

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه امدادگران)





عنوان و نام پدیدآور	: حمایت های روانی اجتماعی در بلایا؛ ویژه امدادگران
مشخصات نشر	: تهران : میرما، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری	: ۷۰ ص. مصور.
شلیک	: ۱۷۳-۰-۲۳۳-۶۰۰-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی	: فیبیای مختصر
یادداشت	: فهرست نویسی کامل این اثر در نشانی: http://opac.nlai.ir قابل دسترسی است
یادداشت	: تالیف: محبوبه دادفر، دکتر پیرحسین کولیوند، دکتر فرزاد قضایی پور ابرقویی، مرضیه شیرویس زاده.
شناسه افزوده	: دادفر، محبوبه، ۱۳۴۶ -
شناسه افزوده	: بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم الانبیا (ص)
شناسه افزوده	: مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء
شماره کتابشناسی ملی	: ۳۸۲۴۷۱۵

حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه امدادگران)

تألیف:

دکتر پیر حسین کولیوند

معاون مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

محبوبه دادفر

دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی

دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل

مرضیه شیرویس زاده

دانشجوی کاردانی امداد و سوانح

دکتر فرزاد قضایی پور ابرقویی

پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان و انستیتو روانپزشکی تهران



میراث

۱۳۹۴ شمسی



حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه امدادگران)



تألیف: محبوبه دادفر، دکتر پیرحسین کولیوند، دکتر فرزاد قضایی پور ابرقویی، مرضیه شیرویس زاده

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: ۸۵۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۱۷۳-۰

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 رضائی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۳، واحد ۲

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

پیشگفتار

ایران یکی از نقاط پر حادثه و سانحه از نظر حوادث طبیعی محسوب می شود و از نظر فدراسیون بین المللی صلیب سرخ و هلال احمر (International Federation of Red Cross and Red Crescent) رتبه چهارم حادثه خیزی را در سطح جهان به خود اختصاص داده است.

در بحران ها، حوادث و سوانح بزرگ و فراگیر، علاوه بر مشکلات جسمی، مسائل روانی نیز بازماندگان و آسیب دیدگان، امدادگران و عموم مردم را تحت تأثیر قرار می دهد. یکی از آثار ماندگار عوارض حوادث و سوانح طبیعی، اختلالات عصبی و روانی ناشی از سانحه است که عمدتاً سالیان متمادی بازماندگان حادثه را به خود مشغول می نماید. به ویژه افرادی که در محل سانحه حضور داشته اند اکثراً دچار درجاتی از اختلال روانی خواهند شد که ممکن است تا پایان عمر اثرات آن، روان فرد و حتی زندگی وی را مختل کند.

مهم ترین اختلالات روانی، عاطفی و رفتاری که ممکن است در بازماندگان حوادث غیر مترقبه (و یا حتی در امدادگران و گروه های مقابله) مشاهده گردد شامل موارد زیر هستند: عصبانیت زیاد، برانگیختگی، آزار جنسی و جسمی، اجتماع ناپذیری، اعتیاد، اغتشاش ذهنی/بهم ریختگی ذهنی، افسردگی، بزهکاری، بهت، بی احساسی، پر خاشگری، پر گویی، تجربه مجدد حادثه، تمارض، تنش، توهم، درد، تکانشگری، سوء استفاده جنسی/بهره کشی جنسی، فحشاء/روسپیگری، گریز از واقعیت، مخدرگرایی جنونی، موبوکراسی، بی ثباتی هیجانی، وابستگی، واپس روی، هذیان، هراس یا فوبیا، هیستری، یاد زدودگی و اختلال استرس پس از

سانحه (PTSD). برخورد صحیح با سوانح طبیعی و پیامدهای آن و رفتار مناسب با آسیب دیدگان می‌تواند شدت اختلالات روانی ناشی از سوانح را به حداقل برساند. تیم حمایت روانی اجتماعی متشکل از روانشناس، روانپزشک و در صورت لزوم یک مددکار اجتماعی است که خدمات روانی اجتماعی را ارائه می‌دهند.

یکی از راه‌های ایجاد آمادگی در مقابل سوانح، تربیت افراد امدادگر و همچنین آموزش همگانی مبانی امدادی است. این امر در ایران بر عهده موسسه‌ای خیریه، غیرانتفاعی و دارای شخصیت حقوقی مستقل است که وظایفی را در این خصوص برعهده دارد. لذا برای ارتقاء سطح آمادگی لازم است تا فرهنگ امدادرسانی تقویت گردد و در این راستا چنانچه موانعی بر سر راه امدادرسانان وجود دارد و موجب تضعیف حضور و عملکرد ایشان می‌شود، حذف گردد.

مؤلفین

۱۳۹۴ شمسی

فهرست

تعریف امدادگران.....	۱۱
تعریف امدادگران حمایت روانی اجتماعی.....	۱۱
ارزیابی سانحه.....	۱۲
خود امدادی و دگر امدادی روانی در سوانح.....	۱۴
حمایت روانی اجتماعی.....	۳۰
غربالگری و تشخیص مشکل فرد/افراد آسیب دیده در فرآیند حمایت روانی اجتماعی.....	۳۰
صلاحیت امدادگران حمایت روانی اجتماعی.....	۳۱
ویژگی‌های امدادگران حمایت روانی اجتماعی.....	۳۲
وظایف امدادگران حمایت روانی اجتماعی.....	۳۲
اموری که نباید توسط امدادگران حمایت روانی انجام گیرد:.....	۳۲
اموری که باید توسط امدادگران حمایت روانی انجام گیرد:.....	۳۴
فرسودگی شغلی در امدادگران.....	۴۱
علائم هشدار دهنده فرسودگی شغلی در امدادگران.....	۴۳
توصیه‌ها در زمینه پیشگیری از فرسودگی شغلی در امدادگران.....	۴۸
شیوه‌های ایجاد یک محیط حمایتگر برای توجه به نیازهای روانشناختی امدادگران.....	۴۹
روش‌های خودیاری برای امدادگران.....	۴۹
خدمات درمانی برای امدادگران.....	۵۱
آرمیدگی عضلانی.....	۵۲
بازگویی روان‌شناختی.....	۵۲
روش‌های مقابله با افکار مزاحم.....	۵۳
روش‌های مقابله با اجتناب.....	۵۵
روش‌های مقابله با برانگیختگی.....	۵۵
پیشنهاد‌های عملی جهت توسعه و تقویت حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا.....	۵۶
منابع.....	۵۹

تعریف امدادگران

امدادگران بنا بر اساسنامه جمعیت هلال احمر نیروهای افتخاری و داوطلبی هستند که داوطلبانه و به اختیار خود اقدام به انجام خدمات امدادی می‌کنند. این خدمات عموماً تحت لوای جمعیت هلال احمر صورت می‌گیرد. لیکن، در مواقعی نیز ممکن است اشخاص برحسب ضرورت شخصاً به امر امدادرسانی مبادرت ورزند. از سویی این افراد معمولاً تحت پوشش بیمه مسئولیت حرفه‌ای نبوده و کارمند رسمی هلال احمر نمی‌باشند. ماده ۲۲ اساسنامه جمعیت هلال احمر بیان می‌دارد که خدمت در جمعیت افتخاری است مگر در مورد پست‌هایی که بنا به دلایل اداری و تشکیلاتی و یا به موجب قوانین و مقررات کادر ثابت و حقوق بگیر داشته باشد (منصوری و افچنگی، ۱۳۸۸).

تعریف امدادگران حمایت روانی اجتماعی

امدادگران حمایت روانی اجتماعی کسانی هستند که با اقداماتی ضمن ایجاد آمادگی در مردم جهت مقابله روانی با حوادث استرس زا، سبب پیشگیری از بروز تنش‌های روانی (در حد امکان) و مقابله صحیح با آنها (رفع تنش‌ها) می‌گردند. بنابراین باید در تمامی محورهای مدیریت بحران (پیشگیری، آمادگی، مقابله و بازسازی) حضوری فعال داشته باشند. اهداف حمایت روانی شامل کمک به مردم بازمانده از حوادث در جهت ثبات در زندگی، حفظ امیدواری، شأن و منزلت و سلامت روانی و اجتماعی و احساس طبیعی بودن آنها هستند.

ارزیابی سانحه

ارزیابی سانحه یکی از اولین اقداماتی است که پس از وقوع سانحه و در مرحله پاسخگویی لازم می‌باشد زیرا همه اطلاعاتی که برای کنترل، تدبیر و برنامه‌ریزی سانحه بدان نیاز است، در فرآیند ارزیابی فراهم می‌آید. بنابراین بدون ارزیابی سانحه اتخاذ تصمیمات بر مبنای داده‌های ناقص و اطلاعات محدود، پاسخگویی به سانحه را به شدت تحت تاثیر قرار خواهد داد. فدراسیون جهانی صلیب سرخ و هلال احمر بر این واقعیت اذعان دارد که عملیات پاسخگویی به بحران، بدون ارزیابی (یا انجام ناقص آن) همیشه یک عملکرد و نتیجه ضعیف را بدنبال خواهد داشت (شریفی سده، ۱۳۸۸).

ارزیابی سانحه به عنوان یک فرآیند حیاتی مدیریتی از نقطه نظرات مفاهیم و شاخص‌های ارزیابی سانحه، اهداف آن در هر مرحله از مدیریت بحران، مولفه‌های ارزیابی اجزاء و عناصر، سیستم استاندارد ارزیابی و موارد مهم و کلیدی در فرآیند ارزیابی می‌باشد (دهقان و کاظمیان، ۱۳۸۵، میرحقی، ابراهیمی و سارانی، ۱۳۸۸، کیانی، سماواتیان و مهدیزاده، ۱۳۹۱، فروتن و خانکه، ۱۳۹۲). ارزیابی سانحه در حیطه امداد و نجات با هدف رسیدن به اهداف زیر به انجام می‌رسد:

- برای نجات جان آنهایی که زندگی شان به خطر افتاده است.
 - برای تعیین و مشخص کردن نیازهای حیاتی قربانیان
 - برای کمک به تنظیم الویت‌ها جهت واکنش
 - برای تامین داده‌های مورد نیاز برای طراحی برنامه
- همچنین اهداف برآورد میزان خسارت‌های اقتصادی و تعیین میزان آسیب به شریان‌های حیاتی و تعیین و پیش‌بینی خطرات ثانویه (شریفی سده، ۱۳۸۸).
- مراحل جمع آوری و سازماندهی اطلاعات شامل موارد زیر هستند:
- الف- چه اتفاقی افتاده است (What is happened?). این نوع از ارزیابی شامل ارزیابی وضعیت (Situation Assessment) می‌شود.

حمایت‌های روانی اجتماعی (ویژه امدادگران) / ۱۳

ب- برآورد صدمات و آسیب‌های ناشی از سانحه (Damage Assessment) یا خسارات (Loss Assessment).

ج- ارزیابی و برآورد نیازهای افراد آسیب دیده (Need Assessment).

د- تهیه گزارش و ارائه آن به مرکز

و- ارائه پیشنهادات ارزیاب یا ارزیابان (در خصوص اولویت بندی نیازها و منابع موجود

محلی)

در یک تقسیم‌بندی دیگر ارزیابی سانحه، در سه مقطع زمانی به شرح زیر به انجام می‌رسد که در واقع می‌تواند سه نوع متفاوت ارزیابی سانحه باشد:

۱- مرحله ارزیابی سریع اولیه (Rapid initial assessment)

۲- مرحله ارزیابی با توصیف جزئیات (Detailed assessment)

۳- مرحله ارزیابی مداوم و مستمر (Continual assessment)

فعالیت‌های ارزیابی پنج بخش را شامل می‌شود:

۱- ارزیابی وضعیت

۲- ارزیابی نیازها

۳- ارزیابی خسارات

۴- ارزیابی نیازهای سلامت

۵- ارزیابی ضربات سانحه به جامعه

برای هر ارزیابی اولیه سریع سه اولویت کلی وجود دارد:

- مشخص کردن مکان مشکل

- مشخص کردن قدرت مشکل

- مشخص کردن میزان فوریت الویت‌ها (اهمیت و اضطرار)

جدول ۱ زمان بندی انجام ماموریت ارزیابی را نشان می‌دهد.

جدول ۱ - زمان بندی انجام ماموریت ارزیابی

ارزیابی سریع اولیه	ارزیابی با توصیف جزئیات	ارزیابی مداوم و مستمر	
روزها	هفته ها	ادامه دار	زمان
محدود	مشاهده	قابل دسترس	دسترسی اطلاعات
ثانویه	مردم	محلی	منابع اطلاعاتی
بالا	پایین	متوسط	فرضیات
عمومی	تخصصی	محلی	نوع تیم

شبکه‌های ارتباطی، خطوط کلیدی جوامع هستند و بهبود کارآمدی آنها به لحاظ دسترسی بعد از سوانحی مانند زلزله حیاتی است، زیرا تاثیر مهمی در عملکرد امداد رسانی دارند. شبکه‌های ارتباط شهری پس از حوادثی چون زلزله عامل مهمی در فعالیت‌های امداد و نجات هستند (سالکی ملکی، ولی بیگی و قاسمی، ۱۳۹۲، هدائی، فیضی و نوروزی، ۱۳۹۲). مولفه‌های مدیریت بحران در حوادثی مانند زلزله در کنترل خطرپذیری و کاهش آسیب‌های ناشی از زلزله مورد تأیید است، به همین دلیل انجام اقدامات جدی و اصولی در راستای پیشگیری و کاهش خطرپذیری ناشی از زلزله در مناطق زلزله خیز لازم است در دستور کار قرار گیرد (علمی زاده و هدائی، ۱۳۸۸).

خود امدادی و دگر امدادی روانی در سوانح

به منظور طراحی و آماده‌سازی مناسب مداخلات بعدی نظام سلامت مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد. این کار به منظور بررسی وضعیت سلامت جمعیت آسیب دیده از سانحه، شناسایی نیازهای بهداشتی درمانی موجود و آتی جهت ارائه راهکار، بمنظور برطرف نمودن نیازهای بهداشتی درمانی افراد آسیب دیده صورت می‌گیرد. بررسی نیازهای بهداشتی درمانی در جمعیت آسیب دیده جهت برنامه‌ریزی ارائه خدمات و انجام مداخلات از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد (صادقی، بی تا، دانش کهن، ۱۳۸۲).

حمایت‌های روانی اجتماعی (ویژه امدادگران) / ۱۵

مسائلی که بخش بهداشت و درمان در حوادث غیرمترقبه با آنها مواجه است شامل

موارد زیر هستند:

در ۳ ساعت اول:

- فرماندهی و کنترل عملیات کمک به مصدومین

- فراخوانی پرسنل

- انتقال پرسنل و استقرار آنها در منطقه

در ۶ ساعت اول:

- تغییر شیفت کاری پرسنل

- تأمین آب، غذا و پتو

- ذخیره دارو و تجهیزات و به‌طور کلی افزایش موجودی انبار

در ۲۴ ساعت اول:

- ایجاد مرکز فرماندهی جهت کنترل ارائه خدمات

- استقرار تیم پزشکی

- ایجاد مرکز تخلیه مجروحان و قرارگاه‌های بهداشتی

- تأمین آب، غذا و پتو

- مراقبت‌های ویژه از بیماران و کشته‌شدگان

در ۷۲ ساعت اول:

- ایجاد هماهنگی در پرسنل بهداشتی درمانی

- تأمین نیروی انسانی، دارو و غذا برای مراکز تخلیه مجروحان و قرارگاه‌های پزشکی

- شروع ویزیت و بازدید از جامعه توسط پرسنل بهداشتی

- پاکسازی و پالایش آب

- دفع مناسب مواد زاید

- ارائه مراقبت‌های ویژه به سالمندان و معلولین

در هفته اول:

- ارزیابی صحیح و اصولی مراکز بهداشتی درمانی

- نوبتی کردن تیم پزشکی

- شروع مراقبت‌های بهداشت روانی

- توجه به حفظ بهداشت (محیط) و چگونگی دفع مواد زاید

- ارائه خدمات بهداشتی و رفاهی به افراد حادثه‌دیده و گروه آسیب‌پذیر (یونیسف،

۲۰۰۵، پازوکی، ۱۳۸۲).

در تمامی مقاطع و مراحل، مقوله ارزیابی نیازهای بهداشتی درمانی اهمیت ویژه‌ای در امر امداد رسانی و ارائه خدمات به بازماندگان دارد و به طور کلی از اجزای موثر در برنامه‌ریزی ارائه خدمات بهداشتی درمانی در سوانح طبیعی می‌باشد. ارزیابی را می‌توان جمع‌آوری اطلاعات به منظور برآورد ضایعات و شناسایی و تشخیص احتیاجات اصلی جوامع بحران زده دانست که نیازمند اقدامات فوری است. ارزیابی همواره با خود مفهوم سرعت عمل را منتقل می‌کند. در مورد سوانح طبیعی انتظار می‌رود که ارزیابی سریع بهداشتی به روشن شدن موارد زیر کمک کند:

- نوع فوریت و منطقه صدمه دیده

- اثرات سانحه بر سلامت

- اثر فوری سانحه بر امکانات بهداشتی

- وسعت خسارات در سایر بخش‌های مرتبط با عملیات بهداشتی (چاوشین و احمدی

مقدم، ۱۳۸۲).

به طور کلی به منظور طراحی و آماده‌سازی مناسب مداخلات بعدی نظام سلامت، در

ارزیابی سریع منابع نظام سلامت و نیازهای بهداشتی درمانی بازماندگان هنگام وقوع زلزله،

موارد زیر را می‌توان مورد توجه و بررسی قرار داد:

حمایت‌های روانی اجتماعی (ویژه امدادگران) / ۱۷

الف- بررسی اقدامات بهداشت محیط در زلزله

ب- بررسی فعالیت‌ها و خدمات پیش بیمارستانی

ج- بررسی خدمات بیمارستانی

د- مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی (دانش کهن، ۱۳۸۲، معاونت تحقیقات و

فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳).

منصوری و افچنگی (۱۳۸۸) بیان داشتند که بنای «یاری رسانی به دیگری» نیاز به زیربنا و مبانی محکمی دارد تا بتواند پایدار، استوار و پابرجا بماند و برخورداری از پشتوانه قانونی منجر به تعمیق و گسترش فرهنگ یاری رسانی و همچنین تضمین هر چه بهتر اجرای آن در سطح جامعه گردد. آیا چنین مبانی وجود دارد و اگر چنین است آن مبانی کدامند؟ موضوع کمک به دیگری از چه منابع قانونی برخوردار است؟ و در نهایت آنکه، در صورت خودداری افراد از کمک به دیگری چه مسئولیتی متوجه ایشان خواهد گردید؟ باید بررسی نمود که کمک کردن و دستگیری از دیگران خصوصاً در مواقعی که خطر جانی آنها را تهدید می‌کند از چه اهمیت اخلاقی و عقلانی بالایی برخوردار است و این کار سرلوحه کار انسان‌ها قرار گیرد.

جمعیت هلال احمر به عنوان مهم‌ترین ارگان امدادگران در کشور، می‌تواند با ارزیابی و بهبود پایگاه‌های امداد و نجات خود نقش به‌سزایی در امداد رسانی و کاهش تلفات جانی ایفا نماید. نتایج پژوهش احدپور ثمرین، شهرکی پور، محمدبیگی، احدپور ثمرین و مرتضوی (۱۳۹۲) نشان داد که بین تجهیز امدادگران با تکنولوژی‌های نوین و کاهش زمان امداد رسانی رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین آموزش امدادگران در استفاده از تجهیزات نوین و کاهش تلفات انسانی رابطه معنی‌دار وجود دارد. لذا از دیدگاه مدیران سازمان امداد و نجات بکارگیری تکنولوژی نوین در بلایای طبیعی موجب کاهش تلفات انسانی و زمان امداد رسانی می‌شود.

در هنگام بروز حوادث و پس از آن، اکثر مراکز ارائه خدمات سلامتی، خدمات زیادی متحمل شده‌اند که در صورت آمادگی می‌توانند، موثر واقع شوند. موسوی، مکارم، خانکه و کریملو (۱۳۸۸) در پژوهش بررسی آمادگی مراکز توانبخشی استان زنجان در برابر حوادث

غیر مترقبه، گزارش دادند که هیچ یک از مراکز توانبخشی استان زنجان در مورد ساختار مدیریت بحران، اقدامی انجام نداده بودند. مراکز توانبخشی استان زنجان در رابطه با برنامه‌ریزی و آمادگی در برابر حوادث و سوانح غیرمترقبه در وضعیت ضعیفی قرار داشتند. در بخش هماهنگی درون سازمانی و برون سازمانی، دو مرکز توانبخشی در وضعیت خوب و سه مرکز در وضعیت متوسط بودند، در حالی که ۱۱ مرکز دیگر در این قسمت ضعیف بودند. آنها نتیجه گرفتند میزان آمادگی در برابر حوادث و سوانح غیرمترقبه در مراکز توانبخشی استان زنجان، پایین بود که این امر توجه جدی به وجود قوانین الزام‌آور معطوف به مدیریت بحران در آیین‌نامه‌های تاسیس مراکز و آشنایی مدیران این مراکز را از برنامه‌های آماده سازی و مدیریت بحران را طلب می‌کند.

سازمان‌ها، نهادها و موسسات امدادی و غیر دولتی آمادگی کافی و لازم برای حضور و اقدام به موقع در صحنه‌های آسیب ناشی از بلایا و حوادث را دارند. مدیریت بحران کارا یکی از عوامل موثر در کاهش میزان خسارات و تلفات انسانی در هنگام بروز بلایا و حوادث است. پژوهش پورحیدری، ذکریایی، سیاسی مقدم و نجفی (۱۳۸۸) نشان داد که مدیران شرکت کننده در دوره و ویژه مدیران و اعضای ستاد حوادث غیرمترقبه شهرستان‌های استان تهران مدیریت بحران، نگرش مثبتی به علم مدیریت بحران داشتند و آن را علمی کاربردی می‌دانستند، ولی بیش از ۵۰ درصد آنها نسبت به قابل اجرا بودن آن در کشور خوش بین نبودند. حدود ۸۰ درصد شرکت کنندگان در دوره، علاقه‌مند به شرکت در دوره‌های تکمیلی و بعدی بودند و دوره را برای آمادگی به منظور انجام وظایف خود در شرایط بحران مفید می‌دانستند.

توسعه روش‌های آموزش کارمندان، گامی در افزایش آگاهی آنها و بهره‌دهی به سازمان‌های امدادی است. محتوای آموزش کارمندان باید بر مبنای نیاز آنها و اهداف سازمان تنظیم گردد. شهرانی، مرتضوی، اسدیان، جعفرنژاد و آب جام (۱۳۸۸) دیدگاه‌های کارکنان جمعیت هلال احمر استان چهارمحال و بختیاری در خصوص دوره‌های آموزشی ضمن

حمایت‌های روانی اجتماعی (ویژه امدادگران) ۱۹/

خدمت را بررسی کردند. ۵۰ درصد از کارمندان، دوره‌های برگزار شده را خوب و ۳۵ درصد متوسط و ۱۵ درصد نیز ضعیف ارزیابی نمودند. ۹۸ درصد از کارمندان آموزش امداد و کمک‌های اولیه را از اهمیت بالایی دانستند و تنها ۲ درصد از کارمندان این آموزش‌ها را در حد متوسط دانستند. ۶۳ درصد از کارمندان اجرای دوره‌ها را توسط واحد آموزش و پژوهش در سطح معاونت، پیشنهاد دادند و ۲۸ درصد از کارمندان نیز، اجرای دوره‌ها را توسط واحد آموزش و زیر نظر معاونت امداد پیشنهاد کردند و تنها ۹ درصد از کارمندان اجرای آموزش به صورت پراکنده توسط واحدها را انتخاب نمودند. این پژوهشگران نتیجه‌گیری کردند که دوره‌های برگزار شده توانسته است تا حدودی انتظارات کارمندان را برآورده سازد، ولی با توجه به اینکه نیمی از کارمندان این دوره‌ها را متوسط و ضعیف ارزیابی نموده‌اند، ارائه راهکارهای بهتر و مطلوبتر جهت اجرای دوره‌های بعد ضروری می‌باشد.

آموزش همگانی مقابله با سوانح نیازمند طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی مناسبی است که ارتباط موثری با مخاطبان خود برقرار سازد و آگاهی‌های لازم و اساسی را برای آنها فراهم آورد. پژوهش ثقفی نیا، دانیال زاده و حائریان (۱۳۸۸) نشان داد که میزان آگاهی کلی افراد پیش از ارائه جزوه‌های آموزشی جمعیت هلال احمر در مقابله با اثرات سوانح طبیعی، حدود ۰/۶۲ (نسبت پاسخ‌های درست)، این نسبت در رابطه با زلزله ۰/۵۶، آتش سوزی ۰/۶۲، سیل ۰/۷۵، یخبندان ۰/۴۵، مواد آتش زا ۰/۶۸، رعد و برق ۰/۶۰، جبهه آتش ۰/۶۹ و آتشفشان ۰/۷۳ بوده است. میزان آگاهی افراد در تمامی زمینه‌ها پس از مطالعه بروشورها افزایش یافت. میزان آگاهی پاسخگویان بعد از ارائه جزوات آموزشی در بالاترین میزان مربوط به آتشفشان و در پایین‌ترین رتبه مربوط به آتش سوزی بود. عدم آگاهی عمومی مردم نسبت به سوانح طبیعی و نحوه مواجهه صحیح با آنها، به ویژه در کشورهایی مانند کشور ما که از ضعف سازه‌ها و ساختارها رنج می‌برند، سبب می‌شود بر میزان خسارت‌های مالی و تلفات جانی پس از بروز این سوانح افزوده شود. آموزش و ارتقای آگاهی‌های عمومی و آشنا ساختن اقشار مختلف با فرهنگ امداد، از جمله راهکارهای اساسی در کاهش تلفات و خسارات به شمار می‌رود و از همین روست که مسئولان و مدیران حوزه سوانح طبیعی تعریف و اجرای

طرح‌های آموزشی را در دستور کار خود دارند. برخی از الگوهای اصلی و سرشاخه‌ای آموزشی وجود دارند که خود دارای اجزایی هستند و در ترکیب با سایر روش‌ها می‌توانند به مدلی جدید تبدیل شوند (وینونا، ۱۹۹۲). این الگوها شامل موارد زیر هستند:

- ۱- الگوی متن محور
 - ۲- الگوی سخنرانی تعلیم دهنده
 - ۳- الگوی کار و بحث گروهی
 - ۴- الگوی پرسش و پاسخ
 - ۵- الگوی تدریس (E5 براساس ساخت گرایي)
 - ۶- الگوی تدریس مبتنی بر نظریهٔ فراشناخت
 - ۷- الگوی یادسپاری (Memorizing)
 - ۸- الگوی تدریس پیش سازمان دهنده (Advance organizer)
 - ۹- الگوی تدریس بازی نقش یا ایفای نقش (Role playing)
 - ۱۰- یادگیری از طریق همیاری (Cooperative Learning)
 - ۱۱- الگوی تدریس کاوشگری
 - ۱۲- الگوی بدیعه پردازی یا نوآفرینی (سمیعی، صالحی و مثنوی، ۱۳۹۲).
- برنامه‌های آموزشی حوزه سوانح طبیعی و فرهنگ امداد در ایالات متحده آمریکا به صورت ملی و نیز فدرالی تعریف می‌شود. سازمان مدیریت اضطراری فدرال (FEMA) ایالات متحده به منظور آموزش و بهبود فرهنگ در زمینه سوانح طبیعی، برنامه‌ها و دوره‌های آموزشی ویژه‌ای تحت عنوان "طرح ملی آموزش" (NTP)^۱ برای قشرها و گروه‌های مختلف جامعه طراحی کرده است. این طرح با رویکردی سازمان یافته آموزش مدیریت بحران به مسئولان و سایر افراد مرتبط را در سراسر کشور، برای مراحل قبل، حین و پس از بحران ارائه می‌کند. آموزش کودکان و نوجوانان در زمینه سوانح، از طریق صفحه‌ای ویژه در سایت سازمان

¹ - National Train Project

حمایت‌های روانی اجتماعی (ویژه امدادگران) / ۲۱

مدیریت اضطراری فدرال صورت می‌گیرد. در این صفحه، موضوعات و مفاهیم مختلف آموزشی در زمینه سوانح طبیعی و غیرطبیعی و آمادگی در برابر این سوانح، به گونه‌ای جذاب در قالب‌های بازی، داستان و غیره طراحی شده است. برگزاری اردوهای آموزشی چند روزه ویژه کودکان و نوجوانان در آمریکا نیز یکی از برنامه‌های آموزشی است. در این دوره‌ها که توسط طرح امنیت منطقه شهری دنور طراحی و اجرا می‌شود، مهارت‌هایی همچون کمک‌های اولیه برای دانش آموزان راهنمایی به علاوه کمک‌های اولیه روانی، جستجو و نجات اولیه و تریاژ به دانش آموزان مقطع دبیرستان آموزش داده می‌شود. از آنجا که در مدارس، حداقل آموزش‌های آمادگی در برابر سوانح ارائه می‌شود، برگزاری اردوهای ویژه این امر مورد استقبال زیاد دانش آموزان واقع می‌گردد. در دوره‌های مذکور سعی می‌شود تا در کنار آموزش‌های گفته شده، مهارت‌هایی همچون ارتباطات، پرورش مهارت انتخاب‌های مناسب، اعتماد به نفس، قدرت تشخیص، قدرت اظهار نظر و ارزیابی نیز در دانش آموزان ارتقاء یابد (سمیعی، صالحی و مثنوی، ۱۳۹۲).

در ژاپن، در برنامه‌های آموزشی در نظر گرفته شده برای کودکان سعی شده است تا به منظور انتقال بهتر مفاهیم به بچه‌ها، جنبه‌های تفریحی برنامه نیز حفظ شود و کودکان به طور همزمان هم آموزش ببینند و هم تفریح کنند. از جمله اقداماتی که تاکنون در کشور ژاپن، جهت ایجاد فرهنگ ایمنی و آموزش صورت گرفته است می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود:

الف) آموزش همگانی و تخصصی: جداسازی اقشار مختلف و تعریف برنامه‌های ویژه برای هر قشر، مشابه برنامه طرح ملی آموزش در آمریکا، در اینجا نیز به چشم می‌خورد. برنامه‌ای جامع که در آن اقشار مختلف دیده شده‌اند و برای هر یک از آنها در درازمدت طرح‌های آموزشی تعریف می‌شود:

ب) انتشار دانش و آگاهی در زمینه سوانح با گنجاندن متون علمی در کتب تحصیلی. در ژاپن طرح‌های آموزشی را صرفاً از روش‌های به اصطلاح غیررسمی دنبال نمی‌کنند، بلکه آموزش‌های رسمی و در قالب کتاب‌های درسی نیز در این حوزه دنبال می‌شود و حتی از اهمیت بیشتری نسبت به روش‌های غیررسمی برخوردار است. این موضوع در ایالات متحده

برعکس است. به نظر می‌رسد نظم و انضباط حاکم بر فرهنگ اجتماعی ژاپنی‌ها، آنها را به این سو کشانده که این آموزش‌ها را در قالب آموزش رسمی در دوره‌های آموزشی تعریف شده نظام آموزش عمومی، دنبال کنند.

ج) ایجاد موزه‌های آموزشی سوانح طبیعی: در کنار متون رسمی که دانش آموزان و نوجوانان ژاپنی می‌خوانند، در شهرهای مختلف ژاپن که از آن جمله می‌توان به شهر کوبه اشاره کرد، موزه‌هایی پیشرفته برای آموزش‌های ویژه در حوزه سوانح طبیعی به ویژه زلزله تدارک دیده شده است. شهر کوبه یکی از سهمگین‌ترین زلزله‌ها را در ژاپن به خود دیده است.

د) برپایی نمایشگاه‌ها و سمینارهای تخصصی

ه) انجام تمرین‌ها و مانورهای دوره‌های خاص ویژه ساکنان یا کارکنان مکان‌های

مختلف

و) استفاده از رسانه‌ها اعم از مکتوب و تصویری

ز) استفاده از امکانات مراکز آتش نشانی: مراکز آموزش آتش نشانی در ژاپن توسعه بسیار زیادی یافته‌اند که تعدادی از آنها استانی بوده و از آنها جهت آموزش عمومی مردم بهره‌برداری می‌شود. در ژاپن، افراد داوطلب، تحت پوشش آموزشی سازمان‌های آتش نشانی قرار می‌گیرند و آمادگی بیشتری برای مهار بحران دارند (سمیعی، صالحی و مثنوی، ۱۳۹۲).
ثقفی نیا و همکاران (۱۳۸۸) نشان دادند که جزوه‌های آموزشی سبب افزایش آگاهی کلی افراد در رابطه با زلزله، سیل، آتش سوزی، یخبندان و غیره می‌گردد. کلاو (۲۰۰۷) پروژه‌ای را تحت عنوان بررسی برنامه‌های واکنشی سونامی در هندوستان اجرا کرد. نتایج تحقیقات وی نشان داد که ارائه کیت‌های اورژانس، پوسترهای آگاه‌کننده و کتابچه‌های آموزشی می‌تواند در ارتقای آگاهی و آمادگی افراد مؤثر باشد. پژوهشی دیگر که توسط ملک محمدی (۲۰۰۶) به صورت شبه تجربی اجرا شده حاکی از این است که باید از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی، تهیه کتاب‌های آموزشی، صدا و سیما، پخش فیلم‌های آموزشی،

حمایت‌های روانی اجتماعی (ویژه امدادگران) / ۲۳

برگزاری مانورهای چگونگی مقابله با زلزله، سیل و آتش سوزی روش‌های امداد و کمک‌های اولیه را آموزش داد. نتایج پژوهش‌ها در بنگلادش نیز نشان داده است که آموزش‌های داوطلبانه و ارزشیابی، آگاهی افراد از طریق پوستر، تابلوهای تبلیغاتی، تابلوهای اعلانات، خبرنامه، شبیه‌سازی و کارگاه‌های همفکری، باعث افزایش آگاهی افراد و به دنبال آن کاهش خطرات ناشی از سوانح می‌شود.

سمیعی، صالحی و مثنوی (۱۳۹۲) گزارش دادند که چهار روش آموزش به نوجوانان در زمینه فرهنگ امداد از طریق کتابچه آموزشی، برگزاری یک کارگاه همراه با ارائه کتابچه آموزشی به آنان، برگزاری مانور آموزشی و برگزاری مانور آموزشی همراه با توزیع کتابچه آموزشی به طور معنی‌داری سبب افزایش میزان آگاهی دانش‌آموزان شدند. در این میان بیشترین افزایش میزان آگاهی ناشی از روش دوم و پس از آن روش چهارم بود. در مجموع، آموزش بر روی پسران نوجوان تأثیر بیشتری داشت اما تفاوت معناداری بین آنها مشاهده نشد. بهبود راهکارهای مقابله با شرایط بحرانی و استرس‌زا از اهمیت بسزایی برخوردار است. افراد در مقابل شرایط آسیب‌زا اولاً باید درک کنند که اقدامات پیشگیرانه آنها در مقابله با این شرایط مفید است (کاهش ادراک ناتوانی ایمنی) و ثانیاً آنها دارای مهارت و کاردانی برای مقابله با این شرایط هستند (افزایش ادراک خودکارآمدی ایمنی). بسیاری از افراد اعتقاد دارند که اقدامات پیشگیرانه آنها بر بروز حوادث تأثیری ندارد، این افراد پیامد یک موقعیت را مستقل از پاسخ ارادی شان می‌دانند (رابرتسون، ۱۹۸۹). وقتی افراد احساس می‌کنند در معرض رویدادهای شغلی کنترل‌ناپذیر قرار دارند و هیچ کاری برای تغییر این رویداد نمی‌توانند انجام دهند، ناتوانی شغلی ادراک شده را تجربه می‌کنند (سلیگمن، ۱۹۷۵). کیانی، سماواتیان و مهدیزاده (۱۳۹۱) کارآمدی آموزش‌های ایمنی بر آمادگی کارکنان در مقابله با شرایط استرس‌زا را بررسی کردند و گزارش دادند که آموزش‌های ایمنی تأثیر معناداری بر کاهش ناتوانی ایمنی ادراک شده کارکنان داشت، اما تأثیر معناداری بر بهبود خودکارآمدی ایمنی ادراک شده آنان نداشت. آنها نتیجه گرفتند که ارزیابی کارآمدی آموزش‌های ایمنی و تعیین اثربخشی آن بر متغیرهای مرتبط با بروز حوادث شغلی حائز اهمیت است.

وقوع حوادث طبیعی گسترده، به ویژه در شهرهای بزرگ همواره با پیامدهای منفی، بی‌نظمی و آشفتگی همراه است. در این میان، نقش نیروهای تخصصی برای نجات جان افراد گرفتار در زیر آوار و رسیدگی اولیه به مجروحین از نظر کمی بسیار محدود می‌شود، زیرا عامل زمان و وسعت فیزیکی حادثه در موفقیت عملیات نجات حرف اول را می‌زند. در عملیات امداد رسانی و نجات، متغیرهای زیادی دخیل می‌باشند. تجارب گذشته ثابت کرده‌اند که در حوادث بزرگی همچون زلزله‌های ویرانگر، حجم زیادی از فعالیت‌های نجات توسط خود مردم و در ساعات اولیه پس از حادثه انجام می‌پذیرد. این اقدامات معمولاً فاقد مدیریت و ساختار از پیش تعریف شده بوده و در مجموع آسیب‌هایی را به مجروحین و بازماندگان وارد آورده و فرصت‌های بی‌شماری را نیز برای نجات جان انسان‌ها از بین می‌برد. تربیت نیروهای نیمه حرفه‌ای در سطح محلات بر پایه واحد همسایگی سبب می‌شود تا فعالیت جستجو و نجات مصدومین با سازماندهی و کیفیت بهتری انجام شده و هدایت نیروهای تخصصی نیز بر اساس اطلاع رسانی مناسب و به موقع نیروهای مردمی به نحو شایسته‌تری صورت گیرد. تسریع سازماندهی شده در فعالیت‌های امداد رسانی و نجات، علاوه بر اینکه آسیب‌های جبران ناپذیر را به حد قابل قبولی کاهش می‌دهد، خروج از شرایط بحرانی و بازگشت به وضعیت عادی را نیز شتاب می‌بخشد (محمّدی یگانه و قمشی، ۱۳۸۳، محمّدی یگانه، ۱۳۸۸).

یکی از ارکان تحقق رسالت‌های سازمان داوطلبان جمعیت هلال احمر، جذب و نگهداری نیروی انسانی داوطلب کارآمد و موثر می‌باشد، بنابراین لازم است تدابیری اندیشید تا این مهم به نحو مطلوبی تحقق یابد. رهنورد، علمداری و صادقی نیک پی (۱۳۸۸) عوامل مؤثر بر جذب و نگهداری گروه‌های مردمی داوطلب ارائه خدمات داوطلبانه در جمعیت هلال احمر شهر تهران را شناسایی کردند. آنها گزارش دادند متغیرهای مربوط به سئوالات بخش جذب به ترتیب تحت چهار عامل ابزارهای تشویقی، ابزارهای فنی ارتباطات و تبلیغات، ابزارهای اطلاع رسانی و توجه به روابط انسانی قرار گرفتند. همچنین متغیرهای مربوط به بخش

نگهداری تحت پنج عامل فرهنگ سازمانی، مدیریت منابع انسانی، مشارکت و کار تیمی، وظایف مدیریت و رهبری و انگیزش قرار گرفتند.

رویکرد مشارکت مردمی یا واکنش شهروند محور توسط مرکز آمادگی مقابله با حوادث در آسیا مطرح شده است. مدیریت مبتنی بر جامعه، روندی نوظهور است که نوعی مشارکت و مداخله چندرشته‌ای و چندوجهی را در جامعه تشویق می‌کند و افراد را به سوی ارتقای امنیت، استقلال و توسعه مردم گرایانه سوق می‌دهد. این رویکرد فرایندی است که از طریق آن، افراد توانایی خود را برای تولید کالاهای مورد نیاز و اداره زندگی سیاسی و اجتماعی افزایش می‌دهند و در عین حال میزان آسیب‌پذیری حوادث را بر زندگی اقتصادی، سیاسی و اجتماعی در دراز مدت به طور مستقیم به ویژه در مناطق سانحه خیز تقلیل می‌دهند. مشارکت مردمی در امداد رسانی در هنگام حوادث از جمله ضرورت‌ها و نیازهای ملی است. مشارکت آگاهانه شهروندان، فرایندی است که در آن شهروندان با سهم شدن در تصمیمات اثرگذار بر زندگی خود و جامعه شهری و با درک حقوق شهروندی و با شناخت و فهم از مسئولیت‌پذیری جمعی و گروهی، هزینه‌های اداره شهر را کاهش خواهند داد. یکی از اجرایی‌ترین راهکارهایی که در کاهش آسیب‌پذیری و افزایش توانمندی فراروی جمعیت هلال احمر قرار می‌گیرد، شناخت و درک نزدیک واقعیت‌های محلی و تمرکززدایی در شناسایی آسیب‌پذیری‌ها و توانمندی‌ها، بهره‌گیری از این توانمندی‌ها، مهارت‌ها و منابع خود مردم، توانمندساختن آنها در مقابل آسیب‌پذیری و در نهایت مشارکت دادن آنها در به عهده گرفتن مسئولیت در سانحه و بحران است. به همین منظور جمعیت هلال احمر به منظور توسعه و بهبود فعالیت‌های خود در راستای اهداف سازمانی، ضمن بهره‌گیری از تجارب گذشته درصدد توسعه برنامه‌های سازمان در قالب تشکیلات جدیدی تحت عنوان کانون‌های امدادی محلات بوده است تا بتواند رویکرد محله محور در امر امداد رسانی را به صورت سازمان یافته‌تری اجرا کند (نجفی، سیاسی مقدم و پورمحمد، ۱۳۸۸).

یکی از راه‌های کاهش صدمات حاصل از این حوادث، همکاری داوطلبانه مردم در زمان بروز حوادث و آمادگی در برابر آن است. حسین زاده و احمدی (۱۳۹۱) گزارش دادند

که بیش از ۷۰ درصد از شهروندان بندرعباس، تشکیل کانون امداد محله‌ای را در حد زیاد ضروری دانستند و ۹۵ درصد از آنان بیش از حد متوسط مایل به فعالیت در تیم‌های امداد رسانی و ارسال کمک‌های مردمی بودند. پایگاه اجتماعی و دانش و آگاهی در خصوص فعالیت‌های جمعیت هلال احمر تأثیر مثبتی بر تمایل به همکاری پاسخ‌گویان با کانون امداد محله‌ای داشت. با توجه به اینکه مدیریت بلایای طبیعی دارای دو رویکرد عمده سنتی و جامعه محور است، این پژوهشگران تشکیل کانون امداد محله‌ای با اتخاذ رویکرد جامعه محور به همراه تمرکز جدی روی آموزش شهروندان را پیشنهاد نمودند.

در رویکرد سنتی چرخه مدیریت بلایا اعم از برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری، سازماندهی، هماهنگی و کنترل در اختیار سازمان‌های دولتی است و جامعه یا نقشی در این چرخه ندارد یا اینکه دارای نقشی انفعالی است. در رویکرد جامعه محور سعی می‌شود در کنار شناساندن مخاطرات تهدیدکننده جامعه، امکان مشارکت مردم در مراحل مختلف مدیریت بلایا فراهم شود. در این رویکرد با ایجاد زمینه‌هایی در جهت توانمندسازی اعضای جامعه، توان مردم را برای سازگاری با پیامدهای زیانبار مخاطرات افزایش می‌دهند. رویکرد جامعه محور با سهیم کردن مردم در چرخه مدیریت بلایا، ظرفیت جامعه در معرض خطر را برای مقابله و مواجهه صحیح با بلایا افزایش می‌دهد و در صورت رخداد بلایای طبیعی، روند بازگشت جامعه به وضعیت پیشین را شتاب می‌دهد، ضمن اینکه از خسارات انسانی و مالی به میزان قابل توجهی می‌کاهد (فالك، ۲۰۰۵، حسین زاده و احمدی، ۱۳۹۱). جمعیت هلال احمر برای توسعه و بهبود فعالیت‌های خود در خصوص اهداف سازمانی، ضمن بهره‌گیری از تجارب گذشته، در صدد توسعه برنامه‌های سازمان در قالب تشکیلات جدیدی تحت عنوان کانون‌های امدادی محلات است تا بتواند رویکرد محله‌محور در امر امداد رسانی را به صورت سازمان یافته‌تری اجرا کند (نجفی، سپاسی مقدم و پورمحمد، ۱۳۸۷).

نتایج پژوهش خانکه، امانت، حسینی، محمدی، صادقی و عقیقی (۱۳۹۲) با عنوان تاثیر آموزش مقابله با زلزله به دانش‌آموزان پسر دبیرستانی بر میزان آمادگی خانوارها در شهر

اشتهارد نشان داد که میانگین دانش و مهارت گروه مداخله به طور معناداری در پس آزمون بیشتر از گروه کنترل بود. در پس آزمون و پیگیری، میانگین دانش و مهارت و میانگین شاخص نگرانی گروه مداخله به طور معناداری بیشتر از میانگین شاخص های گروه کنترل بود. در نهایت مداخله باعث افزایش میزان اکثر شاخص‌های (دانش و نگرش) مورد بررسی در مطالعه شد. خانوارها؛ دانش و مهارت پایینی نسبت به زلزله داشتند که بر عدم آمادگی خانوارها جهت مقابله با زلزله احتمالی دلالت دارد. با توجه به افزایش سطح آمادگی خانوارها بوسیله آموزش‌های منتقل شده توسط دانش آموزان، این پژوهشگران توصیه نمودند که جهت اثربخش بودن، این آموزش‌ها تداوم داشته باشند و آموزش‌ها به صورت مستقیم به خانوارها ارائه شود.

هر فعالیتی، زمانی می‌تواند به بهترین نحو ارائه شود که پیش‌بینی‌ها و برنامه‌ریزی‌های لازم در خصوص آن صورت گرفته باشد. با نظر سنجی از افرادی که به طور مستقیم با فعالیت مورد نظر درگیرند، می‌توان فعالیت‌ها را متناسب با شرایط آنها، بهتر اجرا کرد. نجفی، سیاسی مقدم و پورمحمد (۱۳۸۸) گزارش دادند که لزوم تشکیل کانون محلات در شهرهای بزرگ از نظر ۷۵/۶۶ درصد پاسخ دهندگان به میزان زیاد بالا بوده است و میزان علاقه مندی حدود ۸۱ درصد پاسخ دهندگان به فعالیت در تیم‌های امدادسانی کانون محلات، متوسط به بالا بود. مردم شهرهای بزرگ به تشکیل کانون‌های امداد و فعالیت در تیم‌های امدادسانی کانون محلات علاقه وافری نشان دادند. به نظر می‌رسد با توجه به آسیب‌پذیری ایران و علاقه مردم به شرکت در فعالیت‌های امدادسانی، تشکیل و سازماندهی کانون‌های امدادی محلات، امری ضروری است.

میرحقی، ابراهیمی و سارانی (۱۳۸۸) عملکرد مدیریت بحران در سیلاب بمپور را بررسی کردند و گزارش دادند که با توجه به هشدار هواشناسی نسبت به بارش شدید، جلسه ستاد حوادث غیرمترقبه استان و شهرستان ایرانشهر تشکیل شده بود و نیروهای ستاد به حالت آماده‌باش در نقاط آسیب‌پذیر شهر ایرانشهر مستقر شدند. توجه به شهر ایرانشهر که در خطر سیل ناشی از شکستن سد آبادان بود، سبب می‌شد که بمپور از کانون توجهات خارج شود. از

مردم در چند ساعت قبل از سیل خواسته شده بود که به جای امنی بروند. در پی بارش شدید باران، در ظهر ۲۶ دی ماه ۱۳۸۶، آب وارد شهر بمپور شد. در فاز پاسخگویی، بیش از ۱۰۰ امدادگر در امدادرسانی حضور داشتند. همچنین ۵۰۰ نفر از روستائیان سیل زده به مناطق امن ایرانشهر منتقل شدند و به ۱۳۲۲ خانوار آسیب دیده به تدریج بر اساس وخامت حال آنها امدادرسانی شد و ۱۷۸۸ تخته چادر، ۱۳۶۷ تخته موکت و ۸۶۱۲ تخته پتو و الوار در بین آسیب دیدگان توزیع شد. در فاز بازسازی، مقداری از مردم در مدارس اسکان داده شدند و برای سایر مردم چادر تامین شد. ۳۰ توالی صحرایی ساخته شد. آنها نتیجه گرفتند که سیلاب بمپور اگر چه با خسارات مالی فراوان همراه بود، اما تلفات انسانی نداشت. توجه بیشتر به مسائل بهداشتی پس از حادثه و اهمیت دادن به مبحث حمایت‌های روانی به آسیب دیدگان از مسائلی است که در امر امداد رسانی باید توجه بیشتری به آن گردد.

آمادگی یکی از مراحل اصلی چرخه مدیریت بحران بوده و جوامعی که آمادگی کافی برای رویارویی با حوادث کوچک و بزرگ را داشته باشند، ضمن برخورد مناسب با این حوادث، ظرفیت بسیار خوبی برای مرحله بازسازی و بازگشت به حالت اولیه را دارند. آمادگی مجموعه اقداماتی است که توانایی جامعه، دولت و مردم را در انجام مراحل مختلف مدیریت بحران افزایش می‌دهد. آمادگی شامل جمع‌آوری اطلاعات، پژوهش، برنامه‌ریزی، ایجاد ساختارهای مدیریتی، آموزش، تأمین منابع، تمرین و مانور است (امی و همکاران، ۲۰۰۷). در یکی از بیانیه‌های رسمی سازمان جهانی بهداشت، دلیل انتخاب شعار سلامت در حوادث و سوانح، برای روز جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۹، آسیب‌پذیری بیش از حد بیمارستان‌ها و سایر مراکز وابسته به سلامت عمومی جامعه در حوادث ذکر شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶).

مراکز بهداشتی، درمانی و توانبخشی از جمله سازمان‌هایی هستند که نیازمند به وجود یک برنامه دقیق مدیریت بحران است. حتی می‌توان گفت که وجود آمادگی در مراکز بهداشتی، درمانی و توانبخشی در مقایسه با سایر سازمان‌ها و مراکز از اهمیت بالاتری برخوردار

می‌باشد، چرا که مراجعان و خدمت گیرندگان این مراکز، انسان‌های نیازمند و دارای اختلالات جسمی و روانی می‌باشند و در صورت بروز یک حادثه به علت شرایط خاص، بیش از سایر گروه‌ها در معرض آسیب قرار دارند، و در نتیجه خسارت وارده در مراکزی که از آمادگی کافی برخوردار نباشند می‌تواند، دامنه گسترده‌تری داشته باشد (موسوی، مکارم، خانکه و کریملو، ۱۳۸۸). لادیتکا و همکاران (۲۰۰۷) گزارش دادند که ساکنان مراکز نگهداری، خیلی ضعیف هستند و نسبت به اختلال در ارائه خدمات درمانی مداوم، بسیار آسیب پذیرند. بنابراین فقدان حمایت در طول بلایا، ساکنین مراکز را در خطری قرار می‌دهد که نسبت به خود حادثه، ثانویه به شمار می‌آید. اغلب اوقات این خطر از طریق برنامه‌ریزی موثر آمادگی، قابل پیشگیری است.

در نگرش‌های نوین برنامه‌ریزی مدیریت بحران، مدیریت ریسک بحران به عنوان نگرش برتر مورد توجه است. در این نگرش، رویکرد به زلزله از خطر، به آسیب‌پذیری و از واکنش، به پیش کنش و از یک پدیده یک بعدی، به یک مقوله همه جانبه تغییر یافته است. از این رو در بررسی و تصمیم گیری در خصوص مسائل همه جانبه‌ای همچون زلزله که پیامدهای آن تمام جوانب شهر را در بر می‌گیرد، لازم است مجموعه‌ای از عوامل با در نظر گرفتن اهمیت هر یک از آنها لحاظ شوند. زنگی آبادی، وارثی و درخشان (۱۳۸۹) عوامل آسیب‌پذیری شهر در برابر زلزله، نمونه موردی منطقه ۴ تهران را تحلیل و ارزیابی نمودند. نتایج مطالعه آنها نشان داد که علاوه بر تأثیر عوامل کالبدی و محیطی، شاخص‌های مدیریت بحران نظیر وجود اماکن اسکان موقت و نزدیکی به ایستگاه‌های آتش نشانی هم در آسیب‌پذیری شهر در برابر زلزله مؤثر بوده است. در ضمن تأثیرگذاری عوامل اجتماعی و اقتصادی از جمله تراکم خالص مسکونی، تراکم جمعیتی و دسترسی به زیرساخت‌های شهری را هم نمی‌توان انکار کرد. آنها نتیجه گرفتند که علاوه بر عوامل محیطی زمین ساختی (یا کالبدی)، عوامل دیگری هم مانند عوامل اجتماعی و اقتصادی در افزایش خسارات ناشی از زلزله تأثیر دارند.

حمایت روانی اجتماعی

بحران‌ها، سوانح و فجایع باعث مهاجرت و پناهندگی می‌شوند. در مهاجرت و پناهندگی مشکلات زیادی گریبانگیر افراد می‌گردد (محمّدیان، دادفر، بواله‌ری و کریمی کیسمی، ۱۳۸۴، دادفر، کولیوند و اصغر نژاد فرید، ۱۳۹۳، دادفر، لستر، عاطف وحید، عبدالخالق، بواله‌ری، محمّدیان، بهرامی و اصغر نژاد فرید، ۲۰۱۵). در بحران‌ها، حوادث و سوانح بزرگ و فراگیر، علاوه بر مشکلات جسمی، مسائل روانی نیز بازماندگان و آسیب دیدگان، امدادگران و عموم مردم را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به ویژه افرادی که در محل سانحه حضور داشته‌اند اکثراً دچار درجاتی از اختلال روحی و روانی خواهند شد که ممکن است تا پایان عمر اثرات آن، روان فرد و حتی زندگی وی را مختل کند. برخورد صحیح با سوانح طبیعی و پیامدهای آن و رفتار مناسب با آسیب دیدگان می‌تواند شدت اختلالات روانی ناشی از سوانح را به حداقل برساند.

حمایت روانی اجتماعی فرآیندی است که برای تامین سلامت روانی آسیب دیدگان از سوانح انجام می‌گیرد تا به آنها کمک کند به طور مؤثر خود را با فشارهای روانی ناشی از سوانح سازگار سازند و با افراد خانواده و محیط خود ارتباط مناسب برقرار کنند. حمایت روانی پس از بحران معمولاً توسط افراد زیر صورت می‌گیرد:

- خانواده و همشهری‌ها و افراد دلسوز محله
- امدادگران، مددکاران و افراد دوره دیده محلات
- افراد مجرب و مشاوران حرفه‌ای

غربالگری و تشخیص مشکل فرد/افراد آسیب‌دیده در فرآیند حمایت روانی اجتماعی

در یک فرآیند حمایت روانی، غربالگری و تشخیص مشکل فرد یا افراد آسیب دیده از مهم‌ترین اقدامات امدادگران حمایت روانی می‌باشد. این اقدام از ابتدای مواجهه با فرد آسیب

حمایت‌های روانی اجتماعی (ویژه امدادگران) ۳۱/

دیده صورت می‌پذیرد، اما در هر مرحله و توسط هر یک از گروه‌های امدادی، در یک سطح انجام می‌گیرد.

امدادگران گروه‌های امداد و نجات باید با شناخت علائم بارز مشکلات روانی، عاطفی و اجتماعی، در حین انجام عملیات امدادی خود، هرگاه با چنین علائمی مواجه گردیدند؛ بلافاصله موضوع را به امدادگران حمایت روانی ارجاع دهند. در این مرحله امدادگران حمایت روانی با تشخیصی ابتدایی، کمک‌های اولیه حمایت روانی را انجام می‌دهند.

اما چنانچه نیاز به حمایت‌های تخصصی تر و تشخیص دقیق تر بود، فرد آسیب دیده باید به گروه تخصصی معرفی گردد. گروه تخصصی حمایت روانی با استفاده از انواع آزمون‌های روانشناختی مانند آزمون‌های افسردگی و شخصیت و با انجام مصاحبه آزاد بالینی نسبت به تشخیص دقیق مشکل فرد مذکور اقدام می‌نماید. باید دقت نمود که هیچیک از طبقات این سه گروه، در وظایف گروه بالاتر نباید مداخله نمایند.

صلاحیت امدادگران حمایت روانی اجتماعی

پیوستار صلاحیت امدادگران حمایت روانی اجتماعی در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- پیوستار صلاحیت امدادگران حمایت روانی اجتماعی

صلاحیت کامل	صلاحیت لازم	حداقل صلاحیت لازم
دارا بودن تخصص در روانشناسی، روانپزشکی، مددکاری و جامعه‌شناسی	طی کردن دوره‌های آموزشی و روانشناسی، روانپزشکی، مددکاری و جامعه‌شناسی	آشنایی با مسئولیت‌های امدادگران شامل آسیب‌شناسی روانی و اجتماعی، علائم مشکلات متداول روانی، کمک‌های اولیه در حمایت روانی، راه‌های ایجاد ارتباط
گروه تخصصی حمایت‌های روانی	گروه مددکاران حمایت‌های روانی	گروه امدادگران حمایت‌های روانی

ویژگی‌های امدادگران حمایت روانی اجتماعی

امدادگران حمایت روانی اجتماعی باید دارای ویژگی‌های زیر باشند:

- ظاهر آراسته
- برخورد مناسب
- داشتن اطلاعات به روز و کافی
- خونسرد بودن و دارا بودن احساسات کنترل شده
- داشتن ابتکار عمل
- آشنایی داشتن به محدوده وظایف امدادگران حمایت روانی
- منظم بودن

وظایف امدادگران حمایت روانی اجتماعی

سایر وظایف امدادگران حمایت روانی تشریح عوامل مؤثر بر یک ارتباط سالم فردی و اجتماعی است، ارتباطی که گوینده در انتقال فکر، احساس و خواست خود به شنونده موفق باشد و به عکس به عنوان زمینه ساز هرگونه حمایت روانی به شرح زیر هستند اما همواره به این موضوع توجه نمود که تخصص انجام هر یک با مهارت و ظرافت انجام آن تفاوت دارد.

اموری که نباید توسط امدادگران حمایت روانی انجام گیرد:

- ۱- فرد آسیب دیده را با هیچکس مقایسه نکنید.
- ۲- صحبت او را قطع نکنید.
- ۳- از به کار بردن کلمات سنگین و ثقیل و اظهار فضل خودداری نموده و از تحقیر او اجتناب نمایید.
- ۴- از بروز احساسات او مانند گریه کردن، جلوگیری نکنید.
- ۵- چون فرد آسیب دیده به خوبی می‌داند که شما احساسی همانند او ندارید، بنابراین لازم نیست برای بیان احساس همدردی، احساساتی همانند او از خود نشان دهید.
- ۶- از دادن امید واهی، دلداری بی مورد و دروغ خودداری کنید.

- ۷- از تحریک حساسیت‌های فرد آسیب دیده خودداری نمایید.
- ۸- از دادن پندهای اخلاقی، بحث‌های عمیق دینی و فلسفی و سرزنش او خودداری نمایید و بر اصلاح باورهای غلط فرد آسیب دیده اصرار نکنید.
- ۹- دقت نمایید که در سخنان خود، از بیان اصطلاحاتی که بیانگر نسبت بیماری روانی به آسیب دیدگان باشد، خودداری نمایید.
- ۱۰- از زور و اجبار خودداری کنید، چون این بدترین حربه برای ایجاد یک ارتباط سالم است.
- ۱۱- با قضاوت‌های شخصی با فرد آسیب دیده برخورد نکنید و همچنین در مواردی که حق با او نیست لزومی به طرفداری از او نیست.
- ۱۲- از به کار بردن اصطلاحات کلیشه‌ای و تکراری مانند "غصه نخور"، "درست می‌شود"، "نگران نباش"، "اوضاع آنقدرها هم بد نیست"، "داری از گاه کوه می‌سازی" و ... حتی الامکان خودداری نمایید.
- ۱۳- ضمن حفظ و تقویت رابطه، با او از نظر عاطفی درگیر نشده و از ایجاد وابستگی بین خود و فرد آسیب دیده جلوگیری نمایید.
- ۱۴- در مواقعی که احساس می‌کنید فرد آسیب دیده از بیان مطالبی خجالت می‌کشد، از نگاه کردن مستقیم به او خودداری کنید.
- ۱۵- در صورت نیاز، فرد آسیب دیده را از دیدن جنازه عزیزانش محروم ننمایید، اما چنانچه مشاهده جنازه مورد نظر وحشتناک باشد باید قسمتی از جسد را که کمتر باعث وحشت می‌گردد به او نشان دهید.
- ۱۶- فرد آسیب دیده به‌ویژه کودکان را به زور از محل سکونتش دور نسازید.
- ۱۷- حتی الامکان افراد به‌ویژه کودکان را از بازماندگان خانواده آنها جدا نسازید. در صورت فقدان والدین کودکان، آنها را در اختیار بستگان و نزدیکانشان قرار داده و در صورت امکان شیء یا وسیله‌ای که متعلق به والدین او باشد، در اختیارش قرار دهید.

۱۸- هیچگونه سوء استفاده مالی، خدماتی، جنسی و غیره از بازماندگان و آسیب دیدگان ننموده و جلوی ایجاد زمینه برای بروز اینگونه سوء استفاده‌ها را نیز بگیرید.

اموری که باید توسط امدادگران حمایت روانی انجام گیرد:

- ۱- مراقب سلامتی جسمی و روانی خود باشید.
- ۲- سریعاً به وضع آسیب دیدگان موجود در صحنه رسیدگی نمایید.
- ۳- مکانی را به عنوان پایگاه حمایت روانی تعیین نمایید تا هر یک از بازماندگان و امدادگران، در هر زمان از شبانه روز امکان ارتباط با شما را داشته باشند.
- ۴- تلاش کنید تا در اولین فرصت ممکن، مدارس بازگشایی گردند، چون اینگونه اماکن یک ابزار بسیار مهم برای انجام وظایف حمایت روانی به‌شمار می‌روند.
- ۵- در مورد مشکلات و خطراتی که در شرایط بحرانی ممکن است برای جوامع پیش بیاید مانند اعتیاد، بیماری‌های مسری، ایدز، آسیب‌های اجتماعی و غیره آموزش‌های لازم را به بازماندگان ارائه نمایید.
- ۶- افراد و معتمدین محلی را شناسایی نموده، در راه انجام وظایف خود، مشارکت آنها را بطلبید. توجه داشته باشید انجام کارهایی که به وسیله افراد اجتماع آسیب دیده امکان پذیر باشد، چنانچه توسط امدادگران انجام پذیرد ممکن است خود باعث آسیب شود.
- ۷- در انجام عملیات امداد و نجات مشارکت کنید. این مشارکت و همکاری علاوه بر آنکه شناخت شما را از موقعیت و شرایط به‌وجود آمده بیشتر می‌نماید، براساس اصل هم‌افزایی (Synergism) باعث افزایش تصاعدی موفقیت شما در انجام وظایف تان نیز می‌گردد.
- ۸- صحنه حادثه را با استفاده از روش ایست (STOP) مدیریت روانی اجتماعی نمایید. مراحل روش STOP در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳- مراحل مدیریت روانی اجتماعی به روش ایست (STOP)

گام‌ها	مدیریت روانی	روش	معادل لاتین
اول	مدیریت صحنه حادثه، توقف چند لحظه‌ای و تأمل	ایست	Stop
دوم	تفکر در مورد شرایط به‌وجود آمده و ابعاد خسارات و تلفات آن	فکر کنید	Think
سوم	بررسی نحوه کاهش آسیب و عملیات و یافتن موارد خطرآفرین	مشاهده کنید	Observe
چهارم	برنامه‌ریزی جهت انجام عملیات لازم و مشخص نمودن وسایل مورد نیاز	برنامه‌ریزی کنید	Planning

۹- اصل را بر بازگشت داوطلبانه آسیب دیدگان به موطن و کاشانه خود قرار دهید و برای انجام این امر، زمینه‌های لازم را ایجاد نمایید.

۱۰- کلیه اقدامات خود را با دقت و ظرافت مستند نمایید. مستندسازی علاوه بر آنکه برای ارجاعات بعدی امدادگر مفید واقع می‌شود، چون فعالیت امدادگری حمایت روانی یک فعالیت جمعی است، قطعاً برای ادامه راه نیز مفید می‌باشد.

۱۱- در فعالیت حمایت روانی خود به تفاوت‌های جنسیتی توجه نمایید و در مواقع لزوم حتماً از امدادگران مرتبط با جنسیت آسیب دیده استفاده نمایید. عدم توجه به جنسیت که با نوعی سوگیری جنسیتی همراه است، کوری جنسیتی (Gender blindness) نامیده می‌شود. کوری جنسیتی عدم توانایی در درک نقش‌ها و مسئولیت‌های مختلف محوّل شده به تناسب جنسیت است.

۱۲- خود را معرفی نمایید.

۱۳- به صورت کلامی یا عملی به او نشان دهید که برای همدلی و کمک به او اشتیاق دارید. بعضی اوقات یک فشردن دست با رعایت موازین فرهنگی و شرعی یا قرار دادن دستی

- بر شانه یک آسیب دیده، می‌تواند به جای کلمات و جملات فراوان ایجاد ارتباط نموده و یا مصائب او را تسکین دهد.
- ۱۴- لازم نیست نقش بازی کنید. در ارتباط با بازماندگان و سخنان خود، صادق باشید چون عدم صداقت در ایجاد ارتباط، بار کجی است که هیچگاه به مقصد نمی‌رسد و در بسیاری از مواقع آشکار شدن رفتار یا سخنان غیر صادقانه ممکن است لطمه‌های غیرقابل جبرانی به بازماندگان وارد نماید.
- ۱۵- موقعیت فرد آسیب دیده را برایش شرح دهید و دقیقاً مشخص کنید که چه می‌خواهید انجام دهید.
- ۱۶- در ارتباط و سخنان خود، سعی کنید روحیه امیدواری را منتقل نمایید.
- ۱۷- محدودیت‌های شخصی و عمومی را مد نظر قرار داده و از دادن وعده‌های غیرقابل اجرا خودداری نمایید.
- ۱۸- با زبان ساده و به زبان او صحبت کنید و چنانچه متوجه صحبت شما نشد، توضیح بهتری بدهید.
- ۱۹- با علاقه و خوب گوش دهید و گاهی با حرکات چشم، زبان یا سر بدون آنکه جنبه تأیید مطلبی غیر صحیح را به خود بگیرد، این موضوع را به او نشان دهید.
- ۲۰- اجازه دهید در مورد حادثه سخن بگوید.
- ۲۱- صبور باشید چون فرآیند حمایت روانی، فرآیندی کند، عمیق و دیربازده است.
- ۲۲- مصاحبه با او را جدی گرفته و با هدف آن را ادامه دهید.
- ۲۳- نشان دهید تا بفهمد که سعی می‌کنید او را درک نمایید.
- ۲۴- اطلاعات دقیقی از بستگان حادثه دیده او به دست آورده و در اختیارش بگذارید و چنانچه قصد دادن خبر بدی را به او دارید، حتی‌الامکان در جمع و به‌ویژه گروه همدردان او مطرح گردد.
- ۲۵- آستانه تحریک پذیری او را در نظر داشته باشید.

حمایت‌های روانی اجتماعی (ویژه امدادگران) / ۳۷

- ۲۶- فقط در صورت تمایل او، در حریم شخصی و خصوصی او وارد شوید.
- ۲۷- با او بخندید نه به او.
- ۲۸- به باورهای دینی، ملی و محلی فرد آسیب دیده احترام بگذارید و از باورها و معنویات برای آرامش بخشیدن به او مدد بگیرید.
- ۲۹- مکان مناسبی را برای انجام اعمال و مراسم معنوی عمومی تدارک ببینید.
- ۳۰- با نگاه‌های مناسب و به جا با او ارتباط بصری برقرار نمایید.
- ۳۱- او را به شرکت در مراسم تشییع جنازه و سایر مراسم مذهبی از جمله نماز میت ترغیب نمایید.
- ۳۲- فرد آسیب دیده را در فعالیتهای اجتماعی، ورزشی و بازسازی شرکت دهید.
- ۳۳- حتی الامکان با شیوه‌های پیشگیرانه از وقوع اختلاف و درگیری در میان بازماندگان جلوگیری نمایید و در صورت وقوع درگیری، از ادامه بحث خودداری نمایید.
- ۳۴- امکانات بازی و سرگرمی را برای کودکان فراهم نمایید.
- ۳۵- استراحت، خواب و آرامش شبانه، موقعیت بسیار مناسبی است. بنابراین سعی نمایید افراد به این مهم ترغیب گردند.
- ۳۶- افراد را برای امکان یک انتقال و جابجایی سریع در صورت لزوم، توجیه و آماده نمایید.
- ۳۷- مواظب رویارویی آسیب دیدگان به آسیب‌های اجتماعی از جمله مواد مخدر، فعالیت‌های مشکوک و آزارهای جنسی باشید.
- ۳۸- در صورت شدید بودن علائم مشکل در افراد، آنها را به گروه تخصصی حمایت روانی معرفی نمایید.

نکات مهم در حمایت‌های اولیه روانی اجتماعی برای آسیب دیدگان بلایا

انجام اقدامات و رعایت اصول زیر می‌تواند پس از بروز بلایا در ایجاد آرامش، حفظ سلامت روان و کاهش استرس در آسیب دیدگان کمک کننده باشد.

۱- در انتقال مصدومین جسمانی به بیمارستان عجله نکنید. به غیر از موارد فوریت پزشکی که لازم است بیمار به بیمارستان‌های تخصصی انتقال داده شود در موارد دیگر باید فهمید علاوه بر مصدومیت جسمی چه چیزی آسیب دیده را رنج می‌دهد.

۲- با آسیب دیدگان، ارتباط صحیح و مؤثر برقرار کنید نباید با آسیب دیدگان مانند شیء برخورد کرد. باید برای ارتباط با آنها وقت گذاشت و ارتباط باید در حدی باشد که ایجاد وابستگی نکند. آنها را به خود وابسته نکنید.

۳- به افراد، اطلاعات صحیح بدهید و هرگز به آنها دروغ نگویید. هنگام وقوع حوادث اخبار ناگواری وجود دارد مثلاً از ما ممکن است پرسند آیا پدر من زنده است؟ آیا از پسر من خبری داری؟ گاهی فرد وسوسه می‌شود به خاطر آنکه طرف مقابل ناراحت نشود به او دروغ بگوید. این کار درست نیست. زیرا علاوه بر اینکه غیراخلاقی می‌باشد اعتماد مردم به ما و سایر نیروهای امدادی را کاهش می‌دهد و نگرانی عمومی را بالا می‌برد. در مواردی که از موضوعی اطلاع ندارید، بگویید: نمی‌دانم. اگر مرکزی وجود دارد که چنین اطلاعاتی دارد شخص را راهنمایی کنید. سعی کنید دقیقاً آنچه را می‌دانید منتقل کنید. وقتی خبر بدی دارید آن را به تدریج و حتی الامکان در جمع مطرح کنید. قراردادن شخص داغدار در جمع گروهی از افراد داغدار شبیه خودش تحمل درد را آسان تر می‌کند. روحانی تیم نیز می‌تواند با حمایت معنوی و اجرای مراسم دینی، رنج داغدیدی را در آسیب دیدگان کاهش دهد.

۴- عبارات کلیشه‌ای و تکراری مثل " غصه نخور، درست می‌شود و ... به کار نبرید".

۵- افراد را از دیدن جنازه عزیزانشان، محروم نکنید و در این خصوص ایشان را کمک و همراهی کنید. دیدن جنازه عزیزان می‌تواند موجب شود تا فرد داغدار واقعیت مرگ عزیزان خود را بهتر بپذیرد. اگر اطلاعاتی راجع به چگونگی فوت و علت مرگ عزیزشان دارید می‌توانید آن را با بازماندگان در میان گذارید. فقط در مواردی که

حمایت‌های روانی اجتماعی (ویژه امدادگران) ۳۹/

جنازه یا صحنه مرگ وحشتناک است. بخش آسیب دیده جنازه را محدود کرده، صحنه‌های مناسب را به آنها نشان دهید.

۶- افراد را به شرکت در مراسم تشییع جنازه عزیزانشان و مواردی همچون خواندن نماز میت، ترغیب کنید. اگر نماز میت گروهی و وسیع برگزار شود، اثر روانی مثبت‌تری خواهد داشت.

۷- استراحت شبانه ضروری است. با ایجاد محیط آرام، آسیب دیدگان را به استراحت ترغیب کنید. مردم را تشویق کنید سر و صدای شبانه را کم کنند.

۸- برای آرامش بخشیدن به افراد، از باورهای دینی آنها کمک بگیرید. ولی اگر به علت تحریک پذیری واکنش نامناسبی از خود نشان دادند وارد بحث‌های فلسفی با آنها نشوید.

۹- مانع ابراز احساسات افراد نشوید. تخلیه احساسات آنها را راحت تر خواهد کرد. بگذارید افراد گریه و زاری و شیون کنند. به آنها نگویند «گریه نکن»؛ تخلیه احساسات، آنها را راحت تر خواهد کرد. در ابراز احساسات افراد به آنها کمک کنید و بگذارید بر اساس فرهنگ و رسوم خود، سوگواری و تخلیه روانی کنند.

۱۰- افراد را به شرکت در مراسم تشییع جنازه عزیزانشان و مواردی همچون خواندن نماز میت، ترغیب کنید. اگر نماز میت گروهی و وسیع برگزار شود اثر روانی مثبت‌تری خواهد داشت.

۱۱- افراد را به اجبار از محل سکونت‌شان دور نکنید، ولی در صورتی که خطراتی در مورد ادامه اقامت آنها وجود دارد به‌طور جدی گوشزد کنید و سعی نمایید در موارد ضروری از طریق افراد محلی آنها را قانع کنید.

۱۲- مانع تجمع داغدیدگان نشوید. عزاداری گروهی به آرامش روانی آسیب دیدگان کمک می‌کند. از طرف دیگر در صورتی که افراد به دلایل شرعی و غیره مایل به سکونت زیر یک سقف نیستند به آنها حق بدهید و با آنها همکاری کنید.

۱۳- آسیب دیدگان را به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، ورزشی، فرهنگی و بازسازی ترغیب کنید. به خصوص سعی کنید افراد منزوی را در کارهای اردوگاه یا محلی که در آن به صورت موقت زندگی می‌کنند، شرکت دهید اما راهنمایی در این مورد نباید به صورتی باشد که افراد حس کنند به زور وادار به انجام کار شده‌اند. تا مجبور نشده‌اید نباید بجای آنها تصمیم بگیرید. در صورت وقوع درگیری، جلوگیری از دعوا و جرّوبحث و جدا نمودن افراد آسیب دیده مفید است. در موارد ضروری از افراد با نفوذ محلی کمک بگیرید و به کمک آنها از طرفین دعوا بخواهید، به جای دعوا برنامه‌ریزی مشترک برای حل مشکل داشته باشند.

۱۴- در صورتی که متوجه شوید فردی به علت فشار روانی به مواد مخدر پناه آورده او را از این کار منع نموده و به تیم حمایت روانی اجتماعی معرفی کنید.

۱۵- در صورتی که علائم اختلالات روانی را در افراد مشاهده کردید در حدی که امکان دارد باعث آسیب به خود یا دیگران شوند یا تحمل رنج برایشان دشوار شده باشد یا نتواند اعمال روزمره طبیعی را انجام دهند، حتماً باید آسیب دیده را به تیم حمایت روانی اجتماعی معرفی کنید ولی صراحتاً عنوان نکنید که او روانی شده است. مردم از اینکه برچسب بیماری روانی روی آنها بخورد راضی نیستند. می‌توانید از اصطلاحات «اعصاب تحت فشار است» و یا اینکه «ناراحتی عصبی پیدا کرده‌ای» استفاده کنید.

۱۶- کودکان را از والدین جدا نکنید.

۱۷- در صورتی که اشیاء یا لباسی از پدر و مادری که فوت کرده‌اند باقی مانده است آن را در اختیار فرزندش قرار دهید.

۱۸- حتی الامکان از تغییر مکان مداوم کودک خودداری کنید.

۱۹- به نیازهای تغذیه‌ای و بهداشتی کودکان در تمام سنین توجه کنید.

۲۰- امکانات بازی و سرگرمی برای کودکان فراهم کنید.

۲۱- سعی کنید کودکان را با لطفه‌های جالب بخندانید.

حمایت‌های روانی اجتماعی (ویژه امدادگران) / ۴۱

اگر به عنوان رابطین بهداشتی یا امدادگران با کسانی که تعدادی از بستگان خود را از دست داده‌اند روبرو شدید چیزهایی که باید به آنها توجه کنید و کمک‌هایی که می‌توانید بکنید، به شرح زیر هستند:

۱. دیدن جنازه متوفی می‌تواند به فرد کمک کند تا مرگ عزیزش را بپذیرد و از مرحله اول فرایند سوگ بگذرد.

۲. سعی کنید این افراد را تشویق به صحبت کنید.

۳. از گفتن عباراتی مانند "می‌فهمم چه احساسی داری" یا "همه چیز درست می‌شود" خودداری کنید.

۴. مانع گریه کردن شخص داغدار نشوید.

۵. توصیه کنید اگر شیء یا لباسی از متوفی وجود دارد در اختیار او قرار دهند.

۶. متذکر شوید؛ جمع کردن و پنهان کردن وسایل شخصی عزیز از دست رفته کمکی به فرد داغدیده نمی‌کند.

۷. قولی ندهید که نتوانید به آن عمل کنید.

۸. از بیان جملات کلیشه‌ای مانند "می‌توانست بدتر از اینها باشد" یا "زمان همه دردها را درمان می‌کند"، خودداری کنید. می‌توانید بگویید "سعی می‌کنم بفهمم چه کشیده‌ای".

۹. به خصوص در مورد کودکان مرگ عزیزانشان را معادل با خواب یا سفر تعبیر نکنید.

۱۰. اگر به افرادی برخوردید که با گذشت دو ماه از درگذشت عزیزانشان هنوز مثل روزهای اول عزاداری می‌کنند یا دارای علائم اختلالات روانی شدید شده آنها را به تیم حمایت روانی اجتماعی هدایت کنید.

فرسودگی شغلی در امدادگران

با توجه به اینکه در شرایط بحرانی و استرس‌زا، علاوه بر این که بازماندگان و آسیب دیدگان دچار مشکلات روان شناختی می‌شوند، کسانی هم که به عنوان امدادگر و یاری رسان

در محل حضور دارند چنانچه اصولی را رعایت نکنند ممکن است دچار فرسودگی شغلی شوند و بدنبال آن مشکلات روانی اجتماعی برای آنان به وجود آید.

امدادگران از جمله گروه‌هایی هستند که از نخستین لحظات بروز یک سانحه یا فاجعه در موقعیت مربوطه حاضر شده و به وظایف امدادی می‌پردازند. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که امدادگری به سبب ترکیبی از عوامل در هنگام بحران، از فعالیت‌های پراسترس و فشارزا است (نجاریان و براتی سده، ۱۳۷۹). امدادگران ممکن است در موقعیت‌های فاجعه‌زده، دچار علائمی از قبیل تحریک پذیری، خستگی و تحلیل جدی توانایی‌های شغلی و نیز کاهش توانمندی‌های سازگاری، مقابله و احتمالاً دچار فرسودگی و تحلیل رفتگی شغلی شوند (براتی سده، ۱۳۸۸). شدت تنش‌ها و استرس‌های امدادگران گاه تا حدی حاد و بحرانی می‌شود که به تشخیص‌های رسمی اختلالات روانی از جمله اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب و افسردگی می‌انجامد (اهرنرایک و مک کواید، ۲۰۰۱).

عواملی که به بروز تنش و فشار در امدادگران می‌انجامد، بخشی مربوط به ویژگی‌ها و خصوصیات شخصیتی افراد، بخشی مربوط به موقعیت فاجعه و بخشی نیز مربوط به شرایط محیط کاری و شغل امدادگری هستند. ترکیبی از عوامل فوق موجب می‌شود تا امدادگران تحت تأثیر سانحه و فاجعه قرار بگیرند (نجاریان و براتی سده، ۱۳۷۹).

ابتدا عقیده بر این بود که امدادگران به سبب آموزش‌ها و مهارت‌های ویژه‌ای که دارا هستند از یک سو و به علت تجهیزات و ابزار و امکانات مادی کمتر تحت تأثیر پیامدهای فاجعه قرار می‌گیرند. اما بررسی‌های بعدی و به ویژه تحقیقاتی که از دهه ۱۹۸۰ آغاز شد، بیانگر مشکلات عدیده در امدادگرانی بود که جهت عملیات کمک‌رسانی و امداد و نجات در موقعیت‌های مختلف سانحه دیده حضور می‌یابند (فردریک، ۱۹۸۱). امدادگران ممکن است در اثر فعالیت‌های امدادی در موقعیت‌های فاجعه زده دچار علائمی از قبیل تحریک‌پذیری، خستگی و تحلیل جدی توانایی‌های شغلی و نیز کاهش توانمندی‌های سازگاری و مقابله بشوند (رافائل، ۱۹۸۶). امدادگران احتمالاً دچار فرسودگی و تحلیل رفتگی شغلی می‌شوند. انگار [مشخص مانند شرایط ذهنی (شناختی) و رفتاری در امدادگران، در

حمایت‌های روانی اجتماعی (ویژه امدادگران) / ۴۳

نهایت به تحلیل رفتگی در اغلب آنها منجر می‌شود. اغلب امدادگران در موقعیت فاجعه بیش فعال و پرکار خواهند شد و بیش از حد در فاجعه درگیر می‌شوند. به دلیل اینکه امدادگران معتقدند تنها کسانی هستند که می‌توانند موقعیت را اداره کنند و یا به قربانیان بهترین کمک‌ها را ارائه دهند، ممکن است بدون وقفه و حتی در زمان استراحت کار کنند و هیچ گونه وانهادن کار را حتی برای استراحتی کوتاه نپذیرند. این الگوی رفتاری نشانگان یا سندرم ضد فاجعه (Counter-disaster syndrome) نامیده می‌شود و توسط بسیاری از امدادگران فاجعه‌های مختلف توصیف شده است. این حالت ممکن است به حدی شدید، ناسودمند و مخرب شود که حتی به ضد خود تبدیل شود (پاتون، ۱۹۸۹).

در مراحل اولیه ارائه خدمات در بلایا، حمایت‌های روانی اجتماعی از امدادگران یکی از اولویت‌های اساسی است. این ضرورت سبب شده است تا برای حمایت‌های روان شناختی از امدادگران، فنون و روش‌های مختلفی ابداع شود. روش‌های حمایت از امدادگران را در یک طبقه‌بندی کلی به دو گروه روش‌های در صحنه (میدان عملیات) و روش‌های برون از صحنه تقسیم می‌کنند. از عمده‌ترین روش‌های فوق می‌توان به اجرای گروهی یا فردی تکنیک بازگویی روان شناختی، روش‌های آرامش عضلانی و ذهنی، تکنیک آرام سازی و توزیع فشار، تکنیک فرودآیی، شیوه‌های شناخت درمانی، حل مساله، روش‌های تمرکز بر هیجان‌ات و عواطف و غیره اشاره کرد. اجرای هر یک از این فنون با توجه به ماهیت حادثه روی داده و ویژگی‌های دیگر، سبب کاستن از سطح تنش و اضطراب و فشار در امدادگران شده و آنها را برای انجام وظایف خویش یاری می‌رساند (اهر نرایک و مک کواید، ۲۰۰۱، براتی سده، ۱۳۸۸).

علائم هشدار دهنده فرسودگی شغلی در امدادگران

امدادگران حمایت روانی نیز همانند سایر مردم در زندگی خود دارای مشکلات خاصی می‌باشند لذا در صورت آنکه در فرآیند انجام وظیفه خود به‌عنوان امدادگر حمایت روانی، فرصتی برای رسیدگی به امور شخصی و خانوادگی خود نداشته باشند، نگرانی‌ها و دل‌مشغولی‌های آنها باعث لطمه زدن به نحوه انجام وظایف‌شان می‌گردد (شبکه اجتماعی

تیبان، ۱۳۹۲، آنجی و همکاران، ۱۳۸۴). نوع کار امدادگران حمایت روانی نسبت به سایر امدادگران (بدون ارزشگذاری) از حساسیت، اهمیت و تنش بیشتری برخوردار است و در اندک زمانی ممکن است آنها را به فرسودگی روانی گرفتار نماید که در نتیجه باعث کاهش کیفیت عملکرد آنها نیز خواهد گردید لذا نیاز به دقت و توانمندی‌های خاص دارد. در جریان انجام وظیفه به عنوان رابط بهداشتی یا ارائه خدمات داوطلبانه امدادگری، کار امدادگران فشارهای زیادی ممکن است متحمل شوند اگر قادر نباشند به‌طور موثری کار کنند نمی‌توانند به کسی کمک یا یاری برسانند. علائم هشدار دهنده فرسودگی شغلی در امدادگران به شرح زیر هستند:

- خستگی مفرط
- کاهش اعتماد به نفس
- از دست دادن روحیه
- بدبینی و بی‌اعتمادی به دیگران و همکاران
- کاهش پیشرونده میزان کارایی و ناکارآمدی
- خود مقصرپنداری
- تندخویی، بد اخلاقی و سخنان نیشدار
- احساس عدم قدردانی و یا حتی خیانت از سوی سازمان متبوع
- رفتار قهرمان‌گرایانه ولی در عین حال بی‌مهابا، درگیر شدن بیش از حد در کارها و رفتارهای قهرمانانه
- غفلت از سلامت خویش و نیازهای فیزیکی
- رفتار ضد اجتماعی
- اشکال در تمرکز روی یک موضوع، عدم توانایی تصمیم‌گیری و قضاوت صحیح
- اختلال در خواب و احساس عدم نیاز به خواب
- علائم بدنی مثل سردرد یا ناراحتی معده و مشکلات گوارشی
- مشکل در اشتها و تغذیه
- شروع مصرف یا زیاده روی در مصرف سیگار، مواد کافئین دار و سایر مواد

- باورهای خود بزرگ بینانه و بزرگ منشانه در مورد توانایی‌ها و اهمیت خود که با رفتارهای قهرمان گرایانه ولی در عین حال بی مهابا، درگیر شدن بیش از حد در کارها و ظاهراً با نیت علاقه به دیگران همراه می‌گردد (علیزادگان و همکاران، ۱۳۹۱).

براتی سده (۱۳۸۸) گزارش داد که بین نمره فرسودگی امدادگرانی که در زلزله بم ارائه خدمت کرده‌اند با مدت حضور آنها در بم همبستگی معنی‌داری وجود دارد. بین میانگین نمرات علائم گروه امدادگران شرکت کننده در عملیات زلزله بم در مقایسه با امدادگران غیرفعال در عملیات زلزله بم تفاوت معنی‌داری وجود دارد و علائم فرسودگی بالاتری در امدادگران ارائه دهنده خدمات در زلزله بم وجود دارد.

برای بررسی وضعیت روانشناختی امدادگران می‌توان از پرسشنامه فرسودگی در امدادگران (Relief Worker Burn Out Questionnaire) استفاده نمود. پرسشنامه فرسودگی در امدادگران توسط اهرنرایک و مک کواید (۲۰۰۱) ساخته شده است، دارای ۱۳ سوال است و بر روی مقیاس هرگز (۰)، گاهیگاهی (کمتر از یکبار در هفته) (۱)، اغلب تا حدودی (یک یا دو بار در یک هفته) (۲)، غالباً (سه یا چهار بار در یک هفته) (۳) و تقریباً همیشه (تقریباً هر روز) (۴) نمره گذاری می‌شود. پس از محاسبه نمرات، نمره کل نشان‌دهنده شدت علائم در فرد می‌باشد. علائم موجود در پرسشنامه را می‌توان در چند مقوله اساسی طبقه‌بندی کرد که عبارتند از موارد زیر:

- ۱- علائم مربوط به جنبه‌های جسمانی
- ۲- علائم مربوط به جنبه‌های اجتماعی و ارتباطی
- ۳- علائم مربوط به جنبه‌های شناختی
- ۴- علائم مربوط به عملکرد و کارایی در کار امدادگرانی
- ۵- علائم مربوط به مقابله (به ویژه مقابله‌های منفی)
- ۶- علائم عاطفی (مربوط به جنبه‌های هیجانی)
- ۷- نگرش نسبت به شغل

پرسشنامه فرسودگی در امدادگران در صفحات بعد آمده است.

پرسشنامه فرسودگی در امدادگران (Relief Worker Burn Out Questionnaire)

دستورالعمل: هر یک از عبارات زیر را بر حسب اینکه چه میزان علامتی در یک ماه گذشته در شما واقعاً وجود داشته است، درجه بندی کنید.

شماره	سوال	هرگز	گاهگاهی (کمتر از یکبار در هفته)	اغلب تا حدودی (یک یا دو بار در یک هفته)	غالباً (سه یا چهار بار در یک هفته)	تقریباً همیشه (تقریباً هر روز)
۱	آیا به آسانی خسته می‌شوید (حتی زمانی که به حد کافی خوابیده اید؟).	۰	۱	۲	۳	۴
۲	آیا مزاحمت دیگران باعث تحریک پذیری و عصبانیت شما می‌شود؟	۰	۱	۲	۳	۴
۳	آیا احساس بدگمانی، خرده گیری و سرخوردگی به شما دست داده است؟	۰	۱	۲	۳	۴
۴	آیا بیش از حد معمول گریه می‌کنید (تحت تاثیر غم و غصه‌ای هستید که نتوانید در باره آن صحبت کنید؟).	۰	۱	۲	۳	۴
۵	آیا دچار حواس‌پرتی و فراموشکاری شده اید (مثلاً زمان ملاقات‌ها و یا محل گذاشتن اشیای خود را فراموش می‌کنید؟).	۰	۱	۲	۳	۴
۶	آیا دوست دارید تنها باشید و از دوستان و نزدیکان خود دوری کنید (آیا دوستان و اعضای خانواده و فامیل خود را کمتر از گذشته می‌بینید؟).	۰	۱	۲	۳	۴

حمایت‌های روانی اجتماعی (ویژه امدادگران) / ۴۷

شماره	سوال	هرگز	گاهگاهی (کمتر از یکبار در هفته)	اغلب تا حدودی (یک یا دو بار در یک هفته)	غالباً (سه یا چهار بار در یک هفته)	تقریباً همیشه (تقریباً هر روز)
۷	آیا انجام کارهای روزمره برایتان مثل انجام یک فعالیت بزرگ شده است؟	۰	۱	۲	۳	۴
۸	آیا دچار دردهای جسمی و بدنی مثل درد، در ناحیه شکم و معده، سردرد یا دردهای عمومی دیگر هستید؟	۰	۱	۲	۳	۴
۹	آیا زمانی که دست از کارهای روزانه می‌کشید احساس گیجی و منگی دارید؟	۰	۱	۲	۳	۴
۱۰	آیا علاقه تان نسبت به فعالیت‌هایی که قبلاً برایتان لذت بخش بوده، کم نشده است؟	۰	۱	۲	۳	۴
۱۱	آیا احساس منفی، بی‌هووده یا ناراحت کننده‌ای در باره شغل خود پیدا نکرده اید؟ (آیا اشتیاق به کارتان نسبت به قبل کمتر نشده است؟)	۰	۱	۲	۳	۴
۱۲	آیا کارایی تان نسبت به آنچه که باید می‌داشتید، کمتر نشده است؟	۰	۱	۲	۳	۴
۱۳	آیا برای سازگاری با کار خود و انجام آن، پیش آمده که زیاد غذا بخورید، زیاد سیگار بکشید یا دارو مصرف کنید؟	۰	۱	۲	۳	۴
	نمره کل (نمره‌ها را برای					

شماره	سوال	هرگز	گاهگاهی (کمتر از یکبار در هفته)	اغلب تا حدودی (یک یا دو بار در یک هفته)	غالباً (سه یا چهار بار در یک هفته)	تقریباً همیشه (تقریباً هر روز)
	سوال‌های ۱-۱۳ جمع کنید.					

توصیه‌هایی در زمینه پیشگیری از فرسودگی شغلی در امدادگران

در زمینه پیشگیری از فرسودگی شغلی در امدادگران توصیه‌های زیر ارائه می‌گردد:

- برنامه‌ریزی و آماده‌سازی دقیق جهت ارائه خدمات به آسیب دیدگان
- اکتفا نمودن به مواردی که می‌توان از عهده آن برآمد.
- کنترل افکار و عواطف
- تمرکز بر روی کار
- گفتگو با دیگران
- استراحت منظم
- مصرف غذای سالم و ورزش
- تمجید از خود به دلیل کسب موفقیت‌های کوچک و در عین حال توجه به فروتنی
- تعیین و مشخص نمودن مسئولیت‌ها به صورت روشن و واضح
- حمایت و پشتیبانی کردن از یکدیگر
- برگزاری جلسات منظم گروهی
- انجام وظایف به شکل چرخشی
- منظم نمودن ساعات استراحت و مرخصی منظم
- کسب مهارت‌های جدید در خصوص موضوع

شیوه‌های ایجاد یک محیط حمایت‌گر برای توجه به نیازهای روانشناختی امدادگران

ایجاد یک محیط حمایت‌گر برای توجه به نیازهای روانشناختی امدادگران به روش‌های

زیر صورت می‌گیرد:

- فراهم شدن امکان برخورداری از راهنمایی و حمایت مدیران و هم‌تایان به صورت روزمره
- فرهنگ سازی در جهت امکان صحبت در باره مشکلات و در میان گذاشتن مسائل
- تشکیل جلسات منظم و ایجاد احساس تعلق به گروه در افراد
- احترام به اصل رازداری برای ایجاد احساس امنیت در افراد برای مطرح کردن مشکلات و استرس‌های خود
- به اشتراک گذاشتن تجارب کاری برای تقویت گروه و پیشگیری از مشکلات روانشناختی، ایجاد فرصت برای افراد و تشویق افراد برای صحبت کردن در مورد واکنش‌های روانی و متعاقب آن تضمین کیفیت و تاثیر خدمات ارائه شده نیز سلامت خود آنها
- منتقل نکردن کناره‌گیری افراد از درگیری عاطفی سوگ به خود، مهربان و مسئول بودن نسبت به بازماندگان ولی در عین حال حفظ کردن فاصله از آنها
- پرهیز از توقعات کمال‌گرایانه و بیش از حد در باره خود و دیگران زیرا این توقعات موجب احساس فرسودگی می‌شوند (علیزادگان و همکاران، ۱۳۹۱).

روش‌های خودیاری برای امدادگران

روش‌های خودیاری برای امدادگران به شرح زیر هستند:

- ۱- به یاد داشته باشید که واکنش‌های شما طبیعی و غیر قابل اجتناب هستند.
- ۲- لازم نیست خود را به جای افراد آسیب دیده بگذارید فقط با آنها همدلی کنید.
- ۳- نسبت به تنش درونی خود آگاه باشید و آگاهانه سعی در کسب آرامش داشته باشید. فراگیری مهارت کنترل و اداره استرس مانند روش خود آرام سازی که به شما کمک می‌کند تا آرامش خود را به هنگام استرس دوباره به دست بیاورید.

- ۴- با کسی که با وی احساس راحتی می‌کنید صحبت کنید، برای وی توضیح دهید که در خلال لحظات بحرانی به چه می‌اندیشیده‌اید و یا چه احساسی داشته‌اید. جلسات بازگویی روانشناختی و گفتگوهای ساده و غیررسمی راجع به بلا یا با همکاران می‌تواند مفید باشد.
- ۵- در تمرین گروهی با افراد همتای خود برای بحث در باره روش‌های انطباقی و یافتن بهترین روش‌ها شرکت کنید.
- ۶- از نقاشی، موسیقی و ورزش برای آرامش خود استفاده کنید.
- ۷- در صورت اشکال در پرداختن و تمرکز بر فعالیت‌های خاص و دشوار، به فعالیت‌های عادی و روزمره پردازید.
- ۸- اگر دچار اشکال در خواب شده‌اید و یا شدیداً احساس اضطراب دارید، با فردی مورد اعتماد صحبت کنید. از داروهای خواب‌آور، آرامبخش و یا سایر داروها و موارد استفاده نکنید. با تجویز پزشک دارو مصرف کنید.
- ۹- زمان‌هایی را به فعالیت‌هایی اختصاص دهید که از آنها لذت می‌برید؛ برای مثال گوش دادن به موسیقی، کتاب خواندن، پیاده روی، بازی با کودکان و تماس گرفتن با دوستان.
- ۱۰- در صورت امکان هر روز با خانواده خود تماس بگیرید.
- ۱۱- از توقعات کمال‌گرایانه و بیش از حد در باره خود و دیگران پرهیز کنید.
- ۱۲- در صورت دشواری در انجام وظایف محوله به شما، از همکاران مسئول درخواست کنید تا یک بازنگری در آنها انجام دهند.
- ۱۳- صحبت کردن با همتایان و رهبر گروه مسئول مربوط در باره اینکه وقایع استرس‌زا و فشارهای موجود فعلی چگونه شما را متاثر می‌سازند تا آنها از وضعیت شما آگاه باشند.
- ۱۴- از خود درمانی پرهیز کنید.
- ۱۵- بر خود سخت‌گیرید.
- ۱۶- سرعت تنفس خود را کنترل کرده و عضلات تان را منبسط کنید.

حمایت‌های روانی اجتماعی (ویژه امدادگران) / ۵۱

- ۱۷- تغذیه‌ای مناسب و منظم داشته باشید و از سیگار کشیدن پرهیز کنید. برای کاهش فشارها ورزش کنید. استراحت و خواب کافی و تغذیه مناسب ضروری است.
- ۱۸- در صورت برطرف نشدن واکنش‌های شما بعد از چند هفته، از افراد متخصص کمک بخواهید (مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۱۳۹۲، علیزادگان و همکاران، ۱۳۹۱).

خدمات درمانی برای امدادگران

امدادگران حمایت روانی نیز همانند سایر مردم در زندگی خود دارای مشکلات خاصی می‌باشند لذا در صورت آنکه در فرآیند انجام وظیفه خود به‌عنوان امدادگر حمایت روانی، فرصتی برای رسیدگی به امور شخصی و خانوادگی خود نداشته باشند، نگرانی‌ها و دل‌مشغولی‌های آنها باعث لطمه زدن به نحوه انجام وظایف‌شان می‌گردد (شبکه اجتماعی تبیان، ۱۳۹۲، آنجی و همکاران، ۱۳۸۴).

ارائه خدمات در سوانح سطح بالایی از فشار روانی و تنش را در امدادگران ایجاد می‌کند. بنابراین به منظور حمایت از امدادگران و کاستن از این فشارها و تنیدگی‌ها و پیشگیری از تبدیل آنها به مشکلات شدیدتر روانشناختی لازم است تا خدمات حمایتی روانی خاصی به امدادگران ارائه شده و مداخله‌هایی صورت گیرد (براتی سده، ۱۳۸۸).

امدادگران حمایت روانی در محل حادثه دیده و در طی دوران مأموریت خود، باید مورد نظارت دقیق مسئول گروه تخصصی حمایت روانی قرار گرفته و با استفاده از شیوه‌هایی مانند بازگویی روانشناختی و ایجاد شرایط استراحت، خواب و تغذیه مناسب و کافی، مساعدت لازم در کنترل و مدیریت استرس آنها به‌عمل آید. همچنین با عنایت به همین دلایل و دلایل ذیل، طول زمان مأموریت آنها نباید طولانی بوده و به‌ویژه در شرایط حاد محل مأموریت امدادگران حمایت روانی باید به‌صورت دوره‌های حداکثر سه ماهه تعویض گردد:

کار طولانی مدت، مداوم و شبانه روزی که از ویژگی‌های خدمتی امدادگران (به‌ویژه امدادگران حمایت روانی) در هنگام حادثه می‌باشد، عملاً باعث خستگی مفرط، کاهش

تمرکز و استهلاک توان خدمتی آنها می‌گردد. فعالیت امدادگران حمایت روانی بیش از سایر امدادگران استرس‌زا است زیرا هم شاهد رنج ظاهری و آنی بازماندگان هستند و هم شاهد رنج درونی و آتی آنها. لذا به دلیل مداومت با حوادث و صحنه‌های استرس‌زا ممکن است برای آنها نیز مشکلات روانی به وجود بیاید. تغذیه و خواب امدادگران به دلیل نوع خدمت‌شان، از نظم و کیفیت کافی برخوردار نیست لذا در صورت آنکه نتوانند به این امور رسیدگی کافی نمایند، باعث کاهش تمرکز و توان مقابله با استرس در آنها می‌گردد. برخی از انواع خدمات درمانی برای بازماندگان و امدادگران به شرح زیر هستند:

آرمیدگی عضلانی

آرمیدگی عضلانی تنفسی (Defusing)، روشی عضلانی و تنفسی است.

بازگویی روان‌شناختی

بازگویی روان‌شناختی، روان‌درمانی نیست بلکه یک نوع غربالگری است. در این روش، چند روز بعد از حادثه، جلسه‌ای تشکیل شده و فرد آسیب‌دیده را ترغیب به بازگویی حادثه می‌کنند. از آنها در این جلسه سئوالاتی پرسیده می‌شود نظیر اینکه "چه اتفاقی افتاده؟ چه شنیده‌ای؟ چه دیده‌ای؟"، "چه فکری به ذهن شما خطور کرد؟"، "چه احساس یا واکنشی داشتید؟"، "الان و در این محل چه می‌کنید؟"، "به کمک یکدیگر چه کار می‌توانیم انجام دهیم تا مشکل برطرف گردد؟". امدادگر حمایت روانی با استفاده از پاسخ‌هایی که مددجو ارائه می‌نماید، مسیر حل مشکلات روانی، عاطفی و اجتماعی (و حتی در مواردی مشکلات مادی) او را طی می‌نماید. این روش تا یک سال ادامه خواهد یافت. باید دقت نمود همه نوع بازماندگان با هر نوع مشکلی نباید در این جلسات شرکت نمایند.

روش بازگویی روان‌شناختی در حوادث و فشارهای روانی بغرنج (Critical Incident Stress Debriefing) (CISD) را برای امدادگران حمایت روانی باید ۲۴ ساعت پس از حادثه به کار بست و تا قبل از بازگشت آنها به محل زندگی خود، آن را به صورت دوره‌ای تکرار نمود. در این روش بهتر است اعضای جلسه کمتر از ۱۵ نفر بوده و به‌طور همزمان دو

حمایت‌های روانی اجتماعی (ویژه امدادگران) / ۵۳

امدادگر شرکت نمایند؛ اما هدایت اصلی جلسه با یکی از آن دو خواهد بود و دیگری ضمن مشاهده دقیق رفتار و سکنتات و گوش دادن به سخنان اعضای جلسه، چنانچه کسی جلسه را ترک کرد و لازم بود می‌تواند او را همراهی نماید. در این روش لازم نیست تمام اعضای جلسه صحبت نمایند اما هدایت‌گر جلسه باید همه را به صحبت کردن تشویق و ترغیب نماید. با ظرافت جلوی قضاوت و سرزنش افراد را در مورد دیگران بگیرد. جلسه را چنان کنترل نماید که همه بتوانند صحبت کنند و همه به صحبت یکدیگر گوش فرا دهند. هر عضو جلسه به جای خود باید صحبت کند نه به جای دیگران. اگر کسی دچار آشفتگی روانی شد، می‌تواند جلسه را ترک نماید اما باید سعی کند تا آخر جلسه باقی مانده بازگردد. در ابتدای جلسه باید به این موضوع اشاره کرده و از اعضای جلسه خواست که محتوای جلسه محرمانه مانده و در خارج از جلسه، بازگویی نگرند.

روش‌های مقابله با افکار مزاحم

افکار مزاحمی که معمولاً بعد از حوادث گریبانگیر بعضی از بازماندگان می‌گردد عبارتند از: هجوم مکرر خاطرات مربوط به حادثه در طول روز، دیدن خواب‌هایی با محتوای حادثه پیش آمده و یادآوری حادثه با دیدن هر چیزی که تداعی کننده آن حادثه باشد. دقت کنید که هدف فراموش نمودن افکار مزاحم نیست، چون علاوه بر آنکه خود یک عارضه روانی است، عملاً امکان چنین مطلبی نیست. بنابراین به جای سعی در فراموشی، باید سعی نمود که قدرت تسلط بر آنها را تقویت نمود تا آن خاطرات به صورت ارادی قابل یادآوری باشند. برای کنترل افکار و تصاویر مزاحم می‌توان اقدامات ذیل را انجام داد:

۱- رعایت نظم و بهداشت در خواب و خوابیدن به اندازه کافی

۲- اجرای روش‌های آرام‌سازی قبل از خواب

۳- تمرین روش فضای امن قبل از خواب

۴- یادآوری خاطره مورد نظر در طول روز و سعی در کنترل تصاویر مزاحم با استفاده از

روش‌های مربوطه

۵- نقاشی یا توصیف نوشتاری خاطره مزاحم

۶- بازسازی خاطرات و افکار مزاحم و تغییر پایان آن به صورت مثبت برای مرتفع و یا کنترل نمودن افکار مزاحم می‌توان روش‌های مربوطه را به صورت انفرادی و یا گروهی به کار برد. برای اقدام جمعی باید گروهی را همانند گروه بازگویی روان‌شناختی تشکیل داد. اعضای این گروه در جلسات مربوطه، اجباری به صحبت کردن ندارند، باید به یکدیگر احترام متقابل گذاشته و مطالبی که در جلسه مطرح می‌گردد به عنوان راز حفظ نمایند. گوش دادن خوب و فعال از ویژگی‌های دیگری است که اعضای گروه باید داشته باشند. نباید سعی کنند که در مورد دیگران قضاوت کنند و همواره سخنان خود را بگویند نه سخن دیگران را. تمسخر از آفات دیگر این نوع جلسات است که هدایتگر جلسه باید از آن جلوگیری نماید. در شروع جلسه، اعضاء یک به یک اشیاء، افراد، تصاویر، اصوات، موقعیت‌ها و غیره که باعث یادآوری خاطره مزاحم می‌گردد، بیان نموده و سیاهه آنرا تهیه می‌نمایند. این نخستین گام در راه تسلط بر خاطرات مزاحم است. یکی از روش‌های تسلط بر افکار مزاحم، روش "پرده ای" است. در این روش، چشم‌ها را بسته، و صحنه خاطره مزاحم در صفحه یک تلویزیون یا پرده سینما تصور می‌گردد. پس از تجسم این خاطره، به آرامی تلویزیون ذهنی خود را خاموش می‌نمایند. روش دیگر، جایگزین نمودن تدریجی تصاویر خاطرات مثبت به جای خاطرات مزاحم است (روش تصاویر مثبت جایگزین). روش دیگر برای تسلط بر افکار مزاحم، روشی است که به روش "توجه دوگانه (Dual attention)" معروف است. زمانی که به جای فکر مزاحم، صداهای مزاحم، فرد آسیب‌دیده را آزار دهد، مثلاً به صورت آزار دهنده، صدای جیغ زدن، خرد شدن شیشه‌ها، فرو ریختن دیوارها، صدای انفجار و یا صدای کمک خواستن را می‌شنود نیز می‌توان با روش "احیاء، تغییر و محو"، مشکل را مرتفع نمود. همچنین اگر بوهای آزار دهنده به مشام آسیب‌دیده برسد، می‌توان با استفاده از روش "بادکنک، محبوس نمودن و دور کردن"، آن را نیز از بین برد. برای انحراف ذهن از افکار مزاحم می‌توان از فعالیت‌های آرام

بخشی مانند گوش دادن به موسیقی ملایم، ورزش، مطالعه، بازی و تماشای برنامه های مناسب تلویزیون استفاده نمود.

روش‌های مقابله با اجتناب

اجتناب اگر ناآگاهانه، ناشناخته و غیرارادی باشد، خود یک عارضه روانی است؛ اما اجتناب صحیح، تلاشی است آگاهانه برای فکر نکردن و به‌خاطر نیابردن وقایع آزار دهنده. بعضی اوقات این اجتناب جنبه رفتاری پیدا می‌کند به این شکل که فرد آسیب‌دیده از رویارویی با عوامل یادآورنده حوادث ناگوار و یا از صحبت در آن مورد، اجتناب می‌کند. این روش هرچند در کوتاه مدت مفید بوده و سبب آرامش فرد می‌گردد اما در دراز مدت علاوه بر آنکه افکار مزاحم به صورت اولیه خود باقی می‌مانند عملاً باعث محدودیت رفتارها و فعالیت‌های فرد می‌گردد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد از روش "رویارویی و مواجهه تدریجی" استفاده گردد. در این روش، پس از تشکیل گروه، از آنها خواسته می‌شود که چشمانشان را ببندند. چند دقیقه را صرف تمرین آرامش کنند و سپس آنها ترغیب شوند تا فکر مزاحم خود را به یاد آورده و تصور نمایند. همزمان باید روی تنفس و آرامش تمرکز نمایند. پس از کمی استراحت و باز نمودن چشمانشان از آنها، نتیجه این تمرین را جویا شد.

روش‌های مقابله با برانگیختگی

برای مقابله با برانگیختگی، باید در وهله اول سعی نمود آسیب‌دیدگان در موقعیت‌هایی که باعث برانگیختگی می‌شوند، قرار نگرفته و یا با آن موقعیت‌ها فاصله بگیرند. در صورت خشم و عصبانیت می‌توان با استفاده از روش‌های زیر می‌توان، آن را کاهش داده و یا مرتفع نمود: خود آرام‌سازی، منحرف نمودن توجه، تمرین مکث، تغییر دادن محیط، تغییر دادن فیزیکی بدن، استفاده از شوخی و لطیفه گویی، درد دل کردن، خودگویی و نوشتن احساسات درونی.

پیشنهاد‌های عملی جهت توسعه و تقویت حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا

- ۱- باید موضوع اهمیت حمایت‌های روانی توسط مسئولین مربوطه مورد تأیید عملی قرار گرفته و به صورت یک فرهنگ برای مدیران بحران و تمامی امدادگران درآید و شرط اساسی این فرهنگ سازی، درهم آمیختن و یکپارچه سازی تمامی خدمات روانی اجتماعی با سایر حوزه‌های مرتبط با حوادث مانند بهداشت و درمان، آب و فاضلاب، سکنی دهی، برق، ارتباطات و غیره می‌باشد. باید تمامی اقدامات در چهار محور پیشگیری، آمادگی، مقابله و بازسازی با رویکرد حمایت‌های روانی باشد.
- ۲- به منظور افزایش سطح فرهنگ عمومی مردم در رابطه با حمایت‌های روانی و در نتیجه ایجاد آمادگی بیشتر در آنها، باید با انتشار بروشورها، نشریات و جزوات آموزشی و همچنین به فیلم‌های کوتاه در این زمینه اقدام نمود.
- ۳- فقدان سازمان حمایت‌های روانی در نهاد مردمی هلال احمر، عملاً باعث در حاشیه نگه داشتن این امر مهم می‌گردد. لذا ضرورت دارد تا واحد، افراد یا حداقل فرد خاصی به صورت انحصاری در رابطه با این موضوع فعالیت مستمر داشته باشد.
- ۴- فقدان نرم افزار و بانک اطلاعاتی به روز از امدادگران و متخصصان حمایت روانی در بسیاری از مواقع، امدادسانی را با وقفه مواجه می‌سازد. بنابراین ضرورت دارد تا نسبت به تهیه بانک اطلاعاتی از تمامی نیروهای امدادگر حمایت روانی و توانمندی‌های آنها، اقدام گردد.
- ۵- ضرورت دارد گروه‌های امدادگر حمایت روانی و گروه‌های تخصصی مربوطه تشکیل و سازماندهی گردند و در هنگام بروز حوادث، ضمن آنکه کلیه امدادگران با رویکرد و مباحث حمایت‌های روانی آشنا بوده و اقدامات و کمک‌های اولیه را در این زمینه انجام می‌دهند، باید در اولین فرصت ممکن یک گروه تخصصی حمایت روانی برای بررسی شرایط و نیازهای بازماندگان به منطقه حادثه دیده اعزام گردند. مواردی که باید در گزارش اولیه گروه اعزامی اعلام شود عبارتند از اطلاعات کلی درباره موقعیت،

حمایت‌های روانی اجتماعی (ویژه امدادگران) / ۵۷

وضعیت جمعیت بازمانده، نیازهای بهداشت روانی بازماندگان، که در NGO ساختارهای اجتماعی، سیاسی، مذهبی، اقتصادی و فرهنگی جامعه آسیب دیده، نهادها، گروه‌های زمینه حمایت‌های روانی در منطقه آسیب دیده فعالیت می‌نمایند و غیره. گروه حمایت روانی باید در پایان هر روز با یکدیگر جلسه هماهنگی و همفکری داشته باشند. در این جلسات علاوه بر تبادل اطلاعات کسب شده در مورد تقسیم کار و یادآوری اهداف مشخص و مشترک گروه، مشکلات خاص نیز مورد بررسی قرار گرفته است و از وضعیت روانی و عاطفی اعضای گروه نیز کسب اطلاع می‌گردد.

۶- باید دوره‌های آموزشی مربوط به حمایت روانی در سه سطح مقدماتی (برای کلیه امدادگران)، متوسطه (ویژه گروه‌های امدادگر حمایت روانی) و پیشرفته (ویژه گروه‌های تخصصی حمایت روانی) برگزار گردد تا علاوه بر توانمند شدن کلیه امدادگران، گروه‌های حمایت روانی نیز از اطلاعات لازم و به روز برخوردار باشند.

۷- وضعیت ریسک (خطرپذیری) جامعه در برابر بروز مشکلات روانی و عاطفی و نوع خطرات احتمالی آن باید توسط گروه‌های پژوهشی حمایت روانی مورد بررسی قرار بگیرد.

۸- ضرورت دارد قوانین و دستورالعمل‌های لازم برای انجام بهینه فعالیت حمایت روانی تدوین و تصویب گردیده و علمای دین نیز در جهت رفع شبهات و بیان موازین شرعی در خصوص حمایت روانی اقدام شایسته مبذول نمایند.

۹- همانطور که امدادگران گروه‌های امداد و نجات باید همواره جعبه کمک‌های اولیه درمانی را به همراه خود داشته باشند، گروه‌های امدادگر حمایت روانی نیز باید علاوه بر جعبه کمک‌های اولیه، لوازم و وسایل مورد نیاز برای اجرای وظایف خود را نیز به همراه داشته باشند. بعضی از اقلام جعبه کمک‌های اولیه حمایت روانی می‌تواند شامل موارد ذیل باشد:

- بعضی از آزمون‌های روانشناسی مانند آزمون افسردگی
- رایانه (لپ‌تاپ) همراه با قابلیت اتصال به اینترنت و چاپگر

- دستگاه کپی برداری
- تلفن برای کارکنان و مراجعان
- جداول شطرنجی، اوراق خط دار، اوراق سفید نقاشی و برگه‌های مربوط به گزارش

نویسی

- وایت برد و ماژیک
- خودکار و مداد و سایر لوازم التحریر مورد نیاز
- وسایل بازی و سرگرمی

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.
- احدپور ثمرین، عباس، شهرکی پور، حسن، محمدبیگی، علیرضا، احدپور ثمرین، یوسف، مرتضوی، سیدمصطفی (۱۳۹۲). مکان یابی بهینه پایگاه‌های اسکان موقت زلزله زدگان با رویکردی فازی (مطالعه موردی: شهر تبریز). امداد و نجات، سال پنجم، شماره ۲، ۷۸-۷۰.
- احدپور ثمرین، عباس، شهرکی پور، حسن، محمدبیگی، علیرضا، احدپور ثمرین، یوسف، مرتضوی، سیدمصطفی (۱۳۹۲). بررسی تاثیر آموزش امدادگران سازمان امداد و نجات جمعیت هلال احمر با تکنولوژی نوین در مقابله با بلایای طبیعی در شهر تهران از دیدگاه مدیران سازمان امداد و نجات. امداد و نجات، سال پنجم، شماره ۲، ۷۸-۷۰.
- 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، تراه، کارلسون، کارن (۱۳۸۹). بهداشت روانی زنان. مترجم ژینوس لطیفی، خدیجه ابوالمعالی و هایده صابری. تهران: انتشارات سالوان.
- براتی سده، فرید (۱۳۸۸). وضعیت فرسودگی امدادی در گروهی از امدادگران ارائه دهنده خدمات در مقایسه با امدادگران غیر فعال در زلزله بم. امداد و نجات، دوره اول، شماره ۳، ۷-۲.
- بوالهری، جعفر (۱۳۹۲). تغییر ساختار انستیتو روانپزشکی ایران/ ایجاد روانپزشکی جامعه نگر برای اولین بار. خبرگزاری مهر.
- بوالهری، جعفر، احمد خانیها، حمیدرضا، حاجبی، 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.
- بوالهروی، جعفر، چیمه، نرگس (۱۳۸۵). نیازهای بهداشت روانی در زلزله. انستیتو روانپزشکی تهران.
- بوالهروی، 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.
- 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. پورحیدری، غلامرضا، ذکریایی، لیلا، سپاسی مقدم، حسین، نجفی، مهدی (۱۳۸۸). ارزشیابی دوره "مدیریت بحران" ویژه مدیران و اعضای ستاد حوادث غیر مترقبه شهرستانهای استان تهران. امداد و نجات، دوره اول، شماره ۴، ۱۳-۵.
- ثقفی نیا، مسعود، دانیال زاده، زهرا، حائریان، علی اصغر (۱۳۸۸). تاثیر جزوه‌های آموزشی مقابله با اثرات سوانح طبیعی در افزایش آگاهی مردم. امداد و نجات، دوره اول، شماره ۲، ۲۲-۱۷.
- چاووشین، علیرضا، احمدی مقدم، مهدی (۱۳۸۲). راهکارهای ارزیابی سریع بهداشتی در بلایای طبیعی، اولین کنگره سراسری بهداشت، درمان و مدیریت بحران در حوادث غیر مترقبه. حسین زاده، مرتضی، احمدی، زهراسادات (۱۳۹۱). امکان سنجی تشکیل کانون‌های امداد محله‌ای در بندرعباس. امداد و نجات، سال چهارم، شماره ۱، ۲۸-۲۰.
- حمایت‌های روانی (۱۳۹۲). شبکه اجتماعی تیبان. net.tebyan.net/index.aspx?pid=156640&c...2/...
- دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه (۱۳۹۲). رویکرد نوروپسیکولوژیک جامعه‌نگر. 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، محبوبه (۱۳۸۳). بررسی نقش مذهب در بهداشت روانی و فرآیندهای روان درمانی، نقد و

حمایت‌های روانی اجتماعی (ویژه امدادگران) / ۶۱

نظر، سال نهم، شماره سوم و چهارم، ۱۲۱-۸۴ .

دادفر، محبوبه، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، پیرمادی، محمدرضا، عبادی زارع، سعید، کولیوند، پیر

حسین (۱۳۹۴). گروه درمانی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، دادفر، طیبه، بهرامی، فاضل، صادقی، لیلا، کولیوند، پیرحسین

(۱۳۹۴). اندیشه روان درمانی انسان گرایانه با آموزه های ادبی و عرفانی. تهران، انتشارات

میرماه.

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 میرماه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، کولیوند، پیرحسین

(۱۳۹۳). روانشناسی جامعه نگر. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان

شناختی تحلیلی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین، محمدیان، مهرداد، صادقی، لیلا (۱۳۹۴).

حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا (ویژه کودکان). تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین، اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۹۳). بهداشت روانی مهاجران و

پناهندگان. تهران: انتشارات میر ماه.

دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین، عبادی زارع، سعید (۱۳۹۴). حمایت‌های روانی اجتماعی در

بلایا (ویژه بزرگسالان). تهران: انتشارات میرماه.

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 آسیب دیدگان بلایای طبیعی.

دژ کام، محمود (۱۳۷۰). اختلال استرس پس از سانحه در زلزله زدگان شمال کشور. سمینار استرس، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.

دفتر منطقه‌ای یونیسف خاورمیانه و آفریقای شمالی (۱۹۹۵). کمک رسانی به کودکان آسیب دیده خردسال. عمان، اردن.

دهقان، فاطمه، کاظمیان، پرستو (۱۳۸۵). ارزیابی سانحه، حلقه مفقود ساختار مدیریت بحران. همایش سراسری راهکارهای ارتقاء مدیریت بحران در حوادث و سوانح غیر مترقبه.

دیگروف، آتل (بی تا). کتابچه راهنمای مدیریت بحران. دفتر منطقه‌ای یونیسف خاورمیانه و شمال افریقا- رونه استولند، مرکز روانشناسی بحران نروژ.

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.

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.

رضای فرانی، عباس، عمادی، سید کمال‌الدین، عاطف وحید، محمد کاظم (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.

رضای فرانی، عباس، کاظمی، هادی، کولیوند، پیر حسین، دادفر، محبوبه، بهرامی، فاضل

حمایت‌های روانی اجتماعی (ویژه امدادگران) / ۶۳

(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.

رهنورد، فرج‌الله، علمداری، شهرام، صادقی نیک پی، ناهید (۱۳۸۸). شناسایی عوامل مؤثر بر جذب و نگهداری گروه‌های مردمی داوطلب ارائه خدمات داوطلبانه در جمعیت هلال احمر. ۲، ۲، ۵۳-۳۹.

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 آسیب‌پذیری شهر در برابر زلزله - نمونه موردی: منطقه ۴ تهران. امداد و نجات، ۳، ۲، ساکی، اله کرم (۱۳۸۴). لزوم حمایت روانی از آسیب دیدگان زلزله و تشکیل تیم حمایت روانی از آسیب دیدگان در منطقه. نخستین همایش زلزله در درود - گذشته، حال، آینده.

سالکی ملکی، محمدعلی، ولی بیگی، مجتبی، قاسمی، معصومه (۱۳۹۲). کارایی فضایی شبکه ارتباطی به منظور امداد رسانی بعد از وقوع زلزله (مورد نمونه: شهرک باغمیشه تبریز). امداد و نجات، سال پنجم، شماره ۳، ۸۵-۷۰.

سمیعی، محمدجواد، صالحی، اسماعیل، مثنوی، محمدرضا (۱۳۹۲). انواع روشهای آموزش به نوجوانان در زمینه فرهنگ امداد و تعیین میزان اثربخشی آنها (مطالعه موردی: مدارس راهنمایی مشهد). فصلنامه نوآوری‌های آموزشی، شماره ۴۷، سال دوازدهم، ۸۱-۶۷.

شریفی سده، مهرباب (۱۳۸۸). ارزیابی سانحه (۲). امداد و نجات، دوره اول، شماره ۴، ۶۷-۶۱. شریفی سده، مهرباب (۱۳۸۸). ارزیابی سانحه (Disaster Assessment) (۱). امداد و نجات، دوره اول، شماره ۳، ۹۳-۸۳.

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، ۱۰۵-۹۹.

- شهرانی، فرزاد، مرتضوی، سیداحمد، اسدیان، غلامرضا، جعفرنژاد، فرزاد، آب جام، زهرا (۱۳۸۸). دیدگاه‌های کارکنان جمعیت هلال احمر استان چهارمحال و بختیاری در خصوص دوره‌های آموزشی ضمن خدمت در سال ۱۳۷۸. امداد و نجات، دوره ۱، شماره ۲، ۳۶-۳۰.
- 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.
- علمی زاده، هیوا، هدائی، علی اصغر (۱۳۸۸). مدیریت بحران در ارتباط با خطر گسلش و زمین لرزه (مطالعه موردی دشت سیلاخور). امداد و نجات، دوره اول، شماره ۴، ۱۳-۵.
- 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.
- 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.
- قنبری، ابوالفضل، سالکی ملکی، محمدعلی، قاسمی، معصومه (۱۳۹۲). مکان یابی بهینه پایگاه‌های اسکان موقت زلزله زدگان با رویکردی فازی (مطالعه موردی: شهر تبریز). امداد و نجات، سال پنجم، شماره ۲، ۶۹-۵۲.

حمایت‌های روانی اجتماعی (ویژه امدادگران) / ۶۵

کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین، بهرامی، فاضل، رضوانی فرانی، عباس، دادفر، محبوبه (۱۳۹۱).
درآمدی بر بهداشت روان سالمند از دیدگاه قرآن و حدیث. تهران: انتشارات میرماه.
کولیوند، پیرحسین، طیبه، محبوبه، 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 میر
ماه.

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.

کیانی، فریبا، سماواتیان، حسین، مهدیزاده، عفت سادات (۱۳۹۱). بررسی کارآمدی آموزش‌های
ایمنی بر آمادگی کارکنان در مقابله با شرایط استرس‌زا. امداد و نجات، سال چهارم، شماره
۱، ۲۹-۳۸.

مجموعه مقالات دومین کنفرانس بین‌المللی مدیریت جامع بحران در حوادث غیرمترقبه طبیعی.
محمدی یگانه، شاهین (۱۳۸۸). شیوه‌های دسترسی آسان به قربانیان سوانح و حوادث با هدف
تسریع عملیات امداد و نجات. امداد و نجات، دوره اول، شماره ۲، ۸۰-۶۶.

محمدی یگانه، شاهین، قمشی، راد (۱۳۸۳). تکنیک‌های اصلی نجات. تهران: انتشارات موسسه
آموزش عالی علمی-کاربردی هلال ایران.

محمدیان، مهرداد، دادفر، محبوبه، بوالهروی، جعفر، کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۸۴). غربالگری
اختلال‌های روانی در مهاجران افغان مقیم تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۸۴، سال
یازدهم، شماره ۲، ۲۷۷-۲۷۰.

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 یاری‌رسانی به دیگری (مبانی اخلاقی و حقوقی، مسئولیت افراد، چالش‌های موجود). امداد و نجات، دوره اول، شماره ۲، ۱۰۶-۸۱. موسوی، قاسم، مکارم، اصغر، خانکه، حمیدرضا، کریملو، مسعود (۱۳۸۸). بررسی آمادگی مراکز توانبخشی استان زنجان در برابر حوادث غیر مترقبه در سال ۱۳۸۸. امداد و نجات، دوره اول، شماره ۴، ۱۳-۵.

میرحقی، امیرحسین، ابراهیمی، لبراهیم، سارانی، حامد (۱۳۸۸). مطالعه موردی: بررسی عملکرد مدیریت بحران در سیلاب بمپور. امداد و نجات، دوره اول، شماره ۴، ۱۳-۵. میرزایی، جعفر، غلامرضا، کرمی (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: انتشارت مسیر. نجفی، مهدی، سپاسی مقدم، حسین، پورمحمد، آناهیتا (۱۳۸۸). امکان‌سنجی تشکیل کانونهای امدادی محلات در شهرهای بزرگ. دوره ۱، شماره ۲، ۲۹-۲۳. 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). راه‌اندازی اولین مرکز سلامت روان جامعه نگر در ایران: تجربه‌ی مراقبت

حمایت‌های روانی اجتماعی (ویژه امدادگران) / ۶۷

مشارکتی. اصول بهداشت روانی، سال پانزدهم، شماره ۱، پیاپی ۵۷، ۴۲۳-۴۱۹.
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. برنامه کشوری حمایت روانی اجتماعی در بلایای طبیعی.

هدائی، علی اصغر، فیضی، وحید، نوروزی، ربابه (۱۳۹۲). ارزیابی ریسک‌های بالقوه ناشی از زلزله در بافت‌های فرسوده مطالعه موردی: محله سنگلج شرقی واقع در منطقه ۱۲ تهران. امداد و نجات، ۳، ۵، ۱۷-۱.

یاسمی، محمد تقی و همکاران (۷۷-۱۳۷۶). گزارش پژوهش. شیوه‌های مناسب ارائه خدمات بهداشت روانی به آسیب دیدگان 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.
- DeWolfe, D., Helping children cope with a traumatic event. American Red Cross. Disaster Mental Health .nebraska.edu/curriculum/Mod1-psychological support draft.
- Du, Y. B., Lee, C. T., Christina, D., Belfer, M. L., Betancourt, T. S., O'Rourke, E. J., Palfrey, J. S. (2012). The living environment and children's fears following the Indonesian tsunami. *Disasters*, 36, 3, 495-513. Epub 2011 Nov 21.
- Dyregrov, A., & Perrin, S. (2004). Children and disaster manual for psychosocial professional. Center for crisis psychology, Oslo.
- 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 litterature*. Springfield, IL: Charles C. Thomas. Gordon, N. S., Farberow, N. L., & Maida, C.A. (1999). *Children and disaster*; Brunner/Mazel press.
- 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, & Sadock. S. (2002). *Human development through the life cycle*, Synopsis of Psychiatry, 9th edition.
- Khodakarami, R., Ebrahimi Moghadam, H., Babaraeisi, M., Biniaz, 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.
- 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.
- Nicolal, S., & Triplehorn, C. (2003). *The Role of Education in protecting childeren in disaster* . London: development institute.
- 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.
- 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.

حمایت‌های روانی اجتماعی (ویژه امدادگران) / ۶۹

- 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.
- 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 rescuers)



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. Farzad Ghazaiepour Abarghouei
MD, Iran University of Medical Sciences
Mental Health & Behavioral Sciences College

Marzieh Shirveis Zadeh
Student of Rescue and Disasters