

بسمه تعالی

راهنمای مداخلات روانشناختی مربوط به سوگ و درمان داغدیدگی

مقدمه

می دانیم که اپیدمی کرونا ویروس و گسترش ناگهانی بیماری کوید ۹۱ موجب غافلگیری کشور های جهان و از جمله کشور ما شده است. این اپیدمی در ایران از زمستان ۹۹۱۱ شروع شد. تجربه این اپیدمی در کشور چین نشان داد که طیف گسترده ای از افراد بخصوص خانواده های افراد درگیر با بیماری، نیازمند مداخلات روانشناختی ویژه می باشند. بحران فعلی و افزایش روبه رشد مبتلایانی که متأسفانه در جریان اپیدمی جان خود را از دست می دهند، زنگ خطر ایجاد بحران سوگواری نیازمند مداخله در خانواده های افراد متوفی را به صدا در آورده است. می توان گفت در روند سیر اپیدمی ها با افزایش موارد مثبت بیماری و مرگ و میر آنها، خانواده های سوگوار درگیر فرایند سوگی متفاوت با سوگ های تجربه شده ی پیش از این خواهند شد. اعضای خانواده و نزدیکان فرد مبتلای فوت شده در اثر بیماری، از جمله گروه های آسیب پذیر و حساس در برابر مشکلات روانشناختی طولانی بعدی خواهند بود. اما متأسفانه گاهی پرداختن ویژه به مسایلی همچون تشخیص زود هنگام موارد مشکوک و افراد مبتلا و پیشگیری از زنجیره انتقال، باعث می شود موضوع مهمی چون روانی بالای وارد شده به اعضای خانواده متوفی بر اثر بیماری، کمتر مورد توجه ارزیابی و مداخله لازم روانشناختی قرار بگیرد. لذا با توجه به اهمیت موضوع و لزوم پیشگیری و مداخلات به موقع روانشناختی برای کمک به حل و فصل سوگ این خانواده های داغدار، در این مجال کوتاه برآن شدیم، جهت تیم های روانپزشکی، روانشناسی، مددکاری اجتماعی و سایر رشته های مرتبط با بهداشت و سلامت روان، راهنمایی مختصری ارائه دهیم.

گروه هدف

اعضای خانواده و نزدیکان داغدار بر اثر بیمار مبتلا به بیماری در جریان اپیدمی

هدف

تسهیل و حل و فصل به موقع انجام عزاداری و سوگواری برای خانواده های داغدار

تعریف سوگ

سوگ پاسخ به تجربه فقدان یک فرد محبوب است که فوت کرده است. فقدان یک دوست، عضوی از خانواده و یا هر فرد محبوب دیگری، بازماندگان را با طیفی از احساسات دشوار و پیچیده و حتی متناقض مواجه می کند. بلافاصله یا مدتی بعد از فقدان یک دوره داغدیدگی آغاز می شود. علایم سوگ بسته به عوامل فردی اجتماعی مذهبی و فرهنگی می تواند متفاوت تجربه شود.

□ برخی نشانه ها و علایم مشخص داغدیدگی عبارتند از :

۹. علایم عاطفی: احساس ناراحتی، خشم، گناه، اضطراب، خستگی، غم و اندوه، گریه و زاری، تحریک پذیری، بیقراری، آشفتگی هیجانی.

۲. علایم جسمی: شامل بی حسی، شوک، کاهش انرژی، ضعف در عضلات، سردرد، تهوع، حساسیت به صدا، خشکی گلو و دهان، احساس سنگینی قفسه سینه، کوتاه شدن تنفس، بیخوابی، تغییر اشتها، آه کشیدن مکرر.

۹. علایم شناختی: شامل گیجی، کاهش تمرکز و قدرت تفکر، اشتغال ذهنی و گاه تجربیات ویژه مانند توهم شنوایی از صدای متوفی، احساس گسست از واقعیت و...

و نهایتاً تمامی علایم ذکر شده منجر به کاهش توانایی فرد برای انجام فعالیت های روزانه می گردد.

- پروسه سوگ نرمال، آگاهی فرد داغدار از واقعیت مرگ است که چه بسا گاهی با علایم افسردگی کوتاه مدت شباهت هایی داشته باشد. طول مدت این علایم و نحوه ابراز آن در گروه های مختلف فرهنگی و حتی درون یک گروه فرهنگی تفاوت های زیادی دارد. نهایتاً علایم ذکر شده طی ۲ الی ۴ ماه و حداکثر ۶ ماه رو به بهبود می گذارد و فرد به تدریج به زندگی عادی بر می گردد. با وجود اینکه واقعیت فقدان را پذیرفته است. علی رغم طیف گسترده احساسات تجربه شده در حین فرایند سوگ و دشوار بودن تصور ادامه زندگی عادی، در اکثر موارد تسکین و کاهش علایم به تدریج اتفاق خواهد افتاد که این موضوع نشانه ی عبور تدریجی از چنین وضعیتی و طی شدن فرایند سوگ نرمال می باشد.

- باید ذکر کرد اگرچه واکنش های هیجانی افراد سوگووار در اکثر موارد مشترک است اما هیچ ساختار مشخصی برای این فرایند به صورت قطعی وجود ندارد. ولی در اکثر موارد با گذشت هفته ها تا ماه ها

پس از وقوع فقدان، التهاب روانی و آشفتگی فرد بازمانده کاهش و فرد در صدد پذیرش و بازگشت به مسیر امید قرار می گیرد. هرچند حتی پس از ۶ ماه نیز یادآوری های دردناک فقدان سبب بروز بعضی از علائم خواهد شد. در ادامه توضیحی بعضی از انواع سوگ غیر طبیعی تفاوت سوگ با افسردگی خواهیم گفت.

سوگ کمپلیکه و غیر نرمال :

۹. **واکنش سوگ مزمن :** بیمار پس از زمان طولانی همچنان نتوانسته به سیر زندگی عادی بازگردد. این موارد بیشتر در رابطه بسیار نزدیک و توأم با وابستگی بین فرد سوگوار و متوفی و یا در شرایط عدم حمایت اجتماعی عدم دسترسی به دوستان و بستگان اتفاق می افتد.

۲. **سوگ تاخیری :** نبود یا مهمل پاسخ هیجانی مناسب و به موقع از نظر زمانی.

۹. **سوگ تشدید یافته :** سوگواری بیش از حد متعارف که گاهی منجر به سایر تشخیص های روانپزشکی مانند بیماری های اضطرابی، PTSD، افسردگی خواهد شد و گاهی نیازمند مداخله دارویی می باشد. این نوع سوگ اغلب به دنبال مرگ های غیر منتظره و ناگهانی اتفاق می افتد و سبب انزوای فرد می گردد.

۴. **سوگ پنهانی :** فرد از وجود ارتباط علایمش با سوگ فرد متوفی ناآگاه است و اکثراً علایم به صورت غیر عاطفی و غیر خلقی و به صورت علایم و بیماری های میکال تجربه می شود و این نوع سوگ علایم مختل کننده ای دارد که بیشتر در مردان مسن که همسر خود را از دست داده اند، دیده می شود.

۵. **سوگ تروماتیک :** که هم مزمن است و هم تشدید یافته شامل تالم و غم شدید همراه با گریه و زاری و اشتیاق مداوم برای دیدن دوباره فرد متوفی، اشتغال ذهنی راجعه و مزاحم در مورد فقدان همراه می باشد.

این حالت از سوگ در بیماران روانپزشکی شایع است.

• به طور کلی سوگ غیر نرمال بیشتر در مواقعی اتفاق می افتد که فرد فرایند سوگواری عادی را طی نمی کند یا فاقد حمایت های اجتماعی معمول می باشد و یا زمان سوگ طولانی تر از حالت عادی باشد، و یا فرد نتواند به عملکرد روزنامه زندگی خود بازگردد و تداخل جدی با سیر زندگی خود و اطرافیان داشته باشد. به عبارتی این سوگ هنگامی رخ می دهد که سوگواری ناقص یا ناتمام باشد و فرد در مراسم

خاکسپاری و ترحیم شرکت نکرده و یا اجتناب کرده باشد، و یا اینکه پدیده فقدان را نپذیرفته و در انکار باشد، نوع مرگ متوفی غیر منتظره و ناگهانی باشد یا فرد چند نفر را همزمان از دست داده باشد. نگاه بیمار و نوع وابستگی وی به متوفی نیز از جمله عواملی است که میتواند مانع از طی شدن روند طبیعی سوگ گردد. همچنین سابقه اضطراب، افسردگی یا آسیب های روانشناختی فرد بازمانده نیز در این زمینه موثر است. از جمله نشانه های سوگ غیر نرمال می توان به عدم تغییر محیط به همان صورت زمانی کهمتوفی زنده بوده (و ایجاد اختلال در زندگی عادی خانواده) و یا عدم صحبت در باره مرگ و موضوعات پیرامون آن اشاره کرد.

تفاوت سوگ با افسردگی اساسی

- سوگ ممکن است گاهی واجد ملاک های افسردگی باشد اما به ندرت در بازمانده احساسات مرضی گناه و بی ارزشی، فکر خودکشی، کندی روانی حرکتی و روانپریشی دیده می شود. فرد سوگوار احساس غمگینی اش بر اثر فکر کردن به متوفی یا برخورد با آثار و خاطرات وی آغاز می شود. اختلال عملکردش موقت و خفیف است و سابقه افسردگی در فرد یا خانواده وجود ندارد ضمن اینکه علائم معمولاً ظرف دو ماه نخست فقدان شروع و معمولاً کمتر از دو ماه طول می کشد. در واقع سوگ تجربه ای است که حاوی هیجانات منفی و مثبت می باشد. سیال و متغیر است و شدت هیجان در آن نوسان دارد و گاهی وابسته به محرک های درونی و بیرونی تسلی می یابد. در نهایت نیز انطباق هیجانی شناختی و رفتاری رخ می دهد و فرد می تواند در نهایت به زندگی رضایت بخش خود بازگردد.
- اما در افسردگی اساسی فرد خود را ضعیف بد و دارای عیب می داند و احساس ناراحتی اغلب خود به خود ایجاد شده و ربطی به متوفی و دیدن آثار وی ندارد. در هر زمانی می تواند رخ دهد. افسردگی نافذتر و پایدارتر از سوگ است و عملاً مجموعه علائمی ثابت و ناتوان کننده است که احساسات مثبت در آن کمتر است. در افسردگی دوره ای طول کشیده و پایدار از خلق پایین وجود دارد و از لحاظ بالینی ناراحتی قابل توجه عملکردی در عملکرد فردی تحصیلی و شغلی فرد ایجاد می شود. همچنین احتمال سابقه افسردگی اساسی در فرد یا اعضای خانواده وجود دارد. برخلاف داغدیدگی علائمی همچون اشتغال ذهنی مرضی با بی ارزشی، افکار خودکشی، علائم روانپریشی و یا کندی روانی حرکتی ممکن است وجود داشته باشد.

- اگرچه پیش بینی اینکه فرد سوگوار در نهایت به سمت افسردگی می رود یا خیر دشوار است اما بعضی عوامل خطر وجود دارد که نشان از احتمال ابتلای بالاتر به افسردگی اساسی می دهد. همچون سابقه افسردگی در فرد، شبکه حمایتی اجتماعی ضعیف، وجود واکنش های شدید افسردگی در نخستین مراحل سوگ، وجود مشکلاتی مرتبط با سوء مصرف الکل یا مواد و....
- یادمان باشد در سوانح منجر به فوت با ویژگی های خشن و غیر طبیعی و غیر منتظره علایمی گاهی بهنفع اختلال استرس پس از سانحه نیز وجود دارد که باید از سوگ طبیعی افتراق داده شود و نیاز به درمانی فراتر از بحث داغدیدگی دارد.
- اصطلاح دیگر مطرح در سوگ، اختلال داغدیدگی پیچیده پایدار در DSM5 می باشد که دارای کرایتیا های A الی E می باشد و در آن علایم توصیف شده ناراحتی واکنشی به مرگ، گسیختگی اجتماعی و هویتی، اختلال عملکرد و عدم تناسب واکنش سوگ با هنجار های بیمار مطرح شده است. (حداقل تا ۹۲ ماه پس از مرگ و در کودکان تا ۶ ماه پس از مرگ، ارجاع به جدول ۹-۹۴/۹ در کتاب سیناپس)

تفاوت های سوگ در اپیدمی به ویژه در اپیدمی مربوط به کرونا و ویروس با سایر سوگ ها

در واقع یکی از مسایل حایز اهمیت در ارتباط با خانواده های سوگوار در اپیدمی موضوع برگزاری مراسم خاکسپاری به صورت امن و در عین حال همراه با حفظ احترام حقوق انسانی فرد متوفی و اعضای خانواده آنهاست. فوت بیمار در قرنطینه و انجام مراسم تدفین توسط گروه هایی ویژه به جز خانواده، عملاً خانواده بیمار را از تماس با فرد از دست رفته، دیدن و لمس کردن و وداع با او در آخرین لحظات پس از مرگ محروم می کند. در واقع آنها فرصت داغداری و انجام مراسم عزاداری و تخلیه هیجانی در زمان خاکسپاری را ندارند. نکته مهم دیگر اینکه نه تنها مبتلایان فوت شده از بیماری که خانواده های آنها نیز در معرض انگ و استیگما و طرد از طرف جامعه هستند و همین موضوع سبب کاهش تمایل دوستان و نزدیکان در خانه متوفی چه به دلیل هراس از سرایت بیماری و چه انگ بیماری، می تواند منجر به تشدید انزوا احساس تنهایی و تجربه فقدان بدون حمایت عاطفی مکفی و همدردی دیگران شود. این عدم حمایت اجتماعی اطرافیان سبب عدم ابراز هیجانات مختلف در دوران سوگواری در توسط افراد سوگوار می گردد. نکته ای دیگر اینکه خانواده و نزدیکان سوگوار ممکن است به دلیل شرایط ایزولیشن و قرنطینه خانگی یا غیر خانگی توانایی ارتباط عاطفی و فیزیکی با بستگان و دوستان را از

دست بدهند و همچنین هیجان‌ات فرد بازمانده به نسبت فقدان و خود فرد متوفی می‌تواند متفاوت باشد. از یک طرف ممکن است فرد از اینکه به دلیل شرایط جدا سازی و قرنطینه و بستری بیمارش در شرایط ویژه در طی بستری قبل از مرگ و عدم امکان مراقبت از وی در دوران بیماری دچار احساس گناه و خود سرزنشگری شود. احساساتی چون خشم از فرد متوفی نیز دیده شده، توجه به نگرانی اضطراب و اشتغال ذهنی فرد بازمانده و حتی جسمانی سازی علایم مطرح شده نیز ممکن است رخ دهد. گاه احساس گناه از اینکه چرا با وجود بیماری مشابه همچون فرد متوفی دنیا را ترک نکرده، فرد را آزار خواهد داد. تمامی نکات ذکر شده سبب ایجاد مشکلات عدیده در حل و فصل سوگ افرددر اپیدمی خواهد شد.

درمان سوگ طبیعی

همانطور که قبلاً ذکر شد فرایند سوگ به طور طبیعی و با گذشت زمان بدون عارضه قابل توجهی طی خواهد شد. دسترسی به خانواده و دوستان و حمایت اجتماعی سبب سازگاری سودمند با این فقدان خواهد شد. در واقع برای تسهیل این بازه زمانی در سوگ نرمال می‌توان به اطرافیان فرد توصیه کرد که بیشتر از بیان جملات منطقی و نصیحت گونه حضوری همدلانه و گوش دادنی پر محبت داشته باشند. حضور در کنار فرد داغدیده، شنیدن احساسات وی و توجه به بیان احساساتش، نداشتن واژه‌ها از صحبت درباره فرد متوفی و مرور خاطراتش به بازمانده کمک می‌کند تا بتواند از این دوره عبور کند. در صورتی که این حضور همدلانه اطرافیان و حمایت های آنها برای کمک به فرد بازمانده کافی نبود، می‌توان اقدام به دریافت کمک های روانشناختی از افراد مجرب و آموزش دیده کرد تا به تدریج پذیرش این باور که طی شدن سوگواری امکان پیوستن دوباره به زندگی به معنای فراموشی متوفی نیست در فرد بازمانده صورت بگیرد. همچنین حمایت های مداوم در طول زمان و توجه ویژه در حوالی مناسبت های مهم مثل سالگرد فوت یا تولد فرد متوفی به بازمانده بسیار کمک خواهد کرد. یادمان باشد که حتی سوگ غیر نرمال و کامپلیکه نیز قابل درمان است و فرد باید بداند درمان نشانه بی احترامی به متوفی نیست.

درمان سوگ به روش IPT

مدت زمان ۲۲ جلسه این درمان شامل چند گام می‌باشد

- گام اول شامل تخلیه هیجانی و تسهیل سوگواری است که به طور متوسط ۵ تا ۶ جلسه طول می‌کشد. تسهیل سوگواری فرد در این مرحله با تشویق وی به فکر کردن و احساس دقیق مرگ بخصوص درباره توالی و پیامد رویداد های قبل، حین و پس از مرگ متوفی می‌باشد. سوالاتی مثل اینکه چگونه از

مرگ وی باخبر شدید؟ اولین بار چه احساسی داشتید؟ چگونه فوت کرد و اوضاع مرگ چگونه بود؟ یا چه زمانی از بیماری یا تصادف با خبر گشتید؟

بسیاری از افراد می ترسند که عظمت احساسات مربوط به سوگشان آنها را از پای در آورد. احساساتی همچون ترس، خشم، گناه، نگرانی، یاس، غمگینی و غیره. نقش درمانگر در اینجا تشویق افراد برای بیان احساساتشان می باشد و ذکر این نکته که احساسات هرچقدر قدرتمند باشند، آنقدری خطرناک نیستند که پذیرفته نشوند. نکته مهم در این مرحله همراهی و همدلی با مراجع و اطمینان بخشی به وی و نرمالیزه کردن احساسات وی می باشد. بیمار را تشویق کنید تا احساساتش را ابراز کند و با گوش دادن فعال به وی به تدریج به کاهش بار هیجانی او کمک کنید. همچنین یادمان باشد که برخی از افراد بازمانده درمورد بهبود یافتن از سوگوار احساس گناه دارند و آن را معادل خیانت و عدم دوست داشتن فرد متوفی می دانند.

- گام دوم این گام شامل بازسازی رابطه می باشد. به این معنی که با کمک ما، بیمار به سوالاتی درباره نوع رابطه با متوفی اشاره کند. سوالاتی مثل اینکه فرد متوفی از چه چیزی خوشش می آمد یا با یکدیگر چه کارهای مشترکی انجام می دادند و نیز مشکلات و فراز و نشیب های موجود در رابطه آنها چه چیز هایی بوده اند. باید به وی گفت که هیچ دونفری همیشه باهم یکسان نیستند و لذا دامنه بسیار پیچیده ای از احساسات مثبت و منفی در رابط افراد وجود دارد. افراد ممکن است از اشاره به احساسات دو سو گرایانه در مورد متوفی عصبانی شوند. (بخصوص در افراد دارای دلبستگی های نا ایمن که متوفی برای آنها سبب وابستگی شدید شده است) لذا باید به آنها گفت که همانطور که زمانی که شخص زنده بود قاعدتا دلخوری هایی با وی داشته و درمیان گذاشتن آنها سبب احساس بهتر در هردوی آنها می شده است، اکنون نیز ذکر احساسات منفی و مثبت در رابطه دوطرفه آنها سبب درک بهتر دایره احساسات وی درمورد متوفی و ایجاد تصویری کامل، متوازن و متعادل از رابطه آنها خواهد شد که سبب تسهیل سوگواری می شود. به مراجع بگویید درباره چیرهایی که در ارتباطتان دوست داشتید و یا دوست نداشتید صحبت کنید تا تصویری سه بعدی از ویژگی های مختلف رابطه شما شکل بگیرد. در این مرحله نیز همراهی و همدلی و گاهی سکوت و عدم ایجاد اضطراب از گریه کردن های بیمار و نیز جلوگیری نکردن از ابراز احساسات وی و حتی سکوت سبب می شود که مراجع هیجاناتش را بپذیرد و پس از این گامها احساس آرامش و کنترل بیشتری روی ناراحتی خود داشته باشد.

- گام بعدی تغییرات رفتاری می باشد. بعد از تخلیه هیجانی و سوگواری در جلسات اولیه و توضیح متوازی از جنبه های مختلف رابطه فرد با متوفی می توان به تدریج فضاها و روابط جدیدی برای ایجاد یک زندگی جدید بدون حضور فیزیکی متوفی برای مراجع ترسیم کرد. در واقع مراجع با وجود تصویری درونی از متوفی می تواند به روال طبیعی زندگی خویش بازگردد. در این زمینه حمایت های اجتماعی مهم است. مثلا از مراجع بخواهید که به تدریج و هنگامی که حالش بهتر شد کارهایی که می تواند انجام دهد، تا به عملکرد فردی تحصیلی و شغلی و حتی تفریحی بازگردد را به ما بگوید. همچون صحبت کردن یا شام خوردن با دوستانش در بیرون. به وی بگویید شما باید به تدریج برخی از فعالیت های قبل از فقدان را که برایتان لذت بخش بود شروع کنید. در جستجوی راه های برای از سرگیری روابط و ملاقات حتی با دوستان جدید به وی کمک کنید. در مورد تلاش های عملی وی در این مرحله با او صحبت کنید. مثلا بپرسید چه کارهایی انجام داده، کدام قسمت برایش خوشایند و کدام قسمت برایش دشوار بوده است یا

اینکه چه کارهایی دیگری دوست دارد و می تواند انجام دهد و راجع به آنها سخن بگوید. به طور کلیه هدف IPT پایان بخشیدن به سوگواری نیست، بلکه فرونشاندن آن برای قرار دادن فرد در مسیری صحیح میباشد .

درمان سوگ کامپلیکه CGT

- این درمان ۹۶ جلسه می باشد و شامل ارزیابی در جلسه اول، گرفتن تاریخچه خانوادگی و فردی بیمار و نیز توضیح کلیاتی از رابطه با متوفی می باشد. در ادامه جلسات بعدی (جلسه سوم) از فرد خواسته می شود که یک نفر از نزدیکانش را با خود به جلسه درمان بیاورد که این موضوع هم در زمینه ی ایجاد حس حمایت توسط دیگران و هم در زمینه کمک به درمان موثر است. در واقع فرد همراه می تواند منبع گرفتن شرح حال جانبی و تکمیلی و نیز گرفتن فیدبک از نحوه سیر درمان ما در زندگی مراجع می باشد. از جلسه چهارم میتوان به مراجع توصیه IMAGINAL- RIVISITING یا ملاقات مجدد نمود. در این جلسه مراجع فرایند فوت متوفی را در قبل، حین و بعد از اتفاق با جزئیات برای ما بازگو می کند. در جلسات بعدی RESTORATION ORIENTED WORK انجام می گیرد. یعنی به مراجع توصیه می شود فعالیتهایی که قبل از این فقدان انجام می داده و بعد از آن دیگر انجام نداده را به تدریج و مجددا آغاز کند. مانند ورزش و ارتباطات اجتماعی. در مرحله بعد از وی SITUATIONAL REVISITING را درخواست می کنیم یعنی مکان ها و فعالیت هایی که فرد بازمانده به خاطر متوفی از

آن اجتناب می کند را به تدریج و مجددا شروع کند. مثلا تشویق به انجام فعالیت خاصی که قبلا با فرد متوفی انجام می داده و به دلیل نبود و سوگ وی آن را ترک کرده است. مراحل ذکر شده به تدریج سبب بازگرداندن روال معمول زندگی قبلی فرد و در نتیجه بازگرداندن احساس آرامش و امنیت نسبی برای وی می گردد. در مرحله بعد از مراجع می خواهیم که فعالیت های جدیدی را که می تواند انجام دهد و به آنها علاقه مند است به تدریج و با نظارت در طی جلسات آغاز کند. در مرحله آخر که IMAGINAL CONVERSATION نام دارد و برای همه مراجعان انجام آن ضروری نیست و فرایندی بسیار دردناک و در صورت انجام موثر است. از مراجع می خواهیم که بنشینند و گویی که فرد متوفی در جلوی وی نشسته، شروع به حرف زدن با وی درباره حرف های ناگفته در رابطه ناتمامشان بکند. تا بدین وسیله به حل و فصل فرایند سوگ و بازگرداندن فرد بازمانده به مسیر روال عادی زندگی تا حد امکان کمک کند.

درمان سوگ در اپیدمی (کرونا)

درحالی که توجه بسیاری در اپیدمی ها به شناسایی موارد مشکوک و مبتلا، معالجه و تدفین بهداشتی متوفی است، متأسفانه کمتر به خانواده های سوگوار در اپیدمی توجه می شود. از جمله نکات مهم این است که خانواده های سوگوار نمی توانند در مراسم تدفین با عزت و متناسب با ارزشهای فرهنگی خود از متوفی خداحافظی کنند.

- با توجه به نکاتی که در مورد خصوصیات ویژه سوگ در اپیدمی تاکنون ذکر کردیم نیاز به توجه به مسایلی علاوه بر نکات ذکر شده در درمان سوگ های نرمال و غیر نرمال شرایط غیر اپیدمی می باشد. در واقع بروز انواع پیچیده، حل نشده، مبهم و مزمن سوگ در خانواده و نزدیکان فرد و ناباوری، انکار و تناقض هیجانات مختلف به دلایل ذکر شده در این نوع سوگ ها قابل پیش بینی است و چنین شرایطی مطرح کننده لزوم حمایت های روانی اجتماعی ویژه از این گروه از افراد در اپیدمی هاست. ایجاد آمادگی ذهنی و توضیحات کافی درباره اقدامات ایمنی ضروری پس از فوت و جلب توافق و همکاری برای اعمال این محدودیت ها در حین انتقال و تدفین برای این خانواده ها در پیش گیری از ایجاد نگرانی خشم سوء ظن و قافل گیری آنها موثر است. در واقع مقامات بهداشتی باید به خانواده های بازمانده قبل از انجام مراسم تدفین و خاک سپاری آگاهی ببخشند و آنها را برای برگزاری مراسم ویژه در مورد عزیزانشان راهنمایی کنند. بخصوص از نظر رعایت ایمنی و عدم حضور فیزیکی و تماس نزدیک با متوفی در زمان

خاکسپاری. باید گفت در این زمینه آگاهی بخشی رهبران مذهبی جامعه نیز در زمینه خدمات جامع روان حایز اهمیت است. همچنین فراهم کردن امکان انتقال افراد فوت شده به شهر محل سکونت و حتی الامکان انتخاب محل تدفین آنها توسط خانواده و ایجاد فرصت برای نزدیکان بیمار در صورت امکان جهت مشاهده بدن و صروت فرد فوت شده با رعایت ایمنی و فاصله توصیه شده مانع از شکل گیری عواقب روانشناختی ناشی از سوگ کمپلیکه خواهد شد.

- نکته دیگر فراهم کردن امکان حضور یکی از اعضای خانواده در صورت امکان در حین انتقال تا محل تدفین برای به اشتراک گذاری آخرین تصاویر با اعضای خانواده توسط وی می تواند کمک کننده باشد. همچنین به نظر می رسد انجام مراسم خاک سپاری بهتر است با رعایت خطرات سرایت عفونت حتی الامکان محترمانه و متناسب با آداب و رسوم فرهنگی معمول آن منطقه انجام شود و نیز امکان حضور افرادی که معمولاً در آیین های سوگ واری مذهبی و فرهنگی در مراسم خاک سپاری وجود دارند مانند رهبران مذهبی روحانی ها با دریافت آموزش و آشنایی به رعایت اصول ایمنی به عنوان واسطه ای بین گروه ویژه ی انجام خاک سپاری و افراد خانواده متوفی کمک کننده است. یادمان باشد که مشاوره سوگ و فقدان برای اعضای خانواده ای که دسترسی به خدمات روانشناختی ندارند بسیار ضروری است. در طی اپیدمی هایی که افراد زیادی در آن فوت می کنند نیاز به گروه های ساپورتیو جهت داغدیدگی به عنوان یک نقش درمانی و برای تقویت ارتباطات و حمایت اجتماعی ضروری است.

- در مورد احساساتی مانند گناه، سرزنش، خشم و اضطراب که در بازماندگان اپیدمی دیده می شود، پردازش این هیجانان دردناک، به چالش کشیدن افکار ایجاد کننده این احساسات، تشویق افراد سوگوار به مراقبت از خود، تقویت تاب آوری و توانایی سازگاری با پیامدهای فقدان و نیز دریافت حمایت های روانشناختی به صورت مشاوره روان درمانی و حتی در صورت امکان ارتباط با سایر خانواده های سوگوار مفید می باشد. برای کاهش حس گناه و خشم و سوالات در مورد فلسفه زندگی گروه های حمایتی به صورت آنلاین و یا حتی ملاقات غیر حضوری توسط یک رهبر روحانی مذهبی و یا درمانگر حرفه ای می تواند موثر باشد. احساس درک شدن و همدردی از سوی درمانگر برای کاهش فشار دردناک ناشی از این احساسات در فرد بازمانده بسیار کلیدی است. همچنین حمایت رسانه ای از افراد مذکور در جهت افزایش اعتماد ملی و کاهش نگرانی ها و مشکلات روانشناختی این افراد موثر است. خطوط تلفن و تماس های اینترنتی توسط تیم سلامت روان باید به خوبی حمایتگر باشد. کارکنان خدمات بهداشتی روان باید پیام ها و اطلاعات لازم جهت کاهش درد سوگواری این افراد را در اختیارشان بگذارند. تماس های آنها در هر زمان باید فوراً پاسخ داده شود. در تماس های ذکر شده با افراد سوگوار توجه به تفاوت

های فرهنگی و مذهبی و حتی گویش های محلی آنها مهم است. پس راه های ارتباطی همچون تلفن رسانه تصویری پیامک سایت ها و پادکست ها در این زمینه اولویت دارند.

- همچنین می توان با ساپورت های اجتماعی از اینکه بازماندگان سوگوار بخصوص از لحاظ تامین نیازهای پزشکی و روانشناختی در قرنطینه خانگی مشکلی ندارند، اطمینان یافت. همچنین پاسخ های روانشناختی مشکلات پیش بینی شده مانند تبعات ناشی از قرنطینه و ایزولیشن اجتماعی و محدودیت عملکرد تحصیلی و شغلی در این شرایط باید توسط تیم بهداشت روان مد نظر و در تماس های از راه دور مدیریت گردد. یادمان باشد توصیه به مشاوره های تماسی و تلفنی و اینترنتی جهت کاهش خطرات سرایت و رعایت موزاین تایید شده توسط وزارت بهداشت می باشد.

- تقویت انعطاف پذیری و تاب آوری سبب افزایش سازگاری و تحمل درد و پریشانی در مقابل بحران فقدان در اپیدمی می شود. این دیدگاه که چالشهای بحران اپیدمی به عنوان بخشی اجتناب ناپذیر از سیر زندگی انسانی باید پذیرفته شود و اهداف و برنامه های ما جهت کاهش درد روانی و بار تحمیلی به بازماندگانواقع بینانه عملی و ملموس باشد بسیار مهم است. تلاش در جهت افزایش امید و تقویت این دیدگاه که زندگی همچنان ادامه دارد برای افراد بازمانده ضروری و موثر است. همچنین باید به خانواده های بازمانده در باره مواظبت و احتیاط های مورد نیاز جهت کاهش خطر ابتلا به بیماری اپیدمی شده، همچون افزایش مراقبت از خود، تقویت فعالیت های تسکین دهنده و اقدامات سلامت روان توصیه شود. همچنین مداخلات در زمینه خدمات بهداشت روان به این خانواده ها باید با رعایت اصول بهداشت عمومی و حتی الامکان غیر حضوری جهت کاهش خطر سرایت باشد .

- نکته دیگر در مداخلات بهداشت روان برای این افراد انگ و استیگمای اجتماعی می باشد که به تبع آن انزوای این خانواده ها به دلیل انگ سبب ایجاد عواقبی همچون مشکلات مالی فردی و شغلی می باشد. بخصوص در مواردی که فرد متوفی سرپرست خانواده و حامی اصلی اعضای خانواده بوده است. توجه به این نکات بسیار ضروری است. یادبودهای عمومی برای بزرگداشت یاد متوفی حتی الامکان حتی به صورت غیر حضوری نقش مهمی در کاهش این ننگ و استیگما دارد. تقویت روحیه اجتماعی در افراد سبب کاهش این درد و رنج می شود.

- همچنین باید دانست گاهی مداخلات دارویی در کنترل اضطراب و پرخاشگری شدید و مواردی چون حملات پانیک و تشدید اضطراب قبلی مفید و موثر است (مثلا درمان با بنزودیازپین) و نیز گاهی بی

خوابی شدید نیاز به درمان موقت با داروهای مورد نظر خواهد داشت و اگر افسردگی اساسی به عنوان علت سوگ تشخیص داده شود درمان استاندارد ضد افسردگی باید انجام شود.

- نکته مهم اینکه کودکان و سالمندان از جمله آسیب پذیر ترین و مستعد ترین افراد در اعضای خانواده متوفی جهت آسیب های روانشناختی غیر معمول و غیر قابل تحمل هستند که نیاز به حمایت و توجه ویژه دارد.

- یادمان باشد عدم وجود حمایت سلامت روان برای افراد سوگوار در اپیدمی و عدم پشتیبانی از آنها سبب ماندگاری و ازمان مشکلات ناشی از سوگ خواهد شد بخصوص ارزیابی و غربالگری افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه اختلال مصرف موارد در تماس های ذکر شده باید مد نظر قرار گیرد و علائم هشدار دهنده روانشناختی مرتبط با آنها به صورت ویژه ارزیابی شود.

- تعداد بالای درگذشتگان و نیاز بازماندگان به دریافت حمایت روانی اجتماعی مطرح کننده نیاز ضروری به ارائه خدمات مشاوره مرتبط با سوگ و فقدان در سطح وسیع و با هدف کاهش پیامدهای دراز مدت در سطح خانواده ها و در نهایت جامعه است.

منابع:

- 1 .Psychiatry of Pandemics; A Mental Health Response to Infection Outbreak; Damir Huremovic. Springer. 2019. P: 144-148.
- 2 .M Weissman, JC Markowitz, GL Klerman (2000). Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy (pp 61-72). NewYork: Basic Books.
- 3 .Wetherell L J.(2012). Complicated grief therapy as a new treatment approach.Clinicalresearch,DialoguesinClinical Neuroscience.2012;14:159-166.
- 4 .Noe Kasali.Grief and Memorialisation;Bethesda counseling center.(2019)
www.socialscienceinaction.org

5 .Focus on the family, coping with death and grief, by Patricia Johnson.

<https://www.focusonthefamily.com/get-help/coping-with-death-and-grief/>

6. Ripoll S. Gercama I. Jones T. Wilkinson A. (Dec 2018). Social Science in Epidemics: Ebola Virus Disease Lessons Learned .Background report.

www.Socialscienceinaction.org.

۷. سادوک، بنجامین جیمز. سادوک، ویرجینیا ا. روئیز، پدرو. (۲۰۱۵) خلاصه روانپزشکی : علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی. ترجمه: دکتر فرزین رضاعی (۹۹۱۴). تهران: کتاب ارجمند.

۱. جرالد ال ، کلرمن، جان سی، مارکوویتز، ماریان م، وایزمن. رواندرمانی بین فردی: راهنمای فوری متخصصان بالینی

، مترجمان پروانه محمد خانی ، مهدی زمستانی. (۹۹۱۱). تهران: انتشارات دانزده