

پیامدهای روان‌تنی جنگ بر ایرانیان خارج از کشور

مطالعه‌ای مروری - تحلیلی با تأکید بر تروما، مهاجرت، علوم اعصاب و طب ایرانی

نویسنده: ساناز سادات قطبی

مدرس و پژوهشگر کالج بین‌المللی ابن‌سینا

نوع مقاله: مروری - تحلیلی

حوزه موضوعی: سلامت روان، مهاجرت، روان‌تنی، علوم اعصاب و طب ایرانی

چکیده

جنگ و تهدیدهای نظامی تنها بر افرادی که مستقیماً در جغرافیای درگیری حضور دارند اثر نمی‌گذارند، بلکه می‌توانند بر جوامع مهاجر و دیاسپورا نیز پیامدهای عمیق روانی، شناختی، عاطفی و جسمانی ایجاد کنند. ایرانیان خارج از کشور در مواجهه با تنش‌ها و درگیری‌های نظامی اخیر مرتبط با ایران، اسرائیل و ایالات متحده آمریکا، اگرچه ممکن است از نظر فیزیکی در محیطی امن‌تر زندگی کنند، به دلیل پیوندهای خانوادگی، فرهنگی، هویتی و رسانه‌ای با سرزمین مادری، همچنان در معرض فشار روانی قابل توجه قرار دارند. هدف این مقاله بررسی ابعاد این تجربه با رویکردی میان‌رشته‌ای و با تأکید بر مفاهیم تروما، مهاجرت، روان‌تنی، علوم اعصاب و طب ایرانی است. پژوهش حاضر به روش مروری - تحلیلی تدوین شده و منابع منتخب علمی، گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، اصول مراقبت تروما‌محور، منابع تشخیصی معتبر و متون کلاسیک طب ایرانی را بررسی کرده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که پیامدهای جنگ در دیاسپورا می‌توانند در چهار سطح اصلی بروز کنند: شناختی، عاطفی - هویتی، جسمانی - عصبی و اجتماعی - فرهنگی. اضطراب، اختلال خواب، خستگی، تپش قلب، تنش عضلانی، اختلالات گوارشی، احساس گناه، خشم، درماندگی و دوپارگی هویتی از جمله واکنش‌های قابل مشاهده‌اند. از دیدگاه طب ایرانی نیز حالات نفسانی مانند خوف، حزن، غضب و اضطراب می‌توانند آثار جسمانی ایجاد کنند. نتیجه مقاله نشان می‌دهد که فاصله جغرافیایی از جنگ الزاماً به معنای فاصله روانی و بدنی از بحران

نیست و لازم است حمایت‌های متناسب، فرهنگی و تروما محور برای ایرانیان خارج از کشور تقویت شود.

۱. مقدمه

جنگ معمولاً با تصاویر آشکار و دردناکی مانند انفجار، مرگ، جراحت، آوارگی و تخریب زیرساخت‌ها شناخته می‌شود. با این حال، آثار آن به میدان نبرد یا مرزهای سیاسی محدود نمی‌ماند. در جهان امروز، اخبار لحظه‌ای، تصاویر خشونت‌آمیز، شبکه‌های اجتماعی، تماس‌های خانوادگی و اختلال در ارتباطات سبب می‌شوند که بحران‌های نظامی از فاصله‌های جغرافیایی عبور کنند و وارد زندگی روزمره افرادی شوند که کیلومترها دورتر از محل درگیری زندگی می‌کنند.

این مسئله برای جوامع مهاجر و دیاسپورا اهمیت ویژه‌ای دارد. بسیاری از ایرانیان خارج از کشور همچنان با اعضای خانواده، دوستان، شهر محل تولد، زبان، فرهنگ و خاطرات خود در ایران پیوند عمیق دارند. در زمان جنگ یا تهدید جنگ، ممکن است بدن فرد در محیطی نسبتاً امن حضور داشته باشد، اما ذهن، عاطفه و سیستم عصبی او همچنان در وضعیت هشدار باقی بماند.

سازمان جهانی بهداشت گزارش می‌کند که تقریباً همه افراد متأثر از بحران‌ها و شرایط اضطراری درجاتی از پریشانی روانی را تجربه می‌کنند که در بسیاری از موارد با گذشت زمان کاهش می‌یابد. با این حال، بخشی از افراد ممکن است دچار مشکلات پایدارتر سلامت روان شوند. برآورد این سازمان نشان می‌دهد که حدود ۲۲ درصد از افرادی که طی ده سال گذشته جنگ یا درگیری را تجربه کرده‌اند، با اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال دوقطبی یا اسکیزوفرنی مواجه‌اند (World Health Organization [WHO], 2025a).

این آمار اساساً درباره افراد ساکن در مناطق متأثر از جنگ است و نباید بدون مطالعه میدانی مستقیماً به تمام ایرانیان خارج از کشور تعمیم داده شود. با این حال، برای درک اهمیت موضوع دیاسپورا نیز قابل توجه است؛ زیرا مهاجران ممکن است از طریق نگرانی برای عزیزان، پیگیری مداوم اخبار، احساس ناتوانی و فعال شدن زخم‌های پیشین مهاجرت، در معرض فشار روانی قرار گیرند.

مقاله‌ای که در سال ۲۰۲۶ در *Europe – The Lancet Regional Health* منتشر شد، به‌طور اختصاصی به پیامدهای سلامت روان جنگ ایران، اسرائیل و آمریکا بر دیاسپورای ایرانی پرداخت و تأکید کرد که آثار روانی درگیری‌های نظامی می‌توانند از مرزهای جغرافیایی عبور کنند (Shahnava et al., 2026).

پرسش اصلی مقاله حاضر چنین است:

چگونه جنگی که از نظر جغرافیایی دور است، می‌تواند از نظر روانی، عصبی و جسمانی بسیار نزدیک تجربه شود؟

۲. پیشینه پژوهش و چارچوب مفهومی

۱.۲. مفهوم تروما

تروما به تجربه یک رویداد، مجموعه‌ای از رویدادها یا شرایطی گفته می‌شود که از سوی فرد به‌عنوان آسیب‌زا، تهدیدکننده یا از نظر عاطفی تحمل‌ناپذیر ادراک می‌شود و می‌تواند بر عملکرد روانی، جسمی، اجتماعی یا عاطفی او اثر پایدار بگذارد.

تجربه فشار روانی در شرایط جنگی الزاماً به معنای ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه یا PTSD نیست. غم، نگرانی، اختلال موقت خواب، تحریک‌پذیری و کاهش تمرکز می‌توانند واکنش‌هایی طبیعی به موقعیتی غیرطبیعی باشند. تشخیص PTSD نیازمند بررسی تخصصی معیارهای بالینی، مدت‌زمان علائم، شدت آن‌ها و میزان اختلال در عملکرد روزمره است (American Psychiatric Association, 2022).

بر اساس معیارهای تشخیصی، آگاهی از وقوع حادثه‌ای آسیب‌زا برای یکی از اعضای نزدیک خانواده یا دوستان نیز در شرایط مشخص می‌تواند در ارزیابی مواجهه تروما اهمیت داشته باشد. بنابراین، لازم نیست فرد شخصاً در محل حادثه حضور داشته باشد تا واکنش‌های شدید روانی و جسمانی را تجربه کند.

۲.۲. ترومای دورادور و ترومای نیابتی

در ادبیات سلامت روان، واژه‌هایی مانند «ترومای نیابتی»، «استرس تروماتیک ثانویه» و «مواجهه غیرمستقیم با تروما» برای توصیف برخی پیامدهای تماس با رنج دیگران استفاده می‌شوند. این مفاهیم کاملاً یکسان نیستند و نباید بدون دقت به جای یکدیگر به کار روند. با این حال، همگی بر یک نکته تأکید دارند: حضور فیزیکی در صحنه حادثه تنها مسیر تجربه فشار روانی نیست.

در مورد ایرانیان خارج از کشور، اصطلاح «ترومای دورادور» می‌تواند به‌عنوان یک مفهوم توصیفی به کار رود؛ یعنی تجربه فشار روانی ناشی از مشاهده یا پیگیری بحرانی که از نظر جغرافیایی دور، اما از نظر عاطفی و هویتی نزدیک است.

۳.۲. نقش رسانه و شبکه‌های اجتماعی

مواجهه مکرر با تصاویر و روایت‌های بحران می‌تواند شدت فشار روانی را افزایش دهد. در پژوهش Holman و همکاران (2014) پس از بمب‌گذاری ماراتن بوستون، مواجهه گسترده با پوشش رسانه‌ای با استرس حاد بیشتر همراه بود. این یافته به معنای آن نیست که رسانه علت یگانه آسیب روانی است، اما نشان می‌دهد که مصرف مداوم و کنترل‌نشده اخبار می‌تواند بخشی از چرخه اضطراب را تقویت کند.

در سال‌های اخیر، مفهوم «دوم‌اسکرولینگ» نیز برای توصیف پیگیری مداوم و گاه وسواسی اخبار منفی در شبکه‌های اجتماعی مطرح شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این الگوی رفتاری می‌تواند با کاهش بهزیستی روانی و افزایش استرس ثانویه همراه باشد (Taskin et al., 2024).

۴.۲. مهاجرت و عوامل زمینه‌ساز آسیب‌پذیری

سلامت روان مهاجران تنها به یک عامل وابسته نیست. سازمان جهانی بهداشت تأکید می‌کند که تجربه‌های پیش از مهاجرت، مسیر مهاجرت، شرایط زندگی در کشور میزبان، جدایی از خانواده، انزوای اجتماعی، تبعیض، وضعیت اقتصادی و دشواری دسترسی به خدمات سلامت روان می‌توانند بر سلامت روان مهاجران اثر بگذارند (WHO, 2025b).

بنابراین، وقوع جنگ یا تهدید نظامی در کشور مبدأ ممکن است تنها یک فشار تازه ایجاد نکند؛ بلکه زخم‌های قدیمی‌تر ناشی از مهاجرت، جدایی، خاطرات خانوادگی، تجربه ناامنی یا احساس بی‌ریزگی را نیز فعال سازد.

۳. روش‌شناسی

این پژوهش به روش مروری - تحلیلی روایتی تدوین شده است. هدف مقاله، ارائه برآورد آماری از شیوع اختلالات روانی در تمام ایرانیان خارج از کشور نیست، بلکه تبیین علمی و میان‌رشته‌ای پدیده‌ای است که در شرایط جنگی می‌تواند بر بخشی از دیاسپورای ایرانی اثر بگذارد.

برای تدوین مقاله، منابع منتخب در محورهای زیر بررسی شدند:

۱. سلامت روان در شرایط اضطراری و جنگ؛
۲. سلامت روان مهاجران و پناهندگان؛
۳. تروما، PTSD و مراقبت تروما محور؛
۴. مواجهه رسانه‌ای با بحران و مصرف مداوم اخبار منفی؛
۵. مقاله‌های جدید درباره اثر جنگ بر دیاسپورای ایرانی؛
۶. منابع کلاسیک طب ایرانی درباره حالات نفسانی، خواب و بیداری و سبک زندگی سالم

۴. یافته‌ها

۱.۴. پیامدهای شناختی

یکی از شایع‌ترین تجربه‌های گزارش‌شده در شرایط جنگی، درگیری ذهنی مداوم است. فرد ممکن است بارها اخبار را بررسی کند، پیام‌های اعضای خانواده را دنبال کند، تماس‌های بی‌پاسخ را نشانه وقوع حادثه بداند یا به‌طور مکرر سناریوهای فاجعه‌آمیز بسازد.

در این وضعیت، ذهن تلاش می‌کند از طریق جمع‌آوری اطلاعات بیشتر، احساس کنترل را بازسازی کند. اما هنگامی که اخبار متناقض، تصاویر خشونت‌آمیز و اطلاعات تأییدنشده زیاد باشند، پیگیری مداوم اخبار می‌تواند نتیجه معکوس داشته باشد و اضطراب را افزایش دهد.

پیامدهای شناختی احتمالی عبارت‌اند از:

نمود احتمالی	پیامد
مرور مداوم اخبار و تصور سناریوهای فاجعه‌آمیز	افکار تکرارشونده
دشواری در کار، مطالعه یا تصمیم‌گیری	کاهش تمرکز
حساسیت شدید به تماس تلفنی، پیام یا اعلان خبری	بیش‌هشیاری

احساس خستگی حتی بدون فعالیت جسمانی زیاد	فرسودگی ذهنی
فراموشی کارهای روزمره یا کاهش توجه	اختلال حافظه کوتاه مدت

۲.۴. پیامدهای عاطفی و هویتی

برای فرد مهاجر، جنگ صرفاً یک رویداد سیاسی نیست. وطن ممکن است با خانواده، خاطره، کودکی، زبان، آیین‌ها، غذاها، شهرها و تجربه تعلق پیوند داشته باشد. از این رو، تهدید علیه کشور مبدأ می‌تواند به صورت تهدیدی علیه بخشی از هویت فرد احساس شود.

مهم‌ترین واکنش‌های عاطفی عبارت‌اند از:

الف) احساس گناه ناشی از امنیت نسبی

برخی افراد ممکن است از اینکه در محیطی امن‌تر زندگی می‌کنند احساس گناه داشته باشند. حتی فعالیت‌های عادی مانند خوابیدن، خندیدن، غذا خوردن یا ادامه کار روزمره ممکن است با این احساس همراه شود که «من اینجا امن هستم، اما عزیزانم در خطرند».

این احساس قابل فهم است، اما امنیت فرد مهاجر به معنای خیانت به عزیزان یا بی‌تفاوتی نسبت به آنان نیست. احساس گناه اگر شدید و طولانی شود، می‌تواند توان فرد برای حمایت مؤثر از دیگران را کاهش دهد.

ب) خشم و درماندگی

خشم ممکن است به سیاستمداران، رسانه‌ها، اطرافیان بی‌تفاوت، وضعیت جهانی یا حتی خود فرد معطوف شود. در بسیاری از موارد، خشم پوششی برای احساس عمیق‌تر ناتوانی است؛ فرد می‌خواهد کاری انجام دهد، اما ابزار کافی در اختیار ندارد.

(ج) سوگ مبهم

سوگ همیشه به معنای از دست دادن قطعی یک فرد نیست. گاهی انسان برای امنیت ازدست‌رفته، آینده نامعلوم، تغییر تصویر وطن یا احساس ازدست‌رفتن کنترل سوگواری می‌کند. این وضعیت را می‌توان نوعی «سوگ مبهم» دانست.

(د) دویارگی روانی

بسیاری از مهاجران ممکن است چنین احساسی داشته باشند: بدن در کشور محل اقامت است، اما ذهن در ایران باقی مانده است. این شکاف میان زندگی روزمره و نگرانی دائمی برای وطن می‌تواند بسیار فرساینده باشد.

۳.۴. پیامدهای جسمانی و عصبی

فشار روانی تنها در ذهن باقی نمی‌ماند. ادراک تهدید می‌تواند سیستم عصبی خودکار و محورهای تنظیم استرس را فعال کند. این واکنش در کوتاه‌مدت بخشی از سازوکار بقاست، اما اگر طولانی شود می‌تواند با علائم جسمانی همراه باشد.

علائم احتمالی	حوزه
دیر به خواب رفتن، بیدار شدن مکرر، خواب سطحی، کابوس	خواب
تپش قلب، احساس فشار در قفسه سینه، افزایش ضربان	قلب و عروق
انقباض فک، درد گردن، سفتی شانه‌ها، سردرد تنشی	عضلات
تهوع، درد معده، ریفلاکس، اسهال یا یبوست	گوارش
خستگی، ضعف، بی‌حالی، کاهش انگیزه	انرژی

کاهش اشتها یا پرخوری عصبی	اشتها
گریه ناگهانی، تحریک‌پذیری یا بی‌حسی عاطفی	تنظیم هیجان

علائم احتمالی عبارت‌اند از:

سازمان جهانی بهداشت نیز در توضیح وضعیت مهاجران و پناهندگان اشاره می‌کند که اضطراب، غم، ناامیدی، دشواری خواب، خستگی، تحریک‌پذیری، خشم و دردهای جسمانی می‌توانند در شرایط فشار دیده شوند. (WHO, 2025b)

وجود این علائم به‌تنهایی به معنای ابتلا به یک بیماری مشخص نیست، اما نشان می‌دهد که بدن نیز تحت تأثیر بحران قرار گرفته است.

۴.۴. پیامدهای اجتماعی و خانوادگی

ایرانیان خارج از کشور در زمان جنگ ممکن است نقش‌های متعددی بر عهده بگیرند: پیگیری اخبار، تماس با خانواده، انتقال اطلاعات، حمایت مالی، ترجمه اخبار برای اطرافیان، مراقبت عاطفی از سالمندان و توضیح شرایط برای کودکان.

از سوی دیگر، اختلاف دیدگاه‌های سیاسی در میان اعضای دیاسپورا می‌تواند تنش را افزایش دهد. جامعه ایرانی خارج از کشور یک گروه همگن نیست. تفاوت تجربه‌های مهاجرت، پیشینه خانوادگی، دیدگاه سیاسی، سن، کشور محل اقامت و میزان ارتباط با ایران سبب می‌شود افراد واکنش‌های متفاوتی داشته باشند.

در چنین وضعیتی، گفت‌وگو باید بر تجربه انسانی افراد متمرکز باشد، نه بر تحمیل یک روایت واحد.

۵. تحلیل روان‌تنی و علوم اعصاب

بدن انسان برای پاسخ به خطر طراحی شده است. هنگامی که مغز تهدید را تشخیص می‌دهد، سیستم عصبی سمپاتیک فعال می‌شود و بدن برای مقابله، فرار یا محافظت آماده می‌گردد. ضربان

قلب ممکن است افزایش یابد، عضلات منقبض شوند، خواب مختل شود و توجه به محرک‌های تهدیدآمیز بیشتر گردد.

در شرایط جنگی، حتی فردی که از نظر فیزیکی در کشور دیگری زندگی می‌کند ممکن است به دلیل دریافت مداوم اخبار، تماس‌های بی‌پاسخ یا نگرانی برای خانواده، بارها این چرخه هشدار را تجربه کند.

از منظر علوم اعصاب، شبکه‌ای از ساختارهای مغزی در پاسخ به تهدید و تنظیم هیجان نقش دارند؛ از جمله آمیگدالا، هیپوکامپ و قشر پیش‌پیشانی. توضیح عملکرد این ساختارها نباید به ساده‌سازی افراطی منجر شود. اضطراب یا تروما محصول فعالیت یک بخش منفرد مغز نیست، بلکه نتیجه تعامل پیچیده مغز، بدن، حافظه، تجربه زیسته، محیط اجتماعی و معنایی است که فرد به رویداد می‌دهد.

درک این موضوع اهمیت عملی دارد: علائم جسمانی افراد در چنین شرایطی «خیالی» نیستند. بدن ممکن است واقعاً در وضعیت آماده‌باش قرار گرفته باشد، حتی وقتی خطر مستقیم در محیط فعلی فرد وجود ندارد.

۶. نگاه طب ایرانی به پیوند روان و بدن

در طب ایرانی، سلامت انسان حاصل تعامل پیوسته میان بدن، روان، خواب، تغذیه، حرکت، محیط و حالات نفسانی است. در این چارچوب، هیجان‌ها صرفاً تجربه‌هایی ذهنی محسوب نمی‌شوند، بلکه می‌توانند آثار جسمانی ایجاد کنند.

ابن‌سینا در جلد نخست القانون فی الطب، در فصل چهاردهم با عنوان:

(الفصل الرابع عشر: فی موجبات الحركات النفسانية)

به اثر حالات نفسانی بر بدن می‌پردازد. او توضیح می‌دهد که حالات روانی مختلف با تغییراتی در حرکت (روح) به سوی درون یا بیرون بدن همراه‌اند. ابن‌سینا غضب را با حرکت ناگهانی به بیرون، شادی متعادل را با حرکت تدریجی به بیرون، فزع را با حرکت ناگهانی به درون و حزن را با حرکت تدریجی به درون مرتبط می‌داند (ابن‌سینا، ۱۹۹۹، ج ۱، ص ۱۳۱).

او در همان صفحه به نکته مهم دیگری نیز اشاره می‌کند: برخی تصورات نفسانی می‌توانند بدون وجود عامل جسمانی مستقیم، تغییراتی در بدن ایجاد کنند. این مشاهده تاریخی برای موضوع مقاله حایز اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا نشان می‌دهد که در طب ایرانی نیز تجربه ذهنی ترس یا اندوه، امری جدا از بدن تلقی نمی‌شده است.

ابن‌سینا به موجبات النوم والیقظة یا عوامل خواب و بیداری می‌پردازد ابن‌سینا، ۱۹۹۹، ج ۱، صص ۱۳۱-۱۳۰. (اختلال خواب در شرایط بحران می‌تواند هم نتیجه اضطراب باشد و هم به تشدید خستگی، تحریک‌پذیری و کاهش توان تنظیم هیجان منجر شود.)

جرجانی نیز در الأغراض الطبية و المباحث العلائیه، در بخش حفظ‌الصحه، تدبیر اعراض نفسانی را در کنار عوامل مهم سبک زندگی مطرح می‌کند (جرجانی، ۱۳۸۴، ج ۱، بخش دوم، باب تدبیر اعراض نفسانی). (در پژوهش‌های معاصر طب ایرانی نیز اعراض نفسانی به‌عنوان یکی از عوامل مهم در پایداری سلامت یا ایجاد بیماری تحلیل شده‌اند)

با این حال، باید از معادل‌سازی مستقیم و ساده‌انگارانه میان مفاهیم تاریخی و اصطلاحات علوم اعصاب جدید خودداری کرد. برای مثال، «روح» در متون کلاسیک معادل یک هورمون یا مسیر عصبی مشخص نیست. ارزش مقایسه میان دو سنت دانشی در یافتن شباهت‌های مفهومی و طرح پرسش‌های تازه است، نه در یکی دانستن واژگان متعلق به دو نظام علمی متفاوت.

۷. بحث

یافته‌های این مقاله نشان می‌دهد که جنگ می‌تواند بر ایرانیان خارج از کشور نیز اثر بگذارد، حتی اگر آنان مستقیماً در معرض بمباران یا خطر فیزیکی قرار نداشته باشند. این اثر از مسیرهای گوناگون شکل می‌گیرد

۱. نگرانی برای خانواده و دوستان؛
۲. اختلال در تماس و بی‌خبری؛
۳. مواجهه مکرر با تصاویر و اخبار خشونت‌آمیز؛
۴. احساس گناه ناشی از امنیت نسبی؛
۵. تجربه ناتوانی در کمک مستقیم؛
۶. فعال شدن زخم‌های قدیمی مهاجرت و ناامنی؛
۷. دوپارگی میان زندگی روزمره در کشور میزبان و وابستگی عاطفی به ایران؛
۸. اختلاف دیدگاه‌ها و تنش‌های اجتماعی در میان اعضای دیاسپورا.

یکی از نکات مهم آن است که نباید هر واکنش طبیعی را بیماری‌سازی کرد. انسان در مواجهه با تهدید، بی‌خبری و نگرانی برای عزیزان ممکن است غمگین، عصبانی یا کم‌خواب شود. این واکنش‌ها الزاماً اختلال روان‌پزشکی نیستند.

در مقابل، نباید علائم شدید را نیز کم‌اهمیت دانست. اگر بی‌خوابی، حملات پانیک، کابوس، اجتناب شدید، ناتوانی در انجام کارهای روزمره، مصرف افراطی الکل یا دارو، یا افکار آسیب به خود ایجاد شود، مراجعه به روان‌شناس بالینی یا روان‌پزشک ضروری است.

۸. اصول مراقبت ترومامحور

مراقبت ترومامحور به معنای درک اثرات احتمالی تروما و ایجاد محیطی مبتنی بر ایمنی، اعتماد، همکاری، حمایت و توانمندسازی است SAMHSA. تأکید می‌کند که خدمات ترومامحور باید نشانه‌های تروما را بشناسند،

از بازآسیب‌رسانی جلوگیری کنند و به صدای فرد و حق انتخاب او احترام بگذارند (SAMHSA, 2014, 2026).

برای ایرانیان خارج از کشور، این اصول می‌توانند در چند سطح اجرا شوند.

۱.۸. تنظیم مصرف رسانه

پیگیری اخبار باید زمان‌بندی شود. بهتر است فرد تنها در ساعت‌های مشخص و از منابع محدود و معتبر خبرها را بررسی کند. مشاهده تصاویر خشونت‌آمیز پیش از خواب یا بررسی مداوم شبکه‌های اجتماعی می‌تواند چرخه اضطراب را تشدید کند.

۲.۸. حفظ ارتباط بدون فرسودگی

داشتن یک برنامه مشخص برای تماس با خانواده می‌تواند حس کنترل را افزایش دهد. اگر ممکن باشد، اعضای خانواده می‌توانند درباره ساعت تماس، راه ارتباطی جایگزین و فرد رابط توافق کنند. تماس‌های مکرر و پراکنده، هنگامی که پاسخی دریافت نمی‌شود، ممکن است اضطراب را بیشتر کند.

۳.۸. مراقبت از بدن

مراقبت جسمانی بخشی از مراقبت روانی است:

- خواب و بیداری تا حد امکان منظم باشد؛
- غذا خوردن حذف نشود؛
- مصرف بیش از حد کافئین کاهش یابد؛
- پیاده‌روی یا حرکات کششی روزانه انجام شود؛
- از بی‌حرکتی طولانی و نشستن مداوم پای تلفن همراه پرهیز شود؛
- تنفس آهسته و آرام برای چند دقیقه در روز تمرین شود

۴.۸. حمایت اجتماعی

گفت‌وگو با افراد قابل اعتماد و آشنا با زمینه فرهنگی ایران می‌تواند احساس انزوا را کاهش دهد. سازمان جهانی بهداشت نیز مشارکت اجتماعی، حمایت همسالان و تقویت ظرفیت جامعه مهاجر را از عوامل مهم حمایتی می‌داند. (WHO, 2025b)

۵.۸. بازسازی حس عاملیت

احساس ناتوانی یکی از فرساینده‌ترین بخش‌های ترومای دورادور است. انجام کارهای کوچک اما واقعی می‌تواند حس عاملیت را تقویت کند: حمایت از خانواده، مراقبت از کودکان و سالمندان، کمک‌رسانی از مسیرهای معتبر، ترجمه اطلاعات ضروری یا ایجاد فضای امن برای گفت‌وگو.

۶.۸. احترام به تفاوت واکنش‌ها

همه افراد به یک شکل واکنش نشان نمی‌دهند. برخی گریه می‌کنند، برخی خشمگین می‌شوند، برخی کمتر صحبت می‌کنند و برخی برای مدتی احساس بی‌حسی دارند. مقایسه کردن رنج افراد یا تحمیل یک واکنش (درست) می‌تواند فشار را افزایش دهد.

۹. پیشنهادها

۱.۹. پیشنهاد برای افراد

۱. زمان پیگیری اخبار محدود و مشخص شود.
۲. اخبار از منابع معتبر دریافت شود و از باز نشر مطالب تأیید نشده پرهیز گردد.
۳. خواب، تغذیه، حرکت و ارتباط اجتماعی جدی گرفته شود.
۴. احساس گناه ناشی از امنیت نسبی به عنوان یک احساس قابل فهم شناخته شود، اما به عامل تخریب زندگی روزمره تبدیل نگردد.
۵. در صورت تداوم علائم شدید، کمک حرفه‌ای دریافت شود.

۲-۹. پیشنهاد برای خانواده‌ها

۱. درباره نگرانی‌ها گفت‌وگو شود، اما فضای خانه به پخش مداوم اخبار تبدیل نگردد.
۲. کودکان و نوجوانان از مواجهه مستقیم و تکرارشونده با تصاویر خشونت‌آمیز محافظت شوند.
۳. اطلاعات متناسب با سن کودک ارائه شود.
۴. تفاوت واکنش اعضای خانواده محترم شمرده شود.
۵. برای تماس با اعضای خانواده داخل ایران برنامه مشخصی تعیین گردد.

۳-۹. پیشنهاد برای جامعه ایرانی خارج از کشور

۱. گروه‌های کوچک حمایتی با حضور افراد آموزش‌دیده ایجاد شوند.
۲. فهرستی از درمانگران فارسی‌زبان یا آشنا با فرهنگ ایرانی تهیه شود.
۳. جلسات آموزشی درباره اضطراب، تروما، خواب و تنظیم مصرف رسانه برگزار گردد.
۴. از تبدیل فضاهای حمایتی به میدان تنش سیاسی جلوگیری شود.
۵. حمایت از افراد تنها، سالمندان و خانواده‌هایی که تماس محدودی با ایران دارند در اولویت قرار گیرد.

۴-۹. پیشنهاد برای درمانگران

۱. تجربه فرد مهاجر صرفاً به عنوان یک مشکل فردی بررسی نشود.
۲. زمینه فرهنگی، خانوادگی، مهاجرتی و تاریخی فرد در ارزیابی لحاظ شود.
۳. میان واکنش طبیعی به بحران و اختلال بالینی تفاوت گذاشته شود.
۴. خدمات درمانی تا حد امکان با اصول مراقبت ترومامحور و حساسیت فرهنگی ارائه شوند.
۵. در صورت وجود علائم هشدار، ارزیابی خطر آسیب به خود انجام شود.

۵-۹. پیشنهاد برای پژوهش‌های آینده

مطالعات میدانی درباره اثر جنگ بر ایرانیان خارج از کشور ضروری است. متغیرهای زیر می‌توانند در پژوهش‌های آینده بررسی شوند:

- میزان ارتباط با اعضای خانواده داخل ایران؛
- شدت و نوع مصرف رسانه؛
- کشور محل اقامت؛
- مدت زمان مهاجرت؛
- تفاوت نسل اول و نسل‌های بعدی مهاجران؛
- وضعیت اقتصادی و اجتماعی؛
- سابقه تجربه جنگ یا مهاجرت اجباری؛
- میزان دسترسی به حمایت اجتماعی و خدمات سلامت روان.

۱۰. محدودیت‌های مقاله

مقاله حاضر یک مطالعه مروری - تحلیلی روایتی است و بر پایه پیمایش یا مصاحبه مستقیم با ایرانیان خارج از کشور تدوین نشده است. بنابراین، هدف آن ارائه آمار شیوع یا تعمیم نتایج به تمام اعضای دیاسپورای ایرانی نیست.

همچنین، اصطلاح «ترومای دورادور» در این مقاله به عنوان یک مفهوم توصیفی به کار رفته است و نباید آن را معادل یک تشخیص رسمی روان‌پزشکی دانست.

در بخش طب ایرانی نیز تلاش شده است از همسان‌سازی شتاب‌زده میان اصطلاحات تاریخی و مفاهیم جدید پرهیز شود. مقایسه میان طب ایرانی و علوم اعصاب معاصر باید با توجه به تفاوت مبانی نظری، زبان و روش‌شناسی دو نظام دانشی انجام گیرد

۱۱. نتیجه‌گیری

جنگ فقط در خاک رخ نمی‌دهد؛ می‌تواند در حافظه، خواب، بدن، روابط خانوادگی و تجربه هویتی انسان نیز ادامه پیدا کند. ایرانیان خارج از کشور ممکن است از نظر جغرافیایی دور از میدان درگیری باشند، اما پیوندهای خانوادگی، فرهنگی و عاطفی آنان با ایران سبب شود که بحران را در سطحی عمیق تجربه کنند.

اضطراب، بی‌خوابی، تپش قلب، اختلالات گوارشی، تنش عضلانی، احساس گناه، خشم، درماندگی و دوپارگی هویتی می‌توانند واکنش‌هایی قابل فهم به شرایط تهدید و بی‌خبری باشند. این واکنش‌ها همیشه به معنای بیماری روان‌پزشکی نیستند، اما نباید نادیده گرفته شوند.

از دیدگاه طب ایرانی نیز حالات نفسانی مانند خوف، حزن، غضب و فزع می‌توانند بر بدن اثر بگذارند. این نگاه تاریخی، در کنار یافته‌های علوم اعصاب، روان‌تنی و سلامت روان معاصر، می‌تواند چارچوبی انسانی‌تر و جامع‌تر برای درک وضعیت ایرانیان خارج از کشور فراهم کند.

منابع

الف) منابع جدید و علمی

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.

Holman, E. A., Garfin, D. R., & Silver, R. C. (2014). Media's role in broadcasting acute stress following the Boston Marathon bombings. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(1), 93–98. doi:10.1073/pnas.1316265110

Nguyen, T. P., et al. (2024). Loneliness and social isolation amongst refugees resettled in high-income countries: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.

Shahnavaz, S., Badinlou, F., Bozorgmehr, K., & Khazraeimanesh, Z. (2026). The mental health toll of the Iran-Israel-US conflict on the Iranian diaspora. *The Lancet Regional Health – Europe*, 64, 101678. doi:10.1016/j.lanepe.2026.101678

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. HHS Publication No. SMA 14-4884. SAMHSA.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2026). *Trauma-informed approaches and programs*. SAMHSA.

Taskin, S., et al. (2024). Doomscrolling and mental well-being in social media users: The role of mindfulness and secondary traumatic stress. *Applied Research in Quality of Life*.

World Health Organization. (2025a). *Mental health in emergencies*. WHO.

World Health Organization. (2025b). *Refugee and migrant mental health*. WHO

ب) منابع کلاسیک طب ایرانی

ابن سینا، حسین بن عبدالله (۱۹۹۹). (القانون فی الطب) محمد امین الضناوی، حاشیه نویس؛ چاپ اول؛ ۳ جلد. (بیروت: دارالکتب العلمیة).

ارجاع مورد استفاده در متن: جلد ۱، صفحات ۱۳۰-۱۳۱، فصل سیزدهم «فی موجبات النوم والیقظة» و فصل چهاردهم «فی موجبات الحركات النفسانية».

جرجانی، اسماعیل بن حسن (۱۳۸۴). (الأغراض الطبية و المباحث العلائقة) حسن تاجبخش، مصحح؛ چاپ اول؛ ۲ جلد. (تهران: دانشگاه تهران، مؤسسه انتشارات و چاپ).
ارجاع مورد استفاده در متن: جلد ۱، بخش دوم: حفظ الصحة، باب تدبیر اعراض نفسانی.

جرجانی، اسماعیل بن حسن (۱۳۹۱). (ذخیره خوارزمشاهی) ۱۰ جلد. (قم: مؤسسه احیاء طب طبیعی).