

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا (برای بزرگسالان)





میراث

سرشناسه	:	دادفر، محبوبه، ۱۳۴۶ -
عنوان و نام پدیدآور	:	حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (برای بزرگسالان)
مشخصات نشر	:	تهران : میرماه ، ۱۳۹۴ .
مشخصات ظاهری	:	۵۶ ص: مصور (رنگی)
شابک	:	۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۱۷۲-۳
وضعیت فهرست نویسی	:	فیبیای مختصر
یادداشت	:	فهرست نویسی کامل این اثر در نشانی: http://opac.nlai.ir قابل دسترسی است
شناسه افزوده	:	کولیوند، پیر حسین، ۱۳۵۰ -
شناسه افزوده	:	عبادی زارع، سعید
شماره کتابشناسی ملی	:	۳۸۲۴۳۷۵

حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا (برای بزرگسالان)

تألیف:

دکتر پیر حسین کولیوند
معاون مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

محبوبه دادفر
دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی
دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل

دکتر سعید عبادی زارع
روانشناس بالینی
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان



میراث

۱۳۹۴ شمسی



بیمارستان فوق تخصصی
خاتم الانبیاء (ص)

حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (برای بزرگسالان)



مرکز
تحقیقات
علوم
اعصاب
شفا

تألیف: محبوبه دادفر، دکتر پیر حسین کولیوند، دکتر سعید عبادی زارع

ناشر: میرماه

گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده

لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند

صحافی: عطف

نوبت و سال انتشار: نخست/ ۱۳۹۴

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۷۵۰۰ تومان

شابک: ۳-۱۷۲-۳۳۳-۶۰۰-۹۷۸

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر (عج) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)

تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: تجریش، دزاشیب، خیابان شهید رضانی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۳، واحد ۲

تلفن: ۲-۲۲۷۲۲۹۰۱ و ۴-۲۲۷۵۹۲۰۳ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

پیشگفتار

سلامت حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری است. بهداشت روانی دربردارنده تامین، حفظ و ارتقاء سلامت روان افراد جامعه است به گونه‌ای که آنها نه تنها بیماری روانی نداشته باشند بلکه بتوانند کارهای روزانه خود را بخوبی انجام دهند، از زندگی‌شان لذت ببرند و با افراد خانواده و محیط خود ارتباط برقرار نمایند. بهداشت روانی حالتی از رفاه است که در آن افراد توانایی‌هایشان را باز می‌شناسند و قادر هستند با استرس‌های معمول زندگی تطابق حاصل کرده، از نظر شغلی مفید و سازنده باشند و با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشند. هر گاه فشاری بر شخصی وارد آید واکنشی در او ایجاد می‌شود این واکنش علائم جسمانی و روانی دارد که تغییراتی در فرد ایجاد می‌کند. این واکنش غیر اختصاصی به محرک را فشار روانی یا استرس می‌گویند. بحران، رویداد یا موقعیتی است که در آن امکانات و منابع معمولی فرد برای تحمل و سازگاری با شرایط ممکن است کافی نباشد و موجب بروز واکنش‌های عاطفی و رفتاری مختلفی شود. بلا، اختلال شدید زیست محیطی و روانی اجتماعی است که از توانایی جامعه برای مقابله با مشکلات فراتر می‌باشد. بلاها شامل بلایای طبیعی و بلایای انسان ساخته هستند. بلایای طبیعی شامل سیل، زلزله، آتشفشان، طوفان، گرد باد، سقوط بهمین، خشکسالی، گرم‌زدگی، آتش‌سوزی جنگل‌ها، همه‌گیری بیماری‌های عفونی، امواج سهمگین از دریا به خشکی یا پیشروی دریا، و بلایای انسان ساخته شامل آتش‌سوزی منزل، حادثه تصادف مرگبار با اتومبیل، سقوط هواپیما، فرو ریختن مسیر عابرین، آزاد شدن مواد شیمیایی سمی و حوادث هسته‌ای می‌باشند. آسیب دیده، شخصی است که

در اثر حادثه از ادامه زندگی سالم خود چه از نظر جسمانی و چه از نظر روانی و خانوادگی و اجتماعی محروم شده است. حوادث و بلایا بر همه افراد اثر یکسانی نمی گذارند و برخی افراد نسبت به دیگران آسیب پذیری بیشتری دارند. کسانی که تنها زندگی می کنند یا منابع حمایتی یا مالی کمتری دارند، افراد بیسواد و کسانی که دسترسی به اطلاعات ندارند، کودکان، زنان، سالمندان و معلولین احتمال دارد در هنگام وقوع بلایا دچار عوارض روانی بیشتری شوند. کودکان ممکن است در سنین مختلف واکنش ها و علائم متفاوتی را نشان دهند. زنان علائم و واکنش های روانی بیشتری بعد از وقوع بلایا نشان می دهند. در صورت بروز بلایا، سالمندان در معرض خطر بیشتری قرار دارند.

ایران در طول تاریخ با حوادث غیرمترقبه و بلایای طبیعی فراوانی دست به گریبان بوده است. بازماندگان فاجعه های دردناک، رنج و فشار روانی شدیدی را تجربه کرده اند. این افراد نیازمند حمایت های روانی اجتماعی هستند تا عوارض ناشی از آسیب ها را پشت سر بگذارند و بتوانند از نظر روانی و اجتماعی دوباره توانمند شده با مشکلات و مسائلی که پس از هر فاجعه ای شدت پیدا می کند، روبرو شوند و با برنامه ریزی صحیح، راه حل های مناسب را پیدا کرده به مرحله اجرا در آورند. نیاز به حمایت روانی از نیازهای اساسی پس از هر حادثه ای است و بازماندگان نیز آن را احساس می کنند. لذا با کمک آنها می توان در زمینه پیشگیری از عوارض پایدار و ماندگار و زخم های روانی ناشی از فجایع و بلایا به موفقیت زیادی دست یافت.

مؤلفین

۱۳۹۴ شمسی

فهرست

تاریخچه	۱۱
تعریف مفاهیم	۱۶
اتفاق	۱۶
حادثه	۱۶
سانحه	۱۷
بلیه یا بلا	۱۷
بحران	۱۸۴
ضربه روانی یا تروما	۱۸
استرس	۱۹
آسیب دیده	۱۹
سلامتی	۱۹
بهداشت روانی	۱۹
حمایت روانی اجتماعی	۱۹
تیم حمایت روانی اجتماعی	۲۰
شواهد پژوهشی	۲۰
واکنش‌ها و علائم روانی در گروه‌های آسیب پذیر	۲۵
واکنش‌های زنان پس از وقوع بلایا	۲۵
واکنش‌های روانی سالمندان پس از بلایا	۲۵
مراحل مختلف واکنش‌های روانشناختی افراد پس از وقوع بحران و بلایا	۲۵
علائم اختلالات روانی در آسیب‌دیدگان	۲۶
مراحل یا شرایط مختلف روانی افراد در هنگام بروز حوادث	۲۸
مرحله اول: تماس با استرس یا ضربه روانی (مرحله شوک یا درک حادثه)	۲۸
مرحله دوم: انکار	۲۸
مرحله سوم: واکنش یا قهرمان‌گرایی	۲۹
مرحله چهارم: امیدواری و فراموشی غم	۲۹
مرحله پنجم: مواجهه با واقعیت	۲۹
مرحله ششم: تجدید سازمان	۳۰
حمایت‌های روانی اجتماعی در مراحل مختلف واکنش‌های روانی پس از بلایا	۳۰
حمایت‌های روانی اجتماعی در مرحله اول	۳۱
حمایت‌های روانی اجتماعی در مرحله دوم	۳۱
حمایت‌های روانی اجتماعی در مرحله سوم	۳۱

۳۱	حمایت‌های روانی اجتماعی در مرحله چهارم.....
۳۱	حمایت‌های روانی اجتماعی در مرحله پنجم.....
۳۱	حمایت‌های روانی اجتماعی در مرحله ششم.....
۳۳	کمک‌های اولیه در فازهای مقابله با فشار روانی.....
۳۵	موارد ارجاع فوری در سوانح.....
۳۵	مراحل سوگ.....
۳۶	کمک‌های اولیه روانشناختی امدادگران به بازماندگان.....
۳۷	بایدها.....
۳۷	نبایدها.....
۳۸	نحوه ارائه حمایت روانی اجتماعی.....
۴۷	منابع.....

تاریخچه

رویاری و جدال انسان با پدیده‌های طبیعی پیشینه‌ای به بلندی تاریخ حیات انسان دارد. این پدیده‌ها بارها انسان را مقهور خود ساخته و چهره جغرافیایی بسیاری از جوامع را تغییر داده است. این سوانح هر ساله در جهان منجر به مرگ و معلولیت جسمی و روانی میلیون‌ها انسان و صدمات مالی بسیار می‌گردد. فجایع طبیعی و ساخته دست انسان منجر به پدیده مهاجرت و پناهندگی و به تبع مشکلات عدیده‌ای می‌گردند (محمدیان، دادفر، بواله‌ری و کریمی کیسمی، ۱۳۸۴، دادفر، کولیوند و اصغر نژاد فرید، ۱۳۹۳، دادفر و لستر، ۲۰۱۴، دادفر، لستر، عاطف و حید، عبدالخالق، محمدیان، بواله‌ری، بهرامی و اصغر نژاد فرید، ۲۰۱۵).

خشونت جمعی به صورت روزمره در بسیاری از نقاط جهان رخ می‌دهد. این ممکن است به عنوان استفاده ابزاری از خشونت تعریف شود توسط افرادی که خودشان را به منظور دستیابی به اهداف سیاسی، اقتصادی یا اجتماعی، برعکس سایر گروه‌ها یا مجموعه‌ای از افراد، تحت عنوان اعضای یک گروه (که این گروه یا موقتی است یا دارای یک هویت پایدارتر) مشخص می‌کنند. این می‌تواند به اشکال مختلف، از جمله جنگ، تروریسم و یا سایر درگیری‌های سیاسی خشونت آمیز در داخل یک کشور یا بین کشورها صورت گیرد: کشور مرتکب خشونت‌هایی مانند نسل‌کشی، سرکوب، تباهی/زوال، شکنجه و سایر موارد نقض

حقوق بشر می‌شود، جرم و جنایت خشونت آمیز مانند راهزنی و نزاع و درگیری جنایتکارانه را سازماندهی می‌کند. تاثیر درگیری‌های خشونت آمیز بر سلامت در قالب مرگ و میر، بیماری و ناتوانی، در دستورالعمل‌های بهداشت روان و حمایت روانی اجتماعی در محیط‌های اضطراری (IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings)، می‌تواند بسیار وسیع باشد، بهداشت روانی و مشکلات روانی اجتماعی در جمعیت‌های جنگ زده بسیار به هم پیوسته و مرتبط هستند. مشکلات قابل توجهی دارای یک ماهیت عمدتاً اجتماعی شامل مشکلات اجتماعی از قبیل موجود (برای مثال، فقر شدید و سرکوبی سیاسی)، و فوریت ناشی از مشکلات اجتماعی (برای مثال، اختلال در شبکه‌های اجتماعی و جدایی از خانواده) می‌باشند. به همین ترتیب، مشکلات دارای یک ماهیت عمدتاً روانشناختی شامل مشکلات از قبیل موجود (برای مثال اختلال روانی شدید)، و فوریت ناشی از مشکلات (برای مثال، دیسترس غیر بیمارگونه، اختلالات افسردگی و اضطراب) می‌گردند. بنابراین مشکلات روانشناختی در جمعیت‌های جنگ زده به مراتب بیشتر ناشی از خشونت جمعی است تا تجربه اختلال روانپزشکی (اسکولتی، ۲۰۱۳، بوالهروی و دادفر، ۱۳۷۹، دادفر و همکاران، ۱۳۹۳، دادفر و همکاران، ۱۳۹۴، دادفر و همکاران، ۲۰۱۵).

کشور ایران در طول تاریخ با حوادث غیرمترقبه و بلایای طبیعی فراوانی دست به گریبان بوده و بنا به جایگاه جغرافیایی خاص، جزء ده کشور بلاخیز جهان به‌شمار می‌رود. بر اثر سوانح و بلایا، افراد بسیاری جان خود را از دست داده و تعداد زیادی نیز از نظر جسمی و روانی آسیب‌دیده‌اند. آسیب‌دیدگان بلایا رنج و فشار زیادی را تجربه می‌کنند و نیازمند حمایت‌های روانی هستند (دادفر و همکاران، ۱۳۹۴).

به دنبال نامگذاری دهه ۱۹۹۰ به عنوان دهه بین‌المللی کاهش بلایا توسط سازمان ملل متحد، قانون تشکیل کمیته ملی کاهش اثرات و بلایای طبیعی در مرداد ۱۳۷۰ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. واقعه اسفبار زلزله رودبار در سال ۱۳۶۹ تاثیر بسزایی در آغاز چنین حرکتی داشت. این کمیته از ۹ کمیته فرعی تخصصی به مسئولیت وزراء و یا معاونین

آنها در سازمان‌های ذریبط تشکیل می‌شد که یکی از آنها کمیته فرعی بهداشت و درمان بود و تامین خدمات بهداشت روان یکی از وظایف این کمیته محسوب می‌گردید. این کمیته در سال ۱۳۷۶ شروع به برنامه‌ریزی برای تهیه طرح نحوه ارائه خدمات به آسیب‌دیدگان ناشی از بلایای طبیعی نمود. ولی از آنجایی که دانش اندکی در این زمینه در سطح بین‌المللی وجود داشت و از طرفی کاربرد همان دانش در ایران با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و بومی امکان‌پذیر نبود، برنامه‌ریزی با رویکرد پژوهش‌نگر آغاز شد. این وظیفه به عهده اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری تعدادی از اساتید و کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشکده پزشکی بیرجند و منطقه قائنات و اردبیل به انجام رسید. نیازهای اعلام شده مردم آسیب‌دیده اطلاعات جالبی به همراه داشت. از لحظات بعد از حادثه، نیاز به دریافت اطلاعات به‌خصوص در مورد وضعیت سلامت خانواده و بستگان اهمیت فوق‌العاده‌ای داشت. بیش از ۷۵ درصد از آسیب‌دیدگان نیاز به دریافت اطلاعات در مورد وضعیت سلامت اعضاء خانواده خود داشتند و این در حالی بود که هیچگونه سیستم منظمی در این رابطه وجود نداشت و حتی در برخی از موارد امدادگران به غلط رفتار می‌کردند. پس از حادثه اکثر افراد نیاز به مشاوره و درد دل را در سطح بالایی حس می‌کردند ولی دوستان و آشنایان مهم‌ترین منبع در دسترس آسیب‌دیدگان بودند.

بر این اساس و با توجه به تجربیات زلزله اردبیل و قائن و بر اساس نیاز سنجی انجام شده توسط یاسمی و همکاران، اولین پیش‌نویس برنامه آمادگی در بحران در سال ۱۳۷۶ تهیه گردید و همان سال تهیه متون و آموزش نیروی انسانی از طریق آموزش مربیان هلال احمر به‌وسیله تیم فوق‌الذکر و نیز آموزش تعدادی روانپزشکان و روانشناسان آغاز شد.

دومین پیش‌نویس برنامه بر اساس نتایج مطالعه آزمایشی متعاقب زلزله استان قزوین در سال ۱۳۸۱ تهیه شد. متون آموزشی برای سه سطح متخصصین، امدادگران و مدیران و بروشورهایی برای مردم عادی تهیه شد. کلیه روانپزشکان و روانشناسان شبکه بهداشت و درمان کشور طی دو کارگاه تخصصی "حمایت‌های روانی اجتماعی در شرایط اضطراری" آموزش

ویژه دریافت کردند. تا قبل از زلزله بم ۶۰ متخصص بهداشت روان آموزش‌های لازم را در ارتباط با مداخلات مذکور دریافت کرده بودند. به منظور ارتقاء کمی و کیفی و سرعت بخشی به ارائه خدمات روانی اجتماعی ادامه آموزش نیروها و منابع انسانی ضروری می‌نمود.

تیرماه ۱۳۸۱ زلزله ۶ ریشتری در روستاهای اطراف قزوین باعث مرگ ۲۳۵ تن و برجای ماندن هزاران زخمی شد. اداره سلامت روان با همکاری هلال احمر تصمیم به اجرای طرح مداخلات روانی اجتماعی در بلایای طبیعی گرفت و مداخلات آغاز گشت. نتایج ارزیابی قبل و بعد از مداخله نشان دهنده کاهش آسیب شناسی روانی در بالغین و کودکان بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله بود.

مطالعات پایلوت در زلزله قزوین نشان داد که برنامه کشوری اجرایی می‌باشد و مداخلات روانی اجتماعی عملی و موثر است. برنامه پس از زلزله قزوین در سال ۱۳۸۱ بازبینی و تصحیح شد. در زلزله بم نیز با توجه به وسعت حادثه و برجای ماندن تعداد زیادی از آسیب‌دیدگان روانی این برنامه مورد بهره برداری و اجرا قرار گرفت تا اینکه منطبق بر شرایط موجود در بم برنامه به شیوه عملیاتی نهایی تبدیل شد و مورد بهره برداری و اجرا قرار گرفت.

بازبینی چهارم برنامه در سال ۱۳۸۸ و بر اساس نیاز مشاهده شده به دنبال حادثه آتش‌سوزی منطقه بازنه اراک و زلزله بندرعباس از سوی جمعی از صاحب نظران در این زمینه، زیر نظر اداره سلامت روان صورت پذیرفت. از این رو و بر اساس نیاز مشاهده شده در دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، اداره سلامت روان برآن گردید تا به بازبینی متون آموزشی حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیر مترقبه اقدام نماید تا با استفاده از مطالب و مستندات علمی موجود در سطح دنیا بتوان دانش و مهارت‌های کافی را در اختیار دانش‌آموختگان در این حیطه قرار داد. لازم به ذکر است که تهیه و تدوین این مجموعه آموزشی برای اولین بار در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در حالی صورت گرفته است که به عنوان اولین تجربه مستند در زمان بحران اقدامی بسیار بجا و درخور تمجید بوده

است (یاسمی، ۱۳۷۶-۷۷، یاسمی، ۱۳۷۸-۷۹، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۲، معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳).

مخاطرات طبیعی از مهم‌ترین عوامل تخریب سکونت‌گاه‌های انسانی محسوب می‌شوند. زلزله یکی از خطرناک‌ترین بلایای طبیعی عصر حاضر است که همواره اهمیت خود را به طور عینی نمایان کرده است. زلزله حادثه‌ای طبیعی است که با توجه به میزان بزرگی خود می‌تواند در مدت کوتاهی فاجعه‌ای عظیم بیافریند (قنبری، سالکی ملکی و قاسمی، ۱۳۹۲). زلزله شدید ۶/۳ ریشتری روز ۶ آوریل ۲۰۰۹ شهر L'Aquila و مناطق اطراف آن را در کشور ایتالیا لرزاند. در این زلزله نزدیک به ۳۰۰ نفر جان خود را از دست دادند و نزدیک به ۱۰۰۰ نفر زخمی و بیش از ۲۸۰۰۰ نفر بی‌خانمان شدند. این شدیدترین زلزله در طی دهه اخیر در ایتالیا بود که در فاصله‌ای به مسافت ۹۵ کیلومتر در شرق رم پایتخت این کشور به وقوع پیوست. خدمات امداد و نجات توسط دولت و صلیب سرخ ایتالیا و نیز کمک‌هایی توسط فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر برای زلزله زدگان ارائه شد (رهبر سوره و زینالپور فتاحی، ۱۳۸۸). ایران به دلیل قرار گرفتن روی خط زلزله متحمل ضرر و زیان‌های شدید اقتصادی و اجتماعی ناشی از زلزله در نواحی مختلف بوده است. در طی ۹۰ سال گذشته بیش از ۱۸۰۰۰۰ نفر در زلزله‌های متعدد از بین رفته‌اند. بسیاری از شهرها مانند تهران، تبریز، رودبار، منجیل، طبس، لار، قزوین، زنجان، همدان و کرمانشاه در معرض خسارات و ضرر و زیان‌های ناشی از زلزله بوده‌اند (انوری، ۱۳۸۸). راه حل ممکن و منطقی، اندیشیدن به ایجاد چتر حفاظتی مناسب در مقابل پدیده زلزله یعنی مقاوم سازی سازه‌ها و جلوگیری از تخریب آنها در برابر زلزله باشد. همچنین تشکیل گروه‌های امداد و نجات در کنار فرهنگ مقاوم سازی در برخی جوامع میزان ضایعات و آسیب‌های ناشی از زلزله را به مراتب کمتر نموده است (ساکی، ۱۳۸۴).

سیل از نظر تلفات جانی و خسارات مالی مهیب‌ترین بلای طبیعی و مسئول ۴۰ درصد تا ۵۰ درصد تمام بلایا و مرگ و میرهای حاصل از بلایا در سطح جهان، علت ۴۳ درصد جمعیت آسیب دیده به وسیله کل بلایایی که بین سال‌های ۲۰۰۹-۲۰۰۰ اتفاق افتاده اند، است

(وی وی، جرالده، کلارک و همکاران، ۲۰۱۰). در ایران در هر ۹ روز یک سیل راه می‌افتد. سیل تیر ماه ۱۳۹۰ شهرستان چالدران یکی از این موارد هستند (اردلان، بابائی، بنای جدی، مرادیان، ارزنلو و حاجی زاده، ۱۳۹۱). استان هرمزگان یکی از استان‌هایی است که بلایای طبیعی بسیاری در آن رخ داده است و از این جهت استانی امن به شمار نمی‌آید، به گونه‌ای که در یک سده گذشته بیش از ده زمین لرزه بالای ۶ ریشتری در این استان اتفاق افتاده است و وقوع سیل نیز هر ساله خسارت‌های میلیاردری به این استان وارد می‌کند (حسین زاده و احمدی، ۱۳۹۱).

ایران به دلیل قرار گرفتن در کمربند خشک جغرافیایی و نوار بیابانی که در ۲۵ تا ۴۰ درجه عرض شمالی واقع شده است، از مناطق آب و هوایی کم باران جهان به شمار می‌رود. میزان بارندگی در ایران حدود یک سوم متوسط جهانی است و با بارندگی سالانه ۲۷۰ میلی‌متر، دارای اقلیمی خشک و نیمه خشک می‌باشد. چنانچه رشته کوه‌های زاگرس و البرز وجود نداشت و ایران میان دریای خزر و خلیج فارس محصور نبود، به یک منطقه کاملاً خشک و بی آب جهان تبدیل می‌شد. سیل، خشکسالی و زلزله، از عوامل فشار برای مهاجرت‌های روستایی هستند. خشکسالی اثر بالفعل اقتصادی و روانی دارد و می‌تواند بر روی تعداد زیادی از مردم از طریق کاهش درآمد کشاورزان، افزایش فشار روانی و بیماری‌های روانی، کاهش فرصت‌های شغلی برای کارگران بخش کشاورزی و غیره تاثیر بگذارد (زمانی، زرافشانی و مرادی، ۱۳۸۸).

تعریف مفاهیم

اتفاق:

هر رخداد ساده را یک اتفاق (Happening) می‌نامند.

حادثه:

چنانچه این اتفاق غیرمنتظره باشد به آن حادثه (Accident) گفته می‌شود.

سانحه:

سانحه به تخریب و ویرانی (Disasters) وسیعی گویند که عملکرد جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سبب آسیب به انسان‌ها، اشیاء و محیط زیست می‌شود و همچنین بازسازی ویرانی خارج از توانایی جامعه متأثر شده، با استفاده از منابع خود می‌باشد (شریفی سده، ۱۳۸۸).

بلیه یا بلا:

هر اتفاق غیرمنتظره و ناگهانی، زمان محدود و کوتاهی که موجب تضعیف یا نابودی توانمندی‌های انسانی، اقتصادی، اجتماعی و فیزیکی (خسارت‌های جانی و مالی) فرد را فراهم سازد به نام بلیه یا بلا (Disaster) خوانده می‌شود. بلا اختلال شدید زیست محیطی و روانی اجتماعی است که از توانایی جامعه برای مقابله با مشکلات فراتر باشد. بلایا تاثیرات عمیق و درازمدتی بر افراد، جوامع و کشورها دارند (پالاهنگ، ایمانی و نیازی، ۱۳۷۵). بلایا شامل بلایای طبیعی و بلایای ساخته دست انسان می‌باشند (جدول ۱).

جدول ۱- انواع بلایا

بلایای طبیعی	بلایای انسان ساخته
سیل، زلزله و آتشفشان	آتش سوزی منزل
طوفان و گرد باد	حادثه تصادف مرگبار با اتومبیل
سقوط بهمن	سقوط هواپیما
خشکسالی و گرمازدگی	فرو ریختن مسیر عابرین
آتش سوزی جنگل‌ها	آزاد شدن مواد شیمیایی سمی
همه گیری بیماری‌های عفونی	حوادث هسته ای
امواج سهمگین از دریا به خشکی یا پیشروی دریا	

بحران:

نوع بلا بسته به وسعت فراگیری آن ممکن است بلای فردی یا اجتماعی باشد. در نوع بلایای اجتماعی، خسارت‌های جانی و مالی آن نیز وسعت خواهد یافت و بلا به یک فاجعه (Catastrophe) تبدیل می‌گردد که معمولاً فجایع به دلیل آنکه رفع آنها مشکل‌تر و طولانی‌تر می‌باشد، به یک بحران اجتماعی تبدیل شده که رفع آن نیازمند کمک‌های خارج از منطقه خواهد بود. بنابراین بحران شرایطی است که کل جامعه را به نوعی با فاجعه‌ای درگیر می‌نماید و ضرورت یک عزم همگانی بر رفع آن می‌باشد. بند الف ماده ۱ لایحه تشکیل سازمان مدیریت بحران کشور، بحران را چنین تعریف می‌کند: بحران شرایطی است که در اثر حوادث، رخدادها و عملکردهای طبیعی و انسانی (به جز موارد موضوعه در حوزه‌های امنیتی و اجتماعی) به طور ناگهانی یا غیرقابل کنترل به وجود می‌آید و موجب ایجاد مشقت و سختی به یک مجموعه یا جامعه انسانی می‌گردد و برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اضطراری، فوری و فوق‌العاده دارد. بحران رویداد یا موقعیتی است که در آن امکانات و منابع معمولی فرد برای تحمل و سازگاری با شرایط ممکن است کافی نباشد و موجب بروز واکنش‌های عاطفی و رفتاری مختلفی شود.

ضربه روانی یا تروما:

وقایعی که ضربه‌زا هستند و ناراحتی‌های اساسی برای اشخاص به وجود می‌آورند را ضربه روانی یا تروما (Trauma) می‌نامند. این وقایع چند ویژگی مشترک دارند از جمله آنکه ورای تجربه یا تصور و خارج از کنترل بیشتر افراد هستند و ضمن ایجاد ترس و وحشت و درماندگی زیاد باعث مرگ یا صدمات شدید زیادی می‌گردند. بعضی از ضربه‌های روانی مانند زلزله از نظر زمانی کوتاه هستند و بعضی مانند سیل طولانی. بعضی از حوادث ضربه‌زا یک دفعه واقع می‌شوند مانند صاعقه اما بعضی از حوادث به صورت تجربی اتفاق می‌افتند مانند قحطی و خشکسالی.

استرس:

هر گاه فشاری بر شخصی وارد آید واکنشی در او ایجاد می‌شود. این واکنش علائم جسمانی و روانی دارد که تغییراتی در فرد ایجاد می‌کند. به این واکنش غیراختصاصی به محرک فشار روانی یا استرس (Stress) می‌گویند.

آسیب دیده:

آسیب دیده شخصی است که در اثر حادثه از ادامه زندگی سالم خود چه از نظر جسمانی و چه از نظر روانی و خانوادگی و اجتماعی محروم گردیده است.

سلامتی:

سلامتی حالت رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری است. سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را حالت کامل رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌داند و فقط بر نبود بیماری و یا معلولیت تاکید ندارد.

بهداشت روانی:

بهداشت روانی تامین، حفظ و ارتقاء سلامت روان افراد جامعه است به گونه‌ای که آنها، نه تنها بیماری روانی نداشته باشند بلکه بتوانند کارهای روزانه خود را بخوبی انجام دهند، از زندگی شان لذت ببرند و با افراد خانواده و محیط خود ارتباط برقرار نمایند. بهداشت روانی حالتی از رفاه است که در آن افراد توانایی هایشان را باز می‌شناسند و قادر هستند با استرس‌های معمول زندگی تطابق حاصل کرده، از نظر شغلی مفید و سازنده باشند و با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشند.

حمایت روانی اجتماعی:

حمایت روانی اجتماعی فرآیندی است بر مبنای یک همکاری گروهی که قبل، حین و بعد از حوادث در جهت پیشگیری از بروز صدمات روانی بر اثر حوادث و یا کاهش اثرات

آنها و تأمین سلامت روانی آسیب‌دیدگان سوانح انجام می‌گیرد به نحوی که آسیب‌دیدگان بتوانند خود را با فشارهای روانی ناشی از حوادث سازگار نمایند.

تیم حمایت روانی اجتماعی:

تیم حمایت روانی اجتماعی مشکل است از روانشناس، روانپزشک و در صورت لزوم یک مددکار اجتماعی است که خدمات روانی اجتماعی را تحت نظارت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی انجام می‌دهند (یاسمی، ۷۷-۱۳۷۶، یاسمی، ۷۹-۱۳۷۸، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۲، معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳).

شواهد پژوهشی

بر اساس آمارهای بین‌المللی در بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۲ میلادی، شدت بلایا در جهان ۴/۱ برابر، جان باختگان ۶/۹ برابر، تعداد آسیب‌دیدگان ۵/۲ برابر و میزان خسارات مالی ۳۸ برابر گردیده است. ایران نیز در این میان جزء ده کشور اول بلاخیز جهان است که ۳۱ نوع از ۴۳ بلایا در آن اتفاق می‌افتد. کشور ما که ۶ درصد از کل بلایای دنیا را به تنهایی متحمل می‌گردد، بعد از کشورهای هند، بنگلادش و چین، رتبه چهارم را در آسیا و رتبه دوم در زمینه مرگ و میر ناشی از حوادث دارد. می‌توان گفت که ۹۰ درصد مردم ایران به نوعی در معرض خطرات بلایای طبیعی می‌باشند؛ برای مثال استان یزد به دلیل موقعیت زمین‌شناختی و شرایط اقلیمی و آب و هوایی خود به تنهایی مجموعه‌ای از حوادث را شاهد است از جمله زلزله، سیل، خشکسالی، طوفان، صاعقه، رانش زمین، سرمازدگی و آفت زدگی محصولات و غیره. در مدیریت بحران، چهار بخش اساسی انسان‌ها، اموال، شریان‌های حیاتی جامعه و محیط زیست را در جامعه حادثه دیده، در معرض خطر می‌شناسند. خطرپذیری یا ریسک یک جامعه را بر مبنای فرمول زیر محاسبه می‌نمایند:

$$\text{خطرپذیری (ریسک)} = \frac{\text{خطر} \times \text{آسیب پذیری}}{\text{آمادگی}}$$

در پژوهش دژکام و همکاران در رابطه با اختلالات روانی در بین بازماندگان زلزله رودبار سال ۱۳۶۹، ۶۸ درصد افراد مورد مطالعه مبتلا به افسردگی اساسی بودند که از این میان ۳۸ درصد از افسردگی شدید رنج می‌بردند.

در پژوهش یاسمی و همکاران در سال‌های ۷۷-۱۳۷۶ آسیب‌شناسی روانی در منطقه جنوب خراسان و اردبیل با گروه کنترل مقایسه شد. آسیب‌شناسی روانی به طور عموم در بین بزرگسالان حدود ۳ برابر گروه کنترل بود. ۷۶/۵ درصد بزرگسالان یک سال پس از زلزله دچار اختلال PTSD با شدت متوسط تا شدید بودند.

در بررسی به عمل آمده در زلزله بم نیز ۸۲ درصد بزرگسالان از مشکلات روانشناختی رنج می‌بردند. افراد بزرگسالی که بر اساس مقیاس واتسون دچار PTSD بودند ۶۵ درصد بود. بیان زاده و همکاران (۱۳۸۳) گزارش دادند که شیوع مشکلات روانی از ۵/۸ درصد پیش از زلزله بم به ۳۵ درصد طی دو ماه پس از زلزله یعنی شش برابر افزایش یافته بود. ۹۲/۵ درصد افراد عضوی از خانواده را از دست داده بودند. معلولیت جسمی از ۱۰/۲ درصد طی دو ماه پس از زلزله افزایش یافته بود.

فرساد، شمس پور، شمس پور و آقامیری (۱۳۹۲) گزارش دادند که ۴۰ درصد از بیماران بستری آسیب‌دیدگان ناشی از تروما پس از زلزله بم، مشکلات گوارشی داشتند. ۳۵ درصد دچار بی‌اشتهایی، ۴۰ درصد دچار سیری زودرس و ۲۵ درصد دچار سوزش سردل بودند. نمرات اضطراب و افسردگی در گروه بیماران دچار مشکلات گوارشی به طور معنی‌داری بالاتر از گروه بیماران بدون مشکلات گوارشی بود.

مصرف مواد در بحران‌های دسته‌جمعی و بلایا از اهم مسایل بهداشتی و اجتماعی می‌باشد و لازم است آمادگی لازم هنگام برخورد با این مسئله وجود داشته باشد. سهیمی ایزدیان، رحیمی موقر، رادگودرزی، محمدی و حسینی (۱۳۸۳) گزارش دادند که حدود نیمی از معتادان مورد مصاحبه در دو هفته اول بعد از زلزله ساعت‌ها تا روزها علایم محرومیت را تجربه کردند. حدود نیمی از معتادان مشکلات خود را با سیستم درمانی در میان گذاشته و

درخواست داروهای مسکن یا مخدر کردند، ولی علایم محرومیت فقط در یک چهارم آنها با تجویز داروهای مسکن مخدر کنترل شد و بیش از دو سوم آنها تریاک مصرف کردند. بقیه افراد از هر دو روش فوق جهت کاهش علایم محرومیت استفاده کردند.

رادگودرزی (۱۳۸۳) گزارش داد که قبل و پس از زلزله بم، آموزش ویژه‌ای برای پرسنل درمانی یا برنامه‌ای جامع برای پیشگیری و درمان وابستگی به مواد وجود نداشت. نگرش اکثریت پرسنل سیستم درمانی نسبت به درگیر شدن در درمان معتادان منفی بود. سیستم درمانی در دو هفته اول پس از زلزله بدون برنامه‌ای معین پوشش دارویی ناکاملی را ارائه دادند. پیشنهاد اکثر مصاحبه‌شوندگان این بود که در شرایط بلایای احتمالی بعدی در روزهای اول برای جلوگیری از علائم محرومیت، از داروهای اپیویدی استفاده و پس از رفع بحران و بهبود صدمات جسمی اقدام به ترک شود. این پژوهشگر پیشنهاد نمود که عواقب ناگوار عدم رسیدگی به مشکلات اعتیاد پس از بحران می‌تواند شامل تغییر بروز مصرف مواد به ویژه در گروه‌های خاص، تغییر در شدت سوء مصرف، و احتمالاً تغییر نوع مواد و روش مصرف به اشکال پرخطر باشد. در نتیجه برای پیشگیری و درمان صحیح مشکلات مربوط به مصرف مواد وجود برنامه‌ای جامع و مدون ضرورت دارد تا در شرایط خاص بحران بر اساس آن عمل شود. بوالهروی و چیمه (۱۳۸۶) پژوهشی برای ارزیابی نیازهای اولیه و بهداشت روان خدمات ارائه شده به زلزله‌زدگان فاجعه بم در دی ماه ۱۳۸۲ را انجام دادند. این پژوهش به روش کیفی و بحث گروهی متمرکز بر یک گروه ۳۵ نفره از متخصصین و کارکنان تیم بهداشت روان که در چهار هفته اول پس از زلزله در بیمارستان‌های تهران و یا در بم به ارائه خدمات بهداشت روان به مجروحین و بازماندگان پرداخته بودند، انجام شد. یافته‌ها پس از کدگذاری و استخراج از ضبط صوت تحلیل گردید. نتایج نشان داد که نیازهای اولیه و فوری آسیب‌دیدگان عبارت بودند از غذا، آب، سرپناه، امنیت، یافتن اعضای خانواده، درمان یا کمک به مجروحین، احترام، ارتباط مناسب و نیاز به آگاهی و اطلاعات مرتبط با حادثه. نیازها و خدمات طولانی مدت و آتی بازماندگان عبارت بودند از نیازهای اولیه گفته شده به

علاوه نیاز به از سرگیری فعالیت‌های روزمره، اشتغال و مشارکت در فعالیت‌های بازسازی و عمومی و نیاز به مراقبت از بیماران در خانه‌ها یا اردوگاه‌ها بود. موارد زیادی نیز به تاخیر در خدمت رسانی کمبود خدمات یا نبود آمادگی قبلی و برنامه مداخله در بهداشت روان در حوادث و در نتیجه ارائه خدمات سطحی و نمادین اشاره شد. آنها پیشنهاد نمودند که گرچه اولین بار بود که آسیب‌دیدگان فاجعه زلزله در ایران بلافاصله خدمات بهداشت روان سازماندهی شده‌ای را دریافت می‌کردند، اما با توجه به مشکلات گزارش شده، یک برنامه از قبل طراحی و آزمون شده و مداخله فوری و به موقع در بحران و بهداشت روان در زلزله ضروری بنظر می‌رسد. با آموزش زلزله زدگان در مورد انتظارات واقعی پس از زلزله، می‌توان دیدگاه‌های مردم و مسئولین را به هم نزدیک‌تر کرد. عدم برآورده شدن درخواست‌ها، موجب سرخوردگی، نارضایتی و ناامیدی مردم و تشدید عوارض و بروز اختلالات روانی پس از حادثه می‌شود. با توجه به ضرورت سرعت ارائه خدمات بهداشت روان ضروری است از قبل نیروهای آموزش دیده موجود و آماده باشند. ایجاد دوره‌های آموزشی مقابله با بلایا در برنامه‌های آموزشی رسمی شامل دوره‌های آموزش پزشکی عمومی و تخصصی، دوره‌های کارشناسی و کارشناسی ارشد و دکترای روانشناسی، پرستاران، مددکاران اجتماعی و سایر امداد رسانی و برنامه‌های آموزش غیر رسمی و اجرای آزمایشی برنامه‌ها قبل از حوادث و در سایر حوادث کوچک ضروری به نظر می‌رسد تا افراد علاوه بر آموزش نظری، دوره‌های آموزشی عملی را گذرانیده و مهارت کافی کسب کنند. همچنین سایر کارکنان ارائه خدمات فوریتی، کادر درمانی و پزشکی، امدادگران، مقامات کشوری و محلی و روحانیون با گذراندن دوره‌های آموزشی مناسب می‌توانند نقش موثری در ارائه خدمات بهداشت روان داشته باشند. با توجه به نقش مذهب و تعلیمات مذهبی در تحمل مصایب و بلایا بر نقش روحانیون تاکید می‌شود. توجه به نیازهای خاص هر منطقه از جمله وجود اعتیاد در منطقه بم مستلزم آموزش نیروهای امدادی و پزشکی در زمینه شناخت و درمان علایم ترک می‌باشد. دیگر پیشنهادات، آموزش عمومی، شناسایی و آموزش نیروها،

تشکیل تیم‌های مداخله در بحران و آموزش مستمر نظری و عملی همراه با تکرار آن در سایر حوادث و تهیه متون آموزشی برای گروه‌های مختلف و ثبت و انتشار نتایج حوادث داخلی و خارجی می‌باشد. در زمینه مدیریتی به تشکیل سازمان مرکزی بحران و همکاری آن با سازمان‌ها و واحدهای دیگر داخلی مثل بهداشت روان و سازمان‌های خارجی می‌توان اشاره کرد (بواله‌ری و چیمه، ۱۳۸۶).

متغیرهای روانشناختی مختلفی مانند سرسختی، تاب‌آوری و شیوه مقابله روانی می‌توانند بر واکنش افراد در مواجهه با بلایا تاثیر بگذارند. سرسختی و تاب‌آوری می‌توانند میزان بالایی از تغییرپذیری سلامت روان را در شرایط ناگوار تبیین نمایند و توجه به آنها در بهداشت روانی فاجعه، ضروری است. رحیمیان بوگر و اصغرنژاد فرید (۱۳۸۷) گزارش دادند سرسختی و تاب‌آوری در حفظ و ارتقاء سلامت روان افراد زلزله زده اهمیت زیادی دارد. بین سرسختی و خودتاب‌آوری با سلامت روان رابطه مثبت معنی‌دار وجود داشت. تاب‌آوری و سرسختی توان پیش‌بینی معنی‌دار سلامت روان را داشت. تاب‌آوری بهترین پیش‌بینی‌کننده سلامت روان بود.

زمانی، زرافشانی و مرادی (۱۳۸۸) گزارش دادند که اولویت راهبردهای هشتمگانه مقابله روانی کشاورزان استان فارس هنگام خشکسالی به ترتیب عبارتند بودند از راهبرد ارزیابی مثبت، خودکنترلی، جلب حمایت‌های اجتماعی، فاصله گرفتن، حل مسئله، مسئولیت‌پذیری، برخورد مستقیم و انکار. از دید کشاورزان منابعی که به هنگام وقوع خشکسالی، دچار تهدید یا آسیب می‌شوند به ترتیب عبارتند بودند از منابع فیزیکی، پیرامونی، شخصی و انرژی‌زا. لذا برای ارائه حمایت‌های روانی اجتماعی توجه به ویژگی‌های فوق از جمله اقدامات ضروری است.

واکنش‌ها و علائم روانی در گروه‌های آسیب پذیر

واکنش‌های زنان پس از وقوع بلایا

زنان واکنش‌ها و علائم روانی بیشتری بعد از وقوع بلایا نسبت به مردان از خود نشان می‌دهند. زنان معمولاً نقش اصلی مراقبت از فرزندان را بر عهده دارند و کمتر احتمال دارد به خاطر فرزندان خود هنگام بروز بلایا محل حادثه را ترک کنند و پس از وقوع بلایا امنیت شان بیشتر مورد تهدید قرار می‌گیرد. در صورتی که سرپرست یا پدر خانواده از دست رفته باشد ممکن است در مورد کمک‌هایی که توزیع می‌شود مورد تبعیض واقع شوند و یا با کمبود مواد غذایی روبرو شوند. در صورت نداشتن مهارت فنی یا تخصص علمی، به دست آوردن شغلی با درآمد مناسب برای آنها دشوارتر است و ممکن است دچار فقر و تهیدستی شوند (ندادهنده، بی تا، توفیقی، بی تا، به نقل از راستی کوشک قاضی، ۱۳۸۶).

واکنش‌های روانی سالمندان پس از بلایا

در صورت بروز بلایا سالمندان در معرض خطر بیشتری قرار دارند. آنها معمولاً دچار افسردگی شده، گوشه گیر و منزوی می‌شوند. افسردگی در آنها معمولاً نادیده گرفته می‌شود چون علائم شان با افراد جوان تر فرق دارد. فراموشکاری یا حواس پرتی در آنها ممکن است نشانه و علامتی از افسردگی باشد که گاهی به حساب پیری آنها گذاشته شده و مورد غفلت قرار می‌گیرند و در نتیجه دچار احساس ناامیدی، پوچی و بی کسی می‌شوند (دادفر، دادفر و کولیوند، ۱۳۹۳).

مراحل مختلف واکنش‌های روانشناختی افراد پس از وقوع بحران و بلایا

واکنش‌های مختلف و متفاوت افراد واکنش‌های بدنی و جسمی، هیجانی، شناختی، ارتباطی و معنوی، ضمن اعلام تابلویی برای شناسایی بیشتر مشکل فرد آسیب دیده به امدادگران حمایت روانی، نقش بسیار مهمی در رهایی فرد از اثرات ضربه روانی وارده بازی می‌کند. این واکنش‌ها ممکن است به شکل‌های جسمی (مانند افزایش ضربان قلب، سرگیجه،

خستگی)، هیجانی و شناختی (مانند هوشیاری بیش از حد، لذت ناشی از زنده ماندن و ترس)، اجتماعی و ارتباطی (مانند وابستگی، بدبینی)، و معنوی (مانند احساس الزام به دعا کردن و آگاهی یافتن به وجود خداوند) نمایان گردد. مشاهده علائم جسمی، شناختی، هیجانی، اجتماعی و معنوی در مرحله شوک و تماس با ضربه و تا حدود یک ماه پس از آن، طبیعی است و فقط ادامه این علائم ممکن است نشانه‌ای از مشکل باشد. جدول ۲ علائم طبیعی در مرحله شوک در واکنش به استرس‌ها را نشان می‌دهد (سازمان پیشگیری و مدیریت بحران شهر تهران، ۱۳۹۰).

جدول ۲- علائم طبیعی در مرحله شوک در واکنش به استرس‌ها

نوع علائم	علائم
جسمی	افزایش ضربان قلب، افزایش فشارخون، سرگیجه، تعریق، اسهال و استفراغ، خستگی، از دست دادن توان و نیرو، فزونی انرژی در حد بسیار زیاد، حساسیت به صدا، تنش عضلانی و فعالیت بسیار زیاد
هیجانی شناختی	هوشیاری بیش از حد، کمرختی هیجانی، ترس و اضطراب، تحریک پذیری و خشم، درماندگی، احساس شادی بیش از حد ناشی از زنده ماندن، احساس بیگانگی نسبت به همه، اشکال در تمرکز حواس، گیجی و منگی، سرگردانی و آشفتگی، انکار حادثه و حالت انفعالی (مطیع محض بودن)
اجتماعی ارتباطی	مشکل در هدایت خانواده یا زیردستان و غیره، وابستگی، نیاز به ارتباط داشتن با دیگران، پیروی از گروه، بدبینی و سوءظن
معنوی	احساس الزام به دعا، احساس مورد تنبیه واقع شدن، آگاهی یافتن به وجود خدا و تجارب روحانی

اقتباس از سازمان پیشگیری و مدیریت بحران شهر تهران (۱۳۹۰).

علائم اختلالات روانی در آسیب‌دیدگان

علائم اختلالات روانی در آسیب‌دیدگان به شرح زیر هستند. در صورت برخورد با

چنین مواردی باید تیم حمایت روانی اجتماعی را در جریان گذشت:

۱. اضطراب

۲. افسردگی

۳. تحریک پذیری و عصبانیت زیاد

۴. تجربه مجدد حادثه

۵. علائم جسمانی مبهم بدون وجود بیماری جسمانی

۶. علائم اختلالات روانی شدید از جمله هذیان و توهم نشانه‌های چند مشکل روانی

رایج که معمولاً در هنگام و پس از حوادث به وجود می‌آیند در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳- مشکلات روانی رایج در حوادث و نشانه شناسی آنها

علائم	نوع علائم
آشفتگی، احساس نگرانی، دلهره و دلشوره، انتظار وقوع حوادث ناگوار، افزایش ضربان قلب، افزایش تنفس و تنگی نفس، لرزش، تعریق، احساس کوفتگی، فشار عضلانی، کاهش تمرکز، حواسپرتی و گیجی، اختلال در خواب، تهوع، سردرد، دل درد و غیره	اضطراب
احساس غمگینی، بی‌علاقگی به زندگی، ناامیدی، لذت نبردن از زندگی، فکر و آرزوی مرگ، فکر خودکشی و در مواقعی اقدام به آن، بی‌اشتهایی، کندی در فعالیت‌های فکری حرکتی، بیخوابی و غیره	افسردگی
توهم (احساس بدون وجود محرک مربوطه) و هذیان (باورهای مرضی بدون وجود محرک مربوطه)	روان پریشی
تهییج پذیری غیر ضروری و غیر طبیعی به سر و صدا، خشم و عصبانیت زود و بی دلیل نسبت به اطرافیان	تحریک پذیری
وجود و شکایت از دردهای جسمانی بدون وجود علل جسمانی واقعی	دردهای جسمانی
درک غیر واقعی و مجدد تجربه بدون وقوع مجدد آن در خواب یا بیداری	تجربه مجدد حادثه

مراحل یا شرایط مختلف روانی افراد در هنگام بروز حوادث

مراحل یا شرایط مختلف روانی در هنگام بروز حوادث به شرح زیر آمده است. اما باید توجه داشت که این مراحل الزاماً برای یک جامعه آسیب دیده جدا از یکدیگر نبوده و همچنین هیچ الزامی به طی تمام این مراحل برای یک جامعه یا فرد آسیب دیده نیست. مراحل مختلف واکنش‌های روانی افراد پس از وقوع بحران و بلایا شامل مراحل زیر هستند:

مرحله اول: تماس با استرس یا ضربه روانی (مرحله شوک یا درک حادثه)

مرحله دوم: انکار

مرحله سوم: واکنش یا قهرمان گرایی

مرحله چهارم: امیدواری و فراموشی غم

مرحله پنجم: مواجهه با واقعیت

مرحله ششم: تجدید سازمان

مرحله اول: تماس با استرس یا ضربه روانی (مرحله شوک یا درک حادثه)

این مرحله معمولاً بلافاصله یا چند دقیقه پس از وقوع سوانح و بلایا بروز می‌کند و علائمی نظیر ترس و وحشت، بهت‌زدگی، گیجی و درماندگی را به دنبال دارد. افراد قدرت انجام هیچ کاری را ندارند و گویی میخکوب شده‌اند. این مرحله معمولاً گذرا و کوتاه مدت است.

مرحله دوم: انکار

اغلب در دقایق و ساعات اولیه پس از وقوع بحران بروز می‌کند و در این مرحله فرد به دلیل تحمل استرس زیاد و فشار روانی بیش از حد، تمام آنچه را که اتفاق افتاده است انکار می‌کند و حاضر به پذیرش اتفاق رخ داده نیست. فرد مدام کلماتی در انکار وقوع حادثه بر زبان می‌آورد.

مرحله سوم: واکنش یا قهرمان گرایی

این مرحله در ساعات یا روزهای اولیه وقوع بحران یا حادثه بروز می‌کند. در این مرحله بین مردم همبستگی ایجاد می‌شود و افراد احساس می‌کنند باید کاری انجام دهند، با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند و به طور داوطلبانه در امداد رسانی شرکت می‌جویند و کمک می‌کنند. به عنوان مثال شروع به بیرون آوردن اجساد و عزیزانشان از زیر آوار می‌کنند. مردم گذشت و ایثار زیادی از خود نشان می‌دهند و تا رسیدن نیروهای امدادی بسیاری از کارها را خودشان انجام می‌دهند. ممکن است افراد تا حدی هم گستاخانه عمل کنند و به موانع و قوانین اجرایی بی توجه شوند، و اگر نیروهای امدادگر مانعی بر سر راهشان ایجاد کنند، ممکن است عصبانی و تحریک پذیر شوند.

مرحله چهارم: امیدواری و فراموشی غم

یک هفته تا چند هفته بعد از حادثه بروز می‌کند و همزمان با رسیدن نیروهای امدادی و کمکی و توزیع اقلام امدادی، افراد حالت آرامش و نشاط و احساس امیدواری می‌کنند و تا حد زیادی مصیبت‌ها و فراق‌ها را از یاد می‌برند و به طور موقت حالت آرامش (آرامش نسبی) به آنها دست می‌دهد و یک حالت سرخوشی و شادمانی دارند.

مرحله پنجم: مواجهه با واقعیت

معمولاً دو تا سه ماه پس از وقوع بحران یا حادثه بروز می‌کند. در این مرحله افراد به تدریج متوجه وسعت خسارات و فقدان‌هایشان می‌شوند. ممکن است به این نتیجه برسند که کمک‌های رسیده برای آنها کفایت نمی‌کند و شروع به مقایسه دریافتی‌های خود با دیگران می‌کنند. از دست دادن روحیه، ناآرامی، حساس شدن، خستگی، درماندگی، احساس افسردگی، اضطراب، تحریک پذیری و احساس تنهایی شدید از علائم این مرحله است.

مرحله ششم: تجدید سازمان

در این مرحله که ۶ ماه تا یک سال پس از بحران یا حادثه بروز می‌کند، افراد آسیب دیده شروع به بازسازی روانی و بازسازی زندگی خود و تقویت اعتماد به نفس می‌کنند. به تدریج درک می‌کنند که باید متکی به خود باشند. در صورت عدم بازسازی، احساس ناراحتی و پرخاش و دشمنی درونی تا مدت زیادی در فرد باقی خواهد ماند. عدم رسیدن کامل به این مرحله منجر به باقی ماندن علائم و واکنش‌های روانی افسردگی و اضطراب می‌شود (راستی کوشک قاضی، ۱۳۸۶).

حمایت‌های روانی اجتماعی در مراحل مختلف واکنش‌های روانی پس از بلایا

- در ارائه حمایت‌های روانی اجتماعی به سه مؤلفه زمان (When)، مکان (Where) و شخص (Who) یا سه W توجه نمود و همچنین اصول زیر را باید رعایت نمود:
- حمایت‌های روانی اجتماعی باید همراه با تامین نیازهای اساسی بازماندگان مانند خوراک، پوشاک و سرپناه ارائه شود.
 - حمایت‌های روانی اجتماعی جزء اجتناب ناپذیر خدمت رسانی به بازماندگان است.
 - حمایت‌های روانی اجتماعی از لحظات اولیه وقوع بلایا آغاز می‌گردد.
 - پاسخ‌های هیجانی و عاطفی به بلایا، پاسخ‌هایی طبیعی هستند. در ارائه حمایت‌های روانی اجتماعی باید به این موضوع توجه نمود.
 - برای ارائه حمایت‌های روانی اجتماعی باید از نیروهای بومی و محلی موجود استفاده نمود.
 - ارائه حمایت‌های روانی اجتماعی با مرحله بلا باید هماهنگ باشد.
 - در ارائه حمایت‌های روانی اجتماعی توجه به فرهنگ و آداب و رسوم خاص افراد در منطقه آسیب دیده مهم است.
 - در ارائه حمایت‌های روانی اجتماعی توجه به برخی از گروه‌های ویژه ضروری می‌باشد (رافائل، ۱۹۸۶، واهرنندایک، ۲۰۰۱، نجاریان و براتی سده، ۱۳۷۹، به نقل از میرزایی و کرمی، ۱۳۸۶).

حمایت‌های روانی اجتماعی در مرحله اول

- این مرحله نیاز به اقدام خاصی ندارد و در اغلب موارد قبل از رسیدن هر کمکی به طور خود به خود پایان می‌پذیرد.

حمایت‌های روانی اجتماعی در مرحله دوم

- در این مرحله باید در کنار آسیب دیده حضور داشته باشید و او را تنها نگذارید. به هیچ وجه سعی در قانع کردن او نداشته باشید و با مراقبت جسمی، او را از آسیب‌های احتمالی محفوظ دارید.

حمایت‌های روانی اجتماعی در مرحله سوم

- رفتار آسیب‌دیدگان را باید به عنوان واکنش طبیعی آنها تلقی کرد و با هدایت هوشمندانه فعالیت‌های آنها را هدفمند نمود. مراقب آنها باشید و ایشان را از انجام کارهای خطرناک باز دارید.

حمایت‌های روانی اجتماعی در مرحله چهارم

- حمایت‌های روانی در این مرحله بسیار موثر است و موجب سرعت یافتن بازگشت تعادل روانی و جلوگیری از اختلالات عاطفی شدید بعدی می‌شود و از ایجاد حس نفرت و بدبینی به دیگران در مراحل بعدی جلوگیری می‌کند.

حمایت‌های روانی اجتماعی در مرحله پنجم

- ایجاد اعتماد به نفس و امید در بازماندگان و تلاش برای توزیع عادلانه امکانات از مهم‌ترین فعالیت‌های حمایتی این مرحله محسوب می‌شود.

حمایت‌های روانی اجتماعی در مرحله ششم

- پاسخگویی به نیازهای مردم و رفع بلا تکلیفی آنها از سوی مسئولان و مشارکت دادن مردم در بازسازی، از فعالیت‌های حمایت روانی این مرحله به‌شمار می‌رود.

باید به خاطر داشت که:

- واکنش‌های روانی، پاسخ معمول و طبیعی به یک موقعیت غیرعادی هستند. در بسیاری از موارد در طول زمان تخفیف می‌یابند و از بین می‌روند.
- اصل اولیه و مهم بهداشت روانی در سوانح طبیعی، پرهیز از زدن برچسب بیماری، به آسیب‌دیدگان و بازماندگان است.
- انتخاب واژه‌های صحیح و توجه به تأثیر صحبت‌ها و کلمات بر آسیب‌دیدگان بسیار مهم است، از به کار بردن کلماتی که تداعی‌کننده ناتوانی هستند باید خودداری کرد.
- ارائه حمایت‌های روانی به صورت گروهی بر روش انفرادی ترجیح دارد.
- مشارکت آسیب‌دیدگان در برنامه‌های روزمره زندگی اهمیت ویژه‌ای دارد (راستی کوشک قاضی، ۱۳۸۶).

در یک تقسیم‌بندی دیگر، چهار فاز برای مقابله روانی با حوادث ذکر شده است که عبارتند از:

۱- فاز شوک (Shock phase)

۲- فاز واکنش (Reaction phase)

۳- فاز اصلاح (Repair phase)

۴- فاز بازیابی (Reorientation phase)

فاز شوک: این فاز دقایق اولیه تا ساعت‌ها پس از حادثه می‌باشد. سردرگمی، گیجی و منگی، عدم کنترل احساسات، کاهش توانایی فکر و عمل منطقی، عدم درک زمان و واقعیت، بیش‌فعالی، کاهش قدرت حرکت، ترس و بی‌تفاوتی از ویژگی‌های این فاز است.

فاز واکنش: این فاز روزهای اول پس از حادثه می‌باشد. ایجاد تصاویر مبهم و متغیر از حادثه، کابوس و خواب‌های آشفته در رابطه با حادثه، افزایش تحریک‌پذیری و کاهش آستانه تحریک و پاسخ‌های انفجاری، اشتغال ذهنی در رابطه با زنده ماندن، احساس گناه، تنفر، شرم، خشم، اضطراب، واپس‌گرایی و انزوا از ویژگی‌های این فاز است.

فاز اصلاح: این فاز هفته‌ها تا ماه‌ها پس از حادثه می‌باشد. فروکش کردن احساسات شدید، شروع کارهای معمول روزانه، فعال شدن روحیه برنامه‌ریزی برای آینده از ویژگی‌های این فاز است.

فاز بازیابی: تحت کنترل در آمدن بحران و ایجاد توانایی استفاده از تجارب به دست آمده برای بحران‌های بعدی از ویژگی‌های این فاز است.

کمک‌های اولیه در فازهای مقابله با فشار روانی

کمک‌های اولیه در فازهای مقابله با فشار روانی شامل موارد زیر هستند:

- کمک‌های اولیه در فاز شوک عبارتند از متوقف نمودن حادثه در صورت امکان، انجام اقدامات اولیه امداد و نجات، مراقبت از آسیب دیده، مشغول نمودن فرد آسیب دیده به کارهای بی خطر، ایجاد زمینه تخلیه روانی، دور کردن فرد از محل حادثه، ترغیب فرد آسیب دیده به سخن گفتن، منحرف نمودن فکر، کمک خواستن از دیگران و ارجاع فرد آسیب دیده به گروه متخصص حمایت روانی.

- کمک‌های اولیه در فاز واکنش عبارتند از اجرای روش‌های کاهش اضطراب، کمک به ایجاد ارتباط با سایرین و کمک به انحراف فکری فرد آسیب دیده.

- کمک‌های اولیه در فاز اصلاح عبارتند از کمک به فرد آسیب دیده برای منزوی نشدن، ایجاد زمینه صحبت کردن با دیگران، ایجاد زمینه تماس با سایر آسیب‌دیدگان، ایجاد زمینه بیان و بروز احساسات، نوشتن، آموختن مهارت‌های جدید، ایجاد آرامش و کمک به از سرگرفتن کار.

- کمک‌های اولیه در فاز بازیابی عبارتند از برخورد صمیمانه، خوب گوش دادن، کمک به بیان آزادانه احساسات و انجام مراقبت‌های عمومی (کیرک، ۱۹۹۶، میرزایی و کرمی، ۱۳۸۶).

در تقسیم بندی دیگری، مراحل مختلف بروز واکنش‌های روانی، عاطفی و رفتاری انسان‌ها در هنگام بروز حوادث و سوانح و نسبت به استرس‌ها را به طریق زیر نیز بیان نموده‌اند:

۱- **مرحله انکار:** در این مرحله به دلیل شدت شوک وارده، افراد بازمانده معمولاً اصل سانحه را نیز منکر می‌شوند. البته این مراحل چنانچه طولانی مدت گردد، جنبه مرضی پیدا می‌نماید.

۲- **مرحله عصبانیت:** معمولاً پس از وقوف بازماندگان به حادثه رخ داده، افراد دچار عصبانیت می‌شوند که حتی ممکن است مخاطب این حرکات و رفتارهای عصبی، امدادگران و کسانی باشند که قصد مساعدت به آنها را دارند. باید توجه داشت که این عصبانیت ناشی از شرایط حادثه و پس از آن است و ممکن است هیچ ارتباطی به عملکرد مخاطبان این عصبانیت‌ها نداشته باشد.

۳- **مرحله چانه زنی و باور حادثه:** پس از وقوف به حادثه و تسلط فرد بازمانده بر اعصاب و رفتار خود، معمولاً به آرامی شرایط به وجود آمده را باور می‌کند که البته چون حادثه و شرایط به وجود آمده ناخوشایند است معمولاً این باور با مقاومت همراه می‌باشد.

۴- **مرحله افسوس:** در این مرحله فرد به فاجعه و عمق آن واقف شده و آن را باور نموده است، لذا دچار افسردگی می‌گردد که علائم خاص خود از جمله کم‌اشتهایی و عدم تمایل به زندگی را ممکن است به همراه داشته باشد. این افسردگی نیز چنانچه موقت باشد طبیعی است و طولانی مدت آن جنبه مرضی پیدا می‌کند.

۵- **مرحله پذیرش:** چنانچه فرد آسیب دیده، مرحله افسردگی را به خوبی و در مدت زمان منطقی طی نماید، می‌تواند بر شرایط خود مسلط گشته و با پذیرش حادثه و اتفاقات مترتب بر آن، خود را برای ادامه زندگی آماده نماید (راستی کوشک قاضی، ۱۳۸۶).

اصول چهارگانه بقا برای غلبه بر بحران ناشی از سانحه شامل موارد زیر هستند:

- ۱- وقوع سانحه را بپذیرید. در این مورد سه راهکار وجود دارد: الف) خود را منزوی نکنید.
- ب) با یک نفر صحبت کنید و ج) با دیگر افراد حاضر در محل سانحه در تماس باشید.

- ۲- احساسات و واکنش‌های خود را بپذیرید. در این مورد سه راهبرد وجود دارد: الف) احساسات خود را بروز دهید. ب) با یکی از نزدیکان، در باره احساسات خود صحبت کنید و ج) یک یا چند نامه به دوستان یا بستگان خود بنویسید.
- ۳- از آنچه رخ داده است درس بگیرید. راهکارها در این مورد عبارتند از: الف) مهارت‌های تازه را بیاموزید. ب) کار خود را از سر بگیرید و ج) به خود آرامش دهید.
- ۴- احساسات خود را بر موضوع جدیدی متمرکز کنید. راهبردها در این مورد عبارتند از: الف) از فرصت‌های زندگی خود استفاده کنید و ب) وقت خود را از دست ندهید (میرزایی و کرمی، ۱۳۸۶).

موارد ارجاع فوری در سوانح:

موارد ارجاع فوری در سوانح عبارتند از موارد زیر:

۱. کسانی که قصد آسیب رساندن به خود (خودکشی) دارند، یا منشاء مزاحمت برای دیگران هستند و یا آنکه رفتار خطرناک نسبت به دیگران دارند.
۲. کسانی که شدت مشکلات روانی آنها به حدی است که اظهار می‌کنند نمی‌توانند رنج آن را تحمل کنند و یا در انجام امور روزمره خود ناتوانند.
۳. کسانی که دچار علائم بیماری روانی شدید شده‌اند.
۴. کسانی که تجربه مجدد حادثه در آنها پس از یک ماه هنوز ادامه دارد.
۵. کودکانی که دچار پسرفت شده‌اند مثلاً قبلاً حرف می‌زدند ولی حالا نمی‌توانند حرف بزنند (راستی کوشک قاضی، ۱۳۸۶، میرزایی و کرمی، ۱۳۸۶).

مراحل سوگ

مراحل سوگ عبارتند از موارد زیر:

- انکار فقدان
- درک فقدان

- احساس ترک شدن و اضطراب

- ناامیدی، گریه کردن، کمرختی و سستی، گیجی و منگی مشکل در تصمیم‌گیری، احساس ناآرامی و ناراحتی، بیخوابی و از دست دادن اشتها، تحریک پذیری، از دست دادن کنترل خود و فراموشکاری از علائم دیگر این مرحله است. فرد دائماً گریه می‌کند و عزیز از دست رفته خود را بیاد می‌آورد.

- خشم: عصبانیت فرد نسبت به خود اطرافیان و حتی گلایه از خدا در این مرحله دیده می‌شود.

- احساس گناه

- احساس تهی بودن، پوچی و بیهودگی

- همانندسازی با عزیز از دست رفته

- افسردگی شدید

- مرحله بازسازی (راستی کوشک قاضی، ۱۳۸۶).

کمک‌های اولیه روانشناختی امدادگران به بازماندگان

به دنبال بلایا اغلب افراد هیجان‌ها و تجارب ناخوشایندی را تجربه می‌کنند. واکنش‌ها ممکن است ترکیبی از سردرگمی، ترس، ناامیدی، درماندگی، بیخوابی، دردهای جسمی، اضطراب و خشم، سوگ، شوک، خشونت و بی‌اعتمادی، احساس گناه و شرم، از دست دادن اعتماد و اطمینان از خود باشد. کمک‌های اولیه روانشناختی می‌تواند یک محیط امن، آسوده، مرتبط با دیگران، خودکارآمد، توانمند و پرامید را برای بازماندگان فراهم نماید (جوادی، ۱۳۹۲، کولیوند، دادفر، دادفر و کاظمی، ۱۳۹۳).

بایدها:

- به افراد کمک کنید تا نیازهای پایه و اولیه خود مانند غذا، سرپناه و خدمات پزشکی را تامین کنند. اطلاعات درست به افراد در مورد چگونگی رفع این نیازها بدهید (فراهم کردن امنیت و حمایت).
- افرادی که تمایل دارند در مورد حادثه اتفاق افتاده و احساسات مرتبط با آن با شما صحبت کنند، گوش دهید (فراهم کردن آسودگی و آرامش).
- با افراد مهربان و دوستانه رفتار کنید، حتی اگر که آنها شما را نپذیرند (فراهم کردن آسودگی).
- اطلاعات درست و دقیقی در مورد حادثه و ضربه و اقداماتی که در حال انجام است ارائه دهید. این کار می‌تواند به دیگران کمک کند که شرایط را بهتر بفهمند (کمک به آسودگی).
- به افراد کمک کنید تا با دوستان و آشنایانشان ارتباط برقرار کنند (ارتباط با دیگران).
- افراد خانواده را دور هم جمع کنید. در صورت امکان شرایطی فراهم نمایید تا کودکان به والدین و یا عضو نزدیکی از اعضای خانواده شان بازگردند (ارتباط با دیگران).
- پیشنهادهای عملی برای اجرای کارهایی که بتوانند خودکارآمدی را افزایش دهند، ارائه دهید (افزایش خودکارآمدی).
- به افراد کمک کنید تا نیازهایشان را تامین کنند (افزایش خودکارآمدی).
- مکان‌های ارائه دهنده انواع خدمات دولتی و غیردولتی را به مردم آسیب دیده معرفی کنید (امیدواری).

نبایدها:

- بازماندگان را مجبور نکنید که در مورد داستان خود و اتفاقاتی که پیش آمده صحبت کنند، بخصوص در مورد جزئیات ماجرا، زیرا این کار ممکن است سبب کاهش خونسردی و آرامش افرادی گردد که تمایل ندارند جزئیات زندگی خود را برای دیگران بازگو کنند.

- به افراد اطمینان بی مورد ندهید مثلاً نگوید "همه چیز خوب خواهد شد" و یا "حداقل شما زنده ماندید". بیان این جملات سبب کاهش آرامش افراد می‌گردد.
- به افراد نگوید که در حال حاضر چه کاری باید انجام دهند، یا چگونه فکر کنند، یا چه احساسی داشته باشند و یا اینکه قبلاً چه کار باید انجام می‌دادند. این کار باعث کاهش خودکارآمدی و افزایش احساس گناه می‌شود.
- به افراد نگوید که شما به علت رفتارها و باورهایتان دچار رنج و عذاب شده اید. این موضوع باعث کاهش خودکارآمدی افراد می‌شود.
- قولی ندهید که قابل اجرا نیست. قول‌هایی که اجرا نشوند منجر به کاهش امیدواری در فرد می‌شود.
- از خدمات موجود و فعالیت‌های انجام شده انتقاد نکنید زیرا منجر به کاهش امیدواری و آرامش افراد می‌شود (سازمان پیشگیری و مدیریت بحران شهر تهران، ۱۳۹۰، جوادی، ۱۳۹۲).

نحوه ارائه حمایت روانی اجتماعی

بهداشت روانی فاجعه (Disaster Mental Health) دانشی است برای کمک به قربانیان و امدادگرانی که به یاری بازماندگان و آسیب‌دیدگان حادثه شتافته‌اند تا به وسیله آن افراد بتوانند به شکل موثری با استرس‌های ناشی از بلایای طبیعی روبرو شده و خود را سازگار نمایند و بدین وسیله از پیامدهای منفی و دیرپای روانشناختی بلایا پیشگیری به عمل آید. نیازهای اولیه و اساسی بهداشت روان آسیب‌دیدگان بلایای طبیعی در گزارش‌های میاکی (۱۹۸۹)، جوزف (۱۹۹۷)، صلیب سرخ آمریکا (۲۰۰۴)، مرکز اختلال استرس پس از ضربه (۲۰۰۰) و گوردون (۲۰۰۰) گزارش شده و مشاهده گردیده است که اقدامات انجام شده همه نیازها را پوشش نداده و در اکثر موارد با تأخیر و نامتناسب با نیازها بوده است. رویین (۲۰۰۰) گزارش داد که که معمولاً خواست‌های مردم برای دریافت کمک بیش از نیازهای واقعی

آنهاست. دی ویل و دی گویت (۱۹۹۶) نیز عدم تناسب درصد بالایی از کمک‌های ارسالی با نیازهای فوری آسیب‌دیدگان را نشان داده‌اند (به نقل از بواله‌ری و چیمه، ۱۳۸۶).

در شرایط بحرانی بعد از وقوع بلایا افراد نیاز به حمایت اجتماعی دارند. مقصود از حمایت اجتماعی فقط برآوردن نیازهای روانی افراد نیست، بلکه بازماندگان باید تشویق شوند خودشان هم در روند بازسازی فعال شوند. برای حل کردن مشکلات بخصوص پس از وقوع بلایا باید مهارت‌هایی را کسب کنند که یکی از این مهارت‌ها، مهارت مسئله‌یابی و حل مسئله است.

چه افرادی می‌توانند مسئله‌یابی و حل مسئله کنند؟

- افرادى که می‌توانند مسئله‌یابی و حل مسئله کنند، دارای ویژگی‌های زیر هستند:
 - افرادی که ذهنی فعال و پرسشگر دارند.
 - افرادی که به نقطه نظرات اهالی محل احترام می‌گذارند و هنگام صحبت با آنها احساسات خود را کنترل می‌کنند.
 - افرادی که پشتکار دارند و دائماً در جستجوی اطلاعات و گردآوری آنها هستند و می‌خواهند از صحت آنها مطمئن شوند و راه‌های درست را بیابند.
 - افرادی که دلسوز مردم هستند و آگاهانه احساسات خود را کنترل می‌کنند و همیشه سعی می‌کنند خود را به جای دیگران قرار دهند.
 - افرادی که دیدشان باز است و با بلند نظری و شکیبایی دیگران را برای رسیدن به هدف تشویق می‌کنند.
 - افرادی که فعالیت‌ها را با برنامه و سازمان بندی شده انجام می‌دهند.
 - افرادی که به کار گروهی بیشتر از انجام کارهای فردی علاقه نشان می‌دهند.
 - افرادی که در انجام فعالیت‌ها ابتکار عمل دارند و با ساده‌ترین امکانات، مناسب‌ترین و موثرترین برنامه‌ها را اجرا می‌کنند.
 - افرادی که دور اندیش هستند و اقداماتی برای پیشگیری از اتفاق‌های آینده انجام می‌دهند.

- افرادی که نسبت به مسائل عمیق فکر می‌کنند و پرسش‌هایی هدفمند برای رفع مشکلات از خود و دیگران می‌پرسند.
- افرادی که انعطاف‌پذیرند و دور از تعصب به مسائل فکر می‌کنند.
- افرادی که از افراد متخصص در زمینه‌هایی که لازم است کمک می‌گیرند (مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۹۲).

چگونگی شناسایی مسائل و مشکلات محله

- مسائل و مشکلات محله را می‌توان با روش‌های زیر شناسایی نمود:
- روش‌های غیرفعال:** همان روش‌هایی هستند که افراد در آن به‌طور مستقیم نقش ندارند، مانند ابلاغ از طرف مسئولین، در جریان حوادث غیر مترقبه و بلایا، بروز شکایت و انتقاد.
- روش‌های فعال:** روش‌هایی هستند که افراد برای تشخیص مسائل پیش قدم شده‌اند.

استفاده از آمار

- نیاز سنجی: روشی که به‌وسیله آن مشکلات به‌طور واقعی شناسایی و ارزیابی می‌شود. برای این کار روش‌های مختلفی وجود دارد از جمله مشاهده مستقیم، مصاحبه، آگاهی پیدا کردن از اخبار و اطلاعات علمی و شرکت در دوره‌های آموزشی.

حل مسئله

حل مسئله شامل مراحل زیر هستند:

- پذیرش مسئله
- اولویت بندی مسائل
- تعیین دقیق مشکل موجود
- راه‌های مختلف موجود
- ارزیابی راه حل‌ها
- انتخاب راه حل

- برنامه‌ریزی برای اجرای راه حل مورد انتخاب

- اجرای راه حل بر طبق برنامه

پذیرش مسئله

ابتدا باید پذیرفت مسئله‌ای وجود دارد و در گام بعدی حل آن را مسئولیت خود دانست. برای روشن کردن اهمیت مسئله و تعیین سهم خود در حل آن، پاسخ به پرسش‌های زیر کمک‌کننده است:

- در صورت حل نکردن مسئله چه پیش می‌آید؟

- مزایای حل آن چیست؟

- چه موانعی باعث می‌شود که فرد از حل مسئله دست بردارد؟

- چه کسانی از حل مسئله سود می‌برند؟

اولویت بندی مسائل

اولویت بندی به این معنی است که از میان چندین مسئله و مشکل موجود اول باید سراغ کدامیک رفت و بعد از آن باید به کدام مسئله پرداخت؟ معیارهای اولویت بندی مسائل شامل موارد زیر هستند:

- مسائل شناسایی شده تا چه اندازه با وظایف فرد ارتباط دارند؟

- وسعت و شدت مسئله چقدر است؟

- مسائل تا چه حد باید فوری و سریع حل شوند؟

- فرد تا چه اندازه توان حل مسئله را دارد؟

- مشارکت مردم در حل مسائل چقدر است و تا چه اندازه برای خانواده‌ها مفید است؟

تعیین دقیق مشکل موجود

پیش از آنکه فرد به فکر راه حل برای مشکل موجود باشد باید مسئله را دقیقاً برای خود مشخص کند. وقتی مسئله به صورت خیلی کلی مطرح می‌شود نمی‌توان به راحتی راه حل‌های

موثری را برایش پیدا نمود. با تعریف دقیق مشکل امکان بررسی دقیق راه‌های متعدد فراهم می‌شود و علاوه بر آن فرد احساس می‌کند مسئله قابل حل است.

راه حل‌های مختلف موجود

پس از اینکه مسئله‌ای که باید حل شود به‌طور دقیق مشخص شد تمام راه حل‌هایی را که ممکن است به حل مسئله کمک کند و فرد را به هدف برساند، یادداشت می‌شود. تا آنجا که فرد بتواند باید راه حل‌های بیشتری تولید کرد. شناخت تمام راه حل‌های موجود آسان نیست ولی از روش‌های زیر می‌توان کمک گرفت:

- بیان کردن مسئله برای سایر افراد
- بیان کردن هر ایده‌ای که به ذهن فرد می‌رسد (بارش فکری)
- نگاه کردن به مسئله از دیدگاه دیگران
- ثبت همه راه حل‌ها بدون قضاوت

ارزیابی راه حل‌ها

اکنون فرد باید راه حل‌های تولید شده را بررسی کند و با بررسی مزایا و معایب هر کدام از روش‌ها بهترین راه حل ممکن را انتخاب کند. بهترین راه حل شیوه‌ای است که ضمن اینکه فرد را به هدف‌اش برساند کمترین مشکل را برای وی تولید کند و مزاحمت و مشکل کمتری برای دیگران به بار آورد. بنابراین فرد باید به سوالات زیر در این مرحله پاسخ دهد:

- مزایای راه حل مورد بررسی چیست؟
- معایب راه حل مورد بررسی چیست؟
- آیا راه حل برای فرد یا سایر مردم مشکل دیگری ایجاد نمی‌کند؟
- آیا این راه حل فرد را به هدفی که می‌خواهد می‌رساند؟
- آیا فرد به اطلاعات بیشتری برای ارزیابی نیازمند است؟
- اطلاعات مورد نیاز را چگونه و از چه منابعی می‌توان تهیه کرد؟

انتخاب راه حل

برای حل هر مسئله راه‌هایی وجود دارد. انتخاب راه حل یک مهارت تصمیم‌گیری است. وقتی فرد به اندازه کافی اطلاعاتی روشن و مفید در اختیار دارد راحت‌تر می‌تواند تصمیم‌گیری کند. باید همه راه‌های ممکن را در نظر بگیرد. بعضی راه‌ها معلوم است که فرد را به هدفش نمی‌رسانند ولی بعضی به تامل بیشتری نیاز دارند و برای رسیدن به برخی از راه‌ها باید از نیروی خلاق و ابتکار خویش بهره گرفت. انتخاب بهترین راه حل ممکن با استفاده از معیارهای زیر انجام شود:

- قابل اجرا بودن
- ساده بودن
- مقبولیت داشتن
- در دسترس بودن منابع (جلب مشارکت مردم و مسئولان در اجرا)
- فرد مزایا و معایب راه‌های به‌دست آمده را با هم مقایسه کند و ببیند کدام روش مزایای بیشتر و معایب کمتری دارد.
- روش دیگر مقایسه میزان اثر بخشی آن تصمیم است. تصمیمی که فرد را راحت‌تر و با هزینه کمتر به همان هدفی که می‌خواهد برساند، تصمیم بهتری است.
- فرد می‌تواند راه حل را در ذهنش تصور کند و پیامدهای کوتاه و بلند مدت آن را در نظر بگیرد و تاثیر آن را روی زندگی ببیند.
- بسیاری از معایب فقط در عمل خود را نشان می‌دهند. در صورت امکان فرد می‌تواند راه حل انتخابی خود را در مقیاسی کوچکتر یا به صورت آزمایشی به مرحله عمل درآورد.
- فرد در تصمیم‌گیری برای انتخاب راه حل عجله نکند. نباید در انتها اظهار پشیمانی کند. به خود بگوید: "از روی احساس تصمیم گرفتم"، "از اول نباید سراغ این مسئله می‌رفتم"، "کاش راه دیگری انتخاب می‌کردم". چنین گفته‌هایی نشان می‌دهند فرد در فرایند تصمیم‌گیری اشکالاتی داشته است که موارد زیر به آنها اشاره دارد:

- بسیار سریع یا عجولانه اقدام کردن
- بسیار کند عمل کردن
- بدون داشتن اطلاعات معتبر و کافی به راه حل رسیدن
- ندیدن هدف
- بی توجهی به امکانات اجرایی

برنامه‌ریزی برای اجرای راه حل مورد انتخاب

در این مرحله با توجه به امکانات و محدودیت‌های زمانی باید برای اجرا برنامه‌ریزی کرد. به بیان دیگر برنامه‌ریزی یعنی چه فعالیتی؟، چگونه؟، توسط چه کسی؟، کجا؟، کی؟، و با چه هزینه‌ای انجام خواهد شد؟ برنامه‌ریزی در واقع پیش بینی فعالیت‌هایی است که اجرای راه حل را ممکن می‌سازد و فرد را به هدفی که از حل مسئله انتظار داریم می‌رساند. فرد می‌تواند جدولی برای برنامه‌ریزی ترتیب دهد و در آن جزئیات کارش را ثبت کند. برای تنظیم جدول برنامه‌ریزی یکی از بهترین روش‌ها استفاده از شش کلمه پرسشی بشرح زیر است:

- چه کاری؟ = نوع فعالیت
- چگونه؟ = شیوه اجرای فعالیت
- چه کسانی؟ = اجرا کننده یا مجریان فعالیت
- کجا؟ = مکان اجرای فعالیت
- در چه زمانی؟ = زمان اجرا
- با چه چیزی؟ = وسایل و منابع و امکانات مورد لزوم

اجرای راه حل بر طبق برنامه

باید توجه داشت که مهم‌ترین وظیفه حمایت‌گران روانی اجتماعی و رابطین بهداشتی برقراری ارتباط با بازماندگان و آسیب‌دیدگان به منظور ایجاد تغییر رفتار در آنها می‌باشد.

حمایتگر/رابط به عنوان پیام دهنده و تاثیر طراحی پیام و نحوه انتقال آن در ایجاد تغییر رفتار انکار ناپذیر است. الگویی که فرد از آن استفاده می‌کند بر چهار پایه زیر استوار است:

۱. هدف آموزشی: هدف باید شفاف و واقعی و قابل اندازه‌گیری باشد.

۲. شرایط آموزش: شرایط آموزش باید دقیقاً تعیین گردد.

۳. منابع آموزشی

۴. بازده

ارزیابی تاثیر راه حل

پس از اجرای راه حل انتخاب شده باید نتایج حاصله را با نتیجه‌ای که مد نظر بوده سنجید و مشاهده کرد فرد چه قدر برای حل مشکل موفق بوده است. چنانچه نتیجه به دست آمده تا هدف مورد نظر ما فاصله زیادی داشته باشد در صورت امکان باید به مراحل قبلی باز گشت و دلایل عدم موفقیت را پیدا کرد. ارزیابی نتایج بویژه برای تصمیم‌گیری‌های آینده ارزشمند خواهد بود. اگر برنامه در حد انتظار پیشرفت نداشته است و فرد به تمامی اهداف خود نرسیده است باید شکست را در هر یک از مراحل اجرایی بررسی آنها مشخص کرد. ممکن است یک برنامه از نظر یک فرد موفق به نظر برسد ولی برای مردم راضی کننده نباشد. شکست برنامه می‌تواند زمینه ساز موفقیت برنامه‌های بعدی باشد (مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۹۲).

به طور کلی دلایل متعددی برای اجرای مداخله روانی اجتماعی از ابتدایی‌ترین مرحله یک برنامه اضطراری وجود دارد. در این خصوص دو نکته حائز اهمیت هستند: (۱) شناسایی افراد دارای وضعیت بد روانی که فاقد حمایت اجتماعی هستند، مهم است. آنها ممکن است به طور فعالانه قادر به پیگیری روشی برای محموله‌های امداد رسانی نباشند. در نتیجه زندگی آنها بیش از آنچه در حال حاضر مطرح می‌باشد در معرض خطر است. (۲) تشخیص زود هنگام و حمایت ممکن است به پیشگیری از آسیب شناسی روانی کمک کند. با این حال، اگر جمعیت سانحه دیده ساکن اردوگاه‌ها فوق العاده بزرگ هستند مانند اردوگاه‌های تانزانیا، هیچ مداخله

روانی اجتماعی به اندازه کافی قادر نخواهد بود تا تعداد زیادی از مردم در معرض خطر را تحت پوشش قرار دهد. با این حال یک هدف امکان دارد سطح آگاهی موضوع روانشناختی را بالا ببرد و ظرفیت حمایتی را در میان خود جمعیت افزایش دهد. به غیر از تاثیر احتمالی پیشگیری از آسیب شناسی روانی، این ممکن است به سبک کردن بار تسهیلات بهداشتی موجود کمک کند. در صورت بروز مشکلات روانی اجتماعی، ممکن است رفتار کمک جویانه جمعیت سانحه دیده به سمت حمایت عاطفی و عملی به جای کمک‌های پزشکی، تغییر جهت پیدا کند (اسکولتی، ۲۰۱۳).

به غیر از یک رویکرد جامعه محور و سلامت عمومی به لحاظ فرهنگی مناسب، روش‌های مداخله‌ای خاص برای حمایت‌های روانی اجتماعی و روانی آموزشی ممکن است برای مقوله‌های مشخصی از موارد ایجاد شوند. با این حال، آستانه واقعی انتخابی این مقوله‌ها بستگی به عواملی مانند اندازه جمعیت، منابع تخصصی و افق طرح ریزی برنامه دارد. در ارائه حمایت‌های روانی اجتماعی لازم است تا با اصطلاحات دیسترس در زبان و فرهنگ مربوط به جمعیت سانحه دیده آشنا شد، همچنین استفاده از علائم خاص معین، به عنوان شاخص‌های یک مداخله خاص روانی اجتماعی و روانی آموزشی را می‌توان مد نظر قرار داد.

منابع

- آنچی، کتی، نیگارد، سوفیا کاب و همکاران (۱۳۸۴). خدمات روانی اجتماعی در بلایا (خدمات مبتنی بر اجتماع). ترجمه بهمن صدیق و همکاران. تهران: انتشارات رشد.
- اردلان، علی، بابائی، جواد، بنای جدی، مرتضی، مرادیان، محمدجواد، ارزنلو، محمد، حاجی زاده، ایوب (۱۳۹۱). مطالعه موردی عملیات پاسخ نظام سلامت به سیل تیر ۱۳۹۰ شهرستان چالدران. امداد و نجات، سال چهارم، شماره ۱، ۶۰-۵۴.
- افتخار اردبیلی، مهرداد، دادفر، محبوبه، کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۸۳). همبودی اختلال‌های روانپزشکی در مراجعه کنندگان یک درمانگاه روانپزشکی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دهم، شماره ۱ و ۲، ۲۱-۱۱.
- ایزنستات، استفانی، ترا زیورین، ترا، کارلسون، کارن (۱۳۸۹). بهداشت روانی زنان. مترجم ژینوس لطیفی، خدیجه ابوالمعالی و هاید صابری. تهران: انتشارات سالوان.
- بوالهری، جعفر (۱۳۹۲). تغییر ساختار انستیتو روانپزشکی ایران/ ایجاد روانپزشکی جامعه نگر برای اولین بار. خبرگزاری مهر.
- بوالهری، جعفر، احمد خانیها، حمیدرضا، حاجی، احمد، باقری یزدی، سید عباس، ناصر بخت، مرتضی، کریمی کیسمی، عیسی، طهماسبی، سیامک (۱۳۹۰). ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان کشور در سامانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هفدهم، شماره ۴، ۲۷۸-۲۷۱.
- بوالهری، جعفر، چیمه، نرگس (۱۳۸۵). مدیریت و نیازهای بهداشت روانی در زلزله. انستیتو روانپزشکی تهران. تهران: انتشارات افرنگ.
- بوالهری، جعفر، چیمه، نرگس (۱۳۸۶). ارزیابی فعالیت‌های بهداشت روانی مداخله در بحران زلزله بم: یک پژوهش کیفی. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۵، ویژه نامه اول، ۱۳-۷.
- بوالهری، جعفر، دادفر، محبوبه (۱۳۷۹). مشکلات بهداشت روانی زنان و کودکان پناهنده و آواره. مقاله ارائه شده در اولین همایش بین‌المللی کودکان و زنان پناهنده جهان. تهران: ۴ اسفند ماه.
- بیان زاده، سید اکبر، اسلامی، یدالله، سام آرام، عزت‌الله، فروزان، ستاره؛ اقلیما، مصطفی (۱۳۸۳). وضعیت زندگی بازماندگان زلزله بم. فصلنامه رفاه اجتماعی. سال سوم، شماره ۱۳، ۱۳۱-۱۱۳.
- پازوکی، عبدالرضا (۱۳۸۲). برنامه‌ریزی پزشکی مقابله با حوادث غیر مترقبه. مجموعه سخنرانیهای

- جامع اولین کنگره سراسری بهداشت، درمان و مدیریت بحران در حوادث غیر مترقبه. پالاهنگ، حسن، ایمانی، رضا، نیازی، فیض ا... (۱۳۷۵). پیامدهای روانی-اجتماعی بلایای طبیعی پیشگیری و درمان. اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.
- جوادی، سید محمد حسین (۱۳۹۲). پرتابل تخصصی مددکاری اجتماعی ایران. حمایت‌های روانی (۱۳۹۲). شبکه اجتماعی تیبان. net.tebyan.net/index.aspx?pid=156640&c...2/...
- دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه (۱۳۹۲). رویکرد نوروپسیکولوژیک جامعه نگر. مقاله ارائه شده در ششمین سمپوزیوم نوروپسیکولوژی ایران، تهران ۲۱-۱۹ آذر ماه.
- دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). افسردگی مردان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه، عشایری، حسن، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). دامانس آلازایمر: جنبه‌های زیستی و عصب روانشناختی. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه (۱۳۸۳). بررسی نقش مذهب در بهداشت روانی و فرآیندهای روان درمانی، نقد و نظر، سال نهم، شماره سوم و چهارم، ۱۲۱-۸۴.
- دادفر، محبوبه (۱۳۹۲). مرگ، معنویت و سالمندی. مقاله ارائه شده در دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- دادفر، محبوبه، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، پیرمرادی، محمدرضا، عبادی زارع، سعید، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۴). گروه درمانی. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، بهرامی، فاضل، رضایی، دادفر، فرشته (۱۳۹۱). حقوق سالمندان در قرآن و حدیث. مقاله ارائه شده در سومین کنگره بین المللی حقوق پزشکی: حقوق بیماران. ۲۲-۲۴ بهمن ماه، جزیره کیش، ایران.
- دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، دادفر، طیب، بهرامی، فاضل، صادقی، لیل، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۴). اندیشه روان درمانی انسان گرایانه با آموزه های ادبی و عرفانی. تهران، انتشارات میرماه
- دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). ارزیابی روانشناختی سالمندان. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته (۱۳۸۹). بررسی رضایتمندی بیماران سرپایی یک مرکز دولتی از خدمات مشاوره ای/ درمانی خود، فصلنامه سلامت روان.
- دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته (۱۳۹۰). رویکردهای درمانی اعتیاد. مقاله ارائه شده در پنجمین کنگره

- سالنامه پایه‌های زیستی اعتیاد. تهران دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۳-۱ تیر ماه.
- دادفر، محبوبه، سالاریان، علی، قضایی پور ابرقویی، فرزاد، کاظمی، هادی، (۱۳۹۴). شربت تریاک. تهران: انتشارات میر ماه.
- دادفر، محبوبه، صابری زفرقندی، محمدباقر، کاظمی، هادی، کولیوند، پیر حسین (۱۳۹۳). رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد. تهران: انتشارات میر ماه.
- دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، کولیوند، پیر حسین (۱۳۹۳). روانشناسی جامعه نگر. تهران: انتشارات میر ماه.
- دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیر حسین (۱۳۹۳). درمان شناختی تحلیلی. تهران: انتشارات میر ماه.
- دادفر، محبوبه، کاظمی، هادی، کولیوند، پیر حسین، محمدیان، مهرداد، صادقی، لیلا (۱۳۹۴). حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه کودکان). تهران: انتشارات میر ماه.
- دادفر، محبوبه، کولیوند، پیر حسین، اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۹۳). بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان. تهران: انتشارات میر ماه.
- دادفر، محبوبه، کولیوند، پیر حسین، قصابی پور ابرقویی، فرزاد، شیرویس زاده، مرضیه (۱۳۹۴). حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه امدادگران). تهران: انتشارات میر ماه.
- دادفر، محبوبه، لستر، دیوید (۱۳۹۳). برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی. تهران: انتشارات میر ماه.
- دانش کهن، عباس (۱۳۸۲). نقشها و مسئولیتهای بهداشت عمومی در آمادگی و واکنش در برابر بلایا. کنگره سراسری بهداشت، درمان و مدیریت بحران در حوادث غیر مترقبه.
- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی (۱۳۷۷). شیوه‌های مناسب ارائه خدمات بهداشتی - روانی به آسیب‌دیدگان بلایای طبیعی.
- دژکام، محمود (۱۳۷۰). اختلال استرس پس از سانحه در زلزله زدگان شمال کشور. سمینار استرس، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.
- دیگروف، آتل (بی تا). کتابچه راهنمای مدیریت بحران. دفتر منطقه‌ای یونسف خاورمیانه و شمال افریقا - رونه استوولند، مرکز روانشناسی بحران نوژ.
- رادگودرزی، رضا (۱۳۸۳). نحوه برخورد سیستم بهداشتی - درمانی با علائم محرومیت وابستگان به مواد افیونی (معتادان) در دو هفته اول پس از زلزله بم. دومین همایش نقدی بر راهکارهای علمی و کاربردی رهایی از اعتیاد، ۲۹-۳۰ آذر، تهران - ایران.

راستی کوشک قاضی، سیاوش (۱۳۸۶). حمایت‌های روانی و اجتماعی در حوادث غیر مترقبه. مجموعه مقالات دومین کنفرانس بین‌المللی مدیریت جامع بحران در حوادث غیر مترقبه طبیعی. قابل دسترس در <http://stipulate.blogfa.com>

راشکی، حسن، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۲). سنجش سلامت (چکاپ). تهران: انتشارات رویان پژوه.

رحیمیان بوگر، اسحاق، اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روانشناختی و خودتاب آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۱، ۶۲-۷۰.

رفیعی فیاض بخش، ربابه (۱۳۷۹). موضوعات مورد بررسی در همایش "زنان و کودکان آواره در جهان". مقاله ارائه شده در اولین همایش بین‌المللی زنان و کودکان آواره جهان. تهران، ۴ اسفند ماه.

رمضانی فرانی، عباس، عمادی، سیدکمال‌الدین، عاطف‌وحید، محمدکاظم (۱۳۸۰). راهبردهای تأمین سلامت روانی در قرآن. چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. تهران ۳۰-۲۷ فروردین ماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.

رمضانی فرانی، عباس، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین، دادفر، محبوبه، بهرامی، فاضل (۱۳۹۳). معرفی مدل‌های مداخله شناختی رفتاری مذهبی در درمان اضطراب و اختلال وسواسی - جبری. تهران: انتشارات میرماه.

رهبر سوره، سعید، زینالپور فتاحی، یحیی (۱۳۸۸). مطالعه موردی زلزله ۶ آوریل ۲۰۰۹ ایتالیا. امداد و نجات، دوره اول، شماره ۳، ۱۰۰-۹۴.

زمانی، غلامحسین، زرافشانی، کیومرث، مرادی، خدیجه (۱۳۸۸). بررسی راهبردهای مقابله روانی کشاورزان استان فارس هنگام خشکسالی. امداد و نجات، دوره اول، شماره ۴، ۱۳-۵.

زنگی آبادی، علی، وارثی، حمیدرضا، درخشان، حسین (۱۳۸۹). تحلیل و ارزیابی عوامل آسیب پذیری شهر در برابر زلزله - نمونه موردی: منطقه ۴ تهران. امداد و نجات، ۳، ۲، سازمان پیشگیری و مدیریت بحران شهر تهران (۱۳۹۰). مجموعه بروشورهای آموزش همگانی آمادگی در برابر زلزله. حمایت روانی.

ساک، اله کرم (۱۳۸۴). لزوم حمایت روانی از آسیب‌دیدگان زلزله و تشکیل تیم حمایت روانی از آسیب‌دیدگان در منطقه. نخستین همایش زلزله در درود - گذشته، حال، آینده.

سهیمی ایزدیان، الهه، رحیمی موقر، آفرین، رادگودرزی، رضا، محمدی، محمدرضا، حسینی، مهدی

- (۱۳۸۳). علائم محرومیت در دو هفته اول بعد از زلزله در معتادان بم. فصلنامه رفاه اجتماعی، سال سوم، شماره ۱۳، ۱۴۰-۱۱۵.
- شریفی، ونداد (۱۳۹۰). مروری بر برنامه‌های آموزش روانپزشکی جامعه نگر برای دستیاران روانپزشکی در کشورهای مختلف. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هفدهم، شماره ۲، ۹۹-۱۰۵.
- صادقی، نغمه (۱۳۸۶). بررسی نیازهای بهداشتی درمانی در جمعیت آسیب دیده از زلزله. پژوهشگاه بین‌المللی زلزله‌شناسی و مهندسی زلزله.
- عاطف وحید، محمد کاظم، دادفر، محبوبه (۱۳۹۳). راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان). تهران: انتشارات میرماه.
- علیزادگان، شهرزاد، امیر اسماعیلی، معصومه، حاجبی، احمد، وارث وزیریان، مهدیه، صابری زفرقندی، محمدباقر (۱۳۹۱). حمایت‌های روانی- اجتماعی پس از حوادث غیر مترقبه راهنمای مدیران اجرایی. اصفهان: پارس ایلیا.
- علیزادگان، شهرزاد، یاسمی، محمد تقی، امین اسماعیلی، معصومه، محمودی قرائی، جواد، محسنی فر، ستاره، سردارپور گودرزی، شاهرخ، بینا، مهدی، میراب زاده، آرش، شمس، جمال (۱۳۸۸). حمایت‌های روانی- اجتماعی در زلزله و حوادث غیرمترقبه. کتابچه آموزشی متخصصین بهداشت روان (روانپزشکان و روانشناسان بالینی). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و مدارس، اداره سلامت روان.
- فرساد، حامد، شمس پور، نجمه، آقامیری، سیدصمد، شمس پور، نواب (۱۳۹۲). بررسی ارتباط میان اختلالات روانی و مشکلات گوارشی بین آسیب‌دیدگان ناشی از تروما پس از زلزله بم در بیمارستان شهر کرمان. امداد و نجات، سال پنجم، شماره ۳، ۴۴-۴۰.
- فروتن، راضیه، خانکه، حمیدرضا (۱۳۹۲). نحوه مواجهه کشورها با پدیده سوختگی در حیطه مراقبت پیش بیمارستانی: مطالعه مروری. امداد و نجات، سال پنجم، شماره ۳، ۹۶-۸۶.
- کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین، بهرامی، فاضل، رضانی فرانی، عباس، دادفر، محبوبه (۱۳۹۱). درآمدی بر بهداشت روان سالمند از دیدگاه قرآن و حدیث. تهران: انتشارات میرماه.
- کولیوند، پیر حسین، دادفر، طیبه، دادفر، محبوبه، کاظمی، هادی (۱۳۹۳). خودکارآمدی. تهران: انتشارات میرماه.
- کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). ارتقای بهره‌وری در بیمارستان‌ها. تهران: انتشارات میرماه.

- کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). بازتوانی قلبی. تهران: انتشارات میرماه.
- کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). نگاهی نو به مدیریت بیمارستانی. تهران: انتشارات میرماه.
- کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی، پرویزی، شهرام (۱۳۹۲). مدیریت بهداشت در بیمارستان. تهران: انتشارات میرماه.
- کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی، مختاری، ریحانه، خاکپور، مریم (۱۳۹۲). مدیریت کارآفرینی و نقش آن در حوزه سلامت. تهران: انتشارات میرماه.
- مجموعه مقالات دومین کنفرانس بین‌المللی مدیریت جامع بحران در حوادث غیرمترقبه طبیعی. (۱۳۸۵). شرکت کیفیت ترویج در شهر تهران، ۲۴-۲۵ بهمن ماه.
- محمدیان، مهرداد، دادفر، محبوبه، بوالهری، جعفر، کیمی کیسی (۱۳۸۴). غربالگری اختلال‌های روانی در مهاجران افغان مقیم تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۸۴، سال یازدهم، شماره ۲۷۷، ۲-۲۷۰.
- مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد (۱۳۹۲). آموزش حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا، بحران و حوادث غیر مترقبه.
- معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۳). گزارش نهایی بررسی چگونگی ارائه خدمات بهداشتی، درمانی، حمایتی و اطلاع‌رسانی در منطقه زلزله‌زده بم.
- منصوری، سعید، افچنگی، محسن (۱۳۸۸). کمک و یاری رسانی به دیگری (مبانی اخلاقی و حقوقی، مسئولیت افراد، چالش‌های موجود). امداد و نجات، دوره اول، شماره ۲، ۱۰۶-۸۱.
- میرزایی، جعفر، کرمی، غلامرضا، (۱۳۸۶). راهنمای جامع نظری و عملی در اختلال استرس پس از ضربه PTSD راهنمای کاربردی برای متخصصین بهداشت روانی. انتشارات: پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان.
- نجاریان، براتی سده، فرید (۱۳۷۹). پیامدهای روانپزشکی بلایا. تهران: انتشارات مسیر.
- نصر، نصرالله، کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). فناوری اطلاعات در سلامت. تهران: انتشارات میرماه.
- نوربالا، احمدعلی (۱۳۸۳). بررسی نیازهای بهداشت روان بازماندگان زلزله بم. خلاصه مقالات همایش سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران، ۵-۲ آذرماه.
- نوعی، زهرا، شریفی، ونداد، ابوالحسنی، فرید، امین اسماعیلی، معصومه، موسوی نیا، سید جعفر (۱۳۹۲). راه اندازی اولین مرکز سلامت روان جامعه نگر در ایران: تجربه ی مراقبت مشارکتی. اصول بهداشت روانی، سال پانزدهم، شماره ۱، پیاپی ۵۷، ۴۲۳-۴۱۹.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۲). برنامه کشوری حمایت روانی اجتماعی در بلایای طبیعی اداره سلامت روان. دفتر سلامت جوانان و مدارس. معاونت سلامت - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

یاسمی، محمد تقی و همکاران (۷۷-۱۳۷۶). گزارش پژوهش. شیوه‌های مناسب ارائه خدمات بهداشت روانی به آسیب‌دیدگان زلزله ی طبیعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران.

یاسمی، محمد تقی و همکاران (۷۹-۱۳۷۸). بهداشت روانی در جریان زلزله ی طبیعی - کتابچه آموزشی متخصصین. تهران: انتشارات کمیته کاهش اثرات زلزله ی طبیعی.

Amine Esmaeeli, M. (2005). The role of information dissemination in post disaster period. lecture in International Congress on Child Psychiatry, Tehran, Iran.

Amy, M., Vinette Langford, R. N., & Roger J, L. (2007). Assessing hospital disaster preparedness: Comparison of an on-site survey, directly observed drill performance, and video analysis of teamwork; *Annals of Emergency Medicine*, 7, 2, 123-154.

Becker, S. M. (2007). Psychosocial care for adult and child survivors of the tsunami disaster in India. *Journal Child Adolescens Psychiatry Nursing*, 20, 3, 148-155.

Choudhury, W. A., Quraishi, F. A., & Haque, Z. (2006). Mental health and psychosocial aspects of disaster preparedness in Bangladesh. *International Review Psychiatry*, 18, 6, 529-535.

Continuity based psychological support training Red Cross Red Crescent

Dadfar, M., Lester, D., Atef Vahid, M. K., Abdel-Khalek, A. M., Bolhari, J., Mohammadian, M., Bahrami, F., & Asgharnejad Farid, A. A. (2015). Mental disorders signs in Afghan immigrants /refugees. Paper presented at 2th International Congress of Business Strategy and Social Sciences, 16-17 Februray. Duabi.

Disaster Mental Health .nebraska.edu/curriculum/Mod1-psychological support draft.

Ehrenreich, J .H. & McQuaide S. (2001). Coping with disasters. Guide book to psychosocial interventions <http://www.trauma -pages.com>

EMA (2001). Australian emergency manual series, manual 4, Post- Disaster Survey & Assessment, First Edition. Availabl at: WWW.Ema.gov.au

Falk, K. (2005). Preparing for disaster: A community-based approach. 1st Edition, Philippine National Red Cross: Manila.

Fredrick. C. G. (1981). Aircraft accident: Emergency mental health problems. NIMH. Rockville Ind, USA

Fritze, J. G., Blashki, G. A., Burke, S., & Wiseman, J. (2008). Hope, despair and transformation: Climate change and the promotion of mental health and wellbeing. *International Journal Mental Health System*, 17, 2, 1, 13. Epub 2008 Sep 17.

- Gibbs, M. S. & Montagnino, K. (in press) Disasters: A psychological perspective. In McEntire, David A. (ed.) *Disciplines, disasters and emergency management: The convergence and divergence of concepts, issues and trends from the research literature*. Springfield, IL: Charles C. Thomas. Gordon, N. S., Farberow, N. L., & Maida, C.A. (1999). *Children and disaster*; Brunner/Mazel press.
- Gudarzi, M., & Sardarpour, SH. (2005). Research in disasters: To do or not to do. lecture in International Congress on Child Psychiatry, Tehran, Iran.
- IFRC. (2005). Guidelines for emergency, assessment, International Federation Red Cross & Red Crescent society, preliminary Version.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Community-based psychological support.
- Kaplan, S., & Sadock, S. (2002). *Human development through the life cycle, Synopsis of Psychiatry*, 9th edition.
- Khodakarami, R., Ebrahimi Moghadam, H., Babaraeisi, M., Biniiaz, S. M., & Farshchi, M. (2014). Comparison of post-traumatic syndrome disorder (PTSD) in war-affected and fire-damaged people. *International Journal of Psychology and Behavioral Research*. Special issue, 1, 3, 644-647.
- Kirk, U. (1996). *Psychological first aid and other human support*. Danis Red Cross.
- Laditka, S.B., Laditka, J. N., Xirasagar, S., Cornman, C.B., Davis, C.B., & Richter, J. V E. (2007). Protecting nursing home residents during emergencies or disasters: An exploratory study from South Carolina. *Pre hospital and Disaster Medicine*, 22, 1-5.
- Malek Mohammadi, M. (2006). Public education and maneuver, In the Red Crescent of Shahrekord. Paper presented at 3rd International Congress of Health and Crisis Management in the Unexpected Events, Shahrekord, Iran.
- Paton, D. (1989). Disasters and helpers: Psychological dynamics and implications for counseling. *Counseling Psychology Quarterly*, 2, 3, 303 -321.
- Raphael, B. (1986). *When disaster strikes: How individuals and communities cope with catastrophe*. New York: Basic Books.
- Reference Centre for Psychosocial Support (PS Centre) (2011). *Strategic Operational Framework (SOF) Psychosocial Support 2011-2015 In alignment with the International Federation of the Red Cross and Red Crescent Strategy 2020 (IFRCs) 2020*, September 2011, FINAL, 1-12.
- Roa, K. (2006). Psychosocial support in disaster-affected communities. *International Review Psychiatry*, 18, 6, 501-505.
- Robertson, I. 1986(). Learned helplessness, *Nursing Times*, 17, 24, 28-30.
- Scholte, W. F. (2013). *Mental health in war-affected populations*. PhD thesis. UvA-DARE, the institutional repository of the University of Amsterdam (UvA). From at <http://hdl.handle.net/11245/2.146288>.
- Seligman M. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.

- Silove, D., & Steel, Z. (2006). Understanding community psychosocial needs after disasters: Implications for mental health services. *Journal Postgraduate Medicine*, 52, 2, 121-125.
- Somasundaram, D. J., & Van De Put, W. A. (2006). Management of trauma in special populations after a disaster. *Journal Clinical Psychiatry*, 67, Suppl 2, 64-73
- Stephenson, R. S. (1994). Disaster, disaster assessment, management training programme, UNDP & DHA.
- Torres, A., & Oosterling, F. (1992). Helping the helpers. How Red Cross- Red Crescent youth leaders can better support volunteers, Institute Henry- Dunant, Geneva.
- UNDAC, (2006). Disaster Assessment, .chapter G, UNDAC.
- Unicef. (2005). Emergency Field Handbook- A Guide for Unicef Staff,
- USAID (1998). Field operations guide. For Disaster assessment and response, Version 3.0, BHR/OFDA.
- Weiwei, D. U., Gerard, J. F. G., Clark, M., et al. (2010). Health impacts of floods. *Pre hospital and Disaster Medicine*, 25, 3, 265-272.
- WHO, Handbook for emergency. Field peration. [WWW.WHO.INT/EHA /resource/disks](http://WWW.WHO.INT/EHA/resource/disks).
- World Health Organization. (1992). Psychosocial consensus of disasters, prevention and treatment. WHO Geneva.
- www.who.int (2006).
- Yasamy M. T. (2005). Evolution of mental health in disasters, lecture in International Congress on Child Psychiatry, Tehran, Iran.
- Yasamy M. T., Farajpour, M. et al. (2004). Report submitted to UNICEF, First seven months of psychosocial intervention in Bam.

Psychosocial supports in disasters (for adults)



by:

Mahboubeh Dadfar

PhD student in clinical psychology,
International Campus,
Iran University of Medical Sciences

Dr. Pir Hossien Kolivand

Assistant of Shefa Neuroscience Research Center

Dr. Saeed Ebadi Zare

Clinical psychologist
Faculty member of Iran University Sciences
School of Mental Health & behavioral Sciences