

حمایتهای روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه

متن آموزشی مدیران بهداشتی

نویسندگان:

دکتر محمدتقی یاسمی

دکتر محمد فرج پور

دکتر شاهرخ سردارپور گودرزی

دکتر معصومه امین اسماعیلی

دکتر نیلوفر مهدوی هزاوه

دکتر شهرزاد علیزادگان

علی بهرام نژاد

دکتر جعفر بوالهری

بازبینی اول:

دکتر احمد حاجبی

علی بهرام نژاد

دکتر مهدیه وارث وزیریان

اداره سلامت روان

دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

معاونت سلامت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

زمستان ۸۸

فهرست مطالب:

اهداف آموزشی

مقدمه

فصل ۱- تعریف مفاهیم

فصل ۲- واکنشهای روانی در مراحل مختلف بلایا

فصل ۳- برخی واکنشهای روانی نامناسب در مدیران اجرایی

فصل ۴- آشنایی با علائم روانشناختی آسیب دیدگان ونحوه برخورد با آنها

فصل ۵- برنامه کشوری حمایتهای روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه

فصل ۶- مسائل روانشناختی مدیران در مدیریت بلایا

فصل ۷- تعامل مدیران با مردم

فصل ۸- پژوهش در بلایا و حوادث غیرمترقبه

فصل ۹- مدیریت سازمانی ستاد حمایت روانی- اجتماعی

منابع

اهداف آموزشی

- ❖ آشنایی با مفاهیم مربوط به بلایا و بهداشت روانی در بلایا
- ❖ آشنایی با برنامه کشوری حمایت‌های روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه
- ❖ آشنایی با واکنش‌های آسیب‌دیدگان پس از وقوع بلایا
- ❖ افزایش توانمندسازی مدیران اجرایی در بلایا به منظور پیشگیری از اختلالات روانی ناشی از بلایا در آسیب-دیدگان

« یک بلا عبارت است از درهم ریختگی شدید زیس محیطی و روانی اجتماعی، که بسیار فراتر از ظرفیت انطباقی جامعه مبتلا است. »

سازمان جهانی بهداشت - ۱۹۹۲

بلاهای طبیعی سالانه منجر به مرگ، معلولیت جسمی و روانی و تغییر روند مسیر زندگی میلیون‌ها نفر و صدمات مالی شدید برای افراد ودولتها می‌گردند. کمک‌ها و امدادها از سایر نقاط کشور و دنیا به دنبال وقوع بلاها به سرعت به منطقه آسیب‌دیده ارسال می‌گردد. کمک‌های بهداشتی یکی از اولین و مهم‌ترین امدادهایی است که به منطقه آسیب‌دیده می‌رسد. هرچند سالهای گذشته سیاستگذاران بهداشتی در برابر وقایع آسیب‌زا کمتر به عوارض روانشناختی می‌پرداختند، طی سالهای اخیر اهمیت رسیدگی سریع و به هنگام به واکنشهای روانی افراد آسیب‌دیده در طی بلاها بر متولیان بهداشت محرز شده و به همین دلیل پرداختن به واکنشهای روانی بازماندگان با هدف عادی‌سازی واکنشها و جلوگیری از بروز عوارض دیرپا که منجر به افت کیفیت زندگی و کاهش کارآیی افراد می‌گردد، از اهم اهداف فعالیتهای متخصصین و کارشناسان بهداشت روان اعزامی به مناطق آسیب‌دیده محسوب می‌گردد.

حوادث غیر مترقبه و طبیعی ۹۶۸۰۸۱ سال DALYS در سال ۱۳۸۲ در ایران ایجاد کرده است که از این میان، ۹۲۵۷۲۸ سال آن یعنی حدود ۹۶٪ در نتیجه زلزله بم ایجاد شده است. با توجه به قرار داشتن کشور ما روی کمربند زلزله، باوجود جاری شدن هرساله سیلاب در بخشهایی از کشور ما ... برآورد می‌شود که بدون زلزله‌ای مانند بم در سال ۱۳۸۲ و زرنده در سال ۱۳۸۳ سالیانه حدود ۴۰ تا ۶۰ هزار سال DALYS که سهم بسیار زیادی از آن را YLL تشکیل می‌دهد، در کشور ما پدید می‌آید. در هر صورت این حادثه نیز مثل حوادث ترافیکی در سنین ۵ تا ۱۴ سال و پس از آن ۱۵ تا ۲۹ سال بیشترین میزان بروز DALYS را دارد. از آنجایی که می‌توان ادعا کرد که در کشور ما هر چند سال یکبار زلزله‌ای مانند بم ممکن است اتفاق بیفتد، بار آن نباید به یکسال معین تعمیم داده شود. در جهان نشان داده شده است که DALYS ناشی از بلاها قابلیت کاهش و کنترل دارد. پس ما نیز برای کاهش آن باید آمادگی‌های لازم را کسب کنیم. با توجه به بار بیماریها محاسبه شده در سال ۱۳۸۲ می‌توان به این نکته اشاره نمود که حوادث عمدی و غیر عمدی بالاترین نسبت DALYS را از بین مجموع بیماریها و آسیبهای شناسایی شده به خود اختصاص داده است. این موضوع ضرورت توجه به بلاها و حوادث را بیشتر از پیش مطرح می‌کند.

امروزه بر پایه مطالعات به انجام رسیده در زمینه مسائل روانشناختی ناشی از فجایع طبیعی، اطلاعات گسترده‌ای در این زمینه وجود دارد. در پژوهش دیوید و همکاران میزان اختلالات روانی در بین بازماندگان گردباد اندرو ۵۱٪ تخمین زده شده است. ۳۶٪ از این افراد مبتلا به اختلال استرس پس از حادثه، ۳۰٪ دچار افسردگی اساسی و ۲۰٪ مبتلا به اختلالات اضطرابی بودند. نتایج یک پژوهش طولی بر روی بازماندگان گردباد در سری لانکا نشان داد که تا ۵۰٪ از بازماندگان تا

یکسال پس از وقوع گردباد دچار اختلالات روانی بوده‌اند. در مطالعه‌ای که به دنبال وقوع زلزله مخرب در هندوستان در سال ۱۹۹۶ صورت پذیرفت، ۵۹٪ از بازماندگان مبتلا به اختلالات روانی قلمداد شدند که از این میزان ۲۳٪ مبتلا به اختلال استرس پس از حادثه و ۲۱٪ مبتلا به افسردگی اساسی بودند. هرچند به طور معمول در سال دوم پس از سانحه اختلالات روانی کاهش می‌یابد، ولی در مواردی عوارض به صورت مزمن و پایدار باقی می‌ماند. همراهی چند بیمار روانی در یک زمان شدت آسیب روانی را افزایش می‌دهد. مساله مهم دیگر آسیب پذیری خود افراد و احتمال وجود اختلالات قبلی در این افراد است که مسلماً به بروز واکنشهایی شدیدتر می‌انجامد.

هرچند پژوهشهای انجام شده در رابطه با اختلالات روانی متعاقب بلایا در ایران اندک است، نتایج آن‌ها دورنمایی از آسیب‌های شایع و نیازهای بازماندگان به ما می‌دهند. در پژوهش دژکام و همکاران در رابطه با اختلالات روانی مزمن در بیم بازماندگان زلزله رودبار به سال ۱۳۶۹، ۶۸٪ افراد مورد مطالعه مبتلا به افسردگی اساسی بودند که از این میان ۳۸٪ از افسردگی شدید رنج می‌بردند. در پژوهش کرمی به سال ۱۳۷۳ که پس از ۳ سال بر روی کودکان منطقه زلزله زده رودبار انجام شد، میزان اختلال رفتاری در بین کودکان ۶۰٪ برآورد شد که حدوداً ۲/۵ برابر گروه شاهد بود. همچنین ۵۱/۷٪ این کودکان که در سنین ۱۶-۹ سال قرار داشتند مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بودند. در پژوهش احمدی همه کودکان در چند هفته اول دچار مشکلات مهم خواب بودن و ترس از تاریکی و تنهایی و افکار مزاحم هنگام استراحت و رویاهای وحشتناک داشتند. همگی آنها نسبت به خوابیدن در محل‌های سرپوشیده و استفاده از انواع وسایل حمل و نقل احساس خطر می‌کردند. فراوانی بیماری روانی تا سال‌ها پس از فاجعه در کودکان از شیوعی نظیر بزرگسالان برخوردار است.

در پژوهش یاسمی و همکاران در سال‌های ۷۷-۱۳۶۷ آسیب‌شناسی روانی در منطقه جنوب خراسان و اردبیل با گروه کنترل مقایسه شد. سایکولوژی به‌طور عموم در بین بزرگسالان حدود ۳ برابر و در خردسالان حدود ۲ برابر گروه کنترل بود. در بررسی به‌عمل آمده در زلزله بم نیز ۸۲٪ بزرگسالان و ۸۴٪ کودکان بر اساس مقیاس GHQ و Rutter از مشکلات روانشناختی رنج می‌بردند. درصد افراد بزرگسالی که بر اساس مقیاس واتسون دچار اختلال استرس پس از حادثه بودند ۶۵٪، و درصد کودکانی که بر اساس مقیاس اختلال استرس پس از حادثه کودکان، دچار PTSD بودند ۷۸ درصد بود. با نگاهی به مطالب فوق ضرورت اقدامات بهداشت روان در بین امدادهای ارسالی به مناطق فاجعه‌زده مشخص می‌گردد. امروزه تشخیص داده شده که کمک‌های زودهنگام به مردم در جهت اینکه آنها بفهمند چگونه با استرس‌های ناشی از فاجعه کنار بیایند و بر آنها غلبه کنند ثمربخش می‌باشد و این امر از گسترش مشکلات بعدی در آنها جلوگیری می‌کند. حمایت‌های روانشناختی در بلایا باید در برنامه‌های کشوری به صورت سطح‌بندی اعمال شود تا در صورت بروز حوادث با بعد وسیع امکان استفاده از داوطلبین در سطوح گسترده‌تر موجود می‌باشد.

فصل ۱ - تعريف مفاهيم

مدیران بهداشتی پس از مطالعه این قسمت باید بتوانند:

سلامت و بهداشت روانی را تعریف کنند.

بلايا را بشناسند.

تنش (Stress) و تنش‌زا (Stressor) را تعریف کنند.

مدارا و روشهای مختلف آن را در مواجهه با بلايا و حوادث غیرمترقبه بیان کنند.

فرد آسیب دیده و تیم حمایت روانی-اجتماعی را بشناسند.

تعریف مفاهیم:

قبل از ورود به متن اصلی لازم است با برخی ازواژه ها و مفاهیمی که در این فصل می خوانید آشنا شوید.

سلامت: طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت عبارت است از حالت رفاه کامل جسمی، روانی واجتماعی و نه فقط فقدان بیماری. سازمان جهانی بهداشت تاکید دارد که هیچ یک از موارد فوق ارجحیتی بر دیگری ندارد.

بهداشت روانی: تامین، حفظ و ارتقاء سلامت روان افرادجامعه است بگونه ای که آنها، نه تنها بیماری روانی نداشته باشند بلکه بتوانند کارهای روزانه خود را بخوبی انجام دهند، از زندگی شان لذت ببرند و با افرادخانواده و محیط خود ارتباط برقرارنمایند. به عبارتی دیگر می توان گفت: بهداشت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانائی هایش را باز می شناسد و قادر است با استرس های معمول زندگی تطابق حاصل کرده، از نظر شغلی مفید و سازنده باشد و به عنوان بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد. بهداشت روان به همه ما مربوط است نه فقط به کسانی که از بیماریهای روانی رنج می برند.

بلا: اختلال شدید زیست محیطی و روانی - اجتماعی است که از توانائی جامعه برای مقابله با مشکلات ناشی از آن فراتر باشد. راههای مختلفی برای طبقه بندی بلاها وجود دارد ولی از نقطه نظریبیشگیری و آمادگی می توان بلاها را به دوگروه تقسیم کرد:

بلاهای طبیعی:

بلاهایی که سبب یامنشاء وقوع آن خارج از اختیار انسان می باشدوفهرست آن در زیر آمده است.

زلزله

سیل

آتشفشان

طوفان وگردباد

سقوط بهممن

خشکسالی وگرمادگی

آتش سوزی جنگل ها

امواج سهمگین ازدریا به خشکی یا پیشروی دریاها

همه گیری بیماری های عفونی مثل طاعون و یا وبا

بلاهای انسان ساخته : بلاهایی که بطورمستقیم یاغیرمستقیم منشاء وقوع آن درکنترل انسان می باشد. جنگ مهمترین و بزرگترین بلاهای انسان ساخته است ولی موارد متعدد دیگری نیز وجوددارد که فهرست برخی از آنها در زیر آمده است.

آتش سوزی منزل
حادثه تصادف مرگ بار با اتومبیل
سقوط هواپیما
فروریختن مسیر عابرین
آزاد شدن مواد شیمیائی سمی
حوادث هسته ای

تنش (Stress): تنش (استرس) واژه ای با مفهوم گسترده است که به تاثیر هر چیز در زندگی که نیاز به تطابق داشته باشد اطلاق می شود. استرسور های محیطی یکسان، در افراد مختلف پاسخ های متفاوتی را بر می انگیزاند. استرس همیشه زیانبار تصور نمی شود، اما وقتی این فشارها افزایش یابد به نقطه ای می رسد که از آن نقطه به بعد افزایش فشار باعث افت عملکرد می شود و فراتر از این نقطه تاثیرات مخرب استرس روی سلامت جسمی، روانی و یا اجتماعی آشکار می شود. در اینجا وقتی واژه استرس را بکار می بریم منظور محدوده بالاتر از این نقطه می باشد. محدوده ای که تعامل فرد و محیطش موجب آثار منفی می شود.

استرس بر تمام جنبه های رفاه و سلامت اعم از روانی، جسمی و اجتماعی تاثیر می گذارد. بطور مثال تظاهرات آن میتواند به صورت اضطراب و افسردگی (روانی)، ارتباطهای بین فردی مختل و مشکلات کاری (اجتماعی)، سردرد و سوء هاضمه (جسمانی) بروز کند. وقتی بهداشت روان را در نظر می گیریم، استرس می تواند هم موجب بیماری روانی شود و هم سلامت روان مثبت را تهدید کند مثل کاهش کیفیت زندگی و شادابی.

استرسور یا تنش زا (Stressor): با بیانی ساده، استرسور هر عاملی است که موجب تنش (استرس) شود.

مدارا (Coping): مدارا شامل هر واکنش و اقدامی است که فرد برای فایق آمدن با آثار منفی واقعه تنش زا انجام می دهد. مدارای موثر با وقایع ناخوشایند نیازمند برقراری تعادل بین ایجاد تغییر در شرایط نامطلوب (تا حد امکان و از طرق مختلف) و تطابق با آنچه قابل تغییر نمی باشد، است.

مثال هایی از روش های مدارای افراد در مواجهه با بلا یا عبارتند از:

درخواست کمک از دیگران یا کمک رسانی

صحبت در مورد واقعه و سعی برای درک مفهوم آنچه رخ داده

جستجو برای کسب اطلاع در مورد سلامت عزیزان

پنهان شدن

سعی در ترمیم آسیب

خاک سپاری اجساد

انجام مراسم مذهبی

تعیین اهداف جدید و برنامه ریزی برای آن

استفاده از دفاع هایی مثل انکار برای کاستن از رنج

توجه داشته باشید که درجات سازندگی این مکانیسم‌ها متفاوت است. مکانیسم‌های مخرب مدارا نیز وجود دارند که نا کار آمد و مشکل ساز می‌باشند مثل انکار. در ارائه حمایت‌های روانی اجتماعی سعی بر تقویت و تشویق روش‌های کارآمد مدارا است. آسیب دیده: شخصی است که در اثر حادثه‌ای از ادامه زندگی سالم خود چه از نظر جسمانی و چه از نظر روانی، خانوادگی و اجتماعی محروم گردیده است.

تیم حمایت‌های روانی - اجتماعی: مقصود تیمی است متشکل از یک روانپزشک، یک روانشناس و در صورت امکان یک مددکار اجتماعی (یا سایر متخصصین دیگر بر حسب ضرورت) که عمده وظیفه مداخله در بحران و ارائه مداخلات روانی - اجتماعی را به عهده می‌گیرد. این تیم تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و بصورت سیاری به محل اسکان افراد آسیب دیده مراجعه نموده و پس از غربالگری آنان از نظر وجود علائم روانی ناشی از تروما، در قالب گروه‌های مشاوره‌ای، مداخلات روانی - اجتماعی لازم را ارائه می‌نمایند. محل استقرار این تیم در ستاد حمایت روانی - اجتماعی در منطقه آسیب دیده می‌باشد ولی عمده فعالیت‌های غربالگری، مداخله‌ای و پیگیری‌های لازم را بصورت سیاری و با مراجعه به محل اسکان بازماندگان حادثه انجام می‌دهند. (برای آشنائی با فعالیت‌های ستاد حمایت روانی - اجتماعی به برنامه کشوری حمایت‌های روانی - اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه مراجعه شود)

بهداشت روانی به عنوان بخشی از تعریف سلامت و به مفهوم تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت روان افراد جامعه است.

بلایا به دو دسته طبیعی و انسان ساخته تقسیم می‌شود.

تنش به تاثیر هر چیزی در زندگی که نیاز به تطابق داشته باشد گفته می‌شود و تنش‌زا هر عاملی است که موجب تنش شود.

مدارا شامل هر واکنش و اقدامی است که فرد برای فایق آمدن با آثار منفی واقعه تنش‌زا انجام میدهد. برخی از این مکانیسم‌ها ناکارآمد و یا حتی مخرب است، مانند انکار.

تیم حمایت‌های روانی - اجتماعی از یک روانپزشک، یک روانشناس و در صورت لزوم یک مددکار اجتماعی تشکیل شده که تحت نظر وزارت بهداشت بصورت سیاری (Out reach) غربالگری فعال، مداخله مشاوره‌ای گروهی و پیگیری افراد آسیب دیده را انجام می‌دهد.

فصل ۲- واکنشهای روانی در مراحل مختلف بلایا

بروز فشارهای روانی در آسیب‌دیدگان و حتی بستگان و گروه‌های امدادی قابل پیش‌بینی است و می‌توان با تدابیری آنها را کاهش داد و حتی از بین برد.

چگونه می‌توان از میزان این تنش‌ها کاست و آرامش را به بازماندگان بازگرداند و انگیزه کار، فعالیت، مشارکت در امور پس از بلایا را در آسیب‌دیدگان فراهم آورد؟

بی‌شک، کیفیت رفتار سازمان امدادسانی در کنار این تنش‌ها و عوامل تشدید کننده و کاهش‌دهنده آن می‌تواند مشکل‌گشا باشد.

انسانها با رویارویی با بلایا و حوادث واکنشهایی از خود بروز می‌دهند که می‌توان آنها را به پنج مرحله تقسیم کرد.

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

مراحل پاسخ روانی به دنبال بلایا

به طور معمول به دنبال بحران هایی همچون سیل و زلزله، افراد از مراحل مختلفی عبور می کنند. این مراحل را بصورت خلاصه در جدول زیر آمده است.

مراحل	علائم واکنش	اداره واکنش
<p>مرحله اول: تماس یا ضربه (در چند دقیقه اول پس از حادثه بروز می کند)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - اکثر افراد دچار ترس و وحشت می شوند. - برخی افراد بهت زده می شوند. - افراد گیج و درمانده هستند و قدرت انجام هیچ کاری را ندارند. - این حالت معمولاً گذرا و کوتاه مدت است. 	<p>در اغلب موارد قبل از رسیدن هر کمکی بطور خودبخود پایان می پذیرد.</p>
<p>مرحله دوم: مرحله قهرمان گرایی (در ساعات یا روزهای اولیه وقوع حادثه بروز می کند)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - افراد احساس می کنند باید کاری انجام دهند، با دیگران ارتباط برقرار می کنند و به طور داوطلبانه درامد رسانی کمک می کنند. - همبستگی بین مردم ایجاد می شود. - مردم با گذشت و ایثار زیاد عمل می کنند و تا رسیدن نیروهای کمکی، بسیاری از کارها را خود انجام می دهند. به عنوان مثال پس از زلزله شروع به بیرون آوردن اجساد از زیر آوار می کنند. - افراد گستاخانه عمل کرده و به موانع اداری اجرائی کاری ندارند و ممکن است عصبانی و تحریک پذیر شوند. 	<ul style="list-style-type: none"> - رفتار آسیب دیدگان را باید به عنوان واکنش طبیعی آنها تلقی کرد. - باید وضعیت و شرایط افراد را درک کرد. - هدایت هوشمندانه: باید فعالیتهای مردم را بصورت مناسبی هدایت کرد. - به نقش خانواده افراد آسیب دیده و یا دوستان آنها اهمیت داده شود.
<p>مرحله سوم : شادمانی یا فراموشی غم یک هفته تا چند ماه بعد از حادثه بروز می کند)</p>	<p>همزمان با رسیدن نیروهای کمکی و توزیع کمکها، افراد امیدوار شده و به طور موقت به آنها حالت آرامش دست می دهد.</p>	<p>کمک رسانی به افراد در این مرحله بسیار مهم و مفید بوده و نتایج زیر را در بردارد:</p> <ul style="list-style-type: none"> - سرعت در پیدایش تعادل روانی - جلوگیری از اختلالات روانی عاطفی شدید بعدی - جلوگیری از انتقام جوئی و بدبینی نسبت به دیگران در مراحل بعدی

<ul style="list-style-type: none"> - از نظر روانی احتیاج به حمایت بیشتری دارند. - ایجاد روحیه امید و اعتماد به نفس در آسیب دیدگان اهمیت زیادی دارد. - امدادگران و مسئولین توزیع کمکها باید حداکثر تلاش خود را در جهت توزیع عادلانه و توأم با احترام امکانات بین مردم انجام دهند. 	<ul style="list-style-type: none"> - افراد تازه متوجه وسعت خسارت و فقدانهایشان می شوند. - افراد مجدداً روحیه خود را از دست می دهند، نا آرام، خسته و درمانده می شوند. - ممکن است به این نتیجه برسند که کمک های رسیده برای آنها کفایت نمی کند و یا شروع به مقایسه دریافتی های خود با دیگران کنند. - مضطرب و حساس شده و احساس تنهایی شدیدی می کنند. 	<p>مرحله چهارم: مرحله مواجهه با واقعیت (۲ الی ۳ ماه بعد از وقوع حادثه بروز می کند)</p>
---	--	---

آگاهی از این واکنش ها کمک می کند تا عکس العمل های روانی آسیب دیدگان را بشناسید و نحوه برخورد با آنان را دریابید. گاه برخی از مراحل بارز نیستند و الزاماً به ترتیب نیز رخ نمی دهند. اقدام متناسب با این حالتها مردم را منسجم کرده و به آنها انگیزه می دهد تا با حوادث دست و پنجه نرم کنند. هدف نهائی رسیدن هرچه سریعتر بازماندگان به مرحله تجدید سازمان است.

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

فصل ۳- برخی واکنشهای روانی نامناسب در مدیران اجرایی

برخی واکنشهای روانی نامناسب ناشی از بحران بعد از وقوع حوادث و سوانح به شرح زیر خلاصه

می شود:

۱- انکار و ناپاوری:

مدیریتی که در بحران دچار فشار عصبی شود و آمادگی کنترل خویش را در واکنشهای هیجانی ندارد، به جای تصمیم گیری مناسب در جای خودش خشکش می زند. مات و مبهوت می گردد و باور چنین بحرانی را ندارد. در این وضعیت اولین راه حلی که به نظرش می رسد را اعمال می کند و موجب بدتر شدن اوضاع می شود، یا به دلیل ناتوانی در تصمیم گیری با اتلاف وقت فرصتهای زیادی را از دست می دهند.

۲- قبول شکست:

در صورت تسلیم شدن در مقابل بحران ناشی از سوانح، افراد ممکن است به این نتیجه برسند که همه چیز تمام شده، خود را عقب بکشند، هیچ کاری نکنند، هیچ حرفی نزنند و تقریباً حالت فلج پیدا کنند.

۳- وحشت زدگی:

این حالت پس از قبول شکست بوجود می آید و با آشکار شدن آثار آن، تمام زیرمجموعه دچار هراس و وحشت می - شوند و با دستپاچگی و سردرگمی احساس می کنند که باید فوراً اقداماتی را صورت دهند. این اقدامات بدون فکر و غیرمنطقی و بدون آنکه بدانند کجا می روند و چه می کنند وضع را بدتر می کند.

۴- غفلت:

برخی از مدیران پس از حوادث و سوانح و بحرانهای ناشی از آن به علت عدم آگاهی و آمادگی، ممکن است به این نتیجه برسند که کار بحران بواسطه دستگاه‌های زیرمجموعه انجام خواهد شد و از دخالت در هرگونه تصمیم‌گیری خودداری کنند که این امر سبب بروز مشکلات خواهد شد.

۵- مقصر دانستن دیگران:

در هر بحران، پیدا کردن دلیل واقعی و یا خیالی، وسوسه‌ای بیش نیست. به جای دلیل تراشی و مقصر دانستن دیگران، مدیران باید در راستای درک بحران و اداره نمودن آن دست به کار شوند و اقدام نمایند.

۶- جریحه‌دار کردن احساسات دیگران:

برخی از حرکات و عملکرد مدیران منجر به جریحه‌دار شدن احساسات دیگران در یک بحران می‌شود. چگونگی رفتار و برخورد با مدیران زیرمجموعه، کارکنان در سلسله مراتب، مردم کمک‌دهنده (داوطلبان از هر نوع) و بویژه عوامل رسانه‌های جمعی، خود می‌تواند به تشدید بحران کمک کند.

فصل ۴- آشنایی با علائم روانشناختی آسیب‌دیدگان و نحوه برخورد با آنها

پس از وقوع هر حادثه غیرمترقبه‌ای، مدیر و مسئول اجرایی علاوه بر سعی در برقراری یک رابطه مناسب با آسیب‌دیدگان لازم است به جو روانی ایجاد شده که خاص آن موقعیت است نیز آشنا باشد و بتواند با علائم روان‌شناختی موجود به نحو مناسبی برخورد نماید که در این مجال به چند نمونه از آن اشاره می‌شود:

۱- مانع ابراز احساسات فرد نشوید.

یکی از مسائل قابل ملاحظه در این مرحله ابراز هیجانات از طرف بازماندگان است که بیشتر به صورت شیون و زاری و هیجانات افراطی است. تخلیه احساسات و تسهیل آن به بازماندگان کمک می‌کند تا آرامش بیشتری به دست آورند و واکنشهای افراطی کمتری نشان دهند. لذا پیشنهاد می‌شود ضمن همدلی با بازماندگان به ابراز احساسات و تخلیه-هیجانی آنها احترام گذاشته و توصیه به «گریه نکردن» ننمایید. فقط می‌توان از واکنشهای افراطی مثل سرکوبیدن‌ها و آسیب‌زدن به بدن، ممانعت نمود.

۲- به افراد اطلاعات صحیح بدهید:

یکی از عمده‌ترین نگرانی‌های افراد دربرخورد اولیه با بلا احتمال آسیب‌دیدن فرزندان و بستگان و آشنایان آنهاست. نکته مهم در این خصوص، دادن اطلاعات صحیح به بازماندگان است. در هر حال در هنگام وقوع حوادث، اخبار ناگواری هم وجود دارد. ممکن است از ما بپرسند آیا پدر و مادر من زنده است؟ آیا از فرزندان من باخبرید؟ گاهی وسوسه می‌شویم تا برای جلوگیری از رنجش بیشتر طرف مقابل به او دروغ مصلحت آمیز بگوئیم ولی این-کار درست و منطقی نیست. زیرا علاوه بر اینکه می‌تواند غیر اخلاقی باشد اعتماد عمومی را نیز نسبت به ما به عنوان یک مسئول اجرائی کاهش می‌دهد و درموردی که اطلاعات نداریم و اگر خبر بدی وجود دارد سعی شود به طور تدریجی و حتی-الامکان در جمع مطرح گردد به خصوص در مواقعی که فرد یا افرادی برای حمایت بعدی از فرد حضور داشته باشند. از نگرانی‌های بعدی بازماندگان می‌توان به نگرانی درمورد احتمال وقوع مجدد آسیب، میزان خسارت وارده و وضعیت امدادرسانی اشاره کرد. لازم است در تمامی موارد اطلاعات صحیح و موجود را به صورت واقعی به بازماندگان ارائه داد و با آنان همدلی نمود.

۳- افراد را از دیدن جنازه عزیزانشان محروم نکنید:

اگر یک نفر یکی از عزیزان خود را ازدست داده باشد بگذارید مرگ عزیز خود را بپذیرد. اگر اطلاعی راجع به فوت دارید می‌توان آنرا بیان کنید. فقط در مواردی که جنازه یا صحنه مرگ وحشتناک است بخشی از جنازه باید محدود شود و فاصله نمای مناسبتری برای جسد فراهم گردد.

۴- برای آرام کردن افراد، از عقاید مذهبی آنها کمک بگیرید:

در خیلی از موارد می‌توان از باورهای دینی افراد برای آرامش بخشیدن به آنها استفاده نمود ولی اگر به علت تحریک شدید واکنش نامناسب از خود نشان دادند نباید وارد بحث فلسفی شد. در ساعت اولیه حادثه توسل به دعا نقش مهمی در تخلیه هیجانی و کاهش استرس روانی دارد. وجود عقاید مذهبی قوی و استمداد از آن می‌تواند در کم کردن شدت عوارض روانی ایجاد شده توسط سوانح و بلاها نقش بسیار مهمی داشته باشد. به طوری که اعلام این موضوع که اعتقاد به تقدیر و سرنوشت و اینکه هر نوع بلای آسمانی امتحان الهی است که باید از آن سربلند بیرون آمد در تطابق بهتر افراد داغدار و معتقد و همچنین در کم کردن رنگ مفهوم ذهنی استرس ناشی از بلاها موثر است. تشکیل اجتماعات مذهبی در مساجد و انجام مراحل دعا و تشویق بازماندگان برای شرکت در مراسم نماز میت به صورت گروهی و در سطح وسیع در مساجد در تخلیه هیجانی افراد خواهد داشت.

۵- در اجتماعات مردمی حضور یابید:

قطعا حضور آرامش دهنده مدیران و مسئولین دولتی، پزشکان و تیم وابسته و روحانیون در جمع بازماندگان تاثیر مهمی در کمک به وضعیت روانی آسیب دیدگان دارد و هر چه این تماس بیشتر و با کیفیت بالاتری باشد، آرامش بیشتری را نصیب آنها می‌کند. کمک به گردهمائی و تجمع کلیه بازماندگان و اطلاع از وضعیت موجودشان نیز عاملی برای احساس آرامش و تعادل روانی آنهاست.

۶- از بازماندگان برای ارائه خدمات امداد رسانی استفاده کنید:

تشویق بازماندگان برای شرکت در امر امداد رسانی می‌تواند احساس همبستگی و مشارکت جمعی را در ساعات اولیه حادثه تقویت کند و در کاهش عامل فشارزای روانی موثر باشد. به طور معمول بعد از یک فاجعه و حادثه بزرگ احساس همبستگی بین بازماندگان افزایش می‌یابد و این واکنش دفاعی مناسب باید توسط مسئولین اجرائی تقویت شود نه اینکه به عنوان

مانعی در جهت امداد رسانی تلقی گردد. در این رابطه می توان از آنها در جابجایی مجروحین، توزیع مواد غذایی و... یاری جست.

۷- برای سکونت بازماندگان حق انتخاب قائل شوید:

یکی از مسائل قابل توجه دیگر بعد از فجایعی مانند زلزله، اجبار به سکونت کوتاه مدت و گاهی طولانی مدت در محلهای نامرئوم زندگی است. مثلا چادر، خانه مخروبه و محل هایی که قبلا قابل سکونت نبوده اند و یا محل هایی که بدون توجه به نیازهای آنها برایشان در نظر گرفته شده، مانند اسکان موقت یا طولانی مدت در اردوگاه ها . این روش گرچه برای سیستم اجرایی سهولت در ارائه خدمات حمایتی را به همراه دارد، ولی آسیب دیدگان معمولا زندگی در چادر، در کنار کاشانه مخروبه خود را به زندگی در اردوگاه ترجیح می دهند. از سوی دیگر بعضی از خانواده ها مجبورند با خانواده های دیگر زیر یک سقف زندگی کنند. با توجه به ویژگی های فرهنگی و موانع شرعی موجود همکاری امدادگران و حتی- الامکان دادن حق انتخاب در این زمینه به بازماندگان می تواند آرامش نسبی را در برداشته باشد. زندگی مشترک چند خانواده زیر یک سقف گو اینکه با ایجاد احساس مشارکت در جمع و تخلیه هیجانی از طریق همیاری و نوع دوستی می- تواند پیامد مثبتی داشته باشد لیکن کاهش استقلال فردی و خانوادگی و از بین بردن حریم خانوادگی، از پیامدهای منفی قابل توجه آن است. حضور در محل سانحه و ابراز هیجانات در همان محل می تواند در تخلیه احساسات موثر باشد لذا نباید سعی شود تا افراد را به زور از محل سکونت خود دور کرد ولی در صورتی که خطرات در مورد ادامه اقامت وجود دارد یابد به طور جدی گوشزد گردد و سعی شود در موارد ضروری از طریق افراد کلیدی محل، بازماندگان را قانع کرد. توجه داشته باشیم محل استقرار بازماندگان به محل اولیه سکونت نزدیک باشد تا آنها بتوانند ناظر عملیات در حریم قبلی زندگی خود باشند.

تجربه نشان می دهد که ایرانی ها علاقمند به اسکان در اردوگاهها نیستند.

۸- با کودکان به نحو خاص برخورد شود:

- مساله مهم دیگر برخورد با کودکانی است که پدر یا مادر و یا بستگان دیگر خود را ازدست داده اند. در این خصوص چند پیشنهاد مطرح می گردد:
- اولاً حتی الامکان سعی شود کودکان از والدین خود جدا نشوند.

- اگر مادر مجروح است سعی شود کودکان خردسال همراه او یا پدرش برای درمان اعزام شوند.
- اگر کودک مجروح است باید مادر، پدر و یا یکی از بستگان بسیار صمیمی همراه او اعزام شوند.
- اگر کودک شیرخوار است و مادر فوت کرده است سعی شود به یک مراقب اصلی سپرده شود که وقت کافی با او صرف کند. ترجیحا کودک را باید به شخصی از بستگان مانند خاله، عمه، مادربزرگ یا پدر سپرد.
- اگر مادر کودک فوت کرده است حتما پدر و یا سایر بستگان به طور دائم همراه او باشند.
- در صورتیکه اشیاء یا لباس قابل استفاده‌ای ولو فاقد ارزش مادی، از پدر یا مادر متوفی باقی مانده است باید در اختیار فرزندان نشان قرار گیرد.
- لازم است امکانات بازی و سرگرمی برای کودکان فراهم گردد. زیرا باعث انحراف توجه کودک از استرس می-شود و به او آرامش می‌بخشد. می‌توان پس از مرحله حاد فاجعه یک مرکز تفریح و بازی برای کودکان تاسیس کرد. حضور در چنین مراکزی به انتخاب کودک و رضایت خاطر وی بستگی دارد. وجود امکاناتی برای نقاشی در جهت تخلیه هیجانی کودک موثر خواهد بود. بخش موسیقی‌های مناسب (شادی بخش) نیز گاهی موثر است.

فصل ۵- برنامه کشوری حمایت‌های روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث
غیرمترقبه

برنامه کشوری حمایت روانی - اجتماعی در زلزله و حوادث غیر مترقبه

هنگامی که مسئولین بهداشتی به بلایای طبیعی توجه می‌کنند، مرگ و مجروحیت به‌عنوان دو شاخص اصلی برای آنها برجسته می‌شود و در درجه بعدی به صدمات مالی توجه می‌شود. این واقعیت که عواقب روانی این حوادث یادگاری است که برای بازماندگان باقی می‌ماند؛ اغلب به فراموشی سپرده می‌شود. حوادث غیر مترقبه و طبیعی ۹۶۸۰۸۱ سال DALYS در سال ۱۳۸۲ در ایران ایجاد کرده است که از این میان، ۹۲۵۷۲۸ سال آن یعنی حدود ۹۶٪ در نتیجه زلزله بم ایجاد شده است. با توجه به قرار داشتن کشور ما روی کمر بند زلزله، با وجود جاری شدن هرساله سیلاب در بخشهایی از کشور ما و... برآورد می‌شود که بدون زلزله‌ای مانند بم در سال ۱۳۸۲ و زرنده در سال ۱۳۸۳ سالیانه حدود ۴۰ تا ۶۰ هزار سال DALYS که سهم بسیار زیادی از آن را YLL تشکیل می‌دهد، در کشور ما پدید می‌آید. با توجه به بار بیماریها محاسبه شده در سال ۱۳۸۲ می‌توان به این نکته اشاره نمود که حوادث عمدی و غیر عمدی بالاترین نسبت DALYS را از بین مجموع بیماریها و آسیبهای شناسایی شده به خود اختصاص داده است. این موضوع ضرورت توجه به بلایا و حوادث را بیشتر از پیش مطرح می‌کند.

با اعلام دهه ۲۰۰۰-۱۹۹۰ میلادی به عنوان دهه بین‌المللی کاهش اثرات بلایای طبیعی از سوی سازمان ملل و تشکیل کمیته ملی کاهش اثرات بلایای طبیعی در مرداد ۱۳۷۰ کمیته فرعی تخصصی بهداشت و درمان در سال ۱۳۷۶ برنامه‌ریزی برای تهیه طرح "نحوه ارائه خدمات بهداشت روانی به آسیب‌دیدگان ناشی از بلایای طبیعی" را آغاز نمود. براساس فعالیتهایی که زیر نظر این کمیته در دو زلزله بیرجند و اردبیل در سال ۱۳۷۶-۱۳۷۷ صورت گرفت ضرورت تدوین برنامه برای مداخله روانی اجتماعی مطرح گردید که با توجه به این مسئله یک برنامه کشوری برای مداخلات روانی اجتماعی در بلایای طبیعی و حوادث غیر مترقبه تهیه گردید. این برنامه در سال ۱۳۸۸ برای چهارمین بار مورد بازبینی قرار گرفته است. آنچه در زیر می‌آید بخشهایی از آن می‌باشد.

راهبردهای اجرایی برنامه حمایت‌های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه

۱- راهبردهای اداری:

تشکیل کمیته حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیر مترقبه در چارچوب تشکیلاتی ستاد حوادث غیر مترقبه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که شامل موارد ذیل می‌گردد:

۱-۱ در سطح ستادی:

- اقدامات:

- ✓ تعیین مسئول کشوری حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه که رابط کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز خواهد بود.
- ✓ تشکیل کمیته علمی - مشورتی کاهش اثرات روانی ناشی از حوادث غیرمترقبه، تحت نظارت و پیگیری دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- ✓ این کمیته ۷-۵ عضو خواهد داشت، ریاست کمیته به عهده مسئول کشوری حمایت روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه و دبیر کمیته مسئول کشوری اداره سلامت روان می باشد.
- ✓ سایر اعضا عبارتند از:
- یک نفر روانپزشک، یک نفر متخصص پزشکی اجتماعی، یک کارشناس از اداره اعتیاد دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، یک کارشناس از اداره سلامت اجتماعی دفتر، ، یک نفر روانشناس بالینی (حداقل کارشناس ارشد)، یک نفر مددکار اجتماعی (حداقل کارشناس ارشد) و یک تا دو نفر دیگر به ضرورت و انتخاب رئیس کمیته تعیین می گردد.
- ✓ اعضا کمیته از بین افرادی انتخاب خواهند شد که واجد صلاحیت علمی و دارای تجربه در زمینه دخالت در حوادث غیرمترقبه باشند.

• شرح وظایف:

- ✓ برنامه ریزی جهت انجام مداخلات در بحران روانی اجتماعی پس از حوادث غیرمترقبه با رعایت ضوابط مندرج در برنامه کشوری حمایت روانی اجتماعی
- ✓ نظارت و ارزشیابی عملکرد کمیته های حمایت روانی اجتماعی در حوادث غیرمترقبه در سطح دانشگاه های علوم پزشکی
- ✓ انجام پژوهش های کاربردی و نیازسنجی

۲-۱- در سطح دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• اقدامات:

- ✓ تعیین مسئول دانشگاهی حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیرمترقبه
- ✓ تشکیل کمیته اجرایی کاهش اثرات روانی حوادث غیرمترقبه
- ✓ تبصره: ریاست این کمیته به عهده معاون بهداشتی دانشگاه و دبیر آن نیز کارشناس مسئول بهداشت روان دانشگاه می باشد. سایر اعضا این کمیته یک روانپزشک ، یک نفر روانشناس دیگر ، یک مددکار اجتماعی ، یک نفر روحانی، یک نماینده از استانداری (ستاد حوادث غیرمترقبه)، یک نماینده از سازمان بهزیستی و جمعیت هلال احمر و وزارت آموزش و پرورش و یک نفر از سازمان های مردم نهاد مرتبط خواهد بود.

• شرح وظایف:

- ✓ مدیریت و نظارت بر اجرای برنامه کشوری حمایت روانی - اجتماعی در حوادث غیر مترقبه در سطح دانشگاه و ارائه گزارش به دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- ✓ آماده سازی ظرفیت های تخصصی مورد نیاز حمایت های روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه در سطح دانشگاه
- ✓ انجام پژوهش های کاربردی و نیاز سنجی

۳-۱ در سطح شهرستان:

- اقدامات :
- ✓ تعیین مسئول حمایت روانی-اجتماعی در حوادث غیرمترقبه و بلایا
- ✓ تشکیل کمیته اجرایی به ریاست معاون بهداشتی دانشگاه و عضویت ۳-۵ نفر کارشناس صاحب‌نظر در زمینه سلامت روانی-اجتماعی

- شرح وظایف:
- ✓ اجرای کلیه برنامه‌های حمایت روانی-اجتماعی در حوادث غیرمترقبه که در سطوح استان و ستاد برنامه ریزی شده است.

- ۴-۱- مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی (با توجه به شرح وظایف مربوطه)
- ۵-۱- خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی (با توجه به شرح وظایف مربوطه)

۲- راهبردهای آموزشی

برنامه‌های آموزشی در دو سطح آموزش عمومی و آموزش تخصصی به شرح ذیل می‌باشد:

۱-۲- آموزش عمومی

- ✓ آموزش عمومی با بسیج آموزشی چند رسانه‌ای (Multimedia campaign) و با استفاده از رادیو و تلویزیون و اطلاع‌رسانی در مورد خدمات اداری، آموزش بهداشت، بازپیوند خانوادگی، بازسازی اجتماعی و معرفی منابع خدماتی موجود در منطقه.
- ✓ آموزش مراقبت‌های روانی بصورت عمومی با تکیه بر مسایلی مانند سوگ، اضطراب، ترس، واکنش حاد به استرس و غیره.
- ✓ طراحی، چاپ و توزیع پمفلت، پوستر و کتابچه در مورد بهداشتی روانی در حوادث غیرمترقبه برای گروه‌های مختلف شامل: کودکان، نوجوانان، والدین، همسران، سالمندان، معلمان، رهبران دینی جامعه و روحانیون.
- ✓ برگزاری گردهمایی‌های عمومی و نشست‌هایی با والدین با تکیه بر آموزش بهداشت روانی در حوادث غیرمترقبه

۲-۲- آموزش تخصصی

✓ آموزش مسئولین و دست اندرکاران بهداشتی در مورد ضرورت مداخلات روانی اجتماعی و برنامه های در دست اجرا تبصره : محتوای آموزشی برای مسئولین و مدیران شامل موارد زیر خواهد بود:

- آشنایی با اهمیت و ابعاد مشکلات روانی در حوادث غیرمترقبه و تبلیغ اثر بخشی مداخلات روانی اجتماعی
- آشنایی با تجربیات قبلی جهانی و داخلی در مورد مداخلات روانی اجتماعی در حوادث غیر مترقبه
- آموزش چگونگی مقابله با استرس و آموزش تکنیکهای عملی برای کنترل بهتر خود برای مقابله موثر با استرس
- ✓ آموزش مدون بهداشت روانی به امدادگران هلال احمر
- ✓ آموزش مدون دوره های بازآموزی برای متخصصین علوم رفتاری که خدمات روانی - اجتماعی را ارائه می دهند.
- ✓ آموزش مدون معلمین، مشاوران مدرسه و کارکنان مراقبت کننده از کودکان
- ✓ آموزش کارکنان بهداشتی از جمله پزشکان، پرستاران و سایر متخصصین پزشکی که با آسیب دیدگان سروکار دارند و نیاز به آگاهی از تکنیکهای اولیه روانی - اجتماعی دارند.
- ✓ هم فکری و تبادل نظر با رهبران دینی جامعه به دلیل اهمیت و نقش مداخلات آرام سازی در سوانح و برگزاری سمینارهای یک روزه به منظور افزایش آگاهی آنان از نیازها و کمکهای روانی - اجتماعی
- ✓ آموزش کودکان و نوجوانان تسهیلگر جهت ادامه حمایت های روانی - اجتماعی به همسالان خود

۳- راهبردهای پژوهشی

این راهبردها شامل اقدامات کوتاه مدت ، میان مدت و بلند مدت می باشد.

- اقدامات کوتاه مدت (یک هفته اول):
 - ✓ نیازسنجی فوری پس از حوادث غیر مترقبه
 - ✓ تشکیل بانک اطلاعاتی و مراکز اطلاع رسانی به بازماندگان
- اقدامات میان مدت (یک ماه اول)
 - ✓ نیازسنجی تفصیلی (Detailed assessment)
 - ✓ مدیریت و نظارت بر اطلاع رسانی
 - ✓ تهیه نقشه پژوهشی
 - ✓ سفارش انجام طرح پژوهشی مرتبط
- اقدامات بلند مدت (در طول اجرای برنامه):
 - ✓ نیازسنجی مستمر
 - ✓ مدیریت پژوهش های مرتبط

۴- راهبردهای درمانی

- شرح وظایف:
- ✓ تهیه بسته های مداخلات درمان دارویی (مراجعه شود به کتاب راهنمای اختلالات روانپزشکی برای بزرگسالان ویژه پزشک)
- ✓ تهیه بسته های مداخلات درمانهای غیر دارویی
- ✓ تامین نیروی انسانی متخصص
- اقدامات:
- ✓ ایجاد و تامین مراکز درمان (فوری ، مستمر)
- ✓ تامین نیازهای درمانی گروههای خاص (کودکان، زنان، سالمندان و معلولین)

۵- راهبردهای بازتوانی

این راهبرد شامل اقدامات کوتاه مدت و بلند مدت با استفاده از حمایت‌های شغلی - اجتماعی و آموزشهای توانمندسازی می باشد.

- شرح وظایف:
 - ✓ تهیه بسته های مداخلات بازتوانی
 - ✓ جلب مشارکت و همکاری بین بخشی
 - ✓ نظارت و پیگیری ارائه خدمات به ویژه جهت گروه های در معرض خطر
 - اقدامات:
 - ✓ ارجاع و پیگیری موارد جهت دریافت خدمات بازتوانی (شغلی، اجتماعی،...)
- کلیه راهبردهای مذکور در مراحل ۴ گانه قابل انطباق خواهد بود.

فصل ۶- مسائل روانشناختی مدیران در مدیریت بلایا

مسائل روانشناختی مدیران در مدیریت

نظر به این که اعمال مدیریت در سلسله مراتب مدیریت سوانح در تصمیم‌گیری آنان متجلی و آشکار می‌شود، وضعیت روانشناختی مستولی بر مدیران در هنگام وقوع بلا یا در انتخاب بهترین مناسب‌ترین راه حل در آن شرایط تاثیر قابل ملاحظه‌ای دارد.

معمولا تصمیم‌های اتخاذ شده در زمان بروز حوادث و سوانح از قبل برنامه‌ریزی نشده است. لذا شکی وجود ندارد که ذخیره اطلاعات ذهنی مدیران در این خصوص و همچنین عملکرد آنان در رویدادهای مشابه می‌تواند در جلوگیری از تصمیم‌های نادرست، بسیار یاری‌دهنده باشد.

بحران‌های ناشی از حوادث غیرمترقبه و بلا یا از لحاظ ماهیت، بزرگی و شدت متفاوتند اما تمامی آنها عواقبی را به بار می‌آورند که متناسب با شدت و ضعف می‌تواند موجب نابسامانی و یا مختل شدن بسیاری از کارهای مهم و اساسی شود.

○ در اغلب بحران‌ها می‌توان به شرایط مشترک زیر اشاره کرد:

- ۱- لازم است هرچه سریع‌تر تصمیم‌گیری شود.
- ۲- در صورت عدم واکنش سریع احتمال وقوع عواقب نامطلوب وجود دارد.
- ۳- راه‌حل‌ها محدود است.
- ۴- تصمیم‌های غلط ممکن است پیامدهای وخیمی داشته باشد.
- ۵- کل مدیریت در هربخش درگیر است.
- ۶- تعدادی از افراد محلی کلیدی در جریان فاجعه از بین می‌روند (محدودیت منابع انسانی)

○ صرف نظر از برنامه‌های آمادگی، واکنش و نحوه تصمیم‌گیری مدیران و مسئولان اجرائی به هنگام وقوع سانحه تا اندازه زیادی به چگونگی برداشت آنها از اوضاع محل و نوع حادثه وابسته است که با موارد زیر مشخص می‌گردد:

- ۱- وضعیت پیش آمده تا چه حد منافع و زندگی جامعه را مورد تهدید قرار داده است؟
- ۲- زمان لازم برای عکس‌العمل چه مقدار است؟
- ۳- حادثه تا چه حد غیرمنتظره و غافلگیرکننده است؟

مدیریت در چنین حالتی بیش از هر چیز به تجربه، مهارت، سرعت، هوشمندی، خلاقیت، موقعیت سنجی و آموزش نیاز دارد و فرصت کافی برای جمع‌آوری بیشتر اطلاعات و تجزیه و تحلیل داده‌ها وجود ندارد. در چنین شرایطی مدیران حاضر در صحنه معمولاً به علت دستپاچگی، شتابزدگی، پریشانی و حاد بودن موضوع، در تصمیم‌گیری دستخوش اختلاف نظر می‌شوند و به این ترتیب شرایط پیچیده‌تر از واقعیت امر جلوه می‌کند و تصمیم‌گیری مشکل‌تر می‌شود.

با توجه به شرح فوق جهت رفع اختلاف و عدم بروز تضاد بین مدیران مرتبط با مدیریت سوانح و جلوگیری از ضرر بیشتر مالی و جانی لازم است به چند نکته توجه کرد:

- ۱- آموزش‌های ضروری به خصوص نکات مشترک به همه مدیران داده شود.
- ۲- کلیه مدیران زیر نظر یک مسئول اصلی انجام وظیفه نمایند.
- ۳- نظر به اهمیت برتری تصمیم‌گیری جمعی نسبت به فردی، تصمیم‌های جمعی اتخاذ گردد.

با عنایت به موارد یاد شده مسلم می‌شود که انتخاب مدیر در سلسله مراتب مدیریت بلای طبیعی می‌تواند در نوع تصمیم‌گیری مناسب موثر باشد.

به‌طور طبیعی مدیران با تجربه و متخصص، که از سرعت عمل و هوشمندی کافی برخوردارند و در عمل نیز دارای خلاقیت کافی هستند، به‌هنگام بلایا بیشتر بر خود تسلط دارند و در نتیجه تصمیمات منطقی و به‌موقع اتخاذ می‌نمایند.

به‌عنوان مثال: به‌خصوص در فاز ابتدائی حادثه و تا قبل از مرحله ثبات، به‌علت اهمیت داشتن فاکتور زمان و فوریت داشتن اجرای برخی تصمیمات در منطقه، وجود سیستم مدیریت عمودی، در عمل با موفقیت بیشتری همراه می‌باشد. وجود بوروکراسی اداری سنگین، بی‌توجهی به فوریت و در نظر داشتن اولویت‌های سنتی به‌صورت صرف منجر به صدمات جبران‌ناپذیر ناشی از فوت وقت خواهد شد.

مدیریت خوب می‌تواند اثرات منفی بحران ناشی از بلا یا را به‌حداقل برساند و فقدان چنین مدیریتی می‌تواند به‌سرعت وضعیت را از آنچه هست بدتر کند.

فصل ۷- تعامل مدیران با مردم

نحوه برخورد با مدیران و جراید و رسانه‌های جمعی، آشنائی با شیوه مصاحبه، تسلط بر پاسخگویی و آمادگی برای جواب دادن به سوالات مطرح شده می‌تواند به آرامش یا تشدید بحران منجر شود.

مدیران اجرایی باید از سیستم اطلاع‌رسانی قابل دستیابی در منطقه آسیب‌دیده برخوردار باشند تا برای آگاه ساختن مردم منطقه از خسارت وارد شده، خدمات ارائه شده، محل ارائه خدمات، اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت بستگان افراد حادثه دیده و نیز برای آموزش عمومی از آن استفاده نمایند. به علاوه وجود چنین سیستمی با توجه به آگاه ساختن مردم از وضعیت موجود، می‌تواند از انتشار شایعه جلوگیری کند. عملکرد یکپارچه سیستم بهداشتی حاضر در منطقه در امر اطلاع‌رسانی می‌تواند نقش مهمی در این رابطه ایفا کند. بنابراین مدیران اجرایی باید از روابط عمومی گسترده‌ای برخوردار باشند و با نهادها و سازمان‌های دست‌اندرکار در منطقه در ارتباط بوده و از اطلاعات موجود آگاه باشند.

فقدان سیستم اطلاع‌رسانی موجب مشکلات عمده‌ای خواهد شد و این مشکل در حادثه بم بسیار محسوس بود. انتخاب ابزار اطلاع‌رسانی مناسب نیز در چنین وضعیتی از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشد. با توجه به اینکه در فاجعه‌های وسیع احتمال تخریب وسایل ارتباط جمعی زیاد است، باید از قابل دسترس‌ترین وسیله در این موقعیت استفاده کرد. رادیوهای ترانزیستوری، توزیع پمفلت‌های یک صفحه‌ای، نصب آگهی‌های خبری در تابلو یا نصب بلندگو در مناطق تجمع مردم و اعلان اخبار مهم از آنها می‌تواند کمک کننده باشد.

مدیران در تصمیم‌گیری‌ها نه تنها مسئول کار خود هستند بلکه مسئول تصمیم‌ها و حرکات و حالت‌های زیرمجموعه خود نیز می‌باشند. بنابراین در انتخاب سلسله مراتب نیز باید شرایط لازم و کافی برای انتخاب افراد در نظر گرفته شود.

به منظور کم کردن احتمال خطا به جای تصمیم‌گیری فردی در شرایط وقوع حوادث و سوانح و بحران‌های ناشی از آنها بهتر است تصمیم‌گیری جمعی (جمعی از مدیران که به عنوان ستاد یا شورا گرد هم می‌آیند) انجام شود. توجه به پژوهش‌های انجام شده در حوادث غیرمترقبه قبلی و استفاده از نظرات کارشناسان باتجربه در این زمینه می‌تواند مفید واقع شود. مدیریت کارا در بحران با خلاقیت از امکانات موجود به صورت بهینه استفاده خواهد کرد و در پاره‌ای از موارد بر اساس نیازهای آنی استراتژی خود را خارج از چارچوب ابتدائی تنظیم خواهد کرد.

مدیریت مشارکتی و درگیر کردن نیروهای مردمی محلی و به‌ویژه معتمدین محلی در تصمیم‌گیری‌ها و حضور آنها در جلسه‌های ستادی و اجرای برنامه‌ها علاوه بر افزایش توانمندی افراد آسیب‌دیده و کاهش فشارهای روانی منجر به سهولت در اجرای برنامه و ایجاد احساس مالکیت در برنامه‌ها در بین مردم می‌گردد و همکاری بیشتر آنان را به همراه خواهد داشت. حوادث فاجعه بار افراد را بدبین و مستعد گسترش شایعه می‌کند. حضور نمایندگان واقعی مردم در جریان تصمیم‌گیری‌ها این مشکلات را به حداقل می‌رساند.

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

فصل ۸- پژوهش در بلایا و حوادث غیرمترقبه

بی‌گمان پژوهش بخش مهمی از فعالیتهای تیم‌های حمایت روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه را تشکیل می‌دهد. با این حال به علت آسیب شدید وارده به بازماندگان پژوهش‌هایی که به دقت طراحی نشده و از جنبه‌های مشخصا کاربردی و معطوف به هدف برخوردار نیستند، خود می‌توانند منبعی برای ایجاد استرس در بازماندگان و همچنین تیم بهداشتی شوند. نگارندگان معتقدند که در یک سال اول بعد از بلایا دست‌اندرکاران بهداشتی به دقت و با وسواس فوق‌العاده‌ای به بازبینی طرح‌های پژوهش پرداخته و صرفاً به صورت محدود اقدام به پذیرش طرح‌هایی نمایند که نسبت به دیگران جامع‌تر بوده و از نتایج عملی بیشتری برخوردارند. به نظر می‌رسد وجود شورایی که به بازبینی طرح‌ها پرداخته و عناوین طرح‌های تصویب‌شده را به مراکز پژوهشی و دانشگاه‌های کشور منعکس سازد از نیازهای اصلی مدیریت بحران می‌باشد. بدیهی است هرچه میزان و ابعاد فاجعه گسترده‌تر باشد، رویکرد و اقبال پژوهشگران به آن بیشتر خواهد بود. این مهم خصوصاً در یک سال اول پس از فجایع بزرگ فرصتی طلائی برای پژوهشگران قلمداد شده و رقابتی جهت انتشار داده‌های مربوط به فاجعه ایجاد خواهد کرد.

پژوهش‌های کاربردی در فجایا به سه نوع موضوع:

پژوهش‌های کاربردی در فجایا به سه نوع موضوع ارزیابی نیازها، پایش و ارزشیابی محدود می‌گردد. ارزیابی نیازها خود در سه محور ارزیابی نیازهای آموزشی، اجتماعی و بهداشتی خلاصه می‌شود. بخشی از ارزیابی نیازها از طریق مطالعه همه‌گیرشناسی و بخشی از طریق پرسشنامه‌های نیازسنجی انجام خواهد گرفت. پایش که معمولاً نادیده انگاشته می‌شود (و البته مهم‌ترین جزء است) براساس ۱- پایش مداخلات و ۲- ارزشیابی قرار دارد. در ارزیابی به موضوع ارزشیابی پیامدها، راندمان برنامه، پیرویه، تحول علائم اختلالات، فرسودگی شغلی^۱ پرسنل و عوامل خطر و محافظت‌کننده توجه می‌شود. طرح‌ها می‌تواند به شکل کیفی^۲ و هم به شکل کمی^۳ اجرا شوند. طرح‌های پژوهشی کمی ارزشیابی در بلایا به دو شکل مقطعی، آینده‌نگر و گاهی مورد شاهدهی گذشته‌نگر قابل انجام است. گرچه پژوهش‌های آینده‌نگر^۴ از ارزش و اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردارند، با این وجود به دلایلی که در زیر به آن اشاره خواهد شد، مولفین طرح‌های مقطعی یا آینده‌نگر تاریخی^۵ را ارجح می‌شمرند.

- به دلیل تکرار پرسشگری و پرسشنامه، همراهی بازماندگان با طرح‌های آینده‌نگر محدود است.
- از طرفی مهاجرت در یک ماه اول و تحرک بیش از حد چادرها و محل‌های اسکان موقت در ۶ ماه اول بعد از بلایا موجب ریزش نمونه‌ها می‌گردد.
- با وجود تلاش برای کمک‌رسانی، بسیاری از نیازهای بازماندگان در زمان مورد نظر برآورده نخواهد شد، که طبعا خود همکاری با پژوهشگران را به تدریج کاهش خواهد داد.
- شایعات مربوط به تیم‌های مداخله و حق‌الزحمه ایشان به تدریج موجب بدبینی به این افراد و کاستن از همکاری پژوهش می‌شود.
- در صورتی که مدیران بهداشتی نتوانند پژوهش‌های غیرضروری را کنترل نمایند، افزایش تدریجی پژوهشگران و تعداد مصاحبه‌ها امری مخل برای پژوهش خواهد بود.
- در صورتی که جمع‌آوردگان اطلاعات از مهارت لازم جهت برخورد با چنین مواردی محروم باشند، انجام پژوهش آینده-نگر غیرعملی یا بسیار مشکل خواهد بود.

¹ Burn out

² Qualitative

³ Quantitative

⁴ Cohort

⁵ Historical cohort

جهت کاستن از این مشکلات مولفین توصیه می‌کنند تا مصاحبه کنندگان با هر گروه درمانگر عازم شوند و درکنار ایشان به پرسشگری بپردازند. تعداد محدودتر نمونه‌گیری و روش‌های نمونه‌گیری آسانتر به همراه کاستن از تعداد طول پرسشنامه‌ها می‌توانند به ارتقاء کیفیت پژوهش کمک کنند.

رفع نیازهای بازماندگان در طول یک بررسی آینده‌نگر کمک بسیاری به جلب همکاری مردم خواهد کرد و بدیهی است عدم حل آن مشکلات پژوهش را دوچندان می‌کند. همچنین گردهمایی مردمی و عمومی و آگاهی دادن به بازماندگان در مورد اقدامات بهداشت روانی سبب جلب همکاری ایشان با پرسشگران و درمانگران می‌گردد.

نمونه‌گیری و مشکلات مربوطه

گرچه تقسیم‌بندی جزئی‌تر مناطق بلا دیده و تقسیم‌خوشه‌ها به چهارراه‌ها و بلوک‌ها روشی دقیق برای نمونه‌گیری است، با این حال به‌ویژه در فجایع گسترده به دلیل تخریب و پراکندگی آن، اینگونه نمونه‌گیری منجر به اتلاف منابع و انرژی زیاد خواهد شد. به همین دلیل جهت مولفین تاکید بر تقسیم‌بندی منطقه (شمال غرب/شرق، جنوب غرب/شرق، مرکزی) دارند. برای به حداقل رساندن اخلاقی پژوهش و امکان‌پذیر نمودن آن در صورتی که تعداد پرسشنامه‌ها زیاد است می‌توان بخشی از پرسشنامه‌ها را برای یک نمونه و بخشی از آن را برای نمونه دیگر به کار برد. البته این کار در مواردی مقدور است که نیاز به بررسی همبستگی بین این متغیرها نباشد. زمان مراجعه برای نمونه‌گیری ترجیحا در تمام روز با پراکندگی یکسان باشد چراکه مراجعه صرفا صبحگاه برای نمونه‌گیری منجر به تجمع نمونه‌های مثبت در پژوهش می‌گردد. گاهی حتی نمونه‌گیری تصادفی علیرغم توجه به این شرایط، منجر به حضور بیشتر نمونه‌های مونث، بالغین و یا برعکس کودکان در نمونه شود. بنابراین بهتر است نمونه‌گیری به شکل مطبق برای بالغین، و یا برعکس برای کودکان در نمونه‌گیری به شکل مطبق برای بالغین، کودکان افراد مونث و مذکر انجام شود.

ارزیابی گزارش شخصی (Self report)

مولفین توصیه می‌کنند تا علاوه بر آزمون‌های استاندارد، جهت مشخص کردن میزان تاثیر مداخله بر پیامد، از مقیاس‌ها آنالوگ بصری/لیکرت استفاده شود چنین مقیاس‌هایی را می‌توان در مورد خوشه‌های علائم (Cluster) نیز به کار برد.

ابزار پژوهش

چنین ابزارهایی امکان مقایسه را فراهم کرده و شرایط متاآنالیزی را مساعد خواهد کرد.

وارد کردن داده‌ها

مولفین توصیه می‌کنند ورود اطلاعات به کامپیوتر به فاصله بسیار کم و ترجیحا در حین جمع‌آوری اطلاعات صورت گیرد. چنین امری تصحیح بهتر اشتباهات جمع‌آوردگان را سبب خواهد شد و از داده‌های مفقودی¹ جلوگیری خواهد کرد.

پایش و نظارت بر جمع‌آوری اطلاعات

¹ Missing data

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

نیاز به هماهنگ‌کننده - عاملی حیاتی برای تضمین استاندارد پژوهش از آنجائیکه ممکن است پژوهش و درمان توسط دو تیم صورت پذیرد، وجود فردی که هماهنگی بین این دو قسمت را برعهده خواهد داشت و تاحدامکان از جمع‌آوری داده‌های پایه قبل از شروع مداخلات جلوگیری خواهد کرد، الزامی است. فرد فوق همچنین، کدگذاری نمونه‌ها را خود برعهده خواهد داشت و در صورت وجود بررسی آینده‌نگر زمانه‌های اعزام تیم‌ها را در هر منطقه و توزیع ایشان را تنظیم خواهد کرد.

بلافاصله فرصتی طلایی جهت پژوهشگران برای انجام پژوهش و انتشار آن نیست بلکه در درجه اول امری برای ارتقاء خدمت‌رسانی و افزایش کیفیت زندگی بازماندگان است. به همین جهت در بلایای گسترده تاسیس شورای ملی برای بررسی طرح‌های پژوهشی و تصویب آنها الزامی است. این شورا نه تنها نقش تسهیل‌گر پژوهش بلکه نقش محافظتی برای بازماندگان در پژوهش‌ها با درجه پایین‌تر فوریت را خواهد داشت و همچنین گزارش طرح‌های مصوب به مراکز پژوهش دانشگاه‌ها از طریق این شورا به انجام می‌رسد و کلیه پژوهشگران موظف خواهند بود طرح خود را صرفاً به تأیید این شورا برسانند. در این شورا حضور قوی نمایندگان تیم‌هایی که مسئولیت مداخلات را برعهده دارند جزو شروط اصلی خواهد بود.

فصل ۹- مدیریت سازمانی ستاد حمایت روانی - اجتماعی

مدیریت سازمانی ستاد حمایت روانی اجتماعی درس‌هایی از مداخلات روانی - اجتماعی در زلزله‌های قبلی

اساسا اگر فعالیت‌های بهداشت روانی ادغام یافته با سایر فعالیت‌های بهداشتی باشد مطلوب‌تر است. ولی تجربیات داخلی و برخی از تجربیات بین‌المللی نشان می‌دهد که اگر نوعی دخالت عمودی در زمینه بهداشت روانی وجود نداشته باشد، ممکن است برخی از مسئولین بهداشتی، بهداشت روان را جزء اولویت قرار ندهند.

آنچه در بلایا مهم است مداخله فوری روانی - اجتماعی در مرحله اورژانس برای بازماندگان و کاهش استرس ناشی از مشکل اتفاق افتاده است. توصیه‌های زیر را به خاطر بسپارید و تا حد امکان به صورت فلوچارت مداخله روانی - اجتماعی در بلایا در واحد کارشناسی بهداشت روان مرکز بهداشت استان و هر شهرستان بر دیوار نصب شود (در قاب یا تابلو قابل مشاهده).

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

- تعیین محل‌هایی که مجروحین و معلولین به آن منتقل می‌شوند و حضور فوری در مراکز مذکور از اقدامات اولیه است.
- در صورت به همراه داشتن دوربین فیلمبرداری و عکاسی از مجروحین و مرحومین تصویر، فیلم و گزارش تهیه کنید.
- در صورتیکه پزشکی قانونی یا نهاد دیگری این وظیفه را بخوبی انجام می‌دهد لزومی به مداخله در این زمینه نیست.
- اطلاعات مجروحین و فوت شدگان حادثه را ثبت کنید.
- هرچه سریعتر با مراکز تحقیقاتی دانشگاه یا دانشگاه‌هایی که در منطقه آنها حادثه اتفاق افتاده جهت ایجاد سایت اینترنتی اطلاعات مصدومین و مجروحین ناشی از حادثه هماهنگی لازم را انجام دهید.
- به صورت روزانه اطلاعات خود را به سایت از هر طریق ممکن (پیامک و تلفن و ...) ارسال نمایید. (این اقدام‌ها در حادثه بم با استفاده از نیروهای داوطلب دستیار روانپزشکی و کارشناسان روانشناسی شهرهای پذیرای مجروحین انجام شد. کلیه مشخصات مجروحین پس از مراجعه به بیمارستان‌ها در فرم‌ها مخصوصی ثبت می‌شد و در اختیار اداره سلامت روان قرار می‌گرفت. سپس از آنجا به وسیله پست الکترونیکی و یا فاکس به معاونت بهداشتی کرمان ارسال می‌شد و در اختیار سایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان قرار می‌گرفت و جهت انتقال چهره به چهره در اختیار داوطلبین قرار می‌گرفت.)
- اطلاعات به روز باید همواره در دسترس باشد.

ب- برنامه‌ریزی و سازماندهی فعالیت‌های روانی - اجتماعی در بلایا و حوادث :

لازم به ذکر است بهتر است گروه کارشناسی سلامت روان در مراکز بهداشت هر استان و مراکز بهداشت شهرستانها بسته‌ای از وسائل مورد نیاز تیم حمایت روانی - اجتماعی برای روزهای اولیه پس از حادثه از قبل آماده نمایند (مانند: فرم‌های اطلاع رسانی، پمفلتهای آموزشی، اسباب بازی برای بچه‌ها، لیست و شماره تماس کلیه روانپزشکان و روانشناسان و مددکاران اجتماعی را که در حوادث قبلی آموزش دیده‌اند) و بلافاصله بعد از هر حادثه برنامه‌ریزی و مدیریت مداخله روانی - اجتماعی در بلایا به شرح زیر شروع نمایند:

- با استفاده از امکانات محلی گروه مداخله روانی اجتماعی را تشکیل داده و فعالیت‌های خود را در همان ساعت‌های اولیه حادثه شروع کنید.
- نیازسنجی سریعی انجام دهید. جمعیت بازمانده و درصدی از افراد که به مداخلات روانی - اجتماعی تخصصی‌تر نیاز خواهند داشت، مشخص نمائید.

- با فراخوان کلیه نیروهای آموزش دیده در دسترس ستاد مداخلات روانی - اجتماعی را تشکیل دهید.
- وسعت حادثه و اطلاعاتی که دارید را سریعاً به اطلاع مقامات مسئول در وزارت بهداشت (اداره سلامت روان) برسانید و از آنها درباره مشکلات لجستیک و فنی کسب تکلیف کنید.
- در صورت گسترده‌گی حادثه، در همان دقایق اولیه نقشه آسیب‌دیده را تهیه کرده و برحسب وسعت منطقه آنرا به مناطق مداخله‌ای منطقه‌بندی کنید (Zone). سعی کنید منطقه‌بندی‌ها را به‌زائی محدودده مشخص هر مرکز بهداشت درمانی برحسب جمعیت انجام دهید.
- نیروهای خود را متشکل از یک نفر روانپزشک یا دستیار روانپزشکی و یک روانشناس آموزش دیده و در صورت حضور یک مددکار با یک مددکار اجتماعی، در مناطق تقسیم‌بندی کنید و شرح وظایف آنها که در بحث مدیریت فنی خواهد آمد مشخص نمایید.
- تشکیل این ستاد را سریعاً به اطلاع مردم و مسئولین از طریق رسانه‌های در دسترس به خصوص صدا و سیما و هر رسانه ممکن دیگر برسانید.
- فعالیتهای خود را که در منطقه براساس فلوجارت تنظیمی شروع کرده‌اید سعی کنید با سایر سازمانها و NGO هایی که مداخلات روانی - اجتماعی را می‌خواهند شروع کنند ارتباط برقرار کنید و برای پیشگیری از موازی‌کاری هماهنگی‌های لازم را انجام دهید.
- سعی کنید در جلسات ستاد بحران منطقه با اعزام نماینده حضور فعال داشته و اطلاعات خود را به ستاد مداخلات روانی - اجتماعی جهت پیشرفت کار و هماهنگی بیشتر منتقل نمایید.

مدیریت فرایندهای تکنیکال (فنی)

ستاد حمایت روانی - اجتماعی پس از حوادث

- تعیین شرح وظایف تیم‌های مداخله‌ای (روانپزشک و روانشناس و مددکار اجتماعی آموزش دیده) بر اساس موارد زیر:
- (فراموش نکنید در تمام مراحل، تهیه گزارش و در صورت امکان فیلم و عکس جهت مستندسازی ضروری است.)
- الف - شروع ویزیت آسیب‌دیدگان با مراجعه به محلهای اسکان (Tent visit) و ارائه خدمات حمایت روانی اجتماعی اولیه و غربالگری و برقراری ارتباط مناسب و مصاحبه و غربالگری (Initial psychosocial support)
- ب - جدا کردن افرادی که مشکلات استرس پس از سانحه دارند و سازماندهی آنها در گروههای زیر ۶ سال، ۶-۱۲ سال، ۱۲-۱۸ سال، و بالای ۱۸ سال
- ج - تشکیل گروههای مداخله‌ای برای ارائه خدمات روانی - اجتماعی به افراد نیازمند خدمات گروهی، با تمرکز بر سه دسته علائم ناشی از آسیب به صورت حداقل یک جلسه در هفته و ثبت مشخصات آنها این جلسات شامل بازگویی روانشناختی کوتاه و بدون فشار و کاربرد تکنیکهایی برای خاطرات مزاحم (Intrusive memories)، برانگیختگی (hyper arousal) و اجتناب (Avoidance) می‌باشد. تشکیل گروههای ۸ تا ۱۰ نفره مناسب‌ترین است.
- د - کسانی که در گروه مشکلات شدیدتری دارند را جدا کرده و پس از اتمام کار گروهی با آنها فعالیت خود را به صورت انفرادی ادامه داده و مشخصات وی را ثبت نمایید.

ه - کسانی که نیازمند مددکاری اجتماعی هستند به خصوص کودکانی که والدین خود را از دست داده‌اند و دختران نوجوان که در خطر ربوده شدن بوده و خانم‌هایی که سرپرست خود را از دست داده‌اند را به گروه مددکاری اجتماعی جهت پیگیری معرفی کرده و مشخصات کامل آنها را ثبت نمایید.

و - در محل‌های نگه‌داری مجروحین و مصدومین فوراً حضور یافته و فعالیتهای روانی - اجتماعی خود را شروع نمایید.

ز - خلاصه کلیه اطلاعات کسب شده روز جاری را در فرم اطلاعات ثبت نموده و آمار روزانه را از راه‌های ممکن به اداره سلامت روان ارسال نمایید.

ح - هر شب در محل مناسب گردهمایی‌های شبانه را تشکیل داده و درمورد آنچه که روز جاری رخ داده با هم بحث و تبادل نظر کنید و از نظرات و اتفاقات گزارش و در صورت امکان فیلم و عکس جهت مستندسازی و بهبود روند کار و آموزش خودتان تهیه کنید.

بایدها و نبایدها

- ۱- از انجام اموری که در برنامه مداخله روانی اجتماعی پیش‌بینی نشده است اکیداً خودداری گردد.
- ۲- با توجه به اینکه در کاهش استرس‌های حاد ناشی از بلایا مداخله دارویی اقدام اولیه نیست و مداخله گروهی شامل استفاده از تکنیک‌های بازگویی روانشناختی و کنترل افکار مزاحم و روش‌های کنترل استرس و... در اولویت و ارجحیت قرار دارد به این نکته توجه گردد. بدیهی است در مراحل بعدی ممکن است افرادی باقی بمانند که نیازمند مداخلات دارویی هستند.
- ۳- به منظور ارزیابی اثربخشی مداخلات روانی - اجتماعی برنامه‌ای توسط اداره سلامت روان پیش‌بینی گردیده است. بنابراین تکمیل پرسشنامه و انجام هرگونه تست روانشناختی یا سایر بررسی‌ها و... ممنوع بوده و از هرگونه مداخله بدون نظر مسئولین ستاد خودداری شود.
- ۴- از درگیر شدن در مسائل غیرمرتبط با مداخلات روانی اجتماعی پرهیز شود.
- ۵- از شرکت دادن افراد غیرمسئول در گروه‌ها بدون هماهنگی خودداری شود.
- ۶- در مورد کسانی که بدون طی مراحل قبلی تمایل به شرکت در گروه دارند با توضیح کامل و گفت‌وگو با هوشیاری و درایت از شرکت آنها در گروه خودداری کنید. چون خطر آسیب‌رسانی ثانویه آنها را تهدید می‌کند. به خصوص برای کودکان کنجکاو که می‌خواهند در جلسات غیر مرتبط به آنها شرکت کنند، جلسات بازی موازی بگذارید.
- ۷- آمار و اطلاعات مداخله را فقط به افراد مسئول ارائه دهید. در حفظ اسرار شخصی بازماندگان دقت بسیار نمایید.
- ۸- به‌طور دوره‌ای اطلاع‌رسانی مناسبی برای معرفی خدمات انجام دهید.
- ۹- قبل از تهیه هرگونه فیلم و عکس از افراد از جمله کودکان اجازه بگیرید.

با توجه به اینکه هدف از مداخلات روانی اجتماعی کاهش آثار روانی ناشی از سانحه و کمک به بازسازی روانی و کاهش عوارض ناشی از آن می‌باشد، لذا به منظور وحدت رویه و همچنین هماهنگی در ارائه خدمات خواهشمند است بعد از ارائه کمک‌های روانشناختی اولیه و غربالگری و تعیین گروه‌ها به شکل زیر عمل شود.

جلسه اول: بازگویی روانشناختی تعدیل شده همراه با ارائه چند تکنیک در خصوص کنترل افکار و خاطرات مشکل‌ساز

جلسه دوم: ادامه تکنیک‌های کنترل خاطرات مشکل‌ساز و ارائه تکنیک‌های رفتارهای اجتنابی

جلسه چهارم: مشاوره گروهی برای واکنش سوگ

توجه: در فاصله جلسه‌ها (یک هفته) تکالیف خانگی ارائه و اول هر جلسه تکالیف داده شده بازبینی و بازخورد مناسب داده شود. ضمناً در مورد تیم‌های که با گروه‌های کودکان و نوجوانان فعالیت می‌نمایند قبل از رفتن به گروه ابزارهای مناسب شامل تخته سفید، نوشت افزار، پازل و سایر لوازم مناسب که در ستاد موجود است را با خود ببرید.

منابع: