

زلزله، مدیریت بحران و تأثیر مداخلات روانی- اجتماعی بر کاهش اضطراب نجات یافتگان

دکتر آرزو درستیان^۱ و الهام درستیان^۲

چکیده

زلزله ها باعث آسیب های روانی-اجتماعی و کاهش سلامت عمومی جامعه می شوند. زلزله های رخ داده در ایران نیاز به مداخلات روانی-اجتماعی را به عنوان بخشی از مدیریت بحران تأیید می کنند. این مقاله از تأثیر این مداخلات در حمایت روانی بازماندگان استفاده می کند. در زمان وقوع و پس از یک بلای طبیعی، افراد در معرض ابتلا به بیماری های روانی، با درصد ریسک بالا، قرار می گیرند. اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) می تواند اولین عکس العمل پس از بلایا باشد. هدف این مطالعه، آزمودن تأثیر درمان رفتاری- شناختی (CBT) و تحلیل رفتار متقابل (TA) بر مادران و کاهش نشانه های PTSD فرزندان زیر ۶ سال آنهاست که زلزله دامغان را تجربه کرده اند. نشانه های PTSD قبل و پس از مداخلات، توسط مقیاس PTSD یول سنجیده شد. نتایج این پژوهش کاهش بارز استرس پس از سانحه کودکان ($P < 0.03$) را نشان می دهد. نمره میانگین مقیاس PTSD یول، به صورت آماری نشان می دهد که مداخلات روانی- اجتماعی بر مادران از نوع درمان رفتاری- شناختی (CBT) و تحلیل رفتار متقابل (TA)، بر کاهش نشانه های اختلال استرس پس از بلایای طبیعی، در کودکان پیش از سن دبستان اثر بخش است.

کلید واژه ها: مداخلات روانی- اجتماعی، مدیریت بحران، اختلال استرس پس از سانحه، درمان رفتاری- شناختی، تحلیل رفتار متقابل، زلزله دامغان

Earthquake, Crisis management and the effect of psycho-social interventions on reducing survivors' anxiety Dr. Arezou Dorostian and Elham Dorostian

Abstract

Earthquakes caused psycho-social sufferings and reducing community's general health. Earthquake experienced in Iran underlines the need for psycho-social interventions as a part of crisis management. This paper uses the effect of such interventions on survivors' psychological support. During and following a natural disaster, human populations are thought to be at greater risk of psychological

۱- عضو هیات علمی گروه ژئوفیزیک، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

Email Address: Dorostian382@yahoo.com

۲- دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

Email Address: Elham_382@yahoo.com

morbidity. Post traumatic stress disorder (PTSD) may be the first reaction after disasters. This study aims to examine the efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and Transactional Analysis (TA) on treatment of mothers and reducing symptoms of PTSD of their preschool aged children who had experienced Damghan earthquake. Before and after interventions , PTSD symptoms were evaluated by using Yule's PTSD scale. Results showed a significant decrease in children's PTSD disorders ($P < 0.03$). The mean scores of Yule's PTSD scale statistically show that Psycho-social interventions in form of CBT and TA on treatment of mothers are effective in reducing post traumatic symptoms of natural disasters in preschool aged children.

KeyWords: Psycho-social interventions, Crisis management , Post Traumatic Stress Disorder ,Cognitive-Behavioral Therapy ,Transactional Analysis , Damghan earthquake

مقدمه:

گردباد ، سقوط بهمن ، خشکسالی ، سونامی .
۲ - بلایای انسان ساخته: بلایایی که بطور مستقیم یا غیر مستقیم منشا وقوع آن، در کنترل انسان می باشد . جنگ مهمترین و بزرگترین بلای انسان ساخته است، ولی موارد متعدد دیگری نیز وجود دارد، از جمله:

آتش سوزی منزل، حادثه مرگبار با اتومبیل، سقوط هواپیما، فروریختن مسیر عابرین، آزاد شدن مواد شیمیائی سمی، حوادث هسته ای.

نوع بلا بسته به وسعت فراگیری آن ممکن است بلای فردی یا اجتماعی باشد که در نوع بلایای اجتماعی، خسارتهای جانی و مالی آن نیز وسعت خواهد یافت و بلا به یک فاجعه Catastrophe، تبدیل می گردد که معمولاً فجایع به دلیل آنکه رفع آنها مشکل تر و طولانی تر می باشد، به یک بحران اجتماعی تبدیل شده که رفع آن نیازمند کمکهای خارج از منطقه خواهد بود .

بنابراین " بحران " شرایطی است که کل جامعه را به نوعی با فاجعه ای درگیر می نماید و ضرورت یک

هر رخداد ساده را یک اتفاق، Event، می نامند و چنانچه این اتفاق غیرمنتظره باشد به آن حادثه Accident، گفته می شود. هر اتفاق غیر منتظره و ناگهانی که موجب تضعیف یا نابودی توانمندی های انسانی، اقتصادی، اجتماعی و فیزیکی (خسارتهای جانی و مالی) فرد را فراهم سازد، " بلا " خوانده می شود که چنانچه منشأ طبیعی داشته باشد، به آن " بلای طبیعی Natural Disaster " گفته می شود. بنابر این بلا یا سانحه وضعیت غیر قابل پیش بینی و برنامه ریزی نشده ای است که باعث مرگ یا صدمات جدی به جامعه، اقتصاد، زیربناها، محیط زیست و توقف فرایندها و عملیات ها می شود . هرچند راه های مختلفی برای طبقه بندی بلایا وجود دارد، ولی از نقطه نظر پیشگیری و آمادگی می توان بلایا را به دو گروه عمده تقسیم کرد:

۱ - بلایای طبیعی : بلایایی که سبب یا منشاء وقوع آن خارج از اختیار انسان می باشد . برخی از این بلایا عبارتند از : زلزله ، سیل ، آتشفشان ، طوفان و

مدیریت بحران:

فرایند پیش بینی و پیشگیری از وقوع بحران ، برخورد و مداخله در بحران و سالم سازی پس از وقوع بحران را مدیریت بحران گویند.

مدیر بحران:

کسی است که دارای تخصص و اختیارات کافی بوده و قبل از بروز حوادث با تمام امکانات سخت افزاری و نرم افزاری برای مقابله با بحرانها ، کشور را آماده نماید . امکاناتی همچون ایمن سازی ، مقاوم سازی ، ساخت و ساز صحیح ، برنامه ریزی تخصصی ، آموزش مردمی و افزایش سطح آگاهی عمومی ، تربیت اکیپ های امداد و نجات حرفه ای دولتی و غیر دولتی و سایر اقداماتی که منجر به مدیریت صحیح بر بحران و کنترل آن می شود .

مراحل مدیریت بحران:

در مدیریت بحران، چهار بخش اساسی: ۱-انسانها،۲-اموال،۳ - شریانهای حیاتی جامعه، ۴- محیط زیست ، را در جامعه حادثه دیده، در معرض خطر می شناسند .خطرپذیری یا ریسک یک جامعه را بر مبنای فرمول فوق محاسبه می نمایند:

خطر* آسیب پذیری

$$\text{خطرپذیری(ریسک)} = \frac{\text{خطر} * \text{آسیب پذیری}}{\text{آمادگی}}$$

عزم همگانی بر رفع آن می باشد .در بند " الف " از لایحه "تشکیل سازمان مدیریت بحران کشور " ، بحران چنین معنی گردیده است:

"بحران شرایطی است که در اثر حوادث، رخدادها و عملکردهای طبیعی و انسانی (به جز موارد موضوعه در حوزه های امنیتی و اجتماعی) به طور ناگهانی یا غیرقابل کنترل به وجود می آید و موجب ایجاد مشقت و سختی به یک مجموعه یا جامعه انسانی می گردد و برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اضطراری، فوری و فوق العاده دارد."

درجه بندی بحران:

بحران درجه یک : عبارت است از هر رویداد پیش بینی نشده و غیر منتظره ای که یک واحد به تنهایی و با امکانات معمول خود قادر به مقابله با آن باشد. بعضا برای مقابله با آن ممکن است از سایر امکانات محلی نیز درخواست کمک شود. مانند بروز یک بیماری مسری در یک روستا.

بحران درجه دو : هرگونه رویداد غیر منتظره ای که برای مقابله با آن دویا چند نهاد درگیر شده و قابلیتی بیشتر از حد معمول لازم باشد . مانند : بروز آنفلوآنزای پرندگان در یک منطقه.

بحران درجه سه : عبارت است از هرگونه رویداد غیر منتظره که ابعاد آن به حدی باشد که برای مقابله با آن نیاز به تجهیزکلیه امکانات و نهادهای مسئول در شهر و یا کشور و حتی خارج از کشور باشد . در چنین شرایطی است که وضعیت فوق العاده اعلام می شود . مانند : زلزله در یک شهر یا وقوع سیل در یک منطقه.

وظایف اصلی مدیریت بحران:

- ۱- شناخت بحران و مسئله، ارزیابی اطلاعات، بررسی اخبار مربوطه، توجه به امکانات و توانمندی‌های موجود، پیش‌دستی در مقابل شایعات، ارزیابی راه‌حل‌های موجود و نهایتاً انتخاب بهترین راه. اخذ مشاوره مطلوب، بهره‌مندی از متخصصین ویژه در کادر مدیریت، شناخت زمان و مکان و آشنایی کامل با ارکان اجرایی تحت مدیریت از وظایف اصلی مدیریت بحران می‌باشد.
- ۲- شناخت لایه‌های مختلف بحران و به عبارتی دیگر پس بحرانها:
 - لایه اول: انسان، شناخت تجربیات، آموخته‌ها، میزان نگرانی، اضطراب، خونسردی و توانمندی‌ها.
 - لایه دوم: فرهنگ جامعه، شناخت فرهنگ بحران ستیزی، باورهای ایجاد تغییر علیه بحران و شناخت سنتها، اقلیم، آداب و رسوم.
 - لایه سوم: ساختار ارتباطی در بحران، شناخت ارتباط واحدها با هم، میزان پیچیدگی، تمرکز و سلسله مراتب، سرعت عمل در تصمیم‌گیری، هماهنگی و مبادله اطلاعات، چه در تشکیلات رسمی و چه نهادها و اجتماعات مردمی.
 - لایه چهارم: استراتژی تبیین خط مشی‌ها، روشها و شیوه‌های مقابله با بحران.

تاثیر بلایا و بحران بر انسان ها:

براساس آمارهای بین المللی کشور ما که ۶٪ از کل بلایای دنیا را به تنهایی متحمل می‌گردد بعد از کشورهای هند، بنگلادش و چین رتبه چهارم را در

مدیریت بحران شامل چهارمرحله (پیش از بحران- آغاز بحران- حین بحران-پس از بحران) است که به شرح زیر تعریف می‌شوند:

- ۱- پیش بینی و پیشگیری:
 - پیش بینی: مجموعه اقداماتی که جهت پیش بینی احتمال وقوع حادثه یا بلایا انجام می‌شود.
 - پیشگیری: مجموعه اقداماتی که در پیش، هنگام و بعد از بلایا باهدف جلوگیری از کاهش آثار زیان بار بلا انجام می‌شود.
- ۲- آماده سازی: مجموعه اقداماتی که توانایی جامعه را در انجام مراحل مختلف مدیریت بلایا افزایش می‌دهد. آمادگی شامل جمع آوری اطلاعات، پژوهش، برنامه ریزی، ایجاد ساختارهای مدیریتی، آموزش، تامین منابع، تمرین و مانور می‌باشد.
- ۳- مقابله: در این مرحله که بلافاصله بعد از شکل گرفتن بحران شروع می‌شود بایستی به بحران پاسخ داده و آن را تحت کنترل قرار داد. در این مرحله بدنال وقوع بلایا با هدف نجات جان و مال انسانها، تامین رفاه نسبی برای آنها و جلوگیری از گسترش خطرات، اقدامات لازم انجام می‌شود.
- ۴- بازسازی و بازتوانی: در این مرحله باید بتوانیم جامعه بحران زده را به شرایط عادی برگردانیم.

مشکلات و نقاط ضعف مدیریت بحران

- عدم همکاری و هماهنگی سازمانها
- نقص مقررات و ضوابط جامعه
- محدودیت منابع مالی
- پراکندگی و ناکافی بودن قوانین و مقررات موجود

اختلالات روانی شدید بودند (Chen, 2001). در زلزله سال ۱۳۶۹ رودبار و منجیل ۶۸٪ دچار افسردگی بودند. در سال ۱۳۷۲ سه سال پس از زلزله رودبار و منجیل ۶۰٪ کودکان دچار اختلالات رفتاری بودند (Parvareh, 2006). پژوهش‌های انجام شده از زلزله بم حاکی از شیوع مشکلات روانشناختی در ۸۲٪ بزرگسالان و ۸۴٪ کودکان بوده است. همچنین ۶۵٪ کودکان و ۷۸٪ بزرگسالان دچار استرس پس از حادثه بودند (Montazeri, 2003). وقایعی که ضربه‌زا هستند و ناراحتی‌های اساسی برای اشخاص بوجود می‌آورند را "ضربه روانی" یا "تراوما Trauma" می‌نامند. این وقایع چند ویژگی مشترک دارند، از جمله آن که ورای تجربه یا تصور و خارج از کنترل بیشتر افراد هستند و ضمن ایجاد ترس و وحشت و درماندگی زیاد باعث مرگ یا صدمات شدید زیادی می‌گردند. اختلال استرس پس از سانحه، شامل مجموعه‌ای از علائم اضطرابی است که در پی مواجهه با عامل استرس‌زا بروز می‌کند. به بیان دیگر، مشکلات روانی که از حدود یک ماه پس از حادثه ممکن است برای بازماندگان بروز نماید اختلال استرس پس از ضربه، PTSD، (Post-Traumatic Stress Disorder) نامیده می‌شود. این مشکل نشانه‌هایی دارد از جمله احساس تجربه مجدد حادثه که معمولاً بر اثر دیدن خواب‌های مکرر از واقعه، یادآوری مکرر ناخواسته و پرتنش تجارب گذشته حاصل می‌گردد. واکنش‌های شدید جسمانی، کناره‌گیری، انزوا، کرحتی، احساس بیگانگی، کاهش علاقه یا مشارکت در فعالیت‌های مهم، افسردگی، افزایش سطح برانگیختگی، دشواری در خوابیدن، دشواری در

آسیا داراست و رتبه دوم در زمینه مرگ و میر ناشی از حوادث را دارد، به نوعی که می‌توان به جرأت اظهار نمود که ۹۰٪ مردم ایران به نوعی در معرض خطرات بلایای طبیعی می‌باشند (Alizadegan, 2004). هرچند تا سال‌های اخیر سیاست‌گذاران بهداشتی در برابر وقایع آسیب‌زا کمتر به عوارض روان‌شناختی می‌پرداختند، طی سال‌های اخیر اهمیت رسیدگی سریع و به‌هنگام به واکنش‌های روانی افراد آسیب‌دیده در طی بلایا بر متولیان محرز شده و به همین دلیل پرداختن به واکنش‌های روانی بازماندگان با هدف عادی‌سازی واکنش‌ها و جلوگیری از بروز عوارض دیرپا که منجر به افت کیفیت زندگی و کاهش کارایی افراد می‌گردد، از اهم اهداف فعالیت‌های مدیریت بحران پس از واقعه محسوب می‌گردد. به دلیل قرار داشتن کشور ایران بر روی کمر بند زلزله آلپ هیمالیا، زلزله وجه غالب و اصلی بلایائی است که هرچند یکبار نقطه‌ای از کشورمان را در معرض آسیب و بحران قرار می‌دهد. وقوع زلزله‌های سلماس، بوئین زهرا، طبس، رودبار، خرم‌آباد و بروجرد و بالاخره زلزله مصیبت بار بم یادآور دامنه تخریب، شدت آسیب‌ها می‌باشد. از سوی دیگر وقوع سه مورد سیل ویرانگر در استان گلستان و حادثه سیل نکا بیانگر آن است که هیچ نقطه‌ای از کشور مصون از حوادث غیر مترقبه نیست.

برخی مطالعات انجام شده در زمینه مسائل روان‌شناختی در جهان بیانگر این نکات بود که: در بازماندگان گردباد سریلانکا ۵۰٪ بازماندگان تا یکسال بعد از وقوع گردباد دچار اختلالات روانی بودند. از بازماندگان زلزله ۱۹۹۹ تایوان ۵۹٪ دچار

را، بازماندگان تجربه کرده و آنها را در کیفیت ها و ابعاد متعددی نشان می دهند. بطور مثال گفتار تکراری در مورد حادثه، سوال کردن درباره آن، رویاها و کابوسهای شبانه، احساس گیجی و منگی قبل از خواب، راه رفتن در خواب، تصور سازی واقعی رویداد حادثه، نمایان کردن آن در بازیها و نقاشیها، ترس و عدم امنیت، واکنشهای هیجانی شامل کناره گیری، غمگینی، خشم، خلق و خوی تند، رفتارهای آشفته و بازگشت کننده به دوران گذشته، برانگیختگی شدید، بیش فعالی حسی، بیقراری و گاهی کاهش آگاهی و عدم جهت یابی از نمونه های بارز آن می باشند. تأثیرات مرحله کوتاه مدت می تواند شامل دوره های خفیف تا شدید شود. شکل ۱ بروز برخی از احساسات را پس از بحران در زلزله دشت سیلاخور (۱۳۸۵) و زلزله چنگوره (۱۳۸۱) نشان می دهد.

۲- واکنشها و آثار میان مدت (اولین هفته ها تا سال اول)

از چند هفته تا تقریباً یک سال پس از زلزله، آثار برانگیختگی شدید کاملاً مشهود می گردد. آثار مربوط به واکنش مرحله کوتاه مدت نیز بطور پایدار دیده می شوند. علائم فشار روانی در این دوره بطور کلی مشاهده می گردد. بطور مثال در بازماندگان علائمی چون بی ثباتی هیجانی و کاهش

تمرکز حواس و مراقبت و هوشیاری بسیار شدید از تبعات آن می باشد که فرد به صورت ترس و درماندگی به آن پاسخ می دهد. مدارا نیز، شامل هر واکنش و اقدامی است که فرد برای فائق آمدن با آثار منفی واقعه تنش را انجام می دهد. برخی از این مکانیسم ها نا کارآمد و یا حتی مخرب است مانند مکانیسم انکار.

نشانه شناسی مشکلات روانی در حوادث غیر مترقبه:

مشاهده علائم جسمی، شناختی، هیجانی، اجتماعی و معنوی مذکور در جدول ۱، در مرحله شوک و تماس با ضربه و تا حدود یک ماه پس از آن، طبیعی است و فقط ادامه این علائم ممکن است نشانه ای از مشکل باشد. جدول ۲، نشانه های چند مشکل روانی که معمولاً در هنگام و پس از حوادث بوجود می آیند را نشان می دهد.

واکنش نسبت به بلایا:

۱- واکنشهای کوتاه مدت (هفته های اول حادثه)

واکنش فوری به تجربه که در چند ساعت، روز و هفته اول رخ می دهد، (Short term Reaction) واکنشهای کوتاه مدت پس از حادثه، اطلاق می - گردد. در این مرحله، اعمال بطور عمده متمرکز بر پذیرش واقعه و شدت آن و نوع کنار آمدن با آن و نحوه رویارویی با آشفتگی ادراکی و هیجانی می - باشند. پدیده تکرار حادثه و عناصر باز آفرینی مجدد

نوع علائم	علائم
جسمی	افزایش ضربان قلب، افزایش فشارخون، سرگیجه، تعریق، اسهال و استفراغ، خستگی، از دست دادن توان و نیرو، فزونی انرژی در حد بسیار زیاد، حساسیت به صدا، تنش عضلانی، فعالیت بسیار زیاد
هیجانی، شناختی	هوشیاری بیش از حد، کمرختی هیجانی، ترس و اضطراب، تحریک پذیری و خشم، درماندگی، احساس شادی بیش از حد ناشی از زنده ماندن، احساس بیگانگی نسبت به همه، اشکال در تمرکز حواس، گیجی و منگی، سرگردانی و آشفتگی، انکار حادثه، حالت انفعالی (مطیع محض بودن)
اجتماعی، ارتباطی	مشکل در هدایت خانواده یا زیردستان و... وابستگی، نیاز به ارتباط داشتن با دیگران، پیروی از گروه، بدبینی و سوءظن
معنوی	احساس الزام به دعا، احساس مورد تنبیه واقع شدن، آگاهی یافتن به وجود خدا و تجارب روحانی

جدول ۱- علائم طبیعی در مرحله شوک، در واکنش به استرس های حاصل از سانحه

مشکل روانی	نشانه ها
اضطراب	آشفتگی، احساس نگرانی، دلهره و دلشوره، انتظار وقوع حوادث ناگوار، افزایش ضربان قلب، افزایش تنفس و تنگی نفس، لرزش، تعریق، احساس کوفتگی، فشار عضلانی، کاهش تمرکز، حواس پرتی و گیجی، اختلال در خواب، تهوع، سردرد، دل درد، ...
افسردگی	احساس غمگینی، بی علاقه‌گی به زندگی، ناامیدی، لذت نبردن از زندگی، فکر و آرزوی مرگ، فکر خودکشی و درمواقعی اقدام به آن، بی اشتها، کندی در فعالیتهای فکری - حرکتی، بی خوابی، ...
روان پریشی	توهم (احساس بدون وجود محرك مربوطه)، هذیان (باورهای مرضی بدون وجود محرك مربوطه)، ...
تحریک پذیری	تهییج پذیری غیر ضروری و غیر طبیعی به سرو صدا، خشم و عصبانیت زود و بی دلیل نسبت به اطرافیان، ...
دردهای جسمانی	وجود و شکایت از دردهای جسمانی بدون وجود علل جسمانی واقعی، ...
تجربه مجدد حادثه	درک غیر واقعی و مجدد تجربه بدون وقوع مجدد آن در خواب یا بیداری، ...

جدول ۲- مشکلات روانی رایج در حوادث و نشانه شناسی آنها

اعطاء کمک، همواره با محدودیت مواجه خواهد بود، تمام نیازهای بازماندگان در تمام دوره ها به صورت بسیار محدود و نامناسب پاسخ داده خواهد شد. در واقع منابع، صرف تأمین نیازهای بسیار اساسی شده و نیازهای دیگر بی پاسخ می مانند. اما رویکرد دیگری که باید پس از سپری شدن دوره امداد و نجات اولیه در پیش گرفته شود، رویکرد توانمند سازی است. در این رویکرد، تلاش بر این است که با ایجاد زمینه ها و بستر سازی مناسب، حضور مجدد بازماندگان در حیات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی مهیا شود.

۳- واکنشهای بلند مدت (سال دوم به بعد)

پس از گذشت ۱۲ ماه یا بیشتر از حادثه، واکنشهای پیچیده به الگوهای طبیعی زندگی اضافه می گردند. اگر مشکلات در سال دوم و پس از آن ادامه یابد، برای دوره زمانی قابل توجهی زندگی دچار اختلال می شود. واکنشها شامل مشکلات ردیابی شده هستند و یا هر موضوعی که با حادثه مرتبط است. واکنشهای کوتاه مدت و بلند مدت و پاسخهای حاد همچون کابوس شبانه، ترسها و تغییر فاحش هیجان، می تواند در دو سال اول پس از حادثه ایجاد شود. این واکنشها حتی در کودکانی که بطور مستقیم در معرض حادثه نبوده اند ظاهر می گردد. ممکن است انحرافات مربوط به رشد در این مرحله دیده شود که می تواند بر روی تجارب

تمرکز، بیخوابی و شکایات جسمانی و بهداشت فردی ضعیف مشاهده می شود. تغییر در ارتباطات، خلق و خوی و نگرش کودکان ممکن است منجر به تحریک پذیری و عدم رضایت از اطرافیان و انجام بعضی رفتارهای بزهکارانه و ضد اجتماعی گردد. در سال ۲۰۰۵ میلادی، اثر کوتاه مدت زلزله سال ۱۹۹۹ آتن، بر روی کودکان بررسی شد (Morimoto, 2005). علائم روان رنجوری کاذب، Pseudo neurosis، به شکل ترسهای مرضی، اشتغالات فکری، عقاید خرافی و دیگر حالات اضطرابی که بوسیله سرنخهای مربوط به حادثه خود را نشان می دهند، بروز نموده بود. در این حالت ممکن است کودک از چالش ها و تجارب اجتناب کرده و ارتباطش با همسالان کاهش یافته، دچار فقدان انگیزه و افت عملکرد تحصیلی گردد. در سال اول پس از ضربه، جهت یابی درمانی باید حول محور فرایند بهبود یابی صورت گیرد و افراد باور نمایند که این واکنشها سازمان یافته و همیشگی نمی باشند و قابل تغییر می باشد و بدانند که آنها به جریان طبیعی زندگی خود باز خواهند گشت. همچنین شرایط عمومی حاکم بر منطقه نظیر میزان امنیت و احساس امنیت ساکنین، میزان حضور بیگانگان در شهر، شدت رونق گرفتن فعالیتهای اقتصادی و ... بر شکل گیری واکنشهای ثانویه بسیار مؤثر هستند. در واقع در این حالت، می تواند پویایی به جامعه باز نگردد و بازماندگان همواره محتاج خواهند ماند و از آنجا که جامعه در



شکل ۱- واکنش های کوتاه مدت پس از زلزله

روانی آسیب دیدگان سوانح انجام می گیرد به نحوی که آسیب دیدگان بتوانند خود را با فشارهای روانی ناشی از حوادث سازگار نمایند. همچنین امدادگران حمایت روانی کسانی هستند که با اقداماتی ضمن ایجاد آمادگی در مردم، جهت مقابله روانی با حوادث استرس زا، سبب پیشگیری از بروز تنشهای روانی (در حد امکان) و مقابله صحیح با آنها (رفع تنشها) می گردند؛ بنابراین در تمامی محورهای مدیریت بحران (پیشگیری، آمادگی، مقابله و بازسازی) بایستی حضور فعال داشته باشند. پس می توان اهداف حمایت روانی را، کمک به مردم بازمانده از حوادث در جهت ثبات در زندگی، حفظ امیدواری، شأن و منزلت و سلامت روانی و اجتماعی و احساس طبیعی بودن آنها برشمرد.

ضرورت حمایت روانی

چون در هنگام حوادث، ممکن است افراد حادثه دیده صدمه جسمی (معلولیت یا بیماری مزمن) را تجربه نمایند، ولی صدمه یا مرگ عزیزان، بهم ریختگی زندگی عادی، افزایش آسیب های اجتماعی در منطقه و... سلامت روانی آنها را تهدید نموده و در نتیجه سلامت کامل آنها را دچار مخاطره نماید، باید به سلامت روانی (در ابعاد بهداشت و درمان) توجه بیشتری مبذول گردد. شکل ۲، آسیبهای آشکار و نهانی که در جریان بلایا بر سلامتی انسانها وارد می گردد را نشان می دهد.

طبیعی کودک نیز تأثیر گذارد. در این زمینه می توان به پژوهش سال ۲۰۰۲، در تأثیرات روانی سانحه پس از ۳ سال که از زلزله ترکیه می گذشت، اشاره کرد (Basoglu, 2002). همچنین حالات روانی برای یک روستای تایوان ۳ سال بعد از زلزله مورد بررسی قرار گرفت (Chen, 2001). گاهی واکنشهای پس از ضربه، پس از ماهها و سالها موجب می شود که کودک موفق به کسب تجربه - های مهم زندگی خود نشود. شکست، مردودی و افت عملکرد تحصیلی در مدرسه می تواند منجر به مشکلات و واکنشهای کوتاه و میان مدت شده و متعاقباً عدم موفقیت کارها، تجربه با معلمان و از دست دادن عزت نفس را به همراه داشته باشد. کودکان و نوجوانان در این مرحله نیازمند راهنمایی و مواظبت در سطوح متفاوت از فرایند بهبودی می باشند. کمک به شناسایی در این مراحل حیات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی را مهیا می کند تا درمان به موقع و مناسب انجام شود که به نوبه خود تغییرات سریعی را ایجاد می کند.

بطور معمول بدنبال بحران هائی همچون سیل و زلزله، افراد از مراحل مختلفی عبور می کنند. این مراحل به صورت خلاصه در جدول ۳ ارائه شده است.

حمایت روانی چیست؟

حمایت روانی در واقع فرآیندی است بر مبنای یک همکاری گروهی که قبل، حین و بعد از حوادث در جهت پیشگیری از بروز صدمات روانی بر اثر حوادث و یا کاهش اثرات آنها و تأمین سلامت



شکل ۲- آسیب های آشکار و نهان بر سلامتی انسانها در جریان حوادث

زمان	مراحل مختلف برای مقابله روانی در زلزله
دقایق اولیه وقوع حادثه	مرحله تماس با ضربه (مرحله شوک یا درک حادثه)
ساعات اولیه تا مدت چند روز پس از وقوع حادثه	مرحله قهرمانگرایی
یک هفته تا یک ماه پس از وقوع حادثه	مرحله فراموشی غم (موقت)
۲ تا ۳ ماه بعد از وقوع حادثه	مرحله مواجهه با واقعیت
۶ ماه تا یک سال بعد از وقوع حادثه	مرحله تجدید سازمان

جدول ۳- فازهای مختلف واکنش برای مقابله روانی در زلزله

خوشبختانه از سال ۱۹۹۰ به بعد موضوع آسیبهای روانی در هنگام بروز حوادث اجتماعی و یا طبیعی، بصورت جدی مطرح گردیده است. این رویکرد جدید، با پشتوانه این دیدگاه بوده که ممکن است مدتی پس از فاجعه، آسیبهای جسمی برطرف شده و فرد از نظر جسمی با محیط خود سازگار گردد، اما آسیبهای روانی ناشی از فجایع و بحرانها تمام زندگی فرد را تا پایان عمر تحت تاثیر خود قرار دهد بطوری که فرد حتی از عهده زندگی عادی خود برنیاید.

توجه ویژه به موضوع حمایتهای روانی در حوادث غیرمترقبه در سالیان اخیر، جای بسی امیدواری است.

با توجه به آنچه بیان شد، امدادگران حمایت روانی باید در چهار محور مدیریت بحران (پیشگیری، آمادگی، مقابله و بازسازی) حضور فعال داشته باشند.

زلزله دامغان:

به گزارش موسسه ژئوفیزیک دانشگاه تهران زلزله‌ای به بزرگی ۵/۹ ریشتر در ساعت ۵۳:۲۳ جمعه شب ۵ شهریور، دامغان در استان سمنان را لرزاند (وبگاه مرکز لرزه نگاری کشوری موسسه ژئوفیزیک دانشگاه تهران، ۱۳۸۹). این زمین لرزه در عمق ۷ کیلومتری زمین و در فاصله ۵۴/۴۷ درجه طول شرقی و ۳۵/۴۹ درجه عرض شمالی رخ داد. با توجه به مطالعات انجام شده زلزله دامغان احتمالاً ناشی از حرکت گسل "طرود" در ۱۰۰ کیلومتری دامغان بوده است. مرکز این زلزله ۷۶ کیلومتری دامغان، ۹۸ کیلومتری شهر سمنان و ۲۷۸ کیلومتری تهران، اعلام

طبق بررسی های انجام گرفته در ایران پنجاه الی هفتاد درصد بازماندگان، یکسال بعد از وقوع زلزله، مبتلا به افسردگی و اضطراب بوده اند (Yasemy, 2005). براساس نتیجه بررسی های زلزله بیرجند و، (PTSD) اختلال پس از استرس آسیب زا اردبیل، بالغین سه برابر و کودکان دوبرابر بیش از جمعیت آسیب ندیده از اختلالات روانی رنج می بردند (Karami, 2007). در پژوهش دیگری که در مورد بازماندگان زلزله چین انجام گرفته است، ۳۲٪ از PTSD حاد، ۱۳٪ افسردگی و ۱۹٪ از اضطراب در رنج بودند (Wang, 2007). برای بازماندگان زلزله مذکور دارای مشکلات با این توضیحات، باید اذعان نمود که مواجهه با یک فاجعه و یا بحران ملی و بازگرداندن وضعیت به حداقل شرایط قبل از بحران، منحصر به تأمین نیازهای مادی، اقتصادی و بهداشت جسمی بازماندگان نیست بلکه باید بصورت جدی به موضوع حمایت روانی توجه خاص نمود.

تاریخچه حمایت روانی

مفهوم صلاحیت و شایستگی امدادگران حمایت و مداخلات روانی، بر اساس استاندارد نسخه ۱۹۹۹، ISO 10015 یعنی " کاربرد دانش، مهارتها و رفتارها در عملکرد" و در استاندارد نسخه ۲۰۰۰، ISO 9001 " تلفیق تحصیلات، آموزش، تجربه و مهارت " تعریف شده است. اما باید توجه داشت که صلاحیت امدادگران در هر زمینه ای با توجه به تغییرات مستمر محیطی اعم از قوانین، مقررات، تجهیزات، تکنولوژی و... همیشه ثابت نیست.

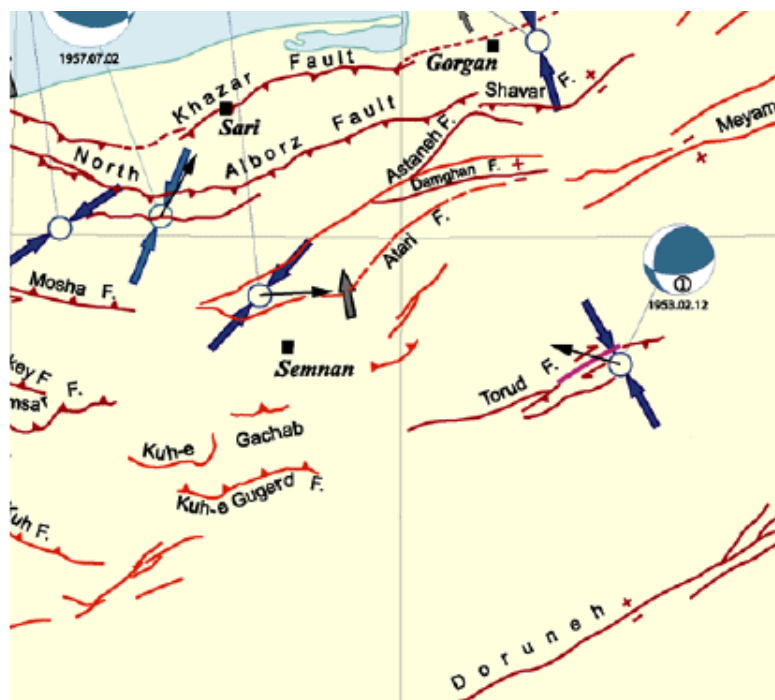
آسیب دیده شهرستان دامغان می توان از طرود، کلو، شیمی، ترچاهی، سر سخت، رشم، معلمان، حسینیان و... و از روستاهای آسیب دیده شهرستان شاهرود می توان از سطوه، مهدی آباد و بیدستان نام برد. با توجه به این که نوع ساختمان های این روستاها اکثرا غیراستاندارد و قدیمی بوده است، خسارتهای فراوانی به بخشهای مختلف از جمله واحدهای مسکونی وارد شده است. بر اساس میزان خسارت اولیه وارده در منطقه زلزله زده بالغ بر ۱۲۵ میلیارد ریال بر آورد شد.

۷ ماه پس از وقوع زلزله، مداخلات روانی-اجتماعی به شرح ذیل اعمال شد:

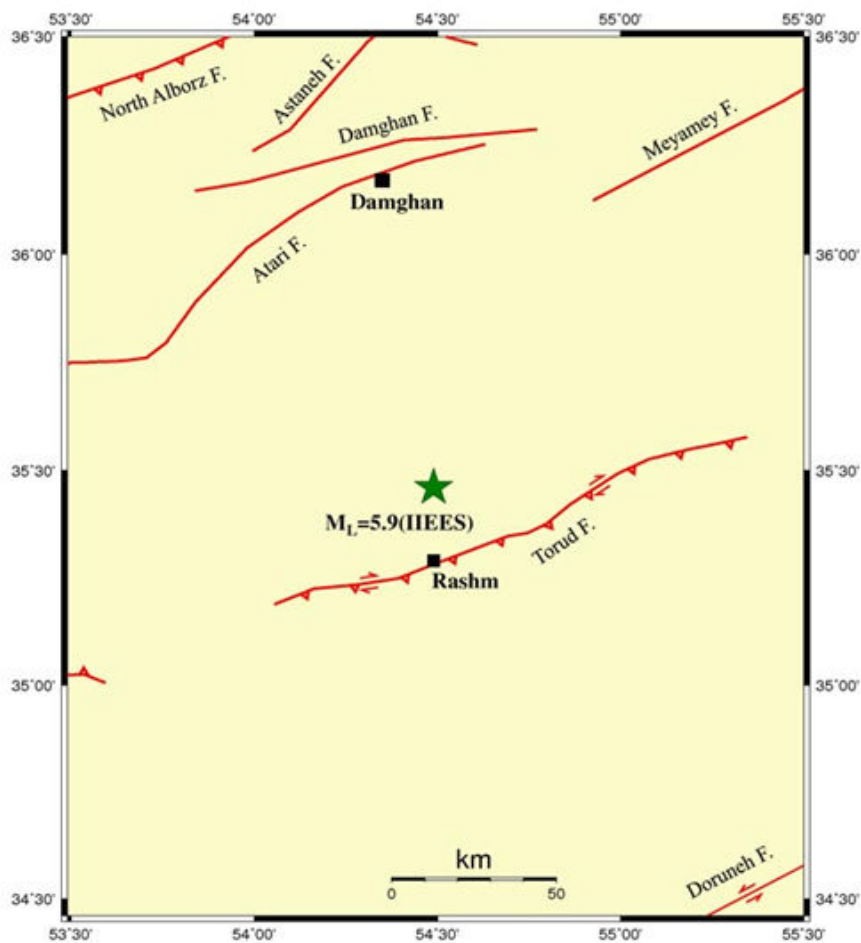
شد. این زمین لرزه در اوایل بامداد شنبه سمنان و بخشهایی از تهران و مازندران را لرزاند. لازم بذکر است که در ۲۳ بهمن سال ۱۳۳۱ در همین مرکز زلزله کنونی زلزله ای با بزرگای ۴/۶ ریشتر اتفاق افتاد که کشته های فراوانی داشت.

مدیر کل ستاد مدیریت بحران استان تهران نیز در ساعات اولیه از کشته و زخمی شدن ۳۲ نفر از شهروندان سمنانی خبر داد. در منطقه زلزله زده کوه- زر دامغان، ۳۰ تا ۱۰۰ درصد منازل اهالی زلزله زده در این روستاها تخریب شد، به طوری که این منازل با توجه به پس لرزه های بعد از زلزله قابل سکونت نبودند و به گفته معاون امداد، نجات و درمان جمعیت هلال احمر استان سمنان ۷۰۰ خانوار در این مناطق در اسکان موقت قرار گرفتند. حدود ۶۰ پس لرزه در منطقه اتفاق افتاد که آخرین آنها با بزرگی ۱/۶ ثبت شد.

گزارشات واصله حاکی از خسارت فراوان به بیش از ۱۵ روستای منطقه آسیب دیده می باشد. این روستاها عموماً در جنوب دامغان و جنوب غربی شهرستان شاهرود واقع بوده، که از روستاهای



شکل ۳- گسل های استان سمنان و موقعیت کانون سطحی زمینلرزه سال ۱۳۳۱ طرود دامغان



شکل ۴- موقعیت مرکز سطحی زمین لرزه ۱۳۸۹/۶/۵ جنوب خاوری دامغان





شکل ۵- تصاویر پس از زلزله دامغان

روش مداخله

در یک مطالعه نیمه آزمایشی دو گروهی پیش آزمون-پس آزمون، مقایسه تاثیر مشاوره مادران با دو رویکرد تحلیل رفتار متقابل و شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب پس از سانحه کودکان، ۷ ماه پس از زلزله مورد بررسی قرار گرفت. مادران کودکان آسیب دیده زلزله دامغان، در ۲ منطقه زلزله زده دامغان مدنظر قرار گرفتند که ۴۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. بر اساس پرسشنامه یول توسط مادران مشخص شد که، ۶۵ کودک آنها مبتلا به اختلال اضطراب پس از سانحه بودند. لازم بذکر است که پرسشنامه یول برای ارزیابی نشانه های اختلال استرس پس از سانحه مورد استفاده قرار می گیرد. این پرسشنامه که توسط والدین تکمیل می گردد و ابتلا به PTSD را در افراد زیر ۱۵ سال می سنجد، شامل ۲۵ سؤال چند گزینه ای می باشد. هر سؤال دارای ۵ گزینه (خیلی کم، کم، تا حدودی، زیاد، خیلی زیاد) می باشد که نمره های هر یک از گزینه ها به ترتیب از ۰ تا ۴ تقسیم بندی شده است. نمره کمتر از ۲۵ نشان دهنده عدم وجود علائم و نمره ۲۶-۵۰ دارای

علائمی از PTSD و نمره ۵۱ و بالاتر نشان دهنده وجود اختلال PTSD می باشد. اعتبار و روایی این پرسشنامه توسط یاسمی و همکاران، ۲۰۰۵، جهت استفاده در ایران تعیین گردیده و نقطه برش آن، ۵۰ گزارش شده است (Yasemy, 2005). در انتخاب نمونه تحقیق، از بین مادران کودکان مبتلا به اختلال اضطراب پس از سانحه دامغان به صورت تصادفی، ۵۰ نفر (با در نظر گرفتن امکان افت نمونه) انتخاب شدند که ۳۹ نفر از آنها حاضر به شرکت در این مطالعه بودند. این ۳۹ نفر به صورت تصادفی، در ۳ گروه ۱۳ نفره جای گرفتند که ۲ گروه از مادران گروه آزمایش و ۱ گروه از آنها گروه گواه تحقیق را تشکیل دادند. جلسات مشاوره شناختی - رفتاری انجام شده عبارت بودند از: جلسه اول: آشنایی، مشخص کردن قواعد و شناسایی نگرش ها و باور های غیر منطقی مادر راجع به اضطراب کودک. جلسه دوم: بازگویی خاطره سانحه، احساسات و افکار همراه با آموزش عادی سازی پاسخ ها، تعدیل و تخلیه هیجانات در یک محیط حمایت شده. جلسه سوم: بررسی و

این وضعیت ها توسط مادر و کودک بر اضطراب کودک. جلسه ششم: بررسی احساس های اصیل و تخریبی مادر و نقش آنها در افزایش اضطراب کودک. جلسه هفتم: واریسی انواع پیام های محرک مادر و نقش آنها در اضطراب کودک. جلسه هشتم: بررسی انواع پیام های بازدارنده مادر و نقش آنها در اضطراب کودک. جلسه نهم: بررسی روابط هم زیستی و نقش های مثلث کارپمن. جلسه دهم: جمع بندی و نتیجه گیری.

در پایان هر جلسه تمرین هایی برای اجرا در منزل داده می شد و از جلسه دوم به بعد، در آغاز هر جلسه، تمرین های انجام شده توسط شرکت کنندگان، در منزل و مشکلات احتمالی که موقع انجام تمرین با آن مواجه شده بودند، مورد بحث و بررسی قرار می گرفت. در آخرین جلسه، مجدداً مادران پرسشنامه یول را تکمیل نمودند.

روش آماری مورد استفاده در این تحقیق جهت توصیف داده ها، آمار توصیفی (میانگین و میانه) است و آمار استنباطی به کار رفته، روش تحلیل کواریانس برای اندازه های تکراری می باشد.

مقایسه نمرات پیش آزمون - پس آزمون یول نشان داد که در نمره اختلال اضطراب پس از سانحه در بین گروه ها، تفاوت معنی دار وجود دارد. اگرچه هر دو رویکرد مشاوره ای بر کاهش نشانه ای اختلال اضطراب پس از سانحه کودکان موثر واقع شدند اما در این میان تاثیر مشاوره مادران به روش شناختی - رفتاری در مقایسه با مشاوره به روش تحلیل رفتار متقابل بیشتر بوده است. جدول ۴ این نتایج را به تفکیک تاثیر دو رویکرد مشاوره ای بر

تبیین نحوه مواجهه با نشانه های اختلال توسط مادر. جلسه چهارم: تعیین رفتارهای تشدید کننده اضطراب پس از سانحه توسط مادر، استفاده از فنون خاموش سازی رفتار مخرب و افزایش مهارت های اجتماعی. جلسه پنجم: اجرای آرام سازی پیشرونده عضلانی و تمرین تکنیک های کنترل برانگیختگی. جلسه ششم: آموزش راههای کنترل خشم و اضطراب شامل توجه برگردانی، خودگویی مثبت و تغییر افکار منفی با شیوه ی پاسخ دادن منطقی به مسایل. جلسه هفتم: بازسازی شناختی، بیان منطقی مواجهه ممتد، تهیه سلسله مراتب تمرینات مواجهه. جلسه هشتم: استفاده از حساسیت زدایی تدریجی با روش های تجسمی شامل روش تعویض کانال ذهنی به هنگام مواجهه با افکار و خاطرات مزاحم و نیز روشهای کوچک کردن، دور کردن و قاب گرفتن خاطرات به منظور مقابله با افکار مزاحم. جلسه نهم: الگو سازی مادر به عنوان فردی آرامش بخش و شکل دهی رفتار هدفمند مادر جهت آرامش مادر و کودک. جلسه دهم: جمع بندی و نتیجه گیری.

جلسات مشاوره تحلیل رفتار متقابل ارائه شده عبارتند از: جلسه اول: آشنایی، مشخص کردن قواعد و تحلیل ساخت و کنشی حالات من مادر و کودک. جلسه دوم: بررسی انواع محاوره های مادر و کودک، آسیب شناسی ساختاری حالات من، طرد و آلودگی. جلسه سوم: تحلیل نحوه سازمان دهی زمان مادر با کودک و تاثیر آن بر اضطراب کودک. جلسه چهارم: بررسی انواع نوازش های مادر به کودک، اقتصاد نوازش و تاثیر آنها بر اضطراب کودک. جلسه پنجم: بررسی وضعیت های زندگی و اثر انتخاب

جدول ۴- نتایج مقایسه آماری نشانه های اختلال
استرس پس از سانحه

کاهش نشانه های استرس پس از سانحه در مقیاس
یول نشان می دهد.

مقیاس ارزیابی	رویکرد مشاوره	Z	P
یول (۱۳ نفر)	تحلیل رفتار متقابل	-۲/۰۸	۰/۰۳
یول (۱۳ نفر)	شناختی- رفتاری	-۲/۲۱	۰/۰۲

نتیجه گیری

گروهی را بر کاهش استرس پس از سانحه ناشی از
زلزله نشان می دهد، منحصر بفرد بوده و مطالعه
مشابهی در این خصوص انجام نشده است. این
مطالعه و روش درمانی ارائه شده در آن را می توان
در موارد بروز حوادث طبیعی که جمع زیادی از
کودکان را تحت تاثیر قرار می دهد، بکار برد.
اطلاعات بدست آمده از این پژوهش، تاثیر قابل
ملاحظه مداخله های روانی - اجتماعی از نوع
CBT و TA را بر کاهش نشانه های PTSD نشان
می دهد. با توجه به نتایج این پژوهش، مداخلات
روانی اجتماعی بر مادرانی که کودکان آنها از لحاظ
روانی در بلایای طبیعی آسیب دیده اند به عادی
سازی واکنشهای کودکان و جلوگیری از بروز
عوارض دیرپا می انجامد.

تشکر و قدردانی

مداخلات روانی - اجتماعی برای آسیب دیدگان
می تواند موجب کاهش اختلالات روانی، افزایش
توانمندی در تطابق با شرایط ایجادشده و بهبود و
ارتقاء سلامت روانی آنان شود. با توجه به نتایج این
پژوهش، پرداختن به واکنشهای روانی بازماندگان
بلایای طبیعی با هدف عادی سازی واکنشها و
جلوگیری از بروز عوارض دیرپا که منجر به افت
کیفیت زندگی و کاهش کارایی افراد می گردد،
ضروری است. همچنین لازم است برخی گروه های
آسیب دیده که به دلایل متعدد، رنج و آسیب
بیشتری را تحمل می کنند و آسیب پذیری بیشتری
نسبت به بلایا دارند مورد توجه ویژه قرار گیرند.
تحقیقات بعدی با تأکید بر انتخاب گروه کنترل بر
مبنای حجم نمونه بیشتر، می تواند دقت نتایج و
تعمیم پذیری تحقیقات مشابه را افزایش دهد.

این مطالعه از این جهت که تاثیر درمان رفتاری-
شناختی و تحلیل رفتار متقابل مادران به صورت

-9 years old boys and girls where earthquakes occur with other parts after 3 years , J. Trauma stress , 9,37-49.

-Parvaresh, N.,and Bahram Nejad, A.,2006,Post-traumatic stress disorder in earthquake-stricken students residing in Rudbar ,Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 2(12), 165-8.

-Montazeri , A., and Baradaran , H., 2003, Psychological distress among bam earthquake survivors in Iran: A population-based study,BMC Public Health , 5(1) , 4-5.

-Morimoto, K., and Mure, K., 2005, Posttraumatic stress and change in life style among the Athens earthquake victims,Preventive Medicine, 29(1), 147-51.

-Wang, X., and Gao, L., 2007, Longitudinal study of earthquake-related PTSD in a random selected community sample in north China, American Journal of Psychiatry ,157(2), 1260-6.

-Yasamy, M. T.,and Farajpour, M.,2005, Second phase of psychosocial intervention in Bam, Ministry of Health and Medical Education, Mental Health Office.

از همه آسیب دیدگانی که در این طرح شرکت کردند و کلیه افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند تقدیر و تشکر می شود.

مراجع

-گزارش فوری مقدماتی زمین لرزه مورخ ۱۳۸۹/۶/۵ دشت کویر(طرود) دامغان، مؤسسه ژئوفیزیک دانشگاه تهران، مرکز لرزه نگاری کشوری، ۱۳۸۹، وبگاه مرکز لرزه نگاری کشوری مؤسسه ژئوفیزیک دانشگاه تهران به آدرس:

[http:// irsc.ut.ac.ir](http://irsc.ut.ac.ir)

-Alizadegan, Sh., and Yasamy M.T., 2004, Psychological and social supports in disasters and natural hazards-educational manual for mental health experts, Mental Health office, Ministry of Health and Medical Education ,1st ed. ,15-6.

-Basoglu,M., and Salcioglou,E., 2002, Traumatic stress responses in earthquake survivors in Turkey, Journal of Traumatic-Stress , 15(4), 269-76.

-Chen, C.C.,and Yeh, T.L.,2001 , Psychiatric morbidity and post-traumatic symptoms among survivors in the early stage following the 1999 earthquake in Taiwan,Psychiatry Res., 105(1-2),13-22.

-Karami ,S.,2007, The Assessment of behavioral disturbance and PTSD on 5