

مطالعات انجام شده در این زمینه بسیار اندک است. هدف عمده این مطالعه مقایسه وضعیت روان شناختی دو گروه از امدادگران فعال و عادی در پایگاه‌های بین جاده‌ای شهرستان داراب است.

روش‌ها: در این مطالعه مقایسه‌ای و گذشته‌نگر به روش نمونه‌گیری هدفمند، ۲۸ نفر از امدادگرانی که در ۳ ماه پایانی سال ۱۳۸۸ به طور متناوب در پایگاه‌های امدادی جاده‌ای شهرستان داراب مشغول به فعالیت بودند انتخاب شدند و ۳۳ نفر از امدادگران عادی نیز به شیوه تصادفی وارد مطالعه شدند و چک لیست علائم بیماری‌های روانی (SCL-90) را تکمیل نمودند. داده‌های پژوهش با استفاده از بسته نرم‌افزار آماری SPSS (ویراست ۱۶) و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: گروه امدادی فعال، در عامل کلی 90-SCL و مؤلفه‌های "علائم جسمانی، وسواس، پرخاشگری، فوبیا و روان‌پریشی" نسبت به گروه عادی نمرات بیشتری کسب کردند و این تفاوت در سطح آلفای ۰/۰۵ و ۰/۰۱ معنادار بود. اما این تفاوت در مؤلفه‌های "حساسیت بین‌فردی، افسردگی و سوالات اضافه" معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: آسیب‌پذیری روانی امدادگران فعال در سوانح جاده‌ای لزوم برنامه‌ریزی مناسب را به منظور حمایت‌های فردی و سازمانی از این اعضا مطرح می‌کند.

کلمات کلیدی: امدادگر، وضعیت روان شناختی، چک لیست علائم بیماری‌های روانی، پیامدهای روانی ناشی از فعالیت امدادی.

مقایسه وضعیت روان شناختی امدادگران فعال در سوانح جاده‌ای با امدادگران عادی

در شهرستان داراب

محمود حیدری^{*}، کاظم خرم‌دل^{**}، عبدالرضا رئیس پور^{***}
مسعود یزدان پناه^{****}

^{*}نویسنده مسئول، کارشناس مدیریت امداد و سوانح، مدرس سازمان امداد و نجات جمعیت هلال احمر داراب، فارس، ایران

Email: M.heydari.res@gmail.com

^{**}کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^{***}کارشناس مهندسی بهداشت محیط، رئیس جمعیت هلال احمر داراب، فارس، ایران

^{****}دکترای پزشکی عمومی، رئیس شبکه بهداشت شهرستان داراب، فارس، شیراز، ایران

وصول مقاله: ۸۹/۷/۱۵

پذیرش مقاله: ۸۹/۲/۱۳

چکیده

مقدمه: به نظر می‌رسد که امدادگران حاضر در پایگاه‌های بین جاده‌ای جمعیت هلال احمر، به دلیل اینکه در صحنه‌های دلخراش جاده‌ای حضوری مداوم و گاهی طولانی دارند، بیشتر از امدادگران عادی در معرض پیامدهای روان شناختی ناشی از سوانح باشند. از آنجا که

مقدمه

امدادگران را می‌توان به سه دسته تقسیم بندی

کرد:

- ۱- استرس مستمر ناشی از حرفه امدادگری
- ۲- استرس ناشی از حضور در صحنه‌های حادثه
- ۳- استرس سازمانی (۳)

برخی پیامدهای مرتبط با مسائل استرس‌زا برای امدادگران حاضر در سوانح نیز عبارتند از: فرسودگی، اختلالات روان‌تنی و انجام رفتارهای پر خطری چون سوء مصرف الکل و مواد مخدر (۵). از موارد فوق، شاید فرسودگی محتمل‌ترین پیامد مرتبط با شرایط استرس‌زا باشد. فرسودگی در ابتدا به صورت فرایند تدریجی عمل می‌کند و در نهایت علائم آن به صورت مشکلات جسمانی، هیجانی، مرتبط با کار و درون فردی نمودار می‌شود (۶). اختلال استرس پس آسیمی و اختلال فشار روانی حاد نیز شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی هستند که در امدادگران یافت می‌شوند (۷). خصایص بالینی اختلال استرس پس آسیمی عبارتند از: احساس دردناک و وقوع مجدد واقعه، احساس گناه از زنده ماندن و برانگیختگی مفرط نسبتاً دائم که به مدت حداقل یک ماه ادامه خواهد داشت. اختلال فشار روانی حاد نیز با علائمی مشابه شناخته می‌شود، که مدت آن نیز کمتر از یک ماه می‌باشد (۸).

در مطالعه‌ای توسط لیائو در سال ۲۰۰۲ مشخص شد که حدود ۲۰ درصد از اعضای گروه‌های امداد اعزامی به مناطق حادثه دیده،

سالانه بیش از ۱،۲۶۰،۰۰۰ نفر در دنیا به دلیل تصادفات رانندگی فوت می‌کنند (۱). در ایران نیز حوادث رانندگی عمده‌ترین عامل مرگ و میر ناشی از حوادث است که شاخص میزان تلفات حاصل از آن نه تنها کاهش نیافته، بلکه روند صعودی را طی می‌کند و با افزایش رشد ۱۰ درصدی، میزان تلفات آن به ۱۵ برابر کشورهای در حال توسعه رسیده است (۲). جدای از مسئله مرگ و میر، آنچه بعد از سوانح گریبانگیر بازماندگان است عوارض روان‌شناختی آن همچون استرس، افسردگی، ناامیدی، تحریک‌پذیری، کابوس‌ها و وحشت‌زدگی‌های مکرر می‌باشد. شدت عوارض سوانح برای نزدیکان قربانیانی که مستقیماً در معرض حوادث هستند، موجب شده است که پیامد های ناشی از تروما که امدادگران را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد کمتر مورد توجه قرار گیرد (۳). همچنین سازگاری‌های روان‌شناختی، کارکرد و روش‌های مقابله‌ای در برابر استرس امدادگران، مسئله‌ای است که در متون روان‌پزشکی کمتر به آن توجه شده است (۴).

در واقع امدادگران حاضر در پایگاه‌های امداد جاده‌ای، با تجربه صحنه‌های دلخراش و استرس‌زای متمادی، ممکن است همچون بازماندگان سوانح تحت تأثیر استرس ناشی از آن موقعیت‌ها قرار گیرند و بهداشت و سلامت روانی آنها تهدید شود. به طور کلی استرس‌های

در دو ماهه اول بعد از حادثه به مشکلات روانی- اجتماعی متعددی دچار شدند. مهمترین عوامل پیش بینی شده برای مشخص کردن اینکه چه کسانی بیشتر به تروماهای ثانویه دچار می‌شدند عبارت بود از: خصوصیات شخصیتی افراد، سبک‌های مقابله‌ای و شیوه‌های سازگاری (۹). در مطالعه‌ای دیگر در ایران توسط براتی در سال ۲۰۰۴ نیز مشخص شد که بین نمره فرسودگی افرادی که در بم خدمت کرده‌اند با مدت حضور آنها در آنجا همبستگی معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، افزایش میزان حضور در بم با افزایش شدت علائم در امدادگر رابطه دارد. همچنین در این بررسی مشخص شد. بیشترین رابطه مشاهده شده بین مدت حضور در بم (و ارائه خدمات) با فرسودگی در دو حیطه مشکلات جسمانی و ارتباطات اجتماعی و تحریک پذیری می‌باشد. نتایج مقایسه امدادگران حاضر در عملیات امداد رسانی در بم و امدادگرانی که به دلایلی در ارائه خدمات در بم شرکت نداشته‌اند، تفاوت معنی‌داری در سطح بالاتر علائم فرسودگی در امدادگران ارائه دهنده خدمات در بم را نشان داد (۱۰).

در دو ماهه اول بعد از حادثه به مشکلات روانی- اجتماعی متعددی دچار شدند. مهمترین عوامل پیش بینی شده برای مشخص کردن اینکه چه کسانی بیشتر به تروماهای ثانویه دچار می‌شدند عبارت بود از: خصوصیات شخصیتی افراد، سبک‌های مقابله‌ای و شیوه‌های سازگاری (۹). در مطالعه‌ای دیگر در ایران توسط براتی در سال ۲۰۰۴ نیز مشخص شد که بین نمره فرسودگی افرادی که در بم خدمت کرده‌اند با مدت حضور آنها در آنجا همبستگی معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، افزایش میزان حضور در بم با افزایش شدت علائم در امدادگر رابطه دارد. همچنین در این بررسی مشخص شد. بیشترین رابطه مشاهده شده بین مدت حضور در بم (و ارائه خدمات) با فرسودگی در دو حیطه مشکلات جسمانی و ارتباطات اجتماعی و تحریک پذیری می‌باشد. نتایج مقایسه امدادگران حاضر در عملیات امداد رسانی در بم و امدادگرانی که به دلایلی در ارائه خدمات در بم شرکت نداشته‌اند، تفاوت معنی‌داری در سطح بالاتر علائم فرسودگی در امدادگران ارائه دهنده خدمات در بم را نشان داد (۱۰).

بنابراین احتمال دارد که امدادگران حاضر در پایگاه‌های بین جاده‌ای گاهی به دلیل تجربه مداوم و طولانی حضور در صحنه‌های دلخراش جاده‌ای، بیشتر از امدادگران عادی در معرض پیامدهای روان شناختی سوانح باشند. در هر صورت مطالعات انجام شده در این زمینه، به

خصوص در مورد امدادگران فعال در سوانح جاده‌ای، در ایران بسیار کم است. هدف عمده این مطالعه مقایسه وضعیت روان شناختی امدادگران فعال در پایگاه‌های بین‌جاده‌ای شهرستان داراب با امدادگران عادی در ۹ بُعد سلامت روانی شامل علائم جسمانی، وسواس، افسردگی، حساسیت بین فردی، اضطراب، پرخاشگری، فوبیا، پارانویا و روان‌پریشی است.

روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مقایسه‌ای و گذشته‌نگر بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی امدادگران (فعال و عادی) شهرستان داراب در سال ۱۳۸۸ تشکیل دادند. در ابتدا به روش نمونه‌گیری هدفمند، ۲۸ نفر از امدادگرانی که در ۳ ماهه آخر سال ۱۳۸۸ به‌طور متناوب در پایگاه‌های امداد جاده‌ای شهرستان داراب مشغول فعالیت بودند انتخاب شدند و پس از توضیحات مقدماتی دستیاران پژوهشی پرسشنامه را تکمیل کردند. ۳۳ نفر از امدادگران عادی نیز به شیوه تصادفی انتخاب شدند و چک لیست استاندارد SCL-90 را تکمیل کردند. پیش از اجرای پژوهش به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات فردی آنها محفوظ می‌ماند و نتایج تحقیق به صورت آماری و کلی منتشر خواهد شد. شرکت کنندگان دو گروه نیز قبل از تحلیل تا حد ممکن از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی همتا شدند.

چک لیست علائم بیماری‌های روانی SCL-90، یک آزمون خودسنجی ۹۰ گویه‌ای است که برای

روانی تأیید شده است (۱۲). داده‌های پژوهش با استفاده از بسته نرم‌افزار آماری SPSS (ویراست ۱۶) و همچنین با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) تحلیل شدند.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در پژوهش ۲۸ امدادگر فعال مرد در سوانح جاده‌ای شهرستان داراب با میانگین سنی ۲۹/۶۰ و انحراف معیار ۶/۸۷ و ۲۲ امدادگر عادی عضو مجموعه هلال‌احمر با میانگین سنی ۳۲/۸۰ و انحراف معیار ۱۲/۷۵ بودند.

حداقل تحصیلات شرکت‌کنندگان پایان دوره راهنمایی و حداکثر کارشناسی بود. میانگین سابقه حضور گروه فعال در پایگاه‌های امداد جاده‌ای ۳۱ ماه متناوب بود و در سه ماهه آخر سال ۱۳۸۸ نیز به صورت مداوم در پایگاه‌ها حاضر بودند. گروه عادی سابقه حضور در پایگاه‌های امداد جاده‌ای را نداشتند. میانگین (انحراف معیار) شاخص شدت کلی علائم برای گروه فعال ۰/۶۱۴ (۰/۳۵) و برای گروه عادی ۰/۳۸۸ (۰/۳۱) بود. لذا از حیث شاخص توصیفی شدت علائم در گروه فعال بیشتر بود ($p < 0.05$).

به منظور بررسی تفاوت معنی‌دار آماری گروه‌ها، پس از بررسی پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک و همتا بودن گروه‌ها، میانگین‌های دو گروه از لحاظ عامل کلی آزمون (SCL-90) و ۹ مؤلفه آن مقایسه شدند. جدول شماره ۱ نتایج ادغام شده تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) را برای مقایسه دو گروه از لحاظ مؤلفه‌های (SCL-90) نشان می‌دهد.

انعکاس نشانه‌های روان‌شناختی بیماران روان‌پریش طراحی و سؤالات آن بر روی یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً (صفر) تا خیلی زیاد (چهار) نمره گذاری شد. چک لیست SCL-90، ۹ بُعد سلامت روان را می‌سنجد که عبارتند از: علائم جسمانی (پیشانی از ادراک‌های بدنی)، وسواس فکری- عملی، حساسیت بین‌فردی (احساس بی‌کفایتی فردی و عدم توانایی در ایجاد ارتباط مفید با دیگران)، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، فوبیا (ترس مرضی، افراطی و غیرواقعی از محیط) عقاید پارانوییدی (عقاید غیرمنطقی، افراطی و بدبینانه نسبت به رفتارهای اطرافیان)، روان‌پریشی (پیوستاری از بیگانگی فردی تا نشانه‌های سایکوز، کناره‌گیری افراطی و سبک‌زندگی اسکیزوئید) و سؤالات اضافه که الگوهای خواب و تغذیه را می‌سنجد.

نمره‌گذاری و تفسیر آزمون بر اساس ۳ شاخص کلی است. این ۳ شاخص کلی ناراحتی و عمق شدت مشکلات روانی را در فرد نشان می‌دهند و عبارتند از: ۱- شاخص کلی علائم مرضی^۱، که مهمترین ملاک و معیار سنجش و ارزشیابی فرد است. ۲- معیار ضریب ناراحتی^۲ که تعداد علائم مثبت گزارش شده توسط آزمودنی را می‌سنجد. ۳- جمع علائم مرضی^۳ که نشانگر میانگین تعداد علائم مثبتی است که توسط آزمودنی گزارش می‌گردد (۱۱). پایایی و روایی این آزمون و ویژگی و حساسیت بالای آن به عنوان مقیاس تشخیص و غربالگری اختلالات

¹ Global Severity Index

² Positive Symptom Distress Index

³ Positive Symptom Total



جدول شماره ۱ - نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره، تفاوت بین گروه های امدادی در عامل کلی SCL- 90 و مولفه های آن

sig	توان آماری	اندازه اثر	ضریب F	میانگین مجذورات	Df	میانگین (انحراف معیار)		متغیرهای پژوهش
						فعال	عادی	
S*	۰/۷۳	۰/۱۰	۶/۸۸	۶۲۰۱/۶۶	۱	۵۵/۲۶ (۲۱/۸۸)	فعال	عامل کلی SCL- 90
						۴۴/۹۳ (۲۸/۰۲)	عادی	
S*	۰/۸۳	۰/۱۱	۶/۹۰	۱۲۳/۲۶	۱	۵/۸۶ (۴/۶۵)	فعال	علائم جسمانی
						۳/۷۳ (۳/۷۳)	عادی	
S**	۰/۹۸	۰/۲۲	۱۶/۸۱	۳۷۳/۰۶	۱	۸/۴۶ (۴/۳۷)	فعال	علائم وسواس
						۴/۱۰ (۳/۶۵)	عادی	
N.S	۰/۳۸	۰/۰۴	۲/۸۵	۳۵/۰۶	۱	۵/۶۰ (۳/۹۸)	فعال	حساسیت بین فردی
						۳/۸۶ (۳/۹۵)	عادی	
N.S	۰/۰۹	۰/۰۰۷	۰/۴۱	۱۳/۰۶	۱	۶/۷۰ (۵/۵۲)	فعال	افسردگی
						۵/۷۶ (۵/۷۱)	عادی	
S**	۰/۷۹	۰/۱۲	۸/۰۷	۸۶/۳۰	۱	۵/۶۳ (۳/۵۹)	فعال	اضطراب
						۲/۲۳ (۲/۹۰)	عادی	
S**	۰/۷۶	۰/۱۱	۷/۴۸	۳۵/۰۶	۱	۳/۲۶ (۲/۹۲)	فعال	پرخاشگری
						۱/۵۲ (۲/۱)	عادی	
S*	۰/۵۸	۰/۰۷	۳/۹۰	۲۶/۶۶	۱	۲/۷۰ (۲/۵۲)	فعال	فوبیا
						۱/۳۶ (۲/۱۲)	عادی	
N.S	۰/۳۰	۰/۰۲	۲/۱۳	۳۲/۲۶	۱	۵/۶۶ (۴/۲۶)	فعال	پارانویید
						۴/۲۰ (۳/۲۵)	عادی	
S*	۰/۷۰	۰/۰۹	۶/۲۵	۹۱/۲۶	۱	۵/۳۳ (۳/۶۶)	فعال	روان پریشی
						۲/۸۶ (۳/۹۷)	عادی	
N.S	۰/۷۳	۰/۰۲	۱/۱۷	۱۹/۲۶	۱	۶/۱۳ (۴/۷۲)	فعال	سؤالات اضافه
						۵/۰۱ (۳/۲۱)	عادی	

* $p < 0.05$
** $p < 0.001$

به‌طور نظری پیش بینی می‌شد که امدادگران فعال به واسطه مواجهه مداوم با شرایط استرس‌زای محیط کاری عوارض بیشتری را در ابعاد سلامت روان نسبت به گروه عادی نشان دهند. نتایج آزمون مانوا نیز نشان داد تفاوت گروه‌های امدادی فعال و عادی در مؤلفه‌های علائم جسمانی، وسواس، پرخاشگری، فوبیا و روان‌پریشی در سطح آلفای ۰/۰۵ و ۰/۰۱- معنادار بود. به عبارت دیگر با توجه به افزایش نمرات در آزمون، نشانه‌ی سیر به سمت اختلالات روان‌شناختی است و گروه امدادگران فعال از لحاظ عامل کلی SCL-90 و مؤلفه‌های علائم جسمانی، وسواس، پرخاشگری، فوبیا و روان‌پریشی به میزان بیشتری الگوی اختلالات روانی را نشان دادند. اما این تفاوت در مؤلفه‌های حساسیت بین فردی، افسردگی و سؤالات اضافه معنادار نبود. این یافته‌ها تا حدی همسو با یافته‌های مطالعات اندک انجام شده در حیطه سلامت روان امدادگران است (۱۴۰۹).

در متون تخصصی روان پزشکی برخی عوامل فردی که شخص را مستعد آسیب‌پذیری ناشی از ترومای ثانویه می‌کنند عبارتند از: ۱- ادراک یا تعبیر منفی از حوادث، ۲- آسیب‌پذیری زیستی نسبت به استرس، ۳- دارا بودن سطوح پایین آمادگی‌های فردی و حرفه‌ای، ۴- تصور غیر واقعی از توانایی‌ها و عدم توانایی‌های خود در انجام امور، ۵- وجود سطوح پایین حمایت اجتماعی، ۶-

چنانچه در جدول شماره ۱ دیده می‌شود، تفاوت گروه‌های امدادی فعال و عادی در عامل کلی SCL-90 و مؤلفه‌های (علائم جسمانی، وسواس، پرخاشگری، فوبیا و روان‌پریشی) در سطح آلفای ۰/۰۵ و ۰/۰۱- معنادار است. به عبارت دیگر با توجه به میانگین‌های کسب شده، گروه امدادگران فعال از لحاظ عامل کلی SCL-90 و مؤلفه‌های علائم جسمانی، وسواس، پرخاشگری، فوبیا و روان‌پریشی به میزان بیشتری الگوی اختلالات روانی را نشان می‌دهد. اما این تفاوت در مؤلفه‌های حساسیت بین فردی، افسردگی و سؤالات اضافه معنادار نیست.

بحث

گروه امدادی فعال در عامل کلی SCL-90 و مؤلفه‌های علائم جسمانی، وسواس، پرخاشگری، فوبیا و روان‌پریشی نسبت به گروه عادی نمرات بیشتری کسب کردند و این تفاوت در سطح آلفای ۰/۰۵ و ۰/۰۱- معنادار بود. اما این تفاوت در مؤلفه‌های حساسیت بین فردی، افسردگی و سؤالات اضافه معنادار نبود.

به طور کلی سلامت روانی یک وضعیت روانی ذهنی است که از ویژگی‌هایی نظیر بهبود و مهار هیجانات، توانایی برقراری ارتباط با دیگران، توانایی مقابله با «تئیدگی» و مشکلات زندگی و کنار گذاشتن هرگونه «اضطراب» و «نشانه‌های ناتوانی» برخوردار است (۱۳).

سیاسگزاری

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند که از تمامی امدادگران محترم که در پژوهش حاضر شرکت نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

فهرست منابع

1. Peden M, Scurfield R, Sleet D. World Report on Road Traffic Injury Prevention. Geneva: World Health Organization; 2004, 65-62.
- 2-Murray C, Lopez A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020, global burden of disease study. London, 1997; 349: 1498-504.
3. Pearlman LA, Mac Ian PS: Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma works on trauma therapists. Professional Psychology: Research and Practice 1995; 26(6):558-565.
4. Bilal MS, Rana MH. Psychological Trauma in a Relief Worker—A Case Report from Earthquake-Struck Areas of North Pakistan. Prehospital and Disaster Medicine 2007, 22:12-19.
5. Salma P. The Psychological Health of Relief Workers: Some Practical Suggestions. Humanitarian Exchange magazine 1999; 15:23-56.
6. Kahill S. Interventions for burnout in the helping professions: a review of the empirical evidence' in Canadian. Journal of Counseling Review 1988; 22 (3):310-342.
7. Eriksson CB, Vande Kemp H, Gorsuch R, Hoke S, Foy DW: Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief and development personnel. Journal of Traumatic Stress 2001; 14(1):205-212.
8. Sadock BJ, Sadock AV. Synopsis of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & wilkins. 2007;3:12-21.

سابقه ابتلاء به تروما و یا تجربه حادثه‌ای در گذشته(۹). در بُعد فردی و حرفه‌ای، افزایش میزان دسترسی و آموزش روش‌های کاهش استرس، افزایش تجهیزات و حمایت اجتماعی و دسترسی پذیری حمایت‌های روان‌شناختی حرفه‌ای در تجربه کردن حوادث می‌تواند در کاهش عوارض روان‌شناختی حوادث مؤثر باشد(۹).

از جمله علل دیگری که باعث ایجاد استرس ناشی از مسائل و مشکلات سازمانی می‌شود، نداشتن برنامه ریزی صحیح و هماهنگ در امداد رسانی، رقابت و کشمکش درون و بین بخشی، حمایت ناکافی و رقابت و کشمکش برای مدیریت است.

امروزه مدیریت استرس در فضای کاری، برنامه منظم و مداوم و برنامه‌های چرخش مشاغل به عنوان خط مشی‌های شناخته شده‌ای است که در کشور های اروپایی به کار می‌روند(۹). در بُعد سازمانی این نکته حائز اهمیت است که مدیریت تروماهای ثانویه در سطوح سازمانی نیاز به آگاهی و شناخت پدیده‌های روان شناختی دارد. سازمانهای مرتبط با امر امداد و نجات باید به این نکته مهم آگاه باشند، که امدادگران حاضر در مناطق حادثه دیده بسیار مستعد آسیب پذیری نسبت به تروماهای ثانویه و مشکلات روان‌شناختی هستند. لذا فراهم کردن بستری مناسب برای تأمین منابع مادی و معنوی و حمایت‌های سازمانی می‌تواند در کاهش مشکلات روان شناختی امدادگران و افزایش کارایی آنها مفید باشد.

9. Liao SC, Lee MB. Association of psychological factors in rescue workers within two months after a major earthquake. *Formos Med Assoc* 2002;101(3): 169-76.
10. Barate SF. Study of the relief burnout in some active workers comparing with inactive ones in Bam earthquake. *Quarterly journal of Relief and Rescue* 2009; 1(3): 2-7.
11. Derogates L. The symptoms checklist-90 manual II. Towon, MD: Clinical psychometric Research. 1983; 12:23-45.
12. Norbert S. Computerized administration of the symptom checklist (SCL-90-R) and the inventory of inter personal problems (IIP-C) in psychometric outpatients. *Psychiatry Research* 1999; 87. 217-221.
13. World Health organization. Psychological consequences of disaster: prevention and management 1992; 12:45.
14. Fullerton CS, Ursano RJ, Wang L: Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1370-1376.