

یاری رساندن به کودکان پس از بلایای طبیعی*

رابین گودمن

ترجمه و تلخیص: دکتر نعمت‌اله بابائی**

اگرچه پس از وقوع بلایای طبیعی همه جمعیت یک شهر، روستا یا منطقه آسیب می‌بینند اما برخی از آنان به دلیل ویژگی‌های جسمانی، شرایط فرهنگی و یا موقعیت اقتصادی، بیش از دیگران متحمل خسارت و آسیب می‌شوند. کودکان از جمله گروه‌های جمعیتی هستند که در فجایع طبیعی سخت در معرض خطر قرار می‌گیرند. مقاله حاضر می‌کوشد ابعاد شرایط مخاطره‌آمیز کودکان و واکنش‌های آنان را پس از حوادث غیرمترقبه توضیح دهد و راه‌کارهایی را به منظور مداخله در بحران با توجه و تأکید بر امداد رسانی ارائه کند.

کلید واژه‌ها: بلایای طبیعی، کودکان، PTSD

مقدمه

بلایا به وقایعی اطلاق می‌شود که یکباره و ناگهان در زمانی کوتاه برای عموم مردم رخ دهد. هر چند بلایا در مدت زمانی کوتاه اتفاق می‌افتد، ولی عوارض و عواقب بعدی آن تا مدت‌ها باقی می‌ماند و بیش از همه بر کودکان اثر می‌گذارد.

بلایا ممکن است به یکی از علل زیر اتفاق بیفتد:

(۱) علل طبیعی: نظیر توفان یا زمین‌لرزه

* Source: Goodman, Robin. Et al.(2002). "The Aftermath of Disaster: Helping children affected by Trauma and death". child study center. volum 7. number 1.

** متخصص پزشکی اجتماعی

۲) علل تکنولوژیک: نظیر سقوط هواپیما یا شکسته شدن یک پل

۳) خشونت‌های بشری: نظیر جنگ، نسل‌کشی و ترور

می‌توان کودکان را در همه موارد به‌عنوان قربانیان مستقیم یا شاهد ماجرا، و یا حاصل و وارث بلا یا به‌شمار آورد؛ کسانی که نیازمند رسیدگی و پی‌گیری ویژه‌ای هستند. در این‌جا به برخی از این اقدامات اشاره می‌شود.

۱) عوارض بلا یا در کودکان آسیب‌دیده

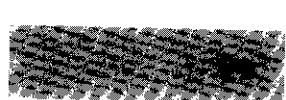
بعد از وقوع بلا یا، اغلب گروهی از مردم آسیب می‌بینند که نیازمند رسیدگی‌هایی چون بهداشت روانی و مشاوره هستند. هر چند تعداد آسیب‌دیدگان، نوع و عامل آسیب متفاوت باشد ولی همگان نیازمند خدمات ویژه‌ای هستند. هر فاجعه‌ای علی‌رغم عوارض و مشکلاتی که به بار می‌آورد، در صورتی که بتوان در مورد نیازها و تقاضاها و نحوه خدمت‌رسانی و روش‌های بهینه‌سازی آن تحقیق و بررسی کرد، و در صورت جمع‌بندی مناسب می‌تواند آموزه‌ای برای ما و سایرین باشد تا در سایر موارد مشابه از این اندوخته‌ها و تجربیات استفاده کنیم و عوارض و پیامدهای بلا یا را کاهش دهیم. اولین و مهم‌ترین توصیه این است که در شروع تقسیم کار در کنار تیم‌های اجرایی که وظایف نجات، امداد، انتقال، درمان و حمایت را به عهده دارند، یک یا چند تیم تحقیق نیز به بررسی و تحقیق در این باره بپردازند. این بررسی و تحقیق می‌تواند به نیازها و خواسته‌ها، کمیّت و کیفیت خدمات‌رسانی، نقاط ضعف و قوت، روش‌های بهینه‌سازی اقدامات و یافته‌های جدید بپردازد؛ از جمله می‌تواند بروز و شیوع برخی اختلالات جسمی و روانی و بیماری‌هایی را که احتمال می‌رود در چنین وقایعی ظاهر شوند، بررسی کند و بتواند با بروز موارد جدید بیماری و اختلال مقابله کند و یا رفتار مورد نیاز مراقبت و درمان را پیگیری کند. در وقوع یک فاجعه، کودکانی که آسیب‌دیده‌اند به‌طور مستمر درگیر ماجرا می‌شوند، اما کودکانی هم که در فاجعه آسیب مستقیم ندیده‌اند، ساعت‌ها و هفته‌ها درگیر موضوع می‌شوند و به سادگی حاضر نیستند به شرایط طبیعی زندگی برگردند. بنابراین اگر در فاجعه‌ای فقط ده

درصد کودکان دچار عارضه یا آسیب جسمی و خانوادگی شوند، نمی توان نود درصد بقیه را از تأثیرپذیری روانی فاجعه مصون فرض کرد، لذا برای آنها نیز می بایست برنامه ریزی به عمل آید.

مطالعه نشان داده است در حوادثی نظیر یازده سپتامبر با گذشت شش ماه پس از واقعه، فقط برخی از کودکان در حد طبیعی به استرس پاسخ می دادند و بسیاری دیگر اختلالات آشکاری از خود بروز می دادند. بر اساس این مطالعه از ۸۰۰۰ دانش آموزی که در مطالعه شرکت داده شده بودند هشت الی پانزده درصد، حد بالاتری از علائم اختلال روانی پس از ضربه* (PTSD)، همچنین علائم افسردگی شدید، اضطراب ناپیوسته، هراس و اختلالات سلوکی از خود بروز می دادند. برای مثال وقتی به طور اختصاصی سوال های مربوط به اختلال روانی پس از ضربه (PTSD) با آنها طرح می شد، پاسخ های آنان بر این دلالت داشت که آنها هر چند می کوشند به حادثه نیندیشند اما این رفتار را تسواری می یابند و اغلب به آن فکر می کنند؛ همچنین اغلب دچار اختلال خواب هستند، رفت و آمدهای خود را کم کرده یا متوقف ساخته اند؛ نیز به کارهایی مبادرت می ورزند که خاطره حادثه را زنده نگه دارد ضمن آن که اغلب گرفتار کابوس های شبانه اند.

نه ماه پس از حادثه بررسی دیگری هم نشان داد که اغلب کودکان درباره سلامت بزرگ ترها نگرانی داشتند؛ اضطراب از ترک خانه در آنها دیده می شد و اختلال در خواب رفتن به شکل واضحی در آنها بالا گرفته بود. مطالعه نشان داد حتی یکسال پس از آن چهل درصد کودکان همچنان درباره سلامت والدینشان نگران اند و بیست درصد کودکان از فکر بیرون رفتن از خانه دچار اضطراب می شوند و بیش از هفده درصد آنها از کابوس های شبانه و اختلالات خواب شکایت دارند.

* Post traumatic stress disorder.



۲) کدام کودکان بیش تر در معرض خطر هستند؟

یک فاجعه مثل تکه سنگی است که در آب آرام یک استخر فرود می‌آید و کودکان در مواجهه با آن، نزدیک‌ترین افراد به حادثه وارده و یا موجی هستند که پس از فرو افتادن تکه سنگ ایجاد می‌شود. در این میان کودکانی بیش‌ترین میزان خطرپذیری را دارا هستند که ۱- در وقوع بلا یا از نظر مجاورت فیزیکی همچون یک قربانی یا شاهد عینی یک فاجعه باشند؛ ۲- کودکانی که از نظر مجاورت عاطفی یک یا چند نفر از بستگان نزدیک یا دوستانشان دچار مرگ یا جراحت شده باشند. هر چند این آسیب منحصر به آنها نمی‌ماند و کودکانی که در فاصله‌ای دور هم بوده‌اند از طریق رسانه‌ها در جریان موضوع قرار می‌گیرند؛ عوارض حاصله در اینان تا حدودی شبیه عوارض کودکانی است که در یک فاجعه دچار ضربه عاطفی شده‌اند و حتی برخی از آنها مانند کسانی که در مجاورت فیزیکی حادثه بوده‌اند، عکس‌العمل نشان می‌دهند؛ ۳- و دیگر کودکانی که از نظر مسائل حمایتی، پس از وقوع یک فاجعه متحمل صدمات فیزیکی یا عاطفی شده‌اند. اینان در صورتی که از حمایت اجتماعی کافی برخوردار نباشند یا در کنار آمدن با مشکلات پدید آمده نظیر بیکاری والدین و نظایر آن مهارت کافی نداشته باشند، احتمال خطر برای آنها بسیار بیش تر خواهد بود.

۳) پاسخ کودکان در بلا یا

پاسخ کودکان در بلا یا از یک واکنش طبیعی به استرس، تا یک اختلال روانی واضح و مشهور، در نوسان و تغییر است. این پاسخ‌ها در اغلب موارد تابعی از عوامل زیر هستند:

- میزان مواجهه کودکان با موضوع؛
- نوع واکنش اطرافیان؛
- شدت و عمق فاجعه؛
- میزان حمایت‌های انجام شده؛
- میزان مهارت‌های تطابقی کودکان؛

مهم‌ترین و بزرگ‌ترین مشکلات فوری پس از یک فاجعه عبارتند از:

- اختلال روانی پس از آسیب (PTSD)؛

- صورت‌های مختلف اضطراب؛

- افسردگی؛

- خشونت؛

- رفتارهای ستیزه‌جویانه؛

- اعتماد به نفس پایین؛

- مشکلات اجتماعی؛

- اختلالات فیزیکی و جسمی؛

این واکنش‌ها با سن کودک، چالش‌های اجتماعی او، ظرفیت هوشی و شخصیت او نیز ارتباط دارند. برای مثال وقتی یک فاجعه در سن بعد از یازده سالگی کزدگان رخ می‌دهد، عوارض آن می‌تواند برای کودکانی که در سنین پایین‌تر قرار دارند تا سه برابر بیش‌تر باشد. بیش‌ترین و عمومی‌ترین واکنش در تحقیقات به عمل آمده، PTSD است که عمدتاً در باقی‌ماندگان پس از جنگ، سانحه‌دیدگان، توفان‌زدگان، گرفتارشدگان فجایع زلزله، و مصدومان حملات اتمی و شیمیایی و آتش‌سوزی دیده می‌شود.

پیامد روان‌شناختی چنین حوادثی به پایداری، تداوم یا وخیم‌تر شدن بروز این حوادث نیز بستگی دارد. میزان بروز PTSD شدید طی یک‌سال پس از فاجعه، ده تا نود درصد در تغییر است؛ هر چند همه آن‌ها ممکن است علائم کامل PTSD را نداشته باشند. اغلب کودکانی که در معرض فاجعه قرار گرفته‌اند، علائمی از ناتوانی بروز می‌دهند. به هر حال بر اساس موقعیت و شدت فاجعه و تجربه مجدد ذهنی آن، شایع‌ترین پیامدها افسردگی شدید و PTSD بوده است: میزان شیوع PTSD، بیست و شش تا نود و پنج درصد و افسردگی، بیست و هشت تا هفتاد و شش درصد است.

در کنار اختلالات و نشانه‌های درونی و روانی فاجعه نظیر افسردگی و اضطراب، نشانه‌ها و علائمی بیرونی چون مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی دیده می‌شود.

واکنش سوگ یک پدیدار پیچیده است که از طریق سوگ و ضربه قابل تعریف است. هنگامی که در یک واقعه و آسیب، مرگ نزدیکان به وقوع می‌پیوندد، کودکان در معرض تجربه هولناک جدیدی قرار می‌گیرند. کودکانی که یک یا دو نفر از دوستان یا اعضای خانواده و یا یکی از بستگان خود را از دست می‌دهند، بیش‌تر در معرض ابتلا به اختلالات درونی و بیرونی قرار می‌گیرند، و در آن میان PTSD، افسردگی، مصرف ناهنجار مواد مخدر، شخصیت مرزی، و آزدردگی‌های جسمی به‌عنوان عکس‌العمل و واکنش سوگ، از بیش‌ترین سهم برخوردارند و طی سال نخست بیش‌تر بروز می‌کنند. هر چند برای آن‌ها که آسیب‌دیده و یا سوگ‌وارند، بعد از سال اول هم، خطر همچنان مطرح است، اما در مقام مقایسه کسانی که دچار آسیب شده‌اند، میزان بالاتری از PTSD را نشان می‌دهند و تحریک، نگرانی، افسردگی و اختلال سلامت جسمی همواره در آن‌ها مطرح است. شدت عارضه بستگی به نوع رابطه کودک و کسانی که فوت کرده‌اند دارد. مرگ والدین می‌تواند کودکان را کاملاً از نظر سلامت روانی آسیب‌پذیر کند؛ هر چند در مورد دوستان کودک نیز اهمیت موضوع، چندان کم نیست و باید بدان توجه شود.

۴) عوامل مختل‌کننده سازگاری

کارکردهای مراقبت از کودکان داغ‌دیده و ضربه‌دیده، شگرف و تعجب‌برانگیز است، و توانایی و بازتوانی آن‌ها را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. عوامل مداخله‌کننده و تأثیرگذار در بازیابی یا عدم بازیابی توانایی‌های جسمی، روانی و مهارتی کودکان، بیش از همه متأثر از نگرش والدین است. والدین موفق و اثرگذار با تمرین و آموزش مهارت‌های سازگاری می‌توانند بیش‌ترین نقش را در بازیابی روحیه و قوای کودکان ایفا کنند.

مشکلات موجود که موجب مختل شدن سطح سازگاری و کنار آمدن کودکان می‌شود می‌تواند شامل اختلالات مادرزادی - روانی باشد. از سوی دیگر اغلب والدین از میزان مدت استرس فرزندان خود در برابر فاجعه و مصیبت برآورد کم‌تری دارند، که این موضوع نیازمند آموزش به والدین است. مسلماً در کنار نگرش والدین باید به عوامل انسانی و

مهارتی افراد مداخله کننده در آسیب پدید آمده، میزان دسترسی، کیفیت آن‌ها و ... اشاره کرد. بهبودی معمولاً تحت تأثیر پاسخ مناسب مجموعه و منابع در دسترس حاصل می‌شود.

۵) آموزش و توسعه فعالیت‌های لازم

تولید اطلاعات به منظور کمک به هویت‌یابی و درمان کودکانی که در معرض آسیب بوده و یا گرفتار آن شده‌اند، در روزها و هفته‌های اول بعد از فاجعه بسیار مهم است. کودکان باید بدانند چگونه با فاجعه کنار بیایند و کمک بگیرند. مداخله اساسی به منظور کمک، از هنگام بروز فاجعه و استرس لازم است.

هدف کلی، دادن اطلاعاتی به عموم، والدین و متخصصان درباره واکنش‌های مورد انتظار است. زمینه‌های آموزش و توسعه فعالیت‌ها باید شامل برقراری سلامت روانی مردم محروم و داغ‌دیده، راه‌های پیش‌گیری از بروز مشکلات و توسعه فعالیت‌ها در این موارد باشد. باید به مردم و کودکان آموخت که استرس و فشارهای روانی نیازمند درمان است و هیچ‌کس نباید از دریافت کمک احساس شرم داشته باشد.

همکاری و هماهنگی در میان مسئولان مدارس، پلیس، آتش‌نشانی، امدادگران اورژانس، مددکاران اجتماعی و پزشکان و روان‌شناسان به منظور برقراری سلامت روان و جلوگیری از پیامدهای فاجعه بسیار مهم و حیاتی است. در این راه، تولید پیام و رساندن اطلاعات در باب خدمات و راه‌های دسترسی به شبکه حمایتی، و مراقبت و هماهنگ کردن آن‌ها بسیار ضروری است.

۶) ارزش‌یابی

لازمه مداخله موثر، دانش صحیح و تشخیص درست است. غربال‌گری به منظور تعیین کودکانی که بیش از دیگران نیازمند کمک هستند، هر چه سریع‌تر باید انجام شود. این عمل باید بر اساس مشخص کردن طبیعت، گستره، علائم و نحوه تعامل کودکان با وقوع فاجعه، همچنین همراهی با اختلالات و مشکلات روانی پیگیری شود. برای ارزش‌یابی و

غریبالگری، همکاری و اجازه والدین، معلمان و مسئولان نیاز است. نیازهای جدید و اقدامات جدید باید ارزیابی شود و به مشکلات فردی باید توجه کافی شود. برای مثال کودکان در بررسی و ارزش‌یابی، همان مسائل و نیازمندی‌های مدارس و دبیرستان را در نظر نگیرد. تبعات و عوارض زمان‌های بحرانی نظیر سالگرد فاجعه و نظایر آن را نیز باید مد نظر قرار داد.

۷) معالجه و ارجاع

سیستم بهداشتی باید در جایی قرار داشته باشد که بتواند به مشکلات فردی کودکان در معرض خطر پاسخ مناسب بدهد. همچنین باید به کسانی که حرفه آن‌ها خدمات‌رسانی به کودکان است نتیجه تحقیقات ارائه شود. امدادگران باید یاد بگیرند نامتناسب بودن شرایط را با توجه به ناسازگاری کودکان تشخیص دهند و اولویت‌های مداخله و معالجه را تعیین کنند.

به منظور بررسی و رفع اضطراب کودکان آسیب‌دیده و داغ‌دیده و عکس‌العمل‌ها و واکنش‌های آنان در برابر فاجعه، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت روانی مدارس و دیگر حرفه‌های مرتبط، باید سمینارهای لازم را به منظور ارتقای سطح خدمات برگزار کنند. این سمینارها باید نهایتاً به تدوین برنامه‌های مناسب کودکان و دانش‌آموزان هر منطقه آسیب‌دیده و مدیریت کلاس‌ها و نحوه رویارویی با مشکلات منجر شود. هنگامی که مسائل مشخص شدند، اهداف زمان‌بندی شده و امداد‌رسانی‌های ویژه مرتبط با داغ‌دیدگی، همچنین درمان و مدیریت درمان می‌بایست با همکاری سایر دستگاه‌های مراقبت‌کننده و مسئول برای اقدامی واحد به منظور رفع مشکلات کودکان (اعم از آن‌که مشکلات ربط مستقیم با فاجعه داشته باشند و یا مشکلات از نوع جنبی باشند) به کار بسته شوند. غفلت از اقدامات سریع و به موقع در فاجعه و بلایا، و عوارض آن‌ها نظیر داغ‌دیدگی و سوگ کودکان، تعیین‌کننده و اثرگذار خواهد بود؛ چرا که در کوتاه‌مدت علائم مصیبت باقی می‌مانند یا بدتر می‌شوند و حتی ممکن است کودکان خود را مقصر بدانند و در باب مرگ

دیگران و پیدایش فاجعه، احساس گناه داشته باشند. در این صورت مشکلات ثانوی بر آن‌ها عارض خواهد شد که می‌تواند خانواده و دستگاه‌های مداخله‌کننده را دچار فرسودگی و ناامیدی کند.

همچنین ممکن است در درازمدت پیامدهایی نظیر افت تحصیلی، ترک تحصیل، خودکشی، مصرف ناهنجار مواد مخدر، رفتارهای بزهکارانه، انزوای اجتماعی و شکست در کارایی ظاهر شود. نظر به اهمیت موضوع تأکید می‌شود والدین آنان همواره در روند معالجه و درمان کودکان حضور داشته باشند.

درمان باید بر پایه اصول تخصصی و حرفه‌ای، به منظور مداخله در آسیب و سوگ باشد. شناخت درمانی توأم با رفتاردرمانی، در اغلب کودکان مبتلا به PTSD، اختلالات اضطرابی و دیگر مشکلات مرتبط با آن، مؤثر واقع می‌شود.

در کنار درمان، باید آموزش‌هایی به منظور دادن اطلاعات مرتبط با فاجعه مورد نظر، به عمل آید تا اذهان عمومی روشن شود؛ نیز به شکلی گسترده و فراگیر به گروه‌های درگیر در مسئله آموزش‌های لازم داده شود.

و در مجموع ضرورت دارد یک اقدام هماهنگ و واحد به عمل آید و علی‌رغم مداخله دستگاه‌های مختلف، وحدت رویه‌ای پیش گرفته شود. ارزیابی مستمر و طولانی‌مدت همواره مورد نیاز است تا مشخص شود آیا اقدام و روش جدیدی لازم است؟ همچنین لازم است والدین آگاه و کارآمد با حمایت‌های اجتماعی، درمان مناسب و مراقبت‌های هدفمند، تأثیر شگرف خود را در کاستن استرس و داغ‌دیدگی نمایان سازند، همچنین علائم آسیب‌دیدگی را بکاهند و کارکرد و توان این کودکان را در کوتاه‌مدت یا بلندمدت ارتقاء دهند.

- 1- Bernstein, R. (2002). *Out of the Blue: The Story of September 11, 2001*. (P.I). Henry Holt & Co.LLC: New York.
- 2- Citizens' Committee for Children of New York. (2002). **Children and Crisis: NYC'S Response after 9/11: A Survey about Children and families in NYC.**
- 3- Dowdney, L. (2002). **Annotation: Childhood bereavement following a Parental death.** Journal of Clinical Child Psychology, 26: 276-284.
- 4- Goenjian, AK, Molina, L, Steinberg, A, Fairbanks, LA, Alvarez, ML, Goenjian, HA, & Pynoos, RS. (2001). **Posttraumatic stress syndrome and depressive reactions among Nicaraguan adolescents after hurricane Mitch,** The American Journal of Psychiatry 158: 788-794.
- 5- Goodman, RF et al. (2002). **Caring for kids after Trauma and Death: A Guide for Parents and Professionals.** Available online at: <http://www.aboutourkids.Org/articles/crisis-index.html>.
- 6- Hoffman, D. (1998). **The Oklahoma City Bombing and the Politics of Terror.** Feral House. Venice, Ca.
- 7- Hoven, CW, Duarte, CS, Lucas, CP et al. (2002). **Effects of the World Trade Center attack on New York Public School Children.**
- 8- Columbia School of Public Health, New York Psychiatric Institute and Applied Research and Consulting, LLC. (2002). **Initial report to the New York City Board of Education.** New York.
- 9- Husain, SA, Jyotsna, N, Holcomb, W, Reid, JC, Vargas, V & Nair, SN. (1998). **Stress reactions of children and adolescents in war and siege conditions.** American Journal of Psychiatry, 155: 1718-1719.
- 10- Korol, M, Green, BL & Gleser, GC. (1999). **Children's responses to nuclear waste disaster: PTSD symptoms and outcome predictions.** Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38: 368-375.
- 11- La Greca AM. (1992). **Not out of sight- not out of mind: The continuing stress of Hurricane Andrew.** Clinical Child Psychology Newsletter 7 (2): 1-2,4.

- 12- La Greca AM, Silverman, WK, & Wasserstein SB. (1998). **Children's predisaster functioning as a predictor of Posttraumatic stress following hurricane Andrew.** Journal of consulting and Clinical Psychology, 66: 883-892.
- 13- Pfefferbaum, B. (1997). **Posttraumatic stress Disorder in children. A review of the past 10 years.** Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Vol. 36: 1503-1511.
- 14- Silverman, PR, Worden, JW. (1993). **Children's reactions to the death of a parent.** Handbook of Bereavement: Theory, Research and Intervention. MS Stroebe, W Stroebe, OHansson (Eds). (pp.300-316) New York: Cambridge University Press.
- 15- Worden. JW. (1996). **Children and grief: when a Parent dies.** New York: Guilford Press.