



عنوان دوره آموزشی: مدیریت سلامت در حوادث و بلایا

**تهیه و تنظیم:
قهرمان شیرزاد
کارشناس ارشد مدیریت**

پاییز ۱۳۹۲

مقدمه

حوادث غیرمترقبه از جمله مسائل بسیار مهمی هستند که همه ساله گریبانگیر دولتها و ملتها شده، تلفات جانی و خسارات مالی فراوانی بر آنها تحمیل می‌نمایند. ایران ما آنگونه که آمارها نشان می‌دهند، دهمین کشور بلاخیز دنیا و چهارمین کشور بلاخیز قاره آسیاست. در مناطق مختلف کشور، انواع حوادث غیرمترقبه طبیعی، همچون سیل، زلزله، رانش زمین و سقوط بهمن و نیز حوادث غیرمترقبه غیرطبیعی، همچون حوادث ترافیکی، سقوط هواپیما و ... همواره در حال وقوع است. طولانی ترین جنگ تاریخ معاصر نیز که از جانب استکبار جهانی بر کشور ما تحمیل گردید، بیش از چهار صد هزار نفر از بهترین جوانان این مرزوبوم شهید کرد. بیش از ۹۰٪ از مساحت کشور نیز در معرض خطر متوسط به بالا از نظر امکان وقوع زلزله قرار داد و حدوداً هر ۱۰ سال یکبار زلزله های بزرگی در مناطق مختلف کشور به وقوع پیوسته، جمع زیادی از هموطنانمان را داغدار و مصیبت زده می‌نماید. نکته جالب توجه در این مورد، قرار گرفتن تهران، بعنوان پایتخت جمهوری اسلامی ایران، با جمعیت بیش از ۱۰ میلیون نفر، در منطقه باخطر بسیار زیاد از نظر امکان وقوع زلزله است. این درحالی است که کشورهای همسایه نیز از وضعیت مناسبی برخوردار نیستند و هراز گاهی با وقوع جنگ در آن کشورها، کشورما شاهد مهاجرت جمعیت زیادی بسوی مرزهاست.

تمامی عوامل فوق در کنار افزایش جمعیت شهرنشین، رشد صنایع مختلف، تغییرات شدید جوی و شیوع میکروبهایی جدید و ایبدمی های گسترده بیانگر اهمیت امر مدیریت بحران است.

مراکز درمانی، بعنوان اصلی ترین سازمانهای درگیر در هنگام وقوع حوادث غیرمترقبه، نیازمند وجود برنامه مدون مقابله با حوادث هستند. نتایج یک تحقیق درمورد ((ظرفیت پذیرش همزمان مصدومین در حالت عادی)) در بیمارستانهای شهر تهران، نشان داد که میانگین این تعداد ۸ نفر و حداکثر آن ۶۰ نفر است. بعبارت دیگر با در نظر گرفتن حدود ۱۰۰ بیمارستان در شهر تهران. ظرفیت پذیرش همزمان مجروح در تمامی این بیمارستانها ۸۰۰ نفر برآورد می‌شود درحالیکه تخمین زده می شود. وقوع زمین لرزه شدید در تهران، صدها هزار مجروح بر جای گذارد.

اثرات حوادث غیرمترقبه بر مراکز درمانی

حوادث غیرمترقبه، بسته به نوع، شدت، زمان و مکان وقوع، می‌توانند اثرات مختلفی بر مراکز درمانی بجای گذارند که از آن جمله می‌توان به تأخیر و یا عدم اطلاع رسانی صحیح و بموقع، سردرگمی پرسنل و بی‌نظمی آنان، کمبود و تکمیل سریع ظرفیت اورژانس، کمبود تجهیزات و مواد مصرفی، بروز واکنشهای روحی - روانی در پرسنل و بیماران، اختلال در عملکرد عادی مرکز درمانی بدلیل خرابی تجهیزات و تأسیسات و نیز ازدحام مردم اشاره نمود. عوامل یادشده به همراه سایر عوامل، موجب افزایش موربیدیتیه و مورتالیتیه بیماران و مصدومین میگردد. لذا برای کاهش اثرات حوادث غیرمترقبه و پیشگیری از عوارض ناشی از آن، وجود یک برنامه کامل و مدون در کلیه مراکز درمانی ضروری بنظر می‌رسد.

اهداف برنامه مقابله با حوادث غیرمترقبه

برنامه مقابله با حوادث غیرمترقبه به دو بخش پیش از وقوع حادثه و پس از وقوع حادثه تقسیم میگردد. پیش از وقوع حادثه شناسایی کلیه خطرات محتمل الوقوع، پیشگیری، آماده سازی وایمن سازی مرکز درمانی و پرسنل شاغل در آن، تدوین برنامه کامل مقابله با حوادث غیر مترقبه، آشنا سازی پرسنل با قسمتهای مختلف برنامه و شرح وظایف آنان در برنامه، ایجاد ارتباطات بیرونی با کلیه سازمانهای پاسخ دهنده به حادثه و سازمانهای کمکی مهمترین اهداف برنامه را تشکیل می‌دهند.

برنامه مقابله با حوادث غیرمترقبه، پس از وقوع حادثه اهداف مهمی همچون تشکیل سریع سیستم فرماندهی حادثه، برقراری ارتباط با ستاد بحران و سایر سازمانهای پاسخ دهنده به حادثه، اجرای دقیق شرح وظایف کلیه واحدها، ارائه خدمات مناسب به بیماران قبل و مصدومین جدید الورد و نهایتاً ارزیابی مجدد برنامه و بازنگری آنرا دنبال می‌کند

مفاهیم

سیستم مدیریت بحران بیمارستانی برای کمک به بهبود عملکرد مراکز پزشکی طی بحران طراحی شده است. بدلیل آنکه بسیاری از حوادث نیازمند دخالت افراد و سازمانهای متعدد است برقراری هماهنگی بین فعالیت افراد و سازمانها نیازمند برنامه ای است تا بتواند این ارتباط را بطور صحیح برقرار کند.

هماهنگی درون و برون سازمانی نیازمند موارد زیر است :

- زنجیره فرماندهی مبتنی بر مسئولیت
- وجود زبان مشترک در ساختار مدیریتی
- وجود شرح وظایف مشخص و تفکیک شده
- امکان برقراری ارتباطات موثر و مداوم

: Incident Command System

یک سامانه مدیریتی برای کنترل ، فرماندهی و هماهنگی فعالیت گروههای مستقل است که جهت دستیابی به هدف مشترک مهار حادثه و کاهش تلفات جانی، مالی و آسیب های محیط زیست طراحی شده است.

تاریخچه

در پی آتش سوزی های گسترده ای که در سال ۱۹۷۰ میلادی در ایالت کالیفرنیا آمریکا بوقوع پیوست و منجر به خسارات مالی گسترده شده و مهار آن حدود ۱۳ روز بطول انجامید ، کمیته ای با هدف تهیه یک سامانه عملیاتی یکسان برای آتش نشانی ها جهت مقابله با حوادث غیر مترقبه بزرگ و همچنین عملیات روزمره آنان تشکیل گردید . نام این سامانه FIREScope بود.

با تکامل تدریجی ، این سیستم ICS (Incident Command System) یا همان سیستم فرماندهی حادثه نام گرفت.

در سال ۱۹۸۷ انجمن بیمارستانهای کالیفرنیا کار بر روی تطابق ICS برای پاسخ فوری به حوادث را آغاز کرد و آنرا تحت عنوان " راهکارهای آمادگی بیمارستانها در برابر زلزله "

Earthquake Preparedness Guidelines for Hospitals چاپ کرد. این راهکارها بعدها بعنوان هسته اولیه مورد استفاده قرار گرفت تا آنکه در ۱۹۹۱ سرویس اورژانس پیش بیمارستانی اورنج کانتی آنرا گسترش داد و با نام Hospital Emergency Incident Command System(HEICS) ارائه نمود . در سال ۱۹۹۲ ویرایش دوم ،

در سال ۱۹۹۶ ویرایش سوم و در سال ۲۰۰۶ آخرین نسخه آن با نام Hospital Incident Command System (HICS) ارائه شد.

تعاریف

معمولا برای درک بهتر مفاهیم مربوط به حوادث و بحران ها از تعریف ها استفاده می شود. ولی اصولا هر مرکز یا منطقه ای ممکنست تعریف مربوط به خود را از هر پدیده داشته باشد ، که منجر به ایجاد تعاریف متعدد از هر واژه شده است. در این مجموعه سعی شده است تا تعاریف یکدست شده و قابل قبول سازمان های مختلف بویژه سازمان بهداشت جهانی را بازگو کنیم.

بحران

حادثه ای که بطور طبیعی و یا بوسیله بشر بطور ناگهانی و یا بصورت فزاینده به وجود آید و سختی و مشقتی را به جامعه انسانی تحمیل نماید و جهت برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق العاده باشد بحران گویند. بحران به هرگونه حادثه ای اطلاق می شود که به جان یا مال انسان آسیب برساند و نیاز به اقدام فوری و فوق العاده داشته باشد.

Disaster

وضعیت حاصل از یک پدیده محیطی یا انسان ساخت را گویند که سبب ایجاد استرس ، آسیب افراد ، تخریب فیزیکی و مشکلات وسیع اقتصادی می شود

Hazard

هر چیزی است که سبب ایجاد خطر می شود و ممکنست طبیعی یا ساخته دست انسان یا ترکیبی از این دو باشد و نیز قادر به ایجاد عوارض جانبی بر سلامت ، فعالیت یا محیط انسان می باشد. تمامی انواع Disaster در اثر یک Hazard خاص یا ترکیبی از آنها هستند.

Risk

ریسک به احتمال بالقوه یا بالفعل اتفاق افتادن موضوعی منفی گفته می شود. ریسک فقط در مورد یک نوع Hazard بکار میرود. خطر ایجاد یک حادثه به طور وسیعی به میزان آمادگی برای تطابق با یک حادثه و یا حذف آن بستگی دارد.

Prevention

مجموعه اعمال و اقداماتی که انجام می شوند تا پدیده های طبیعی یا ساخته دست بشر سبب ایجاد یا احتمال ایجاد

Hazard

شناخته شده یا نا شناخته نشوند را Prevention گویند . این کار در مورد اکثر پدیده های طبیعی غیر ممکن است .

Event

حادثه ای است که قادر به ایجاد تاثیر منفی بر زندگی انسان یا محیط زندگی انسان باشد .

Mitigation

کاهش یا تخفیف شدت عمل یک حادثه را گویند و در کل به اعمالی گفته می شود که سبب کاهش آسیب فوری ناشی از حوادث می شود .

Preparedness

مجموع اقدامات و قوانینی که قبل از حادثه توسط انسان ها وضع می شود تا سبب کاهش آسیب هایی شود که احتمال وقوع آنها در اثر حادثه وجود دارد .

Preparedness شامل سیستم های هشدار دهنده ، تخلیه ، جابجایی ، ذخیره غذا و آب و لوازم پزشکی ، پناهگاه های موقت ، تمرین های ویژه و سایر اقدام های مشابه می باشد.

Damage

نتیجه منفی یک حادثه بر جامعه یا محیط است . بعبارت دیگر Damage آسیب یا ضرری است که ارزش یا سودمندی یک شیئی یا سلامتی یا عملکرد نرمال انسان را کاهش دهد .

Vulnerability

تعاریف متفاوتی دارد . به " میزان قابلیت از دست دادن " یا " آسیب پذیری جامعه یا محیط نسبت به نوعی از حادثه " گفته می شود . میزان آن بستگی به Resilience جامعه نسبت به حادثه دارد .

Resilience

مقاومت یک محیط یا جامعه در مقابل یک حادثه است که به میزان انعطاف پذیری و تطابق با حادثه بستگی دارد و دارای دو جزء است : جزء وابسته به طبیعت و جزء وابسته به انسان

Triage

تریاز کلمه ای با ریشه لاتین به معنی به دسته بندی کردن است . به اقداماتی گفته می شود که در شرایط عادی برای تشخیص افراد دارای بیشترین آسیب های تهدید کننده حیات و در حوادث غیر مترقبه برای نجات جان بیشترین تعداد مصدومین که در ضمن بیشترین شانس زنده ماندن را دارند .

Decontamination

رفع آلودگی شامل اعمالی مثل جدا کردن ، پاک کردن و بی اثر کردن مواد خطرناک تجمع یافته بر روی بیماران ، پرسنل و وسایل است . موارد کاربرد آن شامل ایجاد محدودیت در جذب و آسیب بافتی ، جلوگیری از مسمومیت سیستمیک ، محدود کردن آلودگی به منطقه خاص و جلوگیری از انتقال آلودگی به پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی و بیمارستانی می باشد.

حوادث و وقایع محتمل الوقوع

حوادثی که مراکز درمانی را تهدید می کنند می توان به چند دسته بشرح ذیل تقسیم بندی نمود :

- حوادث داخلی یا Internal Disaster مانند : آتش سوزی ، انفجار ، پخش و انتشار مواد خطرناک
- حوادث خارجی کوچک یا Minor External Disaster : وقایعی است که تعداد کمی قربانی به جای می گذارد .
- حوادث خارجی بزرگ یا Major External Disaster : وقایعی است که تعداد زیادی قربانی به جای می گذارد .

نحوه اجرای برنامه مقابله با حوادث غیر مترقبه در مراکز درمانی

لازم است برای اجرای برنامه ، کمیته مقابله با حوادث غیرمترقبه در مرکز درمانی بشرح ذیل تشکیل و با سازماندهی نمودار تشکیلاتی سیستم مدیریت بحران در مرکز درمانی ، به ترتیبی که متعاقباً ذکر خواهد شد ، تدوین ، پیاده سازی ، نظارت و بازنگری برنامه را بعهده گیرد. اعضای کمیته مقابله با حوادث غیرمترقبه در مراکز عبارتند از:

- رئیس مرکز درمانی

- مدیر مرکز درمانی

- مترون

- رئیس و سرپرستار اورژانس و دیگر بخشهای مرکز درمانی

- مسئولین فنی کلیه واحدهای پاراکلینیک

- رؤسای حراست و یا انتظامات و واحدهای اداری و مالی

- کارشناس فنی - مهندسی و / یا مسئول تأسیسات

- مسئول بهداشت مرکز درمانی

- نماینده ستاد مقابله با حوادث غیرمترقبه منطقه / شهرستان

مراحل پیاده سازی برنامه مقابله باحوادث غیرمترقبه در مراکز درمانی

نمای کلی و خلاصه شده مراحل مختلف اجراء و پیاده سازی سیستم مدیریت بحران در مراکز درمانی را می توان به ترتیب ذیل بیان نمود:

۱- اجرای برنامه پیشگیری: در اولین گام از پیاده سازی سیستم ، لازم است کلیه قسمتهای مرکز درمانی از نظر ایمنی سازه ای و غیرسازه ای (تجهیزات ، تأسیسات ، گازها و مواد خطرناک ، پرسنل و ...) با در نظر گرفتن کلیه خطرات محتمل الوقوع توسط تیمهای کارشناسی مورد بررسی قرار گرفته و ایمنی مرکز تا حد امکان تأمین گردد. اگرچه این امر بسیار زمان بر ، گسترده و هزینه بر است ، اما در صورت اجرای کامل و صحیح می تواند تا حد بسیار زیادی از عوارض ناشی از حوادث غیرمترقبه بکاهد. نمونه چک لیستهای بررسی ایمنی مراکز درمانی از دیدگاه بهداشت حرفه ای ، در ادامه ارائه میگردد.

۲- سازماندهی پرسنل مرکز درمانی در نمودارهای تشکیلاتی: گام دوم در پیاده سازی سیستم مدیریت بحران در مراکز درمانی ، سازماندهی پرسنل شاغل در مرکز درمانی در نمودار های تشکیلاتی از قبل تهیه شده است. البته باید توجه شود که پرسنل حتی الامکان در جایگاهی سازماندهی شوند که بیشترین توانایی را در آن حوزه دارا بوده و ترجیحا با شرح وظایف آنان در حالت عادی ، کمترین تفاوت را داشته باشد. نمونه نمودار های تشکیلاتی سیستم مدیریت بحران برای استفاده در سطوح مختلف مراکز درمانی ، شامل بیمارستانهای جنرال ، بیمارستانهای کوچک و / یا تک تخصصی ، دی

کلینیکها ، پلی کلینیکها ، درمانگاهها و ستادهای مرکزی بحران ، در ادامه ارائه میگردد. نکته مهم در این مرحله آنست که اجرای این مرحله بهتر است همزمان با اجرای مرحله اول برنامه آغاز گردد.

۳- سازماندهی نفرات جانشین و تیمهای مختلف نمودارهای تشکیلاتی : در این مرحله نفرات جانشین برای مسئولین بخشها و واحدهای مختلف نمودارهای تشکیلاتی ، با تهیه جداول خاصی سازماندهی میگردند. در این جداول الزاماً باید کلیه پرسنل شاغل در مرکز درمانی ، با توجه به نوع توانمندیهایشان ، بعنوان جانشین اول و دوم و یا عضو تیمهای مختلف نمودار تشکیلاتی سازماندهی گردند. نمونه جداول مشخصات اعضای سیستم مدیریت بحران یک بیمارستان جنرال ، در ادامه ارائه میگردد.

۴- ابلاغ شرح وظایف جایگاههای مختلف نمودار تشکیلاتی : گام بعدی پیاده سازی سیستم مدیریت بحران ، ابلاغ شرح وظایف اعضای سیستم مدیریت بحران است. در این مرحله شرح وظایف هر جایگاه ابلاغ شده و بر فراگیری آن توسط مسئولین جایگاهها، نفرات جانشین و سایر اعضای تیم تأکید و نظارت میگردد. شرح وظایف افراد بایستی در یک برگ در ابعاد ۱۰*۱۵ بصورت پشت و رو نوشته شده و دو نمونه پرس شده از آن آماده گردد یکی به فرد ابلاغ شده و دیگری در مرکز در اتاق بحران نگهداری شود تا در صورت نیاز از آن استفاده شود. نمونه شرح وظایف مسئولین جایگاههای مختلف نمودار تشکیلاتی یک بیمارستان جنرال در ادامه ارائه می گردد.

۵- آشناسازی پرسنل با برنامه : در این مرحله از طریق برگزاری کلاسهای آموزشی و سخنرانی ، پرسنل با کلیات برنامه مقابله با حوادث غیر مترقبه آشنا می شوند.

در این جا لازم است به ۳ نکته مهم توجه کافی مبذول شود:

الف - کلیه پرسنل باید دوره های آموزشی طراحی شده را طی نمایند.

ب - پرسنل لازم است نه تنها با شرح وظایف خود در برنامه آشنا شوند ، بلکه باید از شرح وظایف دیگر پرسنل نیز آگاه گردند. این امر مانع رها کردن وظایف اصلی افراد ، جهت انجام دیگر وظایف میگردد.

ج - دوره های آموزشی باید علاوه بر مبحث مدیریت بحران ، سایر نیازهای آموزشی پرسنل همچون تریاژ ، نحوه مقابله با حوادث غیرمترقبه مختلف ، پشتیبانی روانی در بحران ها ، کنترل عفونت در حوادث غیرمترقبه و غیره را نیز دربر گیرد.

۶- برگزاری کارگاه های توجیهی: مرحله بعدی پیاده سازی سیستم مدیریت بحران مراکز درمانی ، برگزاری کارگاههای توجیهی شرح وظایف برای اعضای هر واحد بصورت اختصاصی و در قدم بعد برای هر بخش با واحدهای زیر مجموعه همان بخش است. در این کارگاهها با مطرح کردن یک سناریوی از قبل طراحی شده ، میزان آشنایی افراد و واحدها ، با شرح وظایف محوله سنجیده شده و اشکالات آنها در این زمینه ، مرتفع میگردد.

۷- برگزاری مانورهای عملیاتی محدود: در این گام با مطرح کردن و پیاده سازی سناریوی از قبل طراحی شده ، میزان آشنایی و آمادگی عملی افراد و واحدها برای اجرای شرح وظایف محوله ، بصورت اختصاصی برای هر واحد و در قدم بعد برای هر بخش با واحدهای زیر مجموعه همان بخش بصورت شبیه سازی شده و عملاً مورد سنجش قرار گرفته و اشکالات افراد ، واحدها و بخشها ، تعیین و مرتفع میگردد.

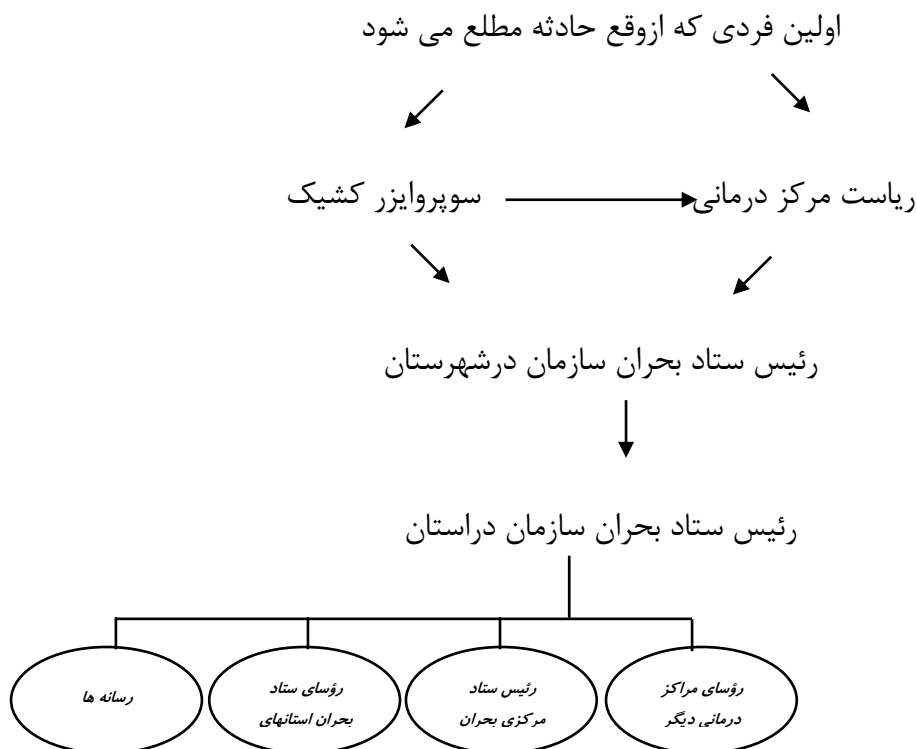
۸- برگزاری مانور عملیاتی سراسری : مرحله اصلی پیاده سازی سیستم مدیریت بحران در مراکز درمانی ، برگزاری مانور عملیاتی سراسری با شرکت کلیه بخشها و واحدهای نمودار تشکیلاتی آن مرکز است که پس از اجرای مانور های عملیاتی محدود به مرحله اجرا درمی آید در این مرحله که مهمترین مرحله پیاده سازی برنامه است ، علاوه بر اشکالات واحدها و بخشها ، نقایض موجود در عملیات هماهنگ بین بخشهای مختلف شناسایی می گردد. مانورهای عملیاتی سراسری لازم است حداقل ۲ بار در سال برگزار گردیده و آمادگی پرسنل برای مقابله با حوادث غیرمترقبه حفظ شود.

۹- بازنگری و اصلاح برنامه : مرحله نهایی پیاده سازی برنامه مقابله با حوادث غیرمترقبه ، بازنگری آن با توجه به اشکالات و نقایص مشاهده شده در مانورهای محدود و سراسری و اصلاح در جهت رفع این موارد می باشد. بازنگری و اصلاح برنامه لازم است پس از هر بار مانور عملیاتی سراسری صورت پذیرد.

مراحل عملکرد مراکز درمانی پس از وقوع حادثه

۱. فعال سازی سیستم هشدار

اولین مرحله پس از وقوع حادثه ، مرحله فعال سازی سیستم هشدار است. داشتن یک برنامه مدون برای سیستم هشدار ، امری بسیارمهم است. چرا که داشتن اطلاعات صحیح و در کمترین فاصله زمانی پس از وقوع حادثه ، لازمه تصمیم گیری صحیح و آمادگی برای ارائه خدمات مطلوب است. نمودار زیر بعنوان نمونه سیستم هشدار مراکز درمانی طراحی گردیده است:



لازم است نمودار فوق به همراه جدول مشخصات افراد مذکور در این نمودار، در کلیه مراکز درمانی در معرض دید پرسنل قرار گیرد.

۲. فعال شدن مرحله ای نمودار تشکیلاتی سیستم مدیریت بحران

به محض اطلاع بالاترین مسئول حاضر در مرکز درمانی از وقوع حادثه، لازم است بصورت مرحله ای، نمودار تشکیلاتی سیستم مدیریت بحران را فعال نماید. در شرح وظایف هریک از اعضا، اقداماتی که هریک از اعضا بترتیب باید انجام دهند، ذکر شده است و بدین ترتیب مرحله پاسخ و حادثه شکل می گیرد. مرحله پاسخ به حادثه براساس شرح وظایف اعضا ادامه می یابد و در همین حال فرمانده حادثه برای بازگشت به وضع عادی برنامه ریزی می نماید.

۳. بازگشت به وضع عادی

فرمانده حادثه، لازم است با در نظر گرفتن تمامی شرایط و جوانب، اعم از وضعیت فیزیکی مرکز درمانی وضعیت تجهیزات و مواد مصرفی، وضعیت پرسنلی و وضعیت بیماران و مصدومین مراجعه کننده، اقدام به اعلام بازگشت به وضع عادی نماید. نکته مهم در این زمینه آنست که اعلام بازگشت به وضع عادی تنها هنگامی امکانپذیر است که پذیرش بیمار جدید، منوط به ترخیص بیماران قبلی نباشد.

۴. ترمیم، بازسازی و احیاء کلیه خدمات مرکز درمانی

پس از بازگشت به وضع عادی، رئیس مرکز درمانی با همکاری سایر پرسنل، ستاد مرکزی مدیریت بحران و سایر مؤسسات و شرکتهای طرف قرارداد، ترمیم و بازسازی مرکز درمانی را آغاز می نماید. لازم است در کوتاه ترین زمان ممکن، کلیه خدمات مرکز درمانی احیاء شده و پرسنل آسیب دیده و یا از دست رفته، سنحو مطلوب جایگزین گردند.

۵. بازنگری و اصلاح برنامه

اگرچه پس از انجام هرمانور عملیاتی سراسری قبل از وقوع حادثه، برنامه مقابله با حوادث غیرمترقبه مرکز درمانی مورد بازنگری می گیرد، اما هیچ مانوری نمی تواند مانند حوادث واقعی، نقایص برنامه را نشان دهد. لذا اعضای کمیته مقابله با حوادث غیرمترقبه پس از بازگشت به وضع عادی و همزمان با آغاز ترمیم، بازسازی و احیاء خدمات مرکز درمانی، با استفاده از کلیه موارد ثبت شده در مرحله پاسخ به حادثه و مشاهدات خود اقدام به بازنگری و اصلاح کلیه نقایص برنامه

می نمایند. لازم به ذکر است که پس از بازگشت به وضع عادی ، باید ضمن برگزاری کارگاههای توجیهی و مانورهای عملیاتی محدود، مانورهای عملیاتی سراسری ، به روال قبل از حادثه ، هر سال دو بار برگزار شود تا ضمن بازنگری دائمی برنامه ، آمادگی پرسنل برای پاسخ به حادثه حفظ شود

چک لیستهای بررسی ایمنی غیر سازه ای مراکز درمانی

بررسی ایمنی مراکز درمانی

گرچه مباحث مربوط به سیستم مدیریت بحران در کشورها ، مباحث جدیدی محسوب می شوند اما مدیریت ریسک، از اهمیتی به مراتب بالاتر برخوردار است. بعبارت دیگر همان مثال معروف ((پیشگیری بهتر از درمان است)) در اینجا نیز صدق می کند اگر مراکز درمانی و پرسنل شاغل در آنها در اثر وقوع حوادث ، خود دچار آسیب شوند ، نه تنها توان کمک رسانی به مردم را نخواهند داشت ، بلکه تعطیلی مراکز درمانی ، خود به بحرانی ثانویه تبدیل می شود. لذا لازم است مباحث پیشگیری و ایمنی درصد فعالیتهای سیستم مدیریت بحران مراکز درمانی قرار گیرند.

ایمنی مراکز درمانی به دو بحث سازه ای و غیرسازه ای تقسیم می شود. ایمنی سازه ای در حوزه کاری مهندسین عمران و کارشناسان مربوطه قرار می گیرد واز محدوده بحث ، خارج است . اما ایمنی غیرسازه ای اعم از ایمنی غیرسازه ای مراکز درمانی می تواند از دودیدگاه ((بهداشت حرفه ای)) و ((مدیریت بحران)) مورد بررسی قرار گیرد. چک لیستهای تهیه شده پیوست ، از دیدگاه ((بهداشت حرفه ای)) به بررسی ایمنی مراکز درمانی می پردازد و راهنمای بسیار خوبی برای این امر مهم باشد .

چک لیست ارزیابی ایمنی و بهداشت حرفه ای مراکز درمانی

تاریخ های بازدید :

نام مرکز درمانی :

نوع تخصص : تعداد پرسنل :

سال تاسیس : جمعیت تحت پوشش :

آدرس :

شماره فاکس و تلفن :

موقعیت : داخل شهر : خارج از شهر : فاصله تا مرکز شهر :

تعداد تخت مصوب : تعداد تخت فعال :

نام رئیس بیمارستان : نام مسئول فنی :

نام مدیر داخلی : نام رئیس پرستاری :

نام مسئول تاسیسات :

آیا Plan مرکز درمانی موجود است ؟ بلی خیر

آیا Plan بخش ها و واحدهای مختلف به تفکیک موجود است ؟

عناوین چک لیست ها :

۱- بخش تاسیسات :

- چک لیست بررسی وضعیت سیستم فاضلاب

- چک لیست بررسی وضعیت سیستم آب و آب رسانی

- چک لیست بررسی وضعیت پله ها و راههای خروج اضطراری

- چک لیست بررسی ایمنی در مقابل حریق
 - چک لیست بررسی وضعیت ایمنی موتورخانه
 - چک لیست بررسی وضعیت سیستم های گرمایش ، سرمایش و تهویه
 - چک لیست بررسی وضعیت آسانسورها
 - چک لیست بررسی وضعیت سیستم گازرسانی (اعم از گازهای طبی و خانگی)
 - چک لیست بررسی وضعیت روشنایی
 - چک لیست بررسی وضعیت سیستم های ارتباطی داخلی و خارجی ساختمان
 - چک لیست بررسی وضعیت ایمنی برق
 - چک لیست بررسی وضعیت واحد تاسیسات
 - چک لیست بررسی وضعیت سیستم ارت
- ۲- بخش ساختمانی :

- چک لیست بررسی وضعیت شیشه ها ، پنجره ها و نمای خارجی ساختمان
- چک لیست بررسی وضعیت پارکینگ
- چک لیست بررسی داکت ها و نمای داخلی ساختمان
- چک لیست بررسی وضعیت پارتیشن ها

- چک لیست بررسی وضعیت مبلمان و دکوراسیون داخلی

۳- بخش ایمنی افراد و تجهیزات :

- چک لیست بررسی حفاظت و امنیت افراد و تجهیزات

- چک لیست بررسی وضعیت تدارکات (پوشاک ، غذا و ...)

- چک لیست بررسی وضعیت محل های امن مربوط به افراد ، بیماران ، تجهیزات و ...

- چک لیست بررسی وضعیت وسایل حفاظت فردی

- چک لیست بررسی وضعیت آموزش ایمنی و بهداشت

- چک لیست بررسی وضعیت واکسیناسیون

۴- چک لیست های اختصاصی :

- چک لیست بررسی وضعیت ایمنی اتاق عمل

- چک لیست بررسی وضعیت لنثری

- چک لیست بررسی وضعیت ایمنی اورژانس

- چک لیست بررسی وضعیت ایمنی CSR چک لیست بررسی وضعیت بخش ها (اعم از عفونی ، ICU ،CCU و ...)

- چک لیست بررسی وضعیت ایمنی داروخانه و انبار دارویی

- چک لیست بررسی وضعیت رادیولوژی

- چک لیست بررسی وضعیت آزمایشگاه

- چک لیست بررسی وضعیت آشپزخانه

- چک لیست بررسی وضعیت بهداشت محیط

- چک لیست بررسی واحدهای پشتیبانی (اعم از اداری ، مالی و ...)

- چک لیست بررسی وضعیت نگهداری جسد

نام مرکز درمانی: تاریخ بازدید:

تعداد پرسنل : ساعت بازدید :

چک لیست های مربوط به سیستم فاضلاب

بله	خیر	موارد
		آیا بیمارستان دارای تصفیه خانه فعال می باشد ؟
		آیا نوع سیستم تصفیه خانه لجن فعال با روش هوادهی است ؟
		در صورتی که سیستم تصفیه به روش سپتیک تانک است ، آیا محل قرار گرفتن سپتیک مناسب است ؟
		آیا محلی جهت خروج گازهای سپتیک حاصل از فعل انفعالات در سپتیک تانک تعبیه شده است ؟
		آیا خروج گازهای ایجاد شده در سپتیک در محل مناسبی تخلیه می گردد
		آیا پساب حاصل از سپتیک تانک گند زدایی می گردد ؟
		در صورتی که سیستم خاصی وجود نداشته باشد ، آیا فاضلاب در چاه تخلیه می گردد ؟
		آیا محل قرار گرفتن چاهها ی جذبی ،کاملا مشخص می باشد ؟
		آیا عمر چاههای موجود مشخص می باشد ؟
		آیا استحکام این چاهها مورد تایید می باشد ؟
		آیا نحوه قرار گرفتن چاهها به شکلی است که احتمال آلودگی آبهای زیر زمینی وجود دارد ؟
		آیا فاضلاب حاصل از سرویس های بهداشتی و شستشوی بخش ها و بیماران از فاضلاب آشپزخانه مجزا است ؟
		در صورتی که مرکز درمانی دارای سیستم تصفیه فاضلاب به روش لجن فعال می باشد ، آیا
		چک لیست بازدید های دوره ای تاسیسات مربوطه موجود است ؟
		آیا بازرسی های دوره ای بطور مرتب انجام می گیرد ؟
		آیا سیستم لجن فعال موجود توان افزایش بار مراجعه بیماران را دارد ؟
		آیا نقشه هدایت فاضلاب بخش ها و واحد های مختلف به سمت سیستم تصفیه خانه ،سپتیک تانک

		و یا چاه جذبی در مرکز موجود است ؟
		آیا لوله کشی های مربوط به تخلیه فاضلاب از نظر پوسیدگی مورد بررسی دوره ای قرار می گیرند ؟
		آیا لوله های تخلیه فاضلاب در جوار لوله های آب مصرفی (اعم از آشامیدنی و شستشو) قرار دارند ؟
		آیا این لوله ها با رنگی متفاوت از دیگر لوله های موجود مشخص شده اند ؟
		آیا پساب حاصل از تصفیه فاضلاب به روش لجن فعال، قبل از وارد شدن به چاه جذبی ، کلر زنی میشود؟
		آیا پساب حاصل ، پس از کلر زنی جهت آبیاری فضای سبز مورد استفاده قرار می گیرد ؟
		آیا پیش بینی لازم جهت مهار و هدایت آبهای سطحی ناشی از بارندگی به سمت فاضلاب شهری یا راه آبها و نهرها صورت گرفته است ؟
		آیا پساب حاصل از ظهور و ثبوت فیلم های رادیو لوژی در محل مناسبی نگهداری می گردند ؟
		آیا در پوش های مناسب جهت حوضچه ها و چاهها ی جذبی وجود دارد؟
		آیا تابلو های هشدار دهنده در خصوص عدم استفاده از پساب حاصل از فاضلاب جهت شرب در محوطه وجود دارد ؟

• فاصله زمانی تخلیه لجن تولید شده چقدر است ؟

نام مرکز درمانی: تاریخ بازدید :

تعداد پرسنل: ساعت بازدید:

چک لیست بررسی وضعیت آب و سیستم آبرسانی

بله	خیر	موارد
		آیا لوله گذاری به شکلی طراحی شده است که تعمیرات آن آسان باشد ؟
		آیا نقشه لوله گذاری در محل مناسبی تعبیه شده است ؟
		آیا شیب لوله گذاری با شیب زمین یکسان است ؟
		آیا لوله های فاضلاب با فاصله عمودی ۲ متر زیر لوله های آب قرار دارند ؟
		آیا لوله های فاضلاب با فاصله افقی ۳ متر زیر لوله های آب قرار دارند ؟
		آیا آب آشامیدنی بیمارستان از طریق سیستم آب شهری تامین می گردد ؟
		آیا جهت تامین آب مصرفی از آب چاه ، قنات ، چشمه و ... نیز استفاده می شود ؟
		در صورت استفاده از آب لوله کشی شهری ، کلرزدنی روزانه انجام می شود ؟
		آیا آب ذخیره بحرانی از آب لوله کشی شهری در نظر گرفته شده است ؟
		آیا جهت مصارف غیر شرب کیفیت فیزیکی و میکروبیولوژیکی به طور مرتب کنترل می گردد ؟
		آیا در صورت استفاده از آب چاه ، گندزدایی (روزانه) صورت می گیرد؟
		آیا در کنار بیمارستان چشمه ، قنات و غیره وجود دارد ؟
		در صورت وجود چشمه و ... ، اندازه گیری کیفی و کمی در مورد آب انجام شده است ؟
		آیا در موارد ضروری و بحرانی می توان از این آب استفاده نمود ؟
		آیا استفاده از آبهای بسته بندی شده جهت شرب در موارد بحرانی پیش بینی شده است ؟
		آیا تاریخ انقضاء این آبها کنترل می شود ؟
		آیا با توجه به جمعیت برای مدت حداقل یک هفته تخمین و برآورد هزینه جهت تهیه این آبها پیش بینی شده است؟
		آیا محل نگهداری آبهای ذخیره در دسترس است ؟

		محل امن و فضای کافی برای نگهداری آبهای ذخیره در نظر گرفته شده است ؟
		آیا کیت کلرسنج جهت شرایط بحرانی تهیه شده است ؟
		آیا تاریخ انقضاء کیت های کلرسنج کنترل می شود ؟
		آیا محل نگهداری کیت در موارد بحرانی قابل دسترسی است ؟
		آیا محل نگهداری کیت های کلرسنج با علامت اختصاری در نقشه و یا در محوطه مشخص شده است ؟
		آیا محل نگهداری آبهای ذخیره شده در موارد بحرانی نیز در نقشه مشخص است ؟
		آیا در صورت اتمام آب شرب ، امکان کلرزنی آب ذخیره در نظر گرفته شده جهت کاهش آلودگی وجود دارد ؟
		آیا تجهیزات کلرزنی جهت ضدعفونی آب در شرایط بحرانی در نظر گرفته شده است ؟
		آیا آموزشهای لازم در خصوص کلرزنی به پرسنل مربوطه و افراد ذیصلاح داده شده است ؟
		آیا جایگاههای موقت به تعداد زیاد برای ذخیره سازی وجود دارد ؟
		آیا منبع ذخیره آب جهت اطفاء حریق در بیمارستان وجود دارد ؟
		آیا حداقل نیاز اساسی به آب شیرین به میزان ۵۰ لیتر برای هر فرد در روز پیش بینی شده است ؟
		آیا در شرایط بحرانی ، دسترسی به آب شرب سالم تضمین می شود؟

نام مرکز درمانی: تاریخ بازدید :

تعداد پرسنل: ساعت بازدید:

چک لیست بررسی وضعیت راههای خروج اضطراری و پله ها

بلای	موارد	خیر
	آیا هر طبقه از ساختمان دارای نقشه (Plan) مشخص از راههای خروج اضطراری می باشد ؟	
	آیا علائم خروج اضطراری در تمام مسیرهای خروج ، راهروها ، پلکانها نصب شده است ؟	
	آیا افراد آموزش های لازم در خصوص خروج اضطراری به وسیله تمرین های مورد نظر را دیده اند ؟	
	آیا پلکانهای ساختمان های چند طبقه و نورگیرهای آن از مواد مقاوم در مقابل آتش ساخته شده اند ؟	
	آیا عرض درب ها حداقل ۸۰cm به تناسب تعداد ساکنین ساختمان و ارتفاع ۲m می باشد ؟	
	آیا درب های خروج اضطراری در جهت خروج از ساختمان باز می شود ؟	
	آیا خروجی ها در فواصل مشخص و در طرفین ساختمان ایجاد شده است ؟	
	آیا تمام خروجی های اضطراری با علامت خروج علامت گذاری و به وسیله منبع نورانی مطمئن روشن می شوند ؟	
	آیا تمام مسیرها به سمت خروجی به وسیله علائم قابل رویت علامت گذاری شده اند ؟	
	آیا تمامی درب ها ، راههای عبور و پلکانها که راههای خروج اضطراری نبوده و لیکن ممکن است به عنوان راه خروج اشتباه گرفته شوند به طور مناسب علامتگذاری شده است ؟	
	آیا خروجی های کافی وجود دارد تا فرار مناسب را در موقعیت های اضطراری ایجاد نماید ؟	
	(با توجه به تعداد افراد موجود در ساختمان)	
	آیا تمامی خروجی ها در تمامی اوقات خالی از موانع می باشند ؟	
	آیا تعداد خروجی ها از هر طبقه ساختمان و تعداد خروجی ها از ساختمان با توجه به ظرفیت ساختمان مناسب است ؟	
	آیا رمپ (Ramp) ، که به عنوان قسمتی از راه خروج ساختمان است دارای شیب مناسب است ؟	
	آیا پله های خروجی که از دیگر قسمت های ساختمان جدا شده اند به وسیله ساختار مقاوم در برابر آتش ۲ ساعته	

		در ساختمانهای بیش از ۳ طبقه و حداقل یک ساعت مقاوم در برابر آتش برای ساختمانهای
		با طبقات ۳ یا کمتر ساخته شده اند ؟
		آیا درب هایی که به منظور خروج طراحی شده مشخص و مستقیماً در دسترس هستند ؟
		آیا پنجره هایی که ممکن است به جای درب های خروج اشتباه گرفته می شوند به وسیله موانع
		غیر قابل دسترسی مسدود شده اند ؟
		آیا درب های خروج اضطراری در جهت خروج بدون استفاده از کلید یا هرگونه کوشش باز می شوند ؟
		آیا در جاییکه درب های خروجی مستقیماً در مسیر خیابان ، کوچه یا مناطق دیگر که وسایل نقلیه عبور
		می کند باز می شود ، علائم هشدار دهنده و محافظت کننده کافی تهیه شده تا افراد را از صدمات در مسیر راه حفظ نماید ؟
		آیا پلکان خروج اضطراری به شکل مارپیچ یا پیچ و خم دار ساخته شده اند ؟
		آیا در زمان استفاده اضطراری این پلکان جوابگوی خروج کارکنان و سایر افراد می باشد ؟
		آیا فاصله اولین پله بعد از درب خروج اضطراری حداقل ۶۰ سانتیمتر می باشد ؟
		آیا عرض پله ها حداقل ۶۰ سانتیمتر در نظر گرفته شده است ؟
		آیا در مدخل پاگردهای پله های و خروج اضطراری از پنجره استفاده شده است ؟
		آیا پهنای این پنجره ها بیش از ۳۰ سانتیمتر می باشد ؟
		آیا از ورقه های مات کننده برای شیشه ها استفاده شده است ؟
		در صورتیکه پله های خروج اضطراری از جنس فلزی و مشبک باشند آیا این چشمه های مشبک دارای ابعاد
		حداکثر ۲۵ میلیمتر است ؟
		آیا از نرده در کنار پلکان استفاده شده است ؟
		آیا جنس نرده ها از مصالح سالم ، مقاوم ، بدون عیب و فاقد قسمت های تیز و برنده ساخته شده است ؟
		آیا ارتفاع نرده ها حداقل ۹۰ سانتیمتر از کف می باشد ؟

نام مرکز درمانی: تاریخ بازدید :

تعداد پرسنل: ساعت بازدید:

چک لیست بررسی ایمنی در مقابل حریق

خیر	بلی	موارد
		آیا سیستم اطفاء حریق مناسب نصب می باشد ؟
		آیا سیستم به طور اثربخش کار می کند ؟
		آیا همه مواد قابل احتراق و مایعات و گازهای قابل اشتعال به طور ایمن نگهداری می شوند ؟
		آیا همه هیترها با حفاظ های مناسب حفاظت شده و دور از مواد قابل احتراق در محل نصب گردیده اند ؟
		آیا همه اقلام مربوط به تجهیزات الکتریکی قابل حمل به طور منظم بازرسی شده و به فیوزهایی که به طور صحیح درجه بندی شده اند مجهز شده اند ؟
		آیا سیم کشی تاسیسات الکتریکی به صورت دوره ای توسط یک فرد صلاحیت دار بازرسی می شود ؟
		آیا سیم های روکش دار از جایی گذرانده شده اند که آسیب نبینند؟
		آیا پوشش و روبه قابل اشتعال تجهیزات در وضعیت خوبی قرار دارند ؟
		آیا محل کار عاری از زباله و مواد زائد قابل احتراق می باشد ؟
		آیا مکان ویژه استعمال دخانیات وجود دارد ؟
		آیا اقدامات مناسب جهت حفاظت در برابر ریسک حریق عمده صورت گرفته است ؟
		آیا اقداماتی برای اطمینان از اینکه دود و شعله نتواند از یک قسمت ساختمان به قسمت دیگر گسترش یابد صورت گرفته است؟
		آیا سیستم خودکار کشف و هشدار حریق وجود دارد ؟
		آیا سیستم هشدار حریق در وضعیت کاری خوبی قرار دارد ؟

		آیا به تعداد کافی خاموش کننده های مناسب حریق تدارک دیده شده اند ؟
		آیا همه وسایل گرمایشی ایمن هستند ؟
		آیا خاموش کننده های قابل حمل به طور مناسب جایگذاری شده اند ؟
		آیا محل خاموش کننده های قابل حمل حتی بدون ملاحظه علائم مقتضی قابل تشخیص است ؟
		آیا سیستم اطفاء حریق مرکزی وجود دارد ؟
		آیا اطلاعات لازم در خصوص ایستگاههای آتش نشانی شهری در مرکز وجود دارد ؟
		آیا سیستم اعلام خطر حریق در همه بخش های مربوطه قابل درک و شنیدن می باشد ؟
		آیا کلیه پرسنل آموزش های لازم در خصوص نحوه مقابله با حریق و استفاده از کپسولهای اطفاء حریق را گذرانده اند ؟
		آیا نحوه خروج و تخلیه بیماران بستری به کلیه پرسنل مرتبط آموزش داده شده است ؟
		آیا خدمه بخش های مختلف در خصوص عدم جمع آوری مواد قابل اشتعال از جمله کاغذ ، کارتن و ... در بخش ها آموزش دیده اند ؟
		آیا کلیه تجهیزات مربوط به اطفاء حریق اعم از کپسولها ، Fire Box و ... مورد ارزیابی دوره ای قرار می گیرند ؟
		در صورت وجود سیستم Fire Box آیا تجهیزات موجود در آن در زمان بازدید سالم و قابل استفاده می باشند ؟
		آیا Plan مربوط به سیستم اطفاء حریق مرکزی و همچنین محل های نصب کپسولهای اطفاء حریق و کپسولهای پرتابل موجود است ؟
		آیا کپسولهای اطفاء حریق اعم از قابل نصب به دیوار و پرتابل طوری قرار گرفته اند که در مواقع حوادث غیرمترقبه عامل مسدود شدن مسیر نباشند ؟
		آیا تاکنون در این مرکز درمانی حریق رخ داده است ؟

در صورتی که جواب ردیف ۲۸ مثبت است :

۱- عامل ایجاد حریق چه بوده است ؟

۲- تاریخ و محل وقوع حریق ثبت گردد ؟

۳- نحوه مقابله و کنترل حریق چگونه بوده است ؟

نام مرکز درمانی: تاریخ بازدید :

تعداد پرسنل: ساعت بازدید:

چک لیست بررسی وضعیت موتورخانه

بله	خیر	موارد
		آیا ژنراتور اضطراری به نحو مناسبی در جای خود محکم است ؟
		آیا ژنراتور اضطراری روی فنرهای ضربه گیر و ارتعاش گیر نصب شده است ؟
		آیا دیگ های بخار گواهی آزمایش هیدروستاتیک هر سال یکبار را دارد ؟
		آیا لوله اتصالاتها ، فلنج ها ، سوپاپ ها و ... محکم در جای خود نصب شده اند ؟
		آیا مسیر رفت و آمد مناسب در محل موتورخانه برای خروج اضطراری پیش بینی شده است ؟
		آیا در محیط نصب الکتروموتورها مواد قابل اشتعال ، گازها و گرد و غبار قابل انفجار وجود دارد ؟
		در صورتیکه جواب بلی است آیا الکتروموتورها از نوع ضد انفجار و ضد اشتعال است ؟
		آیا ترانسفورماتورها به نحو مناسبی به کف یا دیواره ثابت شده اند؟
		آیا تابلوهای برق موتورخانه ، کاملاً به دیوار محکم گردیده اند ؟
		آیا لوله های آب سرد و گرم ، آب داغ برگشتی و لوله های فاضلاب در فواصل مطمئن مهار شده اند ؟
		آیا لوله ها در محل اتصال به بویلرها دارای اتصالات قابل انعطاف هستند ؟
		آیا لوله های آب گرم ، سرد ، بخار ، گاز و گازوئیل دارای رنگ بندی استاندارد هستند ؟
		آیا لوله های آب گرم ، سرد ، بخار ، گاز و گازوئیل به نحو مناسبی نشت گیری شده اند ؟
		آیا کابل های برق به نحو مطمئن از لوله های حاوی گاز ، بخار و آب فاصله گرفته اند ؟
		آیا دیواره اتاق موتورخانه دارای گچ با ضخامت استاندارد می باشد ؟ (حدود ۳ اینچ)
		آیا فاصله دیگ بخار از سقف و کف زمین در حد استاندارد است ؟

		آیا دیگ های بخار در مکان مناسب و به طور ثابت قرار گرفته اند؟ (به طوریکه در مقابل لرزش مقاومت نمایند)
		آیا لوله ها بدون آزار بست هستند ؟
		آیا محل قرار گرفتن لوله ها ی داخل دیوار ، به اندازه کافی فضا برای حرکت ناشی از ارتعاش دارد ؟
		آیا آبرگمکن به دیوار یا سقف محکم شده اند ؟
		آیا لوله گاز و یا کابل الکتریکی متصل به آبرگمکن ها دارای اتصالات قابل انعطاف می باشند ؟
		آیا پمپ های توزیع به خوبی مهارشده اند و یا طوری نصب شده اند که در مقابل ارتعاش مقاومت کنند ؟
		آیا چیلرها به نحو مناسبی مهار شده اند و یا روی پایه های فنردار و ضد ارتعاش قرار گرفته اند ؟
		آیا دیگهای بخار در مسیر ورودی آب دارای دریچه های مخصوص هستند که در صورت قطع آب و یا بالا رفتن فشار و یا دما باعث خاموش شدن دیگ بخار شوند ؟
		آیا بر روی هر دیگ بخار لوحه مشخصات آن نصب شده است ؟
		آیا بازرسی و کنترل تجهیزات نصب شده بر روی دیگ بخار (فشارسنج ، دماسنج و ... به طور مرتب انجام می گیرد)
		آیا Plan فنی موتورخانه موجود می باشد ؟
		آیا وسایل اطفاء حریق مناسب موجود می باشد ؟ (از نوع ۲CO)
		آیا چیدمان وسایل مناسب است ؟
		آیا سیستم مجزا (دستی ، اتوماتیک) برای قطع به موقع گاز ، برق و آب وجود دارد ؟
		در صورت موجود بودن آیا دسترسی مناسبی به آنها وجود دارد ؟
		آیا مسیر مشخصی جهت تخلیه فاضلاب موتورخانه موجود می باشد ؟
		آیا سیستم اعلام حریق مناسب در موتورخانه نصب شده است ؟
		آیا سیستم روشنایی اضطراری وجود دارد ؟
		آیا سیستم ارت موجود است ؟
		آیا محل نگهداری سوخت مناسب است ؟
		آیا دیگهای بخار دارای سختی گیر است ؟
		آیا در تابلوی برق ، فیوزکش مناسب نصب است ؟
		آیا این تابلو در ارتفاع مناسبی نصب شده است ؟

		آیا در موتورخانه سیم ارتینگ وجود دارد ؟
		آیا سیستم ارتینگ موتورخانه به صورت دوره ای هر سال یکبار تست می گردد ؟
		آیا تابلوهای موجود در موتورخانه متصل به سیم ارت می باشد ؟

بخش پنجم :

نمودارهای تشکیلاتی سیستم مدیریت بحران مراکز درمانی در سطوح مختلف

نمودار های تشکیلاتی

اولین گام درپایه سازی سیستم مدیریت بحران درهرسازمان، تدوین نمودار تشکیلات آن سازمان درهنگام بحران است. نمودار های تشکیلاتی همواره به گونه ای طراحی می شوند که ضمن سادگی و کاربردی بودن، توانایی پوشش دادن کلیه نیازهای سازمان را داشته باشند.

یک نمونه از نمودارهای تشکیلاتی که قابلیت پیاده سازی درهر سازمانی را دارند بشرح ذیل می باشد.

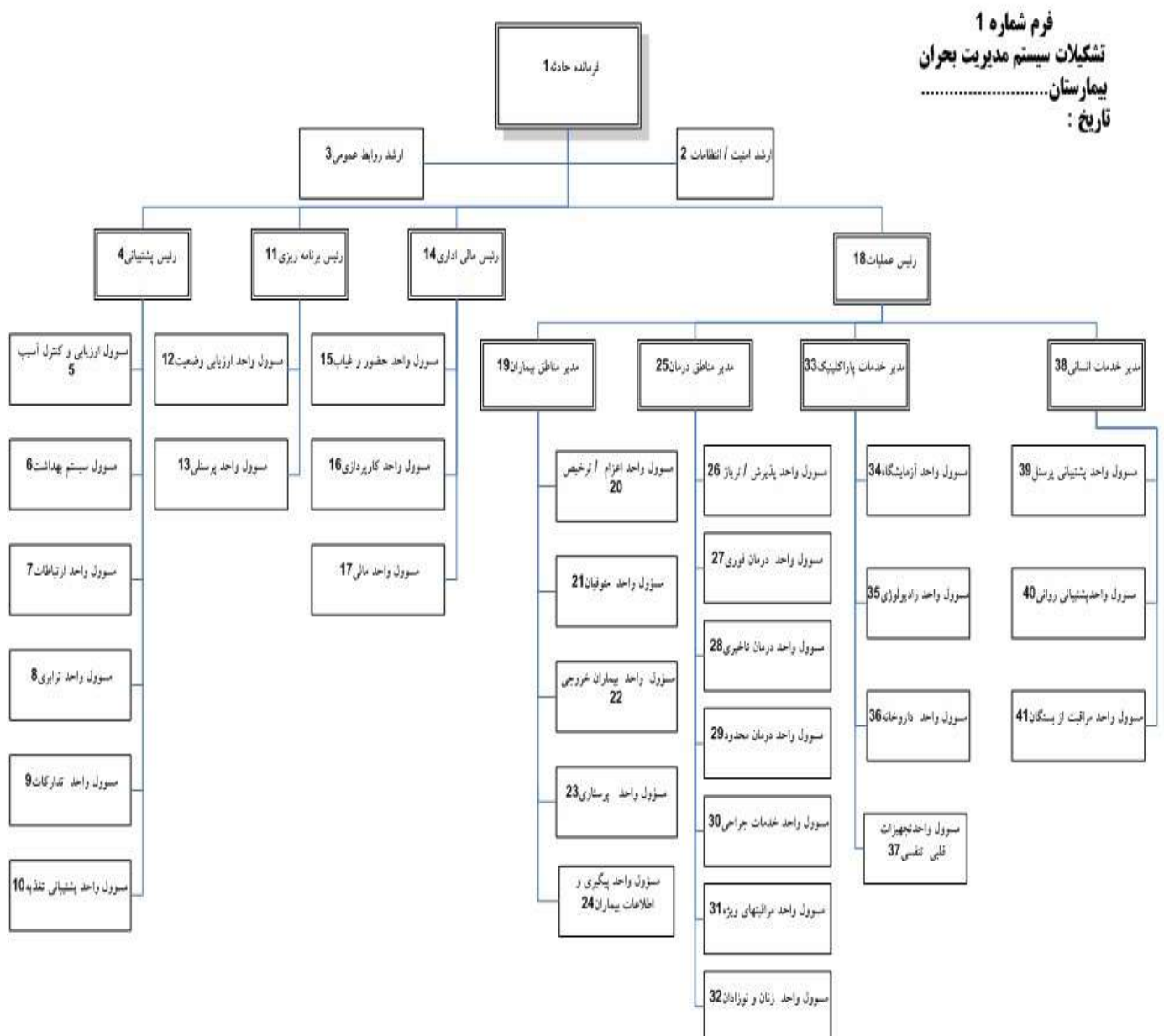
همانگونه که ملاحظه می شود ۷ جایگاه نمودارفوق، قابل پیاده سازی در هر سازمانی با هرنوع شرح وظیفه می باشد. بخشهای چهارگانه پشتیبانی، برنامه ریزی، مالی - اداری و عملیات، هر یک دارای زیرمجموعه هایی هستند که به تناسب شرح وظایف هر سازمانی، می توانند متفاوت باشند.

نمودار شماره ۱ ، نمونه نمودار پیشنهادی برای سیستم مدیریت بحران بک بیمارستان جنرال است. اگرچه مبنای اصلی این نمودار همان HICS می باشد، اما تغییرات عمده و فراوانی برای نزدیک کردن آن با شرایط و وضعیت بیمارستانهای ایران، داده شده است. بطوریکه تعداد جایگاهها از ۶۹ به ۴۱ جایگاه تقلیل داده شده، برخی جایگاهها حذف برخی اضافه و برخی جابجا گردیده اند و بطورکلی بجز چارچوب اصلی HICS که همین نمودار است می توان گفت چارچوب جدیدی برای بیمارستانهای جنرال طراحی گردیده است. نمودار های بیمارستانهای جنرال، بیمارستانهای تک تخصصی وکوچک،

دی کلینیکها، پلی کلینیکها، درمانگاهها و ستادهای مرکزی بحران مراکز درمانی نیز موجود می‌باشند که بعضا برای اولین بار دردنیای طراحی و درچندین مرکز درمانی تهران به مرحله اجرا درآمده اند.

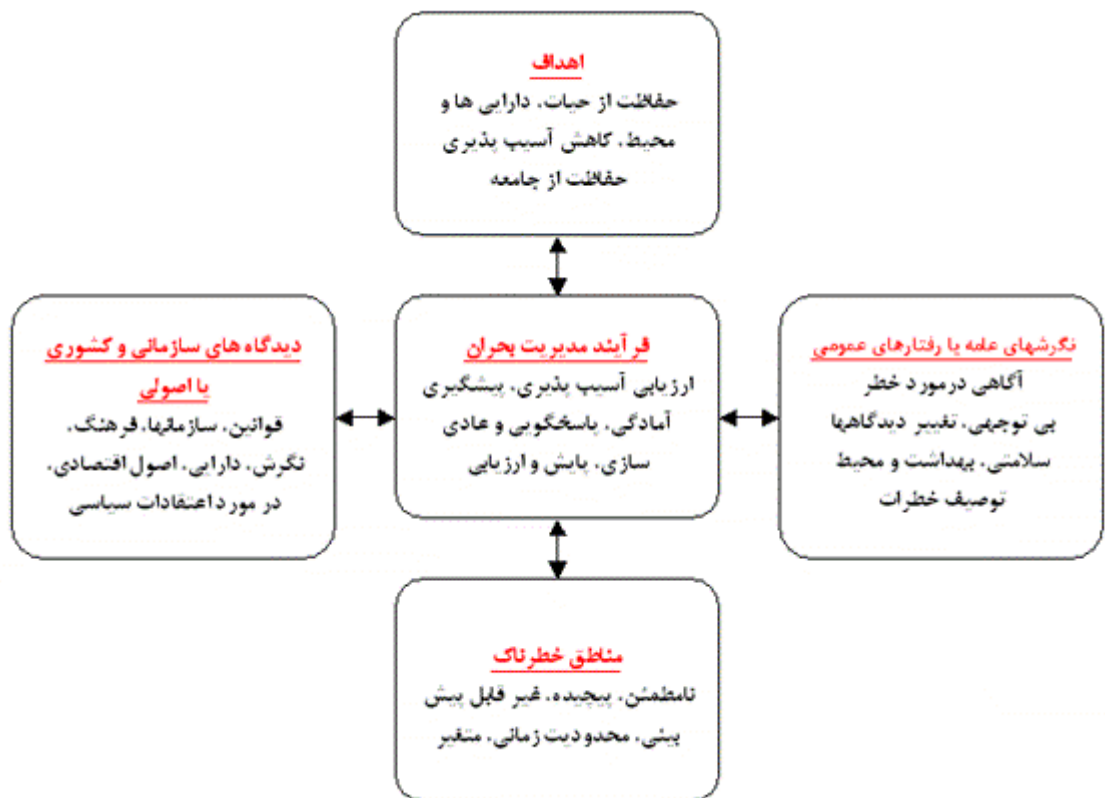
هرمرکز درمانی، با توجه به شرایط خود می‌تواند از افراد پیشنهادی و یا سایر پرسنل بیمارستان درهرجایگاه استفاده کند

((این مطالب از کتاب مدیریت در مراکز درمانی بسیج جامعه پزشکی گرفته شده است))



۱- فرآیند آمادگی:

برنامه های آمادگی در برابر بحران می بایست جهت موفقیت باید با شرایط موجود هماهنگی داشته باشند. این شرایط از کشوری به کشور دیگر و از جامعه ای به جامعه دیگر متفاوت است. ولی برخی از دیدگاه های مربوطه در طرح شماره یک نشان داده شده است.



مفاد آمادگی در برابر شرایط اضطراری

جامع ترین شرایط مدیریت بحران، حفظ و نگهداری توسعه پایدار است، که توسط آن از منابع انسانی و طبیعی استفاده و حفاظت می شود تا در جهت اعتلای فرهنگ، بهداشت و اقتصاد جوامع برنامه ریزی گردد.

چارچوب مدیریت بحران:

مدیریت بحران به فعالیت هایی گفته می شود که جهت حفظ جامعه، دارایی و محیط انجام می پذیرد. این فعالیت ها را می توان بوسیله موارد زیر توصیف نمود:

-شیوه فراگیر و جامع

-شیوه برخورد با تمامی خطرات،

-شیوه درون بخشی و چند بخشی (چند سازمانی و داخل سازمانی)

-شیوه جامعه آماده

تمامی خطرات فراگیر و جامع

چند بخشی و درون بخشی جامعه آماده

مدیریت بحران فراگیر مستلزم گسترش و اجرای استراتژی ها در جنبه های مختلف مدیریت بحران است، برای مثال پیشگیری/ کاهش، آمادگی، پاسخگویی و عادی سازی در ارکان توسعه پایدار . این ابعاد بصورت مراحل جدا از هم و مستقل نیستند، بلکه یکدیگر را از نظر زمانی و منطقه ای پوشش می دهند . برنامه های پیشگیری از پیامدهای خطرات، از طریق تغییر جوامع یا محیطی که خطر در آن وجود دارد به کاهش احتمال پیامدهای سوانح کمک می کند. چنین برنامه هایی می توانند به استراتژی های ساختاری مانند ساختن سدها و مقاوم ساختن ساختمانها، و یا غیر ساختاری مانند زمین هایی که برای کاشت یا موارد متنوع اقتصادی بکار می روند ، بپردازند .

برنامه های آمادگی در برابر وضعیت اضطراری، سازمانها و جوامع را قادر می سازد تا با وضعیت بحرانی به شکل موثر و

مناسب برخورد کنند. آنها ظرفیتهای خود را در فرآیند برنامه ریزی درون بخشی و بین بخشی تقویت می کنند .

استراتژیهای پاسخگویی و عادی سازی که اهداف انسان دوستانه و اجتماعی دارند در حین و بعد از وضعیت بحرانی اجرا می شوند. برنامه های آمادگی در برابر شرایط بحرانی این مورد را تضمین می نمایند که استراتژی های پاسخگویی و عادی سازی در راستای توسعه موثر خواهند بود. سوانح ممکن است در قبال توسعه بعنوان "آغازی دگر" در نظر گرفته شوند چرا که امکان دارد موقعیتی بوجود آید که منابع بتوانند پاسخگوی پیشرفت وضع جوامع باشند .

مدیریت بحران فرآیندی است که بایستی در قسمتی از برنامه عادی توسعه کشور قرار گیرد. سوانح و بحران نبایستی صرفاً در مواقع نیاز پاسخ داده شوند. علل آنها بایستی تجزیه و تحلیل گردد، و برنامه های پیشگیری و استراتژیهای پاسخگویی عادی سازی بایستی توسعه داده شود و اجرا گردند .

- شیوه برخورد با تمامی خطرات، توسعه و اجرای استراتژی مدیریت بحران را برای تمامی سوانح در نظر می گیرد. این شیوه برخورد، مفید است چرا که خطرات و سوانح گوناگون ممکن است در یک جامعه مشکلات مشابهی را بوجود آورند، و اقداماتی نظیر اعلام خطر، تخلیه، خدمات درمانی، و عادی سازی جامعه اغلب در طی و ادامه شرایط بحرانی مورد نیاز هستند. به هر حال بیشتر خطرات، وضعیت بحرانی را بوجود میآورند که اقدامات پاسخگویی و عادی سازی ویژه را نیاز دارند و تقریباً همه آنها نیاز به برنامه های پیشگیری خواهند داشت .

- شیوه چند بخشی و درون بخشی، به معنای آن است که تمام سازمانها شامل دولت، شرکتهای خصوصی و عمومی، بایستی در مدیریت بحران فعال و درگیر شوند . شرایط مدیریت بحران برای سازمانهای خاص فرق می کند و ممکن است شامل موارد زیر باشد :

- حفظ پرسنل و موارد با اهمیت.

- حفظ جامعه از خطرات احتمالی از طریق فعالیتهای سازمان

- فراهم ساختن خدمات عمومی جهت حفظ جامعه از خطرات حتمی.

اگر از این شیوه استفاده نشود، مدیریت بحران به تکه های جدا از هم و بی تاثیر بدل خواهد گشت. همچنین این شیوه

کمک خواهد کرد که مدیریت بحران از طریق سازماندهی و استفاده از اصول در برنامه های توسعه پایدار ، به حفظ و نگهداشت آن نیز نائل آید .

محدودیت کلیدی در این شیوه این است که مدیریت بحران، مدیریت دولتی را دوجندان نمی کند. مفهوم "جامعه آماده" کاربرد مبسوطی را در نظر دارد، که شامل تمامی خطرات و شیوه های چند بخشی و درون بخشی در جامعه یا سطح محلی (پایینترین سطح دولت) می شود .

-وضعیت اضطراری، امنیت و سلامتی جوامع را تحت تاثیر قرار می دهد. مسئولیت حفظ و پایداری امنیت و سلامتی یک جامعه در درجه اول با افرادی است که آن جامعه را تشکیل می دهند. کمک خارجی در مدیریت بحران ممکن است پیش بیاید، اما به امید آن نباید بود. اعضای یک جامعه، منابع جامعه، سازمانها و ساختارهای مدیریت یک جامعه بایستی برای هرگونه برنامه آمادگی در برابر بحران تشکل داشته باشد .مشارکت ملی در مدیریت بحران، بایستی به طرق زیر باشد

-اجازه استفاده از اطلاعات و امکانات محلی (بومی)

-ارتقاء سطح آگاهی جامعه و آموزش در جهت کاهش خطر و افزایش آمادگی

- فراهم سازی فرصتهای مشارکت در تصمیم گیری هایی که مربوط به جامعه می باشد.

-فراهم کردن سیاستها و تمرینهایی جهت مشارکت و فعالیتهای بیشتر جامعه در برنامه های پاسخگویی عادی سازی

-فراهم ساختن همکاری بین کارکنان حرفه ای و اعضای داوطلب جامعه

-استفاده از ساختارها با منابع و شبکه های محلی تا حد امکان

-استفاده از منابع انسانی و مادی موجود در جامعه، در مقیاس کوچکتر منابع محلی

-فراهم ساختن مشارکت فعال در عادی سازی شرایط جامعه

-قادر ساختن سازمانهای ملی و جهانی جهت ایجاد بستر منابع مستقیم در جامعه

برخی عوامل آمادگی در برابر وضعیت بحرانی :

آمادگی در برابر وضعیت بحرانی شامل عناصر زیر است :

-چارچوب قانونی و سیاسی جهت مدیریت بحران

-جمع آوری، تجزیه و تحلیل اطلاعات آسیب پذیری

-سیستم های مدیریتی برای آمادگی در برابر وضعیت اضطراری

-آگاهی عمومی و مشارکت جامعه،

-گسترش منابع انسانی و سازمانی

این عناصر بایستی در سطوح کشوری، استان و محلی اجرا گردند. ظرفیت هر کدام از این فضاها، پیش فرضی برای پاسخگویی و عادی سازی موثر در هنگامی است که سوانح یا بحرانی طبیعی حمله می کنند. بدون این ظرفیتها، هر نوع ارتباطی بین عادی سازی و توسعه حفظ نخواهد شد. صرف فعالیت جهت گسترش و اجرای برنامه آمادگی در برابر بحران بصورت ثانویه نتایج رضایت بخشی را در ترویج کمیته های محلی، آگاهی عمومی و همکاری بین بخشی خواهد داشت .

فعالیت های اختصاصی تر جهت آمادگی شامل موارد زیر می باشد :

-ارزیابی آسیب پذیری، و انتشار اطلاعات مربوط به خطرات و وضعیت بحرانی خاص

-برنامه ریزی وضعیت بحرانی

-تعلیم و آموزش

-سیستم های اعلام خطر

-سیستم های ویژه ارتباطی

-سیستم های مدیریت اطلاعات

-منابع و اطلاعات پایه و سیستم های مدیریت و منابع خام، و

-تمرین جهت وضعیت بحرانی

برخی اصول آمادگی در برابر وضعیت بحرانی:

برخی اصول که از مباحث فوق نتیجه می شوند، عبارتند از:

۱. مسئولیت همگانی است

۲. بایستی با جامعه و شرایط حکومت آمیخته گردد، و تحت پوشش تمامی سطوح نظام، چه سازمانهای دولتی و چه غیر دولتی، قرار گیرد.

۳. یک دیدگاه مهم در توسعه سیاسی و استراتژیها است.

۴. بایستی براساس بررسی آسیب پذیری بنا گردد.

۵. به دیگر ابعاد مدیریت بحران متصل شود.

۶. بایستی بر روی جریانات و مردم بیش از متون متمرکز شود.

۷. نباید بصورت مجزا به اجرا درآید.

۸. نبایستی فقط روی بحرانی طبیعی متمرکز گردد، بلکه مکمل استراتژیهای پیشگیری و پاسخگویی برای هرگونه وضعیت بحرانی باشد.

چکیده

-آمادگی در برابر وضعیت بحرانی بایستی توسعه یابد تا متناسب با شرایط جامعه گردد.

-مدیریت بحران می تواند بوسیله موارد زیر توصیف گردد:

الف- شیوه جامع

ب- برخورد با تمام خطرات

ج- روش چند بخشی و درون بخشی

د- جامعه آماده

-نیاز به آمادگی در برابر وضعیت بحرانی در تمام سطوح ملی، بویژه در سطح جامعه وجود دارد

- مشارکت ملی در برابر وضعیت بحرانی ضامن موفقیت آن است.

- آمادگی در برابر بحران، قابلیت وفق پیدا کردن با تاثیرات سوانح را در نظر دارد، و شامل موارد زیر است :

الف- قانونمند کردن و سیاستگذاری

ب- اطلاع از خطرات، وضعیت بحرانی و آسیب پذیری

ج- سیستم های مدیریت

د- یک جامعه آگاه و درگیر

ه- کارکنان و ادارات سازمان یافته و آموزش دیده

رئوس مطالب این بخش فرآیندها و ابزارهای مدیریت آمادگی در برابر بحران در سطوح ملی و محلی است که شامل

فرآیند آمادگی در برابر وضعیت بحرانی، برخی ابزارهای پروژه مدیریت، و چارچوب ملی سوانح است .

۲- فرآیند آمادگی در برابر وضعیت بحرانی:

این فرآیند، عبارت از سلسله روشهایی است جهت آمادگی یک جامعه، یک سازمان یا یک فعالیت جهت آمادگی در برابر

وضعیت بحرانی

هر قسمت از این فرآیند ابتدا بصورت خلاصه توضیح داده میشود سپس در ادامه این بخش توضیحات بیشتر داده خواهد

شد .

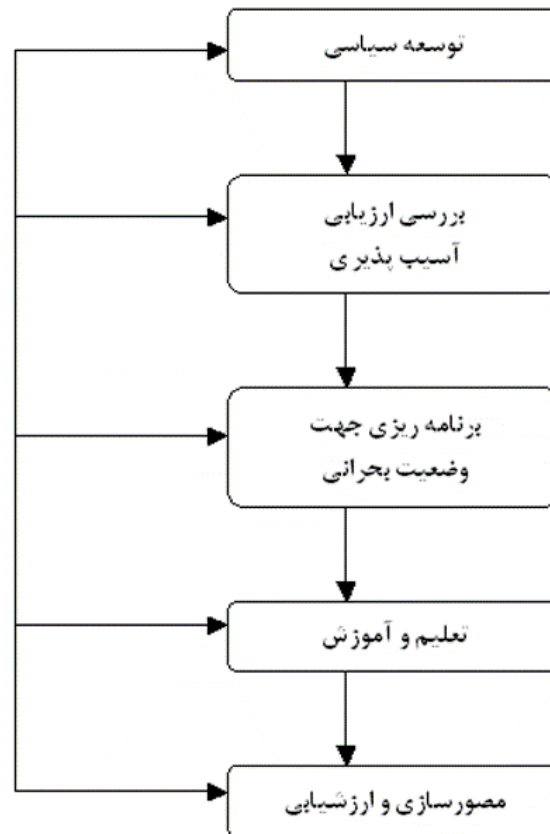
توسعه سیاسی شامل پیشرفت در زمینه قانونی کردن مدیریت بحران می باشد. قانونمند کردن بطور طبیعی بوسیله دولت

ملی انجام می پذیرد و اساساً " به مسئولیت پذیری جهت آمادگی در برابر وضعیت بحرانی و نیروهای ویژه سوانح مربوط

میگردد. همچنین این نیاز برای دولت مرکزی، استانی و سازمانهای مردمی در جهت توسعه زیر ساختار سیاسی احساس

می شود. به همین ترتیب، سازمانهای غیر دولتی که مسئولیت مدیریت بحران را بعهده دارند با موازین قانونی تطابق

یابند.



ارزیابی آسیب پذیری میتواند موارد زیر را مشخص نماید :

- کدام قسمتهای یک جامعه و از چه طرقي در معرض خطر و آسیب پذیری قرار دارند.
- چه خطراتی ممکن است جامعه را تحت تاثیر قرار دهد و نحوه اثرگذاری آنها چگونه است.
- کدام دیدگاههای جامعه بایستی تغییر یابد تا میزان آسیب پذیری کمتر شود،
- کدام سوانح را بایستی جهت اقدامات و مقابله مد نظر داشت .

آمادگی در برابر وضعیت بحرانی

یک بررسی آسیب پذیری به همانگونه که جهت پیشگیری پاسخگویی و عادی سازی شرایط بحرانی مفید است، می تواند

در اقدامات پیشگیری و آمادگی نیز مثمرثمر باشد. بعلاوه می تواند در موارد زیر مورد استفاده قرار گیرد :

-پیشنهاد فضاهای مصون از خطر و کمک در اندازه گیری میزان آسیب وارده به جامعه تحت تاثیر
-تعیین استراتژیهای اساسی عادی سازی که در آن وضعیت طبیعی جامعه توصیف شده باشد. برنامه ریزی جهت مقابله
با سوانح، شامل موارد زیر می گردد:

-استراتژی های پاسخگویی و عادی سازی ، که در حین و بعد از بحران اجرا می شوند.

-مسئولیت این استراتژیها

-چارچوب مدیریت که برای هر شرایط بحرانی نیاز است

-منابع و اطلاعات مورد نیاز مدیریت

- آموزش و تعلیم، تعلیم کارکنان را در مهارتها و دانش مدیریت بحران در نظر دارد، و همچنین آگاهی دادن به جامعه
جهت کارهایی که ممکن است در حین شرایط بحرانی لازم باشد، و اینکه چگونه جامعه می تواند در مدیریت بحران
مشارکت داشته باشد .

- مصورسازی و ارزشیابی، روشهایی است جهت تشخیص نحوه پیشرفت و اجرای برنامه آمادگی در برابر شرایط بحرانی و
نیازهای آن جهت بهتر شدن.

چرا یک فرآیند آمادگی در برابر شرایط بحرانی انجام می پذیرد؟ به دلایل زیر ما نیاز به استفاده از یک فرآیند منطقی
داریم :

-عدم استفاده از یک فرآیند منطقی، اغلب باعث فراموش شدن برخی ابعاد مهم یک آمادگی خواهد شد.
-برای توضیح به دیگران که چه کاری انجام می شود، و چگونه آنها می توانند در این امر مشارکت داشته باشند.
-جهت تعیین کیفیت نتایج، لازم است تجزیه و تحلیل کامل انجام پذیرد و استفاده از یک فرآیند منطقی، جزئی از این
تعیین کیفیت است.

بویژه این مسئله، وقتی اهمیت می یابد که برای مدیریت بحران به دنبال سرمایه هم باشیم. این فرآیند بایستی واقع
گرایانه از پله اول شروع شود، و هر پله بایستی پس از دیگری دنبال گردد. اطلاعات هرگام زمینه ساز گامهای بعدی
است .

مدیریت پروژه:

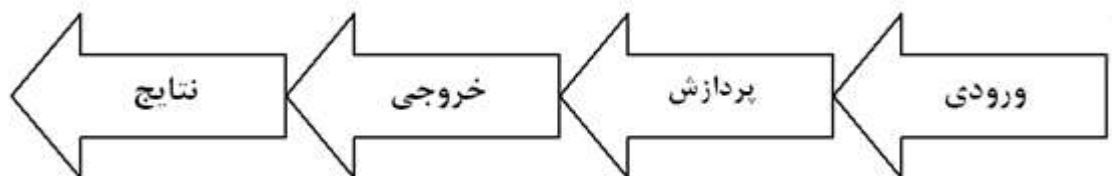
در پیشرفت و اجرای یک برنامه کامل آمادگی در برابر وضعیت بحرانی یا هدایت یک بررسی آسیب پذیری یا طرح برنامه ریزی جهت سوانح، روشهای طراحی مدیریت مورد نیاز خواهد بود. از این روشها استفاده می شود تا طرح با شرایط زیر فراهم گردد:

-مناسب (هدف ارزشمندی را دنبال گردد).

-موثر (نتایج مورد نیاز بدست آید)

-کارآمد (با محدودیتهای زمان و منابع کامل شود)

هر پروژههای شامل مجموعه ای به این ترتیب است: از ورودی ها و پردازش خروجی ها تولید و آنها خود، نتایج را ببار می آورند .



اجزاء یک پروژه

ورودی ها شامل موارد زیر هستند:

-انرژی و وقت مردم

-درک مردم از آسیب پذیری و نیازهای وضعیت بحرانی

-منابع و بودجه،

-تعهدات و پایداری

پردازش، در این نمونه، فرآیندهای آمادگی در برابر وضعیت بحرانی است. خروجیها شامل موارد زیر هستند:

-اطلاعات مخاطرات و آسیب پذیری

-سازمانهایی که از مسئولیت خود در آمادگی ، پاسخگویی و عادی سازی وضعیت بحرانی آگاهی دارند،

-اقدامات برنامه آمادگی در برابر وضعیت بحرانی،

-افزایش آمادگی در برابر وضعیت بحرانی

نتایج مناسب و موثر آمادگی در برابر وضعیت بحرانی بوسیله حفاظت از جان انسانها، اموال، و محیط و قابلیت توسعه پایدار بدست می آید. سه بخش بزرگ مدیریت پروژه بترتیب عبارتند از :

-تعریف

-برنامه ریزی

-اجرا

-تعریف پروژه، اهداف و موضوعات پروژه را در حدود وسعت و اختیارات مربوط در نظر می گیرد. همچنین مختصری از رئوس مطالب و مقاصد را برای دیگران تبیین نموده و یا در صورتی که به دنبال بودجه نیز باشیم، توصیفی از پروژه را بدست می دهد. یک مدیر پروژه بایستی مدیریت برنامه را تعیین نماید .

برنامه ریزی پروژه، فرآیند مرتب ساختن وظایف جهت رسیدن به اهداف پروژه و فراهم ساختن اتمام پروژه از نظر زمانی و استفاده موثر از منابع است ، و موارد زیر را در برمی گیرد .

-تعیین وظایف

-محول نمودن مسئولیت ها

-مشخص کردن یک محدوده زمانی

-تعیین منابع مکان و زمان

-اجرا، شامل تکمیل پروژه، پایش و ارزشیابی و فعالیت صحیح است.

استفاده از برخی ایده ها و ابزار ساده جهت مدیریت پروژه، می تواند کیفیت و تخصصی بودن برنامه های آمادگی در برابر شرایط بحرانی را به نحو چشمگیری افزایش دهد.

جدول شماره ۱: پیشنهاداتی برای یک چارچوب ملی وضعیت بحرانی

بخش	موارد
مقدمه	<p>حکیده اجرایی</p> <p>توصیه هایی برای آمادگی بهتر در برابر وضعیت بحرانی</p> <p>پیشنهاداتی جهت توسعه پروژه ها</p>
پذیری مخاطرات و آسیب	<p>تاریخچه سوانح</p> <p>توصیف مخاطرات و جوامع</p> <p>آسیب پذیری (مناطق جغرافیایی، اجزای یک جامعه، بخشهای اقتصادی و ...)</p> <p>برخی حوادث احتمالی در وضعیت بحرانی</p>
آمادگی در برابر وضعیت بحرانی	<p>قانونمندی سازی و سیاسی کردن</p> <p>بخشی ساختارهای مدیریت بحران داخل</p> <p>مسئولیت های سازمان های ملی و محلی در برابر وضعیت بحرانی</p> <p>فقرت مدیریت وزارت بهداشت در برابر وضعیت بحرانی</p> <p>برنامه ریزی جهت ارزیابی صحیح آسیب پذیری، تعلیم و آموزش برنامه ها جهت شرایط بحرانی</p> <p>سیستم های هشدار دهنده و اعلام خطر</p>
وضعیت پاسخگویی در شرایط بحرانی	<p>نیازهای احتمالی خارجی در حوادث محتمل وضعیت بحرانی</p> <p>فهرست نوع ارتباطات سازمانها در وضعیت بحرانی</p> <p>بهداشتی درماتی نیروهای محلی</p> <p>مقررات محلی جهت نفوذ عوامل کمکی</p>
واکنش در شرایط بحرانی	<p>توجه به توسعه سیاسی ملی جهت عادی سازی در وضعیت بحرانی</p>
پوشش شرایط بحرانی	<p>بررسی توانایی های ملی جهت پوشش شرایط بحرانی</p>

جدول شماره یک شامل توصیه هایی جهت اطلاعات ملی در وضعیت بحرانی می باشد.

اطلاعات ملی مربوط به وضعیت بحرانی:

اطلاعات ملی مربوط به شرایط بحرانی در ارتباط با مخاطرات و وضعیت بحرانی در یک کشور است. این اطلاعات جهت

موارد زیر مفید است :

-سازمانهای ملی، استانی و شهرستانی جهت آماده ساختن آنها با اطلاعات صحیح از خطرات و جوامع و تدابیری برای مدیریت بحران.

-سازمانهای بین المللی و کشورهای اعطاء کننده، جهت کمک به آنها برای به هدف رسیدن در همکاری با سازمانهای ملی، مناطق ویژه برای توسعه و همکاری.

چکیده

یک فرآیند آمادگی در برابر وضعیت بحرانی شامل یک سلسله گامهای قانونی است، که عبارتند از:

توسعه سیاسی

-برنامه ریزی برای وضعیت بحرانی

-تعلیم و آموزش

-مصورسازی و ارزیابی

-فرآیندهای مدیریت بحران می توانند در هر جامعه، سازمان یا فعالیتی استفاده شوند.

-در برنامه های آمادگی در برابر وضعیت بحرانی بایستی از تکنیکهای استاندارد مدیریت استفاده گردد.

-چارچوب ملی وضعیت بحرانی ابزار ارزشمندی جهت سازمانهای ملی، استانی و جوامع، و سازمان های بین المللی و کشورهای اعطاء کننده است.

-چارچوب ملی وضعیت بحرانی بایستی آشکارا به برنامه آمادگی در برابر وضعیت بحرانی وصل گردد تا سیاست توسعه پایدار ملی حفظ شود.

برنامه ریزی وضعیت بحرانی:

یک برنامه ریزی وضعیت بحرانی، مجموعه‌ای از تدابیری جهت پاسخگویی و عادی سازی در وضعیت بحرانی است که در مورد آنها توافق شده و متضمن توصیف مسئولیت ها ، ساختارهای مدیریتی، استراتژی ها، منابع و مدیریت اطلاعات است. بطور کلی برنامه ریزی وضعیت بحرانی درباره حفظ جان، مال و محیط اطراف است . زمانی یک برنامه ریزی وضعیت بحرانی گسترش می یابد، که دیگر برنامه های مربوطه نیز در آن تاثیر کرده باشند. همچنین هر برنامه ای که برای خطرات خاص (مثلا "برنامه ریزی برای سیل)، عملیات خاص (مدیریت گروههای تلفات و زخمیها)، یا توسط سایر سازمانها (بطور مثال سازمان محیط زیست) توسعه پیدا کرده است در آن گنجانده شده باشد . طرح ۸ بیانگر این مطلب است .

واکنشهای روانی در سوانح

مقدمه

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO)، تعریف سلامتی فقط در معنای فقدان بیماری خلاصه نمیشود، بلکه رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی فرد زیر مجموعه این تعریف جای می گیرد که هیچیک از ابعاد سلامتی بر دیگری ارجحیت و برتری ندارد.

طی دو دهه گذشته، ۳ میلیون و ۸۰۰ هزار انسان در دنیا از پس بی رحمی بلایای طبیعی، سرسختی زخم های عمیق و دردناکی را در روح و جان و مال خود تجربه کرده اند. در ایران طی ۱۰ سال گذشته شاهد حوادث غیرمترقبه بسیاری

از جمله زلزله رزن، زلزله بم، زلزله لرستان، سیل استان گلستان و غیره بودیم که تصویر کمک های مردم، سازمان های دولتی و غیردولتی برای نجات جان مردم، درمان مصدومان و کمک به آسیب دیدگان در حافظه تاریخ به ثبت رسیده است. اما آنچه تاکنون مورد غفلت واقع شده، توجه جدی به بهداشت روانی افراد فاجعه زده است که به اعتقاد بسیاری از کارشناسان آسیب های اجتماعی و روانشناسان، بسیار حایز اهمیت است.

به نوشته محمد تقی یاسمی در کتابچه حمایت های روانی ایران یکی از ۱۰ کشور اصلی بلاخیز دنیاست به طوری که در یکصد سال اخیر بیش از ۱۸۰.۰۰۰ نفر در این بلایا که به طور عمده زلزله بوده است جان خود را از دست داده اند، در طی سالهای ۱۳۷۳ تا ۱۳۸۱ بیش از ۱۰۰۰ زلزله ۳ تا ۷/۳ در مقیاس ریشتر اتفاق افتاده اند. و فقط در سال ۱۳۸۲، ۲۶۷ زلزله، ۱۲۹ سیل و ۱۳۴۰ حادثه دیگر اتفاق افتاده است در این مدت کوتاه بدون محاسبه حوادث جاده ای ۲۶۷۵۲ نفر جان خود را از دست داده اند.

جریان بلایای طبیعی مثل یک کوه یخ است که قسمت اعظم آن در زیر آب قرار دارد و دیده نمی شود، مرگ و محرومیت های جسمانی قسمت بیرونی آن است ولی معلولیت عواقب روانی حوادث که گاهی تا پایان عمر باقی می ماند، بخش اصلی این کوه یخ را تشکیل می دهند که در اکثر مواقع مورد غفلت قرار می گیرند و این زخم های روانی گرچه پنهان هستند ولی موجب رنج و ناتوانی و افت کارکردهای بسیاری از افراد می شوند. وقوع حوادث غیرمترقبه موجب می شود که انسان خود را در لبه تیغ افتادن در پرتگاه نابودی ببیند. احساسی که در عرض چند ثانیه می تواند تصویر ذهنی انسان را از زندگی تغییر دهد و تصاویر بحران هایی همچون جدایی، فقدان یا مرگ عزیزان و بستگان، عذاب درونی، مجروحیت، آسیب ناشی از استرس، از دست دادن دارایی، آوارگی و مهاجرت را بر پرده چشمان او به رقص درآورد.

اهمیت بهداشت روان

در سال های اخیر اهمیت رسیدگی سریع و به هنگام به واکنش های روانی افراد آسیب دیده از کوچک سن گرفته تا جوان و پیران در پس بلایا، مورد توجه متولیان بهداشت قرار گرفته، به همین دلیل پرداختن به

واکنش های روانی بازماندگان با هدف عادی سازی واکنش ها و جلوگیری از بروز عوارضی که منجر به افت کیفیت زندگی و کاهش کارایی افراد می شود، از پررنگ ترین اهداف فعالیت های متخصصان و کارشناسان بهداشت روان، روانپزشکان و روانشناسان اعزامی به مناطق آسیب دیده محسوب می شود.

هر چند پژوهش های انجام شده در رابطه با اختلالات روانی از پی حوادث طبیعی در ایران اندک هستند، نتایج آنها دورنمایی از آسیب های شایع و نیازهای بازماندگان به ما می دهند. در پژوهشی که در رابطه با اختلالات روانی در بین بازماندگان زلزله رودبار (سال ۱۳۶۹) انجام شده بیانگر این است که ۶۸ درصد از افراد مورد مطالعه، مبتلا به افسردگی اساسی بودند که از این میان ۳۸ درصد از افسردگی شدید رنج می بردند. در پژوهشی دیگر در سال ۱۳۷۳ که پس از سه سال بر روی کودکان منطقه زلزله زده رودبار انجام شد، میزان اختلالات رفتاری در بین کودکان ۶۰ درصد برآورد شد. همچنین ۵۱/۷ درصد این کودکان که در سنین ۹ تا ۱۶ سال قرار داشتند، مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بودند. همه کودکان، در چند هفته اول دچار مشکلات مهم خواب بودند و ترس از تاریکی و تنهایی و افکار مزاحم هنگام استراحت و رؤیاهای وحشتناک داشتند. همگی آنها نسبت به خوابیدن در مکان های سرپوشیده و استفاده از انواع وسایل حمل و نقل احساس خطر می کردند.

در بررسی به عمل آمده در زلزله بم نیز، ۸۲ درصد بزرگسالان و ۸۴ درصد کودکان از مشکلات روانشناختی رنج می بردند.

از این رو به روشنی فهم می شود که ضرورت اقدامات بهداشت روان در بین امدادهای ارسالی به مناطق فاجعه زده قابل درک است. نتایج حاصل از اقدامات مشاوره گروهی به دنبال سوانح در سایر کشورها، کاهش عوارض بعدی ناشی از فاجعه را نشان می دهد. چنین اقداماتی نه تنها به ارتقای سلامت روان بازماندگان کمک می کند بلکه نقش مثبتی در کاهش مشکلات جسمانی و سایکوسوماتیک که در دوران پس از سانحه افزایش می یابند، ایفا می کنند.

دکتر ابهری می گوید: بلایا و سوانح طبیعی به عنوان حوادث غیر قابل پیش بینی، همواره به عنوان قهر طبیعت، پیامدهای جبران ناپذیری در جوامع انسانی به دنبال دارد. هر چند با وسایل علمی میتوان برخی از این پیامدها را جبران کرد ولی ضربات روحی و روانی و ناهنجاری های عصبی و رفتاری افراد را به سادگی نمی توان التیام بخشید.

دکتر مجید ابهری، آسیب شناس اجتماعی میگوید: به اعتقاد بسیاری از رفتارشناسان، آموزشهای دفاع مدنی می تواند تا حد زیادی زیان های ناشی از حوادث طبیعی را کاهش دهد.

این آسیب شناس اجتماعی به وجود خانه های کاهگلی در بم و رودبار و منجیل به عنوان یکی از دلایل اصلی زیان های مادی و انسانی در آن شهرها اشاره می کند و می گوید: بدون شک می توان در کنار بکارگیری تکنولوژی های پیشرفته در کسب خبر، اطلاع رسانی و آگاه سازی مردم، آموزش را همواره با اعتماد به نفس، حفظ خونسردی، تعاون و کمک به افراد آسیب دیده و مصیبت زده به عنوان یکی از اهرم های اصلی برای کاهش زیان های روانی و اجتماعی قلمداد کرد.

تعریف مفاهیم:

برای درک بیشتر این مسئله احتیاج به آشنایی بعضی از مفاهیم داریم بهمین منظور اینجانب با توجه به کتابچه حمایت های روانی آقای دکتر محمد تقی یاسمی در زیر به آن اشاره کرده ام:

سلامت: طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت. سلامت عبارت است از حالت رفاه کامل جسمی روانی و اجتماعی نه فقط فقدان بیماری.

بهداشت روانی: تأمین حفظ و ارتقاء سلامت روان افراد جامعه است به گونه ای که آنها نه تنها بیماری روانی نداشته باشند بلکه بتوانند کارهای روزانه خود را به خوبی انجام دهند و از زندگی لذت ببرند.

سلامت روان: منظور از سلامت روان آن است که آدمی از پس وقوع حوادث طبیعی از زندگی خویش احساس مطلوب داشته باشد و این احساس خدشه دار نشود.

استرس : در مورد استرس تعاریف مختلفی وجود دارد ولی دکتر مینو رفیعی ، مدیر کل مشاوره و خدمات روانشناختی سازمان بهزیستی میگوید : هر نوع فشار اعم از جسمانی یا روانی که به انسان وارد شود معمولاً منجر به بروز یک سری واکنشهای غیراختصاصی ، به نام استرس میگردد .

وی می افزاید : غالباً استرس در هنگام مواجهه با درد ، سرما یا گرمای زیاد ، گرسنگی و خستگی و یا مشاهده صحنه های ناراحت کننده بوجود می آید .

همچنین مدیر کل مشاوره و خدمات روانشناختی سازمان بهزیستی می گوید: استرس بیماری نیست ، ولی حالتی است که می تواند منجر به بروز بیماری جسمانی یا بیماری روانی گردد . در جریان بلایای طبیعی ، افراد متحمل استرسهای شدیدی می شوند مانند : تخریب منازل ، از دست دادن دارایی، مشاهده اجساد عزیزان و زجر و ناله دیگران ، مجروحیت ، سرما ، گرمای زیاد ، گرسنگی ، تشنگی و ... همه مجموعه ای از استرسهای شدید

می باشند که می توانند منجر به بروز اختلالات روانی در افراد بشوند. در افراد مستعد این اختلالات شدیدتر و احتمال ماندگار شدن آن نیز بیشتر است .

اختلالات روانی ناشی از استرس حوادث غیرمترقبه

به علت استرسهای متفاوت در بازماندگان ، اختلالات روانی مختلفی بوجود می آید که به برخی از مهمترین آنها که در کتاب مدیریت بحران اثر تن بوگ بیان شده اشاره میکنم .

اختلال یا واکنش های حاد استرس

این اختلال ها در اثر آسیبهای شدید جسمانی توأم با تهدید مرگ بوجود می آید که به دنبال آن فرد شدیداً احساس وحشت و ترس و درماندگی می کند . که منجر به بروز برخی از علایم و اختلالات روانی زیر میگردد .

۲ - گیجی و کاهش آگاهی از محیط اطراف

۱ - احساس کمرختی و بی تفاوتی

۳ - احساس عدم واقعیت خود

۴ - احساس عدم واقعیت دنیای اطراف

۵ - فراموشی روان زا

تن بوگ اشاره میکند که: برای بازماندگان در برخورد با آثار حادثه، مرتباً افکار، تصاویر، رؤیاهای، خطاهای حسی و احساس وقوع مجدد حادثه، تجدید می شود. همراه با علائم فوق، اضطراب، برانگیختگی شدید، اختلال خواب، افزایش تحریک پذیری، عدم تمرکز حواس و بی قراری حرکتی و همچنین تشدید رفلکس از جا پریدن به وجود می آید.

در مجموع این اختلال ها حداقل ۲ روز و حداکثر ۴ هفته طول می کشد که معمولاً در ۴ هفته اول بعد از بروز حادثه ایجاد می گردد و باعث اختلال شدید فعالیتهای اجتماعی و شغلی فرد نیز می شود.

اختلال استرس پس از حادثه

دیوید تن بوگ میگوید: در این اختلال، فرد نیز بایستی در برخورد با حادثه، دچار ترس و وحشت شدید و احساس درماندگی شده باشد تا از طریق زیر در آنها موجب تجدید خاطره گردد.

۱ - تکرار رؤیاهای زجرآور حادثه

۲ - احساس وقوع مجدد حادثه

۳ - یادآوری مکرر و اجباری حادثه از طریق افکار و تصاویر ذهنی

۴ - زجر شدید روانی در برخورد با عوامل درونی یا خارجی که می توانند نماد یا مشابه جنبه هایی از حادثه باشند

۵ - واکنش شدید جسمانی مانند ضربان شدید قلب یا عرق کردن که در برخورد با عوامل فوق ایجاد می گردد . بیمار با روشهای زیر از برخورد با محرکهای یادآوری کننده اجتناب ورزیده و یک احساس کمرختی و بی تفاوتی نسبت به محیط اطراف از خود نشان می دهد مانند :

الف (اجتناب از احساسات ، افکار و مکالمات مربوط به حادثه

ب (دوری از محل حادثه ، همچنین عدم تمایل به تماس با افرادی که یادآوری کننده حادثه می باشند .

ج (بی تفاوتی و بی علاقه‌گی در فعالیتهای مهم و همچنین احساس غریبی و بیگانگی با دیگران .

اختلال شبه جسمی

ابراز شکایات جسمی متعدد در بازماندگان امر طبیعی است و این افراد ممکن است با داستانهای طولانی و متفاوت اظهار شکایات جسمی نمایند و برای درمان خود به پزشکان و مراکز درمانی مختلف مراجعه کنند . که در شرایط استرس بخصوص در وقایع بعد از بلایا این شکایات نیز شدت می گیرد . شیوع شکایات بیشتر شامل جهاز هاضمه (درد شکم ، تهوع ، استفراغ ، نفخ شکم) و روحی عصبی (فراموشکاری ، فلج و دوبینی) و در مواردی به صورت ناراحتی های قلبی عروقی ابراز می گردد .

اختلال خواب

تقریباً تمام بازماندگان از حوادث غیرمترقبه ، در برخی مواقع دچار اختلال خواب می شوند . مهمترین علت اختلال خواب در این افراد به علت تغییر وضعیت زندگی ، مرگ عزیزان ، از دست رفتن دارایی ها ، تزلزل در ثبات زندگی و ترس و نگرانی از آینده می باشد . بدیهی است که فقدان یک خواب لذت بخش در فرد منجر به احساس خستگی ، ضعف و کاهش فعالیتهای اجتماعی او در روز می گردد .

سوگ : مجموعه ای از هیجانات و یک واکنش طبیعی و قابل پیش بینی نسبت به یک فقدان بزرگ می باشد . مانند داغدیدگی ناشی از مرگ یک عزیز یا از دست دادن شغل و اموال که با شکلهای متفاوت ممکن است بروز نماید.

افسردگی : این واکنش در زنان و افرادی که بطور ناگهانی و در شرایط وحشت و ترسناک ، عزیزان خود را از دست داده باشند و یا به نحوی خود را مسبب و مسئول حادثه بدانند و همچنین از حمایت اجتماعی ضعیفی نیز برخوردار باشند ایجاد می گردد . این واکنش گاهی با شدت و زمان طولانی تر از حد معمول بروز می نماید .

تقریباً تمام آسیب دیدگان و بازماندگان بلایا در مواقعی از اوقات در رابطه با وضعیت جدید زندگی خود احساس غم و ناامیدی خواهند نمود . اما این احساسات ، افسردگی تلقی نمی گردد . در فرد افسرده همان احساس ناامیدی بسیار شدیدتر و برای مدت طولانی تر بروز می نماید هیچ چیز وی را خوشحال نخواهد کرد و اعتقاد دارد که هیچکس نیز قادر به کمک وی نیست .

مهمترین علائم افسردگی:

افسردگی دارای علائم مختلفی می باشد که با توجه به تحقیقات اینجانب مهمترین علائم آن به شرح زیر است : غم و اندوه شدید - احساس ناامیدی و درماندگی - زود به گریه افتادن - احساس تأسف دائمی - اضطراب - احساس عدم انرژی - عدم لذت بردن از محیط افراد - شکایات جسمانی - کاهش وزن و اشتها - کاهش تمایلات جنسی - اختلال تمرکز و حافظه - حساس بی ارزشی و ...

به گفته عظیم جان آبادی در سایت رسمی آسیب های اجتماعی ستایشگران

حمایت روانی و اجتماعی فرآیندی است که در راستای تأمین سلامت روانی آسیب دیدگان سوانح انجام می گیرد تا به آنها کمک کند به طور مؤثر خود را با فشارهای روانی ناشی از آن سوانح سازگار نمایند.

پیشگیری بهتر از درمان

در سایت رسمی جامعه شناسی ایران طبق گزارش انجمن جامعه شناسی در مورد مسائل و آسیب های اجتماعی بیان شده که بلایا و حوادث طبیعی گاهی آنچنان پیچیده به نظر می رسند که خارج از کنترل انسان به نظر میرسند. به اعتقاد کارشناسان، میزان آسیب پذیری نتیجه عملکرد عوامل انسانی است و از آنجا که پیشگیری از حادثه بهتر از واکنش در

مقابله حادثه است، از این رورتنای دانش وآگاهی های عمومی عامل مهمی در کاهش اثرات بلایای طبیعی به حساب می آید.

امروزه کمتر کسی رامی توان یافت که به مثل معروف "علاج واقعه قبل از وقوع باید کرد"، ایمان نداشته باشد و تقریباً همگان بر این مهم تاکید می کنند که همواره پیشگیری بهتر و گاهی ارزان تر از درمان است. به نوشته این سایت بسیاری از مصدومیت های شغلی، شهری، قضایی و حرفه ای در صورتیکه به موقع مشمول آموزش و پیشگیری شوند، سریع تر درمان خواهند شد. همچنانکه آموزش های ایمنی و ارتقای کیفی آنها در محیط های کار یکی از عوامل مهم کاهش لطمات انسانی و مادی به شمار می آید.

شیوه های کاهش آسیب های روانی هنگام بروز سوانح و بلایا

دکتر مینو رفیعی می گوید: اهمیت سلامت روانی و اجتماعی افراد در حوادث و بلایا بر کسی پوشیده نیست زیرا با بروز سوانح و حوادثی همچون زلزله، سیل، جنگ و ... گاه هزاران نفر از مردم در کام مرگ فرومی روند و خانواده های زیادی عزادار عزیزان و بستگان خود می شوند. این افراد دچار آسیب های روحی، روانی و اجتماعی ناشی از دست دادن عزیزان و اموال خود می شوند و گاه ممکن است ماه ها و حتی سال ها رنج ناشی از مصیبت را با خود به همراه داشته باشند. در مورد حوادث غیر متقربه باید گفت که از ویژگیهای این حوادث این است که در مدت کوتاهی اتفاق می افتد و در طول این مدت اتفاقات زیادی برای فرد به وقوع می پیوندد که تا آخر عمر، زندگی اش را تحت تاثیر قرار می دهد مانند زلزله که ممکن است ۳۰ ثانیه تا یک دقیقه طول بکشد، اما آثار روانی طولانی مدتی را بر فرد داغ دیده می گذارد.

تا قبل از وقوع حادثه افراد احساس می کنند روی زندگی خود تسلط و اوضاع را تحت کنترل دارند اما با بروز یک حادثه احساس می کنند کنترلی روی زندگی خود ندارند و دچار احساس سرگشتگی، یاس، ناامیدی و ... می شوند. وقتی در سوانح و بلایا فردی، اعضای خانواده اش را از دست می دهد در واقع دچار یک بحران روانی و اجتماعی شدید می شود. این چنین فردی در مواجهه با یک بحران از پنج مرحله عبور می کند.

واکنش های روانی اکثر مردم در زمان بروز بلایا

طبق تحقیقات دکتر محمد اسماعیل مهری می توان واکنشهای روانی مردم را در پنج مرحله زیر تقسیم کرد :

* مرحله اول - مربوط به چند دقیقه اول پس از بروز حادثه است : در این مرحله اکثر افراد دچار ترس و وحشت می گردند و این ترس و وحشت در برخی افراد با حالتی از بهت همراه است ، بطوری که آنان قادر به انجام هیچ کاری نمی باشند . ولی این حالات معمولاً گذرا و کوتاه مدت می باشند .

* مرحله دوم - این مرحله در چند ساعت اول پس از بروز حادثه ایجاد می شود . واکنشهای روانی مردم در این مرحله شامل حالاتی است که افراد احساس می کنند باید کاری انجام بدهند به طوری که با دیگران ارتباط برقرار می کنند و بدون سازماندهی و گاهی ناهماهنگ با دیگران در امداد رسانی ها کمک می نمایند .

گاهی در این امداد رسانی ها گستاخانه عمل می کنند و به ضوابط اداری بی توجه می باشند و ممکن است در ارتباطات خود نیز عصبانی و تحریک پذیر باشند . نیروهای دست اندرکار در امداد رسانی باید این حالات افراد را درک کنند و با پذیرش این حالات به عنوان بخشی از واکنشهای طبیعی افراد، سعی نمایند به نحوی هوشمندانه فعالیتهای آنان را در جهت مثبت هدایت کنند . در این مرحله مردم تمایل دارند قهرمانانه و با ایثار زیاد عمل نمایند . اگر این تمایل به نحو صحیح هدایت شوند ، در امداد رسانی نیز بسیار مفید و مؤثر خواهند بود .

* مرحله سوم - این مرحله مربوط به زمان رسیدن کمک های امدادی می باشد . در این مرحله آسیب دیدگان معمولاً حالات آرامش و امید و شاید کمی نشاط پیدا می کنند ولی امدادگران باید بدانند که این حالات هم گذرا است .

* مرحله چهارم - در این مرحله ، غالباً افراد آسیب دیده مجدداً روحیه خود را از دست خواهند داد و این مرحله ایست که ممکن است به این نتیجه برسند که کمکهای رسیده برای آنان کفایت نمی کند و یا گاهی کمکهای دریافتی خود را با دیگران مقایسه می کنند و تصور می کنند در مورد آنان عدالت رعایت نشده است . امدادگران باید بدانند آسیب دیدگان در این مرحله افسرده هستند و از نظر روانی احتیاج به حمایت بیشتری دارند و ترک فوری منطقه ، قبل از رسیدن کافی به نیازهای رفاهی و روانی بازماندگان ، وضعیت روحی آنان را خراب تر خواهد نمود .

در این مرحله مسئولین و امدادگران باید با تدابیری که ذکر خواهد شد در جهت روحیه امید و اعتماد به نفس در آسیب دیدگان بیاندیشند .

* مرحله پنجم - در این مرحله که زمان تجدید سازمان خوانده می شود ، افراد زندگی خود را بازسازی می کنند و به تدریج درک می کنند که باید متکی به خود باشند . مسئولین ذیربط نیز باید تلاش نمایند با مشارکت آسیب دیدگان ، کمکهای رسیده را عادلانه توزیع نمایند و روند تجدید سازمان توسط خود مردم و با حمایتهای همه جانبه تسهیل گردد . باید توجه داشت که عدم توجه و رسیدگی کامل در این مرحله، منجر به باقی ماندن احساس ناراحتی خصمانه در بازماندگان خواهد شد .

جدول مراحل واکنش روانی در زمان وقوع سانحه و پس از آن و راه های مقابله با آن

اینجانب محمدرضا خان پوربا توجه به تقسیم بندی های مختلف مراحل واکنش روانی مردم در زمان وقوع سانحه در کتب و مقالات مختلف که هر یک به شیوه خاص خود میباشد جدولی ترسیم کرده ام که میتواند تمامی مراحل واکنش را در بر گیرد .

مراحل	واکنشهای روانی	روشهای مقابله روانی و حمایتهای اجتماعی
مرحله اول	ترس و وحشت . ناتوانی و	این حالت روانی در طی چند
وقوع حادثه	ضعف . گیجی و درماندگی . پریشانی	دقیقه خود به خود تمام میشود
مرحله دوم	قهرمان گرایی . ایجاد همبستگی مردمی	امدادگران باید وضعیت خانوادگی و دوستانه افراد
امداد رسانی مردمی	امداد رسانی مردمی . ایثار و فداکاری . بیرون آوردن اجساد . انجام کارهای گساختانه . عصبانیت . تحریک پذیری	را در نظر بگیرند و متوجه رفتارهای عصبی آنها بوده و با برخورد صحیح و مدیریت هوشمندانه فعالیتهای مردم را در جهت مثبت هدایت کنند
مرحله سوم	پیدایش حالت امید و آرامش و	با کمک هوشمندان به مردم
رسیدن نیروهای امدادی	شاید نشاط و سرخوشی و شادمانی	حادثه دیده به تعادل روانی آنها سرعت
« مرحله فراموشی و آرامش »	همراه با آمادگی جهت امداد رسانی	بخشیده و میتوانیم حس بدبینی و انتقام جویی را از بین ببریم
مرحله چهارم	افراد تازه متوجه وسعت خسارت و	حمایتهای روانی زیاد و ایجاد اعتماد به نفس
مواجهه با حقایق	کمبودها میشوند و بالطبع	امید در بازماندگان . افزایش کمکها
(۲ تا ۳ ماه پس از حادثه)	روحیه شان ضعیف . پر خاش گر . دچار افسردگی و استرس . اضطراب و پریشانی و تنهایی میشوند	و امکانات به همراه توزیع عادلانه کمکهای رسیده
مرحله پنجم	شروع بازسازی روانی توسط خود افراد و	مدیریت صحیح . پاسخگوی به نیازهای مردم
تجدید سازمان (۶ ماه تا ۱ سال)	اتکاء به نفس . احساس مسئولیت بیشتر و... غیر اینصورت احساس درون دشمنی . عصبی . بد بینی پر خاشگری (ورفع بالاتکلیفی آنها از سوی مسئولین و مشارکت در بازسازی هر چه بیشتر

دکتر مهدی فلاحتی کارشناس بهداشت روان استان خراسان میگوید : درباره کاهش آثار آسیب های روانی و عاطفی ناشی از بروز بحران و سوانح و بلایا در افراد و خانواده ها میبایست معمولاً بعد از وقوع حادثه به ارائه خدمات توان بخشی به مصیبت زدگان پرداخت تا افراد بتوانند سلامت خود را باز یابند. در جریان حوادث و سوانح بزرگ جمع و فراگیر علاوه بر مشکلات جسمی، مسائل روانی نیز بازماندگان و آسیب دیدگان، امدادگران و عموم مردم راتحت تأثیر قرار می دهد

وبه ویژه افرادی که در محل سانحه حضور داشته اند اکثراً دچار درجاتی از اختلال روانی خواهند گردید که ممکن است حتی زندگی وی را مختل نماید. برخورد صحیح با موضوع رخداد سوانح طبیعی و پیامدهای آن و برخورد مناسب با آسیب دیدگان می تواند شدت اختلالات روانی ثانویه به سانحه را به حداقل برساند.

به نوشته عظیم جان آبادی و همچنین راهکارهای دیگر صاحب نظران که جمع آوری کرده ام برای حمایت روانی آسیب دیدگان سوانح و ایجاد ارتباط مناسب با آنها ضروری است که نکات زیر رعایت کنیم :

۱- خود را معرفی کنید.

۲- اشتیاق و میل خود را برای همدلی با او به شکل کلامی و غیرکلامی نشان دهید.

۳- موقعیت آسیب دیده را برای او شرح دهید و بگویید که دقیقاً برای او چه می خواهید بکنید.

۴- با زبان ساده با او صحبت کنید. به خاطر نفهمیدن موضوع توسط آسیب دیده او را

تحقیر نکنید.

- با علاقه به او گوش دهید و صحبت های او را قطع نکنید و وقت کافی بگذارید.

۶- مصاحبه با او را جـدی بگیرید و با هدف پیش بروید، سعی کنید اگر متوجه حرف های شما نمی شود توضیح بیشتر بدهید.

۷- سعی کنید بفهمد که احساس او را درک می کنید ولی لازم نیست احساسی مثل او از خود نشان دهید.

۸- مانع بیان احساسات او مثل گریه کردن و ... نشوید ، زیرا تخلیه احساسات آنها را راحت تر خواهد نمود .

۹- فرد آسیب دیده را با بستگان خود و دیگران مقایسه نکنید.

۱۰- اگر امید واقعی برای کمک بیشتر به او وجود دارد به او بگویید ولی از دادن امید بی خود و گفتن دروغ برای دلداری او خودداری کنید.

- ۱۱- فرد آسیب دیده در حریم شخصی و مسائل خصوصی آسیب دیده دخالت نکنید تا اگر خود تمایل داشت صحبت کند.
- ۱۲- از زور و اجبار در مقابل او استفاده نکنید و صحبت کردن در مورد مسائل را به خود او واگذار کنید.
- ۱۳- با قضاوت شخصی خود با دیگران برخورد نکنید و بیش از حد هم از آنها طرفدار نکنید.
- ۱۴- به آنها نخندید ولی می توانید اگر آنها خندیدند با آنها بخندید.
- ۱۵- اصطلاحات تکراری مثل «غصه نخور، درست می شود و ...» به کار نبرید.
- ۱۶- مانع از ایجاد وابستگی بین خود و آسیب دیده شوید.
- ۱۷- اطلاعات مربوط به مرگ بستگان، خرابی منزل و ... را درست به او بدهید و دروغ نگویید. به هنگام وقوع حوادث معمولاً اخبار ناگوار مانند مرگ فرزند و والدین وجود دارد. لذا هرگز به لحاظ مصلحت سعی نکنید حقیقت را از بازماندگان کتمان کنید و به آنان دروغ بگویید. بنابراین واقعیت را بتدریج و حتی الامکان در حضور جمع با آنان در میان بگذارید.
- ۱۸- افراد را از دیدن جنازه عزیزان شان به هیچ وجه محروم نکنید.
- ۱۹- از باورها و اعتقادات دینی افراد برای آرامش بخشیدن به آنها کمک بگیرید.
- ۲۰- افراد را به شرکت در مراسم تشییع جنازه و نماز میت تشویق کنید.
- ۲۱- افراد را به زور از محل سکونت خود دور نکنید.
- ۲۲- مانع تجمع داغ دیدگان دور یکدیگر نشوید. زیرا این تجمع و هم دردی، موجب آرامش روانی آنان می شود. قرار دادن شخص داغدار در جمع گروهی از افراد داغدار شبیه به خود او، تحمل درد و رنج را برایش آسان تر می سازد

۲۳- افراد را در فعالیت های اجتماعی - ورزشی و بازسازی شرکت دهید.

۲۴- در صورت وقوع درگیری افراد را از هم جدا کنید و از ادامه بحث و جدل خودداری کنید.

۲۵- در صورت شدید بودن علائم در فرد حتماً از تیم متخصص حمایت روانی (روان پزشک، روان شناس، مددکار) کمک بگیرید.

۲۶- کودکان را از والدین خود جدا نکنید و اگر مادر یا کودک جراحتهای دارند که می توانند در کنار هم باشند حتماً در کنار یکدیگر بمانند در غیر این صورت کودک را به یکی از بستگان نزدیک بسپارید تا مراقب او باشد و او را مورد نوازش قرار دهند. اگر پدر یا مادر کودک فوت کرده اند بستگان نزدیک از او حمایت کنند و چیزی که از فرد متوفی باقی است مثل روسری، تسبیح و ... که کودک با آن آشناست در اختیار کودک بگذارند.

۲۷- از جابجایی محل اقامت کودک حتی الامکان خودداری کنید و به تغذیه و بهداشت او رسیدگی کنید.

۲۸- امکانات بازی و سرگرمی برای کودک فراهم کنید و سعی کنید او را شاد نگه دارید.

۲۹- انتقال اطلاعات دروغ به بازماندگان موجب بی اعتمادی در آنان می شود .

بهداشت روانی کودکان در حوادث غیرمترقبه

طی شدن مراحل طبیعی دوران کودکی برای رشد و تکامل شخصیت هر فرد ضروری است . بنابراین محروم کردن اطفال از نیازهای روانی این دوران، به اندازه محروم کردن آنان از غذا و پوشاک، مهم و زیان بار خواهد بود. بدیهی است در جامعه‌ای که دستخوش یک حادثه غیرمترقبه شده ، کودکان بازمانده که عزیزان خود را از دست داده اند مجبورند در شرایط جدیدی متفاوت از شرایط قبلی زندگی کنند و اگر نیازهای خاص این قربانیان فوراً و بطور جدی برطرف نشود، قطعاً روند تکاملی رشد آنان بطور صحیح طی نشده و در آینده نزدیک یا آتیة دور منجر به بروز عوارض روحی، جسمی جدی در آنها خواهد شد. کمک به کودکان و نوجوانان زلزله زده برای غلبه بر مشکلات روانی ناشی از مواجهه با صحنه‌های حادثه ، یکی از مهم‌ترین چالش‌هایی است که والدین، مربیان یا متخصصان بهداشت روانی

با آن رو به رو هستند. تحقیقات نشان داده اند که واکنش های افراد در مواجهه با حوادث بسیار متفاوت است برخی کودکان تنها دچار نگرانی می شوند و خاطرات تلخی در ذهن آنان ایجاد می شود، این گروه با کمی حمایت های روانی به مرور زمان بهبود می یابند. اما گروهی بطور عمیق دچار مشکل می شوند. واکنش به حادثه ممکن است بلافاصله و یا روزها و حتی هفته ها پس از سانحه بروز کند.

علائم آسیب های روانی در اطفال کمتر از ۲ سال

در کودکان کمتر از ۲ سال که در حوادث ، والدین و عزیزان خود را از دست داده اند ، رفتارهای روحی ذیل بروز می نماید:

▪ گریه و بی قراری

▪ بی علائقی به آنچه که در اطرافش اتفاق می افتد یا ترس از محیط اطراف

▪ اختلال در خواب و اشتها

▪ وقفه یا تأخیر در سیر رشد رفتاری آنان مانند زمان شروع خندیدن ، زمان شروع نشستن ، راه رفتن و تکلم و...

▪ فقدان عکس العمل نسبت به محرک های طبیعی

▪ پس رفت تکاملی ، مانند توقف در راه رفتن و تکلم

● اختلالات روانی در اطفال ۲ تا ۴ سال

استرس و اختلالات روحی کودکان سنین ۲ تا ۴ سال ، در مواجهه با حوادثی که منجر به از دست دادن والدین و دیگر

اعضاء خانواده آنها شده باشد ، با علائم زیر بروز می نماید.

▪ بازگشت به مراحل اولیه رشد ، مثلاً تکلم به شیوه ابتدایی (کودکانه)

▪ مکیدن شست دست

▪ شب ادراری

▪ بی اختیاری دفع مدفوع

▪ کابوس های شبانه

▪ ترس از اشیاء خیالی

- پرخاشگری نسبت به دیگران
 - ترس و بی اعتمادی نسبت به دیگران
 - عدم تمرکز حواس و اختلال در یادگیری
 - عدم عکس العمل مناسب به محرک های محیطی
 - علائم آسیب های روحی در اطفال سنین مدرسه عموماً علائم روانی در این سنین به اشکال ذیل می باشد.
 - گریستن و بی قراری
 - اختلالات خواب (بی خوابی - پرخوابی - کابوس های شبانه)
 - شب ادراری
 - شکایات جسمی متعدد
 - پرخاشگری و تهاجم
 - عدم تمرکز حواس و مشکلات تحصیلی
 - ترس از اتفاقات قریب الوقوع
 - تقلید صحنه های ناراحت کننده
- نشانه های معمول در نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ ساله احتمالاً واکنش هایی نظیر بزرگسالان شامل یادآوری مکرر سانحه ، کابوس، کرختی عواطف، اجتناب از هر چیزی که یادآور سانحه است، افسردگی ، استفاده نابجا از دارو، ناسازگاری با همسالان ، پس رفت های آموزشی ، رفتار غیراجتماعی، همچنین گوشه گیری و انزوا، ناراحتی های جسمانی، تصمیم به خودکشی، امتناع از رفتن به مدرسه ، ناراحتی در خوابیدن و سردرگمی از خود بروز می دهند. بدیهی است درمان این اختلالات یک امر تخصصی است که بوسیله پزشک و در صورت لزوم بوسیله روان پزشک یا روان شناس بالینی انجام خواهد شد ولی آنچه به امدادگران مربوط می شود. شناخت این کسالت هاست تا بتوانند ضمن بیماریابی و ارجاع به مراکز تخصصی، استرس آسیب دیدگان را کاهش دهند و از بروز شدت اختلالات روانی آنان پیشگیری به عمل آورند.
- توصیه های بهداشت روانی

برای آنکه افراد بازمانده از حوادث ، کمتر در معرض آسیب های روحی قرار گیرند و از بروز اختلالات روانی دائم در آنان ، پیشگیری به عمل آید توصیه می گردد:

۱- هرگز کودکان را از والدینشان جدا نکنید مثلاً:

۱-۱- اگر کودک مجروح است .الزاماً باید مادر یا پدر یا یکی از بستگان بسیار صمیمی اش همراه او اعزام شود.

۱-۲- اگر مادر مصدوم است هنگام ارجاع مادر به مراکز درمانی تخصصی تر ، سعی شود کودکان زیر ۴ ساله اش نیز همراه او یا پدرش اعزام گردد.

۱-۳- اگر کودک شیرخوار است و مادر فوت کرده است ؛

۲- سعی شود برای کودک شیرخوار مادر رضاعی (یعنی کسی که بتواند به او شیر بدهد) پیدا کنید .

۳- ثانیاً - کودک را به بستگان درجه اول مانند پدر یا مادر بزرگ ، خاله یا عمه و عمو بسپارید و سفارش شود که مرتب او را نوازش نمایند و هرگز کودک را ترک ننمایند.

۱-۳- اگر کودک ۴-۱ ساله است و مادرش فوت کرده است حتماً پدر یا سایر بستگان درجه اول او بطور دائم همراه کودک باشند.

۲-۳- در صورتی که اشیاء یا لباس قابل استفاده از پدر و مادر متوفی ، باقی مانده است مثلاً روسری یا تسبیح ، آنها را در اختیار فرزندش قرار دهید.

۴ - امکانات بازی و سرگرمی برای کودکان فراهم گردد . زیرا بازی باعث انحراف توجه کودک از استرس می شود و به او آرامش می دهد.

۵- سعی کنید کودکان را با لطیفه های جالب بخندانید ولی این کار را در موقعیتهایی انجام دهید که باعث رنجش بزرگترها نشود.

بحران ها و امنیت روانی جامعه

جامعه سالم پیش از آن که به آسایش نیاز داشته باشد، به امنیت روانی نیازمند است، زیرا در سایه امنیت و آرامش است که هر کار خرد و کلان شدنی و دست یافتنی است. از این روست که دغدغه امنیت در همه شاخه های آن به ویژه امنیت روانی و آرامش جمعی، مهم ترین مسئولیت دولت ها و خواسته ملت ها و جوامع است.

هرگونه تهدیدی نسبت به امنیت روانی جامعه به معنا و مفهوم تهدید سلامت جامعه و نابودی و متلاشی شدن همگرایی و انسجام و در نهایت می توان گفت اساس انسانیت است؛ زیرا انسان پیش از آن که به شکم توجه داشته باشد نیازمند امنیت روانی است. به یک معنا انسان ممکن است برای رهایی از گرسنگی و تشنگی تن به خطر دهد و امنیت جانی و مالی خویش را در معرض خطر قرار دهد ولی سلب امنیت روانی به حذف انسانیت است.

دشمنان هر جامعه ای به سبب آگاهی از ارزش و اهمیت امنیت روانی جامعه می کوشند تا به تخریب آن دست یازند و با ایجاد بحران های گوناگون بستر مناسبی برای فروپاشی جامعه فراهم آورند. نویسندگان در این نوشتار بر آن است تا دیدگاه قرآن را درباره امنیت روانی جامعه بازخوانی کند. با هم این مطلب را از نظر می گذرانیم.

امنیت اجتماعی

امنیت که حاصل و اسم مصدر است، از واژه «أمن» گرفته شده است. «أمن» ضدّ ترس و به گفته برخی نقیض آن است. (لسان العرب؛ ابن منظور؛ ذیل واژه امن) بنابراین امنیت به معنای آرامش و نبود ترس و وحشت می باشد.

امنیت اجتماعی هر چند در زیر مجموعه مفهوم گسترده ای به عنوان امنیت انسانی قرار می گیرد، ولی به علی می توان گفت به معنا و مفهوم امنیت انسانی است؛ زیرا امنیت اجتماعی زمانی تحقق می یابد که همه مجموعه امنیت انسانی تحقق یابد. امنیت انسانی شامل امنیت روانی فردی و اجتماعی و امنیت ملی و بین المللی و اقتصادی و سیاسی و نظامی و امور دیگری می شود. بر این اساس نمی توان امنیت اجتماعی را در محدوده امنیت اقتصادی و یا نظامی و یا روانی و مانند آن خلاصه کرد.

به سخن دیگر، همان گونه که انسان موجودی پیچیده و شگرفی است، امنیت وی نیز از پیچیدگی خاص و شگرفی برخوردار می باشد. این مساله به ویژه در بخش امنیت روانی خود را بیش از پیش نشان می دهد؛ زیرا روان آدمی تحت تاثیر همه علل و عوامل درونی و بیرونی واکنش نشان می دهد. از این روست که در بهداشت و سلامت روانی شخص و یا اجتماع می بایست به همه علل و عوامل توجه و اهتمام خاص شود.

امنیت واژه‌ای پیچیده و به لحاظ کاربرد از گستردگی وسیعی برخوردار است. از درونی ترین افکار و احساسات بشری گرفته تا مهمترین مسائل بین دولت ها دربرگیرنده مفهوم امنیت است. فرهنگ لغت آکسفورد امنیت (security) را چنین معنا می کند "رهایی از نگرانی‌ها و ایمنی در مقابل خطرات و هم چنین معیارهایی قراردادی برای تضمین ایمنی یک کشور، شخص یا چیزی که از ارزشی برخوردار است. در همین راستا، فرهنگ معین امنیت را "ایمن شدن، بی بیمی و در امان بودن" معنا کرده است.

از آن هنگام که انسان برای بقا و تامین معاش خود با وسایل ابتدایی و دست ساز به مقابله با عوامل طبیعی پرداخت تا اکنون که به دنبال عصر صنعتی شدن، سرعت و فن آوری رویای برتری بر هموعان و جهان پیرامون خود را از طریق وسایل پیشرفته نظامی و اتمی در سر می پروراند، امنیت چه در بعد روانی آن و چه در بعد فیزیکی همواره یکی از دغدغه های همیشگی او بوده است.

حوادث پس از جنگ سرد، فروپاشی کمونیسم و جنگ جهانی دوم و غالب شدن ادبیات و رویکرد آمریکایی در حوزه علوم سیاسی و استراتژیک جهان، مفهوم امنیت ملی (National Security) را در ادبیات سیاسی اکثر کشورهای جهان وارد کرد.

متناسب با پیچیده تر شدن روابط اجتماعی در عصر مدرنیته و خارج شدن این روابط از حالت های ساده اولیه که جنبه فیزیکی و محسوس داشت، عوامل پنهان و غیر فیزیکی امنیت در ابعاد مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی روز به روز اهمیت بیشتری پیدا می کند. به همین دلیل مقوله امنیت اجتماعی که مهمترین مولفه تشکیل دهنده امنیت ملی است در سالهای اخیر در سطح ملی و بین المللی مورد توجه جدی قرار گرفته است. نکته مهمی که در اینجا باید به

آن اشاره کرد این است که روز به روز از اهمیت وجوه سخت افزاری امنیت کاسته می شود و بر وجوه نرم افزاری آن افزوده می گردد. به این مفهوم که اگر در گذشته عوامل اجرایی و فیزیکی امنیت مانند پلیس، قاضی، اسلحه، حفاظت فیزیکی و.... بیشترین اهمیت را در تامین امنیت داشتند امروزه علاوه بر تمام این عوامل وجوه نرم افزاری از قبیل مشروعیت نظام سیاسی، یکپارچگی اجتماعی، توان تصمیم سازی و تصمیم گیری، مدیریت قوی اقتصادی و توسعه، امور فرهنگی، اطلاعاتی..... حرف اول را در مباحث امنیتی می زنند. امروزه سیاستمداران و نظریه پردازان دریافته اند که تضمین امنیت ملی یک کشور که عمدتاً ناظر بر امنیت سیستم حکومتی و کارکرد درست نهادهای "دفاعی - امنیتی" در کشور است در گرو فراهم آوردن امنیت اجتماعی است که عمدتاً ناظر بر امنیت مردم است و به هر میزان که این مولفه در میان سایر مولفه ها نقش بیشتری داشته باشد، امنیت ملی پایدارتر، کم هزینه تر و بالنده تر خواهد بود.

سخن گفتن از امنیت انسانی نمی تواند در یک مجموعه بسته و با متغیراتی ثابت انجام پذیرد و آن را یک مجموعه بسته آزمایشگاهی محدود ساخته و به تحلیل داده ها پرداخت. از این روست که درک و فهم و نیز تحلیل رفتارهای فردی و اجتماعی شخص و یا جامعه بسیار سخت و دشوار است؛ زیرا هر متغیری می تواند آثار شگرفی در حالات انسان و یا جوامع انسانی پدید آورد که گاه به نظر غیر قابل پیش بینی است. در یک کلام انسان موجودی غیر قابل پیش بینی است و هر متغیری می تواند در شرایط متغیر انسانی واکنش های متفاوت و حالات گوناگونی را در انسان برانگیزد.

با این همه به نظر می رسد که برخی از علل و عوامل به عنوان متغیرات اساسی تر قابل شناسایی و ردگیری می باشد. این مساله موجب می شود تا بتوان گامی بزرگ به جلو در فهم مفهوم امنیت انسانی و علل و عوامل آن برداشت. همین مساله نیز خود مهم ترین دلیل و انگیزه برای شناسایی و ردگیری علل و عوامل ایجاد امنیت انسانی شده است و قرآن نیز بر اساس همین مساله است که به تحلیل و تبیین آن ها پرداخته است.

مفهوم شناسی امنیت اجتماعی

برای امنیت اجتماعی معانی متفاوتی بیان شده است. با این همه در یک تعریف کوتاه و جامع، امنیت اجتماعی را می توان به عنوان ایمنی خاص مردم تعبیر کرد.

این مفهوم دو وجه قابل تفکیک دارد. در یک وجه امنیت اجتماعی در قالب ایمنی خاطر یک شهروند به عنوان نماینده (representative) تمامی مردم مورد بررسی قرار می‌گیرد. در این بررسی امنیت اجتماعی یک جامعه (یک کشور، یک شهر و یا یک محله) بر اساس میزان رضایتمندی (satisfaction) و آرامش خاطر یک عضو نمونه آن جامعه بررسی و ارزیابی می‌شود. در این نوع مطالعه، جامعه مجموعه‌ای همگن (homogenous) تلقی شده و از تفاوت‌ها، نابرابری‌ها و ناهمگنی‌های (heterogeneity) درون جامعه صرف‌نظر می‌شود.

وجه دوم امنیت اجتماعی به تعامل ((interaction افراد جامعه با یکدیگر نظر دارد. در این بعد، رابطه مردم یک جامعه با دولت، نهادها (institutions) و مردم دیگر جوامع مدنظر می‌باشد.

اما به صورت اجمال می‌توان امنیت اجتماعی را چنین تعریف کرد: "امنیت اجتماعی توانایی جامعه برای حفظ هویت، منافع و ویژگی‌های اساسی خود در برابر شرایط متحول و تهدیدات و نیز توانایی ارتقای وضعیت اجتماعی به سمت ارزش‌ها و آرمانهای جامعه است"

عوامل تهدید امنیت روانی جامعه

جامعه همانند انسان نیازمند امنیت کامل و جامع است. همان گونه که انسان در یک امنیت جامع انسانی می‌تواند احساس این را در خود بیابد که از امنیت روانی برخوردار می‌باشد، هر جامعه‌ای در صورتی احساس امنیت روانی می‌کند که همه انواع امنیت را احساس کند و تهدیدی متوجه هیچ یک از امنیت‌های وی نباشد.

به سخن دیگر، امنیت روانی هر جامعه‌ای به تحقق امنیت همه جانبه و جامع و کامل بستگی دارد و هر تهدید و یا احساس تهدید و خطری می‌تواند امنیت روانی جامعه را مختل و یا با بحران مواجه کند. این گونه است که تهدید غذایی و احساس ناامنی در این حوزه همانند تهدیدات نظامی در روحیه انسانی تاثیرگذار بوده و جامعه را با فقدان امنیت روانی مواجه می‌سازد.

انسان ها هر چند نسبت به یک دیگر متفاوت می باشند ولی همگی در برخی از امور مشترک هستند. از این روست که انگیزه و یا دغدغه های مشترکی دارند و همگان به اسباب و علل درونی و بیرونی دغدغه های خویش را اولویت بندی می کنند. برخی از دغدغه های بشری چون امنیت غذایی (ترس از گرسنگی و تشنگی) ، امنیت جانی، عرضی و مالی در مرتبه متقدم تری است. با این همه دیده می شود که برای برخی از جوامع بشری امنیت دینی و آزادی های مذهبی از ارزش و اعتبار بیش تری برخوردار می باشد. از این روست که ملت و جامعه ای همه چیز خویش را در دفاع از عقیده و ارزش های معنوی خویش می دهد و برای وی امنیت معنوی و عقیدتی مهم تر و اساسی تر است.

بر اساس معیارهای غربی امنیت غذایی در درجه نخست از اهمیت است چنان که امنیت های جانی و مالی در درجه های بعدتر قرار می گیرد و امنیت های معنوی در درجه آخر و پایین تر قرار داده می شود. روان شناسی امروز ایران و جهان بر این پایه شکل گرفته و قوام یافته است. اما اگر به فرهنگ اسلامی مراجعه شود دیده می شود که از نظر مومنان که جامعه واحد عقیدتی به نام امت را پدید می آورند، دغدغه نخست ایشان معنویت و امنیت روحی و روانی است. این گونه است که همه چیز از جمله مال و جان را در راه کسب آن فدا می کنند و امنیت روانی و معنوی را بر هر چیزی مقدم می شمارند.

بر این اساس امنیت اجتماعی برای ایشان معنا و مفهوم دیگری می یابد. البته این بدان معنا نیست که مولفه های امنیت در جوامع متفاوت و یا متضاد باشد؛ بلکه به این معناست که در ارزش گذاری و اولویت بندی نمی توان همه جوامع انسانی را همانند یافت و تفاوت های اساسی و ماهوی میان جوامع از نظر ارزش گذاری وجود دارد.

نکته دیگر آن که علل و عوامل تهدیدی هر جامعه با توجه به شرایط و مقتضیات زمانی و مکانی و امور دیگر، متفاوت است و نمی توان آن را یکسان بر شمرد. با این همه می توان به دور از شرایط و مقتضیات به وحدت علل و عوامل نیز قایل شد. به این معنا که به دور از شرایط و مقتضیات هر جامعه ، به سبب اشتراکات انسانی و فرهنگی، نوعی اتحاد در کلیت علل و عوامل ایجاد و زوال امنیت انسانی وجود دارد که می بایست بدان ها پرداخته شود.

در این جا به عنوان نمونه به برخی از علل و عوامل بحران را در این حوزه پرداخته می شود. از جمله می توان بی اعتمادی اجتماعی به عنوان یکی از علل و عوامل زوال امنیت روانی جامعه اشاره کرد.

انسان ها در یک فضای تعامل در کنار اجتماع را ایجاد و حفظ می کنند. هر چیزی که این تعامل اعتدالی را تهدید کند به معنای تهدید اجتماع تلقی می شود. اگر افراد و اشخاص برای پاسخ گویی به نیازهای فردی و جمعی خویش به سوی یک دیگر گرایش می یابند و در یک فضای متعادل به داد و ستد در همه حوزه ها و بده و بستان می پردازند، هر گونه حرکت و یا عاملی که به این فضای اعتماد ضربه وارد سازد می تواند به عنوان عامل بحران شناسایی و ردگیری شود؛ زیرا بنیاد اجتماع بر اساس اعتماد به یک دیگر بنا می شود و آدمی بر اساس قول و قرارهای شفاهی و کتبی به زندگی در کنار هم و تبادل امور می پردازند.

اگر به برخی از عللی که در قرآن به عنوان عوامل سلب آرامش توجه شود به خوبی روشن می شود که چگونه قرآن ارتباط تنگاتنگی میان امنیت و اعتماد برقرار کرده است. به عنوان نمونه به مساله آدم ربایی در جامعه اشاره می کند و می گوید که یکی از علل سلب آرامش و امنیت فردی و اجتماعی ، آدم ربایی است. اگر انسان در جامعه ای زندگی کند که احتمال ربایش وی وجود داشته باشد و نتواند در خانه و خیابان و یا حتی جنگل و بیابان آن در آرامش زیست کند ، نمی توان امید به وجود اجتماعی داشت. اعتماد به دیگری در عدم تعرض به وی است که وی را مطمئن و آرام می سازد که در یک جامعه با آرامش و امنیت زندگی کند. بنابراین هر گونه احساس خطر و بی اعتمادی نسبت به دیگری و احتمال ربایش موجب می شود که بی اعتمادی در جامعه و نیز فقدان آرامش و امنیت پدید آید و جامعه از درون دچار بحران و فروپاشی شود.

آیات ۲۶ سوره انفال و ۵۷ سوره قصص و نیز ۶۷ سوره عنکبوت به آدم ربایی به عنوان عامل سلب آرامش و نگرانی آور توجه می دهد و تحلیل می کند که چگونه انسان در چنین فضای بی اعتمادی نمی تواند زندگی کند.

خداوند در آیات دیگر نیز به مساله عدم ربایش به عنوان یکی از نشانه های جامعه سالم و پاک اشاره می کند که این خود گواه و شاهی بر این مطلب است که چگونه اعتماد به دیگری می تواند جامعه ای را به سوی سلامت کامل سوق دهد.

از دیگر مسایلی که قرآن در این حوزه بدان اشاره می کند اعتماد و اطمینان به دیگری در حوزه اخبار و اطلاعات است. بسیاری از مردم به عنوان درد دل و تخلیه فشارهای مختلف روحی، سخنان و اطلاعاتی را در اختیار دیگری قرار می دهند که ریشه در اعتماد به دیگری دارد. از این رو هر گونه افشای اخبار و اطلاعاتی که فرد به سبب اطمینان خاطرو اعتماد به دیگری در اختیار وی گذاشته است می تواند عامل بحران بی اعتمادی اجتماعی و فروپاشی آن شود. قرآن با توجه به آسیب های جدی که افشای اسرار خصوصی و شخصی به اعتماد اجتماعی و عمومی وارد می سازد در آیات بسیاری پخش هر گونه مساله خصوصی را به عنوان پخش سر و راز و افشاگری زشت شمرده و از آن باز داشته است. تاکید بر حرمت غیبت از آن روست که شخص با توجه به تعاملات خاص اطلاعاتی از رفتار و گفتار دیگری به دست می آورد که پخش آن می تواند به بی اعتمادی اجتماعی دامن زند.

در حوزه عمل اجتماعی نیز پخش هر گونه اخبار و اطلاعات نادرست و ارزیابی نشده که زمینه نفوذ دشمنان انسانیت از شیطان های جنی و انسی را سبب می شود و موجبات بی اعتمادی را فراهم می آورد به عنوان گناه و جرم تلقی شده و به شدت از آن نهی شده است. (نساء آیه ۸۳)

در همین راستا ، نسبت به شایعه پراکنی و دامن زدن به آن هشدار داده شده است و از مردمان خواسته شده تا در برخورد با مسایل به گونه ای عمل کنند که به بی اعتمادی اجتماعی دامن زده نشود و امنیت روحی و روانی جامعه را با خطر مواجه نسازد (احزاب آیه ۶۰)

از نظر قرآن امنیت اجتماعی از نعمت های بزرگ خداوند به هر جامعه ای است و جامعه ای که از چنین نعمتی برخوردار می باشد می بایست همراه شکرگزار و سپاسگزار خداوند باشد که از چنین خیر بزرگی برخوردار می باشد (نحل آیه ۱۱۲) اهمیت و ارزش امنیت اجتماعی بوده است که حضرت ابراهیم (ع) را وادار می سازد تا برای ایجاد امنیت اجتماعی در مکه حتی برای غیر اهل ایمان ، دعا و نمایش کند (بقره آیه ۱۲۶)

در همین راستا می توان به مطلوب بودن امنیت اجتماعی در جوامع اشاره کرد که حضرت یوسف (ع) در هنگام پناه دادن خانواده خویش در مصر به آنان یادآور می شود که اگر وارد مصر شوید ان شاء الله در امنیت قرار خواهید گرفت. (یوسف آیه ۹۹)

به نظر می رسد که آن چه دغدغه اصلی حضرت یعقوب (ع) و حضرت یوسف (ع) بوده، مشکل امنیت انسانی است که شامل همه انواع و اقسام امنیت (مائده آیه ۲ و قصص آیه ۵۷ و عنکبوت آیه ۶۷ و آیات دیگر) بوده که امنیت اجتماعی در درجه نخست اولویت است. از این روست که حضرت یوسف (ع) امنیت آل یعقوب (ع) را در مصر تضمین می کند.

خداوند در آیات ۹۴ تا ۹۸ سوره کهف امنیت اجتماعی را تبلور رحمت و مظهر مهر الهی دانسته است. بنابراین هر جامعه ای که از امنیت انسانی برخوردار نباشد می توان گفت که از رحمت و مهر الهی دور افتاده و از سلامت برخوردار نمی باشد.

هر گونه ناامنی راه ها(اعراف آیات ۸۵ و ۸۶) و محیط (آل عمران آیات ۹۶ و ۹۷ و بقره آیه ۱۹۱) می تواند امنیت روانی جامعه را مختل کند که نتیجه ای جز فروپاشی درونی جامعه نخواهد داشت.

اهمیت بسیار اساسی امنیت انسانی در جوامع چنان است که دشمنان بیشترین هزینه را در این بخش می کنند ؛ زیرا فقدان هر گونه ناامنی می تواند موفقیت های چشم گیری را نصیب دشمنان نماید.

برای دست یابی به امنیت می بایست افزون بر توحید و ایمان خالص (انعام آیه ۸۱ و ۸۲) با هر گونه فسادانگیزان و آشوبگرانی که سلامت جامعه ایمانی را در معرض خطر قرار می دهند مبارزه و آنان را سرکوب کرد(مائده آیه ۳۳) و با تقویت عده و عده نظامی و بنیه دفاعی کشور (انفال آیه ۶۰) و جهاد در راه خدا (نساء آیه ۸۴) مرزهای بیرونی را تقویت کرد و با مبارزه با علل و عوامل آسیب زا به اعتماد اجتماعی چون افشاگری و شایعه پراکنی ، غیبت ، چک بی محل کشیدن ، پیمان شکنی و زیر قول و قرارهای شفاهی زدن و مانند آن، ضریب امنیت روحی و روانی جامعه را افزایش داد.

این بخش فقط توسط گروه پرستاری و مامایی مطالعه گردد.

تریاز

تاریخچه تریاز:

تریاز نیز یکی از مفاهیمی است که برای اولین بار در زمان جنگ های بزرگ و کشور گشایانه ناپلئون بنا پارت و توسط بهترین جراح ارتش او یعنی دومینیک جان لری مورد استفاده قرار گرفت. تریاز به معنای "مرتب کردن" "trier" تریاز در لغت به معنای مرتب کردن یا الک کردن بوده و از واژه فرانسوی دسته بندی کردن، گرفته شده است.

تعریف تریاز:

تریاز عبارت است از یک فرآیند انتخاب بیماران و تقسیم بندی آنها بر اساس فوریت نیاز به درمان است. تریاز می تواند برای یک بیمار در بیمارستان، میدان جنگ ، و یا محل وقوع یک سانحه انجام گیرد.

تریاز از اوایل سال ۱۹۰۰ در تعدادی از بخش های اورژانس شهر های شلوغ اجرا شد ولی تا اواسط قرن بعدی بطور وسیع به اجرا در نیامد از آن به بعد بود که :

بخشهای اورژانس استاندارد با پزشکان اورژانس با وظایف مشخص به عنوان یک استاندارد بین المللی گردید.

✓ تریاز به عنوان یک قسمت مهم در بخشهای اورژانس و کاهش زمان انتظار برای معاینه و تشخیص سریع موقعیتهای پر خطر شناخته شد.

✓ که حاصل آن صرفه جویی در تعداد ویزیت، هزینه ها، طول درمان و نیروی کار می باشد.

مفهوم کلی:

تریاز یک بررسی بالینی کوتاه جهت تعیین زمان و اولویت بندی در بیماران بخش اورژانس است.

این تصمیم گیری بر اساس ارزیابی کوتاه از بیمار و بررسی علائم حیاتی، ظاهر کلی بیمار، تاریخچه بیمار، نوع صدمه مغزی و وضعیت مغزی در تریاژ صورت می گیرد.

نبایستی تریاژرا اشتباهها بررسی همه جانبه طبی مورد نیاز برای همه مراجعه کنندگان حاضر در بخش های اورژانس در درمان یا ارزیابی تلقی نمود.

چرا باید بیماران را در بخش اورژانس تریاژ کرد؟

❖ تریاژ یک سیستم مدیریت مخاطرات بالینی است که در سراسر جهان در بخش های اورژانس بیمارستانها به کار گرفته می شود تا در مواقعی که نیازهای بالینی بیش از ظرفیت بخش هستند، بتوان گردش بیماران در بخش را با اطمینان و ایمنی بالایی مدیریت نمود. به عبارت دیگر منظور از تریاژ، دسته بندی کردن بیماران بر حسب اولویت بیماریها و منابع موجود می باشد.

❖ بهترین خدمات را در کمترین زمان در اختیار تک تک بیماران قرار دهیم

دلایل تریاژ بیماران:

- ✓ عدم تناسب منابع و نیازها
 - ✓ شلوغ شدن بخش
 - ✓ توضیح دادن شرایط و حدت و شدت آن برای بیمار در جهت افزایش رضایتمندی
- اهداف تریاژ بیماران:

- ✓ شناسایی سریع بیماران
- ✓ استقرار بیماران در مناسب ترین قسمت اورژانس
- ✓ تسهیل جریان بیماران در بخش اورژانس
- ✓ فراهم سازی ارزیابی های مستمر
- ✓ دادن اطلاعات لازم به بیمار و همراهان او

انواع تریاژ:

در یک نگاه کلی تریاژ در دو محیط اصلی:

➤ بیمارستانی

➤ پیش بیمارستانی

و در دو موقعیت:

➤ بروز حوادث غیر مترقبه

➤ شرایط عادی

از تلفیق چهار مولفه فوق می توان به محیط های چهارگانه معمول تریاژ دست پیدا کرد:

✚ تریاژ در زمان بروز حوادث غیر مترقبه و در محل بروز حوادث

✚ تریاژ در زمان بروز حوادث غیر مترقبه و در بخش اورژانس بیمارستانها

✚ تریاژ در صحنه از طریق ارتباط امدادگران با مرکز هدایت با استفاده از تلفن و بی سیم و ...

✚ تریاژ رایج مرسوم در بخش اورژانس بیمارستانها

الف- تریاژ در محل حادثه در زمان حوادث غیر مترقبه:

- این نوع از تریاژ وظیفه اصلی کارکنان خدمات اورژانس پیش بیمارستانی یا EMS می باشد.
- بر اساس برنامه های از پیش تعیین شده و تمرین هایی که صورت گرفته است نمایندگان از بیمارستان های محلی در مکان حادثه حاضر می شوند. انتقال راحت و آرام حادثه دیدگان به بیمارستان در سایه همکاری و هماهنگی EMS، مراکز خدمات پزشکی و شهرداریها امکان پذیر است. تریاژ در زمان بلایا در محل حادثه توسط یک پزشک متبحر انجام می شود.
- تریاژ بر اساس نمودار زیر که موسوم به نمودار START است صورت می گیرد.

رنگ	اولویت	درمان
قرمز	۱	فوری
زرد	۲	اورژانس
سبز	۳	تاخیری
سیاه – بیمار مرده است .		

ب- تریاژ در صحنه در شرایط عادی (تریاز پیش بیمارستانی):

- در تریاژ در صحنه در شرایط عادی تصمیمات بر این اساس است که آیا بیمار به بیمارستان منتقل شود یا اینکه نه؟
- انتقال از راه هوایی صورت بگیرد و یا از راه زمینی؟
- از چراغ گردان یا آژیر استفاده بشود یا نه؟
- مسافت کدام بیمارستان مناسبتر است؟

ج- تریاژ در بخش اورژانس در زمان بلایا:

- نحوه تریاژ در بخش اورژانس در زمان بلایا بسته به برنامه های بخش اورژانس و بیمارستان مربوطه متفاوت است.
- کار تریاژ را گروهی متشکل از پزشک و پرستار با هم و یا پزشک و پرستار به تنهایی انجام می دهند.
- تریاژ در زمان بلایا اهداف و فرآیند های متفاوتی نسبت به تریاژ روتین دارد.

د- تریاژ معمول در بخش اورژانس:

- مورد استفاده ترین و در عین حال سطح بالاترین محیط تریاژ می باشد.

در انجام تریاژ در بیمارستان باید به پنج پرسش پاسخ داده شود:

تریاز در:

چه مدت زمان؟

در چه مکانی؟

چگونه؟

توسط چه کسی؟

در مورد چه بیمارانی؟

مدل های کلاسیک سیستمهای تریاژ:

- فرد تریاژ کننده
 - معیار های ارزیابی اولیه
 - نحوه دسته بندی بیماران
 - استقرار بیماران در بخش اورژانس
 - مستند سازی
 - ارزیابی مجدد بیمار بعد از تریاژ اولیه
 - انجام اقدامات اولیه تشخیصی و درمانی برای بیمار
- ما به چند سطح در اولویت بندی بیماران نیاز داریم؟

زمان	زمان	زمان	شدت (اولویت بالینی)
۰	۰	۰	
۱۰>	۵-۱۰	۱۰	
۶۰>	۳۰-۶۰	۶۰	
۱۲۰>	-	۱۲۰	
-	-	۲۴۰	

نام	زمان
قرمز	-
نارنجی	۱۵>
سبز	۱۲۰>
آبی	۲۴۰>

نکته مهم:

اولویت بندی بیماران یا مصدومین باید بر اساس معیار و استاندارد باشد. مسلم است که به دلیل تغییر در وضعیت بیماران، تریاژ لحظه به لحظه دستخوش تغییر می گردد و ممکن است تریاژ چندین بار تکرار شود.

جز در موارد خاص و در بخش های خیلی شلوغ، پزشکان به ندرت درگیر امر تریاژ هستند و تریاژ توسط پرستار با تجربه صورت می گیرد ولی همیشه باید یک پزشک در دسترس پرستار تریاژ باشد.

۱- خصوصیات تریاژ کننده یا تریاژ کنندگان:

- ✚ از نظر بالینی، دانش کافی داشته باشند.
- ✚ بتوانند در شرایط بحرانی به درستی فکر کرده و تصمیم بگیرند.
- ✚ با سرعت از بیمار شرح حال گرفته، با دقت او را معاینه کرده و صحیح ترین نتیجه را به دست آورند.
- ✚ حتی تحت فشار های بسیار زیاد، تعادل روحی خود را از دست ندهند.
- ✚ از نظر روابط بین فردی نمونه بوده و بتوانند در عرض چند دقیقه رابطه موثری با بیمار برقرار نمایند.
- ✚ تعداد: تعداد پرسنل تریاژ کننده بستگی به شلوغی بخش دارد.
- ✚ آموزشها: آموزش افراد برای تریاژ وابسته به مرکز درمانی مربوطه است.

۲- فضای فیزیکی تریاژ:

✚ محل تریاژ باید در محل ورودی بخش و به نحوی باشد که مسئول تریاژ تمامی افرادی را که وارد بخش اورژانس می شوند ببیند.

✚ اگر از یک اتاق نیمه محصور استفاده می شود باید ضمن رعایت حریم خصوصی بیماران از قرار دادن آینه برای افزایش دامنه دید فرد تریاژ کننده استفاده کرد.

✚ عرض درب ورودی باید به اندازه ای باشد که صندلی چرخدار یا برانکارد به راحتی از آن عبور نماید.

✚ اتاق تریاژ باید به اندازه ای بزرگ بشد که تجهیزات مورد نظر را به راحتی در خود جای دهد و در صورت لزوم عملیات احیا از همین قسمت آغاز شود.

✚ باید اتاق تریاژ به اتاق درمان نیز راه داشته باشد.

✚ باید یک دستشویی داخل یا نزدیک تریاژ باشد تا کنترل عفونت را تسهیل کند.

✚ ممکن است بتوان ترتیبی داد که بیمارانی که با آمبولانس مراجعه می کنند مستقیماً به بخش درمان منتقل شده و در صورت لزوم دوباره به اتاق تریاژ برگردانده شود.

✚ شکل ایده آل اتاق تریاژ به گونه ای است که کارکنان بتوانند بر حسب نیاز، حریم اتاق را افزایش یا کاهش دهند.

✚ باید مکان های ویژه ای که بیمار بتواند در آنها احساس امنیت کرده و مشکلات خصوصی خود را با تریاژ کننده در میان بگذارد نیز در دسترس باشند.

✚ باید فضای کافی برای یک میز و دو صندلی وجود داشته باشد.

✚ در تجهیز قسمت تریاژ باید به الگوی جمعیتی منطقه توجه شود. اگر بیشتر بیماران پیر هستند باید فضای کافی برای حضور همزمان چند ویلچیر را در نظر گرفت.

۳- تجهیزات لازم برای اتاق تریاژ:

لیست نیازهای ارزیابی و درمان بیماران در قسمت تریاژ

دستگاه اکسیژن	پالس اکسیمتر
ساکشن	استلن چارت
ابزار دفع سر سوزن	گلوکومتر
پانسمان	چاقو
گردن بند طبی	اتوسکوپ
ست کشیدن بخیه	ترمومتر
باند و آتل	دستگاه اتوماتیک اندازه گیری فشار خون
بسته های مخصوص یخ	آبسلانگ
محلول سالین	دستکش غیر استریل
محلول بتادین	امکانات بررسی HCG اورژانس
پراکسید هیدروژن	گاز ۴ در ۴ سانتیمتری
دستمال کاغذی	ابزار بررسی خون مخفی در مدفوع
محافظ چشمی	ماسک و عینک محافظ
کیت های زایمان اورژانس	ظروف نمونه گیری ادرار
آنژیوکت و ابزار رگ گیری	اپلیکاتور پنبه ای وسینک

۴- ثبت اطلاعات و داده ها:

✚ شکایت فعلی بیمار

✚ بعضی جنبه های عینی ارزیابی

✚ درجه بندی شدت و وخامت بیماری (فوری، اورژانس، غیر اورژانس، ...)

✚ محل مناسب استقرار در بخش (تحت نظر، سرپایی، احیا، ...)

۵- ارتباط تریاژ کنندگان با بیماران و قسمت تریاژ با سایر قسمت ها:

✚ حضور فیزیکی مداوم

✚ ارتباطات

کم تریاژ شدن (under triage)

یعنی عدم شناسایی به موقع بیماری که شدیداً مجروح یا بدحال است. این وضعیت باید در حداقل باشد.

بیش تریاژ شدن (over triage)

یعنی بیماری به اشتباه در اولویت درمان قرار گیرد. وضعیت اخیر با ایجاد یک درجه ای از امنیت، نهایت مطلوب طیف است (البته بیش تریاژ شدن اهداف اصلی تریاژ را که شناسایی بیماران و مجروحین شدیداً بدحال و کاهش تراکم در بخش اورژانس است را نادیده می گیرد).

روش پایش:

- ✚ لیستی از کلیه تریاژ کنندگان بخش تهیه می شود.
- ✚ لیستی از شیفتهای تریاژ تهیه می شود.
- ✚ این دو لیست تطبیق داده می شوند.
- ✚ ۲ درصد کل تریاژ هایی که هر تریاژ کننده انجام داده است (حداقل ۱۰ تریاژ) به صورت تصادفی برگزیده می شود.
- ✚ این موارد توسط یک فرد ارشد که آموزش تریاژ را دیده است بررسی می شوند.
- ✚ درصد مواردی که روند تریاژ در آنها کامل بوده است اعلام می شوند.
- ✚ درصد مواردی که تریاژ با دقت صورت گرفته است اعلام می شود.
- ✚ تعداد مواردی که تریاژ نا کامل بوده است به اطلاع فرد تریاژ کننده رسانده می شود.
- ✚ دقت کلی صورت گرفته توسط تریاژ کننده اعلام می شود.
- ✚ هر عاملی که دقت تریاژ فرد تریاژ کننده را تحت تاثیر قرار داده و مخدوش کرده است، به اطلاع او رسانده می شود.

ارزیابی میزان رضایتمندی بیماران:

✚ طول مدتی که بیمار منتظر بوده تا کارکنان تریاژ وی را ببینند.

✚ چگونگی رفتار کارکنان تریاژ

اهداف مورد نظر:

درصد تریاژ های نا کامل: صفر

درصد تریاژ های دقیق: ۹۵

درصد توافق بین بازرسهای اول و دوم: ۹۵

منابع :

- پکیج آموزش مدیریت بحران - دکتر خانیکه - ۱۳۹۰
- دستورالعمل های وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی در خصوص مدیریت بحران
- سایتهای اینترنتی مرتبط در خصوص بحران