

فصل اول

گرچه چند ماه از فاجعه دردناک زمین لرزه بم می‌گذرد، اما تا زودود شدن آثار جان کاه و ناگوار آن از چهره آسیب‌دیدگان این فاجعه و سیمای کشور سالها وقت لازم است. به ویژه بهبود آثار زیانبار روانی - رفتاری آن بسیار بیشتر از آثار فیزیکی و ظاهری نیاز به زمان و کوشش‌های درمانی و مداخله‌ای دارد. زیرا زمین لرزه همچون بسیاری از بلایای طبیعی دیگر نیز کل خانواده‌ها، اجتماعات و شهرها را با سرعت و قدرت به ویرانی می‌کشاند و انسانها را دچار ترس و نگرانی شدید می‌کند و هزینه‌های سنگین تعمیر، بازسازی و ماهها کار فشرده پیامد این حوادث است. با وجود این مدتها پس از آنکه خانه‌ها، مدرسه‌ها و مراکز خرید بازسازی می‌شوند، پیامدهای زیانبار روانشناختی ناشی از این حادثه بازماندگان آن را رنج می‌دهد با وجود این اغلب نیازهای بهداشت روانی افراد آسیب‌دیده از حوادث غیرمترقبه تا مدتها پس از بروز این حوادث به دلیل در اولویت بودن نیازهای مادی اولیه، به تأخیر می‌افتد و یا به کلی نادیده گرفته می‌شود (رحمان^۱، ۱۹۹۹) از سوی دیگر گرچه اهمیت فراهم کردن آب سالم بهداشتی، پناهگاه و یا سرپناه امن، رسیدگی به زخمی‌ها و مصدومین، تخلیه و دفن اجساد و قربانیان حوادث، بلافاصله پس از بروز حوادث غیرمترقبه دارای اولویت می‌باشند اما، پزشکان، پرستاران، روانپزشکان و مقامات بهداشتی کشورها نسبت به اهمیت وضعیت روانی و بهبود کامل پیامدهای روانی حوادث غیرمترقبه اهمیت زیادی قائل هستند (همان جا).

چهارچوب نظری موضوع پژوهش

طبیعت در طول تاریخ چهره خشن خود را با پدیده‌های ویرانگری همچون سیل، آتشفشان، توفان، گردباد، آتش‌سوزی‌های گسترده و زمین‌لرزه به انسان نشان داده است. این بلاها بخشی از زندگی ماست و همواره ما را تهدید می‌کنند و هر از چند گاهی گروه بزرگی از هموعان ما را به کام مرگ

¹ - Rahman

می‌فرستند و یا دچار آسیب‌های جدی جسمی و روانی می‌کنند. از سوی دیگر هر اندازه که علم به پیشرفت‌های بی‌سابقه دست یابد باز هم رسیدن به نقطه صفر خطر ناممکن است.

نگاهی به ارقام و آمار بلاهای طبیعی نشان می‌دهد که هر سال در کره زمین بیش از ۱۰۰۰۰۰ طوفان، ۱۰۰۰۰ سیل، هزاران مورد رانش زمین، بیش از ۱۰۰ زمین لرزه ویرانگر، صدها مورد آتش‌سوزی گسترده، دهها مورد تندباد، گردباد، توفند و دیوباد رخ می‌دهد (هیز^۱، ۱۳۷۷). گزارش اتحادیه بین‌المللی انجمن‌های صلیب سرخ و هلال احمر^۲ (۱۹۹۳) گویای آن است که در فاصله سالهای ۱۹۶۷ تا ۱۹۹۱ طی ۷۷۶۶ فاجعه طبیعی در سطح جهان، مرگ بیش از ۷ میلیون از ساکنین روی زمین را سبب گردیده و زندگی ۳ میلیارد نفر را تحت تأثیر قرار داده است.

این حوادث افزون بر پیامدهای زیانبار مالی و تلفات جانی گسترده عواقب روانی و پیامدهای روانشناختی عمیقی بر جای می‌گذارند که گاهی تا سالها بازماندگان این بلایای طبیعی را رنج می‌دهند. ترس از رخداد و تکرار حوادث مصیبت‌بار آینده، شایعترین نگرانی و ناراحتی بازماندگان حوادث غیرمترقبه است. این ترس شاید به این دلیل باشد که افراد آسیب‌دیده، احتمال وقوع حوادثی مانند آنچه را که تجربه کرده‌اند، بسیار بیش از میزان واقعی آن برآورد می‌کنند. بسیاری از آنان احساس می‌کنند که منتظر یک رویداد بسیار بد و ناگوار و در شرف وقوع هستند. امروزه متخصصان روانشناسی، علوم رفتاری، روانپزشکی و بهداشت روانی بیش از هر زمان دیگری دریافته‌اند که این حوادث می‌توانند تأثیرات دیرپا و عمیقی بر افراد درگیر در آنها بر جای بگذارند و بر این باورند که با کمک به موقع به آسیب‌دیدگان می‌توانند به آنها کمک نمایند تا به شکل موثر با استرس‌های فوق‌تحمیل بشری که پس از بالای طبیعی با آنها روبرو می‌شوند، خود را سازگار نمایند (ژوزف^۳، ویلیامز^۴، و یول^۵، ۱۹۹۷). هدف آنان این است که از پیامدهای منفی و دیرپای روانشناختی حوادث غیرمترقبه

¹ - Hays

² - International Federation of Red Cross and Red Crescent

³ - Joseph

⁴ - Williams

⁵ - Yule

مانند اختلال پس از ضربه استرس (PTSD)¹ پیشگیری نمایند و زمینه را برای بهبودی کامل اثرات زيانبار حوادث غيرمترقبه آماده نمايند (رحمان، ۱۹۹۹).

اهمیت نظری و عملی پژوهش

در نخستین ساعت‌های بامداد جمعه پنجم دی ماه ۱۳۸۲ زمین لرزه هولناک بم سبب ویرانی و خسارت‌های شدید به بیش از ۹۰ درصد ساختمان‌های این شهرستان و روستاهای اطراف آن گردید. در این فاجعه بیش از ۲۶ هزار گشته و نفر زخمی بر جای ماند. بسیاری از بازماندگان این حادثه افزون بر خانه و کاشانه خود، یک یا چندین تن از بستگان، و اعضای خانواده خود را از دست دادند، با فشارهای روانی شدیدی روبرو شدند و پس از این حادثه برای نیازهای اولیه خود نیازمند دیگران شدند. ابعاد فاجعه سبب گردید که ضمن بسیج کشور و ایجاد وضعیت فوق‌العاده در سراسر کشور، بسیاری از کشورهای جهان در امر کمک‌رسانی شرکت نمایند. با نگاهی به بررسی‌های انجام شده پیرامون پیامدهای روانشناختی و رفتاری بلاهای طبیعی می‌توان دریافت که این حوادث اثرات عمیق و دراز مدت بر زندگی افراد بر جای می‌گذارند (تیچنر^۲ و همکاران، ۱۹۷۶؛ به نقل از انستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۷۳؛ ژوزف و همکاران، ۱۹۹۷؛ دفتر امور هماهنگی و انسان دوستانه سازمان ملل^۳، ۱۹۹۷؛ نوریس^۴، فرایدمن^۵ و واتسون^۶، ۲۰۰۲) بررسی‌ها همچنین نشان داده‌اند که مداخلات درمانی، امدادرسانی به موقع به ویژه در ساعت‌های اولیه پس از بروز حوادث غیرمترقبه و هنگامی که این حوادث با تلفات و خسارات جانی و مالی گسترده‌ای همراه است، می‌تواند تا حدودی از بروز اختلال‌های روانی چون اختلال پس از ضربه استرسی پیشگیری کند. برآوردن نیازهای اولیه

¹ - Post Traumatic Stress Disorder

² - Titchener

³ - United Nations Office for the Coordination of Humanitarian

⁴ - Norris

⁵ - Friedman

⁶ - Watson

بازماندگان، به ویژه کودکان و زنان در کشورهای رو به رشد از اهمیت اساسی برخوردار است (نوریس و همکاران، ۲۰۰۰).

ارائه حمایت‌های روانی - اجتماعی در نخستین روزهای پس از بروز حادثه (رول^۱، ۲۰۰۱؛ رحمان، ۱۹۹۹) نقش مؤثری در کاهش اثرات زیانبار بلایای طبیعی دارد. از سوی دیگر اقدام مؤثر در زمینه برآوردن نیازهای اولیه آسیب‌دیدگان و بازماندگان حوادث، مستلزم یک ارزیابی و برآورد دقیق از نیازهاست (دوگریس^۲، اریکسون^۳، فولز^۴، گرین^۵ و هو^۶، ۲۰۰۱، روبین^۷، هوولمنز^۸، تومیک کیکا^۹، بیرنباوم^{۱۰}، ۲۰۰۰).

با توجه به ویژگیهای منحصر به فرد و یا نادر این زمین لرزه از نظر زمین‌شناسی که سبب انتشار امواج عمودی، افقی و جانبی در سطح زمین گردید و گسترده بودن دامنه تلفات مالی و جانی، همچنین قطع خطوط ارتباطی، برق، شبکه آبرسانی، بسته شدن خیابانها و راه‌ها به دلیل فروریختن آوار، لزوم رسیدگی به امداد رسانی را از نخستین دقایق پس از بروز حادثه و غربالگری اختلال‌های روانشناختی و مداخلات درمانی مربوط به آنها را از نخستین روزهای پس از بروز حادثه ضروری می‌نمود. ارزیابی نیازهای آسیب‌دیدگان در ساعات‌های اولیه و روزهای نخست بروز حادثه از اولویت‌های امداد رسانی تلقی گردید.

اهداف پژوهش

این بررسی با هدف‌های زیر انجام گردید:

۱- وضعیت بهداشت عمومی آسیب‌دیدگان و بازماندگان زلزله چگونه است؟

¹ - Revel
² - De Grace
³ - Ericson
⁴ - Folz
⁵ - Greene
⁶ - Ho
⁷ - Rubin
⁸ - Heuvelmans
⁹ - Tomic-Coca
¹⁰ - Birnbaum

- ۲- وضعیت روانی - اجتماعی آسیب دیدگان و بازماندگان زلزله چگونه است؟
- ۳- وضعیت تغذیه و محل سکونت آسیب دیدگان و بازماندگان زلزله چگونه است؟
- ۴- گروههای اعزامی به منطقه آسیب دیده چه ارزیابی از وضعیت آسیب دیدگان دارند؟
- ۵- دیدگاه گروههای اعزامی به منطقه آسیب دیده درباره بازسازی و بهبود وضعیت بازماندگان چگونه است؟
- ۶- دیدگاه گروههای اعزامی به منطقه آسیب دیده درباره ارائه خدمات در منطقه چگونه است؟
- ۷- نقش نهادها و سازمانهای دولتی و غیر دولتی در ارائه خدمات و امداد چگونه بوده است؟
- ۸- موانع موجود در ارائه خدمات بهتر به بازماندگان چیست؟
- به طور کلی هدف از انجام این بررسی به دست آوردن تصویری از وضعیت زلزله زدگان، کاستی‌ها و کمبودهای آنان بوده است تا با ارائه این یافته‌ها به مسئولان و برنامه‌ریزان، اقدامات لازم در راستای بهبود وضعیت بازماندگان و آسیب دیدگان از این حادثه و حوادث مشابه آن انجام گیرد.
- از آنجا که نیازهای مختلف بازماندگان را بیشتر از هر کسی خود آنها تشخیص می‌دهند و برای برآوردن نیازهای آنان نخست باید از دیدگاه‌ها و نقطه‌نظرهای خود آنها آگاه شد، این بررسی می‌تواند در راستای برآوردن نیازهای واقعی آنها مؤثر باشد.
- افزون بر این با توجه به موقعیت جغرافیایی منطقه، نزدیک بودن به کانون‌های توزیع مواد مخدر و شیوع بیشتر سوء مصرف مواد در این منطقه، که گرایش افراد را به سوء مصرف آنها در شرایط پراسترس بیشتر می‌کند، از سوی دیگر نبود مهارت‌های مقابله با شرایط استرس‌زا که سبب روی آوردن بسیاری از افراد به روشهای مقابله خطرناک و زیانباری چون سوء مصرف مواد می‌شود، آسیب‌های ناشی از خسارات‌های اقتصادی - اجتماعی برای زنان که آنها را به راههای غیر اخلاقی و غیر قانونی سوق می‌دهد و با توجه به مشکلات برقراری امنیت در منطقه، آگاه نمودن مسئولان و مقامات استانی و کشور از وضعیت موجود و در نظر داشتن این شرایط در هنگام برنامه‌ریزی پیرامون بازسازی مناطق آسیب دیده، ضروری به نظر می‌رسید.

فصل دوم

بلایای طبیعی رویدادهایی خارج از تجربیات عادی زندگی هستند و از دیدگاه‌های روانشناختی تا آن اندازه ایجاد پریشانی می‌کنند که می‌توانند در هر فرد بدون توجه به این که قبلاً حوادث غیرمترقبه را تجربه کرده باشند یا نکرده باشند، ایجاد استرس و فشار روانی نمایند (مرکز ملی اطلاعات بهداشت روانی^۱، ۱۹۹۴).

حوادث و بلایای طبیعی تأثیرات شدید و عمیقی بر زندگی انسانها برجای می‌گذارند، خسارت‌ها و زیانهای مالی و جانی گسترده را بر جامعه‌ها، خانواده‌ها و افراد تحمیل می‌کنند فعالیت‌های آنها را در عرصه اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی مختل می‌کنند و در عین حال همیشه رخ می‌دهند و هیچ جامعه‌ای را نمی‌توان نشان داد که خالی از این حوادث باشند. از این رو پژوهش در زمینه بلایای طبیعی و به دست آوردن اطلاعات هر چه بیشتر در زمینه این رویدادها برای همه مسئولین، برنامه‌گذاران و پژوهشگران امری حیاتی به شمار می‌رود. از این رو با ورود به دهه ۱۹۹۰ به دلیل سنگینی زیانهای مالی و جانی ناشی از حوادث طبیعی، مجمع عمومی سازمان ملل متحد این دهه را با عنوان "دهه کاهش زیانهای ناشی از بلایای طبیعی" نام‌گذاری نموده و به کاهش آسیب‌های مختلف ناشی از حوادث و بلایای طبیعی اختصاص داد. به بیان دیگر یک دوره ده ساله برای بهبود فعالیت‌های مربوط به کاهش زیانهای ناشی از بلایای طبیعی اختصاص یافت (مرکز ملی اطلاعات ژئوفیزیک^۲، ۲۰۰۴) تجربه نشان داده است که بکارگیری درست و به موقع دانش موجود، می‌تواند نقش اساسی در کاهش پیامدهای زاینبار اقتصادی و انسانی ناشی از فاجعه‌های طبیعی داشته باشد. از این رو سازمان ملل متحد، در فراخوانی از همه کشورها خواست تا با پیش‌بینی برنامه‌هایی توانمندی‌های بالقوه خود را بر پیامدهای مختلف حوادث فاجعه‌آمیز طبیعی مورد بررسی و بازبینی قرار دهند، نیازهای خود را برای بهبود این توانمندیها ارزیابی کنند و راهبردهایی را برای نیل به این هدفها در پیش گیرند. مهمترین

¹ - National Mental Health Information Center

² - National Geophysical Data Center

گام در این روند، شناسایی منابع اطلاعاتی، و تنظیم راهکارهایی برای مدیریت بحران و فعالیت‌های کاهش آسیب است (همان جا).

نگاهی به برخی از بلاهای طبیعی

حوادث غیرمترقبه به معنی اختلال و آشفتگی در اکولوژی و محیط زندگی فراتر از ظرفیت و توانمندی‌های انسان‌ها و اجتماعات برای ادامه فعالیت‌های عادی زندگی است. حوادث غیرمترقبه دو دسته‌اند: دسته اول بلاهای جغرافیایی و طبیعی مانند زلزله و خشکسالی و دسته دوم بلایای ساخته دست بشر مانند جنگ، نشت مواد شیمیایی و فعالیت‌های تروریستی هستند (رحمان، ۱۹۹۹).

حوادث غیرمترقبه عبارت از شرایطی هستند که در آنها خدمات فوریتی معمول پاسخگوی نیازهای آنها نیست و نیاز به بسیج منابع اضافی در سطح ملی و بین‌المللی می‌باشد به بیان دیگر مشکلات غیرعادی نیاز به راه‌حل‌های غیر عادی دارند (مرکز ملی اطلاعات بهداشت روانی^۱، ۱۹۹۴).

سیل

سیل معمول‌ترین بلایای طبیعی است که به طور عمده به دنبال بارش بارانهای شدید با آب شدن یخ و برف پدید می‌آید و شهرها و روستاهایی را که در کنار رودخانه و دشت‌های اطراف آن هستند، بیشتر در معرض خطر قرار می‌دهند.

سیل خسارات مالی، اختلال در زندگی اجتماعی، مشکلات بهداشتی و تخریب محیط زیست (به ویژه فرسایش خاک و آلودگی) را به دنبال دارد. برای نمونه سیل در مرداد ماه سال ۱۳۸۰ در استان گلستان به دنبال ریزش باران نیز (۴۵۰ میلی‌متر در مدت ۱۲ ساعت) سبب آسیب به چند صد روستا در

¹ - National Mental Health Information Center

مسیر سیل و ۲۰۰۰ میلیارد ریال خسارت گردید. با آنکه از چند ساعت پیش از وقوع سیل، احتمال جاری شدن آن از طریق رسانه‌های همگانی اطلاع داده شده بود، با این وجود در این حادثه ۲۱۷ تن از هموطنان ما جان باختند و خسارت‌های شدیدی به تأسیسات زیربنایی کشاورزی، تولیدی، و مراتع، جنگل‌ها و ساختمانهای دولتی و مسکونی وارد گردید (جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۰).

در سال ۱۹۹۷ در پی ریزش برف سنگین و ذوب سریع آن، همراه با ریزش باران شدید، سیل شدیدی در داکوتای شمالی جاری شد. در این حادثه بیش از ۱۰۰ هزار نفر از ساکنان محل که در معرض خطر تشخیص داده شدند، یعنی همه جمعیت محل ناگزیر به ترک منطقه شدند (هیز، ۱۳۷۷).

تندباد، گردباد و توفند

ساکنان مناطق ساحلی بیشتر در معرض خطر هستند. بادهای شدید، کولاک، باران‌های شدید، فرسودگی خاک‌های ساحلی، رعد و برق و تگرگ خسارات مالی و اختلال در زندگی اجتماعی را موجب می‌شوند. برای نمونه وزش بادهایی با سرعت ۲۴۰ کیلومتر در ساعت و کولاک در بنگلادش در نوامبر سال ۱۹۷۰ باعث مرگ بیش از ۵۹۶ هزار تن شد. بیش از چهار میلیون نفر صدمه دیدند، بیش از ۳۳۵ هزار خانه ویران شد و نزدیک به ۲۶۰ هزار دام به هلاکت رسید. در همین کشور در آوریل ۱۹۹۱، بر اثر وزش بادهای تند، موج‌هایی به ارتفاع ۸ متر ایجاد شد که نیمه شب شهر چیتاگانگ را مورد حمله قرار دادند. در نتیجه آن ۱۰ میلیون آواره، ۲۰۰ هزار کشته، ۱۳۹ هزار زخمی بر جای ماند. بیش از ۱/۵ میلیون ساختمان آسیب دیدند. اخطار به موقع، تخلیه سکنه و استفاده از پناهگاه سبب گردید که ضایعات و تلفات به شدت فاجعه سال ۱۹۷۰ نباشد (هیز، ۱۳۷۷).

¹ - Hays

زمین لرزه

زمین لرزه‌های کوچک هر روزه در تمام نقاط جهان رخ می‌دهند، اما زمین لرزه‌های شدید که کمتر رخ می‌دهند، می‌توانند، زیانهای مالی و جانی بیشتری نسبت به سیل و توفان‌های سخت به بار آورند، زمین لرزه‌ها خطرناک هستند، زیرا ناگهان و بدون اخطار رخ می‌دهند. و در زمان کمتر از یک دقیقه فاجعه می‌آفرینند و پیش‌بینی خسارات ناشی از آنها دشوار است. زمین لرزه‌های زیردریایی، کوه موج‌هایی پدید می‌آورند که فعالیت آنها شعاع زیادی را در برمی‌گیرد (گلیک^۱ و بیرنباوم^۲، ۱۹۹۸).

اجتماعاتی که نزدیک گسل‌های فعال، زمین‌های سست و ناستوار کنار دریا قرار دارند، به ویژه در برابر زمین لرزه‌های زیردریایی و آتش‌سوزی آسیب‌پذیرند (هیز، ۱۹۹۷). برای نمونه در ژانویه ۱۹۹۰ زمین لرزه "کوبه" ژاپن با بزرگی ۶/۹ درجه در مقیاس ریشتر با ۱۴۰ میلیارد دلار خسارت، زیانبارترین زمین لرزه جهان برآورد گردیده است. این زمین لرزه که قبل از سحر رخ داد ویرانی ۲۰۰ هزار خانه را به دنبال داشت. همچنین ۶۰۰ آتش‌سوزی، ۳۴۰۰۰ زخمی و ۶۰۰۰ کشته بر جای گذاشت (هیز، ۱۳۷۷). زمین لرزه ۶/۹ ریشتری سیتاک ارمنستان در روز هفتم دسامبر ۱۹۸۸، سبب ویرانی ساختمانهای قدیمی و بسیاری از ساختمانهای جدید از جمله مدارس و بیمارستانها گردید. در این فاجعه ۲۵۰۰۰ تن جان باختند و هزینه بازسازی خرابی‌ها بیش از ۱۶ میلیارد دلار برآورد گردید. همچنین در ۱۸ جولای ۱۹۷۶ زمین لرزه‌ای به بزرگی ۷/۸ ریشتر در نیمه‌های شب در تانگشان چین سبب کشته شدن ۲۴۰ هزار نفر و زخمی شدن بیش از ۸۰۰ هزار نفر گردید. کاربازسازی ویرانی‌های ناشی از این زمین لرزه بیش از یک دهه به درازا کشید (همان‌جا).

پیامدهای زمین لرزه بیستم اردیبهشت ۱۳۷۶ شمال خراسان با قدرت ۷/۳ درجه در مقیاس ریشتر نیز ۱۵۷۰ کشته و ۲۶۰۰ مجروح بر جای گذاشت. ۱۱ هزار خانه ویران شد و ۵۲ هزار نفر بی‌خانمان شدند. در این حادثه نیازهای اولیه آسیب‌دیدگان با کمک‌ها و امدادسانی به موقع نیروها و سازمانهای

¹ - Glick

² - Birnbaum

مقابله با حوادث غیر مترقبه و جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران به شکلی موثر برآورده شد (دفتر امور هماهنگی و انسان دوستانه سازمان ملل متحد^۱، ۱۹۹۷). به دلیل گسترده بودن آسیب‌های وارد شده یک روز پس از بروز حادثه، جمهوری اسلامی ایران در یک بیانیه بین‌المللی از طریق دفتر هماهنگی سازمان ملل متحد در ایران درخواست کمک از همه کشورها را مطرح نمود. در پاسخ به دعوت کوفی عنان دبیر کل سازمان ملل متحد، کمک‌های انسان دوستانه بسیاری از کشورها شامل چادر، پتو، دارو، لباس و مواد غذایی به مناطق آسیب‌دیده ارسال گردید. بسیاری از آسیب‌دیدگان در چادرها اسکان موقت شدند و گروهی از آنها توسط اهالی روستاهای اطراف که از زمین لرزه چندان آسیب ندیده بودند برای چندین روز غذا داده شدند (همان‌جا).

چرا حوادث غیر مترقبه و بلایای طبیعی دارای اهمیت ویژه هستند؟

پاسخ به این پرسش در تعریف حوادث غیر مترقبه نهفته است:

حوادث غیر مترقبه را به عنوان یک فاجعه بدون توجه به علت آن، آتش‌سوزی، سیل یا انفجار تعریف کرده‌اند که سبب خسارت‌های شدیدی گردیده تا آن اندازه که افزون بر منابع محلی نیاز به کمک سازمان‌های ملی و بین‌المللی برای بهبود و کاهش آثار زیانبار آن باشد (مرکز ملی اختلال پس از ضربه استرس^۲، ۱۹۹۹).

حوادث غیر مترقبه دارای ویژگی‌های زیر هستند:

- ۱- غیر قابل پیش‌بینی هستند، روشن است که اگر حوادث غیر مترقبه قابل پیش‌بینی بودند، امکان اجتناب از آنها وجود داشت. البته در بسیاری از مواقع می‌توان بروز یک حادثه غیر مترقبه را تا اندازه‌ای پیش‌بینی نمود. برای نمونه می‌توان پیش‌بینی کرد که پس از چند ساعت باران تند، سیل

¹ - United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (UNOCHA)

² - Post Traumatic Stress Disorder

خواهد آمد. اما این امر تنها یک احتمال است، و کمتر می‌توان از زمان واقعی بروز آن آگاه شد (مایک^۱، ۱۹۸۹).

۲- ناآشنایی: حوادث غیر مترقبه با رویدادهای معمولی تفاوت دارند. بسیاری از امدادگران و کارکنان حوادث غیرمترقبه با وظایف خود در حوادث غیرمترقبه کاملاً آشنا نیستند و نمی‌توان از آنها انتظار داشت که در آن شرایط استرس‌زا و ناآشنا بتوانند کار خود را به بهترین شکل انجام دهند.

۳- چرا من؟ بسیاری از بازماندگان حوادث غیر مترقبه از مشکلات روانشناختی عمیقی رنج می‌برند، به ویژه اگر شاهد صحنه‌های وحشتناک و تکان‌دهنده‌ای باشند یا چند تن از عزیزان و بستگان خود را از دست داده باشند. ناگهانی بودن و غیرقابل پیش‌بینی بودن حوادث، این پرسش را برای افراد مطرح می‌کنند که چرا من؟ بازماندگان این حوادث اغلب توانایی تفکر و عمل منطقی را از دست می‌دهند. آنها ممکن است از آسیب‌های روانشناختی بیشتر از آسیب‌های بدنی رنج برند که ممکن است هفته‌ها، سالها و گاهی تمام عمر با آنان همراه باشد (مایک، ۱۹۸۹).

۴- درگیر شدن سازمانهای خدمات مختلف: یکی از ویژگی‌های مهم حوادث غیرمترقبه و بلایای طبیعی، درگیر شدن سازمانهای خدماتی متعدد در امر امداد رسانی و رسیدگی به امور آسیب‌دیدگان است. نیروهای انتظامی، آتش‌نشانی، آمبولانس، خدمات بیمارستانی و گاهی نیروهای ارتش و امکانات عمومی مانند راه آهن و شبکه حمل و نقل بین شهری و مانند آن از جمله این سازمانها هستند (مایک، ۱۹۸۹).

¹ - Mike

واکنش‌های افراد در برابر بلایای طبیعی و حوادث غیر مترقبه

به طور کلی هنگامی که فرد در شرایط تهدیدکننده و فشار روانی قرار می‌گیرند، ممکن است با افزایش تنش عضلانی، افزایش دفعات دم و بازدم و بالا رفتن ضربان قلب واکنش نشان دهند. هنگامی که احساس می‌کنند شرایط تهدیدکننده پایان یافته، احساس آرامش می‌کنند. در هنگام آرامش، عضلات شل شده، ضربان قلب کاهش یافته، تنفس آرام و منظم می‌شود. در این شرایط فرد می‌تواند استراحت کند و انرژی از دست رفته را به دست آورد. اما هنگامی که افراد با شرایط فاجعه بار و فشار روانی شدید همچون زلزله‌های ویرانگر و یا سیلاب‌های گسترده روبرو می‌شوند، ممکن است به دلیل از دست دادن خانه، وسایل زندگی و دارایی‌های خویش و بالاتر از همه زخمی شدن یا فوت بستگان و نزدیکان خویش، به زودی نتوانند به شرایط آرامش بازگردند و مدتها در شرایط تنش و ناآرامی بسر برند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۲). از سوی دیگر می‌دانیم که برخی فعالیت‌های بیوشیمیایی بدن در شرایط فشار روانی طولانی مدت تغییر می‌کند و این تغییرات منشاء بسیاری از اختلال‌های روانی و بدنی است که افراد پس از تجربه طولانی مدت استرس با آن روبرو می‌شوند. بروز این اختلال‌ها افزایش میزان نگرانی فرد را در پی دارد. به بیان دیگر ممکن است روان فرد دچار دور باطلی شود که طی آن تشویش و نگرانی سبب افزایش اختلال‌های بدنی گردد و مشکلات بدنی، اضطراب و نگرانی افراد را افزایش دهند (کالات^۱، ۱۹۸۸).

از سوی دیگر هنگامی که یک حادثه غیرمترقبه رخ می‌دهد نگاه افراد درگیر در آن نسبت به بسیاری از اشیاء و پدیده‌های زندگی تغییر می‌کند. پیش از فاجعه آنان احساس می‌کرده‌اند که زندگی آنها از نظم برخوردار بوده و بر آن کنترل دارند. چند لحظه یا چندروز پس از بروز بحران آنان در می‌یابند که یک حادثه ناگهانی سبب وارد شدن تلفات جانی و خسارت‌های مالی شدیدی بر آنان گردیده، زندگی عادی آنان را دستخوش پریشانی نموده و توان کنترل شرایط زندگی خویش را از

^۱ - Kalat

آنان گرفته است. در این شرایط بسیاری از افراد، دچار ترس، نگرانی، خشم و افسردگی می‌شوند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۲). آنان ممکن است انتظار داشته باشند که بزودی بر مشکلات غلبه نموده و بهبودی یابند. اگر این پیش‌بینی تحقق نیابد، ممکن است نگرانی آنها افزایش یابد، احساس ضعف و درماندگی می‌کنند نسبت به آینده خود و بستگان خویش احساس بدبینی و ناامنی نمایند (همان جا).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که در هنگام بلاهای طبیعی و غیرعادی، نخستین واکنش بازماندگان نوعی کمرختی، بهت و مات‌زدگی است. اما چندی پس از زمان حادثه، ممکن است دچار بی‌قراری اشکال در تمرکز گردیده و انجام فعالیت‌های شغلی، زندگی عادی برای آنان دشوار شود. آنان ممکن است ساعت‌های زیادی را همه روزه با فکر کردن به حادثه اخیر بگذرانند و تا چندین ماه پس از یک فاجعه از بی‌اشتهایی، بی‌خوابی، احساس خستگی و کابوس‌های شبانه رنج برند (همان جا).

مشکلات شایع بازماندگان و آسیب‌دیدگان حوادث غیر مترقبه

همه انسانها در شرایط بحران و موقعیت‌های سخت و یا تهدیدکننده زندگی، دچار استرس و فشار روانی می‌شوند. این فشار روانی برخی از انسانها را بیشتر از سایرین تحت تأثیر قرار می‌دهد. میزان تأثیر بسیاری از فشارهای روانی را می‌توان کاهش داد و یا از تأثیر آن بر انسانها پیشگیری کرد. این امر در بهبود بهداشت روانی و جسمی افراد نقش به‌سزایی دارد (صلیب سرخ آمریکا، ۲۰۰۴؛ سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۲).

خوشبختانه همه کسانی که در معرض استرس‌های شدید قرار می‌گیرند، مبتلا به مشکلات روانی نمی‌شوند. از این رو شناسایی و سرند کسانی که آمادگی بروز اختلاهای روانی را دارند، نقش مهمی در برنامه‌ریزی نیازهای دراز مدت آنان داد (ویلیامز، ژوزف و یول، ۱۹۹۳). با وجود این افزون بر آن

¹ - American Red Cross

چه که بیان گردید، زنده شدن پی در پی و مکرر صحنه‌های حادثه در فکر و ذهن بازماندگان این حوادث یکی از مشکلات این افراد است. گویی آن حادثه تازه رخ داده است. برای نمونه فرد احساس می‌کند که دوباره زلزله شروع شده، درست همانند زمین لرزه‌ایی که چند روز یا چند هفته پیش رخ داده و سبب ویرانی خانه و کاشانه و از دست رفتن عزیزان و بستگان وی گردیده است. ممکن است فرد صداهایی را بشنود، بوهایی را احساس کند (احساس لرزش زمین و یا بوهای خاص) و همان احساسی را داشته باشد که در هنگام وقوع حادثه اصلی داشته است. عواملی چون صدای شکستن شیشه، تکان خوردن اتوبوس در حال حرکت و یا صدای فریاد، سبب یادآوری و زنده شدن آن خاطرات شوند. ممکن است این رویدادها مرتباً تکرار شوند و فرد توان بیرون راندن آنها را از ذهن خود نداشته باشد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۲).

- کابوس دیدن (خواب‌های ترسناک)

- بدخوابی

- زود عصبانی شدن (برای نمونه صدای بلند و ناگهانی مانند فریاد دیگران و یا صدای بسته شدن در، او را دچار خشم می‌کند).

- احساس غمگینی و ناامیدی

- ترس از تنها ماندن

- ترس از آسیب دیدن توسط افراد یا چیزهای نامعلوم

از جمله مشکلاتی است که بسیاری از بازماندگان حوادث غیرمترقبه را رنج می‌دهد، یادآوری صحنه‌های دردناک گذشته و کابوس‌های شبانه است که آنها را به شدت ناتوان و بی‌رمق می‌کند. این افراد نگرانی‌ها و ناراحتی‌های فراوانی دارند و به آسانی دچار وحشت و ترس می‌شوند. آنها ممکن است از دیدن چیزهای معمولی مانند تاریکی، دیدن مردم، مسافرت با اتومبیل یا اتوبوس دچار وحشت شوند.

احساس پشیمانی و گناه

احساس پشیمانی و گناه در بازماندگان حوادث غیرمترقبه نیز از مشکلات شایع این افراد به شمار می‌رود (روزن‌بام، سلیگمن، ۱۹۷۹).

از سوی دیگر بسیاری از بازماندگان حوادث غیرمترقبه دارای نگرانی‌ها و ترسهای واقعی فراوانی هستند. آنان ناگزیرند با مشکلات فراوانی که قبلاً با آنها روبرو نبوده‌اند از جمله تغذیه مناسب در شرایط بسیار آشفته و نامساعد، محل سکونت امن، حفظ موقعیت شغلی، خود را سازگار نمایند. آنها پیوسته در باره آنچه که از دست داده‌اند فکر می‌کنند و در باره آینده، به ویژه آینده فرزندان خود بسیار نگران هستند. گاهی این نگرانی‌ها آنچنان بر زندگی آنان مسلط می‌شوند که توان سازگاری فرد را از میان می‌برند. این وضعیت سبب بروز مشکلات عاطفی شدیدتر و ناراحتی‌های بدنی می‌گردد (ژوزف، ویلیامز و یول، ۱۹۹۷). به طور کلی می‌توان مشکلات این افراد را به شرح زیر طبقه‌بندی کرد:

الف) افسردگی

- اشکال در تمرکز
- احساس خستگی
- از دست دادن و یا بی‌علاقگی به کار
- احساس بی‌ارزشی، یا عدم اطمینان به خود
- احساس درماندگی
- ناتوانی در حفظ شغل
- افکار خودکشی
- بی‌اشتهایی
- اشکال در حافظه
- اشکال در به خواب رفتن یا تداوم خواب

ب) احساس گناه

- احساس گناه از آنچه انجام داده‌اند و یا انجام نداده‌اند.

- احساس غم و اندوه

ج) تکرار وقایع دردناک گذشته در فکر و ذهن

- کابوس دیدن

- دیدن خوابها و یا تخیلات خشونت‌بار

- زنده شدن صحنه‌هایی از حادثه

د) خشم و عصبانیت

- احساس خشم، بی‌قراری و پرخاشگری

- اشکال در ارتباط با دیگران

- بی‌اعتمادی نسبت به دیگران

- زود از جا پریدن با صداهای بلند و یا ناگهانی

- احساس جدا افتادن از دیگران

- ترس از عدم توانایی کنترل خود

- بحث و مجادله کردن با دیگران

ه) ناراحتی‌های بدنی

- ضربان قلب تند و نامرتب

- تنفس کوتاه و تند

- تعریق زیاد، دستهای مرطوب و سرد

- دهان خشک و احساس گرفتگی در گلو
- سرگیجه
- حالت تهوع
- اسهال
- گونه‌های گر گرفته
- تنش عضلانی
- سردرد
- تکرر ادرار
- ناتوانی جنسی یا انزال زودرس در مردان
- اختلال در عادت ماهانه زنان
- کاهش وزن
- مشکلات و دردهای پراکنده بدنی مانند دردهای شکمی و احساس خفگی (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۲).

مراحل بروز واکنش‌ها در رویارویی با بلایای طبیعی

بسیاری از افراد در هنگام بروز حوادث و بلایای طبیعی، تجربه مرگ ناگهانی مرگ عزیزان و بستگان، زیانهای مالی شدید و از دست دادن خانه و کاشانه خود، واکنش‌های کم و بیش مشابهی نشان می‌دهند. این واکنش طی چند مرحله به شرح زیر بروز می‌کنند:

- ۱- انکار: بلافاصله پس از بروز یک حادثه فاجعه بار و بروز خسارت‌های مالی و جانی، بازماندگان از پذیرش واقعیت‌ها خودداری می‌کنند و هر گونه زیان، خسارت و از دست دادن را انکار می‌کنند. در عین حال دچار نوعی بهت‌زدگی، بی‌حسی و کرختی می‌شوند. از این رو ممکن است شرکت در فعالیت‌های پیشگیرانه مختلف را نپذیرند، زیرا هنوز باور

نکرده‌اند که مشکلی پیش آمده است. گریه نکردن، حرف نزدن درباره مرگ عزیزان نوعی انکار به شمار می‌رود.

۲- خشم: معمولاً چند روز پس از حادثه، افراد وارد مرحله دوم می‌گردند. در این مرحله افراد پرخاشگر، انتقادگر و پرتوقع می‌شوند. ممکن است خشم خود را به صورت غیرطبیعی ابراز نمایند و ممکن است به صورت کلامی فحاشی و نفرین کردن خشم خود را برون‌ریزی نمایند. در این مرحله ممکن است خود را با این پرسش روبرو بینند که چرا این مصیبت‌ها تنها برای آنها رخ داده است (بواله‌ری، اصغرنژاد و موتابی، ۱۳۷۵).

۳- متوسل شدن: در این مرحله افراد تا حدودی واقعیت‌های موجود را می‌پذیرند، اما هنوز کاملاً امید به برگشت به شرایط گذشته را از دست نداده‌اند. از این رو ممکن است به نذر و نیاز روی آورده، بهبود حال بستگانی را که دچار صدمات جدی شده‌اند و یا ناپدید شده‌اند را آرزو نمایند و یا میزان خسارت‌ها را کمتر از آنچه که برآورد شده ببینند.

۴- افسردگی: پس از چندی مرحله افسردگی آغاز می‌شود. در این مرحله، فرد خود را ناگزیر از پذیرش واقعیت‌های تلخ می‌بیند. از این رو دچار افسردگی و اندوه شدید می‌شود. ممکن است گوشه‌گیر شده، یا بی‌قراری نشان دهد. ممکن است پیوسته گریه کند و از نظر خواب، اشتها، تغذیه دچار اشکال گردد و سایر نشانه‌های افسردگی را نشان دهد.

۵- پذیرش و برگشت به حالت اولیه: در این مرحله فرد احساسات خود را در مورد زیانها، خسارتها و جدایی‌ها بیان می‌کند. در فعالیت‌ها شرکت می‌کند، طبیعت حادثه را می‌پذیرد و با آن کنار می‌آید. خواب، اشتها و قدرت تمرکز وی به حال عادی باز می‌گردد.

در هنگام روبرو شدن با افراد مصیبت دیده باید توجه داشت که وی در کدامیک از مراحل یاد شده به سر می برد و رفتار خود را مناسب با آن تنظیم کرد. کوشش باید آن باشد که مراحل پنجگانه یاد شده هر چه زودتر سپری شده و فرد به مرحله پنجم برسد (همان جا).

طبقه بندی نیازهای آسیب دیدگان بلایای طبیعی

الف) مراقبتهای همگانی

این گروه از نیازها شامل کلیه امکانات و خدماتی می شود که در هنگام بروز بلایای طبیعی در میان قربانیان و آسیب دیدگان، نیروهای امداد گر به عنوان گروههایی از جامعه یا جمعی از افراد توزیع می شود و با کمک هایی که به یک فرد یا یک خانواده می شود، تفاوت دارد. این کمک ها عبارتند از:

- ۱- غذا و مواد غذایی، امکانات تهیه و آماده سازی غذا برای یک گروه
- ۲- پوشاک، امکانات دارویی، پزشکی، ابزار و امکانات توزیع لوازم در سطح گسترده که در فعالیت های گروهی کاربرد دارد از جمله کیت های تنظیف پتو، فانوس، اجاق های اردویی و مانند آن.
- ۳- غذا، آب، یخ، سوخت موتور و سایر اقلام مصرف شدنی برای توزیع در سطح گسترده.
- ۴- وسایل هشدار دهنده، لوازم نجات و انتقال اضطراری افراد آسیب دیده و وسایل و دارایی های آنها به نقاط امن،
- ۵- ارسال، ذخیره ساختن کالاهای خانگی برای نگهداری امن و درست آنها هنگامی که به صورت انبوه برای یک جمع قابل استفاده است و نه برای یک فرد یا یک خانواده.

- ۶- امکانات بهداشتی، مایه کوبی، گروهی، امدادهای اولیه اضطراری قابل مصرف در هنگام ارائه خدمات بهداشتی بلایای طبیعی در پناهگاه‌ها ایستگاه‌های کمک‌های اولیه، مراکز خدمات و یا دیگر مراکز مربوط به صلیب سرخ.
- ۷- هزینه‌های ارسال بسته‌بندی و حمل و نقل اقلام مورد استفاده در فعالیت‌های مراقبتی گروهی.

(ب) لوازم و نیازهای زندگی فردی

شامل لوازم و امکاناتی که برای مصارف شخصی در شرایط اضطراری به افراد داده می‌شود و در محیط خانه کاربرد دارند.

- ۱- غذا و کلیه فرآورده‌های غذایی شامل غذای نوزاد،
- ۲- لباس و پوشاک شامل کفش، بارانی، اورکت و مانند آن،
- ۳- لوازم بهداشتی فردی، کلیه لوازمی که برای رعایت بهداشت از جمله پوشک یا کهنه بچه،
- ۴- لوازم مصرفی خانگی، مانند محصولات کاغذی، مواد ظرفشویی، رختشویی، مواد پاک‌کننده،
- ۵- لوازم و ضروریات حمل و نقل، مانند سوخت موتور، روغن موتور لوازم تعمیر، هزینه‌های خرید لوازم یدکی،
- ۶- امکانات حمل و ذخیره‌سازی و نگهداری لوازم خانه به جاهای دیگر.

(پ) لوازم مورد نیاز برای مسکن

لوازمی که برای خانواده‌ها، برای تعمیر، بازسازی و جایگزینی، پناهگاه‌های موقتی یا دائمی مورد نیاز است. از قبیل خانه، سکونت گاه‌های متحرک، قایق‌های مسکونی، ساختمانهای قابل استفاده در مزارع و یا مکانی که بتواند به عنوان محل کار و کسب بکار برده شود.

- ۱- تهیه مسکن از جمله هزینه‌های پرداخت شارژ و تسهیلات ساختمانهای مسکونی و یا اجاره آنها، هزینه‌های آب، برق، تلفن، گاز و مانند آن،
- ۲- امکانات و لوازم حمل زباله و نخاله از محل زندگی، زه‌کشی، باغبانی و یا فعالیتهای ضروری دیگر برای آماده‌سازی ساختمانها برای زندگی و تعمیر یا بازسازی سازه‌های اساسی،
- ۳- برنامه‌ریزی از جمله آماده کردن طرح‌ها، کسب مجوزها، تأییدیه‌ها و هزینه‌های قانونی و یا هزینه‌های خدماتی،
- ۴- تعمیر، شامل تعمیرات اضطراری برای قابل سکونت کردن موقتی سکونت گاه‌های موقت یا دائمی،
- ۵- ساخت، شامل آماده‌سازی طرح‌ها، ساخت سازه‌ها و جایگزین تأمین مواد و مصالح ساختمانی از افراد خیر یا کمک سازمانهای مختلف،
- ۶- خرید لوازم ساختمانی، هزینه‌های بیمه، رهن، سایر هزینه‌های قانونی
- ۷- ساخت و تعمیر دیوارهای منازل پرچین، سیستم آبرسانی و فاضلاب خصوصی، آسیب‌ها، جاده‌ها و غیره.

(ت) لوازم و ملزومات و اثاثیه زندگی

شامل کلیه لوازم و اثاثیه منزل که برای زندگی خانواده ضروری هستند:

- ۱- تعمیر اثاثیه یا جایگزین کردن تخت خواب‌ها، میز، صندلی و مانند آن.
- ۲- تعمیر یا جایگزین کردن اجاق خوراک‌پزی، یخچال، فریزر، ظرفشویی، خشک‌کن، و سایر لوازم خانگی.
- ۳- تعمیر یا جایگزین کردن لوازم زندگی مورد نیاز مانند پرده، حوله، ملحفه، فرش، ظروف غذاخوری شیشه‌ای یا چینی.

۴- لوازم پخت و پز، لوازم نگهداری و تغذیه دام (صندوق ملی بهبود بلاایای طبیعی، ۱۹۹۴).

ث) لوازم بهداشتی

لوازم و امکاناتی که به منظور کمک به افراد آسیب دیده از بلاایای طبیعی برای مصرف فردی و یا خانواده در منطقه آسیب دیده در اختیار افراد قرار می گیرد مانند:

- ۱- هزینه های درمانی، ویزیت پزشک، دندانپزشک و پرستار
- ۲- هزینه های مربوط به صورت حساب بیمارستانها و یا کرایه آمبولانس
- ۳- هزینه های آزمایشگاه و عکسبرداری های تشخیصی
- ۴- هزینه های مربوط به عینک های طبی، سمعک، اندام های مصنوعی
- ۵- داروهای مخصوص، اقلام غذایی رژیمی
- ۶- وسایل حمل و نقل و لوازم زندگی قابل حمل، تاشو و قابل تنظیم
- ۷- هزینه های کفن و دفن

ج) نیازهای شغلی و حرفه ای

- ۱- ابزار شخصی شغلی و حرفه ای، یونیفورم، لباس و پوشاک مخصوص و سایر اقلام مورد نیاز برای خدمات شغلی
- ۲- ابزار و لوازم ایمنی شخصی برای انجام کار
- ۳- امکانات و لوازم کشاورزی و دامداری مانند بذر، کود، خوراک دام
- ۴- تعمیر و اجاره خرید لوازم حمل و نقل که به منظور امرار معاش بکار برده می شوند (همان جا).

د) امکانات اجرایی

شامل کلیه امکانات امور اجرایی مانند ارزیابی هزینه‌های مربوط به ارائه خدمات مربوط به حوادث غیرمترقبه

- ۱- حقوق، هزینه‌های مسافرت و زندگی کارکنان مأمور به مناطق آسیب‌دیده
- ۲- خرید، تعمیر و یا اجاره لوازم مورد استفاده در زمینه ارائه خدمات
- ۳- لوازم دفتری
- ۴- تلفن و سایر ابزار ارتباطی
- ۵- لوازم و امکانات چاپ، نسخه‌برداری، کپی و کامپیوتر
- ۶- هزینه‌های پستی، یا حمل و نقل

ه) هزینه‌های خدمات مستقیم

شامل هزینه‌های مربوط به ارائه خدمات

- ۱- حقوق هزینه‌های مسافرت، زندگی کارکنان مأمور به مناطق آسیب‌دیده هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های همگانی، امور بهزیستی و رفاه اجتماعی، خدمات بهداشتی مربوط به بلایای طبیعی، خدمات خانواده، ارزیابی خسارت، تعمیر و بازسازی ساختمانها.
- ۲- خرید، اجاره و تعمیر ابزار و لوازم مربوط به خدمات مستقیم، مانند سرپناه و مراکز غذاخوری.
- ۳- هزینه‌های مربوط به تلفن و سایر وسایل ارتباطی (صندوق ملی بهبود بلایای طبیعی)^۱،
(۱۹۹۴).

^۱ - National Disaster Relief Fund

در حوادث غیرمترقبه چه کسانی از اولویت برخوردارند

- ۱- خانواده‌هایی که قبلاً دچار حوادث غیرمترقبه شده‌اند، خانواده‌های تک والد، خانواده‌های مشکل‌دار، خانواده‌های دارای عضو سالخورده معلول، از کار افتاده،
- ۲- کسانی که به تازگی وارد محیط فاجعه دیده گردیده‌اند و از حمایت‌های اجتماعی کمتری برخوردارند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۲)،
- ۳- خانواده‌های دارای چند کودک خردسال، خانواده‌های پرجمعیت،
- ۴- خانواده‌هایی که علاوه بر فرزندان خود از بچه‌های دیگران نیز مراقبت می‌کنند،
- ۵- افراد جوان و کسانی که به تازگی وارد شهر یا محله‌ای شده‌اند،
- ۶- افراد بی‌پناه و بی‌دفاع و کسانی که از حمایت‌های اجتماعی - اقتصادی کمتری برخوردارند،
- ۷- کسانی که مسئولیت عاطفی دیگران را برعهده دارند (برای نمونه نگهداری از کودکان)،
- ۸- کسانی که به تازگی عزیزانی را از دست داده‌اند، هنوز سوگوار هستند و متحمل زیانهای مالی شدید شده‌اند،
- ۹- کسانی که کمتر از خود مراقبت می‌کنند و یا توان رویارویی با فشارهای روانی شدید را ندارند،
- ۱۰- کسانی که در امر امدادسانی به آسیب‌دیدگان فعالیت دارند، به ویژه کسانی که گمان می‌کنند در برابر فشارهای روانی شدید آسیب‌پذیر نیستند،
- ۱۱- کسانی که خطرات تهدیدکننده زندگی و خشونت شدید را تجربه کرده‌اند،
- ۱۲- کودکانی که پدر یا مادر آنها دچار اختلال‌های روانی هستند،
- ۱۳- کودکانی که والدین آنها به تازگی یک یا چند فرزند خود را از دست داده‌اند (همان‌جا).

کمک به کودکان در رویارویی با بلایای طبیعی

یک رویداد فاجعه‌آمیز همانند زمین لرزه، گردباد و طوفان کودکان را همانند بزرگسالان دچار ترس شدید و وحشت می‌کند. برای بسیاری از کودکان یک حادثه غیرمترقبه ممکن است نخستین تجربه آنها از مفهوم مرگ و مردن اطرافیان باشد. بسیار مهم است که در زمینه ترسناک بودن بلایا با کودکان در هنگام صحبت راجع به این حوادث سخن بگوییم. از سوی دیگر کم جلوه دادن خطر به نگرانی کودکان پایان نمی‌دهد، آنچه را که کودکان در رفتار و واکنش‌های پدران و مادران می‌بینند، بسیار مهم است. کودکان از نگرانی‌های پدران و مادران در بسیاری از مواقع آگاهی دارند، اما در زمان بروز حوادث بسیار حساس‌تر هستند. پدران و مادران بایستی نگرانی‌های خود را از کودکان مخفی نکنند و بر توانایی‌های خود برای سازگاری با این شرایط تأکید کنند. گفتنی است که واکنش‌های کودکان تا اندازه زیادی بستگی به چگونگی و گسترده بودن ویرانی‌ها و آسیب‌های وارده دارد. اگر خانه یا مدرسه کودک در جریان حادثه غیرمترقبه آسیب دیده و یا ویران شده باشد، احتمال بیشتری وجود دارد که کودک دچار مشکلات روانی و رفتاری شود (آکادمی روانپزشکی کودکان و نوجوانان آمریکا، بی تا^۱) سن کودک نیز بر چگونگی واکنش وی در برابر بلاهای طبیعی تأثیر می‌گذارد. برای مثال یک کودک ۶ ساله ممکن است نگرانی‌های خود را با امتناع از رفتن به مدرسه نشان دهد، در حالی که یک نوجوان با به حداقل رساندن نگرانی‌های خود، اما بحث و جدل بیشتر با والدین نشان دهد و در انجام تکالیف مدرسه دچار تبلی شود. کودکانی که یک حادثه غیرمترقبه را تجربه می‌کنند ممکن است بارها صحنه‌های آن رویداد در نظر آنها مجسم شود. احساس فشار روانی ممکن است در کودکان به صورت خوابهای بد و رؤیاهای ناراحت‌کننده، کابوس و بختک خود را نشان دهد (همان جا).

برخی نشانه‌ها، علائم و تغییر رفتارهای کودکان در رویارویی با بلایای طبیعی به شرح زیر است:

¹ - American Children and Adolescents Psychiatric Academy

- ۱- امتناع از رفتن به دبستان و داشتن رفتارهای چسبندگی، پیوسته به دنبال پدر یا مادر در حرکت بودن
 - ۲- ترس مداوم در ارتباط با فاجعه (مانند ترس از جدایی همیشگی از والدین)
 - ۳- اختلال خواب از قبیل بختک، فریاد کشیدن در هنگام خواب و شب‌ادراری که به مدت طولانی پس از یک حادثه ادامه داشته باشد.
 - ۴- از دست دادن قدرت تمرکز و بی‌قراری.
 - ۵- مشکلات رفتاری، برای مثال (رفتار سؤ در دبستان یا خانه به شکلی که برای وی معمول نباشد).
 - ۶- شکایت‌های جسمانی (درد معده، سردرد، سرگیجه) که نتوان یک علت بدنی را برای آن یافت.
 - ۷- گوشه‌گیری و کناره‌گیری در خانواده یا از دوستان، کاهش فعالیت مشغولیت ذهنی با رویدادها و بلایا
- مشاوره حرفه‌ای یا درمان کودکان آسیب دیده از بلایای طبیعی به ویژه اگر شاهد ویرانی، زخمی شدن یا مرگ اطرافیان بوده باشند. می‌تواند از بروز اختلال پس از ضربه استرس پیشگیری کند و یا اثرات آن را به حداقل برساند (آکادمی روانپزشکی کودکان و نوجوانان امریکا، بی‌تا).
- باید به کودکان اطمینان داد که زندگی بزودی همانند روزهای پیش از حادثه به وضعیت عادی برخواهد گشت (رحمان، ۱۹۹۹).

زنان در رویارویی با حوادث غیر مترقبه

به طور کلی زنان به دلیل موقعیت ویژه‌ای که در جامعه دارند، آسیب‌پذیرتر هستند. دسترسی محدود آنها به اطلاعات، برخورداری کمتر آنها از آموزش‌های مختلف، در دسترس نداشتن ابزارهای که بتوانند صدای خود را به گوش سایرین برسانند و درباره برداشت‌ها، اولویت‌ها و نیازهای خانواده و

اجتماع خود سخن بگویند از آن جمله می‌باشد. به بیان دیگر مشارکت محدود زنان در تصمیم‌گیری‌ها و موقعیت‌های مدیریتی، درگیر نمودن آنان را در فعالیت‌های و عمومی محدود می‌کند و از این رو نقش آنان را در پیشگیری از بلایا، موقعیت‌های اضطراری و مدیریت بحران کم‌رنگ می‌نماید.

برخورداری کمتر زنان از حقوق اقتصادی - اجتماعی، دسترسی کمتر آنان به فرصت‌های تحصیلی، بهداشتی و سایر خدمات، کنترل کمتر آنان بر منابع موجود. در معرض خشونت بودن، موقعیت آنان را در شرایط اضطراری و فاجعه‌آمیز، دشوارتر می‌کند. افزون بر آن تحرک فیزیکی کمتر آنان به دلیل محبوس شدن ساعت‌های زیادی از شبانه‌روز در خانه، وضعیت بهداشتی ضعیف‌تر آن به دلیل سوء تغذیه، امکانات بهداشتی پائین، کار طاقت‌فرسا در بسیاری از جوامع، این محدودیت‌ها را بیشتر می‌کند. در این میان زنان سالخورده، زنان دارای معلولیت‌های ویژه، زنان باردار، پرستاران، زنان دارای فرزندان خردسال در رویارویی با حوادث غیرمترقبه بسیار آسیب‌پذیرتراند (گوا - سایپر، ۱۳۷۷).

از سوی دیگر موقعیت‌های اضطراری، امنیت شغلی و اقتصادی زنان را به دلیل از دست دادن منابع درآمد و تولید مانند زمین، باغ، حیوانات اهلی و مانند آن از میان می‌برند.

از دست دادن جواهرات، زیورآلات و سایر لوازم که در بسیاری از جوامع شکل‌های سنتی ثروت و سرمایه به شمار می‌روند، زیانهای اقتصادی شدیدی برای زنان شمرده می‌شوند.

با وجود این به دلیل شرح وظایف کلیشه‌ای زنان و کار زیاد در خانه، در صورتی که با بحرانهای روحی و یا مشکلات و ناراحتی‌های بدنی روبرو شوند، کمتر می‌توانند برای برخورداری از مراقبت‌های پزشکی و خدمات درمانی اقدام نمایند. از سوی دیگر در جوامعی که مردان نیز برای از میان برداشتن مشکلات بدنی و روانپزشکی امکان دسترسی به خدمات درمانی و توان‌بخشی را ندارند، مشکلات خویش را با اعمال خشونت علیه زنان و کودکان برون‌ریزی می‌کنند (هنان، ۲۰۰۲).

گفته شده که بلاهای طبیعی شمار بیشتری از زنان و کودکان را به ویژه در کشورهای جنوب و جنوب شرقی آسیا به کام مرگ می‌فرستند و یا آسیب می‌رسانند. برنامه‌های هشداردهی و پیشگیری اغلب آسیب‌پذیری زنان و کودکان را نادیده می‌گیرند و برنامه‌های کمک‌رسانی به ندرت با در نظر گرفتن آنها برنامه‌ریزی می‌شوند. از آنجا که زنان در تصمیم‌گیری‌های جامعه نقش حاشیه‌ای دارند و صرفاً خانه‌دارند، به ندرت می‌توانند بر کمک‌های ارائه شده نظارت داشته باشند یا در مورد عملیات بازسازی پس از بروز فاجعه اظهار نظر کنند. برای نمونه بیشتر قربانیان گردبادی که در سال ۱۹۹۱ در بنگلادش روی داد، زنان بودند. بیشتر این زنان در حالی که می‌کوشیدند از کودکان خود محافظت کنند مرده بودند و برخی دیگر از آنان از آنجا که احساس می‌کردند باید از دارایی خانه خود محافظت کنند در خانه مانده و به پناهگاههای ضد گردباد نرفته بودند. هر چند نظام هشداردهی عمل کرده بود، اما به دلیل در نظر گرفتن شرایط زنان چندان مؤثر نبوده است. افزون بر آن بسیاری از زنان و دختران که به مراقبت‌های پزشکی نیاز داشتند جرأت نکردند که به مراکز کمک‌رسانی پزشکی مراجعه کنند (گوها - سایپر^۱، ۱۳۷۷).

محدودیت‌های فرهنگی و اجتماعی موجب تشدید مشکلاتی می‌شوند که زنان در زمینه بهره‌مندی از خدمات پزشکی با آن روبرو هستند. روشن است که زنان در جامعه‌های سنتی و روستایی از رفتن نزد پزشکان مرد برای معاینه و مداوا اکراه دارند و این امر اغلب با تابوها تشدید می‌شود، اما تدابیر متداول کمک‌رسانی پزشکی اغلب این واقعیت را نادیده می‌گیرند، بنابراین به کار گماشتن پرستاران و پزشکان زن به جای پرستاران مرد، می‌تواند گام مؤثری در این راسا باشد (گوها-سایپر، ۱۳۷۷).

کمالی، مرادی، ارجمند حسابی (۱۳۸۲) در بررسی آسیب‌دیدگان زمین لرزه‌های گیلان و فارس دریافتند که شمار زنان آسیب‌دیده بیشتر از مردان بوده و همه آنها در هنگام وقوع زمین لرزه در خانه بوده‌اند.

¹ - Guha-Sapir

از سوی دیگر زنان به ویژه در جوامع روستایی می‌توانند نقش کلیدی در کاهش آسیب‌های ناشی از حوادث طبیعی داشته باشند. به این صورت که هم می‌توانند در توزع مواد غذایی، آب، پتو، لباس، انتخاب مکان دستشویی‌ها مشارکت کنند. آنها می‌دانند که چه چیزی برای آسایش کودکان سودمند است و در شرایط بحرانی می‌توانند مراقب تغذیه آنها باشند و آنها را از خطر دور کنند. از این رو نیروهای آموزشی و اطلاع‌رسانی همگانی می‌بایست توانایی زنان را در انجام این مسئولیت‌ها در نظر بگیرند (گوها - سایپر، ۱۳۷۷).

مراحل ارائه خدمات و امداد

کمک‌های امدادرسانی را باید برحسب اینکه در چه زمانی، در چه مکانی و توسط چه فردی ارائه می‌شود تعریف کرد. از نظر زمانی، سه دوره را می‌توان برای ارائه کمک‌ها در نظر گرفت.

- ۱- مرحله فوری و اضطراری بلافاصله پس از بروز حادثه غیرمترقبه،
- ۲- مرحله دوم چند روز بعد از بروز حادثه،
- ۳- مرحله بازسازی که با بکارگیری برنامه‌های دراز مدت عموماً از هفته هشتم تا دوازدهم پس از رخداد حادثه غیرمترقبه آغاز می‌شود.

از نظر مکان ارائه خدمات، این خدمات ممکن است در محل بروز حادثه ارائه شود، و یا در مکانی دورتر از آن.

از نظر اینکه، خدمات به چه کسی ارائه می‌شود، ممکن است ارائه خدمات از نظر سن، نقش اجتماعی و خانوادگی و یا عملکرد فرد دریافت‌کننده متفاوت باشد. ارائه خدمات به کودکان، بزرگسالان، سالمندان، امدادگران، اجتماعات یا سازمانها بی‌شک متفاوت خواهد بود (گوردن^۱، فاربرو^۲، ماریا^۳، ۲۰۰۰).

¹ - Gordon
² - Farberow
³ - Maria

چه اقداماتی بلافاصله پس از بروز حوادث غیرمترقبه لازم است؟

- ۱- بر آوردن نیازهای اولیه مادر، مداوای مجروحین، فراهم کردن مواد گرم کننده، فراهم کردن مواد غذایی.
 - ۲- مراقبت از آنان، ماندن در کنار افراد مبهوت و حیرت زده تا از وارد آمدن خسارت‌ها و زیانهای بیشتر به آنان جلوگیری شود.
 - ۳- تسلی دادن و دلداری دادن بازماندگان با نزدیک شدن به آنان و لمس کردن آنان که تکیه گاه‌های خود را از دست داده‌اند.
 - ۴- مشخص کردن اهداف برای کارهایی که باید در آینده‌ای نزدیک انجام گیرد، کمک به آنها در یافتن نزدیکان و کسب اطلاع در مورد شرایط آنها.
 - ۵- ارائه حمایت‌های عاطفی در صورتی که مشخص شده است، افرادی عزیزان یا دوستان خود را دست داده‌اند.
 - ۶- ایجاد احساس امنیت با ساخت، سازه‌های حفاظتی، ارائه برنامه‌های زمان‌بندی شده برای ساماندهی محیط زندگی آشفته و نابسامان آنها.
 - ۷- ایجاد ارتباط میان بازماندگان در ساعت‌های اولیه بروز حادثه، و گسترش گروه‌های حمایتی. در این گروه‌ها از راه صحبت کردن راجع به تجارب یکدیگر آگاهی به دست آورده و شیوه نگرش آنها نسبت به رویدادهای پیرامون آنها متحول می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۲) (گوردون و همکاران، ۲۰۰۰).
 - ۸- آموزش والدین در مورد شیوه‌های برخورد و ارتباط با کودکان (آموزش والدین در مورد شیوه‌های برخورد و ارتباط با کودکان (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۲).
- بررسی‌ها نشان داده‌اند که ارائه خدمات و مداخلات درمانی بلافاصله پس از بروز حوادث غیرمترقبه، به ویژه هنگامی که بلایای طبیعی سبب از دست رفتن دارایی‌ها و اموال افراد شده، سبب تلفات جانی و آسیب‌های بدنی در مقیاس گسترده گردیده و یا جراحات‌های سنگین که تهدید حیاتی

به شمار می‌روند وارد آمده، ضروری است. در این شرایط برآوردن نیازهای بهداشت روانی کودکان و زنان به ویژه در کشورهای رو به رشد برآوردن نیازهای بهداشت روانی کودکان و زنان به ویژه در کشورهای رو به رشد از اهمیت اساسی برخوردار است. به دلیل پیچیده بودن بلایا و امداد رسانی در هنگام بروز حوادث، همکاری بین سازمانی به شدت دارای اهمیت است و از عناصر اصلی بهداشت روانی شمرده می‌شود. با وجود این در نظر داشتن شرایط اقلیم شناختی، اجتماعی در هنگام برنامه‌ریزی مداخلات درمانی مناسب با جمعیت مورد نظر دارای اهمیت اساسی است (نوریس^۱، فرایدمن^۲، واتسون^۳، ۲۰۰۲).

به بیان دیگر فوریت در ارائه خدمات، نجات بازماندگان و ایجاد خطوط ارتباطی میان بازماندگانی که همه دارایی و امکانات خود را از دست داده‌اند، نسبت به رویدادها بی‌اطلاع هستند، دارای اهمیت اساسی به شمار می‌رود. از این رو مهمترین وظیفه امدادگران در مراحل اولیه کمک‌رسانی حمایت و دادن اطلاعات، حل مشکلات عملی و ایجاد ارتباط میان کسانی است که بر اثر این حوادث از یکدیگر جدا افتاده‌اند.

افرادی که در حالت شوک و بهت شدید قرار دارند ممکن است نیاز به استراحت و دور ماندن از عوامل مزاحم رسانه‌های خبری داشته باشند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که با صحبت کردن در مراحل اولیه بروز حوادث می‌توان از واکنش‌های شدید بعدی در آنها پیشگیری نمود.

ایجاد خطوط ارتباطی مانند خطوط تلفن نقش موثری در آسوده خاطر نمودن افراد از سرنوشت و وضعیت سلامتی بستگان و عزیزان دارد. کسانی که در این شرایط به تلفن‌ها پاسخ می‌دهند باید از آموزش کافی برای پاسخگویی به کسانی که با میزان بالایی از اضطراب، نگرانی و خشم جویای اطلاعات هستند، برخوردار باشند.

¹ - Noriss
² - Friedman
³ - Watson

در حوادثی که با مرگ و تلفات جانی همراه است، افراد ممکن است بخواهند اجساد عزیزان خود را ببینند. این امر می‌تواند در پذیرفتن واقعیت تلخ از دست دادن همیشگی عزیزان و بستگان در یک مرگ ناگهانی و غیرمنتظره کمک نماید (زوزف، ویلیامز و یول، ۱۹۹۷).

ارزیابی نیازها پیش از مداخله در بحران

کلیه کارشناسان و متخصصان درمانی مداخله در بحران و درمان آسیب‌های ناشی از ضربه توافقی دارند که پیش از هر گونه مداخله، انجام ارزیابی کامل موقعیت و شرایط فرد ضروری است. رسیدگی به موقع و ارائه خدمات و مواد مورد نیاز در جریان بلایای آسیب‌رسان، باید در نهایت از اثرات استرس جلوگیری کند و مانع از بروز اختلال پس از ضربه استرسی شود.

سه گام نخستین مدیریت

در مدیریت استرس پس از ضربه و استرس حاد سه گام نخستین عبارتند از:

- ۱- ارزیابی میزان خطر/یا امنیت خود یا دیگران
- ۲- نوع و گستره زیانهای مالی و یا آسیب‌های بدنی وارد شده و چگونگی وارد شدن مجروحیت
- ۳- ارزیابی سطح و میزان پاسخگویی، آیا فرد هوشیار است، درد می‌کشد، نسبت به آنچه رخ داده است آگاهی دارد (روبرتز^۱، ۲۰۰۲).

پیشگیری

تا چند دهه پیش بشر در برابر زمین لرزه‌ها، گردبادها و فوران آتشفشانی عملاً درمانده بود و پیش‌بینی زمان رخداد و برآورد اثرات آنها ناممکن می‌نمود. اندک اندک انسان دریافت که در برخی

¹ - Roberts

موارد فعالیت‌های بشر می‌تواند پیامدهای فاجعه بار حوادث را افزایش دهد. برای نمونه بهره‌گیری نابخردانه از زمین موجب خشکسالی، جنگل‌زدایی و جریان سیل‌های ویرانگر شود (النادی و رفعت، ۱۳۷۷). اکنون گرچه برای پیشگیری از زمین‌لرزه شاید نتوان کاری انجام داد اما می‌توان مناطق در معرض خطر را روی نقشه مشخص کرد، با در نظر گرفتن رویدادهای گذشته، احتمالات آینده را برآورد کرد. می‌دانیم که در این مناطق از چه نوع مصالح ساختمانی استفاده کنیم و با ظهور نشانه‌های هشدار دهنده چه نکات ایمنی را به کار بندیم (همان‌جا).

از سوی دیگر طبیعت در طول تاریخ چهره خشن خود را با پدیده‌های ویرانگر همچون سیل، آتشفشان، توفان، گردباد، جنگل‌سوزی، زمین‌لرزه به انسان نشان داده‌اند که این بلاها بخشی از زندگی ما هستند و پیوسته ما را تهدید می‌کنند. اما می‌توان با تدبیرهایی از خسارت‌های فاجعه بار و گسترده این بلاها کاست. زمانی می‌توان شدت آسیب‌ها را کاهش داد و یا حذف کرد که در شهرها و روستاها، زیر ساخت ساختمانها را امن‌تر ساخت به بیان دیگر زمین‌لرزه و طوفان عامل مرگ نیستند، بلکه آوار خانه‌ها و ساختمان‌ها عامل اصلی مرگ‌اند.

از تخریب مراتع و جنگل‌ها جلوگیری کرد تا سبب جاری شدن سیل‌های ویرانگر نشود. ریزش کوه‌ها هنگامی که در سرایشی یا دامنه سست تپه‌ها خانه‌سازی شده باشد، یکی از عوامل اصلی افزایش آسیب‌های ناشی از زمین‌لرزه به شمار می‌روند.

از سوی دیگر اجرای مقررات و آئین‌نامه‌های ساخت خانه‌ها در کشورهای مختلف به شکل‌های گوناگونی اجرا می‌شوند و در برخی کشورها اجرای این آئین‌نامه‌ها اجباری نیست. برای نمونه در زمین‌لرزه سال ۱۹۹۲ ارزنجان (ترکیه) نیمی از ساختمانهای بتون آرمه با ارتفاع متوسط ویران شدند. این ویرانی چهار برابر تخریب زمین‌لرزه کوبه در ژاپن و دوازده برابر تخریبی بود که در زلزله نورتریج (کالیفرنیا) در سال ۱۹۹۴ رخ داد. عملیات نجات و امدادسانی در یک زمین‌لرزه سنگین به راه‌های ارتباطی بستگی دارد. در هنگام زمین‌لرزه لوله‌های گاز، آب و خطوط تلفن ممکن است

آسیب بینند، نشت گاز، آتش سوزی‌های گسترده را در پی دارد که آسیب دیدن لوله‌های آب، کار خاموش کردن آتش را دشوار می‌کند (اردیک، ۱۳۷۷).

نارسایی‌های موجود در طراحی و ساخت خانه‌ها و ساختمان‌ها، همچنین در دسترس نبودن امکانات مورد نیاز برای امداد رسانی در ساعت‌های اولیه بروز حادثه، سبب گردید که زمین لرزه هفتم سپتامبر سال ۱۹۸۸ در شمال غربی ارمنستان که منطقه‌ای به شعاع ۵۰ مایل را تحت تأثیر قرار داد، به یکی از مرگبارترین و پرتلفات‌ترین بلایای طبیعی قرن تا زمان بروز حادثه تبدیل شود (اکنویان^۱، ۱۹۹۲).

کنش پیشگیرانه و آماده‌سازی در برابر بلایا از رهگذر شناخت بهتر خطرهای امکان‌پذیر است. باید شدت و توزیع جغرافیایی این پدیده‌های طبیعی را ارزیابی و نقشه منطقه‌ای آنها را ترسیم کرد و آنها را در دسترس مردم قرار داد. بر همین پایه می‌توان راهبردهای حفاظتی و ایمنی گوناگونی را از جمله محدودسازی استفاده از زمین، تنظیم معیارهای امنیتی برای ساختمان‌سازی و مدیریت دوراندیشانه محیط زیست، بکار بست.

همزمان با برپا کردن سیستم‌های شناسایی نشانه‌های خطر و هشداردهی، به موقع مردم را از بروز خطر آگاه کرد. پایه اساسی همه‌ی کنش‌ها همچنان آموزش مردم و اطلاع‌رسانی به آنان است. به یمن اطلاع‌رسانی و نظام‌های بهتر هشداردهی و آماده‌سازی می‌تواند تلفات جانی و خسارت‌های ناشی از بلاهای طبیعی را به طور چشمگیری کاهش داد. برای نمونه در نوامبر ۱۹۷۰ گردبادی بنگلادش را زیر و رو کرد. سیصد هزار قربانی گرفت، چون سیستم‌های هشداردهی درست عمل نکردند و مردم به درستی از بروز خطر آگاه نشدند. اما در ماه مه ۱۹۸۵ به یمن اطلاع‌رسانی و آماده‌سازی مناسب گردبادی با همین شدت کمتر از ۱۰ هزار قربانی گرفت. به همین ترتیب در سال ۱۹۹۱، جمعیتی بالغ بر ۳۰ هزار نفر که در پای کوه پنیاتوبو در فیلیپین زندگی می‌کردند، به یمن هشداردهی مناسب و به موقع توانستند پیش از فوران آتشفشان منطقه را ترک کنند و در نتیجه فوران

^۱ - Eknayan

آتشفشان تلفات جانی نداشت. اما ساکنان شهر آدمرو در کلمبیا اقبال کمتری داشتند و فوران آتشفشان نوادودل رؤیس در سال ۱۹۸۵ با شدتی مشابه آتشفشان فیلیپین طی چند دقیقه ۲۵ هزار کشته بر جای گذاشت.

از سوی دیگر آماده‌سازی و پیشگیری، کمتر از عملیات کمک‌رسانی و بازسازی پس از بروز بلاهای طبیعی هزینه می‌برد. با وجود این بسیاری از مسئولان و برنامه‌ریزان تنها زمانی به گونه‌ای مؤثر دست به کار می‌شوند که فاجعه روی داده باشد. امروزه بیشتر راهبردها با توجه به بروز بحران تبیین می‌شوند. افزون بر آن نظام اطلاع‌رسانی در مورد خطرهای طبیعی و آماده‌سازی و پیشگیری در همه جا نارسا و ناکافی است. همچنین برنامه‌ریزان، مدیران و بسیاری از جوامع، آماده‌سازی و پیشگیری در برابر بلاهای طبیعی را چندان در برنامه‌های توسعه کشورها ننگنجانیده‌اند. عملیات کمک‌رسانی و بازسازی سالانه ۹۶ درصد از بودجه اختصاص یافته به بلاهای طبیعی را جذب می‌کند و صرفاً ۴ درصد از این بودجه صرف پیشگیری و آماده‌سازی می‌شود. زمان درازی لازم است تا تلاش‌های پس از بروز فاجعه به تلاش‌های پیش از بروز آن و در راستای پیشگیری و آماده‌سازی تبدیل شود (روحبان، ۱۳۷۷).

مردم خود نیز می‌توانند در منازل مسکونی خود در کاهش خطرها و آسیب‌ها مؤثر باشند. می‌دانیم که شکل بام در میزان پایداری آن در برابر تندبادها از اهمیت خاصی برخوردار است. برای نمونه باد پشت‌بام‌های مسطح را آسان‌تر از پشت‌بام‌های هرمی آسیب می‌رساند. می‌توان بناهای چوبی را با بکار بردن بست‌ها و نبش‌های محکم تقویت نمود و آن را به شکل یک جعبه قابل انعطاف در آورد. ساکنان مناطق زلزله‌خیز باید به نکات زیر توجه کنند:

۱- اشیاء سنگین مانند تلویزیون، کابینت به دیوار متصل شوند.

۲- اشیاء سنگین در طبقه‌های پائین قفسه‌ها گذاشته شوند.

۳- آبگرمکن و کپسول‌های گاز به دیوار پیچ شوند.

۴- اهالی منزل با روش‌های قطع کردن گاز، برق و آب آشنا شوند.

۵- روی شیشه پنجره‌ها باید نوار چسب چسبانید تا در صورت شکسته شدن از خرد شدن آنها جلوگیری شود. ساختمانها باید دست کم بتوانند در برابر زلزله‌های به قدرت ۷ ریشتر مقاومت داشته باشند.

۶- ساختمانهای قدیمی مطابق استانداردهای نوین تقویت شوند. مکانهای عمومی مانند پل‌ها مهمترین مکانهایی هستند که باید مستحکم شوند.

در هند و پرو بکارگیری ملاط و مفتول برای استحکام دیوارهای خشتی و گلی نتایج بسیار رضایت‌بخشی در پی داشته است. مکانهایی مانند بیمارستانها، مراکز پلیس و پناهگاهها. ساختمانهای بیمارستانها باید به گونه‌ای باشند که در این گونه حوادث به آنها آسیبی وارد نشود. هزینه سنگین این اقدامات یکی از دلایل عدم کاهش خسارات در کشورهای فقیر است (کاربی^۱، ۱۳۷۷).

با توجه به حوادث غیرمترقبه رخ داده در یک دهه اخیر در سطح جهانی، امروزه جامعه بین‌المللی بیش از هر زمان دیگر نیاز به توجه به امر پیشگیری از حوادث غیرمترقبه دارد. از این رو سازمان ملل متحد کشورها را تشویق نموده است که در صورت امکان در سال ۲۰۰۵ دست کم ۱۰٪ از اعتبارات مالی خود را برای مدیریت بحران در حوادث غیرمترقبه به اقدامات پیشگیری از بروز این حوادث اختصاص دهند. به پیشنهاد سازمان ملل متحد، جامعه جهانی باید این موضوع را به عنوان یک توسعه پایدار در نظر بگیرد و نه به عنوان کمک‌های انسان دوستانه (مدیریت بلایا و کاهش آسیب در آمریکای لاتین و حوزه دریای کارائیب^۲، ۱۹۹۷).

امروزه به لطف وجود ابزارهای سنجش، به ویژه ابزارهای مورد استفاده در فیزیک و ژئوفیزیک، ابزارهای نوین ارتباطی، اطلاع‌رسانی و هشداردهی، اعلام خطر از فاصله‌های دور و دریافت آنها در تمام نقاط جهان، ممکن گردیده است. به ویژه ساکنان مناطق خطر خیز برای بسیاری از بلایای طبیعی همچون، سیل، فوران مواد مذاب و فعالیتهای کوه‌های آتش‌فشانی، طوفان، گردباد و آتش‌سوزی‌های

¹ - Carby

² - Disaster Management and Mitigation in Latin America & the Caribbean

گسترده فراهم گردیده است. با وجود این در مورد زمین لرزه پیش‌بینی بروز خطر در کوتاه مدت میسر نیست. گرچه برخی علائم هشداردهنده مانند لرزه‌های خفیف، تغییر شکل‌های سطحی، تغییر میدان‌های الکتریکی و مغناطیسی زمین سطح آب چاه‌ها، تشعشع رادون، گاز کربنیک و گازهای دیگر در امتداد خطوط شکستگی مشاهده می‌شود. متأسفانه این پدیده‌ها گاه بی‌هیچ ارتباطی با زمین لرزه روی می‌دهند و در زمین لرزه‌های شدید، هیچگاه به طور یک جا، منسجم و دقیق در شبکه‌های مراقبت ثبت نشده‌اند. در عین حال با آنکه امروزه درباره منشأ زمین لرزه، آگاهی بسیاری داریم، اما از روند مقدماتی و معنای دقیق یک صد هشداردهنده زمین لرزه اطلاع دقیقی نداریم. به همین دلیل مسئولان و پژوهشگران پیش‌بینی این بلای طبیعی را آسان نمی‌دانند. در حال حاضر بهترین شیوه برای رویارویی با زمین لرزه، ثبت دقیق مکان، تواتر و چگونگی رویدادهای مقدماتی و نیز در پیش گرفتن راهبردهای پیشگیرانه است. می‌توان در مناطق لرزه‌خیز شبکه‌های لرزه‌نگار مستقر کرد. با بهره‌گیری از رایانه داده‌های لرزه‌نگار را در زمان واقعی یا تقریبی تحلیل کرد و با تعیین زمان، دامنه و مرکز زمین لرزه را طی چند دقیقه تعیین نمود. همچنین امکان سازماندهی و هدایت عملیات امداد را فراهم نمود.

می‌توان امیدوار بود که در آینده‌ای نزدیک با پیشرفت‌های فنی و علمی، امکان پیش‌بینی به موقع همه‌ی بلایای طبیعی و در نتیجه چاره‌جویی آنها به وجود آید (فروچی^۱، ۱۳۷۷).

رشته‌ی دیگری که در زمینه پیشگیری و کاهش آسیب‌های ناشی از حوادث غیرمترقبه در سالهای اخیر از توجه بسیاری برخوردار بوده، رشته پزشکی بلایا (disaster medicine) بوده است. در این راستا، در پنجمین کنفرانس پزشکی فاجعه آسیا و اقیانوسیه^۲ (APCDM) که در ۵ سپتامبر ۲۰۰۰ در وانکوئر کانادا برگزار گردید، ۳۰۰ نماینده از ۳۲ کشور جهان گرد آمدند تا در باره تجربیات خود در زمینه رویدادهای فاجعه‌آمیز و چگونگی برخورد مؤثر با این بلایا صحبت کنند. این کنفرانس به اولویت‌ها و ایجاد یک دستور کار اختصاص یافت.

^۱ - Frerucci

^۲ - 5th Asia-Pacific Conference on Disaster Medicine

در گفتگوهای انجام شده، راه کارهای کلیدی مورد نیاز مشخص گردید: ۱) ارتباطات، مشخص شدن گروه‌های بهداشتی از راه دور^۱ و گردآوری درس‌های فراگرفته شده از آنان ۲) تشکیل گروه مشورتی^۲ برای کار با گروه‌های منطقه‌ای برای آغاز کارهای بهداشتی از راه دور، مشخص کردن پروتکل‌های بین‌المللی موجود در زمینه telehealth ۳) افزایش همکاری در زمینه‌های پزشکی از راه دور و دعوت از سازمانها برای فرستادن نمایندگان برای شرکت در گردهمایی‌های آینده APCDM، تدوین برنامه‌های آموزشی در زمینه پزشکی بلایا و مدیریت آنها، درخواست از سازمان جهانی بهداشت برای ادامه فراهم کردن گروه‌های پژوهشی بین‌المللی و توصیه به گسترش و ساخت‌های پژوهشی کشوری بلایا، ارائه یافته‌های پژوهشی و گزارشها در سایت‌های اطلاع‌رسانی سازمانهایی مانند سازمان جهانی بهداشت، ترجمه گزارش‌های پژوهشی به شکلی که برای کلیه جوامع قابل استفاده باشد. به نظر می‌رسد که سازمان جهانی بهداشت و PAHO مسئولیت انجام این کار را بر عهده گیرد. تمرکز بر انجام پژوهش‌های عملی، تأکید بر گردآوری داده‌ها با بهره‌گیری از ابزار هنجاریابی شده، تحلیل انگیزه‌ها و ضد انگیزه‌ها برای آمادگی رویارویی با بلاها و ایجاد سازوکارهایی برای شناسایی و از میان برداشتن موانع مربوط به ایجاد آمادگی.

ایجاد یک سایت اطلاع‌رسانی شامل همه سازمانهای دست‌اندرکار مقابله با بلایا، شرح فعالیت‌های آنان در رویارویی با بلایا، موضوع‌های اصلی و علایق پژوهشی آنها، مطرح گردید، که در این سایت نیز امکان ارتباط با سایر پایگاه‌های اطلاعاتی نیز گنجانیده شده است.

تأکید بر ماهیت چند رشته‌ای بودن اطلاع‌رسانی

تدوین ابزار هنجاریابی شده برای ارزیابی نیازها که هدف اساسی آن تعیین نیازهایی که باید سازمانهای محلی به آنها پاسخ گویند و میزان کمک‌هایی که باید سازمانهای بین‌المللی برای آنها

¹- telehealth groups

²- telehealth

اقدام کنند. توجه به بهداشت روانی امدادگران در طرح‌های عملی (این امر شامل بستگان نزدیک امدادگران نیز می‌شود)، اعمال تدابیری که به بازماندگان توان کنترل بر فرایند بهبودی را می‌دهد. تنظیم برنامه‌هایی برای بهره‌گیری بهتر از رسانه‌های همگانی در موقع بروز حوادث غیرمترقبه تنظیم هنجارها و استانداردهایی برای الف) مدیریت بحران، ب) بهداشت یا بهداشت عمومی، ج) آموزش، د) طرح‌های روانی - اجتماعی و طرح‌های بلایا، ه) تشکیل نیروهایی برای پیش‌بینی و حل موضوع‌هایی پیرامون چگونگی شکل‌گیری و بروز بلایای طبیعی (دگریس^۱ و همکاران، ۲۰۰۱).

نکاتی در باره بهداشت روانی امدادگران

در هنگام بروز بلایای طبیعی، امدادگرانی به مناطق آسیب‌دیده اعزام می‌شوند این افراد با صحنه‌های ناگوار و دلخراشی روبرو می‌شوند که خود منبع استرس و فشار روانی شدید تلقی می‌شوند. از این رو تشریح ماهیت استرس‌زای حوادث غیرمترقبه برای امدادگران پیش از عزیمت آنان برای کمک‌رسانی و رویارویی با صحنه‌های ناراحت‌کننده، نقش مهمی در ایجاد مصونیت در آنان نسبت به استرس‌های احتمالی که با آن روبرو خواهند شد دارد.

بسیاری از مردم بر این باورند که امدادگران در برخورد با بلایای طبیعی می‌توانند به عنوان بخشی از شرح وظایف خود در امر امدادرسانی شرکت داشته و کمتر از آن آسیب بینند. اما واقعیت این است که بدن‌های قطعه قطعه شده، موقعیت‌ها و شرایط بالقوه خطرناک و تهدیدکننده زندگی منجر به استرس در آنها در نقش امدادگر خواهند شد. از سوی دیگر ناگهانی بودن و غیرمنتظره بودن بلاهای طبیعی نگرانی و اضطراب بستگان، درد کشیدن و رنج بردن زخمی‌ها، فشار فوق‌العاده زیاد کار، همه سبب افزایش استرس و فشار روانی گردیده و به امدادگران آسیب می‌رسانند.

^۱- DeGrace

دادن فرصت برای ترک عملیات امداد به امدادگران در گروه‌های داوطلبی که احساس می‌کنند کسب و توانایی لازم را برای شرکت در امداد رسانی ندارند و یا واگذار کردن کارهای کم استرس‌تر به آنان، تشویق به ابراز افکار افرادی که اخیراً در شرایط استرس‌زا کار کرده‌اند و یا در عملیات امداد رسانی که دارای تلفات گسترده بوده شرکت داشته‌اند و یا هر فردی که به هر دلیل ایده دیگری دارد، نقش موثری در پیشگیری از پیامدهای زیانبار این حوادث در آنها خواهد داشت. آنها ممکن است در جستجوی مأموریتی باشند که استرس کمتری دارد و یا به کلی کار را در هنگام انجام مأموریت متوقف کنند. اگر چنین است باید به این افراد اطمینان داد که به خواست و فکر آنان احترام گذاشته می‌شود. باید در مورد تصمیم‌گیری آنها برای توقف کار به صورت جدی با آنان گفتگو کرد. در پایان هر مأموریت امداد رسانی، گفتگو و بازگویی روانشناختی درباره چگونگی انجام وظایف، امدادگران ضروری است. در این گفتگوها، امدادگران فرصت خواهند داشت تا از دیدگاه‌ها و شرایط روحی و روانی خود مسئولان خود را آگاه نمایند. گفتگو در جلسات انفرادی یا گروهی می‌تواند به انتخاب امدادگر در مأموریت‌ها کمک نماید. امداد رسانیان باید امور مربوط به مراقبت از خود را همه روزه انجام دهند هم به خاطر بهداشت روانی خود و هم به دلیل آنکه سرمشق برای سایر همکاران باشند. با وجود این لازم است امدادگران و کسانی که مأموریت‌های مختلفی را در مناطق آسیب‌دیده انجام می‌دهند، به ویژه در روزهای نخست پس از بروز حادثه نکات زیر را در نظر داشته باشند:

۱- به صورت نوبتی به کار پردازند و هنگامی که نوبت آنها نیست از شرایط کاری کاملاً دور شوند.

- ۲- لحظات و ساعت‌هایی را به استراحت و تفریح بگذرانند. غذای کافی و مناسب بخورند. از زیاده‌روی در مصرف چای، قهوه، دخانیات پرهیزند.
- ۳- در صورت لزوم وقتی را برای مرخصی در نظر بگیرند.
- ۴- پیش از آغاز مأموریت و عزیمت به مناطق آسیب‌دیده، به صورت جدی در این مورد که آیا توانایی پذیرفتن این مأموریت را دارند بیان‌دیشند، آیا توان رویارویی با استرس‌های شدید را دارند؟ اگر به تازگی در یک عملیات نجات و امداد رسانی شرکت کرده‌اند، اگر به تازگی داغدار بوده‌اند، سلامت خود را در درجه نخست اهمیت قرار داده این بار قاطعانه "نه" بگویند.
- ۵- با افراد دیگری که به تازگی در این مأموریت‌های پر استرس شرکت کرده‌اند ارتباط داشته باشند. نشان داده شده که ارتباط با همکاران و بهره بردن از حمایت‌های آنان، مؤثرترین شیوه حمایت در مشاغل پر استرس است. همکاران امدادگران می‌دانند که آنها چه تجربه‌ای داشته‌اند و از شنیدن خاطرات و تجربیات رنج‌آور امدادگران کمتر آسیب می‌بینند تا دوستانی که این شرایط را تجربه نکرده‌اند و یا بستگان و اعضای خانواده.

توجه به بهداشت روانی بازماندگان

بهداشت روانی را شرایط و وضعیتی دانسته‌اند که در آن آسایش و رفاه مادی، جسمانی و عاطفی فرد وجود دارد، از نگرانی‌های ناتوان‌کننده خالی است، ظرفیت‌ها و توانمندیهای برقراری ارتباط سازنده با سایرین و توانایی سازگاری با درخواست‌ها و استرس‌های زندگی را دارد.

به طور کلی در گذشته اقدامات سازمانهای جهانی در رویارویی با بحرانها و بلایای طبیعی بر فراهم کردن نیازهای اساسی بازماندگان و افراد آسیب‌دیده از بلایای طبیعی مانند تدارک چادرهای

امدادی، غذا، آب آشامیدنی سالم، ایمن سازی در برابر بیماریها تأکید نموده‌اند و نیازهای روانی - اجتماعی آنان در درجه دوم اهمیت قرار داشته‌اند. امروزه ضمن آنکه این نقش به کلی تغییر یافته، افزون بر ارائه کمک‌های فوری، آمادگی در برابر بلایای طبیعی، مشارکت در آموزش و ارزیابی نیازهای احتمالی آینده در دستور کار این سازمانها قرار گرفته است (پالاهنگ، ایمانی، نیازی، ۱۳۷۵).

برخی بررسی‌های انجام شده پیرامون مدیریت بحران در رویارویی با حوادث غیرمترقبه

در هنگام بروز بلایا، سازمانها و گروههای زیادی برای امداد رسانی به محل حادثه هجوم می‌آورند ولی تا کنون بررسی‌های اندکی پیرامون توانایی واقعی کمک‌ها و امدادها در زمینه برآوردن نیازهای واقعی آسیب‌دیدگان از این حوادث انجام شده است. در یک پژوهش با هدف ارزیابی برداشتها و تصورات نمایندگان که از سوی سازمانها و گروههای مختلف این امدادها و کمک‌ها را ارائه می‌دهند، امدادگران بین‌المللی دست‌اندرکار حمل این کمک‌ها به مناطق آسیب‌دیده، امدادگران محلی به کار گرفته شده توسط سازمانهای بین‌المللی و مقامات محلی، کافی بودن کمک‌ها، برآورده شدن نیازهای واقعی آسیب‌دیدگان از دیدگاه افراد یاد شده مورد بررسی قرار گرفت (رابین^۱، هوولمانز^۲، تومیک-کیکا^۳ و بیرنباوم^۴، ۲۰۰۰).

همچنین این پرسش که میزان تقاضای آسیب‌دیدگان در زمینه دریافت کمک‌ها تا چه میزان با نیازهای واقعی آنان مطابقت داشته است.

این بررسی نشان داد که از ۲۴۶ سازمان و مؤسسه‌ای که در زمینه امداد رسانی در منطقه آسیب‌دیده کمک‌رسانی می‌نموده‌اند، ۵۴٪ در زمینه بهداشت و درمان (تدارک دارو و ابزارهای پزشکی، بهداشت عمومی) فعالیت داشته‌اند. یافته‌ها گویای آن بودند که امدادگران بین‌المللی بیشتر از امدادگران محلی بر این باور بوده‌اند که بخش بزرگی از نیازهای آسیب‌دیدگان برآورده شده است.

¹- Rabin

²- Heuvelmans

³- Tomic-Cica

⁴- Birnbaum

همه امدادگرها بر این باور بوده‌اند که دست کم ۵۰٪ نیازهای آسیب‌دیدگان برآورده شده است. با وجود این ۸۷٪ امدادگران بین‌المللی بر این باور بوده‌اند که مردم آسیب‌دیده بیش از نیازهای واقعی‌شان درخواست دریافت کمک داشته‌اند. در عین حال ۲۷٪ از امدادگران و شرکت‌کنندگان در ارائه کمک‌های بین‌المللی باور داشته‌اند که بسیاری از اقلام ارائه شده به آسیب‌دیدگان برای آنها کاربرد عملی نداشته‌اند. دو سوم امدادگران بیان کرده‌اند که درخواست امداد از سوی مردم و جامعه آسیب‌دیده نمی‌توانسته است موجه باشد. بهر روی سازمانها و امدادسازانهای بین‌المللی بیشتر از دریافت‌کنندگان این خدمات به میزان تأثیر و موثر بودن امدادسانی اعتقاد داشته‌اند (رابین و همکاران، ۲۰۰۰).

از سوی دیگر در هنگام بروز حوادث غیرمترقبه حجم زیادی از کمک‌های انسان دوستانه از منابع داخلی و خارجی به سوی مناطق آسیب‌دیده سرازیر می‌شوند. تنها بخشی از این کمک‌ها پاسخگوی نیاز آسیب‌دیدگان هستند و بخش بزرگی از این کمک‌ها برای آسیب‌دیدگان کاربرد ندارند و قابل استفاده نیستند. از این رو در سال ۱۹۹۰ سازمان جهانی بهداشت یک پروژه مدیریت امدادسانی را با عنوان Supply management Project (SUMA) آغاز نمودند و مقامات محلی کشورها را بر آن داشت تا با بهره‌گیری از ابزار و مهارت‌های مدیریت بحران، حجم زیادی از امکانات و کمک‌های امدادی را در یک زمان کوتاه طبقه‌بندی کنند. این برنامه همکاری فنی، به سازمانهای هماهنگ‌کننده محلی کمک نمود تا تصویر درستی از آنچه که در مناطق آسیب‌دیده به صورت بالقوه در دسترس می‌باشد، رسم کنند و مهمترین اقلام امدادسانی را که به نظر می‌رسد در هنگام بروز حوادث از کاربری چندان مهمی برخوردار نیستند مشخص نمایند. در بسیاری از کشورها از جمله امریکای لاتین و کشورهای حوزه کارائیب این گروهها تشکیل شده است. برای نمونه در حادثه سیل سال ۱۹۹۵ در کاستاریکا صلیب سرخ مسئولیت کشوری مدیریت بحران را از نظر امکانات و کمک‌های مورد نیاز ارسال شده به عهده گرفت، همچنین در زلزله سال ۱۹۹۵ کشور کلمبیا، کمیته ملی بلایای طبیعی SUMA را فعال و وارد عمل نمود. تا کلیه کمک‌های ارسال به منطقه آسیب‌دیده را به استثنای اقدام

بهداشتی - درمانی و پزشکی از کانال وزارت بهداشت آن کشور به دست مصرف‌کنندگان برساند (دو ویل دو گویت^۱، سابات^۲، پلوت^۳، ۱۹۹۶). در طوفان سهمگین سال ۱۹۹۴ در کشور کلمبیا بسته‌های ارسالی از کشورهای مختلف توسط کمیته SUMA در فرودگاه‌های آن کشور مورد بازبینی و طبقه‌بندی قرار گرفت که گروهی از افسران گمرک نیز در میان این افراد وجود داشتند. از این رو امروزه مشکل سنتی عدم بازدید کمک‌های ارسالی و طبقه‌بندی نمودن آنها در حوادث غیرمترقبه در ابعاد بین‌المللی موضوعی است که در بسیاری از کشورها نادیده گرفته می‌شود. در این بررسی، پژوهش‌های عملیاتی برای هنجاریابی و استاندارد کردن پایگاه‌های اطلاعاتی ایجاد شده توسط گروه‌های SUMA مورد تأکید قرار گرفته است (همان‌جا).

در پژوهش دیگری با هدف گردآوری اطلاعات پایه در رابطه با برداشتها و تصورات گروهی از مقامات مسئول پیرامون توانمندی‌های سازمانهای محلی، ایالتی و دولت فدرال ایالات متحده آمریکا در پاسخگویی به نیازهای افراد در بلایای طبیعی در برگیرنده تلفات انسانی گسترده مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش از پاسخگویان خواسته شده بود بگویند که آیا در یک فاجعه بزرگ مانند گردباد یا زمین لرزه با تلفاتی حدود ۳۰۰۰۰ نفر تا چه میزان امکان کمک‌رسانی از نظر امدادهای پزشکی و سایر نیازمندیها را دارند. این پاسخگویان در زمینه امدادسانی در بلایا و رویدادهای غیرمترقبه دارای تجربیاتی بوده‌اند. به طور کلی این بررسی نشان داد که مقامات دولت فدرال نسبت به در دسترس بودن خدمات، میزان بهره‌گیری از آنها و ورود به موقع امدادهای دولت فدرال خوشبین‌تر بودند تا مقامات و مسئولین محلی و ایالتی. این افراد نگرانی خود را پیرامون کافی بودن منابع در پاسخگویی به نیازهای گسترده آسیب‌دیدگان ابراز نموده‌اند.

همه پاسخگویان بر این باور بوده‌اند که در موقع بروز این بلایا، شرکت فعال همه سازمانها، مؤسسات و منابع فدرال برای پاسخگویی به نیاز آسیب‌دیدگان از بلایا لازم است. این بررسی نشان

¹- De Ville De Goyet

²- Sabbat

³- Pluut

داد که تنها ۳۱٪ از مسئولین دولت فدرال و ۲۶٪ مقامات محلی و ایالتی همراه شدن کمک‌های ایالتی فدرال و منابع محلی و بخش خصوصی را برای پاسخگویی به نیاز گسترده آسیب‌دیدگان در یک فاجعه (از جمله نیازهای پزشکی، مراقبت‌های ویژه تخصصی و تخلیه کشته شدگان) کافی دانسته‌اند. ۵۰٪ پاسخگویان اظهار نموده‌اند که امکانات یاد شده پاسخگویی تنها بخشی از نیازها خواهد بود. ۶۸٪ مسئولین محلی و ایالتی بر این باور بوده‌اند که منابع محلی، ایالتی و بخش خصوصی برای پاسخگویی به نیازهای مراقبت‌های پزشکی ضروری، امکانات کافی ندارند. این بررسی بازبینی منابع موجود و بهبود شرایط و امکانات را برای آمادگی بیشتر برای پاسخگویی به نیازهای مختلف آسیب‌دیدگان در یک فاجعه طبیعی خاطر نشان ساخته است (گلیک^۱ و بیرنباوم^۲، ۱۹۹۸).

بررسی‌های انجام شده در کشور ما در زمینه تأثیر روانی حوادث غیرمترقبه به افراد آسیب‌دیده نیز نشان داده‌اند که برای مثال درصد بالایی از آسیب‌دیدگان از زلزله گیلان در گروه سنی ۱۴-۱۳ سال (دانش‌آموزان کلاس سوم راهنمایی) ۳ تا ۴ سال پس از حادثه زلزله از مشکلات روانی از جمله هراس مرضی در رنج بوده‌اند.

کمالی و همکاران (۱۳۸۲) در بررسی بازماندگان زلزله‌های رودبار گیلان و کازرون در استان فارس ارائه به موقع خدمات امداد رسانی را دارای نقش مؤثری در پیشگیری از میزان تلفات و آسیب‌ها گزارش نمودند.

¹- Glick

²- Birnbaum

فصل سوم

روش پژوهش

این بررسی از نوع پژوهش‌های زمینه‌یابی است و با هدف به دست آوردن تصویری از وضعیت زندگی بازماندگان زلزله اخیر بم انجام شده است.

آزمودنی‌های پژوهش

بر پایه جمعیت بازمانده از زمین لرزه که حدود ۷۰ هزار نفر برآورد می‌شدند و تعداد چادرهایی که در آنها زندگی می‌کردند، ۴۲۰ چادر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. از هر ۱۶۷ چادر، یک چادر انتخاب شده و با رئیس خانواده (مرد یا زن بزرگتر) در محل چادر مصاحبه انجام و اطلاعات مورد نیاز گردآوری شده است.

برای گردآوری اطلاعات و تعیین زمان مناسب برای مراجعه به چادرها، نخست به چادرهای انتخاب شده در نمونه‌گیری مراجعه شده و زمانی که رئیس خانوار در چادر حضور دارد مشخص شده و در آن زمان مراجعه گردیده است. پرسشگران که ۱۰ نفر خانم و اقا از میان افرادی که بومی هستند، خود آسیب‌دیده می‌باشند، و دارای مدارک تحصیلی لیسانس بوده و یا در مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل بوده‌اند و با زبان بومی مردم آشنایی داشته‌اند، تشکیل داده‌اند. این افراد در دو جلسه ۳ تا ۴ ساعته شرکت نموده، روش گردآوری اطلاعات و تکمیل پرسشنامه را آموخته بودند. دو نفر کارشناس ارشد علوم اجتماعی در این جلسات آموزش‌های لازم را به پرسشگران منتقل نمودند و دستورالعمل تکمیل پرسشنامه‌ها را که توسط مجری طرح تنظیم شده بود، به ایشان تحویل دادند. مصاحبه و گردآوری اطلاعات در هفته دوم اسفند ماه ۱۳۸۲، دو ماه پس از بروز حادثه انجام گردیده است.

ابزار پژوهش

برای گردآوری داده‌ها یک پرسشنامه دارای چهار بخش به شرح زیر به کار برده شد:

- ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی: این بخش دارای پرسش‌هایی در زمینه سن، جنس، وضعیت تأهل، شمار فرزندان، میزان تحصیلات، شغل، سطح درآمد پیش از حادثه و پس از آن بود.
- ۲- وضعیت محل زندگی، بهداشت عمومی، خوراک، پوشاک، بهداشت محیط زندگی که با مشاهده پرسشگر و پرسش از پاسخگویان تکمیل گردیده است. مناسب بودن اندازه چادر محل سکونت، دسترسی به آب سالم، غذای سالم و کیفیت آن (غذای گرم، میوه و سبزیجات)، دسترسی به توالت و کیفیت آن، دسترسی به مواد شوینده و پاک کننده مانند آب و صابون، شامپو و مانند آن، روشنایی داخل چادر، وضعیت هوای داخل چادر از نظر گرما و سرما، وضعیت بهداشتی اطراف چادر (دفع زباله، فاضلاب، حشرات، گرد و غبار و مانند آن).
- ۳- وضعیت روانی اجتماعی: شامل پرسش‌هایی در زمینه بیماری یا معلولیت جسمی، وضعیت سلامتی پس از حادثه، از دست دادن عضوی از خانواده، امکانات تفریحی و آموزشی برای کودکان، فعالیت‌های زنان در طول روز، پس از غروب آفتاب تا هنگام خواب، فعالیت مردان در طول روز و پس از غروب آفتاب تا هنگام خواب، فعالیت نوجوانان در طول روز و پس از غروب آفتاب تا هنگام خواب، فعالیت سالمندان در طول روز و پس از غروب آفتاب تا هنگام خواب، روابط عاطفی افراد و اعضای خانواده با یکدیگر، روابط اعضای خانواده با سایرین، شرایط روحی - روانی خود، خدمات مورد نیاز ایشان از نظر روانی، مشکلات رو در روی مردم بم در هنگام مصاحبه، پیشنهادهای ایشان برای بهبود شرایط، میزان امیدواری ایشان برای بهبود شرایط بوده است.
- ۴- نظر افراد و ارزیابی اقدامات انجام شده در زمینه کاهش آسیب‌ها و تلفات، میزان احتمال وقوع زمین لرزه، میزان خدمات ارائه شده، میزان خدمات و بازسازی منطقه، نقش سازمانهای دولتی در ارائه به موقع خدمات، تغییرات ایجاد شده در دو ماه گذشته در زمینه روشهای ارائه

خدمات، نقش سازمانهای غیردولتی، نقش نهادهای دولتی شهرستان بوم و استان و اولویت‌های اساسی برای حل مشکلات مردم در مقطع کنونی.

همچنین ۶ پرسش باز درباره بازسازی، ساختن خانه‌های پیش ساخته، اقدام سریع، مدیریت و اجرای بومی و محلی و مدیریت افراد غیر بومی و دولتی به پایان پرسشنامه افزوده شده است.

پرسش‌های پرسشنامه یاد شده بر پایه مصاحبه با افراد آسیب‌دیده و زخمی منتقل شده به بیمارستانهای تهران در مدت ۴۸ ساعت پس از بروز حادثه و مشاهدات، گروههای اعزامی به منطقه آسیب‌دیده، مصاحبه با مقامات و گزارش وضعیت آسیب‌دیدگان حادثه، دیده‌ها، شنیده‌ها و گزارش‌های دریافتی تنظیم گردیده است. همچنین نقطه‌نظرهای بازماندگان در زمینه تسهیلات ارائه شده در منطقه، گزارش‌های فردی نمایندگان آسیب‌دیدگان و در تنظیم پرسشنامه بکار گرفته شد. از این که گمان می‌رفت به دلیل وضعیت جغرافیایی منطقه و نزدیکی به مراکز تولید و پخش مواد مخدر، شمار بیشتری از مردم منطقه به مصرف مواد روی آورده باشند و از آن به عنوان یک روش مقابله با مشکلات در رویارویی با مصیبت‌های وارده بهره گیرند، پرسش‌هایی در زمینه سابقه مصرف مواد در گذشته و حال مطرح گردیده است.

همچنین از آنجا که اجرای تدابیر امنیتی در منطقه آسیب‌دیده با دشواری‌هایی روبرو است و ساکنان منطقه از آموزش‌های کافی برخوردار نبوده‌اند، امکان شرکت زنان بازمانده در فعالیت‌های غیرقانونی و غیراخلاقی در رویارویی با مشکلات اقتصادی و اجتماعی وجود دارد. این موضوع نیز در بررسی مورد نظر قرار گرفته و کوشش شده است برای پیشگیری از این وضعیت راهکارهایی اندیشیده شود.

همچنین ضرورت توجه به گرایش‌ها، دیدگاه‌ها و نظریات خود افرادی که در آینده از مداخلات درمانی بهره‌مند خواهند شد و یا پروژه‌های عمرانی برای آنجا اجرا خواهد شد، در ارزیابی نیازها از اهمیت بالایی برخوردار است.

روشن است که در زمینه کمک‌رسانی و برآوردن نیازهای فوری و دراز مدت بازماندگان توجه به موازین فرهنگی - اجتماعی، آداب و رسوم، سنن و باورهای دینی آنان ضروری است.

برای اجرای پژوهش پس از تدوین پرسشنامه به شرحی که گذشت، آمار چادرهای نصب شده به دست آمد و تعداد چادرهایی که باید با آنها مصاحبه انجام شود تعیین گردید، بر این اساس چادرهای انتخاب شده به شرحی که گفته شد شناخته شد. برای تعیین زمانی مناسب به آن چادرها مراجعه و وقت ملاقات با آنها گذاشته شد. پرسشگران به چادرهای آنها مراجعه و اطلاعات لازم را با در دست داشتن پرسشنامه گردآوری نمودند. پرسشنامه‌های تکمیل شده برای استخراج داده‌ها و تحلیل آنها گردآوری شد.

برای تحلیل داده‌های پژوهش از روشهای آمار توصیفی بهره گرفته شده است.



فصل چہارم

یافته‌های پژوهش

همانطور که بیان گردید به منظور بررسی وضعیت روانی - اجتماعی خانواده‌های زلزله زده در بم دو ماه پس از سانحه، از بین خانواده‌های موجود ۳۶۳ خانوار (۱۶۰ نفر مرد و ۲۰۳ نفر زن) که عمدتاً سرپرست خانوار و یا این که عضوی از خانوار بوده که اطلاعات جامعی از وضعیت خانوار را داشته است به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی، پرسشنامه‌های مربوطه در طول مدت دو هفته تکمیل شده است.

الف) اطلاعات مردم شناسی

گروه مورد مطالعه در زمان بعد از حادثه، تحت پوشش ۱۵ ستاد بوده که در ۱۳ منطقه با میانگین تعداد افراد ۵/۰۳ و انحراف معیار ۲/۵ در هر چادر زندگی می‌کردند، به طوری که محل زندگی آنها در چادرهای اختصاص داده شده به آنان ۱-۳ نفره (۲۹/۸٪) ۴-۶ نفره (۴۴/۸٪) ۷-۹ نفره (۱۹/۹٪) و ۱۰ نفره به بالا (۵/۵٪) بوده است.

ب) اطلاعات جمعیت شناختی

۱-۱- وضعیت جنسی گروه مورد مطالعه

اطلاعات مربوط به وضعیت جنسی گروه مورد در جدول ۱-۱ نشان داده شده است.

جدول ۱-۱: توزیع فراوانی گروه مورد مطالعه

بر حسب جنس

فراوانی	درصد	
۱۶۰	۴۴/۱	مرد
۲۰۳	۵۵/۹	زن
۳۶۳	۱۰۰	جمع

جدول ۱-۱ نشان می‌دهد که ۵۵/۹٪ از پاسخگویان را زنان و ۴۴/۱٪ را مردان تشکیل می‌دهند.

۱-۲- توزیع سنی گروه مورد مطالعه

توزیع سنی گروه مورد مطالعه در جدول ۱-۲ نشان داده شده است.

جدول ۱-۲: توزیع فراوانی گروه مورد مطالعه

بر حسب سن

فراوانی	درصد	
۵۹	۱۶/۳	۱۵-۲۰ سال
۱۱۶	۳۲	۲۱-۳۰ سال
۶۹	۱۹	۳۰-۴۰ سال
۶۷	۱۸/۵	۴۱-۵۰ سال
۵۲	۱۴/۳	۵۱ سال به بالا
۳۶۳	۱۰۰	جمع

۱۵/۲ = انحراف معیار ۳۵/۱ = میانگین

همانطوری که در جدول ۲ دیده می‌شود گروه سنی ۲۱-۳۰ سال بیشترین فراوانی را تشکیل می‌دهند.

۱-۳- توزیع وضعیت تأهل گروه مورد مطالعه

وضعیت تأهل گروه در جدول ۱-۳ نشان داده شده است.

جدول ۱-۳: توزیع فراوانی گروه مورد مطالعه

بر حسب وضعیت تأهل

فراوانی	درصد	
۹۴	۲۵/۹	مجرد
۲۰۱	۵۵/۴	متأهل
۶۸	۱۸/۷	جدا شده
۳۶۳	۱۰۰	جمع

همانگونه که در جدول ۱-۳ دیده می‌شود، گرچه بیشترین فراوانیها در گروه متأهل ۵۵/۴٪ می‌باشد اما نسبت گروه جدا شده ۱۸/۷٪ قابل توجه است.

۱-۴- توزیع وضعیت تحصیلی گروه مورد مطالعه

توزیع وضعیت تحصیلی گروه مورد مطالعه در جدول ۴-۱ نشان داده شده است.

جدول ۴-۱: توزیع فراوانی گروه مورد مطالعه بر حسب تحصیلات

فراوانی	درصد	
۶۶	۱۸/۲	بی سواد
۹۰	۲۴/۸	ابتدایی
۱۴۸	۴۰/۸	متوسطه
۵۹	۱۶/۳	عالی
۳۶۳	۱۰۰	جمع

فراوانی گروهها در سطح تحصیلی متوسطه بیشتر از سایر گروهها دیده شده است.

۱-۵- وضعیت شغلی گروه مورد مطالعه قبل از حادثه (مشاغل با درآمد)

وضعیت شغلی گروه مورد مطالعه قبل از حادثه در جدول ۵-۱ نشان داده شده است.

جدول ۵-۱: توزیع فراوانی گروه مورد مطالعه بر حسب شغل قبل از حادثه

فراوانی	درصد	
۴	۱/۱	مهندس و پزشک
۵۵	۱۵/۲	کارمند
۵۸	۱۶	آزاد
۱۱	۳/۰	کشاورز
۲۷	۷/۴	محصل
۹	۲/۵	کارگر
۱۲۱	۳۳/۳	خانه دار
۶	۱/۷	بیکار
۷۲	۱۹/۸	بدون پاسخ
۳۶۳	۱۰۰	جمع

پس از خانه‌داری، مشاغل آزاد و کارمند بیشترین فراوانی را نشان داده است.

۱-۶- توزیع گروه مورد مطالعه بر حسب تعداد فرزند

توزیع گروه مورد مطالعه بر حسب تعداد فرزند در جدول ۱-۶ نشان داده شده است.

جدول ۱-۶: توزیع فراوانی گروه مورد مطالعه بر حسب تعداد فرزند

فراوانی	درصد	
۱۳۳	۳۶/۸	۱-۳ فرزند
۷۴	۲۰/۴	۴-۶ فرزند
۱۸	۵	۷ نفر به بالا
۱۳۷	۳۷/۸	بدون فرزند
۳۶۲	۱۰۰	جمع

در این جدول، همانگونه مشاهده می‌گردد، ۳۶/۸٪ از گروه مورد مطالعه دارای ۱-۳ فرزند می‌باشند که بیشترین فراوانی را نشان داده است.

۱-۷- توزیع گروه مورد مطالعه بر حسب سطح درآمد قبل از حادثه

توزیع گروه بر حسب سطح درآمد در جدول ۱-۷ نشان داده شده است.

جدول ۱-۷: توزیع فراوانی گروه مورد مطالعه بر حسب سطح درآمد قبل از حادثه

فراوانی	درصد	
۷۴	۲۰/۴	ضعیف
۱۲۰	۳۳	متوسط
۷۴	۲۰/۴	خوب
۶	۱/۷	عالی
۸۹	۲۴/۵	بدون درآمد
۳۶۳	۱۰۰	جمع

۲۲/۱٪ گروه مورد مطالعه در وضعیت اقتصادی خوب و عالی و یک سوم در وضعیت متوسط در زمان قبل از حادثه بوده‌اند.

ج) اطلاعات مربوط به امور بهداشتی

۲-۱- توزیع وضعیت چادر محل زندگی در جدول ۱-۲ نشان داده شده است.

جدول ۱-۲: توزیع فراوانی نظرات گروه درباره اندازه چادر با توجه به تعداد افرادی که در آن زندگی می‌کنند

فراوانی درصد		
۱۹/۳	۷۰	مطلوب
۲۷/۸	۱۰۱	متوسط
۵۲/۹	۱۹۲	نامطلوب
۱۰۰	۳۶۳	جمع

بیش از نیمی از جمعیت اندازه چادر خود را نامطلوب ارزیابی می‌کنند.

۲-۲- دسترسی به آب سالم

توزیع پاسخهای گروه مورد مطالعه برحسب دسترسی به آب سالم در جدول ۲-۲ نشان داده شده است.

جدول ۲-۲: توزیع فراوانی نظرات گروه مورد مطالعه در مورد دسترسی به آب سالم

فراوانی درصد		
۲۰/۱	۷۳	مطلوب
۳۹/۴	۱۴۳	متوسط
۴۰/۵	۱۴۷	نامطلوب
۱۰۰	۳۶۳	جمع

در این جدول، همانگونه که دیده می‌شود، ۴۰/۵٪ از گروه مورد مطالعه، دسترسی به آب سالم را به صورت نامطلوب اظهار داشته‌اند.

۲-۳- دسترسی به غذا و کیفیت آن

توزیع پاسخهای گروه در دسترسی به غذا و کیفیت آن در جدول ۲-۳ نشان داده شده است.

جدول ۲-۳: توزیع فراوانی پاسخهای گروه به

سطح دسترسی به غذا و کیفیت آن

فراوانی	درصد	
۲۸	۷/۷	مطلوب
۱۳۴	۳۶/۹	متوسط
۲۰۱	۵۵/۴	نامطلوب
۳۶۳	۱۰۰	جمع

در این جدول، ۵۵/۴٪ اظهار داشته که دسترسی گروه به غذا به صورتی نامطلوب بوده است.

۲-۴- دسترسی به توالت و کیفیت آن

توزیع پاسخهای گروه برحسب دسترسی به توالت و کیفیت آن در جدول ۲-۴ نشان داده شده است.

جدول ۲-۴: توزیع فراوانی پاسخهای گروه

نسبت به دسترسی به توالت

فراوانی	درصد	
۱۱۰	۳۰/۳	مطلوب
۱۱۳	۳۱/۱	متوسط
۱۴۰	۳۸/۶	نامطلوب
۳۶۳	۱۰۰	جمع

در این جدول، همانگونه که مشاهده می‌گردد، ۳۸/۶٪ استفاده از توالت در گروه مورد مطالعه نامطلوب اظهار داشته‌اند.

۲-۵- دسترسی به آب و صابون جهت شستشو و استحمام

توزیع پاسخهای گروه در دسترسی به آب و صابون در جدول ۲-۵ نشان داده شده است.

جدول ۲-۵: توزیع فراوانی پاسخهای گروه نسبت به دسترسی به آب و صابون

فراوانی	درصد	
۱۲۹	۳۵/۵	مطلوب
۱۲۹	۳۵/۵	متوسط
۱۰۵	۲۸/۹	نامطلوب
۳۶۳	۱۰۰	جمع

در این جدول، همانگونه که دیده می شود ۲۸/۹٪، دسترسی به آب و صابون را بصورتی نامطلوب اظهار داشته اند.

۲-۶- شرایط و وسایل خواب

توزیع پاسخهای گروه در استفاده از وسایل خواب در جدول ۲-۶ نشان داده شده است.

جدول ۲-۶: توزیع فراوانی نظرات گروه نسبت به وسایل خواب

فراوانی	درصد	
۹۲	۲۵/۳	مطلوب
۱۵۳	۴۲/۱	متوسط
۱۱۸	۳۲/۵	نامطلوب
۳۶۳	۱۰۰	جمع

پاسخهای گروه نسبت به وسایل خواب در سطح متوسط بیشترین فراوانی ۴۲/۱٪ را داشته است.

۲-۷- استفاده از پوشاک و کیفیت آن

توزیع پاسخهای گروه در استفاده از پوشاک و کیفیت آن در جدول ۲-۷ نشان داده شده است.

جدول ۲-۷: توزیع فراوانی گروه نسبت به پوشاک و کیفیت آن

فراوانی	درصد	
۳۳	۹/۱	مطلوب
۱۰۴	۲۸/۷	متوسط
۲۲۴	۶۱/۷	نامطلوب
۲	۰/۶	بدون پاسخ
۳۶۳	۱۰۰	جمع

۶۱/۷٪ گروه کیفیت پوشاک خود را نامطلوب توصیف کرده‌اند.

۲-۸- استفاده از روشنایی داخل چادر

توزیع پاسخهای گروه در استفاده از روشنایی داخل چادر در جدول ۲-۸ نشان داده شده است.

جدول ۲-۸: توزیع فراوانی پاسخهای گروه نسبت به روشنایی داخل چادر

فراوانی	درصد	
۱۸۵	۵۱/۰	مطلوب
۱۳۶	۳۷/۵	متوسط
۴۰	۱۱	نامطلوب
۲	۰/۶	بدون پاسخ
۳۶۳	۱۰۰	جمع

در این جدول، بیشترین فراوانی روشنایی داخل چادر ۵۱٪ به صورت مطلوب اظهار شده است.

۲-۹- وضعیت پخت و پز

توزیع پاسخهای گروه نسبت به وسایل پخت و پز چادر در جدول ۲-۹ نشان داده شده است.

جدول ۲-۹: توزیع پاسخهای گروه نسبت به وسایل پخت و پز

فراوانی	درصد	
۹۱	۲۵/۱	مطلوب
۱۳۶	۳۷/۵	متوسط
۱۳۴	۳۶/۹	نامطلوب
۲	۰/۶	بدون پاسخ
۳۶۳	۱۰۰	جمع

وضعیت وسایل پخت و پز فقط از نظر ۲۵/۱٪ افراد به صورت مطلوب دیده شده است.

۲-۱۰- وضعیت هوای چادر

توزیع پاسخهای گروه نسبت به وضعیت هوای چادر در جدول ۲-۱۰ نشان داده شده است.

جدول ۲-۱۰: توزیع فراوانی پاسخهای گروه نسبت به وضعیت هوای داخل چادر

فراوانی	درصد	
۱۴	۳/۹	مطلوب
۶۹	۱۹	متوسط
۲۷۸	۷۶/۶	نامطلوب
۲	۰/۶	بدون پاسخ
۳۶۳	۱۰۰	جمع

۷۵/۸٪ از گروه نسبت به وضعیت هوای داخل چادر، در اواخر زمستان نظر نامطلوب داشته‌اند.

۱۱-۲- وضعیت بهداشتی چادر و محیط اطراف

توزیع پاسخهای گروه نسبت به وضعیت بهداشت چادر و محیط اطراف در جدول ۱۱-۲ نشان داده شده است.

جدول ۱۱-۲: توزیع فراوانی نظر گروه نسبت به وضعیت بهداشتی چادر و محوطه اطراف

فراوانی درصد		
۳۱/۱	۱۱۳	مطلوب
۲۴/۸	۹۰	متوسط
۴۳/۵	۱۵۸	نامطلوب
۰/۶	۲	بدون پاسخ
۱۰۰	۳۶۳	جمع

در این جدول ۴۳/۵٪ از پاسخ دهندگان وضعیت بهداشتی چادر را بصورتی نامطلوب اظهار داشته اند.

۱۲-۲- دسترسی به امکانات پزشکی، بهداشتی و دارو

توزیع پاسخهای گروه نسبت به دسترسی به امکانات پزشکی، بهداشتی و دارو در جدول ۱۲-۲ نشان داده شده است.

جدول ۱۲-۲: توزیع فراوانی پاسخهای گروه نسبت به امکانات پزشکی، بهداشتی و دارو

فراوانی درصد		
۴۸/۸	۱۷۷	مطلوب
۲۷/۵	۱۰۰	متوسط
۲۳/۱	۸۴	نامطلوب
۰/۶	۲	بدون پاسخ
۱۰۰	۳۶۳	جمع

در این جدول، ۲۳/۱٪ استفاده از امکانات پزشکی، بهداشتی و دارو را بصورتی نامطلوب اظهار داشته اند.

(د) اطلاعات مربوط به وضعیت روانی اجتماعی

۳-۱- توزیع بیماری یا معلولیت جسمی گروه قبل و بعد از حادثه

توزیع بیماری یا معلولیت جسمی گروه قبل و بعد از حادثه در جدول ۳-۱ نشان داده شده است.

جدول ۳-۱: توزیع فراوانی نظرات گروه نسبت

به بیماری یا معلولیت جسمی قبل و بعد از حادثه

بعد از حادثه		قبل از حادثه		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲۲/۶	۸۱	۱۰/۲	۳۷	داشته
۷۷/۴	۲۸۱	۸۹/۸	۳۲۶	نداشته
۱۰۰	۳۶۲	۱۰۰	۳۶۳	جمع

بیماری و معلولیت بعد از وقوع زلزله به دو برابر آمار قبل رسیده است

۳-۲- توزیع بیماری روانی گروه مورد مطالعه در زمان قبل و بعد از حادثه

توزیع بیماری روانی گروه قبل و بعد از حادثه در جدول ۳-۲ نشان داده شده است.

جدول ۳-۲: توزیع فراوانی نظرات گروه نسبت

به بیماری روانی قبل و بعد از حادثه

بعد از حادثه		قبل از حادثه		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۳۵	۱۲۷	۵/۸	۲۱	دارد
۶۵	۲۳۶	۹۴/۲	۳۴۲	ندارد
۱۰۰	۳۶۳	۱۰۰	۳۶۳	جمع

به نظر پاسخ دهندگان بیماریهای روانی تا ۶ برابر نسبت به قبل از زلزله افزایش یافته است.

۳-۳- توزیع وضعیت اعتیاد گروه مورد مطالعه قبل و بعد از حادثه
 توزیع وضعیت اعتیاد گروه، قبل و بعد از حادثه در جدول ۳-۳ نشان داده شده است.

جدول ۳-۳: توزیع فراوانی نظرات گروه نسبت
 به اعتیاد قبل و بعد از حادثه

بعد از حادثه		قبل از حادثه		
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۹/۹	۳۶	۸/۳	۳۰	داشته
۹۰/۱	۳۲۷	۹۱/۷	۳۳۳	نداشته
۱۰۰	۳۶۳	۱۰۰	۳۶۳	جمع

ابتلاء حدود ۱۰ درصد بازماندگان پاسخ‌دهنده به اعتیاد در مقایسه با برآوردهای اعتیاد در سایر نقاط کشور هشداردهنده است.

۳-۴- از دست دادن عضو یا اعضای خانواده و بستگان

توزیع پاسخهای گروه نسبت به از دست دادن اعضای خانواده و بستگان در جدول ۳-۴ نشان داده شده است.

جدول ۳-۴: توزیع فراوانی نظرات گروه نسبت
 به از دست دادن اعضای خانواده بعد از حادثه

فراوانی		درصد
۹۲/۵	۳۳۶	از دست داده
۷/۵	۲۷	از دست نداده
۱۰۰	۳۶۳	جمع

همانگونه که در این جدول دیده می‌شود، ۹۲/۵٪ از پاسخ‌دهندگان اظهار داشته‌اند که فرد یا افرادی از خانوار خود را از دست داده‌اند.

۳-۵- نسبت افراد از دست داده

توزیع فراوانی نسبت افراد از دست داده در جدول ۳-۵ نشان داده شده است.

جدول ۳-۵: توزیع فراوانی گروه در ارتباط با نسبت افراد از دست داده

تعداد	فراوانی	درصد
۱-۵	۶۷	۱۸/۵
۶-۱۰	۶۰	۱۶/۵
۱۱-۱۵	۲۱	۵/۸
۱۶-۲۰	۴۵	۱۲/۴
۲۱-۴۰	۵۵	۱۵/۲
۴۱-۶۰	۳۲	۸/۸
۶۱-۱۰۰	۳۲	۸/۶
۱۰۱ نفر به بالا	۲۴	۶/۶
از دست نداده	۲۷	۷/۶
جمع	۳۶۳	۱۰۰

بیشتر افراد ۵۳/۲٪ بین ۱-۲۰ نفر و حدود ۲۰٪ بیش از ۵۰ نفر از اعضای خانواده و بستگان را از دست داده‌اند.

۳-۶- وضعیت امکانات تفریحی و آموزشی برای کودکان و نوجوانان

توزیع وضعیت امکانات تفریحی و آموزشی برای کودکان و نوجوانان در جدول ۳-۶ نشان داده

شده است.

جدول ۳-۶: توزیع فراوانی وضعیت امکانات

آموزشی و تفریحی برای کودکان و نوجوانان

امکانات	فراوانی	درصد
رادیو	۶	۱/۷
تلویزیون	۲۷	۷/۴
رادیو و تلویزیون	۴۸	۱۳/۲
غیره	۶	۱/۷
عدم وجود امکانات	۲۷۶	۷۶
جمع	۳۶۳	۱۰۰

در این جدول، ۷۶٪ از گروه مورد مطالعه اظهار داشته‌اند که هیچ‌گونه دسترسی به امکانات

تفریحی و آموزشی برای کودکان و نوجوانان وجود نداشته است.

۳-۷- میزان دسترسی به امکانات تفریحی

توزیع میزان دسترسی به امکانات تفریحی در جدول ۳-۷ نشان داده شده است.

جدول ۳-۷: توزیع فراوانی میزان دسترسی به امکانات تفریحی

میزان	فراوانی	درصد
هیچ	۲۷۳	۷۵/۲
کم	۴۷	۱۲/۹
متوسط	۲۲	۶/۱
خوب	۲۱	۵/۸
جمع	۳۶۳	۱۰۰

۳-۸- دسترسی به روزنامه و کتاب

توزیع پاسخهای گروه نسبت به امکاناتی نظیر روزنامه و کتاب در جدول ۳-۸ نشان داده شده است.

جدول ۳-۸: توزیع فراوانی گروه نسبت به دسترسی به روزنامه و کتاب

روزنامه و کتاب	فراوانی	درصد
روزنامه	۳۱	۸/۵
کتاب	۱۰	۲/۷
روزنامه و کتاب	۲۲	۶/۲
عدم دسترسی کامل	۳۰۰	۸۲/۶
جمع	۳۶۳	۱۰۰

در این جدول، ۸۲/۶٪ از پاسخ دهندگان اظهار داشته‌اند که هیچ گونه دسترسی به روزنامه و کتاب نداشته‌اند.

۳-۹- سطح امکانات به روزنامه و کتاب

توزیع سطح امکانات گروه نسبت به روزنامه و کتاب در جدول ۳-۹ نشان داده شده است.

جدول ۳-۹: توزیع فراوانی نظرات گروه درباره سطح امکانات گروه نسبت به روزنامه و کتاب

فراوانی	درصد	
۲۹۸	۸۲/۱	هیچ
۳۸	۱۰/۵	کم
۱۹	۵/۲	متوسط
۸	۲/۲	خوب
۳۶۳	۱۰۰	جمع

در این جدول ۸۲/۱٪ از گروه اظهار داشته‌اند که هیچگونه امکانات نسبت به دسترسی به روزنامه و کتاب نداشته‌اند.

۳-۱۰- دسترسی به کلاس و مدرسه

توزیع پاسخهای گروه نسبت به دسترسی به کلاس و مدرسه در جدول ۳-۱۰ نشان داده شده است.

جدول ۳-۱۰: توزیع فراوانی نظرات گروه نسبت به کلاس و مدرسه

فراوانی	درصد	
۵۶	۱۵/۴	وجود دارد
۲۲۷	۶۲/۵	وجود دارد ولی نامطلوب
۸۰	۲۲/۱	مطلوب
۳۶۳	۱۰۰	جمع

۶۲/۵٪ از گروه اظهار داشته‌اند که از امکانات کلاس و مدرسه به طریقی نامطلوب بهره‌مند بوده‌اند.

جدول ۱۱-۳- داشتن دوره‌های رسمی (گردهمایی)

توزیع پاسخهای گروه نسبت به داشتن دوره‌های رسمی در جدول ۱۱-۳ نشان داده شده است.

جدول ۱۴-۳: توزیع فراوانی گروه نسبت به داشتن دوره‌های رسمی آموزشی

فراوانی	درصد	
۳۳۱	۹۱/۲	وجود ندارد
۲۳	۶/۳	وجود دارد ولی نامطلوب
۹	۲/۵	مطلوب
۳۶۳	۱۰۰	جمع

در این جدول ۹۱/۲٪ از پاسخ‌دهندگان نسبت به برخورداری از دوره‌های رسمی آموزشی بی‌بهره بوده‌اند.

جدول ۱۲-۳- داشتن سایر دوره‌های آموزشی

توزیع پاسخهای گروه نسبت به داشتن سایر دوره‌های آموزشی در جدول ۱۲-۳ نشان داده شده است.

جدول ۱۲-۳: توزیع فراوانی گروه نسبت به داشتن سایر دوره‌های آموزشی

فراوانی	درصد	
۳۴۸	۹۵/۹	وجود ندارد
۱۴	۳/۹	وجود دارد ولی نامطلوب
۱	۰/۲	مطلوب
۳۶۳	۱۰۰	جمع

۹۵/۹٪ از پاسخ‌دهندگان اظهار داشته‌اند که سایر دوره‌های آموزشی برای آنان وجود نداشته است.

جدول ۱۳-۳- فعالیت زنان در طول روز

توزیع فعالیت زنان در طول روز در جدول ۱۳-۳ نشان داده شده است.

جدول ۱۳-۳: توزیع فراوانی فعالیت زنان در طول

روز		
فراوانی	درصد	
۲۱۶	۵۹/۳	عدم فعالیت
۱۳۲	۳۶/۳	انجام امور منزل
۴	۱/۱	سوگواری و صحبت با دیگران
۱۱	۳	غیره
۳۶۳	۱۰۰	جمع

در حالی که اغلب زنان برنامه و فعالیتی ندارند بیشترین فراوانی ۳۶/۳٪ مربوط به گروهی است که در طول روز فعالیت امور منزل را انجام می دهند.

۱۴-۳- فعالیت زنان بعد از غروب آفتاب

توزیع فعالیت زنان بعد از غروب آفتاب در جدول ۱۴-۳ نشان داده شده است.

جدول ۱۴-۳: توزیع فراوانی گروه نسبت به

فعالیت بعد از غروب آفتاب

روز		
فراوانی	درصد	
۳۰۷	۸۴/۶	عدم فعالیت
۲۱	۵/۸	انجام امور منزل
۲۹	۸	سوگواری و صحبت با دیگران
۶	۱/۶	غیره
۳۶۳	۱۰۰	جمع

۸۴/۶٪ از گروه اظهار داشته اند که هیچ گونه فعالیتی بعد از غروب آفتاب نداشته اند.

۱۵-۳- فعالیت کودکان در طول روز

توزیع فعالیت کودکان در طول روز در جدول ۱۵-۳ نشان داده شده است.

جدول ۱۵-۳: توزیع فراوانی فعالیت کودکان در طول روز

فراوانی	درصد	
۱۱	۳	مدرسه
۲۷	۷/۴	بازی در کوچه
۱	۰/۳	غیره
۳۲۴	۸۹/۳	بدون فعالیت
۳۶۳	۱۰۰	جمع

کودکان از هیچ برنامه و فعالیتی برخوردار نبوده و تنها به نظر ۷/۴٪ از پاسخ‌دهندگان، فعالیت کودکان در طول روز منحصر به بازی در کوچه بوده است.

۱۶-۳- فعالیت کودکان بعد از غروب آفتاب

توزیع فعالیت کودکان بعد از غروب آفتاب در جدول ۱۶-۳ نشان داده شده است.

جدول ۱۶-۳: توزیع فراوانی پاسخهای گروه نسبت به فعالیت کودکان بعد از غروب آفتاب تا هنگام خواب

فراوانی	درصد	
۳۶۲	۹۹/۸	عدم فعالیت مشخص
۱	۰/۳	غیره
۳۶۳	۱۰۰	جمع

۹۹/۸٪ از پاسخ‌دهندگان اظهار داشته‌اند که فرزندانشان در زمان بعد از غروب آفتاب هیچگونه برنامه فعالیتی نداشته‌اند.

۱۷-۳- فعالیت مردان در طول روز

توزیع فعالیت مردان در طول روز در جدول ۱۷-۳ نشان داده شده است.

جدول ۱۷-۳: توزیع فراوانی پاسخهای گروه نسبت به فعالیت مردان در طول روز

فراوانی	درصد	
۶۵	۱۷/۹	عدم فعالیت
۱	۰/۳	صحبت با دیگران و عبادت
۴۸	۱۳/۲	حضور در محل کار
۱۳	۳/۶	آواربرداری
۲۳۳	۶۴/۲	عدم فعالیت مشخص
۳	۰/۸	غیره
۳۶۳	۱۰۰	جمع

در این جدول ۱۷/۹٪ اظهار داشته‌اند که هیچگونه فعالیتی در طول روز نداشته‌اند.

۱۸-۳- فعالیت مردان بعد از غروب آفتاب

توزیع فراوانی گروه نسبت به فعالیت مردان بعد از غروب آفتاب در جدول ۱۸-۳ نشان داده شده

است.

جدول ۱۸-۳: توزیع فراوانی پاسخهای گروه نسبت به فعالیت مردان بعد از غروب آفتاب تا هنگام خواب

فراوانی	درصد	
۱۰۱	۲۷/۸	عدم فعالیت
۱۳	۳/۶	صحبت با دیگران و عبادت
۳	۰/۸	آواربرداری
۲۴۲	۶۶/۷	عدم فعالیت مشخص
۴	۱/۱	غیره
۳۶۳	۱۰۰	جمع

از پاسخ‌دهندگان اظهار داشته‌اند که هیچگونه فعالیتی در زمان بعد از غروب آفتاب نداشته‌اند.

جدول ۱۹-۳: نسبت فعالیت نوجوانان در طول روز

توزیع فراوانی نسبت فعالیت نوجوانان در طول روز در جدول ۱۹-۳ نشان داده شده است.

جدول ۱۹-۳: توزیع فراوانی پاسخهای گروه نسبت به فعالیت نوجوانان در طول روز

فراوانی	درصد	
۲۶	۷/۲	مدرسه
۲۳	۶/۳	عدم فعالیت
۳۰۴	۸۳/۷	عدم فعالیت مشخص
۱۰	۲/۸	غیره
۳۶۳	۱۰۰	جمع

به جزء ۷/۲٪ حضور در مدرسه بقیه نوجوانان بم هیچگونه فعالیتی را در طول روز نداشته‌اند.

۲۰-۳- فعالیت نوجوانان بعد از غروب آفتاب

توزیع پاسخهای گروه نسبت به فعالیت نوجوانان در زمان بعد از غروب آفتاب در جدول ۲۰-۳ نشان

داده شده است.

جدول ۲۰-۳: توزیع فراوانی پاسخهای گروه نسبت به فعالیت نوجوانان بعد از غروب آفتاب تا هنگام خواب

فراوانی	درصد	
۴۳	۱۱/۸	عدم فعالیت
۹	۲/۵	تلویزیون و مطالعه
۳۰۷	۸۴/۶	بدون فعالیت مشخص
۴	۱/۱	غیره
۳۶۳	۱۰۰	جمع

در حدود ۹۶٪ از نوجوانان هیچگونه فعالیتی را بعد از غروب آفتاب نداشته‌اند.

۳-۲۱- فعالیت جوانان در طول روز

توزیع فراوانی گروه نسبت به فعالیت جوانان در طول روز در جدول ۳-۲۴ نشان داده شده است.

جدول ۳-۲۱: توزیع فراوانی پاسخهای گروه نسبت به فعالیت جوانان در طول روز

فراوانی	درصد	
۴۷	۱۲/۹	عدم فعالیت
۱۸	۵	کار و آواربرداری
۲۸۸	۷۹/۳	بدون فعالیت مشخص
۱۰	۲/۸	غیره
۳۶۳	۱۰۰	جمع

حدود ۹۲٪ از پاسخ دهندگان هیچگونه فعالیتی را در طول روز برای جوانان گزارش نکرده اند.

۳-۲۲- فعالیت جوانان بعد از غروب آفتاب

توزیع فعالیت جوانان بعد از غروب آفتاب در جدول ۳-۲۲ نشان داده شده است.

جدول ۳-۲۲: توزیع فراوانی گروه نسبت به فعالیت جوانان بعد از غروب آفتاب تا هنگام خواب

فراوانی	درصد	
۵۷	۱۵/۷	عدم فعالیت
۲۹۱	۸۰/۲	عدم فعالیت مشخص
۹	۲/۵	مطالعه و عبادت
۶	۱/۶	گردش با دوستان
۳۶۳	۱۰۰	جمع

حدود ۹۶٪ پاسخ دهندگان اظهار داشته اند که هیچگونه فعالیتی بعد از غروب آفتاب برای جوانان وجود نداشته است.

۳-۲۳- فعالیت سالمندان در طول روز

توزیع فعالیت سالمندان در طول روز در جدول ۳-۲۳ نشان داده شده است.

جدول ۳-۲۳: توزیع فراوانی گروه نسبت به فعالیت سالمندان در طول روز

فراوانی	درصد	
۳۶	۹/۹	عدم فعالیت
۳۲۰	۸۸/۲	عدم فعالیت مشخص
۴	۱/۱	قدم زدن
۳	۰/۸	غیره
۳۶۳	۱۰۰	جمع

به نظر پاسخ دهندگان حدود ۹۸٪ از سالمندان هیچگونه فعالیتی را در طول روز نداشته‌اند.

۳-۲۴- فعالیت سالمندان در زمان بعد از غروب آفتاب تا هنگام خواب

توزیع فراوانی فعالیت سالمندان در زمان بعد از غروب آفتاب در جدول ۳-۲۴ نشان داده شده است.

جدول ۳-۲۴- توزیع فراوانی گروه نسبت به فعالیت بعد از غروب آفتاب تا هنگام خواب

فراوانی	درصد	
۳۱	۸/۵	عدم فعالیت
۳۲۲	۸۸/۷	عدم فعالیت مشخص
۸	۲/۲	عبادت و صحبت با دیگران
۲	۰/۶	غیره
۳۶۳	۱۰۰	جمع

۹۷٪ از سالمندان هیچ گونه فعالیتی در زمان بعد از غروب آفتاب تا هنگام خواب نداشته‌اند.

۳-۲۵- روابط بین افراد و خانواده و نزدیکان

توزیع پاسخهای گروه نسبت به روابط بین افراد با خانواده و نزدیکان در جدول ۳-۲۵ نشان داده شده است.

جدول ۳-۲۵- توزیع فراوانی نظرات گروه

نسبت به روابط بین افراد با خانواده و نزدیکان

فراوانی	درصد	
۲۲	۶/۱	بی تفاوت
۸۳	۲۲/۹	عصبی و خشمگین
۱۹۱	۵۲/۶	نزدیک و مهربان
۴۳	۱۱/۸	کمک کار و حامی
۱۶	۴/۴	فاصله دار و بی عاطفه
۶	۱/۷	سایر موارد
۳۶۳	۱۰۰	جمع

بیشترین فراوانی مربوط به گروهی است که اظهار داشته اند که روابط بین افراد در خانواده نزدیک و مهربان می باشند.

۳-۲۶- روابط بین افراد با سایرین

توزیع روابط بین افراد در ارتباط با سایرین در جدول ۳-۲۶ نشان داده شده است.

جدول ۳-۲۶- توزیع فراوانی نظرات گروه

نسبت به روابط بین افراد با سایرین

فراوانی	درصد	
۴۱	۱۱/۳	بی تفاوت
۵۰	۱۳/۸	عصبی و خشمگین
۱۷۷	۴۸/۸	نزدیک و مهربان
۷۳	۲۰/۱	کمک کار و حامی
۱۶	۴/۴	فاصله دار و بی عاطفه
۵	۱/۴	سایر موارد
۳۶۳	۱۰۰	جمع

در این جدول، ۴۸/۸٪ از افراد روابط خود را با سایرین نزدیک و مهربان اظهار داشته اند.

۳-۲۷- وضعیت روحی و روانی خود و دیگران

توزیع وضعیت روحی و روانی خود و دیگران در جدول ۳-۲۷ نشان داده شده است.

جدول ۳-۲۷- توزیع فراوانی نظرات گروه به لحاظ روحی و روانی شرایط خود و دیگران

فراوانی درصد		
۴۹/۰	۱۷۸	بد
۴۳/۰	۱۵۶	متوسط
۷/۷	۲۸	خوب
۰/۳	۱	بدون پاسخ
۱۰۰	۳۶۳	جمع

۴۹٪ از پاسخگوها اظهار داشته‌اند که وضعیت روحی و روانی خوبی را نداشته‌اند.

۳-۲۸- خدمات روانی مورد نیاز

توزیع خدمات روانی مورد نیاز پاسخگوها در جدول ۳-۲۸ نشان داده شده است.

جدول ۳-۲۸- توزیع فراوانی پاسخهای گروه نسبت به خدمات روانی مورد نیاز

فراوانی درصد		
۲۲/۳	۸۱	روانپزشک و مشاور
۴/۴	۱۶	مرکز درمانی و مشاوره
۵/۰	۱۸	باشگاه ورزشی و تفریحی
۷/۷	۲۸	غیره
۶۰/۶	۲۲۰	عدم نیاز
۱۰۰	۳۶۳	جمع

۲۲/۳٪ خدمات روانی مورد نیاز را وابسته به روانپزشک و مشاور می‌دانند.

۳-۲۹- مشکلاتی که مردم در حال حاضر با آن روبرو هستند.

توزیع مشکلات مردم که در حال حاضر با آن روبرو هستند در جدول ۳-۲۹ نشان داده شده است.

جدول ۳-۲۹- توزیع فراوانی پاسخهای گروه نسبت به مشکلاتی که مردم در حال حاضر با آن روبرو هستند

فراوانی	درصد	
۸۶	۲۳/۶	مسکن
۴	۱/۱	شغل
۱	۰/۳	امنیت
۴۱	۱۱/۳	امکانات
۲۱۳	۵۸/۷	ترکیبی از موارد فوق
۵	۱/۴	غیره
۱۳	۳/۶	بی جواب
۳۶۳	۱۰۰	جمع

بیشترین مشکلات را مردم در خصوص مسکن و نبود امکانات و کار اعلام داشته‌اند.

۳-۳۰- فعالیت‌های اجتماعی

توزیع فعالیتهای اجتماعی در جدول ۳-۳۰ نشان داده شده است.

جدول ۳-۳۰- توزیع فراوانی پاسخهای گروه نسبت به فعالیتهای اجتماعی

فراوانی	درصد	فعالیت اجتماعی
۱۹	۵/۳	داشته
۳۴۴	۹۴/۸	نداشته
۳۶۳	۱۰۰	جمع

تنها ۵/۳٪ از گروه اظهار داشته‌اند که فعالیت اجتماعی داشته‌اند. این در شرایطی است که مشارکت مردم در فرآیند بازسازی مهمترین نیاز بم را تشکیل می‌دهد.

۳-۳۱- پیشنهادات برای بهبود شرایط اجتماعی

توزیع پیشنهادات پاسخگوها برای بهبود شرایط اجتماعی در جدول ۳-۳۱ نشان داده شده است.

جدول ۳-۳۱- توزیع فراوانی پاسخهای

پیشنهادات گروه نسبت به بهبود شرایط اجتماعی

فراوانی	درصد	
۸		مذهبی
۵		تفریحی
۷۱		کاری و شغلی
۶		اجتماعی
۲		فرهنگی و معنوی
۶		آموزشی
۲۵		مشارکت عمومی
۲۲۳		ترکیبی از موارد فوق
۱۳		سایر موارد
۴		بی جواب
۳۶۳		جمع

در این جدول، ۷۱٪ از پیشنهادات گروه نسبت به بهبود شرایط اجتماعی با توجه به وضعیت اشتغال مردم بم بوده است.

بخش چهارم: نظر افراد و ارزیابی اقدامات

۴-۱- امکان کاهش آسیب‌ها و تلفات

توزیع فراوانی امکان کاهش آسیبها و تلفات در جدول ۴-۱ نشان داده شده است.

جدول ۴-۱- توزیع فراوانی پاسخهای گروه
نسبت به امکان کاهش آسیبها و تلفات در زلزله

فراوانی درصد		
۵۲	۱۸۹	جانی
۰/۵	۲	روانی
۱/۱	۴	اقتصادی
۰/۶	۲	فرهنگی
۲۲	۸۰	تمام موارد
۱۳/۷	۴۹	ترکیبی از موارد فوق
۱/۳	۵	سایر موارد
۸/۸	۳۲	بی جواب
۱۰۰	۳۶۳	جمع

۵۲٪ از پاسخگوها اظهار داشته‌اند که با اتخاذ تدابیر مناسب امکان کاهش آسیبها و تلفات در زمینه جانی می‌توانست وجود داشته باشد.

۴-۲- اطلاع مردم از وقوع احتمالی حادثه

توزیع اطلاع مردم از وقوع احتمالی حادثه در جدول ۲-۴ نشان داده شده است.

جدول ۲-۴- توزیع فراوانی نظرات گروه نسبت به میزان اطلاع مردم از وقوع احتمالی حادثه

فراوانی	درصد	
۳/۵	۸۶/۸	هیچ
۳۷	۱۰/۲	کم
۶	۱/۷	متوسط
۴	۱/۱	کافی
۱	۰/۳	بی جواب
۳۶۳	۱۰۰	جمع

در این جدول، ۸۶/۸٪ از پاسخگوها اظهار داشته‌اند که هیچ اطلاعی از میزان وقوع احتمالی حادثه نداشته‌اند.

۴-۳- میزان خدمات ارائه شده

توزیع میزان خدمات ارائه شده در جدول ۳-۴ نشان داده شده است.

جدول ۳-۴- توزیع فراوانی پاسخهای گروه نسبت به میزان خدمات ارائه شده

فراوانی	درصد	
۲۶۲	۷۲/۲	ضعیف
۸۲	۲۲/۶	متوسط
۱۱	۳/۰	خوب
۸	۲/۲	بی جواب
۳۶۳	۱۰۰	جمع

در این جدول، ۷۲/۲٪ اظهار داشته‌اند که میزان خدمات ارائه شده به آنان ضعیف بوده است.

۴-۴- ارائه خدمات و بازسازی

توزیع ارائه خدمات و بازسازی در جدول ۴-۴ نشان داده شده است.

جدول ۴-۴- توزیع فراوانی پاسخهای گروه نسبت به ارائه خدمات و بازسازی

فراوانی	درصد	
۲۶۲	۷۲/۲	با تأخیر و ناکافی
۸۲	۲۲/۶	با تأخیر و مطلوب
۱۱	۳/۰	بدون تأخیر و مطلوب
۸	۲/۲	بی جواب
۳۶۳	۱۰۰	جمع

در این جدول، ۷۲/۲٪ اظهار داشته‌اند که ارائه خدمات و بازسازی به آنان با تأخیر و ناکافی بوده است.

۴-۵- نقش سازمانهای دولتی در ارائه به موقع خدمات

توزیع نقش سازمانهای دولتی در ارائه به موقع خدمات در جدول ۴-۵ نشان داده شده است.

جدول ۴-۵- توزیع فراوانی نظرات گروه نسبت به نقش سازمانهای دولتی در ارائه به موقع خدمات

فراوانی	درصد	
۱۷۰	۴۶/۸	ضعیف
۱۵۷	۴۳/۳	متوسط
۳۲	۸/۸	خوب
۴	۱/۱	بی جواب
۳۶۳	۱۰۰	جمع

در این جدول، ۴۶/۸٪ اظهار داشته‌اند که نقش سازمانهای دولتی در ارائه خدمات به موقع به آنان ضعیف بوده است.

۴-۶- تغییرات ایجاد شده در مدت طی شده

توزیع میزان تغییرات ایجاد شده در مدت طی شده در جدول ۶-۴ نشان داده شده است.

جدول ۶-۴- توزیع فراوانی میزان تغییرات ایجاد شده در مدت طی شده در نحوه ارائه خدمات

فراوانی	درصد	
۱۳۰	۳۵/۸	هیچ
۱۹۷	۵۴/۳	کمی
۳۲	۸/۸	خوب
۴	۱/۱	عدم پاسخ
۳۶۳	۱۰۰	جمع

در این جدول، پاسخگویان تنها ۸/۸٪ تغییرات ایجاد شده در مدت طی شده را خوب دانسته‌اند.

۴-۷- سطح نقش سازمانهای دولتی

توزیع سطح نقش سازمانهای دولتی در جدول ۷-۴ نشان داده شده است.

جدول ۷-۴- توزیع فراوانی نظرات گروه نسبت به سطح نقش سازمانهای دولتی

فراوانی	درصد	
۸۷	۲۴/۰	محدود و غیر مفید
۱۸۶	۵۱/۲	محدود ولی مؤثر
۸۳	۲۲/۹	کافی و مؤثر
۷	۱/۹	عدم پاسخ
۳۶۳	۱۰۰	جمع

در این جدول، تنها ۲۲/۹٪ از پاسخگوها سطح نقش سازمانهای دولتی را کافی و مؤثر دانسته‌اند.

۸-۴- نقش نهادهای دولتی در بیم و در سطح استان

توزیع نقش نهادهای دولتی در بیم و سطح استان در میزان ارائه خدمات در جدول ۸-۴ نشان داده شده است.

جدول ۸-۴- توزیع فراوانی نقش نهادهای دولتی در بیم و در سطح استان در ارائه خدمات چگونه بوده است

فراوانی درصد		
۴۱/۳	۱۵۰	ضعیف
۴۶/۶	۱۶۹	متوسط
۱۰/۷	۳۹	خوب
۱/۴	۵	عدم پاسخ
۱۰۰	۳۶۳	جمع

در این جدول، تنها ۱۰/۷٪ نقش نهادهای دولتی در بیم و در سطح استان خوب دانسته‌اند.

۹-۴- نظر افراد در مورد و نوع نهاد ارائه دهنده خدمات

توزیع نظر افراد در مورد اینکه کدام نهادها می‌تواند خدمات بهتری را ارائه نماید در جدول ۹-۴ نشان داده شده است.

جدول ۹-۴- توزیع فراوانی نظر افراد در مورد نوع نهادهایی که می‌تواند خدمات بهتری را ارائه نماید

فراوانی درصد		
۲۳/۷	۸۶	دولتی
۱۴/۳	۵۲	غیر دولتی
۶۰/۶	۲۲۰	بین المللی
۱/۴	۵	عدم پاسخ
۱۰۰	۳۶۳	جمع

در این جدول، ۶۰/۶ اظهار داشته‌اند که نهادهای بین المللی در ارائه خدمات می‌توانند مؤثرتر

باشند.

۱۰-۴- اولویتهای اساسی برای حل مشکلات در مقطع فعلی

توزیع اولویتهای اساسی برای حل مشکلات در مقطع فعلی در جدول ۱۰-۴ نشان داده شده است.

جدول ۱۰-۴- توزیع فراوانی اولویتهای اساسی برای حل مشکلات در مقطع فعلی

فراوانی درصد		
۰/۳	۱	معیشت روزانه
۱۴	۵۱	مسکن
۰/۳	۱	امنیت
۰/۳	۱	بهداشت
۱/۱	۴	اشتغال
-	-	فرهنگ و اوقات فراغت
۷۸/۲	۲۸۴	ترکیبی از موارد فوق
۵	۱۸	غیره
۰/۸	۳	بی جواب
۱۰۰	۳۶۳	جمع

۷۸/۲٪ از پاسخ‌دهندگان ترکیبی از موضوعات مربوط به معیشت، مسکن، امنیت، بهداشت و

اشتغال را اولویتهای اساسی در حل مشکلات خود و جامعه بماند دانسته‌اند.

۱۱-۴- پیشنهادات برای بهبود و بازسازی منطقه

توزیع بهبود و بازسازی منطقه از نظر مدیریت و اجراء در جدول ۱۱-۴ نشان داده شده است.

جدول ۱۱-۴- توزیع فراوانی پیشنهادات گروهها برای بهبود و بازسازی منطقه از نظر مدیریت و اجراء

درصد	فراوانی	
۲۷/۳	۹۹	بازسازی منازل و ساختمانهای عمومی
۸/۵	۳۱	تأمین کانکس
۱۱/۸	۴۳	اقدام سریع
۲۰/۹	۷۶	مدیریت و اجراء بومی و محلی
۱۰/۳	۳۷	مدیریت افراد غیر بومی و دولتی
۳	۱۱	ترکیبی از موارد فوق
۳/۹	۱۴	غیره
۱۴/۳	۵۲	بی جواب
۱۰۰	۳۶۳	جمع

۲۷/۳٪ از پاسخگوها بازسازی را از اولویت اول اقدامات دانسته‌اند.

فصل پنجم

بحث در نتایج

همان گونه که بیان گردید بررسی حاضر با هدف به دست آوردن تصویر روشنی از وضعیت اقتصادی - اجتماعی - روانی بازماندگان زلزله بم انجام شد.

این بررسی نشان داد که شمار زیادی از افراد مورد بررسی از نظر برخی کمک‌های دریافتی به ویژه اندازه چادر اختصاص داده شده به آنها، دسترسی به آب سالم بهداشتی، دسترسی به غذا با کیفیت مطلوب ابراز نارضایتی نموده‌اند و دسترسی به این نیازها را در سطح نامطلوب برآورد کرده‌اند برای نمونه در مورد غذا ۵۵/۴٪ کیفیت غذای مصرف شده در مدت ۲ ماه پس از حادثه زلزله را نامطلوب اعلام نموده‌اند. ۵۲/۹٪ این افراد اندازه چادر واگذار شده به ایشان را نامناسب ارزیابی کرده‌اند و ۴۰/۵٪ از دسترسی نداشتن به آب سالم بهداشتی شکایت داشته‌اند. گرچه در زمینه ارزیابی نیازهای آسیب‌دیدگان از حوادث غیرمترقبه و بلاهای طبیعی بررسی‌های اندکی گزارش شده است. ولی این یافته پژوهش با یافته پژوهشی رایین و همکاران (۲۰۰۰) مبنی بر نارضایتی بازماندگان یک فاجعه طبیعی از کمک‌های دریافتی و پاسخگو نبودن کمک‌ها در برآوردن نیازهای اولیه و ضروری ایشان همسویی دارد.

همچنین در زمینه پوشاک نیز ۶۱/۷٪ و در زمینه حرارت داخل چادر ۷۶/۶٪ ابراز نارضایتی داشته‌اند و این دو مورد را نامطلوب ارزیابی کرده‌اند. ۴۳/۵٪ افراد مورد بررسی وضعیت بهداشتی محوطه چادرها را نیز از نظر بهداشتی دارای وضعیت مطلوبی گزارش نموده‌اند. که این یافته پژوهش نیز ضمن نشان دادن اهمیت رعایت بهداشت از دید بازماندگان حادثه، ضرورت رسیدگی هر چه زودتر به این موضوع را نشان می‌دهد.

نکته در خور توجه در یافته‌های این پژوهش شیوع مشکلات روانی در ۵/۸٪ افراد مورد بررسی در پیش از این حادثه بوده است. اما این رقم به ۳۵٪ در ۲ ماه پس از وقوع زلزله یعنی ۶ برابر، افزایش

یافته است. این یافته پژوهش ضمن آنکه با یافته‌های بسیاری از پژوهشگران و کارشناسان بلاهای طبیعی همسویی دارد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۲؛ گرسونز^۱، ۱۹۹۱).

نشان دهنده ضرورت توجه هر چه بیشتر به بهداشت روانی بازماندگان و از میان برداشتن موانع موجود در زمینه برآوردن نیازهای مختلف آنان است.

یافته دیگر پژوهش نشان دهنده آن است که ۹۲/۵٪ از افراد مورد بررسی یک یا چند تن از اعضای خانواده خود را از دست داده‌اند. از آنجا که از دست دادن اعضای خانواده به ویژه فرزند و همسر همچنین والدین یکی از استرس‌های روانی مهم در طبقه‌بندی استرس‌های روانی به شمار می‌روند، و نظر به این که از دست دادن شوهر، همسر و فرزند گذشته از جنبه عاطفی و روانی از نقطه نظر از دست رفتن منابع اقتصادی نیز مشکلات شدید را برای فرد به دنبال دارد، شکل‌گیری مشکلات رفتاری - روانی پس از بروز این حادثه در بیشتر بازماندگان دور از انتظار نیست.

این بررسی نشان داد که ۵۹/۳٪ زنان مورد بررسی در طول روز هیچگونه فعالیت فکری و بدنی ندارند و تنها ۳۶/۳٪ اظهار نموده‌اند که انجام امور منزل را برعهده دارند. این یافته پژوهش ضمن آنکه نشان‌دهنده کسالت بار بودن زندگی این گروه از زنان به دلیل نداشتن هرگونه فعالیت بدنی است، گویای آن است که بیکار بودن و نداشتن کار و فعالیت می‌تواند زمینه را برای گرایش به فعالیت‌های غیرقانونی و غیراخلاقی در زنان تسهیل کند. همچنین ۸۴/۶٪ زنان نیز پس از غروب آفتاب تا زمان خواب هیچ فعالیتی را یادآور نشده‌اند.

این وضعیت در مورد کودکان نیز مصداق داشته است زیرا نداشتن فعالیت در ۸۹/۳٪ آنان در طول روز و ۹۹/۲٪ در ساعت‌های پس از غروب آفتاب تا هنگام خواب نیز افزون بر آنکه بهترین سال‌های زندگی از نظر توان یادگیری بیهوده از دست می‌رود، گرایش به کجروی‌های اجتماعی و بدآموزی‌ها نیز افزایش می‌یابد.

¹ - Gersons

۸۳/۷٪ نوجوانان نیز در طول روز و ۸۴/۶٪ در ساعت‌های پس از غروب آفتاب تا هنگام خواب هیچگونه فعالیتی را یادآور نشده‌اند. این یافته پژوهش با یافته دیگر پژوهش مبنی بر بد بودن وضعیت روحی ۴۹٪ افراد مورد بررسی و متوسط بودن وضع روحی ۴۳٪ آنان قابل تبیین است چرا که بی‌حرکی و عدم فعالیت بدنی و فکر می‌کردند مشکلات روانی و بدنی فراوانی را در پی داشته باشد. از سوی دیگر بسیاری از کارشناسان بهداشت روانی بلایای طبیعی (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۲) بر اصل مشارکت بازماندگان بلایای طبیعی در فعالیت‌های همگانی تأکید دارند و عدم مشارکت ۹۴/۸٪ آزمودنی‌های پژوهش در فعالیت‌های اجتماعی گویای آن است که تا هنگام اجرای این بررسی این اصل عملی نشده است.

سوء مصرف مواد در حدود ۱۰٪ پاسخگویان در مقایسه با سوء مصرف مواد در سایر نقاط کشور (احسان‌منش و کریمی کیسمی، ۱۳۷۸) بسیار بیشتر به نظر می‌رسد هشدار دهنده است.

از نظر چگونگی ارائه خدمات و امداد رسانی در مدت زمان پس از بروز حادثه و انجام بررسی حاضر، درصد بالایی از پاسخ‌دهندگان کیفیت ارائه خدمات را ضعیف ارزیابی نموده‌اند. این یافته پژوهش ضمن آنکه میزان توقعات و چشمداشت‌های بازماندگان را نشان می‌دهد با یافته‌های رابین و همکاران (۲۰۰۰) همسو است. در بررسی یاد شده بسیاری از امدادگرن بر این باور بوده‌اند که درخواست‌ها و چشمداشت‌های بازماندگان تا اندازه‌ای غیر موجه و فراتر از نیاز واقعی آنان بوده است. همچنین ضعیف بودن نقش سازمانهای دولتی در برآوردن نیازهای بازماندگان و ارائه خدمات از نظر درصد بالایی از پاسخ‌دهندگان، ضمن هشدار به ارائه دهندگان خدمات و کوشش در راستای بهبود شرایط، می‌تواند افزایش مشکلات روانی را در بسیاری از افراد مورد بررسی تبیین کند. به ویژه آنکه ۷۸/۲٪ افراد مورد بررسی هنوز در زمینه معاش روزانه، مسکن، بهداشت و اشتغال با مشکلاتی روبرو هستند.

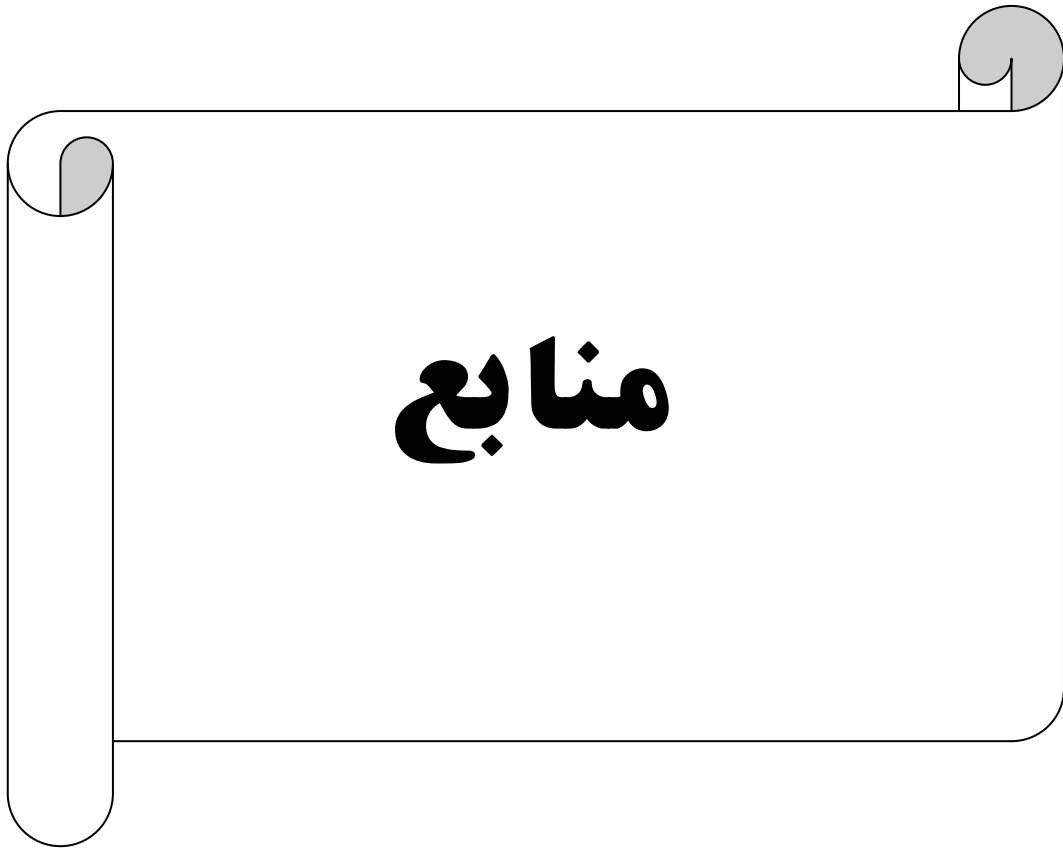
محدودیت‌ها

نداشتن ابزار پژوهش از پیش تدوین شده و جامع که بتواند تصویر دقیقی از وضعیت موجود بازماندگان این حادثه ترسیم کند یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر تلقی می‌شود. این امر از یک سو به دلیل در دسترس نبودن ابزارهای پژوهش برای بسیاری از پژوهش‌ها است و از سوی دیگر به دلیل متفاوت بودن ماهیت بلایای طبیعی، گستره زیانهای مالی و جانی میزان پیش‌بینی‌پذیری آنها و ویژگی‌های منحصر به فرد هر بلای طبیعی است. حتی دو زلزله با شدت یکسان در یک منطقه معین برحسب این که در چه ساعتی از شبانه روز رخ دهد میزان تلفات انسانی و تا حدودی مالی متفاوتی را در پی دارد.

پیشنهادها

تدوین و تنظیم ابزار پژوهشی که بتواند در بلایای مختلف و شرایط متفاوت کاربرد داشته باشد و در عین حال تصویر جامعی از وضعیت روانی - رفتاری و اقتصادی - اجتماعی آنان نشان دهد پیشنهاد می‌شود.

پس از بروز حوادث غیرمترقبه افراد آسیب‌دیده و بازماندگان که فشارهای روانی شدیدی را تحمل کرده‌اند و ممکن است برخی مشکلات روانی را بروز دهند، به دلایل زیادی خود برای دریافت خدمات روانشناسی و روانپزشکی مراجعه نکنند از این رو وظیفه دست‌اندرکاران بهداشت روانی است که به آنها مراجعه نمایند و خدمات مورد نیاز را ارائه دهند. مراجعه خانه به خانه، ایجاد ارتباط و ارائه حمایت‌های عاطفی بیشتر و کوشش بیشتر در بررسی نیازهای واقعی و برآوردن آنها پیشنهاد می‌شود.



منابع

- اردیک، مصطفی (۱۳۷۷). شهرها را امن تر کنیم. ماهنامه پیام یونسکو، سال بیست و نهم، شماره ۳۲۹، ۱۶-۱۸.
- النادی، بهجت، رفعت، عادل (۱۳۷۷). ماه به ماه. ماهنامه پیام یونسکو، سال بیست و نهم، شماره ۳۲۹، ۴-۵.
- انستیتو روانپزشکی تهران (۱۳۷۷). بررسی مسایل روانی - اجتماعی مهاجرین جنگ تحمیلی. بررسی منتشر نشده.
- بدوی، روحبان (۱۳۷۷). نخست پیشگیری. ماهنامه پیام یونسکو (بلاهای طبیعی - پیش‌بینی، آموزش، چاره‌اندیشی) سال بیست و نهم، شماره ۳۲۹، ۶-۸.
- بوالهری، جعفر، اصغر نژاد، علی‌اصغر، موتابی، فرشته (۱۳۷۵). بهداشت روانی و مراقبت از بیماران روانی. ارومیه: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه.
- بهجو، علی؛ آقا زاده، محراب؛ کیان‌پور، ویکتوریا (۱۳۷۶). آشنایی با کمیته فرعی بهداشت و درمان کاهش اثرات بلایای طبیعی. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کمیته فرعی بهداشت و درمان. کاهش اثرات بلایای طبیعی.
- پالاهنگ، حسن؛ ایمانی، رضا؛ نیازی، فیض‌الله (۱۳۷۵). پیامدهای روانی - اجتماعی بلایای طبیعی پیشگیری و درمان، اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.
- جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۰). آخرین وضعیت آماری مناطق آسیب‌دیده از سیل مورخ ۱۳۸۰/۵/۱۹ در شرق استان گلستان گزارش منتشر نشده.
- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی (۱۳۷۷). شیوه‌های مناسب ارائه خدمات بهداشتی - روانی به آسیب‌دیدگان بلایای طبیعی. گزارش منتشر نشده.
- روحبان، بدری (۱۳۷۷). نخست پیشگیری. ماهنامه پیام یونسکو (بلاهای طبیعی، پیش‌بینی، آموزش، چاره‌اندیشی). سال بیست و نهم، شماره ۳۲۹، ۶-۸.

کاربی، باربارا (۱۳۷۷). بایدها و نبایدها. ماهنامه پیام یونسکو (سال بیست و نهم، شماره ۳۲۹، ۲۲-۱۹).
کرمی، صغری (۱۳۷۳). بررسی وضعیت اختلال‌های رفتاری، اختلال پس از ضربه PTSD در
کودکان و نوجوانان دختر و پسر در مقاطع سنی ۹-۱۶ سال مناطق زلزله زده پس از ۳ سال در
مقایسه با مناطق غیر زلزله زده. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی
تهران.

کمالی، محمد؛ مرادی، محمدرضا؛ ارجمند حسابی، منوچهر (۱۳۸۲). بررسی نحوه ارائه خدمات
توانبخشی به آسیب‌دیدگان زلزله گیلان و فارس. فصلنامه رفاه اجتماعی، سال سوم، شماره ۱۱،
۱۶۲-۱۴۷.

گوها-سایپر، دباراتی (۱۳۷۷). زنان در خط مقدم. ماهنامه پیام یونسکو، سال بیست و نهم، شماره ۳۲۹،
۲۹-۲۷.

فروچی، فابریسیو (۱۳۷۷). هشدار به موقع. ماهنامه پیام یونسکو، سال بیست و نهم، شماره ۳۲۹، ۲۶-
۲۳.

هینر، والتر (۱۳۷۷). خطرهای طبیعی، ماهنامه پیام یونسکو، سال بیست و نهم، شماره ۳۲۹، ۱۵-۱۰.
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (بی‌تا) Facts for families.

Available on: <http://www.traumas> pages. com.

American Red Cross (2004). Disaster services. available on: <http://www.firelands>
redcross.org/disaster.htm.

DeGrace, M., Ericson, D., Folz, H., Green, W., Ho, K., & Pearce, L. (2001).
Proceedings for the 5th Asia-Pacific conference on disaster medicine creating an
agenda for action. Prehospital Disaster Medicine, 16, 18-21.

- de Ville de Goyet, C., Acosta, E., Sabbat, P., Pluut, E. (1996). SUMA (Supply Management Project). A management tool for post-disaster relief supplies. *World Health Statistics Quarterly*, 49, 189-194.
- Disaster Management & Mitigation in Latin America & the Caribbean (1997). Disasters: Prevention must be priority. available on: http://www.un.org/news/press/docs/199908_gaef2889.
- Disaster Mental Health International (DMHI) (2004). Learning objectives available on: DMHI@bruceyoung.net.
- Eknoyan, G. (1992). Acute renal failure in the Armenian earthquake. *Renal Failure*, 14, 241-244.
- Gersons, B. P. (1991). Difference between crisis and trauma. In N. R. Gersons (Ed.). *Recent advances in crisis intervention*. Huddersfield: World Forum for Mental Health Publications.
- Glick, J., & Birnbaum, M. L. (1998). Perceived preparedness for a mass casualty disaster in the United States: A survey. *Prehospital Disaster Medicine*, 13, 28-43.
- Gordon, N. S., Farberow, N. L., & Maria, C. A. (2000). *Children and disasters*. Philadelphia: Taylor & Francis.
- Hannan, C. (2002). Mainstreaming gender perspectives in environmental management and mitigation of natural disasters. available on: <http://www.un.org/womenwatch/daw/documents>.
- International Federation of Red Cross & Red Crescent Societies (1993). *World disaster report*. The Netherlands: Martinus Nijhoff.

International Institute of Earthquake Engineering and Seismology (2003). 27 century earthquake year 2001. available on: <http://www.iiées.ac.ir>.

Joseph, S., Williams, R., Yule, W. (1997). Understanding post-traumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and treatment. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

Kalat, J. W. (1988). Biological psychology (3rd ed.). Belmont: Wadsworth Publishing Company.

Mike, W. (1989). Disaster, current planning and recent experience. Great Britain:

National center for PTSD (1999). Disaster mental health services: available on: <http://www.ncptsd.org/publications/disaster>.

National Disaster Relief Fund (1994). Records and reports-expense classification. available on: <http://www-csaaul.org/csaa0400jay> Autrey.

National Geophysical Data Center (2001). significant earthquake database. available on: <http://www.ngdc.noaa.gov/seg/hazared/sig>.

National Mental Health Information Center (1994). Psychosocial issues for children and families. Eik Grove village: American Academy of Pediatrics available on: <http://WWW.mentalhealth.samhsa.gov/publications>.

Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P.J. (2002). 60000 disaster victims speak: Part II: Summary and implications of the disaster mental health research. Psychiatry 65, 240-260.

Rehaman, R. (1999). Natural Disasters affect the mind. the John Hopkins News Letter. Oct.7. available on: <http://www.jhu.edu/~newslett/10-7-99/>

- Revel, J. P. (2001). Meeting psychological needs after Chernobyl the red cross experience. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent National Societies.
- Roblerts, A. R. (2002). Assessment, crisis intervention and treatment: The integration ACT intervention model. Brief treatment and crisis intervention, 2, 1-21.
- Rosenham, D. L., Seligman, M. E. P. (1989). Abnormal psychology. New York: WW. Norton & Company Inc.
- Rrubin, M., Heuvelmans, J. H., Tomic-Cica, A., Birnbaum, M. L. (2000). Health, related relief in the former Yugoslavia: needs, demanand supplies. Prehospital Disaster Medicine, 15, 1-11.
- United Nation Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (UNOCHA) (1997). Natural disasters highlights. available on: <http://www.reliefweb.int/ocha-01/pub/disnews/may97>.
- WHO (1992). Refugee Mental Health Geneva: WHO.



پیوستها

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱.....	فصل اول.....
۲.....	مقدمه.....
۲.....	چهارچوب نظری موضوع پژوهش.....
۴.....	اهمیت نظری و عملی پژوهش.....
۵.....	اهداف پژوهش.....
۷.....	فصل دوم.....
۸.....	مقدمه.....
۹.....	نگاهی به برخی از بلاهای طبیعی.....
۹.....	سیل.....
۱۰.....	تندباد، گردباد و توفند.....
۱۱.....	زمین لرزه.....
۱۲.....	چرا حوادث غیر مترقبه و بلایای طبیعی دارای اهمیت ویژه هستند؟.....
۱۴.....	واکنش‌های افراد در برابر بلایای طبیعی و حوادث غیر مترقبه.....
۱۵.....	مشکلات شایع بازماندگان و آسیب‌دیدگان حوادث غیر مترقبه.....
۱۷.....	احساس پشیمانی و گناه.....
۱۹.....	مراحل بروز واکنش‌ها در رویارویی با بلایای طبیعی.....
۲۱.....	طبقه‌بندی نیازهای آسیب‌دیدگان بلایای طبیعی.....
۲۱.....	الف) مراقبتهای همگانی.....
۲۶.....	در حوادث غیرمترقبه چه کسانی از اولویت برخوردارند.....
۲۷.....	کمک به کودکان در رویارویی با بلایای طبیعی.....
۲۸.....	زنان در رویارویی با حوادث غیرمترقبه.....
۳۱.....	مراحل ارائه خدمات و امداد.....
۳۲.....	چه اقداماتی بلافاصله پس از بروز حوادث غیرمترقبه لازم است؟.....

۳۴	ارزیابی نیازها پیش از مداخله در بحران
۳۴	سه گام نخستین مدیریت
۳۴	پیشگیری
۴۰	تأکید بر ماهیت چند رشته‌ای بودن اطلاع‌رسانی

صفحه	عنوان
۴۱	نکاتی در باره بهداشت روانی امدادگران
۴۳	توجه به بهداشت روانی بازماندگان
۴۴	برخی بررسی‌های انجام شده پیرامون مدیریت بحران در رویارویی با حوادث غیرمترقبه
۴۸	فصل سوم
۴۹	روش پژوهش
۴۹	آزمودنی‌های پژوهش
۴۹	ابزار پژوهش
۵۳	فصل چهارم
۵۴	یافته‌های پژوهش
۵۴	الف) اطلاعات مردم‌شناسی
۵۴	ب) اطلاعات جمعیت‌شناختی
۵۸	ج) اطلاعات مربوط به امور بهداشتی
۶۵	د) اطلاعات مربوط به وضعیت روانی اجتماعی
۸۸	فصل پنجم
۸۹	بحث در نتایج

محدودیت‌ها ۹۲

پیشنهادها ۹۲

منابع ۹۳

پیوستها ۹۹

گزارش پایانی طرح پژوهشی

عنوان طرح:

بررسی وضعیت زندگی بازماندگان زلزله بم

مجری طرح:

مرکز تحقیقات بازتوانی و بهبود زندگی زنان

همکاران اصلی طرح:

دکترسید اکبر بیان زاده ، دکتر یداله اسلامی ، دکتر عزت اله سام آرام ،
دکتر آمنه ستاره فروزان ، دکتر مصطفی اقلیما

بهار ۱۳۸۳

چکیده

نظر به اهمیت کمک‌رسانی به موقع و مداخله فوری بلافاصله پس از بروز بلاهای طبیعی به ویژه حوادثی که با خسارت‌ها و تلفات جانی گسترده همراه هستند، در پیشگیری از پیامدهای زیانبار روانشناختی و رفتاری آنها، این پژوهش با هدف بررسی وضعیت زندگی بازماندگان زمین لرزه بم و میزان رضایت آنها از کمک‌های دریافتی پس از چند هفته از بروز زمین لرزه یاد شده انجام شده است. در این پژوهش که از نوع زمینه‌یابی است ۳۶۳ تن از سرپرست خانوارها (۲۰۳ زن و ۱۶۰ مرد) که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از میان کل بازماندگان ساکن در چادرهای نصب شده در شهرستان بم انتخاب شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها یک پرسشنامه دارای ۴ بخش (الف: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، ب: وضعیت محل زندگی، ج: وضعیت روانی - اجتماعی، د: نظر افراد درباره کمک‌های دریافتی) و یک پرسشنامه دارای ۶ پرسشنامه باز در زمینه بازسازی منطقه آسیب‌دیده، مدیریت افراد محلی و افراد غیر بومی همچنین افراد دولتی، به کار برده شد. داده‌های گردآوری شده به کمک روشهای آمار توصیفی تحلیل و ارائه گردید.

این پژوهش نشان داد که بیشترین درصد افراد مورد بررسی در گروه سنی ۲۱-۳۰ سال، متأهل، دارای تحصیلات متوسطه و خانه‌دار بوده‌اند. درصد بالایی از آنها از نظر دسترسی به آب سالم بهداشتی، غذا و مواد غذایی، دستشویی و توالت، صابون و مواد پاک‌کننده بهداشتی، وسایل خواب و چادر تحویل شده رضایت نداشته‌اند و یا رضایت در حد متوسط داشته‌اند. بسیاری از افراد مورد بررسی از نظر امکانات آموزشی، فرهنگی، شغلی و تفریحی دچار مشکل بوده‌اند، درصد بالایی از آنان هیچگونه دسترسی به روزنامه و کتاب، دوره‌های آموزشی و فعالیت‌های بدنی نداشته‌اند.

افزایش مشکلات روانی - رفتاری پس از بروز حادثه یاد شده و میزان سوء مصرف مواد از یافته‌های دیگر این بررسی بوده است. یافته‌های پژوهش نشان دهنده اهمیت توجه به وضعیت زندگی بازماندگان و فراهم کردن هر چه بیشتر امکانات آموزشی، فرهنگی، تفریحی و بالاتر از آن امکانات شغلی و ایجاد کار می‌باشد.