



عنوان دوره آموزشی:

مداخلات روانی و اجتماعی مددکاران در سوانح و حوادث

پاییز ۱۳۹۸

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۵	- مقدمه
۶	- پیشگفتار
۷	فصل ۱- آشنایی با مددکاری اجتماعی
۱۳	فصل ۲- بحران و بلایا
۲۰	فصل ۳- حمایت های روانی - اجتماعی
۲۶	فصل ۴- واکنش های روانی در مراحل مختلف بلایا
۲۶	فصل ۵- علائم روانشناختی آسیب دیدگان و نحوه برخورد با آنها
۴۱	فصل ۶- نقش مددکاران اجتماعی در بحران
۵۱	- منابع

گروه هدف:

مددکار بهداشتی و درمانی

اهداف آموزشی

ارتقاء سطح دانش، نگرش و مهارت فراگیران در زمینه:

تعریف مددکاری اجتماعی

تعریف بحران و بلایا

حمایت های روانی - اجتماعی

واکنش های روانی در مراحل مختلف بلایا

آشنایی با علایم روانشناختی آسیب دیدگان و نحوه برخورد با آنها

نقش مددکاران اجتماعی در بحران

مدت دوره: ۱۲ ساعت

روش و نحوه اجرای آموزش: کتابخوانی

نحوه ارزشیابی: آزمون چهار گزینه‌ای

ایران یکی از ده کشور اصلی بلاخیز دنیاست و در سال های اخیر بیش از ۱۸۰۰۰۰ نفر در این بلایا که بطور عمده زلزله بوده است کشته شده اند. در جریان بلایای طبیعی، آسیب های روانی به افراد مثل یک کوه عظیم یخی است که قسمت اعظم

آن زیر آب قرار دارد و دیده نمی شود. مرگ و مجروحیت جسمانی در بخش های بیرونی آب قرار گرفته ولی معلولیت و عواقب روانی حوادث که گاهی تا پایان عمر باقی می ماند، بدنه ی اصلی این کوه یخی را تشکیل می دهد و در اکثر مواقع مورد غفلت قرار می گیرد. این زخم های روانی گرچه پنهان هستند، ولی موجب رنج و ناتوانی و افت کارکرد بسیاری از انسانهای می شوند.

در سال های اخیر اهمیت رسیدگی سریع و به هنگام به واکنش های روانی افراد آسیب دیده از سنین پایین گرفته تا جوانان و سالمندان در پس بلایا، مورد توجه کلیه ی 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 فردی و اجتماعی و کاهش کارآیی افراد می شود، از پررنگ ترین اهداف فعالیت های متخصصان و کارشناسان بهداشت روان، روانپزشکان، روانشناسان و مددکاران اجتماعی اعزام به مناطق آسیب دیده می باشد.

در این راستا مددکاری اجتماعی، که علمی است مبتنی بر هنر، مهارت و هدف، کمک می کند که افراد آسیب دیده مشکل خود را شناخته و به توانایی های خود پی ببرند و با استفاده از منابع و امکانات موجود در جهت حل مشکل خود بر آیند. در واقع مددکاری اجتماعی عبارت از مجموعه ای متشکل از تدابیر و روانشناسی مشاوره و فعالیتهای حرفه ای است که در قالب نهادها، سازمانها و موسسات رفاهی توانبخشی، اجتماعی، فرهنگی و تربیتی عرضه می شود تا با ایجاد تغییر و دگرگونی مناسب در شرایط مادی و معنوی افراد و اقشار جامعه زمینه بهزیستی رشد و تعالی آسیب دیدگان را فراهم آورد.

فصل اول: آشنایی با مددکاری اجتماعی

مددکاری اجتماعی کاری حرفه ای است که به افراد، خانواده ها، گروه ها و جوامع کمک می کند تا رفاه فردی و اجتماعی خود را ارتقاء بخشند و هدف آن کمک به افراد در توسعه مهارت های خود و توانایی آنها در استفاده از منابع خود و جامعه برای حل مشکلات است. مددکاری اجتماعی علاوه بر بررسی، کاهش و رفع مشکلات فردی و شخصی، به مسائل اجتماعی گسترده تر مانند فقر، بیکاری و خشونت های خانگی و... نیز می پردازد.

مددکاری اجتماعی حرفه ای است که با وام گرفتن علوم انسانی و اجتماعی از قبیل: جامعه شناسی، روانشناسی، علوم سیاسی، بهداشت عمومی، حقوق و اقتصاد، برای تعامل با نظام مراجع، انجام ارزیابی ها، مداخلات برای حل مشکل کاربرد دارد همچنین اطلاعات جامع درباره انسان به دست می آورد و با استفاده از آن اطلاعات به جنبه های مختلف انسان توجه می کند.

۲- تاریخچه علم مددکاری اجتماعی

بعد از جنگ جهانی دوم، از سال ۱۹۶۰ به بعد، دولت ها به این نتیجه رسیدند که جامعه برای رفع نیازها و مشکلات خود در زمینه عملکرد اجتماعی، به یک فرد متخصص نیاز دارند.

در واقع اتفاقاتی مانند: جنگ جهانی دوم و پیامدهای ناشی از آن (بی سرپرستی فرزندان)، گسترش شهرنشینی و شکل گیری کلان شهرها، وقوع بلایای طبیعی و پیامدهای آن، افزایش جمعیت، مهاجرت ها، توسعه قلمرو علوم پزشکی، ایجاد رویکردهای تازه به حل مشکلات، تحولات اقتصادی و اجتماعی، دگرگونی صنعتی و ... باعث ضرورت شکل گیری خدمات مددکاری اجتماعی در جهان شد.

به دنبال نام گذاری دهه ۱۹۹۰ به عنوان دهه بین المللی کاهش بلایا توسط سازمان ملل متحد، قانون تشکیل کمیته ملی کاهش اثرات و بلای طبیعی در مرداد ماه ۱۳۷۰ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. واقعه اسف بار زلزله رودبار در سال ۱۳۶۹ تاثیر بسزایی در آغاز چنین حرکتی داشت. این کمیته از ۹ کمیته فرعی تخصصی به مسئولیت وزراء و یا معاونین آنها در سازمان های ذیربط تشکیل می شد که یکی از آنها کمیته فرعی بهداشت و درمان بود و تامین خدمات بهداشت روان یکی از وظایف این کمیته محسوب می گردید. در حال حاضر در کشور ما در رشته مددکاری اجتماعی نسبت به دهه های

گذشته شناخت بیشتری به وجود آمده است اما هنوز هم برخی از ماهیت این حرفه آگاهی کاملی ندارند. بنیان گذار رشته مددکاری اجتماعی در ایران خانم ستاره فرمانفرمایان می باشد.

۳- تعاریف و مفاهیم

۳-۱) مددکاری اجتماعی

مددکاری اجتماعی حرفه ایست مبتنی بر استعدادها، مهارت ها و تخصص، به منظور فراهم آوری شرایط مادی و معنوی برای افراد و اقشار نیازمند جامعه به گونه ای که در جهت شناخت و رفع مشکل خود برانگیخته شوند.

۳-۲) تعریف جهانی مددکاری اجتماعی

تعریف زیر در نشست عمومی IFSW (فدراسیون بین‌المللی مددکاری اجتماعی) و مجمع عمومی IASSW (انجمن بین‌المللی مدارس مددکاری اجتماعی) در ژوئیه سال ۲۰۱۴ به تصویب رسید. مددکاری اجتماعی یک حرفه کاربردی و رشته تحصیلی دانشگاهی است که توسعه و تغییر اجتماعی، انسجام اجتماعی و توانمندسازی و آزادسازی افراد را تسهیل می کند. اصول عدالت اجتماعی، حقوق بشر، مسئولیت جمعی و احترام به تفاوتها (diversities) در مددکاری اجتماعی اساسی اند. مددکاری اجتماعی، با تکیه بر علوم اجتماعی، علوم انسانی و دانش بومی، افراد و ساختارها را در مقابله با چالش‌های زندگی و ارتقاء رفاه و بهزیستی درگیر می کند.

۳-۳) مددکار اجتماعی کیست؟

مددکار اجتماعی کسی است که با استفاده از مهارت های دانش نظری و عملی خود به شخص دارای مشکل کمک می کند تا بتواند به استقلال و آرامش دست یابد.

۳-۴) مراجع کیست؟

شخصی است دارای مشکل (فردی، اجتماعی، اقتصادی، بین فردی و ...) که دارای توانمندی هایی می باشد و مددکار اجتماعی او را هدایت و راهنمایی می نماید.

۳-۵) رسالت مددکاری اجتماعی

هدف مددکاری اجتماعی این است که بین بهزیستی بیمار و رفاه اجتماعی سازگاری و وفاق ایجاد کند. مهمترین بحثی که در اهداف مددکاری مطرح است «قادرسازی»، «استقلال» و «خوداتکایی» بیمار است.

۳-۶) اصول مددکاری اجتماعی

- اصل پذیرش: پذیرش مددجو به همان صورتی که هست
- اصل فردیت: تفاوت قائل شدن بین مددجویان و مشکلات آن ها
- اصل رازداری حرفه ای: پنهان نگهداشتن اسرار مددجو از دیگران
- اصل رابطه حرفه ای: ارتباطی منطقی برای برآوردن نیازها و حل مشکلات مددجو
- اصل مشارکت: حل مشکل مددجو با استفاده از توانایی های وی
- اصل خودآگاهی مددکار: خودشناسی مددکار اجتماعی نسبت به نقاط قوت و ضعف خود

۳-۷) کاربزارهای مددکاری اجتماعی

- رابطه حرفه ای: یک ارتباط منطقی که بر اساس اصول مددکاری اجتماعی برقرار شده، این رابطه از ابتدای مراجعه مددجو به مددکاری آغاز می شود و تا آخرین مراحل مددکاری یعنی تا پایان پیگیری باید ادامه داشته باشد مگر اینکه رفتار یا اتفاقی موجب قطع آن گردد که در این صورت رابطه حرفه ای به رابطه ای اداری تبدیل می شود. رابطه حرفه ای یعنی اعتماد متقابل بین مددکار اجتماعی و مددجو
- مصاحبه: ابزاری است برای کسب اطلاعات و همچنین وسیله ای برای درمان
- بازدید از منزل: مددکار اجتماعی در تمام فعالیت های خویش چه در بخش نظری و چه در روش شناسی به حفظ کیان خانواده توجه ویژه دارد

۳-۸) مدیریت مورد در مددکاری (Case management):

فرآیندی است که دربردارنده برنامه ریزی، جستجو، حمایت و نظارت بر خدمات از سوی سازمان های مختلف اجتماعی و یا سازمان های مراقبت های بهداشتی- درمانی به نمایندگی از مددجویان است. این فرآیند مددکاران اجتماعی را قادر می سازد در یک سازمان یا سازمان های مختلف، به منظور هماهنگ کردن تلاش های خود برای ارائه خدمات به مددجو از طریق کار تیمی حرفه ای، گستره وسیعی از خدمات مورد نیاز را ارائه دهند. مدیریت مورد، افزایش مشکلات را از طریق تقسیم خدمات، گردش مالی و هماهنگی کافی میان ارائه دهندگان خدمات، محدود می سازد. مدیریت مورد می تواند در یک سازمان بزرگ، در یک برنامه اجتماعی که خدمات را هماهنگ می سازد و یا در خانواده صورت گیرد.

توجه به سیستم های زیر در مدیریت مورد در مددکاری اجتماعی حائز اهمیت است:

۱-۸-۳) مددجو و سیستم مددجو:

اصطلاح مددجو به شخص یا خانواده ای گفته می‌شود که دریافت‌کننده خدمات مدیریت مورد است؛ به عبارت دیگر، تمرکز اصلی مدیریت مورد بر اهداف، نیازها و نقاط قوت مددجو و سیستم مددجو است. اصطلاح مددجو اغلب به یک فرد اشاره دارد اما گاه خانواده را نیز در برمی‌گیرد. هر سازمانی مددجو را به گونه ای تعریف می‌کند و معمولاً منابع مالی در این تعریف نقش تعیین‌کننده دارد. در برخی از مدل‌های مدیریت مورد، ممکن است افراد ذی‌نفع، مصرف‌کننده، بیمار و یا اصطلاحات دیگر به جای مددجو به کار رود. سیستم مددجو هم شامل مددجو و هم اعضای است که در شبکه حمایتی مددجو (اعضای خانواده، دوستان، اجتماع مذهبی یا ارائه‌دهندگان خدمات) قرار دارند.

۲-۸-۳) خانواده و سیستم خانواده

اصطلاح خانواده توسط هر فردی به گونه ای متفاوت تعریف می‌شود و ممکن است شامل خانواده مبدأ، همسران یا شرکای جنسی، فرزندان، خانواده گسترده، دوستان و یا دیگر افرادی که از مددجو حمایت می‌کنند، باشد. خانواده‌ها ممکن است از یکدیگر در زمینه‌های مختلف عاطفی، مالی، درمانی، جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی حمایت کنند. آن‌ها همچنین ممکن است در رابطه با تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی، ارائه خدمات، امور مالی یا حقوقی برنامه ریزی کنند. چنین حمایت‌هایی که افراد و خانواده‌ها ممکن است به عنوان مراقبت شناسایی نمایند و احتمال دارد به صورت پاره وقت یا تمام وقت، از فاصله نزدیک یا دور به مددجو ارائه شود در مدیریت مورد توجه قرار می‌گیرد. علاوه بر این برخی از اعضای خانواده ممکن است برای خدمات مراقبت از خرید برنامه‌هایی که تحت کنترل و هدایت مصرف‌کنندگان است، استفاده کنند. سیستم خانواده شامل مددجو و خانواده است. با این حال، این سیستم شامل افرادی که رابطه آن‌ها بر حسب رابطه مالی یا حرفه ای شکل می‌گیرد، نیست؛ از طرفی این افراد (متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، کارکنان مراقبت از خانه، وکلا، سرپرستان، مدیران و سایر ارائه‌دهندگان خدمات) از جمله بخش‌های مهم سیستم مددجو به‌شمار می‌آیند.

۳-۸-۳) فرهنگ

فرهنگ (Culture) بر ارزش‌ها، ادراکات و اهداف مددکار اجتماعی و مددجو در مدیریت مورد تأثیر می‌گذارد. شناخت فرهنگ ممکن است منوط به نژاد، قومیت و ملیت باشد اما محدود به آن نیست؛ و موارد گسترده تری از جمله مهاجرت، طبقه اجتماعی و اقتصادی، سن، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، وضعیت خانوادگی، معنوی، مذهبی، اعتقادات سیاسی، توانایی جسمانی، روانی و شناختی؛ دانش و سلامت باشد.

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۴۶-۲۰۱۱) سلامت را چنین تعریف کرده‌است: حالت کامل رفاه فیزیکی، روانی، اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری یا ضعف. اصطلاح سلامت و مراقبت‌های بهداشتی نه تنها به مراقبت‌های جسمانی و پزشکی مربوط می‌شود بلکه سلامت روانی- اجتماعی (Psychosocial) و مراقبت‌های رفتاری را نیز در بردارد.

۳-۹) خودآگاهی در مددکاری اجتماعی

در مددکاری اجتماعی همیشه به خودآگاهی تأکید شده‌است و این به دلیل نقش ویژه و حساسی است که مددکاری اجتماعی در کار با افراد دارای مشکلات سخت و ویژه دارد. یک عنصر مهم در خودآگاهی این است که ما به عنوان مددکار اجتماعی نظام باورهای خود را بشناسیم، اینکه ما زندگی را چگونه می‌بینیم، چقدر بدبین و یا خوش بین به زندگی هستیم. نوع باورهای ما متأثر از دوران کودکی و نوجوانی است، اگر ما در محیطی پرتنش و پراضطراب رشد کرده ایم این مهم ممکن است در تعریف ما از زندگی تأثیرگذار باشد و یا اگر در محیطی ایمن رشد پیدا کرده باشیم ممکن است زندگی را یک «هدیه» در نظر بگیریم. ما مددکاران اجتماعی در برخورد با مراجعین بخشی از فلسفه زندگی خود را به معرض نمایش می‌گذاریم.

برخی زندگی را به مثابه چالش، جنگ، ستیز و تنازع در نظر می‌گیرند و یا به عنوان بار مسئولیتی که به آن‌ها اضافه شده اما برخی زندگی را خوب و به عنوان یک هدیه و ادامه دار در نظر می‌گیرند و مهم است ما به عنوان مددکار اجتماعی در چالش‌های خودآگاهی تعریف خود را از زندگی بدست آوریم و اینکه زندگی را چگونه تصویر می‌کنیم .

فصل دوم: بحران و بلايا

بحران ابعاد گوناگونی دارد و براین اساس تعاریف متعددی از آن بعمل آمده است. در یک جا بر فرآیند شکل گیری بحران تاکید شده است. از این منظر بحران شدت و اوج استرس است، خاصیت تراکمی استرس موجب می شود که با گذشت زمان، استرس های متراکم شده تبدیل به بحران عمده می شوند. از دیدگاهی دیگر بحران، نقطه اوج و برگشت، لحظه تصمیم گیری، زمان مشکل یا خطر. از این منظر بحران وضعیتی اضطراری، تهدید به خطر و نیاز به اقدام سریع را منعکس می کند. در دیدگاهی دیگر بحران ادامه طبیعی وضعیتی است که حل نشده و به نقطه ای رسیده که بایستی از آن برگشت. گذر از بحران در گرو مسالمت آمیز بحران و برگشت به دنبال به کار گیری آخرین حربه های ناموفق است. مبتنی بر این دیدگاه است که بحران هم دارای آثار مثبت و هم آثار منفی است. بنابراین در بحران دو نیرو درگیر است. نیروی اول در جهت رشد فرد و نیروی دوم به سوی سقوط و انحطاط می باشد. به خاطر همین شرایط است که عموماً افراد آسیب دیده از بحران دچار تعارض در اهداف و تصمیم گیری ها می باشند.

۲- تعاریف و مفاهیم

۱-۲) بلا

اختلال زیست محیطی و روانی-اجتماعی که فراتر از توانایی جامعه برای مقابله با مشکلات است.

۲-۲) بلاهای طبیعی

زلزله، سیل، آتشفشان، طوفان و گردباد، سقوط بهمن، خشکسالی و گرمزدگی، آتش سوزی جنگلها، امواج سهمگین از دریا به خشکی یا پیشروی دریاها، همه گیری بیماری های عفونی مثل طاعون و وبا را شامل می شود.

۳-۲) بلاهای غیرطبیعی

مواردی چون آتش سوزی منزل، حادثه ای تصادف مرگ بار با اتومبیل، سقوط هواپیما، فرو ریختن مسیر عابرین، آزاد شدن مواد شیمیایی سمی و حوادث هسته ای را در بر می گیرد.

بحران پیشامدی است که به صورت ناگهانی و گاهی فزاینده رخ می‌دهد و به وضعیتی خطرناک و ناپایدار برای فرد، گروه یا جامعه می‌انجامد. بحران باعث به وجود آمدن شرایطی می‌شود که برای برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق‌العاده است.

۳- ویژگیهای بحران

- بحران معمولاً غیرقابل پیش بینی است اما معمولاً غیر منتظره نیست بجز بلایای طبیعی که باعث بحران می‌شود

- پویا و متغیر است

- بیشتر یک وضعیت اضطراری و آنی است تا یک حالت ماندگار

۴- ویژگیهای بحران ناشی از حوادث

بحران ناشی از حوادث دارای ویژگی‌های زیر می‌باشد:

الف) انواع مختلف: حوادث شامل: سوانح^۱، بلایای طبیعی^۲، و جنگ^۳ است. بحران سوانح به مجموعه‌ای از علایم روان شناختی گفته می‌شود که به دنبال آسیب‌های بدنی و احتمال وقوع مرگ ایجاد می‌شود.

ب) فقدان؛ ویژگی اصلی بحران ناشی از حوادث است. از دست رفتگی، داغدیدگی، بیکاری، فاجعه، زندانی شدن، مهاجرت، بستری شدن خود یا عزیز، از دست دادن عضوی از بدن و از دست دادن اموال و مایملک از جمله موارد فقدان در اثر حوادث است. عموماً فقدان یا از دست دادن‌ها، موجبات یاس، ناامیدی و افسردگی می‌شود.

ج) غافلگیری: عدم پیش بینی و ایجاد آمادگی در اغلب حوادث وجود دارد. ناتوانی فرد در کنترل حادثه موجب افزایش شدت استرس پذیری می‌شود. غافلگیری با زمان ارتباط دارد و می‌تواند یکی از ملاک‌های تشخیص شدت بحران باشد. براساس همین ویژگی است که شیوه‌های مداخله‌ای در بحران ناشی از حوادث متفاوت با سایر بحران‌ها است.

1) Accident

2 Natural disasters

3 Military combat

4 loss

۵- علائم روانشناختی افراد دچار بحران

تمامی کسانی که در معرض بحران آسیب زا قرار می گیرند به درجاتی از آن متاثر می شوند. این تاثیرات در برخی افراد به سرعت حل و فصل می شود و افراد سازگاری مجدد را به دست می آورند ولی به طور معمول حداقل یک سوم آنان دچار حالاتی می شوند که اصطلاحاً سندرم بلا^۵ گفته می شود. مطالعات روانشناختی نشان داده است که عموماً همه یا بعضی از علائم زیر در آن ها وجود داشته است.

- علائم فشار روانی و فیزیولوژیکی: ترس، هراس، تنش

- کرحتی روان شناختی: تجربه حالت از هم گسستگی و پریشانی، احساس بی کفایتی و درماندگی.

- اضطراب، افسردگی، اختلال در تفکر

- انزوا طلبی و اشتغال ذهنی: انکار واقعیت، اجتناب از تفکر یا تکلم درباره بحران، حقیقت گریزی، پناه بردن به رویا و تخیل.

- تغییرات اساسی در زندگی: بحران های حل نشده آسیب درازمدتی را در رفتار فرد و زندگی آینده او ایجاد می کنند. این افراد انزوای اجتماعی را در پیش می گیرند، فعالیت های لذت بخش را رها می سازند و در مجموع روال عادی زندگی افراد تغییر می کند.

۶- عوامل مرتبط با میزان آسیب روانی بحران

بررسی ها نشان داده است که به هنگام مواجهه با حوادث بحرانی برخی افراد نسبت به برخی دیگر آسیب پذیرند. میزان آسیب پذیری به عواملی بستگی دارد که عمده ترین آنها عبارتند از:

الف) چگونگی تجربه حادثه

تجربه حادثه که با میزان ترومای حادثه ارتباط دارد عبارتند از:

- در معرض آسیب بودن^۶: افراد نزدیک به حادثه یا افرادی که مدت زمان بیشتری در معرض حادثه بودند ممکن است دچار آسیب روانی شوند.

^۵ Disaster syndrom

^۶ Trama exposure

- ارتباط با قربانیان حادثه: کسانی که نزدیکان خود را از دست داده اند، احتمال ابتلاء به ترومای حادثه را به میزان بیشتری دارند.

- شدت درماندگی⁷: نوع پاسخ های فوری افراد نسبت به حادثه بسیار مهم است.

- تهدید ادراک شده⁸: فکر و عقیده ذهنی فرد در زمینه حادثه آسیب زا می تواند بسیار مهم تر از خود حادثه باشد.

ب) آسیب پذیری شخصی

آسیب پذیری شخصی می تواند شامل عوامل بیرونی از قبیل: منابع خانوادگی و اجتماعی و هم عوامل روانی همچون سلامت روانی و سطح رشدی باشد.

۷- اصول مداخله در بحران

اصول مداخله تامین کننده فضای لازم برای انجام روش های مداخله است. در شرایط بحرانی که آسیب دیدگان نسبت به محرکات جزئی نیز حساس هستند، بی توجهی به اصول مداخله می تواند تلاش های متخصصان را هدر داده، یاوران را مایوس کند. براین اساس اصول مداخله به شرح زیر مطرح می شود:

- در تمامی مداخله های بهداشت روانی حوادث، هدف باید انسانی، شایسته و دلسوزانه باشد.

- در برنامه ریزی برای مداخله در بحران ها توجه به سه عنصر فوریت (زمان)، مجاورت (ارایه خدمات در نزدیکی محل حادثه) و انتظارات (توجه به نیازها و لحاظ کردن اولویت های مورد انتظار بازماندگان) مهم است.

- مکانیسم های طبیعی بهبودی پس از حوادث بحرانی تلاش به منظور بازگشت به شرایط قبلی است نه تداوم آسیب شناختی روانی. علائم مرضی همچون ترس، اضطراب و ... بایستی به تدریج و به مرور زمان کاهش یابند.

- افراد بازمانده باید به استفاده از مکانیسم حمایت های طبیعی و غیربالیینی همچون صحبت با دوستان و افرادی که احساس راحتی با آنها می کنند، تشویق شوند.

⁷ Serverty of acute distress

⁸ Perceived threat

- مناسبترین واکنش متخصصین در جلسات مشاوره باید گوش دادن فعال و حمایت آمیز، عدم واریسی جزئیات و ارائه پاسخ های عاطفی باشد.

- چنانچه افرادی ابراز کنند که نیاز به کمک متخصص دارند باید در برنامه مداخله ای بیش از ۲ تا ۳ جلسه ملاقات در طول ۲ تا ۶ هفته قرار گیرند و از ارتباط یک جلسه ای پرهیز شود.

- آسیب فعلی ممکن است خاطراتی را تحریک کند تا علایمی را تشدید نماید که با تجارب آسیب زای قبلی ارتباط دارد چنین شرایطی باید بهنجار تلقی شود، چون احتمال بیشتری وجود دارد که به مرور زمان کاهش یابد.

- استفاده از طرح های درمانی مبتنی بر مداخله های گروهی در بحران بیشتر مدنظر قرار گیرد.

- نبایستی از فنون و تکنیک های مداخله در بحران خودمحوارانه (غیراستاندارد) استفاده گردد و یا از به کارگیری این فنون بر روی بیمارانی که حداقل آسیب را از بحران دارند، احتیاط کرد.

- در تمامی مراحل مداخله باید به فرهنگ بازماندگان توجه و احترام لازم گذاشته شود.

- بازماندگانی که نگرانی های آنها با گذشت سه ماه از حادثه ادامه یافته است در معرض خطر بیشتری قرار دارند و باید برای درمان مناسب ارجاع شوند.

۸- مراحل و روش های مداخله روانی در بحران

در مداخله و کمک به افراد دچار بحران می توان چهار مرحله کلی را شناسایی کرد. این مراحل به همراه روش های مداخله در آنها به شرح زیر می باشد:

- تسکین: در این مرحله شدت بحران، شرایط حمایت و کمک، انواع روشهای درمانی و احتمال خطرات ممکن برای مراجع بررسی و ارزیابی می شوند. در این مرحله روش های مشاوره و روان درمانی متمرکز بر فنون تسکین است. تماس جسمانی، انبساط عضلانی و تنفس عمیق از جمله فنون تسکین است.

- حمایت: در این مرحله باید با توجه به شرایط و امکانات موجود درباره کمک های لازم تصمیم گیری شود. همچنین باید منابع موجود از قبیل: دوستان، حمایت های اجتماعی و توانمندی خود مراجع بررسی و تقویت شوند. فنون مورد استفاده در

این مرحله فنون حمایتی همچون: روش های خودشفا دهندگی روحانی، کمک به طی شدن فرایند سوگ و ماتم، حمایت غیرمستقیم و ... می باشد.

- جهت دهی: این مرحله مبادرت به عمل است. عمده اهداف این مرحله، رهاسازی هیجانی، تسکین، فعال سازی و ارتقاء مهارت های سازگاری است. افراد دچار بحران که با فقدان مواجه شده اند، ممکن است دچار اختلال در ادراک شده و احساس کنند که در بن بست قرار دارند و راهی جز روش های غیرمنطقی نیست. بنابراین در این مرحله روش درمان کمک به افزایش راههای ممکن برای مراجع و پرهیز از بکارگیری راه حل های غیر منطقی می باشد.

- جهت گیری مجدد: این مرحله اهداف زندگی بازبینی، اهداف جدید ترسیم و شیوه های نیل به آن تعیین می شود. در این مرحله هدف درمان، به حرکت درآوردن نیروی بالقوه بحران برای رشد و پویایی مراجع است.

فصل سوم: حمایت‌های روانی-اجتماعی

افراد حادثه دیده نیازمند حمایت اجتماعی-روانی ویژه ای هستند و ارائه خدمات روان شناختی و یابوری حرفه ای آنها مستلزم در نظر گرفتن ملاحظات ویژه و استفاده از فنون و ابزارهای خاص می باشد.

۲- حمایت روانی - اجتماعی چیست و چگونه عمل می کند؟

حس حمایت اجتماعی از دانستن اینکه فرد چقدر می تواند از افراد مشخص (یا سیستم های مشخص) انتظار دریافت حمایت داشته باشد ناشی می گردد. حمایت اجتماعی همچنین تابع این برداشت است که به هنگام نیاز و بحران افراد حامی (یا سیستم های حمایت کننده) چگونه و به چه میزان در دسترس و آماده همراهی اند.

برخی (نظیر سارسن، سارسن و پیرس^۹) ابعاد حمایت روانی- اجتماعی را به پنج بعد تقسیم کرده اند که عبارتند از:

۲-۱) **حمایت هیجانی**^{۱۰}: مهارت در کسب یابوری از دیگران در هنگامی که فشار روانی شدت می یابد.

۲-۲) **حمایت شبکه اجتماعی**^{۱۱}: از طریق دست یابی و دسترسی به عضویت در شبکه و کمک به فراموش کردن مشکلات موجب کاهش فشار روانی می گردد.

۲-۳) **حمایت عزت نفس**^{۱۲}: به مفهوم فراهم آوردن امکان بروز قابلیت های ویژه فرد و پذیرش آن توسط دیگران می باشد.

۲-۴) **حمایت اطلاعاتی**^{۱۳}: ارائه اطلاعات برای درک رویدادهای فشارزای روانی است.

۲-۵) **حمایت وسیله ای**^{۱۴}: به معنی امکان دسترسی به منابع مالی و خدماتی در زمانی که فرد برای سازگاری با رویدادهای فشارزای روانی به آنها نیاز دارد.

۳- تعاریف و مفاهیم:

۳-۱) **سلامت**: حالت رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری.

⁹ Pierce & Sarason & Sarason

¹⁰ Emotional Support

¹¹ Social Support

¹² Self esteem Support

¹³ Informational Support

¹⁴ Informational Support

۳-۲) **بهداشت روانی:** حالتی از رفاه که در آن فرد توانایی هایش را باز می شناسد و قادر است با استرسهای معمول زندگی تطابق حاصل کرده از نظر شغلی مفید و سازنده باشد و با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد.

۳-۳) **آسیب دیده:** شخصی است که در اثر حادثه از ادامه زندگی سالم خود چه از نظر جسمانی و چه از نظر روانی و خانوادگی و اجتماعی محروم گردیده است.

۳-۴) **استرس/تنش:** هرگاه فشاری بر شخصی وارد شود، واکنشی در او ایجاد می شود. این واکنش علائم جسمانی و روانی دارد که تغییراتی در فرد ایجاد می کند که به این واکنش غیراختصاصی به محرک استرس می گویند.

استرس واژای با مفهوم گسترده است که به تاثیر هر چیز در زندگی که نیاز به تطابق داشته باشد اطلاق می شود. استرسورهای محیطی یکسان، در افراد مختلف پاسخ های متفاوتی را برمی انگیزاند. استرس همیشه زیانبار نیست اما وقتی این فشارها افزایش یابد به نقطه ای می رسد که از آن نقطه به بعد افزایش فشار باعث افت عملکرد می شود و فراتر از این نقطه تاثیرات مخرب استرس روی سلامت جسمی، روانی و یا اجتماعی آشکار می شود.

۳-۵) **استرسور/تنش زا:** هر عاملی که موجب تنش یا استرس شود را استرسور می گویند.

۳-۶) **مدارا:** هر واکنشی که فرد برای فایق آمدن با آثار منفی واقعه تنش زا انجام می دهد را شامل می شود. مدارای موثر با وقایع ناخوشایند نیازمند برقراری تعادل بین ایجاد تغییر در شرایط نامطلوب و تطابق با آنچه قابل تغییر نمی باشد، است.

۳-۷) **تیم حمایت های روانی- اجتماعی:** تیمی متشکل از یک روانشناس، یک روانپزشک و یک مددکار اجتماعی (در صورت لزوم) که خدمات روانی- اجتماعی را تحت نظارت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی انجام می دهد. این تیم به صورت سیار به محل اسکان افراد آسیب دیده مراجعه نموده و پس از غربالگری آنان از نظر وجود علائم روانی ناشی از تروما، در قالب گروههای مشاوره ای، مداخلات روانی- اجتماعی لازم را ارائه می نمایند.

۴- اصول حمایت های روانی، اجتماعی در بلایا:

- اصل اول: پرهیز از برچسب زدن

مهمترین اصل در بهداشت روان در بلایای طبیعی، پرهیز از برچسب زدن بیماری به بازماندگان می باشد. تاکید بر طبیعی سازی واکنش ها یک هدف عمده است تا گروه هدف نیز بدانند واکنش هایشان پاسخ معمولی به یک موقعیت غیر عادی است. افرادی را که در جریان بلایا دچار واکنشهای روانی شده اند بیمار یا مبتلا به بیماری روانی تلقی نکنید. این

علائم واکنش طبیعی به یک حادثه کاملاً غیرمعمول است و در بسیاری از موارد در طول زمان تخفیف یافته و از بین می رود.

- اصل دوم: دقت در انتخاب واژه ها

کلمات تاثیر بسزائی دارند، واژه های مورد استفاده در بلایا باید به دقت انتخاب شوند. از بکار بردن کلماتی که تداعی کننده ناتوانی هستند باید خودداری کرد. ارائه مداخلات روانی، اجتماعی به صورت گروهی بر روش انفرادی ارجح است چراکه بدین ترتیب علاوه بر تقویت شبکه اجتماعی، جمعیت بیشتری در زمانی کوتاهتر تحت پوشش قرار می گیرند. هنگام کمک رسانی بسیاری از احساسات، انسان دوستانه و متعالی جلوه می کند اما باید مراقب احساساتی مثل برتری جوئی، خودبزرگ بینی، غرور و نیاز به سرویس دهی نیز باشیم، که گاه در چنین شرایطی زمینه بروز می یابد. دریافت کمک باعث آغاز روندی مثبت برای حل بحران می باشد، اما گاه می تواند بعنوان ناتوانی و وابستگی کمک شونده نیز تلقی شود و باعث خشم آنان شود. مهمترین عامل پیشگیری کننده از بروز چنین احساساتی یا تعدیل چنین برخوردی از جانب آسیب دیدگان همان توانمندسازی. مشارکت آنان است. تاکید روی نقاط قوت و توانائیهای بازماندگان و آسیب دیدگان به اندازه توجه به مشکلات و ناتوانی هایشان مهم است .

- اصل سوم: اجرای برنامه بهداشت روان : برنامه بهداشت روان در بلایا برنامه ای جامعه مدار است. مداخله کافی و به موقع روانی- اجتماعی از آسیب های احتمالی آینده جلوگیری می کند.

- اصل چهارم: مداخلات روانی- اجتماعی: ارائه مداخلات روانی- اجتماعی بصورت گروهی بر روش انفرادی ارجح است. حمایت های روانی، اجتماعی براساس غربالگری فعال جمعیت آسیب دیده و ارائه خدمات به صورت سیار می باشد.

- اصل پنجم: اجرای برنامه های توانمندسازی بازماندگان: توانمندسازی افراد بازمانده و مشارکت آنان در برنامه ها اهمیت ویژه ای دارد.

- اصل ششم: توجه به فرهنگ منطقه: بایستی در برنامه ریزی حمایت های روانی- اجتماعی آداب، سنن و فرهنگ منطقه آسیب دیده توجه گردد و از آن برای پیشبرد برنامه ها استفاده شود.

۵- منشور مددکاری اجتماعی برای فاجعه های غیر مترقبه

منشور مددکاری اجتماعی در فاجعه های غیر مترقبه نشان می دهد که چه اقدام هایی ، در چه مراحل و از طرف چه نیرو هایی باید صورت پذیرد تا هدف تعیین شده تحقق یابد.

این منشور به عنوان فرایند محور فعالیت ها ، به ۴ مرحله پیش از فاجعه ، زمان فاجعه ، روز های نخست فاجعه و هفته های اول فاجعه تقسیم می شود و سرانجام منجر به جلب مشارکت واقعی بازماندگان برای بازسازی منطقه می شود.

الف- مرحله پیش از فاجعه

برنامه های پیش از فاجعه، به مراتب ثمر بخش تر از برنامه های پس از فاجعه است.

- آموزش مددکاران اجتماعی برای آمادگی کار در شرایط بحران .

- پیش بینی های ضروری

- پیشگیری های ممکن

- آموزش کاهش آسیب پذیری شامل :

(A) : پیش گیری از ضایعات نابجای پس از حادثه .

(B): بسیج همگانی برای مقابله با عوامل بحران ساز فیزیکی و رفتاری

ب- زمان فاجعه

اقدامی اجتماعی برای برپایی سریع ستاد های خدماتی به منظور اسکان اضطراری و موقت کودکان، زنان، سالمندان و معلولان در منطقه.

- مطالعه سریع نیاز مندی های اولیه

- آمار گیری اقوام و خویشاوندان کودکان بازمانده، استقرار کودکان در منطقه و احتراز از تغییر مکان عجولانه آنان
ایجاد پل ارتباطی بین بازماندگان و مجروحان ساکن در مراکز مختلف درمانی .

ج- روز های نخست فاجعه

- پیگیری اقدامات مراحل قبلی .

- ارزیابی اسکان های اضطراری موقت به منظور اسکان مناسب تر.

- تاکید بر اسکان موقت به صورت خانواده های تک جنسی به جز خانواده های بی تلفات، خانواده های دارای پدر یا مادر و فرزندان این نظام خانواده تک جنسی در گروه های سنی مختلف شکل می گیرد تا هم شبه خانواده ای تداعی و هم از احتمال بروز رفتار های انحرافی جلوگیری شود . در روز های بعد می توان بازماندگان خویشاوند را در اسکان مناسب تر یاری رساند .

- بهره گیری از انرژی های خاص افراد بازمانده، به جای دلسوزی های محض و به سوگ نشستن های طولانی که نتیجه نهایی و کارکرد پنهان این بهره گیری، همانا پیشگیری از بروز خشم بازماندگان و تقویت مشارکت واقعی آنان به منظور بازسازی منطقه در مراحل بعدی است. تجارب زلزله های پیشین و مشاهده رفتار بازماندگان، گویای این واقعیت است که بازماندگان فاجعه، افراد درمانده ای نیستند بلکه دارای نیروی فراوانی هستند و دگریاری آنان به شدت افزایش یافته است مردان به نوعی و زنان به گونه ای دیگر که ثمربخش است، می توانند امدادگران را یاری رسانند تا تصمیم های منطقی تری بگیرند و خود در فعالیت های روزانه خویش مشارکت کنند.

د- هفته های اول فاجعه

- بازنگری برنامه ها و اصلاح موردی آنان .

- ارائه یافته ها و نحوه همکاری با مسئولان محلی .

- زمینه کار و تلاش مجدد و پیشگیری از وابستگی مردم.

- شناسایی دقیق تر افراد نیازمند و بی سرپرست و تشکیل هسته های خویشاوندی.

- رشد و توسعه محلی و زمینه های بازسازی منطقه با مشارکت سازمان های محلی.

- توانبخشی افراد و بازسازی منطقه

پس از گذر از این مراحل، تعدادی از مددکاران اجتماعی مجرب در منطقه، به کار خود ادامه می دهند تا در کنار روانشناسان و مشاوران متخصص، در قالب کار تیمی، بازتوانی اختلال های ناشی از پس ضربه های حادثه را سامان بخشند. علاوه بر این، تاکید بر مشارکت واقعی مردم، مشارکت در تفکر، برنامه ریزی، تصمیم گیری و اجرا برای بازسازی خانه های خود، از ظرافت خاصی برخوردار است.

فصل چهارم: واکنش های روانی در مراحل مختلف بلایا
فصل پنجم: علائم روانشناختی آسیب دیدگان و نحوه برخورد با آنها

بلایای طبیعی سالانه منجر به مرگ، معلولیت جسمی و روانی و تغییر رواند مسیر زندگی میلیونها نفر و صدمات مالی شدید برای افراد و دولت ها می گردند. کمک ها و امدادها از سایر نقاط کشور و دنیا به دنبال وقوع بلایا به سرعت به منطقه آسیب دیده ارسال میگردد. کمک های بهداشتی یکی از اولین و مهمترین امدادهایی است که به منطقه آسیب دیده می رسد. هرچند سالهای گذشته سیاستگذاران بهداشتی در برابر وقایع آسیب زا کمتر به عوارض روانشناختی می پرداختند، طی سالهای اخیر اهمیت رسیدگی سریع و به هنگام به واکنشهای روانی افراد آسیب دیده در طی بلایا بر متولیان بهداشت محرز شده و به همین دلیل پرداختن به واکنشهای روانی بازماندگان با هدف عادی سازی واکنش ها و جلوگیری از بروز عوارض دیرپا که منجر به افت کیفیت زندگی و کاهش کارآیی افراد میگردد، از اهم اهداف فعالیتهای متخصصین و کارشناسان بهداشت روان و مددکاران اعزامی به مناطق آسیب دیده محسوب می گردد.

مددکاری اجتماعی حرفه ای در کنار همه خدمات و اقدامات اساسی و مفیدی که بر عهده دارد، در مواقع بروز بحرانها و بلایای طبیعی با عزم بهبود بخشیدن به عملکرد افراد و اجتماعات آسیب دیده و در معرض آسیب های بیشتر وارد کارزار می شود تا کمک کند بر مشکلاتشان فایق آیند.

در این راستا مددکاران اجتماعی می باید که نه تنها افراد آسیب دیده از مصائب را یاری رسانند بلکه باید به عنوان یک عنصر واسط بین عواملی که موجب آسیب پذیری افراد در هنگام بروز بلایا می شوند کارها را راهبری کنند. از اهداف بارز مددکاری اجتماعی ارتقای سطح بهزیستی افراد و کمک به آنها در جهت آگاهی از تمامیت توانمندی هایشان است تا زندگی منطقی، معقول و رضایتبخشی را ادامه دهند و هم در میان خودشان و هم در جامعه راحت و آسوده خاطر باشند.

۲- بلایای طبیعی و نتایج آن: اثرات ناشی از مصائب روی افراد و جوامع انسانی

بلایای طبیعی در سراسر جهان تقریباً آثار مشابهی از نظر تخریب زیر ساختها، از دست رفتن جان انسانها، بدتر شدن اوضاع اقتصادی و معیشت، و تخریب محیط زیست بر جای می گذارد (Kadi; ۲۰۰۶). آمار ارائه شده توسط "برنامه توسعه سازمان ملل متحد" (UNDP, 2008) تایید می کند که هزینه های اقتصادی بلایای طبیعی طی ۱۰ سال گذشته منجر به سال ۲۰۰۸ رشد قابل توجهی داشته است.

بازماندگان بلایا بطور مستمر دچار ضربه های روانی هستند چرا که خطرات احتمالی آینده، فقدانها، صدمات و زخمهای ناشی از حوادث، و انواع مختلف بحران های روانی را تجربه می کنند. بحرانهای عمده در این قبیل موارد معمولاً از ترس از دست

دادن دارایی، ترس از صدمات بیشتر، حوادث تهدید کننده زندگی، و خطر مداوم بلایای احتمالی نشات می گیرند. روانشناسان بر این باورند که ترکیبی از عوامل استرس زا فرد را در معرض بحران بزرگ زندگی قرار می دهد (Morris; ۱۹۹۰). (Atkinson, et al; 1996). حوادث ناشی از بلایای طبیعی موجب شدت یافتن ضربه های روانی و بحرانهای روحی افراد، گروهها، و اجتماعات رنج دیده می شود. و در چنین شرایطی، ضرورت پرداختن به آلام و نیازهای روانی افراد توسط سازمانها و کارشناسان کمک رسان بیش از پیش اهمیت دارد. حدود ۳۶ درصد از افرادی که نیازهای اساسی سلامت شان برآورده نمی شود واز وضعیت تغذیه و بهداشت و سلامت محیط زندگی خود احساس نارضایتی دارند، آسیب های زیادی به سیستم اعصاب مرکزیشان وارد می شود و از نظر شناختی و عملکرد روانشناختی دچار نقص و ضایعه می گردند (Desjarlais, et al; ۱۹۹۵).

۳- واکنش های روانی در مراحل مختلف بلایا

بروز فشارهای روانی در آسیب دیدگان و حتی بستگان و گروههای امدادی قابل پیش بینی است و می توان با تدابیری آنها را کاهش داد و حتی از بین برد. بدون شک کیفیت رفتار سازمان امداد رسانی در کنار این تنش ها و عوامل تشدید کننده و کاهش دهنده آن می تواند مشکل گشا باشد.

انسان ها با رویارویی با بلایا و حوادث واکنش هایی از خود بروز می دهند که می توان آنها را به ۵ مرحله تقسیم کرد.

اداره واکنش	علائم واکنش	مراحل
و در اغلب موارد قبل از رسیدن هر کمکی خودبخود تمام می شود.	<ul style="list-style-type: none"> - در چند دقیقه اول پس از حادثه بروز می کند - اکثر افراد دچار ترس و وحشت و برخی افراد بهت زده می شوند - افراد گیج و درمانده هستند و قدرت انجام کاری را ندارند. - این حالت معمولا گذرا و کوتاه مدت است 	- مرحله اول: تماس یا ضربه:
رفتار آسیب دیدگان را باید به عنوان واکنش طبیعی آنها تلقی کرد.	<ul style="list-style-type: none"> - در ساعات یا روزهای اولیه وقوع حادثه بروز می کند. - اکثراً افراد احساس می کنند که 	- مرحله دوم: واکنش یا قهرمانگرایی:
باید وضعیت و شرایط افراد را درک		

<p>کرد.</p> <p>- باید فعالیت های مردم را بصورت مناسب هدایت کرد (هدایت هوشمندانه)</p> <p>- به نقش خانواده افراد آسیب دیده و یا دوستان آنها اهمیت داده شود.</p>	<p>بایستی کاری انجام دهند، با دیگران ارتباط برقرار می کنند و به طور داوطلبانه در امدادرسانی کمک می کنند.</p> <p>- همبستگی بین مردم ایجاد می شود.</p> <p>- مردم با گذشت و ایثار زیاد عمل می کنند و تا رسیدن نیروهای کمک، بسیاری از کارها را خود انجام می دهند.</p> <p>- افراد خودسرانه عمل کرده و به موانع اداری-اجرایی کاری ندارند و ممکن است عصبانی و تحریک پذیر شوند.</p>	
<p>کمک رسانی در اینه مرحله بسیا مهم بوده و نتایج زیر را در بردارد:</p> <p>- سرعت در پیدایش تعادل روانی</p> <p>- جلوگیری از اختلالات روانی عاطفی شدید بعدی</p> <p>- جلوگیری از انتقام جویی و بدبینی نسبت به دیگران در مراحل بعدی.</p>	<p>- یک هفته یا چندماه بعد از حادثه بروز میکند و همزمان با رسیدن نیروهای کمکی، افراد امیدوار شده و به یک حالت آرامش نسبی می رسند.</p>	<p>- مرحله سوم: امیدواری و فراموشی غم:</p>
<p>- از نظر روانی احتیاج به حمایت بیشتری دارند.</p> <p>- ایجاد روحیه امید و اعتماد به نفس در آسیب دیدگان اهمیت زیادی دارد.</p> <p>- امدادگران و مسئولین کمک ها باید حداکثر تلاش خود را در جهت توزیع عادلانه و توام با احترام امکانات بین مردم انجام دهند.</p>	<p>- افراد تازه متوجه وسعت خسارات و فقدانهایشان می شوند.</p> <p>- افراد مجددا روحیه خود ا از دست می دهند. ناآرام، خسته و درمانده می شوند.</p> <p>- ممکن است به این نتیجه برسند که کمک های رسیده برای آنها کافی نباشد و یا شروع به مقایسه دریافتی های خود با دیگران کنند.</p> <p>- مضطرب و حساس شده و احساس</p>	<p>- مرحله چهارم: مواجهه با واقعیت:</p> <p>- ۲ تا ۳ ماه پس از وقوع حادثه بروز می کند</p>

	تنهائی شدیدی می کنند	
<p>- مسئولین باید پاسخگوی نیازهای مردم بوده و با برنامه ریزی از سرگردانی و بلاتکلیفی آنها جلوگیری کنند.</p> <p>- باید مردم را فعالانه در امر بازسازی مشارکت دهند.</p>	<p>- افراد شروع به بازسازی روانی و بازسازی زندگی خود می کنند. و بتدریج درک می کنند که باید متکی به خود باشند.</p> <p>- عدم رسیدن کامل به این مرحله منجر به باقی ماندن احساس ناراحتی و پرخاش و تعارض درونی می گردد.</p>	<p>- مرحله پنجم: تجدید سازمان: - ۶ ماه تا یک سال پس از وقوع حادثه بروز می کند</p>

آگاهی از این واکنش ها کمک می کند تا عکس العمل های روانی آسیب دیدگان را شناخته و نحوه برخورد با آنان را دریابید. گاه برخی از مراحل بارز نیستند و الزاماً به ترتیب رخ نمی دهند .

۴- گروههای آسیب پذیر:

پس از هر فاجعه ای افکار، احساسات یا رفتارهایی در بین افرادی که آسیب دیده اند جریان پیدا میکند این افراد نگرانی در مورد تنها شدن، امنیت، سلامت خود و اشخاص مورد علاقه خود داشته باشند، دائماً صحنه های دردناکی که دیده اند در خواب و بیداری سراغشان می آید. البته بلایا بر همه افراد اثر یکسانی نمی گذارد و برخی افراد نسبت به دیگران آسیب پذیری بیشتری دارند. کسانی که تنها زندگی می کنند یا منابع مالی- حمایتی کمتری دارند، افراد بیسواد و کسانی که دسترسی به اطلاعات ندارند، کودکان، زنان، سالمندان و معلولین احتمال دارد در هنگام وقوع بلایا دچار عوارض روانی بیشتری شوند.

۵- واکنش ها و علائم روانی در گروه های آسیب پذیر:

پس از بحران افراد در معرض عوامل استرس زای متعددی قرار می گیرند. این عوامل عبارتند از انواع آسیب های جسمی که باعث درد و ناراحتی می شود، نداشتن محل امن برای آسایش و استراحت، نبود مواد غذایی لازم برای رفع گرسنگی و تشنگی، مواجهه با صحنه های دلخراش از قبیل: جنازه اقوام و آشنایان، شنیدن صدای کمک خواستن افراد از زیر آوار، تخریب ساختمانها و از دست دادن اموال و دارائی، که فشار زیادی را از نظر روانی بر فرد وارد می کند. استرسی که بر فرد در جریان بلایا وارد می شود به قدری ناتوان کننده است که تقریباً هر کس را می تواند از پا درآورد. به دنبال بروز استرس شدید روانی ناشی از فاجعه، واکنش ها و علائمی در افراد به وجود می آیند که می تواند تاثیر معکوسی روی عملکرد آنها

رسیدگی می توانند به اختلالات روانی مزمن منجر گردند. میزان تاثر افراد از وقایع اطراف، تا حد زیادی تابع میزان آسیب پذیری پذیری قبلی، وسعت فاجعه و میزان تخریب و فقدان، و همچنین وضعیت حمایت ها و رسیدگی به هنگام به مسائل روانی- اجتماعی افراد می باشد. سعی بر این است تا رنج افرادی که دچار آسیب شده اند کمتر شود و سریعتر به زندگی عادی خود برگردند و این دوران را به سلامت طی کنند.

۵-۱) خشم (Anger) :

یک هیجان پیچیده است که با سرخوردگی و ناکامی مرتبط است. به ویژه وقتی افراد سعی در انکار ناکامی دارند. خشم هیجان پرنرژی تری نسبت به سرخوردگی است و بنابراین به فرد تا حدی احساس قدرت برای روبرویی با شرایط می دهد. این می تواند روشن کند که چرا مردم هنگام شرایط ناتوان کننده و غیرقابل کنترلی مثل از دست دادن عزیزشان یا یک زلزله ویرانگر احساس خشم می کند.

۵-۲) اضطراب (Anxiety) :

اضطراب گسترده تر و کم شدت تر از ترس می باشد. معمولاً تمرکز آن روی احتمالات ناخوشایند است و متوجه یک هدف مشخص نیست. اضطراب شدید می تواند فلج کننده باشد.

۵-۳) سرزنش (Blame) :

وقتی افراد خود را مسول یک رویداد ناگوار می دانند رخ می دهد. ممکن است خود را بخاطر عدم جلوگیری از واقعه بد یا عدم کمک کافی سرزنش کنند.

۵-۴) ناامیدی (Despair) :

پس از بلا یا فرد ممکن است خود را از فعالیت و روابط بین فردی دور کند و منزوی شود. علت آن می تواند احساس ناامیدی شدید نسبت به آینده باشد.

۵-۵) ترس (Fear) :

هیجانی قدرتمند است که غالباً تمام انرژی و توجه را به خود معطوف می کند. پس از یک استرسور شدید ممکن است ترس از دست دادن کنترل بر ذهن و افکار بر فرد مستولی شود. همچنین ترس می تواند متوجه محیط باشد، مثل ترس از تنها ماندن، و ...

۵-۶) سرخوردگی (Frustration) :

وقتی افراد در دستیابی به خواسته ای با مانع مواجه می شوند، واکنش هیجانی به نام سرخوردگی را تجربه می کنند. در مواردی که تغییر شرایط ممکن نیست، تطابق با وضعیت موجود می تواند کمک کننده باشد. باقی ماندن احساس سرخوردگی منجر به خشم یا افسردگی می شود.

۵-۷) گناه (Guilt) :

وقتی حس می شود که اتفاقی ناعادلانه رخ داده باشد و فرد به نوعی خود را مسئول بداند. پس از بلایا، نوع خاصی از احساس گناه بنام گناه بازماندن Survivors guilt ممکن است مشاهده شود که در آن فرد از زنده ماندن خود در شرایطی که دیگران مرده اند احساس گناه می کند.

۵-۸) غم و اندوه (Sadness or sorrow) :

احساسی شایع در بلایا می باشد که مرتبط با فقدان هایی است که فرد با آن روبرو شده است. او احساس بی انرژی بودن و عدم لذت می کند که در حرکات و صورتش نمایان است.

۵-۹) آسیب پذیری (Vulnerability) :

هنگامی که فرد از نظر جسمی یا روانی دچار آسیب می شود، احساس شکننده بودن و ناامنی می کند و این موجب می شود که شرایط محیطی را حتی ناامن تر و پرخطرتر تعبیر کند و احساس آسیب پذیری داشته باشد.

۵-۱۰) سوگ و سوگواری (Grief & Mourning) :

سوگ احساس درونی است که افراد وقتی با از دست دادن عزیزشان روبرو می شوند، تجربه می کنند.

۵-۱۱) افکار و خاطرات مزاحم (Intrusive thoughts & memories) :

افکار یا خاطراتی که بصورت خواسته و ناخواسته در پاسخ به یادآوری های محیطی در هر زمانی از روز به ذهن می آید. ممکن است در روز به شکل تجسم تصاویر یا صداها و در شب به شکل کابوس و رویاهای وحشتناک ظاهر شود.

۵-۱۲) بیش برانگیختگی (Hyper vigilance) :

با علائم جسمی طپش قلب، تنفس سریع و تنش عضلانی و یا با علائم روانی اضطراب یا بی قراری، از جا پریدن در مقابل محرک های جزئی و یا مشکل تمرکز حواس خود را نشان دهد.

۵-۱۳) اجتناب (Avoidance) :

بصورت اجتناب شناختی و آگاهانه مثل تلاش برای فکر نکردن و بخاطر نیاموردن واقعه یا بصورت رفتاری مانند دوری کردن از مکانها و افراد یادآور حادثه و یا صحبت نکردن در مورد حادثه خود را نشان می دهد.

۱۴-۵) مشکلات خواب (Sleep problems) :

به صورت اشکال در به خواب رفتن، عدم تداوم خواب و کابوس های شبانه بروز می کند.

۱۵-۵) شکایات جسمانی مبهم بدون وجود بیماری جسمانی (Somatic complaint) :

شکایات متعدد جسمی در افراد بازمانده از یک حادثه غیرمترقبه امری طبیعی است. معمولاً معاینات، آزمایشات و بررسی های انجام شده علتی عضوی برای مشکل نشان نمی دهد. حتی اگر علت جسمی هم وجود داشته باشد شکایات آنان با علل عضوی موجود متناسب نیست یا علیرغم درمان مناسب، شکایات به قوت خود باقی می ماند.

۶) واکنش های کودکان پس از وقوع بلایا

۱-۶) کودکان پیش دبستانی (۵-۱ سال)

- ترس از جدایی و چسبیدن بیش از حد به والدین

- ترس از بیگانه ها

- ترس از تاریکی و اشیای خیالی

- مشکل در به خواب رفتن و خودداری از تنها خوابیدن

- دیدن رویاهای ترسناک

- برگشت به رفتارهای اولیه

- فعالیت بیش از حد و پرخاشگری

- اختلال در صحبت کردن - سکوت یا لکنت زبان

۲-۶) کودکان دبستانی (۱۱-۶)

- احساس غمگینی

- مشکلات خواب

- اضطراب - نگرانی و ترس از تکرار شدن اتفاقی که منجر به از دست دادن نزدیکانش شود

- مشکلات تحصیلی.

- برگشت به مراحل اولیه رشد.

- شکایت های بدنی

۳-۶) نوجوانی (۱۸-۱۲ سال)

- علائم بدنی مثل درد های شکمی و سردرد
- مشکلات خواب و کابوس
- نزاع با دیگران و تحریک پذیری
- افت تحصیلی
- طغیان و سرکشی در خانه و مدرسه
- افسردگی یا غمگینی
- از دست دادن علاقه به تفریح یا فعالیت های گروهی
- رفتارهای ضد اجتماعی-مصرف مواد و بی بندوباری

۷) واکنش های زنان پس از وقوع بلایا

زنان واکنش ها و علائم روانی بیشتری بعد از وقوع بلایا نسبت به مردان از خود نشان می دهند . زنان معمولاً نقش اصلی مراقبت از فرزندان را بر عهده دارند و کمتر احتمال دارد به خاطر فرزندان خود هنگام بروز بلایا محل حادثه را ترک کنند . در صورتی که سرپرست خانواده از دست رفته باشد ممکن است در مورد کمک هایی که توزیع می شود مورد تبعیض واقع شوند و یا با کمبود مواد غذایی روبرو شوند.

۸) واکنش های روانی سالمندان پس از بلایا

در صورت بروز بلایا سالمندان در معرض خطر بیشتری قرار دارند . آنها معمولاً دچار افسردگی شده و گوشه گیر و منزوی می شوند. فراموش کاری یا حواس پرتی در آنها ممکن است نشانه ای از افسردگی باشد که گاهی به حساب پیری آنها گذاشته شده مورد غفلت قرار می گیرند و در نتیجه دچار احساس ناامیدی و پوچی و بی کسی می شوند

۹- اختلالات روانی شایع به دنبال بلایا و حوادث غیر مترقبه:

شایعترین اختلالاتی که به دنبال حوادث غیر مترقبه مشاهده می گردند عبارتند از: اختلال سازگاری، اختلال استرس حاد، اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، سوگ غیرطبیعی، اختلالات شبه جسمی و انواع اختلالات اضطرابی.

۹-۱) اختلال استرس حاد: این اختلال در شرایطی ایجاد می شود که فرد حادثه دیده همراه با تهدید به مرگ یا آسیب جدی به سلامت خود و دیگران را تجربه کرده باشد و به دنبال این تجربه احساس ترس و وحشت شدید همراه با همه یا برخی از علائم زیر را تجربه کند:

- احساس کرختی و بی تفاوتی هیجانی

- کاهش آگاهی از محیط اطراف

- احساس عدم واقعیت خود یا احساس عدم واقعیت دنیای پیرامون

- فراموشی روانزا

اجتناب یکی از علائم شایع و بارز این اختلال است چراکه فرد سعی در جلوگیری از یادآوری خاطرات آسیب زا و تجربه مجدد برانگیختگی ناشی از آن را دارد. این اختلال بین ۲ روز تا ۴ هفته طول می کشد و در صورتی که در این مدت مرتفع نگردد به اختلال استرس پس از سانحه تبدیل می شود. فرد به طور واضح افت در عملکرد فردی و اجتماعی دارد.

۹-۲) اختلال استرس پس از سانحه: فرد بازمانده به دنبال حادثه دچار احساس درماندگی می گردد و حادثه آسیب زا مکرراً برای وی تکرار می شود. بروز این اختلال می تواند بلافاصله پس از سانحه بوده و حتی به صورت تاخیری، ۳۰ سال پس از سانحه بروز می کند. علائم این اختلال به صورت احساس وقوع مجدد حادثه، دوری گزیدن از محل حادثه، اشکال در به یادآوری خاطرات آسیب زا، کرختی و درماندگی، اشکال در بخواب رفتن یا تداوم خواب، رفلکس از جا پریدن مشاهده می شود. آنچه مسلم است مداخله سریع و بهنگام در مورد تک علامت هایی که در افراد دیده می شود و یا مداخله در مورد اختلال استرس حاد می تواند در کاهش شیوع این اختلال موثر باشد.

۹-۳) سوگ عارضه دار: در مواردی که واکنش سوگ طی ۱ تا ۲ ماه تخفیف نیابد، شدت علائم طی مدت سوگواری شدیدتر از حد انتظار می رود، و یا تاخیر بارزی در بروز علائم سوگ وجود دارد، با سوگ بیمارگونه مواجه هستیم که نیازمند مداخله است.

۹-۳-۱) مراحل سوگ

- انکار فقدان

- درک فقدان

- احساس ترک شدن و اضطراب

- ناامیدی، گریه کردن، کرختی و سستی، گیجی و منگی مشکل در تصمیم گیری، احساس نارامی و ناراحتی، بیخوابی و از دست دادن اشتها، تحریک پذیری، از دست دادن کنترل خود و فراموشکاری از علائم دیگر این مرحله است فرد دائماً گریه میکند و عزیز از دست رفته خود را بیاد می آورد.

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

- احساس گناه

- احساس تهی بودن پوچی و بیهودگی

- همانندسازی با عزیز از دست رفته

- افسردگی شدید

- مرحله بازسازی

۴-۹) افسردگی اساسی: شایعترین اختلال به دنبال بحران است. یک واکنش طبیعی نسبت به بحران محسوب نمی گردد. خصوصیت بارز آن وجود خلق افسرده همراه با ناامیدی و احساس درماندگی، اضطراب، کاهش انرژی، اختلال خواب، کاهش اشتها، احساس پوچی، احساس گناه و گاه افکار خودکشی است.

۵-۹) انواع اختلالات اضطرابی: از جمله حملات هراس و اضطراب که می تواند به تنهایی یا به همراه سایر اختلالات در افراد بازمانده از حادثه دیده شود. وجود چنین اختلالاتی سبب افت عملکرد و کندی روند بازگشت به زندگی عادی می گردد.

۶-۹) اختلالات شبه جسمی: ویژگی بارز آن شامل: ۱- شکایات جسمانی که بیماری طبی جدی را مطرح می کند بدون اینکه بیماری طبی قابل اثباتی وجود داشته باشد. ۲- وجود عوامل و تعارضات روان شناختی که به نظر می رسد در شروع، تشدید و تداوم اختلال نقش مهمی ایفا می کند. ۳- شکایات یا نگرانی بیش از حد بیمار در مورد سلامت خود که به صورت خودآگاهانه و تعمدی نمی باشد. دو اختلال مهم در این دسته، اختلال جسمانی سازی و اختلال تبدیلی می باشد.

۱۰) علائم اختلالات روانی در آسیب دیدگان

در صورت برخورد با چنین مواردی تیم حمایت روانی اجتماعی را در جریان بگذارید:

۱- اضطراب

۲- افسردگی

۳- تحریک پذیری و عصبانیت زیاد

۴- تجربه مجدد حادثه

۵- علائم جسمانی مبهم بدون وجود بیماری جسمانی

۶- علائم اختلالات روانی شدید از جمله هذیان و توهم

۱۱) چه کسانی را باید ارجاع فوری داد؟

- کسانی که قصد آسیب رساندن به خود (خودکشی) و یا آنکه رفتار خطرناک نسبت به دیگران دارند
- کسانی که شدت مشکلات روانی آنها بحدی است که اظهار میکنند نمی توانند رنج آن را تحمل کنند و یا در انجام امور روزمره خود ناتوانند
- کسانی که دچار علائم بیماری روانی شدید شده اند
- کسانی که تجربه مجدد حادثه در آنها پس از یک ماه هنوز ادامه دارد.
- کودکانی که دچار پسرفت شده اند.

۱۲) آموزش والدین در مورد کودکان آسیب دیده

- برای شناخت ترس کودکان بهتر است با آنها ارتباط برقرار کرده و به آنها اجازه داد در مورد حادثه حرف بزنند ولی هیچ گاه نباید کودک را وادار به حرف زدن کرد.
- به سوالات کودکان باید صادقانه پاسخ داد .
- کودکان نیاز به اطمینان بخشی و آرامش دارند با خونسردی آنان را در آغوش بگیرند. در کنارشان باشند و به آنها بگویند دوستشان دارند و میدانند چقدر ناراحت هستند.
- در کار روزانه و خواب و تغذیه شان تا حد امکان هماهنگی ایجاد کرده و نظم قبل از حادثه را به خانواده بازگردانند .
- به نیازهای بهداشتی و تغذیه ای کودکان توجه کنند
- سعی کنند دیدن برنامه های تلویزیونی که دارای صحنه های ترسناک و اخبار ناراحت کننده بوده و باعث افزایش اضطراب کودک می شود را محدود کنند.
- رفتارهایی مثل شب ادراری کودکان را بپذیرند و او را تنبیه و شرمزده نکنند
- کودکان در شرایط بحران بیش از هر زمان دیگری نیاز به بازی و تفریح دارند. مانع بازی آنها نشوند.
- کودکان و نوجوانان را به فعالیت های نیکو کارانه، کمک به مردم در بازسازی شهر، کمک در امر کشاورزی و... تشویق کنند
- اگر مدرسه ها زودتر باز شوند بهتر است انتظارات خود در انجام تکالیف مدرسه را کمتر کنیم و درس و مشق کمتر، و فعالیت های تفریحی و بازی بیشتر باشند

- در صورت ادامه مشکلات رفتاری از تیم حمایت روانی اجتماعی کمک بگیرید .

۱۳) با ورود به منطقه حادثه دیده به عنوان امدادگر چه باید کرد؟

- با آسیب دیدگان ارتباط صحیح برقرار کنند

- در انتقال مصدومین جسمانی به بیمارستان عجله نکنند مگر اینکه فوریت پزشکی مطرح باشد

- به افراد اطلاعات صحیح بدهند

- افراد را از دیدن جنازه عزیزانشان محروم نکنند .

- مانع ابراز احساسات افراد نشوند . تخلیه احساسات آنها را راحتتر خواهد کرد .

- استراحت شبانه ضروری است

- برای آرامش بخشیدن به افراد از باورهای دینی آنها کمک بگیرند

- افراد را تشویق کنند در مراسم تشیع جنازه و بخصوص نماز میت شرکت کنند.

- سعی نکنند افراد را به زور از محل سکونت خود دور کنند .

- مانع تجمع داغدیدگان نشوند.

- آنها را به شرکت در فعالیت های اجتماعی - ورزشی و بازسازی تشویق کنند.

- در صورت وقوع درگیری جلوگیری از دعوا مفید است

- در صورتیکه متوجه شدند فردی به علت فشار روانی به مواد مخدر پناه برده، او را از این کار منع کرده و به تیم حمایت

روانی - اجتماعی معرفی کنند .

- در صورتیکه علائم اختلالات روانی در افراد مشاهده کردند در حدی که امکان دارد باعث آسیب به خود یا دیگران شود یا

تحمل رنج برایش دشوار است او را به تیم حمایت روانی اجتماعی معرفی کنند اما صراحتاً عنوان نکنند که او روانی شده است

زیرا مردم از اینکه برچسب بیماری بر آنها بخورد راضی نیستند. بهروزان می توانند از اصطلاحاتی مانند "اعصاب تحت فشار

است" و یا اینکه "ناراحتی عصبی پیدا کرده ای" استفاده کنند.

- کودکان را از والدین جدا نکنید

- در صورتی که اشیاء یا لباسی از پدر و مادری که فوت کرده اند باقی مانده است ان را در اختیار فرزندش قرار دهید .

- حتی الامکان از تغییر مکان مداوم کودک خودداری کنید.

- به نیازهای تغذیه ای و بهداشتی کودکان در تمام سنین توجه کنید.

- امکانات بازی و سرگرمی برای کودکان فراهم کنید.

- سعی کنید کودکان را با لطیفه های جالب بخندانید.

۱۴- اگر به عنوان رابط بهداشتی یا امدادگر با کسانی که تعدادی از بستگان خود را از دست داده اند روبرو شدید

به چه چیزهایی باید توجه کنید و چه کمکی می توانید بکنید ؟

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

- سعی کنید این افراد را تشویق به صحبت کنید.

- از گفتن عباراتی مانند "می فهمم چه احساسی داری" یا "همه چیز درست می شود" خودداری کنید.

- مانع گریه کردن شخص داغدار نشوید.

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

- متذکر شوید جمع کردن و پنهان کردن وسایل شخصی عزیز از دست رفته کمکی به فرد داغدیده نمی کند .

- قولی ندهید که نتوانید به آن عمل کنید.

- از بیان جملات کلیشه ای مانند "می توانست بدتر از اینها باشد" یا "زمان همه دردها را درمان میکند" خودداری

کنید .میتوانید بگویید " سعی میکنم بفهمم چه کشیده ای"

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

- اگر به افرادی برخوردید که با گذشت دو ماه از درگذشت عزیزانشان هنوز مثل روزهای اول عزاداری می کنند یا دارای

علائم اختلالات روانی شدید شده آنها را به تیم حمایت روانی اجتماعی هدایت کنید.

۱۶- اصول اولیه در برخورد با آسیب دیدگان:

- عدم ممانعت از ابراز احساسات افراد.

- ارائه اطلاعات صحیح به بازماندگان

- ممانعت از بیان دروغ مصلحت آمیز

- محروم نکردن افراد از دیدن جنازه عزیزان.

- حضور در اجتماعات مردمی.

- بهره گیری از عقاید مذهبی.

- کمک گرفتن از بازماندگان برای ارائه خدمات امدادسانی

- قائل شدن حق انتخاب برای سکونت بازماندگان

۱۷- نحوه برخورد با کودکان:

- حتی الامکان سعی شود کودکان از والدین جدا نشوند.
- اگر مادر مجروح است، سعی شود کودکان خردسال همراه او برای درمان اعزام شوند.
- اگر کودک شیرخوار است و مادر فوت کرده سعی شود به یک مراقب اصلی سپرده شود.
- اگر مادر کودک فوت کرده، حتماً پدر یا سایر بستگان به طور دائم همراه او باشند.
- ترجیحاً کودک را باید به شخصی از بستگان مانند خاله، عمه، و ... سپرد.
- اگر اشیاء قابل استفاده ای، از پدر یا مادر متوفی باقی مانده است باید در اختیار فرزندان قرار گیرد.
- لازم است امکانات بازی و سرگرمی برای کودکان فراهم گردد.
- وجود امکاناتی برای نقاشی در جهت تخلیه هیجانی کودک موثر خواهد بود.
- پخش موسیقی های مناسب نیز گاهی موثر است.

فصل نهم: نقش مددکاران اجتماعی در بحران

بلایای طبیعی و آسیب پذیری انسانی دو علت اصلی رنج انسانهای فقیر در جهان است. بنابراین، مددکاری اجتماعی که مشکلاتی مانند فقر، جرم، بزهکاری نوجوانان، مواد مخدر و سوء مصرف مواد و سایر نابهنجاریهای اجتماعی را مد نظر و اقدام دارد بایستی به عواملی که موجب آسیب پذیری بیشتر انسانهای فقیر در برابر بلایای طبیعی می شوند نیز بپردازد (Morales & Sheafor, ۱۹۹۵). محدود بودن توان اقتصادی و تکنولوژیکی افراد فقیر برای سازگاری با آثار بلایا موجب آسیب پذیری بیش از پیش آنان می گردد و این وضعیت بویژه در میان زنان تنها و خود سرپرست فقیر شدیدتر است. مطالعات و تحقیقات مختلف در اغلب نقاط جهان حاکی از آنست که بلایای طبیعی موجب تشدید خطرهای زیست محیطی مانند آلودگی های محیط زیست، و آب در مناطق فقیر می شوند که خود عامل مهمی برای آسیب پذیری بیشتر فقراست. چالش بزرگ موسسات کمک رسان و مددکاری اجتماعی، یاری رسانی مادی نظیر: تامین چادر، خوراک و پوشاک و یا تخلیه مناطق آسیب دیده نیست، بلکه باید به بازسازی و توان بخشی ساختارهای آسیب دیده پرداخته شود تا از آسیب پذیر بودن افراد و اجتماعات در برابر بلایای آینده کاسته شود. گزارش فدراسیون بین المللی صلیب سرخ و هلال احمر (۲۰۰۷)، حاکی از اینست که پیش از بروز بلایای طبیعی اقلیت های قومی و نژادی غالبا از نظر حقوق سیاسی، اجتماعی، فرهنگی، و اقتصادی خود آسیب دیده هستند، و بروز بلایا بر شدت رنج و محرومیت و بی دفاعی آنان در جامعه میافزاید. پس ضروریست که ترمیم عوارض آسیب پذیری دیرینه آنان مورد عنایت خاص و فوری قرار گیرد.

۲- نقش های مددکاری اجتماعی در کاهش خطر بلایای طبیعی:

۲-۱) نقش مددکاران اجتماعی در مدیریت بلایای طبیعی

در حال حاضر، مددکاران اجتماعی شاغل در وزارت بهداشت و درمان، سازمان بهزیستی و هلال احمر، که در واقع کارمندان سازمانهای رسمی و دولتی محسوب می شوند نقش مدون و منسجمی در بحبوحه بلایای طبیعی در نقاط مختلف شهری و روستایی ندارند مگر بصورت داوطلبانه و یا خدمات کمک رسانی ساده و بدون نیاز به پشتوانه علمی و مهارت های اساسی. از اینروست که نقش مددکاران اجتماعی در طول مدت بروز بلایا قابل رویت و مشخص است ولی بلافاصله پس از فروکش کردن دوره اظطرار یا اورژانس، رو به کاهش می گذارد. بطور معمول، کمک های تسکین دهنده و موقتی، بار چندانی از دوش آسیب دیدگان بر نمی دارد و بازماندگان از بلایا را در برابر خطرات مشابه آینده همچنان ناتوان و آسیب پذیر رها می سازد. توسعه مهارتها در بین گروه های کم درآمد گام مثبتی در جهت بهبود وضعیت زندگی آنان محسوب می شود، و مددکاری اجتماعی باید در این بخش از سیاستهای رفاهی و اجتماعی برای قشرهای آسیب پذیر فعالتر عمل نماید.

خانوارها بایستی از نظر اقتصاد مربوط به اداره خانه و مدیریت بهتر امور مالی و همچنین، از نظر مراقبت از کودکان خود مهارت های لازم را کسب کنند و مددکاری اجتماعی بایستی هم خود را معطوف به ارتقای استانداردهای زیست و کیفیت زندگی بهتر خانواده های در معرض آسیب نماید. با این حال، باید توجه کافی به این واقعیت نمود که هدف از اجرای برنامه های سیاستهای رفاهی برای خانوارهای در معرض آسیب، پویا کردن افراد، خانواده ها، و اجتماعات برای به انجام رساندن پروژه ها و برنامه های تدوین شده در جهت ارتقای کیفیت زندگی و سهیم کردن آنان در توسعه ملی است و بنابراین، برنامه های ارتقای کمی و کیفی استاندارد های زندگی باید کل جامعه مورد نظر را هدف قرار دهد.

"کاهش ریسک بلایا" (Disaster Risk Reduction) در سطوح فردی، خانوادگی و اجتماعی کلید اصلی بهبود شریط زندگی خانوارها و کلیه کسانی است که قرار است از این برنامه ها و خدمات بهرمنند گردند.

جوامعی که مدام در معرض انواع آسیبها و بلایای طبیعی و مصنوع دست انسان قرار دارند، همانگونه که در مقدمه این مقاله اشاره رفت، نیازمند توانمند شدن برای مقابله با آثار مصایب و قدرت بازگشت و ترمیم خسارات هستند و کمک های تسکین دهنده چاره مشکلات آنان نیست. ماهیت و خاصیت بلایای طبیعی ویرانگری است و با هر بلای جدید تعداد بیشتری از انسانها نیازمند کمک و حمایت می گردند اما هر بار تعداد بسیار کمتری از همین افراد و خانواده ها قادر به جبران و ترمیم خسارات و ضربات ناشی از آن خواهند بود. پس، تعیین و تشخیص خطرات بالقوه و رویکردهای مدیریت ریسک در تدوین برنامه های استراتژیک کاهش فقر از اهمیت خاصی برخوردار است.

۲-۲) مددکاری اجتماع محور و نقش کاهش ریسک بلایای طبیعی:

از اقدامات رایج مددکاری در بخش توسعه محلی و بویژه در بین اجتماعات آسیب پذیر می توان به سه هدف مرحله ای زیر اشاره کرد: - پویا کردن اجتماعات در جهت خود یاری، بمنظور نیل به اصول ملی خوداتکایی جوامع؛ - کمک به اجتماعات از طریق تشکیل و یا تقویت کمیته های توسعه ای محلی برای تامین منابع مالی پروژه های توسعه؛ - آموزش اجتماعات در مورد خدمات اجتماعی مورد نیاز و کمک به شناسایی و اولویت دادن به نیازهای عمده آنان. قاعدتا کمیته های توسعه محلی یا شوراهای مختلفی که بر اساس قوانین و آیین نامه های مدون تشکیل می شوند می باید اصول و سیاستهای رفاهی/ اجتماعی دولت را مد نظر قرار داده و عملکردهای زیر را پیگیری نمایند:

- شناسایی و بحث پیرامون نیازهای محلی؛ - دسته بندی پیشنهادها و درخواستها برای توسعه محلی؛ - جمع آوری پول و سرمایه برای بهبود شرایط روستاها. این کمیته ها یا شوراهای محلی باید در جهت مقابله و پیشگیری از بلایای قابل پیش بینی، از مدیریت و هماهنگی لازم برخوردار بوده و در مواقع بروز مصایب، دست در دست مددکاران اجتماعی به رفع

مشکلات اقدام نمایند. از اینروست که کمیته های محلی بایستی پیشاپیش آموزش و مهارت های لازم را برای ارائه خدمات بایسته کسب نمایند.

از روشهای مددکاری جامعه ای، بنا کردن اجتماعات محلی (Community Building) است. مددکاران اجتماعی در این رویکرد سعی دارند تا مشکلات اجتماعی محلی (فقر، خشکسالی و ...) را بر حسب شدت و ماهیت آنها مورد توجه قرار دهند. سانوف " اصول مربوط به بنا کردن اجتماعات محلی را چنین دسته بندی می کند:

- دخالت دادن ساکنان محلی در هدف گذاری و برنامه های دراز مدت
- شناسایی دارایی های جامعه هدف و نیز مشکلات آنها
- کار در اجتماعات با ابعاد قابل اداره کردن
- ایجاد برنامه های خاص هر محله
- رعایت دقیق ارزشهای اجتماعی در عین توسعه سرمایه انسانی و اجتماعی
- ایجاد همکاری و مشارکت سازنده بین اجتماعات محلی و موسسات شهری

۲-۳) مددکاری اجتماعی و برنامه های اجتماع محور مدیریت بلایای طبیعی:

مناسبترین رویکرد برای مددکاران اجتماعی، مدیریت اجتماع محور بلایای طبیعی است. این رویکرد بجای حل مشکلات اجتماعات از بالا به پایین، شیوه حل از پایین به بالا را مد نظر دارد بدین معنا که بدنبال ایجاد و تایید انگیزه در افراد محلی برای توسعه اجتماعات خودشان است. مطالعات نشان داده است که وابسته شدن اجتماعات محلی به نقش آفرینان و مجریان خارجی نه تنها باعث مقاوم تر شدن اجتماعات محلی در برابر خطرات نمی شود بلکه آسیب پذیری آنان را بیشتر می کند.

یک برنامه جامع و منسجم اجتماع محور با رویکرد مدیریت بلایای طبیعی از دیدگاه "ویکتوریا" باید دارای ویژگیهای زیر باشد که مددکاران اجتماعی جامعه ای بتوانند به اجرا و گسترش آن اقدام نمایند:

- حضور و مشارکت مردم: اعضای اجتماعات محلی باید کنشگران اصلی و نیروی محرکه برنامه ها باشند. آنها باید بطور مستقیم در منافع برنامه های کاهش ریسک بلایا و توسعه محلی سهیم شوند.
- اولویت دادن به گروهها، خانواده ها و مردم محلی که آسیب پذیرترند.
- اقدامات کاهش ریسک بلایا باید مربوط به مختصات همان منطقه آسیب دیده باشد که بدنبال ارزیابی خطرات شناسایی می شوند.

- ظرفیتهای موجود و مکانیزم های سازگاری با مشکلات باید شناسایی شوند: مدیریت اجتماع محور بلایا بایستی روی ظرفیتهای موجود و استراتژیهای سازگاری با مشکلات بنا شده و موجب تقویت آن شوند.
- مقصد برنامه کاهش آسیب پذیری و تقویت ظرفیت ها و توانمندی هاست: هدف بنا کردن اجتماعات مقاوم و انعطاف پذیر در برابر بلایاست.
- کاهش ریسک بلایا با توسعه پیوند دارد و شرایط آسیب پذیر و علل آسیب پذیری را مورد توجه قرار می دهد.
- افراد و نهادهای خارج از مناطق بلادیده نقش حمایتگر و تسهیل کننده دارند.

با توجه به آنچه "ویکتوریا" مطرح می کند مددکاران شاغل در بخش مددکاری جامعه ای باید اقداماتی را با اجرا درآورند که بتواند آثار تخریبی و شکننده بلایا را محدود و کاهش دهد. این اقدامات معمولا شامل ارزیابی دامنه ریسک، برنامه ریزی برای کاهش ریسک، آگاه سازی عمومی، تامین خوراک، و تخصیص زمین به بازماندگان می باشد.

۳) نقش مددکاران اجتماعی در بحران:

در زمان وقوع حوادث و بلایای طبیعی چون زلزله، سیل، طوفان، رانش زمین و... مددکاران اجتماعی نقش مهمی در روند مدیریت فاجعه ایفا می کنند مددکاران اجتماعی با استفاده از دانش خود می توانند عامل کلیدی در کل فرآیند مداخله در بحران شوند و اثربخشی مداخلات را افزایش دهند.

مددکاران در کاستن آثار و شواهد آسیب ها و التیام دردها و زخم های آسیب دیدگان و بازماندگان از بحران نقش مهمی را ایفا می کنند. بخشی از خدمات مربوط به آثار روانی یا شوک و عواقب سوگ در افراد است. مددکار بعد از بروز بلایای طبیعی می تواند نقش موثر و فعالی داشته باشد. آنها فقط به درمان روانی افراد نمی پردازند بلکه به نوعی تسهیل گر دستیابی بازماندگان به امکانات روان درمانی و روانپزشکی خواهند بود. وظیفه دیگری که مددکاران ایفا می کنند مربوط به ترمیم عوارض جسمانی بازماندگان مانند ارجاعات به مراکز درمانی و خدماتی، ثبت و ضبط مدارک، گزارش نویسی، پیگیری روند کار، کمک به ترمیم مسائل اقتصادی و اجتماعی بازماندگان است که می تواند با کمک سازمانها و ارگانهای ذیربط و با نظارت و پیگیری مددکار به ترمیم آنچه از دست رفته تلاش کرد. پیگیری گمشدگان ناشی از سیل و زلزله و ... و جستجو برای یافتن افراد گمشده ای که هنوز امیدی برای یافتن آنان وجود دارد از دیگر خدماتی است که مددکاران انجام می دهند. بخش عمده فعالیت های مددکاری اجتماعی در هماهنگی لازم برای جبران خسارت و مشکلات اجتماعی و اقتصادی پس از فروکش کردن بحران های روانی و آسیب های اجتماعی است، مددکاران باید شرایط زیست را برای بازماندگان حوادث و

ساکنان آن مناطق به حالت مطلوب و نزدیک به گذشته و یا بهتر از آن بازگرداندند به گونه ای که زندگی آنان به روال عادی خود بازگردد.

مداخلات بحران به ماهیت بحران، شرایط و سنت های محلی، پرسنل و منابع موجود بستگی دارد. مددکاران اجتماعی در طول فرآیند مداخله در بحران به وجود آمده درگیر هستند از جمله مداخلات مددکاری اجتماعی، ارزیابی نیازها، هماهنگی و تحویل کالا و خدمات، کمک به احیای خانواده، حمایت از افراد و جوامع در بازسازی زندگی و انعطاف پذیری و ایجاد ظرفیت برای به حداقل رساندن خطرات برای بلایای آتی.

از جمله استراتژی هایی که توسط مددکاران اجتماعی می تواند در زمان وقوع بحران صورت بگیرد می توان به موارد ذیل اشاره کرد:

۳-۱) اطلاع رسانی در مورد ابعاد مختلف بحران

هر جامعه ای ممکن است دسترسی به رسانه های جمعی و اجتماعی نداشته باشند، بنابراین مددکاران اجتماعی می توانند با استفاده از ابزارهای ارتباطی رسمی و غیر رسمی برای اطلاع رسانی عمومی در مورد بحران به وجود آمده کمک کنند.

۳-۲) ارزیابی تأثیرات بحران به وجود آمده

مددکاران اجتماعی دارای توانایی منحصر به فرد برای ارزیابی وضعیت و انتخاب بهترین مداخله ای که مناسب فرد و جامعه است می باشند.

آنها نه تنها از مهارت های خود برای ارزیابی تأثیرات بحران استفاده می کنند بلکه می توانند نمودار (SWOT) قدرت، ضعف، فرصت و تهدید) را طراحی کرده که در واقع چند بعدی خواهد بود و با استفاده از آن به تحلیل میزان توانایی جامعه برای مدیریت بحران می پردازند.

۳-۳) تأمین حمایت روانشناختی

مددکاران اجتماعی می توانند اولین مداخلات روانی را برای بازماندگان فاجعه انجام داده و با مشاوره و ارتباط با افراد به ارزیابی روانی افراد پرداخته و میزان نیاز افراد را به مداخلات روانشناختی تشخیص داده و براساس وضعیت فرد از متخصصین و نهادهای مربوط برای فرد درمان و حمایت روانی جلب کنند افراد بازمانده اغلب از اضطراب، استرس و افسردگی رنج می

برند و دچار اختلال PTSD می شوند و نیاز به مداخلات روانشناختی دارند و نقش مددکاران اجتماعی در کمک به این افراد بسیار مهم خواهد بود.

۳-۴) مشارکت در فعالیت های مدیریت بحران

مفهوم مشارکت یا رویکرد مشارکتی همواره یکی از ابزارهای مهمی است که باعث ایجاد احساس مالکیت در بین اعضای جامعه می شود. مددکاران اجتماعی می توانند نقش انگیزه دهنده و میانجی و واسطه ای را ایفا کنند تا اعضای جامعه را به عنوان بخشی از روند مدیریت فاجعه درگیر کنند.

مددکاران اجتماعی با استفاده از سرمایه ی اجتماعی و سرمایه ی انسانی از طریق بسیج منابع مهم ترین کارها را انجام می دهند تغییر در شرایط هنگامی پایدار است که افراد جامعه مشارکت و مالکیت مناسب داشته باشد.

۳-۵) آموزش دهندگان، محققان و داوطلبان

در بحران ها مهم است که محققان و مربیانی باشند تا آنچه را که براساس تحقیقات سریع آنها ضروری می باشد به مردم آموزش داده شود و در این میان مددکاران اجتماعی می توانند بسیار کمک کننده باشند و با کشف موارد و مسائل ضروری آنها را به افراد بحران دیده آموزش دهند همچنین مددکاران اجتماعی تمایل زیادی به کار داوطلبانه دارند. زیرا که بسیاری تغییرات از طریق کار داوطلبانه امکان پذیر خواهد بود.

بنابر این آنها می توانند با سازمان های داوطلبانه در کارهای امدادی همکاری کنند و نیز خود به عنوان داوطلب شخصی در مدیریت بحران کمک کننده باشند.

۳-۶) هماهنگ کننده

مددکاران اجتماعی افرادی کار آمد در هماهنگی برای کمک های دقیق و مورد نیاز با استفاده از مهارت شبکه ها هستند آنها نیازها را ارزیابی کرده و مداخله ی ممکن را پیشنهاد می کنند و اغلب جوامع نیازمند را با نهادهای مالی و دولتی که شامل سازمانهای بین المللی هستند مرتبط می کنند.

۳-۷) مداخله ی بحران بلند مدت

وضعیت بلایای طبیعی اغلب سالها طول می کشد تا بازسازی شود مددکاران اجتماعی ممکن است هفته ها، ماهها و سال ها بسته به ماهیت فاجعه با قربانیان در ارتباط باشند.

در مداخله ی بحران علاوه بر مداخلات اورژانسی و کوتاه مدت و سریع در ابتدای وقوع بحران، جامعه ی بحران دیده نیازمند مداخله ی بلند مدت نیز می باشد تا به نیازهای بلند مدت بازماندگان رسیدگی شود جوامع آسیب دیده نیاز به خدمات روانشناختی بلند مدت به لحاظ فرهنگی مناسب هستند و تامین منابع مالی برای مدت طولانی به منظور بازسازی معیشت خود، بازگرداندن روابط خانوادگی و انسجام جامعه است.

مددکاران اجتماعی نقش حیاتی در شرایط بحرانی را دارند و اغلب ماهها و سالها در صحنه باقی می مانند و در روند بازیابی و بازتوانی به بازماندگان کمک می کنند.

۴- نقش مددکاران اجتماعی در شرایط بحران براساس جلسه مشترک سه سازمان بین المللی مددکارای اجتماعی در سال ۲۰۱۰، IFSW , IASSW, ICSW

مددکاران اجتماعی از سوی انجمن های حرفه ای خود تشویق می شوند تا به بحران ها در یک دیدگاه سازگار با محیط زیست، حقوق بشر و عدالت اجتماعی پاسخ دهند.

مددکاران اجتماعی نقش های مختلفی در شرایط بحرانی ایفا می کنند که بسیاری از آنها در پاسخ به فوریت فاجعه اعمال می شوند و عبارتند از:

- تسهیل کننده
- هماهنگ کننده
- بسیج جوامع (افراد و سیستم ها)
- بسیج منابع
- مذاکره کننده یا کارگزار بین جوامع و سطوح مختلف حکومت
- میانجی بین منافع و گروههای متضاد، از جمله براساس روابط جنسیتی
- مشاوره به دولت ها و سایر سازمان ها
- حمایت از استحقاق حقوق مردم
- آموزش دهنده، اطلاعاتی در مورد نحوه دسترسی به کمک های امدادی و جلوگیری از بیماری هایی که می تواند پس از یک فاجعه فوران کند.
- مربی، به ویژه در چگونگی پاسخگویی به موقع در بسیج منابع محلی هنگام مشکلات احتمالی
- مترجم فرهنگی

- درمانگر. کمک به مردم برای مقابله با عواقب عاطفی فاجعه

۵- پیشنهادات:

بحرانهای ناشی از حوادث از سو مستعد ایجاد آسیب های روانی و از سوی دیگر نیروی بالقوه رشد را به همراه دارند. در یک بحران مداخله مناسب از یک سو بر پیشگیری از علایم فوری یا درازمدت اختلالات روانی منجر می شود و از سوی دیگر موجبات رشد و شکوفایی فردی را فراهم می آورد.

حل بحران در صحنه حادثه و در ۲۴ ساعت اول، هم سهل و راحت بوده و هم از نظر وقت و هزینه باصرفه تر است. بنابراین شناخت و تدوین استراتژی ها و روشهایی که بتواند در صحنه بحران به کنترل و رفع بحران بپردازد، مهم و اساسی است. براساس آنچه در این نوشته ذکر شد، نکات زیر پیشنهاد می شود.

۵-۱) ایجاد مراکز حل بحران:

برای گسترش خدمات روانی در بحران ها لازم است در ساختار مدیریت های حوادث غیرمترقبه کشور کمیته امداد روانی وجود داشته باشد. علاوه بر آن لازم است مراکز حل بحران های روانی راه اندازی و تاسیس شود. مراکز حل بحران روانی مراکزی هستند که خدمات مشاوره ای و روانشناختی توسط یاوران حرفه ای و غیرحرفه ای در کمترین فرصت در اختیار افراد بحران زده قرار می گیرد. بهتر است در صورت امکان، تمامی افراد دچار حادثه و در صورت عدم امکان، افراد دچار آسیب روانی حداقل به مدت ۴۸ ساعت از محل آسیب به این مراکز انتقال و در آنجا نگهداری شوند و علاوه بر امکانات نگهداری، تغذیه و استراحت، خدمات مشاوره و روانشناختی به آنها ارائه شود.

۵-۲) پیگیری:

داشتن برنامه های منظم پیگیری، مدت ها پس از انجام بحران ضروری است. وقتی جهت گیری امدادسانی به آسیب دیدگان حادثه، روانشناختی باشد، پیگیری بخشی از برنامه خواهد بود. زیرا برخی از علایم آسیب روانی ناشی از حادثه ممکن است مدت ها پس از گذشت زمان و به صورت تدریجی ظاهر شود. بنابراین لازم است هم برای تشخیص و درمان آنها و هم برای تداوم درمان افراد آسیب دیده قبلی، برنامه پیگیری تا مدت ها پس از گذشت حادثه ادامه یابد.

۳-۵) ایجاد دوره های روان شناسی بحران:

ضروری است با توجه به میزان حادثه خیزی جامعه ما، دوره های عالی روانشناسی بحران ایجاد شود و همچنین برای سایر دوره هایی که به نوعی می تواند در شرایط بحرانی مفید باشد از قبیل: مشاوره، مددکاری، روان شناسی بالینی، روانپزشکی، روانپرستاری دروسی تحت عنوان روان شناسی بحران اضافه شود.

۴-۵) آموزش کارکنان بحران:

تمامی افرادی که به عنوان یاور، امدادگر، مدیران امدادی، پلیس، پزشک، پرستار و از این قبیل: در زمان حوادث وارد عمل می شوند، باید درباره امدادهای روانی آموزش هایی ببینند. زیرا هر نوع واکنش اطرافیان می تواند برای افراد دچار مفید و یا آسیب زاد باشد.

۵-۵) پژوهش:

نهایتاً پیشنهاد می شود مطالعات روانشناختی و مددکاری در حوادث و بحران ها افزایش یابد. زیرا جامعه ما بیش از همه عوامل قربانی حوادث می شود.

منابع:

- ۱- سایت <http://phc.umsu.ac.ir> (Anonymous)
- ۲- سایت <http://health.abzums.ac.ir> (Anonymous)
- ۳- سلامت نیوز، "مددکاری اجتماعی باید تضمین شود" ۲۴ تیرماه ۱۳۸۷.
- ۴- سایت <http://fa.wikipedia.org>، ۲۰۱۹.
- ۵- سایت [jeshmostamar.com/view.aspx? \(tid=27&cid=353&sid=1174\)](http://jeshmostamar.com/view.aspx?tid=27&cid=353&sid=1174) "آشنایی با مددکاری اجتماعی، پایگاه جامع.
- ۶- سایت <http://tavandarman.com/what-is-social-work>.
- ۷- تن برگ، دیو رونیه. مدیریت بحران - ترجمه: محمدعلی ذوالفقاری اصل، نشر حدیث، ۱۳۷۳، ص ۲۲-۴۴.
- ۸- آزاد ح، آسیب شناسی روانی، نشر بعثت، ۱۳۷۵، ص ۹۲-۹۹.
- 9- bisson, JI, Jenkins PL, Alexander J & Bannister C. Randomized Controlled trial of psychological debriefing for victims of Acute bum trauma Br J Psychiatry. 1997:171:78-81.
- 10) Maier G J, Berstoein MJ & Musholt EA. Personal coping for prison Clinicians: Toward transformation. Jornal of Prison and Jail Health. 1989: 1:29-39.
- ۱۱- مکتبی غ، تقی پور م، نقش حمایت های روانی، اجتماعی در تامین بهداشت روانی نیروهای نظامی، خلاصه مقالات همایش مسایل روان شناختی در نیروهای نظامی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...، ۱۳۷۸، ص: ۵۰-۵۱.
- ۱۲- جمعی از نویسندگان. آشنایی با ۳۹ فن روان درمانی، ترجمه احمد اعتمادی و مصطفی تبریزی، انتشارات فراروان، ۱۳۷۶، ص: ۷۵-۷۹.
- ۱۳- کلینیک، کریس. ال، ۱۳۸۲. رویارویی با چالش های زندگی و فن آوری. ترجمه: علی محمد گودرزی، انتشارات رسا، تهران.
- ۱۴- صادقی م، سوزان کاستنگه، رجوعی م، ۱۳۷۸، تاثیر وضعیت فشار روانی و حمایت اجتماعی در افسردگی سالمندان. پژوهش های روان شناختی. دوره ۵، شماره ۳ و ۴، زمستان ۱۳۷۸.
- ۱۵- آقابخشی ح، نقش مددکاران در بحران. دانشگاه آزاد اسلامی رودهن، بیست و پنجم آذر ۱۳۹۱.

۱۶- صمدی راد ا، نقش مددکاری اجتماعی در ترمیم آثار سوء بلایای طبیعی: مداخلات اجتماع محور برای کاهش خطرات.

سایت <http://behdasht.gov.ir>

۱۷- سایت <http://Iraniansocialworkrs.ir>

۱۸- نقش مددکاران اجتماعی در بحران. ترجمه: فاطمه محمدی، انتشار یافته در مجموعه تخصصی مددکاری اجتماعی ایران.

۱۹- توسلی ع، آشنایی با واکنش روانی در بلایای طبیعی و اصول اولیه برخورد با آسیب دیدگان. مرکز بهداشت، درمان و مشاوره دانشجویی، خرداد ۹۷.