



سازمان همبستگی کشور

مداخلات روانشناختی تلفنی در بحران کرونا ویروس با ملاحظات ویژه مبتلایان، کادر درمان و سوگ

معاونت توسعه پیشگیری
دفتر مشاوره و امور روانشناختی
بهار ۹۹

تدوین و گردآوری: لیلا کریمی فرشی
روانشناس بالینی



لبتوجه به همه گیری و شیوع کرونا ویروس موسوم به COVID-19، نگرانی و اضطراب ناشی از ترس از ابتلا به بیماری، افزایش تعداد مبتلایان و مرگهای ناشی از ابتلا به کرونا ضرورت مداخلات روانشناختی در کنترل تنشهای روانی جامعه غیر قابل اجتناب می باشد. با توجه به لزوم رعایت فاصله گیری اجتماعی، درخانه ماندن جهت پیشگیری از انتقال بیماری، الزام به قرنطینه یا بستری در بیمارستان دسترسی به مشاوره حضوری میسر نبوده و ارائه خدمات مشاوره به صورت تلفنی یا مجازی در اولویت می باشد.

در این کتابچه سعی شده است پروتکلی جهت ارائه خدمات مشاوره تلفنی در بحران شیوع کرونا ویروس در اختیار مشاوران قرار گیرد تا ضمن حفظ استانداردهای مشاوره تلفنی بتوانند خدمات مداخله در بحران را در این شرایط خاص به مردم ارائه دهند.

این مجموعه از سه بخش تشکیل شده است بخش اول مربوط به بحران و فنون روانشناختی مداخله در زمان بحران می باشد. بخش دوم مرتبط با مشاوره تلفنی، حدود و استانداردهای مشاوره تلفنی در شرایط بحرانی است و بخش سوم مربوطه به نکات ویژه در ارائه خدمات روانشناختی تلفنی به مبتلایان به کرونا، کادر درم ان و بازماندگان افراد فوت شده می باشد.



بحران و فنون روانشناختی مداخله در بحران شیوع کرونا ویروس

واکنش‌های کلی افراد نسبت به بحران مشابه است. وجود این تشابهات فرایندی را در مواجهه با بحران نشان می‌دهد که می‌تواند مراحل درمانی را در هر مرحله نشان دهد. هر چند نوع بحران در واکنش‌های افراد تفاوت ایجاد می‌کند ولی عموماً این فرایندها در هر بحرانی قابل مشاهده است.

❖ اولین واکنش به بحران ناباوری است. در این مرحله فشار عصبی ناشی از درگیر شدن در بحران می‌تواند برای فردی که آمادگی کنترل وقایع و واکنش‌های هیجانی خود را ندارد فاجعه‌آمیز باشد. در این مرحله افراد بحران‌زده از مکانیسم انکار به عنوان واکنش دفاعی استفاده می‌کنند.

❖ دومین مرحله در واکنش به بحران قبول بحران و پذیرفتن شرایط بحرانی است. در این مرحله افراد ممکن است به این نتیجه برسند که دیگر همه چیز تمام شده است. آن‌ها واپس‌روی پیدا می‌کنند و خود را درمانده و عاجز می‌پندارند. از محیط بیرونی قطع ارتباط کرده و با کسی حرف نمی‌زنند. چنانچه در مرحله اول کم‌کهای حمایتی و خود شفابخشی به جریان نیفتد فرد با واقعیت فاصله گرفته و احتمالاً به هذیان‌های دفاعی پناه می‌برد و چنانچه در مرحله دوم کم‌کهای حرفه‌ای و یاورانه فراهم نشود افراد ممکن است به افسردگی‌های عمیق سوق پیدا کنند.

❖ سومین مرحله واکنش به بحران که به دنبال حمایت، واکنش‌های خود شفادهی درونی و بیرونی فرد ایجاد می‌شود، واکنش وحشت زدگی است. این مرحله مواجهه جدی با بحران است. فرد می‌پذیرد که چه اتفاقی برایش افتاده است. فقدان‌ها را ارزیابی می‌کند و از شدت آن عذاب می‌کشد. افراد در این مرحله با هراس به این طرف و آن طرف می‌روند و احساس می‌کنند که باید فوراً اقداماتی را صورت دهند. مشکل اصلی در این مرحله زمانی پیش می‌آید که فرد تغذیه فکری نشود. او نیاز جدی برای تصمیم و عمل دارد. بنابراین ممکن است با اولین فکری که به ذهن اش خطور نماید عمل کند و این ممکن است به تصمیم ناقص و یا غلط منجر شود. در این مرحله چنانچه خدمات عملی و تخصصی یاورانه به سراغ فرد نیاید، فرد ممکن است به اقداماتی غیرمنطقی دست زند و رفتارهای بدون فکر انجام دهد. بدون این که بداند چه کار می‌کند، به کجا می‌رود و چه می‌خواهد داشته باشند. مشکل مهم تعارض و جنگ روی ارزش‌ها است که ممکن است در این مرحله پیش آید. در این مرحله ضروری‌تر از همه چیز بقای شخص است. هم چنین باید توجه داشت هرگونه اطلاعاتی که در این مرحله به فرد ارائه می‌شود ممکن است رنگ هیجانی به خود بگیرد. این مرحله بحرانی‌ترین مرحله بحران است و خطر خودکشی بشدت جدی است. در این مرحله ارائه کم‌کهای عملی ضروری است.

❖ چهارمین مرحله از واکنش به بحران در شرایط کمک و حمایت ایجاد می‌شود و آن تغییر و انتقال از مقصر دانستن خویش به مقصر دانستن شرایط و دیگران و سپس انتقال به تلاش برای بازسازی و



رشد است. در این مرحله بحران تبدیل به فرصت می شود. بحران زدایی و تسکین دادن اشخاص در شرایطی که اتفاقات و حوادث خارج از کنترل باشد کار ساده ای نیست زیرا:

اولاً نوع و شدت پاسخ های افراد در مقابل بحران علی رغم مشابهت هایی که با هم دارند متفاوت است. نوع پاسخهای فرد در مقابل حوادث به دو نوع ارزیابی بستگی دارد. در ارزیابی اولیه، فرد میزان خطر ساز بودن حادثه را بررسی می کند و در ارزیابی ثانویه میزان قابلیت و توانایی خودش را در مقابله و یا مواجهه با آن مورد سنجش قرار می دهد. بر این اساس میزان، نوع و شدت واکنش ها و پاسخ های فرد در دو محور هیجان مدار و مسئله مدار شکل می گیرد. شیوه های مداخله ای برای هر کدام از آن ها متفاوت است.

ثانیاً در شرایط بحران پای اهمیت و معنی وجود انسان در میان است. فرد بحران زده اهداف خود را بر باد رفته می بیند. احساس شکست، یأس و ناامیدی، خطرات وجودی را بر بازماندگان بحران محتمل می کند. بنابراین کمک به فرد بحران زده در حقیقت احیای وجودی است.

با وجود تفاوت های بسیاری که در انواع بحران ها وجود دارد برخی از فنون روان درمانی در مورد انواع بحران ها صدق می کند از جمله حمایت عاطفی، تماس نزدیک، اطمینان دادن، گوش دادن، توجه به احساسات، درک و همدلی، تغییر محیط، بردن خانواده به محل امن و آرام.

اهداف اصلی کمک های اولیه روانشناختی در بحران

۱. ایجاد یک تماس و ارتباط انسانی، بدون ایجاد مزاحمت و کاملاً مشفقانه
۲. ارتقاء امنیت و فراهم ساختن آرامش روانی و هیجانی.
۳. ایجاد آرامش و جهت دهی هیجانی بازماندگان و آسیب دیدگان پریشان و درمانده
۴. کمک به آسیب دیدگان و بازماندگان برای بیان نیازهای فوری و نگرانی هایشان و جمع آوری اطلاعات تکمیلی.
۵. ارائه اطلاعات و کمک های عملی و کاربردی برای برآورده کردن نیازها و نگرانی های آسیب دیدگان
۶. مرتبط کردن هرچه سریع تر بازمانده با شبکه های حمایت اجتماعی شامل اعضاء خانواده، دوستان، همسایه ها، و
۷. منابع خدماتی-حمایتی اجتماعی موجود.
۸. کمک به کنار آمدن انطباقی، تایید نتایج و نقاط قوت کنار آمدن و تشویق بیماران و بازماندگان به پذیرفتن نقش فعال در بهبودیشان.



۹. فراهم ساختن اطلاعات مورد نیاز افراد و آسیب دیدگان که کمک می کند به شکل مؤثر با عوارض روان شناختی بیماری کنار بیایند.

۱۰. مرتبط ساختن آسیب دیدگان و بازماندگان با دیگر افراد و سازمان های ارائه دهنده خدمات سلامت روانی (در صورت نیاز).

ویژگی روش های ارائه کمک های اولیه روان شناختی و مداخله در بحران های

روان شناختی عبارت است از:

➤ وظیفه مداری task-oriented

➤ تمرکز بر اینجا و اکنون *here and now*

➤ مبتنی بر ارتباط، گفتگو و توجه

➤ مبتنی بر ارائه امید *hope*

➤ اطمینان بخشی *confidence*

در مداخله و کمک روان شناختی به افراد آسیب دیده از بحران می توان چهار مرحله کلی را شناسایی و برشمرد:

مرحله اول: سنجش و برآورد شدت بحران، شرایط کمک، امکانات موجود برای تغییر، انواع کمک های ممکن و بالاخره ارزیابی احتمال خطرات ممکن از قبیل خودکشی، علائم سایکوتیک، فرار و واپس روی. مرحله دوم: در این مرحله با توجه به شرایط درمانی و امکانات موجود باید درباره کمک های لازم تصمیم گیری شود و اقدامات و احتمالات به طور دقیق طراحی شود. در این مرحله باید منابع موجود مانند دوستان، حمایت های اجتماعی و نیز توانمندی خود مراجع را در نظر گرفت.

مرحله سوم: این مرحله مبادرت به عمل است. عمده اهداف این مرحله رهاسازی هیجانی، حمایت، تسکین، فعال سازی مکانیسم های سازگاری و شروع جهت گیری جدید در زندگی است. افراد بحران زده با مبادرت به عمل، قدم در راه رفع حالت بحران و حصول مجدد تعادل برمی دارند؛ مشاور باید مهارت های سازگاری مراجع را برانگیزد و اهداف زندگی مراجعین را بازبینی و شیوه های نیل به اهداف جدید را تدبیر کند. در این مرحله عمل اصلی رجعت دادن مراجع به وضع قبل از بحران است نه تغییر شخصیت یا رشد و شکوفایی بیشتر. رشد، استقلال، اعتماد به نفس در صورتی مطرح است که رابطه یاورانه تداوم داشته باشد. با وجود فنون متعدد و گوناگونی که برای مشاوره و روان درمانی آسیب دیدگان بحران وجود دارد، به چند مورد از این فنون اشاره می شود.

➤ تسکین: تسکین دادن اولین گام در درمان افراد دچار بحران است بکارگیری صحیح این فنون موجب

کاهش فوق العاده در میزان تنش، اضطراب و هراس بازماندگان می شود. برای فنون تسکین رو شهای



زیادی مطرح شده است. در مرحله اول، روش های مشاوره و روان درمانی متمرکز بر شیوه های تسکین است. انبساط عضلانی و تنفس عمیق از جمله فنون تسکین است. این روش ها موجب آرمیدگی و کاهش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک و افزایش فعالیت سیستم عصبی پاراسمپاتیک و به دنبال آن کاهش علائم نفس نفس زدن، ضربان قلب، فشارخون، فعالیت غدد تعریق، تغییر الگوی امواج مغزی و کاهش علائم هراس می شود. تکرار ذکر، تنفس عمیق، تنفس و تنفس مجدد و دراز کشیدن نیز از روش های رایج در بکارگیری فنون تسکین است. در بکارگیری فنون تسکین باید دقت شود و از آن براساس سن، جنس و ارزش های فرهنگی افراد استفاده شود.

➤ ایجاد رابطه حمایتی: حمایت وضعیتی است که در آن فرد بحران زده، احساس امنیت و آسایش روانی می کند. شامل تکنیک های زیر:

➤ **ایجاد امید:** این اصطلاح به خاطر نقشی که در ایجاد تعادل، مهار استرس (فشار روانی) و جلوگیری از بحران های بعدی دارد از اهمیت خاص برخوردار است. امید یکی از رو شهای مقابله و یکی از وسایل جلوگیری از بحران و طرق حصول سلامت روانی است. امید توأم با انتظاراتی است که آن را از آرزو متمایز می سازد. از جمله اثرات حمایتی امید، احساس آرامش آنی و خلاصی از رنج است. امید نیروهای ذخیره را برای رویارویی با سرچشمه های فعلی و آنی فشار (استرس) فعال می کند. از جمله محدودیت های امید که درمانگر باید بداند و توجه داشته باشد این است که انسان آماده است تا امید را وسیله فرار از مسئولیت ها یا واقعیات نامطلوب قرار دهد، یا امید به آسانی تبدیل به آرزوهای تصنعی و غیرواقعی می شود. عواقب رها کردن آرزوها، به وخامت از دست دادن امید نیست. رها کردن آرزو ممکن است نامطلوب باشد، اما با ازدست رفتن امید، فرد در معرض تردید، یأس، ناامنی، درماندگی و عجز قرار می گیرد.

➤ **اطمینان دادن:**

اطمینان یک روش کلامی است که مراجع را از عواقب اعمال و احساسات خود مطمئن می سازد. این عمل باعث کاهش فشار روحی و قوت قلب می شود و انتظارات آینده را بهبود می بخشد. لذا می توان آن را نوعی تقویت تلقی کرد. عبارات اطمینان بخش عموماً از این قبیل هستند «تو توانایی آن را داری»، «تو می توانی منطقی باشی»، «تو می توانی مشکلاتت را حل کنی»، «تو می توانی بر احساسات خود غلبه کنی» و «تو می توانی وضع روحی بهتری داشته باشی».

هدف از اطمینان دادن بالا بردن روحیه مراجع، فعال ساختن نیروهای او، کاهش اضطراب تا حد کارآیی مطلوب یا تقویت رفتار دلخواه است. اطمینان بخشی از دو راه حاصل می شود. اول از طریق رفع سوء تفاهم ها و تردیدهایی که ممکن است مراجع داشته باشد و دوم از طریق خاطر نشان ساختن توانایی ها و پتانسیل های بالقوه مراجع. اطمینان بخشی نوعی امیدوار ساختن مراجع است. یکی از مها تهای اطمینان دادن،



تأیید اظهارات_مراجع است، از این قبیل «این فکر بسیار خوبی است». این کار، اظهارات مراجع را تقویت می کند، فکر او را تثبیت می کند و احتمال تغییر فکر یا رفتار مورد نظر را کاهش می دهد. دومین مهارت در اطمینان دادن پیش_بینی_پیامدها است. نمونه آن اینگونه است «درگذشت همسر دشوار و مستلزم سازگاری مجدد و تازه است، این دشواری ممکن است مدتی ادامه پیدا کند اما تو می توانی از عهده آن برآیی». روش دیگر در این فنون، مطمئن ساختن مراجع از واقعیت ممکن است. اظهار این که مشکلات او قابل حل است و یابسیاری از مردم مشابه این مشکل را داشته اند، یا این که آثار ناراحتی فعلی پس از مدت زمان محدودی محو خواهد شد، باعث می شود که مراجع بتواند فشارهای جاری را تحمل کند.

در استفاده از اطمینان دادن باید به محدودیت های آن توجه داشت، این محدودیت ها عبارتند از: چون استفاده از این مهارت آسان است، باید از وسوسه زیاده روی در آن پرهیز کرد. اگر مراجع احساس کند که ماهیت واقعی موضوع کتمان یا کوچک شده است باعث خصومت او می شود. گاه اطمینان دادن همدردی غیرصمیمانه تلقی می شود و کل رابطه یاورانه را به خطر می اندازد. اطمینان دادن گاهی باعث اتکاء مراجع به مشاور می شود. اگر اطمینان دادن نوعی موافقت تلقی شود، مراجع را در دام افکار و اعمال حاضر خود اسیر می کند.

به طور خلاصه، در استفاده از فنون حمایتی باید به این نکته توجه شود: که اطمینان دادن عموماً به کیفیت رابطه بین مشاور و افراد بحران زده وابسته است نه به شکل کلامی ابراز آن. هم چنین سعی شود از این مهارت بیشتر برای کاهش ناراحتی و رنج و برای تقویت رفتارهای مثبت مراجع استفاده شود.

➤ فنون راهنمایی و جهت دهی

درمان حمایتی گاهی متضمن هدایت مراجع در شرایط گوناگون و اکثراً از طریق توصیه های مستقیم است. در اینجا هدایت مراجع در مسائل عملی زندگی نظیر مکان سکونت، چگونگی درمان، مسائل دخل و خرج، بهداشت شخصی، خواب و تغذیه و از این قبیل است. ممکن است در مورد مسائل دیگری چون کار و چگونگی کنار آمدن با شرایط ویژه ای که پیش می آید نیز توصیه هایی لازم باشد. شرایط ویژه از قبیل: تغییر شغل، چگونگی برخورد با مسئولین بالاتر به هنگام درخواست تقاضای معقول تر، تغییر روابط، تغییر دوستی ها، تغییر نحوه گذران اوقات فراغت و نحوه پیوستن به گروه های اجتماعی که فعالیت های اجتماعی، سیاسی و فرهنگی دارند، مشغول شدن با سرگرمی های خاص و یا توصیه به ایشان درباره نحوه شناخت و کنترل فشارهای روزمره زندگی، مهارت های تصمیم گیری و نحوه کمک طلبیدن از جمله موارد هدایت و جهت دهی است.



توصیه ها باید با ترغیب و انگیزه سازی همراه باشد تا مراجع بتواند با تعهد و جدیت انجام آن را پیگیری نماید. باید توجه شود که هدایت مراجعین باید منطبق با شرایط زندگی و توانمندی ها و امکانات مراجع باشد نه فقط گویای خواست های مراجع یا درمانگر.

➤ یافتن راه حل و اقدام عملی

یکی از مشخصه های اشخاص دچار بحران، محدود شدن ادراک است. بدین معنا که برای رفع بحران راه حل های چندانی به نظرشان نمی رسد. مثلاً شخصی می گوید: «چاره ای جز خودکشی ندارم.» در این قبیل مواقع باید مراجع را با پیشنهاد راه های ممکن و محتمل یا تشویق به تدبیر راه حل کمک کرد. هدف، تسهیل دستیابی به یک دید واقع بینانه از بحران، حمایت عاطفی برای دست یافتن به تعادل و آرامش است. بنابر نظریه تعادل، اشخاص نیازمند تعادل عاطفی بین مشکلات و راه حل های خود هستند. وقتی مهارت های مقابله ای آنان نارسا باشد یا اقدامات عملی جواب گو نباشد، تنش و عذاب درونی آن ها را دربرمی گیرد. تنش و عذابی که در صورت حاد بودن، بحران روانی دیگری را بوجود می آورد. وظیفه یاور آن است که به مراجع برای پرهیز از راه حل های عقیم در هنگام بحران کمک کند. تا اینکه او بتواند مکانیسم های مقابله ای خود را باز یابد.

➤ **بینش:** هدف این روش ترغیب و افزایش بینش و بصیرت مراجع است. در مداخله در بحران هدف درمان نیل به عمیق ترین سطح شخصیت و کاوش در ناخودآگاه، تحلیل انتقال و مقاومت های عمیق مراجع نیست، بلکه کمک به سطحی ترین شرایط و وضعیت روزمره زندگی مراجع است. بنابراین در این روش سعی می شود بینش مراجع نسبت به واقعیات موجود افزایش یابد. واقعیات موجود برای فرد بحران زده که از این استراتژی استفاده می شود عبارتست از: نوع نیازهای حمایتی، منابع حمایتی موجود، نحوه ارتباط با منابع حمایتی، شیوه تنظیم برنامه روزانه، شیوه مواجهه با واقعیات های روزمره، تنظیم مجدد ارتباطات دوستانه و برنامه های کار، فعالیت، تفریح و اوقات فراغت.

➤ **فنون نفوذی:** بکارگیری فنون نفوذی هم اثربخشی بالایی دارد و هم ریسک پذیر است. فنون نفوذی به فنونی تأثیرگذار اطلاق می شود که با استفاده از تکنیک های تصریح، تلقین، بازخورد، مواجهه، تعبیر و تفسیر و طرح ریزی سعی می شود مراجعین به سمت رفتارها و تغییرات مورد نظر حرکت کنند و در واقع انگیزش های درونی بیمار به غلیان درآید. این شرایط می تواند در مراحل بعدی توسط خود مراجع انجام گیرد و مراجع با انگیزش های درونی وبدون حضور این فنون به تداوم رفتار و تغییر پردازد. بکارگیری فنون نفوذی باید در زمان وجود مقاومت های سخت بیمار و یا ناتوانی های او برای حرکت به سوی تغییر بکار گرفته شود. توصیه می شود این فنون به عنوان یک شیوه اولیه مورد استفاده قرار نگیرد.



سازمان بهداشت روانی کشور

➤ **فنون ارجاع:** با این که ارجاع کار ساده ای به نظر می رسد اما رعایت نکات زیر بر تأثیر آن می افزاید. در مراجع برای ارجاع آمادگی ایجاد کنید، این آمادگی از طریق ابراز تمایل او برای مراجعه به متخصص دیگر و یا نگرانی او نسبت به ارائه خدمات یاورانه جاری آشکار می شود. آشنایی با مراکز و منابع خدماتی گوناگون جامعه، در ابراز محدودیت های کار خود و مشاهدات خود از وضع مراجع که باعث پیشنهاد ارجاع شده است، صادق و صریح باشید. دقت کنید که پیشنهاد شما باعث این نشود که مراجع احساس کند وضع او بسیار وخیم است و از شما مطلقاً کاری ساخته نیست بهتر است که احتمال ارجاع قبلاً با درمانگر یا مؤسسه مورد ارجاع مطرح شده و هماهنگی لازم صورت گیرد.

➤ **تحلیل توانمندی:** این روش را می توان هم در مواقع عادی و هم در مواقع بحران بکار برد. شیوه بکارگیری این روش عبارت از تمرکز دادن مراجع به نقاط قوت خود است. درمانگر با کمک مراجع توانمندی های فهرست شده مراجع را با صدای بلند قمار می کند. این کار موجب توجه بیشتر مراجع به بخش های فراموش شده خودش می شود. این نکته قابل توجه است که معمولاً انسان در مواقع فشار ضعف ها و خصوصیات منفی خود را بزرگ می کند و در عوض توانمندی های خود را فراموش می کند. خود درگیری و انتقاد از خود مشخصه افراد دچار بحران است. لذا تکیه بر نقاط قوت فرد حتی اگر محدود هم باشد برای بخود آوردن مراجع و توجه دادن او به جهات مثبت وجود خویش کافی است.

➤ **معنا درمانی:** این روش درمانی مبتنی بر این اصل است که «کسی که چرایی در زندگی اش دارد با هر چگونگی خواهد ساخت». بحران ممکن است سبب شود که بازماندگان اتکائشان را به زندگی از دست بدهند و همه هدف های زندگی را از کف رفته بیندارند. معنا درمانی کمک می کند تا بازماندگان بر شرایط موجود چیره شوند و از آن پا فراتر گذارند. انسان به طور بالقوه این توانمندی را دارد. می توان این نیروی انسانی را دریافت و بازماندگان را برانگیخت تا مسئولیت زندگی اش را بهتر از پیش در دست گیرد و هر نوع سختی را تحمل کند و برای فراتر از بقا تلاش کند. درمان بازماندگان باید بر این اصل استوار باشد که نیروی نهانی آن ها را با نشان دادن هدف های آتی و غایی برانگیزاند و چون اینگونه شد دیگر رنجی در میان نخواهد بود. بنابراین هر تلاشی برای آسیب دیدگان باید مبتنی بر برانگیختن نیروی درونی آنها در جهت هدفی برای آینده باشد. چیزی که واقعاً برای آسیب دیدگان لازم است اینکه تغییری اساسی در طرز فکر او ایجاد شود. بنابراین درمانگر باید اول خود این طرز فکر را بیاموزد و چنین فکر کند.



مشاوره تلفنی، استانداردها و فرآیند

جهت‌دهی به یک مکالمه با استفاده از سه گام ذیل، یک فعالیت مهم در مداخله تلفنی است. هیجان و عدم تمرکز فراوان در مراجعان باعث سردرگمی، خستگی و کاهش توان آنها شده است. الگوی پیشنهادی در این بخش برای ساختاردهی به یک مکالمه است تا وظایف مشاور یا روانشناس تلفنی در ابتدا، میانه، و انتهای یک مکالمه مشخص شود. هر گام مستلزم این است که قبل از پرداختن به گامهای بعدی، وظایف خاص و مربوط به هر گام انجام شود. این الگو به شما کمک می‌کند تا بفهمید در کدام مرحله از مکالمه قرار دارید و چه وظایفی به عهده شماست.

۱. **مرحله آغاز یا مرحله اول تماس:** مرحله اول یک تماس تلفنی از زمانی آغاز می‌شود که تلفن زنگ می‌زند. در این مرحله مداخله‌گر با مراجع ارتباط برقرار می‌کند، او را می‌پذیرد و این پذیرش را به مراجع منتقل می‌کند. وقتی که مراجع قادر به تشخیص مشکل یا گفت‌وگو دربارهٔ مباحث مطرح شده، می‌توان گفت که رابطهٔ اولیه برقرار شده است. از منظر مراجع، اعتماد زمانی محقق می‌شود که او مطمئن شود که مداخله‌گر هیجان‌های او را پذیرفته، به خوبی با او ارتباط برقرار کرده، و تمایل به کمک‌رسانی برای رفع مشکل مراجع را دارد.

۲. **مرحله دوم: روشن‌سازی (clarifying) / میانه مکالمه**

مرحله دوم، بدنهٔ اصلی مکالمه را تشکیل می‌دهد و بخش اعظم مکالمه در این مرحله قرار دارد. در این مرحله مداخله‌گر تا آنجا که ممکن است به روشن کردن مشکل اصلی مراجع کمک می‌کند، و پس از آن به بررسی شیوه‌های بدیل و اولویت‌بندی برای مراجع می‌پردازد. طی این مرحله مداخله‌گر بر موقعیت فعلی مراجع تمرکز می‌کند، بجای این که به جزئیات ماقوع گذشته مراجع بپردازد. البته گاهی اوقات به منظور درک بهتر از موقعیت مراجع، می‌توان به وقایع گذشته نیز توجه کرد، اما این کار برای کمک به حل مشکل فعلی مراجع است و تا آنجا که ممکن است بایستی وقایع گذشته را به موقعیت فعلی مراجع مربوط کرد. این مرحله شامل گامهای زیر می‌باشد.

➤ **برقراری ارتباط اولیه:** شامل آغاز به ارتباط مبتنی بر پذیرش از سوی مشاور می‌باشد.



- بررسی و مفهوم سازی مسئله (پرسش و پاسخ های تخصصی جهت روشن سازی مسئله) : شامل ایجاد فضای مبتنی بر پرسش های تخصصی جهت دستیابی به مشکل یا مشکلات مرکزی است.
- گوش دهی فعال : در مفهوم ارائه شناخت به تماس گیرنده که به صورت دقیق شنیده می شود.
- تعامل (انتقال و انتقال متقابل ، فرافکنی ، سکوت) : شامل ایجاد فضای اولیه انتقال و پیشگیری از بروز انتقال متقابل و توجه به فرافکنی های تماس گیرنده و استفاده مناسب از سکوت در فرایند مشاوره.
- بررسی و تحلیل مسئله (بیان مجدد مسئله - سرنخ دهی - بازخورد) : در این مرحله با بیان مجدد مسئله سرنخ دهی در راستای مسئله اصلی و ارائه بازخوردهای اولیه در حقیقت تحلیل مسئله صورت می پذیرد.
- انعکاس هیجانات : اختصاصاً کمک به کمی تخلیه هیجانات ، تنش ها و رنج های درونی تماس گیرنده می گردد.
- همدلی : استفاده از این تکنیک در طول فرایند مشاوره در مفهوم احساس درک شدن از سوی تماس گیرنده
- دسترسی به راهکار : ایجاد روش مشترک جهت حصول به روش ها یا راهکارهای اولیه حل مسئله.

۳. مرحله سوم: مدارا (coping) / خاتمه مکالمه

در مرحله آخر، مشاور پس از تشخیص هیجانها و نگرانی های مراجع و روشن سازی آنها، به تدوین یک برنامه کاری با کمک مراجع می پردازد. در حقیقت کار با مراجع برای تثبیت یک برنامه کاری، حرکت به سوی خاتمه مکالمه و رفع تنش است. این کار هم چنین شامل توانا کردن مراجع برای انجام کارهایی است که از او انتظار می رود. شما می توانید با یادآوری فهرستی از انتخابهای دردسترس، بکارگیری شیوه های متنوع برای مدارا با مشکل ، و ترغیب مراجع برای تصمیم گیری به آنها کمک کنید.

این مرحله شامل گامهای زیر می باشد.

- جمع بندی و خلاصه کردن فرایند مشاوره : ایجاد فضایی جهت جمع بندی کلی فرایند مشاوره از زبان تماس گیرنده
- تعیین جلسه بعدی و اقدام به ارجاع در صورت لزوم : در این مرحله هم تماس گیرنده و هم مشاور در صورت لزوم اقدام به تعیین چند تماس محدود دیگر برای مراجع و یا ارجاع کامل او به مراجع حرفه ای (بخش حضوری) صورت می پذیرد.
- اعلام پایان مشاوره قبل از اتمام قطعی
- امکان نیاز به پیگیری در تماس های بعدی
- پایان مشاوره



آنچه در یک تماس تلفنی روی می دهد:

تماس گیرنده در معرفی خود و بیان مشکلاتش، احتمالاً آشفته، نگران، مضطرب است. گاهی اوقات، تماس گیرنده به شیوه‌ای مصنوعی، کلیشه‌ای، و عاری از هر گونه هیجان شروع به صحبت می‌کند. این حالت مثل این است که تماس گیرنده خود را نسبت به تمام هیجان‌ها بی حس کرده و آن گونه صحبت می‌کند که گویی تمام هیجان‌ها در او مرده‌اند. تماس گیرنده به توصیف واقعه‌ای می‌پردازد که ناگهان شروع شده یا موقعیتی را توصیف می‌کند که در آن واقعه بحرانی اخیر، حلقه نهایی از یک سری وقایعی است که او را به لبه پرتگاه رسانده است.

او نمی‌تواند اتفاق پیش آمد را درک یا معنا کند. او سؤالاتی از این قبیل دارد: «چرا این اتفاق رخ داد؟» «چرا من؟» «معنایش را نمی‌فهم؟» «چه باید بکنم؟»

برخی شیوه‌های قابل قبول و موثر در مشاوره تلفنی در بحران

یک مشاور تلفنی باید همیشه به یاد داشته باشد که تا حد امکان تلاش نماید که ارتباطی همدلانه برقرار کند.

برخی اوقات این امر مستلزم اظهار نظرها یا ارائه عباراتی این چنین است:

- «برایم بیشتر بگو» - «ادامه بده» - «این برای تو خیلی سخت بوده است؟»

- «یک لحظه صبر کن نفست تازه شود، ما به اندازه کافی وقت داریم»

اگر سطح اضطراب و پریشانی تماس گیرنده آنچنان زیاد است که نمی‌تواند حرف بزند، مشاور می‌تواند با ارائه چند تمرین ساده تنفسی، آرامش لازم را به او بازگرداند. او می‌تواند به این طریق شروع کند. «می‌خواهم ببینم، فقط برای چند لحظه، آیا با کمک همدیگر می‌توانیم به آرامش بررسی. سعی کن به آرامی نفس بکشی. بگذار هوا خارج شود. به آرامی این کار را تکرار کن، خوب باز این شیوه را تکرار کن آرام نفس بکش و آرام آن را خارج کن. در اینجا کلام مشاور بایستی، با آرامش، ملاحظت، و حاکی از قوت قلب و اطمینان‌دهی به مراجع باشد.

مشاوری که از طریق تلفن با یک فرد بحران زده در تماس است، می‌بایست نسبت به تلفنهای معمول و عادی، و غیر بحرانی فعال‌تر باشد. از آنجاییکه شرایط بحرانی بسیار نابسامان است، مراجع ممکن است در بیان منسجم و واضح آنچه که برایش رخ داده است دشواری داشته باشد در این زمان مشاور می‌تواند برای او سازماندهی ایجاد کند. برخی از سؤالات برای سازماندهی کلام مراجع به این ترتیب است:

- «این واقعه چگونه شروع شد؟»

- «بعدش چه اتفاقی افتاد؟»

- «شما چه کردید؟»

- در آن زمان چه حالی داشتید؟»



در حقیقت مشاور با پرسیدن این سؤالات چارچوبی فراهم می‌آورد که تماس‌گیرنده داستان یا شرح موضوع را مطرح می‌کند. از طرف دیگر این شیوه باعث می‌شود که مشاور بتواند داستان او را به اجزا یا مؤلفه‌های کوچکتری خرد کند که برخورد با آن آسان‌تر می‌شود. نسبت به بار هیجانی گفته‌هایش هشیار باشد و آن را به او منعکس کند. در صورت لزوم، هیجان‌ها و بیان آن را ترغیب کند. اگر به هر دلیلی هیجان‌ها آن چنان عمیق و توانکاه هستند که خارج از کنترل او به نظر می‌رسند، به او کمک کند تا فقط وقایعی را که رخ داده است توصیف کند و بر هیجان‌ها تأکید نداشته باشد. فرصت برگشتن به مباحث، مجدداً وجود دارد.

وقتی مراجع به بیان ماوقع بحران پرداخت، مشاور باید سعی نماید دریابد مراجع موقعیت بحرانی را چگونه تجربه می‌کند. به نشانه‌ها یا سرنخ‌هایی که «واقعۀ جاری» را با چیزهایی در گذشته پیوند می‌دهد دقیقاً گوش دهد. گاهی اوقات یک واقعه منفرد در ایجاد بحران نقش به‌سزایی دارد، چون برخی اتفاقات و چیزهای گذشته را در خاطر زنده می‌کند. مثلاً هیجان واقعه فعلی باعث شدن خاطره موقعیتهای قبلی یا هیجان‌ها مشابه می‌شود، یا مرگ یک عزیز در حال حاضر که یادآور مرگ فردی در گذشته و شکست امروز، یادآور شکست در زمانهای پیش می‌شود.

مشاور باید تلاش کند تصویری از شیوه‌های مدارای (Coping) مراجع بدست آورد و این که آیا هنوز این شیوه‌ها کار می‌کند یا خیر؟ مشاور می‌بایست به فکر توانا کردن و کمک به تماس‌گیرنده باشد نه این که بیش از آنچه مورد نیاز است زمام امور او را بدست بگیرد. گاهی اوقات لازم است که شیوه‌های مدارای سست و نامقوم او را تقویت کرده و آنها را ترغیب به انجام کاری نماید. برای تعیین و تشخیص وضعیت شیوه‌های مدارا در تماس‌گیرنده می‌تواند سؤالاتی از این دست پرسد:

- «نسبت به توانائیتان برای انجام آن کار چه احساسی دارید؟»

- «آیا برای رفع این مشکل انجام کاری به ذهنتان می‌رسد؟»

به وی فرصت دهد تا دریابد که احتمالاً در آینده نزدیک هیجان‌ها با فراز و نشیبی را تجربه می‌کنند که می‌تواند شامل دوره‌های سخت باشد. هم‌چنین به او فرصت دهد تا دریابد که این خیزش هیجانی بعد از تجربه چنین واقعه‌های آشوب‌زایی، طبیعی و قابل پیش‌بینی است. هم‌چنین آنها را ترغیب کند که در هر زمانی که احساس نیاز به تماس با مشاور داشتند، این کار را انجام دهند.

برای آنها طرح‌های عینی و گام به گام فقط برای «چند روز آینده» بریزد و از برنامه‌های دراز مدت، وعده‌های طول و دراز، و کلی‌گویی به شدت پرهیز کند. مراجع بحران زده توانایی جذب اطلاعات فراوان را ندارد و هم‌چنین توانایی نگرستن به آنگده دور را ندارد. طرح‌هایی که برای مراجع در نظر گرفته می‌شود می‌بایست تا حد امکان با کمک مراجع باشد و در پایان مکالمه حتماً آنها را بازمینی کند تا مطمئن شود که مراجع به خوبی آنها را درک کرده است. اگر شک دارد که مراجع به خوبی از عهده این کار برنیامده است از وی بخواهد که آنچه را که درباره‌اش صحبت کرده است مکتوب نماید.



مشاور باید در هر تماس تلفنی بحرانی نسبت به خطر بالقوه خودکشی هشیار باشد و به آن گوش فرا دهد. اگر مراجعی بواسطه اتفاقاتی که برایش افتاده است، به هم ریخته و دچار گم گشتگی شده است، ممکن است در خطر آسیب رساندن به خود باشد بدون این که هشیارانه یا آگاهانه بخواهد اقدام به خودکشی نماید. اگر تکانشگر و بی قرار است و احتمالاً برای خودکشی فکری دارد، نباید به آن بی توجهی کرد. اگر مشاور احتمال می دهد که مراجع به فکر خودکشی است، تردید به خود راه ندهد که درباره آن صحبت کند. شاید بایستی او را ترغیب کند که در جستجوی موقعیت امن تری باشد یا افرادی را بیابد که در کنار او باشند یا پیشنهاد بستری شدن در بیمارستان را بدهد.

او را ترغیب کند که چند روز بعد تماس بگیرد تا ببینید کارها چطور پیش می رود. اگر مرحله حاد و بحرانی سپری شده است و مراجع به مقدار قابل توجهی آرام شده است، مشاور فعالیت خود را تدریجاً و با دقت کم کند. همان گونه که مهارت های مدارا در مراجع ترمیم می شود و دوباره کارآمد می شود، مشاور آنها را تقویت می کند. در واقع مشاور قصد دارد کنترل بر زندگی مراجع را به او باز گرداند. بحران شبیه به قطعه ای از کوه یخ است. همان گونه که مرحله حاد آن می گذرد، دردهای آن نیز پایان می یابد. اما نیاز به کار روان شناختی مداوم ممکن است هنوز وجود داشته باشد.

خطاها در مداخله تلفنی

یک. مشاور همه کاره و قادر مطلق نیست. (اگهی من فلان مدرک را داشتم، اگهی می تونستم فلان کار را بکنم یا فلان حرف را بزنم بهتر می تونستم بهش کمک کنم). هیچکس همه چیز را بلد نیست که بتواند کاری از پیش ببرد. مداخله جادویی یا مهارت خاصی وجود ندارد که با بکارگیری آن مشاور بتواند زندگی مراجع را تغییر دهد.

دو. مشاور باید در باره "آن" صحبت کرد، صرف نظر از اینکه "آن" چه می تواند باشد. از خودکشی یا اعتیاد گرفته تا تغییر محل زندگی. به یاد داشته باشد که گفتگو در باره "آن" آن را به وجود نمی آورد. مراجعان به کسی نیاز دارند که صادقانه در باره "آن" صحبت کند. اگر در باره "آن" یک ذره اطلاعات پیدا کرد، آن را مشخص کند، و در باره اش صحبت کند.

سه. مشاور اگر احساس می کند که توسط تماس گیرنده به بازی گرفته شده است بهتر است محدودیت گذاری کند. به یاد داشته باشد که نیاز تماس گیرنده به دست انداختن مشاور از هدفی نشأت می گیرد. تا زمانی که آن هدف منجر به کسب تعادل روانشناختی تماس گیرنده می شود بدون اینکه به کسی آسیبی برساند مشاور بایستی هر آن کاری را که لازم است انجام دهد.

چهار. مشاور مادر ترزا (Mother Teresa) نیست که همه تماس گیرندگان را دوست داشته باشد و همه تماس گیرندگان هم ممکن است انسانهای دوست داشتنی ای نباشند.



برخی مراجعان از مشاوران، سازمانها، بیمارستانها، و ... شاکی اند که به آنها کمک نکرده اند یا اوضاع آنها را بدتر کرده اند. آنها ممکن است درست بگویند. آنها ممکن است مهارت‌های مشاور را هم زیر سؤال ببرند. اعتبار مشاور را زیر سؤال بردن در حقیقت پاسخ به این سؤال است: "آیا می‌تونم واقعاً بهت اعتماد کنم؟"، "آیا می‌توانی احساس من را درک کنی؟". در چنین مواردی دفاع از خود و تجربه بی‌فایده است. گفتن عبارتی نظیر من دکتر ... هستم، روانشناسی مجرب و دارای پروانه از سازمان نظام روانشناسی، عضو انجمن روانشناسان، مشاور تأیید شده توسط انجمن ...، نویسنده کتاب ...، و ... آیا این القاب و عناوین موثر است؟ مشاور باید به یاد داشته باشد که هیچگاه سعی نکند که به دام دفاع کردن از خود بیفتد بلکه باید سؤال را به مراجع برگرداند: "فکر نمی‌کنم که این آن چیزی باشد که شما نگرانش هستید فکر کنم شما به دنبال این هستید که آیا می‌توانید به من اعتقاد کنید یا نه؟"

باید و نبایدها در مشاوره تلفنی

بایدها

- تمرکز بر هیجانهای مراجع، بخصوص هیجانهای جاری او به منظور ارزیابی وضعیتش
- صبر کردن برای اخذ اطلاعات لازم قبل از این که مراجع را به مواجهه (confrontation) بکشانید.
- قطع مکالمه با مراجعانی که هنگام مکالمه از نظر جنسی برانگیخته می‌شوند.
- برای مراجع توضیح دهید که چرا مکالمه را قطع می‌کنید.
- اگر به مراجع می‌گویید که می‌خواهید تماس را قطع کنید، سریعاً این کار را انجام دهید، و با مراجع درباره تصمیمتان به بحث نپردازید.
- بعد از خاتمه تماس‌های دشوار، از ناظر خط، همکاران نوبت کاری (shift) سایر مداخله‌گران و پایوران درخواست کمک و حمایت کنید.

نبایدها

- طولانی کردن مکالمه با مراجعانی که در طول مکالمه، استمنا یا خیالپردازی جنسی می‌کنند.
- بحث با مراجعان بعد از این که به آنها می‌گویید قصد قطع مکالمه را دارید.
- اجازه دادن به مراجع که جزئیات مسایل جنسی را به شما بگوید.
- ارائه توصیه یا اطلاعات جنسی، در حالی که برای این کار آموزش ندیده‌اید.
- احساس اجبار برای با بودن با مراجع و همان گونه کفاو می‌خواهد رفتار نمودن.
- قول دادن به مراجع برای انجام هر کاری، قبل از این که بدانید این قول چه تبعاتی در بردارد.

خطاهای شایع مشاوران تلفنی



اطمینان‌دهی سطحی

بسیار مشاهده شده است که مشاوران در پاسخ به بیان ناامیدی و مشکلات حاد مراجع، به اطمینان‌دهی سطحی می‌پردازند. اغلب اوقات چنین تلاش‌هایی جزئی یا سطحی می‌باشد و بیش از آنکه در فرآیند مشاوره مفید باشد، مضر است. در حقیقت اطمینان‌دهی سطحی به مراجع باعث تشدید احساسات تنهایی او در هنگام فشارهای روانی می‌شود.

از آشکال اطمینان‌دهی سطحی، ارایه زودرس پاسخ‌ها یا توصیه‌های بسته‌بندی شده برای حل مشکلات مراجع است. اگر چه این نوع از خطا تعلق به گروه خاصی از افراد ندارد، اما مشاورانی که به فلسفه یا مرام خاصی (مذهبی - غیرمذهبی) متعهد هستند، با احتمال بیشتر ی به ارایه اطمینان‌دهی سطحی از این دست می‌پردازند. به عنوان مثال مداخله‌گر در پاسخ به یک مراجع خشمگین که مشکلات زندگی باور او را نسبت به خدا متزلزل کرده است، پاسخ‌های تکراری و قدیمی از این دست می‌گوید: «خوب، خداوند کارهایش را به شیوه اعجاب‌انگیزی انجام می‌دهد.» «شاید خدا دارد ایمان تو را آزمایش می‌کند.» اگر چه کشف تأثیر مشکلات زندگی بر باورها و ارزش‌های فرد موضوع خوبی در روان‌درمانی است، اما در مداخله در بحران محدودیت زمانی دارد، چنین گفتگوهایی به جای این که تسهیل‌کننده امور باشد باعث گسیختگی رابطه تماس‌گرفته و مشاور می‌شود.

اجتناب از احساسات قوی

برخی مشاوران در مواجهه با یک مراجع افسرده، بیمناک یا سوگوار، به اطمینان‌دهی سطحی، انفعال، یا اندرز‌گویی می‌پردازند و هنگامی که مراجع از هیجان‌های قوی خود سخن می‌گوید، مشاوران بحث را سریعاً به موضوعات انتزاعی با بار هیجانی کمتر می‌کشانند. به عنوان مثال، یک مداخله‌گر در تعامل با مراجعی ناامید و افسرده که احساس می‌کند زندگی یا مرگ او برای کسی ارزش ندارد، از او می‌پرسد: «چرا فکر می‌کنی کسی به تو توجه ندارد، و اهمیتی برایت قایل نیست.» در حالی که مشاور در ابتدا می‌بایست با منعکس کردن احساسات تنهایی مراجع به او، یک پل ارتباطی مبتنی بر همدلی با مراجع ایجاد کند، تا او بفهمد که مداخله‌گر موقعیت او را درک کرده است. همان‌گونه که مشخص است چنین پاسخ‌هایی تعامل با مراجع را در سطح شناختی متوقف می‌کند و از رویارویی هیجان‌های عمیق مراجع در مواجهه با دشواری‌ها جلوگیری می‌کند. در حالی که کشف این هیجان‌ها نقش اساسی در مداخله در بحران موفقیت‌آمیز دارند.

مشاوران، در اغلب اوقات از رویارویی با احساسات قوی مراجع اجتناب کرده و عقب‌نشینی می‌نمایند، و به نظر می‌رسد که از سرایت این احساسات به خودشان می‌ترسند. به عنوان مثال هنگامی که مراجع هق‌هق کنان‌گریه می‌کند، مشاور به جای بیان مستقیم و با احساس نسبت به مشکلات و دشواری‌های مراجع، سکوت می‌کند یا به مباحث حاشیه‌ای می‌پردازد. در چنین مواردی توجه به لغات و مسایل هیجانی و احساسی که مراجع



بیان کرده است برای ایجاد یک ارتباط واقعی بین تماس گیرنده و مشاور بسیار لازم است تا مراجع به کلامی کردن احساساتش پردازد که بیشتر مخفی و درون خودش بود.

ارزیابی ناکافی از قصد خودکشی

ارزیابی ناکافی از قصد خودکشی در میان مشاوران شایع است. بسیاری از آنها در مواجهه با مراجعی که گفته‌هایش حاکی از توجه به خودکشی است و در خطر خودکشی قرار دارد از او دور می‌شوند یا این که به اطمینان‌دهی او می‌پردازند، در حالی که آنها می‌بایست ارزیابی دقیق و با جزئیات از سطح تمایل به خودکشی او و این که آیا برنامه‌ای هم برای این کار دارد یا خیر به عمل آورند. به عنوان مثال مراجعی می‌گوید:

«من بهتر است که بمیرم»، «جایی برای آسایش وجود ندارد»

مشاور در پاسخ به او می‌تواند این گونه سؤال کند: «شما خیلی دلگیر به نظر می‌رسید، آیا فکر کرده‌اید

که به خودتان آسیب برسانید»

برخی مشاوران گفته‌های حاکی از توجه به خودکشی مراجع را نادیده می‌انگارند. به عنوان مثال

مراجع می‌گوید: «به این دلیل تماس گرفتم چون احساس می‌کنم ممکن است به خودم آسیبی برسانم و دارم به خودکشی فکر می‌کنم»

یک مشاور نامعرب ممکن است بگوید: «شما گفتید که به خودکشی فکر می‌کنید، اما آن چیزی که واقعاً شما را ناراحت کرده است چیست؟»

این سؤال در حقیقت به طور ضمنی خطر خودکشی را منتفی می‌کند، و نه تنها مانع ارزیابی بیشتر می‌شود بلکه بر سر راه رابطه درمانی موانع اساسی ایجاد می‌کند. در حقیقت بیانات مستقیم یا غیر مستقیم درباره تهدید خودکشی می‌بایست جدی گرفته شود و از سطح مرگباری آن، جدیت مراجع در خودکشی، و برنامه‌های او برای این کار ارزیابی دقیق به عمل آید.

ناتوانی در تشخیص وقایع تسریع کننده خودکشی

یک خطای دیگر که مشاوران مرتکب می‌شوند ناتوانی در تشخیص وقایع تسریع کننده خودکشی است. یعنی موقعیت یا واقعه خاصی که مراجع را به جستجوی کمک واداشته است. البته تشخیص وقایع تسریع کننده نبایستی حالت بازجویی از مراجع داشته باشد، بلکه تشخیص وقایع تسریع کننده به صورت ادامه فرآیند مداخله در بحران است. به عنوان مثال مراجعی که در معرض خودکشی است و می‌گوید:

«زندگی بی‌ارزش است و از پنج سال پیش که همسرم فوت کرده است ناامیدی من بیشتر شده است.»

در این حال مشاور می‌گوید:

«به نظر می‌رسد که بعد از مرگ همسران همه چیز در اطراف شما به هم ریخته است، اما اخیراً چه چیزی

باعث شده که وضعیت بدتر شود، و شما به این فکر بیفتید که مرگ تنها راه رهایی از این دشواری‌هاست.»



چنین پرسشگری‌هایی می‌تواند مداخلات لازم و فوری را برای تثبیت مراجع و ایجاد فرصت به منظور ادامه مداخله در بحران فراهم سازد.

انفعال

مشاوران در مراحل اولیه مداخله در بحران نیازمند فعال بودن و دخیل بودن در مراجع هستند که این کار با انعکاس هیجان‌ها و احساسات آنها و پیشگیری متمرکز و ایجاد تعادل صورت می‌گیرد. اما برخی از مشاوران گرایش به اتخاذ نقش منفعل و غیر مشارکتی دارند، حتی در مواقعی که مراجع واضحاً در جستجوی سطوح بالاتری از دخیل بودن مداخله‌گر است. به عنوان مثال مراجعی که بریده بریده سخن می‌گوید و در جستجوی کمک است و توان ادامه گفتگو را ندارد و سکوت می‌کند در این زمان ممکن است مشاور بگوید:

«ادامه بده، من اینجا هستم تا به حرف‌های تو گوش کنم»

در حالی که مشاور بایستی بر مشکل مراجع متمرکز شود و بگوید:

«این برای شما بسیار دشوار است که درباره آنچه که ناراحتان کرده است صحبت کنید»

انفعال باعث می‌شود که ارتباط بین تماس گیرنده و مشاور قطع شود. به عنوان مثال در یک مداخله در بحران که یک مراجع بی‌میل که مشککش به اندازه کافی نیز ارزیابی نشده است، از طرف مشاور این گونه مورد خطاب قرار گیرد: «می‌توانی بعداً مراجعه کنی وقتی که راحت تر بتوانی صحبت کنی». چنین پاسخی باعث خاتمه دادن رابطه با مراجعی می‌شود که در موقعیت خطرناک قرار دارد و در حالی که هیچ گونه برنامه‌پیگیری هم برای او لحاظ نشده است. در چنین موقعیت‌هایی مداخله در بحران کارآمد مستلزم فعالیت، توان، و در حقیقت دخیل بودن با مراجع است که با پرسشگری مستقیم، گوش‌دهی فعال، یا سایر شیوه‌های حفظ و ترفیع رابطه به انجام می‌رسد.

رهنمود ناکافی

برخی از مشاوران گرایش به این مسئله دارند که برای تدبیر یک بحران خودکشی رهنمودهای کافی

ارائه ندهند. به عنوان مثال در پاسخ به مراجعی که به فکر خودکشی است می‌گویند:

«خیلی خوب، اگر احساس کردید که می‌خواهید خودکشی کنید، این نکته را به یاد داشته باشید که

می‌توانید دوباره تماس بگیرید»

در حالی که با توجه به وخامت اوضاع و غیر قابل پیش‌بینی بودن موقعیت، شیوه بدیل برای این مراجع ادامه گفتگو و فرآیند دو جانبه مشکل‌گشایی است، یا این که حداقل با مراجع یک قرار کلامی مبنی بر عدم اقدام به خودکشی تا تماس بعدی به عمل آورد.

اندرز دهی

برخی مشاوران به اندرزدهی می‌پردازند، عباراتی نظیر:



«به همه چیزهایی که برایت اتفاق افتاده است توجه کن، مشکل تو آنقدر جدی نیست و سعی کن به جنبه‌های مثبت موقعیت تمرکز کنی.» متأسفانه چنین عباراتی به ندرت کارآیی دارند و در حقیقت مشاور به اندازه کافی وخامت موقعیت را برآورد نکرده است و گرایش به متقاعد کردن مراجع دارد. حتی در زمانی که اندرز به صورت خوش بینانه و محترمانه ارائه می‌شود نظیر: «به جنبه‌های روشن موضوع فکر کن» «نیمه پرلیوان را نگاه کن» به ندرت کار آمد است چون این اندرزها توسط فردی ارائه می‌شود که از بیرون به موضوع می‌نگرد و با محدودیت‌های واقعی یا روان شناختی مراجع که مانع از اندرزپذیری مراجع می‌شود آشنا نیست.

راهبرد کار آمد شامل کار کردن برای طراحی یک برنامه کاری است که بایستی بعد از ارزیابی کامل از مشکلات مراجع به عمل آید و سپس اگر رابطه با مراجع به اندازه کافی تثبیت شده باشد، مراجع خواهد توانست توصیه‌های مشاور را بپذیرد. چنین برنامه کاری می‌بایست با مشارکت مراجع ریخته شود و مشاور از منظر اقتدار گرایانه با مراجع برخورد نکند. عبارتی نظیر: «فکر می‌کنی گام‌های کوچکی که بایستی در چند روز آتی برای برخورد با این مشکلات برداری چیست؟» به مراجع کمک می‌کند تا مقاومت کمتری از خود نشان دهد.

پاسخ‌های کلیشه‌ای

با توجه به این که مداخله در بحران (زمان محدود) است و تماس با تماس گیرنده نیز کوتاه مدت است، ممکن است مشاوران بخواهند برای کشف تجارب مراجع نسبت به یک مشکل راه میان به انتخاب کنند و به فرضیه‌سازی‌های نامطمئن درباره شخصیت، آسیب‌شناسی، و گرفتاری مراجع پردازند. از همه بدتر این مسئله است که مشاوران فرضیه‌های کلیشه‌ای درباره جنسیت، نژاد، قومیت، و سن مراجع داشته باشند که تأثیر زیان بار بر تعامل‌های آنها با تماس گیرندگان دارد. به عنوان مثال یک مرد گریان که احساس شرمندگی هم می‌کند توسط مداخله‌گر مورد خطاب قرار می‌گیرد که:

«آیا فکر می‌کنی که دلیل دشوار بودن گریه برای تو، این مسئله است که مرد هستی؟» این عبارت کیفیت رابطه با مراجع را تنزل می‌دهد و از پیگیری حالات هیجانی مراجع جلوگیری می‌کند. به منظور اجتناب از چنین پاسخ‌های کلیشه‌ای، مداخله‌گران می‌بایست بر فردیت منحصر به فرد هر مراجع متمرکز شوند، به حالت‌های هیجانی آنها توجه کنند، بدون این که بخواهند به دام سنخ‌شناسی مراجع و مشکلات او بیفتند.

دفاعی بودن

یکی از موقعیت‌های دشوار در مداخله در بحران، طرد کردن مراجع یا عصبانی شدن از دست اوست؛ چون برخی مراجعان مستقیم یا غیر مستقیم از پذیرش کمک مشاور سرباز می‌زنند. اگر چه یافتن پاسخ مناسب برای چنین مراجعانی دشوار است، اما مشاورانی که این گونه برخورد و دفاعی عمل می‌کنند به سطح اعتمادی که می‌بایست در رابطه با مراجعان ایجاد می‌شود، لطمه وارد می‌کنند. وقتی که مراجع کفایت یا تمایل مشاور را



به چالش می‌طلبید، مشاور ممکن است در لاک دفاعی فرو رود و پاسخ هایش نیز دفاعی باشد. به عنوان مثال تماس گیرنده می‌گوید:

«تو چگونه می‌توانی به من کمک کنی؟ آیا تا به حال خواسته‌ای که خودت را بکشی؟»

مشاورانی که به شیوه شخصی و نه به شیوه درمانی به مراجعان پاسخ می‌دهند، ممکن است بگویند: «مطمئن باش، من درباره خودکشی گاهی اوقات فکر کردم، اما عموماً راه‌های واقعی برای مشکلاتم پیدا کرده‌ام»

در چنین پاسخ‌هایی فضای فخر فروشی و برتری وجود دارد و ممکن است باعث شود که تماس گیرنده نه تنها احساس عصبانیت بیشتری کند، بلکه احساس طردشدگی و تحقیر هم بنماید. یا مراجع دارای سوء ظن که می‌گوید:

«من نمی‌توانم به دیگران درباره این موقعیت یا تصمیم صحبت کنم، چون همه افراد بر علیه من هستند» در این زمان برخی از مشاوران با صحبت‌هایشان، آشکارا تماس گیرنده را به سمت حمایت اجتماعی که در دسترس مراجع است سوق می‌دهند، در حالی که باورهای مراجع دقیقاً مغایر بلاین پیشنهاد است. صرف نظر از واقعیت شرایط اجتماعی مراجع، اگر مداخله‌گر گفته‌هایش مستقیماً مغایر با باورهای مراجع باشد، باعث می‌شود که مراجع نسبت به اخذ کمک از دیگران و به خصوص مشاور ناامیدتر شود.

در موقعیت‌هایی که مشاور با مراجع خشمگین یا طرد شده روبروست، عمدتاً پاسخ مناسب عبارت است از انعکاس همدلانه احساسات مراجع، به شیوه‌ای که تهدید نشود و فضایی برای گفتگو درباره الزام‌های باور مراجع برای ایجاد رابطه فراهم شود. به عنوان مثال مشاور می‌تواند بگوید: «جستجوی کمک می‌تواند سخت باشد، وقتی که اعتماد به دیگران دشوار است»

در طول مداخله در بحران ارتباط نادرست با مراجعی که خشمگین و طرد شده است، منجر به بی‌اعتمادی او به مداخله در بحران می‌شود. در این موقع مداخله‌گر بایستی با پرسش‌های انتها باز مداخله در بحران را ادامه دهد. به عنوان مثال: «آیا به نظرت می‌رسد که من در درک کردن شما مشکل دارم؟» «ما نمی‌توانیم با هم کار کنیم مگر این که من بتوانم اعتماد شما را جلب کنم، راهی به نظرت می‌رسد که چطور با یکدیگر به طور کارآمد کار کنیم تا اعتماد حاصل شود؟»

نکته مهم این است که مشاور نمی‌بایست به شیوه خودکار برای محافظت از خویشان به مراجع پاسخ بگوید، اظهار ندامت کند، یا اینکه به عذرخواهی یا مقابله به مثل متوسل شود. بلکه بایستی توسط همدلی به نگرانی‌های مراجع نزدیک‌تر شود، و زمینه‌های مبتنی بر اعتماد ایجاد کند و با سؤال‌های مناسب فرآیند مشکل‌گشایی را تقویت کند. وقتی که سوءظن و عدم درک شدن بین مراجع و مداخله‌گر وجود دارد، این وظیفه مداخله‌گر است که به رفع آن پردازد و از مراجع در این موقع انتظار نمی‌رود.



به خاطر داشته باشید که تماس گیرندگان با خط مشاوره تلفنی نمی خواهند نوع احساس (همدردی) مشاور را بدانند؛ آنها نیاز دارند که مشاور بداند آن ها چه احساسی دارند (همدلی).

مشاوره تلفنی با افرادی که در بحران کرونا نیاز به مداخلات روانشناختی ویژه دارند

افرادی که در شرایط شیوع بیماری کرونا نیاز به مداخلات ویژه روانشناختی دارند.

۱. بیماران بستری و اعضاء خانواده این بیماران
۲. افراد مشکوک به بیماری که در قرنطینه بسر می برند و اعضاء خانواده آنها
۳. بیمارانی که بهبود یافته اند و دوره نقاهت را طی میکنند
۴. افرادی که یکی از اعضاء خانواده خود را در اثر بیماری از دست داده اند
۵. کارکنان مراکز درمانی و پزشکی که مدت طولانی درگیر رسیدگی به بیماران هستند و اعضاء خانواده آنها

نکات مورد توجه در مشاوره تلفنی با بیماران بستری و اعضاء خانواده این بیماران و افراد مشکوک به بیماری که در قرنطینه بسر می برند و اعضاء خانواده آنها در مبتلایان بستری شده یا قرنطینه عمده ترین واکنشها شامل ترس و وحشت، اضطراب در خصوص سیر بیماری و خشم می باشد. مشکلات جسمی رنج آور به همراه ضعف و بی حالی، افت عملکرد، مصرف داروها و انزوای ناشی از ایزوله بودن فشار مضاعفی را به بیمار وارد می نماید. در صورت امکان به طور مختصر درباره واکنش های رایج استرس که افراد در زمانهای این چینی تجربه می کند، گفتگو کنید. واکنش های استرس می تواند هشدار دهنده باشد. برخی افراد ممکن است این واکنش ها را وحشتناک و برخی به عنوان یک علامت هشداردهنده تعبیر کنند؛ بعضی ها هم ممکن است واکنش هایشان را به شکل منفی ارزیابی کنند (مثلا من مقصر هستم یا من ضعیف هستم). کاهش تنش فرد تماس گیرنده مهم است. در قدم اول آرامش مشاور نقش کلیدی ایفا می کند لحن صدای مشاور و کلماتی که استفاده می کند می تواند آرامش را در فرد برقرار نماید. قدم بعدی درک و پذیرش تماس گیرنده است. پذیرش اینکه فرد در شرایط حادی قرار دارد و این شرایط شاید به راحتی قابل درک نباشد گفتن اینکه شرایط شرایط سختی است ولی گذرا خواهد بود و گذشت زمان فرصت عبور از این مرحله را مهیا می کند تا حدودی وضعیت را تسهیل می نماید. دادن آگاهی در مورد اینکه فرد تماس گیرنده در اوج اضطراب و نگرانی قرار دارد و این علایم طبیعی در شرایط غیر طبیعی است و فرد شرایط غیرعادی را پیدا نکرده است و این تنش تا ۷۲ ساعت می تواند ادامه یابد و بعد از این زمان علایم کاهش می یابد



تسکین و آرامش برقرار خواهد کرد. همچنین باید توجه داشت که اگر علائم خاصی مثل بیقراری شدید، اختلال خواب تنش و لرزش شدید بدن و.... در مدت زمان بیشتری ادامه یابد ارجاع به مشاوره تخصصی و روانپزشک ضروری خواهد بود. در موارد خفیف تر کمک به فرد تماس گیرنده برای کنترل بعضی علائم رفتاری و وضعیت جسمانی می تواند موثر باشد مانند: تنظیم تنفس عادی و تنفسهای عمیق در حالت نشسته و دراز کش یا انقباض و انبساط عضلانی که پشت تلفن هم به راحتی قابل اجراست و توصیه هایی نظیر رسیدگی به خود مثل دوش گرفتن با آب گرم و خوردن مایعات گرم و آموزش به نزدیکان و مراقبت کنندگان مفید خواهد بود. در صورتی که تماس گیرنده به دلیل هیجان زیاد و گریه های بی وقفه وضعیت نفس زندهای تند ایجاد شود می توان به او آموزش داد یک پاکت کاغذی جلوی دهانش بگیرد و چند دفعه داخل آن نفس بکشد تا بتواند تنفس خود را کنترل کند و آرام گردد. اگر فرد بیش از حد بی قرار است، با دستپاچگی و عجله صحبت می کند، یا شدیداً گریه می کند از او بخواهید به شما گوش کند، پرسید که کیست، کجا است و چه اتفاقی افتاده است. از او بخواهید شرایط محیطی را توضیح دهد و بگوید الان در چه وضعیتی قرار دارد. سوال کنید که فرد در کنار خانواده یا دوستان است یا نه.

فردی که یکی از اعضا خانواده اش مبتلا شده است علاوه بر نگرانی از ابتلا خود و سایر اعضای خانواده ممکن است نگران از دست دادن فرد مبتلا هم باشد گاهی ممکن است علائم پانیک هم وجود داشته باشد که در صورت شدت علائم ارجاع به روانپزشک و تجویز داروی روانپزشکی ضرورت خواهد داشت. نکات مورد توجه در مشاوره تلفنی با کادر درمان و اعضای خانواده آنها

افراد حاضر در کادر درمان شامل پزشک، پرستار، بهیار، رادیولوژیست تکنسین آزمایشگاه، خدمات بیمارستان و تیم اورژانس در خط مقدم مواجهه با بیماری قرار دارند. افزایش تعداد مبتلایان و کمبود تجهیزات بار سنگین تری هم بر دوش آنها می گذارد، در این شرایط اضطراب ناشی از احتمال ابتلا به بیماری، پوشیدن ماسک، عینک و گان و سایر ابزارهای حمایتی که محدودیت رفتاری جدی ایجاد می کند، ساعات طولانی کار طاقت فرسا، نگرانی از احتمال انتقال و پروسه به خانوادگی خود، دوری از اعضای خانواده به دلیل شیفتهای متعدد و کمبودهای تجهیزاتی و بسیاری موارد دیگر می تواند سبب اضطراب، افسردگی و فرسودگی شغلی کادر درمان شود. حمایت روانی از خانواده کادر درمان، جلسات مشاوره فردی در خارج از شیفتهای کاری برای برطرف کردن هیجانات منفی و ایجاد مجدد تعادل شناخت و هیجان، کاهش تنش و اضطراب و خارج کردن موقت کارکنان مبتلا به اضطراب و افسردگی از چرخه مراقبت و درمان به منظور پیشگیری از گسترش فرسودگی به سایر کارکنان از اهمیت فعالیتهایی است که لازم است برای این گروه از افراد اجرا شود. فرسودگی شغلی در کادر درمان حکم فروپاشی دستگاه ایمنی بدن را دارد که بعد از آن فاجعه اتفاق می افتد.

در مشاوره با تیم درمان یا خانواده ایشان نکات و توصیه های زیر ضروری می باشد:



✓ خودمراقبتی

همان طور که یک ذهن مضطرب می تواند سیستم ایمنی بدن را ضعیف کند، یک جسم خسته هم ذهن را در مقابله موثر با فشار روانی ناتوان می کند. حتی در این شرایط دشوار، مراقب خواب و تغذیه خود باشنید. به خاطر داشته باشنید که اصل اول کمک رسانی این است که از خودشان حفاظت کرنید. به تماس گیرندگان توصیه شود که حتما نیازهای اساسی را برآورده کنند. خوردن غذا و نوشیدن مایعات به اندازه کافی و استراحت مهم است. محرومیت از نیازهای جسمی فرد را در معرض خطر قرار می دهد و همچنین ممکن است توانایی او را در مراقبت از بیماران به خطر اندازد. این افراد باید سعی کنند هر زمان که ممکن باشد به خود استراحت دهند و در زمانهای خارج از شیفت کاری فعالیتهایی غیر مرتبط با شغل خود که سرگرم کننده یا آرامش بخش است، انجام ده ند. گوش دادن به موسیقی، خواندن کتاب یا صحبت با یک دوست می تواند به افراد کمک کند. برخی افراد ممکن است در صورت عدم کار کامل یا انجام کارهای لذت بخش در زمانی که دیگران رنج می برند، احساس گناه کنند. باید بدانند که استراحت مناسب منجر به این می شود که در کار خود موفق تر بوده و از بیماران مراقبت مناسب تری خواهند داشت.

✓ شفقت و دلسوزی نسبت به خود

با حال بد و احساسات ناخوشایندی که به سراغشان می آید دلسوزانه و با محبت برخورد نمایند. خستگی، خشم، غم، گیجی و بدحالی را در خود سرکوب یا سرزنش نکنید. به خاطر داشته باشنید که قبل از متخصص بودن، یک انسانند و هر انسانی این احوال را تجربه می کند. با خود صبور و دلسوز باشنید.

✓ تخلیه روزانه احساسات

نوشتن ابرازی، شکلی از نوشتن درباره تجارب ناخوشایند است که به فرد اجازه تخلیه احساسات و کاهش اضطراب را می دهد.

✓ تعامل با همکاران

تجارب دشوار و احساسات و افکار خود را با همکارانشان در میان بگذارند تا بتوانند از یکدیگر حمایت کنند. برقراری تعاملات اجتماعی در همان محیط کاری بسیار موثر خواهد بود. داشتن ارتباط سازنده و خوش بینانه با همکاران کمک کننده است. تعریف و تمجید از یکدیگر در جمع همکاران اثر مثبتی دارد. تعریف می تواند محرکی قدرتمند و تعدیل کننده استرس باشد. ناامیدیها و راه حل های خود را با یکدیگر در میان گذاشتن و حل مسئله یک مهارت حرفه ای است که اغلب احساس موفقیت را حتی برای حل مشکلات کوچک فراهم می کند.

✓ تماس با خانواده

در صورت امکان با عزیزان و خانواده خود تماس بگیرند. آنها پناه افراد در خارج از سیستم درمانی هستند. اشتراک گذاشتن و در ارتباط ماندن با خانواده کمک می کند که بهتر از فرد حمایت کنند.



✓ پرهیز از احساس مسئولیت اغراق شده

✓ تحقیقات نشان می دهد کسانی که مشاغل مراقبتی را انتخاب می کنند سطح بالایی از حساسیت به نیازهای دیگران و ایثارگری دارند. مراقب باشنند این ویژگی خوب به افراط نینجامد؛ به عنوان مثال از خود انتظارات غیرواقع بینانه نداشته باشنند، خود را برای چیزی که خارج از توان بوده سرزنش نکنند و دچار احساس گناه نشوند. اگر با این افکار مواجه شدن با یکی از همکاران یا سرپرست خود حرف بزنند.

✓ نشانه های مشکلات جدی روانشناختی در خود و سایر همکاران

✓ حواسشان به خودشان باشد. علائم افسردگی یا اضطرابی خود را نظاره کننند: غم طولانی، مشکل در خواب، خاطرات مزاحم، ناامیدی. در صورت وجود این علائم با یک دوست یا سوپروایزر صحبت کننند یا در صورت لزوم از مشاوره تلفنی و روانشناسان کمک بگیرنند. شرایط پرفشار کنونی ممکن است موجب «اختلال استرس حاد پس از حادثه» یا «سندرم خستگی مزمن» در فرد یا یکی از همکارانش بشود. نشانه های این مشکلات را بشناسنند و چنانچه با آنها مواجه شدن با روانپزشک یا روانشناس صحبت کننند.

بیماران مشکوک و تشخیص داده شده و همچنین کارکنان در بیمارستان های مراقبت از بیماران آلوده باید به طور منظم غربالگری بالینی برای افسردگی، اضطراب، و گرایش به خودکشی را دریافت کنند. برای کسانی که با مشکلات شدیدتری در سلامت روانی روبرو هستند، باید به موقع درمان روانشناختی ارائه شود. نکات مورد توجه در مشاوره تلفنی با افرادی که یکی از عزیزان خود را به دلیل ابتلا به بیماری از دست داده اند. علائم سوگ شامل علائم روانی مانند کرحتی، بی تفاوتی یا ناتوانی در درک احساس شادی یا غم، خشم و عصبانیت. جستجوی مداوم فرد از دست رفته و یا اشتیاق زیاد برای بازگشت فرد متوفی. علائم جسمی مانند حس لرز بدن، ضعف و خستگی، بی اشتها، تهوع و کم اشتها و یا خشکی دهان. مشکلاتی مانند کابوسهای شبانه، کناره گیری از جمع و عدم تمایل به شرکت در فعالیتهای معمول. واکنشهای ناشی از سوگ یک تجربه بسیار شخصی است و سوگ درست یا غلط وجود ندارد. رفتار افراد سوگوار به عوامل متفاوتی مانند نحوه فوت و نوع رابطه با فرد ازدست رفته و وجود عوامل حمایتی و ویژگیهای شخصیتی افراد بستگی دارد. اگر صرفاً فرد بر اثر ابتلا به کرونا جان خود را ازدست بدهد در زمره مرگهای ناگهانی قرار می گیرد. در بحران ناشی از همه گیری ویروس کرونا، گرچه خوشبختانه اکثریت افراد مبتلا بهبود میابند اما در خانواده هایی که عزیزی را از دست میدهند به دلیل برگزار نشدن آیین خاکسپاری و عدم حضور اطرافیان برای همدردی با بازماندگان مرسوم سوگواری که نقش مهمی در تسهیل فرایند سوگواری دارد، انجام نمی شود و متأسفانه مراحل حل و فصل هیجانانگیز دردناک سوگ، دشوار میشود. در صورتیکه تماس گیرنده از بازماندگان و سوگواران باشد نکات زیر باید مورد توجه قرار گیرد:



پس از برقراری ارتباط و همدلی شرایطی فراهم شود تا افراد در مورد احساسات و نگرانیهای خود اعم از درد و رنج، غم، اضطراب و تنهایی صحبت کنند.

به آنها توضیح داده شود که بیشتر مردم وقتی کسی را که دوستش دارند از دست میدهند، رنج عمیق و شدیدی را تجربه میکنند. سوگ هر چند رنج آور و گاه بسیار شدید است اما بخشی از زندگی است، در بیشتر اوقات، فرد سوگوار بدون نیاز به کمک تخصصی و مداخله ای بهبود میابد و به زندگی عادی باز میگردد.

سوال در مورد تجربه های مشابه قبلی و چگونگی کنار آمدن با آنها و مدت زمان آن میتواند طبیعی یا غیرطبیعی بودن رفتار فرد تماس گیرنده را نشان دهد. برای مقابله با این فشارها، صحبت کردن و کمک گرفتن از سایر اعضای خانواده و دوستان میتواند مفید باشد. بهترین کار این است که به فرد سوگوار و اطرافیانش اجازه دهند تا سوگ را آن گونه که احساس میکنند، بپذیرند. بطور مثال، قبول کند که احساس غم، خشم، دلتنگی یا فقدان شدید داشته باشند. توضیح این که در برابر رفتارهای سوگواری (گریه کردن، ابراز غم و خشم) مقاومت نکند و گریه کردن و یا صحبت کردن در مورد متوفا و ابراز غم و غصه به فرآیند حل سوگ کمک میکند. گریه کردن بخشی از فرایند طبیعی سوگواری در فقدان افراد بسیار نزدیک و مهم زندگی است. آگاهی داده شود که شدت سوگ در بیشتر افراد پس از گذشت شش هفته (۴۰ روز) کاهش میابد و انتظار میرود پس از یکفصل، فرد با فقدان کنار آمده و به زندگی عادی بازگردد.

اگر علائم شدید سوگ بیش از شش هفته باشد و یا افکار خودکشی وجود داشته باشد، و بازگشت به روال عادی زندگی با مشکل مواجه شده باشد روان درمانی یا ویزیت روانپزشک ضرورت دارد.

در مورد عدم برگزاری مراسم دفن و سوگواری توضیح داده شود که ضروری است به منظور مراقبت از خود و سایر بستگان و دوستان از برگزاری مراسم ختم در مساجد و اماکن عمومی اجتناب شده و گردهمایی حضوری انجام نشود. توصیه شود که اعضای خانواده با هم در مورد احساساتشان صحبت کنند و به یکدیگر اجازه دهند که گریه کرده و احساسات و ناراحتی خود را ابراز کنند. می توانند اعلام کنند که به منظور جلوگیری از انتقال بیماری به افراد، فعلا مراسم ختم انجام نخواهد شد و پس از پایان بحران کرونا مراسمی شایسته برای عزیز از دست رفته برگزار خواهد شد. در صورت امکان ارتباط مجازی صوتی و تصویری با اقوام و آشنایان برقرار گردد. انجام فعالیتهای روزمره زندگی (تغذیه، ورزش، خواب کافی)، نوشتن افکار و احساسات مختلف در مورد فرد از دست رفته و خاطرات او در کنار تمرینهای آرامسازی در تسهیل روند سوگواری کمک کننده است. با توجه به احتمال انتقال بیماری از طریق وسایل و البسه خشک به جا مانده از فرد فوت شده بهتر است البسه یا وسایل به جا مانده از فرد فوت شده ی مشکوک یا مبتلا به کووید-۱۹ ضد عفونی شوند و به صورت بهداشتی دفن شوند. وسایلی که یادآور خاطرات است و برای بازماندگان اهمیت دارد، بعد از شستشو و ضد عفونی کردن قابل استفاده است.



منابع:

- Rosenfield, Maxine (2013). Telephone Counseling: A Handbook for Practitioners. Palgrave Publications
- Rosenfield, Maxine (1997). Counseling by Telephone. Sage Publications
- Lester, David. Rogers James. R (2012). Crisis Intervention and Counseling by Telephone and the Internet. Charles C. Thomas Publications
- Glover, R. Gyles (1990) The Audit of Mental Health Services. International Journal for Quality in Health Care, Volume 2, Issue 2
- Quality Framework for Telephone Counseling and Internet-based Support Services (2008). Australian Government, Department of Health
- Stephenson, Diane et al. (2003). Implementation and Evaluation of a Formal Telephone Counseling Protocol in an Employee Assistance Program. Employee Assistance Quarterly, Vol. 19 (2)
- احمدی ، خدابخش ، اصول و فنون مداخله روانشناختی در بحران، انتشارات هلال احمر ، ۱۳۸۸
- نوروزی جوینانی، سعید (۱۳۹۷). راهنمای مشاوره تلفنی. معاونت مشاوره بهزیستی کشور
- نوروزی جوینانی، سعید (۱۳۷۹). رویکرد مداخله تلفنی در بحران. سازمان بهزیستی کشور
- دستورالعمل مشاوره روانشناختی تلفنی ویژه کرونا (۱۳۹۸). گروه وروانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران و دفتر سلامت روانی اجتماعی وزارت بهداشت