

حمایت های روانی - اجتماعی در بلايا و حوادث غیرمترقبه

کتابچه آموزشی مدیران بهداشتی

نویسندگان:

دکتر محمد تقی یاسمی

دکتر محمد فرج پور

دکتر شاهرخ سرراریور گودرزی

دکتر معصومه امین اسماعیلی

دکتر نیلوفر مهدوی هزاوه

دکتر شهرزاد علیزادگان

علی بهرام نژاد

دکتر جعفر بوالهروی

اداره سلامت روان

دفتر سلامت جوانان و مدارس

معاونت سلامت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

زمستان ۱۳۸۳

فهرست:

پیش گفتار

اهداف آموزشی

برنامه کشوری حمایت های روانی- اجتماعی در بلايا و حوادث غیرمترقبه

- استراتژی اداری

- استراتژی آموزشی

مسائل روانشناختی مدیران در مدیریت بلاياي طبیعی

واکنش های روانی در مراحل مختلف بلايا

برخی واکنش های روانی نامناسب در مدیران اجرایی

تعامل مدیران با مردم

پژوهش در بلايا و حوادث غیرمترقبه

آشنائی با علائم روانشناختی آسیب دیدگان ونحوه برخورد با آنها

مدیریت سازمانی ستاد حمایت روانی- اجتماعی

مدیریت فرآیندهای فنی ستاد حمایت روانی- اجتماعی

تعریف واژه ها ومفاهیم

تحولات چشمگیر در بسیاری از زمینه ها چون رشد روزافزون جمعیت، پیشرفت تکنولوژی، تغییرات تعامل اجتماعی و بین فردی، الگوهای شهرنشینی، ناپایداری های سیاسی، فقر اقتصادی، ...، بلایای طبیعی و ... مشکلاتی را در زندگی بشر به وجود آورده است.

زندگی اجتماعی بشر محصول روابطی است که افراد انسانی را به یکدیگر پیوند می دهند. گسترش شیوه های مختلف زندگی اجتماعی انسانها و الزام به اتخاذ تدابیر خاص برای اداره امور و گردش کارها ونظم بخشیدن به این روابط در روند زندگی بشر منجر به پیدایش سازمانهای متعددی شده است.

سازمانهای موجود در اجتماع با اهداف خاصی تشکیل می شوند و هر یک به فعالیت مشخصی اشتغال دارند. وجه اشتراک تمامی سازمانهای اجتماعی و بشری، تجمع گروهی از افراد تحت رهبری سلسله مراتب سازمانی با امکاناتی مشخص و به منظور تحقق مقاصد خاص می باشد که براساس تقسیم کار و اختیار و مسئولیت و نیز روابط افقی و عمودی اجرائی به فعالیت می پردازند.

حیات انسانی و زندگی اجتماعی از ابتدای تشکیل تا کنون توأم با ناهموازی هایی بوده که رویارویی منطقی همراه با هیجانات متناسب را می طلبد است.

از بین حوادث کوچک و بزرگی که هراز چند گاه در مملکت ما روی می دهد، سوانح و بلایای طبیعی جایگاه ویژه ای دارند. این اتفاقات ناخواسته با توجه به موقعیت جغرافیائی ایران و واقعیت غیر قابل تردید که کشور ما از جمله کشورهای آسیب پذیر دنیا برای ابتلا به فجایع طبیعی در مقیاس وسیع انسانی است، از اهمیت خاصی برخوردار است.

وقوع فجایعی مثل زلزله شرایط منحصر به فردی را در جامعه بوجود می آورد. نیاز های جدیدی را بنا می نهد، الگوهای مرسوم و متعارف زندگی را برهم می ریزد و انسانها را در شرایط روانی - اجتماعی خاصی فرو می برد و سرانجام تصویر دردناکی را از بازیگر دانی طبیعت در مقابل دیدگان ترسیم می کند.

با توجه به گستردگی عوارض ناشی از بلایای طبیعی و پیچیدگی جوانب مختلف آن، ملاحظه در انواع بحرانهای ناشی از بلایای طبیعی در دستور کار سازمانهای متعددی نظیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان هلال احمر، وزارت کشور و ... قرار دارد.

در چنین شرایط ویژه ای اعمال مدیریت صحیح و منطقی توسط سازمانهای مرتبط ونحوه تعاملات افقی و عمودی در امر راجرائی، در بازگرداندن پیوند اجتماعی قبلی و جلوگیری از پیامد های بیشتر روانشناختی، جسمانی و مالی از اهمیت قابل ملاحظه ای برخوردار است.

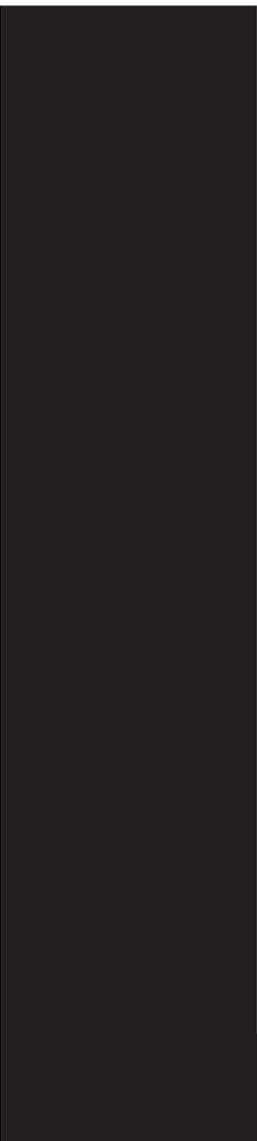
با توجه به موارد فوق و رعایت به این مهم که بازه هر سازمان حاصل مجموعه ای از تفکرات اجزای آن است که باید توسط مدیریت آگاه جهت دستیابی به اهداف از پیش مشخص شده به صورت یک سری مراحل عملیاتی به اجرا در آید، به نظر می رسد وجود مدیریتی واحد و مشخص در راس سازمانهای مرتبط با مدیریت بلایای طبیعی در اتخاذ مناسب ترین تصمیمات و هماهنگی اجرائی در تمامی ابعاد، بسیار موثر خواهد بود. مدیریت فوق با شناختی که از سازمانهای مختلف در امور مربوط به بلایای طبیعی دارد، نیازها را بخوبی تشخیص می دهد، تقاضاها را می شناسد و براساس این آگاهی تعیین اولویت کرده و با مشخص کردن اهداف، برنامه اجرائی را تدوین می نماید.

بدیهی است این مدیریت، امر راجرائی مربوط به سازماندهی شرایط بعد از وقوع بلای طبیعی را بعهده دارد و در هماهنگی ستادهای مختلف امداد رسانی (بهداشتی، درمانی، مالی، انتظامی و ...) فعالیت می نماید.

باتوجه به اهمیت پرداختن به مسائل روانشناختی بعد از وقوع بلایای طبیعی و نقش آن در کاهش عوارض بعدی و این واقعیت که تاکنون سیاست گذاری های کلان بهداشتی و اجتماعی در برخورد با وقایع مصیبت زا معطوف به پیامدهای جسمانی و مالی این عوارض بوده است و متأسفانه عوارض روانی فجایع کمتر مورد ملاحظه بوده اند، به نظر می رسد تشکیل ستادی تحت عنوان ستاد حمایت روانی - اجتماعی در بلایای طبیعی با چارت تشکیلاتی مشخص و شرح وظایف معین و بارزانه نقطه نظرات تخصصی بتواند در جهت یاری رساندن به بلایای طبیعی در تصمیمات اجرائی نقش قابل ملاحظه ای داشته باشد.

اهداف آموزشی این کتابچه :

- آشنائی با مفاهیم مربوط به بلایا و بهداشت روانی در بلایا
- آشنائی با برنامه کشوری حمایت های روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه
- آشنائی با واکنش های آسیب دیدگان پس از وقوع بلایا
- افزایش توانمندی مدیران اجرائی در بلایای طبیعی به منظور پیشگیری از اختلالات روانی ناشی از بلایای طبیعی در آسیب دیدگان



فصل ۱



برنامه کشوری حمایت روانی- اجتماعی دربالای حوادث غیرمترقبه

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت سلامت اجتماعی عبارت است از «حالت رفاه کامل جسمی، روانی واجتماعی ونه فقط فقدان بیماری».
سازمان جهانی بهداشت همچنین تاکیدداردکه هیچک از مواردفوق ارحمیتی بردیگری ندارد.
باوجوداین دراکثرپژوهش ها ونیزبرنامه ریزی های اجرائی بهداشتی، سلامت روان غالباًموردعغفلت قرارمی گیرد.

درجریان بالایای طبیعی آسیب بهداشتی به افرادمانندکوه یخ عظیمی است که مرگ درقله آن ومجروحیت ومعلولیت جسمانی دربخشهای بیرونی آب قرارداردولی مجروحیت ومعلولیت روانی که گاهی تاپایان عمرباقی می ماندبدینه اصلی این کوه راتشکیل می دهند.

هنگامی که مسئولین بهداشتی به بالایای طبیعی توجه می کنند، مرگ ومجروحیت بعنوان ۲ شاخص اصلی برایشان برجسته می شود.وردردرجه بعدمعمولاً به صدمات مالی توجه می شود.
این واقعیت که عواقب روانی این حوادث یادگاری است که برای بازماندگان باقی می ماند، اغلب به فراموشی سپرده می شود.
این « زخم های روانی» گرچه پنهان هستند ولی موجب زنج واقف کارکردگر وههای وسیعتری ازانسانها می شوند.

بااعلام دهه ۲۰۰۰- ۱۹۹۰ میلادی بعنوان دهه بین المللی کاهش اثرات بلایای طبیعی ازمسوی سازمان ملل، قانون تشکیل کمیته ملی کاهش اثرات بلایای طبیعی درمرداد ۱۳۷۰ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید.
این کمیته از ۹کمیته فرعی تخصصی به مسئولیت وزراء ویامعاونین آنها درسازمانهای ذربیط تشکیل شد که یکی از آنهاکمیته فرعی بهداشت ودرمان بود.

این کمیته درسال ۱۳۶۷شروع به برنامه ریزی برای تهیه طرح « نحوه ارائه خدمات بهداشت روانی به آسیب دیدگان ناشی ازبلایای طبیعی» نمود.
اولین اندیشه ای که درموردنحوه ارائه خدمات بهداشت روانی مطرح شده بود این بودکه باتوجه به دانش اندک موجوددراین زمینه درسطح بین المللی و عدم امکان کاربردهمین دانش بصورت دقیق درایران باتوجه به ویژگی های بومی وخاصه های فرهنگی وقفان تجربه ملی دراین زمینه، صلاح است این برنامه ریزی مبتنی برپژوهش باشدو در آینده نیزبازویکردی پژوهش نگر (Research oriented) پیش برود.
این وظیفه بمعده اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی قرارگرفت وباهمکاری بسیاری ازازسایتیوکاوشناسان دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی ودانشکده پزشکی بیرجندومنطقه قائنات واردبیل این مهم به انجام رسید.

پژوهش مبتنی برارزیابی نیازهازنقطه نظر آسیب دیدگان وامدادگران یکسال پس اززلزله قائن ویبرجند واردبیل انجام شد. علاوه براین، آسیب شناسی روانی بازماندگان زلزله قائن ویبرجندموردبررسی قرارگرفت.
نتایج پژوهش نشان دادکه اختلال روانی دربزرگسالان حدودسه برابروردرخردسالان حدوداً ۲ برابرگروه کنترل بود.
ارزیابی خردسالان پس ازتخصاوت بالینی روانپزشک نشان داد، اکثریت عظیمی از آنان یکسال پس ازحادثه درجاتی ازعلائم اختلال پس ازسانحه (PTSD) رادارند.
نیازهای اعلام شده آسیب دیدگان وامدادگران نیزاطلاعات جالبی دراختیارمیاگذاشت.
اولحظات بعدازحادثه نیازهی دریافت اطلاعات بخصوص درموردوضع سلامت خانواده وبستگان اهمیت فوق العاده ای داشت واین درحالی است که هیچگونه سیستم منظمی دراین مورد تاکنون وجودنداشته وبرخی ازاطرفیان ودرموردی حتی امدادگران به روش نادرستی عمل می کردند.

پس ازحادثه اکثرافرادنیازبه مشاوره ودرردل رادرسطح بالایی احساس می کرده اندولی دوستان و آشنایان مهمترین منبع چنین خدماتی بوده اند.وردراکثرموردرااین اقدامات راگرچه باحسین نیت ولی به روشی نادرست انجام می داده اند.
درموردبچه ها، نیاز آنهابه بازی بخصوص مسئله مهمی است که نادیده گرفته شده بود.
کمترزنیمنی ازبچه ها دریکسال پس ازحادثه بازی کرده بودندواکثر آنها فقدان وسائل بازی راگزارش کردند.
درحالیکه بازی ازروشهای بسیارمؤثردرکاهش استرس کودکان است.

امدادگران هلال احمریافداکاری زایدالوصفی درجریان حوادث قلبی نشان داده اند، که توانائی بالایی برای برخوردبامسائل امدادرسانی دارندولی بعنوان یک یافته فرعی ازپژوهش مذکوربه این نتیجه رسیدیم که درمجموع آشنائی امدادگران بامسائل بهداشت روانی مطلوب نبوده بخصوص امدادگران غیرحرفه ای وکم سابقه وجون نیازمندآموزش بیشتری می باشند.

باتوجه به این مسئله یک برنامه کشوری برای مداخلات دربالایای طبیعی دراداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان واموزش پزشکی درسال ۱۳۷۶ تهیه گردید. آنچه درذیل آمده است استراتژیی های این برنامه می باشد.

❑ استراتژی اداری:

تشکیلات مداخله دربحرانهای روانی ناشی از بلایا و حوادث غیرمترقبه درچارچوب چارت تشکیلاتی ستاد حوادث غیرمترقبه بهباشت و درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شرح زیر می باشد:

۱) درسطح ستادی :

■ مسئول کشوری بهباشت روانی بلایای طبیعی که رابط کمیته فرعی تخصصی بهباشت درمان کاهش اثرات بلایای طبیعی خواهد بود.

■ کمیته حمایت های روانی- اجتماعی دربلایا، تحت نظارت اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فعالیت خواهد نمود.

این کمیته ۷-۵ نفر عضو خواهد داشت. ریاست کمیته همان رئیس کمیته فرعی تخصصی بهباشت درمان کاهش اثرات بلایای طبیعی است ودبیر کمیته مسئول کشوری اداره سلامت روان می باشد. سایر اعضاء عبارتند از: یک روانپزشک، یک روانشناس بالینی (حداقل کارشناس ارشد)، یک مددکار اجتماعی (حداقل کارشناس ارشد) و یک تا دوتقر دیگر بنا برضرورت وانتخاب رئیس کمیته.

اعضاء کمیته از بین افرادی انتخاب می شوند که واجد صلاحیت علمی بوده ودرای تجربه درزمینه دخالت دربحران بلایا وحوادث غیرمترقبه باشند.

۲) درسطح دانشکادهای علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی:

این کمیته نیز ۷-۵ عضو دارد. ریاست کمیته به عهده معاونت بهداشتی دانشگاه ودبیر آن روانپزشک مشاور علمی برنامه های بهداشت روان در آن دانشگاه است که به همراه یک روانپزشک دیگر، یک روانشناس، یک مددکار اجتماعی، یک روحانی، یک نماینده از استانداری ویک نماینده از سازمان هلال احمر به فعالیت می پردازند.

وظایف این کمیته شامل برنامه ریزی ونظارت براجرای برنامه های مداخله دربحرانهای روانی ناشی از بلایا ودخالت مستقیم هنگام وقوع بلایا درمنطقه است . درهنگام دخالت مستقیم درمنطقه، عملیات این تیم(تیم حمایت روانی - اجتماعی) خوانده می شود.

درهنگام وقوع بلایا تیمهای حمایت روانی- اجتماعی استانیهای معین وداوطلب نیز به منطقه اعزام وبا این تیم همکاری خواهند داشت.

۳) درسطح شهرستان:

این کمیته صرفاًاجرایی است و ۳تا ۵ عضو دارد. ریاست آن به عهده رئیس مرکز بهداشت شهرستان است. درصورتی که درشهرستان روانپزشک یا روانشناس بالینی درقطع کارشناسی ارشد وجود دارد، عضویت آنها دراولویت است. وظایف این کمیته شامل اجرای کلیه برنامه های مداخله دربحران های روانی اجتماعی است که درسطوح استان وستاد برنامه ریزی شده اند وگزارش پس خوراند نوازش ومسائلی که توجه ویژه ای را می طلبد.



۴) درسطح مراکز بهداشتی درمانی شهری وروستایی:

باتوجه به شرح وظایف مربوط عمل می شود.

۵) درسطح خانه های بهداشت وپایگاههای بهداشتی:

بااستفاده از تسهیلات وامکانات اداره سلامت روان دفتر سلامت روانی اجتماعی ومدارس وهمچنین استفاده بهینه از سایر امکانات درون بخشی، بین بخشی وبرون بخشی عمل می شود

❑ استراتژی آموزشی:

۱) آموزش عمومی به مردم درزمینه های ذیل:

- حذف انکار احتمال بروز بلایای طبیعی
- آموزش مفاهیم مربوط به فجایع وبحرانهای طبیعی
- آموزش راههای به حداقل رساندن اثرات مخرب بلایا شامل : چگونگی مقابله با بحرانهای روانی ناشی از بلایای طبیعی، اقدامات عمومی بعداز وقوع بلایا ونحوه برخوردربا آسیب دیدگان وبازماندگان
- اطلاع رسانی مناسب درخصوص برخی باورهای نادرست وشایعات پس از وقوع بلایا که می تواند تهدیدی برای بهباشت روانی بازماندگان باشد.

این آموزش‌ها می‌توانند از طریق رسانه‌های جمعی مثل صدا و سیما و مطبوعات منتقل شود و یا بصورت سخنرانی در تجمعات خاص مثلاً در مدارس، دانشگاه‌ها و مساجد ایراد گردد.

۲) آموزش اختصاصی برای مسئولین وبحرانیان به منظور:

- توجیه ضرورت مداخلات روانی- اجتماعی وبرنامه های درست اجرا
- آشنائی با اهمیت وابعاد مشکلات بهداشت روانی دربلایای طبیعی
- آشنائی با تجربیات داخلی وجهانی دراین مورد
- برنامه ریزی درمورد مدیریت مداخلات بهداشت روانی ومدخله دربحران.
- آموزش چگونگی مقابله با استرس وآموزش تکنیک های عملی برای کنترل بهتر خود دربرخورد با جو اجتماعی ناشی از وقوع بلایای طبیعی.

این آموزش‌ها می‌تواند توسط متخصصین مربوطه با استفاده از کارگاههای آموزشی، جلسات سخنرانی ویاتیپه جزوات آموزشی خاص برای گروههای مسئول ومجری خاص مثل پزشکان عمومی، امدادگران، روحانیون، مدیران اجرایی وغیره منتقل گردد.

مسائل روانشناختی مدیران درمدیریت بلایای طبیعی

نظر به اینکه اعمال مدیریت درسلسله مراتب مدیریت سوانح درتصمیم گیری آنان متجلی و آشکار می شوند، حالت روانشناختی مستولی برمدیران درهنگام وقوع بلایا درانتخاب بهترین ومناسب ترین راه حل دران شرایط بسیار قابل ملاحظه خواهد بود.

معمولاً تصمیمات متخذه دربروز حوادث وسوانح از انواع تصمیم گیری برنامه ریزی شده است. لذا شکی وجود ندارد که ذخیره اطلاعات ذهنی مدیران دراین خصوص وهمچنین عملکرد آنان دررویدادهای مشابه می تواند درجلوگیری ازتصمیمات نادرست، بسیار یاری دهنده باشد.

بحرانهای ناشی از حوادث وبلایای طبیعی ازلحاظ ماهیت، بزرگی وشدت متفاوتند اما تمامی آنها عواقبی به بار می آورند که متناسب با شدت وضعف می تواند موجب نابسامانی وبعضاً منجر به مختل شدن بسیاری از کارهای مهم واساسی شود.

□دراغلب بحرانها می توان به شرایط مشترک زیر اشاره کرد:

۱) لازم است هرچه سریعتر تصمیم گیری شود.

۲) درصورت عدم واکنش سریع احتمالاً عواقب نامطلوبی به بار خواهد آورد.

۳) راه حل ها محدود است.

۴) تصمیمات غلط ممکن است عواقب وخیمی داشته باشد.

۵) کل مدیریت درهربخش درگیر می شود.

۶) تعادلی از افراد محلی کلیدی درجریان فاجعه ازبین می روند(محدودیت منابع انسانی)

□ صرف نظر از برنامه های آمادگی، واکنش ونحوه تصمیم گیری مدیران ومسئولان اجرایی به هنگام وقوع سانحه تا اندازه زیادی به چگونگی برداشت آنها از اوضاع واحوال محل نوع حادثه وابسته است که با مواردزیل مشخص می گردد:

۱) وضعیت پیش آمده تا چه حد منافع وزندگی جامعه را مورد تهدید قرار داده است؟

۲) زمان لازم برای عکس العمل چه مقداراست؟

۳) حادثه تا چه حد غیر منتظره و غافلگیرکننده است؟

مدیریت درچنین حالتی بیش از هر چیز به تجربه، مهارت، سرعت، هوشمندی، خلاقیت، موقعیت سنجی و آموزش نیاز دارد. فرصت کافی برای جمع آوری بیشتر اطلاعات وتجزیه وتحلیل داده ها وجود ندارد.

درچنین شرایطی مدیران حاضر درصحنه معمولاً به علت دستپاچگی، شتابزدگی، پریشانی وحادی بودن موضوع، درتصمیم گیری دستخوش اختلاف نظرمی شوند وبدین ترتیب شرایط پیچیده تر از واقعیت امر جلوه می کند وتصمیم گیری مشکل تر می گردد.

با توجه به شرح فوق جهت رفع اختلاف وعدم بروز تضاد بین مدیران مرتبط با مدیریت سوانح وجلوگیری از ضرر بیشتر مالی وجانی لازم است به چند نکته توجه کرد.

۱- آموزش ها ی ضروری به خصوص نکات مشترک به تمامی مدیران داده شود.

۲- تمام این مدیران زیر نظر یک مسئول اصلی انجام وظیفه نمایند.

۳- نظر به اهمیت برتری تصمیم گیری جمعی نسبت به فردی، تصمیمات جمعی اتخاذ گردد.

باعنایت به مواردیادشده مسلم می شود که انتخاب مدیر درسلسله مراتب مدیریت بلایای طبیعی می تواند درنوع تصمیم گیری مناسب مؤثر باشد.

بطور طبیعی مدیران با تجربه وتخصص، که از سرعت عمل وهوشمندی کافی برخوردارند ودرعمل نیز دارای خلاقیت کافی هستند، به هنگام بلایای طبیعی بیشتر برخورد تسلط دارند ودرنتیجه تصمیمات منطقی وبه موقع اتخاذ می نمایند.

مدیریت خوب می تواند اثرات منفی بحران ناشی از بلایای طبیعی را به حداقل برساند وقندان چنین مدیریتی می تواند به سرعت وضعییت را ازآنچه هست بدتر کند.

فصل ۲

واکنش های روانی در مراحل مختلف بلایا

بروز فشارهای روانی در آسیب دیدگان وحی بستگان و گروههای امدادی قابل پیش بینی است و می توان با تدابیری آنها را کاهش داد وحی ازین برود.

چگونه می توان از میزان این تنش ها کاست و آرامش را به آسیب دیدگان باز کردند وانگیزه کار، فعالیت و مشارکت درآمورپس از بلایا را در آسیب دیدگان فراهم آورد؟

بی شک، کیفیت رفتار سازمان امداد رسانی درکنار این تنش ها و عوامل تشدید کننده یا کاهش دهنده آن می تواند مشکل گشا باشد.

انسانها در رویارویی با بلایا و حوادث واکنش هایی از خود بروز می دهند که می توان آنها را به پنج مرحله تقسیم نمود.

- ۱- مرحله تماس با ضربه
- ۲- مرحله برخورد شجاعانه یا قهرمان گرایی
- ۳- مرحله شناسایی یا فراموش کردن غم
- ۴- مرحله سرخوردگی یا مواجهه با واقعیت
- ۵- مرحله تجدید سازمان یا ترمیم



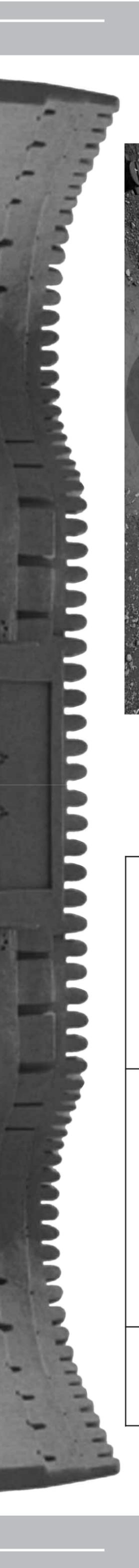
آگاهی از این واکنش ها کمک می کند تا عکس العمل های روانی آسیب دیدگان را بشناسید ونحوه برخورد با آنان را دریابید. این حالتها ازهم جدا نیستند والزاما بترتیب نیز رخ نمی دهند. اقدام متناسب با این حالتها را منسجم کرده وبه آنها انگیزه می دهد تا با حوادث دست وبیچه نرم کنند. هدف نهائی ما رسیدن هرچه سریعتر با روانداگان به مرحله تجدید سازمان است.

پس از وقوع بلایا واکنش روانی مردم در مراحل مختلف متفاوت است باید این تفاوتها را بشناسیم و متناسب با آنها رفتارکنیم.



مراحل مختلف واکنش های روانی در هنگام بروز حوادث غیرمترقبه

مراحل	علائم واکنش	مقاله با واکنش
مرحله اول: تناس باضربه (درچند دقیقه اول پس از حادثه بروز می کند	اکثر افراد دچار ترس و وحشت می شوند. برخی افراد بهت زده می شوند افراد گنج و درمانده هستند و قدرت انجام هیچ کاری را ندارند زیرا شاهد یک حادثه آسیب زا تمام با تهدید به مرگ یا دیگران بوده اند. این حالت معمولاً گذرا و کوتاه مدت است	در اغلب موارد قبل از رسیدن امدادگران پایان می یابد.
مرحله دوم: مرحله برخورد شجاعانه یا قهرمان گرایی (در ساعات اولیه وقوع حادثه بروز می کنند)	افراد احساس می کنند باید کاری انجام دهند، با دیگران ارتباط برقرار می کنند وبه طور داوطلبانه در امداد رسانی کمک می کنند. همبستگی بین مردم ایجاد می شود. مردم شروع به بیرون آوردن اجساد می کنند وتا رسیدن نیروهای کمکی بسیاری از کارها را خودشان انجام می دهند. افراد گستاخانه عمل کرده وبه مانع اداری کاری ندارند وهمکن است عصبانی وتحریک پذیر شوند. مردم با گذشت و بیثار زیاد عمل می کنند. امدادگران باید وضعیت افراد رادرک کنند.	رفتار آسیب دیدگان را به عنوان واکنش طبیعی آنها تلقی کنند و ان را بیفزیند. هدایت هوشمندانه: فعالیت های مردم را در جهت مناسب هدایت نمایند. برای نقش خانواده افراد آسیب دیده ویادروستان آنها اهمیت قائل شوند.
مرحله سوم: شادمانی یا فراموشی غم (یک هفته تا چند ماه بعد از حادثه بروز می کند)	- همرفان با رسیدن نیروهای کمکی و توزیع کمکها، افراد امیدوار شده وبطور موقت به آنها حالت آرامش دست می دهد. افراد تازه متوجه وسعت خسارت وقفاقها میشوند می شوند. افراد مجدداً روحیه خود را از دست می دهند، نا آرام، خسته ودرمانده می شوند. ممکن است به این نتیجه برسند که کمک های رسیده برای آنها کفایت نمی کند و شروع به مقایسه دریافتی های خود با دیگران کنند. احساس می کنند مورد بی عدالتی واقع شده اند. مضطرب وحساس شده و احساس تنهایی شدیدی می کنند.	کمک رساندن به افراد در این مرحله بسیار مهم وهفت بوده ونتایج زیر ادربردارد: سرعت درپیدايش تعادل روانی جلوگیری از اختلالات روانی عاملی شدید بعدی جلوگیری از انتقام جوئی وبدبینی نسبت به دیگران در مراحل بعدی
مرحله پنجم: تجدید سازمان (۴ ماه تا یک سال بعد از وقوع حادثه بروز می کند)	افراد شروع به بازسازی زندگی خود کرده بتدریج درک می کنند که باید متکی به خود باشند. ترسیدن کامل به این مرحله منجر به باقی ماندن احساس ناراحتی وپرخاش و دشمنی درونی می گردد.	ارتباط روانی احتیاج به حمایت بیشتری دارند. قبل از رسیدگی لازم به نیازهای اجتماعی و روانی بناید منطبق راترک کرد. روحیه امید واعتماد به نفس را در آسیب دیدگان تقویت کنید. امدادگران ومسئولین توزیع کمکها باید حداکثر تلاش خود را جهت توزیع عادلانه امکانات با همکاری مردم بکنند.



برخی واکنش های روانی نامناسب ناشی از بحران بعد از وقوع حوادث وسوانح بشرح زیر خلاصه می شود:

۱- انکار و تاباوری: مدیریتی که در بحران دچار فشار عصبی شود و آمادگی کنترل خویش را درواکنش های هیجانی ندارد، بجای تصمیم گیری مناسب درجای خود خشکش می زند و مات ومبهوت می گردد وباور چنین بحرانی را ندارد. دراین وضعیت اولین راه حلی که به نظرش می رسدرا اعمال می کند وموجب بدتر شدن اوضاع می شود، یا بدلیل ناتوانی از تصمیم گیری با اتلاف وقت فرصتهای زیادی را از دست می دهند .

۲- قبول شکست: درصورت تسلیم شدن درمقابل بحران ناشی ازسوانح، افراد ممکن است به این نتیجه برسند که همه چیز تمام شده، خود را عقب بکشند، هیچ کاری نکنند، هیچ حرفی نزنند وتقریباً حالت فلج پیدا کنند.

۳- وحشت زدگی: این حالت پس از قبول شکست بوجود می آید وبا آشکار شدن آثار آن، تمام زیر مجموعه دچار هراس و وحشت می شوند وبا دستپاچگی و سردرگمی احساس می کنند که باید فوراً اقداماتی را صورت دهند. این اقدامات

بدون فکر وغیر منطقی وبدون انکه بدانند به کجا می روند وچه می کنند وضع را بدتر می کند. ۴- غفلت: برخی از مدیران پس از حوادث وسوانح وبحرانهای ناشی از آن به علت عدم آگاهی وآمادگی، ممکن است به این نتیجه برسند که کار بحران توسط دستگاهها ی زیرمجموعه انجام خواهد شد و از دخالت درهرگونه تصمیم گیری خودداری کنند که این امرسبب بروز مشکلات خواهدشد.



۵- مقصر دانستن دیگران: درهر بحران، پیدا کردن دلیل واقعی ویا خیالی، وسوسه ای بیش نیست. بجای دلیل تراشی ومقصر دانستن دیگران، مدیران می بایست درراستی درک بحران واداره نمودن آن دست بجار شوند واقدام نمایند.

۶- جریحه دارکردن احساسات دیگران: برخی از حرکات وعملکرد مدیران منجر به جریحه دار شدن احساسات دیگران دریک بحران می شودچگونگی رفتار وبرخورد با مدیران زیر مجموعه، کارکنان درسلسله مراتب، مردم کمک دهنده (داوطلبان ازمربوع) و بویژه عوامل رسانه های جمعی، خود می تواند به تشدید بحران کمک کند.

تعامل مدیران با مردم

نحوه برخورد با مدیران جراید و رسانه های جمعی، آشنائی با شیوه مصاحبه، تسلط بر پاسخگویی و آمادگی برای جواب دادن به سوالات مطرح شده می تواند به آرامش ویا تشنید بحران منتهی شود.

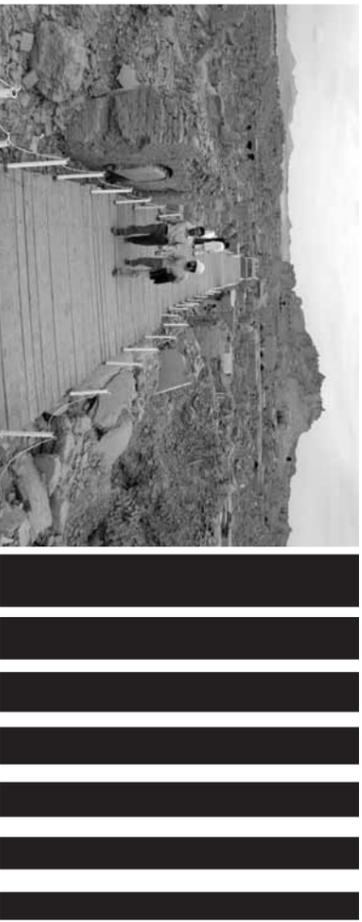
مدیران اجرایی باید از سیستم اطلاع رسانی قابل دستیابی در منطقه آسیب دیده برخوردار باشند تا برای آگاه ساختن مردم منطقه از خسارات وارده شده، خدمات ارائه شده، محل ارائه خدمات، اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت بستگان افراد حادثه دیده و نیز برای آموزش عمومی از آن استفاده نمایند. علاوه وجود چنین سیستمی با توجه به آگاه ساختن مردم از وضعیت موجود، می تواند از انتشار شایعات جلوگیری کند. عملکرد یکپارچه سیستم بهداشتی حاضر در منطقه در امر اطلاع رسانی می تواند نقش موثری در این رابطه ایفا کند. بنابراین مدیران اجرایی باید از روابط عمومی گسترده ای بهره مند باشند و با نهادها و سازمانهای دست اندرکار در منطقه در ارتباط بوده و از اطلاعات موجود آگاه باشند.

فقدان سیستم اطلاع رسانی موجب مشکلات عمده ای خواهد شد. در حادثه یم بسیار محسوس بود. انتخاب ابزار اطلاع رسانی مناسب نیز در چنین وضعیتی از اهمیت زیادی برخوردار می باشد. با توجه به اینکه در فاجعه های وسیع احتمال تخریب وسایل ارتباط جمعی زیاد است، بایستی از قابل دسترس ترین وسیله در این موقعیت استفاده کرد. رادیوهای ترانزیستوری، توزیع پمفلت های یک صفحه ای، نصب آگهی های خبری در تابلو یا نصب بلند گو در مناطق تجمع مردم و اعلان اخبار مهم از آنها می تواند کمک کننده باشد.

مدیران در تصمیم گیری ها نه تنها مسئول کار خود هستند بلکه مسئول تصمیمات و حرکات و حالات زیر مجموعه خود نیز می باشند. بنابراین در انتخاب سلسله مراتب نیز باید شرایط لازم و کافی برای انتخاب افراد در نظر گرفته شود. به منظور کم کردن احتمال خطا به جای تصمیم گیری فردی در شرایط وقوع حوادث و سوانح و بحرانهای ناشی از آنها، بهترین تصمیم گیری جمعی (جمعی از مدیران که بعنوان ستاد و یا شورا گرد هم می آیند) انجام شود. توجه به پژوهش های انجام شده در حوادث غیرمترقبه، قلی و استفاده از نظرات کارشناسان باتجربه در این زمینه می تواند مفید واقع شود. مدیریت کارا در بحران با خلاقیت از امکانات موجود بصورت بهینه استفاده خواهد کرد و در پاره ای از موارد بر اساس نیاز های خلق الساعه استراتژی خود را خارج از چارچوب ابتدائی تنظیم خواهد کرد.

بخصوص در فواز ابتدائی حادثه و تا قبل از مرحله ثبات، بعلت اهمیت داشتن فاکتور زمان و فوریت داشتن اجرای برخی تصمیمات در منطقه، وجود سیستم مدیریت عمودی، در عمل با موفقیت بیشتری همراه می باشد. وجود بوروکراسی اداری سنگین، بی توجهی به فوریت و در نظر داشتن اولویت های سنتی بصورت صرف منجر به صدمات جبران ناپذیر ناشی از فوت وقت خواهد شد.

مدیریت مشارکتی و درگیر کردن نیروهای مردمی و بیبرظه معتقدین محلی در تصمیم گیری ها و حضور آنها در جلسات ستادی و اجرای برنامه ها علاوه بر افزایش توانمندی افراد آسیب دیده و کاهش فشارهای روانی منجر به سهولت در اجرای برنامه و ایجاد احساس مالکیت در برنامه ها در بین مردم می گردد و همکاری بیشتر آنان را به همراه خواهد داشت. حوات فاجعه بار افراد را بدین وسعتد گسترش شایعات می کند. حضور نمایندگان واقعی مردم در جریان تصمیم گیری ها این مشکلات را به حداقل می رساند.



فراموش نکنیم که در حرانها فقط برای مردم کار نکنیم بلکه همراه با مردم کار کنیم.

پژوهش دربالای وحوادث غیرمترقبه

بی‌گمان پژوهش بخش مهمی از فعالیتهای تیمهای حمایت روانی- اجتماعی دربالای وحوادث غیرمترقبه را تشکیل می‌دهد. با این حال بعلت آسیب شدید وارده به بازماندگان، پژوهش‌هایی که بدقت طراحی نشده‌اند واز جنبه‌های مشخصاً کاربردی و معطوف به هدف برخوردارنیستند، خود می‌توانند منبعی برای ایجاد استرس دربازماندگان و همچنین تیم بهداشتی شوند. نگارندگان معتقدند که دریکسال اول بعد از بلایا دست اندرکاران بهداشتی بدقت وبا وسواس فوق‌العاده‌ای به بازبینی طرحهای پژوهش پرداخته و صرفاً بصورت محدود اقدام به پذیرش طرحهایی نمایند که نسبت به دیگران جامع‌تر بوده و ازنتایج عملی بیشتری برخوردارند. بنظر می‌رسد وجود شورای که به بازبینی طرحها پرداخته و معاونین طرحهای تصویب شده را به مراکز پژوهشی و دانشگاههای کشور منعکس سازداز نیازهای اصلی مدیریت بحران می‌باشد. بدیهی است هرچه میزان و ابعاد فاجعه گسترده‌تر باشد، رویکرد و اقبال پژوهشگران بدان بیشتر خواهد بود. این مهم خصوصاً در یکسال اول پس از فجایع بزرگ فرصتی طلایی برای پژوهشگران قلمداد شده و رقابتی جهت انتشار دادهای مربوط به فاجعه ایجاد خواهد کرد.



پژوهش‌های کاربردی درفجایا به سه نوع موضوعی: ارزیابی نیازها،پایش و ارزشیابی محدود می‌گردد. ارزیابی نیازها خود درسه محور ارزیابی نیازهای آموزشی، اجتماعی و بهداشتی خلاصه می‌شود. بخشی از ارزیابی نیازها ازطریق مطالعه همه گیرشناسی وبخشی از طریق پرسشنامه‌های نیازسنجی انجام خواهد گرفت. پایش که معمولاً نادریده انگاشته می‌شود (والبته مهمترین این اجزاء است) براساس ۱. پایش مداخلات و ۲. ارزشیابی قرار دارد. دارزشیابی به موضوع ارزشیابی پیامدها، راندمان برنامه، پروسه، تحول علائم اختلالات، فرسودگی شغلی پرسنل (Burn out)، و عوامل خطر ومحافظت کننده توجه می‌شود.

فصل ۴

طرح‌ها می‌توانند هم به شکل کیفی (Qualitative) و هم به شکل کمی (Quantitative) و اجرا شده طرح‌های پژوهشی کمی ارزشیابی دربرلایا به روشکل مقطعی، آینده نگر (Cohort) وگاهی مورد شاهدهی گذشته‌نگر قابل انجام است. گرچه پژوهش‌های آینده‌نگر از ارزش و اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردارند، مهم‌ها بلاایلی که درزیر به آن اشاره خواهد شد، مولفین طرح‌های مقطعی را ارجح می‌شمرند.

- بدایل تکرار پرسشگری و پرسشنامه همراهی بازماندگان با طرحهای آینده‌نگر محدود است.
- از طرفی مهاجرت دریک ماه اول و تحرک بیش ازحد چادرها و پناگاههای موقت در ۶ ماه اول بعد از بلایا موجب ریزش نمونه‌ها می‌گردد.

- با وجود تلاش برای کمک‌رسانی، بسیاری از نیازهای بازماندگان درزمان موردنظر برآورده نخواهدشد، که طبیعاً خود همکاری با پژوهشگران را بتدریج کاهش خواهد داد.

- شایعات مربوط به تیم‌های مداخله و حق‌الزحمه ایشان بتدریج موجب بدبینی به این افراد وکاستن از همکاری در پژوهش می‌شود.

- درصورتیکه مدیران بهداشتی نتوانند پژوهش‌های غیرضروری را کنترل نمایند، افزایش تدریجی پژوهشگران و تعداد مصاحبه‌ها امری مغل برای پژوهش خواهد بود.

- درصورتیکه جمع‌آورندگان اطلاعات از مهارت لازم جهت برخورد با چنین مواردی محروم باشند، انجام پژوهش آینده‌نگر غیرعملی یا بسیار مشکل خواهد بود.

جهت کاستن از این مشکلات مولفین توصیه می‌کنند تا مصاحبه‌کنندگان با هرگروه درماگر عازم شوند و درکنار ایشان به پرسشگری بپردازند. تعداد محدود تر نمونه‌گیری و روشهای نمونه‌گیری آسانتر به همراه کاستن از تعداد و طول پرسشنامه‌ها می‌توانند به ارتقاء کیفیت پژوهش کمک کنند.

رفع نیازهای بازماندگان درطول یک بررسی آینده‌نگر کمک بسیاری به جلب همکاری مردم خواهد کرد وبدیهی است عدم حل آن مشکلات پژوهش را دوجندان می‌کند. گردهمانی‌های شبانه پرسشگران برای تبادل تجربه و تصحیح ایرادات مثرتر خواهد بود. همچنین است‌گردهمانی‌های مردمی و عمومی و آگاهی‌دادن به بازماندگان درمورد اقدامات بهداشتی روانی و جلب همکاری ایشان با پرسشگران ودرمانگران.



نمونه‌گیری و مشکلات مربوطه

گرچه تقسیم‌بندی جزئی‌تر مناطق بلا‌دیده وتقسیم‌خوشه‌ها به چهارراه‌ها وبلوک‌ها روشی دقیق برای نمونه‌گیری است، مهم‌ها بدلیل وجود تخریب (ارفجایع گسترده) وسعت وپراکندگی آن، ایگونه نمونه‌گیری منجر به اتلاف منابع و انرژی زیاد خواهد شد. به همین جهت مولفین تاکید بر تقسیم‌بندی منطقه(شمال/غرب/شرق، جنوب/غرب/شرق، مرکزی) دارند.

همچنین می‌توان پیامدهای متفاوت جامعه و تاثیر آن را بروجود تفاوت و نه درقالب یک طرح و درنمونه‌های مشابه ارزیابی نمود. زمان مراجعه برای نمونه‌گیری ترجیحاً درتمام طول روز با پراکندگی یکسان بوده و مراجعه صرفاً صبحگاه برای نمونه‌گیری منجر به تجمع نمونه‌های مورت درپژوهش می‌گردد.

ارزیابی گزارش شخصی (Self report)

مولفین توصیه می‌کنند تا علاوه بر آزمونهای استاندارد، جهت مشخص کردن میزان تاثیر مداخله برپیامد، از مقیاس‌ها آنالوگ بصری/ایکرت استفاده شود چنین مقیاس‌هایی را می‌توان درمورد خوشه‌ها(Cluster) علائم نیز بکار برد.

ابزار پژوهش بررسی مروری منابع به ابزارهایی که درمورد فجایع درایران استفاده و درزمانها و بلایای متفاوت تکرار گردیده است، کمک می‌کند. چنین ابزارهایی امکان مقایسه را فراهم کرده و شرایط متا نالیزآنی را مساعد خواهد کرد.

واردکردن داده‌ها

مولفین توصیه می‌کنند تا ورود اطلاعات به کامپیوتر به فاصله بسیار کم وترجیحاً در حین جمع‌آوری اطلاعات صورت گیرد. چنین امری تصحیح بهتر اشتباهات جمع‌آورندگان را سبب خواهد شد و از داده‌های مفقودی(Missing data) جلوگیری خواهد کرد.

پایش ونظارت برجمع‌آوری اطلاعات

تنها جمع‌آوری داده‌ها منجر به داشتن بانک اطلاعاتی مناسب نخواهد بود. پایش و نظارت (Supervision) مستمر بر داده‌ها و گردآوردندگان آن به هنگام مصاحبه با افراد نقاط ضعف را مشخص کرده امکان تصحیح پویای (Dynamic) آن را فراهم خواهد کرد.

نیاز به هماهنگ‌کننده- عاملی حیاتی برای تضمین استانداردپژوهش

از آنجائیکه ممکن است پژوهش و درمان توسط دو تیم به انجام برسد، وجود فردی که هماهنگی بین این دو قسمت را بعهده خواهد داشت و حتی الامکان از جمع‌آوری داده‌های پایه قبل از شروع مداخلات جلوگیری خواهد کرد، الزامی است. فرد فوق همچنین، کدگذاری نمونه‌ها را رسماً برعهده خواهد گرفت ودرصورت وجود بررسی آینده‌نگر زمانهای اعزام تیم‌ها را درهر منطقه و توزیع ایشان را تنظیم خواهد کرد.

درپایان مولفین بر این موضوع تاکید دارند که بلایا فرصتی طلایی جهت پژوهشگران برای انجام پژوهش و انتشار آن نیست بلکه در درجه اول امری برای ارتقاء خدمت‌رسانی و افزایش کیفیت زندگی بازماندگان است. به همین جهات دربلایای گسترده تااسیس شورای ملی برای بررسی طرحهای پژوهشی و تصویب آنها الزامی است. این شورا نه تنها نقش تسهیل‌گر پژوهش بلکه محافظت بازماندگان در پژوهشها با درجه پایین تر فوریت را خواهد داشت و همچنین گزارش طرح‌های مصوب به مراکز پژوهش دانشگاهها از طریق این شورا به انجام می‌رسد وکلیه پژوهشگران موظف خواهند بود طرح خود را صرفاً به تأیید این شورا برسانند. دراین شورا حضور قوی نمایندگان تیم‌هایی که مسئولیت مداخلات را به عهده دارند جزو شروط اصلی خواهد بود.

آشنائی با علائم روانشناختی آسیب دیدگان ونحوه برخوردبآنها
پس از وقوع هر بلای طبیعی، مدیر ومسئول اجرائی علاوه برسعی در برقراری یک رابطه مناسب با آسیب دیدگان، لازم است به جو روانی ایجاد شده که خاص ان موقعیت است نیز آشنا باشد وبتواند با علائم روانشناختی موجود به نحو مناسبی برخورد نماید که دراین مجال به چند نمونه از آن اشاره می شود:

۱) **مانع ابراز احساسات افراد نشوید:**

یکی از مسائل قابل ملاحظه دراین مرحله ابراز هیجانات از طرف بازماندگان است که بیشتر به صورت شیون وزاری وهیجانات افراطی است. تخلیه احساسات و تسهیل آن به بازماندگان کمک می کند تا آرامش بیشتری به دست آورند و واکنش های افراطی کمتری نشان دهند. لذا پیشنهاد می شود ضمن همدلی با بازماندگان به ابراز احساسات و تخلیه هیجانی آنها احترام گذاشته وتوصیه به « گریه نکردن» ننمائید. فقط می توان واکنش های افراطی مثل سرکوبیدن ها و آسیب زدن به بدن، ممانعت نمود.

۲) **به افراد اطلاعات صحیح بدهید:**

یکی از عمده ترین نگرانیهای افراد دربرخور اولیه با بلای طبیعی احتمال آسیب دیدن فرزندان وبسنگان و آشنایان آنهاست. نکته مهم دراین خصوص، دادن اطلاعات صحیح به بازماندگان است. درهرحال درهنگام وقوع حوادث، اخبار ناگواری هم وجود دارد. ممکن است از ما بپرسند آیا پدر ومادر من زنده است؟ آیا از فرزند من با خبرید؟ گاهی وسوسه می شویم تا برای جلوگیری از رنجش بیشتر طرف مقابل به اودروغ مصلحت آمیز بگوئیم ولی این کار درست و منطقی نیست. زیرا علاوه براینکه می توانند غیراخلاقی باشد اعتماد عمومی را نیز نسبت به ما به عنوان یک مسئول اجرائی کاهش می دهد ودرموردی که اطلاعات نداریم واکر خبریدی وجود دارد سعی شود به طور تدریجی وحتی الامکان درجمع مطرح گردد به خصوص درمواقعی که فرد یا افرادی برای حمایت بعدی از فرد حضورداشته باشند.از نگرانیهای دیگر بازماندگان می توان به نگرانی درمورد احتمال وقوع مجدد آسیب، میزان خسارت وارده و وضعیت امدارسانی اشاره کرد. لازم است درتمامی موارد اطلاعات صحیح و موجود را بصورت واقعی به بازماندگان ارائه داد وبا آنان همدلی نمود.

۳) **افراد را از دیدن جنازه های عزیزانشان محروم نکنید:**

اگر یکی ازبسنگان خود را از دست داده باشد بگذارید مرگ عزیز خود را بپذیرد. اگر اطلاعی راجع به فوت دارید می توان آن را بیان کنید. فقط درموردی که جنازه یا صحنه مرگ وحشتناک است بخشی از جنازه باید محدود ونمای مناسبتری برای جسد فراهم گردد.

۴) **برای آرام کردن افراد، از عقاید مذهبی آنها کمک بگیریید:**

درخیلی از موارد می توان از باورهای دینی افراد برای آرامش بخشیدن به آنها استفاده نمود ولی اگر بعلت تحریک شدید واکنش نامناسب از خود نشان دادند نباید واردبحث فلسفی شد.درساعات اولیه حادثه توسل به دعا نقش مهمی درتخلیه هیجانی وکاهش استرس روانی دارد. وجود عقاید مذهبی قوی واستمداد از ان می تواند درکم کردن شدت عوارض روانی ایجاد شده توسط سوانح وبلایا نقش بسیار مهمی داشته باشد به طوری که اعلام این موضوع که اعتقاد به تقدیر وسرنوشت وابینکه هر نوع بلای آسمانی امتحانی الهی است که باید از ان سربلند بیرون آمد درتطابق بهتر افراد داغدار ومعتمد وهمچنین درکم کردن رنگ مفهوم زهنی استرس ناشی از بلای طبیعی موثر است. تشکیل اجتماعات مذهبی درمساجد وانجام مراحل دعا وتشویق بازماندگان برای شرکت درنمان میت بصورت گروهی ودرسطح وسیع نیز نقش مهمی درتخلیه هیجانی افراد خواهد داشت.

۵) **دراجتماعات مردمی حضور یابید:**

قطعاٌ حضور آرامش دهنده مدیران ومسئولین دولتی، پزشکان وتیم وابسته وروحانیون درجمع بازماندگان تاثیر مهمی درکمک به وضعیت روانی آسیب دیدگان دارد وهرچه این تماس بیشتر وبا کیفیت بالاتری باشد، آرامش بیشتری را نصیب آنها می کند. کمک به گردهمائی وتجمع کلیه بازماندگان واطلاع از وضعیت موجودشان نیز عاملی برای احساس آرامش وتعالد روانی آنهاست.

فصل ۷



م) از بازماندگان برای ارائه خدمات امدادرسانی استفاده کنید:

تشمیق بازماندگان برای شرکت در امر امدارسانی می تواند احساس همباری ومشاکت جمعی را در ساعات اولیه حادثه تقویت کند ودرکاهش عامل فتنارزای روانی موثر باشد. بطور معمول بعداز یک فاجعه وحدادثه بزرگ احساس همبستگی بین بازماندگان افزایش می یابدو این واکنش دفاعی مناسب باید توسط مسئولین اجرائی تقویت شود نه اینکه به عنوان مانعی درجهت امدارسانی تلقی گردد.
دراین ارتباط می توان از آنها درجایجائی مجروحین، توزیع مواد غذائی و.. یاری جست.

۷) برای سکونت بازماندگان حق انتخاب قائل شوید:

یکی از مسائل قابل توجه دیگر بعد از فجایعی مثل زلزله، اجبار به سکونت کوتاه مدت وگاهی طولانی مدت درمحل های نامرسوم زندگی است مثلاً چادر خانه مخزوبه ومحل هائیکه قبلاً قابل سکونت نبوده اند ویا محل هائی که بدون توجه به نیازهای آنان برایشان درنظر گرفته شده ، ماننداسکان موقت یا طولانی مدت درازدوگاه ها این روش گریچه برای سیستم اجرائی سهولت در ارائه خدمات حمایتی را به همراه دارد، ولی آسیب دیدگان معمولاً زندگی درچادر، در کنار کاشانه مخزوبه خود را به زندگی درازدوگاه ترجیح می دهند.از سوئی دیگر بعضی از خانواده ها مجبورند با خانوادههای دیگر زیر یک سقف زندگی کنند. با توجه به ویژگی های فرهنگی وموانع شرعی موجود همکاری امدادگران وحتی الامکان دادن حق انتخاب دراین زمینه به بازماندگان می تواند آرامش نسبی رادربرداشته باشد. زندگی مشترک چند خانواده زیر یک سقف گوییکه با ایجاد احساس مشارکت درجمع وتخلیه هیجانی از طریق همیاری ونوع دوستی می تواند پیامد مثبتی داشته باشد لکن کاهش استقلال خانوادگی وفردی و ازبین بردن حریم خانوادگی، از پیامدهای منفی قابل توجه آن است.
حضور درمحل ساخته وایران هیجانات درهمان محل می تواند درتخلیه احساسات موثر باشد لذا نباید سعی شوددا افراد را به زور از محل سکونت خوددور کرد ولی درصورتی که خطرات درمورد اداامه اقامت وجود داردباید بطور جدی گوشزد کردوسعی شود درموارد ضروری از طریق افراد کلیدی محل، بازماندگان را قانع کرد. توجه داشته باشیم محل استقرار بازماندگان به محل اولیه سکونت نزدیک باشد تا آنها بتوانند ناظر عملیات درحریم قبلی زندگی خود باشند.

تجربه نشان می دهد که ایرانی ها علاقمند به اسکان دایروگاهها نیستند

۸) با کودکان به نحو خاص برخورد شود:

مسئله مهم دیگر برخوردبا کودکانی است که پدریا مادر و بستگان دیگر خود رااز دست داده اند. دراین خصوص چند پیشنهاد مطرح می گردد:

■ اولاً حتی الامکان سعی شود کودکان از والدین خود جدانشوند.

■ اگر مادرمجروح است سعی شود کودکان زیر چهارسال همراه او یا پدرش برای درمان اعزام شوند.

■ اگر کودک مجروح است باید مادر، پدر ویا یکی از بستگان بسیار صمیمی همراه اواعزام شوند.

■ اگر کودک شیرخواراست ومدرفوت کرده است سعی شود به یک مراقب اصلی سپرده شود که وقت کافی با صرف کند. ترجیحاً کودک را باید به شخصی از بستگان مانند خاله، عمه، مادربزرگ یا پدر سپرد.

■ اگر کودک ۱ تا۴ ساله است ومدرفوت کرده است حتماً پدر ویا سایر بستگان، بطورراشم همراه اوباشند.

■ درصورتی که اشیاء یا لباس قابل استفاده ای ولو فاقد ارزش مادی، از پدر یا مادرتوفی باقی مانده است باید دراختیار فرزندش قرار گیرد.

■ لازم است امکانات بازی وسرگرمی برای کودکان فراهم گردد. زیرا بازی باعث انحراف توجه کودک از استرس می شود وبه او آرامش می بخشد. می توان پس از مرحله حد فاجعه یک مرکز تفریح وبازی برای کودکان تاسیس کرد. حضور درچنین مرکزی به انتخاب کودک ورضایت خاطر وی بستگی دارد. وجود امکاناتی برای تقاشی درجهت تخلیه هیجانی کودک موثر خواهد بود. پخش موسیقی های مناسب(شاد)بخش و آرامش افزا) نیز گاهی موثر است.

فصل ۸

مدیریت سازمانی ستاد حمایت روانی اجتماعی

درسهایی از مداخلات روانی-اجتماعی در زلزله های قبلی

اساساً اگر فعالیت های بهداشت روانی ادغام یافته با سایر فعالیت های بهداشتی باشد مطلوب تر است ولی تجربیات داخلی و برخی تجربیات بین المللی نشان می دهد که اگر نوعی دخالت عمودی در زمینه بهداشت روانی وجود نداشته باشد، ممکن است برخی مسئولین بهداشتی، بهداشت روانی را جزو اولویت ها قرار ندهند.

آنچه در بالا مهم است مداخله فوری روانی-اجتماعی در مرحله اورژانس برای بازماندگان و کاهش استرس ناشی از مشکل اتفاق افتاده است. توصیه های زیر را به خاطر بسپارید و حتی الامکان بصورت فلوجارت مداخله روانی اجتماعی در بالا در واحد کارشناسی سلامت روانی مرکز بهداشت استان و هر شهرستان بر دیوار نصب نمایید(در قاب یا تابلو قابل مشاهده.)

الف: اطلاع رسانی را از طریق تشکیل مرکز اطلاع رسانی آغاز نمائید.

■ تعیین محلهایی که مجروحین و مرعومین به آن محلها منتقل میشوند و حضور فوری در مراکز مذکور اقدامات اولیه است.

■ در صورت همراه داشتن دوربین فیلمبراری و عکاسی از مجروحین و مرعومین تصویر فیلم و گزارش تهیه کنید. در صورتیکه پزشکی قانونی یا نهاد دیگری این وظیفه را بخوبی انجام می دهد از روی به مداخله دراین زمینه نیست.

■ اطلاعات مجروحین و فوت شدگان حادثه را ثبت نمائید.

■ هرچه سریعتر با مراکز تحقیقاتی دانشگاه یا دانشگاههایی که در منطقه آنها حادثه همهمگی لازم را انجام دهید. اینترنتی اطلاعات مصومین و مرعومین ناشی از حادثه همهمگی لازم را انجام دهید.

■ بصورت روزانه اطلاعات خود را به سایت ازر طریق ممکن(پیک، تلفن و ...) ارسال نمایند.

(این اقدامات درحادثه بم با استفاده ازتبروهای داوطلب دستیار روانپزشکی و کارشناسان روانشناسی شهرهای پذیرای مجروحین انجام شد. کلیه مشخصات مجروحین پس از مراجعه به بیمارستانها درفرم ها مخصوصی ثبت می شد و دراختیار اداره سلامت روان قرار می گرفت. سپس از آنجا بوسیله پست الکترونیکی ویا فاکس به معاونت بهداشتی کرمان ارسال می شد ودراختیار سایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان قرار می گرفت. همچنین درحد تردد مردم مثلاً درب ورودی بیمارستان ها قرار می گرفت و و جهت انتقال چهره به چهره دراختیار داوطلبین قرارمی گرفت.)

■ اطلاعات به روز باید همواره در دسترس باشد.

ب- برنامه ریزی و سازماندهی فعالیتهای روانی-اجتماعی در بلایا و حوادث:

لازم به ذکر است گروه کارشناسی سلامت روان در مراکز بهداشت هر استان و مراکز بهداشت شهرستانها بسته ای از وسائل مورد نیازتیم حمایت روانی- اجتماعی برای روز های اولیه پس حادثه از قبل آماده نمایند(مانند: فرم های اطلاع رسانی (پیوست شماره ۴)، پمفلت های آموزشی، اسباب بازی برای بچه ها، لیست و شماره تماس کلیه روانپزشکان و روانشناسان و مددکاران اجتماعی را که در حوادث قبلی آموزش دیده اند) و بلافاصله پس از حادثه برنامه ریزی و مدیریت مداخله روانی-اجتماعی در بلایا را به شرح زیر شروع نمایند:

■ با استفاده از امکانات محلی گروه مداخلات روانی-اجتماعی را تشکیل داده و فعالیتهای خود را در همان ساعت اولیه حادثه شروع کنید.

■ نیاز سنجی سریعی انجام دهید. جمعیت بازمانده و درصدی از افراد که به مداخلات روانی- اجتماعی تخصصی تر نیاز خواهند داشت، مشخص نمائید.

■ با فراخوان کلیه نیروهای آموزش دیده در دسترس ستاد مداخلات روانی-اجتماعی را تشکیل دهید.

■ وسعت حادثه و اطلاعاتی که دارید را سریعاً به اطلاع مقامات مسوول در وزارت بهداشت(اداره سلامت روان) برسانید و از آنها در مورد مشکلات لجستیک و فنی کسب تکلیف کنید.

■ در صورت گستردگی حادثه، در همان نقاط اولیه نقشه منطقه آسیب دیده را تهیه کرده و برحسب وسعت منطقه آنرا به مناطق مداخله ای منطقه بندی کنید(Zone). سعی کنید منطقه بندی ها را به ازای محدوده مشخص هر مرکز بهداشت درمانی بر حسب جمعیت انجام دهید.

■ نیروهای خود را متشکل از یک نفر روانپزشک یا دستیار روانپزشکی و یک روانشناس آموزش دیده و در صورت حضور مددکار یا یک مددکار اجتماعی ، در مناطق تقسیم بندی کنید و شرح وظایف آنها را بر اساس آنچه که در بحث مدیریت فنی خواهد آمد مشخص نمائید.

■ تشکیل این ستاد را سریعاً به اطلاع مردم و مسئولین از طریق رسانه های در دسترس به خصوص صدا و سیما و هر رسانه ممکن دیگر برسانید.

■ فعالیتهای خود را که در منطقه براساس فلوجارت تنظیمی شروع کرده اید سعی کنید با سایر سازمانها و NGOهایی که مداخلات روانی-اجتماعی را می خواهند شروع کنند ارتباط برقرار کنید و برای پیشگیری از موزاری همهمگی های لازم را انجام دهید.

■ سعی کنید در جلسات ستاد بحران منطقه با اعزام نماینده مطلع حضور فعال داشته و اطلاعات خود را به ستاد مداخلات روانی- اجتماعی جهت پیشرفت کار و همهمگی بیشتر منتقل نمائید.



همکار گرامی:

با سلام

ضمن تشکر از همکاری جنابعالی در طرح مداخلات روانی- اجتماعی به آسیب دیدگانخواهشمند است به منظور افزایش کیفیت خدمات و جلوگیری از اتلاف وقت و سر در گمی و پیشگیری از فرسودگی ناشی از کار به نکات زیر و فرایند کار توجه لازم را مبذول فرمایید:

هدف از اجرای برنامه مداخلات روانی-اجتماعی به آسیب دیدگان:کاهش استرس های حاد ناشی از بلایای طبیعی و پیشگیری از اثرات بعدی و دراز مدت آن است.بنا بر این برنامه تدوین شده در این راستا میباشد.

استراتژی های مهم در این برنامه ارائه خدمات اولیه با محوریت جامعه نگر و اهداف پیشگیرانه می باشد و این خدمات به صورت مداخله گروهی ارائه میگردد.همچنین تعداد معدودی از افراد که نیاز به خدمات ارجاعی و انفرادی دارند در محیط سکونت خدمات دریافت می نمایند.بنا بر این پس از ورود به منطقه لازم است اقدامات ذیل صورت گیرد:

۱-معرفی خود به ستاد مداخلات روانی-اجتماعی مستقر در

۲-تعیین منطقه با نظر ستاد شهرستان:جهت ارائه خدمات مداخله ای

۳-شناسایی و جهت یابی کامل و روشن منطقه قبل از شروع مداخلات روانی-اجتماعی

۴-مراجعه به تک تک چادرها و محل های اسکان به منظور ارز یابی اولیه افراد از نظر سلامت روانی-اجتماعی و تعیین نوع خدماتی که بایستی ارائه گردد(تکمیل دقیق فرم شماره ۱)

این مرحله بایستی تا رسیدن گروه ها به حد نصاب تداوم یابد.

۵-تعیین زمان انجام مداخله گروهی و اطلاع به افراد مشخص شده در فرم شماره یک

۶-انجام مداخله گروهی به صورت حد اقل سه جلسه و هر هفته یک جلسه(جلسات مداخله ای کودکان عتا ۱۰ نفر و بزرگسالان ۱۵تا۸ نفر)(تکمیل فرم شماره دو در هر جلسه لازم و ضروری است.

۷-پیگیری افراد نیاز مند به مداخله انفرادی بعد از جلسه گروهی (بنابر این حضور حد اقل یک ساعت بعد از مداخله گروهی در محل چادر یا اسکان یا محل تشکیل گروه ها ضروری میباشد)

۸-پیگیری افراد نیازمند مدد کاری اجتماعی و معرفی آنها به مدد کاران ستاد

۹-ارائه گزارش روزانه به صورت تکمیل دقیق فرم های شماره او و۲وخلاصه فرم او ۲ و تحویل به مسئول امار و کامپیوتر ستاد یا مسئول ستاد در پایان هر روز در ستاد شهرستان

مدیریت فرایندهای تکنیکال (فنی)

ستاد حمایت روانی-اجتماعی پس از حوادث

۱- تعیین شرح وظایف تیمهای مداخله ای (روانپزشک و روانشناس و مددکار اجتماعی آموزش دیده)بر اساس موارد ذیل:
افراموش تکنید در تمام مراحل تهیه گزارش و درصورت امکان فیلم و عکس جهت مستند سازی لازم است).

الف: شروع ویزیت آسیب دیده گان با مراجعه فعال به محلهای اسکان(Tent visit) و ارائه خدمات حمایت روانی-اجتماعی اولیه و Screening و برقراری ارتباط مناسب و مصاحبه و غربالگری
(Initial psychosocial support)

ب: جدا کردن افرادی که مشکلات استرس پس از سانحه را دارند و سازماندهی آنها در گروههای زیر ۶ سال ۱۲-۶ سال۱۸-۱۲ سال و بالای ۱۸ سال در فرم شماره ۱(فرم پیوست ۱).

پ: تشکیل گروههای مداخله ای برای ارائه خدمات روانی-اجتماعی به افراد نیازمند خدمات گروهی، با تمرکز برسه دسته علائم ناشی از آسیب بصورت حداقل یک جلسه درهفته وثبت مشخصات آنها درفرم شماره ۲(پیوست) این جلسات شامل باگویی روانشناختی کوتاه وبدون فشار و کاربرد تکنیکهایی برای خاطرات مزاحم(memories Intrusive)،برابگنجنگی(Hyper arousal) واجتناب (Avoidance)می باشد.تشکیل گروههای ۸ تا ۱۰ نفره مناسب ترین است.

ت: کسانیکه در گروه مشکلات شدید تری دارند را جدا کرده و پس از اتمام کار گروهی با آنها فعالیت خود را به صورت انفرادی ادامه داده و مشخصات وی را در فرم شماره ۲ ثبت نمایید.

ث: کسانیکه نیازمند مددکاری اجتماعی هستند به خصوص کورکسانی که والدین خود را از دست داده اند و دختران نوجوان که در خطر ریزه شدن بوده و خانمهایی که سرپرست خود را از دست داده اند را به گروه مددکاری اجتماعی جهت پیگیری معرفی کرده و مشخصات کامل آنها را ثبت نمایید.

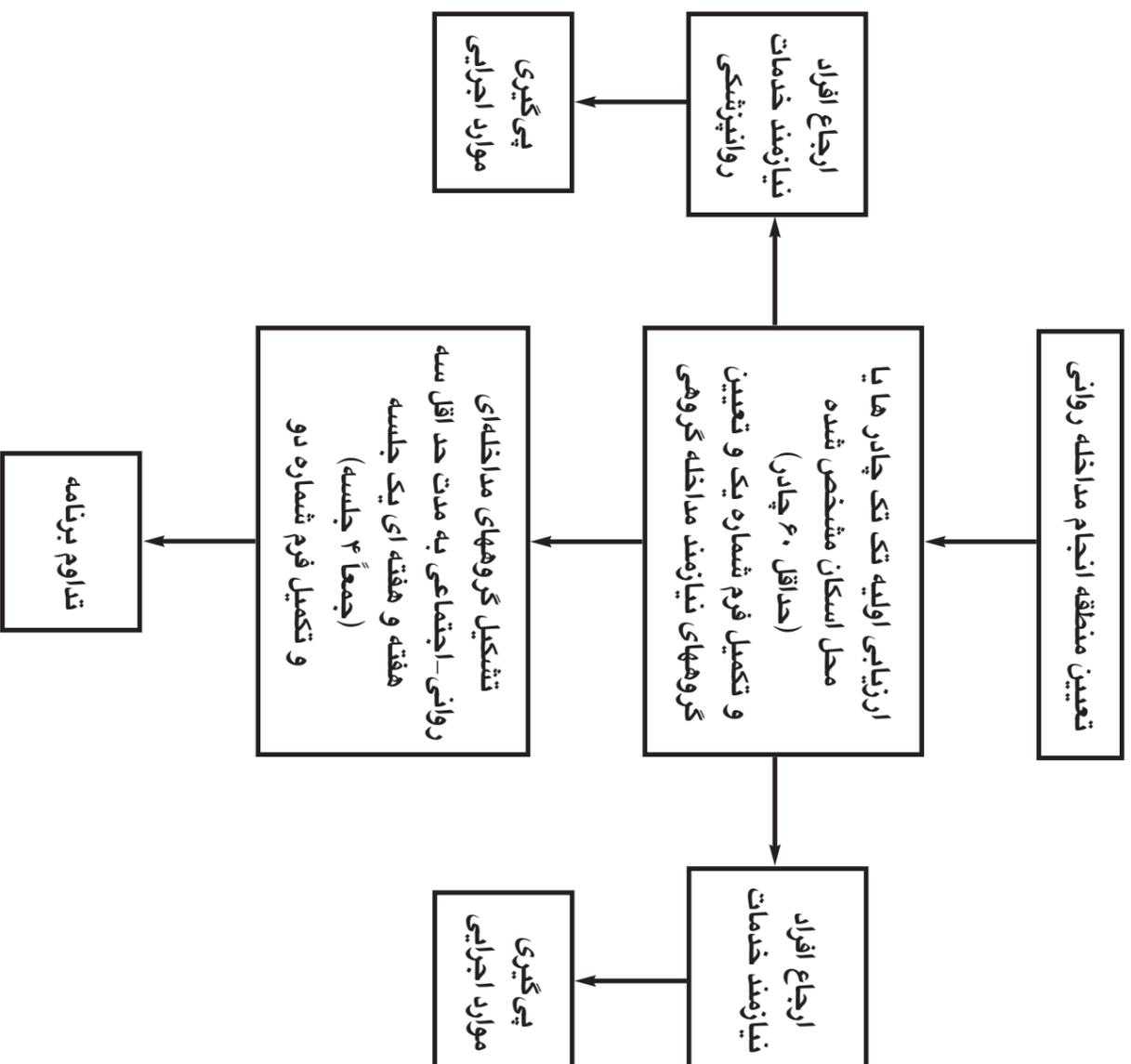
د: در محل های نگه داری مجروحین و مصومین فوراً حضور یافته و فعالیتعای روانی-اجتماعی خود را شروع نمایید.
ذ: خلاصه کلیه اطلاعات کسب شده روز جاری را در فرم خلاصه اطلاعات فرم ۱ و ۲(فرم پیوست) ثبت نموده و آمار روزانه را از طرق ممکن به دفتر سلامت روانی-اجتماعی و مدارس وزارت بهداشت ارسال نمایید.

ر: هر شب در محل مناسب گردهمائی های شبانه را تشکیل داده و در مورد آنچه که روز جاری رخ داده با هم بحث و تبادل نظر کنید و از نظرات و اتفاقات گزارش-فیلم و عکس جهت مستند سازی و بهبود روند کار و آموزش خودتان تهیه کنید.

بدیهی است مدیریت برنامه ریزی و سازماندهی حمایت روانی-اجتماعی در بلایا در فاز پس از اورژانس در کتابچه دیگری مکتوب خواهد گردید. امیدواریم با مطالعه آن از روش مدیریت مداخله روانی-اجتماعی در فازهای دیگر اطلاعات لازم را در اختیار شما همکاران عزیز بگذاریم.

درصفحه بعد دستورالعمل ارائه خدمات ورودند کار برای نیروهای انسانی متخصص پس از ورود به ستاد آمده است:

چارت انجام مداخلات روانی - اجتماعی



با تشکر:

ستاد مداخلات روانی - اجتماعی

بایدها و نبایدها :

- ۱- از انجام اموری که در برنامه مداخله روانی-اجتماعی پیش بینی نگرفته است اکیداً خودداری گردد .
- ۲- با توجه به اینکه در کاهش استرس های حاد ناشی از بلایا مداخله دارویی ضروری نیست و مداخله گروهی شامل استفاده از تکنیک های بازگویی روانشناختی و کنترل خاطرات مزاحم و روش های کنترل استرس و در اولویت و ارجحیت دارد به این نکته توجه گردد.بهبهی است در مراحل بعدی افرادی که نیاز مند مداخلات دارویی هستند در کتابچه دیگری نوشته خواهد شود.
- ۳- به منظور ارزیابی اثر بخشی مداخلات روانی-اجتماعی ارزیابی توسط اداره سلامت روان پیش بینی گردیده است بنابر این تکمیل پرسش نامه و انجام هر گونه تست روان شناختی یا سایر بررسی ها و ممنوع بوده و از هرگونه مداخله بدون نظر مسئولین ستاد خودداری شود.
- ۴- از در گیر شدن در مسائل غیر مرتبط با بحث مداخلات روانی-اجتماعی پرهیز شود.
- ۵- از شرکت دادن افراد غیر مسئول در گروه ها بدون هماهنگی خودداری شود.
- ۶- در مورد کسانی که بدون طی مراحل قبلی تمایل به شرکت در گروه دارند با توضیح کامل و گفت وگو با هشیاری و درایت از شرکت آنها در گروه جلوگیری کنید . چون خطر تروماتیزاسیون آنها را تهدید میکند.بخصوص برای کودکان کنجکاوای که می خواهند درجلسات غیرمرتبط به آنها شرکت کنند. جلسه بازی موزایی بگذارید.
- ۷- آمار و اطلاعات مداخلات را فقط به افراد مسئول ارائه دهید. درحفظ اسرار شخصی بازماندگان دقت بسیار نمائید.
- ۸- بطور دوره ای اطلاع رسانی مناسبی برای معرفی خدمات انجام دهید.
- ۹- قبل از تهیه هر گونه فیلم و عکس از افراد حتی کودکان اجازه بگیرید.
- با توجه به اینکه هدف از مداخلات روانی-اجتماعی کاهش آثار روانی ناشی از سانحه و کمک به بازسازی روانی و کاهش عوارض ناشی از آن می باشد لذا به منظور وحدت رویه و همچنین هماهنگی در ارائه خدمات خواهشمند است بعد از غربالگری و تعیین گروه ها به شکل زیر عمل شود .
- جلسه اول: باز گویی روانشناختی همراه با ارائه چند تکنیک در خصوص کنترل افکار و خاطرات مشکل ساز بر انگیزندگی
- جلسه دوم: ادامه تکنیک های کنترل خاطرات مشکل ساز و ارائه تکنیک های کنترل
- جلسه سوم: ادامه تکنیک های کنترل برانگیختگی و ارائه تکنیک های رفتارهای اجتنابی
- جلسه چهارم :مشاوره گروهی برای واکنش سوگ
- توجه:در فاصله جلسات (یک هفته) تکالیف خانگی ارائه و در اول هر جلسه تکالیف داده شده باز بینی و باز خورد مناسب داده شود.ضمناً در مورد تیمهایی که با گروه های کورکان و نوجوانان فعالیت می نمایند قبل از رفتن به گروه ابزارهای مناسب شامل وایت بورد - نوشت افزار- پازل- و سایر لوازم مناسبی که در ستاد موجود است را با خود ببرید.
- ستاد مداخلات روانی - اجتماعی

