

فصل سوم

بازتوانی جسمی

مقدمه

در کتاب Kelley که یکی از مراجع مهم در طب داخلی است، هدف از بازتوانی جسمی به حداکثر رساندن عملکرد فردی و حداقل نمودن محدودیت در انجام فعالیت‌ها و مشارکت‌های اجتماعی به دنبال یک ناتوانی و یا بیماری زمینه‌ای است. بازتوانی جسمی نه تنها شامل ممارست فرد ناتوان است، بلکه مداخلات عمومی در نظام‌های اجتماعی، انطباق پذیری محیطی و حفاظت از حقوق انسانی را نیز در بر می‌گیرد. این بازتوانی، می‌بایست هرچه سریعتر آغاز شده و در کل مدت زمان بیماری چه به شکل سرپایی یا بستری شدن در بیمارستان ادامه یابد. برنامه‌های بازتوانی جسمی علاوه بر درمان‌های تخصصی ارائه شده توسط درمان‌گر فیزیکی یا دیگر کارکنان بخش سلامت، آموزش، تمرینات داخل منزل و مداخلات محیطی را نیز شامل می‌گردد و برای نیل به نتایج مطلوب نیز، باید با محوریت بیمار صورت پذیرد. به جز ماهیت ناتوانی، تجربه فرد آسیب‌دیده در مورد معلولیت خود نیز باید در نظر گرفته شده و اهداف بازتوانی فیزیکی با مشارکت فرد در قالب یک کار تیمی تبیین شود، چراکه دستیابی به این اهداف، تنها با مشارکت بیمار میسر خواهد بود (۵۷).

بازتوانی جسمی افراد معلول از نگاه WHO، «فرآیندی است که بر توانمند ساختن افراد آسیب‌دیده در تمامی حیطه‌های جسمی، حسی، ادراکی، روانی و اجتماعی تأکید دارد، بطوریکه، شرایط مناسب رسیدن به استقلال و خودکفایی برایشان مهیا گردد.» (۵۸).

اصول و رویکردهای بازتوانی جسمی پس از حوادث طبیعی

گزارشی که در مجله Disability Rehabilitation منتشر گردید، به ذکر سه نکته مهم قابل توجه در راستای دستیابی به آمادگی کامل برای بازتوانی جسمی مصدومین ناشی از حوادث، پرداخت که موارد زیر را شامل گردید:

- **آماده بودن مراکز توانبخشی:** با در نظر داشتن این مهم که در زمان وقوع حوادث، نیاز به خدمات بازتوانی جسمی همواره از امکانات موجود پیشی می‌گیرد، ارائه این نوع خدمات در سه سطح ضروری به نظر می‌رسد؛ بطوریکه دریافت خدمات پیشرفته بازتوانی جسمی مختص افرادی باشد که آسیب‌دیدگی شدید دارند، و افراد با آسیب‌های جزئی نیز در سطوح پایین‌تر درمان شوند. سطوح ارائه خدمات بازتوانی جسمی در این روش به قرار ذیل می‌باشد:
- سطح A: فعالیت‌های بازتوانی جسمی ساده‌ای که در بیمارستان‌های سطح یک ارائه می‌شود. مصدومین تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند و تا زمان مرخص شدن و یا انتقال به سطح دو یا سه بستری می‌گردند.

- سطح B: شامل خدمات بازتوانی جسمی عمومی می‌شود که در مراکز توانبخشی و مراکزی که بدین منظور تغییر کاربری داده‌اند، ارائه می‌گردد. دریافت کنندگان این خدمات عبارتند از: مصدومین با صدمات شدید و عارضه‌دار حرکتی، کسانی که به تنهایی قادر به اداره زندگی خود می‌باشند و افرادی که خدمات با هدف کاهش وابستگی به آن‌ها ارائه می‌شود.
- سطح C: شامل خدمات بازتوانی جسمی ویژه‌ای است که به مصدومینی که به تنهایی قادر به اداره زندگی خود نیستند ارائه می‌شود. این افراد نیازمند دریافت خدمات جامع پرستاری، فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی بوده و ارزیابی و مراقبت‌های نوروفیزیولوژیک، پروتزها و خدمات مهندسی پزشکی از ملزومات مداخلات مناسب این گروه است. این سطح از خدمات تنها در مراکزی که خدمات بازتوانی جسمی جهت آسیب‌دیدگان نخاعی و معلولین قطع عضو ارائه می‌دهند و همچنین در مراکزی که بدین منظور ساخته شده‌اند، میسر خواهد بود. خدمات بازتوانی جسمی در سوختگی‌های شدید و آسیب‌های اعصاب محیطی تنها در مراکزی که دارای تسهیلات جراحی می‌باشد، مقدور است. همچنین برقراری نظام ارجاع برای اقدامات بازتوانی جسمی نیز می‌تواند به ارائه خدمات هدفمند کمک نماید.
- **تداوم مراقبت‌ها در جامعه:** معلولینی که از بیمارستان مرخص شده‌اند، نیازمند تداوم دریافت خدمات بازتوانی جسمی هستند تا علاوه بر حفظ توانایی‌های به دست آمده در بیمارستان، قادر به بهینه سازی قابلیت‌های خود در راستای ادغام مجدد در ساختارهای خانوادگی و جامعه باشند. برای تداوم یافتن خدمات بازتوانی جسمی بعد از ترخیص معلولین، باید به نکات ذیل توجه نمود:
 - تسهیلات ارائه خدمات بازتوانی فیزیکی: در صورت کمبود چنین تسهیلاتی، می‌توان از بیمارستان‌های مناطق روستایی و یا تغییر کاربری مراکز ارائه خدمات اولیه سلامت و مدارس سود برد. تغییرات ساختاری جزئی و فراهم ساختن آب و گرما و همچنین گردآوری دیگر منابع از اقدامات مهم در این راستا خواهد بود.
 - تجهیزات: تجهیزات پیش پا افتاده‌ای لازم است، چراکه خدمات سرپایی بازتوانی جسمی با هدف افزایش استقلال و متمرکز بر ورزش‌ها و فعالیت‌های عملکردی است.
 - تیم‌های ارائه‌دهنده خدمات اولیه سلامت: در صورت آموزش مناسب این نیروها می‌توان از آن‌ها به منظور ارائه خدمات بازتوانی جسمی استفاده کرد.
 - متخصصین امر بازتوانی جسمی: ممکن است به دنبال حوادث، جامعه آسیب‌دیده در این زمینه احساس کمبود کند. می‌توان از نیروهای بازنشسته و متخصصین دیگر نقاط کشور استفاده نمود و یا به پرستاران و تکنسین‌های بهداشت، اصول اولیه و پایه بازتوانی جسمی را آموزش داد.

- وسایل کمک حرکتی: مانند صندلی چرخ‌دار، وسایل کمکی در راه رفتن، وسایل تسهیل کننده نشستن، دستگیره‌ها، و ابزار مراقبت‌های شخصی، که می‌توان آن‌ها را از مواد اولیه ارزان قیمت در جامعه تهیه کرد.
- ایجاد تغییرات انطباقی در ساختمان‌ها: با ایجاد تغییراتی در خانه، مدرسه و محل کار مانند ساختن رمپ و فراخ کردن درگاه‌ها، می‌توان دسترسی معلولین به این مکان‌ها را افزایش داد.
- آموزش بیمار و خانواده: به عنوان جزئی مهم در تداوم خدمات بازتوانی جسمی خارج از بیمارستان محسوب می‌گردد. الزامی است تا اعضای خانواده فرد آسیب‌دیده و دیگر مراقبان به منظور ارائه خدمات اولیه بازتوانی جسمی در منزل آموزش ببینند. همچنین آموزش خود-بازتوانی به فرد آسیب‌دیده نیز از ضروریات است.
- بازآموزی و کاردرمانی: باید به منظور بازگرداندن فرد آسیب‌دیده به محیط کاری صورت گیرد.
- پیگیری: باید توسط مرکزی که فرد آسیب‌دیده در آن، خدمات بازتوانی جسمی داخل بیمارستانی را دریافت نموده است، به فاصله شش ماه پس از ترخیص و سپس به صورت سالیانه صورت پذیرد.

• **تبیین دستورالعمل‌های مناسب جهت مدیریت بازتوانی جسمی:** در ساختاری که موارد قبل به منظور ارائه خدمات بازتوانی جسمی رعایت شده‌اند، وجود دستورالعمل‌هایی که بر اساس آن‌ها ارائه دهندگان خدمات بازتوانی جسمی و بیماران در شرایط گوناگون، قادر به اتخاذ تصمیمات درست در مورد مراقبت مناسب باشند، الزامی به نظر می‌رسد.

کشورهای در معرض مخاطرات طبیعی باید پیشاپیش به منظور ارائه خدمات بازتوانی جسمی آمادگی لازم را داشته باشند (۵۹)؛ البته، میزان اهمیت این برنامه‌ها و اقدامات در کشورهای مختلف، از نقشه راه بازتوانی پس از حوادث طبیعی، که در این کشورها تدوین و نیز اجرا شده است، مشخص می‌گردد. به عنوان مثال، اهمیت برنامه‌ها و اقدامات بازتوانی جسمی پس از حوادث طبیعی در نقشه بازتوانی از حوادث وزارت بهداشت آمریکا یا NDRF، این کشور را به عنوان سازمان هماهنگ کننده در امر بازتوانی سلامت و خدمات اجتماعی برگزیده است. در این سند مأموریت اصلی سازمان‌های اجتماعی و ارائه دهنده خدمات سلامت ایالات متحده در سطح دولت فدرال، کمک کردن به مقامات دولت محلی، جهت برقراری مجدد شبکه ارائه خدمات سلامت، بهداشت عمومی و خدمات اجتماعی است تا باعث ارتقای سطح تاب‌آوری، سلامت و تندرستی افراد متأثر از حادثه و جوامع آسیب‌دیده گردد.

در بخش دیگر از این سند، نتایج مورد انتظار بازتوانی سلامت جامعه به شکل ذیل تبیین گردیده است (۶۰):

- بازسازی ظرفیت‌ها و تاب‌آوری ارائه دهندگان خدمات سلامت و امور اجتماعی به شکلی که

نیازهای فوری جسمی را پاسخگو باشند.

- تداوم سلامت و تندرستی افراد آسیب‌دیده و ارتقای خودکفایی آن‌ها در این راستا با توجه ویژه به کودکان، سالمندان و افراد معلول که دارای نیازهای عملکردی بیشتری هستند، افراد با فرهنگ مختلف، کسانی که زبان انگلیسی نمی‌دانند و جوامع محروم
- محافظت از سلامت جوامع و کارکنان فاز پاسخ و بازتوانی در برابر اثرات طولانی مدت شرایط پس از حادثه
- باز پیوند دادن افراد آواره با خدمات اجتماعی و سلامت

در گزارشی که در مورد معلولیت و با همکاری WHO و بانک جهانی، در وب سایت WHO منتشر گردیده، به جنبه‌های مختلف موضوعات سلامت، معلولیت و زندگی افراد معلول پرداخته شده است. در بخشی از این گزارش که در باره تخصیص اعتبارات به بازتوانی فیزیکی معلولین سخن به میان آمده، تسهیلات بازتوانی فیزیکی به عنوان بخشی از کمک‌های بشردوستانه در زمان حوادث محسوب شده است. حوادث طبیعی و بحران‌ها باعث ایجاد صدمات و معلولیت‌ها شده و افراد معلول را آسیب‌پذیرتر می‌سازند. به عنوان مثال به دنبال وقوع زلزله، جابجایی در مناطق آسیب‌دیده به دلیل وجود آوار ناشی از تخریب ساختمان‌ها و از بین رفتن وسایل حمل و نقل عمومی بسیار مشکل‌تر خواهد بود. در خدمات بشر دوستانه پس از رخداد حوادث، علاوه بر اعزام متخصصین بازتوانی جسمی می‌بایست مراقبت‌های تروما و ارائه خدمات مرتبط را نیز در نظر گرفت (۶۱).

درس آموخته‌های بین‌المللی مداخلات بازتوانی جسمی:

با مرور مطالب مربوط به تجربیات بازتوانی پس از حوادث طبیعی، می‌توان به نکات آموزنده و مفیدی در مورد برنامه‌ریزی، اجرا، ارزیابی و سایر حیطه‌های مهم بازتوانی جسمی پس از حوادث طبیعی در کشورهای مختلف، پی‌برد و با بهینه‌کاوی آن‌ها، اجرای مداخلات بازتوانی جسمی را در اجتماع بهبود بخشید. لذا، در ادامه، به تعدادی از تجربیات و مطالعات موردی در سطح بین‌المللی، اشاره خواهیم نمود:

در گزارشی که به کوشش دولت بنگلادش و با کمک اتحادیه اروپا و بانک جهانی در مورد ارزیابی اولیه خسارت وارده به دنبال طوفان Sidr و اقدامات بازتوانی متعاقب آن انجام گردید، ارزیابی میزان خسارات فیزیکی به آسیب‌دیدگان، اولین گام در مداخلات بازتوانی به شمار آمده بود. به عنوان مثال در بررسی‌های به عمل آمده پس از طوفان، حدود یک میلیون نفر از کودکان زیر پنج سال به درجاتی از سوء تغذیه مبتلا شده بودند. با توجه به سابقه کمبود ریز مغذی‌ها و افزایش آمار ابتلا به شب کوری در بین کودکان بنگلادشی که

توسط یونیسف پس از سیل سال ۱۹۹۸ گزارش شد، مقامات بهداشتی دولت تصمیم گرفتند که حدود ۲۰ میلیون بسته پودر مکمل غذایی که حاوی ریز مغذی‌های اساسی بودند را به عنوان اقدامی در جهت بازتوانی فیزیکی کودکان زیر ۵ سال، بین آنان و مادران باردار و شیرده تقسیم نمایند (۶۲).

در دستورالعملی که درباره موضوع بازتوانی در بخش سلامت جامعه با همکاری بنیاد بین المللی بازتوانی، UNDP هندوستان و UNISDR تدوین گردید، به اثرات حوادث بر سلامت جسمی افراد اشاره شده است. به عنوان مثال به دنبال سونامی در اقیانوس هند، تعداد زیادی از زنان در سنین باروری جان خود را از دست دادند. این اتفاق، بسیاری از کودکان منطقه آسیب‌دیده را بی سرپرست نمود که این موضوع، آن‌ها را در معرض خطر بیشتر و شانس مرگ بالاتری در مقایسه با هم‌تایان خود قرار داد. در مثالی دیگر، تغذیه شیرخواران به دنبال وقوع حوادث، نامطلوب گردیده و به مقادیر پایین‌تر از حد استاندارد رسیده بود. علل عمده این اتفاق، قطع شیردهی مادر و افزایش مواجه با آسیب‌ها و سوء استفاده‌های جنسی بیان شده است. در مطالعه‌ای مشابه در بوتسوانا، کودکانی که توسط شیر مادر تغذیه نمی شدند، بیشتر در بیمارستان بستری شده و به علت بیماری‌های عفونی فوت نموده‌اند. از دیگر مثال‌های ذکر شده به عنوان آسیب‌های جسمی پس از حوادث و نحوه بازتوانی از آن، آسیب‌های خانواده‌های تک والدی است. در صورتی که والد زنده مانده پس از حادثه، پدر خانواده باشد، شانس اعتیاد و یا خشونت‌های جنسی افزایش می‌یابد. از جمله اقدامات بازتوانی از این اختلالات رفتاری، پایش و حمایت از این خانواده‌هاست تا اطمینان حاصل نمود که پدر به نقش‌ها و وظایف جدید خود در خانواده آشنایی پیدا کرده است. در سایر موارد، به مشکلات معلولین پس از بروز حادثه توجه شده است، زمانی که قطع منابع انرژی مانند برق، استفاده از تجهیزات ضروری را برای معلولین مشکل می‌سازد. بدین منظور، در نظر گرفتن کمک رسانی به معلولین، در فازهای کاهش آسیب، آمادگی و بازتوانی، از نکات کلیدی است. در ادامه به این نکته اشاره شده است که اقدامات مرحله کوتاه مدت بازتوانی، باید این اطمینان را فراهم سازد تا گروه‌های آسیب‌پذیر، به مراقبت‌های سلامت دسترسی داشته و بسته‌های خدمات سلامت در اختیار معلولین و کسانی که دارای اختلالات ارتباطی هستند (مانند سمعک برای کم‌شنوایان و عصا برای نابینایان)، قرار گیرد. جالب توجه است که در تمامی مثال‌هایی که به عنوان مطالعه موردی، گزارش شده، به شدت بر ادغام فعالیت‌های توسعه پایدار و کاهش خطر در فاز بازیابی (بازسازی و بازتوانی) تأکید گردیده است، تا میزان آمادگی برای رویارویی با وقایع محتمل آینده افزایش یابد. همچنین بازتوانی نیروهای ارائه دهنده خدمات سلامت پس از بروز حوادث از جمله نکاتی است که توجه ویژه‌ای را می‌طلبد. در مورد ظرفیت‌های انسانی در راستای انجام اقدامات بازتوانی در بخش سلامت جامعه، چالش پیش رو، فراهم آوردن نیروی کاری است که قادر به ارائه خدمات مداوم و باکیفیت باشد. همزمان باید از به استخدام در آوردن نیروی کار بیش از استاندارد مورد نیاز، اجتناب نمود تا از تحمیل بار اضافه نیروی انسانی بر بخش دولتی جلوگیری به عمل آید. در این راستا ظرفیت‌های انسانی بخش خصوصی

نیز بهتر است مورد توجه قرار گیرد. در بخش تجهیزات و داروهای مورد نیاز در فاز بازتوانی، WHO، دارو و تجهیزات تکنولوژیک را به عنوان یکی از اجزای مهم مداخلات بازتوانی تعریف کرده و می افزاید: "در زمان بحران‌های طولانی، ساماندهی ذخایر داروها و دیگر لوازم پزشکی به شکل عمده‌ای تغییر یافته و ناپایدار می‌گردد. برپایی مجدد داروخانه مرکزی یا مکانیسمی مشابه پس از بررسی دقیق موانع رسیدن داروها و تجهیزات به تسهیلات بهداشتی، باید در اولویت‌های برنامه‌های بازتوانی قرار گیرد. همچنین مفهوم ضرورت‌های دارویی و پروتکل‌های استاندارد درمان می بایست ارتقا یابد." بنابراین، ساز و کار استمرار زنجیره تأمین یا Supply Chain را به عنوان استراتژی کوتاه مدت و بلند مدت بخش سلامت در زمان بازتوانی می‌توان در نظر داشت (۶۳).

در کنفرانس بین‌المللی "بلایا و معلولیت‌ها" که در ۲۸ و ۲۹ ژانویه سال ۲۰۰۸ در شهر بوبانسور ایالت اوریسا در شرق هندوستان برگزار گردید، "بوسان پانانی" در سخنرانی خود با عنوان "حوادث طبیعی، نقش سازمان‌های بهبودی بخش در معلولیت‌ها" نیازهای افراد دارای معلولیت‌های جسمی پس از زلزله را به چند بخش تقسیم نمود:

۱- اندازه بودن پروتزها و کافی بودن کمک‌های بازتوانی جسمی: تمام معلولین نه تنها نیازمند پروتزهایی هستند که متناسب عضو از دست رفته باشد، بلکه آموزش‌های لازم در مورد نحوه استفاده از آن‌ها نیز بخشی از فرآیند بازتوانی جسمی در این افراد خواهد بود.

۲- فیزیوتراپی: برپایی مراکز فیزیوتراپی در مناطق مناسبی از محدوده حادثه دیده که با کمک سازمان‌های مردم نهاد و مراکز خصوصی محقق می‌شود، به عنوان بخش مهمی از اقدامات بازتوانی جسمی جامعه و افراد قلمداد می‌گردد. راه‌اندازی اینگونه مراکز، درون بیمارستان‌های سیار، توصیه شده است.

۳- مراکز کار درمانی و توانبخشی: افرادی که پس از زلزله آسیب‌دیده یا دچار معلولیت شده‌اند، برخی مواقع به تنهایی نیازمند ادامه حیات اقتصادی و تأمین هزینه‌های زندگی خود می‌باشند. این مراکز، تسهیلاتی را در راستای شناخت توانایی‌های باقی‌مانده افراد آسیب‌دیده فراهم آورده، برنامه‌های فردی برای هر کدام از مراجعین در نظر می‌گیرد و با خوداشتغالی افراد و یا با کمک گرفتن از بنگاه‌های پولی و سازمان‌های حمایتی به آن‌ها کمک می‌کند تا در تأمین هزینه‌های زندگی خود مستقل باشند.

هم‌چنین وجود مرکزی برای بیماران آسیب نخاعی می‌تواند پاسخگوی نیازهای بلند مدت سلامت و نیازهای بازتوانی جسمی آن‌ها باشد. اکثر بیماران آسیب نخاعی باید به مدت کوتاهی در بیمارستان بستری شده و دستورات مناسب پزشکی دریافت نمایند. بسیار مغتنم خواهد بود که بیمارستانی ۱۰ تخت خوابه برای بیماران نخاعی تأسیس شود تا نیازهای بهداشتی، پزشکی و بازتوانی جسمی آنان را در منازلشان فراهم آورد. به عنوان مثال، ضرورت پیگیری خدمات، تعمیرات و نگهداری عضو مصنوعی برای بیمارانی که از این اعضا استفاده می‌کنند، و یا نیاز بیماران با آسیب نخاعی به درمان‌های طولانی مدت و خدمات حمایتی

مانند دوره‌های کوتاه مدت بستری در بیمارستان. بنابراین اولویت‌های خدمات بازتوانی جسمی در منطقه آسیب دیده بر فراهم آوری ابزارهای مناسب حمایتی، فیزیوتراپی، و خدمات مشاوره‌ای قرار گرفت. گسترش اقدامات بازتوانی جسمی مذکور در منطقه آسیب دیده نهایتاً باعث ایجاد مرکزی جهت ارائه دائمی خدمات بازتوانی جسمی برای معلولین در هند غربی شد (۶۴).

در ادامه به مطالعه موردی که پس از زلزله ژانویه ۲۰۰۱ در گجرات هندوستان انجام گردید، اشاره می‌گردد. با وجود محدودیت امکانات بازتوانی جسمی در این منطقه، همکاری دولت هندوستان و سازمان‌های ملی و بین‌المللی، مانند سازمان بین‌المللی معلولین و اتحادیه نابینایان که هر دو NGO می‌باشند، باعث شد تا پروژه ظرفیت‌سازی بیشتر برای تسهیلات موجود، به شکل ذیل و به صورت استراتژی‌های سطح بندی شده‌ای انجام پذیرد:

• سطح سوم خدمات:

- توسعه زیرساخت‌ها و تجهیزات فیزیوتراپی و دیگر جنبه‌های بازتوانی جسمی مبتنی بر تسهیلات در بیمارستان CP و در کوتک.
- ارتقای برنامه ترخیص بیماران معلول بستری در بیمارستان CP با آموزش مددکاران اجتماعی
- برپایی نظام ارجاع توسعه یافته از بیمارستان CP به شبکه‌ای اجتماعی که خدمات بازتوانی جسمی را به ۳۹ نوع معلولیت و سازمان‌های حمایتگر این نوع خدمات، ارائه می‌دهد.

• سطح دوم خدمات (استانی):

- ارائه کمک‌های تکنیکی به اتحادیه نابینایان به منظور راه‌اندازی مرکز توانبخشی سطح دو در نزدیکی بیمارستان شهرستان کوتک که خدمات طب فیزیکی را (به وسیله هشت فیزیوتراپیست نابینا) ارائه می‌داد. نزدیک به ۳۰۰ بیمار وسایل ارتوپدیک دریافت نمودند و ۵۹۸ نفر دیگر بر اساس برنامه‌های حمایتی دولت، ابزار بازتوانی جسمی رایگان اهدا شد. وسایل بازتوانی فیزیکی ۲۰۸ نفر نیز توسط درمانگران طب فیزیکی در منازلشان اصلاح شد.
- برقراری هماهنگی بین سطوح مختلف ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در بدنه دولت و همچنین بین سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت دولتی و سازمان‌های غیردولتی به منظور حصول اطمینان از در دسترس بودن و تداوم ارائه خدمات بازتوانی جسمی مانند مکانیزم‌های ارجاع، درمان و پیگیری بیماران.

• سطح جامعه:

- آموزش ۲۷۵ کارمند شاغل در تسهیلات سطح یک ارائه سلامت به منظور شناسایی افراد معلول و ارائه مداخلات و خدمات ارجاع مناسب. ارزشیابی که هشت ماه بعد از این آموزش‌ها

انجام گرفت، این واقعیت را آشکار ساخت که افراد آموزش دیده قادر بودند معلولیت را در کودکان زیر ۱۰ ماه تشخیص دهند.

○ برقراری برنامه‌های فیزیوتراپی در مراکز بهداشت جامعه به منظور ارتقای خدمات بازتوانی جسمی

○ توجه به بیماران معلول در برنامه‌های توسعه اجتماعی با آموزش ۲۴ کارمند توسعه اجتماعی در ۸۴ روستا تا بیماران معلول را شناسایی نموده و پس از ارائه خدمات اولیه، آن‌ها را ارجاع دهند.

○ افزایش آگاهی عمومی درباره پیشگیری و مدیریت معلولیت در میان جامعه، افراد خانواده و صاحبان مشاغل، با انتشار هشت گزارش جدید به زبان محلی

مطالعه‌ای که در راستای پی‌بردن به اثرات پروژه در جامعه صورت گرفت، نشان داد که آمار مرگ و میر بیماران آسیب نخاعی از ۶۰٪ در زمان قبل از به کارگیری استراتژی‌ها به چهار درصد کاهش یافت. با دستیابی به این موفقیت‌های چشمگیر، پروژه مذکور در سرتاسر ایالت گجرات هندوستان گسترش یافت و تمامی انواع معلولیت را دربرگرفت (۶۱).

به دنبال این زلزله، دولت هندوستان اقدام به تدوین نقشه‌ای جهت بازسازی و بازتوانی مناطق آسیب‌دیده نمود. یکی از اهداف عمده این نقشه، فراهم ساختن حمایت‌های مداوم و ضروری برای افراد آسیب‌دیده می‌باشد. در این نقشه ذکر شده است که بازسازی سریع تسهیلات اولیه ارائه خدمات سلامت از مهمترین اولویت‌ها در زمان آسیب‌ها و معلولیت‌های گسترده بعد از زلزله است. تعداد زیادی از مردم به خصوص گروه‌های آسیب‌پذیر مانند زنان و کودکان نیازمند خدمات پزشکی مداوم می‌باشند. با توجه به تخریب اکثر تسهیلات ارائه دهنده خدمات اولیه سلامت، مقامات دولتی اقدام به ساخت مکان‌هایی با سازه‌های پیش‌ساز جهت ارائه این‌گونه خدمات کردند. این مکان‌ها همچنین محل ارائه خدمات بازتوانی ارتوپدی، به عنوان بخشی از خدمات بازتوانی بودند. در راستای ارائه خدمات بازتوانی، دوره‌های بازآموزی نیز برای پزشکان، پیراپزشکان، تکنسین‌های اعضای مصنوعی، روان‌درمانگران و متخصصین طب اورژانس برگزار گردید (۶۵). پس از سیل سال ۲۰۱۰ در پاکستان، سازمان‌های بین‌المللی متعددی با همراهی دولت پاکستان اقدام به اجرای برنامه‌های بازتوانی در مناطق آسیب‌دیده کردند. یکی از این سازمان‌ها، «Give2Asia» نام داشت که در سال ۲۰۱۱ از اقدامات انجام شده گزارشی منتشر نمود. اقدامات طولانی مدت بازتوانی در منطقه، در قالب خدمات اولیه سلامت توسط گروه‌های سیار پزشکی و یک سال پس از جاری شدن سیل ارائه می‌شد. این گروه‌ها شامل پزشک، پیراپزشک و داروساز بوده و حداقل هفته‌ای یک بار به هر کمپ مراجعه و به ارائه خدمات مشغول می‌گردید. همچنین خطوط تلفن در تمام ساعات شبانه روز و نیز کل روزهای هفته، پاسخگوی سوالات بودند. از طرفی کارگاه‌های آموزشی نیز در راستای افزایش اطلاعات جامعه در

زمینه سلامت، پیشگیری، بهداشت و گندزدایی، مراقبت از کودکان، تغذیه، سلامت مادر و کودک، غربالگری بیماری‌های چشمی و معاینه دندانپزشکی برگزار گردید (۶۶).

در گزارش دیگری که شش ماه پس از زلزله اکتبر سال ۲۰۰۵ پاکستان توسط UNDP منتشر شد، به اقدامات بازتوانی کوتاه مدتی که توسط مقامات دولتی و با همکاری سازمان‌های بین‌المللی صورت پذیرفته بود اشاره گردید. در فاصله زمانی یک ماه بعد از زلزله و پس از برآورد میزان خسارت، نقشه بازسازی و بازیابی کوتاه مدتی با توافق سازمان ملل و دولت محلی طراحی شد. این نقشه، چندین هدف را برگزید، که یکی از آن‌ها، بازتوانی سلامت زنان بود، و در راستای دستیابی به این هدف، کارگاه آموزشی با هدف آموزش ۲۴ ناظر سلامت زنان برگزار گردید تا آن‌ها نیز به نوبه خود، آموزش‌های دریافتی را به سایر کارکنان بخش بهداشت زنان منتقل سازند. همچنین در این گزارش، مداخلات مفید بازتوانی جسمی برای افرادی که پس از زلزله دچار معلولیت شده‌اند نیز، ذکر گردیده است. این اقدامات عبارت بودند از (۶۷):

۱- بررسی و برآورد دقیق افرادی که به دنبال زلزله دچار آسیب نخاعی یا قطع عضو شده‌اند و تدوین استراتژی‌های انطباق با معلولیت برای این افراد

۲- تدوین سیاست‌های مناسب جهت برخورد با معلولیت‌های ناشی از زلزله و بکارگیری مشارکت همه جانبه برای تأسیس سازمان‌های ارائه دهنده خدمات و برنامه‌های بازتوانی جسمی

۳- برگزاری دوره‌های مهارت آموزی بازتوانی جسمانی برای ۴۵ متخصص سلامت توسط مؤسسه ملی بهداشت و سازمان بهداشت جهانی. این افراد مسئولیت مراقبت از ۷۴۰ بیمار آسیب‌دیده نخاعی ناشی از زلزله را بر عهده داشتند.

در سند مشابهی که در مورد فعالیت‌های بازتوانی سازمان جهانی صلیب سرخ به دنبال زلزله سال ۲۰۰۵ پاکستان منتشر شد، حدود ۳۰ هزار نفر از ساکنین مناطق آسیب‌دیده از اقدامات پیشگیرانه مرتبط با ایدز و هپاتیت B و C، برخوردار گردیدند. این اقدامات به عنوان بخشی از خدمات بازتوانی جسمی در نظر داشت تا (۶۸):

۱- شرایطی را جهت مشاوره و آزمایش داوطلبانه افراد آسیب‌دیده، به خصوص افراد پر خطر و در مناطق دوردست فراهم آورد.

۲- با تشکیل شبکه‌ای موسوم به "شبکه جوانان هلال احمر پاکستان" و بکارگیری ابزار ارتباطی، آموزشی و اطلاع‌رسانی، اقدام به آموزش جوانان در مورد مهارت‌های زندگی نماید.

۳- برنامه‌ای استراتژیک جهت مقابله با ایدز تدوین نموده و برای تقویت این برنامه، به سازماندهی کمیته‌ای مدیریتی پرداخته و از اقدامات آن حمایت کند.

۴- همکاری‌ها و مشارکت‌های گسترده‌ای را با سازمان‌های فعال در زمینه بیماران مبتلا به ایدز تدارک ببیند تا نیازها و اولویت‌های این بیماران مشخص گردد.

۵- کمپین‌های آگاه‌سازی عمومی را در مدارس، دانشگاه‌ها و محیط‌های کاری جهت افزایش اطلاعات

مردم در مورد ایدز، هیپاتیت B و C و اهداء داوطلبانه خون به خصوص در روز جهانی ایدز و روز جهانی اهداء خون فعال سازد.

۶- روش‌های کنترل گسترش بیماری‌ها، مانند استریلیزاسیون مناسب تجهیزات پزشکی را در مراکز ارائه خدمات سلامت به کار گرفته و تداوم بخشد.

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۰ منتشر شد و نگاهی دیگر به زلزله سال ۲۰۰۵ پاکستان داشت، معلولیت جسمانی در مقیاسی گسترده و نحوه مدیریت آن مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مطالعه اشاره شده بود که پس از یک زلزله ۴۰ ثانیه‌ای، ۷۳۳۳۸ نفر از بین رفته و ۱۲۸۳۰۹ نفر دچار آسیب‌های جدی گردیدند که از آن میان به ۷۴۱ مورد آسیب نخاعی و ۷۱۳ مورد قطع عضو می‌توان اشاره کرد. با توجه به اینکه مفاهیم طب توانبخشی در اواخر دهه ۹۰ میلادی به پاکستان راه یافت، تعداد بسیار محدودی از مراکز عمومی در زمان حادثه به ارائه این گونه خدمات بازتوانی فیزیکی مبادرت می‌ورزیدند. هدف از انجام این مطالعه، ارزیابی گستردگی و انواع معلولیت‌های پس از زلزله، مشخص ساختن نیازهای بازتوانی جسمی و تأکید بر تلاش‌های انجام شده به منظور فراهم آوردن خدمات بازتوانی ویژه معلولین بوده است. به منظور جبران نقصان‌های موجود در برنامه‌ها و تسهیلات بازتوانی جسمی، اقدامات ملی و بین‌المللی گسترده‌ای انجام شد. با همکاری NGO بین‌المللی معلولین، کادری متشکل از ۵۷ زن و مرد، دوره آموزشی را در مورد تکنیک‌های پایه و نحوه ارائه خدمات بازتوانی جسمی به معلولین نخاعی و کسانی که تحت عمل ثابت‌سازی ستون مهره‌ها قرار گرفتند، طی دو هفته گذراندند تا از به وجود آمدن عوارض ثانویه در معلولین جلوگیری به عمل آید. وزارت بهداشت دولت فدرال پاکستان با بکار گرفتن ۱۰۰ پزشک، ۱۰۰ فیزیوتراپیست و ۵۰ روانشناس در دسامبر ۲۰۰۵ اقدام به تقویت و به روز رسانی مؤسسه ملی طب توانبخشی یا NIRM، مرکز ماهواره مؤسسه ملی علوم پزشکی پاکستان و بیمارستان عمومی راولپندی نمود. اقدام WHO و UNICEF در زمینه برپایی بخش‌های ۱۰۰ تخت‌خوابی آسیب‌های نخاعی با مصالح پیش ساز در مرکز ماهواره مؤسسه ملی علوم پزشکی پاکستان و NIRM که به ترتیب در دسامبر ۲۰۰۵ و ژانویه ۲۰۰۶ انجام شد، باعث گردید تا تمامی بیماران آسیب نخاعی به طور کامل به این مراکز منتقل شوند. یک برنامه اختصاصی برای هر یک از آسیب دیدگان نخاعی طراحی شد و با توجه به نوع آسیب و میزان ناتوانی فرد آسیب‌دیده، رویکردهای چند رشته‌ای بازتوانی جسمی اتخاذ گردید. مهارت‌های افراد تازه‌کار با برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی با اعطای مدرک در NIRM افزایش یافت. جهت ارتقای مهارت پرسنل نیمه حرفه‌ای ارائه دهنده خدمات سلامت، دستورالعمل‌هایی در مورد افزایش استقلال فردی به دنبال آسیب‌های نخاعی که توسط WHO تدوین شده بود، ترجمه و در اختیار آن‌ها قرار گرفت. علاوه بر آن دستورالعمل‌هایی نیز به منظور توانمند ساختن بیماران و خانواده‌هایشان برای سازگاری با محدودیت‌های فیزیکی و افزایش استقلال از طریق تقویت پتانسیل‌های موجود، تنظیم و در اختیارشان قرار گرفت. اصولی راهنما نیز در مورد طراحی مناسب صندلی‌های چرخ‌دار

به منظور تردد در ساختمان‌های عمومی و ادغام آن با برنامه‌های بازسازی سازه‌های منطقه آسیب‌دیده گردآوری شد.

مرکز اعضای مصنوعی در بیمارستان بنیاد فوجی در پاکستان نیز تنها بخش عمومی بود که اعضای مصنوعی (مانند دست، پا، چشم و دندان مصنوعی با اهداف کاربردی و زیبایی) و ارتوز (لوازم ارتوپدی یا دستگاه‌های مخصوص حمایت، ردیف کردن و یا بازدارنده تغییر شکل به منظور بهبود عملکرد قسمت‌های متحرک بدن) می‌ساخت. این مرکز پس از زلزله با کاهش ظرفیت پاسخگویی به نیاز افزایش یافته بیماران نقص عضو مواجه شد. در مجموع ۱۱ کارگاه پروتز و ارتوز توسط سازمان‌های مختلف ملی و بین‌المللی به منظور ارائه خدمات پروتز و ارتوز در منطقه آسیب‌دیده برپا گردید.

اما چالش اصلی فراهم آوردن حمایت‌های مداوم و بلند مدت برای معلولین در محل زندگی خودشان و همچنین ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها با افزایش آگاهی جامعه در مورد معلولیت و گنجاندن آن در برنامه‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه بود. تسهیلات جهت تردد در محل زندگی نامناسب بودند. خدمات سلامت پایه و بازتوانی جسمی و موانع نگرشی که از رسیدن معلولین به حداکثر پتانسیل‌های خود جلوگیری می‌نمود، از دیگر مسائل موجود بود. بدین منظور استراتژی‌های نوآورانه‌ای با هدف بازتوانی جسمی مبتنی بر جامعه و نهادهای اجتماعی، توسط WHO و وزارت بهداشت، برای معلولیت قبل و پس از رخداد زلزله تدوین و نهایتاً باعث ایجاد برنامه‌ای به نام CBR گردید.

بخشی از نتایج مداخلات بازتوانی جسمی انجام شده بعد از زلزله سال ۲۰۰۵ پاکستان عبارت بود از:

۱- ۶۲٪ استقلال در فعالیت‌های روزمره افراد با آسیب‌های نخاعی و پنج درصد تأمین معیشت برای این افراد

۲- ۱۰۰٪ پوشش پروتز برای معلولین با نقص عضو در اندام تحتانی

۳- فراهم ساختن خدمات بازتوانی جسمی برای ۳۵۷۸۳ معلول و برگزاری ۵۷۵۰۶ جلسه درمانی (گفتار درمانی، فیزیوتراپی و روان‌شناسی)

۴- فراهم ساختن ۵۴۵۷ عدد وسیله بازتوانی جسمی (صندلی چرخ‌دار، ژاکت‌های ستون مهره‌ها، صندلی، عصا، واکر، سمک و وسایل توانبخشی بینایی) و تأمین معیشت برای ۱۰۱۷ معلول

۵- ساخت چهار مرکز ارائه خدمات اولیه بازتوانی جسمی در مناطق آسیب‌دیده و ساخت دو بخش توانبخشی ۵۰ تخت‌خوابی در خیبر پختون‌خوا و آزاد جامو و کشمیر

کمی‌بود پروتکل‌های برخورد با بیماران ترومایی، از محدودیت‌هایی بود که منجر به تعداد زیادی قطع عضو غیر ضروری و یا نامناسب و همچنین آسیب اعصاب محیطی شد. عدم تدوین قوانین نظارتی برای ساختن و جفت کردن پروتزها، باعث شد تا تهیه‌کنندگان فاقد صلاحیت اقدام به ساختن پروتزهای غیر استاندارد نمایند که این امر منجر به بروز مشکلاتی در برخی از معلولین گردید (۶۹).

بررسی دیگری که درباره همین زلزله در پاکستان انجام گردید و سال ۲۰۰۸ در مجله Achieves of Physical Medicine and Rehabilitation منتشر شد، عوامل مؤثر در درمان و بازتوانی آسیب‌های نخاعی یا SCI را در چند حوزه مختلف مورد ارزیابی قرار داد. در ابتدا به تأثیرات کمک‌های امدادی مربوط به نجات از زیر آوار اشاره شده بود شامل (۷۰):

- کمبود پروتکل‌های SCI در زمان تخلیه آسیب‌دیدگان از زیر آوار: پس از زلزله دقت و توجه کمی در خصوص حمل و نقل بیماران مشکوک یا موردهای SCI وجود داشت. این بی‌توجهی باعث وخامت آسیب‌های نخاعی و یا تبدیل شدن انواع نیمه کامل آن‌ها به کامل می‌گردید. متأسفانه، حتی اکثر کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت نیز از تکنیک‌های بی‌حرکت ساختن بیماران در زمان حمل و نقل مطلع نبودند.
- حمل و نقل هوایی آسیب‌دیدگان: به دلیل محدودیت‌های موجود در حمل و نقل هوایی و هلیکوپترهای مناسب برای پرواز در شب و تلاش برای نجات بیشتر افراد، قبل از فرا رسیدن شب، انتقال مجروحین به بیمارستان‌های سطح سه، بیش از ظرفیت هلیکوپترها انجام می‌گرفت که خود باعث پیچیده‌تر شدن نجات افراد می‌گردید.
- سپس تأثیرات درمان‌های اولیه بیماران SCI مورد توجه قرار گرفت: عدم وجود نظام ثبت بیماران SCI: عدم وجود نظام ثبت بیماران آسیب نخاعی، ارزیابی دقیق آماری این افراد را ناممکن می‌ساخت. تلاش‌هایی که در این زمینه صورت گرفت نیز با اشکالاتی به شرح زیر همراه بود:
 - جمع‌آوری داده‌ها توسط یک اپراتور صورت گرفت نه یک متخصص امور سلامت.
 - به جای ثبت میزان سطح آسیب و کامل یا ناکامل بودن آسیب، تنها داده‌هایی که وارد می‌شدند، عبارت بودند از: آسیب نخاعی، آسیب به پشت و SCI.
 - برخی از بیمارانی که به دلیل شکستگی‌های لگنی یا کوفتگی‌های شدید عضلانی ناحیه پشت قادر به حرکت دادن اندام تحتانی خود نبودند نیز جزء بیماران SCI طبقه‌بندی گردیدند.
 - از آنجایی که جمع‌آوری داده‌ها در روزهای ابتدایی پس از حادثه اتفاق افتاد، این احتمال وجود داشت که برخی از موارد SCI که بعداً مراجعه داشتند یا قبل از مراجعه فوت نموده بودند، از قلم افتاده باشند.
- نبود بخش ستون فقرات و متخصصین این حوزه: این بخش‌ها پس از جنگ جهانی دوم و به منظور ارائه خدمات درمانی و بازتوانی جامع به بیماران SCI راه‌اندازی گردید. در پاکستان بر اقدامات جراحی و به دنبال آن تجویز ورزش‌های مختلف در منزل تأکید بیشتری می‌شد. بنابراین،

در زمان حادثه، صرفاً مؤسسه بازتوانی پزشکی نیروهای ارتش دارای بخش ویژه بازتوانی بود. با اینکه بیمارستان‌های شهرهای پشتیبان دارای بخش جراحی اعصاب بودند، اما بخش ویژه خدمات بازتوانی جسمی وجود نداشت. مرکز بیماران معلول در حیات آباد پیشاور، اقدام به تأسیس چنین بخشی نمود که تنها محدود به فیزیوتراپی شد و هیچ متخصصی در آن فعال نبود. در زمان حادثه، کل پاکستان با جمعیت ۱۶۰ میلیون نفر، کمتر از ۲۰ متخصص طب فیزیکی و توانبخشی داشت. بنابراین، در طول این مدت به ضرورت وجود تخت مخصوص بیماران نخاعی توجه نشده و آن‌ها را بر تخت‌های چوبی بسیار نامناسب بستری می نمودند. هم‌چنین، این بیماران بعد از عمل جراحی تثبیت ستون مهره‌ها، بدون پوشیدن حمایت‌های لازم به حرکت ادامه دادند. بررسی‌های انجام شده نشان داد که اکثر بیماران دارای فلج اندام‌های تحتانی، در مقایسه با سایر افراد متأثر از حوادث، مورد توجه بسیار قرار نگرفتند.

- ارزیابی غیر دقیق و ناکافی: ارزیابی بیماران آسیب نخاعی توسط اتحادیه آسیب‌های نخاعی آمریکا یا ASIA، استاندارد سازی شده است. جهت تشخیص سطح و گستردگی آسیب نخاعی معاینه کامل عصبی، حسی و حرکتی در بیمارستان‌های محل پذیرش بیمار لازم می‌باشد. متأسفانه اکثر پزشکانی که مسئول مراقبت از بیماران SCI بودند از نظام ASIA اطلاعی نداشته و نمی‌دانستند که چگونه می‌بایست فرم‌ها را تکمیل نمایند و این امر باعث عدم متمایز نمودن بیماران با آسیب‌های کامل از بیماران با آسیب‌های ناکامل می‌شد. از آنجایی که ارزیابی عملکرد افراد در پایش نتایج مداخلات بازتوانی جسمی مؤثر است، نظام ارزیابی بیماران آسیب نخاعی بر اساس پروتکل ASIA به پزشکان فعال در مراکز بستری معلولین آموزش داده شد.

در ادامه بحث نیز نکات قابل توجهی در مورد پیگیری بیماران، گزارش گردید که عبارتند از:

- مشاوره و آموزش ناکافی بیماران: آموزش بیماران به عنوان جزئی از مراقبت‌های بیماری در پاکستان شناخته نشده و هیچ سندی به زبان اردو برای آموزش بیماران SCI وجود نداشت تا اینکه این نیاز مهم با تلاش WHO تأمین شد. از مهمترین محدودیت‌های این گونه دستورالعمل‌ها، تخصصی نبودن آن‌ها و هم‌چنین بی سواد یا کم سواد رایج در پاکستان است. از طرفی عدم مشخص کردن پیش آگهی آسیب‌های نخاعی به خصوص در موارد آسیب‌های کامل باعث امیدواری زودهنگام بیماران جهت از سرگیری فعالیت‌های روزمره خود شد. در برخی از موارد، بیماران تا یک سال پس از معلولیت نیز از سرنوشت سلامت خود مطلع نبودند و علاوه بر آن، در مورد ناتوانی‌های جنسی و مسائل شغلی بیماران نخاعی، کمتر سخن به میان می‌آمد.

- حمایت اقتصادی ناکافی: به دنبال زلزله، با وجود سرازیر شدن کمک‌های نقدی داخلی و بین المللی در حمایت از آسیب‌دیدگان، هیچ ساز و کار مناسبی جهت اعطای برخی از این کمک‌ها

به بیماران SCI وجود نداشت. در برخی از مراکز بیماران به دلیل وحشت از هزینه‌های درمان، اصرار بر ترخیص پیش از موعد داشتند که این امر بر وابستگی و عدم استقلال آن‌ها در آینده می‌افزود. برخی از آنان با وجود اینکه از داشتن برق در مناطق کوهپایه‌ای محل زندگی خود محروم بودند، اما وجوه نقدی اعطا شده را صرف خرید گوشی‌های موبایل و تجهیزات صوتی تصویری می‌کردند. در مراحل آخر پاسخگویی به زلزله، دولتمردان تصمیم گرفتند تا به منظور کمک به بیماران SCI، ماهانه حدود ۱۰۰ دلار کمک نمایند. اما این مهم بدون در نظر گرفتن شدت آسیب و میزان ناتوانی افراد بود بطوریکه دریافتی بیمارانی که آسیب کامل داشته و محدود به تخت بودند، با افرادی که می‌توانستند حرکت کنند مساوی در نظر گرفته شد.

• کمبود خدمات بازتوانی فیزیکی اجتماعی و حرفه‌ای: تمرکز اصلی بر روی درمان فیزیکی، کاردرمانی و مشاوره بود. هیچ رویکردی جهت حصول اطمینان از گذار بیماران SCI از بیماری به بطن جامعه وجود نداشت و تنها افرادی که سلامت کامل حرکتی عصبی خود را باز یافته بودند، توانستند به کار قبلی خود بازگردند. تا قبل از زلزله تعداد کمی از مراکز بازتوانی اجتماع محور در پاکستان وجود داشت.

نهایتاً، کل درس آموخته‌های این مطالعه، به روش زیر طبقه بندی گردید:

- ۱- در حوادث طبیعی به خصوص زلزله باید احتمال پذیرش تعداد زیادی بیمار SCI را در نظر گرفت.
- ۲- اگر پروتکل‌های مناسب نجات آسیب‌دیدگان از زیر آوار و برنامه مدیریت حوادث، پیش از حادثه، در دسترس بود، تعداد بیماران SCI به دلیل افزایش آگاهی‌ها نسبت به صدمات نخاعی، کاهش می‌یافت.
- ۳- استفاده از هلیکوپتر در مناطق کوهستانی یا مناطقی که زیرساخت‌های حمل و نقل جاده‌ای به دلیل زلزله از بین رفته‌اند، جایگاه مهمی دارد.
- ۴- درمان بیماران SCI تنها شامل عمل جراحی و آتل‌گذاری نیست. احداث بخش‌های ستون فقرات، ارزیابی دقیق و مدیریت از پیش طراحی شده باعث موفقیت برنامه‌های ادغام در جامعه بیماران SCI خواهد بود.
- ۵- بازتوانی جسمی بیماران SCI تنها زمانی اتفاق می‌افتد که بیماران مجدداً به جامعه باز گردند و به عنوان مستمری بگیریانی وابسته، محدود به خانه‌های خود، نباشند.

WHO، در سندی که در دسامبر سال ۲۰۱۰ در پایگاه اینترنتی خود منتشر کرد، اقدام به تبیین دستورالعملی نمود تا بر اساس آن کشورهایی که متحمل آسیب در بخش سلامت شده‌اند، قادر باشند میزان خسارت را ارزیابی و بر اساس ارزیابی‌های انجام شده، اقدامات بازتوانی مناسبی را اتخاذ و اجرا نمایند. در این دستورالعمل نوع آسیب و نحوه بازتوانی از آن به تفصیل بیان شده است (۷۱):

- سلامت کودکان: شامل برقراری نظام منظم واکسیناسیون کودکان و برپایی نهضت کرم زدایی کودکان، دو نوبت در سال
 - درمان تلفیقی ناخوشی دوران کودکی یا IMCI با بسته‌های خدمات پایه بیمارستان‌ها
 - تغذیه: شامل پایش رشد و ادغام برنامه‌های تغذیه با IMCI
 - بیماری‌های واگیر: دربرگیرنده آموزش و ارتقای سلامت جامعه و برقراری مجدد برنامه‌های کنترل بیماری‌های سل، مالاریا و ایدز
 - بهداشت جنسی و تولید مثل: شامل برقراری حداقل دسترسی به MISP به خصوص مراقبت‌های پایه مامایی یا BEOC و تقویت برنامه‌های ملی تنظیم خانواده
 - بیماری‌های غیرواگیر: شامل برقراری مجدد نظام اطلاعات بیماران در حال درمان و تقویت نظام مراقبت در منزل برای بیماری‌های مزمن (واگیر و غیر واگیر)
 - آسیب‌های جسمانی: شامل بازتوانی جسمی افراد دارای معلولیت، تقویت ظرفیت‌ها به منظور تهیه پروتزها و انجام برنامه‌های بازتوانی جسمی و توجه به مراقبت از معلولین در نظام سلامت جدید
- در این سند، آموزش بهداشت، افزایش آگاهی عمومی، اطلاع رسانی همگانی و مشارکت‌های اجتماعی به عنوان اصول اساسی در اقدامات بازتوانی از حادثه طبیعی به شمار آمده‌اند.
- در سال ۲۰۱۱ انجمن بین‌المللی طب فیزیکی و توانبخشی، ششمین نشست سالانه خود را با موضوع بازتوانی جسمی در حوادث برگزار نمود و تمامی مقالات و پوسترهای ارسالی بر یافتن پاسخ یک سوال متمرکز شد: "چگونه می‌توان ارائه‌دهندگان خدمات بازتوانی جسمی را در زمان حوادث هماهنگ‌تر ساخت؟". بر اساس مقالات و گزارشاتی که توسط صاحب نظران در این کنگره مطرح گردید، مقاله‌ای در سپتامبر سال ۲۰۱۱ در مجله طب توانبخشی منتشر شد که در انجمن بین‌المللی طب فیزیکی و توانبخشی یا ISPRM به نقش SCRDR یا کمیته فرعی بازتوانی در اقدامات امدادی حوادث در تقویت اقدامات بازتوانی جسمی در حوادث با مقیاس‌های بزرگ اشاره کرده بود. نقش SCRDR برقراری ارتباط با سازمان بهداشت جهانی بوده و یکی از ۵ کمیته ارتباطی ISPRM می‌باشد که سیاست‌های خارج سازمانی انجمن را در رابطه با تعامل با سازمان بهداشت جهانی و دیگر سازمان‌های فعال در بازتوانی جسمی مشخص می‌کند.
- در این مقاله ذکر شده است که حوادث با مقیاس بزرگ باعث تعداد زیادی از معلولیت‌ها می‌گردد، مانند: ضایعات نخاعی، ضایعات مغزی، نقص عضو، شکستگی استخوان‌های بلند و آسیب اعصاب محیطی. از سویی دیگر، حوادث، معمولاً در مناطقی رخ می‌دهد که استراتژی‌های بازتوانی جسمی مناسب اتخاذ نشده یا بر افرادی مؤثر است که قبلاً دچار معلولیت شده‌اند. کم بودن منابع و تسهیلات بازتوانی جسمی که طی مدت کوتاهی توسط حجم بالایی از متقاضیان مصرف می‌شود، پاسخ بشردوستانه بین‌المللی و چند بخشی را ایجاب می‌نماید که با توجه به محدودیت‌های منابع در کشور میزبان، این اقدامات بشردوستانه با چالش

مواجه می‌شوند. با این حال متخصصین امر بازتوانی جسمی در راستای اقدامات بشردوستانه خود قادرند تا با کمک سیستم‌های ارائه خدمات بازتوانی جسمی کشور حادثه دیده و با هماهنگی مقامات بهداشتی و مدیران حوادث، اقدام به برنامه‌ریزی در راستای توسعه زیرساخت‌های ارائه خدمات بازتوانی جسمی بلند مدت نموده و برای رسیدگی به مصدومین محتمل در حوادث آتی تدابیری اتخاذ نمایند. در این میان نقش متخصصین PRM در اقدامات بازتوانی جسمی جامعه حائز اهمیت است. این گروه می‌توانند وظایف اعضای تیم بازتوانی جسمی را مشخص نموده، در تریاژ آسیب‌دیدگان شرکت کنند، قبل و در حین بازتوانی جسمی به سایرین مشاوره دهند، در خدمات سیار بازتوانی جسمی مشارکت، و افراد آسیب‌دیده‌ای را که شناسایی نشده‌اند به تسهیلات بازتوانی جسمی معرفی کرده و درمان نمایند و همچنین، قادرند با تجویز وسایل کمکی و کمک حرکتی و تکنولوژی‌های انطباقی برای بیماران، خانواده‌ها، ارائه‌دهندگان محلی خدمات سلامت و داوطلبان، در برنامه‌های بازتوانی جسمی جامعه شرکت نمایند. دخالت متخصصین PRM در اقدامات بازتوانی جسمی بر اساس تجربه زلزله سال ۲۰۰۵ پاکستان، باعث شد تا افراد آسیب‌دیده در مقایسه با بیمارانی که تحت نظر پزشکان PRM نبودند، مدت زمان کوتاه‌تری در بیمارستان بستری بوده و با نتایج بهتری ترخیص شوند (۷۲).

مقاله دیگری که در همین شماره "مجله طب بازتوانی" منتشر شد، نیازهای افراد آسیب‌دیده نخاعی را به دنبال زلزله هائیتی که در ژانویه سال ۲۰۱۰ اتفاق افتاد، به روش ICF مورد ارزیابی قرار داد تا بر آن اساس اقدامات بازتوانی جسمی ضروری مشخص گردد. قبل از شروع اقدامات بازتوانی لازم است تا در فرآیندی به نام ارزیابی نیازهای بازتوانی، کمبودها در سه حوزه مشخص گردند:

۱- اختلال‌های عملکردی افراد آسیب‌دیده

۲- عوامل محیطی که برای گروه خاصی محدودیت ایجاد می‌کند.

۳- اقدامات و نقصان منابع انسانی و غیر انسانی که باید در ارزیابی نیازها به آن‌ها توجه شود.

در حال حاضر هیچ ابزاری برای ارزیابی نیازهای بازتوانی جسمی به دنبال حوادث طبیعی وجود ندارد. تدوین این ابزار در حالت ایده‌آل می‌بایست بر اساس اجماع تمامی ذینفعان بازتوانی جسمی در مورد مفهوم عملکرد و نقص آن باشد و ICF، چارچوبی نویدبخش در این زمینه فراهم کرده است. به منظور تسهیل استفاده از ICF، حیطه‌های عملکردی هر یک از شرایط خاص سلامت یا محورهای ICF در فرم‌های مخصوص نمره‌دهی ICF مشخص شده است. بعضی از شرایط جسمانی افراد آسیب‌دیده در حوادث مانند ضربه‌های مغزی و یا آسیب‌های نخاعی، برخی از ICF ها را تشکیل می‌دهند.

پس از زلزله‌ای که ۲۲۰ هزار کشته و ۳۰۰ هزار زخمی در هائیتی برجای گذاشت، تعداد بیماران نقص عضو احتمالی بین ۲۰۰۰ تا ۴۰۰۰ مورد تخمین زده شد و انتظار می‌رفت ۱۰۰ بیمار SCI برجای مانده باشد. هائیتی به عنوان کشوری در حال توسعه در زمان زلزله دارای هیچگونه تسهیلات بازتوانی دولتی و

متخصصین سلامت آموزش دیده ویژه بازتوانی جسمی نبود. بنابراین یک NGO غیر انتفاعی در آمریکای شمالی به نام "دستان شفا بخش برای هائیتی" اقدام به فراهم آوردن تسهیلات بازتوانی جسمی و ارائه آموزش به نیروهای متخصص نمود. با این وجود، افزایش چشمگیر تعداد معلولین، ظرفیت‌های ارائه خدمات بازتوانی جسمی را اشباع نمود؛ به این علت و با هدف ایجاد خدمات بلند مدت برای معلولین حادثه، "برنامه عملیاتی بازتوانی و توسعه ملی هائیتی" ملزم شد تا با فراهم آوردن تسهیلات بازتوانی جسمی از ارائه خدمات بلند مدت اطمینان حاصل نماید. یکی از سازمان‌هایی که پس از زلزله به ارائه خدمات بازتوانی جسمی پرداخت یک NGO انگلیسی بود. پرستار و دو فیزیوتراپیست این مرکز توانبخشی، توسط پرستاری انگلیسی به صورت منظم تحت آموزش برای مراقبت از بیماران SCI قرار گرفتند و علاوه بر آن، یک پزشک توانبخشی آموزش دیده نیز سه روز در هفته بر مراقبت‌های بازتوانی جسمی نظارت داشت. پنج ماه پس از زلزله، تیمی متشکل از چهار متخصص توانبخشی و یک دانشمند علوم سلامت، چهار هفته را به منظور ارائه خدمات بازتوانی جسمی، آموزش پرسنل محلی و طراحی ابزاری جهت ارزیابی نیازهای بازتوانی جسمی، سپری کردند. تمامی افرادی که در طول این مدت برای انجام مداخلات بازتوانی جسمی SCI مراجعه می‌کردند در جریان این مطالعه قرار گرفته و در صورت موافقت نیازهای بازتوانی جسمی آن‌ها بر اساس ICF ارزیابی می‌شد.

نیازهای بازتوانی جسمی عمدتاً بدین شرح بود: مراقبت‌های پرستاری، به خصوص مراقبت از زخم، آموزش کاتتریزاسیون و حمایت در زمان انجام کارهای شخصی و حرکت کردن. علاوه بر آن، بیشترین حیطه‌های نیازمند به درمان‌های فیزیکی و فیزیوتراپی عبارت بودند از: افزایش توان عضلات، فعالیت‌های نیازمند جابجایی مانند استفاده از صندلی چرخ‌دار و یا راه رفتن در افراد با آسیب نخاعی ناقص. تنها افراد دارای فلج دست‌ها و پاها، از کار درمانی (مانند انطباق پذیری با صندلی چرخ‌دار، آتل دست و دیگر ابزارهای کمکی) سود می‌بردند.

در ادامه، اظهار گردید که استفاده از روش ICF برای بررسی میزان عملکرد افراد آسیب‌دیده و ارزیابی نیازهای بازتوانی، روشی سریع، دقیق و مبتنی بر شواهد می‌باشد. بر اساس نتایج به دست آمده حمایت‌های خانوادگی در مراقبت از معلولین جایگاه ویژه‌ای در کشورهای در حال توسعه دارد که این نوع، حمایت پس از وقوع زلزله که به دنبال آن، خانواده‌ها از هم جدا می‌مانند، کاهش می‌یابد. استخدام در شغل‌های دارای دستمزد، نقش مهمی در بازگرداندن افراد به جامعه و حفظ خودکفایی اقتصادی بازی می‌کند و از طرفی نیازمند مداخلات بازتوانی است و علاوه بر آن، فاکتورهای محیطی می‌توانند به عنوان تسهیل‌گر یا مانع فعالیت‌های روزمره افراد باشند؛ البته وسایل بازتوانی جسمی قادرند این محدودیت‌ها را تا حدودی کاهش دهند. توجه ناکافی به ملاحظات ایمنی و سلامت در محیط زندگی معلولین به بهبود عملکرد آن‌ها لطمه وارد می‌سازد؛ از این رو، تأکید بر فاکتورهای محیطی در برنامه‌های بازسازی با توجه به چالش‌های معلولین

بسیار مهم خواهد بود (۷۳).

در مطالعه دیگری که در آمریکا صورت گرفت، شرایط بازتوانی جسمی و مداخلات طب فیزیکی در کلینیک Astrodome ارزیابی شد. پس از طوفان کاترینا در سال ۲۰۰۵ در نیواورلان، کلینیک پزشکی Astrodome طی ۱۲ ساعت در منطقه آسیب دیده احداث گردید و در دوره زمانی ۱۹ روز پس از حادثه، ۱۱۲۴۵ بیمار در این کلینیک معاینه شدند. تجهیزات آزمایشگاه پاتولوژی و دستگاه‌های رادیولوژی در پارکینگ کلینیک برپا شد و تعدادی از آمبولانس‌ها، بیماران نیازمند به بستری را به بیمارستان‌ها منتقل می‌کردند. دستبندهای تشخیصی برای ورود به کلینیک لازم بود و محافظان امنیتی با استفاده از فلزیاب‌های موجود، ورودی‌ها و خروجی‌های کلینیک را تحت کنترل خود داشتند. به جز روزهای اول که فعالیت کلینیک، محدود به فوریت‌های پزشکی بود، توجه به تعداد زیادی از موارد PMR حاد که در همان روزهای اول وجود داشت پس از افزایش متخصصین PMR، مورد ملاحظه قرار گرفت؛ که شامل فراهم آوردن وسایل کمک حرکتی، مواد محافظت از زخم، کیت‌های کاتتریزاسیون متناوب، پمپ‌های باکلوفن و ضد درد و نحوه استفاده از صندلی چرخدار بود. پرونده تمامی افرادی که برای آن‌ها درخواست مشاوره توانبخشی عمومی یا توانبخشی تروما شد، توسط تمامی متخصصین، ملاحظه و در صورتی که به عنوان مورد PMR تشخیص داده می‌شدند، وارد مطالعه شده و در یکی از ۱۴ زیر گروه PMR تقسیم می‌شدند. این زیر گروه‌ها عبارت بودند از: پا و ساق متورم، درد و کرامپ ساق، سردرد، درد گردن و پشت، درمان درد و علائم برگشتی، زخم‌های پوستی، شکستگی‌ها، اختلالات استخوانی بازو، نوروپاتی، مشکلات عضلانی استخوانی ساق، اختلالات عضلانی استخوانی دیگر، سکنه‌های مغزی، بورسیت‌ها، آسیب‌های نخاعی، اختلالات عضلانی استخوانی تنه و قطع عضو. در مجموع ۲۳۹ نفر وارد مطالعه شدند که ۷۴٪ از آن‌ها طی یک هفته اول در کلینیک مورد معاینه قرار گرفتند؛ شایعترین موارد PMR عبارت بودند از: پا و ساق متورم، درد و کرامپ ساق، سردرد و درد گردن و پشت. عمده اختلالات عضلانی استخوانی در بازو، ساق پا و تنه، کشیدگی‌های عضلانی و تاندونی بود که علت آن احتمالاً قرار گرفتن در شرایط فیزیکی دشوار پیش از رسیدن نیروهای امدادی به آسیب‌دیدگان بوده است. دلایل موفقیت‌آمیز بودن نتایج اقدامات بازتوانی در این مطالعه عبارت بود از: همکاری قبلی تیم پزشکی کلینیک در بیمارستان منطقه آسیب‌دیده، پشتیبانی از نیروهای پزشکی بیشتر و وارد شدن پزشکان داوطلب از ایالت تگزاس و نیز دریافت کمک از بخش خصوصی. آگاهی از شایعترین موضوعات PMR، می‌تواند در فاز آمادگی، تأمین تسهیلات مورد نیاز و نیز آموزش‌های ضروری به ارائه‌دهندگان خدمات اولیه سلامت و نیز اجرای بازتوانی جسمی مؤثر باشد (۷۴).

درس آموخته‌های داخلی مداخلات بازتوانی جسمی

در ادامه، به تعدادی از مطالعات و گزارش‌های ویژه بازتوانی جسمی در داخل کشور اشاره خواهیم نمود. اهمیت این تجربیات در راستای تدوین برنامه‌ای که پس از حوادث طبیعی، می‌بایست توسط سازمان‌های دخیل در امر بازتوانی اجرا گردد، بسیار آشکار بوده و مورد توجه متصدیان امر قرار گرفته است.

در پژوهشی که توسط دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ایران صورت گرفت، متغیرهایی مانند سن، جنس، تحصیلات، نوع آسیب‌دیدگی، نوع معلولیت، فاصله زمانی ارائه خدمات درمانی پس از وقوع زلزله، فاصله زمانی دریافت خدمات توانبخشی پس از وقوع زلزله، چگونگی روند ارجاع برای دریافت خدمات بازتوانی، نوع خدمات توانبخشی دریافت شده، نیازهای ضروری خدمات توانبخشی و منبع ارائه این خدمات، نحوه آموزش آمادگی در مقابل حوادث و میزان رضایتمندی از ارائه خدمات توانبخشی در آسیب‌دیدگان زلزله‌های فارس (کازرون) و گیلان (رودبار) بررسی و مطالعه شد. جمعیت مورد مطالعه ۶۴ نفر در شهرستان رودبار و ۹۴ نفر در شهرستان کازرون بود. در مورد ۶۴ نفر آسیب‌دیده معلول زلزله شهرستان رودبار می‌توان گفت که:

- از بین ۴۶ نفر زن و ۱۸ نفر مرد، هیچکدام در مورد نحوه برخورد با معلولیت خود آموزشی دریافت نکرده بودند.

- فاصله زمانی وقوع زلزله تا دریافت خدمات درمانی، یک روز برای ۶۱ مورد، دو روز برای دو مورد و در یک مورد، سه روز بود.

- فاصله زمانی زلزله تا دریافت خدمات توانبخشی در ۳۶ مورد یک ماه، در دو مورد، دو ماه و در ۱۱ مورد بین سه ماه تا یک سال بود. در ۱۱ مورد خدمات درمانی و توانبخشی همزمان ارائه گردید.
- فاصله زمانی بین دریافت خدمات درمانی تا دریافت خدمات توانبخشی در ۳۹ مورد بیش از ۴ ماه، در ۱۷ مورد، دو تا چهار ماه، در ۱۲ مورد یک ماه و در شش مورد کمتر از یک ماه بود.

- از نظر دریافت خدمات توانبخشی، ۴۷ نفر خدمات فیزیوتراپی، ۹ نفر خدمات فیزیوتراپی و کاردرمانی بصورت همزمان و یک نفر خدمات ارتوپدی دریافت کردند و به پنج نفر هیچگونه خدمات توانبخشی ارائه نشد.

- از نظر پاسخ به نیازهای توانبخشی ۲۱ نفر وسایل کمک توانبخشی، ۲۲ نفر خدمات مددکاری و ۱۷ نفر وسایل کمکی مددکاری دریافت کردند. به نیاز توانبخشی چهار نفر هیچ پاسخی داده نشد.
- از نظر نحوه مراجعه برای دریافت خدمات توانبخشی، دو مورد پس از ارجاع از مراکز درمانی، ۵۹ مورد به دنبال مراجعه شخصی و یک مورد با مراجعه سازمان ارائه دهنده، خدمات توانبخشی را دریافت کردند. نحوه مراجعه دو نفر برای دریافت خدمات توانبخشی نامشخص ماند.

- در مورد رضایتمندی افراد از خدمات ارائه شده، ۵۹ نفر راضی، سه نفر ناراضی و دو نفر به هیچ

وجه راضی نبودند.

- منابع ارائه دهنده خدمات توانبخشی عبارت بودند از: بهداشت و درمان رودبار سه نفر، سازمان بهزیستی ۴۴ نفر، کمیته امداد یک نفر، بهداشت و درمان با همکاری سازمان بهزیستی شش نفر و سازمان بهزیستی با همکاری کمیته امداد یک نفر. در مورد نه نفر، منابع ارائه خدمات توانبخشی، هیچ یک از سازمان‌های نامبرده نبود.

در جدول (۱) توزیع فراوانی وضعیت آسیب‌دیدگان بر اساس پرونده‌های مراکز توانبخشی سازمان بهزیستی منطقه رودبار مشخص گردیده است. این مطالعه نشان داد که از نظر ارائه خدمات درمانی مشکل خاصی وجود نداشت، اما با این وجود خدمات توانبخشی مورد نیاز افراد آسیب‌دیده از وضعیت مطلوبی برخوردار نبوده و غالباً با تأخیر شش ماهه همراه بوده و در برخی موارد، ارائه این خدمات تا چند سال پس از وقوع زلزله به تأخیر افتاده است. این مسأله حاکی از نگرش اشتباه به خدمات بلند مدت توانبخشی می‌باشد. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که با فاصله گرفتن از زمان حادثه، نوع درخواست کمک‌های توان بخشی و مددکاری متمایل به درخواست دریافت وسایل کمکی توانبخشی گردیده است. بنابراین رشد خدمات درمانگاهی توانبخشی و همچنین هماهنگ بودن سیستم‌های درمانی و توانبخشی دارای اهمیت ویژه‌ای است (۷۵). متأسفانه، بسیاری از پزشکان و کادر درمانی از خدمات توانبخشی محل سکونت خود آگاه نیستند و در برخی مواقع نیز از نیاز افراد آسیب‌دیده به این خدمات اطلاعی ندارند. این خود بیانگر نیاز کادر درمانی و توانبخشی به دوره‌های آموزشی و بازآموزی است.

مقاله‌ای که در ژورنال Spinal Cord Medicine منتشر گردید، نیازهای بازتوانی جسمی در افراد با ضایعه نخاعی پس از زلزله را بررسی نمود. جمعیت مورد مطالعه این تحقیق ۳۴ بیمار مبتلا به ضایعه نخاعی بود که در طی سه ماه پس از زلزله بم، در قالب تیمی سیار تحت مشاوره‌های بازتوانی جسمی قرار گرفتند. مهمترین مانع ارائه خدمات بازتوانی جسمی در ماه‌های اولیه بعد از زلزله بخصوص در ماه اول، فقدان اطلاعات دقیق بود. از مهمترین علل این مشکل می‌توان به پراکنده شدن ساکنین بم در دیگر نقاط کشور، کمبود پرسنل ماهر، از دست رفتن اطلاعات قبلی به دلیل زلزله، جایجا ساختن مداوم افراد آسیب‌دیده و از بین رفتن نقشه‌ها و آدرس‌ها به دلیل تخریب شهر اشاره کرد. با وجود تمامی این مسائل، مقامات بهداشتی دولتی به این کار اهتمام نمی‌ورزیدند و هماهنگی‌های لازم با NGO ها به منظور جمع‌آوری اطلاعات دقیق صورت نمی‌گرفت. حدود ۱۰۰ بیمار ضایعه نخاعی در بم و نواحی اطراف شناسایی شد. با این حال، تعدادی از بیماران، توسط مقامات دولتی و NGO ها شناسایی نشده و نحوه دریافت خدمات بازتوانی جسمی را نمی‌دانستند.

بنابراین، اولین قدم در راه اجرای برنامه‌های بازتوانی جسمی پس از حوادث، گردآوری اطلاعات دقیق و کافی است. از طرفی بدلیل اینکه بازتوانی جسمی یک پروسه طولانی مدت بوده و کشورهای در حال توسعه در

این امر فاقد پیشرفت می‌باشند، کمک‌های بین‌المللی در صورت سازماندهی مناسب، بسیار مفید خواهند بود. نکته مهم دیگر در اجرای برنامه‌های بازتوانی جسمی، امر آموزش است.

از ۳۴ بیمار ویزیت شده توسط متخصصین، تنها دو نفر در مورد مراقبت‌های مثانه و یک نفر در مورد مراقبت‌های روده‌ای آموزش دیده بودند. علاقه بیماران، به‌خصوص آسیب‌دیدگان زن در خصوص کسب اطلاعات بیشتر در مورد معلولیت خود، پژوهشگر را تشویق نمود تا با برگزاری کارگاهی سه روزه و انتشار مطالب آموزشی، به این اشتیاق پاسخ دهد و جالب اینکه، نتایج بهبود عملکرد مراقبتی آسیب‌دیدگان، چند ماه پس از انجام مداخلات آموزشی کاملاً مشهود بود. توجه به نیازهای خاص افراد آسیب‌دیده نخاعی در طراحی مداخلات بازتوانی جسمی نقش بسزایی خواهد داشت. تعداد بسیاری از معلولان، با وجود داشتن درد، درمان نمی‌شدند؛ به اختلال تنظیم دما در بیماران آسیب نخاعی در گرمای زیاد تابستان هم توجه نشده؛ و نه تنها وسایل بازتوانی جسمی اولیه و آموزش‌های مناسب در اختیار این افراد قرار نمی‌گرفت، بلکه برای دریافت وسایل خنک کننده عمومی مانند دستگاه‌های تهویه متبوع نیز اولویت با این افراد نبود.

بازگرداندن سریعتر افراد به جامعه، در راستای ارتقای خدمات بازتوانی جسمی پس از حوادث بسیار حائز اهمیت است. بخشی از این بازگشت وابسته به کیفیت خدمات بازتوانی جسمی و بخشی نیز وابسته به نظام‌های حمایتی از بیماران است. در کشورهای در حال توسعه، معلولین از خانواده و جامعه خود رانده نمی‌شوند، اما از طرفی استقلال نیز جزء اهداف بازتوانی جسمی به حساب نمی‌آید. یکی دیگر از شاخص‌های برنامه‌های بازتوانی جسمی مناسب، در نظر گرفتن ملاحظات اجتماعی، فرهنگی، مذهبی و اقتصادی است. آشنا نبودن با نقطه نظرات فرهنگی آسیب‌دیدگان و عدم توانایی در برقراری ارتباط با آنان، یکی از مهمترین نقاط ضعف ارائه‌دهندگان خدمات بازتوانی جسمی می‌باشد. بنابراین، آموزش پرسنل محلی و به‌کارگیری آنان در زمان ارائه خدمات بازتوانی جسمی می‌تواند منجر به ارائه خدماتی بهتر، سریعتر، با هزینه کمتر و بلندمدت‌تر شود (۷۶).

جدول (۱) توزیع فراوانی آسیب دیدگان منطقه رودبار (۷۵)

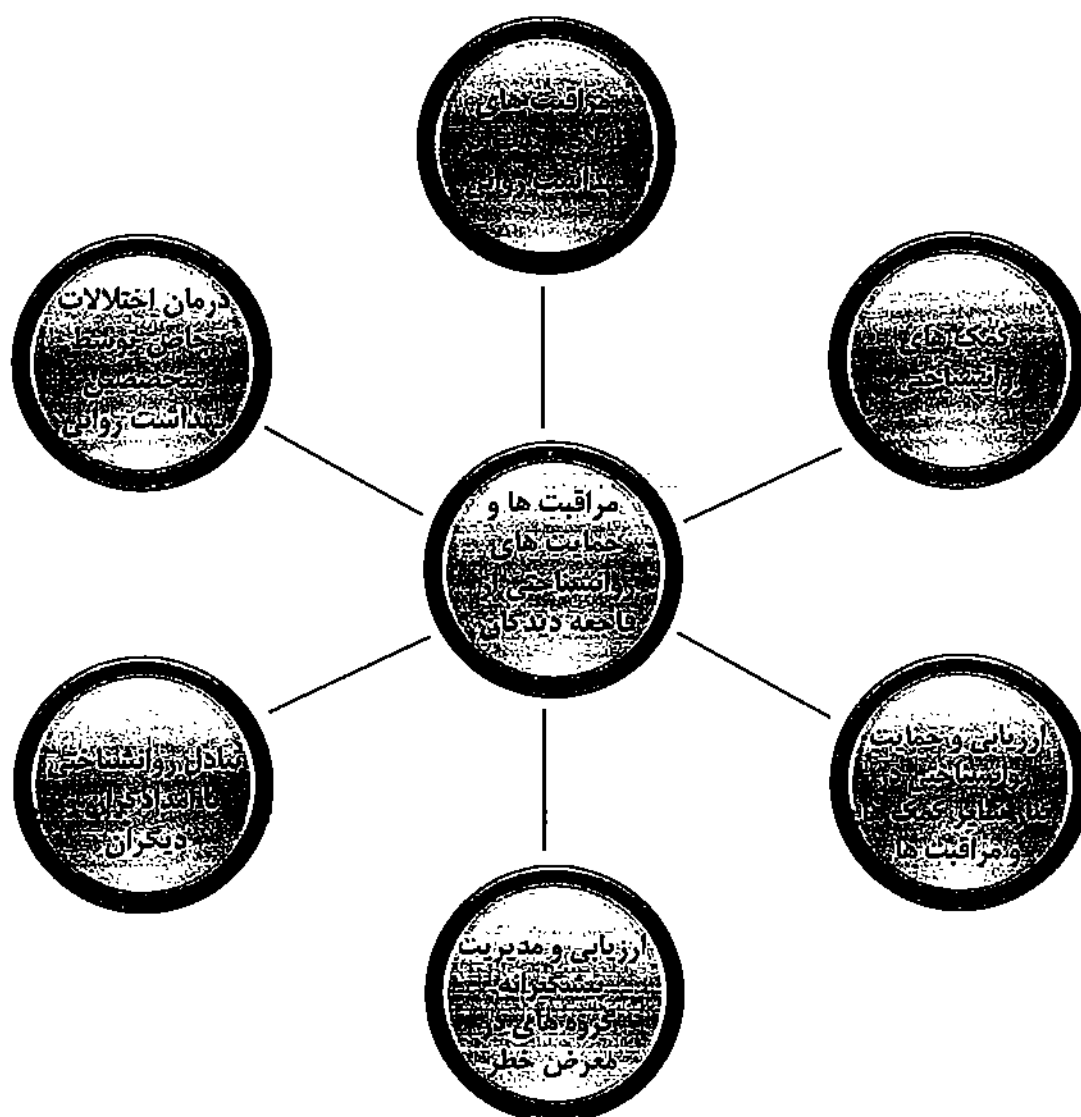
| ردیف | موضوع | تعداد | درصد |
|------|---|-------------------------------|------|
| ۱ | نوع ناتوانی و معلولیت افراد آسیب دیده معلول | فلج اندام تحتانی | ۲۲ |
| | | فلج نیمی از بدن | ۱ |
| | | نابینا | ۱ |
| | | نقص اندام فوقانی | ۵ |
| | | نقص اندام تحتانی | ۱۶ |
| | | قطع اندام فوقانی | ۳ |
| | | قطع اندام تحتانی | ۵ |
| | | سایر | ۷ |
| ۲ | وقوع زلزله تا اقدامات درمانی | یک روز | ۵۹ |
| | | دو روز | ۱ |
| ۳ | فاصله زمانی درمان و توانبخشی | یک ماه | ۱ |
| | | دو تا سه ماه | ۲۳ |
| | | چهار تا شش ماه | ۲۸ |
| | | بیش از هفت ماه | ۸ |
| ۴ | فاصله درخواست خدمات توانبخشی تا ارائه آن | بدون وقفه | ۵۹ |
| | | با وقفه | ۱ |
| ۵ | انواع خدمات توانبخشی مورد نیاز | وسایل کمک توانبخشی | ۱ |
| | | کمک مالی | ۲۹ |
| | | وسایل کمک توانبخشی و کمک مالی | ۳۰ |

فصل چهارم

بازتوانی روانی

مقدمه

بررسی راهبردها و انواع گوناگون مقابله با شرایط پس از حادثه، در دهه‌های اخیر مورد توجه محققان قرار گرفته است. نتایج مطالعات انجام شده مرتبط با انواع شیوه‌های مقابله و سازگاری نشان داده است که کاربرد این راهبردها به فاجعه دیدگان کمک می‌کند تا بر فشار ناشی از وقوع حادثه، بویژه فشارهای روانی، فائق آمده، و با آن سازگار شوند (۷۷). در همین راستا، رافائل مراقبت‌های روانی اجتماعی از قربانیان فاجعه را در قالب یک الگوی مراقبتی به شکل ذیل ارائه کرده است:



شکل ۳) الگوی مراقبت‌های روانی رافائل از آسیب دیدگان حوادث (۷۸)

اهداف حمایت‌های اجتماعی و روان‌شناختی از نظر رافائل نیز به این قرار می‌باشد:

- ۱- تشویق فرایندهای حل و فصل روان‌شناختی با توجه به ساز و کارهای انطباق‌پذیری و در صورت امکان، عدم تشویق فرایندهای ناسازگار
 - ۲- کمک به مصیبت دیدگان، برای کسب مجدد احساس مهارت، تسلط و کنترل خویش و کاهش درماندگی آنان، و درک این موضوع که قادر به برخورد و رویارویی با جهان پیرامون، حتی جهان درهم شکسته پس از فاجعه هستند.
 - ۳- ارزیابی و تشخیص افراد در معرض خطر ابتلا به اختلالات و یا مشکلات روان‌شناختی
 - ۴- تسهیل مشارکت و انسجام آسیب‌دیدگان در چارچوب‌ها و بافت‌های اجتماعی خویش
- در ادامه، رافائل، اصول کلی و انواع حمایت‌ها و مشاوره‌های روان‌شناختی را به صورت زیر طبقه‌بندی نمود (۷۸):

- تشخیص و درک تجربه و احساس قربانیان: چنانچه به شیوه مناسبی رخ دهد، از این طریق می‌توان نوع بیان و احساس افراد آسیب‌دیده را شناخت.
- اعتراف به آگاهی از ترس: از طریق همدردی با رنج و پریشانی آسیب‌دیدگان می‌توان پیامی را به فرد آسیب‌دیده منتقل نمود مبنی بر اینکه احساس او را شناخته، و تجربه و ادراکش از فاجعه، امری عادی و معمولی است.
- ارزیابی فشار روانی و مقابله: میزان فشار روانی که فرد آسیب‌دیده تجربه کرده است و پاسخ‌های هیجانی او به فاجعه و شیوه‌های مقابله فرد بایستی مورد ارزیابی قرار گیرد.
- تقویت مقابله‌های آسیب‌دیدگان برای سازگاری: برای رسیدن به این هدف باید فرد آسیب‌دیده را در تصمیم‌گیری‌ها شرکت داد. علاوه بر آن، می‌بایست تعاملات حمایتی و اجتماعی او را با سایر افراد تشویق نموده و فرصت بحث و گفت و گو با دیگران را برای او فراهم نمود؛ زیرا از این طریق فرد احساس می‌کند که تنها شخص آسیب‌دیده از فاجعه نیست.
- ارتقای سازگاری خانوادگی: نخستین گام در راه سازگاری خانوادگی پس از فاجعه، این نکته است که تا حد امکان از جداسازی‌های بی‌مورد و غیر ضروری افراد خانواده از یکدیگر جلوگیری شود و یا حداقل تلاش نمود تا اعضای خانواده با یکدیگر، در ارتباط باشند.

اصول و رویکردهای بازتوانی روانی پس از حوادث طبیعی

در ادامه، ضمن بررسی دقیق تعدادی از کتاب‌های انتشار یافته مرتبط با بازتوانی و حمایت‌های روانی پس از حادثه، دستورالعمل‌ها و اسناد مربوط به این مفهوم را نیز، در کشورهای ایالات متحده آمریکا، استرالیا و بریتانیا، به تفصیل بررسی خواهیم نمود. پس از مطالعه و بررسی کتابی با موضوع حمایت‌های روان‌شناختی

مبتنی بر اجتماع در بلایا، نکات قابل تأملی، درک و برداشت گردید که موارد زیر را شامل می‌شود: این کتاب که فشارهای روانی پس از حوادث را تشریح می‌نماید، به سازگاری و جهت‌گیری مجدد اشاره نموده است، زمانی که فرد آسیب‌دیده می‌تواند بدون بروز واکنش نسبت به آن‌چه که در گذشته اتفاق افتاده، اندیشه کند. فرد، در این زمان واقعیت حادثه را پذیرفته است و برای مقابله با یک واکنش فشار آور دیگر، آمادگی دارد. روش‌های مقابله با فشارهای روانی در بلایا به سه دسته کلی تقسیم‌گردیده که عبارتند از:

۱- تغییر منبع تولید فشار روانی، هیجانی و جسمانی (فرد قبل از بروز حادثه بر تغییر موقعیت متمرکز شده و بنابراین از حادثه تهدید کننده اجتناب می‌کند)

۲- تعبیر چشم انداز کلی موقعیت (تعبیر و تعریف مجدد موقعیت و نتیجه‌گیری مبنی بر کم ارزش بودن مسأله یا احتمال اینکه مسأله از این هم می‌توانست بدتر باشد).

۳- تحمل عامل ایجاد فشار تا زمان اتمام آن و یا کاهش مشکلات ناشی از آن

در ادامه، به نکاتی که می‌بایست در اقدامات باز توانی روانی مورد توجه قرار گیرند، اشاره شده است همانند: مراقبت‌های جسمانی و معنوی همزمان، مداخله فوری، فعال و توأم با خونسردی، تمرکز بر وضعیت کنونی، ارائه اطلاعات صحیح به فرد در مورد شرایط فعلی او، جلوگیری از اطمینان بخشی بیهوده و غلط به فرد آسیب‌دیده، اهمیت دادن به عملکرد افراد، گردآوری اعضای خانواده، تأمین حمایت‌های عاطفی، تأکید بر نقاط قوت و انعطاف ورزی، خود اتکایی و احترام گذاشتن به احساسات دیگران. در ادامه، به توضیح ارتباط‌های حمایتی با تأکید بیشتر بر اصول و ارزش‌های موجود در برقراری ارتباط امدادگران با دریافت کنندگان خدمات پرداخته شده است. مهارت‌های ارتباطی غیر کلامی، گوش سپردن و پاسخ‌دهی و ارائه بازخورد توسط امدادگران از جمله مهارت‌های ارتباط بین فردی مورد نیاز برای امدادگران است (۷۹).

در کتاب دیگری با عنوان خدمات روانی اجتماعی در بلایا، این مداخلات، به سه فاز (۱) حاد و فوری، (۲) فوریتی غیرحاد و (۳) مرحله توسعه تقسیم شده است. در فاز توسعه که تأکید بر خدمات بلندمدت باز توانی می‌باشد، اقدامات ضروری عبارتند از:

- ارزیابی نیازهای روان‌شناختی
- تشویق به مشارکت در گروه‌های پردازش تجربه و توسعه مهارت‌های مقابله
- ایجاد نظام‌های حمایتی با همکاری و مشارکت افراد محلی و با استفاده از شیوه‌های سنتی و فرهنگی و مدیریت فشارهای روانی و پریشانی
- تشویق مصالحه جویی و حل اختلاف، شناسایی افراد مناسب برای صلح و آشتی و در نظر گرفتن محلی مناسب برای ملاقات جناح‌های درگیر و مخالف
- پیشنهاد برنامه‌هایی برای آموزش و پرورش و کسب مهارت‌های عملی به منظور خودکفایی اقتصادی

- افزایش آگاهی عمومی در مورد ایدز، اعتیاد و...
 - حمایت از توسعه اجتماعی و افزایش ظرفیت‌ها و مهارت‌های خودگردانی و تصمیم‌گیری جمعی
- در نهایت، سطوح مداخلات بازتوانی روانی طبقه‌بندی گردیده و در این دسته‌بندی، مداخلات مشورتی، فعالیت‌های خودیاری و حمایت‌های دو جانبه، تقویت شبکه‌ها، فعالیت‌های محلی، حمایت‌های روان‌شناختی و ارجاع، مداخلات مربوط به بقای فیزیکی و فعالیت‌های سیاسی گنجانده شده است. همچنین بر اهمیت تکنیک‌های بازگویی روان‌شناختی و برتری‌های استفاده از گروه‌ها در مداخلات روانی اجتماعی تأکید گردیده است (۸۰).

کتابی دیگر با عنوان "اصول و فنون مداخله روان‌شناختی در بحران" عوامل مرتبط با میزان آسیب‌پذیری بازماندگان را به صورت ذیل طبقه‌بندی نموده است:

- چگونگی تجربه بحران:
 - در معرض آسیب بودن: افرادی که مدت بیشتری در معرض بحران بودند، با احتمال بیشتری دچار آسیب روانی می‌شوند.
 - ارتباط با قربانیان: از دست دادن نزدیکان و عزیزان، احتمال ابتلا به PTSD را افزایش می‌دهد.
 - شدت درماندگی: همان‌طور که پاسخ‌های انطباقی می‌تواند از شدت آسیب روانی بکاهد، در عوض، واکنش‌های درماندگی، هراس و از هم پاشیدگی نیز میزان آسیب را در فرد افزایش می‌دهد.
 - احساس خطر (تهدید): افرادی که بحران را بسیار وحشتناک و فوق‌العاده خطرناک، تصور می‌کنند، احتمال بیشتری دارد که دچار آسیب روانی شوند. همچنین میزان وحشت کودکان به میزان هراس والدین و مراقبان آنان وابسته است. اگر کودکان والدین خود را آرام ببابند، میزان اطمینان آن‌ها بیشتر خواهد بود.

• آسیب‌پذیری اجتماعی:

- عوامل خانوادگی: اعضای خانواده‌های ناکارآمد و افراد دارای سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری روانی به ویژه PTSD با احتمال بیشتری در شرایط بحرانی، دچار آسیب روانی می‌شوند.
- عوامل اجتماعی: کسانی که دوستان صمیمی خود را از دست داده‌اند، منابع حمایت‌های اجتماعی ندارند و به دور از خانواده در مؤسسات اجتماعی از قبیل پرورشگاه‌ها، بیمارستان‌ها، آسایشگاه‌ها، زندان‌ها و مؤسسات شبانه‌روزی زندگی می‌کنند، با احتمال بیشتری در بحران‌ها دچار آسیب‌های روانی می‌شوند.
- وضعیت بهداشت روانی: افراد دارای سابقه اختلال و بیماری روانی، با احتمال بیشتری دچار

ترومای روانی بحران و درماندگی و اختلال ناشی از آن می‌شوند.

- سطح رشدی: هرچند ناپختگی در رشد ذهنی و عقلی، ممکن است از ابتلا به اختلال آسیب روانی پس از بحران پیشگیری کند (مانند اتفاقی که در کودکان می‌افتد) ولی باور این ایده که حادثه به عنوان یک مرحله گذار و امتحان زندگی می‌باشد، میزان شدت آسیب را در بین مردم کاهش می‌دهد.

در ادامه، استراتژی‌های مداخله در بحران به تفصیل بیان شده است:

۱- آمادگی: تشکیل گروه بحران و ایجاد آمادگی برای مقابله با بلایا به عنوان اولین قدم برای مقابله با هر بحرانی شناخته می‌شود. این آمادگی می‌تواند شامل آمادگی برای مداخلات روان‌شناختی نیز باشد. بدین منظور باید به نکات ذیل توجه داشت:

- برنامه عملیات روانی شرایط اضطراری بحران باید در راستای اهداف کلی و بهداشت روان جامعه باشد.
- در برنامه‌ها، تمامی مداخله‌گران شامل مشاوران و روان‌شناسان، متخصصان و نیمه حرفه‌ای‌ها دارای جایگاه تعریف شده‌ای باشند.
- مسئولیت‌ها و وظایف تیم مداخله روان‌شناختی در بحران کاملاً تعریف شده و مشخص باشد.
- برنامه‌های مداخله روان‌شناختی در بحران باید با فرهنگ قومی، ارزش‌های فرهنگی منطقه و فرصت‌های بازتوانی جامعه سازگار باشد.

۲- مدیریت زمان: ۲۴ ساعت اول بحران در پیشگیری و کاهش آسیب‌ها، زمانی تعیین کننده است چراکه اذهان عمومی، سبک‌های شناختی و تصورات قالبی درباره حادثه بسیار سریع شکل می‌گیرد و ایجاد اصلاح و تغییر نیز مشکل خواهد بود. بنابراین اتخاذ تصمیم می‌بایست از همان لحظات ابتدایی شروع شود و تصمیمات نیز، از پیش تعیین شده، قاطع، منطقی و بدون تزلزل باشند.

۳- تشخیص و جداسازی: در حوادث و خطرات بزرگ نیاز است تا افراد دارای آسیب روانی، شناسایی، و برای بکارگیری روش‌های مشاوره و درمان بر اساس اولویت جدا شوند.

۴- مشاوره و درمان: مداخله مشاوره‌ای و روان‌درمانی برای تمامی افراد متأثر از بحران، ضروری است. هر قدر فاصله زمانی بین رخداد حادثه و ارائه خدمات درمانی به آسیب‌دیدگان کوتاه‌تر باشد، اثربخشی آن بیشتر خواهد بود. دریافت خدمات بازتوانی روانی را می‌توان به صورت ذیل در نظر گرفت:

- پذیرش افراد دچار حادثه، جداسازی و طبقه‌بندی افراد (غربالگری)، ارزیابی و سنجش میزان نوع و شدت آسیب
- مشاهده و ارزیابی میزان بهبودی و پیشرفت کار
- ارجاع به مراکز ارائه خدمات حمایتی و اجتماعی برای حمایت‌های شغلی، تحصیلی و خانوادگی

• اتمام درمان و پیگیری

برنامه‌های پیگیری در زمان بازتوانی روانی به قرار ذیل تبیین گردیده است:

• آموزش به بازمانده و خانواده‌اش: شامل آموزش واکنش رایج و بهنجار به تروما، روش‌های بهبود پاسخ‌های انطباقی، افزایش مراقبت از خود، تسهیل در تشخیص مشکلات مهم و ارائه اطلاعات درباره انواع خدمات ارائه شده در منطقه حادثه دیده.

• غربالگری: به منظور شناسایی اولیه و فوری افرادی که در معرض خطر پیامدهای منفی آسیب‌های روانی می‌باشند، استفاده می‌شود و همچنین برای شناخت عوامل خطر ساز آسیب‌های بعدی نیز ضروری است.

• ارجاع: اقدامات غربالگری کسانی را که نیازمند ارجاع می‌باشند، شناسایی می‌کنند (۸۱).

بر اساس NDRF ایالت متحده آمریکا که در سال ۲۰۱۰ تدوین شد، بازتوانی روانی از روزهای پس از حادثه آغاز شده و امکان دارد تا سال‌ها بعد از آن نیز ادامه یابد. در این سند، مرحله بازتوانی از حوادث، به سه دوره کوتاه مدت، میان مدت و طولانی مدت تقسیم و برای هر یک از این دوره‌ها نیز سیاست‌هایی جهت بازتوانی روانی در نظر گرفته شده است:

۱- دوره کوتاه مدت (روزهای ابتدایی پس از حادثه): که در آن تأکید بر شناسایی بالغین یا کودکانی است که نیازمند دریافت مشاوره و یا خدمات بهداشت روان بوده و آغاز درمان آن‌ها بسیار ضروری است.

۲- دوره میان مدت (هفته‌ها تا ماه‌ها پس از حادثه): در این دوره، بر شرکت دادن آسیب‌دیدگان در شبکه‌های حمایتی تأکید می‌شود تا بدین شکل مراقبت از آنان ادامه یابد.

۳- دوره طولانی مدت (ماه‌ها تا سال‌ها پس از حادثه): پیگیری افراد متأثر از حادثه، در راستای بررسی لزوم ادامه یافتن مشاوره‌های روانی و خدمات بهداشت روان و همچنین ارائه خدمات درمانی موردی برای آسیب‌دیدگان، از خصوصیات این دوره است.

در بخشی از سند نامبرده که عملکردهای حمایتی سازمان‌های مداخله‌گر در امر بازتوانی تبیین شده است، به اهمیت موضوعات بازتوانی برای سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامت و خدمات اجتماعی به خصوص سلامت روان اشاره شده و گروه‌هایی به عنوان گروه‌های خاص در نظر گرفته شده‌اند، مانند: کارکنان فاز پاسخ و بازتوانی، سالمندان، کودکان، افرادی که دارای معلولیت هستند، افرادی با فرهنگ‌های متفاوت، افرادی که زبان بومی را نمی‌دانند و محرومین جامعه. همچنین، بر تقویت نظام ارائه خدمات سلامت رفتاری به عنوان نتیجه مورد انتظار از اقدامات بازتوانی روانی، تأکید شده است تا حدی که به نیازهای افراد آسیب دیده، کارکنان فاز پاسخ و بازتوانی و نیز جامعه، به طور کامل پاسخ داده شود (۶۰).

بازتوانی روانی در برنامه‌های توسعه‌ای پس از حوادث دولت‌ها، نیز دیده شده است. سازمان مدیریت

فوریت‌های استرالیا یا EMA در یکی از چندین گزارشی که درباره مدیریت حوادث در پایگاه اینترنتی خود عرضه نموده، به موضوع "توسعه جامعه در برنامه‌های بازتوانی از حوادث" پرداخته است. در این سند شاخص‌هایی تعریف شده که در صورت تمرکز بر هر یک از این شاخص‌ها، جامعه متأثر از حادثه، نیازمند بکارگیری منابع و امکانات مختلف، در آن حیطه خاص می‌باشد. بدین معنی که تمهیدات موجود قادر به رفع نیازهای ایجاد شده در مرحله بازتوانی نخواهد بود. شاخص‌های روانی-اجتماعی ذکر شده، عبارتند از: ایجاد شکاف اجتماعی، نمود یافتن خسارت‌ها، ظهور رفتارهای ضد اجتماعی، رکود فعالیت‌های اقتصادی، افزایش بزه و جرائم، ترک تحصیل، ظهور احساس بی‌تفاوتی در بین اعضای جامعه، کاهش اشتیاق به فعالیت در محیط‌های کاری، افزایش مصرف الکل، افزایش گزارش‌های خشونت‌های خانگی، سوء استفاده از اطفال و ضرب و شتم، افزایش تعداد تماس‌ها به مراکز ارائه خدمات مشاوره‌ای، افزایش میزان تقاضا برای مشاوره (طولانی مدت)

در سند دیگری به نام "بازتوانی جامعه" که توسط همین سازمان در سال ۲۰۱۱ منتشر شد (۸۳) و نیز دستورالعملی که سال ۲۰۰۳ در مورد سلامت روان تدوین گردید (۸۴) و همچنین گزارش ویژه خدمات روان‌شناسی در زمان حوادث (۸۵)، اقدامات بازتوانی روانی پس از وقوع فوریت‌ها در چندین حیطه زیر مورد توجه قرار گرفته است:

• خانواده‌ها و بالغین: که اقدامات مرتبط با آن‌ها عبارتند از:

- ارائه مشاوره و آموزش: ارائه خدمات مشاوره‌ای در مورد وجود تنش‌های احتمالی در روابط زناشویی و جنسی از جمله مهمترین خدمات بازتوانی روانی است. همچنین آموزش در مورد معانی و مفاهیم علائم کودکان که بیانگر نیازهایشان می‌باشد نیز جایگاه ویژه‌ای در اقدامات بازتوانی روانی دارد.
- تأثیر بر خانواده‌های دارای استراتژی نامناسب انطباق: روش‌های نادرست انطباق عبارتند از کار کردن بیش از حد، استعمال مشروبات الکلی، نوشیدن بی‌رویه قهوه و سوء استفاده از مواد. بنابراین، می‌بایست از قبل آموزش‌های لازم در مورد نحوه مدیریت استرس‌هایی با پیامدهای دیر هنگام، ارائه شود.
- درمان اختلالات تثبیت شده و عمیق: در این مورد باید به آسیب‌پذیری‌های پیشین (مانند مشکلات زناشویی)، باورها و حالت‌های تدافعی نهاده شده، سکوت بیش از حد، اجتناب از بروز احساسات و علائم و بیماری‌های بارز دیگر توجه خاصی داشت.
- به خدمت گرفتن توجه و مهارت بیشتر برای اتخاذ تدابیر درمانی
- حمایت‌های فردی: خدماتی که در این بخش ارائه می‌شود، خدمات مشاوره‌ای و سلامت روان نیست، بلکه کارکنان این بخش، افرادی که نیازمند اقدامات سلامت روان هستند را

شناسایی نموده و آن‌ها را به سمت دریافت «کمک‌های اولیه روانی-اجتماعی» هدایت می‌کنند. بنابراین خدمات حمایت فردی به عنوان بخش مکمل سرویس‌های سلامت روان در خدمات بازتوانی شناخته می‌شوند.

- تدوین برنامه‌های حمایتی روانی-اجتماعی برای افراد و خانواده‌ها
- **کودکان:** به دنبال وقوع حوادث، امکان ایجاد دو حالت متضاد در کودکان وجود دارد؛ برخی از آنان بحران به وجود آمده را به تجربیات خود اضافه کرده و از آن می‌آموزند، اما برخی دیگر، اعتماد به نفس و احساس امنیت خود را از دست می‌دهند. ممکن است کودکان نیاز به تمرکز و توضیح بیشتر درباره حادثه اتفاق افتاده داشته باشند و یا برای سازگاری با روابط، محیط مدرسه، دوستان و روال جدید و همچنین سوگواری و ابراز ترس یا احساساتشان، نیازمند کمک یا درمان نمودن آسیب‌های روانی باشند. این امر مهم، با اصول اولیه‌ای شبیه به بازتوانی بالغین، ولی با روش‌های مخصوص کودکان صورت می‌پذیرد. البته، همکاری والدین و مدرسه نیز، در این خصوص اهمیت دارد. نهایتاً، کودک احساسی واقعی نسبت به تجربه وقوع حادثه پیدا کرده و آن را خلاقانه در زندگی شخصی خود به کار خواهد بست.
- **جوامع:** در این بخش توضیح داده شده است که تمامی فعالیت‌های بازسازی و بازتوانی مربوط به فاز بازیابی، در توسعه جوامع، ارتقای شاخص‌ها و افزایش آمادگی جهت رویارویی با حوادث آتی، دخیل خواهد بود. تعدادی از اقدامات سلامت روان قابل ارائه در فاز بازتوانی جوامع، عبارتند از:
 - ارائه خدمات مشاوره‌ای و آموزش جامعه: این خدمات، پیش از وقوع حوادث شروع می‌شود و تا مدت‌ها پس از آن ادامه می‌یابد. جوامع محلی به عنوان دریافت‌کنندگان اصلی خدمات مشاوره‌ای شناخته می‌شوند.
 - اطلاع رسانی: در مورد سختی‌ها، چالش‌ها و هزینه‌های اقدامات بازتوانی صورت می‌گیرد. پزشکان محلی، مشاوران ازدواج و سازمان‌های مددکاری می‌بایست در مورد احتمال افزایش بار کاری خود پس از وقوع حوادث، مطلع باشند.
 - پیگیری گروه‌های پرخطر از قبل شناخته شده: کسانی که پس از حوادث، دچار از هم گسیختگی روانی شده و یا بیش از حد با خاطرات دوران حادثه، زندگی می‌کنند، نیازمند پیگیری می‌باشند.
 - توجه به مسائل روانی حل نشده: علاوه بر احترام به خودکفایی و استقلال افراد، در مرحله بازتوانی آن‌ها، می‌بایست توجه ویژه‌ای نیز به فشارهای روانی طولانی مدت، ایجاد سرخوردگی، وابستگی، رقابت‌های ناسالم و تفرقه، وجود داشته باشد. همچنین، تشکیل

شبکه‌های اجتماعی که ارتباطات و احترام متقابل را افزایش می‌دهد، مهم می‌باشد.

○ ادغام حادثه در تاریخ و فرهنگ جامعه: این کار، با تسهیل واکنش سوگ، مراسم‌های یادبود، تقدیر از قهرمانان و به یاد آوردن درگذشتگان و همچنین تجلیل از پیشرفت‌های به دست آمده در جامعه صورت می‌گیرد.

“اتحاد ملی سلامت روستایی” در استرالیا، در گزارشی که در راستای بازتوانی در جوامع روستایی منتشر ساخته است، ارائه خدمات زودهنگام سلامت روان به دنبال حوادث طبیعی را به عنوان بخش مهمی از بازتوانی روانی طبقه‌بندی نموده که برای آسیب‌دیدگان فرصت شناخت و انطباق با تأثیرات روانی حوادث را فراهم می‌کند. با توجه به اظهارات این اتحادیه، کارکنان ارائه‌دهنده خدمات سلامت و امور اجتماعی، که به خوبی آموزش دیده‌اند، قادر به ارائه مشاوره پس از حادثه هستند، و همچنین، روان‌شناسان، روان‌پزشکان و مددکاران اجتماعی آموزش دیده، روان‌پرستاران و روان‌درمانان، موظف به مشاوره‌های طولانی مدت و درمان بالینی می‌باشند. در این سند، بازگویی، دارای کاربردی مؤثر جهت بازتوانی آسیب‌دیدگان، کارکنان ارائه‌دهنده خدمات سلامت و گروه‌های اجتماعی می‌باشد. در برخی از موارد، سرویس‌های ارائه‌دهنده خدمات اورژانس مانند آمبولانس‌ها دارای مشاورانی هستند که بازگویی را توسط پرسنل آموزش دیده خود انجام می‌دهند. به علاوه، برای موفقیت آمیز بودن بازتوانی آسیب‌دیدگان، می‌بایست حمایت‌های روانی و اجتماعی از ابتدای حادثه برای آن‌ها فراهم شده باشد. این گزارش، نشان می‌دهد که تسهیلات ارائه خدمات سلامت روان در مناطق روستایی و دورافتاده، دارای کمبود است که عمدتاً موارد زیر را شامل می‌شوند:

- ۱- ناکافی بودن پرستاران و مددکاران اجتماعی که در زمان حادثه به ارائه مشاوره بپردازند.
- ۲- کمبود روان‌شناسان بالینی، روان‌پزشکان، مددکاران اجتماعی آموزش دیده، روان‌پرستاران و روان‌درمانان جهت ارائه خدمات بلند مدت سلامت روان (۸۶).

وزارت بهداشت بریتانیا در دستورالعملی که به منظور بازتوانی روانی پس از وقوع بحران‌های بزرگ در این کشور تدوین نموده است، اقدامات بازتوانی روانی را در چهار بازه زمانی عمده تعریف و برای هر یک از این بخش‌ها شرح اقداماتی را منظور کرده است (۸۷):

۱- هفته اول بعد از حادثه:

- کمک‌ها و حمایت‌های عملی از افراد آسیب‌دیده، که توأم با همدلی و انعطاف‌پذیری باشد.
- اطلاع رسانی در مورد مرگ یا آسیب‌دیدگی نزدیکان به صورت واقع‌گرایانه، در اولین فرصتی که فرد آمادگی شنیدن و پذیرش آن را داشته باشد.
- ارائه مطالب آموزشی که در آن نحوه دریافت خدمات و امدادرسانی‌ها به طور مناسب تشریح گردد بطوریکه از لحاظ نوشتاری، توسط گروه‌های سنی مختلف در جامعه آسیب دیده، قابل فهم باشد. البته این نکته را باید در نظر داشت که این روش نباید تنها راه اطلاع‌رسانی و برقراری

ارتباط باشد، چرا که حتی در جوامع پیشرفته نیز مشکلات بی‌سوادى و درک مطالب از طریق خواندن وجود دارد.

- راه‌اندازی خطوط تلفنى که افراد آموزش‌دیده از طریق آن اقدام به ارائه حمایت‌های عاطفى نمایند. ایجاد وب سایت‌های فعال در زمینه خدمات روانى، اجتماعى و بشر دوستانه نیز در صورت به روز نگه داشته شدن و پرداختن به موضوعات در حال تغییر، مفید است.
 - احداث مراکز ارائه خدمات بشر دوستانه به شکلى که طیف گسترده‌ای از خدمات پایه به شکلى مناسب در آن‌ها قابل ارائه باشد.
 - واکنش‌های روانى - اجتماعى باید پیش‌بینى شده و در مراحل اولیه پاسخ به حوادث، رویدادى عادى تلقى شوند. مردم را نباید از به تفصیل سخن گفتن، منع کرده یا به آن ترغیب نمود و این امر را نیز باید به عهده خودشان گذاشت. تحقیقات نشان داده است که افراد آسیب‌دیده تمایل دارند با کسانی که به خوبى می‌شناسند، صحبت کنند، مانند: اقوام، دوستان و آشنایان.
 - فردى که بر خدمات روانى - اجتماعى نظارت دارند باید رابطه نزدیکی با رسانه‌ها داشته باشند.
- ۲- یک هفته تا یک ماه پس از حادثه:

- در این مدت، تنها افراد دارای اختلال روانى بیش از حد که دارای مشکلات عملکردى بوده و یا دشواری‌های طولانى‌تری را طی یک ماه پس از حادثه متحمل شده‌اند، نیازمند برقرارى ارتباط مجدد پس از دو هفته می‌باشند.

- بررسى دقیق و ساختارمند در موارد زیر الزامى است :

- نیازهای سلامت، خدمات بهداشت روان و خدمات اجتماعى که تاکنون تأمین نشده است.
- تجربه‌های مربوط به مسائل روانى - اجتماعى یا مشکلاتى که علی‌رغم کوشش‌های بشر دوستانه و حمایت‌های اجتماعى انجام شده، مرتفع نگردیده‌اند.

این کاوش، می‌بایست تمام نیازهای افراد آسیب‌دیده را از ابعاد مختلف عاطفى، اجتماعى، روانى و جسمانى مورد توجه قرار دهد. هر مداخله رسمى روان‌شناسى یا روان‌پزشكى نیز باید پس از ارزیابى فرد آسیب‌دیده و با توافق وی صورت گیرد.

۳- یک ماه تا سه ماه بعد از حادثه:

- ادامه خدمات بهداشت روان برای افرادی که بیش از یک ماه احساس پریشانى (به هر میزان) دارند و یا بعد از گذشت یک ماه از حادثه قادر به صحبت کردن درباره نگرانی‌هایشان نیستند، الزامى خواهد بود.
- اشخاصى که نیازمند خدمات حرفه‌ای سلامت، مددکاری اجتماعى و خدمات اختصاصى هستند عبارتند از :

- افرادی که در طی سه ماه پس از حادثه احساس پریشانی بسیار زیادی داشته باشند.
- افرادی که به مدت یک ماه، دائماً احساس پریشانی بیش از حد داشته یا دارای مشکلات روانی- اجتماعی باشند.

۴- پس از گذشت سه ماه از حادثه:

- افراد دارای اختلالات اساسی روانی- اجتماعی، که بیماری آن‌ها پس از گذشت سه ماه از حادثه ادامه یافته یا شروع می‌شود، می‌بایست توسط متخصصین ارزیابی شوند و این ارزیابی، نیز باید قبل از ارائه هر نوع خدمتی و با توجه به نیازهای عاطفی، اجتماعی، جسمانی و روانی افراد، انجام شود.
- فرصت‌های شغلی و بازتوانی به منظور توانمند ساختن افراد جهت بازگشتن به زندگی روزمره خود الزامی است.
- در سندی که توسط WHO در وب سایت این سازمان در سال ۲۰۱۰ منتشر شد، دستورالعمل‌های مناسب بخش سلامت در بازتوانی روانی پس از حوادث تدوین شده است. اقدامات مناسب در این راستا عبارتند از (۶۹):
- تدوین نظام پایدار سلامت روانی در جامعه
- بنیان نهادن خدمات پایه، بلند مدت و پایدار بهداشت روان در جامعه آسیب‌دیده از حوادث
- توجه به برنامه‌های احداث بیمارستان‌های همگانی، به عنوان بخشی از سرمایه‌گذاری‌های بخش بازتوانی در راستای ارائه مراقبت‌های فوری سلامت روان در بیمارستان که توسط پرسنل آموزش دیده در مناطق فاقد این نوع خدمات، ارائه خواهد شد.
- در نظر گرفتن مباحث بهداشت روان در برنامه‌های آموزشی و مراقبت‌های اولیه سلامت

درس آموخته‌های بین‌المللی مداخلات بازتوانی روانی

مرور تجربیات سایر کشورها در زمینه بازتوانی روانی، می‌تواند راهگشای اجرای بهترین برنامه‌ها و استراتژی‌های آن‌ها با در نظر گرفتن شرایط بومی، فرهنگی و اجتماعی کشورمان، باشد. بنابراین، آنچه در ادامه مطالعه می‌نمایید، تعدادی از مداخلات بازتوانی است که در سطح بین‌المللی، اجرا گردیده و منتشر شده است.

پس از زلزله سیچوان سال ۲۰۰۸ در چین، قراردادی بین وزارت اقتصاد، شرکت چینی به نام LGOP و UNDP امضا شد که بر اساس آن، هر سه مقام حقوقی به همراه سازمان‌های متعدد دیگری به عنوان همکار، متعهد به اجرای برنامه‌های بازتوانی از سپتامبر ۲۰۰۸ تا اگوست ۲۰۱۰ در این استان شدند. فراهم ساختن حمایت‌های روانی- اجتماعی و قانونی از افرادی که بیشترین آسیب را پس از زلزله متحمل شدند،

یکی از نتایج مورد انتظار این سند بود (به خصوص افراد آسیب‌پذیر) به نحوی که توانایی مشارکت در فرایندهای بازتوانی و بازسازی جامعه را بازیابند (۸۸).

یکی از صاحب‌نظران بازتوانی جسمی، در سخنرانی خود با عنوان «حوادث طبیعی، نقش سازمان‌های بهبودی بخش در معلولیت‌ها» بخشی از اقدامات بازتوانی جسمی افراد معلول را در فعالیت مناسب واحدهای روان‌درمانی و مشاوره پس از حوادث، در نظر می‌گیرد؛ چراکه، حوادث طبیعی اعتماد مردم را نسبت به محیط پیرامون خود و نیز نسبت به یکدیگر کاهش می‌دهد و از طرفی، سازش با شرایط موجود دشوار گردیده و علائمی مانند ترس، سایکوز، سرگیجه، بازده پایین‌کاری، بی‌خوابی، و ترس با منشأ نامشخص، افزایش می‌یابد. بنابراین، ضروری است تا با برپایی مراکز مشاوره، افراد را به سازگارتر شدن و کنار آمدن با ترس‌ها تشویق نمود، بطوریکه، نحوه بازسازی زندگی خود را در مراکز مذکور بیاموزند (۸۹).

هم‌چنین در نقشه بازتوانی و بازسازی گجرات، پس از زلزله سال ۲۰۰۱، فراهم ساختن تسهیلات مشاوره روان‌شناسی برای آسیب‌دیدگان زلزله از اهداف عمده طرح بود. به‌علاوه جهت ارائه خدمات درمانی و حمایتی بازتوانی، جلسه‌های مشاوره توسط پرسنل آموزش‌دیده و داوطلبان پس از توافق با متخصصین امر صورت پذیرفت. در این راستا، از همکاری مؤسسات تخصصی و NGO ها برای مشاوره‌های سلامت روان بهره گرفته شد (۶۵).

در گزارش UNDP که به اقدامات بازتوانی کوتاه‌مدت ارائه شده پس از زلزله سال ۲۰۰۵ پاکستان اختصاص داشت، به خدمات زیر در راستای بازتوانی روانی در بخش سلامت، اشاره گردید (۶۷):

- در راستای بازتوانی روانی - اجتماعی جمعیت آسیب‌دیده، سازمان بهداشت جهانی نه گروه بهداشت روان را جهت بازدید از تسهیلات ارائه خدمات اولیه سلامت بر اساس برنامه زمان‌بندی مشخصی تعیین کرد که وظیفه آن‌ها برقراری حمایت‌های روانی - اجتماعی برای افراد آسیب‌دیده بود.
- کمیسیون ملی توسعه انسانی، تسهیلاتی جهت ارائه خدمات روان‌درمانی به دنبال تروما را برای جامعه آسیب‌دیده در Mansehra، فراهم نمود. این اتحادیه، روان‌پزشکان پاکستانی - انگلیسی، داوطلبان، مدرسان و کارکنان نظام سلامت را آموزش دادند.
- تا زمان انتشار گزارش، ۱۵۷۸۹ نفر از حمایت‌های روانی - اجتماعی مربوط به این تسهیلات بهره‌مند شدند. در گزارشی که صلیب سرخ جهانی در مورد اقدامات بازتوانی انجام شده در مناطق زلزله‌زده پاکستان در سال ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶ منتشر کرده است، ۳۰ هزار نفر از افراد ساکن در مناطق حادثه‌دیده موفق شدند تا بر استرس‌های طولانی‌مدت روانی فائق آمده و در برنامه‌های بازتوانی جامعه خود شرکت نمایند. بخش مهمی از اقدامات بازتوانی که باعث این موفقیت گردید عبارت بودند از (۶۸):
- آموزش و حمایت‌های روانی از جامعه هدف در مناطق آسیب‌دیده، به خصوص در مورد گروه‌های آسیب‌پذیر مانند کودکان، زنان، سالمندان و معلولین

- تحریک و انگیزش جوامع متأثر از زلزله در راستای افزایش مشارکت در بازتوانی و بازیابی؛ مانند آموزش نحوه انطباق‌پذیری با شرایط جدید، به دست آوردن مهارت‌های لازم و مشارکت در ارزیابی نیازهای جدید جامعه و برنامه‌ریزی در راستای تأمین این نیازها
 - آموزش کارکنان و داوطلبان هلال احمر پاکستان جهت انجام اقدامات حمایتی مبتنی بر جامعه و فعالیت‌های مشابه
 - فراهم ساختن حمایت‌های روانی برای افرادی که در مناطق آسیب‌دیده به ارائه خدمات مشغول می‌باشند.
 - پیگیری موارد قبلی و مشخص نمودن نیازهای جدید آن افراد پس از بازگشت به جامعه
 - همکاری با دیگر بخش‌های جامعه، مانند عموم مردم، کودکان، معلمان، کارکنان بخش سلامت، NGO ها و دولت به منظور افزایش آگاهی آنان در مورد اهمیت حمایت‌های روانی
- بازتوانی از مشکلات روانی به مفهوم رفع کامل تمامی علائم نیست. بازتوانی، بیش از آنکه رسیدن به بهبودی باشد، فرآیند حرکت به سمت بهبودی است. فاکتورهای مهم مداخله‌گر در روند بازتوانی روانی به شرح زیر می‌باشند (۹۰):

۱- روابط مناسب: تأثیرگذارترین عامل در روند بازتوانی است، زیرا وجود افرادی که شنونده واقعی باشند، به فرد آسیب‌دیده نزدیک بوده، به او عشق بورزند و حمایتش کنند، باعث تسریع فرآیند بازتوانی روانی می‌شود. این افراد می‌توانند از اعضای خانواده، آشنایان، دوستان و گروه‌های حمایت‌گر فرد آسیب‌دیده باشند.

۲- روابط مناسب کارکنان ارائه‌دهنده خدمات: افرادی که به صورت داوطلبانه یا از جانب سازمان خود در حال ارائه خدمات هستند نیز مانند بستگان و آشنایان در بازتوانی افراد آسیب‌دیده نقش مؤثرتری خواهند داشت. برخی از آسیب‌دیدگان از عدم تمایل یا توانایی کارکنان ارائه‌دهنده خدمات در زمینه گوش سپردن به آن‌ها و کمک به بازتوانی افراد آسیب‌دیده، خبر می‌دهند. آسیب‌دیدگان حادثه به افرادی نیاز دارند تا بدون قضاوت نمودن به حرف‌هایشان توجه نموده، و آن‌ها را درک کرده و باور نمایند. نیازهای بلندمدت افراد آسیب‌دیده، ساختن مجدد زندگی اجتماعی آن‌هاست تا اینکه به صورت منزوی، بیمار و وابسته باقی بمانند.

۳- کنترل داشتن بر روش درمان: آگاهی از تصمیم‌گیری در مورد اتخاذ روش درمانی مناسب، فاکتور مهمی در تسریع روند بازتوانی است. اکثر بیماران تمایل دارند تا اطلاعات کاملی در مورد عوارض جانبی داروها، روش‌های درمانی غیردارویی و دیگر روش‌های جایگزین مانند درمان از طریق سخن گفتن یا درمان‌های مکمل اطلاعات کاملی داشته باشند. ۲۵٪ از بیماران اعتقاد داشتند درمان‌های ارائه‌شده توسط پزشک غیر مؤثر بوده است (۹۱). در برخی از مطالعات، افراد،

با قطع دارو احساس بهبودی کردند و برخی معتقد بودند که سخن گفتن درباره مشکلات و شفای معنوی، آن‌ها را درمان نموده است (۹۲) و برخی دیگر نیز گوش دادن به موسیقی، ورزش، پیاده روی و فعالیت‌های خلاقانه را مؤثر دانسته‌اند (۹۱، ۹۲). بنابراین، روش بازتوانی را نمی‌توان به فرد آسیب‌دیده تحمیل نمود.

۴- اشتغال به کار یا تحصیل: فعالیت در محیط‌های کاری به صورت داوطلبانه یا در قبال دریافت حقوق و ارائه آموزش حرفه‌ای، می‌تواند جایگاه مهمی در امر بازتوانی داشته باشد. این احساس که فرد مدیریت زندگی خود را برعهده دارد، باعث افزایش اعتماد به نفس او می‌شود و اعتماد به نفس بالا نیز، احساس سلامت روانی و جسمی را به فرد منتقل می‌کند (۹۳).

در گزارش مربوط به برنامه‌ریزی بلندمدت بازتوانی پس از وقوع حوادث، با اشاره به طوفان کاترینا در نیواورلان آمریکا، تخریب کامل تسهیلات ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان در منطقه آسیب‌دیده و مهاجرت اکثر روان‌پزشکان به مناطق دور دست مورد توجه قرار گرفت. با وجود این شرایط، افرادی که دچار اختلالات روانی شدید بودند، و نیز افکار خودکشی داشتند تا چندین روز منتظر معاینه متخصصین امر باقی ماندند. در ادامه این گزارش، مداخلات مبتنی بر خانواده به عنوان روش برتر افزایش تاب‌آوری خانواده‌ها و جامعه به شمار رفته بود (۹۴).

در مطالعه‌ای که در آمریکا صورت گرفت، نتایج طرح اجرا شده در دو ایالت Minnesota و Vermont بررسی گردید که در حین آن، روش مدیریت خوداتکای بیماری‌های روانی به روش WRAP به مردم آموزش داده شد. آموزش این برنامه از سال ۱۹۹۷ در آمریکا آغاز گردیده و هدف از آن، شناسایی منابع داخلی و خارجی به منظور بازتوانی از مشکلات روانی و ایجاد برنامه شخصی توسط افراد با هدف برخورداری از زندگی سعادتمند است. این روش، با اعمال تغییراتی در این مطالعه به کار گرفته شد. موضوعات آموزش داده شده در دوره‌های WRAP در راستای انجام این پژوهش عبارت بودند از: بازتوانی و اهمیت امیدواری، منابع حمایتی، آموزش و حمایت از خود، مراقبت پزشکی و مدیریت سلامت، تدوین جعبه ابزار تندرستی و برنامه محافظت روزانه، تشخیص و پاسخ به محرک‌های عصبی و علائم هشدارهای اولیه، مدیریت کردن شرایط وخیم، تدوین برنامه مقابله با بحران و شرایط پس از بحران و اداره زندگی با محوریت سلامت روان. نتایج مطالعه حاکی از ایجاد تغییر مثبت در نگرش مربوط به بازتوانی در ۷۶٪ از شرکت‌کنندگان Vermont و ۸۵٪ از شرکت‌کنندگان Minnesota بود. هر دو گروه شرکت‌کنندگان بهبود قابل توجهی در این موارد نشان دادند: امید به بازتوانی خود، شناسایی علائم هشدار اولیه شخصی مربوط به وخیم شدن شرایط روانی، استفاده از ابزار سلامتی روان در زندگی روزمره، آگاهی از نحوه تریاز علائم روانی، در اختیار داشتن برنامه مخصوص حادثه و برنامه‌ای جهت رویارویی با علائم روانی، دسترسی به ساختار حمایت اجتماعی و توانایی بر عهده گرفتن مسئولیت سلامت روانی (۹۵).

نتایج به دست آمده حاکی از مؤثر بودن روش‌های خود-بازتوانی در حوادث است، مخصوصاً هنگام کمبود منابع که اقدامات مناسب بازتوانی سلامت با محدودیت روبه‌رو می‌شود.

در مقاله‌ای که در سال ۲۰۱۰ در مجله Pharmacy and BioAllied Science منتشر شد، تأثیر اتخاذ استراتژی‌های مشاوره گروهی در مداخلات سلامت روان افراد و گروه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. این مطالعه که در هندوستان انجام شده بود ابتدا به مزایا، روش‌ها و مراحل مشاوره‌های گروهی اشاره نمود و سپس با مرور نتایج دو تجربه مرتبط با حوادث طبیعی (سونامی) و نیز حوادث انسان ساخت (بمب)، اهمیت مشاوره‌های گروهی را آشکار کرد. از طرفی، در مشاوره‌های گروهی همواره به موارد ذیل توجه می‌گردد:

- درخواست‌های جمعی، گروهی و عواملی که زندگی گروهی را بهبود می‌بخشد.
- رفتارهایی که رسیدن به خواسته جمع را تسهیل می‌کند.
- روش‌های رسیدن به گزینه‌های جایگزین مناسب و اتخاذ برنامه‌های مشترک

به‌علاوه در مشاوره‌های گروهی این فرصت فراهم خواهد بود تا افراد با یکدیگر و از همدیگر بیاموزند و از الگوی فکری و رفتاری خود، و دیگران، مطلع شوند. زیرا هنگامیکه درک این الگوها برای خود افراد مشکل می‌باشد، معمولاً ناظرین بیرونی، دقت بیشتری در مورد الگوهای رفتاری و فکری آن‌ها خواهند داشت. مراحل مشاوره گروهی که در این مطالعه، طی سه جلسه مورد استفاده قرار گرفت، به صورت زیر می‌باشد:

۱- جلسه اول (*Ice Breaking*): با تأکید بر عادی بودن بروز واکنش‌های عاطفی و به دنبال آن سخن گفتن از حادثه ایجاد شده، معرفی خود به عنوان یک قهرمان رنج کشیده در حادثه و تلاش جهت برقراری ارتباط و برون ریختن اندوه‌ها و آسیب‌ها. در این جلسه تلاش بر این بود که آسیب‌دیدگان احساسات ابراز نشده خود را به سطوح بالاتر ادراکشان بیاورند تا از تثبیت آن در ضمیر ناخودآگاه فرد، جلوگیری به عمل آید.

۲- جلسه دوم، بازسازی شناختی (*Cognitive Reconstruction*): با تأکید بر مدل سازی شناختی، پذیرفتن واقعیت‌ها، تجدید منابع و امیدواری، رها ساختن مکانیسم‌های تدافعی درونی شده و ایجاد احساس احترام به خود بدون هیچ قید و شرطی. هدف از این جلسه بازتوانی، نگرش فرد آسیب‌دیده به گونه‌ای بود تا بتواند خصوصیات واقعی خود را همانگونه که هست با تمام وجود بپذیرد. همچنین تجدید قوای روانی افراد به منظور دستیابی به زندگی پرامید و معنادار از اهداف دیگر این جلسه محسوب می‌شد.

۳- جلسه سوم، تمدد اعصاب (*Relaxation*): هدف از این جلسه آموزش تکنیک‌های تمدد اعصاب مانند تنفس عمیق، تمدد عضلات، مدیتیشن و تمرینات اتوژنیک بود تا بر این اساس توانایی انطباق‌پذیری روانی افراد شکل گیرد.

این جلسات کمک کرد تا افرادی که آسیب‌دیدگی شدیدتری داشتند شناسایی شده و به صورت فردی درمان

گردند. در مجموع، این روش به منظور بازتوانی روانی افراد و بازگرداندن آن‌ها به ادراک از اجتماع خود، بسیار مؤثر بوده و در ساختن سرمایه‌های اجتماعی ملت‌ها دارای جایگاه ویژه‌ای است. یافته‌ها، نشان می‌دهند که در صورت نادیده گرفتن چنین روش‌های بازتوانی اجتماعی، آسیب‌دیدگان سربار جامعه شده و بنابراین آشوب و هرج و مرج در اجتماع گسترش می‌یابد. از این رو، مشاوره‌های گروهی به عنوان یکی از اقدامات مهم بازتوانی روانی پس از حوادث شناخته شده و باعث تقویت بنیه‌های رشد اجتماعی ملت‌ها می‌گردند (۹۶).

در مطالعه‌ای مشابه که بر اساس تجربه سونامی سال ۲۰۰۴ هندوستان صورت گرفت و در سال ۲۰۰۶ در *American Journal of Public Health* منتشر شد، نتایج مداخلات بازتوانی اجتماع محور جامعه که ارتقای سلامت روان بازماندگان حادثه را دنبال می‌نمود، مورد بررسی قرار گرفت. دوره آموزشی سه روزه در مورد مراقبت‌های روانی- اجتماعی برای کارکنان NGO ها، معلمان و ارائه‌دهندگان محلی خدمات سلامت برگزار شد که موضوع آن، شناخت واکنش‌های طبیعی در برابر واکنش‌های ناشی از سونامی، مانند شوک و ناباوری اولیه و نگرانی در مورد موج‌های بعدی سونامی بود. همچنین شناسایی افراد دارای واکنش‌های شدید مانند ناامیدی، احساس گناه و نیز افرادی که دائماً به مرور خاطرات فاجعه پرداخته و نیز آسیب‌دیدگان نیازمند به خدمات متخصصین، از برنامه‌های آموزشی بود. بعلاوه مراقبت‌های روانی- اجتماعی از بالغین آسیب‌دیده نیز در طول این سه روز آموزش داده شد، مانند:

- برون ریختن احساسات و طبیعی ساختن آن‌ها در راستای کمک به بازماندگان برای درک صحیح از حادثه و تغییرات ایجاد شده در جسم و روان آن‌ها
- کاهش علائم جسمانی و روانی- اجتماعی با صحبت کردن در مورد تجربیات، تقویت تمدد اعصاب، افزایش برون‌ریزی احساسات و شرکت در گروه‌های تفریحی
- داستان‌سازی با استفاده مناسب از ضرب‌المثل‌ها و استعاره‌ها و توجه به فرهنگ جامعه. آداب و رسوم فرهنگی می‌توانند برداشت جدید جامعه از حادثه و بکارگیری سازوکارهای انطباق توسط اعضای آن را تسهیل نمایند.
- تقویت انسجام اجتماعی به وسیله فعالیت‌های جمعی و ایجاد گروه‌های حمایتی

این گروه، در مرحله بعد، ۱۰۵۰ نفر از مددکاران اجتماعی مناطق آسیب‌دیده را آموزش دادند و این مددکاران نیز وظیفه ارائه خدمات پایه سلامت روان را به بالغین و کودکان بر عهده گرفتند. ایجاد زمین‌های بازی در کمپ‌های اسکان آوارگان توسط مددکاران اجتماعی و در موارد شدیدتر ارجاع به تسهیلات روان‌پزشکی، از خدمات ارائه‌شده به کودکان بود. همچنین معلمان مناطقی با آسیب کمتر که مدارس آن‌ها تخریب نشده بود، در دوره‌های سه روزه، آموزش‌دیده و به ارائه خدمات سلامت روان به کودکان در قالب بازی‌درمانی همت گماردند. مقامات مسئول با برگزاری جلسات گروهی با کودکان در محیط مدرسه تلاش کردند تا

تجربه کودکان را تلطیف نموده و گروه‌های حمایتی مورد نیاز را برای کودکان آسیب‌دیده‌ای که اضطراب خود را در مورد از دست دادن مدارس، معلمان، سوابق آموزشی و آینده تحصیلی خود به زبان می‌آورند، تشکیل دهند (۹۷).

در مطالعه‌ای که در مورد اقدامات درمانی و بازتوانی جسمی بیماران SCI صورت گرفته بود، نقش حمایت‌های روانی در بهبود عملکرد جسمانی آن‌ها مورد توجه قرار گرفت. بسیاری از بیماران SCI به دنبال تلاش برای نجات افراد خانواده خود دچار آسیب‌های نخاعی شدند و برخی نیز شاهد از بین رفتن عزیزان خود بوده و یا صدای آن‌ها برای دریافت کمک را شنیده بودند. بنابراین، توجه به نیازهای روانی این افراد و رفع ترس‌ها و نگرانی آن‌ها، بسیار پراهمیت می‌باشد. به عنوان مثال، پس از انجام تمامی اقدامات بازتوانی روانی توسط سازمان‌های ملی و بین‌المللی، میزان افسردگی ۱۸۶ بیمار SCI، با گذشت شش ماه از زلزله، تنها شش درصد بود (۶۹).

در مقاله‌ای دیگر که در ژورنال بین‌المللی Group Psychotherapy منتشر گردید، مراحل بازتوانی روانی به سه مرحله احساس امنیت، یادآوری و سوگ، و اتصال مجدد به زندگی طبیعی تقسیم شده است. بازگشت مجدد به زندگی اجتماعی که ساختار و عملکرد روانی را افزایش می‌دهد به عنوان بازتوانی روانی بلندمدت شناخته می‌شود. این مقاله در نظر دارد تا روش‌های درمان گروهی و فردی همزمان یا مجزا را، به صورت تک جلسه، دوره‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت تبیین نماید؛ بطوریکه باعث تسهیل بازتوانی روانی افراد گردد (۹۸). در مطالعه دیگری که در این مقاله به آن اشاره شده است، درمان PTSD با همزمان نمودن مشاوره فردی و درمان‌های گروهی، انجام شده است. مشاوره‌های فردی باعث می‌گردد تا آسیب‌های روانی مورد کنکاش قرار گرفته، خاطرات فراموش شده، بازتوانی گردند و علائم PTSD تقلیل یابد و از طرفی مشاوره‌های گروهی نیز باعث کاهش احساس شرمندگی، انزوا و پیوندهای از هم گسیخته می‌شود (۹۹). از طرفی، در مطالعه‌ای دیگر اینگونه پیشنهاد شده است که درمان PTSD در قالب گروه‌های یک‌دست برگزار گردد تا دریافت‌کنندگان خدمات، احساس امنیت داشته باشند، حالتی که در مشاوره‌های فردی قابل القا نیست (۱۰۰). در ادامه، مثال‌هایی از سه مرحله بازتوانی بیان خواهد شد:

۱- احساس امنیت: به دنبال حملات ۱۱ سپتامبر مردم به کلیساها، عبادتگاه‌ها و مساجد مراجعه کرده بودند تا احساس امنیت نموده و ناراحتی و ترس خود را تخفیف دهند. نویسنده مقاله به کمک کشیش یکی از کلیساها اقدام به تشکیل گروه‌هایی به نام گروه‌های شنیداری یا (Listening Group) کرد. اعضای گروه دو نوبت در ماه گرد هم آمده و پژوهشگر، به عنوان رهبر گروه مسئولیت هدایت جمع را بر عهده داشت. اهداف جلسات عبارت بودند از: حمایت کردن، گوش‌دادن، ارائه اطلاعاتی در مورد پیامدهای مورد انتظار از تروما، بهبودی علائم، مشخص کردن مهارت‌های انطباق‌پذیری و تقویت شبکه‌های حمایتی موجود. علاوه، اطلاعاتی

در مورد منابع پیگیری و ارجاع نیز توسط رهبر گروه در اختیار آسیب‌دیدگان قرار می‌گرفت. از آنجایی که اعضای گروه متجانس بودند (شامل مراجعین به یک کلیسا و آسیب‌دیدگان یک حادثه)، از تخلیه روانی خود و آسیب‌دیدگی مجدد، ترس و نگرانی کمتری داشتند. تأثیر گروه شنیداری که بلافاصله پس از حوادث تشکیل شد، کاهش پریشانی، علائم PTSD، رفتارهای پر خطر و افسردگی بود. بیان احساسات در جمع باعث افزایش احساس امنیت روانی در آسیب‌دیدگان شده و همچنین فرد را برای دریافت درمان‌های آتی آماده می‌سازد.

۲- یادبود و سوگواری: تا مدت سه سال بعد از حادثه ۱۱ سپتامبر، جلسات هفتگی گروهی توسط پژوهشگر، هدایت می‌شد که شرکت‌کنندگان در آن، همسران خود را در حادثه از دست داده بودند. هدف از تشکیل این جلسات به اشتراک‌گذاری حمایت، تشخیص عزاداری، افزایش قدرت انطباق‌پذیری و احساس داشتن یک خلوتگاه برای تجربه نمودن و بروز دردها بود. در سال سوم، گروهی که گروه انعطاف‌پذیر یا Resiliency Group نام گرفت، ملاقات‌هایش را به دو عدد در ماه کاهش داد و به دنبال آن در سال چهارم، هر ماه یک نوبت تشکیل جلسه می‌داد.

۳- اتصال مجدد: هدف، برقراری ارتباط مجدد فرد با دوستان، فامیل، نظام باورهای شخصی و حتی خودش می‌باشد. در صورت عدم موفقیت در این مرحله، فرد ممکن است نسبت به فوت‌شدگان، احساس دین کرده یا برای از دست دادنشان، کماکان احساس گناه داشته باشد. مهمترین اقدام در این بخش از بازتوانی روانی، جلوگیری از بازگشت مجدد احساس ترس و بی‌پناهی است. عدم ایجاد عواطف و اجتناب‌ورزی، هر دو، باعث کند شدن بازگشت مجدد فرد می‌شوند. در تجربه‌ای که نویسنده از آن سخن می‌گوید، کارکنان آتش‌نشانی شهر نیویورک، پس از وقایع سپتامبر و به دنبال از دست دادن همکاران خود دچار اختلال در فاز اتصال مجدد بازتوانی شده و قادر به برقراری ارتباط با همسران خود نبودند و بنابراین تعداد زیادی از آن‌ها، بحران‌های خانوادگی شدیدی را تجربه می‌کردند. برنامه ارتباط زوج‌ها، در نظر داشت تا با حداقل ساختن یا از بین بردن احتمال ایجاد عذاب وجدان، آسیب‌رسانی مجدد و مواجهه با عوامل استرس‌زا، به کارکنان آتش‌نشانی نیویورک کمک نماید تا این فاز از بازتوانی روانی خود را با موفقیت به اتمام رسانند. این برنامه نه تنها برای کارکنان آتش‌نشانی این امکان را فراهم می‌کرد تا به مشکلات خانوادگی خود بپردازند، بلکه نقطه عطفی برای بیان مشکلاتی بود که در جلسات بازگویی داخل سازمان خود قادر به بیان آن‌ها نبودند. سازوکاری نیز برای همسران کارکنان آتش‌نشانی فراهم آمد تا در جلسات گروهی با زنانی همراه باشند که پس از حادثه ۱۱ سپتامبر، اثری از عزیزان از دست رفته‌شان، برای انجام مراسم سوگواری و یادبود باقی نمانده بود. نهایتاً، این اقدامات، کارکنان آتش‌نشانی نیویورک را جهت برقراری اتصال مجدد با زندگی

خانوادگی خود توانمند ساخت (۱۰۱).

درس آموخته‌های داخلی مداخلات بازتوانی روانی

کشور ایران به دلیل بالاتر بودن میزان مخاطرات آن از سطح متوسط جهانی، تجربیات متفاوتی از انواع حوادث طبیعی را به همراه داشته است که می‌بایست به مرور آن‌ها پرداخته و از این تجربیات در راستای بهبود برنامه‌ریزی‌ها، سیاست‌گذاری‌ها و استراتژی‌های بازتوانی روانی افراد متأثر از حوادث آتی، بهره‌مند شد. در ادامه، به بررسی مطالعات مختلف مرتبط با بازتوانی روانی آسیب‌دیدگان حوادث طبیعی خواهیم پرداخت البته لازم به ذکر است که، غالب تمرکز آن‌ها بر PTSD و مداخلات انجام شده به منظور کاهش فراوانی آن بوده است.

انتشار مجموعه مقالاتی در مورد اثرات گروه‌درمانی بر رده‌های سنی بالغین، نوجوانان و کودکان پس از زلزله بم، بیانگر انجام مطالعاتی گسترده در این زمینه می‌باشد (۱۰۸ - ۱۰۲). در مطالعه‌ای که در مورد اثر بازگویی روان‌شناختی یا Psychological Debriefing و مداخلات رفتار گروهی بر نشانه‌های PTSD صورت گرفت، ۱۷۴ نفر از بازماندگان زلزله بم که علائم PTSD را نشان دادند، ابتدا در جلسه اول به مدت دو ساعت از خاطرات حادثه و احساسات و افکارشان پیرامون آن سخن گفته، سپس هیجانات خود را در یک محیط حمایتی بیرون ریخته و تعدیل نمودند تا نهایتاً به احساساتی یکسان در گروه دست یابند و نحوه مواجهه با نشانگان اختلالات روانی را دریابند. در جلسه دوم، سوم و چهارم با استفاده از روش‌های تجسمی و شناختی- رفتاری (الگوی درمانی یول)، چگونگی مبارزه با افکار مزاحم، آرامش‌بخشی عضلانی و حساسیت‌زدایی تدریجی و روش‌های تجسمی را آموختند. به نظر نویسندگان پس از سه ماه پیگیری نتایج مداخلات، رفتارهای گروهی ممکن است باعث کاهش برخی از نشانه‌های PTSD گردد که بلافاصله بعد از آن (از جمله نشانه‌های اجتنابی) ایجاد می‌شود، ولی بر نشانه‌های پرانگیختگی (در کوتاه‌مدت و بلندمدت) و همچنین بر علائم تجربه مجدد واقعه (در بلندمدت) اثری ندارد (۱۰۲). در دو مطالعه دیگر که با همین روش و توسط همین تیم صورت گرفت، ۹۶ نفر از بازماندگان سنین ۱۴ سال به بالا در یک مطالعه و ۷۹ نفر در مطالعه‌ای دیگر پس از زلزله بم، بررسی شدند. هدف از مطالعه تعیین اثر گروه‌درمانی مبتنی بر روش‌های حمایتی و شناختی رفتاری، در درمان مبتلایان به PTSD بود. چهار جلسه مداخله‌ای همانند مطالعه قبلی انجام گردید و نتایج این دو مطالعه تا حدود زیادی با یکدیگر مشابهت داشت. مداخلات انجام شده بر بهبود نشانه‌های استرس بلافاصله پس از حادثه، مؤثر بوده، و بر نشانه‌های یادآوری و پرانگیختگی PTSD در طولانی‌مدت بی‌تأثیر بود (۱۰۶، ۱۰۸). در دو مطالعه مشابه دیگر که در مورد کودکان سه تا شش سال و شش تا ۱۱ سال پس از زلزله بم صورت گرفت، بار دیگر مداخلات گروهی (به ترتیب بازی‌درمانی گروهی و رفتاردرمانی گروهی) بررسی شد. طبق آنچه که در مقاله اول تأکید شده است، بازی، کارهای هنری و تعریف

کردن داستان، فرصتی را برای برون‌ریزی واقعه توسط کودکان فراهم می‌آورد. از میان ۱۳ نفری که در مطالعه شرکت نمودند، ۱۱ نفر دارای علائم پرخاشگری، هفت نفر ترس، سه نفر بی‌خوابی و سه نفر لجبازی بودند. در مطالعه یاد شده، ۱۲ جلسه گروهی بازی‌درمانی (دو جلسه در هر هفته) برای کودکان مبتلا به PTSD برگزار گردید. پس از ۱۲ جلسه که بر چهار موضوع (۱) بروز و شناسایی هیجانات اصلی، کنترل خشم و اضطراب، (۲) برون‌ریزی تجربه آسیب و هیجانات مرتبط با آن، (۳) بازسازی واقعه و تعریف مرگ و برگزاری مراسم و (۴) بیان خاطرات فقدان، متمرکز بود، مشخص گردید که نشانه‌های PTSD، کاهش یافته، اما مداخلات بر نشانه‌های رفتاری، چندان مؤثر نبوده است (۱۰۷-۱۰۰). در مطالعه دیگری که بر روی ۸۰ نفر از کودکان بین شش تا ۱۱ سال انجام پذیرفت، هدف، بررسی اثر رفتاردرمانی گروهی بر نشانه‌های PTSD در جمعیت مورد مطالعه بود. در این تحقیق که به فاصله شش تا هشت ماه پس از زلزله رخ داد، مجموعاً چهار جلسه درمانی برای ۳۸ نفر از افرادی که گروه مداخله را تشکیل می‌دادند، با هدایت یک متخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان برگزار گردید. شرح اقدامات انجام شده در این چهار جلسه عبارت بود از:

۱- جلسه اول: بازگویی روان‌شناختی با استفاده از تکنیک‌های عادی سازی پاسخ‌ها، تبادل احساسات در گروه و ایجاد یک محیط حمایتی برای بیان خاطرات زلزله، پاسخ‌ها، واکنش‌ها و احساسات هنگام مواجهه و به اشتراک‌گذاری آن با گروه.

۲- جلسه دوم: تکنیک‌های مربوط به افکار مزاحم و یادآوری خاطره شامل تکنیک‌های تصویری هم‌چون جایگزینی افکار و خاطرات مزاحم با افکار یا تصورات ذهنی خوشایند، دور کردن، کوچک کردن تصاویر مزاحم و غیره.

۳- جلسه سوم: تکنیک‌های مربوط به بیش‌برانگیختگی شامل آموزش روش‌های آرامش‌بخشی و هدایت تجسمی از طریق تعریف محیط امن.

۴- جلسه چهارم: تکنیک‌های مربوط به اجتناب از واقعه شامل حساسیت‌زدایی تدریجی و هدایت تجسمی.

پس از انجام مداخلات در گروه مداخله، کاهش نشانه‌های یادآوری در کودکان مبتلا به PTSD، معنی‌دار بود. بر عکس در گروه شاهد پس از گذشت یک ماه از شروع مطالعه، نشانه‌های اجتناب و مجموع نمره نشانگان PTSD (شامل نشانه‌های یادآوری، اجتناب و برانگیختگی) به شکل معنی‌داری افزایش یافت. بنابراین به نظر می‌آید که مداخلات انجام شده در این چهار جلسه، نشانه‌های یادآوری PTSD را کاهش داده و از پیشرفت دیگر نشانگان جلوگیری به عمل آورد (۱۰۴). مطالعه دیگری، اثر مداخلات روانی-اجتماعی بر نشانه‌های PTSD در نوجوانان آسیب‌دیده از زلزله بم را مورد ارزیابی قرار داد. در این مطالعه ۲۲ نفر با میانگین سنی ۱۶/۴ سال بررسی شدند. روش مداخله مانند مطالعه قبل شامل یک جلسه بازگویی روان‌شناختی و سه جلسه استفاده از روش‌های تجسمی و رفتاری شناختی در قالب گروه‌های ۸ تا ۱۲ نفره

بود. جلسات به شکل هفتگی برگزار گردید. تواتر نشانه‌های PTSD، تنها بلافاصله پس از مداخلات، معنی‌دار بود و در طولانی‌مدت، تواتر نشانگان و میانگین شدت آن‌ها با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشت. در پایان، این نتیجه به دست آمد که مداخلات انجام شده، گرچه در برخی از موارد باعث کاهش شاخص تواتر نشانه‌های PTSD گردیده، اما در درازمدت تأثیر چندانی بر جای نگذاشته است (۱۰۳). در تحقیق دیگری که شبیه مطالعه قبل بود، ۲۰۰ نفر از نوجوانان آسیب‌دیده ۱۱ تا ۱۸ سال، در سه گروه مداخله و یک گروه شاهد تقسیم‌بندی شدند. برای گروه اول فقط مداخلات درمانی، برای گروه دوم مداخلات درمانی روان‌شناختی به همراه مداخلات ورزشی هنری، برای گروه سوم فقط مداخلات هنری ورزشی و برای گروه چهارم هیچگونه مداخله‌ای ارائه نشد. مداخلات درمانی‌شناختی، مانند آنچه که در مطالعات قبل توضیح داده شد، دقیقاً چهار جلسه بود. فعالیت‌های ورزشی نیز شامل فوتبال برای پسران و والیبال برای دختران و همچنین بازی‌های گروهی بومی، می‌گردید. فعالیت‌های هنری مانند نقاشی، گلدوزی، عروسک‌سازی و گل‌سازی توسط مربیان آموزش‌دیده، ارائه می‌شد. پس از انجام مداخلات، مشخص شد که تغییر قبل و بعد میانگین کل علائم PTSD به صورت مجزا در گروه یک (مداخلات روانشناختی) و سه (مداخلات ورزشی هنری) معنی‌دار و در بقیه گروه‌ها معنی‌دار نبود به علاوه، پس از مقایسه کل شاخص‌های PTSD، گروه یک و چهار، دارای اختلاف معنی‌داری بودند. در مجموع، با انجام این مطالعه مشخص گردید که یک جلسه بازگویی روان‌شناختی و سه جلسه درمان رفتاری-شناختی گروهی، می‌تواند موجب کاهش PTSD، بخصوص نشانه‌های اجتنابی آن شوند (۱۰۵).

در مقاله دیگری که در مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل به چاپ رسید، نقش آموزش مهارت‌های حل مسئله در بهبود بیماران مبتلا به PTSD بعد از زلزله بم مورد بررسی قرار گرفت. در این مقاله مهارت‌های حل مسئله به راهبردهای ویژه و هدفمندی اطلاق می‌گردد که فرد به وسیله آن‌ها مشکلات را تعریف کرده و تصمیم به اتخاذ راه حل می‌گیرد، و بنابراین، فرد، این راهبردها را انجام داده و بر آن‌ها نظارت دارد. ۱۶۰ نفر از افراد مبتلا به PTSD پس از حادثه بم به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. از هر دو گروه پیش‌آزمونی به عمل آمد که در مورد نوع مقابله و شیوه برخورد با استرس‌ها و بحران‌های زندگی بود. پس از برگزاری پیش‌آزمون، گروه مورد به مدت ۱۲ جلسه تحت آموزش مهارت‌های حل مسئله قرار گرفتند و پس از پایان دوره آموزشی، مجدداً از هر دو گروه، پس‌آزمون گرفته شد. بر طبق نتایج حاصله، تأثیر آموزش‌های مهارت‌های حل مسئله در کاهش علائم PTSD در زنان و مردان تحت مطالعه، تفاوت معناداری نداشت. در مقابل، میزان استفاده از روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار در زنان، بیشتر از مردان بوده است. از طرف دیگر نتایج نشان داد که از لحاظ کاربرد شیوه‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار، تفاوت‌های معنی‌داری وجود ندارد. اما، از طرفی آموزش‌های مهارت‌های حل مسئله موجب شد تا احساس گناه و دیدن خواب‌های آشفتنه و ناخوشایند پیرامون زلزله، در گروه مورد به مراتب از گروه شاهد که این آموزش‌ها را دریافت نکردند، کمتر باشد (۱۰۹).

در تحقیق دیگری که پس از زلزله شهر بروجرد انجام گرفت، تعداد ۱۱۵ نفر از آسیب‌دیدگان بالای ۱۵ سال در قالب ۱۰ گروه به شکل تصادفی انتخاب شده و در یک مطالعه از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون شرکت نمودند. مشارکت‌کنندگان در چهار جلسه هفتگی به منظور دریافت مداخلات روانی اجتماعی مشارکت داشتند. اولین جلسه، چهار هفته پس از زلزله برگزار گردید و قبل از آن یک پیش‌آزمون به عمل آمد. آزمون، دارای چهار آزمون کوچک‌تر در مورد نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی بود. جلسات توسط دو نفر کارشناس روان‌شناسی بالینی هدایت شد. جلسه اول درباره بازگویی روان‌شناختی، جلسه دوم مربوط به تکنیک‌های کنترل افکار مزاحم، جلسه سوم در مورد تکنیک‌های کنترل برانگیختگی مانند روش‌های آرامش‌بخشی و جلسه چهارم در رابطه با تکنیک‌های کنترل اجتناب بود و در پایان هر جلسه، تکالیفی برای تمرین در منزل ارائه می‌شد. میزان شیوع PTSD در زنان نسبت به مردان، در آسیب‌دیدگانی که شاهد ویرانی منازل خود بودند، در افرادی که دارای آسیب جسمانی شدند و در کسانی که فاقد حمایت‌های اجتماعی بودند، بیشتر مشاهده گردید. میانگین نمره‌های پس‌آزمون در تمامی گروه‌ها، تفاوت آماری معناداری را مبنی بر مؤثر بودن مداخلات انجام شده، نشان می‌داد. در مجموع، نتایج این مطالعه، نشان داد که مداخلات روانی اجتماعی برای آسیب‌دیدگان می‌تواند موجب کاهش اختلالات روانی، افزایش توانمندی در تطابق با شرایط ایجاد شده و ارتقای سلامت روانی آنان شود (۱۱).

بررسی دیگری که در مورد مداخلات روانی - اجتماعی پس از زلزله قزوین انجام شد، تعداد ۳۸۹ کودک و بزرگسال مورد مطالعه قرار گرفتند. در این پژوهش، میزان شیوع PTSD قبل از شروع مداخلات و یک سال پس از برگزاری جلسات روانی - اجتماعی توسط ۱۰ نفر از روان‌شناسان بالینی شاغل در قزوین ارزیابی شد. میزان سایکوپاتولوژی اختلالات روانی در افراد بالای ۱۵ سال از ۴۵٪ قبل از مداخلات به ۵/۳۳٪ پس از دریافت خدمات کاهش یافت. این میزان برای افراد زیر ۱۵ سال به ترتیب ۱/۳۴٪ و ۱/۲۳٪ در قبل و بعد از برگزاری جلسات بود. این مطالعه نشان داد که خدمات حمایتی روانی - اجتماعی می‌تواند به شکل معناداری شدت علائم PTSD را کاهش دهد (۱۱۰).

پژوهشی دیگر که در مورد میزان و شدت PTSD در کودکان و نوجوانان یکی از روستاهای استان چهارمحال و بختیاری و نیز بررسی تأثیر مداخلات بهداشت روان انجام گردید، تمامی ۴۱ نفر دانش‌آموز پنج تا ۱۵ ساله پس از آتش‌سوزی مدرسه ابتدایی روستا مورد مطالعه قرار گرفتند. در این حادثه ۱۳ نفر از کودکان و معلم مدرسه جان خود را از دست دادند. پس از تکمیل پرسشنامه و مصاحبه با مادران کودکان آسیب‌دیده، کودکان مبتلا به PTSD به چهار گروه شدید، متوسط، خفیف و بدون علامت تقسیم شدند. میانگین نمره PTSD در افراد ۱۰ تا ۱۵ سال بیشتر از افراد پنج تا ۱۰ سال و کمترین نمره نیز مربوط به سنین پیش از دبستان بود. سپس مداخلات درمانی توسط گروه بهداشت روان، در قالب تشکیل گروه‌های کاری، بازگویی روان‌شناختی و شناخت افکار اجتنابی به مدت دو هفته و طی چهار جلسه صورت پذیرفت.

مرحله دوم سنجش، پنج ماه پس از مداخله گروه بهداشت روان انجام گرفت. در سنجش نوبت اول و دوم به ترتیب، کودکان مبتلا به اختلال شدید ۱۲٪ و ۴/۲٪، کودکان مبتلا به اختلال متوسط ۶۶٪ و ۳۴٪ و کودکان مبتلا به اختلال خفیف ۲۲٪ و ۵/۶۳٪ بودند. همچنین مطالعه نشان داد که ۱۰۰٪ کودکان، به PTSD مبتلا بودند. بعد از گذشت پنج ماه از حادثه نیز، کماکان علائم PTSD در تمامی کودکان وجود داشت با این تفاوت که از شدت آن‌ها، کاسته شده بود. بنابراین می‌توان گفت که مداخلات انجام شده توسط گروه بهداشت روان در کاهش شدت نشانه‌های PTSD مؤثر بوده است (۱۱۱).

مطالعه دیگری که در مورد زنان آسیب‌دیده زلزله زرتند صورت گرفت، روش‌های درمان گروهی با رویکرد "معنادرمانی" را مورد بررسی قرار داد. فلسفه معنادرمانی بر این حقیقت استوار است که هر چقدر زندگی انسان بامعنا و دارای هدف مشخص باشد، هر رخدادی در زندگی، حتی اگر طاقت‌فرسا باشد، با آن جهان‌بینی تعبیر می‌گردد. در این مطالعه ابتدا به صورت تصادفی ۲۰ نفر از ساکنین زن یکی از روستاهای آسیب‌دیده از زلزله انتخاب شده و پرسشنامه ۲۸ سوالی را تکمیل نمودند که پیش از این با هدف سنجش ملاک‌های سلامت عمومی شامل علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی، افسردگی و سلامت روانی، استاندارد شده بود. سپس افراد مشارکت‌کننده در مطالعه به دو گروه ۱۰ نفری مورد و شاهد تقسیم شدند. برای گروه مورد، ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته با موضوعات نمادین شامل ساختن تجارب زندگی برای سازگاری پس از فاجعه، افزایش سطح سلامت عمومی زنان آسیب‌دیده از زلزله و فنون درمانی موجود در روش‌های معنادرمانی برگزار گردید. گروه شاهد نیز همزمان با جلسات گروه مورد، در محل حضور یافته و بدون داشتن مشاوره ۲۰ دقیقه به مباحث روزمره می‌پرداختند. پس از اتمام مداخلات مجدداً پرسشنامه ۲۸ سوالی توسط تمام شرکت‌کنندگان در تحقیق در یک زمان و مکان تکمیل و مشخص گردید که مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی موجب ارتقای سلامت روانی زنان آسیب‌دیده در ابعاد مختلف جسمانی، اضطراب، افسردگی و سلامت روان می‌شود. در انتها به این نکته اشاره شده است که آموزش روش‌های علمی معنادرمانی به مداخله‌گران در مراحل پاسخ و بازتوانی پس از حوادث طبیعی می‌تواند در بهبود بازتوانی افراد آسیب‌دیده نقش به‌سزایی داشته باشد (۲۲).

در بررسی دیگری که پس از زلزله بم صورت گرفت، تغییرات مصرف مواد افیونی و مداخلات موجود در طول سال اول بعد از زلزله مطالعه شد. مواد مخدر در مناطق جنوب شرقی ایران به صورت سنتی مصرف می‌گردد و سایر مطالعات نیز نشان داده‌اند که ۸/۳٪ مردم سابقه اعتیاد قبل از زلزله را بیان کرده‌اند، در حالی که ۹/۹٪ به دنبال زلزله دچار اعتیاد گردیدند (۱۱۲). با گذشت دو روز از زلزله، به تدریج علائم محرومیت در معتادان بروز کرده و مصرف مواد از اولویت‌های آن‌ها بوده است (۱۱۳). اما تنها در یک چهارم از آنان این نیاز کنترل شد و بیش از نیمی از آن‌ها، مجبور به مصرف تریاک شدند (۱۱۴). با در نظر گرفتن این احتمال که ممکن است به دنبال تجربه علائم محرومیت، میزان مصرف افزایش یابد، در این مطالعه از پنج روش

مباحثه متمرکز گروهی، مصاحبه عمیق فردی، مشاهدات بوم‌شناختی، نقشه‌برداری و عکس‌برداری استفاده شد. جمعیت مورد بررسی شامل معتادان، مردم، درمان‌گران اعتیاد و سایر افراد کلیدی شامل مسئولان نیروی انتظامی، مسئولان آموزش و پرورش، کارکنان سازمان‌های غیردولتی، مسئولان داروخانه‌ها و فروشگاه‌های لوازم بهداشتی، مددکاران، رابطان بهداشتی، فروشندگان مواد و همسران معتادان بودند که در قالب ۱۰ گروه، با آن‌ها مصاحبه گردید. مجموعاً ۵۴ معتاد بررسی شدند که ۴۸ نفر از آن‌ها مرد و مابقی زن بوده و طبق نظرات درمان‌گران اعتیاد، ۳۰ تا ۴۰ درصد مراجعین، معتادین جدید بودند. مهمترین علت مصرف مواد پس از وقوع زلزله، ایجاد آرامش به دنبال مصرف آن‌ها، بروز انواع مشکلات زندگی، احساس ناامیدی، حضور مهاجران و کاهش انگیزه ترک اعتیاد بود. تریاک و تدخین به ترتیب بیشترین نوع ماده مصرفی و رایج‌ترین روش مصرف گزارش شد. اکثر مصرف‌کنندگان اعتقاد داشتند که مصرف مواد پس از وقوع زلزله افزایش یافته است (به جز مصرف تزریقی مواد که به اعتقاد آن‌ها کاهش یافته بود). همچنین علاوه بر افزایش مصرف جمعی مواد مخدر، مصرف مواد در کودکان و نوجوانان به دنبال رخداد زلزله افزایش یافت. دلایل افراد برای افزایش شیوع اعتیاد در کودکان عبارت بودند از: اعتیاد مادران، دشمنی دیگران، بیکاری و نبود تفریحگاه. بعلاوه اکثر معتقد بودند که پس از زلزله مصرف مواد در زنان نیز بیشتر شده است که از علل این امر می‌توان به کاهش ناپسند بودن اعتیاد زنان، از دست دادن خانواده، افزایش مصرف در دختران مجرد و شیوع زیاد آن در زنان مهاجر اشاره کرد. مراحل سم‌زدایی و درمان‌های نگهدارنده با روش‌های متنوع و به طور رایگان در مراکز دولتی و با هزینه‌ای معادل ۱۰ تا ۸۰ هزار تومان (حین انجام مطالعه) صورت می‌گرفت اما مشکلات موجود عبارت بودند از اینکه: آموزش و تشویق به ترک اعتیاد و خدمات مددکاری تقریباً وجود نداشت، ارتباط بیماران با مرکز، بعد از سم‌زدایی قطع می‌شد، بسیاری از افراد از خدمات سم‌زدایی مطلع نبودند، بین مراکز درمانی ارتباط و ارجاع وجود نداشت، اکثر مراکز دارای پرونده قابل استفاده‌ای در مورد سوابق بیماران نبودند و هیچگونه مداخله فعال برای پیشگیری از ایدز صورت نمی‌گرفت. از جمله مداخلات پیشنهادی این مطالعه برای کاهش مصرف مواد پس از حوادث طبیعی، می‌توان به این موارد اشاره کرد: اطلاع‌رسانی و تغییر نگرش که جامعه هدف آن، تمام اعضای هر واحد از اجتماع باشد، ارائه خدمات مشاوره گروهی و خانوادگی همراه با حمایت‌های مددکاری، دسترسی به روش‌های افزایش انگیزه برای ترک اعتیاد، آگاهی بیشتر و افزایش تحرک مردم برای تغییر وضعیت و انجام تبلیغات، حمایت و کاربرد یارانه برای پیمان‌کارانی که از مشارکت مردم در پروژه‌ها استفاده می‌کنند. همچنین در حین انجام مداخلات باید به نکات ذیل اشاره کرد:

- پس از حوادث طبیعی، به دنبال کشته شدن نسبت قابل توجهی از جمعیت، ساختار تعداد زیادی از خانواده‌ها دچار از هم گسیختگی می‌شود و علاوه بر آن، تفاوت و تضاد نگرش‌ها در خانواده نیز می‌تواند موجب تشدید تنش‌های موجود گردد.

- در هر حال مصرف مواد مخدر می‌تواند به طور مقطعی، آرامشی کاذب ایجاد نماید. از طرفی، حذف این عامل بدون افزایش مهارت‌های انطباق و کنترل استرس در کوتاه‌مدت، ممکن است سبب بروز مشکلاتی جدید شود.

از دیگر نقاط قابل تأمل در این مطالعه، ارائه خدمات سم‌زدایی محض توسط مراکز درمانی و استفاده محدود از داروی نالتروکسن پس از دوره سم‌زدایی است. استفاده از داروی نالتروکسن می‌تواند باعث ابقای بیماران در ترک، ادامه ارتباط با سیستم‌های درمانی و فرصت دریافت درمان‌های غیردارویی گردد. همچنین آموزش درمان‌گران در رابطه با روش‌های آموزش روانی، درمان‌های شناختی- رفتاری، گروه‌درمانی و آموزش خانواده توصیه شده است. با توجه به در اولویت قرار گرفتن شهرها نسبت به روستاها برای اجرای اقدامات بازتوانی، راه‌اندازی سیستم‌های شناسایی و ارجاع در روستاها، حداقل فعالیتی است که می‌بایست انجام گیرد (۱۱۵).

