می‌کنیم که از او بخواهیم منظور خود را واضح‌تر بیان کند، نکته‌ای را توضیح دهد یا اطلاعات بیشتری ارائه دهد. با این نحو گوش کردن، قربانی متوجه می‌شود که ما به سخنان او علاقه‌مند هستیم. زبان بدن ما به این تصور قوت می‌بخشد. تنها هدف از شنونده ی خوب بودن این است که به قربانی در پذیرش سانحه کمک کنیم. اگر او در این مرحله موفق شود می‌تواند گام بعدی را نیز بردارد، در غیر این صورت همان جا متوقف شده و در نتیجه یک مشکل طبیعی، تبدیل به یک بیماری واقعی خواهد شد. سخنان وی در ابتدا بریده و ناقص است. به این دلیل که بیان حادثه او را ناراحت کرده و غصه‌هایش را تجدید می‌کند. سؤال‌های ما به او کمک خواهد کرد که افکار خود را متمرکز کرده و به آن‌ها انسجام دهد. از او بخواهیم جریان را برایمان شرح دهد. اول چه شد؟ بعد چه اتفاقی افتاد؟ و غیره. در نهایت او خواهد توانست همه چیز را به صورت منظم بیان کند. اکنون او می‌تواند ماجرا را دوباره، اما این بار گام به گام و با جزئیات بیشتر بازگو کند. حالا دیگر طفره رفتن، مکث و طغیان‌های روانی کمتر شده است. در نهایت او واقعیت ماجرا را خواهد پذیرفت.

جی اودن پترسن، در این باره نظریه ی نافذی دارد:

شما باید بتوانید به یاد آورید تا قادر به فراموش کردن باشید.

اصطلاحات رایج در کامپیوتر می‌تواند برای درک مطلب مفید واقع شود. یک کامپیوتر تنها اطلاعاتی را پردازش می‌کند که با برنامه‌های طراحی شده در آن سازگاری داشته باشد. حافظه ی مغز انسان نیز تنها داده‌هایی را می‌پذیرد که به نحوی مرتب و دسته‌بندی شده باشند. هدف ما نیز در کمک به قربانی برای انطباق و سازش با بحران این است که جریان حادثه را برای دسترسی سریع و آسان در حافظه ی خود ذخیره کند. اگر چه این حادثه مدت زیادی او را به خود مشغول نخواهد کرد ولی در حافظه ی او باقی خواهد ماند و این امکان وجود دارد که هر از چند گاهی یادآوری شده، اطلاعات جدیدی به آن افزوده و دوباره ذخیره شود. این یک پیشرفت واقعی است.

بیان آزادانه‌ی احساسات

ما با خوب گوش دادن، قربانی را در به‌کارگیری اولین گام از اصول چهارگانه‌ی بقا، یعنی پذیرش سانحه کمک خواهیم کرد. همین کار را در مورد گام بعدی یعنی پذیرش واکنش‌ها و احساسات نیز می‌توانیم ادامه دهیم.

از او بخواهیم احساساتش را بیان کند

بسیاری از مردم از این که راجع به احساسات‌شان صحبت کنند هراس دارند. این طبیعی است زیرا ما در معرض طغیان احساسات قرار داریم. ما نمی‌خواهیم چنین طغیانی را ایجاد کرده یا حتی شاهد آن باشیم. اگر چه ممکن است باور آن سخت باشد ولی در گذشته‌های نه چندان دور بسیاری از مردم عقیده داشتند که تنها با سرکوب احساسات ناراحت کننده و با جلوگیری از بروز آن‌ها می‌توان این احساسات را از سر بیرون کرد. اما امروز به خوبی می‌دانیم که این کار امکان‌پذیر نیست.

مجموعه‌ای از احساسات سرکوب شده، بدن را در "وضعیتی اضطراری" قرار خواهد داد که آماده‌ی بروز کنش‌ها است و اگر جلوی آن‌ها گرفته شود نتیجه همان طور که پیش از این نیز اشاره شد به صورت بیماری‌های جسمی بروز خواهد کرد.

این احساسات باید پیش از آن که قربانی آن‌ها را تجربه کرده و بپذیرد رها شوند. این کار در صورتی امکان خواهد داشت که از او بخواهیم آن‌ها را بیان کند. اما برای طغیان ناگهانی احساسات، از پرخاشگری شدید گرفته تا گریه‌های گاه به گاه آماده باشیم. به او نشان دهیم که می‌توانیم این طغیان را تحمل کرده و او را حمایت کنیم.

پرخاشگری او ممکن است به صورت عصبانیت از پزشکی که بیماری را به موقع تشخیص نداده است، راننده‌ای که باعث مرگ کودکی شده است، جامعه‌ای که باعث ورشکستگی وی شده است، سیستم حکومتی که به زعم او اقدامات لازم برای پیشگیری از فاجعه را انجام نداده است، جمعیت هلال احمر که از نظر او اقدامات امداد و نجات را به خوبی انجام نداده است، یا مواردی از این قبیل بروز کند. سعی نکنیم از اشخاص مورد تنفر او طرفداری کنیم ولی در عین حال او را نیز تأیید نمی‌کنیم، فقط گوش می‌کنیم، بگذارید خودش را تخلیه کند، کم‌کم آرام خواهد شد.

سنگ صبور وی باشیم

تخلیه‌ی احساسات فرو خورده در بسیاری از موارد منجر به گریه می‌شود. سعی نکنیم قربانی را آرام‌سازیم. در نظر بسیاری از مردم این بهترین کاری است که می‌توان انجام داد، زیرا فکر

می کنند گریه ممکن است ضرر داشته باشد یا در صورت شروع آن قربانی دیگر قادر نباشد جلوی خود را بگیرد. این نوع طرز فکر در هر دو مورد اشتباه است. درباره ی گریه باید گفت: هق هق زدن و گریه از ته دل، حرکات جسمانی سختی را در ناحیه ی شکم در پی دارد که در نتیجه ی آن، فرد بیش از پنج تا پانزده دقیقه قادر به گریه کردن نیست و به دنبال آن به طور کامل آرام می شود.

گریه های سطحی و آرام در واقع نوعی درخواست است که اگر برآورده نشود؛ قربانی ممکن است ساعت ها به گریه ی خود ادامه دهد. این نوع گریه تأثیر چندانی بر دستگاه های بدن ندارد. اما گریه ی واقعی مثل گریه ی کسی که عزادار است یک نوع تخلیه ی تنش های روانی است و آرامش جسم و روان را در پی خواهد داشت. در نتیجه تنش از بین خواهد رفت.

مراقبت های عمومی

بهترین حمایت از یک فرد گرفتار، کمک به حل مشکلات اوست، در این صورت ممکن است هیچ گونه تنش روانی پیش نیاید. خوشبختانه مردم کشور ما که براساس تعالیم دین مبین اسلام حس همبستگی قوی دارند، همیشه این آمادگی را دارند که در مصائب و مشکلات به دیگران کمک نمایند و هر گاه که امکان آن پیش می آید این کار را با رضایت خاطر انجام می دهند. ما اصطلاح "حمایت فردی" را در گسترده ترین مفهوم آن به کار می بریم. بنابراین شامل تمام آن کارهایی می شود که یک نفر از نظر اخلاقی می تواند برای برآوردن نیازهای یک هم نوع انجام دهد. نیازهایی که خود فرد قادر به برطرف کردن آن ها نیست. به این معنی که ما امدادگران در صورت لزوم باید در تمام کارهای روزانه از قبیل: خرید، پخت و پز، نظافت، شست و شو و حتی در بعضی موارد بهداشت شخصی به وی کمک کنیم. او ممکن است حتی در امور مالی خود نظیر پرداخت کرایه خانه و صورت حساب های دیگر نیز به کمک ما احتیاج داشته باشد.

این نوع مراقبت ها، اهدافی دوگانه دارد: ما از یک طرف در انجام کارهایی که قربانی، خودش قادر به انجام آن ها نیست به او کمک می کنیم و از طرف دیگر که ممکن است مهم تر باشد احساسی از امنیت و صمیمیت را به او منتقل خواهیم کرد. این نوع کمک های عملی، حضور ما را با ارزش تر خواهد کرد و از سوی دیگر فضای مناسبی برای رعایت دو اصل تجویز شده ی قبل، یعنی خوب گوش کردن (توسط امدادگر) و بیان احساسات (توسط قربانی) را فراهم می آورد.

وقتی قربانی هنوز فاز شوک و اولین مراحل فاز واکنش را می گذراند ممکن است بدون مشارکت خود او، تمام کارهای روزانه ی وی را انجام دهیم؛ اما به محض بهبودی شرایط، خود وی را نیز مشغول کنیم. به خاطر داشته باشید که حضور ما برای آن است که به او کمک کنیم

تا این کارها را خودش انجام دهد، با این روش او را مجبور خواهیم کرد که حواس خود را به چیزی غیر از سانحه که از لحظه‌ی وقوع فکر او را به خود مشغول کرده است متمرکز کند. اگر قربانی ناخواسته سعی می‌کند برای فرار از سانحه به دوران کودکی خود بازگردد وظیفه‌ی ما این است که آرام آرام او را از این وضعیت خارج کنیم. اگر قربانی مجبور به آموختن بعضی مهارت‌ها است ما باید در این کار به او کمک کنیم. برای مثال ممکن است پیش از این هرگز کار شست و شوی لباس‌ها را انجام نداده باشد. در این صورت اصول کار- خواندن برچسب‌های انتخاب دمای مناسب، رنگ لباس‌ها و غیره را برای او شرح دهیم. به این ترتیب ما به او در پیمودن سومین گام تطبیق با بحران، یعنی درس گرفتن از سانحه نیز کمک کرده‌ایم.

روابط اجتماعی

مسئله‌ی مهم دیگر اینکه قربانی باید از طریق روابط اجتماعی خود یعنی خویشاوندان نزدیک، دوستان و همکاران حمایت شود. این روابط ممکن است خیلی محکم نباشد یا این که بسیار شکننده و آسیب‌پذیر باشد. لازم نیست همه‌ی اطرافیان قربانی یکدیگر را بشناسند. متأسفانه برخی از مردم هیچ‌گونه رابطه‌ی اجتماعی ندارند. توجه به مشکلات این افراد غریب و تنها به ویژه در زمان مواجهه با مشکلات بسیار حائز اهمیت است. باید از آن‌ها احوال‌پرسی کنیم و در صورت بروز مشکل برای کمک به آن‌ها پیش‌قدم باشیم. اگر همه‌ی ما به نیازهای یکدیگر توجه کنیم مطمئناً هیچ کس تنها نخواهد ماند. اگر قربانی دوست و فامیل زیادی دارد لازم نیست همه‌ی آن‌ها برای کمک به وی هجوم آورند، اگر چه این کار به قربانی کمک می‌کند تا بارها و بارها راجع به سانحه‌ای که منجر به بروز بحران شده است گفت و گو کند ولی اگر بخواهد با ورود هر کس تمام ماجرا را دوباره شرح دهد فشار زیادی را متحمل خواهد شد. ما به عنوان فردی که نقش امدادگر داریم باید آن‌قدر صبور باشیم که حمایت خود را تا زمانی که قربانی به فاز بازیابی برسد ادامه دهیم.

علائم هشدار دهنده

آنچه که تاکنون بیان شد شامل واکنش‌های طبیعی افراد در بحران‌ها (حوادث، سوانح و بلایا) بود که کمابیش در اکثریت قریب به اتفاق افراد گرفتار در بحران اتفاق می‌افتد، بنابراین واکنش‌های ذکر شده در واقع یک‌سری پاسخ‌های طبیعی به یک وضعیت غیرطبیعی هستند که

عموماً نیاز به اقدامات درمانی تخصصی ندارند و امدادگران با انجام اقداماتی که شرح آن در صفحات پیشین آمد به قربانی کمک می‌کنند تا این مراحل را بهتر و سریع‌تر طی کرده و به وضعیت با ثباتی دست پیدا کند. ولی گاهی مشاهده می‌شود که بعضی از افراد در یکی از مراحل واکنش به بحران، متوقف مانده و در وضعیت آن‌ها پیشرفتی حاصل نمی‌شود و یا این‌که قربانی دچار واکنش‌ها و علائمی غیرعادی می‌شود که ممکن است باعث نگرانی خود او، اطرافیان یا امدادگران شود. در این صورت ممکن است این افراد نیاز به اقدامات درمانی تخصصی یا حتی نیاز به بستری در یک مرکز مجهز داشته باشند. بنابراین وظیفه ما به عنوان امدادگر این است که قادر باشیم این مشکلات را شناسایی کرده و در زمان مناسب قربانیان مبتلا به این مشکلات را به افراد متخصص یا مراکز تخصصی مربوطه ارجاع دهیم تا تحت درمان‌های تخصصی قرار گیرند.

اولین مسئله‌ی مهم این است که ما به عنوان امدادگر **آشنایی کاملی با واکنش‌های طبیعی افراد در بحران‌ها** داشته باشیم. بنابراین توصیه می‌شود اگر تا کنون آگاهی کاملی در این زمینه پیدا نکرده‌اید یک بار دیگر صفحات پیشین کتاب را ورق بزنید و مطالعه‌ی دقیق‌تری انجام دهید. در واقع ما زمانی می‌توانیم واکنش‌های غیرطبیعی را تشخیص دهیم که واکنش‌های طبیعی را خوب بدانیم، در این صورت لازم نیست تمام واکنش‌ها و علائم غیرطبیعی را به صورت کامل بدانیم و هر جا تشخیص دهیم که واکنش‌های قربانی طبیعی نیست می‌توانیم به وظیفه‌ی خود که ارجاع فرد است عمل نماییم. البته در ادامه به بررسی واکنش‌های غیرطبیعی افراد هم می‌پردازیم، هر چند که ممکن است لیست ما کامل نبوده و گاهی با واکنش‌ها یا علائمی مواجه شویم که در این لیست نیستند، ولی به هر حال همان‌طور که گفته شد اگر ما آشنایی کاملی به واکنش‌های طبیعی داشته باشیم تشخیص واکنش‌های غیرطبیعی مشکل نخواهد بود.

مسئله‌ی مهم بعدی این است که ما به عنوان امدادگر **محدودیت‌های خود را بشناسیم**. همیشه به یاد داشته باشیم که توان ما برای کمک به افراد آسیب‌دیده محدود است و هیچ‌کس به تنهایی نمی‌تواند تمام مشکلات افراد آسیب‌دیده را مدیریت کند. به عبارت دیگر همان‌طور که ما برای نجات قربانیان از وسایل تخصصی و دستگاه‌های پیشرفته کمک می‌گیریم، یا افرادی را که دچار آسیب‌های جسمی هستند بعد از انجام اقدامات اولیه، آن‌ها را به مراکز درمانی ارجاع می‌دهیم، در مورد آسیب‌های روانی قربانیان هم باید بلافاصله آن‌ها را به مراکز تخصصی یا افراد متخصص ارجاع دهیم و در صورت تأخیر در این کار ممکن است مشکلات روانی قربانیان تشدید شده و درمان آن‌ها سخت‌تر شود. در این جا هنر امدادگر این است که علائم

روانی و واکنش های روانی غیرعادی را به موقع تشخیص داده و از نیروهای متخصص کمک بگیرد یا قربانی را به مراکز تخصصی ارجاع دهد. در این قسمت واکنش های غیرطبیعی اصلی را که ممکن است بعضی از قربانیان حوادث و بلایا تجربه کنند (علائم هشدار دهنده) ذکر کرده و به شرح آن ها می پردازیم.

عدم تغییر در وضعیت قربانی

مهم ترین نشانه ی هشدار دهنده، عدم تغییر در وضعیت قربانی می باشد و این همان است که می گوئیم: «بی خبری، خود یک خبر بد است.» در اینجا خوب است مراحل چهارگانه ی واکنش های روانی افراد به بحران ها را که توسط جان کلبرگ شرح داده شده یادآوری نماییم:

۱- فاز شوک، ۲- فاز واکنش، ۳- فاز انطباق و سازش، ۴- فاز بازیابی و اصلاح

بنابراین واکنش ها با فاز شوک شروع شده و به فاز بازیابی و اصلاح ختم می شود. در واقع افرادی که به فاز آخر می رسند زندگی طبیعی خود را باز یافته و از نظر روانی نیاز به حمایت یا اقدامات خاصی ندارند. ولی ممکن است قربانی در هر یک از فازهای قبلی بخصوص در فاز شوک و فاز واکنش درجا زده و توان عبور به فاز دیگر را نداشته باشد. بیشترین احتمال، باقی ماندن در فاز واکنش و سپس در فاز شوک است.

باقی ماندن در فاز شوک

همان طور که در قسمت های قبل بیان شد، اولین فاز از واکنش های روانی افراد در بحران ها، فاز شوک است که در آن قربانی دچار یک سری واکنش ها می شود. بعضی از این واکنش ها ممکن است خطرناک بوده و تهدید کننده ی زندگی خود فرد یا دیگران باشد که نیاز به کمک امدادگران دارد. ولی به طور طبیعی این فاز حداکثر ۲۴ ساعت طول می کشد و اگر قربانی بعد از ۲۴ ساعت، هنوز واکنش های مربوط به این فاز را داشته باشد، نشان دهنده ی این است که او نتوانسته از این فاز عبور کند و نیاز به اقدامات تخصصی دارد. بنابراین اگر هر یک از علائم زیر، بیش از یکی دو روز دوام داشته باشد باید از قربانی مراقبت لازم را به عمل آورده و وقت را از دست ندهیم و به سرعت او را به یک متخصص (روانشناس بالینی یا روانپزشک) یا یک مرکز تخصصی ارجاع دهیم. این علائم عبارتند از:

▪ گیجی و منگی

- بی تفاوتی و ناتوانی از انجام کارهای اولیه‌ی خود
- هیجان و شتاب زیاد در انجام کارها
- انکار حادثه و وقایع مربوط به آن
- واپس‌گرایی رفتارها به دوران کودکی (رفتارهای کودکانه)
- عدم کنترل بر احساسات خود
- اقدام به کارهای خطرناک، مثلاً ورود به ساختمان‌های سست و نیمه‌مخروبه
- بیش‌فعالی به طوری که باعث می‌شود امدادگران نتوانند کارشان را به خوبی انجام دهند.
- ناتوانی برای حرکت یا انجام کارهای شخصی یا گریز از موقعیت‌های خطرناک بدون این که مشکل جسمانی داشته باشد.
- تداوم علائم جسمانی از قبیل: تهوع و استفراغ، دل‌پیچه و اسهال، حملات شبیه تشنج، تکرر ادرار، شکایات قلبی یا تنفسی، گرفتگی عضلات، سرگیجه، تعریق زیاد، خشکی دهان و ... (البته دردهای شکمی و سردرد در فاز واکنش هم ممکن است وجود داشته باشد).
- هراس همراه با احساس وحشت، فریاد زدن، فرار غیرقابل توجیه و ...
- کم حرفی یا عدم تکلم

باقی ماندن در فاز واکنش

برای طول مدت فاز واکنش زمان مشخصی ذکر نشده است که اگر علائم فرد قربانی بیشتر از آن زمان ادامه یابد به عنوان غیرطبیعی در نظر بگیریم. علت این مسئله این است که طول مدت فاز واکنش و شدت علائم آن بستگی به عوامل متعددی همچون شدت حادثه، میزان نزدیکی فرد به حادثه، میزان و شدت آسیب‌های جسمی فرد، میزان آسیب‌پذیری زمینه‌ای فرد، تعداد عزیزانی که از دست داده یا دچار مشکلات جسمی شدید شده‌اند، میزان خسارت اقتصادی، میزان حمایت‌های اجتماعی و روانی و ... دارد. بالطبع هر چقدر شدت این مسائل بیشتر باشد، شدت و مدت علائم فاز واکنش هم بیشتر خواهد بود. بنابراین طول مدت این دوره را می‌توان از چند روز تا چند ماه در نظر گرفت. ولی با توجه به فرهنگ ایرانی شاید در نظر گرفتن چهل روز برای این دوره مناسب باشد.

حال که طول مدت فاز واکنش مشخص نیست، پس چگونه می‌توانیم افرادی را که در این فاز باقی مانده و به فاز بعدی نرفته‌اند شناسایی و تحت درمان‌های تخصصی قرار دهیم. در جواب باید گفت:

۱) باقی ماندن علائم این دوره پس از ۴-۳ ماه از وقوع حادثه قطعاً غیرعادی است مگر اینکه شدت علائم خیلی کم بوده یا گاهی بروز نمایند.

۲) مسئله‌ی مهم سیر نزولی علائم در فاز واکنش است. به غیر از ۳-۲ هفته‌ی اول، انتظار این است که با گذشت زمان به تدریج شدت علائم قربانی کاهش یافته و او به تدریج وارد فاز بعدی (فاز انطباق و سازش) بشود. بنابراین اگر بعد از چند هفته، هنوز از شدت علائم قربانی در فاز واکنش کاسته نشده (یا حتی شدت آن‌ها افزایش یافته) و پیشرفتی به سمت فاز انطباق و سازش ندارد، باید احتمال بدهیم که مشکلی در کار است و شاید نیاز به توجه بیشتر یا نیاز به انجام اقدامات درمانی تخصصی وجود دارد.

در اینجا علائم فاز واکنش به اختصار ذکر می‌شود تا با توجه به موارد فوق الذکر و در صورت طول کشیدن علائم، قربانی را جهت بررسی‌های بیشتر و اقدامات تخصصی ارجاع دهیم:

- یادآوری مکرر حادثه همراه با احساس ناراحتی و وحشت یا احساس وقوع مجدد حادثه
- اجتناب از موقعیت‌هایی که به نحوی یادآور حادثه است (مثل اجتناب از اتومبیل در مورد کسی که دچار حادثه‌ی تصادف شده، یا اجتناب از قرار گرفتن در ساختمان در مورد کسی که در فاجعه‌ی زلزله بوده)

- بی‌خوابی، بدخوابی، کابوس حادثه
- احساس اضطراب، بی‌قراری، اندوهگینی، گریه، بی‌توجهی به خود
- تحریک پذیری، حساس بودن، پرخاشگری
- بی‌اشتهایی، لاغری، کاهش وزن
- عدم تمرکز، فراموش کاری، اختلال حافظه
- علائم جسمانی مثل: سردرد، دردهای شکمی، احساس ناراحتی قلبی و ...
- گوشه‌گیری، بی‌حوصلگی، احساس خستگی، عملکرد شغلی پایین (در مورد خانم‌های خانه‌دار عملکرد خانه‌داری پایین)
- واپس رانی حادثه
- واپس‌گرایی به دوران کودکی
- احساس حضور عزیز از دست رفته در کنار خود و حتی احتمال شنیدن صدای صحبت او یا صدای قدم‌های او
- احساسات تنفر، شادی غیرعادی، شرم، خشم، گناه

عدم پیشرفت در انطباق و سازش با بحران

بین فاز واکنش و فاز انطباق، مقطع زمانی مشخص وجود ندارد و قربانی به تدریج از فاز واکنش وارد فاز انطباق و سازش می‌شود، به این معنی که کم‌کم از شدت علائم در فاز واکنش کاسته شده و به جای آن قربانی به مرور خود را با شرایط جدید تطبیق می‌دهد. بنابراین آن چه مهم است این است که آیا قربانی، انطباق و سازش با بحران را شروع کرده یا نه؟ اگر پاسخ به این سؤال مثبت

است، پس شرایط طبیعی بوده و نیاز به اقدامات خاص نیست. ولی اگر پیشرفتی حاصل نشده و بخصوص این که قربانی گام چهارم اصول چهارگانه ی بقا (تمرکز حواس بر موضوعات جدید) را کامل نکرده باشد، نیاز به مراقبت‌های تخصصی وجود دارد.

فاز اصلاح و بازیابی

وقتی قربانی فازهای قبلی را طی نموده و به فاز اصلاح و بازیابی رسید به معنی این است که شرایط کاملاً طبیعی است و دیگر نیاز به اقدامات تخصصی وجود ندارد. بنابراین در این شرایط قربانی نه تنها نیازمند کمک‌های تخصصی نیست، بلکه خود می‌تواند در حوادث و بلایای احتمالی آینده به عنوان یک امدادگر روانی عمل نموده و به قربانیان دیگر کمک کند تا سریع تر و بهتر به فاز اصلاح برسند.

آنچه که تا اینجا گفته شد مربوط به بحران‌های روانی معمول می‌باشد، ولی گاهی بحران‌هایی وجود دارند که شدت آن‌ها خیلی زیاد است و بنابراین ممکن است طول مدت فازهای مختلف و شدت علائم در آن‌ها خیلی بیشتر باشد. مثلاً تصور نمایید در مورد خانمی که از خانه و سرزمین خود آواره شده، همسر و فرزندانش را جلو چشمش به طرز فجیعی به قتل رسانده‌اند و خودش را مورد تجاوز جنسی و خشونت جسمی قرار داده‌اند (مثل آنچه که در فاجعه‌ی کشور بوسنی هرزگوین از سوی صرب‌ها در مورد مسلمانان اتفاق افتاد)، پیداست که فاز شوک در مورد چنین فردی ممکن است چندین روز طول کشیده و فاز واکنش نیز طولانی‌تر از معمول و همراه با علائم شدید تر باشد. همچنین باید به خاطر داشته باشیم که بروز واکنش‌های روانی پس از بحران ممکن است برای هفته‌ها یا ماه‌ها پس از وقوع یک سانحه‌ی آسیب‌زا یا یک تجربه‌ی تلخ به تأخیر بیفتد، بنابراین لازم است این آمادگی را داشته باشیم که حمایت‌های خود را بعدها، در زمان بروز واکنش‌ها ارائه دهیم. باید به طور کامل مراقب قربانی باشیم، به خصوص اگر هیچ‌گونه پیشرفتی در رفتار وی مشاهده نمی‌شود. این عدم پیشرفت به ویژه به صورت تأخیر در بروز واکنش‌ها نمود پیدا می‌کند. این احتمال نیز وجود دارد که قربانی دچار پس‌رفت شود. یعنی در مسیر انطباق با بحران به خوبی پیشرفت کرده باشد، اما در نتیجه ی برخی فشارها و مسائل جزئی پس‌رفت کند. در چنین مواردی نیز ممکن است به کمک یک متخصص نیاز باشد.

علائم هشدار دهنده‌ی دیگر

آنچه در قسمت‌های پیشین مورد تأکید قرار گرفت عمدتاً در مورد عدم پیشرفت قربانی و باقی ماندن در فازهای شوک، واکنش و انطباق بود، ولی علائم هشدار دهنده‌ی دیگری نیز وجود دارند که در صورت مواجهه با آن‌ها باید از یک متخصص کمک بگیریم. این علائم در هر یک از فازها ممکن است وجود داشته باشند و عبارتند از:

- بی تفاوتی

در شرایط حاد، قربانی نه تنها نمی تواند احساسات خود را کنترل کرده و به فعالیت های روزمره پردازد بلکه به طور کلی قادر به انجام هیچ کاری نمی باشد. او کما بیش فلج شده است و نمی تواند برای خود کاری انجام دهد. بی هدف در محلی که حتی ممکن است خطرناک باشد می نشیند و به فضا خیره می شود.

- بیش فعالی

قربانی بسیار بی قرار و عصبی است. در صحنه ی حادثه به این طرف و آن طرف می رود و خود و دیگران را در معرض خطر قرار می دهد. با او صحبت می کنیم و سعی داریم او را آرام سازیم اما موفق نمی شویم.

- صحبت های پراکنده- پُرگویی

قربانی درباره ی حادثه صحبت می کند و احساسات خود را بیان می کند، باید او را به این کار تشویق کنیم. باید به او فرصت داده شود تا بارها و بارها درباره ی این موضوع صحبت کند. اما اگر سخنان او غیرقابل کنترل و فاقد انسجام است یا بیشتر درباره ی مسائل غیرمربوط صحبت می کند ممکن است نشان های از یک واکنش بیمارگونه باشد.

- بی خوابی

بی خوابی در اولین شب وقوع یک سانحه ی ترسناک و نگران کننده طبیعی است. اما اگر برای چندین شب ادامه داشته باشد سلامت فرد را تهدید خواهد کرد. بی خوابی هم چنین هشدار است برای این که تلاش قربانی و حمایت های ما برای انطباق و سازش با بحران کافی نبوده است.

- فلج عاطفی

پس از وقوع یک حادثه، عدم توانایی قربانی برای ابراز احساسات، می تواند خطرناک باشد. در چنین مواردی او تمایل به گوشه گیری و انزوا دارد. فلج عاطفی نشان می دهد که انطباق و سازش با بحران به خوبی صورت نگرفته است و نشان می دهد که قربانی نتوانسته است "کنترل تحسین برانگیزی" بر احساسات خود داشته باشد. در این گونه موارد معمولاً کمک به قربانی خارج از حد توانایی ما می باشد و ما قادر نیستیم به پوسته ی دفاعی او نفوذ کنیم، بنابراین او را به افراد متخصص ارجاع می دهیم.

- از دست دادن حافظه

ابتلا به فراموشی را با امتناع قربانی از پذیرش سانحه در اولین دقایق و یا ساعت‌های پس از وقوع آن اشتباه نگیریم. این امتناع و سرکوبی یکی از واکنش‌های طبیعی فاز شوک می‌باشد. در حالی که بروز علائم فراموشی کامل، ۲۴ ساعت پس از حادثه، طبیعی نیست.

— سوء استفاده از دارو، مواد و الکل

در بسیاری موارد، استفاده از مقادیر کم داروهای آرام‌بخش مفید است. ولی در هیچ شرایطی نباید از مواد مخدر، الکل و نوشابه‌های الکلی استفاده کرد. اگر قربانی بیش از اندازه قرص، مواد یا نوشابه‌های الکلی مصرف می‌کند، (چه به یک باره و چه به طور مداوم) سعی نکنید مانع او شوید. مطمئن باشید این کار از عهده‌ی شما خارج است و باید او را به مراکز تخصصی ارجاع دهید.

— توهّم

برای کسی که همسر، فرزند، پدر، مادر یا یکی از دوستان نزدیک خود را از دست داده باشد، تا مدتی شنیدن سخن‌ها و صدای پای او یا دیدن وی در یک مکان آشنا، واکنشی طبیعی است. اما اگر این خیالات، چه دیدن شب و چه شنیدن صداها، طولانی شود قربانی به کمک یک متخصص نیاز دارد.

— نشانه‌هایی از بیماری روانی

ممکن است قربانی دچار برخی علائم بالینی شود که در این صورت باید یک پزشک او را معاینه کند:

ممکن است میوهوت باشد. در این صورت یعنی قادر به تشخیص موقعیت زمانی و مکانی نیست. ممکن است نداند کجاست؟ ساعت چند است؟ چه روزی از هفته است؟ حتی ممکن است نتواند نام خود را به شما بگوید. ممکن است همه چیز را غیرواقعی تصور کند و نگران این باشد که دارد دیوانه می‌شود. یا این که عقل خود را از دست می‌دهد. از این می‌ترسد که مبادا وسوسه‌ی خودکشی به سرش بزند و به خود و دیگران آسیب برساند. ممکن است دست به انجام کارها و معاملاتی بزند که به نظر دیگران غیرعادی است یا دچار وسواس شود و یک کار را بارها و بارها انجام دهد.

— پرخاشگری

قربانی ممکن است تحریک‌پذیر بوده و گاهی پرخاشگری کلامی داشته باشد و حتی ممکن است نسبت به اطرافیان، امدادگران، افراد حکومتی یا کسانی که تصور می‌کند مسئول حادثه یا فاجعه بوده‌اند ناسزا بگوید. در این صورت سعی می‌کنیم قربانی را آرام نماییم و نیاز به انجام

درمان های تخصصی نمی باشد. ولی اگر قربانی، پرخاشگری رفتاری داشته باشد نیاز به مهار فیزیکی و سپس ارجاع به مراکز تخصصی دارد.

– افکار یا قصد حمله به دیگران یا آسیب اقتصادی

هر گاه متوجه شدیم قربانی به قصد انتقام گیری و یا به هر دلیل دیگری قصد حمله به دیگران یا قصد آسیب مالی به دیگران را دارد باید تا زمان برطرف شدن مشکل، او را تحت درمان های تخصصی قرار دهیم. بعضی از موارد شایع عبارتند از:

قصد حمله به فرد یا افرادی که آن ها را در بروز حادثه (مثلاً تصادف) مقصر می داند، قصد آتش زدن یا صدمه رساندن به اموال کسانی که فکر می کند آن ها سبب بروز حادثه (مثلاً آتش سوزی) برای او شده اند یا این که در زمان حادثه کمک لازم را به او نکرده اند، قصد حمله به مدیران دولتی یا مراکز دولتی که آن ها را در بروز فاجعه (مثلاً سیل) مقصر می داند.

– قصد آسیب به خود یا افکار خودکشی

بعضی از قربانیان در شرایط بحرانی به خودشان آسیب وارد می کنند (مثلاً با تیغ یا چاقو روی بدن خود ایجاد جراحت می کنند، یا سر خود را محکم به دیوار می کوبند، یا اشیاء سنگین را به سر و صورت خود می کوبند و ...). معمولاً این افراد دارای مشکلات روانی زمینه ای بوده و نیاز به درمان های تخصصی دارند. گاهی نیز ممکن است قربانی به خاطر شدت افسردگی یا بخاطر این که خود را در بروز حادثه مقصر می داند یا به خاطر شدت ناامیدی (همه چیز خود را از دست دادم و امیدی به آینده نیست) دچار افکار خودکشی شود و حتی ممکن است دست به خودکشی هم بزند. بنابراین هر گاه متوجه شدیم فردی افکار خودکشی دارد باید در اسرع وقت او را به متخصصین ارجاع دهیم.

علائم جسمانی هشدار دهنده

همان طور که قبلاً گفته شد در طی فازهای شوک و واکنش ممکن است قربانی دچار یک سری علائم جسمانی شود که در واقع نوعی پاسخ به بحران بوده و غالباً نیاز به درمان خاصی ندارند و خود بخود بهبود می یابند. بعضی از علائم جسمانی عبارتند از:

- سردرد
- سرگیجه
- درد ناحیه قلب، تپش قلب، سوزش ناحیه قلب
- احساس نفس تنگی
- دردهای شکمی، دل پیچه، اسهال، یبوست

- تهوع و استفراغ
 - تکرر ادرار، سوزش ادرار
 - کاهش میل جنسی
 - تعریق زیاد
 - خشکی دهان
 - افزایش حرکت ماهیچه‌ها، احساس گرفتگی عضلات
- ولی در مقابل علائمی هم وجود دارد که ممکن است واقعاً یک منشأ جسمی داشته و نیاز به درمان های تخصصی داشته باشند. بنابراین هر گاه ما به عنوان امدادگر در برخورد با افراد حادثه دیده با یک مشکل جسمی غیرقابل توجه مواجه شدیم باید قربانی را به پزشک یا مراکز پزشکی ارجاع دهیم.
- بعضی از این علائم جسمانی هشدار دهنده عبارتند از:

– خونریزی، جراحت و شکستگی

هر گونه خونریزی یا جراحت جسمی و شکستگی مشهود، بدون ارتباط با واکنش‌های روانی بوده و نیاز به درمان های تخصصی دارد.

– دردهای شدید یا طولانی

در بعضی از شرایط روانی ممکن است افراد دچار دردهایی باشند که منشأ روانی (و نه جسمانی) داشته باشد ولی دردهای شدید یا طولانی غالباً منشأ جسمانی داشته و نیاز به بررسی و درمان های تخصصی دارند.

– سردرد

اگر قربانی دچار سردردهای شدید یا طولانی شود و بخصوص اگر همراه با استفراغ جهنده یا اختلال سطح هوشیاری باشد نیاز به بررسی علل جسمی دارد. این گونه سردردها ممکن است ناشی از آسیب‌های وارد به سر در حین حادثه یا ناشی از مننژیت (که ممکن است بعد از بروز بلا یا شیوع پیدا کند) یا ناشی از بیماری‌های مهم دیگر باشند که نیاز به بررسی های تخصصی و درمان مناسب دارند.

سرگیجه‌های شدید

سرگیجه‌های خفیف و گذرا ممکن است در فاز شوک و واکنش اتفاق افتاده و نیاز به درمان خاصی نداشته باشند، ولی هر گونه سرگیجه‌ی شدید یا طولانی یا تکرار شونده نیاز به بررسی دارد.

- تشنج

هر گاه قربانی دچار تشنج شود، (شبيه آنچه که در بيماران مبتلا به صرع اتفاق می افتد) چه در فاز شوک و چه در فازهای بعدی، نیاز به بررسی و درمان پزشکی دارد. البته گاهی در فرد دچار بحران ممکن است تشنج کاذب بدون منشأ جسمی اتفاق افتد که تشخیص آن نیز به عهده‌ی پزشک است.

- دردهای قلبی

اگر دردهای قلبی شدید، تکرار شونده یا طولانی باشند نیاز به ارجاع قربانی به پزشکان می‌باشد. به هر حال هر گاه کوچکترین شکی در مورد منشأ دردهای قلبی افراد داشته باشیم باید مورد بررسی پزشکی قرار گیرند، بخصوص اگر همراه با چاقی، فشار خون بالا، مصرف سیگار، بیماری دیابت و چربی خون بالا باشند.

- اختلال در سطح هوشیاری

هر گونه اختلال در سطح هوشیاری و خواب آلودگی غیرطبیعی (به جزء گیجی و منگی در فاز شوک) نیاز به بررسی پزشکی دارد.

فصل چهارم

آثار بلایا بر روی گروه های ویژه

در فصل قبل به تشریح واکنش های طبیعی و غیرطبیعی افرادی که دچار بحران شده اند و نیز روش های مختلف حمایت روانی و اقدامات لازم پرداختیم. این واکنش ها، اختصاص به گروه خاصی از مردم ندارد و یک سری واکنش های عمومی هستند که ممکن است در همه ی افراد با شدت کم و زیاد اتفاق بیفتند (البته واکنش های غیر طبیعی همان طور که قبلاً هم اشاره شد در تعداد نسبتاً کمی از افراد اتفاق می افتد). از طرف دیگر گفته شد که بحران ها بر همه ی افراد اثرات یکسان ندارند. بعضی از افراد ممکن است بحران را با پیامدهایی اندک یا بدون هیچ گونه پیامدی تجربه کنند، در حالی که دیگران همان بحران را به شکلی دیگر تحمل کرده و ممکن است از نظر عاطفی دچار اختلالاتی شوند. ولی صرف نظر از تفاوت های فردی، گروه هایی از مردم نسبت به بحران ها از آسیب پذیری بیشتری برخوردار هستند. این گروه ها در داخل مردم و همراه با مردم زندگی می کنند ولی به خاطر ویژگی های خاص خود، بیشتر تحت تأثیر بحران ها قرار می گیرند. بعضی از این گروه های ویژه عبارتند از: کودکان و نوجوانان، زنان، سالمندان، معلولین و بیماران، معتادین به مواد و الکل و بالاخره امدادگرانی که در صحنه ی حوادث و بلایا به یاری آسیب دیدگان می پردازند. همان طور که گفته شد این گروه ها آسیب پذیری روانی بیشتری نسبت به دیگران داشته و نیاز به توجه و حمایت های روانی بیشتری دارند. در قسمت های بعدی با تفصیل بیشتری به این مسئله پرداخته می شود.

کودکان و نوجوانان

کودکان نیز همانند بزرگسالان می توانند تجربیات تلخ و آسیب زایی داشته باشند. در بسیاری از موارد آن ها نیز ممکن است درست به همان اندازه ی بزرگترها تحت تأثیر سوانح قرار بگیرند،

در حالی که این تأثیرات همیشه قابل مشاهده نبوده و به آسانی تشخیص داده نمی‌شوند. کودکان برای درک سانحه با مشکلات بیشتری مواجه هستند. متأسفانه واکنش‌های کودکان به اندازه‌ی واکنش‌های بزرگ‌ترها مورد مطالعه و تحقیق قرار نگرفته‌است و از این رو است که ارائه‌ی راه‌کار مناسب برای برخورد با بحران کودکان مشکل است.

در سال ۱۳۶۹ پژوهشی بر روی دختران و پسران با سن کمتر از ۱۵ سال در رودبار توسط احمدی انجام شد (به نقل از یاسمی و همکاران، ۱۳۸۴). این پژوهش نشان داد که تقریباً همه‌ی کودکان در چند هفته‌ی اول بعد از وقوع زلزله دچار مشکلات خواب بودند و ترس از تاریکی، ترس از تنهایی، افکار مزاحم هنگام استراحت و کابوس در آن‌ها وجود داشته‌است. بیشتر آن‌ها افکار تکرار شونده نسبت به حادثه داشتند و نسبت به خوابیدن در محل‌های سرپوشیده و استفاده از انواع وسایل حمل و نقل، احساس خطر می‌کردند.

امیدواریم که در آینده، تحقیقاتی در این زمینه صورت بگیرد. زیرا فردی که در دوران کودکی با بحرانی سر و کار داشته و نسبت به آن سازگاری نیافته‌است در بزرگسالی و در مقابله با بحران‌های جدید، آسیب‌پذیرتر خواهد بود.

دو باور نادرست، موانع بالقوه‌ای برای شناسایی پاسخ کودکان نسبت به بلایا هستند که باید به آن‌ها توجه کرد:

(۱) این باور که کودکان به طور ذاتی انعطاف‌پذیر هستند و حتی از ضربه‌های شدید هم به سرعت بهبود خواهند یافت.

(۲) این که کودکان، تنها در صورتی تحت تأثیر بلایا قرار می‌گیرند که در اثر پاسخ‌های والدینشان، دچار مشکل می‌شوند.

شواهد نشان می‌دهد که کودکان، آثار بلا را به گونه‌ای مضاعف تجربه می‌کنند. حتی کودکان کم سن و سال نیز در اثر تجارب مرگ، تخریب، وحشت، صدمات جسمی، تجربه‌ی از دست‌دادن والدین و یا بی‌قدرتی آن‌ها، به طور مستقیم تحت تأثیر بلا قرار می‌گیرند. کودکان هم‌چنین به گونه‌ای غیرمستقیم و از راه همانندسازی با آثار بلا بر والدینشان و سایر بزرگسالانی که به آن‌ها اعتماد دارند (نظیر آموزگاران) و نیز در اثر واکنش‌های والدین خود به بلایا، تحت تأثیر قرار می‌گیرند.

مانع دیگر در شناسایی پاسخ‌های کودکان نسبت به بلا، تمایل والدین به تفسیر اشتباه واکنش‌های فرزندانشان است. برای والدینی که خود تحت فشار هستند، انزوای کودک، پرخاشگری یا سوء رفتارهای او، ممکن است تعمدی محسوب شوند. یا این که والدین ممکن است به دنبال یافتن شواهدی باشند که نشان می‌دهد زندگی آن‌ها دوباره مثل قبل تحت کنترل

قرار گرفته و «رو به راه» شده است. در هر صورت، آن‌ها ممکن است شواهد مربوط به ناراحتی فرزندانشان را نادیده گرفته یا آن را انکار کنند. کودک نیز به نوبه‌ی خود، ممکن است احساس مورد غفلت قرار گرفتن و بی‌اعتنایی بکند. این موضوع احتمالاً پیامدهای دراز مدتی برای رشد کودک دارد. در کوتاه مدت، کودک ممکن است احساسات خود را ابراز کند و لذا احساس ناایمنی، پریشانی و ناراحتی نموده به دوری از والدین متمایل گردد. بیشتر کودکان به گونه‌ای مناسب و معقولانه به بلایا پاسخ می‌دهند، به خصوص در صورتی که مراقبت، حمایت و ثبات والدین و دیگر بزرگسالان مورد اعتماد خود را تجربه کرده باشند. کودکان همچون بزرگسالان ممکن است با گستره‌ای از علایم به بلایا پاسخ دهند. پاسخ‌های آن‌ها معمولاً به پاسخ‌های بزرگسالان شبیه است، هر چند که کودکان ممکن است علایم را به شکلی مستقیم‌تر و کمتر تغییر یافته از خود نشان دهند.

واکنش‌های کودکان پیش‌دبستانی در حوادث و بلایا

در بین کودکان پیش دبستان (بین سنین ۵-۱۰ سالگی)، علایم اضطراب ممکن است به صورت منتشر با علائمی هم چون ترس از جدایی، ترس از بیگانه‌ها، ترس از «هیولاها» یا حیوانات و مشکلات خواب همراه باشد. کودک ممکن است از موقعیت‌ها یا محیط‌های خاصی دوری کند، با وجود این که حتی ارتباط چندان واضحی با بلایا نداشته باشند. کودک ممکن است به ظاهر با کلمات یا نمادهایی که همراهی آشکاری با بلایا ندارند، اشتغال خاطر بیابد و بازی‌های تکراری و سواس گونه‌ای از او سر بزند که نشان دهنده‌ی بخشی از تجربه‌ی بلا باشد. کودک ممکن است نوعی ابراز هیجان محدود را نشان داده یا الگویی محدود از بازی را از خود نشان دهد. او ممکن است از نظر اجتماعی کناره‌گیری کند یا مهارت‌های رشدی را که قبلاً کسب نموده، از دست بدهد.

معمولاً ترس و اضطراب کودکان از بلا به چیزهای دیگر تعمیم داده می‌شود. ترس آن‌ها از حادثه به ترس از باران، باد، تاریکی و حتی به محرکات غیرمرتبط با حادثه گسترش پیدا می‌کند.

واکنش‌های کودکان دبستانی در حوادث و بلایا

کودکان بزرگتر (کودکان سنین ۱۱-۶ ساله) ممکن است بازی‌های تکراری را انجام دهند که در آن بخش‌هایی از بلا را دوباره اجرا می‌کنند. یا به گونه‌ای تکراری به بازگویی داستان بلا می‌پردازند. کودک ممکن است به گونه‌ای واضح یا ظریف، علاقه‌مندی خود را به ایمنی و مشغولیت ذهنی با خطر ابراز کند. مشکلات خواب، تحریک‌پذیری یا رفتار پرخاشگرانه و

فوران خشم هم امکان بروز دارند. کودک ممکن است توجه بسیاری به نگرانی‌های والدینش داشته باشد و درباره اعضای خانواده و دوستانش به شدت نگران شود. از رفتن به مدرسه (احتمالاً با شکایت از علایم جسمانی) اجتناب نماید و برای جدا شدن از مراقبان درجه اول خود، اضطراب جدایی را نشان دهد. برای پر کردن شکاف‌های موجود در درک بلا، تبیین‌های «جادویی» از خود مطرح سازد و رفتارهای دیگری را از خود نشان بدهد که ویژگی کودکان بزرگتر است. ممکن است تغییراتی در رفتار، خلق و شخصیت کودک روی دهد، ترس و اضطراب آشکار، انزوا و کناره‌گیری، عدم علاقه‌مندی به انجام فعالیت‌ها، گنجی و منگی و حواس‌پرتی از جمله دیگر علائم بارز این کودکان می‌باشند.

واکنش‌های نوجوانان در حوادث و بلایا

همان طور که کودکان به سمت نوجوانی رشد می‌کنند، پاسخ‌هایشان هم به طور فزاینده‌ای مشابه پاسخ‌های بزرگسالان می‌شود. میزان بیشتر رفتارهای پرخاشگرانه، تمرّد و سرپیچی از والدین، بزهکاری، سوء مصرف مواد و رفتارهای پرخطر ممکن است به وجود بیایند. عملکرد تحصیلی آن‌ها دچار افت شده و میل به انتقام در آن‌ها ایجاد می‌شود.

کودکان به گونه ای مؤثر، تحت تأثیر پاسخ‌های والدینشان یا پاسخ‌های دیگر مراقبان به بلا، قرار می‌گیرند. کودکان به خصوص هنگامی نسبت به احساس ترک شدن، آسیب‌پذیر می‌شوند که از والدین خویش جدا شده یا آن‌ها را از دست بدهند. محافظت کردن از کودکان از طریق فرستادن آن‌ها به جایی دورتر از محل وقوع بلا، یعنی جدا کردن کودکان از افرادی که آن‌ها را دوست دارند، ضربه‌ی جدایی را هم به ضربه‌ی ناشی از بلا اضافه می‌کند. بنابراین حتی‌الامکان باید از این مسئله اجتناب نموده و کودکان در محل زندگی خود تحت مراقبت‌های لازم قرار بگیرند.

هر چند که برای یک بزرگسال، بلا می‌تواند آثار عمیق و ماندگاری داشته باشد، ولی نکته آن است که شخصیت بزرگسالان قبلاً شکل گرفته است. در مورد کودکان، با توجه به اینکه شخصیت آن‌ها در حال شکل‌گیری و رشد است، آثار بلا مهم‌تر هستند. کودک مجبور است تا هویت خود را در بافتی از آسیب‌های روان‌شناختی که به وسیله ی بلا ایجاد شده اند، بسازد. هنگامی که علایم ناشی از بلا درمان نشوند یا وقتی که بلا پیشرونده است، به دلیل حجم تخریب (مثلاً در اثر زلزله) یا مزمن بودن ضربه ی بلا (مثل جنگ یا تغییر مکان و زندگی در اردوگاه آوارگان)، پیامدهای آن بر رشد شخصیت و هویت کودک به مراتب جدی‌تر می‌شوند. کودک با ترس و اضطراب، با انتظار تخریب یا خشونت و قساوت و با جدایی از خانه و خانواده، نشو و نما می‌کند و بزرگ می‌شود. خود دوران کودکی، بازی‌ها، دوستی‌ها و عواطفش

از دست می رود. پاسخ‌های دراز مدت تر کودکانی که به طور مزمن ضربه خورده‌اند، به صورت سردی در رفتار، عدم حساسیت، هیجان و عاطفه نسبت به زندگی روزمره بروز می‌کند. خشونت ممکن است به مثابه ی موضوعی قانونی و به شکل یک هنجار تلقی شود. احساس امنیت داشتن و امید به آینده از بین می‌رود.

مسئله ی مهم دیگر که باید مورد توجه امدادگران قرار گرفته و در جهت جلوگیری از آن تلاش کنند این است که کودکان ممکن است در شرایط بحرانی بعد از حوادث و بلایا مورد تجاوز جنسی و یا سوء رفتار بدنی قرار بگیرند و خود این مسئله آثار روانی ناشی از بلا را چند برابر نماید.

همچنین کودکان و نوجوانان ممکن است تا مدتی طولانی تحت تأثیر بحران قرار داشته و علائم روان شناختی از خود بروز دهند. نمونه ی آن دانش آموزانی هستند که در تاریخ ۱۳۸۱/۱۲/۱۴ در پارک شهر تهران شاهد واژگون شدن قایق تعدادی از دوستان خود در دریاچه ی پارک و غرق شدن ۶ تن از آن ها بودند. تعدادی از این دانش‌آموزان که همگی محصل یک مدرسه ی راهنمایی دخترانه بودند خود سوار قایق بوده و در معرض غرق شدن بودند (۹ نفر زنده ماندند) و بقیه فقط نظاره گر این حادثه بودند. در تحقیقی که توسط میرزمانی و همکاران (۱۳۸۴) بعد از ۱۸ ماه از بروز حادثه بر روی ۱۹ نفر از این دانش‌آموزان انجام شد، مشخص شد که تعداد زیادی از آن ها (۸۹/۵٪) هنوز دچار علائم PTSD ناشی از این حادثه هستند، در حالی که هیچ حمایت یا درمان روان‌شناختی و روانپزشکی در مورد آن ها انجام نشده بود.

علائم مشاهده شده توسط کودکان سنین مدرسه

- افسردگی
 - کناره‌گیری (انزوا)
 - ترس منتشر که شامل کابوس و ترس‌های کاملاً مشخص از محرک‌های همراه بلا می‌باشد.
 - پرخاشگری و برون‌ریزی
 - رنجش، سوءظن و تحریک‌پذیری
 - رفتار بی‌سامان (آشفته) همراه با «بی‌قراری»
 - شکایات جسمانی: سردردها، مشکلات روده ای و معده ای، دردها و کوفتگی‌های عمومی.
- این علائم ممکن است در الگویی تکراری از غیبت از مدرسه دیده شوند.
- اشکال در تمرکز

- خاطرات، افکار و احساسات مزاحمی که به هنگام خستگی، استراحت و یا خوابیدن کودک روی می دهند.
- رویاهای تکراری
- از دست دادن احساس کنترل و مسئولیت پذیری
- از دست دادن امید به آینده
- از دست دادن هویت فردی
- از دست دادن احساس انتظارات معقول از تعاملات بین فردی
- از دست دادن احساس واقع گرایی در هنگامی که آسیب پذیر است یا در معرض خطر است
- احساس شرم
- عمل کردن و بازسازی جنبه هایی از بلا در بازی، نقاشی یا قصه گویی. نقاشی ها ممکن است تصوراتی از بلا و ابراز عجیب و غریب تصورات ناخودآگاه باشد که با اجزای تکراری و گسترده سازی هایی همراه هستند.
- مبادرت به اعمال حرکتی (جسمی) در مورد جنبه هایی از بلا، ژست های بدنی تکراری یا پاسخ هایی به استرس مربوط به بلا
- شکل دهی نشانه ها: کودک این اعتقاد را پیدا می کند که نشانه هایی که قبل از بلا به وقوع پیوسته بودند هشدار دهنده بوده و او می باید برای نشانه های بعدی مربوط به بلا، هشیار باشد.
- پسرفت: مانند شب ادراری، مکیدن انگشت، چسبندگی، اضطراب جدایی مفرط
- نشانگان اختلال استرس پس از ضربه به همان شکلی که بزرگسالان نشان می دهند، با این تفاوت که درمورد کودکان احتمالاً فراموشی، اجتناب و کرختی روانی کمتر روی می دهند.
- در مجموع واکنش های کودکان نسبت به بحران به عوامل زیر بستگی دارد:
 - (۱) میزان نزدیکی به منطقه بحران
 - (۲) میزان آگاهی از بحران
 - (۳) میزان آسیب بدنی
 - (۴) میزان ناتوانی
 - (۵) مشاهده ی جراحت یا مرگ عضوی از خانواده یا دوست
 - (۶) ترس واقعی یا احساس ترس
 - (۷) استمرار نابسامانی زندگی
 - (۸) از دست دادن دارایی شخصی و خانوادگی
 - (۹) شدت واکنش و الدین و وسعت فروپاشی خانواده
 - (۱۰) شرایط قبل از بحران

(۱۱) احتمال تکرار مجدد بحران

در تحقیقی بر روی دانش آموزان دبیرستانی شهر بم در سال بعد از زلزله (انوری، ۱۳۸۴) مشخص شد که ۷۴ درصد از آن ها مبتلا به درجات مختلفی از افسردگی هستند. در این تحقیق دخترها بیش از پسرها افسرده بودند و بین میزان افسردگی با از دست دادن یکی از افراد خانواده و ابتلای دانش آموز یا یکی از افراد خانواده ی او به آسیب جسمی در جریان زلزله و همین طور رضایت از وضعیت زندگی رابطه ی آماری معنادار وجود داشت. همچنین نوع، میزان و شدت واکنش کودکان در برابر بحران به نوع فهم آن ها از بحران و میزان رشد جسمانی و شناختی آن ها بستگی دارد. آسیب های بحران روی خانواده که به نوعی کودکان را تحت تأثیر قرار می دهد عبارتند از: (ساندرس^۱ و فلاین^۲، ۲۰۰۴)

- مرگ یا جراحت فیزیکی عضوی از خانواده
- از دست دادن محل سکونت و دارایی های زندگی
- تغییر مکان و تغییر مدرسه
- از دست دادن شغل و درآمد اقتصادی خانواده
- به هم ریختگی و بدکار کردی در نقش والدین

– نگرش بزرگسالان نسبت به کودکان

شاید تصور شود که واکنش کودکان نیز همانند بزرگسالان است از این رو ممکن است نتوانیم نشانه هایی را که کودک بروز می دهد تعبیر کرده و در نتیجه متوجهی شرایط بحرانی او نشویم. ما اغلب کودکان مان را تشویق می کنیم که احساسات خود را مخفی نگه دارند. وقتی گریه می کنند آن ها را آرام می کنیم. یعنی هر کاری که بتوانیم انجام می دهیم تا جلوی گریه ی آن ها را بگیریم و به ندرت آنان را تشویق به گریه کردن می کنیم. همیشه از اجازه دادن به کودکان برای شرکت در مراسم سوگواری و خاک سپاری امتناع می ورزیم، شاید به این دلیل نادرست که نمی خواهیم غم سوگواری را به آنان تحمیل کنیم. اما کودکان درست همانند بزرگسالان غمگین هستند.

آیا لازم است که یک کودک، جسد مادرش را ببیند؟

1. Sanders
2. Flynn

شاید بهتر باشد به کودک اجازه دهیم ببیند که این مادر او است که در تابوت آرمیده است. او به مادر علاقه‌ی زیادی داشت. آن‌ها خیلی به هم نزدیک بودند و اکنون باید برای همیشه با او خداحافظی کند. به یقین، این برای بچه خیلی بد است که در تصورات خود فکر کند که مادرش تبدیل به یک اسکلت شده است و این که هر چیزی در ارتباط با مرگ، ترسناک و ناخوشایند است.

آیا لازم است کودکان از مراسم خاک‌سپاری دور نگاه داشته شوند؟

شاید برای بچه‌ها بهتر باشد که در مراسم خاک‌سپاری شرکت نداشته باشند مگر این که یکی از اعضای خانواده، بستگان و دوستان نزدیک به خاک سپرده می‌شوند. به طور مثال برای کودک بهتر است که در مراسم خاک‌سپاری مادرش حضور داشته باشد. همچنین توضیح ویژگی‌های مرگ و مراسم خاک‌سپاری برای کودک، از آن جهت حائز اهمیت است که از ایجاد تصورات واهی در ذهن کودک جلوگیری می‌کند.

آیا لازم است که کودک در بحث‌های والدین منتظر طلاق، شرکت داشته باشد؟

در این باره، نظرات مختلفی وجود دارد. برخی مخالف حضور کودک در این بحث‌ها هستند و برخی معتقدند که بهتر است به کودک گفته شود که دلیل از هم پاشیدن زندگی‌شان چیست.

چگونه می‌توان به کودک بحران زده کمک کرد؟

در صورت امکان پیش از وقوع بحران، کودک را برای مقابله با آن آماده سازید. وقتی از چیزی ناراحت هستید سعی نکنید آن را از کودک خود مخفی کنید. بگذارید بدانند که تردیدها و مشکلات جزئی از زندگی هستند و همه باید در تحمل آن‌ها سهیم باشند، نه این که یک نفر به تنهایی بار آن‌ها را به دوش کشیده آن‌ها را تحت کنترل خود درآورد و از دیگران مخفی کند. کودک را تشویق کنید که احساسات خود را بروز داده و درباره‌ی آن‌ها صحبت کند. به او بگویید گریه کردن برای بچه‌های بزرگ هم بد نیست. این گفته‌ی بزرگترها که تو دیگر دختر یا پسر بزرگی شده‌ای دور از منطق است. وقتی کودک دچار بحران است:

به او احساس امنیت بدهید نه این که او را آرام سازید.

او را در آغوش بگیرید (اگر کوچک است روی پاهایتان بنشیند) و درباره‌ی شرایط با او گفت و گو کنید. به او بگویید که می‌دانید ناراحت یا ترسیده است اما به او کمک خواهید کرد که از

این ترس یا اندوه رها شود. این کار خیلی بیشتر از این که او را آرام کنید یا حواسش را پرت کنید به کودک کمک خواهد کرد. اگر جلوی گریه‌ی کودک را بگیرید او را مجبور می‌کنید تا اندوه و نگرانی خود را سرکوب کند. بنابراین به این باور می‌رسد که او نباید چنین احساساتی داشته باشد، در حالی که این احساسات واقعاً وجود دارند. با دلداری دادن به کودک او را تنها برای مدتی آرام خواهید کرد در حالی که کوهی از مشکلات را بر دوش او گذاشته و کمکی هم به او نکرده‌اید.

بگذارید خوب گریه کند.

گریه بر دو نوع است: نوع اول نق زدن وزاری کردن برای مدت طولانی است. این نوع گریه می‌تواند تمام روز ادامه داشته باشد. وقتی کودک نتوانسته به خواسته‌ی خود برسد یا این‌که احساس می‌کند نسبت به او بد رفتاری شده است این گونه گریه می‌کند. در چنین شرایطی با او صحبت کنید و از او بخواهید مشکل خود را توضیح دهد. در این صورت می‌توانید تصمیم بگیرید که آیا نسبت به وی بی‌انصافی شده یا خیر؟

نوع دیگر، گریه‌ی عمیق و از ته دل است. این نوع گریه، غم و غصه را دور می‌کند و کودک پس از گریه، احساس خوبی پیدا خواهد کرد. سعی نکنید گریه‌ی او را متوقف کنید، بلکه او را در آغوش گرفته و یا روی پای خود بنشانید و به او احساس امنیت بدهید. چنین گریه‌ای بیش از ۱۵ دقیقه طول نخواهد کشید. پس از آن، او خودش را تخلیه کرده است. بازی بچه‌ها را ببینید و نقاشی‌هایشان را مطالعه کنید.

کودک، احساسات خود را به روش‌های مختلفی چون بازی یا نقاشی بیان می‌کند. با او صحبت کرده از او بخواهید تعریف کند که بازی و نقاشی‌هایش درباره‌ی چیست؟ این راهی است که شاید به وسیله‌ی آن شما بتوانید او را با احساسات و تصوراتش سازگار کنید. از یک متخصص کمک بگیرید.

اگر از توانایی خود مطمئن نیستید یا فکر می‌کنید نمی‌توانید با کودک ارتباط برقرار کنید و تمام شواهد حکایت از وجود یک بحران روانی دارد از یک متخصص کمک بگیرید. سازگاری کامل کودک با احساسات خود، از این جهت حائز اهمیت است که از تأثیرات ناخوشانید آن بر بقیه‌ی زندگی او جلوگیری می‌کند.

زنان

در هنگام بروز حوادث و بلایا، زنان آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به مردان دارند. همچنین در اثر بلا بیشتر احتمال مرگ دارند تا مردان. زنان میزان بیشتری از علایم و پریشانی‌های روانی

بعد از بلا نظیر افسردگی، اختلال استرس پس از ضربه و اضطراب را از خود نشان می‌دهند. چندین جنبه از تجارب زنان از بلا ممکن است در بروز این نتایج نقش داشته باشد.

■ نقش زنان در خانواده:

زنان غالباً نقش مراقبت از خانواده را بر عهده دارند. در بحران‌ها آن‌ها باید در کنار اعضای دیگر خانواده بوده و یار و یاور آن‌ها باشند. این موضوع می‌تواند بر تمایل آن‌ها برای ترک خانه به هنگام بروز بلایایی همچون طوفان، اثر بگذارد. در حالی که آستانه فردی زنان برای ترک کردن موقعیت در چنین شرایطی عملاً پایین‌تر از سطح آستانه مردان است، ولی خواست واقعی آن‌ها برای رفتن ممکن است به اینکه بتوانند فرزندانشان را هم با خود ببرند یا نه، بستگی داشته باشد.

■ محدودیت‌های سنتی زنان:

زنان ممکن است به دلیل نقش‌ها و مشاغل سنتی که دارند، منزوی و محدود به خانه باشند. در نتیجه، ممکن است آن‌ها هم قبل و هم بعد از بلا کمتر به اطلاعات دسترسی داشته باشند. زنان همچنین ممکن است با توجه به نحوه‌ی امنیت فیزیکی خانه و نیز یکپارچگی حوزه‌های کاریشان در خانه و خانواده، به اثرات فیزیکی بلا آسیب‌پذیرتر باشند.

■ خشونت علیه زنان:

بعد از وقوع بلا، زنان ممکن است با تهدید دیگری چون خشونت روبرو بشوند. این تهدید ممکن است چند شکل به خود بگیرد. در درون خانواده، بلا ممکن است موجب شود تا همه اعضای خانواده تلاش خود را برای مقابله با بحران متحد سازند. اما پس از گذشت چند هفته یا چند ماه فشار مداوم، ممکن است باعث تفرقه بشود. به موازات بالا رفتن فشار خانواده، زنان با بدرفتاری‌های عاطفی و بدنی بیشتری از سوی همسرانشان و حتی فرزندانشان روبرو هستند. زنانی که قبلاً به دلیل کتک‌خوردن، از زندگی زناشویی دست کشیده‌اند، ممکن است مجدداً توسط افرادی دیگر مورد بدرفتاری‌های شدید قرار بگیرند (مثلاً در محل‌های اسکان)، یا در اردوگاه‌های آوارگان یا سرپناهها، مورد تجاوز به عنف یا دیگر اشکال خشونت قرار بگیرند. در موقعیت‌ها و شرایط جنگی، زنان و دختران به ویژه ممکن است به عنوان اهداف خاصی منظور شوند.

■ تبعیض علیه زنان:

در دوره پس از بلا زنان غالباً کمتر کمک و یاری به دست می‌آورند. همسران آن‌ها به عنوان رئیس‌خانه اغلب کانال جلب کمک و مساعدت به خانواده هستند و ممکن است این کمک‌ها را به تساوی در درون خانواده توزیع نکنند. زنان در مواردی که با کمبود مواد غذایی روبرو

هستند، از کمترین اولویت در به دست آوردن بخشی از غذای فراهم شده برخوردار بوده‌اند. در بعضی از موارد دیگر تبعیض در زمینه دریافت غذا و کمک‌های امدادی و توجهات پزشکی در محل‌های اسکان هم مشکل ساز بوده است. تشکیلات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی در محل‌های اسکان و اردوگاه‌ها غالباً توجهی به نیازهای زنان در زمینه سلامت باروری و جنسی آن‌ها و ایجاد آسایش و دور کردن آن‌ها از دیگر منابع فشار از قبیل مسئولیت مراقبت از کودکان نکرده و اغلب تهیه و تدارک این تسهیلات را به عنوان اولویت‌های پایین تلقی نموده‌اند.

بعد از وقوع بلایا ممکن است به بهداشت باروری زنان توجه کافی نشده و به خاطر کمبود وسایل جلوگیری از بارداری، میزان بارداری‌های ناخواسته افزایش یابد که با توجه به شرایط سخت زندگی بعد از وقوع بلا، مشکل دیگری به مشکلات زنان اضافه می‌شود. همچنین در کشورهای غربی ممکن است میزان ابتلا به بیماری‌های مقاربتی و نیز میزان حاملگی‌های نامشروع افزایش یابد.

پس از بلا، زنانی که در اثر بلا بیوه شده‌اند ممکن است بسیار سخت‌تر از مردان بتوانند دوباره ازدواج بکنند. فقدان مهارت‌های قابل عرضه در بازار کار برای به دست آوردن یک شغل دارای درآمد، ممکن است زنان را به فقر و فلاکت بیاندازد. ضمن آن که همسر هم ممکن است خانواده را ترک کرده و به دنبال یافتن شغلی درآمدزا در جای دیگر باشد و بنابراین زن خود را به کمک‌های دیگران متکی‌تر کرده و او را منزوی‌تر از قبل بسازد.

البته باید تأکید کرد که تجربه زنان از بلا می‌تواند فرصت‌هایی را برای آن‌ها فراهم آورد. زنان، شبکه‌های اجتماعی بهتری داشته و بیشتر از مردان از حمایت‌های اجتماعی برخوردار باشند. آن‌ها ممکن است در سازمان‌های مردمی در نقش رهبر ظاهر شوند و بتوانند نقش‌هایی غیر سنتی را بر عهده بگیرند. البته این تغییرات بدون خطر هم نیست، چون ممکن است به تعارضاتی درون خانواده بیانجامند.

– زنان باردار

زلزله، سیل و طوفان از جمله بلایا و سوانح طبیعی هستند که می‌توانند بارداری زنان را تحت تأثیر قرار دهند (حسینی و رمضان زاده، ۱۳۸۴). بنابراین از بین زنانی که در معرض بحران قرار می‌گیرند، زنان باردار گروهی هستند که آسیب‌پذیری بیشتری داشته و نیاز به مراقبت و حمایت‌های بیشتری دارند. به طور طبیعی زنان باردار نیاز به استراحت کافی، تغذیه مناسب، آرامش روانی و مراقبت‌های بهداشتی – پزشکی خاصی دارند که همه‌ی این‌ها در بحران‌ها

آسیب می بینند، در نتیجه زن باردار و جنین او در معرض خطرات متعددی قرار می گیرند و ثابت شده هر چقدر سن حاملگی در زمان وقوع بحران کمتر باشد اثرات بحران بر روی حاملگی بیشتر بوده و طول دوره ی بارداری نیز کوتاهتر می شود. تحقیقات متعددی که بر روی زنان باردار در حوادث و بلایا انجام شده احتمال بروز مشکلات متعددی برای مادر، جنین و حتی در مورد وضعیت آینده ی نوزاد متولد شده گزارش نموده اند که بعضی از آن ها عبارتند از:

- استرس جنین در اثر استرس مادر
- سوء تغذیه جنین به علت سوء تغذیه مادر
- تأخیر رشد جنین در داخل رحم
- ابتلای جنین به ناهنجاری های مادرزادی
- کوتاه شدن طول دوره ی بارداری (زایمان زودرس)
- سقط خود بخود
- وزن کم جنین موقع تولد
- مرگ جنین در داخل رحم
- عوارض مختلف نوزاد در زمان تولد و حتی مرگ نوزاد
- ابتلای نوزاد به اختلالات یادگیری در سنین بعدی
- احتمال بیشتر ابتلای نوزاد به اسکیزوفرنی و افسردگی در سنین نوجوانی

تجارب ایران

مطالب این قسمت به نقل از مقاله ی آقای سعید مدن و همکاران که در کتاب «مجموعه مقالات دومین همایش علمی - تحقیقاتی مدیریت امداد و نجات» چاپ شده، ذکر شده است. کتاب مذکور در سال ۱۳۸۵ از سوی مؤسسه ی آموزش عالی علمی - کاربردی هلال ایران منتشر شده است.

مطالعه درباره ی نحوه ی ارائه خدمات توانبخشی به آسیب دیدگان زلزله ی گیلان نشان داد که تعداد زنان آسیب دیده نیازمند خدمات توانبخشی در زلزله منطقه رودبار پس از وقوع زلزله به مراتب بیشتر از مردان بوده است. در این بررسی ۷۱/۹ درصد از نیازمندان به خدمات مورد بحث را زنان تشکیل می دادند (کمالی، ۱۳۸۲). یافته های تحقیق مذکور نشان داد آسیب دیدگی پس از وقوع زلزله در جنس مؤنث به طور قابل ملاحظه و معنی دار بیش تر از مردان بوده است. به نظر می رسد برخی ویژگی های فردی در مردان می تواند عاملی برای تفاوت باشد، زیرا زلزله ی گیلان (رودبار- منجیل) در شب، هنگام خواب، اتفاق افتاده است و همه ی

افراد اعم از زن و مرد در خانه بوده اند. می توان گفت که مردها با توجه به وضعیت جسمانی خود نسبت به زن ها آمادگی بیشتری برای مقابله و گریز از زلزله دارند و از طرفی اساساً زن ها میزان آسیب پذیری بیشتری در مقابل زلزله دارند.

گزارش آقابخشی (۱۳۸۲) از اولین روزهای پس از زلزله ی بم نیز بر مشکلات ویژه ی زنان و دختران در این حادثه تأکید دارد. وی می نویسد «وضع کودکان و زنان وخیم تر است. کسی به نیاز بهداشتی زنان و دختران نمی اندیشد. از توالت و حمام صحرایی نشانی نیست و ...» محقق مذکور در پیش نویس «منشور مددکاری اجتماعی برای فاجعه های غیرمترقبه» اقدام اجتماعی برای برپایی سریع ستادهای خدماتی به منظور اسکان اضطراری و موقت کودکان، زنان، سالمندان و معلولان در منطقه را توصیه کرده است.

نتایج بررسی «وضعیت زندگی بازماندگان زلزله بم» (بیان زاده، ۱۳۸۳) نشان داد چند هفته پس از وقوع زلزله در مقابل ۵۹/۳ درصد زنان که هیچگونه فعالیتی نداشته اند، ۸۲/۱ درصد مردان از وضعیتی مشابه برخوردار بودند. همچنین ۳۶/۳ درصد زنان پس از وقوع حادثه به انجام امور منزل مشغول و ۱/۱ درصد آنان نیز سوگواری می کردند. در مقابل تنها ۱۶/۸ مردان در محل کار حضور و یا به آواربرداری اشتغال داشتند.

نتایج یک پژوهش میدانی درباره ی نیازسنجی و ارزیابی ظرفیت های زنان بم، از طریق مصاحبه با ۴۵ زن ۱۵ تا ۴۵ ساله در شش منطقه ی شهر بم و روستای اسپیکان نشان می دهد که موقعیت فرودست زنان در خانوار با گسیخته شدن بخشی از نظام حمایتی خانوار، در نتیجه از دست رفتن شوهر، پدر و ... می تواند منشأ بحران های تازه ای برای زنان و دختران شود و توانمندسازی زنان برای مواجهه با این پیامدها مستلزم تغییر نگرش به نقش های سنتی گذشته و ایجاد و تقویت نقش های جدید زنان است. (اخلاص پور، ۱۳۸۳). این بررسی نشان می دهد که کمتر از ده درصد این زنان قبل از زلزله شاغل بوده اند و بیش از ۹۰ درصد از زنان مصاحبه شونده در فصل برداشت خرما با دستمزد روزانه ۱۰۰۰ تا ۲۰۰۰ تومان به کار جمع آوری و بسته بندی خرما می پرداختند. بیش از نیمی از این زنان دارای تحصیلات دیپلم و بالاترند و همین تعداد از آنان سعی کرده اند در حرفه های سنتی زنانه تر (مانند خیاطی و آرایشگری) مهارتی کسب کنند. اما تنها ۱۵ درصد از آن ها سابقه ی کار حرفه ای در این زمینه ها داشته اند. ۱۵ درصد از مصاحبه شوندگان با نحوه ی استفاده از کامپیوتر آشنا بوده اند.

در مجموع نتایج حاصل از این پژوهش نشان می دهد که فقدان دارایی و مالکیت، عدم مهارت و نبود شغل هایی که زنان قادر به انجام آن باشند وضع معیشتی و توانایی امرار معاش زنان را، به ویژه پس از قطع کمک های امدادی، بسیار دشوارتر خواهد کرد.

معاون سازمان بهزیستی در ۱۷ فروردین ۱۳۸۳ اعلام نمود پس از زلزله ی بم تعداد زنان سرپرست خانوار از ۲۵۰ نفر که تحت پوشش سازمان بهزیستی بودند به ۲۹۱۶ نفر رسید که باید حمایت های خاص از آنان صورت گیرد. (روزنامه جام جم، ۱۳۸۳/۱/۱۷) به اعتقاد اخلاص پور (۱۳۸۳) پژوهشگر مستقل مقیم بم سه دسته از مهم ترین مشکلات زنان بم پس از وقوع زلزله عبارتند از:

۱- قانون مدنی ایران در تقسیم ارث تبعیض آمیز و ناعادلانه است. در شرایطی که بر اثر زلزله ۲۰۰۰ زن سرپرست خانوار برجای مانده اند و هیچ بنا و اعیانی از مایملک خانواده بر جای نمانده است، حق زنان بر عرصه (زمین) براساس قانون ارث انکار می شود.

۲- ازدواج اجباری دختران جوان با شوهر خواهری که در زلزله کشته شده است، به ویژه برای حمایت از کودکان خواهر به صورت گسترده به چشم می خورد. در بحران عاطفی موجود که خانواده ها فرزندان زیادی را از دست داده اند توانایی دختران برای مقابله با ازدواج های اجباری به شدت کاهش یافته است. گاه دختران جوان به صیغه مردان غیر بومی در می آیند و در کوتاه مدت مبالغی را دریافت می کنند. در مورد قاچاق زنان و دختران یا اشکال غیررسمی سوء استفاده از آنان اطلاعات دقیقی وجود ندارد.

۳- افزایش کار زنان و بار مضاعفی که در شرایط حاضر به دوش می کشند، برخلاف دو مورد قبلی بسیار آشکار است. در حالی که در بسیاری اوقات مردان وقت خود را در داخل چادرها می گذرانند، زنان دائماً به شستن ظرف و لباس در فضاهای نامناسب و دشوار مشغولند و از کودکان، سالمندان و بیماران مراقبت می کنند.

— خلاصه مطلب

به طور خلاصه این که پس از وقوع حوادث و بلایا زنان بنا به دلایلی که در زیر می آید آسیب پذیری بیشتری نسبت به مردان داشته و به همین دلیل باید مورد توجه و حمایت بیشتری از سوی امدادگران، تیم ها و مراقبین بهداشت روانی و مسئولین امداد رسانی قرار بگیرند:

- زنان نسبت به مردان آسیب پذیری جسمی و روانی بیشتری دارند.
- زنان نقش مراقبت از فرزندان (و حتی گاهی مراقبت از همسر، والدین و ...) را به عهده داشته و به همین دلیل وظیفه ی سنگین تری نسبت به مردان دارند.
- زنان به دلیل وابستگی زیاد به فرزندان خود، ممکن است در هنگام آسیب دیدگی حاضر به دوری از فرزندان برای دریافت مراقبت ها و درمان های بیشتر نباشند.
- زنان باردار نیاز به مراقبت و حمایت بیشتری داشته و علاوه بر خود آن ها، جنین آن ها نیز در معرض خطرات عمده ای قرار دارد.

- زنان بلا دیده در هنگام دریافت غذا، کمک‌های امدادی و کمک‌های بهداشتی- درمانی ممکن است به طور آگاهانه یا ناآگاهانه از سوی همسران خود، امدادگران و سازمان های امداد رسانی مورد تبعیض قرار گیرند. بسیاری از زنان توانایی لازم برای گرفتن حق خود را ندارند.
- زنان در دوره‌های بعد از وقوع حوادث و بلایا ممکن است از سوی همسر خود یا دیگر افراد مورد سوء رفتار جسمی و خشونت قرار بگیرند.
- زنان در معرض سوء رفتارهای جنسی و تجاوز به عنف هستند.
- ممکن است در زمان وقوع حوادث و بلایا توجه کافی نسبت به نیازهای خاص زنان (مثلاً نیازهای مربوط به دوره‌ی عادت ماهانه) وجود نداشته باشد.
- میزان حاملگی‌های ناخواسته ممکن است پس از وقوع بلایا و حوادث افزایش یابد.
- زنانی که در حادثه یا بلا همسر خود را از دست داده‌اند و نیز زنانی که از قبل بی‌سرپرست بوده‌اند، مشکلات بیشتری دارند.
- زنان در مورد پیدا کردن شغل مناسب و کسب درآمد محدودیت‌های بیشتری نسبت به مردان دارند.

سالمندان

گزارش‌های مربوط به نحوه‌ی پاسخ سالمندان به بلا، مشخص نیست. در بعضی از بلایا، سالمندان آسیب‌پذیرتر از افراد جوان بوده و در برخی دیگر تفاوت آشکاری وجود نداشته است. اما با این وجود شواهد دلالت بر این دارند که در صورت بروز بلا، سالمندان در معرض خطر بالایی قرار گرفته و تحت تأثیر اثرات ناگوار عاطفی بلایا قرار می‌گیرند. افسردگی و دیگر اشکال پریشانی در بین سالمندان به راحتی نادیده گرفته می‌شود، چون سالمندان دقیقاً همان الگوی علامتی را که افراد جوان تر از خود بروز می‌کنند، نشان نمی‌دهند. برای نمونه از دست دادن جهت‌یابی، از دست دادن حافظه و حواس پرتی ممکن است از نشانه‌های افسردگی در سالمندان باشند. سالمندان همچنین نسبت به اینکه قربانی شوند آسیب پذیری بیشتری دارند. با توجه به افزایش استرس و فشار بر خانواده و جامعه، رفع نیازهای ویژه سالمندان ممکن است در زمره‌ی اولویت‌های اولیه قرار نگیرد و این احساس به وجود آید که آن‌ها کل زندگی خود را از دست داده‌اند (فرزندان و خانه) و به دلیل سنشان، زمان کافی برای بازسازی و ترمیم دوباره زندگی ندارند. همچنین احتمال بیشتری وجود دارد که آن‌ها دچار ناتوانی‌های جسمی شوند. با توجه به همه‌ی این موارد، سالمندان در هنگام وقوع حوادث و بلایا نیاز به توجه و حمایت‌های ویژه دارند.

معلولین و بیماران

هر چند که افراد مبتلا به ناتوانی‌های جسمی، بیماران روانی و عقب ماندگان ذهنی نیازهای متمایزی از یکدیگر دارند، ولی هر سه گروه در بلایا، در معرض خطر بالایی قرار دارند. در اثر بلایا، الگوهای عادی مراقبت و کمک‌هایی که اعضای هر یک از سه گروه دریافت می‌کرده‌اند و سازگاری‌هایی که داشته‌اند تا سطوح قابل‌پذیرشی از عملکرد را انجام بدهند، مختل می‌شود. برای نمونه مواد دارویی، ابزار کمکی مثل صندلی چرخدار، مراقبان آشنا و برنامه‌های درمانی مؤثر ممکن است غیر قابل دسترس بشوند. این موضوع هم آثار مستقیمی بر افراد گروه‌های فوق دارد و هم اضطراب و استرس را افزایش می‌دهد. استرس می‌تواند به نوبه‌ی خود بیماری روانی را که از قبل وجود داشته، تشدید کند. همچنین ممکن است نیازهای ویژه‌ای از نظر مکان زندگی یا غذا وجود داشته باشد.

بیماران روانی یا افراد مبتلا به تأخیرهای رشدی همچنین ممکن است منابع مقابله‌ای قابل دسترس کمی برای سازگاری داشته باشند، یا اصلاً فاقد چنین منابعی باشند یا توانایی اندکی برای بسیج حمایت‌ها و کمک‌ها به نفع خودشان دارا باشند. مشکلات مداوم افراد ناتوان ممکن است به نسبت مشکلات قربانیان دیگر بلا از اهمیت کمتری برخوردار باشد. حتی ممکن است ناتوانی‌های این افراد به عنوان مانعی برای مقابله و رویارویی با خود بلا، در نظر گرفته شود. افراد مبتلا به ناتوانی به ویژه نسبت به در حاشیه قرار گرفتن، منزوی شدن و «قربانی شدن ثانویه» آسیب‌پذیری دارند. این عده پس از بلایا در معرض بالاترین خطر سوء تغذیه، بیماری‌های عفونی (به خصوص در محل‌های اسکان) و تأثیرات عدم دریافت مراقبت‌های بهداشتی کافی قرار دارند.

معتادین

منظور از معتادین افرادی هستند که مصرف مرتب مواد مخدر یا محرک، الکل یا داروهای آرام‌بخش (بدون تجویز پزشک) دارند. در مورد این افراد چند مسئله حائز اهمیت است:

۱- معتادین به‌خاطر اعتیادشان در مقابل حوادث و بلایا، آسیب‌پذیری جسمی و روانی بیشتری دارند. هر چه قدر اعتیاد آن‌ها شدیدتر باشد آسیب‌پذیری آن‌ها نیز بیشتر است. دلیل این مسئله هم آن است که اعتیاد باعث ضعیف شدن جسم و روان شده و اغلب معتادین دچار بیماری‌های جسمی و روانی ثانویه هم می‌شوند (مثل بیماری‌های عفونی، بیماری‌های کبدی، سوء تغذیه، افسردگی، ...). بنابراین افراد معتاد آسیب‌پذیری بیشتری در حوادث و بلایا داشته و نیاز به توجه بیشتر دارند.

۲- قطع مصرف ناگهانی مواد، الکل یا داروهای آرام‌بخش به علت بروز حادثه یا بلا می‌تواند باعث مشکلات جسمی مختلف شده و حتی خطرناک هم باشد. همچنین افرادی که اعتیاد

داشته و در اثر حادثه یا بلا دچار جراحت یا بیماری شده اند، ممکن است علائم ترک مواد به علائم بیماری یا جراحت آن ها اضافه شده و باعث گمراهی پزشکان شود. بنابراین افراد حادثه دیده ای که اعتیاد دارند (چه افراد سالم و چه افراد مجروح) باید هر چه سریعتر شناسایی شده و تحت درمان های دارویی جایگزین و نیز اقدامات درمانی ضروری دیگر قرار گیرند.

۳- در روزهای اول پس از یک فاجعه، احتمالاً دسترسی به مواد اعتیادآور کم می شود و بنابراین ممکن است افراد معتاد دچار علائم و عوارض ناشی از ترک ناگهانی مواد شوند، ولی بعد از مدتی به خاطر شرایط خاص منطقه و کاهش تدابیر امنیتی مجدداً میزان موادمخدر بیشتر شده و حتی ممکن است نسبت به زمان قبل از بروز فاجعه هم بیشتر شود. بنابراین نیروهای انتظامی و امنیتی باید توجه ویژه ای نسبت به این مسئله داشته باشند.

۴- با توجه به میزان شیوع اعتیاد در هر منطقه، باید درمان ها و داروهای لازم برای درمان معتادین در منطقه ی آسیب دیده از بلا به میزان کافی در دسترس قرار گیرد. در این صورت تیم های بهداشت روانی و امدادگران می توانند معتادین را تشویق نمایند تا از فرصت به دست آمده برای ترک اعتیاد استفاده نمایند.

۵- در شرایط سخت بعد از وقوع بلایا ممکن است عده ای از افراد به خاطر رهایی از ناراحتی و استرس مبادرت به سوء مصرف مواد، الکل و یا داروهای آرام بخش نمایند که در صورت تداوم منجر به اعتیاد آن ها خواهد شد. امدادگران و اعضای تیم های بهداشت روانی باید بیش از همه نسبت به این مسئله حساس بوده و با راهنمایی های لازم و حمایت های روانی لازم از بروز این مسئله جلوگیری کنند.

امدادگران و سایر کارکنان امداد و نجات

آنچه تاکنون مورد بررسی قرار گرفت این بود که ما چگونه می توانیم به یک نفر برای سازگاری و انطباق و سازش با بحران کمک کنیم؛ اما تأثیرات شرایط بحرانی که تجربه می کنیم بر روی خود ما به عنوان امدادگر کمتر مورد بحث قرار گرفته است. حال آن که ما در حین ارائه کمک های اولیه ی جسمی و روانی، توجهی به مشکلات خود نداریم.

امدادگران بلایا، افرادی که بلافاصله پس از بروز یک بلا، تلاش های امدادی را شروع می کنند یا کسانی که در دوره طولانی تری به ارائه ی کارهای امدادی می پردازند، به میزان خیلی زیاد در معرض آثار عاطفی ناگوار بلایا قرار دارند. بسیاری از عواملی که به طور مستقیم بر امدادگران اثر می گذارند بر کارکنان واحدهای حقوق بشر، کارکنان دفاتر سازمان های انسان دوستانه، خبرنگاران و سایر کسانی که به مطالعه و بررسی بلایا و مسائل بعد از آن می پردازند هم تأثیر می گذارند.

عوامل ایجاد فشار روانی بر امدادگران:

- امدادگران ممکن است خودشان قربانیان اولیه ی بلا باشند و همان فشاری را که قربانیان اصلی تجربه می کنند، متحمل شوند.
- امدادگران به طور مکرر با تجارب هولناک (چون پوشاندن اجساد)، هیجان ها و عواطف قوی و داستان های دلخراش قربانیان، روبرو می شوند.
- وظایف آن ها ممکن است از نظر روحی و جسمی مشکل، تحلیل برنده (ناتوان کننده) یا خطرناک باشد.
- شرایط کاری آن ها ممکن است منجر به بی خوابی و خستگی مزمن شود.
- امدادگران با فشارهای گوناگونی روبرو می شوند که از جمله آن ها را می توان احساس عدم کفایت برای انجام کار دانست. در این گونه موارد هر چند محدودیت هایی در فعالیت آن ها ایجاد می شود که ممکن است ناشی از واقعیات و یا فشارهای سازمانی و اداری موجود بوده و خارج از کنترل آن ها باشد (مثل کمبود مواد، کمبود نیروی انسانی)، با این وجود آن ها خود را مقصر قلمداد می کنند.
- آن ها ممکن است به خاطر آن که قربانیان اصلی به غذا، سرپناه و سایر امکانات دسترسی کافی ندارند، احساس گناه کنند.
- امدادگران ممکن است با قربانیان همانندسازی بکنند.
- میزان فعالیت امدادگران در حوادث و بلایا معمولاً سنگین و طاقت فرسا است.
- دوری از خانواده یکی دیگر از عوامل ایجاد استرس در امدادگران است (عدم برخورداری از حمایت های روانی خانواده و نگرانی در مورد خانواده).
- مشاهده مجروحان بخصوص اطفال مجروح، دیدن اطفالی که والدین خود را از دست داده اند، شنیدن صدای عجز و ناله و برخورد با اجساد متلاشی و استشمام بوی بد آن ها از جمله علل ایجاد استرس در امدادگران است.
- امدادگرانی که آموزش های کافی برای امداد و نجات ندیده اند ممکن است در صحنه ی حادثه دچار احساس بی کفایتی و استرس شوند.
- امدادگران ممکن است زمانی که تلاش ها به شکست می انجامد، خود را مقصر بدانند.
- امدادگران ممکن است مورد خشم یا ناسپاسی آشکار بعضی از قربانیان قرار بگیرند.
- امدادگران افزون بر پاسخ های پس از ضربه ای که شبیه پاسخ های قربانیان اولیه بلا است، ممکن است شواهدی از خشم، عصبانیت، ناامیدی، احساس ناتوانی، گناه، وحشت یا حسرت جایی امن را از خود نشان دهند. این احساسات پریشان کننده بوده و موجب می شود آن ها فکر کنند که کاری اشتباه انجام داده اند. خشم از امدادگران دیگر یا قربانیان، ممکن است احساسی مثل یک حمله شخصی را به دنبال داشته باشد. اعتقاد به خدا و سایر اعتقادات مذهبی آن ها، با

وجود این احساس و فکر که "چگونه خدا می‌تواند اجازه این چنین اتفاقی را بدهد؟" مورد تهدید قرار می‌گیرد و پس از مدتی کارکردن، شواهدی از "فرسودگی" در آن‌ها به وجود می‌آید.

امدادگران حرفه‌ای چون نیروهای انتظامی و آتش‌نشان‌ها، منابع منحصر به فردی از آسیب‌پذیری دارند. هویت حرفه‌ای آن‌ها ممکن است به تصویری از خود در آن‌ها منجر شود که خود را قوی و مقاوم تصور کنند، به خودشان این اجازه‌ی را ندهند تا در وضعیت‌هایی که با آن‌ها روبرو می‌شوند "تحت تأثیر" عواطف خود قرار بگیرند، چرا که احساس می‌کنند با این کار وضعیت آن‌ها از نظر مورد احترام واقع شدن به خطر می‌افتد یا در معرض تمسخر امدادگران دیگر قرار می‌گیرند. افزون بر این، امدادگران حرفه‌ای ممکن است با وضعیت‌های ضربه‌زای قبلی بسیاری روبرو شده باشند و تجارب تازه ممکن است احساسات حل نشده ناشی از وقایع ضربه‌زای قبلی را فعال سازد.

در بررسی انجام گرفته توسط یاسمی و همکاران (۱۳۷۷) در دو منطقه‌ی زلزله‌زده‌ی اردبیل و جنوب خراسان (بیرجند و قائنات) مشخص شد که نیاز به حمایت‌های روانی - اجتماعی در مورد همه‌ی امدادگران درگیر در عملیات امداد و نجات وجود دارد.

علائم فرسودگی در امدادگران

- خستگی مفرط و تحلیل توانایی‌های شغلی
- از دست دادن روحیه
- تحریک‌پذیری
- عدم توانایی برای تمرکز حواس
- علایم جسمانی (مثل سردرد، مشکلات روده‌ای- معده‌ای)
- مشکلات مربوط به خواب
- باورهای بزرگ منبسط (درگیر شدن در کارها و رفتارهای قهرمانانه و بی‌پروا، انجام دادن علاقه‌ظاهری در کمک کردن به دیگران، بی‌نیازی به خواب و استراحت)
- بدبینی
- ناکارآمدی
- بی‌اعتمادی به همکاران یا مسئولان
- مصرف افراطی مواد مخدر و سیگار

▪ کاهش توانمندی‌های سازگاری و مقابله‌ای

کسانی که خدمات بهداشت روان را برای قربانیان تدارک می‌بینند و نیروهای امداد و نجات و کسانی که به بررسی بلایا می‌پردازند (برای مثال خبرنگاران، کارکنان سازمان های حقوق بشری، مسئولان سازمان های انسان دوستانه که به کار «نیاز سنجی» مشغول هستند)، نیز با فشارهای خاصی روبرو می‌شوند. نقش اصلی این عده، شهادت دادن بر درد و رنج دیگران است. آن‌ها ممکن است با مراجعان خود همانند سازی نموده عواطف خود را به آن‌ها نشان بدهند. در زمینه‌ی تعارضات در حال ادامه (مانند تعارضات مدنی، مبارزات سیاسی، اردوگاه‌های آوارگان جنگی)، امدادگران بهداشتی خود به گونه‌ای فزاینده به عنوان اهداف خشونت مدنظر قرار می‌گیرند. تماس با قربانیان و ارایه‌ی توصیه و حمایت به افراد محلی ممکن است به عنوان تهدید دولت یا جانبداری از یکی از طرفین دعوا یا افراد و نیروهای صاحب اقتدار موجود در اردوگاه آوارگان تلقی شود. در چنین شرایطی است که امدادگران بهداشتی ممکن است دچار آزار، حبس، توقیف یا حمله‌ی بدنی از سوی قربانیان شوند. در بعضی از شرایط به دلیل آن‌که نیروهای انتظامی یا نظامی، خود "بخشی از مشکل" هستند، امدادگران نمی‌توانند به قانون، جهت محافظت از خود پناه ببرند. نتیجه‌ی این کار ممکن است نوعی احساس مفرط ناتوانی، خشم، ترس و اضطراب و اشتغال خاطر با امنیت مراجعان و خود باشد. در این مورد ممکن است احساس مورد خیانت واقع شدن، احساس آسیب‌پذیری، احساس بی‌اعتقادی به این‌که در دنیا همه چیز روی حساب است و احساس وجود بی‌عدالتی در دنیا به فرد دست بدهد.

تمامی امدادگران وقتی که وظایف امدادی خود را انجام و به خانه و به سر زندگی عادی خود بر می‌گردند، با فشارهای اضافی روبرو می‌شوند. تجارب آن‌ها بسیار متفاوت از تجارب خانواده‌هایشان بوده و در صورت عدم آمادگی امدادگران و خانواده‌هایشان، تعارضات زناشویی و استرس‌های زیادی بین والدین و کودک ممکن است به وجود بیاید. در بین امدادگران، پاسخ‌های عاطفی پریشان‌کننده یا مشکل‌زا به حد بسیار فراوانی شایع هستند. برای نمونه، در یک سانحه‌ی هوایی بیش از هشتاد درصد امدادگرانی که اجساد قربانیان را جا به جا و دستکاری می‌کردند، بعضی از علائم اختلال پس از ضربه را از خود نشان می‌دادند که بیشتر از نیمی از این علائم، متوسط تا شدید بود. تقریباً دو سال بعد از سانحه‌ی هوایی فوق یک پنجم امدادگران، هنوز علائم اختلال را در خود گزارش نمودند.

بعضی از امدادگران در صحنه‌ی حادثه بیش فعال و پرکار می‌شوند. چنین امدادگری فکر می‌کند او تنها کسی است که می‌تواند موقعیت را اداره کند یا به قربانیان بهترین کمک‌ها را ارائه دهد. او ممکن است بدون وقفه و حتی در زمان استراحت کار کند و هیچ‌گونه وآن هادن کار را حتی برای استراحتی کوتاه نپذیرد. این الگوی رفتاری **نشانگان ضد فاجعه** (Counter-disaster syndrome)

نامیده می‌شود و توسط بسیاری از امدادگران فاجعه‌های مختلف توصیف شده است. این حالت ممکن است به حدی شدید، ناسودمند و مخرب شود که حتی به ضد خود تبدیل شود (رافائل ۱۹۸۶؛ ص ۲۳۲ به نقل از براتی سده).

در کشور ما نیز براساس تحقیقی که بر روی گروهی از امدادگران حاضر در زلزله‌ی شهرستان بم انجام شد (براتی سده، ۱۳۸۴) مشخص شد که این امدادگران سطح بالاتری از تنش، فشار و مشکلات روان‌شناختی در مقایسه با امدادگران غیر حاضر در بم دارند و این مشکلات به ویژه در حیطه‌های مرتبط با مسائل جسمانی، نحوه‌ی انجام عملکردهای شغلی و نگرش نسبت به کار و حرفه و در زمینه‌های روابط اجتماعی و هیجانی از شدت معنی‌داری برخوردار است.

پس از پایان عملیات امداد و نجات، امدادگران به دلیل واکنش‌های خود یا برخورد با واکنش‌های قربانیان اصلی به‌ندرت آمادگی ورود به جامعه را دارند. تدارک کمک‌های روانی اجتماعی برای این قبیل امدادگران و آرایه‌ی سرپناه، غذا و استراحت، حتی در زمانی که این قبیل خدمات برای خود قربانیان وجود ندارد، یک اولویت بسیار بالا در بلا‌یاست. هر چند که این امر ممکن است ناعادلانه به نظر برسد، ولی اگر امدادگران عملیات امداد و نجات قادر نباشند که به طور مؤثر عمل کنند، نمی‌توانند به کسی کمک و یاری برسانند.

خود امدادگران نیز برای جلب کمک دیگران نباید هیچ فرصتی را از دست بدهند. کمک گرفتن از دیگران کاری بسیار منطقی است. برای مثال اگر کمک‌های اولیه‌ی معمول را ارائه کرده‌اید و به دلیل این که به وظایف خود آشنایی دارید همه چیز به خوبی پیش رفته است، در بیشتر موارد لازم است با کسی صحبت کرده و جریان سانحه را مرور کنید. شما قادر نیستید مانع تأثیرات سانحه بر روی خود شوید، بنابراین باید با واکنش‌های خود تطبیق یابید.

اعضای حرفه‌ای تیم‌های امداد و نجات به خاطر آموزش‌ها و تجربیات خود قادرند در کمال آرامش و با مهارت کار خود را انجام داده و به قربانیان کمک کنند. آن‌ها در همان لحظه‌ی وقوع سانحه از خود واکنشی بروز نمی‌دهند. حتی در یک مورد خاص ممکن است تا اتمام کار همه چیز را تحمل کنند، اما شرایط کاری آنان بسیار دشوار است. یک جراح می‌تواند در بخش اورژانس یا در اتاق عمل، سخت‌ترین جراحات را (که دیدن آن‌ها ممکن است باعث از حال رفتن مردم عادی شود) درمان کند. اما همین جراح، وقتی که در صحنه‌ی تصادف برای کمک به قربانیان حاضر می‌شود ممکن است دست‌ها و پاهایش بلرزند به گونه‌ای که مجبور باشند او را از محل دور کنند.

امدادگران، پزشکیاران، پزشکان و دیگر اعضای تیم‌های امداد و نجات و همه‌ی متخصصان حاضر می‌توانند تأثیر پذیر باشند. این چیزی نیست که باعث شرمندگی کسی شود. تمام این افراد باید با دیدی واقع‌بینانه با موضوع برخورد کنند و در صورت لزوم برای انطباق و سازش

با واکنش‌های خود از دیگران کمک بگیرند. اگر چه مردم معمولاً از مشکلاتی که این افراد با آن‌ها مواجه هستند آگاهی ندارند، اما خود آن‌ها از آسیب‌پذیری خود و خانواده‌هایشان به طور کامل مطلع هستند.

تبادل تجربیات

جلسات تبادل تجربیات به جلسه‌ای اطلاق می‌شود که طی آن اعضای تیم امداد و نجات پس از انجام یک عملیات و قبل از مراجعت، راجع به حادثه یا فاجعه با یکدیگر گفت و گو می‌کنند. در این جلسه، هر یک از اعضای گروه راجع به مشاهدات خود، از حادثه یا فاجعه صحبت کرده و دیگران گوش می‌کنند. هدف آن است که از بروز مشکلات روانی بالقوه پیشگیری شود. به این ترتیب همه‌ی اعضای گروه با وضعیت فکری متعادل به خانه باز می‌گردند. شما نیز باید هر بار پس از انجام کمک‌های اولیه، چنین جلسه‌ای داشته باشید و با یک نفر راجع به جریان واقعه گفت و گو کرده و به این ترتیب واکنش‌های خود را نسبت به حادثه یا فاجعه تعدیل نمایید.

اعضای تیم‌های امداد و نجات و آتش‌نشانان، بین خود اصطلاحی به نام «سندرم رامبو» دارند. وجه تسمیه‌ی این واژه مربوط به یک امدادگر تیم امداد و نجات است که ادعا می‌کرد هیچ کدام از وقایع هولناکی که تجربه کرده تأثیری روی او نداشته است!؟

سندرم رامبو تنها به مشاغل سخت ذکر شده محدود نمی‌شود. بعضی از مردم عادی نیز که تجربه‌های آسیب‌زا و خشنی داشته و متحمل آسیب‌های روانی شده‌اند ممکن است ادعا کنند حادثه هیچ‌گونه تأثیری بر آن‌ها نداشته است. در نتیجه با واکنش‌های خود سازگاری نیافته و این می‌تواند به یک بحران منجر شود.

فصل پنجم

ارزیابی و اندازه‌گیری اثرات روانی بلایا

تشخیص افرادی که نیاز به کمک‌های روان شناختی دارند: هنگام بروز بلایای بزرگ (مثل طوفان، زلزله، بحران آوارگان)، مشخص کردن این که چه کسانی در معرض بیشترین خطر از نظر ابتلا به مشکلات روان شناختی قرار دارند یا علایمشان باقی خواهد ماند، در زمره‌ی اولویتهای اولیه است.

افرادی که تحت تأثیر یک بلا قرار می‌گیرند، دامنه‌ی گسترده‌ای از واکنش‌ها را از خود نشان می‌دهند. بعضی از آن‌ها ممکن است بلافاصله پس از وقوع بلا و به طور اورژانسی نیازمند خدمات و حمایت روانی باشند. کسانی هم هستند که تنها پس از یک تأخیر چند روزه، به خدمات احتیاج پیدا می‌کنند و افرادی هم هستند که اصلاً نیازی به حمایت و کمک ندارند. بعضی از قربانیان ممکن است در همان آغاز که در جایی امن قرار گرفتند، احساس آسودگی بکنند؛ بعضی از آوارگان ممکن است چند هفته یا چند ماه در حالت «ماه عسل» باقی بمانند. پیگیری‌هایی که چند روز، چند هفته یا چند ماه بعد صورت می‌گیرد، ممکن است افراد نیازمندی را که در ابتدا مورد توجه قرار نگرفته بودند مشخص کند.

در اغلب موارد، بعید است که قربانیان و امدادگران به دنبال یاری گرفتن برای خود باشند. اما از این موضوع نباید چنین برداشت کرد فردی که به دنبال کمک‌هایی دیگران نیست، لزوماً نیازی به کمک ندارد. برای تعیین و شناسایی آن کسانی که به خدمات نیاز دارند، می‌توان چندین رویکرد را مورد استفاده قرار داد:

■ **با استفاده از گروه‌بندی:** گروه‌های خاصی وجود دارند که بیش از دیگران آسیب‌پذیر هستند. این گروه‌ها شامل موارد زیر می‌گردند:

امدادگران، قربانیانی که یکی از اعضای خانواده‌شان در بلا فوت کرده، قربانیانی که در جریان بلا در تله افتاده و در زیرآوار مانده اند، قربانیانی که در اثر بلا جراحات شدیدی برداشته اند (از جمله کسانی که هنوز در بیمارستان هستند)، کسانی که درد یا ناتوانی جسمی را تجربه می‌کنند، کودکان سنین پنج تا ده سال، مادرانی که فرزندان کوچک دارند، قربانیانی که پیشینه قبلی از سازگاری ضعیف در محیط کار یا مدرسه داشته‌اند یا در دوره‌های قبلی در مواقعی که فشار روانی زیاد بوده، مقابله ضعیفی داشته‌اند.

■ **با استفاده از الگوهای رفتاری خاص:** کسانی که مبادرت به رفتارهای ناسازگار می‌کنند؛ مثلاً کودکانی که پس از بلا از مدرسه جا مانده‌اند، افرادی که از کار غیبت می‌کنند، یا کسانی که نمی‌توانند دوباره از نو شروع کنند، ممکن است به گونه‌ای مهم و معنی‌دار مشکلاتی داشته باشند، ضمن آن که در روزهای اول پس از وقوع بلا، افرادی که مشکلات «طبی» مبهمی چون مشکلات خواب، خستگی مفرط، درد منتشر، سردردهای غیرقابل توجیه یا علایم احشایی از خود بروز می‌دهند، ممکن است بیشتر دچار پریشانی روانی باشند. کسانی که افکار خودکشی دارند یا تلاش‌هایی در جهت انجام خودکشی به عمل می‌آورند، در اولویت اول قرار دارند. قربانیانی که تجربه‌ی دوباره و مداوم بحران را دارند، گویی بلا دوباره زنده شده است؛ یا کسانی که دائماً از نورها، صداها یا مکان‌هایی که بلا را تداعی می‌کنند، اجتناب می‌ورزند؛ کسانی که خستگی ناپذیری، تحریک پذیری یا گوش به زنگی قابل توجهی از خود نشان می‌دهند و کسانی که بیش از یک یا دو روز پس از وقوع بلا دچار "گیجی" هستند، در معرض مشکلات پیشرونده‌ای قرار دارند.

■ **با استفاده از ابزار غربالگری:** سیاهه‌های^۱ علامتی را می‌توان در مدارس، مساجد، محل‌های کار، سرپناه‌ها و اردوگاه‌های آوارگان توزیع نمود. پرسشنامه خودسنجی^۲ (SRQ) در بسیاری از کشورها مورد استفاده قرار گرفته است و موفقیت آن در شناسایی بزرگسالان و جوانان دچار پریشانی تأیید شده است. دو نوع پرسشنامه خودسنجی وجود دارد: یکی سیاهه علایم کودکان و دیگری پرسشنامه‌ای است که با هدف تشخیص و شناسایی نشانه‌های "فرسودگی" در بین امدادگران مورد استفاده قرار می‌گیرد.

■ **با استفاده از بیماریابی^۳:** تلاش در جهت دسترسی به افراد از طریق توزیع اعلامیه، آگهی‌های رادیو تلویزیونی، نوشتن مقاله در جراید، سخنرانی‌های عمومی و نصب پوستر در

1. Checklist
2. The Self Reporting Questionnaire(SRQ)
3. Case finding

دفتر یا ستادهای مربوط به نیروهای امدادی ممکن است خود ارجاعی^۱ را برانگیزد. آموزگاران، رهبران مذهبی، کارکنان خدمات پزشکی و بهداشتی و دیگر ساکنان محلی که با عده‌ی زیادی از قربانیان در تماس هستند، باید کمک کنند تا افراد مبتلا به ناراحتی روانی را شناسایی نمایند.

مسائل تشخیصی

- به یاد داشته باشید که نسبت به بلا، واکنش‌های بسیاری از جمله اضطراب، افسردگی، واکنش‌های جسمانی و پاسخ‌های خاص فرهنگی در افراد صورت می‌گیرد. بنابراین چندان روی این نکته که آیا افراد شامل طبقات تشخیصی خاصی نظیر اختلال استرس پس از ضربه می‌شوند یا نه تأکید نکنید.
- پاسخ‌های شدید ولی قابل درک به موقعیت‌های عینی را از پاسخ‌های آسیب‌شناختی مجزا کنید. سوگ شدید را باید از افسردگی متمایز کرد. درد ناشی از صدمه را باید از علائم جسمانی که نشانه‌ی اضطراب و افسردگی هستند، مجزا ساخت. "پارانویا"ی ناشی از فقدان نشانه‌های فرهنگی، ارتباطات اشتباه، ابهام و تعاملات شخصی، تبعیض‌های واقعی یا خیالی و پارانویایی که در نتیجه‌ی شکنجه به وجود می‌آید را باید از روان‌پریشی یا علائم آن متمایز کرد. حتی علائم روان‌پریشی (توهمات و هذیان‌ات)، هم ممکن است پاسخ واکنشی گذرای به ضربه باشد که بلافاصله پس از ارایه حمایت، برطرف خواهند شد. زمانی که علائم برای اولین بار ظاهر می‌شوند، شدت می‌یابند یا تضعیف می‌شوند و کسب تاریخچه از قربانی و خانواده‌اش، بهترین راهنما می‌باشد.
- مواظب باشید که بعضی از افراد ممکن است درد و رنج کنونی یا گذشته‌ی خود را در حداقل ممکن نشان دهند.
- مواظب باشید که بعضی از افراد به دلیل ترس از باور نکردن داستان‌شان و اینکه بیان درد و رنج‌شان، داغی برای آن‌ها خواهد بود یا منجر به پیامدهای ناگوار دیگری خواهد شد، ممکن است درد و رنج کنونی یا گذشته خود را کمتر نشان بدهند. داغ ننگ قربانیان تجاوز به عنف، نشان‌های از یک موقعیت شایع است که در آن تجربه قربانی ممکن است به شکل تبدیلی (علائم جسمانی) نشان داده شود یا اصلاً گزارش نشود.
- توجه کنید که روش‌های بسیار متفاوتی برای مقابله با ضربه‌ی روانی وجود دارد. بعضی از این روش‌ها ممکن است سازگارانه باشند. برای مثال:
- اعتقاد به قضا و قدر یا تقدیر، اعتقاد به این که «این خواست خدا بود»

- اعتقاد به این که بلا و رنج بردن، بخشی عادی از زندگی هستند و باید معنایشان را بررسی کرد، مثلاً «بدی پیش در آمد خوبی است» یا «این یک امتحان الهی برای من است»
- استفاده از حمایت خانواده و اجتماع
- کار سخت (یادگیری مهارت‌های نو، فراگیری یک زبان تازه، کمک به دیگران، کار کردن زیاد) به عنوان روشی برای بازسازی ارزش خود. این موضوع را از فعالیت‌های شدید، غیر مداوم و گاهی بی معنا متمایز بکنید.
- اعمال کنترل خویشتن
- دیگر مکانیسم‌های مقابله‌ای، از قدرت سازگاران کمتری برخوردارند و ممکن است نیازمند مداخله باشند. برای نمونه:
- ابراز استرس به شکل جسمی
- انکار و سکوت
- اجتناب
- فرافکنی، مقصر دانستن و سپربلاسازی
- درماندگی و وابستگی
- تجزیه، کرختی روانی
- عدم وجود پریشانی را که نتیجه‌ی مقابله خوب است از مواردی که نشان دهنده‌ی کرختی، اجتناب و انکار هستند، متمایزسازی. عدم وجود پاسخ دهی عاطفی و هیجانی ممکن است نشانه‌ی چنین مقابله‌ای باشند.
- پاسخ‌های روان‌شناختی به ضربه‌ی روانی ممکن است موجب سردرگمی با پاسخ‌های فیزیولوژیکی شود:
- ضربه به سر می‌تواند موجب آسیب مغزی شود. قربانی یک ضربه مغزی ممکن است دچار سردرد، سرگیجه، از دست رفتن حافظه، اشکال در توجه و تمرکز حواس، شروع ناگهانی گریه، خشم یا خنده، اشکال در بینایی، شنوایی و حرکت شود و از این که ذهنش دچار «شکستگی و گسستگی» شده، نگران شود. البته هر کدام از این علائم ممکن است بدون وجود ضربه‌ی مغزی هم روی بدهند. ولی نیازهای درمانی کسانی که دچار آسیب مغزی هستند، کاملاً از افرادی که به چنین ضربه‌هایی مبتلا نیستند، متفاوت است. از قربانی و خانواده‌اش سؤال کنید که آیا به هنگام وقوع بلا، ضربه به سر وارد آمده است یا خیر؟ از دست رفتن حافظه هم شاخص خوبی است. از قربانی بپرسید که آیا مردم می‌گویند فراموشکار شده است؟ آیا تا به حال تجربه‌ای از جا گذاشتن چیزی داشته است؟ حافظه را می‌توان با درخواست از قربانی برای گفتن سه کلمه (مثلاً پرتقال، کراوات، ۱۳۸۳) که توسط شما بیان می‌شود، بلافاصله پس

از شنیدن و نیز پس از سه یا چهار دقیقه تأخیر، اندازه‌گیری و ارزیابی نمود. بیشتر مردم در انجام این تمرین هیچ مشکلی ندارند.

▪ ضربات دیگر ناشی از بلا هم می‌توانند موجب آشفتگی‌های روانی گردند. این آشفتگی‌ها در اثر اختلالات متابولیکی به علت سوختن، مواجه شدن با مواد سمی، صدمات شکننده، عفونت یا کمبودهای تغذیه‌ای ایجاد می‌شوند. پیشینه قربانی و نیز سابقه‌ی او در حین بلا (که از قربانی یا خانواده‌ی او به دست می‌آیند) بهترین راهنماست.

▪ درد ممکن است گزارش علائم روانی را بپوشاند.

▪ سوء مصرف مواد هم ممکن است پاسخ‌های عاطفی به ضربه را پوشانده یا آن را تشدید کند.

اندازه‌گیری می‌تواند به افراد مورد سنجش صدمه وارد کند

قربانی بلا ممکن است اندازه‌گیری را به مثابه نوعی خشونت اضافی و احساس ناچیز کنترل بر تجربه‌ی ضربه‌زا، تصور کند. در دوره‌ی آنی بعد از وقوع بلا، ممکن است محیط آشفته باشد، بنابراین احتمال وجود عوامل استرس‌زا و چالش‌هایی که باید با آن‌ها مقابله کرد، وجود دارد. آزمودنی‌ها ممکن است در تلاشی که برای کنترل بر محیط انجام می‌دهند شکننده به نظر برسند. حتی پس از تأخیر چند روزمره یا چند هفته‌ای، زنده شدن خاطرات آسیب‌زا ممکن است به احساسات شرم یا سردرگمی منجر شده، اغتشاشات عاطفی را برانگیزد یا تصوراتی از زندگی گذشته‌ی فرد را فعال نماید. این خاطرات ممکن است دفاع‌ها و از جمله انکار و اجتناب را فعال سازد. همچنین خاطرات فوق می‌تواند قربانیان را به مقاومت وادارد یا ممکن است منجر به پاسخ‌های اجتناب و خصومت به سمت مشاور یا سایر بررسی‌کنندگان شود.

▪ فشار به قربانی برای ابراز بسیار سریع یا فشار بسیار مداوم برای بیان آنچه اتفاق افتاده، ممکن است علائم قربانی را تشدید نموده و حتی قربانی را دچار ضربه‌ی روانی کند. به مراجعه‌کننده اجازه دهید تا سرعت سنجش را کنترل کند. سؤالات را به آرامی و با احتیاط مطرح کرده و سپس شنونده باشید. بگذارید مراجعه‌کننده صحبت‌های خود را بیان کند و شما اطلاعاتی را که باید به دست بیاورید از دل همین اظهارات استخراج کنید.

▪ قربانی را مطمئن‌سازید که فرآیند سنجش، محرمانه بوده و مصاحبه‌گر بدون اجازه و موافقت قربانی، هیچ مطلبی از مسایل مطرح شده در مصاحبه را برای دیگری بازگو نخواهد کرد. برای اطمینان یافتن از رازداری و محرمانه بودن، مصاحبه‌ها را باید در مکانی امن، آرام و خصوصی انجام داد. اگر از مترجم استفاده می‌کنید، اطمینان‌های مربوط به رازداری باید به وسیله‌ی مترجم نیز رعایت شوند.

▪ برای قربانی دلایل سنجش یا دیگر بررسی‌های لازم را روشن کنید و به فرد مورد سنجش تا حد امکان قدرت اعمال کنترل بر فرآیند سنجش را بدهید. دادن این تذکر که سنجش ممکن

است ناراحت کننده باشد، برای شروع مفید و مؤثر می‌باشد. از فرد مورد سنجش تقاضا کنید که در صورت احساس ناراحتی، موضوع را با شما در میان بگذارد. به آن‌ها بگویید هر گاه که بخواهند می‌توانند فرآیند سنجش را متوقف کنند. به آن‌ها اعلام کنید که در ساعات یا روزهای متعاقب اندازه‌گیری و سنجش، ممکن است علایم تشدید شوند. این موضوع امری طبیعی بوده و قسمتی از شیوه حل مشکل ضربه‌ی روانی توسط افراد است.

مسائل بین فرهنگی

معمولاً در هنگام وقوع بلا، کسانی که مشاوره‌های مربوط به بلا را انجام می‌دهند، هم وطن قربانی هستند و با زبان و فرهنگ قربانیان آشنایی دارند. اما در مواقعی، مشاورانی از سایر کشورها و یا دارای فرهنگ‌های متفاوت هم در ارایه کمک، ایفای نقش می‌کنند.

پیش از این ذکر شد که ممکن است علایم به روش‌های "خاص فرهنگی" بارز شوند. در مورد سنجش این علائم، مشاوران باید الگوها و گویش‌های محلی را که با آن ناراحتی‌ها و دیگر عواطف و احساسات منفی بیان می‌شوند، فرا بگیرند. مشاوران همچنین باید از:

الف) خصوصت‌های تاریخی بین گروه‌های ملی یا فرهنگی که به وسیله‌ی مراجع بیان می‌شود و ب) بدفهمی‌های بالقوه در باره نقش‌هایی که از امدادگر (و مشاور) و فردی که به او کمک می‌شود (قربانی) انتظار می‌رود و

ج) اشتباهات بالقوه در درک روابط بین فرد و خانواده آگاه باشند.

در بسیاری از جوامع، مشکلی که به وسیله‌ی یک فرد تجربه می‌شود، مشکل همه‌ی خانواده اوست. در این گونه موارد واحد سنجش به جای فرد، احتمالاً خانواده است.

نمونه‌های مشخص‌تر تفاوت‌های فرهنگی عبارتند از:

- در بعضی از فرهنگ‌ها، تمرکز بر تجربه‌های منفی ممکن است مخلّ سلامتی به حساب آید.
- واقعه‌ی آسیب‌رسان ممکن است نتیجه‌ی عمل قربانی تلقی شود. «قربانی» در این زمینه باید واقعه را تحمل کند، نه این که در پی کمک باشد.
- واقعه‌ی آسیب‌رسان ممکن است نتیجه قضا و قدر محسوب شود و لذا تغییر قضا و قدر یا به چالش کشاندن آنچه اتفاق افتاده، نامناسب به نظر برسد.
- افشای نحوه قربانی شدن (به خصوص در مورد تجاوز به عنف)، ممکن است با انگ‌هایی همراه بوده و پیامدهای شدیدی داشته باشد.

- در بعضی از فرهنگ‌ها، کودکان را از مطلع شدن مرگ کسی باز می‌دارند. (چون عقیده دارند "رویت" مرده موجب می‌شود تا روح فرد متوفی وارد بدن کودک بشود) و صحبت کردن از مرده با کودک یک تابو¹ است.
 - نمادهای فرهنگی از نظر معنایی متفاوت هستند (برای نمونه جغد در بعضی از فرهنگ‌ها نماد عقل و عقلانیت است و در فرهنگی دیگر، نماد شیطان است).
 - معنای رؤیاها نیز به گونه‌ای شگرف در فرهنگ‌های مختلف، متفاوت است. آنچه که از دید روان‌پزشکی غربی "تجربه مجدد واقعه‌ی آسیب‌زا" می‌باشد، ممکن است از دید سایر فرهنگ‌ها، پلی به سوی دنیای ارواح یا خبری از آینده باشد.
 - معنای یک واقعه‌ی خاص هم ممکن است برای یک مشاور و یک قربانی که از فرهنگی دیگر است، یکسان نباشد. برای مثال، از نظر یک قربانی تجاوز به عنف، نه تنها موضوع تجاوز به عنوان مشکل مطرح می‌باشد، بلکه باور منتج از آن که او دیگر قادر به ازدواج کردن نیست نیز دارای اهمیت می‌باشد. داغ ننگ ناشی از تجاوز به عنف، ممکن است موجب شود تا آن را به عنوان یک راز حفظ کرد؛ چرا که نتیجه این کار از دست دادن حمایت اجتماعی و بیگانگی از جامعه است. در هر صورت، یک عامل فشار زای مداوم (باورها یا بیگانگی)، ممکن است به اندازه‌ی خود واقعه اصلی عذاب‌آور باشد.
- هیچ فرمول ساده‌ای برای پوشش دادن همه‌ی این احتمالات وجود ندارد. مشاور باید از کتاب‌ها، از کسانی که اطلاعات لازم را دارند و مهم‌تر از همه از مراجعانش، آن‌ها را فرا بگیرد. ممکن است مشاور یک کشور خارجی در عملیات امدادی شرکت نماید در این‌گونه موارد، نیاز به استفاده از مترجم یا به کارگماری افرادی محلی که به زبان مشاور آشنایی داشته باشند، به عنوان همکار وی می‌باشد. چنین استفاده‌ای از همکار مشاور یا مترجم، ممکن است برفرآیند مشاوره اثر بگذارد. در بهترین حالت وجود این افراد، ارتباط را تسهیل می‌کند. در موارد دیگر، بعضی از قربانیان ممکن است نسبت به بیگانگان احساس بی‌اعتمادی کنند (به خصوص فرد خارجی از کشوری باشد که در گذشته به طور رسمی کشور محل و قوع بلا را تحت استعمار داشته است)، بنابراین استفاده از یک همکار مشاور یا یک مترجم محلی، ممکن است ارتباط را آسان کند. در مواردی هم برعکس قربانیان از ترس شرم یا عقوبت، ممکن است کمتر تمایلی به بیان تجاربشان با کسی که از اجتماع خودشان باشد داشته باشند تا با یک بیگانه.

حتی وقتی این مسایل به وجود نیایند، باز هم استفاده از مترجم ممکن است مسایل دیگری را ایجاد کند. مترجم ممکن است فاقد توانایی کافی برای ترجمه‌ی درست باشد. حتی اگر هیچ تردیدی درباره‌ی توان مکالمه‌ی وی مطرح نباشد، عوامل دیگری ممکن است در درستی ترجمه تداخل بکنند. این عوامل عبارتند از:

الف) تجربه‌ی شخصی مترجم از بلایا یا واکنش‌های او به بلا که می‌تواند با توانایی ترجمه‌ی درست او تداخل کند.

ب) رابطه‌ی مترجم با قربانی و جامعه‌ی وی سبب ایجاد تحریفاتی در ترجمه می‌شود.

ج) مترجم ممکن است از بابت آنچه که برای قربانی اتفاق افتاده است احساس شرم کند و موجب شود تا گزارشی نادرست از تجارب قربانیان ارائه کند.

د) دیدگاه‌های مترجم درباره‌ی داستان قربانی ممکن است با توجه به نقش‌های قربانی و مترجم در تعارضات قومی یا سیاسی در جامعه‌ی بلازده، تحریف شده باشد.

در هر مورد، استفاده از کودکان به عنوان مفسر خانواده‌هایشان مشکل‌زا بوده و تا حد امکان باید از آن پرهیز کرد. این عمل ممکن است به نقش‌های سنتی خانواده حمله نموده و چنین القا کند که آگاهی از اطلاعات به طور طبیعی برای آن‌ها نامناسب می‌باشد. این مسئله همچنین ممکن است انتظارات فرهنگی را که درباره‌ی نقش‌های کودکان در برخورد با غریبه‌ها دارند، مورد تهاجم قرار دهد.

برای حل این مشکلات راه حل‌های ساده‌ای وجود ندارد. وقتی که مشاوران محلی موجود نیستند، استفاده از یک مشاور آشنا به دو زبان [زبان جامعه بلا دیده و یک زبان دیگر] که از خارج به جامعه وارد شده، ممکن است بهترین جایگزین باشد.

خطراتی که افراد انجام دهنده‌ی سنجش را تهدید می‌کنند:

افرادی که قربانیان بلا را مورد اندازه‌گیری و سنجش قرار می‌دهند، خود در معرض واکنش‌های هیجانی (عاطفی) ناگوار قرار دارند. بعضی از این واکنش‌ها (برای مثال ناتوانی برای تمرکز حواس، خستگی مفرط و اجتناب از انجام وظایف)، می‌تواند کارایی شغلی را کاهش بدهد. واکنش‌های دیگر به طور مستقیم‌تری با وظایف مربوط به سنجش تعامل دارند. برای نمونه، تجربه‌هایی که قربانیان داشته‌اند، ممکن است خاطرات یا تجربه‌ی دوباره‌ی واقعی آسیب‌زا را در آن‌ها برانگیزد. مصاحبه کننده ممکن است خود را از کسانی که با آن‌ها در حال مصاحبه است، دور کند و از آن‌ها فاصله بگیرد. این موضوع می‌تواند در پیوند عاطفی که فرآیند سنجش و اندازه‌گیری را تسهیل می‌کند، تداخل نماید.

فصل ششم

پیامدهای روانی- اجتماعی حوادث و بلایا

در فصل‌های گذشته تأکید و تمرکز بر روی جنبه‌های فردی حوادث و بلایا بود، به طوری که ابتدا واکنش‌های روانی افراد در بحران‌ها و بلایا مورد بحث قرار گرفت (فصل دوم) و سپس به اقدامات روان شناختی لازم در مورد افراد حادثه دیده و فاجعه زده پرداخته شد (فصل سوم). همچنین در فصل قبل، آثار بلایا بر روی گروه‌های ویژه (از قبیل کودکان، زنان و ...) و البته باز هم از جنبه‌ی انفرادی بررسی شد، ولی در این فصل و همین طور فصل آینده به جنبه‌های اجتماعی حوادث و بلایا از منظر روان‌شناختی پرداخته و پیامدهای روانی - اجتماعی و نیز مداخلات روانی- اجتماعی لازم در حوادث و بلایا را مورد بحث قرار می‌دهیم.

جنبه‌های روانی- اجتماعی

در یک حادثه یا یک بلا علاوه بر افراد حادثه دیده و مصدوم که ممکن است دچار علائم روانی شوند، افراد دیگری هم دچار مشکلات می‌شوند. مثلاً در یک حادثه‌ی صنعتی که یکی از کارگران دچار قطع عضو می‌شود، علاوه بر خود کارگر که دچار واکنش‌های روانی می‌شود، همکاران او نیز که شاهد حادثه بوده‌اند، دوستان وی، خانواده و فامیلش هم ممکن است دچار درجاتی از علائم روانی شوند. گاهی یک حادثه، اهالی یک روستا یا یک شهر را تحت تأثیر قرار می‌دهد (مثل سیل)، گاهی نیز حادثه یا بلایی ممکن است منجر به مشکلات یا واکنش‌های روانی برای گروه زیادی از مردم یک کشور یا حتی یک منطقه شود (مثل زلزله‌ی بم) و حوادثی نیز هستند که می‌تواند برای تمام مردم دنیا تکان دهنده باشد (مثل فاجعه بمباران اتمی شهرهای هیروشیما و ناکازاکی در کشور ژاپن در جنگ جهانی دوم).

گاهی اثرات روانی یک حادثه ممکن است فراتر از زمان باشد مثل پدری که در اثر بی احتیاطی در رانندگی تصادف نموده و در این تصادف فرزند یا همسر خود را به طرز دلخراشی از دست داده است. این فرد ممکن است تا پایان عمر دچار افسردگی و احساس گناه شود. همچنین نوع

علائم روانی نیز ممکن است بر حسب فاصله ی زمانی از حادثه یا بلا تفاوت داشته باشد. مثلاً فرد حادثه دیده یا بلازده طی روزهای اولیه بعد از حادثه یا بلا ممکن است دچار این علائم باشد: اضطراب، بی‌قراری، برانگیختگی، حساسیت نسبت به نور، حساسیت نسبت به صدا، تحریک‌پذیری، احساس تنش، بی‌خوابی، بی‌اشتهایی، احساس گیجی، احساس ترس و وحشت، احساس غیر واقعی بودن، ...

بعد از گذشت مدتی از حادثه (چند هفته تا چند ماه) ممکن است علائم روانی دیگری در واکنش به فقدان ها و خسارت های جسمی و مالی بروز کند، مثل: احساس افسردگی، احساس ناتوانی، احساس درماندگی، احساس خستگی، نداشتن انرژی، فقدان انگیزه، عملکرد شخصی، اجتماعی یا شغلی پایین، احساس عدم اعتماد به دیگران، احساس بی‌ارزشی، احساس بی‌هدفی، احساس سردرگمی، احساس نداشتن ایمنی، سست شدن باورها و عقاید، احساس فقدان هویت، احساس گناه (به‌خاطر زنده ماندن یا به‌خاطر اینکه نتوانسته کسی را نجات دهد)، تحریک‌پذیری و پرخاشگری، ناامیدی، افکار یا آرزوی مرگ، افکار خودکشی و حتی اقدام به خودکشی، (در برخی) سوگ مزمن یا سوگ غیرطبیعی می‌شوند. متأسفانه عده‌ای از افراد نیز برای رهایی از رنج علائم روانی ذکر شده به مواد مخدر و یا الکل پناه می‌برند.

بعضی از افراد نیز دچار علائم اختلال پس از سانحه^۱ (PTSD) می‌شوند که ممکن است به مدت طولانی ادامه یابد. همچنین بعضی از کودکان و نوجوانانی که سرپرست خود را از دست داده‌اند ممکن است گرایش به بزهکاری پیدا کنند و عده‌ی قابل توجهی از آن‌ها دچار مشکلات تحصیلی و از جمله ترک تحصیل می‌شوند. بعضی از نوجوانان و جوانان هم ممکن است دچار فساد جنسی شوند. بنابراین افراد حادثه دیده و اطرافیان آن‌ها و همین‌طور دیگر افراد جامعه برحسب نوع حادثه یا بلا ممکن است طیف وسیعی از مشکلات روانی پیدا نمایند که بعضی از آن‌ها در کوتاه مدت بوده و بعضی نیز در دراز مدت و بعد از مدتی از رخ دادن حادثه یا بلا تظاهر می‌کنند.

تأثیرات اجتماعی بلایا

بلایا علاوه بر اثر مستقیم بر قربانیان، ممکن است در بافت زندگی اجتماعی جامعه نیز شکاف‌هایی پدید آورند. گاهی اوقات این تأثیرات مستقیم و کلی است، و افراد را ناگزیر به ترک سرزمین خود یا مهاجرت به مکان‌های دیگر می‌کند. در موارد دیگر، ورود سریع امدادگران، وجود مسئولین دولتی، رسانه‌ها و همچنین فقرانی که به منظور دریافت غذا وارد منطقه‌ی آسیب دیده می‌شوند؛ می‌توانند بر بافت جامعه اثر بگذارند.

حتی زمانی که ساختار جامعه دست نخورده باقی مانده، بلا می‌تواند پیوندهای افراد در خانواده‌ها، اجتماعات، گروه‌های کاری و کل جامعه را از هم بگسلد. با گسسته شدن پیوندها، افراد در گروه‌هایی قرار می‌گیرند که هویت اجتماعی خود را از دست داده‌اند. آثار جمعی بلا ممکن است به اندازه‌ی آثار فردی آن مخرب باشد. پیامدهای بلا برای خانواده‌ها، اجتماعات و جوامع بسیار هستند:

پویایی‌های خانواده تغییر می‌یابد. ناتوانی‌ها و مرگ و میر ناشی از بلایا، جدایی اعضای خانواده و وابستگی به کمک رسان‌ها ممکن است اقتدار افرادی را که به طور سنتی در خانواده دارای قدرت بوده‌اند، زیر سؤال ببرد. علایمی که هر یک از اعضای خانواده به آن دچار می‌شوند بر تعاملات و روابط آن‌ها با دیگر اعضای خانواده اثر می‌گذارد. قدرت اجتماع ممکن است به وسیله‌ی افراد بیگان هاشفته و مختل شود یا شیوه‌های فرزند پروری و الگوهای سنتی ارتباط همسران دچار چالش گردد. در اثر وقوع بلایا، اختلافات خانوادگی به وجود می‌آیند و نرخ طلاق، خشونت خانگی و تعارضات بین کودکان و والدین ممکن است افزایش یابد. بلا ممکن است مؤسسات اجتماعی همچون مدارس و مساجد را از نظر فیزیکی تخریب کند و به دلیل اثر مستقیمی که بر افراد مسئول در چنین مؤسساتی دارد (آموزگاران یا روحانیون)، کارکرد مؤسسات فوق را مختل سازد.

بلایا توانایی اجتماعات برای انجام فعالیت‌های سنتی یا مرسوم که برای هویت فردی و اجتماعی و افراد مهم هستند و در دامنه‌ای از فعالیت‌های کاری، تفریحی و آداب و رسوم قرار می‌گیرند را دچار آشفتگی می‌سازند. بعضی از این آشفتگی‌ها، موقتی و بعضی دیگر دارای اثر طولانی هستند (برای مثال سیل ممکن است به گونه‌ای دایمی زمین مزارع را تخریب کند و بازگشت به فعالیت کشاورزی سنتی را غیر ممکن سازد. یا نشت مواد نفتی در آب دریا ممکن است برای همیشه ماهی‌گیری سنتی را تغییر بدهد). با توجه به این که افراد مجبورند برای دوره‌های زمانی کوتاه یا طولانی مدت از خانه و کاشانه خود دور باشند ممکن است در اثر بلایا، سوابق فردی و اجتماعی خود را از دست بدهند.

بلایا بر نقش‌های اجتماعی، پایگاه‌های اجتماعی و رهبری جامعه نیز فشارهایی اعمال می‌کند. پلیس، آژانس‌های مسکن و تسهیلات بهداشتی محل با کار زیاد مواجه شده و وظایف تازه‌ای بر عهده آن‌ها گذاشته می‌شود. در اثر بی‌عدالتی در توزیع کمک‌ها، نوعی خشم در افراد پیدا می‌شود. مؤسسات امدادی خارجی، ممکن است نقش‌های سنتی مؤسسات و دستگاه‌های محلی را مورد تهدید قرار بدهند و در جامعه، رهبران جدیدی پیدا شوند. این رهبران جدید، به دلیل نقشی که در ارایه پاسخ به بلایا بر عهده می‌گیرند تعارض‌هایی با رهبران سنتی جامعه پیدا می‌کنند.

در اثر وقوع بلایا، ممکن است نیاز به کمک‌های خارجی ضروری باشد. این موضوع می‌تواند احساس اتکا و وابستگی جامعه را به دنبال داشته و تا زمانی که نیازهای زندگی افراد از خارج تأمین می‌شود، انگیزه و شور و شوق انجام فعالیت‌های کاری سنتی کاهش پیدا کرده و به طور مستقیم یا غیر مستقیم منجر به تغییر پایدار در الگوهای تولید می‌گردد.

در جوامعی که سابقه‌ی بلایای قبلی وجود دارد، چه این بلایا طبیعی بوده یا ساخته دست انسان باشند، ضربه ایجاد شده به وسیله‌ی یک بلای تازه، ممکن است احساسات کهنه‌ی قبلی را دوباره زنده سازد. خاطره‌ی قتل عام‌های نژادی، جنگ داخلی، تبعیض‌های اجتماعی یا نژادی و مذهبی و احساسات ایجاد شده توسط آن‌ها، و نیز احساس در حاشیه بودن و مورد ستم واقع شدن و درماندگی تشدید یابد.

در بعضی جوامع که به طور مکرر با بلایای طبیعی مثل سیل مواجه هستند، بلایا و پاسخ به آن‌ها، علاوه بر آن که می‌توانند بخشی از ساختار اجتماعی شوند، ممکن است در نظام اعتقادی و آداب و سنن اجتماعی وارد شده و مردم معانی فرهنگی خاصی به آن‌ها بدهند.

بلایا بر افراد، خانواده‌ها و جوامع اثراتی دارند. این اثرات متمایز و قابل جداسازی نیستند. اثرات مخرب بلایا بر افراد تشکیل دهنده یک خانواده و جامعه، در آثار آن‌ها بر خانواده و جامعه هم ایفای نقش می‌کند. مهم‌تر از این مسئله، نظام حمایت اجتماعی، نقش فوق‌العاده مهمی در محافظت از افراد در مقابل بلایا و به‌طور کلی اثرات آن دارد. آشفتگی و اختلال اجتماعی، آثار سوئی بر خانواده و اجتماع دارد و هم در آن ایجاد تداخل می‌کند که این خود یک منبع عظیم فشار بر افرادی می‌شود که خانواده و جامعه را تشکیل می‌دهند. تخریب خانواده و اجتماع از نظر روان‌شناختی، ممکن است هم در کوتاه مدت و به ویژه دراز مدت از خود بلا مخرب‌تر باشد.

قربانیان ثانویه

غیر از کسانی که به طور مستقیم حوادث و بلایا را تجربه می‌کنند (یعنی قربانیان اصلی)، افراد دیگری هم هستند که آثار هیجانی و عاطفی بلایا را احساس می‌کنند. به اینها «قربانیان ثانویه» می‌گویند. بعضی از قربانیان ثانویه عبارتند از:

- افراد خانواده‌ی کسانی که مستقیماً از بلایا متأثر شده‌اند.
- شاهدان و ناظران حادثه یا بلا (خودشان در حادثه یا بلا آسیب ندیده‌اند).
- امدادگران که در پی نجات حادثه دیدگان هستند.
- پزشکان و دیگر پرسنل درمانی
- کارکنان بهداشت روان و دیگر کارکنانی که با قربانیان اصلی و ثانویه کار می‌کنند.

حتی کسانی هم که به بررسی بلایا می‌پردازند از قبیل خبرنگاران، مدیران و مسئولین محلی و کشوری، افرادی که به ارزیابی و نیازسنجی می‌پردازند و نیروهای مدافع حقوق بشر نیز ممکن است جزء قربانیان ثانویه قرار گیرند.

تحقیقات مختلف در کشور ما و نیز در کشورهای دیگر نشان داده که قربانیان ثانویه هم مبتلا به علائم روانی شده (از قبیل افسردگی، اضطراب، احساس بی‌کفایتی، احساس گناه، احساس فرسودگی، احساس بی‌حوصلگی، کاهش عملکرد شغلی و ...) و خود نیاز به توجه و رسیدگی دارند. ولی معطوف شدن توجهات به قربانیان اصلی حوادث و بلایا غالباً منجر به فراموش شدن قربانیان ثانویه می‌شود. این مسئله در مورد امدادگران خط مقدم اهمیت زیادی دارد، چون این افراد در صورتی که از سلامت روان کافی برخوردار نباشند، در امدادرسانی هم موفق نخواهند بود.

بلایای ثانویه

در اغلب موارد حادثه یا بلایی که اتفاق می‌افتد، هر چند که ممکن است شدید بوده و عوارض بسیاری بر جای گذارد، ولی معمولاً این حادثه کوتاه مدت بوده و سریع فروکش می‌کند (مثل زلزله، سیل، سقوط هواپیما، آتش‌سوزی و ...). این در حالی است که آثار این حوادث و بلایا ممکن است مدت‌های طولانی تداوم داشته و نیز طی این مدت مشکلات جدیدی برای آسیب‌دیدگان پیش بیاید. این مشکلات جدید به نام «بلایای ثانویه»^۱ نامیده می‌شوند. مثلاً هجوم سریع داوطلبین به منطقه برای کمک به آسیب‌دیدگان ممکن است به رقابت آن‌ها و ایجاد آشوب برای دستیابی به منابع محدود موجود منجر شود. در بعضی موارد نیز افراد فقیری که خارج از منطقه آسیب‌دیده قرار دارند به منظور آن که سهمی از مواد غذایی و سایر وسایلی که واحدهای امدادی به آسیب‌دیدگان ارائه می‌دهند، بگیرند، وارد منطقه بلازده می‌شوند. این موضوع بر زحمت امدادگران و بر رنج و محنت جامعه‌ی بلازده می‌افزاید.

کسانی که به عنوان حادثه دیده یا آواره در اردوگاه‌ها یا چادرهای امدادی به سر می‌برند، مجبورند که برای دوره‌های زمانی کوتاه یا طولانی به شکلی طاقت فرسا و پیوسته با پیامدهای بلایا مواجه شوند. این افراد ممکن است حریم خصوصی خود را از دست بدهند، ارتباطشان با اقوام و آشنایان قطع شود و مشکلاتی به علت عدم آشنایی با محیط جدید پیدا کنند. در چنین شرایطی ممکن است استحکام خانواده‌ها از هم پاشیده شود و مشاجرات زیادی در داخل خانواده‌ها اتفاق افتد.

در اثر سوء تغذیه ناشی از کمبود مواد غذایی و نیز نامناسب بودن شرایط بهداشت محیط و عدم رعایت بهداشت لازم در تهیه آب و مواد غذایی، ممکن است بعضی از بیماری‌های عفونی (مثل وبا) و بیماری‌های غیر عفونی (مثل پوکی استخوان) به صورت اپیدمی در آمده و حتی منجر به مرگ و میرهای گسترده شود.

در اردوگاه‌ها یا محل تجمع چادرهای امدادی ممکن است سوء رفتارهای جسمی و جنسی نسبت به زنان، کودکان، نوجوانان و سالمندان اتفاق افتد، به خصوص اگر این افراد سرپرست خود را از دست داده باشند. این سوء رفتارها ممکن است مشکلات روانی شدیدی برای افراد آسیب‌دیده ایجاد کند که حتی نسبت به مشکلات روانی ناشی از حادثه یا بلای اولیه بسیار شدیدتر باشد. سرمای زمستان و گرمای تابستان نیز ممکن است مشکلات طاقت فرسایی برای آسیب‌دیدگان از حوادث و بلایا ایجاد کند و حتی تلفات جانی هم به بار آورد.

یکی دیگر از مشکلاتی که مردم حادثه‌دیده یا بلازده ممکن است با آن مواجه شدند به سرقت رفتن اموال آن‌ها بعد از حادثه یا بلا است. مثلاً کسی که تصادف کرده طی روزهای بعد اتومبیل او مورد سرقت قرار گیرد، یا کسانی که به علت مصدومیت ناشی از حادثه در بیمارستان بستری هستند، بعد از ترخیص و مراجعه به منزل با سرقت اموال خود مواجه شوند، یا افرادی که بعد از یک بلا (مثل سیل یا زلزله) منزل خود را ترک کرده‌اند سارقین اموال آن‌ها را تاراج نمایند. همچنین ممکن است در اردوگاه‌ها یا چادرهای امدادی اموال سرقت شوند.

آثار تأخیری بلایا

بعضی از آثار بلایا ممکن است پس از تأخیر قابل ملاحظه‌ای بروز نماید. برای بعضی از حادثه‌دیدگان ممکن است امدادهای صورت گرفته در ابتدا و نجات آن‌ها باعث خوش‌بینی آن‌ها شده و انتظار داشته باشند هر چه سریع‌تر به وضعیت با ثبات قبلی برگردند. ولی گذشت هفته‌ها، ماه‌ها و حتی سال‌ها، افراد را به این واقعیت می‌رساند که بسیاری از خسارات جانی و مادی برگشت‌ناپذیر بوده، عزیزانی که از دست رفته‌اند دیگر باز نخواهند گشت، تخریب‌های صورت گرفته در خانواده پایدارند، مشاغل قبلی دیگر وجود نخواهند داشت و استانداردهای زندگی به مدت طولانی کاهش می‌یابند. بعضی از حادثه‌دیدگان ممکن است در این زمان دچار افسردگی و اضطراب شده و حتی ممکن است تعدادی از آن‌ها دست به خودکشی بزنند.

بعضی دیگر از قربانیان ممکن است در ابتدا خوب از پس موضوع برآیند و به منظور محافظت از خود با حادثه یا بلا سازش و انطباق پیدا نموده و اثر بلا را بر خود فرو نشانده یا مهار کنند.

ولی پس از مدتی تأخیر (که از نظر زمانی ممکن است طولانی هم باشد)، محرک‌های مربوط به فاجعه می‌تواند خاطرات تلخ گذشته را زنده کند و در نتیجه افراد دچار واکنش‌های روانی قابل ملاحظه شوند.

کمیته‌ی فرعی تخصصی کاهش اثرات بلایای طبیعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۷ به بررسی نیازهای برآورده نشده‌ی روانی-اجتماعی مردم در دو زلزله‌ی بیرجند و اردبیل پرداخت (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۴). پژوهش این کمیته نشان داد که یک‌سال پس از زلزله، بالغین سه برابر و کودکان دو برابر بیشتر از جمعیت مشابهی که در معرض زلزله نبودند، از اختلالات روانی رنج می‌برند و به نیازهای روانی-اجتماعی آن‌ها توجه نشده بود. همچنین در این پژوهش مشخص گردید که امدادگران در زمینه‌ی ارائه حمایت‌های روانی-اجتماعی به آسیب‌دیدگان، نیاز به آموزش دارند.

فصل هفتم

اصول مربوط به مداخلات روانی- اجتماعی بلایا

کلیات

در کاربرد مداخلات با قربانیان مستقیم بلایا، دو جنبه ی عمده وجود دارد: بازسازی جامعه‌ای که تحت تأثیر بلا قرار گرفته است و مداخله کردن در سطح فرد فرد قربانیان (علاوه بر این‌ها، مداخلات بایستی با هدف کمک به امدادگران و افراد دیگری هم باشد که تحت تأثیر مستقیم بلا قرار گرفته اند).

گاهی اوقات این دو جنبه در نقطه‌ی مخالف یکدیگر دیده می‌شوند. برای نمونه، بعضی از امدادگران کمک‌های بشر دوستانه در مورد بلایای شدید (مثل زلزله‌های شدید، اردوگاه‌های آوارگان برای قربانیان پاکسازی‌های قومی و نژادی) اظهار می‌کنند که تمرکز بر روی بهداشت روانی افراد یک وظیفه‌ی دشوار و مأیوس کننده است. آن‌ها عقیده دارند که تمرکز بر بهبودی افراد از بلا، توجه را از وظیفه فوری‌تر یعنی ارتقای شرایط اقتصادی و اجتماعی، منحرف می‌سازد. از این دیدگاه بازسازی شبکه‌های غیر رسمی ارائه دهنده‌ی حمایت‌های اجتماعی، متحد ساختن دوباره خانواده‌ها و اجتماعات و حمایت از بازسازی فیزیکی جامعه در هم شکسته، بر مداخلاتی که به قصد کمک به افراد یا خانواده‌ها صورت می‌گیرند، مقدم هستند.

اما رویکردهای فردی و اجتماعی در واقع در نقطه‌ی مخالف یکدیگر نیستند. بازسازی اجتماع، شالوده‌ی محکم شفای افراد و خانواده‌هاست و شفای افراد و خانواده‌ها برای بازسازی موفق اجتماع، لازم و ضروری است. در هر حال، اصل زیر بنایی آن است که فرآیندهای خوب شدن را در افراد، خانواده و جوامع تشویق کنیم.

در فصل‌های دوم و سوم به طور عمده به واکنش‌های روانی فردی و اصول مداخلات فردی پرداخته شد، ولی این فصل عمدتاً به جنبه‌های اجتماعی مداخلات روانی در بلایا توجه

می‌شود، هر چند که در عمل باید مداخلات فردی و اجتماعی به صورت همزمان و هماهنگ انجام شود.

گستره‌ی متنوعی از فنون برای ارایه امداد و نجات به افراد مبتلا به ناراحتی مورد استفاده قرار گرفته است تا آثار عاطفی دراز مدت‌تر بلایا را تخفیف داده یا از آن‌ها پیشگیری کنند. تعدادی از این فنون به طور مفصل و با ذکر جزئیات در کتاب مقابله با بلایا (تألیف جان.اچ. اهرنرایک و شارون مک‌کواید، ترجمه‌ی سیدعباس باقری یزدی و فرید براتی سده) مورد بحث قرار گرفته و علاقه‌مندان می‌توانند به آن کتاب مراجعه نمایند. برای استفاده‌ی مفید از این فنون، باید آن‌ها را با موقعیت‌های خاص، یعنی با توجه به نوع بلا، منابع انسانی و مادی موجود و مشخصه‌های فرهنگ و سنت محلی سازگار کرده و انطباق داد. این بخش از کتاب، بر اصول راهنمایی که هم فنون خاص و هم نحوه انطباق آن‌ها را مطرح می‌سازد، تمرکز دارد.

اصل اول: امنیت مالی و جانی زیر بنای ثبات هیجانی

بعد از یک بلا یا هر شرایط فشار زای دیگر، برای افراد آدمی قرار گرفتن در یک حالت ثبات روانی مشکل است، مگر آنکه نیازهای اساسی آن‌ها تأمین شده باشد.

اول، افراد را باید در زمینه غذا، آب، پوشاک و سرپناه مطمئن کرده و به آن‌ها اطمینان داد. دوم، نیاز افراد را به امنیت جانی و مالی باید تأمین کرد. در مورد هر نوع بلایی، این موضوع نه تنها شامل آسودگی از ترس در زندگی شخص به خاطر خود بلا است، بلکه مشمول امنیت داشتن از نظر سرقت، ترس از چپاول و غارتگری، ترس از تجاوز به عنف یا دیگر حملات در سرپناه‌ها یا اردوگاه‌ها و ترس از این که مبدا بلا به فقدان دایمی خانه و کاشانه و زمین افراد بیانجامد هم می‌شود.

سوم، امنیت و یکپارچگی خانواده‌ها را باید تضمین کرد.

چهارم، نیازهای دراز مدت افراد به شغل ثابت، مسکن مناسب و عملکرد اجتماعی را باید تأمین کرد. این «سلسله مراتب نیازی» چندین الزام عملی به همراه دارند:

▪ در مراحل اولیه پاسخ به بلا، **بهداشت روانی امدادگران** و نیروهای عملیات امداد و نجات از بالاترین اولویت برخوردار است. آسایش روانی و سلامتی آن‌ها، برای آن که بتوانند به فعالیت‌های امداد و نجات خود ادامه بدهند ضروری است، فعالیتی که به نوبه‌ی خود شالوده و پایه اطمینان بخشی برای آن است که نیازهای اساسی قربانیان مستقیم بلا، تأمین می‌شوند. یک نیاز ثانوی آن است که **بهداشت روانی قربانیان** به حد کافی و شایسته‌ای تأمین شود تا آن‌ها قادر باشند با اطمینان خاطر به نیروهای امدادی کمک کنند. بعد از اینکه مراحل اولیه‌ی "نجات" تمام شد، به موازات ادامه یافتن کارهای امدادی، پاسخ دادن به دیگر نیازهای

بهداشت روانی قربانیان اهمیت می‌یابد، ولی تداوم پاسخ دهی به نیازهای بهداشت روانی امدادگران دارای بالاترین حد اهمیت است.

■ در همه‌ی مراحل پاسخ‌دهی به بلا، بازسازی سریع اجتماعی و فیزیکی (مثل ساخت مسکن یا در اختیار گذاری مسکن، ایجاد شغل، متحدکردن دوباره خانواده‌ها با هم، بازسازی اجتماع) برای ایجاد تعادل عاطفی و ابقای بهداشت روانی ضروری است. هیچ گونه تمایز و جداسازی قطعی و مشخصی بین نیازهای فیزیکی و مادی از یک سو و نیازهای روان شناختی از سوی دیگر وجود ندارد. در هر مرحله‌ای از مراحل پاسخ به بلا، کوتاهی در تأمین نیازهای جانی و مالی، تهدید مستقیمی برای بهداشت روانی است.

■ قصور در تأمین نیازهای اساسی می‌تواند یک منبع بالقوه برای ایجاد ضربه‌های روانی دیگر به غیر از ضربه‌های روانی ایجاد شده توسط بلا باشد. این ضربه‌ها می‌تواند بالاتر و ورای ضربه‌های روانی ناشی از خود بلا باشند. به ویژه، تخلیه‌های غیر ضروری، شرایط نامساعد در محل‌های اسکان موقت (نبود غذا، آب، تسهیلات بهداشتی، سرپناه، تهدید امنیت شخصی)، قصور در تدارک مسکن مناسب، عدم اطمینان درباره مواد غذایی و آب و جداسازی اعضای خانواده از یکدیگر، خود علل بالقوه مشکلات بهداشت روانی بعدی هستند.

اصل دوم: پاسخ‌های عاطفی (هیجانی) به بلا، پاسخ‌هایی طبیعی هستند.

همان‌طور که قبلاً هم گفته شد دامنه گسترده‌ای از پاسخ‌های عاطفی که به بلا داده می‌شود، پاسخ‌های طبیعی به فشارهای زیاد هستند. این پاسخ‌ها به خودی خود، نشانه‌های "بیماری روانی" نیستند. این پاسخ‌ها نشان دهنده‌ی آن نیستند که فرد مبتلا به این علائم، دچار "ضعف" شده یا "دیوانه" شده است. اما به دو دلیل این علائم، کانون تمرکز برای مداخله هستند:

(۱) این علائم ممکن است برای فردی که آن‌ها را تجربه می‌کند، ناراحت کننده باشند،

(۲) این علائم ممکن است با اعمال و اموری که فرد انجام می‌دهد یا برای امنیت و سلامتی او یا بهسازی جامعه مهم هستند، تداخل داشته باشند.

بسیاری از علائمی را که قبلاً توصیف شدند می‌توان به عنوان ساز و کارهای سازگاری در نظر گرفت؛ ساز و کارهایی که با استفاده از آن‌ها، افراد خود را در مقابل اثرات عاطفی و فیزیکی بلا محافظت می‌کنند. هم افراد و هم اجتماع فرآیندهای بهبودی طبیعی دارند. وظیفه‌ی محوری مداخلات روانی - اجتماعی استخراج، تسهیل و حمایت از این فرآیندهای بهبود درونی و برداشتن موانعی است که از کار آن‌ها جلوگیری می‌کند، یعنی کاری که از ناکارآمدی‌ها و پریشانی‌های ماندگار جلوگیری می‌کند. هدف مداخلات بیش از هر چیز به حداقل رساندن تعداد افرادی است که بعداً نیازمند "درمان" خواهند شد. در این رابطه‌ی استحکام یابنده،

آموزش افراد درباره ی انواع واکنش‌هایی که ممکن است تجربه کنند، به آن‌ها کمک می‌کند تا احساسات خود را درک کرده و آن را "هنجارسازی" کنند.

از آنجا که قربانیان معمولاً خود را بیمار روانی نمی‌دانند ممکن است از همکاری با کارکنان ارائه ی دهنده ی خدمات "بهداشت روانی" و سیستم "بهداشت روانی" اجتناب کنند. بسیاری به طور خود جوش به کارکنان بهداشت روانی مراجعه نمی‌کنند. در هنگام وقوع بلا، بهترین روش ارائه کمک‌های روانی-اجتماعی، شکلی است که در آن لازم نباشد تا افراد خود را "بیمار" یا "بیمار روانی" تلقی کنند.

■ برای توصیف خدمات و کسانی که آن‌ها را ارائه ی می‌دهند، از کلمات و اصطلاحات غیر تخصصی بهداشت روانی استفاده کنید (مثلاً "امدادگران خدمات انسانی"، "مشاوران اجتماعی"، "خدمات اجتماعی"، "خدمات مرتبط با بلا") و خدمات را به عنوان "خدمات برای کمک اضافی جهت مشکلاتی که هر کس پس از آن که تحت تأثیر بلا قرار گرفت، دچار آن‌ها خواهد شد"، ارائه ی دهید.

■ سیستم‌هایی برای ارائه ی خدمات فعال ضروری هستند. از ساکنان محلی، کارکنان سیستم مراقبت‌های اولیه، آموزگاران، هنرمندان و رهبران مذهبی و سیاسی جامعه به عنوان افراد مطلع استفاده کنید. برای آگاهی رساندن به مردم در زمینه ی وجود خدمات و نشان دادن نحوه استفاده از خدمات از روش‌های تبلیغات خانه به خانه، پُست، برنامه‌ها و تبلیغات رادیو تلویزیونی، توزیع برگ‌های اطلاع رسانی در مدارس و محل‌های کار و مساجد استفاده کنید. از محل‌هایی که مکان تجمع‌های غیر رسمی است (مثل آرایشگاه‌ها، رستوران‌ها، مراکز مراقبتی روزانه) غفلت نکنید. در محل‌های اسکان به طور فعالانه ای به دنبال نشانه‌های پریشانی باشید (هق‌هق گریه، زبان غیرکلامی یا زبان تن، پرخاشگری، سوء مصرف مواد و غیره). در بعضی شرایط می‌توان از اینترنت هم جهت اطلاع رسانی و آموزش آسیب‌دیدگان استفاده کرد. می‌توان بروشورهای اطلاع‌رسانی را که برای توصیف عکس العمل افراد به بلایا و نشانه‌های ناراحتی به کار می‌روند، برای قربانیان اصلی، والدین و آموزگاران کودکانی که تحت تأثیر بلا قرار گرفته‌اند، امدادگران و خانواده‌های آن‌ها تهیه و توزیع نمود.

■ می‌توانید از مؤسسات و نهادهای موجودی که در سایر زمینه‌ها به غیر از بهداشت روانی فعالیت می‌کنند، نظیر مدارس، مساجد، مراکز و تسهیلات بهداشتی (پزشکی) موجود در جامعه به عنوان شالوده ارائه خدمات روانی-اجتماعی استفاده کنید.

■ برای ارائه ی خدمات روانی-اجتماعی، کارکنانی را که در سایر زمینه‌ها به غیر از حوزه‌های بهداشت روانی کار می‌کنند (مثل آموزگاران، کارکنان بهداشتی، مددکاران اجتماعی و روحانیون) آموزش داده و به کار بگیرید.

- لازم است تا همکاری و حمایت‌های ضمنی رهبران جامعه، رهبران مذهبی، آموزگاران و معتمدین محل را به دست آورید. برای این افراد به دلیل مسئولیت‌های رهبری که دارند، اعتراف به این نکته که آن‌ها هم از خدمات روانی-اجتماعی بهره‌هایی ببرند، سخت است. جلسات آموزشی یا جلسات تبادل^۱، ممکن است هم‌زمان با ارائه‌ی خدمات، راهی برای ارائه‌ی اطلاعات درباره‌ی ضربه‌ی روانی و پیامدهای آن، آماده ساختن و تدارک حمایت جهت ارائه‌ی خدمات مرتبط با ضربه روانی باشد.
- رعایت احتیاط، فراست، درایت و توجه به رازداری کسانی که به آن‌ها کمک می‌شود، از سوی افراد ارائه دهنده‌ی خدمات، الزامی است.

اصل سوم: مداخلات باید با مراحل بلا هماهنگ باشند

نوع مداخلاتی که پیشنهاد می‌شوند باید با مرحله پاسخ‌های عاطفی و نیازهای مربوط به عملیات امدادی هماهنگ باشند.

■ مرحله‌ی امداد و نجات

بالاترین اولویت برای ارائه خدمات روانی اجتماعی در مرحله‌ی اولیه پس از بروز بلا، امدادگرانی هستند که عملکرد مؤثر و مداوم آن‌ها ضروری است. بعضی از این مداخلات عبارتند از: مدیریت بحران، مداخله در بحران، حل تعارض، کمک برای حل مسئله و توزیع فشار. خدمات بسیار عینی جزیی ممکن است علاوه بر آن که از نظر عملی سودمند باشد، از نظر عاطفی هم مفید باشد.

دادن یک لیوان چایی به امدادگران، دست‌یاری دادن و کمک مالی به آن‌ها و سرو سامان دادن به شرایطشان، در آغوش گرفتن و ابراز علاقه هم از جمله‌ی این فعالیت‌های کوچک هستند. بلافاصله پس از بلا، فوری‌ترین نیاز قربانیان، امدادهای مستقیم و ملموس است که عبارتند از: عملیات نجات، امنیت جانی و بدنی، آماده‌سازی خدمات پزشکی، تدارک آب و غذا، تهیه‌ی سرپناه برای قربانیان و متحد ساختن دوباره‌ی خانواده‌ها. هدف مداخلات روانی-اجتماعی به قربانیان در طی این مرحله ابتدا بر این اهداف متمرکز هستند. در صورتی که این فعالیت‌ها انجام بگیرد، نقش مهمی در بهداشت روانی پایدار قربانیان دارد.

- "کمک‌های اولیه روان‌شناختی" را فراهم سازید. برای نمونه به کسانی که پریشانی‌های حاد و مشکلات عملکردی داشته و این موضوع در همکاری آن‌ها با امدادگران تداخل کرده و برای فعالیت‌های امدادی ایجاد مزاحمت می‌کند و توان ارائه‌ی کمک به ایمنی و محافظت

از خودشان را تضعیف می‌کنند یاری برسانید. نشانه‌های هراس^۱ یا اضطراب شدید، گریه‌های مداوم، کناره‌گیری افسرده‌گونه، از دست دادن جهت‌یابی، گسسته‌گویی^۲ (بی‌ربطی کلام)، مشکل در متابعت و پیروی از درخواست‌های امدادگران یا قوانین سرپناه‌ها را جستجو کرده و به آن‌ها توجه کنید.

■ به منظور کاهش اضطراب، کمک به فرآیند امداد و نجات و کمک به پیشگیری از پاسخ‌های ناسازگار بعدی، مداخلات کوتاه مدتی را تدارک ببینید. این قبیل مداخلات شامل تسلی دادن و آرام بخشی قربانیان (گفتن یک جمله یا در آغوش گرفتن آن‌ها) می‌باشد. به افراد کمک کنید تا دوباره اعضای خانواده را دور هم جمع کنند یا در برگزاری برنامه‌های آموزشی مشارکت کنند. حمایت از قربانیان در "وظایف واقعی" نظیر شناسایی اجساد و متوفیان یا تصمیم‌گیری درباره‌ی دام‌ها و سایر مایملک به جا مانده مهم است. به قربانیان اجازه بدهید تا احساسات خود را ابراز کنند، و در این مسیر بر روی کاهش اضطراب و برانگیختگی، بازسازی نظام‌های حمایت اجتماعی و کمک به قربانیان جهت به دست آوردن احساس دوباره‌ی کنترل (بر موقعیت) معطوف شوید. از همان آغاز بر صلاحیت‌ها (توانایی‌ها) و استقلال قربانیان تأکید کنید.

■ پس از وقوع زلزله‌ی منطقه قزوین در تیرماه ۱۳۸۱، تیم حمایت روانی اداره سلامت روان وزارت بهداشت به منظور ارائه خدمات حمایت‌های روانی - اجتماعی به آسیب دیدگان زلزله به منطقه عزیمت نموده و با کمک جمعیت‌های هلال‌احمر و معاونت بهداشتی استان اقدام به فعالیت نمودند (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۴). اعضای این تیم اقدام به انجام مداخلاتی همچون حمایت‌های گروهی برای کودکان، جلسات بازگویی روان‌شناختی، تکنیک‌های کنترل افکار مزاحم، آرمیدگی، تجسم هدایت شده و حساسیت زدایی نمودند و گزارش نمودند که با انجام این مداخلات توانستند تا حد زیادی از علائم اختلال استرس پس از ضربه و دیگر مشکلات روانی گروه‌های تحت حمایت کاسته و از بروز و شیوع مشکلات اجتماعی در بازماندگان جلوگیری نمایند. این گروه نتیجه گرفتند که شروع بلافاصله و به موقع حمایت‌های روانی - اجتماعی برای بازماندگان بلایای طبیعی می‌تواند تا حد زیادی از فشار روانی در آن‌ها بکاهد و از مزمن شدن واکنش‌های روانی جلوگیری کند. آن‌ها اثر بخشی این مداخلات در مورد کودکان را بارزتر عنوان نمودند.

■ فعالیت‌های پیشگیرانه گسترده و فعالیت‌هایی که زمینه را برای مداخلات بعدی آماده می‌سازد، شروع کنید. درباره‌ی آنچه که اتفاق افتاده، اطلاعات درستی ارائه کنید و در این مسیر

از همه ی ساز و کارهای موجود و قابل دسترسی (نظیر رسانه های گروهی، جلسات و نشست ها و برگه های اطلاع رسانی) استفاده کنید. به قربانیان اطمینان بدهید که واکنش های حاد، طبیعی هستند و نباید از بابت آن ها ترسید یا احساس کرد که قدرت کنترل فرد از دست رفته است.

▪ زمانی که افراد هنوز در حالت گیجی و منگی قرار دارند، زمان مناسبی برای مداخلاتی که نیاز به هوشیاری و درک کافی دارند، نیست. با این حال، کمک به کاهش اضطراب ممکن است کمک کند تا از پریشانی های بعدی پیشگیری شود و به این ترتیب تماس با قربانیان حتی در همان مراحل آغازین بعد از بروز بلا، ممکن است احساسات مثبتی را نسبت به مشاور ایجاد کند که می تواند مداخلات بعدی را مؤثرتر و قابل پذیرش تر بکند. آوردن آب، دادن پتو، دادن اسباب بازی به بچه ها، غذا برای قربانیان (و به طور کلی تدارک "خدمات اولیه") به مشاوران کمک می کند تا تماس اولیه را برقرار کرده و اعتماد مراجعان را جلب نمایند و به مراجعان این توانایی را می دهد تا نیازهایشان را با آن ها (مشاوران) مطرح سازند.

▪ یک مشکل در مراحل اولیه ی پاسخ به بلا، هجوم سریع افرادی است که در پی کمک جویی، بهره برداری از وضعیت یا به دنبال ارضای حس کنجکاوی خود می باشند و این مسئله نیاز به مدیریت مناسب دارد.

▪ افرادی هم که به طور غیرمستقیم تحت تأثیر بلا قرار می گیرند (از قبیل خانواده یا دوستان قربانیان، مشاهده کنندگان و حتی آن هایی که گزارش های مکرری را درباره ی بلا از تلویزیون تماشا می کنند)، ممکن است نشانه های پریشانی و ناراحتی را از خود بروز بدهند. توجه داشته باشید که آنچه برای فردی مفید و سودمند است، ممکن است مورد نیاز دیگران نباشد. برای نمونه، فردی ممکن است متوجه شود که صحبت کردن درباره واقعه، ناراحتی و پریشانی او را کاهش می دهد، در حالی که فردی دیگر نیاز سکوت و درون نگری دارد. اگر یکی از این افراد در زمینه دریافت حمایت به دیگری وابسته باشد (برای مثال، آنچه که در اغلب موارد در خصوص زن و شوهرها دیده می شود)، ممکن است عدم ارائه ی کمک مناسب، شکلی از بی توجهی قلمداد گردد.

به مردم در مورد اینکه هیچ پاسخ "صحیحی" وجود ندارد و درباره اینکه نیازهای متفاوت افراد دیگر، لزوماً به معنای بی توجهی آن ها نیست، اطمینان بخشی دهید و بگویید که پاسخ های افراد، روشی است که افراد به مقابله با فشار روان می پردازند.

■ مرحله جستجو

در طی این دوره (اولین ماه بعد از وقوع بلا)، ادامه دادن به خدمات مورد نیاز امدادگران، یک اولویت اولیه است. روزها یا هفته های اول بعد از بلا، ممکن است یک مرحله "ماه عسل"

باشد که در آن افراد از اینکه نجات یافته‌اند، درباره‌ی آینده احساس خوش بینی کنند و روح بخشنده‌گی و تعاون در آن‌ها به وجود آید. افراد ممکن است درباره‌ی آن چه از دست داده‌اند یا مشکلات آتی خود، در حالت انکار قرار داشته باشند. طی این مرحله بسیاری از افراد پذیرای مداخلات روانی-اجتماعی نبوده یا احساس نیاز به آن‌ها نخواهند داشت. اما افراد دیگری هستند که ممکن است از این که درباره‌ی واکنش‌هایشان در روزهای اولیه پس از بلا، فرصت صحبت داشته باشند یا از این که کسی وجود دارد که می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا بر موانعی که با آن روبرو می‌شوند، غلبه یابند، خوشحال شوند.

قسمت اعظم مداخلات روانی - اجتماعی که معطوف به خود قربانیان است در این دوره ارائه می‌شوند. دلسردی و ناامیدی درباره‌ی فعالیت‌های بازسازی ممکن است در این مرحله به وجود بیاید. اضطراب، غم، تحریک پذیری، ناکامی و ناامیدی در این لحظه با فقدان‌های ناشی از بلا و نیز آثار ناشی از فشارهای پس از ضربه ترکیب شده و سطح نسبتاً بالایی از نیازها را ایجاد می‌کند. تمرکز بر شناسایی کسانی که در معرض خطر هستند و تمرکز بر مداخلاتی که اثرات دراز مدت بلا را کاهش بدهند، لازم و ضروری است.

▪ خدمات امدادی سرپایی را تدارک ببینید، خدماتی که هدف آن‌ها دادن آموزش درباره پاسخ‌هایی است که به بلا داده می‌شود و آرایه‌ی اطلاعاتی درباره دسترسی به خدمات موجود و راهنمایی افراد به منظور یاری جویی است. این خدمات ممکن است شامل استفاده از جراید، رادیو و تلویزیون، ترتیب دادن جلساتی در سطح جامعه یا فرستادن و اعزام سخنگویانی به مساجد یا مدارس، توزیع برگه‌های اطلاع رسانی در محل‌های اسکان، مدارس و محل‌های کاری باشد.

▪ به منظور شناسایی کسانی که احتمال خطر بیشتر یا نیاز بیشتر را به خدمات دارند، به جستجو بپردازید و به خدمات مورد نیاز این عده توجه ویژه‌ای بکنید.

▪ در موقعیت‌های خاصی، حمایت‌های عینی را فراهم سازید. این امر ممکن است شامل این موارد باشد: کمک به کسانی که اعضای خانواده‌ی خود را گم کرده‌اند، شناسایی جسد قربانی و ترتیب دادن مراسم تشییع جنازه و دفن و کفن، حمایت از ارتقای سازمان بندی پناهگاه‌ها یا حمایت کردن از تدارک خدمات و مواد مورد نیاز، کمک در جهت برقراری و نظم دوباره‌ی اجتماع و برگزاری مراسم بزرگداشت، کمک جهت جلوگیری از سپر بلاسازی در پناهگاه‌ها یا در جامعه و مبارزه با سپر بلاسازی

▪ علاوه بر ارائه‌ی خدمات گروهی یا فردی برای کودکانی که نشانه‌های پریشانی را از خود نشان می‌دهند، باید تلاش نمود تا هر چه زودتر مدارس بازگشایی شده و همه‌ی کودکان به مدرسه فرستاده شوند. همچنین باید برای آموزگاران که باید با کودکان تعامل کرده و از آن‌ها

حمایت کنند (ضمن این که خود آن ها نیز ممکن است جزء قربانیان بلا یا سوگوار بوده)، حمایت ها و خدمات لازم را ارائه نمود. خود آموزگاران هم ممکن است آموزش هایی برای ارائه ی خدمات به کودکان دیده باشند.

■ حمایت از بازسازی سریع خانه ها، ایجاد دوباره ی مشاغل، برقراری مجدد خدمات اجتماعی (نظیر مدارس و مساجد) و مشارکت دادن خود قربانیان در فراهم سازی خدمات به این موضوع کمک می کند تا شالوده ی اساسی بهبود روان شناختی درک شده و نیز کمک می کند تا احساس تسلط و کنترل در قربانیان اعاده شود.

در بیشتر موارد، تعداد افراد آموزش دیده ای که باید به پیامدهای عاطفی ناشی از بلا پاسخ بدهند، جهت تأمین نیازهای قربانیان کافی نخواهد بود. لذا آموزش دادن افراد صلاحیت دار دیگر و مشاوران معین در صورت ضرورت یک اولویت اساسی است. کارکنان مراقبت های بهداشتی اولیه، آموزگاران، رهبران مذهبی، حکیمان سنتی و دیگر افراد می توانند از جمله ی این افراد باشند.

■ مرحله بازسازی (ماه دوم به بعد)

پیامدهای عاطفی بلا ممکن است تا دو سال بعد از بلا هم ادامه یابند. بخشی از این موضوع نشان دهنده ی واکنش های تأخیری است و بخشی پاسخ هایی است که به شناخت فزاینده پیامدهای برگشت ناپذیر بلا داده می شود. تجربه ی چندین بلا نشان داده که خدمات بهداشتی باید برای حدود دو سال یا بیشتر از دو سال بعد از بلا، در دسترس باقی بمانند. چنین خدماتی پیگیری دراز مدت کسانی را که قبلاً درمان شده اند، میسر می سازد. ایجاد و برقراری یک خط تلفن (صدای مشاور) یا دیگر روش ها برای اینکه افراد در زمان نیاز با استفاده از آن ها بتوانند با مشاوران تماس بگیرند، بسیار سودمند است. این موضوع به ویژه زمانی سودمندی بیشتر دارد که مشاوران، صحنه بلا را ترک کرده اند و افراد می توانند با استفاده از صدای مشاور با آن ها تماس بگیرند.

وظایفی که باید در مراحل مختلف بعد از وقوع یک فاجعه انجام داد:

۱. مرحله امداد و نجات (مرحله آنی پس از وقوع بلا):

خدمات مداخله در بحران و "کنترل" فشار را در مورد امدادگران به کار ببرید. اطمینان حاصل کنید که ایمنی قربانیان برقرار شده و مطمئن شوید که نیازهای فیزیکی آن ها (مثل سکونت، غذا، آب آشامیدنی تمیز و ...) تأمین شده است، به فکر یکپارچگی و گرد هم آوردن دوباره ی اعضای خانواده و اجتماع باشید. کمک های عملی و کمک های اولیه ی عاطفی روانی را تدارک ببینید.

۲. مرحله ی جستجوی اولیه (ماه اول بعد از بلا):

وظایف مرحله امداد و نجات را ادامه بدهید.

رهبران محلی، داوطلبان و اعضای جامعه را در مورد اثرات روانی بلا آموزش بدهید. حمایت‌ها و کمک‌های عملی کوتاه مدت را برای قربانیان فراهم کنید. کسانی که بیشترین احتمال خطر را دارند (افراد در معرض خطر بلا) شناسایی کنید و مداخله در بحران، "تبادل روان‌شناختی" و کوشش‌های شبیه آن را آغاز کنید.

ساختارهای کلان اجتماعی هم چون شغل، مسکن، نهادها و فرآیندهای اجتماعی را بازسازی کنید. ۳. مرحله‌ی پایانی جستجو (ماه دوم به بعد):

وظایف مرحله‌ی امداد و نجات و مرحله‌ی جستجوی اولیه را ادامه بدهید. افراد اجتماع را آموزش بدهید. برای شناسایی افراد نیازمند اقدام کنید. برای بازماندگان نیازمند "تبادل روان‌شناختی" و دیگر خدمات را فراهم‌سازید. خدمات مدرسه محور و دیگر خدمات نهاد محور اجتماعی را ایجاد کرده و بسط دهید.

اصل چهارم: ادغام کمک‌های روانی با برنامه‌های امداد و نجات

ارائه‌ی مؤثر کمک‌های روانی، بدون مشارکت و حمایت گروه‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات پزشکی و کمک‌های مالی در سطح منطقه‌ای، ناحیه‌ای و ملی کاری مشکل است. مقامات دولتی (در سطح ملی و منطقه‌ای)، اغلب تأثیرات روانی بلایا را در نظر نگرفته و به آن‌ها اهمیت نمی‌دهند. امدادگران تیم‌های امداد و نجات نیز غالباً بر وظایف اضطراری همچون نجات جان افراد، تدارک غذا، پوشاک، سرپناه و بازسازی ساختار زیربنایی جامعه تمرکز داشته و معمولاً لزومی برای ارائه‌ی خدمات روانی قائل نیستند و حتی این گونه کمک‌ها را مانع فعالیت خود می‌دانند. آموزش این گروه‌ها درباره‌ی تأثیر فرآیندهای روانی بر عملیات امداد و نجات و عواقب دراز مدت بی‌توجهی به اثرات بهداشت روانی، ضروری است. لازم است بین تمام گروه‌های امدادگران، همبستگی ایجاد شود. لذا تشکیل شورایی متشکل از متخصصان بهداشت روانی، مقامات رسمی (مثل شهردار)، نمایندگان نهادهای مؤثر در جامعه (مساجد و انجمن‌ها)، سرپرستان عملیات امداد و نجات و نمایندگان قربانیان برای هدایت و حمایت مداخلات روانی-اجتماعی، می‌تواند مفید واقع شود.

اقدامات مؤثر برای عملیات هماهنگ عبارتند از:

- آموزش تیم‌های امداد و نجات (در صورت امکان قبل از آغاز به کار)، در زمینه‌ی تأثیرات روانی
- توجیه مسئولان عملیات امداد و نجات در مورد لزوم چنین آموزش‌هایی در برنامه‌های آماده‌سازی امدادگران نجات
- آموزش تیم‌های امداد و نجات در زمینه‌ی واکنش‌های روانی احتمالی قربانیان بلایا (در صورت امکان پیش از آغاز به کار)

- توجه دادن تیم‌های امداد و نجات و مقامات مسئول از اهمیت اطلاع‌رسانی مناسب، صحیح و بدون تناقض به بازماندگان
- آموزش مقامات مسئول امداد و نجات در زمینه‌ی اهمیت انسجام خدمات
- آموزش یا آگاه نمودن مقامات مسئول درباره‌ی اهمیت عواملی که عملیات امداد و نجات را تحت الشعاع قرار می‌دهند:
- الف) گردآوری گروه‌های اولیه (خانواده‌ها، گروه‌های کاری، همسایگان یا اهالی روستا)
- ب) جدا نکردن کودکان از والدین در صورت امکان
- ج) مشارکت دادن قربانیان در عملیات نجات و جستجو
- د) جلوگیری از تخلیه‌ی غیرضروری خانه‌ها و فراهم کردن امکانات برای بازگشت سریعتر مردم به منازل خود
- ه) اجازه دادن به بازماندگان برای دیدن اجساد کشته شدگان در صورت تمایل
- و) نجات جان دام‌ها و نگهداری آن‌ها در مکان‌های مخصوص
- یکی از راه‌های مؤثر در ایجاد هماهنگی در برنامه‌های امداد، هماهنگی امدادگران روانی با سایر گروه‌های کمک‌رسان است. با گروه‌های توزیع غذا مشغول به کار شوید. مکان‌هایی برای بازی کودکان ایجاد کنید. این کار، مادران را نیز مشغول خواهد کرد. با تیم‌های "گزارش‌گیری" یا "ارزیابی" و امدادگرانی که تازه به محل رسیده‌اند همراهی کنید و در جلسات شبانه‌گاهی یا صبحگاهی حضور یابید.

اصل پنجم: مداخلات باید با توجه به فرهنگ مردم صورت پذیرد.

- مردم از گروه‌های فرهنگی مختلف ممکن است به طرق مختلف مشکلات خود را بیان کنند. برداشت‌های متفاوتی از منشاء بروز مشکلات خود را بیان کنند. برداشت‌های متفاوتی از منشاء بروز مشکلات داشته و واکنش‌های گوناگونی از خود نشان دهند. مثلاً در کشور ما اقوام مختلفی (مثل فارس، ترک، لر، کرد، عرب، بلوچ، ترکمن و ...) زندگی می‌کنند که هر کدام خصوصیات فرهنگی خاصی دارند.
- ملاحظات فرهنگی که می‌باید مدنظر قرار گیرند عبارتند از:
- بعضی جوامع دید علمی نسبت به وقایع دارند و برخی دیگر برای عوامل معنوی اهمیت قائلند. باید در نظر گرفت که یک فرهنگ خاص در ارتباط با بلایا چه دیدگاهی دارد؟
 - میزان و نوع رابطه‌ی گفتاری مورد انتظار بین مددجو و کسی که سعی در کمک‌رسانی به او دارد، تا چه حد است؟

- بروز احساساتی نظیر شرم، گناه، ترس و خشم از نظر اجتماعی در چه شرایطی پذیرفته شده است؟ این احساسات چگونه بروز داده می‌شوند؟
- آیا ابراز احساسات از نظر اجتماعی قابل قبول است؟ بیان این احساسات و مشکلات در حضور اعضای خانواده، چه عواقبی را در پی خواهد داشت؟ (مثلاً در بعضی از مناطق کشور ما، گریه و بی‌تابی در غم از دست دادن عزیزان را ناشکری دانسته و آن را منع می‌کنند).
- انتظارات جامعه از قربانی و مشاور چیست؟ فاصله‌ی اجتماعی مناسب بین آن‌ها چه اندازه است؟
- باورهای فرهنگی در مورد نقش مراسم مذهبی و سنتی، در درمان کدامند؟ آیا انتظاراتی درباره‌ی نحوه برخورد و ارتباط مددجو و امدادگر وجود دارد؟ آیا مراسم ویژه‌ای برای درمان برگزار می‌شود؟
- باورهای فرهنگی در مورد استفاده از داستان‌گویی در کمک‌رسانی چیست؟
- آیا از مددکار انتظار می‌رود که دستور العمل‌های مستقیم در مورد کمک‌های مادی را اعمال کند؟
- باورهای سنتی درباره‌ی منشاء بلایا چیست؟ (جادو، خواست خداوند، تقدیر، قضا و قدر)، نیازها و انتظارات ناشی از این اعتقادات، در مورد کنترل شخصی کدامند؟
- از نظر فرهنگی عکس‌العمل‌های افراد پس از بلایا، چگونه باید باشد؟ (استعفا، اقدامات فردی، اقدامات گروهی). آیا به "افسردگی" پس از وقوع بلایا، توجه می‌شود؟
- دیدگاه افراد در زمینه‌ی استفاده از روش‌های سنتی و مذهبی و همچنین "داروهای شیمیایی" چیست؟
- بیماری‌های روانی چگونه توصیف می‌شوند؟
- انتظارات مردم از مقام‌های مسئول و دولتی و سازمان‌های امدادگران به‌ویژه جمعیت‌هلال احمر چیست؟
- نقش راه‌های کسب درآمد که در اثر بلایا دچار اختلال شده‌اند، در ایجاد هویت فرهنگی چیست؟
- مداخلات باید نسبت به این تفاوت‌های فرهنگی حساس بوده و در عین حال به طرز مؤثری از آن‌ها استفاده کند. یکی از راه‌های ایجاد حساسیت، مشارکت دادن مردم بومی در هر مرحله از کمک‌های روانی است. امدادگران بومی منطقه، روحانیون، درمانگران سنتی، سران اتحادیه‌ها، آموزگاران و رهبران محلی باید در زمینه‌ی پیامدهای روانی بلایا تعلیم داده شده و برای خدمت‌رسانی در کمک به مشاوران روانی، به‌کار گرفته شوند.

تفاوت‌های موجود بین زنان و مردان در روش‌های سازگاری و از نظر هنجارهای اجتماعی می‌تواند به عنوان یکی از زمینه‌های "تفاوت‌های فرهنگی" در نظر گرفته شود. در روند مداخلات روانی، لازم است به نیازها و انتظارات زنان (برای مثال گفتگو راجع به مشکلات عاطفی در یک جمع خانوادگی یا جلسه عمومی)، توجه شود.

اصل ششم: مداخله مستقیم، نیاز به توجیه منطقی دارد.

روش‌های مناسب مداخله در زمینه‌ی اثرات روانی و عاطفی بلایا در افراد، خانواده‌ها و سایر گروه‌ها متفاوت می‌باشند. گاهی در مقابله با بلایا، این روش‌ها ممکن است نیازمند تغییر و تعدیل بوده و گاه لازم است مداخلات به صورت غیر رسمی انجام شود. در زیر توجیهات منطقی و اهداف اصلی مداخلات مورد بررسی قرار می‌گیرد:

۱ - گفتگو: مردم نیاز دارند که معنی بلایا را در متن زندگی و فرهنگ خود بدانند. بیان یک داستان درباره‌ی اتفاقی که افتاده است می‌تواند راهی برای معنا دادن به واقعه باشد. برای بسیاری از قربانیان، گفتگو در مورد تجربه‌ی خود پس از بلایا در روزها و هفته‌های بعد از آن مفید است. بیان واقعه برای دیگری این امکان را به قربانی می‌دهد که بداند درک او از بلا صحیح است. او با این کار افکار و احساسات خود را نیز ظاهر ساخته و آن‌ها را برای خود و دیگران قابل بررسی می‌سازد. بروز احساسات پس از بلایا از طریق گفتگو یا گریه، استرس را کاهش می‌دهد. عزاداری‌های عمومی، برگزاری مراسم و روش‌های دیگر در میان گذاردن احساسات (در شرایطی که گفتگو در مورد احساسات فردی از نظر اجتماعی غیر قابل قبول است) می‌تواند باعث از بین رفتن استرس شود.

توجه داشته باشید با وجودی که گفتگو درباره‌ی بلایا مفید است، اما "اشتغال ذهنی" (بیان مکرر و وسواسی یک ماجرا)، منجر به اضطراب و افسردگی می‌شود. لذا در این موارد باید از طریق سرگرم ساختن قربانی به فعالیت‌ها و مشغولیت‌های دیگر، ذهن او را از بلایا منحرف کرد. تمرکز قربانی بر تصمیمات و اقدامات در حال انجام، می‌تواند راهی برای تقویت مکانیسم سازگاری با مشکلات عاطفی و رفتاری باشد. برای کودکان وسایل ارتباطی دیگر نظیر بازی، کارهای هنری، یا نمایشنامه همان تأثیر گفتگو در بزرگسالان را دارد. برای برخی از بزرگسالان ممکن است گفتگو درباره‌ی بلایا دردآور باشد یا این کار از نظر فرهنگی منع شده باشد. در این صورت استفاده از روش‌های غیرگفتاری برقراری ارتباط مثل بیان داستان، می‌تواند راهی برای بروز احساسات باشد.

۲- تبادل اطلاعات: شک‌ها و تردیدها موجب افزایش استرس در قربانی می‌شود. اطلاعات نادرست، قربانی را دچار سردرگمی می‌کند و در نتیجه مانعی برای واکنش‌های مناسب بوده و می‌تواند منجر به تنش بین قربانیان، یا بین قربانیان و امدادگران شود. در اسرع وقت و با استفاده از روش‌های مستقیم ارتباطی و اطلاع‌رسانی عمومی (رسانه‌ها) یا افراد، اطلاعات کافی و صحیح را در اختیار قربانیان قرار دهید. از شایعه پراکنی جلوگیری کنید. در اختیار داشتن یک منبع واحد اطلاع‌رسانی مورد اعتماد (برای مثال برنامه‌های مشخص، منظم و قابل اعتماد اطلاع‌رسانی توسط مقامات مسئول در امداد و نجات)، ضروری است.

۳- توانمندسازی: یکی از مخرب‌ترین اثرات روانی یک بلا بر قربانی احساس از دست دادن کنترل بر زندگی و سرنوشت خویش است. باید مداخلاتی که به قربانیان کمک می‌کند تا احساس خود را از "قربانی" (فردی منفعل، وابسته و فاقد کنترل بر زندگی)، به "بازمانده" (فردی دارای توانایی کنترل بر زندگی و سازگاری)، تغییر دهند مورد توجه قرار گیرد. برای جلوگیری یا کاهش پیامدهای عاطفی بلایا ضروری است افراد را از منفعل و وابسته بودن باز دارید. قربانیان را در حل مشکلات خود سهیم‌سازید. آن‌ها را باید به دخالت در تصمیم‌گیری‌های مربوط به زندگی خود و شرکت در اجرای این تصمیمات تشویق کنید. برای بزرگسالان بازگشت به شغل همیشگی یا یک فعالیت تولیدی و مفید و برای کودکان بازگشت به مدرسه، می‌تواند حس داشتن کنترل و صلاحیت را در آن‌ها افزایش دهد. حتی زمانی که مردم باید برای مدتی طولانی در اردوگاه بمانند، ایجاد منابع درآمدهای جزئی از طریق فعالیت‌های تولیدی و ثمربخش، اجازه دادن به قربانیان برای اداره‌ی اردوگاه و عملیات نجات و ارائه‌ی آموزش‌های مهارتی، بخشی مفید از توانبخشی روانی می‌باشند.

۴- عادی‌سازی: واکنش‌های عاطفی ناشی از بلایا، در عین حال که امری طبیعی می‌باشند ولی برای قربانیان رنج آورند. بهترین شیوه برای رفع این مشکل، آموزش است. به قربانیان اطمینان دهید که واکنش‌های آن‌ها نشانه‌ی بیماری روانی نیست. طول دوره‌ی این واکنش‌ها را (که در بیشتر موارد هفته‌ها یا ماه‌ها ادامه می‌یابد)، برای آن‌ها شرح دهید. قربانیان را آگاه‌سازید که سالگرد بلایا، محرک‌های محیطی که بلایا را به یاد می‌آورند و وقایع دیگری نظیر خاکسپاری و اقدامات رسمی، ممکن است باعث عود واکنش‌های قبلی شوند. آگاهی از این مطلب ضروری است که واکنش‌های افراد مختلف، متفاوت بوده و از طرفی همه محکوم به داشتن این علائم نیستند.

۵- حمایت‌های اجتماعی: حمایت‌های اجتماعی نقش مؤثر و مفیدی در کاهش اثرات روانی ناشی از بلایا ایفا می‌کنند. از این رو ایجاد یا بازسازی شبکه‌های اجتماعی در برخورد با

استرس‌های ناشی از بلایا، امری ضروری می‌باشد. از به هم زدن نهادهای موجود اجتناب کنید و مانع گوشه‌گیری و انزوای قربانیان شوید. گردآوری دوباره‌ی اعضای خانواده را در اولویت قرار دهید. گردآوری همسایگان، همکاران و سایر گروه‌هایی که قبلاً وجود داشته‌اند نیز مفید بوده و جداسازی آن‌ها (به‌ویژه اعضای یک خانواده)، اثرات زیانباری را در پی خواهد داشت. تنها در شرایط بسیار بحرانی و حاد (والدین دارای سوء رفتار یا دارای بیماری روانی شدید)، باید کودکان را از والدین خود جدا نمود. در صورتی که جدایی کودک از والدین اجتناب ناپذیر است (اگر والدین مجروح یا کشته شده‌اند)، لازم است یکی از بزرگسالان مورد اعتماد و شناخته شده (یکی از بستگان نزدیک)، از وی نگهداری کند. رها کردن کودک "برای مراقبت از خود" به هیچ وجه توصیه نمی‌شود. یکی از نکات بسیار مهم، بازگرداندن کودک به مدرسه و بزرگسالان به محیط اجتماعی خود (محل کار)، می‌باشد. اگر هیچ یک از گروه‌های حمایتی در دسترس نمی‌باشند، ایجاد گروه‌های مصنوعی (مثلاً گروه‌های همسال)، برای کمک به تشخیص، درمان و بازسازی مفید می‌باشد. ایجاد مراکز درمانی باید یکی از بخش‌های اساسی مقابله با واکنش‌های روانی ناشی از بلایا باشد. این واحدهای درمانی باید تا حد امکان از گروه‌های طبیعی همچون خانواده تشکیل شده باشند. توجه داشته باشید: اگر چه حمایت اجتماعی عموماً در سازگاری با استرس به افراد کمک می‌کند، اما انتظار افراطی از یک نفر برای این که حامی دیگران باشد و نیز احساس دلسوزی بیش از اندازه، می‌تواند استرس را تشدید کند. از طرفی مقاومت افراد در برابر مشکلات، باید به صورت فردی و جداگانه در شبکه‌های اجتماعی مورد ارزیابی قرار گیرد.

۶- رهایی از علایم: اضطراب، افسردگی، واکنش‌های استرس حاد و سایر علائم، فرد را دچار رنج و زحمت کرده و ممکن است منجر به بروز مشکل در سازگاری با شرایط استرس‌زا شود. زیر نظر داشتن قربانیان برای تشخیص واکنش‌های روانی معمول و در صورت لزوم، استفاده از پرسشنامه خودسنجی می‌تواند در شناسایی افراد نیازمند به درمان های ویژه مفید باشد. ریسک خطر برای افرادی که از قبل دچار مشکلات روانی بوده‌اند، بیشتر است. این گونه افراد را باید در صورت امکان برای مشاوره‌های گروهی یا فردی یا درمان های دارویی به مراکز درمانی مربوطه ارجاع داد. باید درمان های دارویی و غیردارویی قبلی این افراد را ادامه داد. در مورد کسانی که قبلاً سابقه‌ی ناراحتی روانی نداشته اما دچار مشکلات حاد روانی شده‌اند، درمان دارویی توسط روانپزشک می‌تواند اقدام مفیدی باشد.

۷- استفاده از توان اجتماعی، سنت‌ها و امکانات: هر جامعه دارای توانمندی‌ها و امکانات ویژه‌ای است که می‌تواند ابزاری قوی برای کاهش تأثیرات بلایا بر افراد باشد. حس تعلق به

جامعه، داشتن هویت اجتماعی و تحت حمایت جامعه قرار داشتن، پشتوانه‌های ضروری بهداشت روانی هستند. در این زمینه کوشش برای حفظ و تقویت روحیه اجتماعی، فعالیت‌های اقتصادی و خدمات رفاهی و همچنین فعال‌سازی مدارس اقداماتی مفید می‌باشند. درمانگران سنتی نیز از ذخایر ارزشمند هر جامعه می‌باشند. تکنیک‌های توانبخشی روانی را به این درمانگران و ساکنین منطقه آموزش دهید و از مهارت‌های سنتی آن‌ها استفاده کنید. سنت‌ها و آداب و رسوم موجود در جامعه برای تطابق با بحران را شناخته و از آن‌ها بهره ببرید. اگر چنین سنت‌هایی وجود ندارد، می‌توان مراسم اجتماعی جدیدی مانند اختصاص یک روز برای سوگواری یا مراسم یادبود برگزار کرد. در راه بازسازی یک جامعه مشکلات بالقوه‌ای وجود دارند که برخی مستقیماً یا به طور غیرمستقیم در اثر بلایا به وجود آمده‌اند. برای مثال ممکن است برخوردهایی بین مسئولان نهادهای اضطراری که در اثر بحران بلایا ایجاد شده‌اند با رهبران سنتی و بین رهبران محلی و متخصصان غیربومی ایجاد شود. گاه ممکن است رهبران سنتی بخواهند پس از بلایا، از موقعیت خود برای تسلط بر منابع یا جاه طلبی‌های خود استفاده کنند. از طرفی بحران ناشی از بلایا، برخی نقایص موجود در جامعه را آشکار ساخته و منجر به ظهور ارتباطات جدید در درون خانواده‌ها یا جامعه می‌شود. بنابراین یک بحران فرصتی است برای ایجاد تغییرات در جامعه، منظور از استفاده از "توانمندی‌های جامعه" این نیست که به بهانه‌ی بازدهی عملیات نجات، ساختار قدیمی جامعه را بازسازی کرده یا از دیدگاه یک نفر در مورد چگونگی ساختار جامعه و خانواده‌ها پیروی کرد. آنچه که قربانیان را امیدوار می‌سازد اشتغال است، نه ساختار ویژه‌ی جامعه.

اصل هفتم: کودکان نیازمندی‌های ویژه‌ای دارند.

در بیشتر موارد اصول به کار گرفته شده برای بزرگسالان را با اندکی تغییر متناسب با سن می‌توان برای کودکان نیز به کار برد (برای مثال: استفاده از گویش مناسب با سن کودک، ملموس بودن روش‌ها). ولی واکنش‌های متفاوت کودکان نسبت به بلایا، به کارگیری اصول زیر را ضروری می‌سازد:

- کودکان مستقیماً در اثر بلایا یا به طور غیرمستقیم از طریق مشاهده‌ی واکنش‌های والدین یا ناتوانی جسمی و روانی آن‌ها ضربه می‌خورند. همراه بودن کودکان با والدین، به جز در مواردی که دلیلی قطعی مثل سوء رفتار والدین یا ناتوانی جسمی و روانی آن‌ها وجود داشته باشد، باید مهم‌ترین بخش درمان را تشکیل دهد. تشویق والدین به توضیح ماجرا برای کودکان، تشخیص، پذیرش و درک واکنش‌های آن‌ها و ارائه‌ی توضیحات آشکار درباره‌ی واکنش‌های خود، مفید خواهد بود.

- یکی از موانع تشخیص نیاز کودکان به درمان، چشم‌پوشی والدین از مشکلات آن‌ها یا نسبت عمدی دادن به رفتارهای واپس‌گرایان‌های چون شب‌اداری یا سایر رفتارهای غیر عادی در آن‌ها می‌باشد. برای شناسایی این موارد باید به والدین آموزش‌های لازم را داد.
- فراهم آوردن کمک

می‌توان والدین را در زمینه‌ی واکنش مناسب نسبت به رفتارهای خاص و درمان ویژه‌ی این رفتارها، آموزش داد. برای مثال:

الف) رفتارهای واپس‌گرایانه همچون شب‌اداری باید در ابتدا پذیرفته شوند و بدون سخت‌گیری به کودک آرامش داد. نباید او را شرم‌زده و تنبیه کرد و مورد انتقاد قرار داد، بعدها انتظارات طبیعی و عادی از کودک می‌تواند به تدریج از سر گرفته شود.

ب) مداخلات رفتاری (پاداش به رفتار مطلوب به همراه ایجاد محدودیت در مقابل رفتارهای نامطلوب)، مفیدترین واکنش در مقابل عادت‌های نادرست است.

ج) آرامش جسمانی ممکن است در کاهش میزان اضطراب در بین کودکان مفید باشد. تحقیقات نشان داده‌اند که ماساژ منظم پشت و گردن می‌تواند به این کار کمک کند.

د) کودکان نیاز دارند به آن‌ها اطمینان و اجازه داده شود بدون واهمه از این که مورد قضاوت قرار می‌گیرند، احساسات خود را بیان کنند.

- کودکان ممکن است به وسایل ملموسی چون اسباب‌بازی، رختخواب، غذای مخصوص، در دسترس بودن فعالیت‌های مناسب سن خود (بازی‌های گروهی، مدرسه، تکلیف)، نیاز داشته باشند. وجود این امکانات برای والدین نیز از آن جهت که به آن‌ها در برآوردن تقاضا کمک می‌کند مفید خواهد بود. در این میان وجود مراکزی برای مراقبت از کودکان، برای این که والدین قادر به بازگشت به سر کار بوده و این واقعیت را بپذیرند که باید زندگی عادی خود را از سر گیرند، نیز لازم است.

یاسمی و همکاران (۱۳۸۴) گزارش دادند که تهیه‌ی اسباب‌بازی برای کودکان زلزله‌زده‌ی منطقه‌ی قزوین باعث هیجانات مثبت کودکان و سپاسگزاری والدین آن‌ها شده است.

- تا حد امکان باید از جدا کردن فرزندان و کودکان از والدین خودداری شود. در صورت لزوم به دلیل حفظ امنیت کودک یا به دلیل ناتوانی والدین در نگهداری او، باید تلاش کرد که کودک توسط پدر، بزرگ یا مادر بزرگ، برادر یا خواهر بزرگتر یا حتی آموزگار نگهداری شود.

- کودکان به ویژه مستعد، پذیرش توجیهات نادرست در مورد وقوع بلایا، رفتارها و احساسات اخیر خود می‌باشند. برای مثال ممکن است فکر کنند تا اندازه‌ای در اتفاقی که افتاده، مقصر می‌باشند. شناخت و تصحیح این افکار بخشی از برنامه‌ی درمانی به‌شمار می‌رود.

▪ کوچکترها (حداقل تا سن ده یا یازده سالگی)، ممکن است قادر به استفاده از زبان و گفتار برای بیان احساسات خود نبوده یا نتوانند با واکنش‌های خود کنار آیند. نقاشی، بازی با عروسک‌ها، بازی‌های نمایشی و نوشتن که لزوماً نباید درباره بلایا باشد (شعر و داستان)، ممکن است راه مفیدی برای شناخت کامل واکنش‌ها باشد. باید به کودکان فرصت داده شود تا احساسات خود را تجربه کرده و آن‌ها را بیان کنند، اما در اسرع وقت باید زندگی عادی خود را آغاز نمایند.

▪ مدارس در این زمینه نقش کلیدی دارند. آن‌ها در طول روز محلی امن برای کودکان بوده و جایگاه مناسبی برای جستجوی بچه‌های مشکل‌دار و انجام مداخله می‌باشند. مدارس با ایجاد فضای کلاسیک به کودک برای نظم دادن به واکنش‌های خود کمک می‌کنند. بنابراین بازگشت هر چه سریع‌تر کودکان به مدرسه، کنترل حضور آن‌ها و کنترل نشانه‌های غیر معمول می‌تواند مفید باشد. (اگر چه تقاضای کودکان برای ماندن در کنار والدین خود پس از بلایا، درخواستی غیرعادی نیست). پس از بازگشت کودکان به مدرسه، نباید آن‌ها را فوراً مجبور به شروع فعالیت‌های معمول در مدرسه کرد. بلکه باید به آن‌ها فرصت داده شود تا درباره‌ی بلایا گفتگو کرده و احساسات خود را راجع به آن بیان کنند. جلسات داخل کلاس به همراه تمام یا گروهی از دانش‌آموزان می‌تواند اثرات مفیدی داشته باشد. باید جلساتی را با حضور والدین در مدرسه برگزار کرد و واکنش‌های کودکان و نحوه‌ی برخورد با آن‌ها پس از بلایا را به والدین آموزش داد.

▪ داشتن حس کنترل بر شرایط هولناک و هراس‌انگیز برای کودکان نیز همچون بزرگسالان مفید است. مشارکت دادن آن‌ها در انجام کارهای مربوط به عملیات نجات، متناسب با سن و شرایط آن‌ها (مانند جمع‌آوری تدارکات برای قربانیان، یاددادن مسئولیت نگهداری از خردسالان در اردوگاه)، هم برای کودکان و هم برای سایر قربانیان بلایا، مفید می‌باشد.

▪ نمایش تصاویر بلایا در تلویزیون ممکن است باعث اضطراب شود. لذا تماشای این تصاویر برای آن‌ها باید محدود باشد. لازم است یک بزرگسال برای کنترل و بازداشتن کودک از تماشای صحنه‌های مهیج حضور داشته و با کودک درباره‌ی آنچه که مشاهده می‌کند، گفتگو کند.

اصل هشتم: زنان دارای نیازمندی‌های ویژه‌ای هستند.

نیازهای زنان در زمان بروز بلایا باید براساس نقش، تجربیات و موقعیت آن‌ها در جامعه‌ی پیش از وقوع بلایا مورد توجه قرار گیرد. در عین حال باید گفت که نیازهای تمام زنان یکسان نیست. وجود تفاوت در ملیت، نژاد، سن، طبقه‌ی اجتماعی، وضعیت تأهل، همچنین

تفاوت‌های فردی از نظر شخصیت و سابقه‌ی شوک‌های روانی، نیازهای آن‌ها را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. زنان سالخورده یا ناتوان ممکن است آسیب‌پذیری بیشتری داشته باشند. سازمان‌های مرتبط با امداد و نجات، اغلب زنان را مورد توجه قرار نمی‌دهند. در نتیجه افراد مسئول، نیازهای آن‌ها را درک نکرده، اقدامی برای رفع آن‌ها انجام نمی‌دهند. به طور یقین ارگان‌ها و شبکه‌های رسمی بانوان می‌توانند علاوه بر آن که منبع قدرتی در روند امداد رسانی باشند، به ویژه برای زنان نیز مؤثر واقع شوند. مشارکت زنان را افزایش دهید و آن‌ها را در روند مقابله با بلایا، توانمندسازید. فرصت‌هایی را برای اجرای نقش‌های غیررسمی آن‌ها فراهم آورید و از مهارت‌های آن‌ها بهره ببرید.

■ اطلاع‌رسانی

■ زنان خانه‌دار، از جمله کسانی هستند که ممکن است کاملاً به تنهایی زندگی کنند، لذا می‌باید تلاش‌های زیادی را برای آگاه ساختن آنان از بلایای در حال وقوع انجام داد.

■ در کشور ما تعداد زنان بی‌سواد بیشتر از مردان بوده و بعضی قادر به سخن گفتن با زبان رسمی کشور نمی‌باشند. در این صورت باید روش‌های متفاوتی اتخاذ گردد تا آن‌ها را از بلایای در حال وقوع و کمک‌های احتمالی موجود آگاه ساخت.

■ کمک رسانی

- افراد مسئول برنامه، برای کمک رسانی‌های مستقیم باید نیازمندی‌های زنان و امکانات لازم برای رفع این نیازها را برآورده کنند. برای مثال:
- ۱- کمک به کسب اعتبار اولیه، به‌ویژه در خانواده‌های دارای سرپرست زن
- ۲- کمک‌رسانی و ایجاد فرصت‌های شغلی مستقیم بدون این‌که زن به وجود یک مرد (شوهر یا پدر)، نیاز داشته باشد.
- ۳- در برنامه‌های تعمیر و بازسازی خانه‌ها باید از نقشه‌های مناسب برای نگهداری کودک و برآوردن نیازهای مربوط به مشغول شدن به مشاغل که در خانه امکان پذیر است استفاده شود. زنان باید مستقیماً در طراحی دوباره‌ی خانه‌ها مشارکت داشته باشند.
- ۴- هوشیار باشید: اگر کمک و اعتبارات توزیع شده در خانواده به نام شوهر باشد، زنان ممکن است سهم کمتری نسبت به زمانی که کمک‌ها بین یکایک افراد توزیع می‌شود، دریافت کنند.
- در اروگاه‌ها، مراکز امداد و کمپ‌های پناهندگی
- ۱- امکاناتی برای مراقبت از کودکان و سالخودگان فراهم آورید، تا زنان بتوانند در امر بازسازی مشارکت مستقیم داشته باشند.
- ۲- اقداماتی برای جلوگیری از تجاوزات جنسی اتخاذ کنید.

۳- در مورد ارائه‌ی خدمات پزشکی، از وجود داروها و وسایل پیشگیری از بارداری و داروهای مخصوص بیماری‌های زنان اطمینان حاصل کنید.

۴- در زمینه‌ی ارائه‌ی خدمات پزشکی، نیازهای مربوط به بهداشت بارداری را منظور کنید.

۵- مکان‌هایی را برای نگهداری قربانیان دارای سوءرفتار و پرخاشگری در نظر بگیرید.

■ بیماریابی

برای شناسایی زنانی که نیازمند دریافت خدمات هستند، به محل‌های تجمع آن‌ها رجوع کنید. این مکان‌ها ممکن است شامل مراکز نگهداری کودکان، زمین‌های بازی، مدارس، مساجد و غیره باشد.

■ موارد خاص

■ **تجاوز:** در برخورد با زنانی که مورد تجاوز قرار گرفته‌اند، حساسیت‌های ویژه‌ای باید در نظر گرفته شود. تقریباً در تمام جوامع، قربانیان تجاوز و سایر خشونت‌های جنسی بدنام هستند؛ و حتی گاه به شدت مجازات می‌شوند. عواقب فاش شدن یک تجاوز، می‌تواند به اندازه‌ی خود تجاوز آسیب‌زا باشد. علاوه بر این، تجاوزات جنسی پیامدهای مستقیمی چون جراحات فیزیکی، ابتلاء به بیماری‌هایی که از طریق روابط جنسی منتقل می‌شوند (مثل ایدز)، حاملگی و از دست دادن بکارت را نیز در پی دارد. احتمالاً بیان این‌گونه موارد برای زنان ایجاد مشکل خواهد کرد. زنان برای حفظ موقعیت خود و دیگران (چه خود و چه یکی از اعضای خانواده، مثل دختر، به‌عنوان قربانی)، وقوع تجاوز را انکار می‌کنند. قربانیان تجاوز باید توسط مشاوران همجنس مورد مشاوره قرار گیرند. با قربانی تجاوز، به میزان و روشی که برای وی قابل قبول باشد، ارتباط برقرار کنید. از هر گونه قضاوت اخلاقی درباره‌ی وی اجتناب کنید: تجاوز هرگز گناه وی نبوده است. با او به صورت خصوصی صحبت کنید و اقداماتی برای جلوگیری از فاش شدن مطلب و حفظ سر او اتخاذ کنید. توجه کنید که انکار و واپس‌رانی ممکن است نشانه‌ی مشکلات عاطفی نبوده و تنها مکانیسم‌های حیاتی باشند. روش‌هایی برای حفاظت از قربانی در مقابل بدنامی و انتقامجویی شخص متجاوز اتخاذ کنید و سرانجام به دنبال راهی برای پایان دادن به انزوای وی باشید. یکی از اقدامات مهم، آموزش قربانیان و جامعه و نیز برقراری ارتباط با رهبران مذهبی و مسئولان برای مبارزه با بدنامی حاصل از تجاوز می‌باشد. لازم به تأکید است که تجاوز در وهله‌ی اول یک فعالیت جنسی نیست، بلکه خشونت، اعمال قدرت و ایجاد رعب و وحشت می‌باشد که از طریق جنسی اعمال شده است.

■ سایر تجاوزات یا آزارهای مربوط به جنسیت: زنانی که در خانواده‌ی خود در معرض صدمات جسمانی بوده‌اند نیز به خدمات ویژه‌ای نیاز دارند. تخریب خطوط تلفنی یا قطع ارتباطات جاده‌ای بر اثر بلایا ممکن است آن‌ها را در معرض خشونت‌های مکرر قرار دهد.

زنانی که قبلاً در اثر چنین سوء رفتارهایی مثلاً به یک اردوگاه زنان گریخته اند، تخلیه‌ی محل را برای دومین بار در اثر بلایا تجربه می‌کنند. در اردوگاه، آن‌ها ممکن است دوباره در معرض خشونت کسانی قرار گیرند که قبلاً از آن‌ها گریخته‌اند. تلاش‌های آگاهانه برای شناسایی زنانی که در خانه‌هایشان منزوی شده‌اند و حفاظت از آن‌ها در برابر سوء رفتارهای بیشتر باید بخشی از برنامه‌های مقابله با اثرات بلایا باشد.

اصل نهم: تیم‌های امداد و نجات، نیازهای ویژه‌ای دارند.

کارکنان تیم‌های امداد و نجات به شدت در معرض واکنش‌های عاطفی متضاد قرار داشته و به این جهت برای مداخلات روانی در اولویت قرار دارند. از آنجا که این افراد آموزش‌های ویژه‌ای می‌بینند و با رضایت خاطر وظایف محوله را انجام می‌دهند، این فکر به ذهن ما خطور می‌کند که قدرت عاطفی آن‌ها بیش از قربانیان مستقیم بلایا است، لذا اغلب به نیازهای آن‌ها توجه نمی‌شود یا کم‌اهمیت‌تر از نیازهای سایر قربانیان به نظر می‌رسد.

از طرفی خود آن‌ها نیز معمولاً آمادگی کمی برای مقابله با واکنش‌های عاطفی در مقابل تجربیات ناشی از مشارکت در عملیات امداد دارند (بیشتر مطالبی که در ادامه می‌آید، در مورد کارکنان امداد و نجات، خبرنگاران و تمام کسانی که به مدت طولانی و مکرر در معرض بلایا و پیامدهای آن قرار دارند، نیز صادق است). در مورد کارکنان امداد (شامل پلیس، آتش‌نشانان، سربازانی که در عملیات مربوط به بلایا مشارکت دارند)، اغلب این فرهنگ به ذهن تداعی می‌شود که دارای "دوری گزینی دفاعی" هستند. آن‌ها ممکن است در بلایا با شوخی‌های تلخ، خونسردی‌های ظاهری و با این باور که انجام صحیح کار از پرداختن به احساسات فردی مهمتر است، با استرس خود مقابله کنند. در نتیجه به دنبال جلب کمک نبوده و ممکن است در مقابل نیاز خود برای دریافت مداخلات مقاومت کنند.

پس از مدتی استرس‌های انباشته شده، منجر به تحلیل قوای روانی می‌شود. سندرمی که طی آن امدادگر اشتیاق خود را برای انجام کار از دست می‌دهد، کارآیی او کمتر می‌شود، مدام احساس خستگی مفرط می‌کند، تقاضاهای غیرمنصفانه‌ای او را احاطه کرده‌اند، دائماً از همکاران و مراجعان انتقاد می‌کند. تندخو و بد اخلاق است.

اجرای طرحی که در آن کارکنان امداد و نجات آزموده شده و تنها افرادی که مناسب به نظر می‌رسند انتخاب شوند، ممکن است در کاهش میزان واکنش‌های متضاد مؤثر باشد. افرادی که وابستگی‌های کمتری دارند، اشخاص قوی و کارآمد و کسانی که تجربیات بیشتری در رابطه با عملیات نجات دارند، احتمالاً عملکرد بهتری خواهند داشت. در مقابل، افرادی که اخیراً درگیر

مشکلات و ضایعات و خسارات شخصی بوده و با آن سازگاری نیافته‌اند، بیشتر در معرض واکنش‌های متضاد قرار دارند.

■ آمادگی و تجربه، از ایجاد تأثیرات روانی متضاد جلوگیری خواهد کرد. تا حد امکان، کارکنان امداد و نجات باید از قبل برای آنچه که در انتظارشان است، چه از نظر جسمانی، چه روانی و در مورد خودشان و قربانیان، آمادگی داشته باشند. این آمادگی به ویژه باید در مورد بلایایی باشد که با آن سر و کار دارند. هر چه انتظارات آن‌ها با واقعیاتی که با آن‌ها مواجهند بیشتر منطبق باشد، قدرت پیش‌بینی و کنترل آن‌ها افزایش یافته و احساس سرخوردگی و تردید کمتری خواهند داشت. آموزش در مورد واکنش‌های عمومی به استرس و علائم آن، همچنین تحلیل قوای روانی در آن‌ها و همکاری‌شان باید بخشی از این تعالیم باشد.

■ آموزش امدادگران برای اداره‌ی استرس‌های ساده و سایر مهارت‌های سازگاری که می‌توان در کنترل عواطف از آن بهره‌برد، نیز مفید است. این آموزش‌ها شامل روش‌های دوری‌گزینی و آرامیدگی (برای مثال تمرکز بر تصاویر ذهنی آرام بخش‌بخش و خوشایند برای اجتناب از تفکر درباره‌ی ابعاد ناراحت‌کننده بلایا و عدم امکان در انجام کارهای لازم، تمرین‌های تنفسی)، آموزش در مورد لزوم استراحت و تغذیه مناسب، آموزش درباره‌ی ارزش‌گزارش‌گیری‌های منظم و نیز گفتگوهای ساده و غیررسمی راجع به بلایا با همکاران، می‌تواند بخشی از این تعالیم باشد.

■ مسائل مربوط به سازماندهی، یکی از منشاءهای اصلی بروز استرس در تیم‌های امداد و نجات است. موارد زیر می‌توانند به کاهش استرس کمک کنند:

الف) کاهش کاغذبازی

ب) افزایش حس دوستی، اعتماد و حمایت متقابل بین امدادگران

ج) مداخله برای کاهش درگیری بین امدادگران یا بین امدادگران و مسئولان آن‌ها

د) ارائه‌ی اطلاعات کافی در مورد وظیفه‌ای که بر عهده آن‌هاست؛ و در مورد بلایا

ه) ایجاد قوانین و جداولی که امدادگران براساس آن انجام وظیفه کنند.

و) تأمین تجهیزات امدادی کافی و مناسب برای امدادگران

ز) برقراری ارتباط بین امدادگران و خانواده‌های آن‌ها

ح) تهیه‌ی امکانات مناسب برای استراحت، شست و شو و تغذیه

ط) فراهم آوردن غذا، سرپناه مناسب و اوقات فراغت برای امدادگران

ی) اتخاذ تدابیری در محیط برای کاهش صدا، بهبود وضع ترافیک و در نظر گرفتن زمان‌هایی برای استراحت کوتاه در حین کار

ک) قدردانی از امدادگران به دلیل از خود گذشتگی‌ها و فداکاری‌هایشان

یکی از مهمترین راه کارهای کاهش استرس در میان امدادگران، در نظر گرفتن زمان هایی برای یک استراحت کوتاه است. این استراحت باید در جایی دورتر از منطقه عملیاتی (در یک چادر جداگانه در حاشیه ی منطقه عملیاتی یا در اتاقی در پشت اردوگاه)، انجام شود. از طرف دیگر غذا، تدارکات و نیز امکاناتی برای یک خواب کوتاه باید فراهم باشد.

▪ مسئولان متعهدی که بیش از اندازه سخت گیر نبوده و در عین حال نسبت به نیازهای اولیه تیم، جدیت داشته باشند، مسئولانی که امکان پریشانی خاطر را در زیردستان خود می پذیرند، مسئولانی که با امدادگران، بازخورد مثبت دارند و آن هایی که وظایف هر یک از امدادگران را کنترل می کنند، قادر خواهند بود که از تحلیل قوای روانی و دلزدگی تیم های امداد و نجات، جلوگیری کنند.

▪ باید تلاش کرد تا واکنش های حاد نسبت به استرس در بین امدادگران به سرعت تشخیص داده شده و به آن ها رسیدگی شود. زیر نظر داشتن امدادگران، ارتباط غیررسمی با آن ها حتی در صورت عدم وجود نشانه هایی از استرس و ملاقات با سرپرستان، اقدامات مفیدی است که می توان به کار گرفت. امکان دادن به کسانی که علائمی از پریشانی و درماندگی از خود بروز می دهند، برای آن که با بیان مشکلشان، خود را تخلیه کنند و اختصاص زمانی برای قدم زدن، نوشیدن یک فنجان چای، یا فکر کردن نیز ممکن است برای رفع استرس مؤثر باشد. در طول شیفت کاری، بهتر است امدادگران را از محل کار خود دور نکنیم. تفهیم این مطلب که علیرغم قابل درک و قابل پیش بینی بودن احساسات امدادگر، از وی انتظار می رود که هر چه سریع تر کار خود را از سرگرفته و وظایف شغلی خود را انجام دهد، در کاهش استرس مفید خواهد بود.

▪ در صورت بروز هر گونه برخوردهای شخصی غیر معمول (نزاع بین امدادگران، یا بین امدادگران و قربانیان)، یا هر واقعه ی غیر عادی استرس زا (مجروح شدن یک امدادگر)، باید یک جلسه مفصل "تنش زدایی" برگزار کرد. لازم است امدادگران جایی برای ابراز نگرانی ها و واکنش ها در یک فضای دوستانه داشته باشند تا بتوانند مانع انتقادهای مخرب و غیر سازنده شوند.

▪ برقراری جلسات متناوب "تبادل روانشناختی" به ویژه قبل از بازگشت امدادگران به خانه و از سرگرفتن زندگی "عادی" ضروری است. لزوم شرکت امدادگران در جلسات منظم تبادل روانشناختی، صرف نظر از این مطلب که نشانه های بارزی از درماندگی در آن ها وجود دارد یا ندارد، را برای مدیران مسئول عملیات امداد و نجات، شرح دهید. خود امدادگران نیز باید آگاه شوند که حضور در این جلسات، بخشی از وظایف شغلی آن ها می باشد. توجه داشته باشید که جلسات تبادل روانشناختی باید بخشی از برنامه های رهایی از استرس، یعنی آموزش اولیه ی

امدادگران و جلسات تکمیلی باشد. برگزاری تک جلسه‌ای، نامنظم و بدون برنامه‌ریزی تبادل روانشناختی، به همان اندازه که مفیدند، مضر نیز هستند.

■ آگاه کردن امدادگران و خانواده‌های آن‌ها درباره‌ی آنچه که در بازگشت به خانه با آن مواجه خواهند بود و اطمینان از وجود خدمات حمایتی در محل زندگی آن‌ها مفید خواهد بود. کمک به امدادگران برای اجرای طرح حمایت در "بازگشت به خانه" باید بخشی از آخرین جلسات تبادل روانشناختی باشد.

■ تنها کسانی که در عملیات امداد و نجات، نقشی مستقیم دارند در خطر واکنش‌های منفی عاطفی نیستند. مشاوران بلایا، کارکنان بخش‌های پزشکی، مدیران عملیات امداد و نجات، کارکنان حقوق بشر، خبرنگاران و مدیران محلی نیز به دلیل تماس مستقیم با بلایا یا به دلیل "مشاهده‌ی آسیب دیدگی افراد" در نتیجه‌ی برخورد با تعداد زیادی از قربانیان اولیه و ثانویه بلایا در معرض خطر قرار دارند. آموزش، نظارت فردی یا گروهی، استراحت کافی و سایر امکانات و برگزاری جلسات تبادل روانشناختی برای این گروه‌ها، نیز امری ضروری است.

در پایان لازم به یادآوری است که برای مطالعه در باره‌ی نحوه‌ی برگزاری جلسات «تبادل روانشناختی» و نیز دیگر فنون مداخلات روانی اجتماعی (از قبیل مداخله در بحران، تنش‌زدایی، روش‌های کاهش استرس، و تکنیک‌های بیانی) می‌توانید به کتاب زیرمراجعه نمایید:

مقابله با بلایا (راهنمای کاربرد مداخلات روانی اجتماعی)؛ مؤلفین: جان.اچ. اهرنرایک و شارون مک کواید؛ مترجمین: سید عباس باقری یزدی و فرید براتی سده؛ ناشر: مؤسسه‌ی آموزش عالی علمی- کاربردی هلال ایران

فصل هشتم

سوگ و داغدیدگی

یکی از موارد تأسفباری که در بسیاری از بحران‌ها اتفاق می‌افتد، از دست دادن و مرگ عزیزان است که ممکن است غم جانکاهی برای بازماندگان ایجاد کند. بنابراین امدادگران اغلب با این افراد که عزیزی را در حین حادثه یا بلا از دست داده و سوگوار شده‌اند، مواجه می‌شوند. بعضی از این افراد داغ‌دیده ممکن است واکنش‌های شدید و غیر معمول نیز از خود نشان داده که باعث احساس سردرگمی ناظرین و امدادگران شود. سؤالی که در این گونه موارد برای امدادگران و اعضای تیم بهداشت روانی پیش می‌آید این است که کدام یک از واکنش‌های افراد سوگوار و داغ‌دیده طبیعی و کدام یک غیرطبیعی هستند و اصولاً وظیفه‌ی امدادگران و دیگر اعضای تیم بهداشت روانی در این موارد چیست؟ برای جواب به این سؤال لازم است آشنایی کاملی با مسئله سوگ طبیعی داشته باشیم تا بتوانیم اولاً فرآیند طبیعی آن را تسهیل نموده و از پیدایش سوگ‌های غیرطبیعی جلوگیری نماییم و ثانیاً این‌که در صورت ابتلای قربانیان به سوگ‌های عارضه دار یا دیگر مشکلات روانی، اقدامات لازم را انجام دهیم. همچنین در زمینه‌ی داغدیدگی و سوگ ممکن است سؤالات دیگری برای امدادگران مطرح شود، از جمله این‌که:

- آیا فرد داغ‌دیده بهتر است جنازه‌ی عزیز از دست داده را مشاهده کند (و حتی کنار او بنشیند، بدن او را لمس کند، با او صحبت کند، او را ببوسد، ...) یا خیر؟
- آیا گریه و زاری، بی‌تابی، بی‌قراری و دیگر واکنش‌های مشابه در افراد سوگوار مفید است یا مضر؟

- چه واکنش‌هایی در افراد سوگوار غیرطبیعی بوده و نیاز به رسیدگی دارد؟

– داغدیدگی (Bereavement)

داغدیدگی به معنای از دست دادن یک شخص عزیز و مورد علاقه به علت مرگ است.

– سوگ (Grief)

سوگ به احساسات ذهنی (غم و اندوه، ناراحتی، حسرت و ...) گفته می‌شود که به دنبال مرگ یک فرد عزیز و مورد علاقه ایجاد می‌شود.

– سوگواری (Mourning)

سوگواری به اعمال و رفتاری گفته می‌شود که افراد داغدار بعد از مرگ عزیز خود انجام می‌دهند.

پس به طور خلاصه سوگ به احساسات ذهنی فرد داغدیده و سوگواری به اعمال و رفتار فرد داغدیده در ارتباط با عزیز فوت شده اطلاق می‌شود.

– واکنش‌های داغدیدگی طبیعی

به طور معمول افراد داغدیده به دنبال مرگ عزیز خود، دچار واکنش‌هایی می‌شوند که به ترتیب زیر بروز می‌کنند:

۱- شوک و انکار: نخستین واکنش فرد داغدیده شوک است. او دچار حالت بهت و حیرت است و نمی‌تواند واکنشی از خود نشان دهد، کرختی عاطفی و ناباوری داشته و درجاتی از انکار وجود دارد: «این واقعیت ندارد، او زنده است». این دوره معمولاً کوتاه مدت است، ولی در مرگ‌های ناگهانی (در اثر حوادث و بلایا) شدت این واکنش‌ها معمولاً شدیدتر است.

۲- اعتراض (Protest): واکنش بعدی به فقدان، اعتراض است. فرد داغدیده معترض شده و می‌گوید چرا این اتفاق برای من افتاد و چرا باید عزیز من از دست برود؟ همچنین او تحریک‌پذیری داشته و حتی ممکن است پرخاشگری هم بکند. در واقع او مرگ عزیزش را غیرمنصفانه و نوعی بی‌رحمی می‌داند. گاهی بخشی از خشم داغدیده به سوی متوفی متمرکز می‌شود که چرا او را ترک کرده است؟ همچنین قسمتی از خشم داغدیده به سوی کسانی است که داغدیده آن‌ها را به عنوان عامل مرگ عزیزش می‌داند (خدا، دولت، مردم، امدادگران، پرسنل درمانی، دوستان متوفی، دیگر اعضای خانواده و ...). ممکن است خشم به سوی کسانی هم باشد که دوستان و اطرافیان فرد فوت شده هستند و در غیاب او هنوز زنده مانده‌اند.

۳- رفتار جستجوگرانه: فرد داغدیده دوره‌ای طولانی از رفتار جستجوگرانه دارد، به طوری که در هر چیزی اثری از عزیز خود می‌جوید و مرتب انتظار حضور او را دارد. گریه و زاری، حسرت و آرزوی دیدار مجدد متوفی بیش از همه در این مرحله دیده می‌شود. همچنین در شرایط بحران، شخص داغدیده ممکن است به خاطر جستجوی عزیزش، حتی جان خود را هم به مخاطره اندازد.

در این موارد رفتارهای جستجوگرانه شدیدتر است:

- در مواردی که فرد داغدیده هنوز یقین پیدا نکرده باشد که عزیز او فوت کرده است.
- جسد متوفی پیدا نشده باشد (مثلاً در حوادثی مثل سیل یا سقوط هواپیما).
- جسد متوفی به‌خاطر شدت جراحات قابل شناسایی دقیق نباشد.

۴ - یأس و دل گسستگی (Detachment): داغدیده از یافتن و برگشت عزیز خود ناامید می‌شود و رفتار جستجوگران هاش تمام می‌شود. این ناامیدی در رفتار و گفتار داغدیده مشهود می‌باشد.

۵- سازماندهی مجدد (Reorganization): داغدیده سرانجام واقعیت مرگ را می‌پذیرد و به زندگی عادی خود بر می‌گردد، ولی در عین حال یک‌سری روش‌های روان‌شناختی و نمادین برای زنده نگاه‌داشتن خاطرات عزیز فوت شده پیدا می‌کند.

مدت سوگ

به طور طبیعی سوگ و واکنش‌های مربوط به داغدیدگی بیش از چند ماه طول نمی‌کشد. انتظار می‌رود فرد داغدیده ظرف چند هفته به سرکار یا تحصیل خود بازگشته، ظرف چند ماه (احتمالاً در فرهنگ ما ظرف ۴۰ روز) به تعادل برسد و ظرف ۶ ماه تا یک سال بتواند روابط جدیدی را دنبال کند. البته فرآیند داغداری و سوگ طی این مدت به طور کامل خاتمه نمی‌یابد و در بسیاری از افراد طبیعی، برخی جنبه‌های آن به صورت نامحدود ادامه می‌یابد.

پایدارترین تظاهر سوگ، بخصوص بعد از فوت همسر، احساس تنهایی است که سال‌ها پس از مرگ همسر ادامه می‌یابد. سایر تظاهرات شایع سوگ طول کشیده به طور متناوب بروز می‌کنند. برای مثال فردی که همسرش فوت کرده ممکن است هر بار نام او را بشنود یا عکس او را ببیند دچار حالت‌های سوگ حاد شود. معمولاً این واکنش‌ها با گذشت زمان کوتاه‌تر شده، ظرف چند دقیقه بر طرف می‌شوند و با عواطف مثبت و خوشایند عجین می‌شوند. این خاطرات تلخ و شیرین ممکن است در تمام عمر ادامه یابند. بنابراین در اکثر موارد سوگ به طور کامل بر طرف نشده یا برای همیشه رفع نمی‌شود، بلکه معمولاً سوگ به تدریج محدود

شده و فروکش می‌کند، ولی در پاسخ به برخی نشانه‌های خاص عود می‌کند. البته این‌ها همان واکنش‌هایی است که در مرحله‌ی آخر داغدیدگی (سازماندهی مجدد) بروز می‌کنند.

آیین‌های سوگواری

هر فرهنگ و جامعه‌ای آیین‌های سوگواری خاص خود را دارد و همه‌ی این آیین‌ها برای طی شدن فرآیند طبیعی سوگ، مفید و حتی لازم هستند. بعضی از آیین‌های سوگواری در کشور ما عبارتند از: تشییع جنازه همراه با آداب خاص آن، مراسم کفن و دفن، مراسم بزرگداشت در روزهای اول، سوم، هفتم و چهلم بعد از فوت، مراسم سالگرد فوت، سر قبر رفتن به صورت هفتگی، ماهانه یا در ایام و اعیاد خاص، روشن کردن شمع بر سر قبر متوفی، انجام مراسم مذهبی، خواندن فاتحه، قرآن و دعا و هدیه‌ی آن به متوفی، دادن خیرات و صدقات با نیت هدیه به متوفی و... همه‌ی این آیین‌ها و مراسم، که در دین ما هم بر آن‌ها تأکید شده باعث آرامش بیشتر افراد داغدیده و سازگاری بیشتر آن‌ها با غم از دست دادن عزیز خود می‌شود. مراسم تشییع جنازه و کفن و دفن متوفی، بر ماهیت واقعی و محتوم مرگ صحه گذاشته و واکنش انکار داغدیدگان را بر طرف می‌کند. همچنین این مراسم حمایت دیگران را از فرد داغدیده جلب می‌کند، تکریم متوفی را تشویق کرده، خانواده‌ها را متحد می‌کند و ابراز تأسف جامعه را تسهیل می‌کند. حضور بر سر قبر متوفی، نیایش و سایر مراسمی از این قبیل، امکان تداوم حمایت، کنار آمدن با واقعیت، یادآوری، ابراز هیجانی و اتمام کارهای نیمه تمام در رابطه با فرد متوفی را فراهم می‌کند.

یکی از اشتباهات شایع عمدی یا غیر عمدی (بخصوص در زمان بحران‌هایی مثل زلزله که تعداد متوفیان زیاد است) این است که مراسم معمول فرهنگی و مذهبی به شکل مناسب انجام نشود یا این که به فرد داغدیده اجازه‌ی حضور در این مراسم داده نشود، در این صورت ممکن است فرآیند داغدیدگی و سوگ به طور طبیعی طی نشده و مشکلاتی برای افراد داغدیده ایجاد کند (در قسمت بعدی شرح داده می‌شود). مثالی عینی که مشابه آن کم نیستند ذکر می‌شود: خانمی در سن ۵۵ سالگی بدون بیماری زمینه‌ای در اثر سکته‌ی قلبی فوت می‌کند، فرزندانش همه در مراسم او شرکت می‌کنند، ولی پسر آخرش که اتفاقاً بیشترین علاقه و وابستگی را به مادرش داشته در شهرستانی دیگر مشغول تحصیلات دانشگاهی است و نزدیک امتحانات پایان ترم او می‌باشد. خانواده ترجیح می‌دهند خبر فوت مادر را از فرزند آخر پنهان کنند تا او در امتحاناتش دچار مشکلی نشود. نهایتاً فرزند آخر زمانی می‌رسد و از مسئله با خبر می‌شود که همه چیز تمام شده است. نتیجه آن چه می‌شود؟ نتیجه اینکه این فرد نمی‌تواند تحصیلات خود را به پایان برساند، بعد از ۲۰ سال هنوز نتوانسته با مرگ مادر کنار بیاید، مرتب خواهران و

برادران خود را مورد اعتراض (و گاهی پرخاشگری) قرار می‌دهد و گاهی رفتارهای جستجوگرانه در مورد مادر خود دارد (توقف در مراحل اعتراض و رفتار جستجوگرانه از واکنش‌های داغدیدگی)، علائم افسردگی هم دارد که گاهی شدید می‌شود، شکایات روان‌تنی مختلف دارد، در زندگی زناشویی موفق نیست و از شغل خود رضایت‌مندی ندارد.

شاید همه‌ی این مشکلات صرفاً ناشی از عدم حضور این فرد در مراسم سوگواری نباشد، ولی آیا بهتر نبود این فرد به موقع از مرگ مادر با خبر می‌شد و در مراسم او به طور کامل شرکت می‌کرد؟ در این صورت شاید یک ترم تحصیلی را از دست می‌داد ولی تمام تحصیلش را از دست نمی‌داد و احتمالاً بسیاری از مشکلات دیگر را پیدا نمی‌کرد.

در مواردی که یکی از داغدیدگان به هر علت نمی‌تواند در مراسم سوگواری شرکت کند (مثلاً به خاطر اقامت در کشوری دیگر که نمی‌تواند خودش را به موقع برساند یا به علت بستری در بیمارستان در اثر مصدومیت)، توصیه می‌شود که مراسم تشییع جنازه و دفن متوفی (و حتی جسد متوفی) به طور کامل فیلمبرداری یا عکسبرداری شده و در اختیار داغدیده قرار گیرد تا بتواند داغدیدگی و سوگ بهتری را بگذراند.

داغدیدگی و سوگ غیرطبیعی

گاهی واکنش‌های مربوط به داغدیدگی و سوگ به طور طبیعی و با سیر معمولی اتفاق نیفتاده و باعث مشکلاتی برای افراد داغدیده می‌شود. امدادگران عزیز پس از آشنایی کامل با مراحل و واکنش‌های داغدیدگی و سوگ طبیعی لازم است با واکنش‌های غیرطبیعی مربوط به داغدیدگی و سوگ نیز آشنا باشند تا بتوانند به موقع افراد مشکل‌دار را جهت برخورداری از حمایت‌های روانی و درمان‌های لازم به تیم‌های حمایت روانی ارجاع دهند. عوامل خطر ساز در ابتلا به سوگ غیرطبیعی توسط محققان بررسی و شناسایی شده است. برخی از آن‌ها عبارتند از:

- ۱) فقدان حمایت اجتماعی یا حمایت اجتماعی کم
- ۲) هم‌زمانی سوگ با سایر بحران‌ها و نگرانی‌ها
- ۳) فقدان ثبات در روابط فرد داغدیده با فرد فوت شده
- ۴) وجود وابستگی شدید در روابط فرد داغدیده با فرد فوت شده
- ۵) چگونگی پیشامد مرگ: در مواردی که مرگ غیرمنتظره، ناگهانی یا بر اثر تصادف و حادثه باشد، احتمال آسیب‌روانی افراد داغدیده بیشتر است.

همچنین مشخص شده که ندیدن جنازه ی فرد فوت شده احتمال ابتلا به سوگ غیرطبیعی را بیشتر می کند (سینگ^۱ و رافائل، ۱۹۸۱). همچنین نبود فرصت خداحافظی با متوفی میزان احتمال داغدیدگی های غیرطبیعی را افزایش می دهد (اسکات^۲ و همکاران، ۱۹۹۱)

مرگ ناگهانی: در مرگ های ناگهانی (در اثر حادثه، قتل، خودکشی یا بیماری ناگهانی)، اعضای خانواده آمادگی لازم نداشته و ممکن است دچار شوک شدید، افسردگی و ناامیدی شوند. همچنین فوت های ناگهانی به احتمال بیشتر، منجر به بروز علائم روانپزشکی (به خصوص اضطراب) در بازماندگان می شوند.

در یک پژوهش نشان داده شده زنانی که ۴ تا ۷ سال قبل شوهر خود را در اثر حادثه از دست داده بودند، به میزان بالایی علائم اضطرابی، ترس های غیر عادی، شکایات جسمی با منشأ روانی، حساسیت در روابط بین فردی، علائم وسواسی-اجباری و کاهش سلامت روانی را از خود نشان می دادند. بیش از ۹۰ درصد از آن ها خاطره ها، افکار یا تصاویر ذهنی از همسر خود را بسیار یادآوری می کردند و بیش از نیمی از آن ها با یادآوری این خاطره ها دچار غم و اندوه شده و از این وضع رنج می بردند (رافائل، ۲۰۰۰).

مرگ های ناگهانی علاوه بر ایجاد آسیب های هیجانی شدید، ممکن است استرس های دیگری (مثل کارهای ناتمام، مشخص نبودن صورت وضعیت مالی و...) را هم بر بازماندگان تحمیل کند. بنابراین امدادگران، مشاوران و درمانگرانی که با افراد داغدیده کار می کنند لازم است سایر استرس های به وجود آمده از مرگ متوفی را هم مورد توجه قرار دهند. همان طور که قبلاً ذکر شد امدادگران، مشاوران و اعضای تیم های حمایت روانی باید نسبت به واکنش های مختلف سوگ و داغدیدگی آگاهی کافی داشته و بتوانند از طریق همدلی کردن با شخص داغدیده واکنش های او را تعادل بخشند و تلاش کنند تا شخص داغدیده واقعیت مرگ عزیزش را بپذیرد. در اغلب مواقع این امر به طور طبیعی اتفاق می افتد، اما در برخی موارد شخص داغدیده واکنش هایی از خود نشان می دهد که به نظر می آید غیرطبیعی و نشان دهنده ی مشکل باشد.

در اینجا موارد سوگ غیرطبیعی مورد اشاره قرار می گیرند:

■ **سوگ مزمن:** شایع ترین نوع سوگ غیرطبیعی، سوگ مزمن است که با احساس ناراحتی طولانی مدت و نیز با آرمانی کردن فرد متوفی همراه است. سوگ مزمن اغلب زمانی بروز می کند که رابطه ی بین فرد داغدیده و متوفی بسیار نزدیک، دو سوگرایانه یا توأم با وابستگی

بوده یا این که حمایت‌های اجتماعی لازم وجود نداشته و فرد داغ‌دیده برای مدتی طولانی به دوستان و بستگان خود دسترسی ندارد تا غم و تأسف خود را با آن‌ها در میان بگذارد.

■ **سوگ هیپرتروفیک:** در این نوع سوگ که اغلب به دنبال مرگ‌های غیرمنتظره و ناگهانی بروز می‌کند، واکنش‌های داغ‌داری بیش از حد شدید است، در این حالت راهبردهای مقابله‌ای معمول قادر به تخفیف اضطراب نبوده و انزوای فرد داغ‌دیده شایع است. سوگ هیپرتروفیک اغلب سیری طولانی دارد، هر چند که با گذشت زمان از شدت آن کاسته می‌شود.

■ **سوگ تأخیری:** سوگ تأخیری عبارتست از فقدان سوگ یا سوگ مهار شده در زمانی که به طور طبیعی انتظار می‌رود فرد دچار علایم و نشانه‌های سوگواری حاد شود. مشخصه‌ی این سوگ، انکار طولانی است و خشم و احساس گناه ممکن است سیر آن را پیچیده‌تر کند.

– بیماری‌های طبی یا روان‌پزشکی همراه با داغ‌دیدی

در اغلب موارد، داغ‌دیدی و سوگ به طور طبیعی و بدون عارضه و مشکلی پایان می‌یابد، ولی همان‌طور که در قسمت‌های قبلی ذکر شد، گاهی این روند به صورت کاملاً طبیعی طی نمی‌شود و موارد آن در صفحات پیشین تحت عنوان داغ‌دیدی و سوگ غیرطبیعی بیان شد، ولی به جز آن گاهی نیز افراد داغ‌دیده و سوگواری در خلال این دوره دچار مشکلات جسمی یا روان‌پزشکی می‌شوند که نیاز به اقدامات درمانی ویژه دارند. گاهی فرد داغ‌دار دچار تشدید بیماری جسمی زمینه‌ای خود می‌شود، مثلاً بیماری قلبی او تشدید می‌شود یا بیماری فشار خون او تشدید شده و نیاز به داروهای بیشتری پیدا می‌کند. مورد دیگر این که ممکن است آسیب‌پذیری جسمی فرد داغ‌دار بیشتر از قبل شود و یک‌سری بیماری‌ها در این دوران حادث شوند. مثلاً یک‌سری از تحقیقات نشان داده که سیستم ایمنی افراد داغ‌دار ضعیف‌تر از قبل شده و در نتیجه این افراد، مستعد ابتلا به بیماری‌های عفونی می‌شوند. در دوران داغ‌دیدی حتی ممکن است میزان مرگ و میر افراد هم بیشتر شود که این مسئله در مردان و بخصوص در مردان مبتلا به بیماری‌های زمینه‌ای قلبی بیشتر مشاهده می‌شود. بیشترین تأثیر داغ‌دیدی هم بر مرگ و میر در مردان بالای ۶۵ سال دیده می‌شود. دیگر عواملی که منجر به مرگ افراد داغ‌دیده (بخصوص مردان داغ‌دیده) می‌شود، عبارتند از: خودکشی، حوادث مختلف، بیماری‌های عفونی و رفتارهای مخمل سلامتی مثل سوء مصرف دخانیات، الکل، مواد و داروها. احتمالاً اغلب ما دیده‌ایم یا شنیده‌ایم افرادی را که به فاصله‌ی کوتاهی از مرگ همسر یا فرزند خود فوت نموده‌اند. بنابراین، باید در مورد افراد داغ‌دیده توجه لازم به سلامتی جسمی آن‌ها

نیز داشته باشیم، بخصوص در مورد مردان سالمندی که بیماری زمینه‌ای قلبی - عروقی داشته و در سوگ همسر خود هستند.

علاوه بر مشکلات جسمی، یکسری از مشکلات مربوط به روان هم ممکن است در افراد داغدیده بروز کند که مهمترین آن‌ها عبارتند از: اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی و افزایش خطر خودکشی. کودکان داغدیده به علت عدم بلوغ سیستم‌های روانی - اجتماعی، هیجانی و شناختی بیشتر از بزرگسالان در معرض ابتلا به عوارض روانی داغدیدگی هستند.

- داغدیدگی و افسردگی

گفته شد که یکی از عوارض احتمالی داغدیدگی ابتلای فرد داغدیده به اختلال افسردگی است، در صورت ابتلا به اختلال افسردگی نیاز به درمان‌های اختصاصی (دارویی و غیر دارویی) وجود دارد و در صورت عدم درمان مناسب ممکن است بیمار حتی در معرض اقدام به خودکشی باشد. ولی در داغدیدگی طبیعی هم که نیاز به هیچ گونه درمانی ندارد خلق افسرده وجود دارد، پس چگونه می‌توان ابتلا به اختلالات افسردگی را در یک فرد داغدیده تشخیص داد تا بتوان درمان‌های لازم را انجام داد؟ نکاتی که در اینجا ذکر می‌شود برای افتراق داغدیدگی طبیعی از اختلالات افسردگی کمک کننده می‌باشد:

اگر علائم افسردگی ظرف ۲ ماه اول بعد از داغدیدگی شروع شده و حداکثر هم ظرف ۲ ماه فروکش نمایند، این علائم مربوط به داغدیدگی تلقی شده و نیازی به درمان ندارند، ولی در غیر این صورت (شروع علائم افسردگی پس از ۲ ماه از فوت عزیز یا طول کشیدن علائم بیش از ۲ ماه) تشخیص اختلال افسردگی مطرح بوده و نیاز به درمان‌های لازم می‌باشد. همچنین در صورتی که داغدیده دچار تخریب بارز عملکرد شده (مثلاً نتواند کار کند، یا نتواند به تحصیل برگردد یا قادر به انجام امور شخصی خود از قبیل رعایت بهداشت فردی نباشد)، حتی اگر در ۲ ماه اول بعد از فوت عزیز خود باشد، نیاز به بررسی تشخیص و اقدامات درمانی دارد. همچنین اگر فرد داغدیده مبتلا به افکار خودکشی، اشتغال ذهنی زیاد با بی‌ارزشی خود، علائم روان‌پریشی (مثل توهمات و هذیان‌ها)، یا کندی روانی - حرکتی باشد، نیاز به درمان دارد.

سوگ در کودکان و نوجوانان

علاوه بر اینکه هر ساله تعدادی از کودکان و نوجوانان پدر، مادر یا دیگر اعضای خانواده‌ی خود را در اثر بیماری یا کهنولت سن از دست می‌دهند، تعداد زیادی از کودکان و نوجوانان نیز

در خلال حوادث و بلایا حداقل یکی از اعضای خانواده ی خود را از دست داده و داغدار می‌شوند، بنابراین شناخت واکنش‌های مربوط به سوگ و داغدیدگی در این گروه سنی نیز برای امدادگران محترم و اعضای تیم‌های بهداشت روانی اهمیت دارد.

واکنش‌های سوگ، تحت‌الشعاع سطح رشد کودک و مفاهیم مرگ، در ذهن او قرار دارد و ممکن است شبیه واکنش‌های بالغین (که قبل از این ذکر شد) نباشد. کودکان ممکن است در هنگام مرگ عزیزان سوگ چندانی بروز ندهند، ولی بعداً دچار اثرات کامل فقدان عزیز خود شوند. کودکان سوگوار ممکن است کناره‌گیری نکنند و دل مشغول فرد متوفی نباشند و در عوض خود را در فعالیت‌های مختلف غرق کنند. آن‌ها ممکن است به جای غمگینی، واکنش‌هایی همچون بی‌تفاوتی، خشم یا بدرفتاری از خود بروز دهند. رفتار این کودکان ممکن است از نظر اطرافیان «عجیب» و بی‌ثبات باشد. کودکان سوگوار ممکن است احساسات خشم شدید و نیز ترس از مرگ یا ترس از رها شدن را در رفتار خود بروز دهند. این کودکان اغلب برای حل و فصل احساسات و اضطراب‌های خود به بازی‌هایی در مورد مرگ می‌پردازند. این بازی‌ها برای کودکان آشنا بوده و شرایط امنی برای ابراز احساسات آن‌ها فراهم می‌کند. هر چند کودکان سوگوار ظاهراً سوگ خود را گاه به گاه و گذرا نشان می‌دهند، اما در واقع سوگ کودکان بیشتر از بزرگسالان طول می‌کشد.

عوامل مختلفی بر سوگ کودکان تأثیر می‌گذارد. سوگ کودک تحت تأثیر سن، شخصیت، مرحله‌ی رشد، تجربیات قبلی در زمینه‌ی مرگ و رابطه‌ی او با فرد متوفی قرار دارد. محیط پیرامون، علت مرگ، توانایی اعضای خانواده برای مکالمه با یکدیگر و ادامه‌ی زندگی خانوادگی پس از مرگ متوفی نیز بر واکنش‌های سوگ تأثیر می‌گذارد. سایر عواملی که ممکن است بر سوگ تأثیر بگذارند، عبارتند از: نیاز مستمر کودک به مراقبت، فراهم بودن امکان در میان گذاشتن احساسات و خاطرات با دیگران، توانایی والد بازمانده برای مقابله با استرس، و روابط مستمر کودک با سایر بزرگسالان. حتی فرزندان بزرگتر نیز در هنگام فوت یکی از والدین مکرراً احساس رها شدگی یا طرد شدگی می‌کنند و حتی ممکن است نسبت به والد فوت شده یا والد بازمانده، خشم و خصومت نشان دهند و تصور کنند والد بازمانده نیز ممکن است آن‌ها را «رها» کند (بخصوص اگر والد بازمانده به سرعت اقدام به ازدواج مجدد کند). این کودکان ممکن است از این‌که قبلاً رفتار خوبی نداشته‌اند یا آرزوی مرگ والد را کرده‌اند، خود را مسئول دانسته و احساس گناه کنند.

کودکان کوچکتر از ۲ سال ممکن است توانایی تکلم را از دست بدهند (توانند کلمات قبلی را که بلد بودند، بیان کنند)، یا دچار ناراحتی فراگیری شوند. کودکان زیر سن ۵ سال ممکن است دچار اختلال در کارکرد مثانه، (اشکال در دفع ادرار یا بی‌اختیاری ادراری در خواب یا

بیداری)، روده (یبوست، اسهال، بی‌اختیاری در دفع مدفوع، دل‌دردهای راجعه و ...) و اشکال در خواب و خوراک شوند. احساسات قوی غمگینی، ترس و اضطراب ممکن است بروز کنند، اما این احساسات پایدار نیستند و با دوره‌های طولانی‌تری از حالات طبیعی همراهند.

کودکان سنین مدرسه ممکن است دچار هراس، خود بیمار انگاری و انزوا شده و عملکرد تحصیلی و روابط آن‌ها با همسالان غالباً افت می‌کند. نوجوانان هم ممکن است دچار اشکال مختلف داغدیدگی، مشکلات رفتاری، علائم بدنی و خلق بی‌ثبات شوند. پسرهای نوجوانی که یکی از والدین خود (به‌خصوص پدر) را از دست می‌دهند ممکن است بزهکار شوند، اما دختران ممکن است برای تسکین خود و کسب توجه و اطمینان، به رفتارهای جنسی متوسل شوند. در تمامی کودکان و نوجوانان داغدار (با سنین مختلف) آشفتگی رفتاری و افسردگی هم شایع است. میزان دوره‌های افسردگی در کودکان و نوجوانان داغدار مشابه بزرگسالان است.

در مورد کودکان و نوجوانان داغدیده چه اقدامی انجام می‌دهیم؟

کودکان و نوجوانان داغدیده را بایستی با توجه به میزان بلوغ شناختی و هیجانی آن‌ها درمان نمود. باید به آن‌ها گفته شود که مرگ امری واقعی و بازگشت ناپذیر است و آن‌ها در این زمینه تقصیری ندارند. احساسات و نگرانی‌ها بایستی ابراز شوند. باید این کودکان را ترغیب کنیم تا سؤالات خود را مطرح کنند و پرسش‌های آن‌ها را به سادگی و با صداقت و صراحت پاسخ دهیم. کودکان، همچون بزرگسالان، برای گرمی داشت عزیزان فوت شده‌ی خود نیاز به شرکت در مراسم و آیین‌ها دارند، حضور در مراسم تشییع جنازه و شرکت در سوگواری می‌تواند اولین گام مفید در این زمینه باشد.

منابع:

- ۱- جان. اچ. اهرنرایک و شارون مک کواید، ترجمه سید عباس باقری یزدی و فرید براتی سده، مقابله با بلایا (راهنمای کاربرد مداخلات روانی اجتماعی)، انتشارات مؤسسه آموزش عالی علمی- کاربردی هلال ایران (۱۳۸۲)
- ۲- یوفرکرک، ترجمه ی سید عباس باقری یزدی و سعیده کافی، کمک های اولیه روانشناختی و سایر حمایت های انسان دوستانه، انتشارات مؤسسه آموزش عالی علمی- کاربردی هلال ایران (۱۳۸۲)
- ۳- احمدی خدابخش، روانشناسی بحران، انتشارات مرکز برنامه ریزی و تألیف کتابهای درسی معاونت آموزش و نیروی انسانی ستاد مشترک سپاه
- ۴- کاپلان و سادوک، خلاصه روانپزشکی، ترجمه ی دکتر فرزین رضاعی، انتشارات ارجمند (۱۳۸۸)