

ارزیابی فعالیت‌های بهداشت روانی مداخله در بحران زلزله بم: یک پژوهش کیفی

چکیده

جعفر بوالهروی^{*۱}
نرگس چیمه^۲

۱. روانپزشک، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان
دانشگاه علوم پزشکی ایران
۲. روانپزشک، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی

* نویسنده مسئول: تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیاپش، نبش کوچه شهید صفوری، دانشکده پزشکی سابق، بال غربی، طبقه دوم، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان
تلفن: ۶۶۵۰۹۰۲۴
email: bolharij@yahoo.com

زمینه و هدف: در فجایع طبیعی نیاز به مداخله بهداشت روان افزایش می‌یابد. این پژوهش با ارزیابی نیازهای اولیه و بهداشت روان خدمات ارایه شده به زلزله‌زدگان فاجعه بم در دی ماه ۱۳۸۲ را مورد بررسی قرار داد. **روش بررسی:** پژوهش به روش کیفی و بحث گروهی متمرکز بر یک گروه ۳۵ نفره از متخصصین و کارکنان تیم بهداشت روان که در چهار هفته اول پس از زلزله در بیمارستان‌های تهران و یا در بم به ارایه خدمات بهداشت روان به مجروحین و بازماندگان پرداخته بودند انجام شد. یافته‌ها پس از کدگذاری و استخراج از ضبط صوت تحلیل گردید. **یافته‌ها:** نیازهای اولیه و فوری آسیب‌دیدگان عبارت بود از غذا، آب، سرپناه، امنیت، یافتن اعضای خانواده، درمان یا کمک به مجروحین، احترام، ارتباط مناسب و نیاز به آگاهی و اطلاعات مرتبط با حادثه بود. نیازها و خدمات طولانی‌مدت و آتی بازماندگان عبارت بود از نیازهای اولیه گفته شده به علاوه نیاز به از سرگیری فعالیت‌های روزمره، اشتغال و مشارکت در فعالیت‌های بازسازی و عمومی و نیاز به مراقبت از بیماران در خانه‌ها یا اردوگاه‌ها بود. موارد زیادی نیز به تأخیر در خدمت‌رسانی کمبود خدمات یا نبود آمادگی قبلی و برنامه مداخله در بهداشت روان در حوادث و در نتیجه ارایه خدمات سطحی و نمادین اشاره شد. **نتیجه‌گیری:** گرچه این اولین بار است که آسیب‌دیدگان فاجعه زلزله در ایران بلافاصله خدمات بهداشت روان سازماندهی شده‌ای را دریافت می‌کنند اما با توجه به مشکلات گزارش شده یک برنامه از قبل طراحی و آزمون شده و مداخله فوری و به‌موقع در بحران و بهداشت روان در زلزله پیشنهاد شد.

کلمات کلیدی: زلزله، مداخله در بحران، حوادث طبیعی، بهداشت روان، نیاز سنجی.

مقدمه

امدادگرانی که به یاری بازماندگان و آسیب‌دیدگان حادثه شتافته‌اند تا به‌وسیله آن افراد بتوانند به شکل موثری با استرس‌های ناشی از بلایای طبیعی روبرو شده و خود را سازگار نمایند و بدین‌وسیله از پیامدهای منفی و دیرپای روانشناختی بلایا پیشگیری به‌عمل آید.^۱ فاجعه عظیم زلزله دی ماه ۱۳۸۲ شهرستان بم به‌عنوان یک فاجعه ملی سازمان‌ها و واحدهای امدادسانی و از جمله بهداشت روانی را در برابر چالشی عظیم و این که چه خدماتی، چگونه، چه موقع و به چه میزان در اختیار زلزله‌زدگان قرار گرفت و تا چه حد این خدمات متناسب با نیازهای آسیب‌دیدگان بود قرار داد. مطالعه بیان زاده و همکاران نشان داده شیوع مشکلات روانی از ۵/۸٪ پیش از زلزله بم به ۳۵٪ طی دو ماه پس از زلزله یعنی شش برابر افزایش یافته است. ۹۲/۵٪ افراد عضوی از خانواده را از دست داده‌اند. معلولیت جسمی از ۱۰/۲٪ قبل از بروز زلزله به ۲۲/۶٪ طی دو ماه پس از زلزله افزایش یافته است.^۵

سیل، طوفان، رانش زمین، تندباد، گردباد، زلزله و آتش‌سوزی‌های گسترده از جمله رویدادهایی هستند که پیوسته گروه بزرگی از ساکنان روی زمین را تحت تأثیر قرار می‌دهند.^۱ ایران به‌عنوان یکی از کشورهای زلزله خیز جهان طی ۹۰ سال گذشته ۱۸ زلزله با قدرت بیش از هفت ریشتر را تجربه کرده که موجب خسارت‌های عمده مالی، جانی، اقتصادی، اجتماعی و داغدیدگی بخش عظیمی از جامعه شده است.^۲ مطالعه انجام‌شده، بر روی آسیب‌دیدگان یکی از این زلزله‌ها در اردبیل و قائن نشان داده ۷۵/۱٪ افراد ۱۵ ساله و بالاتر ۴۳/۳٪ کودکان و نوجوان زیر ۱۵ سال مشکلات روانی داشته‌اند و در این مطالعه بیشتر بازماندگان خود را نیازمند اطلاعات درست، مشاوره و دخالت روانی-اجتماعی دانسته‌اند.^۳ بهداشت روانی فاجعه (Disaster Mental Health) دانشی است برای کمک به قربانیان و

یافتن از سایر اعضای خانواده و رسیدگی به وضعیت اجساد و کشته شدگان، نیاز به آگاهی یافتن از نوع و نحوه کمک‌رسانی و ارائه خدمات و نیاز به حفظ احترام و آبروی افراد در ارائه کمک‌ها و خدمات همراه با پرهیز از تبعیض در ارائه خدمات، نیاز به توجه به هیجان‌ها و عواطف بازماندگان و ابراز همدردی صحیح دیگران و کادر پزشکی با آنها و نیاز آسیب‌دیدگان به درک و تحمل واقعیت و همچنین نیازهای جسمی و روانی امداد‌رسانان مورد تأیید بیشتر شرکت‌کنندگان بود. مواردی مثل نیازهای مربوط به شناسایی کودکان بی‌سرپرست و مراقبت از آنها، نیازهای پزشکی خاص مثل نیازهای دارویی بیماران معتاد، نیازهای مربوط به حضور همراهان یا عیادت‌کنندگان مردمی در بیمارستان‌ها و برقراری ارتباط عاطفی و نگرانی‌های مالی در مورد آینده نیز برشمرده شد. در همین مورد بعضی از افراد اظهار کردند "بیماران معتاد علاوه بر دردهای ناشی از شکستگی و کوفتگی باید درد ناشی از ترک مواد را نیز تحمل می‌کردند." در مورد حضور عیادت‌کنندگان مردمی در بیمارستان‌ها نیز عده‌ای متذکر شدند که "عیادت‌کنندگان حتماً باید نحوه برخورد درست و موثر با مجروحین را بدانند و از برخی رفتارهای نامناسب مثل گریه کردن و یا فقط تماشاچی بودن اجتناب کنند."

در مورد نیازهای طولانی‌مدت و آتی افزون بر موارد بالا نیاز به مسکن با امکانات مناسب برای طولانی‌مدت، نیاز به از سرگیری فعالیت‌های اجتماعی، اشتغال و مشارکت بازماندگان در کلیه فعالیت‌های بازسازی، مراقبت پس از ترخیص بیمارانی که به شهرهای دیگر منتقل شده‌اند، و با توجه به فراوانی اختلالات روانی ناشی از بلایای طبیعی نیاز به بیماریابی، و تشخیص و درمان به موقع آسیب‌دیدگان برشمرده شد. یافته‌ها نشان داد که اقدامات فراوانی در زمینه برآوردن نیازهای پزشکی، امنیتی، نیازهای مادی اولیه، رسیدگی به امور اجساد، دور هم بودن اعضای خانواده و اطلاع یافتن از سایر اعضای خانواده و سرپناه گرفتن در محل قبلی زندگی و تهیه مسکن طولانی‌مدت، از سرگیری فعالیت‌های اجتماعی، اطمینان‌یابی از آینده و حضور نیروهای تخصصی بهداشت روان و جلوگیری از وارد شدن آسیب‌های اضافی صورت گرفته، ولی بیشتر از این موارد با تاخیر، ناکافی و جزئی بوده و برخی موارد جنبه سمبولیک داشته و برای همه نبوده است. به‌عنوان نمونه در مورد شروع به کار مدارس اظهار کردند "گرچه مدارس باز شده بود ولی برای همه نبوده و بیشتر در

با توجه به همبستگی بالایی که بین اعلام نیاز بازماندگان و گزارش امدادگران مشاهده شده است،^۳ مطالعه کیفی حاضر با انگیزه بررسی مشکلات ارائه خدمات بهداشتی و بهداشت روان به زلزله‌زدگان بم بر اساس مشاهدات و تجربیات تیم مداخله در بحران انستیتو روانپزشکی تهران انجام شد. نتایج آن می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های بعدی در شش ماهه و سال اول و موارد مشابه استفاده گردد.

روش بررسی

مطالعه حاضر به روش پژوهش کیفی و بحث گروهی متمرکز (Focus Group Discussion) یا "مصاحبه گروهی" انجام شد تا به آنچه هست و چرا هست، به جای اینکه چه مقدار از آن وجود دارد پرداخته شود.^۴ در مطالعه حاضر که یک ماه پس از وقوع زلزله بم، انجام شد از ۳۵ نفر که طی چهار هفته اول پس از زلزله در برنامه‌های امداد‌رسانی بهداشت روان انستیتو روانپزشکی تهران در زلزله بم، در ستاد امداد‌رسانی در انستیتو و در شهر بم و در تعدادی از بیمارستان‌های شهر تهران مشارکت داشتند جهت حضور در بحث گروهی متمرکز دعوت شد. این افراد در چهار گروه هشت یا ۹ نفری همسان تقسیم شدند. افراد هماهنگ‌کننده جلسات (سه نفر روانشناس بالینی و یک دستیار روانپزشکی) طی یک جلسه به‌طور انفرادی به روش آموزش و ایفای نقش، آموزش دیدند و جلسات با حضور و نظارت اعضای تیم پژوهش و اساتید روانپزشکی و روانشناسی برگزار شد. پرسشهای پژوهش توسط هماهنگ‌کننده در جلسات مطرح شد و کلیه افراد گروه نظرات خود را بیان کردند و کلیه پاسخ‌های یادداشت شد و همزمان توسط ضبط صوت روی نوار، ضبط شد. محتوای یادداشت و نوارهای ضبط شده بر اساس اهداف پژوهش کدبندی شد و سپس زیر نظر مجریان پژوهش و مشاوران داده‌ها جمع‌بندی شدند. مجموعه فعالیت‌های فوق طی یک ماه پس از اجرای پژوهش انجام شد.

یافته‌ها

در بررسی نیازهای اولیه و اساسی بهداشت روان زلزله‌زدگان بم، نیازها به دو دسته فوری و طولانی‌مدت تقسیم شدند. نیازهای فوری شامل نیازهای مادی اولیه (مانند غذا، آب، پوشاک، چادر، حمام، دستشویی بهداشتی، وسایل گرم‌کننده و پخت و پز؛ همچنین نیاز به برقراری امنیت، نیاز به در کنار هم بودن اعضای یک خانواده و آگاهی

زندگی، رسیدگی به امور تدفین و خاکسپاری، استفاده از روحانیون آموزش‌دیده در امور معنوی و به‌ویژه تدفین کشته‌شدگان و تسکین بازماندگان، تأمین امکانات رفاهی و اسکان همراهان مصدومین و رسیدگی به امور رفاهی و اسکان و وضعیت روانی امدادگران، اقداماتی بود که باید در یک ماهه اول پس از وقوع حادثه با برنامه‌ریزی قبلی صورت می‌گرفت. همچنین در زمینه اقدامات عمومی - امدادی بیشتر به موارد زیادی اشاره کردند، مواردی مثل بیماریابی و ارائه خدمات تخصصی روانپزشکی و روانشناسی به آنان، راه‌اندازی شبکه بهداشت روانی، برگزاری جلسات گروهی بازگویی روانشناختی در سطح محله‌ها و مدارس، مداخله در مصیبت شامل آموزش تکنیک‌های مقابله با افکار مزاحم، برانگیختگی یا اجتناب، ارائه خدمات پیشگیری و درمان اعتیاد، از سرگیری فعالیت اجتماعی و عادی روزانه، راه‌اندازی شبکه خدمات اجتماعی و رسیدگی به وضعیت و مشکلات روانشناختی نوجوانان و پیشگیری از بزهکاری و سوءاستفاده از آنها، جلب مشارکت عمومی مردم منطقه و بازماندگان در امور بازسازی، اشتغال‌زایی، پی‌گیری مشکلات طبی، بازتوانی معلولین و تشکیل پرونده‌های خدمات اجتماعی و اقتصادی برای افراد در مواردی اشاره شد. بیشتر افراد ابراز نمودند که اقدامات انجام شده در این یک‌ماه به‌ویژه در روزهای اول نامتناسب با نیازهای بیان شده زلزله‌زدگان بوده است و به مواردی مثل پراکندگی و عدم هماهنگی ارائه خدمات و کندی امداد رسانی اشاره کردند. حمایت عاطفی و فراهم نمودن شرایط تخلیه هیجانی و بازگویی روانشناختی که تنها از اواخر هفته دوم مشهود بود و به تدریج در طول ماه اول سیر رو به بهبود نهاد اما برای جمعیت محدودی بود. در زمینه آموزش علمی و عملی کارکنان بهداشت روان اکثر افراد معتقد بودند علیرغم برگزاری برخی کارگاه‌های آموزشی وزارت بهداشت و هلال احمر در ماه‌ها و سال‌های قبل، تا قبل از زلزله اقدام جدی و فراگیری صورت نگرفته بود ولی بعد از وقوع زلزله این کار در ابعاد وسیع‌تر و به‌صورت فشرده در کارگاه‌های هفتگی دو روزه در کرمان و بم صورت گرفته که بسیار موثر بوده است. همچنین به‌سرعت کتابچه‌ها و بروشورهای آموزشی اختصاصی در انستیتو روانپزشکی تهران تهیه شد که علیرغم توزیع نامناسب آن در منطقه، گروه هدف از آن استقبال زیادی کردند. گروه‌ها بیان نمودند که علاوه بر کارکنان بهداشت روان، افراد دیگری مثل روحانیون، کلیه کادر بهداشت و درمان پزشکی، کلیه کادر

اردوگاه‌ها بوده تا در داخل شهر و بیشتر جنبه سمبولیک و نمادین داشته است." به‌علاوه بیشتر افراد معتقد بودند نیازهایی از جمله برخورد صحیح با مراحل سوگ، اسکان همراهان بیماران در بیمارستان‌ها و تعیین وضعیت بیماران پس از ترخیص از بیمارستان، نیازهای بیماران معتاد، برخورد صحیح مردم با آسیب‌دیدگان و حفظ حرمت و آبروی آنها، آموزش نیروهای متخصص و نیازهای مربوط به سرپرستی کودکان بی‌سرپرست و سرگرمی و تفریح کودکان تا زمان انجام مطالعه برآورده نشده است. در مورد اخیر یکی از افراد بیان می‌کرد "در یک اردوگاه کتابخانه‌ای برای سرگرمی کودکان باز شده بود ولی به بهانه گم شدن کتاب‌ها در مورد امانت کتاب سخت‌گیری شد." در مورد آموزش نیروهای متخصص نیز یکی دیگر از افراد می‌گفت "برخی از پزشکان و امدادگران در اثر برخوردهای نامناسب همراهان بیماران دچار یأس شده بودند. مثلاً یکی از همراهان بیماران به‌دلیل خشمی که داشت چادر هلال احمر را پاره کرده بود و باعث ناراحتی پزشکان شده بود در حالی که آنها نمی‌دانستند که این خشم طبیعی است و نحوه برخورد با آن را نمی‌دانستند." در این بررسی اقداماتی که باید جهت برآورده شدن این نیازها طی یک‌ماه اول پس از زلزله انجام می‌شد به دو دسته اقدامات بهداشت روانی و عمومی - امدادی تقسیم شد. در این زمینه بیشترین افراد معتقد بودند یک‌سری از اقدامات بایستی قبل از وقوع حادثه و یک‌سری هنگام وقوع حادثه انجام می‌شد. در مواردی که بایستی قبل از وقوع حادثه انجام می‌شد در زمینه اقدامات بهداشت روانی به آموزش تخصصی بهداشت روان بلایای طبیعی به گروه‌های بهداشت روان و تدارکات بسیار دیگری که در متن اصلی گزارش^۸ آمده است اشاره شد. همچنین در مورد اقداماتی که به‌هنگام وقوع حادثه و طی یک‌ماه پس از وقوع حادثه به‌طور فوری باید انجام می‌شد، به موارد زیادی اشاره شد. اکثر افراد معتقد بودند در زمینه اقدامات بهداشت روانی، اعزام فوری گروه‌های بهداشت روان، شروع به کار آنها طبق برنامه‌های قبلی، هماهنگی مدیریت بهداشت روان با رسانه‌ها به‌ویژه صدا و سیما در مورد شیوه‌های صحیح اطلاع‌رسانی، آموزش آسیب‌دیدگان در مورد انتظارات واقعی پس از حادثه و منابع خدمت‌رسانی، گرد هم‌آوری سریع اعضای خانواده و تعیین وضعیت مفقودین، ساماندهی وضعیت کودکان بی‌سرپرست، مشارکت دادن بازماندگان در امر امداد رسانی، تشویق به سکونت در محل قبلی

در سایر حوادث مثل زلزله‌های قبلی و جنگ بود که این امر مستلزم ثبت و انتشار نتایج هر حادثه جهت استفاده دیگران است. همچنین اکثر افراد معتقد بودند با شناسایی ویژگی‌های مناطق زلزله خیز و مسایل فرهنگی هر منطقه جهت انجام مداخلات ویژه مناسب و آموزش همگانی اقدامات عمومی بهداشت روان به هنگام وقوع زلزله را باید از قبل طراحی و آماده داشت. تجهیز و آموزش تیم‌های زنده‌یاب، کمک‌گیری از ستادهای بحران غیر دولتی و تجهیز امکانات رفاهی امدادگران نیز بایستی در نظر گرفته شود.

بحث

بررسی نیازهای اولیه و اساسی بهداشت روان زلزله‌زدگان بم تشابه زیادی با نیازهای آسیب‌دیدگان بلایای طبیعی در گزارش‌های صلیب سرخ آمریکا در سال ۲۰۰۴ و مرکز اختلال استرس پس از ضربه در سال ۲۰۰۰، Gordon در سال ۲۰۰۰، Joseph در سال ۱۹۹۷ و Miyake در سال ۱۹۸۹ داشت.^{۹-۱۰} بررسی اقدامات انجام شده جهت رفع این نیازها نشان داد اولاً اقدامات انجام شده همه نیازها را پوشش نداده و ثانیاً در اکثر موارد با تاخیر و نامتناسب با نیازها بوده است. گرچه Rubin در سال ۲۰۰۰ نشان داده‌اند که معمولاً خواست‌های مردم برای دریافت کمک بیش از نیازهای واقعی آنهاست^{۱۱} و de Ville de Goyet در سال ۱۹۹۶ نیز عدم تناسب درصد بالایی از کمک‌های ارسالی با نیازهای فوری آسیب‌دیدگان را نشان داده‌اند،^{۱۱} ولی نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد عدم تناسب اقدامات انجام شده با نیازهای زلزله‌زدگان بم بیشتر ناشی از عدم هماهنگی و ضعف مدیریتی و برنامه‌ریزی بوده است و از منابع و امکانات موجود استفاده بهینه نشده است. مثلاً در مورد منابع آموزشی برخی به وجود طرحی در وزارت بهداشت اشاره کردند^{۱۲} که کمتر کسی آن را دیده است و یا در مورد منابع انسانی تنها تعداد کمی از نیروها، آموزش تخصصی بهداشت روان بلایای طبیعی را قبل از وقوع حادثه دیده بودند ولی پس از زلزله با برگزاری کارگاه‌های فشرده دو روزه در کرمان نتایج قابل توجهی به دست آمد. با توجه به قرارگیری منطقه بم در راه ترانزیت مواد مخدر و دسترسی آسان به این مواد و میزان بالای سوء‌مصرف مواد و وابستگی در اهالی منطقه، وقوع زلزله باعث بروز علائم ترک اعتیاد در بسیاری از افراد و مجروحین شد که این مسئله مستلزم آموزش نیروهای امدادگران و کادر پزشکی و تخصصی در

آموزش و پرورش، مقامات دولتی و کشوری و محلی، نیروهای نظامی و انتظامی، کلیه امدادگران، بازماندگان زلزله و سایر مردم جامعه و حتی هنرمندان و مجریان و برنامه‌سازان صدا و سیما نیز می‌توانستند در صورت آموزش مناسب در برآوردن نیازهای بهداشت روان زلزله زدگان نقش موثرتری داشته باشند. در مورد بررسی وجود آمادگی کافی در برآوردن این نیازها اکثر افراد با اشاره به مواردی در زمینه "منابع انسانی و آموزشی، هماهنگی‌های قبلی و تجهیزات که در قبل به آن اشاره شد، معتقد بودند منابع انسانی آموزش دیده محدود بودند، منابع آموزشی محدود بود و یا در دسترس قرار نگرفت، عدم هماهنگی نیروهای بهداشتی منجر به موازی کاری و استفاده نابجا از نیروها شد و امکانات اولیه مداخلات بهداشت روانی مثل وسایل اولیه امدادی- وسایل آواربرداری و حتی بیل- در روزهای اول نیز موجود نبود." در بررسی موانع ارائه خدمات بهداشت روان به زلزله‌زدگان اکثر افراد به عدم آگاهی مدیران، مسئولین و مردم به اهمیت و ضرورت بهداشت روان به‌عنوان نیاز اساسی زلزله‌زدگان، نبود سرشماری اولیه از نیروها و کمبود نیروهای انسانی آموزش دیده و با مهارت، فقدان یا در دسترس نبودن برنامه مدون قبلی، عدم توجه به مشکلات رفاهی و اقامتی نیروهای بهداشت روان، فرسودگی و خستگی آنها اشاره کردند و همچنین عده‌ای بوروکراسی اداری دست و پاگیر، عدم هماهنگی بین سازمانی و تفکیک وظایف و وجود افراد ناشناس در منطقه جهت سوءاستفاده از کمک‌های ارسالی را نیز برشمردند. در نهایت پیشنهاداتی درباره بهداشت روان توسط افراد شرکت‌کننده برای ماه‌های بعد و در صورت تکرار فاجعه در سایر مناطق ارائه شد. کلیه افراد به مدیریت واحد و جامع به‌عنوان اولویت اول اشاره کردند و معتقد بودند لازم است تیم‌های مداخله در بحران بهداشت روان در مراکز آموزشی- پژوهشی مثل انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان به تهیه برنامه و آماده‌سازی راهنمای آموزشی، پمفلت، بروشور، اجرای کارگاه‌های آموزشی و تهیه دستورالعمل‌های بهداشت روان و موارد دیگر را به‌عهده داشته باشد. پیشنهادات دیگر شامل در نظر گرفتن دوره آموزش بهداشت روانی بلایای طبیعی در برنامه‌های آموزشی دانشجویان پزشکی، پرستاری، پیراپزشکی و دوره‌های دستیاری روانپزشکی و سایر تخصص‌های پزشکی، سرشماری و شناسایی نیروها، استفاده از تجربیات سایر کشورها در حوادث مشابه و تجربیات کشور خودمان

مهارت کافی کسب کنند. همچنین سایر کارکنان ارائه خدمات فوریته، کادر درمانی و پزشکی، امدادگران، مقامات کشوری و محلی و روحانیون با گذراندن دوره‌های آموزشی مناسب می‌توانند نقش موثری در ارائه خدمات بهداشت روان داشته باشند. با توجه به نقش مذهب و تعلیمات مذهبی در تحمل مصایب و بلاها بر نقش روحانیون تاکید می‌شود. توجه به نیازهای خاص هر منطقه از جمله وجود اعتیاد در منطقه بم مستلزم آموزش نیروهای امدادی و پزشکی در زمینه شناخت و درمان علائم ترک می‌باشد. دیگر پیشنهادات، آموزش عمومی، شناسایی و آموزش نیروها، تشکیل تیم‌های مداخله در بحران و آموزش مستمر نظری و عملی همراه با تکرار آن در سایر حوادث و تهیه متون آموزشی برای گروه‌های مختلف و ثبت و انتشار نتایج حوادث داخلی و خارجی می‌باشد. در زمینه مدیریتی به تشکیل سازمان مرکزی بحران و همکاری آن با سازمان‌ها و واحدهای دیگر داخلی مثل بهداشت روان و سازمان‌های خارجی می‌توان اشاره کرد. همچنین با اشاره به توانایی‌ها و امکانات آموزشی و پژوهشی انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان به نظر می‌رسد این واحد می‌تواند نقش مهمی در کمک به برنامه‌ریزی علمی و سایر اقدامات اجرایی مرتبط با بلاهای طبیعی فعلی و آتی داشته باشد. پیشنهاد دیگر مربوط به انجام مطالعات مشابه در سایر گروه‌ها از جمله مردم آسیب‌دیده و سایر گروه‌های امدادگران می‌باشد. یافته‌های این مطالعه می‌تواند علاوه بر به‌کارگیری در برنامه‌های کمک‌رسانی و بازسازی، مبنای برنامه‌های ارزشیابی میزان پیشرفت و بهبود عملکرد خدمت‌رسانی، بازسازی و تجدیدنظر در برنامه و ستادهای امداد رسانی حوادث باشد. *سپاسگزاری*: بدینوسیله از اساتید آقایان دکتر سید اکبر بیان‌زاده و دکتر علی اصغر اصغرنژاد فرید که در طراحی پژوهش و از دانشجویان، دستیاران و خانم دکتر مریم بختیاری و آقای دکتر احمد حاجبی که با حضور در منطقه زلزله‌زده بم تجارب خود را در اختیار ما گذاشتند سپاسگزاری می‌شود. این طرح توسط انستیتو روانپزشکی تهران - مرکز تحقیقات بهداشت روان با حمایت و مشارکت داوطلبانه همگان انجام شد که جای سپاسگزاری فراوان دارد.

References

1. National Center for PTSD. National Mental Health services: A Guidebook for clinicians and administrators. (2000). Available on: [http://www.ncptsd.org/documents/indet.htm].
2. American Red Cross. Disaster services. (2004). Available on: [http://www.firelandsredcross.org/disaster.htm].

Mental health intervention in Bam earthquake crisis: a qualitative study

Bolhari J.^{1*}
Chime N.²

1- Department of Psychiatry,
Mental Health Research Center
Iran University of Medical
Sciences

2- Department of Family Study,
Shahid Beheshti University

Abstract

Background: Mental health needs to increase in disasters and this study assesses the basic and mental health needs and delivered services during the first month after Bam (Iran) earthquake disaster in year 2004.

Methods: Thirty Five mental health professionals and experts were involved in mental health care and interventions for survivors in Tehran general hospitals and in the Bam, were participated in a focus group qualitative study, and finding analyzed after coding from tape recorder.

Results: The primary and immediate needs of survivors were: water, food, shelter, security, finding family members, treating and helping injured ones, respect and good relationship by others, and information and news about disaster and others. Second and long time needs and services were the previous needs and services and also immediate starting the daily routine activities, opening schools and workplaces, participating in community services and resettlement or housing. Lack of previous program and inadequate services are discussed in the paper.

Conclusion: It is the first time in Iran survivors get immediate mental health intervention in disaster, but based on finding and the survivors needs, and the problems reported in services were delivered, the study proposes a new mental health intervention program in natural disaster for Iran.

Keywords: Earthquake, crisis intervention, natural disasters, mental health, needs assessment.

* Corresponding author: Mansouri St.,
Niayesh St., Satarkhan Ave. Tehran
Tel: +98-21-66509024
email: bolharij@yahoo.com